Kindergesundheitsbericht Emden 2012

Stadt EMDEN

Impressum

Herausgeber:

Stadt Emden
Gesundheitsamt Emden
Gesundheitsberichterstattung

Redaktion und Gestaltung:

Isabel Schöneberg und Christiane Lamschus in Zusammenarbeit mit dem Team Kindergesundheit (Anja Haupt, Christina Hempel, Christiane Lamschus, Isabel Schöneberg, Andrea Trauernicht)

Kommunale Gesundheitsberichterstattung
Ysaac-Brons-Str. 16, 26721 Emden
Telefon 04921/ 87-1659
Fax 04921/ 87-1679

Druck:

Hausdruckerei der Stadt Emden

September 2013

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 5
1 Einleitung 7
2 Demographische und soziale Rahmenbedingungen 8
2.1 Anteil der Kinder und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung 9
2.2 Familienstruktur der Einschulungskinder 10
3 Einschulungsuntersuchungen 2012 12
3.1 Gesetzliche Grundlagen 12
3.2 Ziele und Inhalte der Einschulungsuntersuchungen 15
3.3 Beschreibung des Untersuchungsjahrgangs 17
3.4 Herkunft der Kinder 18
3.5 Früherkennungsuntersuchungen für Kinder 19
3.6 Impfstatus 21
3.7 Untersuchungsergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 26
3.7.1 Sehen 26
3.7.2 Hören 28
3.7.3 Auditive und visuelle Wahrnehmung 30
3.7.4 Sprachstörungen 32
3.7.5 Motorik 35
3.7.6 Übergewicht 37
3.7.7 Verhalten 40
4 Präventionsangebote im Gesundheitsamt Emden 43
4.1 Sprachheilberatung 43
4.2 Beratung und Behandlung bei Kopflausbefall 45
4.3 Zahngruppenprophylaxe 46
4.4 Elternabende und Beratungsmärkte 47
4.5 Impfberatung an den Schulen 47
5 Fazit und Ausblick 48
Anhang 1: Auflistung der Vorsorgeuntersuchungen 50
Anhang 2: Beobachtungsbogen – Therapiebedarf kommunizieren 51
Tabellenverzeichnis 53
Abbildungsverzeichnis 54

Hinweis:

Damit dieser Bericht leichter zu lesen ist, wurde meistens nur die männliche Bezeichnung verwendet. Es sind trotzdem immer **Männer und Frauen** gemeint, wenn es nicht ausdrücklich anders erwähnt ist!

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

die Gesundheit unserer Kinder stellt eine wesentliche Voraussetzung für die Zukunft unserer Stadt dar.

Gesunde und leistungsfähige Kinder ermöglichen den gesellschaftlichen Wohlstand von morgen, ohne den unser Gemeinwesen auf Dauer nicht funktionieren kann, denn in der Kindheit werden die Weichen gestellt für das weitere Leben. Werden gesundheitliche Einschränkungen und Erkrankungen bei Kindern nicht rechtzeitig erkannt und behandelt, kann das weitreichende Folgen haben, die manchmal erst im Erwachsenenalter voll zu Tage treten und die Entfaltungsmöglichkeiten der Betroffenen nachhaltig beschneiden können.

Um deutlich zu machen, wie es um die Gesundheit unserer Kinder steht, hat das Gesundheitsamt der Seehafenstadt Emden nach 2003 und 2009 jetzt einen dritten Kindergesundheitsbericht verfasst, den ich Ihnen hiermit vorstelle.

Neben der Betrachtung einer Reihe wichtiger Themen zur Gesundheit für Kinder zeigt der Bericht auch soziale Problemfelder der Emder Kinder auf und benennt Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgungsangebote.

Insbesondere wird deutlich, dass mit Blick auf die inklusive Beschulung von Kindern mit besonderen Bedürfnissen der Beratungsbedarf für Eltern und Schulen steigt. Dieses zu gewährleisten, erfordert eine interdisziplinäre Vernetzung und Zusammenarbeit als Grundlage für die entsprechenden Präventionsangebote und Gesundheitsförderung. Der „Emder Beobachtungsbogen“, der sich derzeit in einer Erprobungsphase befindet, kann in diesem Sinne die Basis einer strukturierten Kommunikation über notwendige Therapiebedarfe sein.

Ich hoffe, dass die Analysen und Einschätzungen ein breites öffentliches Interesse finden und zu weiterführenden Diskussionen über die gesundheitliche Lage der Kinder in Emden anregen. Die Zielsetzung ist eindeutig. Neben der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Einschulungskinder, dem Erkennen der Risikofaktoren und der Installation von Präventions- und Behandlungsmaßnahmen, ist eine vernetzte Zusammenarbeit aller beteiligten Institutionen notwendig. Nur so kann eine gute Entwicklungsförderung erreicht werden.

Bedanken möchte ich mich bei den Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamtes und allen anderen, die zum Gelingen des Kindergesundheitsberichtes beigetragen haben.

Ihr

Bernd Bornemann
Oberbürgermeister

1 Einleitung

Die Gesundheitsberichterstattung ist in dem Niedersächsischen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (§ 8 NGöGD, siehe Kapitel 3.1) gesetzlich verankert und Grundlage für die kommunale Gesundheitspolitik. Kindergesundheit und Gesundheitsförderung von Kindern waren bereits 2003 und 2009 wichtige Themen in den beiden ersten Gesundheitsberichten der Stadt Emden. Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Kindergesundheit wurden ausgesprochen, teilweise umgesetzt und neue Projekte zur Verbesserung dieser initiiert.

Dieser Kindergesundheitsbericht soll daran anknüpfen und möglichst regelmäßig fortgeschrieben werden.

Die Schuleingangsuntersuchung ist die einzige gesetzlich vorgeschriebene Untersuchung des öffentlichen Gesundheitswesens, bei der ein gesamter Jahrgang der Bevölkerung medizinisch erfasst und untersucht wird. Sie dient dazu, gesundheitliche Beeinträchtigungen und schulrelevante Einschränkungen zu erkennen, Eltern zu beraten, Förder- und/oder Therapiemaßnahmen für die Kinder zu initiieren. Nur durch die regelmäßige Auswertung der anonymisierten Daten der Schuleingangsuntersuchungen ist es möglich, verlässliche Aussagen über den Gesundheitszustand und die Gesundheitssituation unserer Kinder zu erhalten.

Durch die Datenlage der Schuleingangsuntersuchungen sowie der beratenden, gutachterlichen und vernetzten Tätigkeiten der Kinder-und Jugendärztlichen Dienste können im Rahmen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung präzise Aussagen zur Gesundheitssituation und zu dem Gesundheitsverhalten der Kinder und ihrer Familien gemacht werden sowie Prävention und Gesundheitsförderung im interdisziplinären Austausch auf kommunaler Ebene vorangebracht werden.

Im Rahmen der inklusiven Schule gewinnen die Schuleingangsuntersuchungen für die einzuschulenden Kinder, die Eltern und die Schulen an Bedeutung. Die Schulärztinnen und Schulärzte können im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen schon frühzeitig detaillierte Angaben zu Auffälligkeiten in den einzelnen Entwicklungsbereichen geben, die einen individuellen Unterstützungsbedarf oder spezielle Fördermaßnahmen einzelner Kinder in der Schule erforderlich machen.

Das niedersächsische Schulgesetz ist im März 2012 novelliert worden, die inklusive Schule wird verbindlich zum Schuljahresbeginn 2013/14 eingeführt und soll den Schülern einen barrierefreien und gleichberechtigten Zugang zu den niedersächsischen Schulen ermöglichen.

2 Demographische und soziale Rahmenbedingungen

Seit 1980 schwankte die Einwohnerzahl Emdens zwischen 49.575 im Jahr 1986 und 52.216 im Jahr 1993. Im Moment wohnen in der Stadt Emden 50.711 Personen (Stichtag: 20.02.2013).

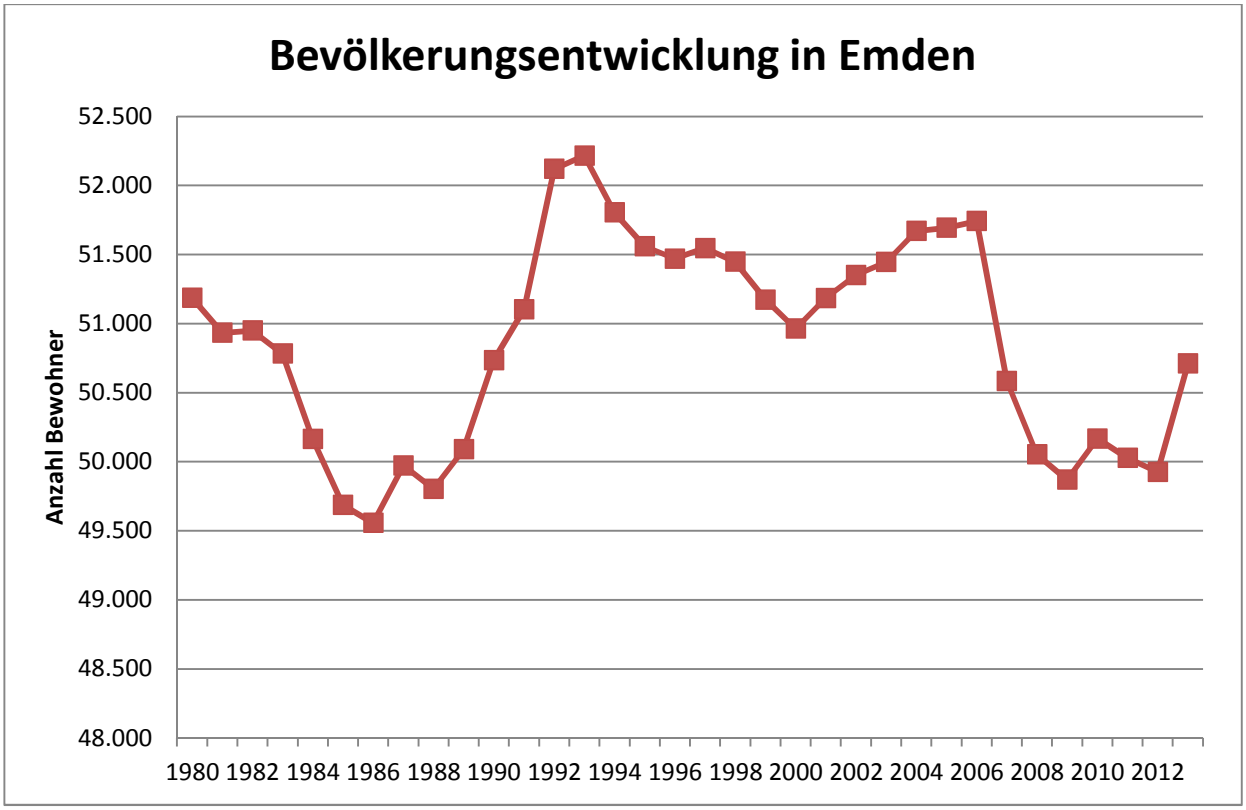


Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung von 1980 bis 2013

Ein Grund für diese Schwankungen ist die unterschiedliche Anzahl der Geburten bzw. der Sterbefälle pro Jahr (vgl. *2*). Die Tendenz sieht so aus, dass immer mehr Menschen sterben und gleichzeitig immer weniger Menschen geboren werden. Im Jahr 2012 sind 674 Menschen in Emden gestorben und 422 wurden geboren.

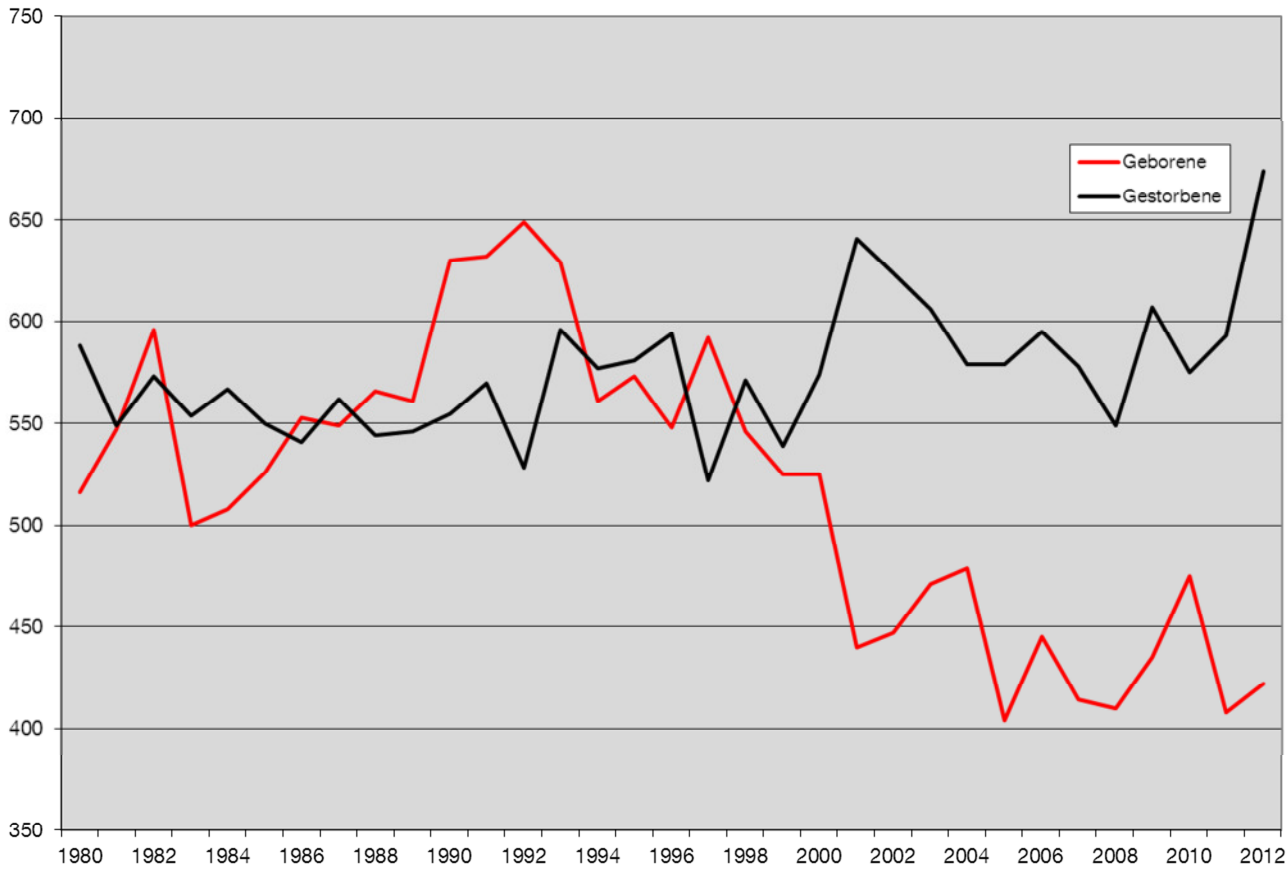


Abbildung 2: Anzahl der Geborenen und Gestorbenen in Emden von 1980 bis 2012

2.1 Anteil der Kinder und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung

Von den 50.711 Einwohnern Emdens sind 8444 Kinder und Jugendliche, also 17 %. Die Verteilung auf jeweils drei Jahre umfassende Altersgruppen ist in *Grafik 3* dargestellt.

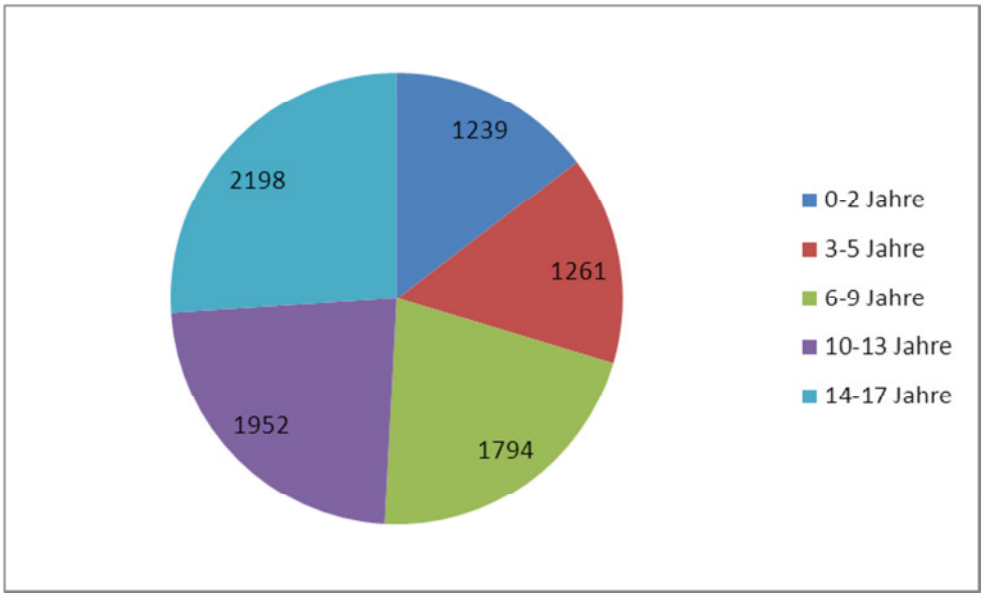


Abbildung 3: Verteilung der Kinder und Jugendlichen in Emden auf die Altersstufen (Stand 20.02.2013)

Wenn man sich die Verteilung auf die Stadtteile ansieht, fällt auf, dass die meisten Kinder und Jugendlichen in Borssum/Hilmarsum, Barenburg, im Stadtzentrum oder in Port Arthur/ Transvaal wohnen (vgl. *Abbildung 4*).

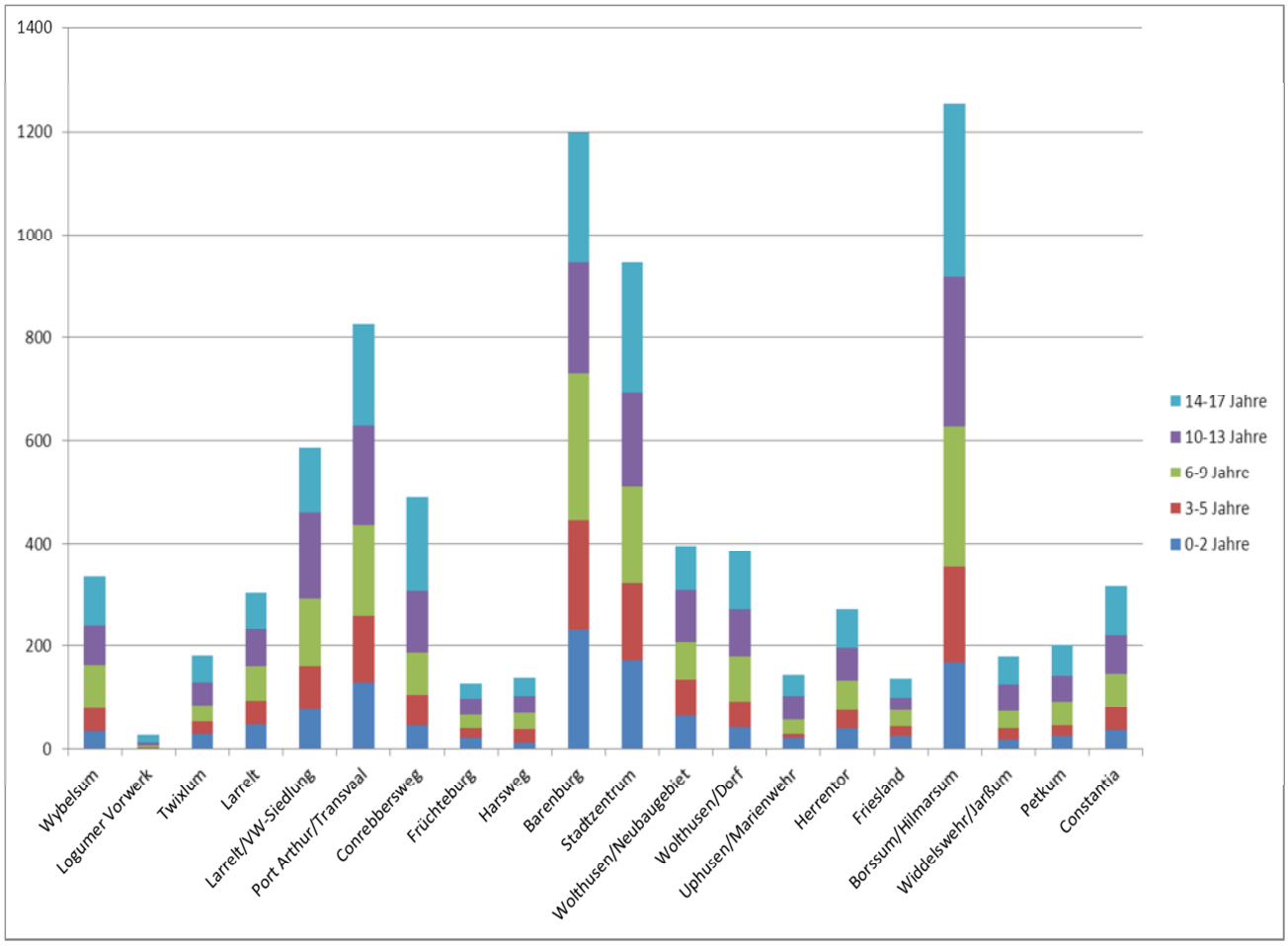


Abbildung 4: Verteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Stadtteile Emdens (Stand: 20.02.2013)

2.2 Familienstruktur der Einschulungskinder

Bei der Einschulungsuntersuchung wird auch erfragt, in welchen Familienverhältnissen die Kinder aufwachsen. Die meisten Kinder (78 % bzw. 75 %) wachsen in beiden Jahren demnach bei beiden Elternteilen auf und 14 % bzw. 16 % bei einer alleinerziehenden Mutter (vgl. *Abb. 5*).

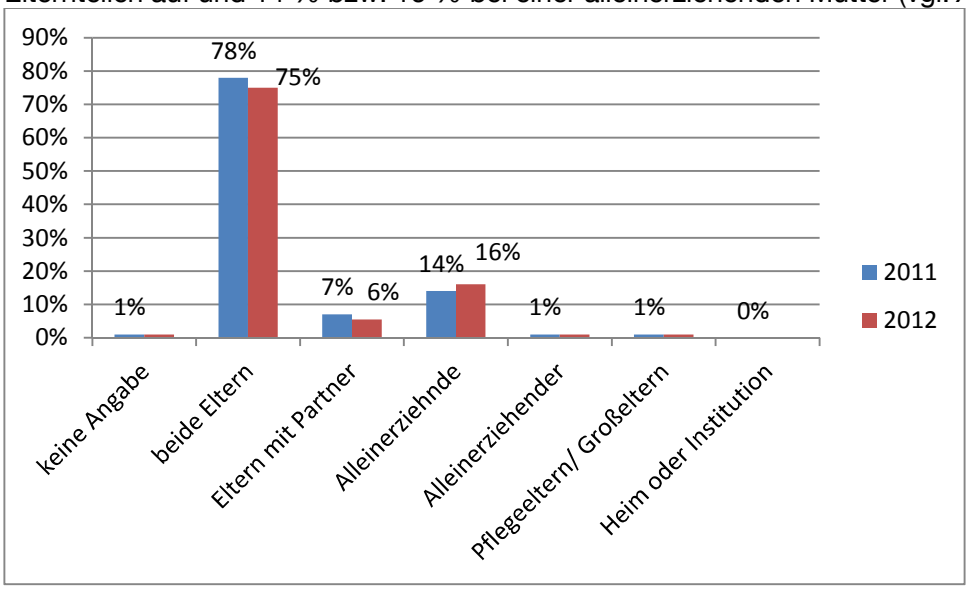


Abbildung 5: Familiensituation der Einschulungskinder 2011/2012

In den letzten 4 Jahren ist die Aufteilung bei der familiären Situation relativ konstant geblieben.

Wenn man die Berufstätigkeit der Eltern betrachtet, ist der Vater bei den meisten Kindern der Hauptverdiener und Ernährer. Die Zahlen sind 2011 und 2012 weitgehend gleich geblieben. Im Jahr 2012 waren 80 % der Väter ganztags berufstätig (von den Müttern nur 9 %), knapp 45 %der Mütter sind halbtags berufstätig und nur 7 % der Väter. Gar keine Beschäftigung haben 44 % der Mütter und 8 % der Väter (vgl. *Abb. 6*).

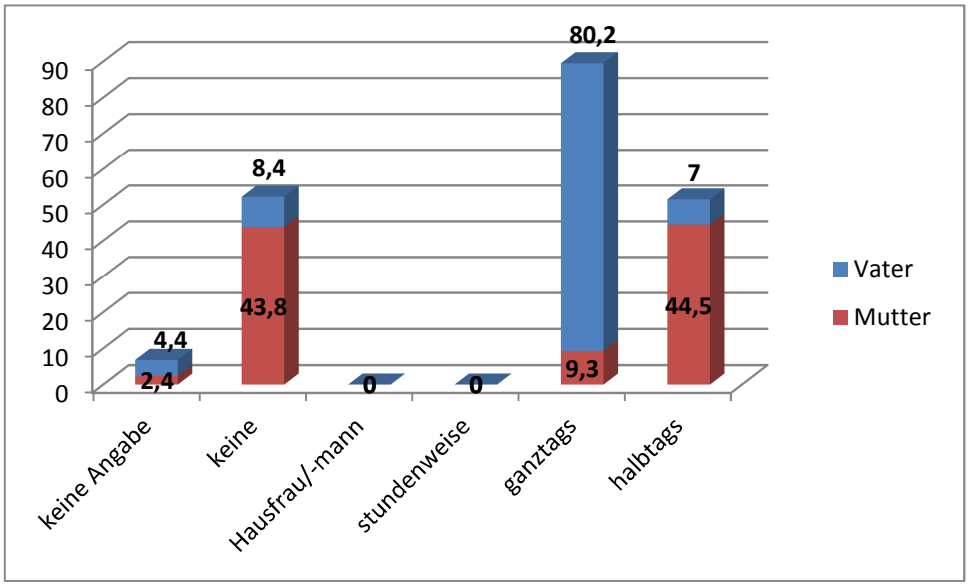


Abbildung 6: Berufstätigkeit der Eltern 2012

Ein Großteil der Kinder (90 %) wird nach der Schule von den Eltern oder einem Elternteil betreut, 3 % von Angehörigen und nur knapp 5 % gehen in einen Hort.

3 Einschulungsuntersuchungen 2012

3.1 Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzlichen Grundlagen für die Durchführung der Einschulungsuntersuchungen und die dabei erfolgende Datenerfassung und anonymisierte Auswertung für die Gesundheitsberichterstattung sowohl des Landes Niedersachsen als auch der Stadt Emden werden in folgenden Gesetzen vorgeschrieben:

- **Niedersächsisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) vom 24. März 2006 (Nds. GVBl. S. 178)**
  (Quelle: lexsoft.de)
- **Niedersächsisches Schulgesetz vom 3. März 1998**
  (Quelle: lexsoft.de)
- **Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG) vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045)**
  (Quelle: lexsoft.de)

Diese Gesetze sichern die flächendeckende Einschulungsuntersuchung in Niedersachsen und eröffnen die einzigartige Möglichkeit, Daten zur Gesundheitslage eines gesamten Jahrgangs zu sammeln und auszuwerten. Außerdem legen sie einen Schwerpunkt in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung.

Im NGöGD sind besonders folgende Paragraphen für die tägliche Arbeit des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes von Bedeutung:

§ 1 Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes
[1]Die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes fördern und schützen die Gesundheit der Bevölkerung. [2]Dabei wirken sie auf die Stärkung der Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger hin. [3]Sie arbeiten mit anderen Trägern, Einrichtungen und Vereinigungen zusammen, die in für die Gesundheit bedeutsamen Bereichen tätig sind.

§ 3 Infektionsschutz
Den Landkreisen und kreisfreien Städten obliegen
1. die Aufgaben des Gesundheitsamtes, der zuständigen Behörde oder der zuständigen Stelle nach dem Infektionsschutzgesetz oder einer aufgrund des Infektionsschutzgesetzes erlassenen Verordnung und 2. die Überwachung der Hygiene von Badegewässern und Badegebieten.
2Zur Aufgabe nach Satz 1 Nr. 1 gehört es auch, auf die **Erhöhung der Impfquote** für **öffentlich empfohlene Schutzimpfungen** hinzuwirken. 3Die Aufgaben nach den Sätzen 1 und 2 gehören zum übertragenen Wirkungskreis.

§4 Prävention und Gesundheitsförderung
(1) 1 Die Landkreise und kreisfreien Städte veranlassen, unterstützen und koordinieren präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen; sie können diese auch **selbst durchführen**.
2 Die Maßnahmen bestehen insbesondere in **Information, Beratung und Aufklärung über Gesundheitsgefährdungen, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen** und Verhältnisse in Bezug auf Vorsorge, Krankheitsfrüherkennung und Maßnahmen zur Versorgung und Rehabilitation.
(2) Die Landkreise und kreisfreien Städte wirken auch darauf hin, dass Personengruppen und Einzelpersonen Hilfen und Leistungen zur Gesundheitsversorgung erhalten, die diese aufgrund ihrer besonderen Lebensverhältnisse nicht selbständig in Anspruch nehmen können.

§ 5 Kinder- und Jugendgesundheit
(1) 1Die Landkreise und kreisfreien Städte schützen und fördern besonders die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. 2Dazu sollen sie insbesondere gemeinsam mit Tageseinrichtungen für Kinder und Schulen zielgruppen- und lebensraumbezogen auf die Prävention und auf eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hinwirken.
(2) 1Die Landkreise und kreisfreien Städte untersuchen die Kinder **rechtzeitig vor der Einschulung** ärztlich auf gesundheitliche Beeinträchtigungen, die geeignet sind, die Schulfähigkeit zu beeinflussen (**Schuleingangsuntersuchungen**). 2Sie können die Schuleingangsuntersuchungen durch Ärztinnen und Ärzte vornehmen lassen, die nicht im öffentlichen Gesundheitsdienst tätig sind. 3Die Landkreise und kreisfreien Städte teilen den Erziehungsberechtigten (§ 55 des Niedersächsischen Schulgesetzes) die Untersuchungsergebnisse für ihr Kind mit. 4Der aufnehmenden Schule werden nur die für die

Schulfähigkeit bedeutsamen Untersuchungsergebnisse mitgeteilt. 5Das Landesgesundheitsamt kann einheitliche fachliche Anforderungen für die Durchführung der Schuleingangsuntersuchungen empfehlen.
(3) Die Landkreise und kreisfreien Städte nehmen die Aufgaben der zuständigen Stellen für die **Zahngesundheitspflege** nach § 21 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs wahr.

§ 8 Gesundheitsberichterstattung
(1)1Die Gesundheitsberichterstattung dient der **Planung und Durchführung von Maßnahmen**, die die **Gesundheit fördern und Krankheiten verhüten**. 2In den Berichten werden Daten und Informationen zielgruppenbezogen und geschlechterspezifisch dargestellt und bewertet.
(2) 1Die Landkreise und kreisfreien Städte beobachten, beschreiben und bewerten die gesundheitlichen Verhältnisse ihrer Bevölkerung, insbesondere die Gesundheitsrisiken, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. 2Dazu sammeln sie nicht personenbezogene und anonymisierte Daten, werten diese nach epidemiologischen Gesichtspunkten aus und führen sie in Fachberichten zusammen (kommunale Gesundheitsberichterstattung). 3In die Berichterstattung sollen auch anonymisierte Ergebnisse von Schuleingangsuntersuchungen nach § 5 Abs. 2 Satz 1 und Untersuchungen im Rahmen der Zahngesundheitspflege nach § 5 Abs. 3 einbezogen werden.
(3) Das Landesgesundheitsamt kann im Einvernehmen mit den kommunalen Spitzenverbänden landeseinheitliche Anforderungen an Inhalt und Form der Datensammlung und Fachberichterstattung nach Absatz 2 festlegen, soweit dies für den Vergleich oder die Zusammenführung von Ergebnissen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung erforderlich ist.
(4) Das Landesgesundheitsamt erstellt Fachberichte zur gesundheitlichen Situation der niedersächsischen Bevölkerung (Landesgesundheitsberichte).

Im Niedersächsisches Schulgesetz (NSchG) regeln die §§ 54 – 57 des vierten Teils die Verpflichtung der Kinder zur Teilnahme an den Schuleingangsuntersuchungen:

§ 56 (1) **1Kinder sind verpflichtet zur Teilnahme an Schuleingangsuntersuchungen** nach § 5 Abs. 2 des Niedersächsischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst sowie an anerkannten Testverfahren, an ärztlichen Untersuchungen und an Untersuchungen, die für ein Sachverständigengutachten benötigt werden, wenn die Testverfahren und Untersuchungen 1. zur Feststellung der Schulfähigkeit oder 2. zur Feststellung, ob eine Schülerin oder ein Schüler einer sonderpädagogischen Förderung in einer Schule oder in einer außerschulischen Einrichtung bedarf, erforderlich sind. 2Die Erziehungsberechtigten und die Kinder sind verpflichtet, die für Untersuchungen nach Satz 1 erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
(2) Die Kinder dürfen im Rahmen der Mitwirkung nach Absatz 1 Satz 1 über die persönlichen Verhältnisse ihrer Erziehungsberechtigten befragt werden, wenn ihre Leistung und ihr Verhalten dies nahe legen und die Erziehungsberechtigten ihre Einwilligung erteilt haben.
(3) 1Den Erziehungsberechtigten ist auf Antrag Einsicht in die Entscheidungsunterlagen für die Feststellungen nach Absatz 1 Satz 1 zu gewähren. 2Vor Entscheidungen nach § 64 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 sowie § 68 Abs. 3, durch die Rechte der Erziehungsberechtigten eingeschränkt werden, ist diesen Gelegenheit zur Besprechung der Ergebnisse der Untersuchungen nach Absatz 1 zu geben.

§ 64[5] Beginn der Schulpflicht
(1) Mit dem Beginn eines Schuljahres werden die Kinder schulpflichtig, die das sechste Lebensjahr vollendet haben oder es bis zum folgenden 30. September vollenden werden. Auf Antrag der Erziehungsberechtigten können Kinder, die zu Beginn des Schuljahres noch nicht schulpflichtig sind, in die Schule aufgenommen werden, wenn sie die für den Schulbesuch erforderliche körperliche und geistige Schulfähigkeit besitzen und in ihrem sozialen Verhalten ausreichend entwickelt sind. Diese Kinder werden mit der Aufnahme schulpflichtig.

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

[5] **Niedersächsisches Schulgesetz** in der Fassung vom 3. März 1998 (Nds.GVBl. S. 137), zuletzt geändert am 12.7.2007 (Nds.GVBl. Nr.22/2007 S.339) - VORIS 22410 01 -

Für die Erhebung des Impfstatus im Rahmen der Einschulungsuntersuchung und die Durchführung der jährlichen Impfaktion in den 5 und 6. Klassen aller Schulformen in der Stadt Emden dienen die vorgenannten Gesetze in Verbindung mit §34 Absatz 10 und 11 des Infektionsschutzgesetzes als Grundlage:

IfSG[6] § 34 Gesundheitliche Anforderungen, Mitwirkungspflichten, Aufgaben des Gesundheitsamtes: (10) Die Gesundheitsämter und die in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen sollen die betreuten Personen oder deren Sorgeberechtigte gemeinsam über die Bedeutung eines vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission **ausreichenden Impfschutzes** und über die **Prävention übertragbarer Krankheiten aufklären**. (11) Bei **Erstaufnahme in die erste Klasse** einer allgemein bildenden Schule hat das Gesundheitsamt oder der von ihm beauftragte Arzt den **Impfstatus** zu erheben und die hierbei gewonnenen aggregierten und anonymisierten Daten über die oberste Landesgesundheitsbehörde dem Robert-Koch-Institut zu übermitteln.

Gesetz zur Einführung der inklusiven Schule
Vom 23. März 2012 (Nds.GVBl. Nr.4/2012 S.34), geändert durch Art. 4 des Gesetzes v. 17.7.2012 (Nds.GVBl. Nr.15/2012 S.244)- VORIS 2241001, 2044106 –

[6] **Infektionsschutzgesetz** vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert am 13. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2904)

3.2 Ziele und Inhalte der Einschulungsuntersuchungen

Im Laufe der letzten Jahre haben sich die Inhalte der Einschulungsuntersuchungen verändert. Neben der individualmedizinischen Beurteilung werden schulrelevante Entwicklungsbereiche besonders berücksichtigt und schulärztliche Empfehlungen über mögliche Hilfen und Fördermaßnahmen gegeben.
Bei unseren Schuleingangsuntersuchungen werden nach der Erhebung der persönlichen Daten des Kindes und der Eltern folgende Untersuchungen vorgenommen:

- Hör- und Sehtest
- Körperliche Untersuchung mit Größe und Gewicht unter Berücksichtigung von Wirbelsäule und Haltung
- Grobmotorik und Koordination
- Feinmotorik und Hand- Augenkoordination
- Überprüfung der Wahrnehmungsbereiche, hier besonders die auditive und visuelle Wahrnehmung (Hörverarbeitung und Sehverarbeitung)
- Sprachentwicklung
- Aufgabenverständnis und Arbeitsverhalten
- Verhalten

In Emden werden die Einschulungsuntersuchungen standardisiert nach dem Weser-Ems-Modell durchgeführt und die Daten anonymisiert ausgewertet. Die Schuleingangsuntersuchung ist eine Reihenuntersuchung des öffentlichen Gesundheitswesens und die einzige Untersuchung, bei der ein gesamter Jahrgang der Bevölkerung medizinisch erfasst und untersucht wird. Aus den Ergebnissen erhält man Aussagen zum Gesundheitszustand und zum Gesundheitsverhalten (z.B. die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen) aller schulpflichtigen Kinder.

Bei den Einschulungsuntersuchungen kommt es besonders darauf an, die Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen, die Einfluss auf das Lernen und das Verhalten in der Schule haben können. So sind z.B. Fähigkeiten wie gutes Seh- und Hörvermögen Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Teilnahme im Unterricht und damit für den späteren Lernerfolg. Sprach- und Sprechstörungen behindern ein Kind in seinen Lernerfolgen. Probleme in der Feinmotorik, der Grobmotorik und in den Wahrnehmungsbereichen können ebenfalls erhebliche Auswirkungen auf den Schulalltag haben.

Bereits der erste Emder Gesundheitsbericht 2003 berichtete über den Gesundheitszustand der Emder Kinder und gab Handlungsempfehlungen. In dem zweiten Emder Gesundheitsbericht 2009 wurde auf die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2008 im Vergleich zu den Vorjahren sowie auf die Umsetzung der Handlungsempfehlungen aus dem ersten Emder Gesundheitsbericht eingegangen.

Damit Kinder gesund aufwachsen und Krankheiten sowie Entwicklungsverzögerungen früh erkannt und behandelt werden können, bieten alle Krankenkassen und privaten Krankenversicherer in Deutschland die Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 in den ersten sechs Lebensjahren des Kindes an. Diese Untersuchungen sind ein wichtiger Teil der Gesundheitsvorsorge. Sie finden zu bestimmten Zeiten statt, an denen die Kinder entscheidende Entwicklungsfortschritte machen. Die Teilnahme an allen Früherkennungsuntersuchungen ist auch wichtig für die Prävention sowie Erkennung von Entwicklungsstörungen, Erkrankungen und Impflücken. Sie waren bisher freiwillig, wobei seit dem 28.10.2009 das Niedersächsische Gesetz über das Einladungs- und Meldewesen für Früherkennungsuntersuchungen von Kindern (NFrüherkUG)[1] gilt. Darauf wird in Kapitel 3.3 näher eingegangen.

Die Schuleingangsuntersuchungen sind, wie im vorigen Kapitel beschrieben, nach dem Niedersächsischen Schulgesetz (NSchG § 56) sowie dem Niedersächsischen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD § 5 Abs. 2) gesetzlich vorgeschrieben.

[1] Nds.GVBl. Nr.24/2009 S.400) - VORIS 21069

Durch die Schuleingangsuntersuchen können bei Kindern, die nicht an den letzten Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben, Erkrankungen, Entwicklungsstörungen, Entwicklungsrisiken und Impflücken aufgedeckt werden und vor allem Empfehlungen hinsichtlich des Schulalltages gegeben werden. Dieser letzte Aspekt wird bei den Vorsorgeuntersuchungen nicht berücksichtigt.

3.3 Beschreibung des Untersuchungsjahrgangs

Von 1992 bis 2009 wurden mit abnehmender Tendenz zwischen ca. 800 und 450 Kinder eines Jahrgangs untersucht. Ab 2010 wurde das Einschulungsalter gesenkt. Nach dem Niedersächsischen Schulgesetz erfolgte die Senkung des Einschulungsalters schrittweise über 3 Jahre:

- Zum Schuljahr 2010/ 2011 wurden die Kinder schulpflichtig, die bis zum 31.07.2010 das sechste Lebensjahr vollendeten.
- Zum Schuljahr 2011/ 2012 wurden die Kinder schulpflichtig, die bis zum 31.08.2011 das sechste Lebensjahr vollendeten.
- Zum Schuljahr 2012/ 2013 wurden die Kinder schulpflichtig, die bis zum 30.09.2012 das sechste Lebensjahr vollendeten.

	2008	2009	2010	2011	2012
Untersuchte Kinder Erstuntersuchungen	432	422	469	453	454
Untersuchte Kinder Gesamt	474	445	504	491	506

Tabelle 1: Untersuchte Kinder 2008-2012

Es wurden im Jahr 2012 insgesamt 506 Kinder im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung untersucht, davon 276 Jungen (54 %) und 230 Mädchen (46 %). 454 dieser Kinder (90 %) wurden zum ersten Mal im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung untersucht, 52 Kinder (10 %) zum zweiten Mal. Zweituntersuchungen kommen zustande, wenn Kinder nach der ersten erfolgten Untersuchung vom Schulbesuch zurückgestellt wurden.
In der weiteren Auswertung werden nur die schulpflichtigen erstuntersuchten Kinder berücksichtigt. Grund dafür ist eine Verzerrung der Ergebnisse, wenn zurückgestellte Kinder mit ihren Befunden in zwei Jahrgängen und damit doppelt gezählt würden.

Es ist allerdings festzuhalten, dass die durch den öffentlichen Gesundheitsdienst tatsächliche Zahl untersuchter Kinder um etwa 5-10 % höher ist als die Erstuntersuchungen und dass insbesondere die von dem Schulbesuch zurückgestellten Kinder oft einen erhöhten Untersuchungsaufwand benötigen. In den Auswertungen erscheinen auch nicht die während eines Untersuchungsdurchganges zusätzlich durchgeführten Nachuntersuchungen, die aufgrund festgestellter Auffälligkeiten und eingeleiteter Therapie- und Fördermaßnahmen veranlasst wurden.

Die Schulanmeldung erfolgt im April, ein Jahr vor der Einschulung, da das Niedersächsische Schulgesetz folgendes vorschreibt: Schulanfänger, deren Deutschkenntnisse nicht ausreichen, um erfolgreich am Unterricht teilzunehmen, nehmen bereits im Jahr vor der Einschulung an schulischen Sprachfördermaßnahmen teil. Hierzu führen die aufnehmenden Grundschulen bei den Kindern ein Sprachfeststellungsverfahren durch, um bei Bedarf ein Jahr vor der Einschulung mit der Sprachförderung zu beginnen.

Erst nach diesem Sprachfeststellungsverfahren finden (etwa ab Oktober) die Einschulungsuntersuchungen für die Kinder, die im kommenden Jahr schulpflichtig werden, statt.

3.4 Herkunft der Kinder

Die Erfassung der Herkunft der Familie ist für die Schuleingangsuntersuchung von besonderer Bedeutung. Die Information ist wichtig, um gesundheitliche und soziale Herausforderungen berücksichtigen zu können, die sich aus dem Einfluss verschiedener Sozialkulturen ergeben können.

Die Herkunft eines Kindes wird mittels des Merkmals „Abstammung/Herkunftsland der Eltern" beschrieben. Die Erfassung der Abstammung/des Herkunftslandes der Eltern erfolgte nach folgendem Raster: 1. Deutschland, 2. Türkei, 3. Europa (außer 1+2+4+5)/Nordamerika/Australien/Japan, 4. ehemalige Ostblockstaaten/ehemaliges Jugoslawien, 5. ehemalige UdSSR; 6. Asien/Ozeanien, 7. Mittel- und Südamerika, 8. Afrika, 9. vorderer Orient/nordafrikanische Staaten. Ein Kind wird dann einem anderen Herkunftsland als Deutschland zugerechnet, wenn beide Eltern oder die Mutter nicht deutscher Herkunft sind.

			keine Angabe	deutsch	türkisch	westl. Ausland	ehem. Ostblock	ehem. UdSSR	Asien	Lateinamerika	Afrika	sonstige
2011	**Erstuntersu-chungen**	absolut	0	437	0	1	6	5	1	1	2	0
		in Prozent	0	96,5	0	0,2	1,3	1,1	0,2	0,2	0,4	0
	Alle Kinder	absolut	0	471	0	1	8	6	1	1	3	0
		in Prozent	0	95,9	0	0,2	1,6	1,2	0,2	0,2	0,6	0
2012	**Erstuntersu-chungen**	absolut	0	371	12	2	0	55	6	0	1	7
		in Prozent	0	81,7	2,6	0,4	0	12,1	1,3	0	0,2	1,5
	Alle Kinder	absolut	1	413	13	4	0	61	6	0	1	7
		in Prozent	0,2	81,6	2,6	0,8	0	12,1	1,2	0	0,2	1,4

Tabelle 2: Herkunft der Kinder 2011 und 2012

In den Jahren 2011 und 2012 gab es deutliche Abweichung hinsichtlich der Herkunft der Kinder. Im Jahre 2011 waren noch 96,5 % deutsch, 2012 waren nur noch knapp 82 % deutscher Herkunft. 2011 kam der Rest vorrangig aus dem ehemaligen Ostblock und UdSSR, 2012 vor allem aus der ehemaligen UdSSR und der Türkei. Bei der Erfassung und Dokumentation des Migrationshintergrundes gab es in den letzten Jahren Änderungen und Anpassungen im Computersystem. Eine Erklärung für den großen Unterschied der Daten 2011 und 2012 könnte sein, dass 2011 möglicherweise nicht alle Kinder mit Migrationshintergrund korrekt erfasst wurden, da auch in den Jahren zuvor der Anteil der Kinder nicht deutscher Herkunft immer über 16 % lag.

3.5 Früherkennungsuntersuchungen für Kinder

Die Entwicklung eines Kindes in den ersten Lebensjahren ist besonders wichtig für die spätere körperliche und seelische Gesundheit. Seit 1976 gibt es die kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen) für Kinder, um rechtzeitig eventuelle Entwicklungsstörungen erkennen, ihre Ursachen ergründen und sie therapeutisch behandeln zu können. Bislang gibt es insgesamt 11 Untersuchungen, deren Zeitpunkt jeweils festgelegt ist und drei bisher nicht durch die Krankenkassen anerkannte Untersuchungen (U 10, U11, J2). Im *Anhang* sind die 11 Untersuchungen tabellarisch aufgelistet.

Das Land Niedersachsen verfolgt das Ziel die Gesundheit von Kindern zu fördern und den Kinderschutz zu verbessern. Um dieses zu erreichen soll die Zahl der Kinder erhöht werden, die an Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Früherkennungsuntersuchungen) teilnehmen. Hierzu hat das Land Niedersachsen mit dem „Gesetz zur Förderung der Gesundheit und Verbesserung des Schutzes von Kindern in Niedersachsen" vom 28.10.2009 ein verbindliches Einladungs- und Meldewesen eingeführt.

Seit dem 01.04.2010 werden die Eltern aller in Niedersachsen lebenden Kinder zu den Vorsorgeuntersuchungen U5 bis U8 vom Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie eingeladen. Neben dem *Einladungsschreiben* erhalten die Eltern eine Rückmeldekarte, auf der die Durchführung der entsprechenden Vorsorgeuntersuchung durch die untersuchende Ärztin /den untersuchenden Arzt zu bestätigen ist (§ 3 NFrüherkUG). Die Einladung erfolgt zu Beginn der Toleranzgrenze der jeweiligen Untersuchungsstufe (siehe *Tabelle 3*). Liegt dem Ministerium nach Ablauf des letzten Lebensmonats der jeweiligen Untersuchungsstufe keine Bestätigung über die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung vor, wird ein Erinnerungsschreiben versandt. Soweit nach Ablauf der Toleranzgrenze eine Bestätigung über die Durchführung nicht vorliegt, wird hierüber das zuständige örtliche Jugendamt unterrichtet.[2].

	Untersuchungszeitraum	Toleranzgrenze
U5	6. - 7. Lebensmonat	5. - 8. Lebensmonat
U6	10. - 12. Lebensmonat	9. - 14. Lebensmonat
U7	21. - 24. Lebensmonat	20. - 27. Lebensmonat
U7a	34. - 36. Lebensmonat	33. - 38. Lebensmonat
U8	46. - 48. Lebensmonat	43. - 50. Lebensmonat

Tabelle 3: Toleranzgrenzen bei der Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen

Die Daten zeigten bisher, dass die Teilnahme mit von der U6 mit einem Jahr auf die U7 mit zwei Jahren und dann auf die U8 mit vier Jahren besonders deutlich abnimmt. Auch aus diesem Grund wurde im Juli 2008 die U7a mit drei Jahren eingeführt. Die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen (U1-U9) korrelierte bisher immer mit dem Gesundheitszustand der Kinder. Kinder die regelmäßig an den Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben, hatten weniger gesundheitliche Probleme und ihre Eltern einen geringeren Beratungsbedarf, als Kinder bei denen die U -Untersuchungen nicht durchgeführt wurden.

Insbesondere Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern sowie mit Migrationshintergrund nahmen bisher weniger an der U7, U8 und U9 teil. Das führte dazu, dass z.B. Entwicklungsstörungen vor der Einschulung häufiger nicht erkannt und damit auch nicht rechtzeitig behandelt werden konnten.

Die U9 hat eine besondere Bedeutung, weil das Kind in Kürze schulpflichtig wird. Kinder **ohne** U9 zeigen in einem höheren Prozentsatz Minimalbefunde und zur weiteren Abklärung empfohlene Auffälligkeiten. Sie befinden sich seltener bereits in Behandlung als Kinder, die an der U9 teilgenommen haben.

Auch in **Emden** beobachten wir diese Tendenz. Die Inanspruchnahme nimmt von der U1 bis zur U9 stetig ab (vgl. *Tabelle 4*). Je weniger Vorsorgeuntersuchungen vorgenommen wurden, desto mehr Auffälligkeiten zeigen sich bei den Kindern. Außerdem werden mit zunehmendem Alter weniger Untersuchungen beim Pädiater (Facharzt für Kinderheilkunde) vorgenommen. Von den 2011 untersuchten 453 Kindern haben 405 (89,4 %) ein Vorsorgeuntersuchungsheft vorgelegt, 2012 waren es 412 von 454 (91 %). Die folgenden Zahlen beziehen sich auf die Anzahl der Kinder mit vorgelegtem Untersuchungsheft.

[2] *Quelle:* Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie

	Vorsorgeheft	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9
2011	ja	402	402	398	394	386	381	377	349	343
	in %	99,5	99,3	98,5	97	95,3	94,3	93,5	86,4	84,9
2012	ja	408	406	394	385	383	378	372	350	349
	In %	99	98,5	95,6	93,4	93	93,8	90,3	85	84,7

Tabelle 4: Inanspruchnahme der U-Untersuchungen 2011 und 2012 für die Stadt Emden

Im Jahre 2011 bestand hinsichtlich der vorgelegten Untersuchungshefte ein Unterschied in Bezug auf die Herkunft der Kinder. Die meisten deutschen Kinder (91,3 %) haben ihr Vorsorgeheft vorlegt, aber nur 37,5 % der nicht aus Deutschland stammenden Kinder (vgl. *Abb. 7*).

Dieser Unterschied bestand 2012 nicht mehr: 92 % der deutschen Kinder und 84 % der nicht aus Deutschland stammenden Kinder legten ihr Vorsorgeheft vor. Auch hier könnte, wie unter 3.4, die Ursache in der Datenerfassung liegen, da 2009 82 % und 2010 75 % der nicht aus Deutschland stammenden Kinder ihr Vorsorgeheft vorgelegt hatten. Der prozentuale Anteil vorgelegter Vorsorgehefte ist bei Kindern deutscher Herkunft immer deutlich höher als bei Kindern nicht deutscher Herkunft, jedoch ist die Differenz nicht mehr so hoch wie 2011.

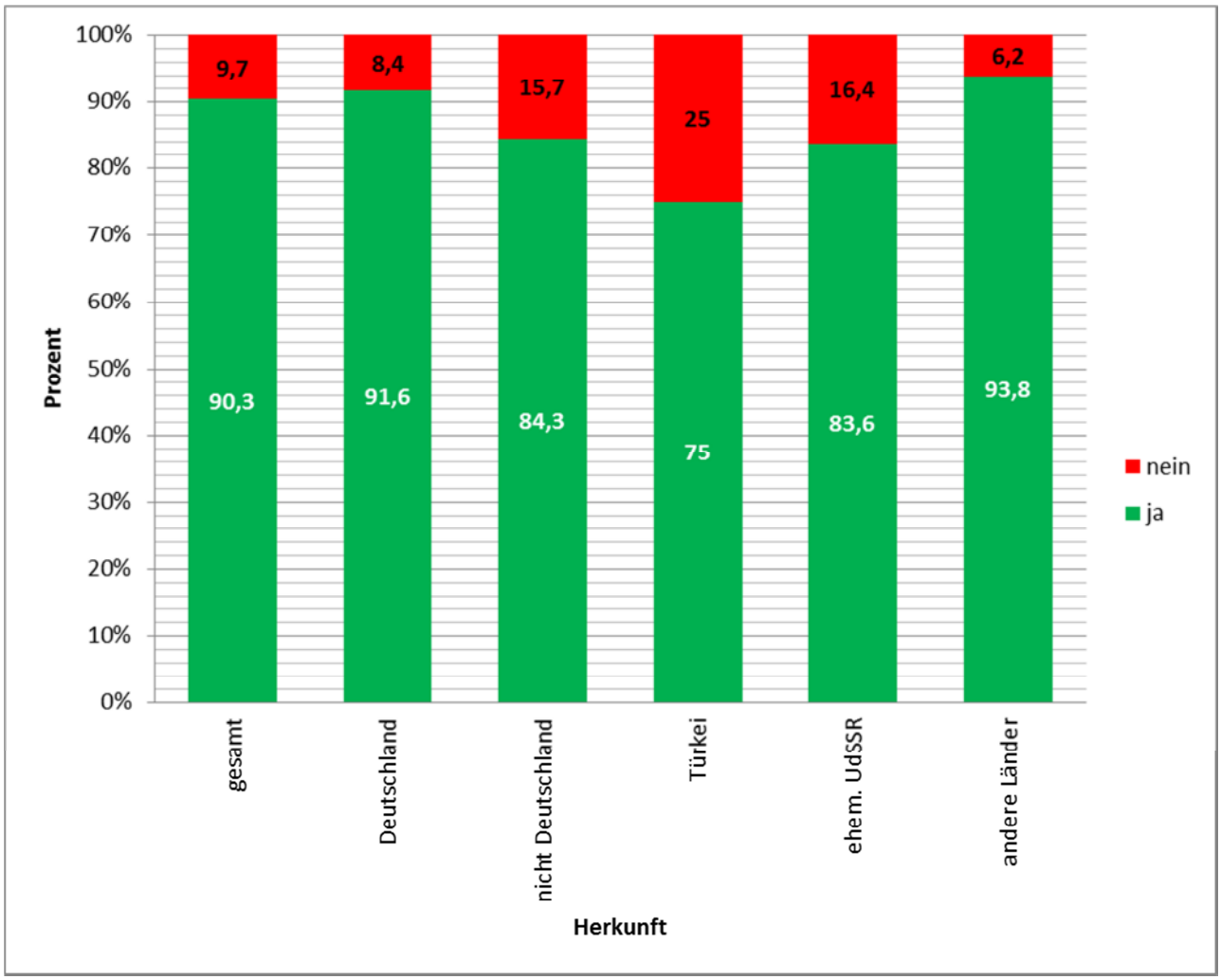


Abbildung 7: Anzahl der vorgelegten Vorsorgehefte in Abhängigkeit von der Herkunft der Kinder 2012

3.6 Impfstatus

Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten Präventionsmaßnahmen. Ein vollständiger Impfschutz dient nicht nur dem Schutz der geimpften Person vor ansteckenden Krankheiten (Individualprophylaxe), sondern hat auch eine wichtige bevölkerungsmedizinische Aufgabe. Bei Erreichen hoher Impfquoten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten. Durch eine hohe Impfquote der Bevölkerung sind somit auch die Personen geschützt, die auf Grund gesundheitlicher Defizite, nicht geimpft werden können.

Gemäß § 34 Abs. 11 des Infektionsschutzgesetzes hat das Gesundheitsamt bei Erstaufnahme in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule den Impfstatus des Kindes zu erheben. Diese Daten bilden die Grundlage zur Ermittlung der Durchimpfungsrate der Bevölkerung. Die Überprüfung des Impfstatus erfolgt mit Hilfe des Impfausweises, der zur Schuleingangsuntersuchung vorgelegt werden soll.

Im Folgenden werden nur die altersrelevanten Impfungen berücksichtigt und richten sich nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert Koch-Institutes. Kinder im 6. Lebensjahr gelten als vollständig geimpft, wenn folgende Impfungen vorliegen:

Erkrankung	Vollständige Impfung
Tetanus	4 x
Diphterie	4 x
Pertussis (Keuchhusten)	4 x
Poliomyelitis (Kinderlähmung)	4 x
Hepatitis B	4 x
Haemophilus influenzae Typ b (Hib)	4 x
Pneumokokken	4 x
Meningokokken	1 x
Masern	2 x
Mumps	2 x
Röteln	2 x
Varizellen (Windpocken)	2 x

Tabelle 5: Impfempfehlung im 6. Lebensjahr

Ist der Impfstatus eines Kindes unvollständig oder muss noch eine Auffrischimpfung erfolgen, wird den Erziehungsberechtigten empfohlen, diese Impfungen beim Haus- oder Kinderarzt durchführen zu lassen.

Bezogen auf die Vorlage des Impfausweises zeigte sich folgendes Ergebnis:

		keine Angabe	nein	ja
Erstuntersuchungen 2012	absolut	0	44	410
	in %	0	9,7	90,3
Alle Kinder 2012	absolut	0	53	453
	in %	0	10,5	89,5

Tabelle 6: Vorgelegte Impfhefte 2012

Zur Einschulungsuntersuchung brachten in den Jahren 2011 und 2012 knapp 91 % der Eltern den Impfpass oder andere Impfunterlagen mit.

Die einzelnen Impfungen werden im Folgenden separat dargestellt.

Impfung	Jahr	Stadt Emden	Weser-Ems*	Niedersachsen*
Masern	2008	91 %	90 %	90 %
	2009	89 %	91 %	92 %
	2010	90 %	92 %	92 %
	2011	88 %	93 %	93 %
	2012	89 %		
Mumps	2008	90 %	90 %	90 %
	2009	89 %	91 %	91 %
	2010	90 %	92 %	92 %
	2011	88 %	93 %	93 %
	2012	89 %		
Röteln	2008	90 %	89 %	90 %
	2009	88 %	90 %	91 %
	2010	90 %	92 %	92 %
	2011	88 %	92 %	93 %
	2012	88 %		
Polio	2008	93 %	97 %	96 %
	2009	93 %	93 %	93 %
	2010	93 %	97 %	96 %
	2011	94 %	97 %	96 %
	2012	93 %		

Tetanus	**2008**	94 %	97 %	96 %
	2009	93 %	97 %	96 %
	2010	93 %	97 %	96 %
	2011	94 %	97 %	97 %
	2012	95 %		
Diphterie	**2008**	94 %	97 %	96 %
	2009	93 %	97 %	96 %
	2010	93 %	97 %	96 %
	2011	94 %	97 %	96 %
	2012	95 %		
Pertussis	**2008**	93 %	96 %	95 %
	2009	93 %	96 %	95 %
	2010	93 %	96 %	95 %
	2011	93 %	96 %	96 %
	2012	94 %		
Hib	**2008**	93 %	96 %	95 %
	2009	92 %	96 %	95 %
	2010	93 %	96 %	95 %
	2011	93 %	96 %	95 %
	2012	92 %		
Hepatitis B	**2008**	93 %	93 %	93 %
	2009	92 %	92 %	93 %
	2010	92 %	92 %	93 %
	2011	90 %	92 %	92 %
	2012	87 %		

Tabelle 7: Durchimpfungsraten der untersuchten Schulanfänger mit Impfheft

Die Ergebnisse zeigen, dass der Impfstatus bei den verschiedenen Impfungen sehr unterschiedlich ist. Während bei Tetanus, Diphterie, Pertussis und Hib bei 5-8 % der Kinder ein unzulänglicher Impfschutz gemäß der STIKO-Empfehlung vorlag, war bei Masern/ Mumps/ Röteln ein höherer Anteil Kinder (bis zu 12 %) ohne einen ausreichenden Impfschutz.

Die Impfung gegen **Varizellen** (Windpocken) wurde im Jahre 2004 als einmalige Impfung von der STIKO empfohlen. Seit 2009 wird eine zweite Dosis im Alter von 15 bis 23 Monaten empfohlen. Durch diese Änderungen der STIKO-Empfehlungen können die folgenden Zahlen nur einen ersten Eindruck liefern. Von allen im Jahr 2011 untersuchten Schulanfängern mit vorgelegtem Impfausweis waren in Niedersachsen 44 % vollständig gegen Windpocken geimpft (im Vorjahr waren es nur 25 %). In Emden waren es 2011 36 %. Im Jahr 2012 haben sich die Zahlen deutlich gesteigert: 68 % der Kinder, die einen Impfausweis vorgelegt haben, waren vollständig geimpft, 14 % hatten nur eine Impfung und 18 % waren ungeimpft.

Impfberatungen in den 5. und 6. Klassen der Emder Schulen im Rahmen der jährlichen niedersächsischen Impfinitiative

Seit dem Jahr 2000 führt der Jugendärztliche Dienst in allen fünften und sechsten Klassen Impfberatungen durch. Im Jahr 2012 legten 69 % der insgesamt 977 Schüler ihr Impfheft vor.

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Emden bietet jedes Jahr im Herbst eine Impfberatung durch Impfbuchkontrollen für die Schüler in den 5. und 6. Klassen in den Emder Schulen an. Die Eltern werden gebeten, ihren Kindern das Impfbuch mit in die Schule zu geben. Die Schulen informieren die Erziehungsberechtigten über die Termine jeder Klasse. Die Schüler erhalten im Rahmen der Impfberatung eine Mitteilung über fehlende Impfungen, die dann beim Kinder- oder Hausarzt nachgeholt werden können. Zusätzlich wird für jede 6. Klasse eine Informationsstunde zu den Themen Impfungen und Infektionskrankheiten angeboten.

Der Impfschutz in den 5. und 6. Klassen hat sich in Emden in den letzten Jahren verbessert.

2012 waren 94 % der Schüler, die ihr Impfbuch vorgelegt hatten, gegen Masern, Mumps und Röteln vollständig geimpft. Auch gegen Kinderlähmung (Poliomyelitis) waren 94 % aller Schüler grundimmunisiert. Hier ist eine Auffrischimpfung im Alter von 9 bis 17 Jahren empfohlen. Der Impfschutz für Diphterie und Tetanus lag bei 81 %, hier fehlt häufig die erste Auffrischimpfung im 5. bis 6. Lebensjahr. Eine größere Impflücke besteht bei dem Impfschutz für Keuchhusten (Pertussis), der Impfschutz lag hier nur bei 78 %. Hier war häufig die Grundimmunisierung unvollständig und es fehlte die erste Auffrischimpfung im 5. und 6. Lebensjahr.

Keuchhusten ist eine hochansteckende Infektionskrankheit der Atemwege, die nicht nur Kinder betreffen kann. Auch in Emden erkrankten 2012 mehrere Erwachsene. Eine einmalige Auffrischimpfung ist auch für alle Erwachsenen, möglichst mit der nächsten Impfung gegen den Tetanus/ Diphterie/ ggf. Polio empfohlen.

25 % aller Schüler 2012 hatten keinen ausreichenden Impfschutz gegen Hepatitis B und 31 % der Schüler hatten keinen Impfschutz gegen Meningokokken. Meningokokken sind Bakterien, die eine gefährliche Hirnhautentzündung hervorrufen können, die Erreger werden durch Tröpfcheninfektion übertragen.

Die Windpockenimpfung ist seit 2004 für alle Kinder- und Jugendliche empfohlen, die noch keine Windpockenerkrankung durchgemacht haben; 12 % waren 2012 vollständig geimpft. 59 % der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis haben die Erkrankung bereits durchgemacht.

	Vollständig geimpft 2011	Vollständig geimpft 2012
Masern	94 %	94 %
Mumps	94 %	94 %
Röteln	94 %	94 %
Polio	96 %	94 %
Windpocken (Varizellen)	6 %	12 %
Diphterie	81 %	81 %
Pertussis	73 %	78 %
Tetanus	81 %	84 %
Hepatitis B	76 %	75 %
Meningokokken	40 %	69 %

Tabelle 8: Durchimpfungsrate bei den 5.-6. Klassen zur Impfberatung

Die Schulen unterscheiden sich in der Anzahl der Kinder, die ein Impfbuch vorlegen konnten:

Impfberatungen 5.+6.Klassen 2011			Impfberatungen 5./6. Klassen 2012	
Kennung Schulen	Schüler mit Impfbuch in %	Schüler ohne Impfbuch in %	Schüler mit Impfbuch in %	Schüler ohne Impfbuch in %
A5+6	55,6	44,4	62,5	37,5
B5+6	80,8	19,2	74,6	25,4
C5+6	83,7	16,3	78,4	21,6
D5+6	53,8	46,2	65,8	34,2
E5+6	65,9	34,1	86,3	13,7
F5+6	52,1	47,9	61,8	36,8
G5+6	23,3	76,7	38,9	51,9

Tabelle 9: Anzahl der Kinder mit und ohne Impfbuch in den Schulen zur Impfberatung 2012

3.7 Untersuchungsergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen

Wichtig für die Bewertung von Untersuchungsbefunden ist neben der Häufigkeit vor allem auch die Ausprägung eines Befundes. Die Befundkategorien sind folgendermaßen vorgegeben:

M = Minimalbefund , zurzeit keine Therapie erforderlich, aber wohl gezielte Fördermaßnahmen
A = Auffälliger Befund- ärztliche Abklärung ist dringend erforderlich
B = Kind ist bereits in ärztlicher Behandlung
L = Leistungsbeeinträchtigung

Bei Kindern mit einem Minimalbefund ist zurzeit keine Therapie notwendig, wohl aber gezielte Fördermaßnahmen. Die Auswirkungen auf den Alltag und die Schule sind deutlich schwerwiegender bei Kindern, die bereits wegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in Behandlung sind, zur weiteren ärztlichen Abklärung geschickt werden oder sogar schon eine Leistungsbeeinträchtigung zeigen. Eine sonderpädagogische Überprüfung ist bei einer Leistungsbeeinträchtigung in der Regel erforderlich, um das Kind schulisch zu fördern.

3.7.1 Sehen

Ein gutes Sehvermögen ist für einen späteren Schulerfolg unverzichtbar. Daher wird die Sehschärfe der Kinder mit standardisierten Tests überprüft. Untersucht werden die Nah- und Fernsicht, das Farbsehen sowie das räumliche Sehen. Bei Brillenträgern erfolgt die Untersuchung mit Brille.

Bei den **Sehtestungen** haben wir in Emden regelmäßig einen hohen Anteil an Kindern mit Auffälligkeiten. 2005 und 2006 gab es deutliche Abweichungen nach oben. In den übrigen Jahren 2003-2008 lag der Prozentsatz der Kinder mit auffälligen Sehbefunden relativ konstant zwischen 23 % und 24,4 %. Für die Abweichungen in 2005 und 2006 können wir derzeit keine Kausalität benennen.

Alle Kinder mit auffälligem Augenbefund bekommen eine Arztüberweisung. Bei über 50 % der Rückmeldungen von den Augenärzten haben sich in den letzten Jahren die Befunde des Gesundheitsamtes bestätigt.

Eine Empfehlung zur Kontrolluntersuchung beim Facharzt wird bei allen Kindern ausgesprochen, die

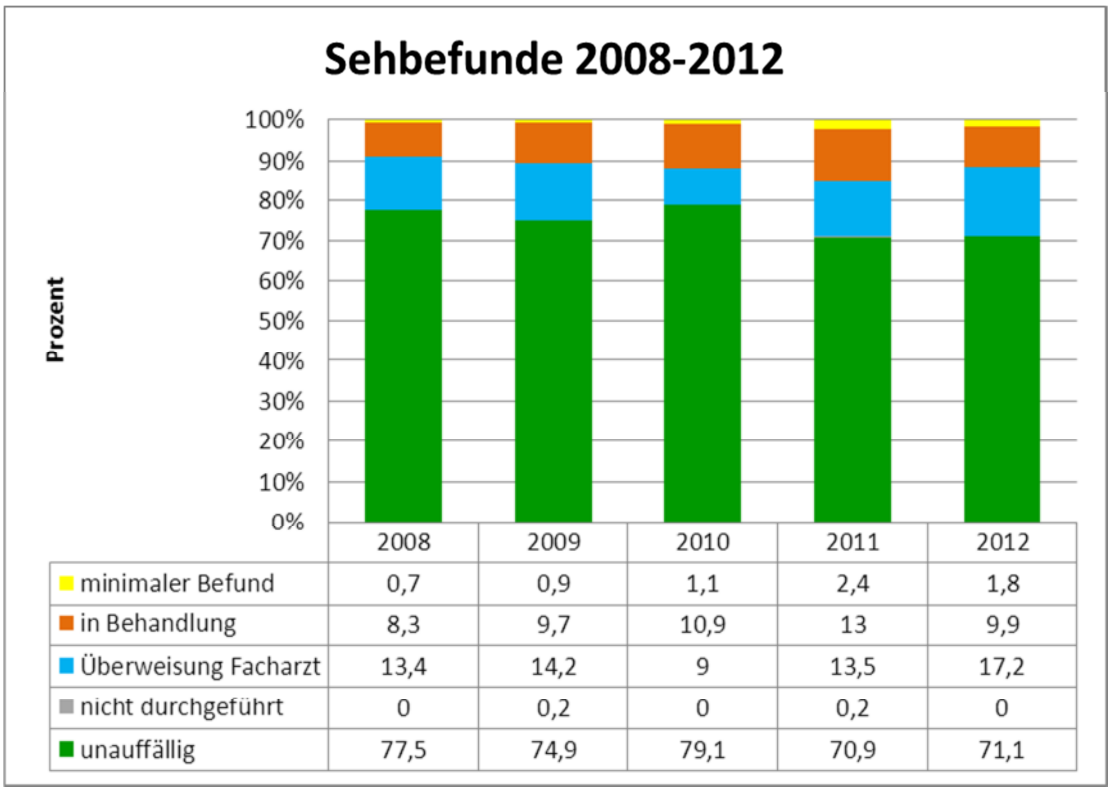
- eine seitendifferente Sehleistung haben,
- ab dem 6. Lebensjahr auf einem oder beiden Augen eine Sehschärfe von weniger als 1,0 in der Ferne haben (bis zum 6. Lebensjahr weniger als 0,7)
- bei denen der Verdacht auf eine Weitsichtigkeit vorliegt,
- oder bei denen das Stereosehen (räumliches Sehen) eingeschränkt ist (bei Brillenträgern ist eine Auffälligkeit im Stereosehen allein kein Grund zu überweisen).

Die Untersuchungen des Jahres 2012 zeigen folgende Ergebnisse: Während 323 Kinder (71 %) keine Auffälligkeiten beim Sehen zeigten, wurde bei 78 Kindern (17 %) die Abklärung der festgestellten Auffälligkeiten durch einem Facharzt empfohlen. 45 Kinder (10 %) hatten eine bekannte, in Behandlung befindliche Sehschwäche, 8 Kinder (2 %) waren in augenärztlicher Kontrolle und brauchten noch keine Behandlung.

		unauffällig	nicht standardisiert untersucht	nicht durchgeführt	Überweisung Facharzt	in Behandlung	minimaler Befund	dauerhafte Beeinträchtigung
Erstuntersuchungen 2012	absolut	323	0	0	78	45	8	0
	In Prozent	71,1	0	0	17,2	9,9	1,8	0
Alle Kinder 2012	absolut	348	0	0	100	50	8	0
	In Prozent	68,8	0	0	19,8	9,9	1,6	0

Tabelle 10: Sehuntersuchung und 2012

In den Jahren 2008 bis 2012 waren immer zwischen 70,9 % und 79,1 % der Kinder unauffällig bei der Sehuntersuchung. Grafik 4 illustriert die Ergebnisse dieser Jahre.



	2008	2009	2010	2011	2012
minimaler Befund	0,7	0,9	1,1	2,4	1,8
in Behandlung	8,3	9,7	10,9	13	9,9
Überweisung Facharzt	13,4	14,2	9	13,5	17,2
nicht durchgeführt	0	0,2	0	0,2	0
unauffällig	77,5	74,9	79,1	70,9	71,1

Abbildung 8: Vergleich der Sehuntersuchungsergebnisse 2008-2012

3.7.2 Hören

Ein differenziertes Hörvermögen ist Voraussetzung für eine normale Sprachentwicklung und für das spätere Erlernen von Lesen und Schreiben. Somit ist für einen Schulerfolg ein gutes Hörvermögen unverzichtbar. Für den Hörtest werden orientierende Audiogramme bei einer Lautstärke von 30 dB im Frequenzbereich von 250 bis 6000 Hz für beide Ohren getrennt aufgenommen.

Eine Empfehlung zur Kontrolluntersuchung beim Facharzt wird bei Kindern ausgesprochen, wenn bei einer Lautstärke von 30 dB mindestens 2 Frequenzen von 500 bis 6000 HZ auf einem oder beiden Ohren nicht wahrgenommen werden.

Bei der Überprüfung des Hörvermögens 2012 waren 410 Kinder unauffällig. 30 Kinder erhielten die Empfehlung zur weiteren Abklärung bei einem Facharzt, 9 Kinder befanden sich schon in ärztlicher Behandlung und bei 3 Kindern war die Beeinträchtigung so gering, dass keine weitere Überprüfung durch den Facharzt erforderlich war.

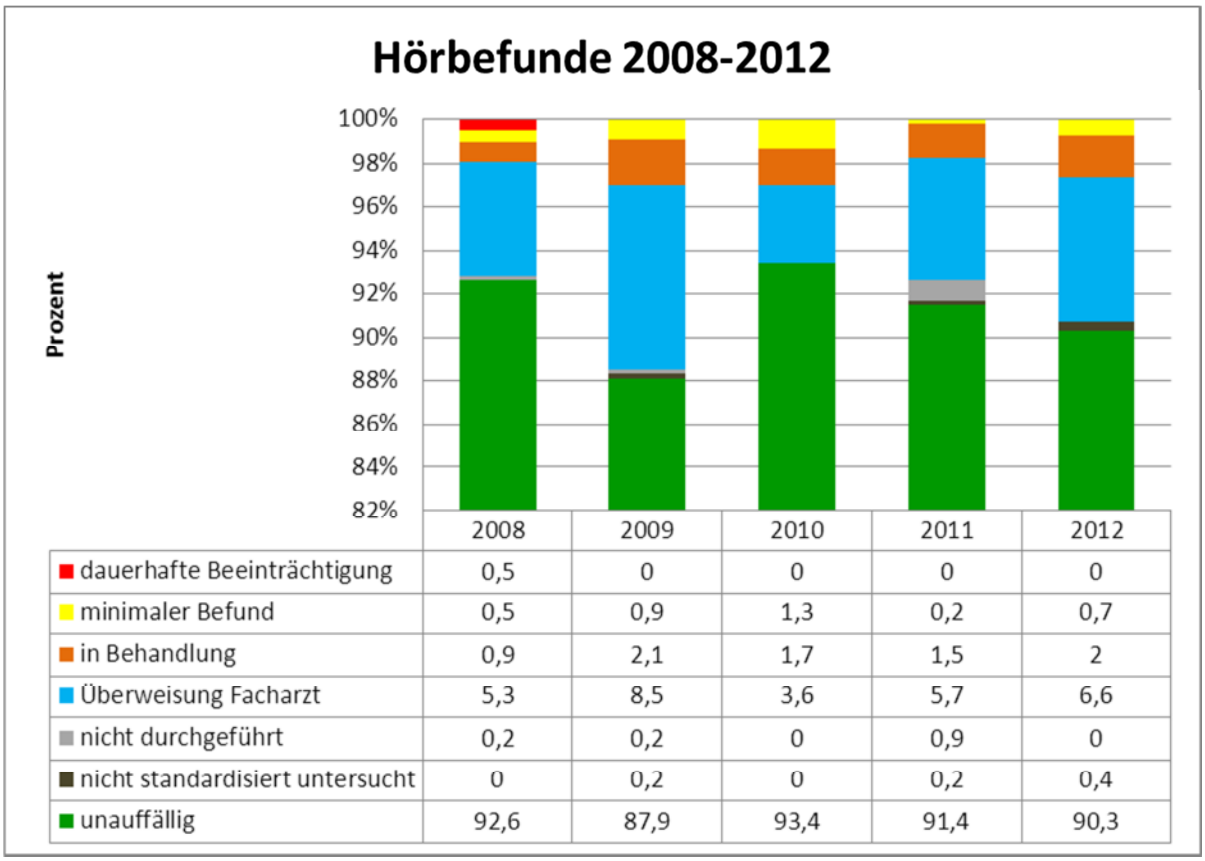
		unauffällig	nicht standardisiert	nicht durchgeführt	Überweisung Facharzt	in Behandlung	minimaler Befund	dauerhafte Beeinträchtigung
Erstuntersuchungen 2012	Absolut	410	2	0	30	9	3	0
	In Prozent	90,3	0,4	0	6,6	2	0,7	0
Alle Kinder 2012	absolut	453	2	0	37	9	5	0
	In Prozent	89,5	0,4	0	7,3	1,8	1	0

Tabelle 11: Schuleingangsuntersuchung zum Hören 2011 und 2012

Die frühzeitige Abklärung einer Hörstörung ist von großer Bedeutung, da Kinder mit Hörproblemen häufig auch gravierende Störungen in der Sprachentwicklung zeigen, die Auswirkungen auf die gesamte kindliche Entwicklung haben. Hörstörungen werden oft zu spät erkannt.

Die Motivation und Kooperation des Kindes spielt besonders bei der Durchführung von Hör- und Sehtestungen eine große Rolle.

In den Jahren 2008 bis 2012 waren immer zwischen 88% und 93 % der Kinder unauffällig. Zwischen 4 % und 8,5 % der Kinder wurden zum Facharzt überwiesen, so dass eine eventuelle Hörstörung frühzeitig abgeklärt werden konnte. Bis zu 2 % der Kinder waren bereits in Behandlung.



	2008	2009	2010	2011	2012
dauerhafte Beeinträchtigung	0,5	0	0	0	0
minimaler Befund	0,5	0,9	1,3	0,2	0,7
in Behandlung	0,9	2,1	1,7	1,5	2
Überweisung Facharzt	5,3	8,5	3,6	5,7	6,6
nicht durchgeführt	0,2	0,2	0	0,9	0
nicht standardisiert untersucht	0	0,2	0	0,2	0,4
unauffällig	92,6	87,9	93,4	91,4	90,3

Abbildung 9: Vergleich des Hörvermögens der Schulanfänger der Jahre 2008 bis 2012

3.7.3 Auditive und visuelle Wahrnehmung

Insbesondere Störungen in der visuellen und auditiven Wahrnehmung können erhebliche Beeinträchtigungen des Lesens und des Schreibens zur Folge haben. Im Bereich der *visuellen Wahrnehmung* hatten im Jahr 2012 von 123 auffälligen Kindern 58 Kinder einen milden Befund. Bei diesen Kindern reichen vorschulische Fördermaßnahmen aus. Eltern und Kindertagesstätten werden entsprechend beraten. Daneben zeigten 65 Kinder gravierende Schwierigkeiten in der visuellen Wahrnehmung, die ohne therapeutische Maßnahmen erhebliche Auswirkungen auf den Lernerfolg haben.

		unauffällig	nicht standardisiert untersucht	nicht durchgeführt	Überweisung Facharzt	in Behandlung	minimaler Befund	dauerhafte Beeinträchtigung
Erstuntersuchungen 2012	absolut	329	2	0	51	11	58	3
	in Prozent	72,5	0,4	0	11,2	2,4	12,8	0,7
Alle Kinder 2012	absolut	361	2	0	57	17	65	4
	in Prozent	71,3	0,4	0	11,3	3,4	12,8	0,8

Tabelle 12: Visuelle Wahrnehmungsstörungen 2012

Die Zahlen schwanken; seit 2008 zeigen 23 % bis 32 % aller Kinder Auffälligkeiten unterschiedlicher Ausprägung in der visuellen Wahrnehmung.

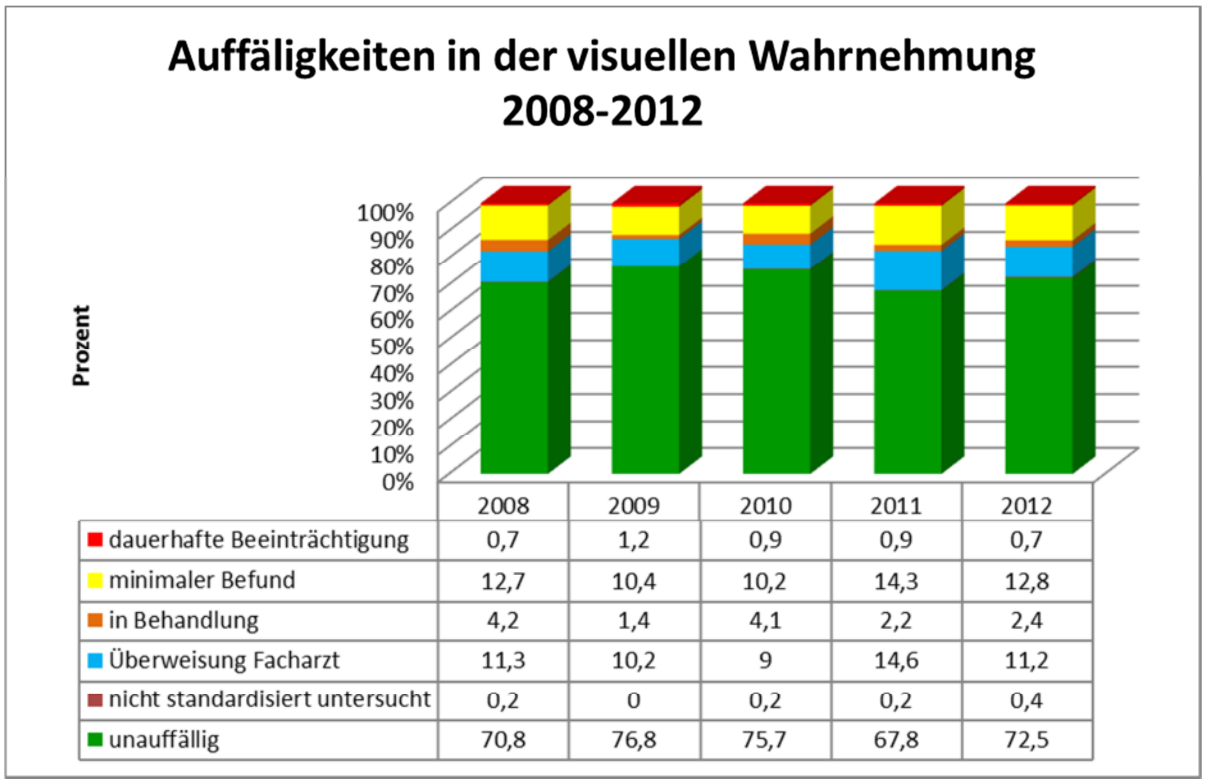
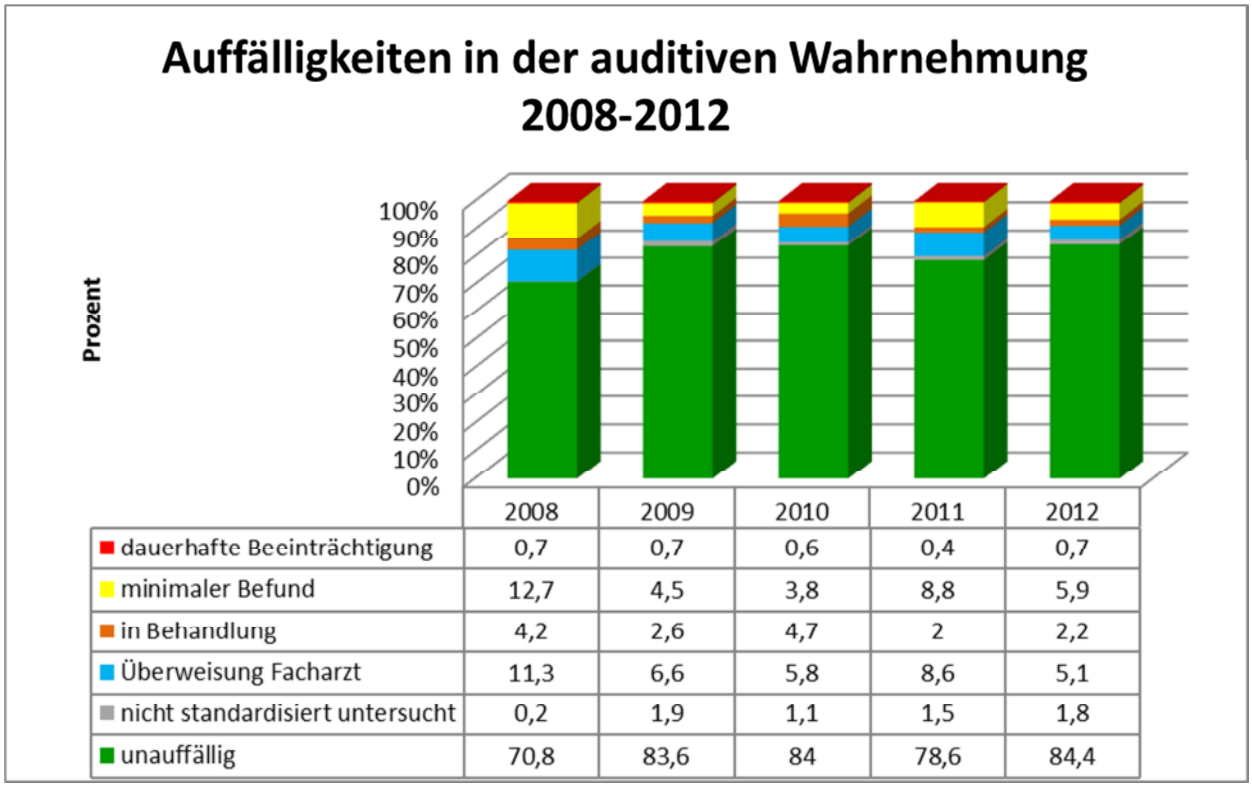


Abbildung 10: Auffällige Befunde der visuellen Wahrnehmung 2008-2012

Gleiches gilt für die *auditive Wahrnehmung*. Auch hier ist der Anteil der Kinder, die eine Empfehlung zur weiteren Abklärung bekommen, bereits in Behandlung sind oder eine Leistungsbeeinträchtigung haben, höher, als die Anzahl der Kinder mit milden Befunden. 27 von 63 auffälligen Kindern hatten einen milden Befund, bei 36 Kindern mit auditiven Problemen reichten alleinige Fördermaßnahmen nicht aus.

		unauffällig	nicht standardisiert untersucht	nicht durchgeführt	Überweisung Facharzt	in Behandlung	minimaler Befund	dauerhafte Beeinträchtigung
Erstuntersuchungen 2012	absolut	383	8	0	23	10	27	3
	in Prozent	84,4	1,8	0	5,1	2,2	5,9	0,7
Alle Kinder 2012	absolut	422	9	0	26	13	33	3
	in Prozent	83,4	1,8	0	5,1	2,6	6,5	0,6

Tabelle 13: Auffälligkeiten in der auditiven Wahrnehmung 2012



	2008	2009	2010	2011	2012
dauerhafte Beeinträchtigung	0,7	0,7	0,6	0,4	0,7
minimaler Befund	12,7	4,5	3,8	8,8	5,9
in Behandlung	4,2	2,6	4,7	2	2,2
Überweisung Facharzt	11,3	6,6	5,8	8,6	5,1
nicht standardisiert untersucht	0,2	1,9	1,1	1,5	1,8
unauffällig	70,8	83,6	84	78,6	84,4

Abbildung 11: Auffällige Befunde in der auditiven Wahrnehmung 2008-2012

3.7.4 Sprachstörungen

Eine altersentsprechende Sprach- und Sprechfähigkeit ist eine Voraussetzung für die aktive Teilnahme am Unterricht. Sprachkompetenz ist eine Grundlage für den Bildungserfolg und die Teilhabe an der Gesellschaft. Kognitive und soziale Fertigkeiten sind eng mit der Sprachkompetenz verknüpft. Sprachbildung und Sprachförderung sind zentrale Themen im Vorschul- und Schulbereich sowie in den Kultusministerien der einzelnen Länder. Hier gibt es spezielle Konzepte und Förderempfehlungen.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung wird zur Beurteilung sprachlicher Fertigkeiten und möglicher Sprachstörungen, im Gespräch mit dem Kind und unter Zuhilfenahme von einheitlichen Bewertungsbögen, die Sprache bezüglich des Satzbaus, der Grammatik und Aussprachestörungen beurteilt. Die weiteren Maßnahmen und Empfehlungen hängen von der Ausprägung der Auffälligkeiten ab.

Sprachtherapeutische Maßnahmen werden nur bei Sprachstörungen verordnet. Zuständig hierfür sind die vertragsärztlichen Praxen (Kinder-, HNO- oder andere Fachärzte).

Kinder mit Migrationshintergrund oder deutsche Kinder, deren Deutschkenntnisse nicht ausreichen, um erfolgreich am Unterricht der 1. Klasse teilzunehmen, haben gemäß des Niedersächsischen Schulgesetzes (NSchG) sowohl einen Anspruch als auch eine Verpflichtung auf Förderung und die Teilnahme an Sprachfördermaßnahmen ein Jahr vor der Einschulung. Diese Kinder benötigen in der Regel keine sprachtherapeutischen Maßnahmen, es sei denn, dass zusätzlich eine Sprach-, Sprech- oder Stimmstörung vorliegt.

Wichtig ist, dass Eltern mit ihren Kindern in der Sprache sprechen, die sie am besten beherrschen. Mehrsprachigkeit in Familien ist eine wertvolle Ressource. Die Wertschätzung der eigenen Muttersprache und des Deutschen ist wichtig für die Sprachentwicklung und Sprachkompetenz mehrsprachig aufwachsender Kinder. Ein früher Besuch einer Kinderkrippe oder Kindertagesstätte bietet die beste Chance zum Erlernen der deutschen Sprache. Je mehr Gelegenheiten genutzt werden, in denen Kinder mit der deutschen Sprache in Berührung kommen, umso schneller erlernen sie diese. Tipps zum Umgang mit Mehrsprachigkeit findet man unter anderem unter www.kinderaerztliche-praxis.de "Sprachkompetent von Anfang an" - Merkblätter für Mehrsprachigkeit für Eltern in verschiedenen Sprachen U3-U9 oder unter www.dbl-ev.de (Deutscher Bundesverband für Logopädie).

		unauffällig	nicht standardisiert untersucht	nicht durchgeführt	Überweisung Facharzt	in Behandlung	minimaler Befund	dauerhafte Beeinträchtigung
Erstuntersuchungen 2012	absolut	344	0	1	19	36	46	8
	in Prozent	75,8	0	0,2	4,2	7,9	10,1	1,8
Alle Kinder 2012	absolut	369	0	2	23	51	52	9
	in Prozent	72,9	0	0,4	4,5	10,1	10,3	1,8

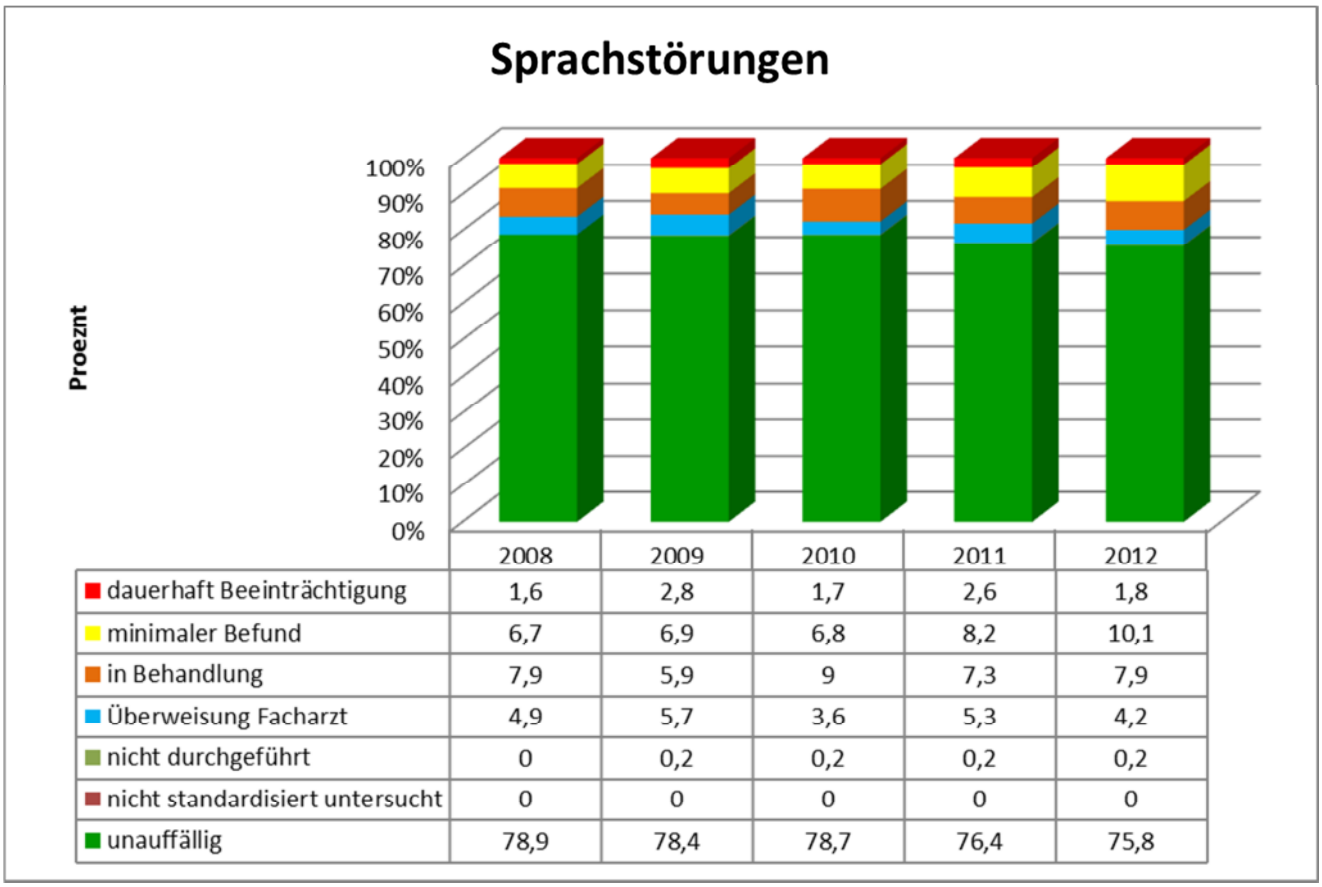
Tabelle 14: Sprachstörungen 2012

Die Untersuchung der sprachlichen Fähigkeit im Untersuchungsjahrgangs 2012 ergab folgendes Ergebnis:

Von 109 Kindern mit Auffälligkeiten hatten 46 Kinder einen milden Befund, 19 Kinder bekamen eine Arztüberweisung, 36 Kinder befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits in ambulanter Behandlung und 8 Kinder zeigten eine schwerwiegende Sprachstörung. Ein Teil dieser Kinder erhielt eine teilstationäre Sprachtherapie im Sprachheilkindergarten. Alle 8 Kinder sind in der Schule auf intensive, zusätzliche Fördermaßnahmen angewiesen. Probleme im Bereich der Sprache haben in der Regel deutliche Auswirkungen auf den Schulalltag. Die Entwicklung kognitiver Fertigkeiten und der Schriftspracherwerb hängen von den sprachlichen Fertigkeiten ab. Von 2004 bis 2011 gab es in Emden an der Grundschule Grüner Weg eine Sprachheilklasse für Kinder, die eine sonderpädagogische Förderung im Förderschwerpunkt Sprache benötigten. Seit 2012 gibt es in Emden keine neuen Sprachheilklassen mehr. Alle Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen besuchen nun im Rahmen der Inklusion die ersten Klassen der Regelschule ihres Einzugsgebietes und sollen dort entsprechend ihrer Bedarfe gefördert werden. Welche Auswirkungen dieses auf den Schulalltag für Kinder mit Sprachstörungen hat, kann derzeit noch nicht beurteilt werden.

Ergebnisse verschiedener Studien zur Wirksamkeit teilstationärer Sprachheilbehandlungen zeigen, dass „durch die interdisziplinäre Sprachheilarbeit in niedersächsischen Sprachheilkindergärten nicht nur deutliche Verbesserungen des Sprach- und Sprechverhaltens der behandelten Kinder erreicht wurden, sondern sich auch ein erheblicher Kompetenzzuwachs der Kinder in den sozial-emotionalen und kognitiv-kreativen Bereichen zeigte. Bis zu 90% der Kinder in teilstationärer Sprachheilbehandlung können nach der Behandlung wieder in Regeleinrichtungen zurückgeführt werden“[3]. Dieses zeigt, wie wichtig frühe sprachtherapeutische Maßnahmen für die weitere Entwicklung der Kinder mit erheblichen Sprachproblemen sind und macht deutlich, dass gerade Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen in der Schule eine intensive, besondere Förderung benötigen.

[3] Bruns, T., Flöther, M. & Schlüter, E. (2011). *Interdisziplinäre Förderung und Behandlung bei Hör- und Sprachstörungen*. Interdisziplinär, Jg. 19, Ausg. 4, 2011, 282-292.



	2008	2009	2010	2011	2012
dauerhaft Beeinträchtigung	1,6	2,8	1,7	2,6	1,8
minimaler Befund	6,7	6,9	6,8	8,2	10,1
in Behandlung	7,9	5,9	9	7,3	7,9
Überweisung Facharzt	4,9	5,7	3,6	5,3	4,2
nicht durchgeführt	0	0,2	0,2	0,2	0,2
nicht standardisiert untersucht	0	0	0	0	0
unauffällig	78,9	78,4	78,7	76,4	75,8

Abbildung 12: Anzahl der Sprachstörungen bei den Erstuntersuchungen in den Jahren 2008 bis 2012

3.7.5 Motorik

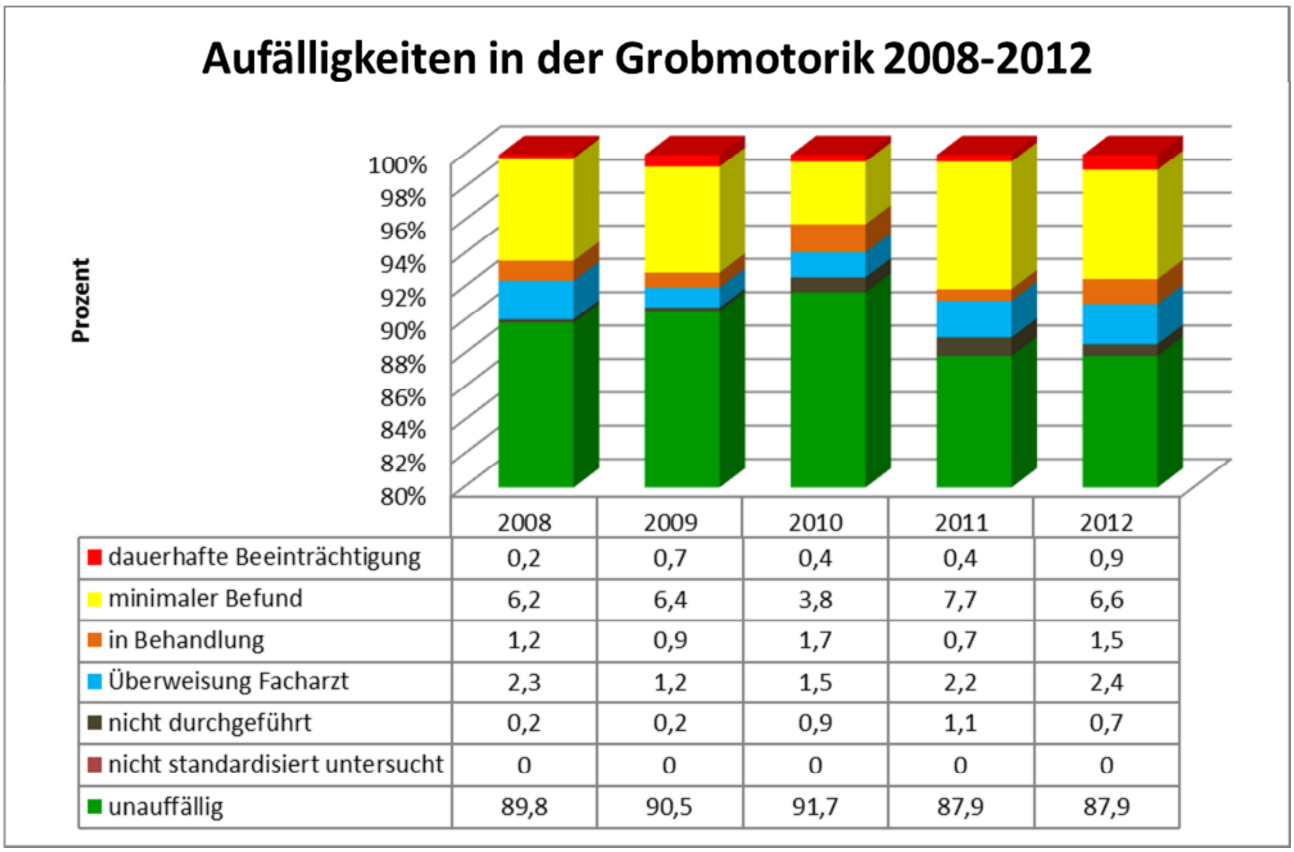
Zur Überprüfung der *Grobmotorik* werden die Kinder aufgefordert verschiedene Bewegungsübungen wie Seithüpfen, Einbeinhüfen und Einbeinstand durchzuführen.
Die *Feinmotorik,* Graphomotorik und Auge-Hand-Koordination wird anhand eines Zeichenversuchs, dem Einstecken von Stiften in eine Lochleiste und dem Finger-Daumen-Oppositionsversuch beurteilt.

Die Tests zur Beurteilung der *Grobmotorik* zeigten folgendes Ergebnis:

		unauffällig	nicht durchgeführt	Überweisung Facharzt	in Behandlung	minimaler Befund	dauerhafte Beeinträchtigung
Erstuntersuchungen 2012	absolut	399	3	11	7	30	4
	in Prozent	87,9	0,7	2,4	1,5	6,6	0,9
Alle Kinder 2012	absolut	443	3	12	11	33	4
	in Prozent	87,5	0,6	2,4	2,2	6,5	0,8

Tabelle 15: Grobmotorische Auffälligkeiten 2012

Die grobmotorische Körperkoordination von 88 % der Kinder (N=399) war altersgemäß, bei 6,6 % (N=30) bestanden leichtere motorische Auffälligkeiten, die meist durch eine allgemeine Bewegungsförderung (Empfehlung: kompensatorischer Sport) behoben werden können oder die bei jüngeren Kindern zunächst nur beobachtet werden müssen (Minimalbefund). Bei 2,4 % der Kinder (N=11) wurden stärkere Auffälligkeiten in der Körperkoordination sichtbar, ihnen wurde zur fachärztlichen Abklärung/ Therapie ein Arztbesuch und/oder kompensatorischer Sport empfohlen. 1,5 % der Kinder (N=7) befanden sich bereits in therapeutischer Behandlung.



	2008	2009	2010	2011	2012
dauerhafte Beeinträchtigung	0,2	0,7	0,4	0,4	0,9
minimaler Befund	6,2	6,4	3,8	7,7	6,6
in Behandlung	1,2	0,9	1,7	0,7	1,5
Überweisung Facharzt	2,3	1,2	1,5	2,2	2,4
nicht durchgeführt	0,2	0,2	0,9	1,1	0,7
nicht standardisiert untersucht	0	0	0	0	0
unauffällig	89,8	90,5	91,7	87,9	87,9

Abbildung 13: Grobmotorische Auffälligkeiten 2008-2012

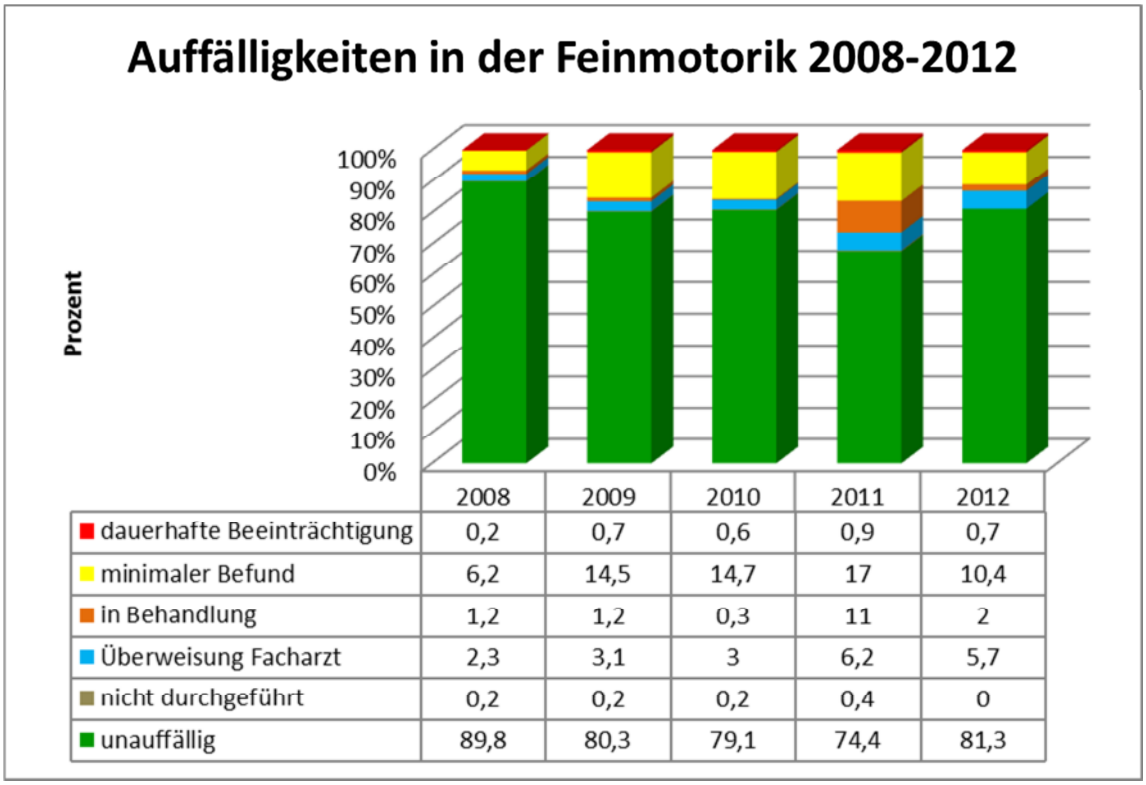
In den motorischen Befunden lassen sich Unterschiede bei Jungen und Mädchen feststellen. Während 95% der Mädchen einen unauffälligen Befund bei der Grobmotorik haben, sind es bei den Jungen 82 %. Von den 30 Kindern, die einen minimalen Befund hatten, waren nur 7 Mädchen. Von den 7 Kindern, die sich zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung in Behandlung befanden, ist nur eines ein Mädchen. Es wurden zudem 9 Jungen zum Facharzt überwiesen und nur 2 Mädchen.
Die Tests zur Beurteilung der Feinmotorik und Auge-Hand-Koordination zeigten folgendes Ergebnis:

		unauffällig	Überweisung Facharzt	in Behandlung	minimaler Befund	dauerhafte Beeinträchtigung
Erstuntersuchungen 2012	absolut	369	26	9	47	3
	in Prozent	81,3	5,7	2	10,4	0,7
Alle Kinder 2012	absolut	407	28	14	54	3
	in Prozent	80,4	5,5	2,8	10,7	0,6

Tabelle 16: Feinmotorische Auffälligkeiten 2012

Im diesem Entwicklungsbereich ist der Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden (18,7 %) höher als im Bereich der Grobmotorik. Dieses betrifft alle Gruppen, auch den Anteil der Kinder, die bereits therapiert werden (2 %). Als unauffällig wurden 81,3 % der Kinder (N=369) eingestuft. Eine Empfehlung zur fachärztlichen Abklärung/ Behandlung durch den Kinderarzt erhielten 5,7 % der Kinder (N=26), geringfügige nicht therapiebedürftige Befunde wurden bei 10,4 % (N=47) aller Schulanfänger gefunden.

Die Ergebnisse zeigen, dass im Bereich der Feinmotorik/ Auge-Hand-Koordination große geschlechtsspezifische Unterschiede zu finden sind. Während Jungen in 71,5 % der Fälle unauffällig waren, waren es bei den Mädchen 93 %.



	2008	2009	2010	2011	2012
dauerhafte Beeinträchtigung	0,2	0,7	0,6	0,9	0,7
minimaler Befund	6,2	14,5	14,7	17	10,4
in Behandlung	1,2	1,2	0,3	11	2
Überweisung Facharzt	2,3	3,1	3	6,2	5,7
nicht durchgeführt	0,2	0,2	0,2	0,4	0
unauffällig	89,8	80,3	79,1	74,4	81,3

Abbildung 14: Feinmotorische Auffälligkeiten 2010

Netzwerk Emder Kinder in Bewegung – NEKiB

Aus den Handlungsempfehlungen des ersten Emder Gesundheitsberichtes ist 2005 das Netzwerk Emder Kinder in Bewegung (NEKiB) entstanden. Die einzelnen Arbeitsgruppen setzen sich seit nunmehr acht Jahren aktiv für die Bewegungsförderung von Kindern in der Stadt Emden ein. Das Bewegungspicknick und die Kooperationen von Vereinen mit Kindertagesstätten und Schulen gehören beispielsweise zu den erfolgreichen und nachhaltigen Angeboten in Emden. Durch die Arbeitsgruppe Schule-Kita-Verein findet eine intensive Bewegungsförderung von Kindern in Emder Kindertagesstätten und Schulen statt. Aus dem Pilotprojekt zur psychomotorischen Förderung mit begleitender Elternberatung an der Grundschule Grüner Weg 2002 (siehe Gesundheitsbericht 2003) ist an dieser Schule ein festes Angebot zur Bewegungsförderung von Kindern mit einem Förderbedarf, vor allem in dem Bereich der motorischen Entwicklung geworden. Hier werden schon im Rahmen der Einschulungsuntersuchung, in Absprache mit der Schule, Eltern über das Angebot informiert, so dass die Kinder gleich zu Beginn der Einschulung von der zielgerichteten Bewegungsförderung profitieren können. In der Bewegungsförderung von Kindern müssen zunehmend soziale Aspekte berücksichtigt werden, was sich besonders in der Arbeit an dieser Schule zeigt. Eine weitere Vernetzung mit den anderen Schulen, an denen ebenfalls Kooperationsangebote bestehen oder geplant sind, ist notwendig, damit auch hier eine entsprechende Beratung im Rahmen der Einschulungsuntersuchung über die Bewegungsangebote stattfinden kann und Förderbedarfe besser abgesprochen und umgesetzt werden können.
Informationen über die einzelnen Arbeitsgruppen sind im Internet unter www.nekib.de zu finden.

Abbildung 15: Arbeitsgruppen des NEKiB

3.7.6 Übergewicht

Aus Gewicht und Körpergröße wird der Body-Mass-Index (BMI=Körpergewicht [kg]/ Körperlänge [m]^2) berechnet und anhand alters- und geschlechtsspezifischen Perzentilenkurven nach Kromeyer-Hausschild [4] ausgewertet.

Übergewicht (Gewicht > 90. Perzentile) und Fettleibigkeit (Adipositas, Gewicht > 97. Perzentile) sind in der Regel die Folge eines Lebensstils mit Fehl- und Überernährung sowie mangelnder Bewegung. Die WHO bezeichnet Übergewicht und Fettleibigkeit als weltweite „Epidemie“. Kinder mit Adipositas haben ein deutlich erhöhtes Risiko für Diabetes, Stoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Gelenk- und Rückenbeschwerden im Erwachsenenalter. Hinzu kommen in vielen Fällen die Stigmatisierung, das

[4] Kromeyer-Hauschild K, et al. (2001) Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 149: 807–818

schlechte körperliche Wohlbefinden und die daraus resultierende beeinträchtigte Lebensqualität. Die meisten fettleibigen Kinder bleiben auch im Erwachsenenalter adipös.

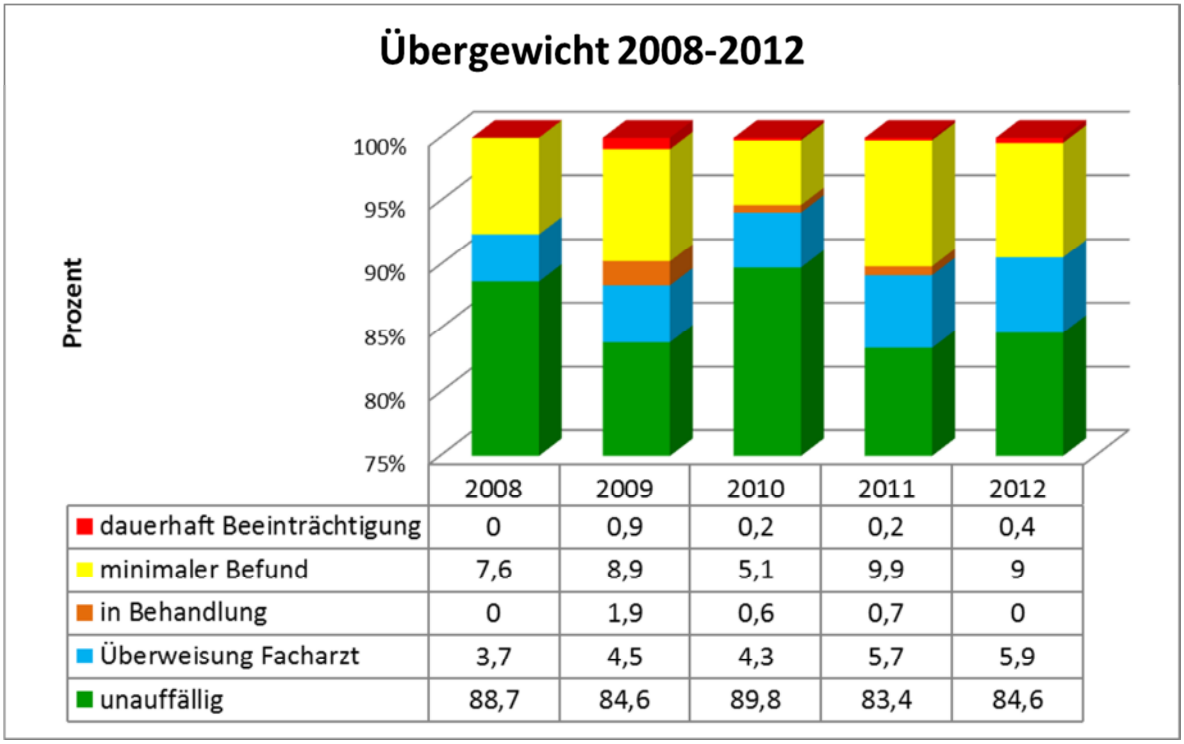
Eine Empfehlung zur Kontrolluntersuchung beim Kinderarzt wird bei Kindern ausgesprochen, die einen BMI oberhalb der 97. Perzentile oder unterhalb der 3. Perzentile (Untergewicht) haben oder oberhalb der 90.Perzentile in Kombination mit anderen Risikofaktoren.

Die Schuleingangsuntersuchungen 2012 brachten in Bezug auf das Gewicht der Kinder folgendes Ergebnis:

		unauffällig	nicht standardisiert untersucht	nicht durchgeführt	Überweisung Facharzt	in Behandlung	minimaler Befund	dauerhafte Beeinträchtigung
Erstuntersuchungen 2012	absolut	384	0	0	27	0	41	2
	in Prozent	84,6	0	0	5,9	0	9	0,4
Alle Kinder 2012	absolut	425	0	0	32	0	47	2
	in Prozent	84	0	0	6,3	0	9,3	0,4

Tabelle 17: Übergewicht 2012

Bei den Untersuchungen wurde deutlich, dass 84,6% der Kinder ein unauffälliges Gewicht im Verhältnis zu ihrer Körpergröße hatten. Bei 5,9 % der Kinder wurde eine weitere Abklärung/Therapie durch den Kinderarzt empfohlen. Geringfügige, nicht therapiebedürftige Befunde hatten 9%.



	2008	2009	2010	2011	2012
dauerhaft Beeinträchtigung	0	0,9	0,2	0,2	0,4
minimaler Befund	7,6	8,9	5,1	9,9	9
in Behandlung	0	1,9	0,6	0,7	0
Überweisung Facharzt	3,7	4,5	4,3	5,7	5,9
unauffällig	88,7	84,6	89,8	83,4	84,6

Abbildung 16: Übergewicht 2008-2012

Übergewicht war bei den Mädchen des untersuchten Alters ein häufigeres Phänomen als bei den Jungen. Während nur 4,3 % der Jungen zur weiteren Abklärung an den Kinderarzt überwiesen wurden, war dieses bei 8,5 % der Mädchen der Fall.

Betrachtet man die Herkunft der Kinder im Zusammenhang mit dem Auftreten von Übergewicht so fällt auf, dass 86,9 % der Kinder deutscher Herkunft ein unauffälliges Gewicht hatten und 83,3% der Kinder nicht deutscher Herkunft. Betrachtet man die Korrelation zwischen dem höchsten Berufsabschluss der Mutter und dem Auftreten von Übergewicht bei den Kindern so zeigt sich, dass bei 10 % der Kinder von Müttern mit Hochschulabschluss, bei 11,3 % der Kinder von Müttern mit

Meister/ Fachschulabschluss, bei 13,5% der Kinder von Müttern mit einer Berufslehre und bei 15,4% der Kinder, deren Mütter keine oder eine sonstige Berufsausbildung hatten, Übergewicht oder Adipositas festgestellt werden konnte.

Die folgende Tabelle macht noch einmal deutlich, wie viele Kinder 2012 in Emden zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung normalgewichtig, übergewichtig, stark übergewichtig (adipös), untergewichtig und stark untergewichtig waren.

		Starkes Übergewicht	Über-gewicht	Normal-gewicht	Unter-gewicht	starkes Untergewicht
Erstuntersuchungen 2012	absolut	29	41	373	11	2
	in Prozent	6,4	9	82,2	2,4	0,4
Alle Kinder 2012	absolut	34	47	412	11	2
	in Prozent	6,7	9,3	81,4	2,2	0,4

Tabelle 18: Gewicht

3.7.7 Verhalten

Unter Verhaltensauffälligkeiten verstehen wir sozial-emotionale Störungen, Hyperaktivität, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen, Aggressivität, frühkindliche Bindungsstörungen, Einnässen (außer organischen Formen), Einkoten, Essstörungen und stereotype Bewegungsstörungen.

Die Beurteilung, Erhebung und Erfassung der Auffälligkeiten erfolgt im Rahmen der Einschulungsuntersuchung und durch die Befragung der Eltern.

Da das Verhalten schwer in der Ausnahmesituation der Untersuchung beurteilt werden kann, verwenden wir seit 2002 einen standardisierten Verhaltensfragebogen. Mit Hilfe dieses Fragebogens sind Verhaltensauffälligkeiten einfacher festzustellen und Eltern können besser beraten werden. In den letzten Jahren zeigte nahezu jedes fünfte Kind Verhaltensauffälligkeiten.

		unauffällig	nicht standardisiert untersucht	nicht durchgeführt	Überweisung Facharzt	in Behandlung	minimaler Befund	dauerhafte Beeinträchtigung
Erstuntersuchungen 2012	absolut	364	0	0	28	11	50	1
	in Prozent	80,2	0	0	6,2	2,4	11	0,2
Alle Kinder 2012	absolut	399	0	0	35	13	53	6
	in Prozent	78,9	0	0	6,9	2,6	10,5	1,2

Tabelle 19: Verhaltensauffälligkeiten 2012

2012 waren es insgesamt 90 Kinder (19,8 %), hiervon 44 Kinder mit leichteren Problemen. 11 Kinder waren wegen Verhaltensauffälligkeiten in Behandlung, bei 28 Kindern wurde eine weitere ärztliche Abklärung oder psychologische Beratung empfohlen. Bei einem Kind war bereits eine schwere Störung im Sozialverhalten diagnostiziert.

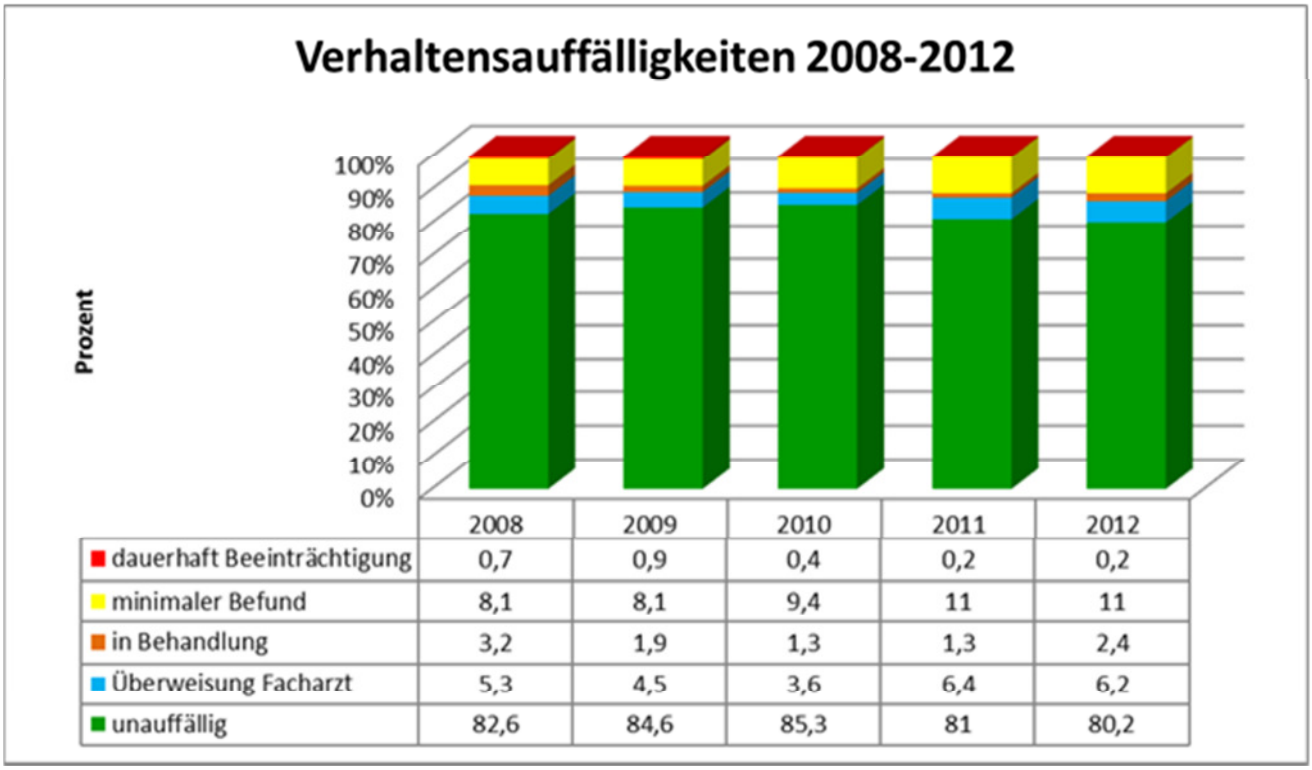


Abbildung 17: Verhaltensauffälligkeiten 2008-2012

In Emden zeigten 2011 18,9 % und 2012 21,3 % aller einzuschulenden Kinder im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen Verhaltensauffälligkeiten in unterschiedlicher Form und Ausprägung. Alle diese Kinder benötigen individuelle Förder-, Unterstützungs- und/oder Therapiemaßnahmen.

Bei Untersuchungen von Kindern im Rahmen der Eingliederungshilfe, Untersuchungen für Integrationskindergärten und den Einschulungsuntersuchungen werden schwere Störungen im sozial-emotionalen Verhalten immer häufiger und offensichtlicher. So kommt es in den letzten Jahren zunehmend schon bei den Einschulungsuntersuchungen vor, dass Eltern von sich aus um Unterstützungsmaßnahmen bitten, da sie selber Probleme mit den eigenen Kindern haben und/oder ihre Kinder in den Kindertagesstätten erhebliche Probleme im Umgang mit anderen Kindern zeigen. Die Probleme in der Schule sind vorhersehbar.

Bei den Untersuchungen der Kinder für die Aufnahme in einen Integrationskindergarten, bei denen eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung vorhanden ist oder droht, spielen schwere sozial-emotionale Störungen eine immer größere Rolle. Kinder, die unter schwierigen sozialen Lebensbedingungen aufwachsen sind häufig auch körperlich und geistig nicht altersentsprechend entwickelt. Hier reicht die alleinige Förderung durch eine integrative Einrichtung nicht aus. Es ist eine vernetzte umfangreiche Förderung der Kinder und Familien notwendig, da die Entwicklung des Kindes und die Lebensbedingungen sich gegenseitig beeinflussen. Nicht nur Kinder mit Entwicklungsbeeinträchtigungen sondern zunehmend auch Kinder in Regelkindergärten zeigen gravierende Auffälligkeiten in der sozialen Integration. Diese Probleme treten oftmals erst im Gruppengeschehen auf und sind in der Einzelsituation, wie sie bei den Untersuchungen gegeben ist, nicht sichtbar, so dass die Anzahl der Kinder, die in diesen Bereichen erhebliche Schwierigkeiten haben, vermutlich noch höher anzusetzen ist.

Die Beurteilung, Erhebung und Erfassung der Auffälligkeiten erfolgt im Rahmen der Einschulungsuntersuchung und durch die Befragung der Eltern anhand eines Elternfragebogens (SDQ-Fragebogen) zu den Stärken und Schwächen der Kinder. Durch die Auswertung dieses Fragebogens erhält man Aussagen zu Problemen in den Bereichen:

- Emotionale Probleme
- Hyperaktivität
- Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen
- Verhaltensauffälligkeiten
- Prosoziales Verhalten

Die Unterscala *Hyperaktivität* des SDQ-Fragebogens stellt eine geeignete Hilfe bei der AD(H)S-Erfassung dar. Es wird hier ausdrücklich darauf hingewiesen, dass dieser Fragebogen nur ein Screeninginstrument ist, zur Diagnosefindung beitragen kann, aber keine sorgfältige klinische Untersuchung ersetzt. „Verhaltensauffällig“ bedeutet nicht zwangsläufig Aufmerksamkeitshyperaktivitätsstörung (ADHS) und auch Kinder, die in der Unterskala „Hyperaktivität“ einen auffälligen Wert zeigen, haben nicht zwangsläufig eine Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung.

Die folgende Grafik zeigt die auffälligen und grenzwertigen Befunde der *Hyperaktivitätsskala* der letzten Jahre.

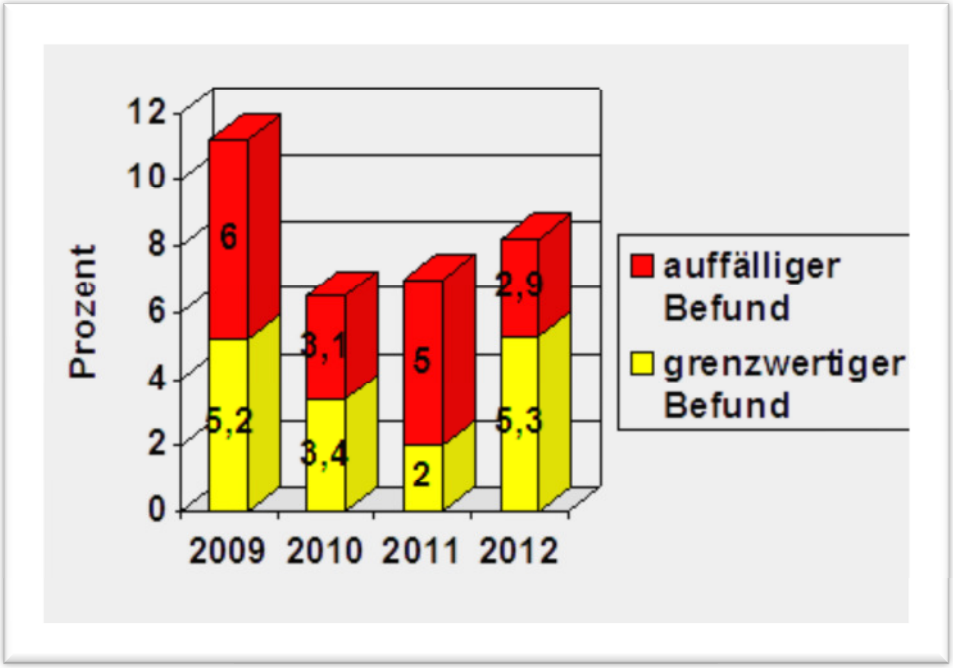


Abbildung 18: Befunde der Hyperaktivitätsskala des SDQ-Fragebogens 2009-2012

Kinder mit besonderen Verhaltensweisen auf ihrem Weg durchs Leben zu begleiten stellt eine Herausforderung an alle sie begleitenden Menschen dar. Eltern, Erzieher, Lehrer, Ärzte und Therapeuten können nur im engen Zusammenwirken diese Herausforderung annehmen.

Deshalb ist in Emden in Kooperation mit *dem Qualitätszirkel Emder Kinderärzte*, dem Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Emden, dem Netzwerk Emder Kinder in Bewegung *(NEKiB)* und dem nifbe Regionalnetzwerk Nordwest das Projekt „Aus der Kita in die Schule - Verhaltensauffälligkeiten /AD(H)S früh erkennen, sicher begleiten“ in Arbeit, ebenso ist eine Vernetzung mit weiteren Institutionen und Fachdiensten der Stadt Emden geplant.

Durch die interdisziplinäre Vernetzung soll die Verbesserung der Erreichbarkeit und Versorgung von Kindern und ihren Familien erreicht werden.

4 Präventionsangebote im Gesundheitsamt Emden

Das Gesundheitsamt bietet verschiedene Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote für Kinder an. Diese werden nachfolgend beschrieben.

4.1 Sprachheilberatung

Sprechtage zur Hör- und Sprachheilberatung

Monatlich werden kostenlose Sprechtage zur Hör- und Sprachheilberatung im Gesundheitsamt durch den Fachberater Hören und Sprache (Allgemeinpädagogischer Dienst des Landesarztes) des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie (LBZH) in Zusammenarbeit mit dem FD Gesundheit der Stadt Emden durchgeführt. Es wird keine ärztliche Überweisung benötigt.

Vorrangige Aufgaben sind Diagnostik und Beratung für hörgeschädigte oder besonders stark sprachauffällige Kinder. Soweit zeitlich möglich, kann dieses Angebot auch zur Beurteilung von weniger ausgeprägten Störungen, wie z.B. bei schulischen Fragen zum Lesen und Schreiben, genutzt werden (auch von Erwachsenen).

Durch regelmäßige Kontakte zu anderen Fachkräften und Einrichtungen sollen betroffene Kinder möglichst früh erfasst werden, damit sensible Reifephasen effektiv genutzt werden können.

Der sprachliche Leistungsstand wird in Abhängigkeit von Altersnormen festgestellt, weitere Befunde werden ausgewertet und beurteilt. Es werden Therapiemaßnahmen und/ oder besondere Förderungen empfohlen und mit den Betroffenen und ihren Sorgeberechtigten besprochen. Mitgebrachte Geschwister werden ggf. in die Beratung miteinbezogen. Die durchgeführte Diagnostik bzw. Beratung wird in einem Sprechtagsbericht festgehalten, der mit Einwilligung der Erziehungsberechtigten an beteiligte Fachkräfte/ Institutionen weitergeleitet werden kann.

Für eine Aufnahme bzw. die Verlängerung der Sprachtherapie in einem Sprachheilkindergarten oder Sprachheilzentrum ist die Vorstellung im Rahmen der Hör- und Sprachheilberatung notwendig (Rechtsgrundlage), da erforderliche Gutachten im Auftrag von Krankenkassen und Sozialhilfeträgern im Rahmen der Kostenübernahmeverfahren bei teil- und stationären Sprachtherapieformen erstellt werden müssen. Die Kostenübernahme wird durch die Hör- und Sprachheilberatung eingeleitet, teilweise ist eine Einbeziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen Niedersachsen (MDKN) notwendig (Recht der Krankenkassen), d.h. ggf. müssen z.B. ärztliche Befunde, Entwicklungsberichte nachgehend eingeholt und weitergeleitet werden (inkl. Schweigepflichtentbindung).

Die Koordination aller beteiligten Institutionen wie Ämter, Ärzte, Krankenkassen, Kindertagesstätten, Schulen und Therapieinstitutionen sowie die Fortbildung und Beratung des Therapie- und Lehrpersonals in den Einrichtungen gehören ebenso zu den Aufgaben der Hör- und Sprachheilberatung. Bei Bedarf werden zusätzliche Informationsveranstaltungen oder (in Absprache mit anderen Fachkräften) Hilfeplangespräche durchgeführt.

Im Jahr 2011 wurden 11 Sprechtage im Gesundheitsamt (incl. zwei Teil- Sprechtage im Sprachheilkindergarten in Pewsum/Verlängerungen) durchgeführt. Es fanden insgesamt 120 Vorstellungen statt. Im Jahr 2012 wurden 9 Sprechtage (+ 1 Hörsprechtag) im Gesundheitsamt (incl. zwei Teil- Sprechtage im Sprachheilkindergarten in Pewsum/Verlängerungen) angeboten und es fanden 105 (114) Vorstellungen statt.

Pädagogisch-audiologischer Sprechtag

Am 22. Mai 2012 fand zum ersten Mal ein Hörsprechtag mit dem pädagogisch-audiologischen Beratungsteam des Landesbildungszentrums für Hörgeschädigte (LBZH) Oldenburg im Gesundheitsamt statt. Im Rahmen der Hör- und Sprachheilberatung konnte eine pädagogisch audiologische Förderdiagnostik für Kinder mit Verdacht auf Hörschädigungen durchgeführt werden. Es wurden neun Kinder vorgestellt, von denen drei zur weiteren Abklärung zum Facharzt überwiesen wurden sowie ein weiteres Kind, bei dem die Schwerhörigkeit bestätigt wurde, so dass es mit Hörhilfen versorgt werden konnte. Dieser Sprechtag fand auch im Jahr 2013 wieder statt. Es gab 12 Vorstellungen, bei einem Schulkind wurde eine beidseitige Schwerhörigkeit festgestellt.

Informationsmaterial und Flyer

Im Jugendärztlichen Dienst sind Informationsmaterialien zum Thema Schwangerschaft, Kindergesundheit, Kindesentwicklung, chronische Erkrankungen, Behinderungen, Unfallverhütung, Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Beratungsstellen etc. erhältlich. Das Angebot umfasst z.B. Flyer, Plakate, Beobachtungsbögen zur Hör- und Sprachentwicklung (nach Altersstufen), allgemeine Empfehlungen zur Erhaltung der Sprechfreude bei Kindern und Fachinformationen zur kindlichen Sprachentwicklung mit den häufigsten Sprachauffälligkeiten im Kindesalter. Teilweise stehen diese Informationen auch als PDF-Datei auf der Homepage der Stadt Emden (FD Gesundheit/ Sozialmedizinischer Dienst) zur Verfügung.

Ausleihe von Spiel – und Fördermaterialien zur Sprachförderung

Der Jungendärztliche Dienst der Stadt Emden bietet Einrichtungen und erwachsenen Privatpersonen aus Emden an, Spiel- und Fördermaterialien zur Sprachförderung im Gesundheitsamt für 14 Tage bzw. vier Woche kostenlos auszuleihen. Auf der Homepage der Stadt Emden (FD Gesundheit/ Sozialmedizinischer Dienst) ist eine Liste der einzelnen Spiele und Materialien zu finden. Das Angebot wird gut angenommen.

Ansprechpartnerin für weitere Informationen und Terminabsprachen ist Frau Anja Haupt (87-1662; haupt@emden.de).

Regionale Sprachbildungswochen in Ostfriesland

Vom 15.04.2013-08.05.2013 fanden die „Regionalen Sprachbildungswochen in Ostfriesland“ statt, die von Akteuren aus Aurich, Emden, Leer, Norden und Wittmund gemeinsam organisiert wurden. Aus diesem Anlass wurde die Wanderausstellung „Sprich mit mir“ des Bundesverbandes der Logopäden in den genannten Städten gezeigt und in diesen ein umfangreiches Begleitprogramm für Eltern, Erziehern, Lehrern, pädagogisches Fachpersonal und Kinder mit Vorträgen und Aktionen zum aktiven Mitmachen angeboten. In Emden hat der Jugendärztliche Dienst in diesem Rahmen eine Fachtagung „Sprache“ mitgestaltet und in zwei Fachvorträgen über Sprachentwicklungsdiagnostik und Sprachauffälligkeiten im Vorschulbereich sowie über die Hör-und Sprachheilberatung im Gesundheitsamt, Therapien, Fördermöglichkeiten und Beratungen informiert. Weiterhin gab es zwei Fachvorträge von Logopädinnen: „Wie kommt das Kind zur Sprache? Voraussetzungen, Meilensteine und Risiken“, “Sprich mit mir - aber wie?“ und durch das Netzwerk Emder Kinder in Bewegung (NEKiB) eine Veranstaltung zum Mitmachen „Sprachförderung durch Bewegung“. Zielgruppe bei allen Fachvorträgen waren Eltern, Erzieher, Lehrer und pädagogisches Fachpersonal.
Die vielfältigen Veranstaltungen haben noch einmal deutlich gezeigt, dass Sprachbildung in allen Alltagssituationen stattfindet und wie wichtig es ist, vor allem die Sprechfreude der Kinder zu wecken und die Ressourcen der Kinder für die Sprachförderung zu nutzen. Musik, Bewegung und auch kreatives Gestalten fördern maßgeblich die Sprachkompetenzen von Kindern. Sprachanregende Unterhaltungen und dialogisches Vorlesen sind elementare Bausteine für die Sprachentwicklung der Kinder. Entscheidend ist es, die unterschiedlichen, alltäglichen Möglichkeiten in den Familienalltag zu integrieren und auch Familien darin anzuleiten.

4.2 Beratung und Behandlung bei Kopflausbefall

In jedem Jahr kommt es immer wieder besonders in Gemeinschaftseinrichtungen bei Kindern zum Auftreten von Kopfläusen. Kopfläuse kommen weltweit vor. Enge zwischenmenschliche Kontakte, insbesondere in Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche, begünstigen die Verbreitung von Kopfläusen, so dass wir das ganze Jahr hindurch mit dieser Problematik zu tun haben.

Kopfläuse können nicht springen oder fliegen. Als Ursache für den Läusebefall ist nicht die Hygiene in den Familien bzw. Einrichtungen zu sehen, sondern die vielfältigen Übertragungsmöglichkeiten im Alltag aller Menschen. Der Ausbreitung von Kopfläusen kann durch entsprechende Aufmerksamkeit und geeignete Maßnahmen verlässlich entgegen gewirkt werden.

Bei festgestelltem Kopflausbefall ist eine sachgerecht durchgeführte Behandlung mit einem zugelassenen Mittel notwendig (s. auch www.emden.de/bürgerinfo-gesundheit/fd-gesundheit/sozialmedizinischerdienst/merkblätter-läusetipps, www.rki.de, www.nlga.de, aktuelles Läuse-Info-Merkblatt „Kopflausbefall“, www.bzga.de „Kopfläuse was tun?“)

Seit Herbst 2003 gibt es im Gesundheitsamt eine Läusesprechstunde, die jeden Montag von 14:00 bis 15:00 Uhr stattfindet. Termine außerhalb der Sprechstunde erfolgen nach telefonischer Absprache. Zusätzlich werden bei Bedarf Informationsveranstaltungen und Elternabende durchgeführt sowie Informationsmaterial ausgegeben. In den letzten Jahren wurden zwischen 371 und 624 Läuseuntersuchungen pro Jahr durchgeführt.

	2009	2010	2011	2012
Läuseuntersuchungen	624	492	371	521

Tabelle 20: Anzahl der Läuseuntersuchungen 2009-2012

Ansprechpartnerinnen im Fachdienst Gesundheit sind Frau Christina Hempel (87-1656) und Frau Anja Haupt (87-1662).

Die Finanzierung der Läusemittel stellt für sozial benachteiligte Familien ein großes Problem dar. Eine häufige Fehlerquelle liegt in der unzureichenden Läusebehandlung. Das Mittel wird häufig auf mehrere Betroffene innerhalb einer Familie aufgeteilt, da Läusemittel nur bis zum vollendeten 12. Lebensjahr von den Krankenkassen übernommen werden. Deshalb stellt die Stadt Emden im Rahmen des Infektionsschutzes bei Personen über 12 Jahren, die regelmäßige Leistungen nach dem SGB II (Hartz IV), SGB XII oder dem Asylleistungsgesetz erhalten, im Falle der ärztlichen Verordnung die zur Behandlung notwendigen Läusemittel zur Verfügung. Hierbei handelte es sich zunächst um ein mit den niedergelassenen Ärzten abgesprochenes Pilotprojekt (von 2009 bis 2011) ausschließlich für Emder Bürger, welches aber aufgrund des Erfolges verlängert wurde und weiter Gültigkeit besitzt. Die Verordnung kann sowohl durch das Gesundheitsamt als auch durch die niedergelassenen Ärzte erfolgen. Die Apotheken sind mittlerweile so gut informiert, dass sie von sich aus berechtigte Kunden auf diese Möglichkeit hinweisen.

	2009	2010	2011	2012
Ausgegebene Portionen Läusemittel	51	97	56	45

Tabelle 21: Anzahl der ausgegebenen Portionen Läusemittel 2009-2012

4.3 Zahngruppenprophylaxe

Das Gesundheitsamt bietet seit 1996 in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Krankenkassen für Spielkreise, Krippen, Kindergärten, Fördergruppen, Grundschulen und Behinderteneinrichtungen die Zahngruppenprophylaxe und Ernährungsberatung an. Die Mitarbeiterin des Jugendzahnärztlichen Dienstes besucht in regelmäßigen Abständen die Einrichtungen, um über Art und Ursachen von Zahn- und Parodontalerkrankungen aufzuklären. Bereits ein Jahr vorher werden die Termine abgesprochen, um für die Einrichtungen die Planung und Vorbereitung zu sichern und die Kinder auf diesen Besuch vorzubereiten.

Während dieser Sitzung haben die Kinder die Möglichkeit innerhalb der Gruppe bzw. Klasse auf spielerische Art und Weise zu lernen, was „gut“ bzw. „ schlecht“ für ihre Zähne bzw. für den Körper ist, und was sie selbst für die Gesunderhaltung ihrer Zähne / ihres Körpers machen können. Die theoretische und praktische Zahnputzübung, der Aufbau des Zahnes, die Entstehung der Karies und Parodontitis sowie die Ernährungsberatung durch „Bert den Gemüsekobold“ stehen jeden Tag mit auf dem Programm. Bei dem Gemüsekobold haben die Kinder die Aufgabe, mindestens vier Wochen „gesunde“ Lebensmittel und Getränke in die Schule oder in den Kindergarten für die Pausen mitzubringen. Für jeden Tag wird eine „Frühstückspolizei“ bestimmt, die vor dem gemeinsamen Frühstück darauf achtet, ob Fittmacher oder Schlappmacher auf dem Tisch sind. Die Schlappmacher, zu denen Süßigkeiten, Nutellabrote, süße Getränke usw. gehören, werden nicht während der Schulzeit verzehrt, sondern können außerhalb der Schule an den Nachmittagen gegessen werden. Das Frühstück wird mit einem „Kinder-Kraftstoffanzeiger“ im Klassen- bzw. Gruppenraum dokumentiert. Die Kinder merken nach kurzer Zeit, dass sich die Konzentration steigert, einigen gelingt sogar eine Gewichtsreduzierung und andere schreiben auf einmal bessere Noten. Nach vier Wochen werden die Kinder ein weiteres Mal besucht, die Erfahrungen werden ausgetauscht und es gibt eine kleine Überraschung für jedes Kind. Durch diese wichtige Aktion lernen die Kinder den richtigen Umgang mit Lebensmitteln. Sie lernen, dass „gesundes“ Essen schmecken kann und auch noch satt macht, dass Wasser den Durst löscht und nicht Eistee. In den meisten Schulklassen und Kindergartengruppen wird dieses Projekt auf Dauer eingeführt und gehört mittlerweile, genau wie die Zahngruppenprophylaxe, zum festen Bestanteil in den Einrichtungen.

Nicht nur für die Kinder gibt es dieses Angebot. Der Jugendzahnärztliche Dienst bietet für Eltern, Lehrer und Erzieher Elternabende oder -nachmittage und Beratungsmärkte sowie Fortbildungen zu den oben genannten und weiteren Gesundheitsthemen an.

Weitere Angebote:

- Zahnarztbesuche mit „Angstpatienten“
- Zahnarztbesuche mit Kindergartengruppen bzw. Schulklassen
- Ausstattung und Einrichtung der Waschräume in Kindergärten und Schulen mit Bürsten, Bechern Zahnputzutensilien und Zahnbürstenleisten zur sicheren Aufbewahrung der Bürsten und Becher, um Infektionen zu vermeiden
- Elternkochabende „Die schnelle Küche für Eltern“

Ansprechpartnerin im Fachdienst Gesundheit ist Frau Andrea Trauernicht (87-1657).

4.4 Elternabende und Beratungsmärkte

Der erste **Beratungsmarkt** wurde 2006 an der Osterburgschule von der dortigen Sozialpädagogin im Rahmen der schulbezogenen Sozialarbeit angeboten. In regelmäßigen Abständen findet diese Veranstaltung seitdem an der Cirksenaschule, Osterburgschule, am Johannes-Althusius-Gymnasium und an der Berufsbildenden Schule I statt.

Der Jugendzahnärztliche und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes hat seit 2009 nach und nach die Beratungsmärkte auch an den Grundschulen eingeführt und wird bis Ende 2013 alle Emder Grundschulen damit erreicht haben. Ca. 18 Emder Institutionen präsentieren sich und ihre Arbeit den Kindern, aber auch den Lehrern und Eltern, um die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme von Beratung und Hilfe zu senken. Das Gesundheitsamt ist als Organisator in Kooperation mit dem AWO Kreisverband Emden (Projekt Lern- und Lebenswelt Grundschule) mit folgenden Beratungsthemen vertreten: Kopflausbefall, Sprachheilberatung, Zahnprophylaxe.

Der Jugendzahnärztliche Dienst und der AWO Kreisverband bereiten die Kinder der Schulen in Verbindung mit der Zahngruppenprophylaxe und dem aid-Ernährungsführerschein schon einige Zeit vor dem Termin des Beratungsmarktes auf diesen wichtigen Tag vor.

Auch im Rahmen von Vorträgen auf **Elternabenden und Aktionstagen** werden diese Themen vorgestellt und Präventionsmöglichkeiten diskutiert.

Jährlich finden seit 2009 ca. 25 Elternabende, Beratungsmärkte oder Infoveranstaltungen mit Fachkräften (Frau A. Trauernicht, Frau C. Hempel und Frau A. Haupt) des Gesundheitsamtes statt.

4.5 Impfberatung an den Schulen

In Kapitel 3.6 wird dieses Angebot mit den Statistiken genau beschrieben.

5 Fazit und Ausblick

Die Einschulungsuntersuchungen sind nach wie vor das einzige Instrument, welches den Gesundheitszustand eines kompletten Jahrganges von Kindern erfasst. Neben der Erkennung von Erkrankungen, Entwicklungsstörungen, Impf- und Vorsorgelücken wird bei der Einschulungsuntersuchung ein besonderes Augenmerk auf schulrelevante Gesundheits- und Entwicklungsrisiken gelegt.

Alle aktuellen Untersuchungen, die Gesundheitsberichte der einzelnen Kommunen, die „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS)“, der Gesundheitsbericht 2012 des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes „Kindergesundheit im Einschulungsalter“ sowie die eigenen Untersuchungsergebnisse zeigen, dass ein großer Anteil der Kinder Bedarf an Förder-, Unterstützungs- oder Therapiebedarf hat und dass neben den zentralen körperlichen Untersuchungsbefunden vor allem die psychische Gesundheit und Verhaltensauffälligkeiten von Kindern besonders berücksichtigt werden müssen. Eltern und Schulen haben einen hohen Beratungsbedarf, eine interdisziplinäre Vernetzung und Zusammenarbeit ist mit Blick auf die inklusive Schule unerlässlich. Die Schuleingangsuntersuchungen stellen eine Grundlage für Präventionskonzepte dar, die schulärztlichen Dienste sind in einer wichtigen Vermittlerfunktion zwischen Eltern, Kindertagesstätten, Schulen, Kinderärzten und Fachärzten.

In Emden findet im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen ein regelmäßiger Austausch mit den Schulleitern, den Kindertagesstätten, den niedergelassenen Fachärzten und Therapeuten statt. Im Rahmen der inklusiven Beschulung von Kindern mit besonderen Bedürfnissen steigt der beratende Anteil der Schuleingangsuntersuchungen zunehmend an. Bereits in dem letzten Kindergesundheitsbericht 2009 wurde besonders auf die Verhaltensauffälligkeiten im Vorschul- und Grundschulalter hingewiesen, ein fachbereichsübergreifender Handlungsbedarf festgestellt und in die Handlungsempfehlungen des Gesundheitsberichtes mit aufgenommen. Seit 2009 gibt es eine intensive Zusammenarbeit mit den Emder Kinderärzten und dem Jugendärztlichen Dienst der Stadt Emden, zum einen über die Arbeitsgruppe Prävention des NEKiB, zum anderen über einen regelmäßigen Austausch des Qualitätszirkels der Emder Kinderärzte.
2010 gab es ein Informationstreffen der Hochschule Emden-Leer, dem Niedersächsischen Institut für frühkindliche Bildung und Entwicklung (nifbe) und dem Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Emden zum Thema Prävention in der frühen Kindheit mit dem Ziel, die Arbeitsgruppe Prävention des NEKiB auf eine breitere Basis zu stellen und z. B. Fortbildungsveranstaltungen gemeinsam umzusetzen.

Zur Verbesserung des Austausches über die Notwendigkeit von Therapiebedarfen wurde 2010/2011 in Zusammenarbeit mit den Emder Kinderärzten, den Leiterinnen der Kindertagesstätten, einer Ergotherapeutin, einer Logopädin, dem Schulärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Emden, nifbe und weiteren Fachleuten ein Beobachtungsbogen erarbeitet, der Therapiebedarfe, im Einverständnis mit den Eltern, aus der Kindertagesstätte zum Kinder- und Jugendarzt weiterleitet. Hierdurch können Fördermaßnahmen oder Therapien initiiert werden. Im Rahmen der Fachtagung „Entwicklung begleiten - Ressourcen stärken - Therapiebedarf kommunizieren - von der Krippe bis zur Einschulung“ im November 2011 wurde der gemeinsam erarbeitete Bogen wieder zurück an die Erzieherinnen gegeben. Dieser „Emder Beobachtungsbogen“, der die Grundlage zu einer strukturierten Kommunikation über Therapiebedarfe bieten soll, könnte zukünftig auch Verhaltensauffälligkeiten oder den Bedarf nach Austausch zu einem Kind mit auffälligem Verhalten festhalten. Gemeinsames Ziel ist es, Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten frühzeitig zu erkennen, sicher zu begleiten und ein Scheitern dieser Kinder im empfindlichen Übergang Kindertagesstätte–Schule zu verhindern.

Derzeit wird der Beobachtungsbogen in einer Erprobungsphase eingesetzt, die Auswertung bzw. Überarbeitung und Weiterentwicklung soll nach einer mindestens 1,5 jährigen Evaluierungsphase/Beobachtungsphase stattfinden.

Eine Auswertung ist nach folgenden Kriterien geplant:

- Wie viele tatsächliche Rückmeldungen gab es in dem Beobachtungszeitraum?
- Welche weiteren Maßnahmen wurden eingeleitet?
- Hat ein Gespräch mit den Eltern stattgefunden?
- Wie oft und in welcher Intensität gab es Gespräche?
- Hat ein Gespräch mit der Erzieherin stattgefunden?
- Ist Kontakt zur Grundschule aufgebaut worden?
- Welche Akteure waren in den Prozess aktiv eingebunden?

Um den Gesundheitszustand der Einschulungskinder zu verbessern, Risikofaktoren zu erkennen, Behandlungs-und Präventionsmaßnahmen zu installieren, ist eine vernetzte Zusammenarbeit aller beteiligten Institutionen notwendig. Nur so kann eine gute Entwicklungsförderung mit guten Lernchancen für Kinder mit Unterstützungsbedarf, ganz besonders für Kinder aus sozial benachteiligten Familien, erreicht werden.

Es ist wichtig, den Austausch zwischen Kindertagesstätten, Grundschulen, Kinderärzten und Therapeuten weiter zu stärken.

Landesweit gibt es hierzu aktuelle Entwicklungen, zum einen in Modellversuchen von Kitas und Grundschulen unter einem Dach, zum anderen schreibt das neue Gesetz zur Einführung der inklusiven Schule diesen interdisziplinären Austausch bereits vor. Nur durch frühestmögliche Erkennung von Entwicklungsrisiken, individuellen Bedürfnissen und Unterstützungsbedarfen können Krankheiten vermieden oder durch Therapien und Fördermaßnahmen individuelle Hilfen gewährt werden.

Anhang 1: Auflistung der Vorsorgeuntersuchungen)

Untersuchung – Alter des Kindes	Untersuchungen, Befunde, Schwerpunkte
U1 - nach der Geburt:	Aufzeichnungen über die Geburt, Schwangerschaft; Apgar-Test, Maße, Gewicht, Reifezeichen, Feststellung schwerer oder äußerlich sichtbarer Fehlbildungen, Vitamin-K-Gabe, Credé-Prophylaxe
U2 - 3. bis 10. Lebenstag:	**Neugeborenen-Basisuntersuchung**: Maße, Gewicht, Anpassungsstörungen, akute Erkrankungen, Fehlbildungen, Geburtsverletzungen; Stoffwechsel-Untersuchungen mit Guthrie-Test, TSH-Bestimmung, Besprechung der Rachitis-/Fluorprophylaxe, Vitamin K-Gabe, bei Risikokindern auch Ultraschalluntersuchung der Hüfte
U3 - 4. bis 5. Lebenswoche:	Maße, Gewicht, körperliche Entwicklung, Ernährung, Organe, Reflexe, beginnende Psychomotorik, evtl. erneute Vitamin K-Gabe
U4 - 3. bis 4. Lebensmonat	Maße, Gewicht, Ernährung, Reflexe, Organe, evtl. Fehlhaltung der Hüfte, Beginn der Impfungen
U5 - 6. bis 7. Lebensmonat	Maße, Gewicht, Ernährung, Organe, Reaktionen auf die Umgebung (Interesse an Menschen und Gegenständen, Greifen nach Gegenständen), Rachitisprophylaxe
U6 - 10. bis 12. Lebensmonat	Maße, Gewicht, Ernährung, Organe, Körperkoordination, Sprachentwicklung
U7 - 21. bis 24. Lebensmonat	Maße, Gewicht, Organe, Wirbelsäulen-, Fuß- oder Beinfehlstellungen oder -haltungen, Gang, Sprachentwicklung, Sozialverhalten; Sauberkeitsentwicklung
U7a - 34. bis 36. Lebensmonat	Allergien, Übergewicht, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien und Untersuchung des Sozialverhaltens sowie der Sprachentwicklung (Kindergartencheck), ebenso Kontrolle der bisher durchgeführten Impfungen und gegebenenfalls Impfauffrischungen
U8 - 46. bis 48. Lebensmonat	Maße, Gewicht, Organe, Koordination, Hör- und Sehprüfung, Urinuntersuchung, Sprach- und Sozialentwicklung
U9 - 60. bis 64. Lebensmonat	Maße, Gewicht, Organe, Grob- und Feinmotorik, Koordination, Zahnuntersuchung, chronische Erkrankungen, evtl. Impfauffrischungen, Entwicklung von sozialem Verhalten und Sprache
J1 – 12 - 14 Jahre	Körperliche, auch sexuelle Entwicklung, orthopädische Fragen, Information über Empfängnisverhütung, Essstörungen, Gesprächsangebot (Drogenprävention, familiäre Probleme oder Konflikte), evtl. weitere Impfungen

(Quelle: www.Qualimedic.com)

Anhang 2: Beobachtungsbogen – Therapiebedarf kommunizieren

Name des Kindes			geb. am	Ausfülldatum
Seit wann in *einer* Kita:			**Seit wann in *dieser* Kita:**	
Geschlecht	**w**	**m**	**Muttersprache**	

Dieser Bogen ist kein diagnostisches Werkzeug, sondern eine Grundlage für ein Gespräch über einen eventuellen Therapiebedarf. Er soll den Informationsfluss zwischen Tagesstätte und Kinderarzt verbessern. Konsequenz aus diesem Bogen ist die Kommunikation.

1. Soziale Kompetenz **Das Kind….**		
	Ja	Nein
hat einen Freund / Spielpartner innerhalb der Gruppe	☐	☐
hat mehrere Freunde / Spielpartner innerhalb der Gruppe	☐	☐
darf mitspielen	☐	☐
spielt gerne altersentsprechende Rollenspiele	☐	☐
bringt eigene Ideen oder Lösungsvorschläge ein	☐	☐
kann neue Anforderungen verstehen	☐	☐
kann neue Anforderungen umsetzen	☐	☐
zeigt eine gute Auffassungsgabe	☐	☐
kann eigene Interessen zugunsten der Gruppe zurückstellen	☐	☐
kann seine Gefühle angemessen zeigen oder verbal äußern	☐	☐
kann Frustrationserlebnisse angemessen verarbeiten	☐	☐
Für weitere Bemerkungen nutzen Sie bitte die Rückseite:		

2. Besondere Stärken und Interessen des Kindes sind:

3. Fein- und Visuomotorik (Fähigkeiten beim Malen, Schneiden, Basteln)					
Das Kind zeigt folgende Besonderheiten:					
2	1	0	-1	-2	Einschätzung der fein- / visuomotorischen Entwicklung insgesamt

4. Bewegungsablauf / Körperkoordination / Selbstwahrnehmung					
Das Kind zeigt Besonderheiten wie zum Beispiel sehr schnelles Erlernen von Bewegungsabläufen, auffallend geschmeidige Bewegungen, sehr geschicktem Umgang mit Hindernissen oder aber mangelnde Bewegungskoordination, Tollpatschigkeit, häufiges Hinfallen oder Ähnliches:					
2	1	0	-1	-2	Einschätzung der Grobmotorik insgesamt

* in Anlehnung an: Potsdamer Erziehungsfragebogen; G. Esser und A. Wyschkon, 1999 und : Erziehungsfragebogen für Vorschulkinder; G. Esser und M. Laucht, 6/200

Bitte wenden Sie sich bei Fragen, Anregungen oder zur Rücksprache an die Praxis, des entsprechenden Arztes/der entsprechenden Ärztin. Und nutzen Sie gerne den Platz auf der Rückseite dieses Bogens für weitergehende Anmerkungen.Dieser Bogen ist kein diagnostisches Werkzeug, sondern eine Grundlage für ein Gespräch über einen eventuellen Therapiebedarf. Er soll den Informationsfluss, ungefiltert durch die Interpretation der Eltern, zwischen Tagesstätte und Kinderarzt verbessern.Konsequenz aus dem Bogen ist die Kommunikation.

5. Konzentration (Das Kind kann eigene Aufmerksamkeit gezielt und für längere Zeit auf eine bestimmte Aufgabe lenken und dabei nicht zur Tätigkeit gehörende Reize ausblenden)					
2	1	0	-1	-2	Bei durch die Erzieherinnen gestellte Aufgaben
2	1	0	-1	-2	Bei selbst gewählten Aufgaben
Für weitere Bemerkungen nutzen Sie bitte die Rückseite					

6. Sprache **Das Kind….**	Ja	Nein
hört gut	☐	☐
hat den Mund auffallend offen (Speichelfluss)	☐	☐
stottert	☐	☐
spricht sehr undeutlich	☐	☐
hat deutliche Schwierigkeiten zu verstehen, was ihm gesagt wird	☐	☐
kann beim Sprechen nur wenige Wörter angemessen verwenden	☐	☐
ist sprachlich inaktiv	☐	☐
hat einen guten Wortschatz	☐	☐
Die Grammatik ist altersentsprechend	☐	☐
zeigt sonstige sprachliche Auffälligkeiten (z.B. Grammatik, Aussprache) und zwar (bitte nutzen Sie die Rückseite).		

Das Kind….	**ja**	**Nein**
klagt bei Aufregung häufiger über Bauchschmerzen kann wegen dieser Bauchschmerzen nicht wie sonst spielen	☐ ☐	☐ ☐
klagt mehrmals pro Woche über Kopfschmerzen kann wegen seiner Kopfschmerzen nicht wie sonst spielen	☐ ☐	☐ ☐
hat manchmal nervöse Zuckungen (z. B. Blinzeln, Räuspern)	☐	☐
kaut Fingernägel	☐	☐
kann sich nur schwer von der Bezugsperson trennen deswegen kommt es in der Kita zu Problemen	☐ ☐	☐ ☐
wirkt auffallend schüchtern und gehemmt oder distanzlos im Umgang mit Erwachsenen	☐	☐
macht keinen Unterschied zwischen vertrauten und fremden Personen, sucht ständig Zuwendung oder körperliche Nähe ohne Rücksicht auf die Grenzen anderer	☐	☐
vermeidet Nähe und engere Kontakte, auch bei vertrauten Personen; reagiert auf Körperkontakt mit Angst und Abwehr	☐	☐
ist mehrmals im Monat traurig, weinerlich ohne erkennbaren Anlass	☐	☐
gehorcht immer, widerspricht nie	☐	☐
ist auffallend leicht ablenkbar und unkonzentriert	☐	☐
ist auffallend unruhig, zappelig	☐	☐
kann seine Kraft nicht richtig einschätzen	☐	☐
hat ein angemessenes Schmerzempfinden	☐	☐
ist beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	☐	☐
zeigt auffallend oft unangemessen heftige emotionale Reaktionen	☐	☐
hält häufig Regeln und Absprachen nicht ein	☐	☐
zerstört mit Absicht Dinge, die ihm nicht gehören	☐	☐
sucht häufig Streit mit den anderen Kindern dabei kommt es häufig zu blauen Flecken und kleineren Verletzungen	☐ ☐	☐ ☐
gerät sehr häufig mit anderen Kindern in Streit, auch wegen Nichtigkeiten	☐	☐
gefährdet sich durch sein Verhalten selbst (Risikoabschätzung, Kraftdosierung, etc.)	☐	☐
Für sonstige Bemerkungen nutzen Sie bitte die Rückseite		

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Untersuchte Kinder 2008-2012 ... 17
Tabelle 2: Herkunft der Kinder 2011 und 2012 ... 18
Tabelle 3: Toleranzgrenzen bei der Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen ... 19
Tabelle 4: Inanspruchnahme der U-Untersuchungen 2011 und 2012 für die Stadt Emden ... 20
Tabelle 5: Impfempfehlung im 6. Lebensjahr ... 21
Tabelle 6: Vorgelegte Impfhefte 2012 ... 22
Tabelle 7: Durchimpfungsraten der untersuchten Schulanfänger mit Impfheft ... 23
Tabelle 8: Durchimpfungsrate bei den 5.-6- Klassen zur Impfberatung ... 25
Tabelle 9: Anzahl der Kinder mit und ohne Impfbuch in den Schulen zur Impfberatung 2012 ... 25
Tabelle 10: Sehuntersuchung und 2012 ... 26
Tabelle 11: Schuleingangsuntersuchung zum Hören 2011 und 2012 ... 28
Tabelle 12: Visuelle Wahrnehmungsstörungen 2012 ... 30
Tabelle 13: Auffälligkeiten in der auditiven Wahrnehmung 2012 ... 31
Tabelle 14: Sprachstörungen 2012 ... 33
Tabelle 15: Grobmotorische Auffälligkeiten 2012 ... 35
Tabelle 16: Feinmotorische Auffälligkeiten 2012 ... 36
Tabelle 17: Übergewicht 2012 ... 38
Tabelle 18: Gewicht 2012 ... 39
Tabelle 19: Verhaltensauffälligkeiten 2012 ... 40
Tabelle 20: Anzahl der Läuseuntersuchungen 2009-2012 ... 45
Tabelle 21: Anzahl der ausgegebenen Portionen Läusemittel 2009-2012 ... 45

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung von 1980 bis 2013 8
Abbildung 2: Anzahl der Geborenen und Gestorbenen in Emden von 1980 bis 2012 9
Abbildung 3: Verteilung der Kinder und Jugendlichen in Emden auf die Altersstufen (Stand 20.02.2013) 9
Abbildung 4: Verteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Stadtteile Emdens (Stand: 20.02.2013) 10
Abbildung 5: Familiensituation der Einschulungskinder 2011/2012 10
Abbildung 6: Berufstätigkeit der Eltern 2012 11
Abbildung 7: Anzahl der vorgelegten Vorsorgehefte in Abhängigkeit von der Herkunft der Kinder 2012 20
Abbildung 8: Vergleich der Sehuntersuchungsergebnisse 2008-2012 27
Abbildung 9: Vergleich des Hörvermögens der Schulanfänger der Jahre 2008 bis 2012 29
Abbildung 10: Auffällige Befunde der visuellen Wahrnehmung 2008-2012 30
Abbildung 11: Auffällige Befunde in der auditiven Wahrnehmung 2008-2012 31
Abbildung 12: Anzahl der Sprachstörungen bei den Erstuntersuchungen in den Jahren 2008 bis 2012 34
Abbildung 13: Grobmotorische Auffälligkeiten 2008-2012 35
Abbildung 14: Feinmotorische Auffälligkeiten 2010 36
Abbildung 15: Arbeitsgruppen des NEKiB 37
Abbildung 16: Übergewicht 2009-2012 38
Abbildung 17: Verhaltensauffälligkeiten 2008-2012 40
Abbildung 18: Befunde der Hyperaktivitätsskala des SDQ-Fragebogens 2009-2012 42