



Landkreis Potsdam-Mittelmark

## **Bericht zur gesundheitlichen Lage der Kinder**

**und**

## **Konzept zur Gesundheitsförderung der Kinder im Landkreis Potsdam-Mittelmark**



**2011 – 2015**

Juli 2011

## **Impressum**

Herausgeber: Landkreis Potsdam-Mittelmark  
Fachbereich 5 – Soziales, Jugend, Schule und Gesundheit  
Niemöllerstraße 1  
14806 Bad Belzig

Autoren: Fachdienst 51 – Strategisches und operatives Sozialcontrolling  
Fachdienst 55 – Gesundheit

Druck: Eigendruck

Auflage: 150

Bad Belzig, Juli 2011

# Vorwort

Ein langjähriges strategisches Ziel des Landkreises lautet „Die Kinder im Landkreis entwickeln sich altersgemäß“. Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung und damit auch unserer Kinder ist ein wesentlicher Bestandteil kommunaler Daseinsvorsorge. Im Rahmen der Gesundheitsförderung und -vorsorge bilden Kinder eine wichtige Zielgruppe.

Gesundheit definiert sich als „Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Behinderung“, so die Weltgesundheitsorganisation WHO. Gesundheitsförderung wiederum bedeutet nach der Ottawa-Charta der WHO von 1986: „Menschen möglichst viel Selbstbestimmung in Bezug auf ihre Gesundheit ermöglichen und für gesunde Lebensbedingungen sorgen.“ Die Gesundheitsförderung ist ein kontinuierlicher und gestaltbarer Prozess. Dabei geht es um den Erhalt und die Stärkung gesundheitsförderlicher Ressourcen wie Partizipation und Bildung und die Senkung von Gesundheitsbelastungen wie schlechte Ernährung, wenig Bewegung, soziale Isolierung und/oder seelische Überlastung. Die Prävention bzw. Vorsorge wiederum umfasst alle Maßnahmen und Strategien (Aufklärung, Unterstützung, medizinische Maßnahmen, Früherkennung), um Krankheiten zu vermeiden bzw. deren Folgen sowie das Wiederauftreten von Krankheiten zu verhindern.

Gesundheitsförderung und -vorsorge sind eine entscheidende Antwort auf die neuen gesundheitlichen Herausforderungen im 21. Jahrhundert. Die Gesundheit der Kinder ist eine wichtige Grundlage für deren altersgemäße Entwicklung und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

In Zeiten knapper Mittel ist es besonders wichtig, den Einsatz der begrenzten Ressourcen am konkreten Bedarf zu orientieren. Die in diesem Bericht vorgelegten Analysen und Bewertungen der gesundheitlichen Lage der Kinder bilden die Grundlage für fachübergreifende, strategische und operative Handlungsansätze bzw. -empfehlungen in Bezug auf zukünftig geeignete, notwendige und bedarfsgerechte Angebote zur Gesundheitsförderung und -vorsorge.

Der Gesundheitsbericht reiht sich ein in das vom Fachbereich 5 vorgelegte „Konzept der integrierten Sozialberichterstattung“. In dem vorgelegten Bericht zur gesundheitlichen Lage der Kinder in unserem Landkreis bilden die Ergebnisse der langjährig durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) sowie den Zahnärztlichen Dienst (ZÄD) durchgeführten Reihenuntersuchungen einen besonderen Schwerpunkt. Die Analyse, Datenbewertung und Steuerung umfassen insbesondere:

- Sprach- und Sprechstörungen,
- Emotionale und soziale Störungen,
- Umschriebene Entwicklungsstörungen,
- Bewegungsstörungen / Grobmotorik,
- Frühförderung sowie
- Zahn- und Mundgesundheit.

Mit diesem Bericht werden die Gesundheitsdaten, soweit dies möglich war, erstmals regional vorgelegt. Die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und -vorsorge können dadurch auch regional zielgerichteter und bedarfsgerechter weiterentwickelt und angepasst werden.

Zur Umsetzung sind kompetente und motivierte Kooperationspartner, u. a. aus den Ämtern, Städten und Gemeinden, unverzichtbar. Bereits während der Erarbeitung des Berichts bzw. Konzepts wurde daher viel Wert auf eine entsprechende Beteiligung gelegt. Allen Beteiligten danke ich für Ihre Mitwirkung und ihr Engagement.

Thomas Schulz  
Fachbereichsleiter Soziales, Jugend, Schule und Gesundheit

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort

<b>A. Neun Thesen zur Gesundheitsförderung der Kinder im Landkreis Potsdam-Mittelmark</b> ..	5
<b>B. Bericht zur gesundheitlichen Lage der Kinder</b> .....	7
1. Rahmenbedingungen.....	7
1.1. Einleitung.....	7
1.2. Gesetzliche Vorgaben und Ziele.....	7
1.2.1. Bundes- und Landesebene.....	7
1.2.2. Landkreisebene .....	8
1.3. Datengrundlage .....	9
1.4. Beteiligung.....	9
1.4.1. Kommunen und Netzwerkkordinatoren.....	9
1.4.2. Freie Wohlfahrtspflege .....	10
1.4.3. Kranken- und Pflegekassen .....	10
1.4.4. Netzwerk „Gesunde Kinder“ in Bad Belzig .....	10
1.5. Soziodemografischer Hintergrund.....	12
1.5.1. Anteil der Kinder an der Gesamtbevölkerung.....	12
1.5.2. Prognose der Anzahl Kinder bis 2030.....	15
1.5.3. Sozialstatus .....	16
2. Untersuchungsergebnisse KJGD.....	18
2.1. Sprach- und Sprechstörungen .....	22
2.1.1. Definition.....	22
2.1.2. Ergebnisse und Auswertung.....	22
2.2. Emotionale und soziale Störungen.....	25
2.2.1. Definition.....	25
2.2.2. Ergebnisse und Auswertung.....	25
2.3. Umschriebene Entwicklungsstörungen .....	27
2.3.1. Definition.....	27
2.3.2. Ergebnisse und Auswertung.....	28
2.4. Bewegungsstörungen / Grobmotorische Störungen .....	29
2.4.1. Definition.....	29
2.4.2. Ergebnisse und Auswertung.....	29
2.5. Frühförderung .....	33
2.5.1. Definition.....	33
2.5.2. Ergebnisse und Auswertung.....	35
3. Untersuchungsergebnisse ZÄD .....	40
3.1.1. Definition Zahn- und Mundgesundheit.....	40
3.1.2. Ergebnisse und Auswertung.....	41
<b>C. Konzept zur Gesundheitsförderung der Kinder im Landkreis PM 2011-2015</b> .....	48
4. Rahmenbedingungen.....	48
4.1. Handlungsfeld Sprache .....	49
4.2. Handlungsfeld Bewegung und Ernährung.....	50
4.3. Handlungsfeld Frühförderung .....	51
4.4. Handlungsfeld Zahn- und Mundgesundheit.....	52
4.5. Zusammenarbeit mit den Krankenkassen .....	53
4.6. Statements zur Frage „Was brauchen Kinder, um gesund aufwachsen zu können?“ .....	54
5. Offener Maßnahmenkatalog.....	55
6. Quellenverzeichnis .....	56
7. Verzeichnis der Abkürzungen .....	56

## A. Neun Thesen zur Gesundheitsförderung der Kinder im Landkreis Potsdam-Mittelmark

Das gesunde Aufwachsen unserer Kinder legt den Grundstein für ein gutes Leben. Die Gestaltung der Rahmenbedingungen für eine altersgemäße Entwicklung von Kindern ist ein wichtiger Faktor für eine erfolgreiche und ansiedlungsorientierte Familienpolitik des Landkreises. Bedingt durch den demographischen Wandel ist der nächste Geburtenknick bereits abzusehen. Der Gesundheitszustand unserer Kinder ist in Anbetracht der Untersuchungsergebnisse der Reihenuntersuchungen einer der besten im Land Brandenburg. Dennoch besteht innerhalb des Landkreises ein starkes Gefälle zwischen den Untersuchungsergebnissen.

1. Es muss gelingen, die infrastrukturelle Differenzierung von städtischen und ländlich geprägten Regionen im Landkreis angemessen auszugleichen. Alle Kinder brauchen Chancen, gesund aufzuwachsen, auch und vor allem unabhängig vom Sozialstatus der Eltern. Die soziale Lage der Familien hat entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit der Kinder. Die tatsächlichen Belastungssituationen in einzelnen Handlungsfeldern finden sich im Landkreis auch über unterschiedliche soziale Gegebenheiten hinweg unterschiedlich stark, entwickeln sich aber tendenziell ansteigend. Wirksame Gegensteuerungsmaßnahmen sind die spezifische Aktivierung von sozialem Gemeinwesen in unterschiedlichen Wirkungsebenen verbunden mit frühzeitiger und umfassender Analyse von Gesundheitsständen und die Aktivierung der Eltern, um geeignete Maßnahmen zur Beseitigung von Entwicklungsrückständen für ihre Kinder in Anspruch zu nehmen. Besondere allgemeine Förderprogramme zur Stärkung der Qualifizierung von Betreuungsfachpersonal sind regional zu spezifizieren.
2. Die in den Sozialräumen vorhandenen Ressourcen für Gesundheitsförderung und Prävention sind zu stärken bzw. ständig weiter auszubauen. Die Einbeziehung der besonderen Thematik der Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit ins Projekt Sozialraumorientierung im Landkreis Potsdam-Mittelmark 2010-2013 muss zeitnah erfolgen.
3. Der Landkreis muss darauf achten, dass in allen Kitas und Tagespflegestellen Qualitätsmanagement betrieben wird. Dabei muss bereits in den Zertifizierungsverfahren auf der Grundlage der im Landkreis bestehenden Qualitätsstandards das Thema der Kindergesundheit offensiver hervorgehoben werden.
4. Bei der Kinderbetreuung im Landkreis Potsdam-Mittelmark muss ein gesundes Lebensumfeld geschaffen werden. Insbesondere der begleitende Einsatz von speziell qualifiziertem Betreuungspersonal in der frühen Kindheit ist weiter zu stärken. Das schließt aber auch die Entwicklung einer gesunden Arbeits- und Fortbildungskultur in den Betreuungseinrichtungen ein (Gesunde Kita = gesunde Kinder + gesundes Personal). Ein gemeinschaftliches Grundverständnis zum wertschätzenden Umgang mit dem Betreuungspersonal in unseren Kindertageseinrichtungen ist zu pflegen.
5. Die Vernetzung der Akteure ist eine wichtige Methode, um gesellschaftliche Sensibilisierung für das Thema breit zu streuen. Dies führt gezieltes interdisziplinäres Zusammenwirken mit der aktiven Einbindung umfangreichen bürgerschaftlichen Engagements zusammen und vergrößert so erheblich die Chancen, frühzeitige Hilfemaßnahmen greifen zu lassen. Gut aufeinander abgestimmte Netzwerkarbeit wird vom Landkreis und den Ämtern, Städten und Gemeinden aktiv unterstützt. Regional ist auf eine stetige Erweiterung der Einbeziehung von Unterstützungspotenzialen, z.B. bei Tagespflege und Kita, Kinderärzten, Hebammen, Apotheken usw. hinzuwirken. Für den Landkreis muss es gelingen, konzeptionell interdisziplinäre Ansätze der Angebotsgestaltung regional spezifisch auszubilden. Dem hohen Bedarf an Erfahrungsaustausch muss mit geeigneten Angeboten entsprochen werden.

6. Frühe Präventionsmaßnahmen und Hilfen zur Stärkung der Kindergesundheit müssen allgemein und niedrigschwellig beginnen und da ansetzen, wo Kinder und/oder Eltern tatsächlich zu erreichen sind. In ständiger Abstimmung mit allen Akteuren müssen geeignete Formen gefunden werden, mit denen Elterninitiativen geweckt werden können. Gleichzeitig muss es gelingen, attraktive Angebote der Elternbeteiligung (Kompetenzstärkung der Eltern) mit den notwendigen Hilfeangeboten in Kitas, Familienzentren oder dem häuslichen Bereich verbinden zu können.
7. Nur durch den umfassenden und alle Handlungsfelder integrierenden Einsatz des Kinder- und jugendärztlichen Dienstes können überhaupt fast alle Kinder erreicht werden. Alle Kinder im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat, alle Kinder im Alter von 2-5 Jahren in den Kindergärten sowie alle Kinder mit gesundheitlichen Auffälligkeiten im Landkreis werden vom Kinder- und jugendärztlichen Dienst des Landkreises auch weiterhin untersucht, um gesundheitliche Beeinträchtigungen zu verhindern oder zu beheben, die bei frühzeitiger Behandlung positiv beeinflussbar sind bzw. gewesen wären. Damit wirkt der Landkreis über den gesetzlich vorgeschriebenen Rahmen hinaus präventiv. Diese in den vergangenen Jahren sehr wirksame Maßnahme wird auch weiter im engen Zusammenwirken mit den Eltern und pädagogischem Fachpersonal in der Kindertagesbetreuung und Schule fortgesetzt.
8. Das Zusammenwirken von Zahnärztlichem Dienst und Kita bzw. Tagespflege zur frühen Erziehung zur regelmäßigen richtigen Mundhygiene und Pflege der Zahngesundheit wird vielerorts bereits mit guter Qualität gestaltet. Die Erfahrungen müssen flächendeckend ausgetauscht und kleinräumig geeignete Handlungskonzepte entwickelt werden.
9. Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung werden konzeptionell sichtbar und wirksam, wenn sie in Entwicklungsplanungen eingehen und bei der Abstimmung von Handlungskonzepten des Landkreises Potsdam-Mittelmark gemeinsam mit den Ämtern, Städten und Gemeinden und den sozialen Dienstleistern ihre entsprechende Bedeutung erlangen.

## **B. Bericht zur gesundheitlichen Lage der Kinder**

### **1. Rahmenbedingungen**

#### **1.1. Einleitung**

Ähnlich anderer gesellschaftlicher Bereiche bedarf es auch im Gesundheitswesen einer systematischen, problemorientierten und kontinuierlichen Berichterstattung. Sogenannte Gesundheitsberichte greifen wichtige Gesundheitsthemen auf, liefern dazu kommentierte Datenauswertungen und stellen damit Informationsgrundlagen und Orientierungshilfen für gesundheitspolitische Entscheidungen bereit. Bereits mit dem seit ein paar Jahren einmal jährlich erscheinenden Geschäftsbericht des Fachdienstes Gesundheit (FD 55) werden u. a. die wichtigsten Untersuchungsergebnisse des KJGD und des ZÄD auf Landkreisebene dargestellt. Zielgruppe sind die in unserem Landkreis lebenden Kinder und Jugendliche.

Der hier vorgelegte Gesundheitsbericht greift diese Ergebnisse auf und stellt sie regional auf Ebene der 19 Ämter, Städte und amtsfreien Gemeinden des Landkreises dar. Durch deren und anderer Beteiligung während des Erarbeitungsprozesses und der Darstellung von Handlungsempfehlungen zur Bündelung vieler Aktivitäten auf verschiedenen Ebenen geht der Bericht über in ein Konzept zur Gesundheitsförderung.

Eingebettet in das „Konzept der integrierten Sozialberichterstattung“ stellt der Bericht zur gesundheitlichen Lage der Kinder in PM den Anfang in einer Reihe nun kontinuierlich folgender Gesundheitsberichte dar. Zielgruppe werden weiterhin vornehmlich Kinder und Jugendliche sein, nicht zuletzt weil entscheidende Datenquellen durch den KJGD und den ZÄD bereits direkt im Hause vorliegen und sie eine wichtige Zielgruppe im FB 5 darstellen.

Bei der Erarbeitung des Berichts insbesondere bei der Datenbeschaffung aufgetretene Probleme konnten nicht bis zum Schluss gelöst werden. Mit einer kontinuierlichen Berichterstattung soll auch dies verbessert werden. Eine intern zwischen dem FD 51 und FD 55 gebildete Arbeitsgruppe wählte vier der am häufigsten auftretenden Befunde bei den Kindern sowie die Themen Frühförderung und Zahn- und Mundgesundheit als Schwerpunkte dieses Berichts aus und stimmte diese in den Regionalen Sozialforen ab. Die Handlungsempfehlungen beziehen sich entsprechend darauf.

Dennoch gibt es unzählige weitere Themen, denen sich künftig schwerpunktmäßig ebenfalls gewidmet werden sollte. Unter anderem:

- Wahrnehmung von U-Untersuchungen,
- Wahrnehmung von Impfungen,
- Frühförderrelevante Befunde nach Sozialstatus,
- Integration/Inklusion behinderter Kinder.

#### **1.2. Gesetzliche Vorgaben und Ziele**

##### **1.2.1. Bundes- und Landesebene**

Auf Initiative des Bundes und der Länder bildete sich Ende 2000 der Kooperationsverbund bzw. das Forum „gesundheitsziele.de“. Hier haben sich viele Akteure des Gesundheitswesens zusammengefunden, um ihre Aktivitäten an vereinbarten Zielen zu orientieren. Getragen wird das Ganze vom Bundesministerium für Gesundheit und der Gesundheitsministerkonferenz der Länder. Die Gesundheitsziele dienen nicht nur der Steuerung sondern sind eine wichtige Grundlage für die insbesondere auf die Gesundheitsförderung ausgerichtete Zusammenarbeit mit verschiedenen Partnern auch außerhalb des Gesundheitswesens.

Sechs nationale Gesundheitsziele wurden bisher entwickelt und publiziert. Darunter befindet sich das Thema „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“, welches sich explizit den Kindern widmet. Aktueller Arbeitsschwerpunkt ist die inhaltliche Entwicklung des siebten Gesundheitsziels „Gesund älter werden“.

Der in 2009 erschienene „13. Kinder- und Jugendbericht“ der Bundesregierung (kontinuierliche Berichterstattung über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland) widmete sich diesmal der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung.

Auch der Brandenburgische Gesetzgeber hat mit dem Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz Kinder und Jugendliche als eine Gruppe ausgewiesen, welche große gesundheits- und sozialpolitische Aufmerksamkeit verdient. Die Gesundheitsberichterstattung und -planung spielt zudem eine immer wichtigere Rolle. So lautet es im § 1 Ziele und Aufgaben: „(1) Ziel des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist es, insbesondere durch fachliche Beratung und Aufklärung auf gesunde und gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse und gleiche Gesundheitschancen für alle hinzuwirken...; (2) Der Öffentliche Gesundheitsdienst stellt insbesondere die Wahrnehmung folgender Aufgaben sicher: ...Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsförderung, Schutz der Gesundheit insbesondere von Kindern und Jugendlichen sowie Gesundheitsberichterstattung und Koordinierung von gesundheitlichen Leistungen und Angeboten.“ Im § 9 Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung heißt es: „Die Gesundheitsberichterstattung ist auf kommunaler und auf Landesebene fachliche Grundlage für zielorientierte Gesundheitsplanung und die Durchführung von Maßnahmen zur Überwindung von Defiziten in der Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung.“

### **1.2.2. Landkreisebene**

Im Strategieprogramm des Landkreises lautet ein strategisches Ziel des FB 5 „Die Kinder im Landkreis entwickeln sich altersgemäß.“ Nach dem Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz § 6 Abs. 2 ist der KJGD verpflichtet, alle Kinder (auch Kinder in der Tagespflege und Hauskinder) im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat zur Prävention und Früherkennung von Krankheiten, Entwicklungsstörungen oder Behinderungen zu untersuchen. Diese Altersspanne ist besonders wichtig für die kindliche Entwicklung, da bei frühem Einsetzen von Fördermaßnahmen bzw. Therapien (Stichwort: förderrelevante Befunde) eine gute Verlaufsprognose zu erwarten ist.

Darüber hinaus ist der Landkreis Potsdam-Mittelmark bestrebt, neben der vorgegeben Altersspanne alle Kinder im Alter von 2 bis 5 Jahren sowie alle Kinder mit auffälligen Befunden zu untersuchen. So kommen entsprechende Screenings zum Seh- bzw. Hörvermögen und betreffs Wahrnehmungsstörungen erst mit Vollendung des 4. Lebensjahres zur Anwendung. Und immer wieder fallen dabei Kinder erstmals dem KJGD auf und können dann einer gezielten Förderung bzw. Behandlung zugeführt werden, da die freiwilligen Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungsangebote bei den niedergelassenen Kinderärzten nicht oder nur unzureichend wahrgenommen wurden.

Der ZÄD organisiert die präventive Betreuung aller Kinder in den Kindertagesstätten, Tagespflegestellen und Schulen des Landkreises. Die zahnärztlichen Untersuchungen beinhalten die Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie die Erhebung gesundheitlicher Daten. Dabei werden Kariesvorkommen und Kariesverbreitung, Behandlungsbedarf und Sanierungsstand, Zahn- und Kieferfehlstellungen, Erkrankungen des Zahnfleisches und das Mundhygieneverhalten erfasst. Angefangen bei den unter Zweijährigen werden möglichst alle Kinder bis einschließlich 10. Klasse untersucht. Neben der zahnärztlichen Untersuchung wird zudem eine Gruppenprophylaxe durchgeführt. Dies ist eine bundesweit einheitlich festgelegte Leistung nach § 21 SGB V. Wesentliches Merkmal ist das aktive Herantragen präventiver Leistungen an Kinder und Jugendliche in Form von altersgerechter Mundhygieneunterweisung, Ernährungsberatung, Fluoridierung und Motivation zum regelmäßigen Zahnarztbesuch.



### **1.3. Datengrundlage**

Für die kontinuierliche Qualitätssicherung der ärztlichen Untersuchungen bedienen sich die MitarbeiterInnen des KJGD und des ZÄD einer einheitlichen Dokumentation in den PC mittels des Programms ISGA (Informationssystem Gesundheitsamt). Diese Daten gehen an das Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (LUGV), u. a. zur Auswertung für eine Gesundheitsberichterstattung auf Landesebene oder der Darstellung der Daten auf der Gesundheitsplattform der Abteilung Gesundheit des LUGV ([www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de)).

Die Ergebnisse des KJGD und ZÄD erscheinen jährlich im Geschäftsbericht des FD 55 für den gesamten Landkreis, es erfolgt keine detaillierte Darstellung auf Ämter- bzw. Gemeindeebene. Die verwendeten Ergebnisse wurden entweder vom LUGV als Auswertung aus dem ISGA zur Verfügung gestellt bzw. werden eigene Auswertungen aus dem ISGA vorgenommen.

Das Untersuchungsjahr des KJGD und ZÄD gleicht dem Schuljahr. Die Untersuchungsergebnisse aus den Schuljahren 2008/2009 sowie 2009/2010 liegen diesem Konzept als Hauptdaten zugrunde. Dazu wurden die Ergebnisse von der Gesundheitsplattform und aus den Geschäftsberichten 2009 und 2010 verwendet sowie gesonderte Auswertungen für die regionale Darstellung aus dem ISGA vorgenommen.

### **1.4. Beteiligung**

#### **1.4.1. Kommunen und Netzwerkkoordinatoren**

Eine auf die Datenanalyse aufbauende Bewertung sollte nicht nur durch die Fachkräfte innerhalb der Kreisverwaltung sondern auch mit Vertretern der Kommunen und mit öffentlichen und freien Trägern der Wohlfahrtspflege erfolgen, auch um für eine künftige fachlich fundierte und regional bezogene Steuerung von Gesundheitsförderung und -vorsorge zu werben. Das seit 2009 vom FB 5 zweimal jährlich durchgeführte Regionale Sozialforum diente als entsprechende Kommunikationsplattform zwischen den FD 51 und 55, den 19 Ämtern, Städten und amtsfreien Gemeinden des Landkreises sowie sämtlichen im Landkreis tätigen Netzwerkkoordinatoren.

Im Regionalen Sozialforum am 10./14.12.2009 erfolgte eine erste Information über die Erarbeitung des Gesundheitskonzeptes seitens der FD 51 und 55 an die Kommunen und Netzwerkkoordinatoren. Im Anschluss daran wurde eine Befragung durchgeführt. In einer Tabelle wurden Indikatoren zur Kindergesundheit aufgeführt mit der Frage, welche der vorgestellten und vom KJGD bzw. ZÄD erhobenen Daten für die Arbeit in den Kommunalverwaltungen von Interesse sind und welche der Daten aus Ihrer Sicht durch die Akteure „vor Ort“ durch entsprechende Maßnahmen beeinflusst (gesteuert) werden können. Die entsprechende Auswertung dazu befindet sich im Anhang dieses Konzeptes.

Die zweite Beteiligung erfolgte beim Regionalen Sozialforum am 24./26.11.2010. Die zu diesem Tagesordnungspunkt festgehaltenen Ergebnisse können dem im Anhang bereitgestellten Protokollauszug entnommen werden. Vor allem wurde der Schwerpunkt Sprache, Sprachstandsfeststellung und Sprachförderung diskutiert.

Eine dritte Beteiligung erfolgte im Regionalen Sozialforum am 04. bzw. 06.05.2011. Das fertiggestellte Konzept wurde vorgestellt. Anmerkungen und Hinweise wurden entsprechend aufgenommen und soweit möglich in den Bericht mit aufgenommen.

#### **1.4.2. Freie Wohlfahrtspflege**

Am 28.04.2010 erfolgte eine Information über Inhalte und Ziele des zu erarbeitenden Gesundheitskonzeptes an die „Kleine Liga“, ein Zusammenschluss aller im Landkreis Potsdam-Mittelmark tätigen örtlichen Gliederungen der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege (AWO, Caritas, Der Paritätische Wohlfahrtsverband, DRK, Diakonisches Werk). Die „Kleine Liga“ begrüßte die Erarbeitung eines solchen Konzeptes, welches ihr nach der Fertigstellung entsprechend nochmals vorgestellt wird.

#### **1.4.3. Kranken- und Pflegekassen**

Um eine ganzheitliche Abbildung der Situation der Kinder im Landkreis Potsdam-Mittelmark zu ermöglichen, war eine breite Beteiligung von Vertretern der Kranken- und Pflegekassen AOK, BARMER GEK, DAK, TKK sowie des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen beabsichtigt. Gemeinsam mit dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst wurden in zwei Sitzungen (22.07.2010/11.11.2010) erörtert, wo mögliche Schnittpunkte mit dem Landkreis bezüglich Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung zur gesunden und altersgemäßen Entwicklung der Kinder bestehen.

Mit der AOK Nordost und der BARMER GEK Brandenburg an der Havel konnte schließlich ein Maßnahmenkatalog für gemeinsame Projekte zugunsten von Regionen mit besonderer Belastung herausgearbeitet werden. Im Rahmen der für einen Zeitraum von zwei Jahren geplanten Gesundheitspartnerschaft zwischen dem Landkreis Potsdam-Mittelmark und der AOK Nordost könnte der Landkreis beispielsweise Pilotregion für die „Pfiffikus-Box“ werden – ein Projekt der AOK und des MBSJ sowie der Universität Potsdam, um Kinder in Kindertageseinrichtungen durch gezielte Sprachentwicklungs- und Bewegungsangebote sowohl auf körperlicher als auch auf geistiger Ebene in ihrer Hirnreifung frühzeitig zu fördern. Neben dem Handlungsfeld Kita wurden weitere Handlungsfelder, wie Schule und Ernährung, u. a. mit Kursen für ErzieherInnen, LehrerInnen und Tagesmüttern, diskutiert. Detaillierte Angaben dazu erfolgen im Kapitel 4 „Handlungsempfehlungen“.

Ein weiteres Ergebnis in der Zusammenarbeit mit den Kranken- und Pflegekassen ist die gemeinsame Durchführung des dritten Fachtages „Gesund aufwachsen in Potsdam-Mittelmark“ am 09.04.2011. Von den 85 Teilnehmern waren mehr als die Hälfte in der Kindertagesbetreuung tätig. Weitere 30 % waren Fachkräfte des Landratsamtes bzw. der Koordinierungsstelle „Hilfen von Anfang an“. Der Fachtag wurde gut bis sehr gut angenommen und bereits neue Themen für weitere Fachtagungen zusammengetragen. Neben dem Input an Information durch die Referenten und die Diskussionsarbeit in den zwei gebildeten Foren stellt der Informationsaustausch unter den Teilnehmern gerade auch in den Pausenzeiten einen sehr wichtigen und nützlichen Nebeneffekt dar.

#### **1.4.4. Netzwerk „Gesunde Kinder“ in Bad Belzig**

Seit 2006 fördert die Landesregierung Brandenburg im Rahmen des Maßnahmenpakets für Familien- und Kinderfreundlichkeit den Aufbau regionaler Netzwerke „Gesunde Kinder“. Dabei wurden und werden regionale Initiativen unterstützt, die eine entsprechende konzeptionelle Vorarbeit geleistet haben, von einem fachlich kompetenten und organisatorisch gut aufgestellten Akteur vor Ort getragen und von kommunalen Verantwortungsträgern unterstützt werden. Nach vorbereitenden Arbeiten, an denen auch Leitungskräfte des Fachbereiches 5 beteiligt waren, fand im April 2008 die Auftaktveranstaltung für das Netzwerk „Gesunde Kinder“ in Bad Belzig statt. Auf Initiative des damaligen Fraktionsvorsitzenden der SPD im Landtag Brandenburg Günter Baaske und des Chefarztes der Gynäkologie und Geburtshilfe des Johanniter Krankenhauses in Bad Belzig Dr. med. Peter Ledwon entstand das Netzwerk „Gesunde Kinder in PM“, dessen offizieller Start am 09.10.2008 war.

Wie alle anderen Netzwerke „Gesunde Kinder“ im Land Brandenburg so verfolgt auch dieses das Ziel, die gesundheitlich-soziale Entwicklung von Kindern in den ersten drei Lebensjahren zu fördern und vor allem durch die Etablierung bedarfsgerechter Angebote für Familien mit Kindern und durch die Vernetzung aller Akteure und Leistungen zur Gesundheitsförderung zu erreichen. Eine Besonderheit des Netzwerkes in PM stellt die Einbindung dieser Ziele in die strategischen Ziele des Landkreises zur Sicherstellung einer gesunden und altersgemäßen Entwicklung aller Kinder dar. Seit der Gründung ist ein Vertreter des Landkreises Mitglied in der Lenkungsgruppe des Netzwerkes. Der Landkreis unterstützt das Netzwerk auch finanziell. Zwischen 2008 und 2010 stellte er 25.000 EUR zur Verfügung.

Das Netzwerk „Gesunde Kinder“ in PM hat in den gut zwei Jahren seines Bestehens erfolgreich an seinen Zielen gearbeitet und folgende Ergebnisse erzielt:

- In den Jahren 2009 und 2010 wurden rund 40 Patinnen und Paten gewonnen, die aktuell mehr als 110 junge Familien betreuen. Bei rund 250 Geburten pro Jahr im Raum Bad Belzig sind also rund 20 % der neu gegründeten Familien in der Betreuung durch das Netzwerk. Die von den ehrenamtlichen Paten angebotene Hilfe und Unterstützung hat sich als sehr wirksam erwiesen. Sie reicht von Beratung in Fragen der Betreuung, Versorgung und Erziehung der jüngsten Einwohner des Landkreises bis hin zur Unterstützung der jungen Familien beispielsweise bei Behördengängen.
- Ende 2010 existierten Kooperationsbeziehungen zu mehr als 15 weiteren Netzwerken der Gesundheits- und Familienförderung im Landkreis Potsdam-Mittelmark. Beispielhaft sei hier die enge Zusammenarbeit mit der Beratungsstelle „Pro Familia“ in Bad Belzig und dem Eltern-Kind-Zentrum (EKiZ) in Brück genannt. Hilfsangebote in der zuvor benannten Beratungsstelle erwiesen sich als so wirksam, dass frühzeitig Unterstützungssysteme für Familien installiert und Hilfen durch den Fachdienst Kinder/Jugend/Familie nicht notwendig waren. In sieben Fällen allerdings konnten in Zusammenarbeit mit dem Fachdienst Gefährdungssituationen für das Kind erfolgreich durch geeignete Jugendhilfemaßnahmen begegnet werden. Im EKIZ in Brück wurde durch das Netzwerk ein Info-Cafe eingerichtet, das von den dort lebenden Eltern gut angenommen wird (mehr als 60 Teilnehmer je Veranstaltung). Das Info-Cafe wurde und wird auch von solchen Eltern angenommen, die bisher nicht oder wenig zu Familienbildungsveranstaltungen erschienen.
- Durch eine in 2009 abgeschlossene Kooperationsvereinbarung mit dem Netzwerk „Gesunde Kinder“ in der Stadt Brandenburg an der Havel wird das Wirken der Netzwerkakteure auf junge Familien in den Territorien der Planregionen 3 und 4 erweitert. Kooperationsbeziehungen zu Netzwerken im Potsdamer Umland sind vorgesehen.
- Ein Schwerpunkt in der Arbeit des Netzwerkes in PM war die Durchführung von Familienbildungstagen unter anderem zur gesunden Ernährung der Kinder, zur Sprachentwicklung und zur Gesundheitserziehung. Sehr beliebt bei den Belziger Kindern und deren Familien sind die im Sommer auf dem Gelände des Johanniter Krankenhauses in Bad Belzig durchgeführten Kinderfeste. Unter breiter Beteiligung vieler Akteure der Gesundheitsförderung und mittels Unterstützung durch hiesige Vereine und Betriebe wurden bei den bisher durchgeführten zwei Veranstaltungen jeweils mehr als 500 Familien erreicht.

Die organisatorische Arbeit im Netzwerk sowie die Gewinnung und Betreuung der Patinnen und Paten erfolgt durch eine Netzwerkkoordinatorin. Als Ansprechpartnerin für das Netzwerk aber auch für die im Johanniter Krankenhaus in Bad Belzig angesiedelte Frühförderstelle stand sie den FD 51 und 55 bei der Erarbeitung dieses Berichtes im Rahmen der Beteiligung zur Verfügung. Neben informativen Gesprächen stellte sie Daten zum Thema Frühförderung zusammen.

## 1.5. Soziodemografischer Hintergrund

### 1.5.1. Anteil der Kinder an der Gesamtbevölkerung

Nach § 7 SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe ist Kind, wer noch nicht 14 Jahre alt ist, und ein Jugendlicher, wer 14 aber noch nicht 18 Jahre alt ist. Entsprechend dieser Definition leben mit Stand vom 31.12.2009 im Landkreis Potsdam-Mittelmark 25.205 Kinder und 5.851 Jugendliche. Bei einer Gesamtbevölkerung von 204.594 Menschen sind dies anteilig 12,3 % bzw. 2,9 %. In der folgenden Tabelle sind die Anzahl Kinder und Jugendlicher nochmals nach Altersjahren und Geschlecht dargestellt.

**Tab. 1 – Anzahl Kinder und Jugendlicher nach Altersjahren und Geschlecht**

Altersjahr	Geburtsjahr	Bevölkerung		
		insgesamt	männlich	weiblich
0 bis unter 1	2009	1.496	730	766
1 bis unter 2	2008	1.673	847	826
2 bis unter 3	2007	1.710	910	800
3 bis unter 4	2006	1.705	859	846
4 bis unter 5	2005	1.720	898	822
5 bis unter 6	2004	1.844	929	915
6 bis unter 7	2003	1.877	958	919
7 bis unter 8	2002	1.862	936	926
8 bis unter 9	2001	1.845	951	894
9 bis unter 10	2000	1.954	1.002	952
10 bis unter 11	1999	2.009	1.033	976
11 bis unter 12	1998	1.976	1.016	960
12 bis unter 13	1997	1.812	896	916
13 bis unter 14	1996	1.722	892	830
14 bis unter 15	1995	1.525	743	782
15 bis unter 16	1994	1.443	753	690
16 bis unter 17	1993	1.415	744	671
17 bis unter 18	1992	1.468	743	725

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Stand: 31.12.2009

Der Landkreis Potsdam-Mittelmark hat aufgrund seiner Lage im Land Brandenburg einen Anteil am sogenannten Engeren Verflechtungsraum (eVR), dem „Speckgürtel“ um Berlin, sowie am Äußeren Entwicklungsraum (äER). Dementsprechend unterschiedlich verteilen sich die Massen der Bevölkerung. Im eVR leben wesentlich mehr Menschen auf weniger Fläche im Vergleich zum flächenmäßig größeren äER. So verhält es sich auch mit den Kindern, wie Tabelle 2 deutlich macht.

Die Tabelle 2 zeigt auch die Ergebnisse in Bezug auf die vier Planregionen (PR). Dieser regionale Ansatz des FB 5 dient als grundlegende Arbeitsstruktur für rechtskreisübergreifende Abstimmungen zur Planung und Absicherung bedarfsgerechter und bürgernaher Versorgungsstrukturen (siehe Abb. 1). PR 1 und PR 2 sowie die Gemeinde Groß Kreutz (Havel) bilden den eVR. PR 3 außer Groß Kreutz (Havel) und PR 4 bilden den äER.

**Tab. 2 – Bevölkerungsdichte Kinder**

Verwaltungsbezirk	Fläche in km <sup>2</sup> 31.12.2008	Bevölkerung insgesamt 31.12.2009	Bevölkerungsdichte insgesamt	Anzahl Kinder 0 bis unter 14	Bevölkerungsdichte Kinder
Kleinmachnow	11,94	19.589	1.641	3.700	310
Teltow	21,54	21.904	1.017	3.088	143
Stahnsdorf	49,09	14.112	287	2.186	45
Nuthetal	47,56	8.796	185	1.045	22
<b>Planregion 1</b>	<b>130,13</b>	<b>64.401</b>	<b>495</b>	<b>10.019</b>	<b>77</b>

Werder (Havel)	116,02	23.004	198	2.633	23
Schwielowsee	58,16	10.172	175	1.291	22
Michendorf	68,51	11.699	171	1.570	23
Seddiner See	24,03	4.226	176	452	19
Beelitz	180,09	11.980	67	1.304	7
<b>Planregion 2</b>	<b>446,81</b>	<b>61.081</b>	<b>137</b>	<b>7.250</b>	<b>16</b>
Beetzsee	201,95	8.515	42	904	4
Groß Kreutz (Havel)	98,95	8.248	83	863	9
Kloster Lehnin	199,31	11.129	56	1.087	5
Wusterwitz	106,92	5.359	50	570	5
Ziesar	270,13	6.548	24	608	2
<b>Planregion 3</b>	<b>877,26</b>	<b>39.799</b>	<b>45</b>	<b>4.032</b>	<b>5</b>
Bad Belzig	234,83	11.225	48	1.190	5
Brück	232,13	10.430	45	1.093	5
Wiesenburg/Mark	218,20	4.817	22	429	2
Niemegk	224,44	4.930	22	476	2
Treuenbrietzen	211,34	7.911	37	716	3
<b>Planregion 4</b>	<b>1.120,94</b>	<b>39.313</b>	<b>35</b>	<b>3.904</b>	<b>3</b>
<b>Potsdam-Mittelmark</b>	<b>2.575,14</b>	<b>204.594</b>	<b>79 EW/km<sup>2</sup></b>	<b>25.205</b>	<b>10 Kinder/km<sup>2</sup></b>

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, eigene Berechnungen

Die Bevölkerungsdichte der Kinder einmal anders betrachtet: In der PR 1 leben knapp 40 % aller Kinder des Landkreises auf nur 5 % der Fläche des Landkreises. Die PR 4 ist mit einem Anteil von knapp 44 % der Fläche die größte. Hier leben nur 15,5 % der Kinder im Landkreis.

Die unterschiedliche Verteilung der Kinder im Landkreis lässt sich auch an den Versorgungsstrukturen ablesen. Es gibt eine wesentlich höhere Anzahl und Dichte von Einrichtungen der Kindertagesbetreuung und Schulen in den PR 1 und 2 (siehe Abb. 2 und 3) als in PR 3 und 4. Das Angebot solcher Einrichtungen in freier Trägerschaft ist in der PR 1 so umfangreich wie nirgends sonst im Landkreis. Die Auswahlmöglichkeit ist dementsprechend hoch.

**Abb. 1 – Ämter, Städte und Gemeinden des Landkreises nach Planregionen**

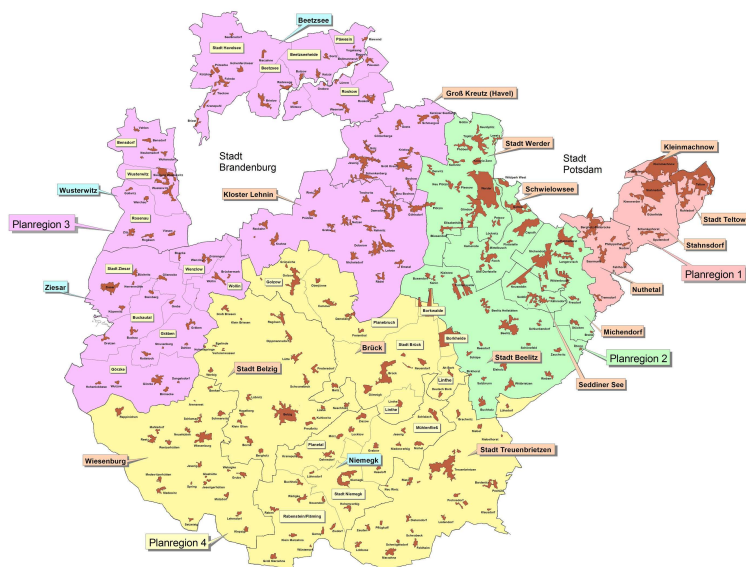


Abb. 2 – Kindertagesbetreuung im Landkreis Potsdam-Mittelmark, Stand: 02/2011

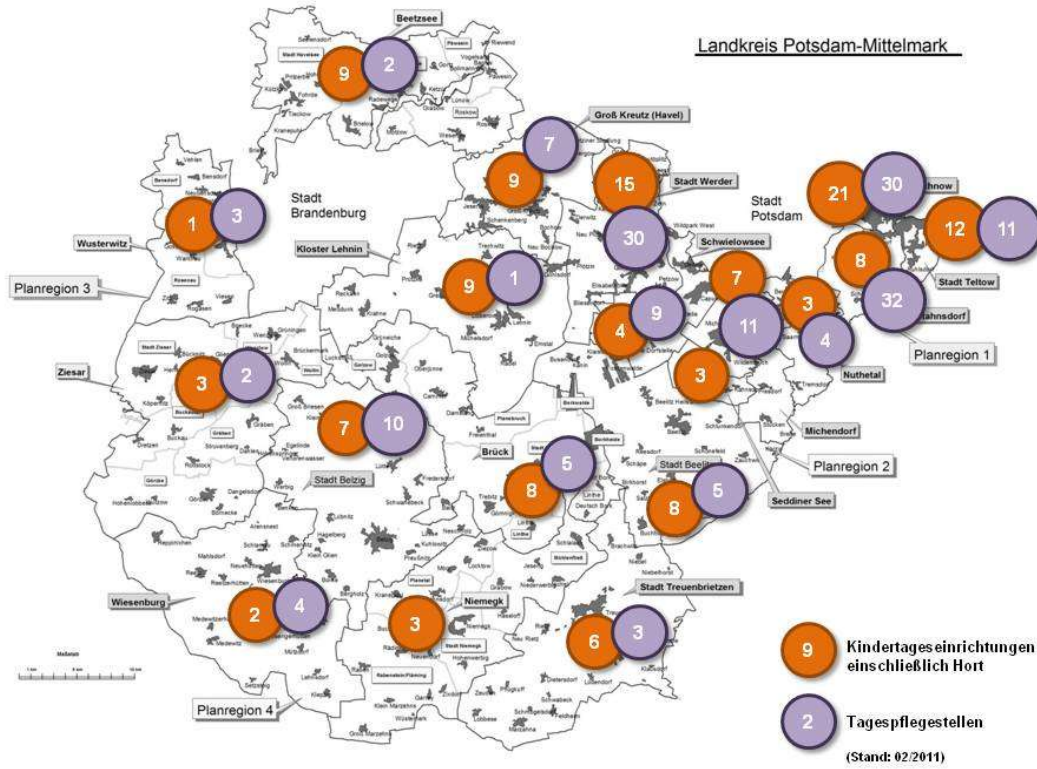
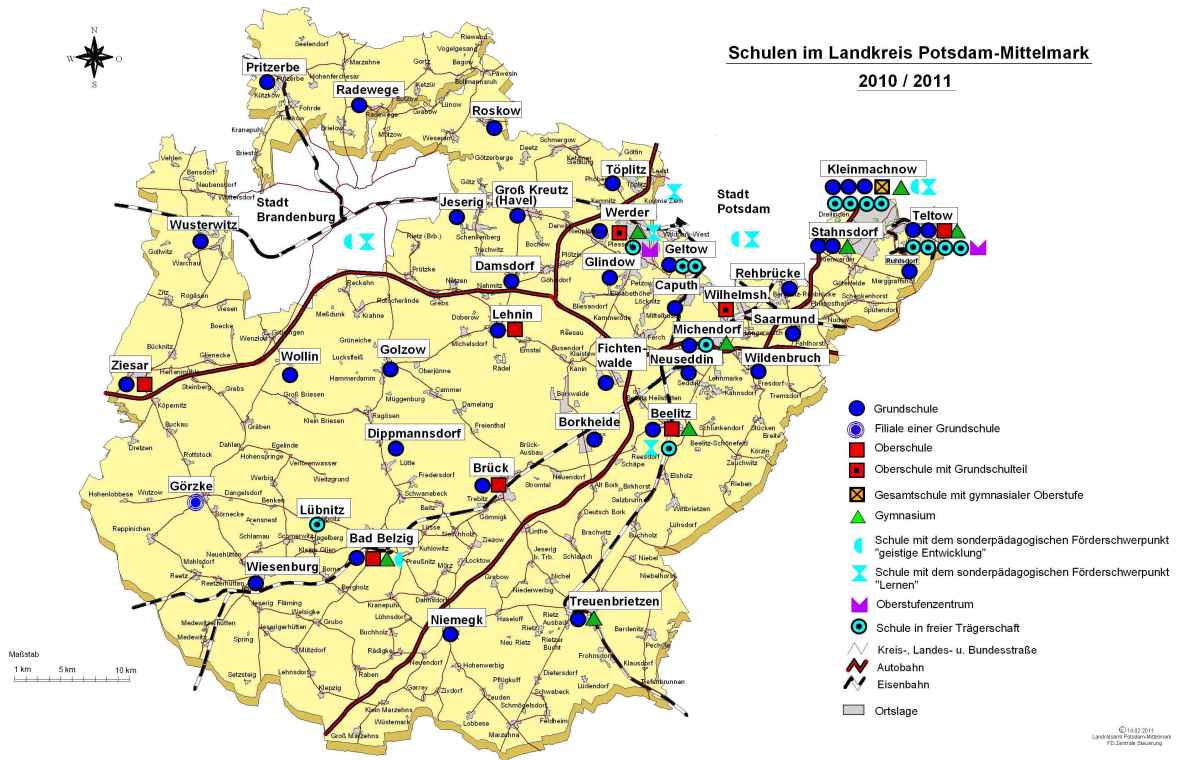


Abb. 3 – Schulen im Landkreis Potsdam-Mittelmark 2010/2011



### 1.5.2. Prognose der Anzahl Kinder bis 2030

In regelmäßigen Abständen von zwei Jahren erarbeitet das Landesamt für Bauen und Verkehr zusammen mit dem Amt für Statistik Berlin-Brandenburg regionale Bevölkerungsvorausberechnungen für das Land Brandenburg. Die aktuell vorgelegte Prognose 2009-2030 basiert auf dem Bevölkerungsstand vom 31.12.2008. In der nachfolgenden Tabelle wird die Prognose der Altersgruppe der unter 15-Jährigen dargestellt. Während die gesamte Bevölkerung im Landkreis bis 2030 nur um rund 6 % zurückgeht, werden im Jahr 2030 insgesamt ca. ein Drittel weniger Kinder in unserem Landkreis leben. Auch wenn der Äußere Entwicklungsraum stärker betroffen ist als der Engere Verflechtungsraum, so müssen auch hier einzelne Gemeinden mit einem Verlust von bis zu 40 % der derzeitigen Anzahl Kinder rechnen. Einzig der Stadt Teltow wird weiterhin eine positive Bevölkerungsentwicklung vorhergesagt.

Derzeit allerdings wächst die Anzahl Kinder, auch im äER, wie die Prognosezahlen bis 2010 bzw. 2015 verdeutlichen. Dies lässt sich unter anderem damit erklären, dass die geburtenstarken Vorwendejahre, die heute 20- bis 35-Jährigen, sich im Familiengründungsalter befinden. Auch wenn diese Altersgruppe über die letzten Jahre einen Teil durch Wegzug verloren hat, ist noch ein entsprechend hoher Anteil potenzieller Mütter vorhanden.

Starke Verluste bei der Anzahl der 0- bis unter 15-Jährigen werden nach 2020 prognostiziert. Der Grund hierfür liegt in den geburtenschwachen Jahrgängen direkt nach der Wende. Die heute 15- bis 20-Jährigen befinden sich 2020-2030 im Familiengründungsalter. Es fehlen aber die potenziellen Mütter – der damalige deutlich erkennbare Geburtenknick wiederholt sich. Auch wird der Zuzug von Familien mit Kindern (v. a. in PR 1 und 2) künftig nicht mehr so stark ausfallen.

Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung wird der Anteil Kinder im Jahr 2030 nur noch 9,2 % (0 bis unter 15 Jahre) ausmachen.

**Tab. 3 – Prognose zur Entwicklung der Bevölkerung unter 15 Jahre\***

Verwaltungsbezirk	Basisjahr	Prognose					Entwicklung 2030 zu 2008	
	2008	2010	2015	2020	2025	2030	Anzahl	um %
Kleinmachnow	3.953	3.889	3.138	2.512	2.264	2.349	-1.604	-40,6 %
Teltow	3.058	3.341	3.617	3.596	3.355	3.220	162	5,3 %
Stahnsdorf	2.288	2.333	2.203	1.890	1.634	1.458	-830	-36,3 %
Nuthetal	1.090	1.147	1.211	1.182	1.050	927	-163	-15,0 %
<b>Planregion 1</b>	<b>10.389</b>	<b>10.710</b>	<b>10.169</b>	<b>9.180</b>	<b>8.303</b>	<b>7.954</b>	<b>-2.435</b>	<b>-23,4 %</b>
Werder (Havel)	2.772	2.904	3.038	2.922	2.505	2.088	-684	-24,7 %
Schwielowsee	1.272	1.374	1.410	1.353	1.185	1.070	-202	-15,9 %
Michendorf	1.586	1.654	1.676	1.479	1.211	999	-587	-37,0 %
Seddiner See	438	477	508	470	364	267	-171	-39,0 %
Beelitz	1.340	1.360	1.344	1.261	1.053	817	-523	-39,0 %
<b>Planregion 2</b>	<b>7.408</b>	<b>7.769</b>	<b>7.976</b>	<b>7.485</b>	<b>6.318</b>	<b>5.241</b>	<b>-2.167</b>	<b>-29,3 %</b>
Beetzsee	912	938	885	777	626	479	-433	-47,5 %
Groß Kreutz (Havel)	910	916	873	789	655	520	-390	-42,8 %
Kloster Lehnin	1.108	1.143	1.074	920	738	551	-557	-50,3 %
Wusterwitz	573	594	589	514	404	308	-265	-46,3 %
Ziesar	655	676	666	599	487	358	-297	-45,3 %
<b>Planregion 3</b>	<b>4.158</b>	<b>4.267</b>	<b>4.087</b>	<b>3.599</b>	<b>2.910</b>	<b>2.216</b>	<b>-1.942</b>	<b>-46,7 %</b>
Bad Belzig	1.204	1.284	1.309	1.269	1.035	751	-453	-37,6 %

Verwaltungsbezirk	Basisjahr	Prognose					Entwicklung 2030 zu 2008	
	2008	2010	2015	2020	2025	2030	Anzahl	um %
Brück	1.143	1.186	1.190	1.093	846	614	-529	-46,3 %
Wiesenburg/Mark	486	478	424	342	272	206	-280	-57,7 %
Niemegk	516	510	497	447	365	281	-235	-45,5 %
Treuenbrietzen	772	769	689	599	483	366	-406	-52,6 %
<b>Planregion 4</b>	<b>4.121</b>	<b>4.227</b>	<b>4.109</b>	<b>3.750</b>	<b>3.001</b>	<b>2.218</b>	<b>-1.903</b>	<b>-46,2 %</b>
<b>Potsdam-Mittelmark</b>	<b>26.076</b>	<b>26.971</b>	<b>26.339</b>	<b>24.015</b>	<b>20.533</b>	<b>17.630</b>	<b>-8.446</b>	<b>-32,4 %</b>

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Landesamt für Bauen und Verkehr, eigene Berechnungen

\*die drei Hauptaltersgruppen entsprechend den „Brandenburger Sozialindikatoren“ sind 0 bis unter 15 Jahre, 15 bis unter 65 Jahre, 65 Jahre und älter; es wurde darauf verzichtet, entsprechend der Definition Kind aus dem SGB VIII hier eine gesonderte Prognostizierung der 0- bis unter 14-Jährigen anfertigen zu lassen

### 1.5.3. Sozialstatus

Die soziale Herkunft spielt eine wichtige Rolle, wenn es um die gesundheitliche Chancengleichheit geht. Mit einer gesonderten freiwilligen Abfrage der Eltern bei den Einschulungsuntersuchungen ist es dem Land Brandenburg gelungen, einmal jährlich für einen Jahrgang die soziale Herkunft zu bestimmen. Der Sozialstatus von Familien mit Einschülern errechnet sich nach dem Brandenburger Sozialindex, dem zugrunde liegen die Daten zu Schulbildung und Erwerbstätigkeit der Mutter und des Vaters des Kindes. Es ergibt sich daraus ein sogenannter niedriger, mittlerer oder hoher Sozialstatus.

Den „Brandenburger Sozialindikatoren 2007“ nach haben 92,9 % aller Eltern der zu untersuchenden Einschüler die freiwilligen Angaben zur Errechnung des Sozialstatus gemacht. In Potsdam-Mittelmark waren es 89,6 %. Für das gesamte Land Brandenburg wurde ermittelt, dass 18,2 % der Familien mit Einschülern einen niedrigen, 54,1% einen mittleren und 27,8 % einen hohen Sozialstatus hatten. Im Landkreis Potsdam-Mittelmark waren es nur 7,6 % mit niedrigem Sozialstatus. Dies ist der kleinste Wert im Vergleich zu den übrigen Landkreisen und kreisfreien Städten. Seit Jahren hat Potsdam-Mittelmark eine der niedrigsten Arbeitslosenquoten im Land Brandenburg, ein Faktor, der hier eine wichtige Rolle spielt. 47,3 % der Elternhäuser in unserem Landkreis wurde ein mittlerer Sozialstatus bescheinigt. Die Landeshauptstadt Potsdam mit 51,6 % und Potsdam-Mittelmark mit 45,1 % liegen mit Abstand vorn, was die Anzahl der Familien mit hohem Sozialstatus betrifft.

Die auf der Gesundheitsplattform des Landes Brandenburg für 2008/2009 erhältliche Auswertung des Sozialstatus scheint weniger repräsentativ, da hier nur 87,2 % aller Eltern im Land Brandenburg und nur 60,0 % aller Eltern in Potsdam-Mittelmark entsprechende Auskunft gegeben haben.

Dass die soziale Lage Einfluss auf die Gesundheit der Kinder hat, zeigt die Auswertung zum Thema frühförderrelevante Befunde bei Einschülern nach Sozialstatus aus den „Brandenburger Sozialindikatoren 2007“: Insgesamt wurden bei 22,8 % aller Einschüler im Land Brandenburg frühförderrelevante Befunde ermittelt. Bei 43,2 % aller Kinder mit niedrigem Sozialstatus wurde eine entsprechende Diagnose gestellt, dahingegen bei nur 20,3 % aller Kinder mit mittlerem und 11,8 % aller Kinder mit hohem Sozialstatus.

Ein Schwerpunkt des Gesundheitsberichtes sollte sein, die oben benannte Einordnung der Einschüler von 2006/2007 nach niedrigem, mittlerem und hohem Sozialstatus, für die dem Bericht zugrundeliegenden Untersuchungsjahre 2008/2009 sowie 2009/2010 auf Landkreisebene aber auch regional auf Ebene der 19 Ämter, Städte und amtsfreien Gemeinden darzustellen. Gleichzeitig sollte dargestellt werden, welchem Sozialstatus die Kinder zugeordnet werden können, bei denen ein Befund festgestellt wurde. Die im Kapitel 1.1 angesprochenen Probleme bei der Datenbeschaffung haben dazu geführt, dass ein „Herunterbrechen“ des Sozialstatus wie vorgestellt in diesem Bericht nicht erfolgen wird. Es ist zudem fraglich, wie



repräsentativ eine derartige Auswertung sein kann, wenn derzeit nur rund 60 % der Eltern im Landkreis Potsdam-Mittelmark dazu entsprechende Auskunft geben.

Der Sozialstatus der Einschüler allein beschreibt aber noch nicht die soziale Lage bzw. das Lebensumfeld aller im Landkreis lebenden Kinder. Das sich dieses zudem regional sehr unterschiedlich gestaltet, kann bereits am Indikator zum Erhalt von Sozialgeld (Hartz IV) abgelesen werden. So ist in der PR 4 jedes 5. Kind in der PR 1 jedoch „nur“ jedes 18. Kind von Hartz IV betroffen. Die Beschreibung der sozialen Lage bzw. des Lebensumfeldes der Kinder stellt ein ganz eigenes Thema dar und ist ebenso eine Herausforderung in der Umsetzung.

## 2. Untersuchungsergebnisse KJGD

Der KJGD ist nach § 6 Abs. 2 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes verpflichtet, alle Kinder im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat zur Prävention und Früherkennung von Krankheiten, Entwicklungsstörungen oder Behinderungen zu untersuchen. Des Weiteren ist man bemüht, alle Kinder im Alter von 2 bis 5 Jahren sowie alle Kinder mit gesundheitlichen Auffälligkeiten zu untersuchen.

Die vom KJGD festgestellten Untersuchungsergebnisse unterteilen sich in medizinische und frühförderrelevante Befunde. Diese bedeuten körperliche und seelische Beeinträchtigungen sowie Entwicklungsverzögerungen und Behinderungen. Hierzu zählen u. a. Sehfehler, Hörstörungen, Sprach- und Sprechstörungen, Atopien (Asthma, Rhinitis/Konjunktivitis oder Neurodermitis) und erhebliches Übergewicht (Adipositas).

Die vom KJGD festgestellten frühförderrelevanten Befunde bedeuten gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Kindern bis zum Schulalter, die für den Schulerfolg wichtig sind und die bei frühzeitiger Behandlung positiv beeinflussbar sind bzw. gewesen wären. Hierzu zählen: Sprach- und Sprechstörungen, Aufmerksamkeitsdefizite/Hyperaktivität (ADHS), Intelligenzdefizite, Umschriebene Entwicklungsstörungen, Emotionale und soziale Störungen, Bewegungsstörungen, Sehfehler und Hörfehler. Medizinisch relevante Befunde und frühförderrelevante Befunde überschneiden sich teilweise.

Die Untersuchungsergebnisse für 2008/2009 und 2009/2010 der Kita-Kinder werden in den folgenden Tabellen für den gesamten Landkreis zusammengefasst dargestellt.

**Tab. 4 – Durchgeführte Untersuchungen Kita-Kinder**

	2008/2009		2009/2010	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
<b>Kita-Kinder:</b>				
Soll	4.922		4.932	
Ist	k. A.	k. A.	3.947	80,0%
nicht untersucht	k. A.		985	
<b>Tagespflege:</b>				
Soll	370		379	
Ist	k. A.	k. A.	283	74,7%
nicht untersucht	k. A.		96	
<b>Hauskinder:</b>				
Soll	217		125	
Ist	k. A.	k. A.	83	66,4%
nicht untersucht	k. A.		42	
<b>Gesamt:</b>				
Soll	<b>5.509</b>		<b>5.436</b>	
Ist	<b>4.144</b>	<b>75,2 %</b>	<b>4.313</b>	<b>79,3%</b>
nicht untersucht	1.365		1.123	

**Tab. 5 – Medizinische und frühförderrelevante Befunde Kita-Kinder\* 2008/2009**

	Anzahl	in %	davon in Behandlung in %	davon Überweisungsempfehlung in %
<b>Gesamtuntersuchte Kinder 2008/2009:</b>	<b>4.144</b>			
Sprach- und Sprechstörungen	572	13,8	50,2	44,4
Umschriebene Entwicklungsstörungen	340	8,2	43,5	55,6
Sehfehler**	218	k. A.**	k. A.	k. A.
Hörstörungen**	77	k. A.**	k. A.	k. A.
Wahrnehmungsstörungen**	71	k. A.**	k. A.	k. A.
Bewegungsstörungen / Grobmotorische Störungen	201	4,9	65,7	33,8
Emotionale und soziale Störungen	224	5,4	39,3	59,4

\* Kinder in Tagespflege und Hauskinder inbegriffen

\*\*bezieht sich auf die Altersstufe 48-72 Monate, da entsprechende Screenings erst mit Vollendung des 4. Lebensjahres zur Anwendung kommen; zum Zeitpunkt der Erstellung konnte die Gesamtzahl Kinder 48-72 Monate nicht ermittelt werden

**Tab. 6 – Medizinische und frühförderrelevante Befunde Kita-Kinder\* 2009/2010**

	Altersstufe (Lebensmonat)	Ist-Zahl**	davon auffällig (Befund)	in %	davon in Behandlung		davon Überweisungsempfehlung	
					Anzahl	in %	Anzahl	in %
<b>Gesamtuntersuchte Kinder 2009/2010:</b>		<b>4.313</b>						
Sprach- und Sprechstörungen	30 – 72	3.702	518	14,0	250	48,3	266	51,4
Umschriebene Entwicklungsstörungen	30 – 72	3.702	270	7,3	131	48,5	138	51,1
Sehfehler	48 – 72	1.719	182	10,6	60	33,0	125	68,7
Hörstörungen	48 – 72	1.719	59	3,4	12	20,3	48	81,4
Visuelle Wahrnehmung	30 – 47	1.983	95	4,8	11	11,6	47	49,5
Bewegungsstörungen / Grobmotorische Störungen		4.313	205	4,8	103	50,2	88	42,9
Feinmotorik	30 – 47	1.983	34	1,7	16	47,1	15	44,1
Emotionale und soziale Störungen	30 – 72	3.702	163	4,4	72	44,2	85	52,1

\* Kinder in Tagespflege und Hauskinder inbegriffen

\*\*auf Grund der entsprechenden Untersuchungsmethodik angepassten ISGA- Software ist eine differenzierte statistische Erfassung ab Schuljahr 2009/2010 möglich: Ist-Zahlen sind jeweils unterschiedlich, da die Durchführung der Tests und Dokumentation im ISGA altersabhängig sind

Auswertung:

- In beiden Untersuchungsjahren stellen Sprach- und Sprechstörungen die häufigste Entwicklungsstörung dar, sowohl frühförderrelevant als auch therapeutisch (Logopädie).
- Gefolgt von der kombinierten umschriebenen Entwicklungsstörung (insgesamte Entwicklungsverzögerung: Sprache, Motorik, Kognition u. a. gleichermaßen betreffend) und Einschränkungen im Sehvermögen.
- Bewegungsstörungen sowie Emotionale und soziale Störungen werden durchschnittlich bei ca. 5 % der untersuchten Kinder prognostiziert.
- Bei ca. 50 % der betroffenen Kinder müssen die Ärztinnen des KJGD entsprechende Überweisungsempfehlungen aussprechen. Aufgrund der umfassenden Reihenuntersuchung befinden sich die Kinder zum großen Teil bereits in entsprechender Behandlung. Kinder mit Seh- und Hörstörungen befinden sich zu 10 bzw. 30 % in entsprechender Behandlung.
- Heilpädagogische Frühförderung (Eingliederungshilfe): Die in 2008/2009 ermittelten Kinder mit Handlungsbedarf im Rahmen der Frühförderung lassen sich aus der Tabelle 5 nicht explizit herauslesen. Sie stecken mit größtem Anteil im frühförderrelevanten Befund „Umschriebene Entwicklungsstörungen“ bzw. "Emotionale und soziale Störungen", einige aber auch in "Sprach- und Sprechstörungen". Bei 141 untersuchten Kindern (3,4 % von 4.144) wurde Handlungsbedarf für Eingliederungshilfe (heilpädagogische Frühförderung) gesehen. Weitere 139 Kinder (3,4 %) erhielten zum Untersuchungszeitpunkt bereits heilpädagogische Frühförderung.

Gemäß § 37 des Brandenburgischen Schulgesetzes sind die Schuleingangsuntersuchungen durch den KJGD von Februar bis Ende März (spätestens April) des Jahres der Einschulung durchzuführen. Durch die ärztliche Untersuchung soll festgestellt werden, ob das Kind den körperlichen (sprachlichen, motorischen), sozial-emotionalen einschließlich kognitiven Anforderungen der Schule gewachsen ist oder Krankheiten bzw. Entwicklungsverzögerungen/-störungen einer altersentsprechenden Einschulung entgegenstehen und einer Behandlung und/oder Förderung (ggf. mit Empfehlung zur Schulzurückstellung) bedürfen. Die Untersuchungsergebnisse für 2008/2009 und 2009/2010 der Einschüler werden in den folgenden Tabellen für den gesamten Landkreis zusammengefasst dargestellt.

**Tab. 7 – Durchgeführte ärztliche Schuleingangsuntersuchungen**

	2008/2009		2009/2010	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
<b>Gesamtuntersuchte Einschüler:</b>	<b>1.999</b>		<b>1.969</b>	

davon:

rechtzeitige Einschüler	1.778	88,9	1.762	89,5
vorzeitige Einschüler	93	4,7	75	3,8
Einschüler nach Rückstellung	128	6,4	132	6,7
Jungen	1.057	52,9	1.020	51,8
Mädchen	942	47,1	949	48,2
4-jährig	5	0,25	6	0,3
5-jährig	1.159	58,0	1.215	61,7
6-jährig	822	41,1	730	37,1
7-jährig	13	0,65	17	0,9
8-jährig	0	0	1	0,05

**Tab. 8 – Medizinische und frühförderrelevante Befunde Einschüler**

	2008/2009		2009/2010			
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	davon in Behandlung in %	davon Überweisungs- empfehlung in %
<b>Gesamtuntersuchte Kinder:</b>	<b>1.999</b>		<b>1.969</b>			
Sprach- und Sprechstörungen	266	13,3	297	15,1	79,5	20,5
Umschriebene Entwicklungsstörung	169	8,5	146	7,4	84,2	14,4
Sehfehler	202	10,1	210	10,7	45,2	54,8
Hörstörungen	92	4,6	119	6,0	10,9	89,1
Wahrnehmungsstörungen	47	2,4	71	3,6	57,8	42,2
Bewegungsstörungen / Grobmotorische Störungen	147	7,4	139	7,1	82,7	13,3
Emotionale und soziale Störungen	134	6,7	120	6,1	70,8	29,2

Auswertung:

- Die Sprach- und Sprechstörung ist die häufigste Entwicklungsstörung bei Einschülern.
- Die zweithäufigste Auffälligkeit sind Sehstörungen.
- Gefolgt von umschriebenen Entwicklungsstörungen und Bewegungsstörungen.
- Emotionale und soziale Störungen betreffen ca. 6 % aller Einschüler.
- Teilweise befinden sich mehr als 80 % der betroffenen Kinder bereits in Behandlung. 50 % sind es beim Sehfehler, nur 11 % bei den Hörstörungen.
- Für ca. 6 % aller Einschüler eines jeden Jahrganges wird eine Schulzurückstellung angeraten. Vor allem sind es Entwicklungsstörungen der einzuschulenden Kinder, bei denen durch Einleitung oder Fortführung von Förder- und Therapiemaßnahmen deutliche Entwicklungsfortschritte hinsichtlich der Schulfähigkeit zu erwarten sind.
- Heilpädagogische Frühförderung (Eingliederungshilfe): 2008/2009: 142 Kinder erhielten bereits Eingliederungshilfe in Form von Frühförderung. Bei 12 Kindern wurde ein (erneuter) Handlungsbedarf ermittelt.

In den folgenden Kapiteln 2.1. bis 2.5. werden vier der häufigsten frühförderrelevanten Befunde sowie das Thema Frühförderung nochmals detailliert beschrieben und entsprechende Untersuchungsergebnisse von den Einschülern auch regional auf Ebene der 19 Ämter, Städte und amtsfreien Gemeinden dargestellt.

## 2.1. Sprach- und Sprechstörungen

### 2.1.1. Definition

Auf der Gesundheitsplattform des Landesgesundheitsamtes Brandenburg erhält man folgende Erläuterung zum Indikator Sprach- und Sprechstörungen bei Einschülern nach dem Sozialstatus:

„Sprach- und Sprechstörungen umfassen einerseits Störungen der Sprachfunktion (Wortschatz, gesprochene Sprache, Sprachverständnis, Zeichen und Gesten) und andererseits Störungen des Sprechens (Artikulationsstörungen, Stottern und Poltern). Während Kinder trotz Sprechstörungen sich in der Regel gut entwickeln bzw. diese Störung überwinden, sind Sprachstörungen öfter bedeutsam, u. a. für den schulischen Erfolg.

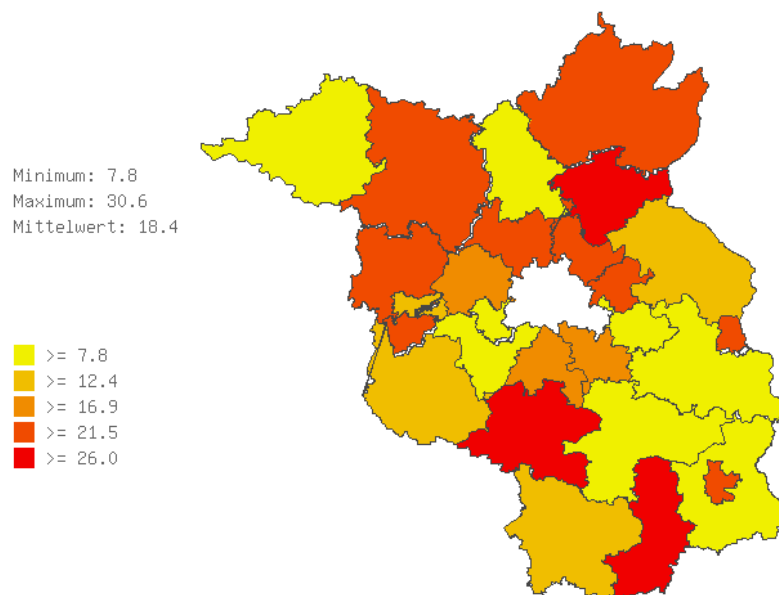
Zur ärztlichen Untersuchung bei den Einschulungsuntersuchungen gehören Screenings auf Sprach- und Sprechstörungen. Die Ärzte des KJGD verwenden den Grammatiktest und den Artikulationstest aus dem Testsystem BUEVA von Esser (2002) in einer mit Esser abgestimmten vereinfachten Form (Fachausschuss KJGD 2005, vgl. Handbuch KJGD).

Für den Indikator sind noch keine Daten in einer längeren Zeitreihe verfügbar, weil die entsprechenden Tests erst seit 2006 im ärztlichen Untersuchungsverfahren enthalten sind. Typisch ist, dass Jungen stärker betroffen sind als Mädchen und dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus häufiger Sprach- und Sprechstörungen aufweisen.

Der hier verwendete Indikator beruht auf dem kinderärztlichen Befundsystem im Land Brandenburg (siehe Handbuch KJGD) und folgt nicht dem Klassifikationsschema nach ICD-10. Der Befund „Sprach-/Sprechstörung“ basiert auf einem Screeningsystem (Grammatik- und Artikulationstest) einschließlich Bewertung durch den Kinderarzt, welche Auswirkung die Sprach- und Sprechstörung im Alltag des Kindes zeigt (Zuordnung zu Funktionsgruppen 1 und 2).“<sup>1</sup>

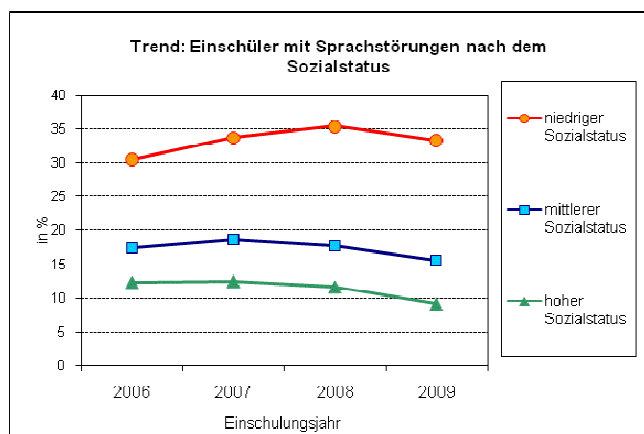
### 2.1.2. Ergebnisse und Auswertung

**Abb. 4 – Sprach- und Sprechstörungen bei Einschülern nach eVR und äER 2008/2009 in %**<sup>2</sup>



<sup>1</sup> Sprach- und Sprechstörungen, Erläuterung. Landesgesundheitsamt im LASV. In [www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de). Abrufdatum: 21.05.2010.

<sup>2</sup> Sprach- und Sprechstörungen, Karte. Landesgesundheitsamt im LASV. In [www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de). Abrufdatum: 21.05.2010.

**Abb. 5 – Sozialstatus zum Indikator Sprach- und Sprechstörungen bei Einschülern im Land Brandenburg<sup>3</sup>****Tab. 9 – Sprach- und Sprechstörungen bei Einschülern nach Ämtern und Gemeinden**

	2008/2009			2009/2010		
	Einschüler insgesamt	mit Befund	in %	Einschüler insgesamt	mit Befund	in %
Kleinmachnow	293	14	4,8	266	17	6,4
Teltow	227	25	11,0	228	33	14,5
Stahnsdorf	196	18	9,2	168	17	10,1
Nuthetal	90	16	17,8	82	9	11,0
<b>Planregion 1</b>	<b>806</b>	<b>73</b>	<b>9,1</b>	<b>744</b>	<b>76</b>	<b>10,2</b>
Werder (Havel)	203	37	18,2	223	41	18,4
Schwielowsee	104	8	7,7	89	10	11,2
Michendorf	128	21	16,4	128	22	17,2
Seddiner See	36	10	27,8	47	8	17,0
Beelitz	105	21	20,0	100	18	18,0
<b>Planregion 2</b>	<b>576</b>	<b>97</b>	<b>16,8</b>	<b>587</b>	<b>99</b>	<b>16,9</b>
Beetzsee	71	6	8,5	65	6	9,2
Groß Kreutz (H.)	73	12	16,4	70	8	11,4
Kloster Lehnin	95	12	12,9	79	22	27,8
Wusterwitz	59	11	18,6	59	11	18,6
Ziesar	51	12	23,5	47	8	17,0
<b>Planregion 3</b>	<b>349</b>	<b>53</b>	<b>15,2</b>	<b>320</b>	<b>55</b>	<b>17,2</b>
Bad Belzig	89	13	14,6	109	29	26,6
Brück	71	8	11,3	88	20	22,7
Wiesenburg/Mark	30	6	20,0	28	5	17,9
Niemegk	27	3	11,1	45	8	17,8
Treuenbrietzen	51	13	24,5	48	5	10,4
<b>Planregion 4</b>	<b>268</b>	<b>43</b>	<b>16,0</b>	<b>318</b>	<b>67</b>	<b>21,1</b>
<b>Potsdam-Mittelmark</b>	<b>1.999</b>	<b>266</b>	<b>13,3</b>	<b>1.969</b>	<b>297</b>	<b>15,1</b>
davon männlich:	1.057	180	17,0	1.020	185	18,1
davon weiblich:	942	86	9,1	949	112	11,8
eVR von PM:	1.455	182	12,5	1.401	183	13,1

<sup>3</sup> Sprach- und Sprechstörungen, Diagramm. Landesgesundheitsamt im LASV. In [www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de). Abrufdatum: 21.05.2010.

äER von PM:	544	84	15,4	568	114	20,1
Land Brandenburg <sup>4</sup>	21.303		16,7			
davon männlich:	11.248		20,2			
davon weiblich:	10.055		12,8			

Neben der Feststellung von Sprach- und Sprechstörungen bei Kita-Kindern zwischen dem 30. und 72. Lebensmonat bzw. den Einschülern durch den KJGD können auch speziell dafür qualifizierte ErzieherInnen durch entsprechende Sprachstandsfeststellungen sprachförderbedürftige Kinder im Jahr vor der Einschulung erkennen und gezielt fördern.

Folgende Instrumente nutzen die ErzieherInnen zeitlich nacheinander:

- Sprachbeobachtungsbogen für ErzieherInnen (WESPE);
- Kindersprachtest (KISTE) / nur wenn bei WESPE eine Sprachauffälligkeit festgestellt wurde;
- Sprachförderprogramm „Handlung und Sprache“.

Der folgenden Tabelle 9 kann entnommen werden, wie viele Kita-Kinder in 2008/2009 am Sprachtest KISTE teilgenommen haben und bei wie vielen ein Förderbedarf festgestellt wurde.

**Tab. 10 – Ergebnisse der Sprachstandsfeststellung in Kitas 2008/2009**

	Anzahl der Kinder, die an Sprachstandsfeststellungen teilgenommen haben	davon:				
		Anzahl der Kinder, die am Sprachtest KISTE teilgenommen haben		Anzahl der Kinder mit festgestelltem Förderbedarf - weiblich -	Anzahl der Kinder mit festgestelltem Förderbedarf - männlich -	Anteil der Kinder mit festgestelltem Förderbedarf in %
		Anzahl	in %			
PR 1	644	162	25,2	16	25	6,4
PR 2	515	320	62,1	45	47	17,9
PR 3	286	217	75,9	32	31	22,0
PR 4	283	138	48,8	21	34	19,4
<b>LK PM</b>	<b>1.728</b>	<b>837</b>	<b>48,4</b>	<b>114</b>	<b>137</b>	<b>14,5</b>

Quelle: Statistik des MBSJ, Untersuchungsjahr 2008/2009

#### Auswertung:

- Bei 15,1 % aller 2009/2010 untersuchten Einschüler in Potsdam-Mittelmark wurde eine Sprach- und Sprechstörung befundet – eine Steigerung zum Vorjahr um 1,8 %. Im Vergleich zum Land Brandenburg liegt der Landkreis Potsdam-Mittelmark aber unterm Landesdurchschnitt.
- Mit steigender Tendenz werden Sprach- und Sprechstörungen im Hinblick auf Entwicklungsstörungen am häufigsten diagnostiziert.
- Jungen sind beinahe doppelt so häufig betroffen wie Mädchen (Tendenz trifft auch für das gesamte Land Brandenburg zu).
- Sprach- und Sprechstörungen sind regional unterschiedlich stark verbreitet: Im Engeren Verflechtungsraum von PM sind die Raten niedriger als im Äußeren Entwicklungsraum von PM.
- Im gesamten Land Brandenburg zeigen Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus 3,5-fach höhere Raten im Vergleich zu Gleichaltrigen aus Familien mit hohem Sozialstatus.
- Auch die ErzieherInnen in PM ermitteln einen ähnlich hohen Prozentsatz an Kindern mit Sprachauffälligkeiten. Jungen sind bereits hier stärker betroffen als Mädchen. Die Raten liegen im äER ebenfalls höher als im eVR.

<sup>4</sup> Sprach- und Sprechstörungen, Tabelle. Landesgesundheitsamt im LASV. In [www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de). Abrufdatum: 21.05.2010.



## 2.2. Emotionale und soziale Störungen

### 2.2.1. Definition

Auf der Gesundheitsplattform des Landesgesundheitsamtes Brandenburg erhält man folgende Erläuterung zum Indikator emotionale und soziale Störungen nach Elternangaben bei Einschülern nach dem Sozialstatus:

„Zur ärztlichen Untersuchung bei den Einschulungsuntersuchungen gehört ein Anamnesebogen, in dem u. a. Verhaltensfragen enthalten sind, die Hinweise auf psychische und soziale Auffälligkeiten der Kinder geben sollen. Die Fragen für emotionale/soziale Störungen sind aus diagnostischen Befragungsinstrumenten von Esser entnommen (Esser et al. 1989; Mannheimer Elterninterview) und mit Professor Esser abgestimmt (LGA 2007). Bei hier auffälligen Kindern ist eine vertiefende Diagnostik zur weiteren Klärung indiziert.

Beispiele für Anamnesefragen nach Esser et al. 1989; vgl.:

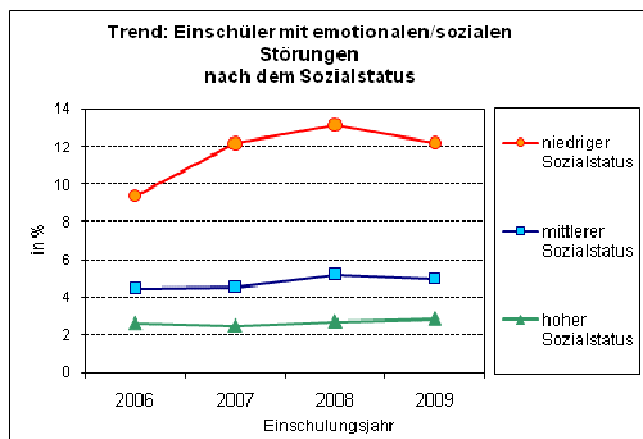
Mein Kind ...

- ist zu Hause häufig ungehorsam,
- ist im Kindergarten häufig ungehorsam,
- prügelt sich häufig mit anderen Kindern,
- wird von anderen Kindern häufig geärgert, gehänselt, verprügelt,
- hat Angst vor anderen Kindern.

Der hier verwendete Indikator ist keine medizinische Diagnose. Es handelt sich vielmehr um ein Screening-Ergebnis. Fehlende Werte gibt es bei 3 % bis 7 % der Fälle (unterschiedlich bei einzelnen Fragen). In der wissenschaftlichen Literatur wird geschätzt, dass circa 10 % der Kinder emotionale und soziale Störungen aufweisen. Die Ergebnisse aus dem Land Brandenburg unterschätzen wahrscheinlich die wirkliche Prävalenz.“<sup>5</sup>

### 2.2.2. Ergebnisse und Auswertung

**Abb. 6 – Sozialstatus zum Indikator Emotionale und soziale Störungen bei Einschülern im Land Brandenburg**<sup>6</sup>



<sup>5</sup> Emotionale u. soziale Störungen, Erläuterung. Landesgesundheitsamt im LASV. In [www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de). Abrufdatum: 21.05.2010.

<sup>6</sup> Emotionale und soziale Störungen, Diagramm. Landesgesundheitsamt im LASV. In [www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de). Abrufdatum: 03.03.2011.

**Tab. 11 – Emotionale und soziale Störungen bei Einschülern nach Ämtern und Gemeinden**

	2008/2009			2009/2010		
	Einschüler insgesamt	mit Befund	in %	Einschüler insgesamt	mit Befund	in %
Kleinmachnow	293	17	5,8	266	14	5,3
Teltow	227	34	15,0	228	28	12,3
Stahnsdorf	196	29	14,8	168	29	17,3
Nuthetal	90	3	3,3	82	1	1,2
<b>Planregion 1</b>	<b>806</b>	<b>83</b>	<b>10,3</b>	<b>744</b>	<b>72</b>	<b>9,7</b>
Werder (Havel)	203	11	5,4	223	5	2,2
Schwielowsee	104	1	1,0	89	3	3,4
Michendorf	128	3	2,3	128	3	2,3
Seddiner See	36	1	2,8	47	0	-
Beelitz	105	4	3,8	100	3	3,0
<b>Planregion 2</b>	<b>576</b>	<b>20</b>	<b>3,5</b>	<b>587</b>	<b>14</b>	<b>2,4</b>
Beetzsee	71	7	9,9	65	6	9,2
Groß Kreutz (H.)	73	4	5,5	70	2	2,9
Kloster Lehnin	95	2	2,1	79	7	8,9
Wusterwitz	59	2	3,4	59	3	5,1
Ziesar	51	4	7,8	47	2	4,3
<b>Planregion 3</b>	<b>349</b>	<b>19</b>	<b>5,4</b>	<b>320</b>	<b>20</b>	<b>6,3</b>
Bad Belzig	89	2	2,2	109	4	3,7
Brück	71	4	5,6	88	3	3,4
Wiesenburg/Mark	30	0	-	28	1	3,6
Niemegk	27	1	3,7	45	1	2,2
Treuenbrietzen	51	5	9,8	48	5	10,4
<b>Planregion 4</b>	<b>268</b>	<b>12</b>	<b>4,5</b>	<b>318</b>	<b>14</b>	<b>4,4</b>
<b>Potsdam-Mittelmark</b>	<b>1.999</b>	<b>134</b>	<b>6,7</b>	<b>1.969</b>	<b>120</b>	<b>6,1</b>
davon männlich:	1.057	91	8,6	1.020	80	7,8
davon weiblich:	942	43	4,6	949	40	4,2
eVR von PM:	1.455	107	7,4	1.401	87	6,2
äER von PM:	544	27	5,0	568	33	5,8
Land Brandenburg <sup>7</sup>	21.303		6,4			
davon männlich:	11.248		8,3			
davon weiblich:	10.055		4,2			

**Auswertung:**

- Bei 6,1 % aller 2009/2010 untersuchten Einschüler in Potsdam-Mittelmark wurden emotionale und soziale Störungen befundet – eine leichte Senkung um 0,6 % zum Vorjahr.
- Jungen sind doppelt so häufig betroffen wie Mädchen.
- Im Land Brandenburg zeigen Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus höhere Raten im Vergleich zu ihren Gleichaltrigen aus Familien mit mittlerem bzw. hohem Sozialstatus.
- Der Engere Verflechtungsraum ist leicht stärker betroffen als der Äußere Entwicklungsraum in PM. Hier fällt insbesondere der hohe Wert in der Planregion 1 auf.
- Im Vergleich zum Land Brandenburg ist der Wert in PM ähnlich dem Landesdurchschnitt.

<sup>7</sup> Emotionale und soziale Störungen, Tabelle. Landesgesundheitsamt im LASV. In [www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de). Abrufdatum: 03.03.2011.

## 2.3. Umschriebene Entwicklungsstörungen

### 2.3.1. Definition

Im Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg erhält man folgende Erläuterung zum Indikator umschriebene Entwicklungsstörung:

„Umschriebene Entwicklungsstörungen fassen eine Gruppe isolierter Leistungsstörungen zusammen, die aufgrund von spezifischen Störungen der Informationsverarbeitung und Handlungsorganisation zustande kommen. Wichtig ist, dass diese Störungen weder durch die allgemeine Intelligenz, durch bestehende psychische Störungen noch durch die Förderung der Kinder zu erklären sind.

Voraussetzungen sind: normale Intelligenz, fehlende Sinnesschädigungen, fehlende neurologische Erkrankungen und angemessene Förderung. Die Prüfung dieser Voraussetzungen ist wichtig für die differenzialdiagnostische Abgrenzung insbesondere von geistiger Behinderung, deprivierten Kindern und Kindern mit Taubheit oder Schwerhörigkeit. Unter den 3- bis 6-Jährigen finden sich ca. 9 % Kinder mit umschriebenen Entwicklungsstörungen. Insgesamt wird im Kindes- und Jugendalter eine Prävalenz von 17 % angenommen. Zu den umschriebenen Entwicklungsstörungen gehören:

umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens,  
umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen,  
umschriebene Entwicklungsstörungen der schulischen Fertigkeiten (Schulalter).

Wegen der großen Bedeutung der Sprachfunktionen (Grammatik), liegt der Schwerpunkt der Befundung auf diesem Bereich. Störungen der motorischen Funktionen werden im Befund Bewegungsstörungen erfasst.

Kinder mit einer spezifischen Lernstörung sind dadurch charakterisiert, dass sie über eine normale Intelligenz verfügen und keine Sinnesbehinderung haben. Sie haben aber extrem niedrige Leistungen in den Schulleistungsbereichen Lesen, Schreiben oder Rechnen bezogen auf die Altersnorm. Es wird angenommen, dass neuropsychologische Funktionsstörungen im Entwicklungsprozess dieser betroffenen Kinder und nicht etwa eine psychische Störung als primäre Ursache bedeutsam sind. Gleichwohl können gerade emotionale Störungen koexistieren oder sich als Folge entwickeln.

Spezifische Lernstörungen sind abzugrenzen von Lernbehinderungen gekennzeichnet durch eine niedrigere Intelligenz im Bereich IQ = 70-85.

Nur ein Viertel der von Lese-Rechtschreib-Störungen (LRS) betroffenen Kinder zeigen am Ende der Grundschulzeit eine altersgemäße Leistung. Wichtig ist bei allen Behandlungsbemühungen, dass der Entwicklung sekundärer psychischer Störungen entgegengewirkt wird. Besonders benachteiligt sind Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, die auf institutionelle Förderung in der Schule angewiesen sind.“<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg, Leitlinien zur einheitlichen Durchführung und Dokumentation der kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen, Landesgesundheitsamt Brandenburg, Mai 2008

## 2.3.2. Ergebnisse und Auswertung

Tab. 12 – Umschriebene Entwicklungsstörungen bei Einschülern nach Ämtern und Gemeinden

	2008/2009			2009/2010		
	Einschüler insgesamt	mit Befund	in %	Einschüler insgesamt	mit Befund	in %
Kleinmachnow	293	9	3,1	266	7	2,6
Teltow	227	18	7,9	228	14	6,1
Stahnsdorf	196	11	5,6	168	14	8,3
Nuthetal	90	4	4,4	82	0	-
<b>Planregion 1</b>	<b>806</b>	<b>42</b>	<b>5,2</b>	<b>744</b>	<b>35</b>	<b>4,7</b>
Werder (Havel)	203	25	12,3	223	18	8,1
Schwielowsee	104	6	5,8	89	3	3,4
Michendorf	128	6	4,7	128	6	4,7
Seddiner See	36	7	19,4	47	4	8,5
Beelitz	105	6	5,7	100	9	9,0
<b>Planregion 2</b>	<b>576</b>	<b>50</b>	<b>8,7</b>	<b>587</b>	<b>40</b>	<b>6,8</b>
Beetzsee	71	12	16,9	65	6	9,2
Groß Kreutz (H.)	73	8	11,0	70	7	10,0
Kloster Lehnin	95	12	12,6	79	12	15,2
Wusterwitz	59	9	15,3	59	10	16,9
Ziesar	51	5	9,8	47	5	10,6
<b>Planregion 3</b>	<b>349</b>	<b>46</b>	<b>13,2</b>	<b>320</b>	<b>40</b>	<b>12,5</b>
Bad Belzig	89	9	10,1	109	14	12,8
Brück	71	9	12,7	88	6	6,8
Wiesenburg/Mark	30	5	16,7	28	3	10,7
Niemegk	27	2	7,4	45	4	8,9
Treuenbrietzen	51	6	11,8	48	4	8,3
<b>Planregion 4</b>	<b>268</b>	<b>31</b>	<b>11,6</b>	<b>318</b>	<b>31</b>	<b>9,7</b>
<b>Potsdam-Mittelmark</b>	<b>1.999</b>	<b>169</b>	<b>8,5</b>	<b>1.969</b>	<b>146</b>	<b>7,4</b>
davon männlich:	1.057	126	11,9	1.020	105	10,3
davon weiblich:	942	43	4,6	949	41	4,3
eVR von PM:	1.455	100	6,9	1.401	82	5,9
äER von PM:	544	69	12,7	568	64	11,3

Auswertung:

- Bei 7,4 % aller 2009/2010 untersuchten Einschüler wurde eine umschriebene Entwicklungsstörung diagnostiziert – eine Verringerung um 1,1 % zum Vorjahr.
- Es bestehen regionale Unterschiede in PM: Die Rate im Äußeren Entwicklungsraum ist doppelt so hoch wie im Engeren Verflechtungsraum.
- Jungen sind mehr als doppelt so stark betroffen wie Mädchen.
- Es liegen uns keine Vergleichszahlen vom Land Brandenburg vor.

## 2.4. Bewegungsstörungen / Grobmotorische Störungen

### 2.4.1. Definition

Auf der Gesundheitsplattform des Landesgesundheitsamtes Brandenburg erhält man folgende Erläuterung und Interpretation zum Indikator Bewegungsstörungen bei Einschülern nach dem Sozialstatus:

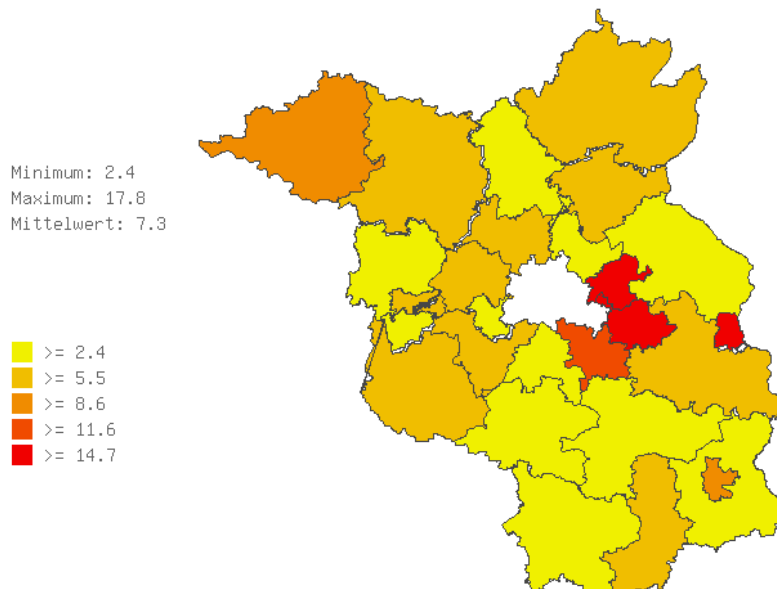
„Als Bewegungsstörungen werden einerseits umschriebene motorische Entwicklungsstörungen verstanden, andererseits Bewegungsstörungen als Folge von neurologischen und/oder orthopädischen Erkrankungen. Symptome einer umschriebenen motorischen Entwicklungsstörung sind Ungeschicklichkeit, besonders im grobmotorischen Bereich und Koordinationsschwierigkeiten. Die Feinmotorik bleibt im Allgemeinen weitgehend unberührt.

Im Bereich normaler Intelligenz sind motorische Leistungen und Intelligenzleistungen nicht korreliert. Körperliche Ungeschicklichkeit und geringe Leistungen im Sportunterricht führen häufig dazu, dass die Kinder Opfer von Hänseleien werden (Esser & Schlack 2003). Bewegungsstörungen werden auf der Grundlage von drei motorischen Tests festgestellt: Einbeinhüpfer, Einbeinstand und Seiltänzerengang vorwärts. Für den Indikator sind noch keine interpretierbaren Daten in einer längeren Zeitreihe verfügbar, weil die entsprechenden Untersuchungen erst seit 2006 im ärztlichen Untersuchungsverfahren enthalten sind (vgl. Handbuch KJGD).

Der hier verwendete Indikator ist keine medizinische Diagnose. Es handelt sich vielmehr um ein Screening-Ergebnis. Fehlende Werte gab es 2007 bei 4 % der untersuchten Kinder.“<sup>9</sup>

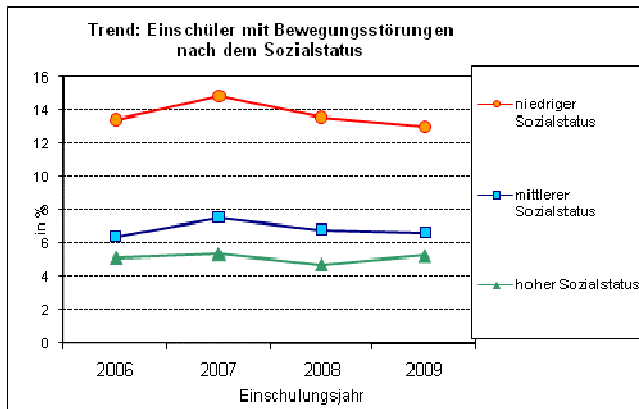
### 2.4.2. Ergebnisse und Auswertung

**Abb. 7 – Bewegungsstörungen bei Einschülern nach eVR und äER 2008/2009 in %**<sup>10</sup>



<sup>9</sup> Bewegungsstörungen, Erläuterung. Landesgesundheitsamt im LASV. In [www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de). Abrufdatum: 21.05.2010.

<sup>10</sup> Bewegungsstörungen, Karte. Landesgesundheitsamt im LASV. In [www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de). Abrufdatum: 03.03.2011.

**Abb. 8 – Sozialstatus zum Indikator Bewegungsstörungen bei Einschülern im Land Brandenburg<sup>11</sup>****Tab. 13 – Bewegungsstörungen/Motorik bei Einschülern nach Ämtern und Gemeinden**

	2008/2009			2009/2010		
	Einschüler insgesamt	mit Befund	in %	Einschüler insgesamt	mit Befund	in %
Kleinmachnow	293	14	4,8	266	15	5,6
Teltow	227	20	8,8	228	11	4,8
Stahnsdorf	196	16	8,2	168	13	7,7
Nuthetal	90	6	6,7	82	5	6,1
<b>Planregion 1</b>	<b>806</b>	<b>56</b>	<b>6,9</b>	<b>744</b>	<b>44</b>	<b>5,9</b>
Werder (Havel)	203	20	9,9	223	26	11,7
Schwielowsee	104	4	3,8	89	5	5,6
Michendorf	128	7	5,5	128	13	10,2
Seddiner See	36	8	22,2	47	8	17,0
Beelitz	105	17	16,2	100	15	15,0
<b>Planregion 2</b>	<b>576</b>	<b>56</b>	<b>9,7</b>	<b>587</b>	<b>67</b>	<b>11,4</b>
Beetzsee	71	0	0	65	0	0
Groß Kreutz (H.)	73	0	0	70	0	0
Kloster Lehnin	95	1	1,1	79	0	0
Wusterwitz	59	0	0	59	0	0
Ziesar	51	0	0	47	2	4,3
<b>Planregion 3</b>	<b>349</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>320</b>	<b>2</b>	<b>0,6</b>
Bad Belzig	89	10	11,2	109	9	8,3
Brück	71	4	5,6	88	5	5,7
Wiesenburg/Mark	30	2	6,7	28	1	3,6
Niemegk	27	5	18,5	45	3	6,7
Treuenbrietzen	51	13	25,5	48	8	16,7
<b>Planregion 4</b>	<b>268</b>	<b>34</b>	<b>12,7</b>	<b>318</b>	<b>26</b>	<b>8,2</b>
<b>Potsdam-Mittelmark</b>	<b>1.999</b>	<b>147</b>	<b>7,4</b>	<b>1.969</b>	<b>139</b>	<b>7,1</b>
davon männlich:	1.057	116	11,0	1.020	108	10,6
davon weiblich:	942	31	3,3	949	31	3,3
eVR von PM:	1.455	112	7,7	1.401	111	7,9
äER von PM:	544	35	6,4	568	28	4,9

<sup>11</sup> Bewegungsstörungen, Diagramm. Landesgesundheitsamt im LASV. In www.gesundheitsplattform.brandenburg.de. Abrufdatum: 03.03.2011.

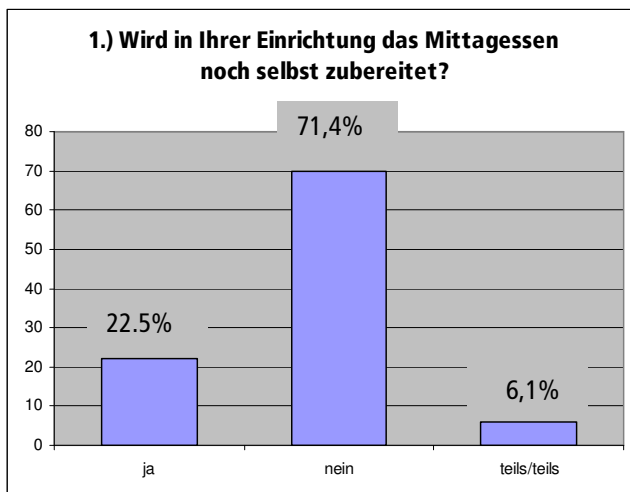
Auswertung:

- 7,1 % aller 2009/2010 untersuchten Einschüler im Landkreis Potsdam-Mittelmark weisen Bewegungsstörungen auf – das sind 0,3 % weniger als im Vorjahr.
- Jungen sind 3-fach so häufig betroffen wie Mädchen.
- Kinder im Berlin-nahen Raum (Engerer Verflechtungsraum) weisen öfter Bewegungsstörungen auf als Kinder im Berlin-fernen Raum.
- Die Ergebnisse für das gesamte Land Brandenburg wurden in der Tabelle 13 nicht dargestellt, da sie nicht hundertprozentig mit unserer Auswertung korrelieren, dennoch ist auf der Gesundheitsplattform des Landes Brandenburg ein ähnliches Ergebnis zu erfahren: Nach den Testergebnissen in der Einschulungsuntersuchung treten Bewegungsstörungen bei Jungen mehr als doppelt so häufig auf wie bei Mädchen. Der Kreisvergleich zeigt, dass Kinder im Berlin-nahen Raum öfter Bewegungsstörungen aufweisen als Kinder im Berlin-fernen Raum. Bewegungsstörungen werden deutlich häufiger bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus festgestellt. Der Anteil der Kinder die bei der Einschulungsuntersuchung Auffälligkeiten im Bereich der Motorik zeigen liegt über die letzten Jahre unverändert bei 10 %.
- Nach den Ergebnissen auf der Gesundheitsplattform liegen die Bewegungsstörungen in PM unterm Landesdurchschnitt.

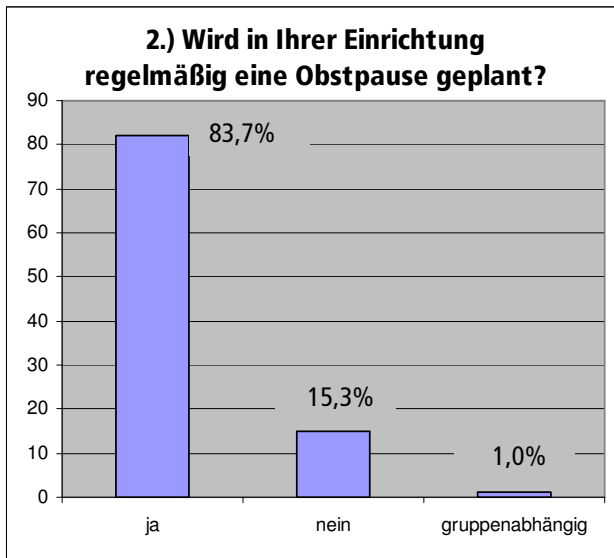
In Vorbereitung auf den ersten Gesundheitsbericht der Kinder im Landkreis Potsdam-Mittelmark bat man um Beantwortung drei kurzer Fragen im Rahmen einer Kita- Umfrage vom 05.-08.04.2011. Die Umfrage wurde über Telefonbefragungen durchgeführt. Als Grundlage für die Befragung dienten Qualitätsstandards der Bundesrepublik zur gesunden Ernährung in Kitas. Die Auswertung der Befragung aller Kindertageseinrichtungen erfolgte anonym! Die Teilnahmequote betrug 66,2 %.

Die Auswertung zu den drei Fragen ist den folgenden Abbildungen 9 bis 11 zu entnehmen. Ein Hinweis zu Abbildung 9: Nicht jede Kita bereitet vor Ort das Mittagessen zu. Die Belieferung erfolgt aber z. B. durch die benachbarte Grundschule.

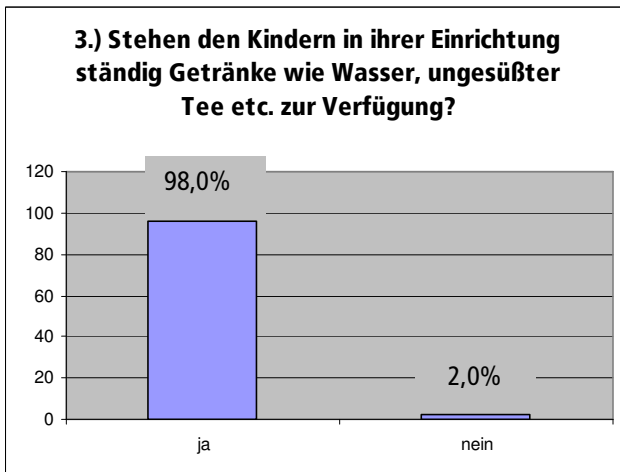
**Abb. 9 – Befragung zur Selbstzubereitung des Mittagessens in der Kita**



**Abb. 10 – Befragung zur Obstpause in der Kita**



**Abb. 11 – Befragung zu Getränken in den Kitas**





## 2.5. Frühförderung

### 2.5.1. Definition

Frühförderung betrifft Kinder von 0 bis zum Schuleintritt. Dabei wird unterschieden zwischen heilpädagogischer Frühförderung und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen wie Logopädie, Physiotherapie oder Ergotherapie. Der Förderbedarf der Kinder resultiert u. a. aus Befundungen der in den Kapiteln 2.1. bis 2.4. (Sprach- und Sprechstörungen/ emotionale und soziale Störungen/ Umschriebene Entwicklungsstörungen/ Bewegungsstörungen) dargestellten Entwicklungsstörungen. Die Leistungen der Frühförderung werden durch Frühförderstellen, Sozialpädiatrische Zentren sowie niedergelassene Therapeuten erbracht. Diese Begriffe werden wie folgt erklärt:

### Frühförderung

„Der Begriff Frühförderung (Frühe Hilfen) ist eine Sammelbezeichnung für pädagogische und therapeutische Maßnahmen für Kinder, die behindert oder von Behinderung bedroht sind. Die Maßnahmen der Frühförderung umfassen den Zeitraum der ersten Lebensjahre und können sich bis zur Einschulung erstrecken.

Man unterscheidet allgemeine Frühförderung und spezielle Frühförderung: Während sich die allgemeine Frühförderung an Kinder mit kognitiver und seelischer Behinderung sowie an Kinder, denen ohne Förderung eine entsprechende Behinderung droht, wendet, richtet sich die spezielle Frühförderung an Kinder mit Sinnesbehinderungen wie z. B. Blindheit, Sehbehinderung, Gehörlosigkeit oder Schwerhörigkeit. Liegen sowohl allgemeine Entwicklungsrückstände als auch eine Sinnesbeeinträchtigung vor, können beide Frühförderangebote ergänzend und kooperativ tätig werden.

Bei der allgemeinen Frühförderung stehen im Vordergrund in der Regel pädagogische (meist heilpädagogische) Hilfen, wie die Entwicklungsförderung, die z. B. durch geeignete und in der Regel sehr spielerische Methoden Anreize gibt. Hinzu kommen in vielen Fällen medizinisch-therapeutische Maßnahmen, wie sie z. B. durch die Krankengymnastik, die Ergotherapie, die Logopädie oder die Motopädie erbracht werden. Wirken pädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen zusammen, spricht man von einer Komplexleistung. Leistungen der Frühförderung werden vor allem in (interdisziplinären) Frühförderstellen, freien heilpädagogischen Praxen und Sozialpädiatrischen Zentren erbracht.

In der Frühförderung für Kinder mit einer Sinnesbehinderung (spezielle Frühförderung) arbeiten ausgebildete Sonderschullehrer der entsprechenden Fachrichtung. Neben der Förderung des Kindes bildet die Elternarbeit einen wichtigen Schwerpunkt.“<sup>12</sup>

Der Landkreis Potsdam-Mittelmark bedient sich für die spezielle/spezifische Frühförderung vertraglich gebundener überregional arbeitender Frühförderstellen. Dort arbeiten ausgebildete Heil- und Sonderpädagogen, Blinden- und Taubblindenpädagogen.

### Frühförderstelle

„Frühförderstellen sind Einrichtungen, die behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern in den ersten Lebensjahren“ (von 0 bis zur Einschulung) „heilpädagogische und in interdisziplinären Frühförderstellen auch medizinisch-therapeutische Hilfen bieten. Es handelt sich um Einrichtungen, die ambulant oder mobil arbeiten, das heißt, dass das dort beschäftigte Personal (zum Beispiel Heilpädagogen und Krankengymnasten) die Kinder in der elterlichen Wohnung oder im Kindergarten aufsuchen und dort die

---

<sup>12</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Frühförderung>

notwendigen Therapien durchführen. Dabei sollen die Eltern beziehungsweise die sonstigen Bezugspersonen des Kindes für dessen Bedürfnisse und Fähigkeiten sensibilisiert werden und befähigt werden, selbstständig Übungen weiterzuführen.“<sup>13</sup>

Zum Personal der Frühförderstelle in Teltow im Landkreis Potsdam-Mittelmark gehört eine Ergotherapeutin.

### **Sozialpädiatrisches Zentrum**

„Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) sind ambulante interdisziplinäre Einrichtungen. Sie bieten ergänzend zu den Praxen niedergelassener Ärzte und Therapeuten und den Frühförderstellen interdisziplinär Hilfe und Unterstützung für Kinder mit Entwicklungsstörungen und Behinderungen bzw. von Behinderung bedrohten Kindern an. Sie stehen fachlich und medizinisch unter ständiger ärztlicher Aufsicht. In sozialpädiatrischen Zentren werden anders als in Frühförderstellen Kinder und Jugendliche jeden Alters behandelt.“<sup>14</sup>

Der Landkreis Potsdam-Mittelmark beteiligt sich pauschal an den Kosten für Kinder und Jugendliche im Alter von 0 – 18 Jahren, die ihren Wohnsitz im Landkreis haben und zur Begutachtung in das SPZ in Potsdam überwiesen wurden.

### **Frühförderungsverordnung (FrühV)**

Entsprechend § 30 des SGB IX umfassen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder nichtärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten durch interdisziplinäre Frühförderstellen, wenn sie erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen oder die Behinderung durch gezielte Förderungs- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern, sowie medizinische Leistungen der fachübergreifend arbeitenden Dienste und Einrichtungen. Diese Leistungen in ihrer Gesamtheit werden entsprechend § 8 der Frühförderungsverordnung als zuständigkeitsübergreifende ganzheitliche Komplexleistung in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen (gem. § 56 SGB IX) erbracht.

Die institutionelle Form der komplexen Rehabilitationsleistungen im Rahmen der Früherkennung und Frühförderung ist in § 3 der Frühförderungsverordnung als **„Interdisziplinäre Frühförderstelle“** ausgestaltet: „Interdisziplinäre Frühförderstellen im Sinne dieser Verordnung sind familien- und wohnortnahe Dienste und Einrichtungen, die der Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern dienen, um in interdisziplinärer Zusammenarbeit von qualifizierten medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Fachkräften eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern. Leistungen durch interdisziplinäre Frühförderstellen werden in der Regel in ambulanter, einschließlich mobiler, Form erbracht.“

### **Auf der Gesundheitsplattform des Landesgesundheitsamtes Brandenburg erhält man folgende Erläuterung zum Thema Förderung für behinderte und entwicklungsgestörte Kinder:**

„Früherkennung und Förderung umfassen Angebote und Hilfen speziell für noch nicht eingeschulte behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und deren Familien. Sie orientieren sich an den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten des einzelnen Kindes in seinem Umfeld. Ziel der Förderung ist es, Störungen in der körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Entwicklung von Kindern frühzeitig zu erkennen, zu verhindern, zu heilen und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu gewährleisten. Die Eltern der betroffenen Kinder lernen Ängste abzubauen, ihre Hilflosigkeit zu überwinden und ein Fehlverhalten zu vermeiden. Je früher eine (drohende) Behinderung erkannt wird, desto eher können durch

<sup>13</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Frühförderstelle>

<sup>14</sup> [http://de.wikipedia.org/wiki/Sozialpädiatrisches\\_Zentrum](http://de.wikipedia.org/wiki/Sozialpädiatrisches_Zentrum)

eine gezielte, frühzeitig einsetzende Behandlung körperliche, geistige und seelische Beeinträchtigungen vermieden oder gemildert werden. Wichtige Förderziele sind:

- Förderung der Wahrnehmung,
- Schulung der Grob- und Feinmotorik,
- Unterstützung der Sprachentwicklung und der Kommunikation,
- Aufbau eines angemessenen Sozialverhaltens,
- Entwicklung lebenspraktischer Fertigkeiten,
- Ermutigung zu einer aktiven Auseinandersetzung mit der Umwelt und der eigenen Behinderung.

Bevor Förderung beginnt, muss interdisziplinär und gemeinsam mit den Eltern ein Förder- und Behandlungsplan mit individuellen Förderzielen und Förderschwerpunkten erarbeitet werden. Dabei sind die besonderen Bedürfnisse des Kindes und seine familiäre Situation zu berücksichtigen (familienorientierter und interdisziplinärer Ansatz). Leistungen der Förderung werden vor allem in Interdisziplinären Frühförderstellen (IFF) und Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) erbracht.<sup>15</sup>

Im Landkreis Potsdam-Mittelmark gibt es zum jetzigen Zeitpunkt noch keine interdisziplinäre Frühförderstelle im Sinne der FrühV, jedoch arbeitet die Frühförderstelle in Bad Belzig bereits nach Qualitätskriterien einer interdisziplinären Frühförderstelle über kooperative Vernetzung mit den notwendigen medizinisch-therapeutischen Angeboten.

### **Auf der Gesundheitsplattform des Landesgesundheitsamtes Brandenburg erhält man folgende Erläuterung zum Indikator Einschüler mit derzeitigen Maßnahmen der Förderung nach dem Sozialstatus:**

„Die heilpädagogische bzw. medizinisch-therapeutische Förderung von Kindern vor der Einschulung wird im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) der Gesundheitsämter erhoben. Die Untersuchungen werden jährlich bei allen Kindern vor Schuleintritt durchgeführt. Die Ärzte untersuchen den Entwicklungs- und Gesundheitszustand der Kinder mit Schwerpunkt auf solche Aspekte, die für die Teilnahme am Unterricht und für den Schulerfolg bedeutend sind (Sehen, Hören, Verhalten, Koordination, Sprachentwicklung). Weiterhin werden Körpergewicht und Größe, chronische Erkrankungen sowie die Teilnahme an Impfungen und den kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen erfasst. Bei Bedarf geben die Ärzte Hinweise auf Fördermaßnahmen. Die Teilnahme an den Untersuchungen ist für alle Kinder vor Schulbeginn verpflichtend (Brandenburgisches Schulgesetz BbgSchulG, § 37).“<sup>16</sup>

### **2.5.2. Ergebnisse und Auswertung**

Kinder, welche Frühförderung erhalten, sind nach §§ 53/54 SGB XII i. V. m § 55 SGB IX bzw. § 35a SGB VIII leistungsberechtigt (sogenannte Eingliederungshilfe, kurz: EGH). Die Kostenübernahme der nichtmedizinischen Förderung erfolgt über den Sozialleistungsträger (FD 52 – Soziales und Wohnen). Die Kostenübernahme für die rezeptpflichtigen Therapieformen, die vom niedergelassenen Kinderarzt ausgestellt werden, wie z.B. Krankengymnastik, Ergo- oder Logopädie, erfolgt dagegen über die Krankenkassen.

---

<sup>15</sup> Frühförderung, Erläuterung. Landesgesundheitsamt im LASV. In [www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de). Abrufdatum: 21.05.2010.

<sup>16</sup> Frühförderung bei Einschülern, Erläuterung. Landesgesundheitsamt im LASV. In [www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de). Abrufdatum: 21.05.2010.

**Tab. 14 – Heilpädagogische Frühförderung im Landkreis Potsdam-Mittelmark nach Ämtern und Gemeinden**

	Kinder unter 3 bis unter 8 Jahren, 31.12.2009	08/2009-07/2010			08/2010-03/2011		
		EGH, I-Kita § 53 SGB XII (Anteil Kinder u8 in %)	männlich	weiblich	EGH, I-Kita § 53 SGB XII	männlich	weiblich
Kleinmachnow	1.803	19 (1,05)	14	5	12	10	2
Teltow	1.789	35 (1,96)	20	15	27	16	11
Stahnsdorf	1.144	16 (1,40)	12	4	14	11	3
Nuthetal	596	6 (1,01)	3	3	5	2	3
<b>Planregion 1</b>	<b>5.332</b>	<b>76 (1,43)</b>	<b>49</b>	<b>27</b>	<b>58</b>	<b>39</b>	<b>19</b>
Werder (Havel)	1.513	42 (2,78)	29	13	30	23	7
Schwielowsee	741	9 (1,21)	7	2	3	2	1
Michendorf	912	3 (0,33)	2	1	3	3	-
Seddiner See	275	4 (1,45)	4	-	4	2	2
Beelitz	721	9 (1,25)	6	3	7	5	2
<b>Planregion 2</b>	<b>4.162</b>	<b>67 (1,61)</b>	<b>48</b>	<b>19</b>	<b>47</b>	<b>35</b>	<b>12</b>
Beetzsee	471	19 (4,03)	13	5	13	10	3
Groß Kreutz (Havel)	471	15 (3,18)	9	6	11	8	3
Kloster Lehnin	606	32 (5,28)	21	11	20	14	6
Wusterwitz	341	16 (4,69)	14	2	2	2	-
Ziesar	338	7 (2,07)	2	5	6	3	3
<b>Planregion 3</b>	<b>2.227</b>	<b>86 (3,86)</b>	<b>57</b>	<b>29</b>	<b>52</b>	<b>37</b>	<b>15</b>
Bad Belzig	672	23 (3,42)	19	4	26	20	6
Brück	626	15 (2,40)	9	6	11	6	5
Wiesenburg/Mark	217	12 (5,53)	9	3	7	5	2
Niemegk	263	7 (2,66)	5	2	5	3	2
Treuenbrietzen	388	14 (3,61)	8	6	10	6	4
<b>Planregion 4</b>	<b>2.166</b>	<b>71 (3,28)</b>	<b>50</b>	<b>21</b>	<b>59</b>	<b>40</b>	<b>19</b>
<b>Potsdam-Mittelmark</b>	<b>13.887</b>	<b>300 (2,16)</b>	<b>204</b> = 68,0 %	<b>96</b> = 32,0 %	<b>216</b>	<b>151</b> = 69,9 %	<b>65</b> = 30,1 %
eVR von PM:	<b>9.965</b>	158 (1,59) = 52,7 % von 300			116 = 53,7 % von 216		
äER von PM:	<b>3.922</b>	142 (3,62) = 47,3 % von 300			100 = 46,3 % von 216		

Quelle: ProSoz; eigene Berechnungen

Die heilpädagogische Frühförderung erfolgt ambulant in mobiler Form. Kinder mit einem hohen Bedarf an Betreuung/Förderung (teilstationär-heilpädagogisch) besuchen sogenannte Integrationskindertagesstätten (I-Kita) oder die Kinder erhalten individuelle bedarfsgerechte Einzelintegration in Regelkindertagesstätten. In Tabelle 14 sind die für den Berichtszeitraum 08/2009-07/2010 und den angefangenen Berichtszeitraum ab 08/2010 erfassten Kinder im Alter von unter 3 bis unter 8 Jahren aufgeführt.

Im Landkreis Potsdam-Mittelmark gibt es zwei Frühförderstellen, die allgemeine heilpädagogische Frühförderung erbringen. Das Evangelische Diakonissenhaus Berlin Teltow Lehnin ist Träger der Frühförderstelle in Teltow mit einer Außenstelle in Lehnin. Diese ist zuständig für die heilpädagogische Frühförderung in den PR 1 und 2 sowie teilweise für die PR 3 (Beetzsee, Groß Kreutz, Kloster Lehnin). Das Johanniter-Krankenhaus in Bad Belzig ist Träger der zweiten Frühförderstelle. Sie ist zuständig für die PR 4 und teilweise für die PR 3 (Wusterwitz, Ziesar). Obwohl ihre Arbeitsweise schon interdisziplinär ausgerichtet

ist und der Förder- und Behandlungsplan zur Anwendung kommt, ist sie keine interdisziplinäre Frühförderstelle im Sinne der Frühförderungsverordnung, deren Umsetzung zur Erbringung der Komplexleistung berechtigt. Hier befindet sich der Landkreis im intensiven Dialog mit den Leistungsanbietern.

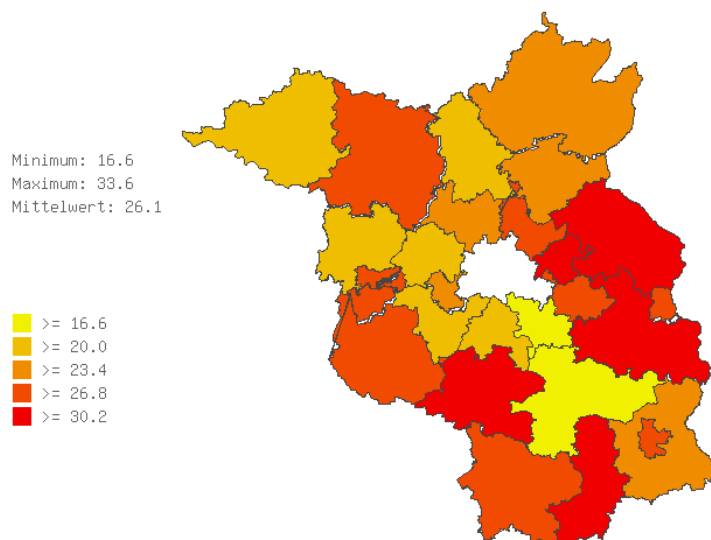
Auf der Gesundheitsplattform des Landes Brandenburg sind Auswertungen zur Frühförderung bei den Einschülern dargestellt. Dabei wurden die heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen teilweise zusammengerechnet (siehe Abb. 12 und 13 sowie Tab. 15).

**Tab. 15 – Einschüler mit Maßnahmen der Förderung 2008/2009<sup>17</sup>**

Gebiet	Untersuchte Anzahl Kinder	Kinder mit Förderung* in %	Kinder mit heilpädagogischer Frühförderung in %	Kinder mit medizinisch-therapeutischen Maßnahmen** in %	Kinder mit Logopädie in %	Kinder in Physiotherapie in %	Kinder in Ergotherapie in %
Potsdam-Mittelmark	1.999	24,0	6,1	21,9	14,7	1,8	9,9
Land Brandenburg	21.303	25,8	7,6	22,8	16,7	1,9	9,0

\*Heilpädagogische Frühförderung oder medizinisch-therapeutische Maßnahmen; \*\*dazu gehören: Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie

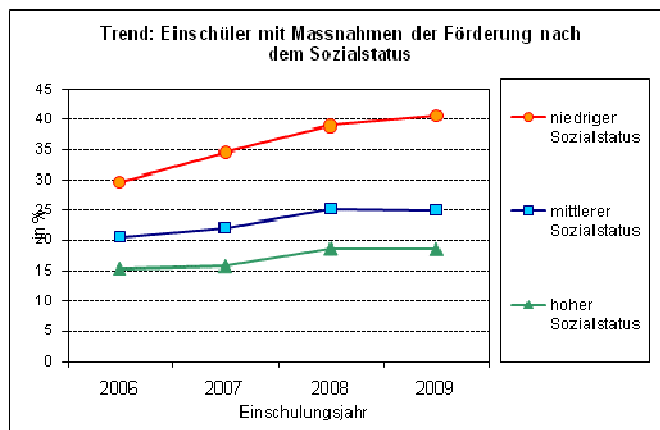
**Abb. 12 – Maßnahmen der Förderung (Heilpädagogik und medizinisch-therapeutische Maßnahmen) bei Einschülern nach eVR und äER 2008/2009 in %<sup>18</sup>**



<sup>17</sup> Förderung nach dem Sozialstatus, Tabelle. Landesgesundheitsamt im LASV. In [www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de). Abrufdatum: 21.05.2010.

<sup>18</sup> Förderung nach dem Sozialstatus, Karte. Landesgesundheitsamt im LASV. In [www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de). Abrufdatum: 03.03.2011.

**Abb. 13 – Sozialstatus zum Indikator Maßnahmen der Förderung bei Einschülern im Land Brandenburg**<sup>19</sup>



#### Auswertung:

- Im äER sind im Verhältnis zur Anzahl Kinder mehr Kinder in Frühförderung als im eVR.
- Es befinden sich mehr Jungen als Mädchen in der heilpädagogischen Frühförderung.
- Kinder mit niedrigem Sozialstatus sind häufiger in Frühförderung als ihre Altersgenossen.
- Ein erst bei der Einschulungsuntersuchung entdeckter Förderbedarf führt mitunter zur Schulrückstellung. Dies kann durchaus vermieden werden, indem der Förderbedarf wesentlich früher z. B. durch den KJGD (Reihenuntersuchungen) oder den Kinderarzt (U-Untersuchungen) erkannt wird. Je früher mit einer entsprechenden Förderung begonnen wird, desto besser. Hier zeigt sich, wie wichtig die Reihenuntersuchungen auch über den gesetzlich festgelegten Zeitraum (30. bis 42. Lebensmonat) hinaus sind, insbesondere auch für Hauskinder. Mögliche Störungen können sich auch nach dem 42. Lebensmonat einstellen.

#### Frühförderstelle Bad Belzig:

- Im Jahr 2009 wurden von insgesamt 49 in der Frühförderstelle des Johanniter-Krankenhauses in Bad Belzig behandelten Kindern 30 aufgrund emotionaler und sozialer Störungen therapiert. Das sind 61,2 %, von denen wiederum 63,3 % zusätzlich Sprach- und Sprechstörungen aufwiesen.
- Im Jahr 2010 wurden von insgesamt 44 in der Frühförderstelle des Johanniter-Krankenhauses in Bad Belzig behandelten Kindern 29 aufgrund emotionaler und sozialer Störungen therapiert. Bei gering gesunkener Fallzahl gegenüber 2009 stieg jedoch der relative Anteil der Kinder mit Befund auf knapp 66 % an, von denen wiederum 69 % Sprach- und Sprechstörungen aufwiesen. Somit erhöhte sich der Anteil Kinder, die neben emotionalen und sozialen Störungen ebenfalls Sprach- und Sprechstörungen aufwiesen, um 6 Prozentpunkte.
- Nach Analyse der für die PR 4 und teilweise 3 zuständigen Frühförderstelle betrug jeweils in beiden Erfassungszeiträumen der Anteil der Jungen ca. 60 %. 50-70 % der Kinder stammen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus.  
Das durchschnittliche Alter der Kinder in Frühförder-Maßnahmen lag bei 4,8 Jahren. Auffällig im Vergleich zu den Vorjahren und dem für den Einzugsbereich üblichen höheren Eintrittsaltersdurchschnitt war in 2010 der vermehrte Zugang von Kindern mit niedrigerem Eintrittsalter von 3,5 – 3,6 Jahren.
- Nach dem statistischen Jahresbericht 2010 konnte seitens des Trägers keine objektive Aussage getroffen werden bezüglich zusätzlicher Therapien im Sinne einer Komplexleistung, da Eltern nur eine Empfehlung erhalten. Die erforderliche Verordnung der medizinisch-therapeutischen Interventionen obliegt aktuell ausschließlich den niedergelassenen Kinder- bzw. Fachärzten.

<sup>19</sup> Förderung nach dem Sozialstatus, Diagramm. Landesgesundheitsamt im LASV. In [www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de). Abrufdatum: 03.03.2011.

#### Frühförderstelle Teltow/Lehnin:

- Nach Einschätzung der für die Versorgung in den PR 1, 2 und teilweise 3 zuständigen Frühförderstelle des Evangelischen Diakonissenhauses Berlin Teltow Lehnin wiesen im Erfassungszeitraum 2010 mindestens 50 % aller Frühförder-Kinder umschriebene Entwicklungsstörungen gekoppelt mit emotionalen und sozialen Störungen auf mit steigender Tendenz.
- Nach dem statistischen Jahresbericht 2010 erhielten 57 % der betreuten Kinder zusätzlich noch Therapien (z. B. Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie).
- Im Durchschnitt sind die Kinder zu Beginn der Frühförderung knapp 4 Jahre alt.

#### Einschüler 2008/2009:

- Auf der Gesundheitsplattform des Landesgesundheitsamtes Brandenburg erhält man folgende Interpretation zum Indikator Einschüler mit derzeitigen Maßnahmen der Förderung nach dem Sozialstatus:
  - „Durchschnittlich ein Viertel aller Brandenburger Kinder, die zur Einschulungsuntersuchung kommen, wird im Jahr vor der Einschulung mit medizinisch-therapeutischen Maßnahmen und Heilpädagogik betreut. Die Spanne zwischen den einzelnen Kreisen ist aber mit über 15 Prozentpunkten zwischen den Landkreisen Dahme-Spreewald und Havelland mit je 20,4 % und dem Landkreis Oberspreewald-Lausitz mit 33,3 % doch sehr hoch. Es darf vermutet werden, dass dies nicht aus dem geringeren Förderbedarf der Kinder, sondern aus dem Mangel an Therapeuten in einigen Gebieten von Brandenburg resultiert.
  - Kinder aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus werden doppelt so häufig gefördert wie Kinder aus Familien mit einem hohen Sozialstatus. Der Förderbedarf der Kinder resultiert aus emotionalen und sozialen Störungen, Sprach- und Sprechstörungen, Bewegungsstörungen sowie ADHS, die sich bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien überdurchschnittlich häufig finden.
  - In den letzten zehn Jahren ist der Anteil der Kinder vor der Einschulung, die mit medizinisch-therapeutischen Maßnahmen betreut werden in Brandenburg von 11 % auf 23 % gestiegen. Der Anteil der physiotherapeutisch betreuten Kinder ist mit etwa 2 % über den gesamten Zeitraum stabil. Der Anteil der von Logopäden betreuten Kinder hat sich von 10 % auf 17 % erhöht. Ergotherapeutisch betreut werden heute 9 % der Einschüler, während es 1999 nur 1,2 % waren.
  - MitarbeiterInnen im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und auch in den Frühförderstellen beobachten seit Jahren eine deutliche Zunahme des Anteils von Kindern, die Defizite in ihrer körperlichen und auch geistigen Entwicklung aufweisen. Dies erklärt den erhöhten Förderbedarf.“<sup>20</sup>
- Betrachtet man die Einschüler insgesamt nach Frühförderung bzw. getrennt nach heilpädagogischer und medizinisch-therapeutischer Förderung, so liegt der Anteil betroffener Kinder in PM immer etwas unterm Landesdurchschnitt.

---

<sup>20</sup> Förderung nach dem Sozialstatus, Interpretation. Landesgesundheitsamt im LASV. In [www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de). Abrufdatum: 03.03.2011.

### 3. Untersuchungsergebnisse ZÄD

#### 3.1.1. Definition Zahn- und Mundgesundheit

Im sechsten Beitrag zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung des Landes Brandenburg heißt es:

„Ein gesunder Mund mit gesunden Zähnen ist nicht nur entscheidend für die Kaufunktion, Lebensqualität und Ästhetik, sondern ganz besonders für die Sprach- und Kommunikationskompetenz der Kinder. Nur mit gesunden Zähnen und einer regelrechten Zahn- und Kieferstellung ist eine ungestörte Sprachentwicklung möglich. Zahnstatus und Sanierungsgrad der Zähne können außerdem ein sensibler Indikator für einen besonderen Bedarf an Unterstützung für Kinder sein. Der fortschreitende Zerfall dieses Körperorgans ohne Veranlassung der notwendigen Therapie ist auch eine Gefährdung des Kindeswohls.“<sup>21</sup>

Auf der Gesundheitsplattform des Landesgesundheitsamtes Brandenburg erhält man folgende Erläuterung zu den Indikatoren der Zahngesundheit 5- bzw. 12-Jähriger:

„Definition Anteil kariesfreier (Milch-)Gebisse 5 Jahre (12 Jahre) alter Kinder:

Der Indikator weist den prozentualen Anteil der Kinder mit kariesfreiem Milchgebiss im Alter von 5 Jahren aus und ist somit im engeren Sinne ein Gesundheitsindikator. *(Der Indikator weist den prozentualen Anteil der Kinder mit kariesfreiem Gebiss im Alter von 12 Jahren aus und ist somit im engeren Sinne ein Gesundheitsindikator.)*

Definition dmf-t-Index 5 Jahre alter Kinder (Definition DMF-T-Index 12 Jahre alter Kinder):

Der dmf-t-Index (*DMF-T-Index*) ist ein von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlener Indikator zur Beschreibung der Mundgesundheit. Er ist ein statistischer Gradmesser für die Schwere bzw. Auswirkung einer Karieserkrankung (sog. „Kariesbefall“). Weltweit gebräuchlich, dient er zur Dokumentation der Ausprägung des durchschnittlichen Kariesbefalls in Bevölkerungsgruppen.

Für jedes Kind wird er auf der Grundlage der standardisierten zahnärztlichen Untersuchung ermittelt und ist jeweils zwischen Gleichaltrigen vergleichbar. Er setzt sich aus den Komponenten d = decayed (kariös), m = missing (fehlend auf Grund von Karies) und f = filled (gefüllt) zusammen, t bedeutet Zähne (teeth). Die kleinen Buchstaben stehen für Milchzähne. Der Index ist im Milch- und bleibenden Gebiss gebräuchlich. In die Bewertung gehen alle 20 Milchzähne ein (dmf-t max. 20). Bei einem kariesfreien Gebiss ist der durchschnittliche dmf-t gleich 0. *(Er setzt sich aus den Komponenten D = decayed (kariös), M = missing (fehlend auf Grund von Karies) und F = filled (gefüllt) zusammen, T bedeutet Zähne (teeth). Die großen Buchstaben stehen für bleibende Zähne. Der Index ist im Milch- und bleibenden Gebiss gebräuchlich. In die Bewertung gehen alle 28 bleibenden Zähne ein (DMF-T max. 28). Bei einem kariesfreien Gebiss ist der durchschnittliche DMF-T gleich 0.)* Je höher der Index, desto mehr Karies hatten bzw. haben die untersuchten Kinder. Aus Analysen zur Zahn- und Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen geht hervor, dass ungünstige sozioökonomische Verhältnisse mit höheren dmf-t Werten einhergehen.

Karies (Zahnfäule) und Parodontopathien (Zahnfleisch- und Zahnhalteapparaterkrankungen) sind die am weitesten verbreiteten ernährungsbedingten Zivilisationskrankheiten. Über 90 % der Bevölkerung sind davon betroffen. Aus Analysen zur Zahn- und Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen geht hervor, dass bei ungünstigen sozioökonomischen Verhältnissen der Anteil kariesfreier Gebisse niedriger ist. Insbesondere im Kindesalter kann das Auftreten der Karies weitgehend vermieden werden, da die Entstehungsursachen bekannt sind. Die Verhütung von Zahnerkrankungen umfasst u.a. altersgerechte Mundhygiene- und Fluoridierungsmaßnahmen, Ernährungslenkung und die regelmäßige Überwachung des Zahnstatus. Rechtzeitige Behandlung erkrankter Zähne verhindert Folgeerkrankungen und im Kindesalter Fehlentwicklungen der Zahn- und Kieferstellung.

<sup>21</sup> Gesunde Zähne für ein fröhliches Lächeln – Zur Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg, Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 6, Land Brandenburg, November 2008; S. 9



Karies und ihre Folgeerkrankungen sind gesundheitspolitisch bedeutsam, da sie Auswirkungen auf die Gesundheit insgesamt haben und die Behandlung sehr kostenintensiv ist. Der Gesetzgeber hat deshalb die Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen in den §§ 21, 22 und 26 des Sozialgesetzbuches V verankert. § 21 umfasst Maßnahmen der Gruppenprophylaxe, § 22 Maßnahmen der Individualprophylaxe und § 26 die Früherkennungsuntersuchungen.“<sup>22</sup>

Im Schuljahr 2009/2010 hat der ZÄD unseres Landkreises an einem Kooperationsprojekt des Landesgesundheitsamtes Brandenburg und der Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde des Universitätsklinikums Jena mitgearbeitet. Das Landesgesundheitsministerium hat das Projekt befürwortet und begleitet. Es wurden Zusammenhänge zwischen der Mundgesundheit und den Zahnpflegegewohnheiten von Kleinkindern untersucht. Um Eltern zukünftig noch besser beim gesunden Aufwachsen ihrer Kinder unterstützen zu können, wurde zudem eine Elternbefragung durchgeführt. Im Jahr 2011 werden die Ergebnisse dieses Kooperationsprojektes vorliegen, von denen sich alle Beteiligten neue Impulse für die gemeinsame und erfolgreiche Arbeit erhoffen.

### 3.1.2. Ergebnisse und Auswertung

In den vergangenen Untersuchungsjahren wurde das Untersuchungspotenzial des ZÄD insbesondere auf die Bereiche Kita sowie Grund- und Förderschulen konzentriert. Die Tagespflegestellen werden zunehmend mit integriert. Der Betreuungsgrad der Kinder in den Kitas, welche aufgesucht wurden, konnte in den zurückliegenden neun Jahren (2001/2002-2009/2010) von 78 auf bis zu 85 % gesteigert werden. Im Durchschnitt liegt er bei 82 %. Bei den Grund- und Förderschulen konnte die Untersuchungsleistung ebenfalls über die Jahre optimiert werden. Sie liegt hier im Durchschnitt bei 90 bzw. 84 %.

Die Untersuchungsergebnisse des ZÄD insbesondere aus den letzten beiden Untersuchungsjahren 2008/2009 und 2009/2010 sind nachfolgend, teilweise regional auf Ebene der 19 Ämter, Städte und Gemeinden, dargestellt. An erster Stelle werden entsprechend den Brandenburger Zahn- und Mundgesundheitszielen Nr. 1 und 2 die aktuellen Ergebnisse zur Zahn- und Mundgesundheit der 5- und 12-Jährigen aufgezeigt.

#### Ziel Nr. 1:

**„Kita-Kinder haben im Alter von 5 Jahren überwiegend (60 %) kariesfreie Milchzähne. Milchzahnkaries wird frühzeitig erkannt und behandelt.“**

---

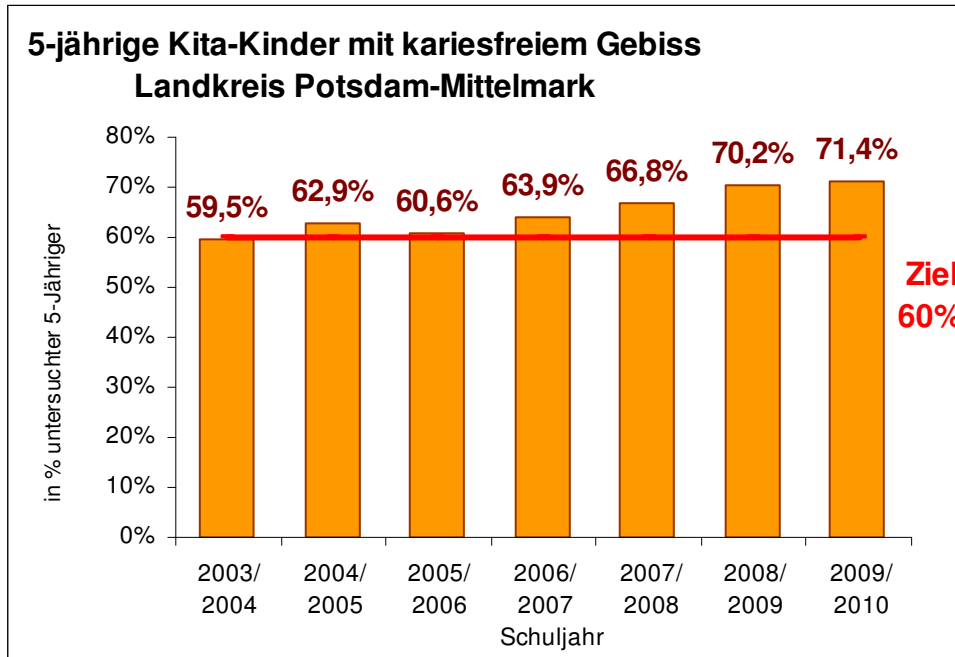
Das Brandenburger Zahn- und Mundgesundheitsziel Nr. 1 konnte auch im Untersuchungsjahr 2009/2010 erreicht werden. Gegenüber dem Vorjahreszeitraum kann wiederum eine Verbesserung von 1,2 % auf insgesamt 71,4 % festgestellt werden. Der Anteil 5-Jähriger mit einem kariesfreien Gebiss ist im Landkreis Potsdam-Mittelmark seit Jahren einer der höchsten Werte im Land Brandenburg im Vergleich zu den anderen Landkreisen und kreisfreien Städten. Im gesamten Land Brandenburg lag der Wert 2009/2010 bei 63,4 %. Durchschnittlich ist der Anteil 5-Jähriger mit kariesfreiem Gebiss im Engeren Verflechtungsraum höher als im Äußeren Entwicklungsraum, so auch im Landkreis Potsdam-Mittelmark (siehe Abb. 14 und 15).

Der dmf-t-Index der 5-Jährigen im Landkreis Potsdam-Mittelmark sinkt entsprechend seit Jahren. In 2009/2010 lag er bei 0,98. Wie er sich zurückliegend entwickelt hat, macht die Abbildung 16 deutlich.

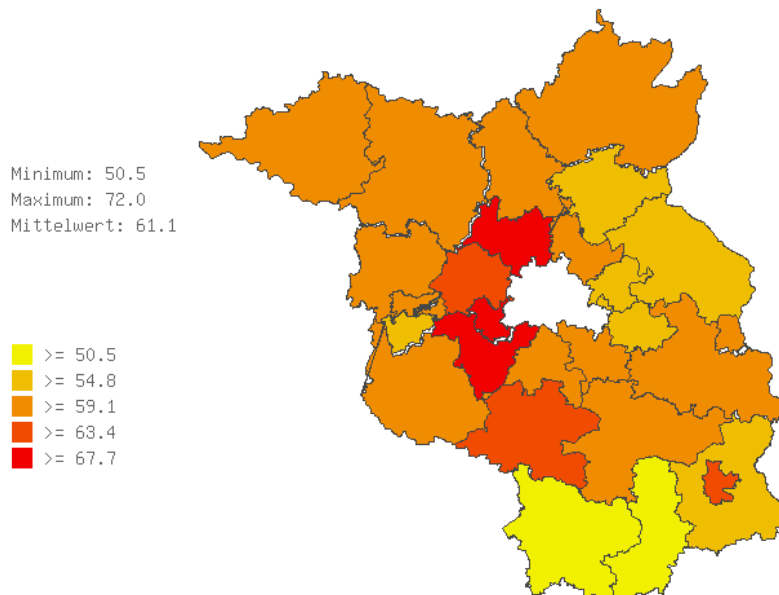
---

<sup>22</sup> Zahngesundheit 5- bzw. 12-Jähriger, Erläuterung. Landesgesundheitsamt im LASV. In [www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de). Abrufdatum: 21.03.2011.

**Abb. 14 – Entwicklung kariesfreies Gebiss bei den 5-Jährigen im Landkreis Potsdam-Mittelmark**

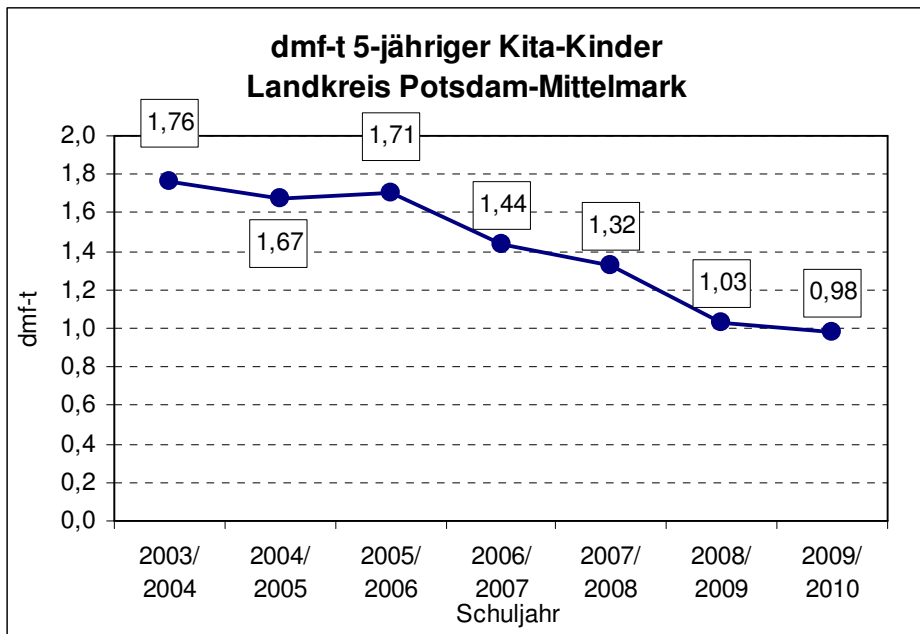


**Abb. 15 – Anteil 5-Jähriger mit kariesfreiem Gebiss im Land Brandenburg 2008/2009 in % <sup>23</sup>**



<sup>23</sup> Zahngesundheit 5-Jähriger, Karte. Landesgesundheitsamt im LASV. In [www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de). Abrufdatum: 21.05.2010.

**Abb. 16 – Entwicklung dmf-t-Index 5-Jähriger im Landkreis Potsdam-Mittelmark**

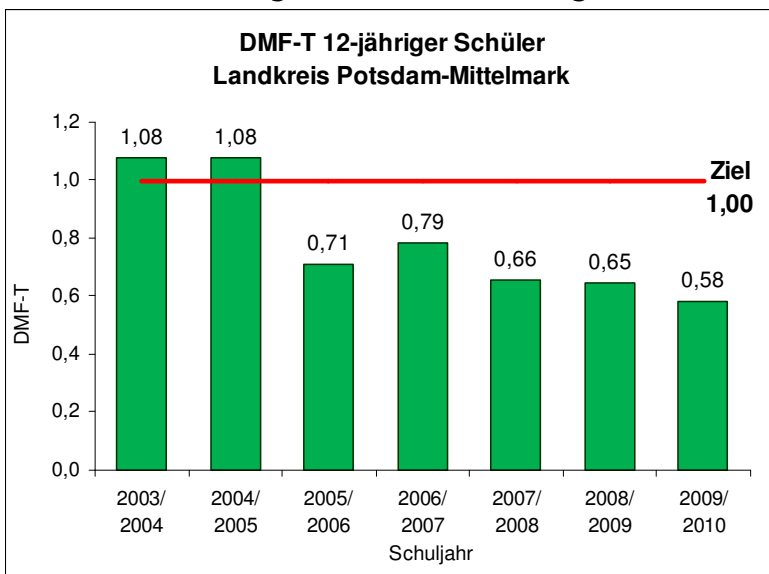


**Ziel Nr. 2:**

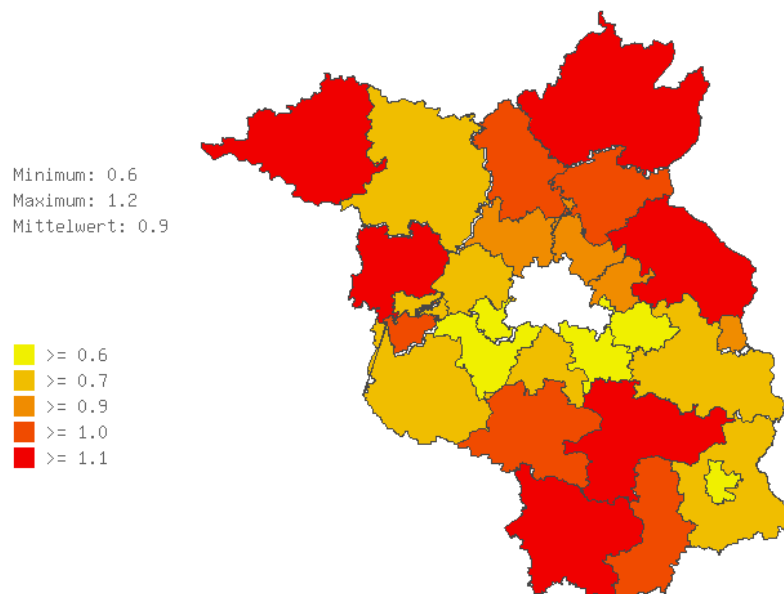
**„12 Jahre alte SchülerInnen haben nur an durchschnittlich einem Zahn Karieserfahrung und ein funktionell intaktes Gebiss.“**

Dem Ziel Nr. 2 wird ein DMF-T-Index von 1,00 zugrunde gelegt. Der DMF-T-Index lag 2009/2010 bei den 12-Jährigen im Land Brandenburg bei 0,80 bzw. im Landkreis Potsdam-Mittelmark bei 0,58. Jeweils deutlich unter dem gesetzten Ziel von 1,00. Wie sich der DMF-T-Index 12-Jähriger im Landkreis Potsdam-Mittelmark entwickelt hat, zeigt die Abbildung 17. Ein deutlicher Unterschied ist wiederum zwischen dem Engeren Verflechtungsraum und dem Äußeren Entwicklungsraum zu finden, wie Abbildung 18 deutlich macht.

**Abb. 17 – Entwicklung DMF-T-Index 12-Jähriger im Landkreis Potsdam-Mittelmark**



**Abb. 18 – DMF-T-Index 12-jähriger Kinder im Land Brandenburg 2008/2009**



**Ergebnisse der Untersuchungen der Kita-Kinder einschließlich Tagespflege sowie der Grund- und Förderschulkinder nach Alter bzw. nach Ämtern, Städten und Gemeinden**

In der folgenden Tabelle 16 wird der Gebissstatus der untersuchten Kita-Kinder sowie Grund- und Förderschüler nach Altersstufen dargestellt. Das Gesamtergebnis zum Gebissstatus der Kita-Kinder nach naturgesund und behandlungsbedürftig wird in der Tabelle 17 auf die 19 Ämter, Städte und Gemeinden des Landkreises „heruntergebrochen“.

Der Gebissstatus der Grundschüler nach naturgesund und behandlungsbedürftig wird in der Tabelle 18 für die Ämter, Städte und Gemeinden des Landkreises dargestellt. Die Ergebnisse zu den Förderschülern wurde hier herausgerechnet, da die Förderschüler an einigen wenigen Standorten gemeindeübergreifend untergebracht sind und somit das einzelne regionale Ergebnis durchaus beeinflusst hätten. Dementsprechend stellt sich auch das Gesamtergebnis etwas abweichend zur Tabelle 16 dar.

**Tab. 16 – Anteil Kinder mit naturgesundem, saniertem bzw. behandlungsbedürftigem Gebiss**

		2008/2009			2009/2010		
		natur-gesund	saniert	behandlungs-bedürftig	natur-gesund	saniert	behandlungs-bedürftig
Kita / Tages-pflege	0 Jahre	100 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %
	1 Jahr	99,7 %	0 %	0,3 %	100 %	0 %	0 %
	2 Jahre	96,5 %	0,5 %	3,1 %	97,2 %	0,4 %	2,5 %
	3 Jahre	88,4 %	1,9 %	9,7 %	89,6 %	1,8 %	8,6 %
	4 Jahre	81,1 %	5,3 %	13,6 %	78,7 %	6,2 %	15,0 %
	5 Jahre	70,2 %	11,6 %	18,2 %	71,4 %	12,6 %	16,0 %
	6 Jahre	60,8 %	16,0 %	23,2 %	59,6 %	15,9 %	24,6 %
	<b>2-6 Jahre</b>	<b>81,2 %</b>	<b>6,0 %</b>	<b>12,7 %</b>	<b>81,2 %</b>	<b>6,6 %</b>	<b>12,3 %</b>
	<b>insgesamt</b>	<b>82,5 %</b>	<b>5,6 %</b>	<b>11,9 %</b>	<b>83,4 %</b>	<b>5,8 %</b>	<b>10,8 %</b>
Grund- und	Klasse 1	49,0 %	22,0 %	29,0 %	56,0 %	19,1 %	24,9 %
	Klasse 2	42,9 %	28,2 %	28,9 %	44,1 %	29,1 %	26,8 %

## Teil B

Förder- schüler	Klasse 3	39,7 %	33,9 %	26,4 %	42,0 %	35,2 %	22,7 %
	Klasse 4	66,7 %	22,2 %	11,0 %	61,3 %	26,5 %	12,2 %
	Klasse 5	79,5 %	17,0 %	3,5 %	82,5 %	14,1 %	3,4 %
	Klasse 6	74,8 %	21,1 %	4,1 %	76,1 %	20,2 %	3,8 %
	<b>insgesamt</b>	<b>58,1 %</b>	<b>24,3 %</b>	<b>17,6 %</b>	<b>60,3 %</b>	<b>23,9 %</b>	<b>15,8 %</b>

Tab. 17 – Untersuchung Kita-Kinder einschließlich Tagespflege in 2008/2009 und 2009/2010

	2008/2009			2009/2010		
	Anzahl untersuchter Kinder	natur- gesundes Gebiss in %	behandlungs- bedürftig in %	Anzahl untersuchter Kinder	natur- gesundes Gebiss in %	behandlungs- bedürftig in %
Kleinmachnow	621	89,7	4,5	473	88,6	6,3
Teltow	728	85,0	9,5	787	87,2	7,5
Stahnsdorf	412	85,7	7,8	393	86,8	7,6
Nuthetal	96	82,3	13,5	60	81,7	11,7
<b>Planregion 1</b>	<b>1.857</b>	<b>86,6</b>	<b>7,6</b>	<b>1.713</b>	<b>87,3</b>	<b>7,4</b>
Werder (Havel)	653	78,7	16,4	720	78,2	14,4
Schwielowsee	228	89,5	6,1	179	89,9	5,6
Michendorf	402	84,8	10,0	317	84,9	11,0
Seddiner See	93	78,5	16,1	123	85,4	12,2
Beelitz	313	82,1	12,8	282	83,0	11,3
<b>Planregion 2</b>	<b>1.689</b>	<b>82,2</b>	<b>12,8</b>	<b>1.621</b>	<b>82,2</b>	<b>12,1</b>
Beetzsee	215	77,2	19,1	196	79,6	16,8
Groß Kreutz (H.)	199	73,4	21,1	194	82,5	10,8
Kloster Lehnin	261	77,4	14,9	270	75,9	17,0
Wusterwitz	111	72,1	23,4	117	82,1	12,0
Ziesar	172	81,4	12,8	159	78,0	17,0
<b>Planregion 3</b>	<b>958</b>	<b>76,6</b>	<b>17,7</b>	<b>936</b>	<b>79,2</b>	<b>15,1</b>
Bad Belzig	266	75,6	15,0	259	80,3	12,0
Brück	282	89,4	7,4	296	86,5	9,5
Wiesenburg/Mark	119	71,4	19,3	92	70,7	14,1
Niemegk	117	86,3	7,7	115	87,8	7,0
Treuenbrietzen	183	78,7	15,8	201	78,6	13,4
<b>Planregion 4</b>	<b>967</b>	<b>81,0</b>	<b>12,6</b>	<b>963</b>	<b>81,8</b>	<b>11,1</b>
<b>Potsdam- Mittelmark</b>	<b>5.471</b>	<b>82,5</b>	<b>11,9</b>	<b>5.233</b>	<b>83,2</b>	<b>10,9</b>
eVR von PM:	3.745	83,9	10,7	3.528	84,7	9,7
äER von PM:	1.726	79,4	14,5	1.705	80,3	13,3

**Tab. 18 – Untersuchung Grundschul Kinder in 2008/2009 und 2009/2010**

	2008/2009			2009/2010		
	Anzahl untersuchter Kinder	natur- gesundes Gebiss in %	behandlungs- bedürftig in %	Anzahl untersuchter Kinder	natur- gesundes Gebiss in %	behandlungs- bedürftig in %
Kleinmachnow	1.248	74,8	9,1	675	73,0	8,4
Teltow	1.066	62,2	14,0	1.045	64,7	13,6
Stahnsdorf	636	61,6	17,5	139	60,4	18,0
Nuthetal	144	54,9	21,5	427	64,2	14,1
<b>Planregion 1</b>	<b>3.094</b>	<b>66,8</b>	<b>13,1</b>	<b>2.286</b>	<b>66,8</b>	<b>12,4</b>
Werder (Havel)	928	49,7	21,9	934	56,2	17,6
Schwielowsee	443	60,9	13,3	136	64,0	11,0
Michendorf	634	58,7	17,4	697	62,6	14,6
Seddiner See	0	0	0	0	0	0
Beelitz	537	54,6	20,1	537	60,5	17,1
<b>Planregion 2</b>	<b>2.542</b>	<b>54,9</b>	<b>18,9</b>	<b>2.304</b>	<b>59,6</b>	<b>16,2</b>
Beetzsee	343	46,6	25,9	292	50,7	19,9
Groß Kreutz (H.)	359	47,4	24,5	352	47,2	24,1
Kloster Lehnin	452	50,0	23,5	451	51,9	19,1
Wusterwitz	215	48,8	22,8	243	56,0	21,0
Ziesar	302	49,7	20,2	298	53,7	15,8
<b>Planregion 3</b>	<b>1.671</b>	<b>48,5</b>	<b>23,5</b>	<b>1.636</b>	<b>51,6</b>	<b>20,0</b>
Bad Belzig	437	51,0	21,1	454	52,0	19,2
Brück	473	59,8	17,5	459	63,6	17,4
Wiesenburg/Mark	177	47,5	20,3	163	44,8	19,0
Niemegk	159	56,6	18,9	171	66,1	9,4
Treuenbrietzen	370	57,3	16,8	255	50,2	25,1
<b>Planregion 4</b>	<b>1.616</b>	<b>55,2</b>	<b>18,8</b>	<b>1.502</b>	<b>56,1</b>	<b>18,5</b>
<b>Potsdam- Mittelmark</b>	<b>8.923</b>	<b>57,9</b>	<b>17,7</b>	<b>7.728</b>	<b>59,3</b>	<b>16,3</b>
eVR von PM:	5.995	60,6	15,5	4.942	62,0	15,0
äER von PM:	2.928	52,4	22,3	2.786	54,6	18,7

Auswertung:

- Haben die unter 2-Jährigen noch zu 100 % naturgesunde Gebisse, sind es bei den 2- bis 6-Jährigen noch 81,2 %. In der Grundschulzeit verringert sich dieser Wert allerdings auf bis zu 60,3 % (2009/2010).
- Dennoch hat sich die Zahn- und Mundgesundheit der Kinder im Landkreis in den zurückliegenden Jahren stetig verbessert. In 2007/2008 hatten nur 80,5 % der 2- bis 6-Jährigen ein naturgesundes Gebiss, bei den Grund- und Förderschülern lag der Wert bei 57,2 % (eine Steigerung um 3%!).
- Das Brandenburger Zahn- und Mundgesundheitsziel Nr. 1 eines kariesfreien Milchgebisses wird seit Jahren von den 5-Jährigen im Landkreis nicht nur erreicht sondern bereits um gut 10 % übertroffen und liegt deutlich überm Durchschnitt vom Land Brandenburg.
- Das Brandenburger Zahn- und Mundgesundheitsziel Nr. 2 eines DMF-T-Index von 1,00 wird seit Jahren von den 12-Jährigen im Landkreis mehr als erreicht und liegt deutlich unterm Durchschnitt vom Land Brandenburg.
- Beiden Gesundheitszielen sowie der Ergebnisermittlung auf Ämter- bzw. Gemeindeebene gemein ist die Feststellung, dass deutlich mehr Kinder im Berliner Umland gesündere (Milch-)Zähne haben als die im Äußeren Entwicklungsraum lebenden Kinder. Dies macht deutlich, wie eng verbunden

Gesundheit und soziale Lage sind, denn die ungünstigsten sozioökonomischen Verhältnisse bestehen im Äußeren Entwicklungsraum.

- Den Geschäftsberichten 2009 und 2010 ist anhand des dmf-t-Index bzw. DMF-T-Index zu entnehmen, dass der Anteil der Mädchen mit kariesfreien (Milch-)Gebissen besser ist als der der Jungen im Landkreis. Je älter die Kinder sind, desto größer ist der Unterschied.

## **C. Konzept zur Gesundheitsförderung der Kinder im Landkreis Potsdam-Mittelmark 2011-2015**

### **4. Rahmenbedingungen**

Die Mehrheit der Kinder in der Altersgruppe bis 6 Jahren ist gesund. Das belegen die jährlich durchgeführten Reihenuntersuchungen des Kinder- und jugendärztlichen Gesundheitsdienstes und des Zahnärztlichen Dienstes. Zwischen 2006/2007 und 2008/2009 waren 68,5 bzw. 66,3 % der Kinder dieser Altersgruppe ohne förderrelevante Befunde.

In der Altersgruppe der 7- bis 12-Jährigen nimmt dagegen die Zahl der untersuchten Kinder ohne förderrelevante Befunde stetig ab und liegt im Schuljahr 2008/2009 bei nur 47,1 %. Im Schuljahr zuvor waren es noch 51,6 %.

Seit dem Schuljahr 2004/2005 ist in zahnärztlichen Untersuchungen bei 5-jährigen Kindern in Kitas festgestellt worden, dass ständig mehr als 60 % dieser Kinder naturgesunde Gebisse haben. Damit liegt der Landkreis über der Zielvorgabe von 60 % für das Land Brandenburg (Teilziel 1 „Brandenburger Zahn- und Mundgesundheitsziele“). Im Schuljahr 2008/2009 hatten im Landesdurchschnitt von Brandenburg rund 62 % der untersuchten Kita-Kinder naturgesunde Gebisse. Im gleichen Zeitraum waren es in unserem Landkreis 82,5 % der Kinder in dieser Altersgruppe.

Die zuvor dargestellte positive Tendenz in der Zahngesundheit zeigt sich auch in der Altersgruppe der Grundschüler. Im Vergleich der Untersuchungszeiträume 2007/2008 zu 2008/2009 stieg der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss von 57,2 auf 58,1%.

Obwohl regionale Daten nicht zu allen Ergebnissen der Reihenuntersuchungen des KJGD und ZÄD vollständig vorliegen, zeigen die wenigen Daten, dass in der Planregion 1 die Kinder mit den geringsten förderrelevanten Befunden leben. Ausnahme bilden hier die emotionalen und sozialen Störungen.

Insgesamt betrachtet und mit dem Wissen, dass die Ergebnisse des KJGD und des ZÄD für unseren Landkreis jeweils unterm Landesdurchschnitt liegen, trifft die Aussage zu: Alle Kinder im Landkreis Potsdam-Mittelmark wachsen gesund und altersgemäß auf.

In vielen Handlungsfeldern ist bereits eine gewachsene Kultur der partnerschaftlichen Zusammenarbeit für den Bereich der Gesundheitsförderung und -prävention erkennbar.

Diese guten Ergebnisse möchten wir halten und möglichst weiter positiv befördern. Deshalb sind neben den bereits in Teil A benannten Thesen zur Gesundheitsförderung hier im Folgenden nun Handlungsempfehlungen benannt. Es wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben und nicht jeder Vorschlag aus den Handlungsempfehlungen lässt sich eindeutig nur einem Handlungsfeld zuordnen.

Die Akteure der Gesundheitsförderung und -prävention arbeiten in unserem Landkreis interdisziplinär und Handlungsfeld übergreifend partnerschaftlich zusammen. Sie pflegen einen breiten Abstimmungsprozess und Erfahrungsaustausch zur Weiterentwicklung der Angebote zur Gesundheitsförderung in Potsdam-Mittelmark. Bei der Gesundheitsförderung und -prävention wird angesetzt an den Ressourcen der Kinder, der Familien und der Regionen.

Damit ist gewährleistet, dass die Unterstützung der gesunden Entwicklung unserer Kinder in gemeinsamer Verantwortung erfolgt.



## 4.1. Handlungsfeld Sprache

### Ziel:

Die Sprach- und Sprechstörung ist bei den Kita-Kindern und den Einschülern die häufigste Entwicklungsstörung, deshalb sollte gezielt in diesem Bereich verstärkt gefördert werden. Sprache ermöglicht Kindern den Austausch mit Anderen und damit die soziale Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Schrift- und Lautsprache sind Schlüssel zu Bildung und haben somit wesentlichen Einfluss auf die Zukunftschancen eines Kindes.

Weit verbreitete Sprach- und Sprechstörungen beeinträchtigen sowohl die Gesundheits- als auch die Bildungschancen von Kindern und Jugendlichen. Ziel ist es, dass nahezu alle Kinder bei der Einschulungsuntersuchung über adäquate Sprachkompetenzen verfügen. Über eine Verbesserung der frühen Sprachförderung insbesondere auch von Kindern aus belasteten Lebenslagen soll dies erreicht werden.

### Handlungsempfehlungen:

- Die vom Land Brandenburg jährlich bereitgestellten Mittel für Sprachförderung und den erweiterten Rechtsanspruch sind ab 2012 zusammengefasst und werden je nach konkretem Förderbedarf an Kindertageseinrichtungen weitergeleitet. Der FD 57 misst über einen kennzahlgestützten Verwendungsnachweis Zielerreichung und Wirkung. Der Verteilungsschlüssel der Zuschüsse an die Kita-Träger bemisst sich an den erkannten Schwerpunkten für Sprachförderungsbedarf in den Sozialräumen. Die FD 53, 55 und 57 ermitteln aus den Ergebnissen der Reihenuntersuchungen sowie des Sprachtests „KISTE“ Schwerpunktregionen für die Förderung.
- Die Reihenuntersuchungen des KJGD für alle Kinder im Kindergarten- und Vorschulalter finden regelmäßig (einmal jährlich) statt. Kinder in Tagespflegestellen und so genannte Hauskinder sind einbezogen. Frühes Erkennen förderrelevanter Befunde sichert frühzeitiges Handeln aller Beteiligten. Die Mitarbeiterinnen des KJGD werten die konkreten lokal erfassten Daten mit den pädagogischen Fachkräften in den Kindertageseinrichtungen aus und erarbeiten mit ihnen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Sie wirken insbesondere auf die Eltern darauf ein, notwendige Behandlungen bei ihren Kindern durch medizinische und therapeutische Fachkräfte durchzusetzen, unterstützt durch das Betreuungscontrolling des FD 55.
- Für Hauskinder und Kinder in Tagespflegestellen muss verbindlich gewährleistet sein, dass Bedarfe festgestellt werden und die anschließende Förderung durch entsprechend qualifizierte Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen erfolgt.
- Jede Kindertageseinrichtung im Landkreis Potsdam-Mittelmark verfügt über eine qualifizierte Fachkraft zur Sprachstandsfeststellung und -förderung. Träger der Kindertageseinrichtung stellen den Einsatz dieser Fachkräfte auf der Grundlage der festgestellten Förderbedarfe sicher. Diese Fachkräfte erhalten die Möglichkeit der ständigen Fortbildung und Qualifizierung. Der Fortbildungskatalog des Bereiches Kita-Praxisberatung im FD 53 unterbreitet entsprechende Angebote.
- Das zur Sprachförderung besonders geschulte Personal in den Kindertageseinrichtungen wird zweckentsprechend eingesetzt.
- Schrittweiser Aufbau eines Dozentenpools für die Fachkräfte in den Kindertageseinrichtungen, um die bisher vorgehaltenen Angebote zur Fortbildung wirkungsorientierter auf die erkannten Schwerpunktthemen (Sprache, emotionale und soziale Störungen...) zu ergänzen.
- Jede Kindertageseinrichtung in PM entwickelt im Rahmen des Landesprogrammes „Raus mit der Sprache“ eigene Projekte und tauscht Erfahrungen darüber mit anderen Kitas aus.
- Die körperliche, geistige und emotionale Entwicklung ist eng mit der sprachlichen Entwicklung verbunden; das gemeinsame Anschauen und Vorlesen von Büchern durch die Eltern ist eine der besten Förderungen im Kleinkindalter (siehe auch [www.lesestart.de](http://www.lesestart.de)).
- Nachhaltige Sprachausprägung und -entwicklung gelingt nur mit den Eltern der Kinder. Neben entsprechenden thematischen Elternabenden organisieren die Pädagogen in den Kitas und in den Schulen insbesondere gemeinsame Veranstaltungen (Spiele/Festlichkeiten u. ä.) mit Eltern und

Kindern mit dem Schwerpunkt Sprache (Elternarbeit ist ausgerichtet auf Sprachentwicklung in Familie und im Alltag).

- Das flächendeckende Netz von Bibliotheken im Landkreis ist weiter vorzuhalten. Pädagogen aus Kita und Grundschulen (hier insbesondere Ganztagschulen) führen Kinder an die Bibliotheken heran. In Kooperation mit Bibliotheken sind Vorlesestunden zu organisieren. Bibliotheken gehen in Ganztagschulen/EKiZ.

Durch den KJGD ergehen folgende Hinweise:

- Förderung im Kleinkindalter: Mundmotorik, z.B. durch Pustespiele (z.B. Seifenblasen, Luftballon aufblasen), Singen, Klatschen und Rhythmisieren von Texten sowie körpersprachliche Aktivitäten (Kombination von Bewegung und Sprache);
- Kommunikationsbereitschaft fördern, d.h. mit dem Kind viel kommunizieren, Geschichten vorlesen und nacherzählen, dabei ein gutes sprachliches Vorbild sein, gemeinsames Betrachten von Bilderbüchern, durchführen von Sprachspielen, Anregung von Unterhaltung z.B. beim Frühstück/Morgenkreis;
- altersabhängige Vorlesestunden in Kitas, Tagespflegestellen bzw. Gemeindebibliotheken, z.B. durch Ehrenamtler;
- im Rahmen von Elternabenden eine präventive Beratung durch den KJGD anbieten;
- Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kinderärzten verbessern, um sensibilisierter an eine eventuell notwendige medizinisch-therapeutische Intervention heranzugehen.

## 4.2. Handlungsfeld Bewegung und Ernährung

### Ziel:

Bewegung und Ernährung bilden eine bedeutsame Einheit. Zu wenig Bewegung und zu gute Ernährung führen früher oder später zu einem erhöhten Körpergewicht bzw. Adipositas mit all ihren Folgebeschwerden. Kontinuierliche, fachlich qualifizierte Angebote zur Bewegungsförderung und gesunden Ernährung stehen für alle Heranwachsenden in der Kindertagesbetreuung und an den Grundschulen flächendeckend zur Verfügung.

### Handlungsempfehlungen:

- Weiterbildungsangebote (geschultes pädagogisches Personal), Familienbildung (Elternabende) zu gesundheitsbezogenen Themen etablieren;
- Verankerung der Gesundheitsförderung im Konzept der Kindertageseinrichtung, der Tagespflegestelle sowie der Schule;
- Schwerpunktbildung bei den Qualitätsstandards für Kindertageseinrichtungen und Tagespflegestellen zur Prävention und Gesundheitsförderung;
- Angebote für aktives Spielen und Bewegen für kleine Kinder in jedem Ortsteil;
- altersabhängige Sportangebote für alle Kinder, die entweder von Profis oder Ehrenamtlern, Eltern oder Lehrern mit sportlicher Begabung bzw. sportlicher Ausbildung durchgeführt werden;
- Kindergesundheit soll einen wesentlichen Stellenwert bei der Umsetzung von Betreuungskonzepten in Kitas und Tagespflege haben;
- Sport- und Freizeitangebote in der Kommune, der Kita, der Schule;
- Kita fördert die Bewegungsaktivitäten und körperlichen Fähigkeiten der Kinder durch Sportstätten
- Bewegungsraum, Turnflur und entsprechender Gebäude- und Freiflächengestaltung (Sinnesparcours, Rollerbahn, Tastpfad...);
- Bewegung im Freien (unter Ausnutzung bzw. Schaffung von Spielplätzen auch in den kleinsten Gemeinden);
- Kitas und Tagespflegestellen greifen flächendeckend stärker auf Angebote des Kreissportbundes zurück, z. B. Projekt „Sportverein/Kita“ oder „Gesundheitskurse“; darüber hinaus wird die Gewinnung von Kindern für die dauerhafte Betätigung in Sportvereinen aktiv unterstützt;

- Fingerspiele, Spielangebote zur Anregung der Fingerfertigkeit (Stecken, Basteln usw.);
- Nutzung der EKIZ mit ihren Angeboten, z. B. Pekip-Kurse, Kinderturnen;
- altersgerechte Ernährung; Kinder können am Speiseplan mitgestalten;
- ständige Anregung zu einer optimierten Mischkost auf breiter Ebene (z.B. Frühstück/Vesper vorbereitet und serviert in der Kita selbst unter Gewahrung der Individualität);
- Anregungen durch Ernährungsberater, die zu Elternversammlungen in Kitas, EKIZ usw. eingeladen werden sollten; Durchführung von Kochkursen;
- Ausweitung von Ernährungskursen als Ganztagsangebote oder ganze Projektwochen zum Thema „Gesunde Ernährung“ an den Schulen.

### 4.3. Handlungsfeld Frühförderung

#### Ziel:

Die Anzahl der Kinder im Landkreis Potsdam-Mittelmark, die im Kindergartenalter aufgrund von Defiziten in ihrer körperlichen und/oder geistigen Entwicklung Leistungen im Rahmen der Frühförderung erhalten haben, unterlag in den letzten Jahren einem kontinuierlichen Anstieg. Deshalb ist konzeptionell auf die Sicherung nachhaltiger Wirkungen von heilpädagogischen Leistungen in der Frühförderung hinzuwirken.

Alle Kinder, besonders im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat, werden durch den KJGD untersucht, um rechtzeitig Entwicklungsstörungen oder Behinderungen zu erfassen und um sie einer entsprechenden Therapie zuzuführen.

Interdisziplinäre Strukturen der Zusammenarbeit im Sozialraum zur Optimierung von Prozessen unter Nutzung vorhandener regionaler Ressourcen für eine rechtzeitige, zeitnahe, wohnortnahe und ganzheitliche Förderung der Kinder im Landkreis werden aufgebaut.

#### Handlungsempfehlungen:

- Anwendung von einheitlichen fachlichen und verfahrenstechnischen Standards für die Frühförderstellen im Landkreis Potsdam-Mittelmark;
  - o „interdisziplinäres Fallgespräch mit Eltern, dem KJGD und Fallmanagern, Aufstellen eines Förder- und Behandlungsplanes, ambulante/mobile heilpädagogische Leistungserbringung, Dokumentations-/Berichtssystem und Öffentlichkeitsarbeit“<sup>24</sup>;
  - o da die gesetzlich vorgeschriebenen Reihenuntersuchungen des KJGD den Hauptzugang für Maßnahmen der Frühförderung bilden und auf die Frühförderstellen verweisen, sollte deshalb auch dort ein niedrigrschwelliger Zugang zu umfassender (Erst-)Beratung gewährleistet werden;
  - o kurze Wege zum FD 55 sowie den Erziehungs- und Familienberatungsstellen im Landkreis;
  - o heilpädagogische und psychologische Diagnostik aus einer Hand am Standort der Frühförderstelle;
- Vorhaltung von insgesamt drei regionalen Frühförderstellen im Landkreis zur Gewährung einer besseren Erreichbarkeit und bedarfsgerechterer heilpädagogischer Maßnahmen;
  - o Eröffnung eines Frühförder-Standortes für die PR 2 unter teilweiser Abdeckung der PR 3 (Beetzsee, Groß Kreutz, Kloster Lehnin): hohe Dichte medizinisch-therapeutischer Angebote in Werder (Havel) sowie wichtiger standortbestimmender Ressourcen wie ein Eltern-Kind-Zentrum (EKIZ), ein Beratungszentrum mit integriertem Pflegestützpunkt, eine Integrations-Kita, Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern und für Erziehungsfragen;
- bei Frühförderstellen erfolgt Anstellung eines Logopäden zur Begutachtung in den Kitas;
- bedarfsgerechte Verstärkung der Einzelintegration in Regel-Kitas als ein gleichwertiges Angebot für alle Planungsregionen mit den Trägern von Kitas;

---

<sup>24</sup> aus: Evaluation der Frühförderung im Landkreis Potsdam-Mittelmark „Frühe Hilfen – das Berichtssystem“, 2010

- bei der Umsetzung des Normalisierungsprinzips von behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern sowie des Prinzips der wohnortnahen Förderung unserer Kinder kann es Aufgabe der Koordinierungsstelle „Hilfen von Anfang an“ sein, die fachliche Anbindung der Regel-Kita an die Frühförderstellen als Ressource herzustellen und zu koordinieren;
- im Rahmen der geplanten Gesundheitspartnerschaft zwischen dem Landkreis und der AOK-Nordost sind Fortbildungsprojekte für MitarbeiterInnen und „Quereinsteiger“ in Kindertagesstätten zu organisieren;
- Familienfortbildung sowohl in Kitas als auch in den EKIZ erfolgt als Instrument zur Überwindung von Schwierigkeiten der Einbeziehung von sozial benachteiligten Eltern;
  - Organisation von Elternabenden, Gruppenarbeit etc. als vertrauensbildende Maßnahmen über vertraute Bezugspersonen in Kita und EKIZ, Kinderärzte, die wichtige Überzeugungsarbeit leisten, um Eltern zur freiwilligen Inanspruchnahme von Frühförderleistungen zu motivieren;
  - Nutzung der Ressourcen innerhalb der PR 2 in Beelitz mit ebenfalls guter medizinisch-therapeutischer Angebotsstruktur mit je einem EKIZ in Beelitz und Neuseddin: aufgrund schlechter verkehrstechnischer Anbindung nach Werder (Havel) muss das Augenmerk auf die Vernetzung der künftigen Frühförderstelle in Werder (Havel) mit den EKIZ in Beelitz und Neuseddin gelegt werden;
- Unterstützung der infrastrukturell schwachen PR 3 – Ausnahme Kloster Lehnin – durch die Planung eines EKIZ in Wusterwitz mit der Möglichkeit der Implementierung von Angeboten der Familienfortbildung (Vernetzung mit der für die PR zuständigen Frühförderstelle);
- Integration der Frühförderstellen und -leistungen in das Projekt des Landkreises zur Sozialraumorientierung ab 2012;
  - die Fallmanager der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche arbeiten interdisziplinär im Fallteam nach fachlichen Standards mit internen und externen Fachkräften in der Region sowie Vertreter der Fallteams im Regionalteam mit professionellen Fachkräften u. a. aus den Kommunen der Planregion;
  - die Frühförderstellen sollten frühzeitig in den Prozess der Regionalkonferenzen einbezogen werden.

#### **4.4. Handlungsfeld Zahn- und Mundgesundheit**

##### Ziel:

Trotz der positiven Entwicklung ist Karies noch immer die am weitesten verbreitete Kinderkrankheit. Interdisziplinäres Arbeiten unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten sowie Einbeziehung der Eltern und Multiplikatoren ist konstant fortzusetzen bzw. auszubauen, um Erreichtes nachhaltig zu sichern, Defiziten zu begegnen und weitere Verbesserungen der Mundgesundheit zu erreichen.

##### Handlungsempfehlungen:

- verstärkte Anstrengungen insbesondere für die Gruppe von Kindern, die schon sehr früh ein hohes Kariesrisiko aufweisen;
- Intensivierung von Elternschulungen, z. Bsp. Elternabende in den Einrichtungen;
- Mediatorenschulung, z. Bsp. ErzieherInnen oder Netzwerkatenschulungen;
- Zähneputzen in den Kitas als obligatorische Aufgabe (Standard in der Körperhygiene); Beachtung in den Qualitätsstandards PM in der Kindertagesbetreuung;
- Obstpause in der Kita (wird schon sehr verbreitet durchgeführt);
- Tag der Zahngesundheit beibehalten (1 große Aktion, für die anderen 2 Teams kleinere Aktionen, die selbständig organisiert werden);
- Projekte (z. Bsp. zahngesundes Schulfrühstück, auch andere Themen zur Zahngesundheit im Rahmen von Projekttagen möglich);

- aufsuchende Angebote in den Netzwerken „Gesunde Kinder“ oder in Elternabenden etablieren, wie vom ZÄD PM bereits durchgeführt, ist ebenfalls eine Möglichkeit, mundgesundheitsrelevante Themen gezielt anzubieten;

## **4.5. Zusammenarbeit mit den Krankenkassen**

Im Rahmen der Erstellung des vorliegenden Konzeptes zur Gesundheitsförderung wurden die Krankenkassen entsprechend einbezogen. Zielgruppe waren die Eltern mit versicherten Kindern, der Schwerpunkt die Kindergesundheit.

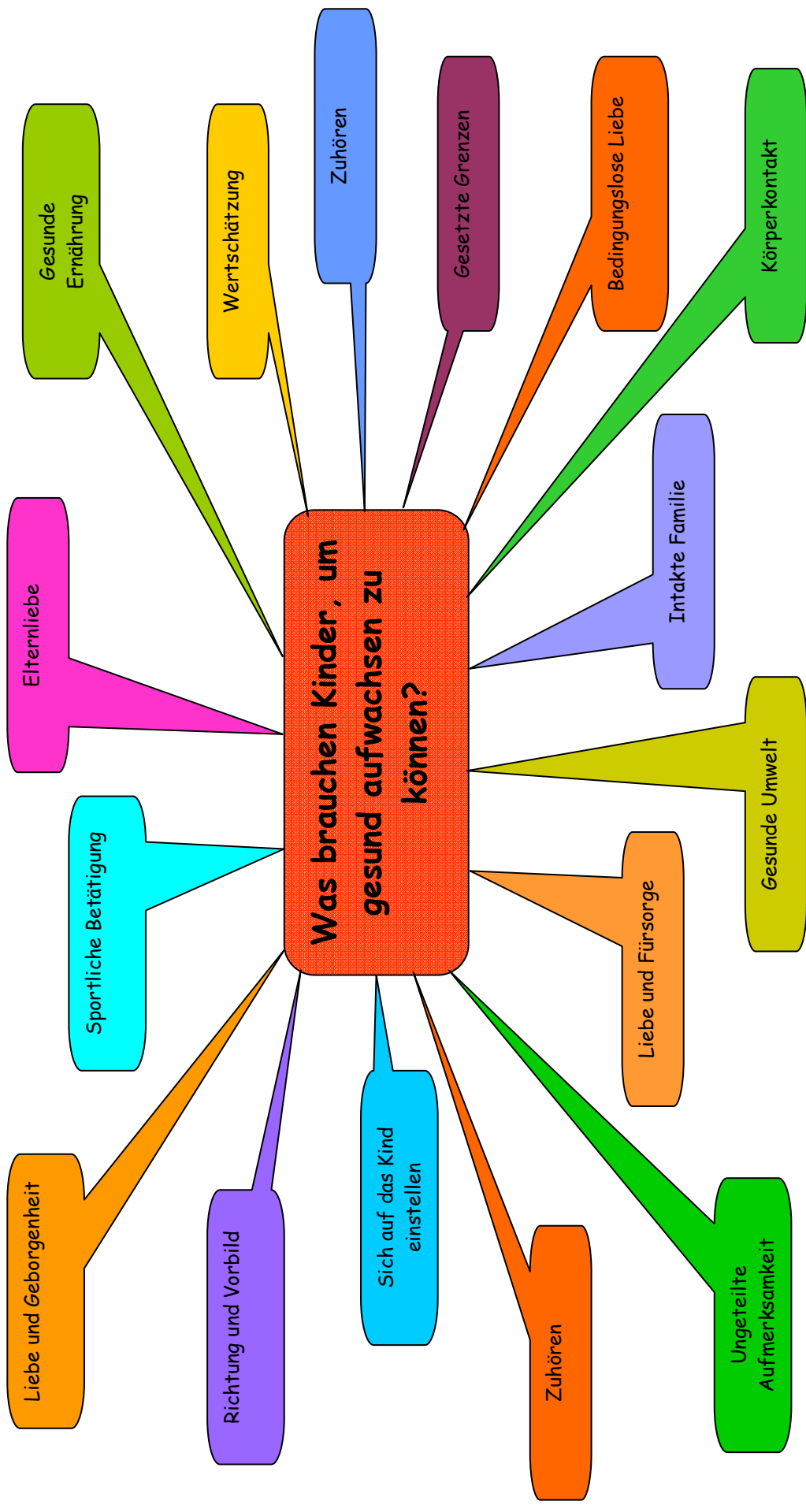
Ziel ist die Erarbeitung von Schnittpunkten mit dem Landkreis zur Bündelung von Aktivitäten. Es erfolgten Einladungen an die AOK, Barmer GEK, DAK, TKK und BKK Bundesverband. Zu einer intensiven Zusammenarbeit kam es mit der AOK Nordost und der BARMER GEK in Bad Belzig.

Die Erarbeitung von Maßnahmen für ein zielgerichtetes Vorgehen in Regionen mit besonderer Belastung mündete in einer Gesundheitspartnerschaft zwischen der AOK Nordost und dem Landkreis PM von 2011-2013.

Die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen in den vereinbarten Handlungsfeldern Kindertagesstätten/Tagespflege, Schule, Senioren und Ernährung versetzt die Gesundheitspartner abgestimmt und gezielt Mittel in Fortbildungsangebote u. a. von Tagesmüttern zum Thema Ernährung zu lenken. Im Landkreis kann zudem eine Pilotregion für das Projekt Pfiffikus-Box – Bewegungs- und Sprachentwicklungsangebote für Kitas – entstehen. Ein weiteres Projekt zum Thema Ernährung und Bewegung (TigerKids), an dem 10 Kindertagesstätten teilnehmen, wird regional in PM angeboten.

#### 4.6. Statements zur Frage „Was brauchen Kinder, um gesund aufwachsen zu können?“

Zusammengetragen auf der Messe Soziales, Gesundheit und Familie am 16.03.2011



## 5. Offener Maßnahmenkatalog

Im Vorfeld der Erarbeitung des Gesundheitskonzeptes entstanden aus einer Reihe intensiver Diskussionen des FD 51 mit den Partnern der Gesundheitsförderung und -prävention bereits vielfältige konkrete Ansätze für die gezielte Umsetzung der vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen in gemeinsamer Verantwortung. Die nachfolgend aufgeführte Zusammenstellung ist keinesfalls abschließend. Sie bildet vielmehr den Stand der strategischen Umsetzung unserer Handlungsempfehlungen zum heutigen Zeitpunkt ab.

### Landkreis Potsdam-Mittelmark

- Modularer Steuerungsansatz der Kreisverwaltung für „Hilfen von Anfang an“
- Kreisliches Förderprogramm zum flächendeckenden Aufbau von FZ/EKiZ bis 2017
- Fortbildungsoffensive Sprache (Strategieprogramm 2012)
- Beteiligung am Aktionsprogramm Kindertagespflege des BMFSFJ
- Fortbildungskatalog FB 5
- Dozentenpool der Koordinierungsstelle „Hilfen von Anfang an“
- „Gesunde Ernährung und Bewegung“ als besondere Schwerpunktsetzung im Qualitätsentwicklungsprozess in der Kindertagesbetreuung (umfasst Qualitätsstandards und Zertifizierungsprozess)
- Regionaler Aufbau von individuellen heilpädagogischen Hilfsangeboten in Kindertageseinrichtungen gleichwertig zum Angebot regionaler Frühförderstellen
- Umsetzung des umfassenden Projektes „Sozialraumorientierung“
- Beibehaltung der Qualitätsstandards bei der jährlichen Reihenuntersuchung:
  - für den KJGD in den Kindertagesstätten und in der Tagespflege für Kinder im Alter von zwei Jahren bis ein Jahr vor der Einschulung, besondere Schwerpunktsetzung auf die gesetzlich vorgeschriebene Untersuchung der Kinder im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat
  - für den ZÄD: Vorhaltung von Untersuchungsangeboten in möglichst allen Kindertageseinrichtungen, Tagespflegestellen und Grund- und Förderschulen unseres Landkreises
- Verbesserung der Organisation des Betreuungscontrolling nach dem Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz
- Erweiterung der Kennzahlen zur Auswertung der schwerpunktmäßigen Reihenuntersuchungen des KJGD im jährlichen Geschäftsbericht des FB 5
- Fortführung der Gesundheitsberichterstattung und Evaluation des Konzepts zur Gesundheitsförderung der Kinder in PM in 2016
- Einrichtung der dritten Frühförderstelle in PR 2 nach fachlichen Standards

### Städte, Ämter und amtsfreie Gemeinden sowie freie Träger der Jugendhilfe

- Nutzung qualifizierter Fortbildungsprogramme, z. B. Psychomotorische Spezialisierungen je Kita
- Organisation von „Bildungstagen“ je Kindertageseinrichtung aufgrund einer Verabredung im Rahmen der jährlichen Schließzeitendiskussionen
- Ständige Anregungen für Gesunde Ernährung in den Kindertageseinrichtungen, z. B. Ernährungsführerschein, Anbieten von optimierter Mischkost auf breiter Ebene
- Einbeziehung von Elternarbeit in gemeindliche Aktivitäten

### Andere Sozialleistungsträger

- Gesundheitspartnerschaft Landkreis mit der AOK Nordost 2011-2013
- Kooperation der BARMER Ersatzkasse mit dem Netzwerk „Gesunde Kinder PM“

Im Rahmen der jährlich stattfindenden Regionalen Sozialforen des FB 5 werden regelmäßig Abrechnungsgespräche und Abstimmungen zu weiteren Maßnahmen zur Umsetzung des Konzepts zur Gesundheitsförderung der Kinder im Landkreis Potsdam-Mittelmark 2011-2015 stattfinden.

## 6. Quellenverzeichnis

- [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de)
- [www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de)
- 13. Kinder- und Jugendbericht, BMFSFJ, 2009
- Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz
- Geschäftsbericht 2009 des FB 5, FD 55
- Geschäftsbericht 2010 des FB 5, FD 55
- Interne Untersuchungsstatistik KJGD
- Interne Untersuchungsstatistik ZÄD
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Afs)
- Handbuch KJGD, Land Brandenburg, 2008
- Evaluation der Frühförderung im Landkreis Potsdam-Mittelmark „Frühe Hilfen – das Berichtssystem“ von Jochen Hammerschick, 2010, erstellt im Auftrag des Landkreises FD 52
- Sachbericht „Sprache“ – eine Bestandsaufnahme aus 2010, Koordinierungsstelle „Hilfen von Anfang an“, 2011, erstellt im Auftrag des Landkreises FB 5
- Kooperationsvereinbarung zwischen der AOK Nordost und dem Landkreis Potsdam-Mittelmark, 2011

## 7. Verzeichnis der Abkürzungen

PM	Landkreis Potsdam-Mittelmark
Organisationseinheiten der Kreisverwaltung Potsdam-Mittelmark:	
FB 5	Fachbereich Soziales, Jugend, Schule und Gesundheit
FD 51	Fachdienst Strategisches und operatives Sozialcontrolling
FD 52	Fachdienst Soziales und Wohnen
FD 53	Fachdienst Kinder/Jugend/Familie
FD 55	Fachdienst Gesundheit
FD 57	Fachdienst Finanzhilfen für Familien
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im FD 55
ZÄD	Zahnärztlicher Dienst im FD 55
PR	Planregion
äER	Äußerer Entwicklungsraum (neu: w. M. = weiterer Metropolitanraum)
eVR	Engerer Verflechtungsraum (neu: BU = Berliner Umland)
LUGV	Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz
KK	Krankenkassen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
EGH	Eingliederungshilfe
EKiZ	Eltern-Kind-Zentrum
dmf-t	Indikator Zahngesundheit beim Milchgebiss
DMF-T	Indikator Zahngesundheit beim bleibenden Gebiss