

AMT FÜR GESUNDHEIT

# Kieler Gesundheitsbericht 2016

zur Gesundheit der Schulanfängerinnen  
und Schulanfänger





<b>Einleitung: Kindergesundheit</b>	<b>5</b>
<hr/>	
<b>Der Zahnärztliche Dienst</b>	<b>6</b>
Ausgewählte Kriterien zur Zahngesundheit	<b>8</b>
Naturgesunde Gebisse	<b>8</b>
Häufigkeit und Ausprägung von Karieserkrankungen (Kariesprävalenz)	<b>10</b>
Behandlungsnotwendigkeit	<b>12</b>
Kariesrisiko	<b>14</b>
Vorbeugende Maßnahmen und Gesundheitsförderung durch den Zahnärztlichen Dienst	<b>16</b>
Handlungsbedarf	<b>18</b>
<hr/>	
<b>Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen</b>	<b>20</b>
Übergewicht und starkes Übergewicht (Adipositas)	<b>22</b>
Logopädie und Sprachkompetenz	<b>25</b>
Sprachauffälligkeiten	<b>25</b>
Sprachentwicklungsverzögerung	<b>26</b>
Sprachentwicklungsstörung	<b>26</b>
Sprachkompetenz	<b>30</b>
Auffälligkeiten der Sprache	<b>32</b>
Hand-Auge-Koordination (Visuomotorik)	<b>34</b>
Kindertagesstätten/KiTa-Besuchsjahre	<b>36</b>
Handlungsbedarf	<b>42</b>
<hr/>	
<b>DaZ-Klassen (Klassen mit Deutsch als Zweitsprache)</b>	<b>43</b>
<hr/>	
<b>Schlussbetrachtung</b>	<b>45</b>
<hr/>	
<b>Anhang</b>	<b>47</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>48</b>



## Einleitung: Kindergesundheit

Der vorliegende Bericht zur Gesundheit der Schulanfängerinnen und Schulanfänger ist die dritte Fortschreibung des Kieler Gesundheitsberichts „Gesunder Start ins Schulleben“ aus dem Jahr 2006. Die vorgestellten Ergebnisse basieren auf den Untersuchungen des Amtes für Gesundheit der Landeshauptstadt Kiel. Die erforderlichen Daten wurden im Rahmen der Reihenuntersuchungen des Zahnärztlichen Dienstes und durch die Schuleingangsuntersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes ermittelt. Die Erfassung der Daten erfolgte kleinräumig auf Ebene der 18 Ortsteile. Die gesetzliche Grundlage für den Bericht bildet das Gesundheitsdienst-Gesetz, das die Kreise und kreisfreien Städte zur Gesundheitsberichterstattung verpflichtet.

Ebenso wie vor 10 Jahren, steht auch in diesem Bericht die Gesundheit der Kinder zu Beginn ihrer Schulzeit im Mittelpunkt der Betrachtung. Der Schulbeginn ist nicht nur mit persönlichen Veränderungen für das einzelne Kind verbunden, er wird ebenso durch wichtige medizinische, zahnmedizinische und entwicklungsphysiologische Entwicklungsschritte begleitet.

Eine der elementaren Voraussetzungen für ein kindgerechtes Heranwachsen ist die Gesundheit. Nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO ist Gesundheit nicht alleine das Fehlen von Krankheit und Gebrechen, sondern ein Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Die Kinderkommission des Bundestages brachte es 2015 auf den Punkt: „Eine Gesellschaft, die zukunftsfähig sein will, ist auf gesunde Kinder und Jugendliche angewiesen.“

Im Mittelpunkt des ersten Teils des Berichtes stehen die Ergebnisse der Untersuchungen des Zahnmedizinischen Dienstes. Zahnerkrankungen bei Kindern können Folgeerkrankungen bis hin zu Entwicklungshemmnissen verursachen. Zahnfäule, die sogenannte Karies, gehört zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindesalter. Sie kann das Essverhalten, die Sprachfähigkeit und Ästhetik und damit das Sozialverhalten stark beeinträchtigen. In bestimmten Ortsteilen sind Kinder besonders betroffen.

Die Befunde der Schuleingangsuntersuchungen im zweiten Teil liefern dazu wichtige ergänzende Erkenntnisse im Hinblick auf die Schulfähigkeit. Auch hier zeigt sich, dass Kinder je nach Ortsteil sehr unterschiedliche Voraussetzungen mitbringen.

Um dem gesetzlichen Auftrag nach Chancengleichheit im Bereich Gesundheit bei Kindern gerecht zu werden, sind spezifische Konzepte, Initiativen und Maßnahmen unerlässlich. Auch wenn bereits Verbesserungen erreicht werden konnten, sind weiterhin vielfältige Anstrengungen erforderlich. Das Amt für Gesundheit arbeitet dazu mit vielen Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern zusammen. Nicht übersehen werden darf jedoch, dass die Eltern einbezogen und sofern erforderlich, die entsprechende Unterstützung erfahren müssen.

## Der Zahnärztliche Dienst

Die gesetzliche Grundlage der zahnärztlichen Vorsorge (Prophylaxe) ist im Sozialgesetzbuch V und dort in den Paragraphen 21 für die Gruppenprophylaxe und 22 für die Individualprophylaxe formuliert. Im Bereich der Gruppenprophylaxe sind die Krankenkassen, die Zahnärztinnen und Zahnärzte und die in den Ländern für die „Zahngesundheitspflege“ zuständigen Stellen zur Zusammenarbeit verpflichtet. Die Umsetzung wird durch eine Rahmenvereinbarung geregelt, die von den Gesetzlichen Krankenkassen und den Kommunen unterzeichnet wurde.

Darüber hinaus ist die Öffentliche Zahngesundheitspflege im Gesundheitsdienstgesetz (GDG) verankert.

Die in diesem Kapitel dargestellten und erörterten Daten wurden im Rahmen der jährlichen zahnärztlichen Reihenuntersuchungen im Schuljahr 2015/2016 erhoben und dokumentiert. Es wurden 1.980 Erstklässlerinnen und Erstklässler untersucht.

Die wichtigste Diagnose bleibt in diesem Zusammenhang das Fehlen oder Vorhandensein der chronischen Erkrankung *Karies*. Diese Feststellung, ergänzt um die eventuell schon vorhandenen Zahnschäden und die damit in enger Verbindung stehende individuelle Mundhygiene, bilden die Grundlage zur Bewertung der aktuellen und prognostizierten zukünftigen Mundgesundheit.

Darüber hinaus werden aber auch notwendige, nicht kariesbedingte Befunde, beispielsweise aufgrund von Unfällen, Zahnfehlstellungen, ernährungsbedingten Abnutzungen, Knirschen oder Erkrankungen des Zahnfleisches bzw. der Schleimhaut, erfasst und den Erziehungsberechtigten schriftlich mitgeteilt. In der hier vorgestellten Altersgruppe der 6 bis 7-Jährigen Kinder findet sich ein sogenanntes Wechselgebiss, das im Alter von 6 bis 7 Jahren in der Klassenstufe 1 der Grundschule vorzufinden ist. In diesem Lebensabschnitt brechen die ersten permanenten Zähne in die Mundhöhle durch (erster großer Backenzahn und die beiden oberen und unteren mittleren und seitlichen Schneidezähne). Alle anderen Milchzähne werden erst in einer zweiten Wechselphase ab dem 9. Lebensjahr ersetzt.

Aus den bei den zahnärztlichen Reihenuntersuchungen gewonnenen Befunden lassen sich auf der Grundlage des DMF(T)/dmf(t)-Index die nachfolgenden Indikatoren zur Bewertung der Mundgesundheit und des zahnmedizinischen Handlungsbedarfs ableiten:

- a) noch nie an Karies erkrankte Kinder mit naturgesundem Gebiss,
- b) an Karies erkrankte Kinder und das Ausmaß der Erkrankung,
- c) an Karies erkrankte Kinder mit aktueller Behandlungsnotwendigkeit,
- d) an Karies erkrankte Kinder mit aktuell hohem Risiko weiterer kariesbedingter Schäden (Kariesrisikokinder).





**Zahnärztliche Untersuchung eines Kindes in einer Kindertagesstätte.**

Zur Erläuterung: Der DMF(T)/dmf(t)-Index stellt eine international gebräuchliche Maßzahl zur Ermittlung der Anzahl Erkrankter, der individuellen Ausprägung der Erkrankung und der Behandlungsnotwendigkeit dar. Er fasst die aktuell wegen Karies behandlungsbedürftigen (decayed), bereits verlorenen gegangenen (missed) bzw. bereits mit Füllungen/Zahnersatz (filled) versehenen Zähne (teeth) als Zahl zusammen. Es werden damit alle Zähne mit „Karieserfahrung“ zusammengezählt. Zur Unterscheidung werden für die bleibenden Zähne große Buchstaben [DMF(T)], für die Milchzähne kleine Buchstaben [dmf(t)] verwendet.

Auf der Basis des DMF(T)/dmf(t)-Index (Summe der Zähne mit „Karieserfahrung“) lassen sich aus den jeweiligen Befunden der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen bei 6 bis 7-Jährigen in der Klassenstufe 1 der Grundschule *Indikatoren zur Charakterisierung der Mundgesundheit und des zahnmedizinischen Handlungsbedarfs* auf der Ebene der jeweiligen Sozialräume (Ortsteile) ableiten.

Die im Zeitraum von 10 Jahren eingetretenen Veränderungen wurden dokumentiert.

## Ausgewählte Kriterien zur Zahngesundheit

### Naturngesunde Gebisse

Naturngesunde Gebisse haben alle diejenigen Kinder, die noch niemals einen an Karies erkrankten Zahn in ihrer Mundhöhle hatten. Die Anzahl dieser Kinder mit naturngesundem, völlig kariesfreiem Gebiss erlaubt im Umkehrschluss Aussagen über die Verteilung der chronischen Erkrankung Karies in einzelnen Bevölkerungsgruppen und Ortsteilen.

Die Karte Nr. 1 zeigt die deutlichen Unterschiede im Auftreten der Erkrankung Karies und damit im Zurückweichen des Zustandes der Naturngesundheit in den einzelnen Ortsteilen gegenüber der Gesamtstadt. Im Ortsteil Holtenau ist der Anteil der Kinder mit naturngesunden Zähnen *mehr als dreimal so hoch* wie in den Ortsteilen Mettenhof oder Gaarden.

Betrachtet man die prozentuale Fortentwicklung der vergangenen 10 Jahre vom Schuljahr 2005/2006 hin zum Schuljahr 2015/2016, so lässt sich insgesamt eine positive Entwicklung der Mundgesundheit feststellen: 2005/2006 hatten im gesamten Kieler Stadtgebiet 49,82% Kinder ein naturngesundes Gebiss, im Schuljahr 2015/2016 waren es 52,98% aller Kinder.

Dennoch können nicht alle Ortsteile in gleicher Weise von dieser Entwicklung profitieren, besonders in Ellerbek/Wellingdorf und Neumühlen-Dietrichsdorf/Oppendorf hat *entgegen der allgemeinen positiven Entwicklung* die Anzahl der Kinder mit kariesfreiem Gebiss abgenommen, im Ortsteil Gaarden konnte eine Stabilisierung erreicht werden. Gerade in diesen Ortsteilen, aber auch in Mettenhof, das sich deutlich verbessern konnte, bleibt weiterhin ein hoher Unterstützungsbedarf vorhanden.

Zu beachten ist, dass im Zahnärztlichen Dienst die Auswertung der Daten auf der Basis des Schulstandortes und nicht des tatsächlichen Wohnortes erfolgt.

Die gewonnenen Daten ermöglichen Aussagen über die Verteilung der chronischen Erkrankung Karies bei Schulkindern in den jeweiligen Ortsteilen und zeigen damit deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Regionen in Kiel.

Für fast alle Ortsteile in der Landeshauptstadt Kiel ist eine positive Entwicklung der Mundgesundheit festzustellen. Jedoch können nicht alle Bereiche in gleicher Ausprägung von dieser positiven Entwicklung profitieren. Eine Ausnahme bilden die Ortsteile Ellerbek/Wellingdorf und Neumühlen-Dietrichsdorf/Oppendorf, hier zeichnet sich die positive Gesamtentwicklung nicht ab, der Zahngesundheitszustand hat sich verschlechtert.





## Häufigkeit und Ausprägung von Karieserkrankungen (Kariesprävalenz)

Zusätzlich zur Feststellung, ob ein Kind an Karies erkrankt ist, ist die individuelle Krankheitslast für die Planung der Behandlungsintensität und des Unterstützungsbedarfs eine wichtige Komponente. Bei der sogenannten Kariesprävalenz handelt es sich um eine Kennzahl, die die Anzahl der Kinder mit der Diagnose Karies wiedergibt. Sie ist ein Indiz für die Ausprägung/Schwere der chronischen Erkrankung Karies in einzelnen Bevölkerungsgruppen und Ortsteilen und ist an einem hohen dmf(t)-Wert ersichtlich.

Hierbei zeigt sich, dass gerade die Schwere der Erkrankung in den verschiedenen Ortsteilen recht unterschiedlich ist und teilweise ein wesentlich höherer Behandlungs- und Betreuungsbedarf bei den einzelnen Betroffenen besteht.

Bezogen auf die vergangenen 10 Jahre vom Schuljahr 2005/2006 hin zum Schuljahr 2015/2016 ist für alle Ortsteile ein Rückgang des dmf(t)-Werts, d. h. eine Abnahme der individuellen Ausprägung und somit der Krankheitslast festzustellen. Im Schuljahr 2005/2006 betrug der dmf(t)-Wert für Kiel insgesamt 2,23 und im Schuljahr 2015/2016 1,78.

Die ermittelten Werte sind ein Indiz für die Ausprägung/Schwere der chronischen Erkrankung Karies in einzelnen Bevölkerungsgruppen und Ortsteilen.

Die Schwere der Erkrankung ist in verschiedenen Ortsteilen unterschiedlich ausgeprägt. Teilweise besteht ein wesentlich erhöhter Behandlungs- und Betreuungsbedarf bei den einzelnen Betroffenen.

Bezogen auf die vergangenen 10 Jahre ist aber für alle Ortsteile ein Rückgang des dmf(t) Index, d. h. eine Abnahme der individuellen Ausprägung und somit der Krankheitslast festzustellen.





## Behandlungsnotwendigkeit

Einen weiteren wichtigen Teilaspekt neben der Ausprägung der Erkrankung stellt die aktuelle Behandlungsnotwendigkeit dar. Sie spiegelt den momentanen Ist-Zustand der Mundgesundheit wider und beleuchtet die aktuelle Intensität der chronischen Erkrankung Karies in einzelnen Bevölkerungsgruppen und Ortsteilen. Dies erlaubt konkrete Aussagen über die zurzeit benötigten Behandlungsressourcen und Interventionsprogramme.

Die Beurteilung der Behandlungsnotwendigkeit der Karies wird in Schleswig-Holstein durch einheitliche Landeskriterien definiert, die von den Zahnärztinnen und Zahnärzten der Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter zusammen entwickelt wurden.

Wie schon beim Auftreten und der Ausprägung/Schwere der Erkrankung ist auch für die aktuelle, behandlungsnotwendige Erkrankung an Karies eine ausgeprägte Korrelation mit den einzelnen Ortsteilen festzustellen.

Was die vergangenen 10 Jahre vom Schuljahr 2005/2006 hin zum Schuljahr 2015/2016 anbelangt, so ist für fast alle Ortsteile mit Ausnahme des Ortsteiles Gaarden eine positive Entwicklung der Mundgesundheit festzustellen: Im Schuljahr 2005/2006 betrug die Behandlungsnotwendigkeit 25,72 % im gesamten Stadtgebiet und im Schuljahr 2015/2016 20,89 %. Eine solche Entwicklung konnte nur durch eine regelmäßig aufsuchende Untersuchung und darauf abgestimmte vorbeugende Angebote (Zahnputzübungen, Spiele und Aufklärung rund um die Zahngesundheit) in den Kindertageseinrichtungen und Schulen erreicht werden.

Die gewonnenen Ergebnisse erlauben Aussagen über die aktuelle Intensität der chronischen Erkrankung Karies und den Behandlungsbedarf. Für die vergangenen 10 Jahre ist für fast alle Ortsteile mit Ausnahme des Ortsteiles Gaarden eine positive Entwicklung der Mundgesundheit festzustellen. Dies konnte in erster Linie durch eine regelmäßig aufsuchende Untersuchung und darauf abgestimmte vorbeugende Maßnahmen in den Kindertageseinrichtungen und Schulen erreicht werden.





## Kariesrisiko

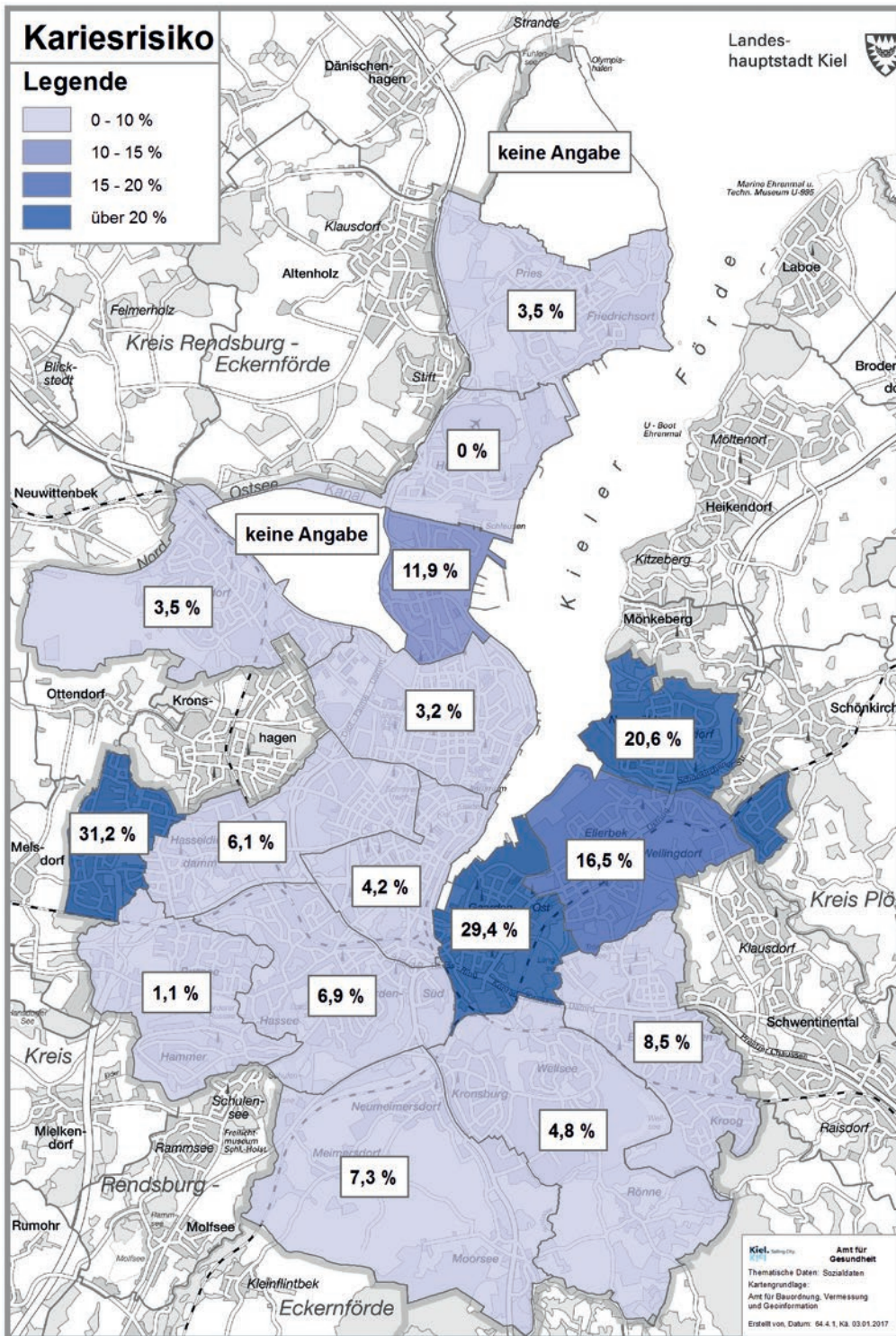
Das Kariesrisiko wird bundeseinheitlich nach den Kriterien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) definiert. Danach ergibt sich für die Zielgruppe der 6 bis 7-jährigen Kinder ein erhöhtes Kariesrisiko, wenn bereits mehr als 5 Milchzähne des frühen Wechselgebisses erkrankt sind bzw. mindestens ein bleibender Zahn eine Kariesschädigung aufweist.

Der Anteil der Kinder mit aktuell hohem Risiko, weitere Zahnschäden durch Karies zu erleiden, erlaubt Aussagen über die zukünftig benötigten Behandlungsressourcen und zusätzliche spezielle Interventionsprogramme. Hier gilt es, für diese Zielgruppe passgenaue Angebote zu schaffen. Besonders in diesen Ortsteilen sind auch die Lebenswelten der Kinder als Unterstützer und Erzieher gefordert, gesundes Verhalten und Selbstverantwortung zu fördern. Tägliches Zähneputzen in den Kindertagesstätten oder Fluoridierungsangebote in den Schulen sind wirkungsvolle Maßnahmen. Durch solche Unterstützung konnte in den vergangenen 10 Jahren vom Schuljahr 2005/2006 hin zum Schuljahr 2015/2016 für alle Ortsteile eine Senkung des Risikoprofils in Bezug auf die Karies erreicht werden.

Aufgrund des Zusammenhangs zwischen dem jeweiligen Wohnort und dem Risiko an Karies zu erkranken, ist neben der Basisprophylaxe (jährlicher Unterricht zur Mundgesundheit mit Zahnputzübung) in den betroffenen Bereichen auch eine spezielle Risikoprophylaxe (höherfrequente Betreuung mit zusätzlicher Zahnschmelzhärtung durch Fluorid) im jeweiligen Umfeld/Lebensraum erforderlich.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es gelungen ist, das schon vor zehn Jahren hohe Niveau der Mundgesundheit der betrachteten Schülerinnen und Schüler in der ersten Klasse weiter zu stabilisieren und zu verbessern. Dieser Fortschritt wurde durch ein umfangreiches Präventions- und Betreuungskonzept erreicht. Trotzdem hat in Mettenhof jedes dritte Kind ein besonderes Kariesrisiko.





**Karte 4: Anteil der Kinder mit aktuell hohem Kariesrisiko (mehr als 5 Milchzähne mit Krankheitserfahrung)**

Der höchste Anteil an Kindern mit hohem Kariesrisiko findet sich in den Ortsteilen: Mettenhof, Gaarden, Neumühlen-Dietrichsdorf/Oppendorf.

Der geringste Anteil an Kindern mit hohem Kariesrisiko findet sich in den Ortsteilen: Holtenua, Russee/Hammer/Demühlen, Ravensberg/Brunswik/Düsternbrook.



## Vorbeugende Maßnahmen und Gesundheitsförderung durch den Zahnärztlichen Dienst

Prävention und Gesundheitsförderung sollen Karies und anderen Erkrankungen der Mundhöhle entgegenwirken. Dazu gehört auch ein frühes Heranführen der Kinder an gesundheitsförderliches Verhalten. So sollte es selbstverständlich sein, dass Kinder nach dem Essen in einer Kindertagesstätte ihre Zähne putzen können. Ritualisierung, Verfahrenssicherheit und ein Lernen von anderen Kindern ermöglichen ein frühes Verfestigen gesundheitserhaltender Handlungen.

Im Bereich der zahnärztlichen Vorbeugung (Prävention) wurde in den letzten Jahrzehnten insbesondere in Bezug auf die bislang nicht heilbare Erkrankung Karies vieles erreicht. Bisher wurden sowohl weitreichende Fortschritte bei der Verringerung der Neuerkrankungen an Karies (Kariesinzidenz) wie auch bei deren Behandlung und somit Vermeidung von oft weitreichenden Auswirkungen erzielt. Deutlich über die Hälfte der Kinder und Jugendlichen in der Landeshauptstadt Kiel und mittlerweile auch viele Eltern selbst, sind nicht mehr an Karies erkrankt, der Stellenwert einer regelgerechten Entwicklung des Gebisses und seiner Gesunderhaltung ist stärker denn je in der Bevölkerung verankert.

Dieser Erfolg kann als das Ergebnis einer über lange Zeiträume kontinuierlich gewachsenen Zusammenarbeit des Amtes für Gesundheit mit vielen Beteiligten und Kooperationspartnern zur Förderung der Gesundheit der Kinder und Jugendlichen sowie zur Unterstützung der Eltern angesehen werden.

Einrichtungen für Kinder als Lebenswelt erhalten auch im Hinblick auf Zahngesundheit eine immer stärkere Bedeutung und Verantwortung, die über die unterstützende Erziehung durch Eltern deutlich hinausgeht. In jeder Kindertageseinrichtung sollte das Zähneputzen eine Selbstverständlichkeit sein. Auch Schulen sollten dazu Möglichkeiten bieten.

Kinder verbringen einen immer größer werdenden Anteil ihrer wichtigen Entwicklungszeit in Kindertageseinrichtungen und Ganztageschulen und somit immer weniger im Rahmen der Familie. Dieser sich in den letzten Jahren vollziehende Wandel in der Gesellschaft bezieht selbst die Kleinsten durch den flächendeckenden Aufbau von Krippen mit ein. Damit gewinnt auch die Gruppenprophylaxe immer weiter an Bedeutung.

Gruppenprophylaxe findet in Gruppen, und damit in den Lebenswelten der Kinder wie Krippe, Kindertageseinrichtung oder Schule, statt. Der Zahnärztliche Dienst arbeitet hier Hand in Hand mit der Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Kiel zusammen. Schule wie Kindertagesstätte erhalten Angebote zur Mundgesundheit und Zahnpflege. Dafür stehen zwei verschiedene Konzepte zur Verfügung: die Basis- und die Risikoprophylaxe.

In der Basisprophylaxe werden altersentsprechende Spiel-, Lern- und Unterrichtsmodule durchgeführt und um eine praktische Zahnputzübung ergänzt.

In der Risikoprophylaxe werden in den Kindertagesstätten die Zahl der Besuchsangebote erhöht. In den Schulen werden Unterrichtsmodule um ein Programm zur Zahnschmelzhärtung ergänzt. Hier erfolgt die Einbürstung eines fluoridhaltigen Gelée im vierzehntägigen Rhythmus direkt in der Einrichtung. Da dieses Gelée relativ hochpreisig ist, können auch Kinder aus Familien profitieren, die sonst finanziell nicht über diese Möglichkeiten verfügen. Darüber hinaus befindet sich auch ein Fluoridierungsangebot für Kindertageseinrichtungen in Planung.

In Prävention und Gesundheitsförderung kommt insbesondere jenen Beteiligten, die in Schlüsselpositionen tätig sind, eine ganz besondere Verpflichtung zu: Sie sind diejenigen, die durch eine geschickte Weichenstellung Orientierung geben und Entwicklung ermöglichen, Netzwerke bilden und Rahmenbedingungen schaffen, innerhalb derer eine lebensraumbezogene Unterstützung der Kinder und Jugendlichen überhaupt erst realisiert werden kann.

Insgesamt haben 15.520 Kinder und Jugendliche im Schuljahr 2015/2016 an einer zahnärztlichen Reihenuntersuchung teilgenommen. Davon erhielten 1.717 Kinder im Schulbereich (6. – 16. Lebensjahr) Angebote der Basisprophylaxe und 4.095 Kinder Angebote der Risikoprophylaxe mit 110.000 Fluoridierungsanwendungen. In den Kindertageseinrichtungen konnten 5.513 Kinder mit Prophylaxeangeboten erreicht werden.



**Spielerische Aktionen zur Mundgesundheit in Kindertagesstätten fördern die Motivation.**

## Handlungsbedarf

Gesund beginnt im Mund – so lautete das bundesweite Motto zum Tag der Zahngesundheit im Jahr 2015.

Tatsächlich wirkt sich das Wohl unserer Zähne dramatisch auf unser Gesundheitsempfinden aus, sollte hier etwas einmal nicht in Ordnung sein. Jeder Mensch, der schon einmal Zahnschmerzen aushalten musste, kennt den bohrenden und quälenden Schmerz.

Umso schlimmer ist es, wenn wir Kinder diesem Zustand aussetzen. Nicht nur, dass sie durch die starke Bakterienbesiedlung an „Zahnfäule“, dem deutschen Begriff für Karies erkranken, sondern hier die Immunlage und somit die Abwehrkräfte des Kindes durch den ständigen Kampf gegen die Bakterien geschwächt werden und in der Folge eine höhere Anfälligkeit für andere Infektionserkrankungen bestehen. Diese Kinder weinen natürlich viel, mögen nicht mehr richtig essen, schlafen nicht mehr durch und eine Zahnbürste tolerieren sie dann auch nicht in ihrer Mundhöhle. Fehlende oder weggefallene Zähne erschweren auch die Sprachbildung und Logopädie kann nicht helfen, wenn die Zunge kein Widerlager findet. Diese Zusammenhänge zwischen Gesundheitsstatus in der Mundhöhle und dem gesamten Organismus könnte man noch weiter fortführen, soll aber hier nur darstellen, welches ein komplexes Geschehen auf die kindliche Gesundheit wirkt.

Deshalb kann der Ansatz zur Vorsorge nicht früh genug beginnen und es sind natürlich alle Akteure gefordert, ihren Beitrag zu leisten. Dazu gehören neben den Eltern vor allem Erzieherinnen und Erzieher, aber auch Lehrerinnen und Lehrer.

Der Zahnärztliche Dienst braucht diese Kooperationspartner, um seine Angebote und Unterstützung für Kinder, Eltern und Betreuungspersonal in die Einrichtungen zu bringen. Leider ist in den letzten Jahren eine immer weiter sinkende Bereitschaft zur Unterstützung des Bildungsauftrages Gesundheitserziehung in Bezug auf Mundgesundheit in den Kindertagesstätten zu finden. Mehr und mehr Einrichtungen bieten den Kindern keine Zahnpflege nach dem Essen an. Bei diesem Verhalten werden wir in Zukunft wieder steigende Erkrankungsraten aufweisen. Trotz Verbesserung in der Karieshäufigkeit beobachten wir eine Polarisierung beim Vorkommen der Karies: „20 % der Kinder haben 80 % der Karies.“ Hier müssen spezielle Angebote an Einrichtungen und Familien herangetragen werden. Ohne Unterstützung der Kindertagesstätten kann der Zahnärztliche Dienst diese Leistung nicht erbringen, vor allem vor dem Hintergrund, dass immer mehr Kinder immer mehr Zeit in Ganztageseinrichtungen verbringen. So sollte auch beim Bau von Mensen an die Möglichkeit der Kinder und Jugendlichen zum Zähneputzen gedacht werden.

Weitere konkrete Handlungsmöglichkeiten wären:

- Einbeziehung der Altersgruppe 1 bis 3 Lebensjahre in die zahnärztliche Gruppenprophylaxe.
- Einbindung der Eltern in das Betreuungskonzept insbesondere in der Vorgeburtsphase und dem ersten Lebensjahr des Kindes.
- Im Bereich der sozialraumassoziierten Fokussierung der Erkrankung Karies ist ein weiterer gezielter und niedrighschwelliger Ausbau der Vorort-Betreuung in modularer Form mit hohem Vernetzungsgrad (andere Professionen und Organisationen) notwendig.
- Generell muss ein Verständnis für die zentrale Notwendigkeit der Mundhygiene dringend geschaffen werden. Der wechselseitige Zusammenhang zwischen mangelnder Mundhygiene und damit verbundenen immungekoppelten Entzündungsvorgängen mit vielen stark zunehmenden Allgemeinerkrankungen wie Diabetes, Herz-, Kreislauf- und Atemwegserkrankungen muss bewusst gemacht werden. Hierzu sind insbesondere zielgruppenbezogene, objektive und unabhängige Informationen erforderlich, die auch unter Einsatz von modernen Medien verbreitet werden sollten.
- Ausweitung der Aufklärung und statistischen Erfassung im Bereich Frühe Karies.



**Zähneputzen als  
Bildungsmaßnahme zur  
Gesundheitserziehung**

## Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen

Vor der Einschulung werden in Schleswig-Holstein alle Kinder, die zum 30.06. eines Folgejahres das 6. Lebensjahr vollenden, durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes schulärztlich untersucht.

Die Schuleingangsuntersuchung dient der Erfassung schulrelevanter Beeinträchtigungen, dem Einleiten notwendiger medizinischer, fördernder Maßnahmen, dem Anstoßen notwendiger sozialer Unterstützungsmaßnahmen und dem Vermitteln von Hilfen.

So können die Auswirkungen sozialer Benachteiligung auf Gesundheits- und Bildungschancen gemindert werden (individualmedizinische Betrachtung).

Daneben werden besondere Bedarfe des Kindes beispielsweise in Hinblick auf die Räumlichkeiten der Schule geprüft (arbeitsmedizinischer Aspekt).

Die Daten der Schuleingangsuntersuchung geben einen Überblick über sozialraumspezifische Entwicklungen und zeigen zukünftige Herausforderungen an (sozialkompensatorischer Blick).

Rechtliche Grundlagen für die Vollerhebung gesundheitlicher Daten eines Jahrganges sind:

- das Schleswig-Holsteinische Schulgesetz (SchlG)
- die Landesverordnung über die schulärztlichen Aufgaben (SchulÄAufgV LVO SH)
- das Gesundheitsdienst-Gesetz (GDG)
- das Landesdatenschutzgesetz (LDSG)

Durchschnittlich werden 2.000 Kinder pro Jahrgang in Kiel untersucht.

In dem vorliegenden Gesundheitsbericht werden die Daten von 1.908 Jungen und Mädchen, die im Sommer 2016 eingeschult wurden, näher betrachtet.

Ausgewählte Gesundheitsdaten werden den 18 Ortsteilen zugeordnet und kritisch interpretiert. In den Ortsteilen, in denen traditionell mehr Menschen auf die Unterstützung der Allgemeinheit angewiesen sind, zeigen sich in Bezug auf den Gesundheits- und Entwicklungsstand der zukünftigen Schulanfängerinnen und Schulanfänger auffälligere Befunde, als in Stadtteilen, in denen ein höherer Anteil der Bevölkerung erwerbstätig ist.

Der gesundheitliche Zustand einer untersuchten Bevölkerungsgruppe steht in engem Zusammenhang zur sozialen Struktur, zum Bildungsstand und zum Einkommen der Familien in ihren Wohnbereichen.

Frühzeitige Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung ist eine zentrale Aufgabe für soziale Gerechtigkeit, Chancengleichheit und die Eröffnung von Bildungsmöglichkeiten.

Gesundheitsvorsorge beginnt bereits im Mutterleib, setzt sich über die „Frühen Hilfen“, Früherkennungsuntersuchungen, Kindertagesbetreuung, heilpädagogische Hilfen, Heilmittelverordnungen bis zu den Schulgesundheitsuntersuchungen fort und wird von Eltern, Familienangehörigen und unterschiedlichsten Akteuren im Gesundheits- und Bildungssystem angeboten und sichergestellt. Die Vielfalt der gesundheitlichen Parameter und deren Unterstützungsangebote spiegeln sich in der Auswahl des Kriterienkataloges wider, der in diesem Bericht besonders betrachtet werden soll.

Übergewicht und starkes Übergewicht (Adipositas) bewirken ein erhöhtes gesundheitliches Risiko für die Entwicklung von Erkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes, orthopädische Beeinträchtigungen, Krebserkrankungen und psychische Belastungen.

Psychische Faktoren, vor allem Störungen innerhalb der Familie und in der Mutter-Kind-Beziehung, spielen in der Verbindung mit einer Fehlerziehung bei der Nahrungsaufnahme besonders in den ersten Lebensjahren eine wichtige Rolle.

Unzureichende Sprachkompetenz in der Unterrichtssprache und Sprachauffälligkeiten wie Sprachentwicklungsverzögerungen oder gravierende Sprachstörungen führen zu Kommunikationsbarrieren, erschweren die Aufmerksamkeit im Unterricht und stehen der Bildung im Wege. Sprache ist die Tür zur Bildung, zum gegenseitigen Verstehen, für ein gelingendes Miteinander und zur Teilhabe in der Gesellschaft.

Auffallend hoch ist die Zahl der Kinder, die vor dem Schulbeginn eine logopädische Sprachförderung erhalten oder erhalten haben.

Eine sichere Stifthaltung, die Fähigkeiten einfache Figuren nachzuzeichnen, sind Fertigkeiten, die zum Schulbeginn bei den meisten Kindern schon gut ausgebildet sind. Und wenn nicht? Dann fällt es diesen Kindern schwer, beim Schriffterwerb erfolgreich mitarbeiten zu können. Das nachträgliche Üben dieser visuomotorischen Fertigkeiten erfordert die ganze Konzentration und nimmt manch einem Kind die Lernfreude.

Neben dem Elternhaus ist die Kindertagesstätte der Ort, an dem Kinder sich entfalten, sich erproben, sich motorisch üben und soziales sowie kognitives Lernen unterstützt wird.

In den letzten Jahren wurde die Anzahl der Kinderbetreuungsplätze ausgebaut, insbesondere sind Krippenplätze geschaffen worden. Dementsprechend sind die Besuchsjahre in Kindertagesstätten angestiegen. Kurze Kitabesuchszeiten korrelieren mit geringeren Fähigkeiten der Kinder zum Beispiel in Bezug auf die Hand-Auge-Koordination, der sogenannten Visuomotorik.

Ein differenzierter Gesundheitsbericht identifiziert besondere Konstellationen und Unterstützungsbereiche. Er bietet eine Grundlage zur Steuerung von sozialraumorientierten gezielten Förderungen von Kindern mit besonderen Bedarfen.

Langzeitstudien erlauben Aussagen über Entwicklungstendenzen und zeigen Erfolge oder noch unzureichende Ergebnisse von Interventionen auf.

## Übergewicht und starkes Übergewicht (Adipositas)

Im Landesdurchschnitt waren im Untersuchungszeitraum 2005/2006 10,3 % der zukünftigen Schülerinnen und Schüler übergewichtig oder stark übergewichtig (adipös). Im Jahr 2015 lag diese Zahl in Schleswig Holstein weiterhin bei 10,3 %. Betrachtet man die Zahlen von 2006 und 2016 in Kiel im 10-Jahresvergleich, so lag der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder im Jahr 2006 noch bei 16 % und damit deutlich über dem damaligen Landesdurchschnitt. Im Jahr 2016, sehen wir in Kiel einen deutlichen Rückgang der Rate übergewichtiger Kinder auf nur noch 10,6 % und damit eine Verbesserung um 5,4 %-Punkte in 10 Jahren. Dieser aktuelle Anteil übergewichtiger Kinder entspricht nunmehr nahezu dem Landesdurchschnitt.

(Quelle: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung, 2015)

Es muss jedoch hervorgehoben werden, dass die Anzahl betroffener Kinder in den unterschiedlichen Ortsteilen Kiels sich weiterhin sehr stark unterscheidet. In Gaarden waren 2006 fast 1/3 aller Kinder, nämlich 28 % übergewichtig, 2016 waren es noch 16,2 %; eine deutliche Reduzierung. Weiterhin sind die Kinder in Gaarden jedoch zum Einschulungszeitpunkt schwerer als der Durchschnitt, der in Schleswig-Holstein lebenden Kinder. In Mettenhof blieb die erhöhte Rate von 15 % im Jahr 2006 und 15,6 % im Jahr 2016 weitestgehend unverändert.

Ähnlich unveränderte Zahlen lassen sich in Neumühlen-Dietrichsdorf und Ellerbek/Wellingdorf beobachten: 2006 16 %, 2016 15,7 %. Die drei Ortsteile mit dem höchsten Anteil übergewichtiger Kinder sind Neumühlen-Dietrichsdorf, Gaarden und Mettenhof, gefolgt von Ellerbek/Wellingdorf und Pries/Friedrichsort. Vergleicht man die Daten des Sozialberichtes 2016 „Daten für Taten“, des Dezernates für Soziales, Gesundheit, Wohnen und Sport, so zeigen sich ganz ähnliche Sozialraumverteilungen in Bezug auf den Anteil der Arbeitslosen an der erwerbstätigen Bevölkerung und auch auf den Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund.

Ähnliche Zusammenhänge wurden im Schulgesundheitsbericht 2014/2015 des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung herausgearbeitet. (Quelle: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung, 2015)

Das Risiko für Übergewicht und Adipositas steht in engem Zusammenhang mit dem Bildungsstand der Eltern und dem Vorhandensein eines Migrationshintergrundes.

Welche Veränderungen könnten in Gaarden zu dieser sehr positiven Entwicklung geführt haben?

Interventionen in Kindertagesstätten, wie Anleitungen zu einem gesunden Frühstück, Ganztagesbetreuungsangebote inklusive eines vollwertigen Mittagessens, Bewegungsprogramme wie „Kids in die Clubs“ sowie die Nutzung des Sport- und Begegnungsparks könnten zu dieser positiven Entwicklung beigetragen haben. Beratung und Information der Eltern in Eltern-Kind-Gruppen, Elternberatungen und Erziehungsberatungen im Rahmen der Frühen Hilfen aber auch Sportangebote sind als ursächlicher Motor für Veränderungen zu identifizieren. Möglicherweise hat sich das Verbraucherverhalten der Eltern in Richtung weniger kaloriendichter Lebensmittel verändert. In der Altersgruppe der Vorschulkinder sind zum Beispiel zuckerhaltige Getränke beliebt und gleichermaßen gewichtsstärkend wie kariesfördernd. Werden diese Nahrungsmittel weggelassen, werden schnelle Erfolge verzeichnet.



Aber auch der Zuzug von Familien unterschiedlicher ethnischer Ursprünge sowie kulturelle Unterschiede in Bezug auf die Ernährungsgewohnheiten, könnten zur Verminderung des Anteils übergewichtiger Kinder beigetragen haben.

Der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder in Kiel ist in den letzten 10 Jahren rückläufig und liegt nun im Bereich des schleswig-holsteinischen Landesdurchschnittes bei 10,3%. In den Ortsteilen mit hohem Migrationsanteil und einem hohen Anteil an Transferleistungen liegen die Zahlen für Übergewicht und Adipositas deutlich höher als in den anderen Ortsteilen.



## Logopädie und Sprachkompetenz

Die Entwicklung der Sprache ist ein zentraler Bestandteil der Entwicklung des Kindes. Bei einem relativ hohen Anteil der Kinder verläuft die Sprachentwicklung allerdings nicht problemlos und Störungen der Sprachentwicklung gehören zu den häufigsten Entwicklungsstörungen in der frühen Kindheit. (Quelle: SES, 2011)

Es muss unterschieden werden zwischen therapiebedürftigen und förderbedürftigen Sprachauffälligkeiten sowie verschiedenen Sprachentwicklungsstörungen. Die normale Sprachentwicklung unterliegt einer großen interindividuellen Variation in den Bereichen: Beginn, Tempo sowie Art und Weise des Spracherwerbs. Im Bundesdurchschnitt zeigt jedes 4. Kind zum Zeitpunkt der Einschulung Sprachauffälligkeiten.

### Sprachauffälligkeiten

Umgebungsbedingungen wie Anrengungsarmut oder fehlende deutsche Sprachvorbilder sowie Mehrsprachigkeit können die Sprachentwicklung ungünstig beeinflussen. Diese Sprachauffälligkeiten bedürfen keiner logopädischen Förderung, sondern einer pädagogischen Sprachförderung, zum Beispiel durch das Angebot SPRINT (Sprachintensivförderung).

Im Rahmen der Weiterentwicklung des integrativen Sprachbildungskonzepts werden seit Anfang 2006 landesweit SPRINT-Kurse angeboten. Sie richten sich an Vorschulkinder mit oder ohne Migrationshintergrund, die nur geringe Kenntnisse der deutschen Sprache haben und dem Unterricht der Eingangsphase nicht ohne weiteres folgen könnten.

Um alle künftigen Erstklässler zu erfassen, die an den Kursen teilnehmen sollen, ist vor einigen Jahren die Schulanmeldung von Februar auf den November vorgezogen worden. Bei allen Kindern wird im Einschulungsgespräch der Sprachstand beobachtet und bewertet. Ergeben sich Hinweise auf Sprachdefizite, erfolgt eine zweite Untersuchung mit Fachkräften, um den Sprachstand dieser Kinder genau einzuschätzen. Bestätigen sich die Sprachdefizite, erhalten die Kinder in den Monaten zwischen der Schulanmeldung und der Einschulung eine intensive Sprachschulung.

Das Schulgesetz verpflichtet zur Teilnahme an SPRINT. Im SPRINT-Durchgang 2012 wurden landesweit 2.105 Kinder sprachlich auf den Schulstart vorbereitet. In der Regel findet der Sprachförderunterricht in einer Kita statt. Er umfasst 20 Wochen mit mindestens zehn Wochenstunden.

Die Zielsetzung lautet: Steigerung der sprachlichen Kompetenz durch Wortschatzarbeit aus der Erfahrungswelt der Kinder und durch handlungsbezogenes Lernen. Trainiert werden hierbei unter anderem das Hörverstehen, das freie Sprechen, das Einüben korrekter Sprachmuster sowie das Betrachten und Besprechen von Büchern. Die Entwicklung der Literalität (Lese- und Schreibfähigkeit) dieser Altersgruppe ist ebenfalls von großer Bedeutung. Bedingung für einen erfolgreichen Verlauf des Kurses ist neben einer guten Zusammenarbeit zwischen der SPRINT-Lehrkraft und den Erzieherinnen und Erziehern der Kindertageseinrichtung vor allem ein enger Austausch zwischen der SPRINT-Lehrkraft und dem Elternhaus, gegebenenfalls auch durch Hausbesuche.

(Quelle: Ministerium für Schule und Bildung, 2013)

### **Sprachentwicklungsverzögerung**

Eine Sprachentwicklungsverzögerung liegt dann vor, wenn ein Kind vor Vollendung des 3. Lebensjahres eine um 6 Monate oder mehr verzögerte Entwicklung im Spracherwerb zeigt.

### **Sprachentwicklungsstörung**

Eine Sprachentwicklungsstörung liegt vor, wenn die Artikulation, das Sprachverständnis, die Grammatik, der Wortschatz und die kommunikativen Fähigkeiten sprachlich auffällig sind.

Von einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung spricht man, wenn keine vorausgehenden oder begleitenden organischen, mentalen oder emotionalen Störungen vorliegen, der Spracherwerb aber beeinträchtigt ist.

Eine allgemeine Sprachentwicklungsstörung liegt vor, wenn organische, mentale oder emotionale Schädigungen vorliegen, die die Sprachentwicklung beeinträchtigen.

Desweiteren kann eine Störung des Redeflusses wie Stottern oder Poltern, oder eine Stimmstörung vorliegen.

Eine Sonderform nimmt der Mutismus (Stummheit) ein, eine Kommunikationsstörung, bei der die Kinder sprechen können, aber nicht oder nur mit ausgewählten Personen oder in besonderen Situationen sprechen.

Medizinisch relevante Sprachentwicklungsstörungen wie beispielsweise Artikulationsstörungen, Störungen der Grammatik, des Redeflusses, Sprachverständnisprobleme oder auditive (auf das Gehör bezogene) Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen werden von einer gezielten logopädischen Therapie positiv beeinflusst.

Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung bilden mithilfe eines systematischen Testverfahrens (Screening) lediglich eine Momentaufnahme der aktuellen Sprachentwicklung des Kindes ab.

Neben der Beurteilung der Spontansprache werden die Artikulation, grammatikalische Kenntnisse, die Wahrnehmung über den Gehörsinn und die Kommunikationsfähigkeit im Rahmen des „sozialpädiatrischen Entwicklungsscreenings für Schuleingangsuntersuchungen“ standardisiert in ganz Schleswig-Holstein erfasst und dokumentiert.

Im standardisierten Testverfahren werden die Kinder aufgefordert, Bilder zu beschreiben, Präpositionen zu verwenden, Pluralformen zu bilden und Nonsensworte (sinnlose Worte) nachzusprechen. Im gesamten Untersuchungsverlauf werden die Kommunikationsfähigkeiten, die Deutschkenntnisse und die Lautbildung begleitend beobachtet und anschließend beurteilt.

Die folgende Tabelle dient der Zuordnung, ob die Sprachäußerungen eines 5-jährigen Kindes als sprachkompetent oder als noch nicht sprachkompetent eingeordnet werden.

Die Ziffern 0-3 definieren eine unzureichende Sprachkompetenz, welche einen pädagogischen und/oder logopädischen Förderbedarf anzeigt.

Die Angaben zu den Ziffern 4 und 5 entsprechen einer kompetenten Sprachentwicklung, die eine altersgerechte Kommunikation beschreibt.

Ziffer	Migrationshintergrund	Deutsch	Förderbedarf
0	wenn Sprache nicht beurteilbar ist	hoch	
1	das Kind kann sich mit der deutschen Sprache nicht verständlich machen	das Kind verfügt über keinen aktiven Wortschatz	hoch
2	Das Kind verfügt über einen rudimentären Wortschatz. Es kann sich in Form von Zwei- und Mehrwortsätzen, die grammatikalisch inkorrekt sind, eingeschränkt verständlich machen	Das Kind verfügt nur über einen primitiven Wortschatz, grammatikalisch inkorrekt	hoch
3	Das Kind verfügt über einen ausreichenden Wortschatz und kann sich gut verständlich machen. Es werden aber noch viele und auch erhebliche grammatikalische Fehler gemacht	das Kind verfügt über einen ausreichenden Wortschatz, grundlegende Grammatik, Artikel, Konjugation, Deklination fehlen noch	hoch
4	Das Kind verfügt über einen guten und ausreichenden Wortschatz und kann sich gut verständlich machen. In der Spontansprache unterlaufen dem Kind noch leichte Fehler	Dem Kind unterlaufen noch leichte grammatikalische Fehler	mäßig
5	in Wortschatz, Grammatik und Ausdruck keine Unterscheidung von einem Kind deutscher Muttersprache. Ein vorhandener Akzent wird nicht berücksichtigt	keine Fehler in der Sprache. Ein eventuell vorhandener Akzent oder Dialekt wird nicht berücksichtigt	

**Kriterien zur Beurteilung der Sprachkompetenz 5 jähriger Kinder mit und ohne Migrationshintergrund**

In den Ortsteilen Schilksee, Hassee/Vieburg und Russee/Hammer/Demühlen wird ein besonders hoher Anteil an Logopädie-Verordnungen beobachtet. Diese Rate geht nicht einher mit dem Anteil der Kinder, die eine noch unzureichende Sprachkompetenz zeigen.

Von den Ortsteilen des Ostufers zeigt Gaarden die geringste Quote an Logopädie-Verordnungen, ein Prozentanteil, der den Ortsteilen Düsternbrook, Wik, Steenbek/Projensdorf oder Suchsdorf entspricht. In Gaarden liegt der Anteil der Kinder, welche eine unzureichende Sprachkompetenz zeigen, demgegenüber am höchsten.

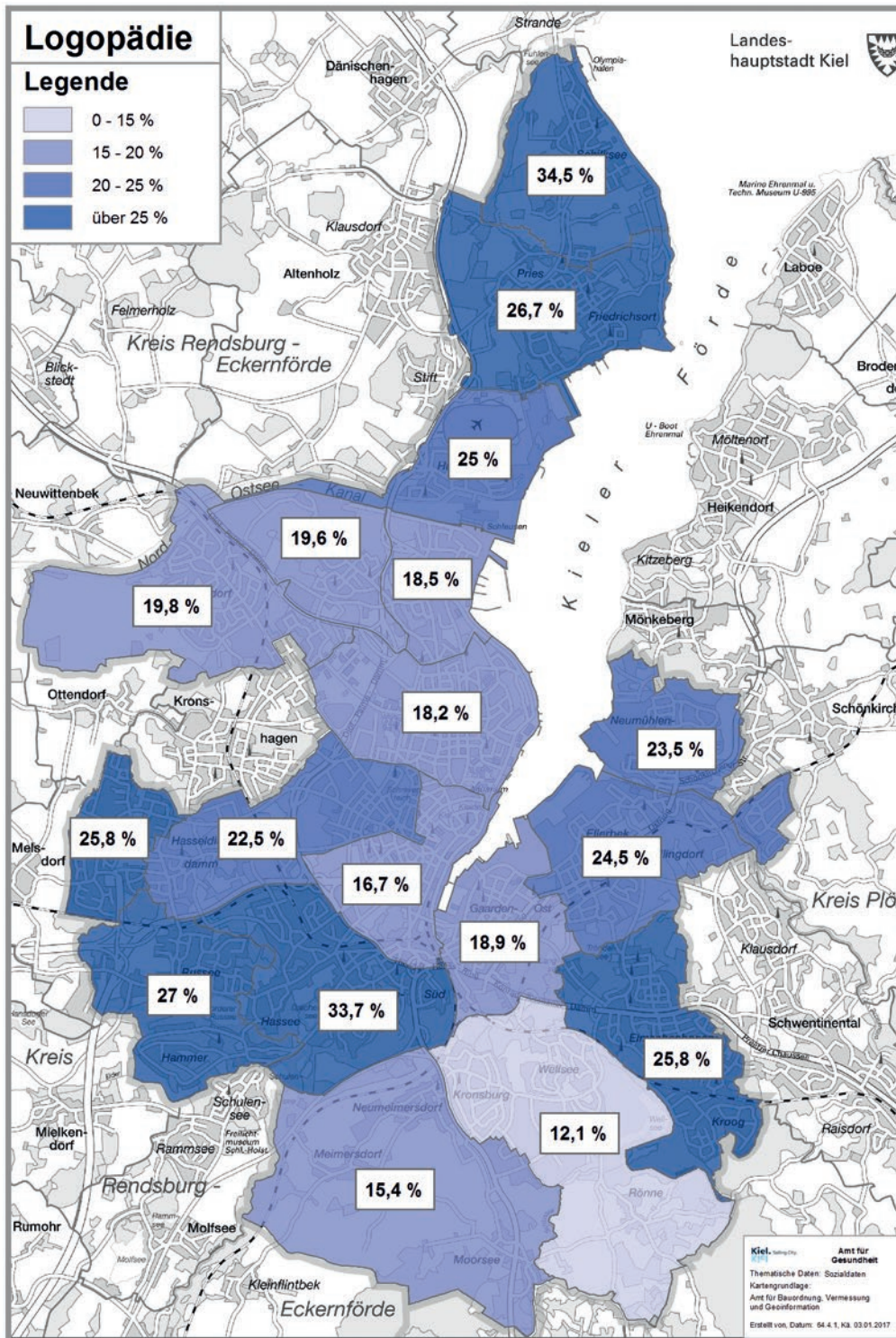
In ganz Kiel erhalten, erhielten oder benötigten im Jahr 2016 22,3% aller Kinder eine logopädische Förderung. Dieser Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr rückläufig. Die Kieler Verordnungsquote von 2014/2015 lag noch bei 28%.

Der Landesdurchschnitt für Logopädie-Verordnungen oder Empfehlungen lag im gleichen Zeitraum bei 26,7%. Die möglichen Ursachen für rückläufige Logopädie-Verordnungen können nur spekulativ betrachtet werden. (Quelle: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung, 2015)

Die Zahl der in Bezug auf die Sprachentwicklung förderbedürftigen Kinder steigt stetig an. Zur Verbesserung der Sprach- und Sprechfähigkeit werden insbesondere in Kindertagesstätten umfangreiche pädagogische Sprachförderangebote installiert. Diese Angebotsvielfalt hat möglicherweise zu einem zurückhaltenden Verordnungsverhalten der niedergelassenen Ärzte geführt.

In den Ortsteilen, in denen ein hoher Anteil von nicht sprachkompetenten Kindern lebt, wird zur Sprachförderung vorrangig nicht Logopädie, sondern eine pädagogische Sprachförderung, zum Beispiel SPRINT angeboten.





**Karte 6: Anteil der Kinder, bei denen aktuell Logopädie stattfindet, empfohlen wird oder früher stattgefunden hat**

Die Ortsteile mit dem höchsten Anteil an Logopädie-Verordnungen sind: Schilsee, Hassee/Vieburg, Russee/Hammer/Demühlen.

Zu den Ortsteilen mit dem geringsten Anteil an Logopädie-Verordnungen gehören: Wellsee/Kronsborg/Rönne, Meimersdorf/Moorsee, Mitte.



### **Sprachkompetenz**

In den Ortsteilen Gaarden und Mettenhof liegt der Anteil der Kinder, die eine noch unzureichende Sprachkompetenz (Ziffer 0-3) zeigen, am höchsten. Als Ursachen können der hohe Anteil an Mehrsprachigkeit, Anrengungsarmut aufgrund sozialer Besonderheiten und ein geringes Sprachvorbild benannt werden.

Ebenfalls hohe Anteile an sprachauffälligen Kindern werden in den übrigen Stadtteilen des Ostufers erreicht. Die geringsten Anteile von nicht sprachkompetenten Kindern werden in den nordwestlichen Stadtteilen Kiels, mit Ausnahme von Pries/Friedrichsort, dokumentiert.

Demgegenüber werden in den Stadtteilen Schilksee, Hassee/Vieburg, Russee/Hammer/Demühlen, Pries/Friedrichsort, Mettenhof und Elmschenhagen die meisten Verordnungen für Logopädie angegeben.



### Auffälligkeiten der Sprache

In Kiel lag 2006 bei 24,4 % aller Kinder ein Sprachförderbedarf oder eine geringe Sprachauffälligkeit vor. Dieser Anteil hat sich in den letzten 10 Jahren annähernd verdoppelt. Heute liegt bei fast jedem 2. Kind (47,1 %) eine mehr oder weniger deutliche Sprachauffälligkeit vor. Wird nur der Bereich der behandlungsnotwendigen Sprachauffälligkeiten (eine Behandlung sollte eingeleitet werden, oder das Kind ist bereits in Behandlung) betrachtet, so betrifft dies immer noch jedes 3. Kind (31 %) in Kiel.

Werden die unterstützenden Maßnahmen der pädagogischen Sprachförderung und der Logopädie-Verordnung zusammen betrachtet, so zeigt die Grafik „Auffälligkeiten der Sprache“ in welchem Umfang Fördermaßnahmen in Bezug zum Ortsteil bestehen oder notwendig wären.

Den höchsten Anteil von Kindern mit Unterstützungsbedarf zeigt der Ortsteil Gaarden mit einem Anteil von 71,2 % der dort lebenden Kinder, in weitem Abstand gefolgt von Ellerbek/Wellingdorf und Neumühlen-Dietrichsdorf, jeweils mit einem Anteil von 38,2 %. In Gaarden benötigen demnach 3 von 4 Kindern spezifische Fördermaßnahmen, um in ihrer Sprachentwicklung unterstützt zu werden. Gelingt dies gut, werden Bildungschancen gefördert, gelingt dies nur bedingt, starten diese Kinder mit geringeren Chancen für einen gelingenden Schulbesuch.

Hassee/Vieburg und Schilksee sowie Mettenhof folgen mit einem Anteil um die 30 %, also jedes 3. Kind erhält oder benötigt Unterstützung in der Sprachentwicklung.

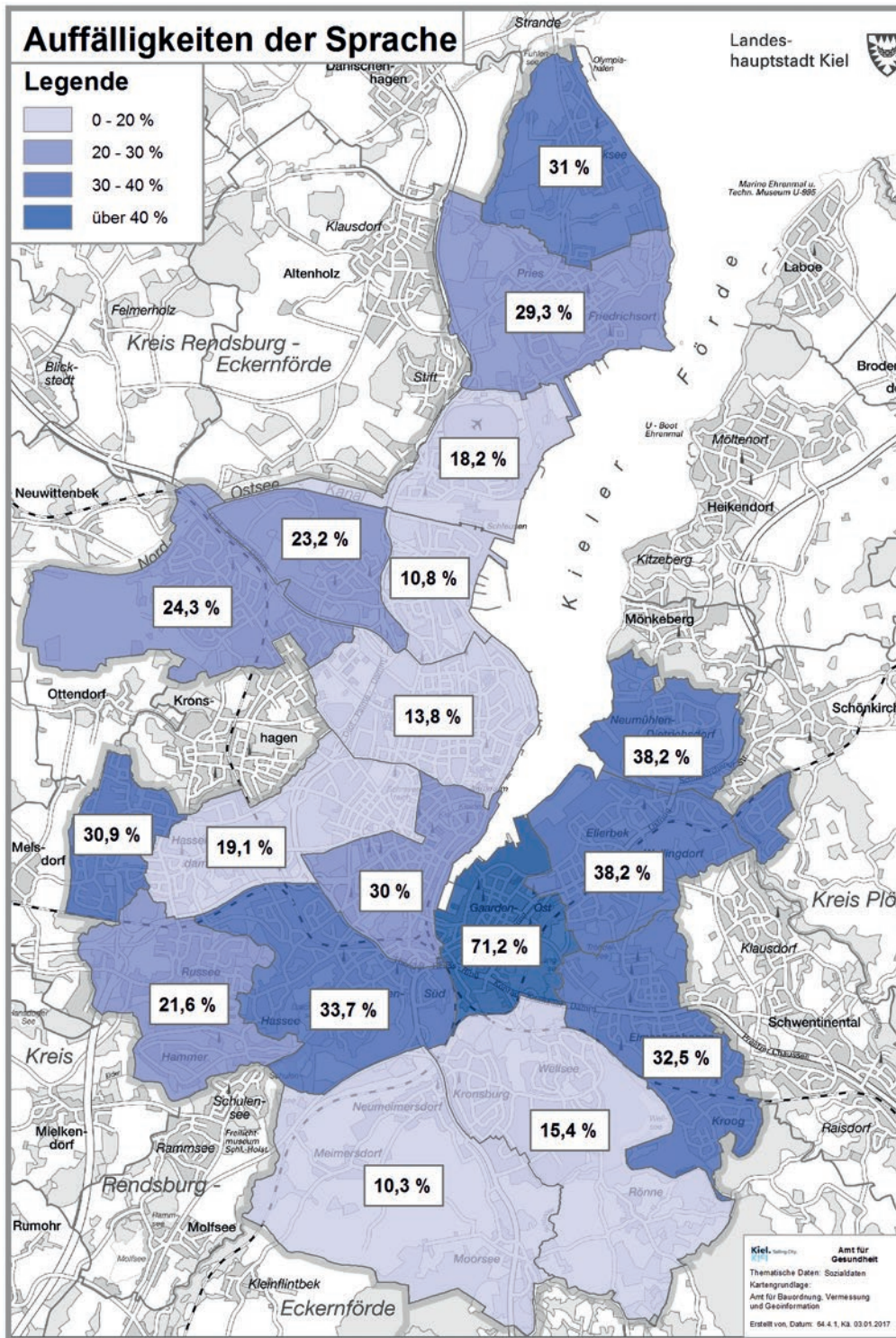
Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung bilden mithilfe eines systematischen Testverfahrens (Screenings) lediglich eine Momentaufnahme der aktuellen Sprachentwicklung des Kindes ab. Neben der Beurteilung der Spontansprache werden die Artikulation, grammatikalische Kenntnisse, die Wahrnehmung über den Hörsinn und die Kommunikationsfähigkeit im Rahmen des „sozialpädiatrischen Entwicklungsscreenings für Schuleingangsuntersuchungen“ standardisiert in ganz Schleswig-Holstein abgefragt und dokumentiert.

Der Anteil sprachauffälliger Kinder hat sich in den letzten 10 Jahren verdoppelt. Jedes 3. Kind im Vorschulalter erhält oder benötigt eine sprachfördernde Maßnahme. Den höchsten Unterstützungsbedarf bei Auffälligkeiten der Sprachkompetenz und in der allgemeinen Sprachentwicklung benötigen die Kinder, die in den Ortsteilen des Ostufers oder in Mettenhof leben.

Die erhöhten Anteile behandlungsbedürftiger Kinder in den Ortsteilen Hassee/Vieburg, Mitte, Pries/Friedrichsort und Schilksee zeigen Schwerpunkte für zukünftige Interventionen auf.

Die vielfältigen Sprachförderangebote können nicht verhindern, dass weiterhin deutliche örtliche Unterschiede in der Ausprägung der Sprachkompetenz der Kinder bestehen. Hier besteht weiterhin ein großer Handlungsbedarf.





**Karte 8: Anteil der Kinder, die eine Sprachbehandlung erhalten oder benötigen**

Kinder, die bereits in einer sprachfördernden Maßnahme in der Kita oder in logopädischer Behandlung sind, oder nach dem Ergebnis der Schuleingangsuntersuchung eine solche Unterstützung benötigen, zeigen relevante Auffälligkeiten in der Sprachbildung.

Die meisten Kinder mit Sprachauffälligkeiten leben in den Ortsteilen: Gaarden, Ellerbek/Wellingdorf, Neumühlen-Dietrichsdorf/Oppendorf, Hassee/Vieburg.

Die geringsten Anzahl von Kindern mit Sprachauffälligkeiten leben in den Ortsteilen: Meimersdorf/Moorsee, Wik, Ravensberg/Brunswik/Düsternbrook.

## Hand-Auge-Koordination (Visuomotorik)

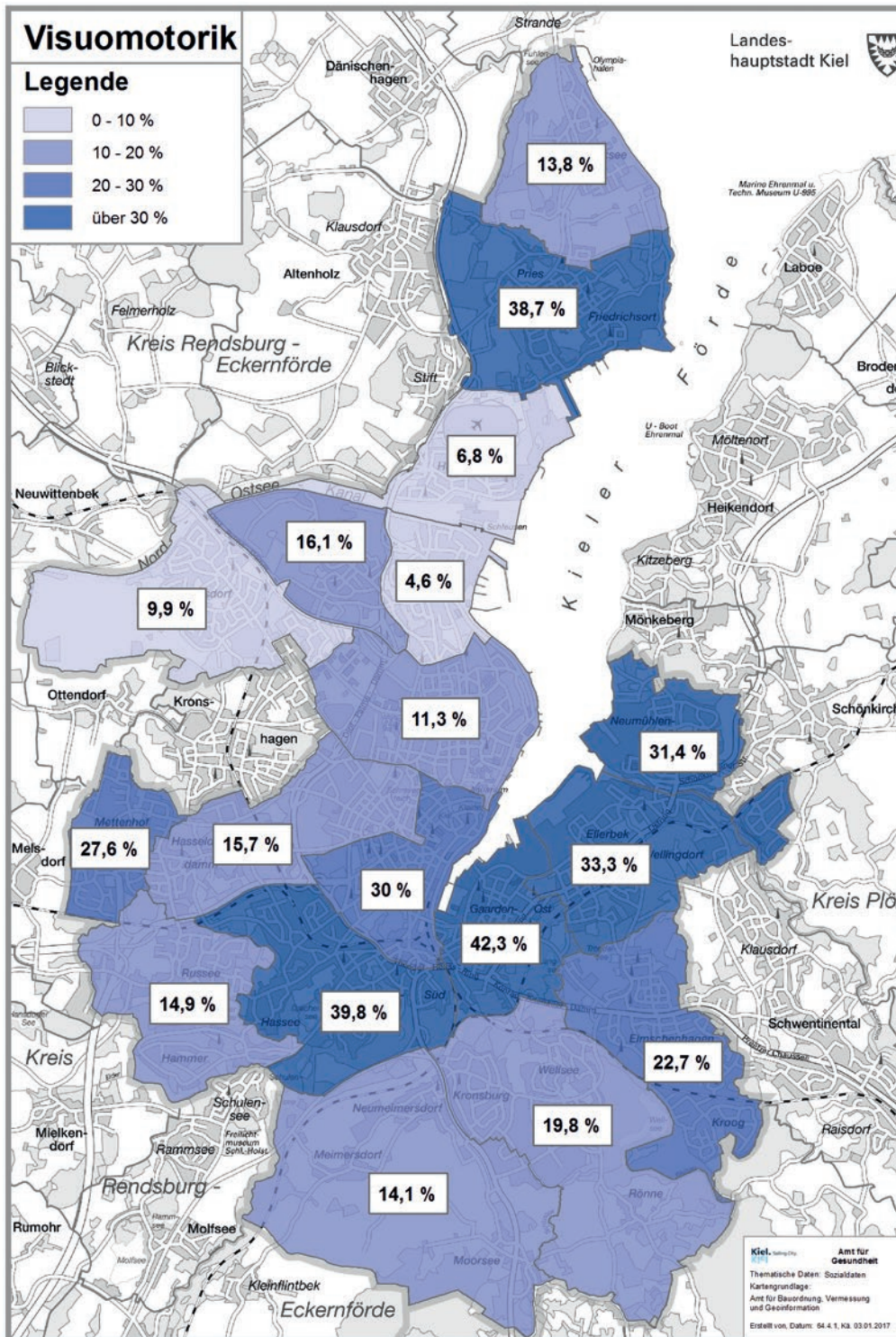
Bei der Hand-Auge-Koordination, der sogenannten Visuomotorik geht es um die Fähigkeit, optische Vorgaben umzusetzen, zum Beispiel durch Nachzeichnen einer Vorlage. Entsprechende feinmotorische Fähigkeiten sind wichtige Voraussetzungen zum erfolgreichen Schreiberwerb und fordern in den ersten Schuljahren größte Aufmerksamkeit.

24,3 % aller Kinder in Kiel zeigen bei der Testung der Visuomotorik auffällige oder grenzwertige Ergebnisse oder sind bereits in Behandlung. Zur Unterstützung der feinmotorischen Entwicklung wurden bzw. werden in Kiel 11,3 % aller Kinder vor dem Schulbeginn ergotherapeutisch unterstützt.

Die Datenlage bezogen auf die Ortsteile zeigt deutliche lokale Unterschiede. Die größten Unsicherheiten in Bezug auf die feinmotorischen Fähigkeiten werden in Gaarden beobachtet (42 %). Es fällt den Kindern dieses Ortsteils deutlich schwerer, einfache Formen mit einer sicheren Stifthaltung nachzumalen. Eine ähnlich hohe Anzahl von Auffälligkeiten im Bereich der Visuomotorik wird bei Kindern, die auf dem Ostufer in Neumühlen-Dietrichsdorf (31,4 %) und Ellerbek/Wellingdorf (33,3 %) sowie in Hassee/Vieburg (39,8 %) und Pries/Friedrichsort (38,7 %) wohnen, nachgewiesen. 22,7 % bis 30 % aller Kinder in Elmschenhagen/Kroog, Mettenhof und Mitte zeigen Unsicherheiten beim korrekten Nachmalen.

Die hohe Anzahl der in diesem Bereich auffälligen Kinder in Gaarden und Ellerbek/Wellingdorf steht in Wechselwirkung mit der hohen Anzahl von Kindern, die nur 0-2 Jahre in einer Kindertagesstätte betreut wurden. Eine verkürzte Betreuungszeit in Verbindung mit einem möglicherweise anregungsarmen Umfeld bewirkt weniger Übungs- und Entfaltungsmöglichkeit. Die Ortsteile Hassee/Vieburg und Pries/Friedrichsort zeigen ebenfalls höhere Raten von Unterstützungsbedarfen an. Die Ursachen hierfür sollten auch anhand von Sozialraumdaten kritisch untersucht werden. In den Bereichen Sprache und Übergewicht werden für diese Ortsteile ähnliche Entwicklungen beobachtet.





**Karte 9: Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten in den visuomotorischen Fähigkeiten**

In einem standardisierten Untersuchungsverfahren werden die Kinder aufgefordert, fehlende Formen gemäß einer Vorlage nachzumalen und zwei komplexere Darstellungen formgetreu nachzuzeichnen. Anhand von Schablonen werden die Ergebnisse ausgewertet und nach einem Punkteschema den Bereichen unauffällig, grenzwertig, auffällig oder in Behandlung zugeordnet.

In folgenden Ortsteilen wohnen die meisten Kinder mit visuomotorischen Auffälligkeiten: Gaarden, Hassee/Vieburg, Pries/Friedrichsort.

Die wenigsten Kinder mit visuomotorischen Auffälligkeiten finden sich in den Ortsteilen: Wik, Holtenuau, Suchsdorf.

## Kindertagesstätten/KiTa-Besuchsjahre

Die meisten Kinder besuchen in der Vorschulzeit eine Kindertageseinrichtung (KiTa) oder werden in einer anderen Form der Tagespflege betreut. In den letzten 10 Jahren ist der Anteil der Kinder, die vor Schulbeginn eine KiTa besucht haben, auf 97,2% angestiegen. Landesweit lässt sich beobachten, dass die Dauer der Betreuungszeit mit dem Bildungsgrad der Eltern und einem vorhandenen Migrationshintergrund in engem Zusammenhang steht.

Ähnliche Entwicklungen und Korrelationen sehen wir auch in Kiel. In den letzten Jahren ist die Anzahl der in KiTas betreuten Kinder von 88,7% im Jahr 2011 auf 93,2% im Jahr 2015 gestiegen. Im Jahr 2016 sehen wir einen rückläufigen Anteil betreuter Kinder von nur noch 81,8%. Diese Entwicklung steht in engem Zusammenhang zum Zuzug von Kindern aus anderen EU-Ländern oder von Kindern, deren Familien sich im Asylverfahren befinden. Nicht für alle Kinder konnte mangels Kapazität ein Betreuungsplatz gefunden werden. Die höchsten Betreuungszahlen zeigen die Ortsteile Ravensberg/Brunswik/Düsternbrook, Suchsdorf, Hassee/Vieburg und Russee/Hammer/Demühlen. In Ortsteilen, mit einem hohen Anteil von Haushalten, die auf Transferleistungen angewiesen sind, liegen die Zahlen demgegenüber deutlich niedriger. In Gaarden bei 77%, in Mettenhof bei 77,8% aller Vorschulkinder. Den niedrigsten Anteil zeigt Meimersdorf/Moorsee mit nur 56,4%. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte die Nichterfassung der Betreuung durch Tagesmütter sein.

Mit dem Ausbau der Krippenangebote sehen wir in Kiel eine höhere Anzahl von Kindern, die sich bis zu 5 Jahren vor Schulbeginn in einer Betreuung befanden. Die kürzeste KiTa-Verweildauer von nur 0-2 Jahren wird am häufigsten im Bezirk Gaarden festgestellt, gefolgt von Mettenhof, Ellerbek/Wellingdorf und Pries/Friedrichsort. Am längsten, nämlich 5 und mehr Jahre, werden die Kinder in den Ortsteilen Suchsdorf, Ravensberg/Brunswik/Düsternbrook, Schreventeich/Hasseldieksdamm und Steenbek/Projensdorf betreut. Nur 7,6% bzw. 10,7% der Kinder in Gaarden bzw. Mettenhof besuchen eine Einrichtung länger als 5 Jahre.

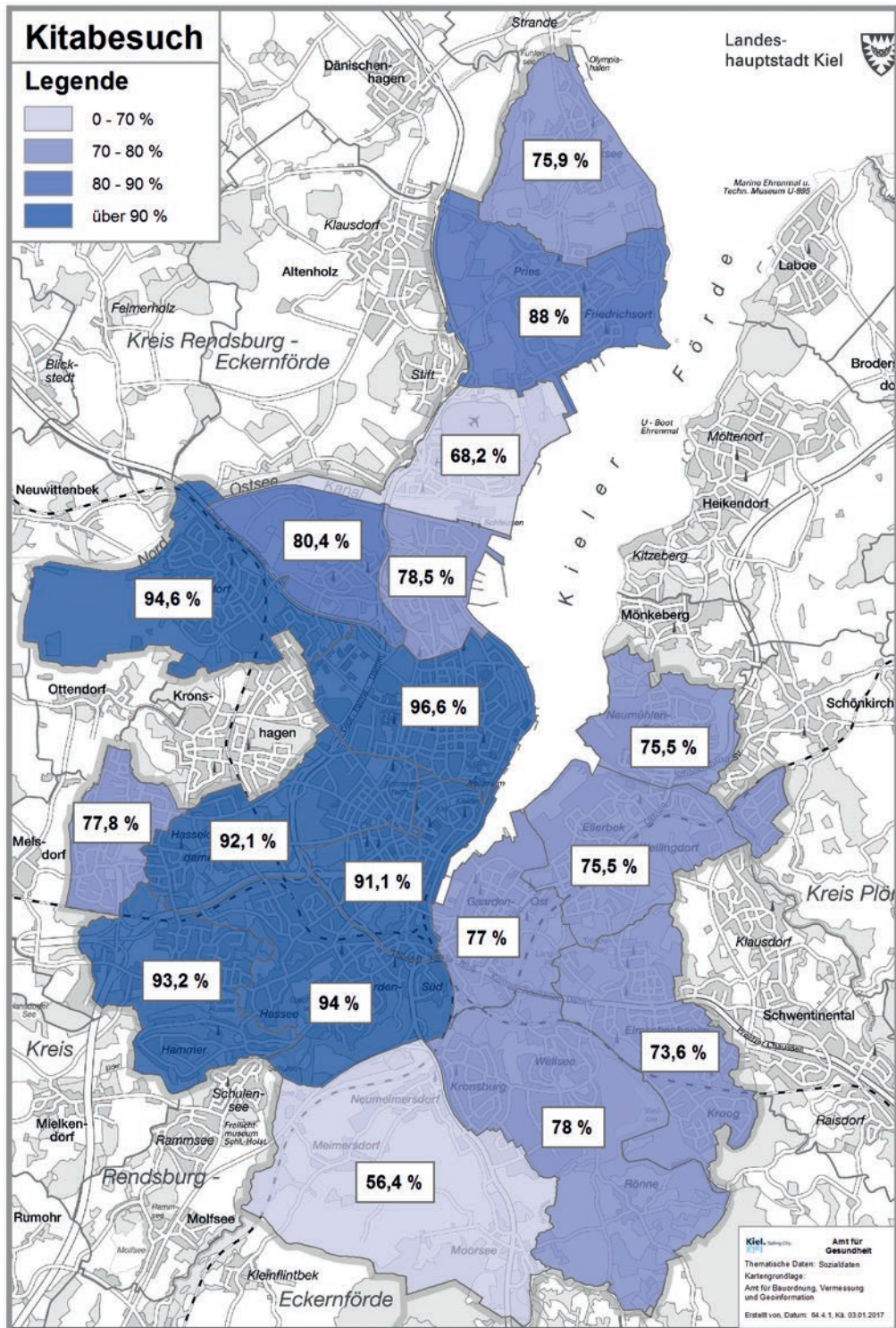
Am längsten sind die Kinder in Betreuung, deren Eltern keinen Migrationshintergrund und einen hohen Bildungsstand aufweisen. Am seltensten sind die Kinder in einer Kindertagesstätte betreut, deren Eltern einen niedrigen Bildungsstand erreicht haben. Kinder von Eltern mit Migrationshintergrund besuchen häufig eine Kindertagesstätte, werden aber später, damit kürzer und zum Teil unregelmäßig betreut.

Kinder, deren Erstsprache nicht Deutsch ist, erlernen die Sprache am schnellsten, wenn sie eine Kindertagesstätte regelmäßig und ausreichend lange besuchen, gute Sprachvorbilder haben und die „neue“ Sprache möglichst täglich aktiv anwenden und zur Kommunikation nutzen. Neben der Sprachbildung verfolgt der pädagogische Ansatz einer KiTa die Förderung der Sozialisation, der Selbstständigkeit, der motorischen Fähigkeiten, der Bildung ganz allgemein. Eltern werden in diesen Prozess aktiv mit einbezogen. KiTas sind neben dem Elternhaus die Orte, an denen Kinder Frühe Bindung und Frühe Bildung erfahren. In einer geschützten Umgebung ist Entwicklung und Lernen möglich.

Spielerisch erlernen die Kinder auch alltagspraktische Fähigkeiten, wie beispielsweise das An- und Auskleiden, Umgang mit Spiel- und Schreibmaterialien, die die feinmotorische und die visuomotorische Entwicklung fördern (siehe hierzu auch „Hand-Auge-Koordination/Visuomotorik“).



Wachsen Kinder in einer anregungsarmen Umgebung auf oder besuchen eine KiTa nur sehr unregelmäßig oder nur kurze Zeit, werden sie sich in diesen Bereichen weniger ausprobieren können und zum Beispiel im Bereich der Visuomotorik nicht den Entwicklungsstand der Gleichaltrigen erreichen. Mit dem Eintritt in die Schule werden sich diese „verpassten Entwicklungsschritte“ nachteilig auf die erfolgreiche Teilnahme am Unterricht auswirken und Bildungschancen verringern.

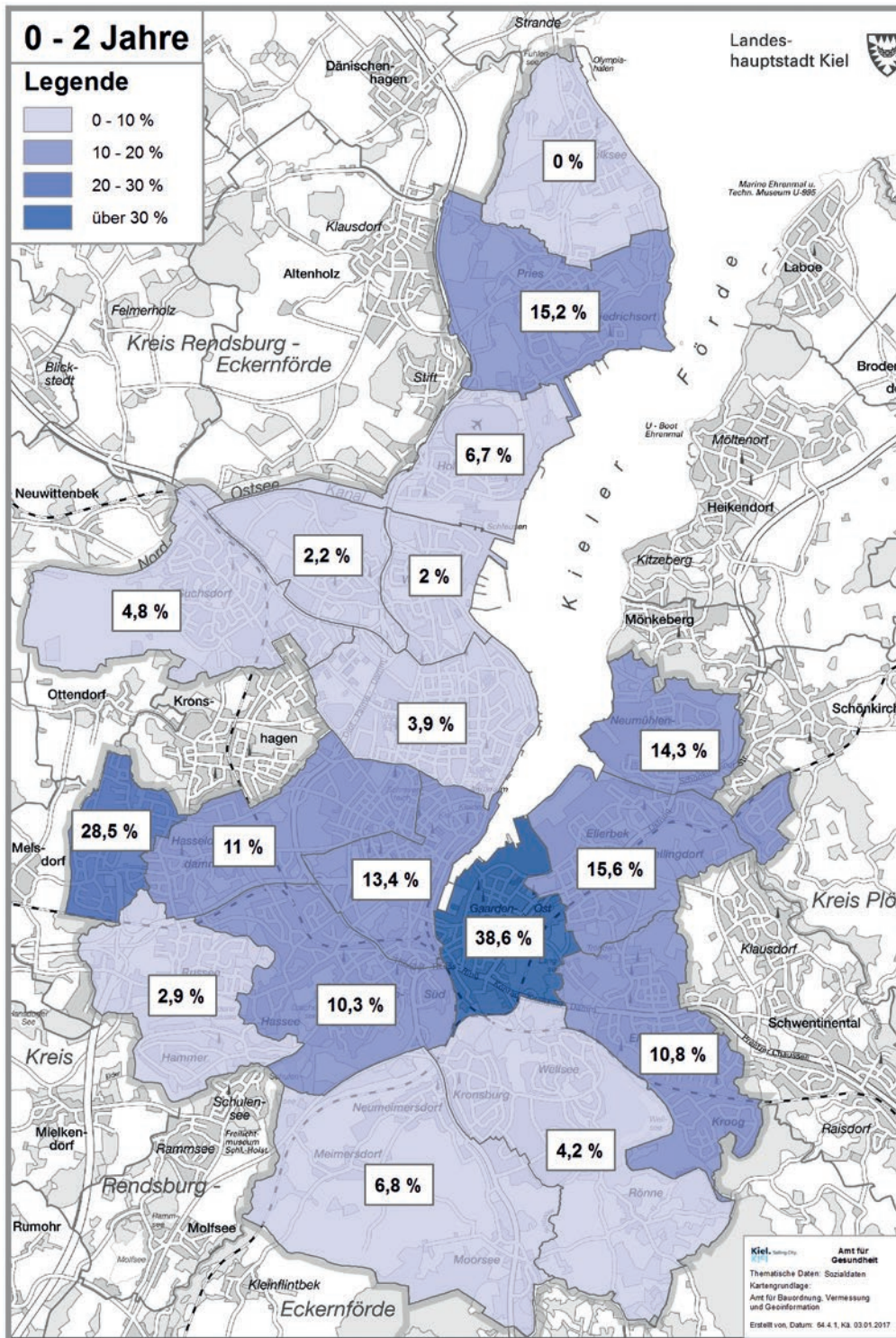


**Karte 10: Anteil der Kinder, die eine Kindertagesstätte (KiTa) und/oder Krippe besucht haben. (Nicht erfragt wird der Anteil der Kinder, die sich in Betreuung durch Tagesmütter befinden)**

Die meisten Kinder haben eine Kita oder Krippe in folgenden Ortsteilen besucht: Ravensberg/Brunswik/Düsternbrook, Suchsdorf, Hassee/Vieburg.

Am wenigsten Kinder besuchten eine KiTa oder Krippe in den Ortsteilen: Meimersdorf/Moorsee, Holtenua, Elmschenhagen/Kroog.



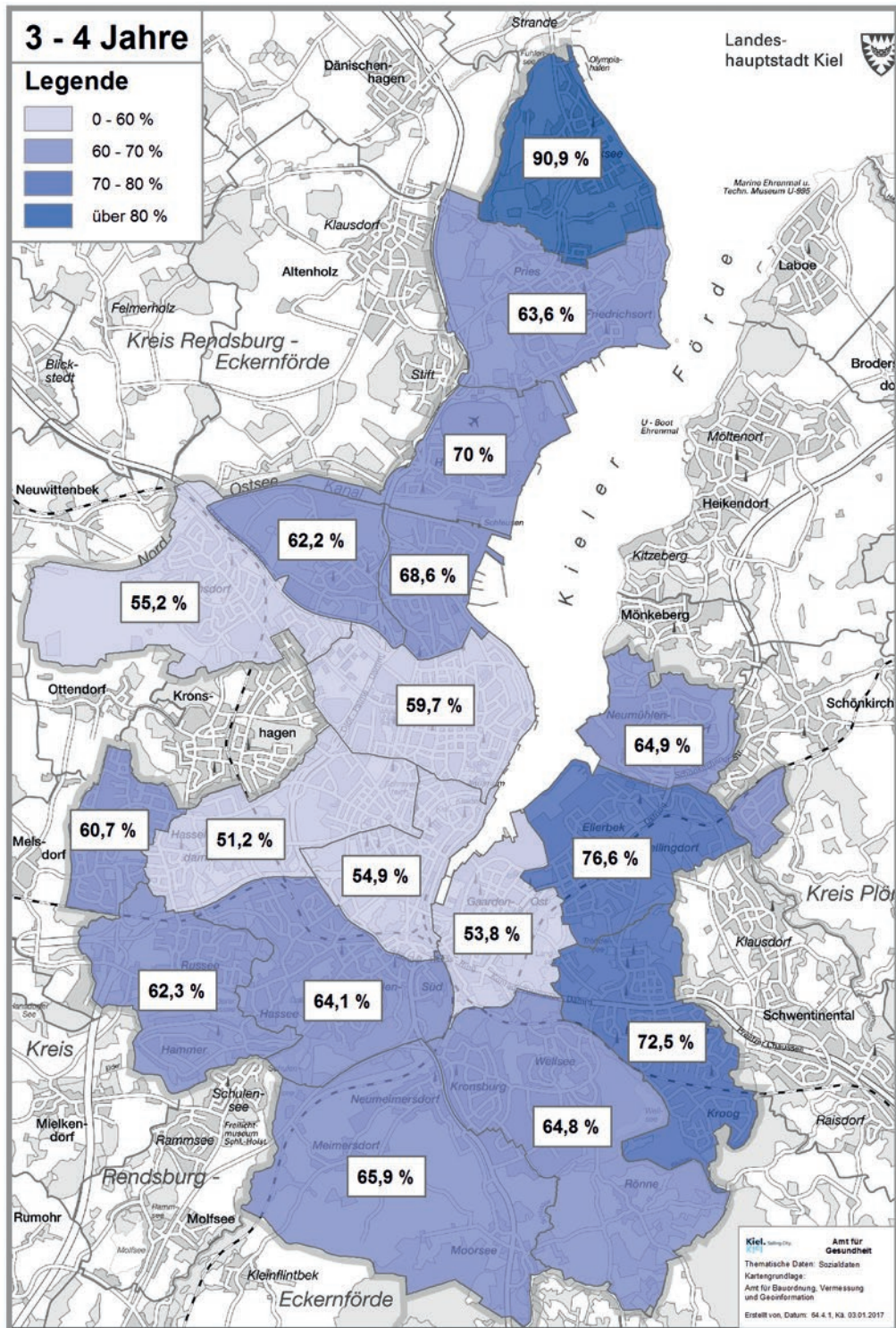


Karte 11: Anteil der Kinder, die bis zu 2 Jahren eine Kindertagesstätte besucht haben.

Die höchsten Anteile finden sich in folgenden Ortsteilen:  
 Gaarden, Mettenhof, Ellerbek/Wellingdorf.

Die geringsten Anteile finden sich in:  
 Wik, Steenbek/Projensdorf, Russee/Hammer/Demühlen.



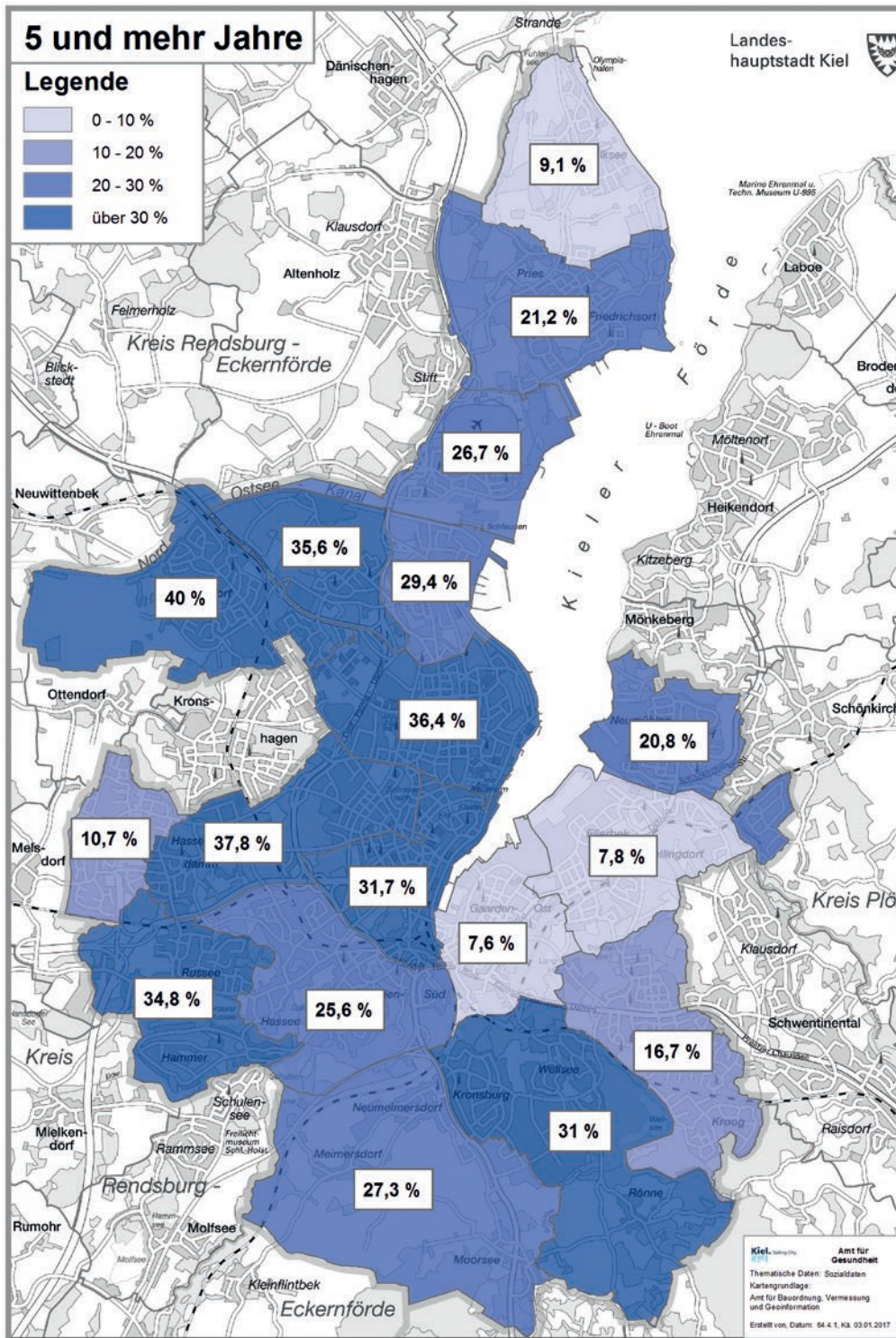


**Karte 12: Anteil der Kinder, die für die Dauer von 3-4 Jahren eine Kindertagesstätte besucht haben.**

Der höchste Anteil an Kindern, die 3-4 Jahre eine Kindertagesstätte besucht haben, findet sich in den Ortsteilen: Schilksee, Ellerbek/Wellingdorf, Elmschenhagen/Kroog.

Der geringste Anteil an Kindern mit entsprechender Besuchsdauer findet sich in den Ortsteilen: Schreventeich/Hasseldieksdamm, Gaarden,





Karte 13: Anteil der Kinder, die für die Dauer von 5 Jahren oder mehr eine Kindertagesstätte besucht haben.

Der höchste Anteil an Kindern, die 5 Jahre oder mehr eine KiTa besucht haben, findet sich in Suchsdorf, Schreventeich/Hasseldieksdamm, Ravensberg/Brunswik/Düsternbrook.

Der geringste Anteil Kinder mit entsprechender Besuchsdauer findet sich in den Ortsteilen: Gaarden, Ellerbek/Wellingdorf, Schilksee.

## Handlungsbedarf

Auffallend ist, dass die Kinder, die vermehrt zu Übergewicht und starkem Übergewicht (Adipositas) neigen, auch sprachauffälliger sind und häufiger in den feinmotorischen Fertigkeiten weniger weit entwickelt sind. Die gesundheitsrelevanten Förderbedarfe sind in den Ortsteilen am höchsten, die im Sozialbericht 2016 die höchsten Anteile von Leistungsberechtigten in der Grundsicherung für Arbeitssuchende unter 65 Jahren und den größten Anteil der sozialgeldberechtigten Kinder aufweisen. Dieser Datenbezug stellt die Korrelation von Armut und Gesundheit dar.

Eine wichtige ausgleichende Rolle spielen die Kindertagesstätten. Doch gerade in den Ortsteilen mit den größten sozialen Auffälligkeiten besuchen die Kinder die KiTa am kürzesten.

Ein früh einsetzender, ganzheitlicher Unterstützungsbeginn mit interdisziplinärer Besetzung, gemeinsam mit den Eltern, ist notwendig, um gesundheitsfördernd einzuwirken. Eltern sollten darin unterstützt werden, ihre Kinder gesund zu ernähren, sie in ihrer Entwicklung zu fördern und Bildungschancen zu ermöglichen.

Wesentliche Grundlage für das gesunde Aufwachsen von Kindern ist eine sichere Bindung und eine gute Eltern-Kind-Interaktion. Nicht allein die kindorientierte Förderung eines einzelnen Entwicklungsbereiches, wie beispielsweise die Logopädie zur Förderung der Sprache führt zum Ziel, sondern ganzheitliche, wertschätzend unterstützende Maßnahmen unter Berücksichtigung aller Bedürfnisse eines Kindes zum körperlichen, seelischen und geistigen Wohlergehen.

Trotz positiver Entwicklungen im Bereich des Übergewichts, bleibt der Bezirk Gaarden in allen untersuchten Bereichen das Schlusslicht. Intensive vielfältige Bemühungen zur Förderung sind daher dringend fortzusetzen und noch auszubauen.

Diese Maßnahmen sollten früh einsetzen und die Familien kontinuierlich bis in die Schulzeit hinein begleiten. Angebote sollten aufeinander abgestimmt sein und nicht abrupt enden, wenn eine neue Betreuungssituation oder der Schulbeginn ansteht.

Die Ortsteile Hassee/Vieburg, Mitte und Pries/Friedrichsort zeigen ebenfalls höhere Raten von Unterstützungsbedarfen an. Die Ursachen hierfür sollten auch anhand von Sozialraumdaten kritisch untersucht werden.

## DaZ-Klassen (Klassen mit Deutsch als Zweitsprache)

### Untersuchungen durch den Zahnärztlichen Dienst

Im Schuljahr 2015/2016 wurden vom Zahnärztlichen Dienst in sogenannten DaZ-Klassen (Klassen mit Deutsch als Zweitsprache) 616 Kinder (6.-16. Lebensjahr) untersucht, die in der überwiegenden Zahl mit aktuellem Flüchtlingshintergrund nach Deutschland gekommen sind. Von diesen hatten 31,17 % ein kariesfreies, naturgesundes Gebiss, 21,59 % waren bereits behandelt worden und bei 47,24 % und somit bei annähernd der Hälfte der untersuchten Kinder wurde eine behandlungsnotwendige Karies diagnostiziert. Hierbei fielen insbesondere die oft extremen Ausprägungen der Zahndefekte und die in der überwiegenden Mehrzahl fehlenden bisherigen Behandlungen auf, was darauf hindeutet, dass viele dieser Kinder in ihren Heimatländern nicht zahnärztlich betreut worden sind. Durch die bestehenden Behandlungsrückstände sind bei vielen schon Folgeschäden eingetreten, zum Beispiel die Beeinflussung der Gebissentwicklung und/oder des Spracherwerbs. Dies macht mittelfristig eine intensive Betreuung erforderlich und wird sich deutlich im Bereich der Krankheitskosten widerspiegeln. Da bei vielen Jugendlichen bereits die permanente Bezahnung betroffen ist, werden die ermittelten statistischen Daten mittel- und langfristig eine stagnierende bzw. negative Entwicklung erfahren.

Bei den Kindern der DaZ-Klassen fiel nicht nur der hohe Anteil an zwingend behandlungsbedürftigen Kindern, die zu 47,24 % an Karies erkrankt waren, auf, sondern zusätzlich hatten diese Kinder auch eine große Ausprägung der Erkrankung, d. h. viele erkrankte Zähne in der Mundhöhle.

### Schulärztliche Untersuchungen

Erstmalig in Schleswig-Holstein werden seit April 2014 Kieler Kinder, die in einer DaZ-Klasse intensiv gefördert werden, auch schulärztlich untersucht. Andere Kommunen in Schleswig-Holstein führen diese Untersuchung nun auch in unterschiedlicher Intensität durch.

Die sogenannte „Seiteinsteigende Untersuchung“ wird in Anlehnung an eine Schuleingangsuntersuchung gestaltet und bei älteren Kindern durch adäquate Testmaterialien ergänzt. Inhalte der Untersuchung sind Erhebung der Vorgeschichte (Anamnese) zur Schwangerschaft, Geburtsverlauf, Operationen, Unfälle, Krankenhausaufenthalte, chronische oder akute Erkrankungen, auch in der Familie, Störungen der Sinnesorgane, Impfungen, Fluchtgeschehnisse, bisherige Beschulung und Sprachkenntnisse.

Die Untersuchungen sind aufgrund der Sprachbarrieren und der kulturellen Besonderheiten recht aufwendig und erfordern weitaus mehr Zeit als eine reguläre Schuleingangsuntersuchung.

Für jedes Kind wird mindestens eine Stunde veranschlagt. Folgetelefonate oder Organisation von weiterführenden Untersuchungen erfordern darüber hinaus zusätzliche Zeit.

Von April 2014 bis Oktober 2016 wurden 388 Kinder im Alter von 6-16 Jahren durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst untersucht. Die Kinder stammten aus 34 unterschiedlichen Nationen, die meisten kamen aus Syrien (147), gefolgt von Bulgarien (48), Irak (41), Polen (11) und Russland (10).



Am häufigsten wurde neben allgemeinpädiatrischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen des Hörens und/oder des Sehens, Übergewicht und starkes Übergewicht (Adipositas) festgestellt. 22,4 % aller untersuchten Kinder waren übergewichtig oder adipös. 39 % dieser Kinder kommen ursprünglich aus Bulgarien, 19 % aus dem Irak, 16,5 % aus Syrien. Im Vergleich liegt die Rate der jetzt regulär eingeschulten übergewichtigen oder adipösen Kinder bei 10,6 %.

Die Angaben zur vollständigen Durchimpfung gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) für das Kindesalter konnte nur bei einem geringen Anteil der Kinder erhoben werden. Von 388 untersuchten Kindern wurde lediglich von 125 Kindern ein Impfausweis vorgelegt (32 %). Von diesen 125 Kindern waren lediglich 40 Kinder (30 %) vollständig (2x) gegen Masern, Mumps und Röteln geimpft. Bezogen auf alle untersuchten Kinder ist dies eine Rate von 10 %, bei denen ein Impfschutz nachweislich vorliegt.

Um Masern als Erkrankung auszurotten, ist eine Durchimpfungsrate (Anteil der Kinder, die geimpft wurden) von 95 % erforderlich. Dieses WHO-Ziel wird in den nächsten Jahren auch aufgrund der Fluchtbewegungen in Europa nicht erreicht werden können.

Für die Impfung gegen Windpocken (Varizellen) liegt die Quote, bezogen auf alle untersuchten Kinder, bei 6,7 %. Infektionen mit Windpocken führen zu einer sehr schnellen Ausbreitung. Immunsupprimierte (Personen mit geschwächtem Immunsystem), Schwangere und Neugeborene sind in besonderem Maße von dieser Erkrankung bedroht.

Gegenüber Keuchhusten, Diphtherie und Tetanus besteht bei 60 Kindern die Dokumentation über eine einmalige Impfung. Hierbei kann nicht festgestellt werden, ob dies eine Auffrischimpfung war oder eine Grundimmunisierung begonnen wurde.

Viele Eltern können keine Impfausweise beibringen, geben aber an, dass im Herkunftsland bereits Impfungen durchgeführt wurden. Unter dieser Bedingung wird gemäß der STIKO-Empfehlung eine Auffrischimpfung für diese drei Erkrankungen und eine Masern-, Mumps- und Röteln-Impfung empfohlen (Robert-Koch-Institut, 2016).

Eine vollständige Grundimmunisierung für die oben genannten drei potentiellen Erkrankungen hatten lediglich 24 Kinder (19 % derjenigen mit einem vorgelegten Ausweis und nur 6 % aller untersuchten Kinder per Nachweis).

Im Vergleich besteht bei Kindern, die in Schleswig-Holstein aufgewachsen sind, zu 95 % ein Impfschutz gegenüber diesen drei durch Impfung vermeidbaren Erkrankungen.

Die Quote für einen nachgewiesenen Impfschutz gegenüber Masern, Mumps und Röteln lag in Schleswig Holstein bei 94 %.

(Quelle: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung, 2015)

## Schlussbetrachtung

Das Ziel von Gesundheitsförderung ist die Stärkung der Schutzfaktoren und der Ressourcen eines jeden Menschen. Die gesunde Entwicklung eines Kindes zu gewährleisten ist erstrangig die Aufgabe der Eltern, die nicht nur Sorgeberechtigte, sondern auch Sorgeverpflichtete sind.

Eltern geben dem Kind als verlässliche Bezugspersonen eine sichere Basis und bieten Halt und Unterstützung an. Eine gelingende Eltern-Kind-Interaktion und altersgerechte Fürsorge und Anregung verleiht dem Kind Kompetenzen und Entfaltungsmöglichkeiten. Eltern wirken damit auf die gesunde Entwicklung ein und ermöglichen Entwicklungschancen.

Gleichzeitig müssen neben Eltern aber auch andere Bezugspersonen des Kindes in der Gesundheitsfürsorge aktiv werden und im Sinne der Chancengleichheit Familien mit Unterstützungsbedarf einen Anschluss an unser Gesundheitssystem ermöglichen. Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat seine primäre Aufgabe, genau in diesem Sinne zu agieren und bevölkerungs- bzw. zielgruppenorientiert auf die Volksgesundheit (Public Health) hin zu wirken. Hierzu ist aber ein kooperativer Ansatz unter Einbeziehung verschiedenster Gesundheitsakteure und Vertreterinnen und Vertreter der verschiedenen Lebenswelten notwendig. Eine enge Vernetzung, wie beispielsweise im Rahmen der Frühen Hilfen ist hier ein wirksamer Ansatz und guter Weg und sollte auch im Sinne der Einschülerinnen und Einschüler weiterentwickelt werden. Der hier erstellte Bericht zeigt die besonderen gesundheitlichen Risiken sozialraumorientiert dar und bietet somit eine wichtige Grundlage zur Initiierung von passgenauen Hilfen.

Gesundheitsfördernde Angebote, die die im vorangegangenen Bericht dargestellten besonderen Gesundheitsbereiche positiv beeinflussen wollen, müssen den heranwachsenden Menschen in seinem Lebensumfeld und seinen besonderen Bedürfnissen ganzheitlich betrachten und unterstützen. Hierzu bedarf es eines interdisziplinären Teams, unter Einbeziehung der Eltern, um viele Ressourcen zu nutzen und um möglichst alle Bedürfnisse zielgerichtet fördern zu können.

In Kiel entstanden im letzten Jahr neben den bereits bestehenden vielfältigen Angeboten von Beratungsstellen und Familienbildungsstätten zwölf Familienzentren als eine neue Struktur zur unterstützenden Hilfe. Die Familie ist dort Adressat eines ganzheitlichen Angebotes, in dem auch die Gesundheitsförderung einen wichtigen Stellenwert einnimmt.

Alle außerhäuslichen Betreuungsorte, wie Kindertagesstätten, Krippen oder Tagespflegestätten sind Orte der Begegnung, des sozialen Lernens und der Entfaltung des Individuums, aber auch Orte zur Förderung des gesunden Aufwachsens. Die Einrichtungen übernehmen die wichtige Funktion eines Bindeglieds und Vermittlers zwischen dem Elternhaus und den externen netzwerkgebundenen Unterstützungs- und Förderungsangeboten.

Gesundheitserziehung ist ein Bildungsauftrag, der in allen kindlichen Lebenswelten unterstützt und wahrgenommen werden sollte.

Die interdisziplinäre und zielgruppenorientierte Angebotsstruktur unterschiedlicher Institutionen und unterschiedlicher fachlicher Ausrichtungen sollte regelmäßig auf deren Wirksamkeit geprüft und angepasst werden. Hierzu ist der interdisziplinäre Austausch eine wichtige Voraussetzung. Der Öffentliche Gesundheitsdienst erfüllt durch seinen bevölkerungsbezogenen Aufgabenansatz, seiner absoluten Neutralität, in der das Kind mit seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt steht und

seiner guten Vernetzung alle Voraussetzungen um Steuerungsaufgaben in der Initiierung, Begleitung und Bewertung von Angeboten und Hilfeleistungen zu übernehmen. Durch regelmäßige Erhebungen des Gesundheitszustandes erfolgt außerdem eine Prüfung auf Verlauf und Ausprägung von Erkrankungen und Einschränkungen und Wirksamkeit von Maßnahmen. Damit ist er ein wesentlicher Bestandteil unseres Gesundheitswesens und ergänzt die ambulante und stationäre Versorgung der Bevölkerung.

# Anhang



Übersichtskarte über die Ortsteile (Ortsbeiratsbezirke) in Kiel

## Literaturverzeichnis

Kinderkommission des Deutschen Bundestages. (14. 01 2015). Deutscher Bundestag.  
Abgerufen am 22. 12 2016 von <https://www.bundestag.de/blob/356246/12ae1f6890aa60ae1e147d5f0dbd2f15/stellungnahme-kinder-und-gesundheit-data.pdf>

Ministerium für Bildung und Wissenschaft des Landes Schleswig-Holstein. (November 2013).  
Ministerium für Schule und Berufsbildung. Abgerufen am 22. 12 2016 von [https://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/III/Service/Broschueren/Bildung/DurchgaengigeSprachbildung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/III/Service/Broschueren/Bildung/DurchgaengigeSprachbildung.pdf?__blob=publicationFile&v=1)

Ministerium für Schule und Bildung. (2013). Durchgängige Sprachbildung in Kita und Schule

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung. (2015). Untersuchungen  
der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein

Pruseit Dental. (01. 12 2015). [www.pruseit-dental.com](http://www.pruseit-dental.com)

Robert-Koch-Institut. (2016). Epidemiologisches Bulletin

SES. (2011). Interdisziplinäre Leitlinie „Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen“









---

**Herausgeberin:**



Landeshauptstadt Kiel

**Adresse:** Amt für Gesundheit,  
Fleethörn 18-24, 24103 Kiel,

**Tel.:** 0431. 901-2112, **Redakti-  
on:** Amt für Gesundheit, **Text:**  
Sabine Gerchow, Dr. Angelika  
Hergeröder, Dr. Sabine Herlit-  
zius, Dirk Kähler, Fritz Schultz,  
Frank Sick, Hendrik Waldmann,

**Fotonachweis:** Herbert Düren  
Fotodesign, MIA Studio (shutter-  
stock), Lucky Dragon (fotolia),

**Titelfoto:** Monkey Business  
Images (shutterstock), **Layout:**  
schmidtundweber, Kiel, **Druck:**  
Schmidt & Klaunig, **Auflage:**  
500 Stück, Januar 2017