

Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Gelsenkirchen

Ausgewählte Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 2006 bis 2011
Sozialraumgespräche 2012



Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Gelsenkirchen

Ausgewählte Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 2006 bis 2011

Sozialraumgespräche 2012

Herausgegeben vom
Oberbürgermeister der
Stadt Gelsenkirchen

Vorstandsbereich Arbeit und Soziales,
Gesundheit und Verbraucherschutz

Erarbeitet von der
Koordinierungsstelle für präventive
und strategische Sozialplanung

Silvia Bader, Sozialplanung

silvia.bader@gelsenkirchen.de

Inhaltsverzeichnis

Einleitung – Sozialraumgespräche 2012 und das Modellvorhaben „Kein Kind zurücklassen“	1
1. Kindheit in Gelsenkirchen.....	5
1.1 Kinder in der amtlichen Statistik	5
1.2 Kinder in der Schuleingangsuntersuchung (SEU).....	8
2. Zentrale Entwicklungsbereiche zum Schulstart	13
2.1 Körperkoordination	13
2.2 Visuelle Wahrnehmung, Zahlenvorwissen und selektive Aufmerksamkeit	16
2.3 Deutschkenntnisse und Sprachfähigkeit.....	17
3. Gesundheit und Gesundheitsprävention.....	20
3.1 Zahngesundheit	20
3.2 Körpergewicht	24
3.3 Vorsorge: Impfungen und U-Untersuchungen	27
3.4 Kinderunfälle	31
4. Zusammenfassung: Kindergesundheit und sozialer Status	32
5. Prioritäten aus den Sozialraumgesprächen	34
6. Zusammenfassung und Ausblick	40
Literaturverzeichnis	42

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Berechnung des Bildungsindex.....	4
Abbildung 2: Kinderarmut und Bevölkerungsanteil von Kindern in REGE-Bezirken	7
Abbildung 3: Alltagssprache der Gelsenkirchener Einschulungskinder	9
Abbildung 4: Bildungsstatus und ethnische Gruppe (Migrationshintergrund)	10
Abbildung 5: Betreuungsquoten	11
Abbildung 6: Besuchsdauer in Kindertageseinrichtungen nach sozialer Lage	13
Abbildung 7: Körperkoordination und soziale Lage.....	15
Abbildung 8: Visuelle Wahrnehmung, Zahlenvorwissen und selektive Aufmerksamkeit nach sozialstrukturellen Merkmalen	17
Abbildung 9: Zahngesundheit in Gelsenkirchen.....	21
Abbildung 10: BMI bei Kindern (Beispiel Mädchen)	25
Abbildung 11: U1 bis U9 im Zeitverlauf 2006-2011	28
Abbildung 12: Impfkalender	30
Abbildung 13: Kinderunfälle im Zeitverlauf.....	31
Abbildung 14: Gelsenkirchener Präventionskette	35

Einleitung – Sozialraumgespräche 2012 und das Modellvorhaben „Kein Kind zurücklassen“

Sozialraumgespräche finden seit 2010 jährlich in den fünf Stadtbezirken Gelsenkirchens statt. Sie dienen dazu, die Akteure eines Sozialraums zusammen zu bringen. Im Mittelpunkt steht dabei, der fach- und akteursübergreifende Austausch auf einer kleinräumigen Ebene. Akteure vor Ort kennen die Probleme im Stadtteil meist sehr genau und haben vielfach Ideen für Lösungsansätze. Im gemeinsamen Austausch können so Synergieeffekte wachsen und ausgebaut werden. Die Sozialberichterstattung der Stadt Gelsenkirchen spielt in diesem Prozess eine wichtige Rolle: Sie bietet eine gemeinsame Grundlage zur Diskussion und ergänzt die Eindrücke der Akteure vor Ort um eine objektive, statistische Ebene. Während die Sozialraumgespräche in den Jahren 2010 und 2011 thematisch umfassend waren, wurde 2012 auf das Thema „Kindergesundheit“ fokussiert.

In dem Modellvorhaben „Kein Kind zurücklassen“ ist Gelsenkirchen im Mai 2012 angetreten, bereits bestehende Präventionsketten zu optimieren und die Lebenschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig zu erhöhen. Was lag also näher als die Sozialraumgespräche zu nutzen, um anhand ausgewählter Teilaspekte die gesundheitliche Lage von Kindern im Sozialraum differenziert zu betrachten.

In jüngster Zeit breiten sich in allen westlichen Industrienationen zunehmend auch unter jungen Menschen Symptome aus, die meist unter dem Stichwort „Zivilisationskrankheiten“ zusammengefasst werden. Hierbei handelt es sich oft um ein Zusammenspiel diverser Bedingungen, die sich einander negativ verstärken. Beispielsweise sind kalorienreiche Lebensmittel beim Discounter vergleichsweise billig zu haben, daher begünstigt ein niedriges Einkommen den Konsum derselben. Die Folge ist Übergewicht. Bewegungsabläufe werden zunehmend anstrengender, so dass Bewegung vermieden wird. Neben Schäden am orthopädischen Apparat, wie der Wirbelsäule, können aus der Bewegungsarmut psychomotorische Defizite entstehen, die die kognitiven Fähigkeiten der Heranwachsenden und damit den Schulerfolg einschränken, um nur einige Stufen dieser Abwärtsspirale zu nennen. Dieser Trend steht in unmittelbarem Zusammenhang zu sozial ungünstigen Lebensbedingungen wie Armut, Arbeitslosigkeit, Bildungsferne, prekäre Familienkonstellationen und auch Migrationserfahrung. (vgl. hierzu die KIGGS-Studie der Robert-Koch-Stiftung)

Für die Gesellschaft insgesamt birgt diese Entwicklung ein hohes Risiko. Eine Kommune, die zukunftsfähig sein will, ist auf die Gesundheit der nachwachsenden Generationen angewiesen. Auch weil davon ausgegangen werden kann, dass sich gesundheitliche Probleme, die

im Kindesalter ihre Ursache haben, im Erwachsenenalter potenzieren. Mit anderen Worten: Die Investition in die Gesundheit der Kinder ist für die Gesellschaft eine Investition, die sich in der Zukunft auszahlt.

Für jedes einzelne Kind wirkt sich die Erhöhung des gesundheitlichen Wohlbefindens ganzheitlich auf die Entwicklung des Kindes aus. Gelingt es den oben beschriebenen Abwärtstrend umzudrehen, wird für alle Beteiligten eine Win-Win-Situation geschaffen.

An den Sozialraumgesprächen beteiligte sich eine Vielzahl von Akteuren an den Diskussionen, um nachhaltige und präventive kinder- und gesundheitspolitischen Aktivitäten in Gelsenkirchen voranzubringen. Insgesamt war die Resonanz ausgesprochen gut, zu jedem Sozialraumgespräch fanden sich zwischen 30 bis 50 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein. Anwesend waren zahlreiche Vertreter/innen der örtlichen Kitas und Schulen, Gelsensport, Sozialarbeiter, Kirchen, Politik und Verwaltung, Vertreter aus Wohlfahrtsverbänden etc.

Der folgende Bericht gliedert sich neben der Einleitung in sechs Kapitel. Die ersten drei Kapitel beziehen sich auf die Analyse der sozialen und gesundheitlichen Lage Gelsenkirchener Kinder. Datengrundlage bilden die Erhebungen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen, der zahngesundheitlichen Untersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen und die amtliche Statistik. Das erste Kapitel gibt einen Überblick über die demografische und soziale Situation der Gelsenkirchener Bevölkerung mit Fokus auf die Kinder. In Kapitel 2 wird die Entwicklung der Schulanfänger anhand einiger ausgewählter Tests der Schuleingangsuntersuchung zu motorischen und kognitiven Fähigkeiten und Sprachkenntnissen erläutert. Gesundheitszustand und Gesundheitsprävention sind Gegenstand des dritten Kapitels. Im vierten Kapitel werden die Kapitel zur Entwicklung und Kindergesundheit zusammengefasst und aus der Perspektive des sozialen Status betrachtet. In Kapitel 5 werden die Ergebnisse der Diskussionen in den Sozialraumgesprächen vorgestellt, um dann im Abschlusskapitel die strategischen Grundlagen für die Verbesserung der Kindergesundheit zu benennen.

Methodische Anmerkungen:

Im Themenfeld Kindergesundheit ist die Stadt Gelsenkirchen bereits auf dem richtigen Weg. Eine Vielzahl von Projekten und Angeboten bestätigt dieses, die hier nicht in ihrer Breite dargestellt werden können. Der vorliegende Bericht wird exemplarisch mit Presseberichten und anderen Projektvorstellungen ergänzt, die schwarz umrandet dargestellt sind.

Die soziale und gesundheitliche Situation von Kindern wird in diesem Bericht zum Großteil mit Hilfe der Schuleingangsuntersuchung abgebildet, ergänzt durch die amtliche Statistik, die Untersuchungen zur Zahngesundheit und die Unfallstatistik. Die Schuleingangsuntersuchung bildet nur eine Altersgruppe, nämlich die der Schulanfänger/innen ab. Der Schulstart bildet einen wichtigen Meilenstein in der Entwicklung der Kinder, zu dessen Zeitpunkt wesentliche Entwicklungen der Kinder schon vorgezeichnet sind. Zu berücksichtigen bleibt allerdings, dass sich Sozialisationsbedingungen zu Schulbeginn noch einmal verändern und daher die Aussagen nicht über die gesamte Kindheit in allen Details aber näherungsweise ihre Gültigkeit haben. Zudem ist dies der Verfügbarkeit der Daten geschuldet: Die Schuleingangsuntersuchung bietet umfangreiche Vollerhebung eines gesamten Jahrgangs, die Gesundheit und Entwicklungsstand der Kind mit sozialstrukturellen Merkmalen der Elternhäuser kombiniert.

Grundlegende Definitionen

Bildungsstatus

In der Schuleingangsuntersuchung wird der Bildungsstatus der Eltern auf Grundlage der schulischen und beruflichen Ausbildung der Eltern gebildet. Der Bildungsindex wird über ein achsstufiges Verfahren nach den Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie, der Gesellschaft Informatik, Biometrie und Epidemiologie, der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention sowie der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft gebildet (vgl. Abbildung 1). Der Bildungsindex wird zunächst gesondert für Mutter und Vater berechnet und der jeweils höhere Wert dem Haushalt zugeordnet. Analog dem Landeszentrum für Gesundheit wird der Bildungsindex zu einer Dreiteilung zusammengefasst (Bildungsindex 1-3: niedrige Bildung, 4-6: mittlere Bildung, 7-8: hohe Bildung). (vgl. LIGA 2008)

Abbildung 1: Berechnung des Bildungsindex

	Kein Abschluss	8./9. Klasse	10. Klasse	Bedingt Abitur	12./13. Klasse	Anderer Abschluss
	SCHULABSCHLUSS					
Kein Abschluss	1	2	3	5	6	1
Berufsausbildung/Lehre	3	3	4	5	6	3
Fachschule	–	4	5	6	6	4
Fachhochschule	–	–	7	7	7	7
Universität	–	–	8	8	8	8
Anderer Abschluss	–	3	4	5	7	3

Zuordnung der Schulabschlüsse:
8./9. Klasse: Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss
10. Klasse: Fachoberschulreife, Abschluss e. Polytechnischen Oberschule
Bedingt Abitur: Fachhochschulreife
12./13. Klasse: Abitur, Hochschulreife

Quelle: Hoffmeyer-Zlotking

Migrationshintergrund/ Alltagssprache

Die Definitionen von Migrationshintergrund sind in der Sozialberichterstattung sehr vielfältig. Das statistische Bundesamt definiert Personen mit Migrationshintergrund wie folgt: „*Alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem nach 1949 zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil*“.

Auf kommunaler Ebene werden die Daten nicht auf Grundlage dieser Definition erhoben. Der vorliegende Bericht stützt sich auf Daten der amtlichen Statistik und der Schuleingangsuntersuchung. Auf Grundlage der amtlichen Statistik werden nichtdeutsche und Personen mit doppelter Staatsangehörigkeit als Personen mit Migrationshintergrund definiert. Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird der Migrationshintergrund der Kinder über die im Alltag gesprochene Sprache definiert.

1. Kindheit in Gelsenkirchen

Kinder sind die Zukunft dieser Stadt. Die gesellschaftspolitische Dimension von Kindern ist in den letzten Jahren deutlich in den Fokus der Diskussion gerückt. Hierbei geht es um die demografische Entwicklung der Gesellschaft: Kinder sind nicht mehr so selbstverständlich wie sie es zu Adenauers Zeiten („Kinder kriegen die Leute immer“) noch waren und das bleibt nicht ohne Folgen für das Miteinander in der Stadt. Zudem sind bzw. waren gerade die Städte des Ruhrgebiets stark von Suburbanisierungsprozessen betroffen: Viele Familien sind ins Umland gezogen. Viele der Familien, die heute in den Großstädten leben, sind eher Familien mit höheren Unterstützungsbedarfen wie Alleinerziehende, Familien mit Migrationshintergrund und solche, die auf Sozialleistungen angewiesen sind. Und auch innerhalb der Städte kann eine Polarisierung der städtischen Familienformen und damit auch der Kindheiten festgestellt werden: Auf der einen Seite die wenigen (deutschen) Kinder der privilegierten Mittelschicht in Einfamilienhaussiedlungen und auf der anderen Seite Milieus der Unterschicht, der Armen und Migranten, die in innenstadtnahen Arbeitersiedlungen und in Großwohnsiedlungen des sozialen Wohnungsbaus leben.

Wie viele Kinder an welchen Orten in Gelsenkirchen leben und welcher Zusammenhang zur sozialen Lage der Kinder hergestellt werden kann, wird nachfolgend erläutert. Hierzu wird zum einen auf die amtliche Statistik zurückgegriffen. Mit Hilfe der amtlichen Statistik sind Aussagen über die sozialstrukturelle Situation in Stadtteilen und REGE-Bezirken möglich, die auch an unterschiedlichen Stellen in der Stadtverwaltung (Jugendhilfeplanung, Bildungsbericht) bereits analysiert werden. Zum anderen werden Daten der Schuleingangsuntersuchung benutzt, mit deren Hilfe nicht nur Gesundheit und Entwicklungsstand der Kinder abgebildet werden können, sondern auch die Lebenslagen, in denen Kinder aufwachsen, z.B. Bildungshintergrund der Eltern, Alltagssprache, Familienform, Geschwisteranzahl.

1.1 Kinder in der amtlichen Statistik

42.334 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren leben zum 31.12.2011¹ in Gelsenkirchen. Das entspricht einem Bevölkerungsanteil von 16,4 Prozent. Damit liegt Gelsenkirchen etwa im Landesdurchschnitt. Beim Vergleich mit den anderen kreisfreien Städten im Regionalverband Ruhr haben allerdings nur Hamm und Hagen höhere Anteile von Kindern und Jugendli-

¹ Die Daten der amtlichen Statistik beziehen sich – sofern nicht anders angegeben – alle auf den Stichtag 31.12.2011.

chen. In der Nachbarstadt Bochum sind nur 14,1 Prozent der Einwohner/innen unter 18 Jahren, in Essen sind es 15,2 Prozent.

Insgesamt zählt die amtliche Statistik Gelsenkirchens 26.138 Familien innerhalb der 133.177 Haushalte, d. h. jeder fünfte Haushalt ist ein Familienhaushalt. Unter den Familienhaushalten sind 13 Prozent kinderreich, d. h. es leben drei und mehr Kinder unter 18 Jahren im Haushalt. Mehr als ein Viertel der Familien ist alleinerziehend. Von diesen lebt ein Großteil der Kinder bei den Müttern.

Kindheit in Gelsenkirchen geht häufig mit einer Migrationsgeschichte einher und ist von Armut geprägt.

Fast die Hälfte der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren (45 Prozent) hat einen Migrationshintergrund, d. h. die Kinder haben entweder eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit oder sind sog. Doppelstaatler. Die Gruppe der Kinder unter sechs Jahren mit Migrationshintergrund haben bereits die 50 Prozent Marke erreicht. Dieser Trend wird sich weiter fortsetzen: Zum einen ist die migrantische Bevölkerung deutlich jünger und hat zum anderen ein anderes generatives Verhalten (höhere Kinderanzahl, jüngere Mütter) als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

Es ist kein Novum, dass in Gelsenkirchen im Vergleich zu anderen Städten und Kreisen in Nordrhein-Westfalen anteilig viele Personen von Transferleistungen abhängig sind. Die Armutsquoten von Kindern sind deutlich höher als von Erwachsenen: 34 Prozent der unter 15-Jährigen und 39 Prozent der unter Sechsjährigen sind von Sozialgeld nach dem SGB-II abhängig. Im Vergleich dazu liegen die Armutsquoten der Gelsenkirchener Bevölkerung zwischen 15 und unter 65 Jahren bei 18 Prozent.

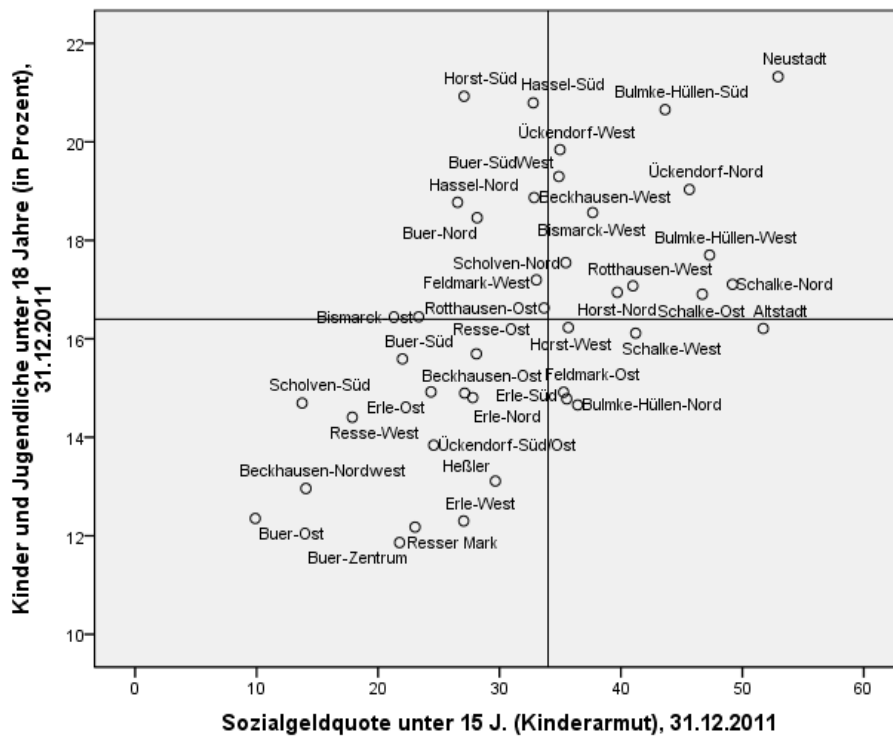
Unterschiedliche Kindheiten in einer Stadt

Die Kinderarmutsquoten beziehen sich auf die Gesamtstadt, bilden also „nur“ den Durchschnitt ab. Schaut man sich diese Indikatoren auf der Ebene der REGE-Bezirke² an, verschärfen sich die Aussagen noch. In der Neustadt und in der Altstadt sind mehr als die Hälfte der Kinder mit ihren Familien vom Transferleistungsbezug abhängig, ähnlich hohe Werte finden sich in Schalke-Nord, Bulmke-Hüllen-West und Schalke-Ost. Im Norden der Stadt

² Die Stadt Gelsenkirchen gliedert sich in 40 REGE-Bezirke, die sich auf Stadtteilebene aggregieren lassen.

liegen die Kinderarmutsquoten deutlich unter dem städtischen Durchschnitt. In Buer-Ost ist nur jedes zehnte Kind von Transferleistungen abhängig und auch Scholven-Süd und Beckhausen-Nordwest weisen nur Anteile von 14 Prozent aus. Gleichzeitig kann man einen deutlichen Zusammenhang zwischen Kinderanteil und Kinderarmut feststellen (vgl. Abb. 2): Dort, wo die anteilig wenigsten Kinder wohnen, leben die wenigsten Kinder in Armut.

Abbildung 2: Kinderarmut und Bevölkerungsanteil von Kindern in REGE-Bezirken



Quelle: Stadt Gelsenkirchen, Statistikstelle, eigene Berechnung und Darstellung

Betrachtet man den Migrantenanteil der Kinder in den einzelnen REGE-Bezirken, ist auch hier ein großer Unterschied festzustellen: Beckhausen-Nordwest und Buer-Ost sind die Bezirke mit den niedrigsten Migrantenanteilen von 19 bzw. 21 Prozent, während die Anteile in der Neustadt bis auf 70 Prozent ansteigen.

Die Mehrheit der Kinder in Gelsenkirchen wächst in einem benachteiligten Milieu auf.

Die meisten Kinder in Gelsenkirchen wachsen in den ärmsten Stadtteilen auf und haben häufiger einen Migrationshintergrund. Dieses Phänomen findet sich nicht nur in Gelsenkirchen, sondern in vielen großen Städten Deutschlands.

1.2 Kinder in der Schuleingangsuntersuchung (SEU)

Mit den jährlichen Einschulungsuntersuchungen beim Kinder- und Jugendmedizinischen Dienst des Referats Gesundheit kann nicht nur der Entwicklungs- und Gesundheitsstatus eines gesamten Jahrgangs erfasst, sondern auch mit zahlreichen Informationen zum sozialen und familiären Hintergrund der Vorschulkinder in Bezug gesetzt werden. Somit können die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen als wichtige Entscheidungs- und Handlungsgrundlage im Rahmen der Gesundheits- und Sozialplanung dienen.

Die Datenerhebung im Rahmen der SEU ermöglicht zudem eine Analyse auf Stadtteilebene, sodass Auswertungen auch sozialräumlich erfolgen können.

Für den Einschulungsjahrgang 2011 wurden stadtweit 2.315 Kinder untersucht. Im weiteren Verlauf werden mehrere Einschulungsjahrgänge³ zusammengefasst, um die statistische Masse zu erhöhen und damit detailliertere Aussagen zur Situation Gelsenkirchener Kinder treffen zu können.

Familienstrukturen, Bildungsstatus und Alltagssprache der Gelsenkirchener Einschulungskinder

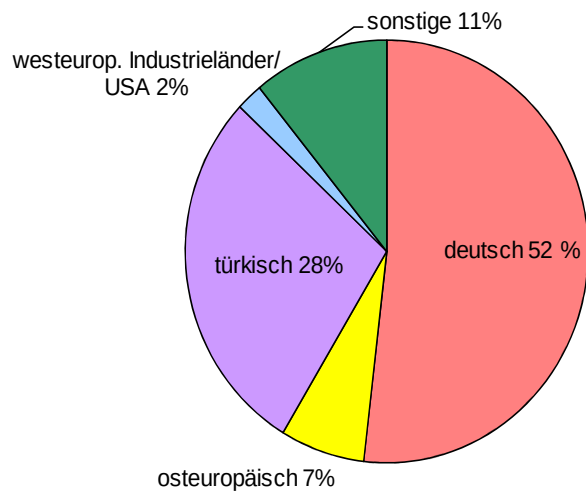
Gut drei Viertel der Gelsenkirchener Kinder im Vorschulalter leben bei den leiblichen Eltern. Weitere fünf Prozent leben bei Mutter oder Vater und dessen Partner/in und 16 Prozent der etwa Sechsjährigen leben bei einem alleinerziehenden Elternteil.

Der größte Anteil der Kinder lebt mit einem Bruder bzw. einer Schwester zusammen (44 Prozent), 22 Prozent sind Einzelkinder und gut ein Drittel haben zwei und mehr Geschwister.

Die Kinder wachsen jeweils zur Hälfte in Familien auf, deren Alltagssprache deutsch (52 Prozent) oder eine nichtdeutsche Sprache (48 Prozent) ist. Die weitaus größte Migrantengruppe spricht Türkisch.

³ Dies sind in der Regel die Einschulungsjahrgänge 2009-2011, bei der Beurteilung des Entwicklungsstandes wurde allerdings 2010 auf ein neues Screening-Verfahren (SOPESS) umgestellt, so dass dort lediglich die Jahre 2010 und 2011 zusammengefasst werden.

Abbildung 3: Alltagssprache der Gelsenkirchener Einschulungskinder



Quelle: Stadt Gelsenkirchen, Ref. 53, Schuleingangsuntersuchung 2009-2011, eigene Berechnung und Darstellung

Der Bildungshintergrund der Eltern wird über den Schul- und Berufsabschluss berechnet.⁴ Ein niedriger Bildungsstand bedeutet, dass die Eltern⁵ entweder die Schule ohne Abschluss oder mit Hauptschulabschluss verlassen haben oder sie besitzen einen Realschulabschluss ohne Berufsausbildung. Ein hoher Bildungsstand wird bei einem (Fach-)hochschulabschluss erreicht. Bei zwei Eltern wird dem Haushalt der höhere Bildungsstand zugeordnet.

In Gelsenkirchen leben 40 Prozent der Vorschulkinder in Haushalten mit einem niedrigen Bildungsstand, etwa die Hälfte der Familien zählt zur mittleren Bildungskategorie und 14 Prozent haben einen (Fach-)hochschulabschluss. In einem Bericht des Landesinstituts für Gesundheit aus dem Jahr 2008 liegen Vergleichsdaten für Nordrhein-Westfalen vor: Jeweils

⁴ Der Bildungsindex wird über ein achsstufiges Verfahren nach den Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie, der Gesellschaft Informatik, Biometrie und Epidemiologie, der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention sowie der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft gebildet. Nach dem Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit wird zu einer Dreiteilung zusammengefasst (vgl. LIGA 2008).

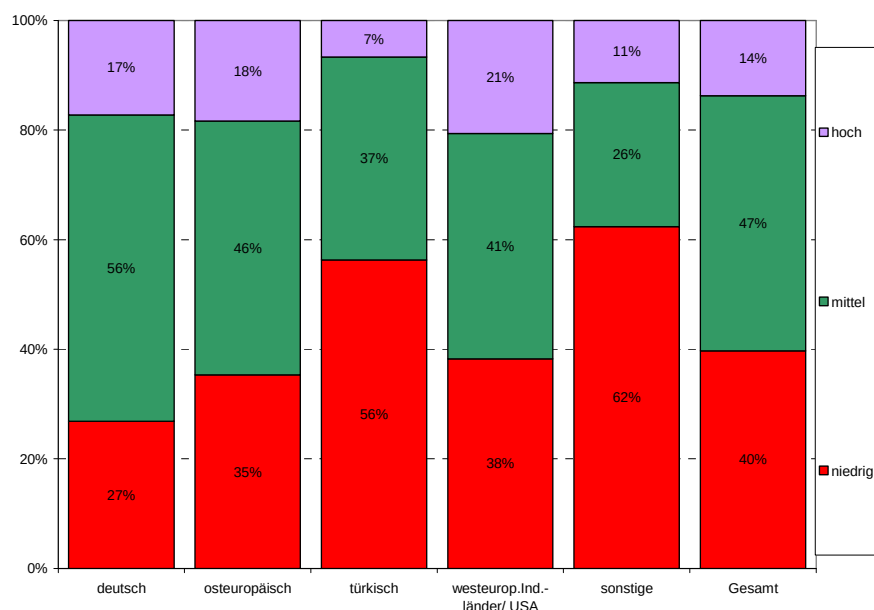
⁵ Bei zwei Eltern zählt der höhere Bildungsabschluss.

25 Prozent der Kinder in NRW leben in Haushalten mit einem niedrigen und einem hohen Bildungsstand und die Hälfte in der mittleren Kategorie. (LIGA 2008: 46)

Die amtliche Statistik operationalisiert die Kategorie Migrationshintergrund über die Staatsbürgerschaft, ist aber gewissermaßen blind für die realen Auswirkungen im Alltag. Da im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung nach der Familiensprache gefragt wird, ist es auf dieser Grundlage möglich, ein differenzierteres Bild zu erstellen.

Bildungsstand und Migrationshintergrund stehen in einem engen Verhältnis. Grundsätzlich ist die Kategorie niedriger Bildungsstand bei Kindern mit nichtdeutscher Alltagssprache vergleichsweise stärker besetzt als bei Kindern mit deutscher Alltagssprache. Einen (Fach-)hochschulabschluss findet sich am häufigsten in Familien, die eine nichtdeutsche westeuropäische Sprache oder US-Englisch sprechen, gefolgt von osteuropäisch und erst an dritter Stelle stehen hier Familien mit deutscher Alltagssprache. Unter den Familien, die hauptsächlich Türkisch zu Hause sprechen, sind nur sieben Prozent der höchsten Bildungskategorie zuzuordnen.

Abbildung 4: Bildungsstatus und ethnische Gruppe (Migrationshintergrund)



Quelle: Stadt Gelsenkirchen, Ref. 53, Schuleingangsuntersuchung 2009-2011, eig. Berechnung und Darstellung

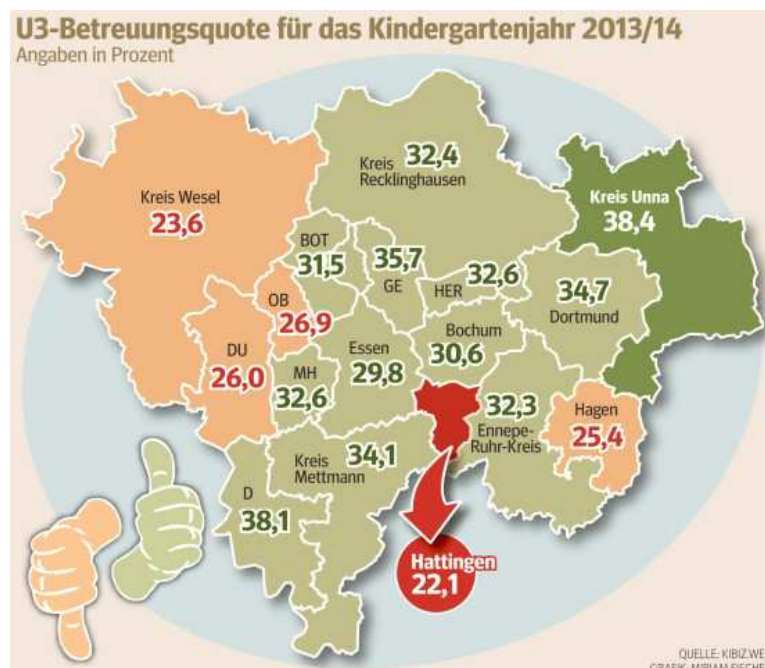
Familien- und Sozialstrukturen in den Stadtteilen

Die Familienstrukturen unterscheiden sich deutlich zwischen den Stadtteilen. In Buer gibt es anteilig deutlich mehr Einzelkinder, die Eltern sind höher gebildet und die Alltagssprache häufiger deutsch als im städtischen Durchschnitt. Ähnliches ist in Heßler, Resse und Resser Mark festzustellen. In der Neustadt hingegen sprechen mehr Kinder im Alltag türkisch (31 Prozent) als deutsch (27 Prozent). Anteilig kommen weniger Kinder aus Akademikerfamilien und viele Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsstatus, in der Familie leben oft zwei und mehr Geschwister. Der Anteil an Kindern, die bei einem alleinerziehenden Elternteil aufwachsen ist in der Neustadt unterdurchschnittlich. Die höchsten Anteile von Kindern aus alleinerziehenden Familien leben in der Altstadt, in Schalke-Nord, Ückendorf und Rotthausen.

Kindergartenbesuchsdauer

Der Ausbau der Kinderbetreuung vor allem im Bereich der unter Dreijährigen aber auch als Ganztagsangebot mit flexiblen Öffnungszeiten steht seit einigen Jahren bundesweit im Fokus familienpolitischer Diskussionen. Neben der Vereinbarkeit von Familie und Beruf geht es dabei auch um frühe Förderung und niedrigschwellige Unterstützungsangebote bei der Erziehung. Die Bedeutung von Förderung und Unterstützung durch den Kindergartenbesuch zeigt sich in Kap. 2 und 3 deutlich.

Abbildung 5: Betreuungsquoten



Der Kita-Besuch ist für nahezu alle Einschulungskinder die Regel, in den vergangenen drei Einschulungsjahren haben insgesamt nur 28 Kinder (0,4 Prozent) keine Kindertageseinrichtung besucht. Der Großteil der Kinder (knapp 90 Prozent) ging mindestens über zwei Jahre in den Kindergarten, fast ein Viertel über drei Jahre.

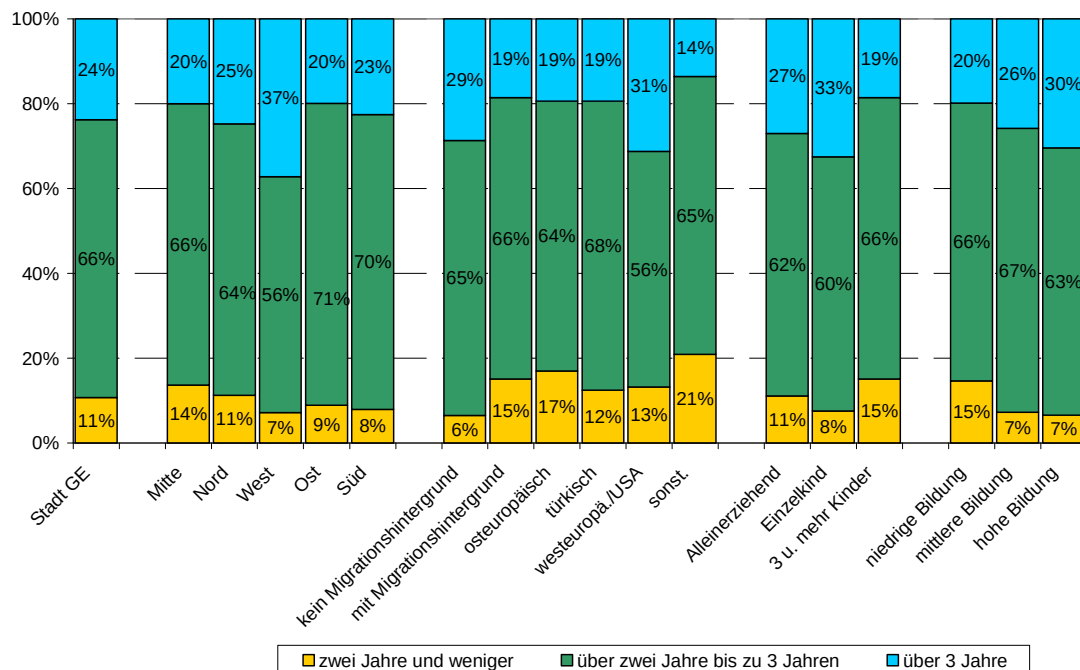
Familiäre Situation, Bildungsstatus und ethnische Zugehörigkeit hängen deutlich mit der Dauer des Kindergartenbesuchs zusammen.

Eine niedrigere Kitabesuchsdauer von bis zu zwei Jahren konnte anteilig häufiger bei Kindern aus nichtdeutschsprachigen Familien (15 Prozent) im Gegensatz zu deutschsprachigen Kindern (sechs Prozent) festgestellt werden. Dies gilt für alle ethnischen Gruppen, am stärksten aber für Familien mit sonstiger Alltagssprache (21 Prozent), gefolgt von osteuropäischer Alltagssprache (17 Prozent). 12 Prozent der Kinder aus türkischsprachigen Familien besuchen den Kindergarten zwei Jahre und weniger. Auch Kinder aus Familien mit niedriger Bildung und mit mindestens zwei Geschwistern besuchen die Kindertageseinrichtung anteilig häufiger als andere nur bis zu zwei Jahren.

Überdurchschnittlich lange (über drei Jahre) besuchen Kinder aus Familien mit hohen oder mittleren Bildungsstatus eine Kita. Jedes dritte Einzelkind besucht den Kindergarten länger als drei Jahre, auch bei Kindern mit einem alleinerziehenden Elternteil ist die Besuchszeit der Kita häufiger über drei Jahre.

Auch sozialräumlich lassen sich Unterschiede in der Besuchsdauer in einer Kindertageseinrichtung feststellen. Im Stadtbezirk Mitte gehen die Kinder kürzer in die Kita (anteilig unterdurchschnittlich weniger Kinder über drei Jahre und überdurchschnittlich viele bis zu zwei Jahren). Das Gegenteil gilt für den Stadtbezirk West. Dies deckt sich u.a. auch mit Versorgungsdefiziten in der Kindertagesbetreuung in den jeweiligen Stadtbezirken, auf die die Stadt bereits mit der Schaffung neuer Einrichtungen reagiert hat.

Abbildung 6: Besuchsdauer in Kindertageseinrichtungen nach sozialer Lage



Quelle: Stadt Gelsenkirchen, Ref. 53, Schuleingangsuntersuchung 2009-2011, eig. Berechnung und Darstellung

2. Zentrale Entwicklungsbereiche zum Schulstart

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird neben dem Gesundheitszustand auch der Entwicklungsstand der Kinder, der für einen Schulbesuch relevant ist, erhoben.

Um den Entwicklungsstand der Kinder ganzheitlich zu beurteilen, bedarf es der Betrachtung von verschiedenen Fähigkeiten. An dieser Stelle werden die motorische Entwicklung, die kognitiven Fähigkeiten und die Sprachkenntnisse genauer betrachtet.

2.1 Körperkoordination

Bewegungsfreude und motorische Fähigkeiten sind gerade im Kindesalter von besonderer Bedeutung und bilden eine Grundlage für ein gesundes und aktives Leben. Ausreichende Bewegung stellt einen Schutz vor zahlreichen Zivilisationskrankheiten wie Übergewicht, Herz-Kreislauferkrankungen oder Rückenleiden dar. In der aktuellen Diskussion werden immer wieder die abnehmenden motorischen Fähigkeiten der Kinder durch Fernsehkonsum und Computerspiele problematisiert.

In der Schuleingangsuntersuchung wird Körperkoordination⁶ durch Quantität und Qualität der komplexen Bewegungsanforderung des seitlichen Hüpfens beurteilt. Jedes zehnte untersuchte Kind wird im Bereich Körperkoordination als auffällig eingestuft und bei weiteren 29 Prozent ist der Befund grenzwertig. Die Auffälligkeiten verschärfen sich unter Berücksichtigung verschiedener sozialer, familiärer und kultureller Situationen.



Einen Tag lang Raufen was die Matten halten

Gut besucht war der „Ring-Rangeln-Raufen-Judo-tag“ in der Dreifachturnhalle der Gerhard Haupt-

mann-Realschule. Aufgrund der hohen Anmeldezahlen wurde die Veranstaltung auf zwei Tage ausgeweitet.

24 Schulklassen nahmen teil. Der Tag wurde unter dem Motto „Gelsenkirchener Judovereine bewegen Kinder“

veranstaltet, Schirmherr war Oberbürgermeister Frank Baranowski.

Foto: Gerd Kaemper

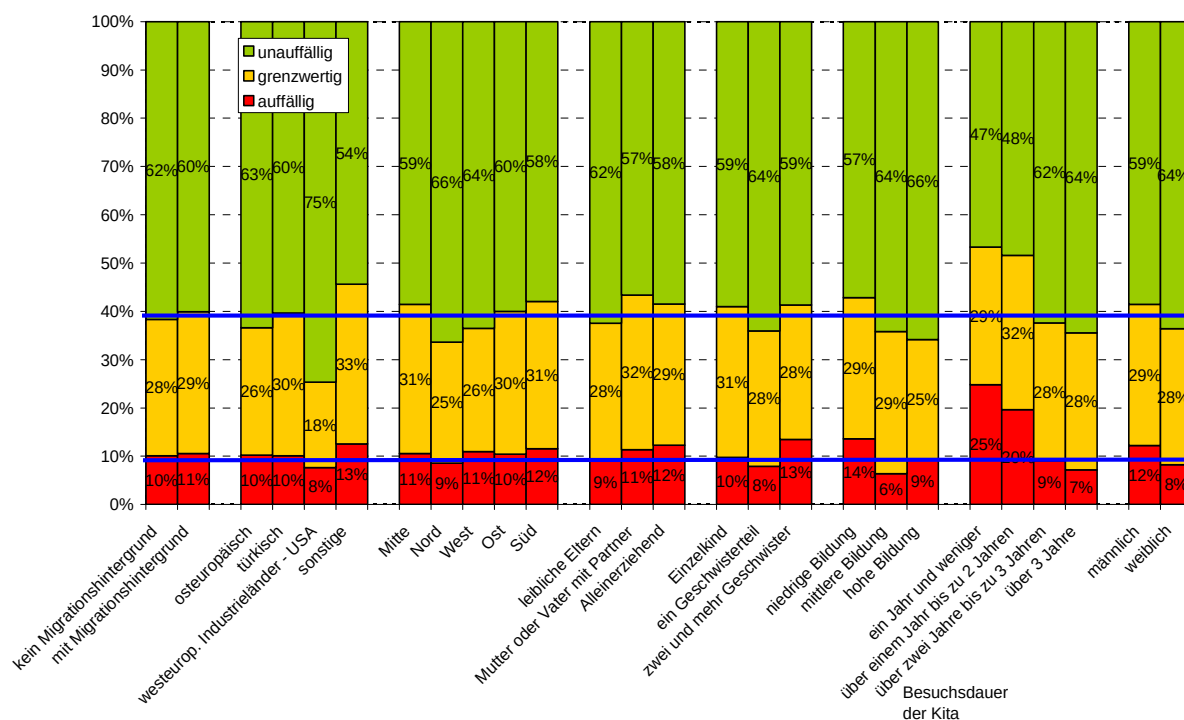
Quelle. Stadtspiegel, Juni 2012

⁶ Mit dem Einschulungsuntersuchungen zur Einschulung in das Schuljahr 2010/2011 wird der Entwicklungsstand der Kinder in Gelsenkirchen (sowie den meisten anderen Kommunen in Nordrhein-Westfalen) mit Hilfe des standardisierten Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreenings (SOPESS) schulärztlich erhoben. Da keine direkte Vergleichbarkeit zum vorherigen Screeningsverfahren (S-ENS) gegeben ist, werden nur Daten der Einschulungsjahrgänge 2010 und 2011 genutzt, eine Entwicklung im Zeitverlauf nachzuzeichnen, ist also nicht möglich. (vgl. LIGA 2009)

Ein Migrationshintergrund wird häufig als ein zusätzliches Kriterium sozialer Benachteiligung benannt. Dies ist für die körperliche Entwicklung der Gelsenkirchener Kinder nicht festzustellen; Kinder mit deutscher und nichtdeutscher Alltagssprache unterscheiden sich hinsichtlich der Ergebnisse zum Entwicklungsstand Körperkoordination nicht signifikant voneinander. Die Ergebnisse zeigen aber, dass eher Kinder aus Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf (vgl. Strohmeier 2006: Familienbericht Gelsenkirchen) wie Kinder aus alleinerziehenden und kinderreichen Familien sowie Kinder aus bildungsfernen Familien Auffälligkeiten in Bezug auf Körperkoordination zeigen. Es ist auch ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern erkennbar: Mädchen sind seltener auffällig im Bereich Körperkoordination als Jungen.

Am deutlichsten aber ist der Zusammenhang zwischen der Dauer des Kindergartenbesuchs und Auffälligkeiten in der Körperkoordination: Umso länger die Kinder eine Kita besucht haben, umso seltener bestehen Auffälligkeiten im Bereich der Körperkoordination. Dies bestätigt auf der einen Seite eine erfolgreiche Arbeit in den Gelsenkirchener Kindertagesstätten und betont auf der anderen Seite die Notwendigkeit eines frühen Kindergartenstarts gerade vor dem Hintergrund, dass eher Kinder aus dem benachteiligten Milieu Entwicklungsdefizite zeigen. Diese Ergebnisse stehen also auch im engen Zusammenhang mit der bundesdeutschen Diskussion um das Betreuungsgeld.

Abbildung 7: Körperkoordination und soziale Lage



Quelle: Stadt Gelsenkirchen, Ref. 53, Schuleingangsuntersuchung 2010-2011, eig. Berechnung und Darstellung

2.2 Visuelle Wahrnehmung, Zahlenvorwissen und selektive Aufmerksamkeit

Neben der motorischen Entwicklung der Kinder sind insbesondere auch kognitive Fähigkeiten für den erfolgreichen Schulstart relevant. An dieser Stelle wird exemplarisch die Visuelle Wahrnehmung, das Zahlenvorwissen/Abzählen und die selektive Aufmerksamkeit betrachtet.⁷ Dabei werden Fähigkeiten wie das Erkennen von Farben und Formen, Schlussfolgerungen als auch die Konzentrationsfähigkeit sowie Grundkenntnisse im Abzählen ermittelt.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse der drei Screenings werden am häufigsten bei der *Visuellen Wahrnehmung* Auffälligkeiten diagnostiziert (13 Prozent auffällig und weitere 16 Prozent grenzwertig), bei der *selektiven Aufmerksamkeit* zeigen anteilig am wenigsten Kinder Auffälligkeiten: vier von fünf Kindern sind hier in der Schuleingangsuntersuchung völlig unauffällig.

Wie auch schon bei der Körperkoordination zeigen Kinder mit einem nur kurzen Kitabesuch in allen drei Kompetenzbereichen erheblich häufiger Auffälligkeiten. Mehr als jedes zweite Kind, welches eine Kindertageseinrichtung unter einem Jahr besucht hat, zeigt sowohl beim Abzählen als auch bei der visuellen Wahrnehmung Auffälligkeiten oder das Ergebnis ist grenzwertig. Mindestens vier von fünf Kindern, die eine Tageseinrichtung länger als drei Jahre besucht haben, sind in diesen Bereichen völlig unauffällig. Die Dauer des Kindergartenbesuchs beeinflusst also auch neben der motorischen Entwicklung wesentlich die kognitiven Fähigkeiten der Kinder.

Kinder mit zwei und mehr Geschwistern sind deutlich häufiger in ihrer kognitiven Entwicklung eingeschränkt, zwischen Einzelkindern und Kindern mit nur einem Geschwisterteil sind keine signifikanten Unterschiede festzustellen. Vermutlich sind in kinderreichen Familien nicht ausreichend Ressourcen vorhanden, um die individuelle Förderung jedes Kindes ausreichend zu gewährleisten, hier wird also auch der besondere Unterstützungsbedarf von kinderreichen Familien deutlich.

Besonders intensiv wurde das Verhältnis zwischen Bildungserfolg der Kinder und dem Bildungshintergrund der Eltern – vor allem durch die PISA-Studien – in den letzten Jahren in den Fokus von Öffentlichkeit und Politik gerückt. Bereits bei Vorschulkindern zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang: Kinder aus Familien mit niedriger Bildung haben deutlich häufi-

⁷ Ergebnisse nach dem Screeningverfahren SOPESS für die Einschulungsjahrgänge 2010 und 2011.

ger Defizite in den genannten Entwicklungsbereichen. Dies gilt – wenn auch nicht ganz so deutlich – ebenso für Kinder aus Migrantenfamilien.

Abbildung 8: Visuelle Wahrnehmung, Zahlenvorwissen und selektive Aufmerksamkeit nach sozialstrukturellen Merkmalen

		Zählen			Visuelle Wahrnehmung			Selektive Aufmerksamkeit		
		auffällig	grenzwertig	unauffällig	auffällig	grenzwertig	unauffällig	auffällig	grenzwertig	unauffällig
Migrationshintergrund/ Alltagssprache										
kein Migrationshintergrund	kein Migrationshintergrund	7	10	83	9	13	77	7	9	84
	mit Migrationshintergrund	13	18	70	16	19	65	10	11	78
	osteuropäisch	17	13	70	10	16	74	11	10	80
	türkisch	10	19	71	15	19	67	8	11	81
	westeurop. Industrieländer	10	19	72	13	9		8	6	
	USA						78			86
sonstige	sonstige	16	18	66	24	23	53	16	15	69
Stadtbezirk										
Mitte	Mitte	12	15	74	15	17	68	9	10	81
	Nord	7	13	80	10	14	76	9	10	81
	West	7	10	83	12	15	74	13	12	75
	Ost	9	13	77	10	15	76	5	8	86
	Süd	12	17	71	13	19	69	8	10	82
Kind lebt bei...										
leibliche Eltern	leibliche Eltern	9	13	78	12	15	73	8	10	83
	Mutter oder Vater mit Partner	9	15		12	21		10	11	
	Alleinerziehend			77			67			79
	Alleinerziehend	11	16	73	13	18	69	11	9	79
Geschwister										
Einzelkind	Einzelkind	7	12	81	8	12	80	7	7	86
	ein Geschwisteranteil	7	12	81	9	15	76	8	9	83
	zwei und mehr Geschwister	15	17		19	20		12	12	
				68			61			76
Bildung										
niedrige Bildung	niedrige Bildung	15	18	67	19	21	60	12	13	75
	mittlere Bildung	5	11	83	8	12	80	6	8	86
	hohe Bildung	4	8	87	5	10	85	5	7	88
Kita-Besuchsdauer										
ein Jahr und weniger	ein Jahr und weniger	38	17	45	27	23	49	23	12	64
	über einem Jahr bis zu 2 Jahren	22	19		20	21		16	16	
	über zwei Jahre bis zu 3 Jahren	8	14	59	12	16	59	8	9	69
	über 3 Jahre			77			72			83
	über 3 Jahre	5	9	86	9	13	79	6	9	84
Geschlecht										
männlich	männlich	11	14	75	14	17	69	11	12	77
	weiblich	9	14	78	11	14	74	7	8	86
Stadt Gelsenkirchen										
Stadt Gelsenkirchen		10	14	76	13	16	72	9	10	81

Quelle: Stadt Gelsenkirchen, Ref. 53, Schuleingangsuntersuchung 2009-2011, eig. Berechnung und Darstellung
(Angaben in Prozent)

2.3 Deutschkenntnisse und Sprachfähigkeit

Sprachfähigkeit im Allgemeinen und Deutschkenntnisse im Besonderen bilden die Grundlage für einen erfolgreichen Schulstart. In der Schule werden fast alle Lerninhalte über Sprache vermittelt. Da es zahlreiche Projekte und Angebote im Bereich der Sprachförderung gibt, wurde diese Thematik bei den Sozialraumgesprächen ausgeklammert, soll aber an dieser Stelle trotzdem aufgeführt werden.

In der Schuleingangsuntersuchung werden verschiedene Tests zur Sprachkompetenz der Kinder durchgeführt, diese beziehen sich auf Präpositionen, Pluralbildung, Pseudowörter und Artikulation. Da das Nachsprechen von Pseudowörtern als relativ unabhängig von Deutschkenntnissen angesehen wird, wird dieser SOPESS-Test im Folgenden hinsichtlich sozialstruktureller Zusammenhänge ausgewertet. Die Deutschkenntnisse werden mit Hilfe von Rangzahlen von eins (gar kein Deutsch) bis fünf (sehr gutes Deutsch) durch die Ärzte bewer-

Sprachförderung

Vorbild Gelsenkirchen



Die Stadt zieht eine positive Bilanz im Bereich Sprachförderung. Es gebe ein Angebot „aus einem Guss“ bis in die Schule hinein.

Dem Land fehle ein umfassendes Sprachförderkonzept. Dies stellten jüngst Experten fest (die WAZ berichtete) und forderten „Bildung aus einem Guss“. Ein entsprechendes Konzept sei in Gelsenkirchen längst auf den Weg gebracht, betont Alfons Wissmann. „So weit wie wir ist in Nordrhein-Westfalen niemand“, sagt der städtische Referatsleiter für Jugend und Bildung - und das „mit einem gewissen Stolz“-

Die Verwaltung sei dabei, eine systematische gesamtstädtische Sprachförderung auf wissenschaftlicher Basis zu realisieren. Bereits seit elf Jahren setze Gelsenkirchen hier Schwerpunkte. Mit Erfolg: „Ab 2010/11 endet die Sprachförderung nicht mehr in den Kindertagesstätten, sondern wird noch ein halbes Jahr in der Grundschule fortgesetzt.“ Auch die freien Träger (evangelische und katholische Kirche) „konnten überzeugt werden“. Alfons Wissmann: „Die Stadt finanziert hier die Fortbildung der Mitarbeiter.“

Drei bis vier Mal pro Woche würden Mädchen und Jungen mit sprachlichen Defiziten in Kleingruppen (6 Kinder) gefördert, berichtet Gabriele Ihde, die bei der Stadt für den Bereich Sprachförderung federführend ist. „Ganz wichtig ist die Kontinuität.“ [...]

WAZ vom 25.01.2010

tet.⁸ Im Folgenden wird eins bis drei zu „nicht ausreichende Deutschkenntnisse“ und vier und fünf zu „ausreichende Deutschkenntnisse“ zusammengefasst.

Insgesamt werden bei 14 Prozent der Schulanfänger Auffälligkeiten beim Nachsprechen von Pseudowörtern festgestellt, bei weiteren 18 Prozent ist das Ergebnis grenzwertig. Positiv fällt auf, dass Kinder mit nichtdeutscher Alltagssprache etwas besser abschneiden als Kinder, die zu Hause deutsch sprechen. Ansonsten zeigt sich ein ähnliches Bild wie bereits bei den motorischen und kognitiven Fähigkeiten der Kinder: haben die Eltern eine niedrigere Bildung, leben zwei und mehr Geschwister im Haushalt und wurde die Kita nur kurz besucht, finden sich deutlich häufiger Entwicklungsverzögerungen.

Die Deutschkenntnisse werden bei allen Einschulungskindern bewertet - unabhängig von der zu Hause gesprochen Sprache. Immerhin sechs Prozent der Kinder mit deutscher Alltagssprache, werden unzureichende Deutschkenntnisse bescheinigt; bei den Kindern mit Migrationshintergrund sind es allerdings 43 Prozent. Daher werden die Deutschkenntnisse der Migrantenkinder gesondert ausführlicher betrachtet. Bezüglich der Deutschkenntnisse der Migrantenkinder lassen sich sozialräumlich deutliche Unterschiede erkennen. In Rotthausen, Ückendorf und der Neustadt hat mindestens jedes zweite Migrantenkind unzureichende Deutschkenntnisse. Die niedrigsten Anteile finden sich in Beckhausen (25 Prozent) und Buer (30 Prozent). Neben „sonstiger“ Alltagssprache sind die Deutschkenntnisse türkischer Kinder weitaus häufiger unzureichend als bei anderen ethnischen Gruppen. Deutlich häufiger finden sich bei Kindern mit zwei und mehr Geschwistern und aus bildungsfernen Elternhäusern gravierende Defizite im Deutschen. Wiederum hat die Kita-Besuchsdauer einen wesentlichen Einfluss auf die Deutschkenntnisse: nur weniger als jedes dritte Migrantenkind, welches länger als drei Jahre die Kita besucht hat, hat unzureichende Deutschkenntnisse. Es existiert aber kein signifikanter Zusammenhang zwischen den Deutschkenntnissen der Kinder und der Frage, bei wem die Kinder leben (leibliche Eltern, Mutter/Vater mit Partner/in, alleinerziehend).

⁸ 1: gar kein Deutsch, 2: gebrochenes Deutsch, 3: flüssig mit erheblichen Fehlern, 4: flüssig mit leichten Fehlern, 5: sehr gut.

Kindertagesstätten -Sprachförderung für die Kleinsten



Foto: Martin Möller

Sprachförderung beim Zähneputzen? Kein Problem, ist die Sprachförderfachkraft sicher. Sprachmelodien lernen schon die Allerkleinsten. Und gezielte, kurze Einzelförderung ist besonders effektiv.

Sprachförderung für Kinder unter drei Jahren haben sich die städtischen Kitas längst auf die Fahne geschrieben. 39 von 62 GeKita- Einrichtungen werden vom Bund als Schwerpunktkitas dafür gefördert. Mit Sprachförderung in den städtischen Kindertageseinrichtungen begann GeKita schon vor 18 Jahren, und zwar als Pionier. Und nun will man auch bei der Sprachförderung für unter Dreijährige vorangehen, kündigt der Betriebsleiter von GeKita, Alfons Wissmann, an.

Quelle. WAZ vom 18.04.2013

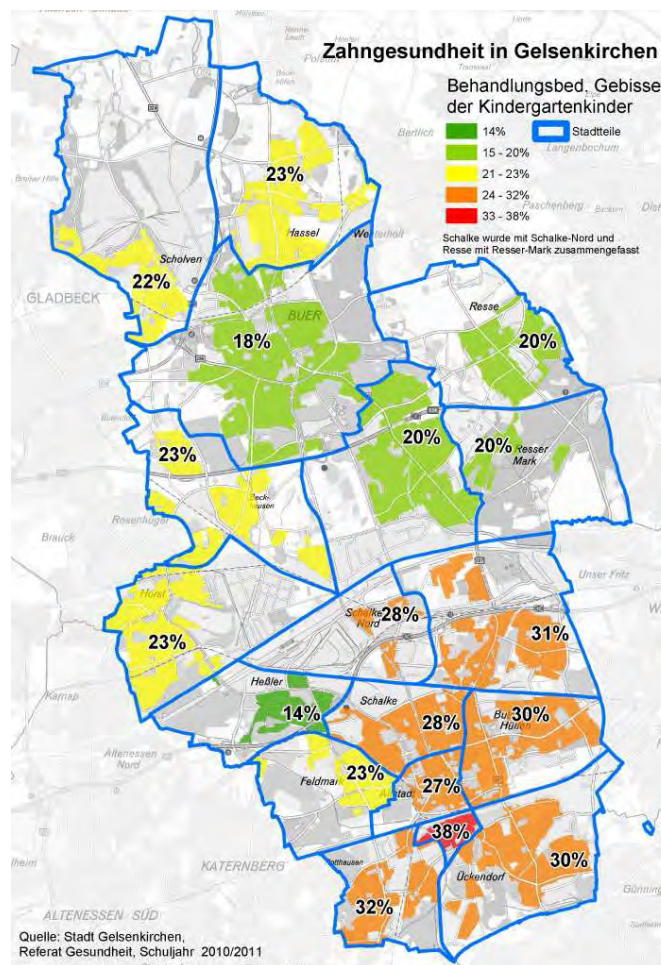
3. Gesundheit und Gesundheitsprävention

3.1 Zahngesundheit

In den Sozialraumgesprächen fanden erstmalig Daten zur Mundgesundheit Verwendung, basierend auf den in Kindergärten und Grundschulen stattfindenden Reihenuntersuchungen des Zahnmedizinischen Dienstes.

Um die Zahngesundheit abbilden zu können, wurde der dmf(t)-Index für Milchzähne (t=tooth) verwandt. Hierbei wird zwischen kariösen (d=decayed), wegen Karies gefüllten/überkronten (f=filled) und wegen Karies gezogenen und somit fehlenden (m=missing) Milchzähnen unterschieden.

Abbildung 9: Zahngesundheit in Gelsenkirchen



Quelle: Stadt Gelsenkirchen, Ref. 53, Zahnärztlicher Dienst, Schuljahr 2010/2011, Darstellung Wifö/1

Im Kindergartenjahr 2010/2011 wurden 5.000 Kindergartenkinder im Alter von zwei bis sechs Jahren untersucht. Von ihnen wiesen

- 64 Prozent naturgesunde=kariesfreie,
- 12 Prozent vollständig zahnärztlich behandelte = sanierte und
- 24 Prozent behandlungsbedürftige = kariöse Milchgebisse auf.

Der ermittelte dmf(t)-Mittelwert von 1,3 bedeutet, dass jedes der 5.000 untersuchten Kinder im Durchschnitt 1,3 Milchzähne mit Karieserfahrung im Mund hat. Werden die 1.200 wegen Karies behandlungsbedürftigen Kinder ins Verhältnis zu ihren 4.150 kariösen Zähnen gesetzt, so weist im Durchschnitt jedes der behandlungsbedürftigen Kindergartenkinder 3,4 (!) kariöse Zähne auf.

Bereits für die Gesamtstadt wird die Handlungsnotwendigkeit deutlich, im sozialräumlichen Lichte verschärfen sich die Ergebnisse noch: In Gelsenkirchen ist ein deutliches Nord-Süd-

Gefälle zu erkennen. Während im Norden „nur“ zwischen 18 Prozent (in Buer) bis hin zu 23 Prozent (Hassel, Beckhausen, Nord) der Kinder behandlungsbedürftige Gebisse haben, sind es südlich des Kanals bis zu 38 Prozent in der Altstadt.

Die Untersuchung der Zähne der Grundschüler gibt Anhaltspunkte über die Entwicklung der Mundgesundheit von Kindern im Zeitverlauf. Im Alter von sechs bis sieben Jahren wurden 3.100 Grundschüler untersucht. Die Ergebnisse sehen wie folgt aus:

- 43 Prozent der Schüler/-innen haben naturgesunde Gebisse, d. h., ihre Milchzähne und bleibenden Zähne (Wechselgebiss) sind ohne Karieserfahrung,
- 17 Prozent sind zahnärztlich vollständig behandelt worden (sanitert),
- 40 Prozent weisen kariöse Milchzähne oder kariöse bleibende Zähne auf.

Der dmf(t)-Mittelwert liegt bei 2,1. Dieser Mittelwert sagt aus, dass jedes/r der 3.100 untersuchten Schülerinnen und Schüler statistisch gesehen 2,1 Milchzähne mit Karieserfahrung im Mund hat. Für die bleibenden Zähne, die in der Regel ab dem fünften/sechsten Lebensjahr durchbrechen, liegt der entsprechende DMF(T)-Mittelwert bei 0,13.

Im Abstand von vier Jahren fanden epidemiologische Begleituntersuchungen zur Mundgesundheit statt, die Vergleichswerte auf der Ebene des Zahnärztekammerbezirks Westfalen-Lippe liefern. Zu diesem Kammerbezirk zählt auch die Stadt Gelsenkirchen. Ausgewertet wurden im Jahr 2004 die Befunde von 4.268 Schülern/Schülerinnen, im Jahr 2009 diejenigen von 4.544 Schülern/Schülerinnen, jeweils im Alter von sechs bis sieben Jahren. Diesen Ergebnissen wird in Tabelle 1 die Mundgesundheit der 3.134 6-7-jährigen Grundschüler/Grundschülerinnen in Gelsenkirchen für das Schuljahr 2011/2012 gegenübergestellt.

Tabelle 1: Mundgesundheit im Vergleich, Kammerbezirk Westfalen-Lippe - Stadt Gelsenkirchen

	naturgesunde Gebisse	sanitierte Gebisse	behandlungsbedürftige Gebisse	dmf (t)-Mittelwert	DMF(T)-Mittelwert
Kammerbezirk W - L	in Prozent				
2004	47	14	39	2,3	0,14
2009	52	15	33	1,9	0,06
GE Schuljahr 2011/2012	44	17	40	2,1	0,13

Quelle: Epidemiologische Begleituntersuchung 2004 und 2009, Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahn-pflege und Stadt Gelsenkirchen, Referat 53.

Ein Vergleich der Daten zeigt, dass die Mundgesundheit in Gelsenkirchen hinsichtlich des prozentualen Anteils an naturgesunden Gebissen im Schuljahr 2011/2012 noch um 3,3 Prozent niedriger liegt als der ermittelte Durchschnittswert für den Kammerbezirk Westfalen-

Lippe für das Jahr 2004. Ebenso liegt der prozentuale Anteil an behandlungsbedürftigen Gebissen in Gelsenkirchen im Schuljahr 2011/2012 um 0,5 Prozent höher als der errechnete Mittelwert für den Kammerbezirk Westfalen-Lippe des Jahres 2004. Von der Mundgesundheit, die die epidemiologische Begleituntersuchung für das Jahr 2009 ermittelt hat, ist die Stadt Gelsenkirchen im Schuljahr 2011/2012 weit entfernt, sowohl hinsichtlich der Höhe an naturgesunden Gebissen als auch im Hinblick auf die niedrigen Werte an behandlungsbedürftigen Gebissen seiner 6-7-jährigen Schüler/Schülerinnen.

Gesundheit

Starke Zähne für starke Kinder



Hier präsentieren Lara, Joline, Kim und Ricardo (v.l.) ihr strahlendes Lächeln. Damit das auch so bleibt, startet nun eine Präventionsaktion.

Foto: Martin Möller

Drei Schalker Grundschulen kämpfen gemeinsam gegen Karies und Co. bei ihren Schülern. Am Montag wurden 1000 Zahnpflegesets verteilt. Die Zusammenarbeit mit den Eltern soll intensiviert werden.

Die Grundschuljahre sind für Kinder eine wichtige Zeit – und auch für ihre Zähne. Die ersten bleibenden Zähne brechen durch und sollten möglichst ein Leben lang halten. Doch um die Zahngesundheit von Kindern steht es in Gelsenkirchen nicht gerade gut.

Drei Grundschulen in Schalke treten jetzt gemeinsam an, um dies zu ändern. Ihr erklärtes Ziel: Die Zahngesundheit ihrer Schüler nachhaltig zu verbessern. Vor allem die Eltern sollen in Zukunft stärker einbezogen werden. Unterstützt wird die Aktion „Löwenzähne – Starke Zähne für starke Kinder“ vom Gelsenkirchener Arbeitskreis Zahngesundheit und der lokalen Kindertafel. Der Einfall, eine gemeinsame Aktion zu starten, ist an Weihnachten entstanden: „Wir haben Pakete mit Süßigkeiten verpackt. Doch wer Süßigkeiten isst, muss auch seine Zähne pflegen.“, erklärt Sigrid Weiser von der Gelsenkirchener Tafel die Idee.

Die Eltern mit einbeziehen

1000 Zahnpflegesets wurden außerdem vom Ambulanten Pflegedienst (APD) gespendet. Statt in Weihnachtskarten und Porto wollte man lieber in die Zukunft unserer Kinder investieren. Die ersten Sets wurden am Montag an die Mädchen und Jungen der Friedrich-Grillo-Schule, der GGS Leipziger Straße und der Sternschule verteilt. Doch damit nicht genug – in

Zukunft soll das Thema stärker in den Unterricht integriert und die Zusammenarbeit mit den Eltern intensiviert werden.

„Wir sind schon seit fast 30 Jahren aktiv, aber ohne die Eltern kann man nicht viel erreichen.“, erklärt Myriam Stendera vom Arbeitskreis Zahngesundheit. „In vielen Fällen ist die Zahnbürste, die die Schüler jedes Jahr von uns bekommen, die einzige für ein ganzes Jahr. Einmal erzählte mir ein Kind gar, dass die Zahnbürste von der ganzen Familie genutzt wird.“

Quelle: WAZ vom 25.02.2013

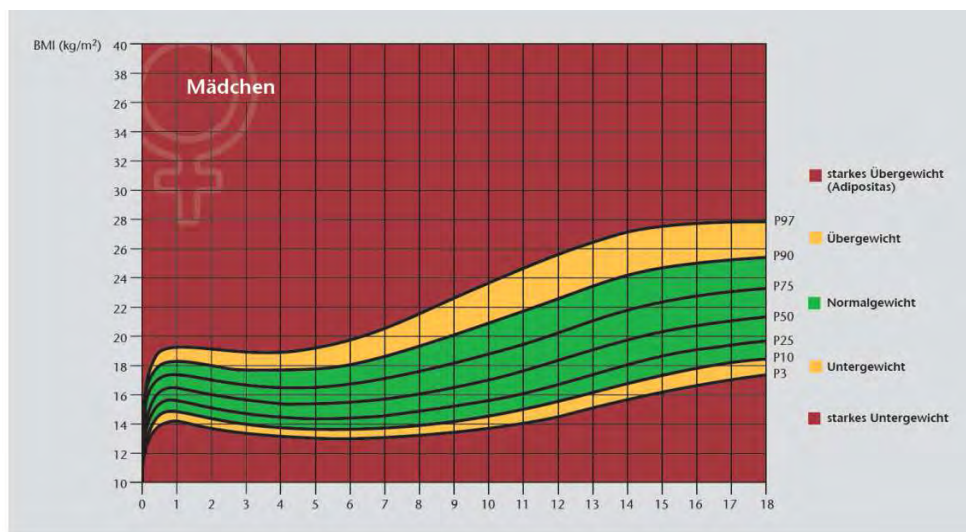
3.2 Körpergewicht

Übergewicht und Adipositas hat sich zu einem Kernproblem im Gesundheitswesen entwickelt und beeinflusst schon die gesundheitliche Entwicklung im Kindesalter nachhaltig: Herz-Kreis-Erkrankungen, Erkrankungen am Bewegungsapparat, Diabetes, aber auch psychische Probleme durch Mobbing und Ausgrenzung sind Krankheiten und Nebenerkrankungen von Übergewicht. Übergewicht bei Kindern resultiert aus einem komplexen Zusammenspiel von Genetik und dem Ernährungs- und Bewegungsverhalten, letzteres wiederum wird von sozialstrukturellen und sozialräumlichen Faktoren beeinflusst.

Das Gewicht der Schulanfänger wird in der Schuleingangsuntersuchung auf Basis des Body-Maß-Index (BMI), der Gewicht und Körpergröße ins Verhältnis setzt und alters- und geschlechtsabhängiger Referenzwerte nach Kromeyer-Hausschild (Kromeyer u.a. 2001) bewertet. Das Gewicht der Vorschulkinder wird in fünf Gruppen eingeteilt: deutlich untergewichtig – leicht untergewichtig – normalgewichtig – übergewichtig - adipös.⁹

⁹ Hierbei wird nach Perzentilen vorgegangen, ein Gewicht oberhalb des 90. Perzentils gilt als übergewichtig und oberhalb des 97. Perzentils wird von Adipositas gesprochen. Untergewicht besteht unterhalb des 10. Perzentils, starkes Untergewicht unterhalb des 3. Perzentils.

Abbildung 10: BMI bei Kindern (Beispiel Mädchen)



Quelle: BZgA, www.bzga-kinderuebergewicht.de

Normalgewicht ist Normalität: 78 Prozent aller Gelsenkirchener Schulanfänger sind normalgewichtig. Übergewichtig sind 15 Prozent der Kinder, davon knapp die Hälfte adipös, also krankhaft übergewichtig. Insgesamt weniger häufiger verbreitet als Übergewicht ist Untergewicht: fünf Prozent haben leichtes Untergewicht, weitere zwei Prozent sind deutlich untergewichtig. Untergewicht sollte vor allem im Zusammenhang mit dem „Schlankheitswahn“ der Gesellschaft beobachtet werden, die KIGGS-Studie (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland 2003-2006) ergab alarmierende Zahlen zu Essstörungen bei Jugendlichen. (vgl. BZGA 2008, RKI 2013)

Bei der Betrachtung von Körpergewicht mit anderen sozialen Faktoren, fällt auf, dass Migrationshintergrund und Bildungsstatus eine entscheidende Rolle für Gewichtsprobleme spielen. Je höher die Eltern gebildet, desto seltener haben die Kinder Übergewicht. Auch unter Migrantenkindern ist Übergewicht verbreiteter als unter Kindern mit deutscher Alltagssprache, hier fallen insbesondere Kinder mit türkischer Sprache auf: 20 Prozent sind übergewichtig/adipös. Dies verändert sich auch nicht signifikant mit dem Bildungshintergrund der Eltern. Die Ursachen sind sehr vielschichtig und müssten auf anderem Wege detaillierter untersucht werden.

Wenngleich Kinder mit einer geringen Kindergartenbesuchsdauer etwas häufiger übergewichtig als auch untergewichtig sind, sind die Unterschiede bei Weitem nicht so aussagekräftig wie der Zusammenhang zu den zentralen Entwicklungsbereichen (vgl. Kap. 3). Auch ist kein signifikanter Zusammenhang zu anderen sozialstrukturellen Merkmalen wie Geschlecht, Geschwisteranzahl und Familienform der Eltern nachzuweisen.

„Ein Park in der Nähe hält schlank“ titelte im Mai 2013 die Frankfurter Rundschau und fasste damit die Ergebnisse einer Studie zusammen, die den Zusammenhang zwischen Übergewicht bei Kindern und Wohngegend bzw. der Möglichkeit Infrastruktur fußläufig zu erreichen nachgewiesen haben. In Gelsenkirchen unterscheidet sich der Anteil der übergewichtigen Kinder auch sehr deutlich je nach Wohnort. Die niedrigsten Anteile finden sich in den Stätteilen Resser Mark, Beckhausen und Buer; am meisten übergewichtige Kinder wohnen in Bismarck und Schalke-Nord. Im Rahmen einer Juniorforschungsgruppe „StadtLandschaft und Gesundheit“ der Fritz und Hildegard Berg Stiftung wird derzeit der Zusammenhang von „wohnnahen urbanen Grünräumen und Spielflächen und der Gesundheit von Kindern“ in Gelsenkirchen untersucht.

In den vergangenen Jahren haben sich die Anteile an über- und untergewichtigen Kindern nicht wesentlich verändert, allerdings ist eine leichte Verschiebung vom Übergewicht hin zur Adipositas festzustellen.

Themenwoche „Bewegung und gesunde Ernährung“



In der Woche vom 25.06. - 30.06.2012 fand zum 2. Mal die Themenwoche „**Bewegung und gesunde Ernährung**“ an unserer Schule statt, die vor einem Jahr auf die Initiative von Jürgen Todeskino ins Leben gerufen wurde.

In dieser Woche lagen zum einen die **fächerübergreifenden Vorhaben** der Jahrgänge 7 „Wir halten uns fit!“ und 9 „Sportliche Hochleistung biologisch betrachtet“. Darüber hinaus durchliefen die Schüler aller Klassen im Rahmen des Sportunterrichtes den **Cooper-Test**.

Dank des Engagements vieler Kollegen und Kooperationspartner unserer Schule gab es ein **Rahmenprogramm mit vielseitigen Angeboten** wie Klettern, Kämpfen, Radfahren, Laufen, Kochen, Ernährungstipps, Tanzen, Sport in der Mittagspause, die von Schüler/innen aller Jahrgangsstufen besucht wurden.

Quelle: Gesamtschule Horst (http://www.geshorst.de/sport/gesund_2012.php, Zugriff am 04.06.2013)

3.3 Vorsorge: Impfungen und U-Untersuchungen

Präventive Angebote nehmen im Themenfeld Gesundheit eine herausragende Stellung ein. Ein frühzeitiges Gegensteuern und Vermeiden von Krankheiten ist nicht nur finanziell die beste Lösung. An dieser Stelle wird die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) und die Inanspruchnahme von Impfungen, exemplarisch die vollständige Durchimpfung von Masern betrachtet.

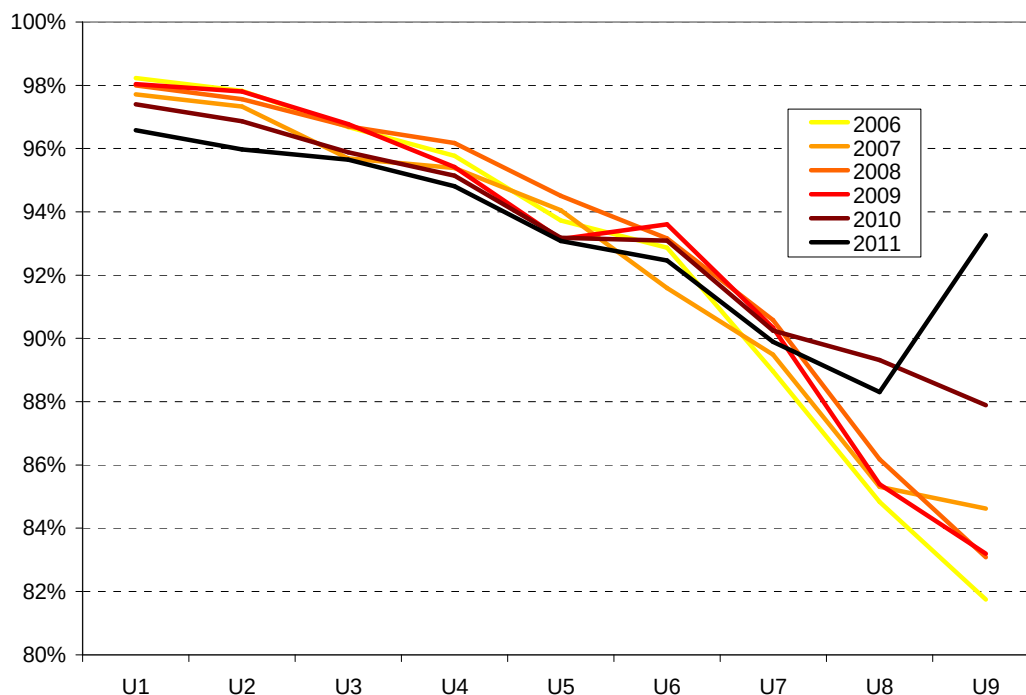
Im Kindesalter bis zur Einschulung finden zehn Früherkennungsuntersuchungen statt, die so genannten U-Untersuchungen. Im ersten Lebensjahr werden die Kinder in nur kurzen Abständen sechs Mal untersucht, die U7 bis U9 finden dann jährlich bis zum 5. Geburtstag statt. In den Untersuchungen werden umfassend die altersgerechte Entwicklung und der

allgemeine Gesundheitszustand der Kinder durch den Kinderarzt erfasst. So können mögliche Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen frühzeitig erkannt und behandelt werden.

Während die ersten Früherkennungsuntersuchungen noch sehr regelmäßig wahrgenommen werden, sinkt die Inanspruchnahme stetig bis zur letzten Früherkennungsuntersuchung U9 (vgl. Abbildung 11). Vor diesem Hintergrund wurde eine Landesverordnung erlassen, die eine Meldung von Kindern an das örtliche Jugendamt vorsieht, welche auch nach einem Erinnerungsschreiben nicht an der U-Untersuchung teilgenommen haben. (vgl.

www.erziehungundbildung-gelsenkirchen.de) Im Referat Erziehung und Bildung ist ein eigener Bereich U-Untersuchung eingerichtet worden. Durch verstärkte Öffentlichkeitsarbeit, das Starten entsprechender Projekte in Kindertageseinrichtungen und Informationsveranstaltungen für Eltern und Multiplikatoren wollen die Mitarbeiterinnen des Bereichs U-Untersuchung die Eltern aller Kinder bis zum Vorschulalter erreichen. Die Eltern sollen informiert und motiviert werden, ihre Kinder an den kostenlosen Untersuchungen teilnehmen zu lassen. In Abbildung 11 kann man die Wirkung dieser Maßnahmen und insbesondere auch der Landesverordnung, die seit Sommer 2009 in die Praxis umgesetzt durch Anstiege der Inanspruchnahme von U8 und U9 in den vergangenen zwei Jahren deutlich erkennen.

Abbildung 11: U1 bis U9 im Zeitverlauf 2006-2011



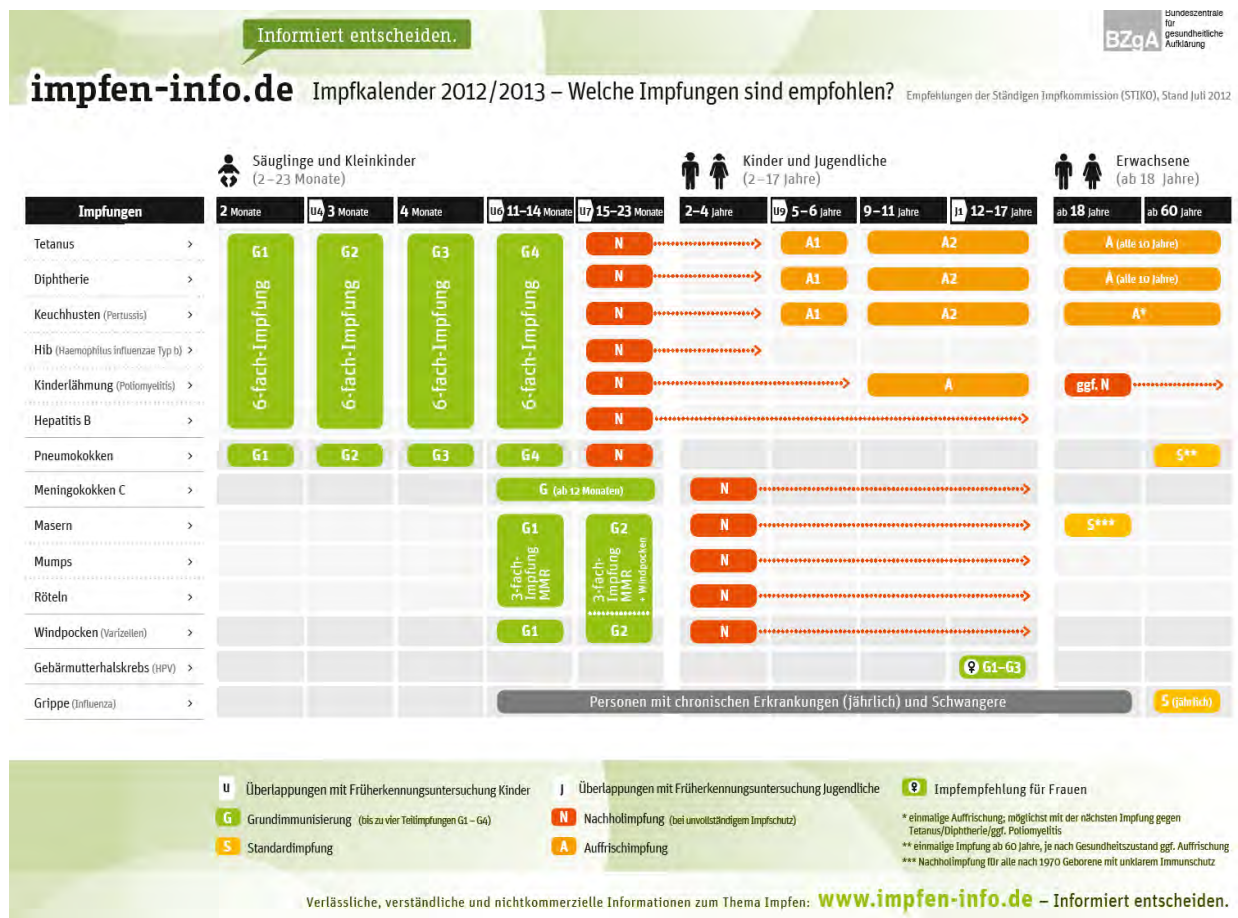
Quelle: Stadt Gelsenkirchen, Ref. 53, Schuleingangsuntersuchung 2009-2011, eigene Berechn. und Darstellung

Im Folgenden wird die vollständige Inanspruchnahme von U8 und U9 betrachtet. Im Durchschnitt der vergangenen drei Jahre haben 81 Prozent an den letzten beiden U-Untersuchungen teilgenommen, weitere 15 Prozent haben nur eine und 4 Prozent der Schulanfänger haben weder die U8 noch die U9 wahrgenommen.¹⁰ Kinder mit deutscher Alltagssprache haben diese Früherkennungsuntersuchungen deutlich häufiger in Anspruch genommen als Kinder mit nichtdeutscher Alltagssprache. Eine geringere Inanspruchnahme der U-Untersuchung liegt auch bei Kindern von Alleinerziehenden und in kinderreichen Familien vor. Wiederum spielt die Besuchsdauer einer Kindertageseinrichtung eine bedeutende Rolle: Nur zwei von drei Kindern, die maximal zwei Jahre eine Kita besucht haben, haben die U8 und U9 Früherkennungsuntersuchung beide in Anspruch genommen. Eine gezielte Ansprache und Information dieser Zielgruppen, wird sicherlich einen weiteren Anstieg der Inanspruchnahme nach sich ziehen.

Impfungen sind seit langem fester Bestandteil in der deutschen Gesundheitsvorsorge. Einerseits schützen sie vor z.T. lebensgefährlichen Krankheiten und erfüllen daher einen Beitrag zur individuellen Gesundheitsvorsorge. Andererseits leisten Impfungen einen gesellschaftlichen Beitrag für die Volksgesundheit, indem andere, die auf Grund von Alter oder gesundheitlichen Einschränkungen besonders gefährdet sind, nicht angesteckt werden. Erklärtes Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist es, Masern und angeborene Röteln bis zum Jahr 2015 weltweit auszurotten. Um dies zu verwirklichen, müssen langfristig hohe Impfraten von 95 Prozent erreicht werden. In Deutschland empfiehlt ein unabhängiges Gremium aus Experten und Expertinnen, die Ständige Impfkommission (STIKO), welche Impfungen in welchem Lebensalter sinnvoll sind, um sich vor gefährlichen Infektionskrankheiten zu schützen. (vgl. RKI 2011, www.impfen-info.de).

¹⁰ Die Anteile beziehen sich nur auf die Kinder, für die ein Untersuchungsheft vorgelegt wurde (92 Prozent).

Abbildung 12: Impfkalender



Quelle: BZgA, www.impfen-info.de

Exemplarisch für den Impfschutz der Gelsenkirchener Kinder werden im Folgenden die Impf-raten gegen Masern betrachtet. Ein vollständiger Schutz gegen Masern wird mit zwei Imp-fungen erreicht, die laut STIKO im Alter von einem Jahr durchgeführt werden.

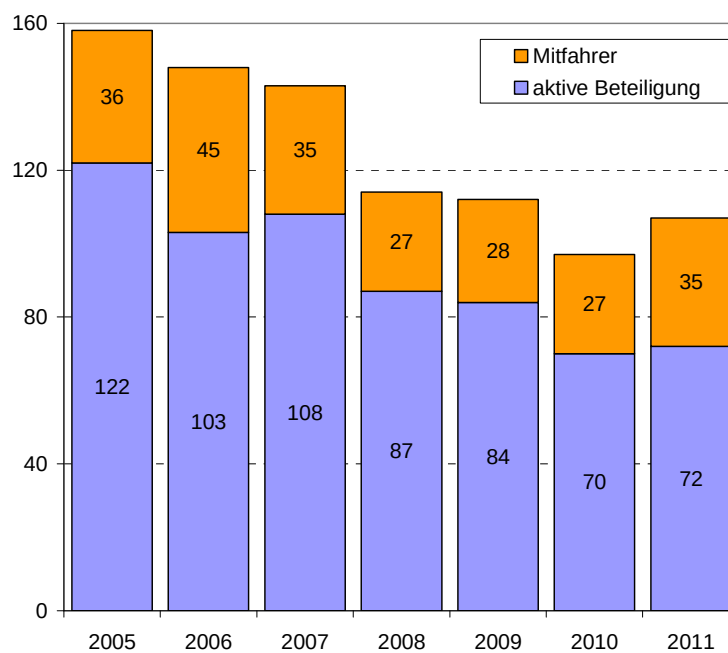
Heute sind in Gelsenkirchen 95 Prozent aller Schulanfänger vollständig gegen Masern ge-impft und die Durchimpfungsquote liegt somit leicht über dem Landesdurchschnitt von 94 Prozent (RKI 2013: 130). Die Durchimpfungsrate gegen Masern ist seit 2006 von 87 Prozent somit deutlich angestiegen. Signifikant niedrigere Impf-raten finden sich bei Kindern mit zwei und mehr Geschwistern und bei Kindern von Alleinerziehenden, allerdings sind auch mindes-tens 90 Prozent dieser Kinder gegen Masern geimpft. Auch die Kindergartenbesuchsdauer hat einen Einfluss auf das Impfverhalten der Eltern: Kinder, die nur kurz in eine Kita gegang-en sind, sind häufiger nicht vollständig gegen Masern geimpft.

3.4 Kinderunfälle

Kinderunfälle und Unfallprävention sind äußerst vielfältig. Während im Säuglings- und Kleinkindalter Unfälle in der Regel im häuslichen Umfeld stattfinden (z.B. Stürze, Vergiftungen, Ertrinken etc.) verlagert sich die Unfallhäufigkeiten ab dem Vorschulalter in Sport, Freizeit und Straßenverkehr. (vgl. BZgA 2011)

In Gelsenkirchen hatten im Jahr 2011 107 Kinder einen Verkehrsunfall. 35 Kinder verunfallten als Mitfahrer im Auto eines Erwachsenen, mit 72 Kindern hat der größere Teil der Kinder einen Unfall bei aktiver Verkehrsteilnahme als Fußgänger (50 Kinder) oder als Radfahrer (22 Kinder). Positiv fällt auf, dass die Unfälle von Kindern mit aktiver Beteiligung im Straßenverkehr seit 2005 sich deutlich verringert haben (vgl. Abbildung 13).

Abbildung 13: Kinderunfälle im Zeitverlauf



Quelle: Stadt Gelsenkirchen, Ref. 69, auf Grundlage des Verkehrsunfallberichts der Polizei Gelsenkirchen

Beim Thema Unfall und vor allem Unfallprävention ist zu berücksichtigen, dass Kinder neben nicht ausreichenden motorischen und kognitiven Fähigkeiten, dass Gefahrenbewusstsein anders als bei Erwachsenen entwickelt ist. So können Kinder zum Beispiel die Entfernung von heranfahrenden Autos nicht richtig einschätzen.

4. Zusammenfassung: Kindergesundheit und sozialer Status

Die Analyse der Schuleingangsuntersuchung gibt Aufschluss über die motorische, kognitive und sprachliche Entwicklung der Schulanfänger, ermittelt verschiedene Kennzahlen zum Gesundheitszustand und es können Aussagen zur Gesundheitsprävention getroffen werden. All diese verschiedenen Items wurden mit der sozialen Lage, in der die Kinder aufwachsen, deren Migrationshintergrund und zur Dauer des Kindergartenbesuchs in Verbindung gebracht. Es konnte dabei deutlich gezeigt werden, dass genau dieser soziale Hintergrund der Kinder über Entwicklungsstand, Gesundheit und Gesundheitsvorsorge entscheidet.

Es ist davon auszugehen, dass **die räumliche Zuordnung** vor allem ein Spiegel der sozialen Herkunft ist und nicht alleine für Teilhabe oder Exklusion an grundlegenden gesellschaftlichen Chancen verantwortlich ist.

Die **Kita-Besuchszeit** konnte als ein wesentliches Kriterium für die Möglichkeit eines erfolgreichen Schulstarts gezeigt werden. Besonders deutlich wird die Bedeutung bei der Entwicklung der Kinder: Je länger Kinder eine Kindertageseinrichtung besucht haben, umso eher sind sie altersgerecht motorisch, kognitiv und sprachlich entwickelt. Das gilt also auch für eine Betreuung im Alter von unter drei Jahren. Kinder, die nur kurz eine Kita besucht haben, sind häufiger übergewichtig (und auch untergewichtig) – die Unterschiede sind allerdings nicht ganz so dramatisch wie bei der Entwicklung der Kinder. Ebenfalls Gesundheitsvorsorge wird bei längerer Verweildauer in einer Kindertageseinrichtung anteilig häufiger in Anspruch genommen.

Übergewicht und Gesundheitsprävention sind unabhängig vom **Geschlecht** der Kinder. Allerdings sind Mädchen in nahezu allen untersuchten Entwicklungsbereichen seltener auffällig als Jungen. Lediglich beim Zählen unterscheiden sich Jungen und Mädchen nicht signifikant voneinander.

Ein **Migrationshintergrund** ist häufig ein zusätzliches Kriterium für soziale Benachteiligung und geht in Gelsenkirchen meist mit einem niedrigen Bildungs- und Sozialstatus einher (vgl. Kap. 1.2). Bei den Auswertungen der Schuleingangsuntersuchungen zeigt sich ein durchaus differenziertes Bild. So unterscheiden sich Kinder mit deutscher und nichtdeutscher Alltagssprache (so wird Migrationshintergrund hier gemessen) im Bereich Körperkoordination nicht voneinander. Kinder mit Migrationshintergrund schneiden allerdings in der kognitiven Entwicklung (Kap. 3.2) häufiger mit Auffälligkeiten ab als Kinder ohne Migrationshintergrund, dies gilt nicht für das Nachsprechen vom Pseudowörtern, denn bei diesem Test zeigen Kin-

der mit Migrationshintergrund seltener Auffälligkeiten als deutschsprachige Kinder. Migrantenkinder sind häufiger übergewichtig/adipös, hier vor allem Kinder mit türkischer Alltagssprache. Kinder mit deutscher und nichtdeutscher Alltagssprache unterscheiden sich nicht beim Impfverhalten gegen Masern.

Alleinerziehende und kinderreiche Familien haben mehr Schwierigkeiten ihren Alltag zu organisieren und sie sind häufiger als andere Familien auf Unterstützung angewiesen, wie schon der Familienbericht 2006 (Strohmeier u.a. 2006) zusammenfasst. Das zeigt sich auch bei der Auswertung der Schuleingangsuntersuchung. Insbesondere Kinder mit zwei und mehr Geschwistern zeigen deutlich häufiger Entwicklungsauffälligkeiten und haben Defizite bei der Gesundheitsvorsorge. Bei Kindern von Alleinerziehenden zeigen sich auch durchweg höhere Anteile von Auffälligkeiten in allen schulrelevanten Entwicklungsbereichen, die Unterschiede sind aber weniger aussagekräftig als bei den Kindern aus kinderreichen Familien. Übergewicht spielt keine signifikante Rolle.

Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zeigen auch sehr eindrucksvoll, dass **Bildung** sich sozial vererbt. Kinder aus bildungsfernen Familien beginnen Schule bereits deutlich häufiger mit Defiziten in Entwicklung und Gesundheitsstatus als Kinder aus Familien mit höherem Bildungsniveau. Etwas abseits dieses Trends liegt, dass Kinder, deren Eltern einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluss haben, etwas häufiger leicht untergewichtig sind. Auch in Bezug auf die Impfvorsorge unterscheiden sich Kinder nicht nach dem Bildungsstand der Eltern.



Der Internationale Mädchengarten in Gelsenkirchen ist ein Gemeinschaftsprojekt von Mädchen für Mädchen. Genutzt wird der Garten von Mädchen und Mädchengruppen aus Gelsenkirchen, steht aber auch für Mädchengruppen aus ganz NRW zur Verfügung. Der Garten ist barrierefrei gestaltet und ist eine Initiative der LAG autonome Mädchenhäuser/feministische Mädchenarbeit NRW e.V. und der Fachstelle Interkulturelle Mädchenarbeit NRW. Der Mädchengarten ist ein Ort, um die individuellen Fähigkeiten der Mädchen zu entdecken und diese wertzuschätzen. Nicht der fertige Garten ist wichtig, sondern das gemeinsame Schaffen und die Begegnung mit der Natur, mit sich selbst und anderen Mädchen.

5. Prioritäten aus den Sozialraumgesprächen

Im Rahmen der Sozialraumgespräche fand ein Austausch über bestehende Angebote, Projekte und Kooperationen statt. In den Arbeitsgruppen wurde in drei Themenfeldern

- Prävention von Übergewicht, gesunde Ernährung, Zahngesundheit;
- Bewegung und Wohnumfeld
- Vorsorge: Unfallprävention, U-Untersuchungen, Impfen

anhand von Leitfragen über die Situation in Gelsenkirchen und dem jeweiligen Stadtbezirk diskutiert.

Im Folgenden wird versucht anhand der Leitfragen eine Zusammenfassung der Prioritäten aus den Sozialraumgesprächen zu formulieren. Auch wenn es sozialräumlich zum Teil erhebliche Unterschiede in der gesundheitlichen Lage der Kinder gibt, sind die Ergebnisse und Diskussionen über Potentiale und Handlungsbedarfe fast erstaunlich sozialraumübergreifend. Bei der Auswertung der Diskussionen in den Arbeitsgruppen viel außerdem auf, dass sich in allen Themenfeldern dieselben strategischen Handlungsfelder und Ziele ableiten lassen, so dass die folgende Auswertung nicht themenspezifisch erfolgt.

Projekte und Maßnahmen vor Ort!

In Gelsenkirchen gibt es eine Vielzahl von Angeboten kommunaler, öffentlicher und privater Anbieter zur Förderung der Kindergesundheit. Ein Teil der Angebote sind in der Gelsenkirchener Präventionskette zu finden (vgl. Abb. 14), außerdem bieten zahlreiche Institutionen wie Kitas, Schulen und Sportvereine Regelangebote und Projekte u.a. zu gesundem Essen, zur Zahnvorsorge und zur Unfallprävention an. Eine Auflistung aller Maßnahmen, Angebote und Projekte würde an dieser Stelle den Rahmen sprengen. Detaillierte Informationen finden sich u.a. in der Broschüre *Jedem Kind eine Chance. Förderung und Unterstützung von Geburt an* (Stadt Gelsenkirchen 2011), auf den Internetauftritten der Referate Gesundheit und Erziehung und Bildung oder direkt bei Kitas, Schulen, Sportvereinen, Wohlfahrtsverbänden, Gelsensport etc.

Abbildung 14: Gelsenkirchener Präventionskette



Quelle: Stadt Gelsenkirchen (2011): Jedem Kind seine Chance

Stimmen die Daten mit ihren Erfahrungen überein? Können Sie aus ihrer Arbeit weitere Auffälligkeiten/ Besonderheiten bezüglich „Kindergesundheit“ benennen?

Grundsätzlich finden sich die Akteure in den Auswertungen zur Kindergesundheit wieder. Zum Teil wurden Ergänzungen formuliert, so wurde auf Auswirkungen der Kindergesundheit auf die individuellen beruflichen Chancen verwiesen und der Zusammenhang zu Umweltbedingungen wie Erholungsflächen, Lärm und Umweltverschmutzung in den Fokus gerückt. Eine Auswertung nach geschlechtsspezifischen Unterschieden wird gewünscht. Insbesondere

re für das Thema Zahngesundheit wurde auch aus der alltäglichen Arbeit ein deutlicher Handlungsbedarf gesehen.

Werden die Angebote angenommen? Was fehlt? Ressourcen und Stärken vor Ort?

Grundsätzlich wird festgestellt, dass es zahlreiche Angebote für unterschiedliche Zielgruppen mit unterschiedlichen Methoden und Zugängen gibt. Die Vielfalt reicht vom wissenschaftlichen Vortrag über gesunde Ernährung bei Kindern über das Sportangebot des klassischen Sportvereins bis zum gemeinsamen Kochen und spielerischen Zähneputzen.

So wurde die institutionelle Versorgung mit vielfältigen Angeboten positiv beurteilt. Insbesondere Kindertageseinrichtungen leisten einen wesentlichen Beitrag zu einer positiven Entwicklung der Gelsenkirchener Kinder, was die Auswertungen der Schuleingangsuntersuchung widerspiegeln. Das beinhaltet u.a. die Verbesserung der motorischen Fähigkeiten der Kinder, das Vermitteln von richtigen und regelmäßigen Zähneputzen und gesunder und bewusster Ernährung sowie die Einbindung und Unterstützung der Eltern und Kinder bei der Wahrnehmung von Präventions- und Hilfeangeboten. Die Kitas und Familienzentren sind eine wichtige Ressource im Stadtteil und erreichen Kinder und deren Eltern niedrigschwellig, an den Orten, wo sich ohnehin bewegen. Dabei wird aber auch die Herausforderung deutlich, die Kindertagesstätten und andere Institutionen tagtäglich zu bewältigen haben. Institutionen haben mehr denn je eine wachsende und kompensierende Erziehungsverantwortung. Begründet werden kann dieses in sich verändernden zeitlichen Ressourcen der Eltern sowie im wachsenden Unterstützungsbedarf von benachteiligten Kindern, um gleiche Teilhabechancen für alle Kinder zu gestalten. Die Beteiligung der Eltern als Experten in eigener Sache wird in allen Sozialraumgesprächen über alle Arbeitsgruppen als ein wichtiger Schlüssel zum Erfolg gesehen. Es gibt bereits eine Reihe engagierter Eltern, die sich nicht nur in der grundsätzlich leichter zu aktivierenden Mittelschicht, befinden. Die Bedeutung von niedrigschwelligen Angeboten wird favorisiert, ebenso wie die Forderung nach einem verstärkten alltagspraktischen Bezügen: gemeinsames Kochen mit Kindern und Eltern bringt nachhaltigere Erfolge als lediglich theoretische Elternschule über gesunde Ernährung. Da auch mit niedrigschwelligen Angeboten nicht alle Eltern und Kinder erreicht werden, wird die Notwendigkeit der zielgruppenorientierten und kultursensiblen Ansprache in den Institutionen (Settingansatz) wiederholt betont.

Was sind die primären Handlungsbedarfe im Sozialraum: Zielgruppen, Handlungsfelder, Methoden und Zugänge

Im vorherigen Abschnitt wurde bereits deutlich, dass auch zukünftig **die Einbeziehung der Eltern** ein wesentliches Handlungsfeld ist. In der Interessenbekundung des Modellvorhabens „Kein Kind zurücklassen“ wird diesem Themenfeld eine wichtige Bedeutung beigemessen. „Die wichtigsten Partner für das Gelingen einer guten Sozialisation sind aber nicht die Institutionen, sondern die Eltern. Aus diesem Grunde wird im künftigen Gelsenkirchener Modell angestrebt, die Eltern stärker in Erziehungs- und Bildungsverantwortung einzubeziehen. Sie tragen nicht nur zur Bildung ihres eigenen Kindes bei, sondern auch Mit-Verantwortung für das Gelingen einer ganzen Generation“. Diese Ausführungen aus der Interessenbekundung fassen die Beiträge aus den Sozialraumgesprächen trefflich zusammen.

Als weiteres Themenfeld mit Handlungsbedarf benennen die Teilnehmer das grundlegende **Übergangsmanagement zwischen Kindertageseinrichtung und Schule**. Die Kindertagesstätten stellen sich den Herausforderungen, die für eine gleichberechtigte Teilhabe aller Kinder am gesellschaftlichen Leben dringend erforderlich sind. Es sind Bewegungskindergärten entstanden, das tägliche Zähneputzen ist zumindest in den meisten Kitas Routine, Sprachförderung findet mit einheitlichem Sprachförderkonzept in der gesamten Stadt trägerübergreifend statt etc. Allerdings bemängeln einige Akteure in den Sozialraumgesprächen, dass der Übergang zu Grundschule nicht immer reibungslos funktioniert und viele erlernte Fähigkeiten wie Bewegungsfreude oder regelmäßiges Zähneputzen im Schulalltag untergehen. An dieser Stelle fordern die Akteure eine engere und verbindliche Kooperation und Regelangebote in der Schule (z.B. bewegte Pause).

In den Sozialraumgesprächen waren sich alle Teilnehmer einig, dass effektive **Vernetzung und Kooperation** für die alltägliche Arbeit besonders wichtig ist. Allerdings wird bemängelt, dass eine Vernetzung in Arbeitskreisen oder Ähnlichem nicht immer zu abgestimmtem und institutionenübergreifendem Handeln mit Ergebnisqualität führt. Als Beispiel sei hier der Wissensverlust bei der Informationsweitergabe von Unterstützungsbedarfen, Talenten etc. von Kindern beim Institutionenwechsel (Kita – Schule, Schule – Schule) genannt. Viele Akteure wünschen ein stadtweites standardisiertes Übergangskonzept.

Zielgruppen sozial- und gesundheitspolitischer Aktivitäten ergeben sich zum einen aus den Daten, die Kinder aus sozialstrukturell benachteiligten Milieus betreffen. Dies sind Kinder **Alleinerziehender, Kinder aus bildungsfernen Familien, Kinder mit mehr als zwei Geschwistern sowie zum Teil Kinder mit Migrationshintergrund** (vgl. Kap. 4). Die Notwendigkeit von zielgruppenspezifischer Ansprache wird immer wieder thematisiert. Hier wurden Angebote speziell für **Jungen und Mädchen** genannt. Auch sollten **Väter stärker in die Erziehungsverantwortung** genommen und Angebote, die sich speziell auf Väter (und deren Kinder) beziehen, geschaffen werden. **Kinder in der Pubertät** sind eine wichtige Zielgruppe, die etwas zu wenig beachtet wird. Das gilt auch für Kinder, die „nicht auffallen“. Auch **Teenagereltern** sind eine wichtige Zielgruppe für gesundheitspolitische Aktivitäten mit speziellem Unterstützungsbedarf.

Oben wurden wichtige Hinweise auf Zielgruppen und Handlungsfelder beschrieben. Die Akteure in den Sozialraumgesprächen gaben auch ihre Einschätzungen zu **Methoden und Zugängen** an. Anzustreben sind möglichst **niedrigschwellige Ansätze**. Empfehlenswert sind praxis- und alltagstaugliche Angebote und Maßnahmen, die zum selbstwirksamen Gestalten einladen. Wichtig dabei ist auch, dass die Angebote nach Möglichkeit kostenlos zur Verfügung gestellt werden.

Die Akteure in den Sozialraumgesprächen betonen immer wieder, die Bedeutung von **Nachhaltigkeit** von Angeboten. Um nachhaltig Erfolge für eine gesunde und gleichberechtigte Entwicklung der Kinder zu erlangen, muss man nicht auf weitere Einzelprojekte („Projektitis“) setzen, sondern **innovative Veränderungen in den Regelsystemen** schaffen. Vorschläge zielen auch darauf ab, dass Angebote in die Schulzeit integriert werden und nicht nur als Zusatzangebote in OGS und Sportvereine ausgegliedert werden.

Außerdem ist ein **ganzheitlicher** Zugang für die Verbesserung der Wirksamkeit von Angeboten unumgänglich. Integrierte Ansätze tragen den sich kumulierenden Problemen und Lebenslagen entsprechend Rechnung und beziehen themenübergreifend verschiedene Akteure in den Prozess ein. Kindergesundheit ist somit ein **Querschnittsthema**. Der Fokus sollte auch auf einen **möglichst frühen Beginn** gelegt werden, so wie es auch die Gelsenkirchner Präventionskette nahelegt.

Die Bedeutung von **Sozial- und Gesundheitsberichterstattung** setzt an mehreren Ebenen: Probleme und Potentiale werden erkannt und es kann auf möglichst objektiver Grundlage sozialpolitisch interveniert werden, zusätzlich kann ermöglicht und nachvollziehbar gemacht werden, ob Erfolge eintreten. Für Akteure hat aber Sozialberichterstattung einen anderen Wert, da die Probleme erkannt werden und auf Missstände aufmerksam gemacht wird, die sie jeden Tag aufs Neue zu bewältigen haben – der Stellenwert ihrer Arbeit wird somit erkannt und ihre Arbeit legitimiert.



Mit einem Festakt in der Glashalle von Schloss Horst feierte Gelsenkirchen am 14. Dezember 2005 die Gründung des Lokalen Bündnisses für Familie "Gelsenkirchen: Eine familienfreundliche Stadt". Am Bündnis beteiligen sich inzwischen 123 Akteure aus Wirtschaft, Politik und Gesellschaft, darunter die Stadt Gelsenkirchen, Wohlfahrtsverbände, Unternehmen, Gewerkschaften, Kammern, Krankenkassen, Wohnungsbaugesellschaften, Kirchen, Tageseinrichtungen für Kinder, Schulen und Kulturvereine für Familien mit Migrationshintergrund. Ihr Ziel ist es, die Lebensqualität der Stadt für Familien zu erhöhen, ihnen Perspektiven zu bieten und dem bevorstehenden Abwanderungstrend entgegen zu wirken. Unter der Schirmherrschaft von Oberbürgermeister Frank Baranowski agiert das Bündnis in fünf Arbeitsgruppen "Vereinbarkeit von Familie/Beruf und Kinderbetreuung", "Bildung und Erziehung", "Generationen Miteinander", "Familienfreundliches Stadtklima" sowie "Wohnen und Verkehr".

Es wurde eine Vielzahl von Projekten umgesetzt. Die Bündnisakteure setzen sich z. B. dafür ein, das Angebot an Kinderbetreuung besonders außerhalb der Kernzeiten von 8.00 bis 16.00 Uhr auszubauen. In einer Kooperation zwischen der Wohnungsbaugesellschaft GGW und Wohlfahrtsverbänden konnten Angebote hierzu geschaffen werden. Es wurde auch ein "Babysitterdienst" installiert. Interessierte junge Menschen wurden geschult, deren Dienste von Eltern zentral angefragt und gebucht werden können. Darüber hinaus möchte das Bündnis Generationen verbindende Begegnungsräume öffnen, etwa mit dem Projekt "Dakapo", welches Kulturveranstaltungen von Kindern und Jugendlichen in Seniorenheimen organisiert, oder mit ehrenamtlichem Engagement von älteren Menschen in der Kinderbetreuung.

Quelle: <http://www.lokale-buendnisse-fuer-familie>

6. Zusammenfassung und Ausblick

In dem vorliegenden Bericht werden wesentliche Analysen zu Kindheit in Gelsenkirchen und zum Entwicklungs- und Gesundheitszustand von Gelsenkirchener Kindern vorgestellt. Einen Schwerpunkt bildet die soziale und sozialräumliche Verortung von gesundheitlichen Risiken und Teilhabechancen. Die im Oktober/November 2012 auf fünf Sozialraumgesprächen vorgestellten Ergebnisse wurden im Hinblick auf Möglichkeiten der strategischen Verbesserung der Kindergesundheit diskutiert. Im Mittelpunkt standen die Entkopplung des Zusammenhangs von Kindergesundheit und sozialer Benachteiligung und die Veränderung von Bildungsbiografien in dieser Hinsicht. In Kapitel 6 werden die wesentlichen Erkenntnisse aus den Sozialraumgesprächen zusammengefasst. Die Sozialraumgespräche gaben wertvolle Hinweise auf Handlungsansätze und Zielgruppen. Es konnte gezeigt werden, dass Gelsenkirchener Projekte und Angebote auf dem richtigen Weg sind. Viele von den Akteuren im Sozialraum formulierten Handlungsnotwendigkeiten sind bereits erkannt, an vielen anderen Stellen lieferten die Sozialraumgespräche den Akteure wichtige Hinweise, ihre Ansätze, Projekte und Angebote zu fokussieren und weiterzuentwickeln. Die Sozialraumgespräche 2012 verdeutlichten den Nutzen die verschiedenen Akteure fach- und institutionenübergreifend an einen Tisch zu bringen und auf Grundlage von Sozialberichterstattung praxisnah zu diskutieren.

Zusammenfassend lassen sich aus den Ergebnissen der Sozialraumgespräche zehn Punkte ableiten, die der strategischen Arbeit zur Verbesserung der Kindergesundheit in Gelsenkirchen Berücksichtigung finden sollten.

1. Einbeziehung der Eltern als Erziehungs- und Bildungspartner
2. Flächendeckendes Übergangsmanagement im Institutionenwechsel
3. Ergebnisorientierte Vernetzung und Kooperation
4. Zielgruppenorientierte Ansprache und Fokussierung auf Zielgruppen mit besonderem Unterstützungsbedarf, um Ungleiches ungleich zu behandeln
5. Niedrigschwelliger Zugang und direkte Ansprache im Settingansatz
6. Nachhaltigkeit statt „Projektitis“; konzeptionelle Etablierung in den Regelsystemen
7. Interventionen so früh wie möglich beginnen, ohne jedoch ältere Zielgruppen aus dem Blick zu verlieren
8. Kindergesundheit ist ein kommunales Querschnittsthema und erfordert integrierte Handlungsansätze

9. Beteiligungsorientierung: Einbeziehung von Akteuren im Sozialraum
10. Kontinuierliche Problembeschreibung und Erfolgskontrolle durch Sozial- und Gesundheitsberichterstattung

Literaturverzeichnis

BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, RKI – Robert-Koch-Institut (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011): Kinder schützen – Unfälle verhüten.

BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013): www.impfen-info.de – Ein Informationsportal der BZgA, Zugriff am 30. April 2013.

Kromeyer-Hausschild K. u.a. (2001): Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 149, S. 807-818.

LIGA - Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (2008): Jahresbericht 2006. Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen.

LIGA - Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (2009): Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen – SOPESS. Theoretische und statistische Grundlagen zur Testkonstruktion, Normierung und Validierung.

RKI - Robert-Koch-Institut (2012): Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert-Koch-Institut/ Stand Juli 2012, in: Epidemiologisches Bulletin Nr. 30/2012.

RKI - Robert-Koch-Institut (2013): Impfquoten bei der Schuleingangsuntersuchung in Deutschland 2011, in: Epidemiologisches Bulletin Nr. 16/2013.

RKI - Robert-Koch-Institut (2013): <http://www.kiggs-studie.de/>

Stadt Gelsenkirchen (2011): Jedem Kind seine Chance. Förderung und Unterstützung von Geburt an, www.erziehungundbildung-gelsenkirchen.de

Strohmeier P. u.a. (2006). Familienbericht Gelsenkirchen 2006. Lebenslage und Zufriedenheit von Familien.