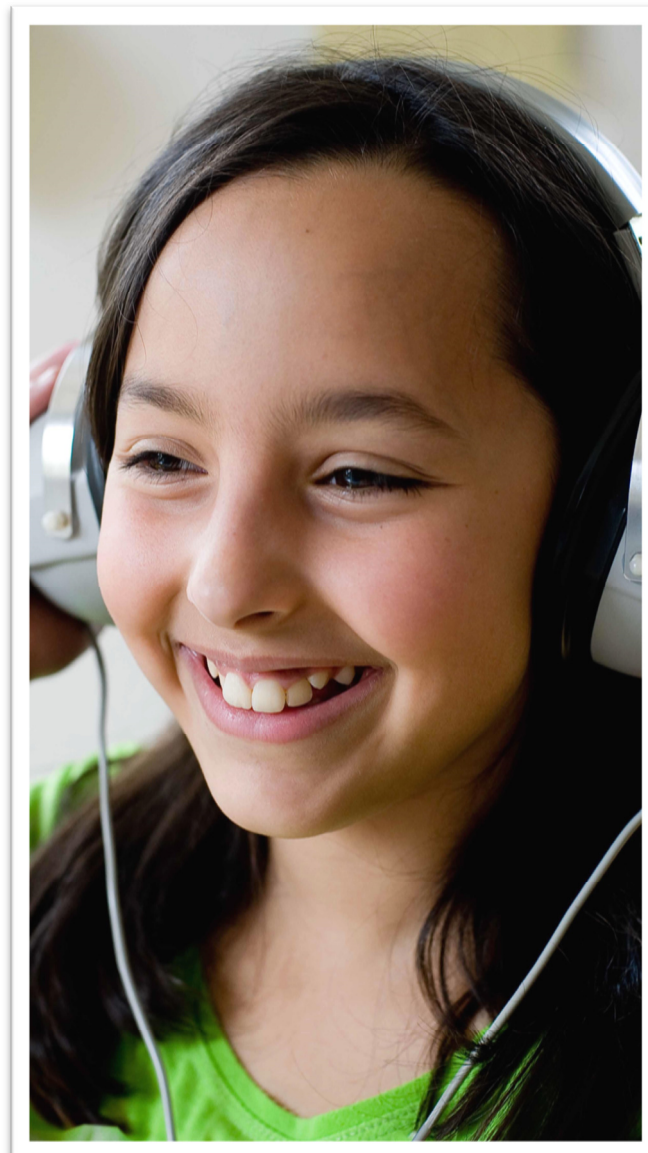




# Kindergesundheitsbericht Stadt Bern

Die Gesundheit aus Sicht der schulärztlichen,  
schulsozialen und schulzahnärztlichen Praxis



# Impressum

**Herausgeberin:**

Direktion für Bildung, Soziales und Sport  
Predigergasse 5, Postfach 275  
3000 Bern 7

**Verfasst durch:**

Annemarie Tschumper, Co-Leiterin Gesundheitsdienst der Stadt Bern

**Mitwirkung:**

Richard Jakob, Co-Leiter Gesundheitsdienst der Stadt Bern  
Thomas Weber, Leiter Gruppe Bevölkerungsstatistik, Statistikdienste Stadt Bern  
Wolfgang Strübig, bis November 2013 Leiter Schulzahnmedizinischer Dienst

**Bezugsadresse:**

Gesundheitsdienst  
Monbijoustrasse 11, Postfach 6262  
3001 Bern  
gsd@bern.ch

**Ausgabe:**

2014

**Link:**

[www.bern.ch/gesundheitsdienst](http://www.bern.ch/gesundheitsdienst)

## Vorwort



Wie geht es den Kindern in der Stadt Bern?

Es ist wichtig, auf diese Frage eine differenzierte Antwort zu haben. Nur so können, wo nötig, die richtigen Massnahmen ergriffen werden. Dass Kinder gesund sind, ist nicht nur für ihre momentane Lebensfreude, sondern auch für ihr weiteres Leben von Bedeutung.

Kinder sind die Zukunft und sie haben den grössten Teil des Lebens noch vor sich. Gesundheitliche Probleme, Belastungen und Risiken in jungen Jahren können erhebliche Langzeiteffekte nach sich ziehen. Chronische körperliche oder psychische Krankheiten im Erwachsenenalter haben ihren Ursprung oft in gesundheitlichen Störungen in der Kindheit. Gesundheitliche Defizite verursachen nicht nur Einschränkungen und Leiden, sondern auch hohe Kosten.

Gesundheit und Lernfreude, das ist eng miteinander verwoben. Die Stärkung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens unterstützt Kinder bei der Entfaltung ihres Potentials – nicht zuletzt des Bildungspotentials. Erkannt ist, dass Bildung eine der wichtigsten Massnahmen zur Bekämpfung der Armut ist. Zudem ist ein gut gefüllter Bildungsrucksack ein entscheidender Faktor, um die Sensibilität für die eigene Gesundheit zu wecken.

Einer Mehrheit der Kinder in der Stadt Bern geht es zum Glück gut. Je nach Problembereich haben 5% bis 35% der Kinder aber gesundheitliche Anforderungen zu bewältigen: Chronische Erkrankungen, Folgen von Armut und fehlender Integration, anhaltender Stress, Lern- und Entwicklungsstörungen sind einige Beispiele.

Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, wird im Laufe der Kindheit und Jugendzeit erlernt und soll kontinuierlich wachsen. In den ersten zwei Lebensjahrzehnten sind Kinder und Jugendliche darauf angewiesen, dass Erwachsene sie altersentsprechend unterstützen.

Der vorliegende Bericht zeigt auf, wo Handlungsbedarf und Verbesserungsmöglichkeiten bestehen, damit alle Kinder faire Chancen bei der Gesundheit und Bildung erhalten. Wir alle tragen Mitverantwortung für das Wohl der Kinder. Und wir sind aufgerufen, in unserem Tätigkeitsbereich zu gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen beizutragen. Sorgen wir gemeinsam dafür, dass es den Kindern gut geht!

Franziska Teuscher, Gemeinderätin  
Direktion für Bildung, Soziales und Sport

## Zusammenfassung

Der Kindergesundheitsbericht beruht auf Daten der Einwohnerdienste, der schulärztlichen und schulzahnmedizinischen Dienste und der Schulsozialarbeit. Er bildet wichtige Aspekte der Gesundheit der 0- bis 12-jährigen Kinder in der Stadt Bern ab und dient der Erfassung kollektiver Gesundheitstrends und der Planung allfällig notwendiger Massnahmen.

### Gesundheitsrelevante gesellschaftliche Entwicklungen

Seit 2005 hat die Anzahl der 0- bis 4-Jährigen in der Stadt Bern um 25% und diejenige der 5- bis 8-Jährigen um 7% zugenommen. Die Geburtenrate stieg von 2000 bis 2012 von 8.4 auf 10.9 Geburten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner. 12.4% der 0- bis 12-Jährigen wurden 2011 in der Stadt Bern von der Sozialhilfe unterstützt. Mit den Kindern aus Familien, die trotz Anspruchsberechtigung keine Sozialhilfe beziehen, ist also schätzungsweise jedes fünfte bis sechste Kind von Armut betroffen. Armut und weitere Benachteiligungen sind ungleich in der Stadt verteilt. Der Verlust nachbarschaftlicher Ressourcen in einzelnen Quartieren muss teilweise mit öffentlichen Angeboten aufgefangen werden.

Im Schuljahr 2012/13 waren 55% der Kinder zwei- oder mehrsprachig. Das Leben in mehreren Kulturen wird zunehmend zur Norm. Das gilt auch für die Vernetzung über elektronische Medien, mit der viele Kinder schon früh vertraut sind.

Tägliche Herausforderungen durch verschiedene soziale und wirtschaftliche Benachteiligungen oder Ängste, den hohen Anforderungen des sozialen Umfelds und der Arbeitswelt nicht genügen zu können, führen in vielen Familien zu chronischem Stress. Dies kann auch Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder haben.

### Die Gesundheit der Kinder im Schuljahr 2012/13

Im Schuljahr 2012/13 war eine Mehrheit der Kinder gesund. Etliche Kinder litten jedoch an chronischen Erkrankungen oder Beschwerden wie Kopf- und Bauchschmerzen. 12% hatten Allergien und 16% waren übergewichtig. Im Kindergarten zeigten 25% der Kinder eine auffällige oder nicht altersgemässe Motorik-Entwicklung (4% unmittelbar therapiebedürftig) und 14.5% eine auffällige Sprachentwicklung. Ein wachsender Anteil der untersuchten 12-Jährigen war erfreulicherweise kariesfrei (2012/13: 55%).

Der Bildungsstand der Eltern hat Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder: Im Vergleich zu Kindern, deren Eltern eine höhere Ausbildung absolviert haben, zeigten Kinder von Eltern ohne nachobligatorische Ausbildung 2-4 mal häufiger ein niedriges Geburtsgewicht, einen Sehfehler, Übergewicht und Entwicklungsauffälligkeiten in Motorik und Verhalten. Noch stärker ist ihre Benachteiligung bei der Sprachentwicklung. Kinder aus höheren Sozialschichten waren hingegen öfter (1.5-2x) von Allergien, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Schlafproblemen betroffen. Weiter war ein höherer Anteil von ihnen nicht gegen Masern geschützt (15%).

Mütter- und Väterberatung sowie familienergänzende Förderangebote (Spielgruppen, Kita, Muki-Deutsch) wurden von bildungsfernen Familien am wenigsten genutzt. Im Schuljahr 2011/12 waren 300 untersuchte Kindergartenkinder nicht in der für 3- bis 4-jährige Kinder vorgesehenen kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchung.

## Vorgeschlagene Massnahmen

Der Handlungsbedarf ergibt sich prioritär aus der ausgeprägten gesundheitlichen Ungleichheit. Damit alle Kinder faire Gesundheits- und Bildungschancen erhalten, sind die bestehenden Angebote weiterzuentwickeln und neuen Gegebenheiten anzupassen. Zudem sind Kooperationen zu optimieren.

### 1. Kinder und Familien früh unterstützen

Kinder, die aufgrund ihrer Familiensituation einen besonderen Förderbedarf haben, sollen die ihnen zustehende Förderung erhalten und mit fairen Bildungschancen in die Schule starten. Dabei ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass eine Kita-Betreuung aus sozialen Gründen seit dem 1. Januar 2014 nur noch nach strengen Kriterien möglich ist.

Zur Verbesserung der Bildungschancen beim Start in die Schule hat sich die primano Frühförderung als wirksam erwiesen. Die primano Frühförderung ist daher auch nach Abschluss des Ausweitungs- und Folgeprojekts 2016 als flächendeckendes Regelangebot sicherzustellen. Die Angebote der primano Frühförderung (Vernetzung im Quartier, Hausbesuchsprogramm, Spielgruppen mit Fördermodulen) müssen sich mit anderen Angeboten wie beispielsweise Kitas und Muki-Deutsch optimal ergänzen. Dem Bedarf der Kinder nach stabilen Beziehungen mit vertrauten Erwachsenen und der Förderung der Sprachentwicklung muss dabei besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

### 2. Die Schule als gesundheitsfördernde Lebenswelt stärken

Freizeit-, Sport- und Begegnungsmöglichkeiten im Quartier bieten vielfältige Möglichkeiten zum ausserschulischen Lernen und zur Teilhabe am sozialen Leben. Schulen können auch Kindern, die bisher noch wenig davon profitiert haben, vermehrt Zugang zu diesen Angeboten ermöglichen. Dazu benötigen die Schulen die Unterstützung durch Quartierinstitutionen auf der Basis einer stärkeren Vernetzung zwischen Schule und Quartier. Bereits bestehende Ansätze solcher Vernetzungen sollen unterstützt, weiterentwickelt und im Sinne der guten Praxis verbreitet werden. Gleichzeitig werden zur Förderung des gesunden Körpergewichts psychosoziale Ansätze und das Umfeld in Schule und Quartier stärker einbezogen.

### 3. Die gesundheitliche Vorsorge und Früherkennung verbessern

Damit körperliche, psychische und soziale Probleme angegangen werden können, bevor sie eskalieren, sind die gesundheitliche Vorsorge und die Früherkennung zu verbessern. Die Angebote der Kinderärztinnen und -ärzte sowie der Mütter- und Väterberatung sollen vermehrt genutzt werden. Weiter soll auch die Früherfassung psychosozialer Probleme im Kindergarten optimiert werden. Künftige Masernepidemien mit möglichen schweren Folgen für einzelne Kinder müssen im Rahmen der nationalen Masernstrategie in Zusammenarbeit mit Bund, Kanton und praktizierenden Ärztinnen und Ärzten möglichst verhindert werden. Schliesslich gilt es, mit einer Gesundheitsberichtserstattung im 4-Jahresrhythmus die Früherkennung von neuen Problemstellungen oder Versorgungslücken auch auf Ebene des Schülerinnen- und Schülerkollektivs sicherzustellen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>8</b>
<b>2.</b>	<b>Sozio-demografische Entwicklung und Lebensbedingungen</b>	<b>9</b>
2.1.	Datenquellen und Schulkreise	9
2.1.1.	<i>Datenquellen</i>	9
2.1.2.	<i>Schulkreise</i>	9
2.2.	Anzahl Kinder in der Stadt Bern	10
2.3.	Entwicklung der Geburtenzahlen	10
2.4.	Entwicklung des Anteils Kinder an der Gesamtbevölkerung	11
2.5.	Anzahl Kinder mit ausländischer Nationalität 1990 bis 2010	11
2.6.	Anteil Kinder mit Deutsch als Muttersprache	12
2.7.	Bildungsstand der Eltern von Kindergartenkindern	12
2.8.	Kinder und Armut: Sozialhilfequoten	13
<b>3.</b>	<b>Gesundheitszustand der Kinder</b>	<b>14</b>
3.1.	Auswertung schulärztlicher Daten	14
3.1.1.	<i>Datenerhebung und Datenqualität</i>	14
3.1.2.	<i>Darstellung der Daten</i>	15
3.1.3.	<i>Sozio-demografische Merkmale der untersuchten Kinder</i>	15
3.1.4.	<i>Repräsentativität der untersuchten Kinder</i>	16
3.2.	Auffälligkeiten bei der Geburt und Schwangerschaft	16
3.2.1.	<i>Anteil Kinder mit Auffälligkeiten bei der Schwangerschaft oder Geburt</i>	17
3.2.2.	<i>Mögliche Folgen der Frühgeburt auf die Entwicklung</i>	17
3.3.	Auffällige Entwicklung in der Vorgeschichte	18
3.4.	Bestehende Erkrankungen und Beschwerden	18
3.4.1.	<i>Erkrankungen und Beschwerden von Kindergartenkindern</i>	18
3.4.2.	<i>Erkrankungen und Beschwerden von Kindern der 4. Klasse</i>	19
3.5.	Grösse und Gewicht	20
3.5.1.	<i>Grösse</i>	20
3.5.2.	<i>Gewicht</i>	20
3.6.	Sehen und Hören	24
3.6.1.	<i>Ungenügende Sehschärfe</i>	24
3.6.2.	<i>Eingeschränkte Hörfähigkeit</i>	25
3.7.	Rückenuntersuchung in der 4. Klasse	25
3.8.	Entwicklung der Motorik im Kindergartenalter	25
3.8.1.	<i>Kinder mit auffälliger Motorik in der Kindergartenuntersuchung</i>	26
3.8.2.	<i>Vergleiche zwischen den Schulkreisen</i>	27
3.8.3.	<i>Entwicklung über die Zeit</i>	27
3.8.4.	<i>Verbindung von motorischen und anderen Entwicklungsauffälligkeiten</i>	28
3.9.	Entwicklung der Sprache im Kindergartenalter	28
3.9.1.	<i>Kinder mit Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung</i>	28

3.9.2.	<i>Bedeutung und Ursachen von Auffälligkeiten der Sprachentwicklung</i>	30
3.9.3.	<i>Entwicklung über die Zeit</i>	31
3.10.	Fehlende Schulbereitschaft	31
3.11.	Verhaltensauffälligkeiten im Kindergartenalter	32
3.12.	Massnahmen und Überweisungen nach der Untersuchung	33
3.12.1.	<i>Massnahmen im schulärztlichen Dienst</i>	33
3.12.2.	<i>Zuweisung zur weiteren Abklärung und/oder Behandlung</i>	33
3.12.3.	<i>Empfehlung von Spezialunterricht Logopädie und/oder Psychomotorik</i>	34
3.13.	Zahngesundheit	34
<b>4.</b>	<b>Kinder und ihre Lebenswelten</b>	<b>36</b>
4.1.	Familie	36
4.1.1.	<i>Anteil Kinder in belasteten Familiensituationen</i>	36
4.1.2.	<i>Schulärztliche und schulsoziale Beratungen zu familiären Belastungen</i>	36
4.1.3.	<i>Familiäre Gewohnheiten – der Umgang mit elektronischen Medien</i>	37
4.1.4.	<i>Ressourcen für Familien</i>	39
4.2.	Schule	41
4.2.1.	<i>Entwicklungen der Schule in den letzten 10 Jahren</i>	41
4.2.2.	<i>Probleme in der Schule</i>	41
4.2.3.	<i>Ressourcen der Schule</i>	43
<b>5.</b>	<b>Präventive gesundheitliche Versorgung</b>	<b>44</b>
5.1.	<i>Kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen (VSU) sowie Mütter- und Väterberatung</i>	44
5.2.	Frühförderung	45
5.2.1.	<i>Frühförderung in Kindertagesstätten und Spielgruppen</i>	45
5.2.2.	<i>Frühförderung primano</i>	46
5.3.	Schulärztlicher Dienst	47
5.3.1.	<i>Schulärztliche Untersuchungen und Spezialabklärungen</i>	47
5.3.2.	<i>Läuseuntersuchungen</i>	47
5.4.	Schulsozialarbeit	48
5.5.	Schulzahnmedizinischer Dienst	50
5.6.	Impfschutz	51
5.6.1.	<i>Impfschutz im Kindergarten</i>	51
5.6.2.	<i>Impfschutz in der 4. Klasse</i>	52
<b>6.</b>	<b>Schlussfolgerungen</b>	<b>54</b>
6.1.	Gesundheitsrelevante Entwicklungen im Umfeld	54
6.2.	Gesundheitszustand der Kinder	55
6.3.	Handlungsbedarf und Ansatzpunkte	57
6.3.1.	<i>Kinder und Familien früh fördern</i>	58
6.3.2.	<i>Die Schule als gesundheitsförderliche Lebenswelt stärken</i>	59
6.3.3.	<i>Gesundheitsvorsorge und Früherkennung verbessern</i>	60

## 1. Einleitung

Der vorliegende Bericht vermittelt ein Bild über den Gesundheitszustand der 0- bis 12-jährigen Kinder in der Stadt Bern. Dazu werden körperliche, seelische und soziale Aspekte der Gesundheit beschrieben. Ziel des Berichts ist es, einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage und Versorgung der Kinder von 0-12 Jahren zu leisten. Er dient der Verwaltung und hier besonders der Direktion für Bildung, Soziales und Sport als Grundlage zur Planung von Massnahmen in ihrem Aufgabenbereich. Darüber hinaus richtet sich der Bericht an Politikerinnen und Politiker, an Fachstellen sowie an die Öffentlichkeit.

Im ersten Teil vermitteln Daten der Einwohnerdienste des Polizeiinspektorats der Stadt Bern einen Überblick über die Entwicklung der Bevölkerungsgruppe der 0- bis 12-Jährigen und zu ihrer sozialen Lage. Die Daten wurden von Statistik Stadt Bern aufgearbeitet.

Im zweiten Teil sind die Daten des schulärztlichen und des schulzahnmedizinischen Dienstes sowie der Schulsozialarbeit zur gesundheitlichen Situation der Volksschulkinder und deren Entwicklung über die letzten Jahre dargestellt. Es handelt sich um Befunde, die in den alltäglichen Untersuchungen, Sprechstunden und Beratungen dieser Dienste erhoben wurden. Für die Bewertung und Erklärung der vorliegenden Befunde wird, wo angezeigt, auf Resultate und Erkenntnisse wissenschaftlicher Studien und Gesundheitsberichte anderer Städte verwiesen.

Der dritte und vierte Teil des vorliegenden Berichts geben einen Überblick über die wichtigsten Lebenswelten der Kinder (Familie und Schule) mit den entsprechenden Ressourcen und Problemlagen sowie über einige Aspekte der präventiven Gesundheitsversorgung.

Schliesslich werden Schlussfolgerungen aus dem Bericht gezogen und der Handlungsbedarf in der kurz- bis mittelfristigen Zukunft aufgezeigt.

Im Jahr 2013 hat der Gesundheitsdienst der Stadt Bern sein 100-jähriges Jubiläum gefeiert. Aus diesem Anlass wird unter dem Stichwort „*Blick in die Geschichte*“ auf Befunde und Forschungsergebnisse zum jeweiligen Thema aus der Vergangenheit hingewiesen.



## 2. Sozio-demografische Entwicklung und Lebensbedingungen

Wie viele Kinder in einer Stadt leben und wie sich die Kinderzahlen entwickeln, ist für die Gesundheit der Kinder von Bedeutung. Je mehr Kinder es im Umfeld hat, desto mehr Spiel- und Begegnungsmöglichkeiten mit Gleichaltrigen ergeben sich spontan. Grössere Veränderungen der Kinderzahlen können sich auf die Situation in Bildungs-, Betreuungs- und Gesundheitseinrichtungen auswirken. Von Interesse ist auch der sozio-ökonomische Hintergrund der Kinder: Kinder aus von Armut betroffenen, bildungsfernen oder fremdsprachigen Familien benötigen häufiger besondere Unterstützung als andere.

### 2.1. Datenquellen und Schulkreise

#### 2.1.1. Datenquellen

Im Folgenden sind statistische Daten aus vier Quellen dargestellt:

- Einwohnerdatenbank des Polizeiinspektorats der Stadt Bern; Datenbearbeitung: Statistik Stadt Bern
- Schulärztliche Befunde und Erfassungsdaten der Schulsozialarbeit; Datenbearbeitung: Gesundheitsdienst der Stadt Bern
- Befunde aus dem Schulzahnmedizinischen Dienst; Datenbearbeitung: Schulzahnmedizinischer Dienst
- Angaben zu familien- und schulbezogenen Ressourcen von Schul- und Jugendamt; Quelle: Jahresbericht der Stadt Bern, 2012.

#### 2.1.2. Schulkreise

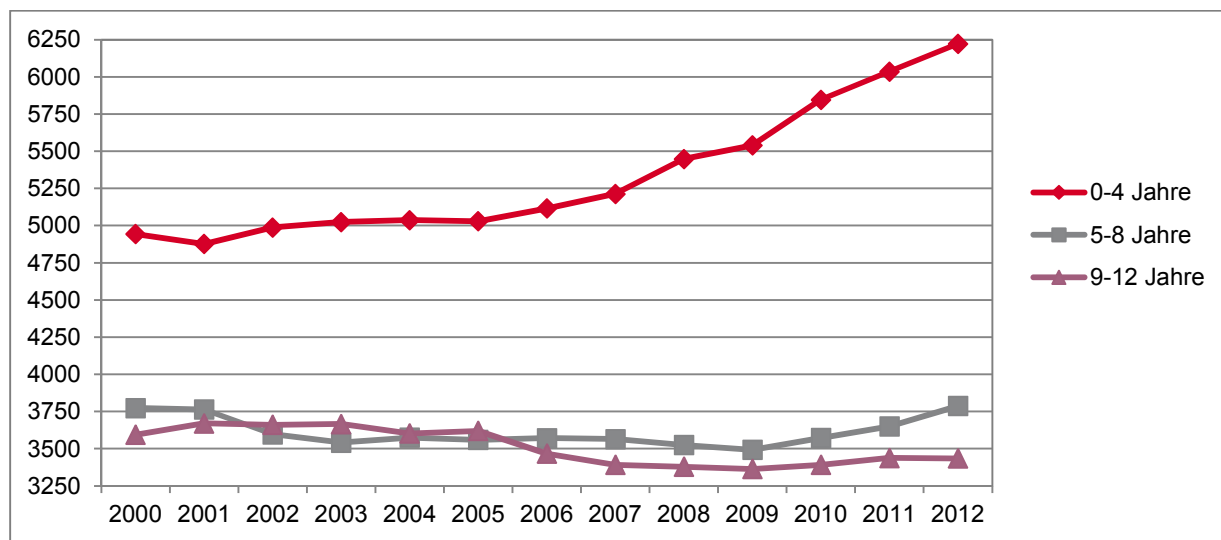
In den Bereichen Bildung, Betreuung, Gesundheit und Gemeinwesenarbeit beziehen sich die Aktivitäten der Stadt stark auf die Stadtteile und die an ihnen orientierten Schulkreise. Daher sind verschiedene Analysen danach aufgeschlüsselt. In der Stadt Bern gibt es folgende 6 Schulkreise mit zugehörigen Schulstandorten (in Klammern):

- (1) Kirchenfeld-Schosshalde (Altstadt-Schosshalde, Kirchenfeld, Laubegg, Manuel)
- (2) Mattenhof-Weissenbühl (Brunnmatt, Pestalozzi, Marzili/Sulgenbach)
- (3) Breitenrain-Lorraine (Wankdorf-Breitfeld, Lorraine-Wylergut, Spitalacker-Breitenrain)
- (4) Länggasse-Felsenau (Länggasse, Rossfeld)
- (5) Bümpliz (Bümpliz-Höhe, Kleefeld, Oberbottigen, Stapfenacker)
- (6) Bethlehem (Bethlehemacker, Schwabgut, Tscharnergut)

## 2.2. Anzahl Kinder in der Stadt Bern

Die Anzahl der 0- bis 4-jährigen Kinder hat seit 2005 von 5000 auf 6250 zugenommen. Seit 2009 gibt es auch eine Zunahme bei den 5- bis 8-Jährigen von 3500 auf 3800. Bei den 9- bis 12-Jährigen sind die Zahlen über die letzten Jahre stabil geblieben.

Abbildung 1: Anzahl Kinder in der Stadt Bern, nach Altersgruppe und Jahr

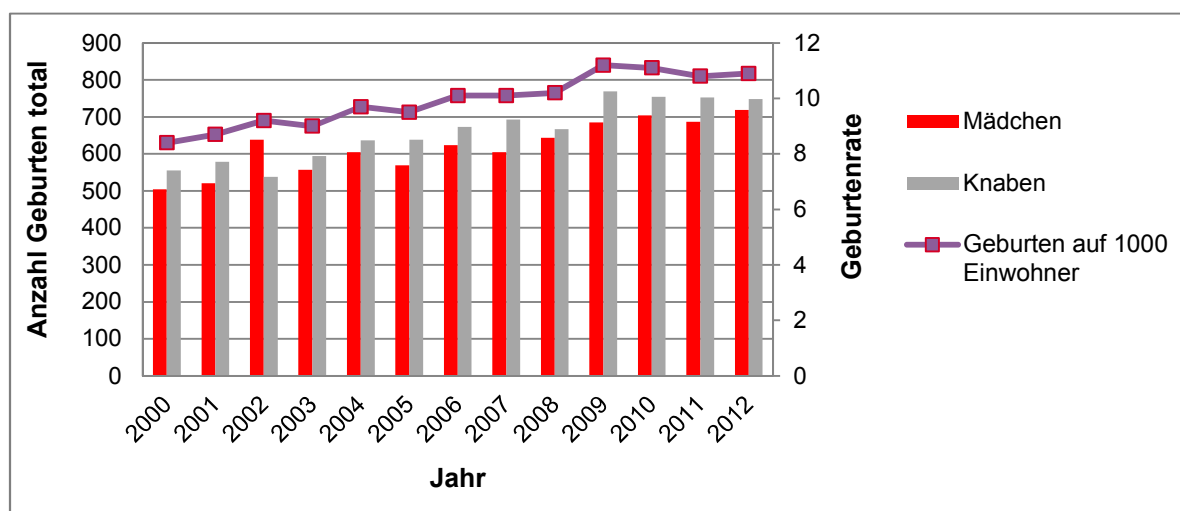


Quelle: Polizeiinspektorat Stadt Bern; Datenbearbeitung: Statistik Stadt Bern

## 2.3. Entwicklung der Geburtenzahlen

Die Zunahme der Kinderzahlen ist insbesondere durch den Anstieg der Geburtenrate von 8.4 Geburten auf 1000 Einwohner (mittlere wirtschaftliche Wohnbevölkerung) im Jahr 2000 auf 10.9 im Jahr 2012 bedingt.

Abbildung 2: Anzahl Geburten total und Geburtenrate auf 1000 Einwohner; Jahre 2000 bis 2012

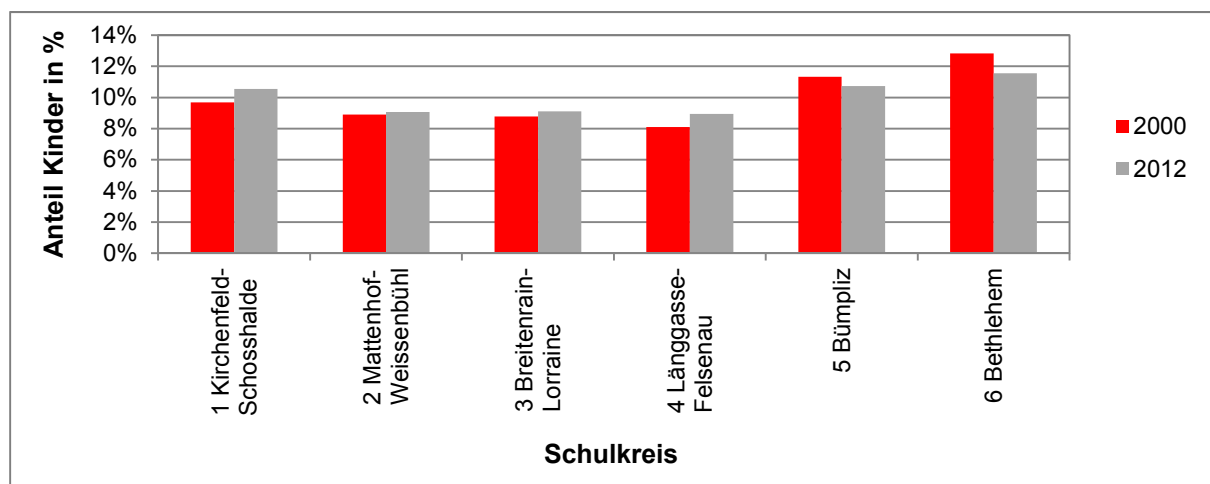


Quelle: Polizeiinspektorat Stadt Bern; Datenbearbeitung: Statistik Stadt Bern

## 2.4. Entwicklung des Anteils Kinder an der Gesamtbevölkerung

Zwischen 2000 und 2012 hat sich der Anteil 0- bis 12-Jähriger in den Schulkreisen (Abb.3) und in der gesamten Stadt trotz wachsender Kinderzahlen wenig verändert (2000: 9.7%, 2012: 9.9%). Dies liegt an der Zuwanderung von primär jungen Einzelpersonen zum Zweck der Ausbildung oder der ersten Arbeitsstelle.

Abbildung 3: Anteil Kinder von 0-12 Jahren an der Gesamtbevölkerung, nach Schulkreis und Jahr

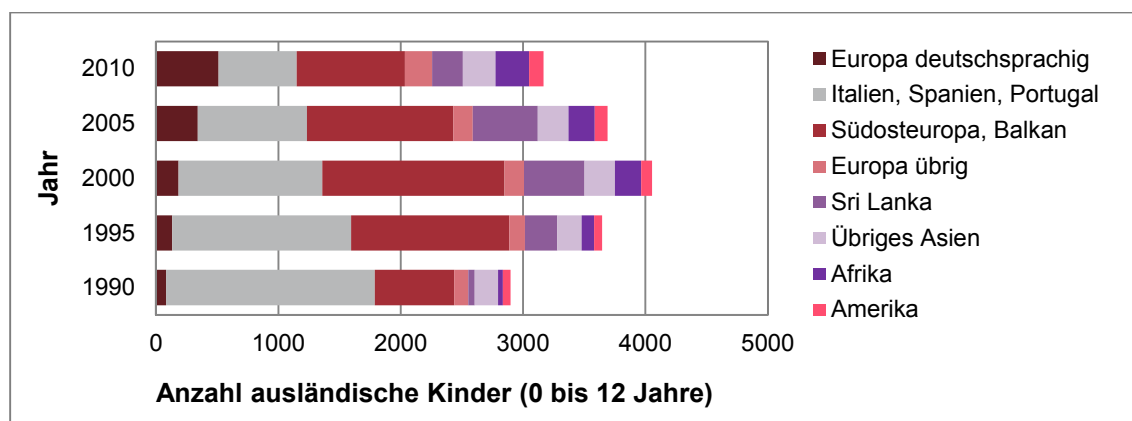


Quelle: Polizeiinspektorat Stadt Bern; Datenbearbeitung: Statistik Stadt Bern

## 2.5. Anzahl Kinder mit ausländischer Nationalität 1990 bis 2010

Die Anzahl ausländischer Kinder hat seit dem Jahr 2000 nach einer Zunahme in den 90er Jahren wieder abgenommen (Abb. 4). Die Abnahme betrifft vor allem Kinder aus Südeuropa (I, Sp, P), Südosteuropa/Balkan und Sri Lanka. Hier wurden etliche Familien eingebürgert oder sie kehrten in ihre Heimat zurück. Zugewonnen hat seit 2000 die Zahl der Kinder aus dem deutschsprachigen Europa (von 184 auf 512) und aus Afrika (von 215 auf 276). Der Anteil Schweizer Kinder stieg von 2000 bis 2010 von 67% auf 75% an.

Abbildung 4: Anzahl ausländische Kinder, nach Nationalität und Jahr



Quelle: Polizeiinspektorat Stadt Bern; Datenbearbeitung: Statistik Stadt Bern

## 2.6. Anteil Kinder mit Deutsch als Muttersprache

2011 hatten gesamtstädtisch 62% der Volksschülerinnen und -schüler Deutsch als Muttersprache. Dieser Anteil ist in den verschiedenen Schulkreisen unterschiedlich hoch (Tab 1).

**Tabelle 1: Prozentanteil Kinder mit Deutsch als Muttersprache, nach Schulkreis (Jahr 2011)**

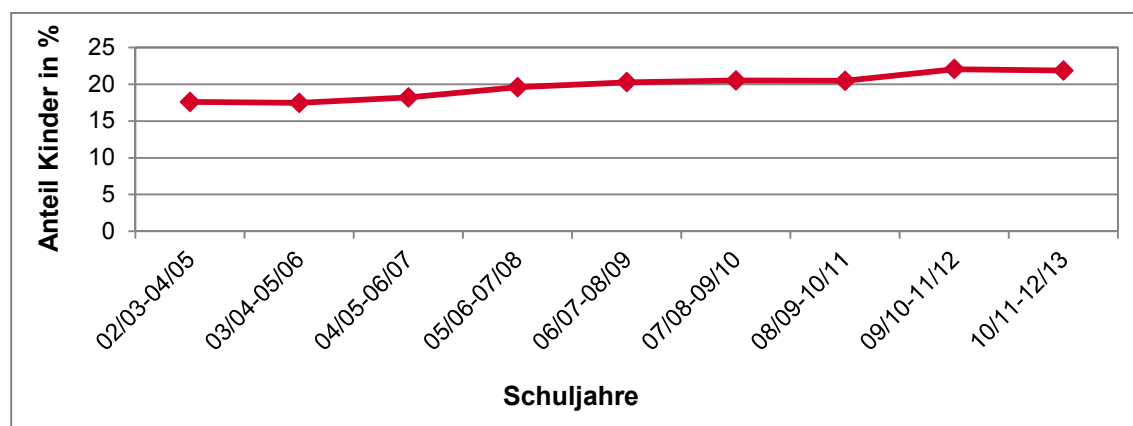
Schulkreis	Anteil
Kirchenfeld-Schosshalde	80.0%
Mattenhof-Weissenbühl	66.0%
Breitenrain-Lorraine	64.6%
Länggasse-Felsenau	74.5%
Bümpliz	46.3%
Bethlehem	33.7%

Quelle: Polizeiinspektorat Stadt Bern; Datenbearbeitung: Statistik Stadt Bern

## 2.7. Bildungsstand der Eltern von Kindergartenkindern

Im schulärztlichen Dienst werden die Eltern nach ihrem höchsten Bildungsabschluss gefragt. Dieser wird fünf Kategorien zugeteilt: (1) Ungelernt, d.h. keine Ausbildung nach der obligatorischen Schule, (2) Berufslehre und (3) höhere Ausbildung (Höhere Fachschule, Fachhochschule oder Hochschule), (4) nicht zuordenbar und (5) keine Angabe. Bei unterschiedlicher Ausbildung der Eltern wird die jeweils höhere erfasst. Im Schuljahr 2012/13 waren 19% der Eltern der untersuchten Kindergartenkinder ungelernt, 44% hatten eine abgeschlossene Berufslehre und 35% eine höhere Ausbildung. Bei 1.4% war die Ausbildung nicht zuordenbar, bei 1% fehlte die Angabe. In den letzten 10 Jahren hat der Anteil Kindergarten-Kinder ungelernter Eltern von 17.6% auf 21.9% zugenommen (Abb. 5). Die Zunahme entspricht internationalen Trends<sup>1</sup>.

**Abbildung 5: Anteil untersuchter Kindergarten-Kinder, deren Eltern keine nachobligatorische Ausbildung absolviert haben (Ungelernte), nach Schuljahren\***



\*gleitende Durchschnittswerte aus jeweils 3 Schuljahren; Quelle: Gesundheitsdienst, schulärztlicher Dienst

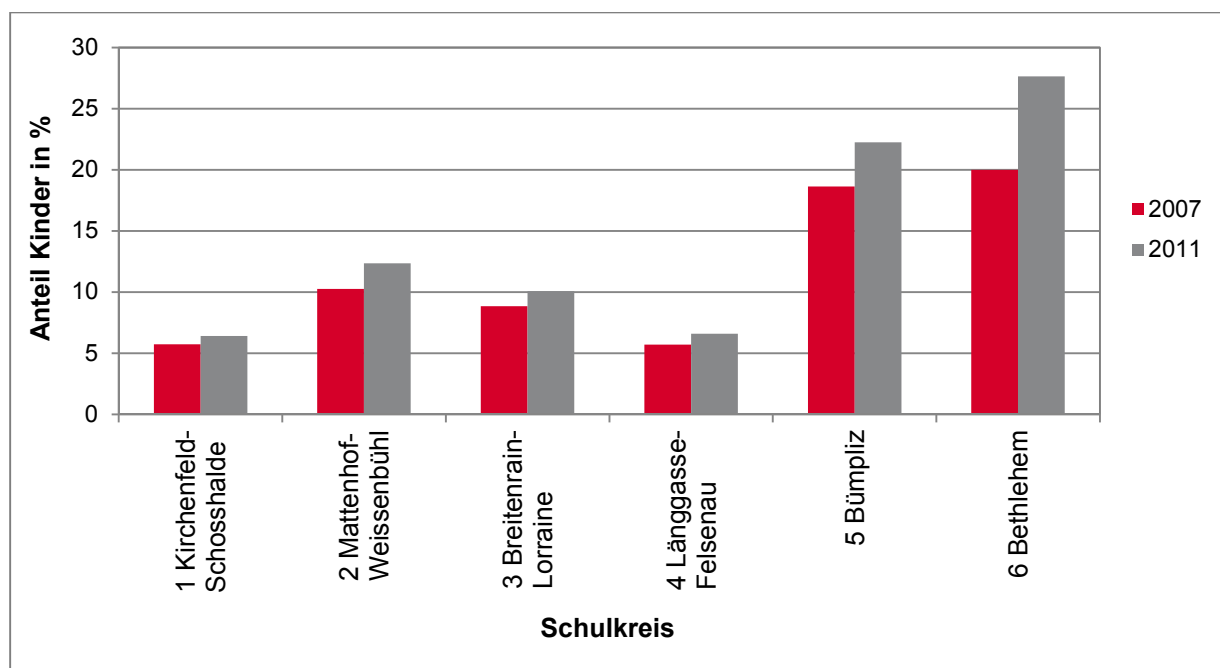
<sup>1</sup> Knudsen, E., J. Heckman, J. et al. Economic, Neurobiological, and Behavioural Perspectives on Building America's Future Workforce. Proceedings of the National Academy of Sciences 2006; 103: 10155-10162.

## 2.8. Kinder und Armut: Sozialhilfequoten

12.4% der 0- bis 12-Jährigen wurden 2011 von der Sozialhilfe unterstützt und/oder vom Amt für Erwachsenen- und Kinderschutz betreut. Dieser Anteil ist mehr als doppelt so hoch wie in der Gesamtbevölkerung (5.2%) und hat seit 2007 von 11.5% um knapp einen Prozentpunkt zugenommen. In diesen Zahlen nicht berücksichtigt sind Kinder aus Familien, die Anrecht auf Sozialhilfeunterstützung hätten, diese jedoch nicht beanspruchen. Gemäss Einschätzungen der Schweizerischen Koordinationskommission für Sozialhilfe (SKOS) sind das weitere 6-12% der Kinder. Die Erfahrung aus der Frühförderung primano zeigt, dass besonders eingewanderte Familien aus Furcht vor negativen Auswirkungen auf ihren migrationsrechtlichen Status oft trotz Anspruchsberechtigung auf Sozialhilfe verzichten. Es ist also davon auszugehen, dass in der Stadt Bern 2011 18.4% bis 24.4% der Kinder von Armut betroffen waren.

Armut ist in den Schulkreisen ungleich verteilt. In den beiden Schulkreisen in Bern West (Bümpliz und Bethlehem) lebt ein besonders hoher Anteil der Kinder in Familien, die von der Sozialhilfe unterstützt werden, und ihr Anteil ist seit 2007 besonders stark angestiegen.

**Abbildung 6: Anteil 0- bis 12-Jähriger, deren Familie Sozialhilfe bezieht; nach Schulkreis und Jahr**



Quelle: Polizeiinspektorat Stadt Bern; Datenbearbeitung: Statistik Stadt Bern

Die Analysen im Frühförderungskonzept primano – Regelangebot ab 2013 zeigen, dass Quartiere mit erhöhter sozio-ökonomischer Belastung (überdurchschnittliche Erwerbslosen- und Sozialhilfequote, unterdurchschnittliches mittleres Einkommen und hoher Anteil eingewanderter Personen) in den übrigen Stadtteilen vor allem in peripheren Gebieten und entlang grosser Verkehrsachsen zu finden sind<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Tschumper, A., Jakob, R., Baumann, M., Scholer, M.. Frühförderung in der Stadt Bern. Frühförderungskonzept primano - Regelangebot ab 2013. Direktion für Bildung, Soziales und Sport 2012, S. 12-15. www.primano.ch.

## 3. Gesundheitszustand der Kinder

### 3.1. Auswertung schulärztlicher Daten

#### 3.1.1. Datenerhebung und Datenqualität

Angaben der Eltern zur Vorgeschichte und zu aktuellen Beschwerden des Kindes sowie Befunde der standardisierten schulärztlichen Untersuchungen werden auf einem Formular erfasst und in anonymisierter Form statistisch analysiert<sup>3</sup>.

Schulärztliche Untersuchungen sind „*Screening-Untersuchungen*“, welche Auffälligkeiten früh erfassen, in der Regel aber keine abschliessende Diagnose ermöglichen. Die zugehörigen Daten werden in der täglichen Arbeit primär zur Dokumentation der Befunde für das einzelne Kind erhoben. Dank regelmässiger Massnahmen zur Qualitätssicherung<sup>4</sup> geben sie ein zuverlässiges Bild des Gesundheitszustands der Kinder in der Stadt Bern ab. Zur Beantwortung wissenschaftlicher Fragestellungen braucht es hingegen spezifische Untersuchungen.

#### ***Blick in die Geschichte***

##### **Evaluation systematischer Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter**

##### **Teil II: Validität schulärztlicher Daten**

J.-C. Vuille, R. Westkämper und die beteiligten Schulärztinnen und –ärzte.  
Artikelserie in Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik; 1991.

1983 – 1986 wurde in einer grossen Studie die Qualität und Aussagekraft der schulärztlichen Befunde und Diagnosen in Bern und zwei Vororten überprüft. Die Studie ist als umfassende wissenschaftliche Evaluation der schulärztlichen Arbeit bis heute von Interesse. Aus den Resultaten der Studie wurden folgende Schlüsse gezogen, die grundsätzlich auch heute Gültigkeit haben:

(1) Befunde zu Grösse, Gewicht, Sehkraft und Motorik sowie Angaben zu körperlichen Erkrankungen waren über 4 Jahre und bei allen Ärztinnen und Ärzten konstant, was auf eine hohe Messgenauigkeit schliessen lässt.

(2) Etwas stärkere Schwankungen zeigten sich zwischen den Untersuchenden und über die Zeit bei den Befunden zu Sprache, Gehör und psychischen Auffälligkeiten. Da sich diese Schwankungen sowohl bei den Angaben der Eltern als auch in den standardisierten Tests fanden, beruhten sie mindestens teilweise jedoch auf tatsächlich vorhandenen Schwankungen.

(3) Schulärztliche Daten können nur mittlere bis starke Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen Befunden und sozio-demografischen Merkmalen aufzeigen. Für diese aus Sicht der öffentlichen Gesundheit relevanten Befunde sind sie für die Schweiz eine einzigartige Datenquelle und eine für die Gesundheitsberichterstattung taugliche Grundlage.

<sup>3</sup> Manual zur Erhebung, Untersuchung und statistischen Erfassung. Analyse mit dem Programm SPSS.

<sup>4</sup> Analyse von Unterschieden zwischen Untersuchenden, gegenseitige Beobachtung bei der Untersuchung

### 3.1.2. Darstellung der Daten

Die Ergebnisse sind jeweils nach Geschlecht und Bildung der Eltern ausgewertet, wobei Kinder ohne Angaben zur elterlichen Bildung hier ausgeschlossen wurden. Zeitliche Trends werden als **gleitende Durchschnittswerte** dargestellt; d.h. Durchschnittswerte von jeweils drei Schuljahren werden in Jahresschritten berechnet. Damit sind tatsächliche zeitliche Trends besser von jährlichen Schwankungen zu unterscheiden.

### 3.1.3. Sozio-demografische Merkmale der untersuchten Kinder

**Tabelle 2: Sozio-demografische Merkmale der untersuchten Kinder (Schuljahr 2012/13)**

	Kindergarten	4. Klasse
Total untersuchte Kinder	817	727
<i>Geschlecht</i>		
Mädchen	397 (48.6%)	366 (50.3%)
Jungen	420 (51.4%)	361 (49.7%)
<i>Bildungsstand der Eltern</i>		
Ungelernte	154 (19.0%)	156 (22.1%)
abgeschlossene Berufslehre	359 (44.3%)	280 (39.7%)
höhere Ausbildung	279 (34.4%)	255 (36.2%)
nicht zuordenbar	11 (1.4%)	8 (1.1%)
keine Angaben	8 (1.0%)	6 (0.9%)
<i>Nationalität*</i>		
Schweiz/Deutschland/Oesterreich	590 (73.2%)	484 (66.8%)
Südeuropa (Italien, Spanien, Portugal)	41 (5.0%)	44 (6.1%)
Balkanländer	60 (7.3%)	84 (11.6%)
Sri Lanka	16 (2.0%)	43 (5.9%)
andere	99 (12.3%)	70 (9.7%)

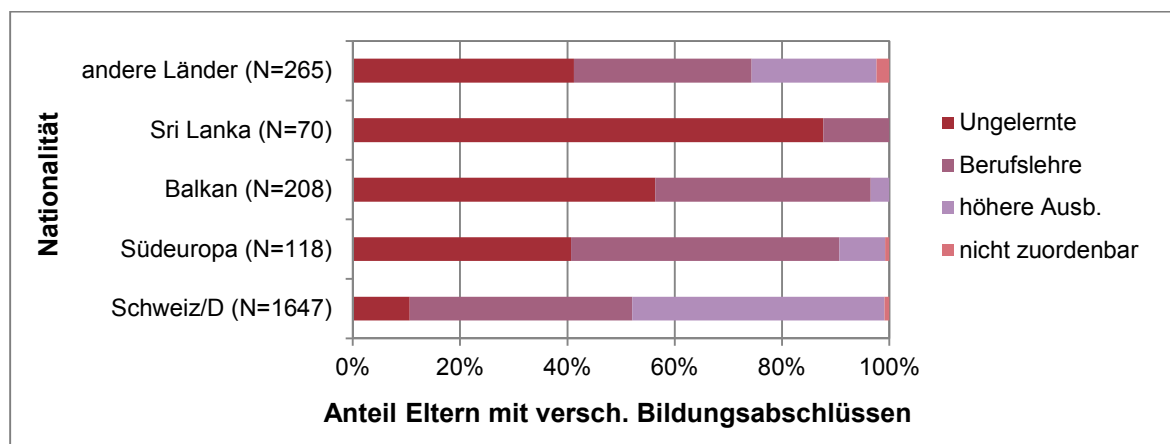
Quelle: Daten aus den schulärztlichen Untersuchungen, Datenbearbeitung: Gesundheitsdienst der Stadt Bern

\*Nationalität: Kinder mit einem Schweizer Elternteil sind als Schweizer definiert. Für die anderen Kinder wird jeweils die Nationalität des Vaters erfasst. Falls ein Elternteil aus einem anderen Land stammt, wird zusätzlich „binational“ angekreuzt.

Zwischen Bildungsstand und Nationalität gibt es Zusammenhänge (Abb.7). Nur 10% der Schweizer oder deutschen Eltern waren ungelernt, während dies bei der Hälfte oder gar der Mehrheit der Eltern aus Südosteuropa, Sri Lanka und „anderen Ländern“ der Fall war. Einige dieser Eltern hatten aufgrund von Bürgerkriegs- und Kriegswirren kaum die Möglichkeit, eine Ausbildung abzuschliessen.

381 der 2328 (16.4%) in den Schuljahren 2010/11-2012/13 untersuchten Kindergarten-Kinder hatten in der Schule also eine doppelte Herausforderung zu bewältigen: die knappe formale Bildung ihrer Eltern und damit deren begrenzte schulische Unterstützungsmöglichkeiten zuhause sowie die kulturelle und sprachliche Integration. Bei vielen dieser Familien kommt eine angespannte finanzielle Lage hinzu.

**Abbildung 7: Anteil Eltern der untersuchten Kindergarten-Kinder mit verschiedenen Bildungsabschlüssen, nach Nationalität (Schuljahre 2010/11-2012/13).**



Quelle: Daten aus den schulärztlichen Untersuchungen, Datenbearbeitung: Gesundheitsdienst der Stadt Bern

### 3.1.4. Repräsentativität der untersuchten Kinder

Eltern können seit 1994 die obligatorische schulärztliche Untersuchung ihrer Kinder beim Gesundheitsdienst oder bei ihren Kinder- oder Hausärztinnen und -ärzten durchführen lassen. Im Schuljahr 2012/13 wurden 80.2% der Kinder im 2. Kindergartenjahr und 85.0% der 4. Klass-Kinder der öffentlichen Schulen der Stadt Bern im Gesundheitsdienst untersucht. Der Vergleich mit den Einwohnerdaten der Statistikdienste zeigt, dass sich die im Gesundheitsdienst untersuchten Kinder im Kindergarten bezüglich Nationalität nicht wesentlich von der Gesamtpopulation unterscheiden (Tab. 3). In der 4. Klasse sind die Schweizer Kinder etwas untervertreten.

**Tabelle 3: Anteil Kinder mit verschiedenen Nationalitäten: Vergleich der Einwohnerdaten (alle Kinder) mit den Daten der im Gesundheitsdienst schulärztlich untersuchten Kinder**

	Schulärztlich Untersuchte SJ 2012/13		Einwohnerdaten Stadt Bern 2010*	
	Kindergarten N=817	4. Klasse N=727	5-8-Jährige	9-12-Jährige
CH/D	73.2%	66.8%	76.3%	77.3%
Südeuropa	5.0%	6.1%	5.5%	7.1%
Balkanländer	7.3%	11.6%	6.6%	6.5%
Sri Lanka	2.0%	5.9%	2.6%	2.1%
andere	12.3%	9.7%	8.9%	7.0%

\*Quelle: Polizeiinspektorat Stadt Bern; Datenbearbeitung: Statistikdienste der Stadt Bern

## 3.2. Auffälligkeiten bei der Geburt und Schwangerschaft

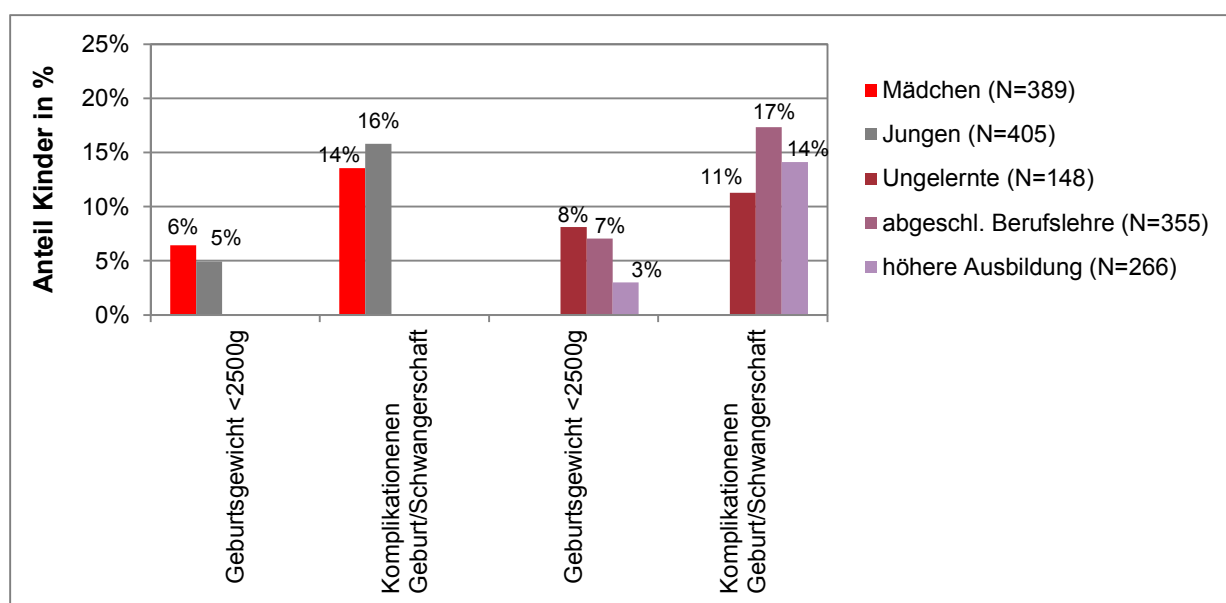
Registriert wurden die Elternangaben zu Geburtsgewicht und Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt. Bei einem Geburtsgewicht von <2500g ist das Kind zu früh geboren oder es konnte in der Schwangerschaft nicht gut gedeihen (Mangelgeburt). Als Komplikation der Schwangerschaft oder Geburt erfasst wurden eine Schwangerschaftsvergiftung (EPH-Gestose), eine Behandlung wegen vorzeitiger Wehen, Hinweise auf einen Sauerstoffmangel beim Kind sowie eine Zangengeburt.



### 3.2.1. Anteil Kinder mit Auffälligkeiten bei der Schwangerschaft oder Geburt

Es wurden mehr Mädchen mit einem geringen Geburtsgewicht geboren als Jungen (Abb. 7). National liegt der Anteil Kinder mit Geburtsgewicht unter 2500g leicht höher als in der Stadt Bern von den Eltern angegeben: 2011 hatten 7.0% der Mädchen und 5.9% der Knaben ein Geburtsgewicht unter 2500g<sup>5</sup>. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen die beobachteten Unterschiede nach Sozialschicht (hier Bildungsstand der Eltern). Das häufigere Rauchen in der Schwangerschaft in unteren Sozialschichten scheint dabei eine wichtige Rolle zu spielen<sup>6</sup>. Bei den Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sind die Unterschiede relativ klein und aufgrund der verschiedenen zusammengefassten Komplikationen nicht weiter zu erklären.

**Abbildung 8: Anteil untersuchte Kinder mit Geburtsgewicht <2500 g oder Komplikationen während der Schwangerschaft/Geburt, nach Geschlecht und Bildungsstand der Eltern (Schuljahr 2012/13)**



### 3.2.2. Mögliche Folgen der Frühgeburt auf die Entwicklung

Sowohl Frühgeborene (Geburt vor der 34. Schwangerschaftswoche) als auch spät Frühgeborene (Geburt in der 34. bis 36. Schwangerschaftswoche) haben ein erhöhtes Risiko für Entwicklungsstörungen. Im Vergleich zu Termingeborenen haben Frühgeborene ein rund siebenfach erhöhtes und spät Frühgeborene ein dreifach erhöhtes Risiko für eine kindliche Zerebralparese (Lähmungen und Bewegungsstörungen aufgrund einer beeinträchtigten Hirnentwicklung). Das Risiko eines späteren Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) ist 2.7- resp. 1.7-fach erhöht<sup>7</sup>. Es gilt also, Früh- und Mangelgeburten mit einer guten Schwangerenvorsorge möglichst zu verhüten und gegebenenfalls deren Folgen zu mildern<sup>8</sup>.

<sup>5</sup> Bundesamt für Statistik. Lebendgeborenen nach Gewicht. Statistisches Lexikon der Schweiz, Stand 16.10.2012.

<sup>6</sup> Mortensen LH., Diderichsen F., Smith G.D., Andersen A.M. The social gradient in birthweight at term: quantification of the mediating role of maternal smoking and body mass index. Hum Reprod 2009;10:2629-2635.

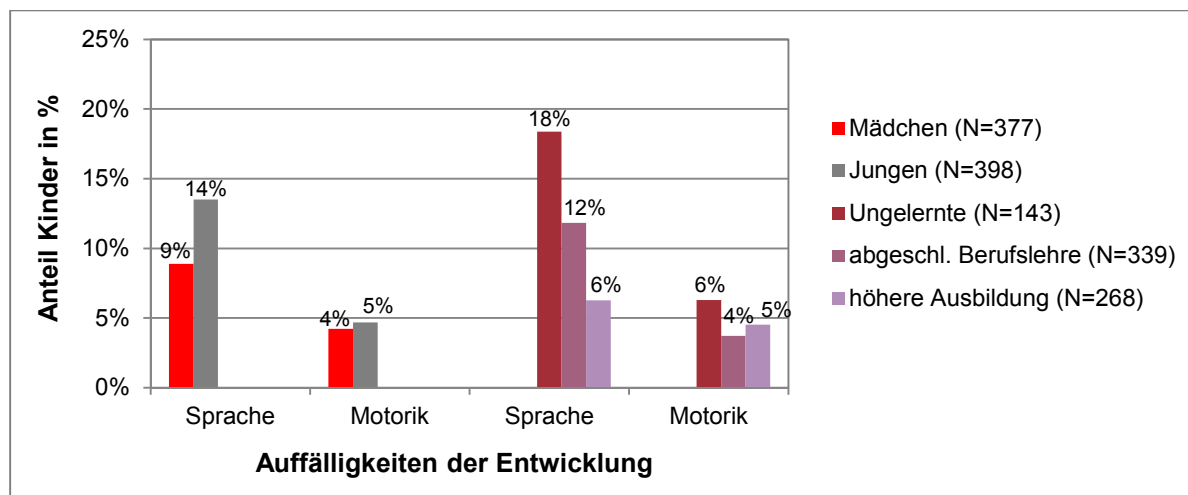
<sup>7</sup> Cantalucci G. Langzeitentwicklung des späten Frühgeborenen. Pädiatrie 2010; 3:14-16.

<sup>8</sup> Porz F; Familienorientierte Nachsorge bei Frühgeborenen fördert die Mutter-Kind-Interaktion und reduziert die mütterlichen Belastungen. Z Geburtsh Neonatol 2006; 210: Suppl S5.

### 3.3. Auffällige Entwicklung in der Vorgeschichte

Angaben zur frühen Entwicklung von Motorik und Sprache werden von den Eltern schriftlich (schulärztlicher Elternfragebogen) und mündlich erfragt. Zeichen einer Entwicklungsauffälligkeit sind eine verzögerte motorische Entwicklung, auffällige Bewegungsmuster, ein später Sprechbeginn, eine unverständliche Sprache oder frühe Therapien der Motorik oder Sprache.

**Abbildung 9: Anteil der untersuchten Kinder mit Auffälligkeiten der Motorik- und/oder Sprachentwicklung vor dem Kindergarten; nach Geschlecht und Ausbildung der Eltern (Schuljahr 2012/13)**



Vor dem Kindergarten fiel die Sprachentwicklung bei Jungen häufiger auf als bei Mädchen (Abb. 8); und bei Kindern ungelerner Eltern fiel sie dreimal häufiger auf als bei Kindern von Eltern mit einer höheren Ausbildung. Bei der frühen Entwicklung der Motorik gab es keine solchen Unterschiede nach Geschlecht und Bildungsstand der Eltern.

### 3.4. Bestehende Erkrankungen und Beschwerden

Angaben dazu werden von den Eltern auf dem kantonalen schulärztlichen Elternfragebogen gemacht. Aus praktischen Gründen werden nur die häufigsten Beschwerden statistisch erfasst.

#### 3.4.1. Erkrankungen und Beschwerden von Kindergartenkindern

**Tabelle 4: Prozentanteil untersuchter Kindergartenkinder, bei denen die Eltern verschiedene Beschwerden angaben, nach Geschlecht und Bildungsstand der Eltern (Schuljahr 2012/13)**

Beschwerden*	Geschlecht		Bildungsstand der Eltern		
	Mädchen N=397	Jungen N=420	Ungelernte N=154	Berufslehre N=359	höhere Ausbildung N=279
Keine	71.8%	64.3%	75.3%	67.7%	64.2%
Asthma	1.3%	4.0%	1.9%	3.3%	2.5%
Allergien	5.3%	9.3%	5.8%	7.5%	8.2%
Bauchweh	7.8%	3.6%	2.6%	6.7%	5.7%
Kopfweh	1.3%	2.6%	0.0%	2.2%	2.9%
andere	15.4%	19.5%	10.4%	19.2%	19.0%

\*Mehrfachnennungen sind möglich

### 3.4.2. Erkrankungen und Beschwerden von Kindern der 4. Klasse

**Tabelle 5: Prozentanteil untersuchter Kinder der 4. Klasse, bei denen die Eltern verschiedene Beschwerden angaben, nach Geschlecht und Bildungsstand der Eltern (Schuljahr 2012/13)**

Beschwerden*	Geschlecht		Bildungsstand der Eltern		
	Mädchen N=366	Jungen N=361	Ungelernte N=156	Berufslehre N=280	höhere Ausbildung N=255
Keine	63.9%	60.1%	73.1%	60.7%	57.3%
Asthma	2.5%	5.5%	3.2%	4.6%	4.3%
Allergien	15.8%	19.1%	10.9%	16.1%	23.1%
Bauchweh	5.5%	4.4%	2.6%	4.3%	7.5%
Kopfweh	6.0%	6.9%	5.8%	5.4%	8.6%
Schlaf	2.7%	2.5%	1.3%	1.8%	4.3%
andere	18.6%	21.1%	16.7%	23.9%	17.3%

\*Mehrfachnennungen sind möglich

Die Beschwerden nehmen vom Kindergarten zur 4. Klasse zu. Besonders stark ist dies bei den Allergien der Fall. Im schulärztlichen Dienst Basel wurden 2007/08 die Eltern zu häufigen Beschwerden ihrer Kinder befragt. Ähnlich wie in Bern gaben die Eltern bei 6% der Kindergartenkinder Bauchschmerzen und bei 2% Kopfschmerzen an. Bei den durchschnittlich 9-jährigen Primarschulkindern wurden Bauchschmerzen mit 10% und Kopfschmerzen mit 9% etwas häufiger angegeben als von den Eltern in Bern.<sup>9</sup>

Die beobachteten Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen wurden auch in anderen Untersuchungen festgestellt. Mehr Jungen als Mädchen leiden an Asthma und Allergien, wobei möglicherweise bei gleichen Symptomen (nächtlicher Reizhusten, pfeifende Atmung) die Diagnose Asthma bei Jungen häufiger gestellt wird<sup>10</sup>. Bei den Kopfschmerzen sind Jungen vor der Pubertät häufiger von Migräne betroffen als Mädchen<sup>11</sup>. Mädchen leiden dagegen in allen Altersgruppen häufiger an Bauchschmerzen.

Höher ausgebildete Eltern berichteten leicht häufiger über Beschwerden ihrer Kinder. Bei den Allergien wurde das auch in anderen Studien beobachtet. Für Kopf- und Bauchschmerzen fanden europäische und deutsche Befragungen dagegen einen umgekehrten Zusammenhang zwischen Beschwerden und Sozialschicht<sup>12, 13</sup>. Die Unterschiede in Bern sind allerdings eher klein.

<sup>9</sup> Holosi, E., Steffen, T., Ledergerber, M., Schenk, D. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Kanton Basel-Stadt. Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, Bereich Gesundheitsdienste, 2010.

<sup>10</sup> Kuehni, C.E. Asthma bei Knaben und Mädchen: Unterschiede in Diagnose und Versorgung? *Managed Care*, 2005; 7/8:11-13.

<sup>11</sup> Lewis, D.W. Headaches in Children and Adolescents. *Am Fam Physician*. 2002; 65:625-633.

<sup>12</sup> Schlack, R., Kurth, B.M., Hölling, H. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Umweltmed Forsch Prax* 2008; 13: 245 – 260.

<sup>13</sup> Currie, C. et al. Inequalities in young people's health. *HBSC International Report from the 2005/2006 survey*. WHO Europe 2008.

### 3.5. Grösse und Gewicht

#### 3.5.1. Grösse

Die Grösse wird mit fix installierten Messlatten, bei Untersuchungen in der Schule mit nicht dehnbaren Messbändern ohne Schuhe bestimmt.

Zwischen Grösse und Bildungsstand der Eltern gibt es heute keinen Zusammenhang mehr (Tab. 6). Früher war das nicht so, wie der Blick in die Geschichte unten zeigt.

**Tabelle 6: Durchschnittliche Körpergrösse (und Durchschnittsalter) der untersuchten Kindergarten- und 4.Klass-Kinder (Schuljahr 2012/13), nach Geschlecht und Bildungsstand der Eltern**

	Kindergarten (N=817)	4. Klasse (N=727)
- Mädchen	118.1 cm (6.18 Jahre)	141.1 ( 9.97 Jahre)
- Jungen	118.1 cm (6.11 Jahre)	140.3 (10.04 Jahre)
Bildungsstand der Eltern		
- Ungelernte	118.5 cm (6.20 Jahre)	141.5 (10.17 Jahre)
- Berufslehre	118.3 cm (6.14 Jahre)	141.2 (10.06 Jahre)
- höhere Ausbildung	117.6 cm (6.12 Jahre)	140.0 ( 9.85 Jahre)

#### ***Blick in die Geschichte***

##### **Grösse und Gewicht der 11-Jährigen 1918 und 1945**

Der langjährige Schularzt Dr.med. P. Lauener verglich Messdaten der 11-jährigen Kinder der Jahre 1918 und 1945 und prüfte den Einfluss der Sozialschicht.<sup>14</sup>

11-Jährige	Grösse 1918	Gewicht 1918	Grösse 1945	Gewicht 1945
reicher Eltern	138.9 cm	32.0 kg	142.2 cm	34.5 kg
des oberen Mittelstands	136.1 cm	30.5 kg	144.5 cm	34.0 kg
des unteren Mittelstands	133.0 cm	28.7 kg	142.2 cm	34.5 kg
armer Eltern	131,1 cm	27.9 kg	138.5 cm	33.3 kg

1918 wirkte sich in der Unterschicht die Unterernährung aus: Die Kinder waren nicht nur leichter, sondern durchschnittlich auch fast 8 cm kleiner als Kinder reicher Eltern. Soziale Verbesserungen, an denen auch das Schularztamt mitwirkte, reduzierten die Unterschiede bis 1945.

#### 3.5.2. Gewicht

Das Gewicht wird in leichter Innenraum-Bekleidung, ohne Schuhe und mit entleerten Hosentaschen bestimmt. Zur Beurteilung des Gewichtszustands wird der **Body Mass Index** benutzt:

$$\text{Body Mass Index (BMI)} = \frac{\text{Gewicht (kg)}}{\text{Körperlänge}^2(\text{m})}$$

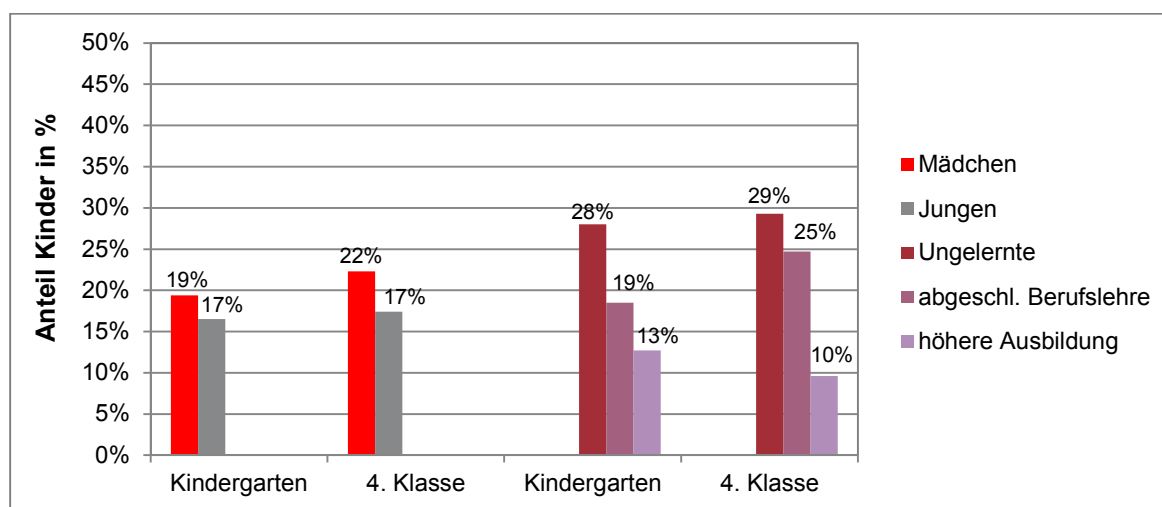
Die Normwerte für den Body Mass Index sind bei Kindern stark altersabhängig. Es werden daher alters- und geschlechtsspezifische Grenzwerte (nach Cole) verwendet<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> Lauener P. Entwicklungs- und Gesundheitsverhältnisse des Schulkindes der Stadt Bern. Gesundheit und Wohlfahrt; 1947; 2 (Sonderabdruck).

### 3.5.2.1. Übergewicht – Verbreitung, Zusammenhänge und Auswirkungen

Im ersten Kindergartenjahr werden die Kinder erstmals von einer Schularztassistentin gemessen und gewogen. Auf dieser Stufe waren im Schuljahr 2012/13 14.3% der Mädchen und 12.4% der Jungen übergewichtig. Im 2. Kindergartenjahr war der Anteil übergewichtiger Mädchen und Jungen bereits deutlich höher. Der Anteil übergewichtiger Mädchen war in der 4. Klasse noch einmal etwas höher (Abb. 10). Insgesamt waren mehr Mädchen als Jungen übergewichtig. Wie in allen Industrieländern gibt es in Bern einen starken Zusammenhang zwischen Übergewicht und Sozialschicht (hier Bildung der Eltern).

**Abbildung 10: Anteil untersuchter Kinder mit Übergewicht im Kindergarten und in der 4. Klasse; nach Geschlecht und Bildungsstand der Eltern (Schuljahr 2012/13)**



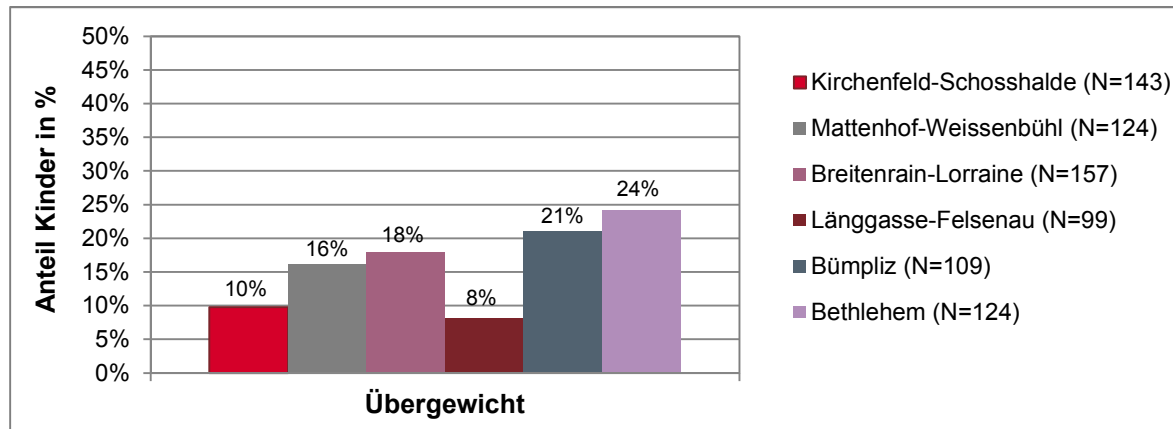
Kindergarten: N=817; 4. Klasse: N=727

Die schulärztlichen Dienste Bern, Basel und Zürich führen seit dem Schuljahr 2005/06 im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz ein BMI-Monitoring. Das Monitoring erlaubt Vergleiche zwischen den Städten: Übergewicht war im Schuljahr 2011/12 in Bern im Kindergarten verbreiteter als in Basel und Zürich (16.9% vs. 13.9% in Basel und 13.3% in Zürich). Allerdings waren die Kinder bei der Untersuchung in Bern durchschnittlich älter (6.1 Jahre vs. 5.3 Jahre). Weniger verbreitet war das Übergewicht in Bern in der Mittelstufe (19.0% vs. 23.9% in Basel und 22.1% in Zürich) und in der Oberstufe (20.3% vs. 26.0% in Basel und 25.8% in Zürich)<sup>16</sup>.

Nebst einem erhöhten Erkrankungsrisiko an verschiedenen chronischer Krankheiten (Zuckerkrankheit, Bluthochdruck, Arteriosklerose, Arthrose oder Dickdarmkrebs) sind die psychischen Folgen von Übergewicht und Fettleibigkeit (z.B. durch Stigmatisierung) nicht zu unterschätzen. Die Verbreitung von Übergewicht in den verschiedenen Schulkreisen widerspiegelt deren Sozialstruktur (Abb. 10).

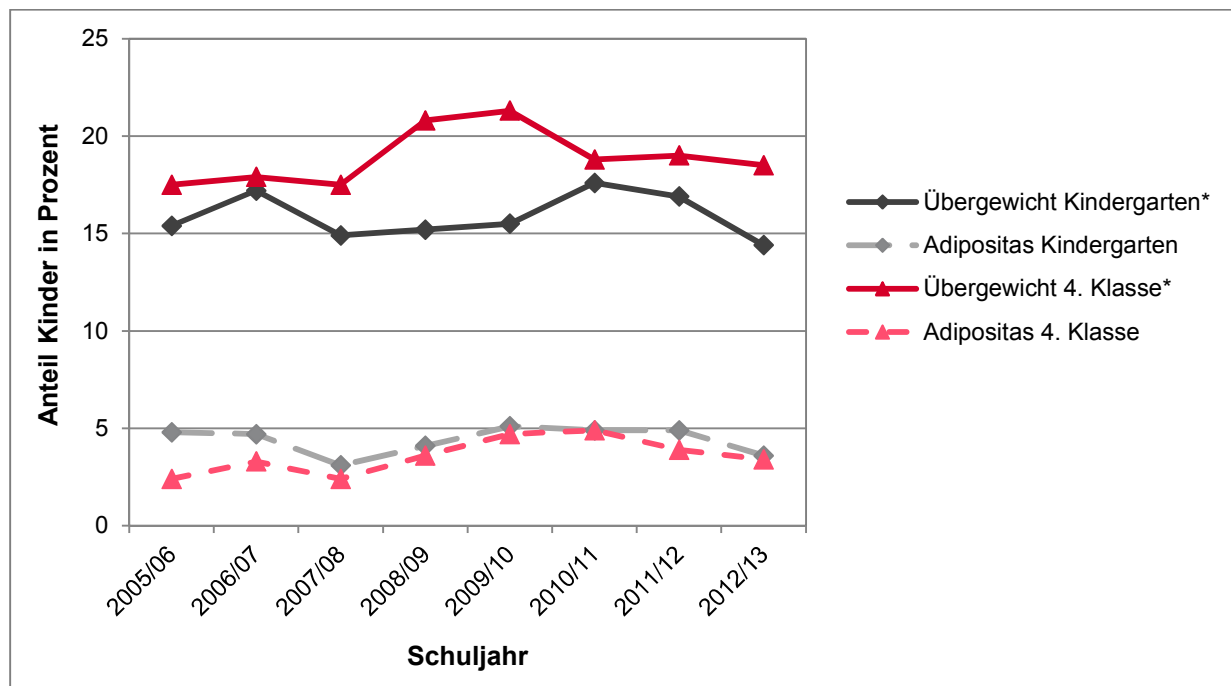
<sup>15</sup> Cole, T., Bellizzi, M.C., Flegal K.M., und Dietz, W.H.: Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal* 2000; 320:1240-43.

<sup>16</sup> Stamm H.P. et al. Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich; Gesundheitsförderung Schweiz 2013.

**Abbildung 11: Anteil übergewichtige Kindergarten-Kinder, nach Schulkreis (Schuljahr 2012/13)**

### 3.5.2.2. Übergewicht – Trends über die Zeit und Ursachen

In den letzten Jahren ist es gelungen, die Zunahme des Übergewichts zu bremsen. Übergewicht und Fettleibigkeit bei Kindern bleiben jedoch ein Problem der öffentlichen Gesundheit.

**Abbildung 12: Prozentanteil der übergewichtigen Kindergarten-Kinder nach Schuljahr\*\***

\* inkl. Adipositas (Fettleibigkeit)

\*\*Quelle: Stamm H.P. et al. Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich; Gesundheitsförderung Schweiz 2013

### Blick in die Geschichte

#### Einschätzung des Gewichts und des Ernährungszustands: frühere Methoden

Zur Einschätzung des Gewichts gab es früher zwei Methoden:

(1) die **beobachtende Einteilung** der Kinder in „kräftig“, „mittelkräftig“ und „schwächlich“; Diese grobe Einschätzung erlaubte es bspw., den Ernährungszustand der Kinder unter Kriegsbedingungen zu verfolgen. Ende des 2. Weltkriegs zeigte die erstmalige Zunahme der „schwächlichen“ unter den 1.Klass-Kindern, dass der Ernährungszustand kritisch wurde<sup>17</sup>.

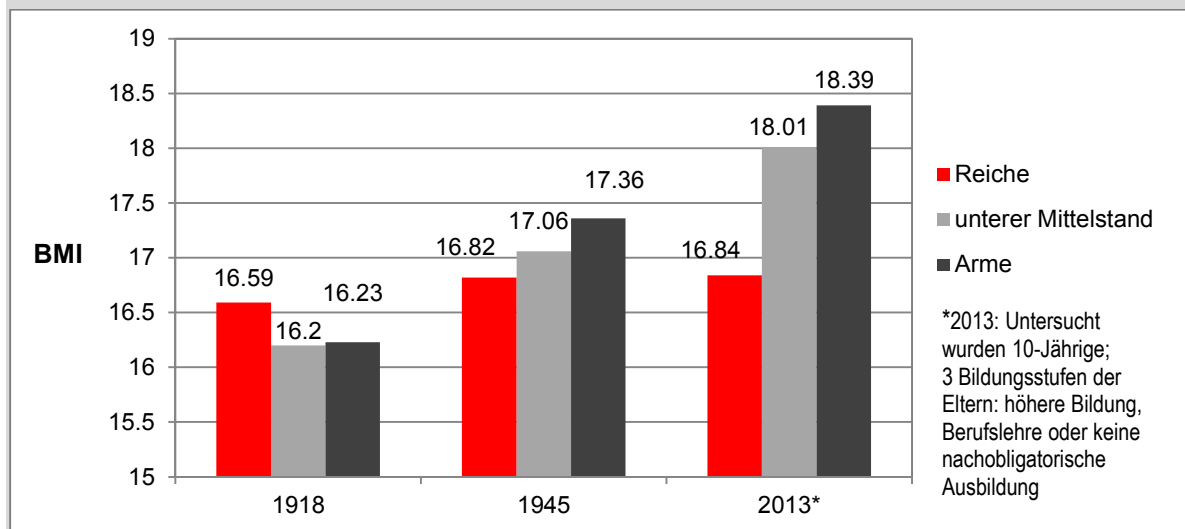
(2) den **Tuxford-Index zur differenzierten Beurteilung des Ernährungszustands**<sup>18</sup>.

$$Tuxford - Index = \frac{\text{Gewicht (kg)} \times (381 - \text{Alter in Mt.})}{254 \times \text{Körperlänge (cm)}} \quad (\text{Normwert: } 97-114)$$

#### Die Entwicklung des durchschnittlichen Body Mass Indexes (BMI) über ein Jahrhundert

Im Verwaltungsbericht von 1945 veröffentlichte das Schularztamt die durchschnittliche Körpergrösse und das durchschnittliche Gewicht der Kinder des 5. Schuljahres nach Sozialschicht und Jahr (1945, 1918). Daraus lässt sich ein durchschnittlicher BMI berechnen und mit den Durchschnittswerten des Schuljahres 2012/2013 der Kinder in der 4. Klassen vergleichen.

Abbildung 13: Mittlerer Body Mass Index (BMI) 11-Jähriger, nach Sozialschicht und Untersuchungsjahr



1918 waren wegen der schlechten Ernährung arme Kinder nicht nur kleiner, sondern auch leichter als privilegiere Kinder. Bereits 1945 kehrten sich die Unterschiede nach Sozialschicht um, wobei im 2. Weltkrieg weder die hochkalorische Ernährung noch der Bewegungsmangel als Ursache in Frage kommen dürften. Bis 2013 nahmen die Unterschiede weiter zu. In der obersten Sozialschicht (Reiche, Eltern mit höherer Ausbildung) hat sich der durchschnittliche BMI über die Jahre interessanterweise kaum verändert.

Übergewicht ist als stark umweltbedingtes Gesundheitsproblem zu betrachten<sup>19</sup>. Das Angebot der unter Wachstumsdruck stehenden Lebensmittelindustrie fördert eine kalorienreiche Ernährung und den Konsum von Süssgetränken. Und die Motorisierung und Diversifizierung der Bild-

<sup>17</sup> Verwaltungsbericht der Stadt Bern, 1946.

<sup>18</sup> Lauener P. Entwicklungs- und Gesundheitsverhältnisse des Schulkindes der Stadt Bern. Gesundheit und Wohlfahrt; 1947; 2 Sonderabdruck).

<sup>19</sup> Wells, J.C. The evolution of human adiposity and obesity. Where did it all go wrong? Dis Model Mech 2012;5:595-607.

schirmmedien tragen zum Bewegungsmangel bei. Allerdings gibt es weitere für die Prävention wichtige Ursachen. So führt **Schlafmangel** zu Veränderungen des Appetits mit Bedarf nach süssen, fettigen Nahrungsmitteln. Und die körperliche Anpassung an **chronische Belastungssituationen** hat eine vermehrte Ausschüttung des Hormons Cortisol zur Folge, das die Fetteinlagerung im Bauch fördert<sup>20</sup>. Diese Anpassungsreaktion könnte wesentlich für das vermehrte Übergewicht bei sozial und wirtschaftlich benachteiligten Kindern sein. Das Aufwachsen in engen, lärmigen und schlechten Wohnverhältnissen und das Erleben familiärer Krisensituationen (Streit, Trennung von den Eltern, häusliche Gewalt) erklärte einen grossen Teil des vermehrten Übergewichts bei armutsbetroffenen Kindern in den USA<sup>21</sup>. Und eine unsichere Mutter-Kind-Bindung erhöhte das Risiko für späteres Übergewicht beim Kind<sup>22</sup>.

### 3.6. Sehen und Hören

#### 3.6.1. Ungenügende Sehschärfe

Eine genügende Sehschärfe ist von zentraler Bedeutung für die schulische Entwicklung. Sehtests gehören daher zu jeder schulärztlichen Untersuchung<sup>23</sup>. Kinder, die bereits eine Brille tragen machen den Sehtest mit Brille, um zu prüfen, ob die Brillenkorrektur noch passt. Kinder mit einer ungenügenden Sehkraft werden zur augenärztlichen Untersuchung überwiesen.

**Tabelle 7: Anteil untersuchter Kinder mit ungenügender Sehschärfe (Schuljahr 2012/13)**

Ungenügende Sehschärfe	2. Kindergartenjahr (N=817)	4. Klasse (N=727)
- Mädchen	5.8%	6.0%
- Jungen	5.7%	4.7%

Wieder gibt es Unterschiede nach Bildung der Eltern. In den drei Schuljahren 2010/11 bis 2012/13 hatten im Kindergarten (N=2321) 8.2% der Kinder ungelerner Eltern, 3.4% der Kinder von Eltern mit Berufslehre und 1.9% der Kinder von Eltern mit höherer Ausbildung eine ungenügende Sehschärfe. In der 4. Klasse (N=2138) waren es 7.1%, 5.7% und 2.0%. Kinder ungelerner Eltern kamen auch häufiger bereits mit einer Brille zur Untersuchung als Kinder höher gebildeter Eltern (Kindergarten 7% vs. 2%, 4. Klasse 10% vs. 5%). Unterschiede nach Sozialschicht wurden auch in einer britischen Studie gefunden<sup>24</sup>. Kein normales beidäugiges, räumliches Sehen hatten 2.1% der Kindergartenkinder und 1.2% der 4. Klass-Kinder. 4.9% der Jungen hatten einen eingeschränkten Farbensinn oder eine Farbenblindheit. Dies ist nicht beeinflussbar, für die Schule und Berufswahl aber relevant.

<sup>20</sup> Spruijt-Metz, D. Etiology, treatment and prevention of obesity in childhood and adolescence: a decade in review. J Res Adolesc 2011;21:129-152.

<sup>21</sup> Wells N.M. et al. Early childhood poverty, cumulative risk exposure and body mass index trajectories through young adulthood. Am J Public Health 2010; 100:2507-2512.

<sup>22</sup> Anderson, S.E. Quality of early maternal-child relationship and risk of adolescent obesity. Pediatrics 2012; 129:132-140.

<sup>23</sup> Untersuchung mit Rodenstock-Testgerät und Kontrolle auffälliger Werte an der Pflüger-Tafel. Überwiesen werden Kinder bei Fernvisus <0.8 an der Pflüger-Tafel, Nahvisus von <0.5 (Rodenstock-Gerät), einer Seitendifferenzen von >0.3 oder einem auffälligen Lang-Test für das räumliche Sehen.

<sup>24</sup> Williams, C., Northstone, K. et al. Prevalence and risk factors for common vision problems in children : data from the ALSPAC study. Br J Ophthalmol 2008;92 :959-964.



### 3.6.2. Eingeschränkte Hörfähigkeit

4.1% der Kindergarten-Kinder hatten ein reduziertes Hörvermögen<sup>25</sup>. Eine ein- oder beidseitige leichte Hörverminderung im Tieftonbereich<sup>26</sup> hatten 8.1%. Dies weist häufig auf eine Belüftungsstörung des Mittelohrs hin (z.B. bei starker Erkältung oder grossen Rachenmandeln). 4.1% hatten eine leichte Hörverminderung im Hochtonbereich. In der 4. Klasse hatten 2.5% der Untersuchten ein reduziertes Hörvermögen. Eine leichte Hörverminderung hatten 5.2% im Tiefton- und 2.5% im Hochtonbereich.

Hörstörungen können die allgemeine und schulische Entwicklung negativ beeinflussen: Beeinträchtigung der Sprachentwicklung, Mühe mit dem Verständnis von gesprochenen Informationen besonders im schulischen Umfeld oder Konzentrationsstörungen können Folge einer Hörstörung sein. Verschiedene Untersuchungen weisen auf die Bedeutung leichter oder einseitiger Hörstörungen und auf die Wichtigkeit sorgfältiger kinder- und schulärztlicher Vorsorgeuntersuchungen mit nachfolgender Behandlung der betroffenen Kinder hin<sup>27, 28</sup>.

### 3.7. Rückenuntersuchung in der 4. Klasse

In der 4. Klasse wird eine Rückenuntersuchung zur Früherkennung einer sich entwickelnden Skoliose (Seitwärtsverkrümmung der Wirbelsäule) durchgeführt<sup>29</sup>. Dabei wurde bei 1.3% der Kinder eine leichte Skoliose festgestellt, die zur Nachkontrolle und/oder Überweisung zur weiteren Abklärung führte. Skoliosen treten bei 0.5% - 5.2% der Jugendlichen auf. Mädchen sind häufiger betroffen als Jungen<sup>30</sup>.

### 3.8. Entwicklung der Motorik im Kindergartenalter

Im 2. Kindergartenjahr wird die Motorik mit einem standardisierten Untersuchungsverfahren schulärztlich beurteilt<sup>31</sup>. Aufgrund der beobachteten Bewegungsqualität und der Zeitmessung bei einzelnen Aufgaben stufen die Schulärztinnen und -ärzte die Entwicklung von Grob-, Fein- und Schreibmotorik als altersgemäss, nicht altersgemäss oder therapiebedürftig ein. Eine als nicht-altersgemäss oder therapiebedürftig beurteilte Motorik wird im Folgenden als „auffällige Motorik“ zusammengefasst. Zudem geben Eltern an, ob ihr Kindergartenkind schon frei auf einem zweirädrigen Velo fahren kann, oder ob es noch Stützräder benötigt.

---

<sup>25</sup> Reintonaudiometrie bei 500, 1000, 2000, 4000 und 6000 Hz. Ein reduziertes Hörvermögen (mit Nachkontrolle oder Zuweisung zum Haus- oder Spezialarzt) wird festgestellt, wenn bei  $\geq 2$  Frequenzen die Hörschwelle über 30dB liegt.

<sup>26</sup> Eine leichte Hörverminderung wird bei einer Hörschwelle von  $>20$ dB bei 500 und 1000 Hz. (Tieftonbereich) oder  $>20$ dB bei 4000 und 6000 Hz (Hochtonbereich) festgestellt.

<sup>27</sup> Cherpillod, J., Waridel, F. Surdités légères et surdités unilatérales chez l'enfant: quelle importance? *Revue Médicale Suisse* 2010; 397-400.

<sup>28</sup> Skarzynski, H., Piotrowska, A. Prevention of communication disorders – screening pre-school and school-age children for problems with hearing, vision and speech: European Consensus Statement. *Med Sci Monit* 2012;18:SR17-21.

<sup>29</sup> Untersuchung nach Vorgabe des Kantonsarztamts mit Skolioometer. Grenzwerte für Abweichungen ggf. nach Ausgleich einer Beinlängendifferenz: 0- 5 Grad: keine weiteren Massnahmen, 5-7 Grad: Nachkontrolle,  $>7$  Grad Zuweisung zur weiteren medizinischen Abklärung.

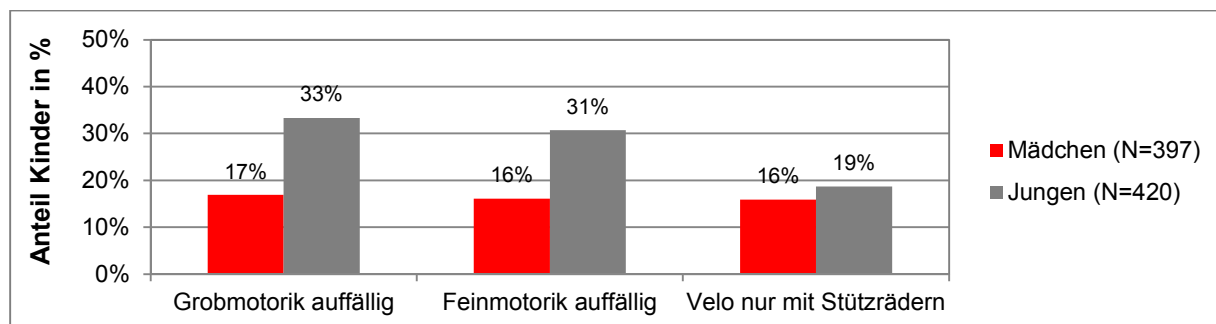
<sup>30</sup> Konieczny, M.R.; Senyurt, H., Krauspe, R. Epidemiology of adolescent idiopathic scoliosis. *J Child Orthop* 2013; 7:3-9.

<sup>31</sup> Beurteilt werden: Gang, Zehengang, Fersengang, 1-Bein-Hüpfen, Figuren abzeichnen sowie drei Elemente aus dem Zürcher Neuromotorik-Test: Steckbrett, 1-Bein-Stand und dynamische Balance (Largo, R.H., Fischer, J.E., Cafilisch, J.A., Jenni, O. Zürcher Neuromotorik. 2007, AWE Verlag Zürich).

### 3.8.1. Kinder mit auffälliger Motorik in der Kindergartenuntersuchung

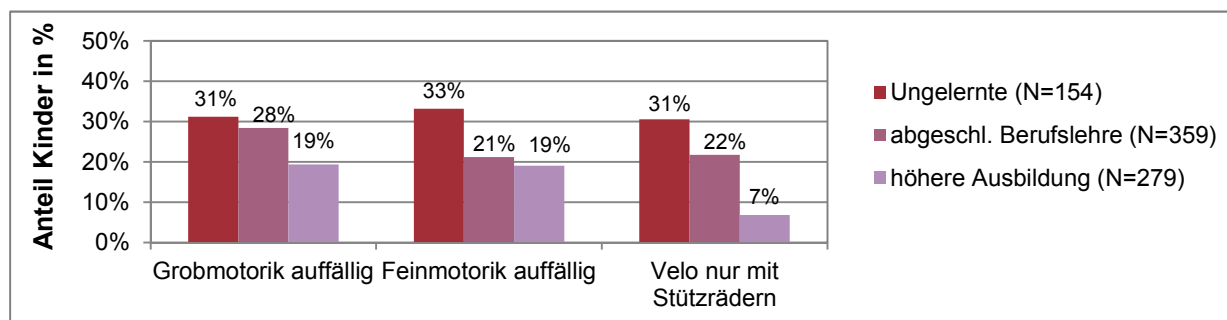
Die Grobmotorik wurde bei 25.3%, die Feinmotorik bei 23.6% und die Schreib- oder Grafomotorik bei 26.6% der untersuchten Kinder als auffällig beurteilt. Nur die Grobmotorik allein fiel bei 8.3% der Kinder, nur die Feinmotorik bei 3.5% und nur die Schreibmotorik bei 8.3% der Kinder auf. Isolierte Auffälligkeiten sind also eher die Ausnahme. Bei 4.8%, 3.7% und 3.8% der Kinder wurde die Grob-, Fein- oder Schreibmotorik als therapiebedürftig eingestuft.

**Abbildung 14: Anteil untersuchter Kinder mit auffälliger Motorik, nach Geschlecht (Schuljahr 2012/13)**



Die Motorik-Entwicklung der Jungen wird deutlich häufiger als auffällig beurteilt. Nach Angabe der Eltern, konnten auch mehr Jungen noch nicht ohne Stützräder Velo fahren als Mädchen. Zwischen Bildung der Eltern und motorischer Entwicklung der untersuchten Kinder gibt es ebenfalls einen Zusammenhang (Abb. 15). Dieser Unterschied besteht sowohl bei der globalen Beurteilung der Ärztinnen und Ärzte als auch bei der Angabe der Eltern zum Velofahren und bei den Tests der Zürcher Neuromotorik, insbesondere beim Gleichgewicht (Einbeinstand)<sup>32</sup>. Die Unterschiede waren deutlicher bei der Feinmotorik und beim Velofahren als bei der Grobmotorik, wo sich die motorischen Erfahrungsfelder vermutlich weniger unterscheiden.

**Abbildung 15: Anteil untersuchter Kinder mit auffälliger Motorik; nach Bildung der Eltern (Schuljahr 2012/13)**



Eine schwedische Studie fand bei 7-jährigen Kindern 4.9% mit einer schweren und weitere 8.6% mit einer mittelschweren Störung der motorischen Koordination<sup>33</sup>. In den Schuleingangsuntersuchungen 2006 fand man in Lübeck bei 12.2% der Kinder eine motorische Koordinationsstörung (18% der Jungen, 6% der Mädchen)<sup>34</sup> und in Nordrhein-Westfalen bei 13.8% (18% der Jungen,

<sup>32</sup> Kinder ungelernter Eltern hielten den 1-Bein-Stand durchschnittlich 24.2 Sekunden, Kinder von Eltern mit Berufslehre 30.9 Sek., und Kinder von Eltern mit höherer Ausbildung 31.9. Sek.; Beim Steckbrett mit der dominanten Hand lagen die entsprechenden Werte bei 27.8 Sek., 27.2 Sek. und 26.5 Sek. (bessere Leistung mit steigendem Bildungsstand der Eltern). Keinen Unterschied gab es bei der dynamischen Balance (5x hin und her Überspringen von zwei Linien)

<sup>33</sup> Kadesjö, B., Gillberg, C. Developmental coordination disorder in Swedish 7-year-old children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999.

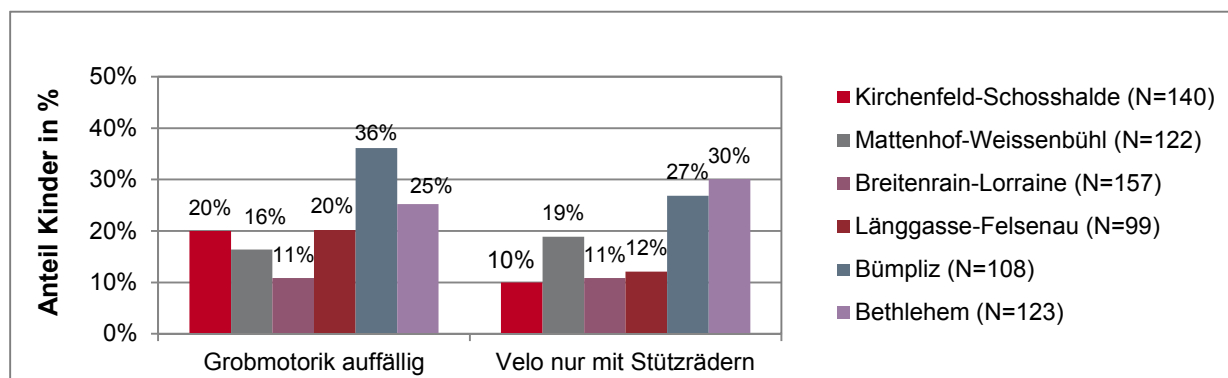
<sup>34</sup> Nötzel, Ch. et al. Lübecker Kindergesundheitsbericht. Hansestadt Lübeck – Der Bürgermeister. Lübeck 2010.

9.2% der Mädchen)<sup>35</sup>. Die Zahlen aus Bern liegen für schwerere Störungen in einem ähnlichen Bereich wie in Schweden, bei den leichteren Auffälligkeiten sind die Kriterien unterschiedlich, da in Bern auch eine (noch) nicht altersgemässe Entwicklung erfasst wird.

### 3.8.2. Vergleiche zwischen den Schulkreisen

Die Häufigkeit der motorischen Auffälligkeiten in den Schulkreisen entspricht den sozialen Gegebenheiten. Es darf aber nicht vergessen werden, dass auch privilegierte Kinder an Entwicklungsstörungen der Motorik leiden und dann einen ebenso hohen Leidensdruck und Unterstützungsbedarf haben wie sozio-ökonomisch benachteiligte Kinder.

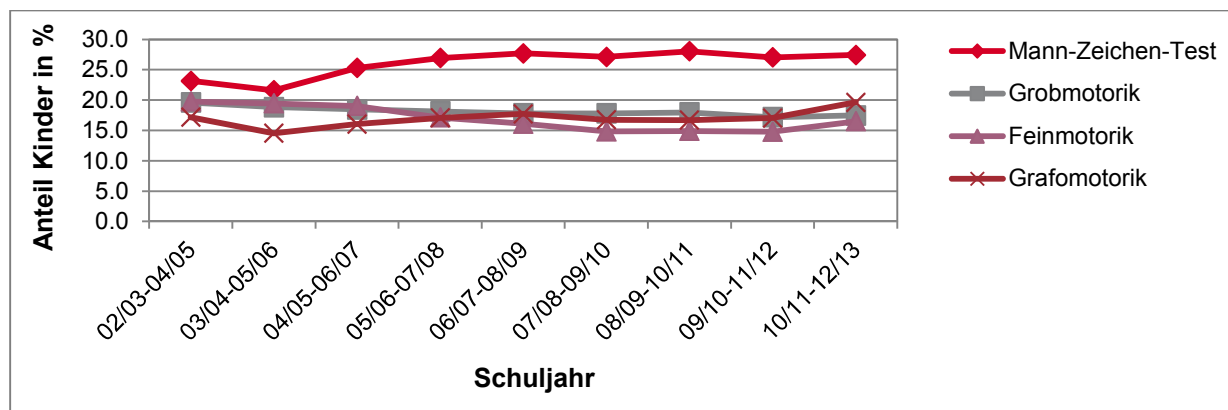
**Abbildung 16: Anteil untersuchter Kinder mit Auffälligkeiten der Motorik, nach Schulkreis (Schuljahr 2012 /13)**



### 3.8.3. Entwicklung über die Zeit

Der Anteil untersuchter Kinder mit auffälliger Grob- und Feinmotorik hat über die letzten Jahre leicht abgenommen (Abb.17), während der Anteil Kinder mit auffälliger Grafomotorik zunahm.

**Abbildung 17: Anteil untersuchter Kinder mit auffälliger Entwicklung der Motorik, nach Schuljahr\***



\*gleitende Durchschnittswerte aus jeweils 3 Schuljahren

<sup>35</sup> Dietmair, I., Simon, K. Jahresbericht 2006. Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, 2008.

### 3.8.4. Verbindung von motorischen und anderen Entwicklungsauffälligkeiten

Störungen der motorischen Koordination sind oft mit anderen Auffälligkeiten verbunden. In der oben zitierten schwedischen Untersuchung hatte die Hälfte der Kinder mit einer motorischen Koordinationsstörung auch eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS). Und eine deutsche Studie zu Verhaltensauffälligkeiten zeigte, dass Defizite in Körperbewusstsein, Körper- und Handmotorik oft mit Hyperaktivität und problematischem Sozialverhalten einhergehen. Die Forscherinnen wiesen auf die Bedeutung von pädagogischen/therapeutischen Massnahmen im Bereich der Motorik hin, um Fortschritte beim Verhalten erzielen zu können<sup>36</sup>. Im Schuljahr 2012/13 zeigten in Bern 5% aller untersuchten Kinder, jedoch 11% der Kinder mit auffälliger Sprachentwicklung und 19% der Kinder mit Konzentrationsproblemen einen Therapiebedarf der Grobmotorik in der Kindergartenuntersuchung.

## 3.9. Entwicklung der Sprache im Kindergartenalter

Die Entwicklung der Sprache wird in der schulärztlichen Untersuchung auf verschiedenen Ebenen beurteilt<sup>37</sup>: Die Diagnose einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung wird in der logopädischen Abklärung gestellt. Medizinische Ursachen für die Störung müssen zudem ärztlich abgeklärt und behandelt werden.

Erfasst werden folgende Ausprägungen der Sprachentwicklung:

- normale Sprachentwicklung
- Stammeln: z.B. Lispeln oder Verwechslung eines bis mehrerer Buchstaben (z.B. R/L); Stammeln kann den Schriftspracherwerb behindern, und einige der betroffenen Kinder kann man nur schlecht verstehen.
- auffällige Sprachentwicklung (kleiner Wortschatz, grammatikalische Fehler, schlechtes Sprachverständnis auch in der Muttersprache)
- auffälliger Redefluss (z.B. Stottern)

### 3.9.1. Kinder mit Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung

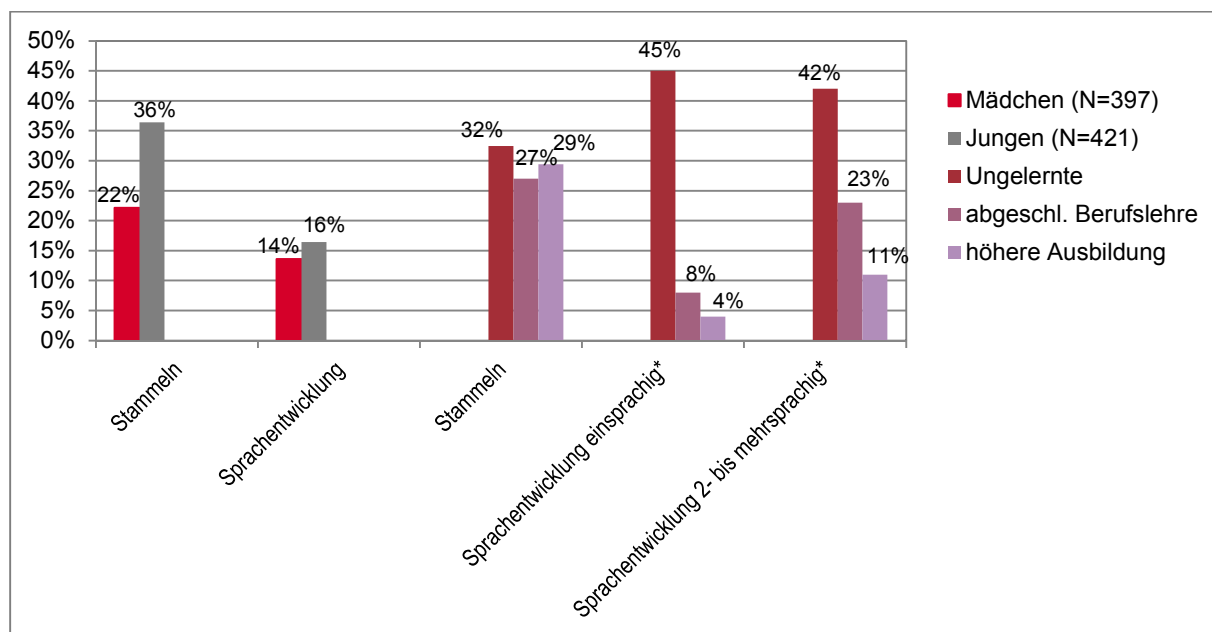
Knapp 30% der Kindergartenkinder wiesen im Schuljahr 2012/13 ein Stammeln auf. Bei 14.3% erschien die Sprachentwicklung insgesamt auffällig und 0.8% hatten eine Redeflussstörung (z.B. Stottern). Aufgrund ungenügender Deutschkenntnisse war die Verständigung mit 7% der Kindergarten-Kinder nur schlecht möglich.

Knaben zeigten öfter ein Stammeln und etwas häufiger eine auffällige Sprachentwicklung als Mädchen. Die Unterschiede bei den Zauberwörtern und beim Stammeln waren grösser als bei der allgemeinen Sprachentwicklung oder dem Wortschatztest (Abb.18, Tab. 9).

<sup>36</sup> Dörr, A., Hasmann, R., Daseking, M., Karpinski, N., Petermann, F. Prävention von Verhaltensstörungen bei entwicklungsauffälligen Kindern. Monatsschr Kinderheilkd 2013;161:833-841

<sup>37</sup> *phonologische Bewusstheit*: Zauberwörter aus dem Zürcher Lesefit; weniger als 4 korrekte Wiederholungen wird als auffällig betrachtet; *Wortschatz und Artikulation*: Anhand von Bildern mit den Begriffen Blume, Lampe, Fisch, Bett, Brot, Zug, Schlüssel, Huhn, Staubsauger, Knopf, Geschenk, Traktor; weniger als 9 korrekte Benennungen wird als auffällig betrachtet; *Sprachproduktion*: Spontansprache und Erklärung einer bildlich dargestellten Handlung; *Sprachverständnis*: Aussagen der Untersuchenden müssen dem richtigen Bild zugeordnet werden; *Grammatik und Merkfähigkeit*: Sätze und Nonsense-Sätze nachsprechen.

**Abbildung 18: Prozentanteil untersuchter Kinder mit Stammeln oder auffälliger Sprachentwicklung, nach Geschlecht und Bildung der Eltern (Schuljahr 2012/13)**



\* Daten der Schuljahre 2010/11 bis 2012/13 zusammengefasst (N=2322)

**Tabelle 8: Prozentanteil der untersuchten Kinder mit auffälligem Wortschatz- resp. Zauberwort-Test, nach Geschlecht und Bildungsstand der Eltern (Schuljahr 2012/13)**

	Mädchen (N=395)	Jungen (N=418)	Ungelernte (N=153)	abgeschl. Berufslehre (N=357)	höhere Ausbildung (N=277)
Wortschatztest < 9/12 Wörter	13.9%	14.6%	35.3%	14.6%	2.9%
Zauberwörter* < 4/10 korrekt	20.5%	25.4%	32.7%	26.1%	13.7%

\* Der Test erlaubt eine Einschätzung der Bewusstheit für die Zusammensetzung der Sprache aus Lauten und Silben.

Eindrücklich sind bei den Auffälligkeiten der Sprachentwicklung die Unterschiede nach Bildung der Eltern. Da zu vermuten ist, dass Kinder ungelerner Eltern öfter Deutsch als Zweitsprache lernen, wurden hier Analysen gesondert durchgeführt. Bei Kindern, deren Eltern eine Berufslehre oder eine höhere Ausbildung absolviert haben, wurde die Sprachentwicklung bei zwei- und mehrsprachigen Kindern öfter als auffällig beurteilt als bei einsprachigen Kindern. Bei Kindern ungelerner Eltern gab es keine grossen Unterschiede. Hier war in beiden Gruppen der Anteil Kinder mit auffälliger Sprachentwicklung sehr hoch.

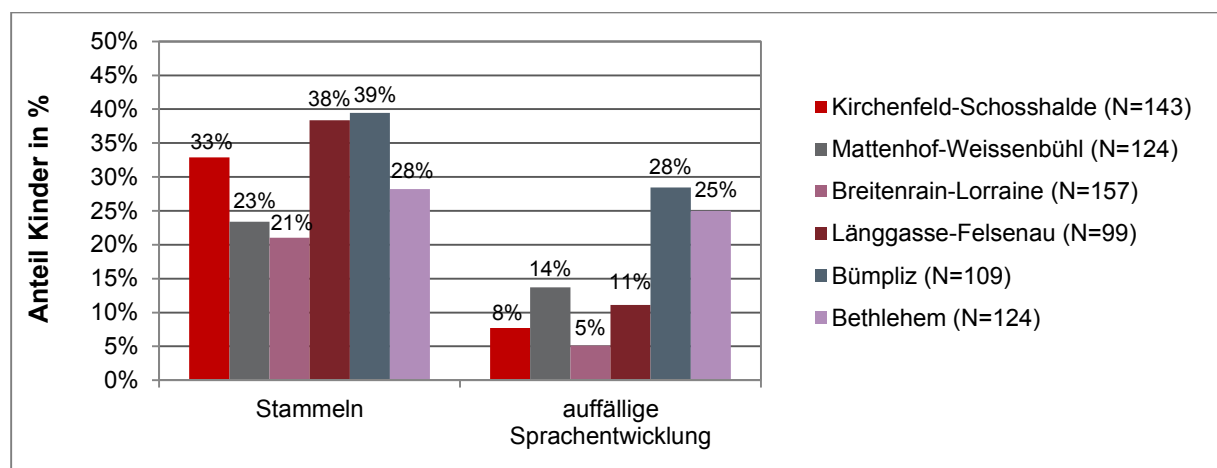
Laut einer Literaturstudie der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik Zürich<sup>38</sup> ist im Kindergarten bei 25% der Kinder mit Sprech- oder Sprachauffälligkeiten zu rechnen. In den Schulaufnahmegesprächen in Nordrhein-Westfalen 2006 waren 9.5% der Kinder bereits wegen einer Sprachstörung in Behandlung, bei 5% wurde eine Sprachbehandlung empfohlen und 16.2% wurden an ihren Kinderarzt zur weiteren Abklärung zugewiesen. Weitere 9.5% der Kinder

<sup>38</sup> Steiner, J. Prävalenz-Forschung: Zusammenfassung der Datenlage zu Sprachauffälligkeiten bei Kindern und Schlussfolgerungen für die Praxis. Hochschule für Heilpädagogik; Zürich 2008; [http://www.logopaedieundpraevention-hfh.ch/webautor-data/29/Praevalenz\\_Zusammenfassung-der-Datenlage.pdf](http://www.logopaedieundpraevention-hfh.ch/webautor-data/29/Praevalenz_Zusammenfassung-der-Datenlage.pdf)

hatten leichte Auffälligkeiten der Sprache ohne Behandlungsbedarf<sup>39</sup>. In Lübeck wurden 2006 bei 18% der Kindergarten-Kinder Sprachstörungen festgestellt<sup>40</sup>. Die Häufigkeiten sind also ähnlich wie in der Stadt Bern.

Die Auswertung nach Schulkreisen (Abb. 19) zeigt, dass in Schulkreisen mit einem höheren Anteil benachteiligter Bevölkerungsgruppen Auffälligkeiten der Sprachentwicklung stärker verbreitet sind (Bümpliz, Bethlehem), während das Stammeln auch in sozial und wirtschaftlich privilegierteren Schulkreisen sehr verbreitet ist.

**Abbildung 19: Anteil Kindergarten-Kinder mit Sprachauffälligkeiten; nach Schulkreis (Schuljahr 2012/13)**



### 3.9.2. Bedeutung und Ursachen von Auffälligkeiten der Sprachentwicklung

Eine spezifische Sprachentwicklungsstörung stellt ein Langzeitproblem dar. Bei 40-80% der Kinder mit einer im Vorschulalter diagnostizierten spezifischen Sprachentwicklungsstörung werden nach 4-5 Jahren weiterhin Symptome gefunden. Gut die Hälfte der Betroffenen hat Probleme mit dem Schriftspracherwerb. Auch die spätere Bildungslaufbahn kann beeinträchtigt sein. Die betroffenen Kinder müssen erkannt, abgeklärt und behandelt werden<sup>41</sup>. Sprachentwicklungsstörungen haben verschiedene Ursachen. Nebst genetischen Faktoren haben Einkommen, Integration und Bildung der Eltern einen Einfluss. Die sprachliche Stimulierung und kognitive Faktoren spielen eine Rolle<sup>42</sup>. Auch die mangelhafte Aufnahme und Verarbeitung von Sinnesreizen (z.B. bei einer Hörstörung) kann sprachliche Entwicklungsdefizite verursachen. Weitere Ursachen sind Störungen der Mund-, Gesichts- und Schluckmuskulatur oder die Fehlstellung oder Fehlbildung von Kiefer, Gaumen oder Zunge.

<sup>39</sup> Dietmair, I., Simon, K. Jahresbericht 2006. Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, 2008.

<sup>40</sup> Nötzel, Ch. Et al. Lübecker Kindergesundheitsbericht. Hansestadt Lübeck – Der Bürgermeister. Lübeck 2010.

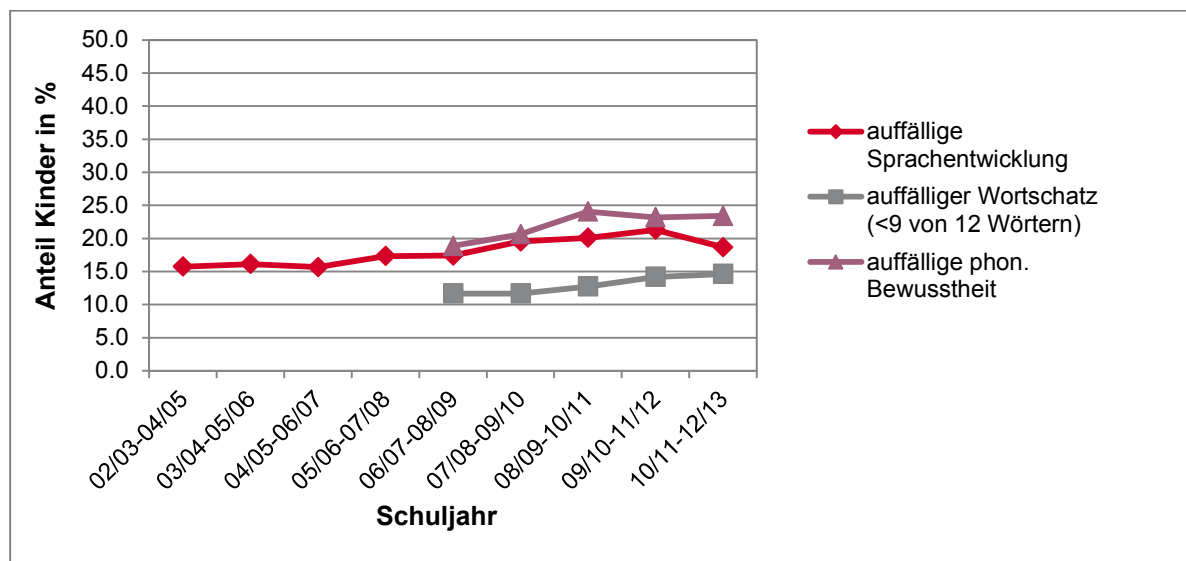
<sup>41</sup> Zitate in: Neumann, K, Kelimann, A. et al. Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie. Kindheit und Entwicklung 2009; 18:222-231.

<sup>42</sup> Kühn, Ph. Wie entwickeln sich Late Talkers? Eine Längsschnittstudie zur Prognose der sprachlichen, kognitiven und emotionalen Entwicklung von Late Talkers bis zum Einschulungsalter. Dissertation aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Ludwig-Maximilians-Universität; München, 2010.

### 3.9.3. Entwicklung über die Zeit

Sowohl beim Wortschatz als auch bei der phonologischen (lautlichen) Bewusstheit nahm seit dem Schuljahr 2006/07 der Anteil Kinder zu, die ein Resultat unterhalb der definierten Norm erreichten<sup>43</sup>. Gleiches gilt für den Anteil Kinder mit einer auffälligen Sprachentwicklung. Erfreulicherweise nahm dieser Anteil in den letzten Schuljahren jedoch erstmals leicht ab.

**Abbildung 20: Prozentanteil untersuchter Kinder mit Auffälligkeiten in der Sprache in der Kindergarten-Untersuchung, nach Schuljahr (gleitende Durchschnittswerte)**



### 3.10. Fehlende Schulbereitschaft

Bei 16.4% der Jungen und 8.1% der Mädchen wurde die Schulbereitschaft mit den Eltern besprochen und allenfalls eine Schulbereitschaftsabklärung empfohlen. Bei Kindern von Eltern mit höherer Ausbildung gab es etwas seltener Fragen zur Schulbereitschaft (10%) als bei den übrigen Kindern (15%).

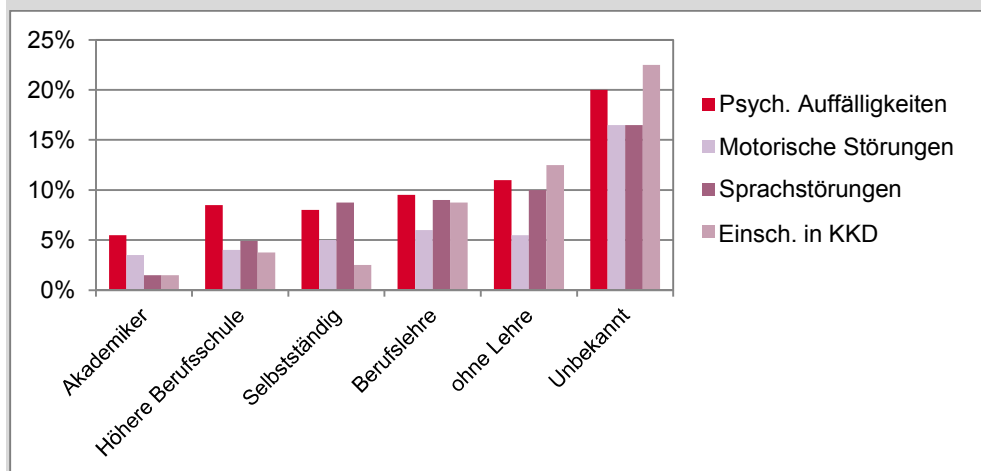
#### **Blick in die Geschichte:**

#### **Studie zur Evaluation systematischer Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter 1985 und 1986<sup>44</sup>**

In der bereits früher erwähnten Studie wurden auch die Häufigkeit von Entwicklungsauffälligkeiten und die Zusammenhänge zwischen diesen Auffälligkeiten und der Sozialschicht untersucht. Auch wenn die Diagnose-Kriterien damals vermutlich leicht unterschiedlich waren ist ein grober Vergleich mit den heutigen Befunden interessant. Für die Autoren belegen die Unterschiede den Wert der Analyse schulärztlicher Daten, um sozialen Unterschieden und ungleichen Gesundheits- und Bildungschancen auf die Spur zu kommen.

<sup>43</sup> Die Tests wurden erst in diesem Schuljahr eingeführt.

<sup>44</sup> Schär, B., Vuille, J.-C., Westkämper, R. Argumente und Grundlagen für eine kontinuierliche Erfassung sozialer Unterschiede in der Gesundheit der Schweizer Kinder. Soz. Präventivmed 1999; 44:193-203.

**Abbildung 21: Anteil Kinder mit diversen Auffälligkeiten in der 1. Klasse (Schuljahre 1985-86)**

Der Anteil Kinder, bei denen damals eine „motorische Störung“ festgestellt wurde (2-6%), lag ähnlich hoch wie heute (3-5% der Kinder mit einer schwereren motorischen Auffälligkeit). Bei den Sprachstörungen gab es eine Zunahme, die auch in Deutschland beobachtet wird<sup>45</sup>. Sie betrifft besonders Kinder aus unteren und mittleren Bildungsschichten. Wurde 1983-1986 bei 2-5% der Kinder der obersten Bildungsschichten, bei 8% der mittleren und 10-17% der untersten Bildungsschichten eine Sprachstörung festgestellt, zeigte sich im Schuljahr 2012/13 bei 4%, 12% und 39% der Kinder eine insgesamt auffällige Sprachentwicklung. Die Ursache dieser Zunahme ist nicht bekannt.

### 3.11. Verhaltensauffälligkeiten im Kindergartenalter

Verhaltensauffälligkeiten werden in der schulärztlichen Untersuchung erfasst, wenn die erziehungsberechtigte Person oder die Lehrperson davon berichten oder wenn entsprechende Beobachtungen in der Untersuchung gemacht werden. Diese nur unsystematisch erfassten Angaben können keine Aussage zur tatsächlichen Häufigkeit von Verhaltensstörungen und/oder anderen Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit machen. Aufgrund des geringen Anteils betroffener Kinder wurden die Daten aus drei Schuljahren zusammengefasst.

Die Unterschiede bezüglich des Geschlechts werden allgemein beobachtet, wobei Knaben in der Regel eher nach aussen agieren und damit rascher auffallen als Mädchen. Kinder von Eltern mit einer höheren Ausbildung zeigen deutlich weniger Auffälligkeiten bei der Konzentration und beim Verhalten in der Gruppe. Wie die Evaluation der primano Frühförderung zeigt, können diese Verhaltensauffälligkeiten Ausdruck einer Überforderung und Verunsicherung sein. Kinder, die am Hausbesuchsprogramm schrittweise teilgenommen hatten, zeigten deutlich weniger Auffälligkeiten als eine vergleichbare Gruppe Kinder ohne diese Förderung. Es scheint, dass die geförderten positiven Eltern-Kind-Interaktionen und mehr Erfahrung mit Kindergruppen die nötige Sicherheit geben, um von Anfang an im Kindergarten gut mitmachen und lernen zu können<sup>46</sup>.

Betrachtet man die Trends über die Zeit bezüglich Auffälligkeiten bei der Konzentrationsfähigkeit, dem Verhalten in der Gruppe oder der Diagnose bzw. des starken Verdachts auf eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), blieb der Anteil erfasster Kinder in den letzten 7 Jahren stabil. Der Anteil Kinder mit registriertem (Verdacht auf) ADHS liegt mit 4% im unteren Bereich der Angaben in der internationalen Literatur (2-10%).<sup>47</sup>

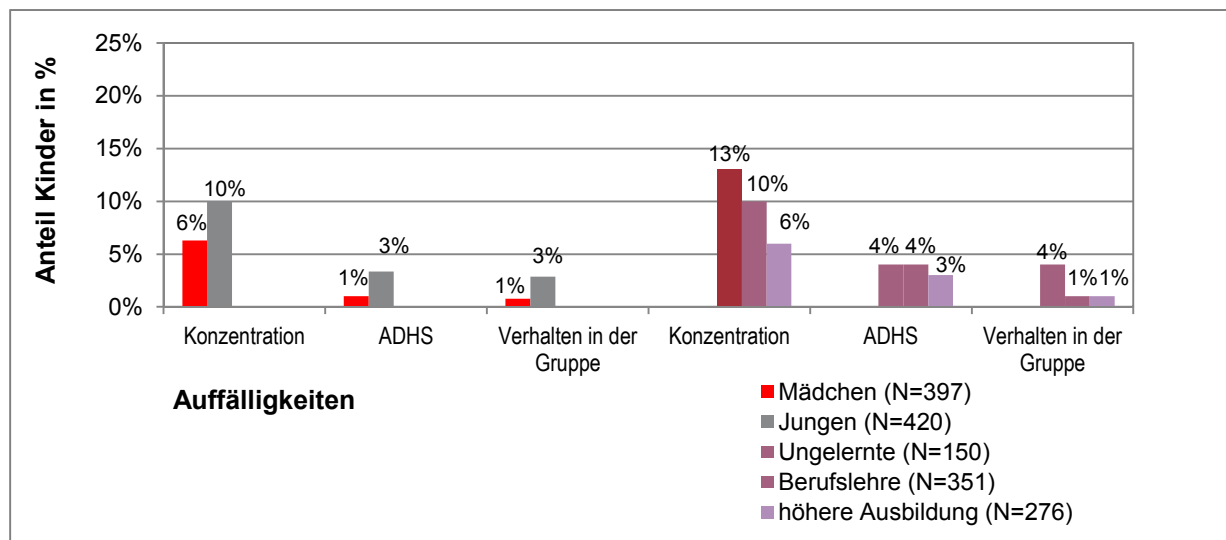
<sup>45</sup> Nötzel, Ch. Et al. Lübecker Kindergesundheitsbericht. Hansestadt Lübeck – Der Bürgermeister. Lübeck 2010.

<sup>46</sup> Tschumper, A., Gantenbein, B., Alsaker F.D. et al. Schlussbericht primano. Direktion für Bildung, Soziales und Sport 2012.

<sup>47</sup> Z.B. Goldson, E., Reynolds, A. Child Development and Behavior. In: Hay, WW. Et al. (Hg): Current Pediatric Diagnosis & Treatment; 2007; McGraw-Hill.



**Abbildung 22: Anteil untersuchter Kinder bei denen im Kindergarten Verhaltensauffälligkeiten registriert wurden nach Geschlecht und Bildungsstand der Eltern (Schuljahre 2010/11 bis 2012/13)**



### 3.12. Massnahmen und Überweisungen nach der Untersuchung

#### 3.12.1. Massnahmen im schulärztlichen Dienst

Wichtigste Massnahme nach der schulärztlichen Untersuchung ist die Information der Eltern zur Untersuchung und gegebenenfalls die Empfehlung von Massnahmen, z.B. Fördermassnahmen zuhause, besondere Unterstützung in der Schule, weitere Abklärungen u.a.m.. Die Information der Lehrperson in Absprache mit den Eltern ist sinnvoll, wenn gezielte Fördermassnahmen in der Schule das Kind unterstützen können.

**Tabelle 9: Anteil Kinder mit verschiedenen Massnahmen nach der schulärztlichen Untersuchung (Schuljahr 2012/13)**

Massnahmen	Kindergarten		4. Klasse	
	Mädchen N=397	Jungen N=420	Mädchen N=366	Jungen N=361
Problem bereits behandelt	15.9%	16.4%	9.6%	9.1%
Information Eltern	30.2%	36.4%	15.3%	17.7%
Gespräch mit den Eltern*			3.3%	3.9%
Information Lehrperson	3.3%	4.0%	3.3%	4.2%
Kontrolle Gesundheitsdienst (z.B. Gehör)	5.0%	3.8%	2.7%	2.2%

\*Bei der 4. Klass-Untersuchung sind Eltern in der Regel nicht anwesend. Bestehen Fragen oder Probleme, werden die Eltern zum Gespräch eingeladen.

#### 3.12.2. Zuweisung zur weiteren Abklärung und/oder Behandlung

Am meisten Kinder werden aufgrund der Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchung ihrem Hausarzt oder ihrer Kinderärztin überwiesen. Überweisungsgründe sind fällige Impfungen oder notwendige medizinische Abklärungen oder Therapien. Ebenfalls häufig sind Überweisungen zur augenärztlichen Abklärung und gegebenenfalls Verordnung einer Brille (4-5% der Kinder).

**Tabelle 10: Anteil Kinder, die an eine Fachstelle gewiesen wurden (Schuljahr 2012/13)**

Überweisungen	Kindergarten		4. Klasse	
	Mädchen N=397	Jungen N=420	Mädchen N=366	Jungen N=361
Erziehungsberatung, Kinder- und Jugendpsychiatrie	1.3%	3.8%	0.3%	0.8%
Ärztin/Arzt (Pädiatrie, HNO, Ophthalmologie)	21.4%	19.8%	21.9%	20.8%
Schulzahnklinik	2.5%	2.6%	0.3%	0%

### 3.12.3. Empfehlung von Spezialunterricht Logopädie und/oder Psychomotorik

Bei 5% der Kinder wird nach der schulärztlichen Untersuchung direkt der Spezialunterricht in Psychomotorik und bei 6% der Spezialunterricht in Logopädie empfohlen. Gewisse Kinder mit schweren Auffälligkeiten wurden bereits im ersten Kindergartenjahr abgeklärt. Bei den anderen Kindern mit Auffälligkeiten in Sprache oder Motorik werden zuerst weitere Abklärungen vorgenommen, oder die Entwicklung wird vorerst beobachtet.

## 3.13. Zahngesundheit<sup>48</sup>

Gesunde Zähne sind wichtig für die Kaufunktion, für die Ästhetik und damit für die Lebensqualität. Sie beeinflussen die Sprech- und Kommunikationskompetenz von Kindern, Jugendlichen und letztendlich auch von Erwachsenen. Von Karies zerstörte Zahnhartsubstanz heilt nicht aus. Sie kann nur mit körperfremdem Material restauriert werden. Zeitlebens benötigen diese Zahnschäden eine regelmässige Nachsorge, verbunden mit entsprechenden Zahnarzkosten.

### Zahngesundheit auf hohem Niveau

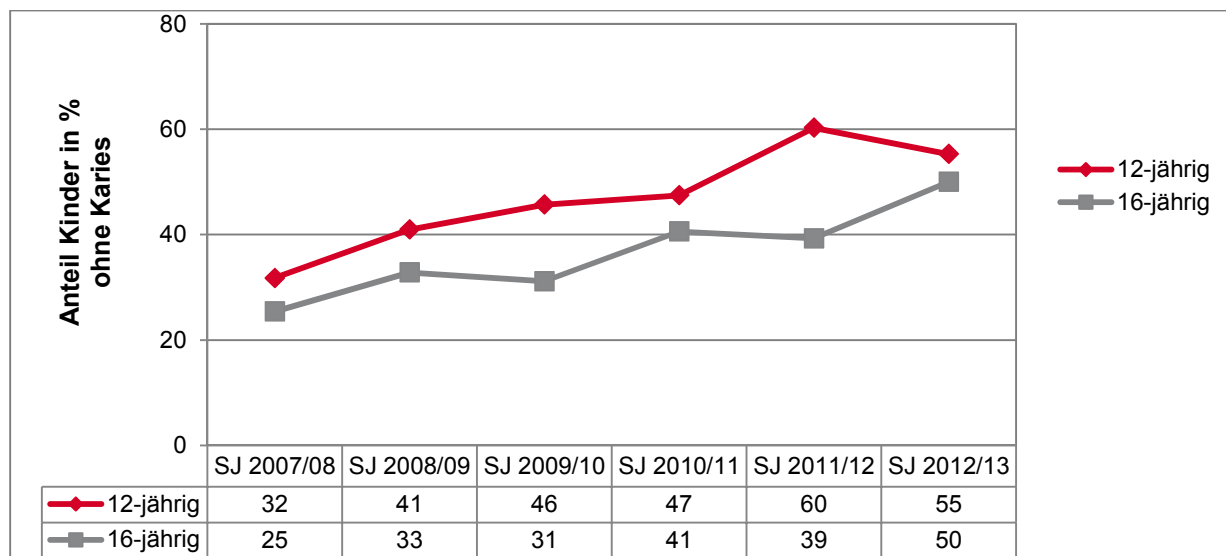
Die Erkrankung an Zahnkaries ist in den letzten Jahrzehnten in der Schweiz kontinuierlich zurückgegangen. Karies ist eine vermeidbare Erkrankung. Deshalb werden zahnärztliche Behandlungen - abgesehen von wenigen Ausnahmefällen – nicht von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen. Die zahnmedizinische Versorgung erfolgt somit auf der Grundlage des selbstverantwortlichen Handelns und privater Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen.

Die Daten zum Gebisszustand und die Verlaufsinformationen zu Entwicklungstendenzen dienen dazu, Veränderungen beim Kind individuell und kontinuierlich zu beobachten, um gegebenenfalls nötige Massnahmen einzuleiten. Seit der „Entmonopolisierung“ der Schulzahnuntersuchungen (d.h. Wahlfreiheit der Eltern zum Untersuchungsort Schulzahnklinik oder Privatpraxis) in der Stadt Bern vor bald 20 Jahren sind die von der Schulzahnklinik erhobenen Daten nicht mehr repräsentativ und können nicht einfach auf sämtliche Kinder der Stadt Bern übertragen werden. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Wahlfreiheit zu einer Selektion der untersuchten Kinder führt. Eine Selektion hinsichtlich der sozialen Schichtzugehörigkeit kann beispielsweise die Aussagekraft von epidemiologischen Ergebnissen erheblich beeinflussen. Sozialstatus und Mundgesundheit stehen in engem Zusammenhang. Es ist wissenschaftlich gesichert, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus gegenüber Kindern mit hohem Status ein fast doppelt so hohes Risiko haben, an Karies zu erkranken.

<sup>48</sup> Verfasser des Kapitels: Prof. W. Strübig, ehem. Leiter des Schulzahnmedizinischen Dienstes

Die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen ist in den vergangenen Jahren tendenziell besser geworden. Der Anteil Kinder ohne Karieserfahrung stieg zwischen den Schuljahren 2007/08 und 2012/13 in der Altersgruppe der 12-Jährigen von 32 % auf 55% und bei den 16-Jährigen von 25% auf 50% (Abb. 22). Inwieweit der deutlich höhere Anteil der Schulzahnklinik an den gesamten Schulzahnuntersuchungen (2007 wählten 51% und 2012 69% die Schulzahnklinik) auf die Untersuchungsergebnisse Einfluss genommen hat, bleibt offen.

**Abbildung 23: In der Schulzahnklinik untersuchte kariesfreie 12- und 16-Jährige nach Schuljahr**



## 4. Kinder und ihre Lebenswelten

### 4.1. Familie

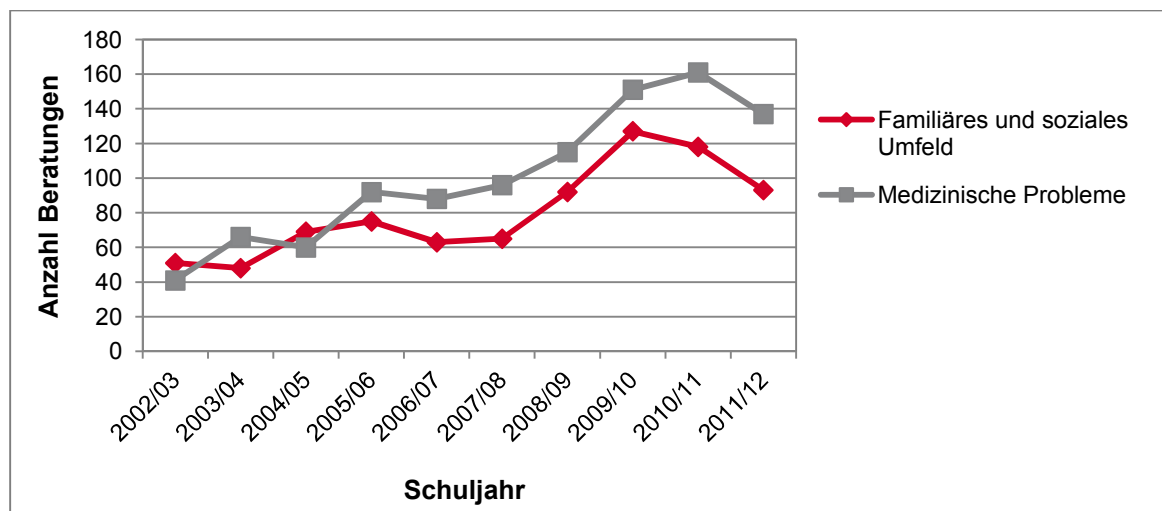
#### 4.1.1. Anteil Kinder in belasteten Familiensituationen

Bei 5.4% der Mädchen und 5.6% der Jungen im Kindergarten sowie bei 9% der Mädchen und 8% der Jungen in der 4. Klasse war eine belastete Familiensituation Thema in der schulärztlichen Untersuchung (Schuljahr 2012/13). Bei 3% der Familien im Kindergarten und 1% in der 4. Klasse wurden Schwierigkeiten mit der Integration erfasst.

#### 4.1.2. Schulärztliche und schulsoziale Beratungen zu familiären Belastungen

Familiäre Problemsituationen sind belastend und haben negative Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder in der Schule. Das gilt auch für gesundheitliche Probleme der Kinder, welche für die Familie eine Herausforderung darstellen, besonders wenn elterliche Unsicherheiten bestehen und keine Vertrauensperson im privaten Umfeld zur Besprechung von Fragen verfügbar ist. Es ist daher wichtig, dass Kinder und Eltern bei niederschwellig erreichbaren Anlaufstellen Unterstützung erhalten. Nebst der kantonalen Erziehungsberatung und der ambulanten Jugendhilfe des Amtes für Erwachsenen- und Kinderschutz sind das in der Stadt Bern für Familien mit Schulkindern vor allem die Schulsozialarbeitenden sowie die Schulärztinnen und -ärzte, welche durch den engen Kontakt zu den Schulen für Kinder und Eltern einfach erreichbar sind.

**Abbildung 24: Schulärztliche Beratungen bei medizinischen Problemen oder Schwierigkeiten im familiären und sozialen Umfeld (Kinder aller Kindergarten- und Schulstufen), nach Schuljahr**



Familien stehen zunehmend unter Druck: Armut, soziale Isolation, schlechte Vereinbarkeit von Familie und Erwerbsarbeit sowie eine hohe Scheidungsrate drücken sich in der steigenden Anzahl nachgefragter schulärztlicher Beratungen aus. Auch die steigende Anzahl medizinischer Beratungen ist Ausdruck dieser Belastungen.

Die schulärztliche Sprechstunde scheint für die Eltern ein einfach zugänglicher Ort zu sein, um familiäre Probleme erstmals zu besprechen und zu weiteren Schritten ermutigt zu werden. Dass die Beratungsleistungen in den letzten Jahren etwas zurückgingen steht mit dem Ausbau der Schulsozialarbeit und mit personellen Wechsels und Vakanzen im schulärztlichen Dienst im Zusammenhang. Ärztinnen und Ärzte werden leichter um Rat angegangen, wenn man sie bereits kennt und ihnen vertraut. Der schulärztliche Dienst weist Familien, die mehr Unterstützung benötigen, an die kantonale Erziehungsberatung, die Schulsozialarbeit, private Familientherapeutinnen/–therapeuten oder die ambulante Jugendhilfe weiter.

Die **Schulsozialarbeit** wurde im Schuljahr 2011/12 durch Familien mit Kindern im Kindergarten bis zur 6. Klasse insgesamt 191 Mal aufgrund einer primär familiären Belastung aufgesucht. Das sind 27.4% aller Fälle, die durch die Schulsozialarbeit bearbeitet wurden. Des Weiteren betrafen 35.7% der Fälle persönliche Probleme der Schülerinnen und Schüler, 34.3% die Schule sowie 2.6% das Thema Migration/Integration. Bei den Beratungen zu Problemen in der Familie handelt es sich häufig um komplexe Fälle mit Mehrfachproblemen und entsprechend grossem Beratungsaufwand sowie Auswirkungen auf den Schulalltag.

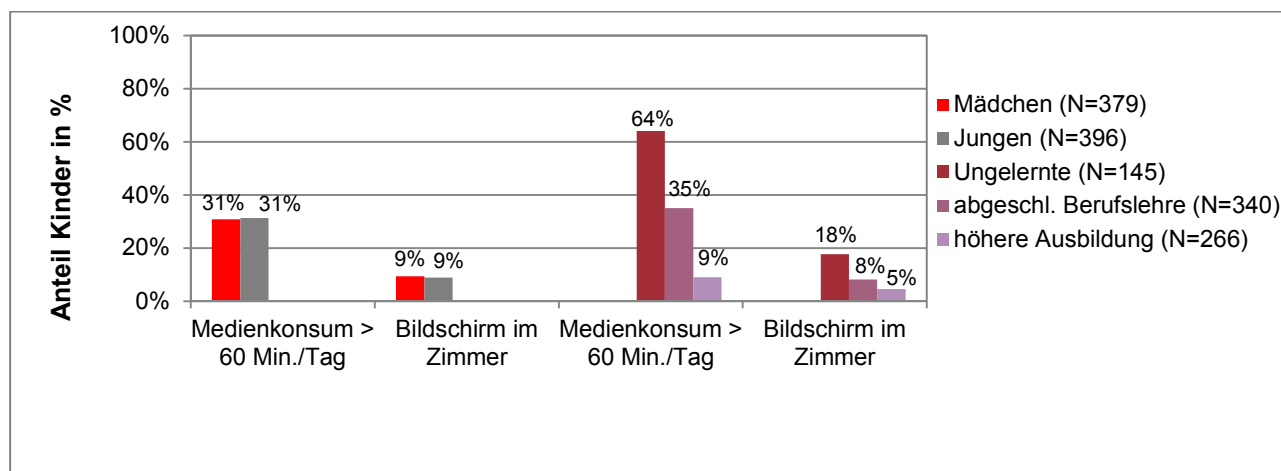
**Tabelle 11: Primär familiäre Gründe zur Anmeldung bei der Schulsozialarbeit (Kinder vom Kindergarten bis zur 6. Klasse, Schuljahr 2011/12)**

Anmeldegrund	% der Fälle (N=191)
Kritische Ereignisse in der Familie	32.5%
Erziehung/Beziehung	22.0%
Gewalt/Misshandlung in der Familie	15.7%
Betreuung	12.6%
Materielle Defizite	8.4%
Verwahrlosung	4.7%
Ferien/Freizeit	4.2%

#### 4.1.3. Familiäre Gewohnheiten – der Umgang mit elektronischen Medien

In der schulärztlichen Untersuchung wurde der Konsum von Bildschirmmedien (TV, PC, Tablet, DVD etc.) im Kindergarten über die Eltern erfragt. Bei 30% der Kinder gaben die Eltern einen Medienkonsum von mehr als 60 Min. pro Tag an. Der Anteil Kinder mit mehr als 60 Min. Medienkonsum pro Tag war siebenmal höher, wenn die Eltern ungelernt waren, als wenn sie über eine höhere Ausbildung verfügten. Allerdings könnte eine stärkere Rücksichtnahme auf die soziale Erwünschtheit der Antwort bei höher gebildeten Eltern den Unterschied verstärken (Abb.24). 9% der Kinder verfügten im Kindergarten über einen Bildschirm im eigenen Zimmer.

**Abbildung 25: Nutzung von Bildschirmmedien bei Kindergarten-Kindern, nach Geschlecht und Bildungsstand der Eltern (Schuljahr 2012/13)**



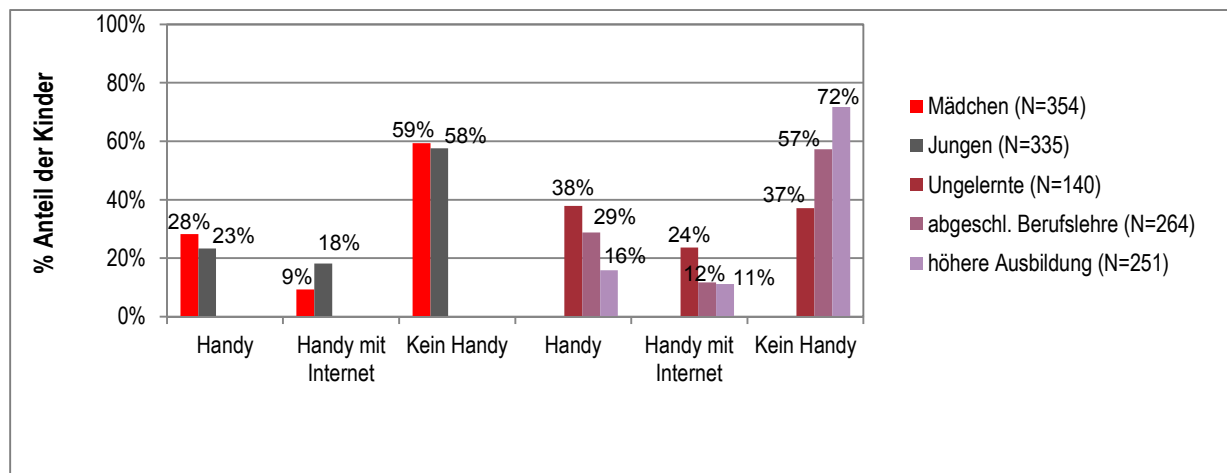
Dass Bildschirmmedien in Familien mit geringer Ausbildung vermehrt konsumiert werden, kann verschiedene Gründe haben. Einerseits gewinnen Bildschirmmedien an Attraktivität, wenn Familien in engen Wohnverhältnissen leben, die Kinder sowohl in der Wohnung als auch im Wohnumfeld wenig geeigneten Raum zum Spielen haben und Familien eher isoliert leben. Andererseits kann der Besitz von Fernsehgeräten und PCs (auch von Extrageräten im Kinderzimmer) als Ausdruck des materiellen Aufstiegs positiv bewertet sein.

Die Auswirkungen des Medienkonsums auf die Entwicklung der Kinder ist abhängig vom Alter, vom Umfang des Konsums, von den Inhalten und von der Möglichkeit, sich über Gesehenes mit Erwachsenen auszutauschen. So kommen wissenschaftliche Studien übereinstimmend zum Schluss, dass sehr junge Kinder (unter 2-3 Jahren) nicht von Bildschirmmedien profitieren und ein zu früher Medienkonsum sogar schädliche Auswirkungen auf die kognitive Entwicklung haben kann. Dagegen können ältere Kinder von altersgemässen Sendungen mit gut präsentierten Lerninhalten durchaus profitieren, besonders wenn die Eltern solche Sendungen gemeinsam mit ihnen ansehen und mit ihnen darüber diskutieren. Schädlich ist vor allem der übermässige Konsum von nicht altersgemässen Sendungen. Dies kann sowohl zu vermehrter Aggressivität als auch zu Schlafstörungen führen.<sup>49</sup>

In der 4. Klasse wurden die Kinder gefragt, ob sie über ein eigenes Handy verfügen, und wenn ja, ob es sich um ein Handy mit Internetzugang handelt.

<sup>49</sup> Kirkorian, H.L., Wartella, E.A., Anderson, D.R. Media and young children's learning. Future Child; 2008; 18:39-61.

**Abbildung 26: Anteil untersuchter 4. Klass-Kinder mit und ohne eigenes Mobiltelefon/Handy (mit und ohne Zugang zum Internet), nach Geschlecht und Bildung der Eltern (Schuljahr 2012/13)**



Die Mehrheit der 4. Klass-Schülerinnen und –schüler gab im letzten Schuljahr an, über kein eigenes Mobiltelefon zu verfügen. Dennoch müssen Mobiltelefone und weitere Geräte mit einfachem Internetzugang als etwas betrachtet werden, was zum Alltag der meisten Kinder gehört. Die Entwicklung ist sehr rasch vorangegangen, und Kinder und Jugendliche haben sich den Gebrauch des Internets oft schneller angeeignet als manche Erwachsene. Dabei kann ihre Neugier und Unbedarftheit gewisse Gefahren mit sich bringen, die sie aufgrund ihrer Entwicklung noch zu wenig einschätzen können. Nebst den Gefahren sind jedoch auch positive Möglichkeiten der Kommunikation und Information entstanden. Sicher sind Gesetzgeber, Eltern, Schulen und Anbieter stark gefordert, die Medienkompetenz der Kinder und Jugendlichen zu fördern und ihnen den ihrem Alter entsprechenden Schutz vor Gefahren zu gewährleisten.

#### 4.1.4. Ressourcen für Familien

Die Stadt Bern stellt ein breites Angebot für Eltern und Kinder zur Verfügung. Die nachfolgende Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

##### Familienergänzende Kinderbetreuung

Die Stadt Bern verfügt über ein gut ausgebautes Angebot an familienergänzender Kinderbetreuung. Den Eltern stehen städtische und private Kindertagesstätten sowie Tageseltern für die Betreuung ihrer Kinder zur Verfügung. Kinder ab Kindergartenbeginn können zudem auch in Tagesschulen und Ferieninseln betreut werden. Ebenfalls gibt es das Angebot der Aufgabenhilfe. Von den im Schuljahr 2012/13 untersuchten Kindergartenkindern waren 55% mindestens ein Jahr in einer Kindertagesstätte betreut worden. Auf den 1. Januar 2014 wurde in der Stadt Bern das System der Betreuungsgutscheine eingeführt. Wie sich der Systemwechsel auf die Inanspruchnahme der Betreuung in Kindertagesstätten auswirken wird, ist noch offen. Im Jahr 2012 wurden in den Tagesschulen 2614 Kinder durchschnittlich 7.5 Std. pro Woche betreut. 654 Kinder haben in den Ferien eine Ferieninsel besucht und 534 Kinder wurden in der Aufgabenhilfe betreut.<sup>50</sup>

##### Kinder- und Jugendförderung

Zur Kinder- und Jugendförderung gehören alle Dienstleistungen der Bereiche Soziokultur, Frei-

<sup>50</sup> Direktion für Bildung, Soziales und Sport. Jahresbericht 2012

zeit und Information sowie Kindermitwirkung. Familien können im Checkpoint alle Informationen über Angebote abholen, die in Bern für Familien zur Verfügung stehen. Das FÄGER-Programm stellt attraktive Aktivitäten für die Ferienzeit zur Verfügung. Das Kinderbüro koordiniert und unterstützt die Kinderpartizipation und die Arbeit des Kinderparlaments.

### **Quartierarbeit und Gemeinschaftszentren**

Nebst dem Mütterzentrum Bern West und dem Familientreff im Osten der Stadt bieten die Quartierzentren der Vereinigung für Beratung, Integrationshilfe und Gemeinwesenarbeit (VBG) und die Gemeinschaftszentren der Kirchen diverse Begegnungsmöglichkeiten und Angebote für Familien an: Treffs, Spielgruppen, Krabbelgruppen, Kinderkleiderbörsen, Quartierkoordination der Frühförderung primano u.a.m.

### **Schulsozialarbeit**

Die Schulsozialarbeit ist ein freiwilliges und niederschwelliges Beratungs- und Unterstützungsangebot für Kinder und Jugendliche und deren Umfeld, insbesondere Eltern/Erziehungsberechtigte, Lehrpersonen und Schulleitungen. Familien in besonderen Lebenssituationen werden durch Beratung, Vermittlung, Triage und Informationen psychosozial unterstützt. Die Schulsozialarbeit hat ihren Beratungsstandort in der Schule.

### **Kantonale Erziehungsberatung**

Die kantonale Erziehungsberatung ist die psychologische Beratungsstelle, die Eltern, Kindern und Jugendlichen sowie allen mit Erziehung und Bildung von Kindern und Jugendlichen beauftragten Personen und Institutionen bei Fragen und Schwierigkeiten der Entwicklung, Erziehung und Schulung von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung steht.

### **Ambulante Jugendhilfe**

Die ambulante Jugendhilfe unterstützt Familien in schwierigen Situationen und ist Ansprechpartnerin für Kinder, Jugendliche, Eltern, Bezugspersonen und Fachstellen. Sie klärt Gefährdungsmeldungen im Auftrag der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde ab, kümmert sich um Fremdplatzierungen von Kindern, bietet begleitete Besuchssonntage für getrennt lebende Familien und nimmt Abklärungen in Scheidungssituationen und im Hinblick auf Adoptionen wahr.

### **Psychosoziale Familienbegleitung**

Ziel der Familienbegleitung ist, die Eltern in ihren Erziehungsaufgaben zu unterstützen und zu stärken. Ihre Fähigkeiten, die anstehenden Probleme konstruktiv und unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Kinder zu lösen, sollen erkannt und gefördert werden. Dadurch erhalten die Kinder Halt und werden in ihrer Entwicklung gestärkt. Wo ein ambulantes Angebot nicht passt bietet das Kompetenzzentrum Jugend und Familie auch eine stationäre Aufnahme.

### **Präventive Gesundheitsversorgung**

Für die Angebote der Mütter- und Väterberatung des Kantons Bern, die kinder-, haus- und schulärztliche Vorsorge sowie die Frühförderung primano siehe Kapitel 5.



## 4.2. Schule

Gesundheit und Bildung sind eng miteinander verknüpft und bedingen sich gegenseitig. Diese Tatsache belegen zahlreiche Studien. Kindergarten und Schule sind für Kinder und Jugendliche nebst der Familie und den familienergänzenden Betreuungsangeboten prägende Lebenswelten. Es ist wichtig, diese Orte gesundheitsförderlich zu gestalten, damit sich Schülerinnen und Schüler in ihrer Klasse und Schule wohl fühlen, optimal gefördert werden und ihre Schullaufbahn erfolgreich bewältigen können. Erkenntnisse aus der Gesundheitsforschung zu Themen wie psychosoziale Gesundheit, Bewegung oder zur räumlichen Gestaltung von Schulhäusern und Aussenräumen können genutzt werden, um den Bildungsauftrag der Schule gezielt zu unterstützen.

Daneben stellen Kindergarten und Schule an die Kinder auch Anforderungen. Aus Diskrepanzen zwischen Anforderungen der Schule und Möglichkeiten der Kinder können Probleme entstehen, die es aufzufangen und möglichst zu lösen gilt.

### 4.2.1. Entwicklungen der Schule in den letzten 10 Jahren

Seit dem Schuljahr 2010/11 wird Artikel 17 des Volksschulgesetzes (Integration und besondere Massnahmen) umgesetzt. Der Anteil Kinder, die in besonderen Klassen gefördert werden, hat damit abgenommen. Etliche Schulen sahen sich veranlasst, zur Umsetzung der Integration den Unterricht in Mehrjahrgangsklassen zu organisieren. Seit dem Schuljahr 2013/14 ist der Kindergartenbesuch während zwei Jahren obligatorisch.

### 4.2.2. Probleme in der Schule

#### 4.2.2.1. Schulische Probleme in der 4. Klasse

In der schulärztlichen Untersuchung der 4. Klasse werden Schwierigkeiten erfasst, wenn entsprechende Angaben der Eltern, der Lehrperson oder des Kindes selbst vorliegen.

**Tabelle 12: Anteil untersuchter Kinder mit verschiedenen Schwierigkeiten in der Schule, nach Geschlecht und Ausbildung der Eltern (4. Klasse, Schuljahr 2012/13)**

	Mädchen (N=366)	Jungen (N=361)	Ungelernte (N=156)	abgeschl. Berufslehre (N=280)	höhere Ausbildung (N=255)
Schulische Leistung	6.8%	7.8%	14.1%	6.4%	3.9%
Sozialverhalten	1.9%	3.9%	4.5%	2.9%	2.4%
Verhaltensauffälligkeiten	6.8%	17.2%	14.1%	13.9%	8.2%

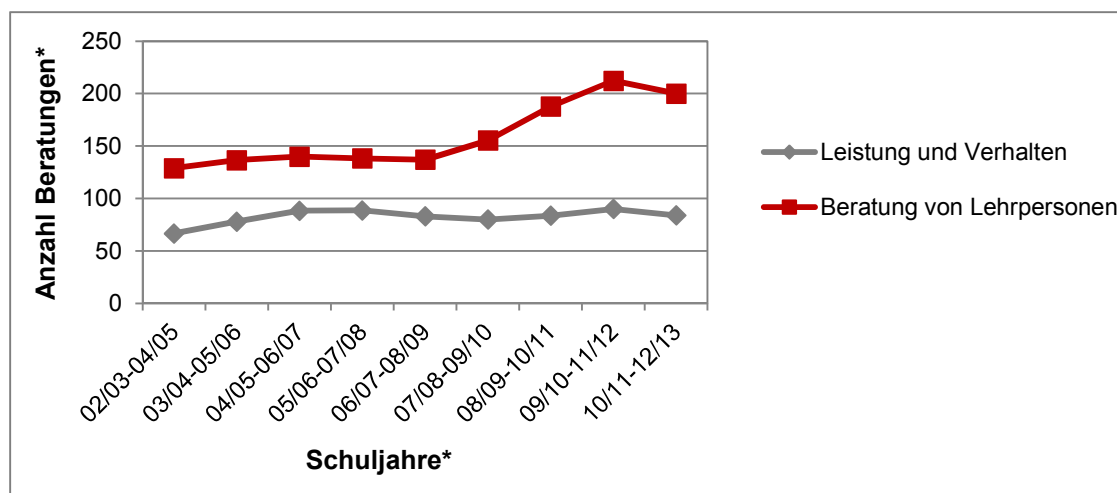
Wie aufgrund der Kindergartenbefunde erwartet, sind Knaben von Verhaltensproblemen häufiger betroffen als Mädchen. Und es gibt einen starken Zusammenhang zwischen der Bildung der Eltern und den schulischen Leistungsproblemen. Bei den Schwierigkeiten im Sozialverhalten und anderer Verhaltensauffälligkeiten ist dieser Zusammenhang weniger ausgeprägt.

Schulische Leistungsprobleme verursachen auch körperliches Missbefinden: 14% der Kinder mit schulischen Leistungsproblemen (vs. 6% der Kinder ohne Leistungsprobleme) klagten über Kopfschmerzen und 14% (vs. 5%) über Bauchschmerzen.

#### 4.2.2.2. Schulärztliche Beratung bei Problemen in der Schule

Lehrpersonen, Eltern, Kinder und Jugendliche können schulärztliche Beratung zu gesundheitsrelevanten Fragen rund um die Schule direkt in Anspruch nehmen. Kinder, Jugendliche und Eltern werden oft auch von den Lehrpersonen zugewiesen. In den letzten 10 Jahren hat der schulärztliche Dienst jeweils 80 bis 90 Kinder (mit ihren Eltern) und Jugendliche aller Schulstufen wegen schulischer Leistungs- und Verhaltensprobleme beraten. Der schulärztliche Dienst klärt die gesundheitlichen Lernvoraussetzungen und plant mit den Beteiligten die erforderlichen nächsten Schritte und Massnahmen, beispielsweise eine psychologische Abklärung auf der kantonalen Erziehungsberatung, eine kinder- oder spezialärztliche Abklärung und Behandlung oder Massnahmen zur besseren Bewältigung des Schulalltags. Die Inanspruchnahme der schulärztlichen Beratung durch Lehrpersonen hat in den letzten Jahren aufgrund der Umsetzung des Integrationsartikels und vieler Kinder mit komplexen Problemen stark zugenommen.

**Abbildung 27: Anzahl schulärztliche Beratungen wegen Leistungs- und Verhaltensproblemen in der Schule sowie Anzahl Beratungen von Lehrpersonen, nach Schuljahren\* (alle Altersstufen)**



\*Gleitende Durchschnittswerte

#### 4.2.2.3. Beratungen durch die Schulsozialarbeit bei schulischen Belastungen

Im Schuljahr 2011/12 wurde die Schulsozialarbeit 238 Mal (34% der bearbeiteten Fälle) durch Kinder vom Kindergarten bis zur 6. Klasse wegen primär schulischer Belastungen aufgesucht.

**Tabelle 13: Anmeldungen bei der Schulsozialarbeit aufgrund primär schulischer Belastungen**

Anmeldegrund	% der Fälle (N=238)
Beziehung/Konflikte in der Schule	65.1%
Gewalt in der Schule	15.5%
Mobbing	11.8%
Lernverhalten, Absenzen und Motivation	7.1%
Berufswahl	0.4%

Nebst den Einzelberatungen und Konsultationen ist die soziale Arbeit mit Gruppen mit einem Anteil von über einem Drittel bedeutsam. Diese finden sowohl als Reaktion auf einen Vorfall oder eine Konfliktsituation in einer Gruppe oder Klasse wie auch rein präventiv statt. Mögliche Themen sind z.B. Selbstvertrauen, Mobbing, Konflikte, Mediation, Klassenklima, Sozialtraining, Lernverhalten oder Regeln.

### **4.2.3. Ressourcen der Schule**

#### ***4.2.3.1. Besondere Angebote der Schule ausserhalb des Regelunterrichts<sup>51</sup>***

Das Schulamt der Stadt Bern stellt den Schulen unterrichtsergänzende Angebote zur Verfügung: In der Kulturvermittlung wurden 2012 1100 Lektionen für Kulturprojekte, 59 Theatervorstellungen (mit 4500 teilnehmenden Schülerinnen und Schülern) und 12 MuseE Kulturprojekte von den Schulen genutzt. Der Parcours „Mein Körper gehört mir“ zur Prävention von Gewalt an Kindern wird von allen 2. Klassen der Stadt besucht und von der Schulsozialarbeit begleitet.

#### ***4.2.3.2. Gesundheitsförderung an Schulen***

In der Stadt Bern sind an allen Schulstandorten insgesamt 45 Lehrpersonen als Koordinatorinnen und Koordinatoren für Gesundheitsförderung tätig. Sie kümmern sich gemeinsam mit der Schulleitung um für die eigene Schule relevante Gesundheitsthemen. Sie erhalten dafür eine Lektion pro Woche Entlastung sowie finanzielle Mittel für die Umsetzung ihrer Projekte. Sie werden in ihrer Aufgabe von der Koordinationsstelle des Netzwerks der Gesundheitsfördernden Schulen fachlich unterstützt. Da sich die Schulen bezüglich Umfeld im Quartier, Grösse und geführter Stufen unterscheiden, variieren Wichtigkeit und Dringlichkeit von Gesundheitsthemen. Die Schulen benötigen daher genügend Handlungsspielraum für eigene Schwerpunkte. Trotzdem gibt es jeweils einen gemeinsamen Schwerpunkt. Für die Jahre 2011 – 2013 wurde von den Koordinatorinnen, Koordinatoren und Schulleitungen die Gesundheit der Lehrpersonen als einer von drei Schwerpunkten für das städtische, resp. kantonale Controlling bestimmt. Die Koordinationsstelle Ernährung und Bewegung ist zurzeit mit dem Angebot der „Znüni-Box“ in den Schuleingangsstufen sehr gefragt. Aktuell machen 2/3 aller Kindergärten, 1. und 2. Klassen mit. Bei der „Znüni-Box“ werden Kinder, Lehrpersonen und Eltern auf eine lustvolle Art für die Wichtigkeit eines ausgewogenen „Znünis“ sensibilisiert. Es unterstützt nicht nur die Konzentrations- und Leistungsfähigkeit. Das gemeinsam eingenommene Znüni trägt als fester Bestandteil des Schulalltags auch sehr zu einem guten Klassenklima bei.

#### ***4.2.3.3. Schulpsychologische, schulsoziale und schulärztliche Beratung***

Siehe Kapitel 4.1.4

---

<sup>51</sup> Direktion für Bildung, Soziales und Sport. Jahresbericht 2012

## 5. Präventive gesundheitliche Versorgung

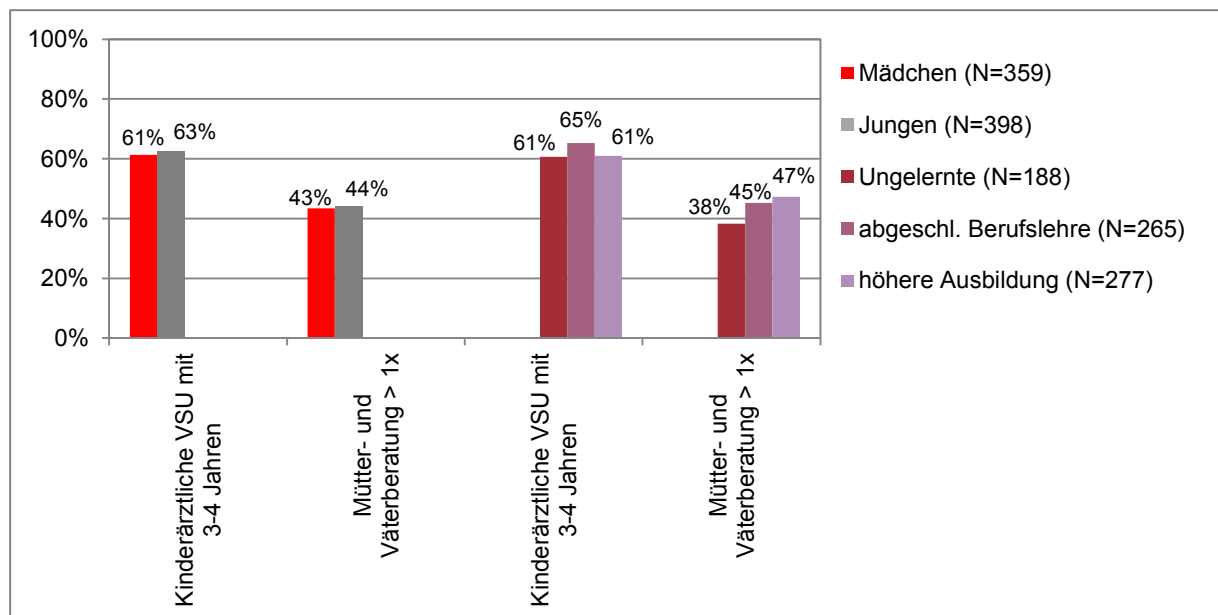
### 5.1. Kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen (VSU) sowie Mütter- und Väterberatung

Die Mütter- und Väterberatung des Kantons Bern bietet allen Eltern Beratung und Unterstützung an, um ihnen Orientierung, Stärkung und Sicherheit im Mutter- und Vatersein zu geben. Je nach Lebensphase und Alter des Kindes haben Eltern unterschiedliche Fragen und Bedürfnisse. Mit ihren spezifischen Angeboten für werdende Eltern, für die Zeit nach der Geburt sowie vom ersten Lebensjahr bis zum Kindergarten kann die Mütter- und Väterberatung auf die unterschiedlichen Bedürfnisse eingehen. Die Mütter- und Väterberatung erreicht im Kanton Bern 67.6% der Neugeborenen mit einem Erstkontakt<sup>52</sup>.

Kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen (VSU) sind ein wichtiges Instrument zur Vorbeugung und Früherkennung von Erkrankungen und Entwicklungsstörungen im Säuglings- und Kindesalter. Neben der Früherkennung von Krankheiten und Entwicklungsbeeinträchtigungen bei Kindern dienen sie auch der vorausschauenden Beratung der Eltern<sup>53</sup>.

Die Eltern werden bei der Kindergartenuntersuchung gefragt, ob sie die Mütter- und Väterberatung mehr als einmal in Anspruch genommen haben. Im Schuljahr 2012/13 wurden die Eltern zudem gefragt, ob ihr Kind im Alter von 3 bis 4 Jahren eine kinderärztliche Vorsorgeuntersuchung hatte. War es unklar, ob die kinderärztlichen Konsultation wegen einer Vorsorgeuntersuchung oder einer akuten Gesundheitsstörung stattgefunden hatte, wurde stets eine Vorsorgeuntersuchung registriert.

**Abbildung 28: Inanspruchnahme der Mütter- und Väterberatung und der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchung (VSU) im Alter von 3-4 Jahren, nach Geschlecht und Bildung der Eltern (Schuljahr 2012/13)**



<sup>52</sup> Webseite der Mütter- und Väterberatung des Kantons Bern: Rubrik „Über uns“ - „Zahlen und Fakten“.

<sup>53</sup> Weber, P. Jenni, O. Kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen. Paediatrica 2012; 23:12-15.

Bei den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nahmen fast 40% der befragten Eltern die Untersuchung im Alter des Kindes von 3 bis 4 Jahren nicht in Anspruch. Selbst unter der Annahme, dass alle privat schulärztlich untersuchten Kinder eine Vorsorgeuntersuchung mit 3-4 Jahren erhielten, hatten in der Stadt Bern in diesem Schülerjahrgang rund 300 Kinder keine Vorsorgeuntersuchung mit 3-4 Jahren.

Die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung geht in vielen Fällen vermutlich einfach vergessen. Allerdings hat sich in den letzten Jahren gezeigt, dass es insbesondere für zugezogene Eltern (aus der Schweiz oder dem Ausland) oft nicht einfach ist, einen Kinderarzt oder eine Kinderärztin zu finden.

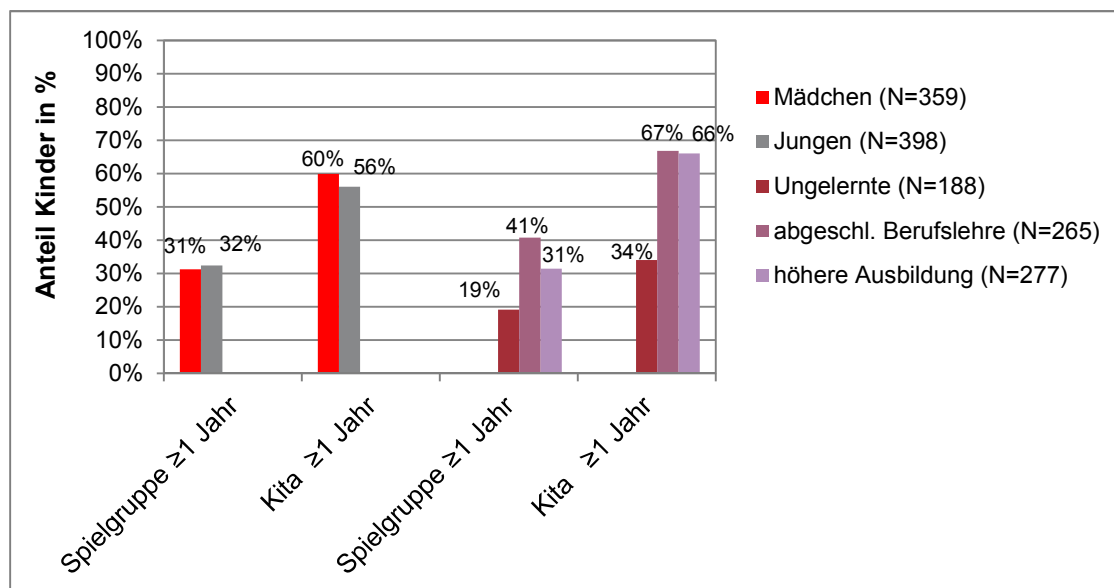
## 5.2. Frühförderung

Frühförderung heisst, den Kindern spielerisch die Erfahrungen zu ermöglichen, die sie für ihre Entwicklung und Entfaltung benötigen. Dazu brauchen Kinder tragende Beziehungen zu ihren Eltern und Betreuungspersonen, den Austausch mit anderen Kindern sowie kindergerechte Räume und Zeit. National spricht man heute auch von Früher Bildung, Betreuung und Erziehung (FBBE).

### 5.2.1. Frühförderung in Kindertagesstätten und Spielgruppen

Die am häufigsten zur ausserfamiliären Förderung und Betreuung genutzten Angebote sind Kindertagesstätten (Kita) und Spielgruppen. Dabei ist in beiden Einrichtungen der Anteil Kinder aus bildungsfernen Familien am tiefsten, obschon diese Kinder besonders intensiv von der dortigen Förderung profitieren würden<sup>54</sup>.

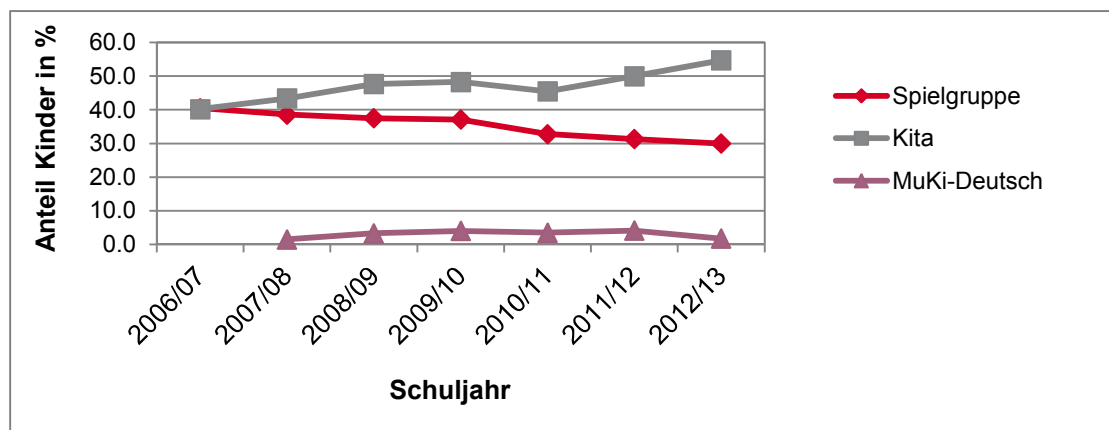
**Abbildung 29: Anteil untersuchter Kindergarten-Kinder, die mindestens ein Jahr eine Spielgruppe oder Kita besucht haben (Schuljahr 2012/13)**



<sup>54</sup> Tschumper, A., Jakob, R., Ackermann, U., Baumann, M. Scholer, M. Pilotprojekt primano. Zwischenbericht zur Frühförderung in der Stadt Bern. 2011; Direktion für Bildung, Soziales und Sport der Stadt Bern.

Seit 2006 wurde ein wachsender Anteil Kinder vor dem Kindergarten in einer Kita betreut. Der Anteil nahm von 40% auf 57% zu. Dagegen nahm der Anteil Kinder, die eine Spielgruppe besuchten von 40% auf 30% ab. In den MuKi-Deutschkursen sind Kinder verschiedener Altersstufen vertreten. Vor dem Kindergarten besuchten 2-5% der Kinder einen MuKi-Deutschkurs.

**Abbildung 30: Prozentanteil Kinder, die vor dem Kindergarten eine Spielgruppe, Kita oder einen MuKi-Deutschkurs besucht haben; nach Schuljahr**



### 5.2.2. Frühförderung primano

Im Frühjahr 2007 startete das Frühförderungsprojekt primano als Pilotprojekt in 4 Quartieren. Die primano Frühförderung umfasst die drei Teilprojekte: (1) Vernetzung im Quartier, (2) Hausbesuchsprogramm *schritt:weise* und (3) Fördermodule in Kitas bzw. Spielgruppen. Ziel von primano ist es, allen Kindern gerechte Bildungschancen zu ermöglichen und bedarfsgerechten Zugang zu entwicklungsförderlichen Erfahrungen zu verschaffen.

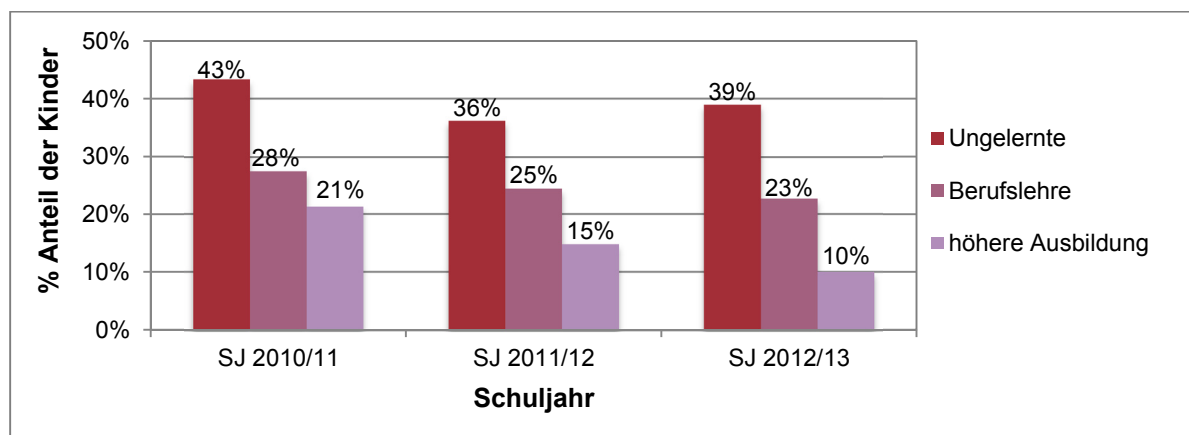
#### 5.2.2.1. Primano trägt zu gerechteren Bildungschancen bei

Die wissenschaftliche Evaluation des Pilotprojekts 2007-2012 wies nach, dass Kinder, die am Hausbesuchsprogramm *schritt:weise* teilgenommen hatten, beim Eintritt in den Kindergarten bezüglich Kompetenz in Alltagshandlungen, Motorik und Spielverhalten besser abschnitten als eine vergleichbare Kindergruppe ohne Frühförderung. Sie zeigten zudem deutlich seltener Problemverhalten wie Aggressivität und Unaufmerksamkeit. Auch die Eltern profitierten sehr und waren nach dem Programm besser in der Lage, ihre Kinder im Kindergarten zu begleiten. Auch die Fördermodule führten zu grösseren Entwicklungsfortschritten der Kinder. Aufgrund dieser positiven Resultate wurde die primano Frühförderung nach Abschluss des Pilotprojekts in ein Regelangebot überführt. In einem Ausweitungs- und Folgeprojekt können seit dem 1. Januar 2013 Kinder und Eltern in allen Stadtteilen von der primano Frühförderung profitieren.

#### 5.2.2.2. Den Zugang zu Frühförderung verbessern

Ein wichtiges Ziel von primano und insbesondere des Teilprojekts Vernetzung ist es, den Anteil benachteiligter Kinder zu reduzieren, die vor dem Kindergarten kein familienergänzendes Frühförderangebot nutzen. So kann sichergestellt werden, dass diese Kinder beim Start in die Schullaufbahn nicht bereits aufgrund ihrer Entwicklungsdefizite benachteiligt sind.

**Abbildung 31: Prozentanteil untersuchter Kindergarten-Kinder, die vor dem Kindergarten kein familienergänzendes Förderangebot besucht haben, nach Bildung der Eltern und Schuljahr**



Erfreulicherweise ist der Anteil Kinder ohne Besuch eines Frühförderangebots zurückgegangen. Allerdings sind bei den bildungsfernen Familien (ungelernte Eltern) weiterhin Anstrengungen nötig, um möglichst allen Kindern Zugang zur Frühförderung zu verschaffen.

### 5.3. Schulärztlicher Dienst

#### 5.3.1. Schulärztliche Untersuchungen und Spezialabklärungen

2012/13 untersuchte der Gesundheitsdienst 817 Kinder im 2. Kindergarten und 727 in der 4. Klasse schulärztlich. Ziel der Untersuchung ist es, möglichst gute gesundheitliche Lernvoraussetzungen zu gewährleisten, z.B. indem Stärken bewusst gemacht, eine ungenügende Sehschärfe rechtzeitig korrigiert oder Verhaltensauffälligkeiten angegangen werden. Im Schuljahr 2012/2013 wurden vom schulärztlichen Dienst zudem 265 Kinder aufgrund sprachlicher und 195 Kinder aufgrund motorischer Auffälligkeiten sowie 65 Kinder mit medizinischen Fragestellungen untersucht. 47 Kinder wurden mit der Frage nach 2-jähriger Einschulung und 50 Kinder mit der Frage nach Sonderschulung in der Sprachheilsschule abgeklärt. Aufgabe des schulärztlichen Dienstes ist es, medizinische Fragestellungen zu klären sowie Empfehlungen für die Unterstützung im Spezialunterricht in Logopädie oder Psychomotorik abzugeben. Dabei hat er auch eine Triage-Funktion in andere Angebote als den Spezialunterricht.

#### 5.3.2. Läuseuntersuchungen

Seit 1998 nahmen die Läuse in der Stadt Bern stark zu. Die Anzahl Kinderköpfe, die vom Gesundheitsdienst aufgrund eingegangener Meldungen möglichst rasch untersucht werden mussten, stieg bis 2004 von 1300 auf über 5000 Köpfe, die Anzahl befallener Kinder von 106 auf 405. Einzelne Klassen, in denen Läuse in rascher Folge immer wieder auftauchten, führten im Schuljahr 2004/05 zum ersten Läuseprojekt einer städtischen Schule: Speziell geschulte Eltern helfen nach den Ferien mit, alle Kinder der Schule am gleichen Tag zu kontrollieren. Der Gesundheitsdienst bestätigt positive Befunde. Die über die Läuseaktion vorinformierten Eltern werden von der Schule angerufen und gebeten, ihr Kind möglichst rasch von der Schule abzuholen und zu behandeln. So kann das Kind nach Bestätigung der erfolgreichen Behandlung durch den Gesundheitsdienst möglichst bald in die Schule zurückkehren. Das Projekt war erfolgreich und motivierte weitere Schulen, das Vorgehen zu übernehmen. Seit dem Schuljahr 2012/13 setzt der

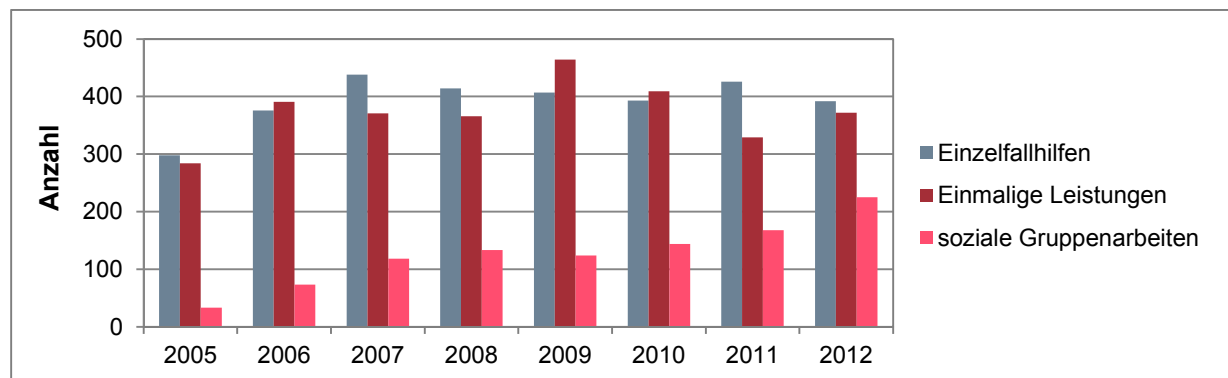
schulärztliche Dienst ein neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasstes Läusekonzept um. Die Eltern werden benachrichtigt, wenn es in der Klasse ihres Kindes Läuse gibt. Neu stellen sie einen Befall ihres Kindes im nassen, mit Pflegespülung versehenen Haar selbst fest und leiten allenfalls eine Behandlung ein. Der Gesundheitsdienst führt nur noch Kontrolluntersuchungen durch, wenn die Eltern die Epidemie nicht selbst bewältigen können. Diese intensivere Zusammenarbeit mit den Eltern hat die erhoffte Entlastung aller gebracht. Im Schuljahr 2012/13 wurde nur noch bei 276 Kindern in der Schule ein Läusebefall festgestellt. Ob dies der tatsächlichen Abnahme der Läuse in der Stadt Bern entspricht, oder ob mehr Läuse bereits vor den Kontrollterminen in der Schule behandelt wurden ist offen. Mit der Abnahme der Fälle an Kontrolltagen haben sich die Verbreitungsmöglichkeiten der Läuse aber jedenfalls vermindert.

#### 5.4. Schulsozialarbeit

Die Schulsozialarbeit ist eine Antwort auf den gesellschaftlichen Wandel, die gestiegenen Bildungsansprüche sowie die daraus folgenden Herausforderungen, die an die Schule gerichtet sind. Die Schule kann die sozialen Herausforderungen mit pädagogischem Personal allein kaum mehr bewältigen. Es hat sich gezeigt, dass die Schulsozialarbeit mit ihrer Methodik und ihren Instrumenten die Pädagogik wirkungsvoll ergänzt, sei es durch die Stärkung von Ressourcen von Kindern und Jugendlichen oder durch die Unterstützung bei der Lösung von persönlichen oder sozialen Problemen. Kontinuierlich angebotene Schulsozialarbeit trägt dazu bei, die sozialen Lernvoraussetzungen von Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Sie unterstützt deren gesunde Entwicklung und fördert ein gutes Schulklima. Sie führt dazu, dass soziale Probleme in der Schule frühzeitig erkannt und angegangen werden. Damit wird die Schule zu Gunsten ihrer Kernaufgaben entlastet. Die Schulsozialarbeit richtet sich an Kinder und Jugendliche der Volksschule vom Kindergarten bis zur 9. Klasse, an Lehrpersonen und Schulleitungen sowie an Eltern und Erziehungsberechtigte. Sie arbeitet systemisch, interdisziplinär und nach den Methoden der sozialen Arbeit in der Einzelfallhilfe, der sozialen Gruppenarbeit sowie der Projektarbeit.

Abbildung 32 zeigt die Entwicklung der schulsozialen Leistungen seit 2005 auf. Bei den Einzelfallhilfen handelt es sich um mehrere Beratungen mit einem Gesamtzeitaufwand von über 3 Stunden. Einmalige Leistungen sind Kurzberatungen unter 3 Stunden.

**Abbildung 32: Leistungen der Schulsozialarbeit in den Jahren 2005 bis 2012**





Obwohl die personellen Ressourcen in den vergangenen 8 Jahren stark erhöht wurden, bleibt die Fallbelastung pro 100% Schulsozialarbeit (Einzelfallhilfen und soziale Gruppenarbeiten) auf hohem Niveau relativ stabil, was darauf hinweist, dass ein effektiver Bedarf abgedeckt wird. In der gestiegenen Anzahl sozialer Gruppenarbeiten widerspiegelt sich auch eine Zunahme präventiver Interventionen. Die Ressourcenverteilung auf die einzelnen Schulkreise basiert auf der Anzahl Schüler und Schülerinnen sowie der sozialen Belastung (Sozialindex). Dies hat zur Folge, dass der am stärksten belastete Schulkreis (Bethlehem) einen um 3.5 mal höheren Versorgungsgrad mit Schulsozialarbeit erhält als der am wenigsten belastete Schulkreis (Kirchenfeld/Schosshalde).

**Tabelle 14: Übersicht Ressourcenverteilung Schulsozialarbeit (SSA) ab 2013**

	Total Schüler/-innen SJ 2012/13	Ressourcen SSA ab 2013 (Stellenprozente)	Pensum SSA pro 1000 SchülerInnen
Schulkreis Kirchenfeld / Schosshalde	1946	100	51
Schulkreis Mattenhof / Weissenbühl	1512	150	99
Schulkreis Breitenrain-Lorraine	1474	150	102
Schulkreis Länggasse / Felsenau	1083	70	65
Schulkreis Bümpliz	1277	190	149
Schulkreis Bethlehem	1468	260	177
<b>Gesamttotal</b>	<b>8760</b>	<b>920*</b>	<b>106</b>

\* zuzüglich 10% für die Sonderschulen

Lehrpersonen, Schulleitungen, und IF-Lehrkräfte wiesen im Schuljahr 2011/12 der Schulsozialarbeit mit 67.7% am meisten Fälle zu. Durch Eltern und Erziehungsberechtigte erfolgten 10.9% und durch Schulärztinnen/-ärzte sowie weitere Fachstellen 5.3% der Anmeldungen. Gut jeder sechste Fall war eine Selbstanmeldung (16.1%). Die Dienstleistung wird v.a. in Anspruch genommen durch Schüler und Schülerinnen (61.8%), Eltern und Erziehungsberechtigte (17.6%) sowie Lehrpersonen und Schulleitungen (12.5%). Interessant ist, dass insgesamt rund zwei Drittel der Ratsuchenden Jungen sind und nur ein Drittel Mädchen, während das Geschlechterverhältnis bei den Selbstanmeldungen ausgeglichen ist.

Nebst Anmeldungen aufgrund von Belastungen in der Familie oder Schule gab es auch Anmeldungen, die individuelle Probleme der Schülerinnen und Schüler betrafen. Sie sind in Tabelle 17 dargestellt.

**Tabelle 15: Anmeldegründe bei primär individuellen Problemen (von Kindern/Jugendlichen im Kiga bis zur 6. Klasse, Schuljahr 2011/12)**

Anmeldegrund	% Anteil (N=248)
Gesundheit/Entwicklung/psychische Probleme	59.8%
Auffälliges Sozialverhalten	40.2%

## 5.5. Schulzahnmedizinischer Dienst<sup>55</sup>

### Mundgesundheit als Teil der allgemeinen Gesundheit

Kindern und Jugendlichen ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen, ist Ziel des öffentlichen Gesundheitswesens. Dazu gehört auch die ständige Verbesserung und Erhaltung der Mundgesundheit. Zahnkaries ist in den letzten 30 Jahren in der Schweiz laufend zurückgegangen. Die Erfolge der Kariesprophylaxe sind in der Medizin ohne Beispiel. Es gibt kein medizinisches Präventionsprojekt, welches an die überragenden Erfolgszahlen der Kariesprävention heranreicht. So haben gegenüber den 1960er Jahren Schulkinder heute 90% weniger Karies. Unbestritten ist, dass dies hauptsächlich dem umfassenden, flächendeckenden Einsatz von Fluoriden zu verdanken ist. Darüber hinaus haben Vorbeugungsmassnahmen in der Schule wesentlich dazu beigetragen, dass die zur Verfügung stehenden Prophylaxemittel auch sachgerecht zum Einsatz kommen. Karies ist trotz aller Erfolge immer noch ein Thema, wie man vor einigen Jahren an der Zunahme der Milchzahnkaries bei Kleinkindern sehen konnte. Jeder Jahrgang muss weiterhin neu motiviert und instruiert werden.

Der Einbezug der Kariesprophylaxe in eine ganzheitliche Gesundheitsförderung trägt wesentlich dazu bei, dass alle Kinder, unabhängig vom sozialen Status ihrer Eltern, dieselbe Chance haben, ihre Zähne ein Leben lang gesund zu erhalten (Marthaler, 1997).

### Präventionskonzept

Die Kariesvorbeugung beruht auf den klassischen Säulen einer wirksamen Mundhygiene, einer ausgewogenen Ernährung und einem ausreichenden Angebot an Fluoriden. Die regelmässigen zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen sorgen dafür, dass schon kleinste Defekte frühzeitig erkannt und mit vergleichsweise geringem Aufwand versorgt werden.

### Organisation Schulzahnpflege

Mundgesundheit kann mit individuellen und kollektiven Massnahmen beeinflusst werden. Die Aufgaben des Schulzahnmedizinischen Dienstes sind im Volksschulgesetz verankert. Hierzu gehören (1) die jährlichen Kontrolluntersuchungen sowie (2) regelmässige vorbeugende Massnahmen in der Schule.

(1) In der Stadt Bern haben die Eltern Wahlfreiheit zwischen einer Kontrolluntersuchung in der Schulzahnklinik, bei Privatschulzahnärzten (im Vertragsverhältnis mit der Schulzahnpflege) oder bei privaten Zahnärztinnen. Im Schuljahr 2012/13 entschieden sich 68% der Eltern für eine Untersuchung an der Schulzahnklinik, 14% für eine Privatschulzahnärztin und 17% gingen zu einem privaten Zahnarzt. Bei letztgenannter Wahl tragen die Eltern die Kosten, ansonsten ist die Untersuchung kostenfrei.

(2) Beim Schulzahnmedizinischen Dienst sind drei Schulzahnpflegeinstruktorinnen im Teilzeitpensum angestellt. Sie besuchen zweimal im Jahr sämtliche Gruppen/Klassen der Stadtberner Kindergärten und Schulen (Klasse 1 bis 6). Bei ihren Besuchen vermitteln sie Wissen und Fertigkeiten zur guten Mundhygiene, zur gesunden Ernährung und zur Bedeutung von Fluoriden. Schliesslich führen sie Zahnbürstenübungen mit Fluoriden durch, die im Schuljahr durch weitere vier Zahnputzübungen mit Fluoriden durch die Lehrkräfte ergänzt werden.

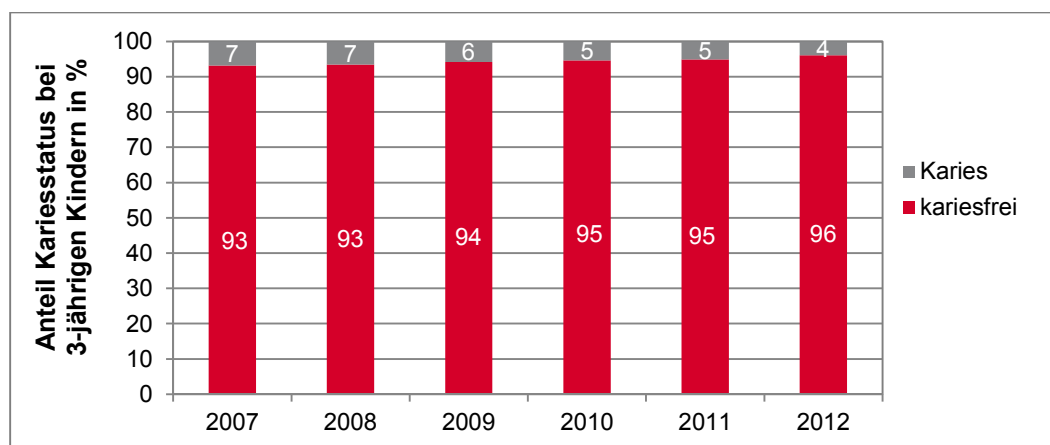
---

<sup>55</sup> Verfasser des Kapitels: Prof. Wolfgang Strübig, ehem. Leiter des Schulzahnmedizinischen Dienstes

### Frühberatung für Eltern mit 3-jährigen Kindern

Die Zahngesundheitserziehung sollte möglichst früh beginnen. Eine Studie der Universität Zürich dokumentierte, dass bereits 13 Prozent der Zweijährigen an Karies erkrankt sind (Menghini et al., 2008). Deshalb führte die Schulzahnpflege schon vor über zehn Jahren eine Frühberatung für Eltern mit ihren dreijährigen Kindern ein. Das Angebot wird sehr geschätzt. 2012 nahmen 797 Eltern mit ihren Kindern an der individuellen Beratung teil. Das sind mehr als 50% der eingeladenen Eltern. Eine altersangepasste Untersuchung zur Zahngesundheit zeigt aber schon bei 4-6 Prozent dieser kleinen Kinder mindestens einen kariösen Zahn. Sehr erfreulich ist dagegen, dass ein abnehmender Trend der Milchzahnkaries erkennbar ist (Abb.33). Da die Teilnahme an der Frühberatung freiwillig ist und vornehmlich an Zahngesundheit interessierte Eltern dieses Angebot wahrnehmen, sind die Kariesangaben statistisch nicht repräsentativ.

Abbildung 33: Kariesstatus untersuchter 3-jähriger Kinder (im Trend von 2007 bis 2012)



## 5.6. Impfschutz

Impfungen gehören zu den grossen medizinischen Errungenschaften des 20. Jahrhunderts. Durch sie konnten vormals gefürchtete, schwer behandelbare Infektionskrankheiten ausgerottet (Pocken) oder stark vermindert werden (Kinderlähmung, Diphtherie, Starrkrampf, Masern, Hepatitis B)<sup>56</sup>. Der Impfschutz wirkt individuell (für die einzelnen Kinder und Erwachsenen). Bei von Mensch zu Mensch übertragbaren Krankheiten wirkt er auch kollektiv (z.B. für eine Stadt): Sind genügend Personen gegen eine Krankheit geschützt, entsteht eine sogenannte „Herdimunität“. Es gibt dann zu wenig für die Krankheit empfängliche Personen, damit es noch zu Krankheitsausbrüchen kommen kann. Kinder und Erwachsene, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden dürfen, sind durch die Herdimunität mit geschützt.

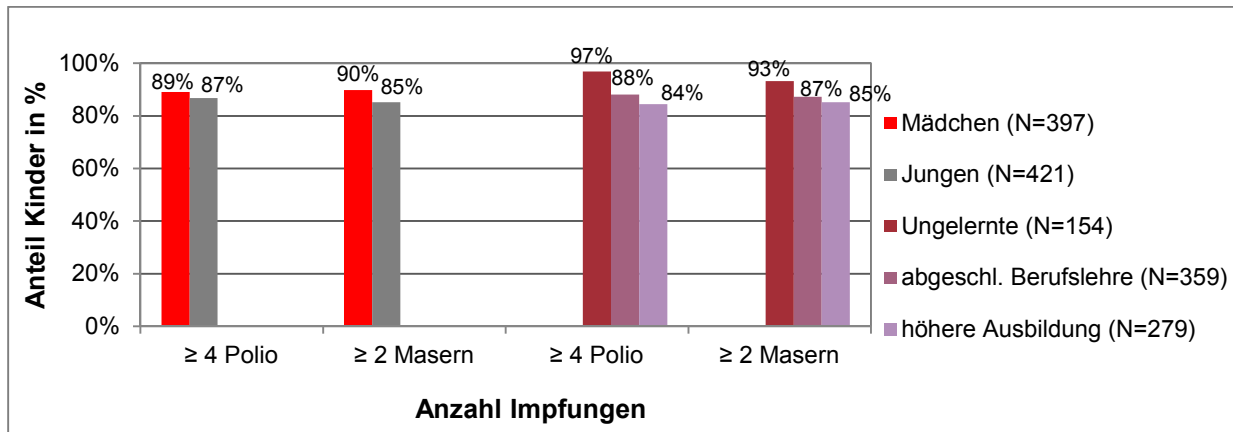
### 5.6.1. Impfschutz im Kindergarten

Ein Kindergartenkind muss für einen genügenden Impfschutz mindestens 4 Impfungen gegen Kinderlähmung (Polio), Starrkrampf, Diphtherie und Keuchhusten erhalten haben. Die fünfte Impfung wird mit 5 bis 7 Jahren fällig. Da die vier Impfungen als Kombinationsimpfung verabreicht werden, ist die Analyse nur für die Impfung gegen Kinderlähmung (Polio) dargestellt. Bei der Impfung gegen Masern entsprechen 2 Dosen einem genügenden Impfschutz. Diese Impfung

<sup>56</sup> Egger, M. Razum, O. Public Health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt.2012 Berlin/Boston; Walter DeGruyter

wird in der Regel als Kombinationsimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln verabreicht. Haben 95% der Kinder zwei Impfungen gegen Masern erhalten, ist die Herdimmunität erreicht. 8% der im Kindergarten und 5% der in der 4. Klasse untersuchten Kinder konnten auch nach 2-maliger Rückfrage keine Impfkarte vorlegen. Im Folgenden sind die Auswertungen der vorhandenen Impfdokumente dargestellt.

**Abbildung 34: Anteil untersuchter Kindergarten-Kinder mit genügendem Impfschutz gegen Kinderlähmung (Polio) und Masern, nach Geschlecht und Bildungsstand der Eltern (Schuljahr 2012/13)**

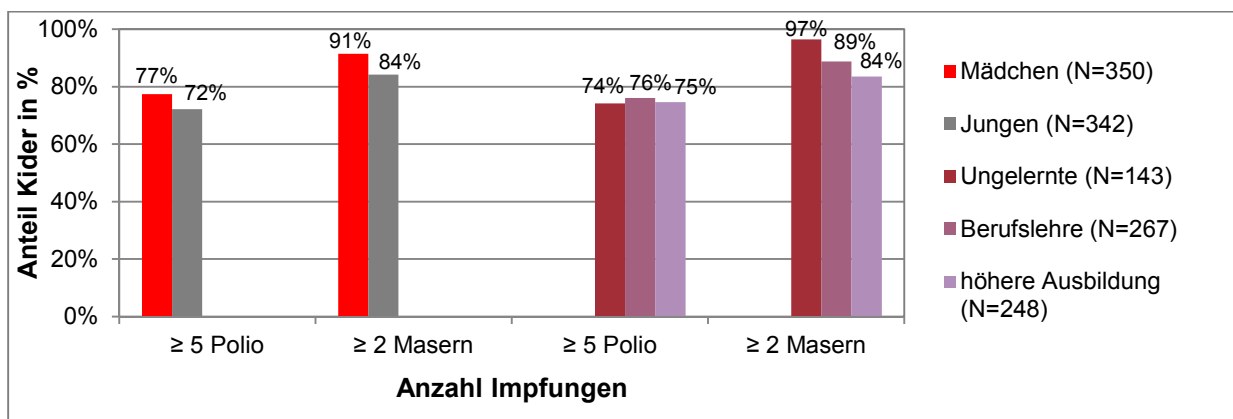


Betrachtet man die ungenügend geimpften Kinder weisen 8.3% der Mädchen und 10.6% der Jungen 1-3 Impfungen gegen Polio auf. Und 2.8% der Mädchen und 5.7% der Knaben haben lediglich 1 Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR) erhalten. Bei ihnen sind weitere Impfungen vermutlich vergessen gegangen. Gar nicht geimpft waren 2.4% der Kinder gegen Polio sowie 7.2% der Mädchen und 8.9% der Knaben gegen Masern. Hier handelt es sich in der Regel um Kinder, deren Eltern die betreffenden Impfungen grundsätzlich ablehnen.

### 5.6.2. Impfschutz in der 4. Klasse

In der 4. Klasse sind für einen genügenden Impfschutz 5 Impfungen gegen Poliomyelitis (Kinderlähmung), Diphtherie, Starrkrampf und Keuchhusten erforderlich. Gegen Masern (sowie Mumps und Röteln) genügen weiterhin 2 Impfungen.

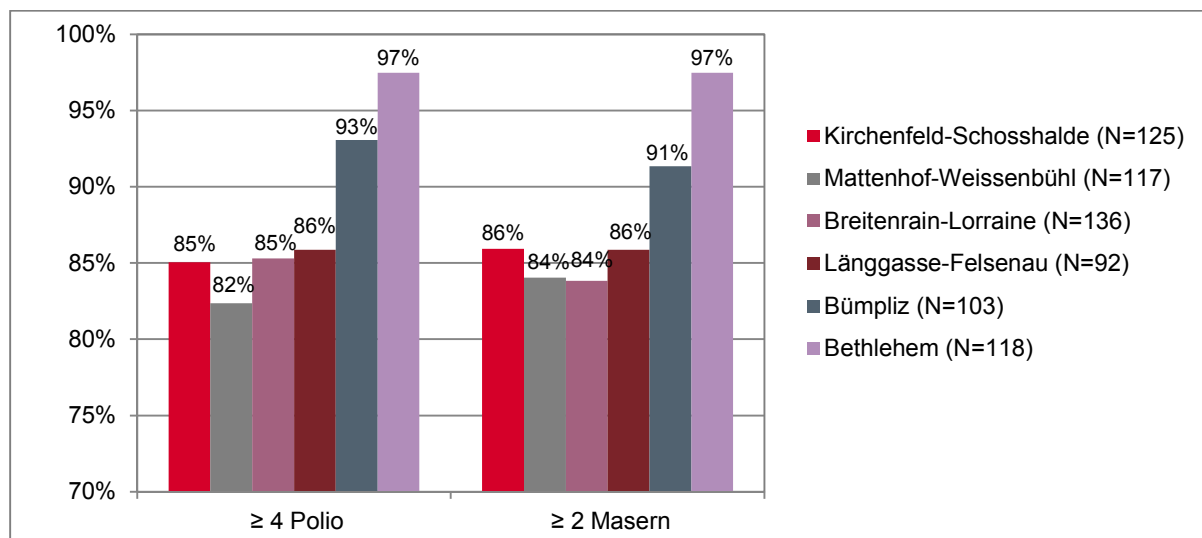
**Abbildung 35: Prozentanteil untersuchter 4.-Klass-Kinder mit genügendem Impfschutz gegen Polio und Masern, nach Geschlecht und Bildung der Eltern (Schuljahr 2012/13)**



Es fällt auf, dass in der 4.Klasse, der Anteil genügend gegen Polio geimpfter Kinder kleiner ist als im Kindergarten. Vergleiche der Durchimpfungsraten des gleichen Schülerjahrgangs im Kindergarten (Schuljahr 2008/09) zeigen, dass bei ca. einem Viertel der Kinder die empfohlene 5. Impfung gegen Starrkrampf, Diphtherie, Keuchhusten und Kinderlähmung zwischen Kindergarten und 4. Klasse nicht durchgeführt wurde.

Bei den hoch ansteckenden Masern ist es wichtig zu überprüfen, wie hoch die Durchimpfung in den einzelnen Schulkreisen ist.

**Abbildung 36: Prozentanteil der untersuchten Kindergarten-Kinder mit genügendem Impfschutz gegen Kinderlähmung (Polio) und Masern; nach Schulkreis (Schuljahr 2012/13)**



Nur im Schulkreis Bethlehem ist die Durchimpfung für eine Herdimmunität ausreichend. In den übrigen Schulkreisen ist früher oder später aufgrund der ungenügenden Durchimpfung wieder mit Masernepidemien und mit den zugehörigen Komplikationen zu rechnen.

## 6. Schlussfolgerungen

### 6.1. Gesundheitsrelevante Entwicklungen im Umfeld

#### **Die Anzahl Kinder hat in Bern wesentlich zugenommen**

Die Zunahme ist ausgeprägt bei den jüngeren Altersgruppen (seit 2005 +25% bei den 0- bis 4-Jährigen und +7% bei den 5- bis 8-Jährigen). Dies stellt hohe Anforderungen bezüglich Sicherstellung der notwendigen Versorgung im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen: Kinderärztliche Versorgung, Mütter- und Väter-Beratung, familienergänzende Kinderbetreuung, Kindergarten- und Unterstufenklassen und Schulgesundheitsdienste.

#### **In der Stadt Bern ist ein weiterhin leicht wachsender Anteil Kinder von Armut betroffen**

Jedes 8. Kind von 0-12 Jahren wird in der Stadt Bern durch die Sozialhilfe unterstützt. Es gibt zudem etliche Familien, die keine Sozialhilfe beantragen, obschon ihr Einkommen sie dazu berechtigen würde. Und es gibt Familien, deren Einkommen nur knapp über der Grenze liegt, ab der sie Anspruch auf Unterstützung durch die Sozialhilfe hätten. Es ist davon auszugehen, dass insgesamt etwa jedes 5. bis 6. Kind von 0-12 Jahren von Armut betroffen oder mindestens bedroht ist.

#### **Die sozio-ökonomische Benachteiligung ist in der Stadt ungleich verteilt**

Der Anteil sozio-ökonomisch Benachteiligter ist besonders hoch im Stadtteil VI (Schulkreise Bethlehem und Bümpliz). In den übrigen Stadtteilen ist dieser Anteil in peripheren Quartieren entlang grosser Verkehrsachsen am höchsten. In sozial und wirtschaftlich belasteten Quartieren fehlen teilweise Ressourcen der nachbarschaftlichen Unterstützung, was durch Massnahmen von öffentlichen Institutionen aufgefangen werden muss. Die grossen Unterschiede in der Sozialstruktur der einzelnen Schulkreise haben auch Auswirkungen auf den Alltag der Schulen.

#### **Die Mehrheit der Kinder ist zwei- oder mehrsprachig und lebt in verschiedenen Kulturen**

In den Kindergärten der Stadt Bern waren im Schuljahr 2012/13 55% der Kinder zwei- oder mehrsprachig. Das Leben mit mehr als einem kulturellen Hintergrund wird zunehmend zur Norm. Die Anzahl ausländischer Kinder hat unter den 0- bis 12-Jährigen in den Jahren 2000 bis 2010 jedoch abgenommen, von gut 4000 auf 3200 Kinder. Die Abnahme betrifft vor allem Kinder aus Südeuropa, Südosteuropa, den Balkanländern und Sri Lanka. Viele Familien, die in den 90er Jahren in die Schweiz kamen, sind eingebürgert worden, und einige sind in ihre Heimat zurückgekehrt. Die Anzahl Kinder aus Deutschland, Afrika, und Lateinamerika hat seit dem Jahr 2000 zugenommen.

#### **Viele Familien stehen unter Druck**

Die globalisierte Multioptions-, Leistungs- und Konsumgesellschaft verunsichert und setzt viele Familien stark unter Druck. In vielen sozio-ökonomisch benachteiligten Familien kumulieren sich prekäre Arbeitsverhältnisse, finanzielle Nöte, traumatisierende Erfahrungen, enge Wohnverhältnisse und unwirtliche Wohnumfelder. In privilegierten Sozialschichten sind dagegen die Anforderungen des Umfelds an Eltern und Kinder oftmals sehr hoch und verursachen Ängste, diesen Anforderungen nicht genügen zu können. Chronischer Stress beeinflusst in vielen Familien sowohl den Lebensstil und den Umgang in der Familie (sprachlicher Austausch, Medienkonsum, Erziehungsstil etc.) als auch die körperliche Gesundheit (z.B. Übergewicht, Befindlichkeitsstörungen). Dies kann langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit haben.

### **Auch Schulen, Schulleitungen und Lehrpersonen stehen unter Druck**

Soziale Probleme, ungleiche Chancen, Kinder, die nicht mithalten können und mit Verhaltensauffälligkeiten reagieren oder eine zunehmend anspruchsvolle Elternarbeit sind Beispiele von Auswirkungen der erwähnten gesellschaftlichen Entwicklungen auf die Schule. Auch die für die Umsetzung der schulischen Integration nötigen Anpassungen haben die Schulen in den letzten Jahren gefordert. Die Aufnahme der steigenden Anzahl Schülerinnen und Schüler ist für die Schulen mit erheblichem organisatorischem Aufwand verbunden. Die hohe Inanspruchnahme schulärztlicher und schulsozialer Beratung durch Lehrpersonen sowie die Bedeutung der Lehrpersonengesundheit im Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen belegen den Druck, unter dem Lehrpersonen und Schulleitungen stehen.

### **Elektronische Medien sind ein fester Bestandteil des Alltags vieler Kinder**

Im Kindergarten sehen 30% der Kinder mindestens 60 Minuten täglich fern oder konsumieren ein anderes Bildschirmmedium. 9% haben im eigenen Zimmer Zugang zu einem Bildschirmmedium. Knapp 40% der Kinder in der 4. Klasse verfügen über ein eigenes Mobiltelefon. Elektronische Medien sind aus dem Alltag der Kinder nicht mehr wegzudenken. Damit negative Auswirkungen eines inadäquaten Medienkonsums auf Gesundheit und Entwicklung verhindert werden können, ist eine hohe Medien- und Erziehungskompetenz der erwachsenen Bezugspersonen (v.a. der Eltern) gefragt.

## **6.2. Gesundheitszustand der Kinder**

### **Eine Mehrheit der Kinder in der Stadt Bern ist gesund**

Die meisten Kinder fühlen sich wohl, entwickeln sich gut und bewältigen die Herausforderungen der Schule. Die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen hat sich in den letzten Jahren gar verbessert: Der Anteil der in der Schulzahnklinik untersuchten 12-Jährigen ohne Karies stieg zwischen den Schuljahren 2007/2008 und 2012/2013 von 32% auf 55%.

### **Eine erhebliche Minderheit leidet an verschiedenen gesundheitlichen Problemen**

Im Kindergarten gaben die Eltern bei 28% der Mädchen und 35% der Jungen gesundheitliche Probleme oder Beschwerden ihrer Kinder an. In der 4. Klasse war dies gar bei 36% der Mädchen und 39% der Jungen der Fall. Besonders verbreitet waren die Allergien (insgesamt 12%). 14.5% der Kindergarten-Kinder und 18.5% der Kinder in der 4. Klasse waren übergewichtig und damit einem erhöhten Risiko für negative gesundheitliche Auswirkungen ausgesetzt. Im Kindergarten hatten rund 25% der Kinder eine auffällige oder nicht altersgemässe Motorik-Entwicklung und 14% eine auffällige Sprachentwicklung.

### **Sozio-ökonomische Benachteiligungen zeigen negative gesundheitliche Auswirkungen**

In den meisten analysierten Aspekten der Kindergesundheit weisen sozio-ökonomisch benachteiligte Kinder mehr Probleme auf als Kinder aus privilegierteren Familien. Im Vergleich zu Kindern, deren Eltern über eine höhere Ausbildung verfügen, haben Kinder ungelerner Eltern beispielsweise:

- häufiger ein tiefes Geburtsgewicht (2.5x)
- häufiger einen Sehfehler (3-4x)
- häufiger Übergewicht (2-3x)
- im Kindergarten häufiger keine altersgemässe Feinmotorik-Entwicklung (2x)

- im Kindergarten eine geringe Konzentrationsfähigkeit (2.5x) und Probleme mit dem Verhalten in der Gruppe (2x)
- seltener Zugang zu familienergänzender Frühförderung wie Kita oder Spielgruppen (3x)

Die Benachteiligungen bleiben nicht ohne Auswirkungen auf die schulischen Leistungen. Entsprechende Probleme wurden in der 4. Klasse bei Kindern von Eltern ohne nachobligatorische Ausbildung fast fünfmal häufiger angegeben als bei Kindern von Eltern mit höherer Ausbildung.

### **Benachteiligungen zeigen sich besonders stark bei der Sprachentwicklung**

Kinder, deren Eltern keine nachobligatorische Ausbildung absolviert haben, zeigten in der schulärztlichen Untersuchung achtmal häufiger eine auffällige Sprachentwicklung als Kinder von Eltern mit höherer Ausbildung. Zweieinhalbmal so viele von ihnen zeigten in einem Test zur Lautbewusstheit (wichtig für das Erlernen von Lesen und Schreiben) auffällige Werte.

### **Auch Kinder aus privilegierten Familien haben besondere gesundheitliche Belastungen**

Nach Angaben der Eltern leiden sie öfter an Allergien (1.5-2x), Kopfweh(1.4x), Bauchweh (2.5x) und Schlafstörungen (3x) als Kinder, deren Eltern über keine nachobligatorische Ausbildung verfügen. Und sie sind häufiger ungenügend gegen Masern geimpft (5x). Auch wenn diese Kinder seltener von Entwicklungsauffälligkeiten und -störungen, z.B. der Sprache oder Motorik betroffen sind, ist der Leidensdruck bei Betroffenen ebenfalls hoch und sie benötigen die angezeigte Förderung oder Therapie.

### **Jungen und Mädchen unterscheiden sich bezüglich Gesundheit und Entwicklung**

Jungen leiden öfter an Allergien (1.5x) und Asthma (2.5x) als Mädchen, und sind im Kindesalter stärker von Migräne betroffen. Und ihre Entwicklung in Motorik (2x), Sprache (1.2-1.7x), Verhalten (2x) und Schulbereitschaft (1.5x) wird im Vergleich zu den Mädchen öfter als auffällig oder nicht altersgemäss eingeschätzt. Mädchen leiden dagegen öfter an Bauchschmerzen.

### **In der frühen präventiven Gesundheitsversorgung gibt es Verbesserungspotential**

Insbesondere bildungsferne Eltern nutzen laut eigenen Angaben die Begleitung durch die Mütter- und Väterberatung weniger (38% von ihnen vs. 47% der Eltern mit höherer Ausbildung konsultierten sie mehr als einmal). Nur 62% aller Eltern gaben an, ihr Kind sei im Alter von 3 bis 4 Jahren in einer kinderärztliche Vorsorgeuntersuchung gewesen. Die beiden präventiven Angebote bieten im Frühbereich gute Möglichkeiten, die Eltern in ihrer Erziehungsaufgabe zu unterstützen, ihnen Sicherheit zu geben und allfällige Entwicklungsauffälligkeiten oder Gesundheitsprobleme frühzeitig zu erkennen und anzugehen. Eine vermehrte Inanspruchnahme der beiden Angebote ist daher anzustreben, wobei mit den Kinderärztinnen- und -ärzten auch die Bewältigung von Versorgungsengpässen angeschaut werden muss. In den letzten Jahren haben sich beim Gesundheitsdienst immer wieder Eltern gemeldet, die erfolglos eine Kinderärztin oder einen Kinderarzt suchten.

### **In den Stadtteilen II, III, IV und V ist mit Masernausbrüchen zu rechnen**

In diesen Stadtteilen ist bei einer Durchimpfung von nur rund 85% mit Masernausbrüchen zu rechnen, die bei einzelnen Kindern Masern-Komplikationen wie schwere Lungenentzündungen oder eine Hirnentzündung (mit dem Risiko bleibender Behinderungen) zur Folge haben können. Einzig im Schulkreis Bethlehem wird die für die Unterbrechung der Masernübertragung nötige Durchimpfung von >95% (sogenannte Herdimmunität) im Kindergartenalter erreicht und in Bümpliz ist die Durchimpfung mit 92% nahe bei dieser Herdimmunität.



### 6.3. Handlungsbedarf und Ansatzpunkte

In Anbetracht der grossen gesundheitlichen Ungleichheiten gilt es:

1. Kinder und Familien früh zu fördern, um soziale und wirtschaftliche Benachteiligungen möglichst auszugleichen
2. die Schule als gesundheitsförderliche Lebenswelt zu stärken
3. die gesundheitliche Vorsorge und Früherkennung zu verbessern

Bei den vorgeschlagenen Massnahmen wird prioritär auf die Anpassung an neue Erkenntnisse und Gegebenheiten sowie die Weiterentwicklung und die Optimierung bestehender Angebote gesetzt. Die bestehenden Angebote sollen so noch wirksamer zur Verbesserung der Gesundheits- und Bildungschancen aller Kinder eingesetzt werden. Ein besonderer Fokus gilt dabei Kindern mit wirtschaftlichen und sozialen Benachteiligungen sowie Kindern, die von Gesundheits- und Entwicklungsstörungen betroffen sind. Tabelle 16 gibt einen Überblick über die vorgeschlagenen Massnahmen.

**Tabelle 16: Vorgeschlagene Massnahmen**

Themenfeld	Massnahmen
1) Kinder und Familien früh fördern	1A) Die primano Frühförderung als flächendeckendes Angebot sichern
	1B) Den Einsatz von Kita-Betreuung und primano Frühförderung für Kinder mit erhöhtem Förderbedarf optimal abstimmen.
2) Schule als gesundheitsförderliche Lebenswelt stärken	2A) Die Vernetzung zwischen Schule und Quartier stärken und den Schülerinnen und Schülern Zugänge zu Quartierangeboten öffnen
	2B) Psychosoziale Aspekte stärker in die Förderung des gesunden Körpergewichts einbeziehen
3) Gesundheitsvorsorge und Früherkennung verbessern	3A) Die präventive Gesundheitsversorgung im Vorschulalter besser erschliessen
	3B) Masernepidemien und ihre Folgen in Zusammenarbeit mit Bund und Kanton verhindern
	3C) Die Früherfassung psychosozialer Probleme im Kindergarten verbessern
	3D) Die Entwicklung kollektiver gesundheitlicher Probleme und Versorgungslücken früh erkennen

### 6.3.1. Kinder und Familien früh fördern

Mit der primano Frühförderung besitzt die Stadt Bern ein Angebot, das benachteiligte Familien erreicht und die Bildungschancen von sozial und wirtschaftlich benachteiligten Kindern verbessert. Das hat die wissenschaftliche Evaluation des Pilotprojekts 2007-2012 durch das Institut für Psychologie belegt. Gemeinderat und Stadtrat beschlossen daher 2012, das Pilotprojekt primano in ein Regelangebot zu überführen und bedarfsgerecht auf die ganze Stadt auszuweiten.

Die Ausweitung läuft 2013 bis 2016 in einem mit Drittmitteln finanzierten Folge- und Ausweitungsprojekt. Die Stadtteile II bis VI verfügen nun auch über eine primano Quartiervernetzung, welche Kindern und Eltern den Zugang zur Frühförderung erleichtert. Spielgruppenleiterinnen aus der ganzen Stadt haben die Möglichkeit, ihre pädagogische Qualität mithilfe der Fördermodule für Spielgruppen weiterzuentwickeln. Schliesslich haben mit zwei weiteren Standorten des Hausbesuchsprogramms schrittweise nun alle Kinder der Stadt bedarfsgerecht Zugang zu diesem Angebot. Da Drittmittelfinanzierungen nur für Pilotprojekte möglich sind, wird es zur Fortsetzung ab 2017 erforderlich sein, sämtliche Mittel für die Frühförderung ins städtische Budget aufzunehmen. Ausgenommen bleibt ein Beitrag des Kantons Bern an das Hausbesuchsprogramm schrittweise.

Mit dem Systemwechsel bei der Kita-Finanzierung zum Gutscheinsystem sind die Kriterien für eine Kitabetreuung aufgrund einer sozialen Indikation enger gefasst worden. Gemeinsam mit dem Jugendamt und den zuständigen Fachstellen sind Lösungen zu finden, damit diese Kinder dennoch möglichst bedarfsgerecht gefördert werden können, indem Kita und primano Förderangebote gut abgestimmt eingesetzt werden. Besonders berücksichtigt werden müssen hier Rahmenbedingungen für eine wirksame Sprachförderung sowie die Perspektive des Kindes, das für seine Entwicklung auf stabile Beziehungen zu vertrauten Erwachsenen angewiesen ist.

Massnahmen	Nächste Schritte	Frist	Kosten
Massnahme 1A Die Frühförderung primano als flächendeckendes Regelangebot der Stadt Bern sichern	Zwischenbericht über das Folge- und Ausweitungsprojekt.  Aufnahme der erforderlichen Mittel für ein flächendeckendes Regelangebot in das Budget 2017, gemäss IAFP 2015-2018.	März 2015  März 2016	Zusätzliche Mittel für die Überführung des Ausweitungs- und Folgeprojekts in ein Regelangebot: 390 000.00/Jahr* *abzüglich kantonalen Beiträge ans Hausbesuchsprogramm schrittweise
Massnahme 1B Optimale Abstimmung von Kita-Betreuung und primano Frühförderung für Kinder mit erhöhtem Förderbedarf	Fachstellen, welche die Bestätigung eines Bedarfs für eine Kita-Betreuung aus sozialen Gründen ausstellen, erarbeiten Richtlinien zur Beurteilung der Frage, wann eine Kita-Betreuung und wann ein primano Förderangebot angezeigt ist, und wie die Angebote einzusetzen sind.	31.5.2014	Keine Zusatzkosten

### 6.3.2. Die Schule als gesundheitsförderliche Lebenswelt stärken

Die Gesundheitsforschung zeigt es: Benachteiligte Bevölkerungsgruppen profitieren von rein verhaltensbezogenen Informationen und Ratschlägen (z.B. zu Ernährung und Bewegung) weniger als besser gestellte Gruppen. Sie profitieren jedoch von Verbesserungen in ihrem Umfeld<sup>57</sup> (Spiel- und Begegnungsmöglichkeiten, Freizeitaktivitäten, Anlaufstellen für Alltagsfragen, Verbesserungen des Wohnumfelds etc.). Sollen diese Zielgruppen vermehrt an den Angeboten und Möglichkeiten ihres Wohnquartiers teilhaben und selbst zum Sozialleben im Quartier beitragen, müssen sie im nahen Wohnumfeld angesprochen werden. Die primano Quartiervernetzung hat hier aufgezeigt, was möglich ist. Sie hat bisher jedoch nur den Frühbereich abgedeckt.

Kinder können ausserhalb der Schule wichtige Lernerfahrungen machen. Die vermehrte Teilnahme am Sozialleben im Quartier stärkt die Eltern und verbessert deren Wohlbefinden, was wiederum den Kindern und der Schule zugute kommt. Viele, insbesondere wirtschaftlich und sozial benachteiligte oder sonst bisher wenig integrierte Kinder und Eltern haben jedoch noch zu wenig Zugang zu Angeboten im Quartier. In den Schulen gehen alle Kinder und Eltern ein und aus – unabhängig von ihrer sozialen und wirtschaftlichen Lage oder ihrer sprachlichen und kulturellen Integration. Die Schule erreicht somit alle Kinder und Eltern. Sie kann darauf hinwirken, Kindern und Familien die Angebote und Möglichkeiten des Quartiers stärker zu erschliessen. Dabei ist die Schule auf Unterstützung des Quartiers angewiesen. Die für Vernetzungsaufgaben im Quartier zuständigen Gemeinwesenarbeitenden sowie weitere Akteurinnen und Akteure im Quartier können hier ihr Know-how einbringen und vom Quartier her eine stärkere Vernetzung zur Schule aufbauen. Damit wird die Schule als Institution im Quartier gestärkt und sie profitiert wiederum von einer stärkeren Verbundenheit auch bildungsferner Familien mit der Schule.

In der Stadt Bern wird mit der primano Frühförderung und dem Programm „Znüni-Box“ in Kindergärten sowie 1. und 2. Klassen eine gute Basis für gesunde Ernährungsgewohnheiten gelegt. Insbesondere bildungsferne oder sonst benachteiligte Familien profitieren von der starken Verankerung und den kohärenten, einfachen Botschaften der Programme. Noch vermehrt angegangen werden müssen bei der Prävention des Übergewichts die sozio-ökonomischen Benachteiligungen. Die Vernetzung Schule-Quartier kann hier den stärkeren Fokus auf die Verhältnisse (z.B. bewegungsfreundlichen Aussenräume, Schulwege, Sportangebote) einbringen. Angestrebt werden muss zudem die Reduktion von chronischem Stress. Möglichkeiten sind etwa die Stärkung eines positiven Schul- und Klassenklimas oder die Stärkung des Selbstvertrauens bei Eltern und Kindern. Znüni-Aktionen mit Einbezug verschiedener Akteurinnen und Akteure können den Gemeinschaftssinn und das Zugehörigkeitsgefühl zur Schule als wichtige Ressource für die Gesundheit und den Bildungserfolg stärken. Es ist sinnvoll, dass beispielsweise ältere Schülerinnen und Schüler oder Eltern, die gerne mehr Kontakt zur Schule haben, an solchen Aktionen teilnehmen.

---

<sup>57</sup> Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Public Health zum den Eckpunkten für eine Präventionsstrategie vom 13.12.2012 (A. Gerhardus, Präsident). 1. Februar 2013.  
[http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/ak\\_Praevention/Stellungnahmen\\_Block\\_I/17\\_14\\_0415\\_7\\_DGPH.pdf](http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/ak_Praevention/Stellungnahmen_Block_I/17_14_0415_7_DGPH.pdf)

Massnahme 2	Nächste Schritte	Frist	Kosten
Massnahme 2A Die Vernetzung zwischen Schule und Quartier stärken und den Schülerinnen und Schülern Zugänge zu Quartierangeboten öffnen	Initiativen zur Öffnung und zur Zusammenarbeit zwischen Schule und Quartier werden unterstützt, begleitet und ausgewertet. Ein Auswertungsbericht regt die Verbreitung von Beispielen guter Praxis an.	Ab Schuljahr 2014/15  31.12.2017	Keine zusätzlichen Kosten. Nutzung bestehender Ressourcen (Koordinatorinnen/-innen für Gesundheitsförderung, Schulsozialarbeit, Gemeinwesenarbeit, Vereine etc.). Ggf. Drittmittel für die Finanzierung kleinerer und grösserer Projekte.
Massnahme 2B Psychoziale Aspekte stärker in die Förderung des gesunden Körpergewichts einbeziehen	Verbreitung von Beispielen guter Praxis.	Ab 2014/15	Vorhandene Ressourcen der Gesundheitsförderung an Schulen sowie der Schulsozialarbeit

### 6.3.3. Gesundheitsvorsorge und Früherkennung verbessern

Damit Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten und Familien mit Unterstützungsbedarf rechtzeitig erkannt und gegebenenfalls einer bedarfsgerechten Unterstützung, Begleitung oder Behandlung zugeführt werden können, ist die Gesundheitsversorgung sicherzustellen und zu verbessern:

#### 6.3.3.1. Die Präventive Gesundheitsvorsorge im Vorschulalter besser erschliessen

Der Gesundheitsdienst muss im Gespräch und in Zusammenarbeit mit den kinderärztlichen Praxen und der Mütter- und Väterberatung des Kantons Bern nach Möglichkeiten suchen, die Gesundheitsversorgung in folgenden Bereichen zu verbessern:

- Früherkennung von gesundheitlichen und entwicklungsbezogenen Problemen und Störungen in der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchung im Alter von 3-4 Jahren (alle Bevölkerungsgruppen)
- Begleitung und Beratung von bildungsfernen und sozial oder wirtschaftlich benachteiligten Eltern durch die Mütter- und Väterberatung

### **6.3.3.2. Masernepidemien verhindern**

In Zusammenarbeit mit dem Kantonsarztamt, dem Bundesamt für Gesundheit sowie den Kinderärztinnen und -ärzten muss der schulärztliche Dienst seinen Beitrag leisten, um möglichst viele Kinder vor schweren Komplikationen der Masern zu schützen. Erstens soll allen Kindern, deren Eltern es wünschen, die Impfung gegen Masern möglichst unkompliziert angeboten werden. Zweitens müssen die Kontakte zu den Eltern genutzt werden, um über die Gefahren der Masern zu informieren und die Eltern zur Prüfung ihres eigenen Impfstatus zu ermuntern. Daneben wird der schulärztliche Dienst die Umsetzung der vom Kanton beschlossenen Massnahmen zu unterstützen haben.

### **6.3.3.3. Die Früherfassung psycho-sozialer Probleme im Kindergarten verbessern**

In einer frühen Phase der Problementwicklung können Unterstützungsmassnahmen ergriffen werden, welche die Kinder und ihre Familien stärken und den Kindern den nötigen familiären Rückhalt verschaffen, um sich schulisch und persönlich gut entwickeln und das eigene Potential entfalten zu können. So können spätere Eskalationen (Drogenmissbrauch, innerfamiliäre Gewalt, Schulausschluss u.a.m.), unter deren Folgen Betroffene oft für den Rest ihres Lebens leiden werden, verhindert werden. Es ist daher wichtig, dass Schülerinnen, Schüler und Lehrpersonen sowohl zu Schulsozialarbeitenden als auch zu Schulärztinnen und -ärzten einen einfachen Zugang haben. Mit dem Ausbau der Ressourcen in der Schulsozialarbeit soll insbesondere die Früherkennung und bedarfsgerechte Begleitung von Kindern und ihren Familien mit psychosozialen Problemen in der Schuleingangsstufe verbessert werden, u.a. mit einer Optimierung der Schnittstellen zwischen Kindergarten, schulärztlichem Dienst und Schulsozialarbeit.

### **6.3.3.4. Die Entwicklung kollektiver gesundheitlicher Problemen früh erkennen**

Der Blick in die Geschichte zeigt es: Mit dem gesellschaftlichen Wandel verändern sich auch die an die Kinder gestellten Herausforderungen und damit die gesundheitlichen Probleme und der Versorgungsbedarf. Der schulärztliche Dienst hat die einmalige Möglichkeit, fast die gesamte Kinderpopulation zu beobachten. Er hat damit auch eine Verantwortung, Entwicklungen und allfällige Versorgungslücken aufzuzeigen, insbesondere für Kinder mit sozialen und wirtschaftlichen Benachteiligungen oder mit Entwicklungsstörungen (z.B. der Sprache, der Motorik oder des Verhaltens), welche die Bildungs- und Gesundheitschancen beeinträchtigen können. Mit einer Berichterstattung im Vierjahresrhythmus und der Besprechung der Schlussfolgerungen mit den zuständigen Partnerinstitutionen kann der Gesundheitsdienst einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der Kinder in der Stadt Bern leisten.

<b>Massnahmen</b>	<b>Nächste Schritte</b>	<b>Frist</b>	<b>Kosten</b>
Massnahme 3A Die präventive Gesundheitsvorsorge im Vorschulalter besser erschliessen	Planung möglicher Massnahmen mit Kinderärztinnen und -ärzten der Stadt.	30.9.2014	Keine Zusatzkosten
	Planung möglicher Massnahmen mit der Mütter- und Väterberatung des Kantons.	31.12.2014	Keine Zusatzkosten
Massnahme 3B Masernepidemien verhindern	Mitarbeit bei der Umsetzung der Masernstrategie des Bundes und des Kantons.	Ab Schuljahr 2014/15	Keine Zusatzkosten
Massnahme 3C Die Früherfassung psychosozialer Probleme im Kindergarten optimieren	Möglichkeiten der Begleitung von Familien mit Kindern in der Schulingangsstufe durch die Schulsozialarbeit erweitern. Schnittstellen zwischen Kindergarten, Schulsozialarbeit und schulärztlichem Dienst optimieren.	Schuljahr 2014/15	Nutzung vorhandener Ressourcen
Massnahme 3D Kollektive gesundheitliche Probleme rechtzeitig erkennen und Massnahmen planen	Diskussion des vorliegenden Berichts mit zuständigen Stellen im Gesundheits- und Bildungswesen. Analyse der Gesundheitsdaten der Kinder in der Stadt Bern im Vierjahresrhythmus.	31.12.2014  Nächster Bericht: 2017/18	Keine Zusatzkosten