



Betreff:
Fortschreibung des Ersten Potsdamer Gesundheitsatlas

öffentlich

bezüglich
DS Nr.:

Erstellungsdatum	29.08.2016
Eingang 922:	30.08.2016

Einreicher: FB Soziales und Gesundheit

Beratungsfolge:

Datum der Sitzung	Gremium
14.09.2016	Stadtverordnetenversammlung der Landeshauptstadt Potsdam

Inhalt der Mitteilung: Die Stadtverordnetenversammlung nimmt zur Kenntnis:

Mit der Drucksache 13/SVV/0453 wurde der Erster Potsdamer Gesundheitsatlas 2013 vorgelegt, welcher die Daten der Schuleingangsuntersuchungen in der Landeshauptstadt Potsdam im Zeitraum 2008 bis 2012 darstellte und in die Betrachtung zusätzlich soziale und stadträumliche Indikatoren mit einbezog.

Bewusst wurde bei der Erstellung des Ersten Gesundheitsatlas auf eine Wertung der Daten verzichtet, um die Möglichkeit für einen fachlichen Austausch zwischen den beteiligten Akteuren zu eröffnen. Auf einem Fachtag zur Kindergesundheit am 7. April 2014 diskutierten 70 Expertinnen und Experten aus Politik und Verwaltung, Netzwerken und Bündnissen sowie aus den "Soziale Stadt"-Quartieren gemeinsam über präventive und gesundheitsfördernde Strategien für die Landeshauptstadt Potsdam. Die zeitnahe Umsetzung der abgeleiteten Handlungsstrategien erfolgte aufgrund mangelnder personeller Ressourcen zum damaligen Zeitpunkt nicht. Inzwischen ist die Anwendung dieser Handlungsempfehlungen, die auf Daten von 2008 bis 2012 basieren, nicht mehr zielführend.

Gemäß dem Beschluss 15/SVV/0228 war zusätzlich zu den Schuleingangsuntersuchungen die Darstellung der Daten für die Kita-, 6.- und 10. Klasse-Untersuchungen und des Zahnärztlichen Dienstes (ZÄD) vorgesehen. Hier bestehen derzeit datenschutzrechtliche Bedenken hinsichtlich einer Verknüpfung der Datensätze, um Aussagen zur Entwicklung eines Kindes im Verlauf treffen zu können. Darüber hinaus ist der Alt-Software eine Abfrage der notwendigen Daten nur noch rudimentär und mit eingeschränkter Aussagekraft möglich.

Aufgrund der eingeschränkten Funktionsfähigkeit der vorhandenen Software *Octoware*, der datenschutzrechtlichen Einsprüche des MASGF und erheblich reduzierten personellen Kapazitäten konnte die Fortschreibung des Gesundheitsatlas bis dato nicht im geforderten Umfang umgesetzt werden.

Der Gesundheitsatlas 2016 basiert auf den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen der Jahre 2011 bis 2015, sodass damit wieder eine aktuelle Datengrundlage geschaffen wurde, um auf einem Fachtag 2017 die Handlungsempfehlungen des Jahres 2014 erneut zu evaluieren, anzupassen und entsprechend aktualisierte Maßnahmen abzuleiten.

Um die bestehenden Hindernisse zu überwinden und perspektivisch die Fortschreibung des Gesundheitsatlas entsprechend dem Beschluss 15/SVV/0228 vorlegen zu können, wurde in den vergangenen Monaten ein intensiver Kontakt mit der Fachstelle am MASGF und dem Landesdatenschutzbeauftragten gepflegt, um die datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen abzuklären und die Grundlage für einen umfassenderen Gesundheitsatlas zu legen.

Zum 01.08.2016 wurde mit der Ablösung der veralteten Software *Octoware* und der Ersetzung dieser durch *ISGA* begonnen. Nach erfolgreicher Datenmigration und Einarbeitung der Mitarbeitenden kann mit einer Fortschreibung des Gesundheitsatlas auf der aktuellsten Grundlage begonnen werden.

Datensätze

<u>Untersuchung</u>	<u>Datensatz im Gesundheitsatlas 2016</u>	<u>Fortschreibung</u>
KITA	nein > Datenschutzbedenken MASGF > Auswertung in Octoware mit Sozialraumbezug nicht umfassend möglich	geplant > enge Absprache mit MASGF/Datenschutzbeauftragter > ISGA
SEU	ja	ja
6.KLASSE	nein > Datenschutzbedenken MASGF > Auswertung in Octoware mit Sozialraumbezug nicht umfassend möglich	geplant > enge Absprache mit MASGF/Datenschutzbeauftragter > ISGA
10.KLASSE	nein > Datenschutzbedenken MASGF > Auswertung in Octoware mit Sozialraumbezug nicht umfassend möglich	geplant > enge Absprache mit MASGF/Datenschutzbeauftragter > ISGA
ZÄD	nein > Datenschutzbedenken MASGF > Auswertung in Octoware mit Sozialraumbezug nicht umfassend möglich	geplant > enge Absprache mit MASGF/Datenschutzbeauftragter > ISGA



Landeshauptstadt
Potsdam



Potsdamer Gesundheitsatlas

Ausgewählte Ergebnisse der
Schuleingangsuntersuchung
2011 bis 2015 unter Berücksichtigung
kleinräumiger Aspekte

2016

Potsdamer Gesundheitsatlas

Impressum

Herausgeber

Landeshauptstadt Potsdam
Der Oberbürgermeister
Fachbereich Soziales und Gesundheit
Arbeitsgruppe Planung und Steuerung
Bereich Statistik und Wahlen

Erarbeitet von

Sarah Blaut
Dr. Kristina Böhm
Gabriele Gast
Heike Gumz
Karin Juhász
Dr. Sylvia Klarenbeek
Birgit Ukrow

Kooperationspartner

Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit Brandenburg (LAVG), Abteilung Gesundheit
Karin Lüdecke

Ansprechpartnerin

Sarah Blaut
Arbeitsgruppe Planung und Steuerung
Gesundheits- und Sozialplanung
Hegelallee 6-10, Haus 2
14469 Potsdam
Telefon: 0331 / 289 2449
E-Mail: Sarah.Blaut@Rathaus.Potsdam.de

Quellen

Landeshauptstadt Potsdam
Fachbereich Soziales und Gesundheit
Bereich Öffentlicher Gesundheitsdienst
Arbeitsgruppe Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche

Redaktionsschluss

Titelbild: Ana Blazic Pawvovic – Fotolia.com
Juli 2016

Grußwort

Potsdam ist eine wachsende Stadt. Denn Potsdam ist vor allem auch eine Stadt der Kinder. Das zeigen die jährlich steigenden Geburtenraten, unsere Betreuungsquoten in Kindertagesstätten oder die jedes Jahr steigenden Zahlen von Erstklässlern. Dies geht mit der Verpflichtung und Verantwortung einher, den Nachwuchs auf seinem Weg zum Erwachsenwerden zu begleiten und zu unterstützen. Um ein bedarfsgerechtes Angebot, insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung anzubieten, bedarf es aber einer belastbaren Datengrundlage. Dazu dient dieser Gesundheitsatlas.

Der erste Potsdamer Gesundheitsatlas stand unter dem Motto **Kinder bilden das Fundament unserer Zukunft**. Dieses Motto soll für die Fortschreibung beibehalten werden. Durch die Weiterentwicklung der Datensätze ergibt sich ein transparentes Bild in der Entwicklung der einzelnen Themenfelder. Die Aktualisierung der Daten und deren Gegenüberstellung mit den bereits erhobenen Daten versetzt den Leser in die Lage, signifikante Veränderungen der Gesundheit von einzuschulenden Mädchen und Jungen vor dem Hintergrund des sozialen Status in den Sozialräumen zu erkennen.

Für die Landeshauptstadt Potsdam ist die Aufbereitung der Daten im Kontext der Gesundheitsberichterstattung wichtig. Sie dienen der Planung und Steuerung der gesundheitsfürsorglichen Angebote in den Sozial- und Planungsräumen. So soll gemeinsam mit Experten und Vereinen nicht nur ein Diskussionsprozess initiiert, sondern auch gemeinsam ein Maßnahmenportfolio entwickelt werden, in dem konkrete Handlungsoptionen für die Gesundheit unserer Kinder hinterlegt sind.

Dies ist keine alleinige Aufgabe der Verwaltung, sondern ein generationsübergreifender Auftrag an die gesamte Stadtgesellschaft, diese vielschichtige Herausforderung anzunehmen. **Denn Kinder bilden das Fundament unserer Zukunft.**



Jann Jakobs
Oberbürgermeister

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	7
Teil A Ausgewählte Indikatoren der Schuleingangsuntersuchung im Zeitverlauf.....	11
1. Potsdamer Schulanfängerinnen und Schulanfänger	11
2. Sozialstruktur	13
3. Früherkennung und Vorsorge	15
4. Impfungen.....	21
5. Häufigste Befunde	25
5.1 Sprach- und Sprechstörungen	26
5.2 Allergien	27
5.3 Umschriebene Entwicklungsstörungen	28
5.4 Emotionale und soziale Störungen	29
5.5 Einnässen.....	30
5.6 Erhebliches Über- und Untergewicht.....	31
5.7 Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung	33
5.8 Häufigste Befunde nach Sozialstatus.....	34
6. Fördermaßnahmen	36
7. Unfälle	38
Teil B Sozial- und Planungsräume 2015 im Vergleich	42
8. Sozialstruktur nach Planungs- und Sozialräumen.....	44
9. Vorsorge, Impfungen und häufigste Befunde nach Sozial- und Planungsräumen	48
10. Ausgewählte Förderungen nach Sozial- und Planungsräumen	54
Teil C Zusammenfassung der Ergebnisse	58
Anhang: Planungsräume im Blick.....	59
Anhang: Erläuterung der Fachbegriffe.....	78
Anhang: Abkürzungsverzeichnis	81
Anhang: Literaturverzeichnis	82

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen als Ergebnis des Fachtags Kindergesundheit	9
Abbildung 2: Untersuchte Kinder 2008 bis 2015	11
Abbildung 3: Kinder nach Einschulungsjahr und Empfehlung 2011 bis 2015.....	12
Abbildung 4: Kinder nach dem Sozialstatus der Eltern 2011 bis 2015	14
Abbildung 5: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U6 2011 bis 2015	17
Abbildung 6: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen U7 bis U9 2011 bis 2015	18
Abbildung 7: Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung U7a 2013 bis 2015	18
Abbildung 8: Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U6 nach dem Sozialstatus der Eltern 2015.....	19
Abbildung 9: Vorsorgeuntersuchungen U7 bis U9 nach dem Sozialstatus der Eltern 2015.....	20
Abbildung 10: Impfquoten für Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Kinderlähmung, Hib und Hepatitis B 2011 bis 2015	22
Abbildung 11: Impfquoten für Masern, Mumps, Röteln (MMR), Meningokokken, Windpocken und Pneumokokken 2011 bis 2015	23
Abbildung 12: Impfquoten nach dem Sozialstatus der Eltern 2015	23
Abbildung 13: Vorsorgeuntersuchungen und Impfstatus 2015	24
Abbildung 14: Kinder mit und ohne medizinisch relevanten Befund 2008 bis 2015	26
Abbildung 15: Sprach- und Sprechstörungen 2008 bis 2015.....	27
Abbildung 16: Umschriebene Entwicklungsstörungen 2008 bis 2014	29
Abbildung 17: Emotionale und soziale Störungen 2008 bis 2015.....	30
Abbildung 18: Einnässen 2008 bis 2015	31
Abbildung 19: Erhebliches Übergewicht 2008 bis 2015.....	32
Abbildung 20: Erhebliches Untergewicht 2008 bis 2015.....	33
Abbildung 21: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung 2008 bis 2015.....	34
Abbildung 22: Allergien 2008 bis 2015.....	28
Abbildung 23: Häufigste Befunde der Kinder nach dem Sozialstatus der Eltern 2015.....	35
Abbildung 24: Förderung der Kinder nach ausgewählten Behandlungen 2011 bis 2015.....	37
Abbildung 25: Kinder mit einem oder mehreren Unfällen 2011 bis 2015.....	38
Abbildung 26: Planungsräume der Landeshauptstadt Potsdam	43
Abbildung 27: Kinder nach dem Sozialstatus der Eltern - Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt Potsdam 2015	46
Abbildung 28: Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen - Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt Potsdam 2015	51
Abbildung 29: Häufigste Befunde - Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt Potsdam 2015 ...	53
Abbildung 30: Förderungen - Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt Potsdam 2015	56

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Datenübersicht aller Indikatoren aus Teil A.....	39
Tabelle 2: Sozialstatus der Eltern nach Planungs- und Sozialräumen 2015	45
Tabelle 3: Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen nach Sozial- und Planungsräumen 2015.....	50
Tabelle 4: Häufigste Befunde nach Sozial- und Planungsräumen 2015.....	52
Tabelle 5: Ausgewählte Förderungen nach Sozial- und Planungsräumen 2015	55

Einleitung

Dem Schulbeginn jedes Kindes geht die durch das zuständige Gesundheitsamt durchgeführte Schuleingangsuntersuchung (SEU) voraus. Diese Vorgehensweise wird neben dem Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz (§ 6 Abs. 2 BbgGDG) auch im Brandenburgischen Schulgesetz (§ 37 Abs. 1 BbgSchulG), sowie in der Grundschulverordnung des Landes Brandenburg (§ 4 Abs. 4 GV) verbindlich geregelt.

In Potsdam werden diese Untersuchungen durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) der Landeshauptstadt Potsdam durchgeführt und die Daten von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entsprechend erfasst und dokumentiert. Die Kinderärztinnen und Kinderärzte machen sich anhand von Untersuchungen sowie einem Elternfragebogen ein Bild über den Entwicklungsstand des Kindes. Der Fokus liegt dabei zum einen auf körperlichen und zum anderen auf geistigen Aspekten der Gesundheit. Darüber hinaus wird auch die emotionale und soziale Entwicklung der Kinder bewertet. Wenn im Rahmen der SEU gesundheitliche Auffälligkeiten identifiziert werden, erfolgt eine Empfehlung des KJGD an die Eltern zur Einleitung von gezielten Fördermaßnahmen bzw. Behandlungen. Wichtig ist, dass diese Empfehlungen möglichst frühzeitig umgesetzt werden.

Das Ministerium für Arbeit, Senioren, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF) hat das „Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst in Brandenburg“ herausgegeben, um einen einheitlichen Qualitätsstandard zu definieren und somit die Vergleichbarkeit der Untersuchungsergebnisse im gesamten Land Brandenburg zu gewährleisten.¹ Dieses Handbuch wird regelmäßig überarbeitet, um die Ergebnisse der Untersuchungen noch aussagefähiger und vergleichbarer zu machen. Die kommunalen Gesundheitsämter sind verpflichtet, ihre Untersuchungsergebnisse an das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) weiterzuleiten. Dort werden die Daten sowohl auf landes- als auch für die kommunale Ebene aufbereitet. Im Ergebnis erhalten die Kommunen die ausgewerteten Daten auf Anfrage zurück und können diese für die eigene Gesundheitsberichterstattung weiter verwenden. Die Auswertung der hier dargestellten Daten erfolgte auf einer anderen Daten- und Berechnungsgrundlage, sodass Abweichungen zu den veröffentlichten Daten des Landes für die Landeshauptstadt Potsdam unter Umständen bestehen können.

Handlungsempfehlungen aus dem ersten Gesundheitsatlas

Im Jahr 2013 wurde der Erste Potsdamer Gesundheitsatlas veröffentlicht. Die ursprüngliche Idee entstand im Jahr 2011 in einer interdisziplinären Projektgruppe. In dieser waren unter-

¹ Die letzte Aktualisierung des Handbuchs fand 2015 statt.

schiedliche Fachbereiche der Landeshauptstadt Potsdam sowie das damalige Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg beteiligt. Die Betrachtung gesundheitlicher Daten im Kontext von sozialen Indikatoren und kleinräumigen Strukturen war zu diesem Zeitpunkt beispielgebend. Ziel war es, durch die ermittelten Ergebnisse entsprechende Handlungsfelder zu identifizieren und diese in der Folge durch zielgerichtete Maßnahmen zu untersetzen, die positive Trends verstärken und negativen entgegenwirken, um mittelfristig eine Steuerungsmöglichkeit durch die Landeshauptstadt Potsdam zu erarbeiten. Konkrete Handlungsempfehlungen und Maßnahmen wurden im Rahmen des ersten Gesundheitsatlas nicht abgeleitet, da der Potsdamer Gesundheitsatlas zunächst ausschließlich als Instrument der Gesundheitsberichterstattung diente.

In einem zweiten Schritt fand am 07. April 2014 in Zusammenarbeit mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Klinikum Westbrandenburg gGmbH ein Fachtag zur Kindergesundheit im Oskar e.V. im Stadtteil Drewitz statt. Zu der Veranstaltung waren Akteure aus den Bereichen Bildung, Erziehung, Gesundheits- und Sozialwesen, Verwaltung, Politik sowie interessierte Eltern geladen. Ziel war es, die Ergebnisse des Potsdamer Gesundheitsatlas zu diskutieren und entsprechende Handlungsempfehlungen daraus abzuleiten. Dazu wurden im Rahmen von Workshops vier Schwerpunktthemen (Impf- und Unfallprävention, Sprachförderung, soziale und emotionale Kompetenz und Vorsorgeuntersuchungen) bearbeitet. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse wird in Abbildung 1 dargestellt.

Ziele der Fortschreibung

Im Nachgang des Fachtags konnten die erarbeiteten Handlungsempfehlungen aufgrund eines personellen Wechsels nicht wie vorgesehen weiter bearbeitet und eine Planung zur konkreten Umsetzung abgeleitet werden. Darüber hinaus wurde das Thema „Asyl“ infolge der rasanten Entwicklungen in den Jahren 2014 und 2015 zu einem zunehmenden Tätigkeitsschwerpunkt. Vor diesem Hintergrund ist der Prozess aus den Handlungsempfehlungen konkrete Maßnahmen abzuleiten und umzusetzen, nicht erfolgt. Eine Nutzung der Handlungsempfehlungen von 2014 ist in Anbetracht des zeitlichen Abstandes zu den Daten (2008 bis 2012) nicht zielführend. Deshalb erfolgt im Rahmen dieser Fortschreibung zunächst eine rein deskriptive Aufbereitung der neueren Daten (SEU 2011 bis 2015), um wieder eine aktuelle Arbeitsgrundlage zu schaffen. Insgesamt steht somit ein Betrachtungszeitraum von acht Jahren zur Verfügung. Für das Jahr 2017 ist erneut ein Fachtag zum Thema Kindergesundheit geplant, bei dem die alten Handlungsempfehlungen mit den Ergebnissen des aktuellen Gesundheitsatlas zusammengeführt und entsprechend der neuen Datenlage weiter entwickelt werden, um der Planung von konkreten Maßnahmen zu dienen. Die Planung sieht weiterhin vor, dass künftig der Umfang der einfließenden Daten auf die Ergebnisse der zahn-

ärztlichen Reihenuntersuchungen, den kinderärztlichen Untersuchung zwischen dem 30. und 42. Lebensmonat sowie die Schulabgangsuntersuchung berücksichtigt werden sollen.

**Abbildung 1: Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen als Ergebnis des Fachtags
Kindergesundheit 2014**

AG 1: Prävention (Impfungen & Unfälle)

- Ganzheitliches Präventionshandeln (Ausbau von Präventionsketten)
- Verknüpfung der Lebensweiten von Kindern und Familien (Gesundheit, Bildung, Stadtentwicklung, Sozialbereich, Medienwelt, Wohnungswirtschaft, Handel) durch Zusammenführung der Akteure und Bündelung der Maßnahmen und Aktionen
- Erhöhung der Förderstandards bei Quantität und Qualität der ehrenamtlichen Familienbegleiter und –begleiterinnen sowie Lotsen und Lotsinnen
- Elternbildung
- Netzwerkkampagne in der ganzen Stadt an einem Tag

AG 2: Sprachförderung

- Anhebung des Erzieberschlüssels
- Intensive Elternarbeit (u.a. Info-Blätter, Auftritte der Kinder, Zentren/Bürgerhäuser, Elterncafé in der Kita)
- Logopädische Sprechstunden in Schulen (bedarfsorientiert)
- Fachkräften (als Multiplikatoren) und Eltern Informationen zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten zur Verfügung stellen, z.B. Plattform im Internet
- Vorleseprojekte, Theaterprojekte, Kindermusicals usw. ausbauen

AG 3: Soziale und Emotionale Kompetenz

- Weiterbildung für Lehrerinnen und Lehrer
- Einsatz von mehr Schulhelferinnen und Schulhelfern
- Enge Zusammenarbeit zwischen dem Jugendamt und der Schule (Koordination der Hilfen)
- Vereinheitlichung der Qualitätsstandards in der Praxisberatung
- Größere Einbeziehung der Kitas in die Elternarbeit (Frühe Förderung)

AG 4: Vorsorgeuntersuchungen

- Einführung von Pflichtuntersuchungen (mit Konsequenzen bei der Verweigerung)
- Erweiterung der Vorsorgeuntersuchungen (Schulalter)
- Institutionen, die direkt Kontakt mit den Familien haben (Kitas, Schulen, Familienhebammen usw.) als Multiplikatoren nutzen (Motivation der Eltern)
- Bessere Vernetzung (Kinderärzte, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Krankenkassen)

Gesundheitsziele

Im Land Brandenburg besteht seit 2003 das Bündnis „Gesund aufwachsen im Land Brandenburg“ (BGA), was sich in Folge der Definition des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“² auf nationaler Ebene im Jahr 2000 gründete. Innerhalb des Bündnisses wirken verschiedene Akteure, die sich für ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen einsetzen. Dazu arbeiten sie in Arbeitsgruppen (AG) zu verschiedenen Schwerpunktbereichen, u.a. „AG Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung“ oder „AG Seelische Gesundheit“, zusammen, um das bundesweite Ziel zu befördern. Um Hinweise auf die Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen ableiten zu können, werden innerhalb der AG's relevante Daten zu den jeweiligen Themenbereichen beobachtet und kontrolliert. Wie bereits im Ersten Potsdamer Gesundheitsatlas wird auch in der Fortschreibung bei den entsprechenden Indikatoren auf diese definierten Gesundheitsziele Bezug genommen, um eine bessere Bewertung der gesundheitlichen Lage in der LHP zu ermöglichen.

Aufbau des Potsdamer Gesundheitsatlas

Die Fortschreibung des Potsdamer Gesundheitsatlas ist analog zu dem vorhergehenden Atlas gegliedert. Im **TEIL A** werden die Ergebnisse der SEU für die gesamte Landeshauptstadt Potsdam im Zeitraum von 2011 bis 2015 abgebildet. Dabei erfolgt eine differenzierte Darstellung nach den Kriterien: Geschlecht der Kinder und 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. Eine tabellarische Gesamtübersicht über die zusammengeführten Daten befindet sich am Ende des Teils A (vgl. Tabelle 1, S. 39 ff.).

Im **TEIL B** erfolgt eine ausführliche Auswertung einiger Indikatoren anhand der Sozial- und Planungsräume für das Jahr 2015. Darin werden die Unterschiede in der Sozialstruktur, der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen sowie einige der häufigsten medizinischen Befunde unter der Berücksichtigung von kleinräumigen Aspekten betrachtet. Ein Datenprofil der einzelnen Planungsräume mit einer Übersicht der wichtigsten demografischen und gesundheitlichen Daten befindet sich im **Anhang** (vgl. S. 59 ff.).³ **TEIL C** gibt eine Zusammenfassung der Kernaussagen mit den wichtigsten Ergebnissen in Form von Stichpunkten wieder.

² BMG (2010)

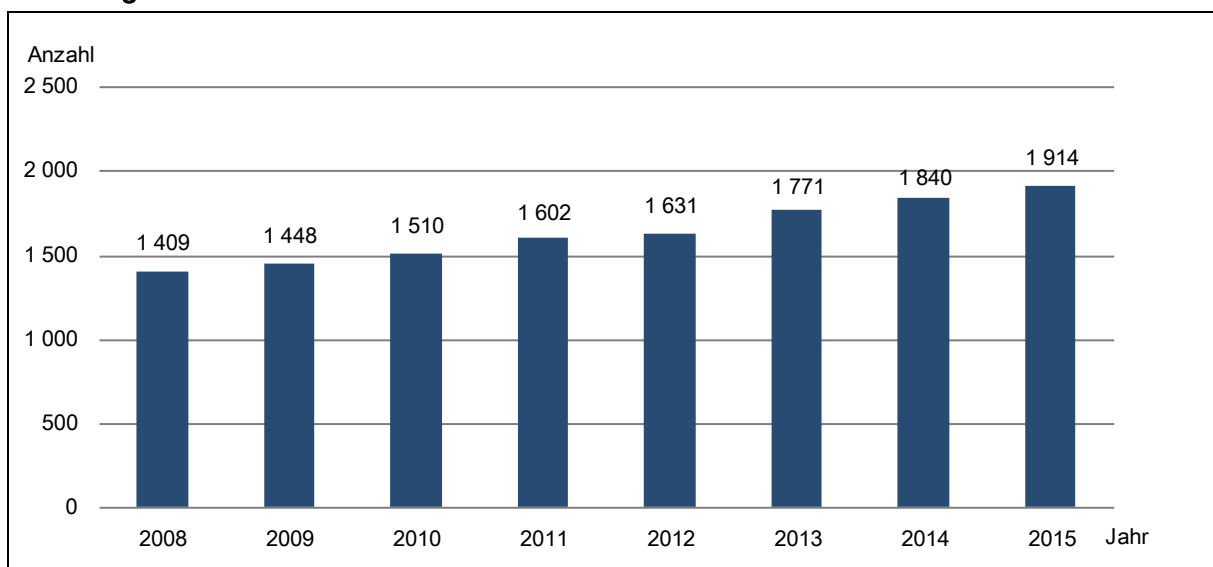
³ Der Anhang des Potsdamer Gesundheitsatlas enthält darüber hinaus ein Abkürzungs- und Literaturverzeichnis sowie eine Erläuterung der medizinischen Fachbegriffe.

Teil A Ausgewählte Indikatoren der Schuleingangsuntersuchung im Zeitverlauf

1. Potsdamer Schulanfängerinnen und Schulanfänger

Die im Verlauf der letzten Jahre kontinuierlich ansteigende Zahl an Potsdamer Einschülerinnen und Einschülern belegt, dass die Landeshauptstadt Potsdam fortlaufend in ihren Bevölkerungszahlen wächst. Ursächlich hierfür ist vor allem die stetige Bevölkerungszuwanderung. Die Geburtenzahlen sind in den vergangenen Jahren ebenfalls leicht gestiegen. So wurden im Jahr 2015 25 % mehr Kinder (1.781) geboren, als noch 2005 (1.423).⁴ Im Zeitraum zwischen 2008 und 2015 entwickelte sich die Zahl der Erstklässler von 1.409 auf 1.914 Kinder, was einem Zuwachs von ca. 36 % entspricht (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Untersuchte Kinder 2008 bis 2015



Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Von den Erstklässlern des Jahres 2015 waren 891 (46,6 %) Mädchen und 1.023 (53,4 %) Jungen. Die Schulanfänger sind zum Untersuchungszeitpunkt in der Regel zwischen fünf und sechs Jahren alt. Im Anamnesebogen wird abgefragt, welche Sprache die Kinder zu Hause sprechen. Direkte Rückschlüsse zum Migrationshintergrund können auf dieser Basis allerdings nicht gezogen werden. Im Jahr 2015 erklärten insgesamt 12,8 % (241) der Eltern, dass die Muttersprache ihres Kindes nicht Deutsch ist bzw. die Kinder mehrere

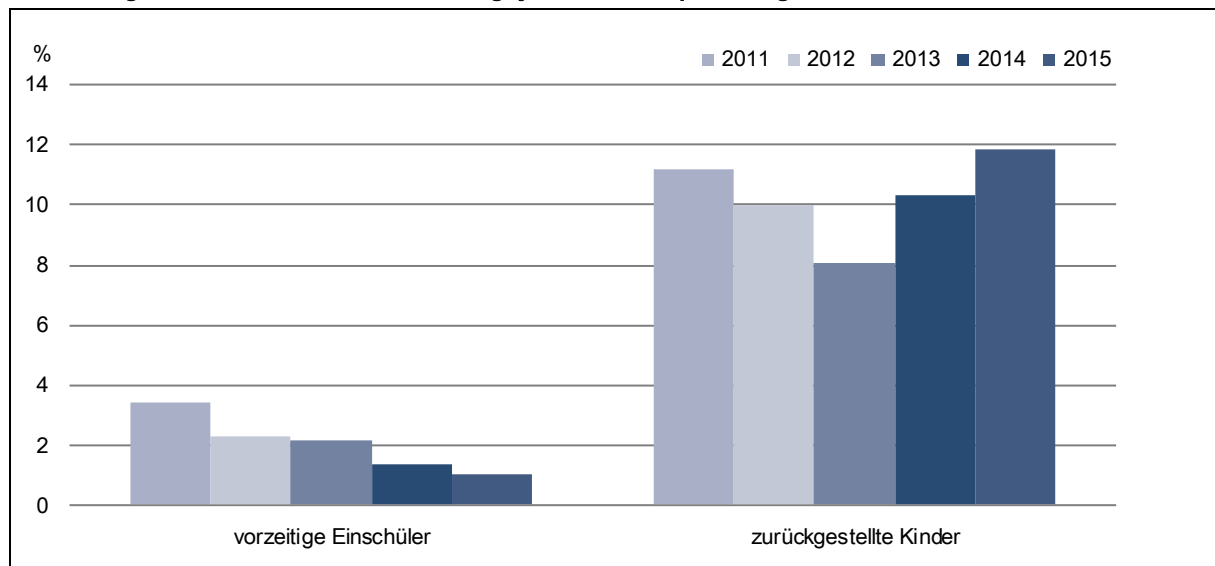
Kurz gesagt: *Seit 2008 steigt die Zahl der einzuschulenden Kinder; die der vorzeitigen Einschulungen sinkt.*

⁴ Bereich Statistik und Wahlen, Landeshauptstadt Potsdam

Sprachen sprechen. Im Jahr 2012 waren dies noch 7,2 % der Erstklässler. Des Weiteren gibt die SEU Aufschluss über die Dauer des Kita-Besuches. Die Auswertungen ergaben, dass die überwiegende Mehrheit der Kinder (72,2 %) die Kita vier bzw. fünf Jahre besuchte. Diese Tendenz ist in den letzten Jahren allerdings rückläufig. Viele Eltern nehmen die Kita-Betreuung nur noch drei Jahre in Anspruch. Das liegt häufig daran, dass ein zunehmender Teil der Kinder erst ab einem Alter von drei Jahren in die Kita geht, weil diese Kinder vorher anderweitig betreut wurden und i.d.R. spätestens mit sechs Jahren eingeschult werden.

Der Beginn des Schulbesuchs kann auf Antrag der Eltern vorgezogen werden. Die Voraussetzung hierfür ist, dass das Kind in dem Zeitraum zwischen dem 1. Oktober und dem 31. Dezember im Jahr der Einschulung das sechste Lebensjahr vollendet (§ 37 Abs. 3 BbgSchulG). In der Landeshauptstadt Potsdam ist die Anzahl der gestellten Anträge auf vorzeitigen Schulbeginn von 3,4 % (55) im Jahr 2011 auf 1,0 % (20) im Jahr 2015 rückläufig (vgl. Abbildung 3). Im Unterschied dazu schwankt die Zahl der zurückgestellten Kinder im Beobachtungszeitraum von 2011 bis 2015. Während im Jahr 2013 nur 8,1 % (144) der Einschüler zurückgestellt wurden, betraf dies 2015 11,9 % (228) der Schulanfänger. Die Entscheidung, ob ein Kind in die erste Klasse aufgenommen wird, trifft letztendlich die Schulleitung.⁵ In die Abstimmung wird neben den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen durch den KJGD auch der Blickwinkel der Kita-Pädagogen und Eltern berücksichtigt.

Abbildung 3: Kinder nach Einschulungsjahr und Empfehlung 2011 bis 2015



Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

⁵ vgl. BbgSchulG, § 51, Abs. 1

2. Sozialstruktur

Im Rahmen der Anamnese der Einschulungsuntersuchung werden die Eltern gebeten, Angaben zu ihrer eigenen Schulbildung sowie ihrer aktuellen Erwerbssituation zu machen.⁶ Die dadurch erfassten Angaben ermöglichen die Bildung eines additiven Sozialindex (vgl. Erläuterung der Fachbegriffe, S. 78). Auf der Grundlage dessen können die Familien der angehenden Erstklässlerinnen und Erstklässler einem niedrigen, mittleren oder hohen Sozialstatus zugeordnet werden.⁷ Diese Kategorisierung ermöglicht die Betrachtung des Gesundheitszustandes der Potsdamer Kinder im Kontext mit dem sozialen Status des Elternhauses.

Vergleicht man die Daten der Jahre 2011 bis 2015 im Bezug auf die soziale Lage der Familien, ist eine deutliche Tendenz erkennbar: Der Anteil der Erstklässler, die aus einer Familie mit niedrigem Sozialstatus kommen, ist in den zurückliegenden Jahren von 6,3 % (86) in 2011 auf 3,8 % (58) in 2015 gesunken. Im Jahr 2008 lag dieser Anteil noch bei 8,6 %. Gleichermäßen verhält es sich bei dem Anteil der Familien, die einen mittleren Sozialstatus aufweist. Dieser ist seit 2011 um ca. 3 % zurückgegangen. Beide Entwicklungen führten in der Konsequenz zu einer Zunahme von Familien, die dem hohen Sozialstatus zuzurechnen sind. Ihr Anteil stieg von 62,4 % (856) in 2011 auf 67,8 % (1.034) in 2015 (vgl. Abbildung 4).

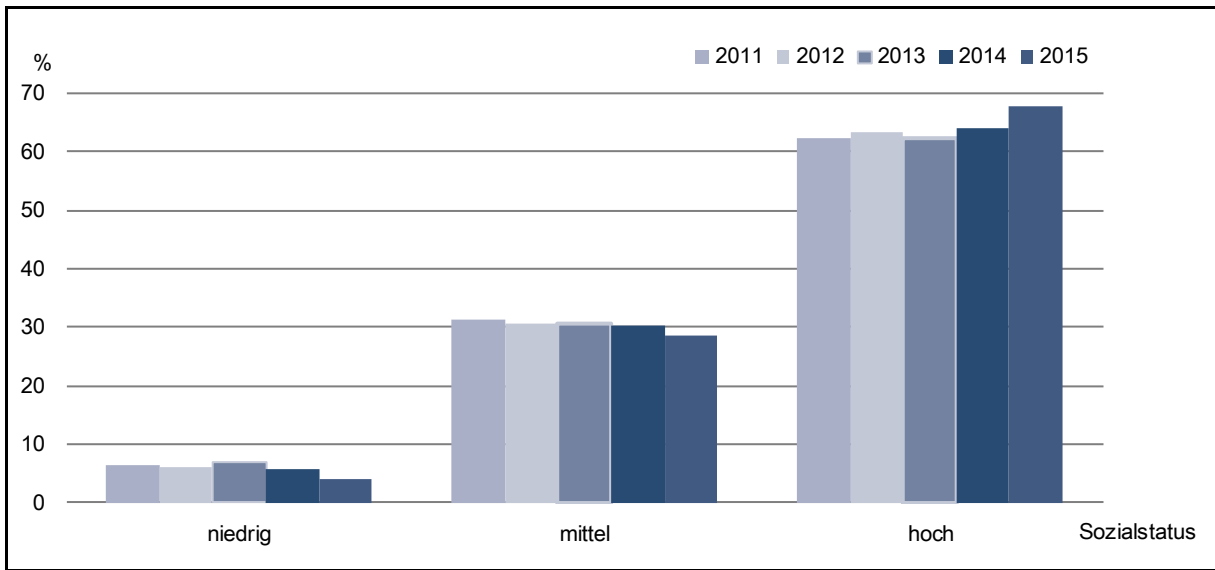
Im Jahr 2008 wiesen lediglich etwas mehr als die Hälfte der Familien (52,8 %) einen hohen Sozialstatus auf. Eine mögliche Ursache für diesen positiven Trend könnte der Zuzug von Familien mit hohem Sozialstatus sein. Darüber hinaus ist es denkbar, dass Eltern mit niedrigem Sozialstatus in dem Fragebogen keine Angaben dazu machen, da diese freiwillig sind. Das könnte zur Folge haben, dass es tatsächlich einen höheren Anteil an Kindern mit niedrigem Sozialstatus gibt.

Kurz gesagt: *Zwischen 2011 und 2015 ist der Anteil der Eltern mit einem niedrigen oder mittleren Sozialstatus zugunsten des hohen Sozialstatus weiter gesunken.*

⁶ Der Anteil der Eltern, die keine Angaben zum Sozialstatus machen, ist in der Landeshauptstadt Potsdam schwankend. Im Beobachtungszeitraum lag der niedrigste Wert bei 6,3 % (2013), der höchste Wert bei 22,4 % (2014).

⁷ vgl. LAVG (2016) S. 157 f.

Abbildung 4: Kinder nach dem Sozialstatus der Eltern 2011 bis 2015



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

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

3. Früherkennung und Vorsorge

Insbesondere in den ersten Lebensjahren, in denen die kindliche Entwicklung rasant voranschreitet, sind die gesetzlichen, kostenfreien Früherkennungsuntersuchungen (kurz „U-

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

Untersuchung“ genannt) ein bedeutender Bestandteil der Gesundheitsvorsorge. Darüber hinaus bieten sie als Instrument im Sinne des Kinderschutzes die Möglichkeit, Anzeichen von Kindesvernachlässigung oder -misshandlung aufzudecken.⁸ Das Programm des Bundesministerium für Gesundheit (BMG) umfasst zehn freiwillige Früherkennungsuntersuchungen (U1

bis U9, seit 2008 U7a) zwischen der Entbindung und dem 64. Lebensmonat.⁹ Ziel der Untersuchungen ist die frühzeitige Erkennung von Entwicklungsdefiziten, um in der Folge notwendige Behandlungsschritte einzuleiten. Die U-Untersuchungen werden von der entsprechenden Geburtsklinik (U1 und U2) bzw. den niedergelassenen Kinderärzten (U3 bis U9) durchgeführt. Mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes zum 01.01.2016 wird das Angebot von Vorsorgeuntersuchungen künftig bis zum 18. Lebensjahr erweitert und ein zusätzlicher Fokus auf individuelle Belastungen, gesundheitliche Risiken der Kinder und Jugendlichen sowie die präventive Beratung der Eltern gelegt werden,¹⁰ da bislang die U10, U11 sowie J2 nur von einigen Krankenkassen übernommen wurden.

Um der sinkenden Inanspruchnahme der U-Untersuchungen mit zunehmendem Alter der Kinder entgegenzuwirken, wurde 2008 im Land Brandenburg ein **Zentrales Einladungs- und Rückmeldewesen (ZER)** etabliert und gesetzlich verankert.¹¹ Dieses zielt auf eine höhere Teilnahmequote bei den Früherkennungsuntersuchungen U6 bis U9 und J1¹² ab. Das Procedere sieht vor, dass das LASV die Eltern einlädt einen Termin bei ihrem Kinderarzt zu vereinbaren. Wenn die Untersuchung dadurch in Anspruch genommen wird, ist die durchführende Ärztin bzw. der durchführende Arzt zur Mitteilung an das LAVG verpflichtet. Im Fall,

⁸ vgl. KJGD-Handbuch 2015, S. 171

⁹ 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, U7a: 34. bis 36. Monat, U8: 46. bis 48. Monat, U9: 60. bis 64. Monat

¹⁰ vgl. BMG (2016)

¹¹ vgl. BbgGDG § 7

¹² 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.

dass die Untersuchung weiterhin nicht wahrgenommen wird, erhalten die Eltern zwei Folgeschreiben vom Landesamt. Sollte noch immer keine Reaktion erfolgen, überträgt das Landesamt die Verantwortung an das örtlich zuständige Gesundheitsamt. Ab diesem Zeitpunkt obliegt die Verantwortung der jeweiligen Kommune, geeignete Maßnahmen zur nachhaltigen Steigerung der Teilnahmeraten an den Früherkennungsuntersuchungen einzuleiten. In der Landeshauptstadt Potsdam werden die Eltern ein drittes Mal vom Gesundheitsamt schriftlich kontaktiert. Im Fall, dass die Eltern weiterhin nicht aktiv werden, wird überprüft, ob das Kind im Rahmen der Kita-Reihenuntersuchung bereits durch den KJGD untersucht wurde oder nicht. Wenn nicht, erfolgt eine Kontaktaufnahme bzw. ein Hausbesuch durch die Sozialarbeiterin des KJGD.

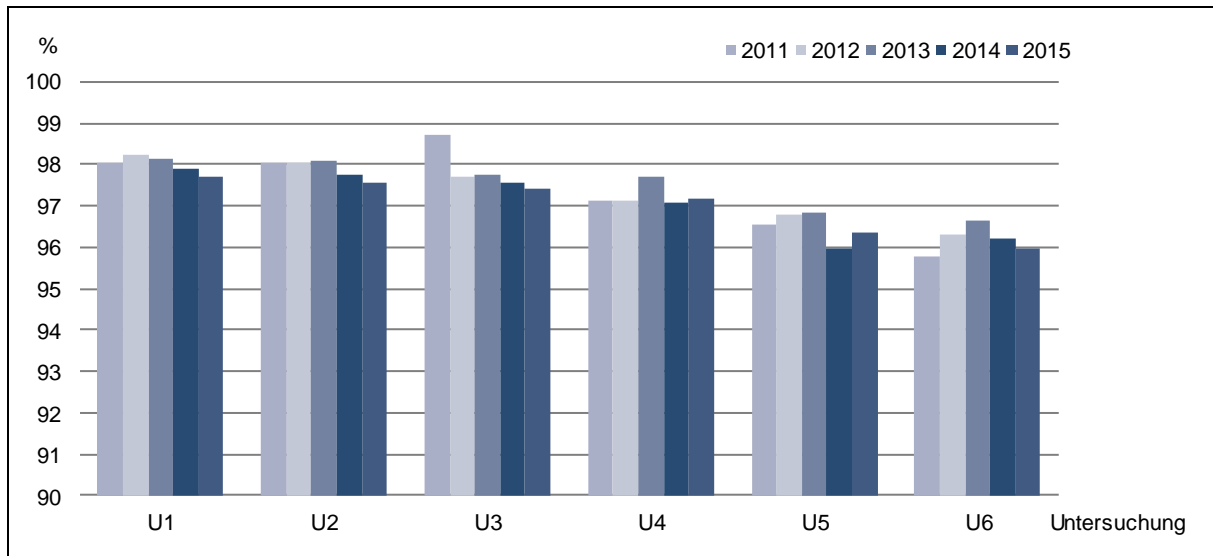
Die nachfolgenden drei Abbildungen spiegeln die Teilnahme Potsdamer Eltern an allen zehn Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U6, U7 bis U9) wider.¹³

Die Abbildung 5 verdeutlicht, dass sich die Teilnahmequoten an den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U6 2015 im Bereich zwischen 96 % und 98,7 % und somit auf einem sehr hohen Niveau bewegen. Sie liegen damit über dem definierten Gesundheitsziel der Inanspruchnahme von mindestens 95 %. Das Ziel wurde bereits seit 2008 erreicht.

Die Einführung des ZER zeigte im Verlauf der letzten Jahre bereits positive Auswirkungen: So ist die Inanspruchnahme der U7 seit 2011 bis zum Jahr 2015 um 4,3 Prozentpunkte auf 96,2 % gestiegen. Die Beteiligung der Eltern betrug in 2008 91,2 %, sodass eine insgesamt steigende Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung U7 zu verzeichnen ist.

Kurz gesagt: *Die Teilnahmequoten an den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U6 liegen 2015 zwischen 96,0 % und 98,7 %. Das Ziel des „Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg“ wird somit erreicht.*

¹³ Als Grundlage hierfür dient das von den Eltern mitgeführte sogenannte „gelbe“ Vorsorgeheft, welches im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung ausgewertet wird.

Abbildung 5: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U6 2011 bis 2015

(schwarze Linie: Gesundheitsziel des BGA >95 %; Die Abb. umfasst alle Kinder, für die das „gelbe“ Vorsorgeheft vorgelegt wurde.)

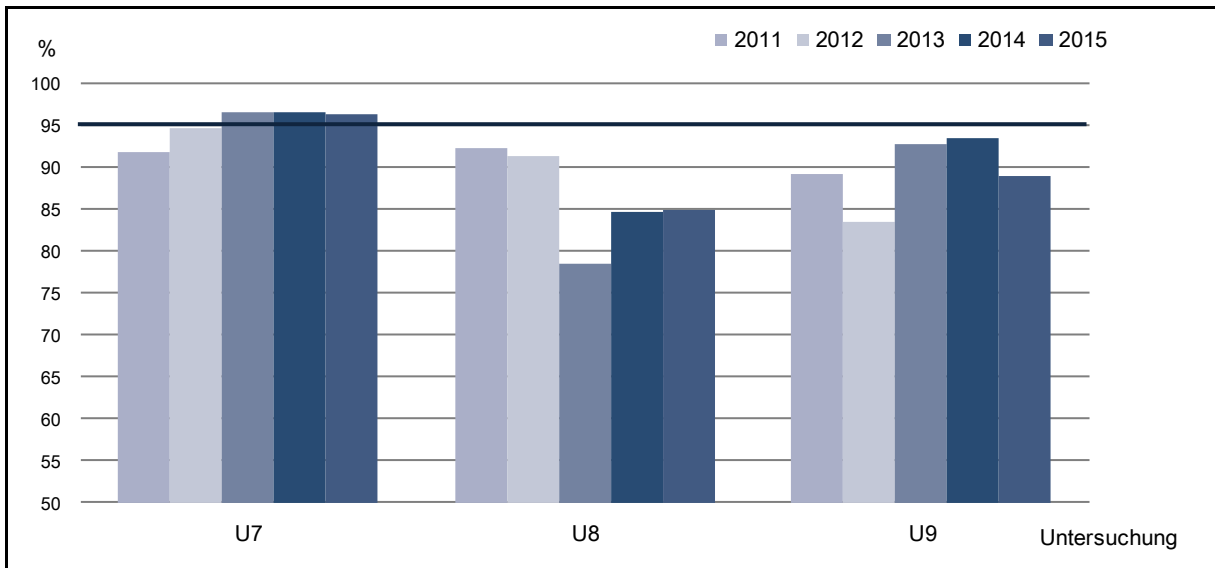
Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Diese nachhaltig positive Entwicklungstendenz konnte allerdings nicht bei allen Vorsorgeuntersuchungen erwirkt werden. Die U8, die im Alter von vier Jahren durchgeführt wird, lässt eine insgesamt schwankende Inanspruchnahme verzeichnen: Von 92,4 % im Jahr 2011 auf 84,9 % im Jahr 2015. Somit ist das Niveau in 2015 fast wieder auf dem aus dem Jahr 2008 (85,6 %). Ein vergleichbarer Verlauf ist auch für die U9 zu erkennen. Hierbei schwankte die Teilnahmequote zwischen 2011 und 2015. Sie lag minimal bei 83,6 % in 2012 und erreichte 2014 die bisherige maximale Teilnehmerate von 88,7 %. Im Zeitverlauf lässt sich dennoch eine positive Entwicklung erkennen, da die Beteiligung nicht erneut auf den niedrigsten Stand von 2008 (78,9 %) gesunken ist (vgl. Abbildung 6).

Kurz gesagt: Die Teilnahmequoten an den Vorsorgeuntersuchungen U8 und U9 liegen im Jahr 2015 bei 84,9 % bzw. 89,0 % und damit unter dem Ziel von 95 %.

Trotz der Einführung des ZER bleibt der Trend bestehen, dass die Teilnahme an den U-Untersuchungen mit zunehmendem Alter der Kinder im zeitlichen Verlauf abnimmt (vgl. Tabelle 1, S. 39). Bei den Untersuchungen U8 und U9 wird das Landesgesundheitsziel, dass 95 % der Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen, nicht erreicht.

Abbildung 6: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen U7 bis U9 2011 bis 2015

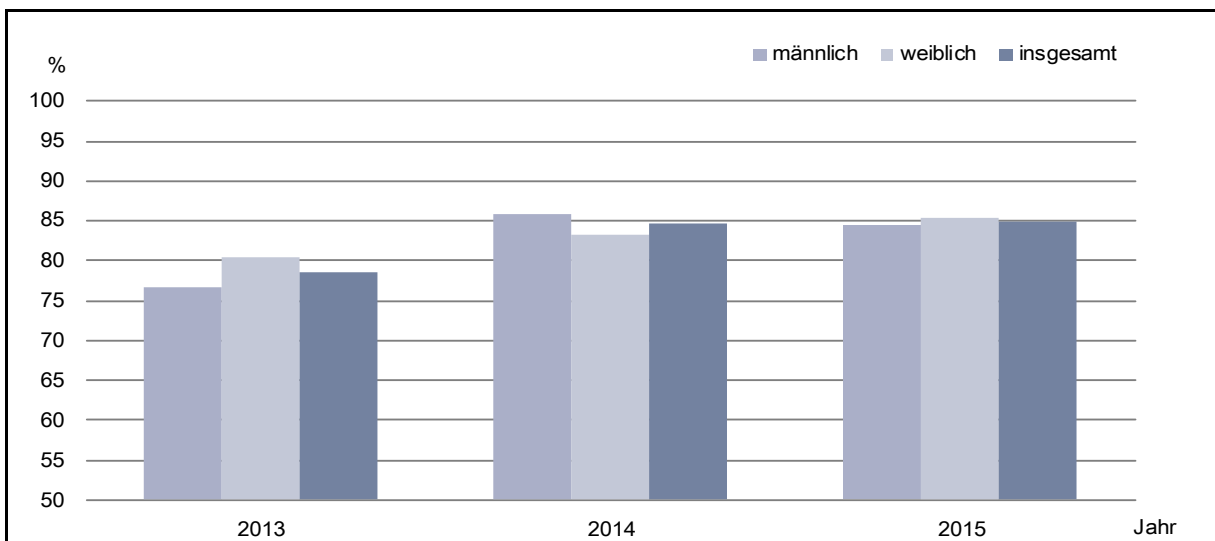


(schwarze Linie: Gesundheitsziel des BGA >95 %; Die Abb. umfasst alle Kinder, für die das „gelbe“ Vorsorgeheft vorgelegt wurde.)

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Durch die 2008 nachträglich eingeführte Vorsorgeuntersuchung U7a (34. bis 36. Lebensmonat) wurde eine Lücke in der bisherigen Versorgung geschlossen.¹⁴ Die enorme Steigerung der Teilnahmequote von 8,5 % der Kinder im Jahr 2011 bis 84,9 % im Jahr 2015 verdeutlicht, dass die Untersuchung sich in der Landeshauptstadt Potsdam inzwischen etabliert hat (vgl. Abbildung 7).

Abbildung 7: Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung U7a 2013 bis 2015



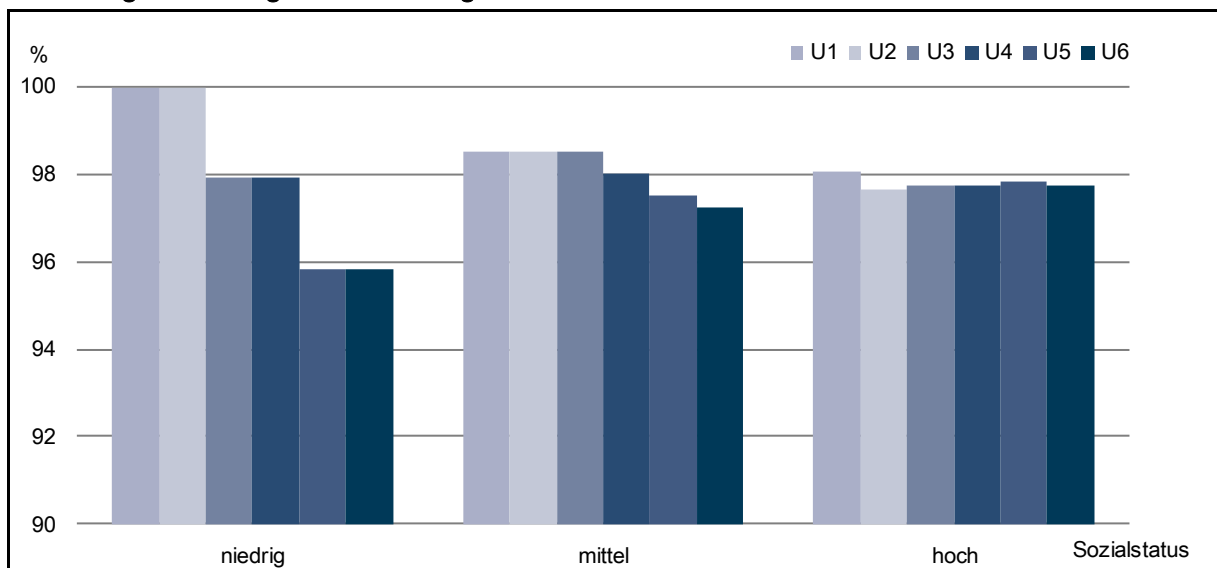
(Die Abb. umfasst alle Kinder, für die das „gelbe“ Vorsorgeheft vorgelegt wurde.)

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

¹⁴ vgl. BMG (2010) S. 30

Bei Betrachtung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen nach dem Sozialstatus lassen sich deutliche Unterschiede erkennen: Familien mit einem niedrigen Sozialstatus weisen bei den Untersuchungen U1 und U2 eine hundertprozentige Teilnahmequote auf. Eine Ursache hierfür ist möglicherweise, dass diese Untersuchungen der jeweiligen Geburtsklinik obliegen, wo eine engmaschige Begleitung der Familien noch leicht gewährleistet ist. Bei Familien mit mittlerem oder hohem Sozialstatus liegen die Teilnahmeraten an der U1 und U2 etwas niedriger. Ursächlich hierfür könnte sein, dass diese Familien häufiger nicht die klassische Krankenhaus-Geburt wählen, sondern Geburtshäusern bzw. die Entbindung in der Häuslichkeit vorziehen. Dadurch unterliegen sie einer weniger engmaschigen Begleitung als Familien, die sich für eine Geburt in einer Geburtsklinik entscheiden. Vorstellbar ist auch, dass einige der Familien mit hohem Sozialstatus aus dem Ausland zugezogen sind und dadurch an den frühen U-Untersuchungen nicht teilnehmen konnten.

Abbildung 8: Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U6 nach dem Sozialstatus der Eltern 2015



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

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

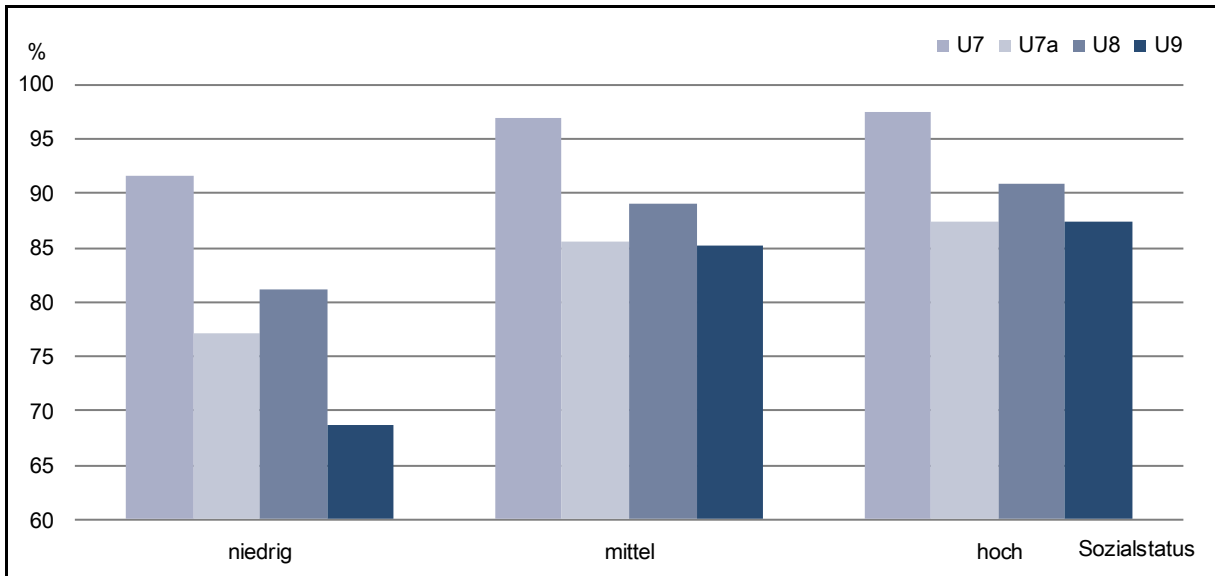
Die Analyse der U4 bis U9 weist einen gegenläufigen Trend auf: Einschüler aus sozial benachteiligten Familien werden weniger häufig erreicht, als Erstklässler aus Familien mit mittlerem bzw. hohem Sozialstatus (vgl. Abbildung 8 und Abbildung 9).

Die größten Unterschiede zeigen sich in der Inanspruchnahme der U9. Sie erfolgt bei Kindern aus Familien mit mittlerem bzw. hohem Sozialstatus zu 85,3 % bzw. 87,4 %; bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus nur zu 68,8 %. Insgesamt weisen Kinder

Kurz gesagt: Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus nehmen 2015 die Früherkennungsuntersuchungen U7 bis U9 deutlich weniger in Anspruch als Kinder aus Familien mit mittlerem und hohem Sozialstatus.

aus Familien mit mittlerem bzw. hohem Sozialstatus bei der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen nur marginale Unterschiede auf. Die Teilnahme an den U-Untersuchungen nimmt unabhängig vom Sozialstatus der Eltern mit zunehmendem Alter der Kinder ab.

Abbildung 9: Vorsorgeuntersuchungen U7 bis U9 nach dem Sozialstatus der Eltern 2015



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

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

4. Impfungen

Bei der Schuleingangsuntersuchung wird der Impfstatus des Kindes anhand des mitgebrachten Impfbuches überprüft.¹⁵ Ziel ist es, die Schülerinnen und Schüler vor Infektionskrankheiten zu schützen. Generell gilt: Je höher die Impfquote, desto größer die Möglichkeit Erreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten.¹⁶

Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO): *Bis 2015 sollten mindestens 95 % der Bevölkerung gegen Masern-Mumps-Röteln (MMR) geimpft sein.*

Obwohl in Deutschland keine Impfpflicht besteht, liegen hierzu Empfehlungen vor. Maßgebend sind dabei die Vorgaben der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch Institut (RKI). Die STIKO

empfiehlt, alle Säuglinge und Kleinkinder gegen Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten (Pertussis), Hib (Haemophilus influenzae Typ b), Kinderlähmung (Poliomyelitis), Hepatitis B, Pneumokokken, Rotaviren, Meningokokken, Masern, Mumps, Röteln (MMR) und Windpocken (Varizellen) zu impfen (vgl. Erläuterung der Fachbegriffe, S. 78 ff.).¹⁷

In den folgenden drei Abbildungen werden die Durchimpfungsraten in der Landeshauptstadt Potsdam im Zeitverlauf dargestellt. Die Inanspruchnahme der Impfung gegen Rotaviren wird aufgrund der späteren Einführung, die im Jahr 2013 erfolgte, im Rahmen dieses Gesundheitsatlas außer Acht gelassen.

Kurz gesagt: *Die Impfraten für alle empfohlenen Schutzimpfungen im Kindesalter liegen 2015 unter der WHO Empfehlung von mindestens 95 %.*

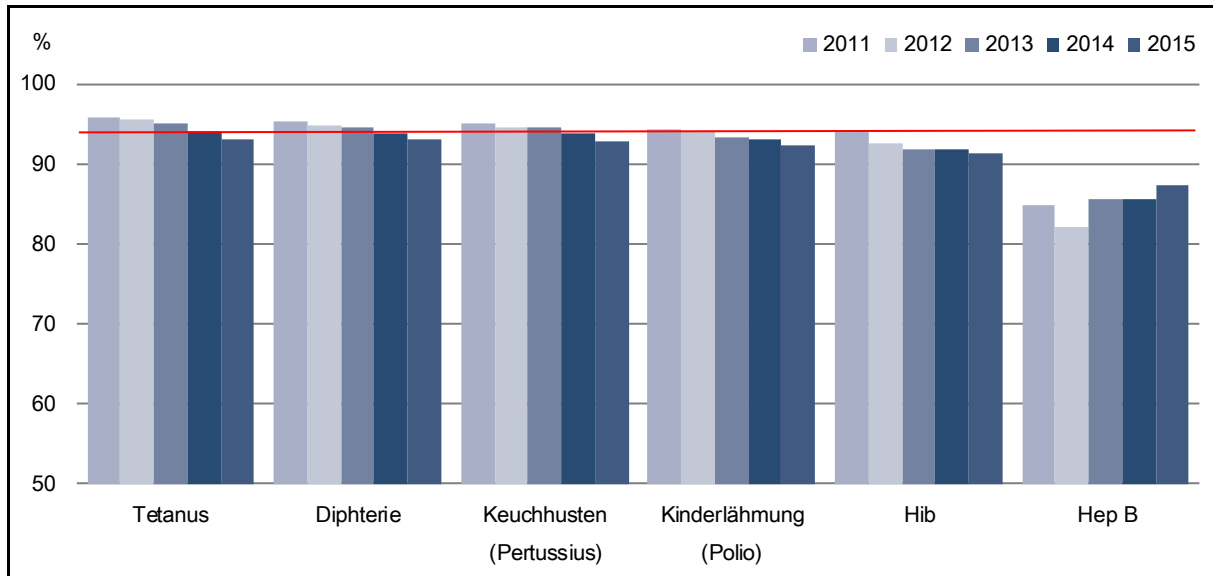
Bei den Schutzimpfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Kinderlähmung und Hib ist seit 2011 eine rückläufige Inanspruchnahme zu verzeichnen: Während im Jahr 2011 die 95-prozentige Teilnahmequote für Tetanus, Diphtherie und Keuchhusten erreicht wurde, wird 2015 bei keiner der Impfungen die WHO-Empfehlung realisiert (vgl. Abbildung 10). Lediglich bei der Hepatitis B Impfung ist in den letzten Jahren ein leichter Anstieg der Impfquote zu verzeichnen. Die Immunisierung wird 2015 von 87,5 % der Eltern wahrgenommen, wohingegen dieser Anteil 2011 noch 84,9 % betrug. Die Inanspruchnahmequote des Jahres 2008 (88,1 %) konnte bisher jedoch nicht wieder erreicht werden.

¹⁵ vgl. BbgGDG § 6, Abs. 2

¹⁶ vgl. RKI (2015)

¹⁷ Bestehende Impfplücken können ggf. bei den Früherkennungs- oder der Schuleingangsuntersuchung geschlossen werden.

Abbildung 10: Impfquoten für Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Kinderlähmung, Hib und Hepatitis B 2011 bis 2015



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

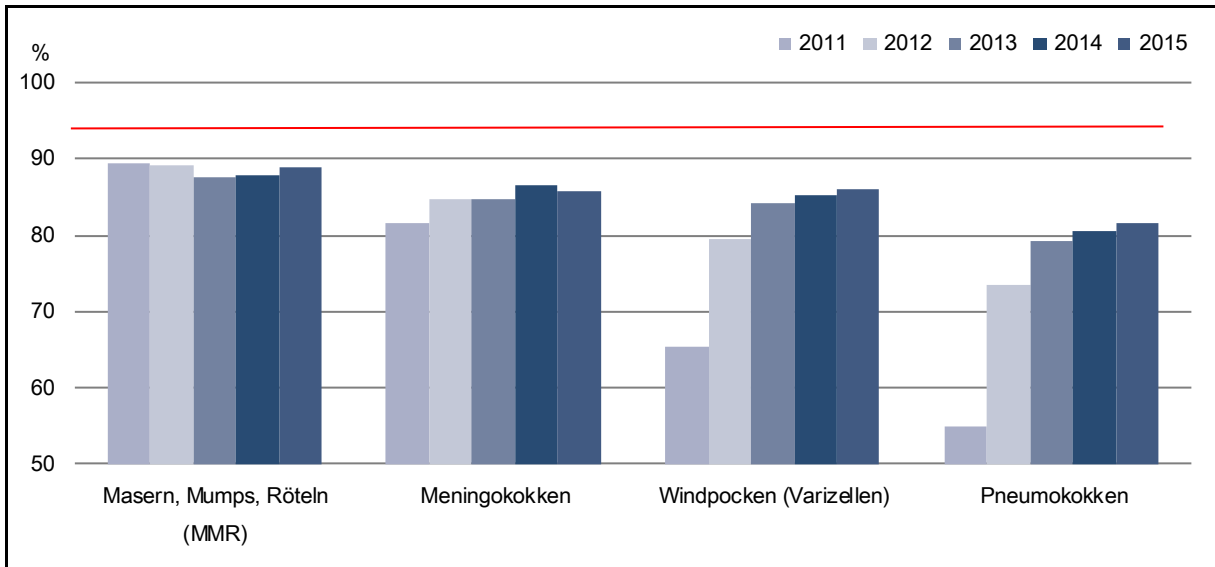
Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Der von der STIKO empfohlenen MMR-Kombinationsimpfung kamen in der Landeshauptstadt Potsdam 2015 88,8 % der Eltern nach, die Inanspruchnahme hat sich damit seit 2008 (88,2 %) kaum verändert. Für das Land Brandenburg liegen die aktuellsten Impfquoten der Einschüler für das Jahr 2014 vor. Insgesamt konnten 95,0 % der Eltern nachweisen, dass ihr Kind gegen Mumps, Masern und Röteln geimpft wurde. Potsdam nimmt damit in Brandenburg den letzten Platz ein.

Dahingegen kann bei der im Jahr 2004 eingeführten Schutzimpfung gegen Windpocken eine kontinuierlich steigende Teilnahmequote verzeichnet werden. Zwischen 2011 (65,3 %) und 2012 (79,4 %) ist eine sprunghafte Zunahme der Impfbeteiligung mit einem Zuwachs von 14,1 Prozentpunkten zu erkennen. Das Angebot der Immunisierung gegen Windpocken nutzten im Jahr 2015 86,0 % der Eltern für ihre Kinder. Somit ist die Teilnehmerate inzwischen mit denen der anderen Impfungen, wie beispielsweise den Meningokokken vergleichbar. Korrespondierend mit der Immunisierung gegen Windpocken nahmen im Zeitverlauf mehr Eltern auch die Option einer Impfung gegen Pneumokokken (vgl. Abbildung 11) wahr, die erst seit 2006 Teil der Empfehlungen der STIKO ist. Im Jahr 2008 nahmen 17,4 % bzw. 6,1 % der Kinder die Immunisierung gegen Windpocken bzw. Pneumokokken in Anspruch. Das verdeutlicht, dass neu eingeführte Impfungen einige Jahre brauchen, bis sie sich bei den Eltern und der Ärzteschaft etabliert haben.

Bei der Teilnahme an allen Impfungen liegt die Landeshauptstadt Potsdam unter den Landesdurchschnitten und bildet somit insgesamt das Schlusslicht.

Abbildung 11: Impfquoten für Masern, Mumps, Röteln (MMR), Meningokokken, Windpocken und Pneumokokken 2011 bis 2015

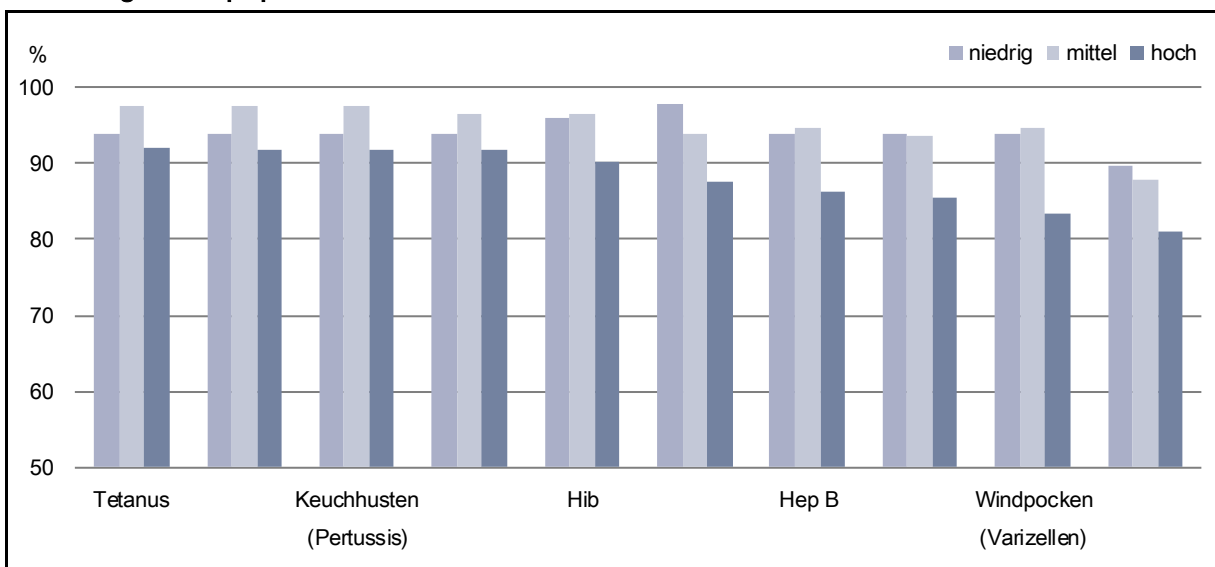


(rote Linie: WHO Empfehlung >95 %; Die Abb. umfasst alle Kinder mit Impfbuch und 2-fach Impfschutz.)

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Die Auswertung der Durchimpfungsraten hinsichtlich des Sozialstatus der Eltern verdeutlicht für das Jahr 2015, dass Familien mit mittlerem Sozialstatus insgesamt die höchsten Impfquoten erreichen (vgl. Abbildung 12). Die einzigen Ausnahmen sind die Impfungen gegen MMR, Meningokokken sowie Pneumokokken. Bei diesen werden Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus häufiger geimpft.

Abbildung 12: Impfquoten nach dem Sozialstatus der Eltern 2015



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

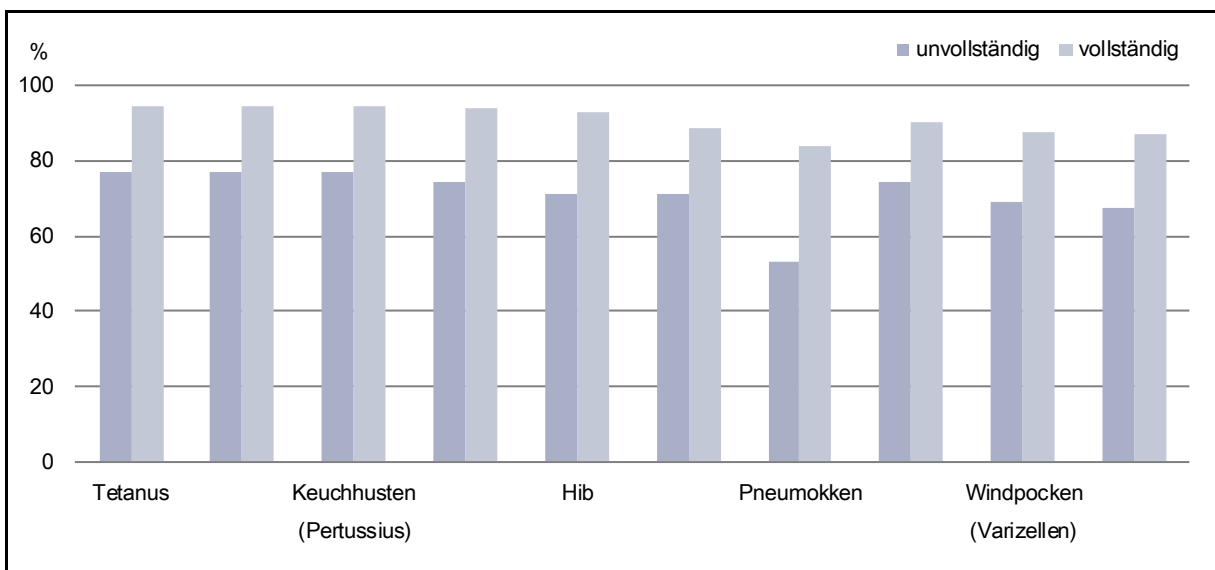
Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Für Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus gilt, dass sie bei allen Impfungen eine geringere Impfbeteiligung, im Vergleich zu den beiden Sozialstatusgruppen niedrig und mittel aufweisen. Auch wenn die Teilnahmequoten in Abhängigkeit von der Impfung schwanken, unterstützt das den Trend, dass es eine steigende Anzahl an gut gebildeten Eltern, vor allem mit hohem Sozialstatus gibt, die ihre Kinder bewusst nicht impfen lassen.

Anhand von Abbildung 13 werden die wahrgenommenen Vorsorgeuntersuchungen und der Impfstatus für das Jahr 2015 miteinander ins Verhältnis gesetzt, indem der Zusammenhang zwischen einem U1 bis U6 unvollständigen bzw. U1 bis U6 vollständigen „gelben“ Vorsorgeheft und den einzelnen Impfungen hergestellt wird. Zwischen den beiden Indikatoren ist eine klare Korrelation zu erkennen.

Bei den Kindern, die ein vollständiges „gelbes“ Vorsorgeheft für die U1 bis U6 hatten, liegen deutlich höhere Impfraten vor. Das lässt darauf schließen, dass eine Inanspruchnahme der frühkindlichen Vorsorgeuntersuchungen zu einer erhöhten Impfbeteiligung bei Schulanfängern führt.

Abbildung 13: Vorsorgeuntersuchungen und Impfstatus 2015



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

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

5. Häufigste Befunde

Der folgende Abschnitt wertet die am häufigsten vorkommenden Defizite der Erstklässler, die im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung festgestellt wurden aus. Dazu zählen

- Sprach- und Sprechstörungen,
- Allergien,
- Umschriebene Entwicklungsstörungen (Feinmotorik, schulische Vorläuferfähigkeiten¹⁸, visuelle Wahrnehmung)
- Verhaltensauffälligkeiten (emotionale und soziale Störungen, Einnässen, Aufmerksamkeitsstörungen) sowie
- Über- bzw. Untergewicht.

Sehfehler werden innerhalb dieses Gesundheitsatlas nicht näher betrachtet, da diese sich in zahlreichen Fällen als falsch positiv herausstellen. Des Weiteren werden die seltener festgestellten Befundgruppen, wie beispielsweise Bewegungsstörungen (2015: 3,0 % (57)) oder Hörstörungen (2015: 2,9 % (56)) aufgrund ihres geringen Auftretens in dieser Darstellung vernachlässigt. Die Entwicklungsstörungen umfasst bei Einschülern umschriebene Leistungsstörungen im Bereich der Sprache und des Sprechens, der motorischen Funktionen sowie der schulischen Fertigkeiten.¹⁹ Sie werden in diesem Gesundheitsatlas erstmals ausgewertet.

Um einen aussagekräftigeren Entwicklungsverlauf der „medizinisch relevanten Befunde“²⁰ abzubilden, wird in diesem Kapitel der Gesamtzeitraum von 2008 bis 2015 dargestellt.

Kurz gesagt: *Bei fast fünf von zehn Kindern liegt am Ende der Schuleingangsuntersuchung ein medizinisch relevanter Befund vor.*

Die Daten werden außerdem nach den Merkmalen Geschlecht und sozialer Status der lie differenziert betrachtet (vgl. Abbildung 23, S. 35).

Insgesamt ermittelte der KJGD im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen im Jahr 2015 bei fast der Hälfte der Schulanfängerinnen und Schulanfänger (46,9 %) einen „medizinisch relevanten Befund“ (vgl. Abbildung 14). Der Anteil der befundeten Erstklässler schwankt im

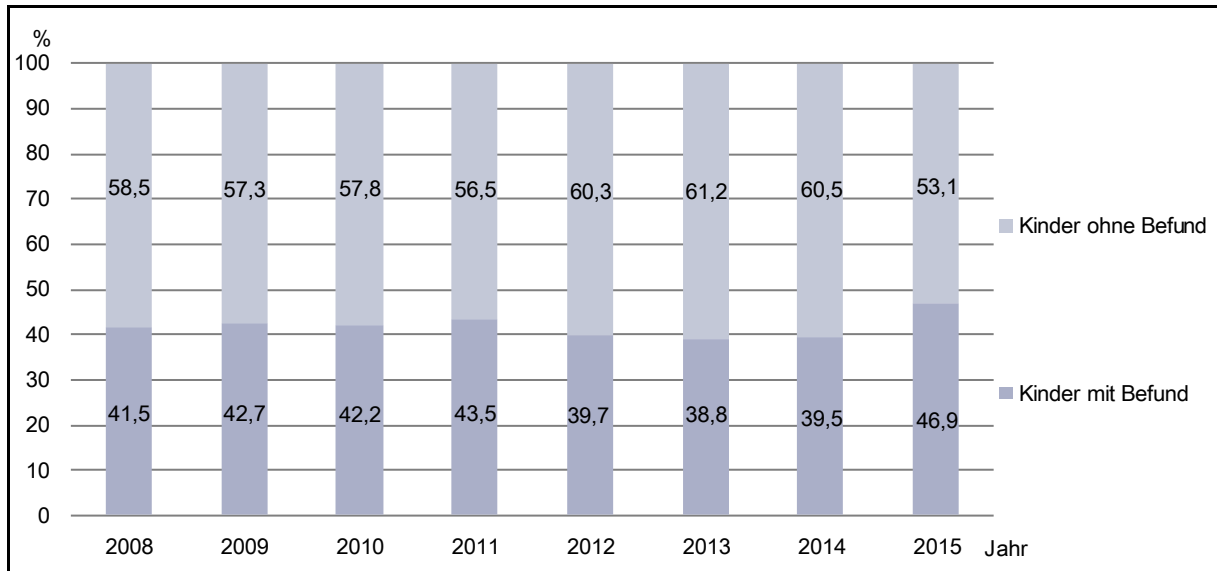
¹⁸ Diese beziehen die 1:1-Zuordnung, das Mengenverständnis, die selektive Aufmerksamkeit und Konzentration mit ein.

¹⁹ vgl. KJGD-Handbuch 2015, S. 29

²⁰ vgl. Landesamt für Versorgung und Soziales (2016), S. 158. Definition: „Befunde, die ernstere Beeinträchtigungen für die Kinder bedeuten [...]. Sie sind in der Regel keine gesicherten medizinischen Diagnosen. Aber sie sind immer sozialmedizinisch begründet.“ Diese umfassen Entwicklungsstörungen, orthopädische Erkrankungen, atopische Erkrankungen, emotionale und soziale Störungen, somatische Auffälligkeiten sowie Störungen der Sinneswahrnehmung.

Betrachtungszeitraum, zeigt jedoch seit 2008 einen Gesamtanstieg um 5,4 Prozentpunkte auf. Demzufolge ist der Teil der Kinder, bei denen keine gesundheitlichen Defizite festgestellt wurden rückläufig und lag 2015 bei 53,1 %.

Abbildung 14: Kinder mit und ohne medizinisch relevanten Befund 2008 bis 2015



Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

5.1 Sprach- und Sprechstörungen

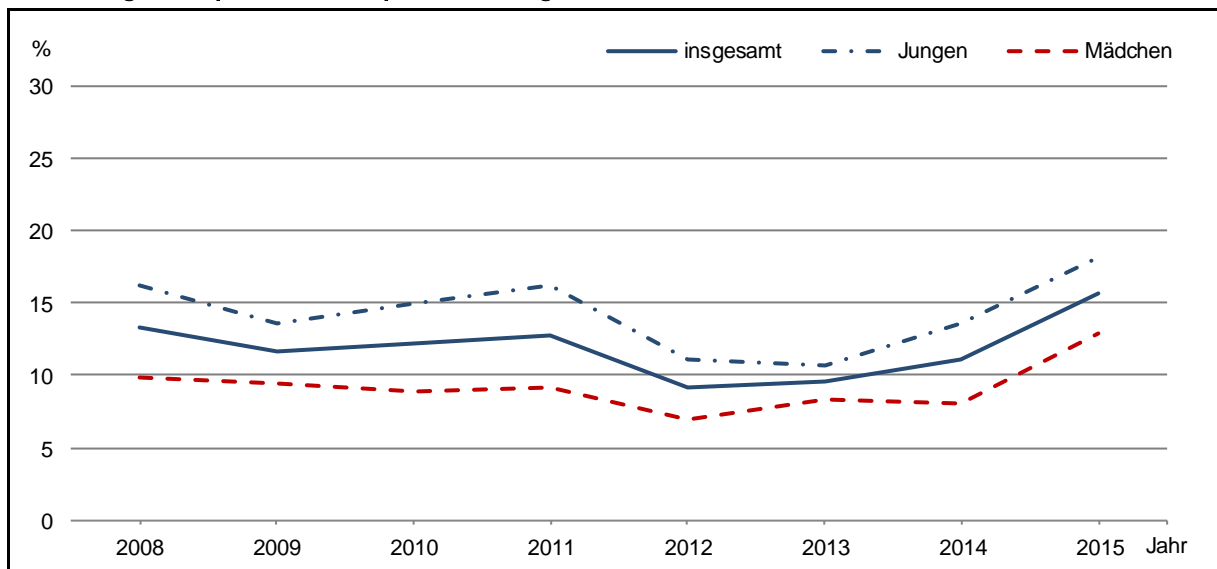
Die Ausprägung der sprachlichen Fähigkeiten steht bei den Schuleingangsuntersuchungen in einem besonderen Fokus. Nicht nur, weil sie in enger Wechselbeziehung mit der Entwicklung von u.a. sozialer Kompetenz stehen, sondern auch, weil ein auffälliger Befund in dieser Kategorie auf weitere Auffälligkeiten bspw. in den Feldern Hören, Wahrnehmung oder Intelligenz hinweisen kann.²¹ Seit dem ersten Potsdamer Gesundheitsatlas wurde das Testverfahren erweitert: so wurde zunächst mit den Testverfahren BUEVA (Basisdiagnostik umschriebener Entwicklungsstörungen im Vorschulalter) und SOPESS (Sozialpädiatrische Entwicklungsdiagnostik für die Einschulung) gearbeitet, zwischenzeitlich ist eine Umstellung der Testung nur auf SOPESS erfolgt. Neben der Beurteilung der Spontansprache erfolgt ein Test zur korrekten Nutzung von Präpositionen und Pluralbildung, zusätzlich wird die auditive Wahrnehmung durch das Nachsprechen von Pseudowörtern überprüft. Liegen Auffälligkeiten bei diesen Tests vor, wird eine Sprach- und Sprechstörung befundet.

Die Auswertung der Sprachtests zeigt ein deutliches Bild: Beeinträchtigungen in der Sprache und dem Sprechen wiesen im Jahr 2015 innerhalb des Betrachtungszeitraums 15,7 % (300)

²¹ vgl. KJGD-Handbuch 2015, S. 33

der betroffenen Schulanfänger auf (vgl. Abbildung 15). Insgesamt sind Jungen (18,2 %) von sprachlichen Defiziten weitaus häufiger betroffen als ihre weiblichen Altersgenossinnen (12,9 %). In der Landeshauptstadt Potsdam hatte im Jahr 2012 noch ein deutlich geringerer Anteil (9,1 % (59)) der Einschüler sprachliche Schwächen. Trotz dessen hat die Stadt Potsdam 2015 einen geringeren Anteil betroffener Kinder als der Durchschnitt im Land Brandenburg (2014: 19,3 %). Obwohl die Auffälligkeiten von 2011 bis 2012 deutlich sanken, nahmen sie seitdem wieder zu. Das kann in dem steigenden Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund begründet sein. Diese sind oftmals auch ohne vorliegender Sprach- bzw. Sprechstörung in Grammatik-Tests auffällig. Des Weiteren ist nicht auszuschließen, dass eine Zunahme der betroffenen Einschüler auf einen erhöhten Medienkonsum bzw. fehlende Sprachvorbilder zurückzuführen ist.

Abbildung 15: Sprach- und Sprechstörungen 2008 bis 2015



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

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

5.2 Allergien

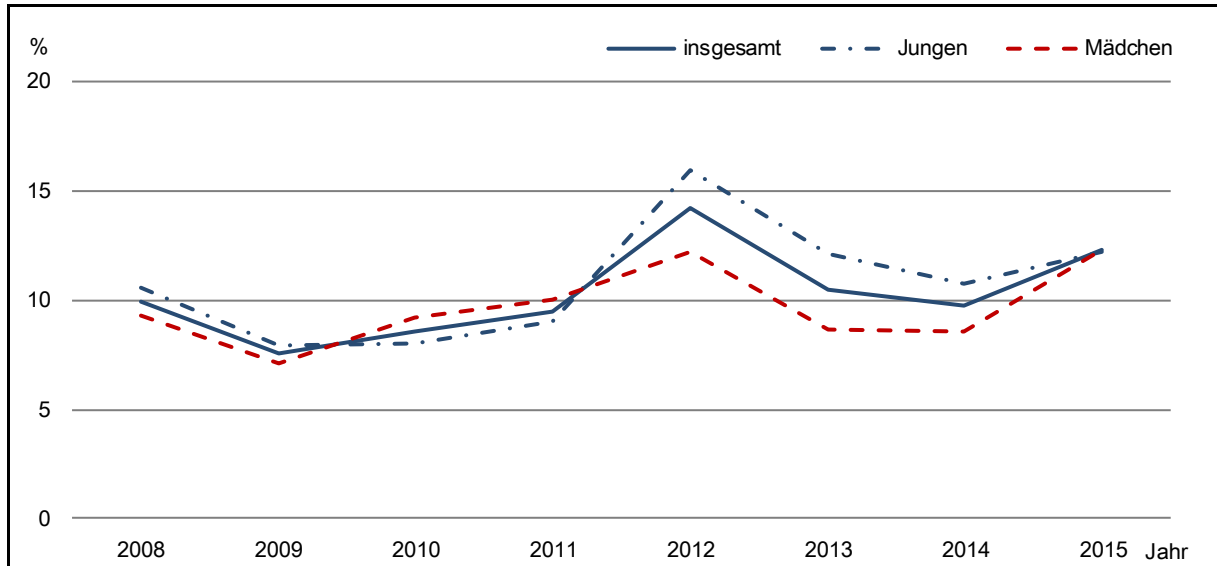
Allergien äußern sich in einer Überempfindlichkeit gegenüber bestimmten Allergenen in der Umwelt. Sie gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter.

Die Verbreitung von Allergien bei Potsdamer Schulanfängerinnen und Schulanfängern illustriert Abbildung 16. Unter dem Sammelbegriff verbergen sich atopische Dermatitis, Allergische Rhinitis (Schnupfen), Asthma bronchiale (Asthma) und Nahrungsmittelallergien. Zur Erhebung aller-

Kurz gesagt: Allergien sind zwischen 2014 und 2015 um 3,4 % angestiegen. 2015 sind erstmals Jungen und Mädchen gleich häufig betroffen.

gischer Einschränkungen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung werden entweder der ärztliche Befund und/oder der Elternfragebogen herangezogen.

Abbildung 16: Allergien 2008 bis 2015



(Die Abb. umfasst alle Kinder mit Angaben zum Sozialstatus und alle Kinder mit Atopischer Dermatitis, Allergischer Rhinitis, Asthma bronchiale und Nahrungsmittelallergien.)

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

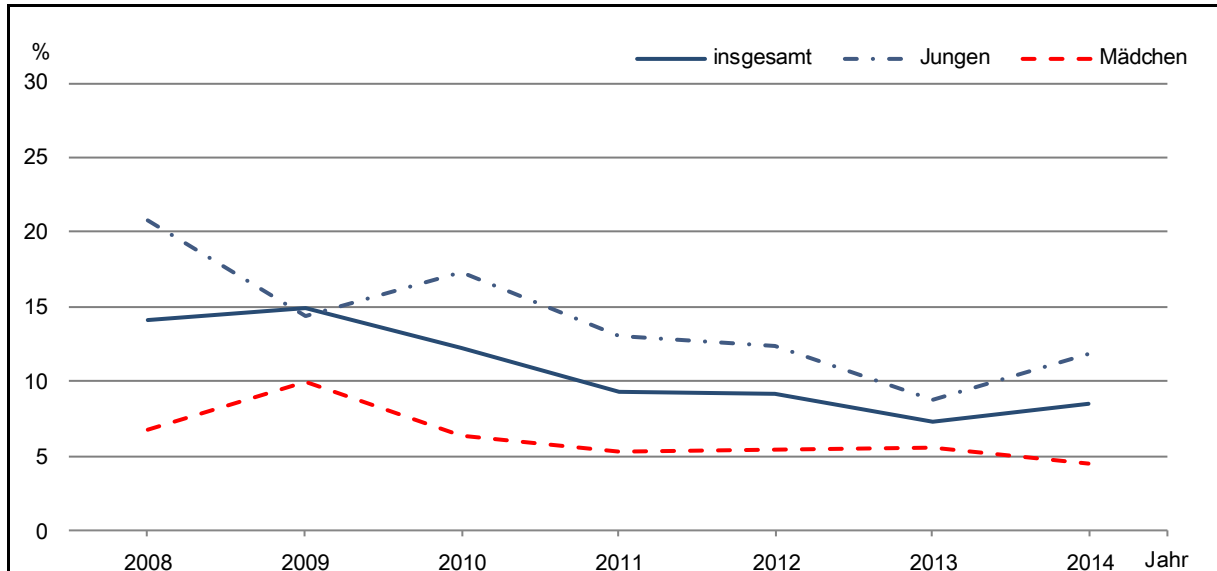
Zum aktuellen Erhebungszeitpunkt 2015 weisen 12,3 % (235) der Einschüler Allergien auf. Damit ist seit 2012 eine rückläufige aber seit 2014 wieder steigende Häufigkeit zu verzeichnen. Während in der Vergangenheit mehr Jungen von Allergien betroffen waren, ist gegenwärtig der Anteil der Kinder zwischen den Geschlechtern gleichmäßig verteilt. Im gesamten Betrachtungszeitraum schwankt die Häufigkeit stark. Insgesamt treten Allergien bei Erstklässlern tendenziell zunehmend öfter auf. Eine mögliche Erklärung könnte die Zunahme an Belastungen aus der Umwelt sein.

5.3 Umschriebene Entwicklungsstörungen

Der Sammelbegriff der kombinierten umschriebenen Entwicklungsstörungen umfasst die schulischen Vorläuferfähigkeiten, die Feinmotorik sowie die visuelle Wahrnehmung der Kinder. Diese werden anhand mehrerer Testverfahren diagnostiziert. Alle drei Bereiche sind wichtige Grundlagen für den Erfolg im bevorstehenden Schulalltag der Schulanfängerinnen und Schulanfänger. Da ab 2015 die drei Komponenten einzeln und somit wesentlich detaillierter betrachtet wurden, können die Daten nur bis 2014 vergleichend ausgewertet werden (Abbildung 17, S. 29). Insgesamt sind Jungen mehr als doppelt so häufig (2014: 11,8 %) von den beschriebenen Entwicklungsstörungen betroffen, wie gleichaltrige Mädchen (2014: 4,5 %). Tendenzuell ist der Anteil der betroffenen Kinder allerdings rückläufig: Während 2008

noch 14,1 % der Erstklässler Auffälligkeiten in einem der Bereiche aufwiesen, waren es 2014 nur noch 8,5 % der Einschülerinnen und Einschüler.

Abbildung 17: Umschriebene Entwicklungsstörungen 2008 bis 2014



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

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

5.4 Emotionale und soziale Störungen

„Die wichtigsten emotionalen Störungen des Kindes- und Jugendalters sind Angststörungen, Phobien, depressive Störungen und Zwangsstörungen.“²²

Die Befundung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen basiert in erster Linie auf dem Fragebogen für die Eltern. Darin werden Aussagen zum möglichen Verhalten der Kinder gemacht wie bspw. „Mein Kind hat Angst vor anderen Kindern.“ oder „Mein Kind prügelt sich häufig mit anderen Kindern.“ Die Eltern haben die Möglichkeit entsprechend Zutreffendes ankreuzen. Ein weiterer Anhaltspunkt für die Ärztinnen und Ärzte des KJGD ergibt sich bei den Verhaltensweisen des Kindes in der Untersuchungssituation.

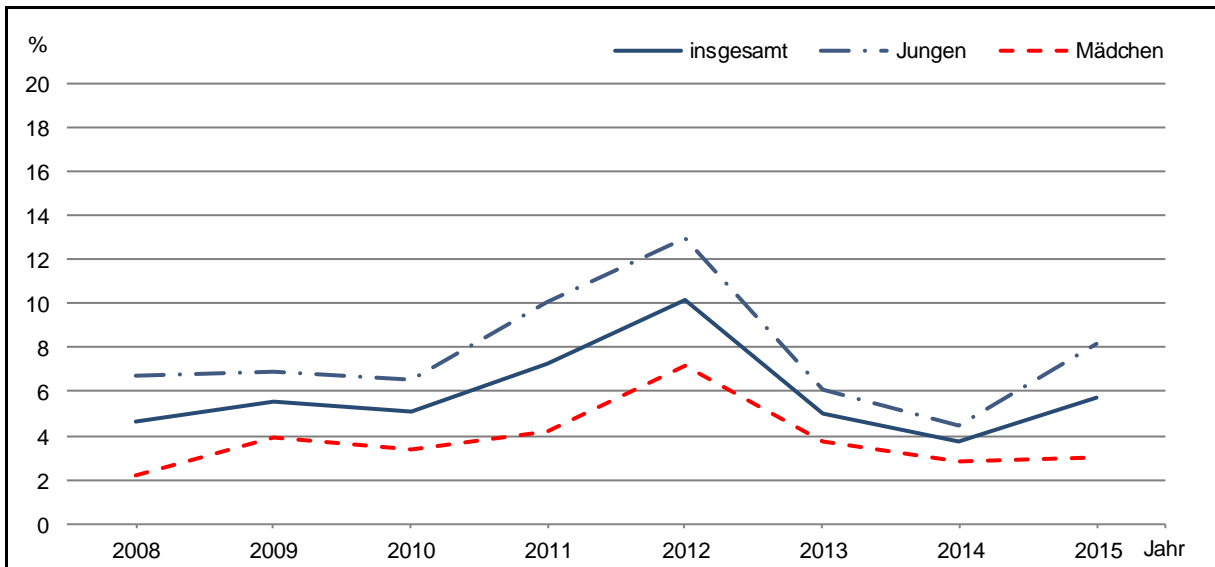
Kurz gesagt: *Emotionale und soziale Störungen sind seit 2012 auffallend rückläufig, wurden 2015 allerdings wieder häufiger diagnostiziert.*

Die Häufigkeit von emotionalen und sozialen Störungen bei Schulanfängern und Schulanfängerinnen variiert im Zeitverlauf (vgl. Abbildung 18). Nachdem 2014 der betroffene Anteil der Erstklässler (3,7 %) auf den bisherigen Tiefststand sank, ist diese Gruppe ein Jahr später um zwei Prozentpunkte höher (5,7 %). Im Jahr 2012 (10,2 %) wurde durch die Kinderärzte das Vorliegen von emotionalen und sozialen Beeinträchtigungen fast doppelt so häufig diag-

²² KJGD-Handbuch 2015, S. 31

nostiziert wie 2015. Insgesamt weisen Jungen mit 8,2 % (102) 2,5-mal so häufig emotionale und soziale Störungen wie Mädchen mit 3,0 % (36) auf. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bleiben im gesamten Betrachtungszeitraum bestehen.

Abbildung 18: Emotionale und soziale Störungen 2008 bis 2015



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

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

5.5 Einnässen

Einnässen wird in den Schuleingangsuntersuchungen als sich mindestens einmal wöchentlich wiederholendes, altersunangemessenes und unwillkürliches Einnässen ohne organische Gründe definiert.²³ Diese Störung kann insbesondere für Kinder im Schulalter eine besondere Belastung darstellen und ihre Leistungsfähigkeit in der Folge einschränken.

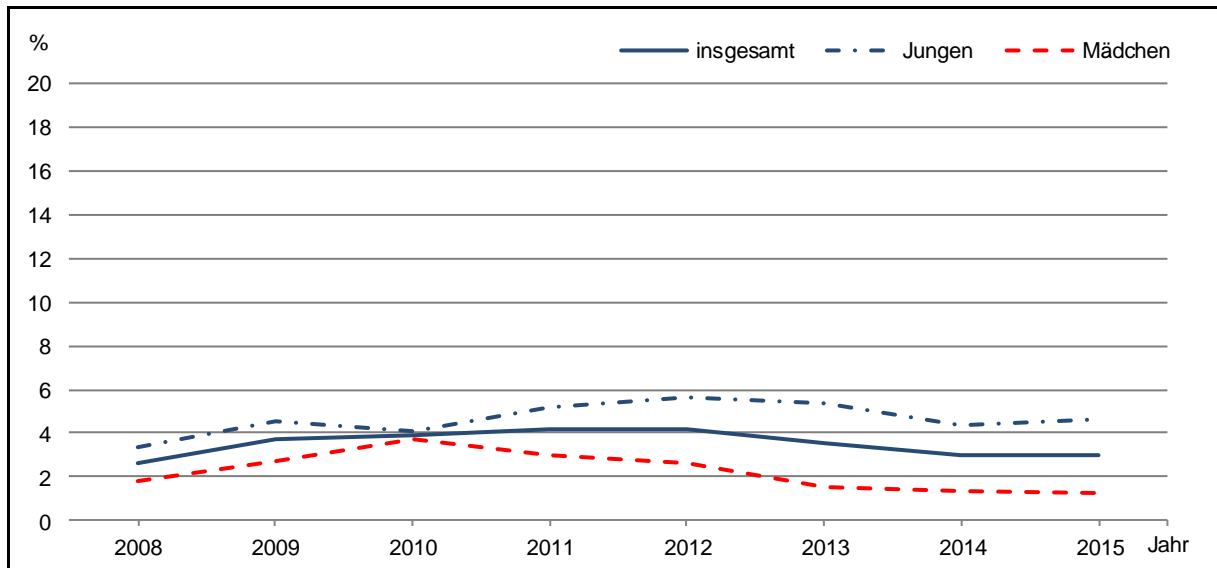
Das in der Regel nachts auftretende Einnässen betrifft

2015 3,0 % (59) der untersuchten Potsdamer Schulanfängerinnen und Schulanfänger. Dieser Anteil hat sich zwischen 2008 und 2015 leicht verringert (vgl. Abbildung 19). Unterschiede zwischen den Geschlechtern treten auch hier sehr deutlich auf: So sind Jungen dieser Altersgruppe 4-mal häufiger (4,7 % (44)) betroffen als die Mädchen (1,2 % (15)).

Kurz gesagt: Der Anteil von Kindern, die einnässen, steigt seit 2008. Jungen sind im Jahr 2015 4-mal so häufig betroffen wie Mädchen.

²³ vgl. KJGD-Handbuch 2015, S. 37

Abbildung 19: Einnässen 2008 bis 2015



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

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

5.6 Erhebliches Über- und Untergewicht

Starkes Übergewicht (Adipositas) im Kindesalter hat vielfältige Ursachen: neben genetischen Faktoren, spielen auch ungesunde Bewegungs- und Ernährungsmuster eine Rolle. Die letzten beiden Einflussgrößen sind häufiger in Familien mit einem niedrigen Sozialstatus zu identifizieren, als in Familien mit einem höheren Sozialstatus.²⁴

Der allgemeine Trend, dass die Anzahl an übergewichtigen Kindern zunimmt, lässt sich bei den Potsdamer Einschülern in diesem Alter nicht bestätigen. Abgesehen vom Untersuchungsjahr 2011 (2,5 %) ist der Anteil adipöser²⁵ Kinder im gesamten Zeitverlauf seit 2008 auf einem niedrigen Niveau von ca. 2 % und nimmt damit im Land Brandenburg den ersten Platz ein. Im Jahr 2014 hatten insgesamt 3,5 % der Brandenburger Kinder Adipositas.

Unterschiede zwischen Einschülerinnen und Einschülern existieren nur noch marginal (vgl. Abbildung 20). So wurde 2015 bei 1,9 % (17) der Mädchen und 2,3 % (21) der Jungen ein erhebliches Übergewicht diagnostiziert. Für diese Kinder gilt allerdings, dass sie im weiteren

Kurz gesagt: *Erhebliches Über- und Untergewicht ist mit 2,1 % bzw. 1,4 % auf einem niedrigen Niveau. Es gibt kaum Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen.*

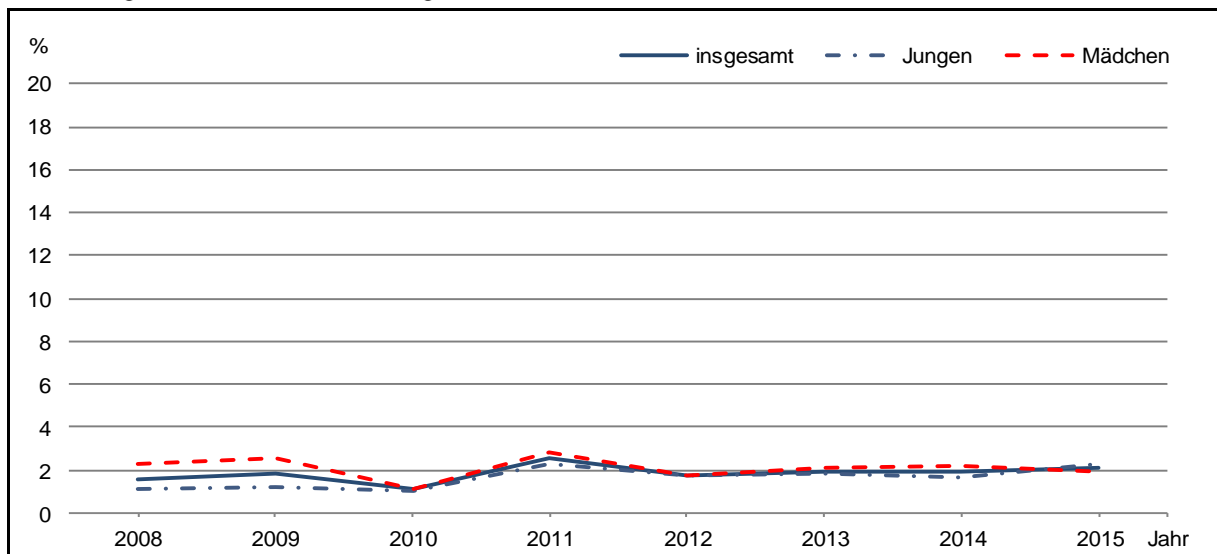
²⁴ vgl. Müller et. al. (2006)

²⁵ vgl. KJGD-Handbuch 2015, S. 79

Lebensverlauf erhöhten gesundheitlichen Risiken, wie Herz-Kreislaufkrankungen oder Stoffwechselstörungen ausgesetzt sind.²⁶

Insgesamt liegt der Anteil erheblich übergewichtiger Kinder 2015 mit 2,1 % (38) leicht unter dem Anteil erheblich untergewichtiger Kinder mit 1,8 % (30). Auch wenn Untergewicht im Gegensatz zu Übergewicht insgesamt weitaus weniger negativ im Fokus steht, können die gesundheitlichen Auswirkungen und Risiken beträchtlich sein und können beispielsweise im Zusammenhang mit Kindeswohlgefährdung durch eine Vernachlässigung der Eltern stehen.

Abbildung 20: Erhebliches Übergewicht 2008 bis 2015

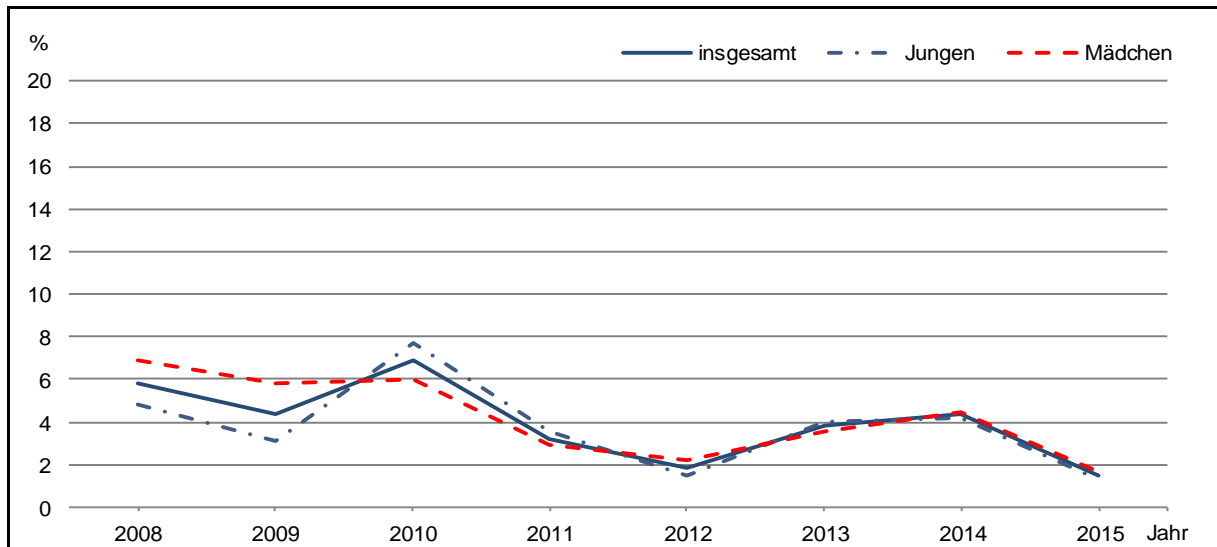


(Die Abb. umfasst alle Kinder mit Angaben zum Sozialstatus.)

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Gesamtstädtisch betrachtet, ist die Zahl untergewichtiger Kinder nach einem deutlichen Anstieg in 2010 (6,9 % (44)) stark rückläufig. Seit 2011 hat eine zunehmende Annäherung der Häufigkeit zwischen Jungen und Mädchen stattgefunden (vgl. Abbildung 21). Im Jahr 2015 ist der Anteil der Betroffenen geschlechterübergreifend gleich hoch.

²⁶ vgl. Lennerz, Wabitsch (2013)

Abbildung 21: Erhebliches Untergewicht 2008 bis 2015

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

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

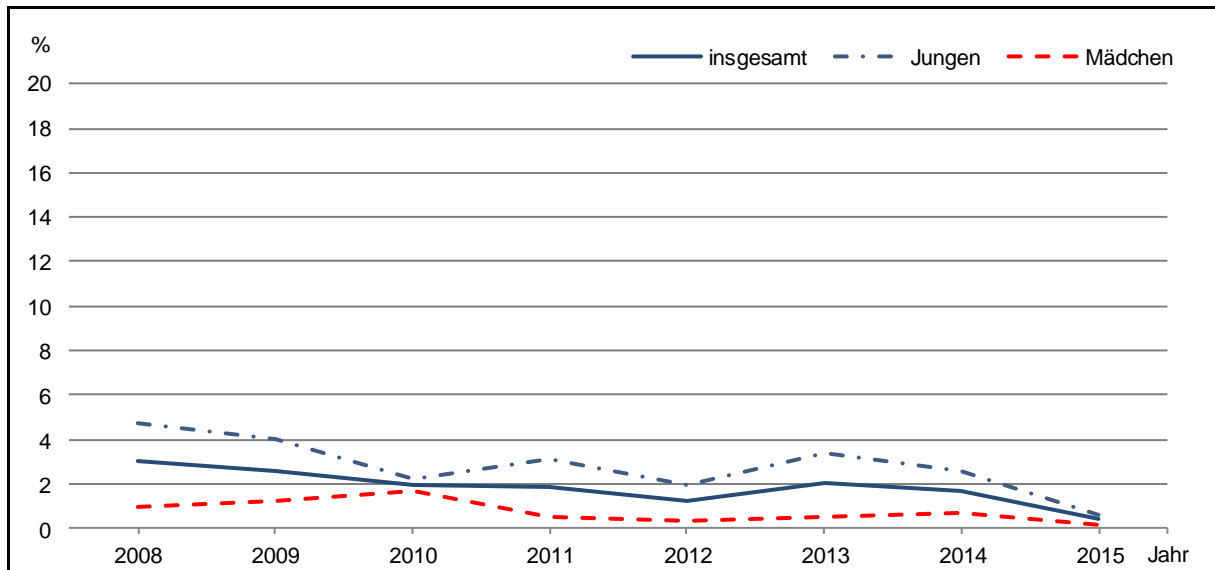
5.7 Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung

Diese Störung ist gekennzeichnet durch ein durchgehendes Muster an Unaufmerksamkeit, Überaktivität sowie Impulsivität.²⁷ Die Feststellung dieser Auffälligkeit erfolgt, wie auch bei den emotionalen und sozialen Störungen, primär durch die Auswertung des Elternfragebogens (z. B. „Mein Kind ist im Kindergarten sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert.“). Darüber hinaus können durch das Verhalten während der Schuleingangsuntersuchung bzw. durch Informationen der pädagogischen Fachkräfte aus den Kitas ggf. zusätzliche Rückschlüsse gezogen werden.

Kurz gesagt: Der Anteil von Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) entspricht 2015 nur noch 13,3 % der betroffenen Kinder im Jahr 2008.

In der Landeshauptstadt Potsdam zeigen im Jahr 2015 0,4 % (19) der untersuchten Kinder Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen, was dem Durchschnitt im Land Brandenburg entspricht. Damit hat sich ihr Anteil seit 2008 (3,0 %) stark reduziert (vgl. Abbildung 22). Im Verlauf der Zeit reduziert sich der Unterschied zwischen den Geschlechtern: Jungen die 2015 in die erste Klasse kommen sind nur unwesentlich häufiger betroffen als gleichaltrige Mädchen. In der Vergangenheit waren diese Unterschiede noch wesentlich ausgeprägter.

²⁷ vgl. KJGD-Handbuch 2015, S. 25

Abbildung 22: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung 2008 bis 2015

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

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

5.8 Häufigste Befunde nach Sozialstatus

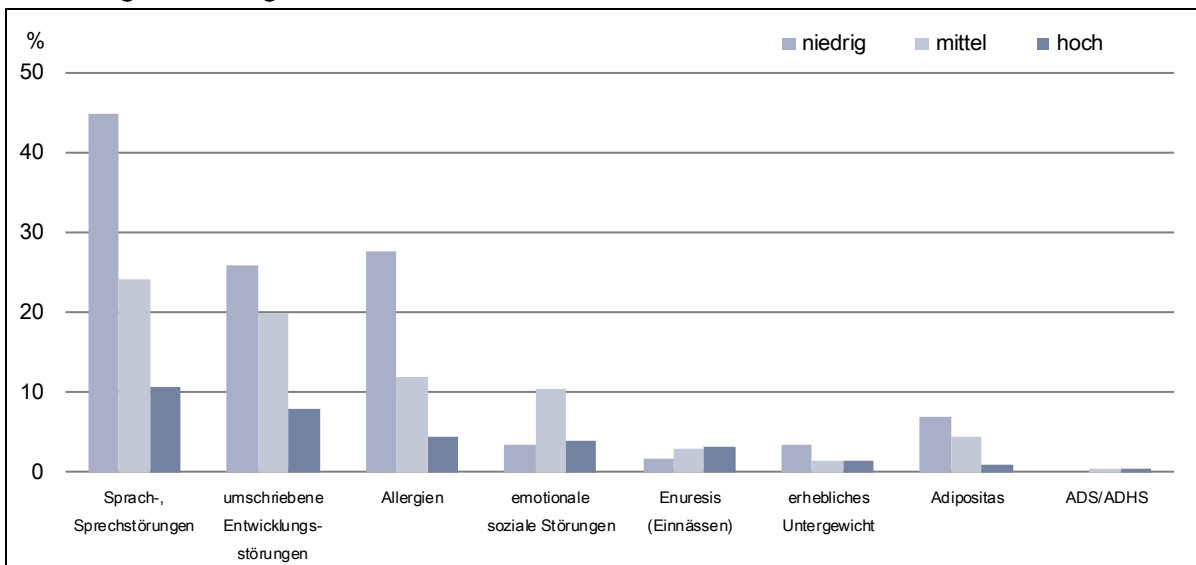
Wie bereits im ersten Potsdamer Gesundheitsatlas dargestellt wurde, besteht zwischen den häufigsten Befunden (vgl. Kapitel 5.1 bis 5.7) und dem Sozialstatus der Kinder eine eindeutige Wechselbeziehung.²⁸ Kinder, die aus sozial benachteiligten Familien kommen, weisen häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen und demzufolge ein erhöhtes Gesundheitsrisiko auf (vgl. Abbildung 23). Am deutlichsten stellt sich der Zusammenhang zwischen sozialen und gesundheitlichen Faktoren bei Sprach- und Sprechstörungen, umschriebenen Entwicklungsstörungen, Allergien, und Gewichtsproblemen dar. Erstere betreffen um ein 4,5-faches häufiger Kinder mit niedrigem Sozialstatus (44,8 %) im Gegensatz zu Kindern mit einem hohem Sozialstatus (10,5 %). Rund ein Viertel der Schulanfängerinnen und Schulanfänger, die aus Familien mit niedrigem Sozialstatus kommen, leiden unter Allergien (27,6 %) bzw. umschriebenen Entwicklungsstörungen (25,9 %), dahingegen sind Einschülerinnen und Einschüler aus einem Elternhaus mit hohem Sozialstatus nur in 4,4 % bzw. 7,8 % der Fälle davon betroffen. Auch bei erheblichem Unter- und Übergewicht variieren die Anteile im Jahr 2015 zwischen den drei Sozialstatusgruppen (niedriger Sozialstatus: 3,4 % bzw. 6,9 %, mittlerer Sozialstatus: 1,4 % bzw. 4,4 %, hoher Sozialstatus: 1,4 % bzw. 0,9 %). Eine gegenläufige Tendenz bildet sich bei Verhaltensauffälligkeiten (emotionale und soziale Störungen,

²⁸ vgl. Erster Potsdamer Gesundheitsatlas, S. 26

Einnässen) ab. Hierbei sind Erstklässler mit mittlerem Sozialstatus bzw. solche mit hohem Sozialstatus häufiger betroffen.

In 2012 bot sich noch ein anderes Bild: Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus waren in allen Bereichen am häufigsten betroffen. Damals litten beispielsweise noch 26,4 % der untersuchten Schulanfänger aus sozial benachteiligten Familien unter emotionalen sozialen Störungen.

Abbildung 23: Häufigste Befunde der Kinder nach dem Sozialstatus der Eltern 2015



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

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

6. Fördermaßnahmen

Bei Kindern mit auffälligen Befunden ist der zuständige KJGD mitverantwortlich, dass die betroffenen Kinder in der Folge die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erhalten. Das sogenannte Betreuungscontrolling²⁹ kann entweder eine weitere Beobachtung des Kindes durch den KJGD bedeuten, oder alternativ wird eine Empfehlung an die Eltern zur gezielten Diagnostik, Therapie und Fördermaßnahmen ausgesprochen.³⁰ In Abbildung 24 werden diese Fälle differenziert nach Art der Förderung dargestellt. Die Kategorie „sonstige Förderung“ beinhaltet eine ärztlichen Behandlung, die Sprachförderung in der Kita, Physiotherapie, die psychologische Behandlung, die Frühförderung sowie sonstige Behandlungen.

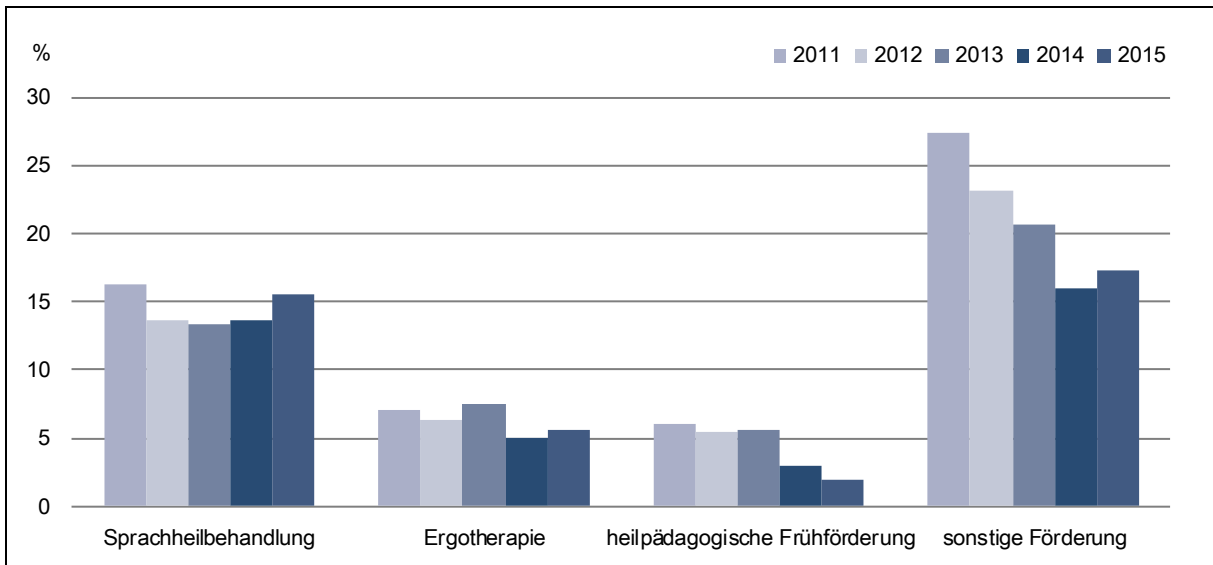
Der höchste Förderbedarf besteht im Jahr 2015 im Bereich der Sprachheilbehandlungen mit 15,6 % (299). Dabei hat sich der Bedarf in den vergangenen Jahren nur unwesentlich verändert. Ergotherapeutische Maßnahmen dagegen sind inzwischen seltener notwendig: Während im Jahr 2009 Ergotherapie noch bei 11,7 % (170) der Einschüler empfohlen wurde, sprach der KJGD diese Empfehlung 2015 bei nur 5,5 % (105) der Eltern aus. Darüber hinaus sind auch heilpädagogische Frühfördermaßnahmen rückläufig. Im Zeitverlauf von 2008 bis 2015 sank der Anteil der Erstklässler mit Förderbedarf um 3,3 Prozentpunkte auf 1,9 % (36) im Jahr 2015 (vgl. Abbildung 24). Auch für die sonstigen Fördermaßnahmen sprechen die Ärztinnen und Ärzte des KJGD Empfehlungen aus.

Trotz der sinkenden Häufigkeiten bei den einzelnen Förderarten bleibt insgesamt der Anteil der Erstklässler, die eine Förderung bzw. Behandlung erhalten konstant. Im Jahr 2008 wurde jedes vierte Kind (26,0 % (336)) gefördert oder behandelt. Im Jahr 2015 stieg dieser Anteil geringfügig um 0,9 Prozentpunkte auf 26,9 % (515) an.

²⁹ Das Betreuungscontrolling erfolgt nur bei zurückgestellten Kindern weiter, ansonsten endet es mit der Einschulung des Kindes.

³⁰ vgl. KJGD-Handbuch 2015, S. 86

Abbildung 24: Förderung der Kinder nach ausgewählten Behandlungen 2011 bis 2015



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

Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

7. Unfälle

Die Potsdamer Kinder im Einschulalter erleiden immer häufiger Unfälle, die eine ärztliche

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.*

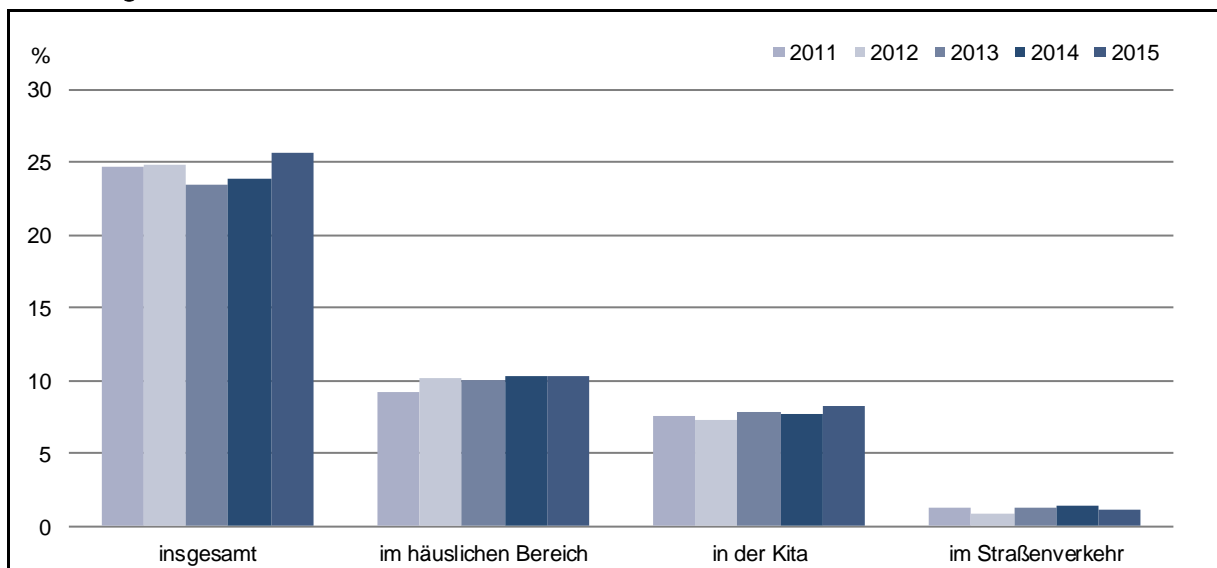
Behandlung erforderlich machen. Im Zeitverlauf betrachtet waren seit 2008 insgesamt 16,6 % (234) der Kinder an Unfällen beteiligt, im Jahr 2015 betrifft dies bereits rund ein Viertel der Schulanfänger (490) (vgl. Abbildung 25).³¹

Die Mehrheit der Unfälle ereignet sich im eigenen Zu-

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.*

hause (2015: 10,2 %) sowie in der Kita (2015: 8,3 %). Unfälle im Straßenverkehr betreffen hingegen nur einen marginalen Anteil der Kinder (2015: 1,1 %).

Abbildung 25: Kinder mit einem oder mehreren Unfällen 2011 bis 2015



Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

³¹ 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.

TEIL A Ausgewählte Indikatoren der Schuleingangsuntersuchungen im Zeitverlauf

Tabelle 1: Datenübersicht aller Indikatoren aus Teil A

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Entw.
Untersuchte Kinder	Anzahl	1 409	1 448	1 510	1 602	1 631	1 771	1 840	1 914	
Jungen	%	52,6	52,1	53,8	52,6	53,0	53,0	55,0	53,4	
Mädchen	%	47,4	47,9	46,2	47,4	47,0	47,1	45,0	46,6	
Kinder mit Angaben zur Muttersprache	Anzahl	1 358	1 414	1 468	1 444	1 537	1 734	1 796	1 873	
deutsch	%	95,0	94,3	93,2	95,3	92,8	89,2	87,9	87,1	
nichtdeutsch	%	5,0	5,7	6,8	4,7	3,1	2,1	1,8	1,9	
mehrsprachig	%					4,1	8,7	10,3	10,9	
Kinder mit Angaben zum Kita-Besuch	Anzahl	1 369	1 428	1 472	1 552	1 542	1 491	1 745	1 628	
unter 2 Jahre	%	1,6	1,2	1,9	1,9	1,9	3,3	2,6	2,6	
2 Jahre	%	3,5	2,7	3,1	2,4	3,5	7,6	6,1	3,9	
3 Jahre	%	20,2	22,1	14,3	11,7	14,3	17,4	14,3	21,0	
4 und 5 Jahre	%	74,7	73,9	80,6	84,0	80,2	71,8	77,0	72,4	
Kinder mit Angaben zum Sozialstatus	Anzahl	1 356	1 377	1 436	1 372	1 435	1 661	1 336	1 525	
niedrig	%	8,6	9,4	7,7	6,3	6,1	7,0	5,6	3,8	
mittel	%	39,4	35,9	36,1	31,3	30,6	30,8	30,3	28,4	
hoch	%	52,0	54,7	56,1	62,4	63,3	62,3	64,1	67,8	
vorzeitige Einschüler	Anzahl	63	51	59	54	38	38	25	20	
Kinder mit Angaben zum Sozialstatus	%	93,7	98,0	100,0	81,5	78,9	97,4	92,0	85,0	
niedrig	%	-	6,0	3,4	-	-	2,7	-	-	
mittel	%	11,9	14,0	13,6	15,9	16,7	27,0	21,7	11,8	
hoch	%	88,1	80,0	83,1	84,1	83,3	70,3	78,3	88,2	
zurückgestellte Kinder	Anzahl	137	130	142	179	163	141	190	227	
Kinder mit Angaben zum Sozialstatus	%	92,0	90,8	91,5	76,5	84,7	94,3	68,4	61,7	
niedrig	%	16,7	22,0	15,4	13,9	12,3	15,8	14,6	5,7	
mittel	%	50,8	44,1	46,2	40,1	37,0	36,8	43,8	38,6	
hoch	%	32,5	33,9	38,5	46,0	50,7	47,4	41,5	55,7	
Vorsorgeuntersuchungen										
Kinder mit Vorlage U-Heft	Anzahl	1 268	1 326	1 363	1 415	1 431	1 572	1 671	1 729	
U1	%	96,7	98,5	98,5	98,0	98,3	98,2	97,9	97,7	
U2	%	96,5	98,4	98,2	98,0	98,0	98,1	97,7	97,6	
U3	%	96,1	97,8	98,2	98,7	97,7	97,8	97,5	97,4	
U4	%	95,6	97,3	97,8	97,1	97,1	97,7	97,1	97,2	
U5	%	95,2	96,7	97,1	96,5	96,8	97,5	97,1	97,1	
U6	%	94,6	96,4	97,1	95,8	96,3	97,4	97,2	96,9	
U7	%	91,2	93,4	93,0	91,9	94,8	96,7	96,7	96,2	
U7a	%	-	-	2,7	8,5	60,3	78,4	84,7	84,9	
U8	%	85,6	88,8	87,2	92,4	91,3	92,7	93,6	89,0	
U9	%	78,9	85,6	88,8	89,2	83,6	86,6	88,7	84,5	
U1 bis U6 vollständig	Anzahl	1 169	1 241	1 284	1 323	1 355	1 500	1 588	1 639	
mit Angaben zum Sozialstatus	%	89,7	89,9	90,2	82,1	84,4	91,2	93,5	94,4	
niedrig	%	83,2	86,1	86,2	82,1	88,9	96,7	94,1	93,8	
mittel	%	94,1	94,1	94,5	94,8	95,4	95,4	98,7	95,8	
hoch	%	92,7	94,5	95,3	94,4	95,9	96,2	95,2	95,8	
U7 bis U9 vollständig	Anzahl	884	1 013	1 058	1 142	1 128	1 077	1 246	1 248	
mit Angaben zum Sozialstatus	%	97,4	96,2	96,0	88,0	89,1	62,6	70,3	69,9	
niedrig	%	49,5	62,0	58,6	61,2	73,0	48,9	61,8	58,3	
mittel	%	73,4	79,3	79,3	81,0	78,3	70,7	79,9	72,3	
hoch	%	70,5	77,1	79,4	84,1	80,4	70,7	75,1	76,2	

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

TEIL A Ausgewählte Indikatoren der Schuleingangsuntersuchungen im Zeitverlauf

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Entw.
Vorsorgeuntersuchungen und Impfstatus		2012				2015				
Impfungen		Impfstatus				Impfstatus				
		unvollständig	vollständig	unvollständig	vollständig	unvollständig	vollständig	unvollständig	vollständig	
Tetanus		57	75,0	1 254	92,5	112	77,2	1523	94,6	
Diphtherie		57	75,0	1 246	92,0	112	77,2	1520	94,4	
Keuchhusten (Pertussius)		57	75,0	1 241	91,6	112	77,2	1519	94,3	
Kinderlähmung (Polio)		56	73,7	1 235	91,1	108	74,5	1513	94,0	
Hib		52	68,4	1 224	90,3	103	71,0	1499	93,1	
Hep B		46	60,5	1 083	79,9	103	71,0	1432	88,9	
Pneumokokken		34	44,7	975	72,0	77	53,1	1353	84,0	
Masern, Mumps, Röteln (MMR)		51	67,1	1 176	86,8	108	74,5	1451	90,1	
Windpocken (Varizellen)		45	59,2	1 047	77,3	100	69,0	1410	87,6	
Meningokokken		51	67,1	1 111	82,0	98	67,6	1406	87,3	
Kinder mit Impfausweis	Anzahl	1 272	1 310	1 343	1 426	1 445	1 576	1 664	1 755	
	%	90,3	90,5	88,9	89,0	88,6	89,0	90,4	91,7	
Impfquoten										
Tetanus	%	95,5	95,8	96,0	95,9	95,5	95,0	94,2	93,2	
Diphtherie	%	95,4	95,6	95,5	95,4	94,9	94,7	93,9	93,0	
Keuchhusten (Pertussius)	%	95,2	95,6	95,5	95,0	94,5	94,7	93,9	92,9	
Kinderlähmung (Polio)	%	94,3	94,9	94,9	94,3	94,0	93,5	93,2	92,4	
Hib	%	94,1	94,1	94,0	94,2	92,7	91,8	91,9	91,3	
Hep B	%	88,1	86,0	85,9	84,9	82,1	85,7	85,6	87,5	
Pneumokokken	%	6,1	11,5	17,3	54,8	73,4	79,1	80,5	81,5	
Masern, Mumps, Röteln (MMR)	%	88,2	90,0	91,7	89,4	89,1	87,6	88,0	88,8	
Windpocken (Varizellen)	%	17,4	34,3	54,0	65,3	79,4	84,2	85,2	86,0	
Meningokokken	%	39,2	63,3	71,8	81,5	84,8	84,6	86,5	85,7	
Impfquoten nach dem Sozialstatus			2012			2015				
		niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch			
Kinder mit Impfausweis	Anzahl	65	398	816	49	397	988			
Tetanus	%	92,3	98,2	94,7	93,9	97,5	92,0			
Diphtherie	%	92,3	98,2	93,6	93,9	97,5	91,8			
Keuchhusten (Pertussis)	%	92,3	97,7	93,3	93,9	97,5	91,7			
Kinderlähmung (Polio)	%	92,3	97,2	93,0	93,9	96,5	91,7			
Hib	%	90,8	95,5	91,4	95,9	96,5	90,3			
Masern, Mumps, Röteln (MMR)	%	86,2	91,2	88,4	98,0	94,0	87,7			
Hep B	%	83,1	89,9	78,4	93,9	94,7	86,2			
Meningokokken	%	92,3	90,7	81,7	93,9	93,7	85,4			
Windpocken (Varizellen)	%	89,2	87,7	75,1	93,9	94,7	83,3			
Pneumokokken	%	70,8	77,9	71,9	89,8	87,9	81,0			
Befunde										
Kinder ohne med. relevanten Befunden		58,5	57,3	57,8	56,5	60,3	61,2	60,5	53,1	
Kinder mit med. relevanten Befunden		41,5	42,7	42,2	43,5	39,7	38,8	39,5	46,9	
Sprach-, Sprechstörungen		13,3	11,7	12,2	12,8	9,1	9,9	11,6	17,6	
umschriebene Entwicklungsstörungen		13,6	14,2	11,7	8,0	8,0	6,8	6,2	14,0	
Allergien		9,9	7,5	8,5	9,5	14,2	10,5	9,8	12,3	
emotionale soziale Störungen		4,6	5,5	5,1	7,3	10,2	5,3	3,7	7,2	
Enuresis (Einnässen)		2,6	3,7	3,9	4,2	4,2	3,7	2,8	3,1	
erhebliches Untergewicht		5,8	4,4	6,9	3,2	1,8	3,6	3,8	1,6	
Adipositas		1,6	1,8	1,1	2,5	1,7	2,0	1,7	2,0	
ADS/ADHS		3,0	2,6	2,0	1,9	1,2	2,0	1,7	0,5	

TEIL A Ausgewählte Indikatoren der Schuleingangsuntersuchungen im Zeitverlauf

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Entw.
Befunde Jungen									
Sprach-, Sprechstörungen	16,3	13,6	15,0	16,2	11,1	10,7	13,6	18,2	
Allergien	5,5	4,1	4,3	4,7	8,5	12,1	10,8	12,2	
emotionale soziale Störungen	6,7	6,9	6,5	10,1	13,0	6,1	4,5	8,2	
Enuresis (Einnässen)	3,4	4,5	4,1	5,2	5,6	5,3	4,3	4,7	
erhebliches Untergewicht	4,8	3,1	7,7	3,6	1,5	4,0	4,2	1,3	
Adipositas	1,1	1,2	1,0	2,3	1,7	1,8	1,6	2,3	
ADS/ADHS	4,7	4,0	2,2	3,1	2,0	3,4	2,6	0,6	
Befunde Mädchen									
Sprach-, Sprechstörungen	9,9	9,5	8,9	9,1	6,9	8,3	8	12,9	
Allergien	4,4	3,4	4,2	4,7	5,8	8,6	8,6	12,3	
emotionale soziale Störungen	2,2	3,9	3,4	4,2	7,2	3,7	2,8	3,0	
Enuresis (Einnässen)	1,8	2,7	3,7	3,0	2,6	1,5	1,3	1,2	
erhebliches Untergewicht	6,9	5,8	6,0	2,9	2,2	3,6	4,5	1,6	
Adipositas	2,3	2,5	1,1	2,8	1,7	2,1	2,2	1,9	
ADS/ADHS	1,0	1,2	1,7	0,5	0,3	0,5	0,7	0,1	
medizinisch relevante Befunde									
mit Angaben zum Sozialstatus	556	581	598	594	557	638	532	669	
niedrig	53,8	56,9	64,0	64,4	56,3	62,9	64,0	72,4	
mittel	45,7	47,2	49,3	48,5	46,7	45,2	48,6	52,9	
hoch	35,3	36,4	33,6	38,6	33,3	32,3	33,5	38,5	
Befunde									
	niedrig	mittel	hoch		niedrig	mittel	hoch		
mit Angaben zum Sozialstatus	87	439	909		58	433	1 034		
Sprach-, Sprechstörungen	31,0	13,0	3,1		44,8	24,0	10,5		
Allergien	16,1	17,5	13,1		27,6	12,0	4,4		
emotionale soziale Störungen	26,4	11,4	7,2		3,4	10,4	3,9		
Enuresis (Einnässen)	6,9	3,4	3,7		1,7	2,8	3,2		
erhebliches Untergewicht	2,3	1,8	1,5		3,4	1,4	1,4		
Adipositas	6,9	3,2	0,6		6,9	4,4	0,9		
ADS/ADHS	0,0	1,4	1,1		3,4	0,9	0,3		
Förderung der Kinder									
Kinder mit Förderung			590	585	545	513	474	514	
			39,1	36,5	33,4	29,0	25,8	26,9	
mit 1 Förderung			25,5	22,5	24,1	18,9	18,0	18,2	
mit 2 Förderung			8,4	9,4	5,8	5,5	4,8	5,6	
mit 3 Förderung			3,4	3,5	2,6	2,2	2,1	1,9	
mit 4 und mehr Förderungen			1,7	1,2	0,9	2,4	0,9	1,1	
Förderung der Kinder									
nach ausgewählten Behandlungen									
Sprachheilbehandlung (Logopädie)	17,5	15,3	15,8	16,2	13,7	13,4	13,6	15,6	
Ergotherapie	9,3	11,7	9,3	7,1	6,3	7,5	5,1	5,5	
heilpädagogische Frühförderung	5,2	5,9	6,2	6,1	5,5	5,6	2,9	1,9	
sonstige Förderung	22,7	25,8	28,8	27,5	23,1	20,6	16,0	17,3	
(Berechnung an allen Kindern)									
Kinder mit Angaben zu Unfällen	1 358	1410	1 469	1461	1 567	1701	1 796	1 848	
Kinder mit einem oder mehreren Unfällen	16,6	17,2	22,9	24,7	24,8	23,5	23,8	25,6	
im häuslichen Bereich	11,3	8,8	9,5	9,2	10,2	10,0	10,3	10,2	
in der Kita	5,0	4,0	8,0	7,5	7,3	7,9	7,7	8,3	
im Straßenverkehr	1,2	0,6	0,7	1,2	0,9	1,3	1,3	1,1	
an einem anderen Ort	.	4,3	6,5	7,5	6,7	6,6	7,2	8,7	

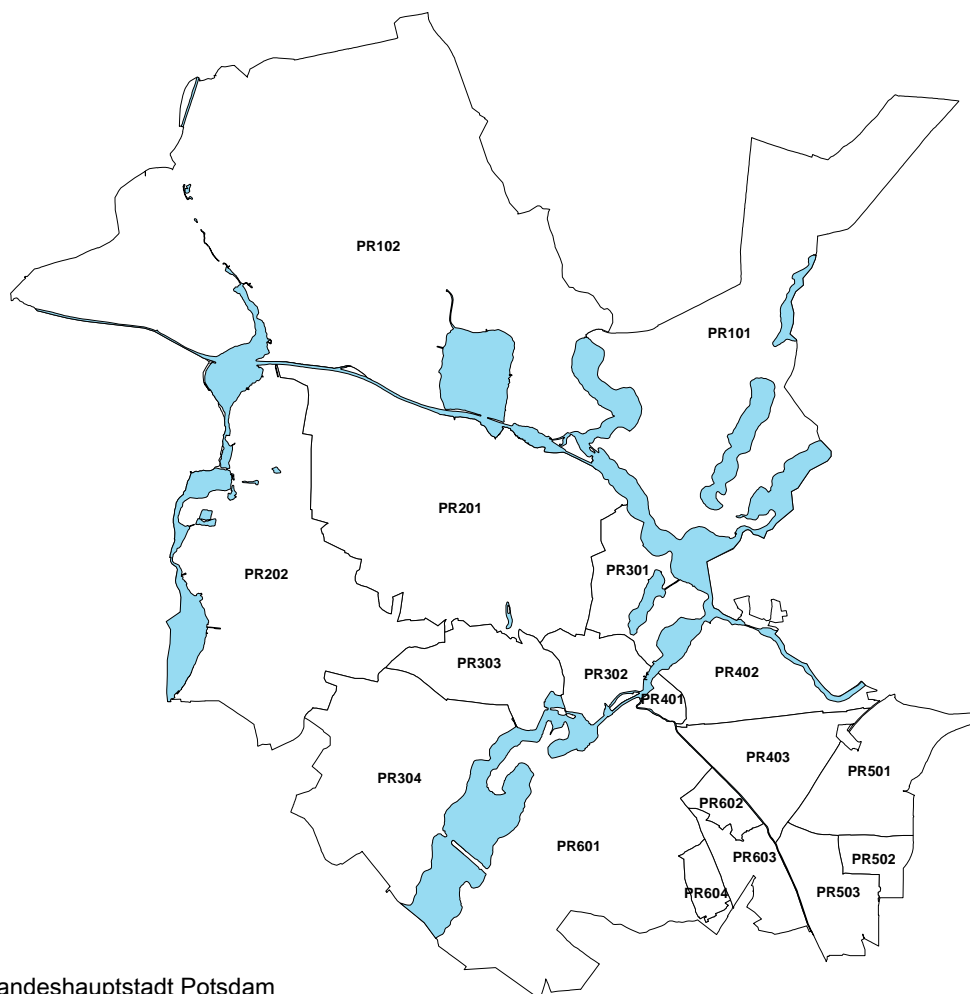
Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Teil B Sozial- und Planungsräume 2015 im Vergleich

Im **TEIL B** werden einige der Daten im Kontext der sechs Sozialräume und 18 Planungsräume in der Landeshauptstadt Potsdam ausgewertet (vgl. Abbildung 26). Damit besteht die Möglichkeit diese miteinander zu vergleichen, um stadträumliche Unterschiede sichtbar zu machen sowie zukünftig lokale Handlungsempfehlungen für die präventive Arbeit im jeweiligen Sozial- bzw. Planungsraum abzuleiten. Bei der nachfolgenden kleinräumigen Betrachtung werden die Indikatoren Sozialstatus (vgl. Kapitel 8, S. 44), Vorsorgeuntersuchungen, Immunisierung gegen Masern³² sowie Tetanus, Allergien, Sprach- und Sprechstörungen, emotionale und soziale Störungen (vgl. Kapitel 9, S. 48) sowie Fördermaßnahmen (vgl. Kapitel 10, S. 54) dargestellt und ausgewertet. Da es im Jahr 2015 insgesamt sieben Kinder gab, die keinem der Planungsräume zugeordnet werden konnten, werden diese in der weiteren Betrachtung außer Acht gelassen. Die Anzahl der Kinder innerhalb der einzelnen Sozial- und Planungsräumen variiert stark, deshalb sind die nachfolgenden prozentualen Angaben mit Bedacht zu bewerten. Um eine tatsächliche Relation herzustellen, werden ergänzend die absoluten Zahlen angeführt.

³² Die in der Tabelle angegebenen Impfquoten für die Immunisierung gegen Masern entspricht den Impfquoten für die MMR Impfung.

Abbildung 26: Planungsräume der Landeshauptstadt Potsdam



Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

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
		PR 403	Babelsberg Süd
Sozialraum 2	Potsdam Nord	Sozialraum 5	Stern, Drewitz, Kirchsteigfeld
PR 201	Bornim, Bornstedt, Nedlitz, Am Ruinenberg, Rote Kasernen	PR 501	Stern
PR 202	Eiche, Grube, Golm	PR 502	Drewitz
		PR 503	Alt Drewitz, Kirchsteigfeld
Sozialraum 3	Potsdam West, Innenstadt, Nördliche Vorstädte	Sozialraum 6	Schlätz, Waldstadt I und II, Potsdam Süd
PR 301	Nauener und Berliner Vorstadt	PR 601	Hauptbahnhof, Brauhausberg, Templiner und Teltower Vorstadt
PR 302	Innenstadt, Am Weinberg	PR 602	Schlätz
PR 303	Brandenburger Vorstadt	PR 603	Waldstadt I, Industriegelände
PR 304	Potsdam West	PR 604	Waldstadt II

8. Sozialstruktur nach Planungs- und Sozialräumen

Die Zuordnung der Familien in die drei Sozialstatusgruppen niedrig, mittel und hoch vor dem Bildungshintergrund und dem Erwerbsstand der Eltern wurde bereits in Kapitel 2 beschrieben. Obwohl die Sozialstruktur in der Landeshauptstadt Potsdam insgesamt eine positive Entwicklung aufweist, existieren zwischen den Planungsräumen nach wie vor große Unterschiede.

In Potsdam haben insgesamt 3,8 % (73) der Erstklässler Eltern mit einem niedrigen Sozialstatus. Während im Schlaatz (PR 602) 2012 noch jeder dritte Schulanfänger (35,0 % (35)) zur niedrigen Sozialstatusgruppe zählte, fällt im Jahr 2015 nur noch jedes fünfte Kind (20) unter diese Kategorie. Auch in der Waldstadt II (PR 604) zeichnet sich dieser Trend ab: Seit 2012 sank der Anteil von 23,3 % (18) auf 16,3 % (17) in 2015. Der Vergleich der absoluten Zahlen zeigt jedoch, dass genau so viele Kinder betroffen sind, wie noch vor drei Jahren. In Drewitz (PR 502) ist der Teil der Einschülerinnen und Einschüler, die aus einer Familie mit einem niedrigen Sozialstatus kommen, in etwa gleich (2012: 20,0 % (14); 2015: 20,9 % (14)). Im Gegensatz dazu sind die Kinder aus den Sozialräumen 2 (Potsdam Nord) und 3 (Potsdam West, Innenstadt, Nördliche Vorstädte) in nur jeweils 0,3 % der Fälle von einem niedrigen Sozialstatus ihrer Eltern betroffen (vgl. Tabelle 2, S. 45).

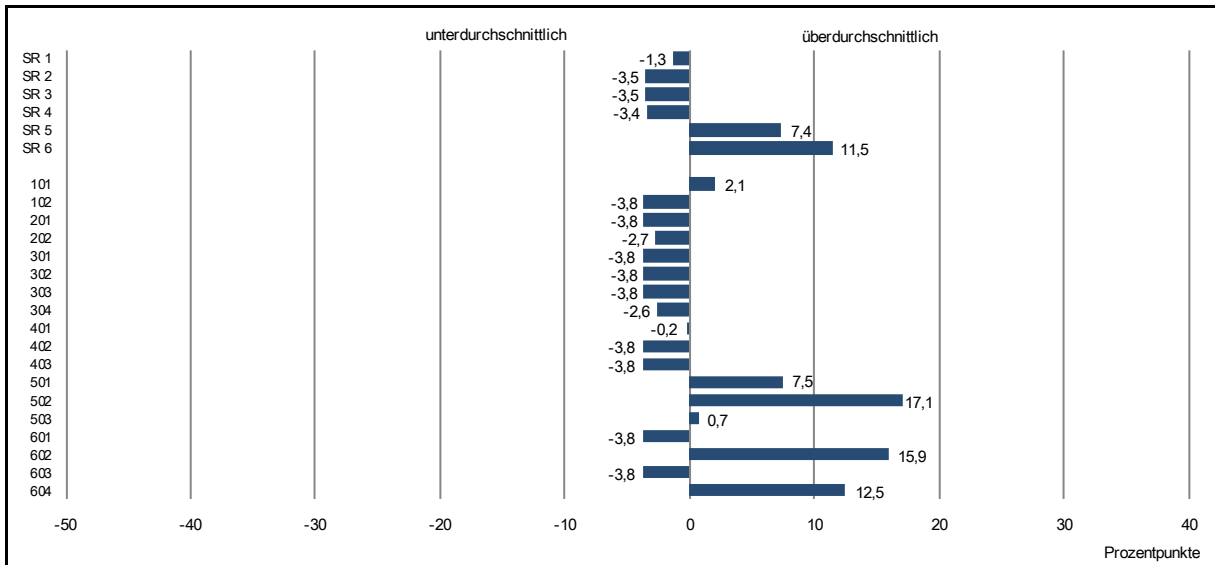
Tabelle 2: Sozialstatus der Eltern nach Planungs- und Sozialräumen 2015

Sozialraum Planungsraum	untersuchte Kinder		Kinder mit Sozialstatus				Abweichung zu Potsdam		
			insgesamt	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch
	Anzahl	%	%				Prozentpunkte		
Potsdam	1 914	100,0	79,7	3,8	28,4	67,8			
SR 1	140	7,3	84,3	2,5	34,7	62,7	-1,3	6,3	-5,1
PR 101	60	3,1	85,0	5,9	25,5	68,6	2,1	-2,9	0,8
PR 102	80	4,2	83,8	0,0	41,8	58,2	-3,8	13,4	-9,6
SR 2	359	18,8	80,5	0,3	18,3	81,3	-3,5	-10,1	13,5
PR 201	251	13,1	79,3	0,0	16,1	83,9	-3,8	-12,3	16,1
PR 202	108	5,6	83,3	1,1	23,3	75,6	-2,7	-5,1	7,8
SR 3	459	24,0	81,0	0,3	19,9	79,8	-3,5	-8,5	12,0
PR 301	80	4,2	87,5	0,0	20,0	80,0	-3,8	-8,4	12,2
PR 302	128	6,7	82,0	0,0	24,8	75,2	-3,8	-3,6	7,4
PR 303	147	7,7	77,6	0,0	12,3	87,7	-3,8	-16,1	19,9
PR 304	104	5,4	79,8	1,2	24,1	74,7	-2,6	-4,3	6,9
Sr 4	351	18,3	80,9	0,4	15,1	84,5	-3,4	-13,3	16,7
PR 401	47	2,5	59,6	3,6	46,4	50,0	-0,2	18,0	-17,8
PR 402	171	8,9	84,2	0,0	9,0	91,0	-3,8	-19,4	23,2
PR 403	133	6,9	84,2	0,0	15,2	84,8	-3,8	-13,2	17,0
SR 5	287	15,0	78,0	11,2	46,9	42,0	7,4	18,5	-25,8
PR 501	147	7,7	78,2	11,3	43,5	45,2	7,5	15,1	-22,6
PR 502	66	3,4	65,2	20,9	60,5	18,6	17,1	32,1	-49,2
PR 503	74	3,9	89,2	4,5	43,9	51,5	0,7	15,5	-16,3
SR 6	311	16,2	75,2	11,5	49,6	38,9	7,7	21,2	-28,9
PR 601	66	3,4	80,3	0,0	28,3	71,7	-3,8	-0,1	3,9
PR 602	104	5,4	68,3	19,7	54,9	25,4	15,9	26,5	-42,4
PR 603	36	1,9	83,3	0,0	56,7	43,3	-3,8	28,3	-24,5
PR 604	105	5,5	76,2	16,3	56,3	27,5	12,5	27,9	-40,3

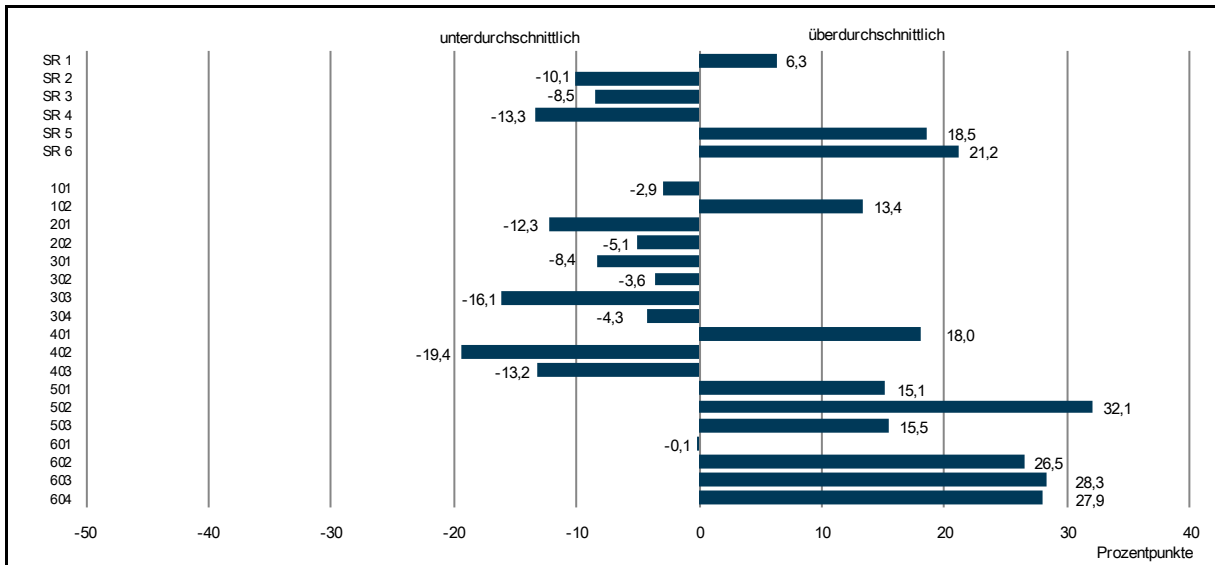
Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Abbildung 27: Kinder nach dem Sozialstatus der Eltern - Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt Potsdam 2015

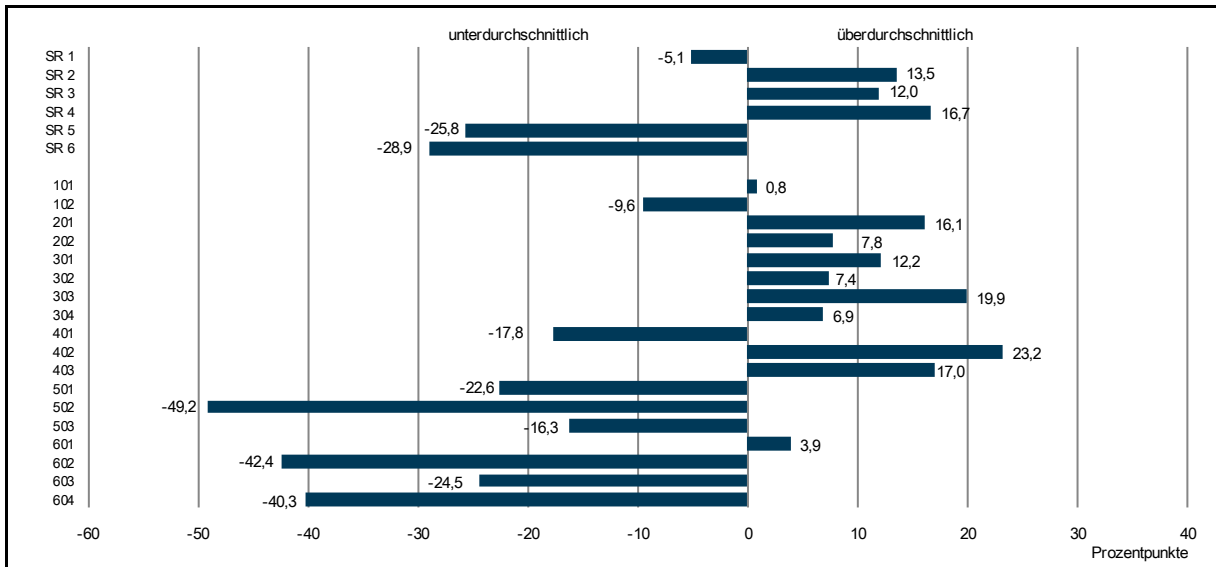
Sozialstatus: niedrig (Durchschnittswert Landeshauptstadt Potsdam = 3,8 %)



Sozialstatus: mittel (Durchschnittswert Landeshauptstadt Potsdam = 28,4 %)



Sozialstatus: hoch (Durchschnittswert Landeshauptstadt Potsdam = 67,8 %)



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

Im Planungsraum Waldstadt I, Industriegelände (PR 603) konnten alle Kinder (35) ein vollständiges U1 bis U6 Vorsorgeheft vorweisen (vgl. Tabelle 3, S. 50). Das war bereits im Jahr 2012 der Fall. Etwas geringer ist der Anteil von Einschülern mit einer lückenlosen Teilnahme aus den Planungsräumen Nauener und Berliner Vorstadt (PR 301; 98,6 % (71)) bzw. Hauptbahnhof, Brauhausberg, Templiner und Teltower Vorstadt (PR 601; 98,3 % (57)). Die niedrigste Inanspruchnahmequote weisen mit 88,7 % (42) Kinder aus Drewitz (PR 502) auf.

Wie bereits in Kapitel 4 erläutert wurde, ist die Teilnahme bei der U7 bis U9 im Jahr 2015 wesentlich geringer. Die Planungsräume mit den geringsten Vorsorgequoten sind Drewitz (PR 502) sowie Schlaatz (PR 602). Dort nahmen 56,6 % (17) bzw. 56,8 % (26) der Eltern die Untersuchungen mit ihren Kindern wahr. Drei Jahre zuvor nutzten noch 81,0 % (38) bzw. 66,2 % (46) der Eltern die Vorsorgeuntersuchungen. Die gesunkene Inanspruchnahme kann insbesondere in diesen Planungsräumen durch eine steigende Anzahl an Kindern mit Migrationshintergrund bedingt sein, da diese zu ganz unterschiedlichen Zeitpunkten in das deutsche Gesundheitssystem und somit das Vorsorgesystem aufgenommen werden und dementsprechend nicht an den vorhergehenden Untersuchungen teilnehmen.

Impfungen

Der Impfstatus der Kinder variiert in Abhängigkeit von der Art der Impfung sowie den Planungs- und Sozialräumen erheblich (vgl. Tabelle 3, S. 50). Bezogen auf die Sozialräume haben 92,1 % (237) der Kinder am Stern, in Drewitz und im Kirchsteigfeld (SR 5) die MMR Impfung und weisen somit die höchste Quote, auch im Vergleich mit dem Gesamtdurchschnitt der Landeshauptstadt (88,8 %), auf. Eine vollständige Durchimpfungsrate von 100 % konnte ausschließlich im Planungsraum Waldstadt I, Industriegelände (PR 603 (35)) erreicht werden. Die niedrigsten Impfteilnahmen sind 2015 (76,5 % (99)) wie bereits 2012 (79,9 % (104)) in der Brandenburger Vorstadt (PR 303) zu verzeichnen.

Analog zur MMR Impfung stellt sich das Bild für die Tetanus Impfung dar: Sowohl die Erstklässler im Sozialraum 5 (Stern, Drewitz, Kirchsteigfeld), als auch im Planungsraum Waldstadt I, Industriegelände (PR 603) weisen mit 96,6 % (229) bzw. 100 % (35) die höchsten Impfteilnahmen auf. Die größte negative Abweichung von annähernd 10 % vom Potsdamer Durchschnitt (93,2 %) ist in der Brandenburger Vorstadt (PR 303 (109)) zu beobachten.

Auch im Hinblick auf die Impfraten kann die Teilnahme innerhalb eines Sozialraumes wie eine Schere auseinander gehen: So liegen zwischen dem Schlaatz (PR 602) und der Wald-

stadt I (PR 603) zehn bzw. elf Prozentpunkte bei der Inanspruchnahme der MMR Impfung bzw. der Tetanus Impfung.

Häufigste Befunde

Im Jahr 2015 weichen die Häufigkeiten der Befunde bei der kleinräumigen Betrachtung gravierend von den 2012 erhobenen Daten ab. Während 2012 die Mehrheit der **Kinder mit Allergien** in den Planungsräumen 503 (Alt Drewitz, Kirchsteigfeld), 604 (Waldstadt II) und 102 (Neu Fahrland, Fahrland, Satzkorn, Marquardt, Uetz-Paaren) lebten, stellt sich die Situation für 2015 wie folgt dar: Unter den Schulanfängern, die in den Planungsräumen Babelsberg Süd (PR 403), Potsdam West (PR 304) sowie Waldstadt II (PR 604) leben, leiden 18,8 %, 17,3 % bzw. 17,1 % an Allergien. Der Durchschnittswert der Landeshauptstadt insgesamt ist in den letzten drei Jahren um rund zwei Prozentpunkte auf 12,3 % gesunken (vgl. Tabelle 4, S. 52).

Sprach- und Sprechstörungen sind vor allem bei Kindern aus dem Kirchsteigfeld (PR 503), Schlaatz (PR 502) und Waldstadt II (PR 604) besonders häufig festgestellt worden. Insgesamt sind dort jeweils drei von zehn Erstklässlern davon betroffen (vgl. Tabelle 4, S. 52).

Die Auswertung der räumlichen Verteilung der Kinder mit **emotionalen und sozialen Störungen** ergibt hingegen, dass die bislang eher unauffälligen Planungsräume Neu Fahrland, Fahrland, Satzkorn, Marquardt, Uetz-Paaren (PR 102) und Zentrum Ost (PR 401) bei diesem Störungsbild die anteilig am meisten betroffenen Stadtteile sind. Hierbei lag der Anteil der betroffenen Kinder um 6,6 % bzw. 5,6 % höher als der Potsdamer Durchschnitt von 7,2 %. (vgl. Tabelle 4, S. 52).

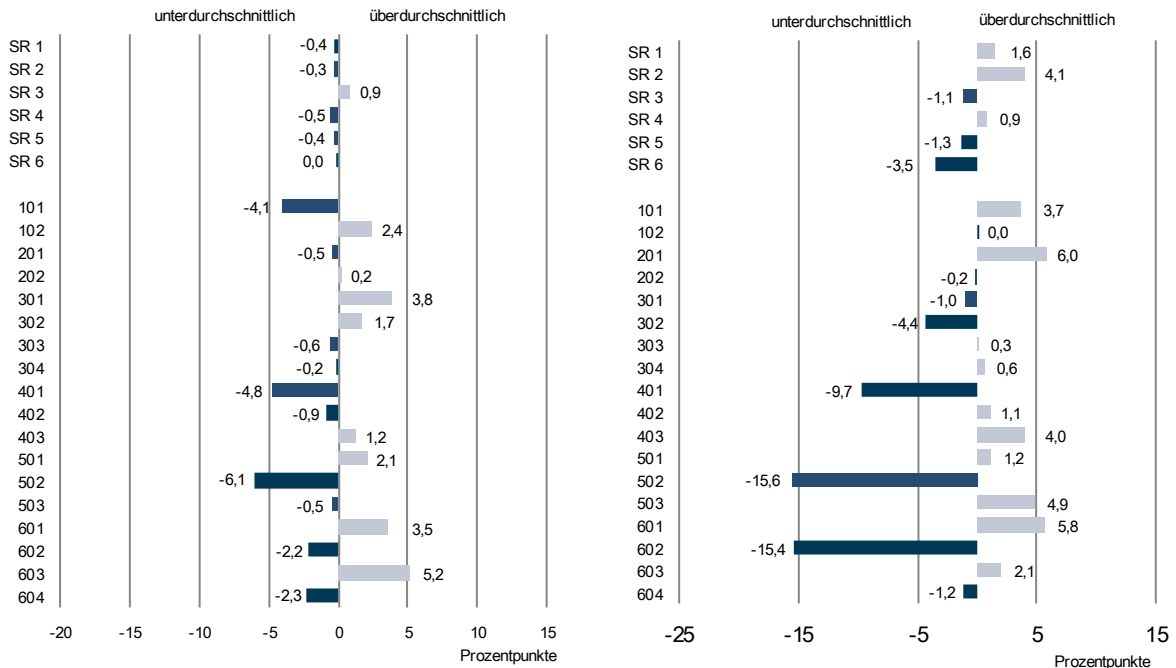
Tabelle 3: Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen nach Sozial- und Planungsräumen 2015

Sozialraum Planungsraum	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	1 639	94,8	1 248	72,2	93,2	88,8				
SR 1	119	94,4	93	73,8	94,6	89,2	-0,4	1,6	1,5	0,4
PR 101	49	90,7	41	75,9	90,9	85,5	-4,1	3,7	-2,3	-3,4
PR 102	70	97,2	52	72,2	97,3	92,0	2,4	0,0	4,2	3,2
SR 2	311	94,5	251	76,3	94,6	89,7	-0,3	4,1	1,4	0,9
PR 201	216	94,3	179	78,2	93,9	89,6	-0,5	6,0	0,8	0,7
PR 202	95	95,0	72	72,0	96,0	90,1	0,2	-0,2	2,9	1,3
SR 3	400	95,7	297	71,1	88,2	84,0	0,9	-1,1	-4,9	-4,8
PR 301	72	98,6	52	71,2	89,3	85,3	3,8	-1,0	-3,8	-3,5
PR 302	111	96,5	78	67,8	90,6	88,0	1,7	-4,4	-2,6	-0,8
PR 303	130	94,2	100	72,5	83,8	76,5	-0,6	0,3	-9,3	-12,4
PR 304	87	94,6	67	72,8	90,7	88,7	-0,2	0,6	-2,4	-0,2
Sr 4	312	94,3	242	73,1	93,9	89,0	-0,5	0,9	0,7	0,2
PR 401	36	90,0	25	62,5	94,9	84,6	-4,8	-9,7	1,7	-4,2
PR 402	155	93,9	121	73,3	92,5	85,7	-0,9	1,1	-0,6	-3,1
PR 403	121	96,0	96	76,2	95,3	94,5	1,2	4,0	2,2	5,7
SR 5	237	94,4	178	70,9	96,6	92,1	-0,4	-1,3	3,4	3,2
PR 501	124	96,9	94	73,4	95,6	90,4	2,1	1,2	2,4	1,5
PR 502	47	88,7	30	56,6	96,6	94,9	-6,1	-15,6	3,4	6,1
PR 503	66	94,3	54	77,1	98,6	93,0	-0,5	4,9	5,4	4,1
SR 6	254	94,8	184	68,7	94,1	91,9	0,0	-3,5	0,9	3,0
PR 601	58	98,3	46	78,0	91,7	88,3	3,5	5,8	-1,5	-0,5
PR 602	75	92,6	46	56,8	90,2	89,0	-2,2	-15,4	-2,9	0,2
PR 603	35	100,0	26	74,3	100,0	100,0	5,2	2,1	6,8	11,2
PR 604	86	92,5	66	71,0	96,7	93,5	-2,3	-1,2	3,6	4,6

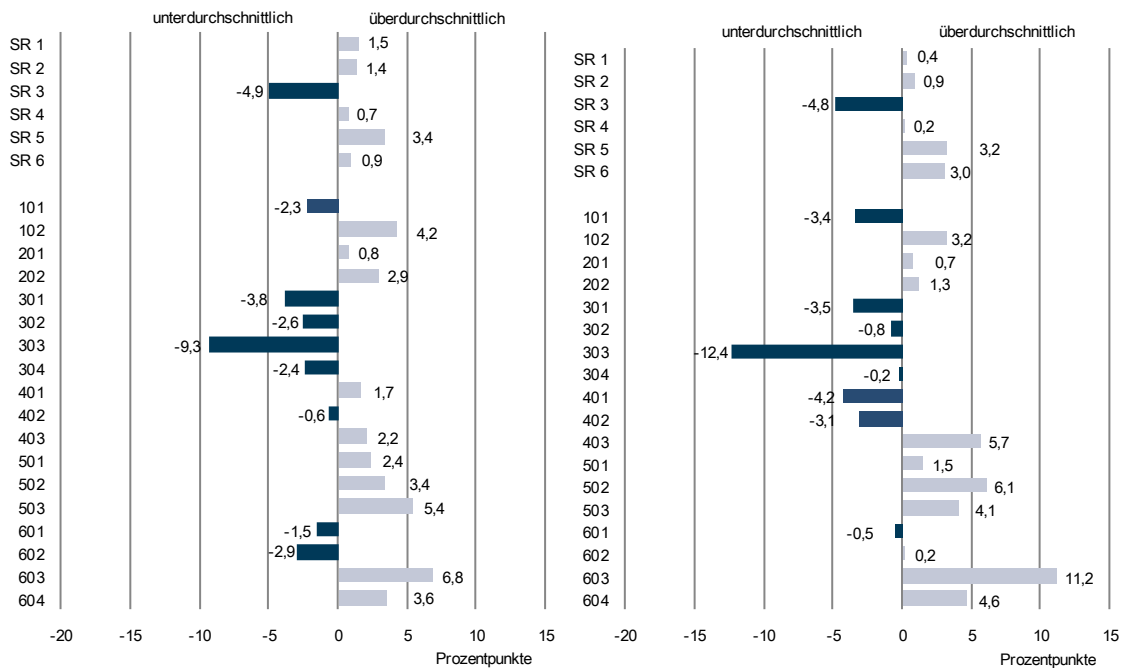
Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Abbildung 28: Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen - Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt Potsdam 2015

U1 bis U6 vollständig (Durchschnittswert Landeshauptstadt Potsdam = 94,8 %) U7 bis U9 vollständig (Durchschnittswert Landeshauptstadt Potsdam = 72,2 %)



Tetanus-Impfung (Durchschnittswert Landeshauptstadt Potsdam = 93,2 %) Masern-Impfung (Durchschnittswert Landeshauptstadt Potsdam = 88,8 %)



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

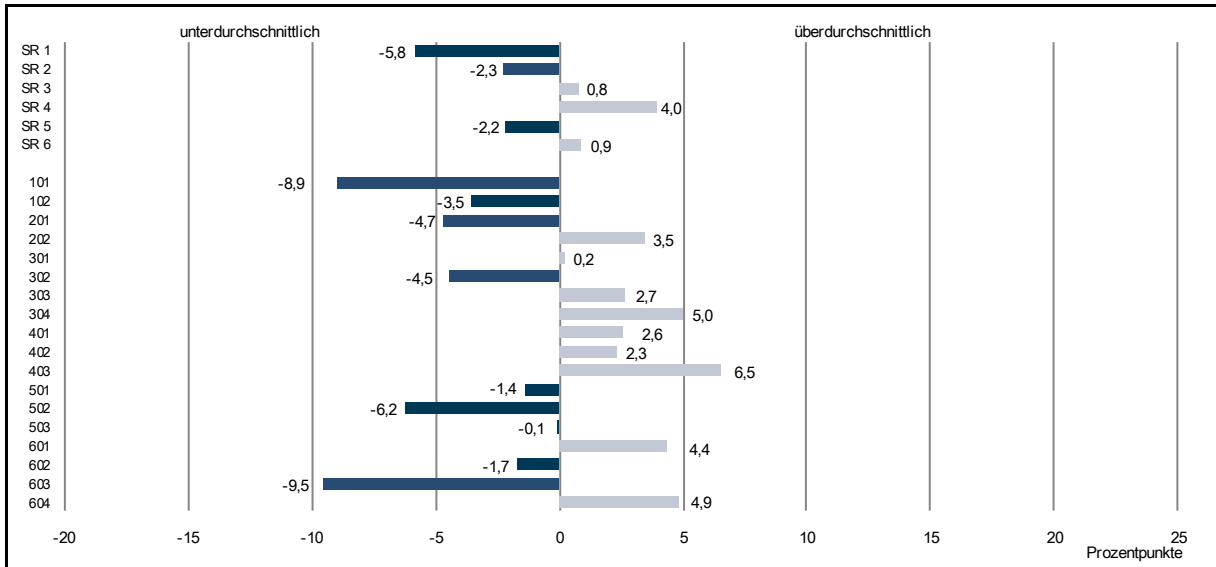
Tabelle 4: Häufigste Befunde nach Sozial- und Planungsräumen 2015

Sozialraum Planungs- raum	Kinder mit Befunde	Befunde			Abweichung zu Potsdam		
		Allergien	emotionale Störung	Sprach- und Sprechstörung	Allergien	emotionale Störung	Sprach- und Sprechstörung
%							
Potsdam	46,9	12,3	7,2	17,6			
SR 1	47,9	6,4	10,0	20,0	-5,8	2,8	2,4
PR 101	38,3	3,3	5,0	15,0	-8,9	-2,2	-2,6
PR 102	55,0	8,8	13,8	23,8	-3,5	6,5	6,1
SR 2	37,0	10,0	5,0	11,4	-2,3	-2,2	-6,2
PR 201	36,7	7,6	4,0	10,4	-4,7	-3,2	-7,2
PR 202	38,0	15,7	7,4	13,9	3,5	0,2	-3,7
SR 3	42,3	13,1	6,5	13,1	0,8	-0,7	-4,5
PR 301	41,3	12,5	3,8	10,0	0,2	-3,5	-7,6
PR 302	35,2	7,8	4,7	10,2	-4,5	-2,5	-7,5
PR 303	44,2	15,0	7,5	13,6	2,7	0,3	-4,0
PR 304	49,0	17,3	9,6	18,3	5,0	2,4	0,7
SR 4	43,6	16,2	6,3	13,4	4,0	-0,9	-4,2
PR 401	61,7	14,9	12,8	31,9	2,6	5,6	14,3
PR 402	34,5	14,6	4,1	7,6	2,3	-3,1	-10,0
PR 403	48,9	18,8	6,8	14,3	6,5	-0,4	-3,3
SR 5	58,5	10,1	8,7	27,9	-2,2	1,5	10,3
PR 501	56,5	10,9	11,6	27,2	-1,4	4,4	9,6
PR 502	59,1	6,1	1,5	21,2	-6,2	-5,7	3,6
PR 503	62,2	12,2	9,5	35,1	-0,1	2,2	17,5
SR 6	57,2	13,2	9,3	26,0	0,9	2,1	8,4
PR 601	47,0	16,7	7,6	13,6	4,4	0,4	-4,0
PR 602	62,5	10,6	8,7	33,7	-1,7	1,4	16,0
PR 603	33,3	2,8	5,6	5,6	-9,5	-1,7	-12,1
PR 604	66,7	17,1	12,4	33,3	4,9	5,2	15,7

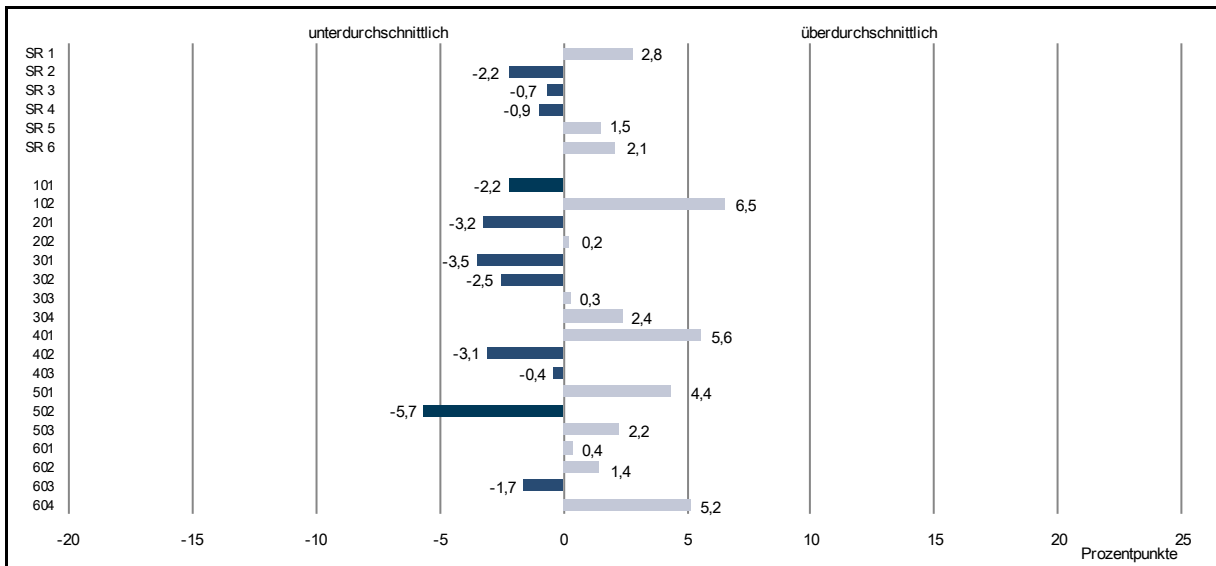
Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Abbildung 29: Häufigste Befunde - Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt Potsdam 2015

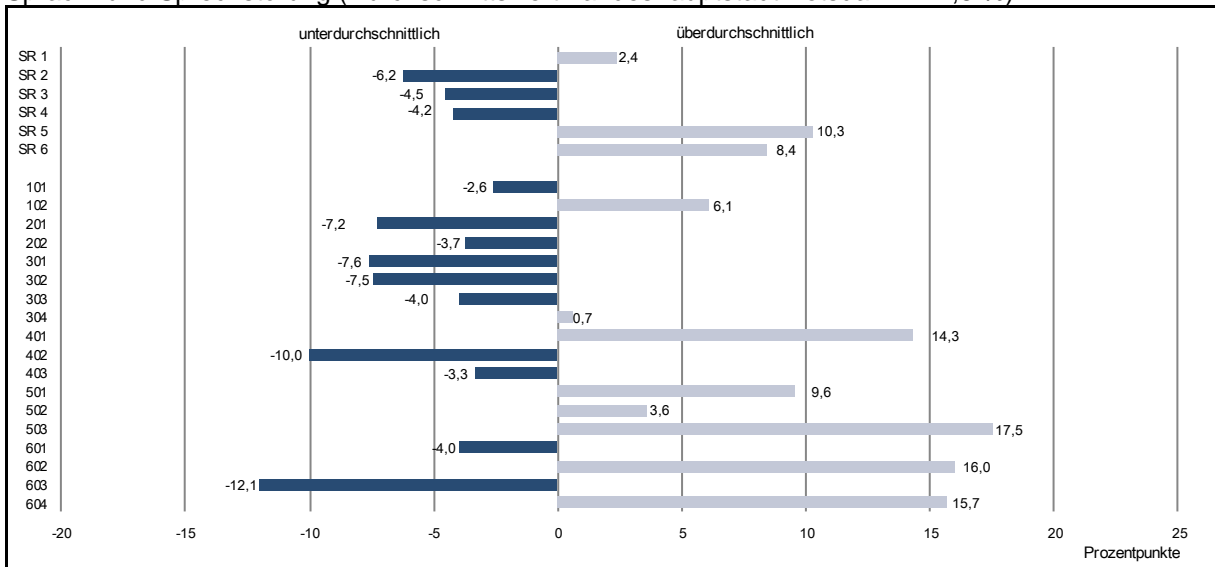
Allergien (Durchschnittswert Landeshauptstadt Potsdam = 12,3 %)



Emotionale soziale Störung (Durchschnittswert Landeshauptstadt Potsdam = 7,2 %)



Sprach- und Sprechstörung (Durchschnittswert Landeshauptstadt Potsdam = 17,6 %)



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

10. Ausgewählte Förderungen nach Sozial- und Planungsräumen

Die Notwendigkeit Fördermaßnahmen in Anspruch zu nehmen, hängt vom individuellen kindlichen Entwicklungsstand ab. Wie bereits in Kapitel 6 aufgezeigt wurde, ist der Anteil an Einschülerinnen und Einschülern in der Landeshauptstadt Potsdam, die Behandlung bzw. Förderung benötigen, seit 2012 rückläufig (2012: 33,4 %; 2015: 26,9 %). Trotzdem ist die Tendenz in den Sozialräumen seitdem gleich geblieben. So gibt es in den Sozialräumen Stern, Drewitz, Kirchsteigfeld (SR 5) und Schlaatz, Waldstadt I und II und Potsdam Süd (SR 6) einen höheren Anteil an Kindern, die gefördert werden (35,9 % (103) bzw. 35,0 % (109)) als in Potsdam insgesamt. Allerdings ist der Teil der betroffenen Kinder in diesen Sozialräumen um rund zehn Prozentpunkte zurückgegangen. Bei der Differenzierung anhand der Planungsräume kam es zu Verschiebungen: Im Jahr 2012 betrug der Anteil der bereits vor Schulantritt geförderten Kinder 53,8 % (14) in der Waldstadt I, Industriegelände (PR 603) und 52,2 % (36) in Drewitz (PR 502). Im Jahr 2015 sind vor allem Erstklässler aus den Planungsräumen Stern (PR 501) und Waldstadt II (PR 604) in Fördermaßnahmen. Es sind Quoten von 40,1 % (59) bzw. 38,1 % (40) der Schulanfänger betroffen.

Die Verteilung der einzelnen Förderarten variiert zwischen den Planungsräumen stark. Beispielsweise werden in der Waldstadt II (PR 604) Kinder doppelt so häufig (29,5 %) logopädisch therapiert, wie in der gesamten Stadt (15,6 %). Im Bereich der ergotherapeutischen bzw. heilpädagogischen Frühförderung ist die Rate an Betroffenen allerdings unter dem städtischen Durchschnitt bzw. im Fall der Frühförderung liegt dieser Anteil bei null (vgl. Tabelle 5, S. 55).

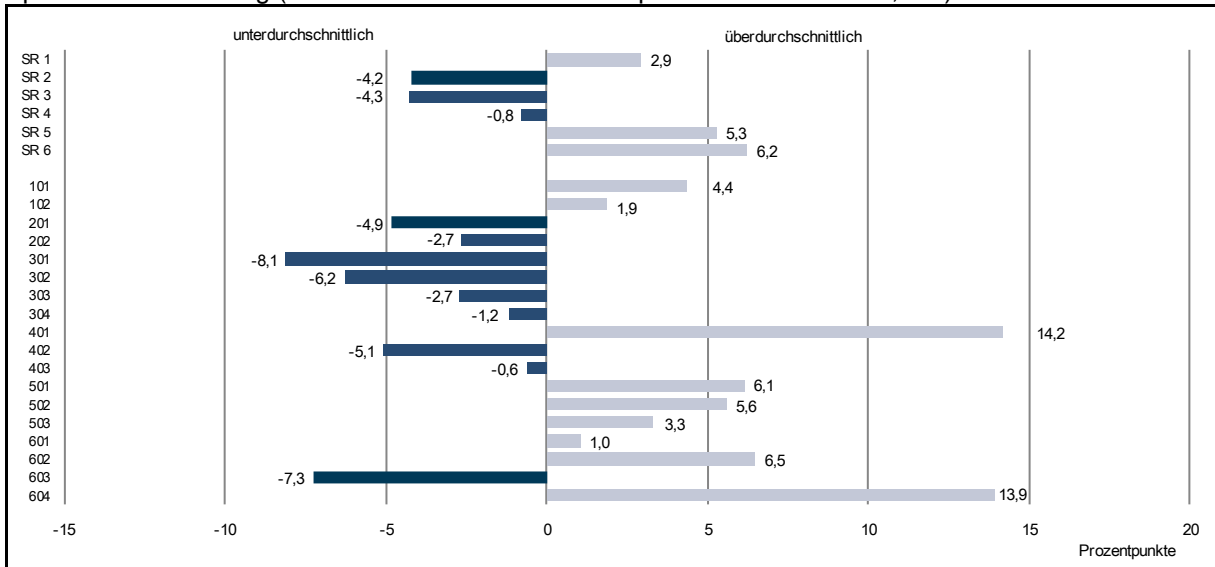
Tabelle 5: Ausgewählte Förderungen nach Sozial- und Planungsräumen 2015

Sozialraum Planungs- raum	Kinder mit Förderung		Förderungen			Abweichung zu Potsdam		
			Sprachheil- behandlung	Ergo- therapie	heilpäd. Frühförderung	Sprachheil- behandlung	Ergo- therapie	heilpäd. Frühförderung
	Anzahl		%					
Potsdam	514	26,9	15,6	5,5	1,9			
SR 1	37	26,4	18,6	6,4	1,4	2,9	0,9	-0,5
PR 101	16	26,7	20,0	3,3	1,7	4,4	-2,2	-0,2
PR 102	21	26,3	17,5	8,8	1,3	1,9	3,2	-0,6
SR 2	70	19,5	11,4	3,9	0,3	-4,2	-1,6	-1,6
PR 201	49	19,5	10,8	3,6	0,0	-4,9	-2,0	-1,9
PR 202	21	19,4	13,0	4,6	0,9	-2,7	-0,9	-1,0
SR 3	105	22,9	11,3	6,8	0,9	-4,3	1,2	-1,0
PR 301	17	21,3	7,5	7,5	1,3	-8,1	2,0	-0,6
PR 302	24	18,8	9,4	4,7	0,0	-6,2	-0,9	-1,9
PR 303	37	25,2	12,9	8,2	1,4	-2,7	2,6	-0,5
PR 304	27	26,0	14,4	6,7	1,0	-1,2	1,2	-0,9
Sr 4	88	25,1	14,8	4,6	1,7	-0,8	-1,0	-0,2
PR 401	18	38,3	29,8	4,3	4,3	14,2	-1,3	2,4
PR 402	34	19,9	10,5	4,7	1,2	-5,1	-0,9	-0,7
PR 403	36	27,1	15,0	4,5	1,5	-0,6	-1,0	-0,4
SR 5	103	35,9	20,9	6,6	3,5	5,3	1,1	1,6
PR 501	59	40,1	21,8	7,5	4,1	6,1	1,9	2,2
PR 502	19	28,8	21,2	4,5	4,5	5,6	-1,0	2,7
PR 503	25	33,8	18,9	6,8	1,4	3,3	1,2	-0,5
SR 6	109	35,0	21,9	5,5	4,2	6,2	-0,1	2,3
PR 601	24	36,4	16,7	4,5	4,5	1,0	-1,0	2,7
PR 602	36	34,6	22,1	4,8	8,7	6,5	-0,7	6,8
PR 603	9	25,0	8,3	11,1	0,0	-7,3	5,6	-1,9
PR 604	40	38,1	29,5	4,8	1,0	13,9	-0,8	-0,9

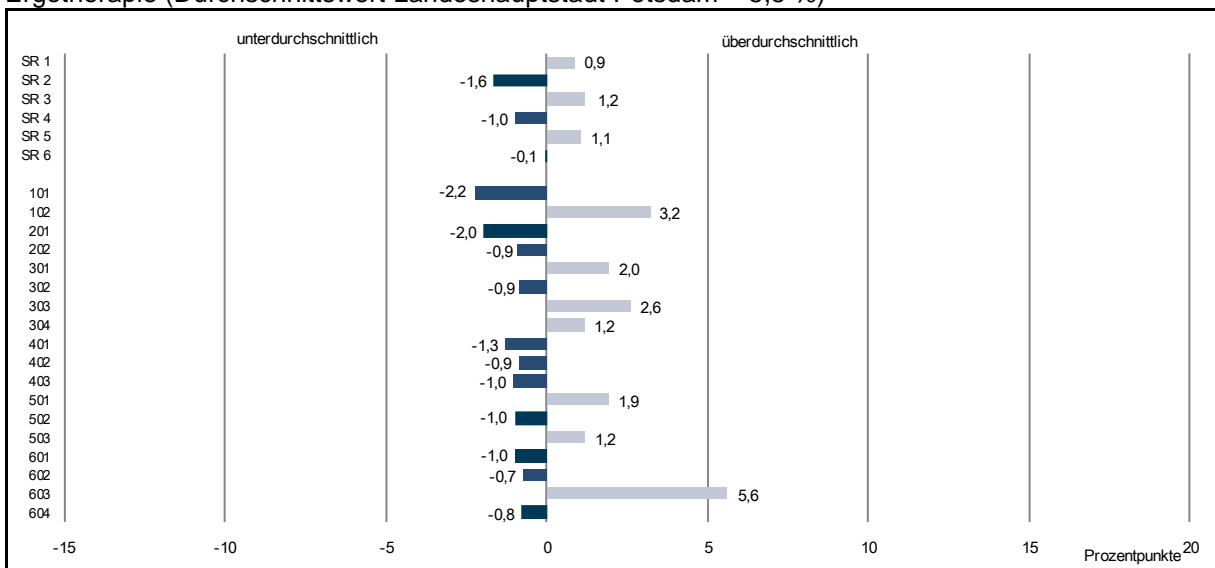
Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

Abbildung 30: Förderungen - Abweichungen vom Wert der Landeshauptstadt Potsdam 2015

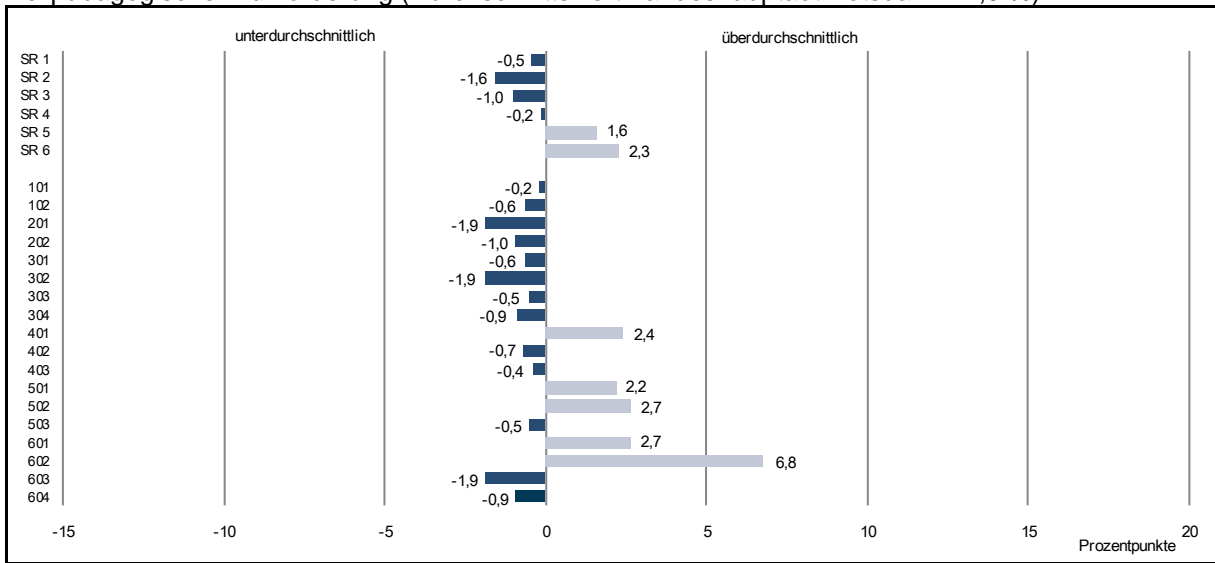
Sprachheilbehandlung (Durchschnittswert Landeshauptstadt Potsdam = 15,6 %)



Ergotherapie (Durchschnittswert Landeshauptstadt Potsdam = 5,5 %)



Heilpädagogische Frühförderung (Durchschnittswert Landeshauptstadt Potsdam = 1,9 %)



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 2011 und 2015 der niedrige und mittlere Sozialstatus der Eltern zugunsten des hohen Sozialstatus weiter gesunken.
- Die Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen sinken mit zunehmendem Alter der Kinder; im Rahmen der U8 liegt die Teilnahme unter dem definierten Gesundheitsziel von 95 %.
- Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus nehmen 2015 die Früherkennungsuntersuchungen U7 bis U9 deutlich weniger in Anspruch als Kinder aus Familien mit mittlerem und hohem Sozialstatus.
- Das Ziel der WHO, mindestens 95 % der Bevölkerung zu immunisieren, konnte in keinem der Einschulungsjahrgänge für die empfohlenen Impfungen erreicht werden. Die geringste Impfquote weist für die MMR und Tetanus Impfung die Brandenburger Vorstadt (PR 303) mit 76,5 % bzw. 83,8 % auf.
- Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus weisen bei allen Impfungen eine geringere Impfbeteiligung, im Vergleich zu den beiden Sozialstatusgruppen niedrig und mittel, auf.
- Der Anteil an Einschülerinnen und Einschülern bei dem ein Befund festgestellt wurde, steigt an. Im Jahr 2015 betraf das fast die Hälfte der untersuchten Kinder.
- Es wurden 2015 neben Sprach- und Sprechstörungen (15,7 %), Allergien (12,3 %) emotionale und soziale Störungen (5,7 %) am häufigsten befundet.
- Der Anteil von Kindern, die einnässen, steigt seit 2008. Jungen sind im Jahr 2015 vier Mal häufiger betroffen als Mädchen.
- Kinder aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus weisen öfter Entwicklungsdefizite auf. Jeder dritte Erstklässler aus dem Kirchsteigfeld (PR 503), Schlaatz (PR 502) und Waldstadt II (PR 604) leidet an Sprach- und Sprechstörungen.
- Kinder, die in den Sozialräumen Stern, Drewitz, Kirchsteigfeld (SR 5) und Schlaatz, Waldstadt I und II und Potsdam Süd (SR 6) leben, werden häufiger gefördert (35,9 % und 35,0 %), als die Potsdamer Kinder insgesamt.
- Der Anteil an Kindern, die einen Unfall erleiden, ist seit 2011 etwa konstant. Demnach erleidet jedes vierte Kind einen Unfall, der eine ärztliche Behandlung erfordert.

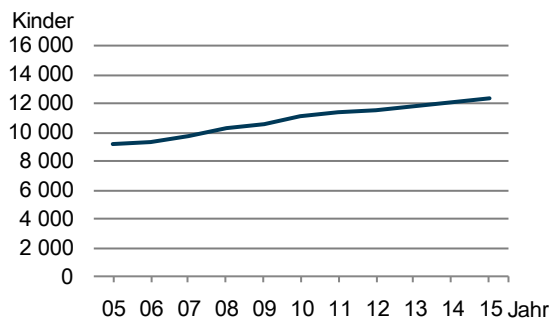
Anhang: Planungsräume im Blick

Landeshauptstadt Potsdam

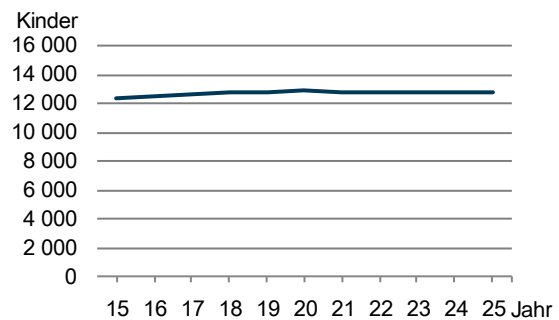
	2012	2015
Einwohner mit Hauptwohnung	159 067	167 505
Durchschnittsalter in Jahren	42,4	42,5
untersuchte Kinder	1 631	1 914



**Kinder 0 bis unter 7 Jahren
2005 bis 2015**



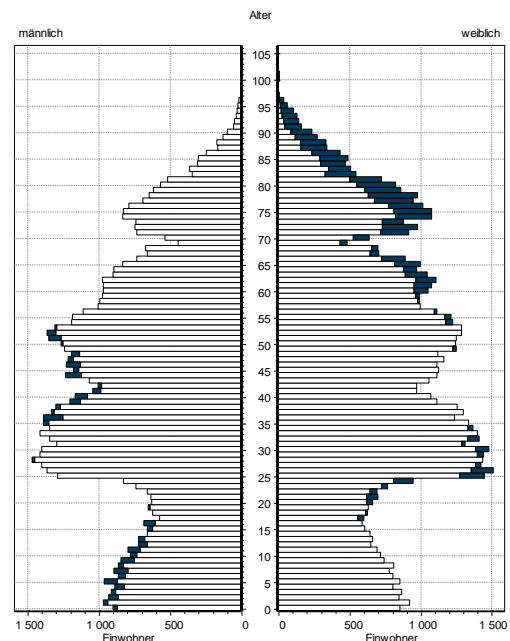
Kinder 0 bis unter 7 Jahren Bevölkerungsprognose 2015 bis 2025¹



Ausgewählte Indikatoren

in %	2012	2015
Sozialstatus niedrig	6,1	3,8
Sozialstatus mittel	30,6	28,4
Sozialstatus hoch	63,3	67,8
U1 bis U6 vollständig	94,7	94,8
U7 bis U9 vollständig	78,8	72,2
Impfung Tetanus	95,5	93,2
Impfung Masern	89,1	88,8
Allergien	14,2	12,3
emotionale soziale Störungen	10,2	7,2
Sprach- und Sprechstörungen	9,1	17,6
Kinder mit Förderung	33,4	26,9
Sprachheilbehandlung	13,7	15,6
Ergotherapie	6,3	5,5
heilpädagogische Frühförderung	5,5	1,9

¹ Basisjahr für die Berechnung = 2015



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

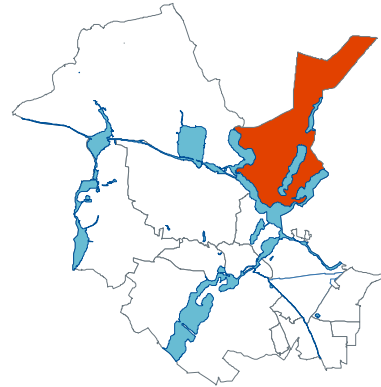
je 100 untersuchte Kinder

je 100 untersuchte Kinder

je 100 untersuchte Kinder

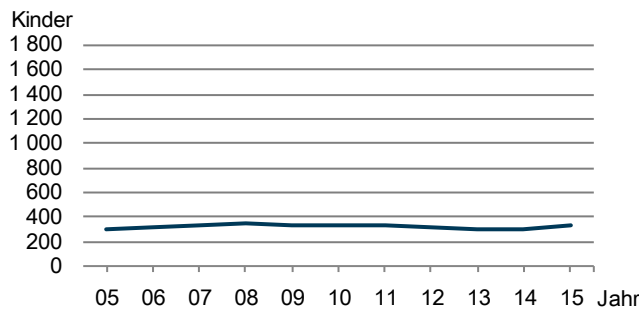
Planungsraum 101

Groß Glienicke, Kramnitz, Sacrow



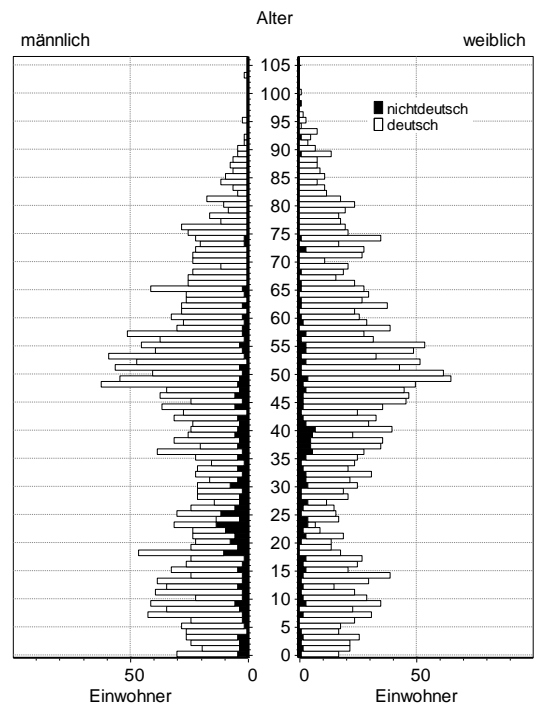
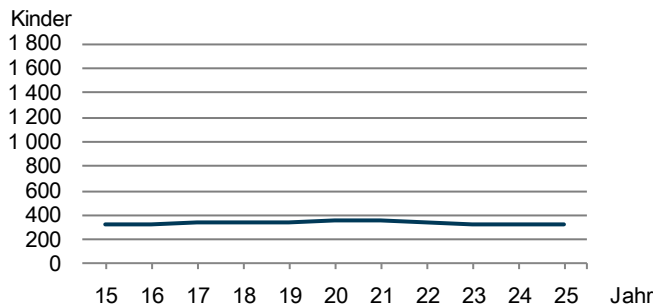
	2012	2015
Einwohner mit Hauptwohnung	4 339	4 747
Anteil an allen Einwohnern in %	2,7	2,8
Durchschnittsalter in Jahren	42,5	42,6
untersuchte Kinder	67	60
Anteil an allen untersuchten Kindern in %	4,1	3,1

Kinder 0 bis unter 7 Jahren 2005 bis 2015



Kinder 0 bis unter 7 Jahren Bevölkerungsprognose 2015 bis 2025

2015 bis 2025¹

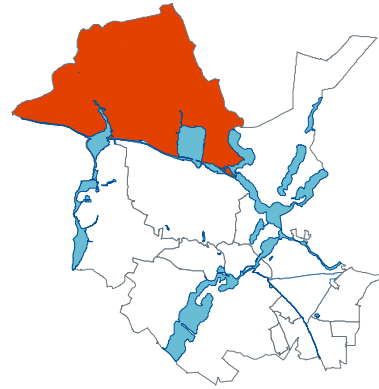


Ausgewählte Indikatoren

in %	2012	2013	2014	2015
Sozialstatus niedrig	4,5	9,2	13,6	5,9
Sozialstatus mittel	25,8	35,4	27,3	25,5
Sozialstatus hoch	69,7	55,4	59,1	68,6
U1 bis U6 vollständig	95,3	95,2	92,7	90,7
U7 bis U9 vollständig	71,9	71,4	74,5	75,9
Impfung Tetanus	100,0	95,3	94,8	90,9
Impfung Masern	88,7	84,4	91,4	85,5
Allergien	10,4	10,3	4,8	3,3
emotionale soziale Störungen	19,4	7,4	6,5	5,0
Sprach- und Sprechstörungen	7,5	8,8	21,0	15,0
Kinder mit Förderung	26,9	26,5	19,4	26,7
Sprachheilbehandlung	13,4	8,8	8,1	20,0
Ergotherapie	3,0	11,8	6,5	3,3
heilpädagogische Frühförderung	4,5	4,4	1,6	1,7

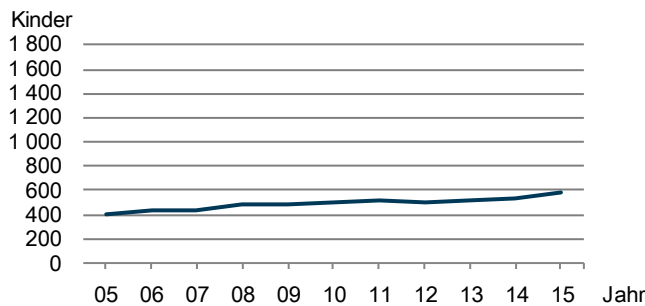
Planungsraum 102

Neu Fahrland, Fahrland, Kartzow, Satzkorn,
Marquardt, Uetz

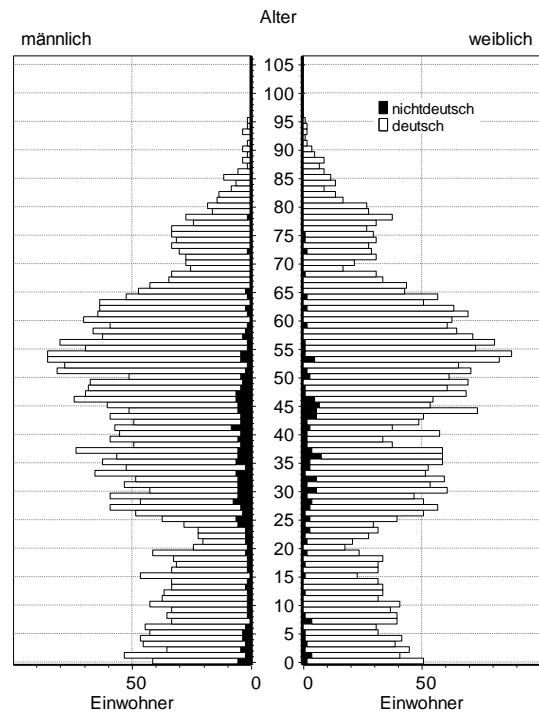
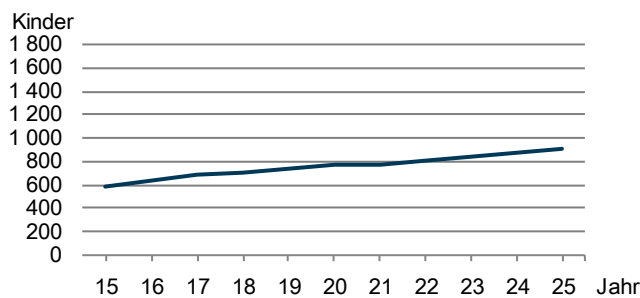


	2012	2015
Einwohner mit Hauptwohnung	7 134	7 708
Anteil an allen Einwohner in %	4,5	4,6
Durchschnittsalter in Jahren	41,8	42,1
untersuchte Kinder	81	80
Anteil an allen untersuchten Kindern in %	5,0	4,2

Kinder 0 bis unter 7 Jahren 2005 bis 2015



Kinder 0 bis unter 7 Jahren Bevölkerungsprognose 2015 bis 2025 ¹

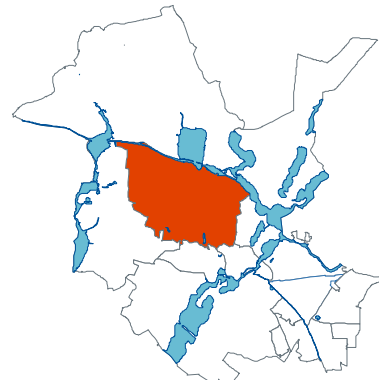


Ausgewählte Indikatoren

in %	2012	2013	2014	2015
Sozialstatus niedrig	0,0	5,7	6,1	0,0
Sozialstatus mittel	38,2	42,9	28,6	41,8
Sozialstatus hoch	61,8	51,4	65,3	58,2
U1 bis U6 vollständig	91,9	97,2	93,4	97,2
U7 bis U9 vollständig	77,0	76,1	76,3	72,2
Impfung Tetanus	96,0	100,0	97,5	97,3
Impfung Masern	92,0	95,8	88,6	92,0
Allergien	22,2	11,8	4,7	8,8
emotionale soziale Störungen	16,0	5,3	3,5	13,8
Sprach- und Sprechstörungen	9,9	13,2	17,6	23,8
Kinder mit Förderung	35,8	32,9	20,0	26,3
Sprachheilbehandlung	16,0	13,2	12,9	17,5
Ergotherapie	6,2	5,3	4,7	8,8
heilpädagogische Frühförderung	3,7	6,6	2,4	1,3

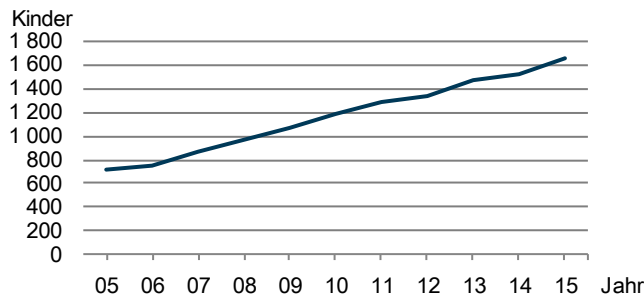
Planungsraum 201

Bornim, Bornstedt, Nedlitz,
Am Ruinenberg, Rote Kasernen

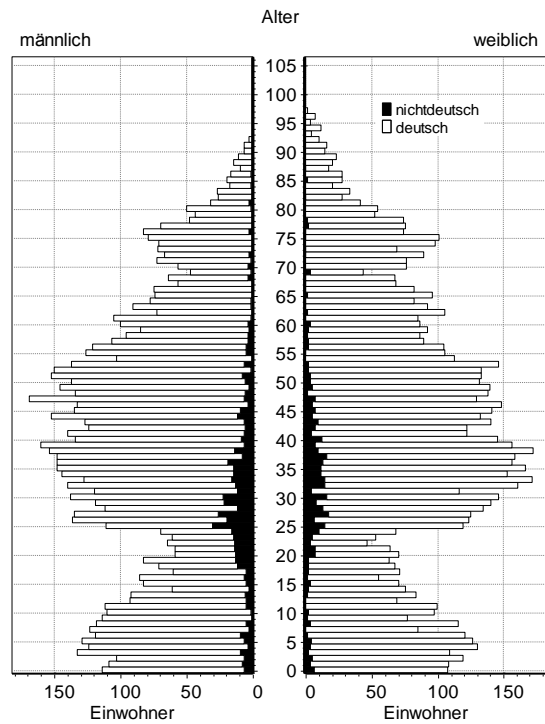
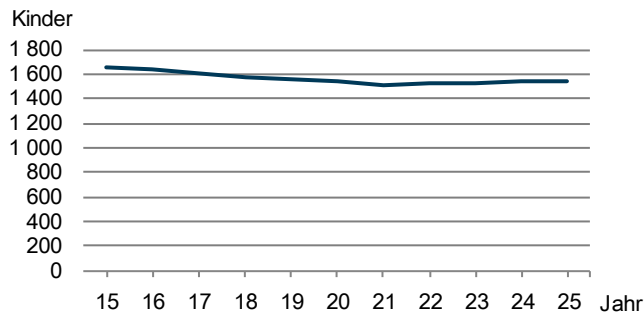


	2012	2015
Einwohner mit Hauptwohnung	14 566	17 456
Anteil an allen Einwohnern in %	9,2	10,4
Durchschnittsalter in Jahren	40,0	39,7
untersuchte Kinder	145	251
Anteil an allen untersuchten Kindern in %	8,9	13,1

Kinder 0 bis unter 7 Jahren 2005 bis 2015



Kinder 0 bis unter 7 Jahren Bevölkerungsprognose 2015 bis 2025¹



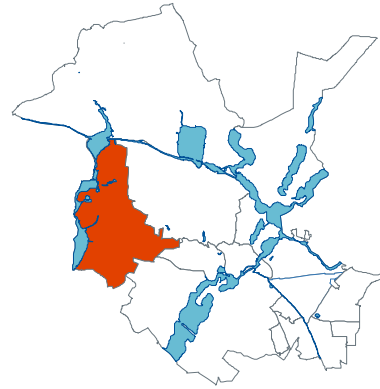
Ausgewählte Indikatoren

in %	2012	2013	2014	2015
Sozialstatus niedrig	0,0	1,4	0,5	0,0
Sozialstatus mittel	22,2	17,4	18,9	16,1
Sozialstatus hoch	77,8	81,2	80,5	83,9
U1 bis U6 vollständig	96,1	96,9	97,0	94,3
U7 bis U9 vollständig	84,4	77,6	80,3	78,2
Impfung Tetanus	98,4	95,4	96,1	93,9
Impfung Masern	92,9	91,8	87,7	89,6
Allergien	11,0	8,8	8,4	7,6
emotionale soziale Störungen	5,5	3,7	3,3	4,0
Sprach- und Sprechstörungen	5,5	7,4	7,9	10,4
Kinder mit Förderung	35,9	25,5	20,5	19,5
Sprachheilbehandlung	20,0	7,4	10,7	10,8
Ergotherapie	9,7	6,9	2,8	3,6
heilpädagogische Frühförderung	4,8	3,2	1,9	0,0

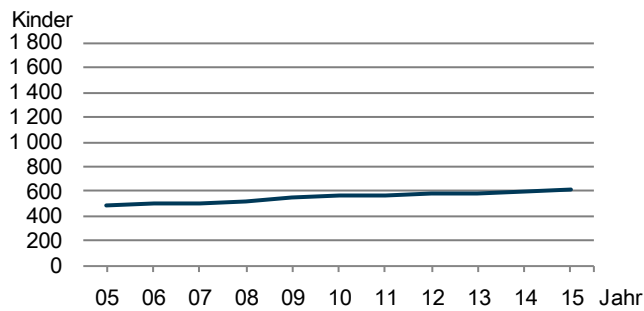
Planungsraum 202

Eiche, Grube, Golm

	2012	2015
Einwohner mit Hauptwohnung	7 588	8 059
Anteil an allen Einwohnern in %	4,8	4,8
Durchschnittsalter in Jahren	38,9	38,9
untersuchte Kinder	91	108
Anteil an allen untersuchten Kindern in %	5,6	5,6

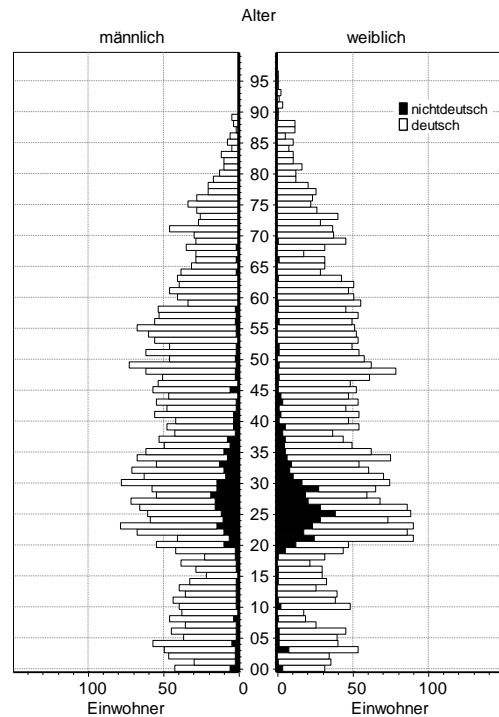
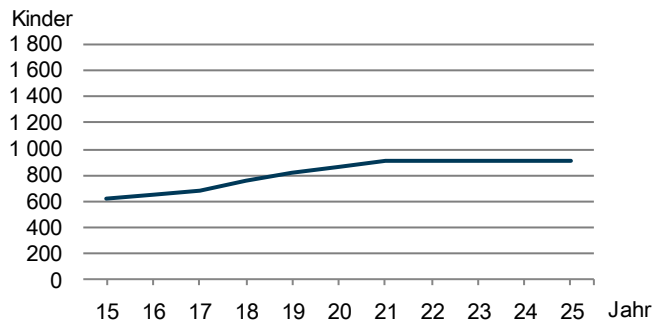


Kinder 0 bis unter 7 Jahren 2005 bis 2015



Kinder 0 bis unter 7 Jahren Bevölkerungsprognose

2015 bis 2025 ¹



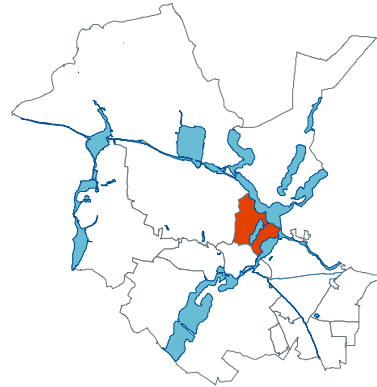
Ausgewählte Indikatoren

in %	2012	2013	2014	2015
Sozialstatus niedrig	2,5	1,1	0,0	1,1
Sozialstatus mittel	25,9	27,6	27,4	23,3
Sozialstatus hoch	71,6	71,3	72,6	75,6
U1 bis U6 vollständig	95,1	97,6	95,5	95,0
U7 bis U9 vollständig	81,5	71,4	72,7	72,0
Impfung Tetanus	96,3	98,8	95,5	96,0
Impfung Masern	90,0	90,6	92,0	90,1
Allergien	15,4	5,6	11,6	15,7
emotionale soziale Störungen	7,7	1,1	1,1	7,4
Sprach- und Sprechstörungen	6,6	3,3	10,5	13,9
Kinder mit Förderung	28,6	18,9	23,2	19,4
Sprachheilbehandlung	12,1	3,3	11,6	13,0
Ergotherapie	5,5	3,3	3,2	4,6
heilpädagogische Frühförderung	2,2	2,2	2,1	0,9

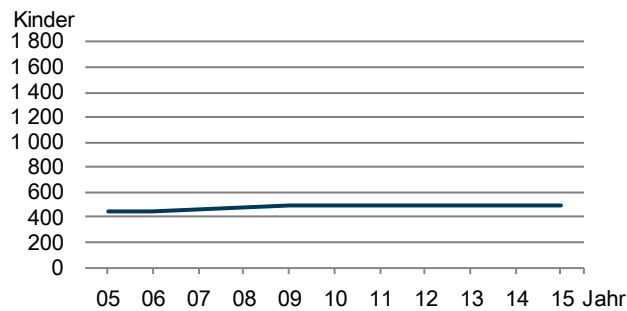
Planungsraum 301

Nauener und Berliner Vorstadt

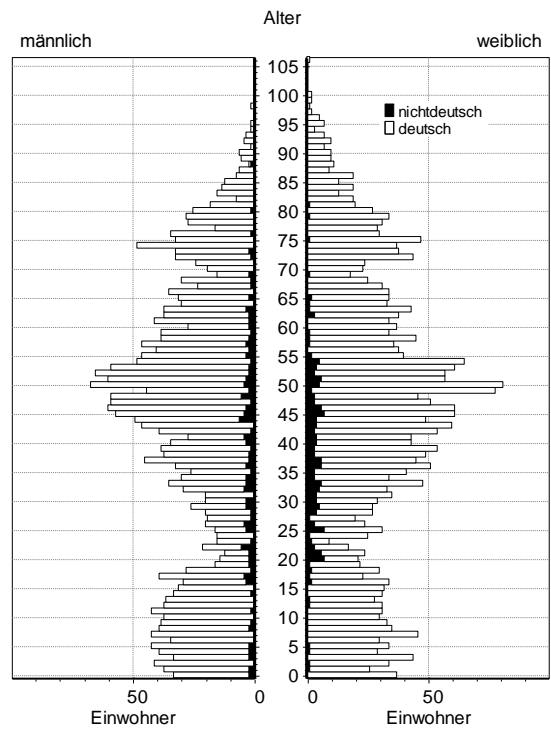
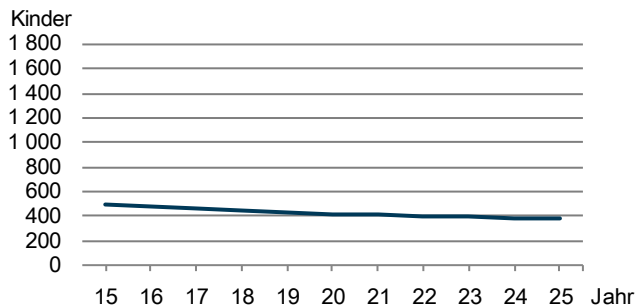
	2012	2015
Einwohner mit Hauptwohnung	5 655	6 127
Anteil an allen Einwohnern in %	3,6	3,7
Durchschnittsalter in Jahren	42,6	43,3
untersuchte Kinder	75	80
Anteil an allen untersuchten Kindern in %	4,6	4,2



Kinder 0 bis unter 7 Jahren 2005 bis 2015



Kinder 0 bis unter 7 Jahren Bevölkerungsprognose 2015 bis 2025¹



Ausgewählte Indikatoren

in %	2012	2013	2014	2015
Sozialstatus niedrig	1,8	3,0	0,0	0,0
Sozialstatus mittel	5,5	7,6	11,3	20,0
Sozialstatus hoch	92,7	89,4	88,7	80,0
U1 bis U6 vollständig	97,1	95,1	97,7	98,6
U7 bis U9 vollständig	82,6	68,9	74,7	71,2
Impfung Tetanus	91,4	93,4	92,1	89,3
Impfung Masern	82,9	80,3	87,6	85,3
Allergien	9,3	11,6	8,3	12,5
emotionale soziale Störungen	2,7	4,3	1,0	3,8
Sprach- und Sprechstörungen	4,0	2,9	5,2	10,0
Kinder mit Förderung	13,3	15,9	25,0	21,3
Sprachheilbehandlung	6,7	2,9	15,6	7,5
Ergotherapie	1,3	7,2	4,2	7,5
heilpädagogische Frühförderung	2,7	1,4	1,0	1,3

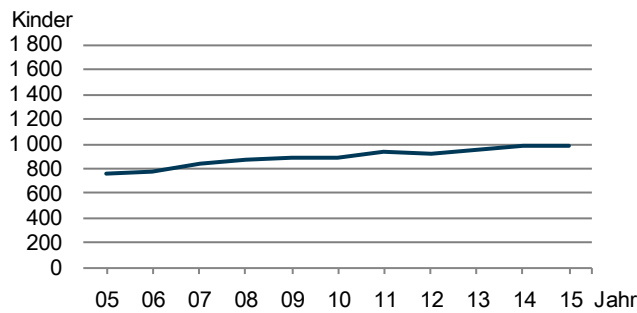
Planungsraum 302

Innenstadt, Am Weinberg

	2012	2015
Einwohner mit Hauptwohnung	12 977	13 642
Anteil an allen Einwohnern in %	8,2	8,1
Durchschnittsalter in Jahren	42,7	42,4
untersuchte Kinder	136	128
Anteil an allen untersuchten Kindern in %	8,3	6,7

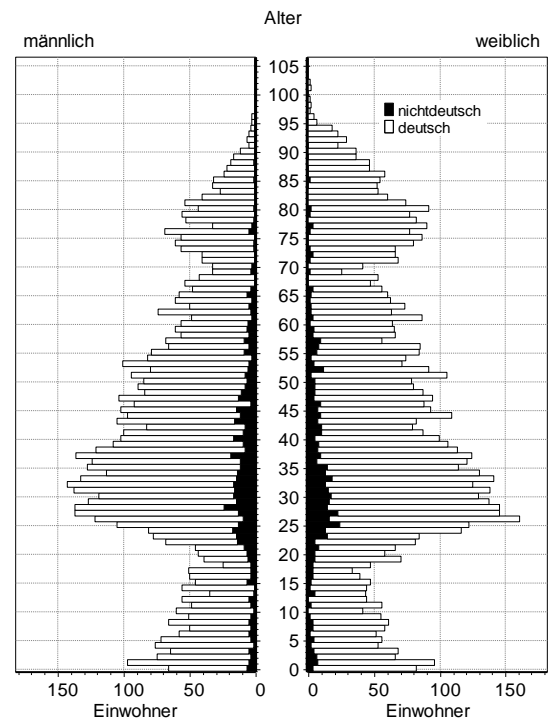
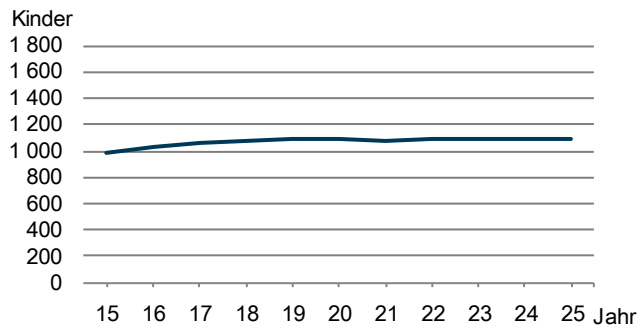


Kinder 0 bis unter 7 Jahren 2005 bis 2015



Kinder 0 bis unter 7 Jahren Bevölkerungsprognose

2015 bis 2025 ¹



Ausgewählte Indikatoren

in %	2012	2013	2014	2015
Sozialstatus niedrig	3,1	3,2	0,0	0,0
Sozialstatus mittel	17,3	25,6	14,6	24,8
Sozialstatus hoch	79,5	71,2	85,4	75,2
U1 bis U6 vollständig	98,4	95,5	93,0	96,5
U7 bis U9 vollständig	78,7	70,9	74,8	67,8
Impfung Tetanus	95,0	90,2	89,6	90,6
Impfung Masern	88,3	83,0	82,6	88,0
Allergien	7,4	10,0	10,2	7,8
emotionale soziale Störungen	5,9	6,2	3,1	4,7
Sprach- und Sprechstörungen	5,9	10,0	9,4	10,2
Kinder mit Förderung	26,5	29,2	25,8	18,8
Sprachheilbehandlung	10,3	10,0	13,3	9,4
Ergotherapie	4,4	7,7	7,0	4,7
heilpädagogische Frühförderung	2,9	4,6	0,0	0,0

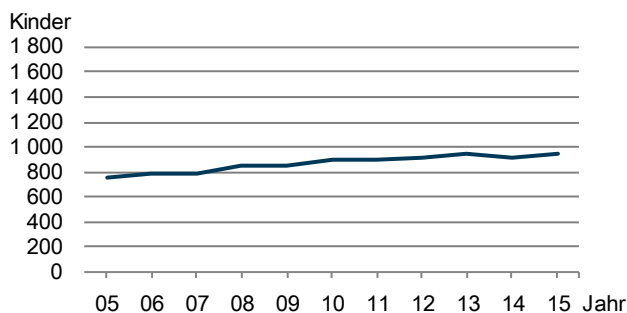
Planungsraum 303

Brandenburger Vorstadt

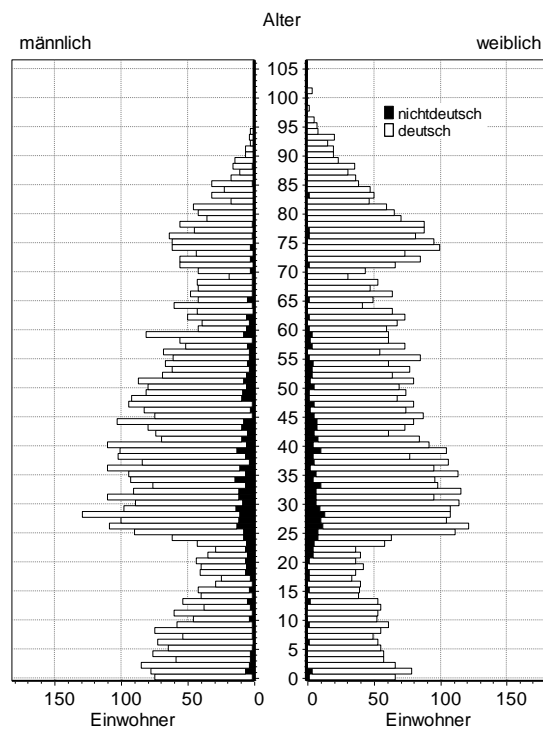
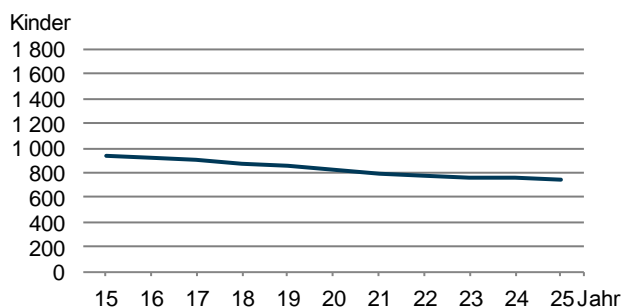
	2012	2015
Einwohner mit Hauptwohnung	11 457	11 733
Anteil an allen Einwohnern in %	7,2	7,0
Durchschnittsalter in Jahren	42,7	42,6
untersuchte Kinder	152	147
Anteil an allen untersuchten Kindern in %	9,3	7,7



Kinder 0 bis unter 7 Jahren 2005 bis 2015



Kinder 0 bis unter 7 Jahren Bevölkerungsprognose 2015 bis 2025¹



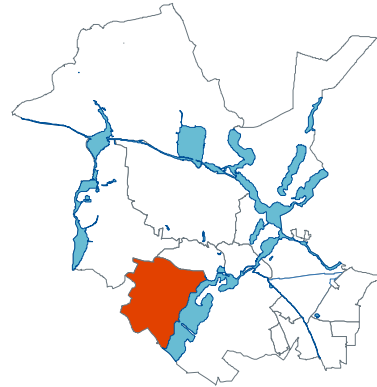
Ausgewählte Indikatoren

in %	2012	2013	2014	2015
Sozialstatus niedrig	0,8	2,8	1,1	0,0
Sozialstatus mittel	23,5	21,4	24,7	12,3
Sozialstatus hoch	75,8	75,9	74,2	87,7
U1 bis U6 vollständig	94,9	99,2	96,7	94,2
U7 bis U9 vollständig	81,8	65,2	75,0	72,5
Impfung Tetanus	91,8	93,2	85,5	83,8
Impfung Masern	79,9	80,5	81,2	76,5
Allergien	15,1	10,6	9,3	15,0
emotionale soziale Störungen	12,5	3,3	2,3	7,5
Sprach- und Sprechstörungen	5,3	4,0	13,2	13,6
Kinder mit Förderung	32,9	27,2	20,9	25,2
Sprachheilbehandlung	13,2	4,0	8,5	12,9
Ergotherapie	4,6	9,3	7,0	8,2
heilpädagogische Frühförderung	4,6	3,3	0,8	1,4

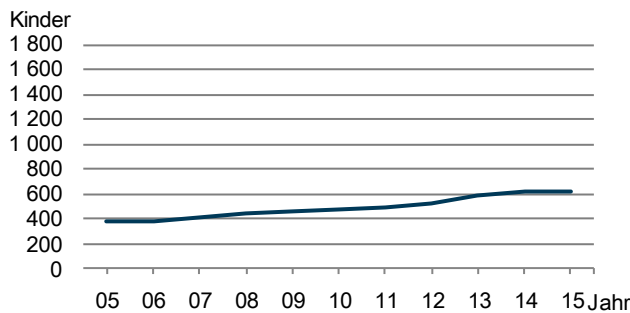
Planungsraum 304

Potsdam West

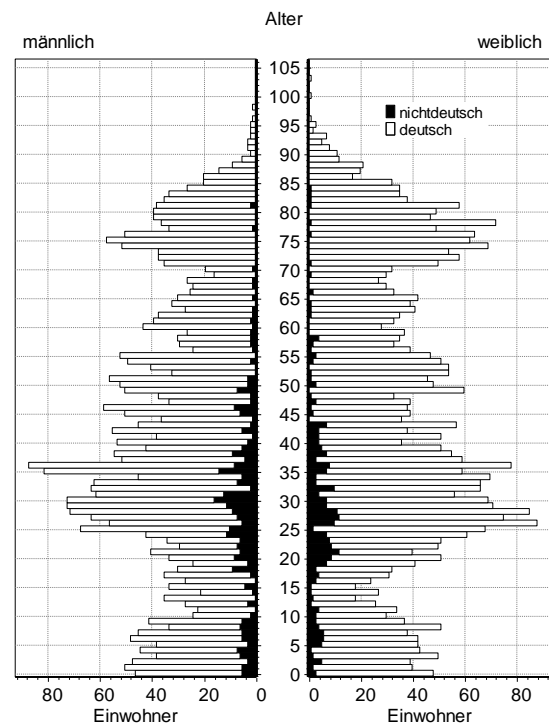
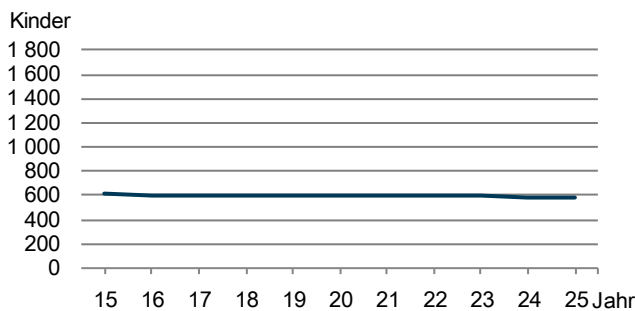
	2012	2015
Einwohner mit Hauptwohnung	7 138	7 728
Anteil an allen Einwohnern in %	4,5	4,6
Durchschnittsalter in Jahren	43,6	42,9
untersuchte Kinder	49	104
Anteil an allen untersuchten Kindern in %	3,0	5,4



Kinder 0 bis unter 7 Jahren 2005 bis 2015



Kinder 0 bis unter 7 Jahren Bevölkerungsprognose 2015 bis 2025¹



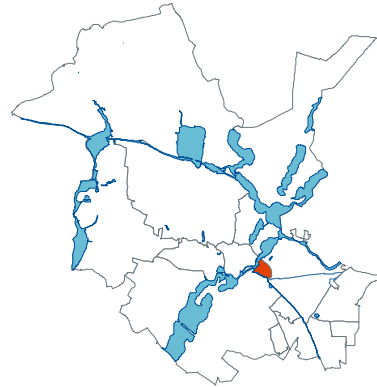
Ausgewählte Indikatoren

in %	2012	2013	2014	2015
Sozialstatus niedrig	2,3	5,6	3,3	1,2
Sozialstatus mittel	39,5	22,5	43,3	24,1
Sozialstatus hoch	58,1	71,8	53,3	74,7
U1 bis U6 vollständig	90,9	91,4	93,6	94,6
U7 bis U9 vollständig	75,0	75,9	74,4	72,8
Impfung Tetanus	95,2	94,6	97,5	90,7
Impfung Masern	88,1	91,1	89,9	88,7
Allergien	12,2	13,5	7,1	17,3
emotionale soziale Störungen	4,1	5,4	0,0	9,6
Sprach- und Sprechstörungen	2,0	10,8	10,7	18,3
Kinder mit Förderung	30,6	27,0	26,2	26,0
Sprachheilbehandlung	12,2	10,8	8,3	14,4
Ergotherapie	4,1	6,8	4,8	6,7
heilpädagogische Frühförderung	2,0	5,4	1,2	1,0

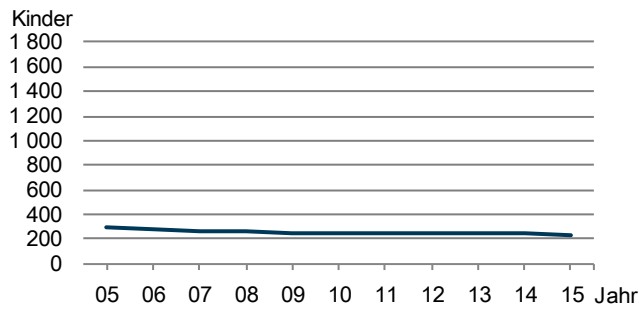
Planungsraum 401

Zentrum Ost

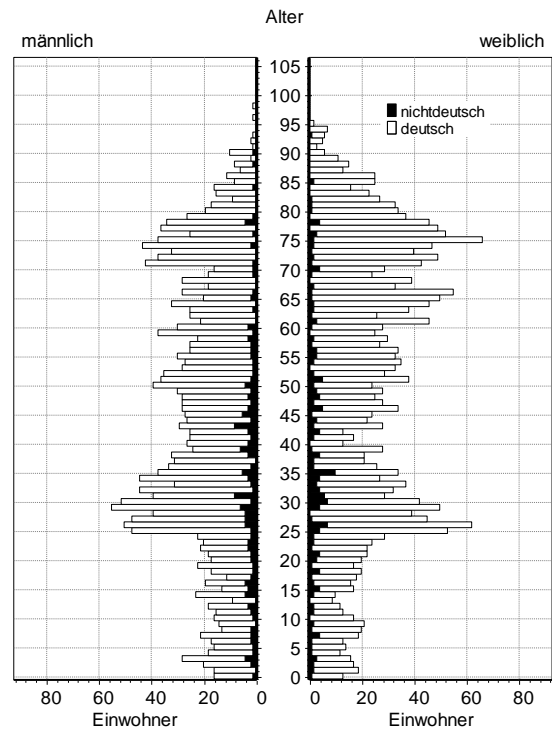
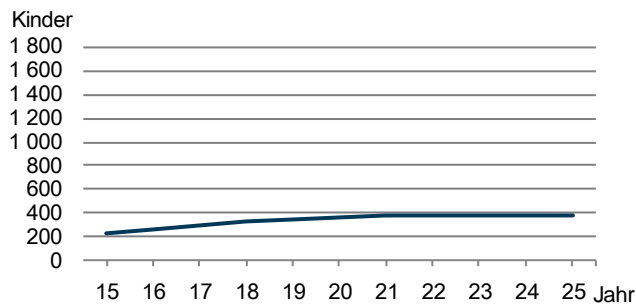
	2012	2015
Einwohner mit Hauptwohnung	5 033	4 930
Anteil an allen Einwohnern in %	3,2	2,9
Durchschnittsalter in Jahren	47,1	47,4
untersuchte Kinder	10	47
Anteil an allen untersuchten Kindern in %	0,6	2,5



Kinder 0 bis unter 7 Jahren 2005 bis 2015



Kinder 0 bis unter 7 Jahren Bevölkerungsprognose 2015 bis 2025 ¹



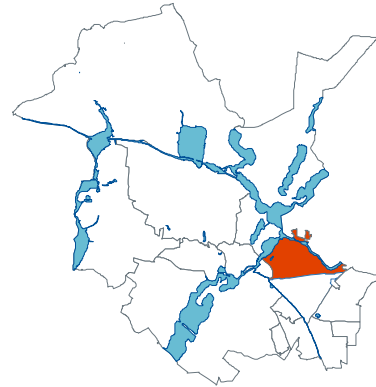
Ausgewählte Indikatoren

in %	2012	2013	2014	2015
Sozialstatus niedrig	16,7	3,4	10,8	3,6
Sozialstatus mittel	0,0	41,4	40,5	46,4
Sozialstatus hoch	83,3	55,2	48,6	50,0
U1 bis U6 vollständig	100,0	90,6	86,0	90,0
U7 bis U9 vollständig	62,5	75,0	67,4	62,5
Impfung Tetanus	100,0	84,8	94,9	94,9
Impfung Masern	100,0	87,9	89,7	84,6
Allergien	10,0	20,6	22,9	14,9
emotionale soziale Störungen	10,0	11,8	10,4	12,8
Sprach- und Sprechstörungen	0,0	14,7	12,5	31,9
Kinder mit Förderung	30,0	26,5	31,3	38,3
Sprachheilbehandlung	20,0	14,7	16,7	29,8
Ergotherapie	0,0	11,8	6,3	4,3
heilpädagogische Frühförderung	0,0	5,9	2,1	4,3

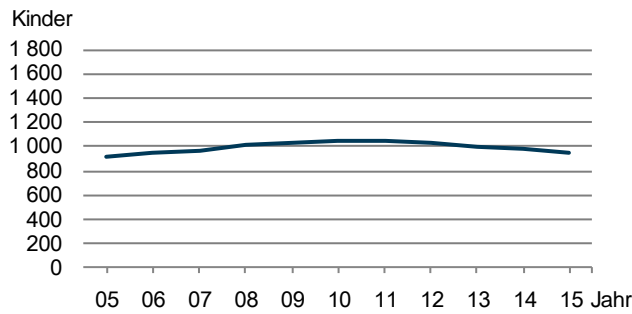
Planungsraum 402

Babelsberg Nord, Klein Glienicke

	2012	2015
Einwohner mit Hauptwohnung	11 566	11 767
Anteil an allen Einwohnern in %	7,3	7,0
Durchschnittsalter in Jahren	38,9	39,6
untersuchte Kinder	157	171
Anteil an allen untersuchten Kindern in %	9,6	8,9

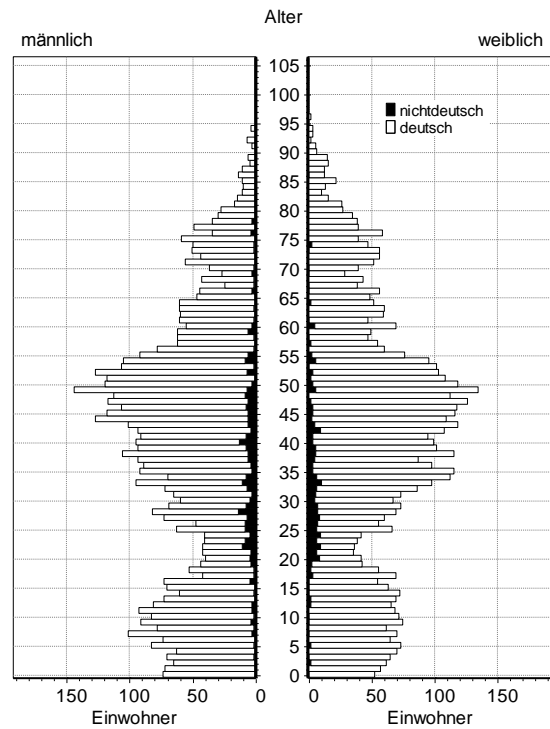
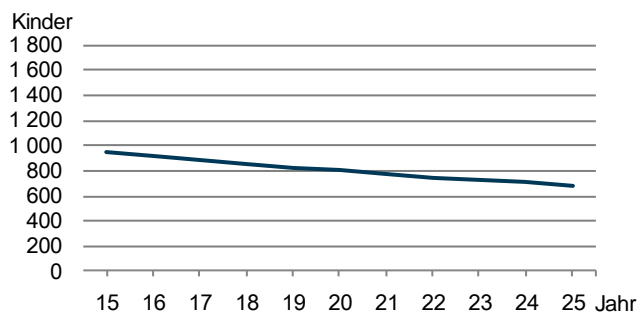


Kinder 0 bis unter 7 Jahren 2005 bis 2015



Kinder 0 bis unter 7 Jahren Bevölkerungsprognose

2015 bis 2025 ¹



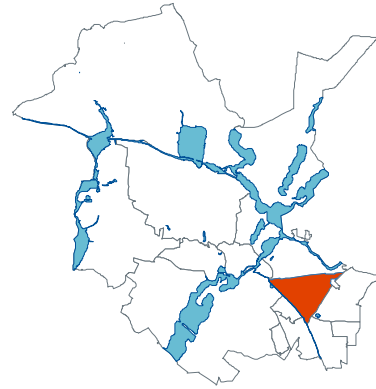
Ausgewählte Indikatoren

in %	2012	2013	2014	2015
Sozialstatus niedrig	0,7	0,7	0,0	0,0
Sozialstatus mittel	12,6	8,5	14,3	9,0
Sozialstatus hoch	86,7	90,8	85,7	91,0
U1 bis U6 vollständig	94,2	95,3	92,2	93,9
U7 bis U9 vollständig	77,4	53,7	73,2	73,3
Impfung Tetanus	94,4	90,7	89,5	92,5
Impfung Masern	90,1	80,7	83,0	85,7
Allergien	8,9	12,0	10,8	14,6
emotionale soziale Störungen	7,6	2,5	3,6	4,1
Sprach- und Sprechstörungen	3,8	3,8	6,0	7,6
Kinder mit Förderung	22,3	24,1	17,5	19,9
Sprachheilbehandlung	8,3	3,8	6,0	10,5
Ergotherapie	3,8	3,8	3,0	4,7
heilpädagogische Frühförderung	1,9	4,4	1,2	1,2

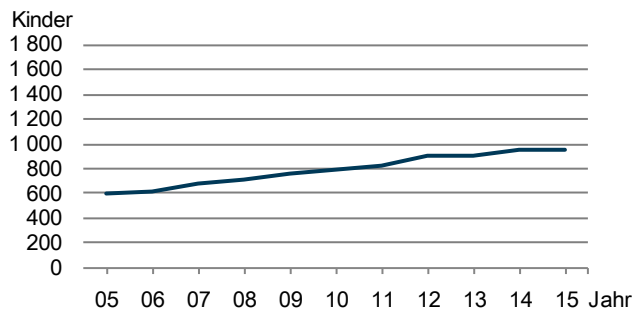
Planungsraum 403

Babelsberg Süd

	2012	2015
Einwohner mit Hauptwohnung	11 377	11 757
Anteil an allen Einwohnern in %	7,2	7,0
Durchschnittsalter in Jahren	40,2	40,2
untersuchte Kinder	104	133
Anteil an allen untersuchten Kindern in %	6,4	6,9

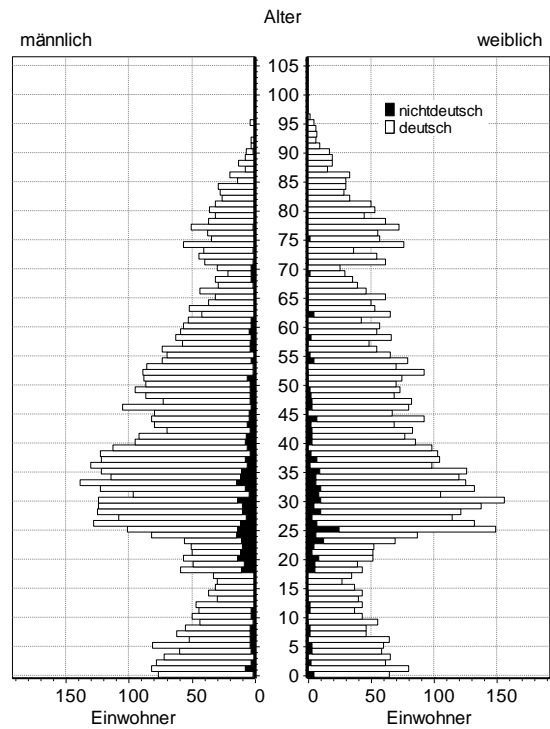
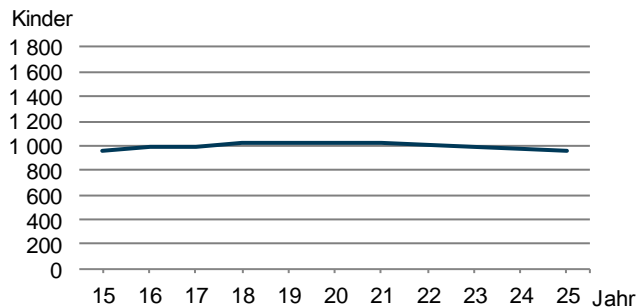


Kinder 0 bis unter 7 Jahren 2005 bis 2015



Kinder 0 bis unter 7 Jahren Bevölkerungsprognose

2015 bis 2025 ¹



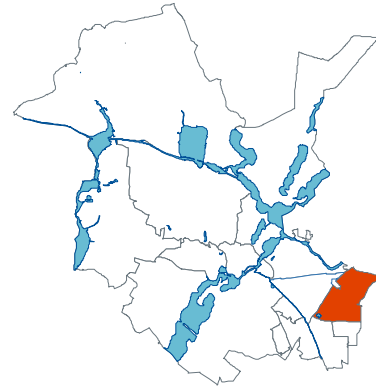
Ausgewählte Indikatoren

in %	2012	2013	2014	2015
Sozialstatus niedrig	2,1	0,9	1,3	0,0
Sozialstatus mittel	18,9	22,8	18,8	15,2
Sozialstatus hoch	78,9	76,3	80,0	84,8
U1 bis U6 vollständig	97,7	95,4	95,2	96,0
U7 bis U9 vollständig	81,4	74,3	79,8	76,2
Impfung Tetanus	95,6	94,5	92,3	95,3
Impfung Masern	90,0	88,1	85,6	94,5
Allergien	9,6	7,5	9,6	18,8
emotionale soziale Störungen	3,8	4,2	0,9	6,8
Sprach- und Sprechstörungen	2,9	5,8	9,6	14,3
Kinder mit Förderung	15,4	20,0	21,7	27,1
Sprachheilbehandlung	1,9	5,8	13,9	15,0
Ergotherapie	5,8	5,0	7,8	4,5
heilpädagogische Frühförderung	1,9	4,2	3,5	1,5

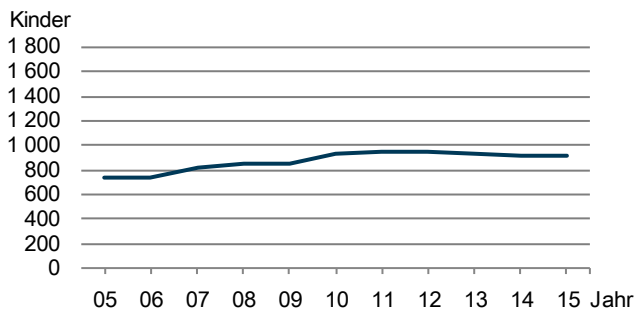
Planungsraum 501

Stern

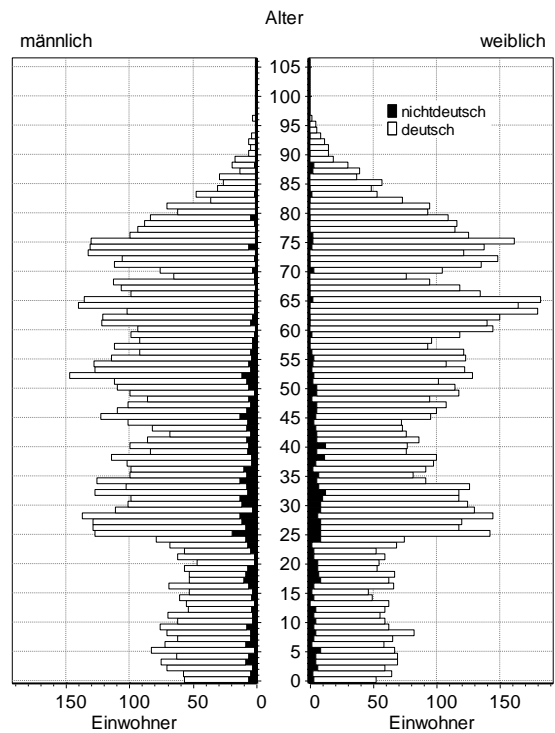
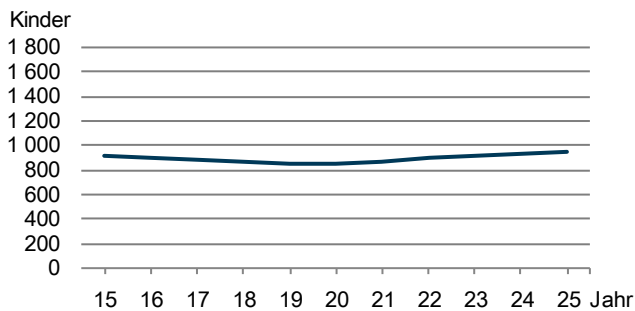
	2012	2015
Einwohner mit Hauptwohnung	16 165	16 375
Anteil an allen Einwohnern in %	10,2	9,8
Durchschnittsalter in Jahren	46,1	46,6
untersuchte Kinder	136	147
Anteil an allen untersuchten Kindern in %	8,3	7,7



Kinder 0 bis unter 7 Jahren 2005 bis 2015



Kinder 0 bis unter 7 Jahren Bevölkerungsprognose 2015 bis 2025¹



Ausgewählte Indikatoren

in %	2012	2013	2014	2015
Sozialstatus niedrig	7,7	11,8	16,2	11,3
Sozialstatus mittel	58,1	58,2	51,5	43,5
Sozialstatus hoch	34,2	30,1	32,3	45,2
U1 bis U6 vollständig	95,0	95,2	97,7	96,9
U7 bis U9 vollständig	74,4	71,0	80,3	73,4
Impfung Tetanus	96,0	97,9	98,5	95,6
Impfung Masern	93,5	92,5	95,4	90,4
Allergien	21,3	8,4	12,1	10,9
emotionale soziale Störungen	12,5	8,4	6,4	11,6
Sprach- und Sprechstörungen	11,0	10,2	12,8	27,2
Kinder mit Förderung	48,5	34,1	39,0	40,1
Sprachheilbehandlung	15,4	10,2	24,8	21,8
Ergotherapie	10,3	10,2	9,2	7,5
heilpädagogische Frühförderung	8,8	10,2	6,4	4,1

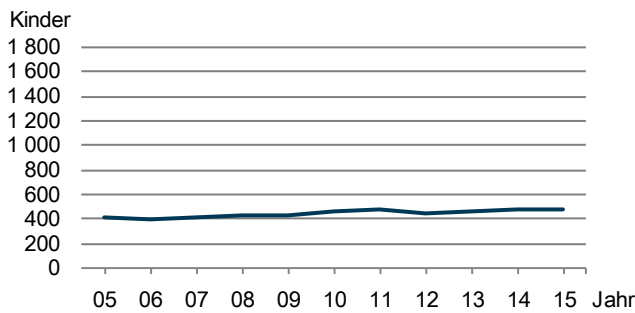
Planungsraum 502

Drewitz

	2012	2015
Einwohner mit Hauptwohnung	6 008	6 048
Anteil an allen Einwohnern in %	3,8	3,6
Durchschnittsalter in Jahren	40,9	41,4
untersuchte Kinder	69	66
Anteil an allen untersuchten Kindern in %	4,2	3,4

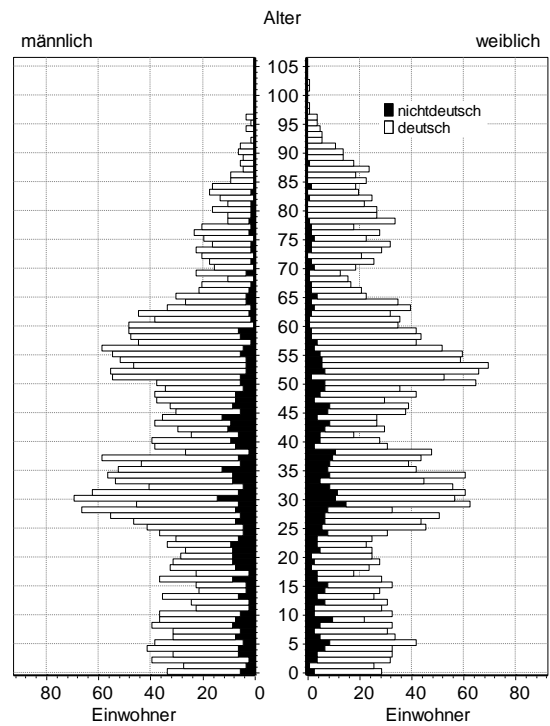
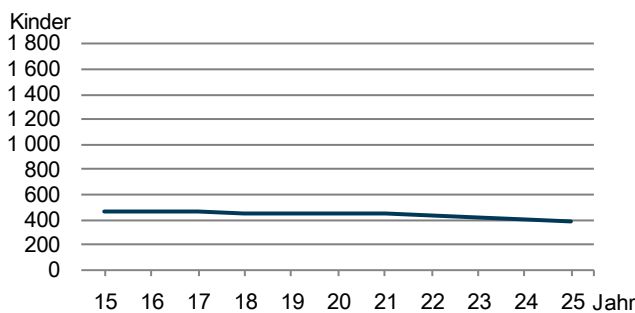


Kinder 0 bis unter 7 Jahren 2005 bis 2015



Kinder 0 bis unter 7 Jahren Bevölkerungsprognose

2015 bis 2025 ¹



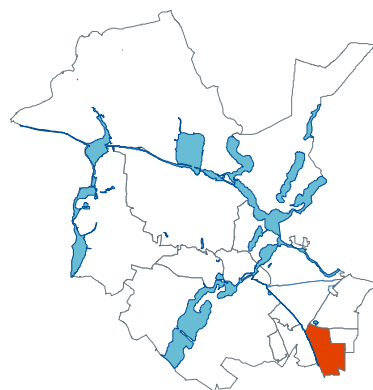
Ausgewählte Indikatoren

in %	2012	2013	2014	2015
Sozialstatus niedrig	20,0	22,1	17,8	20,9
Sozialstatus mittel	61,8	54,4	64,4	60,5
Sozialstatus hoch	18,2	23,5	17,8	18,6
U1 bis U6 vollständig	93,1	85,2	93,2	88,7
U7 bis U9 vollständig	81,0	50,8	74,6	56,6
Impfung Tetanus	96,6	96,8	98,3	96,6
Impfung Masern	91,5	88,7	91,4	94,9
Allergien	14,5	4,2	4,3	6,1
emotionale soziale Störungen	17,4	11,3	0,0	1,5
Sprach- und Sprechstörungen	29,0	22,5	15,7	21,2
Kinder mit Förderung	52,2	40,8	35,7	28,8
Sprachheilbehandlung	27,5	22,5	22,9	21,2
Ergotherapie	13,0	8,5	2,9	4,5
heilpädagogische Frühförderung	20,3	12,7	5,7	4,5

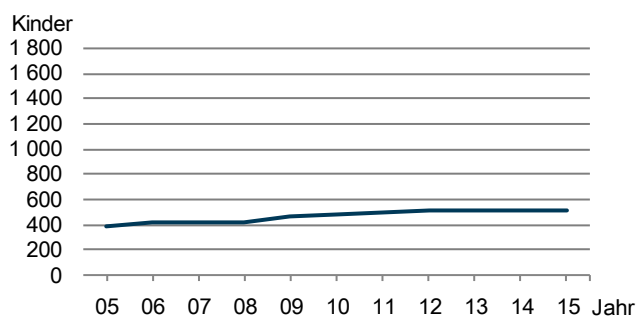
Planungsraum 503

Alt Drewitz, Kirchsteigfeld

	2012	2015
Einwohner mit Hauptwohnung	6 282	6 256
Anteil an allen Einwohnern in %	3,9	3,7
Durchschnittsalter in Jahren	38,9	39,5
untersuchte Kinder	57	74
Anteil an allen untersuchten Kindern in %	3,5	3,9

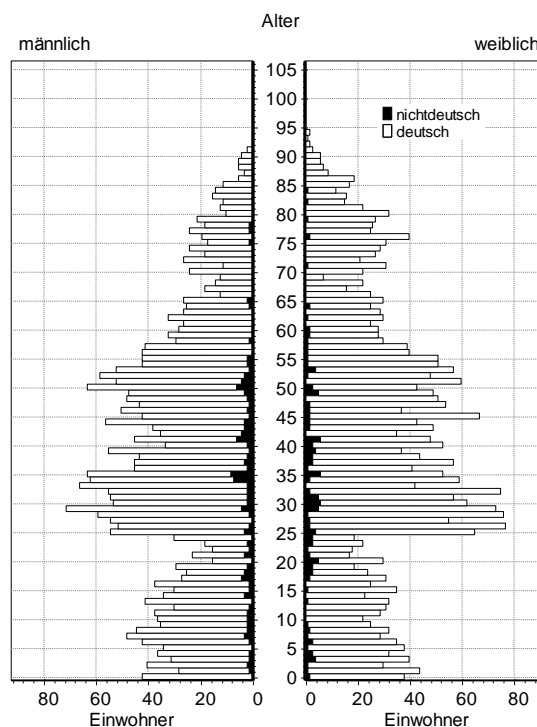
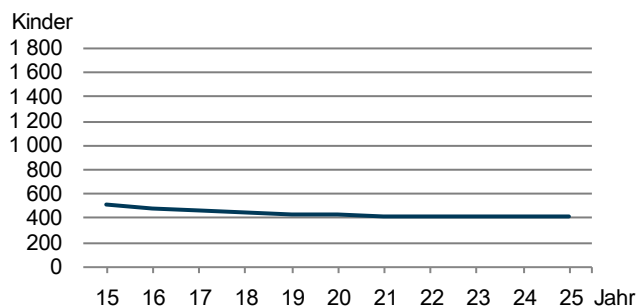


Kinder 0 bis unter 7 Jahren 2005 bis 2015



Kinder 0 bis unter 7 Jahren Bevölkerungsprognose

2015 bis 2025 ¹

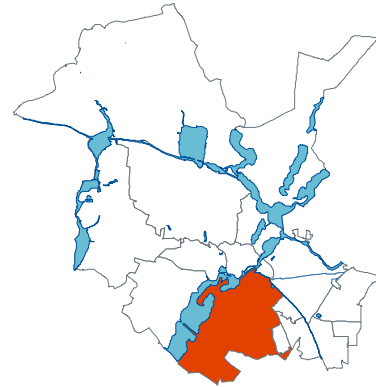


Ausgewählte Indikatoren

in %	2012	2013	2014	2015
Sozialstatus niedrig	2,0	9,8	1,6	4,5
Sozialstatus mittel	42,9	37,7	37,1	43,9
Sozialstatus hoch	55,1	52,5	61,3	51,5
U1 bis U6 vollständig	96,3	100,0	96,2	94,3
U7 bis U9 vollständig	77,8	81,7	74,7	77,1
Impfung Tetanus	98,2	98,3	100,0	98,6
Impfung Masern	96,4	98,3	96,2	93,0
Allergien	28,1	9,5	9,0	12,2
emotionale soziale Störungen	7,0	1,6	0,0	9,5
Sprach- und Sprechstörungen	8,8	14,3	5,6	35,1
Kinder mit Förderung	29,8	23,8	21,3	33,8
Sprachheilbehandlung	7,0	14,3	12,4	18,9
Ergotherapie	7,0	1,6	1,1	6,8
heilpädagogische Frühförderung	3,5	4,8	1,1	1,4

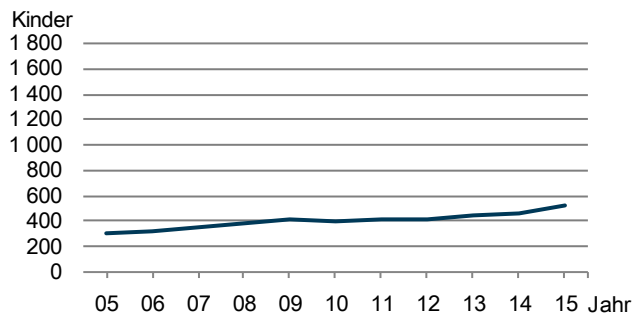
Planungsraum 601

Hauptbahnhof, Brauhausberg,
Templiner und Teltower Vorstadt



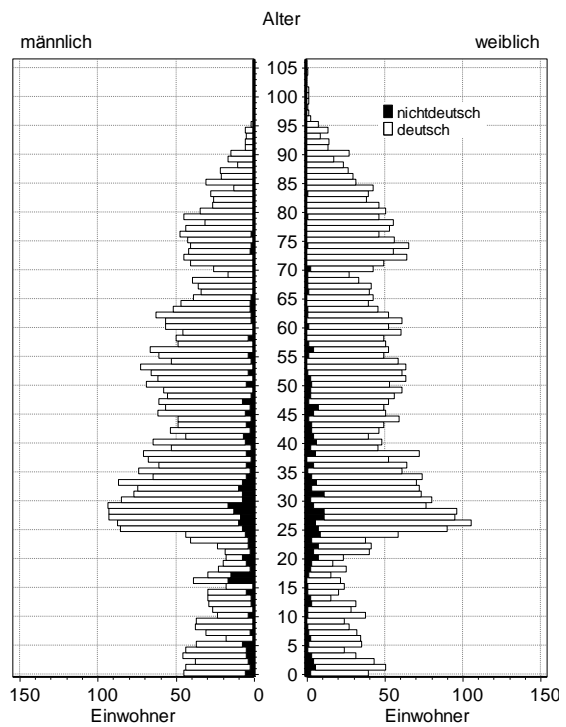
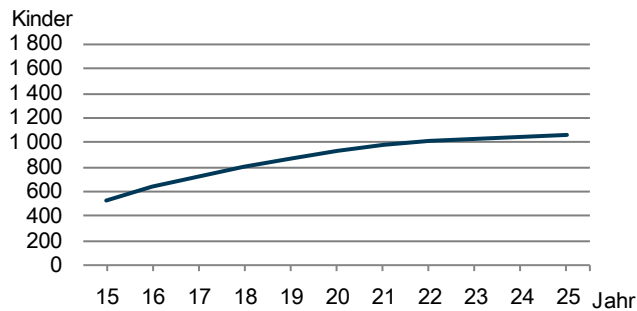
	2012	2015
Einwohner mit Hauptwohnung	7 700	8 596
Anteil an allen Einwohnern in %	4,8	5,1
Durchschnittsalter in Jahren	45,6	44,9
untersuchte Kinder	85	66
Anteil an allen untersuchten Kindern in %	5,2	3,4

Kinder 0 bis unter 7 Jahren 2005 bis 2015



Kinder 0 bis unter 7 Jahren Bevölkerungsprognose

2015 bis 2025 ¹



Ausgewählte Indikatoren

in %	2012	2013	2014	2015
Sozialstatus niedrig	1,5	0,0	0,0	0,0
Sozialstatus mittel	35,8	22,6	26,4	28,3
Sozialstatus hoch	62,7	77,4	73,6	71,7
U1 bis U6 vollständig	90,4	98,1	94,6	98,3
U7 bis U9 vollständig	84,9	71,7	73,2	78,0
Impfung Tetanus	94,7	96,2	94,4	91,7
Impfung Masern	85,5	84,9	85,2	88,3
Allergien	14,1	14,3	9,2	16,7
emotionale soziale Störungen	8,2	5,4	3,1	7,6
Sprach- und Sprechstörungen	7,1	8,9	4,6	13,6
Kinder mit Förderung	40,0	25,0	23,1	36,4
Sprachheilbehandlung	11,8	8,9	4,6	16,7
Ergotherapie	9,4	8,9	7,7	4,5
heilpädagogische Frühförderung	2,4	3,6	3,1	4,5

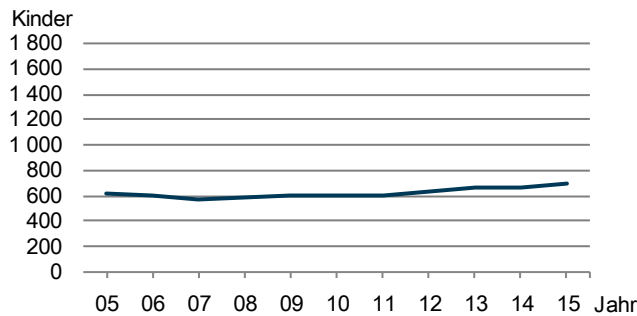
Planungsraum 602

Schlaatz

	2012	2015
Einwohner mit Hauptwohnung	8 999	9 252
Anteil an allen Einwohnern in %	5,7	5,5
Durchschnittsalter in Jahren	38,8	39
untersuchte Kinder	99	104
Anteil an allen untersuchten Kindern in %	6,1	5,4

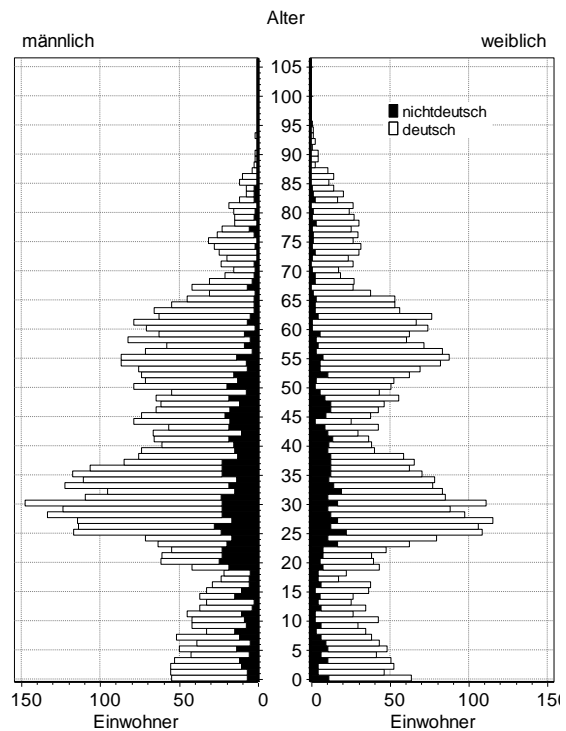
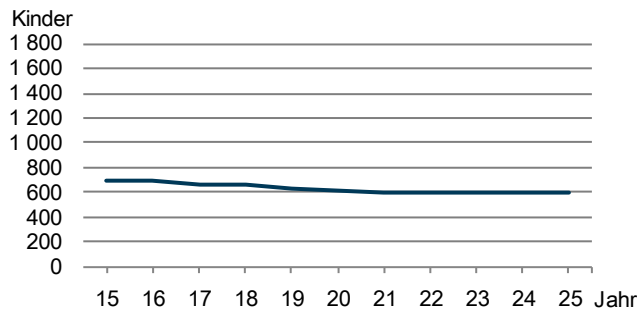


Kinder 0 bis unter 7 Jahren 2005 bis 2015



Kinder 0 bis unter 7 Jahren Bevölkerungsprognose

2015 bis 2025 ¹



Ausgewählte Indikatoren

in %	2012	2013	2014	2015
Sozialstatus niedrig	35,0	38,5	28,0	19,7
Sozialstatus mittel	40,0	43,6	41,3	54,9
Sozialstatus hoch	25,0	17,9	30,7	25,4
U1 bis U6 vollständig	90,9	90,3	95,6	92,6
U7 bis U9 vollständig	66,2	54,2	56,0	56,8
Impfung Tetanus	90,0	94,4	95,5	90,2
Impfung Masern	87,5	84,7	88,8	89,0
Allergien	17,2	10,1	15,4	10,6
emotionale soziale Störungen	27,3	12,1	12,5	8,7
Sprach- und Sprechstörungen	30,3	24,2	24,0	33,7
Kinder mit Förderung	47,5	46,5	42,3	34,6
Sprachheilbehandlung	22,2	24,2	26,9	22,1
Ergotherapie	5,1	9,1	4,8	4,8
heilpädagogische Frühförderung	18,2	11,1	9,6	8,7

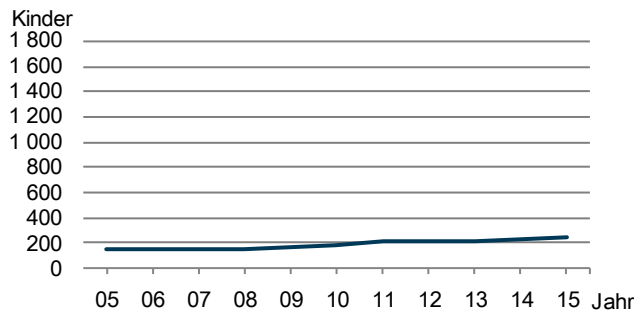
Planungsraum 603

Waldstadt I, Industriegelände

	2012	2015
Einwohner mit Hauptwohnung	5 503	5 437
Anteil an allen Einwohnern in %	3,5	3,2
Durchschnittsalter in Jahren	53,1	52,9
untersuchte Kinder	26	36
Anteil an allen untersuchten Kindern in %	1,6	1,9

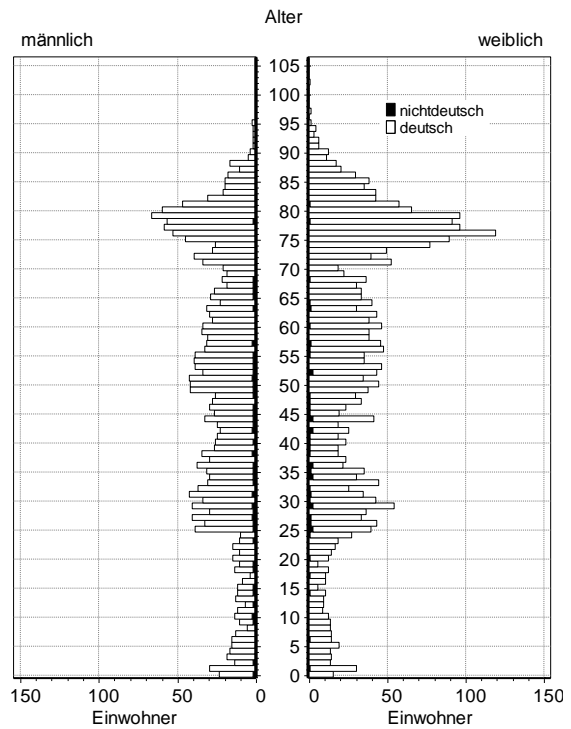
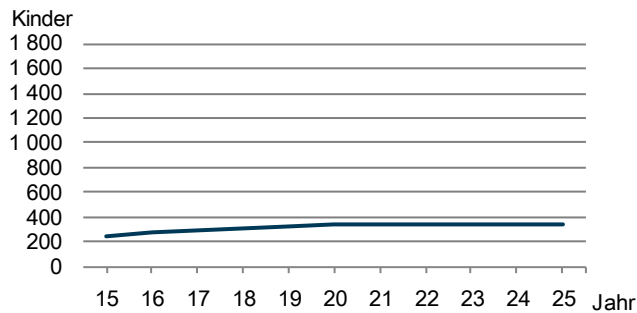


Kinder 0 bis unter 7 Jahren 2005 bis 2015



Kinder 0 bis unter 7 Jahren Bevölkerungsprognose

2015 bis 2025 ¹



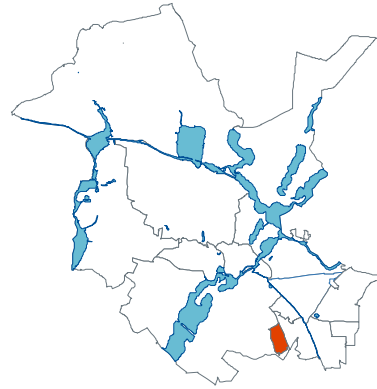
Ausgewählte Indikatoren

in %	2012	2013	2014	2015
Sozialstatus niedrig	8,7	0,0	5,3	0,0
Sozialstatus mittel	65,2	61,1	63,2	56,7
Sozialstatus hoch	26,1	38,9	31,6	43,3
U1 bis U6 vollständig	100,0	88,9	96,6	100,0
U7 bis U9 vollständig	90,9	83,3	69,0	74,3
Impfung Tetanus	100,0	100,0	96,6	100,0
Impfung Masern	91,7	88,9	82,8	100,0
Allergien	11,5	5,6	8,8	2,8
emotionale soziale Störungen	0,0	0,0	5,9	5,6
Sprach- und Sprechstörungen	7,7	11,1	8,8	5,6
Kinder mit Förderung	53,8	22,2	20,6	25,0
Sprachheilbehandlung	23,1	11,1	11,8	8,3
Ergotherapie	7,7	5,6	5,9	11,1
heilpädagogische Frühförderung	3,8	0,0	2,9	0,0

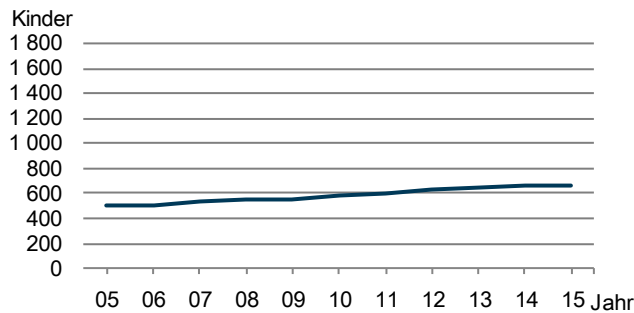
Planungsraum 604

Waldstadt II

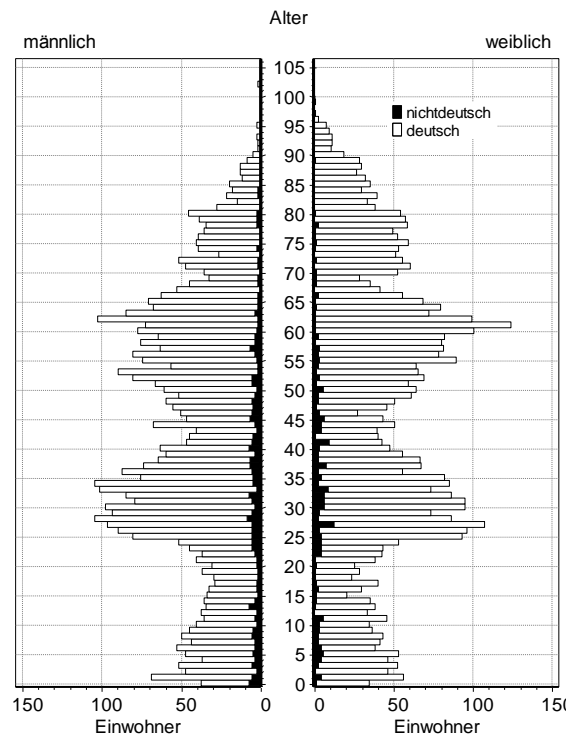
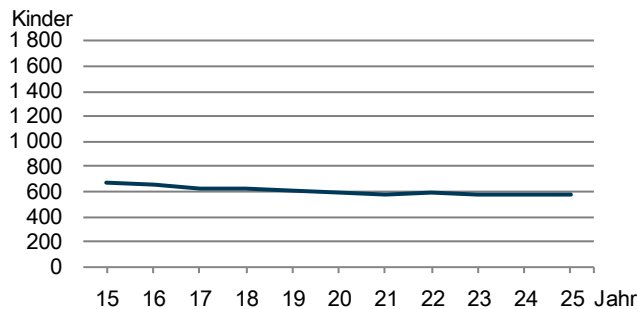
	2012	2015
Einwohner mit Hauptwohnung	9 580	9 887
Anteil an allen Einwohnern in %	6,0	5,9
Durchschnittsalter in Jahren	43,1	44
untersuchte Kinder	79	105
Anteil an allen untersuchten Kindern in %	4,8	5,5



Kinder 0 bis unter 7 Jahren 2005 bis 2015



Kinder 0 bis unter 7 Jahren Bevölkerungsprognose 2015 bis 2025¹



Ausgewählte Indikatoren

in %	2012	2013	2014	2015
Sozialstatus niedrig	23,3	16,7	13,7	16,3
Sozialstatus mittel	47,9	62,2	60,3	56,3
Sozialstatus hoch	28,8	21,1	26,0	27,5
U1 bis U6 vollständig	89,4	95,7	95,7	92,5
U7 bis U9 vollständig	77,3	59,8	73,1	71,0
Impfung Tetanus	100,0	97,8	95,7	96,7
Impfung Masern	91,0	87,8	90,2	93,5
Allergien	22,8	13,6	10,8	17,1
emotionale soziale Störungen	12,7	3,9	6,9	12,4
Sprach- und Sprechstörungen	15,2	18,4	18,6	33,3
Kinder mit Förderung	44,3	48,5	32,4	38,1
Sprachheilbehandlung	16,5	18,4	17,6	29,5
Ergotherapie	6,3	10,7	3,9	4,8
heilpädagogische Frühförderung	7,6	9,7	5,9	1,0

Anhang: Erläuterung der Fachbegriffe

Adipositas	Erhebliches Übergewicht; Maßstab ist der BMI (Body-Mass-Index), der Anhand der Relation zwischen Körpergröße und dem Gewicht des Kindes ermittelt wird. Adipositas liegt vor, wenn der BMI des Kindes über dem 97. Perzentil der Referenzpopulation liegt.
Allergie	„(...) eine spezifische Veränderung der Immunitätslage im Sinne einer krankmachenden Überempfindlichkeit“ (vgl. KJGD-Handbuch 2015, S. 49).
Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	Leitsymptome der hyperkinetischen Störung sind Unaufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit), Überaktivität (Hyperaktivität, motorische Unruhe) und Impulsivität (vgl. KJGD-Handbuch 2015, S. 25).
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 (vgl. KJGD-Handbuch 2015, S. 37).
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 2015, S. 31).
Erhebliches Untergewicht	Starkes Untergewicht liegt laut KJGD Handbuch vor, wenn der BMI-Wert kleiner als das 3. Perzentil der Referenzpopulation ist (vgl. KJGD-Handbuch 2015, S. 80).
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 (vgl. KJGD-Handbuch, S. 47)

Keuchhusten (Pertussis)	Hochansteckende Infektionskrankheit mit typischen stakka-toartigen Hustenanfällen.
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 und mit einem Ausschlag einhergehen. Im Zeitverlauf sind Spätkomplikationen möglich.
Meningokokken	Bakterien, die den Nase-Rachen-Raum befallen und eine lebensbedrohliche Hirnhautentzündung auslösen.
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 Punkte <u>hoher Sozialstatus</u>
mittlere Schulbildung (10 Klassen)	2	
hohe Schulbildung (mehr als 10 Klassen)	3	7 bis 8 Punkte <u>mittlerer Sozialstatus</u>
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 2015, S. 33).
-----------------------------	--

Tetanus	Eine Infektionserkrankung, die die muskelsteuernden Nervenzellen befällt, häufig auch Wundstarrkrampf genannt.
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.

Anhang: Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BbgGDG	Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz
BbgSchulG	Brandenburgisches Schulgesetz
BGA	Bündnis „Gesund Aufwachsen im Land Brandenburg“
BMI	Body-Mass-Index
GV	Grundschulverordnung des Landes Brandenburg
i.d.R.	In der Regel
Kita	Kindertagesstätte
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
LAVG	Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit Brandenburg
MASGF	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
PR	Planungsraum
RKI	Robert Koch Institut
SEU	Schuleingangsuntersuchung
SOPESS	Sozialpädiatrische Entwicklungsdiagnostik für die Einschulung
SR	Sozialraum
STIKO	Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut
vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZER	Zentrales Einladungs- und Rückmeldewesen

Anhang: Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit (2016). Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche. Verfügbar unter:

<http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/kindergesundheit/frueherkennungsuntersuchung-bei-kindern.html> [Zugriff am 18.06.2016].

Bundesministerium für Gesundheit (2010). Nationales Gesundheitsziel. Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Verfügbar unter:

http://gesundheitsziele.de/cms/medium/1010/Nationales_Gesundheitsziel_Gesund_aufwachsen_2010.pdf [Zugriff am 18.06.2016].

Bündnis Gesund Aufwachsen im Land Brandenburg (2012) Agenda der Arbeitsgruppe

„Frühe Hilfen und Pädiatrische Versorgung. Verfügbar unter:

http://www.buendnis-gesund-aufwachsen.de/fileadmin/redaktion/dokumente/AG_Fr%C3%BChe_Hilfen__P%C3%A4d._Versorgung/Zieltabelle/Agenda_AG_FHPV_Stand_19.10.12.pdf [Zugriff am 18.06.2016].

Fachausschuss Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (2015):

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 2015].

Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (2016): Brandenburgische Sozialindikatoren 2015. Verfügbar unter:

http://www.lasv.brandenburg.de/media_fast/4055/WEB_Sozialindikatoren_2015.pdf
http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=bb2.c.479459.de&template=gesi_erlauterungen_d%20 [Zugriff am 18.06.2016].

Lennerz, B., Wabitsch, M. (2013): Adipositas in der Kindheit. Endokrine und metabolische Folgen. Gynäkologische Endokrinologie.

Müller, M.J., Danielzik, S., Pust, S., Landsberg (2006): Sozioökonomische Einflüsse auf Gesundheit und Übergewicht. Verfügbar unter: https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2006/06_06/EU06_212_217.pdf [Zugriff am 18.06.2016].

Robert Koch Institut (2015): Impfen. Informationsangebot. Verfügbar unter:

http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/impfen_node.html [Zugriff am 18.06.2016].