



Gesundheitsbericht 2013

Themenbericht:

- **Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten-**
- **Schuleingangsuntersuchungen-**
- **Arbeitskreis Jugendzahnpflege-**

Herausgeber: Landkreis Peine
Fachdienst Gesundheitsamt
Maschweg 21
31224 Peine
Tel.: 05171/401 7001
E-mail: gesundheitsamt@landkreis-peine.de

Verfasserinnen: Frau Dr. Meltzow
Frau Dr. Kiessling-Klamka
Frau Kleineidam
Frau Dr. Trapp

Redaktionelle Verantwortung: Frau Dr. Arnold
Frau Breymann

Download: [www.landkreis-peine.de/
gesundheitswesen/](http://www.landkreis-peine.de/gesundheitswesen/)

Vorgelegt: Juni 2014

Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	3
I.	Demografische Daten und Vorsorgeverhalten	5
II.	Ergebnisse aus den Kindergartenuntersuchungen	10
	1. Konzept der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten	10
	2. Auffällige Ergebnisse der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten	11
III.	Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen	15
	1. Konzept der Schuleingangsuntersuchungen	15
	2. Auffällige Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen	16
	3. Empfehlungen aufgrund der Schuleingangsuntersuchungen	18
IV.	Auswirkungen der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten	20
	1. Einfließen der Ergebnisse der Kindergartenuntersuchungen bei den Schuleingangsuntersuchungen 2013	20
	2. Fazit aus 5 Jahren Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten	21
V.	Kindliche Lebensumgebung, Sozialfaktoren	23
	1. Sozialfaktoren	23
	2. Sozialräume	26
VI.	Gutachten des KJÄD zu Eingliederungshilfen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XII	30
VII.	Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 2013 im Kurzüberblick	33
VIII.	Arbeitskreis Jugendzahnpflege	34
	1. Ziele des Arbeitskreis Jugendzahnpflege	34
	2. Ergebnisse der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe	36
	3. Ergebnisse der zahnmedizinischen Reihenuntersuchungen	37
	4. Zusammenfassung Jugendzahnpflege	41

Einleitung

Die Ergebnisse des vorliegenden Themenberichtes beruhen auf den im Rahmen der Schuleingangs- und Kindergartenuntersuchungen vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst (KJÄD) des Gesundheitsamtes mittels des Untersuchungsprogramms SOPHIA (Sozialpädiatrisches Programm Hannover- Jugendärztliche Aufgaben) erhobenen Daten. Schuleingangsuntersuchungen (SEU) und Entwicklungsdiagnostik für Vierjährige in Kindertagesstätten (KiGU) werden durch drei Teams bestehend aus vier halbtags beschäftigten Ärztinnen, einer Vertragsärztin, vier Assistentinnen (3,25 Stellen) und einer Verwaltungskraft durchgeführt. Beteiligte Mitarbeiterinnen waren: Frau Dr. Meltzow als leitende Kinderfachärztin, Frau Dr. Kiessling-Klamka, Frau Kleineidam, Frau Dr. Trapp, Frau Dr. Conrady-Finke, Frau Behrens, Frau Schniete, Frau Reusche, Frau Wolters und Frau Vogtherr. Daneben gehört die Gesundheitsberichterstattung, die mit Inkrafttreten des Niedersächsischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) als Pflichtaufgabe 2007 gesetzlich festgeschrieben wurde, ebenso zu den Aufgaben des KJÄD wie die medizinischen Begutachtungen für Eingliederungshilfen, die Impfberatung sowie die Prävention und das Hinwirken auf gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen.

Die Auswertungsmöglichkeiten der erhobenen Daten sind vielfältig. Aus der Datenfülle der Reihenuntersuchungen wurde eine Auswahl getroffen, die hier präsentiert wird. Viele der im Bericht dargestellten Daten bauen auf den Vorjahresergebnissen auf. Mehrjahresvergleiche sind durch die lückenlose Datenlage möglich. Die Erfahrungen aus der Verlaufsbeobachtung für „Sorgenkinder“ (was passiert nach der KiGU, welche Maßnahmen werden angenommen, welche Effekte können erzielt werden?) können durch die Zusammenschau von KiGU und SEU ausgewertet werden.

Beim Vergleich von Kompetenzen einzelner Gruppen und der Berechnung von Zusammenhängen handelt es sich immer um statistische Verfahren. Sie liefern Erkenntnisse über Gruppen und die Stärke von Einflussfaktoren, aber keine Erkenntnisse über die Situation eines konkreten Kindes oder einer konkreten Familie.

Der Arbeitskreis Jugendzahnpflege im Landkreis Peine wurde bereits 1986 unter der Geschäftsführung des Gesundheitsamtes und Beteiligung der Krankenkassen, Zahnärztekammer und des Schulaufsichtsamtes gegründet. Zahnmedizinische Gruppenprophylaxesitzungen werden durch die beiden Prophylaxefachkräfte Frau Jaworek und Frau Uecker in Kindertagesstätten und Schulen durchgeführt. Für die zahnmedizinischen Reihenuntersuchungen arbeitet das Gesundheitsamt mit 30 niedergelassenen Zahnärzten zusammen, denen unser ausdrücklicher Dank gebührt. Die Ergebnisse des Arbeitskreises Jugendzahnpflege gehen ebenfalls in diesen Bericht ein.

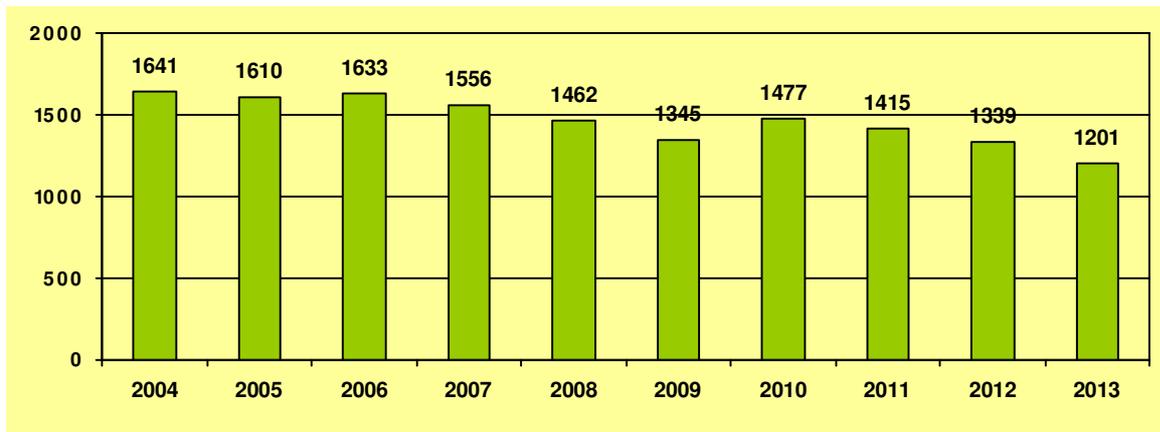
I. Demografische Daten und Vorsorgeverhalten

Mittels der Schuleingangsuntersuchungen (SEU) erfasst der Kinder- und Jugendärztliche Dienst (KJÄD) den Gesundheitszustand eines kompletten Einschulungsjahrgangs. Für den Einschulungsjahrgang 2013 wurden insgesamt 1.201 Kinder untersucht.

Der Stichtag für die Schulpflicht wurde vom Gesetzgeber im letzten Jahr nicht weiter verschoben. Das bedeutet, dass, anders als in den 3 Vorjahren, nicht mehr 13, sondern nur noch 12 Geburtsmonate untersucht werden mussten. (In den drei Vorjahren war der Stichtag für die Schulpflicht um jeweils einen Monat pro Jahr nach hinten verschoben worden.) Die Verschiebung des Stichtages ohne Veränderung der Rahmenbedingungen in den Schulen wird weiterhin kritisch gesehen. Die sozial-emotionale Reife ist bei vielen jüngeren Kindern, besonders männlichen Geschlechts, oft noch nicht ausreichend für einen geordneten Schulalltag. Viele Kinder sind noch sehr ich-bezogen und wenig gruppenfähig, d.h. nicht in der Lage, eigene Bedürfnisse zu Gunsten der Gruppe zurückzustellen. Dadurch, dass viele jüngere Kinder bereits der Schulpflicht unterliegen, werden allerdings weniger Kann-Kinder zur Untersuchung angemeldet. Eine weitere Verschiebung des Stichtages in den Folgejahren ist nicht geplant.

Für den KJÄD entstand außerdem Mehraufwand durch erhöhten Zeitbedarf bei einigen Kindern, z.B. aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten oder weil Beratungen zur Schullandschaft wegen der Einführung der Inklusion differenzierter werden. Etliche Familien benötigen mehrere Termine, bevor die Untersuchung tatsächlich durchgeführt werden kann. Zurückgestellte Kinder werden doppelt untersucht. Die Kontakte und Terminabsprachen mit den Schulen bleiben unverändert, alle Schulen müssen besucht werden. Die Schülerzahl pro Schule ist nicht so entscheidend rückläufig.

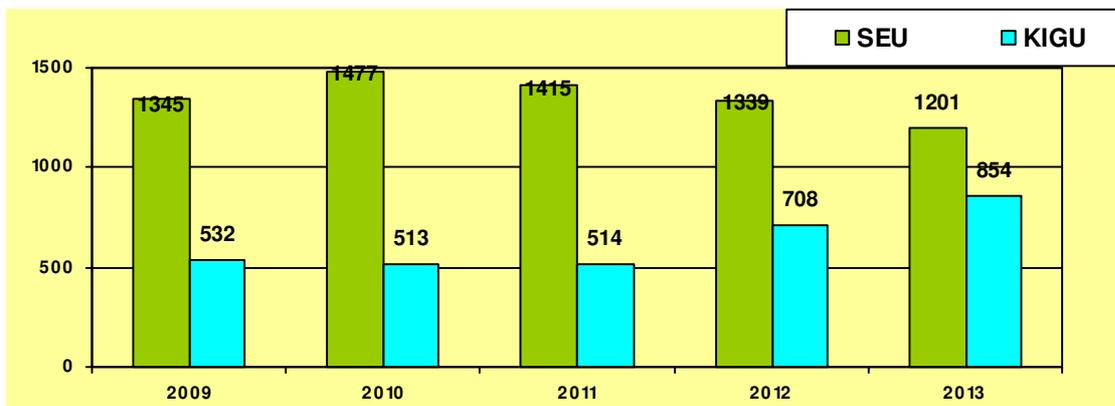
Abb. I.1.: Anzahl der untersuchten Einschulungskinder im LK Peine, Zeitreihe 2004 – 2013



Die Anzahl der untersuchten Kinder bei den Vierjährigenuntersuchungen im Kindergarten wurde deutlich gesteigert.

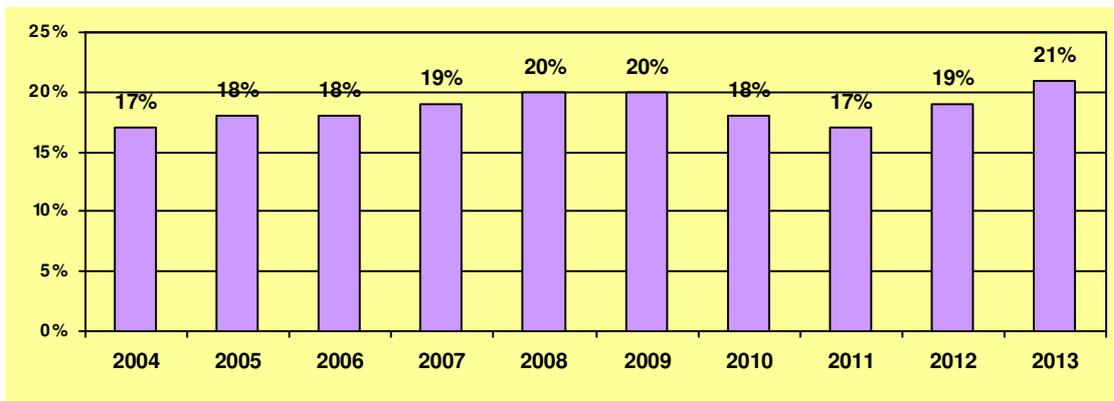
Bei einer mutmaßlichen Jahrgangsstärke von ca. 1.100 Kindern wurden 78% untersucht. Eine Steigerung auf 80% wäre noch denkbar, darüber hinaus jedoch eher unwahrscheinlich, da es sich um ein freiwilliges Angebot handelt.

Abb. I.2.: Anzahl der Schuleingangsuntersuchungen (SEU) im Vergleich zu den Kindergartenuntersuchungen (KIGU) im LK Peine, Zeitreihe 2004 – 2013



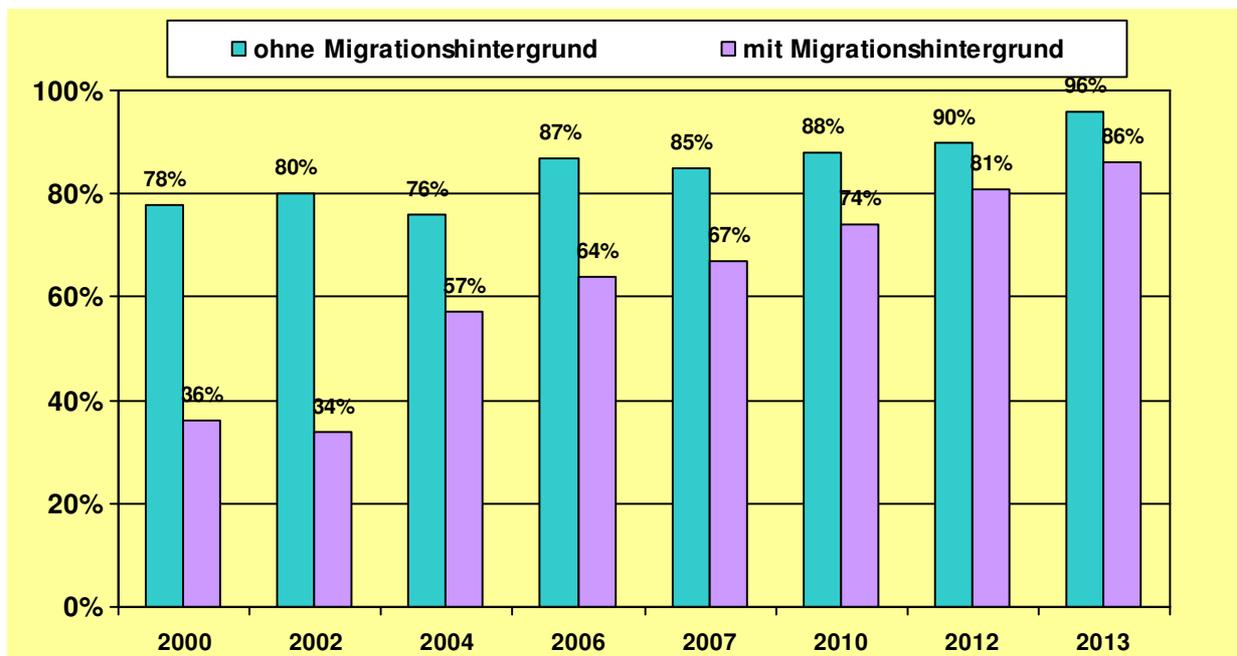
Von den insgesamt 1.201 untersuchten Einschülern kamen 21% aus Familien mit Migrationshintergrund. Für die Erfassung bei den SEU in Niedersachsen gilt: der ethnische Hintergrund ist entscheidend (nicht die Staatsbürgerschaft). Hier geht es um den kulturellen Einfluss auf die Kinder. In der Regel besteht eine Mehrsprachigkeit in den Familien. Die Einstufung erfolgt nach Selbstangabe der Eltern. Bei unterschiedlicher Herkunft der Eltern zählt die Herkunft der Mutter.

Abb. I.3.: Migrationsanteil der untersuchten Einschulungskinder in Prozent, Zeitreihe: 2004 - 2013



Die krankenkassenfinanzierte Vorsorgeuntersuchung U9 zur Diagnostik abweichender Entwicklungsverläufe fällt nicht unter das 2010 gesetzlich verankerte verbindliche Einladewesen. Im letzten Bericht wurde daher bei 90% die Höchstmarke der Inanspruchnahme dieses freiwilligen Angebotes vermutet. Umso erfreulicher ist der enorme Anstieg der Teilnehmerquote auf 96%. Der Zugang von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte zum medizinischen System hat sich weiter verbessert.

Abb. I.4.: Anteil der durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen U 9 bei den Schuleingangsuntersuchungen, Vergleich: mit und ohne Migrationshintergrund in Prozent, Zeitreihe 2000 - 2013



Der positive Effekt der Förderung im Kindergarten ist gemeinhin bekannt. Kinder mit einem frühen Eintritt in den Kindergarten haben zur Einschulung einen besseren Entwicklungsstand. Nach 3-jährigem Besuch eines Kindergartens werden die positiven Einflüsse besonders deutlich. Bei Kindern, die keinen Kindergarten regelmäßig besuchten, werden signifikant mehr Defizite infolge der fehlenden sozialkompensatorischen und pädagogischen Maßnahmen, der fehlenden Entwicklungsanregung und der fehlenden Sozialisation in der Gruppe festgestellt. In Anbetracht der Kostenfreiheit des letzten Kindergartenjahres vor der Einschulung für die Eltern, gibt es kaum nachvollziehbare Gründe, dies seinem Kind vorzuenthalten. Und dennoch: 14 Kinder im Landkreis Peine, davon 7 mit und 7 ohne Migrationshintergrund, besuchten im letzten Jahr vor der Einschulung trotz Kostenfreiheit für die Eltern keinen Kindergarten. Mehrsprachige Kinder profitieren unabhängig vom Bildungsgrad der Familie von einem frühen Kita-Besuch.

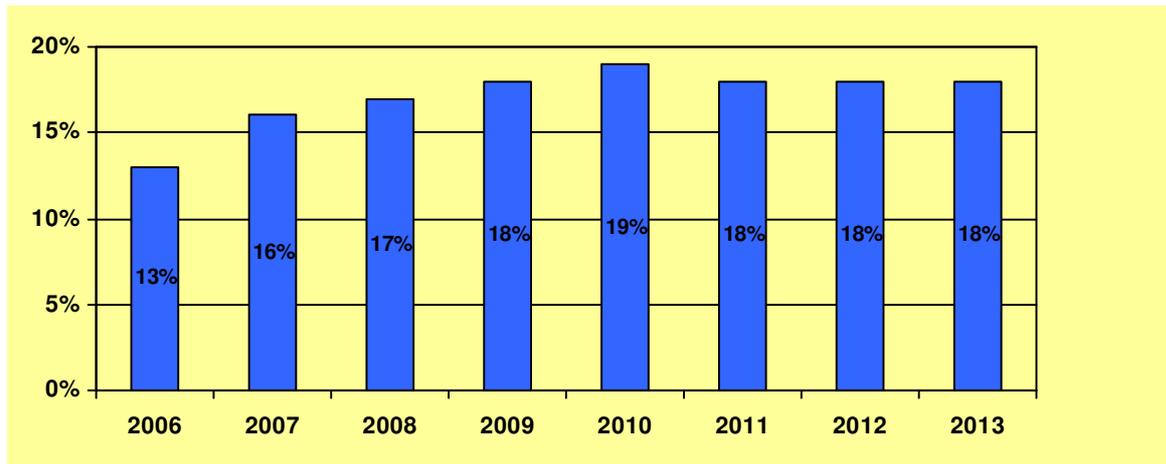
Tab: I.5.: Anzahl der untersuchten Einschulungskinder ohne Kindergartenbesuch nach Gemeinden, 2013

Stadt Peine:	2	von	236
Ortsteile Peine:	2	von	231
Edemissen:	1	von	99
Hohenhameln:	2	von	77
Ilse:	1	von	114
Lahstedt:	3	von	98
Lengede:	2	von	124
Vechede:	1	von	127
Wendeburg:	0	von	95

Sprache ist als wesentliches Kommunikationsmittel Schlüsselkompetenz für Wissenserwerb, reibungsloses Einfinden in das Schulleben und spätere Bildungsabschlüsse. Die kultusministerielle Sprachförderung wird von Lehrkräften der zuständigen Grundschule geleistet. Dazu werden die Kinder anderthalb Jahre vor der geplanten Einschulung von den Lehrkräften beurteilt und dann gegebenenfalls der Sprachförderung zugewiesen. Diese findet dann im letzten Jahr vor der Einschulung regelmäßig wöchentlich statt. Sie dient u. a. der Verbesserung der Ausdrucksfähigkeit der Kinder. Eventuelle Artikulationsfehler, das heißt Laute, die noch nicht korrekt ausgesprochen werden können, werden hier nicht trainiert. Dazu dient die Logopädie, die von Kinder-, Haus- oder HNO-Ärzten verordnet werden kann.

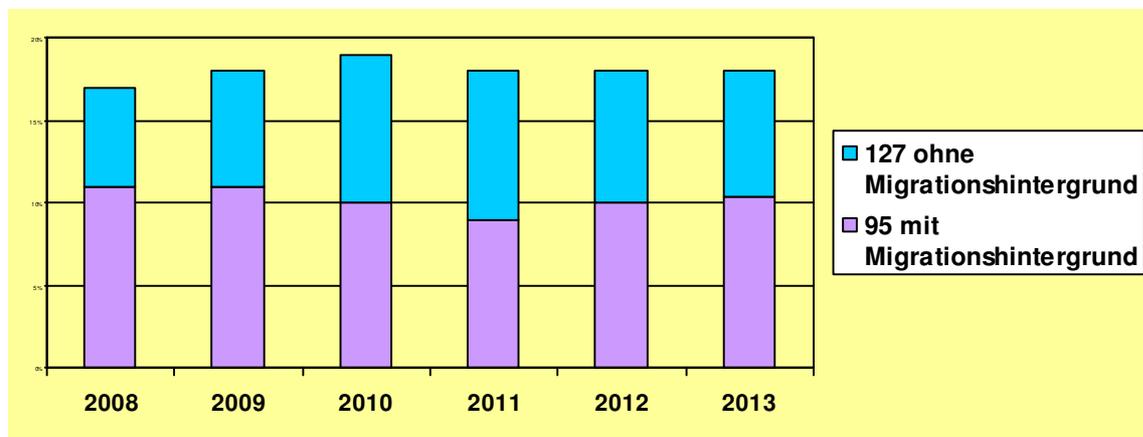
Seit der Einführung der Maßnahme im Jahre 2006 stieg der Anteil der Kinder, für die eine schulische Sprachförderung erforderlich ist, zunächst kontinuierlich an, ist nun aber seit 2009 relativ konstant.

Abb. I.6.: Prozentualer Anteil der untersuchten Einschulungskinder, für die eine schulische Sprachförderung erforderlich war, Zeitreihe 2006 - 2013



Ursprünglich war die Maßnahme für mehrsprachige Kinder gedacht, um deren Kenntnisse (Wortschatz und Grammatik) in der deutschen Sprache zu verbessern. Die Kinder, die nicht mehrsprachig aufwachsen, machen aber weiterhin einen großen Teil aus. Einsprachig deutsch aufwachsende Kinder haben erschreckend häufig keine ausreichenden Fähigkeiten im Bereich Sprache. Überproportional häufig weisen die Kinder in der Sprachförderung noch weitere Entwicklungsauffälligkeiten auf. Dies betrifft in besonderem Maße die einsprachig deutschen Kinder.

Abb. I.7.: Anteil der Einschulungskinder mit und ohne Migrationshintergrund, die an der Sprachförderung teilnehmen mussten, Zeitreihe 2006 – 2013



II. Ergebnisse aus den Kindergartenuntersuchungen

1. Konzept der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten

Die Untersuchungen der Vierjährigen in Kindertagesstätten durch den KJÄD wurde als freiwillige Aufgabe im Dezember 2008 neu eingeführt. Sie dienen der Entwicklungsdiagnostik, der Primär- und Sekundärprävention. Ziel ist die frühe Identifikation besonderer Hilfebedarfe etwa 2 Jahre vor der Einschulung, Vermittlung von Hilfen und Vermeidung oftmals resultierender psychosozialer Sekundärprobleme. Damit nimmt der Landkreis eine wichtige Aufgabe zum frühzeitigen Erkennen von Unterstützungsbedarfen wahr und ist diesbezüglich gut aufgestellt im Hinblick auf die Wahrnehmung der Aufgaben, die sich aus dem Bundeskinderschutzgesetz (im Januar 2012 in Kraft getreten) ergeben.

Das Auswertintervall der KigU (nach den Sommerferien bis vor den Sommerferien) wurde zur Vergleichbarkeit an das der Schuleingangsuntersuchungen angepasst. Das Konzept der SEU wird dabei analog angewandt und auf den Entwicklungsstand der jüngeren Kinder zugeschnitten. Dabei geht es um ein Screening und nicht um die ganzheitliche Entwicklungsbegleitung, wie es Erzieherinnen tun und dokumentieren. Kindertagesstätten werden zunehmend als frühkindliche Bildungs- und Fördereinrichtungen gesehen. Eine altersgerechte motorische, sprachliche und kognitive Entwicklung ist eine wichtige Voraussetzung für erfolgreichen Schulbesuch und gesellschaftliche Teilhabe.

Daneben spielen Vernetzung und Kontaktpflege zu den Kindertagesstätten eine wichtige Rolle. Durch die „Geh-Struktur(en)“, d. h. die Fachleute suchen die Bevölkerung in den Einrichtungen auf, können insbesondere auch sozial schwächer gestellte Familien erreicht werden.

Das Konzept sieht folgende Zielsetzungen vor:

- Frühe Erkennung von Gesundheits- und Entwicklungsstörungen
 - Bereiche:
 - ⇒ Sprache
 - ⇒ Wahrnehmung (= Erkennen und Verarbeiten von Sinnesreizen im Zusammenspiel mit Gedächtnis und Aufmerksamkeit)
 - ⇒ Fein- und Grobmotorik
 - ⇒ Mitarbeit und Verhalten
 - ⇒ Seh- und Hörtest
 - ⇒ Vorsorge- und Impfstatus
- Untersuchung vor Ort
- Befunddokumentation und Beratungsgespräch mit Eltern und Erziehern
- Kontaktvermittlung zu anderen Institutionen

2. Auffällige Ergebnisse der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten

Nach fünf Jahren Entwicklungsdiagnostik für Vierjährige durch den KJÄD ist die Akzeptanz des Angebots weiterhin hoch, die prozentuale Nutzung dieses freiwilligen Angebots hat allerdings etwas nachgelassen. Dies mag daran liegen, dass immer mehr Untersuchungen angeboten werden und zwar nicht mehr nur in sozialen Brennpunkten. Immerhin ist es mit der Stellenaufstockung gelungen, erneut 150 Kinder mehr zu untersuchen und ein elektronisches System zur Befunddokumentation zu errichten. Nach heutiger Einschätzung wird davon ausgegangen, dass die Untersuchung in den nächsten Jahrgängen für alle vierjährigen Kinder des Landkreises angeboten werden kann, wovon etwa 75% der Erziehungsberechtigten an einer Untersuchung Ihres Kindes interessiert sein dürften. Folgende Ergebnisse lassen sich festhalten:

Tab. II.2.1.: Prozentualer Anteil und Anzahl der angebotenen und durchgeführten Untersuchungen zur Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten, 2009 – 2013

Jahr	Angebote Untersuchung	Durchgeführte Untersuchung	Inanspruchnahme in Prozent
2009	582	532	91%
2010	556	513	92%
2011	542	514	95%
2012	738	708	96%
2013	986	854	87%

Aufgrund der Befunde bzw. Ergebnisse konnten die Kinder bei Bedarf erfolgreich den entsprechenden Unterstützungsmöglichkeiten zugeführt werden. Die nächsten beiden Abbildungen zeigen den prozentualen Anteil der abklärungs- und behandlungsbedürftigen Befunde bei den 854 untersuchten Vierjährigen im Untersuchungszeitraum September 2012 bis August 2013 und im Zeitvergleich 2009 – 2013.

Abb. II.2.2.: Prozentualer Anteil der abklärungs- oder behandlungsbedürftigen Befunde bei untersuchten 4jährigen, 2013

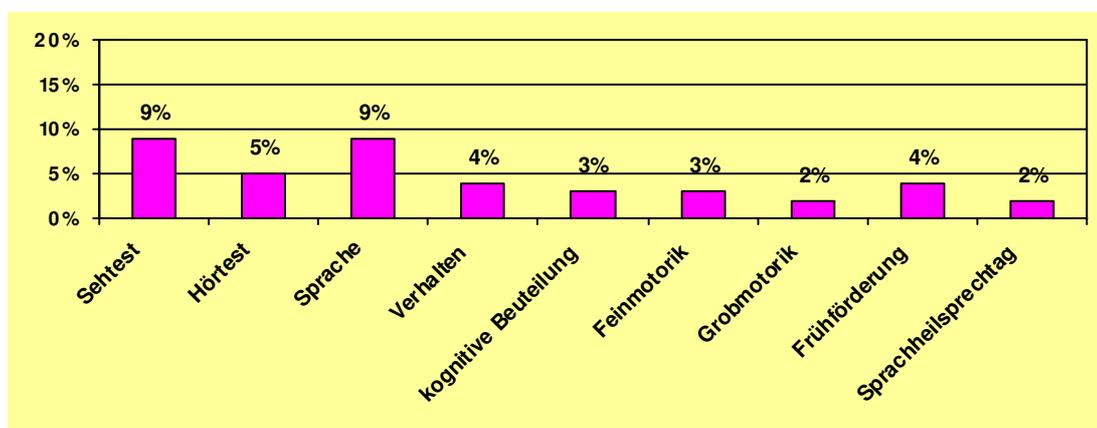
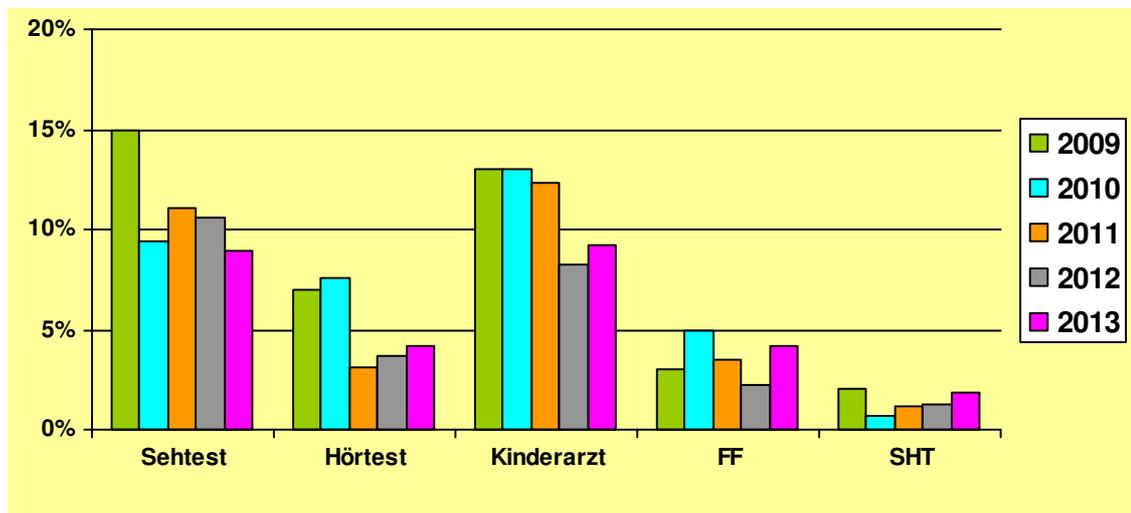


Abb. II.2.3.: Prozentualer Anteil der abklärungs- oder behandlungsbedürftigen Befunde bei untersuchten 4jährigen, Zeitreihe 2009-2013



FF = Frühförderung SHT = Sprachheiltag

Sehtest: Im Bereich Sehtest ist die Früherkennung besonders wichtig, da im Alter von vier Jahren der allerletzte Zeitpunkt ist, zu dem der Ausgleich einer Fehlsichtigkeit oder eines Schielwinkels in der Regel noch ohne dauerhafte Einbußen des Sehvermögens möglich ist. Dieses Zeitfenster ist danach unwiderruflich vorbei. Wenn zu einem späteren Zeitpunkt (also zum Beispiel zur Einschulung oder gar noch später) eine Fehlsichtigkeit korrigiert wird, kann die Sehkraft des betreffenden Auges nicht mehr in vollem Maße erreicht werden. Das uneingeschränkte Sehvermögen – auch nach Brillenkorrektur - ist wichtige Voraussetzung für den Bildungserwerb in der Regelschule.

Hörtest: Die Kinder mit auffälligen Hörtesten werden einer weiteren Diagnostik durch den Kinder- oder Hals-Nasen-Ohren-Arzt zugeführt. In den meisten Fällen handelt es sich hier um infektionsbedingte Beeinträchtigungen des Hörvermögens. Auch hier sind engmaschige Kontrollen mit entsprechender schleimlösender oder abschwellender Behandlung und gegebenenfalls operative Maßnahmen wichtig, um bleibende Schäden der Hör- und Sprachentwicklung zu verhindern. Ein differenziertes Hörvermögen ist Grundlage für normale Sprachentwicklung, Kommunikationsfähigkeit und ebenso Leseerwerb und auch Verkehrssicherheit.

Kinderarzt: Die Kinder, die zu ihrem Kinderarzt überwiesen werden, sind zum Beispiel solche, bei denen eine verzögerte Entwicklung der Sprache, Feinmotorik oder eine Konzentrationsstörung auffällt. Gegebenenfalls werden diese Kinder nachfolgend z. B. einer Ergotherapie oder Logopädie zugeführt. Im Unterschied zu der Schuleingangsuntersuchung ist bei der Vierjährigenuntersuchung keine körperliche Untersuchung außer Größe, Gewicht und Zahnstatus vorgesehen. Daher beschränken sich die medizinischen Verdachtsdiagnosen auf eventuellen Auffälligkeiten von Wachstum, Über- oder Untergewicht oder Zahnkaries.

Frühförderung: Kinder, die der heilpädagogischen Frühförderung zugeführt werden, haben so starke Entwicklungsauffälligkeiten im geistigen, körperlichen oder seelischen Bereich, dass sie gemäß dem SGB XII § 53 von Behinderung bedroht oder sogar nachweisbar behindert sind und somit Anspruch auf Eingliederungshilfe haben. In Einzelfällen mussten Kinder einer teilstationären heilpädagogischen Förderung (heilpädagogischer Kindergarten oder Integrationsplatz in einem Integrationskindergarten) zugeführt werden.

Sprachheiltag: Wenn ein Kind bei der Vierjährigenuntersuchung mit erheblicher Sprachentwicklungsverzögerung auffällt, wird den Eltern geraten, es beim Sprachheiltag im Gesundheitsamt vorzustellen. Diese spezielle Untersuchung und Beratung wird durch den Fachberater für Hör- und Sprachgeschädigte des niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie in regelmäßigen Abständen im Gesundheitsamt durchgeführt. Gegebenenfalls kann die Aufnahme in den Sprachheilkindergarten empfohlen und eingeleitet werden.

III. Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen

1. Konzept der Schuleingangsuntersuchungen

Schuleingangsuntersuchungen gehören gemäß Niedersächsischem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) zu den Pflichtaufgaben des Landkreises. Mit den Schuleingangsuntersuchungen verfolgt der Gesetzgeber und in seinem Auftrag der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes folgende Ziele:

- **Beurteilung der körperlichen, geistigen und psychischen Schulreife**

gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 NGöGD:

„Die Landkreise und kreisfreien Städte untersuchen die Kinder rechtzeitig vor der Einschulung ärztlich auf gesundheitliche Beeinträchtigungen, die geeignet sind, die Schulfähigkeit zu beeinflussen.“

Die Schuleingangsuntersuchungen dienen damit der Beratung der Eltern und der aufnehmenden Schule.

- **Datenerfassung für die Gesundheitsberichterstattung**

gemäß § 8 Abs. 2 Satz 1 und 3 NGöGD:

„Die Landkreise und kreisfreien Städte beobachten, beschreiben und bewerten die gesundheitlichen Verhältnisse ihrer Bevölkerung, insbesondere die Gesundheitsrisiken, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. Dazu sammeln sie nicht personenbezogene und anonymisierte Daten, werten diese nach epidemiologischen Gesichtspunkten aus und führen sie in Fachberichten zusammen (kommunale Gesundheitsberichterstattung). In die Berichterstattung sollen auch anonymisierte Ergebnisse von Schuleingangsuntersuchungen [] einbezogen werden.“

Die Schuleingangsuntersuchungen dienen dabei der Erhebung von Daten für einen kompletten Jahrgang. Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Eltern und Grundschulen prägt in der Regel die Atmosphäre bei den Schuleingangsuntersuchungen.

- **Individuelle medizinische Untersuchung und Beratung**

gemäß § 5 Abs. 2 Satz NGöGD:

„Die Landkreise und kreisfreien Städte teilen den Erziehungsberechtigten (§ 55 des Niedersächsischen Schulgesetzes) die Untersuchungsergebnisse für ihr Kind mit.“

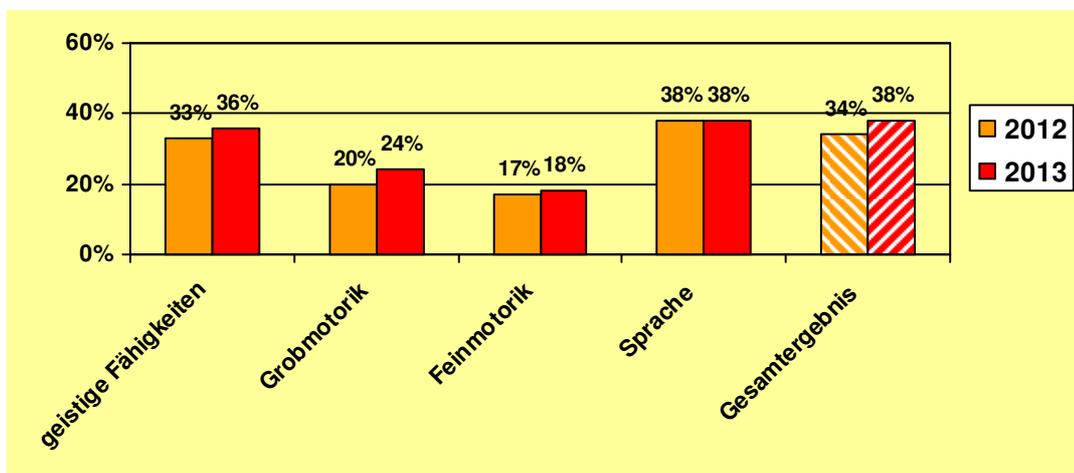
Inhalte der gesetzlich vorgeschriebenen Schuleingangsuntersuchungen sind:

- Vorgeschichte
- Apparativer Hör- und Sehtest
- Geistige (kognitive) Fähigkeiten:
 - Verständnis von Zahlen, Formen, Farben,
 - Logisches Denken und Gedächtnis u.a.
- Sprache
- Fein- und Ganzkörpermotorik
- Körperliche Untersuchung
- Verhalten

2. Auffällige Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen

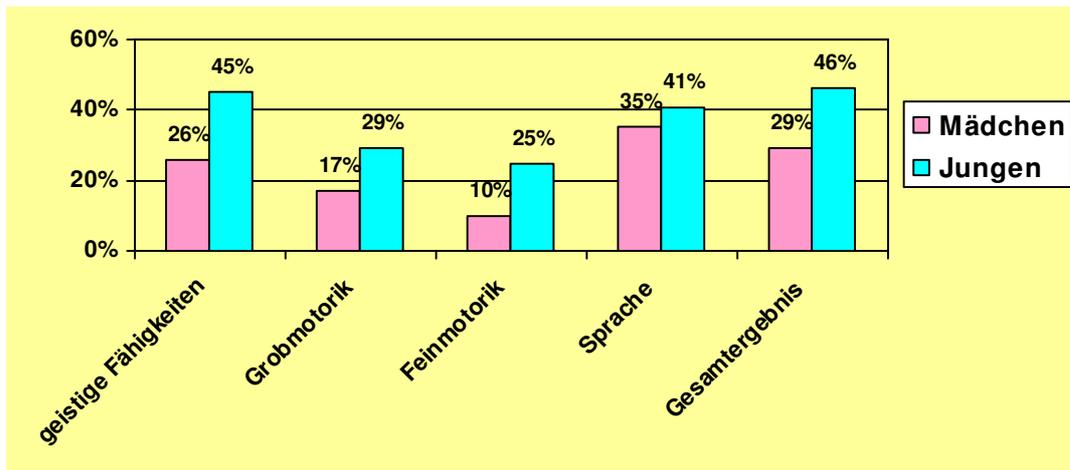
In der nächsten Abbildung wird der prozentuale Anteil der bei den Schuleingangsuntersuchungen festgestellten Entwicklungsauffälligkeiten dargestellt.

Abb. III.2.1.: Prozentualer Anteil der auffälligen Befunde bei untersuchten Einschülern, Zeitreihe 2012 – 2013



Geschlechtsspezifische Unterschiede der frühkindlichen Entwicklung sind aus der Forschung bekannt. Die Unterschiede müssen in der pädagogischen Arbeit beachtet werden.

Abb. III.2.2.: Prozentualer Anteil der auffälligen Befunde bei untersuchten Einschülern nach Geschlecht, 2013

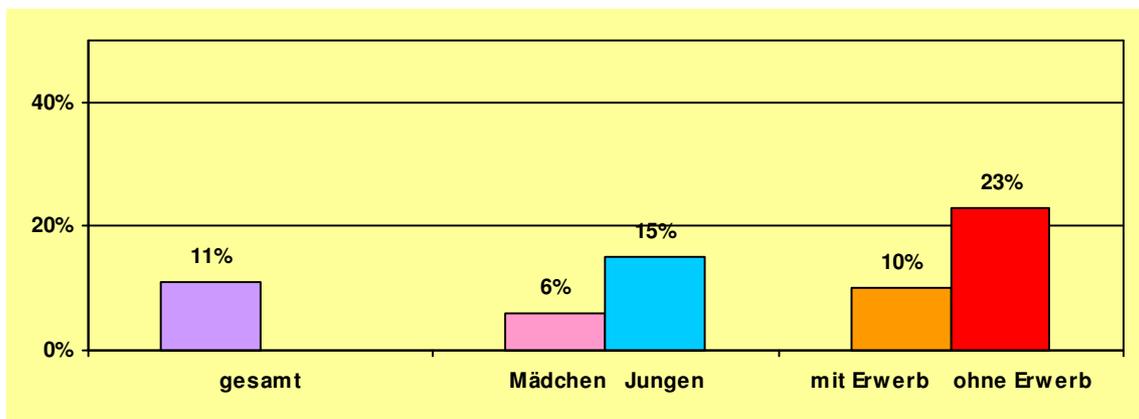


Psychosoziale Ausgewogenheit und Wohlbefinden sind wichtige Faktoren für eine lernfördernde Atmosphäre. Behandlungsbedürftige Verhaltensauffälligkeit bedeutet, dass sich ein Kind bereits in Behandlung befindet oder es sich während der Untersuchung so auffällig verhält, dass eine weitere Diagnostik angeraten wird. Für die Verhaltensbeurteilung werden u.a. Ausdauer, Konzentration, Kooperation, Unruhe, Ängstlichkeit, Unsicherheit bewertet. Die Beobachtung während der Untersuchungssituation und Wartezeit geht in das Ergebnis ebenso ein wie die Einschätzung der Eltern über den SDQ. Der SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) ist ein Fragebogen zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und -stärken bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 16 Jahren. Natürlich ist dies ein schwer fassbarer/ messbarer Bereich. Dennoch sind die Ergebnisse besorgniserregend, da sie besondere Auswirkungen auf die Lernvoraussetzungen und auch die „Arbeitssituation“ in der Klasse für alle Schüler/innen und Lehrer/innen haben. Durch die inklusive Beschulung von Kindern mit sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfen ergeben sich zusätzliche Anforderungen an die Arbeit der Pädagogen. Bei der Integration verhaltensauffälliger Kinder geraten Schulen häufig an ihre Grenzen. Die nachstehende Abbildung zeigt den prozentualen Anteil der Kinder mit

Verhaltensauffälligkeiten in Abhängigkeit zu verschiedenen Faktoren: Geschlecht, Sozialstatus. Bei den Sozialfaktoren hat sich statistisch die Erwerbslosigkeit in der Familie als besonders belastend herauskristallisiert. Besonders besorgniserregend: Kinder aus erwerbslosen Haushalten zeigen zu 40 % Auffälligkeiten der sozialemotionalen Entwicklung und des Verhaltens.

Gemessen an der Prävalenz psychischer Auffälligkeiten ist das Angebot an Diagnostik und Therapie nicht ausreichend, die Versorgungssysteme im Landkreis sind unvollständig. (Keine Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, keine stationären Angebote und auch kein kinder- und jugendsozialpsychiatrischer Dienst.)

Abb. III.2.3.: Prozentualer Anteil der behandlungsbedürftigen Verhaltensauffälligkeiten bei den SEU nach Geschlecht und Sozialstatus, 2013



3. Empfehlungen aufgrund der Schuleingangsuntersuchung

Anhand des Gesamtergebnisses der Schuleingangsuntersuchungen werden durch die Ärztinnen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes Empfehlungen hinsichtlich des Schuleintritts abgegeben. Diese können sein:

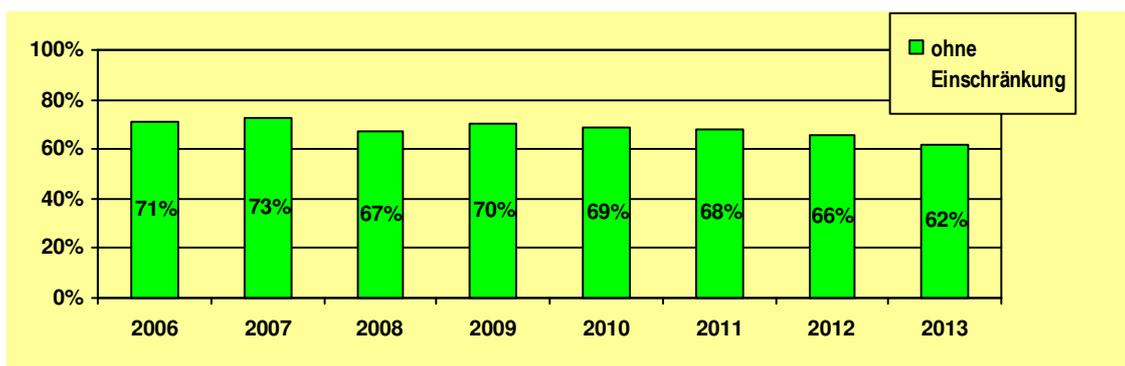
- Einschulung ohne Einschränkung
- Einschulung mit Förderhinweis (für Teilbereiche z.B. Feinmotorik, Mengenverständnis, Ausdauer und Konzentration)
- Zurückstellung vom Schulbesuch
- Überprüfung auf sonderpädagogischen Förderbedarf (z.B. Lernen, Sprache, geistige Entwicklung)

Abschließend findet ein Beratungsgespräch mit den Erziehungsberechtigten statt und es wird eine Empfehlung zur Einschulung abgegeben. Bei Bedarf werden Kontrolluntersuchungen bei Haus- oder Facharzt veranlasst.

Die Empfehlungen „Einschulung ohne Einschränkung“ und „Einschulung mit Förderhinweis“ kommen am häufigsten vor. Ohne Einschränkung zur Einschulung empfohlen bedeutet: unauffälliger Entwicklungsstand für die schulrelevanten Fähigkeiten. Gute Startbedingungen für die Grundschule werden angenommen.

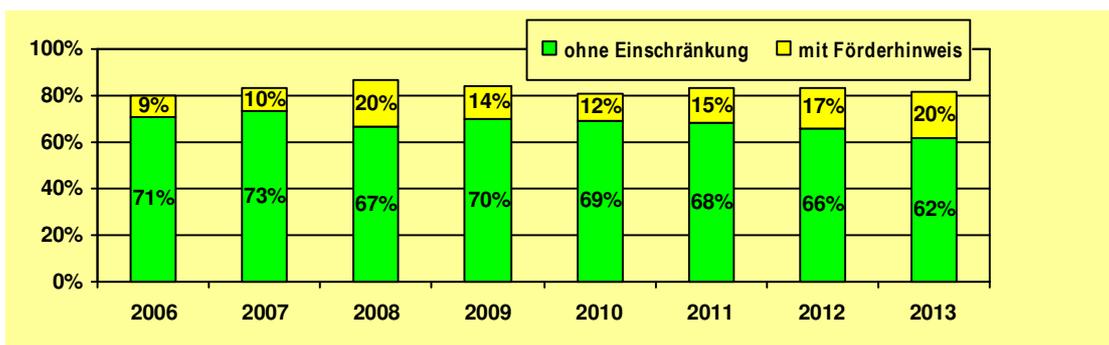
Hinsichtlich des Anteils der uneingeschränkten Einschulungsempfehlungen zeigt sich zumindest für die letzten 3 Jahre ein stetiger Abwärtstrend: es gibt weniger altersgerecht unauffällige Kinder. Die Entwicklung in den nächsten Jahren bleibt abzuwarten.

Abb. III.3.1.: Anteil der ohne Einschränkung zur Einschulung empfohlenen Kinder im Landkreis Peine in Prozent, Zeitreihe 2006 - 2013



Die nächste Abbildung zeigt zusätzlich den Anteil derjenigen Kinder, bei denen die Einschulung mit Förderhinweis empfohlen wurde. Die Schwächen dieser Kinder sind ganz unterschiedlicher Natur, die ersten Klassen noch sehr inhomogen. Diese Kinder bedürfen der besonderen Beobachtung und Unterstützung durch die Schule.

Abb. III.3.2.: Anteil der mit und ohne Einschränkung zur Einschulung empfohlenen Kinder im LK Peine in Prozent, Zeitreihe 2006 – 2013



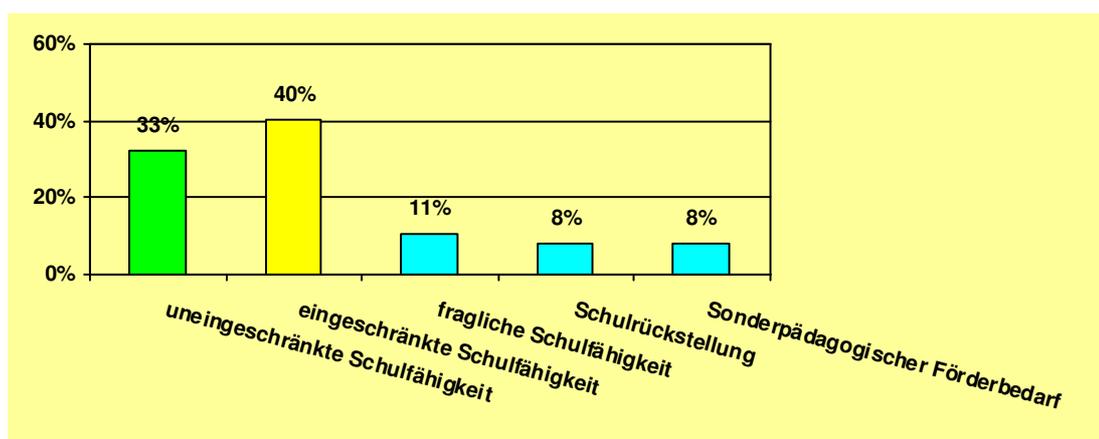
IV. Auswirkungen der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten

1. Einfließen der Ergebnisse der KIGU bei der SEU 2013

Im Jahre 2013 wurden zum dritten Mal Kinder zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellt, die zwei Jahre zuvor als Vierjährige untersucht worden waren.

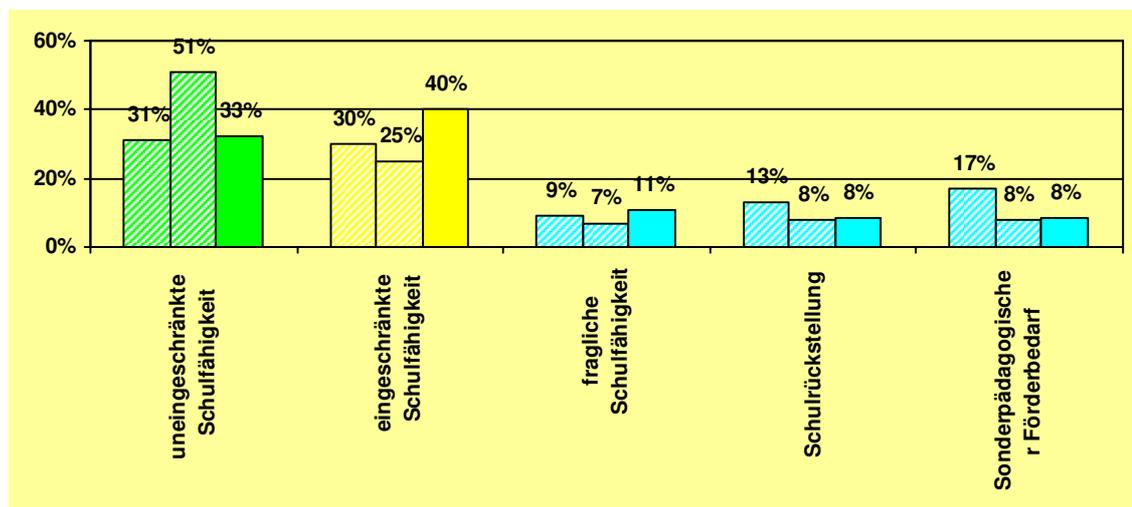
157 Kinder des Einschulungsjahrganges zeigten bereits bei der Kindergartenuntersuchung 2011 so gravierende Entwicklungsauffälligkeiten, dass das Erlangen einer uneingeschränkten Schulreife fraglich war. Im Folgenden werden die Ergebnisse von Kindern verglichen, die jeweils im Jahr 2011 als Vierjährige und etwa zwei Jahre später im Einschulungsjahrgang 2013/2014 untersucht wurden. Leider erhalten nicht alle Kinder die vorgeschlagenen oder angebahnten Fördermaßnahmen. Die Mitarbeit der Eltern ist ganz entscheidend. Knapp 2/3 haben die Schulfähigkeit erreicht: 33 % ohne Einschränkung, weitere 40 % mit Förderhinweisen in Einzelbereichen. Für 19% wurde eine Aufholentwicklung gesehen und daher die Rückstellung für ein Schuljahr angeraten mit der Prognose auf das Erreichen der Regelschulfähigkeit im Folgejahr. Bei 8% bestätigte sich der Verdacht auf sonderpädagogischen Förderbedarf.

Abb.IV.1.1.: Ergebnisse bei der SEU 2013 der 157 Kinder, die bei der KIGU 2011 schwerwiegende Entwicklungsauffälligkeiten zeigten



Nachstehend die dazugehörige Zeitreihe für die Jahre 2011 – 2013. Trendaussagen sind nach so kurzer Zeit noch nicht möglich.

Abb.IV.1.2.: Ergebnisse der SEU und KiGU der Kinder, die schwerwiegende Entwicklungsauffälligkeiten zeigten, Zeitreihe 2010 - 2013



2. Fazit aus 5 Jahren Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten

Die vorstehenden Ergebnisse zeigen den positiven Effekt der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten. Die Akzeptanz und Nachfrage der Untersuchungen ist bei Erziehungsberechtigten und Kindertagesstätten weiterhin hoch und der Bedarf mutmaßlich gedeckt. Eltern und Erzieherinnen werden hinsichtlich der Entwicklung der Kinder sensibilisiert und fachgerecht beraten. Der KJÄD setzt sich dafür ein, passgenaue Fördermaßnahmen für die Kinder anzubahnen, die sie benötigen. Die jetzt möglich gewordenen Verlaufskontrollen zeigen, dass positive Entwicklungen und Nachteilsausgleiche erreicht werden.

Die systematische Vernetzung des KJÄD mit den Kindertagesstätten fördert einen fachlich übergreifenden Austausch und Erhöhung der Qualität und Kompetenz der Mitarbeiterinnen in Kindertagesstätten und KJÄD.

Kinder, die mit ungünstigen Bedingungen starten, sind auf Einbindung in institutionelle Angebote angewiesen, damit sie in ihrer Entwicklung gestärkt werden können.

Mit der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten hat der Landkreis Peine sich einer wichtigen Thematik angenommen und es sich zum Ziel gesetzt, den Kindern durch frühzeitige Entwicklungsförderung einen besseren Start in die Schule und damit in ihre Zukunft zu ermöglichen.

V. Kindliche Lebensumgebung, Sozialfaktoren

1. Sozialfaktoren

Die Daten aus den SEU können die Lebensumgebung der Kinder im LK Peine beschreiben; Auswertungen bis auf Gemeindeebene sind möglich, dort auch die Mehrjahresverläufe. Die kindliche Entwicklung unterliegt vielfältigen und komplexen Einflüssen. Einige Fähigkeiten unterliegen einer verstärkten Beeinflussung durch die Umgebung: beispielsweise die Sprache, Motorik, Wahrnehmungsverarbeitung und das Verhalten.

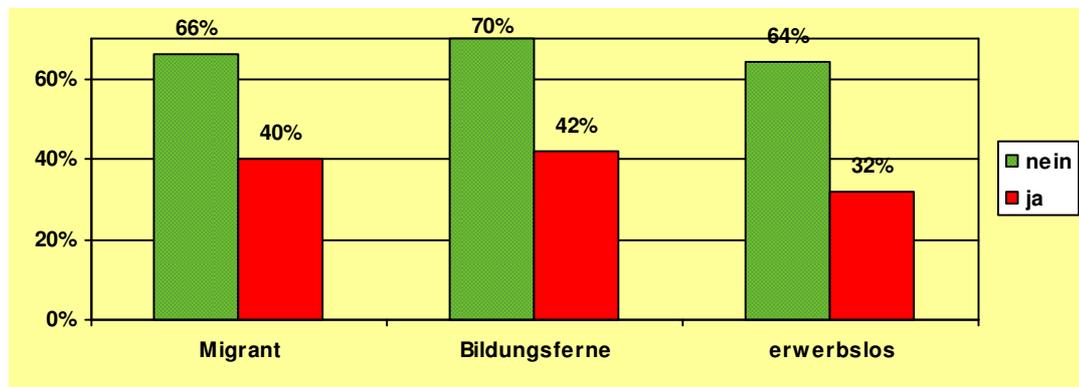
Beim Faktor „Bildungsferne“ ist die Diskrepanz nach wie vor deutlich.

Der Bildungsgrad wird ermittelt aus den Schul- und Berufsabschlüssen der Eltern – die Einteilung / Definition von niedrigem, mittlerem oder hohem Bildungsgrad wird niedersachsenweit bei der SEU gleich gehandhabt und ist von Jahr zu Jahr vergleichbar. Am meisten belastet sind, wie auch im letzten Jahr schon ausführlich dargestellt, die Kinder aus Familien ohne Erwerb und in diesem Jahr auch wieder die Kinder aus bildungsfernen Familien. Es gibt also eklatant benachteiligte Bevölkerungsgruppen.

„Künftige Verlierer des Bildungssystems sind deutliches Resultat sozialer Vererbung in Deutschland“ (Prof. Thomas Rauschenbach, Artikel: „Verlierer des Bildungssystems“, medizinische Fachzeitschrift „Kinder- und Jugendarzt“ 42. Jahrgang (2011) Nr.2).

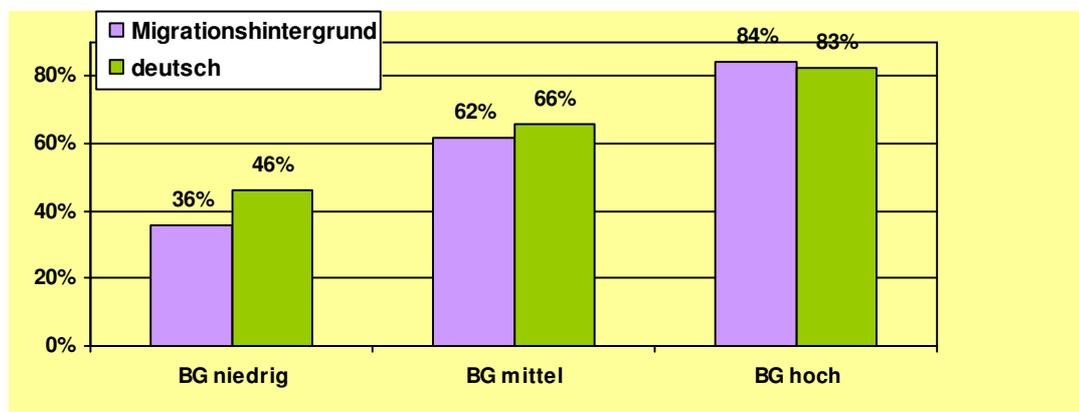
2011 wurde festgestellt, dass sich der Faktor Migration nicht negativ ausgewirkt hatte. Dieser Trend hat sich seitdem leider nicht bestätigt. Der Anteil nicht altersgerecht entwickelter Kinder mit Migrationshintergrund ist auch in 2013 (leider) wieder angestiegen.

Abb. V.1.1.: Prozentualer Anteil der untersuchten Einschüler im LK Peine mit unauffälligem Entwicklungsstand in Abhängigkeit zu sozialen Faktoren, 2013



In der nachstehenden Grafik wurden Bildungsgrad und Migrationshintergrund in Relation gesetzt. Der Einfluss des Bildungsgrades wirkt sich deutlich stärker aus: Familien mit Migrationshintergrund, die gebildet sind, bieten ihren Kindern vergleichbare Entwicklungschancen wie Familien ohne Migrationshintergrund.

Abb. V.1.2.: Prozentualer Anteil der untersuchten Einschüler im LK Peine mit unauffälligem Entwicklungsstand in Abhängigkeit zum Bildungsgrad der Eltern und deren ethnischer Herkunft, 2013



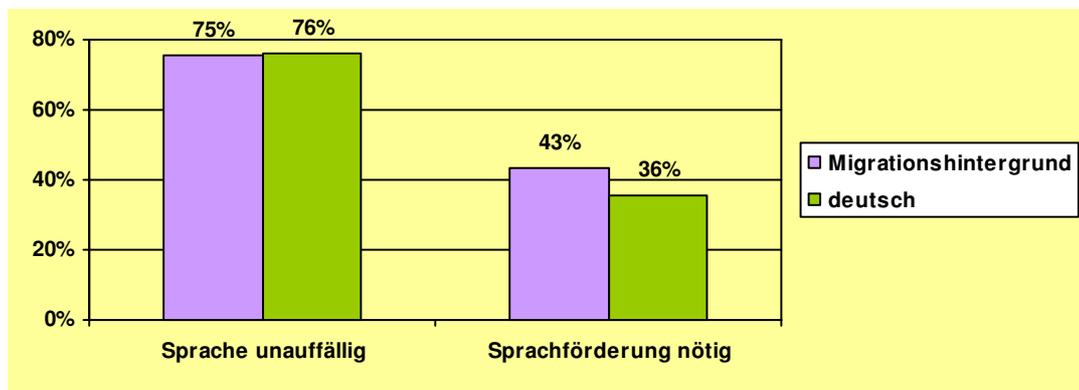
Eine Schlüsselkompetenz für Bildung ist Sprache. Für die Auswirkung der beiden Faktoren „Sprachförderbedarf“ (im Sinne der Teilnahme an der schulischen Sprachförderung) und Migrationshintergrund lässt sich feststellen:

- mehrsprachig aufwachsende Kinder, die keinen Förderbedarf haben – also „kompetent in der deutschen Sprache sind“, haben einen mindestens ebenso guten Entwicklungsstand wie einsprachig deutsche Kinder ohne Sprachförderbedarf

- Einsprachig deutsche Kinder mit Sprachförderbedarf haben einen schwächeren Entwicklungsstand als mehrsprachige Kinder – bei ihnen wirkt sich die Ursache der schwachen Sprachkompetenz auch auf die übrigen Kompetenzen aus (beispielsweise Bildungsferne, Intelligenzminderung in der Familie).

Das bedeutet: Zuwanderungsgeschichte ist nur in Verbindung mit unzureichenden Deutschkenntnissen und / oder geringer Bildung ein (starker) Einflussfaktor.

Abb. V.1.3.: Prozentualer Anteil der untersuchten Einschüler im LK Peine mit unauffälligem Entwicklungsstand in Korrelation zur ethnischen Herkunft und Sprachkompetenz , 2013



Die Erwerbssituation der Eltern ist der Faktor mit der größten Auswirkung auf das Gesamtergebnis. Es ist auch aus anderen Studien und den SOPHIA-Gesamtdaten bekannt, dass sich soziale Benachteiligung in erheblichem Maße negativ auf die Schulfähigkeit und auf fast alle gesundheitlichen Bereiche auswirkt.

Abb. V.1.4.: Prozentualer Anteil der untersuchten Einschüler im LK Peine mit unauffälligem Befund in Korrelation zur Erwerbssituation, 2013

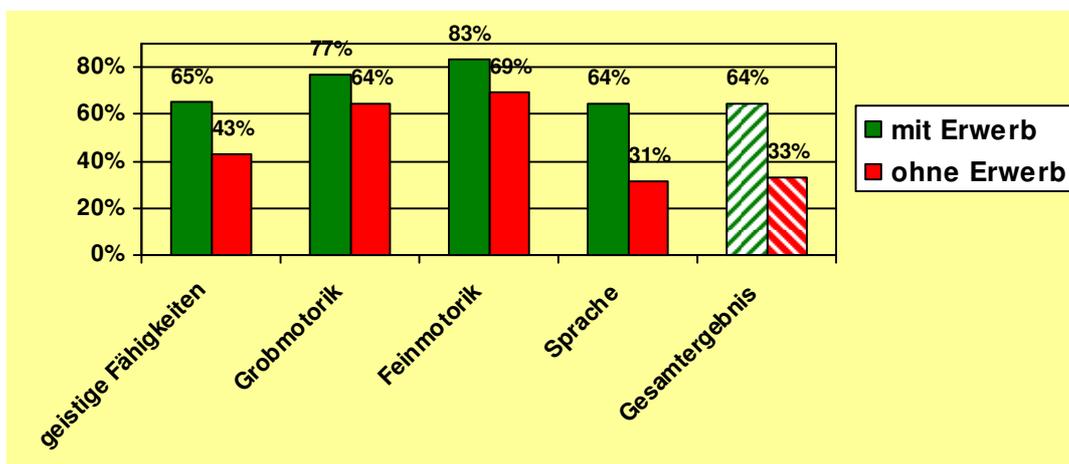
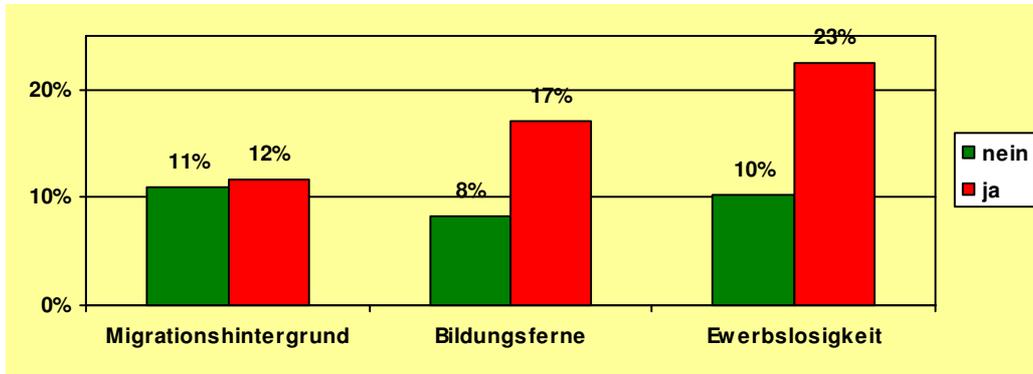


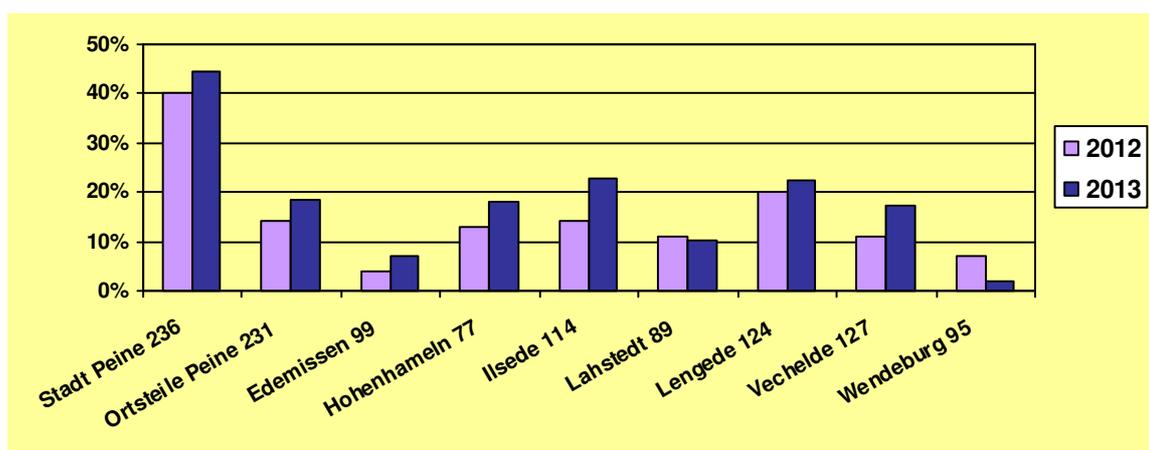
Abb. V.1.5.: Prozentualer Anteil der untersuchten Einschüler im LK Peine mit behandlungsbedürftigen Verhaltensauffälligkeiten in Korrelation zu sozialen Faktoren , 2013



2. Sozialräume

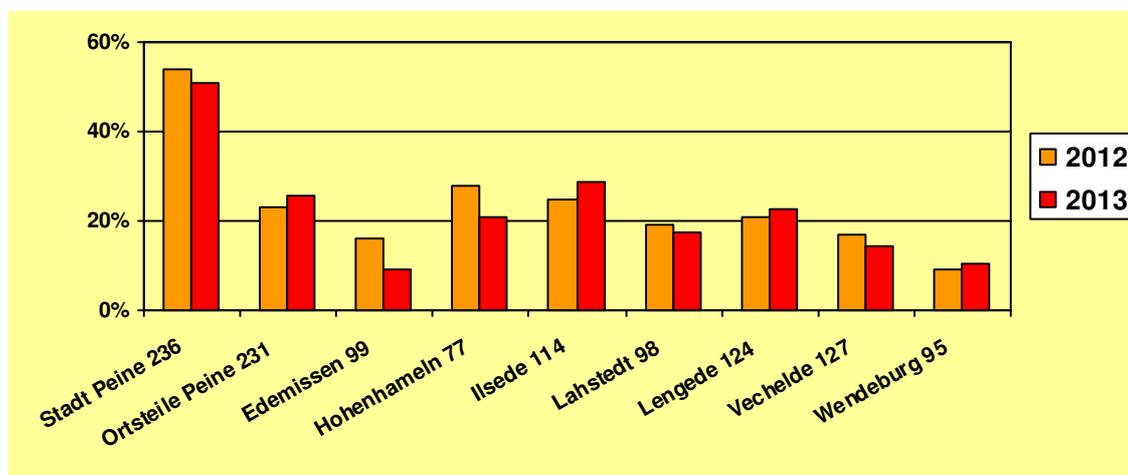
Kinder mit Migrationshintergrund sind im Landkreis Peine ungleich auf Stadt und Gemeinden verteilt. Den höchsten Anteil hat die Kernstadt Peine, dabei besteht eine Konstanz im Mehrjahresvergleich mit 40 % und darüber. Hoch ist auch der Anteil in den Gemeinden Lengede und Ilsede, in denen bei jährlichen Schwankungen auch bis zu 20 % erreicht werden.

Abb. V.2.1.: Prozentualer Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund bei des SEU im LK Peine nach Gemeinden, 2012 und 2013



Auch beim Anteil bildungsferner Familien schwanken die Werte zwischen 9 und 54 % in Gemeinden und Stadt Peine.

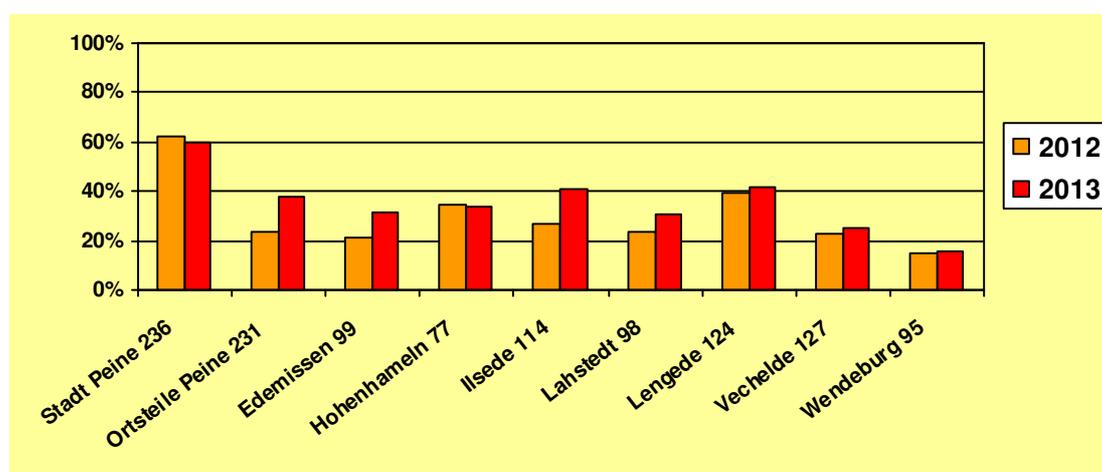
Abb. V.2.2.: Prozentualer Anteil der Einschulungskinder im LK Peine aus bildungsfernen Familien in den Gemeinden, 2012 und 2013



Altersgerecht entwickelte motorische Fähigkeiten sind nicht nur für sportliche Tätigkeiten, sondern auch für das Lernen im Allgemeinen förderlich. In Stadt und Gemeinden gelingt es unterschiedlich gut, Kinder in die Angebote der Sportvereine einzubinden. Ansatzmöglichkeiten dies zu ändern, wären niedrigschwellige, kostengünstige Sportangebote in den einzelnen Gemeinden, Hilfen bei der Inanspruchnahme des Teilhabepaketes etc.

Ein gutes Praxisbeispiel ist die Aktion „Spiel mit - sei aktiv“ in der Südstadt.

Abb. V.2.3.: Prozentualer Anteil der untersuchten Einschulungskinder im LK Peine, die nicht regelmäßig einmal pro Woche mindestens 1 Stunde Sport betreiben, 2012 und 2013



Auch in den Gemeinden mit einem höheren Anteil an bildungsnahen Familien und höherem Erwerbstatus kann 1/3 der Kinder nicht schwimmen; in der Kernstadt sind es doppelt so viele.

Abb: V.2.4.: Prozentualer Anteil der Nichtschwimmer der untersuchten Einschüler im LK Peine nach Gemeinden, 2012 und 2013

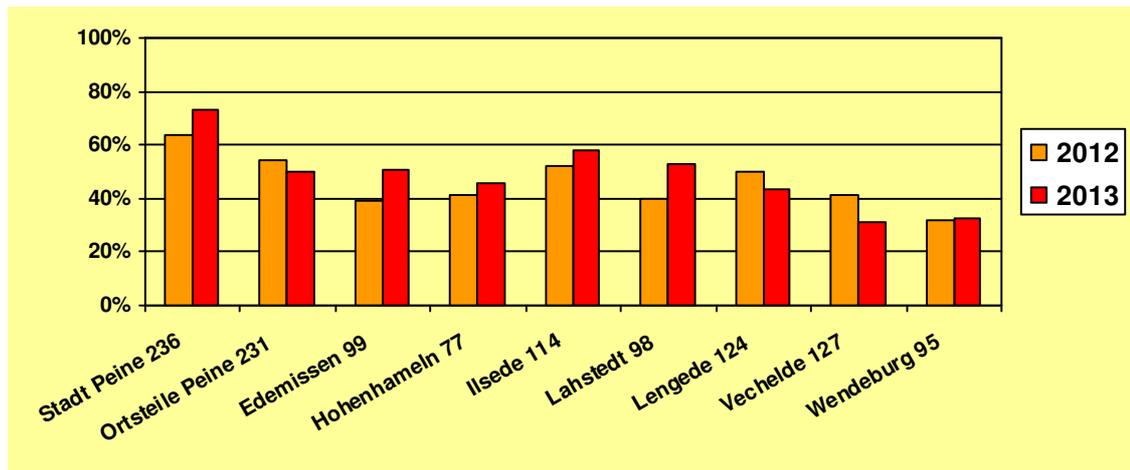
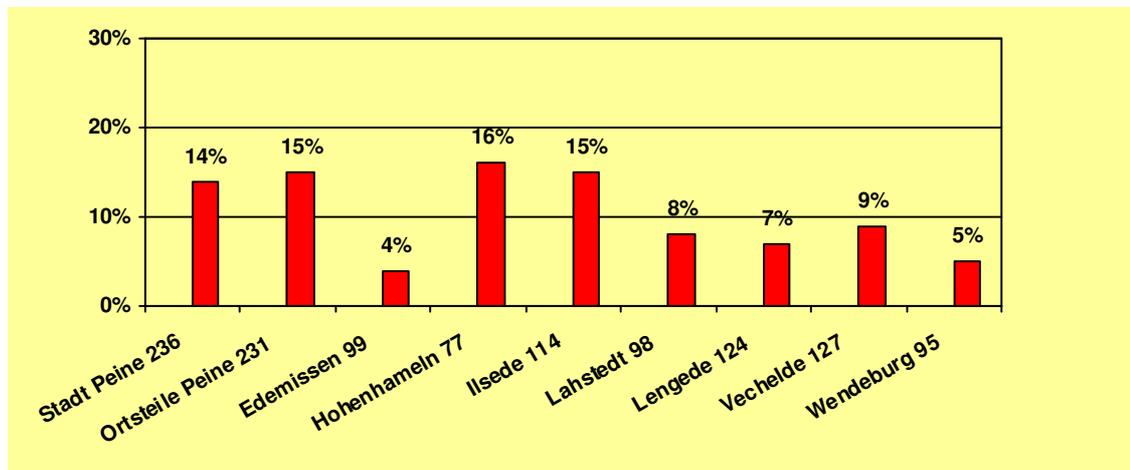


Abb: V.2.5.: Prozentualer Anteil der untersuchten Einschüler mit Verhaltensauffälligkeiten im LK Peine nach Gemeinden, 2013



Sichtbar wird die große Vielfalt an Lebenswelten, in die die Kinder hineinwachsen und deren Einflüssen sie ausgesetzt sind. Es werden regionale Verteilungsmuster sichtbar, die Ausgang im Bildungs- und Migrationshintergrund der Eltern haben. Das Phänomen der räumlichen Segregation durch Korrelation von Bildung, Migration und Armutsrisiko führt zur Verfestigung ungleicher Bildungschancen.

Aufgrund der regionalen Lage haben Kitas und Schulen sehr unterschiedliche Herausforderungen zu bewältigen und in großem Umfang kompensatorische Arbeit zur Stärkung der Entwicklung der Kinder zu leisten. Gefragt sind Maßnahmen vor Ort, die einen Beitrag zur Chancengerechtigkeit für Gesundheit und Bildung leisten.

VI. Gutachten des KJÄD zu Eingliederungshilfen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XII

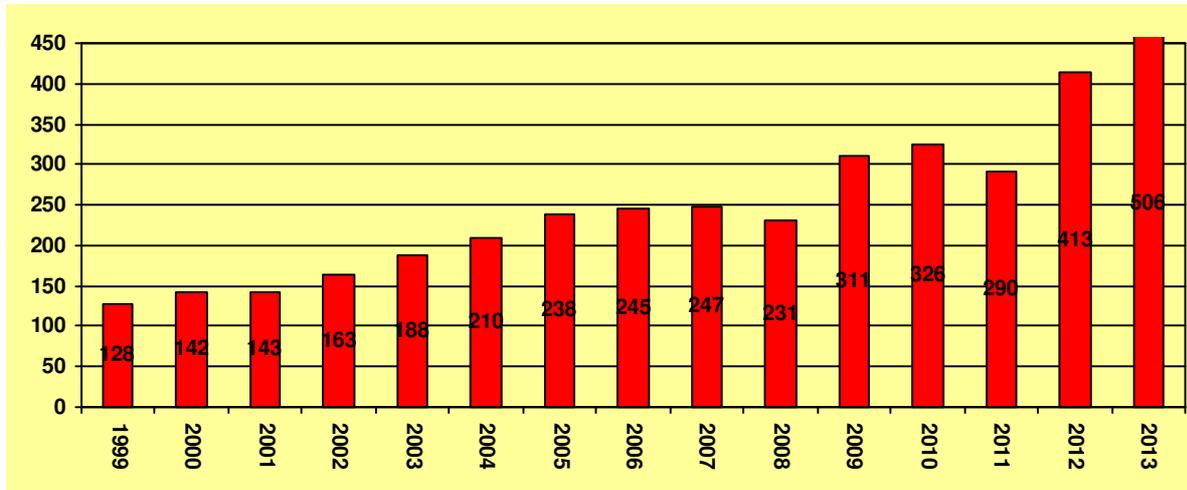
Die Erstellung von Gutachten zur Gewährung von Eingliederungshilfe für behinderte Kinder nach § 53 SGB XII stellt eine weitere wichtige Leistung des KJÄD dar.

Anteilmäßig geht es dabei vor allem um folgende Maßnahmen:

1. ambulante heilpädagogische Frühförderung, die in der Regel einmal pro Woche in der Familie und/oder im Kindergarten des betreffenden Kindes geleistet wird,
2. teilstationäre integrative heilpädagogische Förderung in einem Kindergarten,
3. teilstationäre heilpädagogische Förderung in den Kindertagesstätten „VIN“, „MIA“ der Lebenshilfe Peine-Burgdorf GmbH in Essinghausen,
4. Schulbegleitung in Form eines Einzelfallhelfers, der dem Kind je nach Bedarf während der gesamten Schulzeit oder für bestimmte Zeitfenster zur Verfügung steht.

Auch wenn durch sinkende Geburtenzahlen der Anteil der Kinder im Landkreis Peine sinkt, so hat die Anzahl der zu bearbeiteten Gutachten in den vergangenen 14 Jahren deutlich zugenommen. Der Bedarf nimmt zu, dass Eltern für ihr Kind, das in einem oder mehreren Entwicklungsbereichen entwicklungsverzögert ist, Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII beantragen. Im Zuge dieses Verfahrens muss die bestehende bzw. drohende Behinderung des Kindes nachgewiesen werden. Diese Begutachtung erfolgt durch eine Kinderärztin des KJÄD des Gesundheitsamtes im Auftrag des Sozialamtes. Wenn das betreffende Kind zum Personenkreis des § 53 SGB XII gehört und somit Anspruch auf Eingliederungshilfe hat, muss geprüft werden, ob die beantragte Maßnahme, (beispielsweise heilpädagogische Frühförderung) geeignet ist, um gemäß § 53 SGB XII die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Ein Teil des Anstiegs der vorschulischen Eingliederungshilfen ist mit Sicherheit auch im Zusammenhang mit der Einführung der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten und der damit verbunden frühzeitigeren Aufdeckung von evtl. Handlungsbedarf zu sehen.

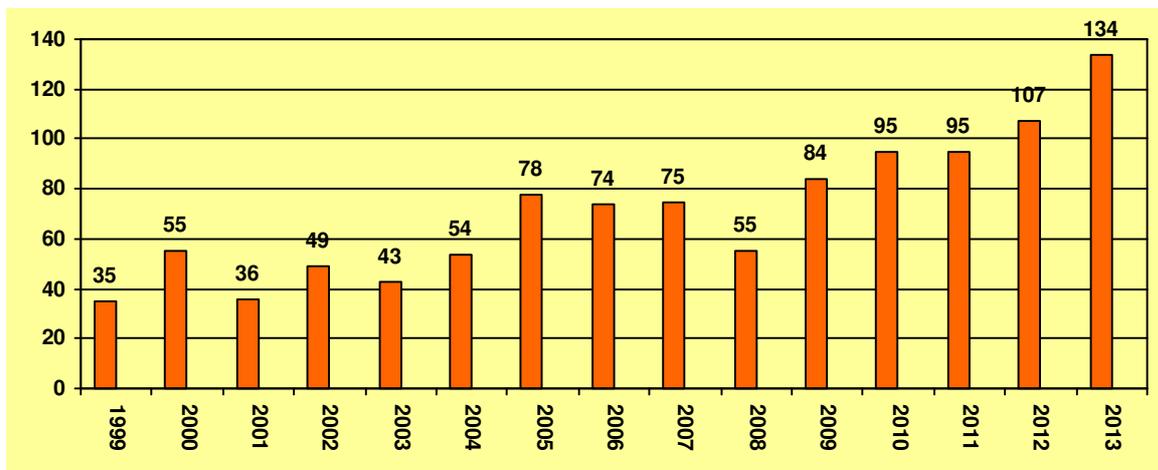
Abb: VI.1.: Gutachtenstatistik Eingliederungshilfen, Zeitreihe 1999 – 2013



Wenn man die einzelnen Fördermaßnahmen genauer betrachtet, so zeigt sich das folgende Bild:

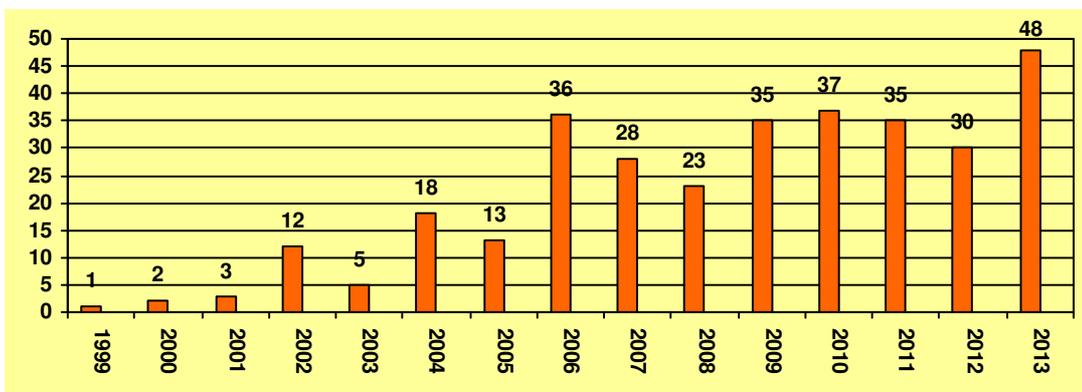
1. Die Verordnung von heilpädagogischer Frühförderung zeigt sich über die Jahre stetig steigend. Diese ambulante pädagogische-therapeutische Maßnahme ist im Vergleich zu teilstationärer heilpädagogischer Förderung niedrighschwelliger. Ziel ist es, das Kind im häuslichen Umfeld zu fördern und Eltern in ihrer Kompetenz zu stärken.

Abb: VI.2.: Gutachtenstatistik Frühförderung, Zeitreihe 1999 – 2013



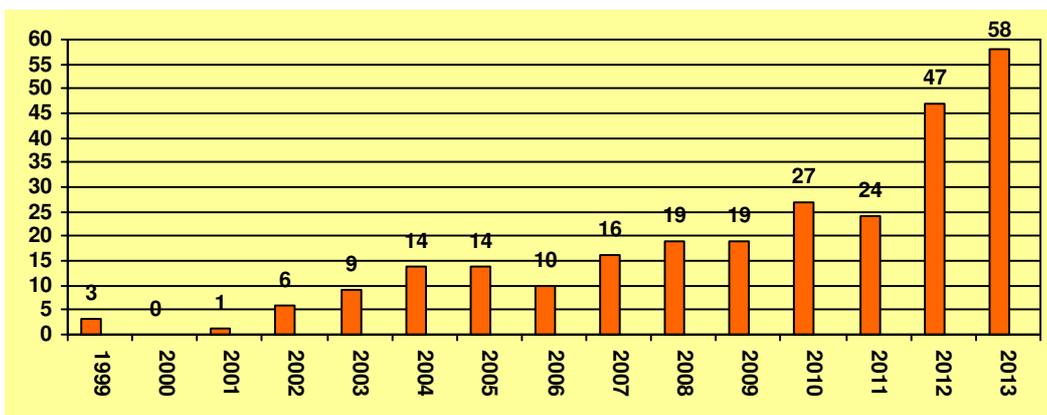
2. Die Zahl der integrativ betreuten Kinder ist erst in den letzten sechs Jahren sehr deutlich angestiegen. Das Modell der integrativen heilpädagogischen Betreuung in den Kindergärten hat sich erst in den letzten Jahren entwickelt. Durch Inklusion und zunehmende Krippenbetreuung ist hier für die nächsten Jahre ein weiterer Anstieg zu erwarten.

Abb: VI.3.: Gutachtenstatistik Integrationsplätze, Zeitreihe 1999 - 2013



3. Durch Einführung der inklusiven Beschulung von Kindern mit (drohenden) Behinderungen ist die Zahl der Anträge auf Unterstützung durch einen Integrationshelfer während des Schulunterrichtes (Einzelfallhelfer, Schulbegleiter auch für den Transport) seit 2011 auf mehr als das Doppelte angestiegen. Der weitaus größte Anteil dieser Anträge ist gemäß § 53 SGB XII berechtigt.

Abb: VI.4.: Gutachtenstatistik Integrationshelfer, Zeitreihe 1999 - 2013



VII. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2013 im Kurzüberblick:

1. Wie in den vergangenen Jahren belegen die Daten der Schuleingangsuntersuchung auch 2013, dass statistisch die höchsten Risikofaktoren für eine nicht altersgerechte Entwicklung der Kinder die **Erwerbslosigkeit und Bildungsferne der Eltern** sind.
2. Ein Migrationshintergrund der Kinder per se wirkt sich **nicht** als eigenständiger Risikofaktor aus.
3. Die **Sozialräume** im Landkreis Peine zeigen deutliche Unterschiede im Vorkommen statistischer Risiken.
4. Es besteht ein hoher Bedarf an Sprachvorbildern und Sprachpflege. Momentan spiegelt sich das in einem hohen Bedarf an **Sprachförderung** für Kinder auch aus einsprachig deutschen Familien wieder. Das Erlernen der deutschen Sprache für mehrsprachige Kinder ist in Kitas mit niedrigem Anteil gleichaltriger deutsch-sprechender Kinder erschwert.
5. Die Förderung der **regelmäßigen sportlichen Aktivität** der Kinder ist weiter ausbauwürdig.

Fazit: Sollte es gelingen, die Kinder „bunt“ gemischt (inklusiv) sowie gut und lange genug (intensiv) in den Kindertagesstätten zu fördern,

- hätten mehrsprachige Kinder ausreichend Kontakt zur deutschen Sprache im Alltag,
- hätten alle Kinder positive Sprachvorbilder,
- hätten Kinder aus bildungsfernen und erwerbslosen Familien elternunabhängige Angebote – auch für Sport und Bewegungsförderung. Durch frühe Intervention lassen sich psychosoziale Ursachen von Entwicklungsstörungen beeinflussen.

Wenn dies gelingen soll, müsste unabhängig von finanziellen Ressourcen der Familien für eine gleichmäßigere Verteilung der Kinder auf die Kindertagesstätten unabhängig von Sozialräumen gesorgt werden und die frühe professionelle und mehrstündige Förderung in den Kindertagesstätten aus öffentlichen Mitteln finanziert werden.

VIII. Arbeitskreis Jugendzahnpflege

1. Ziele des Arbeitskreises Jugendzahnpflege

Mundgesundheit ist ein wichtiger Bestandteil der allgemeinen Gesundheit und bezieht sich auf die uneingeschränkte Funktionalität und Entzündungs- bzw. Beschwerdefreiheit aller Organe der Mundhöhle. Des Weiteren kann die Mundgesundheit den allgemeinen Gesundheitszustand stark beeinflussen, z.B. können entzündlich bedingte Herzklappenerkrankungen durch Besiedlung mit Mundhöhlenbakterien entstehen. Karies und Parodontalerkrankungen zählen, trotz aller Bemühungen, noch immer zu den häufigsten Infektionskrankheiten der Menschheit. In den Industrieländern ist durch Fluoridierungsmaßnahmen ein Rückgang der Karies in allen Altersgruppen zu verzeichnen. Insgesamt ist allerdings eine Schiefelage zu erkennen, nämlich, dass immer weniger Erkrankte den Großteil der kariösen Zähne auf sich vereinigen. Drei Viertel aller Deutschen haben ein gutes Mundpflegeverhalten und gehen regelmäßig zu Kontrolluntersuchungen zum Zahnarzt (gbe.Bund, Heft 47, 2009).

Gem. § 21 Abs. 1 des Sozialgesetzbuches (SGB) V

haben „die Krankenkassen [...] im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen [Gesundheitsämter] unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. Die Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene

erstrecken. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln.“

Zuständige Stellen im Sinne des § 21 SGB V sind gem. § 5 Abs. 3 des NGöGD die Landkreise und dort die Gesundheitsämter.

Daher wurde im Jahr 1986 unter Mitwirkung der Krankenkassen, des Gesundheitsamtes, der niedergelassenen Zahnärzteschaft und des Schulaufsichtsamtes der Arbeitskreis Jugendzahnpflege im Landkreis Peine mit dem Gesundheitsamt als geschäftsführende Stelle gegründet. Zusätzlich zu den Untersuchungen beim Hauszahnarzt werden in Kindertagesstätten und Schulen regelmäßig Reihenuntersuchungen durch einen Vertragszahnarzt angeboten. Festgestellter Behandlungsbedarf wird mit der Aushändigung eines Elternbriefes mit der Empfehlung zum Zahnarztbesuch quittiert. Natürlich kann es sich dabei nur um eine grobe Durchsicht mit anschließender Empfehlung zum Zahnarztbesuch handeln. Die halbjährliche Vorstellung des Kindes beim Hauszahnarzt wird dadurch nicht entbehrlich. Die Untersuchungsverfahren sind nicht standardisiert. Die im folgenden dargelegten Ergebnisse sind nicht repräsentativ. Sie sind immer auch abhängig vom Untersucher bzw. von der Untersucherin.

Des Weiteren werden in den Einrichtungen zahnmedizinische Gruppenprophylaxesitzungen durch geschulte Zahnprophylaxefachkräfte angeboten. Aufgabe, Interesse und Ziel des Gesundheitsamtes bei diesen Maßnahmen ist:

- die Beobachtung der Bevölkerungsgesundheit
- die Früherkennung von Karies und Zahnfehlstellungen
- die kompetente Beratung und Abgabe von Empfehlungen
- die Motivierung zum regelmäßigem Zahnarztbesuch
- Verbesserung des Gesundheitsstatus und des Gesundheitsbewusstseins
- die Förderung der Eigenverantwortlichkeit im Gesundheitsverhalten in der Bevölkerung
- die Verbesserung der Mundhygiene, Senkung der Kariesrate und Erhöhung des Sanierungsgrades.

2. Ergebnisse der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe

Zahnmedizinische Gruppenprophylaxesitzungen sollen über die richtige Zahnpflege und zahngesunde Ernährung aufklären. Folgende Gruppenprophylaxesitzungen fanden im Schuljahr 2012/2013 statt.

Tab. VIII.2.1.: Aufstellung der geplanten und durchgeführten Gruppenprophylaxesitzungen, Schuljahr 2012/2013

	Sitzung lt. Plan	Sitzungen tatsächlich erreicht	Gruppe/Klasse lt. Plan	Gruppe/Klasse tatsächlich erreicht	Kinderzahl erreicht
Schulkindergärten Grundschulen	226	175	113	97	1884
Förderschule- L+G+E	114	90	57	48	296
Haupt- Realschulen Gymnasien, IGS	68	51	68	48	1075
Kindertagesstätten	436	396	218	204	3379
	844	712	456	397	6634

Von den geplanten Sitzungen in Klassen an Grundschulen und Schulkindergärten wurden von der ursprünglichen Planung von 226 Sitzungen 175 durchgeführt. Das entspricht **77,43 %**.

Für die Förderschulen waren ursprünglich 114 Sitzungen in 57 Klassen geplant. Davon wurden 90 Sitzungen in 48 Klassen durchgeführt. Das entspricht **78,94 %**.

Von den geplanten 68 Sitzungen in Klassen der weiterführenden Schulen sind 51 erfolgt, dieses entspricht **75 %**.

Von 436 geplanten Sitzungen in Gruppen der Kindertagesstätten wurden 396 durchgeführt. Das entspricht **90,82 %**.

27 zeitintensive Erziehergespräche wurden geführt. Hintergründe dieser Gespräche waren Vorbereitungen auf Elternabende und die Umsetzung der zahngesunden Ernährung (Nursing Bottle Syndrom) in den Institutionen. Im Schuljahr 2012/2013

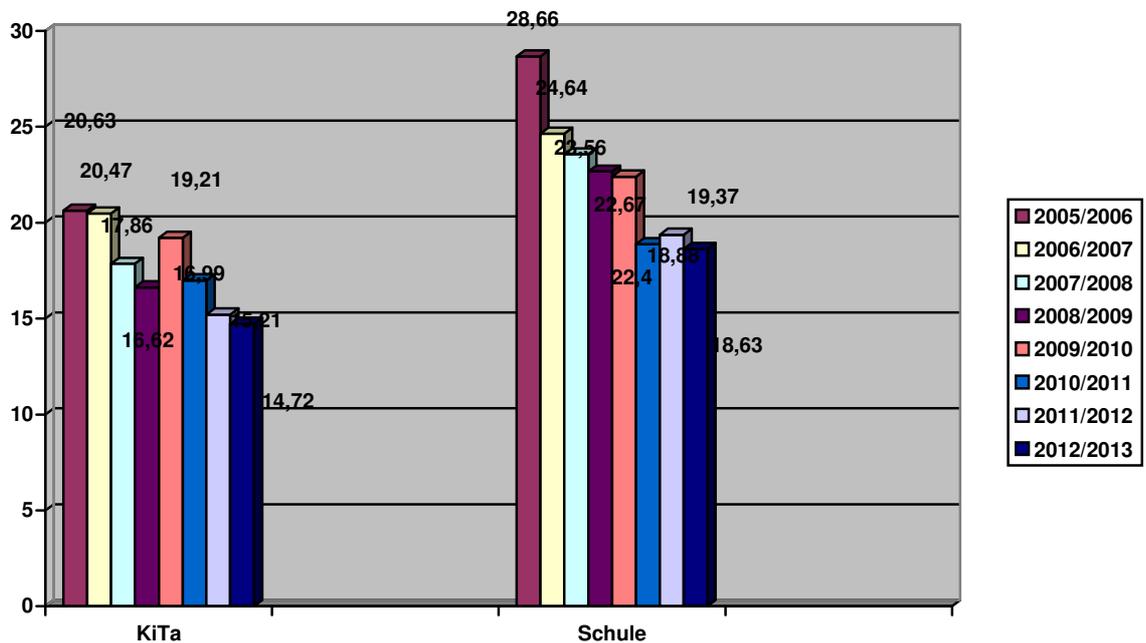
wurden 2 Elternabende und 4 Informationsveranstaltungen für Erzieherinnen durchgeführt.

3. Ergebnisse der zahnmedizinischen Reihenuntersuchungen

Zahnmedizinische Reihenuntersuchungen werden durch 30 Vertragszahnärzte in Kindertagesstätten und Schulen durchgeführt. In Kindertagesstätten wurden 2012/2013 3010 und in Schulen (ohne Förderschulen) 6228 Kinder, d.h. 9.238 Kinder insgesamt untersucht. Davon hatten 1.603 Kinder behandlungsbedürftige Zähne. Das entspricht 17,35%.

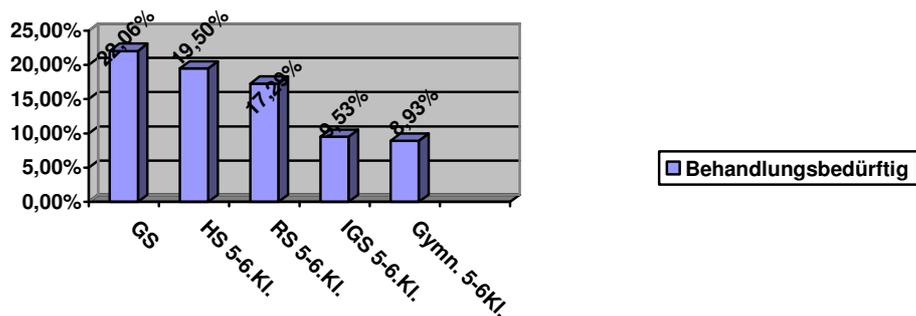
Für die vergangenen Jahre zeigte der Zeitvergleich einen Rückgang der Rate sowohl in den Kindertagesstätten als auch an Schulen. Dieser Trend setzt sich fort. Die Ergebnisse sind der nachstehenden Tabelle zu entnehmen.

Abb. VIII.3.1.: Prozentualer Anteil der kariösen Gebisse bei zahnmedizinisch untersuchten Kindern in Kindertagesstätten und Schulen (ohne Förderschulen) im Landkreis Peine, Zeitreihe Schj.: 2005/2006 – 2012/2013



In der nächsten Abbildung und Tabelle wird das Ergebnis aufgeschlüsselt nach Schulform dargestellt. In der Grundschule ist der Anteil behandlungsbedürftiger Zähne am höchsten.

Abb. VIII.3.2.: Prozentualer Anteil behandlungsbedürftiger Zähne zahnmedizinisch untersuchter Kinder im Schuljahr 2012/2013 nach Schulform

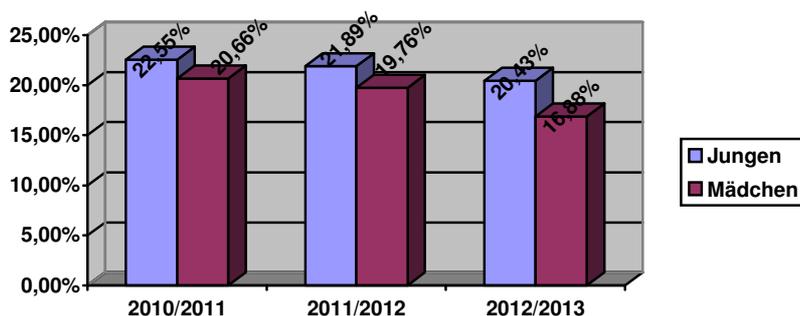


Tab.: VIII.3.3.: Gesamtzahl der im LK Peine zahnmedizinisch untersuchter Kinder in Schulen und dabei festgestellter Behandlungsbedürftigkeit, Schuljahr 2012/2013

Einrichtung	Gesamtzahl	behandlungsbedürftig	Prozent
Grundschulen	3966	875	22,06
Hauptschulen (Ed., Hoh., Ils., Wen., Burg, Bo-Wi)	241	47	19,50
Realschulen (Ed., Ils., Wen., Ve., Gunzelin, Bo-Wi)	642	111	17,29
IGS (Vöh., Len.)	640	61	9,53
Gymnasien (Ils., Ve., Ratsgym.)	739	66	8,93
Gesamt	9238	1603	17,35

Der Geschlechtervergleich zeigt, dass Jungen häufiger behandlungsbedürftige Zähne aufweisen als Mädchen. Damit setzt sich der Trend der vergangenen Jahre fort.

Abb. VIII.3.4.: Prozentualer Anteil behandlungsbedürftigen Zähne bei den zahnmedizinisch untersuchten Kindern in Kindertagesstätten und Grundschulen im LK Peine nach Geschlecht, Zeitreihe Schuljahre 2010/2011 – 2012/2013



Tab.: VIII.3.5.: Gesamtzahl der im LK Peine zahnmedizinisch untersuchter Mädchen und Jungen in Kindertagesstätten und Grundschulen und dabei festgestellter Behandlungsbedürftigkeit, Schuljahr 2010/2011 – 2012/2013

Schuljahr	Gesamtzahl	behandlungsbedürftig	Prozent
Schuljahr 2010/2011			
Jungen	3436	775	22,55
Mädchen	3102	641	20,66
Schuljahr 2011/2012			
Jungen	3628	794	21,89
Mädchen	3319	656	19,76
Schuljahr 2012/2013			
Jungen	3707	724	20,43
Mädchen	3446	550	16,88

Die Verteilung der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen in Kindertagesstätten und Grundschulen auf die Gemeinden zeigt, dass der prozentuale Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen in Hohenhameln mit 29,13 % nach wie vor am höchsten ist. Dennoch ist eine Verbesserung zu verzeichnen. In allen anderen Gemeinden pendelt sich die Kariesrate zwischen 12% und 21% ein. In Wendeburg und Vechelde setzt sich der erfreuliche Trend mit behandlungsbedürftigen Zähnen unter 15% wie in den vergangenen Jahren fort. In Lengede ist die Kariesrate im vergangenen Jahr erheblich gesunken. Über Gründe für diese Ungleichverteilung lassen sich leider keine Aussagen treffen.

Abb.VIII.3.6.: Prozentualer Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen in Kindertagesstätten und Grundschulen nach Gemeinden im Schuljahr 2011/2012 und 2012/2013

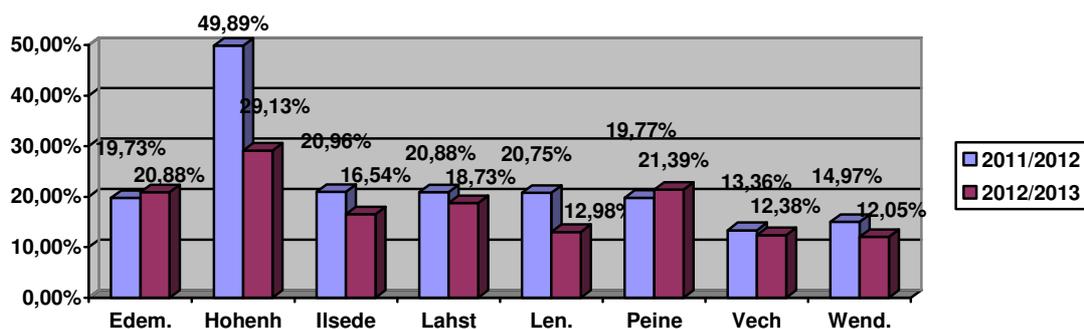


Abb.VIII.3.7.: Anzahl der untersuchten Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen in Kindertagesstätten und Grundschulen nach Gemeinden im Schuljahr 2012/2013

Schuljahr 2012/2013		
Edemissen	771	161
Hohenhameln	460	134
Ilsede	641	106
Lahstedt	614	115
Lengede	809	105
Peine	2707	579
Vechelde	307	38
Wendeburg	664	80

Abb.VIII.3.8.: Prozentualer Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen in weiterführenden Schulen, 5. und 6. Klassen nach Gemeinden im Schuljahr 2012/2013

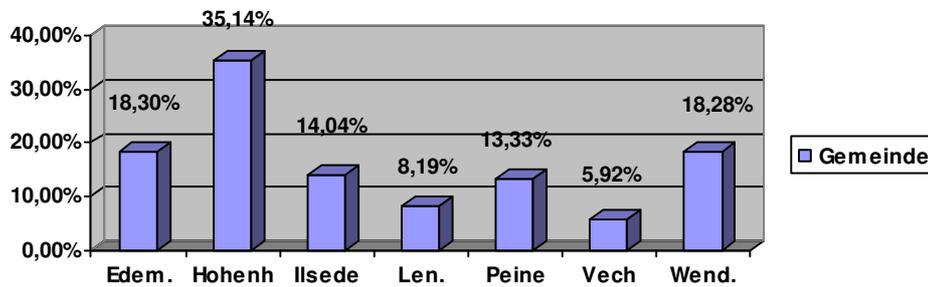


Abb.VIII.3.9.: Anzahl der untersuchten Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen in weiterführenden Schulen, 5. und 6. Klassen nach Gemeinden im Schuljahr 2012/2013

Gemeinde	Gesamtzahl	behandlungsbedürftig
Edemissen	153	28
Hohenhameln	37	13
Ilsede	470	66
Lengede	293	24
Peine	878	117
Vechelde	338	20
Wendeburg	93	17

4. Zusammenfassung Jugendzahnpflege

Experten gehen von einer durchschnittlichen Kariesrate von 25% in der Bevölkerung aus. Im Landkreis Peine konnte in den Schuljahren seit 2005/2006 bis 2012/2013 ein Rückgang der Kariesrate in den Kindertagesstätten von 20,63% auf 14,72% verzeichnet werden. Damit liegt der Landkreis Peine in diesen Einrichtungen insgesamt unter dem Bevölkerungsdurchschnitt. In den Schulen hat sich der prozentuale Anteil behandlungsbedürftiger Zähne im Schuljahr 2012/2013 seit 2005/2006 im Gegensatz zu 2011/2012 wieder verringert. In den Grundschulen lag der Wert im Jahr 2012/2013 bei 22,06%. Insgesamt liegt der Wert in allen Bereichen unter 25%. Allein bei der Zusammenfassung der Ergebnisse für die Kindertagesstätten und Grundschulen in der Gemeinde Hohenhameln lag der Wert mit 29,13% über dem Landesdurchschnitt. Der Zahnstatus war bei Jungen insgesamt schlechter als bei Mädchen. Die erfreulichen Gesamtwerte sind ein Indiz dafür, dass die

Maßnahmen der Jugendzahnpflege nicht eingestellt werden dürfen. Zahnhygiene ist und bleibt ein aktuelles Thema, an dem es sich zwecks Erhaltung der Mundgesundheit und der allgemeinen Gesundheit zu arbeiten lohnt.