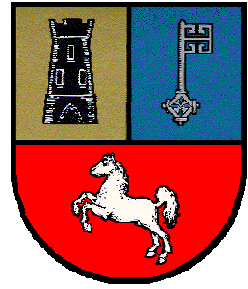


**LANDKREIS STADE**

*Stärke · Vielfalt · Zukunft*



## **GESUNDHEITSAMT**

**Kommunale**

**Gesundheitsberichterstattung**

Gesundheitsbericht Teil 2

## **Kindergesundheit vor der Einschulung**

Ausgewählte Ergebnisse aus den  
Schuleingangsuntersuchungen des Kinder- und  
Jugendärztlichen Dienstes von 2004 bis 2009  
Body Mass Index und Vorsorgeuntersuchungen für Kinder

Gesundheitsbericht Teil 2 - Kindergesundheit vor der Einschulung  
Ausgewählte Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen des Kinder- und  
Jugendärztlichen Dienstes von 2004 bis 2009  
Body Mass Index und Vorsorgeuntersuchungen für Kinder

Herausgeber

Landkreis Stade - Der Landrat

Auskunft erteilt

Leiter des Gesundheitsamtes  
Dr. med. Gerhard Pallasch  
Heckenweg 7  
21680 Stade  
Tel 04141/ 12 700  
Fax 04141/ 12 714  
gesundheitsamt@landkreis-stade.de

Erarbeitet in Zusammenarbeit mit der Leiterin des  
Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes  
Frau Dr. med. Christine Hartwig

Gesamtkonzept  
Wolfgang Kirschstein, Dipl.- Sozialpädagoge

Stand: August 2010

Druck : Landkreis Stade

Auflage: 120



## Vorwort

In unserem Landkreis Stade werden durchschnittlich 2500 Kinder pro Jahr im Rahmen von Schuleingangsuntersuchungen durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Landkreises untersucht. Diese Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitsvorsorge begleiten unsere Kinder in einen für sie neuen und bedeutsamen Lebensabschnitt. Schuleingangsuntersuchungen sind ein wichtiger Beitrag zur Förderung einer gesunden Entwicklung unserer Kinder und damit auch ein Beitrag zur Erhaltung und Weiterentwicklung einer kinder- und familienfreundlichen Lebenswelt in unserem Landkreis. Dieses wird auch zukünftig ständige Herausforderung sein. Es gilt, die bisherigen Leistungen zu sichern und zukunftsorientiert auszurichten.

Die Schwerpunkte des zweiten Gesundheitsberichtes bilden zwei aktuelle Themen der Kindergesundheit: das Körpergewicht von Kindern im schulpflichtigen Alter und die Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen für Kinder.

Die vorliegenden Ergebnisse und fachlichen Bewertungen bieten Ansatzpunkte zur Fortführung des Austausches über die zukünftigen Möglichkeiten einer weiteren Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit, insbesondere durch das Wirken des Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Landkreises Stade.

Stade, August 2010

A handwritten signature in black ink that reads "Michael Roesberg". The signature is written in a cursive, slightly slanted style.

Michael Roesberg  
Landrat

<u>Inhaltsverzeichnis</u>	<u>Seite</u>
<b>Vorwort</b>	2
<b>1. Einführung</b>	4
<b>2. Die Schuleingangsuntersuchungen</b>	5
<b>3. Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes</b>	8
Gesetzliche Grundlagen, Auftrag, und Ausstattung	
<b>4. Durchführung der Schuleingangsuntersuchungen</b>	9
<b>5. Ausgewählte Ergebnisse</b>	14
5.1 Gemeldete und untersuchte Kinder	14
5.2 Herkunft und Durchschnittsalter der Kinder	16
5.3 Körperlängen, Gewichte, Body Mass Index	21
5.4 Die Vorsorgeuntersuchungen - im Vorsorgeheft dokumentiert	33
5.5 Zusammenfassende Anmerkungen	44
<b>6. Grundlagen dieses Bericht</b>	47
<b>Anhang</b>	48
Endnoten	
Elternfragebogen zur Schuleingangsuntersuchung	
Zusammenfassung der Auswertung zur Elternbefragung	

## 1. Einführung

Die Kommunale Gesundheitsberichterstattung im Landkreis Stade leistet Beiträge dazu, Erkenntnisse über den Gesundheitszustand, über Gesundheitsrisiken und Gesundheitsverhalten der Menschen systematisch auszuwerten, um einen zunehmend besseren Überblick über gesundheitliche Verhältnisse im Landkreis Stade zu ermöglichen. In diesem zweiten Gesundheitsbericht stehen Kinder im Mittelpunkt, die von 2004 bis 2009 die Schuleingangsuntersuchung im Landkreis besuchten. Diese Untersuchungen sind die einzige Quelle vielfältiger Gesundheitsdaten eines vollständigen Jahrganges von Kindern aus dem Landkreis, die, aus epidemiologischer Sicht, Informationen liefert, die die Möglichkeit bieten, nicht erwünschte problematische gesundheitliche Entwicklungen zu identifizieren, zu bewerten und mit Hilfe entsprechender Maßnahmen entweder zu verhindern oder deren Auswirkungen zu mildern.

Die große Menge der verfügbaren Daten ermöglicht einen guten Überblick über den Stand der Kindergesundheit im Landkreis und lässt Bewertungen von Entwicklungen zu. Da viele Inhalte zwar aus kinder- und jugendärztlicher Sicht interessant sind, im Rahmen eines Gesundheitsberichtes aber keinen Handlungsbedarf bedingen, wird auf eine umfassende Gesamtdarstellung in einem Bericht verzichtet.

Dieser zweite Gesundheitsbericht führt zunächst in einigen strukturellen Bedingungen der Schuleingangsuntersuchungen ein und stellt dabei den durchführenden Kinder- und Jugendärztlichen Dienst vor. Nachdem auch die große Anzahl der statistisch erfassten Kinder vorgestellt worden ist, werden anhand der vorliegenden Daten zwei gegenwärtig öffentlich immer wieder diskutierte Themenbereiche erörtert. Der erste folgt der aktuellen Fragestellung, ob eine große Anzahl der Kinder im Landkreis bereits zur Schuleingangsuntersuchung übergewichtig sind. Körperlängen, Gewichte und der Body Mass Index (BMI) sind hier bedeutsam. Das zweite Thema zeichnet ein Bild der Nutzung der Kinder-Vorsorgeuntersuchungen, die in ihrer Funktion auch dazu dienen können Lücken im Informationsbedarf der Eltern bezüglich gesundheitsgerechten Umgangs mit ihren Kindern aufzudecken oder schwerwiegendes elterliches Fehlverhalten.

Es wird eine Folgeberichterstattung zu weiteren ausgewählten Themen geben.

## 2. Die Schuleingangsuntersuchung

Rechtsgrundlage der Schuleingangsuntersuchungen in Niedersachsen ist § 56 des Niedersächsischen Schulgesetzes (NSchG, in der Fassung vom 3. März 1998, Nds. GVBl. 1998, S.137) in Verbindung mit dem Niedersächsischen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGÖGD, 24. März 2006 Nds. GVBl. S. 178). Hiernach sind Kinder zur Teilnahme an Schuleingangsuntersuchungen nach § 5 Abs. 2 des Niedersächsischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst verpflichtet. Die Verpflichtung erstreckt sich ebenso auf die „Beteiligung an anerkannten Testverfahren, an ärztlichen Untersuchungen und an Untersuchungen, die für ein Sachverständigengutachten benötigt werden, wenn die Testverfahren und Untersuchungen zur Feststellung der Schulfähigkeit oder zur Feststellung, ob eine Schülerin oder ein Schüler einer sonderpädagogischen Förderung in einer Schule oder in einer außerschulischen Einrichtung bedarf, erforderlich sind.“ Desweiteren sind die Erziehungsberechtigten und die Kinder verpflichtet, die für die Untersuchungen erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Der Paragraph umfasst noch weitere Regelungen zur Mitwirkungspflicht.

„ Die Landkreise (...) untersuchen die Kinder rechtzeitig vor der Einschulung ärztlich auf gesundheitliche Beeinträchtigungen, die geeignet sind, die Schulfähigkeit zu beeinflussen (Schuleingangsuntersuchungen). Sie können die Schuleingangsuntersuchungen durch Ärztinnen und Ärzte vornehmen lassen, die nicht im öffentlichen Gesundheitsdienst tätig sind. Die Landkreise und kreisfreien Städte teilen den Erziehungsberechtigten die Untersuchungsergebnisse für ihr Kind mit (→§ 55 Niedersächsisches Schulgesetz). Der aufnehmenden Schule werden nur die für die Schulfähigkeit bedeutsamen Untersuchungsergebnisse mitgeteilt. Das Landesgesundheitsamt kann einheitliche fachliche Anforderungen für die Durchführung der Schuleingangsuntersuchungen empfehlen. (...)“

„ Im Mittelpunkt heutiger Schuleingangsuntersuchungen steht die Erfassung der somatischen, neurophysiologischen und psychosozialen Entwicklung des vorgestellten Kindes, um die Eltern dahingehend zu beraten, ob das Kind den Regelanforderungen des Schulbetriebes gewachsen ist. Dabei geht es auch um

eine frühzeitige Prävention, indem die Kinder - unabhängig davon, ob sie eingeschult oder zurückgestellt werden - eine differenzierte Empfehlung hinsichtlich kompensatorischer Maßnahmen, nachgehender Fürsorge und sonderpädagogischen Förderbedarfs erhalten. Auch Empfehlungen für weitere diagnostische und/oder therapeutische Schritte werden gegeben. Zudem werden die Eltern ggf. mit Informationsmaterial versorgt und ihnen wird Unterstützung bei der weitergehenden Betreuung und Beratung durch das Gesundheitsamt angeboten. Ziel ist es, dem Kind einen ihm gerecht werdenden Start in der Schule zu ermöglichen, und ihm damit möglichst viele Lebenschancen zu sichern. Insbesondere durch das Betonen entwicklungsneurologischer Aspekte und deren Bezug zur schulischen Leistungsfähigkeit des Kindes unterscheidet sich die Schuleingangsuntersuchung von den angebotenen Vorsorgeuntersuchungen (U8/U9).“ [Übergewicht bei Schulanfängern (...), Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, 2004, S. 11]

Schuleingangsuntersuchungen folgen einem standardisierten Muster.

„Das grundlegende Konzept, sowohl den Ablauf der Untersuchung mit den zu untersuchenden Inhalten als auch die Befunddokumentation standardisiert (unter Einhaltung von genauen Vorgaben) durchzuführen, geht auf das so genannte ‚Bielefelder Modell‘ zurück. Bereits im Jahre 1965 wurde im Auftrag des Nordrhein-Westfälischen Ministeriums für Arbeit, Sozialordnung und Gesundheit eine Arbeitsgemeinschaft gegründet. Ziel dieser Arbeitsgemeinschaft war es, epidemiologisch und statistisch fundierte Aussagen über den jeweiligen Untersuchungsjahrgang treffen zu können. Hierfür wurden die Untersuchungen sowie deren Dokumentation standardisiert, um sie vergleichbar und damit auswertbar zu machen. Neben der Möglichkeit, die Daten auf diese Weise einer Gesundheitsberichterstattung zugänglich zu machen, stand auch die Qualitätsverbesserung durch eine mögliche Evaluation im Mittelpunkt des Interesses. (...) In Niedersachsen haben sich zwei Konzepte zur standardisierten Schuleingangsuntersuchung durchgesetzt. Beide bauen auf dem Bielefelder Modell auf. Sie sind hinsichtlich der Untersuchungsinhalte weitestgehend identisch und unterscheiden sich geringfügig in der Befunddokumentation.“ [Übergewicht bei Schulanfängern (...), Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, 2004, S. 11]

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Landkreises nutzt zur Durchführung der Schuleingangsuntersuchungen die „Arbeitsrichtlinien für die standardisierte schulärztliche Untersuchung und Dokumentation von Schuleingangsuntersuchungen nach SOPHIA“, zurzeit die 8.Revision/ 5. Auflage [Heftformat Herausgeber: Institut für Gesundheitswissenschaften in Forschung und Praxis (IGFP) e.V. Celle]. Weitere Teilnehmer an diesem Verfahren sind derzeit, neben

Aspekte von  
„SOPHIA - Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgaben“

„ Von einer Arbeitsgruppe bestehend aus Mitarbeitern der Abteilung Epidemiologie und Sozialmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und Mitarbeitern der Abteilung Jugendgesundheitspflege des Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt Hannover wurde 1982 das Programm SOPHIA – Sozialpädiatrisches Programm Hannover, Jugendärztliche Aufgaben – entwickelt. Neben den reinen Untersuchungsdaten wurden ergänzend auch sozialanamnestische Angaben wie z.B. die Berufstätigkeit der Eltern dokumentiert (Wolf und Weber 1986). Nach einer Einführungsphase ruhte das Modell zunächst, bis es ab 1993 wieder von einem Mitarbeiter der unteren Gesundheitsbehörde in Celle aufgegriffen und weiter entwickelt wurde und weitere Kommunen einbezogen wurden. Derzeit sind es (...) [28 Anm.d.V.] Kommunen, die nach diesem Konzept im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen ca. 50.000 Kinder jährlich untersuchen, (...)“

[Übergewicht bei Schulanfängern (...), Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, 2004, S. 12]

„ SOPHIA ist ein ‚basisdemokratisches‘ Modell. Die Verantwortung für die Weiterentwicklung und die Einhaltung der Richtlinien, liegt bei den beteiligten Gesundheitsämtern. Diese haben sich aus eigener Motivation zur Teilnahme am Programm verpflichtet. (...)In den letzten Jahren hat SOPHIA innerhalb Niedersachsens eine weitere Verbreitung gefunden. (...) Grundsätzlich besteht großes Interesse daran, mit anderen Programmen einen Austausch zu pflegen, weil SOPHIA permanent weiterentwickelt wird. Auf diesem Wege sollte eine stetige Annäherung der unterschiedlichen Programme im Interesse einer möglichst weitgehenden Vergleichbarkeit angestrebt werden. Dabei ist es nach dem Willen der Anwenderkonferenz unerlässlich, für SOPHIA die bewährte Basisorientierung beizubehalten.

Durch die unmittelbare Beteiligung der untersuchenden Ärztinnen und Ärzte an der Programmentwicklung besteht eine hohe Identifikation mit dem Programm, wodurch eine höhere Qualität und Arbeitszufriedenheit erreicht wird. (<http://www.sophia-online.org/#Selbstdarstellung>, Internetrecherche am 05.07.2010)

den Gesundheitsämtern der Städte Braunschweig, Salzgitter und Wolfsburg, die Region Hannover, Stadt u. Landkreis Göttingen und die Landkreise Celle, Cuxhaven, Diepholz, Gifhorn, Goslar, Hameln-Pyrmont, Harburg, Hildesheim, Holzminden, Lüchow-Dannenberg, Lüneburg, Nienburg/Weser, Northeim, Osterode/H., Peine, Rotenburg/W., Schaumburg, Soltau-Fallingb., Uelzen, Verden und Wolfenbüttel.



### **3. Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes** *Ausstattung und Auftrag*

Die Einrichtung eines Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes ist aufgrund der unter 2. beschriebenen gesetzlichen Vorgaben zur Durchführung der Schuleingangsuntersuchungen erforderlich. Darüber hinaus sind aber noch weitere wichtige Aufgaben mit Hilfe kinderärztlicher Fachkompetenz zu bewältigen.

Geleitet wird der Kinder - und Jugendärztliche Dienst seit 1997 durch eine Fachärztin für Kinderheilkunde und Jugendmedizin im Rahmen einer Vollzeitbeschäftigung. Der Leiterin des Dienstes stehen zurzeit drei Ärztinnen als freiberufliche Mitarbeiterinnen zur Bewältigung weiterer ärztlicher Aufgaben zur Verfügung. Außerdem gehören zum Kinder- und Jugendärztlichen Dienst insgesamt vier medizinische Assistenzkräfte, zwei mit Vollzeitstellen, zwei mit 19,5 Stunden.

Im „Betriebsbuch“ (Stand 07/ 2010), dem Qualitätsmanagement - Handbuch des Gesundheitsamtes, wird im Kapitel „Kinder- und Jugendgesundheitsdienst“ zu den Arbeitsschwerpunkten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes im Landkreis Stade ausgeführt:

- Schuleingangsuntersuchungen  
schulärztliche Untersuchungen der Schüler und Schülerinnen der 4. Klassen sowie der neu aufgenommenen Schüler und Schülerinnen in den Förderschulen
- Impfaktionen in den 5. und 6. Klassen aller Schulen im Landkreis Stade sowie in sozialen Brennpunkten
- Gutachtenerstellungen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII  
Darüber hinaus erfolgen ärztliche Untersuchungen und Beratung:
- von Schülerinnen und Schülern auf Veranlassung der Schulen sowie im Rahmen zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs
- Beratung von Kindergärten in besonderen Fällen

- von Kindern zur Feststellung des Entwicklungsstandes und Förderbedürftigkeit auf Wunsch der Eltern
- zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI und SGB XII
- Frühe Hilfen
- Brückenjahr

#### **4. Durchführung der Schuleingangsuntersuchungen**

Der Kinder- und jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes führt regelmäßig flächendeckend im Landkreis Stade die Schuleingangsuntersuchungen durch.

Eine **Zielfeldbeurteilung** des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes ergibt: Die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen hat sich in den letzten Jahrzehnten gewandelt. Aufgrund der medizinischen Fortschritte und eines allgemein verbesserten Lebensstandards ist die Gesundheit der Kinder meist nicht mehr durch Infektionskrankheiten und sonstige Organkrankheiten gefährdet. Verhaltensauffälligkeiten, psychosomatische und psychische Störungen und chronische Krankheiten haben dagegen zugenommen. Der gesellschaftliche Kontext, in dem Kinder aufwachsen, ist heute in besonderem Maße vielfältigen Veränderungen durch sozialen Wandel ausgesetzt, so z.B. veränderten Familienstrukturen und Lebenswelten, mit unterschiedlichen Risiken für das körperliche, geistige und seelische Wohl der Kinder. Die Untersuchung vor Schulbeginn soll daher primär im Sinne der sozialmedizinischen Prävention wirksam sein. Um dies zu erfüllen, müssen individualmedizinische und sozialkompensatorische Aspekte gleichermaßen berücksichtigt werden. Das bedeutet, dass die Situation des Kindes und seiner Familie in Hinsicht auf die schulischen Gegebenheiten zum einen und die Familien, die vermehrten psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind, zum anderen beachtet werden. Außerdem sollen gesundheitliche Beeinträchtigungen und Störungen, die den Schulalltag beeinflussen bzw. gefährden können und einer besonderen pädagogischen Beachtung und Förderung bedürfen, erkannt werden. Kind, Eltern und Schule sollen im Falle von Entwicklungsauffälligkeiten kompetent beraten, notwendige diagnostische

und therapeutische Maßnahmen vermittelt bzw. eingeleitet werden, sofern sie nicht bereits begonnen haben und sinnvoll mit schulischen Hilfsangeboten abgestimmt werden. Die wohnortnahe Untersuchung wirkt räumlichen Benachteiligungen entgegen und dient der Zusammenarbeit auch in ländlicheren Regionen. Die Möglichkeit der nachgehenden Fürsorge muss besonders für Kinder aus Familien, die durch die „Komm-Struktur“ überfordert sind, also freiwillige Leistungen nicht annehmen, genutzt werden im Sinne der sozialmedizinischen Versorgung. Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst hat hier eine Brückenfunktion, insbesondere für Familien, die aufgrund von Krankheit oder Behinderung oder wegen ihrer sozialen Situation nicht in der Lage sind, das System der Regelversorgung angemessen zu nutzen. Die Schuleingangsuntersuchung ist die einzige Quelle über Gesundheitsdaten einer vollständigen Jahrgangskohorte [1] die aus epidemiologischer Sicht [2] die Informationen liefert, als Planungs- und Handlungsgrundlage für Politik, Öffentlichkeit, Verwaltung und Ärzte/innen.

### **Ablauf der Untersuchung**

Die Untersuchungen finden jeweils zwischen November und Juli für die im Sommer anstehende Einschulung statt, und zwar wohnortnah in der zukünftigen Schule des Kindes oder im Gesundheitsamt, für die in Stade wohnenden Kinder. Die Eltern erhalten eine Einladung vom Gesundheitsamt zur bevorstehenden Untersuchung sowie einen Fragebogen zur Erhebung einer sozialpädiatrischen Anamnese. [3] Sie befasst sich allgemein mit den Bedingungen für Gesundheit und Entwicklung sowie mit deren Störungen und Auswirkungen. Darin wird um Angabe zur Schwangerschaft, Geburt, zur frühkindlichen Entwicklung, zu wesentlichen Vorerkrankungen und Fördermaßnahmen sowie zum Lebensumfeld des Kindes (Erziehung und Betreuung des Kindes, Bildung und Berufstätigkeit der Eltern) gebeten. Alle Angaben zur Lebenssituation des Kindes werden anonymisiert ausgewertet.

### **Sehtest**

Die Sehtestung wird durch die medizinischen Assistenzkräfte durchgeführt, die

regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen zu diesem Themenbereich besuchen. Die Sehschärfe wird mit einem Sehtestgerät nach standardisierten Vorgaben untersucht. Außerdem wird das Stereosehen (räumliches Sehen) überprüft und ein Farbsinntest durchgeführt, bei Brillenträgern mit Brille. Eine Kontrolluntersuchung wird bei Kindern empfohlen, die eine seitendifferente Sehleistung haben, eine Sehschärfe von weniger als 1,0 in der Ferne haben, bei denen Verdacht auf Weitsichtigkeit besteht oder bei denen das Stereosehen eingeschränkt ist.

### **Hörtest**

Die Hörtestung wird ebenfalls von medizinischen Assistenzkräften vorgenommen. Die Untersuchung erfolgt mit einem geeichten Audiometer (Hörtestgerät mit Kopfhörer) mit fallender Lautstärke von 60 bis 20 dB auf 6 Tonfrequenzen. Eine Kontrolluntersuchung wird empfohlen, wenn bei 30 dB auf mindestens einem Ohr zwei oder mehr Tonfrequenzen nicht gehört werden.

### **Impfstatus**

Gleichzeitig mit der Einladung zur Schuleingangsuntersuchung werden die Eltern gebeten, den Impfausweis mitzubringen. Anhand dessen werden zum einen die Impfpässe auf Vollständigkeit des Impfschutzes geprüft und ggf. Hinweise zur Komplettierung des Impfschutzes mündlich und schriftlich gegeben. Grundlage der Impfberatung sind die aktuellen Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommision am Robert Koch- Institut in Berlin. Zum anderen wird die Durchimpfungsrate eines ganzen Bevölkerungsjahrgangs erhoben, wie es in § 34 Abs. 11 Infektionsschutzgesetz [4] vorgeschrieben ist. Sie wird auch an das Niedersächsische Landesgesundheitsamt weitergeleitet zur weiteren Auswertung und epidemiologischen Beurteilung.

### **Sprachentwicklung**

Die Beurteilung der Sprachentwicklung erfolgt durch die untersuchenden Ärzte. Die Entwicklung im sprachlichen Bereich umfasst zum einen die expressive (Sprachausdruck) und zum anderen die rezeptive Sprachentwicklung (Sprachverarbeitung). Während der Untersuchung wird im Gespräch mit dem Kind die

aktive Sprache beobachtet. Unter Zuhilfenahme von Sprachtafeln kann die Artikulation gezielt überprüft werden. Darüber hinaus können Informationen über Wortschatz, Satzbildung, Grammatik und Redefluss sowie Sprachkenntnisse im Deutschen bei Kindern mit einer anderen Muttersprache als Deutsch beim freien Erzählen (z.B. von Ereignissen) oder Schilderung einer Bildergeschichte gewonnen werden. Außerdem wird auf Klangstörungen geachtet. Die ungestörte Sprachverarbeitung (rezeptive Sprachentwicklung) ist eine wichtige Voraussetzung für den Erwerb der Kulturtechniken Lesen und Schreiben. Umschriebene Entwicklungsstörungen in diesem Bereich belasten die schulische und seelische Entwicklung von Kindern nachweislich erheblich. Zur standardisierten Überprüfung der Sprachverarbeitung werden zahlreiche Unterteste angewendet.

### **Visuomotorischer Schulreifetest**

Mit allen Kindern wird der visuomotorische Schulreifetest (VSRT) nach Esser und Stöhr durchgeführt. Die Erfassung von Störungen der visuomotorischen (Koordination von Sehen und Bewegung) Entwicklung muss so früh wie möglich stattfinden. In jedem Fall sollte sie vor Beginn des Lese-Schreiblehrgangs erfolgen, um sekundäre Verhaltensauffälligkeiten durch Einleitung von Fördermaßnahmen zu verhindern. Die Störung der visuomotorischen Entwicklung (visuelle Perzeption – motorische Rezeption) mindert die schulische Leistungsfähigkeit in erheblichem Maße und wird als häufigstes Problem bei Kindern mit Lernstörungen festgestellt.

### **Asthma, Neurodermitis, Heuschnupfen**

Die Häufigkeit von Asthma-, Neurodermitis- und Heuschnupfenbeschwerden wird im Vorbereitungsbogen erfasst, der einen Bogen mit Fragen beinhaltet, die nach ISAAC (International Study of Asthma and Allergie in Childhood) die Einschätzung der Prävalenz einzelner Krankheitsbilder ermöglichen. Die Beurteilung, ob anamnestisch (→ s. Endnoten 3) Symptome einer der drei Erkrankungen vorliegen, erfolgt anhand der Antworten auf dem Vorbereitungsbogen. Sind die Angaben nicht vorhanden oder nicht schlüssig beantwortet worden, wird von der Ärztin / dem Arzt nachgefragt.

### **Soziale Schichtung / Bildungsgrad der Eltern**

Die Entwicklung eines Kindes ist von vielen Faktoren und Einflüssen abhängig. Neben genetischen/ biologischen Anlagen spielen Umwelteinflüsse eine große Rolle. Das Kind ist in den ersten Lebensjahren in hohem Maß von den Eltern und anderen Hauptbezugspersonen abhängig. Die Eltern wirken über Anlage und Umwelt auf das Kind ein. Als wichtigste Variable hat sich in vielen Entwicklungsstudien der sozialökonomische Status herauskristallisiert (Largo 1989). Zu den wesentlichen Eckpunkten des sozialen Status zählen Begabung, Bildung, berufliche Stellung und Einkommen. Die Erhebung der Sozialanamnesedaten ist daher ein wichtiger Bestandteil bei der Schuleingangsuntersuchung nach dem SOPHIA-Programm.

### **Beurteilung der Schulfähigkeit**

Die Einschätzung der Schulfähigkeit erfolgt im Sinne einer entwicklungsdiagnostischen Gesamtschau unter Berücksichtigung der körperlichen sowie psychisch-emotionalen Belastbarkeit und des kognitiven Entwicklungsstandes. Über die Einschulung oder Nicht-Einschulung eines Kindes entscheidet die Schulleiterin oder der Schulleiter. Vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst wird lediglich eine Empfehlung abgegeben.

### **Bewertung der Schuleingangsuntersuchung durch die Eltern**

Im Schuljahr 2008/ 2009 wurde erstmals eine Befragung der Eltern im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung durchgeführt. Alle Eltern erhielten zu Beginn der Untersuchung einen Fragebogen, den sie freiwillig am Ende des Untersuchungsablaufs ausfüllen und anonym abgeben konnten (siehe im Anhang). Eine Auswertung ergab 2010 bei einer Rücklaufquote von 58 % eine im Schwerpunkt gute bis sehr gute Beurteilung der Inhalte und Abläufe der Schuleingangsuntersuchung.

## 5. Ausgewählte Ergebnisse

### 5.1 Gemeldete und untersuchte Kinder

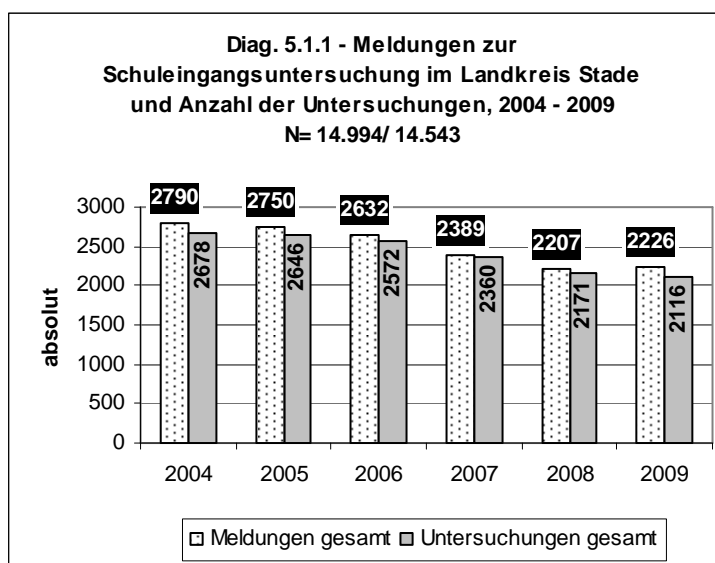
In den Jahren 2004 bis 2009 wurden insgesamt 14.994 Kinder zur Schuleingangsuntersuchung gemeldet, 7241 Mädchen und 7753 Jungen.

Die Anzahl der zur Schuleingangsuntersuchung gemeldeten Kinder ging von 2004 bis 2009 um 19,48 % zurück, bei den Mädchen um 18,89 %, bei den Jungen um 20,90 %.

**Tabelle 5.1.1 - Meldungen zur Schuleingangsuntersuchung und durchgeführte Untersuchungen**

Jahr	Mädchen gemeldet	Mädchen untersucht	Mädchen untersucht in %	Jungen gemeldet	Jungen untersucht	Jungen untersucht in %	Meldungen gesamt	Untersuchungen gesamt	Untersuchungen gesamt in %
2004	1350	1292	95,70	1440	1386	96,25	2790	2678	95,99
2005	1351	1293	95,71	1399	1353	96,71	2750	2646	96,22
2006	1233	1202	97,49	1399	1370	97,93	2632	2572	97,72
2007	1159	1146	98,88	1230	1214	98,70	2389	2360	98,79
2008	1061	1046	98,59	1146	1125	98,17	2207	2171	98,37
2009	1087	1048	96,41	1139	1068	93,77	2226	2116	95,06
im gesamten Untersuchungszeitraum	7241	7027	97,04	7753	7516	96,94	14994	14543	96,99
alle Mittelwerte	1207	1171	97,13	1292	1253	96,92	2499	2424	97,02

Im gleichen Zeitraum wurden insgesamt 14.543 Untersuchungen durchgeführt, an 7027 Mädchen und 7516 Jungen. Die Anzahl der Schuleingangsuntersuchung ging von 2004 bis 2009 um 20,99% zurück, bei den



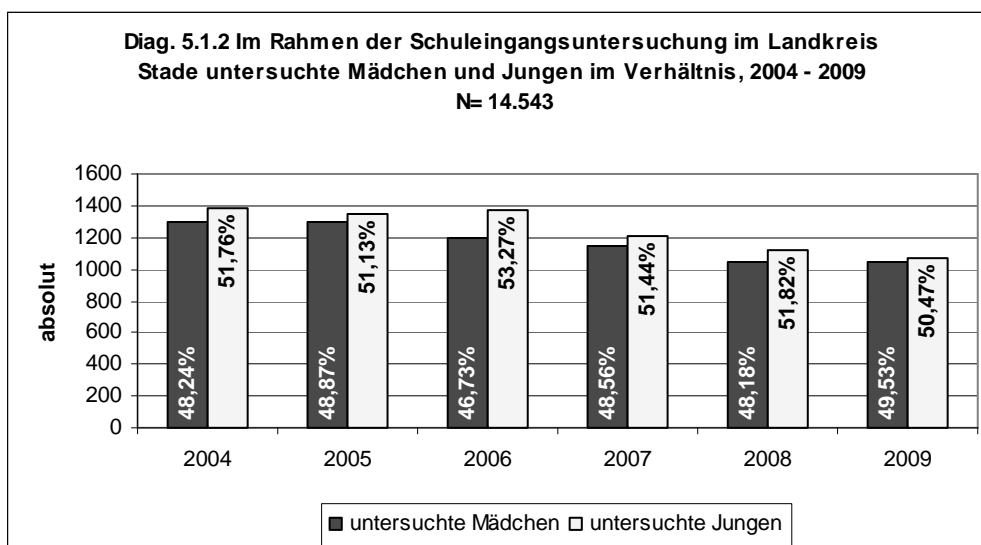
Mädchen um 18,89 %, bei den Jungen um 22,94 %.

**Tabelle 5.1.2 – Zur Entwicklung der Anzahl gemeldeter und untersuchter Kinder**

Entwicklung Anzahl gemeldeter Kinder 2004 bis 2009 in Prozenten:	-19,48
Entwicklung Anzahl gemeldeter Mädchen 2004 bis 2009 in Prozenten:	-18,89
Entwicklung Anzahl gemeldeter Jungen 2004 bis 2009 in Prozenten:	-20,90
Entwicklung Anzahl untersuchter Kinder 2004 bis 2009 in Prozenten:	-20,99
Entwicklung Anzahl untersuchter Mädchen 2004 bis 2009 in Prozenten:	-18,89
Entwicklung Anzahl untersuchter Jungen 2004 bis 2009 in Prozenten:	-22,94

**Tabelle 5.1.3 - Untersuchte Mädchen und Jungen im Verhältnis in Prozenten**

Gesamtheit (100%) =N	Jahr	Mädchen	in %	Jungen	in %
2678	2004	1292	48,24	1386	51,76
2646	2005	1293	48,87	1353	51,13
2572	2006	1202	46,73	1370	53,27
2360	2007	1146	48,56	1214	51,44
2171	2008	1046	48,18	1125	51,82
2116	2009	1048	49,53	1068	50,47
14543	ges. U.- Zeitraum	7027	48,32	7516	51,68





## 5.2 Herkunft und Durchschnittsalter der Kinder

### Herkunft

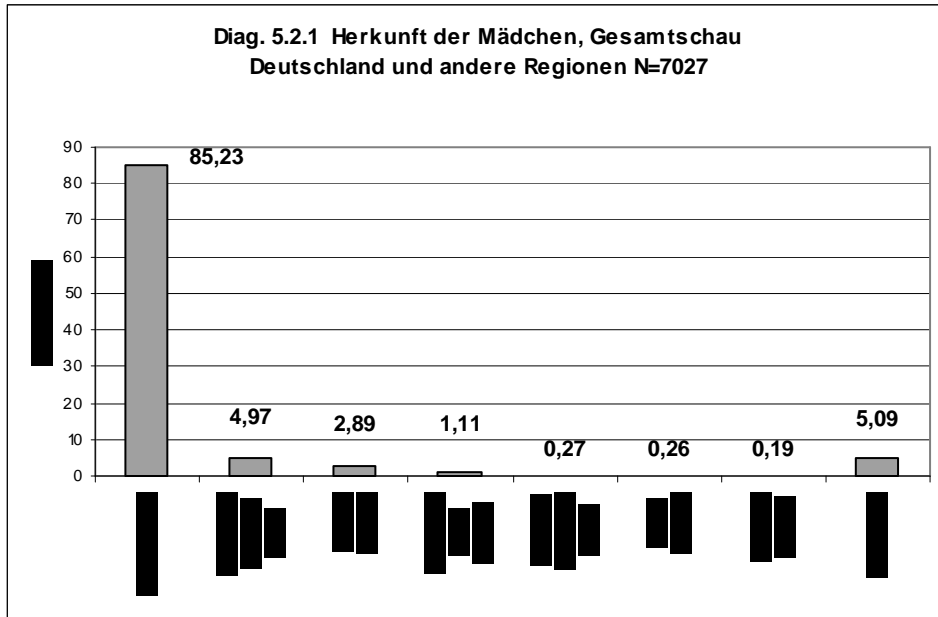
#### **Mädchen**

Im Untersuchungszeitraum bildeten deutsche Mädchen erwartungsgemäß mit 5989 Nennungen die absolute Überzahl mit 85,23%. Alle anderen Herkunftsländer und als unbekannt Benannten, stellten im Untersuchungszeitraum mit 1038 Mädchen die kleinere Gruppe mit 14,77%. Wird diese nicht deutsche Gruppe betrachtet, so gibt sich folgendes Bild: Aus dem Nahen- und Mittleren Osten kommen die meisten Mädchen und bilden mit 33,62 %

die stärkste Gruppe. Neben den Deutschen sind andere Europäer mit 19,56% vertreten, andere Asiaten mit 7,51%. Alle anderen befinden sich im einstelligen prozentualen Bereich.

Anmerkung:  
Kodierung der Herkunftsländer  
 Mit der Kodierung der Herkunftsländer wird nicht die Frage der Staatsangehörigkeit zum Zeitpunkt der Untersuchung beantwortet. Beispielsweise kommen bekanntlich so genannte "Russlandausiedler" aus allen möglichen Teilen der ehemaligen Sowjetunion. Ihre Herkunft kann Russland, Sibirien, Kasachstan usw. sein. Diese nun autonomen Staaten werden in dieser Darstellung allerdings den hier benannten Regionen zugeordnet. So werde z. B. "Russlandausiedler", deren Staatsangehörigkeit deutsch ist, die aber z.B. aus Kasachstan oder Kirgistan kommen, unter "sonstiges Asien" gezählt.

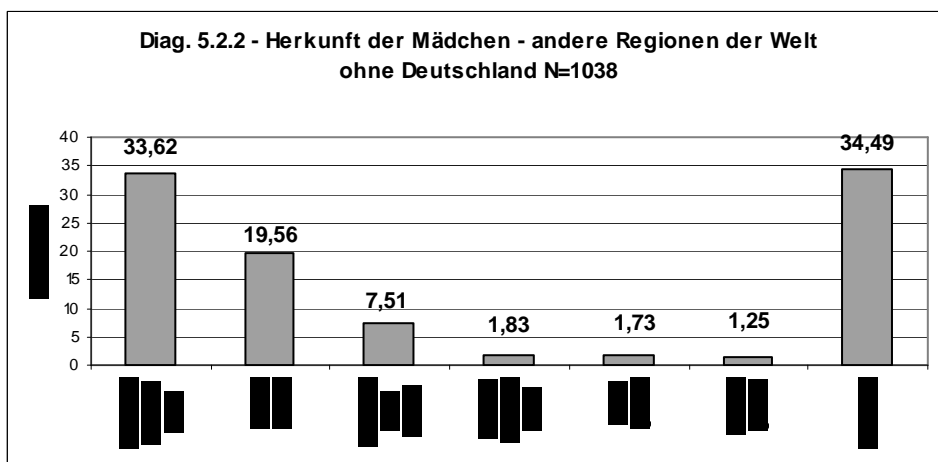
<b>Tabelle 5.2.1 - Herkunft der zur Schuleingangsuntersuchung erschienenen Mädchen, 2004-2009 in der Gesamtschau, Deutschland und andere Regionen dieser Welt</b>		
	<b>absolut</b>	<b>in %</b>
Deutschland	5989	85,23
Naher und Mittlerer Osten	349	4,97
Europa gesamt	203	2,89
sonstiges Asien gesamt	78	1,11
Inseln im Indischen Ozean	19	0,27
Afrika gesamt	18	0,26
Amerika gesamt	13	0,19
unbekannt	358	5,09
<b>Gesamt</b>	<b>7027</b>	



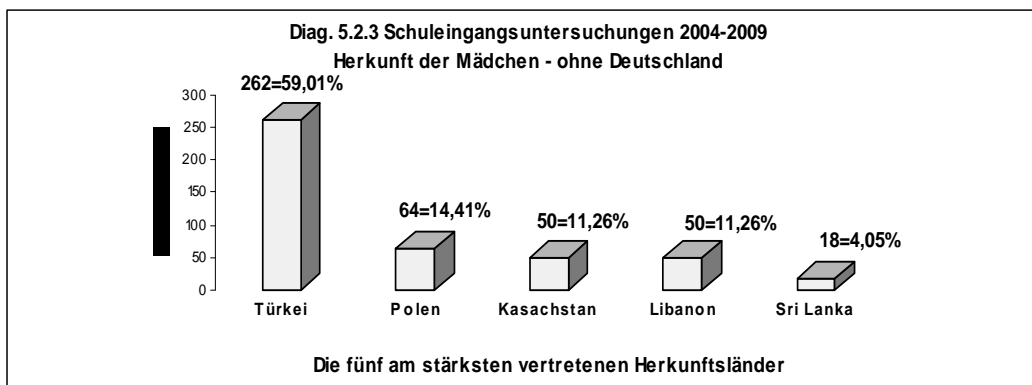
Die zur Schuleingangsuntersuchung erschienenen Mädchen internationaler Herkunft kamen aus vielen Regionen und Ländern der Erde.

**Tabelle 5.2.2 - Herkunft der zur Schuleingangsuntersuchung erschienenen Mädchen, 2004-2009 in der Gesamtschau , andere Regionen der Welt ohne Deutschland**

	absolut	in %
Naher und Mittlerer Osten	349	33,62
Europa gesamt	203	19,56
sonstiges Asien gesamt	78	7,51
Inseln im Indischen Ozean	19	1,83
Afrika gesamt	18	1,73
Amerika gesamt	13	1,25
unbekannt	358	34,49
Gesamt	1038	100



Betrachtet man die fünf am stärksten vertretenen Herkunftsländer, belegt die Türkei Platz 1 mit 262 Nennungen oder 59,01%. Polen als Herkunftsland wurde 64-mal registriert, entsprechend 14,41%. Es folgen Kasachstan und Libanon mit jeweils 50 Nennungen oder 11,26%. Den Abschluss dieser Kategorie bildet Sri Lanka mit 18 Nennungen und 4,05%.

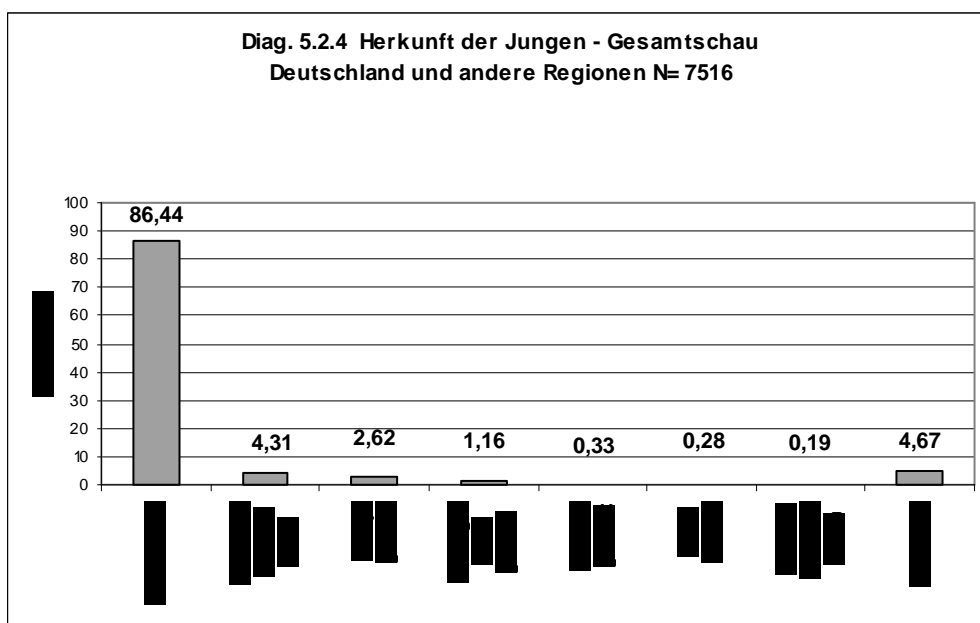


### Jungen

Im Untersuchungszeitraum bildeten deutsche Jungen, erwartungsgemäß, ebenso wie bei den Mädchen, mit 6497 (von insgesamt 7516) Nennungen die Überzahl mit 86,44%. Alle anderen Herkunftsländer und alle "Unbekannten" stellten im Untersuchungszeitraum mit 1019 Jungen die kleinere Gruppe von 13,56%. Betrachtet man diese internationale Gruppe, so ergibt sich folgendes Bild: Aus dem Nahen- und Mittleren Osten kommen die meisten Jungen und bilden mit 31,80% die stärkste Fraktion. Neben den Deutschen sind andere Europäer mit 19,33% vertreten, Asiaten mit 8,54%. Alle anderen befinden sich in prozentualen Bereichen darunter.

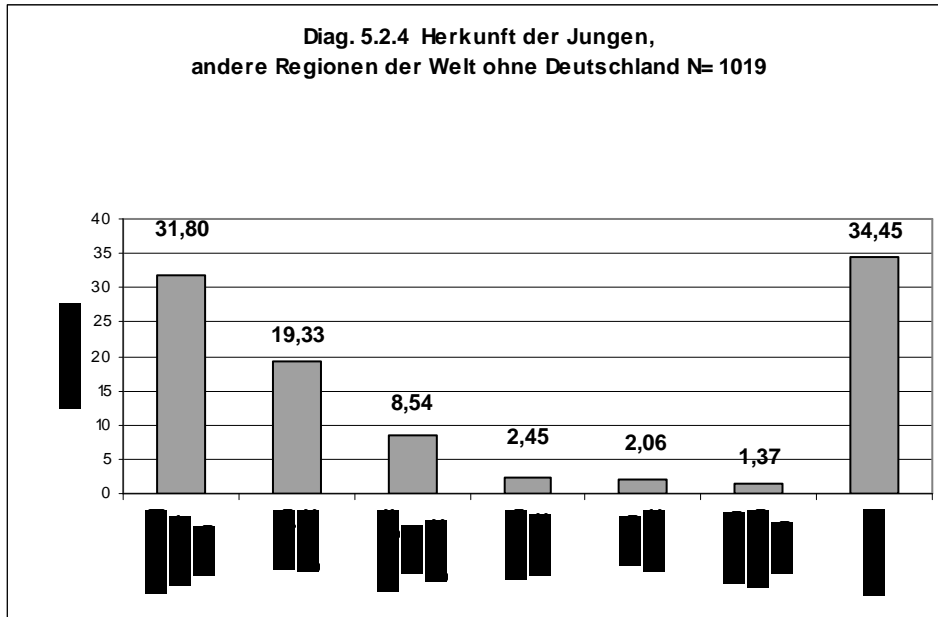
<b>Welche Länder verbergen sich hinter den Oberbegriffen für die Regionen? Aufgeführt sind alle im Untersuchungszeitraum registrierten Länder</b>	
<b>Europa gesamt</b>	Albanien, Armenien, Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Kosovo, Kroatien, Lettland, Litauen, Mazedonien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Russland, Schweden, Serbien, Spanien, Tschechien, Ukraine
<b>Naher und Mittlerer Osten</b>	Afghanistan, Saudi-Arabien, Irak, Iran, Israel, Jordanien, Libanon, Pakistan, Syrien, Türkei
<b>Sonstiges Asien</b>	Bangladesh, China, Indien, Indonesien, Japan, Kasachstan, Kirgistan, Malaysia, Osttimor, Philippinen, Thailand, Turkmenistan, Usbekistan, Vietnam
<b>Afrika gesamt</b>	Algerien, Angola, Äthiopien, Dschibuti, Eritrea, Ghana, Kongo, Liberia, Libyen, Marokko, Nigeria, Ruanda, Südafrika, Sudan, Togo, Tunesien
<b>Amerika gesamt</b>	Argentinien, Brasilien, Chile, Dominica, Ecuador, El Salvador, Kanada, Kolumbien, Paraguay, Peru, USA, Venezuela
<b>Inseln im Indischen Ozean</b>	Sri Lanka, Mauritius

<b>Tabelle 5.2.3 Herkunft der zur Schuleingangsuntersuchung erschienenen Jungen, 2004-2009 in der Gesamtschau, Deutschland und andere Regionen dieser Welt</b>		
	<b>absolut</b>	<b>in %</b>
Deutschland	6497	86,44
Naher und Mittlerer Osten	324	4,31
Europa gesamt	197	2,62
sonstiges Asien gesamt	87	1,16
Amerika gesamt	25	0,33
Afrika gesamt	21	0,28
Inseln im Indischen Ozean	14	0,19
unbekannt	351	4,67
Gesamt	7516	100

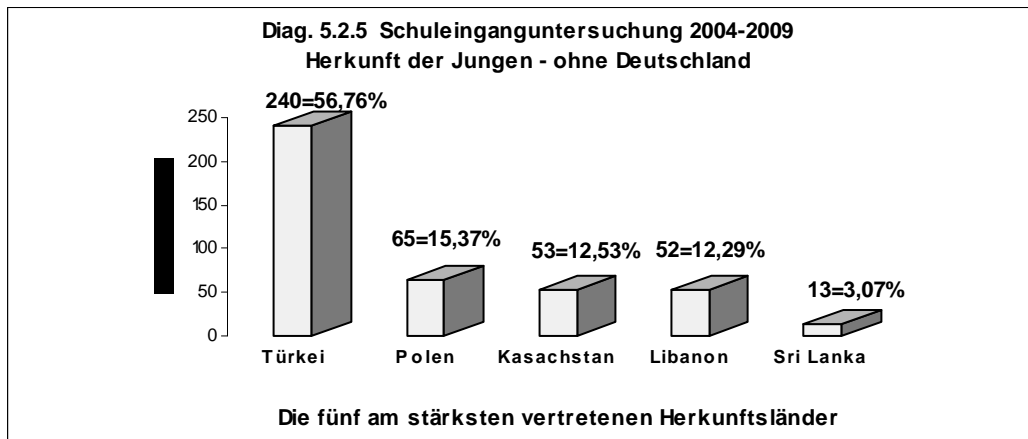


Die zur Schuleingangsuntersuchung erschienenen Jungen internationaler Herkunft kamen, ebenso wie die Mädchen, aus vielen Regionen und Ländern der Erde.

<b>Tabelle 5.2.4 Herkunft der zur Schuleingangsuntersuchung erschienenen Jungen, 2004-2009 in der Gesamtschau Andere Regionen der Welt ohne Deutschland</b>		
	<b>absolut</b>	<b>in %</b>
Naher und Mittlerer Osten	324	31,80
Europa gesamt	197	19,33
sonstiges Asien gesamt	87	8,54
Inseln im Indischen Ozean	14	1,37
Afrika gesamt	21	2,06
Amerika gesamt	25	2,45
unbekannt	351	34,45
Gesamt	1019	100



Betrachtet man die fünf am stärksten vertretenen Herkunftsländer, belegt die Türkei Platz 1 mit 240 Nennungen oder 56,76%. Polen als Herkunftsland wurde 65-mal benannt, entsprechend 15,37%. Es folgten Kasachstan und Libanon mit jeweils 53 und 52 Nennungen oder 12,53% und 12,29%. Den Abschluss dieser Kategorie bildete Sri Lanka mit 13 Nennungen und 3,07%.



**Das Durchschnittsalter aller Kinder zur Einschulungsuntersuchung**

betrug im Untersuchungszeitraum 6 Jahre und 6 Monate, das der Mädchen 6 Jahre und 6 Monate, das der Jungen 6 Jahre 5 Monate und 27 Tage.

### 5.3 Körperlängen, Gewichte, Body Mass Index

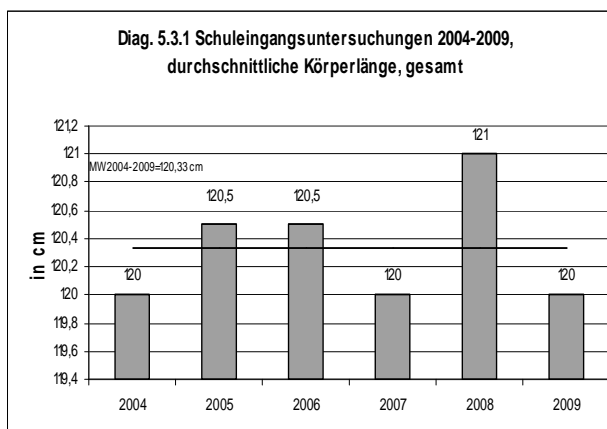
Das Thema Übergewicht bei Kindern wird derzeit in den Medien und in der Öffentlichkeit immer wieder diskutiert. Allerdings sind die Aussagen zu Ursachen, Interventionen und Präventionsstrategien sehr unterschiedlich. Dass „zu hohes“ Gewicht für betroffene Kinder ein erhebliches Langzeitrisiko darstellt, ist fachlich hinlänglich belegt, u.a. in der KiGGS- Studie [5] oder auch im „Adipositas-Bericht“ des Niedersächsisches Landesgesundheitsamtes 2004 [6]. Um zum Thema Übergewicht im medizinischen Sinne sachgerecht Stellung beziehen zu können, bedarf es vorliegender Daten zur Körperlänge, zum aktuellen Gewicht und zum Verhältnis beider Größen zueinander.

#### Körperlängen der Kinder

Die im Untersuchungszeitraum 2004 bis 2009 gemessenen Körperlängen der Kinder bildeten einen Gesamt - Mittelwert von 120,33 cm. Der Mittelwert der Mädchen betrug 119,67 cm, der der Jungen 121 cm. Diese Daten entsprachen den zu erwartenden Werten im vorliegenden Einschulungsalter.

<b>Tabelle 5.3.1 - Körperlängen, pro Jahr und gesamt in cm</b>			
Jahr	Gesamt	weiblich	männlich
2004	120,00	119	121
2005	120,50	120	121
2006	120,50	120	121
2007	120,00	119	121
2008	121,00	121	121
2009	120,00	119	121
Mittelwert	120,33	119,67	121,00

Eine durchschnittliche Veränderung der Körperlänge von 2004 bis 2009, einem hierfür relativ kurzen Zeitraum, ist nicht zu verzeichnen.



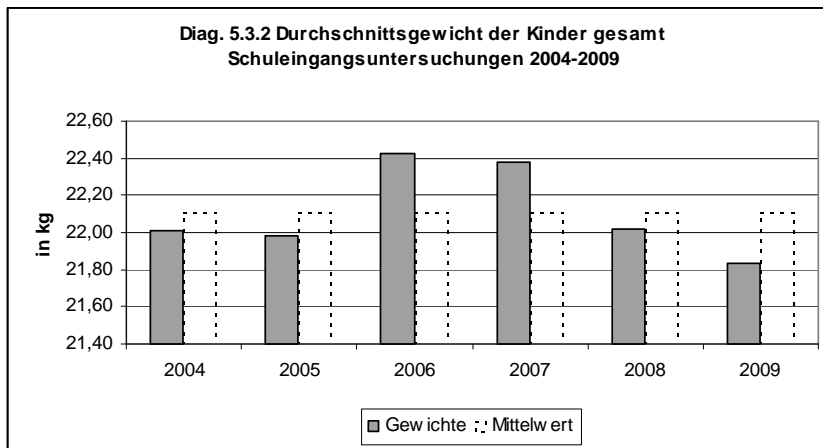
<b>Tabelle 5.3.2 - Körperlängen der Mädchen, Mittel-, Minimal- u. Maximalwerte pro Jahr und gesamt in cm</b>			
Jahr	Mittelwert pro Jahr	minimal	maximal
2004	119	84	138
2005	120	84	148
2006	120	80	160
2007	119	103	148
2008	121	103	148
2009	119	103	142
Mittelwert	119,67	92,83	147,33

<b>Tabelle 5.3.3 - Körperlängen der Jungen, Mittel-, Minimal- u. Maximalwerte pro Jahr und gesamt in cm</b>			
Jahr		minimal	maximal
2004	121	84	155
2005	121	98	142
2006	121	84	149
2007	121	103	138
2008	121	84	155
2009	121	60	140
Mittelwert	121,00	85,50	146,50

### **Durchschnittliches Körpergewicht**

Das Durchschnittsgewicht der untersuchten Kinder blieb im Untersuchungszeitraum insgesamt, abgesehen von leichten Veränderungen 2006 und 2007 relativ konstant, zeigte also keine bemerkenswerten Veränderungen. In diesen beiden Jahren lag der Gesamtdurchschnitt auch jeweils über dem gemeinsamen Mittelwert für den Untersuchungszeitraum. Hier gaben relativ schwer gewichtige Kinder den Ausschlag.

<b>Tabelle 5.3.4 Durchschnittsgewichte aller Kinder in kg</b>			
Jahr	Gesamt	weiblich	männlich
2004	22,01	21,53	22,49
2005	21,98	21,84	22,48
2006	22,42	22,06	22,78
2007	22,38	21,88	22,56
2008	22,02	21,99	22,04
2009	21,83	21,64	22,01
Mittelwert	22,11	21,82	22,39

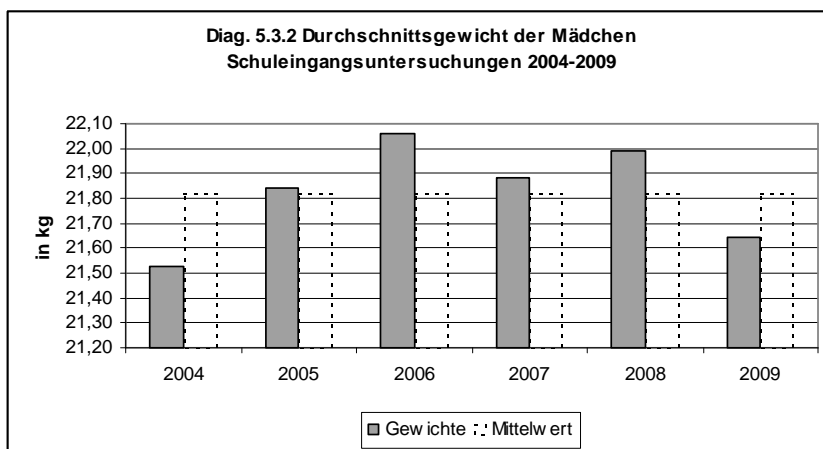


Aus den getrennt aufgeführten Angaben für Mädchen und Jungen wird anhand der Minimal- und Maximalwerte deutlich, dass es bei den zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellten Kindern in einigen Fällen erhebliche Unterschiede geben kann.

**Tabelle 5.3.5 Durchschnittsgewicht der Mädchen in kg**

Jahr	weiblich	minimal	maximal
2004	21,53	10,00	45,00
2005	21,84	13,00	47,00
2006	22,06	10,00	75,00
2007	21,88	13,00	54,00
2008	21,99	8,00	43,00
2009	21,64	10,00	60,00
Mittelwert	21,82		

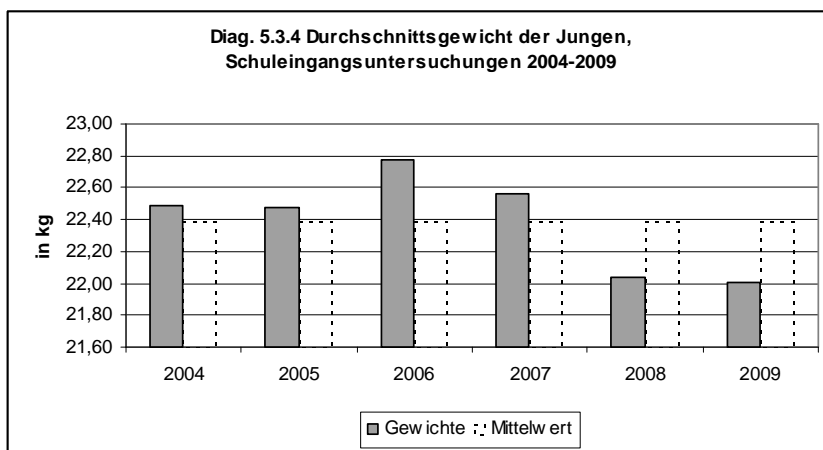
Die verzeichneten Durchschnittsgewichte der Mädchen lagen von 2005 bis 2008 über dem gemeinsamen Mittelwert aller Mädchen im Untersuchungszeitraum. 2009 wurde dieser wieder unterschritten.





Die Durchschnittsgewichte der Jungen lagen von 2004 bis 2007 ebenfalls über dem gemeinsamen Mittelwert aller Jungen im Untersuchungszeitraum. 2008 und 2009 wurde dieser wieder unterschritten.

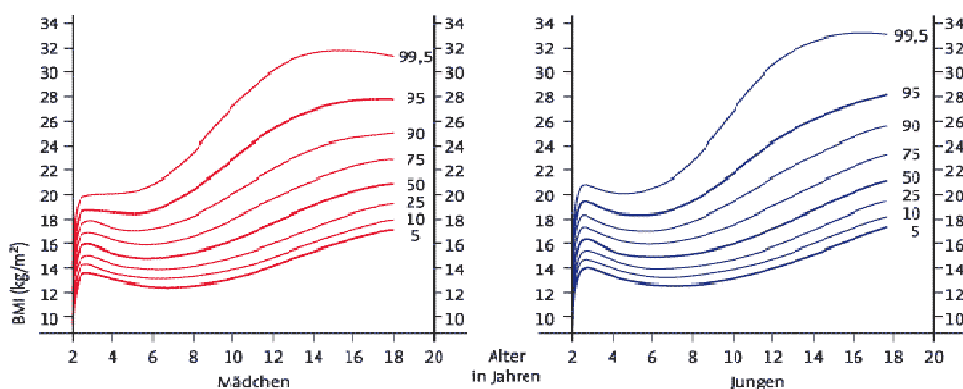
<b>Tabelle 5.3.6 Durchschnittsgewicht der Jungen in kg</b>			
<b>Jahr</b>	<b>männlich</b>	<b>minimal</b>	<b>maximal</b>
2004	22,49	8,00	46,20
2005	22,48	13,00	55,00
2006	22,78	13,00	79,00
2007	22,56	14,90	46,00
2008	22,04	8,00	46,80
2009	22,01	10,00	45,00
MW	22,39		



Aus dem Verhältnis des Körpergewichtes zur Körperlänge, in Verbindung mit dem Alter von Kindern, wird eine Messgröße zur Beschreibung und - vorrangig medizinischen - Bewertung altersangemessener Proportionen ermittelt: der Body Mass Index, eine Verhältniszahl für die Bewertung des Körpergewichtes eines Menschen. Da Übergewicht ein weltweit zunehmendes Problem darstellt, wird eine Körpermassenzahl vor allem dazu verwendet, auf eine Gefährdung durch Übergewicht hinzuweisen. Der BMI gibt lediglich einen groben Richtwert an und ist umstritten, da er die Statur eines Menschen und die individuell verschiedene Zusammensetzung des Körpergewichtes aus Fett- und Muskelgewebe nicht berücksichtigt.

**Body Mass Index (BMI):**  
 Körpergewicht in Kilogramm (kg)  
 Körperlänge in Metern zum Quadrat (m<sup>2</sup>)  
 Grenzwerte im Erwachsenenalter:  
 Übergewicht = BMI > 25 kg/m<sup>2</sup>,  
 Adipositas = BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>

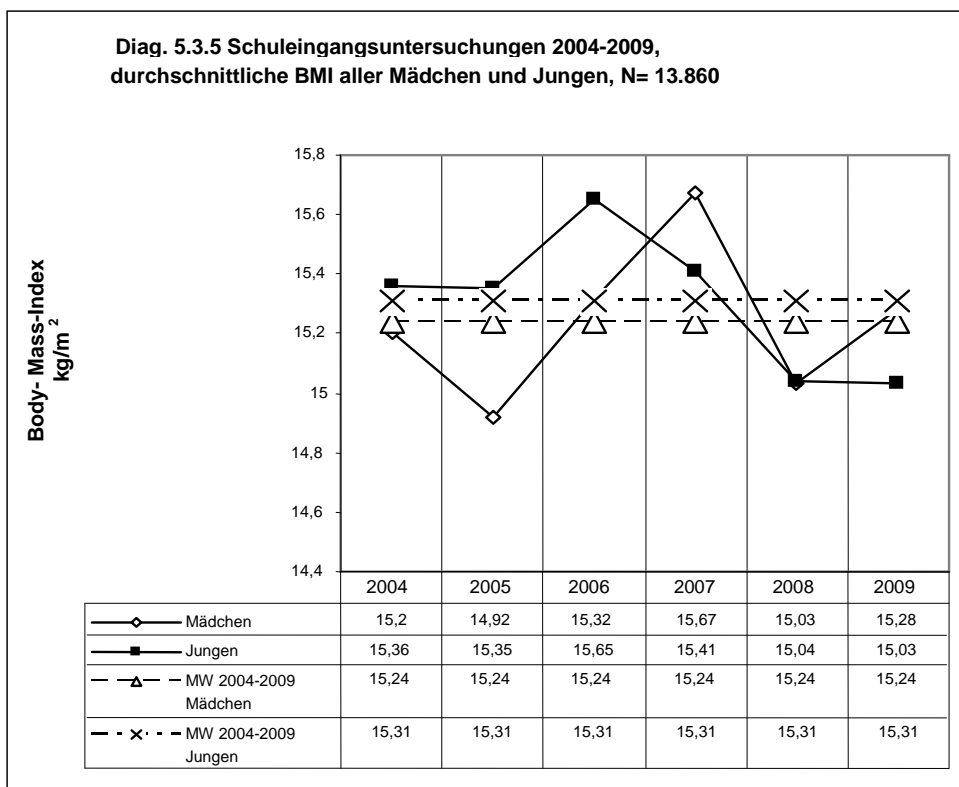
„Anders als bei Erwachsenen können wegen der alters-, entwicklungs- und geschlechtsabhängigen Veränderungen der Körpermasse im Verlauf der Entwicklung von Kindern bei diesen keine fixen Grenzwerte festgelegt werden. Es wird vielmehr **auf der Grundlage bestimmter Referenzdaten Übergewicht als BMI-Wert oberhalb der 90. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile und Adipositas bei einem BMI-Wert oberhalb der 97. Perzentile** definiert (s. a. unter [www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de)). Hierbei handelt es sich im Prinzip um rein statistisch ermittelte Festlegungen, die den Ist- Zustand in einer Population zu einem bestimmten Zeitpunkt beschreiben und damit auch jeweils von der zugrunde liegenden Referenzpopulation abhängen. Daher gibt es unterschiedliche Referenzsysteme, die national und international zur Bestimmung von Adipositas und Übergewicht Verwendung finden können und die zu partiell unterschiedlichen Ergebnissen führen können, was die Schätzung der Auftretenshäufigkeit betrifft. Da es in Deutschland bislang keine repräsentative Erhebung des BMI über alle Altersgruppen von 0 bis 18 Jahren zu einem einheitlichen Zeitpunkt gibt, war die Festlegung eines deutschen Referenzsystems nur als Kompromiss möglich: Aus den verschiedenen Erhebungen, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten für unterschiedliche Altersgruppen und auch mit unterschiedlichen Methoden erhoben wurden, wurde im Jahr 2001 eine Art „Daten- Patchwork“ zusammengestellt, um daraus Referenzkurven für Übergewicht und Adipositas in Deutschland zu bestimmen. (..) Dieses Referenzsystem wird zur deutschlandweiten Nutzung von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) empfohlen.“ [7]



Quelle: <http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?col=Pschyrembel>, am 17.11.2009

Nach der o.a. angeführten Darstellung, in Verbindung mit einem Schuleingangsuntersuchungskorridor zwischen 6 und 7 Jahren, ergibt sich ein „BMI- Normalbereich“ zwischen 13,00 und 17,50 kg/m<sup>2</sup>. Ein BMI unter 13,00 kg/m<sup>2</sup> gilt als relatives Untergewicht, über 17,50 kg/m<sup>2</sup> als relatives Übergewicht. Unter Weiterführung dieser Argumentation kann von Adipositas bei Kindern dieser Altersgruppe ab einem BMI von 19,50 kg/m<sup>2</sup> gesprochen werden.

Die durchschnittlichen BMI aller Kinder (N= 13.860), sowohl in den einzelnen Jahren als auch im Gesamt – Mittelwert des Untersuchungszeitraumes, lagen mit den BMI von max. 15,31 kg/m<sup>2</sup> bei Mädchen / 15,42 kg/m<sup>2</sup> bei Jungen und min. 14,06 kg/m<sup>2</sup> bei Mädchen/ 14,16 kg/m<sup>2</sup> bei Jungen im beschriebenen Toleranzbereich. BMI unter 13,00 kg/m<sup>2</sup> und über 19,50 kg/m<sup>2</sup> wurden aber ebenfalls festgestellt.

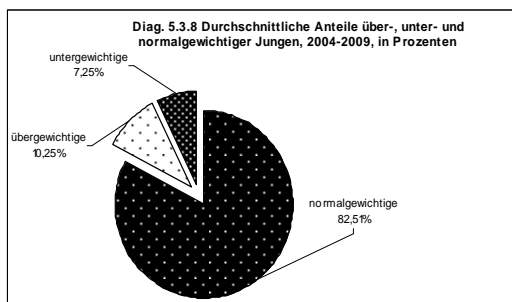
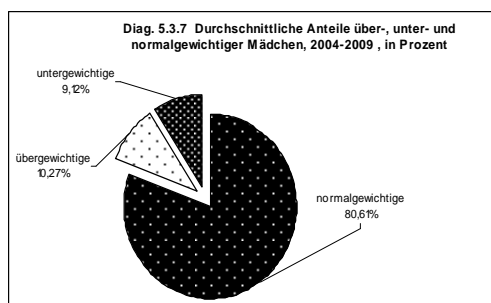
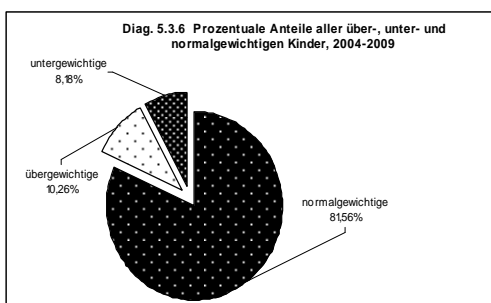


### Verhältnis von Normal-, Unter- und Übergewicht

Mädchen			Jungen		Gesamt	
Jahr	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
2004	964	80,54	1063	81,96	2027	
2005	956	80,00	1034	83,73	1990	
2006	933	82,27	1089	83,07	2022	
2007	920	81,63	990	83,90	1910	
2008	843	81,29	882	81,14	1725	
2009	799	77,95	841	81,26	1640	
<b>Gesamt</b>	<b>5415</b>	<b>80,61</b>	<b>5899</b>	<b>82,51</b>	<b>11314</b>	<b>81,56</b>

81,56% aller Kinder waren normalgewichtig (BMI 13,00-17,50 kg/m<sup>2</sup>), 80,61% aller Mädchen und 82,51% aller Jungen.

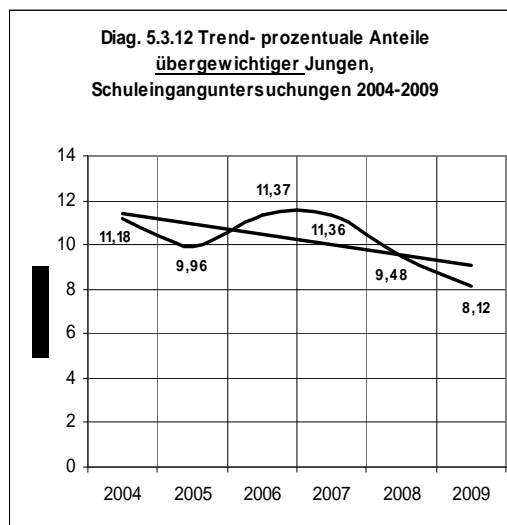
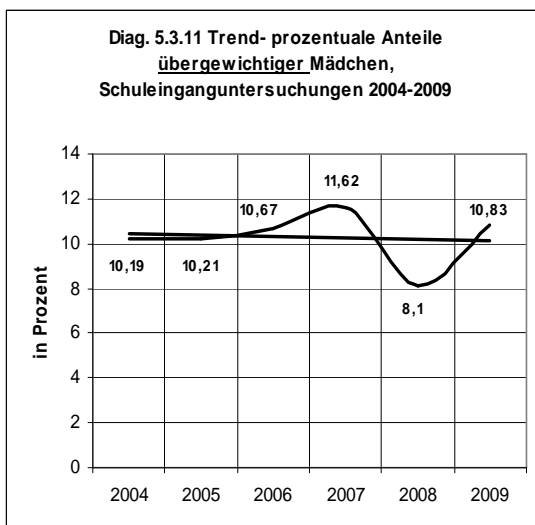
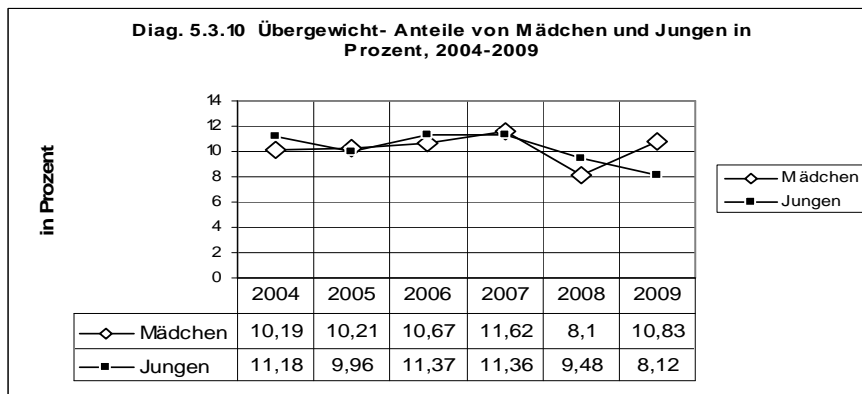
10,26% aller Kinder waren übergewichtig (BMI >17,50 kg/m<sup>2</sup>), 10,27% aller Mädchen, 10,25% aller Jungen. 8,18% aller Kinder waren untergewichtig (BMI < 13,00 kg/m<sup>2</sup>), 9,12% aller Mädchen, 7,25% aller Jungen.

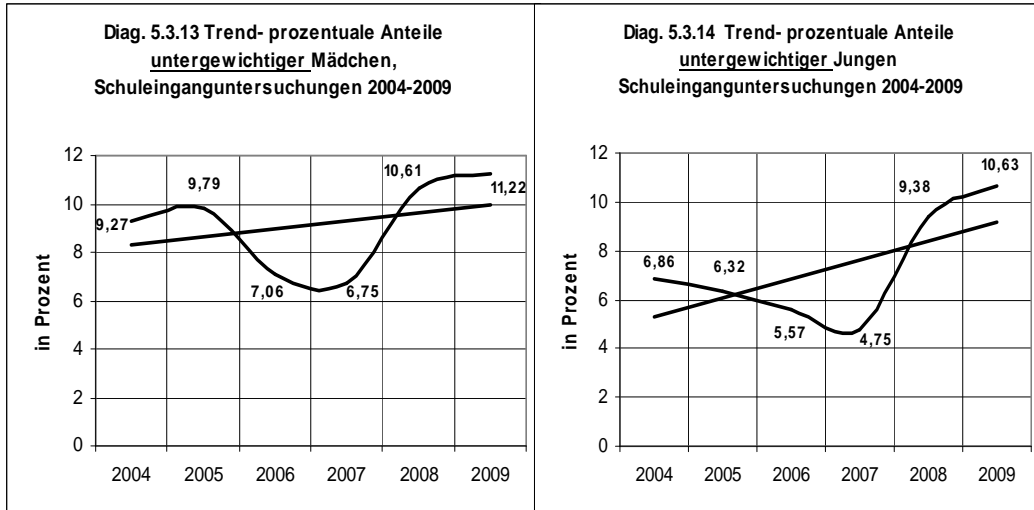


Die Gesamtzahl untergewichtiger Kinder steigerte sich im Untersuchungszeitraum, die Gesamtzahl übergewichtiger Kinder nahm dagegen von 2004 bis 2009 leicht ab, ebenso gilt dieses für die im Rahmen o.a. Definition als normalgewichtig zu bezeichnenden Kinder.

Tabelle 5.3.8 Untergewichtige Kinder						
	Mädchen		Jungen		Gesamt	
Jahr	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
2004	111	9,27	89	6,86	200	
2005	117	9,79	78	6,32	195	
2006	80	7,06	73	5,57	153	
2007	76	6,75	56	4,75	132	
2008	110	10,61	102	9,38	212	
2009	115	11,22	110	10,63	225	
<b>Gesamt</b>	<b>609</b>	<b>9,12</b>	<b>508</b>	<b>7,25</b>	<b>1117</b>	<b>8,18</b>

Tabelle 5.3.9 Übergewichtige Kinder (einschl. adipöse)						
	Mädchen		Jungen		Gesamt	
Jahr	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
2004	122	10,19	145	11,18	267	
2005	122	10,21	123	9,96	245	
2006	121	10,67	149	11,37	270	
2007	131	11,62	134	11,36	265	
2008	84	8,10	103	9,48	187	
2009	111	10,83	84	8,12	195	
<b>Gesamt</b>	<b>691</b>	<b>10,27</b>	<b>738</b>	<b>10,25</b>	<b>1429</b>	<b>10,26</b>





Zwischen 2004 und 2009 ist der prozentuale Anteil übergewichtiger Mädchen trotz Schwankung 2008 nahezu gleich geblieben. Der prozentuale Anteil übergewichtiger Jungen ging im Berichtszeitraum zurück. Dieser Trend könnte sich in den Folgejahren stabilisieren. Der prozentuale Anteil untergewichtiger Mädchen wuchs an, ebenso der Anteil untergewichtiger Jungen.

**Adipöse Kinder**

4,24 Prozent aller im Untersuchungszeitraum vorgestellten und ärztlich untersuchten Kinder wiesen einen, wie o.a. BMI (>19,5 kg/m<sup>2</sup>) auf, 41,11 Prozent aller als übergewichtig zu bezeichnenden Kinder (BMI >17,50 kg/m<sup>2</sup>).

<b>Tabelle 5.3.10 Übergewichtige und Adipöse Kinder gesamt N = 13.860</b>					
1	2	3	4	5	6
Jahr	unters.Ki. (w)	Ü.g.absolut	Adi.absolut	Adi.in % v.3	Adi.in % von 2.
2004	2494	267	99	37,08	3,97
2005	2430	245	98	40,00	4,03
2006	2445	270	127	47,04	5,19
2007	2307	265	119	44,91	5,16
2008	2124	187	79	42,25	3,72
2009	2060	195	69	35,38	3,35
<b>Gesamt</b>	<b>13860</b>	<b>1429</b>	<b>591</b>	<b>41,11</b>	<b>4,24%</b>

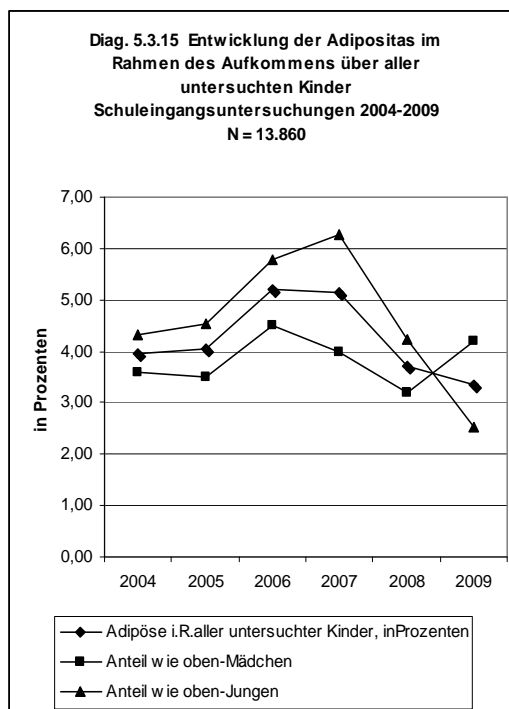
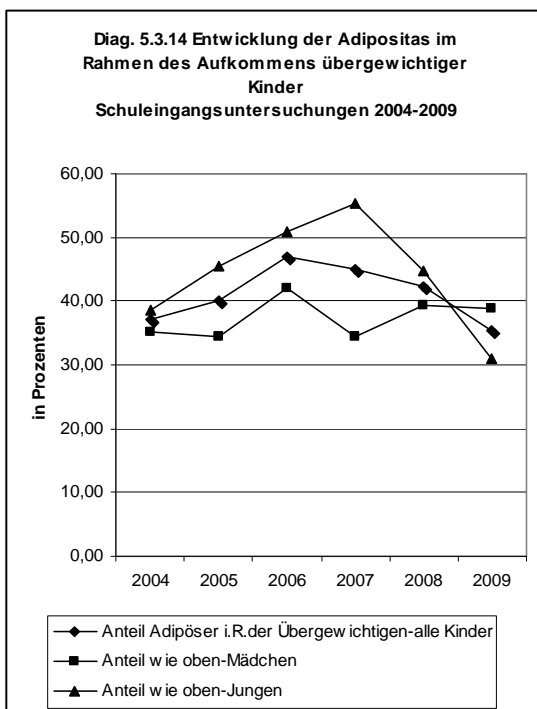
Von den übergewichtigen Mädchen sind 37,37 Prozent als adipös zu bezeichnen. Insgesamt waren 3,83 % aller Mädchen betroffen, 0,41 % weniger als Jungen.

Tabelle 5.3.11 Übergewichtige und adipöse Mädchen N = 6715					
1	2	3	4	5	6
Jahr	unters.Ki. (w)	Ü.g.absolut	Adi.absolut	Adi.in % v.3	Adi.in % von 2.
2004	1197	122	43	35,25	3,59
2005	1195	122	42	34,43	3,51
2006	1134	121	51	42,15	4,50
2007	1127	131	45	34,35	3,99
2008	1037	84	33	39,29	3,18
2009	1025	111	43	38,74	4,20
<b>Gesamt</b>	<b>6715</b>	<b>691</b>	<b>257</b>	<b>37,37</b>	<b>3,83%</b>

4,61 Prozent aller ärztlich untersuchten Jungen waren adipös, 44,33 Prozent aller übergewichtigen Jungen.

Die sich aus den vorliegenden Daten ergebende Fragestellung nach der Entwicklung der adipösen Tendenzen lässt sich beantworten.

Tabelle 5.3.12 Übergewichtige und adipöse Jungen N = 7145					
1	2	3	4	5	6
Jahr	unters.Ki. (w)	Ü.g.absolut	Adi.absolut	Adi.in % v.3	Adi.in % von 2.
2004	1297	145	56	38,62	4,32
2005	1235	123	56	45,53	4,53
2006	1311	149	76	51,01	5,80
2007	1180	134	74	55,22	6,27
2008	1087	103	46	44,66	4,23
2009	1035	84	26	30,95	2,51
<b>Gesamt</b>	<b>7145</b>	<b>738</b>	<b>334</b>	<b>44,33</b>	<b>4,61%</b>



Sowohl der Anteil adipöser Kinder im Rahmen aller Übergewichtigen als auch der auf die Gesamtheit untersuchter Kinder bezogene Anteil sind insgesamt seit 2006 rückläufig, das gilt für beide Geschlechter und auch gesamt. Dieses ist eine positive Entwicklung!

**Zum Vergleich**

Das Robert Koch Institut veröffentliche zu Übergewicht und Adipositas bei Kindern [Aktuelles zum Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI (KiGGS): Zu Übergewicht und Adipositas von Kindern und Jugendlichen, Epidemiologisches Bulletin Nr. 27, Robert Koch-Institut, S. 231,8. Juli 2005]. ausgewählte Zahlen aus einigen Bundesländern.

<b>Tabelle 5.3.13 Vergleich</b>						
Bezugjahre 2003, 2004 u. 2004-2009	Übergewichtige K. in %		Mittelwert	Adipöse K. in %		Mittelwert
	m	w		m	w	
<b>Landkreis Stade</b>	<b>10,25</b>	<b>10,27</b>	<b>10,26</b>	<b>4,61</b>	<b>3,83</b>	<b>4,22</b>
Niedersachsen	10,40	11,50	10,95	4,60	5,10	4,85
Brandenburg	11,20	11,80	11,50	5,10	5,00	5,05
Meck-Vorp.	14,70	11,80	13,25	8,30	5,30	6,80

Die Anzahl übergewichtiger und adipöser Kinder ist im Vergleich – auch wenn die unterschiedlichen Zeiträume berücksichtigt werden müssen, in denen Entwicklungen stattgefunden haben könnten, zum Positiven oder auch zum Negativen, durchaus kleiner als in den ausgewählten Bundesländern.

Das im Landkreis Stade zur Schuleingangsuntersuchung erschienene <b>"Durchschnitts - Mädchen"</b> - 2004 bis 2009, kommt zu 85,23% aus Deutschland. Kommt es aus dem Ausland und ist die Herkunft bekannt, stammt es zu 59,01% aus der Türkei. Es ist 6 Jahre und 6 Monate alt, wiegt 21,82 kg der Body- Mass- Index beträgt 15,24 kg/cm <sup>2</sup> .	Der im Landkreis Stade zur Schuleingangsuntersuchung erschienene <b>"Durchschnitts - Junge"</b> - 2004 bis 2009, kommt zu 86,44% aus Deutschland. Kommt er aus dem Ausland und die Herkunft ist bekannt, stammt er zu 56,76% aus der Türkei. Er ist 6 Jahre und 5 Monate und 27 Tage alt und wiegt 22,39 kg. Der Body- Mass- Index beträgt 15,31kg/cm <sup>2</sup> .
---	--

Für die im Untersuchungszeitraum im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung untersuchten Kinder kann insgesamt von einer positiven Entwicklung gesprochen werden. Übergewichtige und adipöse Kinder sind vorhanden, ihre Anzahl scheint



aber seit 2004 zurück zu gehen. Die leichte Zunahme der Anzahl untergewichtiger Kinder ist nicht gravierend, sollte aber weiter beobachtet werden.

Die an erster Stelle angesprochenen Langzeitriskien für die betroffenen Übergewichtigen und adipösen Kinder sollten für alle ein Ansporn sein, sich diesem Gesundheitsproblem weiterhin zu stellen. Die Medizin, insbesondere die Kinder- und Jugendmedizin leistet ihren Beitrag dazu. Die Ursachenbasis ist allerdings weiterhin als komplex zu bezeichnen. Alle Akteure, die sich dieser Thematik bereits angenommen haben, sind auch zukünftig gefordert. Präventionsstrategien, die sich mit Verhaltensveränderungen befassen, können nur ein Anfang sein.

#### *5.4 Die Vorsorgeuntersuchungen - im Vorsorgeheft dokumentiert*

Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennungsmaßnahmen für Kinder gehören seit 1971 zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen und werden seitdem weiterentwickelt. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist das SGB V. [8]

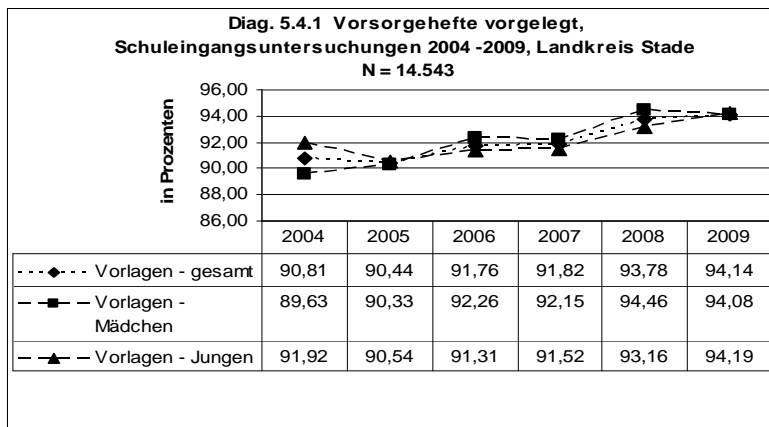
Nach der Gesetzesbegründung sollen Kindervorsorgeuntersuchungen sicherstellen, dass Defekte und Erkrankungen von Neugeborenen, Kleinkindern und Kindern, insbesondere solche, die eine normale körperliche und geistige Entwicklung des Kindes in besonderem Maße gefährden, möglichst schnell durch einen Kinderarzt erkannt werden, um früh eine entsprechende Therapie einleiten zu können. Zugleich sollen die Untersuchungen dazu dienen, Fälle von Vernachlässigung, Verwahrlosung, Kindesmisshandlung oder sexuellem Missbrauch zu erkennen und einem entsprechenden Fehlverhalten der Erziehungsberechtigten vorzubeugen. In einigen deutschen Bundesländern, wie auch in Niedersachsen, ist deshalb ein verbindliches Einlade- und Meldewesen zur Vorstellung zu den Untersuchungen beschlossen worden. [9] Der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat in den "Kinder-Richtlinien"(..) die ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres festgelegt. Die Kindervorsorgeuntersuchungen werden im Kinder-Untersuchungsheft „Gelbes Heft“ des Gemeinsamen Bundesausschusses vom Kinderarzt dokumentiert. Seit Mai 2006 bekommen alle Kinder und Jugendliche ein zusätzliches Vorsorgeheft mit vier neuen Vorsorgeuntersuchungen, welche Lücken zwischen den bisherigen Terminen schließen, um eine bessere Prävention in den verschiedenen, für die Entwicklung des Kindes entscheidenden Altersstufen, zu ermöglichen. Vorsorgeuntersuchungen sind ein wesentlicher Bestandteil der Pädiatrie. [10]

<p><b>Vorsorgeuntersuchungen zur Information im Überblick</b></p> <p><b>Quelle:</b> www.BARMER-GEK.de, 28.06.2010</p>
<p><b>U1:</b> Neugeborenen-Untersuchung Unmittelbar nach der Geburt werden Atmung, Muskeltätigkeit, Herzschlag und Reflexe kontrolliert sowie auf behandlungsbedürftige Missbildungen untersucht. Inklusive: Hörscreening für Neugeborene.</p>
<p><b>U2:</b> 3. bis 10. Lebensstag Alle Organe, die Sinnesorgane und Reflexe werden untersucht. Aus der Ferse wird eine Blutprobe entnommen. Sie dient der Früherkennung von eventuellen Stoffwechsel- und Hormonstörungen. Inklusive: Hörscreening für Neugeborene.</p>
<p><b>U3:</b> 4. bis 5. Lebenswoche Der Arzt prüft, ob sich die Reflexe, die Motorik, das Gewicht und die Reaktionen altersgemäß entwickeln. Er erkundigt sich, ob das Baby gut trinkt. Er tastet und hört die Organe ab. Außerdem wird eine Untersuchung auf Störungen und Verrenkungen des Hüftgelenks durchgeführt. Darüber hinaus gibt er Ernährungshinweise im Hinblick auf die Mundgesundheit.</p>
<p><b>U4:</b> 3. bis 4. Lebensmonat Auch bei diesem Vorsorgetermin werden die Körpermaße, Haut, Brust-, Bauch-, Geschlechts- und Sinnesorgane, Motorik und das Nervensystem untersucht.</p>
<p><b>U5:</b> 6. bis 7. Lebensmonat Wieder geht es darum, ob das Baby gut hören und sehen kann. Darüber hinaus schaut der Arzt nach, ob es sich seinem Alter entsprechend bewegt und hält. Die Eltern erhalten Hinweise zur Mundhygiene und zahnschonender Ernährung.</p>
<p><b>U6:</b> 10. bis 12. Lebensmonat Bei diesem Termin stehen die geistige Entwicklung und die Sinnesorgane im Mittelpunkt. Der Arzt fragt, ob das Kind Doppellaute plappert, auf seinen Namen reagiert und kleine Aufforderungen versteht. Des Weiteren wird geprüft, ob es krabbelt, sitzen oder stehen kann. Außerdem gibt es Hinweise zur Pflege der ersten Zähne.</p>
<p><b>U7:</b> 21. bis 24. Lebensmonat Mit einfachen Bildern oder im Gespräch testet der Arzt, wie weit das Kind in seiner sprachlichen Entwicklung ist. Auch die Feinmotorik und die Körperbeherrschung sowie Verhaltensauffälligkeiten werden beobachtet.</p>
<p><b>U7a:</b> 34. bis 36. Lebensmonat Der "Kindergarten-Check" untersucht im Wesentlichen die Körpermaße, Haut, Motorik sowie Brust-, Bauch-, Sinnes- und Geschlechtsorgane Ihres Kindes. Zudem werden Nerven- und Skelettsystem einer genauen Prüfung unterzogen. (...)</p>
<p><b>U8:</b> 46. bis 48. Lebensmonat Alle Organe, die Bewegungsabläufe und die generelle Entwicklung werden sehr intensiv überprüft. So können noch rechtzeitig vor der Einschulung eventuelle Organerkrankungen, Bewegungsstörungen, Seh- und Hörfehler, Sprachstörungen und Verhaltensauffälligkeiten erkannt und gezielt behandelt werden. Auch eine Harnuntersuchung (...) wird durchgeführt.</p>
<p><b>U9:</b> 60. bis 64. Lebensmonat Wieder werden alle Organe genau untersucht. Außerdem testet der Arzt das Gehör, die Sehfähigkeit, die Sprachentwicklung und die Bewegung. Auch hier ist das Ziel, eventuelle Krankheiten vor dem Schuleintritt zu heilen, (...).</p>
<p><b>U10: 7 bis 8 Jahre</b> Mit dem "Grundschul-Check" sollen Schulleistungs- und Verhaltensstörungen frühzeitig erkannt werden. Der Schwerpunkt der Untersuchung liegt auf dem Erkennen und der Behandlungseinleitung von Entwicklungsstörungen, Lese-Rechtschreibstörungen, Rechenstörungen, Störungen der motorischen Entwicklung und Verhaltensstörungen (z.B. ADHS). Der Check umfasst zudem die Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferanomalien und eine Befragung zum Mediennutzungsverhalten des Kindes.</p>
<p><b>U11:</b> 9 bis 10 Jahre Mit dem "Schüler-Check" werden die Kinder nach Schwierigkeiten im Umgang mit Freunden oder Lehrern befragt. Es wird untersucht, ob es Anzeichen für Zahn-, Mund- und Kieferanomalien gibt. Die Untersuchung soll unter anderem der Bewegungs- und Sportförderung dienen und den problematischen Umgang mit Suchtmitteln erkennen und verhindern helfen. Gesundheitsbewusstes Verhalten soll angeregt und unterstützt werden, gegebenenfalls durch eine Ernährungs-, Bewegungs-, Stress-, Medien- oder Suchtberatung.</p>
<p><b>J1:</b> Jugendgesundheits-Untersuchung 1998 wurde eine weitere Vorsorgeuntersuchung, (...), eingeführt. Sie wendet sich an 12- bis 14-jährige. Dabei wird die körperliche und sexuelle Entwicklung des Schulkindes untersucht. Dazu gehören die Messung des Körpergewichts und der Körpermaße sowie des Blutdrucks. Bisher fehlende Impfungen können durchgeführt oder bereits erfolgte aufgefrischt werden. Die Untersuchung J1 beinhaltet auch ein Gespräch mit dem Jugendlichen über Empfängnisverhütung, Lebens- und Essgewohnheiten, Rauchen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Aids-Vorbeugung und Probleme in Schule und Familie.</p>
<p><b>J2:</b> Jugendgesundheits-Untersuchung Ein weiteres Angebot ist die J2. Diese ergänzende Untersuchung richtet sich an Jugendliche im Alter von 16 bis 17 Jahren. Neben internistischen und orthopädischen Krankheitsbildern (zum Beispiel Übergewicht, Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen und Haltungsschäden) stehen Fragen der Sexualität, Verhaltensauffälligkeiten und Sozialisationsstörungen im Fokus des Interesses. Es erfolgt eine begleitende Beratung zur Berufswahl.</p>

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen im Landkreis Stade wurde zunächst kontrolliert, ob überhaupt ein Vorsorgeheft durch die Eltern vorgelegt werden konnte und ob die darin aufgeführten Untersuchungen durch eine Ärztin oder einen Arzt für Kinderheilkunde oder durch eine sonstige Ärztin oder einen sonstigen Arzt durchgeführt und bescheinigt wurden. Daten wurden für den Untersuchungszeitraum 2004 bis 2009 erhoben, für die U1 bis U7, U8 und U9, noch nicht für die 7a.

### Vorlage der Vorsorgehefte

Die Eltern von - im gesamten Untersuchungszeitraum - 14.543 Kindern waren aufgefordert, die Vorsorgehefte ihrer Kinder zur Schuleingangsuntersuchung vorzulegen, um den Stand durchgeführter Vorsorgeuntersuchungen in jedem Einzelfall feststellen und dokumentieren zu können.



**Tabelle 5.4.1 Vorsorgeheft vorgelegt N =14.543**

Gesamt	Ja	in %	Nein	in %	Ges.
2004	2432	90,81	246	9,19	2678
2005	2393	90,44	253	9,56	2646
2006	2360	91,76	212	8,24	2572
2007	2167	91,82	193	8,18	2360
2008	2036	93,78	135	6,22	2171
2009	1992	94,14	124	5,86	2116
Gesamt	13380	92,13	1163	7,87	14543

Die Eltern kamen dieser Aufforderung weitgehend und zunehmend nach, im gesamten Zeitraum führten 92,13% dieses Dokument mit, Eltern von Mädchen und Jungen fast gleich, zu 92,15 % und 92,11%.

**Tabelle 5.4.2 Vorsorgeheft vorgelegt - Mädchen  
n =7027**

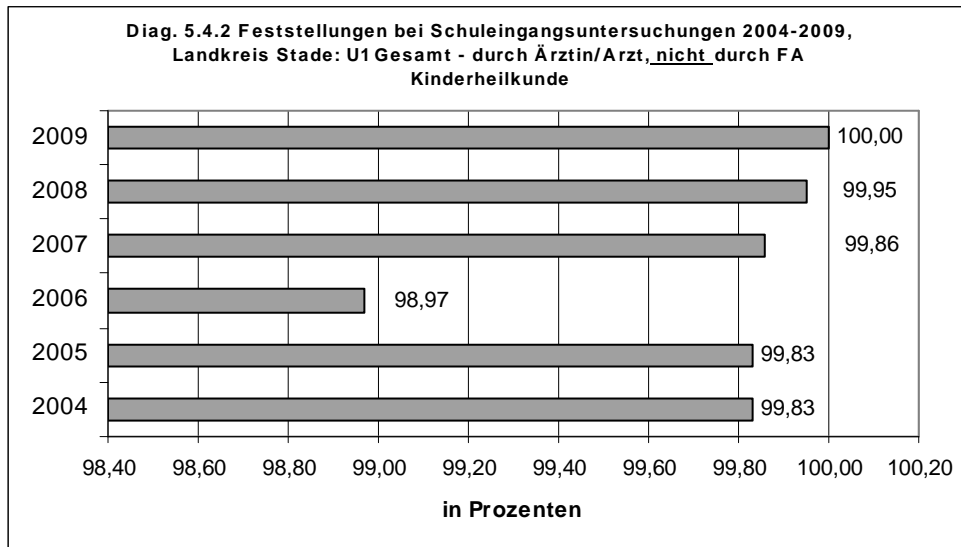
Mädchen	Ja	in %	Nein	in %	Ges.
2004	1158	89,63	134	10,37	1292
2005	1168	90,33	125	9,67	1293
2006	1109	92,26	93	7,74	1202
2007	1056	92,15	90	7,85	1146
2008	988	94,46	58	5,54	1046
2009	986	94,08	62	5,92	1048
Gesamt	6465	92,15	562	7,85	7027

**Tabelle 5.4.3 Vorsorgeheft vorgelegt - Jungen  
n =7516**

Jungen	Ja	in %	Nein	in %	Gesamt
2004	1274	91,92	112	8,08	1386
2005	1225	90,54	128	9,46	1353
2006	1251	91,31	119	8,69	1370
2007	1111	91,52	103	8,48	1214
2008	1048	93,16	77	6,84	1125
2009	1006	94,19	62	5,81	1068
Gesamt	6915	92,11	601	7,89	7516

**Vorsorgeuntersuchung U1 bis U9 –  
Untersuchungen durch Fachärzte für Kinderheilkunde oder andere Ärzte  
U1**

Diese Untersuchung wurde 13.199mal in Anspruch genommen, zwischen 98,97% und 100% durchgeführt durch Ärzte ohne nähere Fachbezeichnung (Codierung A), nicht durch Ärzte für Kinderheilkunde (Codierung K) .

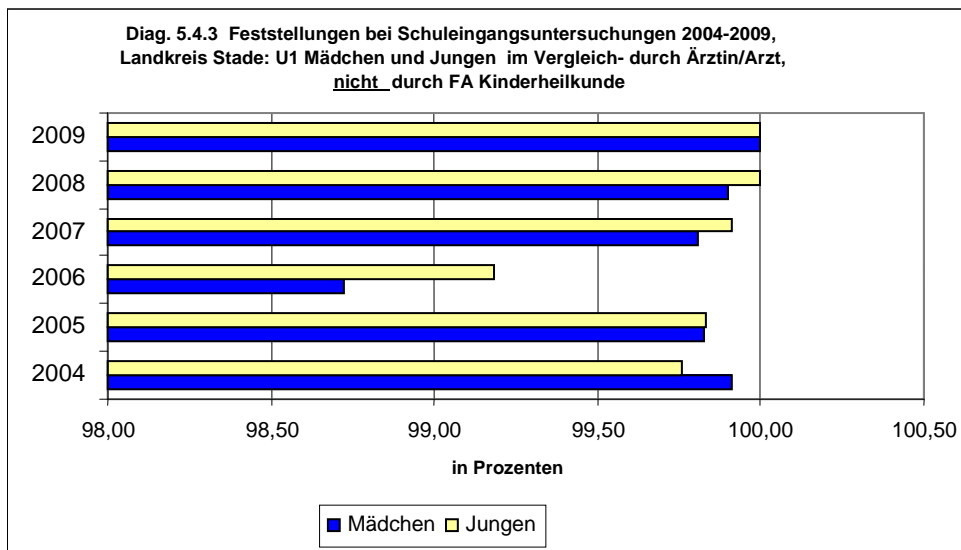


Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen fallen in der Gesamtbewertung nichts ins Gewicht.

<b>Mädchen</b>	A	in %	K	in %	Gesamt
2004	1140	99,91	1	0,09	1141
2005	1155	99,83	2	0,17	1157
2006	1082	98,72	14	1,28	1096
2007	1038	99,81	2	0,19	1040
2008	976	99,90	1	0,10	977
2009	975	100,00	0	0,00	975
Gesamt	6366	99,69	20	0,31	6386

<b>Jungen</b>	A	in %	K	in %	Gesamt
2004	1253	99,76	3	0,24	1256
2005	1207	99,83	2	0,17	1209
2006	1217	99,19	10	0,81	1227
2007	1095	99,91	1	0,09	1096
2008	1035	100,00	0	0,00	1035
2009	990	100,00	0	0,00	990
Gesamt	6797	99,78	16	0,22	6813

Gesamt	A	in %	K	in %	Gesamt
2004	2393	99,83	4	0,17	2397
2005	2362	99,83	4	0,17	2366
2006	2299	98,97	24	1,03	2323
2007	2133	99,86	3	0,14	2136
2008	2011	99,95	1	0,05	2012
2009	1965	100,00	0	0,00	1965
Gesamt	13163	99,74	36	0,26	13199



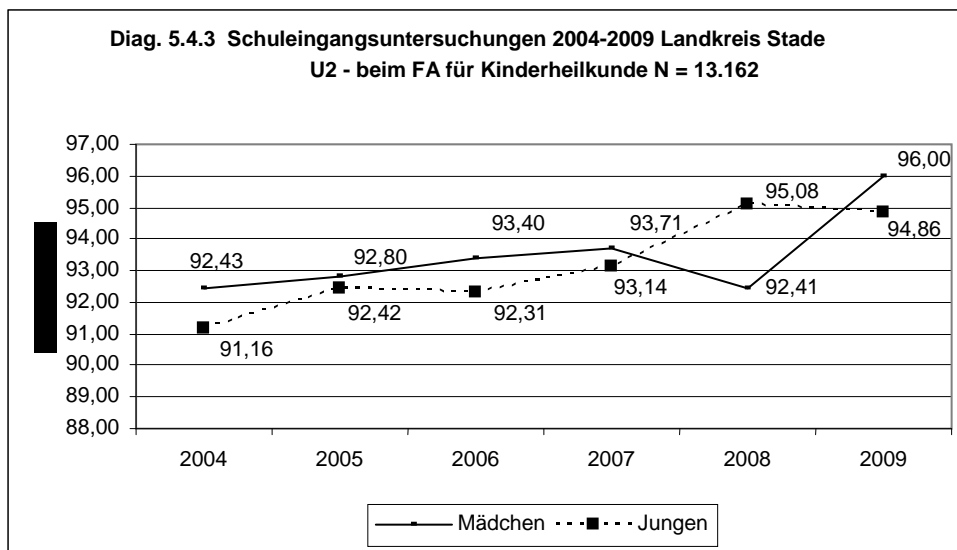
**U2**

Bei der U2 veränderte sich die Situation. In insgesamt 13.162 durchgeführten Untersuchungen waren die Durchführenden in 12.270 Fällen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinderheilkunde,

Gesamt	A	in %	K	in %	Gesamt
2004	197	8,24	2194	91,76	2391
2005	174	7,39	2179	92,61	2353
2006	166	7,17	2148	92,83	2314
2007	140	6,58	1987	93,42	2127
2008	125	6,22	1886	93,78	2011
2009	90	4,58	1876	95,42	1966
Gesamt	892	6,70	12270	93,30	13162

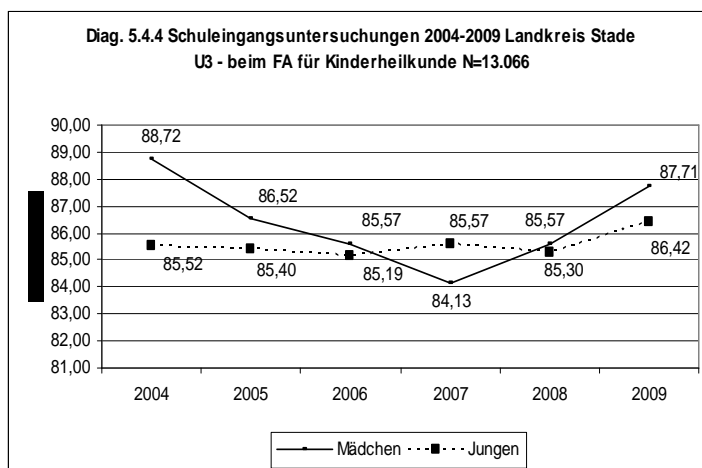
Diese setzte sich für die U2 auch in den folgenden Jahren fort. Die Durchführung durch Kinderärztinnen und Kinderärzte steigerte sich von 92,43 % im Jahr 2004

auf 96% im Jahr 2009 für Mädchen, für den gleichen Zeitraum für Jungen von 91,16%.



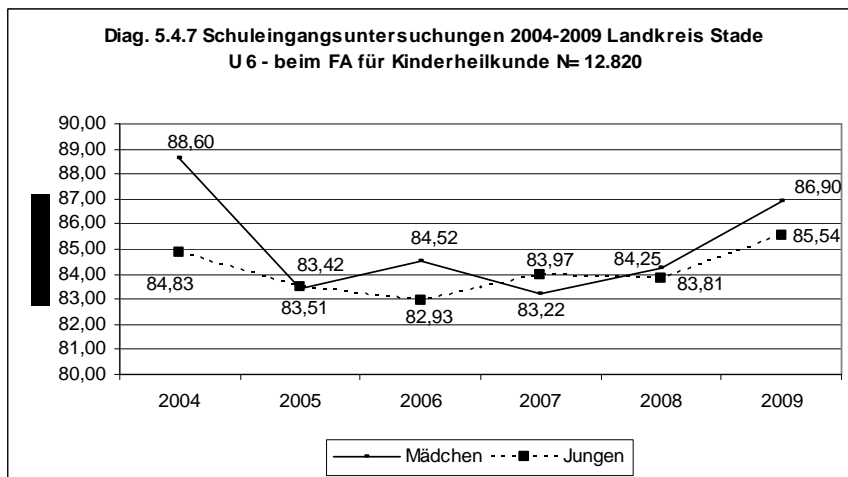
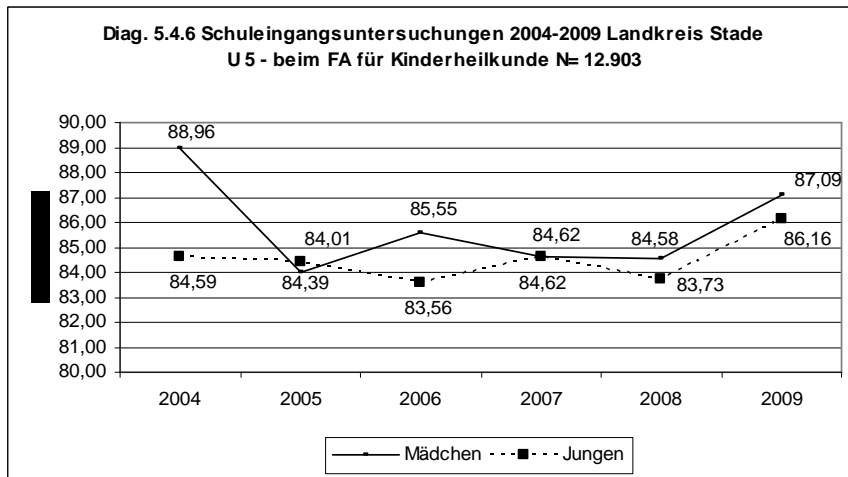
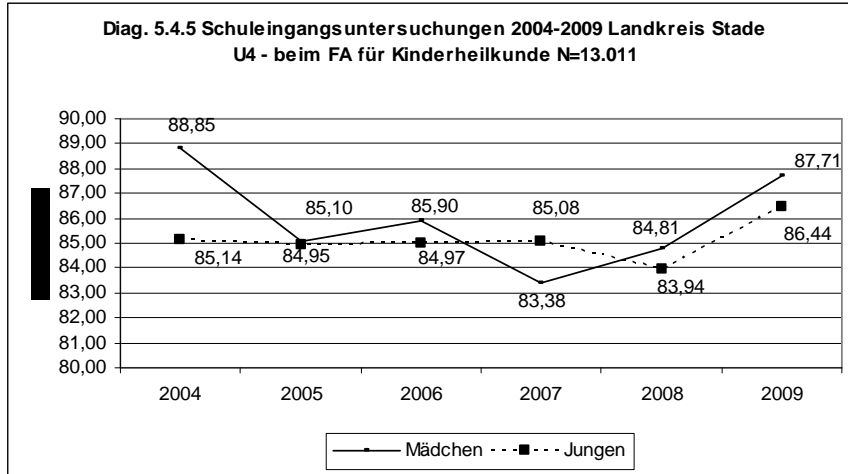
**U3 bis U9**

Für die folgenden Vorsorgeuntersuchungen wurde wieder eine leichte Verlagerung in andere, als kinderärztliche Kompetenzbereiche verzeichnet. Vermutlich besuchte eine Anzahl von Eltern wieder „ihren Hausarzt“ und ließen die Kinder hier untersuchen. Die Entwicklung stellt sich folgendermaßen dar:

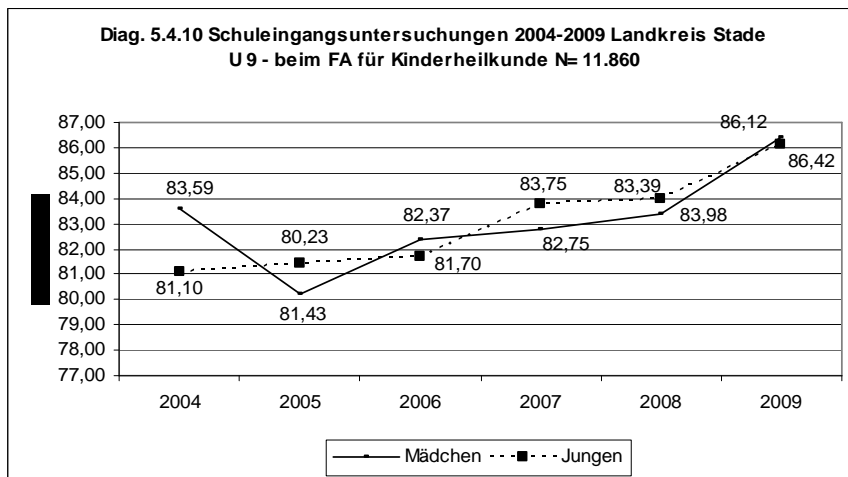
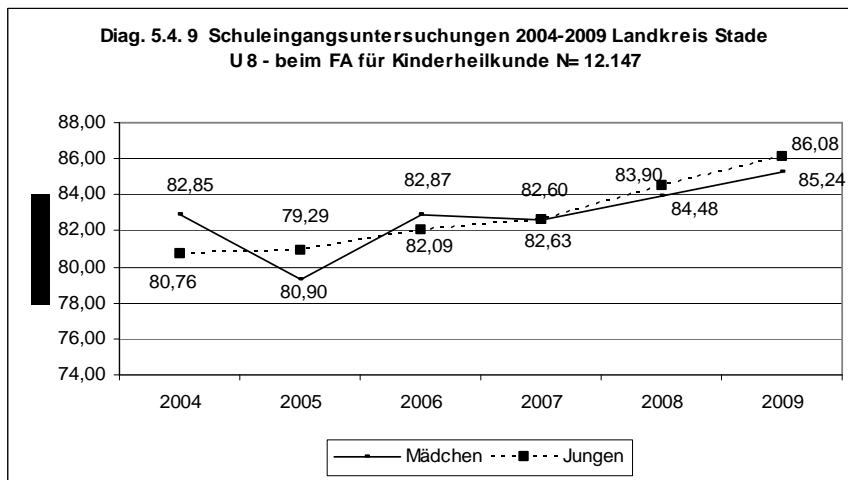
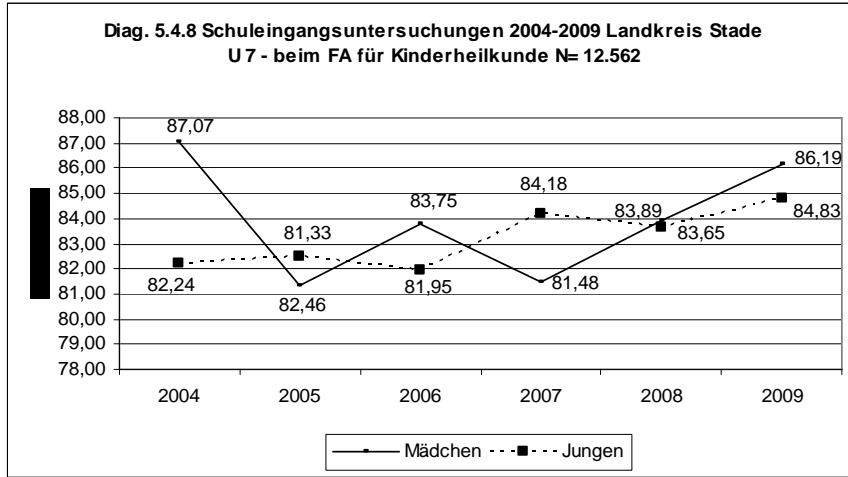


Alle Daten zu Besuchen in Kinderarztpraxen bewegten sich bei der U3 zwischen 84 und fast 89 Prozent, bei stetig nachlassender Inanspruchnahme. Sich abzeichnender Trend als Regel: Umso höher die Ziffer

der Vorsorgeuntersuchung , desto niedriger die Gesamtbeteiligung, wobei die 80 Prozentmarke aber nicht unterschritten wird.



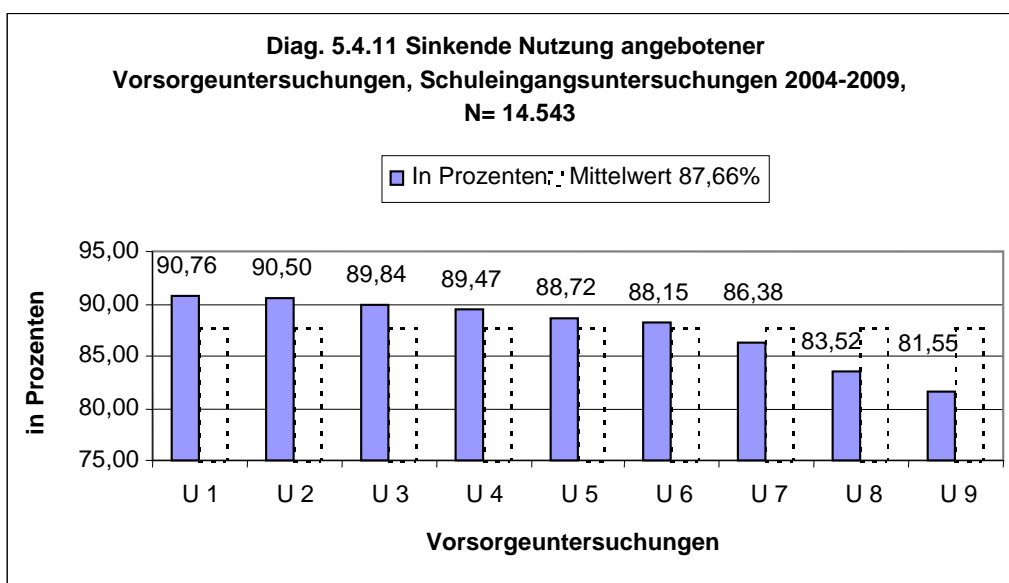




Vorsorgeuntersuchungen, von der U1 bis zur U9 wurden im Untersuchungszeitraum nie vollständig genutzt und bescheinigt.

Es wird Gründe gegeben haben - und vermutlich auch zukünftig geben - die relativ viele Eltern nicht zu den Vorsorgeuntersuchungen gehen ließen. Im Durchschnitt (MW) waren nur 12.748 Kinder von 14.543 (87,66%), so im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen 2004 bis 2009 festgestellt, vorsorgeuntersucht, davon nicht alle von Fachärzten für Kinderheilkunde. Die Teilnahme an den angebotenen Vorsorgeuntersuchungen ging kontinuierlich von der U1 bis zur U9 zurück, somit auch mit steigendem Alter der Kinder. Der gemeinsame Mittelwert wird bereits bei der U7 unterschritten.

<b>Durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen, gesamt, absolut und in Prozent, N= 14.543</b>		
<b>Untersuchung</b>	<b>absolut</b>	<b>in %</b>
U 1	13199	90,76
U 2	13162	90,50
U 3	13066	89,84
U 4	13011	89,47
U 5	12903	88,72
U 6	12820	88,15
U 7	12562	86,38
U 8	12147	83,52
U 9	11860	81,55
Mittelwert	12748	87,66



Vorsorgeuntersuchungen für Kinder sind effektive Maßnahmen zur Förderung und Verbesserung ihrer Gesundheit. Gesundheitliche Störungen können sehr früh entdeckt und behandelt werden. Die Vorsorgeuntersuchungen sind für die Eltern weitgehend kostenfrei. Die Teilnahme an den Vorsorgen ist freiwillig, Eltern sind hierzu nicht per Gesetz verpflichtet. Wenn aber dieses Angebot nur positiv besetzt ist, welche Gründe mögen vorliegen, die Eltern davon abhalten, diese soziale Errungenschaft zum Wohle ihrer Kinder und somit auch zu ihrem eigenen Wohle zu nutzen?

Eine einzige zutreffende Antwort darauf gibt es nicht, es gibt einige Antworten darauf. Diese entspringen sowohl Erfahrungsschätzen und den daraus resultierenden Bewertungen professionell Beteiligter als auch den Bemühungen der empirischen Wissenschaften um eine fundierte Aussage.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen werden auf freiwilliger Basis soziale Daten erhoben. Diese können im Einzelfall ein umfassenderes Bild der sozialen Situation eines untersuchten Kindes darstellen. Dieses ist z.B. dann besonders hilfreich, wenn eine medizinisch relevante Störung zu verzeichnen ist, zu deren Behandlung/ Behebung die Eltern eingehend zu beraten sind.

Immer dann, wenn versucht wird, soziale und andere objektive Merkmale zu bündeln und eine Aussage, z.B. zum Verhalten bestimmter Gruppen zu machen, wie Nicht- Nutzer von Kinder-Vorsorgeuntersuchungen, ist zu beachten, dass es sich hierbei zunächst um ein Konstrukt handelt. Hinlänglich bekannt und ausreichend belegt sind bestimmte soziale Lebensumstände (Indikatoren: Herkunft, gesellschaftliche Integration, Schulabschluss, berufliche Bildung, Erwerbsarbeit, Familienstatus, Alter u.v.a.m. – die dem Kindeswohl abträglich sein können, aber nicht zwangsläufig sein müssen. Bei in solchen Zusammenhängen konstruierten Aussagen über eine gesellschaftliche Gruppe stellt sich immer die Frage der Praxisrelevanz. Die theoretische Erkenntnis alleine ist grundsätzlich hilfreich. Wenn aus dieser Erkenntnislage ein Handlungsbedarf nach Veränderung erwächst, müssen Antworten darauf gegeben werden können. Neue Antworten sollten es sein, wenn das vorhandene Instrumentarium nicht ausreicht, um dem erkannten Mängeln zu begegnen. Es sollten die Möglichkeiten bestehen, in solchen Problemfällen, in denen die vorhandenen Mittel der Einladung und der Angebotsunterbreitung keine

oder nur unzureichende Wirkung zeigen, mit den einzelnen Ansprechpartnern in Kontakt treten zu können.

Eine neuere Entwicklung stellt in diesen Zusammenhang das niedersächsische „Gesetz zur Förderung der Gesundheit und Verbesserung des Schutzes von Kindern in Niedersachsen“, vom 28.10.2009 dar: „Ziel dieses Gesetzes ist es, die Gesundheit von Kindern zu fördern und den Kinderschutz zu verbessern. Dazu soll erreicht werden, dass Kinder in größerem Maß als bisher an Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten teilnehmen, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maß gefährden. Zur Verbesserung des Kinderschutzes werden den örtlichen Trägern der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe Daten der Kinder zur Verfügung gestellt, die nicht untersucht worden sind.“ Das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie hält für interessierte Internetnutzer eine in sechs Sprachen verfügbare Seite zur Verfügung (<http://www.u-untersuchungen.niedersachsen.de>). Hier werden außerdem, neben einer Broschüre „U- Untersuchungen“ u.a. auch die Texte des Einladungs- und Erinnerungsschreibens zur Information angeboten.

## 5.5 Zusammenfassende Anmerkungen

7241 Mädchen und 7753 Jungen wurden im Landkreis Stade von 2004 bis 2009 dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellt. Ca. 86 % der Kinder dieser Jahrgänge war deutscher Herkunft, ca. 9 % kamen aus dem Ausland, bei fast 5% war zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung die Herkunft unbekannt.

Die ermittelten durchschnittlichen Körperlängen und Gewichte aller Kinder lagen mit ca. 120 cm und etwa 22 kg in einem durchschnittlich zu erwartenden Bereich. Zum allergrößten Teil wiesen die Zahlen über die Kinder keine bedenklichen Abweichungen auf. Mit dem Body-Mass-Index für Kinder im Einschulungsalter steht ein - wenn auch umstrittenes - Instrument zur Operationalisierung der Messdaten zu Körperlänge, Gewicht und Alter zur Verfügung. Unsere Mädchen wiesen einen durchschnittlichen BMI von 15,24 kg/m<sup>2</sup> auf, unsere Jungen von 15,31 kg/m<sup>2</sup>. Diese Werte entsprechen dem zu erwartenden Normalmaß. 81,56% aller Kinder waren normalgewichtig (BMI 13,00-17,50 kg/m<sup>2</sup>), 10,26% aller Kinder waren übergewichtig (BMI >17,50 kg/m<sup>2</sup>), 8,18% aller Kinder waren untergewichtig (BMI < 13,00 kg/m<sup>2</sup>), 9,12% aller Mädchen, 7,25% aller Jungen.

4,24 % aller im Untersuchungszeitraum vorgestellten und ärztlich untersuchten Kinder mussten als adipös bezeichnet werden (BMI >19,5 kg/m<sup>2</sup>), das waren ca. 41 %, also fast die Hälfte aller übergewichtigen Kinder (BMI >17,50 kg/m<sup>2</sup>). Es gab mehr adipöse Jungen als Mädchen. Im Vergleich mit den durch das Robert Koch- Institut veröffentlichten Mittelwerten für die Bundesländer Niedersachsen, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern für übergewichtige und adipöse Kinder verzeichnet der Landkreis Stade in beiden Fällen leicht bessere Werte als in Niedersachsen insgesamt und deutlich bessere Werte als die beiden anderen genannten Bundesländer. Die Trends von 2004 bis 2009: Die Anzahl übergewichtiger Mädchen war sehr leicht fallend, die der Jungen eindeutig rückläufig. Die Anteile aller adipösen Kinder, sowohl in der untersuchten Gesamtheit als auch im Rahmen aller übergewichtigen Kinder, waren eindeutig rückläufig, nach Höhepunkten in 2006 und 2007. Die Anzahl untergewichtiger Kinder stieg bei beiden Geschlechtern eindeutig an.

Der Rückgang der Anzahl übergewichtiger und adipöser Kinder ist positiv zu bewerten, sollte aber weiter beobachtet werden, da es sich womöglich nur um eine Episode in einer eigentlich gegenläufigen Entwicklung erweisen könnte. Die Hoffnung, dass bisherige Bemühungen auf unterschiedlichen Ebenen, Übergewicht und Adipositas von Kinder positiv zu beeinflussen gefruchtet haben könnte, muss weiterhin begleitet werden durch Bemühungen, diese Veränderungen weiter voran zu bringen und zu festigen. Die Zunahmen des Anteils untergewichtiger Kinder muss zukünftig im Rahmen kinder- und jugendärztlichen Handelns kritisch beobachtet werden.

Obwohl das Angebot weitgehend kostenfrei angebotener Vorsorgeuntersuchungen für krankenversicherte Kinder eine gute Grundlage für ein relativ gesundes, kinderärztlich begleitetes Heranwachsen dieser Kinder sein kann, war die Nutzung von der U1 bis zur U9 rückläufig. Es bleiben zunächst unbeantwortete Fragen nach mangelnder Motivation oder vielleicht mangelnden Möglichkeit der Eltern. Eindeutig ist: Niemand kann zur Teilnahme gezwungen werden.

Die in letzter Zeit öffentlich diskutierten Fälle von Kindestötungen und Misshandlungen, in offensichtlich in vielfacher Hinsicht überforderten Familien, ließen den Gesetzgeber nach Möglichkeiten suchen, durch ein frühes Entdecken solcher Missstände Gleiches zukünftig zu verhindern. Bekannterweise wurde die Kontrolle der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen für Kinder für ein geeignetes Mittel gehalten, auch den Kinderschutz zu stärken und das Verfahren dazu im Gesetz geregelt. Im Kern ist es ein Verfahren zur Erhöhung der Handlungsstringenz der beteiligten Akteure, insbesondere der Kinderärzte und Jugendämter und zum Aufbau eines gewissen gesellschaftlichen Druckes auf säumige Eltern, denn eine Konsequenz für die Nicht-Teilnahme an den Untersuchungen ergibt sich aus dem Gesetz für die Eltern nicht, eine Teilnahme ist auch weiterhin nicht verpflichtend. Die Vorsorgeuntersuchungen allein scheinen somit kein geeignetes Instrument zur Verbesserung des Kinderschutzes zu sein. Ebenso ist es „allgemein (..) unstrittig, dass eine nicht stattgehabte Vorsorgeuntersuchung kein hinreichendes Verdachtsmoment für das Auslösen der Handlungskaskade nach §8a (..) SGB VIII ist.“ [11,12] Aus Sicht des Kinder-

und Jugendärztlichen Dienstes reicht es nicht aus, die nicht nutzenden Eltern nur soziologisch zu beschreiben. Sie zu identifizieren und in Kontakt mit ihnen zu treten ist notwendig. Ein systematisch- nachgehender Ansatz, zu einer deutlichen Anregung der Nutzung der Vorsorgen, wie es das Gesetz beschreibt, kann bei sachgerechter Umsetzung durchaus die im Gesetz formulierten Ziele erreichen helfen. Dieses wäre ein Fortschritt, nicht nur aus kinderärztlicher Sicht.

Die im Zusammenhang mit den Vorsorgeuntersuchungen für Kinder beschriebenen Probleme einer nachgehenden Intervention verdeutlichen, wie wichtig eine Prävention gesundheitlicher Störungen ist. Dieses gilt ganz besonders in Milieus, die aufgrund unterschiedlicher Umstände an einer gesundheitsförderlichen Entwicklung nicht oder nur wenig teilhaben. Betroffen hiervon sind besonders auch Migrantenfamilien aus sozialen Brennpunkten. Aus diesem Grund wurde das Gesundheitsamt aktiv und implementierte 2009 kooperativ mit dem Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover das „Drei-Generationen-Projekt Niedersachsen – Gesundheit mit Migranten für Migranten“ („MiMi“). Das „MiMi“-Projekt ist bereits an 50 Standorten in 10 Bundesländern vertreten. Im Jahr 2009 wurden in Stade 20 Personen geschult. 2010 wird das Projekt weiter durchgeführt.

**Das „Drei-Generationen-Projekt Niedersachsen – Gesundheit mit Migranten für Migranten“ (MiMi-Gesundheitsprojekt Niedersachsen)** wird im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit des BKK Landesverbandes Mitte sowie der Sanofi Pasteur MSD GmbH mit den jeweiligen Projektstandorten unter der Leitung des Ethno-Medizinischen Zentrums e.V. durchgeführt. Das regional fokussierte Projekt folgt dem Grundgedanken, dass Gesundheit und Gesundheitstraditionen familiär verankert sind. Großeltern, Eltern und Kinder beziehen sich in ihrem Wissen um Gesundheit und in ihrem Gesundheitsverhalten aufeinander. Der Ansatz des MiMi-Gesundheitsprojekts in Niedersachsen soll deshalb die drei Generationen thematisch berühren und die Teilnahme aus allen Altersstufen ermöglichen. Ziel des Projektes ist es, mehrsprachige und kultursensible Gesundheitsförderung und Prävention für Migrantinnen und Migranten, die im Bundesland Niedersachsen leben, anzubieten. Dazu werden engagierte Migrantinnen und Migranten als interkulturelle Gesundheitsmediatoren gewonnen und geschult, die dann ihre Landsleute in der jeweiligen Muttersprache über das deutsche Gesundheitssystem und zu weiteren Themen der Gesundheitsförderung und Prävention informieren. Das Projekt richtet sich vorrangig an Migrantinnen und Migranten mit den Muttersprachen Arabisch, Bosnisch, Englisch, Französisch, Italienisch, Kroatisch, Persisch, Russisch, Serbisch, Spanisch und Türkisch. Mit Unterstützung der ausgebildeten Gesundheitsmediatoren und der Akteure des Gesundheitswesens wird die Eigenverantwortung von Migranten für ihre Gesundheit gestärkt und damit die „gesunde Integration“ von Migrantinnen und Migranten in Niedersachsen unterstützt. [13]

## 6. Grundlagen dieses Berichtes

### Datenbasis:

Epidemiologische Daten der Schuleingangsuntersuchungen des Kinder- u. Jugendärztlichen Dienstes des Landkreises Stade, für die Einschulungsjahrgänge 2004 bis 2009, entnommen aus der im Gesundheitsamt genutzten Datenbank ISGA, in Form von DBF Dateien, zur weiteren Verarbeitung umgestaltet zu Excel Dateien.

Von den 14.994 Meldungen zur Schuleingangsuntersuchung im gesamten Untersuchungszeitraum konnten 14.543 durchgeführt werden. Der vorliegende Gesamtdatensatz mit 202 pro Untersuchungsjahr angelegten Datensätzen wurde neu geordnet und auf 127 Datensätze pro Untersuchungsjahr reduziert. Für den gesamten Untersuchungszeitraum lagen bei 14.543 untersuchten Kindern 1,85 Millionen Einzeldatensätze zur Auswertung vor.

Diese 127 verbleibenden Datensätze orientieren sich ausschließlich an den untersuchten Kindern, deren sozialen Kontext und den darstellbaren Feststellungen.

### Gliederung:

Die Gliederung zur besseren Übersichtlichkeit ergibt sich aus drei gewählten Oberbegriffen:

- Die Kinder
- Die Befunde
- Der soziale Kontext.

Den Oberbegriffen wurden die nach SOPHIA und ISGA geläufigen Datensatzbeschreibungen untergeordnet (127 Datensatzbezeichnungen).

Oberbegriff	Datensätze	Anmerkung
1. Personenkennzeichen des Systems	1	nur wichtig für die Gesamtzahl der gemeldeten Kinder und die Anzahl der Untersuchungen
2. Die Kinder	9	
3. Die Befunde	86	
4. Der soziale Kontext	31	
Gesamt	127	



Endnoten	<p>[1] Kohorte – „in den Sozialwissenschaften (..) eine Bevölkerungsgruppe, die durch ein zeitlich gemeinsames, längerfristig prägendes Startereignis definiert wird“, Diekmann, Empirische Sozialforschung, Rowohlt, 19.Aufl.2007, S.318</p> <p>[2] Epidemiologie: „Wissenschaftszweig, der sich mit der Verteilung von Krankheiten und deren physik., chemischen, psychischen u. sozialen Determinanten u. Folgen in der Bevölkerung befasst.“  <a href="http://www.wdg.psychyrembel.de">http://www.wdg.psychyrembel.de</a></p> <p>[3] Sozialpädiatrie: „interdisziplinäres Arbeitsgebiet der Kinderheilkunde unter Einbeziehung von u. a. Psychologie, Sozialpädagogik, Kinderkrankenpflege, Logopädie, Spieltherapie u. Physiotherapie.“  Anamnese: „Vorgeschichte einer Erkrankung“  <a href="http://www.wdg.psychyrembel.de">http://www.wdg.psychyrembel.de</a></p> <p>[4] „Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen“,  Fundort: BGBl I 2000, 1045</p> <p>[5] „Aktuelles zum Kinder- und Jugendgesundheitssurvey des RKI (KiGGS): Zu Übergewicht und Adipositas von Kindern und Jugendlichen“,  Epidemiologisches Bulletin Nr. 27, Robert Koch-Institut, S. 231, 8. Juli 2005)</p> <p>[6] Gesundheitsberichterstattung Report 2, Übergewicht bei Schulanfängern, eine Auswertung von Schuleingangsuntersuchungen 1993-2003</p> <p>[7] wie 5</p> <p>[8] Sozialgesetzbuch V – Gesetzliche Krankenversicherung</p> <p>[9] Gesetz zur Förderung der Gesundheit und Verbesserung des Schutzes von Kindern in Niedersachsen , 28.10.2009, Niedersächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt, 05.11.2009, Nr. 24. S.400 – Anm. d. V.).</p> <p>[10] Kinder- und Jugendmedizin <a href="http://www.wdg.psychyrembel.de">www.wdg.psychyrembel.de</a></p> <p>[11] Sozialgesetzbuch (SGB) - Achstes Buch (VIII) - Kinder- und Jugendhilfe</p> <p>[12] Langenbruch, Bettina, Sprecherin für den Fachausschuss Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des LV NDS der ÄÄÖGD, 01/ 2008, in „Kinderschutz in den niedersächsischen Kommunen – Analyse des Ist-Zustandes und Handlungsempfehlungen“.</p>
----------	---

**Auswertung Fragebogen zum Qualitätsmanagement im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung<sup>1</sup>**

- 2008/2009 erstmals eine Befragung der Eltern im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung
- Alle Eltern erhielten zu Beginn der Untersuchung einen Fragebogen, den sie freiwillig am Ende des Untersuchungsablaufs ausfüllen und in eine dafür vorgesehene Briefbox anonym abgeben konnten.
- 5 Fragen:
  1. Wie fanden Sie die Räumlichkeiten, in denen die Untersuchung stattfand?
  2. Wie fanden Sie die Organisation der Untersuchung?
  3. Haben Sie auf Ihre Fragen verständliche Antworten erhalten und fühlten Sie sich ausreichend beraten?
  4. Wie war Ihr persönlicher Eindruck zur Atmosphäre der Untersuchung?
  5. Ich habe folgende Änderungsvorschläge: \_\_\_\_\_
- Bewertung  
Skala von 1 (mangelhaft) bis 6 (sehr gut)  
Frage 5 konnte handschriftlich im Freitext formuliert werden
- Auswertung  
2092 Fragebögen verteilt → verwertbare Rückläufer 1226 = 58,60%  
Beteiligungen waren in unterschiedlichen Untersuchungsbezirken auch unterschiedlich verteilt
- Bewertungen durch die Eltern

	zu Frage 1 Räumlichkeiten	ca. 81 % Bewertung 4 bis 6
	zu Frage 2 Organisation	ca. 90% die Bewertung 4 bis 6
	zu Frage 3 Beratung	ca. 93% die Bewertung 4 bis 6
	zu Frage 4 Eindruck zur Atmosphäre	ca. 93% die Bewertung 4 bis 6
	zu Frage 5 Änderungsvorschläge	Hier wurden häufig Hinweise auf den zeitlichen Ablauf bzw. die Räumlichkeiten und z. T. den Lärmpegel in den Schulen sowie Wunsch nach Beschäftigungsmaterial für die Wartezeiten und einmal auch nach einem Kaffeeautomaten und einige weitere einmalig genannte Vorschläge bzw. Anmerkungen formuliert.

Die Befragung hat gute Einsicht in die erfreuliche Akzeptanz der Durchführung der Schuleingangsuntersuchung gegeben.  
Mängel werden immer dann abgestellt, wenn dieses möglich ist.  
Um im Qualitätsmanagement nicht nachzulassen wird die Befragung auch in den nachfolgenden Einschuljahrgängen fortgeführt.

<sup>1</sup>Diese Auswertung ist eine auf wesentliche Ergebnisse reduzierte Zusammenfassung einer umfangreicheren Darstellung der Ergebnisse. Diese liegen AL 53 vor.

