



Kieler Gesundheitsbericht 2/2006



Gesunder Start ins Schulleben

**Ausgewählte Ergebnisse
zur Gesundheit von
Schulanfängern und
Schulanfängerinnen 2005**

Landes-
hauptstadt Kiel



Die Oberbürgermeisterin
Amt für Gesundheit
Postfach 11 52
24099 Kiel

Juni 2006

Verfasser/innen:

Achim Everding
Angelika Ewald
Dr. Gabriele Graf
Dr. Christiane Gresele
Dr. Angelika Hergeröder
Sabine Herlitzius
Dr. Carolina Hernekamp
Dr. Dorothea Jessen
Dr. Gabriele Triebel
Dr. Dietrich Tuebben

unter Mitarbeit von:

Hilke Schmid
Beate Steen
Renate Storjohann

Gestaltung:

Dr. Christiane Gresele

Umschlaggestaltung:

Antje Wirtz

Druck:

Rathausdruckerei, Landeshauptstadt Kiel

Auflage: 200

Internet:

www.kiel.de

Inhaltsverzeichnis

0	Zusammenfassung des Berichtes	1
0.1	Ausgewählte Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen 2004/05	1
0.2	Prophylaxebehandlungen	1
0.3	Ausgewählte Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen aus dem Jahr 2005/06	2
0.4	Beratungen von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern 2005	2
0.5	Handlungsbedarf	3
1	Einleitung	4
2	Der Zahnärztliche Dienst in Kiel	5
2.1	Die Aufgaben des Zahnärztlichen Dienstes	5
2.1.1	Zahnärztliche Reihenuntersuchungen	6
2.1.2	Gruppenprophylaxe	7
2.2	Struktur des Zahnärztlichen Dienstes	8
2.3	Ausgewählte Ergebnisse zur Zahngesundheit (Schuljahr 2004/05)	10
2.3.1	Grundlage und Auswahlkriterien für die Zahngesundheitsdaten	10
2.3.2	Anzahl der Reihenuntersuchungen und Untersuchungsgrad	12
2.3.3	Zahngesundheit bei Grundschülerinnen und Grundschulern	13
2.3.3.1	Prozentsatz der naturgesunden Gebisse bei Erstklässlerinnen und Erstklässlern	13
2.3.3.2	Durchschnittlicher dmf(t)-Wert der Erstklässlerinnen und Erstklässler	14
2.3.3.3	Kariesrisiko bei Erstklässlerinnen und Erstklässlern	15
2.3.3.4	Behandlungsbedürftigkeit der Grundschülerinnen und Grundschüler wegen Karies	15
2.3.4	Risikoprofile der Grundschulen	16
2.3.5	In Grundschulen durchgeführte Gruppenprophylaxemaßnahmen	17
2.3.5.1	Anzahl der Prophylaxeimpulse	18
2.4	Zusammenfassung der Auffälligkeiten der Mundgesundheit bei Erstklässlerinnen und Erstklässlern sowie Handlungsbedarf	19
2.4.1	Untersuchungsgrad	19
2.4.2	Zahngesundheit	20
2.4.3	Gruppenprophylaxe	21
2.4.4	Handlungsbedarf	21
3	Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst in Kiel	23
3.1	Aufgaben des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes	23
3.1.1	Schuleingangsuntersuchungen	24
3.1.2	Beratungen für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern	25

3.2	Struktur des Sachgebietes Kinder- und Jugendärztliche Untersuchungen und Beratungen	26
3.3	Ausgewählte Ergebnisse der Tätigkeiten des KJÄD (Schuljahr 2005/06)	28
3.3.1	Datengrundlage und Auswahlkriterien der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen	28
3.3.2	Soziodemographische Daten zu den Einschulungsuntersuchungen (S1) im Jahr 2005	30
3.3.3	Befunde der Schuleingangsuntersuchung S1	33
3.3.3.1	Übergewicht	33
3.3.3.2	Verhaltensauffälligkeiten	34
3.3.3.3	Koordinationsstörungen	35
3.3.3.4	Sprachauffälligkeiten	36
3.3.3.5	Impfstatus bei Hepatitis B, Masern, Mumps und Röteln	37
3.3.4	Beratungen für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern	38
3.4	Zusammenfassung der Auffälligkeiten bei den Schuleingangsuntersuchungen und Handlungsbedarf	40
3.4.1	Soziodemographische Situation der Einschüler und Einschülerinnen 2005	40
3.4.2	Übergewicht	41
3.4.3	Verhaltensauffälligkeiten	41
3.4.4	Koordinationsstörungen	42
3.4.5	Sprachauffälligkeiten	42
3.4.6	Impfschutz bei Hepatitis B, Masern, Mumps und Röteln	42
4	<i>Literatur</i>	44
5	<i>ANHANG I</i>	45
6	<i>ANHANG II</i>	46

0 Zusammenfassung des Berichtes

0.1 Ausgewählte Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen 2004/05

Anzahl der Untersuchungen und Untersuchungsgrad

- Insgesamt wurden 13.445 Kinder im Alter von 3 bis 18 Jahren zahnärztlich untersucht.
- Der Untersuchungsgrad bei den Grundschulkindern beträgt 94%, bei den Erstklässlern und Erstklässlerinnen sogar 99%.

Naturgesunde Gebisse bei Erstklässlern und Erstklässlerinnen

- 50% der Kieler Erstklässler und Erstklässlerinnen hatten ein naturgesundes Gebiss. Dieser Prozentsatz liegt unter dem Landesdurchschnitt von 60%.
- Mit 63% ist der Anteil naturgesunder Gebisse im Sozialzentrum Nord besonders hoch.
- In Gaarden weisen nur 26% und in Mettenhof nur 34% der 6jährigen Kinder ein völlig gesundes Gebiss auf.

Karieserkrankungen bei Erstklässlern und Erstklässlerinnen

- Im Durchschnitt hat jedes Kieler Kind in der ersten Klasse 2,2 durch Karies geschädigte, gezogene oder gefüllte Milchzähne.
- In Gaarden sind es durchschnittlich fast 4, in Mettenhof 3 Milchzähne.
- Die geringste Anzahl karieskranker Zähne haben die Kinder im Sozialzentrum Nord mit durchschnittlich 1,3.

Kariesrisiko bei Erstklässlern und Erstklässlerinnen

- 20% der Kieler Erstklässler hatten mindestens 6 kariesranke Milchzähne oder einen an Karies erkrankten bleibenden Zahn (Kariesrisiko).
- Das Kariesrisiko ist in Gaarden mit 42% doppelt so.
- In Mettenhof weist ein Drittel aller Kinder der ersten Klassen ein erhöhtes Kariesrisiko auf.

Behandlungsbedürftigkeit wegen Karies bei Grundschulkindern

- Knapp ein Viertel aller Kieler Grundschulkindern weisen wegen Karies behandlungsbedürftige Zähne auf.
- In Gaarden sind die Zähne bei einem Drittel und in Mettenhof sogar bei 40% behandlungsbedürftig.

0.2 Prophylaxebehandlungen

Anzahl der Prophylaxeimpulse

- Insgesamt wurden 85.899 Prophylaxe-Impulse an 7.552 Grundschulkindern gesetzt.
- Entsprechend des Bedarfs weist Mettenhof die größte Betreuungsintensität auf.
- Die Betreuungsintensität in Gaarden liegt unterhalb des Betreuungserfordernisses.

0.3 Ausgewählte Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen aus dem Jahr 2005/06

Anzahl der Untersuchungen

- 1.843 Einschüler/innen wurden untersucht.

Migrationshintergrund

- Bei rund einem Viertel handelt es sich um Kinder mit Migrationshintergrund.
- In Gaarden liegt dieser Anteil etwa bei 60% und in Mettenhof etwa bei 50%.
- Bei der überwiegenden Mehrheit der Migrantenfamilien wird zuhause in erster Linie die Muttersprache gesprochen.

Lebenssituation

- 70% der Kinder leben bei beiden leiblichen Eltern.
- Der Anteil alleinerziehender Eltern liegt bei 22%. Diesbezüglich gibt es keine Unterschiede zwischen den Sozialzentren.

Bildungsstatus der Eltern

- Den höchsten Bildungsgrad zeigen Eltern der Sozialzentren Nord und Mitte.
- Gaarden hat den höchsten Anteil von Müttern ohne Schulabschluss (12%).

Übergewicht

- 16% der Kieler Einschüler und Einschülerinnen sind übergewichtig. Dies ist im bundesweiten und Schleswig-Holsteinischen Vergleich (10%) sehr hoch.
- In Gaarden liegt der Anteil übergewichtiger Kinder sogar bei 28%.

Verhaltensauffälligkeiten

- Emotionale und soziale Verhaltensauffälligkeiten sind in Gaarden besonders häufig (12%). In Kiel liegt der Anteil bei durchschnittlich 7% der Einschüler und Einschülerinnen.
- In Mettenhof werden viele verhaltensauffällige Kinder (4% aller Einschüler/innen) erst bei der Schuleingangsuntersuchung als solche erkannt.

Koordinationsstörungen

- Koordinationsstörungen liegen bei 40% der Gaardener Einschüler und Einschülerinnen vor. Dies ist doppelt so viel wie im Kieler Durchschnitt (21%).

Sprachauffälligkeiten

- Sprachauffälligkeiten wurden bei einem Viertel der Kieler Kinder beobachtet. Dies ist im Schleswig-Holsteinischen Vergleich (16%) sehr viel. Besonders häufig sind Sprachauffälligkeiten in Mettenhof (34%) und Gaarden (28%).

Impfschutz

- Die Durchimpfungsrate für Masern, Mumps und Röteln ist mit 70% dringend verbesserungswürdig.
- In Gaarden liegt die Durchimpfungsrate bei 60%.
- Für Hepatitis B liegt die Durchimpfungsrate zwischen 92% (im Sozialzentrum Süd) und 81% (im Sozialzentrum Nord).

0.4 Beratungen von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern 2005

Individualberatungen

- 2005 wurden 2.514 Beratungen durchgeführt.
- Dieses Angebot wird in Gaarden besonders intensiv in Anspruch genommen.
- Bei 165 Familien wurden Hausbesuche durchgeführt.

0.5 Handlungsbedarf

- 1. Verbesserung der Zahngesundheit in Gaarden und Mettenhof**
 - Fluoridierungsangebote für den gesamten Hauptschulbereich
 - Aufklärung und Beratung von Schwangeren zur Vermeidung der zunehmenden Kinderflaschenkaries
 - Früherkennung bei Kindern unter 3 Jahren
 - Intensivierung der Zusammenarbeit mit dem Amt für Familie und Soziales, Hebammen, niedergelassenen Kinderzahnärzten bzw. -ärztinnen, Schwangeren-, Eltern- und Migrationsberatungsstellen etc.

- 2. Prävention und Reduktion von Übergewicht bei Kindern unter 6 Jahren in allen Sozialzentren**
 - Schwerpunkt in Gaarden
 - Ansatzpunkte: Bewegungsförderung in Kindertagesstätten, sozialraumbezogene Freizeitangebote, familienorientierte und frühkindliche Ernährungsberatung und –schulung

- 3. Prävention von emotionalen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten sowie von Koordinationsproblemen**
 - Schwerpunkt in Gaarden
 - Früherkennung und Intervention bei Verhaltensauffälligkeiten in Mettenhof. Dort liegt der höchste Anteil an bis zur Einschulung unbehandelter verhaltensauffälliger Kinder.
 - Allgemeine Lebenskompetenz- und Bewegungsförderung
 - Elternschulungen, Umgang mit Medienangeboten

- 4. Reduktion der Sprachauffälligkeiten in allen Sozialzentren**
 - Frühzeitige Sprachstandserhebung
 - Früherkennung und Intervention bei Sprachproblemen (in allen Kindertagesstätten)
 - Schwerpunkt in Mettenhof und Gaarden
 - Überprüfung der Umsetzung empfohlener Sprachförderungsmaßnahmen

- 5. Verbesserung des Impfschutzes**
 - für Masern, Mumps und Röteln in allen Sozialzentren
 - für Hepatitis B in Nord und Mitte
 - Aufklärungs- und Akzeptanzarbeit bei Eltern und niedergelassenen Kinderärzten/-ärztinnen

- 6. Verbesserung der gesundheitlichen Rahmenbedingungen in Gaarden und Mettenhof**
 - Erhöhung des Ausbildungsniveaus, insbesondere von Müttern in Gaarden
 - bessere Integration von Familien mit Migrationshintergrund

1 Einleitung

Die Landeshauptstadt Kiel verfolgt das strategische Oberziel, kinder- und familienfreundlichste Stadt in Deutschland zu werden. Die gesundheitliche Versorgung und die sozialen Rahmenbedingungen, unter denen Kieler Kinder aufwachsen, sind dabei wichtige Zielkriterien, die entsprechend auch in die „Gesamtkonzeption zur Verbesserung der Kinder- und Familienfreundlichkeit in der Landeshauptstadt Kiel“ aus dem Jahr 2005 einfließen.

Der vorliegende Bericht liefert Basisinformationen zur gesundheitlichen Situation von Kindern im Alter des Schulbeginns. Erst für dieses Alter stehen systematisch flächendeckend vielfältige Gesundheitsdaten zur Verfügung, die zur Gesundheitsplanung herangezogen werden können. Es handelt sich dabei um die Daten aus den **Schuleingangsuntersuchungen** und den **zahnärztlichen Reihenuntersuchungen**. Sie stellen die Datengrundlage für diesen Bericht dar. Daten zur Zahngesundheit liegen in repräsentativer Form bereits für das Kindergartenalter vor, nicht jedoch andere Informationen über den körperlichen und psycho-sozialen Gesundheitszustand. Der besseren Vergleichbarkeit halber beziehen sich alle hier präsentierten Ergebnisse auf Kinder in bzw. kurz vor der ersten Klasse. Zu diesem Zeitpunkt sind sie etwa 6 Jahre alt.

Das Berichtsjahr ist das Jahr 2005. Die zahnärztlichen Daten wurden im Laufe des Schuljahres 2004/2005 erhoben. Die Schuleingangsuntersuchungen fanden alle 2005 statt. Es handelt sich dabei um die aktuellsten zur Verfügung stehenden Daten des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Amtes für Gesundheit in Kiel.

Analyse- und Handlungsebene für Gesundheitsplanung und Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen ist der Sozialraum, in dem die Menschen leben. In Kiel handelt es sich dabei um die Sozialzentren Nord, Mitte, Mettenhof, Süd, Gaarden und Ost. Alle Ergebnisse werden für jedes Sozialzentrum dargestellt. Verbesserungsvorschläge können sich entsprechend auf die Stadtgebiete beziehen, in denen die Kinder wohnen, zur Schule gehen, Freizeitangebote nutzen, Freunde haben, soziale und gesundheitliche Hilfeangebote erhalten usw..

Geschlechtsspezifische Analysen konnten in der Kürze der Zeit, die für die Erstellung dieses Berichts zur Verfügung stand, nicht vorgenommen werden. Die empfohlenen Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Schulanfänger und Schulanfängerinnen sind entsprechend geschlechtsunabhängig. Sie betreffen die Gesundheitsförderung im Kindergartenalter, im Speziellen die Bereiche Bewegung und Ernährung, die für beide Geschlechter gleichermaßen wichtig sind.

Der Bericht besteht aus 3 Teilen:

1. der Darstellung der Zahngesundheit,
2. der Darstellung ausgewählter kinderärztlicher Befunde im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen und
3. der Zusammenfassung von Auffälligkeiten und den daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen.

Es werden jeweils die Tätigkeiten des Zahnärztlichen und des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes dargestellt, innerhalb derer die Datenerhebung erfolgte. Damit wird Einblick in die Bedeutung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bezug auf die Kindergesundheit gewährt.

2 Der Zahnärztliche Dienst in Kiel

2.1 Die Aufgaben des Zahnärztlichen Dienstes

Aufgabe des Zahnärztlichen Dienstes des Amtes für Gesundheit in Kiel ist die Öffentliche Zahngesundheitspflege im Sinne der §§ 1, 5 Gesundheitsdienstgesetz (GDG) auf gesunde und gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse hinzuwirken und gemäß § 7 Abs. 2 GDG „...die Durchführung der Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) insbesondere durch regelmäßige Untersuchungen zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen in Kindertagesstätten und Schulen...“ in Kiel sicherzustellen.

Dieser Sicherstellungsauftrag wird durch ein Zusammenwirken mit den Krankenkassen erfüllt, die nach § 21 Abs. 1 SGB V den Auftrag haben, gemeinsam mit Zahnärztinnen und Zahnärzten und den in den Ländern für die Zahngesundheitspflege zuständigen Stellen für einheitliche und flächendeckende Maßnahmen für Kinder, die das 12 Lebensjahr noch nicht beendet haben, zu sorgen. *„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.“* (SGB V § 21 Abs. 1).

Die Umsetzung des § 21 wird durch eine Rahmenvereinbarung geregelt, die von den Krankenkassen und Kommunen unterzeichnet wurde. (Die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein und der Kreis Segeberg sind der Rahmenvereinbarung bisher noch nicht beigetreten.) Die Rahmenvereinbarung regelt die Aufgabenverteilung, Standards, Finanzierung etc..

Die konkreten Tätigkeiten des Zahnärztlichen Dienstes umfassen:

- Zahnärztliche Reihenuntersuchungen
- Gruppenprophylaktische Maßnahmen und Risikobetreuung
- Präventionsmaßnahmen wie Multiplikatorenschulungen, Zahnpflegewettbewerbe, Schwangerenberatung, Elternabende
- Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Aktionsstände, Theateraufführungen, Aufklärungsbroschüren, Pressearbeit)
- Bürgerberatung
- Zahnärztliche Gutachten für andere Ämter und externe Institutionen
- Epidemiologische Datenerhebungen und Teilnahme an wissenschaftlichen Studien (z.B. Pieper-Studie)
- Gremienarbeit zur Festlegung von Standards, Untersucherkalibrierung, Projektplanung, Vernetzung etc.

Im Folgenden werden die Aufgaben im Rahmen der Reihenuntersuchungen und der Gruppenprophylaxe genauer beschrieben, weil im vorliegenden Bericht aus diesen Bereichen ausgewählte Ergebnisse präsentiert werden (s. Abschnitt 2.3).

2.1.1 Zahnärztliche Reihenuntersuchungen

Die zahnärztlichen Reihenuntersuchungen werden jährlich in den gesetzlich vorgeschriebenen Altersstufen in Kindergärten, Grund-, Förder- und weiterführenden Schulen durchgeführt.

Abbildung 1: Zahnärztliche Untersuchung in Schulen



Sie dienen der Erhebung des Gesundheitszustandes und des Krankheitsrisikos, insbesondere des Karies-Risikos; letzteres ist die Grundlage für die Planungen gruppenprophylaktischer Maßnahmen. Behandlungen werden nicht durchgeführt. Durch schriftliche Elterninformation werden bei Behandlungsbedürftigkeit die notwendigen Therapiemaßnahmen mit weiterer Verweisung an niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte empfohlen.

Abbildung 2: Typische Zucker-Saugerflaschen-Karies



2.1.2 Gruppenprophylaxe

Bei der gesetzlich geregelten Umsetzung der Gruppenprophylaxe führt der Zahnärztliche Dienst die folgenden konkreten Prophylaxemaßnahmen durch:

- Vermittlung von Kenntnissen zur Zahn- und Mundgesundheit, Hygiene, Pflege und Ernährung durch Unterrichtsmodule in Kindergärten, Grund-, Förder- und weiterführenden Schulen
- Zahnputzübungen
- Risikobetreuung in Kindergärten und Schulen durch regelmäßige Fluoridierungsmaßnahmen mit Einbürstung eines fluoridhaltigen Gelées (elmex®-gelée).

In den Kindergärten und an allen Grundschulen bis einschließlich Klasse 4 erfolgt einmal jährlich ein flächendeckender theoretischer Unterricht (Theorieimpuls) mit praktischen, altersgerechten Zahnputzübungen (Putzimpuls). Die Lehreinheit dauert in den Kindergärten 50 Minuten, in den Grundschulen umfasst sie eine Doppelstunde (Basisprophylaxe).

Bei Einrichtungen mit erhöhtem Kariesrisiko erfolgt Risikobetreuung mit Intensivprophylaxe. In Kindergärten verdoppelt sich dabei die Impulsfrequenz auf zweimal jährlich. An den Schulen werden zusätzlich Fluoridierungsmaßnahmen (Putzimpuls mit elmex®gelée anstelle normaler Zahnpasta) durchgeführt. Je nach Risiko finden Fluorideinbürstungen entweder

- 14tägig (Risikoprogramm für hohes Risiko)
- monatlich (erweitertes Basisprogramm für mittleres Risiko) oder
- jährlich (Basisprogramm für kein bis geringes Risiko) statt. Im Basisprogramm (theoretischer Putzimpuls mit Zahnputzübung) wird normale Zahnpasta verwendet).



Abbildung 4: Zahnputzübungen

2.2 Struktur des Zahnärztlichen Dienstes

Der Zahnärztliche Dienst in Kiel stellt ein Sachgebiet innerhalb der Abteilung „Kinder- und Jugendärztlicher Dienst“ im Amt für Gesundheit dar. Es verfügte im Berichtsjahr 2004/2005 über 3 Jugendzahnärztinnen (2 Vollzeitkräfte, 1 Teilzeitkraft) mit einer Wochenarbeitszeit von insgesamt 96,25 Stunden sowie 3 Zahnarzhelferinnen mit insgesamt 102 Wochenstunden (s. Abbildung 5).

Abbildung 5: Zahnärztinnen und Zahnarzhelferinnen des Amtes für Gesundheit, Kiel 2004/2005



Die Durchführung der Gruppenprophylaxe erfolgt durch 3 bei der Landeshauptstadt Kiel angestellte Prophylaxehelferinnen mit insgesamt 75 Wochenstunden. Die Stellen dieser Prophylaxehelferinnen werden zu jeweils 50% von der Landeshauptstadt Kiel und der Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Kiel (AGJ) finanziert werden.

Abbildung 6: Bei der Landeshauptstadt Kiel angestellte Prophylaxehelferinnen, 2004/2005



Die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in der Landeshauptstadt Kiel (AGJ) dient der Durchführung gemeinsamer, einheitlicher Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen und besteht aus der Landeshauptstadt Kiel, der Verbände der Krankenkassen und der Vereinigung Kieler Zahnärzte e.V..

Zusätzlich stehen sechs weitere Prophylaxehelferinnen mit insgesamt 40 Wochenstunden für die Aufgaben zur Verfügung, die ausschließlich von der AGJ finanziert und dort angestellt sind. Ab Sommer 2006 sind drei weitere Kräfte vorgesehen.



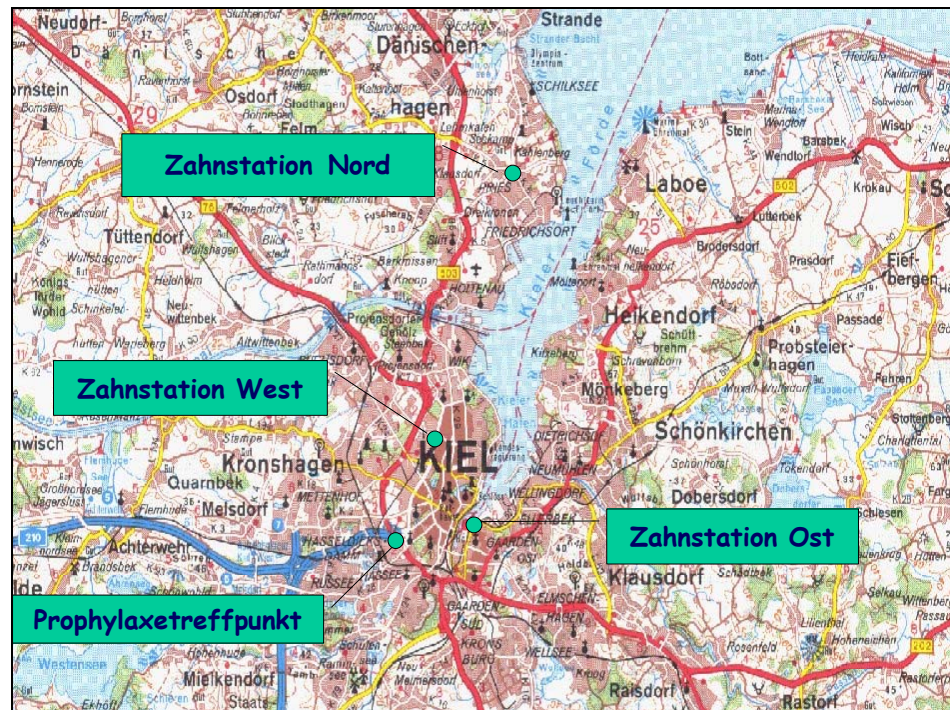
Abbildung 7: Bei der AGJ angestellte Prophylaxehelferinnen, 2004/2005

Die Personalkosten für die Prophylaxearbeit werden somit zum größten Teil von der Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (AGJ) finanziert. Gleiches gilt für die Sachkosten (Zahnbürsten, Zahnpasta, elmex@gelée, Unterrichtsmaterialien etc.).

Im Abschnitt „Untersuchung“ der Rahmenvereinbarung wird je prozentualen Anteil untersuchter Kinder aus der Kernzielgruppe (3-12jährige bzw. bis 16jährige) ein Zuschuss in Höhe von 1,50 € - 2,- € je Kind von der „Koordinierungsstelle Gruppenprophylaxe“ gewährt. Der Zuschuss erhöht sich für besonders aufwändige Untersuchungen in Kindertagesstätten, Sonderschulen und Behinderteneinrichtungen sowie bei landesweiten Datenerhebungen durch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) jeweils um den Faktor 1,2.

Im Sinne eines sozialraumorientierten Angebotes verteilt sich der Zahnärztliche Dienst auf drei Zahnstationen und einen Prophylaxetreffpunkt (ehemalige Zahnstation Süd) im Stadtgebiet: Zahnstation Nord (Friedrichsort) im Bereich des Sozialzentrums Nord, Zahnstation West im Bereich des Sozialzentrums Mitte, Zahnstation Ost im Bereich des Sozialzentrums Gaarden. Der Prophylaxetreffpunkt liegt zentral im Bereich des Sozialzentrums Mitte.

Abbildung 8: Die drei Kieler Zahnstationen und der Prophylaxetreffpunkt



Im folgenden werden einige ausgewählte Ergebnisse der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen und den darauf basierenden gruppenprophylaktischen Maßnahmen aus dem Schuljahr 2004/2005 präsentiert.

2.3 Ausgewählte Ergebnisse zur Zahngesundheit (Schuljahr 2004/05)

2.3.1 Grundlage und Auswahlkriterien für die Zahngesundheitsdaten

Zu folgenden Aspekten werden jeweils kleinräumig (d.h. auf Ebene der Sozialzentren) Ergebnisse dargestellt:

- zum Erreichungs- bzw. Untersuchungsgrad
- zur Zahngesundheit bei Grundschülerinnen und Grundschulern bezogen auf die Erkrankung an Karies
- zur Risikoprofil-Ermittlung in Grundschulen als Steuerungsgröße
- zu gruppenprophylaktischen Maßnahmen in Grundschulen

Die Auswahl dieser Schwerpunkte erfolgte, um mit möglichst wenigen Indikatoren aussagekräftige Informationen zu liefern. Diese dienen zum einen dazu zu beurteilen, ob der Anspruch der flächendeckenden Untersuchung erreicht wird (Untersuchungsgrad), den Zahngesundheitszustand in Bezug auf Karies bei den Kieler Kindern zu beschreiben und zu verdeutlichen, wie die Planung und Umsetzung der Gruppenprophylaxe erfolgt. Zum anderen können auf der Basis dieser Ergebnisse Handlungsbedarfe abgeleitet werden.

Die Datengrundlage stellt die Dokumentation des zahnärztlichen Dienstes nach den landes- und bundesweit einheitlichen Erhebungskriterien der Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (DAJ) und des Landesausschusses Jugendzahnpflege (LAJ) mit dem Dokumentationsprogramm „GU-Dental“ dar.

Der **Untersuchungsgrad** beschreibt, wie viele der in den jeweiligen Einrichtungen gemeldeten Kinder tatsächlich an den Reihenuntersuchungen teilgenommen haben.

Er unterscheidet sich somit vom sog. „Erreichungsgrad“, der in jeder aufgesuchten Einrichtung 100% beträgt. Dieser Wert wird erreicht, weil sichergestellt wird, dass in jeder aufgesuchten Einrichtung allen Kindern eine schriftliche Elterninformation über die Untersuchung bzw. verpasste Teilnahme mitgegeben wird. Der Untersuchungsgrad gibt an, wie viele Kinder am Untersuchungstag anwesend waren. Er ist das Verhältnis SOLL/IST ausgedrückt in Prozent. Das SOLL sind alle in der jeweils aufgesuchten Einrichtung gemeldeten Kinder in den entsprechenden Altersgruppen. Da nicht alle Einrichtungen aufgesucht werden (sehr kleine Kindergärten, die z.B. auf Elterninitiativen basieren, bei denen der Zeitaufwand unverhältnismäßig hoch wäre, oder private Schulen, die – trotz des gesetzlichen Anspruchs - keine Untersuchungen wünschen), entspricht das SOLL nicht allen in sämtlichen Kieler Kindergärten und Schulen gemeldeten Kindern. Grundlage sind die vom Amt für Schule, Kinder- und Jugendeinrichtungen geführten Einrichtungen.

Aufgrund der großen Bedeutung von Karies als Volkserkrankung beschränkt sich die Beschreibung der **Zahngesundheit** bei den Kieler Kindern auf folgende Indikatoren:

- a. Naturgesunde Gebisse bei Erstklässlerinnen und Erstklässlern
- b. Durchschnittlicher dmft-Index bei Erstklässlerinnen und Erstklässlern
- c. Kariesrisiko bei Erstklässlerinnen und Erstklässlern
- d. Behandlungsbedürftigkeit der Grundschülerinnen und Grundschüler wegen Karies

Die Auswahl der Erstklässlerinnen und Erstklässler für die Darstellung der Karieserkrankung bei Kieler Kindern in diesem Bericht erfolgte aufgrund der Art der Befunderhebung. Gemäß der landesweiten Richtlinien werden bei den Erstklässlerinnen und Erstklässlern sowohl die Milchzähne als auch die bleibenden Zähne befundet. In den späteren Alterstufen wird nur noch der Gesundheitszustand der bleibenden Bezahnung ausgewertet.

Als Indikatoren für die Zahngesundheit werden üblicherweise der Prozentsatz naturgesunder Gebisse und der durchschnittliche dmf(t)-Wert herangezogen (vgl. DAJ, 2005, Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder (2003) (MGSFF NRW, 2003)). Ein **naturgesundes Gebiss** im Alter von 6 - 7 Jahren bedeutet, dass kein einziger Zahn (weder ein Milchzahn noch ein bleibender Zahn) an Karies erkrankt ist oder war. Der **dmf(t)-Wert** gibt die Anzahl der durch Karies geschädigten (d = decayed), fehlenden (m = missing) oder gefüllten (f = filled) Milchzähne (t = teeth) an. Ein dmf(t)-Wert von 2 bedeutet somit, dass 2 Zähne des Milchgebisses durch Karies entweder geschädigt, gefüllt oder gezogen sind. Da i.d.R. bei 6 - 7jährigen nur sehr wenige bleibende Zähne an Karies erkrankt sind, wird der DMF(T)-Wert (Großschreibweise für bleibende Zähne) der Erstklässlerinnen und Erstklässler in diesem Bericht nicht dargestellt, sondern ausschließlich der **durchschnittliche** dmf(t)-Wert (Kleinschreibweise für Milchzähne). (Der durchschnittliche DMF(T)-Wert der 6-7jährigen betrug 2004 in Schleswig-Holstein 0,03 (DAJ, 2005)).

Eine wichtige Rolle spielt das „**Kariesrisiko**“. Es wird altersspezifisch nach bundesweit einheitlichen Kriterien (DAJ) definiert. Bei den Erstklässlerinnen und Erstklässlern (6 - 7jährige) besteht nach der DAJ-Definition dann ein erhöhtes Kariesrisiko, wenn mehr als 5 Milchzähne des Wechselgebisses nicht gesund sind oder mehr als ein bleibender Zahn bereits eine Kariesschädigung aufweist. Unterhalb dieser Grenzen (z.B. 2 erkrankte Milchzähne) gilt es nicht als *erhöhtes* Kariesrisiko.

Nicht jeder kariöse Zahn ist behandlungsbedürftig (z.B. erkrankte Zähne mit nur noch kurzer Verweildauer in der Mundhöhle). Die Beurteilung der **Behandlungsbedürft-**

tigkeit der Karies wird durch die Landesrichtlinien geregelt. Sie wird dargestellt als Prozentsatz der Grundschülerinnen und Grundschüler der Klassen 1 - 4 mit wegen Karies behandlungsbedürftigen Zähnen. In diese Beurteilung fließen in allen Altersgruppen die bleibenden und die Milchzähne mit ein.

Ein weiterer wichtiger Wert ist das **Risikoprofil**. Es wird auf Einrichtungsebene ermittelt und dient als Steuerungsgröße für die Planung gruppenprophylaktischer Maßnahmen je Einrichtung. In diesem Bericht werden die Risikoprofile ausschließlich für die Grundschulen dargestellt. Für die Grundschüler ist die Datengrundlage sehr zuverlässig, weil hier alle Altersstufen in die gem. § 21 SGB V gesetzlich vorgeschriebene Zielgruppe fallen, d.h. alle gemeldeten Schülerinnen und Schüler untersucht werden müssen (SOLL-Größe). Die Risikoprofilermittlung für die Grundschulen ist ebenfalls in den Landesrichtlinien definiert. Sie basiert auf dem durchschnittlichen dmf(t)-Wert der Erstklässlerinnen und Erstklässler, dem Prozentsatz der Erstklässlerinnen und Erstklässler mit erhöhtem Kariesrisiko sowie dem Anteil der behandlungsbedürftigen Kinder der Klassen 1 – 4.

Je nach Risikoprofil der Schulen werden unterschiedliche **Programme der Gruppenprophylaxe** eingesetzt. Es werden Schulen ohne bzw. mit geringem Risiko, mit mittlerem Risiko und solche mit hohem Risiko unterschieden. Die Schulen mit geringem Risiko erhalten das sog. Basisprogramm. Schulen, die mit ihren Karieswerten gerade außerhalb des Hochrisikobereiches liegen, werden mit einem erweiterten Basisprogramm betreut, um sie bei Bedarf fließend in den hohen Risikobereich zu integrieren. Schulen mit hohem Risiko werden entsprechend nach Risikoprogramm betreut (s. Abschnitt 2.1.2).

2.3.2 Anzahl der Reihenuntersuchungen und Untersuchungsgrad

Im Schuljahr 2004/2005 wurden in Kiel insgesamt 13.445 Kinder aus Kindergärten, Grund-, Förder- und weiterführenden Schulen untersucht. Die Gesamtzahl der dort gemeldeten Kinder betrug lt. Kieler Schulinformation 2004/05 14.855 Schülerinnen und Schüler und 5.500 Kindergartenkinder. Damit liegt der **Gesamtuntersuchungsgrad** bei **67%**.

Selbst in den aufgesuchten Einrichtungen können nicht alle Kinder untersucht werden. Bei den fehlenden Kindern handelt es sich um Kinder, die an den Untersuchungstagen nicht in der Einrichtung waren.

Der Untersuchungsgrad bei den **Grundschulern** liegt bei 94%. Von 7.466 (lt. Kieler Schulinformation 2004/05) gemeldeten Grundschulern und Grundschülerinnen der Klassen 1-4 (inkl. Schulkindergarten) wurden 7.049 Kinder im Schuljahr 2004/2005 untersucht.

Der **Untersuchungsgrad bei Erstklässlern und Erstklässlerinnen** war im Schuljahr 2004/2005 mit 99% (nur 14 fehlende Kinder) sehr hoch. 1.864 Erstklässler und Erstklässlerinnen (inkl. Schulkindergarten) waren laut Kieler Schulinformation im Schuljahr 2004/05 gemeldet. Davon wurden vom Zahnärztlichen Dienst 1.850 Kinder im Rahmen der Reihenuntersuchungen untersucht.

Betrachtet man die einzelnen Sozialzentren separat, so zeigt sich, dass in jedem Sozialzentrum ein sehr hoher Untersuchungsgrad besteht (s. Abbildung 9).

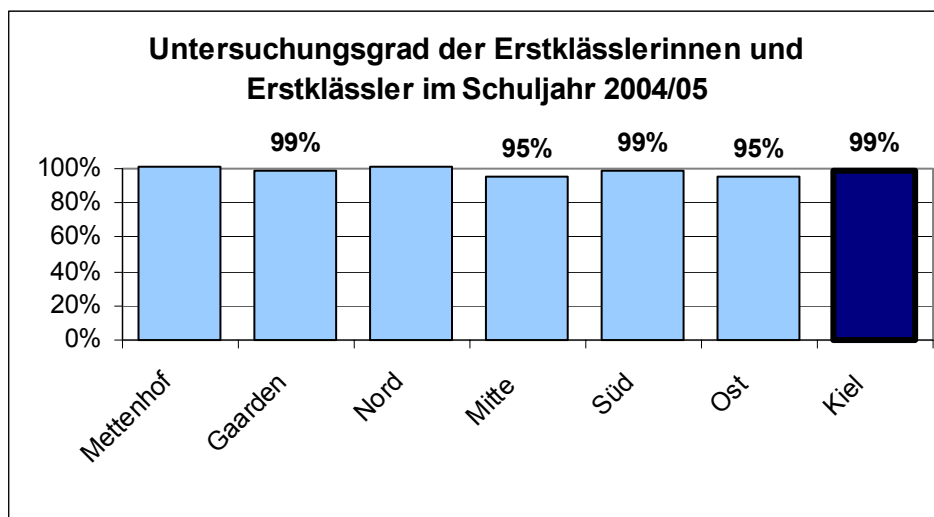


Abbildung 9: Untersuchungsgrad bei Erstklässlerinnen und Erstklässlern im Schuljahr 2004/05 für gesamt Kiel und nach Sozialzentren

Der Untersuchungsgrad in den Grundschulen, insbesondere in den ersten Klassen, ist deshalb höher als der durchschnittliche Wert über alle Schularten, weil er einen Schwerpunkt darstellt, der auch bei personellen Engpässen mit Priorität aufgesucht wird. Gleiches gilt für alle Risikoschulen, besonders in den sozialen Brennpunkten Mettenhof und Ost. Bei fehlenden personellen Ressourcen erfolgt eine Gewichtung nach Bedürftigkeit. Untersuchungen in Gymnasien, Realschulen und Einrichtungen mit geringerer Kariesprävalenz werden dann zurückgestellt. Auf diese Weise wird gewährleistet, dass sehr bedürftige Stadtgebiete und Schularten die Untersuchungen und Prophylaxemaßnahmen auf jeden Fall erhalten.

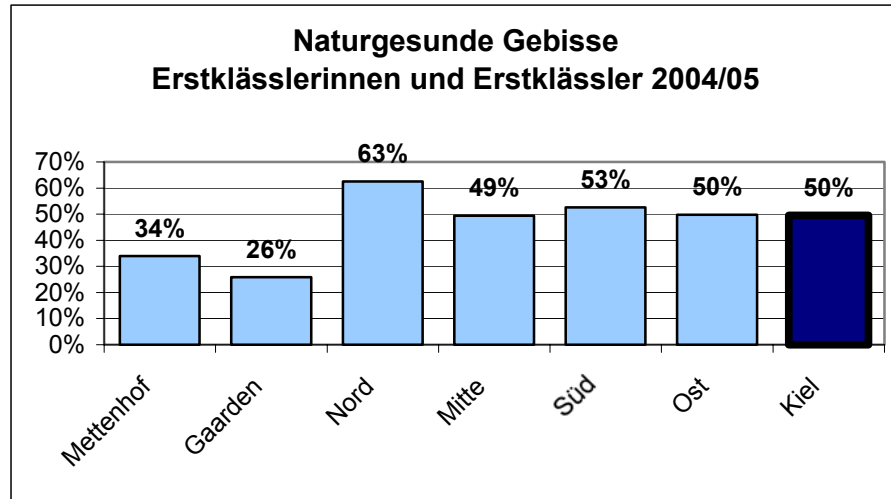
2.3.3 Zahngesundheit bei Grundschülerinnen und Grundschulern

2.3.3.1 Prozentsatz der naturgesunden Gebisse bei Erstklässlerinnen und Erstklässlern

Die Hälfte aller Kieler Erstklässlerinnen und Erstklässler des Schuljahres 2004/05 hatte ein naturgesundes Gebiss (s. Abbildung 10), d.h. es lag weder an einem Milchzahn noch an einem bleibenden Zahn eine Karieserkrankung vor. Die absoluten Zahlen sind Tabelle 1 im Anhang I zu entnehmen.

Damit befindet sich Kiel innerhalb des bundesweiten Spektrums von 35-60% Kariesfreiheit. Da Schleswig-Holstein im bundesweiten Vergleich jedoch mit 59,4% eine Spitzenposition einnimmt (dicht nach dem führenden Baden-Württemberg mit 59,6%), bedeuten die Kieler Ergebnisse, dass die Landeshauptstadt unter dem Landesdurchschnitt liegt. Betrachtet man den Prozentsatz naturgesunder Gebisse kleinräumig, so zeigt sich, dass das Sozialzentrum Nord mit 63% naturgesunder Gebisse nicht nur deutlich über dem Kieler Durchschnitt, sondern auch über dem Landesdurchschnitt liegt.

Abbildung 10: Naturgesunde Gebisse bei Erstklässlerinnen und Erstklässlern im Schuljahr 2004/05 für gesamt Kiel und nach Sozialzentren



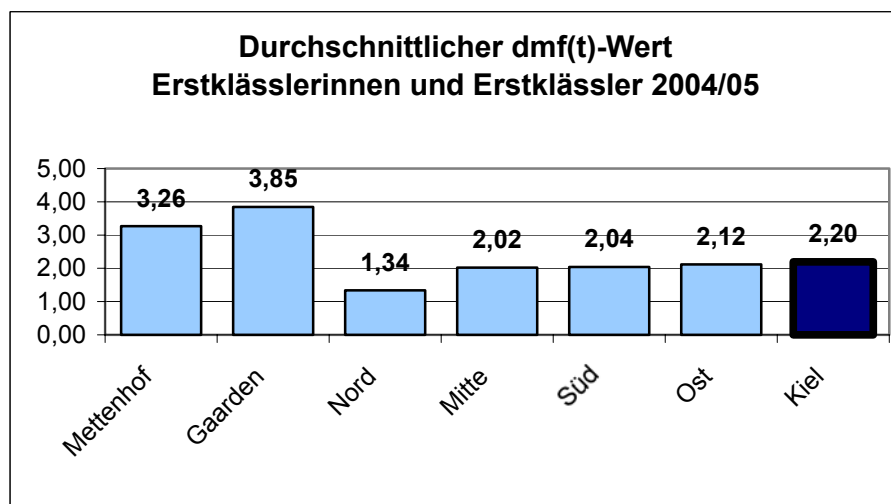
Besonders auffällig sind auch die Sozialzentren Gaarden und Mettenhof. In Mettenhof weisen nur rund ein Drittel aller untersuchten Erstklässler und Erstklässlerinnen ein naturgesundes Gebiss auf. Am geringsten ist der Prozentsatz naturgesunder Gebisse in Gaarden: In diesem Stadtgebiet hat nur noch rund ein Viertel der Kinder im Alter von 5 - 6 Jahren ein naturgesundes Gebiss.

2.3.3.2 Durchschnittlicher dmf(t)-Wert der Erstklässlerinnen und Erstklässler

In Abbildung 11 sind für Kiel und für jedes Sozialzentrum die durchschnittlichen dmf(t)-Werte der Erstklässlerinnen und Erstklässler des Schuljahres 2004/05 dargestellt. Die absoluten Werte sind Tabelle 1 im Anhang I zu entnehmen.

Der dmf(t)-Index gibt Auskunft darüber, wie viele Milchzähne entweder durch Karies geschädigt (d = decayed), aufgrund von Karies extrahiert (m = missing) oder gefüllt (f = filled) sind bezogen auf alle Milchzähne (t = teeth).

Abbildung 11: Durchschnittlicher dmf(t)-Wert bei Erstklässlerinnen und Erstklässlern im Schuljahr 2004/05 für gesamt Kiel und nach Sozialzentren



Der dmf(t)-Index lag in Kiel im Schuljahr 2004/05 bei 2,2, d.h., dass jede Kieler Erstklässlerin und jeder Kieler Erstklässler im Durchschnitt 2,2 karieserkrankte Zähne hatte. Damit ist der Kieler Gesamtwert im Vergleich zum bundesdeutschen Durchschnitt, der 2004 bei 2,16 lag, nicht, aber im Vergleich zu Schleswig-Holstein (1,69) doch wiederum erhöht.

Vergleicht man die Kieler Sozialzentren untereinander, so sticht das Sozialzentrum Nord mit durchschnittlich nur 1,34 kariösen Zähnen besonders positiv hervor. In Gaarden jedoch hatten jede Erstklässlerinnen und jeder Erstklässler durchschnittlich fast 4 nicht gesunde Zähne, in Mettenhof 3,26. Diese Werte liegen über dem Kieler Durchschnitt und verdeutlichen das Ausmaß der Kariesschäden in den problematischen Stadtgebieten Gaarden und Mettenhof.

2.3.3.3 Kariesrisiko bei Erstklässlerinnen und Erstklässlern

Ein erhöhtes Kariesrisiko liegt gemäß der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) dann vor, wenn mindestens 6 Zähne kariös (geschädigt, gezogen oder gefüllt) sind oder bereits einer der bleibenden Zähne Karies aufweist.

In Abbildung 12 wird die Risikoerhebung für das Schuljahr 2004/05 für die Erstklässler aller Kieler Grundschulen und nach Sozialzentren dargestellt (s. auch Tabelle 1, Anhang I).

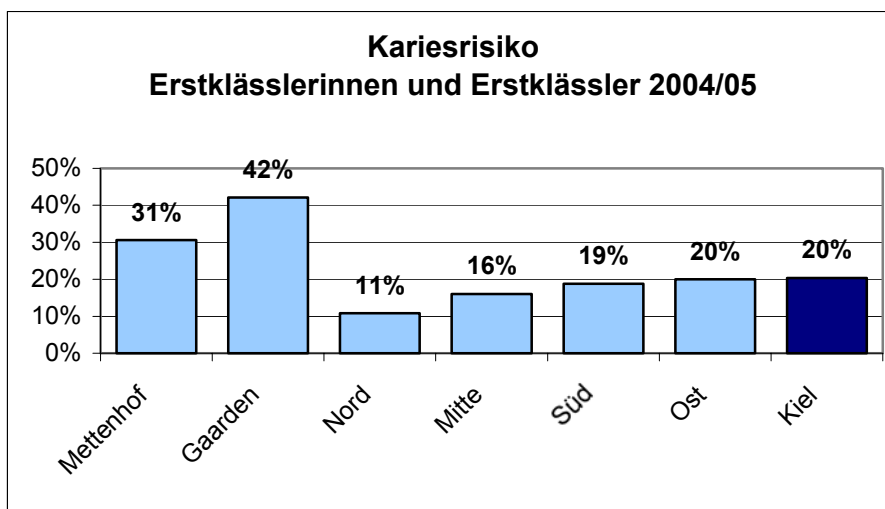


Abbildung 12: Kariesrisiko bei Erstklässlerinnen und Erstklässlern im Schuljahr 2004/05 für gesamt Kiel und nach Sozialzentrum

In ganz Kiel lag bei 20% der Erstklässlerinnen und Erstklässler des Schuljahres 2004/05 ein erhöhtes Kariesrisiko vor, d.h. 20% dieser Kinder hatten mindestens 6 nicht gesunde Milchzähne oder einen an Karies erkrankten bleibenden Zahn.

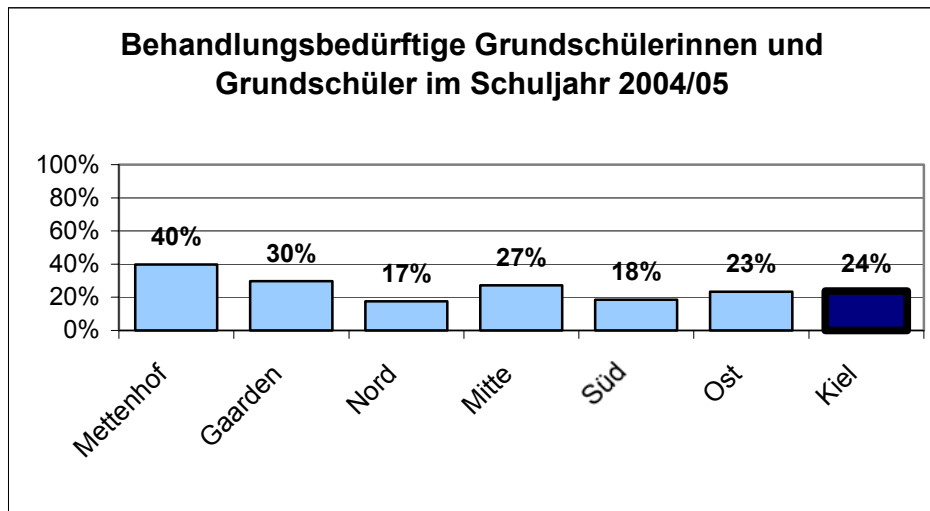
Besonders hoch ist der Prozentsatz der Erstklässlerinnen und Erstklässler mit erhöhtem Kariesrisiko im Bereich des Sozialzentrums Gaarden. Dort hatten 42% der Erstklässlerinnen und Erstklässler ein erhöhtes Kariesrisiko, also einen etwa doppelt so hohen Prozentsatz wie in den anderen Sozialzentren. Mettenhof liegt mit 31% um 10 Prozentpunkte höher als der Kieler Durchschnitt. Das Sozialzentrum Nord liegt mit 11% aber deutlich unterhalb des durchschnittlichen Wertes.

2.3.3.4 Behandlungsbedürftigkeit der Grundschülerinnen und Grundschüler wegen Karies

Während sich die bisher dargestellten Ergebnisse auf Erstklässlerinnen und Erstklässler bezogen, wird der Prozentsatz der Schülerinnen und Schüler mit behandlungsbedürftigen Zähnen für die Klassenstufen 1 - 4 ermittelt. Dieser Wert wird zur Berechnung des Risikoprofils der Grundschulen benötigt (s. Abschnitt 2.3.1).

Abbildung 13 gibt den Prozentsatz aller Grundschülerinnen und Grundschüler für ganz Kiel und je Sozialzentrum an, die wegen Karies behandlungsbedürftige Zähne aufweisen. Die absoluten Zahlen sind Tabelle 2 im Anhang I zu entnehmen.

Abbildung 13: Prozentsatz der Grundschülerinnen und Grundschüler mit behandlungsbedürftigen Zähnen im Schuljahr 04/05 für Kiel und nach Sozialzentren



In Kiel hatten im Schuljahr 2004/05 rund ein Viertel der Grundschülerinnen und Grundschüler wegen Karies behandlungsbedürftige Zähne. In Mettenhof lag der Anteil mit 40% am höchsten. Auch Gaarden lag mit einem Anteil von 30% behandlungsbedürftiger Kinder nennenswert höher als der Prozentsatz für ganz Kiel. Deutlich unter dem Kieler Durchschnitt lag der Anteil behandlungsbedürftiger Kinder in den Sozialzentren Nord und Süd mit 17% bzw. 18%.

2.3.4 Risikoprofile der Grundschulen

Der Risikoprofil-Wert wird auf Einrichtungsebene ermittelt. Anhand dieses Wertes werden die einzelnen Schulen den verschiedenen Prophylaxe-Programmen zugeordnet. Er stellt eine abstrakte Steuerungsgröße dar und dient nicht dazu, die Zahngesundheit der Kinder zu beschreiben.

Die Risikoprofil-Werte der Kieler Grundschulen im Schuljahr 2004/2005 reichten von 1,2 (eine Schule im Sozialzentrum Nord) bis 7,8 (eine Schule in Mettenhof). Der durchschnittliche Risikoprofil-Wert für alle Kieler Grundschulen liegt bei 3,5. Alle durchschnittlichen Grundschul-Risikoprofil-Werte können Tabelle 2 im Anhang I entnommen werden.

Der Wert selbst stellt kein anschauliches Maß dar. Er ist die Summe aus dem durchschnittlichen dmf(t) der Erstklässlerinnen und Erstklässler, dem 3fachen Prozentsatz der Erstklässlerinnen und Erstklässler mit erhöhtem Kariesrisiko und dem 3fachen Prozentsatz der Grundschülerinnen und Grundschüler der Klassen 1 - 4 mit behandlungsbedürftigen Zähnen.

In Abbildung 14 sind alle untersuchten Kieler Grundschulen je Sozialzentrum als kleine Kästchen dargestellt. Die Anzahl der ausgefüllten Kästchen repräsentieren Grundschulen mit einem Risikowert ≥ 4 . Es handelt sich dabei um die 30% (10 von 32) der Kieler Grundschulen mit den höchsten Risikowerten.

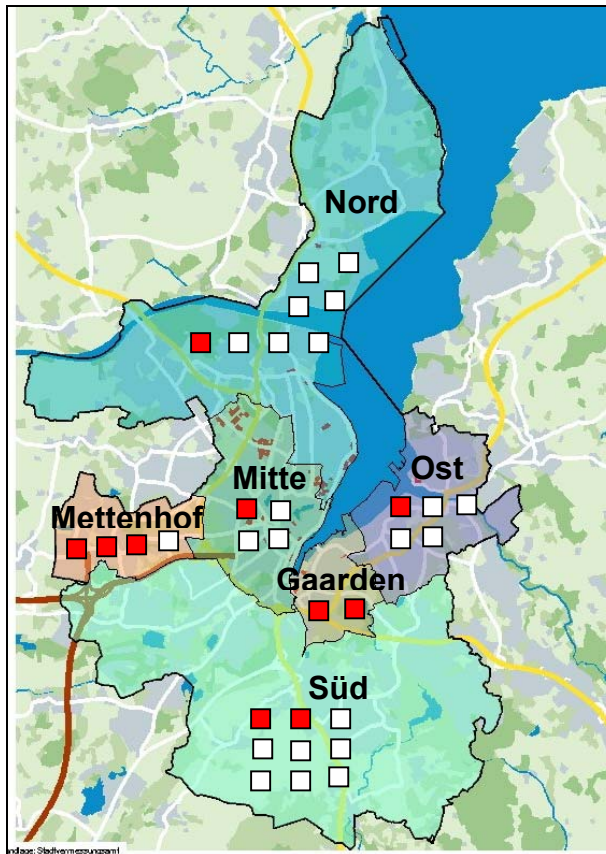


Abbildung 14: Risiko-Grundschulen in Kiel, Schuljahr 2004/05

In Gaarden wiesen alle beiden Grundschulen einen Risikoprofilwert über 4 auf. In Mettenhof hatten 3 von 4 Grundschulen einen hohen Risikoprofilwert.

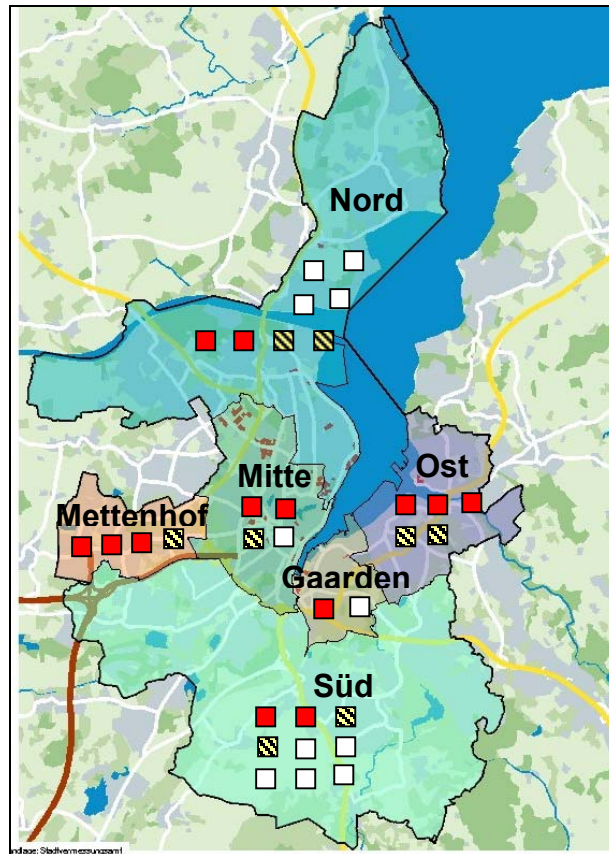
Eine genaue Beschreibung der im Schuljahr 2004/05 vom Zahnärztlichen Dienst auf dieser Basis durchgeführten gruppenprophylaktischen Maßnahmen an Grundschulen erfolgt im nächsten Abschnitt.

2.3.5 In Grundschulen durchgeführte Gruppenprophylaxemaßnahmen

Anhand der Risikoprofil-Werte werden die Grundschulen den drei verschiedenen Prophylaxeprogrammen zugeordnet. Allerdings werden dabei nicht nur die jeweils aktuellsten Risikodaten berücksichtigt, sondern auch die aus den vorherigen Jahren. Dies ist insbesondere bei Schulen mit Schwellenwerten zum Risiko wichtig. Sie dürfen bei kurzfristig geringeren Risikowerten nicht aus der Intensivbetreuung herausfallen, da dies die Nachhaltigkeit der Prophylaxewirkungen sehr beeinträchtigen und zu Störungen von Organisations- und Handlungsabläufen sowie Verminderung und Verlust der Akzeptanz führen würde.

In der folgenden Abbildung ist dargestellt, wie viele Grundschulen je Sozialzentrum im Schuljahr 2004/05 den verschiedenen Programmen zugeordnet wurden (leere Kästchen = Basisprogramm; schraffierte Kästchen = erweitertes Basisprogramm; ausgefüllte Kästchen = Risikoprogramm).

Abbildung 15: Anzahl der Schulen mit den verschiedenen Prophylaxeprogrammen in den Grundschulen je Sozialzentrum



Im Vergleich zu Abbildung 14 sind folgende Unterschiede zu verzeichnen:

- In den Sozialzentren Nord, Mitte und Ost waren mehr Grundschulen im Risikoprogramm als dies allein anhand des Risikoprofilwertes des Schuljahres 2004/05 erwartet würde. Es handelt sich dabei um Schulen, die sich bei den dreijährlichen Ermittlungen des Risikoprofilwertes immer im Grenzbereich zu hohem Risiko befinden und daher sicherheitshalber im Risikoprogramm verbleiben.
- In Gaarden konnten aufgrund personeller Veränderungen in einer der beiden Schulen nicht beide Grundschulen mit dem erforderlichen Risikoprogramm behandelt werden.

2.3.5.1 Anzahl der Prophylaxeimpulse

Insgesamt wurden in Kiel im Schuljahr 2004/05 in allen Grundschulen 85.899 Prophylaxe-Impulse an 7.552 Grundschülerinnen und Grundschülern gesetzt (theoretischer Unterricht, Zähne putzen mit Fluorid (im Risiko- und im erweiterten Basisprogramm) oder mit Zahnpasta (im Basisprogramm)). Als Impuls wird die Anzahl der Interventionen pro Kind innerhalb eines Schuljahres bezeichnet.

In Abbildung 16 ist für jedes Sozialzentrum sowie für gesamt Kiel dargestellt, wie viele Impulse jedes Kind im Schuljahr 2004/05 durchschnittlich erhielt.

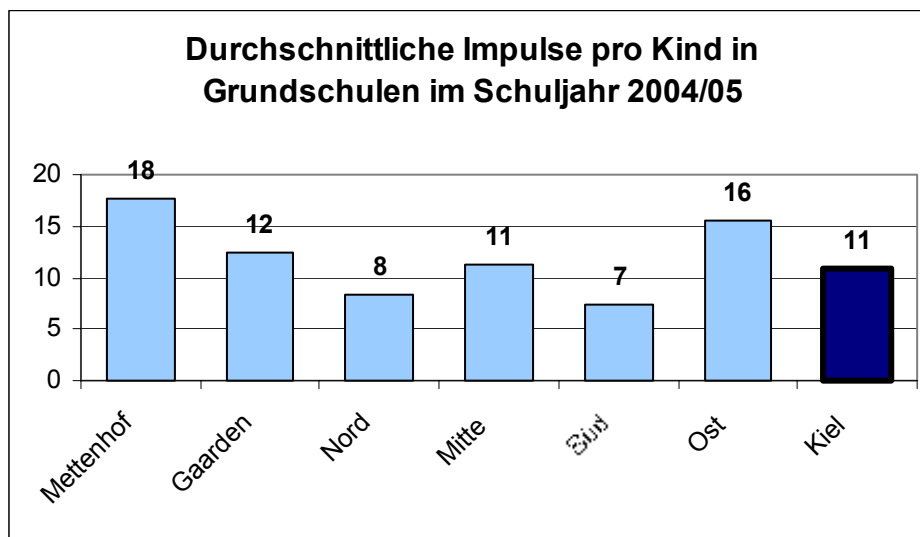


Abbildung 16: Durchschnittliche Impulszahl pro Kind im Schuljahr 2004/05 für gesamt Kiel und nach Sozialzentrum

Mettenhof weist entsprechend der Grundschul-Risikoprofile die größte Impulsrate pro Kind und damit die größte Betreuungsintensität auf. Ebenfalls sehr hoch ist die Impulsrate pro Kind im Sozialzentrum Ost. Dies liegt an der hohen Zahl der Schulen im erweiterten Basisprogramm, d.h. in Ost liegen viele Risikoprofilwerte in den Zwischenbereichen. In Gaarden liegt die Betreuungsintensität im mittleren Bereich und entspricht damit nicht der anhand der Risikoprofil-Werte ermittelten Betreuungserfordernis.

Der geringste Betreuungsaufwand für Grundschulen lag 04/05 in den Sozialzentren Süd und Nord, weil sich dort anteilig die meisten Kinder im Basisprogramm befinden.

Im Schuljahr 2004/05 betrug die Zahl der Kieler Grundschülerinnen und Grundschüler, die mindestens 4 Fluoridierungsimpulse bekamen, 4.857. Das sind 93% aller in Schleswig-Holstein in dieser Häufigkeit während desselben Zeitraums fluoridierten Grundschülerinnen und Grundschüler (5.209 Kinder mit mindestens 4 Fluoridierungsimpulsen). Dies liegt daran, dass nur in Kiel ein vollständiges Fluoridierungsprogramm mit regelmäßigem Einbürsten eines fluoridhaltigen Gelées für den gesamten Grundschulbereich etabliert ist. Diese Maßnahme findet in anderen Kreisen Schleswig-Holsteins erst allmählich in Form von Pilotprojekten statt. Eine forcierte Umsetzung des Fluoridierungsprogramms in Kiel ab 2002 nach Abschluss der Rahmenvereinbarung war möglich, weil 80% des Etats der Arbeitsgemeinschaft (AGJ) für Personalkosten zur Umsetzung dieses Programms zur Verfügung gestellt wurde.

2.4 Zusammenfassung der Auffälligkeiten der Mundgesundheit bei Erstklässlerinnen und Erstklässlern sowie Handlungsbedarf

2.4.1 Untersuchungsgrad

Der Anspruch flächendeckender Erreichung kann für die Grund-, Haupt- und Förder-schulen als erfüllt angesehen werden. Von allen in den aufgesuchten Grundschulen gemeldeten Kindern wurden 94% erreicht. Da zu den Untersuchungsterminen immer einige Kinder fehlen, beträgt der Untersuchungsgrad nie 100%. Von den Kieler Erstklässlerinnen und Erstklässlern wurden sogar 99% untersucht. Dies spiegelt die Schwerpunktsetzung auf Grund- und Hauptschulen bei personellen Engpässen wi-

der. Die Untersuchungsfrequenz wird bei Personalmangel in erster Linie in Gymnasien und Realschulen reduziert.

2.4.2 Zahngesundheit

Mit Ausnahme von Gaarden, wo der Anteil **naturgesunder Gebisse** nur 26% beträgt, liegen die Werte von Kiel (50%) und seinen Sozialzentren (34-63%) innerhalb des bundesweiten Spektrums. Bundesweit beträgt der Prozentsatz naturgesunder Gebisse bei 6 - 7jährigen zwischen 35 und 60% (DAJ, 2005). Allerdings liegt Kiel deutlich unter dem Schleswig-Holsteinischen Prozentsatz von 59%. Besonders hoch ist der Anteil naturgesunder Gebisse bei Erstklässlerinnen und Erstklässlern mit 63% im Sozialzentrum Nord. Auch das Sozialzentrum Süd liegt mit 53% knapp über dem Kieler Durchschnitt.

Aufgrund der Bedeutung von Karies als Volksseuche mit irreversibler Zahnschädigung, Beeinträchtigung des Gesamtorganismus durch reduzierte Immunabwehr, Entzündungsprozessen und Einschränkung der Lebensqualität mit erschwerter Nahrungsaufnahme, beeinträchtigter Ästhetik und dadurch gestörter Kommunikation und Sozialkontakten, Reduzierung von Berufswünschen bis hin zu seelischen Problemen, wird der Zahngesundheit ein sehr hoher Stellenwert eingeräumt. Die WHO formulierte bereits 1979 das Ziel, dass 50% der 5 - 6jährigen Kinder bis zum Jahr 2000 kariesfrei sein sollten (aus: „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“, RKI, 2004). Für ganz Kiel und alle Sozialzentren außer Gaarden und Mettenhof ist dieses Ziel erreicht.

In den „Mundgesundheitszielen für Deutschland – 2020“ formuliert die Bundeszahnärztekammer folgende Zielvorgabe für 2020: *„Der Anteil kariesfreier Milchgebisse bei den 6-jährigen Kinder soll mindestens 80% betragen“* (Oesterreich & Ziller, 2005). Von diesem Ziel sind derzeit nicht nur Kiel, sondern auch Schleswig-Holstein und alle anderen Bundesländer noch weit entfernt.

Der **durchschnittliche dmf(t)-Wert** liegt in Kiel bei den Erstklässlerinnen und Erstklässlern bei 2,20. Er ist im Vergleich zu Schleswig-Holstein (1,69) etwas erhöht, entspricht jedoch ziemlich genau dem Wert der BRD (2,16). Problematisch sind die Sozialzentren Gaarden mit knapp 4 und Mettenhof mit gut 3 durchschnittlich an Karies erkrankten Zähnen. Der weitaus beste Wert von nur 1,34 kariösen Zähnen wurde im Sozialzentrum Nord beobachtet.

Ein erhöhtes **Kariesrisiko** (d.h. mindestens 6 geschädigte Milchzähne oder mindestens 1 geschädigter bleibender Zahn) besteht in Kiel bei 20% der Erstklässlerinnen und Erstklässler. In Gaarden sind es gut 40%, in Mettenhof 31%. Das geringste Kariesrisiko weist wiederum das Sozialzentrum Nord auf. Dort hatten 11% der Kinder ein erhöhtes Kariesrisiko.

Die **Behandlungsbedürftigkeit** wegen Karies lag 2004/05 bei allen Kieler Grundschülerinnen und Grundschulern bei 24%. Deutlich über dem Durchschnitt lagen Mettenhof mit 40% und Gaarden mit 30%. Unterhalb des Kieler Durchschnitts befanden sich die Sozialzentren Nord (17%) und Süd (18%).

Alle hier herangezogenen Indikatoren zur Beschreibung der Zahngesundheit bei Kieler Grundschülerinnen und Grundschulern des Schuljahres 2004/05 zeigen, dass

- die Zahngesundheit in Kiel vergleichbar mit den Werten der BRD und Schleswig-Holstein ist,

- die Sozialzentren Mettenhof und insbesondere Gaarden mit Abstand die schlechteste Zahngesundheit aufweisen,
- die kindlichen Zähne im Bereich des Sozialzentrums Nord gefolgt von den Grundschülerinnen und Grundschülern im Bereich des Sozialzentrums Süd am gesündesten sind.

2.4.3 Gruppenprophylaxe

In Kiel hat die Gruppenprophylaxe einen sehr hohen Stellenwert, für die Personal zur Verfügung steht, das hauptsächlich von der Arbeitsgemeinschaft AGJ finanziert wird.

Die größte Betreuungsintensität der in diesem Bericht betrachteten Kieler Grundschulen liegt im problematischen Sozialzentrum Mettenhof. Auch die Sozialzentren Ost und Mitte, die überwiegend im mittleren Risikobereich liegen, erfahren eine intensive Betreuung.

Die Sozialzentren Nord und Süd erhielten entsprechend des relativ guten Zahngesundheitszustandes die geringste Anzahl an Interventionen (Impulse).

2.4.4 Handlungsbedarf

Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere in Gaarden und Mettenhof die Zahngesundheit der Grundschülerinnen und Grundschüler deutlich verbessert werden muss und hier besondere Hilfeangebote und Maßnahmen durchgeführt werden sollten.

Wie im Bericht zu erkennen ist, findet genau in diesen Bereichen eine besondere Schwerpunktsetzung durch regelmäßige Untersuchungen und verstärkte Fluoridierung statt. Zusätzlich wird versucht, durch Aktionen, wie z.B. mit dem Krocky-Mobil-Aufklärungsbus, Theatervorführungen zum Thema Zähne, gesundes Pausenbrot u.ä., Unterstützung von Schulfesten, Elternabende, diese Zielgruppe settingbezogen zu erreichen.

Wie eine Reihe von Evaluationsstudien zeigen, sind folgende Maßnahmen geeignet, das Kariesaufkommen bei Kindern zu reduzieren:

- Mundhygieneberatung
- Fluoridierungen
- Zahnputzübungen
- Ernährungsberatung
- Fissurenversiegelung
- Informationsveranstaltungen für Eltern, Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer
- Multiplikatorenschulungen (Eltern, Erzieher, Lehrer, Betreuer, Pflegepersonal in Behinderteneinrichtungen, Hebammen etc)
- Früherkennungsuntersuchungen für Kleinkinder

Um das Ziel einer 80%igen Kariesfreiheit bis 2020 zu erreichen, sollten folgende Maßnahmen in Kiel, insbesondere in Gaarden und Mettenhof installiert werden:

- Fluoridierungsangebot für den gesamten Hauptschulbereich
- Projekt für Jugendliche, wie z.B. „beküsst“ von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege
- Frühzeitig Aufklärung durch Beratung und Hilfeangebote für Schwangere um u.a. der zunehmenden Kinderflaschenkaries entgegenzuwirken
- Da ein hoher Prozentsatz der Kinder, die durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst erst im Kindergarten erreicht werden können, bereits durch Karies

geschädigte Gebisse aufweisen, wären Kinder unter 3 Jahren ein wichtiger Ansatzpunkt (z. B. Intensivierung der Zusammenarbeit mit Hebammen, Kinder(zahn)ärzten, Schwangerschaftsberatung, Elternberatungsstellen usw. bzw. Fortbildung oder Multiplikatorenschulungen für diese Berufsgruppen).

- Speisesalzfluoridierung in Gemeinschaftseinrichtungen
- Zähneputzen als „Pflichtveranstaltung“ in allen Kindertagesstätten.
- Vernetzung mit dem Amt für Familie und Soziales um in der Familie Hilfeleistung zu geben und Kinder besser einer Behandlung zuzuführen
- Niederschwellige Behandlungsangebote durch Kooperation mit niedergelassenen Zahnärzten
- Verzahnung mit migrantenfördernden Einrichtungen aufgrund des hohen Ausländeranteil in diesen Stadtteilen, Unterstützung durch Muttersprachler

Voraussetzungen für die Umsetzbarkeit einzelner Maßnahmen aus diesem Leistungskatalog sind zusätzliche personelle Ressourcen. Ökonomisch und wissenschaftlich sinnvoll wäre auch eine Evaluation der Projekte, um eine Wirksamkeit abzuleiten und die begrenzten Mittel effektiv einzusetzen.

3 Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst in Kiel

3.1 Aufgaben des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst (KJÄD) versteht sich bundesweit als eine Einrichtung der Kommunen zur Förderung der körperlichen und seelischen Gesundheit von Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen. Er wirkt vornehmlich beratend, aber auch präventiv hinsichtlich der Erkennung von Entwicklungsdefiziten, körperlichen Auffälligkeiten, Verhaltensstörungen und Fehlernährung.

Die gesetzlichen Grundlagen sind im Wesentlichen die Sozialgesetzbücher und landesspezifischen Gesetze für den öffentlichen Gesundheitsdienst. In Schleswig-Holstein handelt es sich um das Gesundheitsdienstgesetz (GDG) aus dem Jahr 2002 sowie die „Landesverordnung für schulärztliche Aufgaben“ vom 7.3.2003 (LVO).

Der Kieler KJÄD nimmt gemäß §7 Abs. 1 GDG *„...die schulärztlichen Aufgaben nach den schulrechtlichen Bestimmungen wahr. Dabei führen sie die zur Früherkennung von Krankheiten, Behinderungen, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen notwendigen Untersuchungen durch, ermitteln den Impfstatus und vermitteln Behandlungs- und Betreuungsangebote.“*

Jedes Kind, das eine öffentliche Schule in Schleswig-Holstein besucht, ist nach der „Landesverordnung über die schulärztlichen Aufgaben“ verpflichtet, *„...sich vor Beginn des Besuchs der Grundschule schulärztlich untersuchen zu lassen...“* (§2 Abs. 1 LVO).

Gemäß §2, Abs. 2 sind Schüler und Schülerinnen, die Sport als Leistungsfach wählen, ebenfalls verpflichtet, sich schulärztlich untersuchen zu lassen und die Schule darüber zu unterrichten, ob sie/er gesundheitlich für die vorgesehene Sportart geeignet ist. Außerdem muss *„...den Schulen eine Untersuchung für Schülerinnen und Schüler der 8.Klassenstufe als freiwillige Untersuchung...“* angeboten werden (§2 Abs. 3 LVO). Zusätzlich zu den schulärztlichen Untersuchungen sieht die Landesverordnung in §3 Beratung und Gesundheitserziehung vor: *„den Schulen sind Angebote zur individuellen Beratung der Schülerinnen und Schüler, Lehrerinnen und Lehrer und der Eltern sowie zur Verbesserung der Gesundheitserziehung zu machen.“*

Zusammenfassend erfüllt der Kinder- und Jugendärztliche Dienst in der Landeshauptstadt die folgenden Aufgaben:

- schulrelevante Untersuchungen und Begutachtungen:
 - Schuleingangsuntersuchungen (S1)
 - andere Schulfähigkeitsuntersuchungen (z.B. Leistungskurs-Sport)
 - Achtklässleruntersuchungen (S3)
 - Schülerbeförderung
 - sonderpädagogische Gutachten
- Beratungen
 - Beratung von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern
 - individuelle Beratung von Schülerinnen und Schülern, Lehrerinnen, Lehrern und Eltern
- Impfen
- Begutachtungen von Kindern und Jugendlichen nach SGB VIII, XI, XII und dem Asylbewerberleistungsgesetz
- Dokumentation im Rahmen der Landesgesundheitsberichterstattung

- Mitarbeit in landesweiten Arbeitsgruppen als kontinuierlicher Qualitätssicherungsprozess

In den beiden nächsten Abschnitten werden die Aufgaben im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen und der Beratung von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern ausführlicher beschrieben, da zu diesen Bereichen im Abschnitt 3.3 ausgewählte Ergebnisse präsentiert werden.

3.1.1 Schuleingangsuntersuchungen

Die Schuleingangsuntersuchung dient der Beurteilung der Schulfähigkeit und ggf. der Empfehlung von Fördermaßnahmen oder weiterführender ärztlicher Untersuchungen. Dazu werden

- der individuelle Gesundheits- und Entwicklungsstand bzgl. Sehen, Hören, Körpermaße, internistisch-neurologische Auffälligkeiten sowie Verhaltensauffälligkeiten, Koordinations- und Sprachfähigkeit erfasst
- auffällige Untersuchungsergebnisse mit den Eltern erörtert und ggf. notwendige weiterführende Untersuchungen empfohlen
- der Impfstatus überprüft und ggf. Impfücken geschlossen.

Untersuchungsablauf, Befunderhebung, Beurteilung und Dokumentation erfolgt unter landesweit standardisierten Bedingungen, die in der Arbeitsanweisung „Schulärztliche Untersuchungen in Schleswig-Holstein“ (SGU-Richtlinien SH, 2002) aufgeführt sind. Auf diese Weise werden Qualitätsstandards, die kontinuierlich fortentwickelt werden, gesetzt und die Daten interkommunal vergleichbar.

Der typische Ablauf der S1 stellt sich wie folgt dar: Nach der Erfassung personenbezogener und Impfdaten misst die Arzthelferin die Körpergröße und das Gewicht des Kindes. Sie führt verschiedene Untersuchungen zur Erfassung der motorischen und der Wahrnehmungsfähigkeiten (Seh- und Hörtests) durch.

Abbildung 17: Gewichtsmessung und Hörtest im Rahmen der S1



Die anschließende ärztliche Untersuchung beinhaltet:

- Durchsicht des Untersuchungsheftes für Kinder und des Impfausweises
- Verhaltensbeobachtung
- Überprüfung und Beurteilung
 - der Wahrnehmungsfähigkeiten

- des Verstehens
- der motorischen Fähigkeiten
- der Koordinationsfähigkeiten
- des Sprachverständnisses und der Ausdrucksfähigkeiten
- der Artikulation
- der Deutschkenntnisse
- des körperlichen Gesundheitszustandes



Abbildung 18: Ärztliche Untersuchung im Rahmen der S1

Während der gesamten Untersuchung, für die 20 Minuten angesetzt sind, ist mindestens ein Elternteil oder eine ihn vertretende Vertrauensperson des Kindes anwesend.

3.1.2 Beratungen für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern

Die Elternberatung ist ein niedrigschwelliges Angebot für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern, das ohne Terminabsprache und ohne Krankenversicherungskarte in Anspruch genommen werden kann.

In den Elternberatungsstellen informieren und beraten Kinderkrankenschwestern und Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen bei Fragen zur körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit und Entwicklung. Für Eltern mit Säuglingen werden Ernährungsberatung (Stillen, Flaschennahrung, Beikost usw.) Vitamin-D und Fluorid-Prophylaxe, Impfungen etc. angeboten.

Neben diesen Individualangeboten finden verschiedene Gruppenangebote (z.B. Stillgruppen, Unterstützung beim Aufbau von Selbsthilfegruppen, Gruppen zur För-

derung der sozialen Integration (z.B. von Migrant/innen, Alleinerziehenden, Suchtkranken, Randgruppen)) und Veranstaltungen statt.

An 9 im Kieler Stadtgebiet verteilten Standorten (s. ausgefüllte Kreise in Abbildung 22) werden Beratungen angeboten. Dadurch werden kurze Zugangswege innerhalb des Wohnumfeldes interessierter Familien gewährleistet. Die Beratungen finden an jedem Standort jeweils an verschiedenen Wochentagen 2-4 Mal pro Monat stundenweise statt und werden jeweils von einem/einer Kinderarzt/Kinderärztin und einer Kinderkrankenschwester angeboten. Die Intensität der begleitenden Maßnahmen durch die Kinderkrankenschwestern variiert je nach Sozialzentrum.

Es findet eine enge Kooperation mit dem Amt für Familie und Soziales, mit niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten u. a. Institutionen statt.

Die Aufgaben der Elternberatung sind in der folgenden Abbildung zusammenfassend dargestellt:

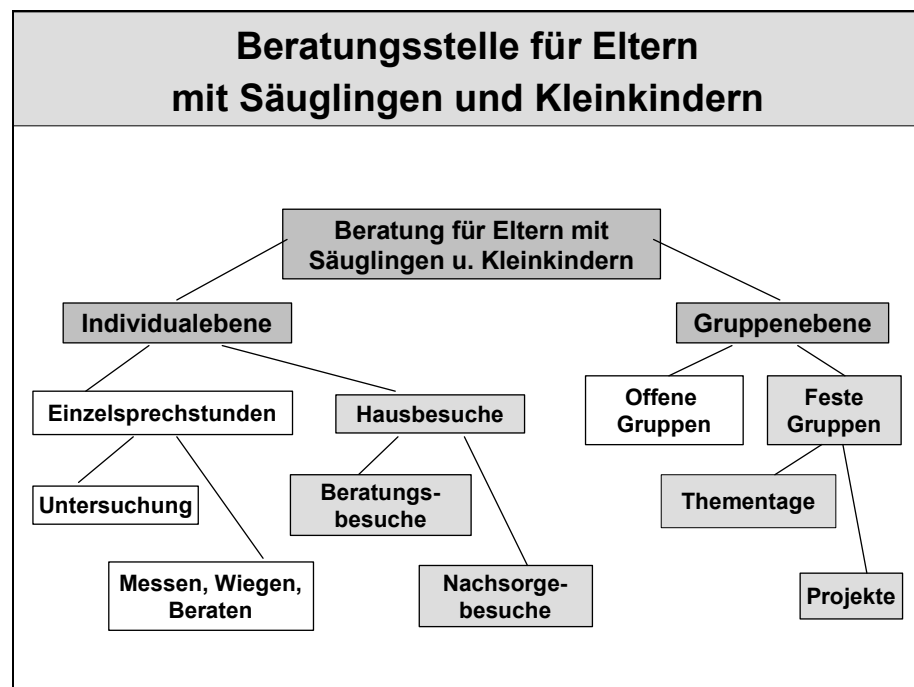


Abbildung 19: Aufgaben der Elternberatung des KJÄD

3.2 Struktur des Sachgebietes Kinder- und Jugendärztliche Untersuchungen und Beratungen

Im Berichtsjahr 2005 waren 5 Kinderärzte und -ärztinnen (2 Vollzeit-, 3 Teilzeitkräfte) mit insgesamt 146,25 Wochenstunden sowie 5 Helferinnen mit 142,5 Wochenstunden im Amt für Gesundheit beschäftigt.



Abbildung 20: Die Kinderärzte und Kinderärztinnen des Amtes für Gesundheit, 2005

Die Untersuchungen und Beratungen werden von 4 Teams bestehend aus einem Arzt/Ärztin und einer Arzhelferin/Kinderkrankenschwester erfüllt. Jedem Team ist ein Tätigkeitsbezirk innerhalb des Kieler Stadtgebietes zugeordnet. Die Standorte der Teams sind: Skagenweg (Mettenhof), Schulstraße (Gaarden), Hansastrasse (Mitte) und Reichenberger Allee (Süd) (s. Dreiecke in Abbildung 22). Die Schuleingangsuntersuchungen finden an den jeweiligen Standorten oder in Schulen statt.

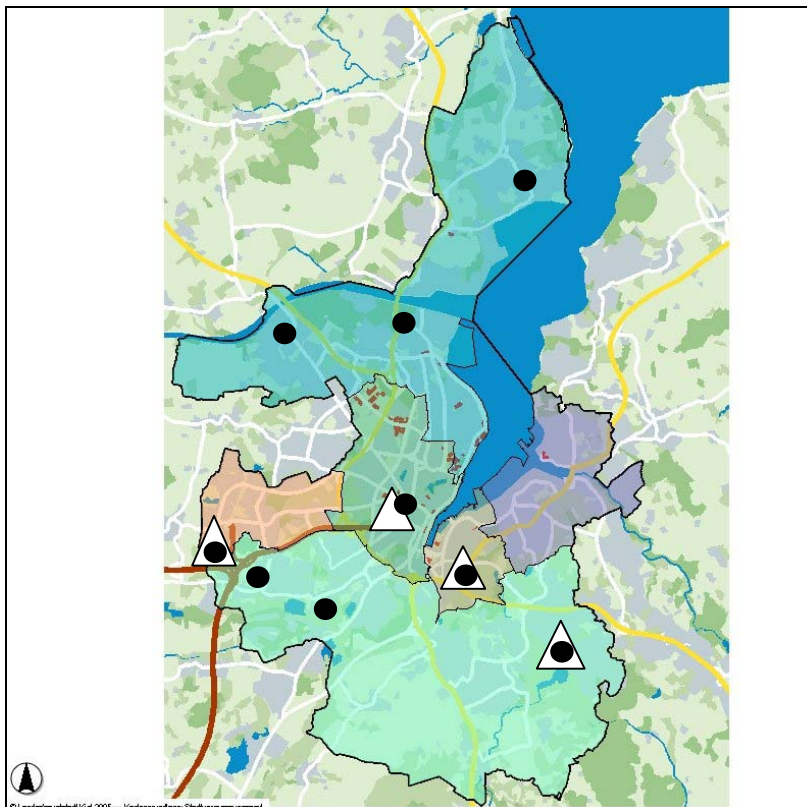


Abbildung 22: Die Standorte des KJÄD in Kiel

3.3 Ausgewählte Ergebnisse der Tätigkeiten des KJÄD (Schuljahr 2005/06)

3.3.1 Datengrundlage und Auswahlkriterien der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen

Die Schuleingangsuntersuchung ist eine Pflichtuntersuchung aller schulpflichtigen oder vorzeitigen Schulanfänger und Schulanfängerinnen ohne die wiederholt vorgestellten Kinder. Es handelt sich somit um eine Vollerhebung aller Schulanfänger und Schulanfängerinnen in der Region.

Da diese Daten somit vollständiger sind als bspw. die auf Freiwilligkeit beruhenden Achtklässler/innen-Untersuchungen S3, stellen sie die Grundlage für diesen Berichtsteil dar.

Vor dem S1-Untersuchungstermin erhalten die Eltern einen landeseinheitlichen Fragebogen, auf dem relevante Angaben zu vorangegangenen Krankheiten und Krankenhausaufenthalten des Kindes sowie zum Schulabschluss und Nationalität der Eltern zu treffen sind. Diese soziodemographischen Angaben sind in Abschnitt 3.3.2 für ganz Kiel und je Sozialzentrum für das Schuljahr 2005/2006 dargestellt.

Die während der Einschulungsuntersuchung erhobenen Befunde werden auf einem ebenfalls landesweit einheitlichen Statistikbogen eingetragen und in das EDV-Programm „GU-Check“ überführt. Anhand der Schulnummer können die Daten den Sozialzentren zugeordnet werden.

„Befunde“ im Rahmen einer Schuleingangsuntersuchung können aufgrund der Kürze der Untersuchungsdauer keine abgesicherten medizinischen Diagnosen darstellen, sondern (vorläufige) Ergebnisse einer Screening-Untersuchung, die ggf. der weiteren Abklärung bedürfen. Die Qualitätssicherung und Vergleichbarkeit der schulärztlichen Ergebnisse werden in Schleswig-Holstein durch die „Bielefelder Jugendärztlichen Definitionen“ und die Arbeitsanweisung „Schulärztliche Untersuchungen in Schleswig-Holstein“ hergestellt. Sie gewährleisten die standardisierte Datenerhebung und Dokumentation. Danach werden Befunde differenziert dokumentiert, ob

- ein auffälliger Befund, der eine Arztüberweisung erforderlich macht (A),
- ein bereits behandelter auffälliger Befund (B),
- ein auffälliger Befund mit Leistungsbeeinträchtigung (D) oder
- ein nicht behandlungsbedürftiger Befund (X) vorliegt.

Da in diesem Bericht die Befunde kleinräumig dargestellt werden, wurde auf diese Unterscheidung verzichtet, da sie zu sehr geringen und damit kaum mehr aussagefähigen Fallzahlen führen würde. Als „Befund“ wird deshalb jeweils die Summe aller Befunde (A+B+D+X) bezeichnet.

Die bei der Schuleingangsuntersuchung erhobenen Befunde werden verschiedenen Themenbereichen zugeordnet. Für den vorliegenden Bericht wurden die folgenden Bereiche ausgewählt:

- Übergewicht
- Verhaltensauffälligkeiten
- Koordinationsstörungen
- Sprachauffälligkeiten
- Impfstatus von Masern, Mumps, Röteln und Hepatitis B

Die Auswahl des Befundes „**Übergewicht**“ erfolgte aufgrund der derzeit starken gesundheitspolitischen Beachtung des Themas in Kiel. Bei Kindern kann im Rahmen von Gesundheitsförderung, insbesondere der Bewegungsförderung, Übergewicht effektiv reduziert bzw. vermieden werden. Im Rahmen dieses Berichtes wird nicht zwischen Übergewicht und Adipositas (krankhafte Fettleibigkeit) unterschieden. Die Definition von Übergewicht bei Kindern orientiert sich an den Leitlinien der deutschen Adipositasgesellschaft, die dazu den sog. Body Mass Index (BMI) heranzieht. Es handelt sich dabei um den Quotienten aus Körpergewicht in Kilogramm und der quadrierten Körpergröße in Metern ($BMI = \text{kg/m}^2$). Der individuelle BMI-Wert wird mit den alters- und geschlechtsspezifischen Perzentilen der Referenzpopulation (Kromeyer-Hauschild et al., 2001) verglichen und als unter-, normal-, übergewichtig oder adipös klassifiziert. Die als Normalgewicht bezeichneten BMI-Werte liegen zwischen dem 10. und 90. Perzentil. Bei 6jährigen Kindern entspricht dies einem BMI-Spektrum von 14 bis 18 kg/m^2 . Ein BMI oberhalb des 90. Perzentils der Referenzgruppe gilt als Übergewicht.

Verhaltensauffälligkeiten werden definiert als emotionale Störung, Hyperkinetisches Syndrom, soziale Auffälligkeit und spezielle Verhaltensauffälligkeit. Sie werden erfasst durch die Anamnese und Beobachtung des Schularztes/-ärztin gemäß der Bielefelder Definitionen. Danach gilt die jeweilige Störung dann als vorhanden, wenn mindestens zwei (bei speziellen Verhaltensauffälligkeiten mindestens eines) der genannten Symptome vorliegen, und zwar so stark, dass eine soziale Belastung bzw. spürbare Beeinträchtigung des Kindes durch das Symptom erkennbar ist.

- Emotionale Störung: übertriebene Ängstlichkeit, starke Gehemmtheit, Neigung zu Verstimmungen, übertriebene Eifersucht, Rivalitätsprobleme
- Hyperkinetisches Syndrom: motorische Unruhe, leichte Ablenkbarkeit, mangelnde Ausdauer
- Soziale Störung: Aggressivität, Überschreiten sozialer Regeln, schlechte Lenkbarkeit
- Spezielle Verhaltensauffälligkeit: Einnässen, Einkoten, Tic

Die Symptome wurden 2005 noch nicht mit dem landesweit einheitlichen standardisierten Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ) erfasst, der seit 2006 eingesetzt wird. 2005 beruhten die Befunde auf einer Elternbefragung und dem ärztlichen Fachurteil.

Verhaltensauffälligkeiten wurden deshalb ausgewählt, da es sich dabei um psychische Probleme handelt, die zu einem erheblichen Teil durch äußere Umstände zu beeinflussen sind. Ansatzpunkte zur Vermeidung oder Reduzierung von Verhaltensstörungen sind Defizite im emotionalen Bereich (Wahrnehmung und adäquater Umgang mit insbesondere negativen Gefühlen) und sozialen Bereich (Konfliktlösung, Kommunikationsfähigkeit). Da auch neurologische und physiologische Faktoren beteiligt sind, ist ein Hilfeangebot auf medizinischer und psychosozialer Ebene erforderlich, das möglichst schon vor Schulbeginn einsetzt.

Ebenfalls aufgrund der Vermeidbarkeit bzw. Beeinflussbarkeit ausgewählt wurde der Problembereich „**Koordinationsstörungen**“. Beurteilt werden die Bereiche Feinmotorik, Grobmotorik, Koordination und Gleichgewicht gemäß der Bielefelder Empfehlungen z.B. durch Einbeinstand, Einbeinhüpfen, Finger-Daumen-Oppositionsversuch, Zeichnen einer Linie. Für Schleswig-Holstein wurden einige Beurteilungs-Standardisierungen vorgenommen. So wurde z.B. festgelegt, dass das Einbeinhüpfen auffällig ist bei weniger als 9 Hüpfen auf dem schwächeren Bein und das Ein-

beistehen bei weniger als 7 Sekunden auf dem schwächeren Bein. Koordinationsstörungen können durch Bewegungsübungen verbessert bzw. vermieden werden. Bewegungsmangel und unzureichende Wahrnehmungserfahrungen im Kleinkindalter führen zu deutlichen Leistungsbeeinträchtigungen, motorischen Defiziten, gestörtem Sozialverhalten und Übergewicht.

Unter der Bezeichnung „**Sprachauffälligkeiten**“ wurden die Befund- bzw. Maßnahmenkategorie „**Sprachstörungen**“ und „**Sprachheilbehandlung**“, die einen sprachheilpädagogischen Förderbedarf beschreibt, gefasst. Die Auswahl erfolgte ebenfalls aufgrund der großen Bedeutung für den schulischen Alltag und der guten Beeinflussbarkeit durch entsprechende Fördermaßnahmen. Gemäß der Bielefelder Definition wird der Befund Sprachstörung dann gestellt, wenn mindestens eine der folgenden Störungen vorliegt: Stottern, Poltern, Sprachentwicklungsauffälligkeit, Dysgrammatismus, Stammeln, Lispeln, Stimmstörung, Näseln. Die Sprachstandserfassung (durch Geschichtenerzählen, Artikulationstests etc.) dient im Sinne eines Screenings lediglich der Beurteilung des Vorliegens eines Förderbedarfs. Eine genaue Abklärung der Sprachstörung durch aufwändige standardisierte Testverfahren erfolgt ggf. später durch die behandelnden Logopäden bzw. Sprachheilpädagogen. Ab 2006 werden bei Migrantenkindern die Deutschkenntnisse standardisiert erfasst.

Bei der Beurteilung des Förderbedarfs wird unterschieden zwischen Artikulationsstörungen, die durch logopädische Maßnahmen behandelt werden können, und einem sprachheilpädagogischen Förderbedarf. Dieser liegt z.B. dann vor, wenn keine ganzen Sätze gebildet, viele Grammatikfehler gemacht werden oder die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrscht wird. Das Erfordernis einer Sprachheilbehandlung, die im schulischen Kontext erfolgen müsste, wird im vorliegenden Bericht als „Sprachheilpädagogischer Förderbedarf“ bezeichnet.

Der **Impfstatus** der Schulanfänger und Schulanfängerinnen wird exemplarisch für **Masern, Mumps, Röteln und Hepatitis B** dargestellt. Für diese Infektionskrankheiten ist der Impfschutz in Deutschland noch unzureichend (RKI, 2004). Innerhalb der letzten Jahre erfolgten aufgrund neuerer infektionsepidemiologischer Erkenntnisse Änderungen in den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO), die derzeit noch nicht ausreichend umgesetzt werden. Der Impfstatus wird nur für diejenigen Kinder ermittelt, deren Impfpass bei der Schuleingangsuntersuchung vorgelegen hat, d.h. diese Information bezieht sich nicht auf alle Schulanfänger/innen 2005.

3.3.2 Soziodemographische Daten zu den Einschulungsuntersuchungen (S1) im Jahr 2005

Im Jahr 2005 wurden in Kiel 1.834 Kinder im Rahmen der S1 untersucht. Tabelle 4 im Anhang II zeigt, wie sich die Anzahl der untersuchten Kinder auf die Sozialzentren verteilt (letzte Spalte „Summe“). In diesem Abschnitt werden die soziodemographischen Angaben der Elternhäuser der Einschüler/innen 2005 dargestellt, wie sie auf dem landeseinheitlichen Einschulungsfragebogen (Migrationshintergrund der Familie, Familiensituation des Kindes und Bildungsstand der Eltern) von den Eltern selbst eingetragen wurden. Im Anhang finden sich für alle hier dargestellten Fragen die absoluten Zahlen sowie die Prozentsätze der jeweiligen Antworten. Auf jede Frage gab es fehlende Antworten. Diese waren jedoch mit Ausnahme des Bildungsstandes so gering, dass sie in die graphische Darstellung der Prozentsätze nicht mit einfließen.

Die **Herkunft der Familie** wird über die Frage an beide Elternteile „In welchem Land sind Sie geboren?“ erfasst. In Abbildung 23 sind die Antworten, die jeweils von den Müttern (M) und Vätern (V) des Einschulungsjahrgangs 2005 gegeben wurden, für ganz Kiel (die letzten beiden Säulen) und pro Sozialzentrum dargestellt. Eine Säule repräsentiert 100% der in den jeweiligen Gebieten befragten Eltern. Farblich unterschiedlich dargestellt sind die Prozentsätze für die 3 am häufigsten genannten Länder. Unter Osteuropa werden auch diejenigen asiatischen Staaten gefasst, die zur ehemaligen Sowjetunion gehörten.

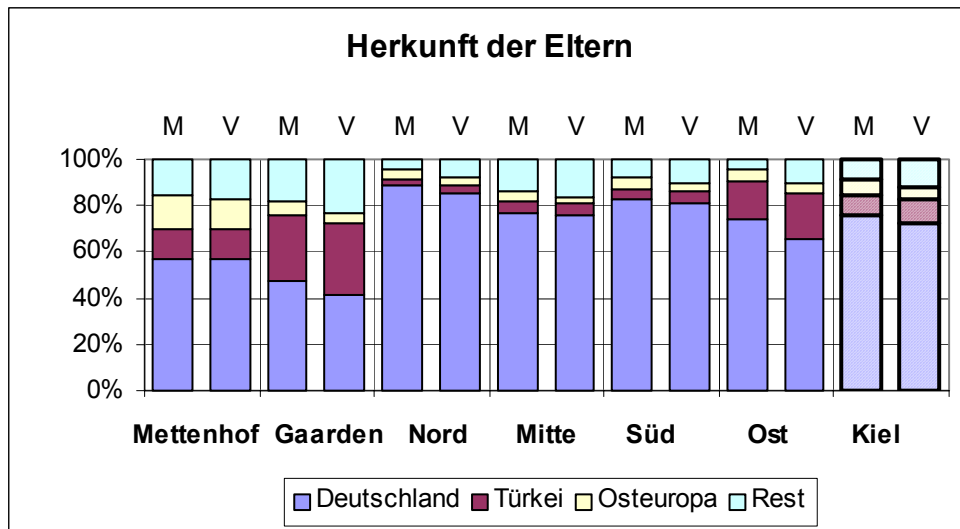


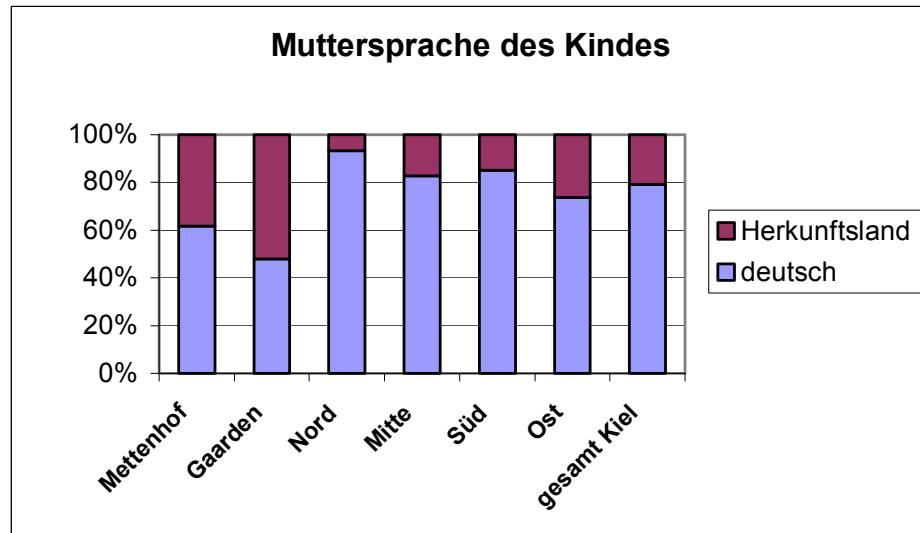
Abbildung 23: Herkunft der Familien, Kiel S1 2005

Entsprechend der Bevölkerungsstruktur der Sozialzentren zeigt sich der höchste Anteil nicht-deutscher Familien in Mettenhof und Gaarden. In Gaarden stammen weniger als 50% der Eltern der eingeschulenden Kinder aus Deutschland, während es in Nord und Süd über 80% sind. In Mettenhof liegt der Anteil der osteuropäischen Eltern bei 13% (Mütter) bzw. 14% (Väter). In Gaarden stammt etwa ein Drittel der Eltern aus der Türkei (28% der Mütter und 31% der Väter) (s. Tabelle 3, Anhang II).

Aufgrund der Änderungen des Staatsangehörigkeitsgesetzes im Jahr 2000 können Kinder ausländischer Familien die deutsche Nationalität erhalten und es sind doppelte Staatsangehörigkeiten möglich. Damit ist die statistische Erfassung des Migrationshintergrundes durch die „Staatsangehörigkeit“ nicht mehr aussagekräftig. Die hier präsentierten Angaben zum Geburtsland der Eltern liefern die relevanten Informationen zum Migrationshintergrund, können allerdings nicht mit der amtlichen Meldestatistik verglichen werden, um z.B. Aussagen über die Repräsentativität der Einschulungsfamilien mit der gesamten Bevölkerung in den Sozialzentren zu treffen.

Eine weitere Frage, die auf dem landesweit einheitlichen Einschulungsfragebogen gestellt wird, ist die nach der **zu Hause gesprochenen Sprache des Kindes**. Die Antworten darauf sind in Abbildung 24 dargestellt. Die absoluten Zahlen finden sich in Tabelle 4 im Anhang II.

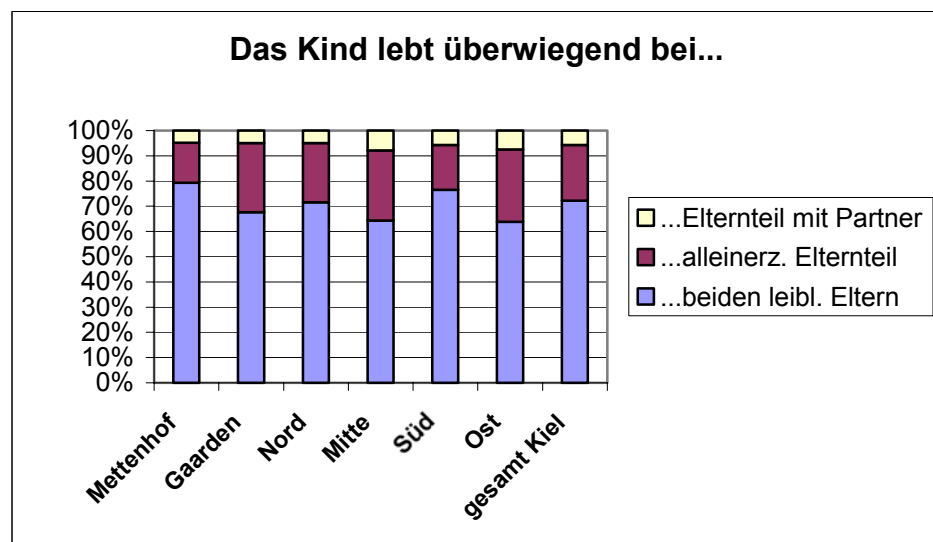
Abbildung 24: Muttersprache des Kindes, S1 Kiel, 2005



In Mettenhof sprechen rund 40%, in Gaarden rund 50% der eingeschulten Kinder zuhause überwiegend ihre Muttersprache. Inwieweit diese Kinder die deutsche Sprache dennoch beherrschen, lässt sich aus diesen Angaben nicht erkennen.

Abbildung 25 zeigt die **familiäre Lebenssituation** der 2005 eingeschulten Kinder. Es handelt sich um die Antworten auf die Frage: „Bei wem lebt Ihr Kind überwiegend? Bei a.) beiden leiblichen Eltern, b.) allein erziehendem Elternteil, c.) Elternteil mit Partner, d.) Großeltern, Pflegeeltern, Adoptiveltern oder anderen? Alleinerziehende Personen gehören zu den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, die häufig schlechtere Gesundheitschancen aufweisen und besonderer Hilfsmaßnahmen bedürfen.

Abbildung 25: Lebenssituation des Kindes, S1 Kiel, 2005



Von allen Kieler Einschülern und Einschülerinnen des Jahres 2005 lebten rund 70% bei beiden leiblichen Eltern. Damit liegt Kiel um ca. 10 Prozentpunkte sowohl unterhalb des schleswig-holsteinischen als auch des bundesdeutschen Durchschnitts, zeigt jedoch die für kreisfreie Städte typische Verteilung. Eine sehr hohe Übereinstimmung liegt insbesondere zu Lübeck vor (Einschulungsuntersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2004). In den So-

zialzentren Mitte und Ost lebten 2005 anteilig die wenigsten Einschüler und Einschülerinnen bei beiden leiblichen Eltern.

Der Anteil alleinerziehender Eltern liegt in Kiel bei 22%. Er reicht von 16% in Mettenhof bis 28% in Mitte (s. Tabelle 5 im Anhang II). In den beiden sozialen Brennpunktgebieten Gaarden und Mettenhof ist der Anteil alleinerziehender Eltern im Vergleich zu Kiel und den anderen Sozialzentren nicht erhöht.

Eine zentrale soziodemographische Variable stellt der **Bildungsstand der Eltern** dar. Allgemein bekannt ist der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit: je höher der Bildungsstand, desto besser ist im Durchschnitt der Gesundheitszustand. Die Angaben auf dem Einschulungsfragebogen auf die Frage „Welchen Schulabschluss haben Sie?“ (für Mütter (M) und Väter (V) separat betrachtet) ergaben die folgenden Verhältnisse in den einzelnen Sozialzentren (s. Abbildung 26):

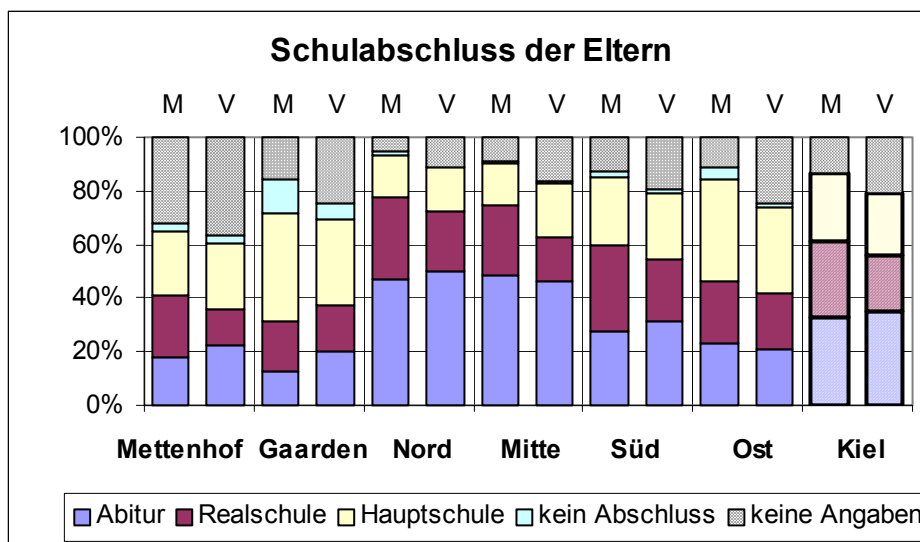


Abbildung 26: Schulabschluss der Eltern, S1 Kiel, 2005

Der höchste Bildungsgrad liegt in den Sozialzentren Nord und Mitte vor. Dort verfügen jeweils knapp 50% beider Eltern über einen Gymnasialabschluss. Rund 80% der Eltern haben Abitur oder Realschulabschluss. In Gaarden ist der Anteil der Eltern ohne Schulabschluss im kleinräumigen Vergleich am höchsten. Er liegt zwischen 12% (Mütter) und 6% (Väter). Rund ein Drittel der Gaardener Eltern hatten einen Hauptschulabschluss. In Mettenhof beträgt der Anteil der Eltern mit Hauptschulabschluss rund ein Viertel. In allen Stadtgebieten (allen voran Mettenhof mit mehr als einem Drittel) machten recht viele Eltern keine Angaben zum Schulabschluss, so dass die Dunkelziffer für ganz Kiel bei durchschnittlich 16% liegt (s. Tabelle 6 im Anhang II).

3.3.3 Befunde der Schuleingangsuntersuchung S1

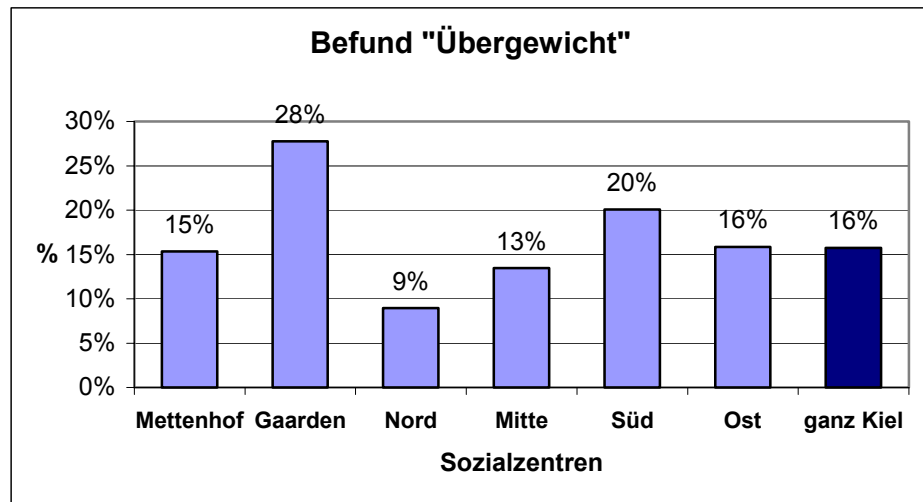
3.3.3.1 Übergewicht

Als übergewichtig werden solche Kinder klassifiziert, deren Body Mass Index (BMI) oberhalb des 90. Perzentils ihrer Referenzgruppe (bzgl. Alter und Geschlecht) liegt (Kromeyer-Hausschild et al., 2001). Der BMI ist definiert als das Körpergewicht in kg dividiert durch die quadrierte Körpergröße in m.

Wie Abbildung 27 zeigt, waren nach dieser Definition 16% aller Kieler Einschüler und Einschülerinnen im Jahr 2005 übergewichtig. Bundesweit sind zwischen 10-20% der Kinder übergewichtig (Leitlinien AGA, 2004). Die Ergebnisse der Schuleingangsun-

tersuchungen 2004 zeigten für Schleswig-Holstein rund 11% übergewichtige Kinder. Der Anteil übergewichtiger Einschüler und Einschülerinnen in Kiel kann nach diesen Vergleichen als hoch beurteilt werden.

Abbildung 27: Übergewicht bei Einschüler/innen 2005, Kiel nach Sozialzentren



In Gaarden waren 28% der Kinder, die 2005 zur Einschulungsuntersuchung kamen, übergewichtig. Dies ist mit Abstand der höchste Prozentsatz im Vergleich zu allen anderen Sozialzentren. Hier besteht dringender Handlungsbedarf. In Nord liegt der Anteil übergewichtiger Kinder mit nur 9% deutlich unter dem Kieler Durchschnitt. Die absoluten Zahlen befinden sich in Tabelle 7 im Anhang II.

3.3.3.2 Verhaltensauffälligkeiten

Verhaltensauffälligkeiten in emotionaler, motorischer und sozialer Hinsicht wurden von den Ärzten/Ärztinnen des Kieler KJÄD bei 7% aller Einschüler/innen im Jahr 2005 festgestellt (s. Abbildung 28). Sie liegen damit in einer Größenordnung, die dem schleswig-holsteinischen Durchschnitt von 7,9% im Jahr 2004 vergleichbar ist. Aufgrund der nicht durchgängig standardisierten Untersuchung und somit einer großen Untersucher-Abhängigkeit ist ein Vergleich zu Schleswig-Holstein und der Bundesrepublik problematisch. Dazu kommt, dass Eltern nur sehr zurückhaltend von Verhaltensproblemen ihrer Kinder berichten. In den Kreisen Schleswig-Holsteins schwankten die erfassten Verhaltensauffälligkeiten 2004 zwischen 2% und 20%. Da die Bielefelder Definitionen nicht vergleichbar sind mit den Diagnose-Kriterien der international gebräuchlichen Klassifikationssysteme ICD (International Classification of Diseases) oder DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), können die Ergebnisse auch nicht mit epidemiologischen Studien verglichen werden.

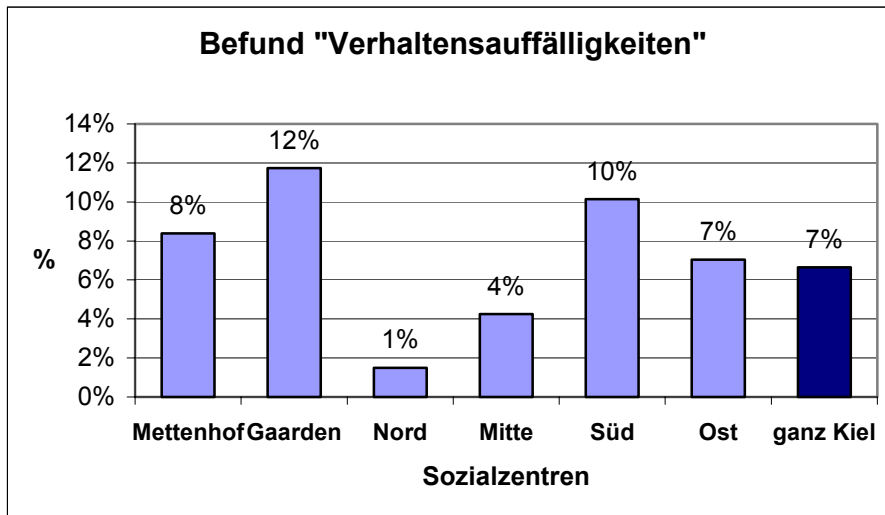


Abbildung 28: Verhaltensauffälligkeiten bei den Einschüler/innen 2005, Kiel nach Sozialzentren

Überdurchschnittlich hoch ist der Anteil verhaltensauffälliger Kinder in Gaarden mit 12% und in Süd mit 10%. Besonders niedrig ist dieser Anteil in Nord mit nur 1% sowie in Mitte mit 4%. Bei dem weit überwiegenden Anteil der verhaltensauffälligen Kindern in den Sozialzentren Gaarden und Süd wurde die Verhaltensauffälligkeit als nicht-behandlungsbedürftig eingestuft. Anders in Mettenhof: dort wurde der Hälfte (insgesamt 4%) der als verhaltensauffällig eingestuften Kinder empfohlen, sich einer weitergehenden medizinischen bzw. pädagogischen Abklärung und ggf. Behandlung zu unterziehen (s. auch Tabelle 7 im Anhang II).

3.3.3.3 Koordinationsstörungen

Motorische Probleme und Koordinationsstörungen wurden bei 21% der Kieler Einschüler/innen festgestellt. Dieser Prozentsatz liegt deutlich über dem Schleswig-Holsteinischen Durchschnitt von 15,5% im Jahr 2004 (MSGF, 2004).

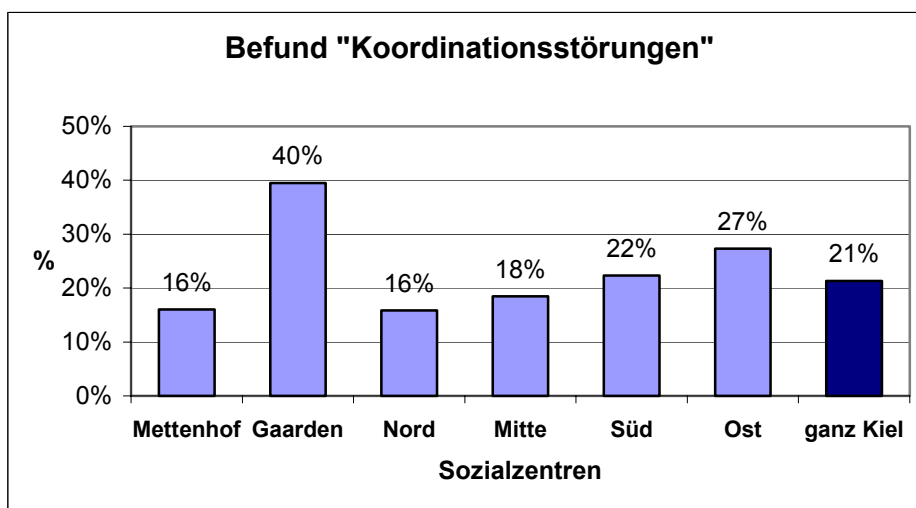


Abbildung 29: Koordinationsstörungen bei den Einschüler/innen 2005, Kiel nach Sozialzentren

Extrem hoch ist der Anteil von Koordinationsstörungen bei den Gaardener Einschülern und Einschülerinnen (40%). Die absolute Anzahl ist wiederum Tabelle 7 im Anhang II zu entnehmen. Zu vermuten sind Zusammenhänge zum hohen Anteil an übergewichtigen Kindern. Hier besteht ein dringender Handlungsbedarf.

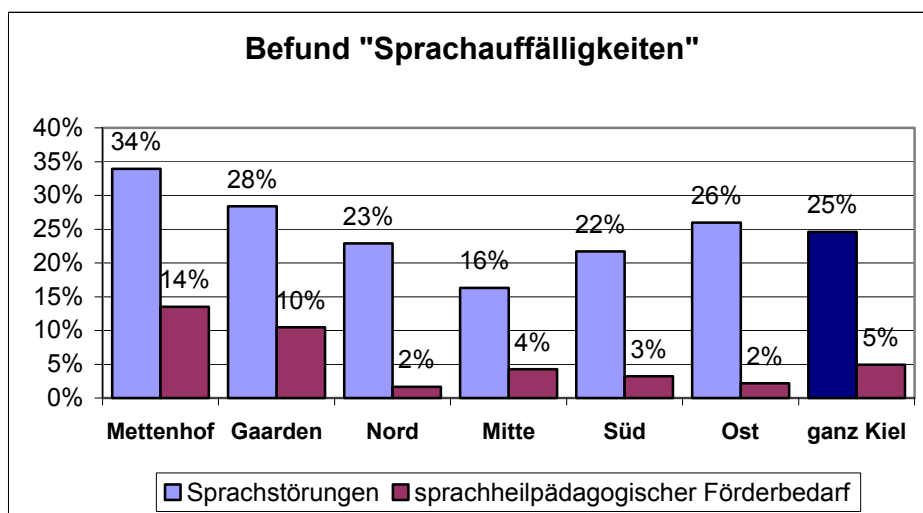
3.3.3.4 Sprachauffälligkeiten

Sprachstörungen (Stottern, Poltern, Sprachentwicklungsstörungen, Dysgrammatismus, Stammeln, Lispeln, Stimmstörung oder Näseln) lagen in Kiel bei einem Viertel aller Einschüler und Einschülerinnen im Jahr 2005 vor (s. Abbildung 30 „Sprachstörungen“). Dieser Anteil liegt deutlich über dem Schleswig-Holsteinischen Durchschnitt von 16% im Jahr 2004. Eine Vergleichbarkeit zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten ist jedoch aufgrund der zum Untersuchungszeitpunkt nur unzureichenden standardisierten Befunderhebung und Auswertung schwierig. Ab 2006 sind Aussagen dieser Art besser möglich, da im Zuge der Fortentwicklung der Sprachstandserhebungsqualität landesweite Anpassungen der Dokumentationsstandards erfolgt sind.

Die kleinräumige Analyse in Abbildung 30 zeigt, dass Mettenhof den höchsten Anteil an Einschülern und Einschülerinnen mit Sprachproblemen aufweist. Rund ein Drittel aller 6jährigen Kinder in Mettenhof haben mindestens eine Sprachstörung. Auch Gaarden liegt mit 28% etwas über dem Kieler Durchschnitt.

Die meisten Kinder mit Sprachstörungen (zwischen 37 und 90% je nach Sozialzentrum) befinden sich bereits in logopädischer Behandlung oder weisen einen nicht behandlungsbedürftigen Befund auf (zwischen 10 und 61%). Differenziertere Aussagen hierzu werden ab dem Einschulungsjahrgang 2006 möglich.

Abbildung 30: Sprachauffälligkeiten bei den Einschüler/innen 2005, Kiel und nach Sozialzentren



Ein sprachheilpädagogischer Förderbedarf lag - gemäß des Urteils der Kinderärzte/ärztinnen des KJÄD - in Kiel bei 5% der Einschüler und Einschülerinnen 2005 vor (s. Abbildung 30 „Sprachheilpädagogischer Förderbedarf“). Besonders häufig wurden in Mettenhof (14%) und Gaarden (10%) sprachheilpädagogische Maßnahmen empfohlen. Die absoluten Zahlen sind Tabelle 7 im Anhang II zu entnehmen.

Bei den ärztlich empfohlenen sprachheilpädagogischen Maßnahmen handelt es sich lediglich um Entscheidungshilfen (und nicht um Anweisungen) für die Schulen, die schließlich über die tatsächliche Förderung entscheiden.

3.3.3.5 Impfstatus bei Hepatitis B, Masern, Mumps und Röteln

Gemäß der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) von 2005 (RKI, 2005) gilt die Grundimmunisierung bei den jeweiligen Infektionskrankheiten dann als abgeschlossen, wenn die jeweils erforderliche Anzahl an Impfungen durchgeführt wurde:

- Hepatitis B 3 x
- Masern 2 x
- Mumps 2 x
- Röteln 2 x

Im Alter von 6 Jahren sollten gemäß der STIKO-Empfehlungen bereits alle Impfungen stattgefunden haben.

In den beiden folgenden Abbildungen ist dargestellt, wie viel Prozent der Kieler Kinder in den jeweiligen Sozialzentren die erforderliche Anzahl der Impfungen erhielten. Die Prozentsätze beziehen sich dabei auf diejenigen Kinder, die bei der Schuleingangsuntersuchung ihren Impfpass vorgelegt haben. Dies war bei 90% aller Kieler Kinder der Fall. Diesbezüglich gab es keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Sozialzentren. Sie lagen zwischen 87% und 92% (s. Tabelle 8 im Anhang II). Der Prozentsatz der vorgelegten Impfausweise betrug in Schleswig-Holstein 89% und der BRD 91% im Jahr 2004 (RKI, 2005).

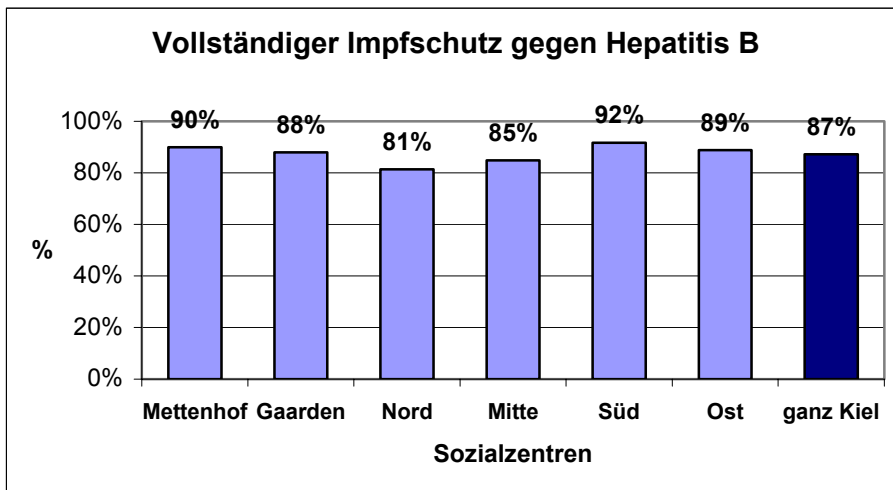


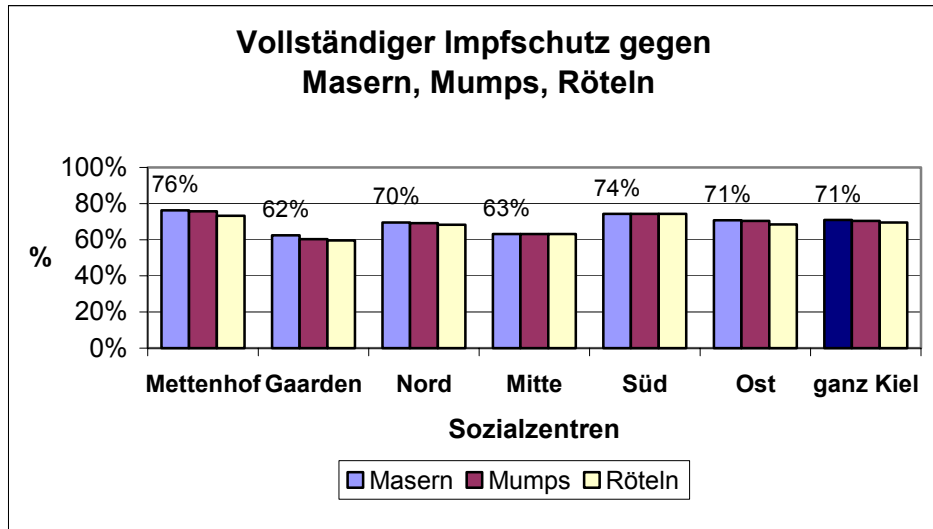
Abbildung 31: Abgeschlossene Grundimmunisierung gegen Hepatitis B bei Einschüler/innen 2005, Kiel und nach Sozialzentren

87% der Kieler Einschüler/innen sind gegen Hepatitis B grundimmunisiert (mindestens 3 Impfungen) (s. Abbildung 31). Im Vergleich zu Schleswig-Holstein und der BRD (2004: 84% (RKI, 2005)) ist der Hepatitis-B Impfschutz in Kiel zufrieden stellend hoch.

In den Sozialzentren Süd und Mettenhof liegt er sogar geringfügig höher als im Kieler Durchschnitt. Die niedrigste Durchimpfungsrate ist hier für das Sozialzentrum Nord zu verzeichnen, das mit 81% deutlich abfällt. Anzustreben ist eine Durchimpfungsrate von 90%, die in Nord und Mitte noch nicht erreicht ist.

Bei Masern, Mumps und Röteln sind jeweils 2 Impfungen für einen ausreichenden Impfschutz erforderlich. In Abbildung 32 ist der Prozentsatz der Einschüler/innen dargestellt, die diese 2 Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln per Impfbuch vorweisen konnten.

Abbildung 32: Abgeschlossene Grundimmunisierung gegen Masern, Mumps und Röteln bei Einschüler/innen 2005, Kiel und nach Sozialzentren



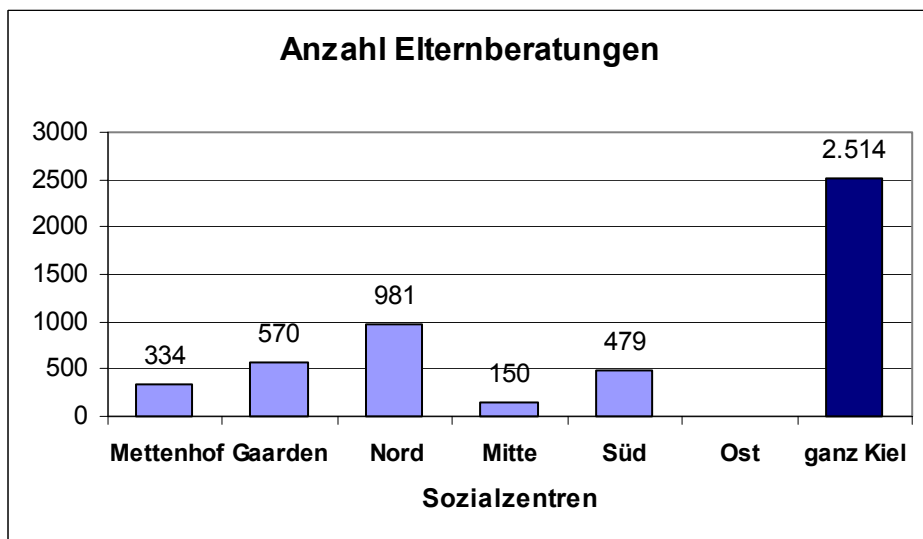
Vermutlich aufgrund des in der Regel verwendeten 3fach-Impfstoffes gegen Masern, Mumps, Röteln (MMR-Impfung) sind die Durchimpfungsraten für diese drei Infektionskrankheiten vergleichbar hoch. Sie liegen in Kiel bei 71% für Masern und jeweils bei 70% für Mumps und Röteln. Diese Werte entsprechen denen von Schleswig-Holstein 2004: Masern: 70%, Mumps: 70% und Röteln: 69%. Im bundesdeutschen Vergleich sind die Kieler (und Schleswig-Holsteinischen) Raten hoch (BRD 2004: Masern: 66%, Mumps: 65% und Röteln: 64%) (RKI, 2005). Sie reichen jedoch nach infektologischen und epidemiologischen Erkenntnissen bei weitem noch nicht aus zur Vermeidung von Krankheitsausbrüchen mit möglicherweise epidemieartigem Ausmaß. Daher sind höhere Durchimpfungsraten anzustreben.

Die kleinräumige Betrachtung zeigt die höchsten MMR-Durchimpfungsraten in den Sozialzentren Mettenhof und Süd. Unterdurchschnittlich gering sind die Raten in Gaarden und Mitte. Alle absoluten Zahlen zu den Durchimpfungsraten befinden sich in Tabelle 9 im Anhang II.

3.3.4 Beratungen für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern

Im Jahr 2005 wurden 2.514 Elternberatungen durchgeführt. Sie verteilen sich auf die Sozialzentren wie in Abbildung 33 dargestellt.

Abbildung 33: Anzahl der Beratungen durch die Elternberatungsstellen



Diese absoluten Zahlen dienen lediglich der Darstellung der Größenordnung. Zur Beurteilung der Inanspruchnahme müssen sie an der Größe der Zielgruppe (Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern) je Sozialzentrum sowie der angebotenen Beratungsstunden relativiert werden.

Entsprechend der Größe der Sozialzentren werden die Elternberatungen in unterschiedlicher Häufigkeit angeboten. In den kleinen Sozialzentren Mettenhof, Gaarden und Mitte finden 4 Beratungsstunden pro Monat statt, in Nord 12, in Süd 8, in Ost gar keine.

Auch in Relation zur dort lebenden Kinderzahl im Zielgruppenalter von 0-4 bzw. von 0-6 (s. Tabelle 10 im Anhang II) verfügt das Sozialzentrum Nord über das umfangreichste Beratungsangebot, das auch sehr gut genutzt wird (s. Abbildung 34).

In Abbildung 34 ist dargestellt, wie viele Personen pro offiziell angebotener Beratungsstunde im Durchschnitt in den Elternberatungsstellen erscheinen. Die Berechnungsgrundlage ist dabei die auf das ganze Jahr hochgerechnete Anzahl der angebotenen Beratungsstunden und die Anzahl der Beratungen pro Jahr (s. Tabelle 11 im Anhang II).

Kleinräumig betrachtet zeigt sich, dass das Beratungsangebot in Gaarden am intensivsten genutzt wird. Dort nutzen durchschnittlich 12 Familien jede verfügbare Beratungsstunde. Die geringste Inanspruchnahme zeigt sich im Sozialzentrum Mitte, mit nur durchschnittlich 3 Familien pro Stunde.

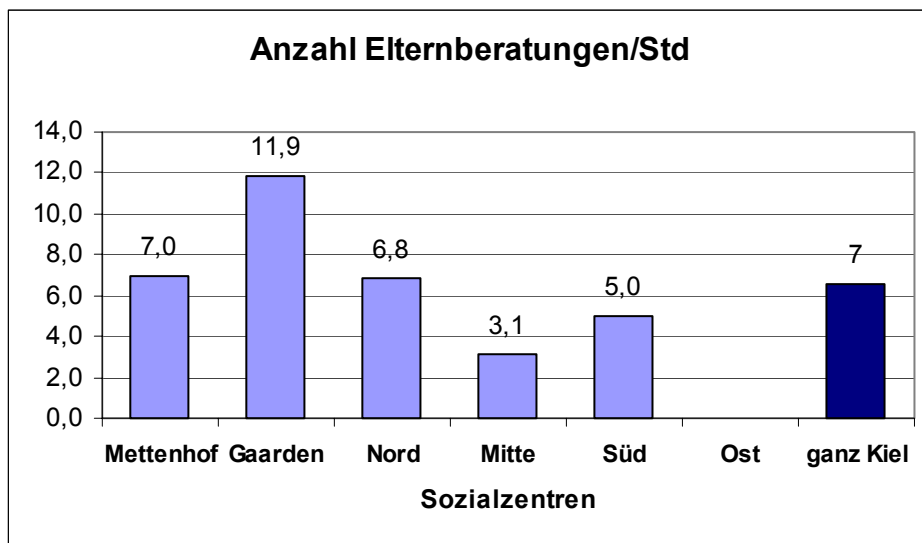


Abbildung 34: Durchschnittliche Anzahl der Beratungen pro Beratungsstunde 2005, Kiel und nach Sozialzentren

Im Jahr 2005 nahmen **170 Risikofamilien** (Alleinerziehende, psychisch kranke Eltern, Migranten, benachteiligte und behinderte Kinder etc.) das Elternberatungsangebot an.

Die **Dauer der Beratungen** reicht von 8-30 Minuten. Entsprechend der in Abbildung 34 dargestellten unterschiedlich starken Inanspruchnahme in den Sozialzentren ergeben sich rein rechnerisch durchschnittliche Beratungsdauern von 5-19 Minuten (s. Tabelle 11 im Anhang). Mit durchschnittlich 5 Minuten Dauer würden die Gaardener Eltern nur sehr kurze Beratungen erhalten, während den Familien in Mitte durchschnittlich 20 Minuten zur Verfügung stünden. Tatsächlich werden die Elternberatungsstunden von den Mitarbeiter/innen überzogen, um den Eltern gerecht zu werden. Diese Zeit steht dann jedoch für andere Pflichtaufgaben nicht mehr zur Verfügung. Die (theoretischen) durchschnittlichen Beratungsdauern in Tabelle 11 verdeut-

lichen den Bedarf am Angebot der Elternberatungsstellen, der insbesondere in Gaarden sehr hoch ist und durch die momentane personelle Situation nicht zufriedenstellend gedeckt werden kann, ohne dafür andere wichtige Aufgaben einzuschränken. Gerade in Anbetracht der in diesem Bericht aufgezeigten großen Gesundheitsprobleme der Gaardener Kinder kommt der niedrighschwelliger Arbeit mit Eltern von Säuglingen und Kleinkindern eine äußerst wichtige Funktion bei der Prävention und Früherkennung der Probleme zu.

Auf die große Bedeutung der **Hausbesuche** in Bezug auf frühzeitige Erkennung von Versorgungsdefiziten und Entwicklungsauffälligkeiten und der Vorbeugung von Vernachlässigung wurde bereits eingegangen. Im Jahr 2005 konnten 365 Hausbesuche mit einer durchschnittlichen Besuchsdauer von 30-90 Minuten durchgeführt werden. Es handelte sich dabei um 165 verschiedene Familien, die z.T. mehrmals besucht wurden. Die Spannweite reicht von 1-8 Besuche. Auch hierfür steht aufgrund der engen Personalsituation nicht ausreichend Zeit zur Verfügung.

Im Jahr 2005 wurden neben den Individualberatungen die folgenden **Gruppenangebote** durchgeführt:

- 2 Gruppen zur Säuglingspflege
- 2 Selbsthilfegruppen angeleitet
- 2 Ernährungsberatungskurse
- 2 Kochkurse

Darüber hinaus wurden diverse Veranstaltungen, wie z.B. Sommer- und Stadtteilfeeste sowie Flohmärkte organisiert bzw. aktiv mit gestaltet.

3.4 Zusammenfassung der Auffälligkeiten bei den Schuleingangsuntersuchungen und Handlungsbedarf

Im folgenden werden die im Rahmen dieses Berichtes festgestellten Auffälligkeiten der ausgewählten Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 2005 zusammengefasst und der von den Verfasser/innen daraus abgeleitete Handlungsbedarf dargestellt.

3.4.1 Soziodemographische Situation der Einschüler und Einschülerinnen 2005

Die soziodemographischen Indikatoren für gesundheitliche Chancengleichheit (Bildungsgrad, Migrationshintergrund, alleinerziehend) zeigen ganz eindeutig schlechtere Ausgangspositionen für Kinder in den sozialen Brennpunkten Gaarden und Mettenhof: in beiden Sozialräumen ist der Bildungsgrad am niedrigsten sowie der Migrantenanteil am höchsten (in Gaarden über 50%, in Mettenhof über 40% Eltern mit Migrationshintergrund). Besonders hoch ist mit 12% der Anteil von Müttern ohne Schulabschluss in Gaarden. Alleinerziehende sind – bezogen auf die hier untersuchte Grundgesamtheit – in diesen Stadtgebieten jedoch nicht häufiger anzutreffen.

Eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Gesundheitssituation müsste sich in Gaarden und Mettenhof auf die Verbesserung der Schulbildung, insbesondere von Müttern, sowie auf die Integration von Familien mit Migrationshintergrund beziehen.

Mit Ausnahme des Impfschutzes zeigen alle für diesen Bericht ausgewählten Untersuchungsergebnisse die schlechteste Gesundheitssituation bei den Einschülern und Einschülerinnen aus Gaarden und Mettenhof. Den besten Gesundheitszustand zeigen die Kinder im Sozialzentrum Nord. Im Sozialzentrum Nord ist der Bildungsstand

am höchsten und der Anteil an Migrantenfamilien am niedrigsten. Der Zusammenhang zu den soziodemographischen Faktoren (insbesondere Bildung und Migration) tritt damit deutlich hervor.

3.4.2 Übergewicht

Der Prozentsatz übergewichtiger Kinder im Alter von etwa 6 Jahren liegt in Kiel bei 16%. Dies ist deutlich höher als der schleswig-holsteinische Durchschnitt. Besonders viele übergewichtige Schulanfänger und Schulanfängerinnen (28%) leben in Gaarden. Bestehendes Übergewicht bereits im Kindes- und Jugendalter gilt als hoher Risikofaktor, auch im Erwachsenenalter übergewichtig zu bleiben, mit den daraus resultierenden Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Arteriosklerose, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes und orthopädische Veränderungen.

In Kiel besteht Handlungsbedarf bezüglich Prävention bzw. Reduktion von Übergewicht bei Kindern. Besondere Zielgruppe sollten hier die unter 6jährigen Kinder und deren Familien darstellen. Schwerpunkte sollten dabei auf Stillen, geeignete Flaschennahrung und Beikost, altersgerechte Ernährung in Kindergärten und Elternhäusern in Gaarden gelegt werden. Es bietet sich an, den politischen Auftrag, ein „Netzwerk zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen“ zu gründen, als zukünftige Plattform für entsprechende Zielsetzungen und Maßnahmenplanungen zu wählen.

3.4.3 Verhaltensauffälligkeiten

Überdurchschnittlich hoch im Vergleich zum Kieler Durchschnittswert von 7% ist der Anteil verhaltensauffälliger Kinder in den Sozialzentren Gaarden (12%) und Süd (10%). Bei fast allen diesen Kindern sind die Störungen noch nicht behandlungsbedürftig. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass diese Auffälligkeiten Risikofaktoren für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung darstellen, die sich in schlechteren Ausbildungs- und Gesundheitschancen niederschlagen werden.

Aus diesen Ergebnissen kann der Bedarf an unspezifischen Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die die emotionale, motorische und soziale Entwicklung günstig beeinflussen, abgeleitet werden. Diese Maßnahmen sollten bereits im Kindergartenalter stattfinden und sich auf die Sozialzentren Gaarden, Süd und auch Mettenhof konzentrieren. In Mettenhof stellte sich zwar kein überdurchschnittlich hohes Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten heraus, allerdings lag der Anteil der noch nicht abgeklärten und behandlungsbedürftigen Auffälligkeiten deutlich höher als in allen anderen Stadtgebieten. Für Mettenhof könnte dies einen größeren Bedarf an Beratungsangeboten für Eltern mit Kindern unter 6 Jahren anzeigen.

Das neue Konzept der Beratungsstellen für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern, themenbezogene Informationsveranstaltungen an allen 9 Standorten anzubieten, scheint eine geeignete Maßnahme darzustellen, diesem Missstand zu begegnen. Vor Ort sollen interessierten Eltern in regelmäßigen Abständen Veranstaltungen angeboten werden, die zu konkreten Themen informieren. Es werden Hilfemöglichkeiten dargestellt und konkrete Fragen beantwortet. In diesem Zusammenhang sollte das Thema Verhaltensauffälligkeiten möglichst mit mehreren Veranstaltungen zu konkreten Problemen (z.B. exzessiver Medienkonsum, ADS: Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom, ADHS: Aufmerksamkeits-Defizit-und-Hyperaktivitäts-Syndrom) durchgeführt werden.

3.4.4 Koordinationsstörungen

In Kiel zeigen sehr viele Einschüler/innen motorische Koordinationsstörungen. Der Anteil von 21% liegt deutlich über dem Schleswig-Holsteinischen Durchschnitt (16%). In Gaarden wurden bei 40% der Kinder Koordinationsprobleme beobachtet.

Daraus ergibt sich ein dringender Handlungsbedarf für Gaarden, die motorischen Fähigkeiten bereits im Kindergartenalter, möglichst noch früher, zu verbessern. Bewegungspädagogische Maßnahmen sollten in allen Kieler Sozialzentren initiiert werden, wobei ein deutlicher Schwerpunkt auf Gaarden liegen muss.

3.4.5 Sprachauffälligkeiten

Auch Sprachstörungen liegen bei übermäßig vielen Kieler Einschülern und Einschülerinnen vor. Bei einem Viertel wurden bei der Schuleingangsuntersuchung Sprachprobleme erkannt. Sie reichen von logopädisch behandelbaren Artikulationsstörungen über mangelnde Deutschkenntnisse bei Migrantenkindern bis zu sprachheilpädagogisch zu behandelnden Problemen beim grammatikalisch korrekten Sprechen und Formulieren von ganzen Sätzen.

Sprachheilpädagogische Fördermaßnahmen wurden durchschnittlich in 5% der Fälle empfohlen. Ganz besonders hoch wird der Förderbedarf von den die Einschulungsuntersuchung durchführenden Kinder- und Jugendärzten/-ärztinnen in Mettenhof (14%) und Gaarden (10%) eingeschätzt.

Die vorliegenden Daten liefern keine Informationen darüber, wie viele der Kinder, bei denen ein solcher Förderbedarf ermittelt wurde, tatsächlich eine angemessene Förderung erhalten. Rückmeldungen sowohl von niedergelassenen Kinderärzten/-ärztinnen als auch von den Schulen erfolgen eher sporadisch, da dazu keine Verpflichtung besteht. Die Schulärzte beraten die Schulen hinsichtlich des von ihnen gesehenen Förderbedarfs, entscheiden jedoch nicht über die zu erfolgenden Maßnahmen. Eine systematische Vernetzung auch unter Einbeziehung der Schulrätinnen sowie des Instrumentes des Schul-TÜVs könnte zu einer optimierten Sprachförderung führen.

Auch in diesem Bereich kommt der Prävention und der frühzeitigen Intervention eine wichtige Rolle zu. Das Land Schleswig-Holstein unterstützt vorschulische Sprachförderung in verschiedener Hinsicht. In Kindertageseinrichtungen werden sprachheilpädagogische Förderung, Trainings zur phonologischen Bewusstheit und Sprachförderung bei Kindern mit Migrationshintergrund angeboten. Zu prüfen wäre, in wie weit diese Angebote in allen Kindertagesstätten in Kiel – insbesondere jedoch in Mettenhof und Gaarden – stattfinden und genutzt werden.

3.4.6 Impfschutz bei Hepatitis B, Masern, Mumps und Röteln

Die Hepatitis B ist eine entzündliche Erkrankung der Leber und verläuft in 5-10% der Fälle chronisch. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit für Leberzirrhose und Leberzellkrebs. In weniger als 1% der Fälle kommt es während der akuten Leberinfektion zu einem Leberversagen. Für viele Patienten gibt es keine wirkungsvolle Therapie. Deshalb wird großer Wert auf die Prävention von Hepatitis B gelegt. Seit 1995 empfiehlt die STIKO, die Grundimmunisierung bereits im Säuglings- und Grundschulalter durchzuführen.

Masern, Mumps und Röteln werden häufig noch als relativ harmlose Kinderkrankheiten betrachtet. Masern führen in den westlichen Industrieländern jedoch in 10-20%

der Fälle zu schweren Komplikationen (z.B. Mittelohr- und Lungenentzündungen oder die lebensgefährliche Masern-Hirnentzündung). Die Eliminierung der Masern bis zum Jahr 2007 ist in Deutschland ein angestrebtes Gesundheitsziel. Auch bei Mumps tritt in 1-3% der Fälle eine Gehirnentzündung auf. Während der ersten 3 Schwangerschaftsmonate kann eine Mumps-Infektion zu Spontanaborten führen. Auch Röteln während der Schwangerschaft können zu Spontanaborten oder schweren Schäden beim Kind führen.

Zur Eliminierung von Hepatitis B, Masern, Mumps und Röteln wäre eine 90-95%ige Immunitätsrate in der gesamten Bevölkerung erforderlich. Hinsichtlich dieses Ziels hat Kiel bezüglich der MMR-Durchimpfungsrate noch einen weiten Weg vor sich. Im Vergleich zur Situation in der BRD liegen Schleswig-Holstein und Kiel zwar sehr weit vorne, dennoch ist eine Durchimpfungsrate zwischen 60-75% bei den Einschülern und Einschülerinnen noch zu gering. Hier besteht ein klarer Handlungsbedarf. Im Schulalter müssen Impfprogramme gestartet und intensiviert werden.

Zu berücksichtigen ist hierbei, dass die Impfstatus-Darstellung auf nur rund 90% aller Einschüler und Einschülerinnen basiert, die ihr Impfheft bei der Untersuchung vorlegen konnten. Da davon auszugehen ist, dass diejenigen Kinder ohne Impfpass auch einen schlechteren Impfstatus aufweisen, stellen die vorliegenden Zahlen vermutlich Überschätzungen des Impfschutzes dar.

Zur Eliminierung der Masern ist eine Grundimmunisierung in möglichst frühem Lebensalter wichtig, am besten bevor Kinder Gemeinschaftseinrichtungen wie Kindergärten oder Schulen aufsuchen. Die STIKO empfiehlt daher bereits seit 2001, dass die zweite MMR-Impfung möglichst bis zum Ende des zweiten Lebensjahres erfolgt sein sollte. Um dieses Ziel zu erreichen, spielen die Aufklärung der Eltern und eine Akzeptanzsteigerung für diese Impfungen eine wichtige Rolle. Möglicherweise werden die STIKO-Empfehlungen noch nicht in allen niedergelassenen Arztpraxen umgesetzt.

Die Durchimpfungsrate von Hepatitis B bei den Kieler Einschüler/innen kann als zufrieden stellend beurteilt werden (87%). Die geforderte 90-95%ige Durchimpfungsrate ist in Kiel bezogen auf diejenigen Kinder, die ihr Impfbuch vorlegten, fast erreicht. Verbesserungswürdig ist der Hepatitis B-Impfschutz jedoch noch in den Sozialzentren Nord und Mitte.

Das Schließen der Impflücken, das ebenfalls eine Aufgabe des KJÄD darstellt, sollte zukünftig in stärkerem Ausmaß erfolgen. Zur Zeit ist es aufgrund der personellen Situation nicht möglich, die erforderliche Anzahl der Nachimpfungen oder zusätzliche Impfkationen durchzuführen. Was den Impfschutz anbelangt, zeigt die kleinräumige Analyse nicht das typische Bild für die Sozialzentren. Hier ist es eher umgekehrt: die niedrigste Durchimpfungsrate zeigen die Kinder des Sozialzentrums Nord, während Mettenhof sogar eine höhere Rate als Gesamt-Kiel aufweist. Die hier vorliegenden Daten liefern keine Anhaltspunkte einer Erklärung.

4 Literatur

- Arbeitsanweisung, Schulärztliche Untersuchungen in Schleswig-Holstein. SGU-Richtlinien SH, Stand: 04. April, 2002.
- Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes und Jugendalter (Hrsg.) (2004). Leitlinien. Verabschiedet auf der Konsensus-Konferenz der AGA am 10.09.2004.
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) (2005): *Epidemiologische Begleituntersuchungen zu Gruppenprophylaxe 2004*. Bonn: Druckerei Gerhards GmbH.
- Jugendärztliche Definitionen, Januar 1989, Bielefeld, lögd.
- Kromeyer-Hauschild, K.; Wabitsch, M., Kunze, D., Geller, F., Geiss, H.C., Hesse, V., von Hippel, A., Jaeger, K., Johnsen, D., Karte W., Menner, K., Müller M.J., Niemann-Pilatus, A., Reemer T., Schaefer, F., Wittchen H.U., Zabransky, S., Zellner, K., Ziegler, A. & Hebebrand, J. (2001). Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149, 807-818.
- Landeshauptstadt Kiel (Hrsg.) (2004). *Kieler Schulinformation. Die Schulstatistik der Landeshauptstadt Kiel für das Schuljahr 2004/05*.
- Landeshauptstadt Kiel (Hrsg.) (2005) Kiel – Die kinderfreundliche Stadt. Gesamtkonzeption zur Verbesserung der Kinder- und Familienfreundlichkeit in der Landeshauptstadt Kiel. (www.kiel.de)
- Landesverordnung über die schulärztlichen Aufgaben vom 7.März 2003. GVOBl. S-H 2003, S.89.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.) (2002). *Das neue Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst*. Kiel: Hugo Hamann. (www.landesregierung.schleswig-holstein.de)
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (MGSFF) (Hrsg.) (2003). *Indikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder*. Bielefeld: lögd.
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.) (2004). *Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2004*.
- Oesterreich, D. & Ziller, S. (2005). Mundgesundheitsziele für Deutschland bis zum Jahr 2020. *Public Health Forum*, 13, 22-23.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2004). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“. Berlin: Mercedes Druck.
- Robert-Koch-Institut (RKI) (2005). Durchimpfungsgrad bei der Schuleingangsuntersuchung Deutschland 2004. *Epidemiologisches Bulletin*, 49, 460.

5 ANHANG I

Zahngesundheit bei Erstklässler/innen						
Sozialzentrum	Anzahl Untersuchte	davon naturgesund	in Prozent	dmf(t) Durchschnittswert	davon mit Kariesrisiko	in Prozent
Mettenhof	271	92	34%	3,26	83	31%
Gaarden	178	46	26%	3,85	75	42%
Nord	534	334	63%	1,34	58	11%
Mitte	162	80	49%	2,02	26	16%
Süd	490	258	53%	2,04	92	19%
Ost	215	107	50%	2,12	43	20%
Kiel	1850	917	50%	2,20	377	20%

Tabelle 1: Zahngesundheit bei Kieler Erstklässler/innen 2004/05

Zahngesundheit in den Klassen 1-4						
Sozialzentrum	Untersuchte	davon behandlungsbedürftig	in Prozent	Risikowert der Einrichtung	Anzahl Risikoschulen	in Prozent
Mettenhof	1055	419	40%	5,4	3	75%
Gaarden	607	181	30%	6,0	2	100%
Nord	1963	343	17%	2,2	1	13%
Mitte	612	166	27%	3,3	1	25%
Süd	1930	356	18%	3,2	2	22%
Ost	882	206	23%	3,4	1	20%
Kiel	7049	1671	24%	3,5	10	31%

Tabelle 2: Zahngesundheit bei Kieler Grundschüler/innen 2004/05

6 ANHANG II

	Herkunft der Mutter							
	1=deutsch		2=türkisch		5=Osteuropa		anderes	
Mettenhof	156	57%	36	13%	39	14%	43	16%
Gaarden	77	48%	46	28%	9	6%	30	19%
Nord	478	89%	14	3%	24	4%	21	4%
Mitte	108	77%	7	5%	6	4%	20	14%
Süd	408	83%	22	4%	25	5%	38	8%
Ost	169	74%	36	16%	12	5%	10	4%
gesamt Kiel	1396	76%	161	9%	115	6%	162	9%
	Herkunft des Vaters							
	1=deutsch		2=türkisch		5=Osteuropa		anderes	
Mettenhof	157	57%	35	13%	34	12%	47	17%
Gaarden	67	41%	50	31%	7	4%	37	23%
Nord	457	85%	22	4%	17	3%	40	7%
Mitte	107	76%	7	5%	4	3%	22	16%
Süd	398	81%	28	6%	17	3%	49	10%
Ost	148	65%	45	20%	11	5%	22	10%
gesamt Kiel	1334	73%	187	10%	90	5%	222	12%

Tabelle 3: Herkunft der Eltern, Kiel 2005

	Muttersprache des Kindes								
	deutsch		Herkunftsland		andere		fehlend		Summe
Mettenhof	169	62%	105	38%	0	0%	0	0%	275
Gaarden	77	48%	84	52%	0	0%	1	1%	163
Nord	499	93%	36	7%	0	0%	2	0%	538
Mitte	116	82%	24	17%	0	0%	1	1%	142
Süd	420	85%	73	15%	0	0%	0	0%	494
Ost	167	74%	60	26%	0	0%	0	0%	228
gesamt Kiel	1.448	79%	382	21%	0	0%	4	0%	1.835

Tabelle 4: Muttersprache des Kindes, Kiel 2005

	Lebenssituation des Kindes									
	0=keine Angaben		1=beide leibl. Eltern		2=alleinerz. Elternteil		3= Elternteil mit Partner		4=Großelt., andere	
Mettenhof	0	0%	215	78%	43	16%	13	5%	3	1%
Gaarden	0	0%	109	67%	44	27%	8	5%	1	1%
Nord	3	1%	380	71%	125	23%	26	5%	3	1%
Mitte	0	0%	90	64%	39	28%	11	8%	1	1%
Süd	0	0%	372	75%	86	17%	28	6%	7	1%
Ost	0	0%	145	64%	65	29%	17	7%	0	0%
gesamt Kiel	3	0%	1.311	71%	402	22%	103	6%	15	1%

Tabelle 5: Lebenssituation des Kindes, Kiel 2005

	Schulabschluss der Mutter					
	0=keine Angaben	1=kein Abschl.	2=Sonder-schule	3=Haupt	4= Real	5=Abi
Mettenhof	85 31%	9 3%	8 3%	62 23%	62 23%	48 18%
Gaarden	23 14%	19 12%	14 9%	60 37%	27 17%	19 12%
Nord	27 5%	9 2%	5 1%	85 16%	159 30%	252 47%
Mitte	12 9%	2 1%	2 1%	21 15%	37 26%	67 48%
Süd	62 13%	10 2%	5 1%	125 25%	158 32%	133 27%
Ost	24 11%	10 4%	11 5%	82 36%	50 22%	50 22%
gesamt Kiel	233 13%	59 3%	45 2%	435 24%	493 27%	569 31%
	Schulabschluss des Vaters					
	0=keine Angaben	1=kein Abschl.	2=Sonder-schule	3=Haupt	4= Real	5=Abi
Mettenhof	98 36%	8 3%	7 3%	65 24%	37 14%	59 22%
Gaarden	37 23%	10 6%	10 6%	48 30%	26 16%	31 19%
Nord	58 11%	2 0%	11 2%	86 16%	118 22%	262 49%
Mitte	23 16%	1 1%	2 1%	28 20%	23 16%	64 45%
Süd	94 19%	9 2%	7 1%	119 24%	112 23%	152 31%
Ost	53 23%	3 1%	11 5%	69 30%	46 20%	45 20%
gesamt Kiel	363 20%	33 2%	48 3%	415 23%	362 20%	613 33%

Tabelle 6: Bildungsstand der Eltern, Kiel 2005

Befunde S1 2005	Über-gewicht		Verhaltens-auffälligkeit		Koordinati-onsstörung		Sprach-störung		Sprachheil-päd. Förder-bedarf	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Mettenhof	42	15%	23	8%	44	16%	93	34%	37	14%
Gaarden	45	28%	19	12%	64	40%	46	28%	17	10%
Nord	48	9%	8	1%	85	16%	123	23%	9	2%
Mitte	19	13%	6	4%	26	18%	23	16%	6	4%
Süd	99	20%	50	10%	110	22%	107	22%	16	3%
Ost	36	16%	16	7%	62	27%	59	26%	5	2%
ganz Kiel	289	16%	122	7%	391	21%	451	25%	90	5%

Tabelle 7: Befunde der Schulin-ganguntersuchungen 2005, Kiel

Impfheft vorhanden		
	Anzahl	Prozent
Mettenhof	240	88%
Gaarden	141	87%
Nord	484	90%
Mitte	125	89%
Süd	447	91%
Ost	206	91%
ganz Kiel	1643	90%

Tabelle 8: Anzahl vorgelegter Impfhefte bei S1 2005

Tabelle 9: Durchimpfungsraten nach STIKO-Empfehlungen bei S1 2005

Durchimpfungsrate	2 x Masern		2 x Mumps		2 x Röteln		3 x Hepatitis B	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Mettenhof	183	76%	182	76%	176	73%	216	90%
Gaarden	88	62%	85	60%	84	60%	124	88%
Nord	337	70%	335	69%	331	68%	394	81%
Mitte	79	63%	79	63%	79	63%	106	85%
Süd	332	74%	332	74%	332	74%	410	92%
Ost	146	71%	145	70%	141	68%	183	89%
ganz Kiel	1165	71%	1158	70%	1143	70%	1433	87%

Tabelle 10: Anzahl der Kinder im Zielgruppenalter der Elternberatungsstelle, 2005

2005	Anzahl der Kinder im Alter von		
	0 Jahren	0-4 Jahren	0-6 Jahren
Mettenhof	222	1.148	1.657
Gaarden	273	1.122	1.548
Nord	476	2.350	3.311
Mitte	416	1.687	2.185
Süd	427	2.276	3.273
Ost	178	991	1.420
ganz Kiel	1.992	9.574	13.394

Tabelle 11: Anzahl und Dauer der Elternberatungen, 2005

2005	Anzahl Beratungen	Std / Monat	Std / Jahr	Beratungen/ Std	durchschnittl. Dauer / Beratung in min
Mettenhof	334	4	48	7,0	8,6
Gaarden	570	4	48	11,9	5,1
Nord	981	12	144	6,8	8,8
Mitte	150	4	48	3,1	19,2
Süd	479	8	96	5,0	12,0
Ost	0	0	0	0,0	0,0
ganz Kiel	2.514	32	384	6,5	9,2