



Informationsvorlage	Vorlagennummer:	2017/110
Federführend: Fachdienst Gesundheitsamt	Status:	öffentlich
	Datum:	29.08.2017

<i>Beratungsfolge (Zuständigkeit)</i>	<i>Sitzungstermin</i>	<i>Status</i>
Ausschuss für Gleichstellung, Arbeit und Soziales (Kenntnisnahme)	25.09.2017	Ö

Kindergesundheitsbericht 2016
- Schuleingangsuntersuchungen
- Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten
- Arbeitskreis Jugendzahnpflege

Sachdarstellung:

Der Landkreis Peine erstellt mittels des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes jährlich einen Kindergesundheitsbericht auf der Grundlage der im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen erhobenen Daten. Des Weiteren fließen die Daten der Untersuchungen der 4-jährigen in den Kindertagesstätten sowie Ergebnisse der Jugendzahnpflege mit ein.

Rechtsgrundlage für die Berichterstattung ist § 8 Abs. 2 des Niedersächsischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD).

Die Einzelheiten sind dem der Tagesordnung beiliegenden Bericht zu entnehmen.

Anlagen

TOP11_Kindergesundheitsbericht 2016



Gesundheitsbericht 2016

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

Vorgelegt: September 2017



Vorwort des Landrats

Sie halten heute den Gesundheitsbericht des Landkreises Peine mit den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen 2015/2016 in den Händen.

Die Auswertung hat gezeigt, dass weiterhin ein hoher Bedarf an einer Förderung der Sprachkompetenz besteht. So sollten mehrsprachige Kinder möglichst in einem Umfeld gefördert werden, in dem die Sprachumgebung Deutsch ist. Dies könnte beispielsweise durch eine gleichmäßigere Verteilung der Kinder mit unterschiedlichem Sprachhintergrund auf alle

KiTas erfolgen. Die Erfahrung hat zudem gezeigt, dass Sprachförderprojekte günstiger verlaufen, die auch die Eltern mit einbeziehen. Wichtig wäre hier der Erhalt der Möglichkeiten zur Förderung von sprachauffälligen Kindern in Kleingruppen, sowohl im schulischen als auch im vorschulischen Bereich.

Die Ergebnisse des Gesundheitsberichtes zeigen außerdem einen zunehmenden Bedarf an Interventionsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten und Verhaltensauffälligkeiten auf. Hier sollte der Verschiebung von den somatischen auf die psychischen Krankheiten Rechnung getragen werden.

Deutlich wurde zudem, dass ein niedriges Einschulungsalter den Schulstart durch ein hohes Risiko für Entwicklungsrückstände und Frustration sowie Demotivation und Stigmatisierung gefährdet.

Ich danke allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsamtes, die mit Engagement, Kreativität und viel Schaffenskraft eine überaus beachtliche Abhandlung über den Gesundheitszustand unserer Kinder angefertigt haben.

Gerne nehmen wir konstruktive Anregungen auf, um sie im Bedarfsfall bei einer Neuauflage des Berichtes zu berücksichtigen.

Franz Einhaus

Landrat

Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	4
I.	Demografische Daten und Vorsorgeverhalten	6
II.	Ergebnisse aus den Kindergartenuntersuchungen	12
	1. Konzept der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten	12
	2. Auffällige Ergebnisse der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten	13
III.	Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen	16
	1. Konzept der Schuleingangsuntersuchungen	16
	2. Auffällige Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen	17
	3. Empfehlungen aufgrund der Schuleingangsuntersuchungen	20
IV.	Auswirkungen der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten	24
	1. Einfließen der Ergebnisse der Kindergartenuntersuchungen bei der Schuleingangsuntersuchung 2016	24
	2. Fazit aus 5 Jahren Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten	26
V.	Kindliche Lebensumgebung, Sozialfaktoren	27
	1. Sozialfaktoren	27
	2. Sozialräume	28
VI.	Gutachten des KJÄD zu Eingliederungshilfen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XII	32
VII.	Zusammenfassung der Ergebnisse	35
VIII.	Arbeitskreis Jugendzahnpflege	37
	1. Ziele des Arbeitskreises Jugendzahnpflege	36
	2. Ergebnisse der zahnmedizinischen Reihenuntersuchungen	39
	3. Zusammenfassung Jugendzahnpflege	44

Einleitung

Die Ergebnisse des vorliegenden Themenberichtes beruhen auf den Daten, die vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst (KJÄD) des Gesundheitsamtes Peine im Rahmen der Entwicklungsdiagnostik für Vierjährige und der Schuleingangsuntersuchungen mittels des Untersuchungsprogramms SOPHIA (Sozialpädiatrisches Programm Hannover-jugendärztlicher Aufgaben) erhoben wurden. Zur genaueren Einschätzung des Entwicklungsstandes und der Fähigkeiten eines Kindes werden standardisierte Testverfahren genutzt. Standardisiert bedeutet, dass die entsprechenden Testaufgaben immer in einer bestimmten Art und Weise vorgegeben werden, um die Vergleichbarkeit mit anderen Kindern gleichen Alters zu gewährleisten. Die damit erzielten Ergebnisse eines Kindes werden mit so genannten Normwerten verglichen, d. h. mit einem Vergleichswert, der dem Durchschnittswert einer bestimmten Anzahl von Kindern in einem bestimmten Alter entspricht. Damit kann eine Aussage darüber gemacht werden, wo die Fähigkeiten eines Kindes in einem bestimmten Bereich im Vergleich zu Gleichaltrigen liegen. 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 Schütze, 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 Gesundheitsberichterstattung nimmt damit eine wichtige Rolle als Vermittler zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen, den politischen Entscheidungsträgern und der akademischen public health Forschung ein.

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 der Kinder mit besorgniserregendem Entwicklungsstand (vereinfacht: „Sorgenkinder“ genannt) 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.

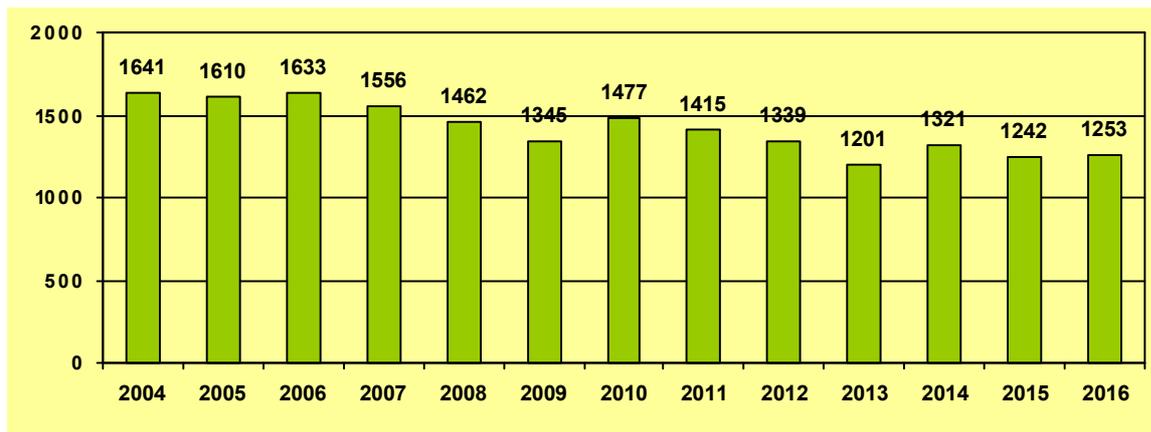
Der Arbeitskreis Jugendzahnpflege im Landkreis Peine wurde bereits 1986 unter der Geschäftsführung des Gesundheitsamtes und Beteiligung der Krankenkassen, Zahnärztekammer und des Schulaufsichtsamtes gegründet. Zahnmedizinische Gruppenprophylaxesitzungen werden durch die beiden Prophylaxefachkräfte Frau Jaworek und Frau Uecker in Kindertagesstätten und Schulen durchgeführt. Für die zahnmedizinischen Reihenuntersuchungen arbeitet das Gesundheitsamt mit 28 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 und schulrelevante Entwicklungsfaktoren eines kompletten Einschulungsjahrgangs. Für den Einschulungsjahrgang 2016 wurden insgesamt 1.253 Kinder untersucht.

Der Stichtag für die Schulpflicht wurde in den Jahren 2010 bis 2012 monatsweise vom 30. Juni auf den 30. September verschoben, so dass in den Jahren 2010 bis 2012 Kinder aus 13 statt 12 Geburtsmonaten untersucht wurden. Seit vorletztem Jahr sind es wieder jeweils 12 Monate. Eine weitere Stichtagsverschiebung ist nicht geplant.

Abb. I.1.: Anzahl der untersuchten Einschulungskinder im LK Peine, Zeitreihe 2004 – 2016



Die in den vergangenen Gesundheitsberichten ausgeführten kritischen Anmerkungen zur Verschiebung des Stichtages ohne Veränderung der Randbedingungen in den Schulen gelten weiterhin (vgl. S. 6 GBE 2010). Die sozial-emotionale Reife ist bei vielen jüngeren Kindern, besonders männlichen Geschlechts, oft noch nicht ausreichend für die Bewältigung eines geordneten Schulalltages. Viele Kinder sind noch sehr ich-bezogen und wenig gruppenfähig, d.h. nicht in der Lage, eigene Bedürfnisse zu Gunsten der Gruppe zurückzustellen. Wie erwartet, erreichen deutlich weniger der besonders jungen Kinder ein unauffälliges Ergebnis (vgl. auch Seite 21, Abb. III.3.3.).

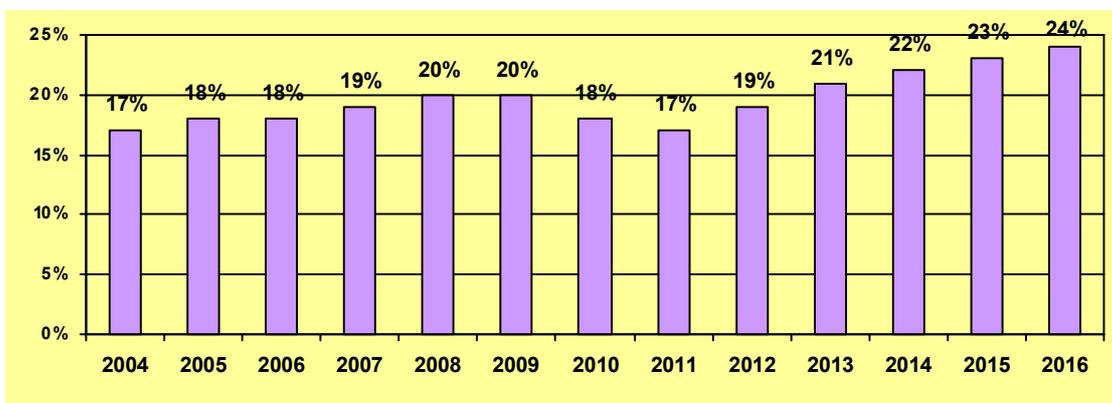
Der zeitliche Aufwand für die Durchführung der Schuleingangsuntersuchungen erhöht sich bei einigen Kindern, z.B. aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten oder weil Beratungen zur Schullandschaft wegen der Einführung der Inklusion differenzierter werden. Etliche Familien benötigen mehrere Termine, bevor die Untersuchung tatsächlich durchgeführt werden kann. Zurückgestellte Kinder werden doppelt untersucht. Dadurch, dass viele jüngere Kinder bereits der Schulpflicht unterliegen, werden allerdings weniger Kann-Kinder zur Untersuchung angemeldet.

Die Kontakte und Terminabsprachen mit den Schulen bleiben unverändert, alle Schulen müssen besucht werden. Für den Zeifaktor ist es daher nicht entscheidend, dass die Schülerzahl pro Schule rückläufig ist.

Aus den Sozialangaben der Eltern ergibt sich, dass von den insgesamt 1.253 untersuchten Einschülern 9% in Familien ohne Erwerbseinkommen aufwachsen und 10 % von nur einem Elternteil erzogen werden.

24% leben in 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.2.: Migrationsanteil der untersuchten Einschulungskinder in Prozent, Zeitreihe: 2004 - 2016



Über Jahre galt für Peine, dass 50% der Migranten aus der Türkei stammten. In 2016 sind es nur noch 25%. Von insgesamt 301 Einschülern (Absolutzahl) mit Migrationshintergrund waren 76 türkischer, 62 russischer, 29 polnischer Herkunft. 13 kamen aus dem Libanon, 27 waren syrisch, 11 irakisch und 12 afghanisch. Damit kamen 63 Kinder des Einschulungsjahrgangs aus den aktuellen Krisengebieten.

Der positive Effekt der Förderung im Kindergarten ist gemeinhin bekannt. Kinder mit einem frühen Eintritt in den Kindergarten haben zur Einschulung einen besseren Entwicklungsstand. Zunehmend wird auch das Krippenangebot von Eltern für ihre Kinder angenommen. 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. In den vergangenen Jahren besuchten zwischen 10 und 16 Kindern im Landkreis Peine im letzten Jahr vor der Einschulung keinen Kindergarten. Seit 2015 hat sich diese Zahl auf nunmehr 39 erhöht. Dies liegt vor allen Dingen daran, dass viele Kinder sich erst seit kurzer Zeit in Deutschland aufhalten und Ihnen kurzfristig kein KiTa-Platz vermittelt werden kann.

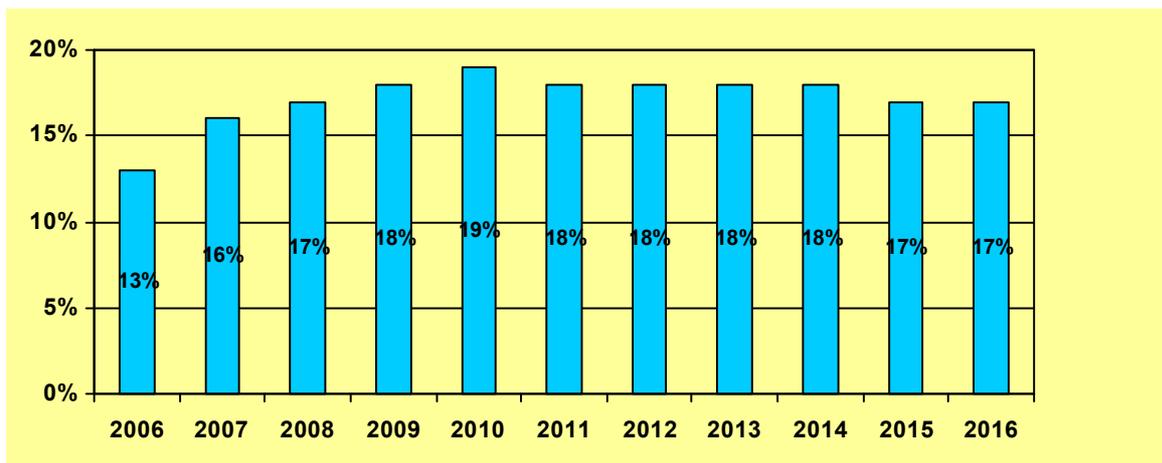
Tab: I.3.: Anzahl der untersuchten Einschulungskinder ohne Kindergartenbesuch nach Gemeinden, 2016

Stadt Peine:	17	von	284
Ortsteile Peine:	2	von	213
Edemissen:	2	von	103
Hohenhameln:	5	von	89
Ilse:	5	von	156
Lengede:	4	von	117
Vechede:	4	von	182
Wendeburg:	0	von	109

Mehrsprachige Kinder profitieren unabhängig vom Bildungsgrad der Familie von einem frühen Kita-Besuch. 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 im letzten Jahr vor der Einschulung statt. Sie dient u. a. der Verbesserung von Wortschatz, Grammatik und Ausdrucksfähigkeit in der deutschen Sprache. 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. Davon abgegrenzt werden müssen eventuelle Artikulationsfehler, das heißt Laute, die noch nicht korrekt ausgesprochen werden können. Diese werden hier nicht trainiert. Dazu dient die Logopädie, die von Kinder-, Haus- oder HNO-Ärzten verordnet werden kann.

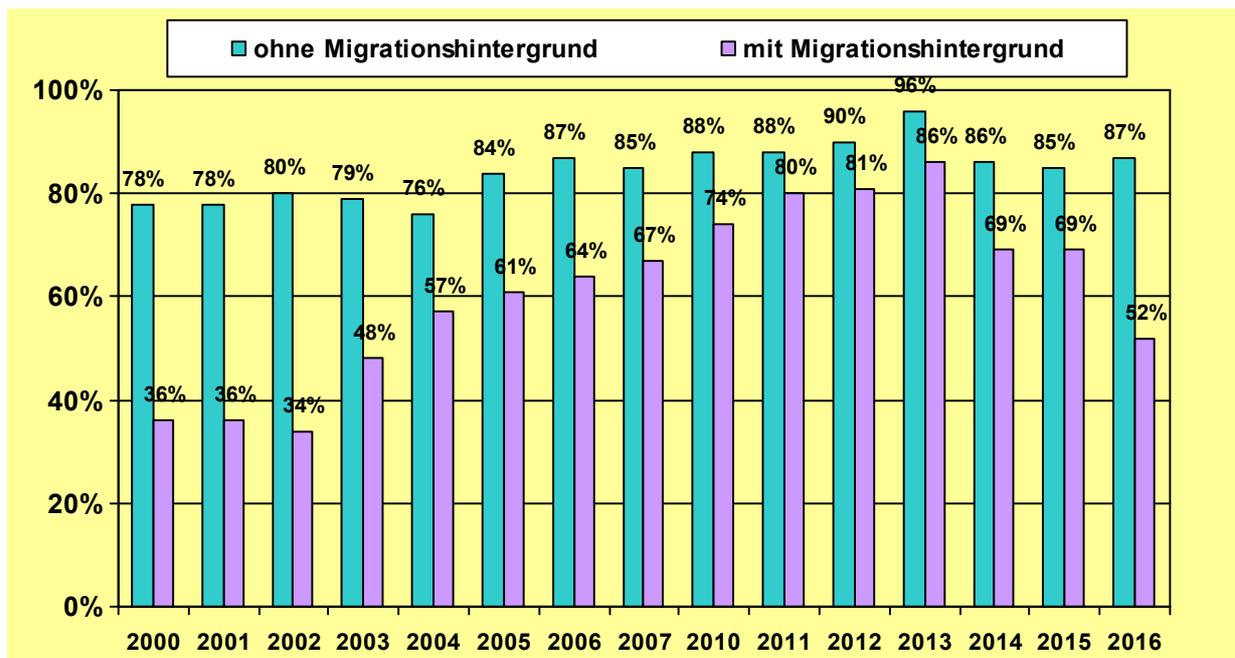
Abb. I.4.: Prozentualer Anteil der untersuchten Einschulungskinder, für die eine schulische Sprachförderung erforderlich war, Zeitreihe 2006 - 2016



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. 77 Kinder ohne und 130 Kinder mit Migrationshintergrund nahmen an der Sprachförderung teil. 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.

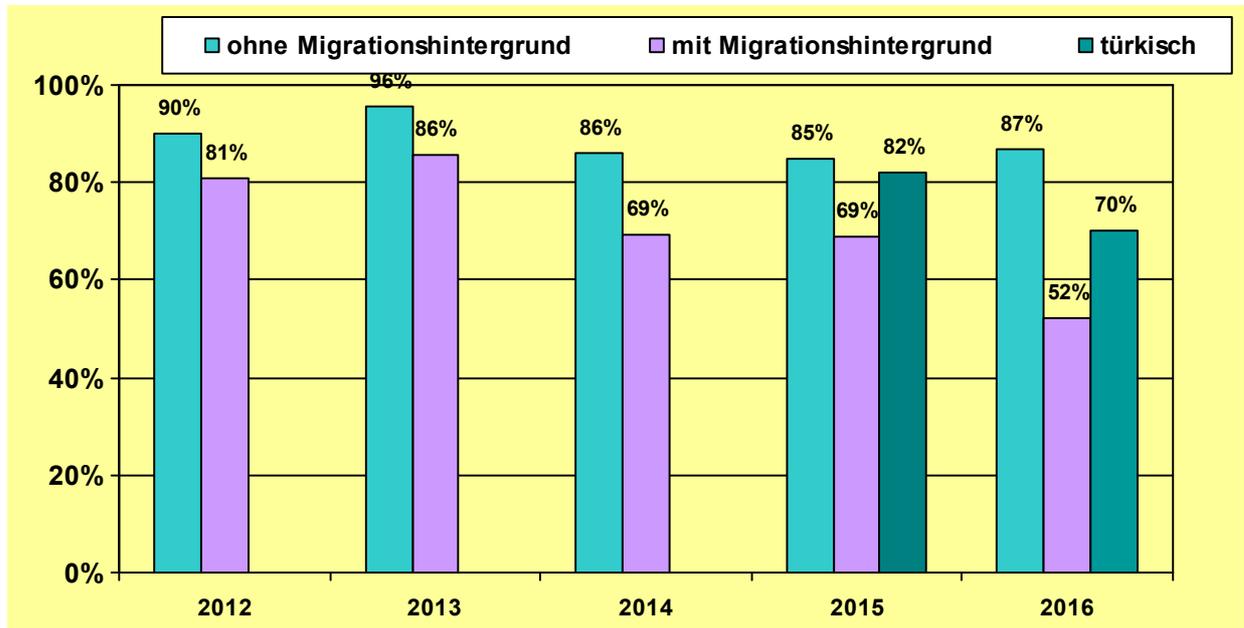
Die krankenkassenfinanzierte Vorsorgeuntersuchung im Alter von 5 Jahren (U9) fällt nicht unter das 2010 gesetzlich verankerte verbindliche Einladewesen. Als freiwilliges Angebot wurde im Jahr 2012 mit 90 % die Höchstgrenze der Teilnahmequote erwartet. Eine weitere Steigerung auf 96% im Jahr 2013 war überraschend hoch, aber wie erwartet nicht anhaltend. Es wird immer Familien geben, die aus unterschiedlichen Gründen und trotz aller Aufklärungsbemühungen die Vorsorgeuntersuchungen auf freiwilliger Basis nicht in Anspruch nehmen. Sehr erfreulich war der kontinuierliche Anstieg der Nutzung der U9 durch Familien mit Migrationshintergrund bis zum Jahr 2013. Es durfte davon ausgegangen werden, dass die Informationen über das Angebot und den Nutzen diese Zielgruppe erreicht haben.

Abb. 1.5.: Anteil der durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen U 9 bei den Schuleingangsuntersuchungen, Vergleich: mit und ohne Migrationshintergrund in Prozent, Zeitreihe 2000 – 2007 und 2010 - 2016



Für die türkischen Familien lag die Teilnahme bei 70 % und damit deutlich höher als bei der Gesamtheit der Migranten. Dort sind die Informationen offensichtlich besser angekommen. In die Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund gehen auch die Familien ein, die sich erst seit Kurzem in Deutschland aufhalten und noch nicht an das Gesundheitswesen angebunden sind.

Abb. I.6.: Anteil der durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen U 9 bei den Schuleingangsuntersuchungen, Vergleich: mit und ohne Migrationshintergrund, in Prozent, Zeitreihe 2012 – 2016, türkische Herkunft ab 2015



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 damit 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. Ziel ist es, in einer kurzgefassten Untersuchung möglichst effizient therapiebedürftige Entwicklungsabweichungen aufzudecken. Es handelt sich hier also um ein Screening und nicht um die ganzheitliche Entwicklungsbegleitung und deren Dokumentation, was zu den pädagogischen Aufgaben der Erzieherinnen gehört. 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 das Konzept einer aufsuchenden „Geh-Struktur“, (d. h. die Fachleute suchen die Bevölkerung in den Einrichtungen auf), können insbesondere auch Familien erreicht werden, die es alleine nicht unbedingt schaffen, sich aktiv auf den Weg zu machen, um ein solches Angebot in Anspruch zu nehmen.

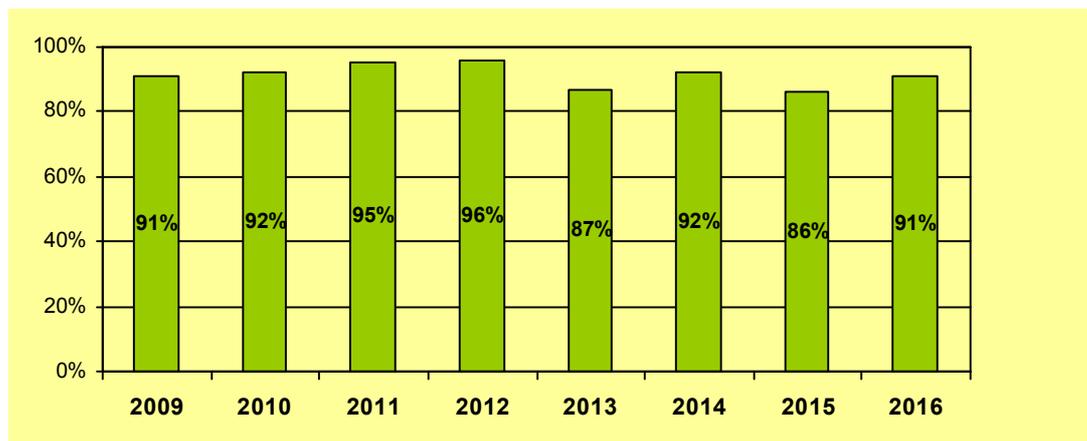
Das Konzept sieht folgende Zielsetzungen vor:

- 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

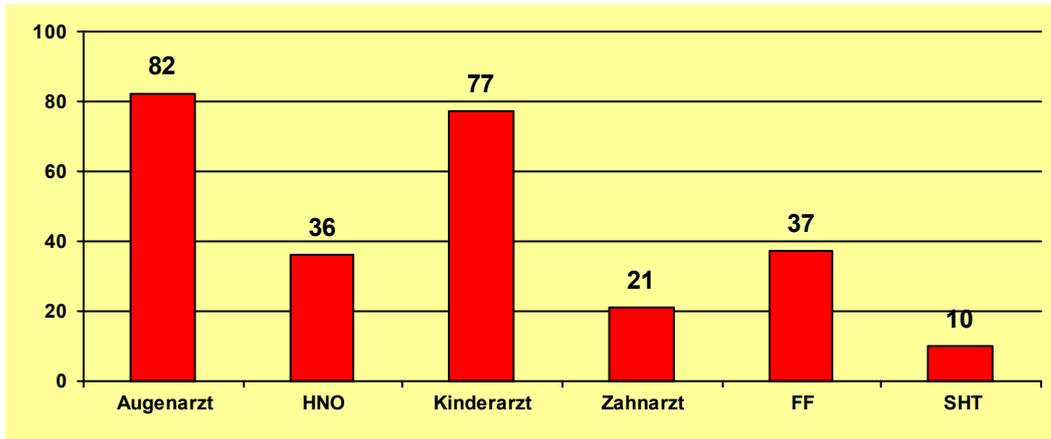
Nach sieben Jahren Entwicklungsdiagnostik für Vierjährige durch den KJÄD ist die Akzeptanz des Angebots weiterhin hoch. Die Absolutzahl der tatsächlich durchgeführten Untersuchungen ist mit 776 Kindern im Jahr 2016 relativ stabil und entspricht dem, was mit den momentanen personellen Ressourcen geleistet werden kann.

Abb. II.2.1.: Teilnahmequote Kindergartenuntersuchungen (KiGU) im LK Peine, Zeitreihe 2009 – 2016 in Prozent



Aufgrund der Befunde bzw. Ergebnisse, die bei der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten ermittelt wurden, konnten die Kinder bei Bedarf erfolgreich den entsprechenden Unterstützungsmöglichkeiten zugeführt werden.

Abb. II.2.2.: Auffällige Ergebnisse (Arztbriefe, Weitervermittlung) der Vierjährigen-Untersuchung im LK Peine 2016



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 infektiös bedingte 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 die Voraussetzung für eine 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 oder 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.“

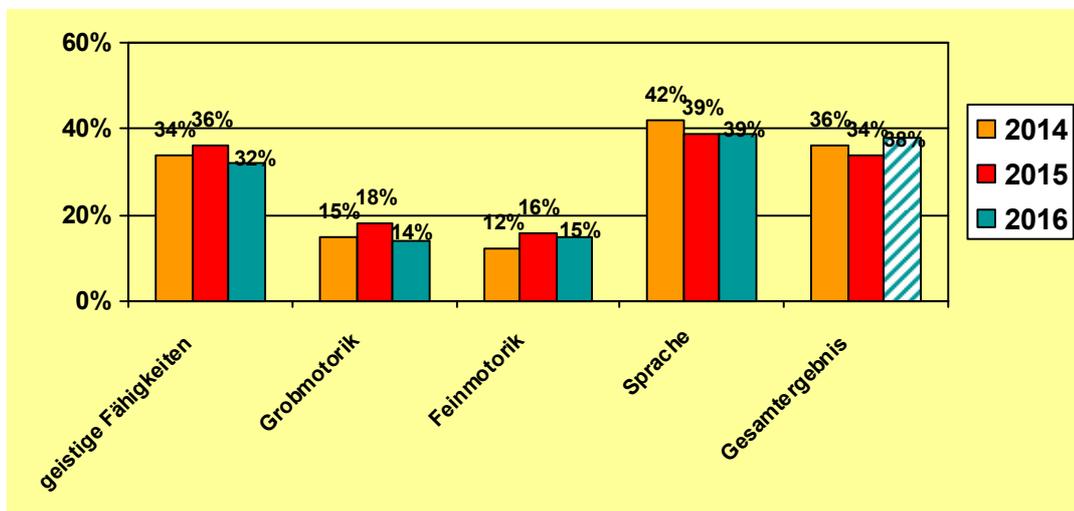
Inhalte der Schuleingangsuntersuchungen sind:

- 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

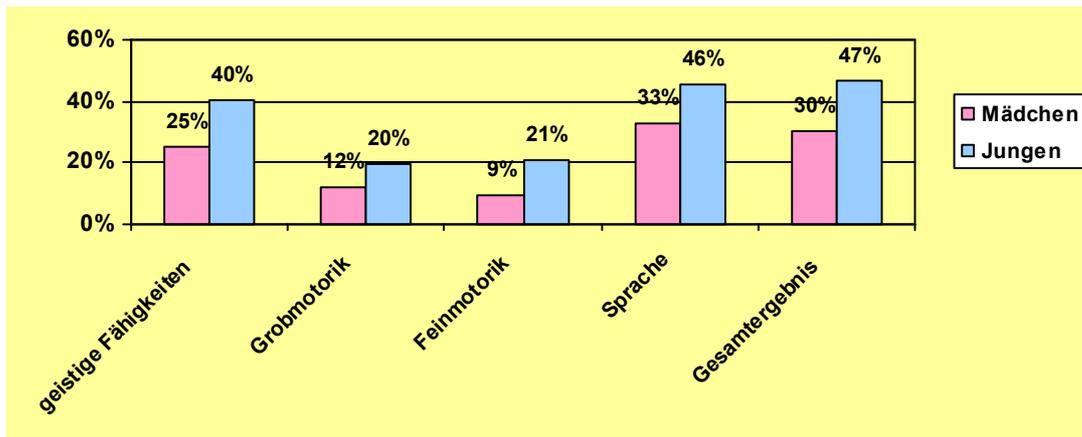
In der nächsten Abbildung wird der prozentuale Anteil der bei den Schuleingangsuntersuchungen festgestellten Entwicklungsauffälligkeiten dargestellt.

Abb. III.2.1.: Prozentualer Anteil der auffälligen Befunde bei untersuchten Einschülern im LK Peine, Zeitreihe 2014-2016



Auch aus anderen Studien und Erhebungen ist bekannt, dass das Geschlecht ein Faktor ist, der mit Entwicklungsauffälligkeiten korreliert (statistisch). Jungen schneiden in dem Alter in allen Bereichen schwächer ab.

Abb. III.2.2.: Prozentualer Anteil der auffälligen Befunde bei untersuchten Einschülern nach Geschlecht im LK Peine, Zeitreihe 2014-2016

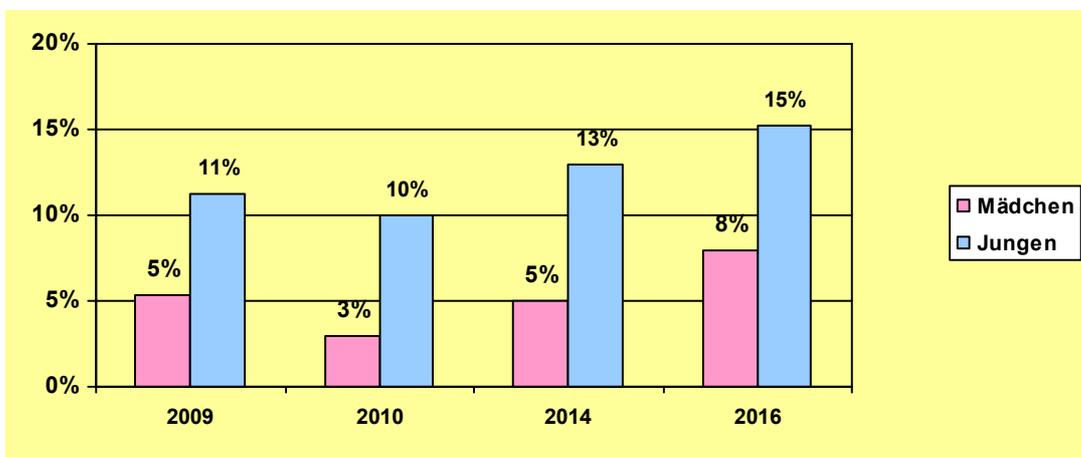


Wichtige Faktoren für eine lernfördernde Atmosphäre sind psychosoziale Ausgeglichenheit und Wohlbefinden. „Behandlungsbedürftige Verhaltensauffälligkeit“ bedeutet, dass sich ein Kind bereits in Behandlung befindet oder es sich während der Untersuchung so auffällig verhält, dass eine weitere Diagnostik 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 und Pädagoginnen. Bei der Integration verhaltensauffälliger Kinder geraten Schulen häufig an ihre Grenzen. Die nachstehende Abbildung zeigt den prozentualen Anteil der Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten in Abhängigkeit zum Geschlecht.

Abb. III.2.3.: Prozentualer Anteil der auffälligen Verhaltensbefunde bei untersuchten Einschülern nach Geschlecht im LK Peine, Zeitreihe 2014-2016



Gemessen an der Prävalenz psychischer Auffälligkeiten ist das Angebot an Diagnostik und Therapie nicht ausreichend. Die Versorgungssysteme im Landkreis sind unvollständig: Es fehlen eine Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, stationäre Angebote und auch ein kinder- und jugendsozialpsychiatrischer Dienst.

3. Empfehlungen aufgrund der Schuleingangsuntersuchungen

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

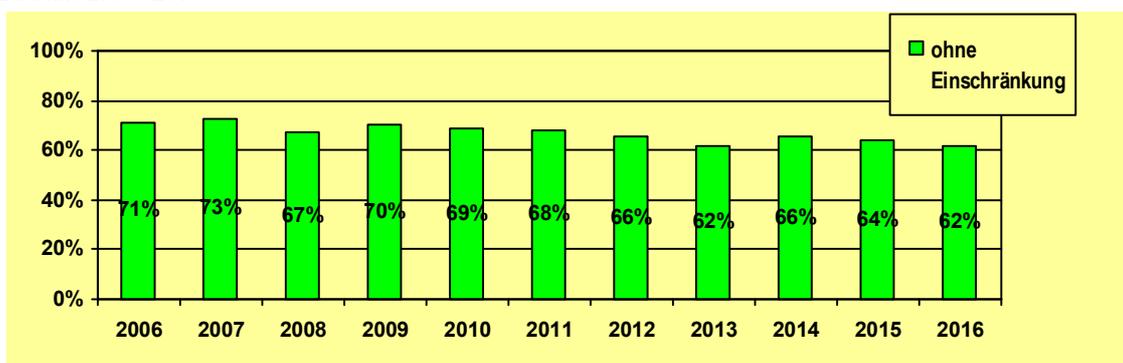
- Einschulung ohne Einschränkung
- Einschulung mit Förderhinweis (für Teilbereiche z.B. Feinmotorik, Mengenverständnis, Ausdauer und Konzentration)
- Zurückstellung vom Schulbesuch für ein Schuljahr
- Überprüfung auf sonderpädagogischen Förderbedarf (z.B. Lernen, Sprache, geistige Entwicklung)

Abschließend findet ein Beratungsgespräch mit den Erziehungsberechtigten statt und es wird eine Empfehlung zur Einschulung gegeben. 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.

Der Anteil der altersgerecht entwickelten Kinder ist im Mehrjahrestrend rückläufig. Die Gründe hierfür sind vielfältig. 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 - 2016



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 dadurch sehr inhomogen. Diese Kinder bedürfen der besonderen Beobachtung und Unterstützung durch die Schule.

Abb. III.3.2.: Prozentualer Anteil der mit und ohne Einschränkung zur Einschulung empfohlenen Kinder im LK Peine in Prozent, Zeitreihe 2006 – 2016



Trotz Förderhinweisen sind dies zusammen die regelschulfähigen Kinder.

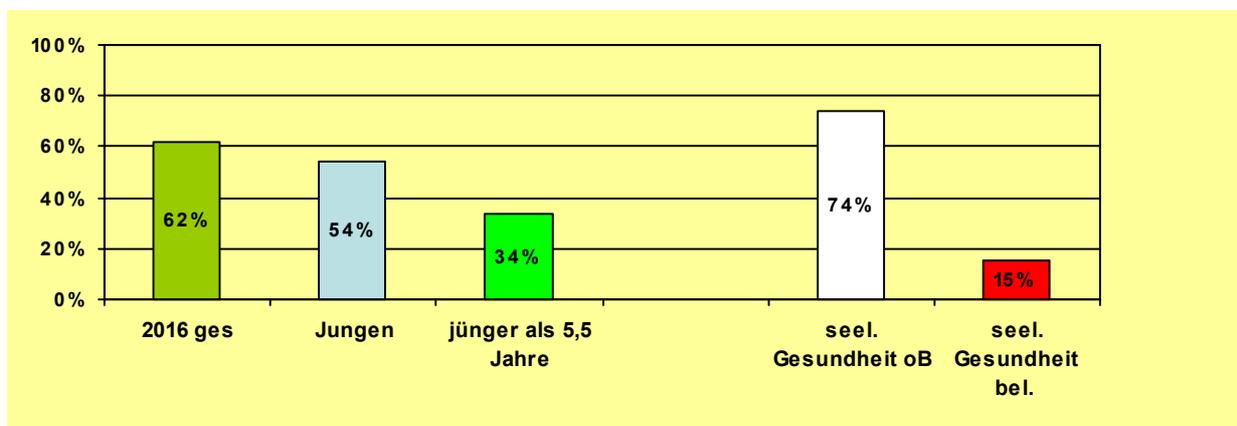
Der Anteil der Rückstellungsempfehlungen ist von vormals über Jahre stabilen 4 – 5% auf 7% gestiegen. Die Verschiebung der Schulpflichtgrenze ist dafür sicherlich ein wesentlicher Faktor.

Für die nicht altersgerecht entwickelten Kinder erfolgt eine individuelle Beratung über mögliche Hilfsmaßnahmen, Anbahnung von gezielten Fördermaßnahmen, Austausch mit den Kinderärzten etc. Mit den aufnehmenden Schulen findet ein intensiver Austausch zu jedem einzelnen Kind statt, und je nach Bedarfslage werden konkrete Hilfen zum Schulstart auf den Weg gebracht.

Im Gesamtergebnis zeigen Jungen seltener ein altersentsprechendes Ergebnis als der Durchschnitt. Dies gilt auch für die jüngeren Kinder (unter 5 ½ Jahren).

In besonderem Maße sind Kinder mit seelischen Belastungen von Entwicklungsstörungen bedroht. Um diese Kinder zu identifizieren, haben wir das Item „**seelische Gesundheit**“ definiert. Darin gehen ein: Das Verhalten bei der Untersuchung, die Anamnese sowie eine standardisierte Elternbefragung (mit international anerkanntem Instrumentarium: SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire - Fragebogen zu Stärken und Schwächen).

Abb. III.3.3.: Differenzierte Betrachtung einzelner Untergruppen der untersuchten Kinder im LK Peine 2016 mit uneingeschränkter Einschulungsempfehlung in Prozent



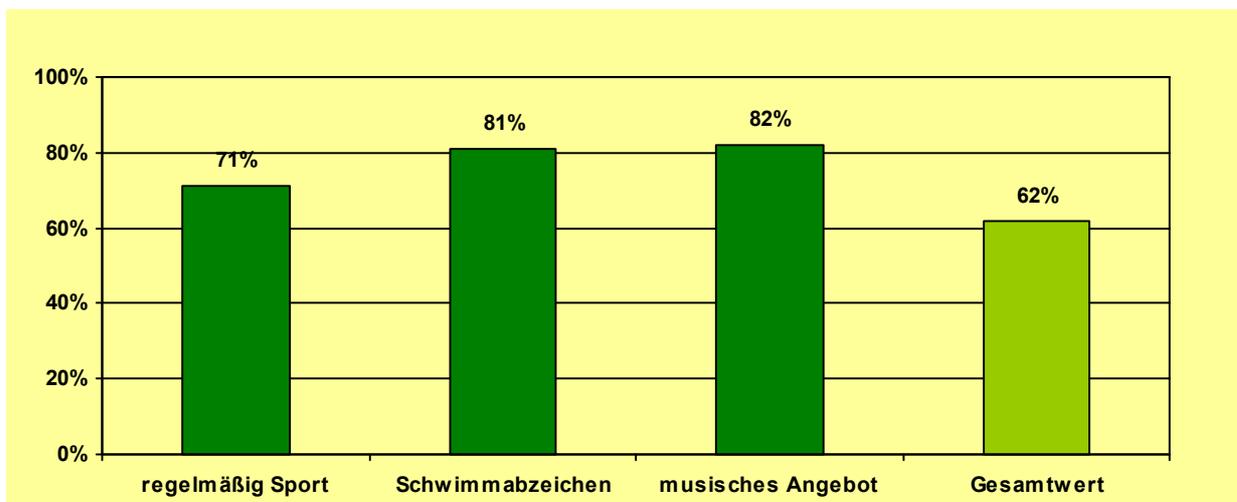
Die „Qualität“ oder das „Konzept“ von Erziehung lassen sich schwer definieren und erfassen. Eine „bewusste Erziehung“ beinhaltet gewisse Vorstellungen über Förderung des Kindes oder Förderziele, die häufig in den Bereichen Sport, Musische Erziehung, vorschulische Förderung liegen. Besonders die regelmäßige Aktivität in sozialen Gruppen hat einen günstigen Einfluss auf die Gesamtentwicklung eines Kindes und wirkt sich positiv auf den Entwicklungsstand bei Einschulung aus.

Förderung in diesen Bereichen kann als positives Erziehungskonzept angenommen werden.

Die Chancen zur Teilhabe am sozialen Leben sind bedingt durch

- entwicklungsfördernde Angebote im Elternhaus
- auch durch wirtschaftliche Faktoren und Wohnverhältnisse, Wohnumfeld (Einfluss des Faktors Erwerbslosigkeit, Einelternfamilien)
- Sprachkompetenz, Deutschkenntnisse (Einfluss des Faktors Migration)

Abb. III.3.4.: Freizeitaktivitäten und uneingeschränkte Einschulung der untersuchten Kinder im LK Peine 2016 in Prozent



IV. Auswirkungen der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten

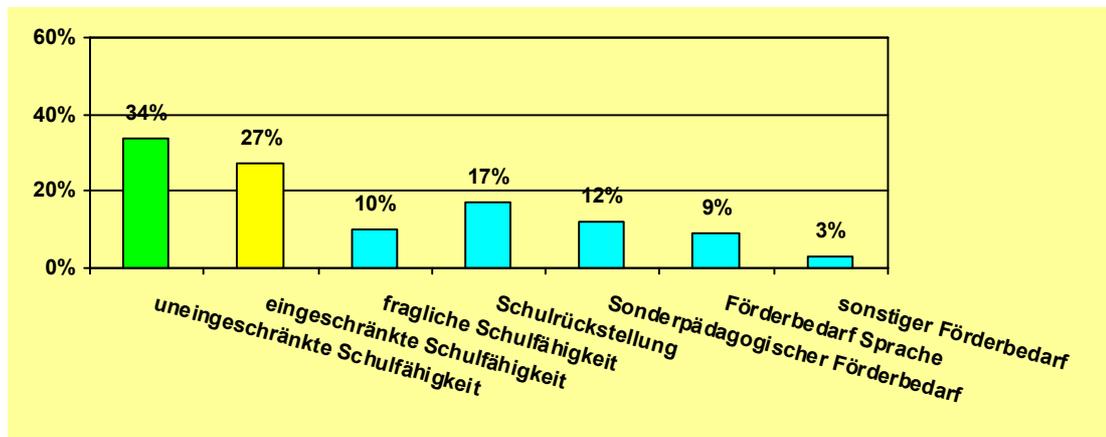
1. Einfließen der Ergebnisse der KIGU bei der SEU 2016

Im Jahre 2016 wurden zum sechsten Mal Kinder zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellt, die zwei Jahre zuvor als Vierjährige untersucht worden waren.

173 Kinder dieses Einschulungsjahrganges zeigten bei der Kindergartenuntersuchung 2014 zunächst so gravierende Entwicklungsauffälligkeiten, dass das Erlangen einer uneingeschränkten Schulreife fraglich war. Die Untersuchungsergebnisse der 4jährigen mit Auffälligkeiten wurden intern evaluiert. In jedem Fall erfolgte aber eine individualmedizinische Betrachtung für das einzelne Kind, bei dem die künftige Einschulungsfähigkeit aufgrund eines besorgniserregenden Entwicklungsrückstandes zweifelhaft war. Es wurden Förderhinweise gegeben und ärztliche Kontrollen angeraten sowie passgenaue Hilfen vermittelt. Die Vorbefunde lagen bei der SEU vor. Verläufe wurden erfragt, auch die Zufriedenheit der Eltern mit den Maßnahmen, damit die Kooperationsfähigkeit der Familien beurteilt werden konnte. Die Ergebnisse aus KIGU und SEU wurden individuell dokumentiert und ausgewertet.

Im Folgenden werden die Ergebnisse von Kindern verglichen, die jeweils im Jahr 2014 als Vierjährige und etwa zwei Jahre später im Einschulungsjahrgang 2015/2016 untersucht wurden. Realistisch muss man aber davon ausgehen, dass nicht alle Kinder den vorgeschlagenen oder angebahnten Fördermaßnahmen zugeführt werden. Die Mitarbeit der Eltern ist ganz entscheidend. Knapp 3/4 haben nach Intervention erfreulicherweise doch die Regelschulfähigkeit erreicht: 34% ohne Einschränkung, weitere 27% mit eingeschränkter Schulfähigkeit. Für 17% wurde eine Aufholentwicklung gesehen und daher die Rückstellung für ein Schuljahr angeraten mit der Prognose auf das Erreichen der Regelschulfähigkeit im Folgejahr. Bei 12% bestätigte sich der Verdacht auf sonderpädagogischen Förderbedarf.

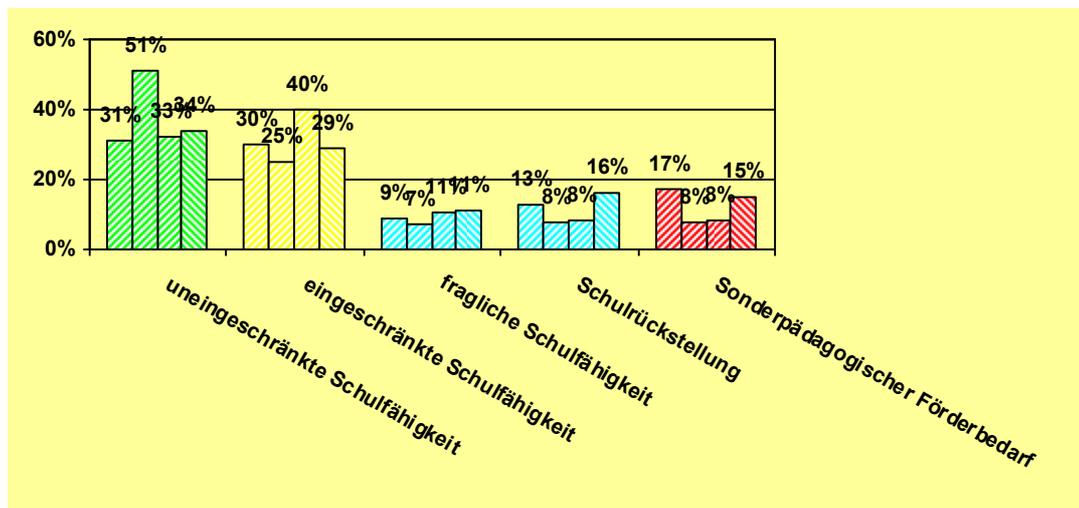
Abb.IV.1.1.: Ergebnisse der SEU 2016 der 173 Kinder, die bei der KiGU 2014 schwerwiegende Entwicklungsauffälligkeiten zeigten



Zusammenschau der Ergebnisse für diese „Sorgenkinder“ 2011 bis 2014:

Trendaussagen sind aufgrund der Kürze des Zeitraums, seitdem die Kindergartenuntersuchungen nunmehr durchgeführt werden, noch nicht möglich. Die Ergebnisse müssen vorerst so nebeneinander stehen bleiben und in den Folgejahren weiter ausgewertet und verglichen werden. Für 2016 lässt sich feststellen, dass die Ergebnisse für eine uneingeschränkte oder eingeschränkte Schulfähigkeit sowie den sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf etwa im Mittelwert der letzten Jahre lag. Der Anteil der Zurückstellungen nimmt zu – analog den Ergebnissen für alle Kinder. Als Grund dafür wird ein Zusammenhang mit der Schulpflicht der jüngeren Kinder (Geburtsmonate Juli – September) gesehen.

Abb.IV.1.2.: Ergebnisse SEU und KiGU mit schwerwiegenden Entwicklungsauffälligkeiten, Zeitreihe 2011-2014



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 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

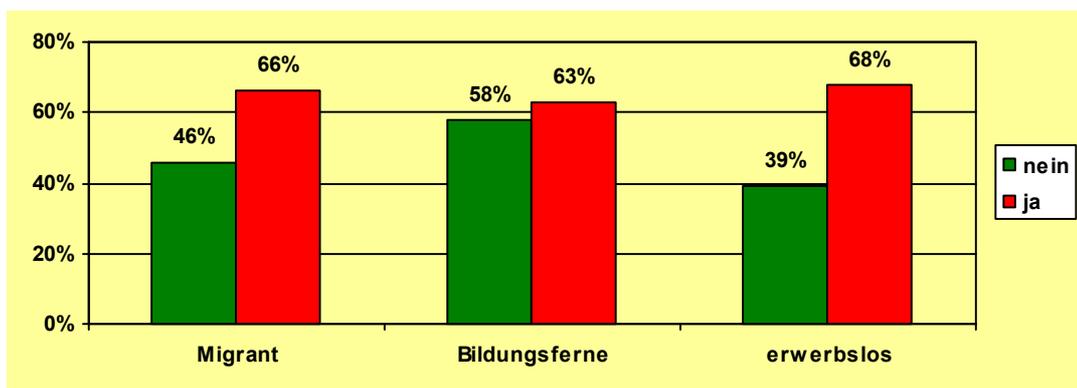
Die kindliche Entwicklung unterliegt vielfältigen und komplexen Einflüssen. Einige Fähigkeiten unterliegen einer verstärkten Beeinflussung durch die Umgebung. Die Chancen zur Teilhabe am sozialen Leben sind bedingt durch

- entwicklungsfördernde Angebote im Elternhaus
- wirtschaftliche Faktoren und Wohnverhältnisse, Wohnumfeld (Einfluss des Faktors Erwerbslosigkeit, Einelternfamilien)
- Sprachkompetenz, Deutschkenntnisse (Einfluss des Faktors Migration)

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.

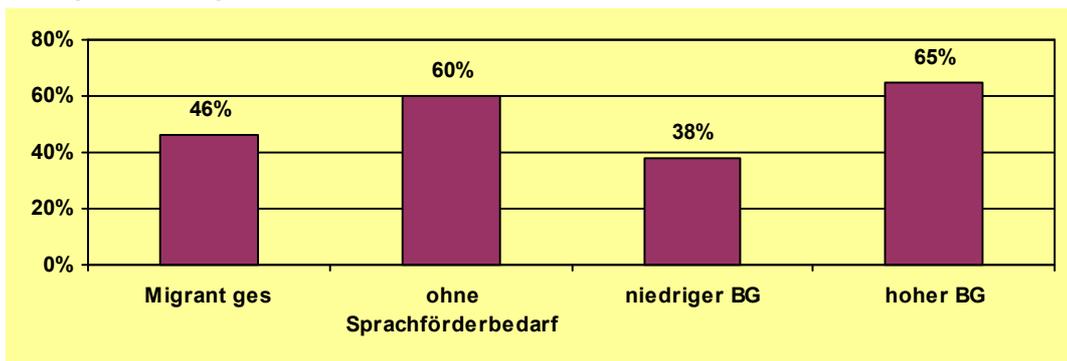
„Künftige Verlierer des Bildungssystems sind deutliches Resultat sozialer Vererbung in Deutschland“ (Prof. Thomas Rauschenbach, Artikel: „Verlierer des Bildungssystems“, medizinische Fachzeitschrift „Kinder- und Jugendarzt“ 42. Jahrgang (2011) Nr.2).

Abb. V.1.1.: Prozentualer Anteil der untersuchten Einschüler im LK Peine mit unauffälligem Entwicklungsstand in Abhängigkeit zu sozialen Faktoren, 2016



In der nächsten Abbildung wurde die Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund genauer betrachtet. Migration ist kein eigenständiger Risikofaktor. Es kommt auf die Sprachkompetenz und die Bildung im Elternhaus an. Ein Migrationshintergrund ist nur in Verbindung mit unzureichenden Deutschkenntnissen und/oder geringer Bildung ein (starker) Einflussfaktor.

Abb. V.1.2.: Prozentualer Anteil der untersuchten Einschüler im LK Peine mit unauffälligem Befund in Korrelation zum Migrationshintergrund, 2016



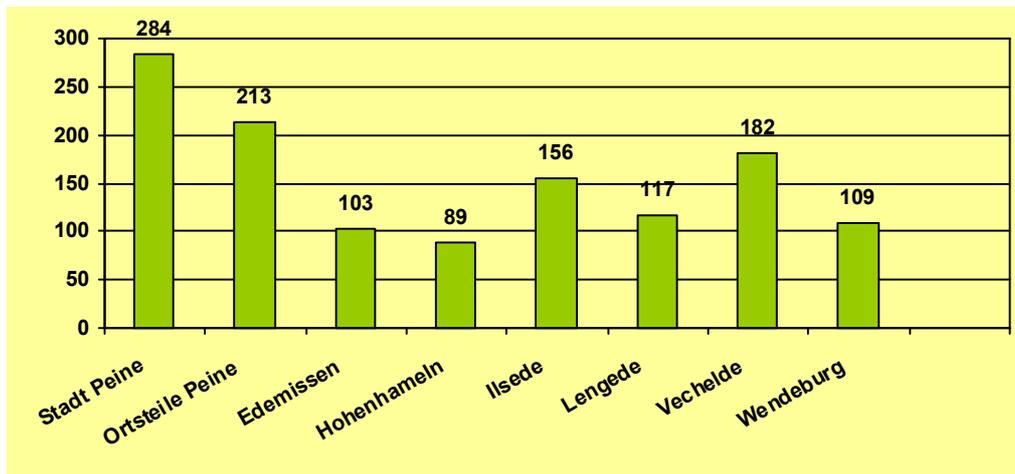
2. Sozialräume

Gesundheit und soziale Bedingungen entstehen auf kommunaler Ebene und Zusammenhänge lassen sich dort beeinflussen. Es bedarf des Dialogs zwischen medizinischem und sozialem System. Der öffentliche Gesundheitsdienst übernimmt diese Aufgabe und arbeitet an dieser Schnittstelle.

Die Daten aus den SEU können die Lebensumgebung der Kinder im LK Peine beschreiben. Auswertungen sind bis auf Gemeindeebene möglich, auch als Mehrjahresverläufe. Die kindliche Entwicklung unterliegt vielfältigen und komplexen Einflüssen. Einige Fähigkeiten werden in hohem Maße beeinflusst durch die Umgebung: beispielsweise die Sprache, Motorik, Wahrnehmungsverarbeitung und das Verhalten.

Die im Berichtszeitraum untersuchten 1.253 Kinder verteilen sich folgendermaßen auf die einzelnen Gemeinden:

Abb. V.2.1.: Anzahl untersuchter Einschüler im LK Peine in den Gemeinden, 2016 im LK Peine



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 von 40 % und darüber. Hoch ist auch der Anteil in der Gemeinde Lengede mit 33%. Der Anteil in Ilsede ist durch das Zusammenlegen mit der Gemeinde Lahstedt gesunken.

Abb. V.2.2.: Prozentualer Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund bei den SEU im LK Peine nach Gemeinden, 2016

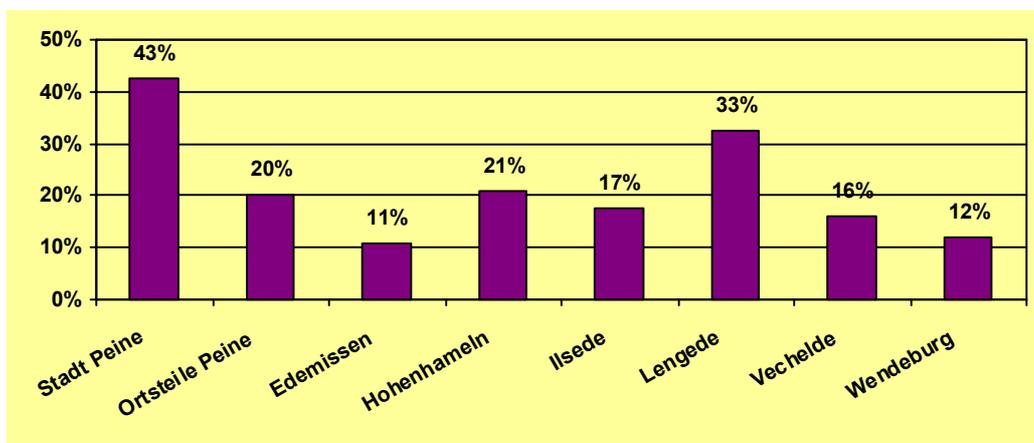
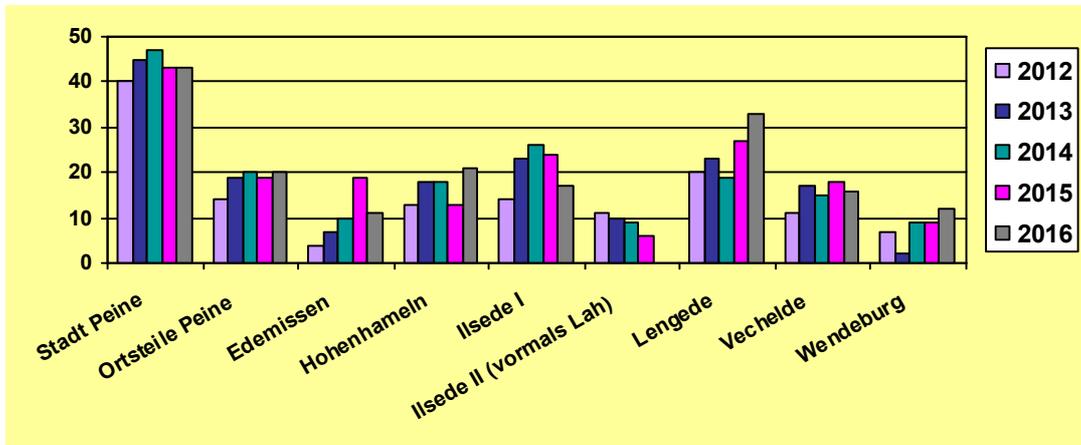


Abb. V.2.3: Prozentualer Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund bei den SEU im LK Peine nach Gemeinden, Zeitreihe 2012 bis 2016



Die nachstehende Abbildung zeigt, welche Einschulungsempfehlungen in den einzelnen Gemeinden ausgesprochen wurden.

Abb. V.2.4.: Prozentualer Anteil der Einschulungsempfehlungen für die untersuchten Einschulungskinder im LK Peine nach Gemeinden, 2016

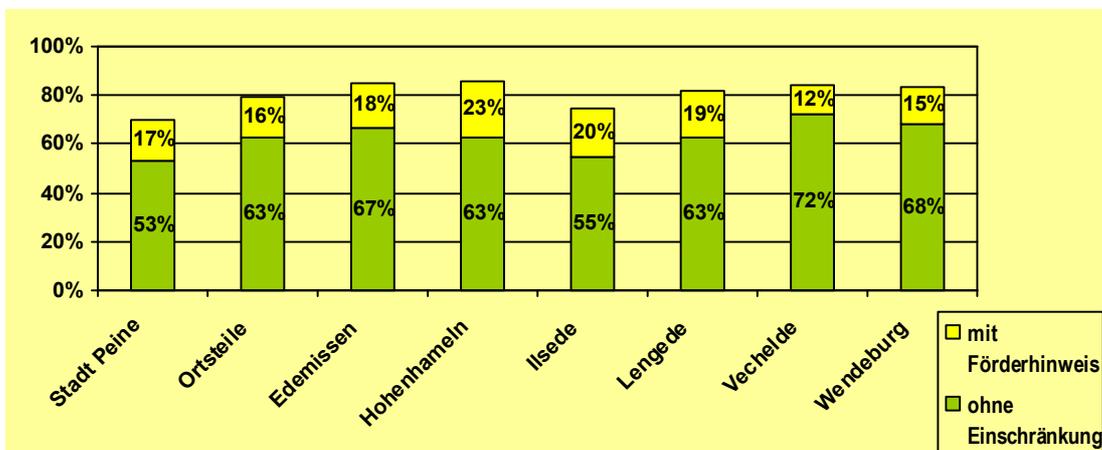
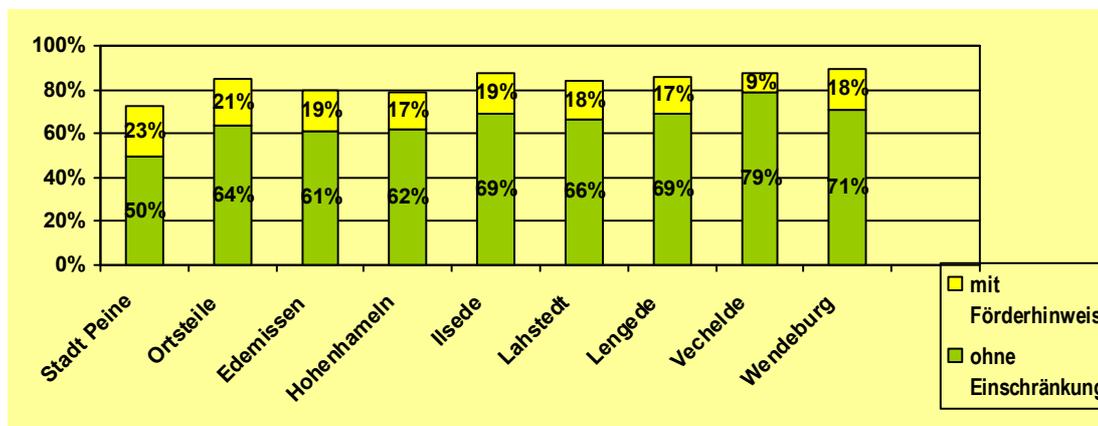


Abb. V.2.5.: Prozentualer Anteil der Einschulungsempfehlungen für die untersuchten Einschulungskinder im LK Peine nach Gemeinden, 2015



Es werden regionale Verteilungsmuster sichtbar, die auf den Bildungs- und Migrationshintergrund der Eltern zurückzuführen sind.

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.

Soziale Ressourcen und Risiken haben Einfluss auf die Schulfähigkeit.

Kleinräumige Datenanalysen ermöglichen es, Sozialräume, auch Schulstandorte zu identifizieren, in denen der Anteil besonders belasteter Kinder hoch ist („Brennpunktschulen“).

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

Die Erstellung von Gutachten zur Gewährung von Eingliederungshilfen 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.

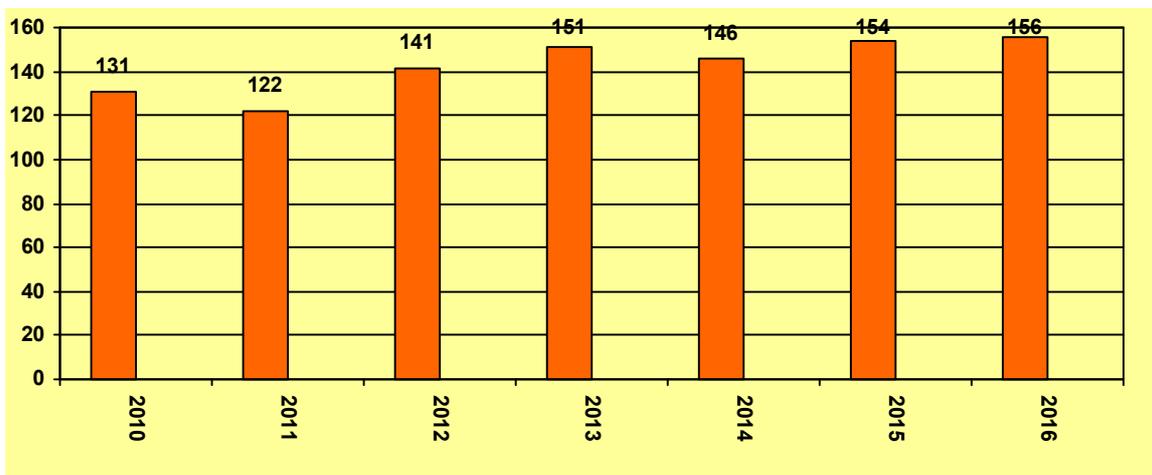
Auch wenn durch sinkende Geburtenzahlen der Anteil der Kinder im Landkreis Peine sinkt, so hat die Anzahl der zu bearbeiteten Gutachten in den vergangenen 15 Jahren deutlich zugenommen. Erst in den letzten 2 Jahren ist die Tendenz geringfügig rückläufig.

Der Bedarf an Eingliederungshilfen nach § 53 SGB XII für Kinder, die in einem oder mehreren Entwicklungsbereichen entwicklungsverzögert sind, ist nach wie vor hoch. Eltern müssen entsprechende Leistungen für ihr Kind 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 verbessern.

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

Der Bedarf an ambulanter heilpädagogischer Frühförderung zeigt sich über die Jahre stetig steigend. Diese pädagogisch-therapeutische Maßnahme ist im Vergleich zu teilstationärer heilpädagogischer Förderung niedrigschwelliger. Ziel ist es, das Kind im häuslichen Umfeld zu fördern und Eltern in ihrer Kompetenz zu stärken.

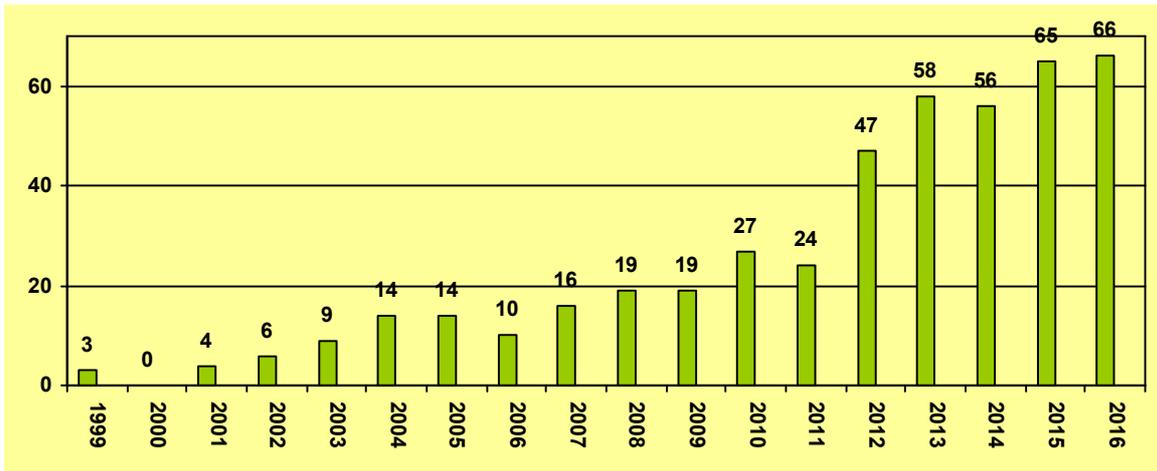
Abb: VI.1.1.: Anzahl laufender und beantragter Leistungen zur Frühförderung, Zeitreihe 2010 – 2016



Durch Einführung der inklusiven Beschulung von Kindern mit (drohenden) Behinderungen besteht weiterhin hoher Bedarf an Unterstützung durch einen Integrationshelfer während des Schulunterrichtes (bzw. auch für den Transport). Der weitaus größte Anteil dieser Anträge ist gemäß § 53 SGB XII berechtigt und erhält eine Zusage. Eine differenzierte Betrachtung des Einzelfalles ist wichtig und erfordert regelmäßige Nachbegutachtungen und ist entsprechend aufwändig. Durch interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Fachdiensten Soziales, Jugend und Gesundheitsamt sowie externen Kooperationspartnern und der Landesschulbehörde wird angestrebt, Fördermaßnahmen effizienter zu gestalten. Nicht berücksichtigt in der nachstehenden Abbildung sind die Helfer für „rein verhaltensauffällige“, von seelischer

Behinderung bedrohter Kinder, da sie auf der Gesetzesgrundlage SGB VIII, § 35 a vom Fachdienst Jugendamt begutachtet werden.

Abb: VI.1.2.: Gutachtenstatistik Erst- und Verlängerungsanträge Integrationshelfer Einzelfallhelfer, Schulbegleiter), Zeitreihe 1999 – 2016



VII. Ergebnisse

1. **Unterschiedliche Belastung der Sozialräume durch entwicklungsgefährdende Faktoren:**

Sozialräume sind sehr heterogen im Hinblick auf sozioökonomische Ausgangslagen. Experten fordern bereits seit Jahren eine Entghettoisierung. Die gezielte Förderung der Brennpunktschulen und KiTas ist umso wichtiger. Dies kann geschehen durch Reduzierung der Gruppenstärke in den KiTas bzw. der Klassengrößen, durch Einsatz von Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen, Klassenhelfern/-helferinnen, Umsetzung des Konzepts der Schulkrankenschwestern/-pflegern, verstärkte Zuweisung personeller oder finanzieller Ressourcen etc.

2. **Hoher Bedarf an Förderung der Sprachkompetenz**

Es gibt weiterhin hohen Bedarf an Sprachförderung auf verschiedenen Ebenen:

- Mehrsprachige Kinder sollten möglichst in einem Umfeld gefördert werden, in dem die Sprachumgebung deutsch ist. (z.B. durch gleichmäßigere Verteilung der Kinder mit unterschiedlichem Sprachhintergrund auf alle KiTas).
- Günstig: Sprachförderprojekte, die auch „die Eltern mitnehmen“ (wie z.B. das Rucksackprojekt“)
- Erhalt der Möglichkeiten, zur Förderung von sprachauffälligen Kindern, - besonders denen mit „Störungsbewusstsein“- in Kleingruppen, sowohl im schulischen als auch im vorschulischen Bereich (KiTa „Wortschatz“, Pestalozzi-Sprachheilschule)

3. **Zunehmender Bedarf an Interventionsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten und Verhaltensauffälligkeiten**

Der Verschiebung von den somatischen auf die psychischen Krankheiten muss Rechnung getragen werden, z.B. durch:

- Besseren Zugang zu Diagnostik und Therapie für diese Kinder. Zur Zeit sind Wartezeiten und Wege zu lang.
- Erhalt der Förderschule „E“ in Ilsede
- Ausbau der Angebote zur Stärkung der Elternkompetenz (z.B. Frühe Hilfen, Erziehungsberatungsstelle, Elterncafes etc.)

4. Besonderer Bedarf an sozialkompensatorischer Unterstützung für Familien mit Migrationshintergrund

Kinder mit Migrationshintergrund sind (natürlich) eine sehr heterogene Gruppe. Die Familien verfügen über unterschiedliche Ressourcen zur Selbsthilfe und zum Zugang zum Gesundheitswesen und Bildungssystem. Je schwächer eine Familie mit Migrationshintergrund sozioökonomisch aufgestellt ist und je kürzer ihre Aufenthaltsdauer in Deutschland ist, umso mehr bedarf sie der sozialkompensatorischen Hilfe des öffentlichen Gesundheitsdienstes zum Nachteilsausgleich.

5. Ein niedriges Einschulungsalter gefährdet den Schulstart

Ein niedriges Einschulungsalter gefährdet den Schulstart durch hohes Risiko für Entwicklungsrückstände und (vermeidbare) Frustration, Demotivation und Stigmatisierung. Konkret: ein fünfjähriger „Septemberjunge“ ist in den seltensten Fällen „schulreif“ für unser Schulsystem, er soll dann aber eingeschult werden, kann vielen Anforderungen (z.B. Feinmotorik, Malen, Konzentration etc.) noch nicht entsprechen, hat Misserfolgserlebnisse, wird unnötigerweise in seinem Selbstwertgefühl beeinträchtigt. Diese Probleme würden nicht auftreten, wenn die Stichtagsverschiebung zurückgenommen würde.

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:

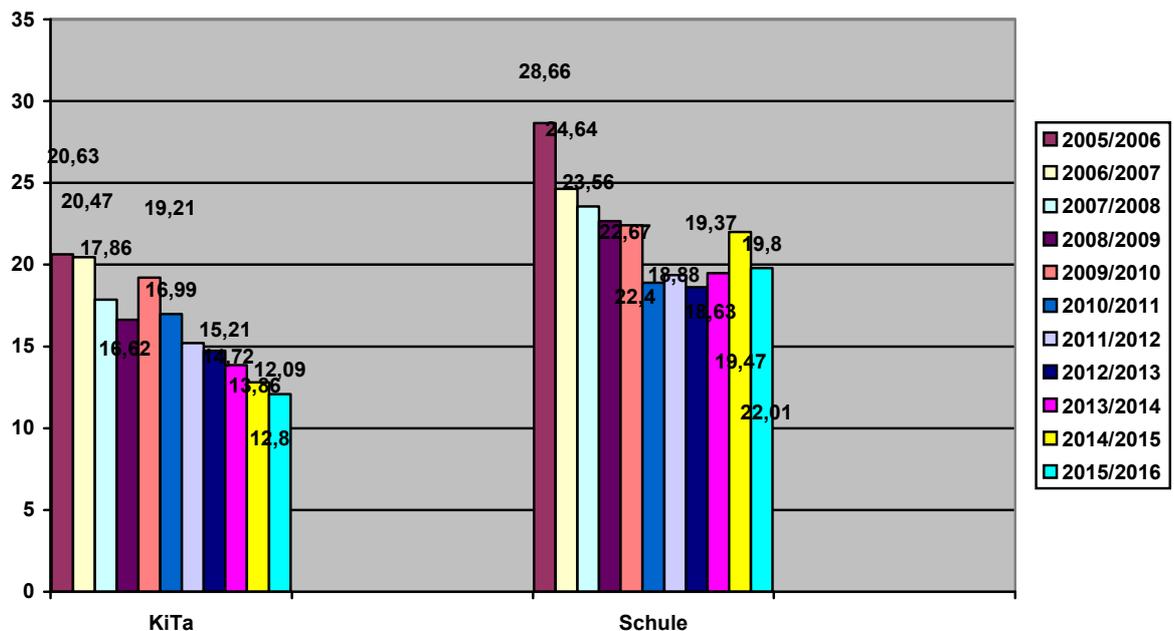
- die Beobachtung der Bevölkerungsgesundheit
- die Früherkennung von Karies und Zahnfehlstellungen
- die kompetente Beratung und Abgabe von Empfehlungen
- die Motivierung zum regelmäßigem Zahnarztbesuch
- Verbesserung des Gesundheitsstatus und des Gesundheitsbewusstseins
- die Förderung der Eigenverantwortlichkeit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

2. Ergebnisse der zahnmedizinischen Reihenuntersuchungen

Zahnmedizinische Reihenuntersuchungen werden durch 28 Vertragszahnärzte in Kindertagesstätten und Schulen durchgeführt. In Krippen wurden 2015/2016 **213** in Kindertagesstätten **2.621** und in Schulen (ohne Förderschulen) **5.602** Kinder, d.h. **8.436** Kinder insgesamt zahnärztlich untersucht. Davon hatten **1.428** Kinder behandlungsbedürftige Zähne. Das entspricht **16,93%** insgesamt, 12,8% in Kindertagesstätten und 19,8 % an Schulen.

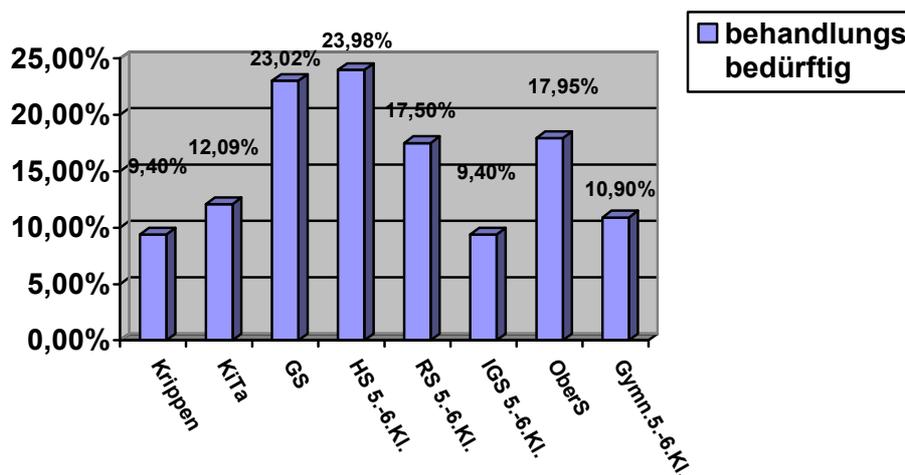
Im Zeitvergleich zeigt sich ein Rückgang der Rate in den Kindertagesstätten und an Schulen. Die Ergebnisse sind der nachstehenden Tabelle zu entnehmen.

Abb. VIII.2.1.: Prozentualer Anteil der kariösen Gebisse bei zahnmedizinisch untersuchten Kindern in Kindertagesstätten und Schulen (ohne Förderschulen) im Landkreis Peine, Zeitreihe Schj.: 2005/2006 – 2015/2016



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

Abb. VIII.2.2.: Prozentualer Anteil behandlungsbedürftiger Zähne zahnmedizinisch untersuchter Kinder im Schuljahr 2015/2016 nach Schulform

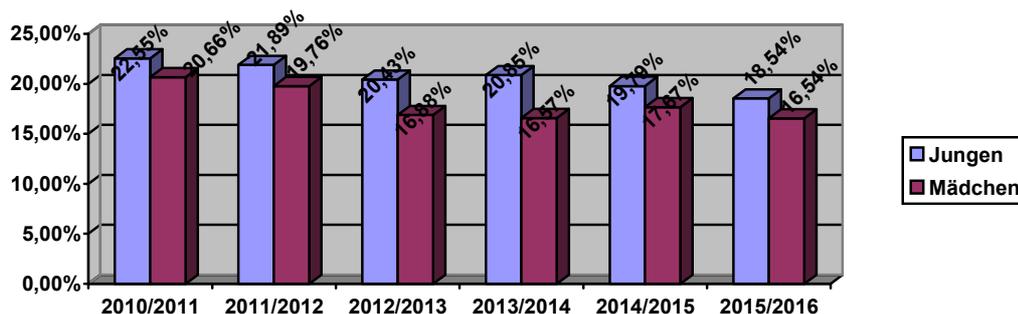


Tab.: VIII.2.3.: Gesamtzahl der im LK Peine zahnmedizinisch untersuchter Kinder in Schulen und dabei festgestellter Behandlungsbedürftigkeit, Schuljahr 2015/2016

Einrichtung	Gesamtzahl	behandlungsbedürftig	Prozent
Krippen	213	2	0,94
Kindertagesstätten	2.621	317	12,09
Grundschulen	3.705	853	23,02
Hauptschulen (Ed., Ve., Hoh., IIs., Burg, Bo-Wi)	221	53	23,98
Realschulen (Ed., Hoh. Ve., Bo-Wi)	360	63	17,50
IGS (Vöh., Len.)	596	56	9,40
Oberschule (Wen.)	78	14	17,95
Gymnasien (IIs., Ve., Ratsgym.)	642	70	10,90
Gesamt	8.436	1.428	16,93

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

Abb. VIII.2.4.: Prozentualer Anteil behandlungsbedürftigen Zähne bei den zahnmedizinisch untersuchten Kindern in Krippen, Kindertagesstätten und Grundschulen im LK Peine nach Geschlecht, Zeitreihe Schuljahre 2010/2011 – 2015/2016



Tab.: VIII.2.5.: Gesamtzahl der im LK Peine zahnmedizinisch untersuchter Mädchen und Jungen in Kindertagesstätten und Grundschulen und dabei festgestellter Behandlungsbedürftigkeit, Schuljahr 2010/2011 – 2015/2016

Schuljahr 2010/2011	Gesamtzahl	behandlungsbedürftig	Prozent
Jungen	3.436	775	22,55
Mädchen	3.102	641	20,66
Schuljahr 2011/2012			
Jungen	3.628	794	21,89
Mädchen	3.319	656	19,76
Schuljahr 2012/2013			
Jungen	3.707	724	20,43
Mädchen	3.446	550	16,88
Schuljahr 2013/2014			
Jungen	3.899	813	20,85
Mädchen	3.619	600	16,58
Schuljahr 2014/2015			
Jungen	3.482	689	19,79
Mädchen	3.327	588	17,67
Schuljahr 2015/2016			
Jungen	3.172	588	18,54
Mädchen	3.126	517	16,54

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 der Gemeinde Hohenhameln mit 21,90% gefolgt von Peine mit 21,10% am höchsten ist.

Abb.VIII.2.6.: Prozentualer Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen in Kindertagesstätten und Grundschulen nach Gemeinden, Zeitreihe Schuljahr 2013/2014 bis 2015/2016

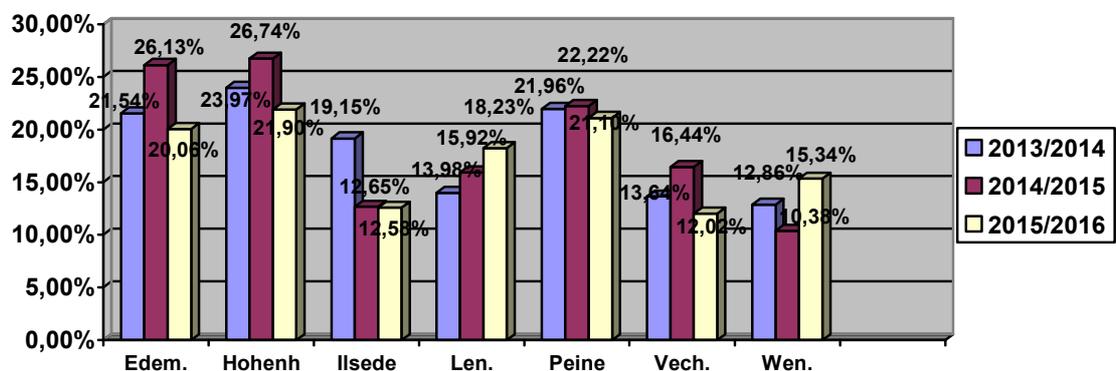


Abb.VIII.2.7.: Anzahl der untersuchten Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen in Kindertagesstätten und Grundschulen nach Gemeinden im Schuljahr 2015/2016

Schuljahr 2015/2016		
Edemissen	703	141
Hohenhameln	484	106
Ilsede	819	103
Lengede	735	134
Peine	2.355	497
Vechede	915	110
Wendeburg	528	81

Der Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen an weiterführenden Schulen ist in der Gemeinde Edemissen mit 25,61% am höchsten und in der Gemeinde Vechelde mit 8,73% am niedrigsten. Über Gründe für diese Ungleichverteilung lassen sich leider keine Aussagen treffen.

Abb.VIII.2.8.: Prozentualer Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen an weiterführenden Schulen, 5. und 6. Klassen nach Gemeinden, Zeitreihe Schuljahr 2013/2014 - 2015/2016

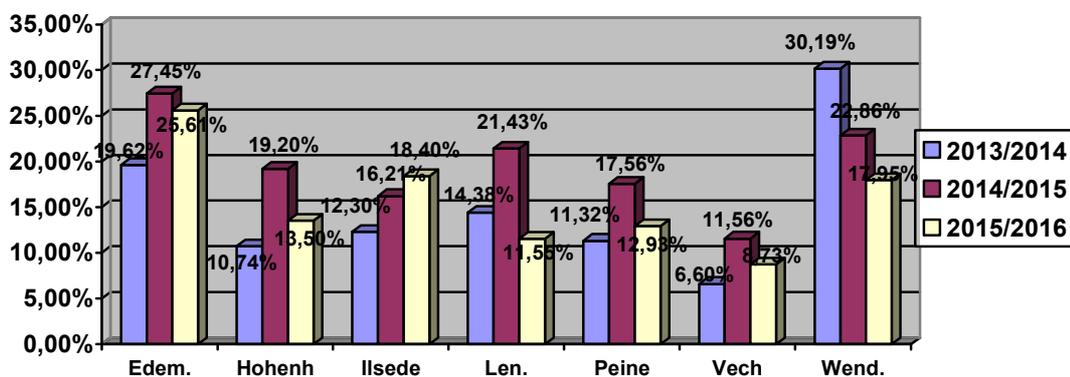


Abb.VIII.2.9: Anzahl der untersuchten Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen an weiterführenden Schulen, 5. und 6. Klassen nach Gemeinden im Schuljahr 2015/2016

Gemeinde	Gesamtzahl	behandlungsbedürftig
Edemissen	121	31
Hohenhameln	140	19
Ilsede	215	39
Lengede	277	32
Peine	665	86
Vechelde	401	35
Wendeburg	78	14

3. 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 jetzt ein Rückgang der Kariesrate in den Kindertagesstätten von 20,63% auf 12,09% und in den Schulen von 28,66% auf 19,80% beobachtet werden. Insgesamt liegt der Wert in allen Bereichen unter 25%. Der Zahnstatus war bei Jungen wie in den vergangenen Jahren 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.