



## Gesundheitsbericht 2011

### Themenbericht:

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

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

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

Redaktionelle Verantwortung: Frau Dr. Arnold  
Frau Breyman

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

Vorgelegt: April 2012

### Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>I. Schuleingangsuntersuchungen</b>	<b>4</b>
1. Ziele der Schuleingangsuntersuchungen	4
2. Inhalte der Schuleingangsuntersuchungen	5
3. Demografische Angaben	5
4. Empfehlungen aufgrund der Schuleingangsuntersuchungen	12
5. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 2012	18
<b>II. Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten</b>	<b>20</b>
1. Ziele der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten	20
2. Ergebnisse der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten	21
3. Fallbeispiele	23
4. Bisheriges Fazit aus der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten	29
<b>III. Arbeitskreis Jugendzahnpflege</b>	<b>30</b>
1. Ziele des Arbeitskreis Jugendzahnpflege	30
2. Ergebnisse der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe	32
3. Ergebnisse der zahnmedizinischen Reihenuntersuchungen	33
4. Zusammenfassung/Ergebnisse	36

## Einleitung

Mit dem vorliegenden Bericht legt das Gesundheitsamt seinen nunmehr 6. Gesundheitsbericht seit Inkrafttreten des Niedersächsischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD), mit dem seit 2007 die Pflicht zur Gesundheitsberichterstattung festgeschrieben wurde, vor.

Die Berichte über die Schuleingangsuntersuchungen haben jedoch schon eine längere Tradition. Den ersten umfangreichen Bericht hat der Kinder- und Jugendärztliche Dienst (KJÄD) 2004 erstellt.

Die Ergebnisse des vorliegenden Themenberichtes beruhen auf den im Rahmen der Schuleingangs- und Kindergartenuntersuchungen vom KJÄD des Gesundheitsamtes mittels des Untersuchungsprogramms SOPHIA (Sozialpädiatrisches Programm Hannover- Jugendärztliche Aufgaben) erhobenen Daten. Die Kennzahlen und Auswertungsmöglichkeiten der erhobenen Daten sind vielfältig. Bei der Auswahl der hier aufgenommenen Ergebnisse hat der KJÄD Wert darauf gelegt, dem Leser die gravierendsten Entwicklungen möglichst schnell zu veranschaulichen. Der Bericht baut auf den Vorjahresergebnissen auf.

Des Weiteren werden die Ergebnisse der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten und der zahnmedizinischen Reihenuntersuchungen dargestellt.

## I. Schuleingangsuntersuchungen

### 1. Ziele 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 Schulfähigkeit**  
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.“*
- **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.“*
- **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.“*

## 2. Inhalte der Schuleingangsuntersuchung

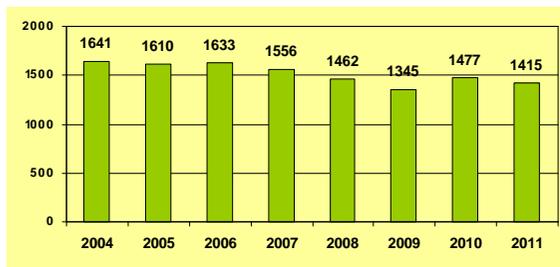
Inhalte der gesetzlich vorgeschriebenen Schuleingangsuntersuchungen sind:

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

## 3. Demographische Angaben

Mittels der Schuleingangsuntersuchungen erfasst der Kinder- und Jugendärztliche Dienst (KJÄD) den Gesundheitszustand eines kompletten Einschulungsjahrgangs. Für den Einschulungsjahrgang 2011 wurden insgesamt 1415 Kinder untersucht. 17% hatten einen Migrationshintergrund, 8,6% (2010: 6,7%) der Kinder lebten in Familie ohne Erwerb.

Abb. I.3.1.: Anzahl der untersuchten Einschulungskinder im LK Peine, Zeitreihe 2004 – 2011



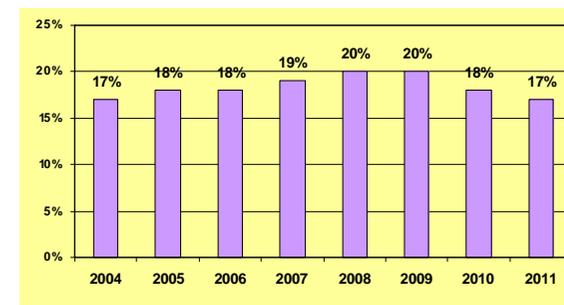
Die Anzahl der Einschüler ist in 2011 gesunken und dies obwohl der Stichtag für die Schulpflicht von Juli auf August verschoben wurde. Das bedeutet, es wurden - wie im Vorjahr - 13 statt 12 Geburtsmonate untersucht.

Ab 2012 wird der Stichtag von Ende August auf Ende September verschoben. Die Verschiebung des Stichtages ohne Veränderung der Randbedingungen in den Schulen wird weiterhin als kritisch angesehen. Das Verhalten ist bei vielen jüngeren Kindern, besonders männlichen Geschlechts, oft nicht ausreichend für einen geordneten Schulalltag gereift. Viele Kinder sind noch sehr ich-bezogen und wenig gruppenfähig, d.h. nicht in der Lage, eigene Bedürfnisse zu Gunsten der Gruppe zurückzustellen.

Dadurch, dass viele jüngere Kinder bereits der Schulpflicht unterliegen, werden weniger Kann-Kinder zur Untersuchung angemeldet.

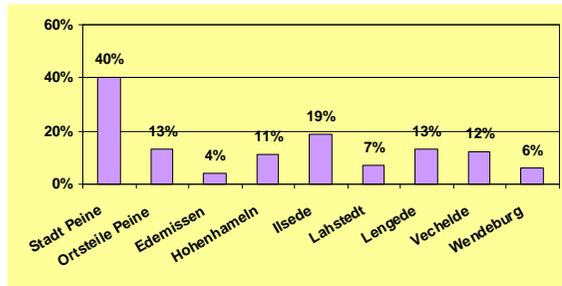
17% der in 2011 untersuchten Einschulungskinder bzw. deren Eltern hatten einen Migrationshintergrund. Rückblickend auf die bisherigen Untersuchungsjahrgänge hält der bereits in 2010 verzeichnete Rückgang des Anteils von Kindern aus Migrantenfamilien auch in 2011 an.

Abb. I.3.2.: Migrationsanteil der untersuchten Einschulungskinder in Prozent, Zeitreihe: 2004 - 2011



Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund in den einzelnen Gemeinden ist von Jahr zu Jahr schwankend. Die nachstehende Abbildung zeigt die Verteilung für das Jahr 2011. Der höchste Anteil von Migrationskindern entfällt nach wie vor auf die Stadt Peine, gefolgt von den Gemeinden Ilsede und Lengede.

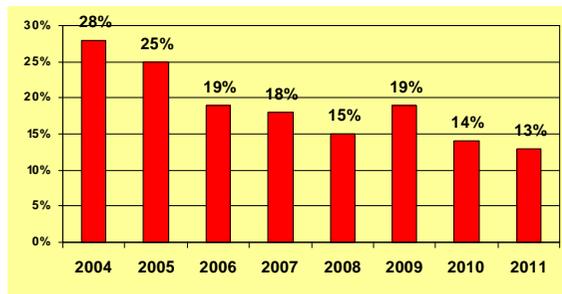
Abb. I.3.3.: Migrationsanteil der untersuchten Einschulungskinder nach Gemeinden in Prozent, 2011



Der Anteil der Kinder, die von ihren Eltern nicht zu der von den Krankenkassen finanzierten Vorsorgeuntersuchung U 9 im Alter von 5 Jahren vorgestellt wurden, lag 2011 bei 13%. Zum Vergleich: 2004 waren es noch 28%, Tendenz weiterhin fallend. Die U9 fällt nicht unter das gesetzlich geregelte „verbindliche Einladewesen“. Die Teilnahmequoten sind also sämtlich „freiwillig“.

Ohne U 8 (im Alter von 4 Jahren) waren 2011 13% der Kinder und 2004 18%.

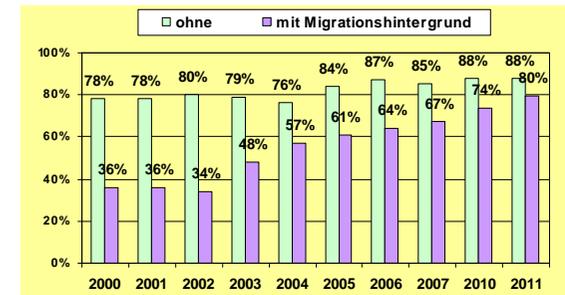
Abb. I.3.4.: Anteil der untersuchten Einschulungskinder ohne Vorsorgeuntersuchung U 9 im LK Peine in Prozent, Zeitreihe 2004 - 2011



Ein Vergleich der Teilnahme der Kinder mit und ohne Migrationshintergrund an den Vorsorgeuntersuchungen zeigt in der Zeitreihe 2000 – 2011, dass sich der Anteil der Kinder ohne Migrationshintergrund seit 2006 relativ stabil um die knapp 90% bewegt und leider nicht mehr gravierend ansteigt. Demgegenüber ist die Teilnahme der

Kinder mit Migrationshintergrund in den letzten Jahren kontinuierlich steigend und bewegt sich erfreulicherweise mit rund 80% in 2011 auf das Niveau der Kinder ohne Migration zu.

Abb. I.3.5.: Anteil der Einschulungskinder mit Vorsorgeuntersuchung U9 im LK Peine in Prozent (gerundet) je nach Migrationshintergrund, Zeitreihe 2000 - 2011

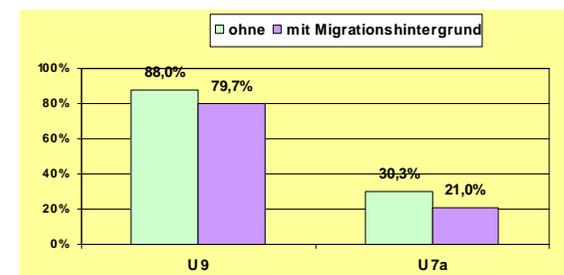


Die U7a schließt die Lücke zwischen der U7 mit 2 Jahren und der U8 mit 4 Jahren. Sie wurde im Juli 2008 neu eingeführt.

Die Information darüber, dass diese Untersuchung als Leistung der Krankenkassen genutzt werden kann, muss sich in der Bevölkerung erst durchsetzen. Die Informationswege sind in verschiedenen Bevölkerungsgruppen unterschiedlich..

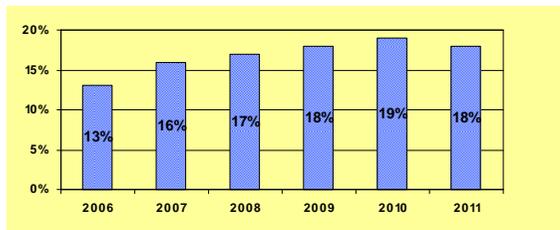
Die folgende Abbildung zeigt die Inanspruchnahme der U7a im Vergleich zur U9 für den 2011er Jahrgang und damit den ersten Jahrgang von Einschulungskindern, für den die U7a angeboten wurde.

Abb. I.3.6.: Anteil der Einschulungskinder mit Vorsorgeuntersuchungen U7a und U9 im LK Peine in Prozent je nach Migrationshintergrund, 2011



Die kultusministerielle Sprachförderung wird von Lehrkräften der zuständigen Grundschule geleistet. Dazu werden die Kinder anderthalb Jahre vor der geplanten Einschulung von den Lehrkräften beurteilt und dann gegebenenfalls der Sprachförderung zugewiesen. Diese findet dann regelmäßig im letzten Jahr vor der Einschulung statt. Sie dient u. a. der Verbesserung der Ausdrucksfähigkeit der Kinder. Eventuelle Artikulationsfehler, das heißt Laute, die noch nicht korrekt ausgesprochen werden können, werden hier nicht trainiert. Dazu dient die Logopädie, die von Kinder-, Haus- oder HNO-Ärzten verordnet werden kann. Seit 2006 steigt der Anteil der Kinder, für die eine schulische Sprachförderung erforderlich ist, kontinuierlich an. 2011 ist der Anteil geringfügig gesunken.

Abb. I.3.7.: Prozentualer Anteil der untersuchten Einschulungskinder, für die eine schulische Sprachförderung erforderlich war, Zeitreihe 2006 - 2011



Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass der Anteil an Kindern, die Sprachförderung beanspruchen müssen, aus einsprachig deutschen Familien im Verhältnis zu den Kindern zwei- oder mehrsprachiger Familien steigt. Die Kinder, die nicht mehrsprachig aufwachsen, machen 2011 sogar die  Hälfte  aus.

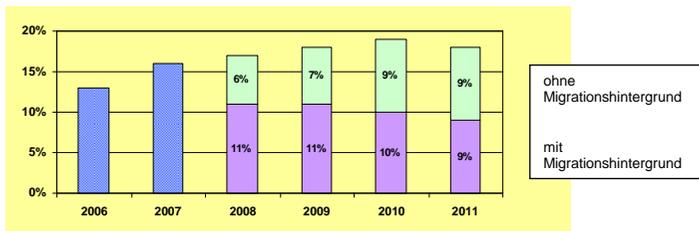
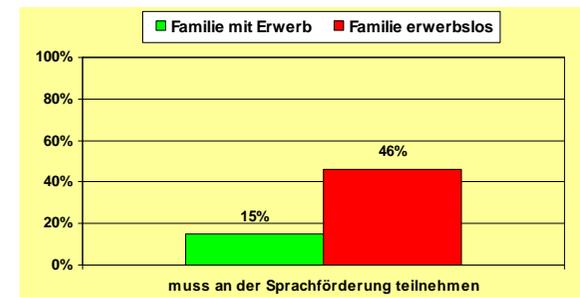


Abb. I.3.8.: Prozentualer Anteil der Einschulungskinder mit und ohne Migrationshintergrund, die an der Sprachförderung teilnehmen mussten, Zeitreihe 2006 - 2011

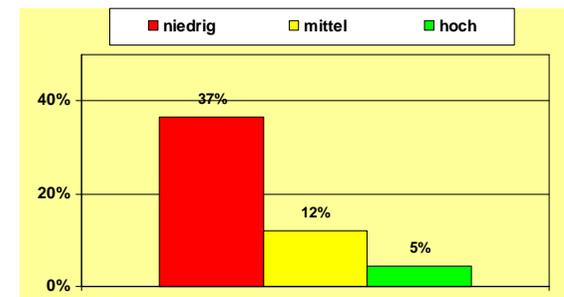
Wie im Vorjahr zeigt sich, dass Kinder aus Familien ohne Erwerb wesentlich häufiger an der vorschulischen Sprachförderung teilnehmen müssen

Abb. I.3.9.: Prozentualer Anteil der untersuchten Einschüler im LK Peine, die an der Sprachförderung teilnehmen müssen, nach Erwerbsstatus der Eltern, 2011



Kinder aus Familien ohne Erwerbseinkommen und Familien mit niedrigem Bildungsgrad bedürfen signifikant häufiger der vorschulischen Sprachförderung. Dabei ist dem Begriff „Bildungsgrad“ eine Definition zugrunde gelegt, die für alle niedersächsischen Kommunen, die nach dem SOPHIA-Konzept untersuchen, einheitlich ist. Der Bildungsgrad der Eltern wird aus deren Schul- und Berufsausbildung nach einem festgelegten Index ermittelt. Die Berufstätigkeit geht nicht mit ein. Die statistische Verteilung dieses Indexes liegt im Landkreis Peine verglichen mit den Daten aus den anderen niedersächsischen Kommunen im Durchschnittsbereich.

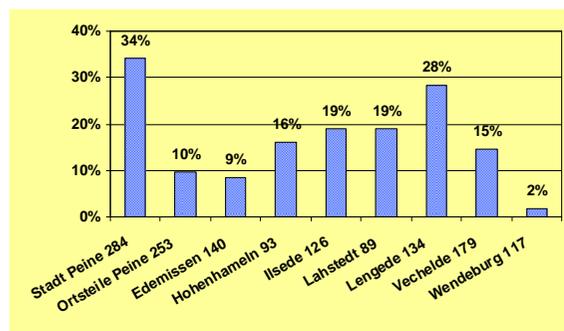
Abb. I.3.10.: Prozentualer Anteil der untersuchten Einschüler im LK Peine, die an der Sprachförderung teilnehmen müssen, nach Bildungsgrad der Eltern, 2011



Der Anteil der Kinder, die an der vorschulischen, kultusministeriellen Sprachförderung teilnehmen, ist in den einzelnen Gemeinden unterschiedlich hoch. Der KJÄD erhebt lediglich die Daten, die verschiedene Deutungsmöglichkeiten zulassen: Möglich wäre, dass der Anteil an bildungsfernen Familien in den betreffenden Bezirken relativ hoch ist und daher mehr Kinder Sprachförderung benötigen. Es könnte auch sein, dass von Schule zu Schule unterschiedliche „Schwellen“ in der Beurteilung (die durch die Lehrkräfte der Schule erfolgt) existieren, die zur Aufnahme in die Sprachförderung führen.

Aus Sicht des KJÄD ist die vorschulische kultusministerielle Sprachförderung eine sehr geeignete und bewährte Maßnahme, um Kinder auf die Schule vorzubereiten, und das nicht nur im Bereich Sprache. Arbeitshaltung, Sozialkompetenz etc. wird „nebenbei“ gefördert.

Abb. I.3.11.: Prozentualer Anteil der untersuchten Einschüler im LK Peine, die an der Sprachförderung teilnehmen müssen, nach Gemeinden, 2011



#### 4. Empfehlungen aufgrund der Schuleingangsuntersuchung

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

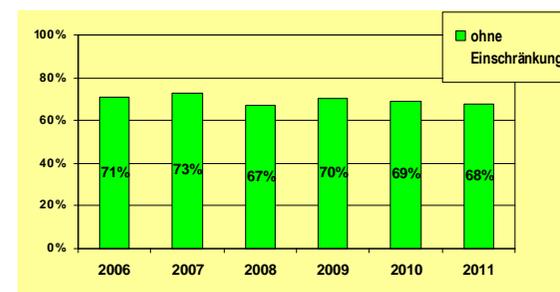
- Einschulung ohne Einschränkung
- Einschulung mit Förderhinweis
- Zurückstellung vom Schulbesuch
- Überprüfung auf sonderpädagogischen Förderbedarf

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

Die Empfehlungen „Einschulung ohne Einschränkung“ und „Einschulung mit Förderhinweis“ kommen am häufigsten vor.

Hinsichtlich der uneingeschränkten Einschulungsempfehlungen zeigt sich im Zeitverlauf seit 2006 folgendes Bild:

Abb. I.4.1.: Anteil der ohne Einschränkung zur Einschulung empfohlenen Kinder im Landkreis Peine in Prozent, Zeitreihe 2006 - 2011



Die nächste Abbildung zeigt zusätzlich den Anteil derjenigen Kinder, bei denen die Einschulung mit Förderhinweis empfohlen wurde. Die Schwächen dieser Kinder sind

ganz unterschiedlicher Natur, die ersten Klassen noch sehr inhomogen. Diese Kinder bedürfen der besonderen Beobachtung und Unterstützung durch die Schule.

Abb. I.4.2.: Anteil der mit und ohne Einschränkung zur Einschulung empfohlenen Kinder im LK Peine in Prozent, Zeitreihe 2006 - 2010



Eine nicht altersgemäße Entwicklung bei der SEU korreliert statistisch mit sozialen Faktoren, insbesondere Migrationshintergrund, Bildungsferne und in ganz besonderem Maße Erwerbslosigkeit der Familie.

Diese Kinder schneiden in der Gesamtbeurteilung der Schulreife signifikant schlechter ab, nehmen häufiger an der schulischen Sprachförderung teil, treiben seltener Sport, sind häufiger Nichtschwimmer, werden seltener zu den kassenfinanzierten Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt und sind häufiger von Übergewicht oder Karies betroffen. 2011 hat sich erstmals der soziale Faktor: **Migrationshintergrund statistisch nicht** negativ ausgewirkt. (Erste Erfolge der Integrationsbemühungen....?). Auch in Abb. 3.8. zeigte sich, dass der Anteil der Kinder, die Sprachförderung brauchen, bei den Kindern mit Migrationshintergrund prozentual nicht höher ist als bei den deutschen Kindern.

Abb. I.4.3.: Prozentualer Anteil der untersuchten Einschüler im LK Peine mit Einschulungsdefiziten 2011 in Abhängigkeit zu sozialen Faktoren

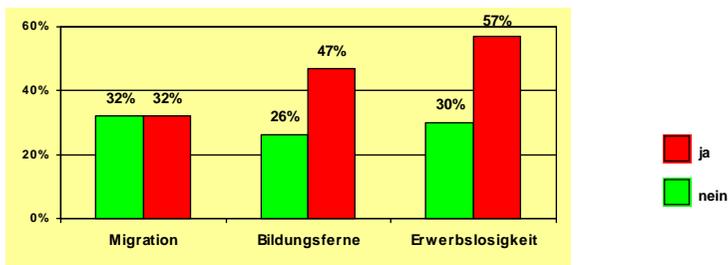
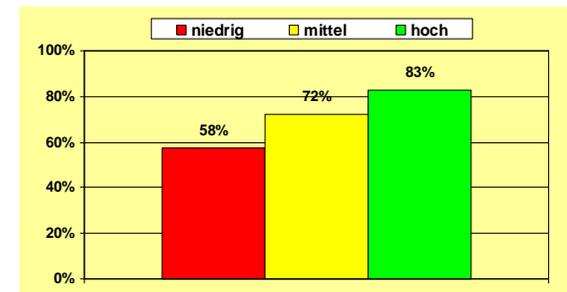
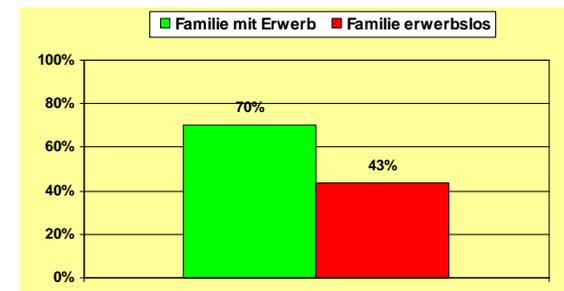


Abb. I.4.4.: Prozentualer Anteil der Einschulungskinder im Landkreis Peine mit uneingeschränkter Einschulungsempfehlung nach Bildungsgrad der Eltern, 2011



Bei Bildungsferne ist die Diskrepanz nach wie vor deutlich. Am meisten belastet sind, wie auch im letzten Jahr schon ausführlich dargestellt, die Kinder aus Familien ohne Erwerb.

Abb. I.4.5.: Prozentualer Anteil der Einschulungskinder im Landkreis Peine mit uneingeschränkter Einschulungsempfehlung nach Erwerbsstatus der Eltern, 2011



Die Verteilung der Kinder aus erwerbslosen und bildungsfernen Familien auf Gemeinden und Stadtgebiet in den Abbildungen I.4.6. und I.4.7. weist die Kernstadt Peine als einen besonders belasteten Sozialraum aus. In Anbetracht der relativ kleinen Fallzahlen kommt es aus statistisch-mathematischen Gründen natürlich leicht zu größeren Schwankungen. Daher sind „Trendaussagen“ immer „mit Vorsicht“ zu werten und umso valider, je länger der Beobachtungszeitraum und je höher die betrachteten Fallzahlen sind.

Abb. I.4.6.: Prozentualer Anteil der Einschulungskinder im LK Peine aus Familien ohne Erwerb in den Gemeinden, 2010 und 2011

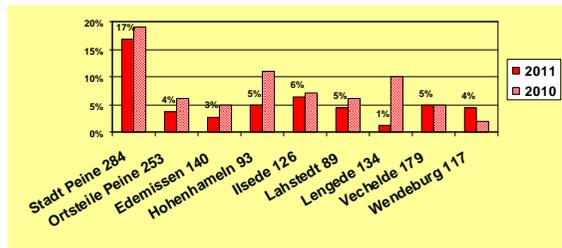
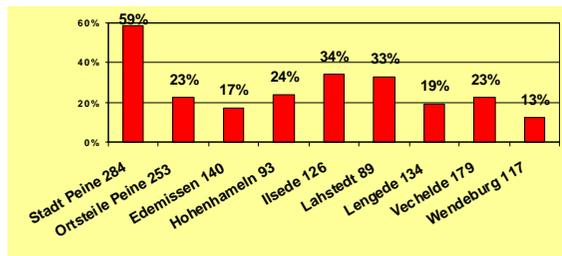
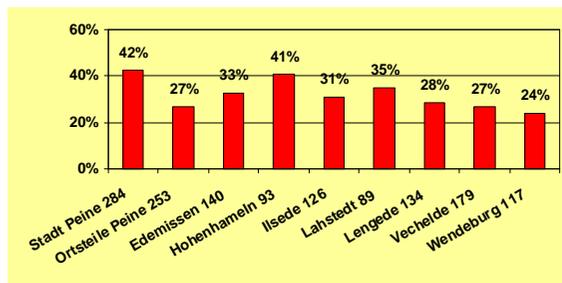


Abb. I.4.7.: Prozentualer Anteil der Einschulungskinder im LK Peine aus bildungsfernen Familien in den Gemeinden, 2011



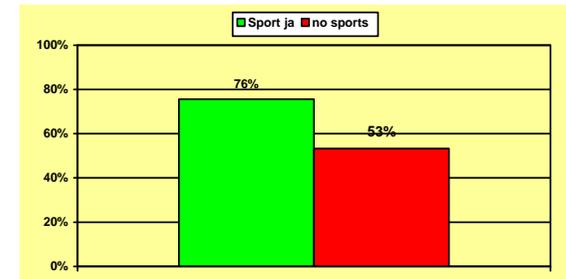
Die folgende Graphik zeigt den Anteil der untersuchten Kinder in den einzelnen Gemeinden, die in der Gesamtbeurteilung Auffälligkeiten zeigten. Dabei sind unterschiedliche Ausprägungen von unterschiedlichen Entwicklungsbereichen zusammengefasst. Es handelt sich also um die Kinder ohne „glatte Einschulungsempfehlung“.

Abb. I.4.8.: Prozentualer Anteil der Einschulungskinder im LK Peine ohne „glatte“ Einschulungsempfehlung in den Gemeinden, 2011



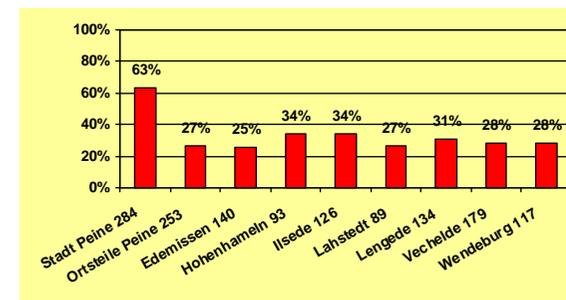
Es ist gemeinhin bekannt, dass regelmäßige sportliche Aktivität in sozialen Gruppen einen positiven Einfluss auf die Gesamtentwicklung eines Kindes hat. Das Gleiche gilt auch für andere Interessengebiete wie z.B. Musikgruppen o.ä. Hier zeigt sich, wie auch in den vergangenen Jahren wiederholt dargestellt, der positive Einfluss sportlicher Aktivität auf den Entwicklungsstand bei der Einschulung.

Abb. I.4.9.: Prozentualer Anteil von Sportaktivitäten bei den untersuchten Einschülern im LK Peine 2011



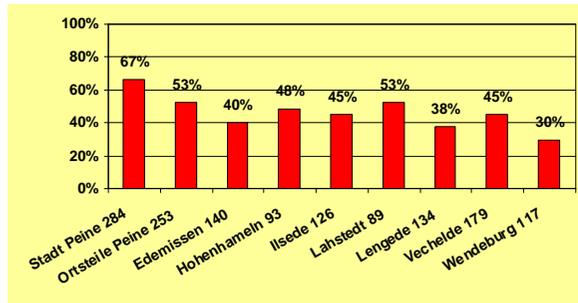
Zum Vergleich nachstehend der Anteil der Kinder, die nicht einmal pro Woche mindestens 1 Stunden Sport betreiben. Ansatzmöglichkeiten dies zu ändern, wären niedrigschwellige, kostengünstige Sportangebote in den einzelnen Gemeinden, Hilfen bei der Inanspruchnahme des Teilhabepaketes etc. Ein gutes Praxisbeispiel ist die Aktion „Spiel mit - sei aktiv“ in der Südstadt.

Abb. I.4.10.: Prozentualer Anteil der untersuchten Einschulungskinder im LK Peine, die nicht regelmäßig einmal pro Woche mindestens 1 Stunden Sport betreiben, 2011



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

Abb: I.4.11.: Prozentualer Anteil der Nichtschwimmer der untersuchten Einschüler im LK Peine nach Gemeinden, 2011



Auch der positive Effekt der Förderung im Kindergarten ist gemeinhin bekannt. Nach 3-jährigem Besuch eines Kindergartens werden die positiven Einflüsse besonders deutlich. Bei Kindern, die keinen Kindergarten regelmäßig besuchten, werden signifikant mehr Defizite infolge der fehlenden sozialkompensatorischen und pädagogischen Maßnahmen, der fehlenden Entwicklungsanregung und der fehlenden Sozialisation in der Gruppe festgestellt. In Anbetracht der Kostenfreiheit des letzten Kindergartenjahres vor der Einschulung für die Eltern, gibt es kaum nachvollziehbare Gründe, dies seinem Kind vorzuenthalten. Und dennoch: 10 Kinder, davon 9 Deutsche und 1 Migrationskind, im Landkreis Peine besuchten im letzten Jahr vor der Einschulung trotz Kostenfreiheit für die Eltern keinen Kindergarten.

Tab: I.4.12.: Anzahl der untersuchten Einschulungskinder ohne Kindergartenbesuch nach Gemeinden, 2011

Stadt Peine:	2	von	284
Ortsteile Peine:	1	von	253
Edemissen:	1	von	140
Hohenhameln:	1	von	93
Ilsede:	1	von	126
Lahstedt:	1	von	89
Lengede:	0	von	134
Vechede:	2	von	179
Wendeburg:	1	von	117

## 5. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2011:

1. Wie im vergangenen Jahr belegen die Daten der Schuleingangsuntersuchung auch 2011, dass statistisch der höchste Risikofaktor für eine nicht altersgerechte Entwicklung der Kinder die **Arbeitslosigkeit der Eltern** ist.
2. Der Faktor **Migrationshintergrund** hat sich 2011 in mehreren Bereichen weniger ungünstig ausgewirkt als in den vergangenen Jahren. In einigen Bereichen gab es keine Unterschiede zwischen Kindern mit oder ohne Migrationshintergrund.

Als wichtigstes Kriterium zeigte sich erstmals in diesem Jahr keine Korrelation zwischen Migrationshintergrund der Familie und Entwicklungsdefiziten beim einzuschulenden Kind.

Auch bei der Inanspruchnahme von bewährten Vorsorgeuntersuchungen wie der U9 für Fünfjährige bestehen kaum noch Unterschiede zwischen den Kindern aus Familien mit oder ohne Migrationshintergrund.

Bei der vorschulischen, kultusministeriellen Sprachförderung hat der relative und absolute Anteil von Kinder aus Migrationsfamilien weiterhin abgenommen. Aktuell sind genauso viele Kinder aus rein deutschsprachigen Familien im Hinblick auf ihre deutschen Sprachkenntnisse förderbedürftig wie Kinder, die mehrsprachig aufwachsen.

Möglicherweise sind diese Daten Ausdruck erster Erfolge im Bereich der Förderung von Kindern mit Migrationshintergrund. Ob dies in den nächsten Jahren bestätigt wird, wird die Zukunft zeigen.

3. Die Darstellung von verschiedenen Ausgangsbedingungen bzw. Untersuchungsergebnissen aufgeschlüsselt nach Gemeinden zeigt eine sehr inhomogene Verteilung. Die **Ausgangssituation der Kinder in den einzelnen Gemeinden** unterscheidet sich, es gibt statistische Risikofaktoren, die in den Bezirken unterschiedlich häufig zutreffen und die Ansatzmöglichkeiten für sozialkompensatorische Maßnahmen bieten.

4. Die Förderung der **regelmäßigen sportlichen Aktivität** der Kinder (gegebenenfalls unter Nutzung des Bildungspaketes) ist weiter ausbauwürdig.
  
5. Die **Sprache als Schlüsselkompetenz** für Bildung hat für alle Kinder, sowohl deutscher als auch nicht-deutscher Abstammung weiterhin einen hohem Förderbedarf.

## **II. Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten**

### **1. Ziele der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten**

Die Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten für 4jährige Kinder wurde als freiwillige Aufgabe im Jahr 2008 neu eingeführt. Untersucht werden sollten etwa 500 Kinder. Von Juni bis November 2008 wurden das Konzept entwickelt, Kontakte zu den Kindertagesstätten geknüpft, über die Untersuchungen informiert und dafür geworben. Die Erhebungen für einen Jahrgang beziehen sich daher immer auf den Zeitraum Anfang Dezember bis Ende November des darauffolgenden Jahres. In den vorliegenden Bericht gehen die Ergebnisse von Ende November 2008 bis Ende November 2011 ein. Der Rhythmus soll aber künftig zur besseren Vergleichbarkeit an den der Schuleingangsuntersuchungen angepasst werden (nach den Sommerferien bis vor den Sommerferien). Auswirkungen der durch die Kreispolitik beschlossenen und mit einer halben Arztstelle gewürdigten Ausweitung des Konzepts auf 750 Kinder schlagen sich in diesem Bericht daher noch nicht nieder. Insgesamt fanden in den 3 Jahren seit Einführung des Konzeptes 1559 Reihenuntersuchungen für 4jährige mit individualmedizinischem Ansatz bis zur Vermittlung von Fördermaßnahmen, Kontaktpflege und Vernetzung statt. Das Konzept sieht folgende Zielsetzungen vor:

- Frühe Erkennung von Gesundheits- und Entwicklungsstörungen
- Bereiche:
  - ⇒ Sprache
  - ⇒ Wahrnehmung
  - ⇒ Fein- und Grobmotorik
  - ⇒ Mitarbeit und Verhalten
  - ⇒ Seh- und Hörtest
  - ⇒ Vorsorge- und Impfstatus
- Untersuchung vor Ort
- Befunddokumentation und Beratungsgespräch mit Eltern und Erziehern
- Kontakte zu anderen Institutionen vermitteln

## 2. Ergebnisse der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten

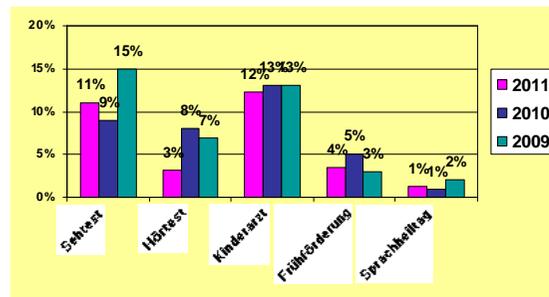
Nach drei Jahren Entwicklungsdiagnostik für 4-Jährige durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst lassen sich folgende Ergebnisse festhalten:

Tab. II.2.1.: Prozentualer Anteil und Anzahl der angebotenen und durchgeführten Untersuchungen zur Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten, 2009 – 2011

Jahr	Angebote Untersuchung	Durchgeführte Untersuchung	Inanspruchnahme in Prozent
2009	582	532	91%
2010	556	513	92%
2011	542	514	95%

Die nächste Abbildung zeigt den prozentualen Anteil der abklärungs- und behandlungsbedürftigen Befunde bei den untersuchten 4-jährigen in den Jahren 2009 bis 2011. In Zahlen ausgedrückt, hatten im Jahr 2011 57 Kinder Auffälligkeiten beim Sehtest und 16 beim Hörtest. Bei 63 Kindern wurde eine weitergehende Untersuchung durch den Kinderarzt empfohlen. 18 Kinder wurden in die Frühförderung und 6 Kinder zum Sprachheiltag vermittelt. Aufgrund der Befunde bzw. Ergebnisse konnten die Kinder erfolgreich entsprechenden Fördermöglichkeiten zugeführt werden.

Abb. II.2.1.: Prozentualer Anteil der abklärungs- oder behandlungsbedürftigen Befunde bei untersuchten 4-jährigen, Zeitreihe 2009 - 2011



Im Jahre 2011 wurden erstmals Kinder zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellt, die zwei Jahre zuvor als Vierjährige untersucht worden waren.

174 Kinder des diesjährigen Einschulungsjahrganges zeigten bei der Kindergartenuntersuchung 2009 Entwicklungsauffälligkeiten, so dass das Erlangen einer uneingeschränkten Schulreife fraglich war. Das bedeutet, dass sowohl bei der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten als auch bei den Schuleingangsuntersuchungen jeweils 30% der Kinder Entwicklungsauffälligkeiten aufwiesen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse von Kindern verglichen, die jeweils im Jahr 2009 als Vierjährige und etwa zwei Jahre später im Schuljahrgang 2011/12 als schulpflichtige Kinder untersucht wurden.

Anlässlich der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten wurden 24 Kinder einer Logopädie zugeführt. Diese 24 Kinder erhielten bei der Schuleingangsuntersuchung folgende Empfehlungen:

- 14 Kinder konnten mit einer „glatten“ Empfehlung eingeschult werden
- 9 Kinder bekamen die Einschulungsempfehlung „mit Förderhinweis“
- 1 Kind hatte sonderpädagogischen Förderbedarf: Sprache

Bei 11 Kindern wurde eine drohende Behinderung festgestellt und es wurde Frühförderung eingeleitet. Diese 11 Kinder erhielten bei der Schuleingangsuntersuchung folgende Empfehlungen

- 4 Kinder „Einschulung mit Förderhinweis“
- 1 Kind „pädagogische Einschätzung“
- 6 Kinder „Rückstellung“ mit Aussicht auf Beschulung im **Regelbereich** im folgenden Jahr, da sie erhebliche Fortschritte gemacht hatten

### 3. Fallbeispiele

Zum besseren Verständnis des während der Kindergartenuntersuchungen festgestellten Förderbedarfs, der eingeleiteten Maßnahmen und der daraus resultierenden Entwicklung des jeweiligen Kindes bis zur Schuleingangsuntersuchung werden nachfolgend einige Fallbeispiele erläutert:

#### Fall 1

Junge

Alter: 4 Jahre, 10 Monate

Kindergartenuntersuchung: März 2009

#### **Befund:**

Erheblicher Entwicklungsrückstand in den Bereichen Kognition, Sprache, Feinmotorik, Zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung.

Tatsächlicher Entwicklungsstand entspricht einem Lebensalter von 3,5 Jahren.

#### **Maßnahmen und Verlauf:**

- Brief an den Kinderarzt für die Einleitung weiterer Diagnostik und logopädischer Therapie.
- Einleitung von Frühförderung, Beginn August 2009.
- Erste Schuleingangsuntersuchung Januar 2010, deutliche Fortschritte erkennbar, aber noch nicht schulfähig.
  - ⇒ Schulrückstellung
- Beginn mit logopädischer Therapie August 2010.

#### **Ergebnis:**

- Gute Entwicklung unter Frühförderung (beendet August 2010), Logopädie und Ergotherapie (ab September 2010).
  - ⇒ **Schulfähigkeit im Februar 2011 erreicht!**

#### Fall 2

Mädchen

Alter: 4 Jahre, 10 Monate

Migrationshintergrund: arabische Herkunft

Kindergartenuntersuchung: Sept. 2009

#### **Befund:**

Kind ist extrem verhalten und schüchtern, schwere Sprachentwicklungsverzögerung, Konzentrationsspanne sehr kurz, Kognition ist schwer beurteilbar, erscheint sehr schwach, Logopädie wurde wegen mangelnder Compliance abgebrochen.

#### **Maßnahmen und Verlauf:**

- Einleitung von Frühförderung
  - ⇒ deutliche Stärkung des Selbstwertgefühls und damit Voraussetzung für eine positive Entwicklung erreicht.
- Vorstellung beim Sprachheiltag.
  - ⇒ Wiederaufnahme der Logopädie.
- Vorstellung im Sozialpädiatrischen Zentrum.

#### **Ergebnis:**

- Deutliche Fortschritte eines schwachen Kindes
- Logopädie ist erfolgreich, nur noch Restsymptomatik
  - ⇒ **Erreichen des Niveaus des sonderpädagogischen Förderbedarfs „Lernen“ bei der Schuleingangsuntersuchung Februar 2011**

### **Fall 3**

Junge

Alter: 4 Jahre, 0 Monate

Kindergartenuntersuchung: November 2009

#### **Befund:**

Ausgeprägte Sprachentwicklungsverzögerung, multiple Dyslalie, kaum verständliche Spontansprache. Beispiele:

Sonne = Tanna

Knochen = Dassen

Küche = Dusse

Übrige Untersuchungsbefunde alters entsprechend. Logopädie läuft seit drei Monaten.

#### **Maßnahmen und Verlauf:**

- Vorstellung beim Sprachheiltag nach weiteren drei Monaten logopädischer Therapie bei ausbleibender Besserung.
  - ⇒ Teilnahme an einer Sprachheilkur im Frühjahr 2010
  - ⇒ Intensivierung der logopädischen Therapie

#### **Ergebnis:**

Bei der Schuleingangsuntersuchung im Februar 2012 nur noch ganz geringe Restsymptomatik

- ⇒ **Uneingeschränkte Schulfähigkeit!**

### **Fall 4**

Mädchen

Alter: 4 Jahre, 5 Monate

Kindergartenuntersuchung: Dezember 2009

#### **Befund:**

Gravierender Entwicklungsrückstand in allen relevanten Bereichen: Kognition, Motorik, Sprache, Zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsdauer.

#### **Maßnahmen und Verlauf:**

- Einleitung von Frühförderung, Beginn Februar 2010.
- Vorstellung im SPZ September 2010.
  - ⇒ Erhebliche Entwicklungsretardierung
- Wechsel in den heilpädagogischen Kindergarten August 2010.

#### **Ergebnis:**

- Bei der Schuleingangsuntersuchung bemühte Mitarbeit, keinerlei Aufgabenverständnis, Sprachentwicklung deutlich gebessert, Wortschatz noch gering.
- Zeigt das Bild eines geistig behinderten Kindes
  - ⇒ **Sonderpädagogischer Förderbedarf „Geistige Entwicklung“**

### **Fall 5**

Junge

Alter: 4 Jahre, 9 Monate

Migrationshintergrund: türkische Herkunft

Kindergartenuntersuchung: Februar 2011

#### **Befund:**

Entwicklungsrückstand in den Bereichen Kognition, Grob- und Feinmotorik, Sprache.

#### **Maßnahmen und Verlauf:**

- Brief an den Kinderarzt mit der Frage nach Logopädie und Ergotherapie.
  - Kinderarzt will noch abwarten.
  - Die Mutter sucht den Hausarzt auf, der verordnet Logopädie und Ergotherapie.
  - Mutter beendet ihre berufliche Tätigkeit, um den Sohn besser fördern zu können.

#### **Ergebnis:**

- Bei der Schuleingangsuntersuchung im Februar 2012 sehr gute alters entsprechende Ergebnisse in allen schulrelevanten Bereichen
  - ⇒ **Uneingeschränkte Schulfähigkeit**

### **Fall 6**

Mädchen

Alter: 4 Jahre, 11 Monate

Kindergartenuntersuchung: September 2011

#### **Befund:**

Kein alters entsprechendes mathematisches Grundverständnis. In der Sprache: Dyslalie und Dysgrammatismus. Kind kotet täglich ein. Eltern getrennt. Vater erzieht das Kind. Mutter drogenabhängig. Keine Unterstützung von außen.

#### **Maßnahmen und Verlauf:**

- Ausführliche Beratung und Empfehlung zur Kontaktaufnahme mit der Beratungsstelle für Familien und eine kinderpsychologische Vorstellung.
- Brief an den Kinderarzt zur weiteren Mitbetreuung
  - ⇒ Aufnahme einer Therapie in einer kinderpsychologischen Praxis

#### **Ergebnis:**

- Schuleingangsuntersuchung Januar 2012.
- Familiensituation stabil, Kind ist seit mehreren Wochen „trocken“.
- Noch leichte Schwächen in schulrelevanten Bereichen – Mengenverständnis, Konzentrationsspanne, Grobmotorik.
  - ⇒ **Empfehlung: Schulrückstellung:** (eines sehr jungen schulpflichtigen September-Kindes)

#### **4. Bisheriges Fazit aus der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten**

Die Datenlage zur „Evaluation“ ist noch relativ gering. Die vorstehenden Ergebnisse geben Beispiele für den positiven Effekt der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten. Es gibt auch durchaus Zahlen, die zeigen, dass die einmalige Untersuchung nicht ausreicht, um den erhobenen, auffälligen Befund in eine Therapie umzusetzen.

Das Interesse der Kindertagesstätten und der Erziehungsberechtigten ist gleichbleibend hoch.

Die systematische Vernetzung des KJÄD mit den KiTas fördert einen fachlich übergreifenden Austausch und Erhöhung der Qualität und Kompetenz der KiTas und des KJÄD (davon profitieren also beide Seiten). Seitens der KiTas wird die Entwicklungsdiagnostik auch als positive wertschätzende „Supervision“ verstanden. Der Stellenwert des Bildungsauftrages der KiTas wird erhöht, da der KJÄD immer wieder den Bogen zu den „schulrelevanten Fähigkeiten“ schlägt. Ein Kind-bezogener Austausch zu dessen individuellem Wohl findet statt. Die individuellen Bedürfnisse und Förderschwerpunkte der einzelnen Kinder sind allerdings qualitativ äußerst vielfältig, und lassen sich kaum in ein quantitatives Muster zwängen. Die relativ stabilen Ergebnisse der Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten dienen jedoch auch der inneren Qualitätskontrolle der durchgeführten Untersuchungen.

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.

### **III. Arbeitskreis Jugendzahnpflege**

#### **1. Ziele des Arbeitskreis 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 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 Kindergärten und Schulen regelmäßig Reihenuntersuchungen durch einen Vertragszahnarzt angeboten. Festgestellter Behandlungsbedarf wird mit der Aushändigung eines Elternbriefes mit der Empfehlung zum Zahnarztbesuch quittiert. Natürlich kann es sich dabei nur um eine grobe Durchsicht mit anschließender Empfehlung zum Zahnarztbesuch handeln. Die halbjährliche Vorstellung des Kindes beim Hauszahnarzt wird dadurch nicht entbehrlich. Die Untersuchungsverfahren sind nicht standardisiert. Die im folgenden dargelegten Ergebnisse sind nicht repräsentativ. Sie sind immer auch abhängig vom Untersucher bzw. von der Untersucherin.

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

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

## 2. Ergebnisse der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe

Zahnmedizinische Gruppenprophylaxesitzungen sollen über die richtige Zahnpflege und zahngesunde Ernährung aufklären. Folgende Gruppenprophylaxesitzungen fanden im Schuljahr 2010/2011 statt.

Tab. III.2.1.: Aufstellung der geplanten und durchgeführten Gruppenprophylaxesitzungen, Schuljahr 2009/2010

	Sitzung lt. Plan	Sitzungen tatsächlich erreicht	Gruppe/Klasse lt. Plan	Gruppe/Klasse tatsächlich erreicht	Kinderzahl erreicht
Schulkindergärten – Grundschulen	268	232	134	109	2.210
Förderschule-L+G+E	102	133	51	65	526
Haupt-Realschulen Gymnasien, IGS	102	88	102	83	1.910
Kindertagesstätten	420	413	210	207	3.597
	892	866	497	464	8.243

Von geplanten Sitzungen in Klassen an Grundschulen und Schulkindergärten wurden von der ursprünglichen Planung von 134 Klassen 109 Klassen betreut. Das entspricht **81,34%**.

Von den geplanten 102 Sitzungen in Klassen der weiterführenden Schulen wurden 83 betreut, dieses entspricht **81,37 %**.

Für die Förderschulen waren ursprünglich Sitzungen in 51 Klassen geplant. Auf Wunsch der Schulen wurden 65 Klassen betreut. Das entspricht **127,45%**.

Von 210 geplanten Sitzungen in Gruppen der Kindertagesstätten wurden 207 Gruppen betreut. Das entspricht **98,57%**.

64 zeitintensive Erziehergespräche wurden geführt. Hintergründe dieser Gespräche waren Vorbereitungen auf Elternabende und die Umsetzung der zahngesunden Ernährung (Nursing Bottle Syndrom) in den Institutionen. Im Schuljahr 2010/2011 wurden 5 Elternabende durchgeführt.

Insgesamt wurden im Schuljahr 2010/2011 **8.243** Kinder durch die Gruppenprophylaxe erreicht. Im Schuljahr 2009/2010 waren es **7.575** Kinder.

### 3. Ergebnisse der zahnmedizinischen Reihenuntersuchungen

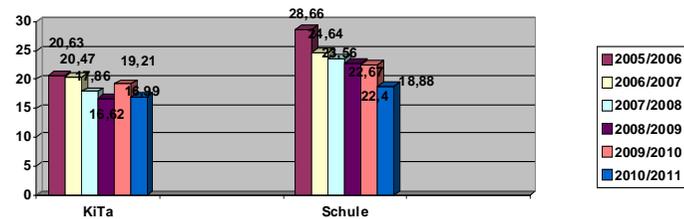
Eine erste Auswertung der Erhebungen zu den zahnmedizinischen Reihenuntersuchungen erfolgt zu der Frage der Verteilung der behandlungsbedürftigen Zähne auf Kindergärten und Schulen (ohne Förderschulen). Insgesamt wurden 10.531 Kinder untersucht. Davon hatten 1.908 behandlungsbedürftige Zähne. Das entspricht 18,12 %.

Tab.: III.3.1.: Anzahl der zahnmedizinisch untersuchten Kinder in Kindertagesstätten und Schulen (ohne Förderschulen) und Anzahl der behandlungsbedürftigen Zähne, 2011

Einrichtungen	Gesamtzahl	behandlungsbedürftig
Kindertagesstätte	2.989	484
Grundschule	3.719	967
Hauptschule	223	63
Realschule	718	117
IGS	350	13
Gymnasium	678	73

Der Zeitvergleich zeigt einen Rückgang der Rate sowohl in den Kindertagesstätten (16,99%) als auch an Schulen (18,88%). Das Ergebnis ist abhängig vom/von Untersucher/der Untersucherin, Anzahl und Art der Schulen.

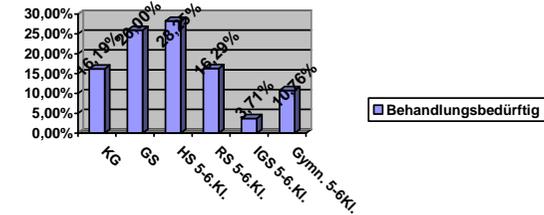
Abb. III.3.2.: Prozentualer Anteil der kariösen Gebisse bei zahnmedizinisch untersuchten Kindern in Kindergärten und Schulen (ohne Förderschulen) im Landkreis Peine, Zeitreihe Schj.: 2005/2006 – 2010/2011



Schüler und Schülerinnen der Hauptschulen weisen mit 28,25% erwartungsgemäß den höchsten Stand kariöser Zähne auf. Hier bestätigt sich anscheinend die These, dass Bildungsferne mit einem mangelnden Gesundheitsbewusstsein einhergeht. Überdurchschnittlich hoch liegt mit 26% allerdings auch die Kariesrate in den Grundschulen, was damit zu erklären wäre,

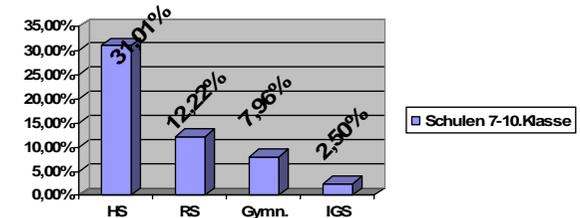
dass hier noch Kinder aus allen Bevölkerungsschichten gemeinsam beschult werden. Erfreulich ist der ausgesprochen gute Wert an der IGS. In allen Einrichtungen ist eine Verbesserung zum Vorjahr zu erkennen,

Abb. III.3.3.: Prozentualer Anteil behandlungsbedürftiger Zähne zahnmedizinisch untersuchter Kinder im Schuljahr 2010/2011 nach Einrichtung



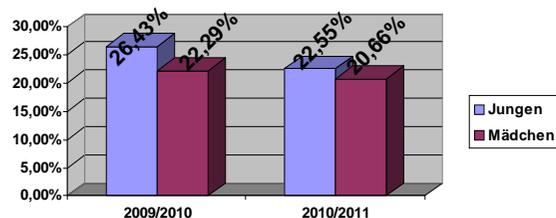
Deutlicher wird der Abstand zwischen Hauptschulen und Gymnasien, betrachtet man die Anteile ab den 7. Klassen. Diese Klassen (ab dem 13. Lebensjahr) werden gemäß der gesetzlichen Grundlage des § 21 SGB V nur dann untersucht, wenn die Kariesrate ohnehin überdurchschnittlich hoch ist.

Abb. III.3.4.: Prozentualer Anteil behandlungsbedürftiger Zähne zahnmedizinisch untersuchter Kinder im Schuljahr 2010/2011 nach Schulform ab der 7. Klasse



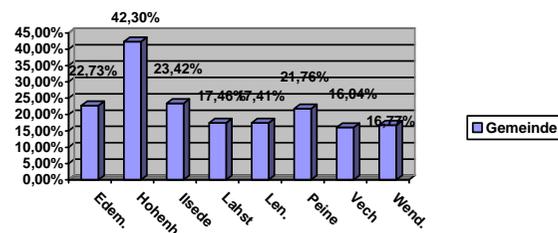
Der Geschlechtervergleich zeigt, dass Jungen häufiger behandlungsbedürftige Zähne aufweisen als Mädchen. Damit setzt sich der Trend der vergangenen Jahre fort.

Abb. III.3.5.: Prozentualer Anteil behandlungsbedürftigen Zähne bei den zahnmedizinisch untersuchten Kindern in Kindergärten und Grundschulen im LK Peine nach Geschlecht, Zeitreihe Schuljahre 2009/2010 – 2010/2011



Die Verteilung der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen in Kindergärten und Grundschulen auf die Gemeinden zeigt folgendes Bild:

Abb. III.3.7.: Prozentualer Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen in Kindergärten und Grundschulen nach Gemeinden im Schuljahr 2010/2011



Überdurchschnittlich hoch ist, wie im letzten Jahr, der Anteil der behandlungsbedürftigen Zähne in der Gemeinde Hohenhameln mit 42,3%. Alle anderen Gemeinden liegen unter der 25%-Marke. Lengede hat sich im Vergleich zum Vorjahr erheblich verbessert: Der Anteil behandlungsbedürftiger Zähne ist von 31,56% auf 17,41% gesunken. Allerdings wurden hier im Vergleich zum Vorjahr erheblich weniger Kinder untersucht. Am besten schneidet nach wie vor Wendeburg mit 15,14% ab.

#### 4. Zusammenfassung

Experten gehen von einer durchschnittlichen Kariesrate von 25% in der Bevölkerung aus. Im Landkreis Peine konnte in den Schuljahren seit 2005/2006 bis 2010/2011 ein Rückgang der Kariesrate in den Kindergärten von 20,63% auf 16,19% und in den Schulen von 28,66% auf 18,88% verzeichnet werden. Damit liegt der Landkreis Peine in diesen Einrichtungen insgesamt unter dem Bevölkerungsdurchschnitt. Allein für die Grundschulen lag der Wert im Jahr 2010/2011 jedoch bei überdurchschnittlichen 26%, für die Hauptschulen bis zur 6. Klasse bei 28,25 und ab der 7. Klasse bei 31,01%. Der Zahnstatus war bei Jungen insgesamt schlechter als bei Mädchen. Die erfreulichen Gesamtwerte können nicht über die teilweise erschreckenden Einzelwerte in bestimmten Schulen oder Gemeinden (Hohenhameln 42,30% in Kindergärten und Schulen) hinwegtäuschen, auch wenn sich eine kontinuierliche Verbesserung zu den Vorjahreswerten einstellt. Zahnhygiene ist und bleibt ein aktuelles Thema, an dem es sich zwecks Erhaltung der Mundgesundheit und der allgemeinen Gesundheit zu arbeiten lohnt.

