Kindergesundheitsbericht 2011

Oberhausen

stadt
oberhausen

Stephanie Hofschlaeger_pixelio.de

Impressum

Herausgeber
Gesundheitskonferenz
Stadt Oberhausen
Tannenbergstr. 11-13
46045 Oberhausen

Bearbeitung und Redaktion

Holger Wunderlich
Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Stadt Oberhausen
Bereich Gesundheitswesen
Anke Backer
Norbert Turra-Ebeling
Sabine Hippert

Bereich Statistik und Wahlen
Ulrike Schönfeld-Nastoll
Patricia Scherdin

Layout und Druck

Oberhausener Gebäudemanagement GmbH
Bahnhofstr. 66
46145 Oberhausen

Auflage

800

Stand

November 2011

Geleitwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser!

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

Um dies zu gewährleisten, hat die Gesundheitskonferenz der Stadt Oberhausen die Erarbeitung des zweiten Kindergesundheitsberichtes initiiert und in seiner Sitzung vom 30. November 2011 mit Zustimmung zur Kenntnis genommen. Der Gesundheitskonferenz liegt es am Herzen immer wieder zu überprüfen, wie sich die gesundheitliche Lage in unserer Stadt entwickelt, denn jedes Kind hat ein Recht auf bestmögliche Förderung.

Aufgabe des Kindergesundheitsberichtes 2011 ist es, einen umfassenden Überblick über den Gesundheitszustand von Oberhausener Kindern zu geben. Dazu wurden ausgewählte Daten der Schuleingangsuntersuchungen 2008 bis 2011 - erstmals auch sozialraumorientiert und nach sozialstrukturellen Merkmalen - ausgewertet. Dadurch wird der Zusammenhang zwischen sozialer Lage, Bildungsstand und Kindergesundheit deutlich. Die Familienbefragung 2010 mit ausgewiesenen Fragen zu Themen der Kindergesundheit machte eine noch differenziertere Betrachtung möglich.

Erfreulicherweise verfügt die überwiegende Mehrheit der Kinder über einen guten Gesundheitszustand. Dennoch gibt der Kindergesundheitsbericht mit seinen zusammengetragenen Daten eine Fülle von Informationen aber auch Hinweise auf Probleme, die gemeinschaftlich gelöst werden müssen.

Er ist somit ein wertvolles Instrument für alle Akteure auf dem Gebiet der Gesundheitsvorsorge, um ein sinnvolles Angebot zur Gesundheitsförderung von Kindern zu erarbeiten.

Ziel ist es, die Menschen in unserer Stadt von Kindesbeinen an darin zu bestärken auf die Gesundheit zu achten.

Ich wünsche mir, dass der Kindergesundheitsbericht 2011 auf ein breites Interesse stößt und Diskussionsprozesse anregt.

An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei allen Beteiligten bedanken, die diesen Bericht erarbeitet haben und wünsche allen, die sich für die Gesundheit der Oberhausener Kinder einsetzen weiterhin viel Erfolg.

Ihr

Apostolos Tsalastras
Beigeordneter Finanzen, Gesundheit, Kultur

Kindergesundheitsbericht der Stadt Oberhausen 2011

Ergebnisse ausgewählter Daten der Schuleingangs-untersuchungen 2008 bis 2011 und der Familien-befragung 2010

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 5

1.1 Geleistetes und Erreichtes..... 5

1.2 Kindergesundheitsbericht 2011..... 12

2 Die Lebenssituation von Familien mit Kindern in Oberhausen 14

2.1 Familienstrukturen in Oberhausen..... 15

2.2 Sozioökonomischer Status der Familien in Oberhausen..... 18

3 Schulanfänger in Oberhausen nach sozialstrukturellen Merkmalen 27

4 Gesundheitsvorsorge und gesundheitsbewusstes Verhalten 33

4.1 Früherkennungsuntersuchungen 33

Exkurs: Teilnahme an der J1..... 40

4.2 Schutzimpfungen 41

4.3 Sportliche Aktivitäten 46

5 Schulrelevante Entwicklungskompetenzen und ausgewählte Gesundheitsstörungen ... 51

5.1 Motorische Entwicklung 51

5.2 Übergewicht 56

Exkurs: Ernährungsverhalten 58

5.3 Visuelle Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Zahlenvorwissen 62

5.4 Sprachentwicklung 66

5.5 Hören und Sehen 73

5.6 Allergien 76

6 Zusammenfassung, Schulempfehlungen und Förderbedarf 78

6.1 Einfluss von Geschlecht, Migrationshintergrund und Kindergarten-Dauer 78

6.2 Migrationshintergrund und Bildungsstatus 79

6.3 Schulempfehlung und Förderbedarfe 81

6.4 Bildungsabhängige Verhaltensweisen und Schulempfehlung 85

6.5 Entwicklungskontext der Kinder nach Bildungsstatus des Haushalts 88

7 Fazit und Handlungsempfehlungen 90

Anhang - Begriffsdefinitionen 97

Literaturverzeichnis 100

Abbildungsverzeichnis 101

Tabellenverzeichnis 102

Kartenverzeichnis 103

1 Einleitung

Im Bericht „Über die Gesundheit von Kindern in Oberhausen 2004“ wurde das Ziel formuliert, die gesundheitliche Versorgung von Kindern zu überprüfen und so weiterzuentwickeln, dass angemessene Rahmenbedingungen für die Förderung einer gesunden Entwicklung für alle Kinder im Oberhausener Stadtgebiet bestehen. Es bestand Einvernehmen, dass diese komplexe und langfristig angelegte Aufgabe nicht in einem Versorgungssektor allein bewältigt werden kann. Dementsprechend wurde unter Federführung des Arbeitskreises Kindergesundheit der Gesundheitskonferenz in Kooperation mit Wohlfahrtsverbänden, Ärzteschaft, Krankenkassen, sozialen Diensten und vielen anderen Partnern diese Aufgabe in Angriff genommen. Zu den unterschiedlichsten Themen der Kindergesundheit wurde seinerzeit im Kinderbericht ein ganzes Bündel von Handlungsempfehlungen und Maßnahmen beschlossen.

Im Hinblick auf den neuen Kindergesundheitsbericht 2011 lohnt es sich eine Rückschau zu halten, was zwischenzeitlich geleistet und erreicht wurde, und aufzuzeigen, welche gesundheitsfördernden Angebote, im Sinne eines gesunden Starts von Anfang an, neu entstanden sind. Im Anschluss erfolgt eine kurze Einleitung in den aktuellen Kindergesundheitsbericht.

Dabei orientiert sich die Einleitung an den Inhalten des neuen Kindergesundheitsberichtes 2011.

1.1 Geleistetes und Erreichtes

1. Themenfeld Früherkennungsuntersuchungen und Schließung von Impflücken

Für die gesunde Entwicklung eines Kindes sind Früherkennungsuntersuchungen besonders wichtig, damit Fehlentwicklungen und Krankheiten früh erkannt und behandelt werden können. Von der Geburt bis zum Alter von 6 Jahren wird das Kind bei der Vorsorgeuntersuchung, der so genannten „U“, kostenlos untersucht. Insgesamt gibt es zehn Früherkennungsuntersuchungen U1 – U 9. Seit der Einführung der Untersuchung 7a am 01.07.2008 wird gewährleistet, dass die Kinder ein Mal jährlich einem Kinderarzt oder einer Kinderärztin vorgestellt werden können. Diese Untersuchungen sind ein notwendiger Teil der Gesundheitsvorsorge. Die Teilnahme an allen Früherkennungsuntersuchungen ist daher für alle Kinder wichtig. Während die ersten Untersuchungen noch von den meisten Eltern wahrgenommen werden, nimmt mit zunehmendem Alter eines Kindes die Bereitschaft der Eltern zur Wahrnehmung der U-Untersuchungen ab.

Den Teilnehmern des Arbeitskreises Kindergesundheit war es daher ein Anliegen, die Teilnahmequote für alle Früherkennungsuntersuchungen weiter zu steigern. Ein besonderes

Augenmerk galt den Untersuchungen ab der U 7 und der Jugendgesundheitsuntersuchung J 1.

Zur Erreichung dieser Zielsetzung verabredeten nachfolgende Institutionen adäquate Beiträge zu leisten:

- Niedergelassene Ärzteschaft
- Gesetzliche Krankenversicherung
- Öffentlicher Gesundheitsdienst
- Träger der Kindertageseinrichtungen
- Schulen
- Regionale Arbeitsstelle für Ausländerinnen und Ausländer (RAA)
- Familienbüro

Durch folgende Maßnahmen konnte die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen in Teilbereichen gesteigert bzw. auf einem hohen Niveau gehalten werden:

- Kontinuierliche Informationsarbeit auf allen Ebenen, auch mit Hilfe der Entwicklung und Herausgabe eigener Publikationen.

- Multiplikatorenschulung für Erzieherinnen und Erzieher, für Lehrerinnen und Lehrer sowie für Ansprechpartner/innen, die in der Integrationsarbeit tätig sind.

- Mehrfache Durchführung der Aktion „Ich geh' zur U – und Du?"

Durch das neue verpflichtende Meldeverfahren im Rahmen der „Landesverordnung zur Datenmeldung zur Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen" konnten weitere Teilnahmedefizite geschlossen werden. Das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA) erfasst alle Früherkennungsuntersuchungen von U5 (6. bis 7. Lebensmonat) bis U9 (5 Jahre und 4 Monate). Die Ärztinnen und Ärzte melden dem LIGA die Daten der teilnehmenden Kinder. Alle Eltern, für deren Kinder keine Teilnahmebestätigung vorliegt, erhalten vom LIGA ein Erinnerungsschreiben. Nach Ablauf der Frist wird in Oberhausen das Jugendamt „KIU 5-9" als zuständige Stelle eingeschaltet, um zu entscheiden, was weiter geschieht. Bei einem Hausbesuch wird z. B. nach den Gründen für die versäumte U-Untersuchung gefragt, bei Bedarf wird Beratung und Hilfe angeboten und der Blick auf die Bedürfnisse der Kinder gelenkt.

Das Jugendamt hat innerhalb eines Jahres vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes NRW (LIGA) 1061 Meldungen über versäumte Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U9 erhalten, von denen 500 Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund stammten. Von den 1061 Meldungen waren 368 Fehlmeldungen (Untersuchung vor Eingang der LIGA-Meldung beim Jugendamt). 48 Kinder haben die Untersuchung aus unterschiedlichen Gründen nicht nachgeholt, alle anderen sind untersucht worden.

In der Zeitspanne zwischen LIGA-Erinnerung und Eingang der Meldung beim Jugendamt haben insgesamt etwa ein Drittel aller gemeldeten Kinder an der Untersuchung teilgenommen, fast immer zurückzuführen auf die Erinnerung durch LIGA.

Ziel des Projektes ist es, Eltern zu informieren und zu motivieren, ihre Kinder an den kostenlosen Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen zu lassen, um eine Kindeswohlgefährdung auszuschließen und bei Bedarf rechtzeitig weitere Hilfen vermitteln zu können.

Durch ähnliche Maßnahmen wie bei den Früherkennungsuntersuchungen, konnte auch die Durchimpfungsrate der Oberhausener Kinder bis zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung gesteigert werden. Bei der Inanspruchnahme der Impfungen, die von der ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes empfohlen werden, nimmt Oberhausen mittlerweile eine Spitzenposition im Land ein.

2. Themenfeld Bewegung, Ernährung, Übergewicht

Zur Umsetzung dieser Handlungsempfehlungen hat der Arbeitskreis Kindergesundheit 2005 eine Projektgruppe „Bewegungsförderung, Ernährung, Übergewicht“ ins Leben gerufen, die sich aus Vertreter/innen des Kinderpädagogischen Dienstes, des Adipositas Zentrums, der Koordination der Lehrer/innen für Suchtprophylaxe und Gesundheitserziehung, des Bereiches Sport, des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, dem Weiterbildungsträger Ruhrwerkstatt und der Gesundheitsplanung zusammensetzt.

Die Aufgabe der Projektgruppe war und ist es, in den relevanten Handlungsfeldern existierende Angebote zu vernetzen, Maßnahmen zu fördern und eigene Aktivitäten zu initiieren.

Unter dem Arbeitsmotto „Bewegt und gesund ins Leben“ wurden im Laufe der zurückliegenden Jahre zahlreiche Fachveranstaltungen durchgeführt, die fachliche Impulse gaben, einen Überblick über die Vielfalt der bereits existierenden Angebote verschafften und sozialraumorientierte Kooperationen förderten. Wann immer es möglich bzw. nötig war, wurde auf die interkulturelle Ausrichtung der Maßnahmen besonderer Wert gelegt.

Weiterhin wurden Fortbildungsreihen für Erzieher/innen und Lehrer/innen angeboten, die Themenbereiche wie „kompensatorischer Schulsport“ oder „bewegungsfreudige KTE“ zum Inhalt hatten.

Mit Hilfe des Einsatzes von interkulturellen Gesundheitsmediatorinnen wurden in zahlreichen Kindertageseinrichtungen Elternabende und Eltern-Kindnachmittage zu den Themen Ernährung und Bewegung angeboten.

Zum Thema Bewegung, Ernährung, Übergewicht wurden in Kooperation mit der ärztlichen Leiterin und einem Sportlehrer des Adipositas-Zentrums Fortbildungen unter dem Titel

„Kugelrund ist ungesund“ für sozialpädagogische Fachkräfte im Bereich des offenen Ganztages durchgeführt.

Ein Qualifizierungsprogramm des Stadtsportbundes bot in einem modularen System zwei aufeinander aufbauende Kurse für Übungsleiter/innen an. Ein Aufbaumodul beschäftigte sich explizit mit der Bewegungsförderung von Kindern und Jugendlichen und ein weiteres in Kooperation mit dem Adipositas-Zentrum mit der gezielten Bewegungsförderung von adipösen Kindern.

Die Ruhrwerkstatt bot Berufsrückkehrerinnen aus pädagogischen Berufen die Chance, ihre beruflichen Kompetenzen zu erweitern. Die praxisorientierte Qualifizierung „Fit für Kids“ legt den inhaltlichen Schwerpunkt auf die ganzheitliche Gesundheitsförderung von Kindern mit den Bausteinen Ernährung, Bewegung und Entspannung.

Das Gemeinschaftsprojekt mit der ARGE „Arbeitslos – aber nicht tatenlos“ fand mit 11 arbeitslosen Frauen aus erzieherischen Berufen statt, die in Kindertageseinrichtungen bzw. im offenen Ganztagsbereich eingesetzt waren.

Über eine Gesamtlaufzeit von drei Jahren führte die Ruhrwerkstatt mit dem Deutschen Kinderschutzbund das Gesundheitsprojekt „Auf der Suche nach dem verborgenen Schatz“ durch. Die hohe Qualität dieses Projektes drückt sich auch dadurch aus, dass es als innovatives Projekt in die Landesinitiative „Gesundes Land NRW“ aufgenommen wurde und als beispielgebend und als Bereicherung für das Gesundheitswesen des Landes bewertet wird.

Verschiedene Krankenkassen sind mit einzelnen Kindertageseinrichtungen bzw. Familienzentren und/oder Grundschulen Patenschaften eingegangen und bieten in den Handlungsfeldern „Gesunde Ernährung, Bewegung sowie Konzentration und Entspannung“ ihre Präventionskurse an, die unter den Namen „Starke Kids“, „Fünf am Tag“, „Bewegung ist das Tor zum Lernen“, „KIDS“ und „Fit von klein auf“ firmieren.

Ein Schwerpunkt der Sportentwicklungsplanung war die Steigerung der Bewegungsaktivitäten bei Kindern und Jugendlichen. Zwischenzeitlich wurden deutliche Fortschritte bei der Zusammenarbeit von einzelnen Sportvereinen mit Kindertageseinrichtungen und Schulen erzielt.

Es gibt zahlreiche Bemühungen des Ausschusses für Schulsport in Kooperation mit einzelnen Schulen, um Kindern in Form von Projekttagen oder Schulpatenschaften einzelner Sportvereine neue Bewegungsmöglichkeiten aufzuzeigen und sie an den Vereinssport heranzuführen.

Über drei Jahre hat die Ruhrwerkstatt, in Absprache mit dem Kinderschutzbund und dem Bereich Gesundheitswesen, das interkulturelle Gesundheitsprojekt „GUT DRAUF-MOBIL – Unterwegs an Grundschulen“ durchgeführt. An vier ausgewählten Grundschulen im Bereich

Innenstadt und Lirich wurden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung mit den Schwerpunkten Bewegung, Ernährung und Entspannung angeboten.

Ein neues Angebot ist die Etablierung einer Gesundheitswoche an Oberhausener Grundschulen, die jeweils vor den Osterferien von der Projektgruppe Bewegung, Ernährung, Übergewicht durchgeführt wird.

Alle 39 Oberhausener Grundschulen bieten seit dem Schuljahr 2007/2008 eine offene Ganztagsbetreuung an. In der offenen Ganztagsschule findet am Vormittag der verbindliche Unterricht statt, Mittagessen und Nachmittagsangebote gibt es auf freiwilliger Basis. Die Bildungsqualität soll in der offenen Ganztagsschule verbessert werden, indem die Unterrichtsinhalte mit den Nachmittagsangeboten verbunden werden. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für die Eltern der Grundschulkinder erleichtert werden und durch individuelle Förderung die Chancengleichheit erhöht werden soll.

Feste Bestandteile des offenen Ganztagsangebotes sind eine warme Mahlzeit, Hausaufgabenbetreuung, Förderangebote und themenbezogene Arbeitsgemeinschaften, die u.a. Gesundheit, Bewegungsförderung, gesunde Ernährung und Entspannung beinhalten.

3. Themenfeld Sprachförderung

Seit der Verabschiedung des Kindergesundheitsberichtes 2004 hat die Sprachförderung mehrfach Veränderungen erfahren und mündete 2007 in eine gesetzliche Grundlage. Demnach schreibt das Schulgesetz NRW verbindlich vor, den Sprachstand aller Kinder zwei Jahre vor der Einschulung zu erheben. Weiterhin wurde im Kinderbildungsgesetz (KiBiz) der Auftrag zur kontinuierlichen Förderung der Sprachentwicklung eines Kindes verankert. Sprachförderung ist somit generell Teil des Bildungsauftrages der Kindertageseinrichtungen (KTE).

Für jedes Kind, das mit dem Sprachstandsfeststellungsverfahren Delfin 4 die Notwendigkeit einer zusätzlichen Sprachförderung bescheinigt bekommen hat, stellt das Land den Trägern von Kindertageseinrichtungen pro Jahr und Kind einen bestimmten Betrag zur Verfügung. Delfin 4 ist ein verbindlicher Sprachtest, mit dem auf spielerische Weise Artikulation, Wortschatz, Satzbau, Verstehen von Aufträgen und Erzählen bei vierjährigen Kindern überprüft werden soll. Der Sprachtest ist Anfang 2007 in NRW eingeführt worden. Ziel ist es, herauszufinden, ob die Sprachentwicklung altersgemäß ist und die deutsche Sprache beherrscht wird. Alle Kinder erhalten die Sprachförderung für die Dauer von 2 Jahren in der Regel in einer Kindestageseinrichtung bzw. einem Familienzentrum. Die Teilnahme an dieser Sprachfördermaßnahme ist verpflichtend.

Die Sprachfördermaßnahmen werden von den Trägern der KTE in eigener Verantwortung und Kompetenz gestaltet. Die Maßnahmen werden durch geeignete pädagogische Fachkräfte der Einrichtung oder durch externe, besonders in der kindgerechten Vermittlung der deutschen Sprache geeignete Kräfte (Honorarkräfte) in den Einrichtungen durchgeführt.

Die Erzieherin bzw. der Erzieher integriert die Sprachförderung in den Alltag und erarbeitet ein an den Fähigkeiten und Bedürfnissen des einzelnen Kindes orientiertes Konzept für die Gruppe. Die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Eltern schafft die Voraussetzungen, die Eltern in die konzeptionelle Umsetzung der Sprachförderung einzubeziehen und ihnen durch ihre aktive Mitarbeit die besondere Bedeutung frühkindlicher Bildungsprozesse zu vermitteln.

Das Handlungsfeld der durchgängigen Sprachförderung, ansetzend an der Sprachbrücke KTE – Grundschule, erfordert eine einheitliche Überprüfungsmöglichkeit im Bereich der Sprachstandsfeststellung und Sprachförderung. Das bestehende NRW-weite Sprachstandsfeststellungsverfahren Delfin 4 bietet jedoch derzeit kein Instrument zur Überprüfung der Wirksamkeit von Sprachförderung.

Hier soll das Sprachstandsfeststellungsverfahren Cito, welches an Oberhausener Grundschulen für verschiedene Altersgruppen bereits eingesetzt wird, für Abhilfe sorgen. Dieses Verfahren lässt sich auch problemlos auf jüngere Kinder und somit in der Bereich der KTE übertragen. Die Wirksamkeit der Sprachbrücke KTE - Grundschule soll mit Hilfe eines Modellversuches, an dem drei Grundschulen und vier KTE aus dem jeweiligen Umfeld teilnehmen, mit dem Cito-Verfahren geprüft werden. Vorteil dieses Verfahrens ist, dass immer wieder das gleiche Instrument "Cito" zugrunde gelegt wird und somit eine Vergleichbarkeit existiert.

4. Themenfeld Gesundheitliche Versorgung, Förderung und Hilfen

Durch intensive Aufklärungs- und Informationsarbeit ist im Vergleich von 2004 zu 2009, gemessen am Landesdurchschnitt, ein deutlich rückläufiger Trend der Todesfälle von Säuglingen zu verzeichnen. Seit 2009 widmet ein neuer Verein Allianz Kindergesundheit diesem Thema besondere Aufmerksamkeit. Die „Allianz Kindergesundheit“ setzt sich u.a. dafür ein, dass jedes Neugeborene in Oberhausener Krankenhäusern einen Baby-Schlafsack erhält. Ein sicherer Schlaf ist das Ziel.

Hinsichtlich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind kleine Fortschritte erkennbar. Am 02. Januar 2012 eröffnet das LVR-Klinikum Essen in Mülheim eine Tagesklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters mit 10 Behandlungsplätzen. Diese neue Tagesklinik wird im Rahmen der Pflichtversorgung auch für die Stadt Oberhausen zuständig sein.

Der ehemalige Qualitätszirkel ADHS hat sich zu einem Kompetenznetzwerk weiterentwickelt, um eine optimale Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom zu erreichen.

Um der Vernachlässigung von Kindern zu begegnen, wurde vom Jugendhilfeträger im Jahr 2006 das Projekt Kinder im Mittelpunkt (KIM) ins Leben gerufen. Ziel ist es, alle Eltern und ihre Neugeborenen zu besuchen und ihnen deutlich zu machen, dass sie Unterstützung

erfahren, wenn sie gebraucht wird. Auf der anderen Seite bietet der Besuch die Möglichkeit, rechtzeitig Probleme zu erkennen, die zu einer Kindeswohlgefährdung führen könnten. Die Familien erhalten vom Oberbürgermeister eine Glückwunschkarte zur Geburt ihres Kindes mit der auch gleichzeitig der Besuch einer KIM-Mitarbeiterin angekündigt wird.

Jedes neugeborene Kind wird in den ersten Wochen nach der Geburt zu Hause besucht. Die Familie erhält zu diesem Anlass ein Willkommensgeschenk und Informationsmaterial. Sofern nach diesem Erstkontakt weiterer Beratungsbedarf besteht, stehen die KIM-Mitarbeiterinnen als Ansprechpartnerinnen zur Verfügung.

Bei konkretem Hilfebedarf werden die nächsten Schritte offen angesprochen. Jeder Hausbesuch wird angekündigt, durchgeführt und dokumentiert. Die Prävention steht bei KIM im Vordergrund.

Vor mehreren Jahren hat sich der Arbeitskreis „Gewalt gegen Kinder“ gegründet, dem neben Beratungsstellen, Jugendamt und Polizei viele weitere Fachstellen angehören.

Das Problem des Absentismus (Schulverweigerung) konnte in den letzten Jahren, aufgrund der guten Zusammenarbeit zwischen Schulen und Jugendamt, weiter reduziert werden.

Familienzentren

Die seit 2007 zu Familienzentren weiter entwickelten Kindertageseinrichtungen arbeiten in Oberhausen in den vier vorgenannten Themenfeldern. Ziel ist es, ein niederschwelliges, stadtteilbezogenes Beratungs- und Förderangebot in Kooperation mit anderen Partnern für Eltern und Kinder zu etablieren. Bis zum Jahr 2012 werden 32 Familienzentren ihre familienunterstützenden Leistungen anbieten.

Das heißt, neben den eigentlichen Aufgaben werden folgende Schwerpunkte gesetzt:

- Beratung und Unterstützung von Kindern und Familie
- Familienbildung und Erziehungspartnerschaft
- Kindertagespflege
- Interkulturelle Kompetenz
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Familienzentren bieten durch ihren starken Sozialraumbezug einen direkten Kontakt zu den Familien und ermöglichen somit frühzeitige präventive Maßnahmen. Gesundheitsförderung ist daher ein elementarer Bestandteil der Arbeit. Die gesundheitsfördernden Angebote orientieren sich an der jeweiligen Lebenssituation der Eltern und Kinder im Stadtteil. Als Eckpunkte seien hier die Bildungsangebote zur gesunden Ernährung, Bewegungsförderung

und Gesundheit, Zahnprophylaxe, Sicherung der Früherkennungsuntersuchungen und des Impfstatus genannt.

Die Erfahrung zeigt, dass Familienzentren mit ihren gesundheitsfördernden Angeboten Familien aus sozial benachteiligten Lebenswelten und Familien mit Migrationshintergrund erreichen, die bisher keinen Zugang zu Beratungs- und Bildungsangeboten hatten. Zudem sind Projekte erfolgreich, die sich an den lokalen Gegebenheiten orientieren.

„Gesundheit beginnt im Quartier“(Studie Bertelsmann Stiftung)

1.2 Kindergesundheitsbericht 2011

Der vorliegende Kindergesundheitsbericht 2011 beschreibt die gesundheitliche Lage der Kinder in Oberhausen. Der Anspruch dieses Berichtes besteht dabei nicht darin, einen möglichst allumfassenden Überblick zu liefern, sondern richtet sich gezielt auf die Gruppe der Kinder im schulfähigen Alter und konzentriert sich dabei maßgeblich auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sowie schulrelevante Entwicklungskompetenzen. Dabei nimmt der Zusammenhang zwischen sozialer Lage, Gesundheitsvorsorgeverhalten und Entwicklungsstand der Kinder einen besonderen Stellenwert ein.

Die Hauptdatenquelle der vorliegenden Analyse stellen die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen aus den Jahren 2008 bis 2011 dar. Seit dem letzten Kindergesundheitsbericht im Jahr 2004 hat sich die Datenebene enorm verbessert. Eine intensive Weiterentwicklung der Schuleingangsuntersuchung hat zu einer Verbesserung der Datengrundlage geführt und dadurch auch die Möglichkeiten der Gesundheitsberichterstattung im Bereich der Kindergesundheit deutlich erweitert.

Eine weitere Datenquelle, die für den aktuellen Kindergesundheitsbericht herangezogen wurde, ist die Familienbefragung 2010 der Stadt Oberhausen. Die Familienbefragung beinhaltet eine Vielzahl an Informationen über die Lebensbedingungen und Lebenslage der Familien in Oberhausen. Explizit für den vorliegenden Gesundheitsbericht wurden auch Gesundheitsfragen mit in den Fragebogen aufgenommen. So bietet der Datensatz Angaben über das Gesundheits- und Vorsorgeverhalten der Kinder bzw. deren Eltern.

Zur Beschreibung der familiären und sozialstrukturellen Situation in Oberhausen finden die Daten der Familienbefragung in *Kapitel 2* Eingang in diesen Bericht. Sie legen damit die gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen in Oberhausen dar. Die Auswertung der gesundheitsbezogenen Fragen aus der Familienbefragung bezieht sich dabei auf die Teilnahme an der Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) sowie auf ausgewählte Fragen zum Ernährungsverhalten im Kontext der sozialstrukturellen Lage. Um die Auswertung der Gesundheitsfragen aus der Familienbefragung deutlich von den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung zu trennen, erfolgt die Darstellung dabei in Form von *zwei Exkursen*. Diese Entscheidung ist getroffen worden, da sich die beiden Datensätze auf ganz

unterschiedliche Betrachtungsgruppen und Erhebungsmethoden beziehen und eine Vermischung der Ergebnisse vermieden werden soll.

Die Analyse der Schuleingangsuntersuchung erfolgt in den Kapiteln 3 bis 6. *Kapitel 3* gibt zunächst einen Überblick über die methodischen Informationen, die Veränderungen und die Auswertungsmöglichkeiten der Schuleingangsuntersuchung. Darüber hinaus werden die Schulanfänger nach sozialstrukturellen Merkmalen dargestellt.

Das *Kapitel 4* beschäftigt sich mit der Gesundheitsvorsorge und gesundheitsbewusstem Verhalten. *Kapitel 5* betrachtet die Schulanfänger nach schulrelevanten Entwicklungskompetenzen sowie ausgewählten Gesundheitsstörungen. Die in diesen beiden Kapiteln dargestellten Merkmale werden, soweit eine Vergleichbarkeit gegeben ist, im Zeitverlauf von 2008 bis 2010 abgebildet. Daran schließt sich eine differenziertere Beschreibung des jeweiligen Aspektes für das Jahr 2010 an. Im Mittelpunkt stehen dabei die Differenzierungsmerkmale Geschlecht, Migrationshintergrund und Dauer des KTE-Besuchs. Zudem erfolgt eine Darstellung auf der Ebene der sechs Sozialräume und in ausgewählten Indikatorenbereichen auf der Ebene der 27 Sozialquartiere.

Kapitel 6 verknüpft exemplarisch ausgewählte Merkmale mit den im Jahr 2011 erstmals vorliegenden Ergebnissen des zusätzlichen Elternfragebogens mit freiwilligen Angaben zum Lebens- und Entwicklungskontext (Nutzung elektronischer Medien, Passivrauchen…) der Kinder.

Abschließend liefert *Kapitel 7* eine Übersicht von Handlungsempfehlungen und konkreten Handlungsmaßnahmen.

2 Die Lebenssituation von Familien mit Kindern in Oberhausen

Die Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern und deren Chancen für die Zukunft ergeben sich aus der Struktur der Bevölkerung, der sozialen und wirtschaftlichen Lage von Familien sowie den natürlichen Umweltbedingungen. Die Einflüsse auf das Umfeld der Kinder haben sich in den letzten Jahrzehnten einer tief greifenden Wandlung unterzogen. Vor allem die Struktur der Familie als erster Bezugspunkt für die soziale Umwelt der Kinder und als wichtigster Rahmen für die primäre Sozialisation hat sich infolge der gesellschaftlichen Entwicklung deutlich verändert. Im Zuge der zunehmenden Berufstätigkeit beider Elternteile verringert sich der zeitliche Rahmen für gemeinsame Aktivitäten und stellt hohe Anforderungen an die Organisation des Familienalltags. Zudem wächst die Vielfalt familiärer Lebensformen, so dass Kinder heute nicht nur in der klassischen Familie mit verheirateten Eltern aufwachsen, sondern auch in nichtehelichen Lebensgemeinschaften oder mit nur einem Elternteil. Darüber hinaus zeigen sich die Veränderungen in der sozialen Lage von Kindern, die sich durch die ansteigende sozial bedürftiger Kinder äußert.

Im vorliegenden Kapitel werden die aktuellen Familienstrukturen und der sozioökonomische Status der Familien in Oberhausen dargestellt. Als Datengrundlage dienen zum einen die amtliche Statistik und zum anderen Daten aus der schriftlichen Familienbefragung 2010. Um handlungsrelevante Informationen über die Lebensbedingungen und die Lebenslagen der Familien mit Kindern in Oberhausen - vor allem auch subjektive Einschätzungen durch die Familien selbst - zu erhalten, hat der Bereich Statistik und Wahlen der Stadt Oberhausen von Oktober bis Dezember 2010 eine schriftliche Befragung durchgeführt. Bei der Familienbefragung handelt es sich um eine schriftliche Haushaltsbefragung mit Kindern unter 18 Jahren. Nach dem Zufallsprinzip wurden 3.000 Haushalte mit mindestens einem Kind unter 18 Jahren aus der Einwohnermeldedatei ausgewählt und angeschrieben. Explizit für den hier vorliegenden Gesundheitsbericht wurden die Familien auch über ihr Gesundheitsverhalten in Bezug auf ihre Kinder und das Gesundheitsverhalten der Kinder selbst befragt. Der Fragebogen umfasst auf 24 Seiten insgesamt 73 Fragen zur Lage der Familien.

Alles in allem wurden folgende Themenbereiche im Rahmen der Familienbefragung berücksichtigt:

- Wohnsituation
- Demographie (Haushaltszusammensetzung, Familienform, Migrationshintergrund)
- Fragen zu den Kindern in der Familie (außer- und innerfamiliäre Betreuungssituation)
- Freizeitaktivitäten
- Gesundheit der Kinder
- Familiennetzwerke und Nutzung sozialer Einrichtungen
- Bildungsstand und berufliche Situation
- Finanzielle Situation

Insgesamt haben 816 der 3.000 angeschriebenen Familien an der Befragung teilgenommen, das entspricht einer Rücklaufquote von 27,2 %.

2.1 Familienstrukturen in Oberhausen

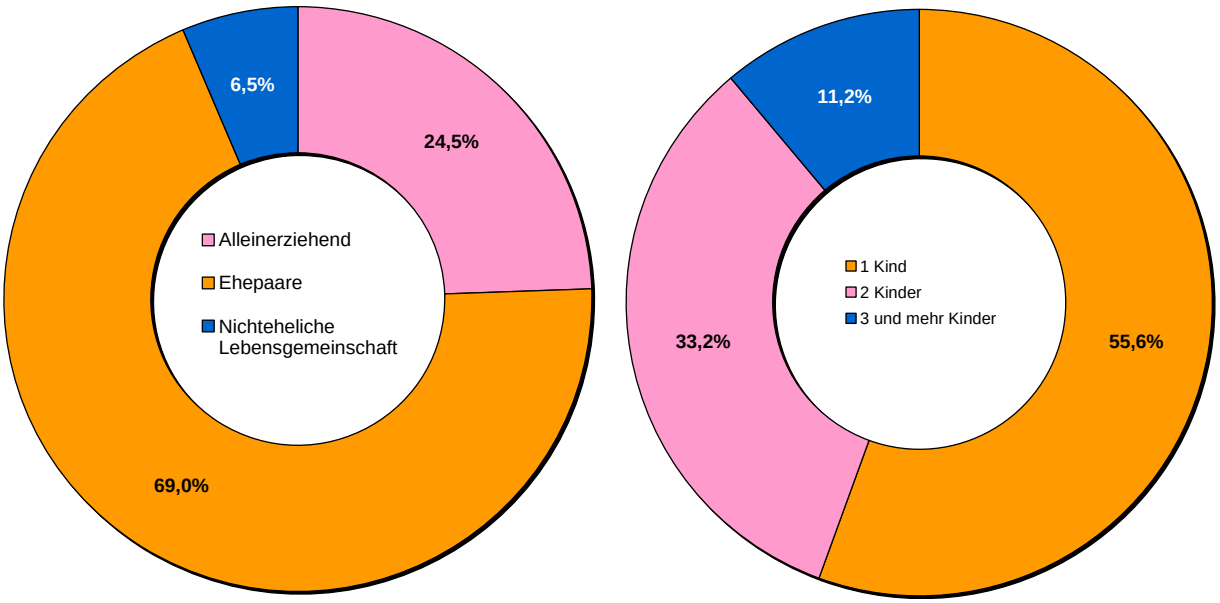
Die Familie ist nach wie vor der wichtigste Ort für die primäre Sozialisation.[1]

Im Oberhausener Stadtgebiet verteilen sich 2010 insgesamt 101.545 Haushalte, wobei in 20,7 % (21.006) dieser Haushalte mindestens ein Kind unter 18 Jahren lebt. Trotz der Pluralisierung der Familientypen stellt die klassische Form der Familie mit verheirateten Eltern immer noch die Mehrheit der Familienhaushalte. In Oberhausen sind mehr als zwei Drittel der Familienhaushalte (69 %) Haushalte mit verheirateten Eltern. Etwa ein Viertel der Familienhaushalte sind Haushalte von Alleinerziehenden.[2]

Die Auswertung der Familienbefragung erlaubt zudem Aussagen über den Anteil an Familien mit Migrationshintergrund. Dabei schließt die Definition von „Familien mit Migrationshintergrund“ sowohl nichtdeutsche Familien und Eltern mit doppelter Staatsangehörigkeit als auch Familien mit mindestens einem außerhalb Deutschlands geborenen Elternteil ein. Nach dieser Definition haben 22,6 % der Familien in Oberhausen einen Migrationshintergrund.

Betrachtet man die Familien nach der Anzahl der Kinder unter 18 Jahren im Haushalt ist mit 55,6 % mehr als jede zweite Familie in Oberhausen eine Ein-Kind-Familie. Ein Drittel der Familien hat zwei Kinder und die restlichen 11 % sind kinderreiche Familien und haben demnach drei oder mehr Kinder (vgl. Abb. 1).

Abbildung 1: Familienhaushalte nach Familienform und Anzahl der Kinder



[1] RKI (2008): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
[2] Datenquelle: Stadt Oberhausen, Einwohnerdatei / Haushaltsgenerierungsverfahren

Im Folgenden wird die räumliche Verteilung der Familien in Oberhausen dargestellt. Dabei gilt den Alleinerziehenden, den kinderreichen Familien und den Familien mit Migrationshintergrund besondere Aufmerksamkeit. Diese drei Familienformen sind zwar nicht per se benachteiligt, aber es handelt sich dabei um Familien, die häufiger als andere auf Unterstützung angewiesen sind, da sie aufgrund ihrer Familiensituation besonderen Anforderungen und Belastungen im Familienalltag gegenüber stehen.

Im Stadtgebiet verteilen sich die Familien und auch einzelne Familienformen deutlich unterschiedlich. Der Anteil der Haushalte mit Kindern unter 18 Jahren variiert auf der Ebene der Sozialquartiere in Oberhausen zwischen 15,7 % und 28,0 %. Am geringsten ist die Familienprägung in den südlich gelegenen Sozialquartieren wie Styrum und Schlad, gefolgt von der Innenstadt, Dümpten, Bermensfeld und Rothebusch. Hier ist weniger als jeder fünfte Haushalt ein Haushalt mit Kindern unter 18 Jahren. Die höchsten Anteile an Haushalten mit Kindern zeigen sich in den Quartieren Vondern / Osterfeld-Süd, Holten / Barmingholten, Lirich-Süd, Borbeck / Neue Mitte / Grafenbusch sowie Osterfeld Mitte / Vonderort und Tackenberg Ost. Hier lebt etwa in jedem vierten Haushalt mindestens ein Kind unter 18 Jahren.

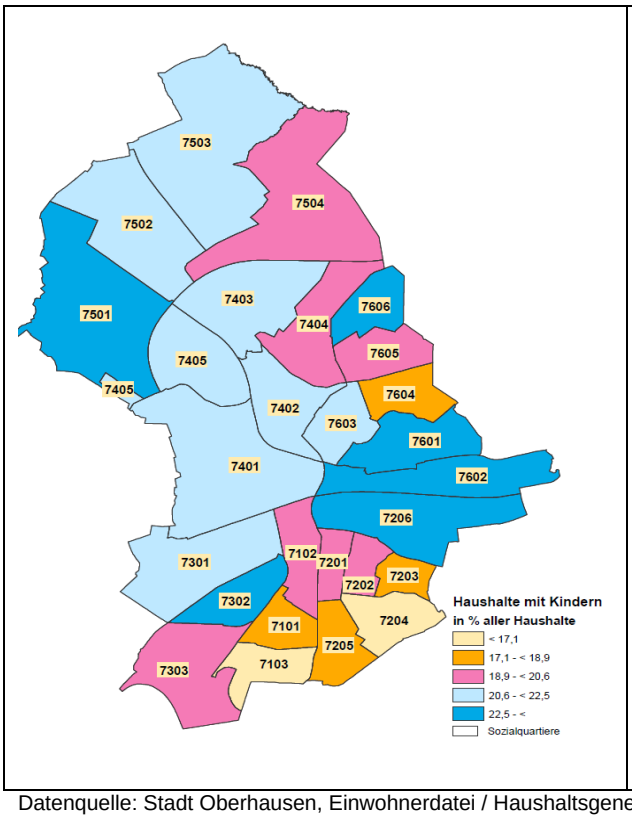
Die Unterschiede in der räumlichen Verteilung der Alleinerziehenden sind im Vergleich der Familienformen am deutlichsten. Der höchste Anteil an Haushalten von Alleinerziehenden, und damit weit über dem städtischen Durchschnitt liegend, wird mit 35,8 % im Brücktorviertel erreicht, gefolgt von der Innenstadt mit einem Anteil von 35,1 %. Aber auch im Marienviertel-Ost, Osterfeld Mitte / Vonderort und Bermensfeld ist noch fast jeder dritte Haushalt mit Kindern eine Ein-Eltern-Familie. Deutlich seltener leben Alleinerziehende in Königshardt (14,9 %) und der Walsumer Mark (15,0 %).

Auch der Anteil der kinderreichen Familien variiert stark im Stadtgebiet. Die höchsten Anteile werden in Lirich-Süd (19,4 %), Osterfeld-Mitte / Vonderort (17,3 %), Innenstadt (16,0 %), Marienviertel-West (15,6 %) und Vondern / Osterfeld-Süd (14,7 %) erreicht. Deutlich unter dem städtischen Durchschnittswert liegen die Werte in Königshardt mit 6,6 % und Buschhausen / Biefang mit 7,5 %.

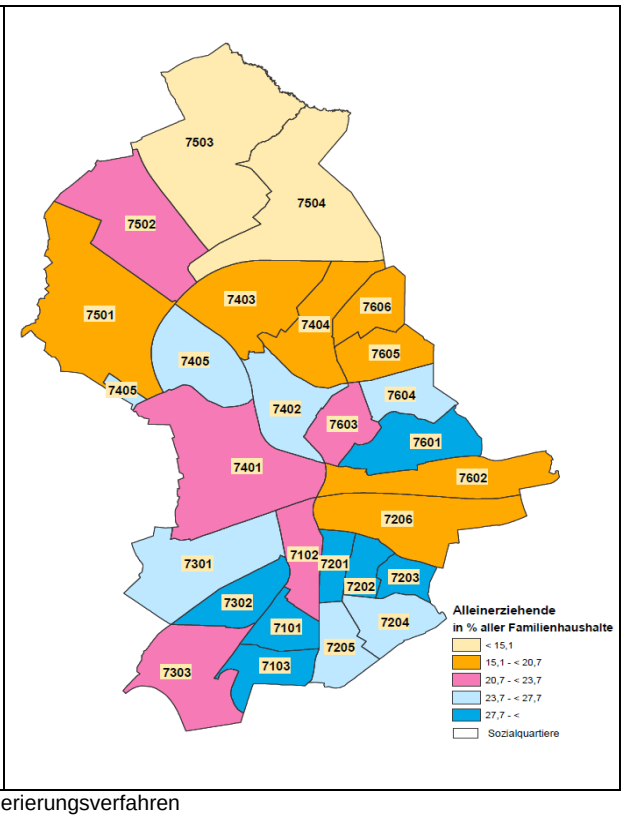
Die Familienbefragung erlaubt - zumindest auf der Ebene der Sozialräume - ebenfalls Aussagen über die räumliche Verteilung der Familien mit Migrationshintergrund. Es ist zu erkennen, dass vor allem im Innenstadtbereich der Anteil der Familien mit Migrationshintergrund besonders hoch ist. Im Sozialraum Mitte / Styrum hat fast jede dritte Familie einen Migrationshintergrund. In Osterfeld hat jede vierte Familie einen Migrationshintergrund in Oberhausen-Ost und Alstaden/Lirich ist es ebenfalls mit 22 % fast jede vierte Familie. Im Oberhausener Norden im Sozialraum Sterkrade-Nord ist der Anteil mit 13,0 % hingegen weit geringer.

Karte 1: Anteil der Familienhaushalte im Stadtgebiet

Familienhaushalte in % aller Haushalte

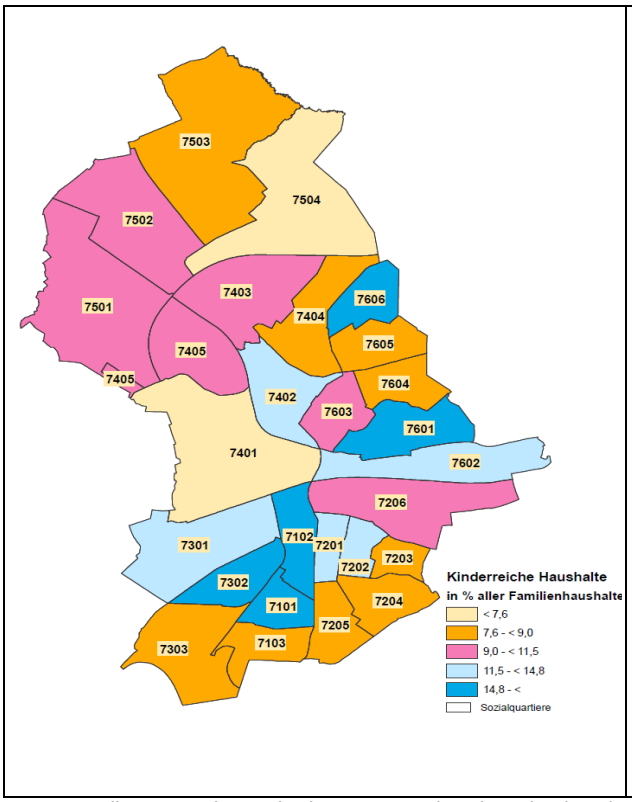


Alleinerziehende in % aller Familienhaushalte



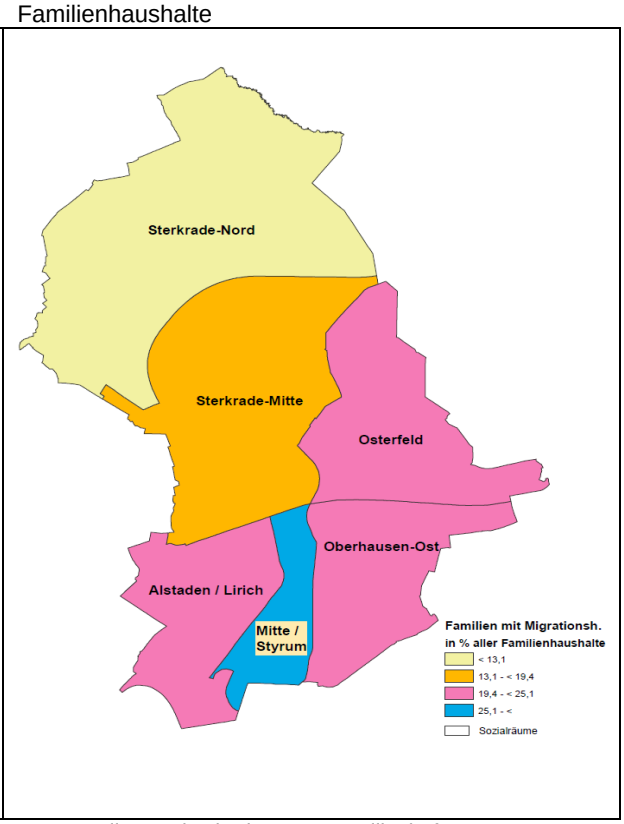
Datenquelle: Stadt Oberhausen, Einwohnerdatei / Haushaltsgenerierungsverfahren

Kinderreiche Familien in % aller Familienhaushalte



Datenquelle: Stadt Oberhausen, Einwohnerdatei / Haushaltsgenerierungsverfahren

Familien mit Migrationshintergrund in % aller Familienhaushalte



Datenquelle: Stadt Oberhausen, Familienbefragung 2010

2.2 Sozioökonomischer Status der Familien in Oberhausen

Die sozioökonomische Lebenssituation von Kindern hängt im Wesentlichen von der Einbindung und Stellung der Eltern im Erwerbssystem, dem Bildungsstatus und deren Einkommen ab.

Erwerbstätigkeit der Familien

In 48,7 % der Oberhausener Paar-Haushalte sind beide Elternteile mindestens teilzeitbeschäftigt. In weiteren 45,4 % ist nur ein Elterteil berufstätig. In den restlichen 5,9 % der Fälle sind beide Elternteile nicht erwerbstätig. Das heißt, in 94,1 % der Paar-Haushalte ist mindestens ein Elternteil berufstätig. Auch Alleinerziehende sind mehrheitlich erwerbstätig, jedoch sind es hier mit 55,4 % nur etwas mehr als die Hälfte.

Dabei hat die Anzahl der Kinder einen starken Einfluss auf die Erwerbsbeteiligung. Es zeigt sich, dass die Doppelerwerbstätigkeit bei Paaren mit zunehmender Anzahl an Kindern abnimmt. In Paar-Haushalten mit einem Kind sind in 54,6 % der Fälle beide Elternteile erwerbstätig, mit zwei Kindern sind es noch 47,8 % der Paar-Haushalte. Mit drei und mehr Kindern beträgt die Doppelerwerbstätigkeit jedoch lediglich noch 23,2 %. Auffallend hoch ist auch der Anteil von 17,4 % der Haushalte mit drei und mehr Kindern, in denen keiner der Elternteile erwerbstätig ist.

Auch bei den Alleinerziehenden zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Kinder und der Erwerbstätigkeit. Auch hier halbiert sich nahezu der Anteil der erwerbstätigen Alleinerziehenden mit drei und mehr Kindern im Vergleich zu einem Ein-Kind-Haushalt.

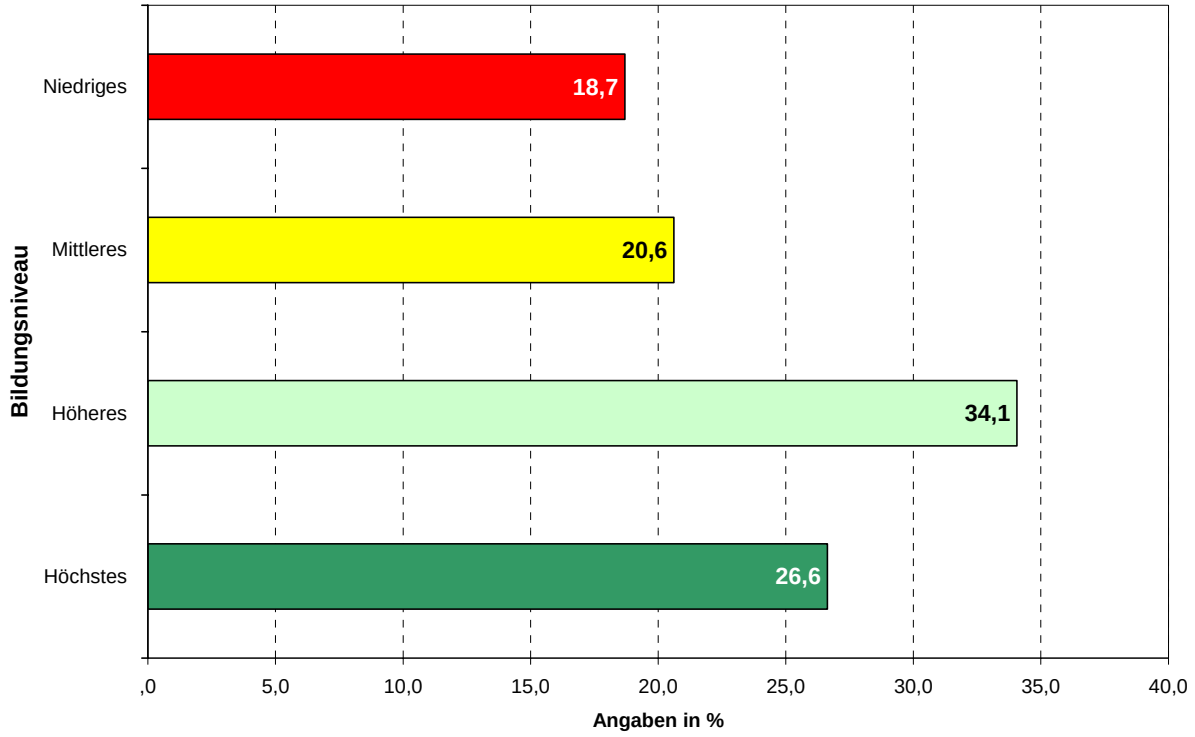
Bildungsstatus der Familien

Wie einleitend erwähnt, ist der Bildungsstatus der Eltern ein weiterer wichtiger Einflussfaktor auf die wirtschaftliche Situation von Kindern und deren Familien. Das Ergebnis der Familienbefragung zeigt, dass 18,7 % der Familien, die geantwortet haben, ein niedriges Bildungsniveau aufweisen. Ein Fünftel der Familien haben ein mittleres Bildungsniveau, ein Drittel weist ein höheres Bildungsniveau auf und etwa ein Viertel der Familien sind dem höchsten Bildungsniveau zugeordnet.

Vergleicht man dieses Ergebnis mit dem des Mikrozensus, so zeigt sich eine deutliche Verschiebung der Verteilung von einem höheren Anteil an Haushalten mit niedrigem Bildungsniveau (Mikrozensus) hin zu Familien mit höherem und höchstem Bildungsniveau (Familienbefragung). Aus diesem Grund muss angenommen werden, dass mit der Oberhausener Familienbefragung ein höherer Anteil an höher qualifizierten Familien erfasst worden ist als ihr eigentlicher Anteil in der Grundgesamtheit ausmacht. Es kommt also zu einer Verzerrung der Ergebnisse, die bei der Interpretation der Ergebnisse aus der Familienbefragung zu berücksichtigen ist.

Die Darstellung der verschiedenen Familienformen nach Bildungsniveau in Abbildung 2 zeigt, wie unterschiedlich die Verteilung der jeweiligen Familien auf die vier Bildungskategorien ist. Bei dem Vergleich der Paarhaushalte gegenüber den Haushalten von Alleinerziehenden wird dieser Unterschied am deutlichsten. Es ist eine nahezu gegensätzliche Verteilung erkennbar. Während lediglich 14,3 % der Paarhaushalte in der untersten Kategorie vertreten sind, sind es unter den Alleinerziehenden fast 40 %. In der Gruppe der Familien mit höchstem Bildungsniveau befinden sich hingegen 30 % der Paarhaushalte und lediglich 12 % der Alleinerziehenden.

Abbildung 2: Familienhaushalte nach Bildungsniveau

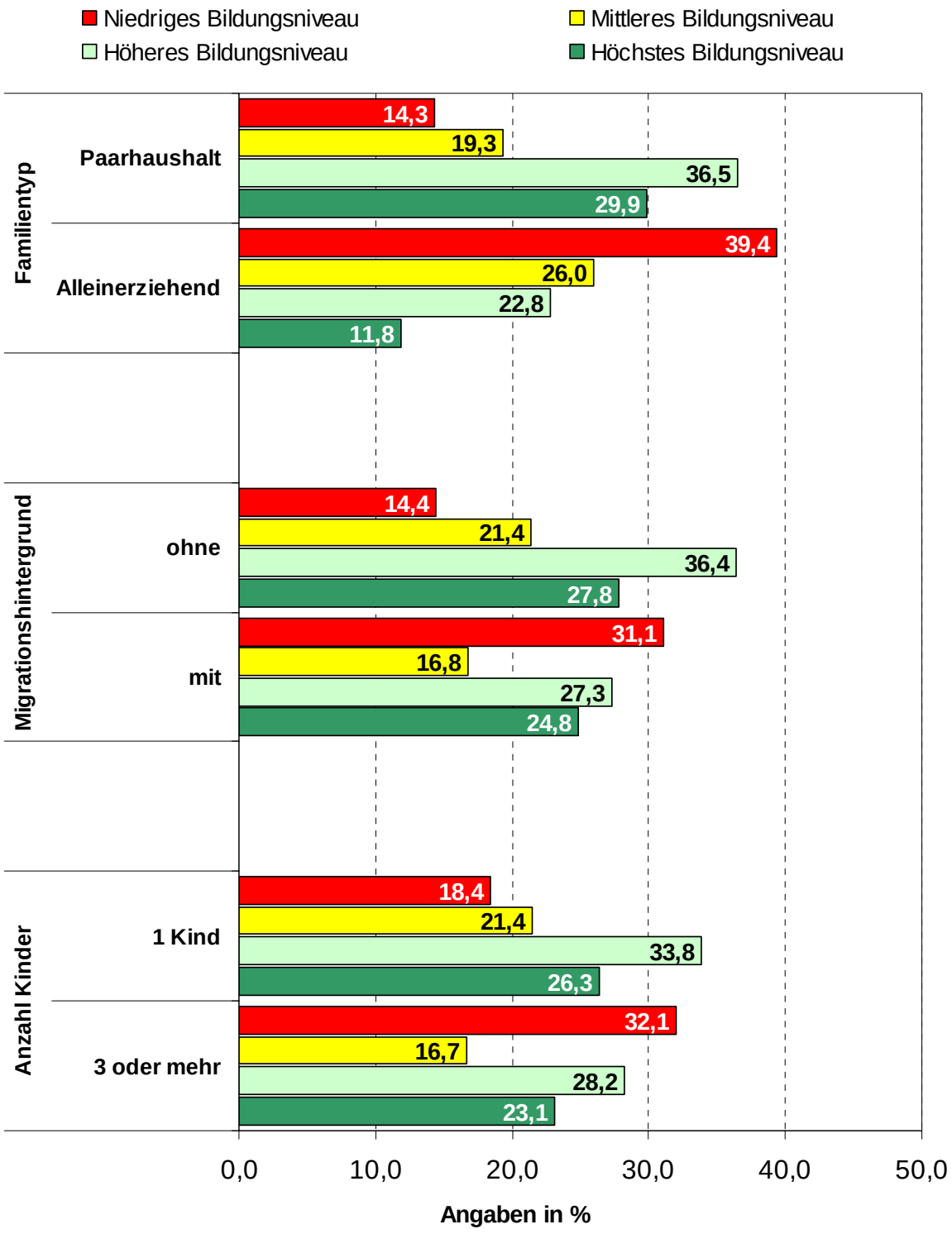


Bei der Unterscheidung zwischen Familien mit und ohne Migrationshintergrund ist vor allem ein deutlich höherer Anteil der Familien mit Migrationshintergrund in der untersten Kategorie erkennbar. Etwa ein Drittel der Familien mit Migrationshintergrund befindet sich in dieser Bildungskategorie, bei den Familien ohne Migrationshintergrund liegt der Anteil hingegen mit 14,4 % unterhalb des Durchschnitts. Bei den Familien mit höchstem Bildungsniveau ist der Unterschied zwischen beiden Gruppen deutlich geringer. Zwar ist der Anteil unter den Familien mit Migrationshintergrund geringer, er liegt aber nur drei Prozentpunkte unterhalb des Anteils der Familien ohne Migrationshintergrund (vgl. Abbildung 3).

Kinderreiche Familien befinden sich zudem häufiger als Familien mit einem Kind in der unteren Bildungskategorie. Ein Drittel der Familien mit drei und mehr Kindern haben einen niedrigen Bildungsstatus, während es bei Familien mit nur einem Kind mit 18,4 % klar weniger sind. In den drei anderen Kategorien „mittleres, höheres und höchstes

Bildungsniveau“ übertreffen jedoch die Anteile der Ein-Kind-Familie die Anteile der kinderreichen Familien.

Abbildung 3: Ausgewählte Familienformen nach Bildungsniveau

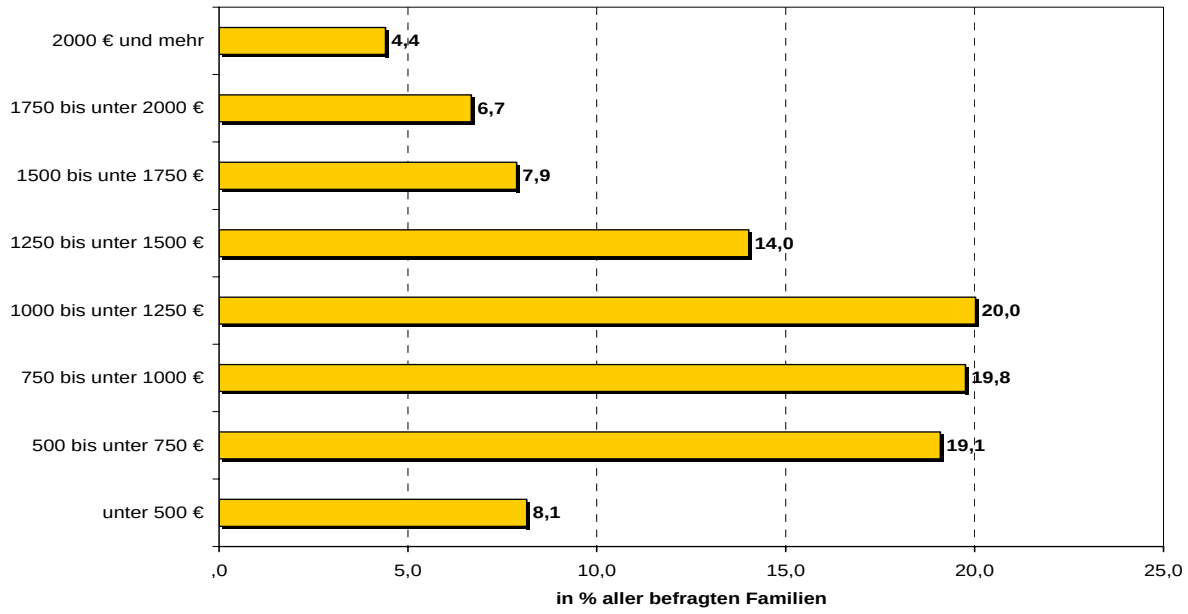


Familieneinkommen

Die wirtschaftliche Lage der Familie stellt eine wesentliche Größe zur Gestaltung des Familienalltags dar. Das Einkommen ermöglicht den Zugang zu materiellen Gütern und beeinflusst die Wohnverhältnisse sowie das Freizeitverhalten von Familien und Kindern. Kinder, die in Haushalten mit finanziellen Engpässen aufwachsen, sehen sich vielfachen Einschränkungen gegenüber. Sie leben in kleineren und schlechter ausgestatteten Wohnungen, ihr Wohnumfeld bietet weniger Spiel- und Freizeitmöglichkeiten. Urlaub, Taschengeld, teure Kleidung und Hobbys können oftmals nicht finanziert werden. Eine benachteiligte Lebenslage in der Kindheit kann zudem nachhaltige Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Kinder haben.[3]

Im Rahmen der Familienbefragung wurden die Familien gebeten, ihr monatliches Haushaltsnettoeinkommen anzugeben. Dadurch lässt sich die wirtschaftliche Lage der Familien in Oberhausen differenziert darstellen. Da die befragten Familien jedoch unterschiedlich groß und sehr unterschiedlich zusammengesetzt sind, können die Angaben nicht ohne weiteres miteinander verglichen werden. Erst durch die Berechnung des so genannten Äquivalenzeinkommens, das sowohl die Anzahl und das Alter der im Haushalt lebenden Mitglieder berücksichtigt als auch eine Bedarfsgewichtung der Einkommen (nach der alten OECD-Skala) vornimmt, ist ein Vergleich der Einkommenssituation zwischen verschiedenen Familienformen möglich. Es handelt sich dabei um ein bedarfsgewichtetes Pro-Kopf-Einkommen.[4] In der Abbildung 4 ist die Verteilung der monatlichen Äquivalenzeinkommen für die Familien in Oberhausen dargestellt.

Abbildung 4: Monatliches Äquivalenzeinkommen der Familien in Oberhausen



[3] RKI (2007): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

[4] s. Definition S. 97

Jede vierte Familie hat ein monatliches Äquivalenzeinkommen unter 750 €. Jeweils etwa 20 % der Familien steht ein Äquivalenzeinkommen zwischen 750 und 1.000 € bzw. 1.000 und 1.250 € zur Verfügung. 14 % der Familien haben ein Äquivalenzeinkommen im Bereich von 1.250 bis 1.500 €. Die oberen Einkommensgruppen mit mehr als 1.500 € sind relativ gering besetzt. Rund ein Fünftel der Oberhausener Familien verfügt über ein Äquivalenzeinkommen über 1.500 €, über 2.000 € verfügen lediglich noch 4,4 % der Familien.

Insgesamt ergibt sich für die Oberhausener Familien mit Kindern unter 18 Jahren ein durchschnittliches Äquivalenzeinkommen von 1.103 €.

Vergleicht man die unterschiedlichen Familientypen miteinander, so wird deutlich, dass das durchschnittliche Äquivalenzeinkommen der Familien mit Migrationshintergrund, der Alleinerziehenden und der kinderreichen Familien deutlich unterhalb des durchschnittlichen Äquivalenzeinkommens aller Familien in Oberhausen liegt und auch die unterste Einkommensklasse mit einem Einkommen von unter 750 € ist bei diesen drei Familientypen am stärksten besetzt (vgl. Abbildung 5).

In einem höheren Maße jedoch ist das Einkommen vom Bildungsniveau der Familien abhängig. So stehen 65,2 % der Familien mit niedrigem Bildungsniveau weniger als 750 € zur Verfügung, lediglich 2,2 % können mit mehr als 1.500 € im Monat haushalten. Bei den Familien mit höchstem Bildungsniveau sieht die Verteilung deutlich anders aus. Während 40,0 % dieser Familien über ein Monatseinkommen von über 1.500 € verfügen können, befinden sich nur 6,3 % der Familien mit höchstem Bildungsniveau in der niedrigsten Einkommensklasse. Durchschnittlich müssen Familien mit niedrigem Bildungsniveau mit einem monatlichen Äquivalenzeinkommen von lediglich 691 € auskommen. Familien mit höchstem Bildungsniveau hingegen, verfügen mit 1.461 € über ein mehr als doppelt so hohes durchschnittliches Äquivalenzeinkommen (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Monatliches Äquivalenzeinkommen ausgewählter Familientypen

Familientyp	Äquvalenzeinkommen der Familien in Oberhausen					
	unter 750 €	750 bis unter 1000 €	1000 bis unter 1250 €	1250 bis unter 1500 €	1500 € und mehr	durchschnittliches Äquivalenzeinkommen
nach Migrationshintergrund						
Familien ohne Migrationshintergrund	19,1%	20,5%	21,8%	17,1%	21,6%	1.180
Familien mit Migrationshintergrund	53,4%	14,1%	14,7%	5,5%	12,3%	886
Ausgewählte Familientypen						
Kinderreiche Familien	52,7%	20,3%	14,9%	9,5%	2,7%	829
Alleinerziehende	64,4%	12,1%	12,1%	3,8%	7,6%	806
Paare, beide erwerbstätig	7,9%	17,2%	23,4%	21,0%	30,3%	1.337
Paare, nur 1 erwerbstätig	21,7%	26,4%	23,5%	13,4%	15,2%	1.078
nach Bildungsniveau						
niedriges Bildungsniveau	65,2%	20,0%	11,1%	1,5%	2,2%	691
höchstes Bildungsniveau	6,3%	13,2%	16,3%	24,2%	40,0%	1461
insgesamt	**25,4%**	**20,3%**	**20,6%**	**14,2%**	**19,5%**	**1.103**

Wie viele der Familien bzw. Kinder in Oberhausen tatsächlich in Armut bzw. nicht in Armut leben, kann durch die Armutsquote ausgedrückt werden. Nach dem Armuts- und Reichtumsbericht 2007 des Landes Nordrhein-Westfalen liegt die Armutsschwelle bei 50 % des durchschnittlichen Äquivalenzeinkommens in Nordrhein-Westfalen (637 €). Familien, die ein bedarfsgewichtetes Einkommen zwischen 50 % und 60 % (765 €) des Äquivalenzeinkommens in Nordrhein-Westfalen haben, werden hier als Familien in „armutsnahen“ wirtschaftlichen Verhältnissen bezeichnet.

Nach Auswertung der Familienbefragung leben 18,2 % der Oberhausener Familien mit Kindern unter 18 Jahren unterhalb dieser Armutsgrenze und weitere 9,1 % können als armutsnah eingestuft werden. Aus der Perspektive der Kinder betrachtet, sind insgesamt 20,3 % der unter 18-Jährigen von Armut betroffen und 9,9 % leben in armutsnahen wirtschaftlichen Verhältnissen. Diese leicht höheren Anteilswerte bei den Kindern und Jugendlichen sind Ausdruck einer durchschnittlich höheren Kinderzahl in armen und armutsnahen Familien.

Bezug von Sozialleistungen

Ein weiterer Indikator, der Aussagen über die sozioökonomische Lebenslage der Familien und Kinder erlaubt und zur Messung von Armut herangezogen werden kann, ist die Abhängigkeit von Transferleistungen.

Ende 2009 bezogen in Oberhausen insgesamt 26.988 Personen[5] in 13.663 Bedarfsgemeinschaften Leistungen nach dem SGB II. Eine Bedarfsgemeinschaft umfasst dabei mindestens eine erwerbsfähige hilfebedürftige Person.

In 36 % (4.923) aller Bedarfsgemeinschaften lebt mindestens ein Kind unter 18 Jahren, wobei davon etwas mehr als die Hälfte (54,4 %) eine Bedarfsgemeinschaft eines Alleinerziehenden ist. In etwa jeder fünften Bedarfsgemeinschaft mit Kindern (19 %) leben drei und mehr Kinder.

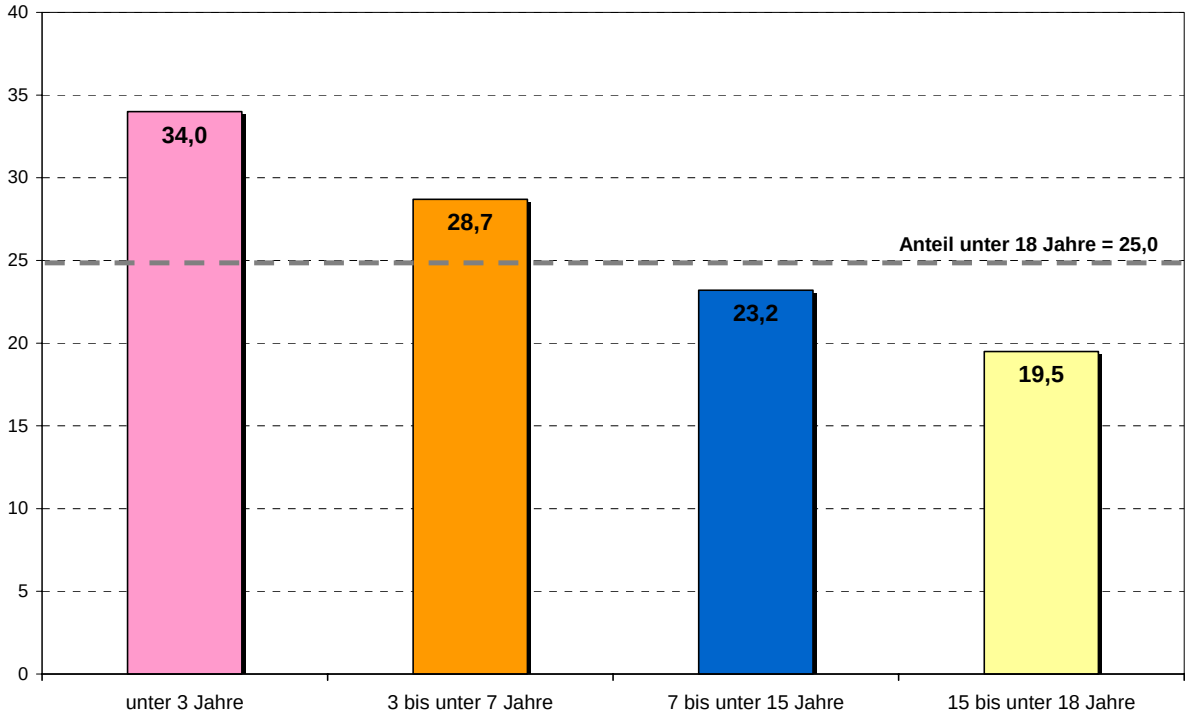
Wechselt man die Perspektive und betrachtet nicht die Struktur der Bedarfsgemeinschaften, sondern berechnet die SGB II-Quoten der einzelnen Haushaltstypen, so wird deutlich, dass jeder vierte Haushalt mit Kindern in Oberhausen Leistungen nach dem SGB II bezieht. Dabei zeigt sich auch hier, dass Alleinerziehende deutlich häufiger betroffen sind als Paarhaushalte. Jeder zweite Haushalt eines Alleinerziehenden (50,9 %) ist auf finanzielle Unterstützung angewiesen. Die SGB II-Quote der Paare mit Kindern liegt mit 13,7 % deutlich darunter.

Bei Haushalten mit drei und mehr Kindern bezieht mehr als jede dritte Familie (38,7 %) Leistungen nach dem SGB II.

[5] Alle in diesem Abschnitt verwendeten Daten beziehen sich auf den Stichtag 31.12.2009

Insgesamt leben 25,0 % (8.758) der Kinder unter 18 Jahren in einer Bedarfsgemeinschaft und erhalten somit Leistungen nach dem SGB II.[6] Dabei ist der Anteil der Leistungsempfänger/Innen umso höher je jünger die betrachtete Gruppe ist (vgl. Abbildung 6).

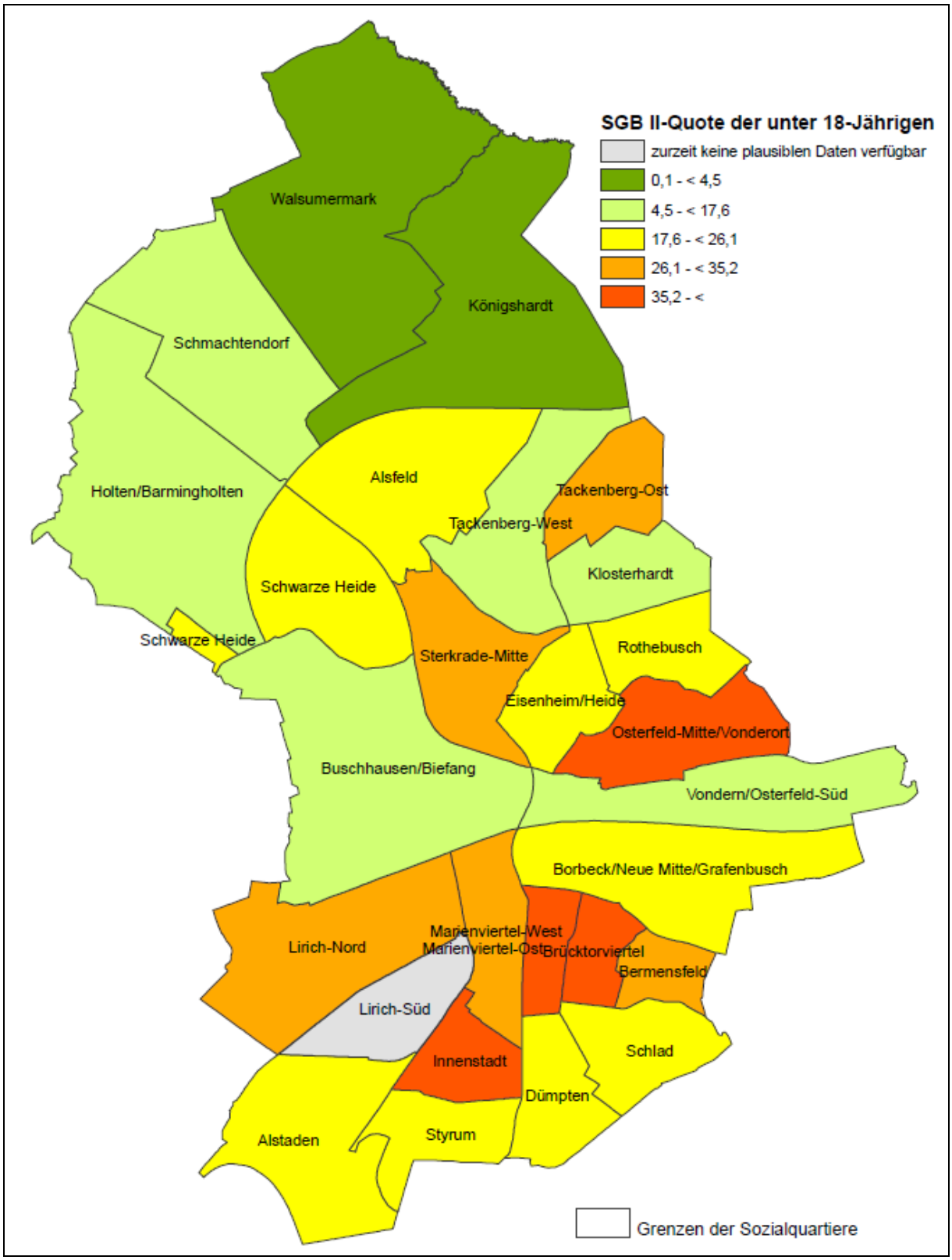
Abbildung 6: Anteil der Empfänger/Innen von Sozialgeld nach Alter (31.12.2009)



Die Daten der SGB II-Statistik erlauben zudem eine kleinräumige Betrachtung auf der Ebene der Sozialquartiere. Betrachtet man die Anteile der Leistungsempfänger/Innen unter 18 Jahren auf der kleinräumigen Ebene, so zeigen sich klare Unterschiede zwischen den Sozialquartieren. Insbesondere in der Innenstadt und dem Brücktorviertel werden deutlich überdurchschnittliche Anteile erreicht. Hier ist fast die Hälfte der dort wohnhaften Kinder auf diese finanzielle Unterstützung angewiesen. Aber auch im Marienviertel-Ost und –West sowie Osterfeld-Mitte / Vonderort bezieht mehr als jedes dritte Kind Leistungen nach dem SGB II. (vgl. Karte 2) Hinzu kommt, dass insbesondere in den beiden erstgenannten Quartieren nicht nur die relative Zahl der Kinder hoch ist, sondern auch die tatsächliche Anzahl der bedürftigen Kinder besonders hoch ist.

[6] In der Statistik der Bundesagentur für Arbeit ist allerdings nicht die Volljährigkeit die entscheidende Altersgrenze für Kinder, sondern es gelten Personen ab 15 Jahren als erwerbsfähig, unabhängig davon, ob die Jugendlichen noch die allgemein bildende Schule besuchen. Zieht man diese Altersgrenze heran, so beziehen 26,4 % bzw. 7.388 der unter 15-jährigen Transferleistungen.

Karte 2: Anteil der Leistungsempfänger/Innen nach SGB II unter 18 Jahren in % der altersgleichen Bevölkerung (31.12.2009)



Die in diesem Kapitel beschriebene familiäre und sozioökonomische Situation der Familien und Kinder in Oberhausen liefert wichtige Informationen für die Interpretation der nachfolgenden Analyse zur gesundheitlichen Lage der Kinder in Oberhausen. Denn diese wird von den sozialen Rahmenbedingungen, in denen die Kinder aufwachsen stark beeinflusst, weshalb eine Betrachtung im Kontext ihrer sozialen Umwelt von besonderer Bedeutung ist. Es wird deutlich, dass die gesundheitlichen Voraussetzungen nicht für alle Kinder in Oberhausen gleich sind.

Der vorangegangene Überblick über die Situation der Familien in Oberhausen hat gezeigt, dass vor allem Alleinerziehende, kinderreiche Familien und Familien mit Migrationshintergrund und entsprechend auch deren Kinder häufiger in Armut leben bzw. armutsgefährdet sind. Ausschlaggebend ist aber nicht der Familientyp für sich betrachtet, sondern die Auswertung hat auch deutlich gemacht, dass vor allem der Bildungsstatus einen hohen Einfluss auf die wirtschaftliche Situation von Familien hat.

Bekannt ist, dass sich Armut nicht nur durch finanzielle Einschränkungen äußert, sondern dass damit auch Benachteiligungen in weiteren Lebensbereichen, (Gesundheit, soziale Integration, beengte Wohnverhältnisse, eingeschränkte Handlungsspielräume und ungleiche gesellschaftliche Teilhabe) einhergehen, die sich auch auf eine gesunde Entwicklung der Kinder in den Familien negativ auswirken.

3 Schulanfänger in Oberhausen nach sozialstrukturellen Merkmalen

Jedes Kind in Deutschland wird im Rahmen einer Schuleingangsuntersuchung (SEU) vor seiner Einschulung ärztlich untersucht. Im Mittelpunkt dieser Untersuchung steht die altersgerechte Entwicklung. Dazu gehört die körperliche und geistige ebenso wie die seelische und soziale Entwicklung. Neben der medizinischen Einschätzung werden insbesondere psychische und entwicklungsphysiologische Aspekte als Voraussetzung zur Einschulung der Kinder überprüft, um sicher zu stellen, dass die Kinder den schulischen Anforderungen gewachsen sind. Mit Hilfe dieser schulärztlichen Untersuchungen soll darüber hinaus herausgefunden werden, ob das Kind in einem schulrelevanten Bereich eine besondere Förderung und/oder Unterstützung benötigt. Zielsetzung ist es, jedem Kind den richtigen Förderort zu empfehlen und gegebenenfalls aus ärztlicher Sicht angezeigte Unterstützungs- bzw. Fördermaßnahmen anzuregen.

Durchgeführt und dokumentiert werden die Untersuchungen anhand eines standardisierten Verfahrens, dem sogenannten Bielefelder Modell. Dieses vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit in Nordrhein-Westfalen (LIGA) in Zusammenarbeit mit nordrhein-westfälischen Kommunen entwickelte Modell gibt Mindestanforderungen vor, die unter anderem die Vergleichbarkeit mit Untersuchungsergebnissen aus anderen Kommunen ermöglicht.

Das bisherige Erhebungsmodell (S-ENS) wurde im Jahre 2009 durch ein altersgerechteres und unter entwicklungsphysiologischen Gesichtspunkten weiter entwickeltes Verfahren (SOPESS) abgelöst.[7] Für die in diesem Bericht berücksichtigten Erhebungsjahre von 2008, 2009 und 2010 hat das zur Folge, dass die Daten für 2008 nach S-ENS und ab 2009 nach SOPESS erfasst wurden. Grundsätzlich ist die Vergleichbarkeit der Daten jedoch gegeben.

Kurz vor Fertigstellung dieses Berichtes lagen auch die Daten für das Einschulungsjahr 2011 vor. Für die umfassende Berücksichtigung dieser Daten in den Kapiteln 4 und 5 war der Zeitraum zwischen Vorlage der Daten und dem Veröffentlichungstermin dieses Berichtes leider zu kurz.

Um dennoch die mit dem Erhebungsjahr 2011 in Oberhausen eingeführte Ergänzung der Schuleingangsuntersuchung um freiwillige Angaben zum Lebens- und Entwicklungskontext der Kinder zumindest teilweise zu berücksichtigen, werden im zusammenfassenden Kapitel 6 ausgewählte Ergebnisse für die Jahre 2008 bis 2010 aus den *Kapitel 4 und 5* um die entsprechenden Ergebnisse aus dem Jahr 2011 ergänzt und mit den erstmals vorliegenden sozioepidemiologischen Fragestellungen verknüpft.

Bei den sozioepidemiologischen Fragestellungen handelt es sich neben Fragen zur Familiensituation (inkl. sozialer Status der Familie), um Fragen zu „Lebensumständen und

[7] Vgl. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf 2010.

Verhaltensweisen“, die sich in fünf Themenfelder zusammenfassen lassen (vgl. auch Amonn 2011: 31ff.):

1. Wohnsituation
2. Nutzung elektronischer Medien
3. Sport und Bewegung
4. Bildung und Kultur
5. Passivrauchen

Amonn verweist darauf, dass gerade diese „intervenierenden Faktoren“ geeignete Zielgrößen für die Planung präventiver Maßnahmen darstellen, da sie sich meist einfacher beeinflussen lassen als beispielsweise die soziale Lage der Familie (Amonn 2011: 25).

Für 1.318 der 1.763 im Jahr 2011 untersuchten Kinder wurden diese Fragen beantwortet, das entspricht 74,8 %. Die damit für die (Kinder-)Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung stehende Datenbasis ist in Oberhausen um einen wichtigen Baustein erweitert worden. Zwar kann dieses Potenzial im vorliegenden Bericht aufgrund der zeitlichen Überschneidung von Vorlage der Daten (die letzten Untersuchungen sind Ende August durchgeführt worden) und Veröffentlichung des Berichtes nur exemplarisch genutzt werden. Allerdings wird schon anhand der Beispiele in Kapitel 6 der Informations-Mehrwert deutlich. Zugleich wird ein Rahmen vorgezeichnet, in welche Richtung sich eine Fortschreibung der Gesundheitsberichterstattung der Stadt Oberhausen in Zukunft entwickeln kann.

Aufgrund des Pflichtcharakters (§ 34 Schulgesetz NRW und § 12 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW) werden im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung *alle* Kinder untersucht, die in dem betreffenden Jahr eingeschult werden. In Oberhausen waren dies in 2010 insgesamt 1.733 Kinder und 2011 insgesamt 1.763 Kinder (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Untersuchte Kinder in den Jahren 2008 bis 2011

Schuleingangsuntersuchung	2008	2009	2010	2011
untersuchte Kinder	1.858	1.806	1.733	1.763

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2008, 2009, 2010, 2011

Die in den *Kapiteln 4 und 5* dargestellten Ergebnisse folgen, soweit vor dem Hintergrund des Verfahrenswechsels von S-ENS zu SOPESS eine Vergleichbarkeit möglich ist, dem Muster einer Verlaufsdarstellung eines übergreifenden Indikators für die Jahre 2008-2010 und einer anschließenden differenzierteren Beschreibung des jeweiligen Aspektes für 2010. Dabei stehen die Differenzierungsmerkmale Geschlecht, Migrationshintergrund und Dauer des

KTE-Besuchs im Mittelpunkt. Zudem erfolgt eine Darstellung auf der Ebene der sechs Sozial*räume* und in ausgewählten Indikatorenbereichen der 27 Sozial*quartiere*.

Ausgewertet werden ausschließlich Gruppen mit über 30 Fällen. In der empirischen Sozialforschung wird ab einer solchen Fallzahl davon ausgegangen, dass es sich um hinreichend valide Ergebnisse für Verteilungen handelt. In einigen wenigen Darstellungen werden auch Ergebnisse auf der Basis von weniger Fällen ausgewiesen. Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um Fallzahlen zwischen 22 und 29, die durch Klammern angezeigt werden. Eine 0 in den Tabellen und Abbildungen steht tatsächlich für den Wert Null.

Von den 1.733 im Jahre 2010 in Oberhausen untersuchten Kindern waren 49 % männlich und 51 % weiblich. Insgesamt 29 % der untersuchten Jungen und Mädchen hatten einen Migrationshintergrund (vgl. Tabelle 2).

Während die Verteilung nach **Geschlecht** über die Sozialräume nur geringe Schwankungen aufweist, variiert der Anteil auf der Ebene der Quartiere teilweise recht deutlich. Neben deutlichen Ausreißern wie beispielsweise dem Quartier Marienviertel-Ost (hier beträgt der Anteil der Mädchen über 70 %) schwanken die Anteile dabei größtenteils zwischen fünf und zehn Prozentpunkten um den gesamtstädtischen Mittelwert. Zu berücksichtigen gilt es hierbei, dass es sich um eine Momentaufnahme aus dem Jahr 2010 handelt und sich die Werte, bei Berücksichtigung mehrerer Erhebungsjahre und damit entsprechend mehr Fällen, an den gesamtstädtischen Mittelwert angleichen dürften[8].

Deutlicher sind die Unterschiede, sowohl auf der Ebene der Sozialräume als auch der Ebene der Quartiere, bei der Unterscheidung der untersuchten Kinder nach dem Vorhandensein eines **Migrationshintergrundes**. Während der gesamtstädtische Durchschnittswert bei 28,6 % liegt, variieren die Anteile auf der Ebene der Sozialräume zwischen 15 % in Sterkrade-Nord und 42 % in Oberhausen-Mitte/Styrum. Auf der Ebene der Quartiere reicht die Spannweite von 10 % in Tackenberg-West und 5 % in Königshardt bis hin zu über 50 % in der Innenstadt (53%) und Tackenberg-Ost (61%).

[8] Generell ist bei der Interpretation von Anteilswerten auf der Quartiersebene die zum Teil geringe Fallzahl der untersuchten Kinder je Quartier und damit einhergehende größere Jahresschwankungen der Anteilswerte zu beachten. Im Folgenden wird daher für einige Merkmale auch auf Jahresmittel mehrerer Jahre zurückgegriffen.

Tabelle 2: Schulanfänger nach sozialstrukturellen Merkmalen 2010

Sozialquartier / Sozialraum	insgesamt untersuchte Kinder	davon…							
		männlich		weiblich		ohne Migrations-hintergrund		mit Migrations-hintergrund	
	absolut	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Innenstadt	108	58	53,7	50	46,3	51	47,2	57	52,8
Marienviertel West	29	13	44,8	16	55,2	20	69,0	9	31,0
Styrum	52	19	36,5	33	63,5	39	75,0	13	25,0
Oberhausen-Mitte/Styrum	**189**	**90**	**47,6**	**99**	**52,4**	**110**	**58,2**	**79**	**41,8**
Marienviertel-Ost	38	11	28,9	27	71,1	25	65,8	13	34,2
Brücktorviertel	46	25	54,3	21	45,7	31	67,4	15	32,6
Bermensfeld	40	12	30,0	28	70,0	27	67,5	13	32,5
Schlad	75	37	49,3	38	50,7	59	78,7	16	21,3
Dümpten	54	29	53,7	25	46,3	41	75,9	13	24,1
Borbeck/Neue Mitte/Grafenbusch	45	19	42,2	26	57,8	36	80,0	9	20,0
Oberhausen-Ost	**298**	**133**	**44,6**	**165**	**55,4**	**219**	**73,5**	**79**	**26,5**
Lirich-Nord	53	34	64,2	19	35,8	38	71,7	15	28,3
Lirich-Süd	87	46	52,9	41	47,1	49	56,3	38	43,7
Alstaden	107	48	44,9	59	55,1	96	89,7	11	10,3
Alstaden/Lirich	**247**	**128**	**51,8**	**119**	**48,2**	**183**	**74,1**	**64**	**25,9**
Buschhausen/Biefang	103	43	41,7	60	58,3	82	79,6	21	20,4
Sterkrade-Mitte	72	39	54,2	33	45,8	46	63,9	26	36,1
Alsfeld	99	56	56,6	43	43,4	69	69,7	30	30,3
Tackenberg-West	71	43	60,6	28	39,4	64	90,1	7	9,9
Schwarze Heide	41	13	31,7	28	68,3	28	68,3	13	31,7
Sterkrade-Mitte	**386**	**194**	**50,3**	**192**	**49,7**	**289**	**74,9**	**97**	**25,1**
Holten/Barmingholten	76	36	47,4	40	52,6	59	77,6	17	22,4
Schmachtendorf	63	36	57,1	27	42,9	52	82,5	11	17,5
Walsumer Mark	51	21	41,2	30	58,8	43	84,3	8	15,7
Königshardt	65	30	46,2	35	53,8	62	95,4	3	4,6
Sterkrade-Nord	**255**	**123**	**48,2**	**132**	**51,8**	**216**	**84,7**	**39**	**15,3**
Osterfeld Mitte/Revierpark Vonderort	112	56	50,0	56	50,0	66	58,9	46	41,1
Vondern/Osterfeld-Süd	28	14	50,0	14	50,0	24	85,7	4	14,3
Eisenheim/Heide	80	42	52,5	38	47,5	51	63,8	29	36,3
Rothebusch	31	16	51,6	15	48,4	19	61,3	12	38,7
Klosterhardt	43	23	53,5	20	46,5	34	79,1	9	20,9
Tackenberg-Ost	61	28	45,9	33	54,1	24	39,3	37	60,7
Osterfeld	**355**	**179**	**50,4**	**176**	**49,6**	**218**	**61,4**	**137**	**38,6**
alle Sozialräume	**1730**	**847**	**49,0**	**883**	**51,0**	**1235**	**71,4**	**495**	**28,6**
*ohne räumliche Zuordnung**	*3*								
Stadt Oberhausen	**1733**	**849**	**49,0**	**884**	**51,0**	**1237**	**71,4**	**496**	**28,6**

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010 / Fallzahl unter 20 Fällen.
** es handelt sich um Kinder aus anderen Städten*

Die Ergebnisse in den Kapiteln 4 und 5 zeigen, dass die Unterscheidung nach Geschlecht nicht bei allen Themen eine Rolle spielt. Entsprechend erfolgt der Hinweis auf diese Differenzierung nur dann, wenn tatsächlich Unterschiede festzustellen sind. Deutlicher sind

die Unterschiede bei der Berücksichtigung des Migrationshintergrundes. Allerdings handelt es sich hier häufig um einen vermittelten Zusammenhang. Schon im Familienbericht 2006 wurde deutlich, dass die Benachteiligung von Familien nicht direkt durch das Vorhandensein eines Migrationshintergrundes begründet ist, sondern dadurch, dass Familien mit Migrationshintergrund häufig einen formal niedrigeren Bildungsstatus haben, in einer niedrigen beruflichen Stellung arbeiten oder weniger Einkommen zur Verfügung haben. Die Lebenssituation von Kindern mit Migrationshintergrund aus Familien mit einem hohen Bildungsstatus unterscheidet sich meistens nur wenig von der Lebenssituation von Kindern ohne Migrationshintergrund aus Familien mit einem hohen Bildungsstatus. Gleiches lässt sich auch für Kinder mit und ohne Migrationshintergrund aus bildungsfernen Familien sagen. Bei den in den Kapitel 4 und 5 vorgestellten Ergebnissen sollte dies immer bedacht werden[9].

In Kapitel 6 wird anhand der Daten aus dem Jahr 2011 deutlich werden, dass auch bei den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung häufig nicht ein vorhandener oder nicht vorhandener Migrationshintergrund das entscheidende Kriterium darstellt, sondern der Bildungshintergrund der Familie, in der das Kind aufwächst. In diese Richtung weisen auch die Ergebnisse des KOMM-IN – Projektes „Schritte zur Verbesserung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern mit Zuwanderungsgeschichte“, an dem die Stadt Oberhausen neben den Städten Bochum, Essen, Mülheim an der Ruhr und dem Kreis Recklinghausen beteiligt war (vgl. Amonn 2011).

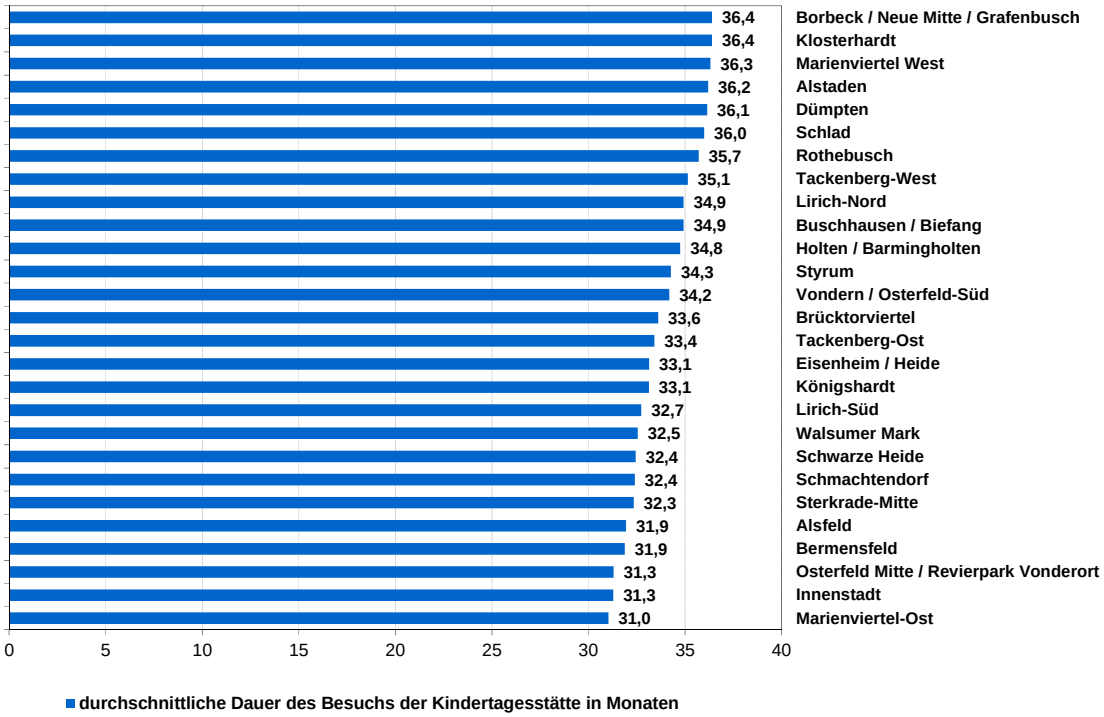
Neben dem Migrationshintergrund bzw. dem Bildungsstatus hat bei zahlreichen der in den Kapiteln 4 und 5 dargestellten Diagnosebereichen die **Dauer des KTE-Besuchs** der Kinder einen erheblichen Einfluss auf den Entwicklungsstand der Kinder. Im Durchschnitt gehen die Oberhausener Kinder bis zum Zeitpunkt der SEU 33,7 Monate in eine KTE. Davon abweichend gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Sozialräumen bzw. -quartieren und zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund.

Kinder mit Migrationshintergrund besuchen durchschnittlich nicht so lange eine Kindertagesstätte wie Kinder ohne Migrationshintergrund. Während Kinder ohne Migrationshintergrund bis zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung im Durchschnitt 34,8 Monate eine Kindertagesstätte besuchen, liegt der Wert für Kinder mit Migrationshintergrund bei durchschnittlich 31 Monaten. Auch zwischen den Sozialquartieren gibt es Unterschiede. Hier reicht die Spannweite von 31 % in den Quartieren Marienviertel-Ost, Innenstadt und Osterfeld Mitte / Vonderort bis hin zu 36 % in Rothebusch, Schlad, Dümpten, Alstaden, Marienviertel West, Klosterhardt und Borbeck / Neue Mitte / Grafenbusch (vgl. Abbildung 7).[10]

[9] Die Erhebung des Bildungsstatus der Eltern gehörte bis 2010 nicht zum Fragenkatalog der SEU, wurde aber im Erhebungsjahr 2011 mit weiteren epidemiologisch wichtigen Merkmalen in den Elternfragebogen aufgenommen.

[10] Für einen kurzen Überblick über die (positiven) Wirkungen von Kindertageseinrichtungen vgl. beispielsweise Amonn 2011: 68ff..

Abbildung 7: KTE-Besuch nach Quartier 2010



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2010

4 Gesundheitsvorsorge und gesundheitsbewusstes Verhalten

Vorsorge ist besser als Nachsorge! In kaum einem Bereich ist Prävention wichtiger als im Gesundheitsbereich. Krankheiten zu vermeiden bzw. frühzeitig zu erkennen und behandeln zu können, ist, insbesondere mit Blick auf die Gesundheit von Kindern, von großer Bedeutung. Im Kindesalter nicht erkannte bzw. nicht behandelte Erkrankungen, aber auch körperliche oder psychologische Auffälligkeiten können sich auf die kindliche Entwicklung auswirken und im schlimmsten Falle nachhaltige Beeinträchtigungen für den späteren Lebensverlauf zur Folge haben. Gesundheitsvorsorge und gesundheitsbewusstes Verhalten stellen daher einen wichtigen Bereich im Kontext von Kindergesundheit dar.

Unter dem Stichwort Gesundheitsvorsorge im Kindesalter spielen zwei Präventionsangebote eine herausgehobene Rolle: Früherkennungsuntersuchungen, um Krankheiten frühzeitig zu erkennen und dementsprechend frühzeitig behandeln zu können (vgl. Kapitel 4.1), und Impfungen, um vermeidbaren Krankheiten vorzubeugen (vgl. Kapitel 4.2).

Zu einem gesundheitsbewussten Verhalten gehören darüber hinaus sportliche Aktivitäten und eine ausgewogene Ernährung. Diese Aspekte sollen im Folgenden näher beleuchtet werden. Anhand der bis einschließlich 2010 im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen erhobenen Daten können bereits Aussagen über die Mitgliedschaft in einem Sportverein getroffen werden. Die entsprechenden Ergebnisse für 2010 werden in Kapitel 4.3 dargestellt. Ab dem Erhebungsjahr 2011 können über die im Rahmen der freiwilligen Elternbefragung erhobenen Daten zudem Aussagen über nicht institutionelle sportliche Aktivitäten und andere gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie Medienkonsum, Passivrauchen etc. getroffen werden.

4.1 Früherkennungsuntersuchungen

Seit 1991 gibt es in Deutschland ein bundesländerübergreifendes einheitliches Programm, das neun Früherkennungsuntersuchungen zwischen Geburt und dem 64. Lebensmonat vorsieht. 2008 wurde das Programm um eine weitere Untersuchung (U7a) ergänzt.

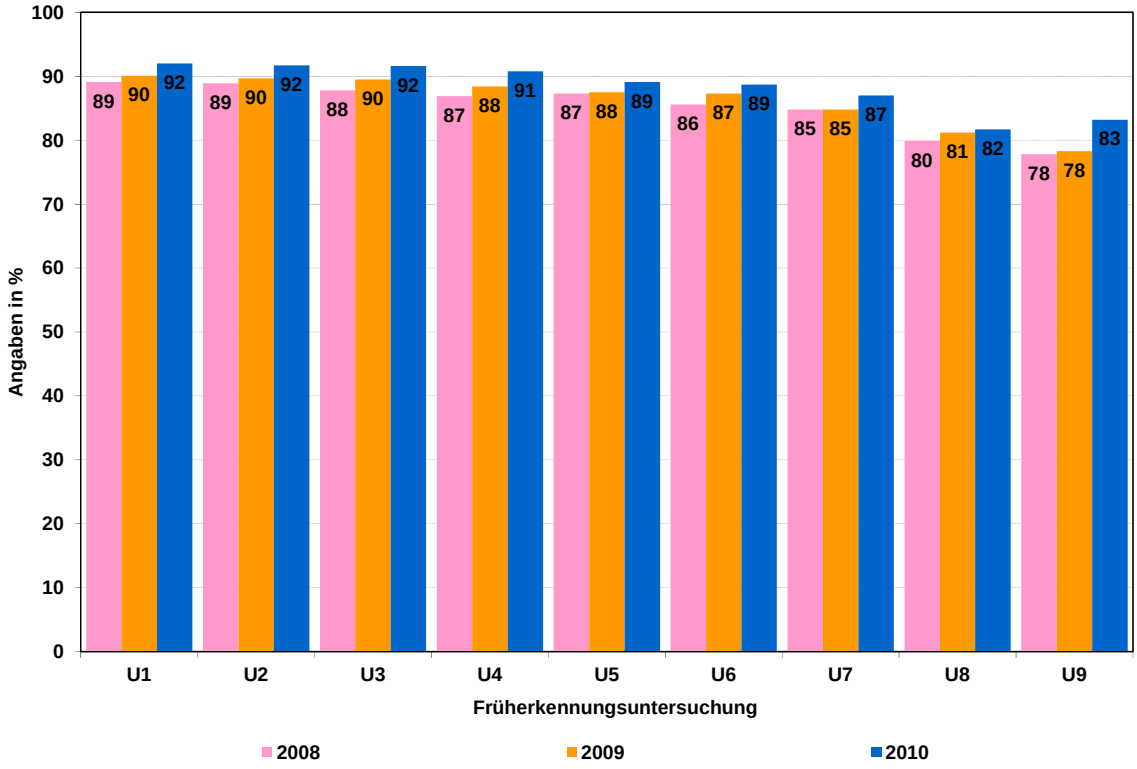
Die ersten sechs der heute zehn vorgesehenen Untersuchungen finden innerhalb des ersten Lebensjahres statt. Die nachfolgenden finden in jährlichen Abständen bis zum 5. Geburtstag statt.

Alle Früherkennungsuntersuchungen umfassen eine eingehende körperliche Untersuchung des Kindes (Brust, Bauch, Geschlechtsorgane, Skelettsystem, Haut, Sinnesorgane, Motorik und Nervensystem), die Überprüfung seiner Entwicklung mit altersgemäßen Schwerpunkten (Beweglichkeit und Geschicklichkeit, Sprechen und Verstehen etc.) sowie zusätzliche Themen und Beratungsschwerpunkte, wie beispielsweise Vorbeugung von Krankheitsrisiken, Ernährungsfragen und auf die Entwicklung bzw. das Verhalten der Kinder orientierte Fragen (BZgA 2011; BZgA 2008). Durch diese umfassenden Untersuchungen sollen Krankheiten,

welche die körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes erheblich beeinträchtigen und Verhaltensauffälligkeiten oder Entwicklungsverzögerungen frühzeitig erkannt und behandelt werden (BZgA 2008).

Während die freiwillige Teilnahme an den ersten Früherkennungsuntersuchungen sehr hoch ist, sinkt die Quote mit zunehmendem Alter der Kinder etwas ab. Dieser allgemeingültige Zusammenhang ist auch in Oberhausen zu beobachten (vgl. Abbildung 8). Insbesondere die Untersuchungen U8 und U9 weisen mit 82 bzw. 83 % deutlich niedrigere Teilnahmequoten als die Untersuchungen im ersten Lebensjahr der Kinder auf.

Abbildung 8: Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen 2008-2010



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010

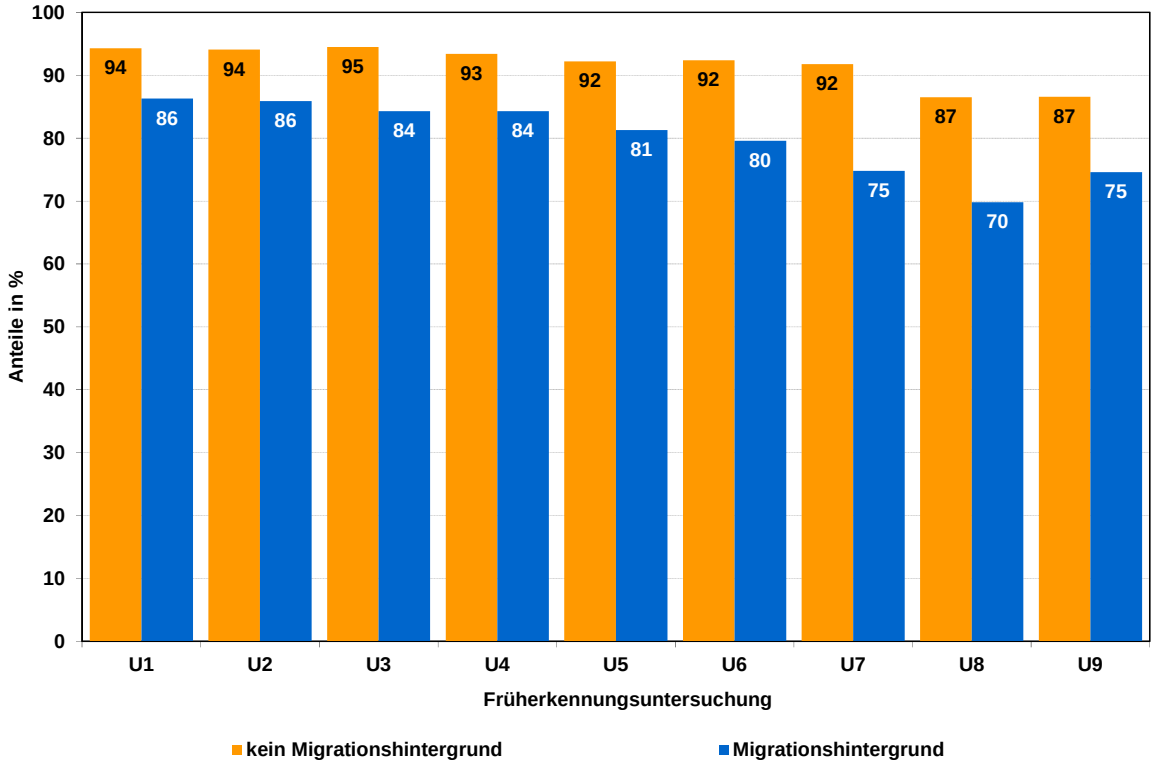
Erfreulich ist, dass bei allen neun Untersuchungen die Teilnahmequote von 2008 über 2009 bis 2010 weiter angestiegen ist.[11] Damit setzt sich der im Kindergesundheitsbericht 2004 dargestellte positive Trend fort. Insbesondere bzgl. der U8 und U9 ist von 1998 (U8 = 76%; U9 = 64%) über 2003 (U8 = 76%; U9 = 74%) bis heute (U8 = 82%; U9 = 83%) ein deutlicher Anstieg festzustellen. Die Differenz zwischen der Inanspruchnahme der Untersuchungen in den späteren Lebensjahren im Vergleich zu den im Lebensverlauf früheren Untersuchungen ist damit deutlich kleiner geworden, besteht in der Tendenz aber weiterhin.

[11] Da für die Erhebungsjahre 2008 bis 2010 keine realistischen Aussagen über die Inanspruchnahme möglich sind, bleibt die U7a im vorliegenden Bericht unberücksichtigt.

Während die Ergebnisse kaum Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen aufweisen, zeigt sich bei einer Differenzierung nach Migrationshintergrund (vgl. Abbildung 9) das Folgende:

- Die Teilnahmequoten liegen bei den Kindern mit Migrationshintergrund durchweg unter den Teilnahmequoten der Kinder ohne Migrationshintergrund.
- Bei den Kindern mit Migrationshintergrund ist ein stärkerer Rückgang bei den Untersuchungen nach dem ersten Lebensjahr festzustellen als bei Kindern ohne Migrationshintergrund.
- Bei den Kindern mit Migrationshintergrund setzt der Rückgang früher ein als bei den Kindern ohne Migrationshintergrund. Während bei letzteren die Teilnahmequoten erst ab der achten Untersuchung um mehrere Prozentpunkte im Vergleich zur vorhergehenden Untersuchung sinken, ist dies bei den Kindern mit Migrationshintergrund in der Tendenz bereits ab der U4 und insbesondere ab der U7 zu beobachten.

Abbildung 9: Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen nach Migrationshintergrund 2010

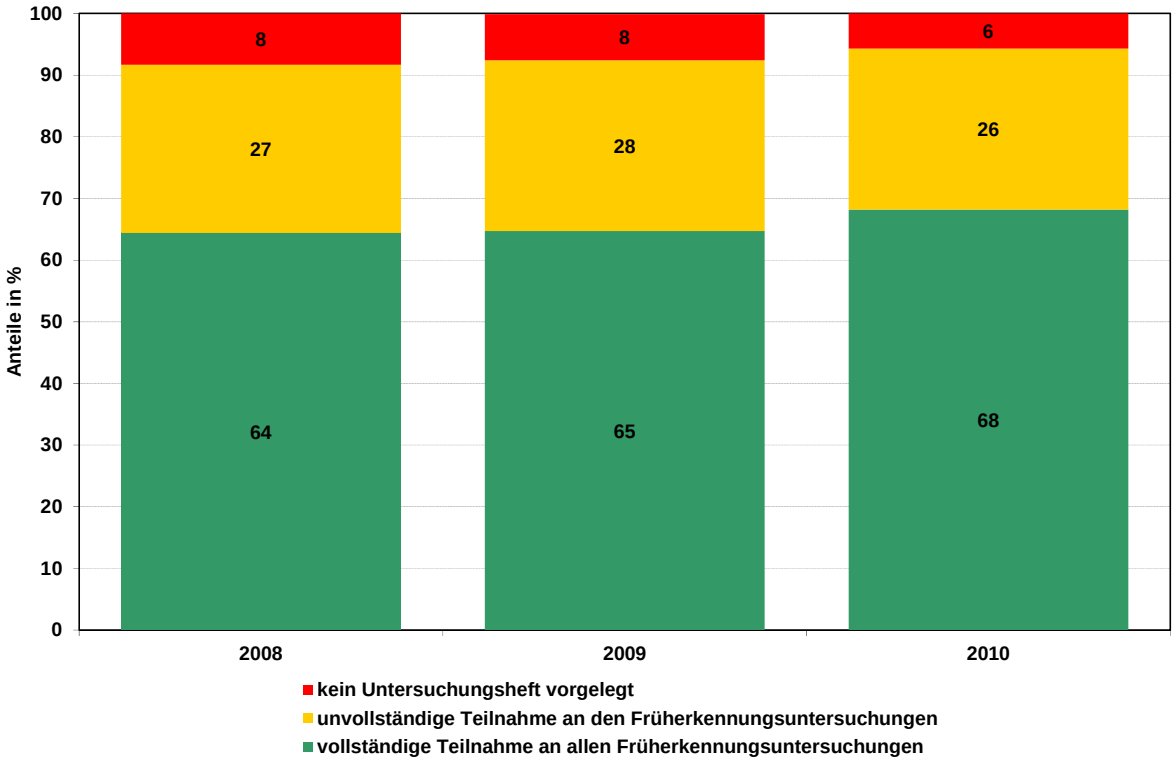


Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010

Jede Untersuchung, von der U1 bis zur U9, wird in einem Untersuchungsheft dokumentiert. Im Idealfall ist bei der Schuleingangsuntersuchung, bei der das Untersuchungsheft vorgelegt werden soll, für alle Untersuchungen die Teilnahme dokumentiert.

In der Praxis ist es allerdings so, dass im Jahre 2010 für 6 % der untersuchten Kinder aus unterschiedlichsten Gründen kein Untersuchungsheft von den Eltern vorgelegt werden konnte (vgl. Abbildung 10). Gut ein Viertel der vorgelegten Untersuchungshefte wiesen eine unvollständige Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen auf. Für die übergroße Mehrheit der Kinder, 68 %, wurde allerdings ein Untersuchungsheft vorgelegt, aus dem die vollständige Teilnahme an allen neun[12] Untersuchungen abgelesen werden konnte. Selbst gegenüber dem bereits 2008 hohen Wert von 64 % war das noch einmal eine Steigerung von vier Prozentpunkten.

Abbildung 10: Vorlage des Untersuchungshefts und Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen 2008-2010



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010

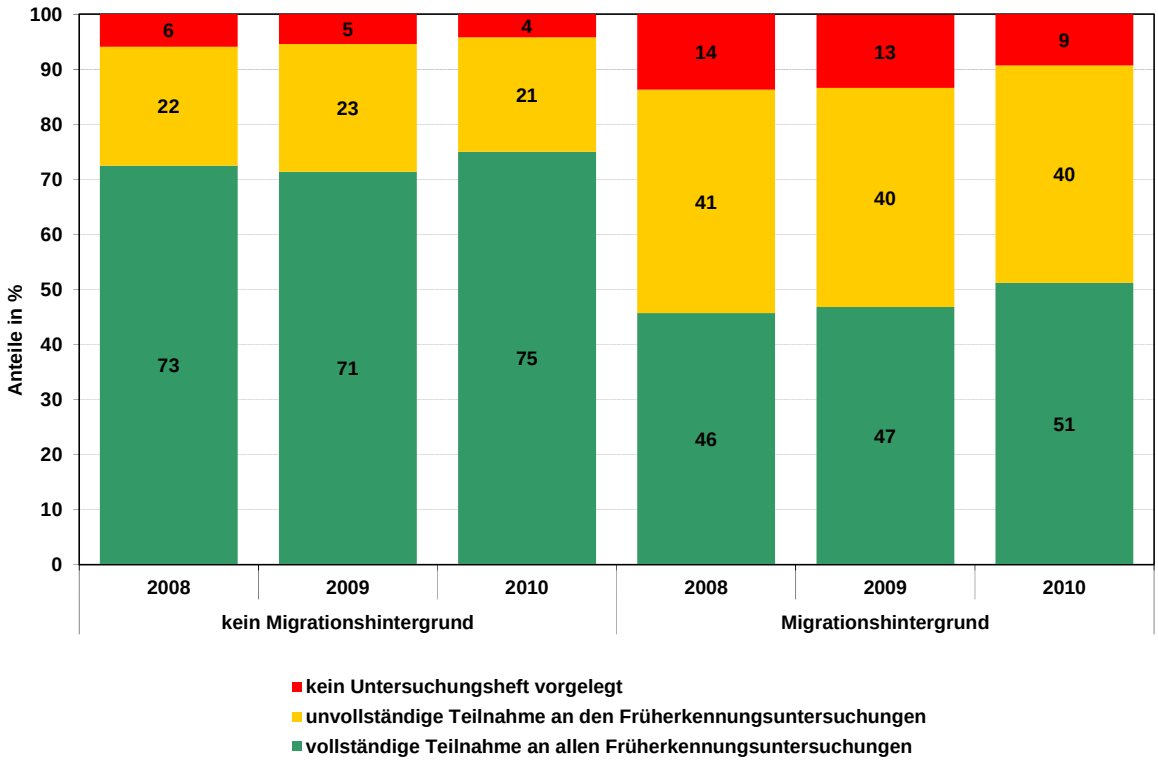
Der Anstieg der vollständig in Anspruch genommenen Früherkennungsuntersuchungen zwischen 2008 und 2010 ist in erster Linie auf den Anstieg der ausgefüllten Untersuchungshefte mit vollständigen Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern mit Migrationshintergrund zurückzuführen. Hier ist der Anteil zwischen 2008 und 2010 von 46 auf 51 % angestiegen. Entsprechend kleiner ist nun in dieser Gruppe der Anteil der Kinder, für die kein Untersuchungsheft vorgelegt wurde (vgl. Abbildung 11).

Trotz der unterschiedlichen Dynamik bei der Entwicklung bleibt bezüglich des Niveaus jedoch ein beträchtlicher Unterschied erhalten. Während im Jahr 2010 ungefähr für drei von

[12] Die Inanspruchnahme der U7a bleibt im vorliegenden Bericht unberücksichtigt (vgl. Fußnote 7).

vier Kindern ohne Migrationshintergrund ein vollständig ausgefülltes Untersuchungsheft vorgelegt wurde, trifft dies für die Kinder mit Migrationshintergrund für nur jedes zweite zu und der Anteil der Kinder, für die überhaupt kein Untersuchungsheft vorgelegt wurde, ist mit 9 % mehr als doppelt so hoch wie für Kinder ohne Migrationshintergrund.

Abbildung 11: Vorlage des Untersuchungshefts nach Migrationshintergrund 2008-2010



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010

Neben den Unterschieden nach Migrationshintergrund steht die Dauer des KTE-Besuchs in Zusammenhang mit der Vorlage und Vollständigkeit des Untersuchungsheftes.

Mit Blick auf die Besuchsdauer einer Kindertageseinrichtung zeigt sich, dass mit zunehmender Dauer der Anteil der vollständig ausgefüllten Untersuchungshefte deutlich zu- und der Anteil der unvollständig oder nicht ausgefüllten Untersuchungshefte deutlich abnimmt (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Vorlage des Untersuchungshefts nach sozialstrukturellen Merkmalen 2010

	Untersuchungsheft liegt…		
	…voll-ständig vor	…unvoll-ständig vor	…nicht vor
	in %		
nach Geschlecht			
männlich	68,0	26,6	5,4
weiblich	68,4	25,7	5,9
nach Migrationshintergrund			
Kinder ohne Migrationshintergrund	75,0	20,8	4,2
Kinder mit Migrationshintergrund	51,2	39,5	9,3
nach Dauer des KTE-Besuchs			
kein Besuch od. weniger als ein Jahr	23,7	36,8	39,5
ein bis zwei Jahre	51,8	38,2	10,0
mehr als zwei Jahre	70,4	25,1	4,5
nach Sozialräumen			
Oberhausen-Mitte/Styrum	58,7	33,3	7,9
Oberhausen-Ost	68,5	25,2	6,4
Alstaden/Lirich	68,0	25,9	6,1
Sterkrade-Mitte	70,5	24,6	4,9
Sterkrade-Nord	73,7	22,4	3,9
Osterfeld	67,0	27,3	5,6
Stadt Oberhausen	**68,2**	**26,1**	**5,7**

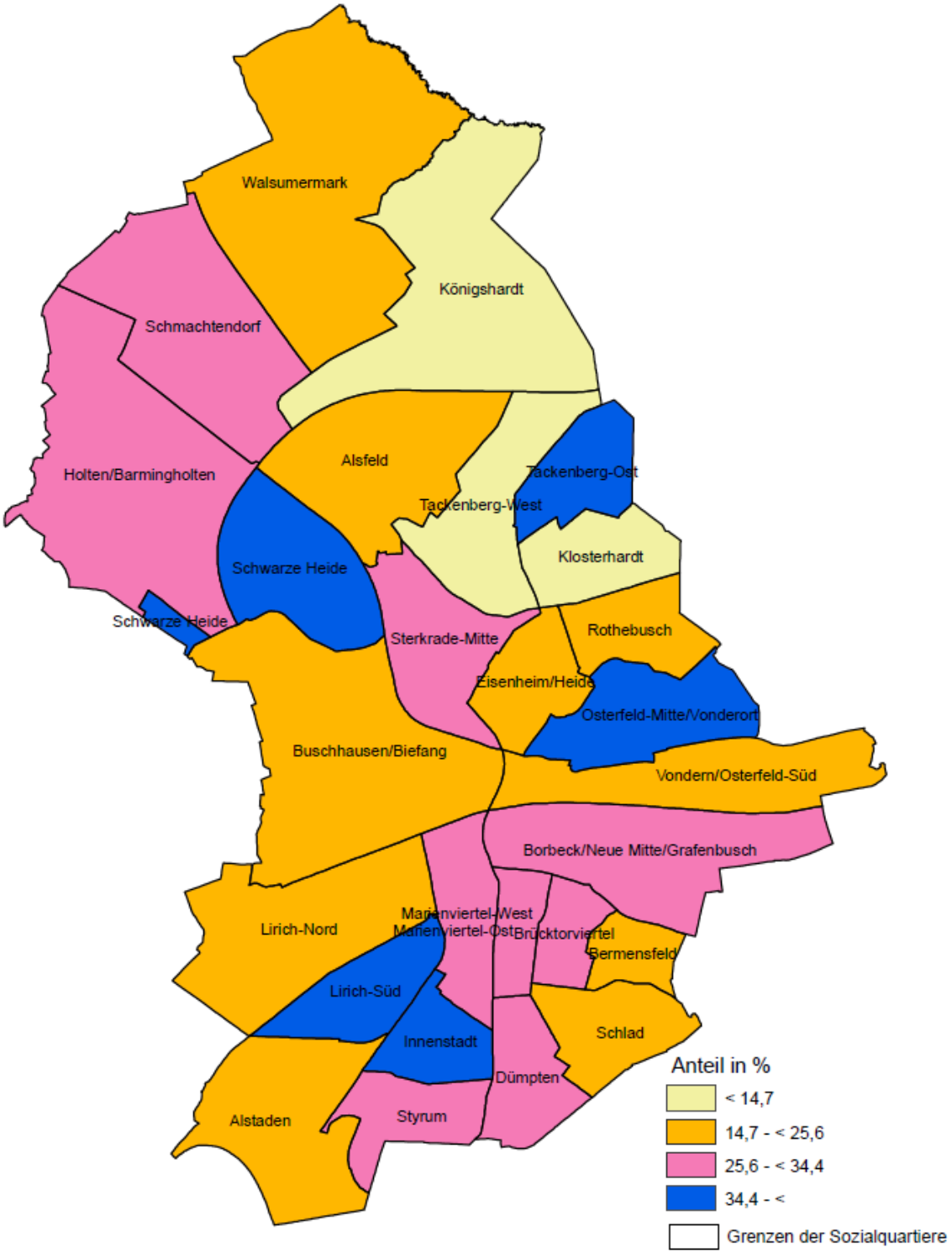
Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010

Bei einer Differenzierung nach dem Wohnort variieren die Anteile der vollständig ausgefüllten Vorsorgehefte schon auf der Ebene der sechs Sozialräume von 59 % in Oberhausen-Mitte/Styrum bis hin zu 74 % in Sterkrade-Nord. Entsprechend variieren die Anteile der unvollständig ausgefüllten Vorsorgehefte zwischen 22 und 33 %.

Auf der Ebene der Sozialquartiere sind die Unterschiede noch deutlich größer. Karte 3 weist mit Blick auf die Kinder, für die ein Untersuchungsheft vorgelegt wurde, die entsprechenden Anteile aus.[13] Sie reichen von 13 % in Tackenberg-West bzw. 15 % in Königshardt und Klosterhardt bis hin zu 34 % in Sterkrade-Mitte über 38 % in Osterfeld Mitte/Vonderort und 39 % in Tackenberg-Ost bis hin zu über 40 % in den Quartieren Innenstadt, Lirich-Süd und Schwarze Heide.

[13] Kinder, für die kein Untersuchungsheft vorgelegt wurde, werden hier nicht berücksichtigt.

Karte 3: Unvollständige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Quartier 2010



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010
Anmerkung: in den Quartieren Marienviertel-West (29 Fälle) und Vondern/Osterfeld-Süd (28) basieren die Angaben auf weniger als 30 Fällen.

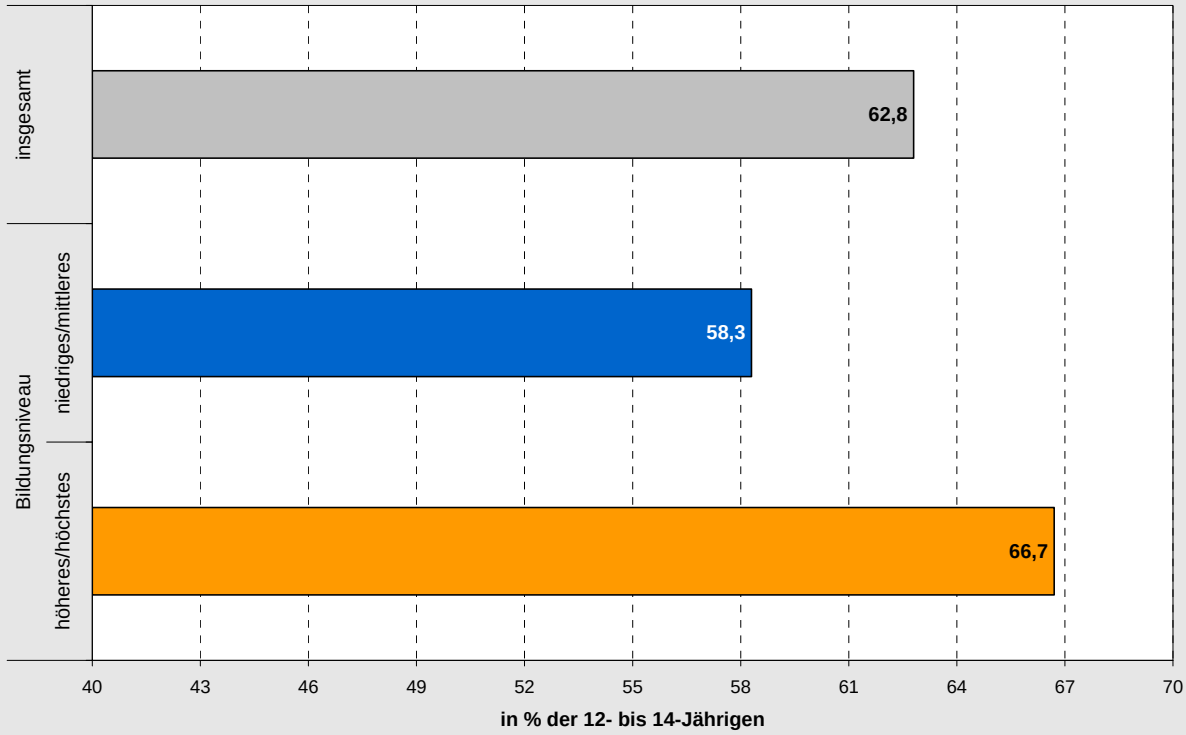
„Exkurs: Teilnahme an der J1“

Seit 1998 umfasst das Früherkennungsprogramm für Kinder und Jugendliche noch eine weitere Untersuchung, die Jugendgesundheitsuntersuchung (J1). Diese Untersuchung, wendet sich an Jugendliche im Alter von 12 bis 14 Jahren und wird ebenfalls wie die Früherkennungsuntersuchung von den Krankenkassen übernommen. Im Rahmen dieser Vorsorge werden die körperliche und geistige Entwicklung überprüft. Bei der körperlichen Untersuchung klärt der Arzt die pubertären Entwicklungsstadien sowie den Zustand der Organe, des Skelettsystems und der Sinnesfunktionen ab. Fehlhaltungen aufgrund von Wachstumsschüben sowie chronische Krankheiten können bei der J1 so frühzeitig erkannt und entsprechend behandelt werden. Der Kinder- und Jugendarzt befasst sich aber auch mit der seelischen Gesundheit des Jugendlichen und geht auch auf Verhaltensstörungen, Schulprobleme, Suchtprobleme und mögliche pubertätsspezifische psychische Störungen wie Magersucht ein. Darüber hinaus wird im Rahmen der J1 der altersgerechte Impfstatus überprüft und fehlender Impfschutz vervollständigt bzw. aufgefrischt.
Im Unterschied zu den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9, ist die Inanspruchnahme der J1 bundesweit jedoch sehr gering, und auch im Zeitverlauf lassen sich keine nennenswerten positiven Entwicklungen feststellen.[14]

Bei der Familienbefragung wurden die Oberhausener Familien gefragt, ob ihr Kind - sofern sie ein Kind von mindestens 12 Jahren haben - bereits an der J1 teilgenommen hat.
Berücksichtigt man die Familien mit einem jüngsten Kind im Alter von 12 bis 14 Jahren, so geben 62,8 % an, dass ihr Kind bereits an der J1 teilgenommen hat. Zu berücksichtigen ist, dass hier insgesamt drei Jahrgänge in die Berechnung eingegangen sind, der Wert liegt daher deutlich über der jährlichen Teilnahmequote an der J1. Der Vorteil, diese größere Gruppe in den Blick zu nehmen, liegt darin, dass auf Grund der größeren Fallzahl auch eine Auswertung nach Bildungsstatus erfolgen kann.[15]
Bei Familien mit einem höheren und höchsten Bildungsniveau bestätigen 66,7 % eine bereits erfolgte Untersuchung. Familien mit einem niedrigeren bis mittleren Bildungsniveau geben zu 58,3 % an, dass die J1 bei ihrem Kind durchgeführt worden ist.

[14] RKI (2008): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S.61.
[15] Eine Auswertung nach Migrationshintergrund ist aufgrund zu kleiner Fallzahlen dennoch nicht möglich.

Abbildung 12: Teilnahme an der Jugendgesundheitsuntersuchung J1



4.2 Schutzimpfungen

Neben der Teilnahme an den vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen wird bei der Schuleingangsuntersuchung ebenfalls geprüft, ob die (von der Ständigen Impfkommission, kurz STIKO) empfohlenen Impfungen[16] für Säuglinge und Kleinkinder durchgeführt wurden.

Dokumentiert werden die erfolgten Impfungen in einem Impfausweis, der bei der Schuleingangsuntersuchung ebenso wie das Vorsorgeheft überprüft wird. Die Mehrheit der Eltern legte diesen Impfausweis bei der Schuleingangsuntersuchung vor. In den Jahren 2008 bis 2010 lag der Anteil bei 93 bis 94 %. Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen gibt es nicht. Auch die Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund sind gering. Der Anteil für die Kinder mit Migrationshintergrund liegt mit 91 % im Jahre 2010 nur geringfügig unter dem Anteil für Kinder ohne Migrationshintergrund (94%).

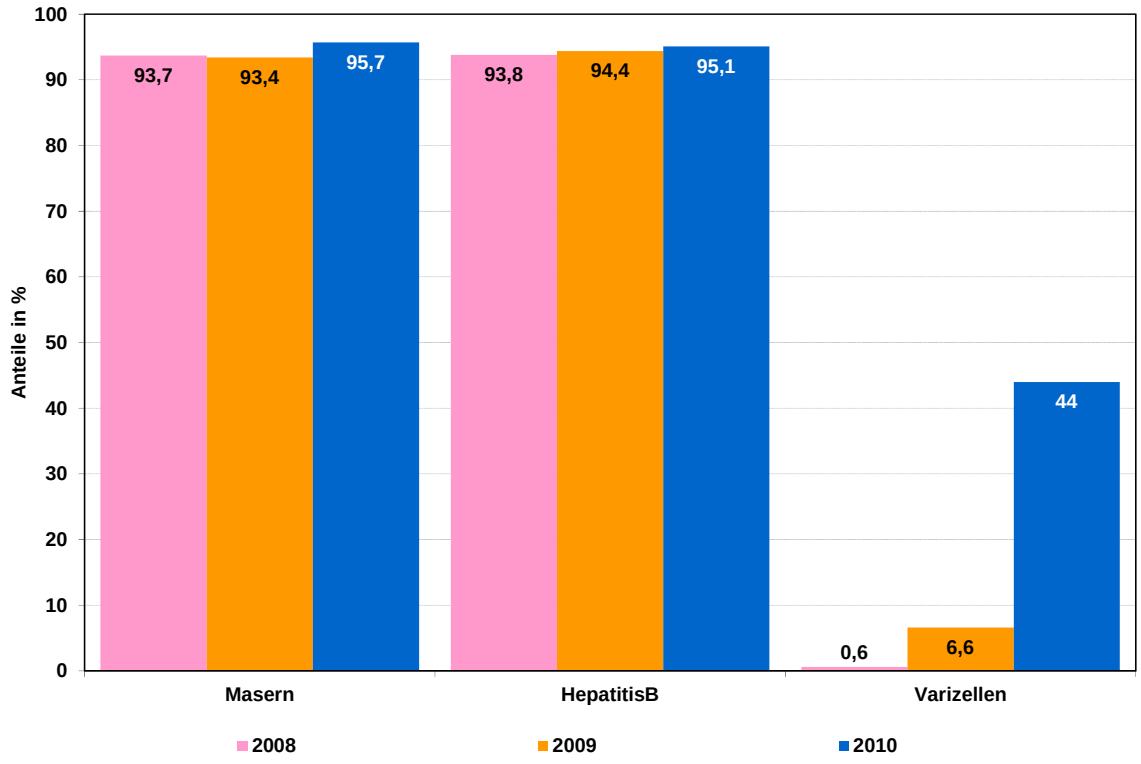
Anknüpfend an die bereits im Kindergesundheitsbericht 2004 dargestellten Ergebnisse für die Jahre 1998 und 2003 werden im Folgenden die beiden Schutzimpfungen Masern und

[16] Die STIKO empfiehlt für alle Säuglinge und Kleinkinder Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis (Keuchhusten), HIB (Haemophilus influenzae Typ b), Hepatitis B, Poliomyelitis (Kinderlähmung), Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (Windpocken), Pneumokokken und Meningokokken.

Hepatitis B und zusätzlich die 2004 eingeführte Varizellenimpfung betrachtet. Bei Masern und Varizellen liegt eine vollständige Schutzimpfung vor, wenn mindestens zwei Impfungen erfolgt sind. Für einen vollständigen Impfschutz gegen Hepatitis B sind dagegen mindestens drei Impfungen notwendig. Der Zeitpunkt bzw. -raum für die jeweiligen Impfungen wird von der STIKO anhand eines Impfkalenders empfohlen (RKI 2011: 276) und kann teilweise mit den Früherkennungsuntersuchungen kombiniert werden.

Bezüglich der beiden bereits im Kindergesundheitsbericht 2004 dargestellten Impfungen Masern und Hepatitis B kann für die bereits dort festgestellte hohe Impfmotivation der Eltern und Ärzte in Oberhausen eine weitere Steigerung festgestellt werden. Mit 96 % (Masern) bzw. 95 % (Hepatitis B) weisen fast alle untersuchten Kinder, die im Jahr 2010 einen Impfausweis vorgelegt haben, einen vollständigen Impfschutz gegen diese beiden Infektionskrankheiten auf (vgl. Abbildung 13).

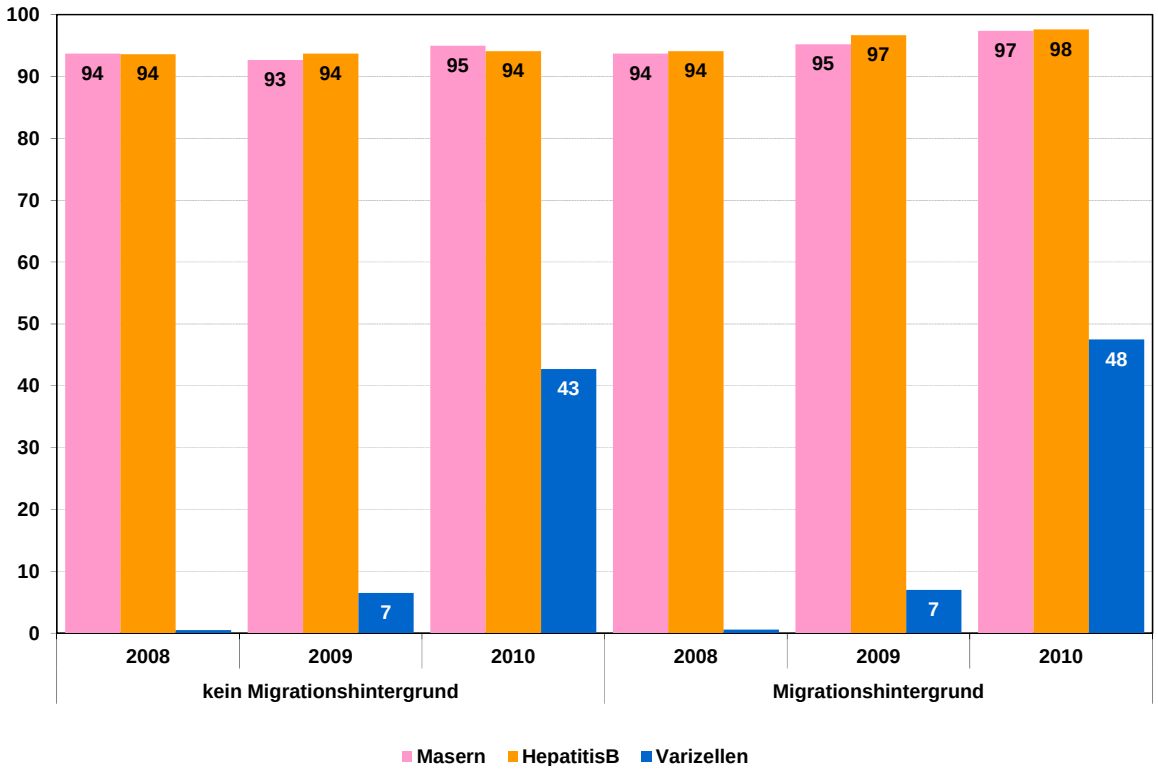
Abbildung 13: Durchimpfungsgrad bei Masern, Hepatitis B und Varizellen 2008-2010



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2008, 2009, 2010

Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund im bisher beobachteten Sinn gibt es, anders als bei den Früherkennungsuntersuchungen, nicht. Im Gegenteil: die Durchimpfungsquoten gegen Masern und Hepatitis B liegen bei den Kindern mit Migrationshintergrund sogar geringfügig über den Quoten der Kinder ohne Migrationshintergrund (vgl. Abbildung 14).

Abbildung 14: Durchimpfungsgrad bei Masern, Hepatitis B und Varizellen nach Migrationshintergrund 2008-2010



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2008, 2009, 2010

Mit Blick auf die im Jahre 2004 eingeführte Varizellen-Schutzimpfung kann noch kein realistisches Bild der Impfsituation dargestellt werden. Anhand der Daten der Schuleingangsuntersuchung 2010, mit denen die Geburtenjahrgänge 2003-2004 abgebildet werden, zeichnet sich jedoch eine hohe Impfbeteiligung ab. Mit 44 % liegt der Anteil deutlich über dem Landesdurchschnitt, wobei auch hier Kinder mit Migrationshintergrund (48%) häufiger geimpft sind als Kinder ohne Migrationshintergrund (43%).

Ebenso wie die Differenzierungsmerkmale Geschlecht und Migrationshintergrund hat auch die Dauer des KTE-Besuchs keinen Einfluss auf das Impfverhalten (vgl. Tabelle 5). Der hohe Durchimpfungsgrad gilt also übergreifend für alle Oberhausener Kinder, unabhängig von Geschlecht, Migrationshintergrund und Dauer des KTE-Besuchs. Und auch bei der Differenzierung nach dem Wohnort werden lediglich für die Varizellen-Schutzimpfung Unterschiede sichtbar. Insbesondere die Sozialräume Sterkrade-Nord (39%) und Oberhausen-Mitte/Styrum (54%) weichen vom Oberhausener Durchschnitt von 44 % ab.

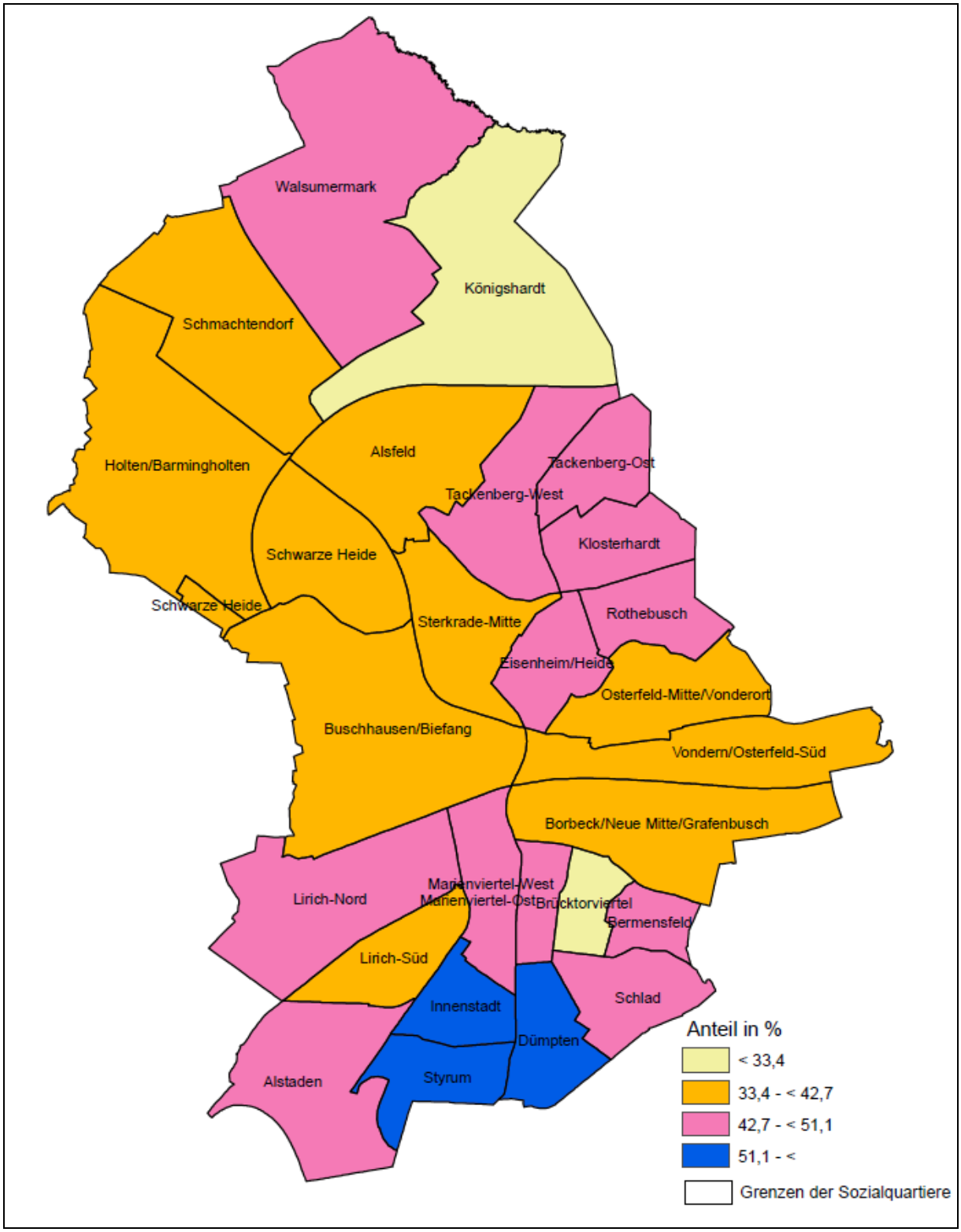
Tabelle 4: Impfschutz gegen Masern, Hepatitis B und Varizellen nach sozialstrukturellen Merkmalen 2010

	vollständige Impfung		
	Masern (mind. 2 Impfungen	**Varizellen** (mind. 2 Impfungen)	**Hepatitis B** (mind. 3 Impfungen)
	in %		
nach Geschlecht			
männlich	94,6	44,7	94,3
weiblich	96,7	43,4	95,8
nach Migrationshintergrund			
Kinder ohne Migrationshintergrund	95,0	42,7	94,1
Kinder mit Migrationshintergrund	97,4	47,5	97,6
nach Dauer des KTE-Besuchs			
kein Besuch od. weniger als ein Jahr*	(83,3)	(41,7)	(91,7)
ein bis zwei Jahre	94,8	40,6	96,9
mehr als zwei Jahre	96,0	44,3	95,0
nach Sozialräumen			
Oberhausen-Mitte/Styrum	96,0	54,4	94,9
Oberhausen-Ost	96,1	45,1	95,1
Alstaden/Lirich	96,0	46,0	97,3
Sterkrade-Mitte	93,3	40,8	94,7
Sterkrade-Nord	96,3	38,9	91,8
Osterfeld	97,0	43,9	96,3
Stadt Oberhausen	**95,7**	**44,0**	**95,1**

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010
** weniger als 30 Fälle*

Auf der Ebene der Sozialquartiere sind die räumlichen Unterschiede bzgl. der vollständigen Impfung gegen Varizellen noch einmal größer. Hier reicht die Spannweite von 28 % im Quartier Brücktorviertel bis hin zu 58 % in Dümpten (vgl. Karte 4).

Karte 4: Vollständige Schutzimpfung gegen Varizellen nach Quartier 2010



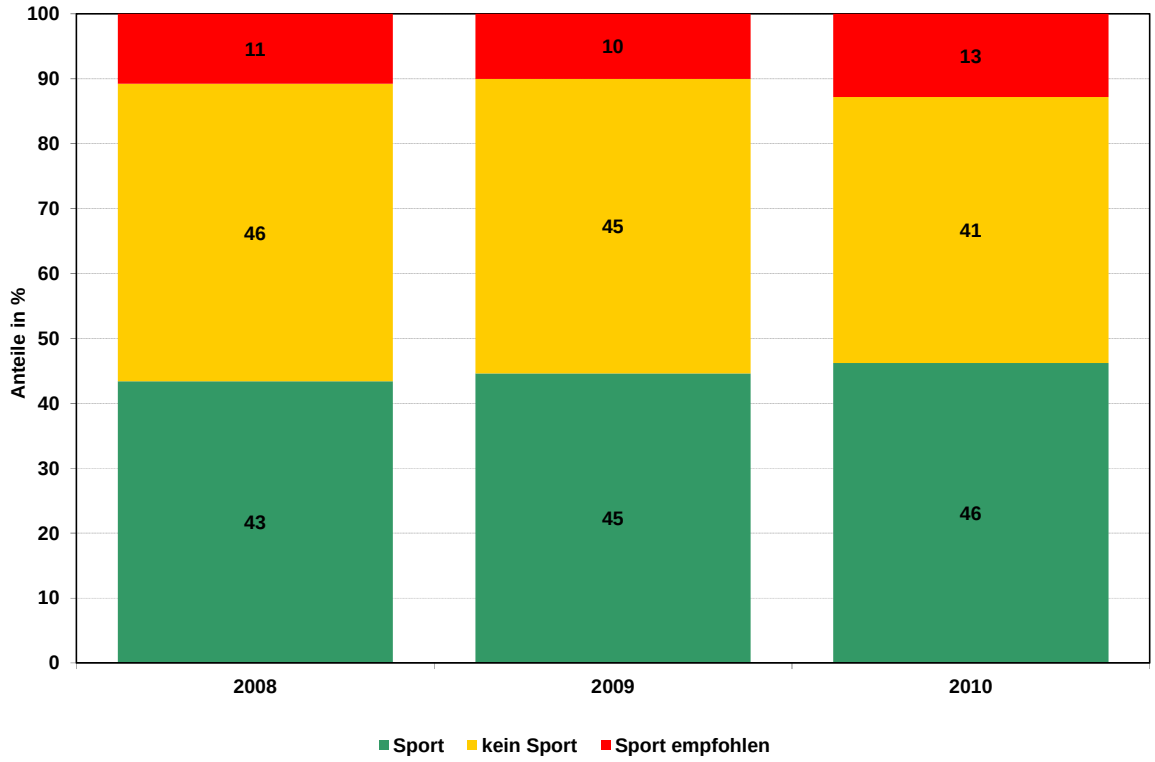
Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010
Anmerkung: in den Quartieren Marienviertel-West (27 Fälle), Vondern/Osterfeld-Süd (28 Fälle) und Rothebusch (29 Fälle) basieren die Angaben auf weniger als 30 Fälle.

4.3 Sportliche Aktivitäten

Neben Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen zählen auch sportliche Aktivitäten und Bewegung zum präventiven Bereich. Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird von den untersuchenden Ärztinnen daher erfasst, ob die Kinder Mitglied in einem Sportverein sind und um welche Sportart es sich dabei handelt. Falls die Kinder nicht Mitglied in einem Sportverein sind, (mehr) Bewegung für die Kinder aus medizinischer Sicht jedoch angezeigt ist, erfolgt eine entsprechende Empfehlung, die ebenfalls von der Ärztin dokumentiert wird.

Im Jahr 2010 war von den 1.733 untersuchten Kindern mit 46 % fast jedes zweite Kind Mitglied in einem Sportverein. Von den 54 % der Kinder, die nicht Mitglied in einem Sportverein waren, hat ungefähr jedes vierte Kind (13% aller untersuchten Kinder) eine entsprechende Empfehlung erhalten.

Abbildung 15: Mitgliedschaft in einem Sportverein 2008-2010

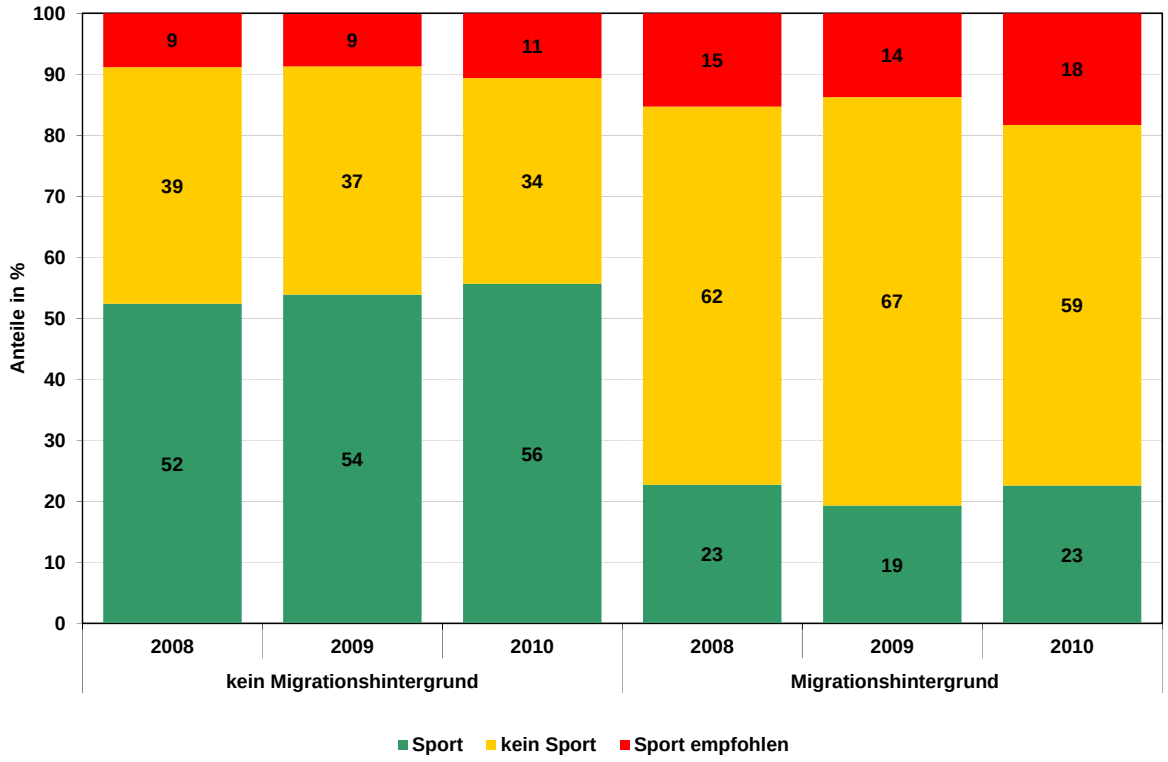


Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2008, 2009, 2010

Von entscheidender Bedeutung für die Mitgliedschaft in einem Sportverein ist das Vorhandensein eines Migrationshintergrundes. Während mehr als jedes zweite Kind ohne Migrationshintergrund Mitglied in einem Sportverein ist, trifft dies nur für jedes vierte Kind mit Migrationshintergrund zu (vgl. Abbildung 16). Entsprechend höher sind die Anteile der Kinder mit Migrationshintergrund, die nicht in einem Sportverein organisiert sind sowie der Kinder, die eine entsprechende Empfehlung vom Arzt erhalten haben. Im Jahr 2010 haben 11 % der

Kinder ohne und 18 % der Kinder mit Migrationshintergrund eine entsprechende Empfehlung erhalten.

Abbildung 16: Mitgliedschaft in einem Sportverein nach Migrationshintergrund 2008-2010



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2008, 2009, 2010

Im Vergleich zum Migrationshintergrund hat das Geschlecht der Kinder einen nur sehr geringen Einfluss. Jungen sind in gleichem Maße wie Mädchen in einem Sportverein organisiert und erhalten mit 15 % nur etwas häufiger eine Empfehlung als Mädchen mit 10 %. Dabei ist dieser Unterschied im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass Jungen ohne Migrationshintergrund häufiger als Mädchen ohne Migrationshintergrund eine Empfehlung erhalten (14 gegenüber 8 %) und Jungen mit Migrationshintergrund etwas häufiger bereits in einem Sportverein organisiert sind als Mädchen mit Migrationshintergrund (26 gegenüber 19 %).

Einen deutlichen Einfluss hingegen haben die Dauer des Besuchs einer KTE und der Wohnort der Kinder. Während von den Kindern, die keine KTE oder diese weniger als ein Jahr besucht haben, nur 8 % Mitglied in einem Sportverein sind, liegen die Anteile bei den Kindern mit einer Besuchsdauer zwischen einem und zwei Jahren sowie mit einer Besuchsdauer von über zwei Jahren mit 26 und 49 % deutlich höher (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Mitgliedschaft in einem Sportverein nach sozialstrukturellen Merkmalen 2010

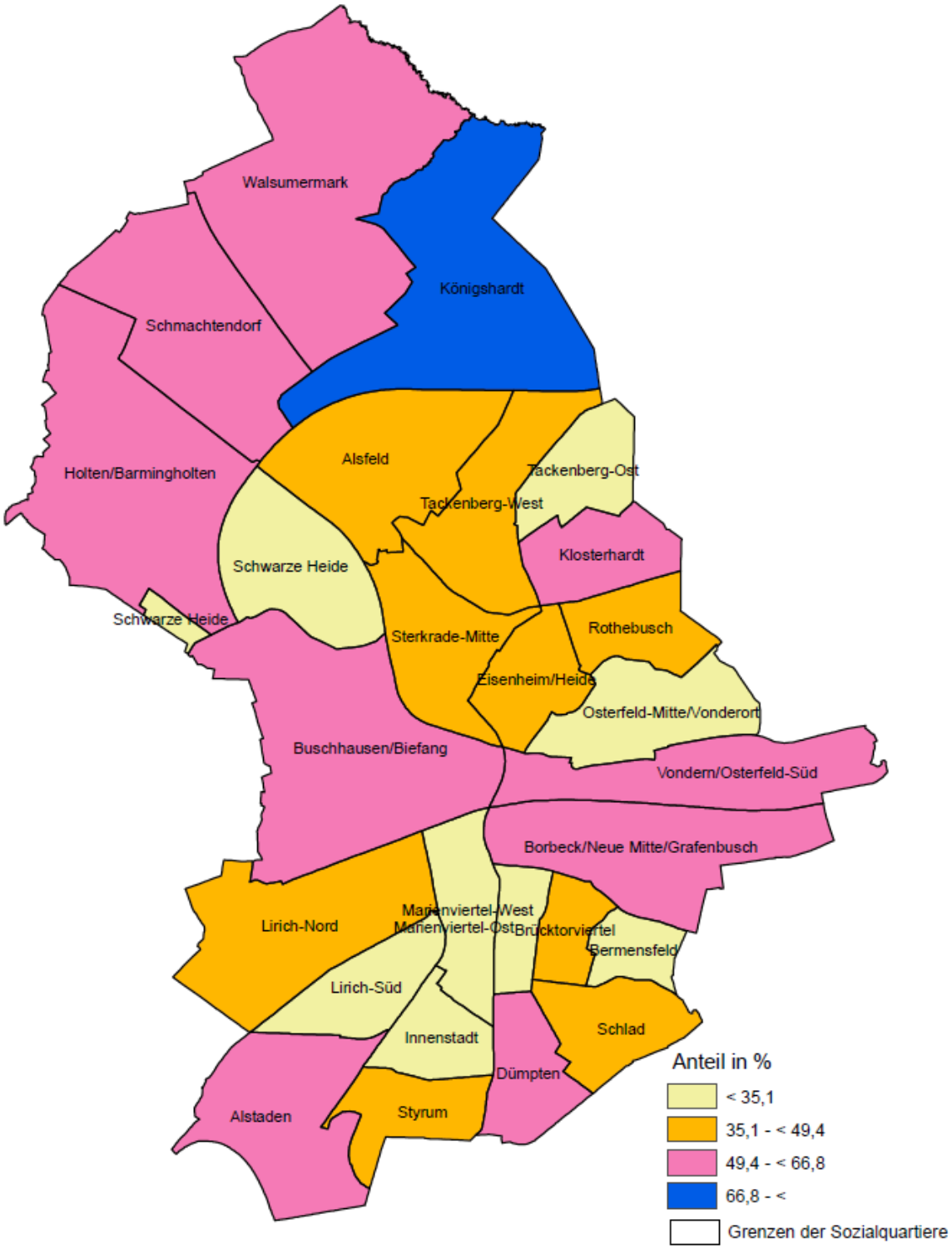
	Sportverein		
	ja	nein	empfohlen
	in %		
nach Geschlecht			
männlich	46,5	38,2	15,3
weiblich	45,9	43,7	10,4
nach Migrationshintergrund			
Kinder ohne Migrationshintergrund	55,7	33,7	10,6
Kinder mit Migrationshintergrund	22,6	59,1	18,3
nach Dauer des KTE-Besuchs			
kein Besuch od. weniger als ein Jahr	7,9	84,2	7,9
ein bis zwei Jahre	25,5	58,2	16,4
mehr als zwei Jahre	48,6	38,8	12,6
nach Sozialräumen			
Oberhausen-Mitte/Styrum	27,0	59,3	13,8
Oberhausen-Ost	46,6	43,0	10,4
Alstaden/Lirich	48,2	46,2	5,7
Sterkrade-Mitte	46,6	36,3	17,1
Sterkrade-Nord	65,9	25,1	9,0
Osterfeld	40,6	42,0	17,5
Stadt Oberhausen	**46,2**	**41,0**	**12,8**

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010

Bei einem Blick auf den Wohnort der Kinder sind bereits auf der Ebene der sechs Sozialräume Unterschiede festzustellen. Während in Oberhausen-Mitte/Styrum nur ungefähr jedes vierte Kind in einem Sportverein Mitglied ist, trifft dies in Sterkrade-Nord für zwei von drei Kindern zu. Die Werte für die vier anderen Sozialräume entsprechen etwa dem Wert für Oberhausen insgesamt, wobei Osterfeld geringfügig unter diesem gesamtstädtischen Wert liegt.

Die Spannweite auf der Ebene der 27 Sozialquartiere ist noch einmal größer. Die beiden Extreme stellen die Quartiere Innenstadt mit 19 % und Königshardt mit 83 % dar. Neben dem Quartier Innenstadt sind auch die anderen innenstadtnahen Quartiere durch anteilig viele Kinder gekennzeichnet, die nicht Mitglied in einem Sportverein sind (vgl. Karte 5).

Karte 5: Mitgliedschaft in einem Sportverein nach Quartier 2010

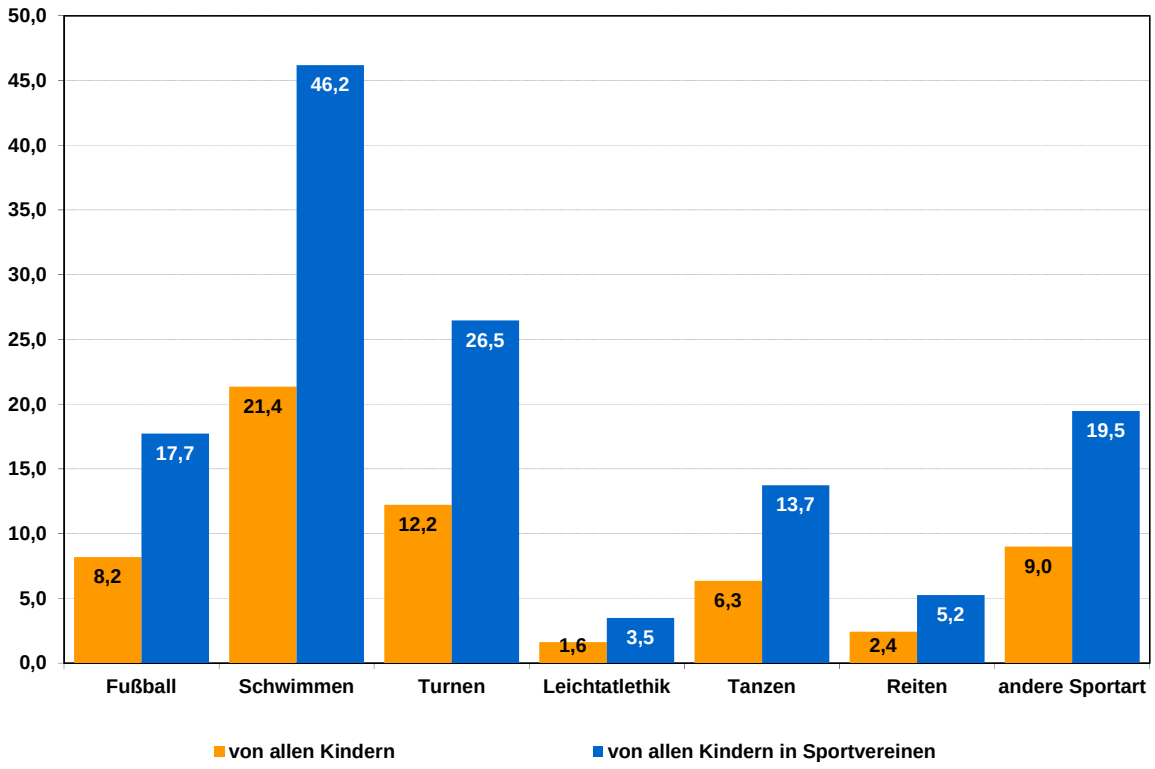


Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010
Anmerkung: in den Quartieren Marienviertel-West (29 Fälle) und Vondern/Osterfeld-Süd (28 Fälle) basieren die Angaben auf weniger als 30 Fällen.

Neben der grundsätzlichen Mitgliedschaft in einem Sportverein wird im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung auch erfragt, um welche Sportart es sich handelt, die in diesem Verein ausgeübt wird.

Mit Abstand die beliebteste Sportart ist Schwimmen. Fast die Hälfte aller in Sportvereinen organisierten Kinder ist nach eigenen Angaben Mitglied in einem Schwimmverein, das sind 21 % aller Oberhausener Kinder. 27 % aller Sportvereinsmitglieder sind in einem Turn- und 18 % in einem Fußballverein. Das sind 12 bzw. 8 % aller im Jahr 2010 untersuchten Oberhausener Kinder.

Abbildung 17: Mitgliedschaft in einem Sportverein nach Sportart 2010



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010

5 Schulrelevante Entwicklungskompetenzen und ausgewählte Gesundheitsstörungen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen der Jahre 2008[17], 2009 und 2010 zur Einschätzung wesentlicher schulrelevanter Entwicklungskompetenzen vorgestellt. Dabei interessieren sowohl die Einschätzungen der motorischen Entwicklung der Schuleingangskohorten (Kapitel 5.1) und die Verbreitung von Übergewicht (Kapitel 5.2) als auch wichtige entwicklungsphysiologische Kompetenzen der Kinder, wie visuelle Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Zahlenvorwissen (Kapitel 5.3).

Von besonderer Bedeutung für einen erfolgreichen Schulstart ist die Sprachentwicklung der Kinder. Für Kinder mit Migrationshintergrund ist dabei insbesondere die Kenntniss der deutschen Sprache wichtig, um dem Unterricht folgen zu können. Diese Kompetenzen stehen in Kapitel 5.4 im Fokus der Betrachtung.

Kapitel 5.5 und 5.6 betreffen ausgewählte Gesundheitsstörungen und ihre Verbreitung unter den Oberhausener Schulanfängern, die den Schulbesuch beeinträchtigen oder erschweren können. Der Bericht konzentriert sich dabei zum einen auf die Ergebnisse zum Hör- und Sehvermögen der Kinder und zum anderen auf die Verbreitung von Allergien.

Für alle Diagnosebereiche werden auch in diesem Kapitel Zeitvergleiche dargestellt und zusätzlich für das Jahr 2010 sozialstrukturelle und sozialräumliche Unterschiede betrachtet. Es kann aber nicht auf alle Ergebnisse der Einzeltests eingegangen werden. Vielmehr werden zumeist die zusammenfassenden Einschätzungen des untersuchenden Arztes betrachtet, die auf den unterschiedlichen Tests in den jeweiligen Bereichen basieren. Durch den Arzt wird jeweils festgehalten, ob die Kinder gesund bzw. ohne Befund sind oder ob ein Befund[18] vorliegt.

5.1 Motorische Entwicklung

Zur Einschätzung der motorischen Entwicklung der untersuchten Kinder wird in der Schuleingangsuntersuchung zum einen die Körperkoordination der Kinder und zum anderen die Visuomotorik überprüft. Es geht also sowohl um die grobmotorische Koordination und das Gleichgewicht als auch um feinmotorische Fähigkeiten. Dabei wird die Körperkoordination durch die komplexe motorische Anforderung des Seithüpfens überprüft,

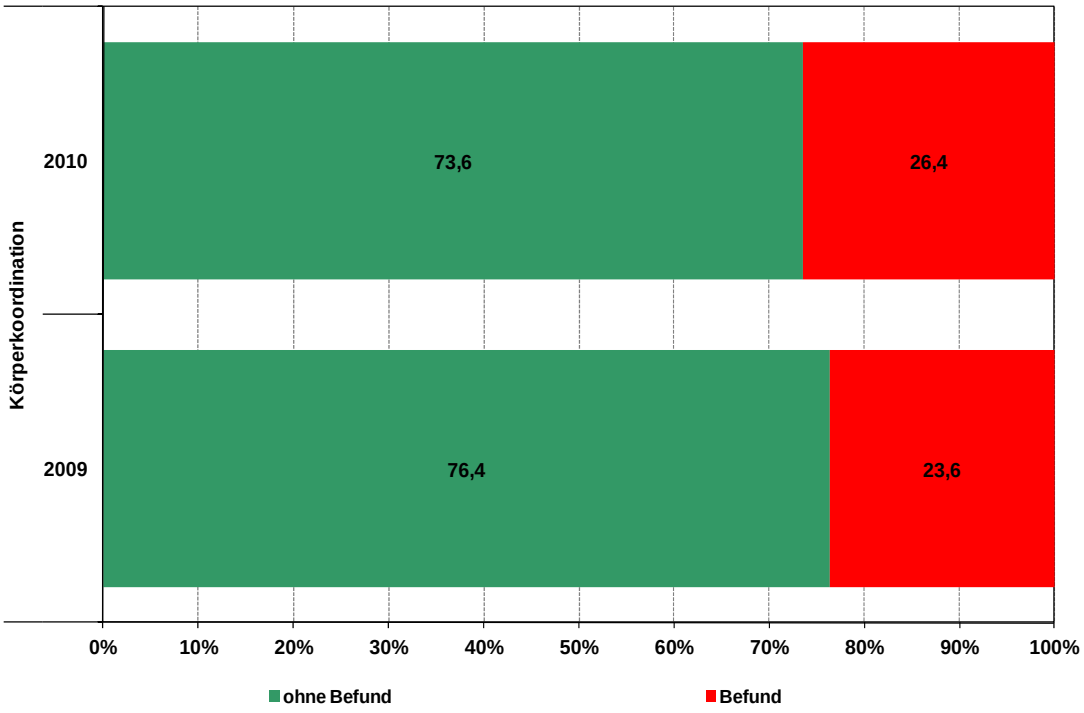
[17] Daten der Schuleingangskohorte 2008 werden lediglich in den Kapiteln 5.5 und 5.6 berücksichtigt, da die Schuleingangsuntersuchung ab 2009 von den Tests nach S-ENS-Standards (Screening des Entwicklungsstands) auf Tests nach dem SOPESS-Standards (Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen) umgestellt wurde und nur für diese Diagnosebereiche eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse gegeben ist.

[18] Dabei kann es sich um einen Befund handeln, der nicht mehr behandlungsbedürftig oder -fähig ist (Befund ohne Maßnahme), um Befunde von Kindern, die sich bereits in ärztlicher Behandlung befinden (in Behandlung) oder für die eine Arztüberweisung empfohlen wird (Arztüberweisung), oder um Befunde, die auf eine erhebliche Leistungsbeeinträchtigung (Dauerdiagnose) verweisen.

die in eine Gesamteinschätzung zur Entwicklung der Körperkoordination der untersuchten Kinder einfließen.

Abbildung 18 zeigt die Ergebnisse dieser zusammenfassenden Einschätzung im Zeitvergleich zwischen 2009 und 2010. In beiden Jahren wurde bei etwa einem Viertel der Kinder eine Einschränkung der Körperkoordination diagnostiziert, wobei für das Jahr 2010 eine leichte Zunahme der Kinder mit Befund auf 26,4 % zu erkennen ist. Ein „Befund“ fasst hier die vier Kategorien „in Behandlung“, „Dauerdiagnose“, „Arztüberweisung“ und „Befund ohne Maßnahme“ aus dem Untersuchungsprotokoll zusammen.

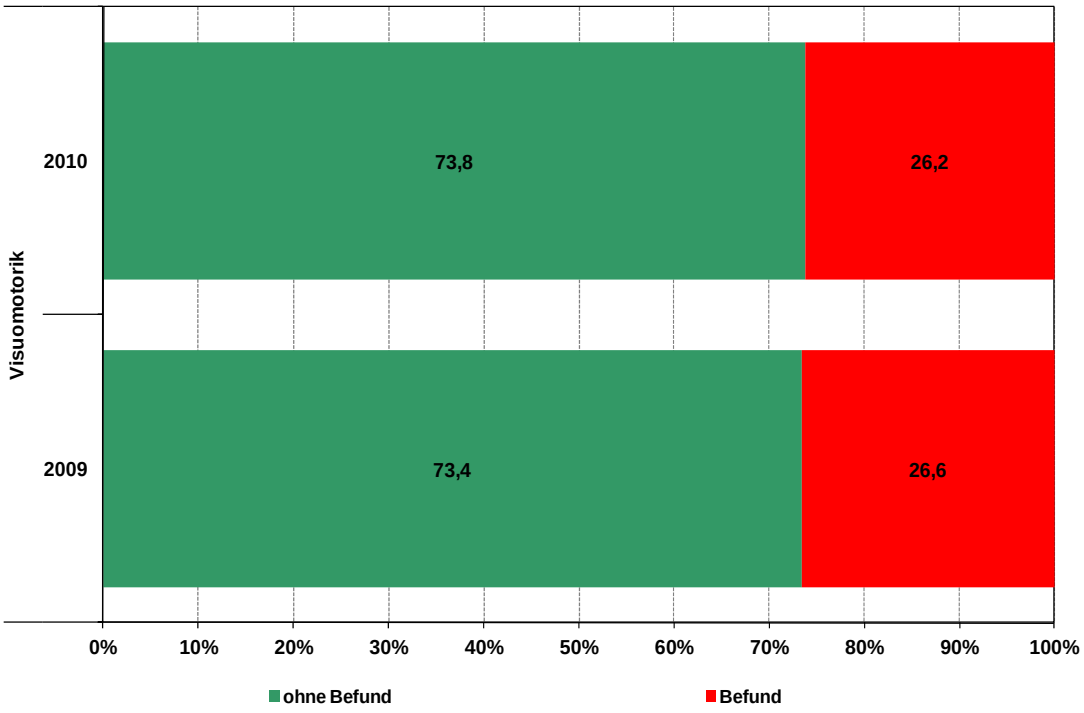
Abbildung 18: Körperkoordination im Zeitvergleich 2009 und 2010



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2009, 2010
**in Behandlung/ Dauerdiagnose/ Arztüberweisung/ Befund ohne Maßnahme*

Ganz ähnlich fallen die Ergebnisse für den zweiten Untersuchungsbereich zur Einschätzung der motorischen und körperlichen Entwicklung aus. Hier geht es um Fähigkeiten der Visuomotorik, d.h. die Koordination von visueller Wahrnehmung und Bewegungsapparat, die u.a. in der Auge-Hand-Koordination zum Ausdruck kommt. Auch hier werden nur die zusammenfassenden Einschätzungen der untersuchenden Ärzte betrachtet. Im Zeitvergleich der Jahre 2009 und 2010 sind keine Unterschiede zu erkennen (vgl. Abbildung 19). In beiden Jahren wird für 26 % der Kinder ein Befund, d.h. eine unterschiedlich stark ausgeprägte Einschränkung der Visuomotorik vermerkt.

Abbildung 19: Visuomotorik im Zeitvergleich 2009 und 2010



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2009, 2010
** in Behandlung/ Dauerdiagnose/ Arztüberweisung/ Befund ohne Maßnahme*

Betrachtet man für das Jahr 2010 etwas genauer, für welche Kinder häufiger Störungen der Körperkoordination bzw. der Visuomotorik diagnostiziert werden, zeigt sich für beide Bereiche ein deutlicher Effekt des Geschlechtes (vgl. Tabelle 6). Mädchen sind in beiden Bereichen mit 82 % deutlich häufiger ohne Befund als Jungen mit 65 %. Zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund hingegen finden sich nur für den Bereich Visuomotorik Unterschiede. Kinder mit Migrationshintergrund (29%) weisen hier häufiger Auffälligkeiten auf als Kinder ohne Migrationshintergrund (25%).

Deutlich wird auch, dass ein längerer KTE-Besuch von mehr als zwei Jahren die motorische Entwicklung offenbar positiv beeinflussen kann. Besonders deutlich wird dieser Effekt für die Entwicklung der Visuomotorik. Unter den Oberhausener Kindern, die mehr als zwei Jahre eine KTE besuchten, sind mit 24 % sehr viel seltener Kinder mit visuomotorischen Problemen zu finden, als unter Kindern, die gar nicht oder weniger als ein Jahr eine Kindertageseinrichtung besuchten. Unter diesen Kindern wurden sogar für mehr als die Hälfte (58%) Einschränkungen diagnostiziert. Für den Bereich der Körperkoordination stellt sich das Ergebnis nicht ganz so eindeutig dar.

Tabelle 6: Körperkoordination und Visuomotorik nach sozialstrukturellen Merkmalen 2010

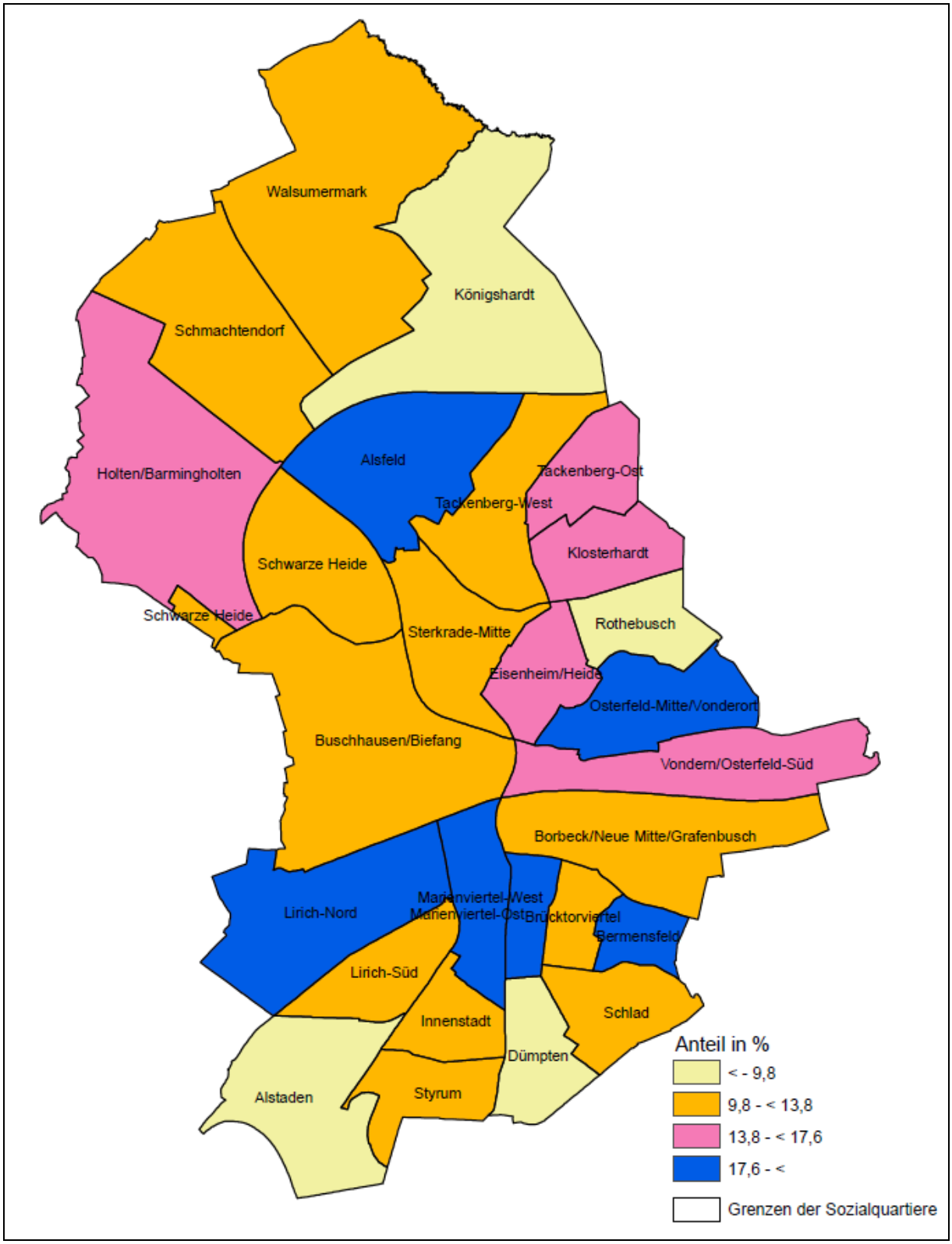
	Körperkoordination		Visuomotorik	
	ohne Befund	Befund*	ohne Befund	Befund*
	in %			
nach Geschlecht				
männlich	65,1	34,9	64,8	35,2
weiblich	81,7	18,3	82,3	17,7
nach Migrationshintergrund				
Kinder ohne Migrationshintergrund	73,2	26,8	75	25
Kinder mit Migrationshintergrund	74,6	25,4	70,6	29,4
nach Dauer des KTE-Besuchs				
kein Besuch od. weniger als ein Jahr	75	25	41,7	58,3
ein bis zwei Jahre	67,9	32,1	58,2	41,8
mehr als zwei Jahre	74	26	75,6	24,4
nach Sozialräumen				
Oberhausen-Mitte/Styrum	73,9	26,1	72,3	27,7
Oberhausen-Ost	72,1	27,9	77,8	22,2
Alstaden/Lirich	79,9	20,1	73,4	26,6
Sterkrade-Mitte	71,7	28,3	72,8	27,2
Sterkrade-Nord	72	28	83,5	16,5
Osterfeld	73,4	26,6	65,4	34,6
Stadt Oberhausen	**73,6**	**26,4**	**73,8**	**26,2**

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010
**in Behandlung/ Dauerdiagnose/ Arztüberweisung/ Befund ohne Maßnahme*

Sozialräumlich unterscheidet sich die motorische Entwicklung der Schulanfänger kaum. Bis auf den Sozialraum Alstaden/Lirich, hier sind 80 % der Kinder gesund und für nur 20 % wird eine Störung der Körperkoordination ausgewiesen, liegt bei jeweils 26 bis 28 % ein Befund vor. Größer sind die Unterschiede im Bereich Visuomotorik. Hier reicht die Spannweite von 17 % in Sterkrade-Nord bis zu 35 % in Osterfeld.

Ein Mehrfachbefund in beiden Bereichen der motorischen Entwicklung kann sich besonders nachteilig für den Schuleingang auswirken. Daher werden in Karte 6 beide Diagnosebereiche zur motorischen Entwicklung der Kinder noch einmal gemeinsam auf der Ebene der Quartiere dargestellt. Zu sehen sind die Anteile der Kinder im jeweiligen Quartier, für die in beiden Bereichen ein Befund vorliegt. Der städtische Durchschnitt für die Zusammenfassung beider Befunde liegt bei 14 % der Schulanfänger. Die Karte zeigt eine besondere Konzentration mit Anteilswerten über 17,5 % in den Quartieren Alsfeld, Osterfeld Mitte/ Vonderort, Lirich-Nord, Marienviertel-Ost und -West sowie Bermensfeld mit einem Maximalwert von 23 %. Anteilig nur wenige Kinder mit Befund in beiden Bereichen finden sich hingegen in Dümpten, Alstaden, Rothebusch und Königshardt.

Karte 6: Kinder mit Befund im Bereich Körperkoordination und Visuomotorik nach Quartier 2010



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010
Anmerkung: in den Quartieren Marienviertel-West (29 Fälle) und Vondern/Osterfeld-Süd (28) basieren die Angaben auf weniger als 30 Fällen.

5.2 Übergewicht

Gewichtsprobleme und Essstörungen werden in den letzten Jahren zunehmend bei der Betrachtung der Entwicklung von Kindern wichtiger. Denn bereits im Schuleingangsalter nimmt seit einigen Jahren die Zahl der Kinder zu, deren Gewicht als nicht altersgerecht eingestuft werden muss (vgl. u.a. Kurth u.a. 2007; Hellmeier 2008). Übergewicht kann für diese Kinder im Schulalltag zum Problem werden bzw. ihre weitere Entwicklung beeinflussen. Die Hintergründe für die zunehmenden Gewichtsprobleme sind sehr komplex und können sowohl durch familiäre Dispositionen als auch durch die konkreten Lebensbedingungen der Kinder erklärt werden. Eine besondere Rolle spielen aber nachweislich die Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten im familiären Umfeld (vgl. Kapitel 6). Oft sind es zu wenig Bewegung und eine einseitige Ernährung, die bei Kindern zu Übergewicht oder sogar Adipositas, d.h. krankhaftem Übergewicht, führen (vgl. u.a. RKI 2010: 31ff.).

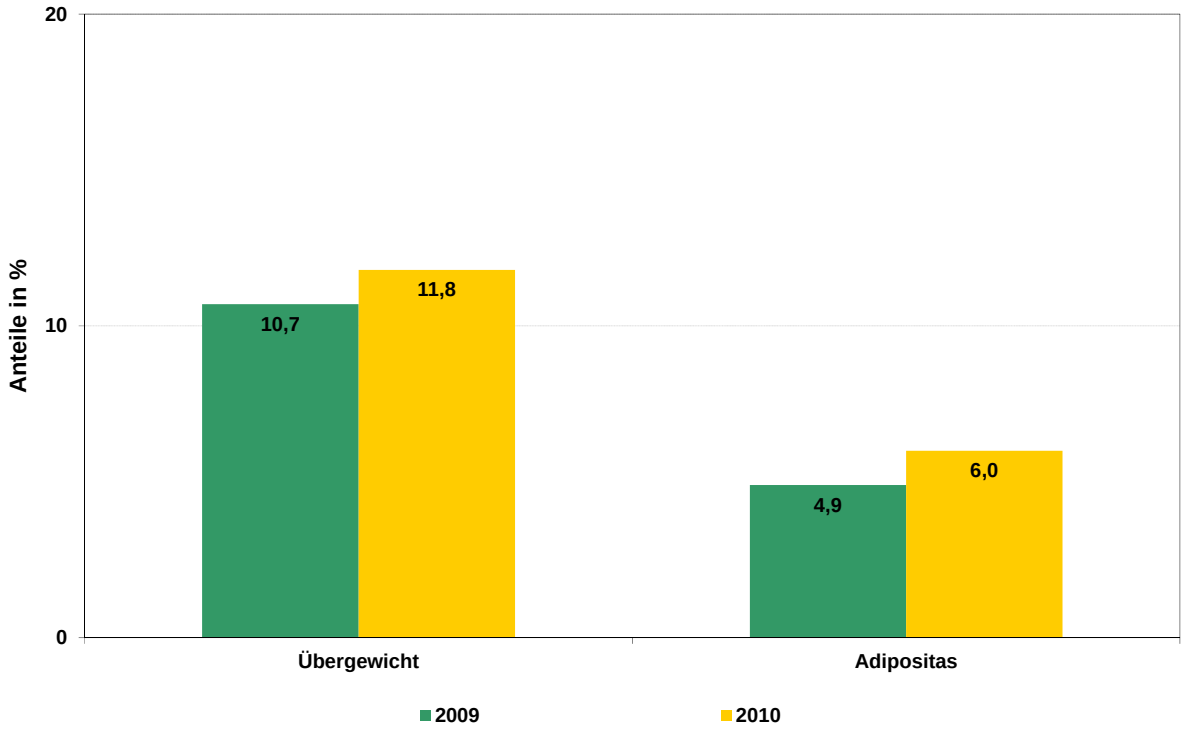
In der Schuleingangsuntersuchung wird das Gewicht der Schulanfänger auf Basis des Body-Mass-Index (BMI) und mittels geschlechts- und altersabhängiger Referenzwerte nach Kromeyer-Hauschild bewertet[19]. Dabei wird ein Gewicht oberhalb des 90. Perzentils des Referenzbereichs als Übergewicht definiert, ein Gewicht oberhalb des 97. Perzentils gilt als Adipositas. Abbildung 20 gibt einen Überblick über die Beurteilung des Körpergewichts der Schulanfänger in Oberhausen 2009 und 2010 nach den Kriterien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kinder- und Jugendalter[20].

Der Anteil der übergewichtigen Kinder ist von 2009 auf 2010 um etwa einen Prozentpunkt auf 12 % angestiegen. Dies ist insbesondere auf einen Anstieg der Kinder mit Adipositas, d.h. der stark übergewichtigen Kinder, zurückzuführen. Ihr Anteil liegt 2010 bei 6 %. Insbesondere für diese Kinder ist eine gesundheitlich starke Belastung gegeben, die zu weiteren gesundheitlichen Folgeproblemen führen kann, wie orthopädische Probleme, Stoffwechselstörungen oder Herz-Kreislauf-Schädigungen (vgl. AGA 2006).

Als unmittelbare Folge der Gewichtsprobleme sind zudem Einschränkungen in der Körperkoordination zu erwarten. Daher ist es von besonderem Interesse, in welchem Umfang sich bereits im Schuleingangsalter ein Zusammenhang der Gewichtsprobleme mit Störungen in der Körperkoordination der Kinder zeigt. Übergewichtige Kinder, in noch stärkerem Maße adipöse Kinder, sind auch in Oberhausen überdurchschnittlich häufig von Problemen und Störungen in der motorischen Entwicklung betroffen. Unter den Kindern mit krankhaftem Übergewicht hat fast jedes zweite Kind Probleme mit der Körperkoordination. Unter den normalgewichtigen Kindern liegt dieser Anteil lediglich bei 23 %.

[19] Kromeyer-Hauschild K. et al. (2001): Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatszeitschrift Kinderheilkunde 149, S. 807 -818.
[20] www.a-g-a.de

Abbildung 20: Übergewicht und Adipositas* im Zeitvergleich 2009 und 2010



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2009, 2010
**Die Kinder mit Adipositas stellen in dieser Betrachtung eine Untergruppe der Kinder mit Übergewicht dar.*

Betrachtet man die Kinder mit Übergewicht nach sozialstrukturellen Unterschieden, fallen insbesondere Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund aber auch geschlechtsspezifische Unterschiede auf (vgl. Tabelle 7).

Kinder mit Migrationshintergrund haben anteilig häufiger Probleme mit Übergewicht als Kinder ohne Migrationshintergrund. Differenziert man innerhalb der Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund noch einmal nach Geschlecht, zeigt sich eine besondere Belastung durch Übergewicht bei Jungen aus Migrantenfamilien. Unter ihnen ist jeder fünfte Schulanfänger übergewichtig. Auch nach Dauer des KTE-Besuchs zeigen sich Unterschiede hinsichtlich der übergewichtigen Kinder. So fällt ihr Anteil insbesondere in der Gruppe der Kinder, die nie oder weniger als ein Jahr eine Kindertageseinrichtung besucht haben, deutlich höher aus als unter Kindern mit längerem KTE-Besuch.

Schaut man auf sozialräumliche Unterschiede innerhalb der Stadt Oberhausen, so liegen die Anteile der übergewichtigen Kinder in den Sozialräumen Oberhausen-Ost mit 13,8 % und Oberhausen-Mitte/Styrum mit 12,8 % etwas über dem Durchschnitt der Stadt. Am niedrigsten fällt der Anteil der Übergewichtigen im Sozialraum Sterkrade-Mitte mit 9,7 % aus. Insgesamt sind die Unterschiede zwischen den Sozialräumen aber nicht besonders stark ausgeprägt.

Tabelle 7: Übergewicht nach sozialstrukturellen Merkmalen 2010

	Anteil der Kinder mit Übergewicht* in %
nach Geschlecht	
männlich	12,6
weiblich	10,9
nach Migrationshintergrund	
Kinder ohne Migrationshintergrund	9,6
Jungen ohne Migrationshintergrund	9,9
Mädchen ohne Migrationshintergrund	9,2
Kinder mit Migrationshintergrund	17,2
Jungen mit Migrationshintergrund	19,4
Mädchen mit Migrationshintergrund	15,1
nach Dauer des KTE-Besuchs	
kein Besuch od. weniger als ein Jahr	21,6
ein bis zwei Jahre	11,1
mehr als zwei Jahre	11,6
nach Sozialräumen	
Oberhausen-Mitte/Styrum	12,8
Oberhausen-Ost	13,8
Alstaden/Lirich	10,9
Sterkrade-Mitte	9,7
Sterkrade-Nord	11
Osterfeld	13
Stadt Oberhausen	**11,8**

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010
**oberhalb des 90. Perzentil*

Exkurs: „Ernährungsverhalten“

In allen Lebensphasen ist das Ernährungsverhalten wichtig für die Gesundheit und das Wohlbefinden. Ernährung liefert dem Körper Energie und Nährstoffe und ist lebenswichtig für Wachstum, gesundheitliche Entwicklung sowie Aufrechterhaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Für eine optimale physische und geistige Entwicklung ist eine gesunde Ernährung vor allem im Kindes- und Jugendalter von besonderer Bedeutung. Im Umkehrschluss heißt das, dass Nährstoffdefizite in den ersten Lebensjahren Entwicklungsstörungen, beispielsweise in Form verminderter kognitiver Fähigkeiten, begünstigen. Zudem entwickeln sich bereits im Kindes- und Jugendalter die Präferenzen für bestimmte Ernährungsgewohnheiten, wodurch der Ernährungsweise in dieser Lebensphase auch für das Erwachsenenalter eine grundlegende Bedeutung zukommt. Verschiedene Forschungsbefunde und die Ergebnisse der KiGGS-Studie[21] belegen aber, dass die Ernährung vieler Kinder und Jugendlicher häufig einseitig und ungesund ist.[22]

[21] Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, durchgeführt durch das Robert-Koch-Institut
[22] RKI (2008): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

Anders als die bisherigen Auswertungen zur Kindergesundheit auf Basis der Schuleingangsuntersuchung im vorliegenden Gesundheitsbericht, ermöglicht die Familienbefragung einen Blick auf eine größere Altersspanne der Kinder. Während bei der Schuleingangsuntersuchung alle Kinder im schulfähigen Alter berücksichtigt sind, konzentriert sich die Familienbefragung auf Familien mit Kindern unter 18 Jahren und lässt eine altersspezifische Auswertung der Ergebnisse zu.

Der Verzehr von Obst und Gemüse

Obst und Gemüse liefern wertvolle Vitamine und viele Mineralstoffe und sollten daher in ausreichendem Maße verzehrt werden. Bei der Familienbefragung wurden die Eltern gefragt, wie oft ihr Kind Obst oder Gemüse isst. Das Ergebnis zeigt, dass insgesamt 70,3 % der befragten Eltern angeben, dass ihr Kind täglich Obst oder Gemüse verzehrt. Ein Viertel der Eltern gibt an, dass ihr Kind zumindest mehrmals in der Woche Obst oder Gemüse zu sich nimmt. Dabei zeigen sich deutlich altersgruppenspezifische Unterschiede.

Im frühen Kindesalter ist der Anteil der Kinder, die täglich Obst oder Gemüse essen, am höchsten. In der Altersgruppe der 3- bis unter 7-Jährigen verzehren mehr als 80% der Kinder täglich Obst oder Gemüse. Eine entscheidende Rolle für die hohen Anteilswerte in dieser Altersgruppe könnte hier der Besuch eines Kindergartens sein.

Der Anteil sinkt mit zunehmendem Alter. Bei den 12- bis unter 18-Jährigen essen nur noch etwa 60 % täglich Obst oder Gemüse.

Die Auswertung stellt zudem dar, dass der Migrationshintergrund und die soziale Lage Auswirkungen auf das Ernährungsverhalten haben.

In allen Altersgruppen liegt der Anteil der Kinder ohne Migrationshintergrund, die täglich Obst oder Gemüse zu sich nehmen, höher als bei den Kindern mit Migrationshintergrund. Am deutlichsten ist der Unterschied in der Altersgruppe der 3- bis unter 7-Jährigen zu erkennen. Lediglich zwei Drittel der Kinder mit Migrationshintergrund in dieser Altersgruppe verzehren nach Angaben der Eltern täglich Obst oder Gemüse, bei den Kindern ohne Migrationshintergrund sind es 87,5 %.

Der soziale Hintergrund der Familien wird an dieser Stelle über das Bildungsniveau der Eltern bestimmt. Dabei werden die Familien mit niedrigstem Bildungsniveau den Familien mit höchstem Bildungsniveau gegenübergestellt.

In allen Altersgruppen liegt der Anteil der Kinder aus bildungsfernen Familien unterhalb des Anteils der Familien mit höchstem Bildungsniveau. Am klarsten zeigt sich der Unterschied in der Altersklasse der 7- bis unter 12-Jährigen. Eltern mit höchstem Bildungsniveau geben zu etwa 90 % an, dass ihre Kinder in diesem Alter täglich Obst oder Gemüse essen, bei den Familien mit niedrigstem Bildungsniveau sind es nur knapp mehr als die Hälfte. Es zeigt sich aber auch bei der Betrachtung der Eltern mit höchstem Bildungshintergrund, dass Kinder

und Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren im Vergleich zu den anderen Altersgruppen häufiger auf Obst und Gemüse verzichten, wobei der Anteil mit 71,9 % in der Gruppe mit höchstem Bildungsniveau aber um etwa 10 Prozentpunkte über dem Durchschnittswert liegt.

Abbildung 21: Anteil der Kinder, die täglich Obst oder Gemüse essen nach Alter

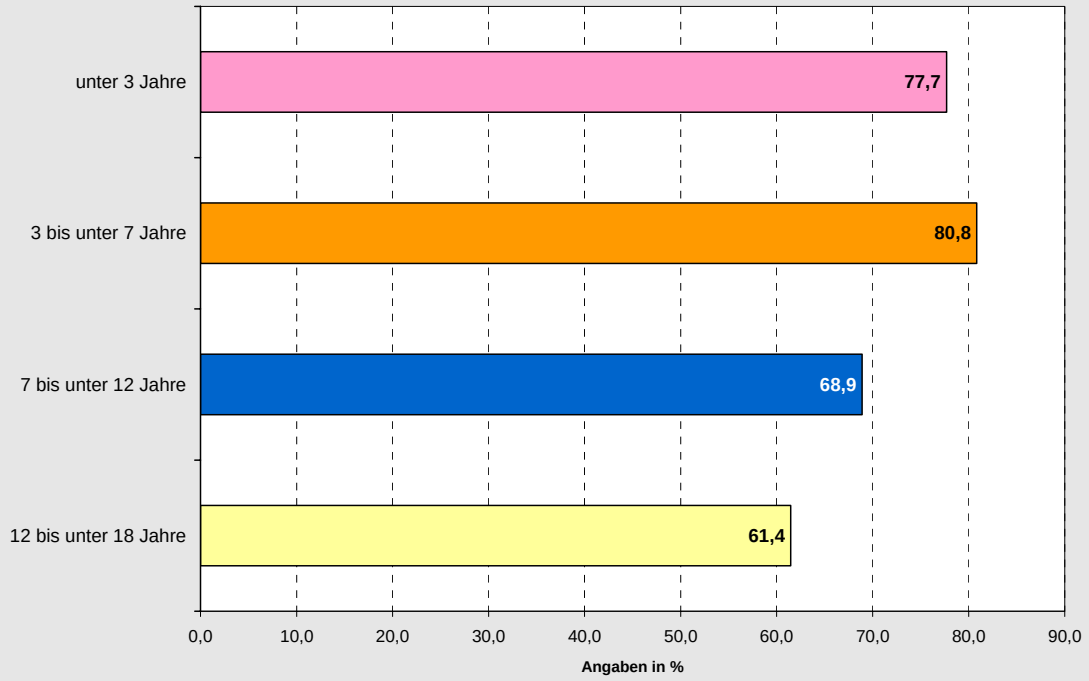
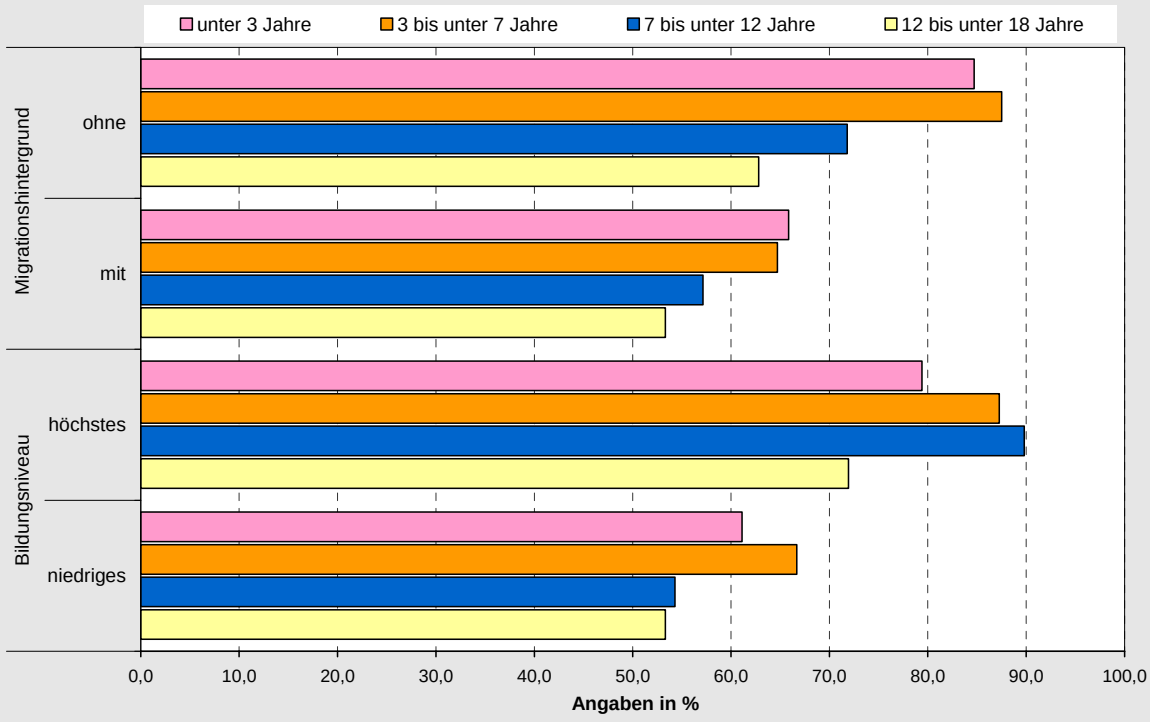


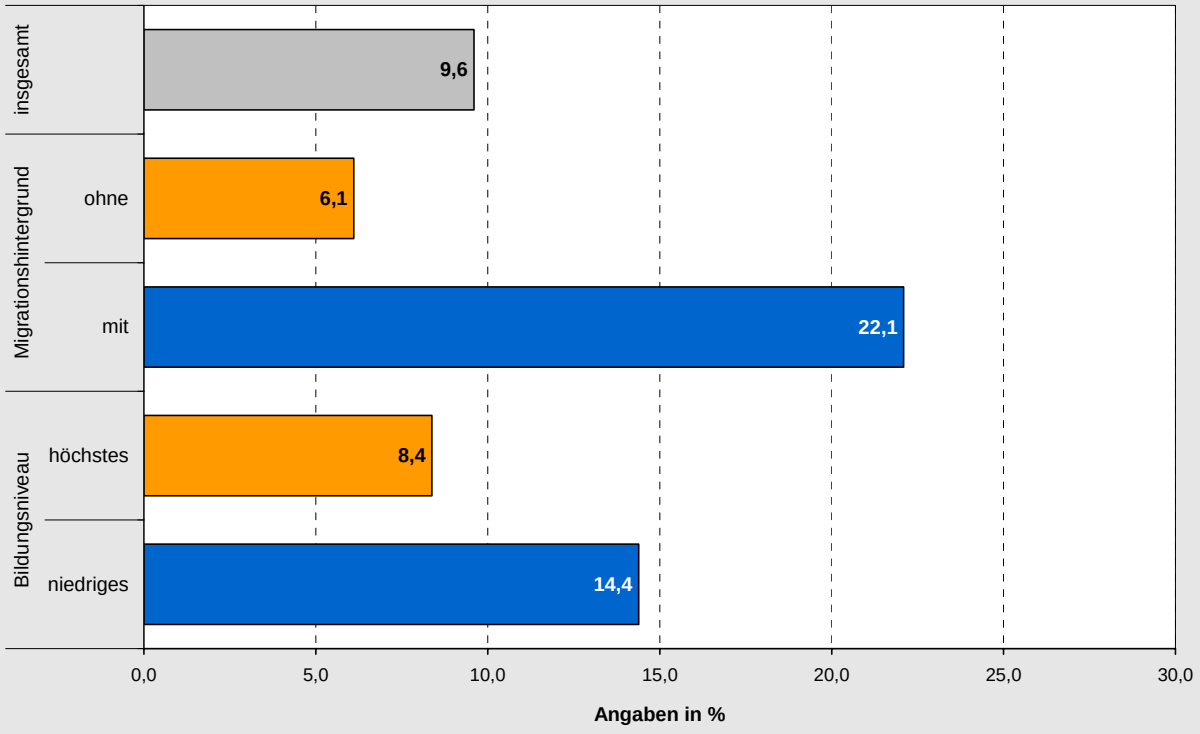
Abbildung 22: Anteil der Kinder, die täglich Obst oder Gemüse essen nach Alter, Migrationshintergrund und Bildungsniveau der Familien



Bei der Versorgung mit Lebensmitteln sind Kinder vor allem auf ihre Eltern angewiesen. Die Entwicklung und das große Angebot im Bereich von Fertig- und Fast-Food-Produkten haben vermutlich den Lebensmittelkonsum deutlich verändert. Im Rahmen der Familienbefragung wurde daher eine weitere Frage in Bezug auf die Ernährung gestellt. Und zwar wurden die Familien gefragt, ob sie Tipps zum Einkaufen oder zur Zubereitung gesunder Lebensmittel benötigen. Jede zehnte Familie hat diese Frage mit „ja“ beantwortet. Dabei ist vor allem der Anteil der Familien mit Migrationshintergrund hoch. Hier gibt fast jede vierte Familie an, dass sie Tipps benötige.

Auch bei der Auswertung dieser Frage nach dem Bildungsniveau der Familien zeigen sich deutliche Unterschiede. Von den Familien mit geringem Bildungshintergrund benötigen 14,4 % Hilfe beim Einkaufen und Zubereiten gesunder Lebensmittel, bei den Familien mit höchstem Bildungsniveau sind es 8,4 %.

Abbildung 23: Anteil der Familien, die angeben, Tipps zum Einkaufen oder zur Zubereitung gesunder Lebensmittel zu benötigen

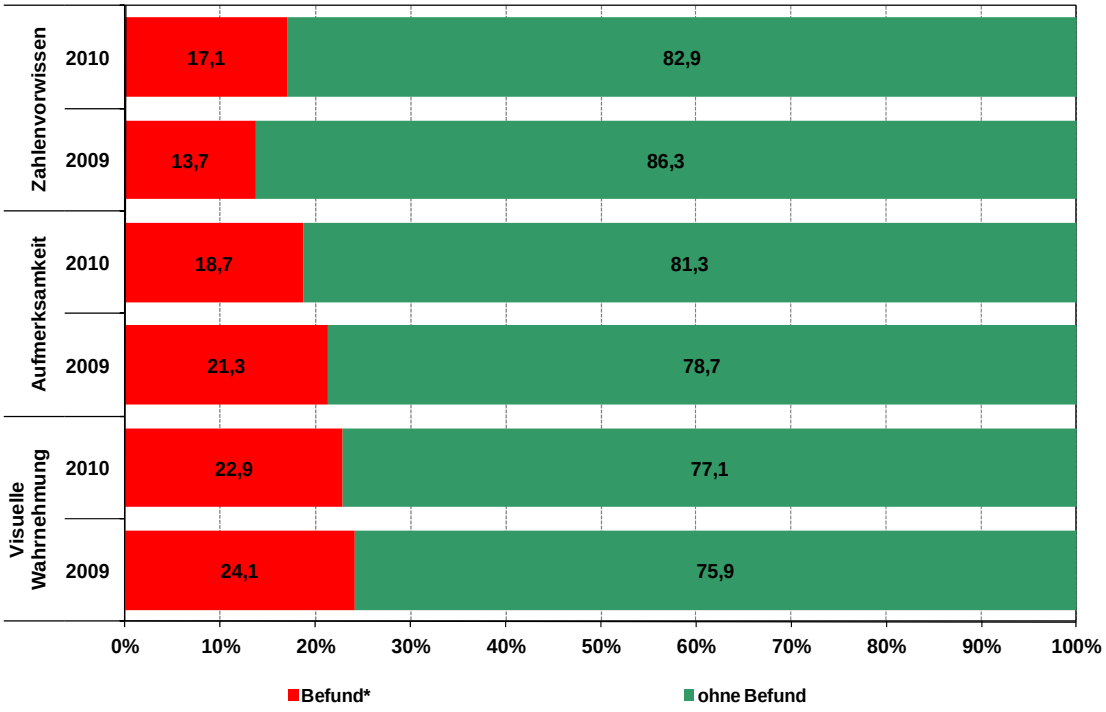


5.3 Visuelle Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Zahlenvorwissen

Für einen erfolgreichen Schulstart sind nicht nur die körperlichen und motorischen Entwicklungsvoraussetzungen von Bedeutung, sondern auch die kognitive Entwicklung und das Vorhandensein grundlegender Fertigkeiten im Bereich visuelle Wahrnehmung und Aufmerksamkeit. Diese schulrelevanten Kompetenzen werden ebenfalls im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung getestet. Dabei geht es um Fertigkeiten wie die Konzentrations- und Merkfähigkeit, um die Einordnung von Farben und Formen, das Erkennen von Größenunterschieden sowie Grundkenntnisse der Mengenlehre und des Zählens.

Im Folgenden werden für die Oberhausener Schulanfänger Ergebnisse der drei Bereiche Visuelle Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Zahlenvorwissen präsentiert, um einen Überblick über den Entwicklungsstand der Kinder in diesen Entwicklungsbereichen zu geben. Die Tests zur visuellen Wahrnehmung überprüfen dabei insbesondere die Fähigkeit zur Informationsverarbeitung und zum logischen Schlussfolgern, im Bereich Aufmerksamkeit geht es um die Konzentration und der Bereich Zahlenvorwissen überprüft das fehlerfreie Zählen und die simultane Mengenerfassung.

Abbildung 24: Visuelle Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Zahlenvorwissen im Zeitvergleich 2009 und 2010



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2009 und 2010
**in Behandlung/ Dauerdiagnose/ Arztüberweisung/ Befund ohne Maßnahme*

Im Zeitvergleich aller drei Kompetenzbereiche lässt sich in Abbildung 24 nur für das Zahlenvorwissen eine Verschlechterung erkennen. Im Jahr 2010 ist der Anteil der Kinder mit

Befund im Bereich Zahlenvorwissen gegenüber 2009 von 14 % auf 17 % des jeweiligen Schuleingangsjahrgangs angestiegen. Für die Bereiche visuelle Wahrnehmung und Aufmerksamkeit hingegen sind die Anteile der Kinder mit Befund jeweils gesunken.

Am weitesten verbreitet unter den Oberhausener Kindern sind Probleme im Bereich visuelle Wahrnehmung. 2010 wird für 23 % der Kinder in diesem Bereich eine Einschränkung diagnostiziert. Aufmerksamkeitsstörungen kamen bei 19 % der Kinder zum Tragen und das Zahlenvorwissen wurde für 17 % der Kinder als förderungswürdig eingestuft.

Betrachtet man genauer, welche Kinder häufiger Förderbedarf oder Probleme in diesen Kompetenzbereichen haben, zeigen sich für alle drei Bereiche zum Teil deutliche Unterschiede nach Geschlecht. Tabelle 8 lässt für Jungen durchweg einen höheren Anteil an Kindern mit Befund erkennen. Für den Bereich visuelle Wahrnehmung werden lediglich 73 % der untersuchten Jungen ohne Befund eingestuft. Unter den Mädchen liegt dieser Anteil mit 82 % fast zehn Prozentpunkte höher. Ebenso deutlich fallen die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen für den Bereich Aufmerksamkeit aus. Auch hier sind Mädchen (88%) erkennbar häufiger ohne Befund als Jungen (74%).

Neben den Unterschieden nach Geschlecht fallen auch die Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund ins Auge. Für den Bereich visuelle Wahrnehmung und Zahlenvorwissen sind die Unterschiede zudem stärker ausgeprägt als die dargestellten Unterschiede nach Geschlecht. Unter den Kindern mit Migrationshintergrund wird im Bereich visuelle Wahrnehmung für 31 %, im Bereich Aufmerksamkeit für 25 % und bezüglich des Zahlenvorwissens für 24 % der untersuchten Kinder eine (noch) nicht altersgerechte Entwicklung nachgewiesen.

Auch für das dritte Differenzierungsmerkmal, der Dauer des KTE-Besuchs der Schulanfänger, weist Tabelle 8 erhebliche Differenzen aus. Mit einer Dauer des KTE-Besuchs von mehr als zwei Jahren nimmt für alle drei Diagnosebereiche der Anteil der Kinder ohne Befund zu. Offensichtlich kann der KTE-Besuch auftretende Entwicklungsdefizite rechtzeitig aufdecken und helfen, diese noch vor dem Schuleingang zu kompensieren. Kinder ohne KTE-Besuch oder mit einem KTE-Besuch von weniger als einem Jahr hingegen haben überdurchschnittlich häufig zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung noch Defizite in diesen Kompetenzbereichen, insbesondere beim Zahlenvorwissen.

Sozialräumlich lässt sich keine eindeutige Konzentration der Kinder mit Problemen in den betrachteten Kompetenzbereichen erkennen, aber in Oberhausen-Mitte/Styrum liegen für alle drei Bereiche die Anteilswerte mit Befund oberhalb des städtischen Durchschnitts. Deutlich positiver stellt sich die Situation in Sterkrade-Nord dar. Hier finden sich für die Bereiche Aufmerksamkeit und Zahlenvorwissen stadtweit jeweils die höchsten Anteile an Kindern ohne Befund (jeweils 88%).

Tabelle 8: Visuelle Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Zahlenvorwissen nach sozialstrukturellen Merkmalen 2010

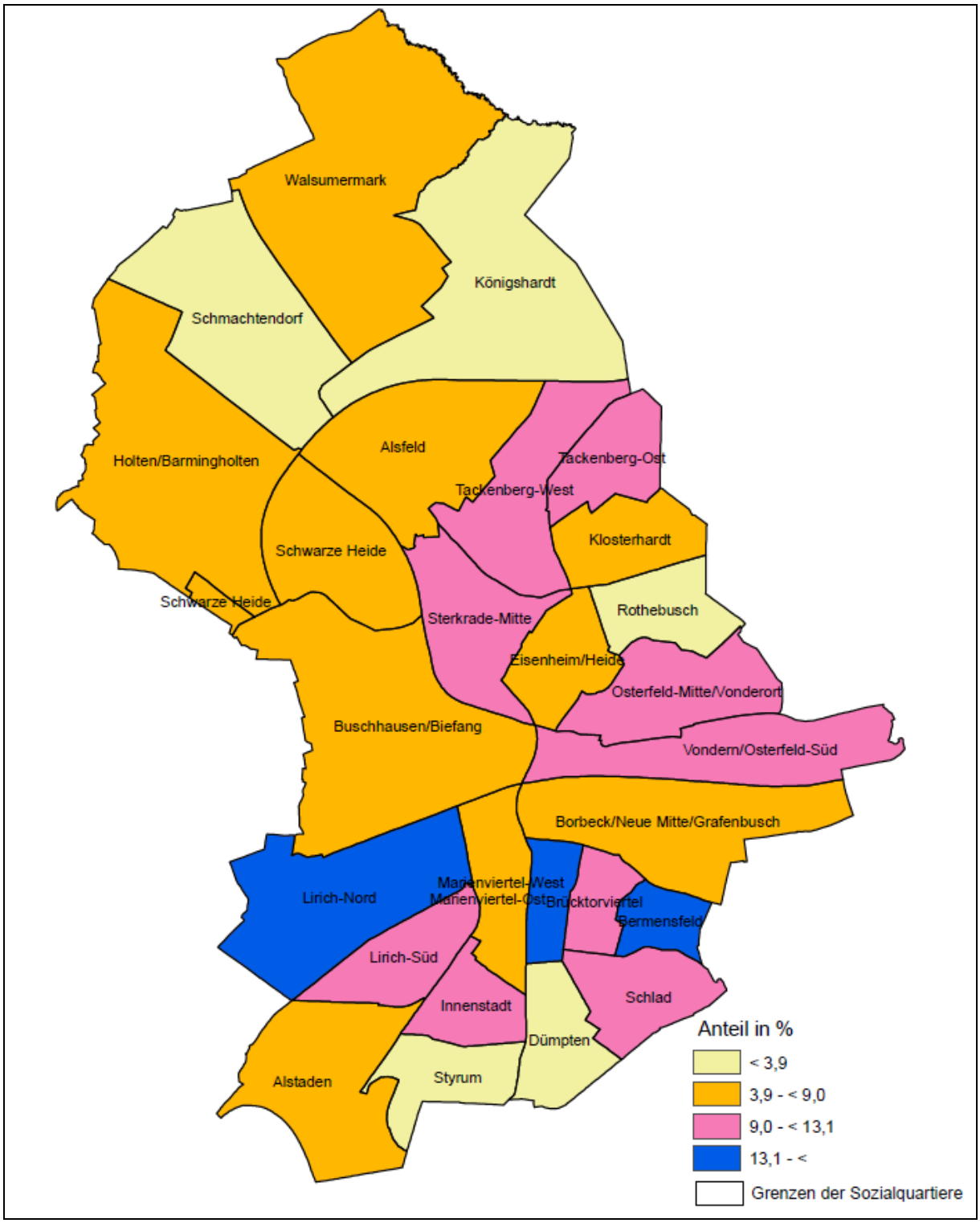
	Visuelle Wahrnehmung		Aufmerksamkeit		Zahlenvorwissen	
	ohne Befund	Befund*	ohne Befund	Befund*	ohne Befund	Befund*
	in %					
nach Geschlecht						
männlich	72,5	27,5	74,1	25,9	80,1	19,9
weiblich	81,5	18,5	88,3	11,7	85,6	14,4
nach Migrationshintergrund						
Kinder ohne Migrationshintergrund	80,2	19,8	83,8	16,2	85,6	14,4
Kinder mit Migrationshintergrund	69,4	30,6	75,2	24,8	76,2	23,8
nach Dauer des KTE-Besuchs						
kein Besuch od. weniger als ein Jahr	69,4	30,6	72,2	27,8	69,4	30,6
ein bis zwei Jahre	50,0	50,0	60,9	39,1	66,1	33,9
mehr als zwei Jahre	79,2	20,8	83,0	17,0	84,4	15,6
nach Sozialräumen						
Oberhausen-Mitte/Styrum	74,3	25,7	77,7	22,3	80,3	19,7
Oberhausen-Ost	83,2	16,8	83,5	16,5	81,9	18,1
Alstaden/Lirich	80,3	19,7	81,6	18,4	79,9	20,1
Sterkrade-Mitte	73,8	26,2	77,7	22,3	82,9	17,1
Sterkrade-Nord	76,4	23,6	88,2	11,8	87,8	12,2
Osterfeld	75,4	24,6	80,3	19,7	83,6	16,4
Stadt Oberhausen	**77,1**	**22,9**	**81,3**	**18,7**	**82,9**	**17,1**

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010
**in Behandlung/ Dauerdiagnose/ Arztüberweisung/ Befund ohne Maßnahme*

Auf Quartiersebene wurden wiederum verschiedene Diagnosebereiche zusammengefasst und ein summierter Anteilswert der Mehrfachbefunde ausgewiesen (vgl. Karte 7). Dargestellt wird der Anteil der Kinder mit Befund in den Bereichen Visuelle Wahrnehmung und Zahlenvorwissen und zusätzlich Kinder mit visuomotorischen Problemen (vgl. Kapitel 5.1).

Eine solche Kumulation ist sichtbar seltener verbreitet als die Einzelbefunde. D.h. Kinder haben seltener Probleme in verschiedenen Kompetenzbereichen gleichzeitig und Mehrfachkumulationen von Befunden über Kompetenzbereiche hinweg sind die Ausnahme. Dennoch gab es in der Stadt Oberhausen im Jahr 2010 insgesamt unter den untersuchten Schulanfängern 9 %, die sowohl Probleme in der visuellen Wahrnehmung als auch ein unzureichendes Zahlenvorwissen und zugleich Auffälligkeiten in der Visuomotorik, z.B. in der Feinmotorik oder Auge-Hand-Koordination, hatten. Eine überdurchschnittliche Häufung zeigt sich hier wiederum für das Quartier Bermensfeld, aber auch in den Quartieren Marienviertel-Ost und Lirich-Nord liegen die Anteilswerte über dem städtischen Durchschnitt.

Karte 7: Kinder mit Auffälligkeiten im Bereich Visuelle Wahrnehmung, Visuomotorik und Zahlenvorwissen nach Quartier 2010



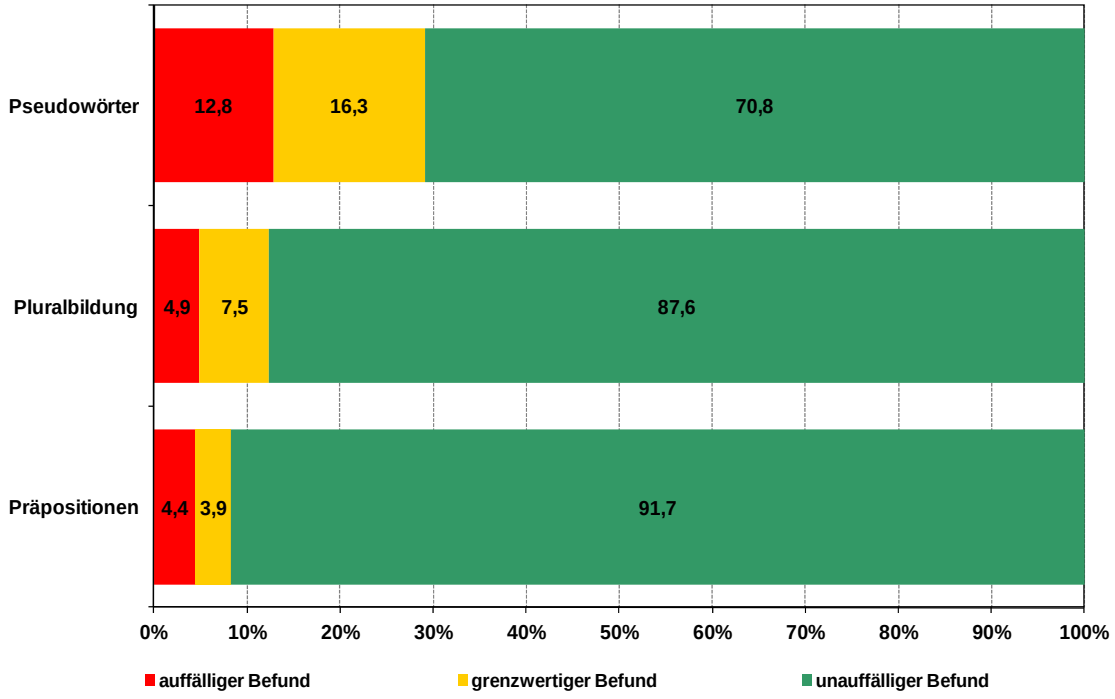
Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010
Anmerkung: in den Quartieren Marienviertel-West (29 Fälle) und Vondern/Osterfeld-Süd (28) basieren die Angaben auf weniger als 30 Fällen.

5.4 Sprachentwicklung

Für den Diagnosebereich Sprachentwicklung werden in der Schuleingangsuntersuchung sowohl Sprachstörungen und die Sprachkompetenz für alle Kinder als auch die Deutschkenntnisse bei Kindern mit Migrationshintergrund untersucht. Eine altersgerechte Sprachentwicklung ist eine der wesentlichsten Grundvoraussetzungen für erfolgreiches Lernen und die soziale Integration in der Schule. Im Folgenden werden die Ergebnisse der allgemeinen Sprachtests nur für Kinder ohne Migrationshintergrund dargestellt, da die Ergebnisse für Kinder mit Migrationshintergrund durch unzureichende Deutschkenntnisse zum Teil verzerrt werden können und ein direkter Vergleich nicht möglich ist[23].

Im Unterschied zu den vorangegangenen Diagnosebereichen wird nicht nur die zusammenfassende Bewertung des untersuchenden Arztes betrachtet, sondern differenzierter auf die Ergebnisse unterschiedlicher Sprachtests eingegangen. Die Bewertung der Sprachtests erfolgt nach standardisierten Cut-off-Werten nach SOPESS, die anhand der Kategorien „auffälliger Befund“, „grenzwertiger Befund“, „unauffälliger Befund“ zusammengefasst werden. Ein Zeitvergleich ist nicht möglich, da 2009 und 2010 ein unterschiedlicher Bewertungsstandard zugrunde liegt.

Abbildung 25: Ergebnisse der Sprachtests für Kinder ohne Migrationshintergrund 2010



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010

[23] Für Kinder ohne angemessene Deutschkenntnisse wird daher auch ein gesondertes Vorgehen im SOPESS empfohlen.

Getestet werden die Fähigkeiten zur Pluralbildung und Präpositionen und das Nachsprechen von Pseudowörtern, um Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung zu erkennen. Unter den Oberhausener Kindern ohne Migrationshintergrund gibt es bezüglich der Fähigkeiten zur Pluralbildung und Präpositionen mit 4,9 bzw. 4,4 % nur selten Kinder mit auffälligem Befund und auch der Anteil der Kinder mit grenzwertigem Befund ist mit 3,9 % bzw. 7,5 % vergleichsweise niedrig. Insgesamt wird in diesen beiden Tests der übergroßen Mehrheit der Kinder eine altersgerechte unauffällige Sprachfähigkeit bescheinigt. Deutlich höher fällt der Anteil der Kinder mit auffälligem Befund beim Nachsprechen von Pseudowörtern aus. Hier zeigen 12,8 % der untersuchten Kinder einen auffälligen Befund und 16,3 % einen grenzwertigen Befund (vgl. Abbildung 25).

Betrachtet man die auf den Tests beruhenden zusammenfassenden Bewertungen der Sprachentwicklung im Überblick nach sozialstrukturellen Merkmalen, fallen, wie schon bei den Bereichen Visuelle Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Zahlenvorwissen, wiederum Jungen mit einem höheren Anteil an Auffälligkeiten auf. Für zwei von fünf Jungen werden Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung diagnostiziert. Für Mädchen liegt dieser Anteilswert etwa elf Prozentpunkte niedriger (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Einschätzung der Sprachentwicklung für Kinder ohne Migrationshintergrund 2010

	Sprache allgemein*	
	ohne Befund	Befund**
	in %	
nach Geschlecht		
männlich	60,5	39,5
weiblich	71,1	28,9
nach Dauer des KTE-Besuchs		
kein Besuch od. weniger als ein Jahr	/	/
ein bis zwei Jahre	50,0	50,0
mehr als zwei Jahre	67,2	32,8
nach Sozialräumen		
Oberhausen-Mitte/Styrum	62,7	37,3
Oberhausen-Ost	63,5	36,5
Alstaden/Lirich	63,9	36,1
Sterkrade-Mitte	66	34
Sterkrade-Nord	74,4	25,6
Osterfeld	63,3	36,7
Kinder ohne Migrationshintergrund in Oberhausen, insg.	**65,9**	**34,1**

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010
/ Gruppe unter 20 Fälle
**Einschätzung des Arztes auf Basis der Tests zu Präpositionen, Pluralbildung, Nachsprechen von Pseudowörtern*
***in Behandlung/ Dauerdiagnose/ Arztüberweisung/ Befund ohne Maßnahme*

Nach den bisherigen Ergebnissen verwundert es nicht, dass auch für die Sprachentwicklung ein Zusammenhang zwischen der Dauer des KTE-Besuchs und dem Auftreten von Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung zu erkennen ist. Unter den Kindern ohne Migrationshintergrund, die mehr als zwei Jahre eine KTE besucht haben, liegt der Anteil an Kindern ohne Befund hinsichtlich der Sprachentwicklung um 17 Prozentpunkte über dem Wert für Kinder mit ein- bis zweijährigem KTE-Besuch. Sozialräumlich lässt sich lediglich für Sterkrade-Nord eine größere Abweichung der Kinder ohne Befund vom stadtweiten Durchschnitt und damit überdurchschnittliche Anteilswerte von Kindern ohne Auffälligkeiten erkennen.

Für Kinder mit Migrationshintergrund sind es insbesondere mangelnde Deutschkenntnisse, die es besonders schwierig machen können, dem Unterricht zu folgen und erfolgreich zu lernen. Daher wird für Kinder mit Migrationshintergrund im Folgenden der Fokus auf Probleme mit der deutschen Sprache gelegt. Zudem wird etwas genauer betrachtet, für welche Kinder mit Migrationshintergrund ein Sprachförderbedarf empfohlen wird.

Die Deutschkenntnisse der Kinder mit Migrationshintergrund wurden in den Jahren 2009 und 2010 anhand identischer Skalen bewertet, wodurch ein Zeitvergleich möglich ist. Zur Bewertung wird eine Skala mit fünf Ausprägungen[24] verwendet, die in Tabelle 10 zu drei Ausprägungen zur Beschreibung der Deutschkenntnisse zusammengefasst sind.

Insgesamt zeigt sich im Zeitvergleich eine Verbesserung in der Beherrschung der deutschen Sprache für Kinder mit Migrationshintergrund, auch wenn sich diese Verbesserung noch nicht in einem insgesamt deutlich niedrigeren Anteil an Kindern mit der Empfehlung zur Sprachförderung in Deutsch niederschlägt. Die Tabelle lässt aber in der letzten Zeile entlang der Bewertungsskala von 2009 auf 2010 eine Verschiebung der Anteilswerte nach links erkennen. D.h. im Jahr 2009 wurden noch für 27,9 % der Kinder mit Migrationshintergrund kaum bzw. keine oder lediglich radebrechende Deutschkenntnisse erhoben. Im Jahr 2010 lag dieser Anteil „nur“ noch bei 15,5 %. Auf der anderen Seite wird 2010 48,7 % der Kinder mit Migrationshintergrund flüssige und fehlerfreie Deutschkenntnisse bzw. Deutschkenntnisse mit leichten Fehlern bescheinigt. Im Jahr 2009 lag dieser Anteil lediglich bei 30,6 %. Für Jungen und Mädchen stellen sich diese Entwicklungen recht ähnlich dar, auch wenn Mädchen offenbar von den Verbesserungen im Zeitvergleich etwas stärker profitiert haben.

Betrachtet man die Deutschkenntnisse nach Dauer des Kindergartenbesuchs, haben insbesondere die Kinder mit längerem Kindergartenbesuch von mehr als zwei Jahren eine überproportionale Verbesserung in der deutschen Sprache erreicht. Die Kinder dieser Einschulungsjahre wurden als erste durch die gesetzliche verankerte Sprachstandserhebung (Delfin 4, 2007) erfasst und erhielten eine verpflichtende Förderung. Diese Maßnahme scheint Wirkung zu zeigen. Dennoch wird weiterhin für mehr als die Hälfte der Schulanfänger

[24] Die Ausprägungen sind „fehlerfrei und flüssig“, „flüssig, leichte Fehler“, „flüssig, erhebliche Fehler“, „radebrechende“, „kaum/keine“ Deutschkenntnisse.

zum Zeitpunkt des Schuleingangs noch weiterer Förderbedarf in Deutsch gesehen. Auch im Jahr 2010 liegt dieser Anteil noch bei 58,3 %.

Tabelle 10: Deutschkenntnisse und Bedarf an Sprachförderung von Kindern mit Migrationshintergrund nach sozialstrukturellen Merkmalen 2009 und 2010

	Deutschkenntnisse						Bedarf an Sprachförderung in Deutsch	
	flüssig, fehlerfrei od. leichte Fehler		flüssig, erhebliche Fehler		kaum, keine od. radebrechend			
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
	in %							
nach Geschlecht								
männlich	29,9	45,3	43,9	39,4	26,2	15,3	59,3	59,7
weiblich	31,4	51,8	38,9	32,4	29,6	15,8	62,1	56,9
nach Dauer des KTE-Besuchs								
kein Besuch od. weniger als ein Jahr	/	/	/	/	/	/	/	/
ein bis zwei Jahre	21,4	25,5	34,7	45,5	43,9	29,1	78,6	75,0
mehr als zwei Jahre	34,8	52,6	44,4	35,2	20,5	12,2	54,8	55,0
Kinder mit Migrationshintergrund in der Stadt Oberhausen	**30,6**	**48,7**	**41,5**	**35,8**	**27,9**	**15,5**	**60,7**	**58,3**

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen2009, 2010
Migrationshintergrund: nichtdeutsche Staatsangehörigkeit oder Erstsprache in der Familie nicht deutsch.
/ Gruppe unter 20 Fälle

Da die Bevölkerung mit Migrationshintergrund in der Stadt Oberhausen sozialräumlich sehr unterschiedlich verteilt ist, gilt ein weiterer Blick den sozialräumlichen Unterschieden der Deutschkenntnisse von Kindern mit Migrationshintergrund (vgl. Tabelle 11). Verbesserungen der Deutschkenntnisse in der oben beschriebenen Art lassen sich besonders für den Sozialraum Oberhausen-Ost, aber auch in Alstaden/Lirich und Osterfeld erkennen. In Sterkrade-Nord hingegen und Oberhausen-Mitte/Styrum sind nicht so deutliche Verbesserungen gegenüber 2009 festzustellen. In beiden Sozialräumen ist zwar der Anteil der Kinder mit keinen oder radebrechenden Deutschkenntnissen anteilig kleiner geworden, aber lediglich zugunsten der Gruppe mit einer mittleren Bewertung der Deutschkenntnisse. Insgesamt gesehen bleibt der Anteil der Kinder mit Sprachförderbedarf in Deutsch in Oberhausen-Mitte/Styrum im Stadtvergleich zudem am höchsten (und ist von 2009 zu 2010 sogar noch größer geworden). Auch in Osterfeld liegt der Anteil trotz Verbesserung noch bei einem deutlich überdurchschnittlichen Wert.

Tabelle 11: Deutschkenntnisse und Bedarf an Sprachförderung von Kindern mit Migrationshintergrund nach Sozialräumen 2009 und 2010

	Deutschkenntnisse						Bedarf an Sprachförderung in Deutsch	
	flüssig, fehlerfrei od. leichte Fehler		flüssig, erhebliche Fehler		kaum, keine od. radebrechend			
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
	in %							
nach Sozialräumen								
Oberhausen-Mitte/Styrum	33,7	35,4	38	45,6	28,3	19	55,8	69,6
Oberhausen-Ost	26,9	62,8	32,7	24,4	40,4	12,8	59,6	41,8
Alstaden/Lirich	27,6	54,1	43,7	31,1	28,7	14,8	59,1	51,6
Sterkrade-Mitte	31,8	47,1	45,9	35,8	22,4	16,8	60,2	56,7
Sterkrade-Nord	41	35,1	43,6	51,4	15,4	13,5	38,5	56,4
Osterfeld	28,1	50,8	42,1	34,1	29,8	15,2	73,3	65,7
Kinder mit Migrationshintergrund in Oberhausen insg.	**30,6**	**48,7**	**41,5**	**35,8**	**27,9**	**15,5**	**60,7**	**58,3**

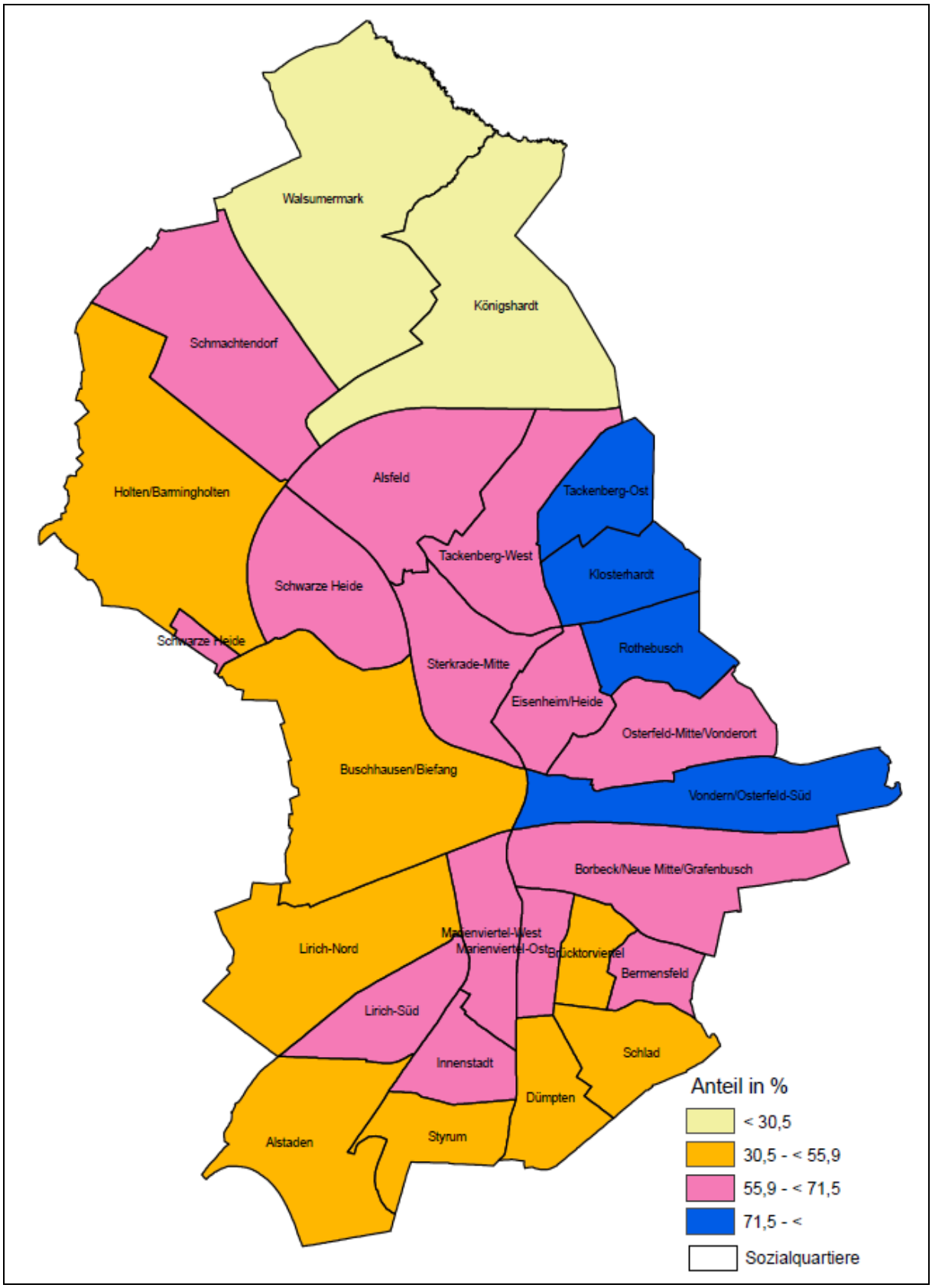
Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2009 und 2010
Migrationshintergrund: nichtdeutsche Staatsangehörigkeit oder Erstsprache in der Familie nicht deutsch./ Gruppe unter 20 Fälle

Eine differenziertere sozialräumliche Betrachtung des Anteils der Kinder mit Migrationshintergrund mit Sprachförderbedarf in Deutsch ist aufgrund der zum Teil geringen Fallzahlen in den Quartieren nur als Mittel über mehrere Jahre möglich. Veränderungen in den letzten Jahren kommen daher nur mittelbar zum Tragen. Dennoch soll auf diese Darstellung an dieser Stelle nicht verzichtet werden.

In den einzelnen Quartieren sind die Anteile der Kinder mit Migrationshintergrund, die einen Sprachförderbedarf in Deutsch haben, sehr unterschiedlich (vgl. Karte 8). Es lässt sich aber eine leichte räumliche Konzentration erkennen. So finden sich Quartiere mit hohen Anteilen an Migrantenkindern mit Sprachförderbedarf in Deutsch von mehr als 71,5 % besonders im Osten der Stadt. Dabei handelt es sich um die Quartiere Tackenberg-Ost, Klosterhardt, Rothebusch und Vondern/Osterfeld-Süd. Der Maximalwert für die Stadt Oberhausen wird dabei in Tackenberg-Ost (82,1%) erreicht. Ausgesprochen niedrig hingegen sind die Anteile der Kinder mit Förderbedarf in den Quartieren im Norden der Stadt. Die entsprechenden Anteile erreichen in Königshardt einen Minimalwert von 13,3 % und in Walsumer Mark einen ebenfalls recht niedrigen Anteilswert von 30,4 %.

Diese ausgeprägte Ungleichverteilung innerhalb der Stadt macht die Bedeutung einzelner KTE-Standorte innerhalb der Gebiete mit höherem Sprachförderbedarf besonders deutlich. Tabelle 10 hat gezeigt, dass sich insbesondere bei einem längeren KTE-Besuch positive Effekte auf die Beherrschung der deutschen Sprache erkennen lassen.

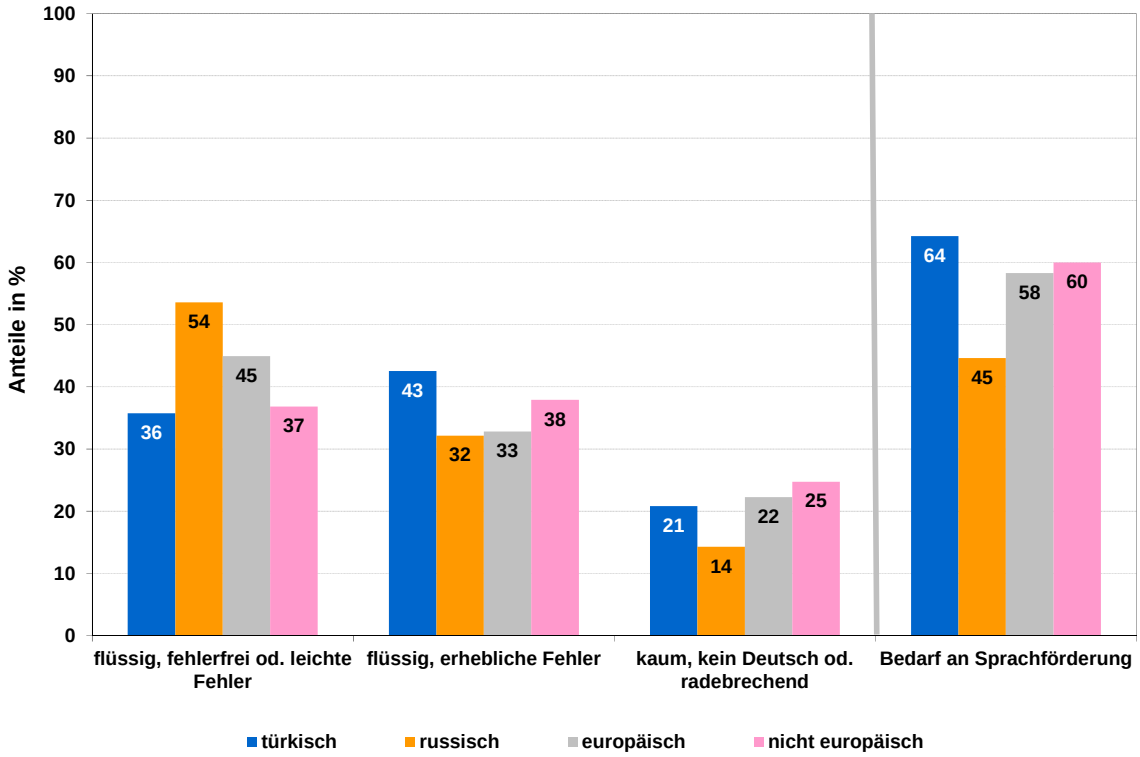
Karte 8: Kinder mit Migrationshintergrund und Sprachförderbedarf nach Quartier 2008 bis 2010



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010 Anmerkung: in den Quartieren Borbeck/Neue Mitte/Grafenbusch, Walsumer Mark, Vondern/Osterfeld-Süd und Rothebusch basieren die Angaben auf weniger als 30 Fällen.

Abbildung 26 weist abschließend aus, ob sich die Kenntnis der deutschen Sprache und der Anteil der Kinder mit Sprachförderbedarf nach Erstsprache in der Familie unterscheiden. Es werden die beiden größten Migrantengruppen ausgewiesen, d.h. Kinder mit türkischer und russischer Erstsprache und alle anderen Kinder werden in zwei weitere Gruppen nach europäischer und nicht europäischer Erstsprache zusammengefasst betrachtet. Um Verzerrungen durch kleinere Fallzahlen auszugleichen, werden auch hier Ergebnisse der Jahre 2009 und 2010 gemittelt.

Abbildung 26: Deutschkenntnisse und Sprachförderbedarf von Kindern mit Migrationshintergrund nach Erstsprache in der Familie 2009/ 2010



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2009, 2010 / Mittel der Jahre 2009 und 2010

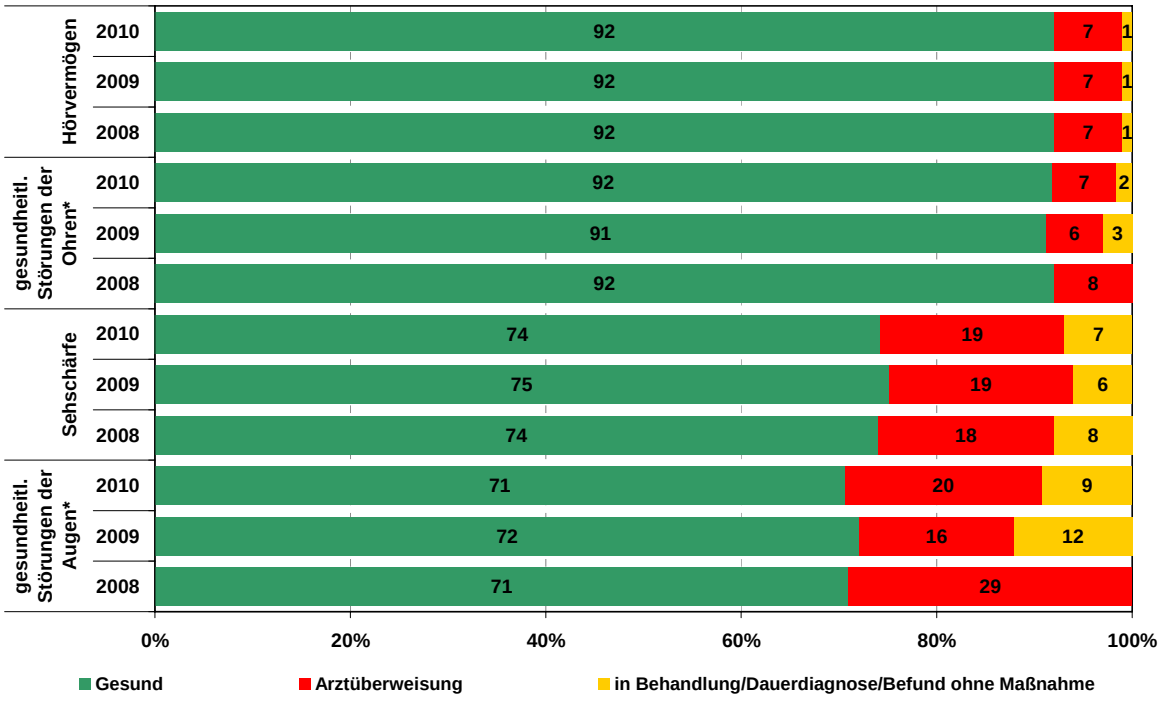
Es zeigt sich, dass insbesondere türkische Kinder (64%) und Kinder mit einer nichteuropäischen Erstsprache (60%) überdurchschnittlich häufig Bedarf an Sprachförderung haben. Aber auch unter Kindern mit einer europäischen Erstsprache haben zum Zeitpunkt des Schuleingangs noch mehr als die Hälfte einen Bedarf an deutscher Sprachförderung. Lediglich unter russisch sprechenden Kindern liegt dieser Anteil unter der 50-Prozent-Marke. Bei allen Sprachgruppen geht es aber häufiger darum, trotz flüssigen Sprechens erhebliche Fehler des Sprachgebrauchs auszugleichen. Dies betrifft insbesondere die Gruppe der türkisch sprechenden Kinder. Darüber hinaus finden sich in allen betrachteten Sprachgruppen noch zwischen 14 % (russisch) und 25 % (nicht europäisch) der Kinder, die kaum, kein oder nur radebrechend Deutsch reden können. Gerade für diese Kinder ist die Förderung in der deutschen Sprache besonders wichtig, um in der Schule und nach dem Schuleingang die Chancen für ein erfolgreiches Lernen deutlich zu verbessern.

5.5 Hören und Sehen

Grundvoraussetzung für ein erfolgreiches Lernen sind nicht nur schulrelevante Kompetenzen der unterschiedlichsten Art. Darüber hinaus können auch gesundheitliche Einschränkungen oder Störungen die Entwicklung der Kinder beeinflussen. Daher wird in der Schuleingangsuntersuchung auch das Seh- und Hörvermögen der Kinder überprüft, um eventuell zu behandelnde Störungen aufzudecken und ihnen frühzeitig zu begegnen.

Die Überprüfung des Sehvermögens betrifft dabei unterschiedliche Bereiche, wie die Sehschärfe, das räumliche Sehen oder das Farbsehvermögen. Zudem wird erfasst, ob bereits eine Brille getragen wird. Auch das Hörvermögen wird über mehrere Komponenten erfasst. In den Ergebnissen wird dann unterschieden zwischen gesundheitlichen Störungen, die diagnostiziert wurden und dem Hörvermögen bzw. der Sehschärfe. Da sich für diese Diagnosearten der Erhebungsstandard nicht geändert hat, können Ergebnisse für die Zeitpunkte 2008[25], 2009 und 2010 betrachtet werden (vgl. Abbildung 27).

Abbildung 27: Hör- und Sehvermögen im Zeitvergleich 2008, 2009 und 2010



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2008, 2009, 2010
** für 2008: Unterscheidung zwischen Befund/ ohne Befund*

Für das Hörvermögen zeigt sich übergreifend eine recht gleichförmige Verteilung. Es sind in allen drei betrachteten Jahren 7 % der Kinder, die aufgrund eines Befundes zum Arzt

[25] Für das Jahr 2008 wird für gesundheitliche Störungen der Ohren und der Augen nur zwischen „Befund“ und „ohne Befund“ unterschieden.

überwiesen werden und ein weiteres Prozent der Kinder, die bereits in Behandlung sind oder für die keine weiteren Maßnahmen notwendig sind. Diese Anteile decken sich weitgehend mit dem Anteil der Kinder, die gesundheitliche Störungen des Ohrs aufweisen.

Etwas differenzierter sieht das Bild bezüglich des Sehvermögens aus, obgleich sich auch hier keine wesentlichen Unterschiede im Vergleich der drei Jahre erkennen lassen. Da bei einer Einschränkung der Sehschärfe oder anderer gesundheitlicher Störungen des Auges eine frühzeitige Behandlung häufig einen Ausgleich der Leistungsfähigkeit gewährleisten kann, werden auch die Anteile der Kinder mit einer Arztüberweisung dokumentiert.

Störungen bzw. Einschränkungen des Sehvermögens sind unter Schulanfängern verbreiteter als Störungen des Hörvermögens. Für jeweils etwa drei von vier Kindern der einzelnen Schulanfängerkohorten wird die Sehschärfe als unbedenklich bewertet. Unter dem restlichen Viertel mit diagnostiziertem Befund wird in den Jahren 2009 und 2010[26] für den größeren Anteil eine Arztüberweisung ausgesprochen. D.h. es gibt eine Einschränkung der Sehschärfe, die noch nicht behandelt wird bzw. es ist eine weitere Behandlung empfohlen.

Nicht alle diagnostizierten Einschränkungen der Sehschärfe sind darauf zurückzuführen, dass lediglich eine Brille angeraten ist. Ein Teil der Kinder trägt zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung bereits eine Brille und dennoch wird ein Arztbesuch empfohlen (vgl. Tabelle 12). Bei einem Befund bei Kindern ohne Brille wird den Eltern der betroffenen Kinder aber fast immer nahegelegt, einen Arzt aufzusuchen.

Tabelle 12: Einschränkungen der Sehschärfe mit Brille 2010

	Sehschärfe		
	ohne Befund	Befund mit Arztüberweisung	Befund ohne Überweisung*
	in %		
Brillenträger/in			
ja	10,4	31,1	58,5
nein	82,2	17,4	0,4

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010
**in Behandlung/ Dauerdiagnose/ Befund ohne Maßnahme*

Betrachtet man das Hörvermögen und die Sehschärfe nach sozialstrukturellen und sozialräumlichen Merkmalen, zeigen sich insgesamt vergleichsweise geringe Unterschiede zwischen den betrachteten Gruppen (vgl. Tabelle 13). Für die Einschätzung des Hörvermögens fällt lediglich eine anteilig höhere Betroffenheit von Befunden für Kinder mit Migrationshintergrund auf. Sozialräumlich sticht Sterkrade-Nord mit einem besonders geringen Anteil an Kindern mit Befund bezüglich des Hörvermögens hervor.

[26] Im Jahr 2008 wurde nur zwischen den Kategorien „Befund“ oder „ohne Befund“ unterschieden.

Für den Bereich Sehschärfe interessieren hier insbesondere die Anteile der Kinder, für die ein Befund mit Arztüberweisung ausgesprochen wurde. Auch hier sind mit 23 % Kinder mit Migrationshintergrund häufiger vertreten als Kinder ohne Migrationshintergrund (17%). Zudem zeigt sich ein positiver Effekt der Dauer des KTE-Besuchs. Ein längerer Besuch einer KTE wirkt offenbar in diesem Bereich positiv auf das Vorsorgeverhalten der Eltern, so dass Einschränkungen der Sehschärfe bereits vor der Einschulung wahrgenommen werden und eine entsprechende Behandlung veranlasst wird.

Tabelle 13: Hör- und Sehvermögen nach sozialstrukturellen Merkmalen 2010

	Hörvermögen		Sehschärfe		
	ohne Befund	Befund*	ohne Befund	Befund mit Arztüber-weisung	Befund ohne Über-weisung**
	in %				
nach Geschlecht					
männlich	93	7	75	19	6
weiblich	91	9	74	19	8
nach Migrationshintergrund					
Kinder ohne Migrationshintergrund	94	6	76	17	7
Kinder mit Migrationshintergrund	87	13	71	23	6
nach Dauer des KTE-Besuchs					
kein Besuch od. weniger als ein Jahr	92	8	63	34	3
ein bis zwei Jahre	80	20	66	27	8
mehr als zwei Jahre	93	7	75	18	7
nach Sozialräumen					
Oberhausen-Mitte/Styrum	93	7	77	20	3
Oberhausen-Ost	92	8	70	24	6
Alstaden/Lirich	91	8	76	18	6
Sterkrade-Mitte	90	10	73	19	9
Sterkrade-Nord	96	4	80	14	7
Osterfeld	91	9	72	19	9
Stadt Oberhausen	**92**	**8**	**74**	**19**	**7**

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010
**in Behandlung/ Dauerdiagnose/ Arztüberweisung/ Befund ohne Maßnahme*
***in Behandlung/ Dauerdiagnose/Befund ohne Maßnahme*

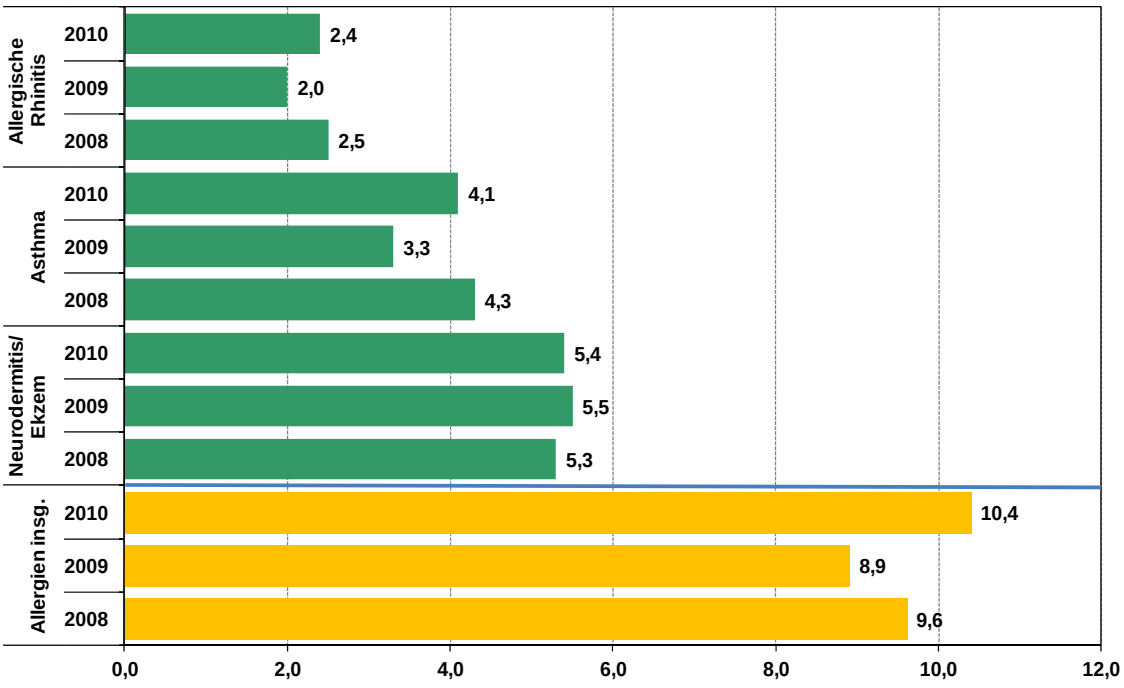
Betrachtet man Unterschiede zwischen den Sozialräumen, so findet sich wiederum in Sterkrade-Nord der höchste Anteil an Kindern ohne Befund (80%). Kinder mit Befund leben anteilig häufiger in Oberhausen-Ost und unter diesen ist auch der Anteil derjenigen, für die eine Arztüberweisung ausgesprochen wird, mit 25 % am größten. Zusammenfassend muss aber angemerkt werden, dass bezüglich dieser Diagnosebereiche die sozialräumlichen Unterschiede eher gering sind.

5.6 Allergien

In den letzten Jahrzehnten haben Allergien in der Bevölkerung insgesamt, aber besonders unter Kindern und Jugendlichen deutlich zugenommen (vgl. Schlaud u.a. 2007). Neben familiär bedingten genetischen Veranlagungen wird insbesondere der besondere Lebensstil in hoch entwickelten Industrieländern mit gut isolierten Wohnungen, umfassenden Hygienemaßnahmen, Belastungen durch Straßenverkehr oder Industrie und ein verändertes Ernährungsverhalten für diesen Anstieg verantwortlich gemacht. Allergien können gerade für Schulanfänger eine besondere Belastung bei der Bewältigung des Alltags- und Schullebens sein und ihre Leistungsfähigkeit u.U. einschränken. Darüber hinaus sind aber auch Lehrer und Erzieher im Umgang mit allergiekranken Kindern in der Schule zunehmend gefordert.

Für die Oberhausener Schulanfänger wird die Verbreitung von Allergien insgesamt sowie die Verbreitung allergischer Rhinitis (Schnupfen), Asthma und Neurodermitis/Ekzeme in den Jahren 2008, 2009 und 2010 betrachtet (vgl. Abbildung 28).

Abbildung 28: Verbreitung der Befunde* ausgewählter Allergien 2008, 2009 und 2010



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2008, 2009, 2010
** in Behandlung/ Dauerdiagnose/ Arztüberweisung/ Befund ohne Maßnahme*

Insgesamt zeigt sich für das Jahr 2010 eine Steigerung der Kinder mit Allergien auf 10,4 %, nachdem im Vorjahr im Vergleich zu 2008 ein leichter Rückgang zu verzeichnen war. Die häufigste allergische Erkrankung war in allen drei betrachteten Jahren Neurodermitis bzw. Ekzeme der Haut. Etwa 5 % der Kinder sind mit solchen Hautproblemen belastet. Asthma kommt mit etwa 4 % etwas seltener vor. Allergischen Schnupfen, einschließlich

Heuschnupfen, hatten etwas mehr als 2 % der untersuchten Kinder. Die Unterschiede zwischen den betrachteten Jahren sind hier zu vernachlässigen, insofern ist die leichte Zunahme der allergischen Befunde auch nicht auf einen Zuwachs in den hier dokumentierten häufigsten Allergiearten zurückzuführen.

Schaut man noch einmal etwas genauer darauf, welche Kinder besonders von Allergien betroffen sind, zeigt sich im Unterschied zu fast allen bisher dargestellten Diagnosebereichen eine etwas stärkere Betroffenheit von Kindern ohne Migrationshintergrund (vgl. Tabelle 14). Die Dauer des KTE-Besuchs lässt keinen systematischen Zusammenhang erkennen, aber unter Kindern mit einem KTE-Besuch von mehr als zwei Jahren liegt der Anteil der Kinder mit allergischem Befund etwas über dem Durchschnitt aller untersuchten Kinder.

Deutlicher sind hier die Unterschiede zwischen den Sozialräumen ausgeprägt. So liegt der Anteil der Kinder mit Befund in Oberhausen-Ost bei einem Anteilswert von 15 %. Auch in Sterkrade-Nord (14%) und Alstaden/Lirich werden überdurchschnittliche Anteilswerte erreicht. Deutlich seltener hingegen sind Kinder aus Sterkrade-Mitte von allergischen Einschränkungen betroffen.

Tabelle 14: Verbreitung von Allergien nach sozialstrukturellen Merkmalen 2010

	Allergien, insg.	
	ohne Befund	Befund*
	in %	
nach Geschlecht		
männlich	88,7	11,3
weiblich	90,5	9,5
nach Migrationshintergrund		
Kinder ohne Migrationshintergrund	88,5	11,5
Kinder mit Migrationshintergrund	92,3	7,7
nach Dauer des KTE-Besuchs		
kein Besuch od. weniger als ein Jahr	92,1	7,9
ein bis zwei Jahre	93,6	6,4
mehr als zwei Jahre	89,2	10,8
nach Sozialräumen		
Oberhausen-Mitte/Styrum	91,5	8,5
Oberhausen-Ost	85,1	14,9
Alstaden/Lirich	87,8	12,2
Sterkrade-Mitte	94,3	5,7
Sterkrade-Nord	86,3	13,7
Osterfeld	90,7	9,3
Stadt Oberhausen	**89,6**	**10,4**

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010
**in Behandlung/ Dauerdiagnose/ Arztüberweisung/ Befund ohne Maßnahme*

6 Zusammenfassung, Schulempfehlungen und Förderbedarf

Nachdem in den beiden vorhergehenden Kapiteln 4 und 5 umfassende Ergebnisse aus den Bereichen „Gesundheitsvorsorge und gesundheitsbewusstes Verhalten“ und „Schulrelevante Entwicklungskompetenzen und ausgewählte Gesundheitsstörungen“ diskutiert wurden, werden in Kapitel 6.1 einige übergreifende Trends zusammengefasst. Die Differenzierung erfolgt erneut anhand der Kriterien Geschlecht, Migrationshintergrund und Dauer des KTE-Besuches. Die sozialräumlichen Unterschiede erklären sich zu einem Großteil durch die Unterschiede bei diesen Merkmalen und ihrer sozialräumlichen Konfiguration.

In Kapitel 6.2 wird anhand der 2011 erstmals im Rahmen der Elternbefragung erhobenen Informationen über den Bildungsstatus der Eltern nachgezeichnet, dass ein wesentlicher Anteil der mit dem Merkmal Migrationshintergrund beschriebenen Unterschiede auf den mit einem Migrationshintergrund überdurchschnittlich häufig verbundenen niedrigen formalen Bildungsstatus zurückzuführen ist.

Im Mittelpunkt von Kapitel 6.3 stehen die Fragen, wie viele Kinder als zusammenfassende Bewertung der Schuleingangsuntersuchung eine bedingte Schulempfehlung erhalten haben bzw. zurückgestellt wurden und wie viele Kinder eine uneingeschränkte Schulempfehlung erhalten haben sowie welche Förderbedarfe den Kindern dieser beiden gebildeten Gruppen zugeschrieben werden. Anknüpfend daran wird in Kapitel 6.4 der Zusammenhang zwischen der ausgesprochenen Empfehlung und dem Entwicklungskontext der Kinder dargestellt. Dabei wird die deutliche Bildungsabhängigkeit des Entwicklungskontextes, hier abgebildet anhand der Verhaltensweisen „vorlesen“ und „fernsehen“, deutlich.

„Vorlesen“ und „fernsehen“ sind zudem zwei der Merkmale, die in Kapitel 6.5 zu Profilen von Entwicklungskontexten verdichtet werden und dann differenziert nach dem Bildungsstatus des Haushaltes, in dem die Kinder aufwachsen, dargestellt werden. Anhand dieser Betrachtung wird deutlich, was anhand der neuen sozioepidemiologischen Fragestellungen im Vergleich zu den Vorjahren analytisch möglich ist. Aufgrund der in Kapitel 3 angeführten zeitlichen Überschneidung zwischen Vorlage der Daten und Erscheinen dieses Berichtes kann dies allerdings nur exemplarisch und in der Form eines Ausblicks auf das Machbare geschehen.

6.1 Einfluss von Geschlecht, Migrationshintergrund und KTE-Dauer

Nimmt man die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zusammenfassend in den Blick, lassen sich einige übergreifende Trends feststellen.

Bezüglich des **Geschlechts** fallen die Ergebnisse nicht einheitlich aus. In den Bereichen Gesundheitsvorsorge und Vorsorgeverhalten zeigen sich weder bei der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen noch mit Blick auf den Impfstatus geschlechtsspezifische Unterschiede. Die einzige Ausnahme bildet die Mitgliedschaft in

einem Verein und hier auch nur im Zusammenhang mit dem Migrationshintergrund, da Jungen etwas häufiger bereits in einem Sportverein organisiert sind. Bedeutsamer sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich der motorischen Entwicklung, Übergewicht und der schulrelevanten Kompetenzen. Hier zeigen Jungen fast durchgehend häufiger Auffälligkeiten in der Entwicklung als Mädchen. Insbesondere von Übergewicht sind Jungen und da besonders Jungen mit Migrationshintergrund deutlich häufiger betroffen als Mädchen. Weniger deutlich sind Unterschiede nach Geschlecht für das Hör- und Sehvermögen und hinsichtlich des Vorkommens von Allergien.

Deutlicher sind die Unterschiede in fast allen Untersuchungsbereichen bei der Unterscheidung nach **Migrationshintergrund**. Für Kinder mit Migrationshintergrund werden fast durchgehend häufiger Entwicklungsauffälligkeiten oder höhere Befundanteile diagnostiziert als für Kinder ohne Migrationshintergrund. Ausnahmen stellen lediglich der Impfstatus und das Auftreten von Allergien dar. Hier sind es häufiger Kinder ohne Migrationshintergrund, die höhere Anteilswerte zeigen. Auf die Prävalenz der Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern mit Migrationshintergrund wird auf Basis der epidemiologischen Daten der Elternbefragung 2011 in den nachfolgenden Kapiteln vertiefend eingegangen.

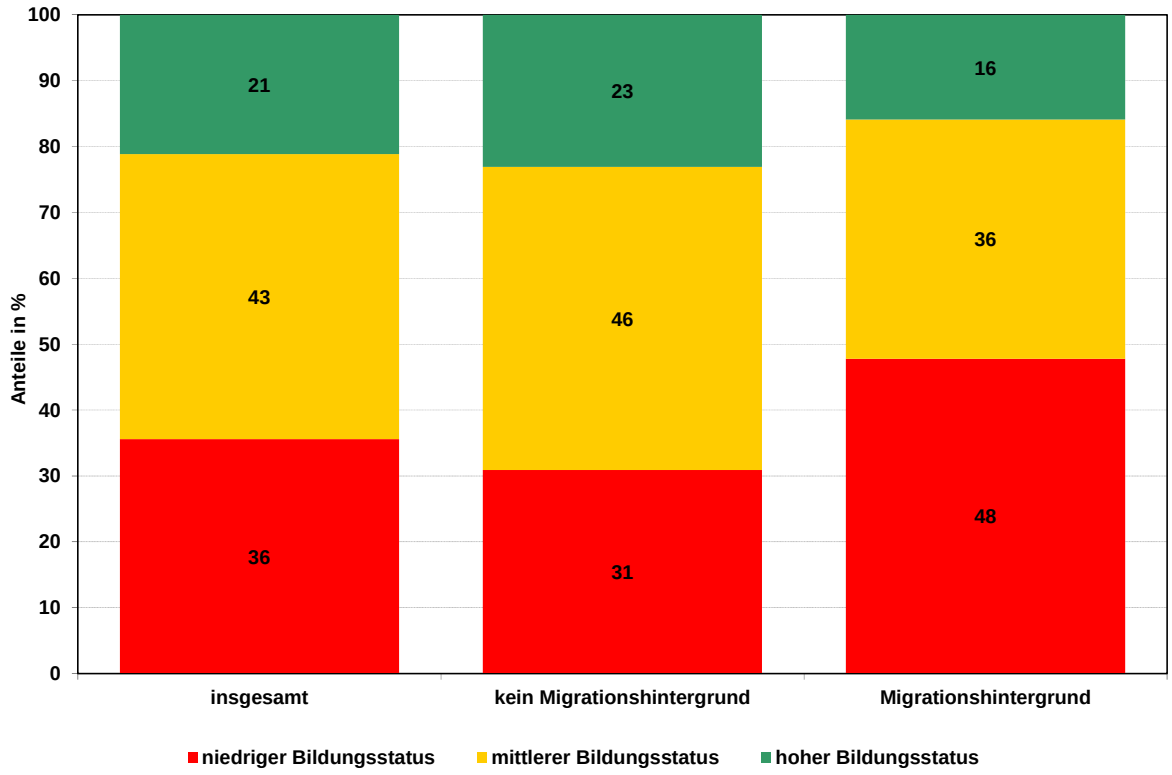
Als besonders deutlicher Einfluss für die altersgerechte Entwicklung der Schulanfänger erweist sich die **Dauer des Besuchs einer Kindertageseinrichtung**. Ein längerer Besuch der Kindertageseinrichtung von mehr als zwei Jahren kann offenbar Fehlentwicklungen und das frühzeitige Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten deutlich positiv beeinflussen, indem bereits vor dem Schuleintritt wirksame Fördermaßnahmen und ärztliche Behandlungen in die Wege geleitet werden. Dies zeigt sich z.B. in den deutlich höheren Raten der Kinder mit vollständig vorliegendem Untersuchungsheft. Aber auch ein positiver Einfluss auf die Entwicklungskompetenzen der Kinder und die Sprachentwicklung konnte durchgehend belegt werden. Besonders förderlich ist ein längerer KTE-Besuch für die Beherrschung der deutschen Sprache.

6.2 Migrationshintergrund und Bildungsstatus

In *Kapitel 3* wurde darauf aufmerksam gemacht, dass der Zusammenhang zwischen dem Migrationshintergrund und den in *Kapitel 4 und 5* ausgewiesenen Ergebnissen häufig kein direkter, sondern ein vermittelter Zusammenhang besteht und tatsächlich in erheblichem Maße einen Bildungseffekt darstellt. Dabei wurde auf den Familienbericht 2006 und die Familienbefragung 2010 (vgl. Kapitel 2) verwiesen. Mit der 2011 erstmals durchgeführten Elternbefragung zur Familiensituation sowie zu Lebensumständen und Verhaltensweisen der Eltern und Kinder (vgl. Kapitel 3) kann dieser Zusammenhang nun auch anhand der im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung erhobenen Daten nachgewiesen werden.

Anhand einer Kombination von Angaben zur Schulbildung und zum Ausbildungsabschluss der Eltern wird ein dreistufiger Bildungsindex gebildet,[27] mit Hilfe dessen die untersuchten Kinder danach differenziert werden, ob sie in einem Haushalt leben, in denen Vater und/oder Mutter einen niedrigen, mittleren oder hohen Bildungsstatus haben. Für Oberhausen insgesamt ergibt sich anhand dieses Bildungsindexes folgendes Ergebnis: 36 % der Kinder leben in einem Haushalt mit einem niedrigen Bildungshintergrund der Eltern, 43 % in einem Haushalt mit einem mittleren Bildungshintergrund und 21 % in einem Haushalt mit einem hohen Bildungshintergrund (vgl. Abbildung 29).

Abbildung 29: Migrationshintergrund und Bildungsstatus 2011



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2011

Wie erwartet, zeigen sich deutliche Unterschiede bei der Kombination des Bildungsindexes mit dem Merkmal Migrationshintergrund. Während die Eltern von Kindern ohne Migrationshintergrund nur in weniger als einem Drittel der Fälle einen niedrigen Bildungsstatus aufweisen, trifft dies für fast jedes zweite Kind mit Migrationshintergrund zu. Entsprechend geringer sind in der Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund die Anteile der Eltern mit einem mittleren und einem hohen Bildungsstatus. Der Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und Bildungsstatus des Haushalts, in dem die Kinder aufwachsen, stimmt somit mit den Daten der Schuleingangsuntersuchung überein.

[27] Nach den Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie (DAE), der Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS), der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft (http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/Empfehlungen__Epidemiologische_Studien.pdf).

6.3 Schulempfehlung und Förderbedarfe

Als zusammenfassende Bewertung der Schuleingangsuntersuchung erhält jedes Kind eine aus gesundheitlicher Perspektive getroffene Schulempfehlung.[28] Dabei wird unterschieden zwischen folgenden Empfehlungen:

1. uneingeschränkte Schulempfehlung,
2. bedingte Schulempfehlung (d.h. die Kinder können eingeschult werden, sollten aber weiter beobachtet und besonders unterstützt werden),
3. Empfehlung zur Überprüfung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs,
4. Empfehlung zum Verbleib in einer KTE (Zurückstellung aus gesundheitlichen Gründen),
5. Zurückstellung (von Kindern, die auf Antrag der Eltern frühzeitig eingeschult werden sollen, die aber den nötigen Entwicklungsstand noch nicht aufweisen).

Im Jahr 2010 haben 78 % und im Jahr 2011 77 % der untersuchten Kinder in Oberhausen eine uneingeschränkte Schulempfehlung (Gruppe 1) erhalten.[29] 22 % der Kinder im Jahr 2010 bzw. 23 % der Kinder im Jahr 2011 gehörten damit entweder zur Gruppe der Kinder mit einer bedingten Schulempfehlung (2), mit sonderpädagogischem Förderbedarf (3), zur Gruppe der Kinder mit einer Empfehlung zum Verbleib in einer KTE (4) oder zur Gruppe der Kinder, die frühzeitig eingeschult werden sollten, die aber noch nicht den nötigen Entwicklungsstand aufwiesen (5).

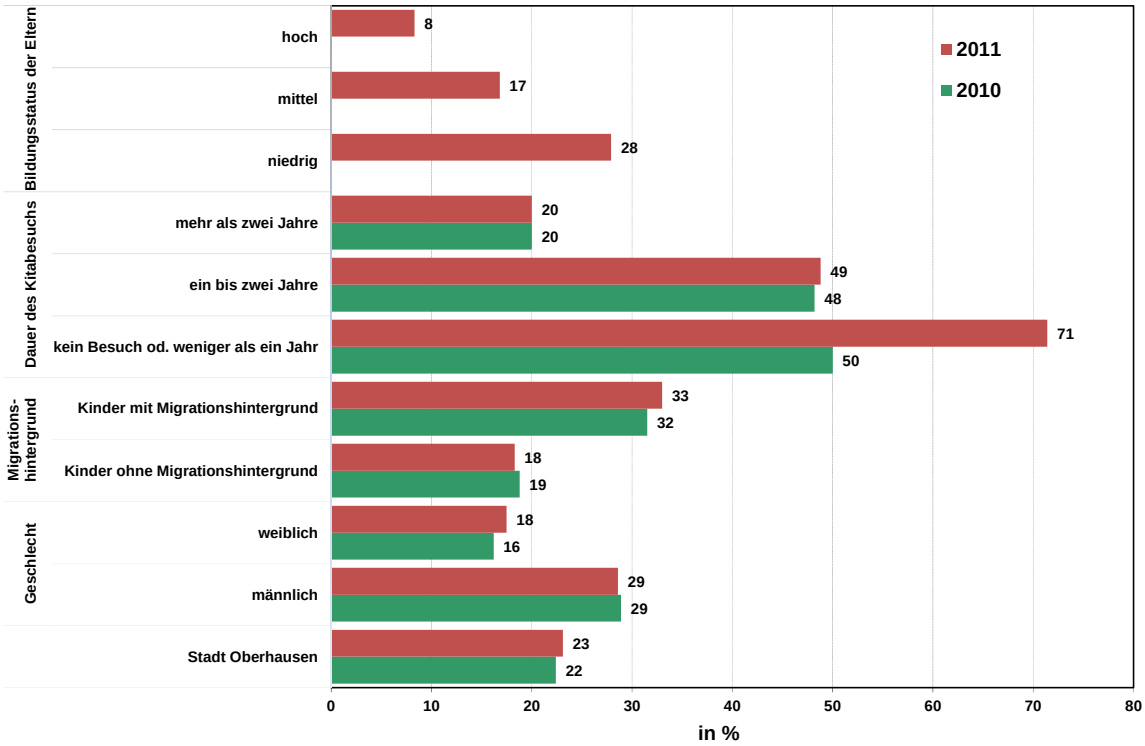
Abbildung 30 gibt einen Überblick über den Anteil der Oberhausener Kinder, für die keine uneingeschränkte Einschulungsempfehlung ausgesprochen werden konnte, nach sozialstrukturellen[30] Unterschieden. Die Ergebnisse der vorangegangenen Kapitel hinsichtlich der Prävalenz der Auffälligkeiten und Entwicklungsrückstände in bestimmten Gruppen spiegeln sich in den Schulempfehlungen nachhaltig wider. So erhalten beispielsweise Jungen seltener als Mädchen eine uneingeschränkte Schulempfehlung und auch bei Kindern mit Migrationshintergrund ist der Anteil der Kinder, für die zum Zeitpunkt der Untersuchung keine uneingeschränkte Schulempfehlung ausgesprochen werden konnte, größer als bei Kindern ohne Migrationshintergrund.

Besonders deutlich sind die Unterschiede aber bezüglich der Dauer des KTE-Besuchs und hier besonders im Jahr 2011. Im Jahr 2010 sind es 50 % und im Jahr 2011 71 % der Kinder,

[28] Eine Rückstellung vom Schulbesuch ist nach dem Schulgesetz NRW (SchulG vom 15. Februar 2005 zuletzt geändert durch Gesetz vom 5.April 2011) nach § 35 (3) nur aus erheblichen gesundheitlichen Gründen möglich.
[29] Die endgültige Entscheidung, ob ein Kind eingeschult wird oder nicht, trifft nicht das Gesundheitsamt, sondern das Schulamt.
[30] Hier wurden für das Jahr 2011 aus dem Fragenkatalog des Zusatzfragebogens der Bildungsstatus der Eltern als weiteres beschreibendes Merkmal aufgenommen.

die gar nicht oder weniger als ein Jahr eine KTE besucht haben, und keine uneingeschränkte Schulempfehlung erhalten.[31] Auch zwischen der Gruppe mit einer Dauer des KTE-Besuchs von ein bis zwei Jahren und der Gruppe mit einer Dauer von mehr als zwei Jahren sind die Unterschiede in beiden Jahren noch ausgesprochen groß.

Abbildung 30: Kinder ohne uneingeschränkte Schulempfehlung nach sozialstrukturellen Merkmalen 2010 und 2011



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010 und 2011

Die Unterschiede hinsichtlich des Bildungsstatus der Eltern zeigen noch einmal deutlich, dass es einen starken Einfluss des Bildungsstatus gibt. In der Gruppe der Kinder von Eltern mit hohem Bildungsstatus liegt der Anteil der Kinder mit einer eingeschränkten Schulempfehlung nur bei 8 %. In der Gruppe der Kinder mit niedrig gebildeten Eltern fällt der Anteil mit 28 % fast viermal höher aus. Insbesondere die Unterschiede nach Migrationshintergrund lassen sich vermutlich zum großen Teil auf die Unterschiede im Bildungsniveau der Eltern zurückführen (vgl. Abbildung 30). Diese Zusammenhänge können aber nicht mehr Gegenstand dieser Analysen sein.

An dieser Stelle soll aber ein weiterer, vertiefender Blick den empfohlenen Förderungen für Kinder gelten, die im Gutachten zur Schuleingangsuntersuchung für die Kinder aufgeführt werden. Förderbedarfe werden dabei für alle untersuchten Kinder angezeigt. Tabelle 15 weist sowohl für die Gruppe der Kinder mit einer Einschränkung bzw. Zurückstellung

[31] Die Gruppe der Kinder, die nie oder nur weniger als ein Jahr eine KTE besuchten, war aber in beiden Jahren recht klein, was bei der Interpretation berücksichtigt werden muss. So gehörten 2010 lediglich 38 Kinder und 2011 35 Kinder dieser Gruppe an.

(Gruppe 2 bis 5 in der Aufzählung oben) als auch für die Gruppe der Kinder mit einer Schulempfehlung ohne Einschränkung (Gruppe 1 in der Aufzählung oben) die jeweiligen Anteile der Kinder mit Förderempfehlungen aus.

Die Teilbereiche mit den höchsten Förderbedarfen unter den Kindern ohne uneingeschränkte Schulempfehlung sind in beiden Jahren Visuomotorik und Aufmerksamkeit (vgl. Kapitel 5.1 und 5.3). Jeweils mehr als die Hälfte der Kinder ohne uneingeschränkte Schulempfehlung haben hier Förderbedarf, wobei im Bereich Visuomotorik 2011 gegenüber 2010 eine leichte Verbesserung zu erkennen ist. Ein Rückgang des Förderbedarfs gibt es auch für die Förderung der Körperkoordination. Eine Steigerung des Förderbedarfs von 2010 auf 2011 zeigt sich hingegen für die Bereiche Visuelle Wahrnehmung und Zahlenkenntnis, aber auch bezüglich Förderung der deutschen Sprache, was auch durch die Zunahme des Anteils der Kinder mit Migrationshintergrund zu begründen ist.

Tabelle 15: Einschulungsempfehlung und Förderbedarfe 2010 und 2011

	Uneingeschränkte Einschulungsempfehlung			
	2010		2011	
	ja	nein	ja	nein
	in %			
Förderung der Sprachkenntnisse	10	49	9	46
Förderung der deutschen Sprache	12	35	18	45
Förderung der Körperkoordination	7	47	11	42
Förderung der Visuomotorik	8	64	8	58
Förderung der visuellen Wahrnehmung	2	38	3	47
Förderung der Aufmerksamkeit	4	54	5	53
Förderung der Zahlenkenntnis	1	36	3	45
Durchschnittliche Anzahl der empfohlenen Förderungen	0,4	3,2	0,7	3,3
Stadt Oberhausen	**78**	**22**	**77**	**23**

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2010, 2011

Insgesamt weisen 2011 unter den Kindern ohne uneingeschränkte Schulempfehlung alle Förderbereiche Anteilswerte oberhalb 40 % aus, was den hohen Förderbedarf dieser Kinder unterstreicht und für eine Häufung von Förderbedarfen spricht. Summiert man die Anzahl der Förderempfehlungen pro Kind über alle sieben betrachteten Förderbedarfe, liegt die durchschnittliche Anzahl der Kinder mit uneingeschränkter Einschulungsempfehlung 2010 bei 0,4 und 2011 bei 0,7 Förderempfehlungen pro Kind. In der Gruppe der Kinder ohne uneingeschränkte Schulempfehlung sind es in beiden Jahren durchschnittlich etwas mehr als

drei Förderempfehlungen, was die Kumulation von Entwicklungsrückständen in unterschiedlichen Kompetenzbereichen belegt.

Um das Analysepotenzial der epidemiologischen Fragen der Elternbefragung 2011 zu skizzieren, erfolgt für die Bereiche Schulempfehlung und Förderbedarf abschließend beispielhaft eine Auswertung nach dem Bildungsstatus der Eltern (Tabelle 16).

Tabelle 16: Einschulungsempfehlung, Förderbedarfe und Bildungsstatus der Eltern 2011

	Uneingeschränkte Einschulungsempfehlung					
	ja			nein		
	niedriger Bildungs-status	mittlerer Bildungs-status	hoher Bildungs-status	niedriger Bildungs-status	mittlerer Bildungs-status	hoher Bildungs-status
	in % der Kinder mit dem jeweiligen Förderbedarf			in % der Kinder mit dem jeweiligen Förderbedarf		
Förderung der Sprachkenntnisse	43	41	16	55	40	6
Förderung der deutschen Sprache	57	30	13	52	37	11
Förderung der Körperkoordination	38	41	21	52	42	6
Förderung der Visuomotorik	41	43	16	55	39	6
Förderung der visuellen Wahrnehmung	56	26	19	55	38	8
Förderung der Aufmerksamkeit	47	40	14	55	39	6
Förderung der Zahlenkenntnis	46	36	18	57	32	11
Durchschnittliche Anzahl der empfohlenen Förderungen	0,8	0,4	0,3	3,4	3,2	(2,6)
Stadt Oberhausen	**32**	**44**	**24**	**57**	**38**	**9**

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2011
( ) Fallzahl unter 30.

Für alle Förderbereiche zeigen sich Unterschiede hinsichtlich des Anteils der Kinder mit Förderbedarf nach dem Bildungsstatus der Eltern. Dies gilt sowohl für die Kinder mit als auch ohne Einschränkung bei der Einschulungsempfehlung. Insgesamt ist unter den Kindern ohne uneingeschränkte Einschulungsempfehlungen der Anteil der Eltern mit niedriger Bildung mit 57 % deutlich höher sowie der Anteil der Eltern mit hoher Bildung mit 9 % deutlich niedriger als für Kinder ohne eine Einschränkung der Schulempfehlung (32% bzw. 24%). Dieses Muster zeigt sich in gleicher Weise für fast alle Förderbedarfe. Lediglich für die Förderung der deutschen Sprache liegt auch in der Gruppe der Kinder mit uneingeschränkter Einschulungsempfehlung ein ausgesprochen hoher Wert der Eltern mit geringer Bildung vor und dieser liegt sogar über dem Anteilswert für Kinder ohne uneingeschränkte Empfehlung. Betrachtet man wiederum die durchschnittliche Anzahl an empfohlenen Förderbedarfen

bezogen auf die sieben dargestellten Bereiche, so fallen die Unterschiede nach Bildungsstatus der Eltern nicht so deutlich aus, sind aber insbesondere für die Gruppe mit eingeschränkter Einschulungsempfehlung noch eindeutig.

Bei diesen Zusammenhängen gilt es die Perspektive zu beachten. Beschrieben wird die Gruppe der Kinder ohne bzw. mit uneingeschränkter Schulempfehlung. Das Risiko der Kinder, zur Gruppe der Kinder ohne uneingeschränkte Schulempfehlung zu gehören, ergibt sich aus den in Kapitel 4 und 5 dargestellten Ergebnissen.

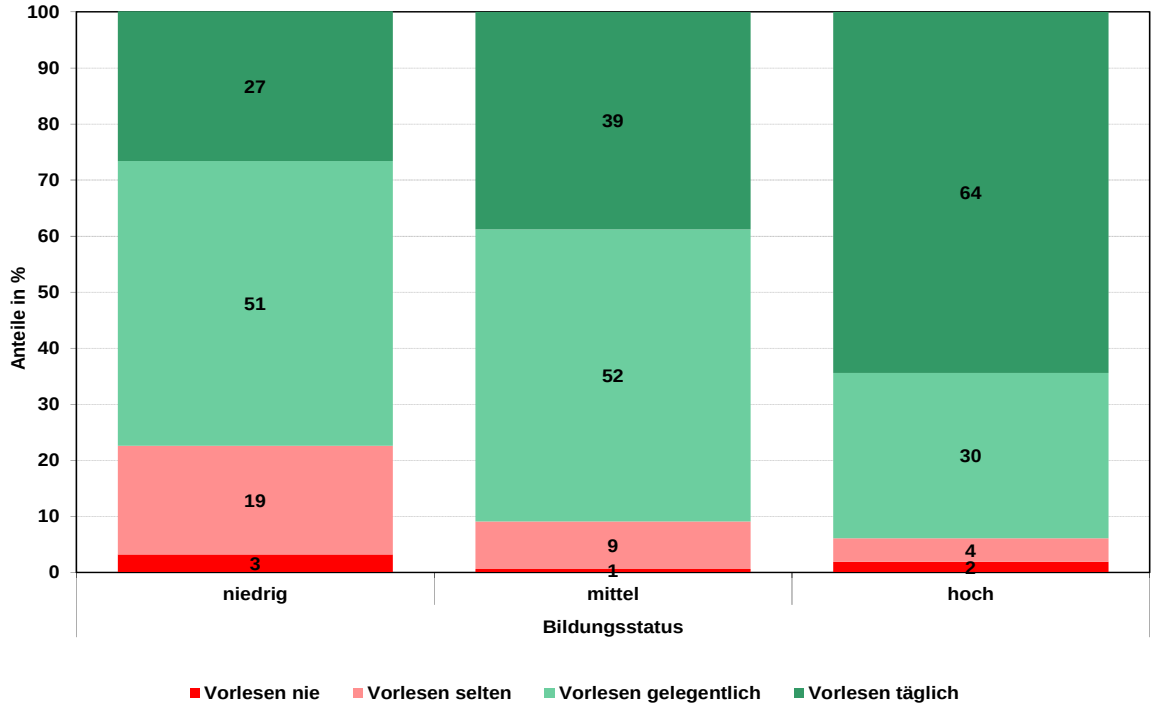
6.4 Bildungsabhängige Verhaltensweisen und Schulempfehlung

Unter Hinzunahme weiterer, von den Eltern im Rahmen der Elternbefragung (freiwillig) gemachten Angaben, können 2011 neben dem Bildungsstatus der Eltern auch Angaben zu ausgewählten Verhaltensweisen der Eltern und Kinder gemacht werden, die Aspekte der familiären Entwicklungskontexte abbilden. Dazu gehören beispielsweise Informationen darüber, wie lange das Kind im Durchschnitt täglich fern sieht und wie häufig dem Kind aus einem (Bilder-)Buch vorgelesen wird. Da vermutet werden kann, dass beide genannten Verhaltensweisen der Eltern bzw. der Kinder bildungsabhängig sind, werden diese im Folgenden entlang der mit dem gebildeten Bildungsindex möglichen Differenzierung ausgewertet.

Bei der Frage, ob Kindern vorgelesen wird, ergibt sich bei einer Differenzierung nach dem Bildungsstatus der Eltern ein sehr deutlicher Zusammenhang. Während knapp zwei Drittel der Kinder aus Familien mit einem hohen Bildungsstatus täglich vorgelesen wird, trifft dies für Kinder von Eltern mit einem niedrigen Bildungsstatus nur für etwas mehr als jedes vierte Kind zu. Über 20 % der letztgenannten Gruppe wird selten oder nie vorgelesen. In der Gruppe der Kinder von Eltern mit mittlerem bzw. hohem Bildungsstatus sind das nur 10 bzw. 6 % (vgl. Abbildung 31).

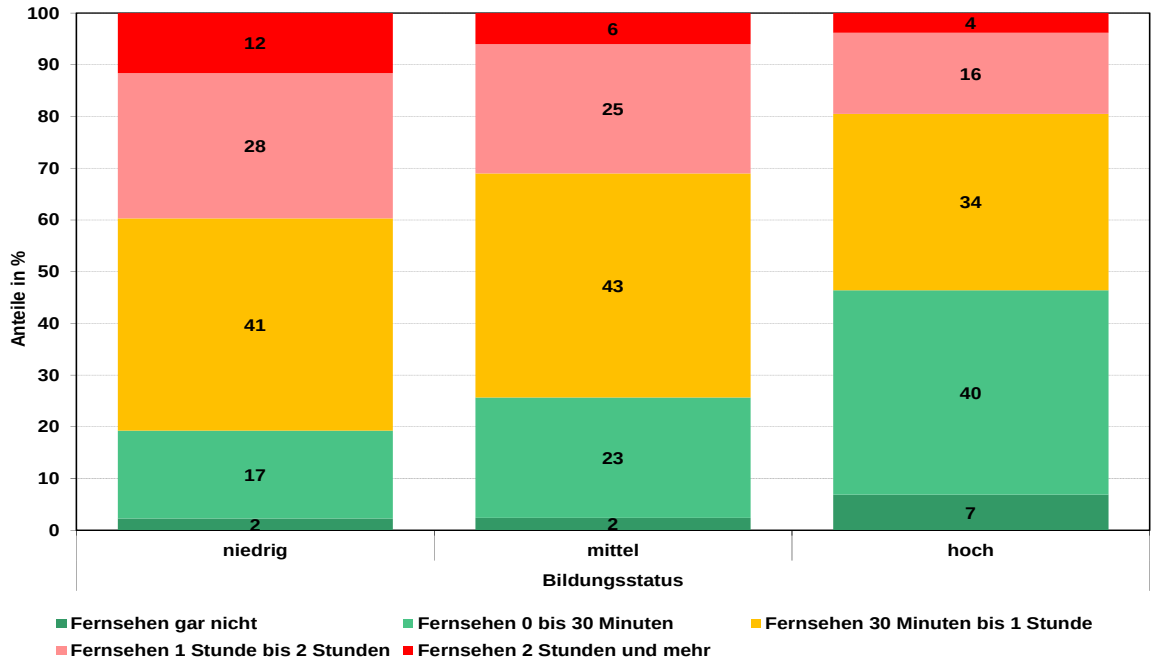
Ebenso deutlich ist der Zusammenhang zwischen dem Bildungsstatus und dem Fernsehkonsum der Kinder. Während die Hälfte der Kinder aus der Gruppe der Eltern mit einem hohen formalen Abschluss weniger als eine halbe Stunde und nur jedes fünfte Kind mehr als eine Stunde fern sieht, kehren sich die Anteile für die Kinder aus der Gruppe der Eltern mit einem niedrigen formalen Abschluss um. Nur ungefähr jedes Fünfte dieser Kinder sieht weniger als eine halbe Stunde fern und zwei von fünf sitzen täglich länger als eine Stunde vor dem Fernseher. Mit 12 % ist dabei der Anteil derer, die länger als zwei Stunden fernsehen, drei Mal so hoch wie in der Gruppe mit einem hohen Bildungsstatus (vgl. Abbildung 32).

Abbildung 31: Bildungsstatus der Eltern und „vorlesen“ 2011



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2011

Abbildung 32: Bildungsstatus der Eltern und „fernsehen“ 2011

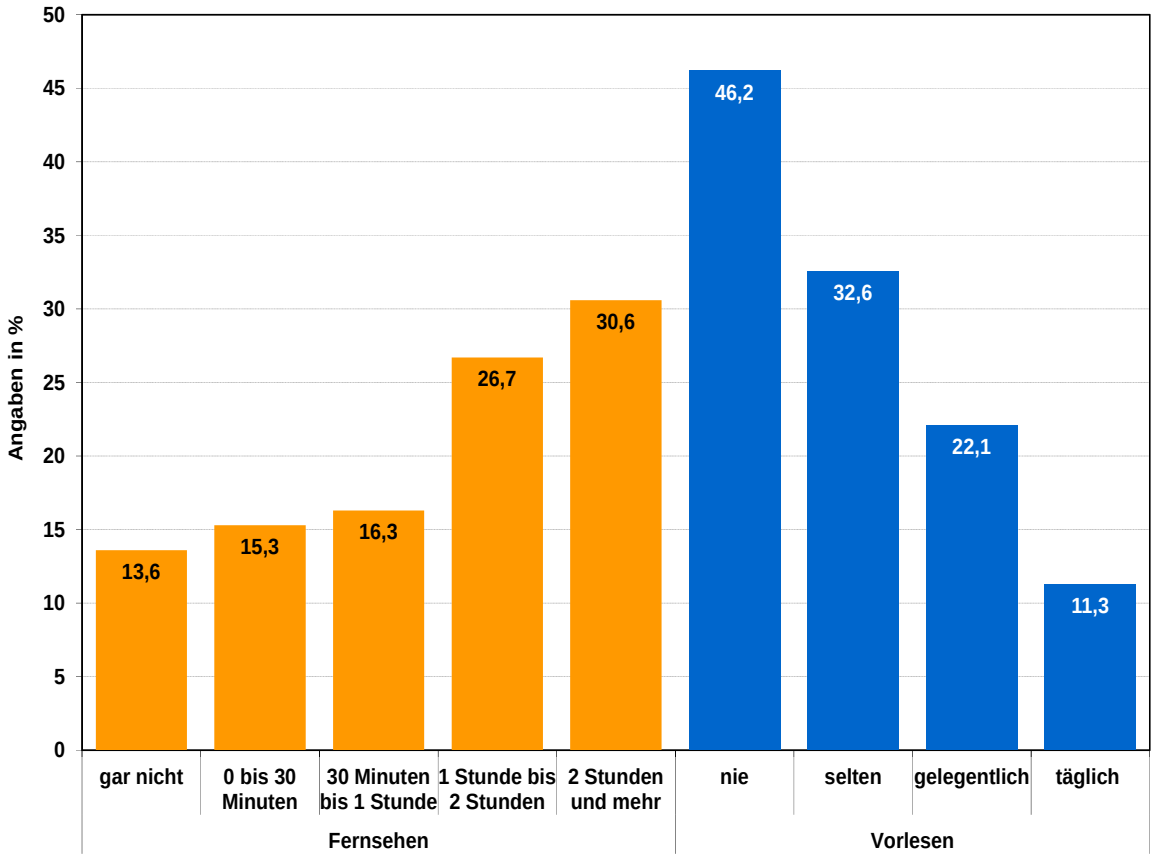


Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2011

Häufigem Vorlesen und seltenem bzw. dosiertem Fernsehkonsum wird in der Regel eine förderliche Wirkung auf die kindliche Entwicklung zugeschrieben. Dies zeigt sich durch einen

deutlichen Zusammenhang zwischen den beiden Merkmalen „vorlesen“ und „fernsehen“ und der Schulempfehlung (vgl. Kapitel 6.3). Abbildung 33 weist aus, dass der Anteil der Kinder mit eingeschränkter Schulempfehlung, Empfehlung zum KTE-Verbleib bzw. einer Empfehlung zur Rückstellung mit zunehmendem Fernsehkonsum deutlich zu- und mit häufigerem Vorlesen deutlich abnimmt. Insbesondere Kinder, die mehr als eine Stunde jeden Tag vor dem Fernseher sitzen, erhalten deutlich seltener eine Schulempfehlung ohne Einschränkung. Noch deutlicher ist der Zusammenhang beim Merkmal „vorlesen“. Während „nur“ 11 % der Kinder, denen täglich vorgelesen wird, eine Empfehlung mit einer Einschränkung erhalten bzw. eine Empfehlung zur Zurückstellung erhalten, gilt dies für fast jedes Zweite der Kinder, denen nie vorgelesen wird.

Abbildung 33: Zusammenhang zwischen vorlesen / fernsehen und Kindern ohne uneingeschränkte Schulempfehlung*



Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung Oberhausen 2011

**summierte Anteile der Kinder mit einer bedingen Schulempfehlung, einer Empfehlung zum Besuch einer Förderschule, einer Empfehlung zum KTE-Verbleib und einer Empfehlung zur Zurückstellung.*

6.5 Entwicklungskontext der Kinder nach Bildungsstatus des Haushalts

Unter Einbezug der Merkmale „fernsehen“ und „vorlesen“ sowie anhand weiterer im Rahmen der Elternbefragung erhobener Informationen soll abschließend noch einmal hervorgehoben werden, wie deutlich der Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand der Eltern und dem Entwicklungskontext der Kinder im direkten Vergleich aussieht.

Für diesen Vergleich der Entwicklungskontexte der Kinder von Eltern mit einem niedrigen, einem mittleren und einem hohen Bildungsstatus werden in Abbildung 34 folgende Fragen an die Eltern berücksichtigt:

- Wie lange sieht Ihr Kind im Durchschnitt täglich fern?
- Sieht Ihr Kind während der Mahlzeiten fern?
- Isst Ihr Kind beim Fernsehen Süßigkeiten/Chips?
- Wie lange spielt Ihr Kind im Durchschnitt täglich am Computer, Play-Station, Gameboy, Nintendo?
- Wie lange bewegt sich/spielt Ihr Kind täglich im Freien außerhalb des Kindergartens?
- Besucht Ihr Kind eine Musikschule?
- Wie oft lesen Sie Ihrem Kind ein (Bilder-)Buch vor?
- Rauchen Familienmitglieder in der Wohnung?

Um diese unterschiedlichen Merkmale vergleichbar zu machen, wurde jedes Merkmal so transformiert, dass der Durchschnitt über alle Kinder (aller Bildungsgruppen) gleich Null gesetzt wird und die mittlere Abweichung der Einzelwerte gleich 1 ist. So entstehen für die drei betrachteten Gruppen Profile, die Verhaltensweisen der Kinder und Eltern abbilden und mit denen (unterschiedliche) förderliche und hinderliche Anreize für die gesundheitliche Entwicklung der Kinder verbunden sind.

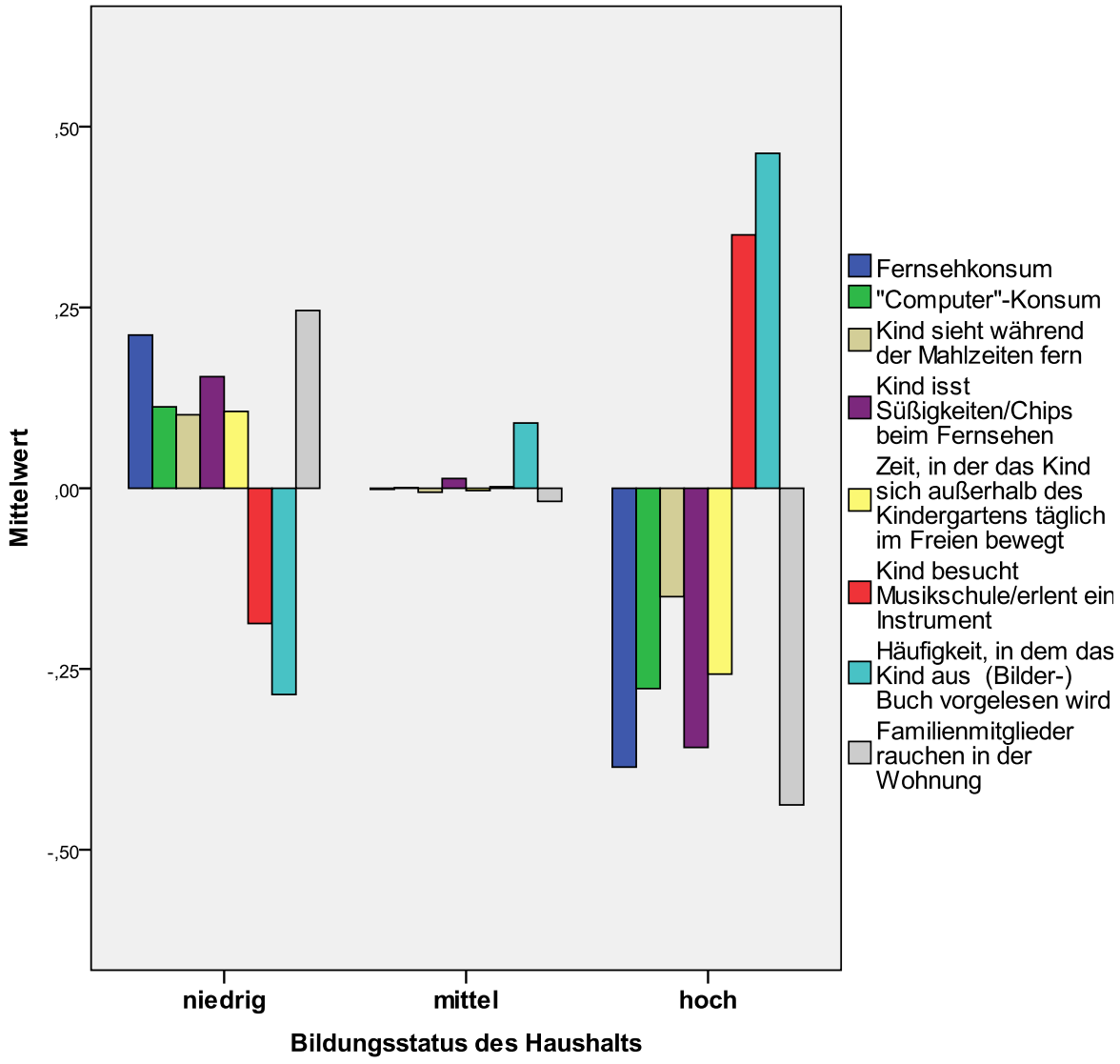
Die Kinder aus Familien mit einem niedrigen Bildungsstatus und die Kinder aus Familien mit einem hohen Bildungsstatus unterscheiden sich in allen Merkmalen sehr deutlich voneinander. Die Kinder aus eher bildungsfernen Familien (links im Diagramm) sitzen überdurchschnittlich häufig(er) vor dem Fernseher, selbst während der regulären Mahlzeiten, essen häufig(er) Chips bzw. andere Süßigkeiten vor dem Fernseher und spielen zusätzlich überdurchschnittlich lange am Computer, Play-Station bzw. Gameboy und/oder Nintendo.

Während diese für die Entwicklung des Kindes eher negativ belegten Verhaltensweisen bei den Kindern aus bildungsfernen Familien damit überdurchschnittlich häufig zu beobachten sind, ist das Profil für die Kinder aus den Familien mit einem hohen Bildungsstatus (rechts im Diagramm) dadurch gekennzeichnet, dass diese Kinder deutlich unterdurchschnittlich lange vor dem Fernseher sitzen, kürzer Computer etc. spielen und auch seltener während der Mahlzeiten fernsehen bzw. dabei Süßigkeiten/Chips essen. Zusätzlich besuchen die Kinder aus dieser Gruppe deutlich häufiger die Musikschule und ihnen wird auch deutlich häufiger vorgelesen als den Kindern aus den eher bildungsfernen Familien. Zudem wird in

Haushalten mit einem hohen Bildungsniveau deutlich seltener geraucht als in Haushalten mit einem niedrigen Bildungsniveau.

Das Profil der Kinder aus Haushalten mit einem hohen Bildungsstatus ist also nicht nur durch deutlich unterdurchschnittliche Ausprägungen bei den negativ diskutierten Verhaltensweisen geprägt, sondern auch durch deutlich überdurchschnittliche Ausprägungen bei den positiv in ihrer Wirkung auf die gesundheitliche Entwicklung der Kinder diskutierten Merkmalen. Während die Kinder aus den Familien mit einem mittleren Bildungsstatus (mittlere Säule im Diagramm) - bis auf eine etwas überdurchschnittliche Ausprägung beim Merkmal „vorlesen“ - bei allen anderen Merkmalen durchschnittliche Werte aufweisen, unterscheiden sich die dargestellten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen also sehr deutlich voneinander, je nachdem, ob wir es mit Kindern aus bildungsfernen oder bildungsnahen Familien zu tun haben. Präventive Gesundheitsförderung muss, wenn sie „wirken“ soll, dies bei ihrer Ausgestaltung berücksichtigen.

Abbildung 34: Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen nach Bildungsstatus



7 Fazit und Handlungsempfehlungen

Der vorliegende Bericht liefert einen breiten Überblick über die gesundheitliche Situation der Kinder im schulfähigen Alter in der Stadt Oberhausen. Die umfangreichen Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung sowie die Auswertungen der im Jahr 2010 durchgeführten Familienbefragung in Oberhausen bilden die Datengrundlage für die komplexe Analyse zur gesundheitlichen Lage der Kinder. Dabei nimmt der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheitsvorsorgeverhalten und Entwicklungsstand der Kinder einen besonderen Stellenwert ein.

Im Kapitel 2 wurde zunächst auf Basis der amtlichen Statistik und ausgewählter Ergebnisse der Familienbefragung die familiäre und sozialstrukturelle Situation der Oberhausener Familien und Kinder dargestellt. Die gesundheitliche Lage von Kindern wird von den sozialen Rahmenbedingungen, in denen sie aufwachsen, stark beeinflusst. Es wird dabei deutlich, dass die Interpretation der gesundheitlichen Lage nicht unabhängig von der sozialen Lage erfolgen kann. Insbesondere Kinder von Alleinerziehenden, aus kinderreichen Familien und aus Familien mit Migrationshintergrund leben häufiger in benachteiligten sozialen Verhältnissen. Dabei ist jedoch nicht primär der Familientyp ausschlaggebend, sondern vielmehr die Tatsache, welchen Bildungsstatus die Erziehungsberechtigten aufweisen.

Dieses bestätigt sich auch bei der Analyse des Gesundheitszustandes der Kinder auf Basis der Schuleingangsuntersuchung in den Kapiteln 3 bis 6. Die Analyse umfasst zum einen Aspekte der Gesundheitsvorsorge und gesundheitsbewussten Verhaltens und zum anderen schulrelevante Entwicklungskompetenzen und ausgewählte Gesundheitsstörungen. Diese werden differenziert nach Geschlecht, Migrationshintergrund und KTE-Dauer dargestellt. Vor allem bei der Unterscheidung nach Migrationshintergrund und KTE-Dauer sind deutliche Zusammenhänge zu den Ergebnissen für die jeweiligen Gruppen in den einzelnen Untersuchungsbereichen erkennbar. Der Besuch einer Kindertageseinrichtung, insbesondere ab einer Besuchsdauer von mindestens zwei Jahren, kann Fehlentwicklungen und das frühzeitige Erkennen von Auffälligkeiten deutlich positiv beeinflussen. Für Kinder mit Migrationshintergrund werden fast durchgehend häufiger Entwicklungsauffälligkeiten oder höhere Befundanteile diagnostiziert als für Kinder ohne Migrationshintergrund. Jedoch zeigt die Analyse in Kapitel 6.2 auf Basis der erstmals durchgeführten Elternbefragung im Zuge der Schuleingangsuntersuchung – unter anderem mit Fragen zum Bildungsstatus – analog zur Familienbefragung, dass der Zusammenhang zwischen dem Migrationshintergrund und den Befunden häufig lediglich ein vermittelter Zusammenhang ist und tatsächlich in erheblichem Maße einen Bildungseffekt darstellt. Darüber hinaus wird deutlich, dass die Unterschiede zwischen den Sozialräumen bzw. -quartieren häufig das Resultat der Ungleichverteilung von Kindern mit einem niedrigen bzw. hohen Bildungshintergrund bzw. einer kurzen bzw. langen KTE-Dauer sind.

Bei Kindern aus Familien mit einem hohen Bildungsstatus zeigt sich bei der Betrachtung gesundheitsrelevanter Verhalten nicht nur eine unterdurchschnittliche Ausprägung der negativen Verhaltensweisen (Fernseh- und Computer-Konsum, Familienmitglieder rauchen in der Wohnung etc.), sondern es zeigen sich zudem überdurchschnittliche Ausprägungen bei positiv wirkenden Handlungsweisen (Kind besucht eine Musikschule, Eltern lesen ihrem Kind häufig vor), wohingegen in bildungsfernen Familien die für die Entwicklung des Kindes eher negativ belegten Verhaltensweisen überdurchschnittlich häufig zu beobachten sind.

Für politische Entscheidungsprozesse spielen detaillierte Informationen eine herausragende Rolle, um vorhandene Defizite zu beheben. Aufgrund knapper Ressourcen und begrenzt zur Verfügung stehenden Mitteln ist eine *zielgenaue* Gesundheitsförderung daher wichtig. Mit dem vorliegenden Bericht ist eine umfangreiche Informationsgrundlage im Hinblick auf die Gesundheit von Kindern geschaffen. Die Analyse zeigt Defizite, aber auch Potentiale auf, macht Zusammenhänge deutlich und identifiziert Zielgruppen, die auf besondere Unterstützung angewiesen sind. Damit werden wichtige Informationen zur Ableitung von Handlungsempfehlungen und Präventionsmaßnahmen geliefert. Es wird deutlich, wie wichtig Gesundheitsförderung und Präventionsmaßnahmen für die Zielgruppe Kinder sind, um Gesundheitsrisiken und etwaigen Folgeschäden rechtzeitig entgegen zuwirken. Das erfordert klare Zielsetzungen und zielgruppenspezifische Maßnahmen.

Darauf aufbauend werden im Folgenden konkrete Handlungsmaßnahmen formuliert. Im Mittelpunkt stehen dabei bestehende Projekte, die es weiterzuführen und ggf. weiterzuentwickeln gilt. Zusätzlich bieten die Ergebnisse des Berichtes aber auch zahlreiche Informationen zur Gestaltung von neuen Projekten bzw. Maßnahmen, die zum Teil jedoch noch mit den jeweiligen Kooperationspartnern in den nächsten Monaten konkret ausgestaltet werden müssen.

Gesundheitsvorsorge und gesundheitsbewusstes Verhalten

1. Damit Entwicklungsstörungen und andere gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Säuglingen und Kleinkindern rechtzeitig diagnostiziert und zeitnah behandelt werden können, muss die **Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen** (U1 bis U9) bei allen Kindern unter 6 Jahren weiterhin auf einem hohen Niveau gehalten werden. Dazu hat der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst ein Verfahren mit allen Trägern von KTE zur Sicherung einer jährlichen, lückenlosen Untersuchung von Kindern im Elementaralter abgestimmt. Darüber hinaus sind eine kontinuierliche Informationsarbeit auf allen Ebenen und die Sensibilisierung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen aus Kindertageseinrichtungen und Schulen sowie der Integrationsarbeit sinnvoll. Für die U5 bis U9 ist das gesetzlich geregelte verpflichtende Meldeverfahren sehr geeignet, diese Zielsetzung zu erreichen.

   Ein größeres Augenmerk muss zukünftig auf die **Jugendgesundheitsuntersuchung J 1** gelegt werden. Seit einigen Jahren gibt es die kostenlose Früherkennungs- und

Vorsorgeuntersuchung für Jugendliche im Alter von 12 – 14 Jahren, die **„**J 1**“**. Nach einer längeren Zeitspanne bietet diese Untersuchung noch einmal die Möglichkeit den Gesundheitszustand des Jugendlichen zu untersuchen. Die J 1 wird bisher im gesamten Stadtgebiet leider nur unzureichend in Anspruch genommen (ca. 20 – 23 %). Aus diesem Grund wird jährlich zu Schuljahresbeginn in allen 7. Jahrgangsstufen der weiterführenden Schulen zur Teilnahme geworben. Die Allianz Kindergesundheit und der AK Kindergesundheit setzen sich dafür ein, dass im Rahmen eines dreijährigen Pilotprojektes an der Gesamtschule Osterfeld die Teilnahmequote mit Hilfe eines Wettbewerbes gesteigert wird. Im zurückliegenden Schuljahr 2010/2011 konnte eine Steigerung auf über 50% realisiert werden.

2. Die **Bewegungsförderung** zu forcieren, ist ein ausgesprochenes Ziel der Gesundheitsverwaltung und des Stadtsportbundes Oberhausen. Aus diesem Grund beteiligt sich der Stadtsportbund Oberhausen auch an dem landesweiten Programm von Landessportbund und Sportjugend, Fachverbänden und -bünden in Nordrhein-Westfalen, welches unter dem Motto „NRW bewegt seine Kinder“ steht. Ziel ist es, Kindern und Jugendlichen Bewegung, Spiel und Sport in ausreichendem Umfang zu ermöglichen und damit einen Beitrag zur umfassenden Bildung von Kindern und Jugendlichen zu leisten. Kooperationen von Sportvereinen mit Kindertageseinrichtungen und Schulen sollen eine Selbstverständlichkeit werden. Ein nachhaltiger Strukturwandel soll eingeleitet werden, der jedem Kind die Möglichkeit bietet ausreichend Sport zu treiben.

3. **„Die Gesundheitsmappen für Ihr Kind“** - über ein Jahrzehnt erfolgreich - werden auch weiterhin jungen Eltern bei der Anmeldung in einer Kindertageseinrichtung überreicht. Die Mappe enthält u.a. wichtige Informationen zu Früherkennungsuntersuchungen und gesunder Ernährung. Ein zentrales Anliegen ist es, die Durchimpfungsrate auch weiterhin auf einem hohen Niveau zu halten. Deshalb wird auch zukünftig unvermindert auf allen Ebenen zur Wahrnehmung der Impfempfehlungen des Robert-Koch-Institutes aufgefordert.

   Sollten wieder Sonderimpfaktionen für Kinder seitens des Landes vorgeschlagen werden, wird sich die Stadt Oberhausen selbstverständlich an diesen Impfaktivitäten beteiligen.

4. Aufgrund dieses Berichtes kann identifiziert werden, welche Gesundheitsrisiken für Kinder in welchem Sozialraum zu finden sind und welche Handlungsschritte daraus resultieren müssen. Diese Erkenntnisse werden in die jährlich stattfindenden **Sozialraumgespräche** eingebracht, um präventive Angebote und Projekte mit den jeweiligen Partnern vor Ort zu initiieren. Auf diese Weise kann auf den Bedarf der Zielgruppe und des Sozialraumes flexibel reagiert werden.

Prävention und Gesundheitsförderung bei ausgewählten Gesundheitsstörungen

1. Ernährung und Bewegung sind zentrale Elemente für gesundes Aufwachsen und eine positive Persönlichkeitsentwicklung von Kindern. Neben den Familien kommt den Kindertageseinrichtungen bzw. Familienzentren und Schulen dabei eine besondere Bedeutung zu, da in diesen Einrichtungen durch gezielte Gesundheitsförderung die Eltern in ihrer Verantwortung unterstützt werden. Entsprechende gesundheitsfördernde **Vernetzungsstrukturen** existieren in Oberhausen bereits. Beispielhaft sei genannt: AK Kindergesundheit im Rahmen der Gesundheitskonferenz, Verein Allianz Kindergesundheit, Projektgruppe Bewegungsförderung, Ernährung, Übergewicht, Arbeitsgemeinschaft nach § 78 KJHG (Kinder- und Jugendhilfegesetz) mit ihren Unterarbeitskreisen, Arbeitskreis der Lehrer/innen für Suchtprophylaxe und Gesundheitsförderung. Diese werden in den kommenden Jahren weiterhin genutzt und können in manchen Sektoren noch weiterentwickelt werden.

2. Selbsthilfetage machen u. a. deutlich wie entwickelt das Spektrum der Selbsthilfe in Oberhausen ist und sollen dazu beitragen, dass sich die Besucher/innen ein Bild von der Arbeit einer Selbsthilfegruppe machen können. Nicht wenige von diesen Gruppen beschäftigen sich mit gesundheitlichen Belangen von Kindern.

   Um Familien einen besseren Einblick zu eröffnen, wird der **Selbsthilfetag 2012** unter dem **Motto "Kindergesundheit"** stehen.

3. Zur Förderung der **Gesundheitsbildung** wird im nächsten Jahr eine Seminarreihe „Kindergesundheit stärken" für Eltern und Multiplikatoren und Multiplikatorinnen gestartet. Die Partner Netzwerk Selbsthilfe, Kinderschutzbund, Volkshochschule und AK Kindergesundheit bieten Workshops zu den unterschiedlichsten Themen wie z. B. Bewegung, Ernährung, Übergewicht und Entspannung an. Alle Veranstaltungen werden kurz einen theoretischen Input zum jeweiligen Thema geben, der Schwerpunkt wird stets praxisbezogen sein. Ziel ist es, die Eltern zu befähigen, mehr Verantwortung für ihre eigene Gesundheit und die Gesundheit ihrer Kinder zu übernehmen.

4. Der Anteil von bewegungs- und essauffälligen Kindern ist in den letzten Jahren überall erheblich gestiegen. Die Auswertung der Daten zeigt, dass dies auch auf Oberhausen zutrifft. Diesen zentralen Fehlentwicklungen entgegenzuwirken, hat sich die **Projektgruppe Bewegungsförderung, Ernährung und Übergewicht** zum Ziel gesetzt. Leckeres, gesundes Essen macht Spaß. Bewegung ist mehr als Laufen. Dies frühzeitig zu vermitteln, bedeutet den Einstieg in gesündere Lebensformen. Aus diesem Grund wurde die Fortbildungsreihe „Bewegt und gesund ins Leben" entwickelt, die zielgruppendifferenzierte Angebote für Multiplikatoren und

Multiplikatorinnen in der Bildungsarbeit mit Kindern macht. Wegen der guten Resonanz wird die Reihe in 2012 fortgesetzt.

5. Grundschulen sind neben dem Elternhaus für die gesunde Entwicklung von Kindern sehr wichtig, denn spätestens in dieser Lebensphase sollte den Kindern ein selbstverständlicher Umgang mit Bewegung und gesunder Ernährung nahe gebracht werden. Die Themen "gesunde Ernährung und Bewegung" sind im Alltag der Grundschule nicht neu - haben aber an ihrer Aktualität und Bedeutung nicht verloren. Deshalb haben die Partner – Adipositas-Zentrum, Bereich Gesundheitswesen, die Koordinatorin für Gesundheitsförderung an Grundschulen, AOK, RehaSport Rhein-Ruhr e. V., Schulsportreferat, Universität Bochum - die **Gesundheitswoche „Fit in den Frühling“** an Oberhausener Grundschulen ins Leben gerufen. In der Woche vor den Osterferien werden Oberhausener Grundschulen folgende Angebote unterbreitet:

   - Beim Schuleintritt ändert sich für die Kinder viel, sie bewegen sich weniger, der Stress nimmt zu, die Tendenz zum Übergewicht wird verstärkt. Ernährungsberaterinnen zeigen anhand der Ernährungspyramide wie leicht es ist, sich gesund zu ernähren.

   - Vielseitige Bewegungs- und Wahrnehmungserfahrungen sind die Grundlage für eine harmonische Persönlichkeitsentwicklung. In alternativen Sportstunden werden spielerisch die Fähigkeiten von Koordination, Beweglichkeit und zur Entspannung bei den Schülerinnen und Schülern gefördert.

   - Wie überwinde ich den inneren Schweinehund? Gesunde Ernährung beginnt im Kopf und es braucht auch Willenskraft, die guten Vorsätze zu verwirklichen. Dieses Angebot zeigt auf, welche Barrieren auf dem Weg zu einer gesunden Ernährung für Kinder zu beachten sind.

   Ziel ist es, dass Lehrer und Lehrerinnen Anregungen erhalten sollen, wie sie die gesunde Entwicklung der Schüler und Schülerinnen unterstützen und fördern können. Ein weiterer Akzent liegt auf der Zusammenarbeit von Lehrkräften, Eltern und gesundheitsfördernden Einrichtungen im Stadtteil.

   Die Gesundheitswochen sind als Akzentuierung und Vertiefung der ganzjährigen Gesundheitsförderung in der Grundschule zu betrachten und sollen in den nächsten Jahren fortgeführt werden.

6. Die statistischen Daten und die gelebten Erfahrungen der Menschen in den Oberhausener Sozialräumen zeigen, dass Kindern aus sozial schwachen Familien und Familien mit Migrationshintergrund häufig die Chance fehlt in ihrer Entwicklung unterstützt zu werden. Bewegungsstörungen und Übergewicht sind oft das negative Ergebnis. Gesundheitsfördernde Projekte unter Einbeziehung der Eltern können diesem Trend entgegenwirken. Aus diesem Grund werden auch zukünftig in

Kindertageseinrichtungen in unterschiedlichen Sozialräumen **Eltern-Kind-Vormittage zur Bewegungsförderung und gesunden Ernährung** durchgeführt. Ziel ist es, Eltern und Kindern aus sozial benachteiligten Familien und mit Migrationshintergrund praxisnah Gesundheitsförderung zu vermitteln und Informationen über die Bedeutung von ausgewogener Ernährung und ausreichender Bewegung für die gesunde Entwicklung ihres Kindes zu geben. Die Lebensbezüge der Familien im Quartier werden berücksichtigt. Angeleitet werden diese Angebote von interkulturellen Gesundheitsmediatorinnen und Übungsleiterinnen.

7. Nach stundenlangem Sitzen im Unterricht, ist Bewegung gerade für Kinder eine Möglichkeit, Anspannung und Stress abzubauen und sich richtig auszutoben. **Kinder im Offenen Ganztag** verbringen den gesamten Tag in der Schule. Damit bietet sich eine hervorragende Möglichkeit, gesundheitsförderliche und präventive Projekte zu den Themen Ernährung und Bewegung praktisch und alltagsnah am Nachmittag umzusetzen.

   Häufig fehlt es im Offenen Ganztag nicht an Möglichkeiten zur Bewegung. Eher sind Materialien unbekannt, die sich im Offenen Ganztag zur Bewegung eignen. Ziel ist es, entsprechende Fortbildungsangebote zu etablieren.

   Die Projektgruppe Bewegungsförderung, Ernährung und Übergewicht wird weiterhin ihren Schwerpunkt auf Fortbildungsmodule für die unterschiedlichen Zielgruppen richten:

   - Der **aid-Ernährungsführerschein** bietet ein Unterrichtskonzept, bei dem der praktische Umgang mit Lebensmitteln und Küchengeräten im Mittelpunkt steht. Im normalen Klassenraum bereiten die Schülerinnen und Schüler des 3. Jahrgangs in sechs bis sieben Doppelstunden Salate, Quarkspeisen und andere kleine Gerichte zu. In einer dreistündigen Fortbildungseinheit lernen die Lehrerinnen und Lehrer die Ernährungspyramide und ihre Einbindung in den Grundschulunterricht kennen, erarbeiten sich unter Anleitung die Unterrichtseinheiten und lernen das Material kennen. Eine Praxisdemonstration veranschaulicht Schäl- und Schneidetechniken.

   - Dass sich Bewegung positiv auf das Lernverhalten von Kindern auswirkt, ist längst kein Geheimnis mehr. Dank einer umfassenden Studie der Osnabrücker Professorin Renate Zimmer ist die lernfördernde Wirkung sogar wissenschaftlich nachgewiesen. Bewegung fördert den Informationsfluss im Gehirn. Lernen betrifft nicht nur den Verstand, Kinder lernen mit allen Sinnen. Der **Workshop** mit Frau Prof. Zimmer **“Toben macht schlau - was Kinder durch Bewegung lernen“** bietet die Möglichkeit sich mit dem Thema auseinanderzusetzen.

   - Kinder bewegen sich zu wenig. Häufig bedeutet dies, die körperliche Leistungsfähigkeit von Kindern lässt nach. Ein wesentlicher Grund hierfür ist die

mangelnde Alltagsbewegung. Immer häufiger bringen Eltern ihre Kinder mit dem Auto zur Schule. Was auf den ersten Blick so praktisch erscheint, hat viele Nachteile. Kinder, die täglich zu Fuß zur Schule gehen, haben hingegen viele Vorteile. Zu Fuß zur Schule zu gehen, fördert die Gesundheit, die Selbstständigkeit, das korrekte Verhalten im Straßenverkehr, reduziert die Umweltbelastung und spart Benzinkosten. Nicht zuletzt macht Bewegung schlau.

Am 22. September ist jedes Jahr weltweit der **Aktionstag „Zu Fuß zur Schule und zum Kindergarten“**. An diesem Tag sind Kinder aufgefordert sich zu bewegen und zu Fuß zur Schule zu gehen**.** Wie in diesem Jahr wird auch 2012 in Oberhausener Kindertageseinrichtungen und Grundschulen dieser Aktionstag beworben und über Materialien informiert. Die Idee eine Gemeinschaftsaktion in einem ausgewählten Sozialraum durchzuführen, wird in die Sozialraumgespräche 2012 eingebracht.

8. Sprachliche Bildung stellt in allen Kindertageseinrichtungen einen wichtigen konzeptionellen und praktischen Schwerpunkt dar.

   Kommunikation ist Bestandteil der frühkindlichen Bildung und Erziehung im Elementarbereich. Sprache ist das Medium für die pädagogische Interaktion und somit Teil der Begleitung von frühkindlichen Lern- und Sprachentwicklungsprozessen. Die Bildungsarbeit im Elementarbereich beinhaltet demnach als eine Aufgabe den Spracherwerb. Sprachbildung und –förderung gehen von der natürlichen Spracherwerbskompetenz aus. **Sprachfördermaßnahmen** intensivieren und vertiefen die Sprachbildung bei individuellem Bedarf.

   Sprachförderung durch Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen hat dort ihre Grenzen, wo Sprach-, Sprech-, Stimm- oder Hörstörungen sowie Beeinträchtigungen im kommunikativen Verhalten vorliegen.Zur Behebung von Spracherwerbsstörungen sind sprachtherapeutische Maßnahmen notwendig, die durch anerkannte Logopädinnen durchgeführt werden müssen.

   Um die Kinder und die pädagogischen Fachkräfte zu unterstützen, werden Fortbildungen zum Thema Spracherwerb angeboten. Lernen und Sprachentwicklung erfolgt in der frühen Kindheit über Wahrnehmung und Bewegung. Hier muss eine stärkere Verknüpfung hergestellt werden, die durch Entwicklung von Materialien und Angeboten für Multiplikatoren/innen unterstützt wird.

9. Der vorliegende Bericht bestätigt den Zusammenhang zwischen der Entwicklung eines Kindes und dem Besuch einer KTE. Ähnlich wie das schon seit 2009 bei Eltern 4-jähriger Kinder geschieht, wird daher der Kinderpädagogische Dienst zukünftig bereits auf Eltern jüngerer Kinder (unter 3 Jahren) zugehen, um über die Bedeutung der **frühkindlichen Bildung** zu informieren und für den Besuch einer KTE zu werben. Gleichwohl sollen die Angebote zur Stärkung der Elternkompetenz bzw. zur Elternbildung unvermindert fortgeführt werden.

Anhang - Begriffsdefinitionen

Migrationshintergrund

Als Familien mit Migrationshintergrund kann auf Basis der Familienbefragung eine breitere Gruppe von Familien betrachtet werden, als dies derzeit mit den Daten der amtlichen Statistik möglich ist. So werden nicht nur Familien mit mindestens einem nichtdeutschen Elternteil berücksichtigt, sondern darüber hinaus auch Familien mit mindestens einem Elternteil mit Migrationshintergrund. D. h. mindestens ein Elternteil hat eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit, neben der deutschen noch eine weitere Staatsangehörigkeit oder aber mindestens ein Elternteil ist außerhalb Deutschlands geboren.

Äquivalenzeinkommen

Im Rahmen der Familienbefragung wurden die Familien gebeten, ihr monatliches Haushaltsnettoeinkommen anzugeben. Da die befragten Familien jedoch unterschiedlich groß und sehr unterschiedlich zusammengesetzt sind, können die Angaben nicht ohne weiteres miteinander verglichen werden. Für einen Einpersonenhaushalt sind beispielsweise 2.000 € Haushaltsnettoeinkommen etwas anderes als für einen Achtpersonenhaushalt. Um diese beiden Haushalte hinsichtlich ihres Einkommens dennoch miteinander vergleichen zu können, muss die Haushaltsgröße und –struktur berücksichtigt werden. Dabei muss jedoch davon ausgegangen werden, dass größere Haushalte durch gemeinsames Wirtschaften Einsparungen realisieren können, die kleineren Haushalte nicht möglich sind. Zudem haben Kinder einen geringeren Unterhaltsbedarf als Erwachsene. So benötigt ein Achtpersonenhaushalt nicht automatisch auch eine achtmal so große Wohnung wie ein Einpersonenhaushalt und auch andere Kosten, wie beispielsweise Stromkosten, steigen nicht auf das Achtfache usw. . Das führt dazu, dass das Haushaltsnettoeinkommen nicht einfach durch die Anzahl der Haushalte geteilt werden kann, sondern vielmehr eine bedarfsorientierte Gewichtung vorgenommen werden muss. In der Armutsforschung werden daher so genannte bedarfs- bzw. äquivalenzgewichtete Pro-Kopf-Einkommen herangezogen, die sowohl die Anzahl und das Alter der im Haushalt lebenden Mitglieder als auch die Einsparungen größerer Familien berücksichtigen. Hierfür wird eine theoretische „bedarfsgewichtete Familiengröße“ ermittelt, die bei größeren Haushalten immer unter der tatsächlichen Größe des Haushaltes liegt und durch diese theoretische Haushaltsgröße wird dann das tatsächliche monatliche Haushaltsnettoeinkommen geteilt. Dadurch wird dann ein Vergleich der Einkommenssituation zwischen verschiedenen Familiengrößen- und -formen möglich.

Diese bedarfsgewichtete Einkommen werden als Äquivalenzeinkommen bezeichnet. Für die Berechnung der bedarfsgewichteten Familiengröße wird auf die alte OECD-Skala zurückgegriffen. Diese wird auch in der Sozialberichterstattung des Landes Nordrhein-Westfalen herangezogen.

Nach dieser Skala wird der ersten erwachsenen Person im Haushalt das Gewicht 1 zugewiesen. Jede weitere Person im Alter von 14 Jahren und älter erhält das Gewicht 0,7 und alle jüngeren Haushaltsmitglieder bekommen ein Gewicht von 0,5. Für einen Einpersonenhaushalt ergibt sich so ein Faktor von 1. Ein Paarhaushalt mit einem Kind unter 14 Jahren benötigt hingegen das 2,2-fache an Einkommen, um einen vergleichbaren Lebensstandard wie ein Singlehaushalt zu haben.

Konkret heißt das: In einem Paarhaushalt mit zwei Kindern unter 14 Jahre beträgt das erzielte Haushaltsnettoeinkommen 5.000 €. Die Summe der Gewichtungsfaktoren der Mitglieder beträgt 2,7 (1+0,7+0,5+0,5). Dem Haushalt steht so ein monatliches Äquivalenzeinkommen von (5.000 € / 2,7 =) 1.852 € zur Verfügung.

Armutsgrenzen

Analog zur Sozialberichterstattung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen berechnen sich die im vorliegenden Bericht verwendeten Armutsgrenzen in Abhängigkeit vom nordrhein-westfälischen Durchschnittseinkommen. Als arm gelten danach Familien, deren Äquivalenzeinkommen weniger als 50 % des durchschnittlichen Äquivalenzeinkommens in Nordhein-Westfalen beträgt. Als armutsnah werden Familien bezeichnet, die ein Äquivalenzeinkommen zwischen 50 % und 60 % des durchschnittlichen Äquivalenzeinkommens in Nordhein-Westfalen haben.

Grundlage für die tatsächlichen Grenzen ist das durchschnittliche Äquivalenzeinkommen aus dem derzeit aktuellsten Sozialbericht NRW des Jahres 2009 mit Daten aus dem Jahr 2007. Danach lag das durchschnittliche Nettoäquivalenzeinkommen in Nordrhein-Westfalen bei 1.274 €. Als einkommensarm gelten demnach Haushalte, deren Äquivalenzeinkommen weniger als 637 € beträgt, bei Familien in armutsnahen Verhältnissen, liegt das Äquivalenzeinkommen zwischen 637 und 765 €.

Bildungsniveau

Für den Bildungsstatus der befragten Eltern bei der Familienbefragung wurde ein Indikator gebildet, der eine Kombination aus höchstem Schulabschluss und höchstem beruflichen Ausbildungsniveau darstellt. Dabei wurden die vier Bildungsgruppen „niedriges Bildungsniveau“, „mittleres Bildungsniveau“, „höheres Bildungsniveau“ und „höchstes Bildungsniveau“ gebildet. Beispielsweise zählt ein Vater, der einen Hauptschulabschluss besitzt und eine Lehre abgeschlossen hat, zur Kategorie „niedriges Bildungsniveau“. Jemand, der neben dem Hauptschulabschluss auch eine Ausbildung an einer Fach-, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Bildungsakademie abgeschlossen hat, wird in die Kategorie „mittleres Bildungsniveau“ eingeordnet. Zu den Personen mit „höchstem Bildungsniveau“ zählen lediglich die Personen, die entweder einen Fachhochschul- oder einen Hochschulabschluss besitzen. Der Bildungsstatus des Familienhaushalts ergibt sich wiederum aus dem höchsten Abschluss beider Elternteile. Wenn beispielsweise die Mutter

der Kategorie „höchstes Bildungsniveau“ zugeordnet ist und der Vater das „mittlere Bildungsniveau“ aufweist, so zählt der Haushalt insgesamt zum „höchsten Bildungsniveau“.

Bildungsgruppe	Schulabschluss	Ausbildungsniveau
Niedriges Bildungsniveau	Kein Abschluss Volks- / Hauptschulabschluss	Lehre/ (noch) kein Abschluss/ keine Angabe
	Realschule / POS (DDR-Schulabschluss)	(noch) kein Abschluss/ keine Angabe
Mittleres Bildungsniveau	Volks- / Hauptschulabschluss	Fach-, Meister-, oder Technikerschule
	Realschule / POS (DDR-Schulabschluss)	Lehre/ anderer Abschluss
Höheres Bildungsniveau	Keine Angabe / anderer Abschluss	Lehre/ Fach-, Meister-, oder Technikerschule
	Realschule / POS (DDR-Schulabschluss)	Fach-, Meister-, oder Technikerschule
	(Fach-) Hochschulreife	Lehre/ Fach-, Meister-, oder Technikerschule/ noch in Ausbildung
Höchstes Bildungsniveau		Fachhochschule- oder Hochschulabschluss
Nicht berücksichtigt:	*(Fach-) Hochschulreife*	*Keine Lehre/ Anlernzeit mit Zeugnis/ keine Angabe*

Literaturverzeichnis

Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (Hg.) (2010): Neues Entwicklungsscreening in NRW, in: Blickpunkt öffentliche Gesundheit, Ausgabe 2/2010.

Amonn, Jan (2011): Schritte zur Verbesserung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern mit Zuwanderungsgeschichte, Mülheim an der Ruhr (Entwurf 19.04.2011).

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA). Leitlinien. Verabschiedet auf der Konsensus-Konferenz der AGA am 19.10.2001. München 2006.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2008): Früherkennungsprogramm für Kinder, 10 Chancen für Ihr Kind, Standardpräsentation.

Download: http://www.ich-geh-zur-u.de/medienbereich/vortrag_frueherkennung.pdf

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011): Früherkennung und Vorsorge im Kindesalter, www.kindergesundheit-info.de

Hellmeier, W. (2008): Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, Nordrhein-Westfalen. In: Gesundheit in NRW - kurz und informativ. 07/ 2008.

Kromeyer-Hauschild K. et al. (2001): Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatszeitschrift Kinderheilkunde 149, S. 807 -818.

Kurth, B.-M./ Schaffrath Rosario, A. (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007; 5/6: 736-743.

Robert-Koch-Institut (2011): Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut / Stand: Juli 2011, in: Epidemiologisches Bulletin Nr. 30/2011.

Robert-Koch-Institut (2010): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin 2010.

Robert-Koch-Institut (2008): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

Robert-Koch-Institut (2007): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

Schlaud, M./ Atzpodien, K./ Thierfelder, W. (2007): Allergische Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007; 5/6: 701-710.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Familienhaushalte nach Familienform und Anzahl der Kinder……..15

Abbildung 2: Familienhaushalte nach Bildungsniveau…… 19

Abbildung 3: Ausgewählte Familienformen nach Bildungsniveau……20

Abbildung 4: Monatliches Äquivalenzeinkommen der Familien in Oberhausen……21

Abbildung 5: Monatliches Äquivalenzeinkommen ausgewählter Familientypen……22

Abbildung 6: Anteil der Empfänger/-innen von Sozialgeld nach Alter (31.12.2009)……..24

Abbildung 7: Kindertagesstättenbesuch nach Quartier und Migrationshintergrund 2010....32

Abbildung 8: Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen 2008-2010.....34

Abbildung 9: Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen nach Migrationshintergrund 2010.....35

Abbildung 10: Vorlage des Untersuchungshefts und Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen 2008-2010.....36

Abbildung 11: Vorlage des Untersuchungshefts nach Migrationshintergrund 2008-2010 37

Abbildung 12: Teilnahme an der Jugendgesundheitsuntersuchung J1……..41

Abbildung 13: Durchimpfungsgrad bei Masern, Hepatitis B und Varizellen 2008-2010.....42

Abbildung 14: Durchimpfungsgrad bei Masern, Hepatitis B und Varizellen nach Migrationshintergrund 2008-2010 43

Abbildung 15: Mitgliedschaft in einem Sportverein 2008-2010 46

Abbildung 16: Mitgliedschaft in einem Sportverein nach Migrationshintergrund 2008-2010..47

Abbildung 17: Mitgliedschaft in einem Sportverein nach Sportart 2010.....50

Abbildung 18: Körperkoordination im Zeitvergleich 2009 und 2010.....52

Abbildung 19: Visuomotorik im Zeitvergleich 2009 und 2010 53

Abbildung 20: Übergewicht und Adipositas* im Zeitvergleich 2009 und 2010 57

Abbildung 21: Anteil der Kinder, die täglich Obst oder Gemüse essen nach Alter……..60

Abbildung 22: Anteil der Kinder, die täglich Obst oder Gemüse essen nach Alter, Migrationshintergrund und Bildungsniveau der Familien……..60

Abbildung 23: Anteil der Familien, die angeben, Tipps zum Einkaufen oder der Zubereitung gesunder Lebensmittel zu benötigen……61

Abbildung 24: Visuelle Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Zahlenvorwissen im Zeitvergleich 2009 und 2010 62

Abbildung 25: Ergebnisse der Sprachtests für Kinder ohne Migrationshintergrund 2010.....66

Abbildung 26: Deutschkenntnisse und Sprachförderbedarf von Kindern mit Migrationshintergrund nach Erstsprache in der Familie 2009/ 2010 72

Abbildung 27: Hör- und Sehvermögen im Zeitvergleich 2008, 2009 und 2010.....73

Abbildung 28: Verbreitung der Befunde* ausgewählter Allergien 2008, 2009 und 2010 76

Abbildung 29: Migrationshintergrund und Bildungsstatus 2011 80

Abbildung 30: Kinder ohne uneingeschränkte Schulempfehlung nach sozialstrukturellen Merkmalen 2010 und 2011 82

Abbildung 31: Bildungsstatus der Eltern und „vorlesen“ 2011 86

Abbildung 32: Bildungsstatus der Eltern und „fernsehen“ 2011 86

Abbildung 33: Zusammenhang zwischen Vorlesen / Fernsehen und Kindern ohne uneingeschränkter Schulempfehlung* 87

Abbildung 34: Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen nach Bildungsstatus.....89

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Untersuchte Kinder in den Jahren 2008 bis 2011 28

Tabelle 2: Schulanfänger nach sozialstrukturellen Merkmalen 2010 30

Tabelle 3: Vorlage des Untersuchungshefts nach sozialstrukturellen Merkmalen 2010 38

Tabelle 4: Impfschutz gegen Masern, Hepatitis B und Varizellen nach sozialstrukturellen Merkmalen 2010 44

Tabelle 5: Mitgliedschaft in einem Sportverein nach sozialstrukturellen Merkmalen 2010 48

Tabelle 6: Körperkoordination und Visuomotorik nach sozialstrukturellen Merkmalen 2010 .54

Tabelle 7: Übergewicht nach sozialstrukturellen Merkmalen 2010 58

Tabelle 8: Visuelle Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Zahlenvorwissen nach sozialstrukturellen Merkmalen 2010 64

Tabelle 9: Einschätzung der Sprachentwicklung für Kinder ohne Migrationshintergrund 2010 67

Tabelle 10: Deutschkenntnisse und Bedarf an Sprachförderung von Kindern mit Migrationshintergrund nach sozialstrukturellen Merkmalen 2009 und 2010 69

Tabelle 11: Deutschkenntnisse und Bedarf an Sprachförderung von Kindern mit Migrationshintergrund nach Sozialräumen 2009 und 2010 70

Tabelle 12: Einschränkungen der Sehschärfe mit Brille 2010 74

Tabelle 13: Hör- und Sehvermögen nach sozialstrukturellen Merkmalen 2010 75

Tabelle 14: Verbreitung von Allergien nach sozialstrukturellen Merkmalen 2010 77

Tabelle 15: Einschulungsempfehlung und Förderbedarfe 2010 und 2011 83

Tabelle 16: Einschulungsempfehlung, Förderbedarfe und Bildungsstatus der Eltern 2011 ... 84

Kartenverzeichnis

Karte 1: Anteil der Familienhaushalte im Stadtgebiet……..17

Karte 2: Anteil der Leistungsempfänger/innen nach SGB II unter 18 Jahre in % der altersgleichen Bevölkerung (31.12.2009)……..25

Karte 3: Unvollständige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Quartier 2010 39

Karte 4: Vollständige Schutzimpfung gegen Varizellen nach Quartier 2010 45

Karte 5: Mitgliedschaft in einem Sportverein nach Quartier 2010 49

Karte 6: Kinder mit Befund im Bereich Körperkoordination und Visuomotorik nach Quartier 2010 55

Karte 7: Kinder mit Auffälligkeiten im Bereich Visuelle Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Zahlenvorwissen nach Quartier 2010 65

Karte 8: Kinder mit Migrationshintergrund und Sprachförderbedarf nach Quartier 2008 bis 2010 71