



Landeshauptstadt
Potsdam



Erster Potsdamer Gesundheitsatlas

Ausgewählte Ergebnisse der
Schuleingangsuntersuchung
2008 bis 2012 unter Berücksichtigung
kleinräumiger Aspekte

Potsdamer Gesundheitsatlas

IMPRESSUM

HERAUSGEBER	Landeshauptstadt Potsdam Der Oberbürgermeister Fachbereich Soziales und Gesundheit Fachstelle Gesunde Landeshauptstadt Servicebereich Verwaltungsmanagement Bereich Statistik und Wahlen
ERARBEITET VON	Andrea Dorschner Gabriele Gast Magdolna Grasnick Heike Gumz Karin Juhász Dr. Sylvia Klarenbeek Gerhard Meck Juliane Nachtmann Birgit Ukrow
KOOPERATIONSPARTNER	Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg (LUGV), Abteilung Gesundheit Karin Lüdecke
ANSPRECHPARTNERIN	Juliane Nachtmann Fachstelle Gesunde Landeshauptstadt Gesundheits- und Sozialplanung Hegelallee 6-10, Haus 2 14469 Potsdam Telefon: 0331 / 289 2448 E-Mail: Juliane.Nachtmann@Rathaus.Potsdam.de
QUELLEN	Landeshauptstadt Potsdam Fachbereich Soziales und Gesundheit Bereich Gesundheit, Arbeitsgruppe Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche
REDAKTIONSSCHLUSS	November 2013
DRUCK	Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH
AUFLAGE	300 Stück

GRÜßWORT



Kinder bilden das Fundament unserer Zukunft. Deshalb gehört es zur Daseinsvorsorge der Landeshauptstadt Potsdam, sie zu schützen und ihnen ein gesundes, glückliches Aufwachsen zu ermöglichen. Doch der Start ins Leben ist durch ungleiche Vorzeichen geprägt, und das hat Konsequenzen. So wies das DEUTSCHE INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG (2012) unlängst nach, dass Personen mit niedrigem Einkommen eine geringere Lebenserwartung haben. Ein wichtiger Beleg für das mittlerweile unbestrittene Zusammenspiel aus Armuts-, Bildungs- und Gesundheitsfaktoren.

Um diesem Trend frühzeitig begegnen zu können, brauchen wir gesicherte Erkenntnisse über die gesundheitliche Situation von Kindern und zur Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen. Einen wichtigen Anknüpfungspunkt dafür bildet die Schuleingangsuntersuchung, die jedes Kind durchläuft, bevor es den Schulbesuch antritt. Auf dieser Datengrundlage lassen sich zielgerichtet Strategien ableiten und konkrete Präventions- und Interventionsmaßnahmen umsetzen.

Der vorliegende **Erste Potsdamer Gesundheitsatlas** ist ein Schritt in diese Richtung. Er zeigt, dass die Landeshauptstadt Potsdam auf einem guten Weg ist. So haben sich beispielsweise die sprachlichen und motorischen Fähigkeiten der Schulanfängerinnen und Schulanfänger gesamtstädtisch verbessert. Doch das darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass es stadträumliche Unterschiede gibt und sozial benachteiligte Kinder erhöhten Risiken ausgesetzt sind. Zudem müssen wir neue Trends und Entwicklungen antizipieren. Das betrifft insbesondere die abnehmenden emotionalen und sozialen Fähigkeiten unserer Kinder.

Lassen Sie uns auf der Grundlage der vorliegenden Analysen gemeinsam Schlussfolgerungen ziehen, Handlungsempfehlungen ableiten und bedarfsgerechte Angebote der Gesundheitsförderung entwickeln. Nur so können wir präventiv dazu beitragen, dass eine gesunde Entwicklung aller Potsdamer Kinder frühzeitig gesichert wird.

Die im „Netzwerk Gesunde Kinder und Familien“ auf vielfältige Weise zusammenwirkenden Bündnisse, Fachbereiche, anerkannten Träger, Institutionen und Initiativen geben mir die Gewissheit, gemeinsam mit den Stadtverordneten, Potsdam auch künftig als eine der kinder- und familienfreundlichsten Städte in Deutschland zu profilieren.

Es lohnt sich. **Denn die Kinder dieser Stadt sind unser Reichtum und unsere Zukunft.**

Elona Müller-Preinesberger

Beigeordnete für Soziales, Jugend,
Gesundheit und Ordnung

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	6
Teil A Ausgewählte Indikatoren der Schuleingangsuntersuchung im Zeitverlauf.....	8
1 <i>Potsdamer Schulanfängerinnen und Schulanfänger.....</i>	8
2 <i>Sozialstruktur</i>	9
3 <i>Früherkennung und Vorsorge</i>	10
4 <i>Impfungen.....</i>	14
5 <i>Häufigste Befunde</i>	17
5.1 SPRACH- UND SPRECHSTÖRUNGEN	19
5.2 EMOTIONALE UND SOZIALE STÖRUNGEN	20
5.3 ALLERGIEN	21
5.4 EINNÄSSEN	22
5.5 ERHEBLICHES ÜBER- UND UNTERGEWICHT	23
5.6 AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT- / HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG.....	25
5.7 HÄUFIGSTE BEFUNDE NACH SOZIALSTATUS	26
6 <i>Fördermaßnahmen</i>	27
7 <i>Unfälle</i>	28
Teil B Sozial- und Planungsräume 2012 im Vergleich.....	32
8 <i>Sozialstruktur nach Planungs- und Sozialräumen.....</i>	33
9 <i>Vorsorge, Impfungen und häufigste Befunde nach Sozial- und Planungsräumen.....</i>	35
10 <i>Ausgewählte Förderungen nach Sozial- und Planungsräumen</i>	40
Teil C Zusammenfassung der Ergebnisse	42
Anhang: Planungsräume im Blick.....	43
Erläuterung der Fachbegriffe	62
Abkürzungsverzeichnis	64
Literaturverzeichnis.....	65

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Untersuchte Kinder 2008 bis 2012.....	8
Abbildung 2: Kinder nach Einschulungsjahr und Empfehlung 2008 bis 2012.....	9
Abbildung 3: Kinder nach dem Sozialstatus der Eltern 2008 bis 2012	10
Abbildung 4: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U6 2008 bis 2012.....	11
Abbildung 5: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen U7 bis U9 2008 bis 2012.....	12
Abbildung 6: Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung U7a 2010 bis 2012	13
Abbildung 7: Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U6 nach dem Sozialstatus der Eltern 2012	13
Abbildung 8: Vorsorgeuntersuchungen U7 bis U9 nach dem Sozialstatus der Eltern 2012	14
Abbildung 9: Impfquoten für Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Kinderlähmung, Hib und Hepatitis B 2008 bis 2012	15
Abbildung 10: Impfquoten für Pneumokokken, Masern, Mumps, Röteln (MMR), Windpocken und Meningokokken 2008 bis 2012.....	16
Abbildung 11: Impfquoten nach dem Sozialstatus der Eltern 2012.....	16
Abbildung 12: Vorsorgeuntersuchungen und Impfstatus 2012	17
Abbildung 13: Kinder mit und ohne medizinisch relevanten Befund 2008 bis 2012	18
Abbildung 14: Sprach- und Sprechstörungen 2008 bis 2012.....	19
Abbildung 15: Emotionale und soziale Störungen 2008 bis 2012.....	21
Abbildung 16: Allergien 2008 bis 2012	22
Abbildung 17: Einnässen 2008 bis 2012.....	23
Abbildung 18: Erhebliches Übergewicht 2008 bis 2012.....	24
Abbildung 19: Erhebliches Untergewicht 2008 bis 2012.....	24
Abbildung 20: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung 2008 bis 2012.....	25
Abbildung 21: Häufigste Befunde der Kinder nach dem Sozialstatus der Eltern 2012.....	26
Abbildung 22: Förderung der Kinder nach ausgewählten Behandlungen 2008 bis 2012.....	27
Abbildung 23: Kinder mit einem oder mehreren Unfällen 2008 bis 2012.....	28
Abbildung 24: Planungsräume der Landeshauptstadt Potsdam	32
Abbildung 25: Kinder nach dem Sozialstatus der Eltern - Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt Potsdam 2012.....	34
Abbildung 26: Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen - Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt Potsdam 2012.....	37
Abbildung 27: Häufigste Befunde - Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt Potsdam 2012 ...	39
Abbildung 28: Förderungen - Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt Potsdam 2012	41

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Datenübersicht aller Indikatoren aus Teil A.....	29
Tabelle 2: Sozialstatus der Eltern nach Planungs- und Sozialräumen 2012.....	33
Tabelle 3: Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen nach Sozial- und Planungsräumen 2012	36
Tabelle 4: Häufigste Befunde nach Sozial- und Planungsräumen 2012	38
Tabelle 5: Ausgewählte Förderungen nach Sozial- und Planungsräumen 2012.....	40

EINLEITUNG

Bevor ein Kind den Schulbesuch antritt, wird es im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung (SEU) ärztlich untersucht.¹ Die Teilnahme daran ist für alle einzuschulenden Kinder verpflichtend. Die rechtlichen Grundlagen dafür bilden das Brandenburgische Gesundheitsdienstgesetz (§ 6 Abs. 2 BbgGDG), das Brandenburgische Schulgesetz (§ 37 Abs. 1 BbgSchulG) sowie die Grundschulverordnung des Landes Brandenburg (§ 4 Abs. 4 GV).

Mit der Durchführung, Datenerfassung und Dokumentation der Schuleingangsuntersuchung ist der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) der Landeshauptstadt Potsdam betraut. Das Team aus Kinderärztinnen, Kinderärzten und Arzthelferinnen prüft dabei die altersgerechte Entwicklung des Kindes. Im Mittelpunkt stehen neben der körperlichen und geistigen auch die emotionale und soziale Gesundheit. Werden im Rahmen der SEU gesundheitliche Auffälligkeiten identifiziert, empfiehlt der KJGD die Einleitung entsprechender Fördermaßnahmen bzw. therapeutischer Behandlungen.

Um die Vergleichbarkeit der Potsdamer Untersuchungsergebnisse mit anderen brandenburgischen Kommunen zu gewährleisten, hat das Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (LUGV) ein Qualitätshandbuch mit „Leitlinien zur einheitlichen Durchführung und Dokumentation der kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen“ entwickelt.² Überdies leiten die kommunalen Gesundheitsämter ihre Untersuchungsergebnisse an das LUGV weiter. Aufbereitet erhalten sie die Daten zurück und können eigene Auswertungen vornehmen.

ZIELE DES POTSDAMER GESUNDHEITSATLAS

Aus ersten Projekttreffen im Sommer 2011, an denen sich zahlreiche (Fach-)Bereiche und Organisationseinheiten der Landeshauptstadt Potsdam sowie das Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg beteiligten, erwuchs eine Idee. Wir erarbeiten gemeinsam einen **Potsdamer Gesundheitsatlas**. Dieser verschränkt gesundheitliche Daten mit sozialen Indikatoren und stadträumlichen Strukturen, um eine passgenauere Steuerung zu ermöglichen.

Im Sinne der Gesundheitsberichterstattung nach § 9 Abs. 2 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz beobachtet und bewertet der **Potsdamer Gesundheitsatlas** die gesundheitlichen Verhältnisse ohne selbst detaillierte Handlungsempfehlungen abzuleiten. Ein solcher zweiter, konzeptioneller Schritt muss sich anschließen. Hier sind Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Verwaltung, Fachwelt und Bürgerschaft gefragt, kooperative Maßnahmen und Projekte zu initiieren sowie Impulse anderer Städte vergleichend heranzuziehen.

Das kurzfristige Ziel ist, die Daten der Schuleingangsuntersuchung jährlich fortzuschreiben. Mittel- bis langfristig können die Zeitreihen um die Ergebnisse der kinderärztlichen Untersu-

¹ Ein Jahr vor der Einschulung melden die Eltern ihr Kind an einer für den Wohnsitz zuständigen Grundschule an. Diese übermittelt die Daten der zukünftigen Erstklässler an das Gesundheitsamt. Durch dessen Kinder- und Jugendärztlichen Dienst erfolgt eine schriftliche, mit einem Elternfragebogen versehene Einladung zur Schuleingangsuntersuchung. Zum Termin sind das „gelbe“ Vorsorgeheft, das Impfbuch und der ausgefüllte Elternfragebogen mitzubringen.

² Das Handbuch für den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst im Land Brandenburg kann unter http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/media_fast/5510/Handbuch_Aug_2010_endv.pdf abgerufen werden. Zudem stehen auf der Internetseite www.gesundheitsplattform.brandenburg.de allen Interessierten weitere Informationen zur gesundheitlichen und sozialen Lage der Brandenburger Bevölkerung frei zur Verfügung.

chung zwischen dem 30. und 42. Lebensmonat, der Schulabgangsuntersuchung sowie der Befunde des Zahnärztlichen Dienstes (ZÄD) ergänzt werden.

GESUNDHEITSZIELE

Gesundheitsziele dienen der Gesundheitspolitik als Werkzeug zur Steuerung. Sie bilden die Grundlage für ein abgestimmtes Verfahren, das die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure beschreibt.

Im Jahr 2000 initiierten der Bund und die Länder das Forum „gesundheitsziele.de“.³ Zeitnah gründete sich auf Landesebene 2003 das Bündnis „Gesund Aufwachsen im Land Brandenburg“ (BGA). „Die Mitglieder des Bündnisses setzen sich gemeinsam dafür ein, dass Kinder und Jugendliche in Brandenburg gesund aufwachsen. Zu diesem Zweck vereinbaren sie auf der Grundlage der verfügbaren Daten gemeinsame Ziele und Aktivitäten“ (vgl. Geschäftsordnung des BGA). Der **Potsdamer Gesundheitsatlas** verweist an den entsprechenden Stellen auf diese Gesundheitsziele. Schließlich erleichtert das die Einordnung der Untersuchungsergebnisse.

AUFBAU DES POTSDAMER GESUNDHEITSATLAS

Der **Potsdamer Gesundheitsatlas** setzt sich aus drei Teilen zusammen. Im **TEIL A** werden die Daten der Schuleingangsuntersuchung für die gesamte Landeshauptstadt im Zeitraum von 2008 bis 2012 präsentiert. Nach Möglichkeit erfolgt eine differenzierte Darstellung nach dem Geschlecht der Kinder bzw. dem Sozialstatus der Eltern. Um die Vergleichbarkeit der Daten sicher zu stellen, handelt es sich in der Regel um prozentuale Angaben, die teilweise durch absolute, in Klammern gesetzte Zahlen ergänzt werden. Allen die sich für die Gesamtheit des vielschichtigen Zahlenmaterials interessieren, empfehlen wir den Blick in die tabellarischen Übersichten am Ende des ersten Teils (vgl. Tabelle 1, S. 29 ff.).

Im darauffolgenden **TEIL B** werden die Sozial- und Planungsräume für das Jahr 2012 miteinander verglichen. Hier erfahren Sie mehr über die stadträumlichen Unterschiede bezogen auf die Sozialstruktur, die Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen sowie ausgewählte medizinische Befunde plus Fördermaßnahmen. Wer sich eingehender mit den einzelnen Planungsräumen beschäftigen möchte, den erwartet im Anhang für jeden der insgesamt 18 Planungsräume ein separates Datenblatt (vgl. S. 43 ff.).⁴ Im letzten **TEIL C** werden die Ergebnisse in einer Kurzübersicht stichpunktartig zusammengefasst.

Abschließend möchten wir uns bei Frau Lüdecke vom Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg (LUGV), Abteilung Gesundheit, bedanken. Sie hat uns die Daten für den Potsdamer Gesundheitsatlas in aufbereiteter Form zur Verfügung gestellt.

Zu guter Letzt bleibt uns, Ihnen eine spannende Lektüre zu wünschen aus der Sie hoffentlich neue Erkenntnisse und Anregungen für Ihre persönliche Arbeit ziehen können. Für Hinweise und Rückmeldungen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihre Projektgruppe **Potsdamer Gesundheitsatlas**

³ Vgl. HESS 2012

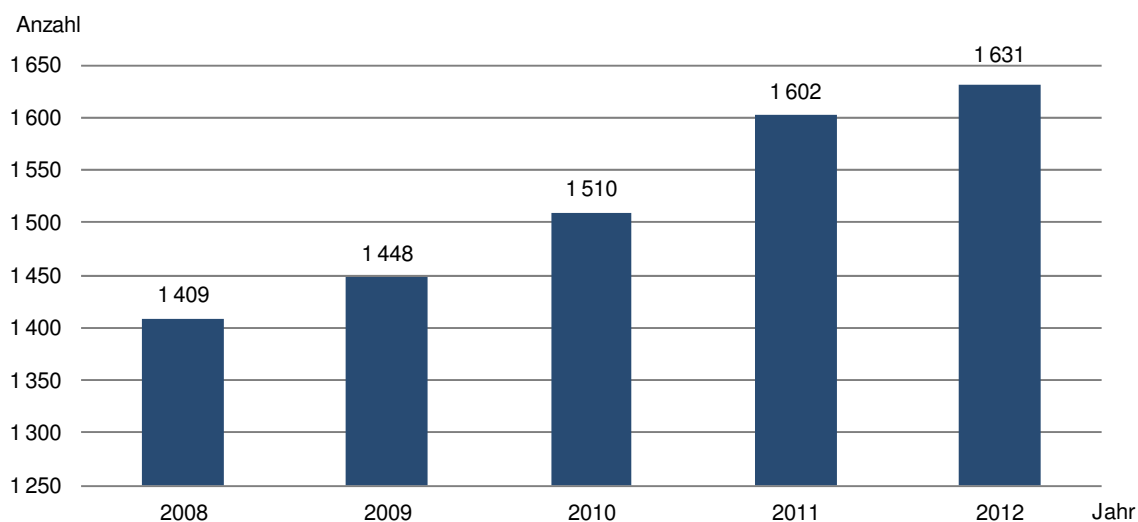
⁴ Der **Potsdamer Gesundheitsatlas** enthält darüber hinaus ein Abkürzungs- und Literaturverzeichnis sowie eine Erläuterung der medizinischen Fachbegriffe. Sie lassen sich vor dem Hintergrund der komplexen Thematik nicht immer vermeiden.

Teil A Ausgewählte Indikatoren der Schuleingangsuntersuchung im Zeitverlauf

1 Potsdamer Schulanfängerinnen und Schulanfänger

Dass Potsdam wächst, kann man auch an den Daten der Schuleingangsuntersuchung ablesen. So stieg in den letzten Jahren auf Grund der positiven Geburtenentwicklung sowie der anhaltenden Bevölkerungszuwanderung die Zahl der künftigen Erstklässler kontinuierlich; von insgesamt 1.409 Kindern im Jahr 2008 auf 1.631 Kinder im Jahr 2012 (vgl. Abbildung 1). Dieser Trend hat unmittelbare Auswirkungen auf die Schulentwicklungsplanung.

Abbildung 1: Untersuchte Kinder 2008 bis 2012



Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

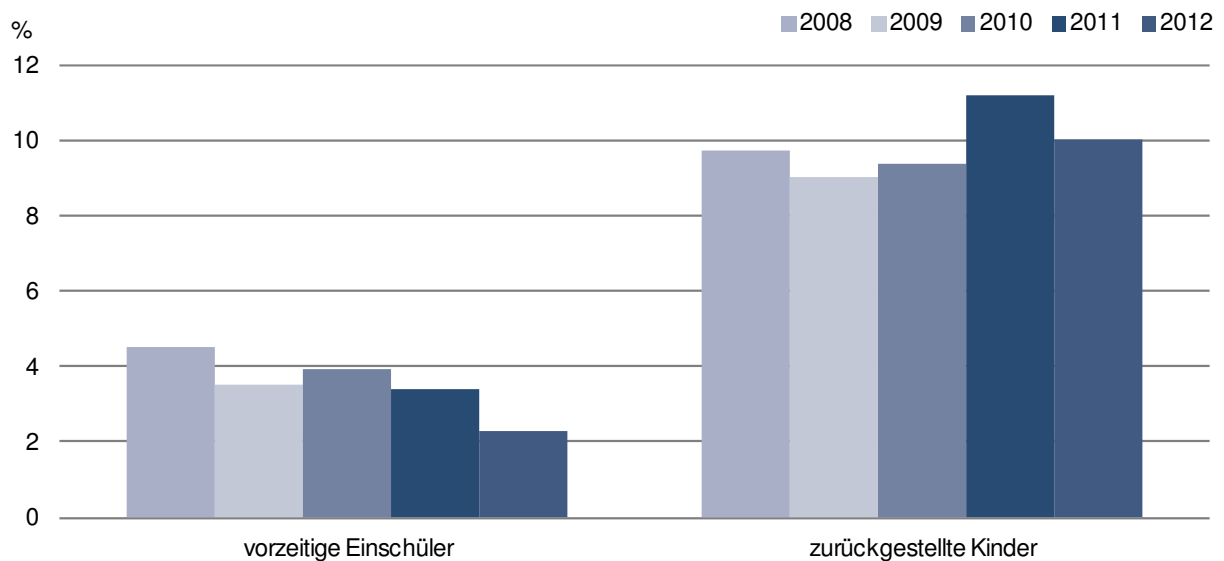
Von den einzuschulenden Kindern 2012 waren 767 (47,0 %) Mädchen und 864 (53,0 %) Jungen. Die Kinder sind, von wenigen Ausnahmen abgesehen, zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung zwischen 5 und 6 Jahre alt. Aussagen zum Migrationshintergrund sind im Anamnesebogen bisher nur über die Angaben zur Muttersprache möglich. Hier geben 2012 insgesamt 7,2 % (111) an, dass die Muttersprache des Kindes nicht Deutsch ist. Darüber hinaus enthält die Schuleingangsuntersuchung Informationen zur Dauer des Kita-Besuches. Den Daten kann entnommen werden, dass die überwiegende Mehrheit der Kinder (80,2 %) die Kita vier Jahre besuchte.

Auf Antrag der Eltern kann der Schulstart vorzeitig beginnen. Dafür müssen die Kinder in der Zeit vom 1. Oktober bis zum 31. Dezember das sechste Lebensjahr vollenden (§ 37 Abs. 3 BbgSchulG). In der Landeshauptstadt Potsdam sind zwischen 2008 und 2012 die Anträge auf vorzeitigem Schulbeginn von 4,5 % (63) auf 2,3 % (38) deutlich gesunken (vgl. Abbildung 2). Im Gegensatz dazu ist bei den Zurückstellungen kein einheitlicher Trend zu beobachten. Die Werte schwanken in ihren Ausprägungen zwischen minimal 9,0 % (130) und maximal 11,2 % (179). Im Jahr 2012 wurde jedes 10. Kind zurückgestellt. Die Entscheidung

Kurz gesagt: Seit 2008 steigt die Zahl der einzuschulenden Kinder; die der vorzeitigen Einschulungen sinkt.

hierüber trifft die Schulleitung, die sich mit dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst, der Kita und den Eltern abstimmen kann.

Abbildung 2: Kinder nach Einschulungsjahr und Empfehlung 2008 bis 2012



Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

2 Sozialstruktur

Ebenfalls im Rahmen der Einschulungsuntersuchung werden die Eltern gebeten, Angaben zu ihrer eigenen Schulbildung und aktuellen Erwerbssituation zu machen.⁵ Diese sogenannte Sozialanamnese erlaubt die Bildung eines additiven Sozialindex (vgl. Erläuterung der Fachbegriffe, S. 63). Auf dessen Basis können die Familien der Schulanfängerinnen und Schulanfänger nach einem niedrigen, mittleren oder hohen Sozialstatus unterschieden werden.⁶ Mit Blick auf die nachfolgenden Kapitel erlaubt eine solche Einteilung die Analyse der Chancengleichheit Potsdamer Kinder.

Vergleicht man die Jahre 2008 bis 2012 bezogen auf die soziale Lage der Familien miteinander, zeigen sich klare Veränderungen. So sank der niedrige Sozialstatus in den zurückliegenden Jahren von 8,6 % (117) in 2008 auf 6,1 % (87) in 2012.

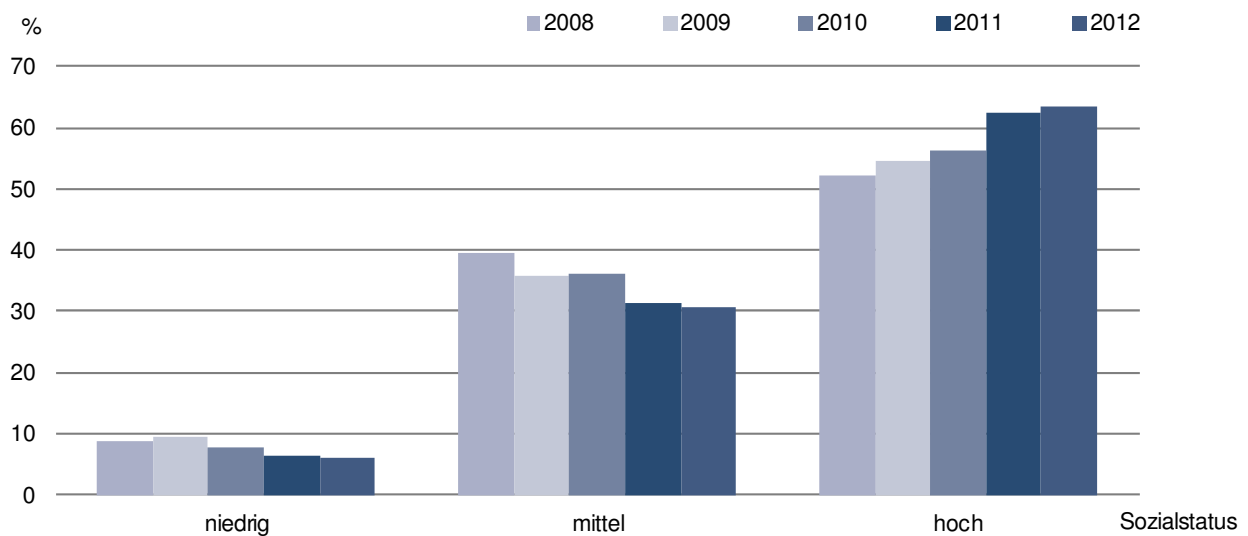
Kurz gesagt: Zwischen 2008 und 2012 sind der niedrige und mittlere Sozialstatus der Eltern zugunsten des hohen Sozialstatus gesunken.

Gleichzeitig ist der Elternanteil mit mittlerem Sozialstatus um nahezu 9 % zurückgegangen. Diese Entwicklungen führten zur Zunahme von Familien mit hohem Sozialstatus. Ihr Anteil stieg von 52,0 % (705) in 2008 auf 63,3 % (909) in 2012 (vgl. Abbildung 3, S. 10).

⁵ Die Angaben der Eltern sind freiwillig. Der Anteil fehlender Werte ist in der Landeshauptstadt Potsdam schwankend. Im Beobachtungszeitraum lag der niedrigste Wert bei 3,8 % (2008), der höchste Wert bei 14,4 % (2011).

⁶ Den Indikator Sozialstatus entwickelte die Abteilung Gesundheit des Landesamtes für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg (LUGV).

Abbildung 3: Kinder nach dem Sozialstatus der Eltern 2008 bis 2012



(Die Abb. umfasst alle Kinder mit Angaben zum Sozialstatus.)

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Die Ursachen für diesen positiven Trend liegen möglicher Weise in der höheren Schulbildung nachkommender Elterngenerationen und der ansteigenden Erwerbstätigkeit von Frauen⁷ begründet.

3 Früherkennung und Vorsorge

Gesundheitsziel des „Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg“:
Die Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 werden landesweit zu 95 % in Anspruch genommen.

Für die Gesundheitsvorsorge im Kindesalter spielen die gesetzlichen, kostenfreien Früherkennungsuntersuchungen (kurz „U“ genannt) eine wesentliche Rolle. Das bundeseinheitliche Programm umfasst zehn freiwillige Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9, seit 2008 neu U7a) zwischen der Entbindung und dem 64. Lebensmonat.⁸

Die Durchführung obliegt in der Regel zu Beginn den Geburtskliniken (U1, U2) und später den niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten. Die Früherkennungsuntersuchungen dienen der Diagnose und ggf. der frühzeitigen Behandlung von Erkrankungen bzw. Entwicklungsverzögerungen.

Im Sinne des Kinderschutzes sind sie ein geeignetes Instrument, Anzeichen von Kindesvernachlässigung oder -misshandlung aufzudecken.⁹

⁷ Mütter einzuschulender Kinder geben 2012 zu 83,5 % an, erwerbstätig zu sein. Das ist im Vergleich zu 2008 eine Steigerung um 7,4 % (76,1 %).

⁸ U1: direkt nach der Geburt, U2: 3. bis 10. Tag, U3: 4. bis 5. Woche, U4: 3. bis 4. Monat, U5: 6. bis 7. Monat, U6: 10. bis 12. Monat, U7: 21. bis 24. Monat, seit 2008 neu U7a: 34. bis 36. Monat, U8: 46. bis 48. Monat, U9: 60. bis 64. Monat

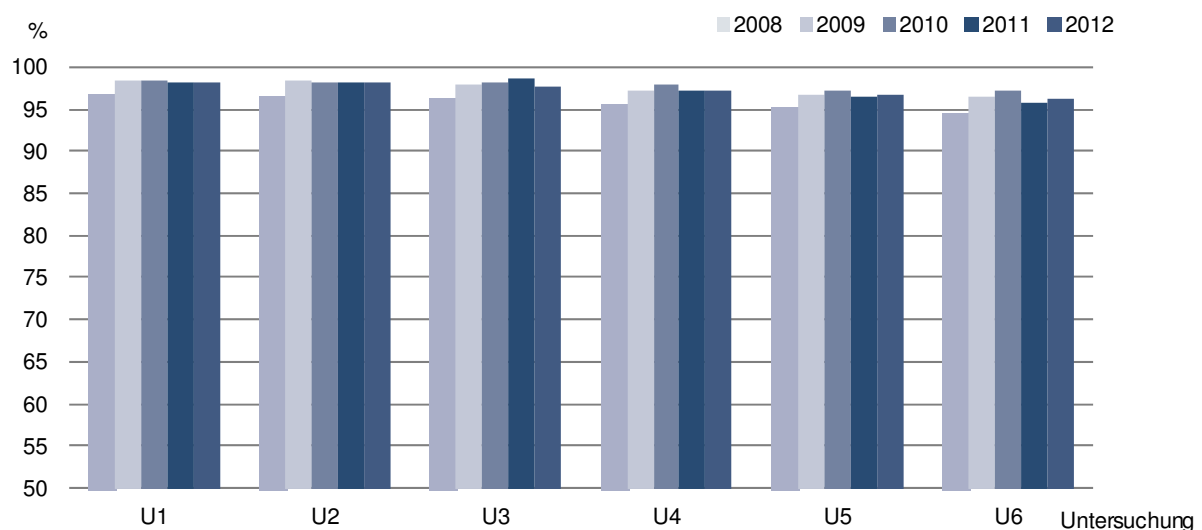
⁹ Vgl. THAISS, KLEIN, SCHUMANN et al. 2010

Seit 2008 gibt es im Land Brandenburg ein **Zentrales Einladungs- und Rückmeldewesen** (ZER), das auf eine erhöhte Teilnahmequote der Eltern zu den Früherkennungsuntersuchungen U6 bis U9 und J1¹⁰ abzielt (§ 7 BbgGDG). Dabei lädt eine zentrale Stelle im LUGV die Eltern mit einem persönlichen Anschreiben ein. Hat die Früherkennungsuntersuchung stattgefunden, bestätigen das die Ärztinnen und Ärzte für die U6, U7 und U8 verpflichtend per Fax an das LUGV zurück. Liegt auch nach einem zweiten, sogenannten Erinnerungsschreiben keine ärztliche Rückmeldung vor, übersendet das LUGV die Daten des Kindes an das zuständige Gesundheitsamt. Hier liegt es im Verantwortungsbereich der jeweiligen Kommune, welche geeigneten Maßnahmen zur nachhaltigen Steigerung der Teilnehmeraten an den Früherkennungsuntersuchungen unternommen werden (z. B. weitere schriftliche Informationen, Hausbesuche etc.).

Die nachfolgenden drei Abbildungen spiegeln das Inanspruchnahmeverhalten Potsdamer Eltern an allen zehn Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U6, U7 bis U9, U7a) wider.¹¹

In Abbildung 4 wird sichtbar, dass sich die Teilnahmequoten an den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U6 auf einem sehr hohen Niveau bewegen.

Abbildung 4: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U6 2008 bis 2012



(Die Abb. umfasst alle Kinder, für die das „gelbe“ Vorsorgeheft vorgelegt wurde.)

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

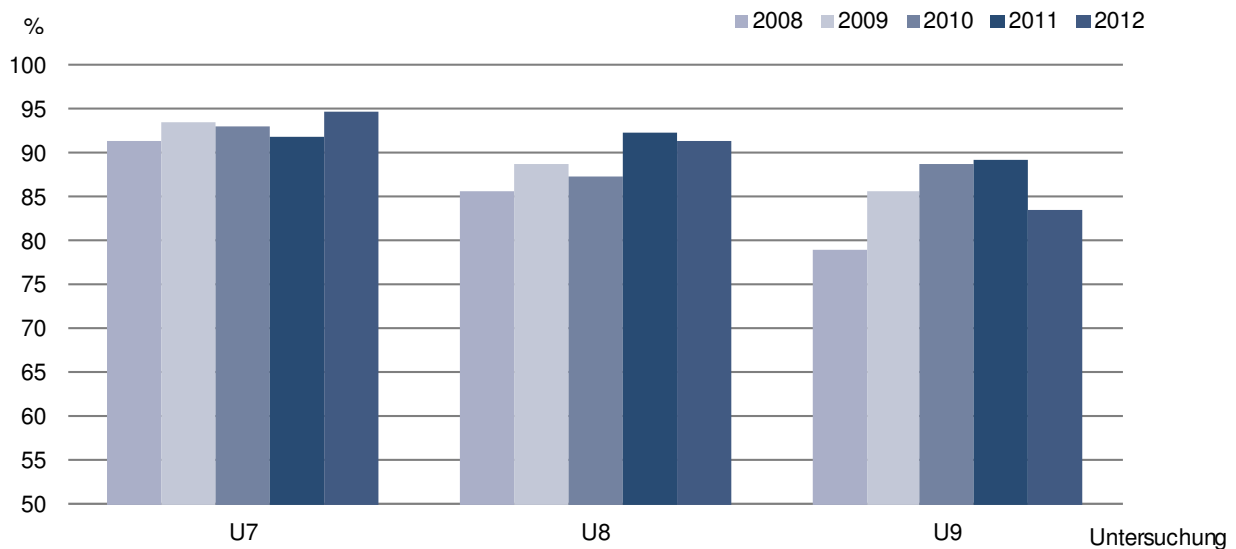
Allerdings nehmen sie tendenziell nach den ersten U-Untersuchungen, d.h. mit zunehmendem Alter der Kinder leicht ab. Unter das Gesundheitsziel von 95 % sinken die Teilnahmequoten erstmalig im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung U7 (2012: 94,8 %). Die niedrigsten Quoten weisen mit aktuell 91,3 % bzw. 83,6 % die U8 im 4. Lebensjahr und U9 im 6. Lebensjahr auf (vgl. Abbildung 5, S. 12).

¹⁰ Die Jugenduntersuchung J1 wird für 12- bis 14-Jährige empfohlen. Überprüft werden u. a. der Impfstatus und die körperliche Entwicklung der Teenager. Die Ergebnisse der J1 sind nicht Gegenstand des **Potsdamer Gesundheitsatlas**.

¹¹ Als Grundlage hierfür dient das von den Eltern mitgeführte sogenannte „gelbe“ Vorsorgeheft, welches im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung ausgewertet wird. Im Idealfall dokumentiert es jede U-Untersuchung. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass durchschnittlich für jedes 10. Kind ein solches Dokument von den Eltern nicht vorgelegt werden konnte.

Positiv festzuhalten bleibt, dass die Einführung des Zentralen Einladungs- und Rückmeldewesen im Zeitverlauf dennoch deutliche Effekte hinterlässt. So ist die Inanspruchnahme der U7 und U8 zwischen 2008 und 2012 um mehrere Prozentpunkte, nämlich 3,6 % bzw. 5,7 %, angestiegen. Allein die U9 konnte den positiven Aufwärtstrend der letzten Jahre in 2012 nicht beibehalten. Hier sank die Teilnahmequote von 89,2 % in 2011 auf 83,6 % in 2012.¹²

Abbildung 5: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen U7 bis U9 2008 bis 2012



(Die Abb. umfasst alle Kinder, für die das „gelbe“ Vorsorgeheft vorgelegt wurde.)

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

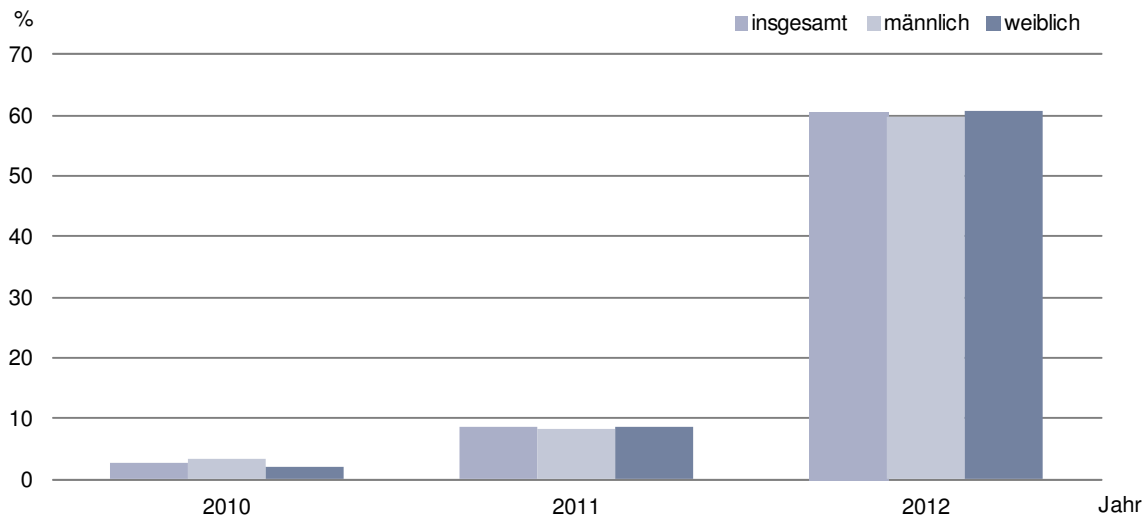
Kurz gesagt: Die Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen sinken mit zunehmendem Alter der Kinder; erstmalig im Rahmen der U7 unter das Gesundheitsziel von 95 %.

An der 2008 neu eingeführten Vorsorgeuntersuchung U7a¹³, die zwischen dem 34. und 36. Lebensmonat stattfindet, haben im letzten Jahr 60,3 % aller Kinder teilgenommen (vgl. Abbildung 6, S. 13). Das ist im Vergleich zu den beiden Vorjahren ein enormer Anstieg. Damit konnte in der Landeshauptstadt Potsdam die Teilnahmequote zwischen 2011 (8,5 %) und 2012 (60,3 %) mehr als versiebenfacht werden. Insgesamt gilt es, die U7a weiter zu etablieren.

¹² Eine Ursache könnte das Alter der Kinder sein. Möglicher Weise ist ein Teil von ihnen zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung für die U9 noch nicht alt genug.

¹³ Die zusätzliche Vorsorgeuntersuchung U7a schließt eine Lücke. Denn wichtige Entwicklungsprozesse finden in dieser Altersphase statt. Die eingehende Untersuchung überprüft u. a. die Körpermaße des Kindes, kontrolliert die Sinnesorgane, die Motorik, die Zahngesundheit und erhebt Verhaltensauffälligkeiten (vgl. G-BA 2008).

Abbildung 6: Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung U7a 2010 bis 2012

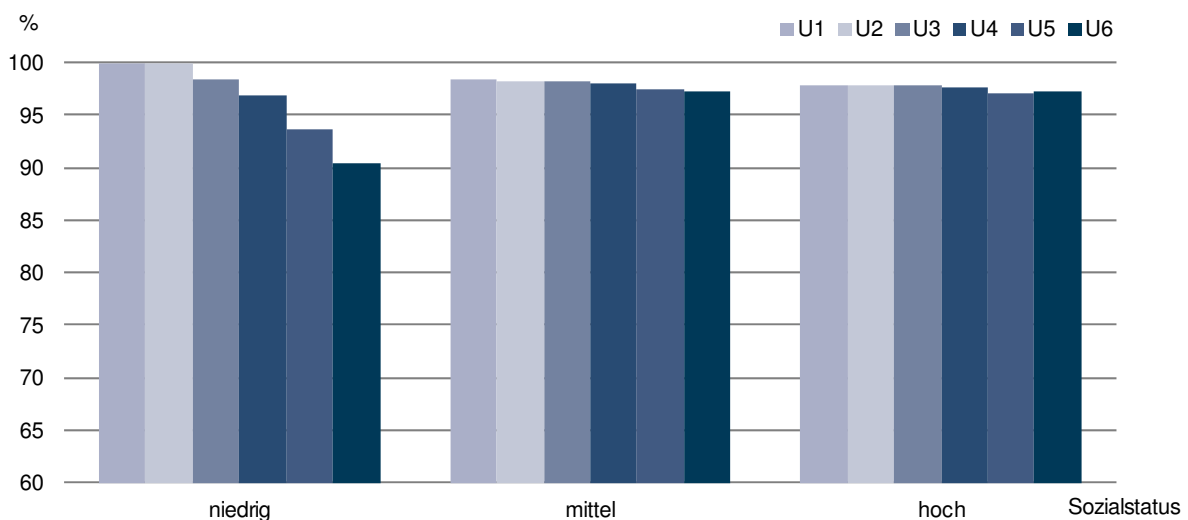


(Die Abb. umfasst alle Kinder, für die das „gelbe“ Vorsorgeheft vorgelegt wurde.)
 Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

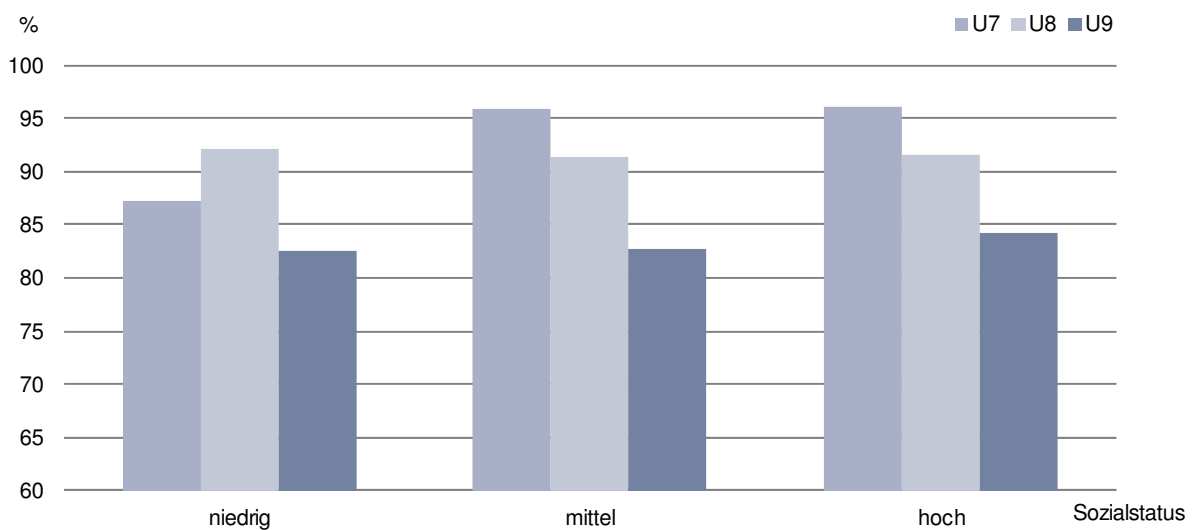
Während bei der Inanspruchnahme der U7a nur marginale Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen erkennbar sind, zeigt sich bei einer Differenzierung nach dem Sozialstatus der Eltern für die Früherkennungsuntersuchungen 2012 (U1 bis U9) dieses Bild (vgl. Abbildung 7 und Abbildung 8, S. 14):

- Familien mit niedrigem Sozialstatus erreichen im Rahmen der U1 bis U3 die höchsten Teilnahmequoten.
- Ab der U4 bis zur U7 wendet sich das Blatt. Kinder aus sozial benachteiligten Familien werden dann weniger gut erreicht.

Abbildung 7: Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U6 nach dem Sozialstatus der Eltern 2012



(Die Abb. umfasst alle Kinder, für die das „gelbe“ Vorsorgeheft vorgelegt wurde.)
 Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Abbildung 8: Vorsorgeuntersuchungen U7 bis U9 nach dem Sozialstatus der Eltern 2012

(Die Abb. umfasst alle Kinder, für die das „gelbe“ Vorsorgeheft vorgelegt wurde.)

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

- Die größten Unterschiede zeigen sich in der Inanspruchnahme der U7. Sie erfolgt bei Kinder aus Familien mit mittlerem bzw. hohem Sozialstatus zu 95,9 % bzw. 96,2 %; bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus nur zu 87,3 %.
- Insgesamt weisen Kinder aus Familien mit mittlerem bzw. hohem Sozialstatus bei der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen kaum Unterschiede auf.

Kurz gesagt: Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus nehmen 2012 die Früherkennungsuntersuchungen U4 bis U7 deutlich weniger in Anspruch als Kinder aus Familien mit mittlerem und hohem Sozialstatus.

4 Impfungen

Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO): Mindestens 95 % der Bevölkerung sind gegen Masern-Mumps-Röteln (MMR) geimpft.

Neben den Vorsorgeuntersuchungen wird bei der Schuleingangsuntersuchung an Hand des mitgebrachten Impfbuches der Impfstatus der Kinder überprüft.¹⁴ Das Ziel der in Deutschland freiwilligen Impfungen ist, vor Infektionskrankheiten zu schützen. In diesem Zusammenhang empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch Institut, alle Säuglinge und Kleinkinder gegen Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten (Pertussis), Hib (Haemophilus influenzae Typ b), Kinderlähmung (Poliomyelitis), Hepatitis B, Pneumokokken,

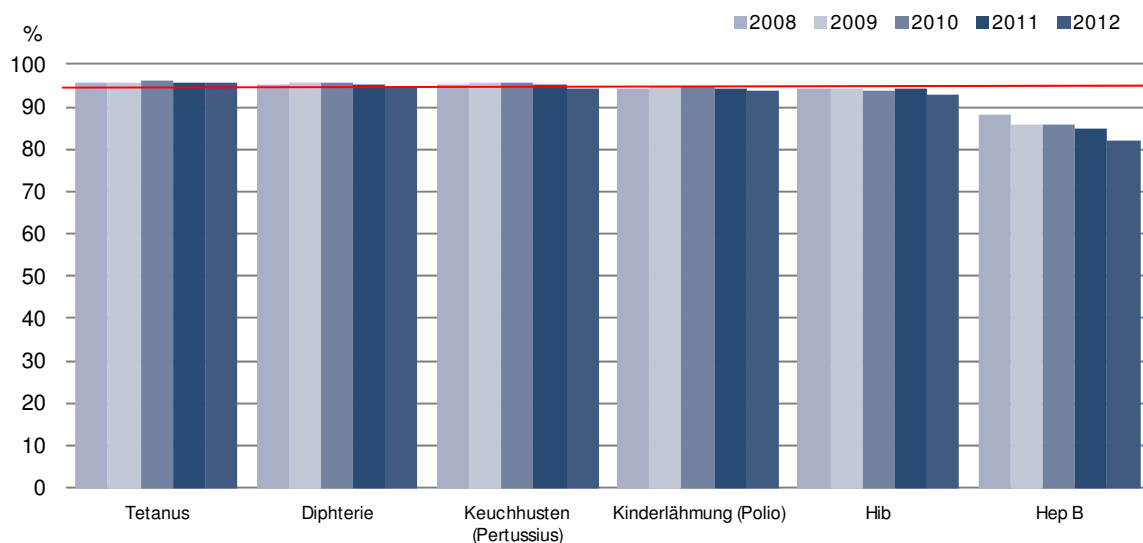
¹⁴ Auch hier zeigt die Erfahrung der letzten Jahre, dass durchschnittlich die Eltern jedes 10. Kindes der Bitte um Vorlage des Impfbuches bei der Schuleingangsuntersuchung nicht nachkommen. Eine vollständige Informationslage zur gesamtstädtischen Qualität des Impfschutzes bei **allen** Schulanfängerinnen und Schulanfängern ist daher nicht gegeben.

Meningokokken, Masern, Mumps, Röteln (MMR) und Windpocken (Varizellen) zu impfen (vgl. Erläuterung der Fachbegriffe, S. 62 ff.).¹⁵

Die beiden nachfolgenden Abbildungen geben einen Überblick über die Durchimpfungsraten in der Landeshauptstadt Potsdam im Zeitverlauf.

Bei den Schutzimpfungen gegen Tetanus, Diphtherie und Keuchhusten sind gleichbleibend hohe Durchimpfungsraten erzielt worden. Leicht unter der WHO-Empfehlung liegen die Werte für Kinderlähmung und Hib. Auffällig ist der kontinuierliche Rückgang der Hepatitis B Impfung um insgesamt 6 Prozentpunkte von 88,1 % in 2008 auf 82,1 % in 2012 (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 9: Impfquoten für Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Kinderlähmung, Hib und Hepatitis B 2008 bis 2012



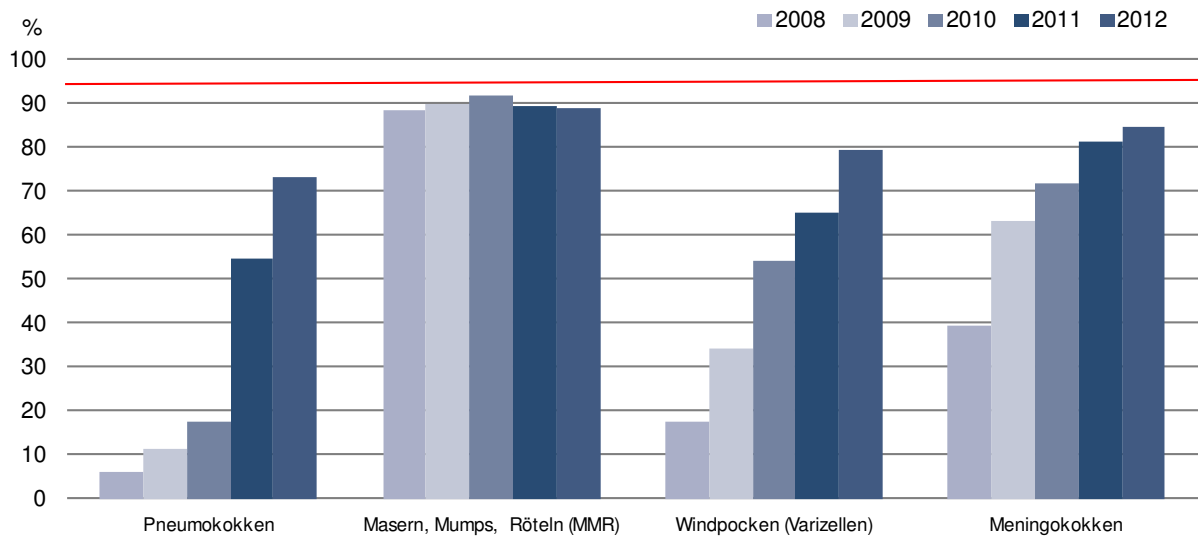
(rote Linie: WHO Empfehlung >95 %; Die Abb. umfasst alle Kinder mit Impfbuch und abgeschlossener Grundimmunisierung.)

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Hinsichtlich der Schutzimpfung gegen Windpocken gilt zu berücksichtigen, dass sie 2004 für alle Kinder ab dem 2. Lebensjahr neu eingeführt wurde. Vor diesem Hintergrund klärt sich die sprunghafte Impfbeteiligung zwischen 2009 (34,3 %) und 2010 (54,0 %) auf. Ab diesem Zeitpunkt nehmen die Geburtsjahrgänge 2003-2004 an der Schuleingangsuntersuchung teil (vgl. Abbildung 10, S. 16). Seither ist, wie auch bei den Meningokokken und Pneumokokken, eine ansteigende Quote zu verzeichnen.

¹⁵ Bestehende Impfungen können ggf. bei den Früherkennungs- oder der Schuleingangsuntersuchung geschlossen werden.

Abbildung 10: Impfquoten für Pneumokokken, Masern, Mumps, Röteln (MMR), Windpocken und Meningokokken 2008 bis 2012



(rote Linie: WHO Empfehlung >95 %; Die Abb. umfasst alle Kinder mit Impfbuch und 2-fach Impfschutz.)

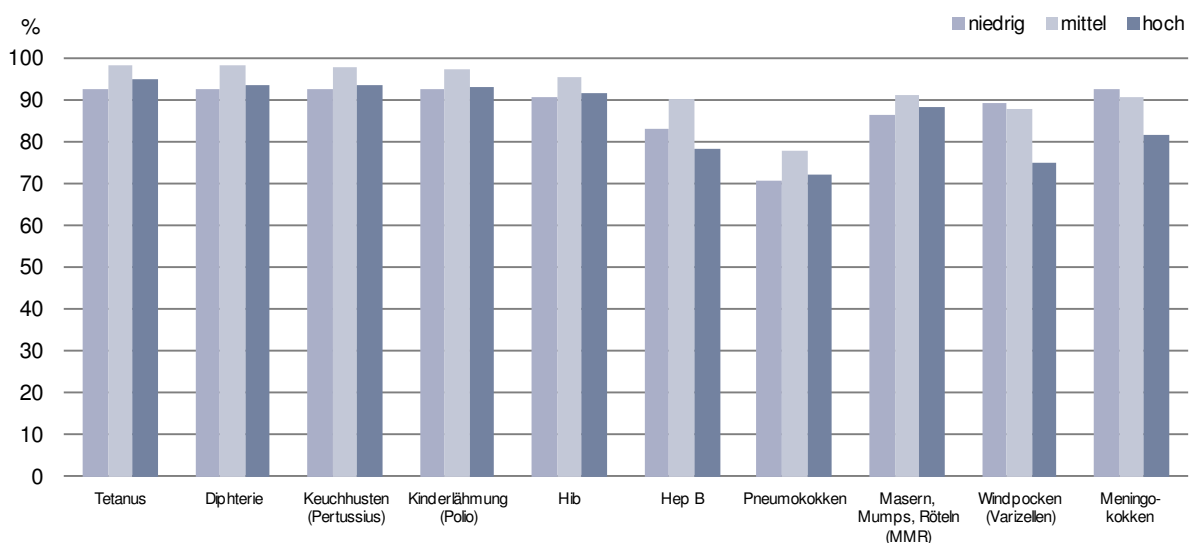
Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Um sich vor den gefährlichen Komplikationen einer Masern-, Mumps-, Rötelninfektion vollständig zu schützen, bedarf es einer zweimaligen Impfung. Bislang hat die Landeshauptstadt Potsdam das Ziel der WHO, mindestens 95 % der Bevölkerung gegen MMR zu immunisieren, nicht erfüllt (2012: 89,1 %).

Kurz gesagt: Die Impfquoten für MMR liegen unter der WHO Empfehlung von mindestens 95 %.

Betrachtet man die Impfquoten nach dem Sozialstatus der Eltern 2012 fällt auf, dass Kinder aus Familien mit mittlerem Sozialstatus nahezu überall die höchsten Durchimpfungsraten erzielen (vgl. Abbildung 11). Die einzigen Ausnahmen sind die Impfungen gegen Windpocken und Meningokokken. Hier sind Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus häufiger geimpft.

Abbildung 11: Impfquoten nach dem Sozialstatus der Eltern 2012



(Die Abb. umfasst alle Kinder mit Impfbuch und Angaben zum Sozialstatus.)

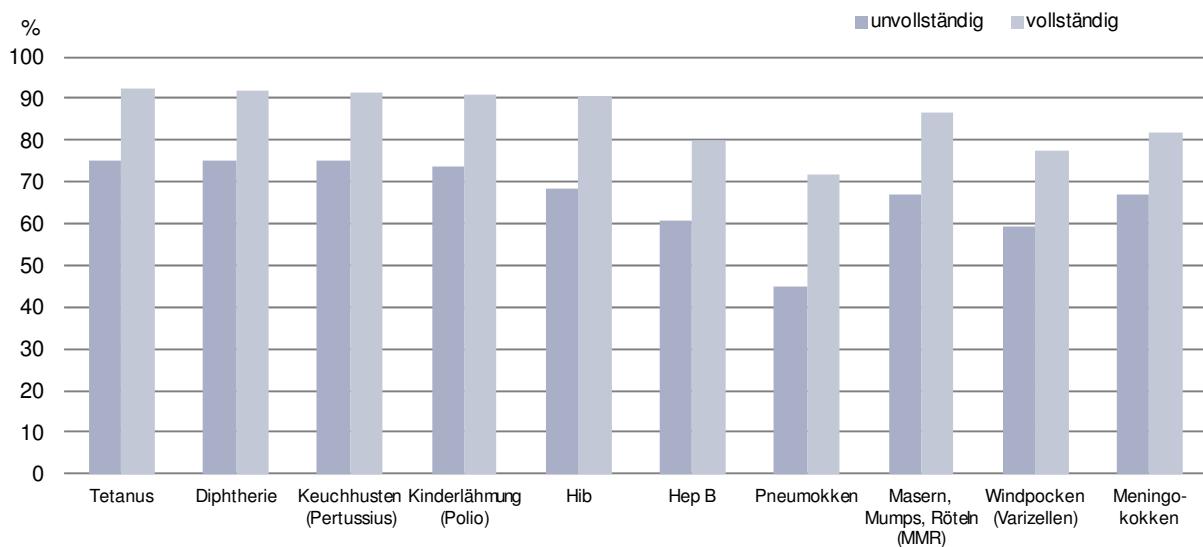
Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Für Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus gilt, dass die Teilnahmequoten in Abhängigkeit von der Impfung schwanken. Geringere Durchimpfungsraten weisen sie, im Vergleich zu den beiden Sozialstatusgruppen niedrig und mittel, bei Hepatitis B, Windpocken und Meningokokken auf.

Zum Abschluss des Kapitels werden die Vorsorgeuntersuchungen und der Impfstatus für das Jahr 2012 miteinander ins Verhältnis gesetzt. Hier interessiert der Zusammenhang zwischen einem U1 bis U6 unvollständigen bzw. U1 bis U6 vollständigem „gelbem“ Vorsorgeheft und den einzelnen Impfungen. Schaut man sich Abbildung 12 an, ist zwischen den beiden Indikatoren eine klare Wechselbeziehung zu erkennen.

Alle Kinder, für die hinsichtlich der U1 bis U6 ein vollständiges „gelbes“ Vorsorgeheft vorgelegt wurde, haben klar bessere Impfquoten. Im Umkehrschluss heißt das: mit der Inanspruchnahme aller frühkindlichen Vorsorgeuntersuchungen steigen die Impfquoten der Schulanfängerinnen und Schulanfänger.

Abbildung 12: Vorsorgeuntersuchungen und Impfstatus 2012



(Die Abb. umfasst alle Kinder, für die das „gelbe“ Vorsorgeheft und der Impfbuch vorgelegt wurden.)

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

5 Häufigste Befunde

Das fünfte Kapitel widmet sich den häufigsten, schulrelevanten Defiziten, die bei der Schuleingangsuntersuchung diagnostiziert wurden. Dazu gehören Sprach- und Sprechstörungen, Verhaltensauffälligkeiten (emotionale und soziale Störungen, Einnässen, Aufmerksamkeitsstörungen), Allergien und Über- bzw. Untergewicht.¹⁶

Im Gegensatz zum Sozialbericht 2008/2009 wird auf die Wiedergabe bestimmter Befunde der Schuleingangsuntersuchung verzichtet; so etwa wegen ihres gesunkenen Vorkommens auf Bewegungsstörungen (2012: 1,6 %) und Hörstörungen (2012: 3,0 %).

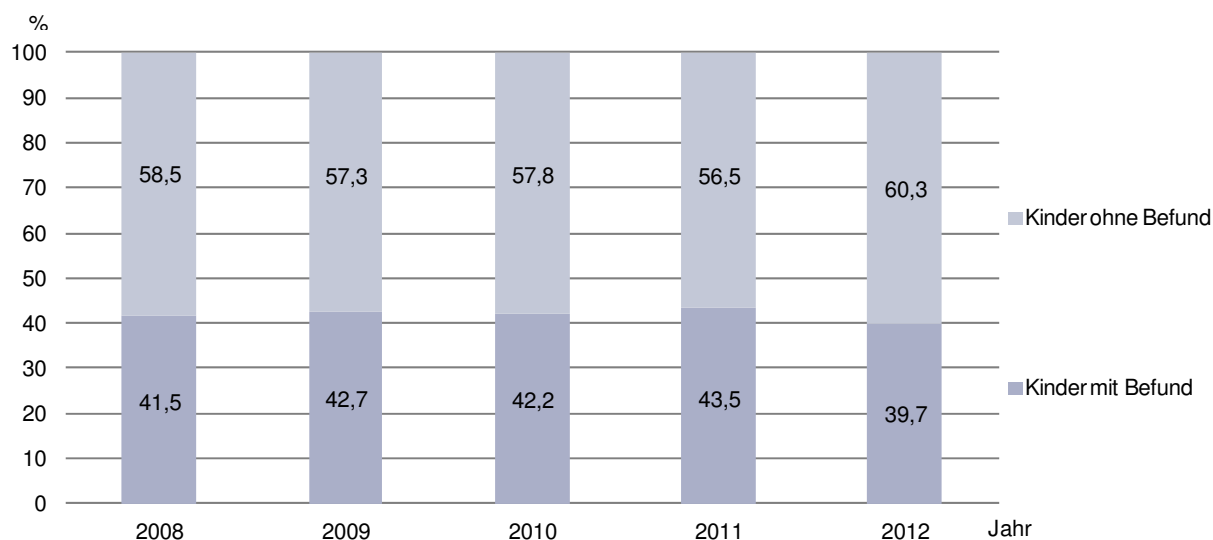
¹⁶ Für die jeweiligen Diagnosebereiche kommen unterschiedliche Tests zum Einsatz, die dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst eine Einschätzung des Entwicklungsstandes erlauben.

Auch die Illustration von Sehfehlern entfällt. Die Begründung ist, dass sich trotz des hohen Anteils an Kindern mit einem medizinisch relevanten Befund (2012: 8,7 %), in der Mehrzahl der Fälle die Diagnose durch die Fachärztin, den Facharzt nicht bestätigt. Schließlich geht der **Potsdamer Gesundheitsatlas** auf den Indikator umschriebene Entwicklungsstörungen nicht näher ein. Diese Gruppe umfasst eher isolierte Leistungsstörungen als umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens, der motorischen Funktionen sowie der schulischen Fertigkeiten.¹⁷ Alternativ werden Sprach- und Sprechstörungen separat analysiert (vgl. Kapitel 5.1, S. 19).

Wie auch für die vorangegangenen Ausführungen werden die sogenannten „medizinisch relevanten Befunde“¹⁸ im Zeitverlauf (2008 bis 2012) dargestellt und zusätzlich nach geschlechtsspezifischen Aspekten und dem sozialen Status der Familien betrachtet (vgl. Abbildung 21, S. 26). Die Reihenfolge innerhalb des Kapitels orientiert sich am Ausmaß des jeweiligen Befundes, d.h. es werden die häufigsten zuvorderst beschrieben.

Insgesamt stellten die Kinderärztinnen und Kinderärzte im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen bei 39,7 % der Schulanfängerinnen und Schulanfänger einen „medizinisch relevanten Befund“ fest (vgl. Abbildung 13). Im Umkehrschluss bedeutet das: 60,3 % der Kinder sind ohne Befund. Das ist die überwiegende Mehrheit. Der Anteil befundeter Kinder ist damit leicht rückläufig.

Abbildung 13: Kinder mit und ohne medizinisch relevanten Befund 2008 bis 2012



Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Kurz gesagt: Bei etwa vier von zehn Kindern liegt am Ende der Schuleingangsuntersuchung ein medizinisch relevanter Befund vor.

¹⁷ Vgl. KJGD HANDBUCH 2010: 34

¹⁸ Als „medizinisch relevante Befunde“ bezeichnet man „Befunde, die ernstere Beeinträchtigungen für die Kinder bedeuten [...]. Sie sind in der Regel keine gesicherten medizinischen Diagnosen. Aber sie sind immer sozialmedizinisch begründet.“ (vgl. LANDESAMT FÜR VERSORGUNG UND SOZIALES 2013: 159).

5.1 SPRACH- UND SPRECHSTÖRUNGEN

Sprachdefizite erschweren den Start ins Schulleben. Deshalb wird bei der Schuleingangsuntersuchung auf die Sprachkompetenzen der Kinder ein besonderes Augenmerk gelegt. Zum Einsatz kommen Testverfahren, die sowohl den Wortschatz (Grammatiktest) als auch die Aussprache (Artikulationstest) der Kinder überprüfen.¹⁹ Sind beide Tests auffällig, liegt eine Sprach- und Sprechstörung vor.

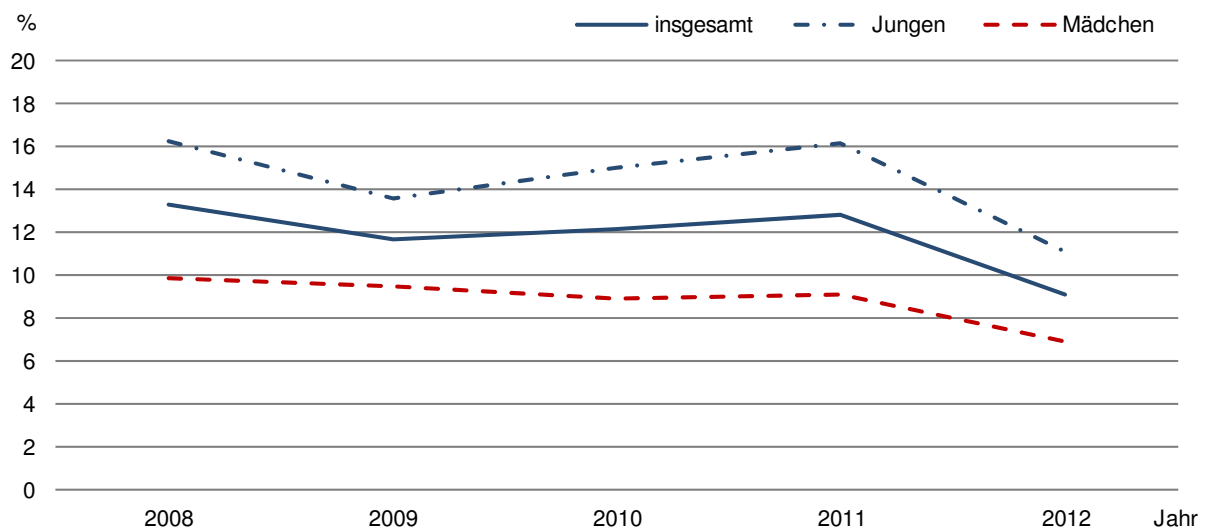
Betrachtet man die Sprachprobleme der zukünftigen Erstklässler, liegen die Anteilswerte für 2012 mit 9,1 % auf dem niedrigsten Niveau seit Jahren (vgl. Abbildung 14). Auch bezogen auf das Land Brandenburg (16,9 %) ist das hinter dem Landkreis Oberhavel (7,7 %) der zweite Platz.

Trotz des positiven Trends dürfen zwei Aspekte nicht verschwiegen werden.

Noch immer ...

- wird aktuell etwa jedes 11. Kind (149) mit Auffälligkeiten bei der Sprache und beim Sprechen befundet.
- sind mit 11,1 % (96) Jungen deutlich häufiger betroffen als gleichaltrige Mädchen. Sie weisen nur zu 6,9 % (53) Sprach- und Sprechstörungen auf.

Abbildung 14: Sprach- und Sprechstörungen 2008 bis 2012



Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

EXKURS: FRÜHKINDLICHE SPRACHENTWICKLUNG

Seit 2006 gibt es im Land Brandenburg drei Projekte, die sich mit dem Thema frühkindliche Sprachentwicklung auseinandersetzen.

¹⁹ Zukünftig wird es ein erweitertes Testverfahren geben, bei dem die Kinder gebeten werden, Pseudowörter nachzusprechen. Das erlaubt insbesondere bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern mit Migrationshintergrund eine verbesserte Einschätzung ihrer sprachlichen Kompetenzen.

Im Modellprojekt „Prävention von Sprachentwicklungsstörungen“ PräSES²⁰, welches die Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung Brandenburg (ÜAFB) durchführte, wurden Erzieherinnen und Erzieher im Kita-Jahr 2006/2007 fortgebildet. Sie sollten befähigt werden, den Kita-Alltag sprachförderlicher zu gestalten.²¹

Das zweite Vorhaben namens „Kompensatorische Sprachförderung im Jahr vor der Einschulung“ ist ebenfalls als Qualifizierungsprogramm konzipiert und wird seit dem Schuljahr 2009/2010 im Land Brandenburg flächendeckend umgesetzt. Hier werden durch das Berliner Institut für Frühpädagogik (BlfF) aus jeder Kita eine Erzieherin bzw. ein Erzieher in den Bereichen Sprachentwicklung, Sprachstandsfeststellung und kitaintegrierte Sprachförderung weiter gebildet.²² In Potsdam starteten die Fortbildungen bereits 2007, so dass bis 2010 in allen Kitas mindestens eine Erzieherin bzw. ein Erzieher qualifiziert werden konnten.

Auf Basis des Evaluationsberichtes²³ zur kompensatorischen Sprachförderung ist vom Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBS) ein „Konzept zur Weiterentwicklung der Sprachförderung in der Kindertagesbetreuung“ erarbeitet worden. Im Kern des neuen Landesprogramms geht es um die Stärkung der frühen alltagsintegrierten Sprachförderung. Zu diesem Zweck werden die Kitas bei der Sprachförderung nunmehr durch Sprachberaterinnen und -berater unterstützt. Von ihnen gibt es fünf in Potsdam.

Kurz gesagt: Sprach- und Sprechstörungen gehen zurück. Aktuell wird jedes 11. Kind mit einer Auffälligkeit befundet; Jungen um das 1,6fache häufiger als Mädchen.

5.2 EMOTIONALE UND SOZIALE STÖRUNGEN

Die wichtigsten emotionalen Störungen des Kindes- und Jugendalters sind Angststörungen, Phobien, depressive Störungen und Zwangsstörungen. Verhaltensauffälligkeiten dieser Art sind nach Aussagen des KJGD HANDBUCHS (2010: 37) „der häufigste Anlass für die Vorstellung von Kindern und Jugendlichen zur kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung“.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung werden emotionale und soziale Störungen anhand eines Fragenkomplexes zum Verhalten des Kindes, der Teil des Elternfragebogens ist,

²⁰ Vgl. <http://www.ses-praevention.de>

²¹ Vgl. SIEGMÜLLER, FRÖHLING, GIES et al. 2007: 90

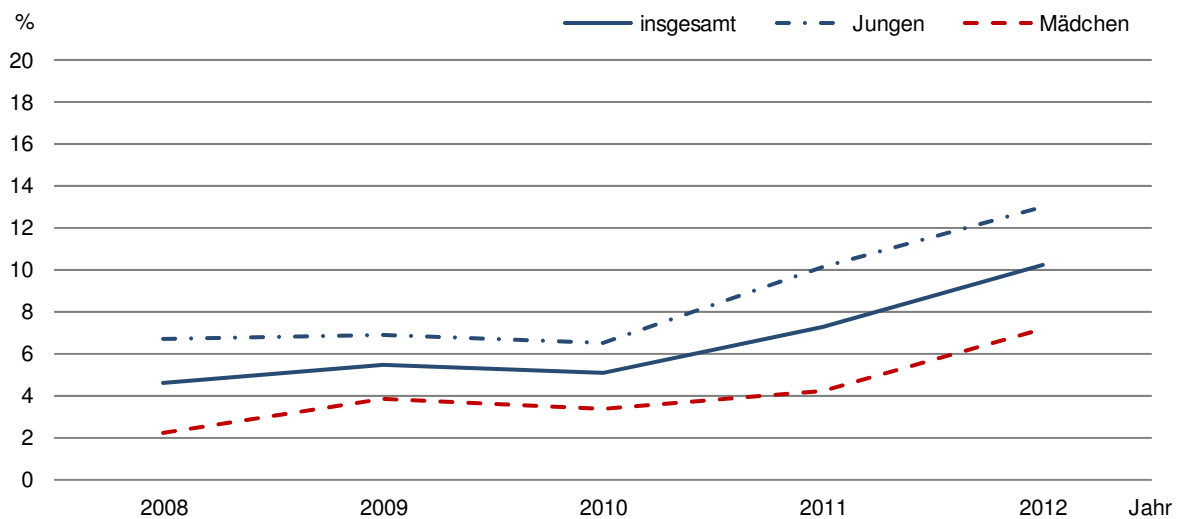
²² Für die verpflichtende Sprachstandsfeststellung, die auch für Kinder außerhalb von Kindertagesstätten gilt, ist ein zweistufiges Verfahren vorgesehen. Zuerst stellen die pädagogischen Fachkräfte in den Kitas „durch allgemeine Entwicklungsbeobachtungen oder mit Hilfe systematischer Verfahren“ (vgl. § 4 Abs. 3 Verordnung zur Durchführung der Sprachstandsfeststellung und kompensatorischen Sprachförderung) fest, welche Kinder in ihrer Sprachentwicklung auffällig sind. Bei ihnen kommt ein zweiter Test namens KISTE („Kindersprachtest für das Vorschulalter“) zum Einsatz. Anschließend erhalten alle Kinder mit einem identifizierten Sprachförderbedarf eine entsprechende Sprachförderung.

²³ Im Rahmen einer Evaluation konnten für das gesamte Land Brandenburg „keine nachhaltigen Effekte der kompensatorischen Sprachförderung auf erste Lernerfolge in der Schule nachgewiesen werden“ (vgl. WOLF, STANAT & WENDT 2011: 55).

ermittelt. Darin werden die Eltern gebeten, auf angeführte Probleme zu antworten z. B. „Mein Kind ist zu Hause häufig ungehorsam“, „Mein Kind prügelt sich häufig mit anderen Kindern“ oder „Mein Kind wird von anderen Kindern häufig geärgert, gehänselt, geprügelt“. Das Verfahren selbst stellt keine Diagnose. Diese ist jedoch bei auffälligen Kindern angezeigt.

Wie Abbildung 15 entnommen werden kann, steigt in der Landeshauptstadt Potsdam die Bedeutung emotionaler und sozialer Störungen stark an. So haben sich die Anteile zwischen 2008 (4,6 %) und 2012 (10,2 %) mehr als verdoppelt. Zwischen den Geschlechtern sind die Unterschiede sehr deutlich ausgeprägt. Jungen leiden mit 13,0 % (112) fast doppelt so häufig an emotionalen und sozialen Störungen wie Mädchen mit 7,2 % (55).

Abbildung 15: Emotionale und soziale Störungen 2008 bis 2012



Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

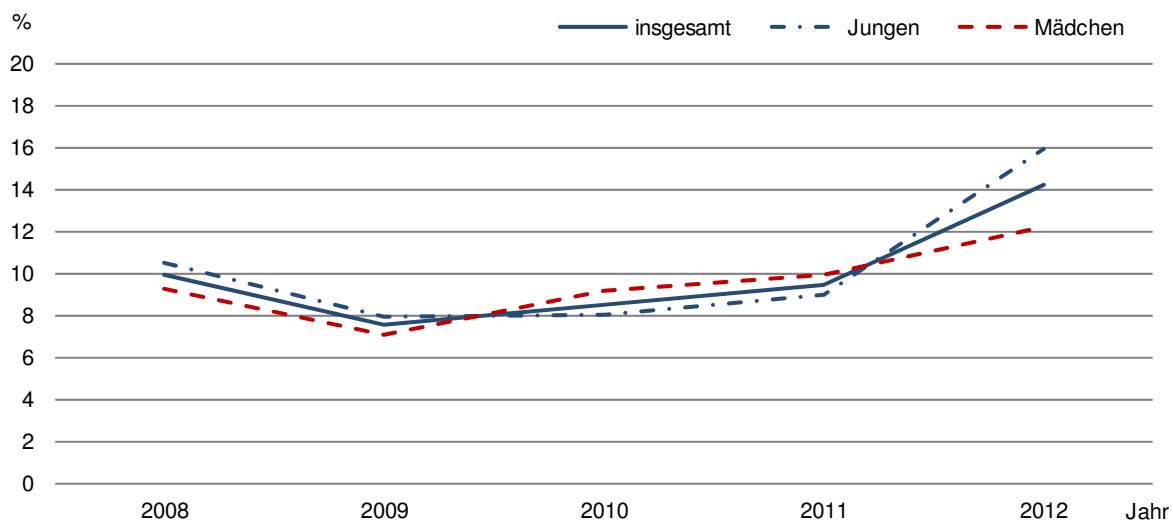
Kurz gesagt: Emotionale und soziale Störungen haben sich zwischen 2008 und 2012 mehr als verdoppelt. Jungen sind im Vergleich zu Mädchen um das Zweifache gefährdet.

5.3 ALLERGIEN

Allergien sind „eine spezifische Veränderung der Immunitätslage im Sinne einer krankmachenden Überempfindlichkeit. [...]“.²⁴ Sie gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter.

In Abbildung 16 (S. 22) wird die Verbreitung von Allergien unter Potsdamer Schulanfängerinnen und Schulanfängern betrachtet. Im Detail verbergen sich dahinter atopische Dermatitis, Allergische Rhinitis (Schnupfen), Asthma bronchiale (Asthma) und Nahrungsmittelallergien. Als Datenquelle zur Erfassung allergischer Einschränkungen stehen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung entweder der ärztliche Befund oder der Elternfragebogen (ausgenommen Nahrungsmittelallergien) zur Verfügung.

²⁴ Vgl. KJGD HANDBUCH 2010: 58

Abbildung 16: Allergien 2008 bis 2012

(Die Abb. umfasst alle Kinder mit Atopischer Dermatitis, Allergischer Rhinitis, Asthma bronchiale und Nahrungsmittelallergien.)
Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Nachdem zwischen 2008 (9,9 %) und 2009 (7,5 %) ein gesamtstädtischer Rückgang der allergischen Befunde zu verzeichnen war, zeigt sich seither eine kontinuierliche Steigerung; zwischen 2009 und 2011 um jährlich 1,0 %, zwischen 2011 und 2012 um 5,0 %. Zum letzten Erhebungszeitpunkt litten 14,2 % der Schulanfängerinnen und Schulanfänger an Allergien. Entgegen des Trends der zurückliegenden Jahre lag 2012 der Anteil betroffener Jungen (16,0 %) über dem der Mädchen (12,3 %).

Kurz gesagt: Allergien sind zwischen 2011 und 2012 um 5 % angestiegen. Insbesondere bei den Jungen liegt nahezu eine Verdopplung des Anteils vor.

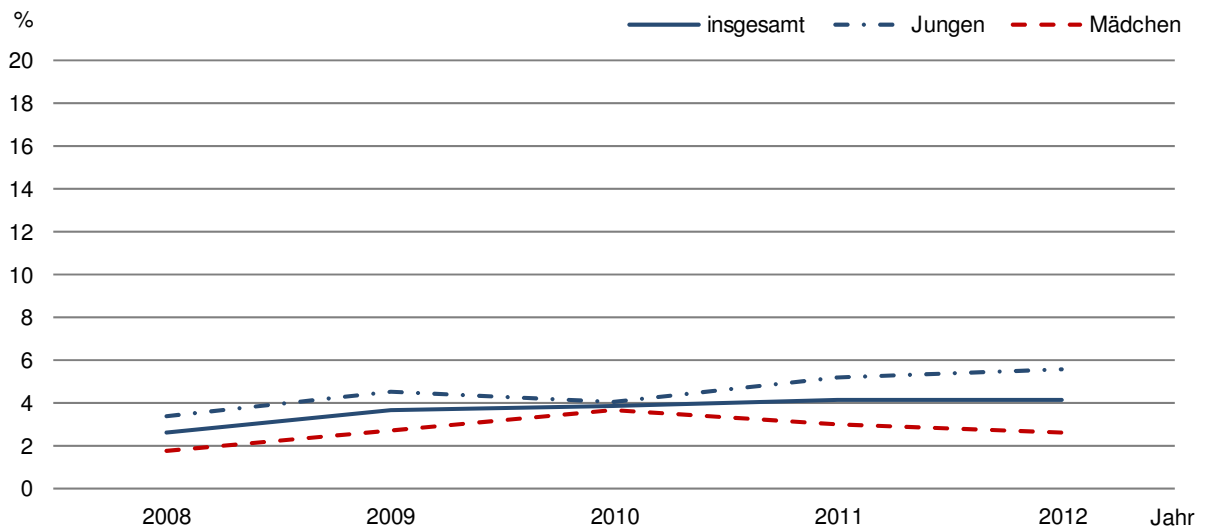
5.4 EINNÄSSEN

Wiederholtes, unwillkürliches und vollständiges Entleeren der Blase „am falschen Platz und zur falschen Zeit“²⁵ kann für Kinder bei der Bewältigung des Schulalltages besonders belastend sein und schränkt u. U. ihre Leistungsfähigkeit ein. Das eher nachts und weniger tagsüber auftretende Einnässen betrifft 2012 in der Landeshauptstadt Potsdam 4,2 % (68) aller untersuchten Kinder.²⁶ Ihr Anteil ist zwischen 2008 und 2012 leicht gestiegen (vgl. Abbildung 17, S. 23). Geschlechtsspezifische Unterschiede treten auch hier sehr deutlich zu Tage. Jungen waren mit 5,6 % (48) deutlich häufiger betroffen als Mädchen mit 2,6 % (20).

²⁵ Vgl. SCHREINER-ZINK, FUHRMANN & VON GONTARD 2009: 382

²⁶ Medizinisch relevant ist wöchentliches Einnässen. Ausgenommen sind organische Leiden (vgl. KJGD HANDBUCH 2010: 46).

Abbildung 17: Einnässen 2008 bis 2012



Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Kurz gesagt: Der Anteil von Kindern, die einnässen, steigt seit 2008. Jungen sind im Jahr 2012 mehr als doppelt so häufig betroffen wie Mädchen.

5.5 ERHEBLICHES ÜBER- UND UNTERGEWICHT

In der Gesundheitsforschung werden verschiedenste Ursachen für Gewichtsprobleme angeführt. Neben genetischen Faktoren zählt das soziale Umfeld z. B. die familiären Ernährungsweisen und Bewegungsgewohnheiten zu den maßgeblichen Einflussgrößen auf das Körpergewicht von Kindern.

In den Medien ist häufig von der steten Zunahme stark übergewichtiger Kinder die Rede. Für die hiesigen Schulanfängerinnen und Schulanfänger trifft das jedoch nicht zu. Der Anteil adipöser²⁷ Kinder ist seit Jahren auf einem niedrigen Niveau. Abgesehen vom Untersuchungszeitraum 2011 (2,5 %) liegt die Landeshauptstadt Potsdam unter einem Anteil von 2 % und nimmt damit im Land Brandenburg den ersten Platz ein.

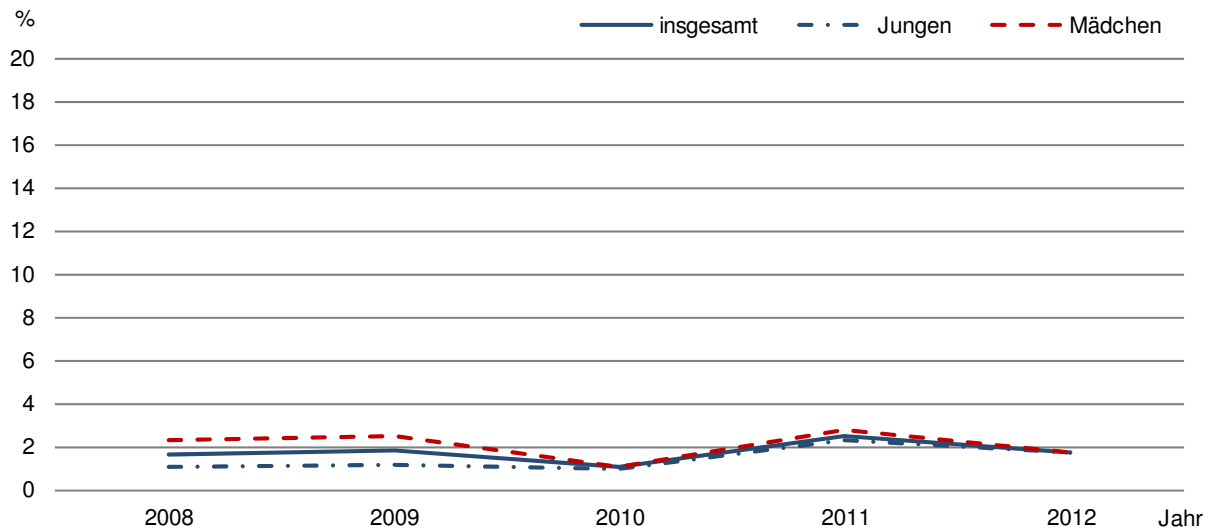
Unterschiede zwischen den Geschlechtern existieren seit zwei Jahren nur noch marginal (vgl. Abbildung 18, S. 24). So sind 2012 jeweils 1,7 % (13) der Mädchen und 1,7 % (15) der Jungen erheblich übergewichtig. Für diese Kinder gilt allerdings, dass sie im weiteren Lebensverlauf erhöhten gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind. Laut der ARBEITSGEMEINSCHAFT ADIPOSITAS IM KINDER- UND JUGENDALTER (AGA) sind als unmittelbare Folge der Ge-

²⁷ Die Bewertung des Verhältnisses von Körpergewicht zur Körpergröße fußt auf dem Body-Maß-Index (BMI) sowie dem alters- und geschlechtsspezifischen Referenzsystem von KROMEYER-HAUSCHILD, KUNZE, WABITSCH ET AL. (2001). Danach werden alle Kinder, deren BMI über dem 90. Perzentil liegt als übergewichtig bezeichnet. Ab dem 97. Perzentil spricht man von erheblichem Übergewicht oder Adipositas. Dabei signalisieren die Perzentilgrenzen, wie viel Prozent der Kinder unter dem betreffenden Wert geblieben sind. Das gleiche Verfahren wird für die Bemessung von Untergewicht angewendet. Das ist unterhalb des 10. Perzentils gegeben. Ab einem Wert unterhalb des 3. Perzentils spricht man von erheblichem Untergewicht.

wichtspröbleme orthopädische Störüngen, Stoffwechsellkrankungen aber auch Stigmatisierungen zu erwarten.²⁸

Insgesamt liegt der Anteil erheblich übergewichtiger Kinder 2012 mit 1,7 % (28) leicht unter dem Anteil erheblich untergewichtiger Kinder mit 1,8 % (30). Die Zahlen sind jedoch nahezu identisch. Dennoch ist das entgegengesetzte Phänömen, nämlich untergewichtige Kinder, nicht minder bedeutsam. Auch hier kann sich das Gewichtsproblem auf den allgemeinen Gesundheitszustand, die Entwicklung und die Lebensqualität der Kinder auswirken.

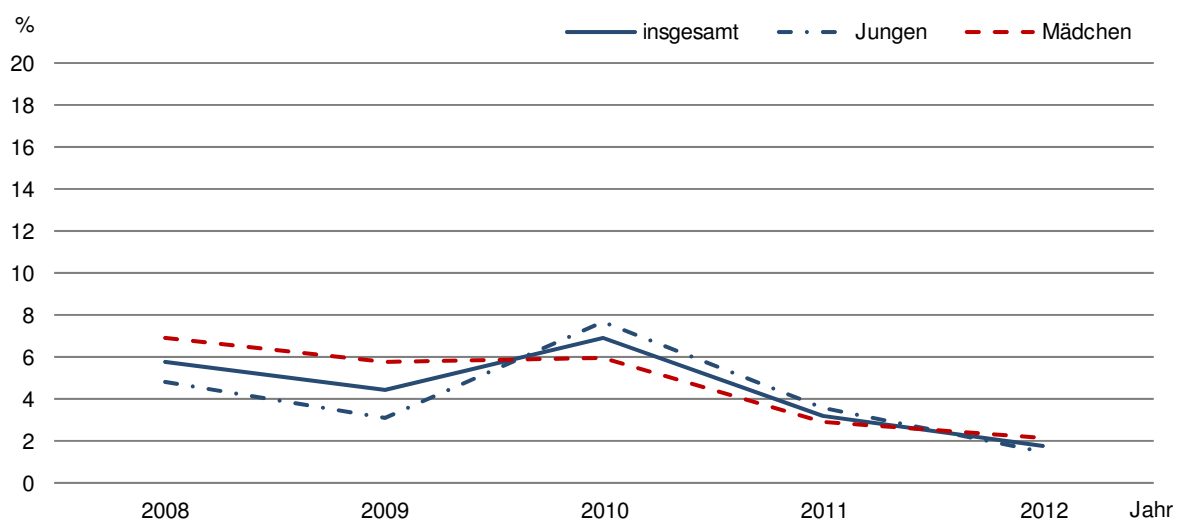
Abbildung 18: Erhebliches Übergewicht 2008 bis 2012



Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Gesamtstättisch betrachtet, ist die Zahl untergewichtiger Kinder nach einem deutlichen Anstieg in 2010 (6,9 %) stark rückläufig. Eine Annäherung zwischen Jungen und Mädchen ist zu beobachten (vgl. Abbildung 19).

Abbildung 19: Erhebliches Untergewicht 2008 bis 2012



Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

²⁸ Vgl. Leitlinien der ARBEITSGEMEINSCHAFT ADIPOSITAS IM KINDES- UND JUGENDALTER 2012: 17

Kurz gesagt: Erhebliches Über- und Untergewicht sind mit 1,7 % bzw. 1,8 % auf einem niedrigen Niveau. Es gibt kaum Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen.

5.6 AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT- / HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG

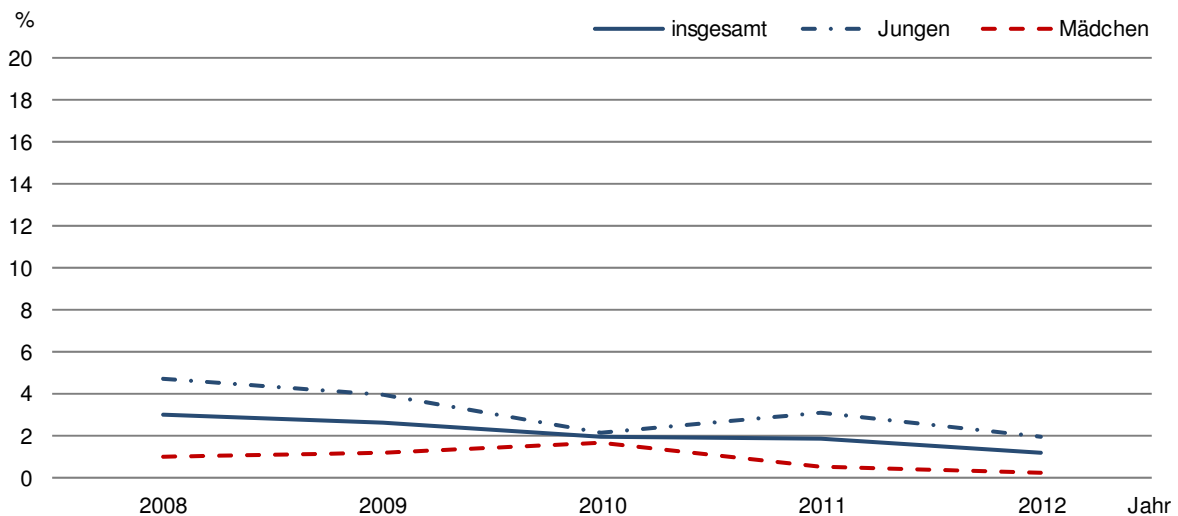
„Leitsymptome der hyperkinetischen Störung sind Unaufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit), Überaktivität (Hyperaktivität, motorische Unruhe) und Impulsivität“.²⁹

Eine Befundung erfolgt über die Auswertung der Verhaltensfragen im Elternfragebogen (z. B. „Mein Kind ist im Kindergarten sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert.“) und Anhaltspunkten während der Schuleingangsuntersuchung ggf. ergänzt durch Informationen der pädagogischen Fachkräfte aus den Kitas.³⁰

In der Landeshauptstadt Potsdam weisen im Jahr 2012 allein 1,2 % (19) der untersuchten Kinder Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) auf. Damit hat sich ihr Anteil seit 2008 (3,0 %) mehr als halbiert (vgl. Abbildung 20). Potsdam liegt im Vergleich der Brandenburger Kommunen auf dem 5. Platz.

Trotz dieser positiven Entwicklung unterscheiden sich Mädchen (2012: 0,3 %) und Jungen (2012: 2,0 %) stark voneinander. Letztere sind rund siebenmal häufiger betroffen.

Abbildung 20: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung 2008 bis 2012



Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Kurz gesagt: Der Anteil von Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) hat sich seit 2008 mehr als halbiert.

²⁹ Vgl. KJGD HANDBUCH 2010: 12

³⁰ Die Einschätzung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung ersetzt nicht die medizinische Diagnose durch kinderpsychiatrische Spezialistinnen und Spezialisten.

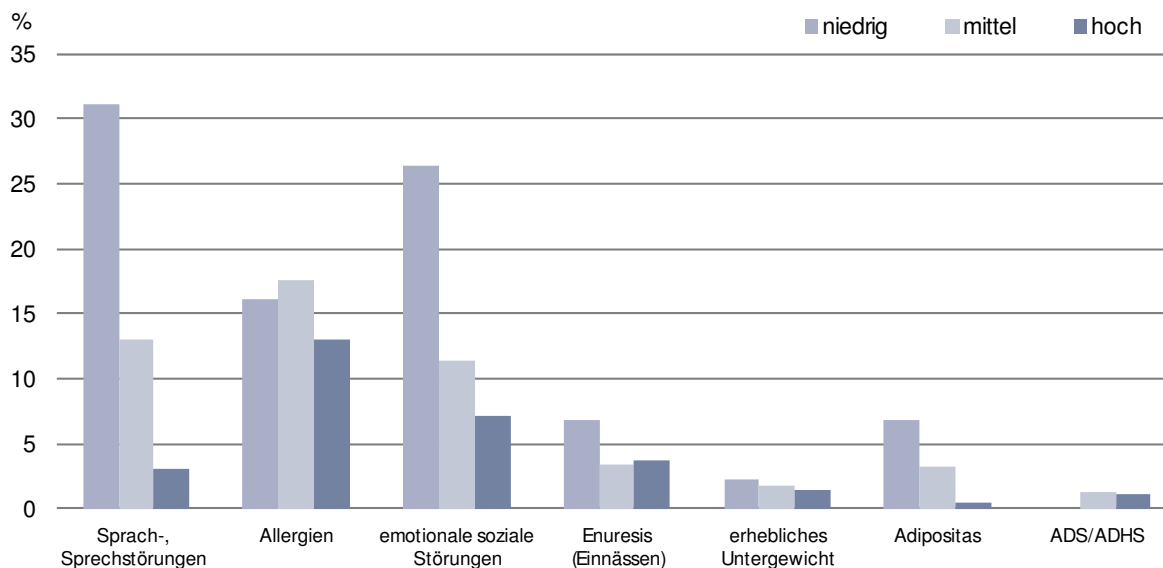
5.7 HÄUFIGSTE BEFUNDE NACH SOZIALSTATUS

Wie in den Jahren zuvor, gibt es zwischen den häufigsten Befunden (vgl. Kapitel 5.1 bis 5.6) und dem Sozialstatus der Kinder einen klar erkennbaren Zusammenhang.³¹ Das sich wiederholende Muster zeigt: **Kinder aus sozial benachteiligten Familien tragen ein erhöhtes Gesundheitsrisiko. Sie sind stärker von gesundheitlichen Beeinträchtigung betroffen** (vgl. Abbildung 21).

Am deutlichsten tritt das Wechselspiel aus sozialen und gesundheitlichen Faktoren bei Sprach- und Sprechstörungen, Verhaltensauffälligkeiten (emotionale und soziale Störungen, Einnässen) und Gewichtsproblemen zutage. Erstere betreffen um ein 10-faches häufiger Kinder mit niedrigem Sozialstatus (31,0 %) im Gegensatz zu Kindern mit einem hohem Sozialstatus (3,1 %). Auch bei den emotionalen und sozialen Störungen variieren die Anteile zwischen den drei Sozialstatusgruppen sehr stark (niedriger Sozialstatus: 26,4 %, mittlerer Sozialstatus: 11,4 %, hoher Sozialstatus: 7,2 %).

Die einzigen Ausnahmen bilden Allergien und Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Hier sind Kinder aus Familien mit mittlerem Sozialstatus am stärksten betroffen.

Abbildung 21: Häufigste Befunde der Kinder nach dem Sozialstatus der Eltern 2012



Quelle Landeshauptstadt Potsdam

EXKURS: BETREUUNGSCONTROLLING

Schulanfängerinnen und Schulanfänger mit einem auffälligen Befund werden in das sogenannte Betreuungscontrolling aufgenommen. Grundsätzlich können dabei durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst zwei Möglichkeiten ausgelöst werden:

- Erstens: Das Kind wird weiter beobachtet. Die Eltern des Kindes sprechen zu einem späteren Zeitpunkt zur Kontrolle erneut vor.

³¹ Vgl. LANDESHAUPTSTADT POTSDAM 2009: 87

- Zweitens: Aus dem auffälligen Befund lässt sich ein konkreter Handlungsbedarf ableiten, der bislang nicht gedeckt wird. Das kann z. B. in eine Empfehlung münden, zur weiteren Diagnostik und ggf. therapeutischen Behandlung, eine Fachärztin bzw. einen Facharzt oder eine Fördereinrichtung aufzusuchen.

Als Kernelement des Betreuungscontrollings gilt die Rückmeldung der entsprechenden Institution, ob „diese Kinder tatsächlich die notwendigen therapeutischen bzw. Fördermaßnahmen erhalten“ haben.³²

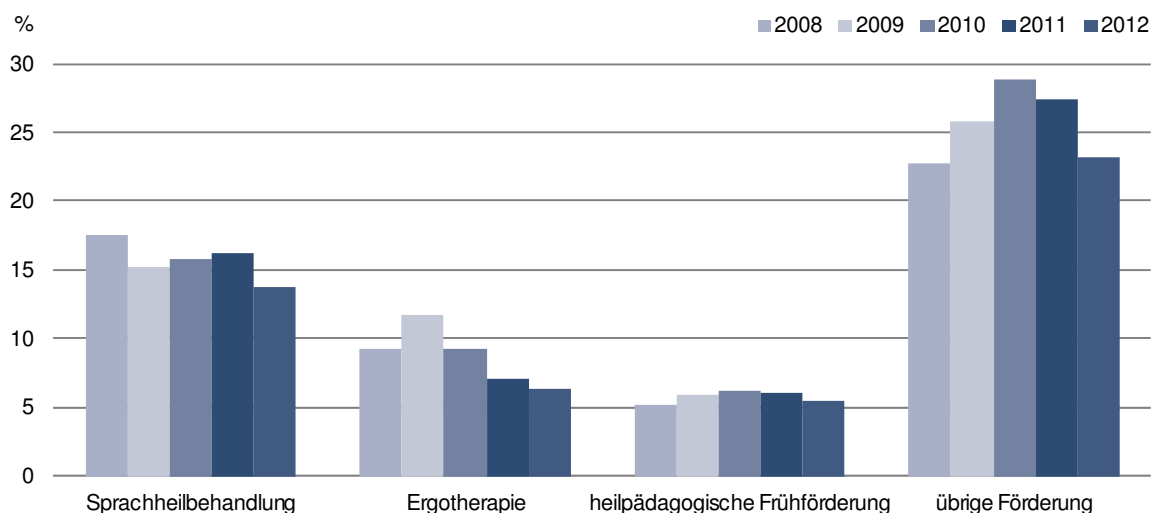
6 Fördermaßnahmen

Alternativ sind zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung die Kinder bereits in therapeutischer Behandlung oder nehmen Maßnahmen der Förderung in Anspruch. Zu den Fördermaßnahmen gehören Sprachheilbehandlungen, Ergotherapie und heilpädagogische Frühförderung. Unter „übrige Förderung“ sind die ärztliche Behandlung, die Sprachförderung in der Kita, Physiotherapie, die psychologische Behandlung, die Komplexleistung Frühförderung sowie sonstige Behandlungen zusammengefasst (vgl. Abbildung 22).

Am häufigsten, wenn auch im Rückwärtstrend begriffen, kommt mit 13,7 % (223) die Sprachheilbehandlung vor. Seltener werden die Kinder im Einschulungsalter durch Ergotherapie (2012: 6,3 %) oder heilpädagogische Frühförderung (2012: 5,5 %) bereits behandelt. Die Inanspruchnahme ergotherapeutischer Maßnahmen ist zudem zwischen 2009 (11,7 %) und 2012 (6,3 %) um nahezu die Hälfte gesunken.

Anteilig an allen untersuchten Schulanfängerinnen und Schulanfängern wird in der Landeshauptstadt Potsdam derzeit jedes dritte Kind (33,4 %) vor Antritt des Schulbesuches gefördert oder behandelt.

Abbildung 22: Förderung der Kinder nach ausgewählten Behandlungen 2008 bis 2012



(Zu den übrigen Förderungen zählen: ärztliche Behandlung, Sprachförderung in der Kita, Physiotherapie, psychologische Behandlung, sonstige Behandlung, Komplexleistung Frühförderung. **Mehrfachzählungen sind in der Darstellung möglich.**)

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

³² Vgl. KJGD HANDBUCH 2010: 138

7 Unfälle

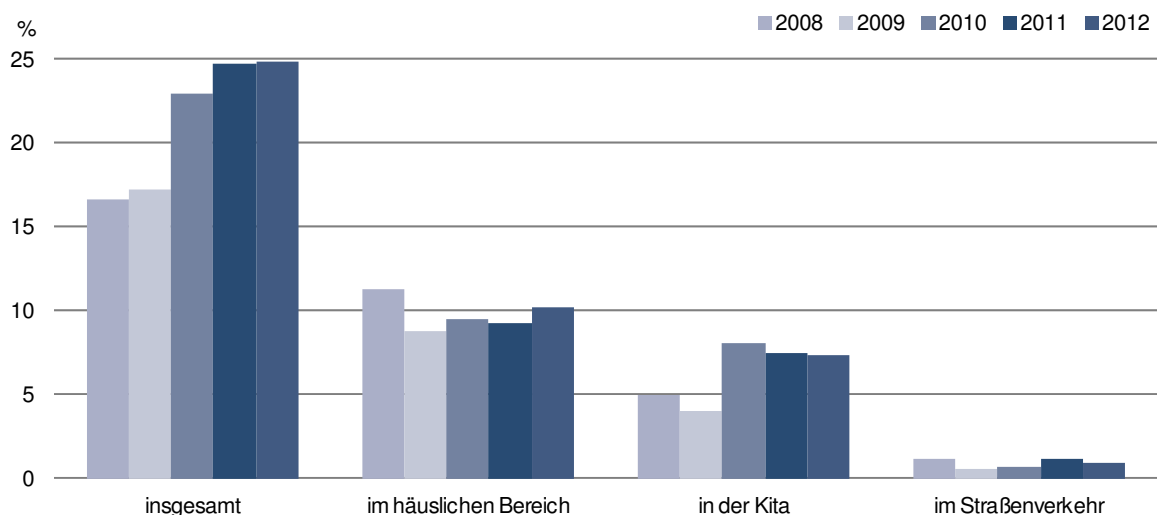
In der Landeshauptstadt Potsdam haben Unfälle³³, an denen Kinder beteiligt waren, im Zeitverlauf deutlich zugenommen; von insgesamt 16,6 % in 2008 auf 24,8 % in 2012 (vgl. Abbildung 23).

Gesundheitsziel des „Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg“: *Kinder und Jugendliche werden zu Hause, auf Spielplätzen, in Schulen und im Straßenverkehr vor Risiken und Verletzungsgefährdungen sicher geschützt und entwickeln sich unter gewaltfreien Bedingungen.*

Mit anderen Worten: etwa jedes vierte Kind erleidet bis zur Einschulung mindestens einen Unfall, der ärztlich behandelt werden musste. Die größten Gefahren für Unfälle bergen das eigene Zuhause (2012: 10,2 %) und die Kita (2012: 7,3 %). Nur eine kleine Minderheit ist von Unfällen im Straßenverkehr betroffen (2012: 0,9 %).

%)

Abbildung 23: Kinder mit einem oder mehreren Unfällen 2008 bis 2012



Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Kurz gesagt: *Seit 2008 ist der Anteil verunfallter Kinder stark gestiegen. Derzeit erleidet jedes 4. Kind bis zur Einschulung mindestens einen Unfall, der einer ärztlichen Behandlung bedarf.*

³³ Die Unfalldaten von Schulanfängerinnen und Schulanfängern werden systematisch durch den Elternfragebogen erfasst (Unfallort und Art der Verletzung). Alle Angaben durch die Eltern beruhen auf Freiwilligkeit.

Tabelle 1: Datenübersicht aller Indikatoren aus Teil A

	2008		2009		2010		2011		2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Untersuchte Kinder	1 409	100,0	1 448	100,0	1 510	100,0	1 602	100,0	1 631	100,0
Jungen	741	52,6	755	52,1	812	53,8	842	52,6	864	53,0
Mädchen	668	47,4	693	47,9	698	46,2	760	47,4	767	47,0
Kinder mit Angaben zur Muttersprache	1 358	96,4	1 414	97,7	1 468	97,2	1 444	90,1	1 537	94,2
deutsch	1 290	95,0	1 334	94,3	1 368	93,2	1 376	95,3	1 426	92,8
nichtdeutsch	68	5,0	80	5,7	100	6,8	68	4,7	48	3,1
mehrsprachig									63	4,1
Kinder mit Angaben zum Kita-Besuch	1 369	97,2	1 428	98,6	1 472	97,5	1 552	96,9	1 542	94,5
unter 2 Jahre	22	1,6	17	1,2	28	1,9	29	1,9	30	1,9
2 Jahre	48	3,5	39	2,7	46	3,1	38	2,4	54	3,5
3 Jahre	276	20,2	316	22,1	211	14,3	182	11,7	221	14,3
4 Jahre	1 023	74,7	1 056	73,9	1 187	80,6	1 303	84,0	1 237	80,2
Kinder mit Angaben zum Sozialstatus	1 356	96,2	1 377	95,1	1 436	95,1	1 372	85,6	1 435	88,0
niedrig	117	8,6	130	9,4	111	7,7	87	6,3	87	6,1
mittel	534	39,4	494	35,9	519	36,1	429	31,3	439	30,6
hoch	705	52,0	753	54,7	806	56,1	856	62,4	909	63,3
vorzeitige Einschüler	63	4,5	51	3,5	59	3,9	54	3,4	38	2,3
Kinder mit Angaben zum Sozialstatus	59	93,7	50	98,0	59	100,0	44	81,5	30	78,9
niedrig	-	-	3	6,0	2	3,4	-	-	-	-
mittel	7	11,9	7	14,0	8	13,6	7	15,9	5	16,7
hoch	52	88,1	40	80,0	49	83,1	37	84,1	25	83,3
zurückgestellte Kinder	137	9,7	130	9,0	142	9,4	179	11,2	163	10,0
Kinder mit Angaben zum Sozialstatus	126	92,0	118	90,8	130	91,5	137	76,5	138	84,7
niedrig	21	16,7	26	22,0	20	15,4	19	13,9	17	12,3
mittel	64	50,8	52	44,1	60	46,2	55	40,1	51	37,0
hoch	41	32,5	40	33,9	50	38,5	63	46,0	70	50,7
Vorsorgeuntersuchungen										
Kinder mit Vorlage U-Heft	1 268	90,0	1 326	91,6	1 363	90,3	1 415	88,3	1 431	87,7
U1	1 226	96,7	1 306	98,5	1 342	98,5	1 387	98,0	1 406	98,3
U2	1 223	96,5	1 305	98,4	1 339	98,2	1 387	98,0	1 403	98,0
U3	1 219	96,1	1 297	97,8	1 338	98,2	1 397	98,7	1 398	97,7
U4	1 212	95,6	1 290	97,3	1 333	97,8	1 374	97,1	1 390	97,1
U5	1 207	95,2	1 282	96,7	1 324	97,1	1 366	96,5	1 385	96,8
U6	1 199	94,6	1 278	96,4	1 323	97,1	1 355	95,8	1 378	96,3
U7	1 157	91,2	1 239	93,4	1 267	93,0	1 300	91,9	1 356	94,8
U7a					37	2,7	120	8,5	863	60,3
U8	1 086	85,6	1 177	88,8	1 189	87,2	1 307	92,4	1 306	91,3
U9	1 000	78,9	1 135	85,6	1 210	88,8	1 262	89,2	1 196	83,6
U1 bis U6 vollständig	1 169	92,2	1 241	93,6	1 284	94,2	1 323	93,5	1 355	94,7
mit Angaben zum Sozialstatus	1 137	89,7	1 191	89,9	1 230	90,2	1 162	82,1	1 208	84,4
niedrig	79	83,2	93	86,1	75	86,2	55	82,1	56	88,9
mittel	464	94,1	431	94,1	443	94,5	365	94,8	374	95,4
hoch	594	92,7	667	94,5	712	95,3	742	94,4	778	95,9
U7 bis U9 vollständig	884	69,7	1 013	76,4	1 058	77,6	1 142	80,7	1 128	78,8
mit Angaben zum Sozialstatus	861	97,4	974	96,2	1 016	96,0	1 014	88,0	1 005	89,1
niedrig	47	49,5	67	62,0	51	58,6	41	61,2	46	73,0
mittel	362	73,4	363	79,3	372	79,3	312	81,0	307	78,3
hoch	452	70,5	544	77,1	593	79,4	661	84,1	652	80,4

(Berechnung an Kindern mit U-Heft in dem jeweiligen Sozialstatus)

	2008		2009		2010		2011		2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%

Vorsorgeuntersuchungen und Impfstatus 2012

Impfungen	Impfstatus									
	unvollständig					vollständig				
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tetanus	57	75,0	1 254	92,5						
Diphtherie	57	75,0	1 246	92,0						
Keuchhusten (Pertussius)	57	75,0	1 241	91,6						
Kinderlähmung (Polio)	56	73,7	1 235	91,1						
Hib	52	68,4	1 224	90,3						
Hep B	46	60,5	1 083	79,9						
Pneumokokken	34	44,7	975	72,0						
Masern, Mumps, Röteln (MMR)	51	67,1	1 176	86,8						
Windpocken (Varizellen)	45	59,2	1 047	77,3						
Meningokokken	51	67,1	1 111	82,0						
Kinder mit Impfausweis	1 272	90,3	1 310	90,5	1 343	88,9	1 426	89,0	1 445	88,6
Impfquoten										
Tetanus	1 215	95,5	1 255	95,8	1 289	96,0	1 367	95,9	1 380	95,5
Diphtherie	1 213	95,4	1 252	95,6	1 283	95,5	1 360	95,4	1 371	94,9
Keuchhusten (Pertussius)	1 211	95,2	1 252	95,6	1 283	95,5	1 355	95,0	1 366	94,5
Kinderlähmung (Polio)	1 199	94,3	1 243	94,9	1 275	94,9	1 345	94,3	1 359	94,0
Hib	1 197	94,1	1 233	94,1	1 262	94,0	1 344	94,2	1 339	92,7
Hep B	1 121	88,1	1 126	86,0	1 154	85,9	1 211	84,9	1 187	82,1
Pneumokokken	77	6,1	151	11,5	232	17,3	782	54,8	1 061	73,4
Masern, Mumps, Röteln (MMR)	1 122	88,2	1 179	90,0	1 231	91,7	1 275	89,4	1 288	89,1
Windpocken (Varizellen)	221	17,4	449	34,3	725	54,0	931	65,3	1 148	79,4
Meningokokken	449	39,2	829	63,3	964	71,8	1 162	81,5	1 225	84,8

Impfquoten nach dem Sozialstatus 2012	niedrig		mittel		hoch	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
	Kinder mit Impfausweis	65		398		816
Tetanus	60	92,3	391	98,2	773	94,7
Diphtherie	60	92,3	391	98,2	764	93,6
Keuchhusten (Pertussis)	60	92,3	389	97,7	761	93,3
Kinderlähmung (Polio)	60	92,3	387	97,2	759	93,0
Hib	59	90,8	380	95,5	746	91,4
Hep B	54	83,1	358	89,9	640	78,4
Pneumokokken	46	70,8	310	77,9	587	71,9
Masern, Mumps, Röteln (MMR)	56	86,2	363	91,2	721	88,4
Windpocken (Varizellen)	58	89,2	349	87,7	613	75,1
Meningokokken	60	92,3	361	90,7	667	81,7

Befunde

Kinder ohne med. relevanten Befunden	824	58,5	829	57,3	873	57,8	905	56,5	983	60,3
Kinder mit med. relevanten Befunden	585	41,5	619	42,7	637	42,2	697	43,5	648	39,7
Sprach-, Sprechstörungen	187	13,3	169	11,7	184	12,2	205	12,8	149	9,1
Allergien	140	9,9	109	7,5	129	8,5	152	9,5	232	14,2
emotionale soziale Störungen	65	4,6	79	5,5	77	5,1	117	7,3	167	10,2
Enuresis (Einnässen)	37	2,6	53	3,7	59	3,9	67	4,2	68	4,2
erhebliches Untergewicht	81	5,8	63	4,4	104	6,9	52	3,2	30	1,8
Adipositas	23	1,6	26	1,8	16	1,1	40	2,5	28	1,7
ADS/ADHS	42	3,0	38	2,6	30	2,0	30	1,9	19	1,2

TEIL A Ausgewählte Indikatoren der Schuleingangsuntersuchungen im Zeitverlauf

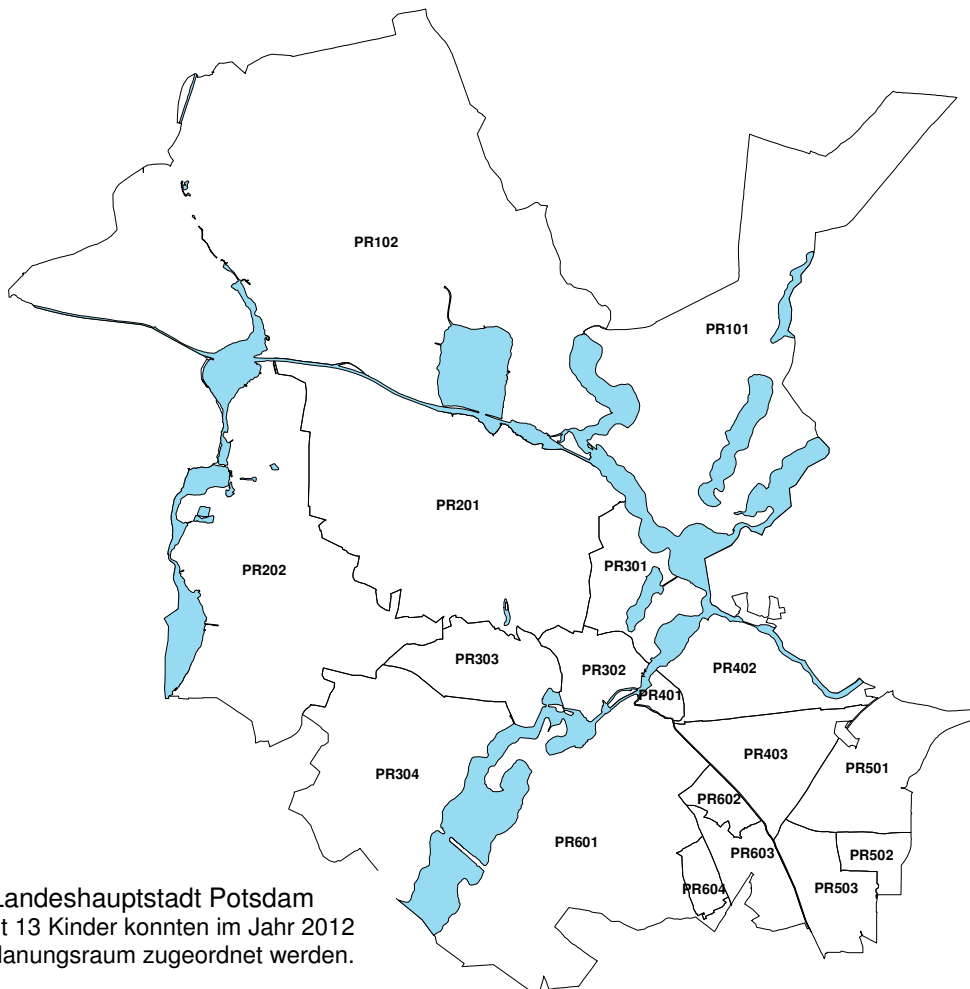
	2008		2009		2010		2011		2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Befunde Jungen	741	100,0	755	100,0	812	100,0	842	100,0	864	100,0
Sprach-, Sprechstörungen	121	16,3	103	13,6	122	15,0	136	16,2	96	11,1
Allergien	78	10,5	60	7,9	65	8,0	76	9,0	138	16,0
emotionale soziale Störungen	50	6,7	52	6,9	53	6,5	85	10,1	112	13,0
Enuresis (Einnässen)	25	3,4	34	4,5	33	4,1	44	5,2	48	5,6
erhebliches Untergewicht	35	4,7	23	3,0	62	7,6	30	3,6	13	1,5
Adipositas	8	1,1	9	1,2	8	1,0	19	2,3	15	1,7
ADS/ADHS	35	4,7	30	4,0	18	2,2	26	3,1	17	2,0
Befunde Mädchen	668	100,0	693	100,0	698	100,0	760	100,0	767	100,0
Sprach-, Sprechstörungen	66	9,9	66	9,5	62	8,9	69	9,1	53	6,9
Allergien	62	9,3	49	7,1	64	9,2	76	10,0	94	12,3
emotionale soziale Störungen	15	2,2	27	3,9	24	3,4	32	4,2	55	7,2
Enuresis (Einnässen)	12	1,8	19	2,7	26	3,7	23	3,0	20	2,6
erhebliches Untergewicht	46	6,9	40	5,8	42	6,0	22	2,9	17	2,2
Adipositas	15	2,2	17	2,5	8	1,1	21	2,8	13	1,7
ADS/ADHS	7	1,0	8	1,2	12	1,7	4	0,5	2	0,3
medizinisch relevante Befunde										
mit Angaben zum Sozialstatus	556		581		598		594		557	
niedrig	63	53,8	74	56,9	71	64,0	56	64,4	49	56,3
mittel	244	45,7	233	47,2	256	49,3	208	48,5	205	46,7
hoch	249	35,3	274	36,4	271	33,6	330	38,6	303	33,3
Befunde (2012)		niedrig		mittel		hoch				
mit Angaben zum Sozialstatus	87		439		909					
Sprach-, Sprechstörungen	27	31,0	57	13,0	28	3,1				
Allergien	14	16,1	77	17,5	119	13,1				
emotionale soziale Störungen	23	26,4	50	11,4	65	7,2				
Enuresis (Einnässen)	6	6,9	15	3,4	34	3,7				
erhebliches Untergewicht	2	2,3	8	1,8	14	1,5				
Adipositas	6	6,9	14	3,2	5	0,6				
ADS/ADHS	0	0,0	6	1,4	10	1,1				
Förderung der Kinder										
Kinder mit Förderung					590	39,1	585	36,5	545	33,4
mit 1 Förderung					385	25,5	360	22,5	393	24,1
mit 2 Förderung					127	8,4	150	9,4	94	5,8
mit 3 Förderung					52	3,4	56	3,5	43	2,6
mit 4 und mehr Förderungen					26	1,7	19	1,2	15	0,9
Förderung der Kinder										
nach ausgewählten Behandlungen										
Sprachheilbehandlung (Logopädie)	247	17,5	221	15,3	239	15,8	260	16,2	223	13,7
Ergotherapie	131	9,3	170	11,7	140	9,3	114	7,1	103	6,3
heilpädagogische Frühförderung	73	5,2	85	5,9	93	6,2	97	6,1	89	5,5
übrige Förderung	320	22,7	373	25,8	435	28,8	440	27,5	377	23,1
Kinder mit Angaben zu Unfällen	1 358		1410		1 469		1461		1 567	
Kinder mit einem oder mehreren Unfällen	226	16,6	243	17,2	336	22,9	361	24,7	388	24,8
im häuslichen Bereich	153	11,3	124	8,8	140	9,5	135	9,2	160	10,2
in der Kita	68	5,0	57	4,0	118	8,0	110	7,5	114	7,3
im Straßenverkehr	16	1,2	9	0,6	10	0,7	17	1,2	14	0,9
an einem anderen Ort	.	.	61	4,3	96	6,5	109	7,5	105	6,7

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Teil B Sozial- und Planungsräume 2012 im Vergleich

Im **TEIL B** werden die 18 Potsdamer Planungsräume und 6 Sozialräume (vgl. Abbildung 24) miteinander verglichen, um stadträumliche Unterschiede sichtbar zu machen. Daraus lassen sich zukünftig lokale Handlungsempfehlungen für die präventive Arbeit vor Ort ableiten. Die Schwerpunkte der räumlichen Betrachtung liegen auf den Indikatoren Sozialstatus (vgl. Kapitel 8, S. 33), Vorsorgeuntersuchungen, Masern sowie Tetanus Impfung, Allergien, Sprach- und Sprechstörungen, emotionalen und sozialen Störungen (vgl. Kapitel 9, S. 35) sowie Fördermaßnahmen (vgl. Kapitel 10, S. 40).

Abbildung 24: Planungsräume der Landeshauptstadt Potsdam



Quelle: Landeshauptstadt Potsdam
 Insgesamt 13 Kinder konnten im Jahr 2012 keinem Planungsraum zugeordnet werden.

Sozialraum 1	Nördliche Ortsteile, Sacrow	Sozialraum 4	Babelsberg, Zentrum Ost
PR 101	Groß Glienicke, Krampnitz, Sacrow	PR 401	Zentrum Ost
PR 102	Neu Fahrland, Fahrland, Satzkorn, Marquardt, Uetz-Paaren	PR 402	Babelsberg Nord, Klein Glienicke
Sozialraum 2	Potsdam Nord	PR 403	Babelsberg Süd
PR 201	Bornim, Bornstedt, Nedlitz, Am Ruinenberg, Rote Kasernen	Sozialraum 5	Stern, Drewitz, Kirchsteigfeld
PR 202	Eiche, Grube, Golm	PR 501	Stern
Sozialraum 3	Potsdam West, Innenstadt, Nördliche Vorstädte	PR 502	Drewitz
PR 301	Nauener und Berliner Vorstadt	PR 503	Alt Drewitz, Kirchsteigfeld
PR 302	Innenstadt, Am Weinberg	Sozialraum 6	Schlaatz, Waldstadt I und II, Potsdam Süd
PR 303	Brandenburger Vorstadt	PR 601	Hauptbahnhof, Brauhausberg, Templiner und Teltower Vorstadt
PR 304	Potsdam West	PR 602	Schlaatz
		PR 603	Waldstadt I, Industriegelände
		PR 604	Waldstadt II

8 Sozialstruktur nach Planungs- und Sozialräumen

Wie in Kapitel 2 beschrieben, ist vor dem Bildungshintergrund und dem Erwerbsstand der Eltern eine Aufteilung der Familien in die drei Sozialstatusgruppen niedrig, mittel und hoch möglich.

Vor diesem Hintergrund existiert in der Landeshauptstadt Potsdam ein deutliches Gefälle (vgl. Tabelle 2). So gehört im Schlaatz (PR 602) jedes dritte Kind (35,0 %) zur niedrigen Sozialstatusgruppe. Auch in der Waldstadt II (PR 604) und in Drewitz (PR 502) leben 23,3 % bzw. 20,0 % der einzuschulenden Kinder in Familien mit niedrigen Bildungsabschlüssen, die zumeist von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Im Gegensatz dazu sind im Sozialraum 4 (Babelsberg, Zentrum Ost) überproportional viele Kinder aus Familien mit einem hohen Sozialstatus zu Hause.

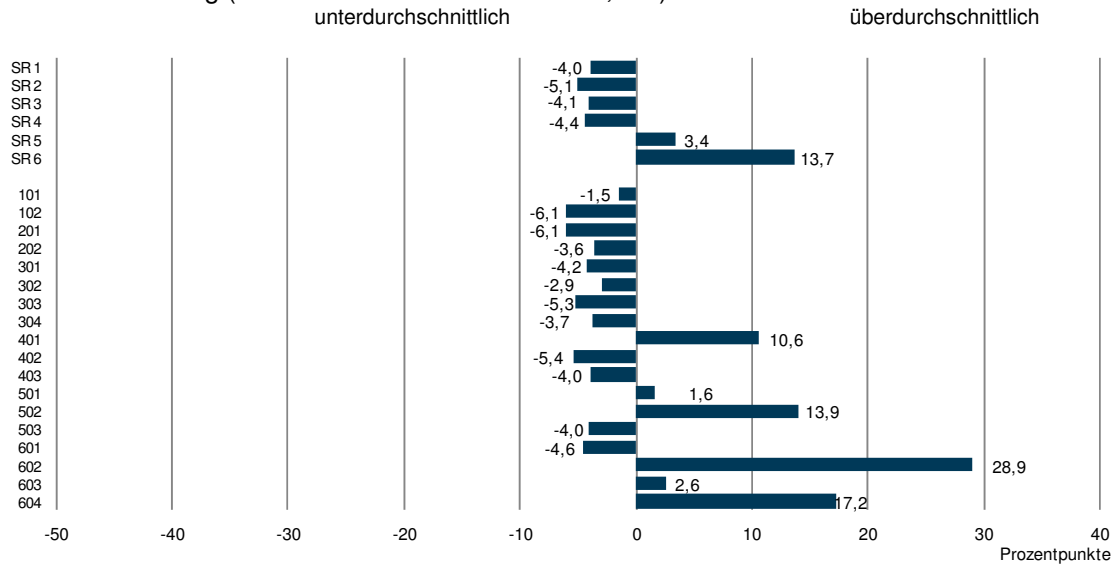
Tabelle 2: Sozialstatus der Eltern nach Planungs- und Sozialräumen 2012

Sozialraum Planungsraum	untersuchte Kinder		Kinder mit Sozialstatus				Abweichung zu Potsdam		
			insgesamt	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch
	Anzahl		%				Prozentpunkte		
Potsdam	1 631	100,0	88,0	6,1	30,6	63,3			
SR 1	148	9,1	95,9	2,1	32,4	65,5	-4,0	1,8	2,1
PR 101	67	4,1	98,5	4,5	25,8	69,7	-1,5	-4,8	6,4
PR 102	81	5,0	93,8	0,0	38,2	61,8	-6,1	7,6	-1,5
SR 2	236	14,5	91,5	0,9	23,6	75,5	-5,1	-7,0	12,1
PR 201	145	8,9	93,1	0,0	22,2	77,8	-6,1	-8,4	14,4
PR 202	91	5,6	89,0	2,5	25,9	71,6	-3,6	-4,7	8,3
SR 3	412	25,3	86,7	2,0	20,4	77,6	-4,1	-10,1	14,2
PR 301	75	4,6	73,3	1,8	5,5	92,7	-4,2	-25,1	29,4
PR 302	136	8,3	93,4	3,1	17,3	79,5	-2,9	-13,3	16,2
PR 303	152	9,3	86,8	0,8	23,5	75,8	-5,3	-7,1	12,4
PR 304	49	3,0	87,8	2,3	39,5	58,1	-3,7	8,9	-5,2
Sr 4	271	16,6	90,0	1,6	14,8	83,6	-4,4	-15,8	20,3
PR 401	10	0,6	60,0	16,7	0,0	83,3	10,6	-30,6	20,0
PR 402	157	9,6	91,1	0,7	12,6	86,7	-5,4	-18,0	23,4
PR 403	104	6,4	91,3	2,1	18,9	78,9	-4,0	-11,6	15,6
SR 5	262	16,1	84,4	9,5	55,7	34,8	3,4	25,1	-28,5
PR 501	136	8,3	86,0	7,7	58,1	34,2	1,6	27,5	-29,2
PR 502	69	4,2	79,7	20,0	61,8	18,2	13,9	31,2	-45,2
PR 503	57	3,5	86,0	2,0	42,9	55,1	-4,0	12,3	-8,2
SR 6	289	17,7	84,1	19,8	43,6	36,6	13,7	13,0	-26,7
PR 601	85	5,2	78,8	1,5	35,8	62,7	-4,6	5,2	-0,7
PR 602	99	6,1	80,8	35,0	40,0	25,0	28,9	9,4	-38,3
PR 603	26	1,6	88,5	8,7	65,2	26,1	2,6	34,6	-37,3
PR 604	79	4,8	92,4	23,3	47,9	28,8	17,2	17,4	-34,6

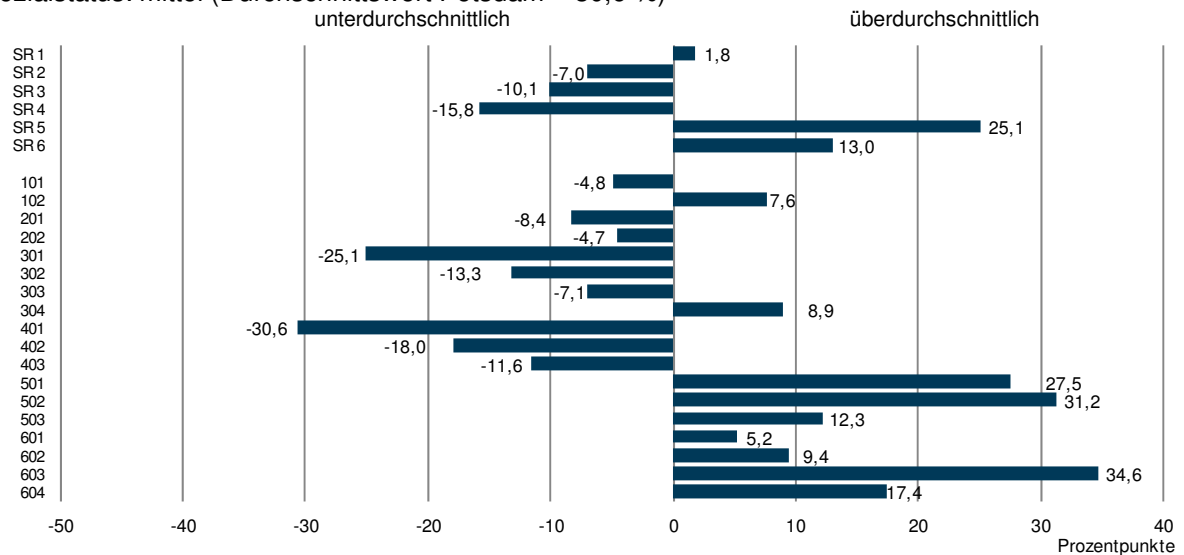
Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Abbildung 25: Kinder nach dem Sozialstatus der Eltern - Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt Potsdam 2012

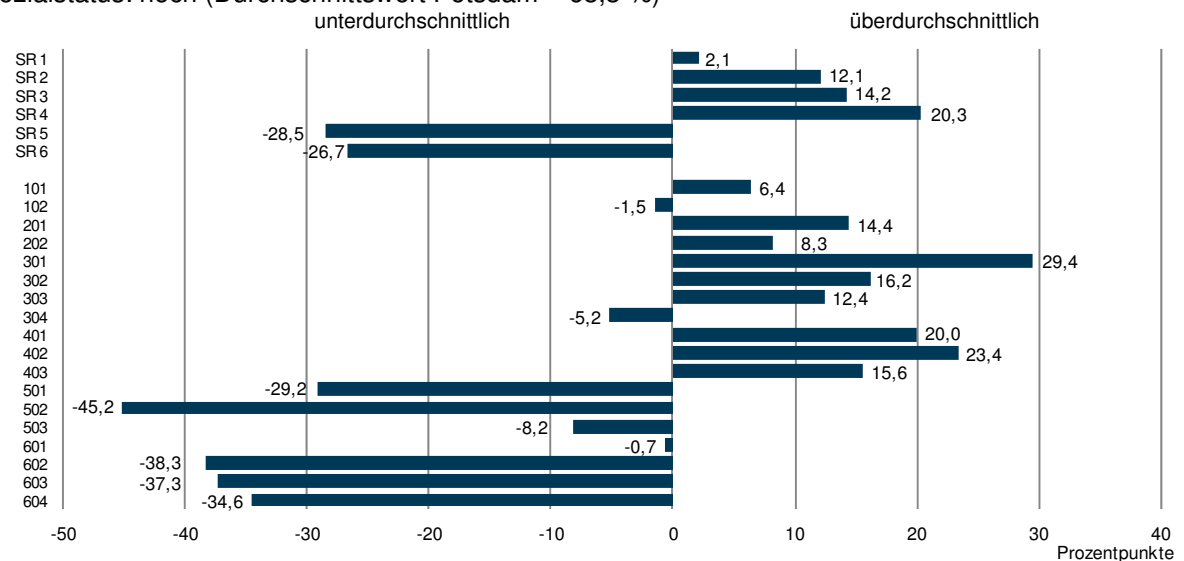
Sozialstatus: niedrig (Durchschnittswert Potsdam = 6,1 %)



Sozialstatus: mittel (Durchschnittswert Potsdam = 30,6 %)



Sozialstatus: hoch (Durchschnittswert Potsdam = 63,3 %)



Quelle Landeshauptstadt Potsdam (Minimale Abweichungen zu Tabelle 2 sind durch Rundungen zu erklären.)

9 *Vorsorge, Impfungen und häufigste Befunde nach Sozial- und Planungsräumen*

FRÜHERKENNUNG UND VORSORGE

Alle Kinder aus der Waldstadt I, Industriegelände (PR 603) und dem Zentrum Ost (PR 401) konnten ein vollständiges U1 bis U6 Vorsorgeheft vorlegen (vgl. Tabelle 3, S. 36). Mit 98,4 % folgt dicht dahinter der Planungsraum Innenstadt, Am Weinberg (PR 302). Die niedrigste Vorsorgequote haben mit 89,4 % Kinder aus der Waldstadt II (PR 604).

IMPFUNGEN

Auch der Impfstatus variiert in Abhängigkeit von der Impfung und zwischen den Planungs- und Sozialräumen erheblich (vgl. Tabelle 3, S. 36).

Im Hinblick auf die Sozialräume haben Kinder Stern, Drewitz, Kirchsteigfeld (SR 5) mit 93,7 % die besten Masern Impfquoten. In der Brandenburger Vorstadt (PR 303) hingegen weichen die Impfraten vom Durchschnittswert der Landeshauptstadt (89,1 %) um fast 10 % ab. Sie sind mit 79,9 % die niedrigsten.

Für die Tetanus Impfung zeichnet sich folgendes Bild ab. Gleich vier Planungsräume haben 100 % Durchimpfungsraten. Dazu gehören Groß Glienicke, Krampnitz, Sacrow (PR 101), Zentrum Ost (PR 401), Waldstadt I, Industriegelände (PR 603) sowie die Waldstadt II (PR 604). Am stärksten vom Durchschnittswert der Landeshauptstadt (95,5 %) weichen mit 90,0 % der Schlaatz (PR 602), mit 91,4 % die Nauener und Berliner Vorstadt (PR 301) und mit 91,8 % die Brandenburger Vorstadt (PR 303) ab.

Hinsichtlich der Impfquoten zeigen die Ergebnisse sehr deutlich, dass auch innerhalb eines Sozialraumes die Quoten wie eine Schere auseinander gehen können. So liegen zwischen dem Schlaatz (PR 602) und der Waldstadt II (PR 604) 10 Prozentpunkte.

HÄUFIGSTE BEFUNDE

Den höchsten Anteil allergischer Kinder gibt es mit 28,1 %, das entspricht nahezu dem doppelten Wert verglichen mit der Landeshauptstadt (14,2 %) in Alt Drewitz, Kirchsteigfeld (PR 503), mit 22,8 % in der Waldstadt II (PR 604) und mit 22,2 % in Neu Fahrland, Fahrland, Satzkorn, Marquardt, Uetz-Paaren (PR 102) (vgl. Tabelle 4, S. 38).

Bei den Sprach- und Sprechstörungen sind es vor allem Kinder aus dem Schlaatz (PR 602) und aus Drewitz (PR 502) die bedeutsam häufig mit sprachlichen Defiziten befundet wurden. Mit 29,0 % bzw. 30,3 % unterliegen sie einem dreifach erhöhten Risiko, Sprachdefizite auszubilden (vgl. Tabelle 4, S. 38).

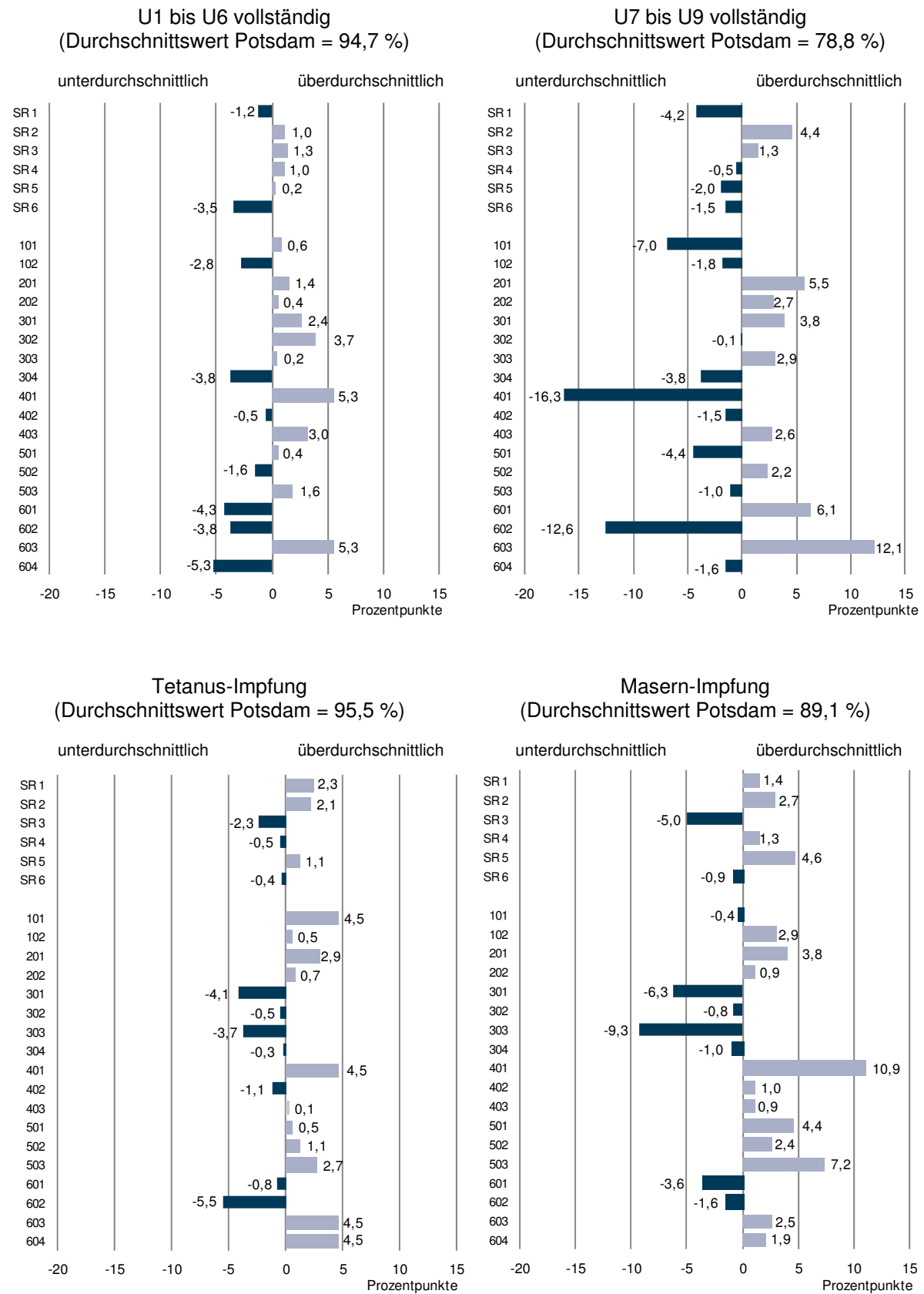
In beiden Planungsräumen gehören auch die Anteile von Kindern mit emotionalen und sozialen Störungen zu den höchsten der Stadt. So sind im Schlaatz (PR 602) 27,3 % und in Drewitz (PR 502) 17,4 % aller einzuschulenden Kinder verhaltensauffällig. Darüber hinaus sind in Groß Glienicke, Krampnitz, Sacrow (PR 101) 19,4 % aller Schulanfängerinnen und Schulanfänger mit emotionalen und sozialen Störungen befundet (vgl. Tabelle 4, S. 38).

Tabelle 3: Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen nach Sozial- und Planungsräumen 2012

Sozialraum Planungs- raum	Vorsorgeuntersuchungen				Impfungen		Abweichung zu Potsdam			
	U1 bis U6		U7 bis U9		Tetanus	Masern	U1 bis U6	U7 bis U9	Tetanus	Masern
	Anzahl	%	Anzahl	%		Prozentpunkte				
Potsdam	1 355	94,7	1 128	78,8	95,5	89,1				
SR 1	129	93,5	103	74,6	97,8	90,5	-1,2	-4,2	2,3	1,4
PR 101	61	95,3	46	71,9	100,0	88,7	0,6	-7,0	4,5	-0,4
PR 102	68	91,9	57	77,0	96,0	92,0	-2,8	-1,8	0,5	2,9
SR 2	200	95,7	174	83,3	97,6	91,8	1,0	4,4	2,1	2,7
PR 201	123	96,1	108	84,4	98,4	92,9	1,4	5,5	2,9	3,8
PR 202	77	95,1	66	81,5	96,3	90,0	0,4	2,7	0,7	0,9
SR 3	357	96,0	298	80,1	93,2	84,2	1,3	1,3	-2,3	-4,9
PR 301	67	97,1	57	82,6	91,4	82,9	2,4	3,8	-4,1	-6,2
PR 302	120	98,4	96	78,7	95,0	88,3	3,7	-0,1	-0,5	-0,8
PR 303	130	94,9	112	81,8	91,8	79,9	0,2	2,9	-3,7	-9,2
PR 304	40	90,9	33	75,0	95,2	88,1	-3,8	-3,8	-0,3	-1,0
SR 4	221	95,7	181	78,4	95,0	90,4	1,0	-0,5	-0,5	1,3
PR 401	8	100,0	5	62,5	100,0	100,0	5,3	-16,3	4,5	10,9
PR 402	129	94,2	106	77,4	94,4	90,1	-0,5	-1,5	-1,1	1,0
PR 403	84	97,7	70	81,4	95,6	90,0	3,0	2,6	0,1	0,9
SR 5	221	94,8	179	76,8	96,6	93,7	0,2	-2,0	1,1	4,6
PR 501	115	95,0	90	74,4	96,0	93,5	0,4	-4,4	0,5	4,4
PR 502	54	93,1	47	81,0	96,6	91,5	-1,6	2,2	1,1	2,4
PR 503	52	96,3	42	77,8	98,2	96,4	1,6	-1,0	2,7	7,3
SR 6	217	91,2	184	77,3	95,1	88,3	-3,5	-1,5	-0,4	-0,8
PR 601	66	90,4	62	84,9	94,7	85,5	-4,3	6,1	-0,8	-3,6
PR 602	70	90,9	51	66,2	90,0	87,5	-3,8	-12,6	-5,5	-1,6
PR 603	22	100,0	20	90,9	100,0	91,7	5,3	12,1	4,5	2,6
PR 604	59	89,4	51	77,3	100,0	91,0	-5,3	-1,6	4,5	1,9

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Abbildung 26: Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen - Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt Potsdam 2012



Quelle: Landeshauptstadt Potsdam (Minimale Abweichungen zu Tabelle 3 sind durch Rundungen zu erklären.)

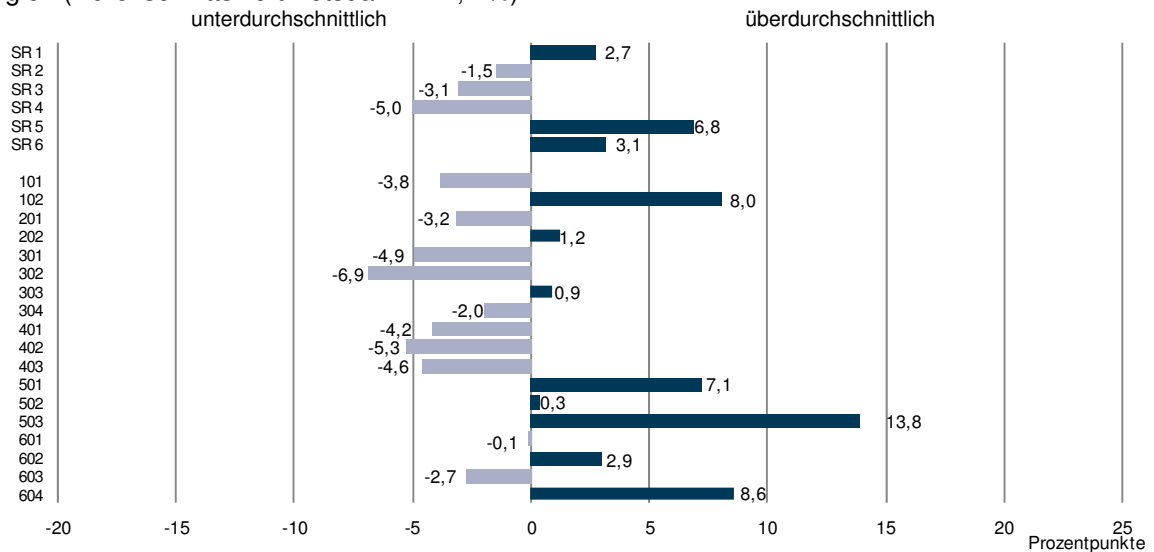
Tabelle 4: Häufigste Befunde nach Sozial- und Planungsräumen 2012

Sozialraum Planungs- raum	Kinder mit Befunden		Befunde			Abweichung zu Potsdam		
			Allergien	emotionale Störung	Sprach- und Sprechstörung	Allergien	emotionale Störung	Sprach- und Sprechstörung
	Anzahl	%						
Potsdam	639	39,7	14,2	10,2	9,1			
SR 1	69	57,4	16,9	17,6	8,8	2,7	7,3	-0,4
PR 101	29	49,3	10,4	19,4	7,5	-3,8	9,2	-1,7
PR 102	40	64,2	22,2	16,0	9,9	8,0	5,8	0,7
SR 2	76	44,5	12,7	6,4	5,9	-1,5	-3,9	-3,2
PR 201	46	44,1	11,0	5,5	5,5	-3,2	-4,7	-3,6
PR 202	30	45,1	15,4	7,7	6,6	1,2	-2,5	-2,5
SR 3	132	45,1	11,2	7,5	4,9	-3,0	-2,7	-4,3
PR 301	24	41,3	9,3	2,7	4,0	-4,9	-7,6	-5,1
PR 302	41	44,9	7,4	5,9	5,9	-6,8	-4,4	-3,3
PR 303	53	47,4	15,1	12,5	5,3	0,9	2,3	-3,9
PR 304	14	44,9	12,2	4,1	2,0	-2,0	-6,2	-7,1
SR 4	88	43,5	9,2	6,3	3,3	-5,0	-4,0	-5,8
PR 401	3	40,0	10,0	10,0	0,0	-4,2	-0,2	-9,1
PR 402	58	45,9	8,9	7,6	3,8	-5,3	-2,6	-5,3
PR 403	27	40,4	9,6	3,8	2,9	-4,6	-6,4	-6,3
SR 5	134	62,2	21,0	12,6	15,3	6,8	2,4	6,1
PR 501	61	58,8	21,3	12,5	11,0	7,1	2,3	1,9
PR 502	43	68,1	14,5	17,4	29,0	0,3	7,2	19,9
PR 503	30	63,2	28,1	7,0	8,8	13,9	-3,2	-0,4
SR 6	135	59,2	17,3	15,2	17,3	3,1	5,0	8,2
PR 601	26	48,2	14,1	8,2	7,1	-0,1	-2,0	-2,1
PR 602	61	69,7	17,2	27,3	30,3	3,0	17,1	21,2
PR 603	12	57,7	11,5	0,0	7,7	-2,7	-10,2	-1,4
PR 604	36	58,2	22,8	12,7	15,2	8,6	2,4	6,1

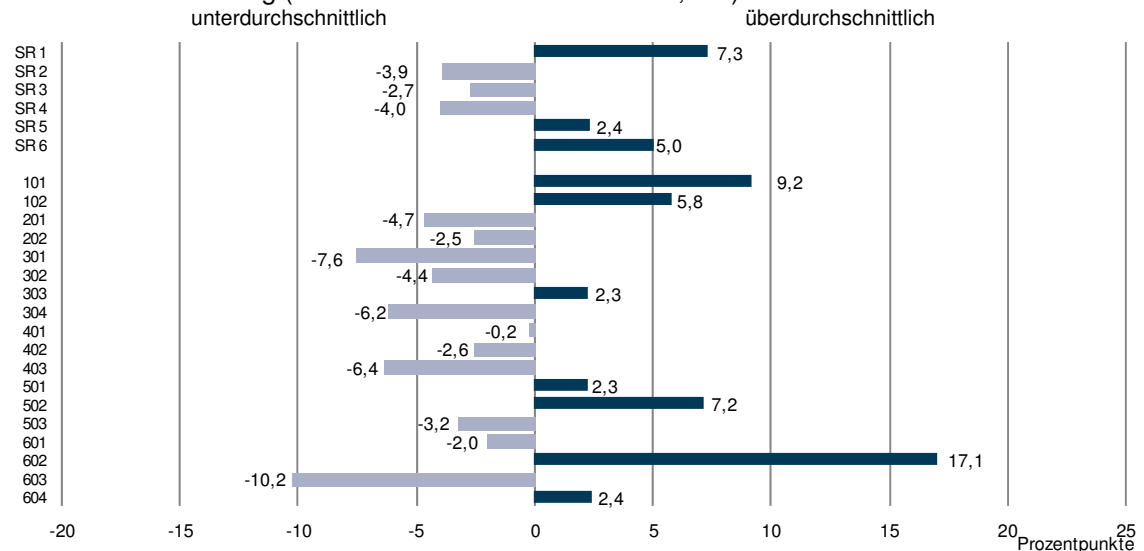
Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Abbildung 27: Häufigste Befunde - Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt Potsdam 2012

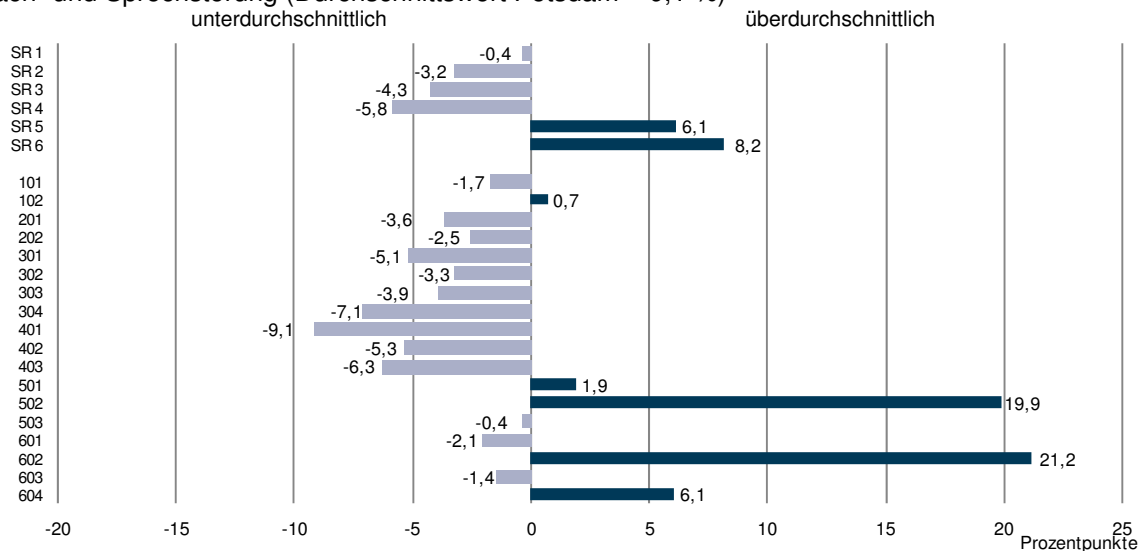
Allergien (Durchschnittswert Potsdam = 14,2 %)



Emotionale soziale Störung (Durchschnittswert Potsdam = 10,2 %)



Sprach- und Sprechstörung (Durchschnittswert Potsdam = 9,1 %)



Quelle: Landeshauptstadt Potsdam (Minimale Abweichungen zu Tabelle 4 sind durch Rundungen zu erklären.)

10 Ausgewählte Förderungen nach Sozial- und Planungsräumen

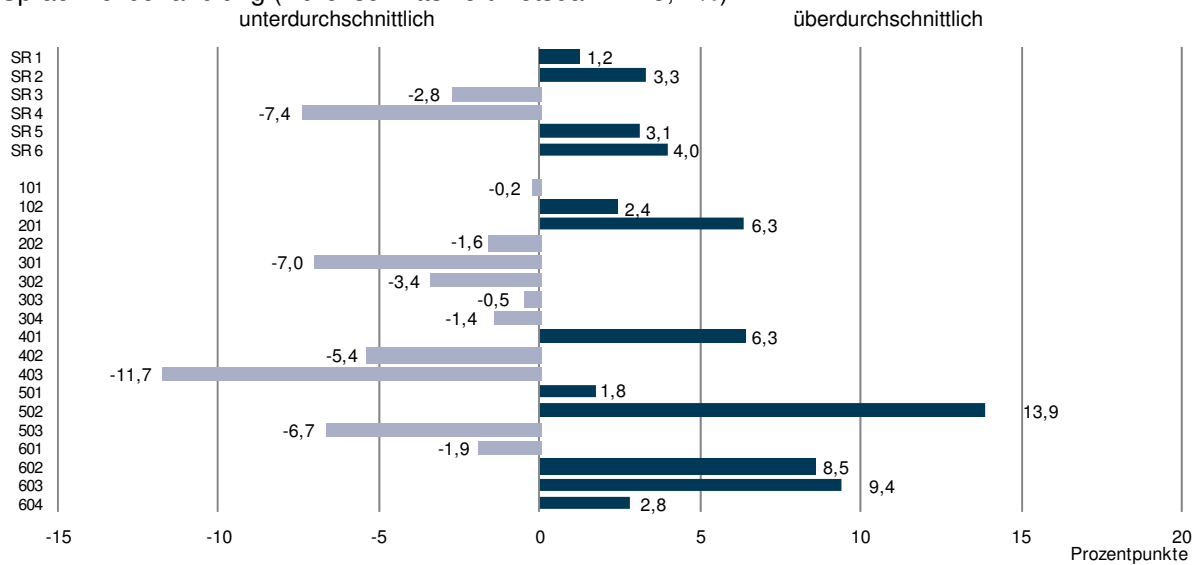
Die Inanspruchnahme von Fördermaßnahmen hängt vom kindlichen Entwicklungsstand ab. Der Anteil der bereits vor Schulantritt geförderten Kinder ist mit 53,8 % in der Waldstadt I, Industriegelände (PR 603) und mit 52,2 % in Drewitz (PR 502) am größten. Die Schulanfängerinnen und Schulanfänger aus Drewitz erhalten zu 27,5 % Sprachheilbehandlung, zu 20,3 % heilpädagogische Frühförderung und zu 13,0 % Ergotherapie (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Ausgewählte Förderungen nach Sozial- und Planungsräumen 2012

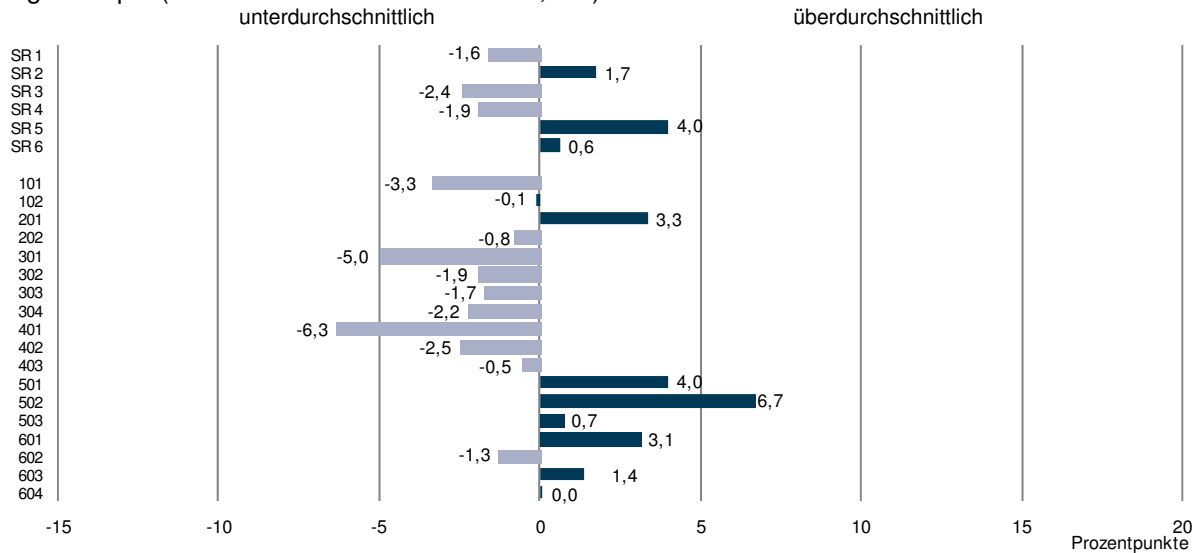
Sozialraum Planungs- raum	Kinder mit Förderung		Förderungen			Abweichung zu Potsdam		
			Sprachheil- behandlung	Ergo- therapie	heilpäd. Frühförderung	Sprachheil- behandlung	Ergo- therapie	heilpäd. Frühförderung
	Anzahl	%	%					
Potsdam	545	33,4	13,7	6,3	5,5			
SR 1	47	31,8	14,9	4,7	4,1	1,2	-1,6	-1,4
PR 101	18	26,9	13,4	3,0	4,5	-0,2	-3,3	-1,0
PR 102	29	35,8	16,0	6,2	3,7	2,4	-0,1	-1,8
SR 2	78	33,1	16,9	8,1	3,8	3,3	1,7	-1,6
PR 201	52	35,9	20,0	9,7	4,8	6,3	3,3	-0,6
PR 202	26	28,6	12,1	5,5	2,2	-1,6	-0,8	-3,3
SR 3	111	26,9	10,9	3,9	3,4	-2,8	-2,4	-2,1
PR 301	10	13,3	6,7	1,3	2,7	-7,0	-5,0	-2,8
PR 302	36	26,5	10,3	4,4	2,9	-3,4	-1,9	-2,5
PR 303	50	32,9	13,2	4,6	4,6	-0,5	-1,7	-0,9
PR 304	15	30,6	12,2	4,1	2,0	-1,4	-2,2	-3,4
SR 4	54	19,9	6,3	4,4	1,8	-7,4	-1,9	-3,6
PR 401	3	30,0	20,0	0,0	0,0	6,3	-6,3	-5,5
PR 402	35	22,3	8,3	3,8	1,9	-5,4	-2,5	-3,5
PR 403	16	15,4	1,9	5,8	1,9	-11,7	-0,5	-3,5
SR 5	119	45,4	16,8	10,3	10,7	3,1	4,0	5,2
PR 501	66	48,5	15,4	10,3	8,8	1,8	4,0	3,4
PR 502	36	52,2	27,5	13,0	20,3	13,9	6,7	14,8
PR 503	17	29,8	7,0	7,0	3,5	-6,7	0,7	-1,9
SR 6	130	45,0	17,6	6,9	9,3	4,0	0,6	3,9
PR 601	34	40,0	11,8	9,4	2,4	-1,9	3,1	-3,1
PR 602	47	47,5	22,2	5,1	18,2	8,5	-1,3	12,7
PR 603	14	53,8	23,1	7,7	3,8	9,4	1,4	-1,6
PR 604	35	44,3	16,5	6,3	7,6	2,8	0,0	2,1

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

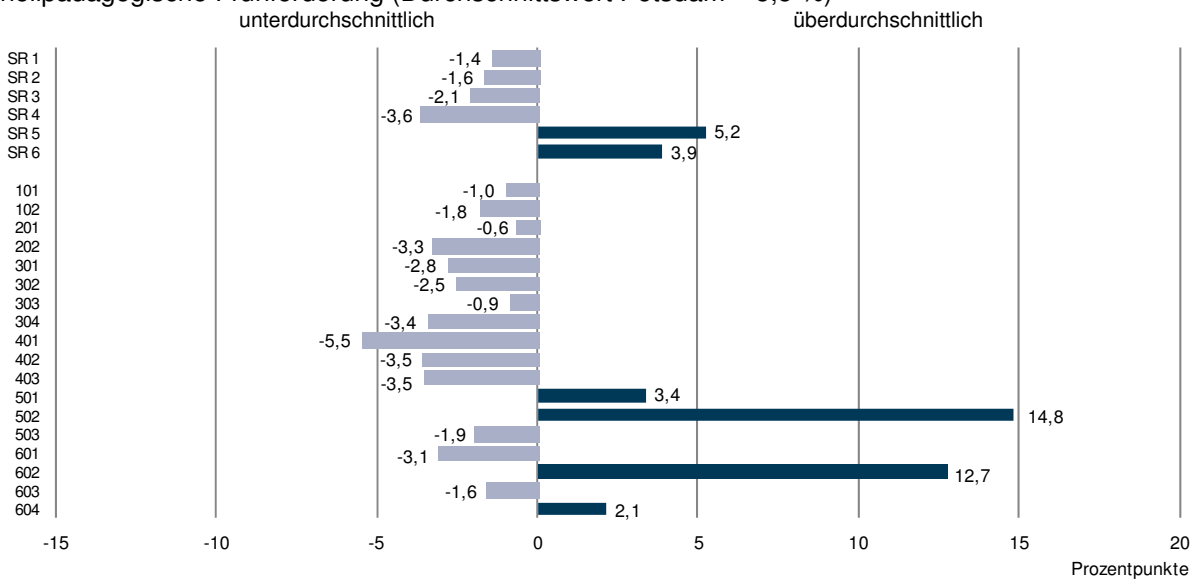
Abbildung 28: Förderungen - Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt Potsdam 2012
Sprachheilbehandlung (Durchschnittswert Potsdam = 13,7 %)



Ergotherapie (Durchschnittswert Potsdam = 6,3 %)



heilpädagogische Frühförderung (Durchschnittswert Potsdam = 5,5 %)



Quelle: Landeshauptstadt Potsdam (Minimale Abweichungen zu Tabelle 5 sind durch Rundungen zu erklären.)

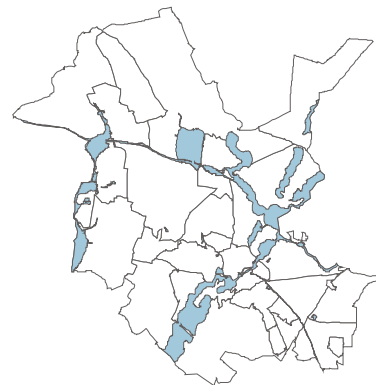
Teil C Zusammenfassung der Ergebnisse

- ✓ Seit 2008 steigt die Zahl der einzuschulenden Kinder; die der vorzeitigen Einschulungen sinkt.
- ✓ Gesamtstädtisch sind zwischen 2008 und 2012 der niedrige und mittlere Sozialstatus der Eltern zugunsten des hohen Sozialstatus gesunken.
- ✓ Die Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen sinken mit zunehmendem Alter der Kinder; erstmalig im Rahmen der U7 unter das Gesundheitsziel von 95 %. Ein vollständiges U1 bis U6 Vorsorgeheft liegt mit 89,4 % am seltensten bei Kindern aus der Waldstadt II (PR 604) vor.
- ✓ Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus nehmen 2012 die Früherkennungsuntersuchungen U4 bis U7 deutlich weniger in Anspruch als Kinder aus Familien mit mittlerem und hohem Sozialstatus.
- ✓ Das Ziel der WHO, mindestens 95 % der Bevölkerung gegen Masern, Mumps, Röteln (MMR) zu immunisieren, konnte bislang nicht erfüllt werden. Mit 79,9 % haben Kinder in der Brandenburger Vorstadt (PR 303) die niedrigste Durchimpfungsrate.
- ✓ Bei den Schulanfängerinnen und Schulanfängern gehören Allergien (14,2 %), emotionale und soziale Störungen (10,2 %) sowie Sprach- und Sprechstörungen (9,1 %) zu den häufigsten Diagnosen.
- ✓ Jungen sind von nahezu allen medizinischen Befunden (Sprach- und Sprechstörungen, emotionale soziale Störungen, Allergien, Einnässen, Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen) teilweise erheblich stärker betroffen.
- ✓ Kinder aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus sind höheren Gesundheitsrisiken ausgesetzt. Diese können punktuell in entsprechenden Planungsräumen nachgewiesen werden. So unterliegen Kinder aus dem Schlaatz (PR 602) und aus Drewitz (PR 502) mit 29,0 % bzw. 30,3 % einem dreifach erhöhten Risiko, Sprachdefizite auszubilden.
- ✓ Mit Ausnahme von Allergien und Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen haben Kinder mit einem hohem Sozialstatus die geringsten Befundraten.
- ✓ Seit 2008 ist der Anteil verunfallter Kinder stark gestiegen. Derzeit erleidet jedes 4. Kind bis zur Einschulung mindestens einen Unfall, der einer ärztlichen Behandlung bedarf.
- ✓ Ausblick: Angebote der Gesundheitsförderung sind den jeweiligen stadträumlichen Besonderheiten anzupassen. Sie müssen die Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen berücksichtigen sowie den Zugang zu Kindern aus sozial benachteiligten Familien sicherstellen.

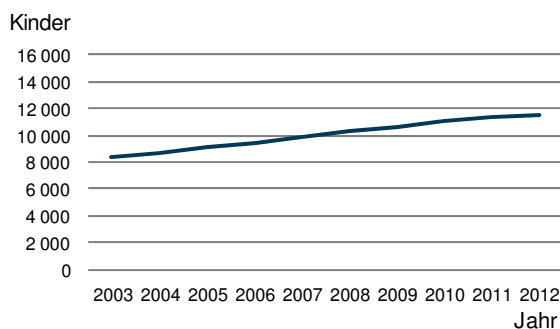
ANHANG: PLANUNGRÄUME IM BLICK

Landeshauptstadt Potsdam

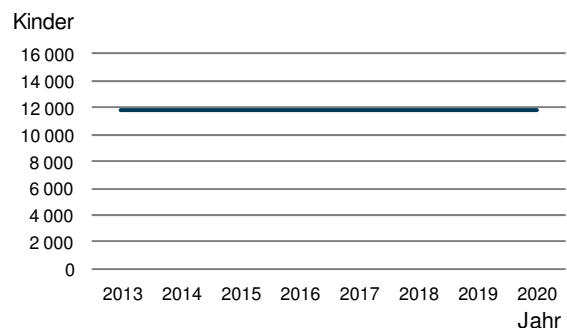
	2012
Einwohner mit Hauptwohnsitz	159 067
Durchschnittsalter	42,4
untersuchte Kinder	1 631



Kinder 0 bis unter 7 Jahren seit 2003



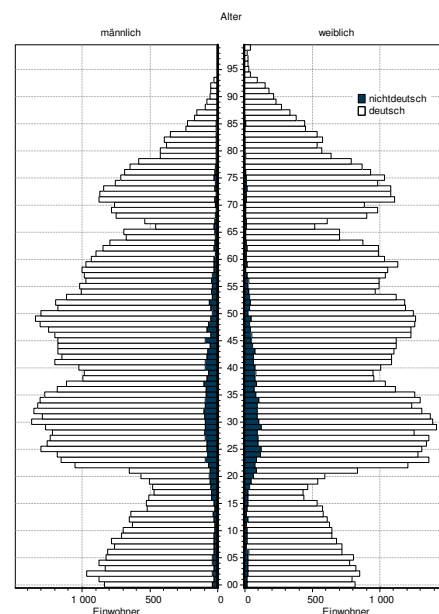
Kinder 0 bis unter 7 Jahren
Prognose bis 2020¹



Ausgewählte Indikatoren

	2012
Sozialstatus niedrig	6,1
Sozialstatus mittel	30,6
Sozialstatus hoch	63,3
U1 bis U6 vollständig	94,7
U7 bis U9 vollständig	78,8
Impfung Tetanus	95,5
Impfung Masern	89,1
Allergien	14,2
emotionale soziale Störungen	10,2
Sprach- und Sprechstörungen	9,1
Kinder mit Förderung	33,4
Sprachheilbehandlung	13,7
Ergotherapie	6,3
heilpädagogische Frühförderung	5,5

¹ Basisjahr für die Berechnung = 2011



Erläuterungen zu den Datenangaben

Sozialstatus (niedrig, mittel, hoch),

U1 bis U6 vollständig, U7 bis U9 vollständig

Impfung (Tetanus, Masern) Allergien, emotionale und soziale Störungen, Sprach- und Sprechstörungen

Kinder mit Förderung, Sprachheilbehandlung, Ergotherapie, heilpädagogische Förderung

je 100 untersuchte Kinder

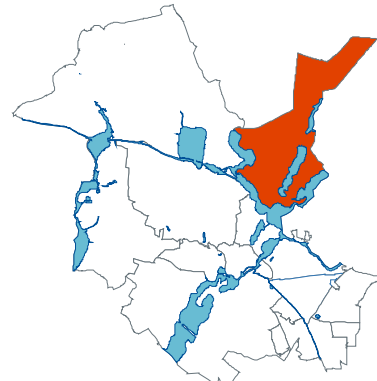
je 100 untersuchte Kinder

je 100 untersuchte Kinder

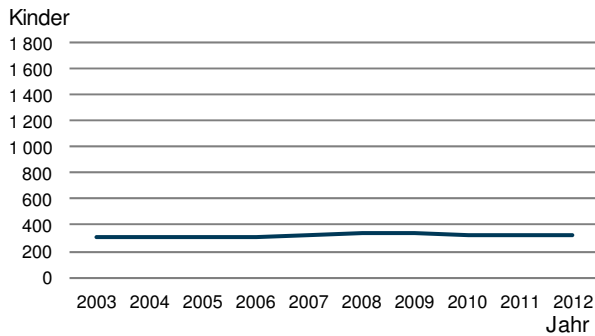
je 100 untersuchte Kinder

Planungsraum 101
Groß Glienicke, Krampritz, Sacrow

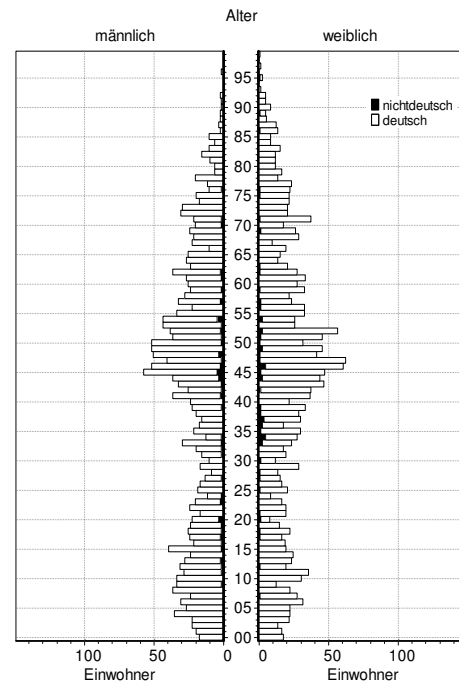
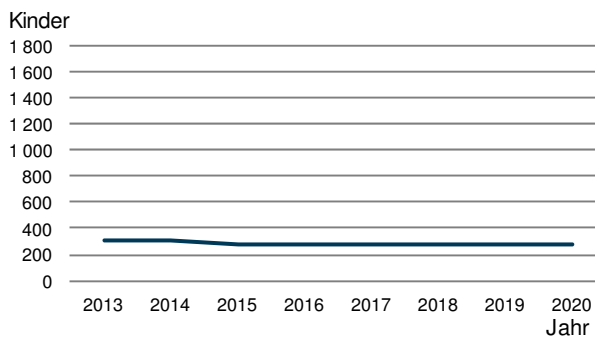
	2012
Einwohner mit Hauptwohnsitz	4 339
Anteil der Einwohner an der Gesamtbevölkerung	2,7
Durchschnittsalter	42,5
untersuchte Kinder	67
Anteil an allen untersuchten Kindern	4,1



Kinder 0 bis unter 7 Jahren seit 2003



Kinder 0 bis unter 7 Jahren Prognose bis 2020¹

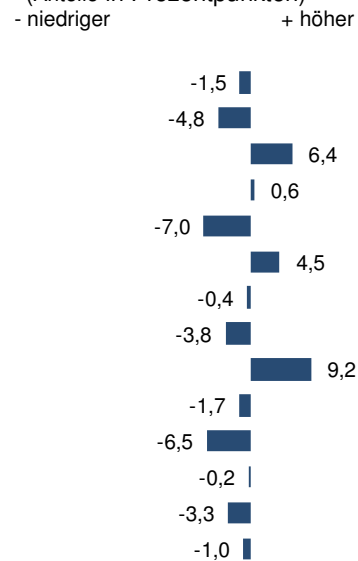


Ausgewählte Indikatoren

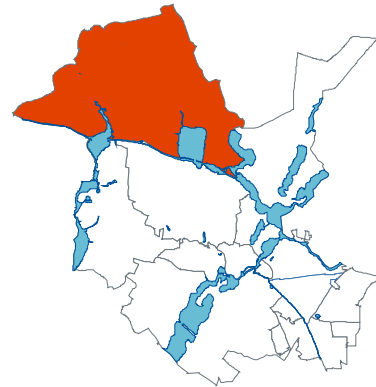
	2012
Sozialstatus niedrig	4,5
Sozialstatus mittel	25,8
Sozialstatus hoch	69,7
U1 bis U6 vollständig	95,3
U7 bis U9 vollständig	71,9
Impfung Tetanus	100,0
Impfung Masern	88,7
Allergien	10,4
emotionale soziale Störungen	19,4
Sprach- und Sprechstörungen	7,5
Kinder mit Förderung	26,9
Sprachheilbehandlung	13,4
Ergotherapie	3,0
heilpädagogische Frühförderung	4,5

Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt
Potsdam 2012

(Anteile in Prozentpunkten)

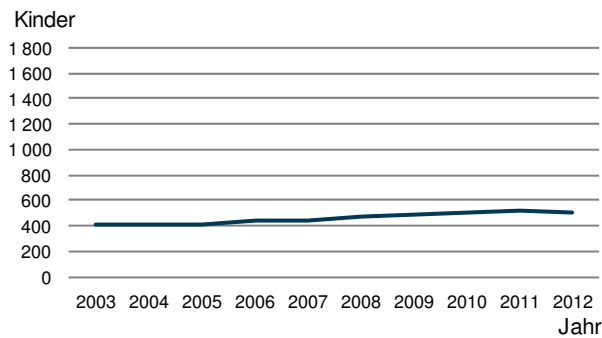


Planungsraum 102
Neu Fahrland, Fahrland, Satzkorn,
Marquardt, Uetz-Paaren

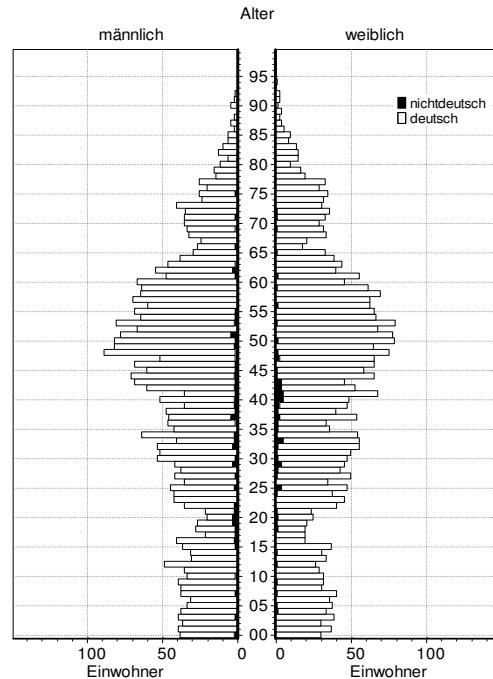
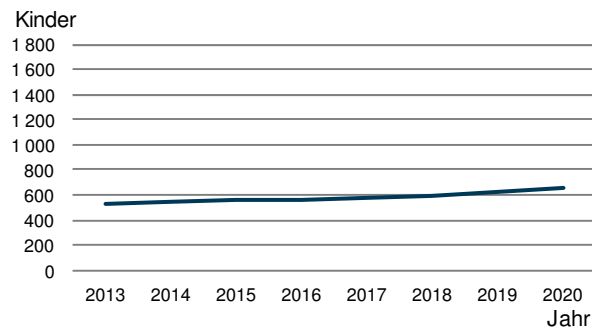


	2012
Einwohner mit Hauptwohnsitz	7 134
Anteil der Einwohner an der Gesamtbevölkerung	4,5
Durchschnittsalter	41,8
untersuchte Kinder	81
Anteil an allen untersuchten Kindern	5,0

Kinder 0 bis unter 7 Jahren seit 2003



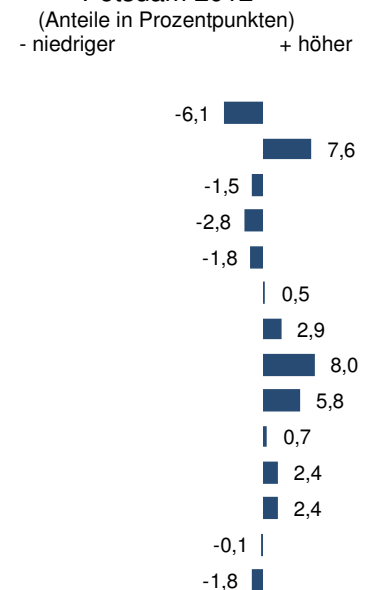
Kinder 0 bis unter 7 Jahren Prognose bis 2020¹



Ausgewählte Indikatoren

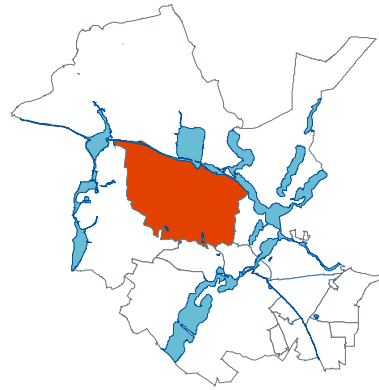
	2012
Sozialstatus niedrig	0,0
Sozialstatus mittel	38,2
Sozialstatus hoch	61,8
U1 bis U6 vollständig	91,9
U7 bis U9 vollständig	77,0
Impfung Tetanus	96,0
Impfung Masern	92,0
Allergien	22,2
emotionale soziale Störungen	16,0
Sprach- und Sprechstörungen	9,9
Kinder mit Förderung	35,8
Sprachheilbehandlung	16,0
Ergotherapie	6,2
heilpädagogische Frühförderung	3,7

**Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt
Potsdam 2012**

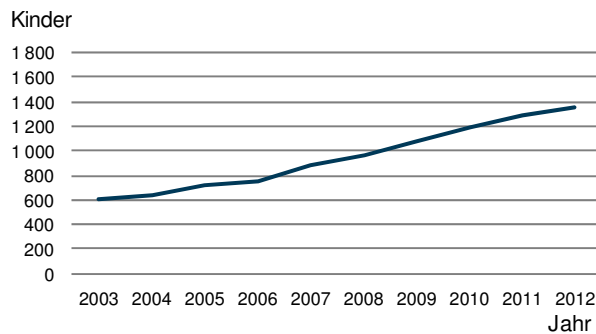


Planungsraum 201
Bornim, Bornstedt, Nedlitz,
Am Ruinenberg, Rote Kasernen

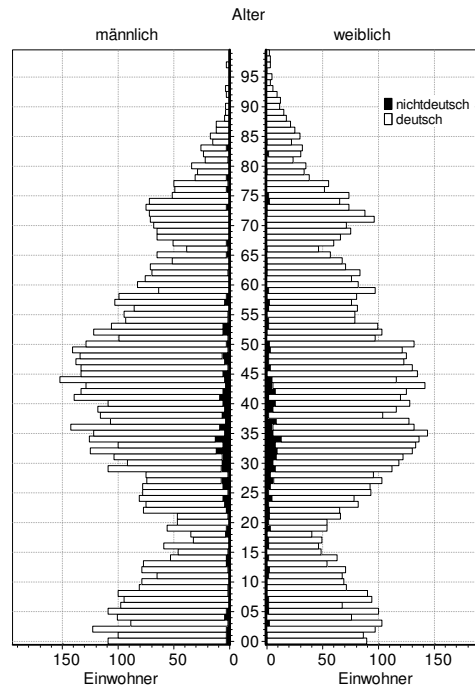
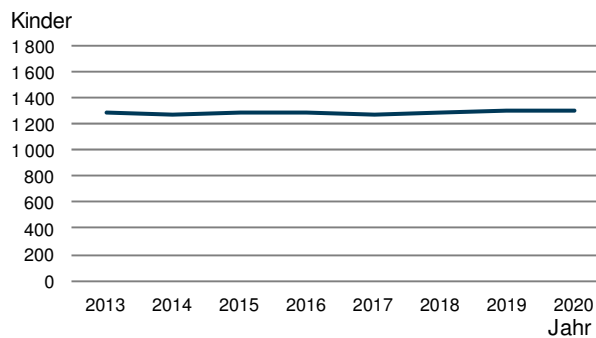
	2012
Einwohner mit Hauptwohnsitz	14 566
Anteil der Einwohner an der Gesamtbevölkerung	9,2
Durchschnittsalter	40,0
untersuchte Kinder	145
Anteil an allen untersuchten Kindern	8,9



Kinder 0 bis unter 7 Jahren seit 2003



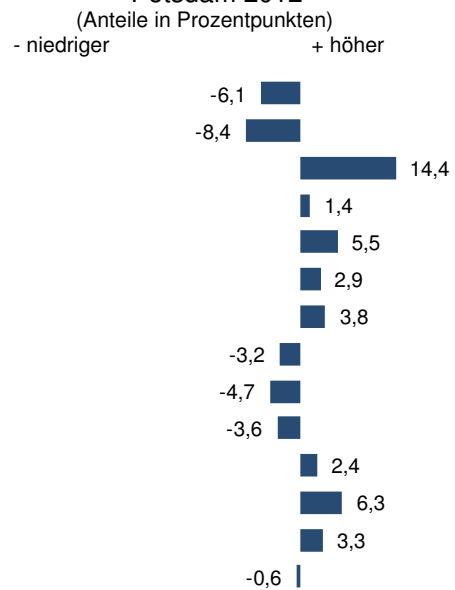
Kinder 0 bis unter 7 Jahren Prognose bis 2020¹



Ausgewählte Indikatoren

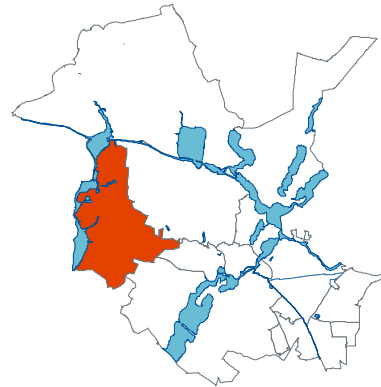
	2012
Sozialstatus niedrig	0,0
Sozialstatus mittel	22,2
Sozialstatus hoch	77,8
U1 bis U6 vollständig	96,1
U7 bis U9 vollständig	84,4
Impfung Tetanus	98,4
Impfung Masern	92,9
Allergien	11,0
emotionale soziale Störungen	5,5
Sprach- und Sprechstörungen	5,5
Kinder mit Förderung	35,9
Sprachheilbehandlung	20,0
Ergotherapie	9,7
heilpädagogische Frühförderung	4,8

**Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt
Potsdam 2012**

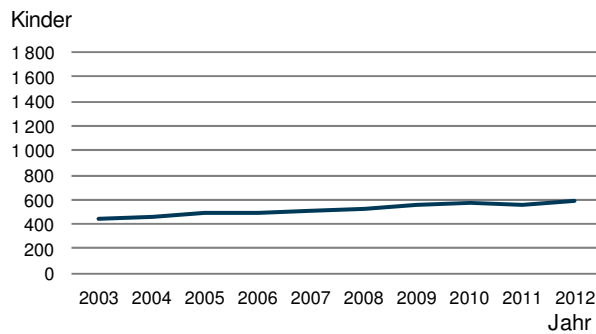


Planungsraum 202
Eiche, Grube, Golm

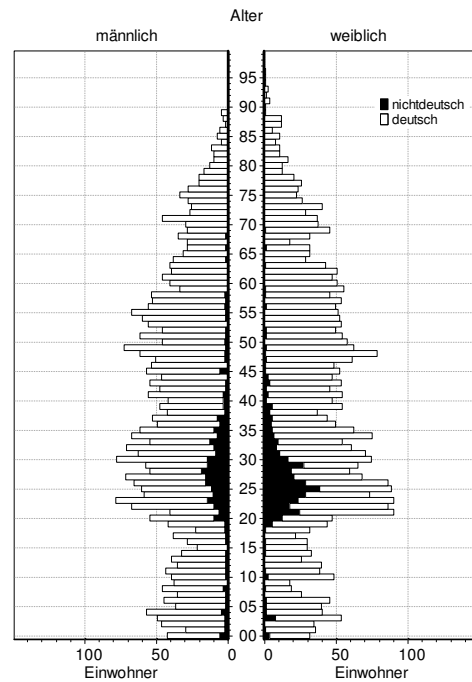
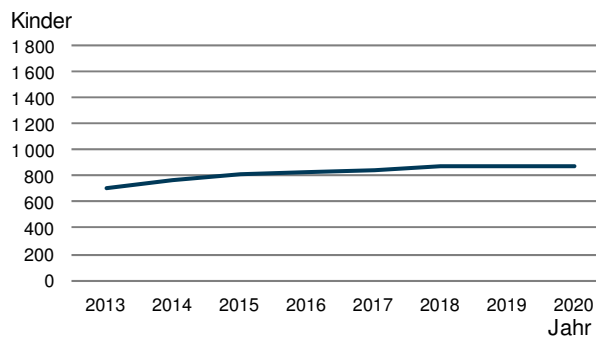
	2012
Einwohner mit Hauptwohnsitz	7 588
Anteil der Einwohner an der Gesamtbevölkerung	4,8
Durchschnittsalter	38,9
untersuchte Kinder	91
Anteil an allen untersuchten Kindern	5,6



Kinder 0 bis unter 7 Jahren seit 2003



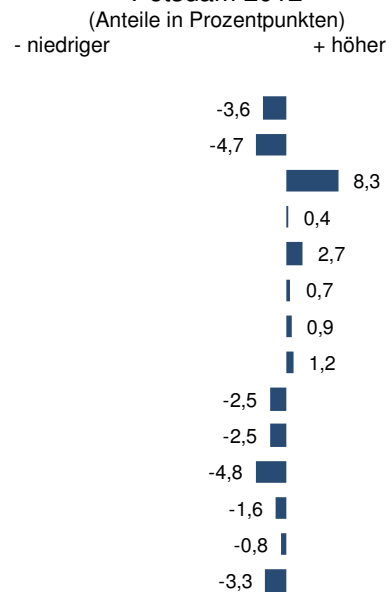
Kinder 0 bis unter 7 Jahren Prognose bis 2020¹



Ausgewählte Indikatoren

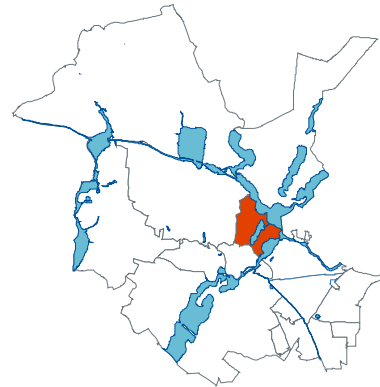
	2012
Sozialstatus niedrig	2,5
Sozialstatus mittel	25,9
Sozialstatus hoch	71,6
U1 bis U6 vollständig	95,1
U7 bis U9 vollständig	81,5
Impfung Tetanus	96,3
Impfung Masern	90,0
Allergien	15,4
emotionale soziale Störungen	7,7
Sprach- und Sprechstörungen	6,6
Kinder mit Förderung	28,6
Sprachheilbehandlung	12,1
Ergotherapie	5,5
heilpädagogische Frühförderung	2,2

Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt
Potsdam 2012

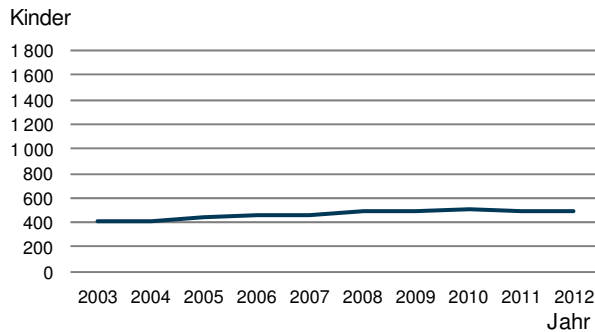


Planungsraum 301
Nauener und Berliner Vorstadt

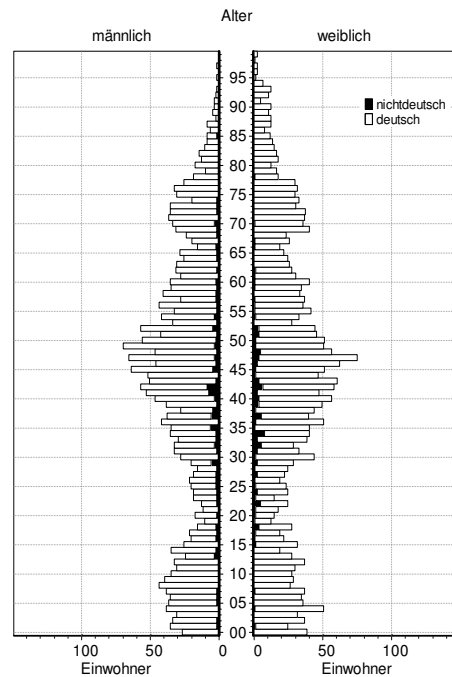
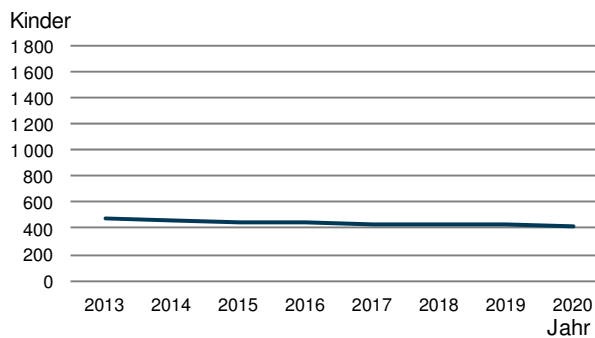
	2012
Einwohner mit Hauptwohnsitz	5 655
Anteil der Einwohner an der Gesamtbevölkerung	3,6
Durchschnittsalter	42,6
untersuchte Kinder	75
Anteil an allen untersuchten Kindern	4,6



Kinder 0 bis unter 7 Jahren seit 2003



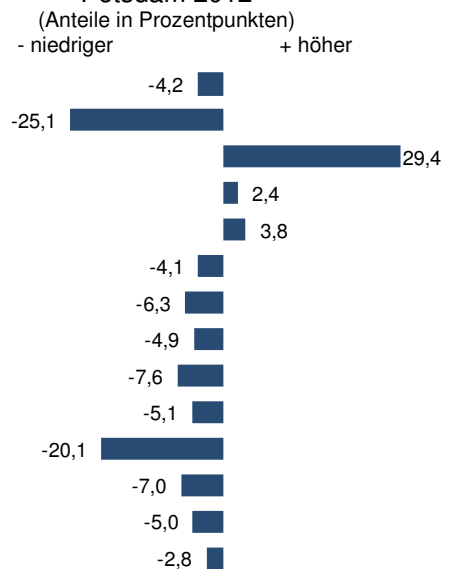
Kinder 0 bis unter 7 Jahren Prognose bis 2020¹



Ausgewählte Indikatoren

	2012
Sozialstatus niedrig	1,8
Sozialstatus mittel	5,5
Sozialstatus hoch	92,7
U1 bis U6 vollständig	97,1
U7 bis U9 vollständig	82,6
Impfung Tetanus	91,4
Impfung Masern	82,9
Allergien	9,3
emotionale soziale Störungen	2,7
Sprach- und Sprechstörungen	4,0
Kinder mit Förderung	13,3
Sprachheilbehandlung	6,7
Ergotherapie	1,3
heilpädagogische Frühförderung	2,7

Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt
Potsdam 2012

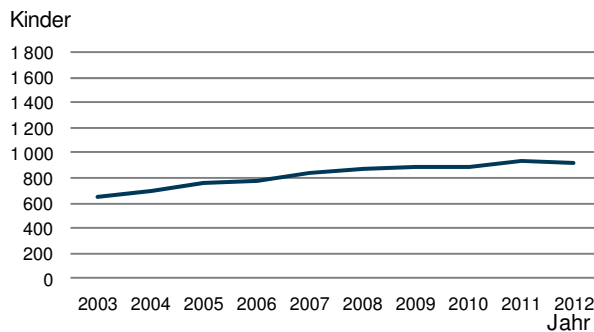


Planungsraum 302 Innenstadt, Am Weinberg

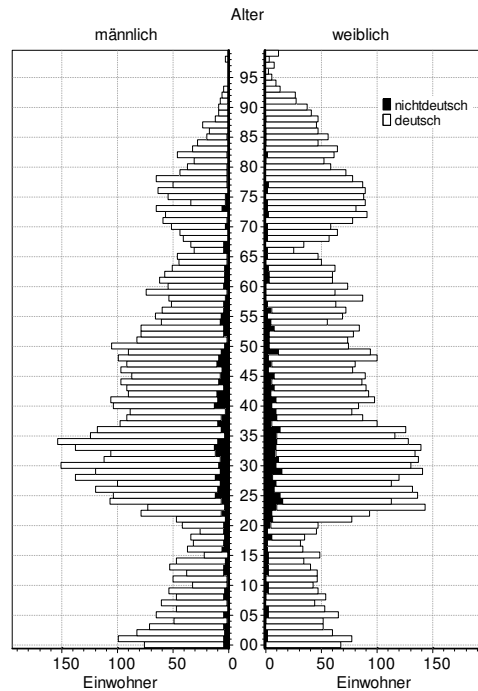
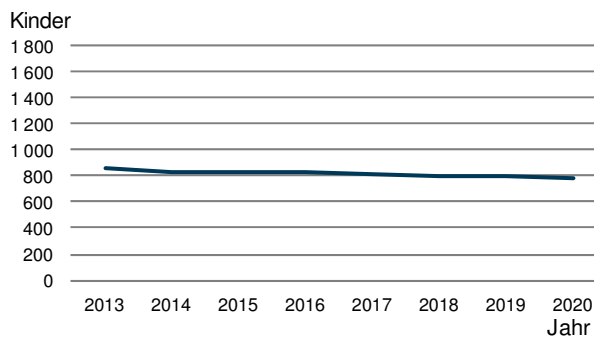
	2012
Einwohner mit Hauptwohnsitz	12 977
Anteil der Einwohner an der Gesamtbevölkerung	8,2
Durchschnittsalter	42,7
untersuchte Kinder	136
Anteil an allen untersuchten Kindern	8,3



Kinder 0 bis unter 7 Jahren seit 2003



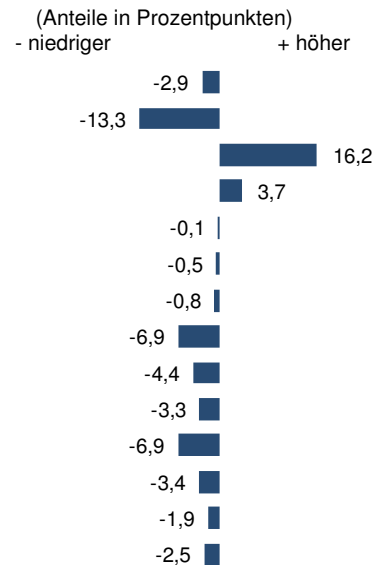
Kinder 0 bis unter 7 Jahren Prognose bis 2020¹



Ausgewählte Indikatoren

	2012
Sozialstatus niedrig	3,1
Sozialstatus mittel	17,3
Sozialstatus hoch	79,5
U1 bis U6 vollständig	98,4
U7 bis U9 vollständig	78,7
Impfung Tetanus	95,0
Impfung Masern	88,3
Allergien	7,4
emotionale soziale Störungen	5,9
Sprach- und Sprechstörungen	5,9
Kinder mit Förderung	26,5
Sprachheilbehandlung	10,3
Ergotherapie	4,4
heilpädagogische Frühförderung	2,9

Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt Potsdam 2012

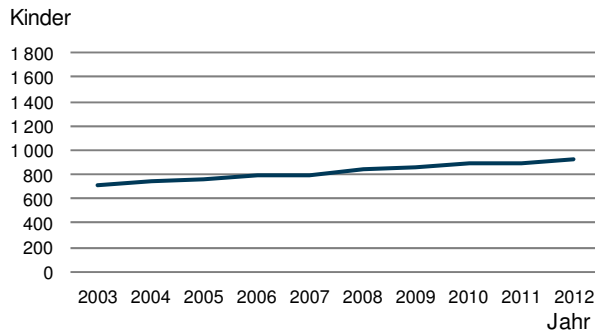


Planungsraum 303
Brandenburger Vorstadt

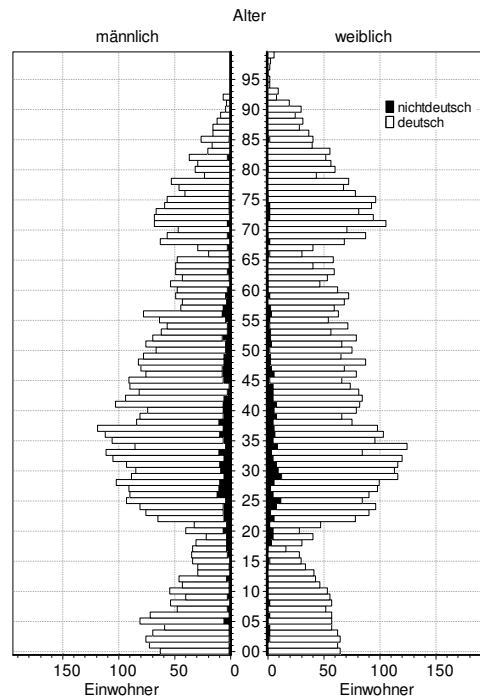
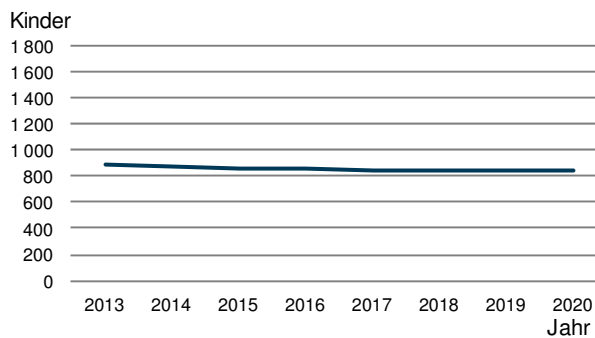
	2012
Einwohner mit Hauptwohnsitz	11 457
Anteil der Einwohner an der Gesamtbevölkerung	7,2
Durchschnittsalter	42,7
untersuchte Kinder	152
Anteil an allen untersuchten Kindern	9,3



Kinder 0 bis unter 7 Jahren seit 2003



Kinder 0 bis unter 7 Jahren Prognose bis 2020¹

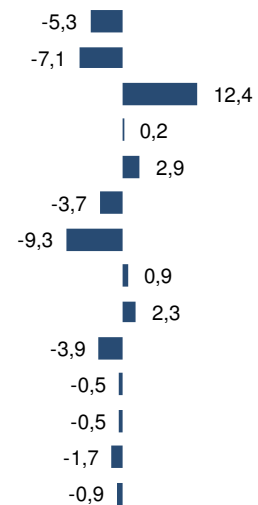


Ausgewählte Indikatoren

	2012
Sozialstatus niedrig	0,8
Sozialstatus mittel	23,5
Sozialstatus hoch	75,8
U1 bis U6 vollständig	94,9
U7 bis U9 vollständig	81,8
Impfung Tetanus	91,8
Impfung Masern	79,9
Allergien	15,1
emotionale soziale Störungen	12,5
Sprach- und Sprechstörungen	5,3
Kinder mit Förderung	32,9
Sprachheilbehandlung	13,2
Ergotherapie	4,6
heilpädagogische Frühförderung	4,6

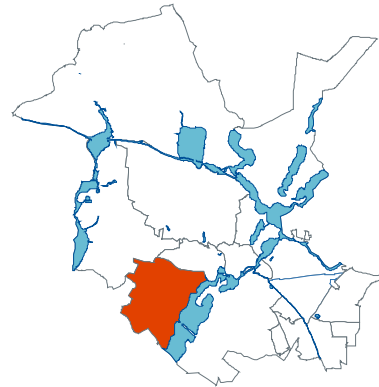
Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt
Potsdam 2012

(Anteile in Prozentpunkten)
- niedriger + höher

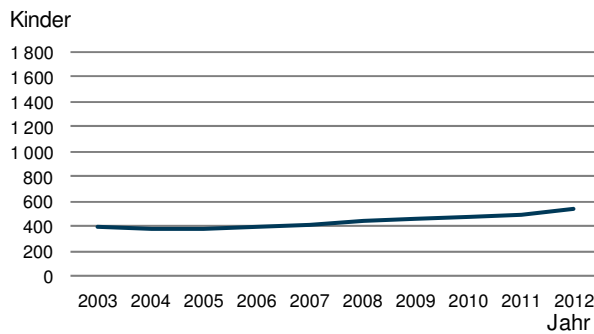


Planungsraum 304
Potsdam West

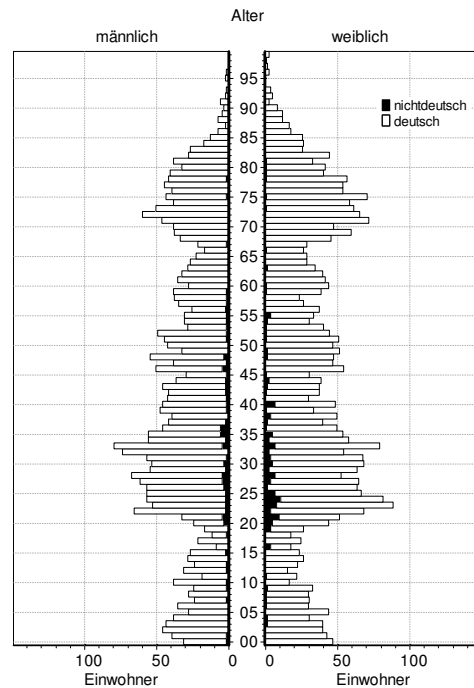
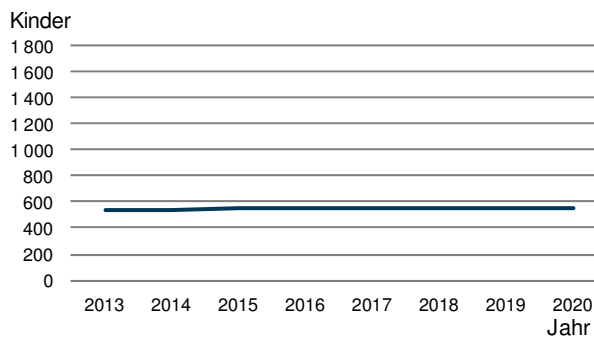
	2012
Einwohner mit Hauptwohnsitz	7 138
Anteil der Einwohner an der Gesamtbevölkerung	4,5
Durchschnittsalter	43,6
untersuchte Kinder	49
Anteil an allen untersuchten Kindern	3,0



Kinder 0 bis unter 7 Jahren seit 2003



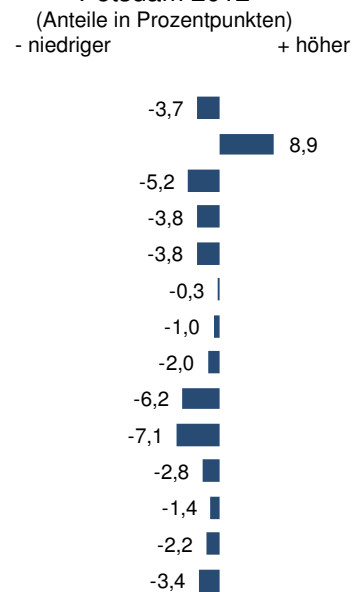
Kinder 0 bis unter 7 Jahren Prognose bis 2020¹



Ausgewählte Indikatoren

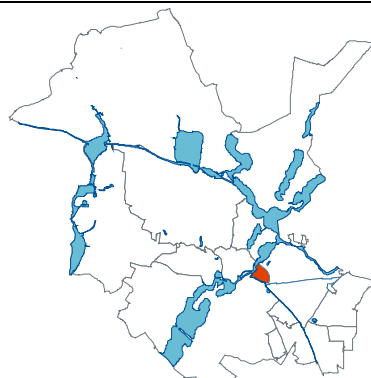
	2012
Sozialstatus niedrig	2,3
Sozialstatus mittel	39,5
Sozialstatus hoch	58,1
U1 bis U6 vollständig	90,9
U7 bis U9 vollständig	75,0
Impfung Tetanus	95,2
Impfung Masern	88,1
Allergien	12,2
emotionale soziale Störungen	4,1
Sprach- und Sprechstörungen	2,0
Kinder mit Förderung	30,6
Sprachheilbehandlung	12,2
Ergotherapie	4,1
heilpädagogische Frühförderung	2,0

Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt
Potsdam 2012

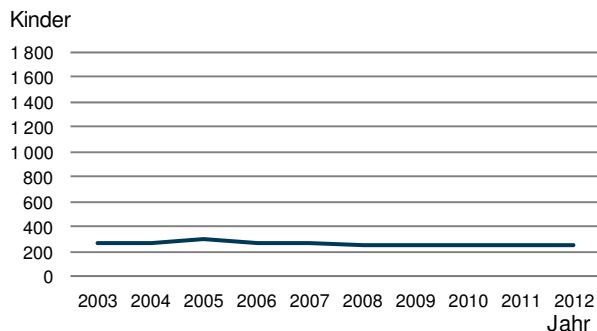


Planungsraum 401
Zentrum Ost

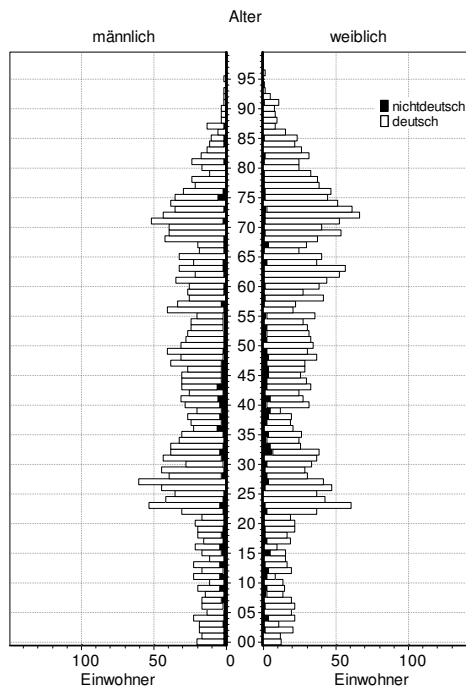
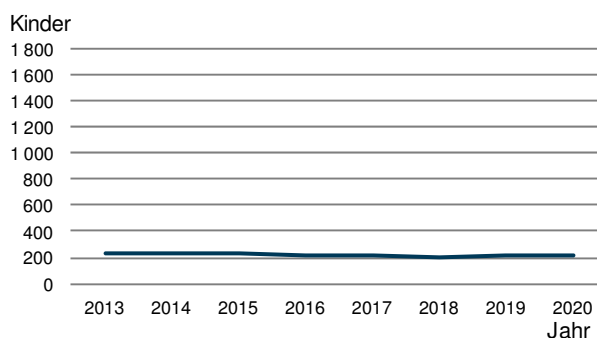
	2012
Einwohner mit Hauptwohnsitz	5 033
Anteil der Einwohner an der Gesamtbevölkerung	3,2
Durchschnittsalter	47,1
untersuchte Kinder	10
Anteil an allen untersuchten Kindern	0,6



Kinder 0 bis unter 7 Jahren seit 2003



Kinder 0 bis unter 7 Jahren Prognose bis 2020¹

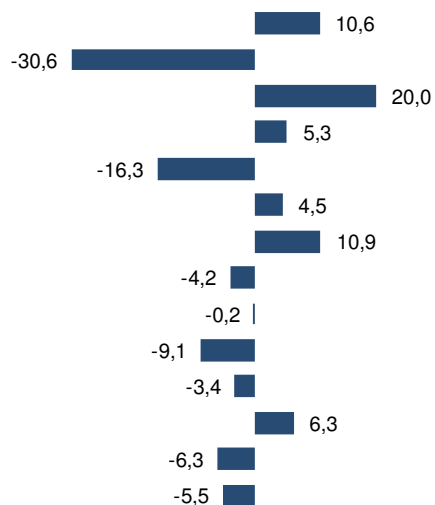


Ausgewählte Indikatoren

	2012
Sozialstatus niedrig	16,7
Sozialstatus mittel	0,0
Sozialstatus hoch	83,3
U1 bis U6 vollständig	100,0
U7 bis U9 vollständig	62,5
Impfung Tetanus	100,0
Impfung Masern	100,0
Allergien	10,0
emotionale soziale Störungen	10,0
Sprach- und Sprechstörungen	0,0
Kinder mit Förderung	30,0
Sprachheilbehandlung	20,0
Ergotherapie	0,0
heilpädagogische Frühförderung	0,0

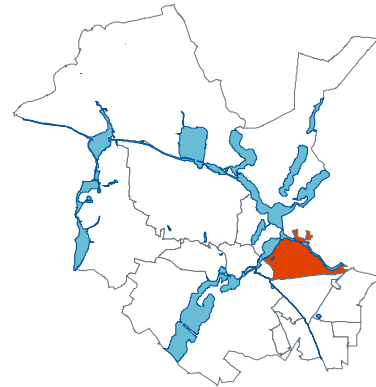
Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt
Potsdam 2012

(Anteile in Prozentpunkten)
- niedriger + höher

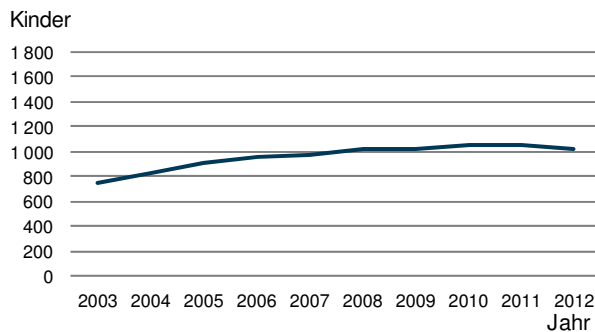


Planungsraum 402
Babelsberg Nord, Klein Glienicke

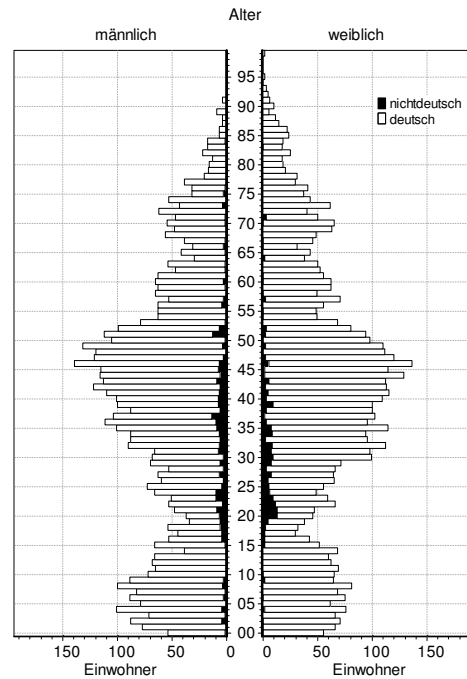
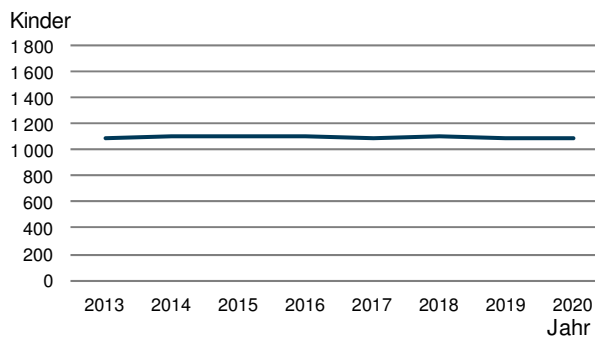
	2012
Einwohner mit Hauptwohnsitz	11 566
Anteil der Einwohner an der Gesamtbevölkerung	7,3
Durchschnittsalter	38,9
untersuchte Kinder	157
Anteil an allen untersuchten Kindern	9,6



Kinder 0 bis unter 7 Jahren seit 2003



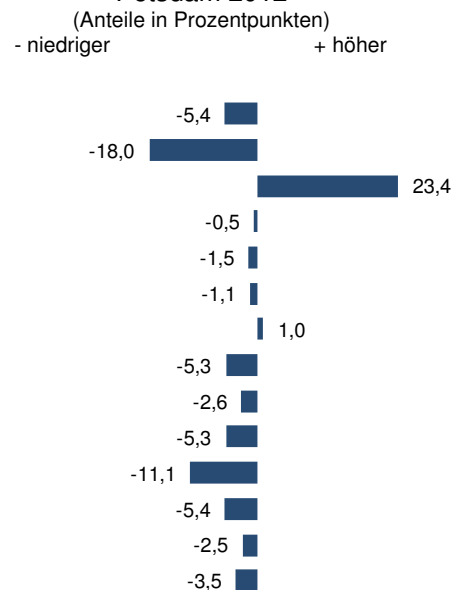
Kinder 0 bis unter 7 Jahren Prognose bis 2020¹



Ausgewählte Indikatoren

	2012
Sozialstatus niedrig	0,7
Sozialstatus mittel	12,6
Sozialstatus hoch	86,7
U1 bis U6 vollständig	94,2
U7 bis U9 vollständig	77,4
Impfung Tetanus	94,4
Impfung Masern	90,1
Allergien	8,9
emotionale soziale Störungen	7,6
Sprach- und Sprechstörungen	3,8
Kinder mit Förderung	22,3
Sprachheilbehandlung	8,3
Ergotherapie	3,8
heilpädagogische Frühförderung	1,9

Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt
Potsdam 2012

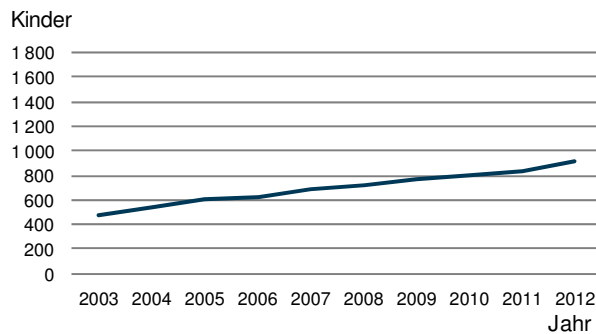


Planungsraum 403
Babelsberg Süd

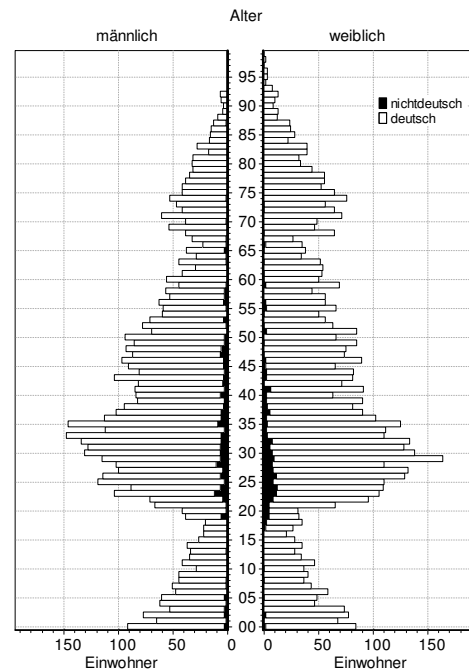
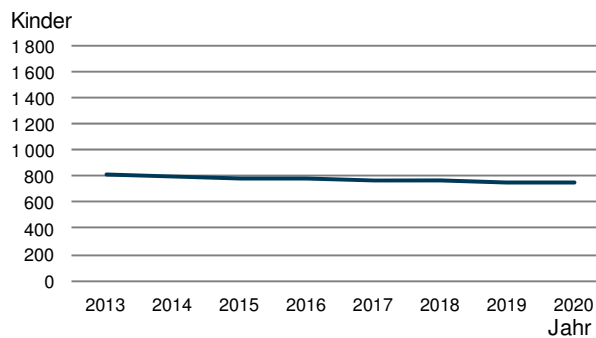
	2012
Einwohner mit Hauptwohnsitz	11 377
Anteil der Einwohner an der Gesamtbevölkerung	7,2
Durchschnittsalter	40,2
untersuchte Kinder	104
Anteil an allen untersuchten Kindern	6,4



Kinder 0 bis unter 7 Jahren seit 2003



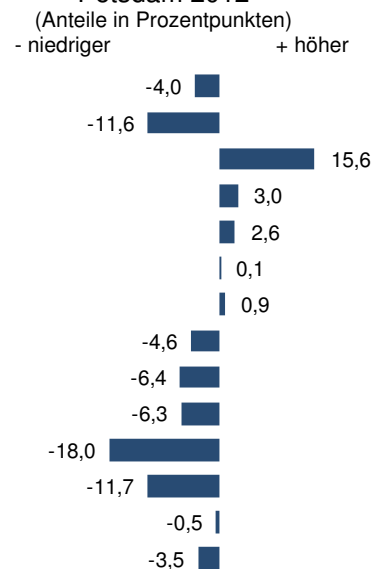
Kinder 0 bis unter 7 Jahren Prognose bis 2020¹



Ausgewählte Indikatoren

	2012
Sozialstatus niedrig	2,1
Sozialstatus mittel	18,9
Sozialstatus hoch	78,9
U1 bis U6 vollständig	97,7
U7 bis U9 vollständig	81,4
Impfung Tetanus	95,6
Impfung Masern	90,0
Allergien	9,6
emotionale soziale Störungen	3,8
Sprach- und Sprechstörungen	2,9
Kinder mit Förderung	15,4
Sprachheilbehandlung	1,9
Ergotherapie	5,8
heilpädagogische Frühförderung	1,9

Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt
Potsdam 2012

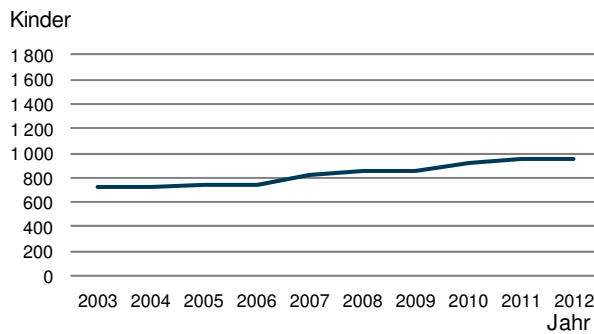


Planungsraum 501 Stern

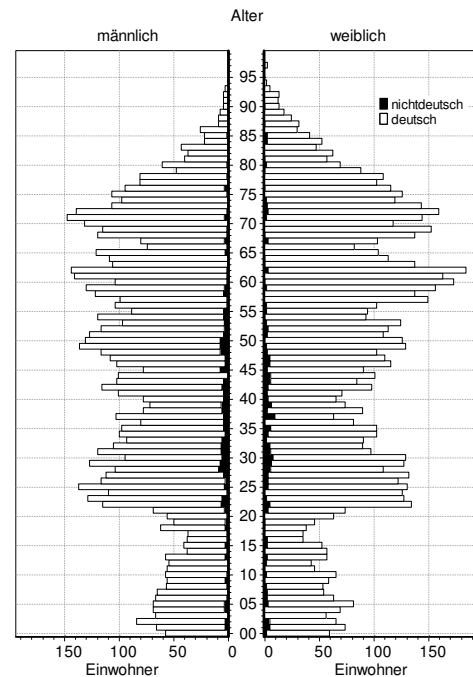
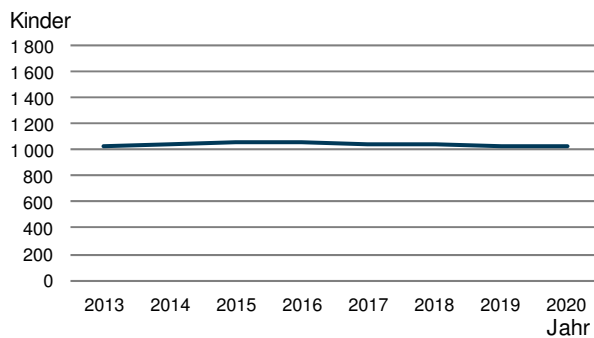
	2012
Einwohner mit Hauptwohnsitz	16 165
Anteil der Einwohner an der Gesamtbevölkerung	10,2
Durchschnittsalter	46,1
untersuchte Kinder	136
Anteil an allen untersuchten Kindern	8,3



Kinder 0 bis unter 7 Jahren seit 2003



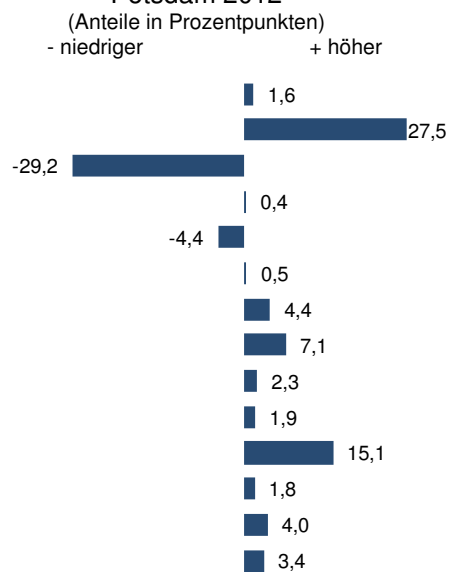
Kinder 0 bis unter 7 Jahren Prognose bis 2020¹



Ausgewählte Indikatoren

	2012
Sozialstatus niedrig	7,7
Sozialstatus mittel	58,1
Sozialstatus hoch	34,2
U1 bis U6 vollständig	95,0
U7 bis U9 vollständig	74,4
Impfung Tetanus	96,0
Impfung Masern	93,5
Allergien	21,3
emotionale soziale Störungen	12,5
Sprach- und Sprechstörungen	11,0
Kinder mit Förderung	48,5
Sprachheilbehandlung	15,4
Ergotherapie	10,3
heilpädagogische Frühförderung	8,8

Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt Potsdam 2012

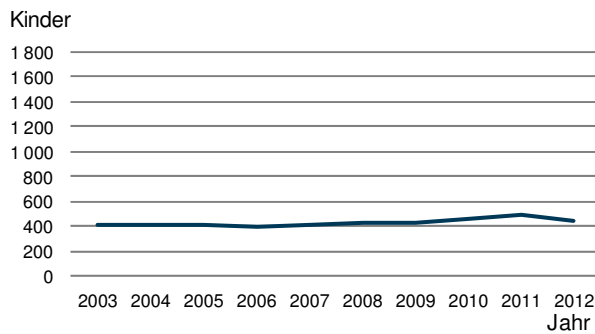


Planungsraum 502
Drewitz

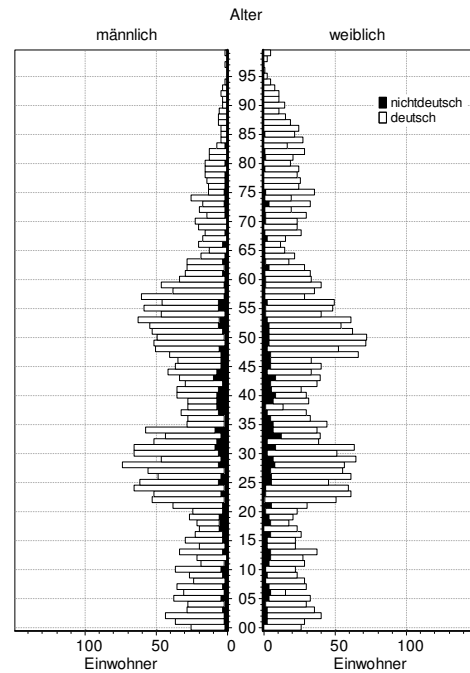
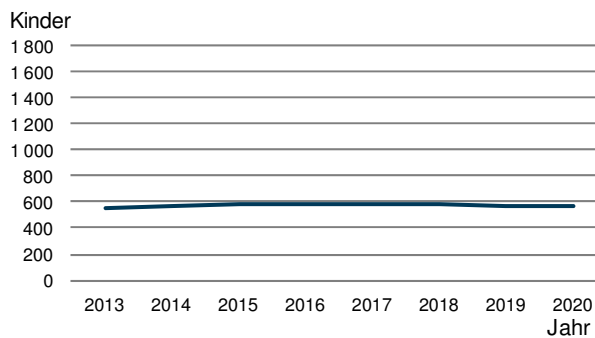
	2012
Einwohner mit Hauptwohnsitz	6 008
Anteil der Einwohner an der Gesamtbevölkerung	3,8
Durchschnittsalter	40,9
untersuchte Kinder	69
Anteil an allen untersuchten Kindern	4,2



Kinder 0 bis unter 7 Jahren seit 2003



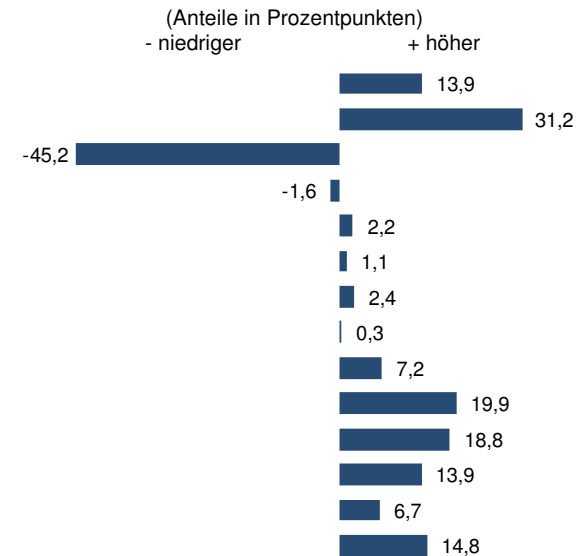
Kinder 0 bis unter 7 Jahren Prognose bis 2020¹



Ausgewählte Indikatoren

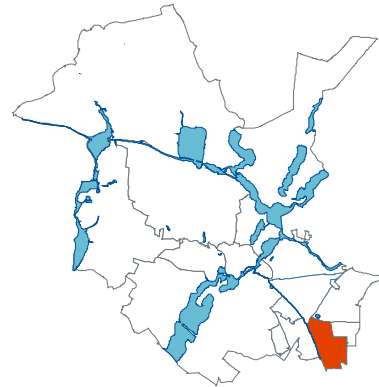
	2012
Sozialstatus niedrig	20,0
Sozialstatus mittel	61,8
Sozialstatus hoch	18,2
U1 bis U6 vollständig	93,1
U7 bis U9 vollständig	81,0
Impfung Tetanus	96,6
Impfung Masern	91,5
Allergien	14,5
emotionale soziale Störungen	17,4
Sprach- und Sprechstörungen	29,0
Kinder mit Förderung	52,2
Sprachheilbehandlung	27,5
Ergotherapie	13,0
heilpädagogische Frühförderung	20,3

Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt
Potsdam 2012

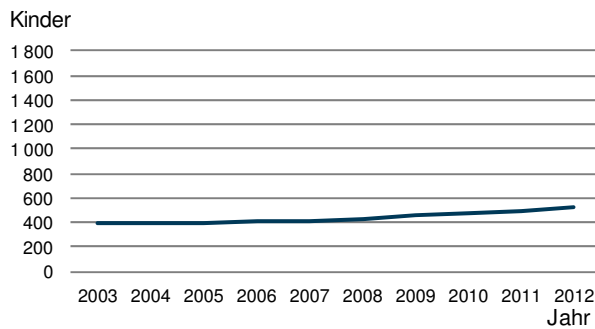


Planungsraum 503
Alt Drewitz, Kirchsteigfeld

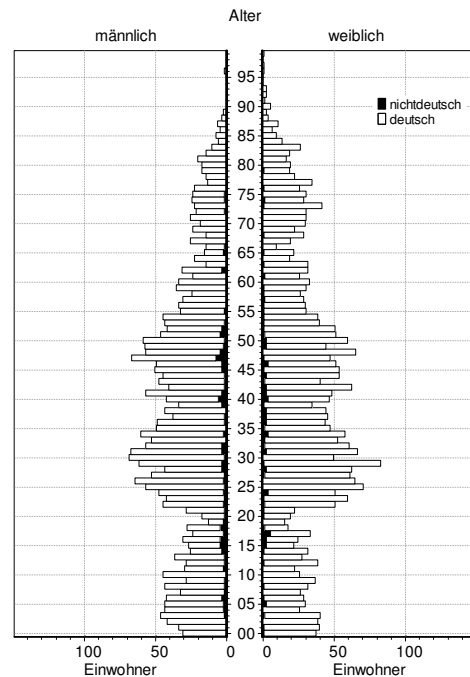
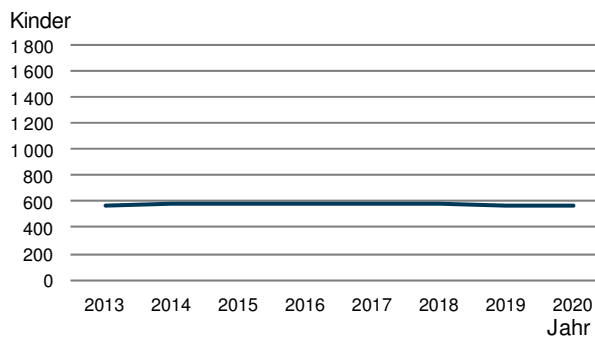
	2012
Einwohner mit Hauptwohnsitz	6 282
Anteil der Einwohner an der Gesamtbevölkerung	3,9
Durchschnittsalter	38,9
untersuchte Kinder	57
Anteil an allen untersuchten Kindern	3,5



Kinder 0 bis unter 7 Jahren seit 2003



Kinder 0 bis unter 7 Jahren Prognose bis 2020¹

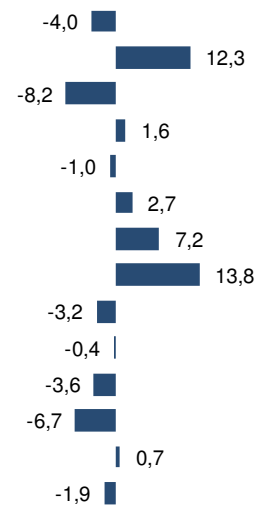


Ausgewählte Indikatoren

	2012
Sozialstatus niedrig	2,0
Sozialstatus mittel	42,9
Sozialstatus hoch	55,1
U1 bis U6 vollständig	96,3
U7 bis U9 vollständig	77,8
Impfung Tetanus	98,2
Impfung Masern	96,4
Allergien	28,1
emotionale soziale Störungen	7,0
Sprach- und Sprechstörungen	8,8
Kinder mit Förderung	29,8
Sprachheilbehandlung	7,0
Ergotherapie	7,0
heilpädagogische Frühförderung	3,5

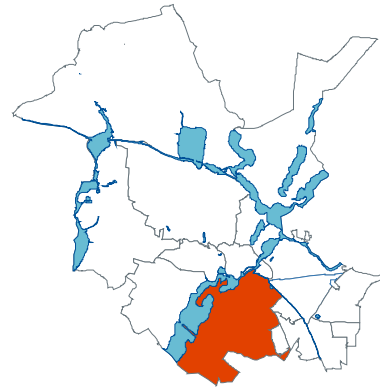
Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt
Potsdam 2012

(Anteile in Prozentpunkten)
- niedriger + höher

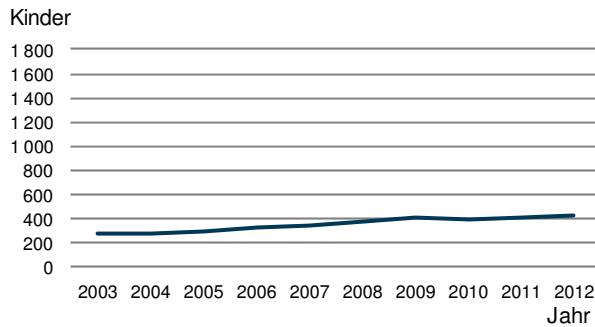


Planungsraum 601
Hauptbahnhof, Brauhausberg,
Templiner und Teltower Vorstadt

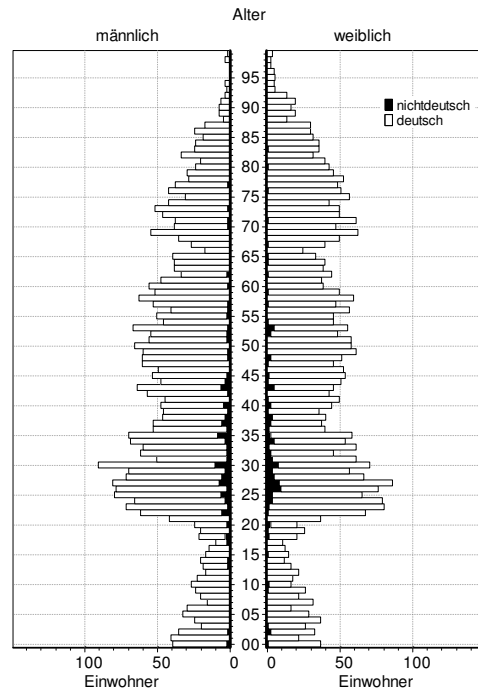
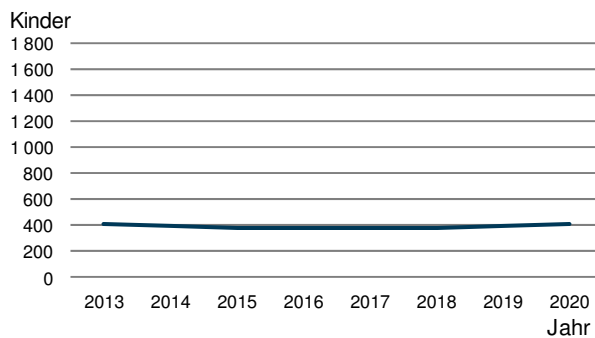
	2012
Einwohner mit Hauptwohnsitz	7 700
Anteil der Einwohner an der Gesamtbevölkerung	4,8
Durchschnittsalter	45,6
untersuchte Kinder	85
Anteil an allen untersuchten Kindern	5,2



Kinder 0 bis unter 7 Jahren seit 2003



Kinder 0 bis unter 7 Jahren Prognose bis 2020¹

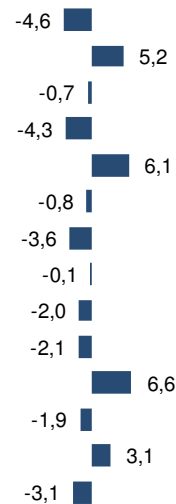


Ausgewählte Indikatoren

	2012
Sozialstatus niedrig	1,5
Sozialstatus mittel	35,8
Sozialstatus hoch	62,7
U1 bis U6 vollständig	90,4
U7 bis U9 vollständig	84,9
Impfung Tetanus	94,7
Impfung Masern	85,5
Allergien	14,1
emotionale soziale Störungen	8,2
Sprach- und Sprechstörungen	7,1
Kinder mit Förderung	40,0
Sprachheilbehandlung	11,8
Ergotherapie	9,4
heilpädagogische Frühförderung	2,4

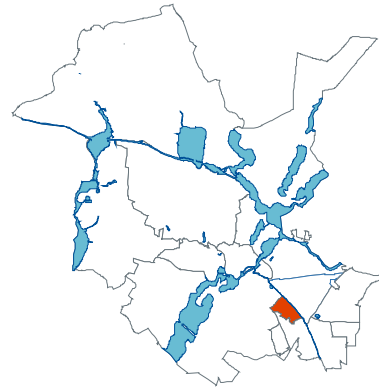
**Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt
Potsdam 2012**

(Anteile in Prozentpunkten)
- niedriger + höher

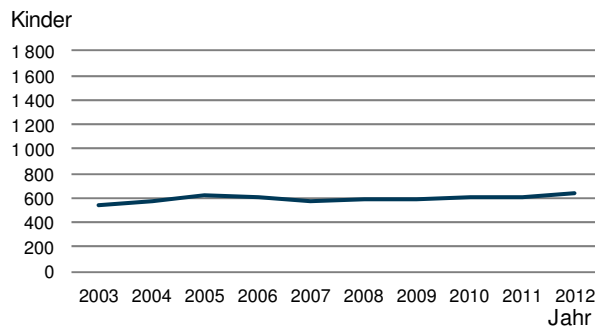


Planungsraum 602 Schlaatz

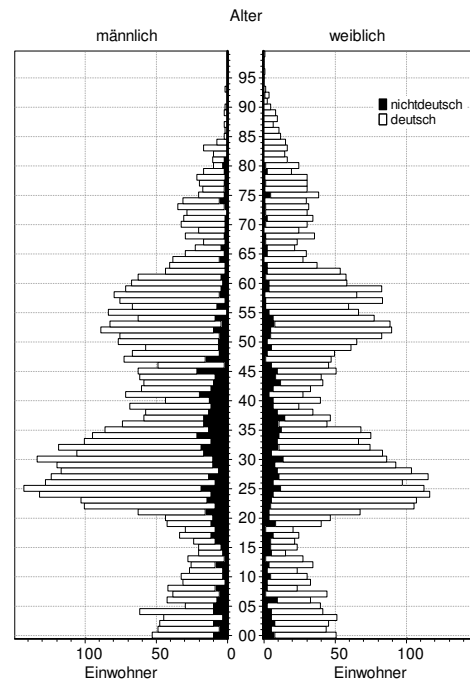
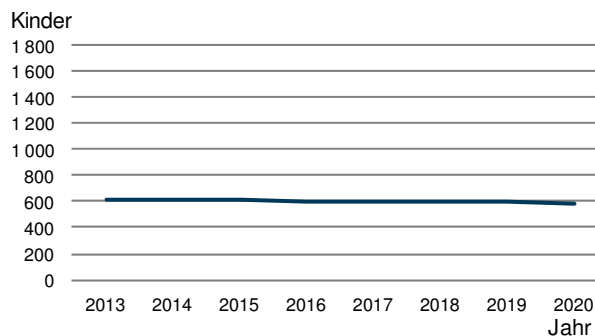
	2012
Einwohner mit Hauptwohnsitz	8 999
Anteil der Einwohner an der Gesamtbevölkerung	5,7
Durchschnittsalter	38,8
untersuchte Kinder	99
Anteil an allen untersuchten Kindern	6,1



Kinder 0 bis unter 7 Jahren seit 2003



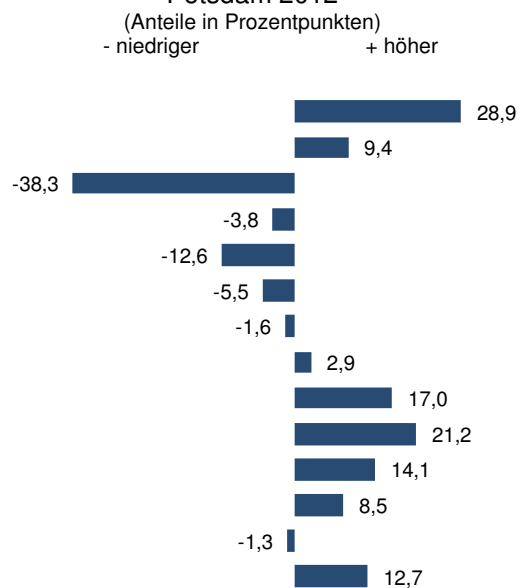
Kinder 0 bis unter 7 Jahren Prognose bis 2020¹



Ausgewählte Indikatoren

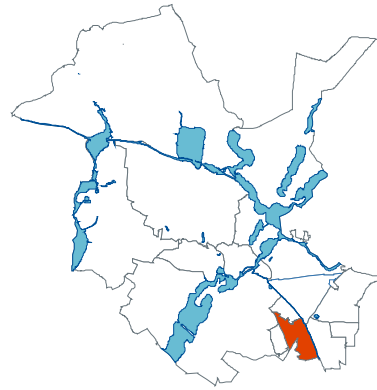
	2012
Sozialstatus niedrig	35,0
Sozialstatus mittel	40,0
Sozialstatus hoch	25,0
U1 bis U6 vollständig	90,9
U7 bis U9 vollständig	66,2
Impfung Tetanus	90,0
Impfung Masern	87,5
Allergien	17,2
emotionale soziale Störungen	27,3
Sprach- und Sprechstörungen	30,3
Kinder mit Förderung	47,5
Sprachheilbehandlung	22,2
Ergotherapie	5,1
heilpädagogische Frühförderung	18,2

Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt Potsdam 2012

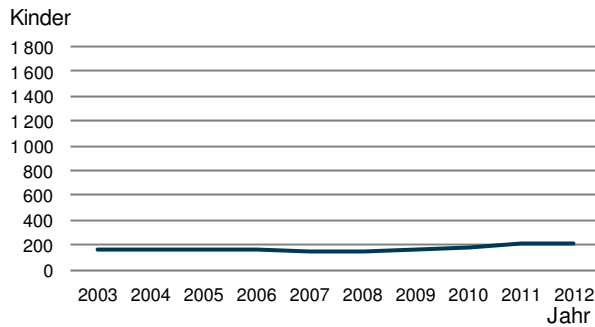


Planungsraum 603
Waldstadt I, Industriegelände

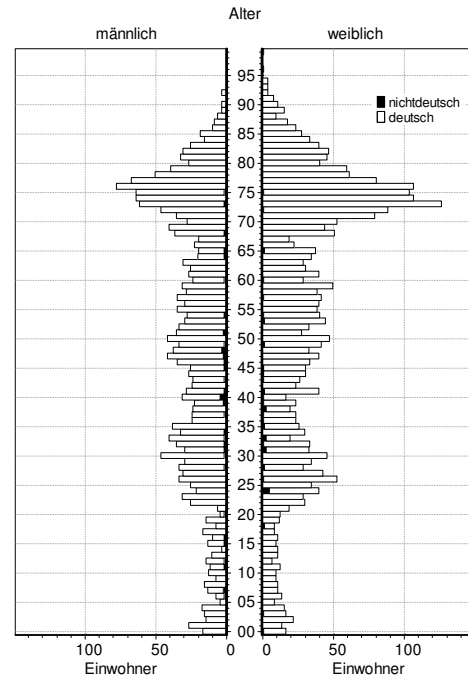
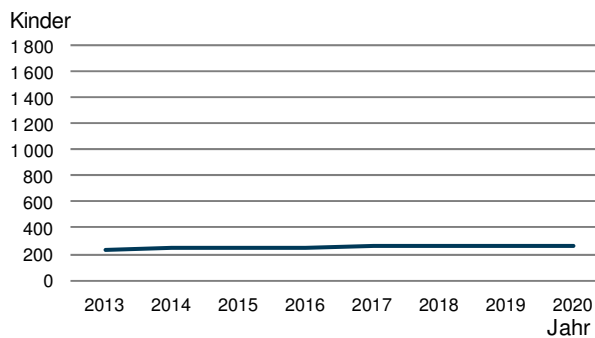
	2012
Einwohner mit Hauptwohnsitz	5 503
Anteil der Einwohner an der Gesamtbevölkerung	3,5
Durchschnittsalter	53,1
untersuchte Kinder	26
Anteil an allen untersuchten Kindern	1,6



Kinder 0 bis unter 7 Jahren seit 2003



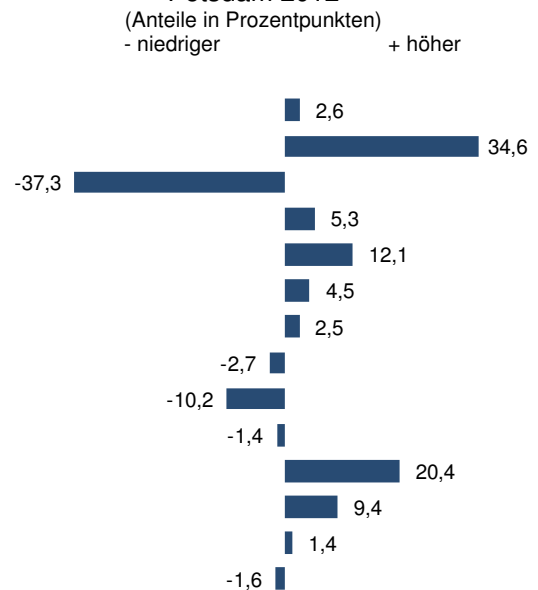
Kinder 0 bis unter 7 Jahren Prognose bis 2020¹



Ausgewählte Indikatoren

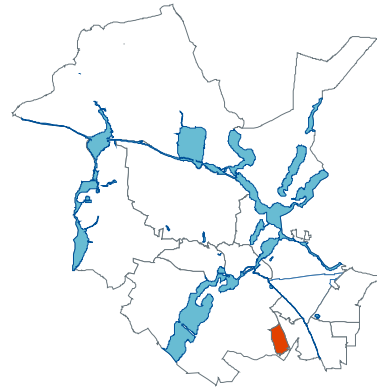
	2012
Sozialstatus niedrig	8,7
Sozialstatus mittel	65,2
Sozialstatus hoch	26,1
U1 bis U6 vollständig	100,0
U7 bis U9 vollständig	90,9
Impfung Tetanus	100,0
Impfung Masern	91,7
Allergien	11,5
emotionale soziale Störungen	0,0
Sprach- und Sprechstörungen	7,7
Kinder mit Förderung	53,8
Sprachheilbehandlung	23,1
Ergotherapie	7,7
heilpädagogische Frühförderung	3,8

Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt
Potsdam 2012

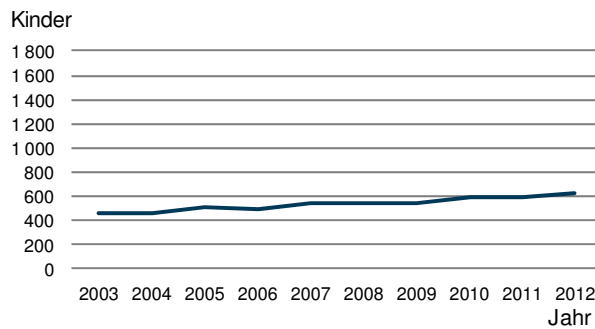


Planungsraum 604 Waldstadt II

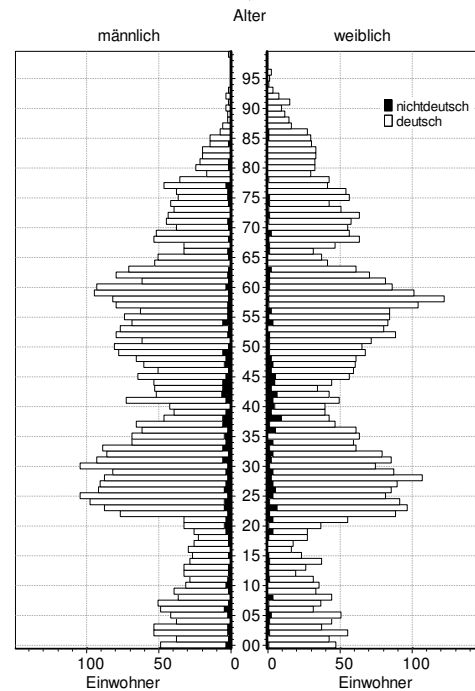
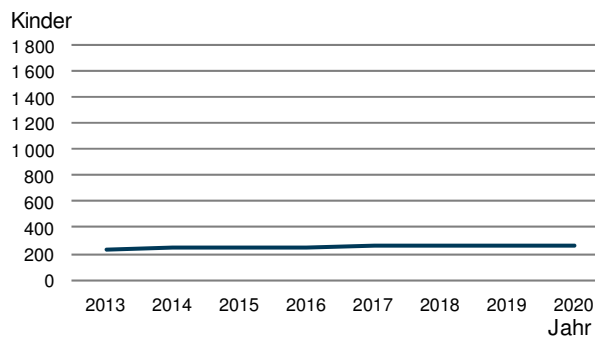
	2012
Einwohner mit Hauptwohnsitz	9 580
Anteil der Einwohner an der Gesamtbevölkerung	6,0
Durchschnittsalter	43,1
untersuchte Kinder	79
Anteil an allen untersuchten Kindern	4,8



Kinder 0 bis unter 7 Jahren seit 2003



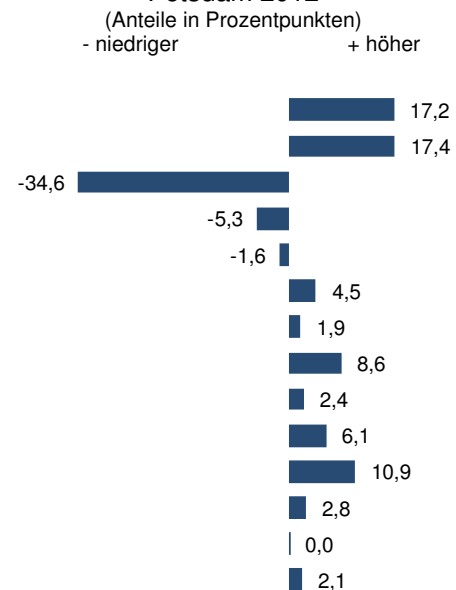
Kinder 0 bis unter 7 Jahren Prognose bis 2020¹



Ausgewählte Indikatoren

	2012
Sozialstatus niedrig	23,3
Sozialstatus mittel	47,9
Sozialstatus hoch	28,8
U1 bis U6 vollständig	89,4
U7 bis U9 vollständig	77,3
Impfung Tetanus	100,0
Impfung Masern	91,0
Allergien	22,8
emotionale soziale Störungen	12,7
Sprach- und Sprechstörungen	15,2
Kinder mit Förderung	44,3
Sprachheilbehandlung	16,5
Ergotherapie	6,3
heilpädagogische Frühförderung	7,6

Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt Potsdam 2012



ERLÄUTERUNG DER FACHBEGRIFFE

Adipositas	Erhebliches Übergewicht
Allergie	„(...) eine spezifische Veränderung der Immunitätslage im Sinne einer krankmachenden Überempfindlichkeit“ (vgl. KJGD HANDBUCH 2010: 58).
Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	Leitsymptome der hyperkinetischen Störung sind Unaufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit), Überaktivität (Hyperaktivität, motorische Unruhe) und Impulsivität.
Bewegungsstörungen	Als auffällig gelten Kinder, die zwei der drei motorischen Tests (Einbeinhüpfer, Einbeinstand, Seitlängergang vorwärts) nicht bewältigen konnten.
Diphtherie	Akute ansteckende Infektionserkrankung der oberen Atemwege.
Einnässen	Wiederholtes, altersunangemessenes unwillkürliches Einnässen ohne dass ein organisches Leiden vorliegt.
Emotionale soziale Störungen	„Die wichtigsten emotionalen Störungen des Kindes- und Jugendalters sind: Angststörungen, Phobien, depressive Störungen und Zwangsstörungen (...) Bestimmend für Störungen des Sozialverhaltens sind ein sich wiederholendes und andauerndes Muster dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens mit einer Mindestdauer von 6 Monaten“ (vgl. KJGD HANDBUCH 2010: 38).
Erhebliches Untergewicht	Starkes Untergewicht liegt laut KJGD Handbuch vor, wenn der BMI-Wert kleiner als das 3. Perzentil der Referenzpopulation ist (vgl. KJGD HANDBUCH 2010: 102).
Hepatitis B	Infektionserkrankung der Leber, die akute oder chronische Verläufe annimmt.
Hib (Haemophilus influenzae Typ b)	Bakterielle Infektion, die sich vor allem auf die Schleimhäute bzw. oberen Atemwege legt.
Hörstörungen	Bei mindestens jeweils einer Prüffrequenz wird der 30 dB-Ton auf einem oder beiden Ohren nicht gehört.
Keuchhusten (Pertussis)	Starker Husten
Kinderlähmung (Poliomyelitis)	Durch Viren hervorgerufene Infektionserkrankung, die die muskelsteuernden Nervenzellen des Rückenmarks angreifen und zu bleibenden Lähmungen führen kann.

Masern-Mumps-Röteln (MMR)	Ansteckende Virusinfektionen, die zumeist im Kindesalter auftreten
Meningokokken	Bakterien, die den Nase-Rachen-Raum befallen.
Pneumokokken	Bakterien, die schwere Infektionen wie Lungenentzündung verursachen.
Sozialstatus	Additiver Sozialindex, der aus den Angaben zur Schulbildung und Erwerbstätigkeit von Mutter und Vater gebildet wird. Bei Alleinerziehenden wird die Summe der Punkte mit zwei multipliziert.

	Punkte je Elternteil	Summe der Punkte
SCHULBILDUNG		
niedrige Schulbildung (fehlender Schulabschluss bzw. weniger als 10 Klassen)	1	9 bis 10 Punkt <u>hoher Sozialstatus</u>
mittlere Schulbildung (10 Klassen)	2	
hohe Schulbildung (mehr als 10 Klassen)	3	
ERWERBSTÄTIGKEIT		
nicht erwerbstätig	1	4 bis 6 Punkte <u>niedriger Sozialstatus</u>
erwerbstätig (Vollzeit und Teilzeit)	2	

Sprach- und Sprechstörungen	„Die Sprach- und Sprechstörungen beziehen sich einerseits auf die Sprachfunktion (gesprochene Sprache, Sprachverständnis, Zeichen und Gesten) und andererseits auf Störungen des Sprechens (Artikulationsstörungen, Stottern und Poltern)“ (vgl. KJGD HANDBUCH 2010: 40).
Tetanus	Eine Infektionserkrankung, die die muskelsteuernden Nervenzellen befällt.
Vorsorgeuntersuchungen	Sie gehören im Rahmen der Prävention von Erkrankungen im Kindesalter zu den medizinischen Früherkennungsmaßnahmen.
Windpocken (Varizellen)	Eine durch Tröpfcheninfektion übertragbare Erkrankung, die einen juckenden Ausschlag auf der Haut erzeugt.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abb.	Abbildung
AGA	Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter
BbgGDG	Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz
BbgSchulG	Brandenburgisches Schulgesetz
BGA	Bündnis „Gesund Aufwachsen im Land Brandenburg“
BIfF	Berliner Institut für Frühpädagogik
BMI	Body-Mass-Index
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ggf.	gegebenenfalls
GV	Grundschulverordnung des Landes Brandenburg
Kita	Kindertagesstätte
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
LUGV	Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg
MBJS	Ministerium für Bildung, Jugend und Sport
PR	Planungsraum
SEU	Schuleingangsuntersuchung
SprachfestFörderverordnung - SfFV	Verordnung zur Durchführung der Sprachstandsfeststellung und kompensatorischen Sprachförderung
SR	Sozialraum
STIKO	Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut
u. a.	unter anderem
ÜAFB	Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung Brandenburg
u. U.	unter Umständen
vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZÄD	Zahnärztlicher Dienst
z. B.	zum Beispiel
ZER	Zentrales Einladungs- und Rückmeldewesen

LITERATURVERZEICHNIS

- ARBEITSGEMEINSCHAFT ADIPOSITAS IM KINDES- UND JUGENDALTER (2012). Leitlinien. Verabschiedet auf der Konsensus-Konferenz der AGA am 04. Oktober 2012. Verfügbar unter: http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/AGA_S2_Leitlinie.pdf [Zugriff am 7.11.2013].
- G-BA, Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Kinder-Richtlinien: Einrichtung einer Kinderuntersuchung U7a. BAnz Nr. 96 (S. 2326) vom 01. Juli 2008. Verfügbar unter: www.g-ba.de/downloads/39-261-674/2008-05-15-Kinder-U7a_BAnz.pdf [Zugriff am 7.11.2013].
- FACHAUSSCHUSS KINDER- UND JUGENDGESUNDHEITSDIENST (KJGD) IM MINISTERIUM FÜR UMWELT, GESUNDHEIT UND VERBRAUCHERSCHUTZ DES LANDES BRANDENBURG (2010): Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg. Leitlinien zur einheitlichen Durchführung und Dokumentation der kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen. Zossen. [Zitiert als KJGD HANDBUCH 2010].
- FUHRMANN, P., SCHREINER-ZINK, S. & GONTARD, A. VON (2009). Enuresis und Enkopresis. In S. Schneider & Margraf (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie (S. 381-394). Heidelberg: Springer.
- HESS, R. (2012). gesundheitsziele.de – Ein sinnvoller Prozess mit strukturellen Hürden. GGW, Jg. 12, Heft 2 (April). S. 16-23.
- KROH, M., NEISS, H., KROLL, L. & LAMPERT; T. (2012). Menschen mit hohem Einkommen leben länger. DIW Wochenbericht 38/2012, 3-15. Verfügbar unter: http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.408359.de/12-38.pdf [Zugriff am 7.11.2013].
- KROMEYER-HAUSCHILD K, KUNZE D, WABITSCH M, ET AL. (2001) Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 149. S. 807-818
- LANDESAMT FÜR SOZIALES UND VERSORGUNG (2013): Brandenburger Sozialindikatoren 2013. Aktuelle Daten zur sozialen Lage im Land Brandenburg. Verfügbar unter: http://www.lasv.brandenburg.de/media_fast/4055/Brandenburger_Sozialindikatoren_2013.pdf [Zugriff am 7.11.2013].
- LANDESHAUPTSTADT POTSDAM (2009). Wohnungslosigkeit in der Landeshauptstadt Potsdam. Sozialbericht 2008/2009. Verfügbar unter: http://www.potsdam.de/cms/dokumente/10062380_27568/aedf1d69/Sozialbericht_gesamt.pdf [Zugriff am 7.11.2013].
- SIEGMÜLLER, J., FRÖHLING, A., GIES, J., HERRMANN, H., KONOPATSCH, S. & PÖTTER, G. (2007): Sprachförderung als grundsätzliches Begleitelement im Kindergartenalltag am Beispiel des Modellprojektes PräSES. L.O.G.O.S. interdisziplinär 15, Vol. 2., S. 84-96.
- THAISS, H., KLEIN, R., SCHUMANN, E.C., ELLSÄßER, G., BREITKOPF, H., REINECKE, H. & ZIMMERMANN, E. (2010). Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren. Bundesgesundheitsblatt 53, S. 1029-1047.
- WOLF, K. M., STANAT, P. & WENDT, W. (2011). EkoS – Evaluation der kompensatorischen Sprachförderung: Abschlussbericht. Berlin, AB Empirische Bildungsforschung der Freien Universität.