



Bericht

**Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste
und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein**

Schuljahr 2012/2013

Bericht

Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste und der zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein für das Schuljahr 2012/13

Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen (S1) für das Schuljahr 2012/2013

Darstellung der Impfsituation von der Kita bis zur 8. Klasse (S0 bis S3)

Ergebnisse der Untersuchungen der Zahnärztlichen Dienste

Erhebung durch die

Kinder- und Jugendärztlichen Dienste

und

die Zahnärztlichen Dienste

**der Gesundheitsämter
des Landes Schleswig-Holstein
für das Schuljahr 2012/13**

Impressum:

Im Auftrag des Landes Schleswig-Holstein,

vertreten durch das

**Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Wissenschaft
und Gleichstellung
des Landes Schleswig-Holstein**

Adolf-Westphal-Straße 4, 24143 Kiel

Titelfoto: grafikfoto.de

Wissenschaftliche Begleitung:

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Universität zu Lübeck

Direktor: Prof. Dr. med. E. Herting

Methodische Beratung:

Institut für Klinische Epidemiologie

Universität zu Lübeck

Direktor: Prof. Dr. med. Alexander Katalinic

Projektleitung:

Prof. Dr. med. Ute Thyen

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

Datenmanagement:

Sabine Brehm (Med. Dok.)

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

Kontakt: sabine.brehm@uksh.de

**Fachliche Begleitung, Redaktion und Abnahme
des Berichtes für den Auftraggeber:**

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft
und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein

Abteilung VIII 4 – Gesundheit

Dr. med. Heidrun Thaiss

Adolf-Westphal-Straße 4

24143 Kiel

Lübeck, April 2014

Autoren und Co- Autoren:

Prof. Dr. med. Ute Thyen

Sabine Brehm (Med. Dok.)

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

AG SGU SH

Leitung: Dr. med. Sabine Bethge, Flensburg

Regina Ladzenski, Nordfriesland

Dr. med. Susanne Ehlert, Nordfriesland

Rotraud Rasch, Schleswig-Flensburg

Kapitel Zahnärztliche Dienste

der Kreise und kreisfreien Städte
des Landes Schleswig-Holstein

Sabine Herlitzius, Kiel

Ulrike Pape, Pinneberg

Dr. med. dent. Olaf Schoeniger-Peters, Lübeck

Kapitel Impfstatus

Redaktion und Auskünfte
- Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen
Schleswig-Holstein 2012

Dr. med. Dörte Wichterich

Rotraud Rasch

für die AG der KJGD in SH

c/o Kinder- u. Jugendärztlicher Dienst

Fachdienst Gesundheit

Moltkestraße 22-26, 24837 Schleswig

Redaktion und Auskünfte

- Impfschutz bei Aufnahme in den Kindergarten
Schleswig-Holstein 2012

Dr. Dörte Wichterich

Dr. Kirsten Nacke

Dr. Hans-Martin Bader

für die AG der KJGD in SH

c/o Kinder- u. Jugendärztlicher Dienst

Gesundheitsamt

Norderstr. 58 – 60, 24939 Flensburg

Tel. 0461/85-2648, Fax 0461/85-2649

Arbeitshandbuch: Kurzfassung „auf einen Blick“

Redaktion und Auskünfte

Kreis Nordfriesland

Gesundheitsamt

Regina Ladzenski

Damm 8, 25813 Husum

Kreis Schleswig-Flensburg

Fachdienst Gesundheit

Rotraud Rasch

Moltkestraße 22-26, 24837 Schleswig

Herzlichen Dank sei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gesundheitsämter gesagt, ohne deren großen Einsatz, Engagement und Hilfe sowie vielen wertvollen Diskussionen die vorliegende Dokumentation nicht hätte entstehen können. In diesem Sinne wünschen wir, dass die vorliegende Dokumentation weiterhin als Diskussionshilfe und Anregung der Gesundheitsberichterstattung für Kinder und Jugendliche in Schleswig-Holstein dient und gleichzeitig die Fortentwicklung und Qualitätssicherung der Schuluntersuchungen unterstützt. Wir bedanken uns weiterhin für die Beratung durch Prof. Dr. med. Alexander Katalinic (Institut für Klinische Epidemiologie der Universität zu Lübeck) und Frau Dr. Heidrun Thaiss (Abteilung VIII 4 – Gesundheit des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein).

Ihre Prof. Dr. Ute Thyen

Zugunsten der besseren Lesbarkeit des Berichtes wurde auf einen gleichzeitigen Gebrauch der weiblichen und männlichen Bezeichnungen verzichtet. Die Autoren weisen ausdrücklich darauf hin, dass mit der Verwendung des Wortes Schulanfänger beide Geschlechter, also Schulanfängerinnen und Schulanfänger, gemeint sind. Gleiches gilt für die Begriffe „Erstklässler“, „Kinder- und Jugendärzte“ und „Zahnärzte“. Jedoch erlauben sich die Autoren die Begriffe „Arzthelferin“ und „Zahnarzthelferin“ anstelle des „Medizinischen Fachangestellten“ weiter zu verwenden und hier die männliche Form mitzudenken.

I. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse des Berichtes über die jugendärztlichen und jugendZahnärztlichen Untersuchungen für das Schuljahr 2012/13	7
II. Einleitung	9
III. Beschreibung der Stichprobe	11
IV. Ausgewählte Befunde	18
<i>Sehen</i>	<i>19</i>
<i>Hören</i>	<i>22</i>
<i>Allergische Erkrankungen</i>	<i>25</i>
<i>Gewicht</i>	<i>29</i>
<i>Seltene chronische Erkrankungen</i>	<i>34</i>
<i>Bewegungsapparat und Koordination</i>	<i>39</i>
<i>Verhalten</i>	<i>42</i>
<i>Sprache</i>	<i>46</i>
V. Empfehlungen	52
<i>Kann-Kinder</i>	<i>52</i>
<i>Schulpflichtige Kinder</i>	<i>53</i>
<i>Förderempfehlungen</i>	<i>57</i>
VI. Förderung vor der Schule	58
<i>Besuch einer Kindertageseinrichtung</i>	<i>58</i>
<i>Inanspruchnahme von Heilpädagogischen Massnahmen und Heilmitteln</i>	<i>63</i>
<i>Teilnahme am Früherkennungsprogramm</i>	<i>66</i>
VII. Impfschutz bei Schulanfängern in Schleswig-Holstein 2011/12	70
VIII. Impfschutz bei Aufnahme in den Kindergarten Schleswig-Holstein 2012	73
IX. Zahnärztliches Kapitel	80
<i>Grundlage und Auswahlkriterien für die Mundgesundheitsdaten</i>	<i>80</i>
<i>Anzahl der Reihenuntersuchungen und Untersuchungsgrad</i>	<i>83</i>
<i>Zusammenfassung und Handlungsbedarf</i>	<i>93</i>
X. Ergänzende Tabellen	94
XI. Abkürzungsverzeichnis	101

I. ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN ERGEBNISSE DES BERICHTES ÜBER DIE JUGENDÄRZTLICHEN UND JUGENDZAHNÄRZTLICHEN UNTERSUCHUNGEN FÜR DAS SCHULJAHR 2012/13

Gesundheitsstatus der Einschüler/innen

- Bei 32,6% aller Mädchen und Jungen finden sich Hinweise auf eine Herabsetzung des **Sehvermögens**; ein Viertel dieser auffälligen Befunde wurde erstmals erhoben und erforderte weitere Diagnostik.
- Eine **Herabsetzung des Hörvermögens** liegt bei 7,7% aller untersuchten Schulanfänger vor und führt in der Hälfte dieser Fälle zur erstmaligen Befundkontrolle durch den Facharzt.
- Die **Atopischen Erkrankungen** sind in einer Häufigkeit von 3,8% bei Allergien, 3,6% bei Asthma bronchiale und 4,4% bei Neurodermitis bei den Schulanfängern festgestellt worden.
- Nach klinischer Einschätzung finden sich bei 13,6% der Schulanfänger **Verhaltensauffälligkeiten**; bei Verwendung eines *Screening-Fragebogens* in Verbindung mit der klinischen Einschätzung bei 26,4% der Kinder. Unabhängig vom Untersuchungsverfahren sind Mädchen weniger häufig betroffen (17,6%) als Jungen (26,2%).
- 2,4% der Schulanfänger werden von den kinder- und jugendärztlichen Diensten als **sprachinkompetent** in der Unterrichtssprache Deutsch beurteilt.
- Bei den Kindern, die mindestens ausreichende Deutschkenntnisse haben, finden sich **Sprachauffälligkeiten** bei 25,9% der Schulanfänger, wobei Mädchen in 22,7% der Fälle, Jungen in 29,0% der Fälle betroffen sind. 17,6% dieser Kinder erhielten vom schulärztlichen Dienst eine Sprachförderempfehlung. Die Hälfte (54,0%) der Kinder mit Sprachauffälligkeiten befindet sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in einer die Sprache betreffenden Förderung.
- **Auffälligkeiten in der Motorik** zeigen sich bei 17,8% aller Schulanfänger, wobei Mädchen mit 11,5% deutlich weniger auffällig sind gegenüber Jungen mit 23,8%. In der Hälfte (54,8%) aller Fälle werden die Auffälligkeiten als geringgradig eingeschätzt; ein Drittel (30,0%) der motorisch Auffälligen befindet sich bereits in Behandlung.
- Im Schuljahr 2012/13 sind 9,4% der Jungen und 10,4% der Mädchen **übergewichtig** (> 90. Perzentile). Davon sind 4,3% der Jungen und 4,1% der Mädchen **adipös** (adipös entspricht einem Gewicht > 97. Perzentile).
- Im Vergleich zum letzten Jahr ist kein Anstieg des Übergewichtes bei den Einschülern zu verzeichnen.
- 11,0% der Jungen und 10,1% der Mädchen haben ein Körpergewicht unter der 10er Perzentile und sind damit **untergewichtig**, davon liegen 3,6% der einzuschulenden Jungen und 3,4% der Mädchen unterhalb der 3er Perzentile und sind damit **stark untergewichtig**.

Früherkennungsuntersuchungen und Kindertagesstättenbesuch:

- Die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 ist vom Schuljahr 1999/2000 bis 2012/13 für alle Untersuchungszeitpunkte um 8,7% angestiegen. Der Anstieg verstärkt sich seit der Einführung des verbindlichen Einladewesens für die U4 bis U9 (2007/2008).
- Eine deutliche Steigerung konnte insbesondere bei der Inanspruchnahme der U9 mit vorgelegtem Vorsorgeheft festgestellt werden (von 90% auf 97,1%).
- Bei 10,8% der Schulanfänger wurde die U9 durch einen niedergelassenen Haus- bzw. Allgemeinarzt durchgeführt.

- 97,2% aller Kinder in Schleswig-Holstein besuchen im Jahr vor der Einschulung eine Kindertageseinrichtung. Im Beobachtungszeitraum von 1999 bis 2004 stieg die Rate von 88,4 auf 94,6%. Erstmals überstieg diese Rate die 95% zu Beginn des Schuljahres 2008/09 (95,2%); aktuell liegt sie bei 97,2%.

Impfschutz:

- Bei Schulanfängern haben sich die Durchimpfungsraten für Polio, Diphtherie, Tetanus und Pertussis seit Beginn der Auswertung (1988) von Impfdokumentationen verbessert. Im Zeitraum 2009 bis 2012 sind die Quoten noch einmal gering angestiegen. Tetanus hat die Durchimpfungsrate von 95,0% erreicht.
- Die Schutzquote für Hepatitis B (4mal geimpft) ist von 86,0% in 2010 auf 85,6% in 2012 gering gefallen.
- Die Durchimpfungsrate der 2. Masernimpfung konnte kaum gesteigert werden. Sie liegt mit 93,1% weiterhin unter der zur Maserneliminierung geforderten 95,0%.
- Der Impfschutz gegen Meningokokken der Serogruppe C hat sich von 36,6% in 2009 auf 81,7% in 2012 verbessert.
- Eine einmalige Impfung gegen Pneumokokken haben 2012 72,2% der Schulanfänger erhalten, 2009 waren es nur 11% gewesen. Einen vollständigen Impfschutz (4mal geimpft) haben derzeit nur 21,4% der Einschüler.
- Die Durchimpfungsrate bei der 2.Varizellenimpfung konnte von 28,4% (2010) auf 75,8% (2012) gesteigert werden.

Zahngesundheit:

- Der Anteil Grundschulkindern an den zahnärztlich untersuchten Kindern und Jugendlichen an den Schuleinrichtungen in Schleswig-Holstein (80.000 Untersuchungen) liegt bei 77,0% (2011/12: 77,9%).
- In Schleswig-Holstein haben 57,8% (2011/12: 58,2%) der 6- bis 7-jährigen Kinder ein kariesfreies Gebiss. Diese Rate nimmt im bundesweiten Spektrum von 38,9%-61,7% eine Spitzenposition ein.
- 42,2% (2011/12: 41,8%) der Erstklässler, die kein naturgesundes Gebiss aufweisen, haben im Durchschnitt 3,6 (2011/12: 3,6) karieserkrankte oder behandelte Zähne.

II. EINLEITUNG

Dies ist der 14. Bericht über die Schuleingangsuntersuchungen in Schleswig-Holstein sowie der 7. Bericht in Zusammenarbeit mit den Zahnärztlichen Diensten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Neben der Dokumentation der Arbeitsergebnisse der Öffentlichen Kinder- und Jugendärztlichen Dienste möchten wir durch eine geeignete Darstellung und Interpretation der Daten Informationen zur Kindergesundheit in Schleswig-Holstein liefern, die gemäß des Vorsatzes: „Daten für Taten“ helfen, die Gesundheits-, Sozial- und Bildungspolitik für Kinder in Schleswig-Holstein weiterzuentwickeln.

Der Bericht orientiert sich an den für die einzuschulenden Kinder besonders bedeutsamen Aspekten der Entwicklung, der seelischen und körperlichen Gesundheit und berücksichtigt dabei den Einfluss sozialer Faktoren. Die ausführlicher behandelten Themen spiegeln wichtige Indikatoren für die Kindergesundheit wider und bieten Ansatzpunkte für gesundheitspolitische Maßnahmen zur Prävention und Intervention. Die Erhebungsmethoden und die Beurteilung der Qualität der Daten können aus dem Vorjahresbericht 2011/12 Kapitel XI entnommen werden.

Um diese besonders wichtigen Aspekte der Kindergesundheit verlässlicher und qualitätsgesichert erheben zu können, werden zunehmend moderne, standardisierte Untersuchungsverfahren eingeführt.

Mit der Untersuchungswelle für das Schuljahr 2012/13 begannen die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste des Landes Schleswig-Holstein ein neues standardisiertes Verfahren zur Erfassung von Entwicklungsauffälligkeiten im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung (VEERS) in Form eines sozialpädiatrischen Screenings einzuführen. Kinder mit schulrelevanten Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten sollen erkannt und einer weiteren, differenzierten Diagnostik zugeführt werden.

Ziel der Einschulungsuntersuchung ist primär nicht die Feststellung der „Schulfähigkeit“ oder „Schulreife“, sondern die Erhebung des Gesundheits- und Entwicklungsstandes des Kindes im Hinblick auf die Anforderungen im Schulalltag.¹

Aus dem Screeningbefund werden bei Bedarf Empfehlungen zur weiteren Abklärung und/oder Förderung von Leistungsbereichen abgeleitet, die für einen erfolgreichen und gesunden Schulbesuch erforderlich sind. Es werden Vorläuferfähigkeiten erhoben, die für den Erwerb von Lesen, Schreiben und Rechnen besonders wichtig sind und die in der ICD-10 unter der Kategorie „Umschriebene Entwicklungsstörungen“ zusammengefasst sind.

Dieses Verfahren gliedert sich in zwei Teile. Der erste Teil wird von der Arzthelferin und der zweite Teil vom Schularzt durchgeführt. Es kommen verschiedene Untertests zur Anwendung, die standardisierte Aussagen zu den Merkmalsbereichen Aufmerksamkeit, Visuomotorik, Zahlen- und Mengenvorwissen, visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern, Sprache und Sprechen sowie Körperkoordination ermöglichen.

Da im Berichtsjahr die Einführung des neuen Verfahrens VEERS noch nicht überall erfolgt war mussten mehrere der übermittelten Datensätze zusammengeführt und bereinigt werden. Eine Übersicht findet sich in Abschnitt III (Beschreibung der Stichprobe). Dieses Screening-Verfahren ist inzwischen in acht weiteren Bundesländern etabliert und wird so langfristig zu einer besseren Vergleichbarkeit der Daten und damit auch der Qualitätssicherung dienen.

Der vorliegende Bericht bezieht sich ausschließlich auf die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen. Nur diese Untersuchung wird bevölkerungsbezogen vollständig durchgeführt. Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst bietet darüber hinaus in regional sehr unterschiedlichem Umfang auch Untersuchungen für weitere Gruppen von Kindergartenkindern, Grundschulern und älteren Schülern oder Schülern von Sonderschulen an. Diese Untersuchungen erfolgen jedoch nur punktuell und in nicht repräsentativen Stichproben, so dass sie im Rahmen einer Gesundheitsberichterstattung, die

1 http://www.schleswig-holstein.de/MSGWG/DE/Gesundheit/SchulUntersuchung/Schuleingangsuntersuchung_node.html

repräsentativ für alle Kinder und Jugendlichen auswertbar wäre, keine Ergebnisse liefern kann. Dies schmälert jedoch den individualmedizinischen Nutzen für die untersuchten und betreuten Kinder und Jugendlichen in keiner Weise.

Aus epidemiologischer und versorgungsmedizinischer Perspektive wäre eine vollständige Untersuchung auch der Kinder und Jugendlichen in den Folgejahren wünschenswert, wie dies z. B. bis zum Jahr 2000 in der 4. und 8. Klasse auf gesetzlicher Grundlage erfolgte. Nur durch Längsschnittuntersuchungen können Fragen zu Entwicklungsverläufen, Wirksamkeit von Interventionen und präventiven Maßnahmen aufgezeigt werden. Weder die gesetzlichen Grundlagen noch die personellen und finanziellen Ressourcen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein ermöglichen jedoch die wiederholten Untersuchungen der Einschüler zu späteren Zeitpunkten (mit Ausnahme der "Pflichtangebotsuntersuchung" in der 8. Klasse, LVO 2008 §2 Abs. 3²), so dass wir uns auf die Beschreibung der Querschnittsuntersuchungen der 5 bis 6-jährigen Kinder in jedem Jahr beschränken müssen. Zeitliche Verläufe beziehen sich daher auf den Vergleich der Querschnittsuntersuchung über die Jahre, sie können nicht Entwicklungsverläufe einer Kohorte abbilden.

² <http://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/jportal/?quelle=jlink&query=Schul%C3%84AufgV+SH+%C2%A7+2&psml=bsshoprod.psml&max=true>

III. BESCHREIBUNG DER STICHPROBE

Abbildung 1 Beteiligte Gesundheitsämter an den S1-Untersuchungen in Schleswig-Holstein 2012/13

der kreisfreien Städte

Flensburg

Kiel

Lübeck

Neumünster

der Kreise

Dithmarschen

Herzogtum Lauenburg

Nordfriesland

Ostholstein

Pinneberg

Plön

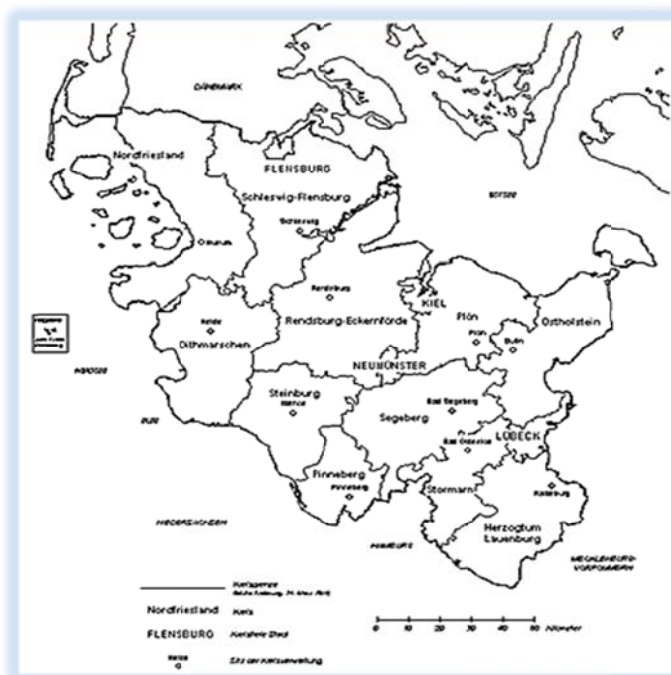
Rendsburg-Eckernförde

Schleswig-Flensburg

Segeberg

Steinburg

Stormarn



und des Dänischen Gesundheitsdienstes.

Quelle der Grafik: Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein Kiel, 2002

Durch die Zusammenarbeit der Fachdienste, der „AG SGU (Arbeitsgruppe Schulgesundheitsuntersuchungen der KJÄD)“ und der Softwarehersteller des Computer Zentrum Strausberg GmbH, des software.house informationstechnik und der AG Mikroprojekt GmbH wurden Veränderungen durch individuell angepasste Softwarelösungen für den schulärztlichen Dienst erarbeitet und im Jahr 2012 implementiert. Diese Anpassungen dienen der stärkeren Beachtung und Erfassung von sprachlicher Entwicklung, Verhalten, körperlicher Fitness und Koordination, um veränderungssensitiv Entwicklungen (VEERS) über die Zeit zu betrachten. Die Erarbeitung von Standards und Qualitätssicherung der Einschulungsuntersuchungen standen in den letzten Jahren im Mittelpunkt der Arbeit der AG SGU und werden durch das Softwareupdate flankiert.

Vier Fachdienste konnten die Implementierung der Software vor Beginn der Untersuchungswelle umsetzen. Drei Fachdiensten war es im laufenden Betrieb möglich, d. h. während der Untersuchungswelle auf die aktuellste Software umzustellen. Dieser Tatsache ist es jedoch geschuldet, dass die kreisfreie Stadt Lübeck aufgrund eines Systemabsturzes keine Daten für diesen Bericht liefern konnte. Mehrere Fachdienste übermittelten erste Testdaten, um nach Abschluss dieser Untersuchungswelle sowohl auf aktualisierte Software als auch standardisierte Erhebungsverfahren umzustellen. Nachfolgende Tabelle liefert einen Überblick über die verwendete Software, Dateiformate und Besonderheiten, die für diesen Bericht berücksichtigt werden mussten.

Tabelle 1 Erfolgreiche Softwareupdates und Implementierungen neuer Untersuchungsstandards

Kreis/kreisfreie Stadt	Software-Version	Übermitteltetes Dateiformat	Zu beachtende Besonderheiten, die in der Untersuchungswelle bezüglich Standardisierung des Untersuchungsverfahrens und Softwareimplementierung gelten.
Flensburg	ISGA 4.6.1	csv	Softwareupdate und erfolgreiche Umstellung vor der Erhebung: Dokumentation VEERS, SDQ inklusive Rohwerten, Förderempfehlungen differenziert, Sozialdaten vollständig, Übermittlung aller standardisierter Items nach Arbeitshandbuch
Kiel	ISGA 4.6.2	csv	Softwareupdate und erfolgreiche Umstellung vor der Erhebung: Dokumentation VEERS, SDQ inklusive Rohwerten, Förderempfehlungen differenziert, Sozialdaten vollständig, Übermittlung aller standardisierter Items nach Arbeitshandbuch
Lübeck	Umstellung	keine Daten	Einführung VEERS , 1.716 S1-Kinder untersucht Datenverlust während Implementierung des Softwareupdates
Neumünster	GU 5.24	dbf	Dokumentation ohne Softwareupdate: Nutzung freier Felder, die dem vorherigen Softwarestandard entsprechen, Auswertung der Daten für ausgewählte Befunde, Empfehlungen und Förderung vor der Schule und der Sozialdaten standardisiert durchgeführt und dokumentiert. => In Einzelfällen ist die tabellarische Darstellung für diesen Bericht nicht vorgesehen
Dithmarschen	GU 6.3	dbf	Softwareupdate erfolgreich: VEERS, SDQ inklusive Rohwerte, Förderempfehlungen differenziert implementiert und zur Nutzung möglich. Sozialdaten vollständig, Übermittlung standardisierter Items nach Arbeitshandbuch Sprache und SDQ nach klinischer Einschätzung. => In Einzelfällen ist die tabellarische Darstellung für diesen Bericht nicht vorgesehen
Herzogtum Lauenburg	GU 6.3	dbf	Softwareupdate und erfolgreiche Umstellung während der laufenden Erhebung: Dokumentation VEERS, SDQ inklusive Rohwerte, Förderempfehlungen differenziert, Sozialdaten vollständig, Übermittlung aller standardisierter Items nach Arbeitshandbuch
Nordfriesland	GU 6.3	dbf	Softwareupdate und erfolgreiche Umstellung vor der Erhebung: Dokumentation VEERS, SDQ inklusive Rohwerte, Förderempfehlungen differenziert, Sozialdaten vollständig, Übermittlung aller standardisierter Items nach Arbeitshandbuch
Ostholstein	MicroPro	Accessdatenbank	Dokumentation ohne Softwareupdate: Auswertung der Daten für ausgewählte Befunde, Empfehlungen und Förderung vor der Schule und der Sozialdaten standardisiert durchgeführt und dokumentiert. => In Einzelfällen ist die tabellarische Darstellung für diesen Bericht nicht vorgesehen
Pinneberg	GU 6.4	dbf	Softwareupdate und erfolgreiche Umstellung vor der Erhebung: Dokumentation VEERS, SDQ inklusive Rohwerte, Förderempfehlungen differenziert, Sozialdaten vollständig, Übermittlung aller standardisierter Items nach Arbeitshandbuch
Plön	GU 3.58	dbf	Dokumentation ohne Softwareupdate: Nutzung freier Felder, die dem vorherigen Softwarestandard entsprechen, Auswertung der Daten für ausgewählte Befunde, Empfehlungen und Förderung vor der Schule und der Sozialdaten standardisiert durchgeführt und dokumentiert. => In Einzelfällen ist die tabellarische Darstellung für diesen Bericht nicht vorgesehen
Rendsburg-Eckernförde	MicroPro	Accessdatenbank	Dokumentation ohne Softwareupdate: Auswertung der Daten für ausgewählte Befunde, Empfehlungen und Förderung vor der Schule und der Sozialdaten standardisiert durchgeführt und dokumentiert. => In Einzelfällen ist die tabellarische Darstellung für diesen Bericht nicht vorgesehen
Schleswig-Flensburg	GU 6.3	dbf	Softwareupdate und erfolgreiche Umstellung während der laufenden Erhebung: Dokumentation VEERS, SDQ inklusive Rohwerte, Förderempfehlungen differenziert, Sozialdaten vollständig, Übermittlung aller standardisierter Items nach Arbeitshandbuch
Segeberg	GU 6.3	dbf	Softwareupdate erfolgreich: VEERS, SDQ inklusive Rohwerte, Förderempfehlungen differenziert implementiert und zur Nutzung möglich. Angaben zur Herkunft der Eltern vollständig, Übermittlung standardisierter Items nach Arbeitshandbuch Sprache und SDQ nach klinischer Einschätzung. => In Einzelfällen ist die tabellarische Darstellung für diesen Bericht nicht vorgesehen
Steinburg	GU 6.3	dbf	Softwareupdate erfolgreich: VEERS, SDQ inklusive Rohwerten ist möglich, wird nach klinischer Einschätzung dokumentiert, Förderempfehlungen differenziert implementiert und zur Nutzung möglich. Angaben zur Herkunft der Eltern vollständig, Übermittlung standardisierter Items nach Arbeitshandbuch. => In Einzelfällen ist die tabellarische Darstellung für diesen Bericht nicht vorgesehen

Stormarn	GU 3.58	dbf	Dokumentation ohne Softwareupdate: Nutzung freier Felder, die dem vorherigen Softwarestandard entsprechen, Auswertung der Daten für ausgewählte Befunde, Empfehlungen und Förderung vor der Schule und der Sozialdaten standardisiert durchgeführt und dokumentiert. => In Einzelfällen ist die tabellarische Darstellung für diesen Bericht nicht vorgesehen
Dänischer Gesundheitsdienst	ISGA (Version unbekannt)	csv	Softwareupdate und erfolgreiche Teilumstellung vor der Erhebung: Dokumentation VEERS, SDQ inklusive Rohwerten ist möglich, wird nach klinischer Einschätzung dokumentiert, Förderempfehlungen differenziert, Sozialdaten vollständig, Übermittlung aller standardisierter Items nach Arbeitshandbuch. => In Einzelfällen ist die tabellarische Darstellung für diesen Bericht nicht vorgesehen

Für das Einschulungsjahr 2012/13 wurden 23.928 Kinder von den Kinder- und Jugendärztlichen Diensten des Landes Schleswig-Holstein untersucht.

Davon wurden Daten von 22.212 Kinder EDV-technisch zur Auswertung übermittelt.

Aufgrund von Anpassungsmaßnahmen im Rahmen der Standardisierung und der Softwareerfassung konnte die kreisfreie Stadt Lübeck keine elektronischen Daten für dieses Erhebungsintervall übermitteln. Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst der Hansestadt Lübeck gab die Anzahl für das Schuljahr 2012/13 mit 1.716 untersuchten Kindern (Schulpflichtige und Kann-Kinder) an. Alle statistischen Angaben in diesem Bericht beziehen sich auf die Kinder mit übermittelten Daten (d.h. ohne Lübecker Einschüler).

Die Zahl der untersuchten Kinder (23.928) entspricht relativ genau der Gesamtanzahl der in Schleswig-Holstein eingeschulter Kinder (Schulpflichtige und Kann-Kinder); diese beträgt laut Statistischem Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 23.909, diese Zahl ist der **Tabelle 36** zu entnehmen. Die Zahl der sogenannten Kann-Kinder ist im Laufe der vergangenen zehn Jahre weitgehend konstant geblieben, sodass es dadurch nicht zu Verzerrungen kommt (vgl. **Abbildung 36**).

Die Anzahl Kinder, die vom 01. Juli 2008 bis 30. Juni 2009 (Schulpflichtige Kinder) in Schleswig-Holstein lebend geboren wurden, beträgt laut Statistischem Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 22.333. Dies bedeutet, dass die Zahl der zugezogenen Kinder größer ist als die Zahl der weggezogenen. Die Zahl der untersuchten Kinder unterschätzt die Zahl der eingeschulter Kinder etwas, da einige Kinder nicht zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellt werden, wenn sie Internate oder Waldorfschulen besuchen sollen, die über einen eigenen ärztlichen Dienst verfügen. Insgesamt handelt es sich um eine vermutlich sehr kleine Gruppe aller Kinder, die nicht vom Schulärztlichen Dienst gesehen werden.

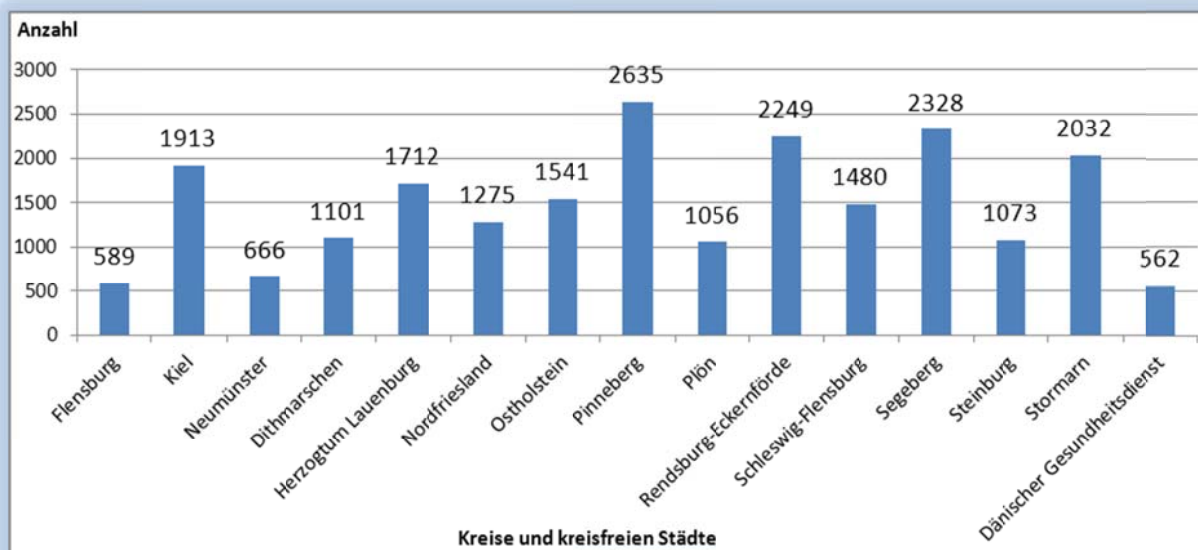
Tabelle 2 Übersicht der ausgewerteten Items, die Art der Erhebung und prozentuale Angabe fehlender Werte pro Item

<i>23.928 untersuchte Kinder, davon 22.212 zur Datenauswertung übermittelt (92,8%)</i>					
Item	Art der Erhebung	Ausgewertet pro Item		Missing in % bezogen auf 22.212 Kinder	Missing in % pro Item
Herabsetzung des Sehvermögens	Gerätetestung durch Arzthelferin	22047	44 Fehlkodierungen 121 nicht durchführbare Untersuchungen	0,7	[165] 0,7
Herabsetzung des Hörvermögens	Gerätetestung durch Arzthelferin	22063	13 Fehlkodierungen 136 nicht durchführbare Untersuchungen	0,7	[169] 0,7
Allergie (Allergische Rhinitis)	Ärztlicher Untersuchungsbefund, ISAAC-Screeningbogen	19879	SE (2328) unstandardisiert und DG (562) keine Daten, 5 nicht durchführbare Untersuchungen	13	[5] 0,0
Asthma bronchiale	Ärztlicher Untersuchungsbefund, ISAAC-Screeningbogen	19877	SE (2328) unstandardisiert keine Daten, 7 nicht durchführbare Untersuchungen	10,5	[7] 0,0
Atopische Dermatitis / Ekzem	Ärztlicher Untersuchungsbefund, ISAAC-Screeningbogen	18821	SE (2328) unstandardisiert und PLÖ (1063) keine Daten, 7 nicht durchführbare Untersuchungen	15,3	[7] 0,0
Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination	Ärztlicher Untersuchungsbefund, VEERS Untertest	18648	SE (2328) unstandardisiert und IZ (1073) keine Daten, 7 Fehlkodierungen, 156 nicht durchführbare Untersuchungen	16,2	[163] 0,9

BERICHT ÜBER DIE UNTERSUCHUNGEN DER KINDER- UND JUGENDÄRZTLICHEN DIENSTE UND ZAHNÄRZTLICHEN DIENSTE IN SCHLESWIG-HOLSTEIN DES SCHULJAHRES 2012/13

Haltungsschwäche	Ärztlicher Untersuchungsbefund	17247	SE (2328), PLÖ (1056) und OH (1541) keine Daten, 19 Fehlkodierungen 21 nicht durchführbare Untersuchungen	22,4	[40] 0,2
Skoliotische Fehllhaltung	Ärztlicher Untersuchungsbefund	16860	SE (2328), PLÖ (1056) und KI (1613) keine Daten, 39 Fehlkodierungen 18 nicht durchführbare Untersuchungen	24,1	[57] 0,3
Chronische Erkrankung	Ärztlicher Untersuchungsbefund	19827	IZ (1073), NMS (666) keine Daten, KI von 461, FL 50 und DG 73 keine Daten und 62 Markierungen keine Angabe	10,7	[646]3,2
Diabetes mellitus	Ärztlicher Untersuchungsbefund	22212	Wir gehen davon aus, dass wenn ein Diabetes vorgelegen hätte, dieser auch dokumentiert worden wäre (es gibt keine Fehlkodierungen und keine Markierung einer nicht durchführbaren Untersuchung)	0	0,0
Zerebrales Anfallsleiden	Ärztlicher Untersuchungsbefund	18218	SE (2328) unstandardisiert und HEI (1101) und SL (565) keine Daten (Markierung 0)	18	0,0
Körperbehinderung	Ärztlicher Untersuchungsbefund	21139	SE (2328) unstandardisiert und IZ (1073) keine Daten (Markierung 0)	4,8	0,0
Verhaltensauffälligkeit	gesamt	14365	OH (1541), PLÖ (1056) und RD (2249) Angaben unplausibel und SE (2328) keine Daten	35,3	Siehe nächsten 2 Zeilen
Verhaltensauffälligkeit beurteilt unter Verwendung	SDQ Elternfragebogen	9597	9 Eltern haben den Fragebogen nicht ausgefüllt	56,8	[9] 0,0
Verhaltensauffälligkeit beurteilt ohne Verwendung	des standardisierten Elternfragebogen	4768		78,5	0,0
Sprachkompetenz	Ärztliche Beurteilung, VEERS Untertest	19254	OH 1490 Kindern fehlte die Angabe zur Kompetenz, FL 91, KI 460; NMS 52; HEI 48; RZ 17, NF 7; PI 59; PLÖ 124, RD 210, SL 27, SE 93, IZ 11, OD 20 und DG 268	13,3	-
Sprech-, Sprachauffälligkeit und Stimmstörung	Ärztlicher Untersuchungsbefund, VEERS Untertests	17642	OH 1541 (bei 1490 Kindern fehlte die Angabe zur Kompetenz) vollständig aus der Statistik herausgerechnet ebenso IZ 1073 unstandardisierte Eingabe, KI 2, HEI 1, RZ 20, NF 7, PI 33 nicht durchführbar	20,6	[63] 1,0
Kann-Kinder	Berechnung (Untersuchungsmonat, -jahr und Geburtsmonat und -jahr)	22204	8 Kinder hatten keine Angabe zum Geburtsmonat, -jahr oder Untersuchungsmonat, -jahr	0	[8] 0,0
Förderempfehlung (mäßig/hoch)	Ärztliche Beurteilung der Reguläreinschüler ohne Beurlaubungsempfehlung [20.428]	16546	RD und OH Software MicroPro Doppelmarkierungen, DG übermittelt hierzu keine Daten.	25,5	-
Einzelne Förderempfehlungen (Lernen, Sprache, ...)	Ärztliche Beurteilung der Reguläreinschüler ohne Beurlaubungsempfehlung [20.428]	17896	In NMS, PLÖ und Stormarn wurde mit vorhergehender Software dokumentiert. Differenzierung der Einzelbedarfe nicht möglich. RD und OH statistisch berücksichtigt, DG übermittelte keine Daten hierzu	11,4	-
Kita und Besuchsjahre	Elternangaben	20299		8,6	-
Elterlicher Schulabschluss	Elternangaben	16497	SE (2328) und IZ (1073) erheben das Item nicht	25,7	[2314] 12,3
Herkunft der Eltern	Elternangaben	20420		8,1	-
Inanspruchnahme von Heilpädagogischen Maßnahmen und Heilmitteln	Elternangaben	22049		0,7	-

Abbildung 2 Anzahl der untersuchten Einschüler (S1) pro Kreis/kreisfreie Stadt für das Schuljahr 2012/13



Zwischen Herbst 2011 und Frühjahr 2012 wurden in Schleswig-Holstein (ohne Hansestadt Lübeck) 22.212 Kinder untersucht, die für den Schulbesuch des Schuljahres 2012/2013 angemeldet worden waren. Davon waren 1.588 (7,2%) Kinder nicht schulpflichtig im Sinne des Schulgesetzes, sondern wurden als sog. „Kann-Kinder“ von den Eltern angemeldet. Bei den „Kann-Kindern“ waren die Mädchen etwas überrepräsentiert, im Übrigen ist das Geschlechterverhältnis ausgeglichen. Die regionale Variation geht aus **Tabelle 3** hervor.

Tabelle 3 Schulpflichtige Einschüler und „Kann-Kinder“ der Untersuchungsreihe S1

Kreis/kreisfreie Stadt	Untersuchten Kinder	Schulpflichtige Kinder			„Kann-Kinder“		
	N	n	%	davon Mädchen (%)	n	%	davon Mädchen (%)
Flensburg	589	552	93,7	51,4	37	6,3	54,1
Kiel	1912	1760	92,1	48,2	152	7,9	57,9
Neumünster	666	637	95,6	46,5	29	4,4	65,5
Dithmarschen	1101	1025	93,1	50,5	76	6,9	59,2
Herzogtum Lauenburg	1712	1565	91,4	46,0	147	8,6	62,6
Nordfriesland	1275	1186	93,0	46,1	89	7,0	56,2
Ostholstein	1541	1444	93,7	46,5	97	6,3	60,0
Pinneberg	2635	2421	91,9	47,6	214	8,1	61,7
Plön	1056	986	93,4	47,7	70	6,6	62,9
Rendsburg-Eckernförde	2249	2128	94,6	49,2	121	5,4	57,9
Schleswig-Flensburg	1480	1396	94,3	47,6	84	5,7	67,9
Segeberg	2328	2135	91,7	51,1	193	8,3	53,4
Steinburg	1073	987	92,0	46,4	86	8,0	59,3
Stormarn	2032	1898	93,4	45,7	134	6,6	65,7
Dänischer Gesundheitsdienst	555	496	89,4	48,0	59	10,6	61,0
Schleswig-Holstein	22204	20616	92,8	47,9	1588	7,2	60,0

Dargestellt wird die Anzahl der untersuchten Einschüler (S1) pro Kreis/kreisfreie Stadt für das Schuljahr 2012/13, getrennt nach schulpflichtigen Kindern und der auf Antrag der Eltern untersuchten jüngeren, nicht schulpflichtigen Kindern (Kann-Kinder). Insgesamt wurden 22.212 Kinder untersucht. Bei 8 Kindern fehlten Angaben zum Geburtsjahr/-monat, somit ergab sich ein N = 22.204.

Bezüglich der Verteilung von Entwicklungsauffälligkeiten und Gesundheitsstörungen ist zu berücksichtigen, dass die soziale Lage in den 16 Kreisen und kreisfreien Städten unterschiedlich ist. Aus 0 geht hervor, dass die Rate der Eltern mit niedrigem

Bildungsstand am höchsten in den Kreisen Dithmarschen und Schleswig-Flensburg sowie den kreisfreien Städten Neumünster, Flensburg und Kiel ist. Der höchste Bildungsstand ist zu verzeichnen in den Kreisen Stormarn, Plön und Pinneberg. **Soziodemographische Daten liegen aus Steinburg, Segeberg als einzigen Kreisen und aus der Hansestadt Lübeck nicht vor.** Die 0 zeigt den Anteil der Familien mit Migrationsbiografie. Mit diesem Begriff ist gemeint, dass mindestens ein Elternteil des Kindes aus einem anderen Land nach Deutschland gekommen ist und Deutsch nicht als erste Sprache spricht. Auch hier findet sich der höchste Anteil von Menschen mit Migrationsbiografie in den kreisfreien Städten.

Abbildung 3 Bildungsstand der Familien in den Kreisen und kreisfreien Städten von Schleswig-Holstein

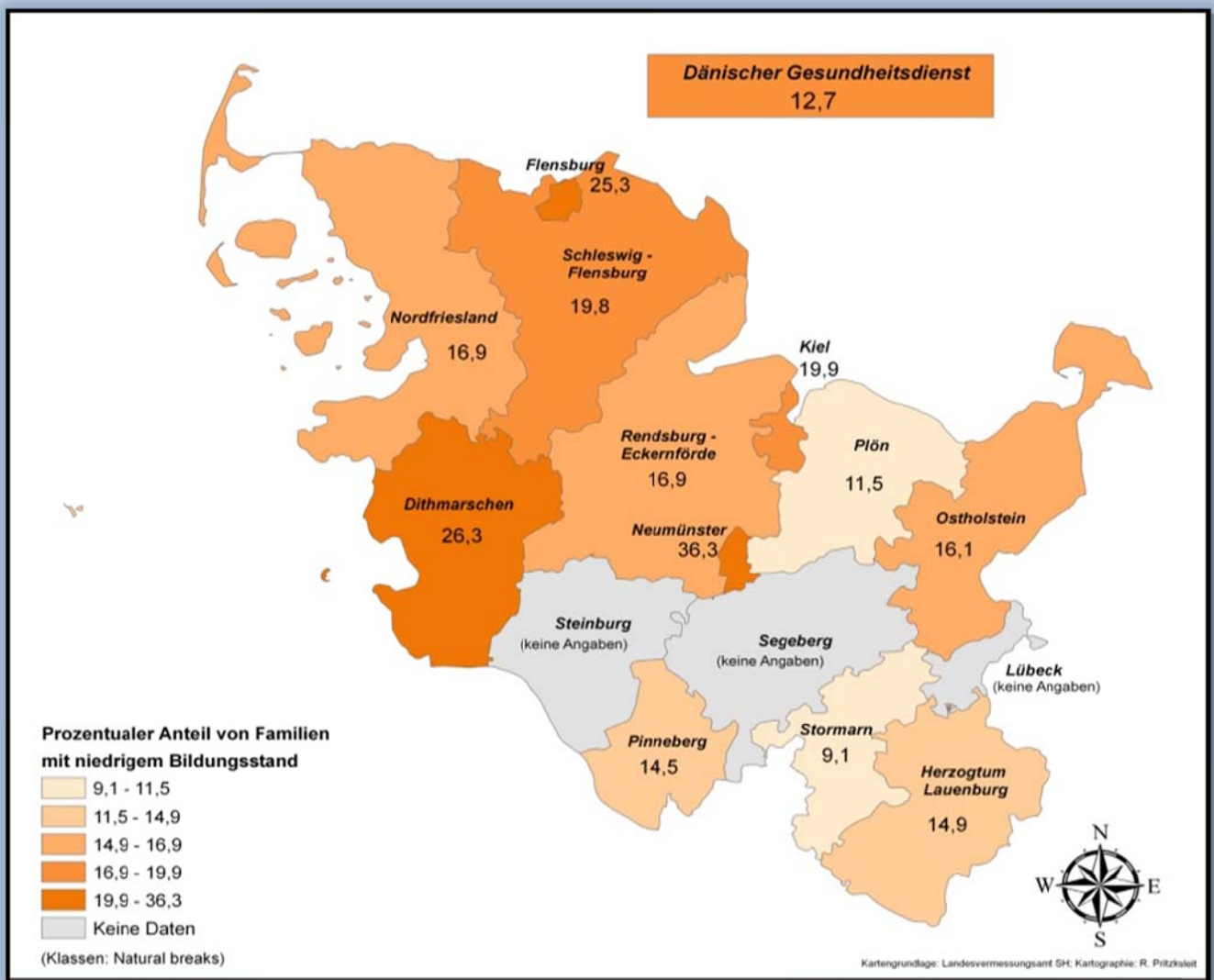
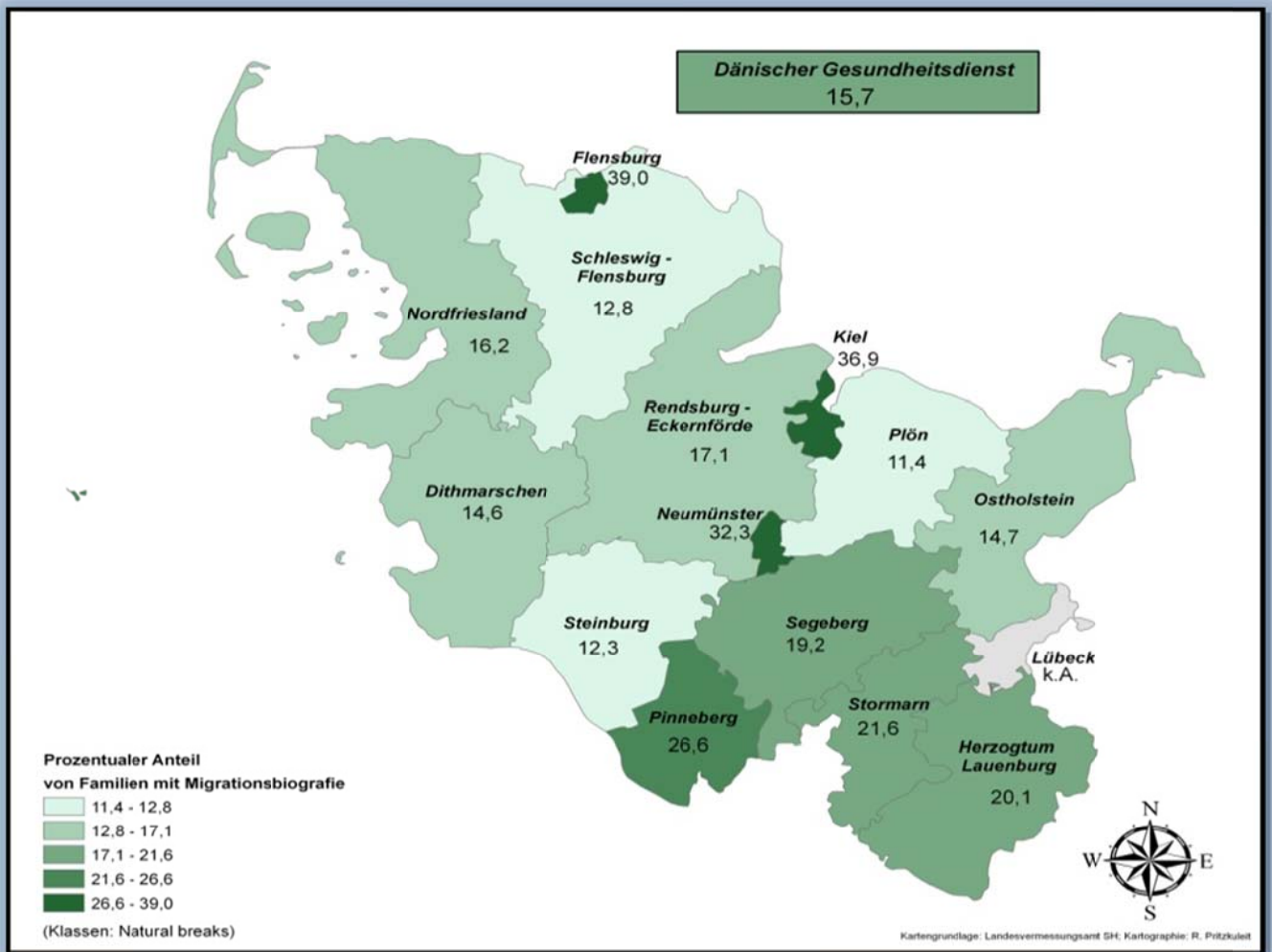


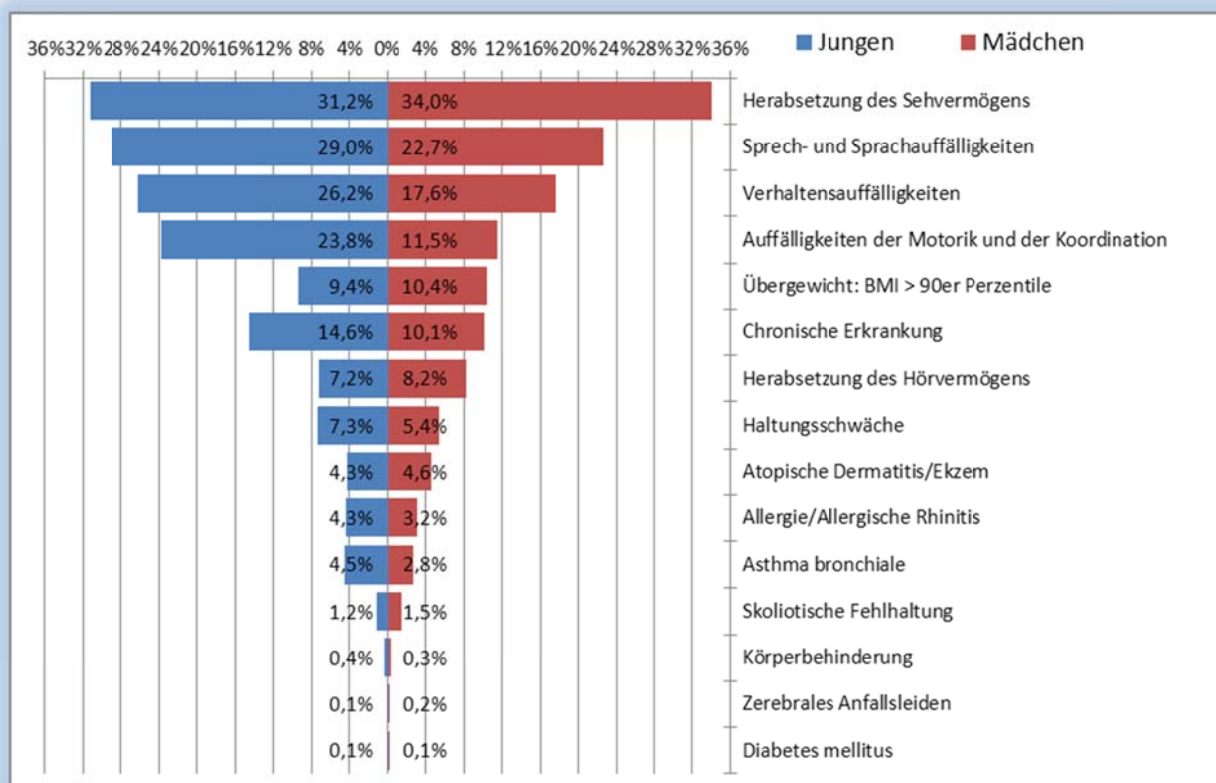
Abbildung 4 Migrationsbiografie in den Kreisen und kreisfreien Städten von Schleswig-Holstein



IV. AUSGEWÄHLTE BEFUNDE

Zahlreiche Befunde bei den schulärztlichen Untersuchungen zeigen eine unterschiedliche Häufigkeit bei Jungen und Mädchen. Diese Unterschiede sollen in **Abbildung 5** zunächst dargestellt werden, da im weiteren Verlauf des Berichtes eine getrennte Darstellung von Prävalenzen nur dann erfolgt, wenn signifikante Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen festgestellt wurden.

Abbildung 5 Häufigkeiten schulärztlicher Befunde bei Jungen und Mädchen



Dargestellt werden die Häufigkeiten der schulärztlichen Untersuchungsbefunde getrennt nach Jungen und Mädchen, bei denen ein auffälliger Untersuchungsbefund dokumentiert wurde, im Einschulungsjahr 2012/13. Die Befunde sind in dieser Abbildung nach Häufigkeit (Mädchen) geordnet.

Bei Seh- und Hörvermögen, Übergewicht (BMI über der 90er Perzentile), Atopischer Dermatitis/Ekzem und Skoliotischer Fehlhaltung findet sich eine leichte **Wendigkeit** hin zu den Mädchen.

Bei den Atopischen Erkrankungen wie Heuschnupfen (allergische Rhinitis) und Asthma bronchiale findet sich eine **leichte Knabenwendigkeit**, ebenso bei der Haltungsschwäche. Eine **deutlich größere Knabenwendigkeit** findet sich bei den chronischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Sprech- und Sprachauffälligkeiten, Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination.

SEHEN

- Bei 32,6% aller Mädchen und Jungen finden sich Hinweise auf eine Herabsetzung des **Sehvermögens**; ein Viertel dieser auffälligen Befunde wurde erstmals erhoben und erforderte weitere Diagnostik.

Die Schuleingangsuntersuchung der meist 5-jährigen Mädchen und Jungen soll prüfen, ob das individuelle Kind der neuen Entwicklungsaufgabe, d. h. dem Schulbesuch, mit seinen Möglichkeiten und Fähigkeiten gewachsen ist. Daher wird der Untersuchung der Sinnesfunktionen wie dem Sehen besondere Bedeutung zugemessen, da eine Fehlsichtigkeit, die nicht durch entsprechende Hilfsmittel kompensiert wird, zu einer erheblichen Einschränkung des Lernvermögens führen würde. Insbesondere bei der Überprüfung der Sehfähigkeit, die standardisiert mit Sehtestgeräten erfolgt, zeigt sich eine hohe Rate an auffälligen Befunden (1/3 aller Mädchen und Jungen). Bei den meisten dieser Kinder ist die Sehschwäche bekannt oder sie tragen bereits eine Brille. Allerdings erfolgt die Empfehlung zur augenärztlichen Untersuchung bei 1/4 dieser Kinder erstmals. Es dürften diese Kinder sein, die durch die Bestätigung einer Sehschwäche und Verordnung einer entsprechenden Sehhilfe besonders von der standardisierten Sehtestung profitieren.

Tabelle 4 zeigt, dass die Empfehlungen bezüglich auffälliger Befunde bei Einschränkung des Sehvermögens in den Kreisen unterschiedlich sind. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass es sich um tatsächliche Unterschiede im Sehvermögen bei den Kindern handelt. Im Mittel werden bei 1/4 der Kinder zumindest leicht auffällige Befunde dokumentiert, die häufig jedoch bereits bekannt und behandelt sind. Die Häufigkeit der Befunddokumentation schwankt jedoch zwischen 12,7% in Nordfriesland und 53,9% in Kiel. Relevant ist jedoch eher, wie häufig eine erneute Überweisung zum Augenarzt empfohlen wird: Dies betrifft 62,8% der Kinder mit auffälligen Befunden in Neumünster, aber nur 7,0% der Kinder in Flensburg. Dies erklärt sich dadurch, dass in Flensburg seit Jahren eine flächendeckende Kita-Einganguntersuchung durchgeführt wird, so dass es wenig Erstbefunde bei der Einschulungsuntersuchung gibt. Die Dokumentation eines auffälligen Befundes im Sehvermögen ist nur im geringen Ausmaß abhängig vom Bildungsstand der Eltern, wird jedoch etwas häufiger erhoben bei Kindern von Eltern mit niedrigem schulischem Abschluss.

Tabelle 4 Herabsetzung des Sehvermögens

Kreis/kreisfreie Stadt	N	n	%	A%
Flensburg	584	171	29,3	7,0
Kiel	1905	1026	53,9	20,8
Neumünster	666	191	28,7	62,8
Dithmarschen	1096	388	35,4	50,5
Herzogtum Lauenburg	1710	594	34,7	18,2
Nordfriesland	1268	161	12,7	29,8
Ostholstein	1541	308	20,0	14,6
Pinneberg	2589	1125	43,5	23,7
Plön	1055	401	38,0	21,7
Rendsburg-Eckernförde	2205	760	34,5	9,7
Schleswig-Flensburg	1471	278	18,9	15,8
Segeberg	2306	909	39,4	21,6
Steinburg	1064	197	18,5	17,8
Stormarn	2025	484	23,9	23,1
Dänischer Gesundheitsdienst	562	193	34,3	18,7
Schleswig-Holstein	22047	7186	32,6	22,2

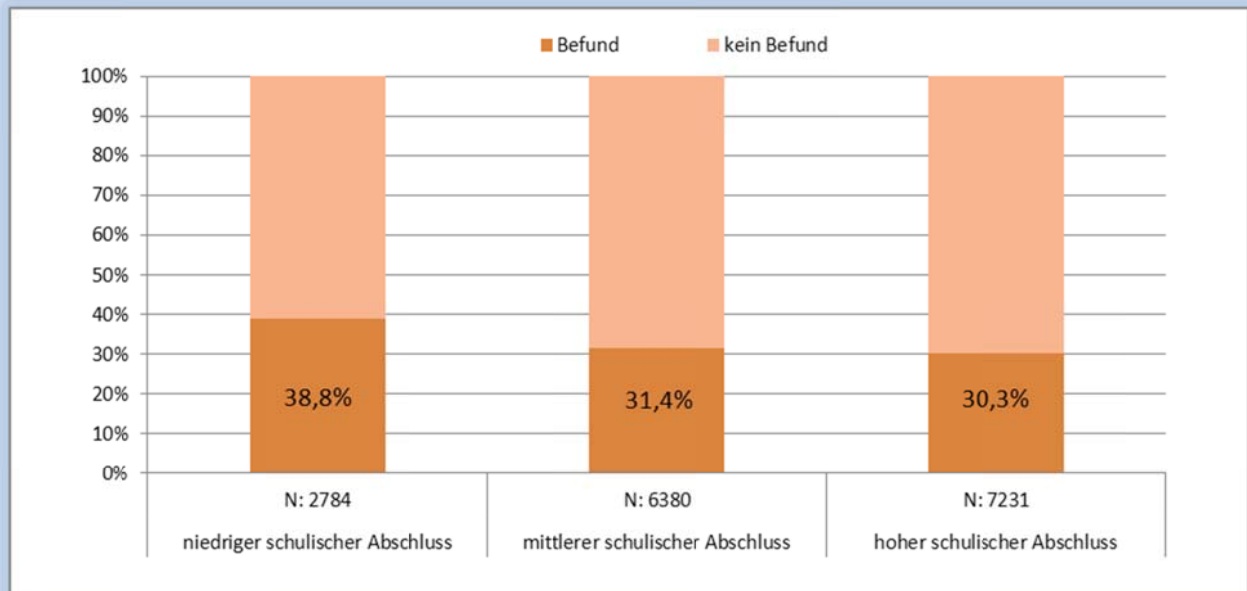
Darstellung erfolgt getrennt nach Kreisen und kreisfreien Städten

Die Anzahl der Kinder mit auffälligen Befunden (n) ergibt sich aus der Summe aller Befunde unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen. Die Rate auffälliger Befunde (%) gibt den prozentualen Anteil des Untersuchungsbefundes bei allen untersuchten Einschülern an.

A%= Der prozentuale Anteil an Untersuchungsbefunden, die erstmals oder erneut einer Arztüberweisung bedürfen, bezogen auf die Zahl aller auffälligen Befunde. Eine Arztüberweisung wird veranlasst bei einem Visus kleiner 0,7 und/oder auffälligem Stereotest.

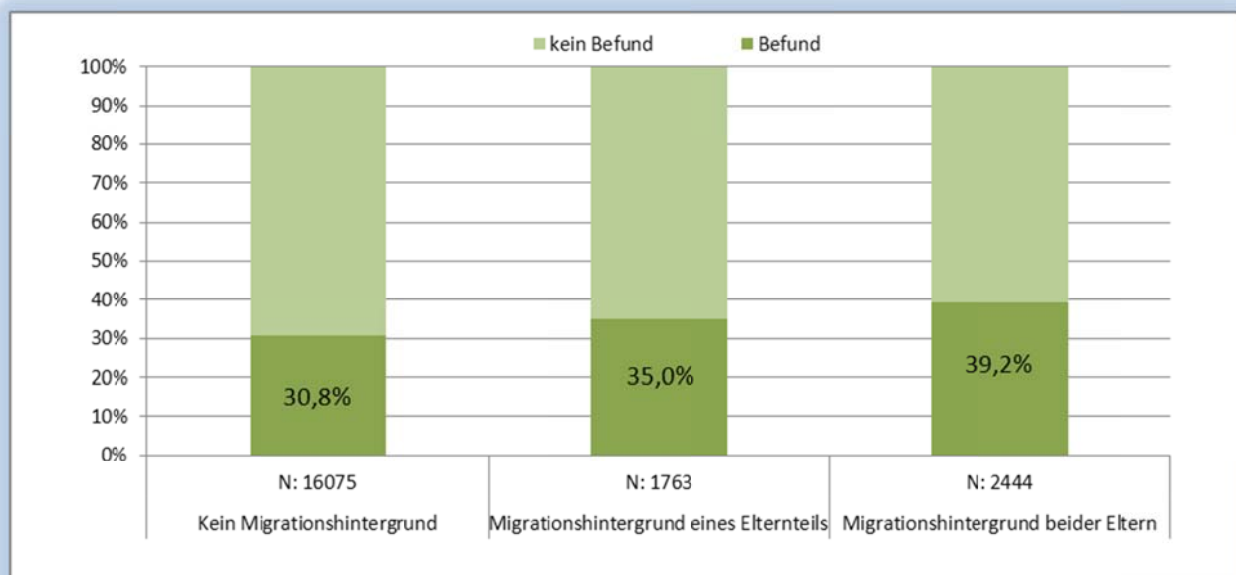
Wie **Abbildung 6** und **Abbildung 7** zeigen, erfolgt die Dokumentation eines auffälligen Befundes und Arztüberweisung etwas häufiger bei Kindern von Eltern mit geringerem Bildungsstand. Die Migrationsbiografie der Eltern hat ebenfalls Einfluss auf die Häufigkeit von auffälligen Befunden oder Empfehlungen.

Abbildung 6 Herabsetzung des Sehvermögens abhängig vom Bildungsstand der Eltern



Verteilung der Prävalenz von „Herabgesetztem Sehvermögen“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N = 16.395)
 ABDX = Summe aller Befunde unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen.

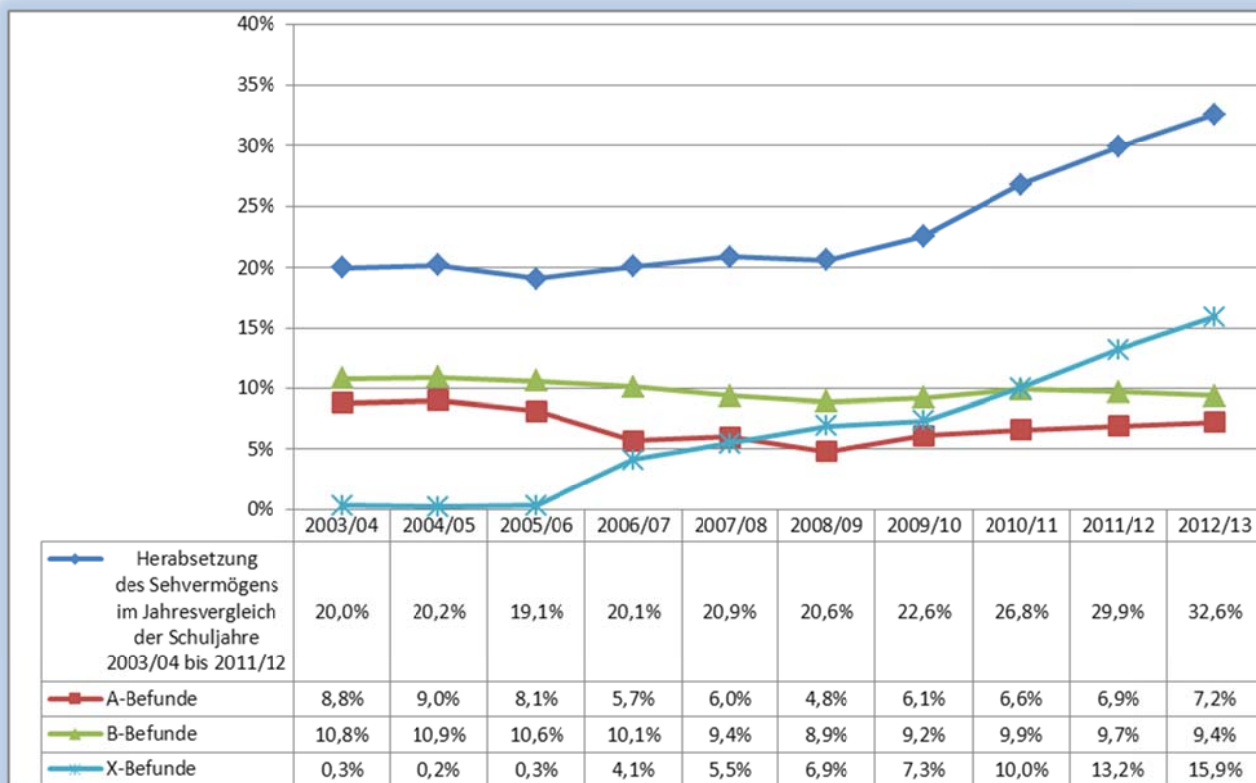
Abbildung 7 Herabsetzung des Sehvermögens abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern



Verteilung der Prävalenz von „Herabgesetztem Sehvermögen“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=20.282)
 ABDX = Summe aller Befunde, unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen.

Vergleicht man die Häufigkeit von auffälligen Befunden im Sehvermögen über die Zeit seit Schuljahr 2003/2004 bis 2011/2012, findet sich ein kontinuierlicher Anstieg von etwa 20% auf 30% (0).

Abbildung 8 Herabsetzung des Sehvermögens in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/04



Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt den prozentualen Anteil des schulärztlicher Untersuchungsbefunds „Herabsetzung des Sehvermögens“ (Summe ABDX) und ergänzend dargestellt die Einzelbefunde A, B und X.

In den Jahren vor 2005/06 StandardVisus 1,0, danach Standard Visus 0,7 und seit 2008/09 Erfassung von Strabismus (Schielen) bei den Gesamtsehstörungen.

Detaillierte Analysen zeigen, dass es für das Schuljahr 2005/2006 zu einer Veränderung der Bewertung des Visus gekommen war. Zunächst war ein Visus unter 1,0 (100%) mit einem „A“ kodiert worden, ab diesem Schuljahr nur noch ein Visus von unter 0,7 mit „A“ und gleich 0,7 mit „X“. Diese Anpassung war erforderlich, da die Einschulungsuntersuchungen häufig bereits zu Beginn des 6. Lebensjahres durchgeführt werden und zu diesem Zeitpunkt aufgrund der Reifung des Sehvermögens noch kein Visus von 1,0 erwartet werden kann. Es findet sich folgerichtig (vgl. 0) eine Abnahme der auffälligen Befunde mit Empfehlung einer augenärztlichen Untersuchung von 9% in 2004/05 auf 4,8% in 2008/09, und zeitgleich ein Anstieg der leicht auffälligen Befunde (Visus 0,7-1,0) ohne Empfehlung zur Abklärung von 0,3% in 2005/06 auf 6,9% in 2008/09. Der weitere deutliche Anstieg der Dokumentation der auffälligen Befunde ab 2008/09 ist der Tatsache zu verdanken, dass seit Schuljahr 2006/07 Schielen (Strabismus) ebenfalls als leicht auffälliger Befund dokumentiert wurde. Auch hier folgt aus der Beurteilung der Schulärzte, ob eine weitere Empfehlung zur fachärztlichen Untersuchung gegeben wird. Auf die grafische Darstellung der D-Befunde wird verzichtet, der prozentuale Anteil in den Jahren liegt im Schnitt bei 0,1%. Die absolute Anzahl für 2012/13: 25 Kinder, bei denen Blindheit oder ein bereits festgestelltes Sehvermögen unter Visus 0,3 dokumentiert wurde.

HÖREN

- Eine **Herabsetzung des Hörvermögens** liegt bei 7,7% aller untersuchten Schulanfänger vor und führt in der Hälfte dieser Fälle zur erstmaligen Befundkontrolle durch den Facharzt.

Tabelle 5 Auffälligkeiten des Hörens

Kreis/kreisfreie Stadt	N	n	%	A%
Flensburg	583	42	7,2	61,9
Kiel	1908	133	7,0	48,9
Neumünster	666	72	10,8	62,5
Dithmarschen	1096	236	21,5	80,5
Herzogtum Lauenburg	1711	82	4,8	37,8
Nordfriesland	1269	54	4,3	70,4
Ostholstein	1541	97	6,3	56,7
Pinneberg	2585	131	5,1	52,7
Plön	1055	50	4,7	80,0
Rendsburg-Eckernförde	2236	186	8,3	67,7
Schleswig-Flensburg	1453	70	4,8	38,6
Segeberg	2311	282	12,2	35,5
Steinburg	1063	62	5,8	59,7
Stormarn	2024	153	7,6	47,1
Dänischer Gesundheitsdienst	562	45	8,0	77,8
Schleswig-Holstein	22063	1695	7,7	56,4

Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten.

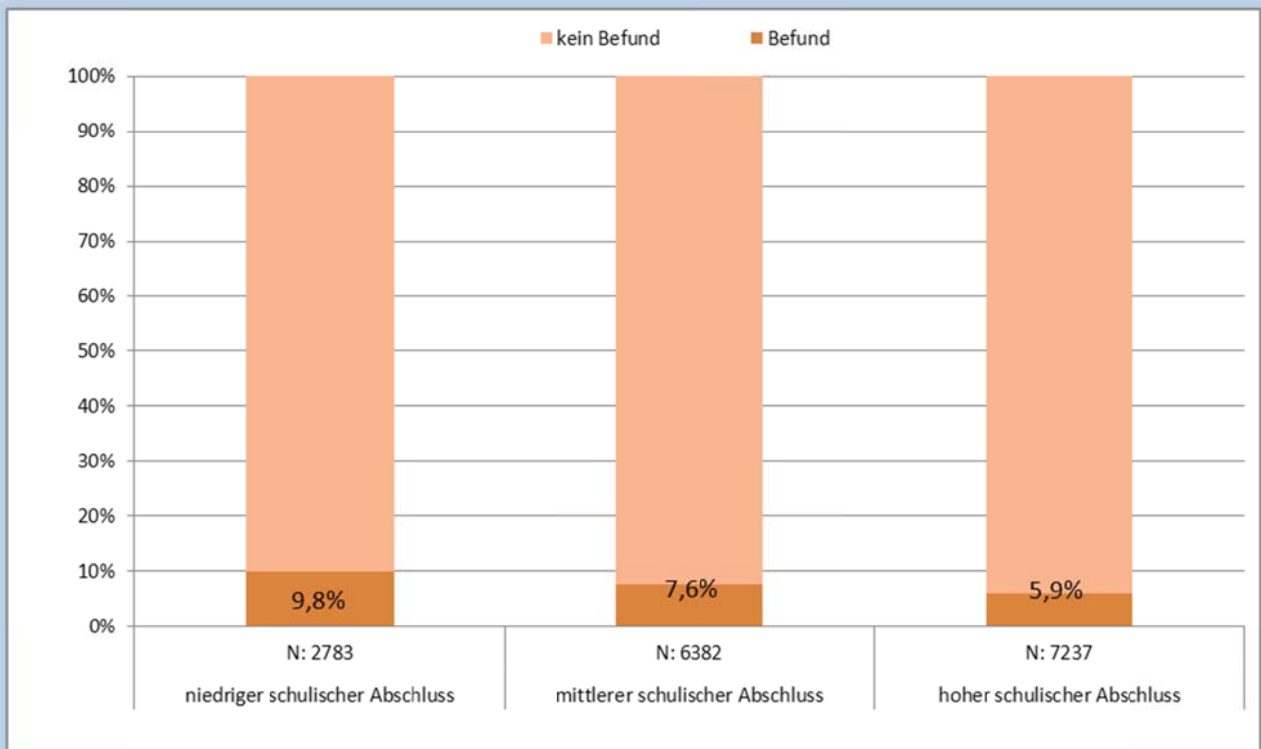
Die Anzahl der Kinder mit auffälligen Befunden (n) ergibt sich aus der Summe aller Befunde unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen. Die Rate auffälliger Befunde (%) gibt den prozentualen Anteil des Untersuchungsbefundes bei allen untersuchten Einschülern an.

A% = Der prozentuale Anteil an Untersuchungsbefunden, die erstmals oder erneut einer Arztüberweisung bedürfen bezogen auf die Fallzahl.

Die Rate der vermuteten Hörstörungen liegt in den meisten Kreisen und kreisfreien Städten zwischen 4 und 8%. In Neumünster und Segeberg liegen sie bei etwa 11 bzw. 12%. Schwankungen dieser Art können durchaus z. T. mit dem Untersuchungszeitpunkt erklärt werden, da in den Wintermonaten vorübergehende Hörstörungen durch Paukenergüsse sehr viel häufiger sind als in den Sommermonaten. Die Erhebung auffälliger Befunde bei etwa 1/4 aller Kinder in Dithmarschen ist jedoch auffällig, zumal nahezu allen dieser Kinder zur Überprüfung des Hörvermögens eine Arztvorstellung empfohlen wird.

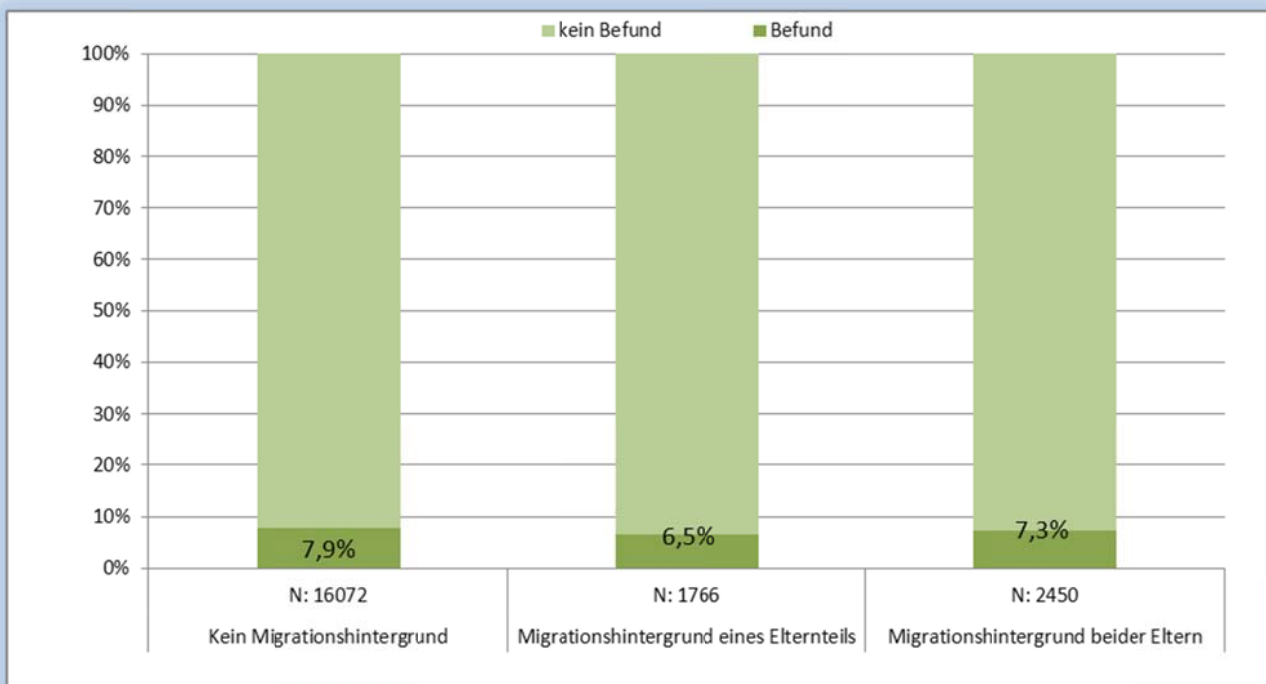
Der Verdacht auf eine Herabsetzung des Hörvermögens zeigt wiederum eine Abhängigkeit vom Bildungsstand der Eltern (**Abbildung 9**). Wir vermuten einen Zusammenhang mit geringerer Inanspruchnahme ärztlicher Untersuchungen (z. B. Pädaudiologie) bei Eltern mit niedrigem Bildungsstand, dadurch könnten Ohrerkrankungen insbesondere Infektionen chronifiziert worden sein. Einen Zusammenhang mit Migrationsbiografie fanden wir nicht (**Abbildung 10**). Die Häufigkeit der „Herabsetzung des Hörvermögens“ ist über die Jahre konstant geblieben (**Abbildung 11**).

Abbildung 9 Herabsetzung des Hörvermögens abhängig vom Bildungsstand der Eltern



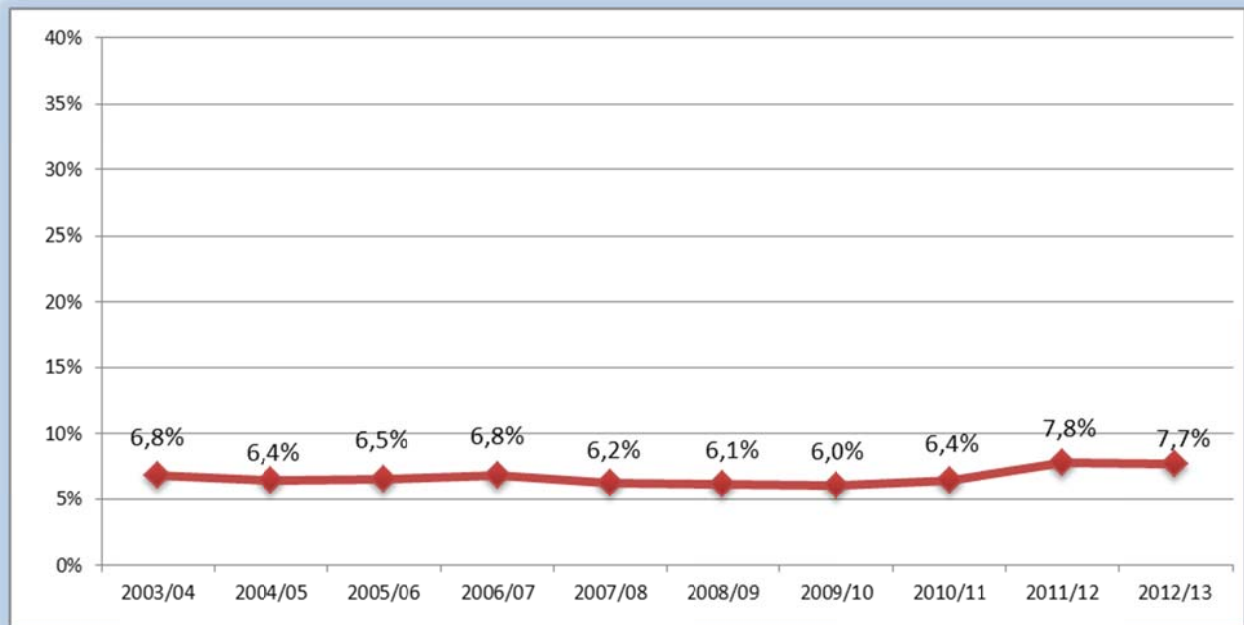
Verteilung der Prävalenz von „Herabgesetztem Hörvermögen“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=16.402).

Abbildung 10 Herabsetzung des Hörvermögens abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern



Verteilung der Prävalenz von „Herabgesetztem Hörvermögen“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=20.288).

Abbildung 11 Herabsetzung des Hörvermögens in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/04

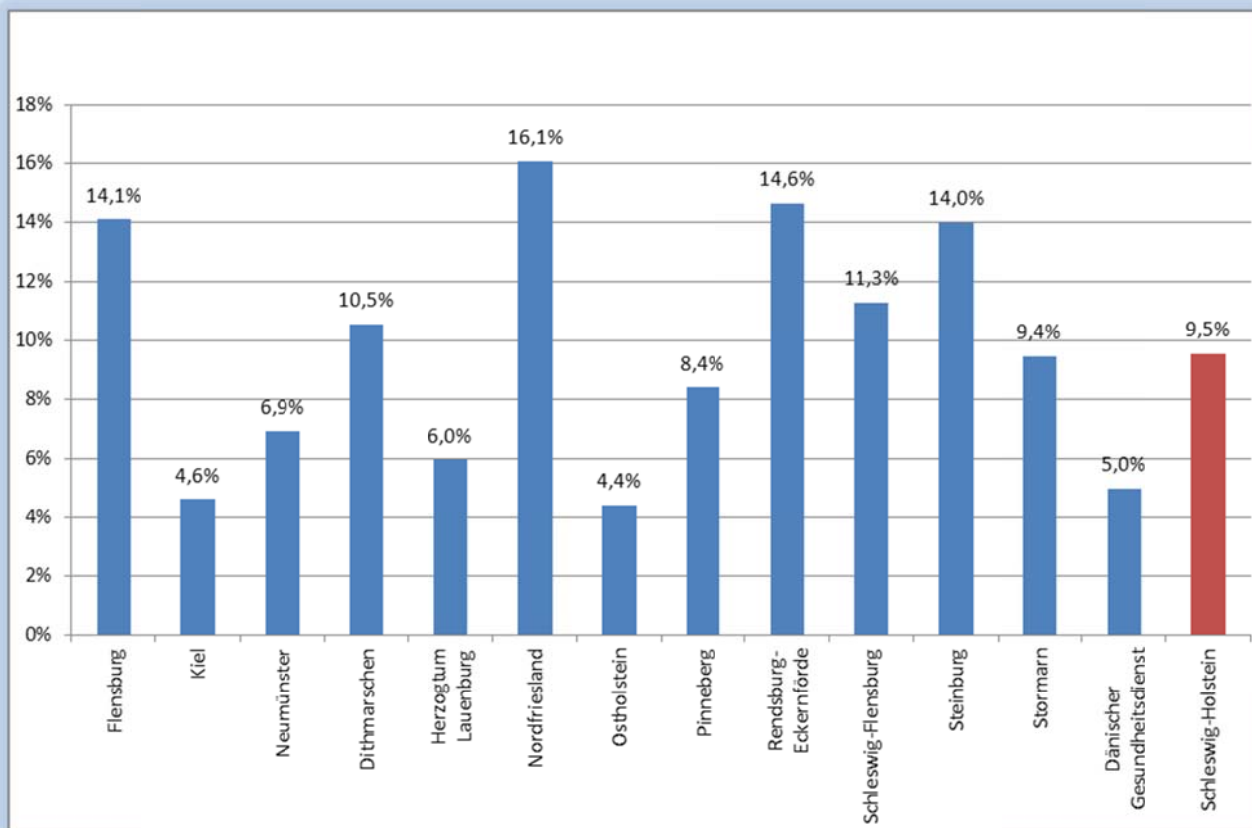


Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt den prozentualen Anteil des schulärztlicher Untersuchungsbefunds „Herabsetzung des Hörvermögens“.

ALLERGISCHE ERKRANKUNGEN

- Die **Atopischen Erkrankungen** sind in einer Häufigkeit von 3,8% bei Allergien, 3,6% bei Asthma bronchiale und 4,4% bei Neurodermitis bei den Schulanfängern festgestellt worden.

Abbildung 12 Vorliegen einer atopischen Erkrankung



Verteilung der Häufigkeiten für „Atopische Erkrankungen“ in den Kreisen und kreisfreien Städten.

„Atopische Erkrankung“ liegt vor, wenn vom schulärztlichen Dienst für das Kind eine Neurodermitis (atopische Dermatitis), ein Heuschnupfen (allergische Rhinitis) oder ein Asthma Bronchiale dokumentiert wurde.

Die Häufigkeiten dieser Erkrankungen stimmen gut mit den Prävalenzzahlen der bundesweiten KiGGS-Studie überein. Hier findet sich eine Häufigkeit von etwa 8% für Neurodermitis bei den 3 bis 6-jährigen Kindern, von etwa 5% für Heuschnupfen und etwa 3% für Asthma bronchiale.

Bei den atopischen Erkrankungen wie Neurodermitis (Atopische Dermatitis), Heuschnupfen (Allergische Rhinitis) und Asthma Bronchiale findet sich eine leichte Knabenwendigkeit.

Tabelle 6 Atopische Erkrankungen bei Jungen und Mädchen

	Jungen			Mädchen		
	N	n	%	N	n	%
Allergie (Allergische Rhinitis)	10161	442	4,3%	9560	305	3,2%
Asthma bronchiale	10161	454	4,5%	9560	263	2,8%
Atopische Dermatitis / Ekzem	9619	414	4,3%	9046	419	4,6%

Die Anzahl der Kinder mit auffälligen Befunden (n) ergibt sich aus der Summe aller Befunde unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen. Die Rate auffälliger Befunde (%) gibt den prozentualen Anteil des Untersuchungsbefundes getrennt für die Jungen und die Mädchen an.

Im KiGGS-Survey zeigt sich eine Knabenwendigkeit aller drei Erkrankungsgruppen. In Schleswig-Holstein zeigt sich erstmalig eine leichte Mädchenwendigkeit bei atopischer Dermatitis (Ekzem). Da allergische Erkrankungen in den letzten 10 Jahren bei Kindern und Jugendlichen deutlich zugenommen haben, ist mit einem zunehmenden Versorgungsbedarf in den Schulen zu rechnen, insbesondere im Hinblick auf eine Ganztagsbeschulung. Ziel der Behandlung bei allen drei Erkrankungen ist eine Symptombfreiheit, d. h., dass die Kinder keinerlei Funktionseinschränkungen durch ihre chronische Gesundheitsstörung erleiden sollten. Insbesondere bei Asthma bronchiale ist daher auf eine regelmäßige Inhalation, z. T. Inhalation vor dem Sportunterricht, zu achten.

Tabelle 7 Atopische Erkrankungen

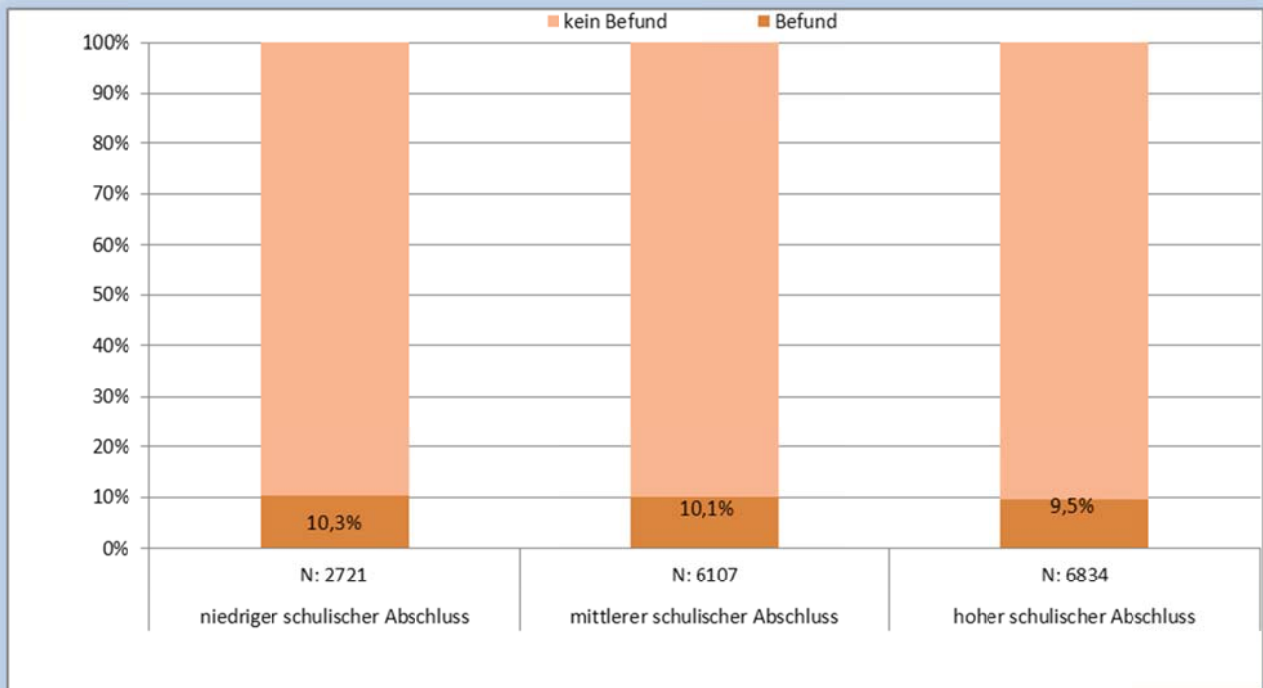
Kreis/kreisfreie Stadt	Allergie/Allergische Rhinitis				Asthma bronchiale				Atopische Dermatitis/Ekzem			
	N	n	%	A%	N	n	%	A%	N	n	%	A%
Flensburg	589	40	6,8	0,0	589	23	3,9	0,0	589	42	7,1	2,4
Kiel	1912	41	2,1	4,9	1913	32	1,7	3,1	1913	33	1,7	12,1
Neumünster	666	30	4,5	0,0	666	16	2,4	0,0	666	8	1,2	0,0
Dithmarschen	1101	50	4,5	2,0	1099	53	4,8	5,7	1098	40	3,6	7,5
Herzogtum Lauenburg	1712	36	2,1	2,8	1712	54	3,2	0,0	1712	34	2,0	0,0
Nordfriesland	1275	66	5,2	0,0	1275	74	5,8	4,1	1272	115	9,0	0,0
Ostholstein	1541	9	0,6	0,0	1541	27	1,8	0,0	1541	40	2,6	2,5
Pinneberg	2635	95	3,6	1,1	2635	78	3,0	0,0	2635	101	3,8	3,0
Plön	1052	65	6,2	0,0	1051	35	3,3	0,0	-	-	-	-
Rendsburg-Eckernförde	2249	103	4,6	0,0	2249	113	5,0	0,0	2249	182	8,1	0,0
Schleswig-Flensburg	1480	64	4,3	0,0	1480	61	4,1	1,6	1480	78	5,3	1,3
Segeberg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Steinburg	1073	27	2,5	0,0	1073	70	6,5	0,0	1073	85	7,9	4,7
Stormarn	2032	116	5,7	0,9	2032	70	3,4	0,0	2031	46	2,3	0,0
Dänischer Gesundheitsdienst	-	-	-	-	562	7	1,2	0,0	562	23	4,1	4,3
Schleswig-Holstein	19317	742	3,8	0,8	19877	713	3,6	1,1	18821	827	4,4	2,2

Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten exklusiv für Allergische Rhinitis, Asthma bronchiale und Atopische Dermatitis. Die Anzahl der Kinder mit auffälligen Befunden (n) ergibt sich aus der Summe aller Befunde unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen. Die Rate auffälliger Befunde (%) gibt den prozentualen Anteil des Untersuchungsbefundes bei allen untersuchten Einschülern an.

A%= Der prozentuale Anteil an Untersuchungsbefunden, die erstmals oder erneut einer Arztüberweisung bedürfen bezogen auf die jeweilige Fallzahl.

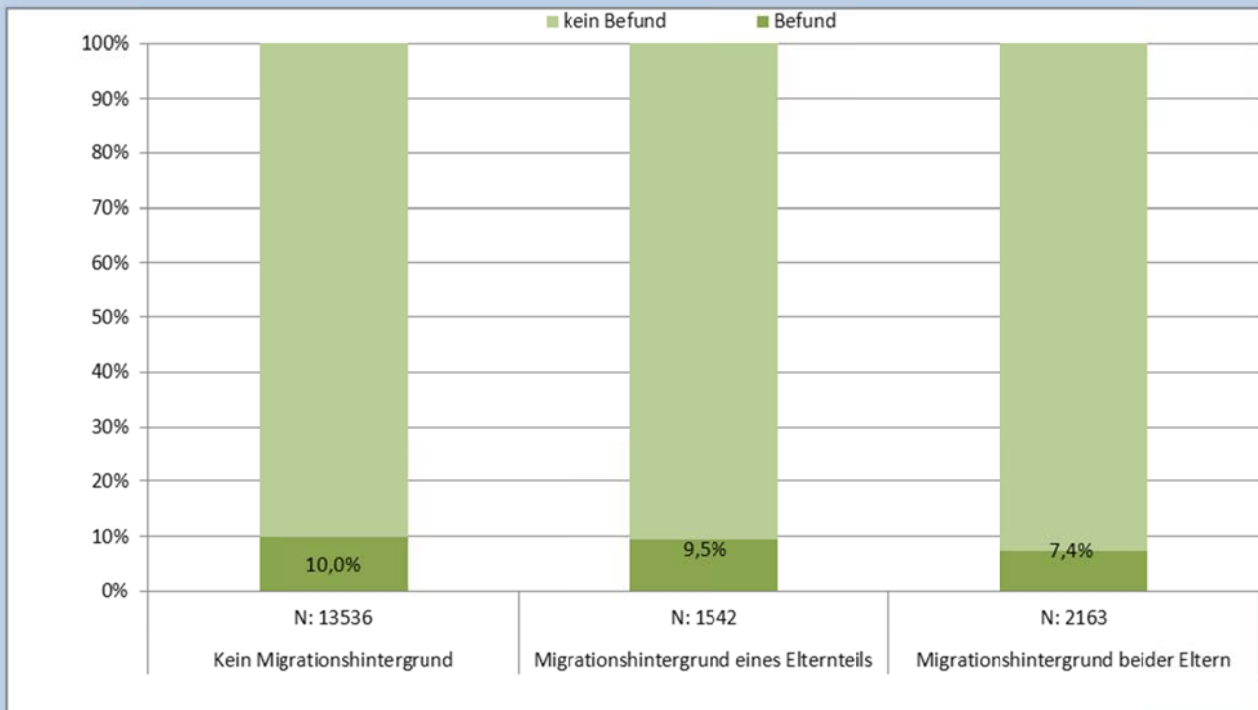
Auch bei den atopischen Erkrankungen finden sich regionale Variationen, die sich jedoch zumindest beim Asthma bronchiale um den Mittelwert herum bewegen. Während in übrigen Studien, z. B. dem bundesweiten Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS) gezeigt werden kann, dass atopische Erkrankungen bei Kindern mit hohem Sozialstatus etwas häufiger sind als bei Kindern mit niedrigerem Sozialstatus, findet sich in den Schleswig-Holsteindaten die größte Häufigkeit bei Kindern von Eltern mit niedrigem schulischen Abschluss (10,3%), während die Rate bei Kindern von Eltern mit mittlerem schulischen Abschluss 10,1% beträgt, bei Kindern von Eltern mit hohem schulischen Abschluss 9,5%. Kinder von Eltern mit Migrationsbiografie haben eine etwas geringere Häufigkeit von atopischen Erkrankungen, dies entspricht auch den Daten der KiGGS-Studie. Die Zeitreihen zeigen eine leichte Zunahme von Asthma bronchiale und Neurodermitis sowie eine leichte Abnahme von Heuschnupfen. Insgesamt spiegelt sich hier (noch) nicht der in der Kinderheilkunde beobachtete Anstieg der Prävalenzen. Ein besonders hoher Wert für das Vorliegen einer atopischen Erkrankung zeigt sich in Nordfriesland (16,1%) im Vergleich zu den anderen Kreisen und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein.

Abbildung 13 Atopische Erkrankungen abhängig vom Bildungsstand der Eltern



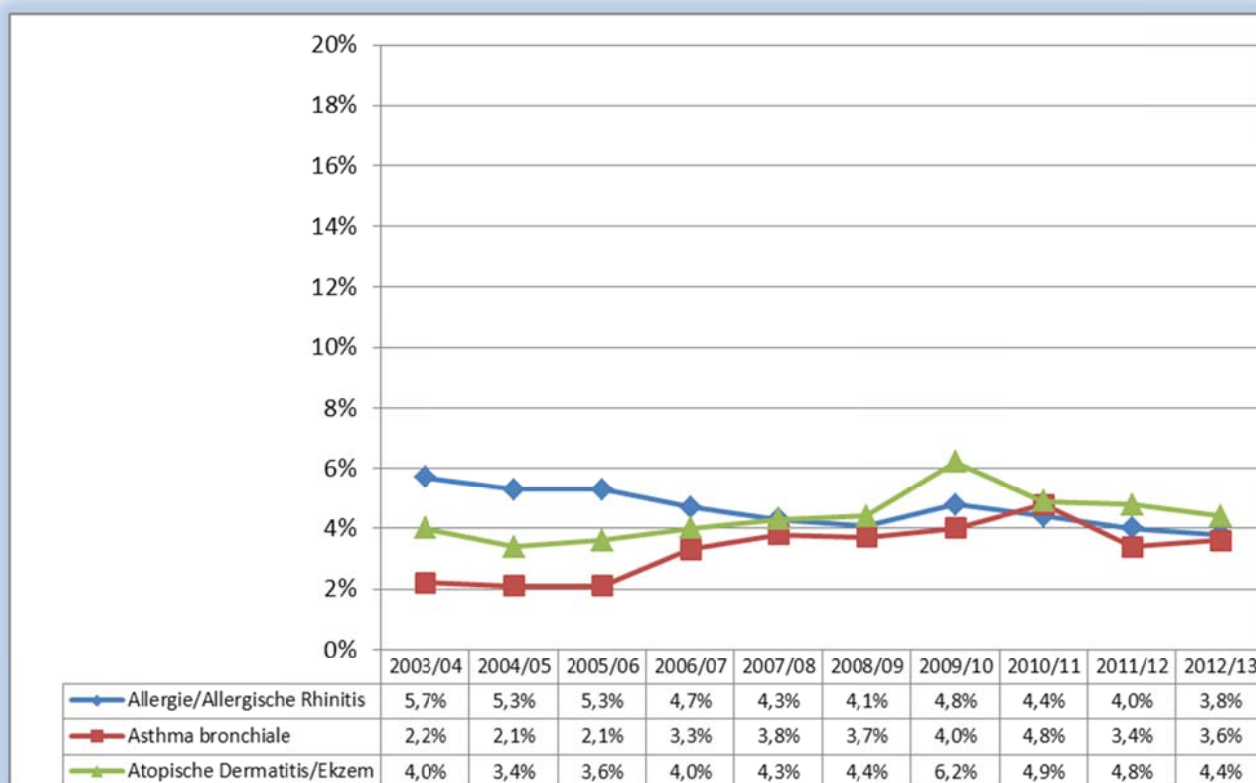
Verteilung der Prävalenz von „Atopischen Erkrankungen“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=15.662).

Abbildung 14 Atopische Erkrankungen abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern



Verteilung der Prävalenz von „Atopischen Erkrankungen“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=17.241).

Abbildung 15 Atopische Erkrankungen in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/04



Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt den prozentualen Anteil der schulärztlichen Untersuchungsbefunde „Allergie/Allergische Rhinitis“, „Asthma bronchiale“, „Atopische Dermatitis/Ekzem“.

GEWICHT

- Im Schuljahr 2012/13 sind 9,4% der Jungen und 10,4% der Mädchen **übergewichtig** (> 90. Perzentile). Davon sind 4,3% der Jungen und 4,1% der Mädchen **adipös** (adipös entspricht einem Gewicht > 97. Perzentile).
- Im Vergleich zum letzten Jahr ist kein Anstieg des Übergewichtes bei den Einschülern zu verzeichnen. Damit setzt sich diese (auch bundesweite) Beobachtung zum Zeitpunkt der Einschulung fort.
- 11,0% der Jungen und 10,1% der Mädchen haben ein Körpergewicht unter der 10er Perzentile und sind damit **untergewichtig**, davon liegen 3,6% der einzuschulenden Jungen und 3,4% der Mädchen unterhalb der 3er Perzentile und sind damit **stark untergewichtig**.

Die Bewertung des BMI (body mass index) bei der Schuleingangsuntersuchung in Schleswig-Holstein orientiert sich an den Referenzwerten der Deutschen Adipositasgesellschaft (DAG) aus dem Jahr 2000³. Der BMI ist der Quotient aus Körpergewicht in Kilogramm dividiert durch das Quadrat der Körpergröße in Metern ($BMI = \text{kg}/\text{m}^2$). Ein BMI oberhalb der 97. Perzentile wird als Adipositas, ein BMI zwischen der 90. und 97. Perzentile als Übergewicht definiert. In der Diskussion um das Ausmaß der Zunahme von übergewichtigen und adipösen Kindern gilt es, auch unterschiedliche Referenzwerte und Grenzwerte zu berücksichtigen (vgl. KiGGS)⁴.

Es wurden die BMI-Werte mit den Perzentilen nach Kromeyer-Hausschild (Referenzwerte) für jedes Kind nach Alter und Geschlecht verglichen. Diese zeigten eine gute Übereinstimmung. Wir möchten darauf hinweisen, dass es sich bei den Perzentilen nach Kromeyer-Hausschild nicht um Normwerte im üblichen Sinne handelt, die eine normale Variation angeben, sondern dass aufgrund der gesundheitlichen Risiken durch Übergewicht und Adipositas eine klinische Definition der Perzentilenbereiche erfolgte.

Übergewichtige Kinder mit einem BMI zwischen der 90. und 97. Perzentile haben bereits ein erhöhtes gesundheitliches Risiko für die Entwicklung adipositas-assoziiierter Folgeerkrankungen. Bei Kindern mit Adipositas (>P97) wird eine Störung mit Krankheitswert festgestellt. Dies spiegelt sich auch im Leistungskatalog der Krankenkassen wider, die Präventionsleistungen für übergewichtige Kinder im Settingansatz mitfinanzieren, für adipöse Kinder aber individuelle Rehabilitationsmaßnahmen nach §43 SGB V gewähren.

„Untergewicht und starkes Untergewicht können zu Mangelerscheinungen führen. Diese können die Infektanfälligkeit steigern, die Muskelfunktionen beeinträchtigen und andere gesundheitliche Probleme wie etwa eine eingeschränkte geistige Entwicklung befördern. Die Gründe für das Auftreten von Untergewicht sind mannigfaltig und reichen von gesundheitlichen Ursachen und Essstörungen über eine genetische Veranlagung hin zu sozialen Faktoren wie finanziellen oder psychischen Problemen. In vereinzelt Fällen kann Untergewicht auch ein Hinweis auf elterliche Vernachlässigung sein.“⁵

Es erfolgt zum jetzigen Zeitpunkt keine Korrektur für ethnische Unterschiede in Körperlänge und Gewicht. Üblicherweise erreichen Kinder aus nicht-europäischen Herkunftsfamilien eine geringere Körpergröße als deutsche oder skandinavische Kinder und haben auch einen geringeren BMI (z. B. besonders ausgeprägt in der asiatischen Bevölkerung). Dies sollte bei der

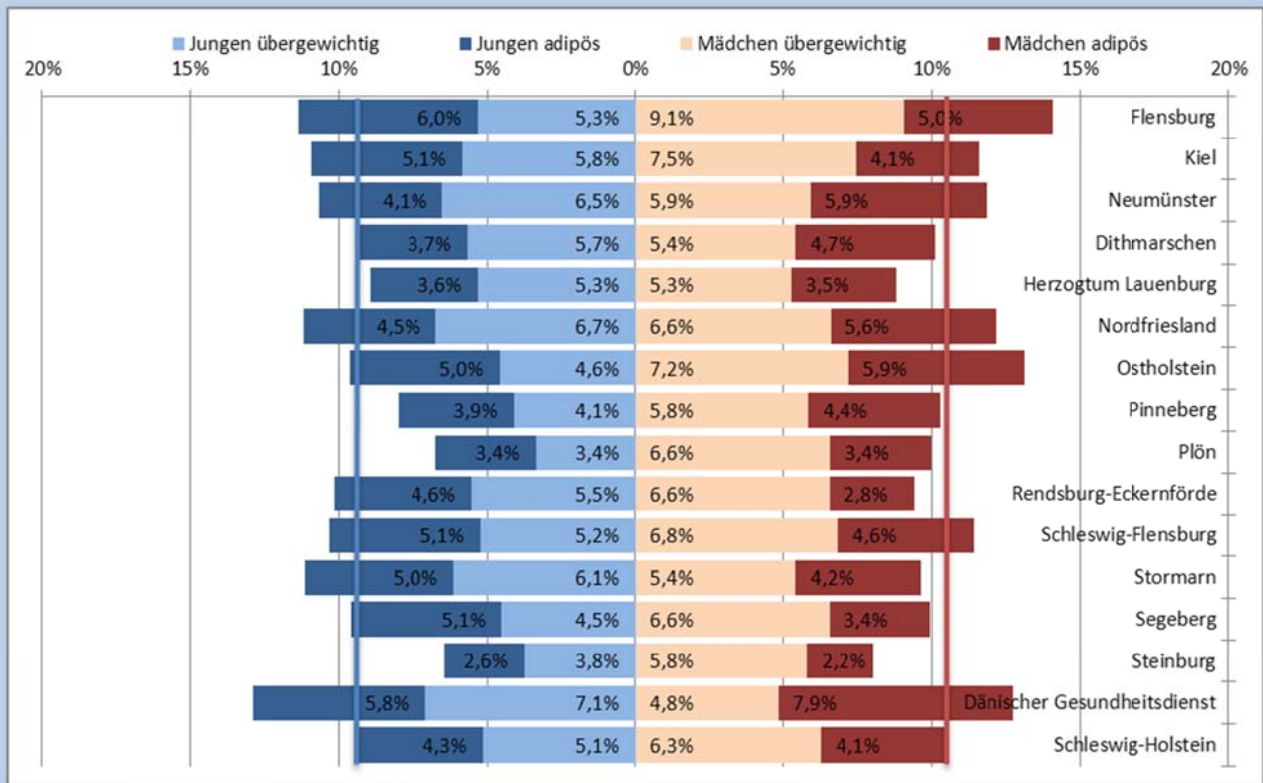
3 Kromeyer-Hausschild, K. et al.: Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben, Monatsschrift Kinderheilkunde, Nr. 8, Springer 2001.

4 Kurth, B.-M.M., Schaffrath Rosario, A.: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2007, 50: 736-743.

5 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (Hg.): Kindergesundheit im Einschulungsalter, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 2010, Gesundheitsberichterstattung für Niedersachsen, 2012: 39.

Beurteilung, ob Untergewicht oder Unterlänge Krankheitswert haben oder nicht, individualmedizinisch berücksichtigt werden (Gewicht und Körpergröße der Eltern müssten dann erfragt werden).

Abbildung 16 Übergewichtige und adipöse Jungen und Mädchen (größer 90er Perzentile)



Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten getrennt und zeigt den prozentualen Anteil der schulärztlichen Untersuchungsbefunde zum body mass index getrennt nach Geschlechtern.

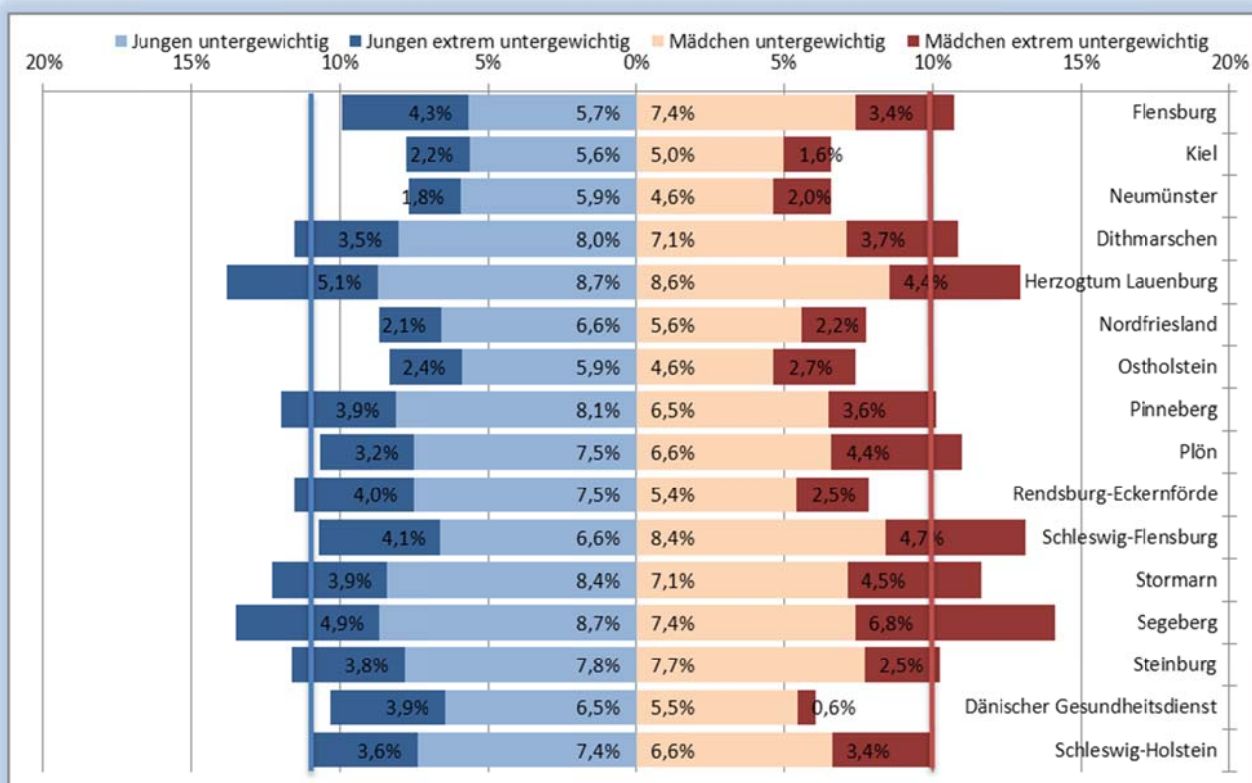
Übergewichtig = BMI ist größer der 90er Perzentile und kleiner der 97er Perzentile, adipös = BMI ist größer der 97er Perzentile nach Kromeyer-Hausschild.

Insgesamt sind im Landesdurchschnitt 4,3% der einzuschulenden Jungen und 4,1% der Mädchen adipös. Bereits übergewichtig sind 5,1% der Jungen und 6,3% der Mädchen. Dabei ergeben sich Hinweise für erhebliche regionale Variationen.

Prozentual leben die meisten adipösen Jungen in der kreisfreien Stadt Kiel oder werden vom Dänischen Gesundheitsdienst kinder- und jugendärztlich untersucht.

Die meisten adipösen Mädchen finden sich unter den vom Dänischen Gesundheitsdienst untersuchten und in Ostholstein.

Abbildung 17 Untergewichtige und extrem untergewichtige Jungen und Mädchen (kleiner 10er Perzentile)



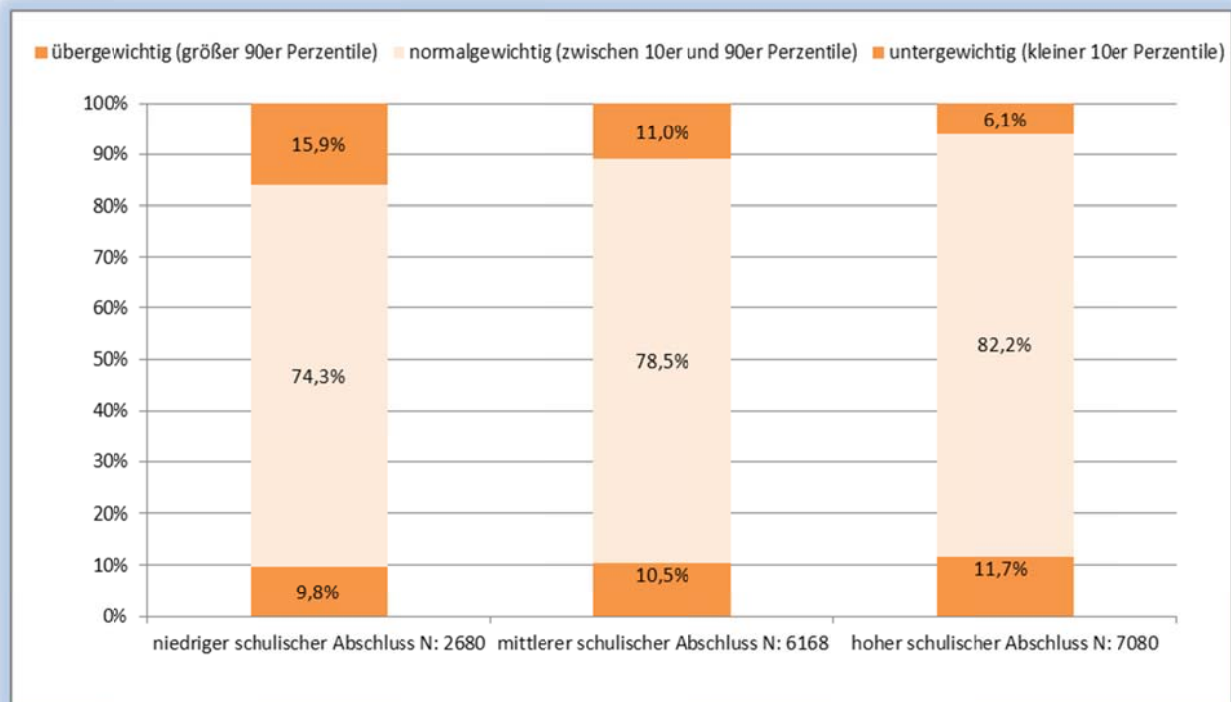
Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten getrennt und zeigt den prozentualen Anteil der schulärztlichen Untersuchungsbefunde zum body mass index getrennt nach Geschlechtern.

Untergewichtig = BMI ist kleiner der 10er Perzentile und größer der 3er Perzentile, extrem untergewichtig = BMI ist kleiner der 3er Perzentile.

Im Landesdurchschnitt sind 11,0% (2009/10: 11,8%, 2010/11: 10,3%, 2011/12: 11,4%) der einzuschulenden Jungen und 10,0% (2009/10: 11,4%, 2010/11 und 2011/12: 10,3%) der Mädchen untergewichtig.

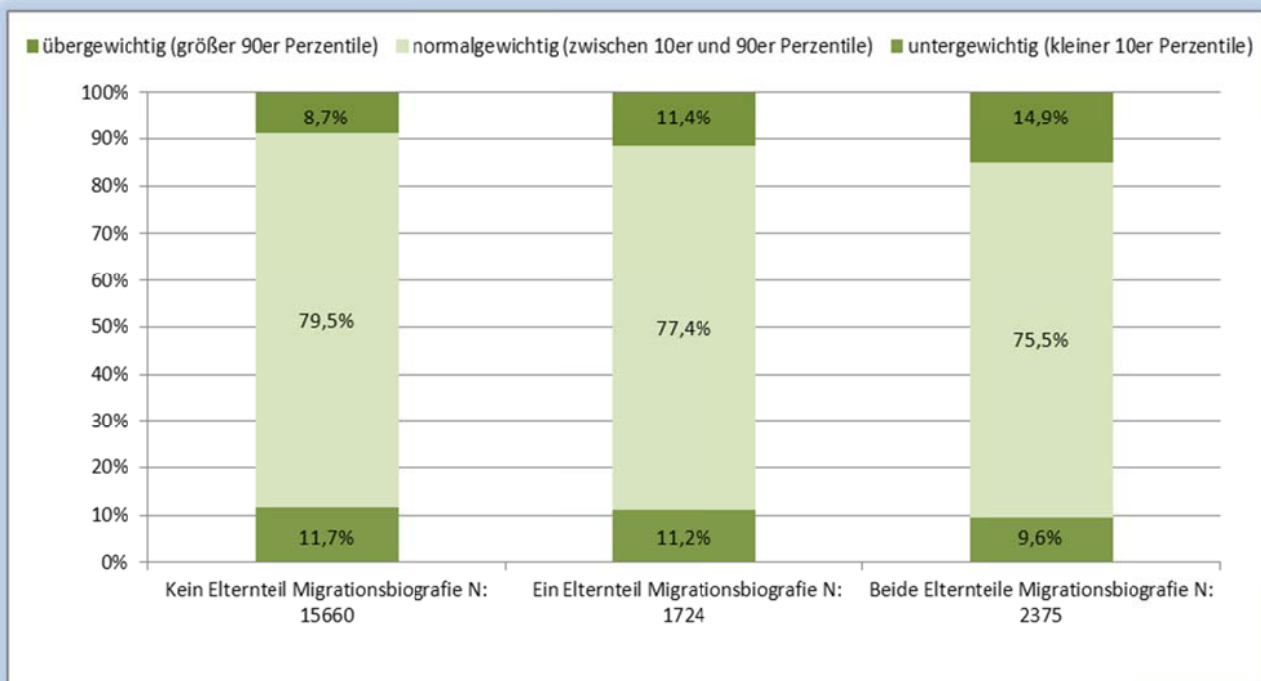
Wie **Abbildung 18** und **Abbildung 19** zeigen, werden Übergewicht und Adipositas durch soziodemographische Faktoren beeinflusst. Sowohl Kinder aus Familien mit Migrationsbiografie als auch solche aus bildungsfernen Familien haben ein statistisch signifikant höheres Risiko, Adipositas zu entwickeln. So erniedrigt sich das Risiko eines Kindes von Eltern mit mittlerem oder hohem Bildungsstand gegenüber den Kindern aus Familien mit niedrigem Bildungsstand um etwa die Hälfte (odds ratio: 0,39, Konfidenzintervall 0,33-0,47). Das Geschlecht des Kindes hat keinen Einfluss, ob ein Kind adipös ist. Bei einem Gewicht unter der 3. Perzentile wirken sich die soziodemographischen Faktoren nicht aus.

Abbildung 18 Über-, Unter- und Normalgewichtigkeit der Kinder in abhängig vom Bildungsstand der Eltern



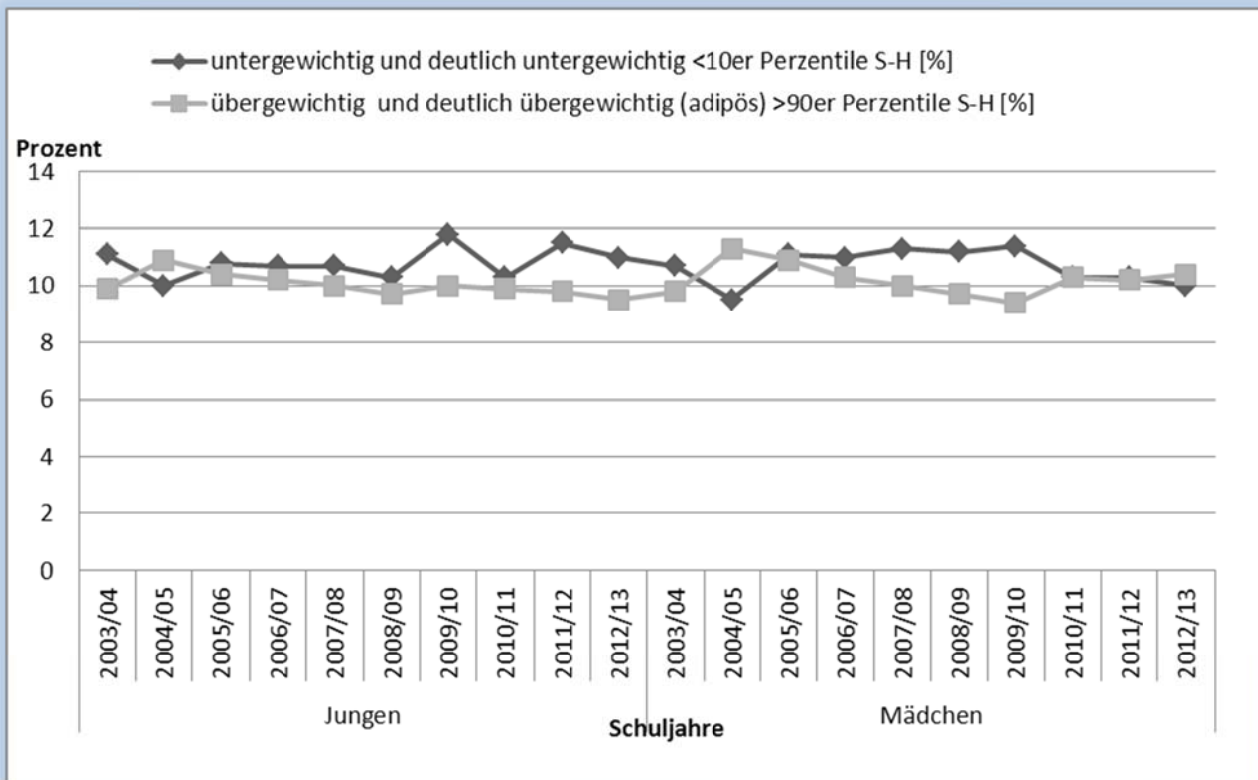
Verteilung der Prävalenz von „Über-, Unter- und Normalgewicht“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=15.928).

Abbildung 19 Über-, Unter- und Normalgewicht abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern



Verteilung der Prävalenz von „Über-, Unter- und Normalgewicht“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=19.759).

Abbildung 20 Über- und Untergewicht in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/04



Darstellung erfolgt nach Schuljahren und Geschlecht getrennt und zeigt den prozentualen Anteil der über- und untergewichtigen Kinder.

Seit dem Schuljahr 2004/05 ist in Schleswig-Holstein ein leichter Rückgang des Übergewichtes zu verzeichnen (deutlicher bei den Mädchen). Diesen Trend bestätigen auch die Autoren eines deutschlandweiten Vergleichs der Einschulungsdaten zu Körpergröße und Körpergewicht der letzten 4 Jahre (vor 2009)⁶. Ursächlich dafür könnte das Resultat der in den letzten Jahren forcierten Bemühungen um die Adipositasprävention im Kindesalter sein. Insgesamt ist jedenfalls eine Stabilisierung der Raten von Übergewicht und Adipositas bei den Schulanfängern (S1) zu verzeichnen, was eine sehr erfreuliche Entwicklung und gestiegenes Verantwortungsbewusstsein sowohl bei Eltern als auch bei Akteuren des Gesundheitswesens zeigt. Auch wenn bei Raten von 4,3% bei Jungen und 4,1% bei Mädchen mit Adipositas weiter Handlungsbedarf besteht, kann von einer fortschreitenden „Epidemie“ nicht gesprochen werden. Auch die Zahl deutlich untergewichtiger Kinder ist stabil. Beide Beobachtungen sollten jedoch nicht zu nachlassenden präventiven Bemühungen für beide Extremgruppen Anlass geben.

6 Moss, A.; Klenk J.; Simon, K.; Thaiss, H.; Reinehr, T. und Wabitsch, M.: Declining prevalence rates for overweight and obesity in German children starting school, in European Journal of Pediatrics, published online: 13 July 2011.

SELTENE CHRONISCHE ERKRANKUNGEN

In der traditionellen Terminologie werden mit dem Begriff „chronische Erkrankung“ meist körperliche Erkrankungen mit einer Dauer von mehr als 6 Monaten bezeichnet. Dazu gehören unter anderem die rheumatoide Arthritis, Epilepsie, Asthma, Diabetes Typ1 sowie bösartige Erkrankungen, die zystische Fibrose (Mukoviszidose), Stoffwechselerkrankungen, angeborene Herzfehler und andere, zum Teil sehr seltene Krankheiten. Einige Kinder erleben auch schwere gesundheitliche Probleme bei Krankheiten mit unbekannter Ätiologie und unklarer Diagnose (z.B. genetische „Syndrome“). Weiterhin wird im deutschen Sprachgebrauch der Begriff der „Behinderung“ genutzt, um eine chronische Gesundheitsstörung zu bezeichnen, die zusätzlich mit einer ausgeprägten Funktionsstörung im Bereich der Mobilität (z. B. Zerebralparese, Querschnittssyndrome, Muskelerkrankungen), der kognitiven Funktionen (geistige Behinderung verschiedenster Ätiologie), der Sprache (z. B. Stottern, Taubstummheit) oder der Sinnesfunktionen (höhergradige Seh- oder Hörstörung) einhergeht. Hinzu kommen die seelischen Erkrankungen, Störungen oder Behinderungen, die chronische Verläufe zeigen. Diese Unterscheidung zwischen chronischer Erkrankung und Behinderung ist historisch gewachsen und wird zunehmend im Sinne der Begrifflichkeit der International Classification of Functioning (ICF) aufgegeben.

Diese Kinder werden in der medizinischen Literatur als Kinder mit besonderem Versorgungsbedarf bezeichnet, ihre gesundheitlichen Bedürfnisse sind häufig komplex und stellen hohe Anforderungen an Erzieher und Lehrer. Im Rahmen der inklusiven Beschulung sollten sowohl die baulichen Voraussetzungen, die eine angemessene Beschulung, aber auch pflegerische und heilpädagogische Betreuung dieser Kinder zulassen, als auch die Möglichkeiten einer Berücksichtigung der speziellen Ernährungsbedürfnisse sowie Erholungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten gemeinsam mit betroffenen Familien geklärt und umgesetzt werden.

Als Beispiele für chronische Gesundheitsstörungen mit besonderer Bedeutung für den Schulbesuch werden von den Kinder- und Jugendärzten Diabetes mellitus Typ1, eine Epilepsie (Zerebrales Anfallsleiden) das Vorhandensein einer funktionseinschränkenden Körperbehinderung dokumentiert. Darüber hinaus haben wir eine Frage entwickelt, ob irgendeine chronische Gesundheitsstörung vorliegt (s. u.).

Definition:

Eine chronische Erkrankung oder dauerhafte Behinderung liegt vor, wenn eine Gesundheitsstörung von mehr als 6 Monaten besteht und das Kind in mindestens einer Aktivität des täglichen Lebens deutlich beeinträchtigt ist (Kategorien a-f) oder aufgrund einer Gesundheitsstörung mindestens eine von 8 Konsequenzen erlebt (Kategorien g-n.).

Altersentsprechende Mobilität,

- a) Spiel und Freizeit mit Gleichaltrigen (Kontakt, Aktivität, Ausdauer)
 - b) Kommunikation (Sprechen, Hören)
 - c) Orientierung in der Umwelt (Sehen, kognitive Entwicklung, Selbständigkeit)
 - d) Nahrungsaufnahme
 - e) Körperpflege und Hygiene
- oder
- f) auf mindestens einmal tägliche, regelmäßige Medikation, Injektionen, Infusionen oder Inhalationen angewiesen ist oder
 - g) eine spezielle medizinische Diät einhalten muss oder
 - h) auf technische Hilfsmittel angewiesen ist, die vitale Funktionen unterstützen oder ersetzen (z.B. Herzschrittmacher, Heimdialyse, Vagusnervstimulator, Gastrostomie zur Ernährung) oder

- i) auf dauerhafte oder orthopädische Hilfsmittel zur wesentlichen Unterstützung der Mobilität oder der Funktionserhaltung des Skelettsystems angewiesen ist (z.B. Rollstuhl, Schienenapparate, Korsett, nicht: Schuheinlagen) oder
- j) zur Erhaltung körperlicher oder psychischer Funktion auf ärztlich verordnete Therapien wie Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, Psychotherapie oder Heilpädagogik oder besondere therapeutische Maßnahmen in der Schule oder Kindertagesstätte angewiesen ist, die über das Maß einer unspezifischen Entwicklungsförderung hinausgehen oder
- k) auf tägliche Krankenpflege angewiesen ist / Pflegegeld erhält oder
- l) regelmäßige, häufige Arztbesuche in Spezialambulanzen (<= 4 mal/Jahr) oder Aufenthalte in Krankenhaus (>=1 mal/Jahr) notwendig sind oder
- m) ein erhöhtes Risiko für plötzliche, lebensbedrohliche Krisen besteht, für die das Kind/Jugendlicher/die Familie einen Notfallausweis, Notfallmedikamente oder spezifische Interventionen bereithalten muss.

Tabelle 8 Auffälligkeiten aus den Bereichen Diabetes mellitus, Zerebrales Anfallsleiden, Körperbehinderung und Chronische Erkrankungen

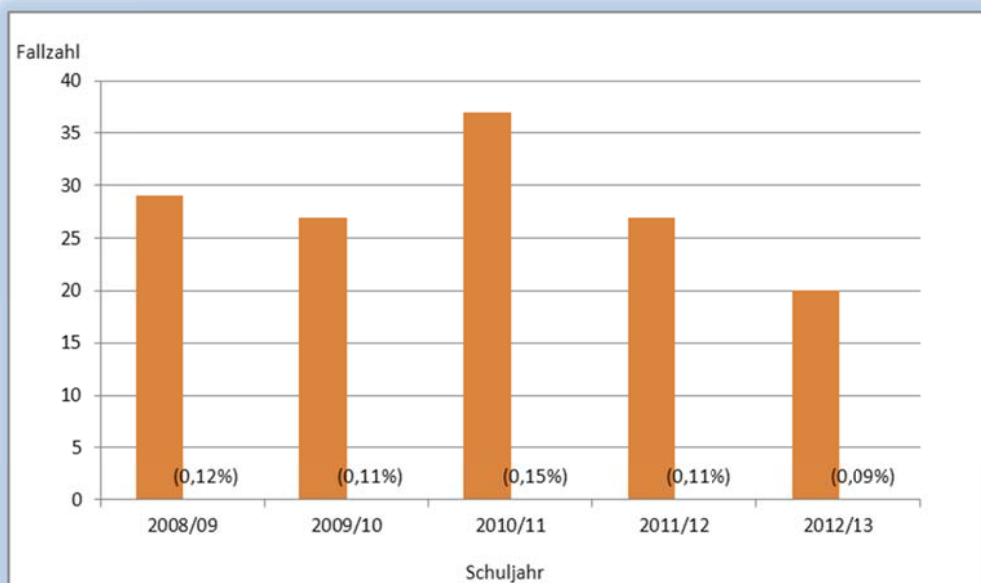
Kreis/kreisfreie Stadt	Diabetes mellitus				Zerebrales Anfallsleiden				Körperbehinderung				Chronische Erkrankung		
	N	n	%	A%	N	n	%	A%	N	n	%	A%	N	n	%
Flensburg	589	0	0,0	0,0	589	0	0,0	0,0	589	4	0,7	0,0	539	133	24,7
Kiel	1913	0	0,0	0,0	1913	1	0,1	0,0	1913	9	0,5	0,0	1452	180	12,4
Neumünster	666	0	0,0	0,0	666	1	0,2	0,0	666	2	0,3	0,0	-	-	-
Dithmarschen	1101	2	0,2	0,0	-	-	-	-	1101	6	0,5	0,0	1101	96	8,7
Herzogtum Lauenburg	1712	4	0,2	0,0	1712	6	0,4	0,0	1712	4	0,2	25,0	1712	299	17,5
Nordfriesland	1275	0	0,0	0,0	1275	1	0,1	0,0	1275	4	0,3	0,0	1275	134	10,5
Ostholstein	1541	0	0,0	0,0	1541	0	0,0	0,0	1541	4	0,3	0,0	1498	255	17,0
Pinneberg	2635	3	0,1	0,0	2635	2	0,1	0,0	2635	6	0,2	0,0	2634	188	7,1
Plön	1056	3	0,3	0,0	1056	3	0,3	0,0	1056	2	0,2	0,0	1055	14	1,3
Rendsburg-Eckernförde	2249	0	0,0	0,0	2249	0	0,0	0,0	2249	5	0,2	0,0	2232	822	36,8
Schleswig-Flensburg	1480	3	0,2	0,0	915	2	0,2	50,0	1480	6	0,4	0,0	1480	174	11,8
Segeberg	2328	0	0,0	0,0	-	-	-	-	2328	10	0,4	0,0	2328	124	5,3
Steinburg	1073	3	0,3	0,0	1073	4	0,4	0,0	-	-	-	-	-	-	-
Stormarn	2032	2	0,1	0,0	2032	8	0,4	0,0	2032	11	0,5	0,0	2032	120	5,9
Dänischer Gesundheitsdienst	562	0	0,0	0,0	562	0	0,0	0,0	562	0	0,0	0,0	489	49	10,0
Schleswig-Holstein	22212	20	0,1	0,0	18218	28	0,2	3,6	21139	73	0,3	1,4	19827	2588	13,1

Darstellung erfolgt getrennt nach Kreisen und kreisfreien Städten.

Die Anzahl der Kinder mit auffälligen Befunden (n) ergibt sich aus der Summe aller Befunde unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen. Die Rate auffälliger Befunde (%) gibt den prozentualen Anteil des Untersuchungsbefundes bei allen untersuchten Einschülern an.

A% = Der prozentuale Anteil an Untersuchungsbefunden, die erstmals oder erneut einer Arztüberweisung bedürfen bezogen auf die Fallzahl.

Abbildung 21 Diabetes mellitus seit dem Schuljahr 2008/09



Dargestellt wird die Fallzahl eines Diabetes mellitus (in Klammern Prozentangabe) seit dem Schuljahr 2008/09.

In den Jahren 2008/09 bis 2012/13 liegen für die Altersgruppe der 5 bis 6-jährigen Schulanfänger folgende durch die kinder- und jugendärztlichen Dienste des Landes Schleswig-Holstein dokumentierten absoluten Zahlen vor: 2008/09: 29 (von 24.085), 2009/10: 27 von 24.816 (0,108%), 2010/11: 37 von 25.106 (0,147%), 2011/12: 27 und 2012/13: 20 von 22.212 (0,090%). Jährliche Schwankungen spielen möglicherweise eine Rolle (vgl. Bericht über das Schuljahr 2011/2012). Allerdings ist ein Rückgang nicht plausibel angesichts der steigenden Inzidenz von Diabetes mellitus Typ I bei Kleinkindern (s. auch „Diabetes in Schleswig- Holstein“; Landtagsdrucksache SH 18/694).

Da in der Kinder- und Jugendmedizin die Anzahl der chronischen Gesundheitsstörungen eine zunehmend große Bedeutung gewinnt, haben wir uns seit zehn Jahren darum bemüht, die Gesamtrate der Kinder mit chronischen Gesundheitsstörungen, die auch einen höheren Versorgungsbedarf haben, zu dokumentieren. Diese Konzeption lehnt sich an das auch im KiGGS genutzte Konzept der Kinder mit erhöhtem gesundheitlichem Versorgungsbedarf an. Bei der Dokumentation der Variablen Chronische Erkrankungen sind die Schulärzte aufgefordert, zu dokumentieren, ob eine chronische Erkrankung oder Entwicklungsstörung vorliegt, die zur Einschränkung der alltäglichen Funktionen oder zur besonderen Inanspruchnahme von Medikamenten oder Heilmitteln im täglichen Leben führt.

Die zunehmende Beachtung dieser Variablen und Schulungen haben dazu beigetragen, dass die Gesamtrate mit 13,1% in einem ähnlichen Bereich liegt wie die in der KiGGS-Studie erhobenen bundesweiten Daten (Altersgruppe 3 bis 6 Jahre: 11,2%, 95% KI: 10,0-12,6)⁷. Sie hat für das Schuljahr 2012/2013 eine Rate von 13,1% erreicht und macht damit deutlich, dass zahlreiche Schüler bereits in der Grundschule Bedarf für eine kontinuierliche gesundheitliche Betreuung haben. Hier müssen Konzepte entwickelt werden, wie Schulen durch Schul-, Gesundheits- und Kindergesundheits- oder Kinderkrankenschwestern

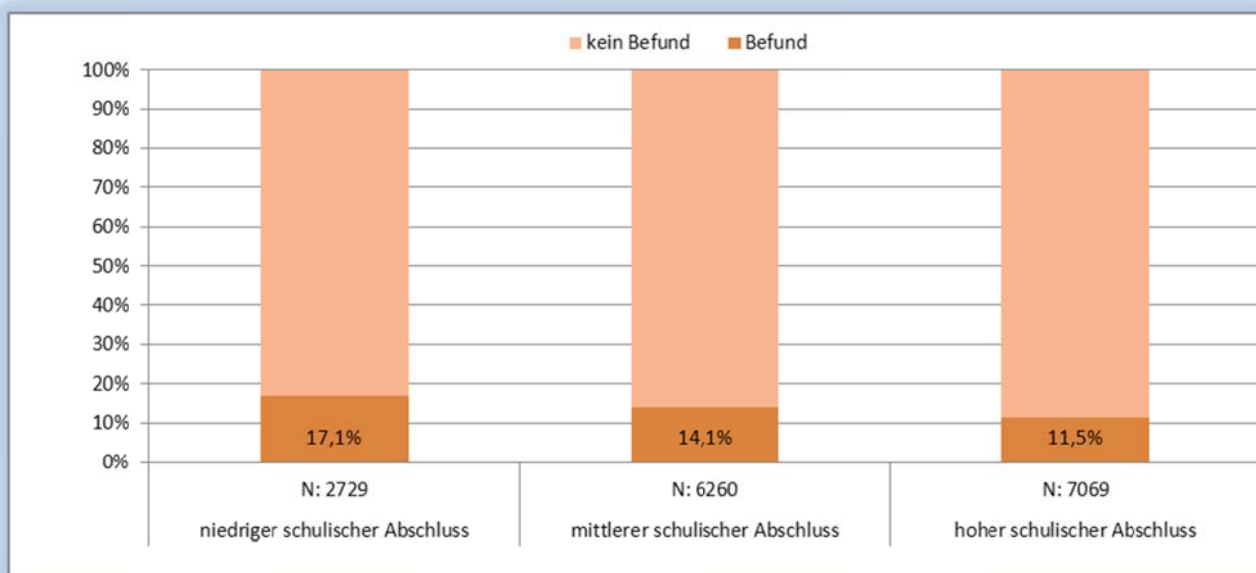
7 Scheidt-Nave, C., et al.: Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) in Deutschland, Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS), Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2007 50: 752.

oder Schulärzte kontinuierlich im Sinne auch einer Schulsprechstunde oder Betreuung der Kinder während der Schulzeit unterstützt werden können.

Die Angabe, ob eine chronische Gesundheitsstörung oder ein höherer Versorgungsbedarf vorlag, wurde deutlich häufiger in Familien mit geringerem Bildungshintergrund dokumentiert. Hier zeigt sich der soziale Gradient von Gesundheit und Krankheit, wie er vielfach in der Länder- und Bundesgesundheitsberichterstattung nachgewiesen wurde. Eltern aus bildungsfernen Haushalten nutzen die Versorgungsangebote seltener und dadurch besteht ein höheres Risiko der Kinder, chronische Gesundheitsstörungen zu entwickeln. Es bleibt abzuwarten, ob das verpflichtende Einladungswesen zu den Früherkennungsuntersuchungen (U4-U9) zu einer Abnahme dieses sozialen Gradienten führen kann.

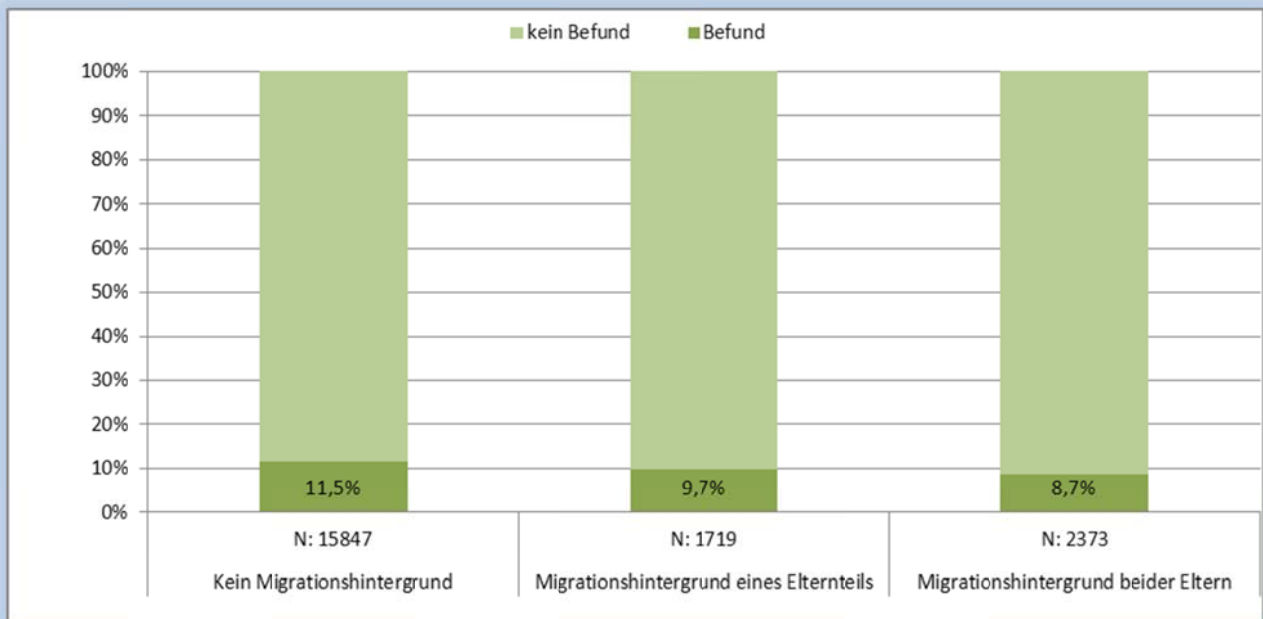
Eltern mit Migrationsbiografie geben etwas weniger häufig chronische Gesundheitsstörungen bei Ihren Kindern an als Eltern ohne Migrationsbiografie. Dieser Befund ist auch aus dem Kinder- und Jugendsurvey KiGGS bekannt. Es wird vermutet, dass bestimmte Diagnosestellungen bzw. Versorgungen (insbesondere Heilmittelverordnungen) in diesen Patientengruppen seltener erfolgen. Es handelt sich vermutlich nicht um wahre Unterschiede in den Prävalenzen, sondern um Barrieren im Zugang zur Versorgung oder um unterschiedliche Einstellungen und Krankheitsempfinden in verschiedenen Kulturkreisen.

Abbildung 22 Chronische Erkrankung abhängig vom Bildungsstand der Eltern



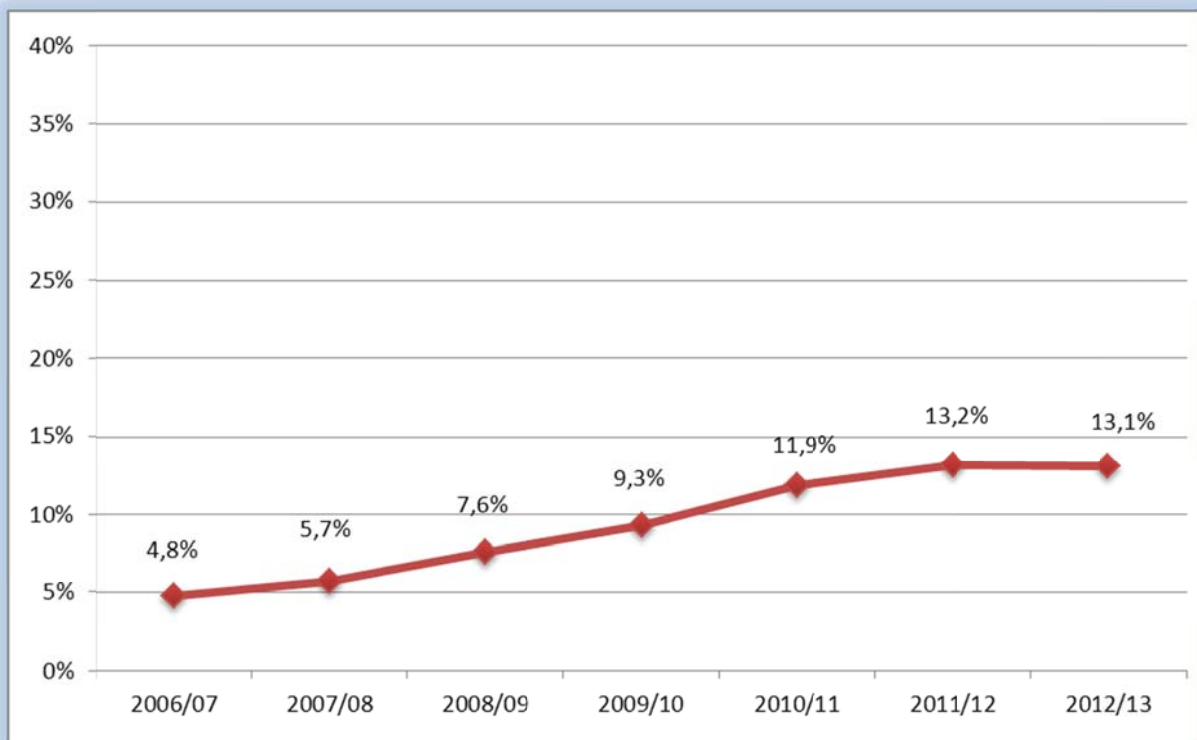
Verteilung der Prävalenz von „Chronische Erkrankung“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=16.058).

Abbildung 23 Chronische Erkrankung abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern



Verteilung der Prävalenz von „Chronische Erkrankung“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=19.939).

Abbildung 24 Chronische Erkrankungen in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/04



Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt den prozentualen Anteil der schulärztlichen Untersuchungsbefunde „Chronische Erkrankungen“.

BEWEGUNGSAPPARAT UND KOORDINATION

- **Auffälligkeiten in der Motorik** zeigen sich bei 17,8% aller Schulanfänger, wobei Mädchen mit 11,5% deutlich weniger auffällig sind gegenüber Jungen mit 23,8%. In der Hälfte (54,8%) aller Fälle werden die Auffälligkeiten als geringgradig eingeschätzt; ein Drittel (30,0%) der motorisch Auffälligen befindet sich bereits in Behandlung.

Tabelle 9 Auffälligkeiten der Motorik/Koordination, Haltungsschwäche und Skoliose

Kreis/kreisfreie Stadt	Auffälligkeiten der Motorik/Koordination				Haltungsschwäche				Skoliose			
	N	n	%	A%	N	n	%	A%	N	n	%	A%
Flensburg	589	170	28,9	9,4	589	30	5,1	6,7	589	22	3,7	45,5
Kiel	1911	346	18,1	15,9	1913	54	2,8	1,9	-	-	-	-
Neumünster	666	117	17,6	0,0	665	144	21,7	0,0	666	4	0,6	0,0
Dithmarschen	1099	115	10,5	31,3	1096	53	4,8	9,4	1096	26	2,4	84,6
Herzogtum Lauenburg	1682	285	16,9	8,1	1712	116	6,8	0,9	1712	1	0,1	0,0
Nordfriesland	1257	307	24,4	23,1	1268	35	2,8	25,7	1268	25	2,0	40,0
Ostholstein	1541	90	5,8	2,2	-	-	-	-	1541	15	1,0	0,0
Pinneberg	2558	722	28,2	24,1	2635	224	8,5	51,3	2635	19	0,7	78,9
Plön	1054	116	11,0	4,3	-	-	-	-	-	-	-	-
Rendsburg-Eckernförde	2248	167	7,6	14,4	2230	146	6,5	4,8	2212	20	0,9	40,0
Schleswig-Flensburg	1459	304	20,8	4,9	1479	56	3,8	19,6	1479	36	2,4	69,4
Segeberg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Steinburg	-	-	-	-	1071	57	5,3	3,5	1073	10	0,9	60,0
Stormarn	2030	525	25,9	13,5	2027	136	6,7	39,0	2027	8	0,4	62,5
Dänischer Gesundheitsdienst	554	46	8,3	17,4	562	1	0,2	0,0	562	5	0,9	80,0
Schleswig-Holstein	18648	3310	17,8	15,1	17247	1052	6,1	12,1	16860	191	1,1	29,3

Darstellung erfolgt getrennt nach Kreisen und kreisfreien Städten.

Die Anzahl der Kinder mit auffälligen Befunden (n) ergibt sich aus der Summe aller Befunde unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen. Die Rate auffälliger Befunde (%) gibt den prozentualen Anteil des Untersuchungsbefundes bei allen untersuchten Einschülern an.

A% = Der prozentuale Anteil an Untersuchungsbefunden, die erstmals oder erneut einer Arztüberweisung bedürfen bezogen auf die Fallzahl.

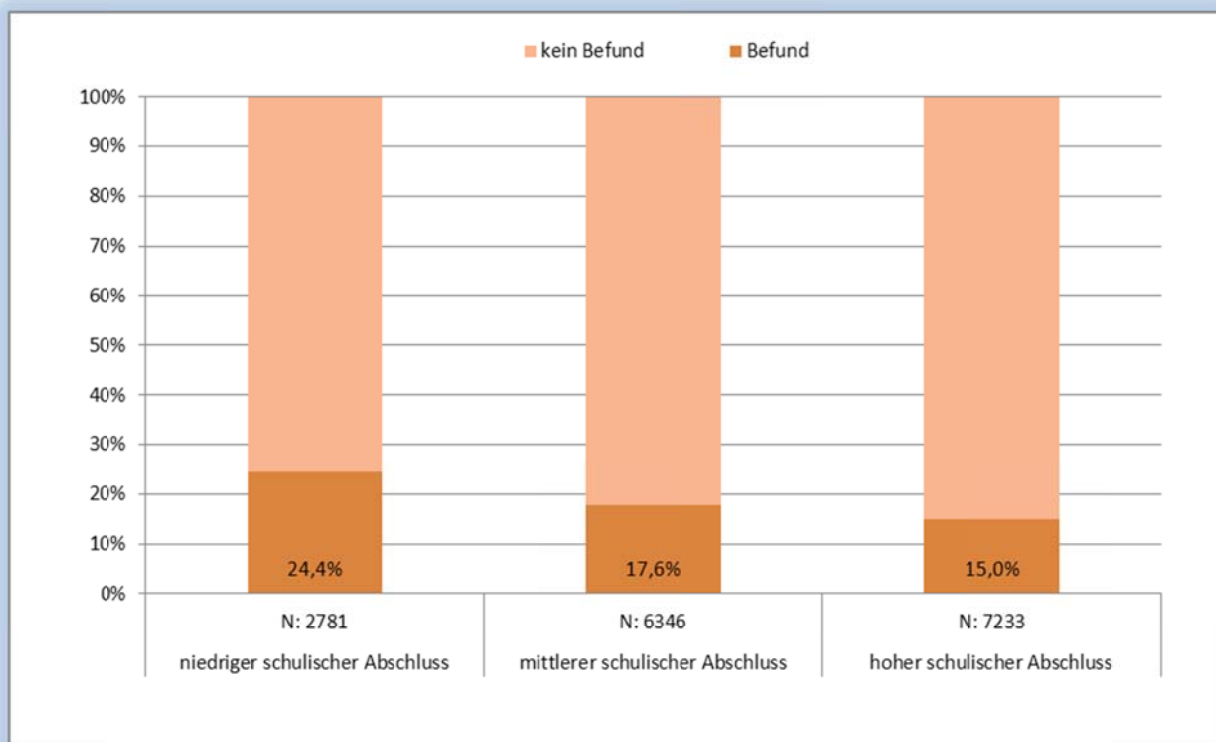
Die Untersuchungen der Motorik und Koordination erfolgt durch eine klinische Untersuchung. Als Standard wird vorgegeben, dass das Kind seitlich über eine Markierung hin und her springt, einen Ein-Bein-Stand und ein Ein-Bein-Hüpfen zeigt. Auch wenn diese Untersuchung standardisiert vorgegeben wird, kommt es zu einer erheblichen Variation der Häufigkeit der auffälligen Befunde. Dies hängt vermutlich mit der Untersuchungssituation, dem möglichen zeitlichen Rahmen sowie der klinischen Einschätzung des untersuchenden Arztes zusammen. Durchschnittlich werden bei etwa 11,5% der Mädchen und 23,8% der Jungen Auffälligkeiten festgestellt, wobei die Rate bezogen auf beide Geschlechter zwischen niedrigen 5,8% im Kreis Ostholstein und einer höchsten Rate von 28,9% in der kreisfreien Stadt Flensburg schwankt. Die Rate der Kinder mit Auffälligkeiten in der Motorik, Koordination oder einer Haltungsschwäche ist deutlich häufiger dokumentiert bei Kindern von Eltern mit niedrigem schulischem Abschluss (**Abbildung 25**). Dieser Befund weist darauf hin, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien möglicherweise weniger Gelegenheit haben, sich sportlich zu betätigen um Koordination und Ausdauer zu üben. Der Migrationsbiografie der Eltern spielt bei der Ausprägung der motorischen Fähigkeiten keine wesentliche Rolle (**Abbildung 26**). Im Zeitreihenvergleich zeigt sich, dass die Auffälligkeiten in der Motorik und Koordination über die Jahre sehr konstant bei etwa 17% aller untersuchten Kinder liegen. Insgesamt zeigt sich bei diesem Befund eine deutliche Knabenwendigkeit, etwa 2/3 der auffälligen Kinder sind Jungen. Das Motorikmodul der KiGGS-Studie zeigte, dass bei den 4 bis 5-jährigen Kindern nur 57,5% täglich eine Stunde im Freien spielen, bei den 6 bis 10-jährigen sind es nur noch 44,5%. Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt für Kinder und Jugendliche eine körperliche Aktivität von mindestens einer Stunde an einem Tag. Im Zeitvergleich zeigt es sich, dass die motorischen Leistungen der Kinder in Deutschland sich seit Ende der 70er Jahre um etwa 14% verschlechtert haben. Im internationalen Vergleich (Gesundheitsschülerstudie der WHO, HBSC⁸) wird deutlich, dass Deutschland im Bereich der körperlich-sportlichen Aktivitäten bei Kindern und Jugendlichen im

8 HBSC: "Health Behaviour in School-aged Children", http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=14467 [Stand: 01.04.2013]

hinteren Drittel der in die Studien einbezogenen Länder zu finden ist. Die Daten weisen darauf hin, dass körperliche Aktivität bereits im Kindergarten, aber auch im Rahmen von Gesundheitsberatung der Familien gefördert werden sollte. In jedem Fall ist auch in der Grundschule auf ausreichende Möglichkeiten der körperlich-sportlichen Aktivität für alle Kinder zu achten. Dazu gehören Freizeitangebote im Umfeld der Schule, aber auch Schulsport als solcher.

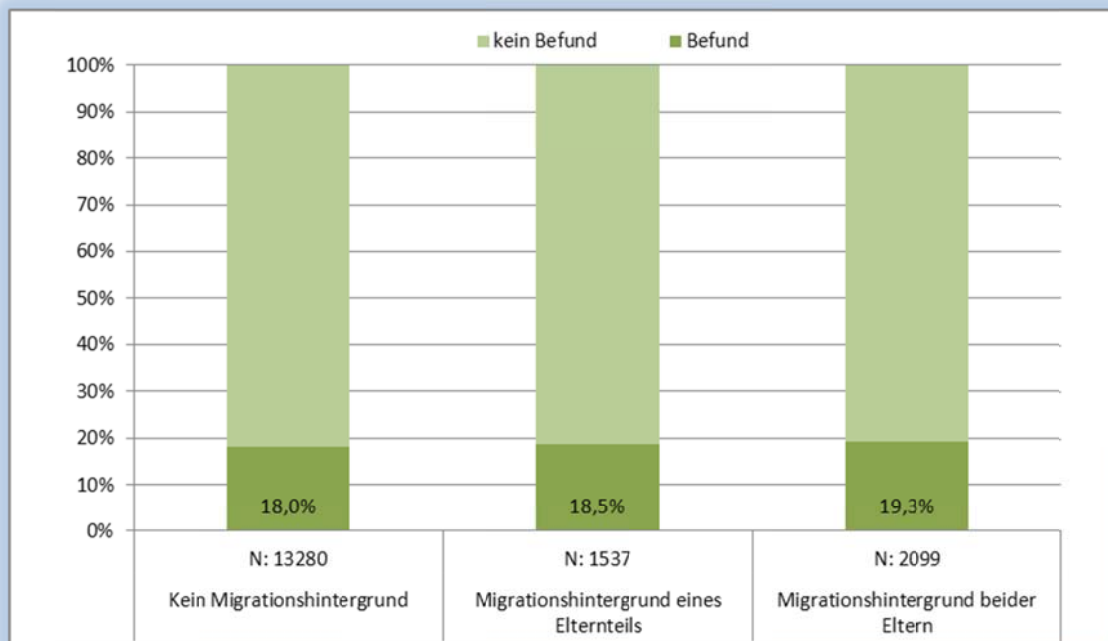
Die Feststellung einer Skoliose ist ein seltener Befund (0,1-3,7% aller Kinder) und führt in der Regel zu einer Empfehlung einer erstmaligen oder erneuten Arztvorstellung.

Abbildung 25 Auffälligkeiten der Motorik/Koordination, Haltungsschwäche und Skoliose abhängig vom Bildungsstand der Eltern



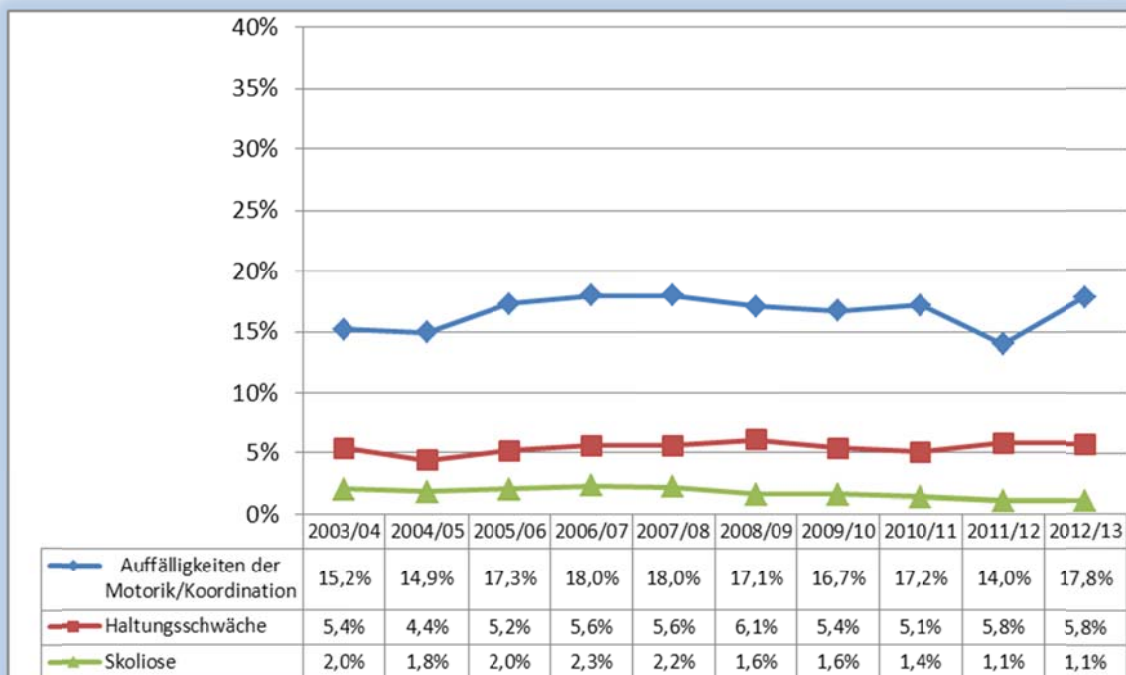
Verteilung der Prävalenz von „Auffälligkeiten der Motorik/Koordination, Haltungsschwäche und Skoliose“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=16.360).

Abbildung 26 Auffälligkeiten der Motorik/Koordination, Haltungsschwäche und Skoliose abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern



Verteilung der Prävalenz von „Atopischen Erkrankungen“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=16.916).

Abbildung 27 Auffälligkeiten der Motorik/Koordination, Haltungsschwäche und Skoliose in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/04



Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt den prozentualen Anteil der schulärztlichen Untersuchungsbefunde „Auffälligkeiten Motorik/Koordination“, „Haltungsschwäche“, „Skoliose“.

VERHALTEN

- Nach klinischer Einschätzung finden sich bei 13,6% der Schulanfänger **Verhaltensauffälligkeiten**; bei Verwendung eines Screening-Fragebogens in Verbindung mit der klinischen Einschätzung bei 26,4% der Kinder. Unabhängig vom Untersuchungsverfahren sind Mädchen weniger häufig betroffen (17,6%) als Jungen (26,2%).

Die Beurteilung der Verhaltensauffälligkeiten durch die Schulärzte in Schleswig-Holstein erfolgt in einigen Kreisen durch eine klinische Einschätzung während der Untersuchung und nach Angaben der Eltern. In den anderen Kreisen und kreisfreien Städten wird zusätzlich ein standardisiertes Screeningverfahren in Form eines Elternfragebogens genutzt. Der wissenschaftlichen Auswertung werden nicht einzelne Skalenwerte dieses Elternfragebogen zu Stärken und Schwächen des Kindes (SDQ, strengths and difficulties questionnaire) übermittelt., sondern nur der Gesamtwert (total difficulty score). Prinzipiell ist eine Unterscheidung von unauffälligen, grenzwertigen und auffälligen Werten möglich, in der Regel werden die grenzwertigen und auffälligen Befunde von den Schulärzten als insgesamt positiver Screeningbefund bewertet und in der Kategorie A, d. h. als auffällig, mitgeteilt.

Tabelle 10 Auffälligkeiten im Bereich Verhalten

Kreis/kreisfreie Stadt	Untersuchte Kinder		Dokumentierte Verhaltensauffälligkeiten (Befundfeld 50)			Jungen			Mädchen		
	SDQ	N	n	%	A%	n	%	A%	n	%	A%
Flensburg	ja	589	101	17,1	16,8	285	24,2	11,6	304	10,5	28,1
Kiel	ja	1912	385	20,2	15,5	974	24,5	16,3	937	15,7	14,3
Herzogtum Lauenburg	ja	1710	534	31,2	1,5	899	35,9	1,5	809	26,1	1,4
Nordfriesland	ja	1274	279	21,9	12,9	678	27,1	12,5	596	15,9	13,7
Pinneberg	ja	2630	921	35,0	4,4	1349	39,3	6,0	1281	30,6	2,3
Schleswig-Flensburg	ja	1480	307	20,7	3,6	759	25,6	3,1	721	15,7	4,4
Schleswig-Holstein	ja	9595	2527	26,4	6,8	4944	31,1	7,3	4648	21,3	6,1
Neumünster	nein	666	109	16,4	0,0	289	21,5	0,0	315	14,9	0,0
Dithmarschen	nein	1101	183	16,6	25,7	488	21,5	28,6	563	13,9	21,8
Steinburg	nein	1073	134	12,5	0,0	564	14,5	0,0	509	10,2	0,0
Stormarn	nein	2032	311	15,3	7,1	1077	18,8	7,4	955	11,4	6,4
Dänischer Gesundheitsdienst	nein	562	20	3,6	10,0	281	5,7	12,5	279	1,4	0,0
Schleswig-Holstein	nein	4768	648	13,6	11,0	2699	17,3	10,1	2621	11,1	8,3
Ostholstein	ja	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Plön	ja	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rendsburg-Eckernförde	ja	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Segeberg	nein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	mix	14363	3175	22,1	7,7	7643	26,2	8,0	7269	17,6	6,6

Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten und nach Verwendung des SDQ = standardisierter Screeningfragebogen beantwortet von den Eltern zur Ermittlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern. Die Anzahl der Kinder mit auffälligen Befunden (n) ergibt sich aus der Summe aller Befunde unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen. Die Rate auffälliger Befunde (%) gibt den prozentualen Anteil des Untersuchungsbefundes bei allen untersuchten Einschülern an. A% = Der prozentuale Anteil an Untersuchungsbefunden, die erstmals oder erneut einer Arztüberweisung bedürfen bezogen auf die Fallzahl.

Ein Befund Verhaltensauffälligkeit wird dokumentiert, wenn sich Anhaltspunkte aus **Anamnese, Eigenbeobachtung und Elternfragebogen SDQ** (standardisiert und validiert) ergeben: A = ärztliche Diagnostik oder Therapie erforderlich, B = Kind wird bereits ärztlich, psychologisch oder heilpädagogisch behandelt, X= grenzwertiger Befund oder Befund, der keiner weiteren Behandlung bedarf.

In der bundesweiten KiGGS-Studie wurde ebenfalls in allen Altersgruppen der Elternfragebogen zur Stärken und Schwächen (SDQ)⁹ eingesetzt. In der Altersgruppe der 3 bis 6-jährigen Kinder hatten 8% der Kinder einen grenzwertigen und 5,3% einen auffälligen Befund, d. h. in der Summe 13,3%. In der Gruppe der 7 bis 10-jährigen Kinder ist der Anteil mit 17,4% angegeben. Ein Durchschnittswert von 26,4% verhaltensauffälliger Kinder in den Kreisen und kreisfreien Städten, in denen der Elternfragebogen eingesetzt wird, liegt über dem zu erwartenden Wert. Der höhere Wert ist dadurch zu erklären, dass bei unauffälligen Angaben im Elternfragebogen die Schulärzte einen positiven Befund für Verhaltensauffälligkeiten übermitteln, wenn sie den Eindruck aus der Untersuchungssituation oder anderen Angaben gewinnen, dass eine Verhaltensauffälligkeit vorliegt. Es soll an dieser Stelle betont werden, dass es sich sowohl bei dem Elternfragebogen als auch bei der schulärztlichen Untersuchung um Screeningverfahren handelt, die nicht zu einer abschließenden psychologischen oder psychiatrischen Diagnose einer seelischen Erkrankung oder psychischen Entwicklungsstörung führen können. Grenzwertige oder auffällige Befunde sollten jedoch dazu führen, dass weitere Elterngespräche oder Untersuchungen des Kindes erfolgen.

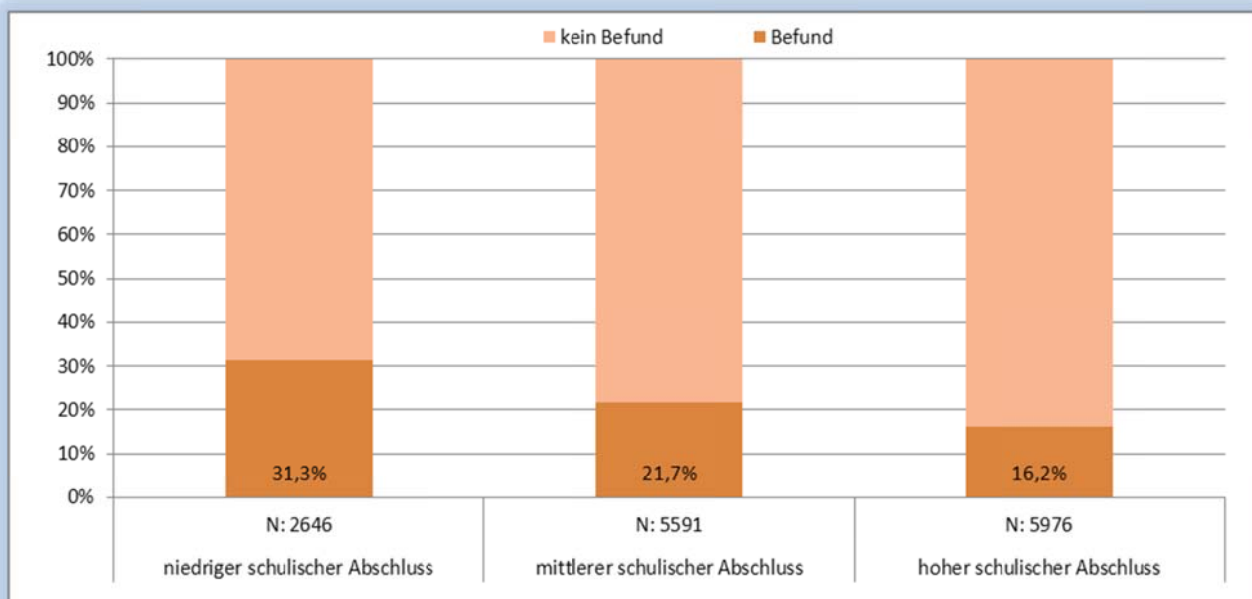
Aus diesen Daten lässt sich entnehmen, dass eine Standardisierung der Erhebung und Verwendung eines einheitlichen Screeninginstrumentes zu plausibleren und valideren Daten führt. Im Einzelfall und für die Beratung der betroffenen Eltern ist dabei unwesentlich, ob es sich um einen klinischen Eindruck oder das Ergebnis des Elternfragebogens handelt. Für die Gesundheitsberichterstattung und wissenschaftliche Auswertung wäre allerdings eine Übermittlung der Einzelbefunde in den Skalen und Differenzierung nach grenzwertigen und auffälligen Befunden wünschenswert. Dennoch lässt sich feststellen, dass Verhaltensauffälligkeiten und seelische Entwicklungsstörungen in der Einschülerpopulation ein gravierendes Problem darstellen. Sehr häufig bedürfen diese Auffälligkeiten keiner spezifischen psychotherapeutischen oder medikamentösen Behandlung, sondern einer kompetenten pädagogischen, heilpädagogischen oder sozialpädagogischen Unterstützung des Kindes, in der Regel auch verbunden mit Erziehungsberatung der Eltern. Aufklärung und Information der Eltern sowie das Angebot zur Teilnahme an Kursen zur Stärkung der Elternkompetenz sollten bereits im Vorschulalter durch die Kindertagesstätten und Familienzentren erfolgen, auch im Rahmen der schulärztlichen Eingangsuntersuchung können solche Angebote vermittelt werden. Die Einschätzung, welches Kind kinder- und jugendpsychiatrisch untersucht werden sollte, kann und sollte der untersuchende Arzt während der Eingangsuntersuchung entscheiden. Bei sicher auffälligen Befunden sollte mit Einverständnis der Eltern Rücksprache mit der aufnehmenden Schule erfolgen, damit frühzeitig unterstützende Maßnahmen im Klassenverband vorbereitet werden können.

Wie **Abbildung 28** zeigt, kommen Verhaltensauffälligkeiten auch unter Nutzung der standardisierten Erhebungsverfahren bei Kindern von Eltern mit niedrigem Bildungsstand häufiger vor als bei solchen mit höherem Bildungsstand.

Auch in der KiGGS-Studie fanden sich hier sehr starke Unterschiede zwischen sozial benachteiligten und sozial besser gestellten Familien, wobei hier nicht der Bildungsstand, sondern der sozioökonomische Status der Familie erfasst wurde. Bei niedrigem Sozialstatus wurden bei 24% der 3 bis 6-jährigen Kinder grenzwertige oder auffällige Befunde berichtet, bei mittlerem Status waren dies 10,8% und bei hohem Status nur 6,7%. Ähnliche, wenn auch etwas weniger ausgeprägte Unterschiede finden sich bei den Einschülern in Schleswig-Holstein.

9 H. Hölling, M. Erhart, U. Ravens-Sieberer, R. Schlack: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2007, S. 786.

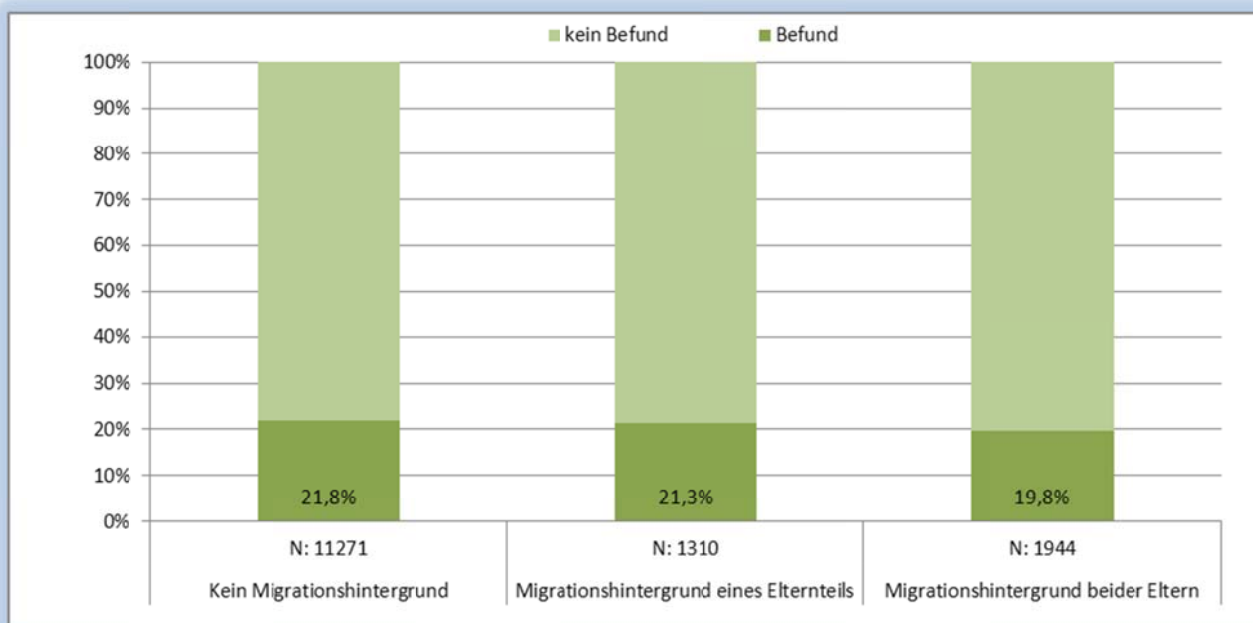
Abbildung 28 Verhaltensauffälligkeiten abhängig vom Bildungsstand der Eltern



Verteilung der Prävalenz von „Verhaltensauffälligkeiten (SDQ)“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=14.213).

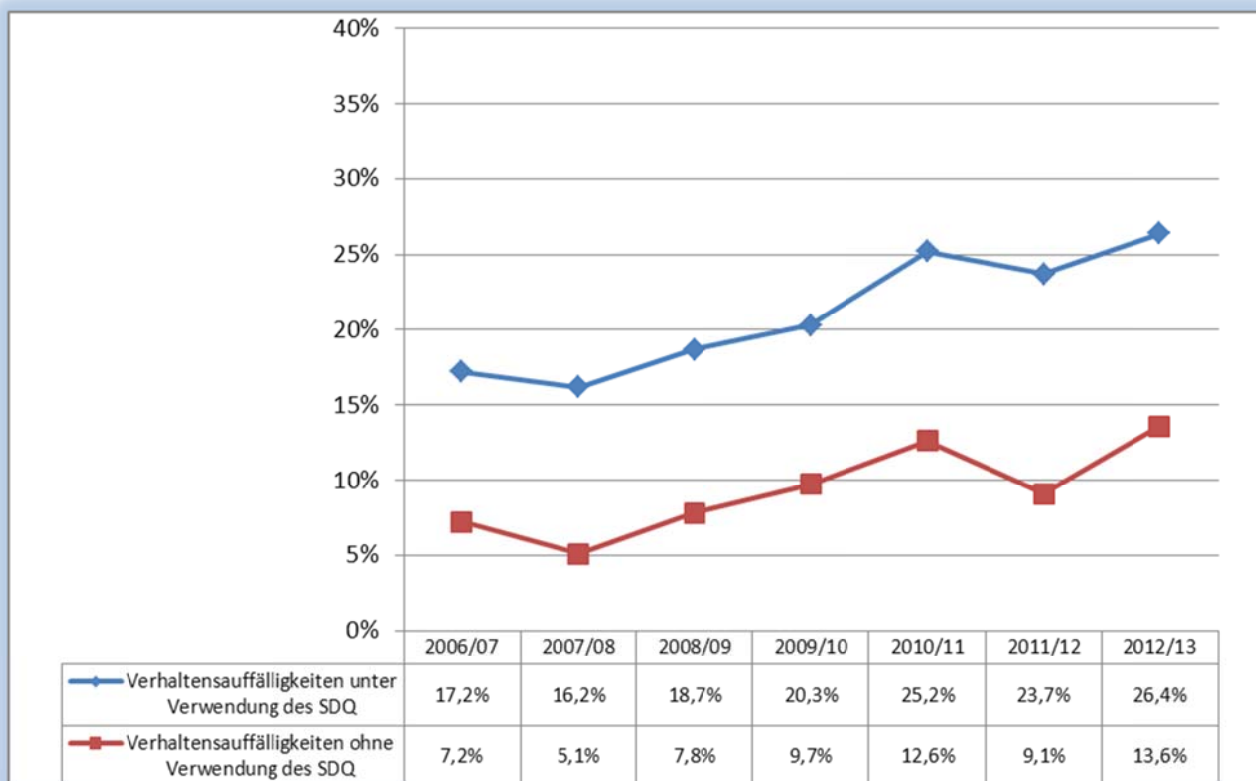
Die Migrationsbiografie scheint in Schleswig-Holstein einen geringeren Einfluss zu haben. Während in der KiGGS-Studie 22,7% der 3 bis 6-jährigen Kinder, die aus Familien mit Migrationsbiografie kamen, grenzwertige oder auffällige Befunde hatten, waren es nur 11,5% bei Kindern ohne Migrationsbiografie. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich in Schleswig-Holstein insgesamt eine deutliche Zunahme der Verhaltensauffälligkeiten, wobei ein leichter Rückgang in der aktuellen Untersuchung zu verzeichnen ist.

Abbildung 29 Verhaltensauffälligkeiten abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern



Verteilung der Prävalenz von „Verhaltensauffälligkeiten (SDQ)“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=14.525).

Abbildung 30 Verhaltensauffälligkeiten in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/04



Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt den prozentualen Anteil der schulärztlichen Untersuchungsbefunde „Verhaltensauffälligkeiten“ getrennt nach Verwendung des SDQ-Fragebogens.

SPRACHE

- 2,4% der Schulanfänger werden von den kinder- und jugendärztlichen Diensten als **sprachinkompetent** in der Unterrichtssprache Deutsch beurteilt.
- Bei den Kindern, die mindestens ausreichende Deutschkenntnisse haben, finden sich **Sprachauffälligkeiten** bei 25,9% der Schulanfänger, wobei Mädchen in 22,7% der Fälle, Jungen in 29,0% der Fälle betroffen sind. 17,6% dieser Kinder erhielten vom schulärztlichen Dienst eine Sprachförderempfehlung. Die Hälfte (54,0%) der Kinder mit Sprachauffälligkeiten befindet sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in einer die Sprache betreffenden Förderung.

Tabelle 11 Sprachkompetent in der Unterrichtssprache Deutsch

Kreis/kreisfreie Stadt	Sprachkompetent			Jungen			Mädchen		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Flensburg	498	481	96,6	245	232	94,7	253	249	98,4
Kiel	1453	1355	93,3	744	679	91,3	709	676	95,3
Neumünster	613	594	96,9	318	309	97,2	295	285	96,6
Dithmarschen	1053	1029	97,7	520	505	97,1	533	524	98,3
Herzogtum Lauenburg	1695	1671	98,6	891	873	98,0	802	796	99,3
Nordfriesland	1268	1240	97,8	674	661	98,1	594	579	97,5
Ostholstein	51	37	72,5	27	19	70,4	18	14	77,8
Pinneberg	2576	2501	97,1	1319	1274	96,6	1257	1227	97,6
Plön	932	929	99,7	477	475	99,6	455	454	99,8
Rendsburg-Eckernförde	2039	1990	97,6	1018	985	96,8	1021	1005	98,4
Schleswig-Flensburg	1473	1438	97,6	756	740	97,9	717	698	97,4
Segeberg	2235	2183	97,7	1090	1061	97,3	1145	1122	98,0
Steinburg	1062	1052	99,1	559	553	98,9	503	499	99,2
Stormarn	2012	2001	99,5	1066	1061	99,5	946	940	99,4
Dänischer Gesundheitsdienst	294	293	99,7	152	151	99,3	142	142	100,0
Schleswig-Holstein	19254	18794	97,6	9856	9578	97,2	9390	9210	98,1

Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten.

Die Anzahl (n) sprachkompetenter Kinder (für die Spalten Jungen / Mädchen getrennt nach Geschlecht) ist nachfolgend definiert. Die Rate (%) gibt den prozentualen Anteil sprachkompetenter Kinder (für die Spalten Jungen/Mädchen getrennt nach Geschlecht) bezogen auf die Untersuchten und dokumentierten Kinder wieder (für die Spalten Jungen/Mädchen getrennt nach Geschlecht).

Definition:

nicht sprachkompetent in der Unterrichtssprache:

1. Das Kind spricht nicht Deutsch/das Kind hat keinen deutschen Wortschatz
2. Das Kind spricht radebrechend Deutsch/das Kind hat einen unzureichenden deutschen Wortschatz

sprachkompetent in der Unterrichtssprache:

3. Das Kind spricht flüssig Deutsch, aber mit erheblichen Fehlern /Grammatik, Artikel, Konjunktion, Deklination fehlen
4. Das Kind spricht gut Deutsch, aber mit Akzent/das Kind beherrscht die Grammatik mit kleinen Fehlern
5. Das Kind spricht akzentfrei Deutsch/das Kind beherrscht die Grammatik.

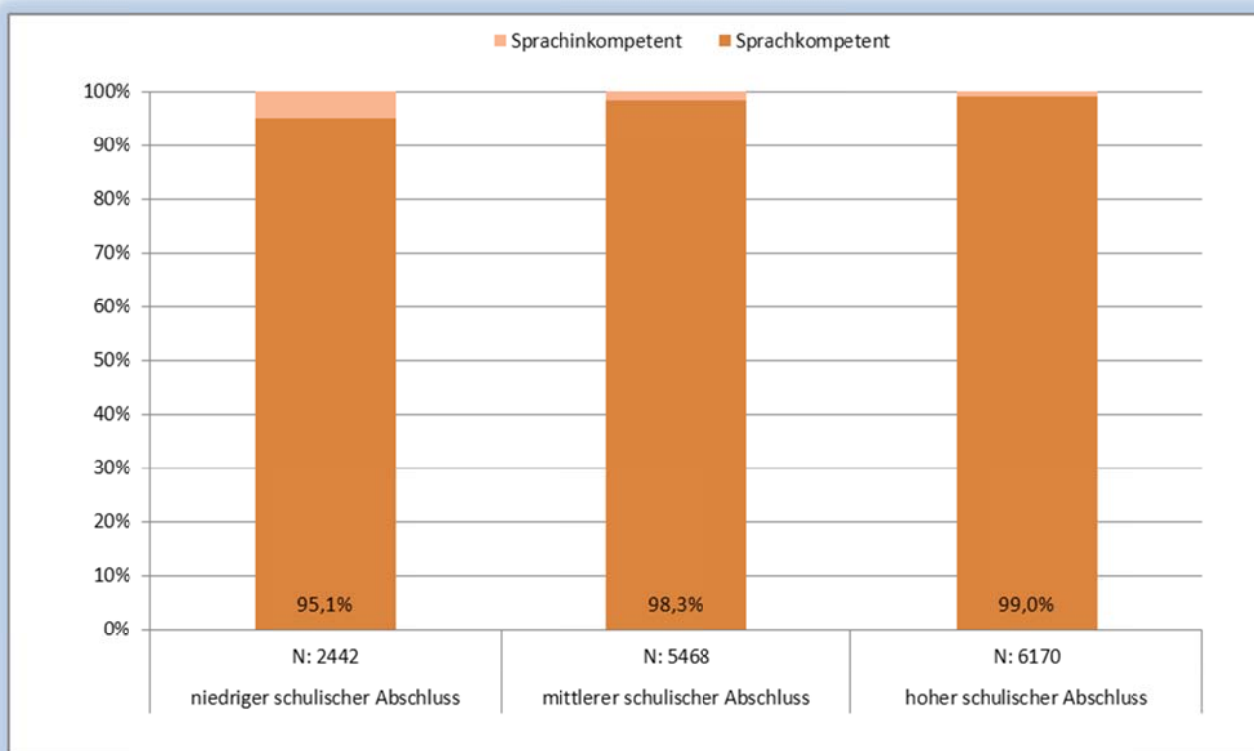
97,6 % aller Kinder zeigten bei der Untersuchung eine ausreichende Kompetenz in der Unterrichtssprache Deutsch. Von 18.794 sprachkompetenten Kindern sprechen 9,1% flüssig Deutsch, aber mit erheblichen Fehlern (Grammatik, Artikulation, Konjugation fehlen). 35,5% sprechen gut Deutsch mit eventuellem Akzent, bzw. sie beherrschen die Grammatik mit kleinen Fehlern. 55,4% aller Kinder sprechen akzentfrei Deutsch und beherrschen die Grammatik.

Von 460 sprachinkompetenten Kindern hatten 18,7% keine ausreichenden Sprachkenntnisse, 81,3% sprachen radebrechend die Unterrichtssprache Deutsch. Bei diesen Kindern handelt es sich zwar häufiger um Kinder aus Familien mit Migrationsbiografie, jedoch nicht ausschließlich. Auch Kinder aus Familien mit Deutsch als erster Sprache können als sprachinkompetent beurteilt werden (**Abbildung 32**). Innerhalb der Gruppe der als sprachinkompetent beurteilten Kinder werden keine weiteren Befunde hinsichtlich spezifischer Sprachentwicklungsstörungen dokumentiert, da das Kind nicht ausreichend spricht, um dies beurteilen zu können. Ob in der Muttersprache des Kindes ein normaler Sprachentwicklungsstand vorliegt oder möglicherweise eine spezifische Sprachentwicklungsstörung, lässt sich im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung nicht beurteilen.

Für diese Gruppe der sprachinkompetenten Kinder (N= 460) wurden folgende Empfehlungen ausgesprochen:

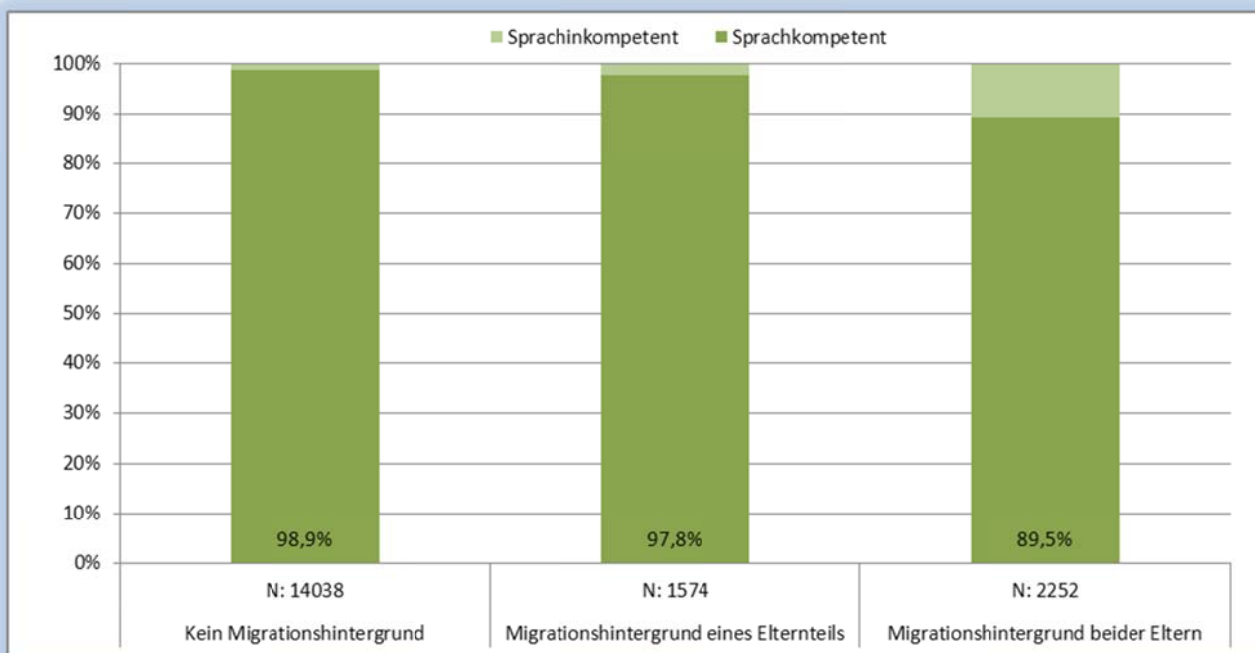
Bei 16,9% (n=90) der sprachinkompetenten Kinder lagen keine Daten zur bisherigen Behandlung oder Empfehlung vor. Die Schulärzte dokumentierten für die verbleibenden sprachinkompetenten Kinder (n=370), dass 68,4% (n=253) eine Behandlung erhalten oder erhalten haben, dabei handelt es sich sowohl um Logopädie als auch pädagogische Sprachförderung. Bei weiteren 27,8% (n=103) dieser sprachinkompetenten Kinder sprachen die Schulärzte eine neue Empfehlung zur Sprachförderung aus. Bei 3,8% (n=14) der sprachinkompetenten Kinder befanden die Schulärzte, dass eine Behandlung nicht erforderlich sei.

Abbildung 31 Sprachkompetenz abhängig vom Bildungsstand der Eltern



Verteilung der Prävalenz von „Sprachkompetenz in der Unterrichtssprache Deutsch“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=14.080).

Abbildung 32 Sprachkompetenz abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern



Verteilung der Prävalenz von „Sprachkompetenz in der Unterrichtssprache Deutsch“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=17.864).

Nachfolgende Darstellung bezieht sich auf die untersuchten Kinder, die bei Einschulungsuntersuchung **sprachkompetent** in der Unterrichtssprache Deutsch waren (N=17.642).

Tabelle 12 Sprech-, Sprachauffälligkeiten der sprachkompetenten Kinder

Kreis/kreisfreie Stadt	Dokumentierte Sprech-, Sprachauffälligkeiten bei sprachkompetenten Kindern				Jungen				Mädchen			
	N	n	%	A%	N	n	%	A%	N	n	%	A%
Flensburg	481	210	43,7	18,1	232	108	46,6	21,3	249	102	41,0	14,7
Kiel	1353	423	31,3	15,8	678	230	33,9	15,2	675	193	28,6	16,6
Neumünster	594	51	8,6	9,8	309	30	9,7	6,7	285	21	7,4	14,3
Dithmarschen	1028	158	15,4	15,8	504	83	16,5	15,7	524	75	14,3	16,0
Herzogtum Lauenburg	1651	466	28,2	6,4	862	274	31,8	5,1	787	191	24,3	8,4
Nordfriesland	1233	532	43,1	14,5	657	314	47,8	15,0	576	218	37,8	13,8
Ostholstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pinneberg	2468	1021	41,4	27,8	1257	553	44,0	26,2	1211	468	38,6	29,7
Plön	929	273	29,4	3,3	475	149	31,4	3,4	454	124	27,3	3,2
Rendsburg-Eckernförde	1990	422	21,2	16,4	985	258	26,2	14,7	1005	164	16,3	18,9
Schleswig-Flensburg	1438	405	28,2	27,4	740	233	31,5	29,6	698	172	24,6	24,4
Steinburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Segeberg	2183	157	7,2	12,7	1061	90	8,5	13,3	1122	67	6,0	11,9
Stormarn	2001	385	19,2	13,0	1061	235	22,1	11,5	940	150	16,0	15,3
Dänischer Gesundheitsdienst	293	64	21,8	28,1	151	42	27,8	28,6	142	22	15,5	27,3
Schleswig-Holstein	17642	4567	25,9	17,6	8972	2599	29,0	17,0	8668	1967	22,7	18,4

Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten.

Die Anzahl der Kinder mit auffälligen Befunden (n) ergibt sich aus der Summe aller Befunde, unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen. Die Rate auffälliger Befunde (%) gibt den prozentualen Anteil des Untersuchungsbefundes bei allen untersuchten Einschülern an.

A% = Der prozentuale Anteil an Untersuchungsbefunden, die erstmals oder erneut einer Arztüberweisung bedürfen, bezogen auf die Fallzahl.

Bei der Dokumentation der Auffälligkeiten in der aktiven Sprache und dem Sprachverständnis werden verschiedene Auffälligkeiten zusammengefasst. Zunächst gehören dazu die spezifischen Sprachentwicklungsstörungen, wie z. B. Stottern, Dysgrammatismus, Artikulationsstörungen, die in der Regel logopädisch behandelt werden. Weiterhin geht in diesen Befund auch eine mangelnde Sprachkompetenz in der Unterrichtssprache Deutsch ein. **Die Häufigkeit von Sprech- und Sprachauffälligkeiten ist wiederum deutlich abhängig vom Bildungshintergrund der Eltern sowie der Migrationsbiografie der Familie.**

In 7 von 16 Kreisen und kreisfreien Städten wurden für den Bereich Sprechen und Sprache Rohdaten nach VEERS für die Untertests „Präposition“, „Pluralbildung“, „Pseudowörter“ und „Artikulation“ übermittelt. Orientierende Cut-Off-Werte in auffällig, grenzwertig und unauffällig für Präposition, Pluralbildung und Pseudowörter (ohne Summenscore für Artikulation, hier fehlen entsprechende Cut-OFF-Werte) wurden mit der schulärztlichen Befundbewertung nach Arbeitshandbuch Schuleingangsuntersuchung 2012 für Schleswig-Holstein verglichen. A= Empfehlung Sprachförderung (z.B. Logopädie, pädagogische Sprachförderung, Sprint, DAZ), B = in Behandlung, X = geringfügige Sprachstörung, die keine Behandlung erfordert (z.B. Lispeln, leichter Dysgrammatismus). Die Untersuchung nach VEERS erfolgte nur in einigen Kreisen und Städten vollständig (z.B. Flensburg, Kiel, Pinneberg) oder nur bei einem Teil der untersuchten Kinder in einigen Kreisen und Städten (z.B. Schleswig-Flensburg, Herzogtum Lauenburg). In weiteren Kreisen erfolgte die Untersuchung nicht nach dem neuen Verfahren oder die Daten konnten nicht übermittelt werden. Wir vergleichen hier die klinische Einschätzung mit den standardisierten Cut-off Werten. Es zeigt sich, dass in den Kreisen und Städten, in denen das standardisierte Verfahren genutzt wird, die Variationsbreite zwischen den Kreisen und Städten im Land geringer ist, als bei rein klinischer Einschätzung (vgl. **Tabelle 12**).

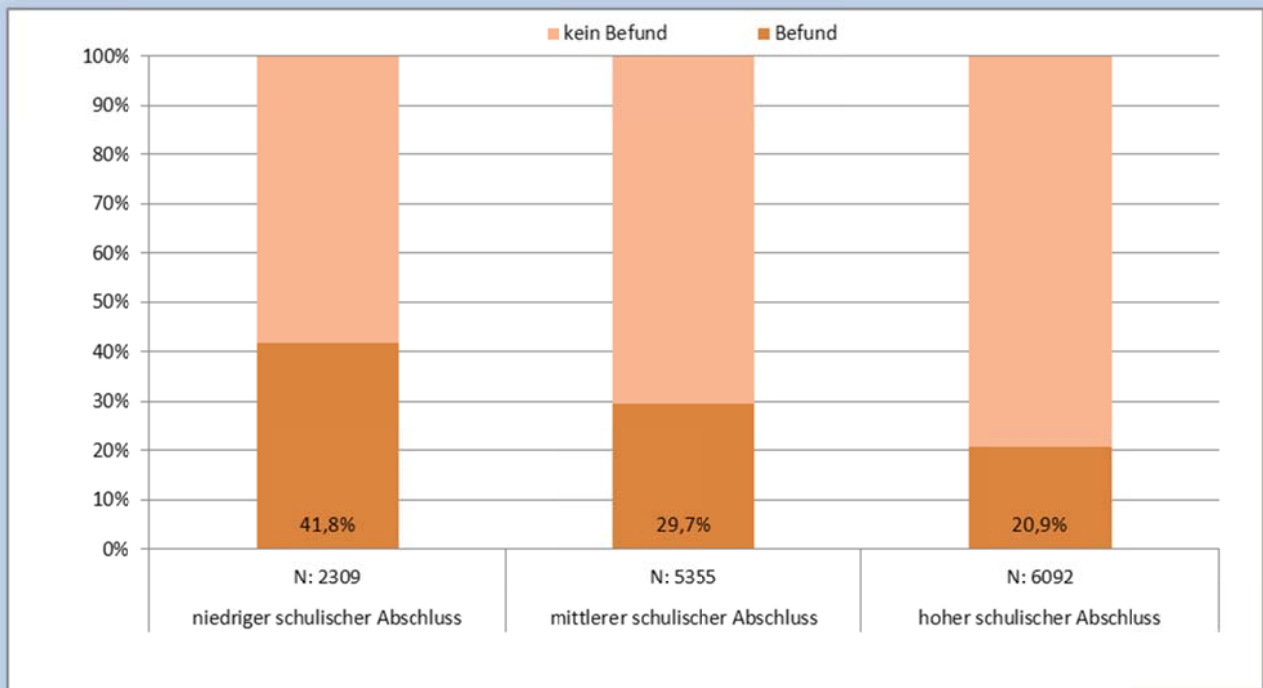
In **Tabelle 13** werden die Ergebnisse der schulärztlichen Testung im Bereich Sprache (Pluralbildung, Präposition und Pseudowörter) mit der endgültigen schulärztlichen Beurteilung (Empfehlung einer Sprachförderung für das Kind, das Vorliegen einer geringfügigen Sprachstörung, die keiner Behandlung bedarf bei dem Kind und Kinder mit Sprachstörungen, die sich in Behandlung befinden) dargestellt.

Tabelle 13 Sprech-, Sprachauffälligkeiten – Pluralbildung, Präposition, Pseudowörter

<i>Kreis/kreisfreie Stadt</i>	<i>sprach-kompetente Kinder</i>	<i>Sprech-, Sprachauffälligkeiten (ABX)</i>		<i>Pluralbildung, Präposition, Pseudowörter</i>			
				<i>a) genau eine Kategorie ist grenzwertig oder auffällig</i>		<i>b) mindestens eine Kategorie ist grenzwertig oder auffällig</i>	
	Untersuchte/ dokumentierte Kinder	N	%	n	%	n	%
Flensburg	477	206	43,2	169	35,4	240	50,3
Kiel	1349	422	31,3	386	28,6	601	44,6
Herzogtum Lauenburg	1325	374	28,2	351	26,5	560	42,3
Nordfriesland	1233	532	43,1	234	19,0	444	36,0
Pinneberg	2468	1021	41,4	503	20,4	799	32,4
Schleswig-Flensburg	895	281	31,4	157	17,5	277	30,9
Dänischer Gesundheitsdienst	289	63	21,8	67	23,2	126	43,6
Schleswig-Holstein	8036	2899	36,1	1867	23,2	3047	37,9

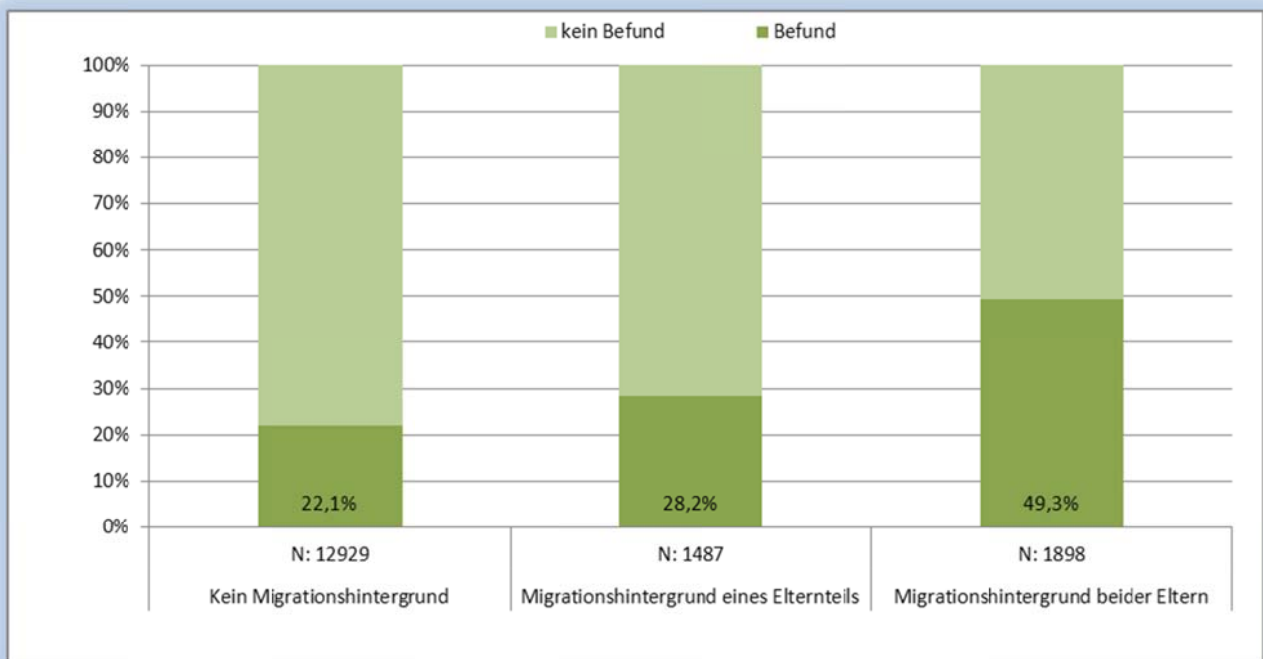
Die sprachkompetenten Kinder ergeben sich aus der Summe der Kinder unter Punkt 3, 4 und 5. Kinder mit Sprech-, Sprachauffälligkeiten (N = Summe ABDX) und der prozentuale Anteil (%) auffälliger Befundbewertungen bezogen auf die untersuchten, dokumentierten und sprachkompetenten Kinder. Die Anzahl (n) Auffälligkeiten für Pluralbildung, Präposition und Pseudowörter ergeben sich aus den Rohdaten der Sprachtestung für und richten sich nach den Cut-off-Werten. Es wurde eine Unterteilung vorgenommen für a) genau eine Kategorie ist grenzwertig oder auffällig und b) mindestens eine Kategorie ist grenzwertig oder auffällig.

Abbildung 33 Sprech- und Sprachauffälligkeiten abhängig vom Bildungsstand der Eltern



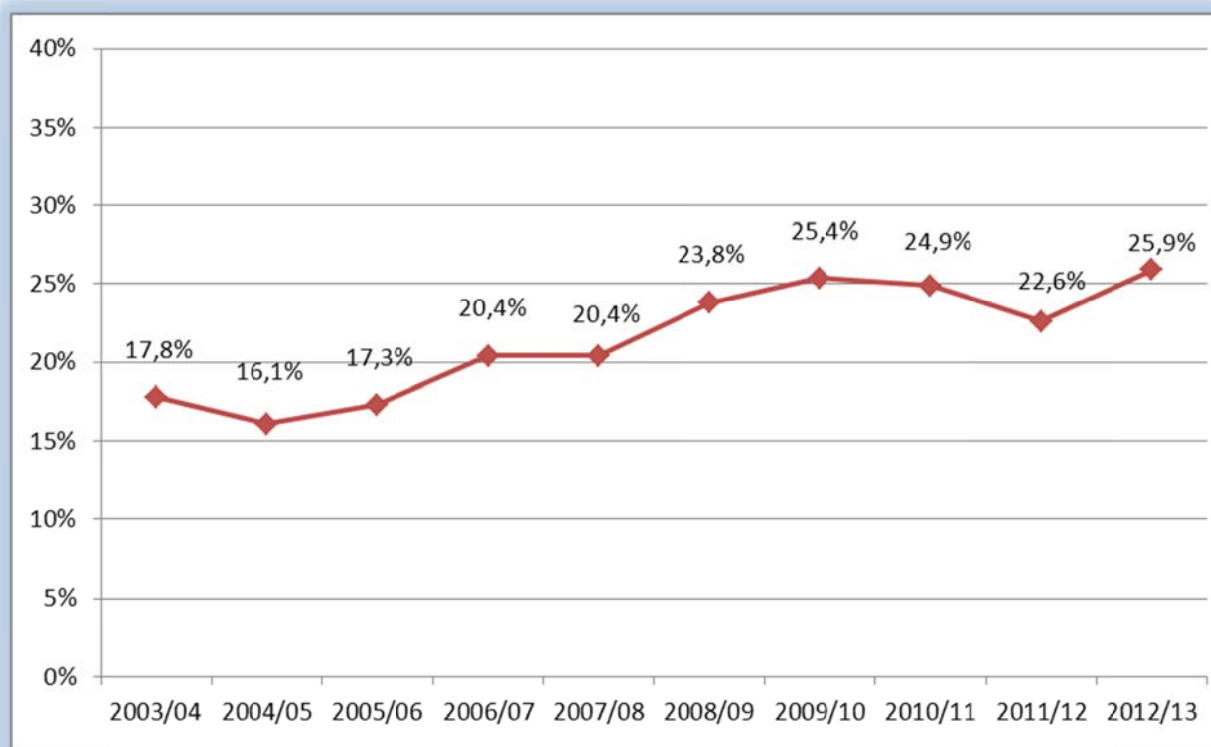
Verteilung der Prävalenz von Sprech- und Sprachauffälligkeiten bei sprachkompetenten Kindern in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=13.756).

Abbildung 34 Sprech- und Sprachauffälligkeiten abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern



Verteilung der Prävalenz von Sprech- und Sprachauffälligkeiten bei sprachkompetenten Kindern in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=16.314).

Abbildung 35 Sprech- und Sprachauffälligkeiten in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/04



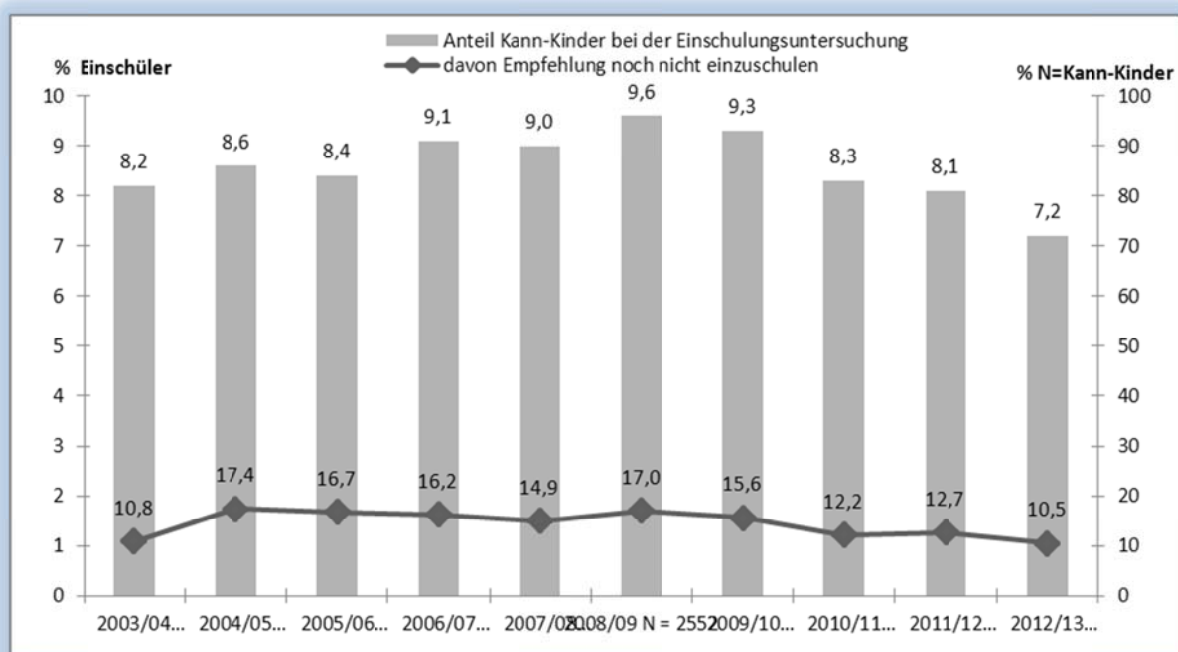
Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt den prozentualen Anteil der schulärztlichen Untersuchungsbefunde Sprech- und Sprachauffälligkeiten.

V. EMPFEHLUNGEN

KANN-KINDER

Knapp 1.588 „Kann-Kinder“ (Kinder, die nach dem Stichtag 6 Jahre alt werden) wurden von den Eltern vorgestellt, das entspricht etwa 7,2% aller vorgestellten Kinder. Da die „Kann-Kinder“ in der Regel nach den schulpflichtigen Kindern von den Schulärzten gesehen werden, sind sie nur etwa ein halbes Jahr jünger als die schulpflichtigen Kinder. Das Durchschnittsalter bei der Untersuchung beträgt bei den schulpflichtigen Kindern 6,1 Jahre, bei den Kann-Kindern 5,6 Jahre. Es gibt bei den „Kann-Kindern“ keinen Altersunterschied zwischen den vorgestellten Mädchen und Jungen. Von diesen werden zwischen 0 und 24,7% nicht zur Einschulung im kommenden Schuljahr empfohlen, die Ablehnungsrate nimmt im Vergleich zu früheren Jahren leicht ab. Bei den von den Schulärzten zur Einschulung empfohlenen Kann-Kindern besteht in aller Regel kein besonderer Förderbedarf.

Abbildung 36 Anteil jüngerer nicht schulpflichtiger Kinder (Kann- Kinder) mit Nichteinschulungsempfehlung in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/04



Die Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt den prozentuale Anteil der auf Antrag der Eltern jüngeren nicht schulpflichtigen Kinder (Kann-Kinder) an der Gesamtzahl aller untersuchten Kinder (Balken). Die Romben zeigen den auf die Gesamtzahl der vorgestellten Kann-Kinder bezogenen Anteil der Nichteinschulungsempfehlung (d.h. aus schulärztlicher Sicht ist das Kann-Kind nach § 22 Abs. 3 SchulG nicht einzuschulen).

SCHULPFLICHTIGE KINDER

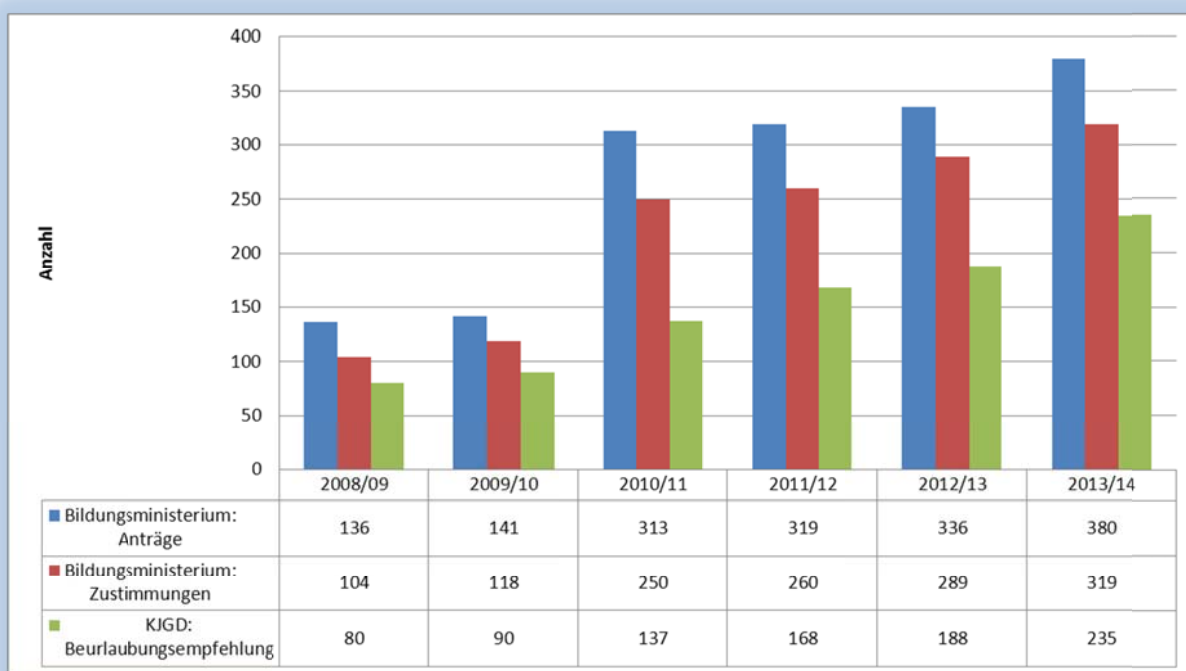
Nur noch wenige schulpflichtige Kinder werden aufgrund erheblicher Gesundheitsprobleme vom Schulbesuch beurlaubt und im aktuellen Schuljahr nicht eingeschult. Das Schulgesetz sieht diese Möglichkeit prinzipiell nur in Ausnahmefällen vor. Eingeschult werden **alle Kinder**: Beurlaubungen vom Schulbesuch können nur aus gesundheitlichen Gründen erfolgen (§§ 22, 15 SchulG; § 1 Abs. 3 GrVO).

Der Anteil liegt deutlich unter dem der Kinder, die noch vor 5 bis 10 Jahren wegen einer Entwicklungsunreife vom Schulbesuch zurückgestellt wurden; demgegenüber hat sich die Rate der Zurückstellungen aus medizinischer Indikation mehr als verdoppelt (z.B. 2003: 5,0%, davon 4,5% Zurückstellungen wegen körperlicher Unreife und 0,5% Zurückstellungen aus medizinischer Indikation)¹⁰.

Die Empfehlung durch die KJGD, dass Kind vom Schulbesuch zu beurlauben wird von den Kreisen und kreisfreien Städten sehr unterschiedlich gehandhabt; die Rate liegt für das Schuljahr 2012/13 (aktueller Bericht: n=188) mit landesdurchschnittlich 1,1% (0-1,9%) unter 2% und kommt am häufigsten in Pinneberg (n=45, 1,9%), Herzogtum Lauenburg (n=26, 1,7%) und Segeberg (n=27, 1,3%) und am seltensten in Flensburg und Neumünster (kein Kinde) vor.

Nachfolgende Abbildung zeigt sowohl die Empfehlungen des KJGD als auch die von den Eltern gestellten Anträge bei den Grundschulen und die Zustimmungen der unteren Schulbehörde seit dem Schuljahr 2008/09 bis 2013/14.

Abbildung 37 Entwicklung Beurlaubung in Schleswig-Holstein



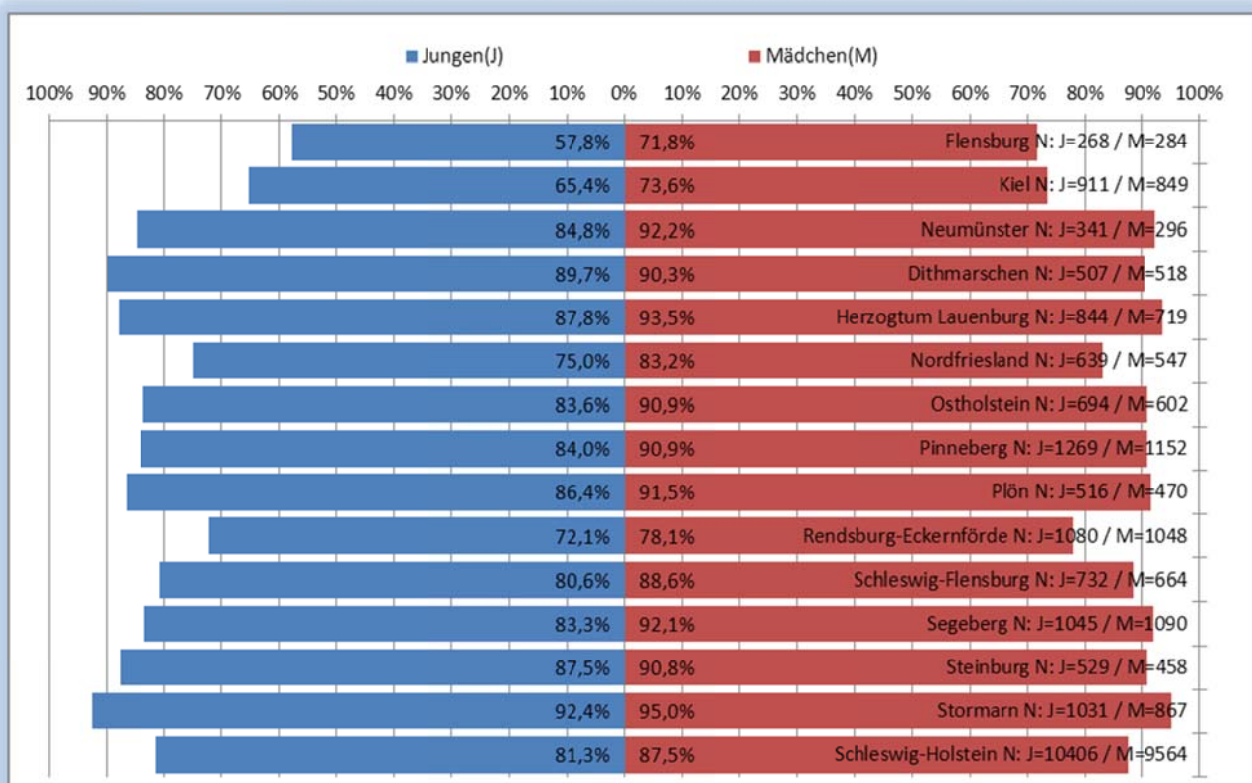
Die Grafik gibt die Anzahl der KJGD-Empfehlungen für eine Beurlaubung nach §15 SchulG sowie die gestellten Anträge auf eine Beurlaubung und die Anzahl der Zustimmungen¹¹ für die Schuljahre 2008/09 bis 2013/14 wider.

Immer mehr Kinder erhalten jedoch eine Empfehlung für zusätzlichen Förderbedarf. Aber 81,3% der Jungen und 87,5% der Mädchen werden die Schule nach Einschätzung der Schulärzte voraussichtlich ohne zusätzliche Unterstützung besuchen können.

10 Thyen, U., Meyer, Chr. et al.: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003, Ergebnisse der Einschüleruntersuchung (S1), Erhebung durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter des Landes Schleswig-Holstein im Jahr 2002. Lübeck 2002, S. 23ff.

11 Anfrage im Ministerium für Schule und Berufsbildung Schleswig-Holstein (Oktober 2014).

Abbildung 38 Schulpflichtige Kinder ohne Förderbedarf



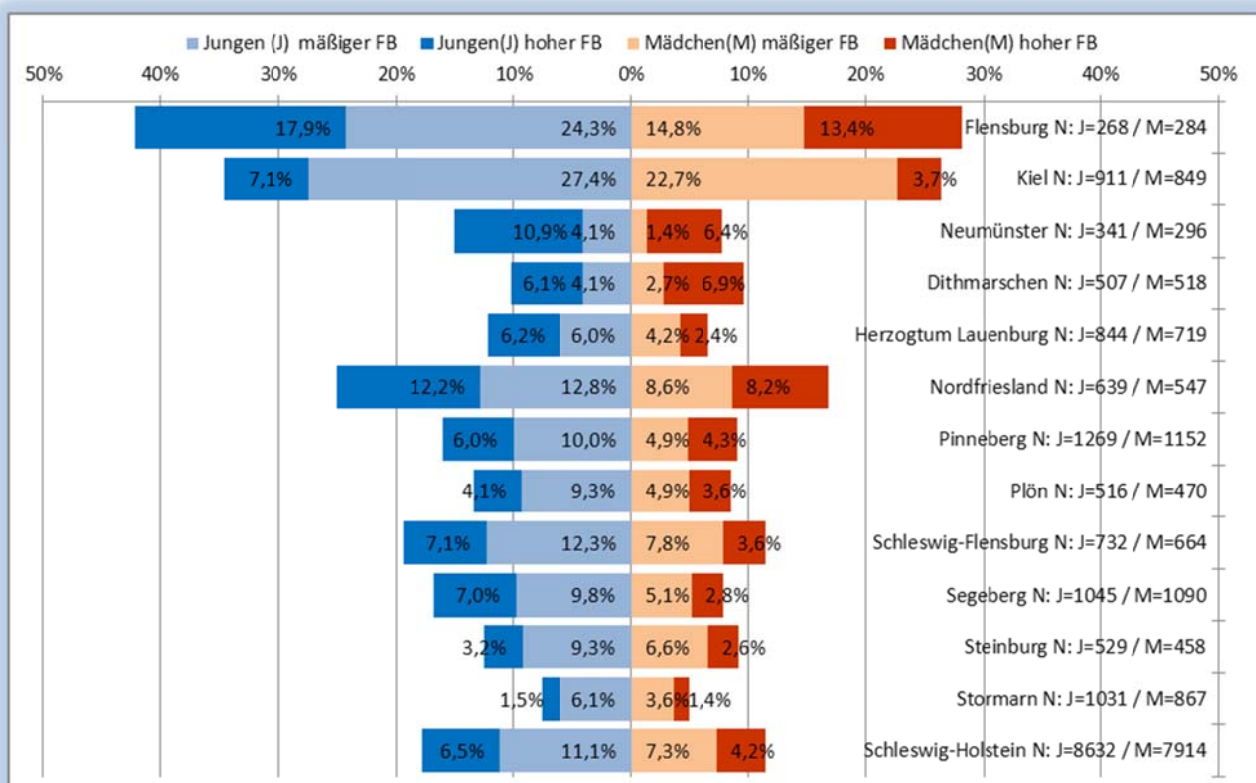
Darstellung enthält alle vorgestellten Reguläreinschüler ohne Beurlaubungsempfehlung und erfolgt nach Kreis/kreisfreier Stadt, getrennt nach Geschlecht (§21 SchulG) (N=19.970).

Der Anteil der Jungen, die ohne jeglichen Förderbedarf eingeschult werden, liegt in Flensburg mit 57,8% am niedrigsten, in Stormarn mit 92,4% am höchsten. Die entsprechenden Raten betragen bei den Mädchen 71,8% in Flensburg und 95,0% in Stormarn. Diese Unterschiede schließen den mäßigen als auch den hohen Förderbedarf ein. Hoher Förderbedarf bedeutet, dass das Kind eine sonderpädagogische Förderung benötigt, während mäßiger Förderbedarf nach Ansicht der Schulärzte mit Mitteln der Grundschule bewältigt werden kann. Die erhebliche Variation zwischen den verschiedenen Kreisen und kreisfreien Städten in der Empfehlung zur Förderung in der Schule muss regional diskutiert und reflektiert werden. Vermutlich gehen regionale Ressourcen und Möglichkeiten der Regelgrundschule in die Entscheidung der Schulärzte ein. Es bieten sich regionale Gesundheitskonferenzen unter Beteiligung der Schulen, des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes sowie des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte an, um Maßnahmen und Möglichkeiten zur Förderung der Kinder zu diskutieren.

Bei den Empfehlungen zur Fördermaßnahme in der Schule zeigt sich ein deutlicher sozialer Gradient. Bei Kindern von Eltern mit niedrigem Bildungsniveau werden sehr viel häufiger Fördermaßnahmen empfohlen (insgesamt 31,0%) im Vergleich zu Kindern von Eltern mit mittlerem Bildungsniveau (13,8%) und Kindern von Eltern mit hohem Bildungsniveau (7,4%). Ebenso werden bei Kindern von Eltern mit Migrationsbiografie in 20,9% der Fälle Fördermaßnahmen empfohlen, während dies bei Kindern von Eltern ohne Migrationsbiografie nur 10,7% sind.

Im Zeitverlauf (**Abbildung 42**) zeigt sich, dass der Anteil der Kinder mit Förderbedarf über die vergangenen fünf Jahre kontinuierlich ansteigt. Veränderungen in den Angeboten des Bildungswesens im Sinne der gemeinsamen Beschulung aller Kinder führt zu einem Rückgang von speziellen institutionalisierten Fördereinrichtungen wie zum Beispiel Vorschulen, Schulkindergärten, aber auch Förderzentren für Lernen und Sprache ab der ersten Klasse. Bei einer inklusiven Beschulung muss die Verschiebung der Kinder aus dem sonderpädagogischen in den Regelbereich zu einem Anstieg von spezifischen Fördermaßnahmen in der Regelschule führen.

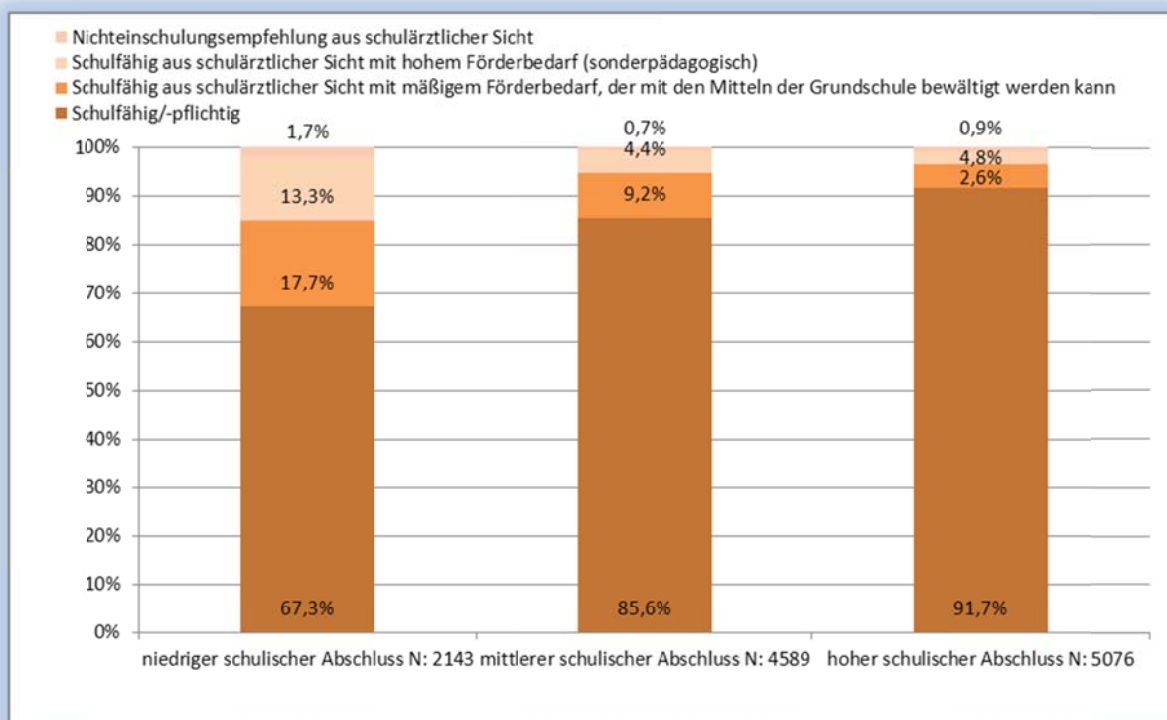
Abbildung 39 Schulpflichtige mit hohem oder mit mäßigem Förderbedarf, die zur Einschulung empfohlen sind



Die Darstellung erfolgt nach Kreis/kreisfreier Stadt, getrennt nach Geschlecht (N: J= Anzahl untersuchter Jungen; N: M =Anzahl untersuchter Mädchen). Schulpflichtig mit hohem Förderbedarf in % (dunkelblau für die Jungen und dunkelrot für die Mädchen): aus schulärztlicher Sicht ist das Kind in der Lage, mit einer sonderpädagogischen Förderung, die den Besuch der Grundschule begleitet, der Schulpflicht nachzukommen (§ 21 Abs. 3 SchulG). Des Weiteren wird die Darstellung ergänzt um die Schulpflichtigen mit mäßigem Förderbedarf (%), d. h. aus schulärztlicher Sicht ist das Kind in der Lage, mit einer Förderung, die mit den Mitteln der Grundschule bewältigt werden kann, der Schulpflicht nachzukommen (§ 21 Abs. 2 SchulG). Die Anzahl bezieht sich auf die Reguläreinschüler ohne Beurlaubungsempfehlung (N=16.546).

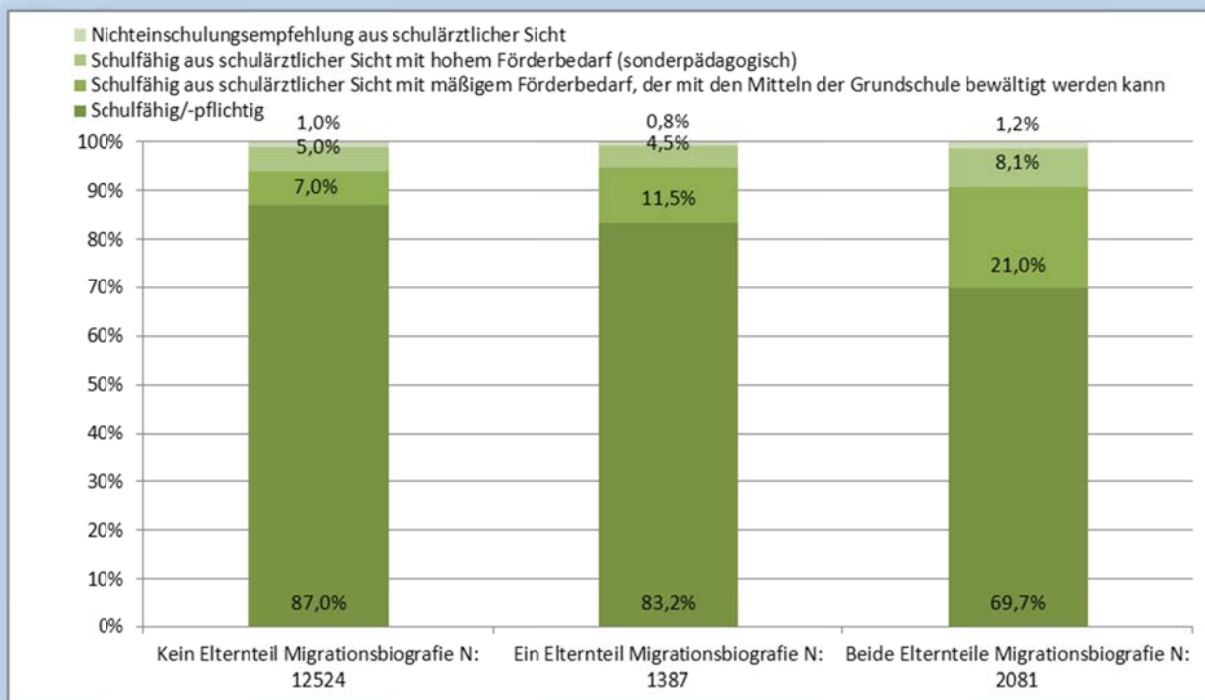
Der Dänische Gesundheitsdienst übermittelte keine Daten zum Förderbedarf. Die Kreise Ostholstein und Rendsburg-Eckernförde werden nicht dargestellt, da hohe Raten an Doppelmarkierungen übermittelt wurden, somit war eine nachträgliche Trennung in mäßigen Förderbedarf und sonderpädagogischen Förderbedarf nicht durchführbar.

Abbildung 40 Empfehlungen zur Einschulung der Kinder abhängig vom Bildungsstand der Eltern



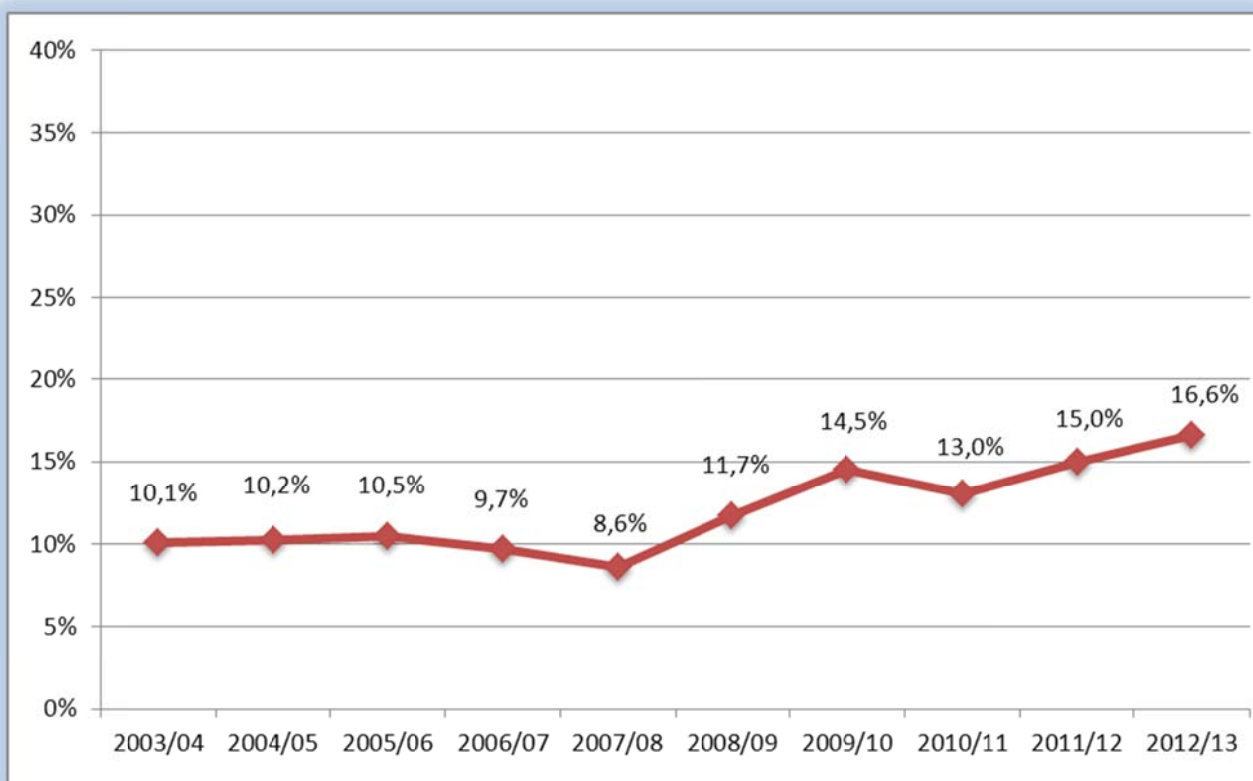
Verteilung der Empfehlungen zur Einschulung in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=11.808 Reguläreinschüler).

Abbildung 41 Empfehlungen zur Einschulung der Kinder abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern



Verteilung der Empfehlungen zur Einschulung in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=15.992 Reguläreinschüler).

Abbildung 42 Empfehlung zur Einschulung mit Bedarf an Förderung oder Beurlaubung in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/04



Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt die Summe der schulärztlichen Empfehlung zur Einschulung (Förderbedarf, , Beurlaubung) als prozentualen Anteil bei den Reguläreinschülern (ohne Kann-Kinder). Im Schuljahr 2007/08 trat das neue Schulgesetz (07.02.2007) in Kraft, mit dem die Rückstellungsmöglichkeit eines Kindes vom Schulbesuch entfiel.

FÖRDEREMPFEHLUNGEN

Tabelle 14 Schulärztlich festgestellte Förderbedarfe und sonderpädagogische Förderschwerpunkte

Teil 1	Kinder	Förderbedarfe	davon sonderpädagogisch		davon			
			Lernen	Sprache	emotionale u. soziale Entwicklung	geistige Entwicklung		
	N	n	n	%	%	%	%	%
Flensburg	589	348	194	55,7	10,3	38,7	16,5	8,8
Kiel	1913	936	251	26,8	13,1	28,7	19,1	7,6
Dithmarschen	1101	148	125	84,5	8,8	42,4	15,2	12,0
Herzogtum Lauenburg	1712	139	132	95,0	14,4	28,8	34,1	10,6
Nordfriesland	1275	228	228	100,0	5,3	39,0	25,4	7,0
Ostholstein	1541	337	222	65,9	14,4	27,0	20,3	7,2
Pinneberg	2635	342	342	100,0	9,1	24,6	24,9	6,4
Rendsburg-Eckernförde	2249	1133	435	38,4	13,1	26,0	19,1	4,8
Schleswig-Flensburg	1480	242	207	85,5	14,0	25,1	20,8	5,3
Segeberg	2328	330	247	74,8	10,9	34,0	19,4	11,7
Steinburg	1073	64	42	65,6	4,8	28,6	9,5	26,2
Schleswig-Holstein	17896	4247	2425	57,1	11,3	30,2	21,0	7,9

Teil 2	davon				
	motorische Entwicklung	Hören	Sehen	autistische Störung	dauerhaft krankes Kind
	%	%	%	%	%
Flensburg	22,2	1,0	1,0	1,0	0,5
Kiel	25,5	2,8	0,8	1,2	1,2
Dithmarschen	16,0	1,6	2,4	0,8	0,8
Herzogtum Lauenburg	9,8	0,8	0,8	0,0	0,8
Nordfriesland	19,3	0,9	0,9	1,8	0,4
Ostholstein	25,7	1,8	1,4	0,0	2,3
Pinneberg	28,4	3,2	1,8	1,2	0,6
Rendsburg-Eckernförde	24,1	6,9	3,0	1,1	1,8
Schleswig-Flensburg	29,0	1,0	1,9	1,9	1,0
Segeberg	20,2	1,2	0,8	1,2	0,4
Steinburg	16,7	7,1	4,8	2,4	0,0
Schleswig-Holstein	23,1	2,8	1,6	1,1	1,0

Dargestellt werden in zwei Tabellen (Teil 1 und Teil 2) die sonderpädagogischen Förderschwerpunkte (n) und deren prozentualer Anteil (%) an n= 4.247 Förderbedarfen (sonderpädagogisch und mäßig) und davon der jeweilige prozentuale Anteil für Lernen, Sprache, Hören, emotionale, soziale, geistige, körperlich-motorische Entwicklung (inklusive Fein- und Visuomotorik), Kinder mit autistischen Störung und dauerhaften Erkrankungen bei N=17.896 Reguläreinschüler ohne Beurlaubungsempfehlung (Kinder).

Den höchsten Förderbedarf sehen die Schulärzte im Bereich der Sprache, gefolgt von körperlich-motorischen Entwicklung und Unterstützung der sozial-emotionalen Entwicklung. Bei einer Rate von 13,6% ergibt sich damit ein sonderpädagogischer Förderbedarf für etwa 2.800 Kinder im darauffolgenden Schuljahr. Da jedes dieser Kinder individuell gefördert werden muss, ist ein zunehmend hoher Bedarf von geschultem therapeutischem, sonder- oder heilpädagogischem Personal in der Regelgrundschule zu fordern und notwendig.

Aus schulärztlicher Sicht ist definitionsgemäß bei den Förderschwerpunkten Lernen, geistige Entwicklung, Sehen und Autismus von einem sonderpädagogischen Förderbedarf auszugehen.

VI. FÖRDERUNG VOR DER SCHULE

BESUCH EINER KINDERTAGESEINRICHTUNG

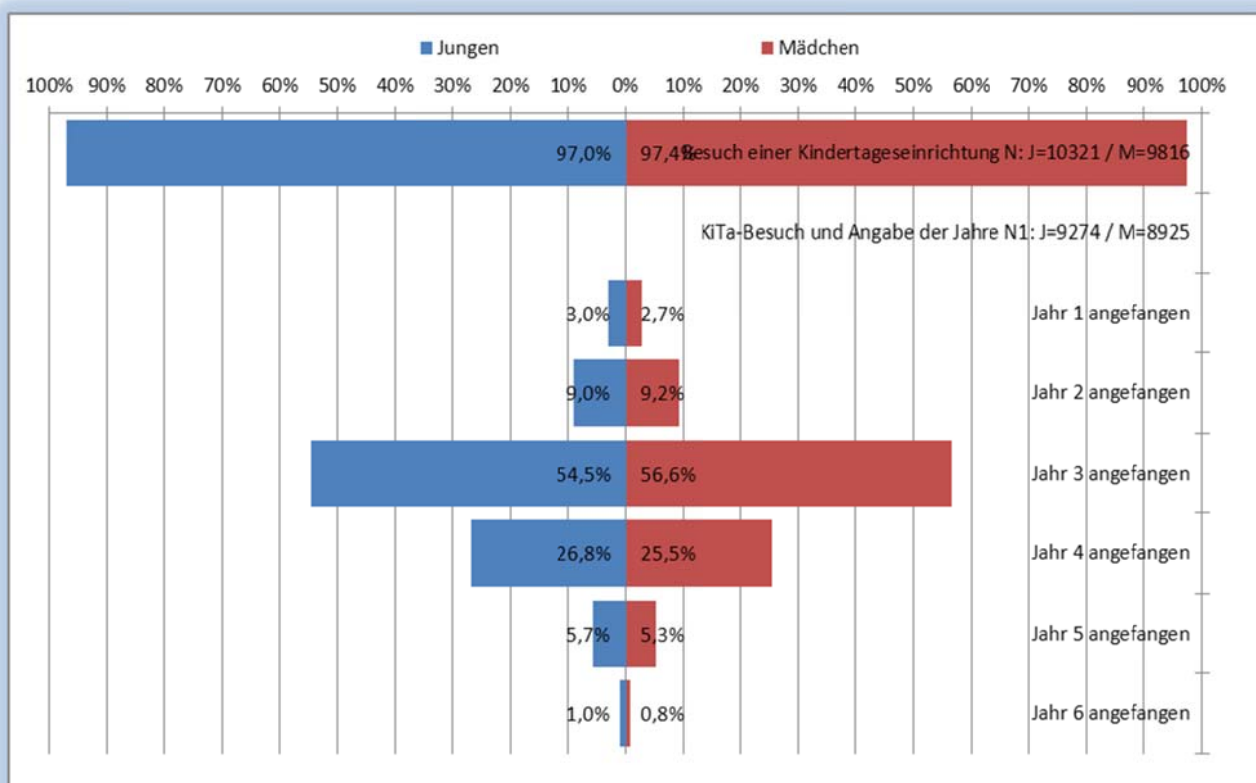
- 97,2% aller Kinder in Schleswig-Holstein besuchen im Jahr vor der Einschulung eine Kindertageseinrichtung. Im Beobachtungszeitraum von 1999 bis 2004 stieg die Rate von 88,4 auf 94,6%. Erstmals überstieg diese Rate die 95% zu Beginn des Schuljahres 2008/09 (95,2%); aktuell liegt sie bei 97,2%.

Insgesamt besuchen 97,0% aller Jungen und 97,4% aller Mädchen vor der Einschulung eine Kindertageseinrichtung. 54,9 % der Kinder befindet sich im dritten Jahr des Besuchs einer Kindertagesstätte, weitere 27,0% im vierten Jahr. Schon 6,7% aller Kinder, die jetzt eingeschult werden, haben im ersten oder zweiten Lebensjahr eine Einrichtung besucht.

Nur 11,5% der Kinder besuchen erst seit 1 bis 2 Jahren die Kindertagesstätte.

Von besonderer Bedeutung ist die Analyse des Einflusses von Bildungsstand und Migrationsbiografie auf den Besuch einer Kindertagesstätte. Kinder von Eltern mit niedrigem Bildungsniveau haben zu 4,5% keine Einrichtung vor der Einschulung besucht, während dies nur 2,3% bei Kindern von Eltern mit mittlerem Bildungsniveau und lediglich 1,8% bei Eltern mit hohem Bildungsniveau sind. Ebenso finden sich Einflüsse bezüglich der Migrationsbiografie der Eltern. Wenngleich auch der Zeitvergleich über die Jahre zeigt, dass die allermeisten Kinder die Chance auf den Besuch einer Kindertageseinrichtung vor der Einschulung haben, gibt es doch kleine, sehr vulnerable Gruppen, die trotz eines sehr hohen Bedarfes an pädagogischer Förderung außerhalb des Elternhauses keine Einrichtung besuchen. Diese sollten frühzeitig identifiziert (z.B. über Frühe Hilfen) und zum Besuch einer Einrichtung bewogen werden.

Abbildung 43 Besuch einer Kindertageseinrichtung vor Schulbeginn bei den Geschlechtern



Dargestellt wird der dokumentierte Anteil der Jungen (N=10.321) und Mädchen (N=9.816), die vor Schulbeginn eine Kindertagesstätte oder kindergartenähnliche Einrichtung besuchten (N=20.137) und die begonnenen Besuchsjahre (N1=18.199).

Tabelle 15 Besuch einer Kindertageseinrichtung und begonnene Jahre des Besuchs

Kreis/kreisfreie Stadt	Fallzahl (n)	B (%)	1. Jahr%	2. Jahr%	3. Jahr%	4. Jahr%	5. Jahr%	6. Jahr%
Flensburg	586	99,5	2,9	10,2	64,5	18,8	3,6	0,0
Neumünster	650	97,6	3,3	9,3	41,1	37,6	8,1	0,6
Dithmarschen	1052	95,5	5,8	11,7	45,4	27,9	8,0	1,2
Herzogtum Lauenburg	1662	97,1	2,0	5,6	48,2	34,6	7,7	1,8
Nordfriesland	1270	99,6	1,7	11,7	51,7	30,6	3,9	0,4
Ostholstein	1407	91,3						
Pinneberg	2634	100,0	2,7	4,7	56,0	29,5	5,9	1,2
Plön	1014	96,0						
Rendsburg-Eckernförde	2146	95,4	2,6	12,4	85,0	0,0	0,0	0,0
Schleswig-Flensburg	1462	98,8	1,9	5,7	49,7	37,8	4,3	0,6
Segeberg	2287	98,2	3,3	10,0	55,4	25,8	4,7	0,9
Steinburg	1046	97,5	4,8	26,4	48,9	17,6	2,1	0,1
Stormarn	2006	98,7	0,8	2,9	41,0	38,7	14,1	2,5
Dänischer Gesundheitsdienst	500	89,0	0,6	3,1	56,2	35,7	4,1	0,2
Schleswig Holstein	19722	97,2	2,6	8,9	54,9	27,0	5,7	1,0

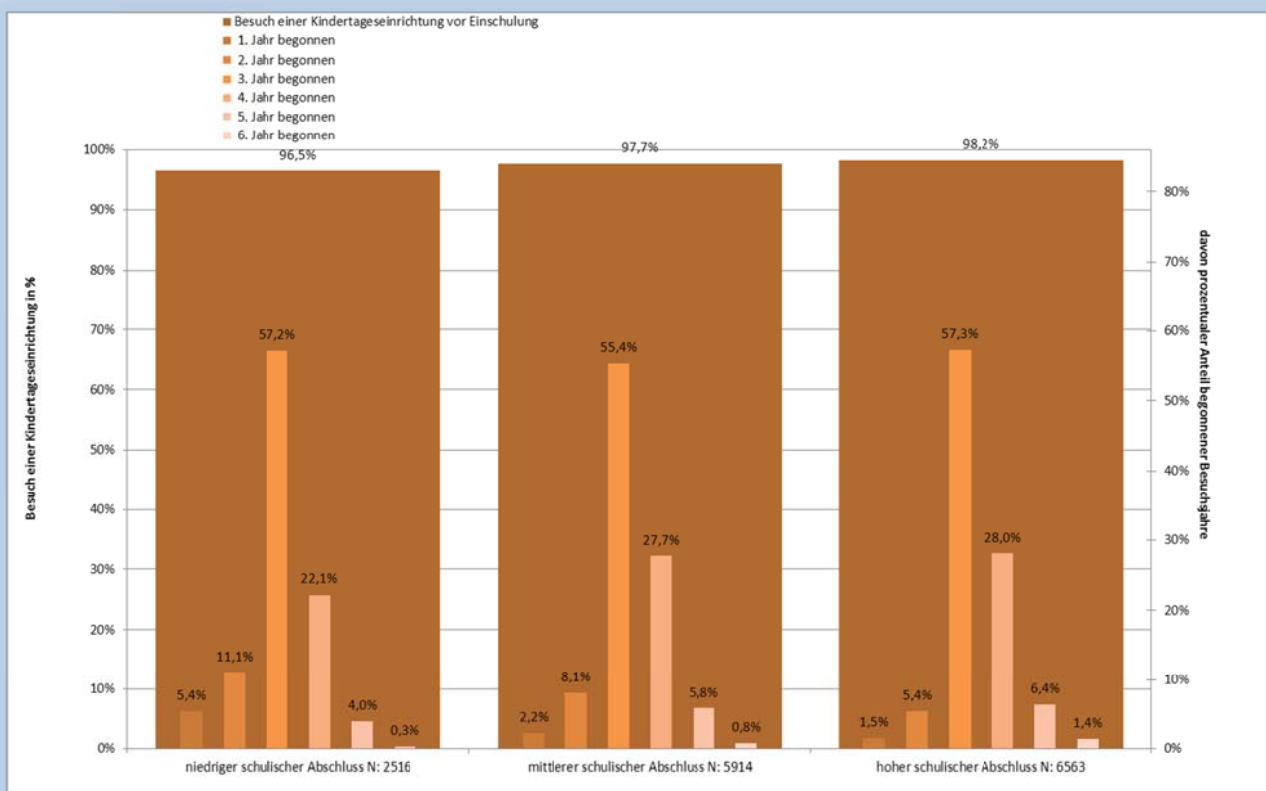
Die Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten getrennt und betrifft den Besuch einer Kindertageseinrichtung (Kindertagesstätte oder einer kindergartenähnlichen Einrichtung) vor der Einschulung. Die Fallzahl (n) gibt den nach Angaben der Eltern dokumentierten Besuch einer Kindertageseinrichtung an (N=20.299). B (%) gibt den prozentualen Anteil eines Besuchs bezogen auf die Kinder des jeweiligen Kreises bzw. kreisfreien Stadt wieder. Die begonnenen Besuchsjahre, dargestellt als Spalten 1. bis 6. Jahr%, geben den prozentualen Anteil an bezogen auf die Zahl der Kinder, die eine KiTa besucht haben.

Die Landeshauptstadt Kiel konnte in diesem Untersuchungsjahr keine Angaben zu diesen beiden Items elektronisch übermitteln. In Ostholstein fehlen 57,2% der Angaben zu den angefangenen Besuchsjahren und in Plön 39,4%; daher fehlt hier die Darstellung für die Anzahl der Jahre des KiTa Besuches.

Eltern mit mittlerem Bildungsabschluss lassen ihre Kinder häufiger, etwas früher und länger eine Kindertagsstätte besuchen als Eltern mit niedrigem Bildungsstand. Eltern mit hohen Bildungsabschlüssen lassen ihr Kind in aller Regel ebenfalls häufiger eine Kindertagesstätte besuchen und auch geringfügig länger im Vergleich zu Eltern mit mittleren Bildungsabschlüssen (**Abbildung 44**).

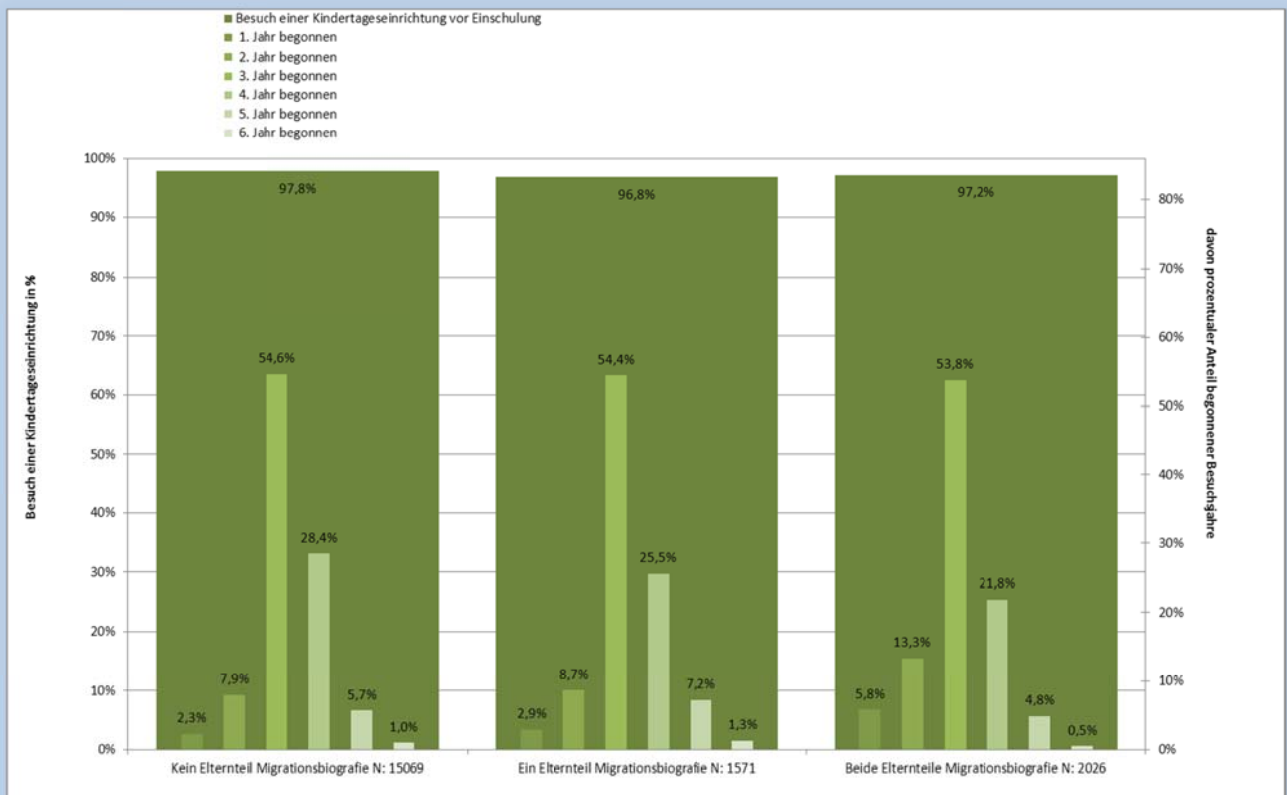
Kinder von Eltern mit Migrationsbiografie besuchen weniger häufig eine Kindertagesstätte und wenn, dann etwas später und weniger lang (**Abbildung 45**). In statistischen Berechnungen zeigt sich jedoch, dass ein geringer Bildungsstand einen deutlichen, die Migrationsbiografie der Eltern einen weniger ausgeprägten Einfluss auf den Besuch einer Kindertagesstätte hat.

Abbildung 44 Besuch einer Kindertageseinrichtung vor Einschulung und die begonnenen Besuchsjahre, abhängig vom Bildungsstand der Eltern



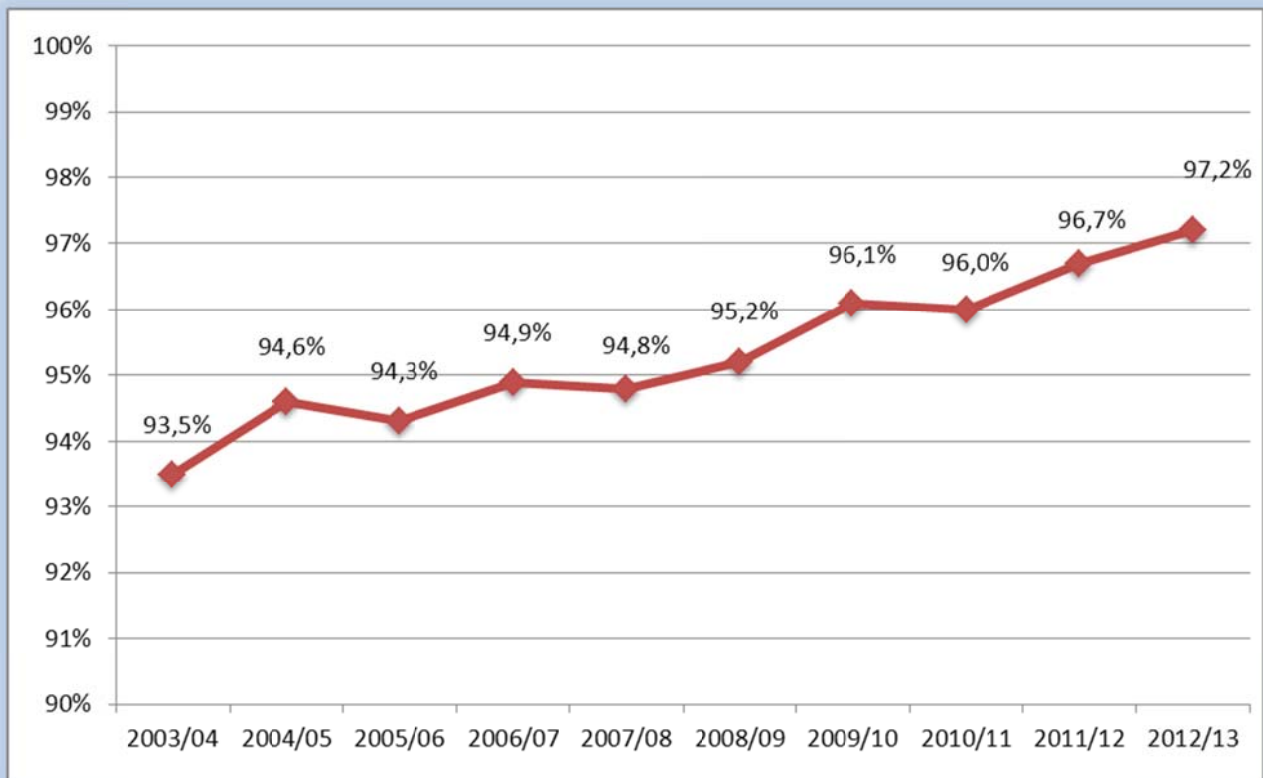
Dargestellt wird die Verteilung des Besuchs einer Kindertageseinrichtung in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=14.993) und darauf bezogenen die angegebenen, begonnenen Besuchsjahre (N1=13.422.).

Abbildung 45 Besuch einer Kindertageseinrichtung vor Einschulung und davon begonnene Besuchsjahre, abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern



Dargestellt wird die Verteilung des Besuchs einer Kindertageseinrichtung in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=18.666) und darauf bezogenen die angegebenen, begonnen Besuchsjahre (N1=16.933).

Abbildung 46 Besuch einer Kindertageseinrichtung vor Schulbesuch seit dem Schuljahr 2003/2004



Die Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt den prozentualen Anteil des Besuchs einer Kindertageseinrichtung vor Schulbeginn seit dem Schuljahr 2003/04.

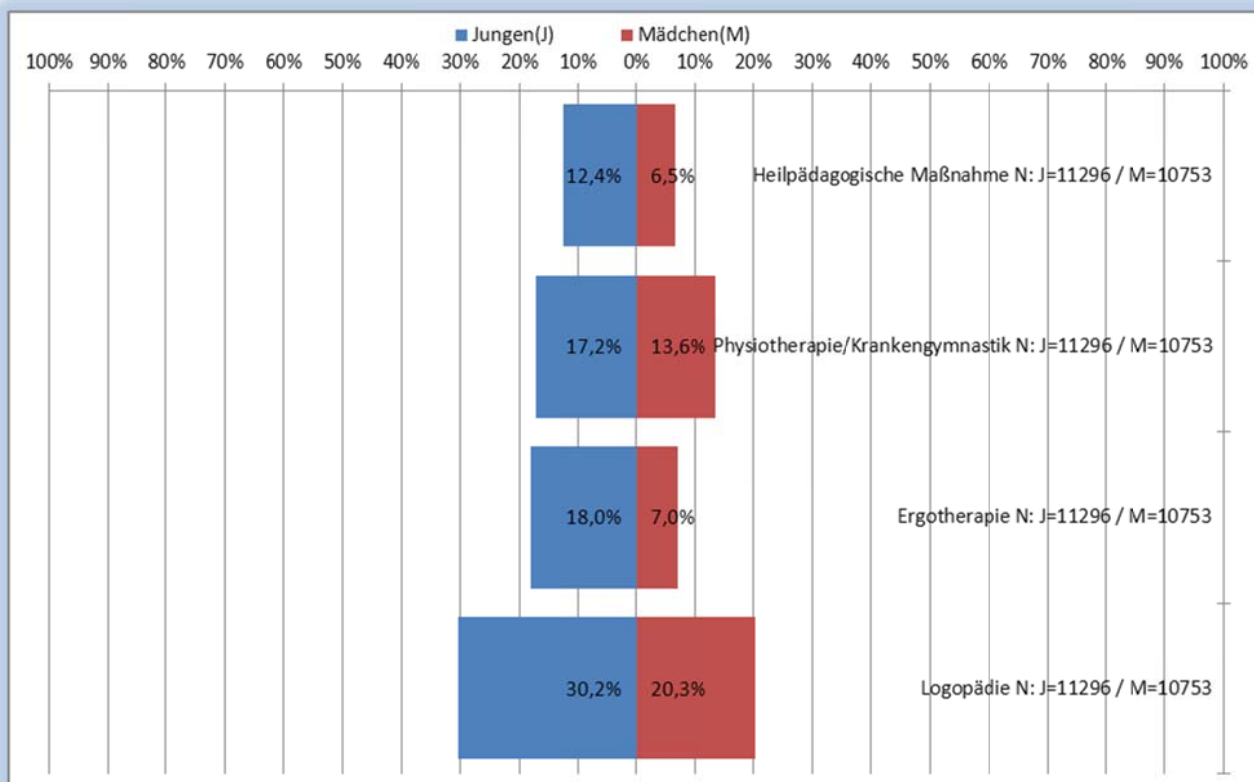
Abbildung 46 zeigt, dass nur noch wenige Kinder vor der Einschulung keine Kindertagesstätte besuchen. Bei dieser kleinen Gruppe handelt es sich jedoch um eine Risikogruppe aus bildungsfernen Elternhäusern, die voraussichtlich vom Besuch einer Einrichtung profitieren könnten.

Die Ärzte des KJGD berichten von Familien, die keine Sozialleistungen erhalten, aber so gering verdienen, dass sie sich trotz Sozialstaffel den Kitabesuch nicht leisten können/wollen und das Kind wieder abmelden, oder es gezielt vorzeitig einschulen wollen.

Es sollte insbesondere nach der Einführung des Betreuungsgeldes darauf geachtet werden, ob es gelingt, gerade diese Gruppe ausreichend zu fördern.

INANSPRUCHNAHME VON HEILPÄDAGOGISCHEN MASSNAHMEN UND HEILMITTELN

Abbildung 47 Inanspruchnahme von Heilpädagogischen Maßnahmen und Heilmitteln bei Jungen und Mädchen



Dargestellt wird der dokumentierte Anteil der Jungen und Mädchen, bei denen vor oder zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung eine Heilmittelform in Anspruch genommen wurde für das Einschulungsjahr 2012/13 (N=22.049).

Die Daten der Schuleingangsuntersuchungen des Landes Schleswig-Holstein beinhalten Informationen über bisherige und aktuelle Fördermaßnahmen (Heilpädagogik und Heilmittel) bei 22.049 zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Kindern mit vollständigen Angaben. Die Ergebnisse zeigen hohe Raten der Inanspruchnahme über alle Therapieformen. Die aktuelle Inanspruchnahme, d. h. die Kinder befanden sich zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung in Behandlung, war am häufigsten bei Logopädie und Ergotherapie, während Physiotherapie eher in der Vergangenheit erfolgte (**Tabelle 41**). 25,4% der 6-jährigen Kinder erhielten Logopädie mit einer aktuellen Inanspruchnahme von 15,1%. Physiotherapie erhielten 15,5% der Kinder (aktuelle Inanspruchnahme 2,8%), Ergotherapie 12,6% (aktuelle Inanspruchnahme 8,2%).

Die Raten der Inanspruchnahme, insbesondere bei der Logopädie, übersteigen bei weitem den epidemiologisch zu erwartenden Bedarf. Eine umfassende Expertise von Prof. J. Steiner, HfH Zürich¹² aus dem Jahr 2008 schätzt die Prävalenz zwischen 8 und 15% der Vorschulkinder ein, die einer besonderen sprachlichen Förderung bedürfen. Diese Maßnahmen schließen je nach Art der Sprachentwicklungsstörung abgestufte Maßnahmen wie Förderung der Sprachbildung (meist durch Elternberatung und Anregung), Sprachförderung in der Gruppe oder Sprachtherapie (Logopädie) ein.

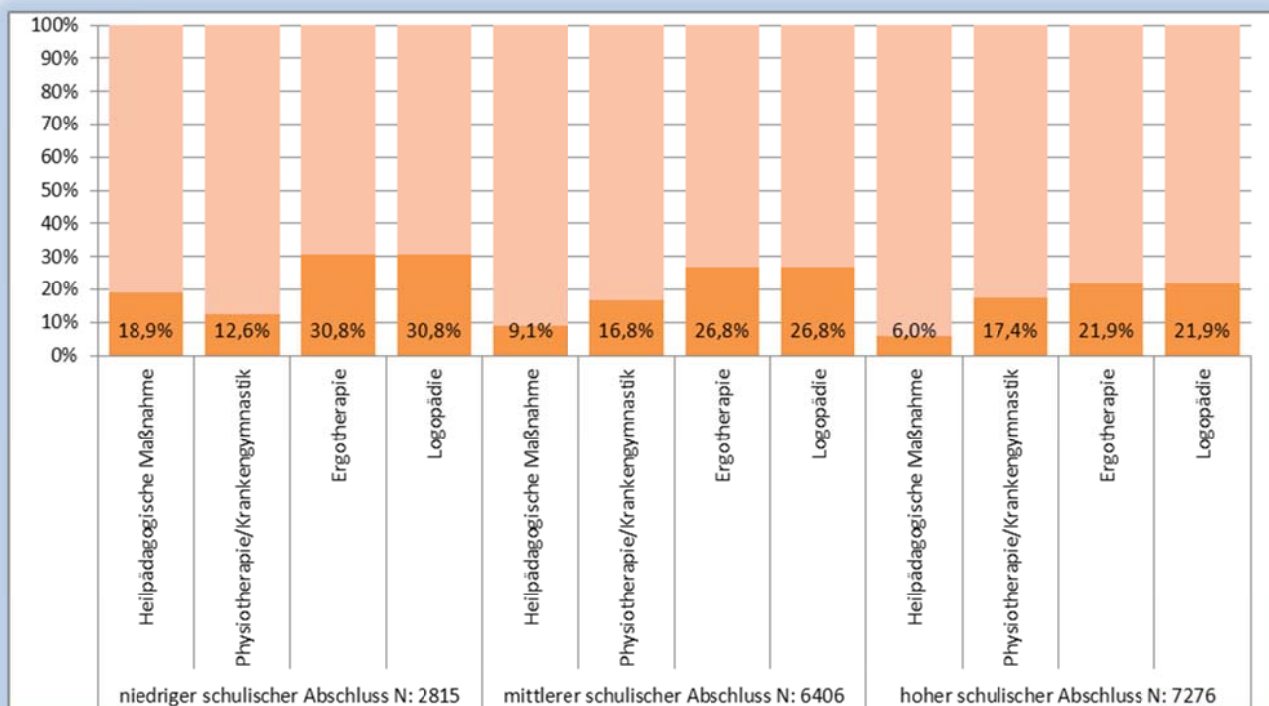
12 Steiner, J.: Prävalenz-Forschung: Zusammenfassung der Datenlage zu Sprachauffälligkeiten bei Kindern und Schlussfolgerungen für die Praxis, Zürich 2008. http://www.logopaedieundpraevention-hfh.ch/webautor-data/29/Praevalenz_Zusammenfassung-der-Datenlage.pdf [Stand 18.03.2013]

Die hohe Rate von Verordnungen von Logopädie in Schleswig-Holstein sind ein Zeichen für das Bewusstsein von Eltern und Erzieherinnen in den Kindertagesstätten bezüglich der Bedeutung von Sprache für den Schulerfolg und korreliert mit den von den Schulärzten dokumentierten Sprachauffälligkeiten. Es handelt sich um Verordnungen von niedergelassenen Allgemeinärzten, Kinder- und HNO-Ärzten. Der Anstieg der Logopädieverordnungen weist darauf hin, dass nicht nur spezifische Sprachentwicklungsstörungen, sondern auch unzureichender Spracherwerb eine Rolle bei der Verordnung spielen.

Bei der Inanspruchnahme von heilpädagogischen Maßnahmen und Heilmitteln zeigt sich ein deutlicher sozialer Gradient: Kinder von Eltern mit niedrigem Bildungsstand erhalten deutlich häufiger heilpädagogische Maßnahmen, als Kinder von Eltern mit mittlerem Bildungsabschluss (**Abbildung 48**). Kinder aus Familien mit hohem Bildungsabschluss erhalten selten Frühförderung, Ergotherapie und Logopädie, aber häufiger Physiotherapie.

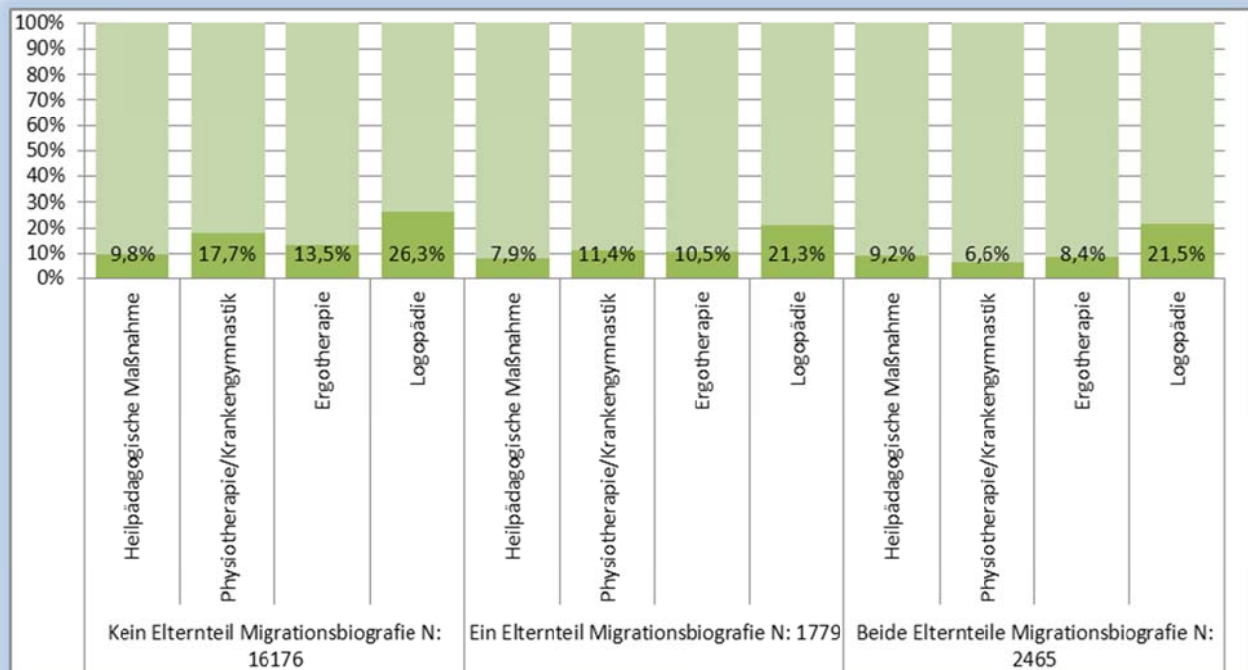
Alle Therapieformen werden seltener bei Kindern aus Familien mit Migrationsbiografie durchgeführt. Es gibt keine Hinweise, dass entsprechende Störungen in dieser Population weniger häufig vorliegen. Es muss sich daher um kulturelle, sprachliche oder organisatorische Barrieren im Zugang zu Heilmitteln und zur Frühförderung handeln (**Abbildung 49**). Diese Feststellung verlangt nach verstärkten Anstrengungen, die Zugangswege von Kindern aus Familien mit sozialer Benachteiligung und Migrationsbiografie zu verbessern.

Abbildung 48 Erhalt heilpädagogischer Maßnahmen, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie abhängig vom Bildungsstand der Eltern



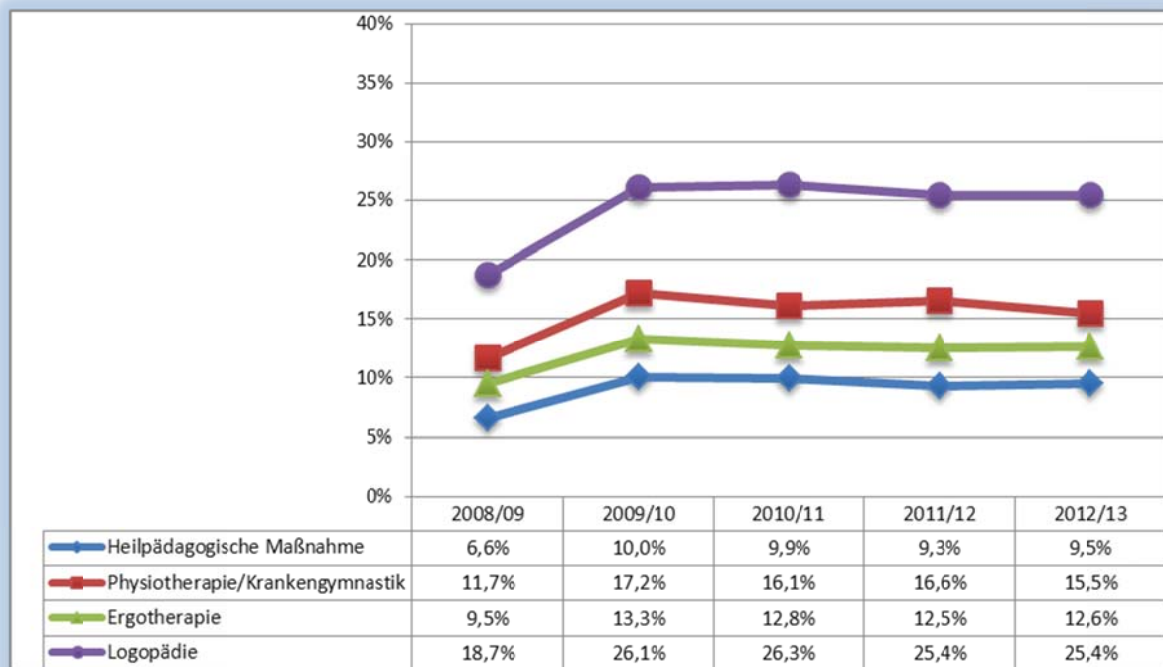
Verteilung der Heilpädagogischen und therapeutischen Maßnahmen in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=16.497).

Abbildung 49 Erhalt heilpädagogischer Maßnahmen, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern



Verteilung der heilpädagogischen und therapeutischen Maßnahmen in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=20.420).

Abbildung 50 Erhalt von heilpädagogischen Maßnahmen, Physiotherapie/Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2008/09



Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt den Erhalt von Heilmitteln (heilpädagogische Maßnahme, Physiotherapie/Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie).

TEILNAHME AM FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM

- Die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 ist vom Schuljahr 1999/2000 bis 2012/13 für alle Untersuchungszeitpunkte um 8,7% angestiegen. Der Anstieg verstärkt sich seit der Einführung des verbindlichen Einladewesens für die U4 bis U9 (2007/2008).
- Eine deutliche Steigerung konnte insbesondere bei der Inanspruchnahme der U9 (dokumentiert im vorgelegtem Vorsorgeheft) festgestellt werden (von 90% auf 97,1%).
- Bei 10,8% der Schulanfänger wurde die U9 durch einen niedergelassenen Haus- bzw. Allgemeinarzt durchgeführt.

Bei den Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter handelt es sich um ein Angebot der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen an ihre Versicherten. Die Zielsetzung ist die Früherkennung von Erkrankungen, die durch eine frühe Intervention erfolgreicher behandelt und gegebenenfalls geheilt werden können. Der Schwerpunkt lag bislang im Bereich der Erkennung somatischer Erkrankungen. Seit langem wird auch vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte gefordert, dass die Entwicklungsstörungen im Bereich der Motorik, Sprache und der seelischen Entwicklung, die ein hohes Gesundheitsrisiko darstellen können, im Rahmen des Untersuchungskatalogs der Früherkennungsuntersuchungen berücksichtigt werden sollten. Die Früherkennungsuntersuchung durch den niedergelassenen Arzt hat damit eine andere Schwerpunktsetzung als die schulärztliche Untersuchung, die den Fokus auf die Identifikation von Entwicklungsauffälligkeiten, Hindernissen für die schulische Laufbahn und Feststellung von Förderbedarf in Bezug auf eine angemessene Beschulung legt.

In fast allen Bundesländern (13 von 16) sind Verfahren entwickelt worden, die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen zu erhöhen: In Schleswig-Holstein ist dies im Kontext des Landeskinderschutzgesetzes im §7a GDG gesetzlich geregelt worden. Demnach wird durch das Landesfamilienbüro ein verbindliches Einladewesen praktiziert. Bei Nichtteilnahme nach wiederholter Einladung erfolgt die Kontaktaufnahme durch Mitarbeiter aus den Gesundheits- oder Jugendämtern, die Eltern über die Inhalte der U- Untersuchungen beraten und sie zur Teilnahme motivieren.

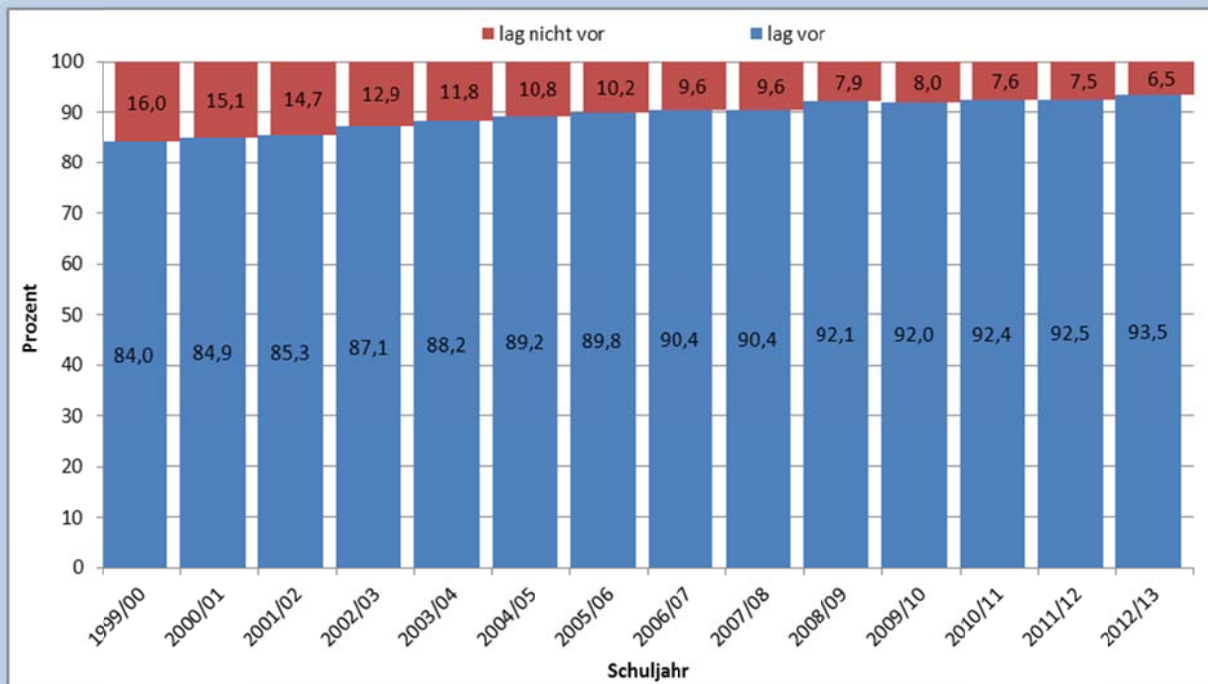
Die U7a wird seit dem 01.07.2008 für Kinder von 3 Jahren angeboten und wurde erstmalig im Bericht 2011/12 berücksichtigt. Die Kinder der Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr 2011/12 waren zum Zeitpunkt der Einführung zwischen 3 und 4 Jahre alt, d.h. nicht alle haben von der zusätzlichen Untersuchung profitieren können.

Die im letzten Bericht 2011/12 erwartete höhere U7a-Rate wird mit 60,2% deutlich erreicht (**Abbildung 52**). Es ist auch für die kommende Untersuchungswelle eine noch höhere U7a-Rate zu erwarten. Die Vollständigkeit der angebotenen U- Untersuchungen ohne Berücksichtigung der U7a im Bezug zum Bildungsstand der Eltern zeigt, dass Kinder aus Familien mit höheren schulischen Bildungsabschlüssen die Früherkennungsuntersuchungen eher wahrnehmen als Familien mit geringeren schulischen Bildungsabschlüssen. Es zeigt sich weiter, dass Kinder aus Familien ohne Migrationshintergrund die Früherkennungsuntersuchungen eher vollständig, bzw. fast vollständig bei der Einschulungsuntersuchung vorweisen können als Kinder mit Migrationsbiografie.

Das Einladewesen (§7a GDG, siehe vor allem U8 und U9) hat die Teilnahme (bei vorgelegten U-Heften) deutlich ansteigen lassen (**Abbildung 56**), ein Effekt, der sich in allen Bundesländern mit Einladungsverfahren zu den Früherkennungsuntersuchungen beobachten lässt.

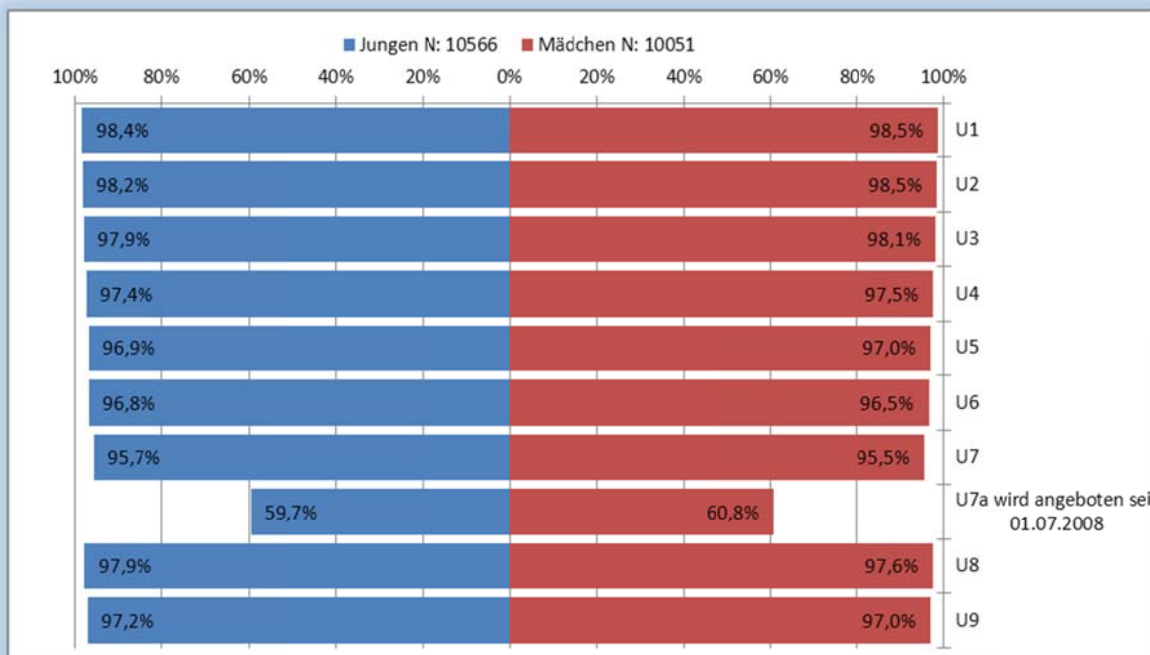
Zur Untersuchung im Schuljahr 1999/2000 konnte fast jeder sechste Einschüler kein Untersuchungsheft zur Einschulungsuntersuchung vorlegen. Zum Schuljahr 2012/13 war dies nur noch jeder 15te Einschüler, eine Steigerung um 10% , die dazu beiträgt die Teilnahmequoten verlässlich darzustellen.

Abbildung 51 Vorliegen des Vorsorgehefts (U1 bis U9) bei Einschulungsuntersuchung seit dem Schuljahr 1999/2000



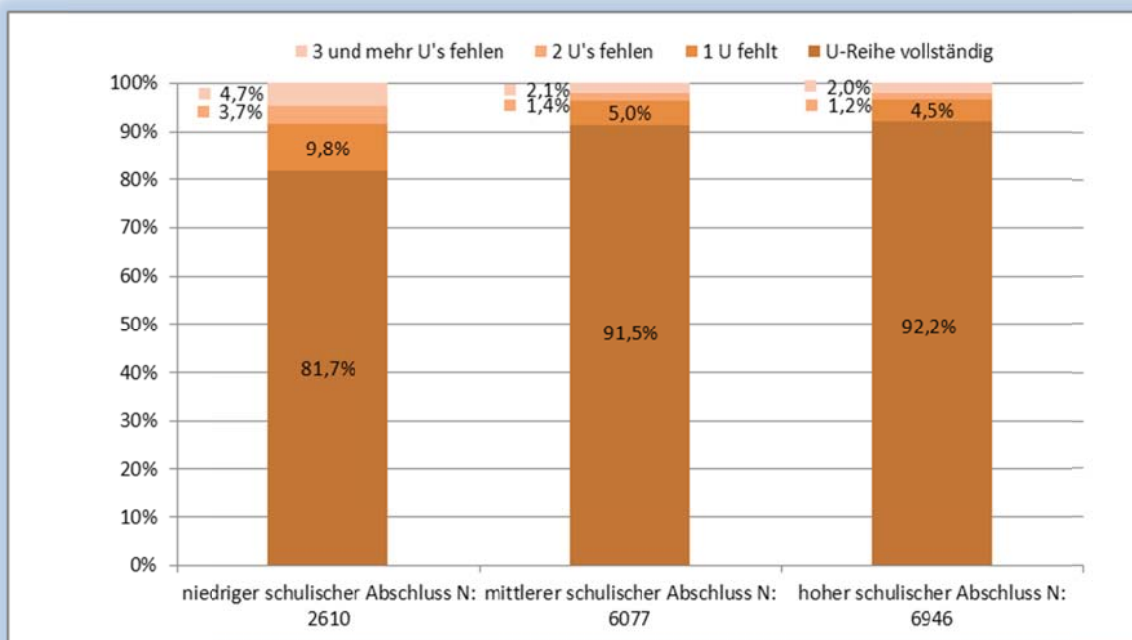
Die Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt den prozentualen Anteil der von den Eltern zur Einschulungsuntersuchung mitgebrachten/vorgelegten und nichtvorgelegten Vorsorgehefte der Untersuchungsreihe U1 bis U9.

Abbildung 52 Teilnahme Mädchen/Jungen an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9



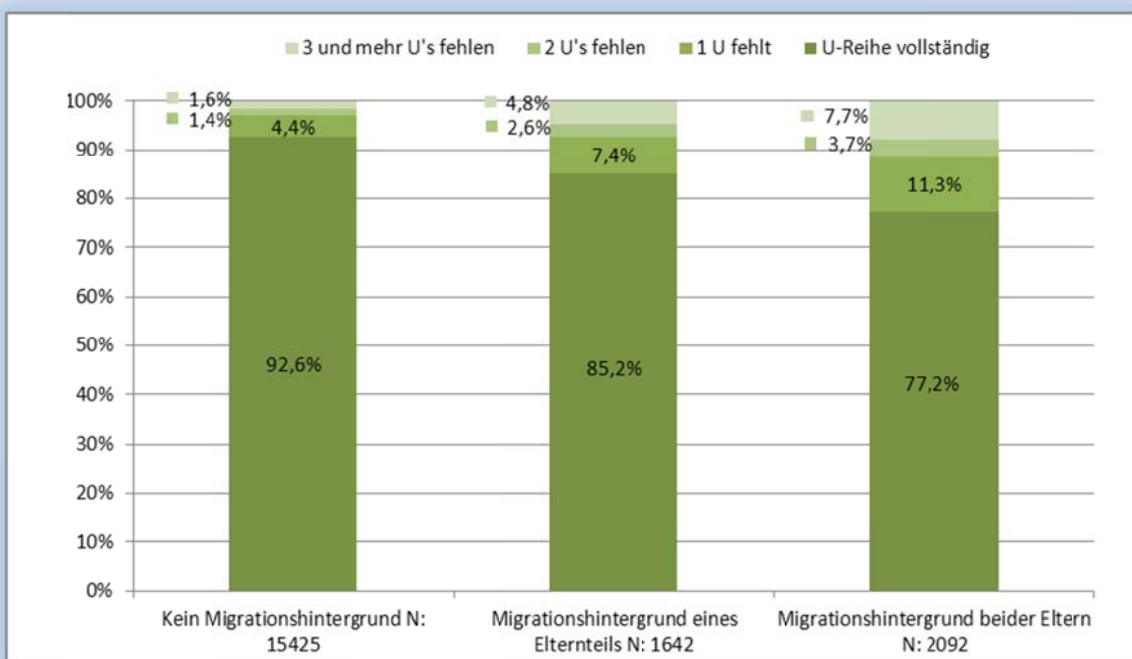
Dargestellt wird der durchgeführte Anteil Früherkennungsuntersuchungen bis zur Einschulungsuntersuchung anhand der von den Eltern mitgeführten Vorsorgeheften getrennt nach Jungen und Mädchen (N=20.617). Die Untersuchung U7a wurde 2008 eingeführt.

Abbildung 53 Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen abhängig vom Bildungsstand der Eltern



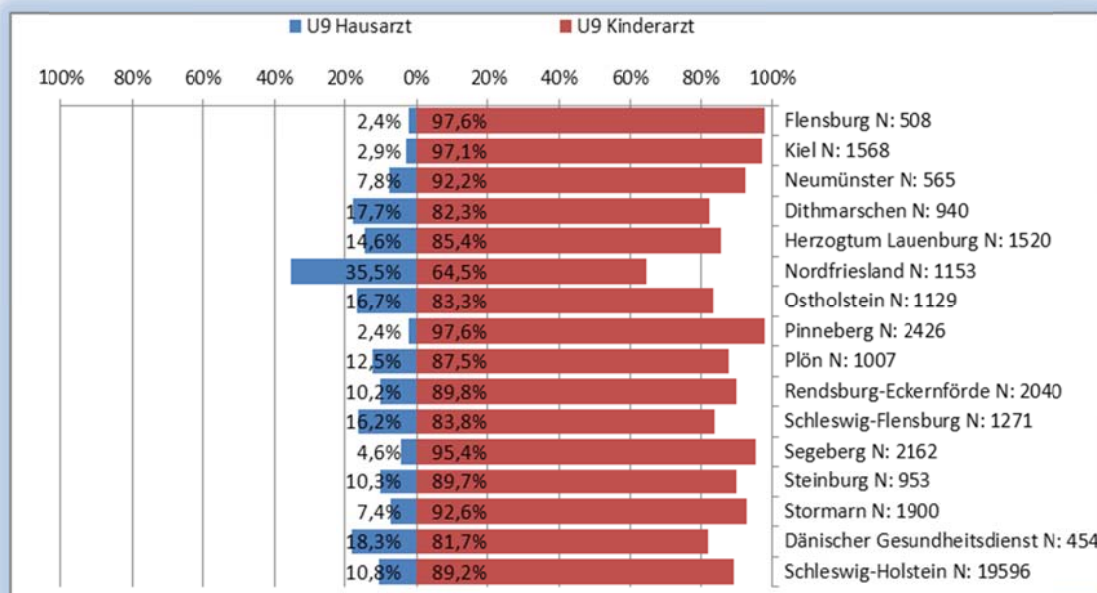
Dargestellt wird die Verteilung der Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen (ohne U7a): von „alle Untersuchungen wahrgenommen“ bis zum Fehlen von mehr als 3 Untersuchungen in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=15.633).

Abbildung 54 Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen abhängig vom Migrationsbiografie der Eltern



Dargestellt wird die Verteilung der Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen (ohne U7a): von „alle Untersuchungen wahrgenommen“ bis zum Fehlen von mehr als 3 Untersuchungen in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=19.159).

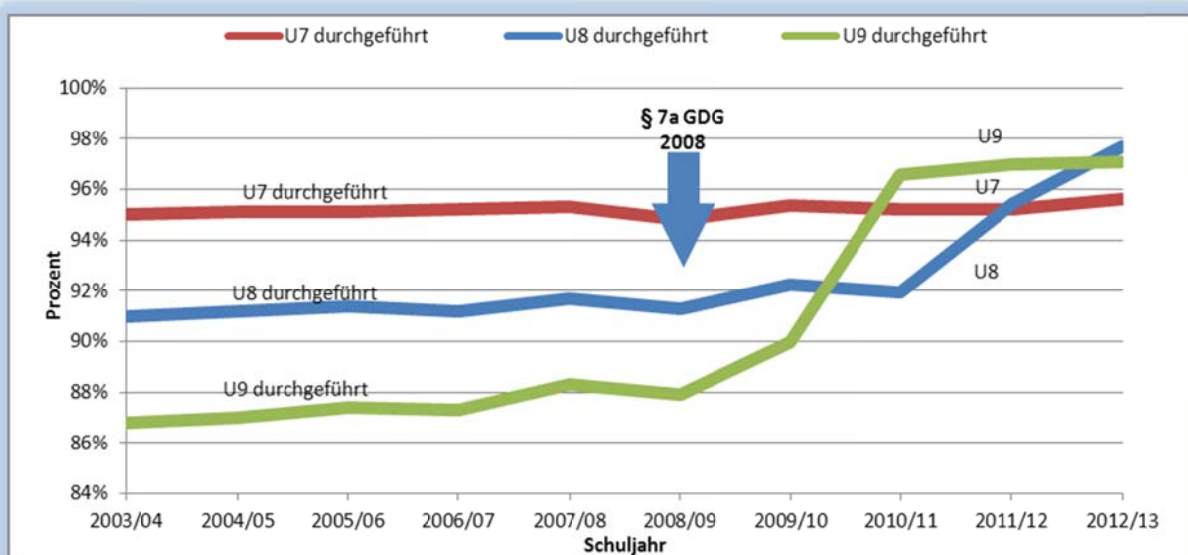
Abbildung 55 Ärztliche Durchführung der U9



Dargestellt wird nach Kreisen und kreisfreien Städten die kinder- oder hausärztliche Durchführung der U9-Vorsorgeuntersuchung.

Je nach Erreichbarkeit einer kinderärztlichen Praxis werden die Früherkennungsuntersuchungen auch häufig von Ärzten für Allgemeinmedizin durchgeführt. Am häufigsten ist dies in Nordfriesland bei einem guten Drittel der durchgeführten U9 Untersuchungen der Fall, am seltensten in den Städten Flensburg und Kiel, sowie im Kreis Pinneberg.

Abbildung 56 Teilnahmeraten an den Früherkennungsuntersuchungen U7, U8 und U9 seit dem Schuljahr 2003/04



Die Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt den prozentualen Anteil der Teilnahme an den U7-, U8- und U9- Früherkennungsuntersuchungen bei Vorliegen des Vorsorgeheftes seit dem Schuljahr 2003/04.

Hier zeigt sich bereits ein deutlicher Effekt des verbindlichen Einladungsbeschlusses, das seit 2008 eingeführt ist und die Rate der Kinder, die teilnehmen, deutlich erhöht.

VII. IMPFSCHUTZ BEI SCHULANFÄNGERN IN SCHLESWIG-HOLSTEIN 2011/12

Auswertung der Rohdaten aus den Schulgesundheitsuntersuchungen (SGU) der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein.

Dr. Dörte Wichterich und Rotraud Rasch

- Bei Schulanfängern haben sich die Durchimpfungsraten für Polio, Diphtherie, Tetanus und Pertussis seit Beginn der Auswertung (1988) von Impfdokumentationen verbessert. Im Zeitraum 2009 bis 2012 sind die Quoten noch einmal gering angestiegen. Tetanus hat die Durchimpfungsrate von 95,0% erreicht.
- Die Schutzquote für Hepatitis B (4mal geimpft) ist von 86,0% in 2010 auf 85,6% in 2012 gering gefallen.
- Die Durchimpfungsrate der 2. Masernimpfung konnte kaum gesteigert werden. Sie liegt mit 93,1% weiterhin unter der zur Maserneliminierung geforderten 95,0%.
- Der Impfschutz gegen Meningokokken der Serogruppe C hat sich von 36,6% in 2009 auf 81,7% in 2012 verbessert.
- Eine einmalige Impfung gegen Pneumokokken haben 2012 72,2% der Schulanfänger erhalten, 2009 waren es nur 11% gewesen. Einen vollständigen Impfschutz (4mal geimpft) haben derzeit nur 21,4% der Einschüler.
- Die Durchimpfungsrate bei der 2.Varizellenimpfung konnte von 28,4% (2010) auf 75,8% (2012) gesteigert werden.

Im Jahr 2012 wurden in den 16 Kinder- und Jugendärztlichen Diensten (KJGD) in Schleswig-Holstein Impfdaten dokumentiert und ausgewertet (**Tabelle 43**). Die Schuleingangsuntersuchung steht im Mittelpunkt dieser Erhebung. **Tabelle 16** zeigt die seit 2009 sinkende Schülerzahl in Schleswig-Holstein. Die Anzahl vorgelegter Impfbücher ist im Verhältnis zur Anzahl Schüler etwa gleich geblieben.

Tabelle 16 Anzahl untersuchter Schulanfänger im Verhältnis zu vorgelegten Impfbüchern von 2009 bis 2012

	2012	2011	2010	2009
Auf ihren Impfschutz untersuchte Kinder	22.994	24.393	24.871	24.985
Kinder mit Impfbuch	20.827	22.248	22.441	22.622
Response-Rate	90,6%	91,2%	90,2%	90,5%

IMPFSCHUTZ GEGEN POLIO, DIPHTHERIE, TETANUS, PERTUSSIS, HIB UND HEPATITIS B:

Seit Beginn der Auswertung von Impfdaten bei Schulkindern in Schleswig-Holstein (1988) konnte gezeigt werden, dass sich der Impfschutz insgesamt verbessert hat. Dies gilt insbesondere für die Impfungen gegen Polio, Diphtherie, Tetanus, und Pertussis (**Tabelle 17**). Die Empfehlung der STIKO, möglichst Kombinationsimpfstoffe zu verwenden, wird inzwischen in den Impfquoten abgebildet. Für die Immunisierung gegen Hib und Hepatitis B werden in den Praxen noch alternative Möglichkeiten gewählt, z. B. Impfung mit Monoimpfstoff gegen Hepatitis B. Dies spiegelt sich in den niedrigeren Impraten (4mal geimpft 85,6%) wider. 3mal geimpft gegen Hepatitis B sind 91,5%.

Tabelle 17 Vollständige Grundimmunisierung (4mal geimpft) bei Schulanfängern in SH für Polio, Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hib und Hepatitis B 2009 bis 2012

	2012	2011	2010	2009
Polio	94,0%	93,9%	92,8%	91,8%
Diphtherie	94,8%	94,7%	94,1%	93,8%
Tetanus	95,0%	94,9%	94,3%	94,0%
Pertussis	94,4%	94,2%	93,7%	93,5%
Hib	92,2%	92,1%	91,7%	90,8%
Hepatitis B	85,6%	85,8%	86,0%	82,8%

Die Durchimpfungsraten gegen Masern, Mumps und Röteln (als Kombinationsimpfung) konnten bei Schulanfängern im Vergleich zum Vorjahr kaum verbessert werden. Somit liegt die Durchimpfungsrate (2mal geimpft für Masern) mit 93,1% wieder unterhalb der von der WHO zur Maserneliminierung geforderten 95,0% (**Abbildung 57**). Vergleicht man die 15 einzelnen Kreise und kreisfreien Städte sowie den Dänischen Gesundheitsdienst am Beispiel der zweifachen Masernimpfung miteinander, so fallen deutliche Unterschiede auf: von 92,0% (Lübeck) bis 96,1% (Neumünster).

Die Pneumokokkenimpfung wurde im Jahr 2006 als Standardimpfung von der STIKO eingeführt. Die Impfdokumentation bei den Schulkindern seit 2009 lässt erkennen, dass noch überwiegend Nachholimpfungen je nach Alter des Kindes oder Indikationsimpfungen durchgeführt wurden. Entsprechend erfolgt die Auswertung mit der Definition „mindestens 1 mal geimpft gegen Pneumokokken“. Dies trifft für 72,2% der Schulanfänger zu (**Abbildung 57**). Die Durchimpfungsrate für 4mal geimpft liegt bei Schulanfängern zurzeit noch bei 21,4%.

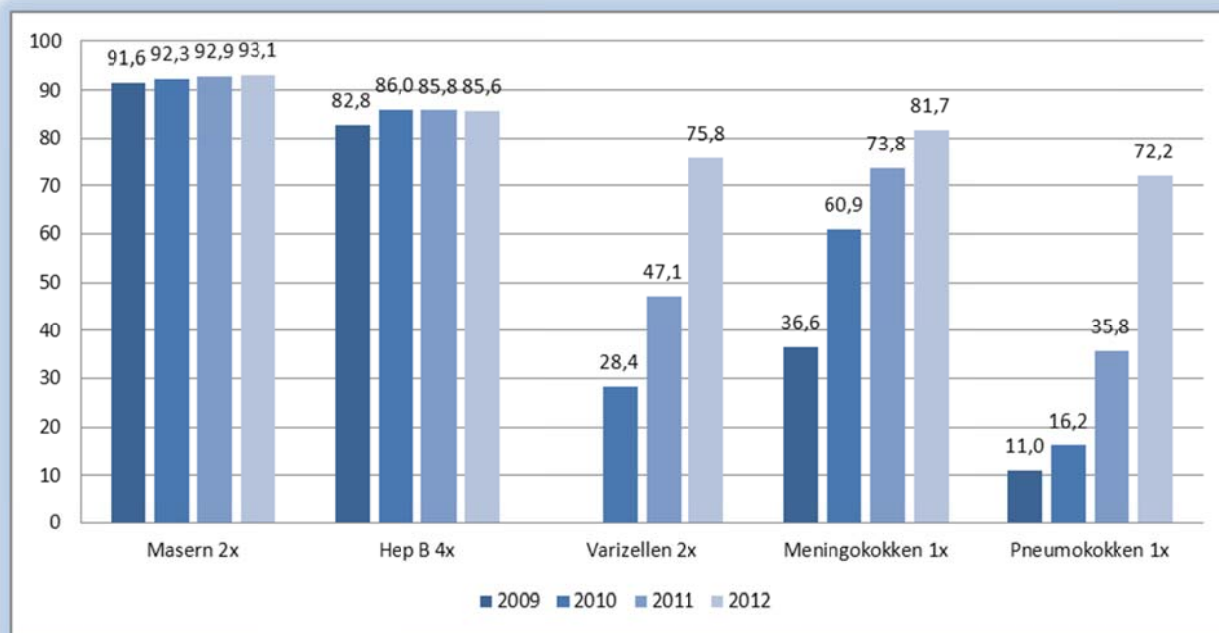
Auch die Schutzimpfung gegen Meningokokken C ist seit 2006 eine von der STIKO empfohlene Standardimpfung und wird in Schleswig-Holstein seit 2009 erfasst und ausgewertet. Die Durchimpfungsrate bei Schulanfängern (1mal geimpft) ist von 36,6% im Jahr 2009 auf 81,7% im Jahr 2012 gestiegen (**Abbildung 57**). Auswertungen von Impfabrechnungsziffern der KVSH* und der ärztlichen Bescheinigungen nach KiTaVO** zeigen bei Kindern im Alter von 24 Monaten und Kindergartenkindern inzwischen deutlich höhere Schutzraten gegen Pneumokokken und Meningokokken C (**Tabelle 18**).

Tabelle 18 Impfung gegen Pneumokokken und Meningitis C in Schleswig-Holstein 2012 in Abhängigkeit vom Alter

Schleswig-Holstein	Pneumok. (mind. 4mal.) %	Men. C (mind. 1 mal) %
Im Alter von 24 Mo (KV-Ziff., n=15.396)	75,1	82,0
Altersgr. 2-5 Jahre (Aufn. Kindergarten ,n=12.824)	84,5	84,7
Schulanfänger (ungefähr 6-jährig, n=20.827)	21,4	81,7

Der Impfschutz gegen Varizellen bei Schulanfängern ist seit 2007 kontinuierlich gestiegen. Seit 2010 wird in SH auch „2mal gegen Varizellen geimpft“ dokumentiert und ausgewertet (**Abbildung 57**). Die Durchimpfungsrate (2malige Impfung) in den einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten sowie dem dänischen Gesundheitsdienst ist sehr unterschiedlich und hat eine Spannweite von 67,6% (Landkreis Plön) bis 83,7% (Lübeck).

Abbildung 57 Impfquoten % Schulanfänger Schleswig-Holstein 2009 bis 2012



IMPFSCHUTZ BEI KINDERGARTENKINDERN UND ÄLTEREN SCHULKINDERN:

Im Gegensatz zu den Schulanfängern (n=22.994) stehen in den Altersstufen Kindergartenalter und 8. Klassenstufe keine Impfdaten vollständiger Jahrgänge zur Verfügung. Einige KJÄD bieten Untersuchungen in Kindergärten oder Schulen an und wählen regional unterschiedlich verschiedene Zielgruppen aus. Zum Beispiel werden nur bestimmte Schulformen (Förderschulen und Regionalschulen) oder Schulen bzw. Kindertagesstätten in sozialen Brennpunkten aufgesucht. Somit sind die ausgewerteten Impfquoten nicht repräsentativ für Schleswig-Holstein, weisen aber eindeutig auf Impflücken hin.

In der 6. Klassenstufe werden in zwei Kreisen (Lauenburg und Nordfriesland) und der Stadt Flensburg jährliche Impfaktionen durchgeführt. Dafür werden **vollständige Jahrgänge** aller staatlichen Schulen angeschrieben (2012 n= 4.163). Die Responderate mit vorgelegten Impfbüchern lag 2012 bei 67,3%. Deshalb sind auch diese Zahlen nicht repräsentativ für Schleswig-Holstein, Impflücken insbesondere bei den Auffrischimpfungen sind aber deutlich erkennbar (**Tabelle 19**).

Tabelle 19 Impfquoten 2012 in 6. Klassen (n= 4.163, davon 2.802 vorgelegte Impfbücher im Kreis Lauenburg, Kreis Nordfriesland und in der Stadt Flensburg)

Impfung gegen	Grundimmunisierung 4x	1. Boosterung
Polio	93,0%	41,4%
Diphtherie	96,5%	82,7%
Tetanus	97,0%	82,9%
Pertussis	93,4%	67,1%
	1x geimpft	2x geimpft
Masern	97,6%	92,9%
Varizellen	19,9%	14,5%
	3x geimpft	4x geimpft
Hepatitis B	92,8%	48,0%
	1x geimpft	
Meningokokken 1x geimpft	39,8%	

* Bader HM und Ludwig M (2013): Impfschutz 2010 bis 2012 in Schleswig-Holstein

nach KV-Abrechnungen. Veröffentlichung in Vorbereitung.

** Wichterich D, Nacke K, Bader HM: Impfschutz bei Aufnahme in eine Kindertagesstätte in

Schleswig-Holstein 2012. Veröffentlichung in Vorbereitung.

VIII. IMPFSCHUTZ BEI AUFNAHME IN DEN KINDERGARTEN SCHLESWIG-HOLSTEIN 2012

13. Erhebungs-Jahrgang

- Auswertung der anonymen ärztlichen Bescheinigungen nach KiTaVO -
Dr. Dörte Wichterich, Dr. Kirsten Nacke und Dr. Hans-Martin Bader

GESAMTAUSWERTUNG:

Im Jahr 2012 sind insgesamt 19.960 anonyme Dokumentationsbögen eingegangen. 18.550 aller Einsendungen konnten ausgewertet werden (92,9%, Stichtag 7. Sept. 2013). Die Zahl der Gesamteinsendungen wird sich wie in den Vorjahren durch verspätete Eingänge noch erhöhen. 23.017 Einsendungen aus dem Vorschulalter wurden erwartet. Der Anteil der sehr jungen Kinder ist in der Gesamtauswertung weiter gewachsen (jetzt 21% im Alter von 0 bis <25 Monate). Einen Überblick über alle eingegangenen „Ärztlichen Bescheinigungen“ zeigt die **Tabelle 20**.

Tabelle 20 Einsendungen der „Ärztlichen Bescheinigungen“ mit Teilgruppen (Stand 23. Okt. 2013)

	2012	2011	2010	2009	2008	2001 bis 2007	2000
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl		Anzahl
Eingesandt:	19.960	22.431	21.724	22.689	24691		19.571
Davon nicht auswertbar (ohne verspäteten Eingang)	810 (4,4%)	820 (3,6%)	792 (3,6%)	779 (3,4%)	971 (3,9%)		127
Verspäteter Eingang:	600	2.211	2.334	2.799	2.208		1.812
Gesamtauswertung: (2012 3 Mo. bis 14 J)	18.550	19.400	18.598	19.111	21.512		17.632
davon < 13 Monate alte Säuglinge	820 (4,4%)	944 (4,9%)	753 (4,0%)	622 (3,2%)	271 (1,2%)	Jahrgänge nicht dargestellt	111 (0,7%)
davon 13 bis < 25 Monate, Krippenkinder	3.070 (16,6%)	2.888 (14,9%)	3.022 (16,3%)	2.384 (12,5%)	1.653 (7,7%)		
davon > 60 Monate	1.836 (9,9%)	1.904 (9,8%)	1.768 (9,5%)	1.822 (9,5%)	2.257 (10,5%)		2.240 (12,7%)
(1 bis 5 Jahre) (= 13 Mo. bis 60 Mo.)	15.894 (85,7%)	16.552 (85,3%)	16.077 (86,4%)	16.667 (87,2%)	18.970 (88,2%)		15.281 (86,7%)
(2 bis 5 Jahre)(= 25 Mo. bis 60 Mo.)	12.824 (69,1%)	13.664 (70,4%)	13.808 (74,2%)	14.905 (78,0%)	17.562 (81,8%)		
Rundungsdifferenz					14		

KINDERGARTEN (1 BIS 5 JAHRE):

Die Ergebnisse der Altersgruppe 1 bis 5 Jahre (n=15.894) stehen wie in den Vorjahren im Mittelpunkt der Erhebung.

Der Altersdurchschnitt (gewichteter Mittelwert) lag 2012 wie im Vorjahr bei 2 J. 11 Mo. (vor 13 Jahren bei 3 J. 7 Mo.). Beim Vergleich mit der Gesamtgruppe „Kindertageseinrichtungen“ zeigt zwar die Gruppe 1 bis 5 Jahre zunehmend etwas höhere Raten (**Tabelle 21**). Dennoch nimmt die Gruppe der Kinder unter 2 Jahren zunehmend Einfluss auf die Impfquoten (**Tabelle 22**). Das wird jeweils gesondert hervorgehoben.

Tabelle 21 Impfschutz Aufnahme Kindergarten (in %) 1 bis 5 Jahre (n = 15.894) und Kindertagesstätten gesamt SH 2012 (n =18.550) im Vergleich zum Jahr 2000.

	1 bis 5 Jahre		KiTa-gesamt	
	2012	2000	2012	2000
Diphtherie	91,3	96,0	89,9	95,8
Tetanus	91,7	96,3	90,2	96,1
Polio	91,0	93,5	89,6	93,3
Pertussis	90,6	89,7	89,0	89,0
Hib	90,3	89,2	88,7	88,5
Hepatitis B	87,0	75,0	85,3	73,2
Pneumokokken	81,9 [#]	-	78,8 ^{##}	-
Meningokokken	81,0 [#]	-	77,9 ^{##}	-
mindestens 1x Masern	92,8	88,2	90,5	92,2
2x Masern	77,4	14,4	74,7	15,4
mindestens 1 x Mumps	92,7	87,9	90,4	91,9
2x Mumps	77,3	14,3	74,7	15,3
mindestens 1x Röteln	92,7	85,4	90,4	91,5
2x Röteln	77,3	14,1	74,7	14,8
mindestens 1x Windpocken	86,0 [*]	-	83,1 ^{**}	-
2 x Windpocken	73,1 [*]	-	69,7 ^{**}	-
mindestens 1x MMR	92,7	84,8	90,3	91,2
2 x MMR	77,3	14,0	74,7	14,8

Bezug Pneumokokken- und Meningitis C-Abfrage: # n = 14.099, ## n=16.482

Bezug Windpocken-Abfrage: * n = 15.383, ** n = 17.960

Tabelle 22 Impfschutz Aufnahme Kindergarten SH 2012 Vergleich der Altersgruppe 1 bis 5 Jahre (n = 15.894) und 2 bis 5 Jahre (n = 12.824) in %.

	2012	
	1 bis 5 Jahre	2 bis 5 Jahre
Diphtherie	91,3	93,9
Tetanus	91,7	94,4
Polio	91,0	93,6
Pertussis	90,6	93,3
Hib	90,3	92,8
Hepatitis B	87,0	89,4
Pneumokokken	81,9 [#]	84,5 ^{##}
Meningitis C	81,0 [#]	84,7 ^{##}
mindestens 1x Masern	92,8	94,1
2x Masern	77,4	83,4
mindestens 1 x Mumps	92,7	94,0
2x Mumps	77,3	83,3
mindestens 1x Röteln	92,7	93,9
2x Röteln	77,3	83,3
mindestens 1x Windpocken	86,0 [*]	87,5 ^{**}
2 x Windpocken	73,1 [*]	78,6 ^{**}
mindestens 1x MMR	92,7	93,9
2 x MMR	77,3	83,3

Bezug Pneumokokken- und Meningitis C-Abfrage: # n =14.099 , ## n = 11.354

Bezug Windpockenabfrage: * n = 15.383 **n = 12.400

ERSTE UND ZWEITE IMPFUNG GEGEN MASERN (ABBILDUNG 58 UND TABELLE 24):

Die Rate für die Erst-Impfung gegen Masern liegt landesweit in der Altersgruppe 2 bis 5 Jahre bei 93,1% (Vorjahr 93,4%). Die Spannweite beträgt 92,2% [Landkreis (LK) Steinburg] bis 96,6% [Stadtkreis (SK) Neumünster]. Mumps und Röteln sind in der Einzeldarstellung fast gleich (**Tabelle 22**) (feste MMR-Kombination).

Im Juli 2001 wurde von der STIKO neu empfohlen, die Zweit-Impfung MMR (Kombinationsimpfung) in das 2. Lebensjahr vorzuziehen (Zeitraum 15 bis spätestens 24 Monate). Die Rate der Zweit-Impfung gegen Masern allein bei Aufnahme in den Kindergarten stieg im Jahr 2008 in der Altersgruppe 1 bis 5 Jahre erstmals nur geringfügig an um 0,5% auf 82,9% (in den Jahren davor regelmäßig um mindestens 4% pro Jahr, **Abbildung 58**). Sie ist in dieser Altersgruppe, die die Kinder unter zwei Jahren (13 bis 24 Monate) mit einschließt, danach in den folgenden vier Jahren bis 2012 kontinuierlich abgesunken auf 77,3%. Auch hier ist der Einfluss der zunehmend jüngeren Kinder in den Kindertagesstätten abgebildet. Der Anteil der Kinder von 13 Monaten bis < 25 Monaten bei Aufnahme in eine Kindertagesstätte hat sich in 2012 weiter erhöht von 7,68% im Jahr 2008 auf 16,55% im Jahr 2012 (Tab.1).

Gerade diese Altersgruppe erhält aber nach wie vor die Wiederholungsimpfung (MMR) nicht zeitgerecht bis zum Ende des 2. Lebensjahres. Das zeigt sich auch in der Auswertung des Impfschutzes nach KV-Abrechnungsziffern für Impfungen von der Geburt bis zum Alter von 24 Monaten (**Tabelle 23**).¹³ Im Vergleich zum Vorjahr nach KV-Abrechnungsziffern zeigten die Quoten der einzelnen Altersgruppen jedoch einen moderaten Anstieg um 1% (Spannweite 3% bei 4 x Hep B und 0,7% bei der 2. MMR-Impfung).

Betrachtet man in gleichem Sinne in **Tabelle 22** die Kindergartengruppe ohne die beiden ersten Lebensjahre (2-5Jahre, n=12.824), zeigt diese mit 83,4% eine gleichbleibende Rate wie 2011 (83,3%). 2009 lag die Rate für 2mal gegen Masern geimpft noch bei 85,7%.

Im Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft zeigen sich deutliche Unterschiede bei der Durchführung dieser Wiederholungsimpfung (Altersgruppe 2 bis 5 Jahre, **Tabelle 24**): In den Landkreisen und kreisfreien Städten reicht die regionale Spannweite für die zweite Masern- Impfung von 79,5% (LK Nordfriesland) bis 87,9% (SK Neumünster). In der Altersgruppe 2 bis 5 Jahre haben nur noch drei Land- bzw. Stadtkreise die 85%-Grenze überschritten (2011=5, 2010=7). Zu fordern ist jedoch eine Rate von mehr als 95% für beide Masern-Impfungen (STIKO Juli 2010). Im Jahr 2012 wurden 2 Masernfälle gemeldet¹⁴ (im Vorjahr noch 28), in Jahr 2013 waren es bis Ende Oktober jedoch 14 Erkrankungen.¹⁵

13 Bader HM und Ludwig M (2013): Impfschutz 2010 bis 2012 in Schleswig-Holstein nach KV-Abrechnungen. Veröffentlichung in Vorbereitung

14 Rautenberg P, Selck G und Läubrich C (2013): Infektionsepidemiologischer Bericht über meldepflichtige Krankheiten in Schleswig-Holstein für das Jahr 2012. Band 11. Shaker Verlag, Aachen

15 Kompetenzzentrum für das Meldewesen übertragbarer Erkrankungen. Universität Kiel. 43. Kalenderwoche, 2013

Abbildung 58 Masern-Impfung Kindergarten (Aufnahme) SH 2000 bis 2012, Vergleich der Altersgruppen 1-5 Jahre und 2-5 Jahre für 2008 bis 2012

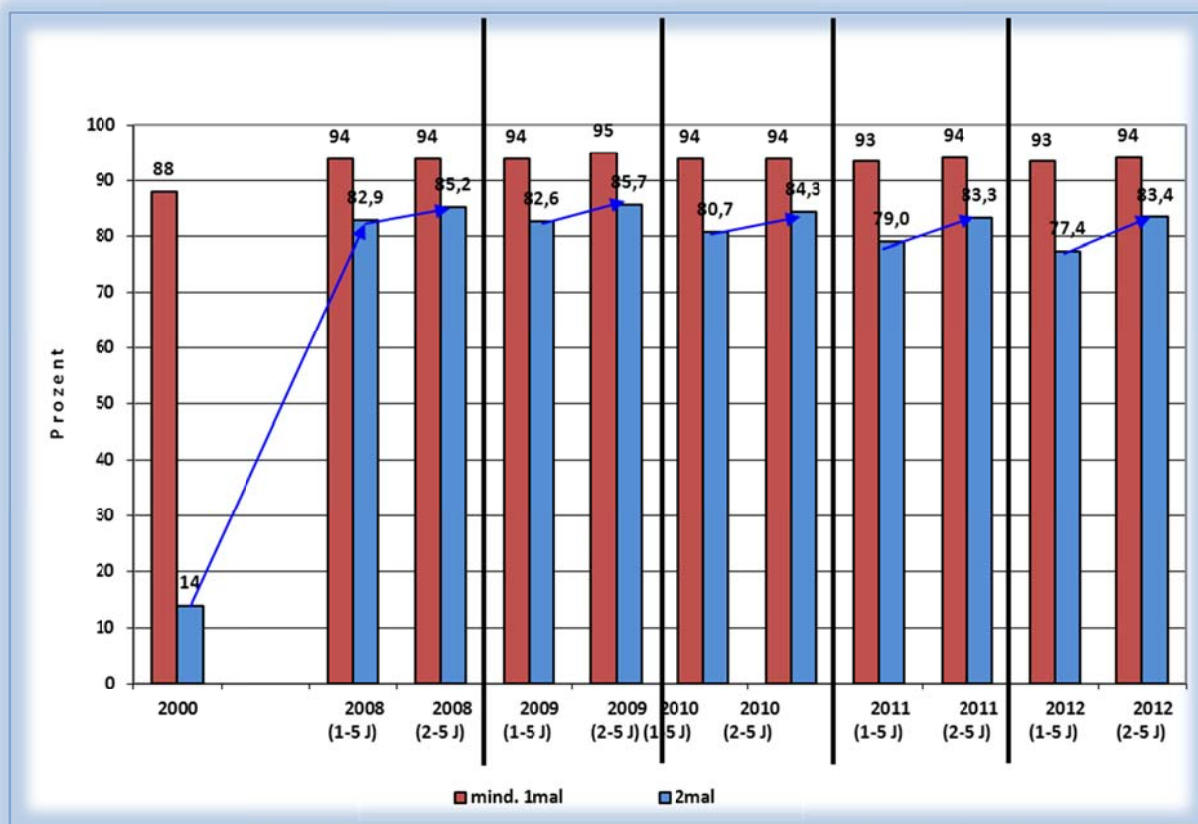


Tabelle 23 Impfschutzraten (%) nach KV-Ziffern-Abrechnung bei Kindern bis 24 Monaten in SH im Jahr 2012 (geboren 2010) in Abhängigkeit vom Alter (U3 bis U7 komplett, n=15.396)

	DT(aP-IPV-Hib)	Hep B	MMR
Grundimmunisierung (3 mal, MMR 1mal)			
≤ 4 Monaten	28,7	28,1	
≤ 7 Monaten	82,0	79,4	
≤ 13 Monaten	91,8	88,1	79,8
≤ 19 Monaten	94,4	90,6	89,3
≤ 24 Monaten	95,7	91,6	92,9
Kompletter Impfschutz (4 mal, MMR 2mal)			
≤ 13 Monaten	35,6	34,5	11,4
≤ 19 Monaten	72,9	70,2	64,1
≤ 24 Monaten	82,8	79,3	77,5

DIE IMPFUNGEN GEGEN VARIZELLEN (TABELLE 21,22 UND 24)

wurden ab dem Kindergartenjahr 2006 erstmals miterfasst. Berücksichtigt werden auch jetzt wieder nur die Bescheinigungen, auf denen die eindeutige Möglichkeit zur Markierung der Varizellen (Windpocken)-Impfung vorgegeben war.

In der **Tabelle 24** sind zusammen mit den MMR-Impfungen die Ergebnisse der Kindergartenkinder im Alter von 2 bis 5 Jahren aufgeführt (n=12.824). In dieser Untergruppe waren 87,5% der Kinder mindestens 1mal gegen Varizellen geimpft (Bezug

n=12.400) mit einer Spannweite von 82,9% (LK Nordfriesland) bis 92,4% (SK Neumünster), 2mal geimpft waren 78,6% (73,0%) [LK Nordfriesland] bis 85,8% [SK Neumünster]. Fünf Jahre zuvor waren landesweit erst 57,9% 1mal und 10,0% 2mal gegen Varizellen geimpft.

Tabelle 24 Impfschutz gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen, Altersgruppe 2 bis 5 Jahre, Kindergarten (Aufnahme) SH 2012 regional

Kreisfreie Stadt/ Landkreis	Masern. %		Mumps %		Röteln %		Varizellen %	
	1x	2 x	1x	2 x	1x	2 x	1x	2 x
Flensburg	95,5	85,8	95,5	85,8	95,5	85,8	90,8	83,1
Lübeck	95,4	87,5	95,0	87,2	95,0	87,2	91,1	84,0
Kiel	93,0	83,5	93,2	83,3	92,9	83,3	87,5	78,8
Neumünster	96,6	87,9	96,6	87,9	96,6	87,9	92,4	85,8
Dithmarschen	95,4	82,8	95,4	82,8	95,4	82,8	89,6	78,4
Steinburg	92,2	82,4	91,8	82,3	91,8	82,3	87,6	78,0
Nordfriesland	94,4	79,5	94,2	79,5	94,2	79,5	82,9	73,0
Stormarn	92,6	80,2	92,1	80,1	92,1	80,1	84,3	73,9
Ostholstein	95,2	83,8	95,2	83,8	95,2	83,8	90,2	80,4
Pinneberg	95,1	84,6	95,1	84,6	95,1	84,6	88,1	79,5
Plön	93,8	84,8	93,8	84,8	93,8	84,8	88,3	79,6
Rendsburg-Eckernförde	92,4	82,2	92,3	82,2	92,2	82,1	87,0	78,7
Herzogtum Lauenburg	92,8	81,6	92,8	81,6	92,6	81,6	86,3	77,5
Segeberg	95,6	84,6	95,5	84,6	95,4	84,6	89,8	80,6
Schleswig-Flensburg	93,4	84,2	93,4	84,2	93,4	84,2	83,1	75,9
Schleswig-Holstein	94,1	83,4	94,0	83,3	93,9	83,3	87,5	78,6

IMPFSCHUTZ GEGEN DIPHTHERIE, TETANUS, PERTUSSIS, POLIO, HIB UND HEPATITIS B

Mit Beginn des Jahres 2009 kamen erweiterte „Ärztliche Bescheinigungen“ in Umlauf, deren Vorgaben seit 2010 in die Auswertung eingehen: Zum einen die Aufnahme der Impfungen gegen Pneumokokken und Meningitis C.

Zum anderen wurde die Codierungsvorgabe für „vollständig geimpft“ für DT-Polio-Hib-HepB von „mindestens 3mal“ auf „mindestens 4mal“ geändert

(Anpassung an den regelhaften Einsatz der Sechsfach- oder Fünffach-Kombinationsimpfstoffe zum Erreichen der kompletten Grundimmunisierung).

Für Pertussis war seit Beginn im Jahr 2000 immer „mind. 4mal“ gefordert.

Die Darstellung der sechs Impfungen der **Tabelle 25** soll zeigen, dass die Schutzraten in den einzelnen Gebieten je nach Impfarm zwischen 82,5% (Hepatitis B im SK Kiel) und 96,2% (Tetanus im SK Neumünster) liegen. Im Vergleich zum Vorjahr hat im Landesdurchschnitt bei Einschluss der Kinder im 2. Lebensjahr keine der sechs Impfungen die Marge von 94% überschritten (vor drei Jahren waren es noch vier). Auch in der Altersgruppe 2-5Jahre findet sich nur bei Tetanus eine Quote von 94,4% (**Tabelle 22**). 2011 waren Quoten über 94% in dieser Altersgruppe noch bei Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus und Polio abgebildet.

Die Hep B-Impfung stagniert seit 2005 bei Raten zwischen 90 und 91%, seit 2010 ist die Quote von 89,6% über 88,3% (2011) auf 87% (2012) gesunken.

Tabelle 25 Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus, Polio, Pertussis, Hämophilus Typ b, Hepatitis B, Kindergarten (Aufnahme) SH 2012 regional (1 bis 5 Jahre)

Kfz-Kennzeichen	Kreisfreie Stadt/ Landkreis	Diphth. %	Tet. %	Polio %	Pert. %	Hib %	Hep B %
FL	Flensburg	88,2	88,2	88,2	86,9	87,3	85,6
HL	Lübeck	94,3	94,4	94,1	93,7	93,1	91,9
KI	Kiel	88,1	88,2	88,0	87,4	86,9	82,5
NMS	Neumünster	95,9	96,2	95,7	94,6	95,7	94,1
HEI	Dithmarschen	92,0	92,2	92,0	91,8	91,6	90,6
IZ	Steinburg	89,3	89,7	88,9	89,3	88,4	86,0
NF	Nordfriesland	92,2	92,4	91,9	91,7	91,7	89,8
OD	Stormarn	92,8	93,9	92,6	90,1	91,3	84,2
OH	Ostholstein	92,5	92,9	92,4	91,7	92,1	89,7
PI	Pinneberg	90,5	91,4	90,0	90,3	89,7	85,4
PLÖ	Plön	92,5	93,0	92,4	91,0	91,3	84,5
RD	Rendsburg-Eckernförde	91,0	91,4	90,6	90,1	89,2	86,5
RZ	Herzogtum Lauenburg	90,7	91,4	90,2	90,1	89,4	86,2
SE	Segeberg	90,8	91,0	90,5	90,6	90,1	86,4
SL	Schleswig-Flensburg	91,5	91,6	91,1	90,8	90,7	88,1
2012	Schleswig Holstein gesamt	91,3	91,7	91,0	90,6	90,3	87,0
2011	Schleswig-Holstein	92,7	93,1	91,1	89,9	90,5	88,3
2010	Schleswig-Holstein	94,0	94,5	93,7	92,5	93,0	89,6

IMPFSCHUTZ GEGEN PNEUMOKOKKEN UND MENINGITIS C (TABELLE 26)

Seit 2009 können in aktualisierten „Ärztlichen Bescheinigungen“ die beiden Konjugat- Impfungen gegen Pneumokokken und Meningokokken C dokumentiert werden. Beide sind seit 2006 als Regelimpfungen in die STIKO-Empfehlungen aufgenommen. Die Anzahl dokumentierter Bescheinigungen 2012 beträgt n= 11.354 in der Altersgruppe 2 bis 5 Jahre. Seit Dokumentationsbeginn sind erwartungsgemäß die Durchimpfungsraten kontinuierlich angestiegen und liegen 2012 für Pneumokokken bei 84,5%, für Meningokokken C bei 84,7%.

Dies zeigen auch die Auswertungen von Impfabrechnungsziffern der KVSH¹⁶.

16 Poster auf der 1. Nationalen Impfkonzferenz 2009 in Mainz. Abstractband, S. 22 – 23

Tabelle 26 Impfung gegen Pneumokokken und Meningitis C in Schleswig-Holstein 2012 in Abhängigkeit vom Alter

Schleswig-Holstein	Pneumok. (mind. 4mal. %)	Men. C (mind. 1 mal) %
Im Alter von 24 Mo (KV-Ziff., n=15.396)	75,1	82,0
Altersgr. 2-5 Jahre (Aufn. Kindergarten Bezug n=12.824)	84,5	84,7
Schulanfänger (ungefähr 6-jährig, n=20.827)	21,4	81,7

ZUSAMMENFASSUNG:

Der Altersdurchschnitt in den Kindertagesstätten sinkt seit Jahren kontinuierlich. Seit August 2013 haben Eltern auch einen Rechtsanspruch auf einen Krippenplatz für ihre Kinder bereits im Alter von ein und zwei Jahren. Immer mehr Kinder, die in Kindertagesstätten betreut werden, sind nicht zeitgerecht geimpft. Auch in diesem Jahr werden die Auswirkungen der verzögerten Immunisierung besonders bei der zweiten Masern-Impfung sichtbar: Der Kindergartenjahrgang 2012 zeigt landesweit wie in den letzten fünf Jahren keinen Zuwachs der Impfschutzrate für die zweite Masern-Impfung. Erst ab dem 3. Lebensjahr ist ein verzögerter Zuwachs um 6% deutlich (77,4% auf 83,4%), dieser liegt aber zum vierten Mal seit 2009 unter dem damaligen Wert von 85,7%. Noch später - bei Einschulung - mit sechs Jahren haben die Kinder dann zu 93,1% die zweite Impfung gegen Masern erhalten, in 95,8% die erste Impfung.

Diese Verzögerung zeigt sich nun in 2012 auch bei den Komponenten der Sechsfachimpfung: In der Altersgruppe mit Beginn im 3. Lebensjahr (2-5 Jahre) findet sich nur noch bei der Tetanusimpfung eine Quote von über 94%. 2011 galt dies auch noch für Diphtherie und Polio.

Ohne weitere unterstützende öffentliche Vereinbarungen (z. B. Verankerung eines ausreichenden Impfschutzes als Voraussetzung zur Aufnahme in eine Kindertagesstätte in Satzungen der Kindergartenträger) kann offenbar die epidemiologisch begründete Forderung nach der frühzeitigen Impfschutzrate von 95 % nicht erfüllt werden.

Danksagung an das Gesundheitsministerium MSGWG / Kiel, Firma AstraZeneca / Wedel (Holstein), Marita Harder / KJÄD im Gesundheitsamt Flensburg, und Holger Harder / Handewitt (OT Hüllerup).

IX. ZAHNÄRZTLICHES KAPITEL

- Der Anteil Grundschul Kinder an den zahnärztlich untersuchten Kindern- und Jugendlichen an den Schuleinrichtungen in Schleswig-Holstein (80.000 Untersuchungen) liegt bei 77,0% (2011/12: 77,9%).
- In Schleswig-Holstein haben 57,8% (2011/12: 58,2%) der 6- bis 7-jährigen Kinder ein kariesfreies Gebiss. Diese Rate nimmt im bundesweiten Spektrum von 38,9% - 61,7% eine Spitzenposition ein.
- 42,2% (2011/12: 41,8%) der Erstklässler, die kein naturgesundes Gebiss aufweisen, haben im Durchschnitt 3,6 (2011/12: 3,6) karieserkrankte oder behandelte Zähne.

GRUNDLAGE UND AUSWAHLKRITERIEN FÜR DIE MUNDGESUNDHEITSDATEN

Zu folgenden Aspekten werden jeweils für die Kreise und kreisfreien Städte und den Dänischen Gesundheitsdienst Ergebnisse dargestellt:

- zum Erreichungs- bzw. Untersuchungsgrad in den Grundschulen, Schuljahr 2012/13
- zur Mundgesundheit bei Erstklässlern bezogen auf die Erkrankung an Karies
- zur einrichtungsbezogenen Risikoprofilermittlung als Steuerungsgröße

Die Auswahl dieser Schwerpunkte erfolgte, um mit möglichst wenigen Indikatoren aussagekräftige Informationen zu liefern. Diese Informationen dienen zum einen dazu, zu beurteilen, ob der Anspruch der flächendeckenden Untersuchung erreicht wird (Untersuchungsgrad), zum zweiten, den Mundgesundheitszustand in Bezug auf Karies bei den schleswig-holsteinischen Kindern zu beschreiben, zum dritten, zu verdeutlichen, auf welcher Planungsgrundlage die Umsetzung der Gruppenprophylaxe in den regionalen Kreisarbeitsgemeinschaften erfolgt. Schlussendlich kann auf der Basis dieser Ergebnisse der jeweilige Handlungsbedarf in den Kreisen und kreisfreien Städten für die Mundgesundheit der schleswig-holsteinischen Grundschüler abgeleitet werden.

Eine landesweite Datenerfassung der Zahnärztlichen Dienste mit Hilfe eines elektronischen Dokumentationsprogramms, wie z. B. GUdental (Software zur Dateneingabe) ist fast verwirklicht. Die nachfolgenden detaillierten Auswertungen zur Mundgesundheit bei Erstklässlern im Schuljahr 2012/13 berücksichtigen die Schulzahnärztlichen Dienste des Landes Schleswig-Holstein, die über ein System der elektronischen Datenverarbeitung verfügen (**Tabelle 27**).

Die Datengrundlage stellt die Dokumentation der Zahnärztlichen Dienste nach den landesweit einheitlichen Erhebungskriterien mit dem Dokumentationsprogramm „GUdental“¹⁷ dar.

17 GUdental, software.house informationstechnik AG, Kiel

Tabelle 27 Ist-Zustand der Datenerfassung 2012/13 für Schleswig-Holstein

Kreis/kreisfreie Stadt	1. Klassen – Untersuchung / Untersuchungsgrad	DV-Erfassung
Flensburg	Vollständig, an Grund-, Privat- u. Förderzentren	Ja, ISGA
Kiel	Die 1. Klassen sind vollständig untersucht	Ja, GUDental
Lübeck	Vollständig untersucht an 37 Grundschulen u. 7 Förderzentren	Ja, GUDental
Neumünster	Vollständig, ohne Waldorfschule	Ja, GUDental
Dithmarschen	Vollständig untersucht an 36 Grundschulen	Ja, GUDental
Herzogtum Lauenburg	Die 1.Klassen sind unvollständig untersucht, da der JZÄD ab 31.03.12 keine angestellte ZÄ mehr hatte und die Honorarkraft nicht alles abdecken konnte	Ja, GUDental
Nordfriesland	Unvollständig , da der Dienstantritt der dort angestellten Zahnärztin erst ab 01.01.2013 erfolgte	Ja, GUDental
Ostholstein	Vollständig	Ja, GUDental
Pinneberg	Unvollständig , da eine von 61 Grundschulen aus terminlichen Gründen nicht eingeplant wurde	Ja, GUDental
Plön	Vollständig, alle 22 Grundschulen (eine Privatschule ohne Untersuchung)	Ja, Karteikarte u. Nacherfassg. in MS Excel
Rendsburg-Eckernförde	Unvollständig , 68 von 73 Grund- und 6 Förderzentren untersucht	Ja, GUDental
Schleswig-Flensburg	Alle 1.Kl. an 50 Grundschulen	Ja, GUDental
Segeberg	Unvollständig , da aufgrund von Hardwareproblemen nur 31 Grundschulen ausgewertet werden konnten.	Ja, GUDental
Steinburg	Unvollständig : 23 von 29 GS, ohne Waldorfschule, aber alle 3 Förderzentren	Ja, GUDental
Stormarn	35 Grund- und 6 Förderzentren untersucht	Ja, GUDental
Dänischer Gesundheitsdienst	32 Grundschulen und 5 Sonderschulen untersucht	Ja, GUDental
ZA = Zahnarzt	Auswertung vom 25.02.14 /Pape	

Aufgrund der großen Bedeutung von Karies als Volkserkrankung konzentriert sich die Beschreibung der Mundgesundheit bei den Erstklässlern auf folgende Indikatoren:

- Naturgesunde Gebisse bei Erstklässlern
- Durchschnittlicher **dmft-Index** bei Erstklässlern
- Kariesrisiko bei Erstklässlern, ergänzt durch klassenübergreifende Werte aller Grundschüler
- Behandlungsbedürftigkeit der Grundschüler wegen Karies
- Behandlungsbedürftigkeit der Schüler wegen Karies an Förderzentren in den Klassen 1-4

Die Auswahl der Erstklässler für die Darstellung der Karieserkrankung erfolgte aufgrund der Art der Befunderhebung. Gemäß landesweiten Richtlinien werden bei den Erstklässlern sowohl die Milchzähne als auch die bleibenden Zähne befundet.

Als Indikatoren für die Mundgesundheit werden üblicherweise der Prozentsatz naturgesunder Gebisse und der durchschnittliche **dmf(t)-Wert** herangezogen (vgl. DAJ, 2005¹⁸, Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder (2003) (MGSFF NRW, 2003)). Naturgesund bedeutet in diesem Zusammenhang ein völlig intaktes Gebiss, das noch über keinerlei Karieserfahrung verfügt, also noch nie Karies hatte. Die **dmf(t)- und DMF(T)-Werte** geben die Anzahl der durch Karies geschädigten (d = decayed), fehlenden (m = missing) oder gefüllten (f = filled) Zähne (t = teeth) an, wobei sich der dmf(t) auf die Milch- und der DMF(T) auf die bleibenden Zähne bezieht. Da in der Regel bei 6- bis 7-Jährigen nur sehr wenige bleibende Zähne an Karies erkrankt sind, wird der DMF(T)-Wert der Erstklässler in diesem Bericht nicht dargestellt, sondern ausschließlich der **dmf(t)-Wert**. Der durchschnittliche DMF(T)-Wert der 6- bis 7-Jährigen betrug 2009 in Schleswig-Holstein 0,03 (DAJ 2010¹⁹).

Eine wichtige Rolle spielt das für jedes Kind einzeln erhobene „Kariesrisiko“. Es wird altersspezifisch nach bundesweit einheitlichen Kriterien (DAJ) definiert. Bei den Erstklässlern (6- bis 7-Jährigen) besteht nach der DAJ-Definition dann ein **erhöhtes Kariesrisiko**, wenn bereits mehr als 5 Milchzähne erkrankt sind oder waren und/oder mindestens ein bleibender Zahn eine Karies aufweist.

Allerdings ist nicht jeder kariöse Milchzahn behandlungsbedürftig (z. B. erkrankte Zähne mit nur noch kurzer Verweildauer in der Mundhöhle). Die Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit der Karies wird in Schleswig-Holstein durch von den Zahnärzten der Öffentlichen Gesundheitsdienste entwickelte, einheitliche „Landeskriterien“ definiert, die verbindlich in Richtlinien geregelt sind. Das Ergebnis wird als Prozentsatz der Grundschüler der Klassen 1 bis 4 mit Karies dargestellt. In diese Beurteilung fließen in allen Altersgruppen die bleibenden Zähne und die Milchzähne ein.

Ein weiterer wichtiger Wert ist das auf der Einrichtungsebene (Schule) ermittelte **Risikoprofil**. Dieses dient als Steuerungsgröße für die Planung gruppenprophylaktischer Maßnahmen je Einrichtung. In diesem Bericht werden die Risikoprofile für die Kreise bzw. kreisfreien Städte kumuliert dargestellt. Für die Grundschüler ist die Datengrundlage sehr zuverlässig, weil hier alle Altersstufen in die gem. § 21 SGB V gesetzlich vorgeschriebene Zielgruppe fallen. Die Risikoprofilermittlung für die Grundschulen ist ebenfalls in den Landesrichtlinien definiert. Sie basiert auf dem durchschnittlichen dmf(t)-Wert der Erstklässler, dem Prozentsatz der Erstklässler mit erhöhtem Kariesrisiko nach den o. g. DAJ-Kriterien sowie dem Anteil der Schüler mit behandlungsbedürftigen Zähnen der Klassen 1 bis 4.

18 Pieper, K.: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2004, Gutachten, Hrsg: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V., Bonn 2005.

19 Pieper, K.: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009, Gutachten, Hrsg: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V., Bonn 2010, S. 22.

In vielen Kreisarbeitsgemeinschaften werden je nach Risikoprofil der Schulen unterschiedliche Programme der Gruppenprophylaxe eingesetzt. Schulen mit geringem Risiko erhalten dann ein so genanntes „Basisprophylaxe“-Programm. Schulen mit hohem Risiko werden entsprechend mit „Risiko“- bzw. „Intensivprophylaxe“-Programmen betreut. Wie oben bereits beschrieben, gibt es auch hier bei der Abstufung der Intensität der Prophylaxemaßnahmen regional starke Unterschiede.

ANZAHL DER REIHENUNTERSUCHUNGEN UND UNTERSUCHUNGSGRAD

In den Schulen des Landes Schleswig-Holstein wurden im Schuljahr 2012/13 79.013 Schüler in Grundschulen zahnärztlich untersucht (1.-4. Klasse) und 1.315 in Förderzentren (1.-4. Klasse), siehe **Tabelle 28**.

Tabelle 28 Zahnärztliche Reihenuntersuchungen 2005/06 bis 2012/13 für Schleswig-Holstein

<i>Schuljahr</i>	<i>Zahnärztlich untersuchte Schüler</i>	<i>davon in Grundschulen (1.-4. Klasse)</i>	<i>davon in Förderzentren (1.-4. Klasse)</i>	<i>Nachuntersuchungen in Grund- und Förderzentren</i>	<i>Gesamt</i>
2005/06	176.138	98.506	2.464	2.876	179.014
2006/07	177.248	100.723	2.490	3.437	180.658
2007/08	173.833	93.021	2.516	3.087	176.920
2008/09	168.179	90.053	2.036	2.861	171.040
2009/10	162.938	93.199	1.662	1.676	166.276
2010/11	158.032	79.637	1.554	2.378	160.410
2011/12	153.751	81.385	1.283	2.030	155.781
2012/13	155.883	79.013	1.315	2.880	158.763

Die Gesamtzahl der gemeldeten Schüler der Grundschulen für Schleswig-Holstein liefert das Statistische Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein im Schuljahr 2012/13 mit 101.085 Schülern. An Förderzentren (1.-4. Klasse) 759 und Förderzentren mit dem Schwerpunkt „geistige Entwicklung“ (Unterstufe: 1.-3. Klasse) wurden 708 Schüler unterrichtet und an Waldorfschulen (1.-4. Klasse) 1.492 Schüler (**Tabelle 36**).

Der Grad der Untersuchungen für Grundschüler (inklusive Schülern in Waldorfschulen) lag somit in Schleswig-Holstein bei 77,0% (Vorjahr: 77,9%).

Die Gründe für die nicht erreichte Flächendeckung lagen nach wie vor in den fehlenden personellen Ressourcen, die schwerpunktmäßige Untersuchungen in Risikoeinrichtungen und/oder den Kindertageseinrichtungen durch den Zahnärztlichen Dienst erforderte.

Im Schuljahr 2012/13 wurden in Schleswig-Holstein insgesamt 1.315 Schüler an Förderschulen von den Zahnärztlichen Diensten im Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Schleswig-Holstein untersucht. Die Untersuchungsrate bei Schülern an Förderzentren lag damit bei 89,6% (Vorjahr: 81,0%).

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

In nachfolgender **Tabelle 29** sind ab Jahrgang 2008/2009 die von den Zahnärztlichen Diensten der Kreise und kreisfreien Städte gemeldeten und untersuchten Erstklässler dargestellt. Eine Mittelung der Daten für ganz Schleswig-Holstein ist aufgrund der Heterogenität der Daten nicht sinnvoll.

Tabelle 29 Untersuchungsgrad bei Erstklässlern für das Schuljahr 2012/13 und die Schuljahre 08/09, 09/10, 10/11, 11/12 für Schleswig-Holstein

Kreisfreie Stadt/Landkreis	Erstklässler [Statistikamt Nord]	von den zahn- ärztlichen Dienstern gemeldete Erstklässler	2012/13		11/12	10/11	09/10	08/09	
			davon Unter- suchte	%	%	%	%	%	
Flensburg	681	592	572	[84,0]	96,6	95,5	90,8	97,3	97,3
Kiel	1.855	1.809	1.777	[95,8]	98,2	91,4	26,0	65,0	65,0
Lübeck	1.751	1.817	1.789	[102,2]	98,5	99,1	95,0	80,8	80,8
Neumünster	710	-	699	[98,5]		94,0	96,6	94,4	94,4
Dithmarschen	1.122	1.112	1.185	[105,6]	106,6	95,3	91,1	---	---
Herzogtum Lauenburg	1.774	-	603	[34,0]		94,9	92,1	96,5	96,5
Nordfriesland	1.483	1.305	890	[60,0]	68,2	94,2	70,8	59,1	59,1
Ostholstein	1.573	1.519	1.172	[74,5]	77,2	90,5	94,1	---	---
Pinneberg	2.679	2.821	2.571	[96,0]	91,1	97,7	96,3	99,4	99,4
Plön	1.100	1.074	1.050	[95,5]	97,8	97,4	93,6	84,6	84,6
Rendsburg-Eckernförde	2.332	2.349	2.220	[95,2]	94,5	97,9	96,9	---	---
Schleswig-Flensburg	1.793	1.525	1.384	[77,2]	90,8	88,2	90,7	89,9	89,9
Segeberg	2.366	-	1.097	[46,4]		34,2	-	51,5	51,5
Steinburg	1.137	1.160	898	[79,0]	77,4	80,4	65,8	74,5	74,5
Stormarn	2.081	2.019	1.965	[94,4]	97,3	---	100,0	96,7	96,7
Dänischer Gesundheitsdienst (verteilt auf KI, FL, NF, SL, RD)	-	416	343	82,5		94,3	--	--	--

Seit vielen Jahren wird wie in anderen Bundesländern auch in Schleswig-Holstein das Prinzip „weg von der Gießkanne“ hin zur bedarfsorientierten Gruppenprophylaxe und selektiven, risikoorientierten individuellen Untersuchung verfolgt. Schulen mit einem risikoarmen Profil werden von den Zahnärztlichen Diensten weniger engmaschig betreut als Schulen mit Schülern, die eines erhöhten Maßes an zahnärztlicher Betreuung bedürfen. Die Daten des zahnärztlichen Kapitels sollten mit dem Wissen gelesen werden, dass sich die Kreise und kreisfreien Städte bezüglich der Datenlage deutlich voneinander unterscheiden. Der Untersuchungsgrad liegt bei Erstklässlern in einer Spannweite von 34% untersuchter Schüler bis deutlich über 97% (**Tabelle 29**). Auch die Betrachtung der jeweiligen Landesdurchschnitte muss auf diesem Hintergrund kritisch gelesen und interpretiert werden.

Des Weiteren zeigen die Ergebnisse, dass es zwischen dem Untersuchungsablauf während der jährlichen zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in Schleswig-Holstein, die hier dokumentiert werden, und der im Abstand von ca. 4 Jahren durchgeführten Risikoprofilerhebung bzw. den bundesweiten Stichprobenerhebungen durch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) sehr geringe Abweichungen bestehen. In der bundesweiten DAJ-Stichprobe 2009 lag der dmf(t)-Wert der Erstklässler in Grundschulen bei 1,45, bei den zahnärztlichen Reihenuntersuchungen Schleswig-Holstein im Schuljahr 2012/13 bei 1,52 (2011/12 bei 1,50). Die Daten der epidemiologischen Erhebungen der DAJ basieren auf Stichproben, die routinemäßig im Rahmen der zahnärztlichen Untersuchungen erhoben werden²⁰.

20 Pieper, K.: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009, Gutachten, Hrsg: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V., Bonn 2010, S. 9.

Die Untersuchung wurde von Herrn Dr. med. dent. Schoeniger-Peters (Gesundheitsamt Lübeck) im Auftrag der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnärzte (LAJ) organisiert. In Schleswig-Holstein gibt es 15 Gesundheitsamtsbezirke, von denen 13 Daten an die bundesweite Studie weiterleiten. Während diese Daten in größeren Abständen bundesweit zusammengeführt werden, stehen die Ergebnisse der Zahnärztlichen Dienste des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Schleswig-Holstein jährlich im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Landes zur Verfügung. Damit können kurzfristige Trends, aber insbesondere auch kleinräumige Daten zusätzlich abgebildet werden.

Das vollständige Gutachten der DAJ zur Epidemiologischen Begleituntersuchung 2009 stellt die Daten einzelner Bundesländer unter anderem mit Schleswig-Holstein unter folgender Adresse zum Download zur Verfügung <http://www.daj.de>.

PROZENTSATZ DER NATURGESUNDEN GEBISSE BEI ERSTKLÄSSLERN

57,8% (2011/12: 58,2%) aller schleswig-holsteinischen Erstklässler des Schuljahres 2012/13 hatten ein naturgesundes Gebiss (**Tabelle 30**), d. h. es war weder ein Milchzahn noch ein bleibender Zahn an Karies erkrankt.

Zum Vergleich: Bei der letzten landesweiten Erhebung der epidemiologischen Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe in Schleswig-Holstein lag der Prozentsatz der naturgesunden Gebisse (Milchzähne und bleibende Zähne) der untersuchten 6- bis 7-Jährigen bei 61,7%²¹ (Schuljahr 2009/10).

Tabelle 30 Kariesfreiheit bei Erstklässlern im Schuljahr 2012/13 für Schleswig-Holstein

Kreisfreie Stadt/Landkreis	Untersuchte Erstklässler	davon kariesfrei	%
Flensburg	572	332	58,0
Kiel	1777	971	54,6
Lübeck	1789	915	51,1
Neumünster	699	342	49,0
Dithmarschen	1185	681	57,5
Herzogtum Lauenburg	603	372	61,7
Nordfriesland	890	508	57,1
Ostholstein	1172	668	57,0
Pinneberg	2571	1569	61,0
Plön	1050	657	62,6
Rendsburg-Eckernförde	2220	1166	52,5
Schleswig-Flensburg	1384	875	63,2
Segeberg	1097	583	53,1
Steinburg	898	440	49,0
Stormarn	1951	1348	68,6
Dänischer Gesundheitsdienst (in FL, NF, SL, RD)	343	242	70,6
Schleswig-Holstein 2012/13	20201	11669	57,8
S-H (2011/12)	20601	11989	58,2
S-H (2010/11)	19772	11712	59,2
S-H (2009/10)	60974	35690	58,5
S-H (2008/09)	16092	9032	56,1
S-H (2007/08)	18327	10373	56,6
S-H (2006/07)	21636	11873	54,9

21 Dito. Pieper, K.: 2010, S. 23.

Deutlich über dem Landesdurchschnitt von 57,8% liegen die untersuchten Erstklässler im Kreis Stormarn und die Erstklässler des dänischen Gesundheitsdienstes.

In **Tabelle 31** sind für Schleswig-Holstein die durchschnittlichen dmf(t)-Werte (erkrankte/ wegen Karies fehlende oder gefüllte Milchzähne) der Erstklässler des Schuljahres 2012/13 dargestellt.

Zum Vergleich: Schleswig-Holstein befand sich 2009 innerhalb des bundesweiten Spektrums von 42,7%-62,3%²² Kariesfreiheit (DAJ 2009) mit 62,3%²³ erneut auf einer Spitzenposition. Der dmf-(t)-Index im Schuljahr 2009/10 betrug laut der letzten landesweiten Erhebung der epidemiologischen Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe in Schleswig-Holstein 1,45²⁴.

Der dmf(t)-Index lag in Schleswig-Holstein im Schuljahr 2012/13 bei 1,52 d. h. jeder Erstklässler hatte im Durchschnitt nur noch knapp 1,5 karieserkrankte Zähne (2011/12: 1,50; 2009/10: 1,48; 2008/09: 1,58). Im Bundesländervergleich lag der dmf-(t)-Index der 6-bis 7-Jährigen zwischen 1,3 und 2,56. Auch hier liegt Schleswig-Holstein auf einer positiven Spitzenposition.

Tabelle 31 Durchschnittlicher dmf(t)-Wert bei untersuchten Erstklässlern im Schuljahr 2012/13 für Schleswig-Holstein

Durchschnittlicher dmf(t)-Wert der Untersuchten		
Kreisfreie Stadt/Landkreis	Untersuchte Erstklässler	dmf(t)
Flensburg	572	1,41
Kiel	1777	1,78
Lübeck	1789	1,96
Neumünster	699	2,00
Dithmarschen	1185	1,58
Herzogtum Lauenburg	603	1,20
Nordfriesland*	890	1,35
Ostholstein	1172	1,48
Pinneberg	2571	1,39
Plön	1050	1,44
Rendsburg-Eckernförde	2220	1,55
Schleswig-Flensburg	1384	1,19
Segeberg	1097	1,77
Steinburg	898	2,33
Stormarn	1951	1,13
Dänischer Gesundheitsdienst (in FL, NF, SL, RD)	343	0,71
Schleswig-Holstein 2012/13	20201	1,52
S-H (2011/12)	20601	1,50
S-H (2010/11)	19772	1,50
S-H (2009/10)	60974	1,48
S-H (2008/09)	16092	1,58
S-H (2007/08)	15715	1,55
S-H (2006/07)	19513	1,59

22 Pieper, K.: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009, Gutachten, Hrsg: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V., Bonn 2010, S. 125.

23 Dito. Pieper, K.: 2010, S. 125.

24 Dito. Pieper, K.: 2010, S. 123.

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

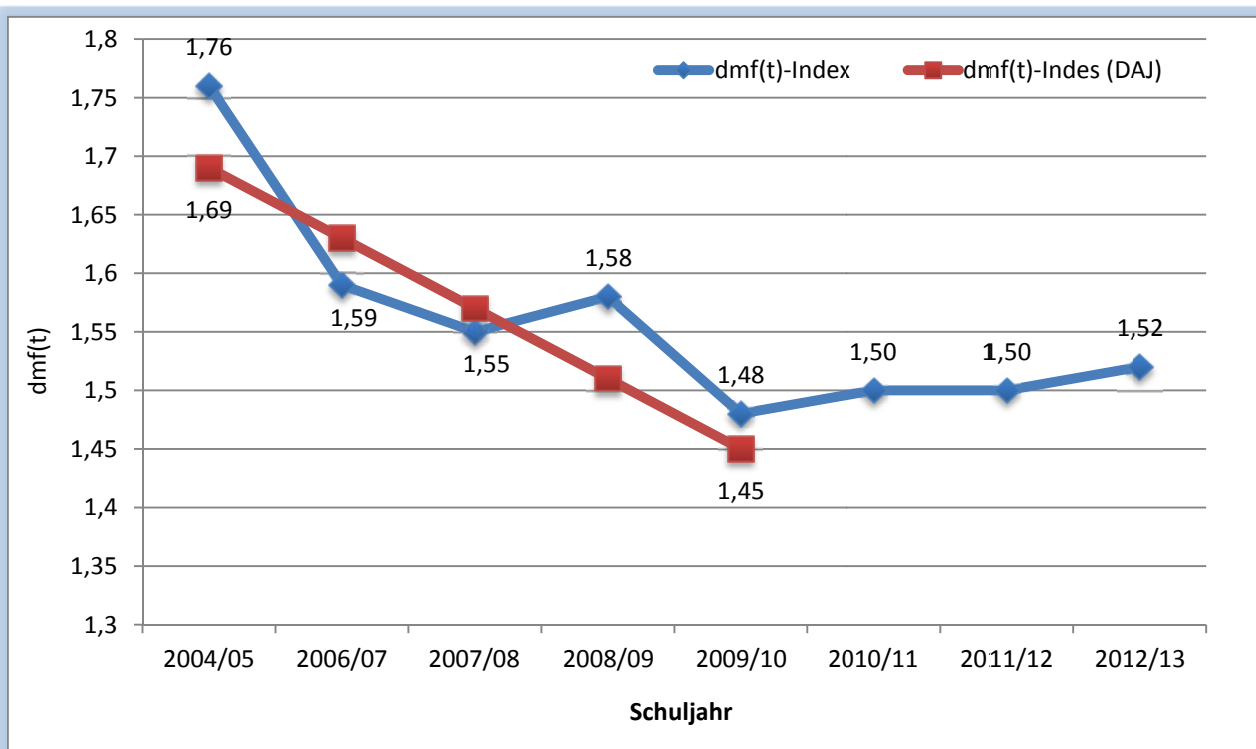
Der Kreis Steinburg mit einem dmf(t)-Wert von 2,33 liegt in der Nähe der kreisfreien Städte Lübeck und Neumünster, allerdings hatte der Kreis Steinburg nur einen Untersuchungsgrad von 79% (3/4 der Erstklässler), die Hansestadt Lübeck und die kreisfreie Stadt Neumünster Untersuchungsgrade über 98%. Gleiches gilt für den Kreis Segeberg mit einem dmf(t)-Wert von 1,77 und einem Untersuchungsgrad von 46,4%. Die Vermutung liegt nahe, dass in den Kreisen Steinburg und Segeberg bedarfsorientiert und damit eine stärker betroffene Population untersucht wurde.

Die Untersuchungsrate von 34%, einem dmf(t)Wert von 1,20 und dem Vergleich der Jahre 09/10 (Untersuchungsrate: 95%, dmf(t)Wert: 1,44), 10/11 (Untersuchungsrate: 92%, dmf(t)Wert: 1,22) und 11/12 (Untersuchungsrate: 78%, dmf(t)Wert: 1,40) wurde durch Rückmeldung der Zahnärztin des Kreis Herzogtum Lauenburg bestätigt. Sie wies daraufhin, dass der Schwerpunkt der Untersuchungen im Süden des Herzogtums in weiterem Umfeld der Hansestadt Hamburg lag.

In Neumünster wird mit einem Untersuchungsgrad von 98,5% der Landesdurchschnitt von 1,52 (1,45 DAJ) deutlich mit 2,0 überschritten und auch die Hansestadt Lübeck (Untersuchungsgrad 98,5%) überschreitet den Landesdurchschnitt mit 1,96 d. h. hier handelt es sich um eine tatsächlich höhere Kariesbelastung im Vergleich zu anderen Landesteilen.

Auffällig ist die deutlich höhere Rate an dmf(t)-Werten in den Städten gegenüber den Flächenkreisen im Land Schleswig-Holstein. Eine Ausnahme bildet die kreisfreie Stadt Flensburg mit einem dmf(t)-Wert von 1,41 (Untersuchungsgrad von 96,6%), der deutlich unter dem Landesdurchschnitt liegt. Bei den Kreisen liegen Stormarn mit 1,13 und Schleswig-Flensburg mit 1,19 bei Untersuchungsgraden von 91-97% deutlich unter dem Landesdurchschnitt.

Abbildung 59 Durchschnitts-dmf(t) Werte für Erstklässler in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2004/05



Blau markiert sind die jährlich von den Zahnärztlichen Diensten in Schleswig-Holstein ermittelten Daten für die Erstklässler, rotgestrichelt sind die der Stichproben durch den DAJ entnommenen dmf(t)-Werte.

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

KARIESRISIKO BEI ERSTKLÄSSLERN

Ein erhöhtes Kariesrisiko liegt gemäß der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) dann vor, wenn der dmf(t)-Wert > 5 und/oder der D(T)-Wert > 0 ist.

In **Tabelle 32** wird die das Kariesrisiko für das Schuljahr 2012/13 für die Erstklässler nach Kreisen und kreisfreien Städten dargestellt.

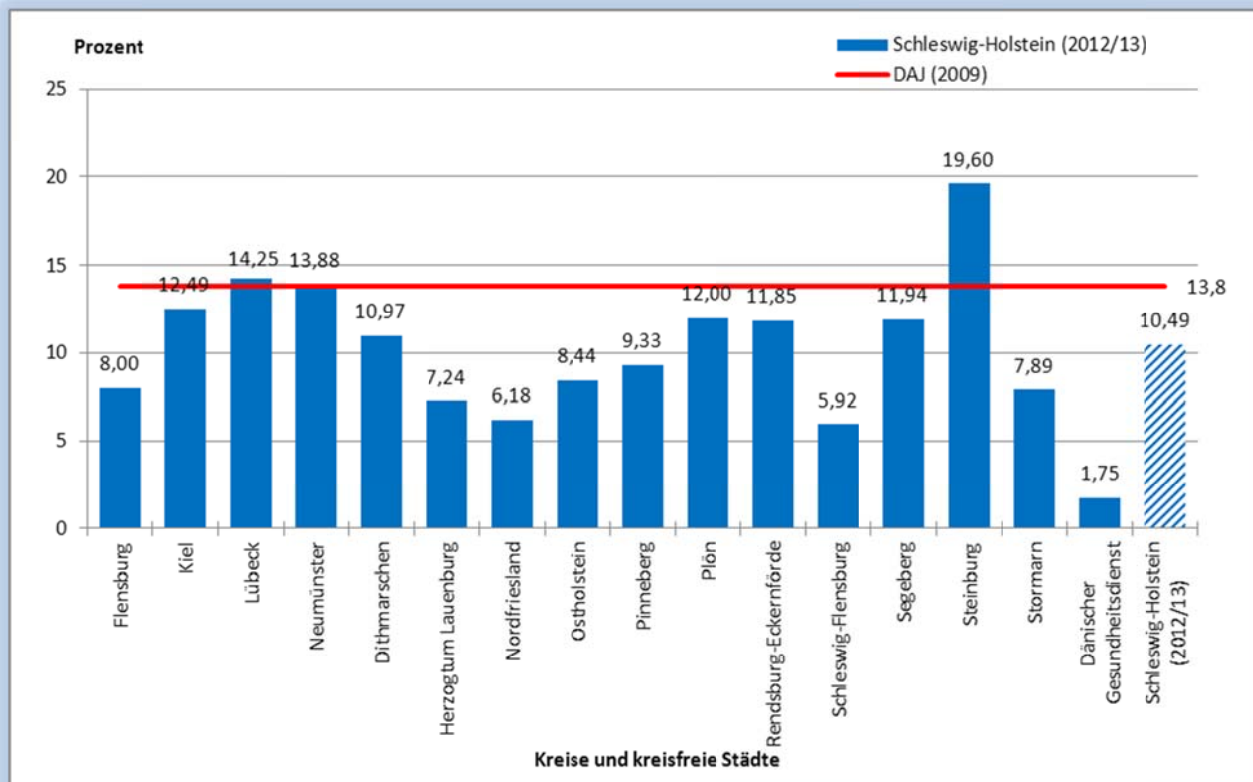
In Schleswig-Holstein lag bei 2.120 der Erstklässler des Schuljahres 2012/13 ein erhöhtes Kariesrisiko vor, d. h. 10,48% dieser Erstklässler hatten mindestens 6 nicht gesunde Milchzähne und/oder einen an Karies erkrankten bleibenden Zahn. Die entsprechenden Raten betragen in 2011/12: 10,56%; 2010/11: 9,97%, 2009/10: 9,94%, 2008/09: 11,4%, 2007/08: 12,4%, 2006/07: 11,2%.

Tabelle 32 Kariesrisiko bei untersuchten Erstklässlern im Schuljahr 2012/12 für Schleswig-Holstein

<i>Durchschnittliches Kariesrisiko der Untersuchten</i>			
Kreisfreie Stadt/Landkreis	Untersuchte Erstklässler	davon Erstklässler mit Kariesrisiko	%
Flensburg	572	45	8,00
Kiel	1777	222	12,49
Lübeck	1789	255	14,25
Neumünster	699	97	13,88
Dithmarschen	1185	130	10,97
Herzogtum Lauenburg	603	43	7,24
Nordfriesland	890	55	6,18
Ostholstein	1172	99	8,44
Pinneberg	2571	240	9,33
Plön	1050	121	12,00
Rendsburg-Eckernförde	2220	263	11,85
Schleswig-Flensburg	1384	82	5,92
Segeberg	1097	131	11,94
Steinburg	898	176	19,60
Stormarn	1951	155	7,89
Dänischer Gesundheitsdienst	343	6	1,75
Schleswig-Holstein 2012/13	20201	2120	10,49
S-H (2011/12)	20601	2187	10,56
S-H (2010/11)	19772	1938	9,80
S-H (2009/10)	60974	6312	9,94
S-H (2008/09)	16092	1837	11,42
S-H (2007/08)	17242	2128	12,34
S-H (2006/07)	20303	2278	11,22

Besonders hoch ist der Prozentsatz der Erstklässler mit erhöhtem Kariesrisiko in den kreisfreien Städten Lübeck (14,25%) und Neumünster (13,88%). Der Kreis Steinburg weist mit 19,60% das höchste Kariesrisiko auf (3/4 der Erstklässler wurden untersucht).

Abbildung 60 Durchschnittliches Kariesrisiko



Kariesrisiko bei untersuchten Erstklässlern der Kreise und kreisfreien Städte im Schuljahr 2012/13 im Vergleich DAJ (2009).

BEHANDLUNGSBEDÜRFTIGKEIT DER GRUNDSCHÜLER WEGEN KARIES

Während sich die bisher dargestellten Ergebnisse auf Erstklässler bezogen, wird der Prozentsatz der Schüler mit behandlungsbedürftigen Zähnen für die Klassenstufen 1 bis 4 ermittelt. Dieser Wert wird mit den vorgenannten Parametern der Erstklässler zur Berechnung des **Risikoprofils der Grundschulen** benötigt.

Die nachfolgenden zahnärztlichen Untersuchungen der 1.-4. Klassen (Schüler der Grundschulen, inklusive Waldorfschulen) aus dem Schuljahr 2012/13 des Landes Schleswig-Holstein stellen die besuchte Schulform (Grundschule – Förderzentrum) und die Zahngesundheit im Grundschulalter dar.

Für das Land Schleswig-Holstein ergab sich eine Untersuchungsrate von 74,2%, 77.550 zahnärztlich untersuchte Grundschüler und Schüler der Waldorfschulen bezogen auf 104.539 Schüler aus allgemeinbildenden Schulen, der Schulform Grundschule (1.-4. Klasse) und Schülern an Waldorfschulen (1.- 4. Klasse) (ohne den Dänischen Gesundheitsdienst, vgl. **Tabelle 37** und **Tabelle 38**).

Tabelle 33 **Untersuchungsrate der Grundschüler (1-4 Klasse) in Schleswig-Holstein für das Schuljahr 2012/13**

<i>Kreis/ kreisfreie Stadt</i>	<i>Untersuchte Schüler an Grundschulen (1.-4. Klasse) und Waldorfschulen im Schuljahr 2012/13</i>	<i>Grundschüler (1.-4. Klasse) und Schüler an Waldorfschulen im Schuljahr 2012/13</i>	<i>Untersuchungs- rate (%)</i>
Flensburg	2.240	2.879	77,8
Kiel	6.604	7.477	88,3
Lübeck	6.131	6.981	87,8
Neumünster	2.633	2.802	94,0
Dithmarschen	4.893	4.905	99,8
Herzogtum Lauenburg	2.223	7.222	30,8
Nordfriesland	2.806	6.238	45,0
Ostholstein	4.632	6.734	68,8
Pinneberg	10.540	11.401	92,4
Plön	4.245	4.502	94,3
Rendsburg-Eckernförde	9.439	10.322	91,4
Schleswig-Flensburg	5.841	7.602	76,8
Segeberg	3.525	9.946	35,4
Steinburg	3.541	4.781	74,1
Stormarn	8.257	8.743	94,4
Dänischer Gesundheitsdienst	1.514		

In Schleswig-Holstein hatten im Schuljahr 2012/13 immer noch weniger als ein Fünftel der Grundschüler wegen Karies behandlungsbedürftige Zähne (17,6%, in 2011/12: 18,5%), im Vergleich zum Vorjahr wieder 1% weniger.

In den Kreisen Herzogtum Lauenburg und Segeberg, die auf eine Untersuchung bei 2/3 Drittel der Grundschüler verzichteten, lag der Anteil behandlungsbedürftiger Grundschüler etwas über dem Landesdurchschnitt. Im Kreis Nordfriesland, der knapp die Hälfte aller Grundschüler untersuchen konnte, lag der Anteil bei 24,1% und somit knapp mit 0,5% Punkten unter dem des Kreises Segeberg.

In der kreisfreien Stadt Neumünster (32,1%) lag der Anteil am höchsten bei einer Untersuchungsrate von 94% und liegt wie im Vorjahr deutlich an der Spitze (2011/12 bei einer Untersuchungsrate von 92,3%: 28,7%).

Bei einer Untersuchungsrate von über 94% liegt der Kreis Stormarn mit 10,2% am niedrigsten in Schleswig-Holstein. Ebenso deutlich unter dem Landesdurchschnitt lag erneut der Anteil behandlungsbedürftiger Grundschüler in den Kreisen Schleswig-Flensburg mit 11,9% bei 3/4 (Vorjahr: 9,8%) und Ostholstein bei 2/3 untersuchter Grundschüler mit 10,8% (Vorjahr: 9,9%).

Nachfolgende Tabelle stellt die Grundschulen (1.-4. Klasse, inkl. Waldorfschule) dar.

Tabelle 34 Reihenuntersuchungen an Grundschulen (1.-4. Klasse) in Schleswig-Holstein für das Schuljahr 2012/13

<i>Reihenuntersuchungen 2012/13</i>	<i>Grundschulen, auch Waldorfschulen (1.-4. Klasse)</i>				
Kreis/ kreisfreie Stadt	untersuchte Einrichtungen	untersuchte Grundschüler und Schüler der Waldorfschulen	davon behand- lungsbedürftig	behandlungs- bedürftig in %	Nachunter- suchte Grundschüler und Schüler der Waldorfschulen
Flensburg	12	2.240	408	18,2	178
Kiel	33	6.604	1.295	19,6	351
Lübeck	38	6.131	1.176	19,2	680
Neumünster	12	2.633	846	32,1	159
Dithmarschen	36	4.893	959	19,6	0
Herzogtum Lauenburg	12	2.223	491	22,1	0
Nordfriesland	21	2.806	676	24,1	2
Ostholstein	24	4.632	502	10,8	0
Pinneberg	60	10.540	1.394	13,2	0
Plön	22	4.245	862	20,3	0
Rendsburg-Eckernförde	68	9.349	1.958	20,9	12
Schleswig-Flensburg	50	5.841	694	11,9	14
Segeberg	31	3.525	866	24,6	3
Steinburg	23	3.541	725	20,5	0
Stormarn	35	8.257	844	10,2	0
Dänischer Gesundheitsdienst	32	1.514	219	14,4	0
Schleswig-Holstein 2012/13	509	78975	13.915	17,6	1.399
S-H (2011/12)	512	81.465	15.081	18,5	1.133
S-H (2010/11)	503	79.637	13.869	17,4	1.416
S-H (2009/10)	1527	242.567	44.031	17,9	3.682
S-H (2008/09)	535	90.053	17.324	19,2	1.252
S-H (2007/08)	527	93.021	16.841	18,1	1.335
S-H (2006/07)	563	100.723	18.504	18,4	1.593
S-H (2005/06)	542	98.506	18.955	19,2	1.177

Zur Wahrung des Datenschutzes durch Hinweis des Statistikamts Nord wird auf die kleinzellige Darstellung der kreisfreien Städte und Kreise für die jeweilige Gesamtanzahl der Schüler an Förderzentren verzichtet und eine tabellarische Darstellung der Untersuchungsrate nicht vorgenommen.

Tabelle 35 Reihenuntersuchungen an Förderzentren (1.-4. Klasse) in Schleswig-Holstein Schuljahr 2012/13

Reihenuntersuchungen 2011/12	Förderzentren (1.-4. Klasse)				
	Kreis/ kreisfreie Stadt	untersuchte Einrichtungen	untersuchte Schüler an Förderzentren	davon behand- lungsbedürftig	behandlungs- bedürftig in %
Flensburg	2	55	14	25,5	0
Kiel	4	101	19	18,8	10
Lübeck	7	146	35	24,0	10
Neumünster	3	57	10	17,5	0
Dithmarschen	6	106	44	41,5	0
Herzogtum Lauenburg	3	58	18	31,0	0
Nordfriesland	2	119	27	22,7	0
Ostholstein	5	141	21	14,9	0
Pinneberg (alle Schulen besucht)	7	123	20	16,3	0
Plön	5	24	10	41,7	0
Rendsburg-Eckernförde	5	90	33	36,7	0
Schleswig-Flensburg	4	65	8	11,3	1
Segeberg	4	49	16	32,7	0
Steinburg	2	47	15	31,9	0
Stormarn	4	87	15	19,2	44
Dänischer Gesundheitsdienst	5	59	17	28,8	0
Schleswig-Holstein 2012/13	68	1.327	322	24,3	65
S-H (2012/13)	76	1.283	320	24,9	63
S-H /2010/11)	82	1.554	362	23,3	68
S-H (2009/10)	234	4.120	1.002	24,7	194
S-H (2008/09)	93	2.036	559	27,5	154
S-H (2007/08)	111	2.516	684	27,2	183
S-H (2006/07)	119	2.490	712	28,6	381
S-H (2005/06)	113	2.464	813	33,0	241

Es zeigt sich somit, dass Schüler in Förderzentren immer noch eine deutlich schlechtere Zahngesundheit haben als Schüler in Regelschulen. Insgesamt lässt sich aus diesen Daten indirekt auf einen erheblichen sozialen Gradienten bei der Zuweisung von Schülern zu den verschiedenen Schulformen schließen. Aus der Literatur^{25/26} ist bekannt, dass Zahngesundheit stark mit Sozialstatus, Gesundheitsverhalten und Zugang zu Gesundheitsdiensten verknüpft ist. Es ist zu erwarten, dass sich die Unterschiede zwischen den Schulformen im Rahmen der Bemühungen um Integration und Inklusion verringern werden, da

25 Ch. Splieth, Ch. Schwahn, C. Hölzel, A. Nourallah, C. Pine: Prävention nach Maß? Mundhygienegewohnheiten bei 3- bis 4-Jährigen Kindern mit und ohne kariöse Defekte, Kiel, Greifswald, Liverpool. Nachdruck aus Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde 26 (2004) 3.

26 Pieper K.: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 1997, Gutachten aus den Bundesländern Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen, Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, Bonn 1998.

die Zahl der in Förderzentren betreuten Schüler weiter sinken wird. So bleibt abzuwarten, ob diese Schüler auch in gesundheitlicher Hinsicht von den geplanten Veränderungen profitieren können.

ZUSAMMENFASSUNG UND HANDLUNGSBEDARF

Die auf den Weg gebrachte Verbesserung der Datenerhebung durch einheitliche elektronische Erfassung in gesamt Schleswig-Holstein hat zu deutlich verbesserten Möglichkeiten der Datenauswertung und damit der Erstellung von Zeitreihen geführt. Das bereits seit einigen Jahren von einem Großteil der Kreise genutzte, einheitliche EDV-Programm bietet vielfältige Möglichkeiten, um sowohl auf Schulebene (kleinzellig) als auch auf Kreis- bzw. kreisfreier Stadtebene (großzellig) Risikogruppen bzw. Risikogebiete feststellen zu können und Präventionsangebote und Gesundheitshilfen durch das Land oder den jeweiligen Kreis bzw. die kreisfreie Stadt anzuregen und zu begleiten.

Es wird sicherlich auch notwendig sein, neue Parameter zu entwickeln, um einzelne Risikogruppen genauer identifizieren zu können. Dazu könnten insbesondere Sozialdaten und genauere Informationen über die Schulform und ggf. dortige Angebote zur Gesundheitsförderung beitragen, z. B.:

- Geschlecht
- Sozialstatus
- Grundschulform
 1. Öffentliche und private Schulen
 2. Besondere Schulformen (Förderzentren)
 3. Kindertagesstätte, Ganztagsangebote/Betreuungsklassen.

Besonders wichtig erscheint es aus Sicht der Arbeitsgruppe Sozialpädiatrie in Lübeck, dass eine Verknüpfung der Daten (elektronische Datenerfassung und Identifikationsschlüssel) aus den zahnärztlichen und kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen ermöglicht wird. Letztere verfügen für die überwiegende Zahl der Kinder über Sozialdaten. Nur so können Risikofaktoren und epidemiologisch relevante Zusammenhänge erkannt und interpretiert werden. Eine doppelte Erhebung durch beide Gesundheitsdienste könnte durch eine Verknüpfung der Daten innerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens vermieden werden.

X. ERGÄNZENDE TABELLEN

Tabelle 36 Schüler des Schuljahres 2012/13 in Schleswig-Holstein

	<i>männlich</i>	<i>weiblich</i>	<i>insgesamt</i>
Schulanfänger im Schuljahr 2012/13	12.379	11.530	23.909
Schüler an Grundschulen	männlich	weiblich	insgesamt
1. Klasse	12.646	11.791	24.437
2. Klasse	13.673	12.663	26.336
3. Klasse	12.964	12.231	25.195
4. Klasse	12.901	12.216	25.117
Insgesamt	52.184	48.901	101.085
Schüler an Freien Waldorfschulen	männlich	weiblich	Insgesamt
1. Klasse	239	181	420
2. Klasse	182	167	349
3. Klasse	153	176	329
4. Klasse	199	195	394
Insgesamt	773	719	1.492
Schüler an Förderzentren (1.-4. Klasse)	männlich	weiblich	Insgesamt
1. Klasse	73	33	106
2. Klasse	130	52	182
3. Klasse	131	62	193
4. Klasse	179	99	278
Unterstufe (Klassen 1-3)*	480	228	708
Mittelstufe (Klassen 4-6)*	544	324	868
Insgesamt	1.537	798	2.335

*= Nur an Förderzentren mit dem Schwerpunkt "geistige Entwicklung" (Stand: 30.01.2014, Quelle Statistikamt Nord, Sachgebiet 132 -Bildung-)

Tabelle 37 Schüler an Grundschulen nach Kreisen/kreisfreien Städten und Schularten (Schuljahr 2012/13)

<i>Kreis, kreisfreie Stadt</i>	<i>Schüler an Grundschulen</i>					
	Schulanfänger	1. Klasse	2. Klasse	3. Klasse	4. Klasse	Insgesamt
Flensburg	666	681	755	640	646	2.722
Kiel	1.751	1.855	1.843	1.748	1.722	7.168
Lübeck	1.628	1.751	1.785	1.641	1.607	6.784
Neumünster	652	710	716	627	658	2.711
Dithmarschen	1.057	1.122	1.272	1.223	1.254	4.871
Herzogtum Lauenburg	1.687	1.774	1.834	1.848	1.766	7.222
Nordfriesland	1.392	1.483	1.642	1.539	1.574	6.238
Ostholstein	1.468	1.573	1.718	1.654	1.674	6.619
Pinneberg	2.598	2.679	2.897	2.916	2.772	11.264
Plön	1.048	1.100	1.130	1.122	1.150	4.502
Rendsburg-Eckernförde	2.252	2.332	2.641	2.542	2.576	10.091
Schleswig-Flensburg	1.710	1.793	2.009	1.859	1.941	7.602
Segeberg	2.274	2.366	2.571	2.456	2.438	9.831
Steinburg	1.051	1.137	1.233	1.162	1.185	4.717
Stormarn	2.024	2.081	2.290	2.218	2.154	8.743
insgesamt	23.258	24.437	26.336	25.195	25.117	101.085

(Stand: 30.01.2014, Quelle Statistikamt Nord, Sachgebiet 132 -Bildung-)

Tabelle 38 Schüler an Freien Waldorfschulen nach Kreisen/kreisfreien Städten und Schularten (Schuljahr 2012/13)

Kreis, kreisfreie Stadt	Schüler an Freien Waldorfschulen				
	1. Klasse	2. Klasse	3. Klasse	4. Klasse	Insgesamt
Flensburg	48	39	31	39	157
Kiel	103	71	56	79	309
Lübeck	44	63	41	49	197
Neumünster	17	20	26	28	91
Dithmarschen	10	7	6	11	34
Ostholstein	35	24	29	27	115
Pinneberg	41	34	27	35	137
Rendsburg-Eckernförde	64	47	56	64	231
Segeberg	31	29	30	25	115
Steinburg	18	9	19	18	64
Stormarn	9	6	8	19	42
insgesamt	420	349	329	394	1.492

(Stand: 30.01.2014, Quelle Statistikamt Nord, Sachgebiet 132 -Bildung-)

Tabelle 39 Auflistung der übermittelten Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste nach Untersuchungsart (S0 bis Z3) des Schuljahres 2012/13 für Schleswig-Holstein

Kreis, kreisfreie Stadt	Untersuchungen 2012/2013								
	S0	S1	S2	S3	Z0	Z1	Z2	Z3	N
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
Flensburg	479	589	-	554	225	4	86	70	2007
Kiel	131	1913	-	398	16	26	171	47	2702
Lübeck									
Neumünster	1	666	-	-	-	14	86	7	774
Dithmarschen	-	1101	-	-	-	27	-	-	1128
Herzogtum Lauenburg	-	1712	-	-	-	54		-	1766
Nordfriesland	-	1275	-	-	-	21	112	17	1425
Ostholstein		1541					86		1627
Pinneberg	-	2635	-	-	-	43	-	-	2678
Plön	-	1056	-	-	-	21	-	-	1077
Rendsburg-Eckernförde	-	2249	-	-	-	-	160	-	2409
Schleswig-Flensburg	-	1480	-	242	-	40			1762
Segeberg	-	2328	-		-	76	166	16	2586
Steinburg	-	1073	-	364	-	27	77	20	1561
Stormarn	-	2032	-	223	-	18	77	20	2370
Dänischer Gesundheitsdienst	97	562	24	245	14	14	24	265	1245
Schleswig-Holstein	708	22212	24	2026	255	385	1045	462	27117

S0 = Kindertageseinrichtung; S1 = Schulanfänger; S2 = 4. Klasse, etwa 10-Jährige; S3 = 8. Klasse, etwa 14-Jährige (Angebotsuntersuchung); Z0 = Kindertagesstätten (erneute Vorstellung); Z1 = Schulanfänger (erneute Vorstellung); Z2 = Grundschüler, bis etwa 10-Jährige (erneute Vorstellung); Z3 = Schüler nach der Grundschulzeit, ab etwa 11-Jährige; N= Summe untersuchter Kinder im Kreis / in der kreisfreien Stadt

Tabelle 40 Befunde der schulärztlichen Untersuchung in Schleswig-Holstein Schuljahr 2012/13

	Absolute Anzahl					Rate in Prozent					Untersuchte
	kein Befund	A	B	D	X	kein Befund	A	B	D	X	N
	n	n	n	n	n	%	%	%	%	%	
Herabsetzung des Sehvermögens	14861	1593	2064	25	3504	67,4%	7,2%	9,4%	0,1%	15,9%	22047
Herabsetzung des Hörvermögens	20368	956	601	35	103	92,3%	4,3%	2,7%	0,2%	0,5%	22063
Allergie (Allergische Rhinitis)	19317	6	265	41	430	96,2%	0,0%	1,4%	0,2%	2,2%	19879
Asthma bronchiale	19164	8	440	36	229	96,4%	0,0%	2,2%	0,2%	1,2%	19877
Atopische Dermatitis / Ekzem	17994	18	343	58	408	95,6%	0,1%	1,8%	0,3%	2,2%	18821
Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination	15338	500	997	3	1810	82,2%	2,7%	5,4%	0,0%	9,7%	18648
Visuomotorik	8556	716	488	3	1198	76,4%	6,4%	4,4%	0,0%	10,7%	11203
Haltungsschwäche	17251	206	127	0	719	94,3%	1,1%	0,7%	0,0%	3,9%	17247
Skoliotische Fehlhaltung	17725	114	56	1	20	98,9%	0,6%	0,3%	0,0%	0,1%	16860
	kein Befund	Befund				kein Befund	Befund				N
Chronische Erkrankung	17239	2588				86,9%	13,1%				19827
	kein Befund	A	B	D	X	kein Befund	A	B	D	X	N
Diabetes mellitus Typ 1	22192	0	16	4	0	99,9%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	22212
Zerebrales Anfallsleiden	18190	1	16	2	9	99,8%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	18218
Körperbehinderung	21066	1	4	64	4	99,7%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	21139
Verhaltensauffälligkeit nach klinischer Einschätzung gemäß den Bielefelder Empfehlungen	4120	71	201	0	376	86,4%	1,5%	4,2%	0,0%	7,9%	4768
Verhaltensauffälligkeit bei Verwendung des SDQ	7068	173	445	0	1909	73,6%	1,8%	4,6%	0,0%	19,9%	9597
Kinder mit mindestens einer Auffälligkeit [1 bis 4]	unauffällig	auffällig				unauffällig	auffällig				N
1) Emotionale Probleme	11989	1405				89,5%	10,5%				13394
2) Hyperaktivität	12314	1080				91,9%	8,1%				13394
3) Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	12544	850				93,7%	6,3%				13394
4) Verhaltensprobleme	12210	1184				91,2%	8,8%				13394
Spezielle Verhaltensauffälligkeiten	12554	840				93,7%	6,3%				13394
	kein Befund	A	B	D	X	kein Befund	A	B	D	X	N
Sprech-, Sprachauffälligkeit und Stimmstörung	13075	803	2465	1	1298	74,1%	4,6%	14,0%	0,0%	7,4%	17642
Selektive Aufmerksamkeit	9242	377	268	2	877	85,8%	3,5%	2,5%	0,0%	8,1%	10766
Zahlenvorwissen	8813	241	212	0	10	85,8%	2,3%	2,1%	0,0%	9,7%	10266
Visuelle Wahrnehmung	8451	249	255	3	688	87,6%	2,6%	2,6%	0,0%	7,1%	9646

A = Auffälliger Befund und Arztüberweisung; B = Auffälliger Befund, bereits behandelt; D = Auffälliger Befund mit Leistungseinschränkung; X = Auffälliger Befund, nicht behandlungsbedürftig

Tabelle 41 Aktuelle und frühere Inanspruchnahme von Heilpädagogischen Maßnahmen und Heilmitteln

<i>Kreis/kreisfreie Stadt</i>	<i>Heilpädagogische Maßnahme</i>			<i>Physiotherapie/ Krankengymnastik</i>			<i>Ergotherapie</i>			<i>Logopädie</i>		
	F(n)	P(%)	A%	F(n)	P(%)	A%	F(n)	P(%)	A%	F(n)	P(%)	A%
Flensburg N: 589	89	15,1	85,4	84	14,3	19,0	74	12,6	55,4	131	22,2	55,0
Kiel N: 1.913	122	6,4	88,5	208	10,9	12,0	242	12,7	72,7	429	22,4	64,6
Neumünster N: 666	85	12,8	58,8	84	12,6	16,7	88	13,2	56,8	150	22,5	68,0
Dithmarschen N: 1.101	75	6,8	61,3	168	15,3	9,5	108	9,8	63,9	289	26,2	57,4
Herzogtum Lauenburg N: 1.712	164	9,6	82,9	262	15,3	13,0	210	12,3	62,9	407	23,8	50,4
Nordfriesland N: 1.275	173	13,6	75,7	241	18,9	15,8	140	11,0	57,1	331	26,0	57,7
Ostholstein N: 1.541	223	14,5	86,1	233	15,1	37,3	186	12,1	81,7	377	24,5	69,5
Pinneberg N: 2.635	293	11,1	83,3	461	17,5	15,2	381	14,5	68,2	688	26,1	60,2
Plön N: 1.056	111	10,5	93,7	127	12,0	31,5	131	12,4	72,5	247	23,4	62,8
Rendsburg-Eckernförde N: 2.249	101	4,5	58,4	313	13,9	15,3	247	11,0	62,3	669	29,7	61,7
Schleswig-Flensburg N: 1.480	150	10,1	76,0	234	15,8	15,8	165	11,1	59,4	367	24,8	61,0
Segeberg N: 2.328	239	10,3	78,7	356	15,3	20,5	366	15,7	62,8	663	28,5	54,9
Steinburg N: 1.073	67	6,2	83,6	128	11,9	17,2	144	13,4	69,4	236	22,0	58,1
Stormarn N: 2.032	218	10,7	81,7	457	22,5	16,8	251	12,4	63,7	535	26,3	55,3
Dänischer Gesundheitsdienst N: 562	10	1,8	0,0	81	14,4	18,5	62	11,0	56,5	121	21,5	53,7
Schleswig-Holstein N: 22.212	2120	9,5	79,3	3437	15,5	17,8	2795	12,6	65,5	5640	25,4	59,3

Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten getrennt und betrifft die Inanspruchnahme von Heilmitteln, die sowohl aktuell als auch früher stattgefunden haben.

Die Fallzahl F(n) ergibt sich aus den dokumentierten Angaben der Eltern. Die Prävalenz P(%) gibt den prozentualen Anteil bei allen untersuchten Einschülern an. A% gibt den prozentualen Anteil an aktuell stattfindenden Maßnahmen bezogen auf die Fallzahl F(n) an.

Tabelle 42 Inanspruchnahmerate der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder/ vorgelegte Untersuchungshefte

Kreis/kreisfreie Stadt	S1	M	N	U1		U2		U3		U4		U5		U6		U7		U7a		U8		U9	
		%		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Flensburg	589	3,6	568	558	98,2	557	98,1	550	96,8	544	95,8	534	94,0	540	95,1	521	91,7	403	71,0	528	93,0	508	89,4
Kiel	1913	13,6	1653	1598	96,7	1599	96,7	1574	95,2	1566	94,7	1557	94,2	1550	93,8	1513	91,5	1041	63	1577	95,4	1568	94,9
Hansestadt Lübeck	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neumünster	666	8,3	611	606	99,2	604	98,9	601	98,4	600	98,2	595	97,4	591	96,7	585	95,7	328	53,7	597	97,7	596	97,5
Dithmarschen	1101	8,1	1012	986	97,4	986	97,4	988	97,6	979	96,7	963	95,2	961	95,0	951	94,0	682	67,4	983	97,1	991	97,9
Herzogtum Lauenburg	1712	8,1	1574	1555	98,8	1554	98,7	1547	98,3	1536	97,6	1529	97,1	1522	96,7	1511	96,0	980	62,3	1540	97,8	1545	98,2
Nordfriesland	1275	6,5	1192	1174	98,5	1173	98,4	1168	98,0	1164	97,7	1154	96,8	1152	96,6	1144	96,0	875	73,4	1165	97,7	1153	96,7
Ostholstein	1541	5,1	1462	1452	99,3	1450	99,2	1445	98,8	1442	98,6	1447	99,0	1449	99,1	1431	97,9	1246	85,2	1443	98,7	1438	98,4
Pinneberg	2635	5,5	2489	2446	98,3	2441	98,1	2438	98,0	2426	97,5	2407	96,7	2408	96,7	2372	95,3	1662	66,8	2449	98,4	2427	97,5
Plön	1056	1,3	1042	1036	99,4	1031	98,9	1029	98,8	1026	98,5	1026	98,5	1022	98,1	1021	98,0	679	65,2	1029	98,8	1033	99,1
Rendsburg-Eckernförde	2249	3,8	2163	2131	98,5	2125	98,2	2122	98,1	2105	97,3	2092	96,7	2080	96,2	2076	96,0	1540	71,2	2130	98,5	2098	97,0
Schleswig-Flensburg	1480	7,6	1368	1351	98,8	1351	98,8	1347	98,5	1334	97,5	1324	96,8	1325	96,9	1304	95,3	870	63,6	1339	97,9	1327	97,0
Segeberg	2328	5,1	2209	1920	98,8	1919	98,7	1909	98,2	1902	97,8	1902	97,8	1900	97,7	1883	96,9	-	-	1913	98,4	1904	97,9
Steinburg	1073	7,5	992	2181	98,7	2180	98,7	2179	98,6	2170	98,2	2169	98,2	2154	97,5	2138	96,8	1248	56,5	2183	98,8	2177	98,6
Stormarn	2032	4,3	1944	981	98,9	982	99,0	980	98,8	971	97,9	966	97,4	963	97,1	952	96,0	568	57,3	962	97,0	959	96,7
Dänischer Gesundheitsdienst	562	12,1	494	481	97,4	479	97,0	481	97,4	478	96,8	478	96,8	471	95,3	461	93,3	391	79,1	466	94,3	454	91,9
Schleswig-Holstein																							
2012/13	22212	6,5	20773	20456	98,5	20431	98,4	20358	98,0	20243	97,4	20143	97,0	20088	96,7	19863	95,6	12513	60,2	20304	97,7	20178	97,1
2011/12	23886	7,5	22092	21819	98,8	21788	98,6	21726	98,3	21603	97,8	21449	97,1	21425	97,0	21042	95,2	3854	17,4	21086	95,4	21435	97,0
2010/11	25106	7,6	23199	22923	98,8	22872	98,6	22805	98,3	22675	97,7	22528	97,1	22473	96,9	22095	95,2	-	-	21330	91,9	22401	96,6
2009/10	24794	8,0	22802	22587	99,1	22550	98,9	22453	98,5	22343	98,0	22203	97,4	22149	97,1	21747	95,4	-	-	21029	92,2	20517	90,0
2008/09	25871	7,9	23839	23450	98,4	23400	98,2	23351	98,0	23218	97,4	23040	96,6	22981	96,4	22610	94,8	-	-	21774	91,3	20956	87,9
2007/08	27646	9,6	24990	24689	98,8	24628	98,6	24544	98,2	24432	97,8	24295	97,8	24215	96,9	23804	95,3	-	-	22920	91,7	22056	88,3
2006/07	28398	9,6	25669	25371	98,8	25333	98,7	25259	98,4	25140	97,9	24975	97,3	24913	97,1	24440	95,2	-	-	23411	91,2	22419	87,3

Nach Kreisen und kreisfreien Städten getrennte Darstellung der vorgestellten Kinder (S1), der prozentuale Anteil zur Untersuchung nicht vorliegender Vorsorgehefte (M%), der Anzahl vorliegender Vorsorgehefte (N) und die Anzahl der einzelnen Untersuchungen (n) von U1, U2, U3, U4, U5, U6, U7, U7a, U8, U9. Die Prozentangabe (%) gibt den Anteil bezogen auf die Kinder des jeweiligen Kreises bzw. kreisfreien Stadt bezogen auf die vorliegenden Vorsorgehefte (N) wieder. Die U7a wird seit dem 01.07. 2008 für Kinder von 3 Jahren angeboten.

Tabelle 43 Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein im Jahr 2013

Zusammengestellt von Dr. Dörte Wichterich und Rotraud Rasch - AG der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste Schleswig-Holstein, Stand 23. September 2013

teilnehmende Gesundheitsämter	3	16		3	5	
	Vorschule und Kindergarten	Schulanfänger (ungefähr 6jährig)	4. Klassen (ungefähr 10jährig)	6. Klassen (ungefähr 12jährig)	8. Klassen (ungefähr 15jährig)	Gesamt
Auf ihren Impfschutz untersuchte Kinder	661	22.994		4.163	1.630	29.494
Davon haben kein Impfbuch vorgelegt	91	2.167		1.361	762	4.404
das Impfbuch vorgelegt	570	20.827		2.802	868	25.090
Response-Rate (%)	86,2%	90,6%		67,3%	53,3%	85,1%

Die Angaben in % beziehen sich auf die vorgelegten Impfbücher.

Impfung gegen	Grundim.*4x		Grundim.*4x	1. Boost.5x	Grundim.*4x	1. Boost.5x	Grundim. *4x	1. Boost.5x	2. Boost.6x	Grundim. *4x	1. Boost.5x	2. Boost.6x
Polio-Impfung	92,6%		94,0%	1,9%			93,0%	41,4%	1,6%	84,2%	40,1%	3,9%
Diphtherie-Impfung	92,8%		94,8%	11,5%			96,5%	82,7%	18,4%	94,8%	77,3%	30,0%
Tetanus-Impfung	92,8%		95,0%	11,6%			97,0%	82,9%	18,6%	94,8%	77,3%	30,1%
Pertussis-Impfung	92,6%		94,4%	10,9%			93,4%	67,1%	10,2%	90,0%	48,0%	5,6%
MMR, Varizellen, Hib, Hepatitis B	1x	2x	1x	2x			1x	2x		1x	2x	
Hepatitis B Hib	3x	4x	3x	4x			3x	4x		3x	4x	

Masern-Impfung	96,3%	91,9%	95,8%	93,1%			97,6%	92,9%		96,3%	91,4%	
Mumps-Impfung	96,3%	91,9%	95,6%	93,0%			97,6%	92,7%		96,3%	91,4%	
Röteln-Impfung	96,3%	91,9%	95,6%	92,9%			97,6%	92,8%		96,1%	90,8%	
Varicellen-Impfung	90,4%	87,0%	82,9%	75,8%			19,9%	14,5%		7,8%	3,7%	
Hib	97,4%	91,9%	95,6%	92,2%			90,6%	79,8%		90,6%	70,9%	
Hepatitis B	96,3%	91,1%	91,5%	85,6%			92,8%	48,0%		92,2%	20,0%	
Pneumokokken, Meningokokken	1x	4x	1x	4x			1x	4x		1x	4x	
Pneumokokken-Impfung	92,8%	82,1%	72,2%	21,4%	**		13,5%	8,9%		1,7%	0,0%	
Meningokokken-Impfung	88,4%		81,7%		**		39,8%			41,6%		
Impfschutz komplett (DPT; Polio; HepB; MMR)			85,5%	***						14,6%	# HPV	

* für Grundimmunisierung gilt: 4x geimpft gegen Polio, Diphtherie, Tetanus und Pertussis

) HPV 3xgeimpft, Bezugsgröße ist

** Pneumokokken und Meningokokken von 15 Ämtern erfasst, Bezugsgröße ist 18.392

411 (Mädchen mit vorgelegten Impfpässen)

*** Impfschutz komplett von 13 Ämtern erfasst, Bezugsgröße ist 18.435

XI. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AG SGU	Arbeitsgruppe Schulgesundheitsuntersuchung
Abb.	Abbildung
aP oder Pert.	Pertussis - Schutzimpfung gegen das Bakterium <i>Bordetella pertussis</i> (Keuchhusten)
Boost.	Booster-Effekt bei Auffrischungsimpfungen
BZgA	Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung
D oder Diphth.	Diphtherie - Schutzimpfung gegen das toxinbildende (giftstoffbildende) Bakterium <i>Corynebacterium diphtheriae</i> (Infektion der oberen Atemwege)
DAG	Deutsche Adipositasgesellschaft e.V.
DAJ	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.
DG	Dänischer Gesundheitsdienst
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
DK-GD	Dänischer Gesundheitsdienst
dmf(t)	Karies geschädigte (d = decayed), fehlende (m = missing) oder gefüllte (f = filled) Zähne (t = teeth) - kleingeschrieben=Milchzähne
DMF(T)	Karies geschädigte (d = decayed), fehlende (m = missing) oder gefüllte (f = filled) Zähne (t = teeth) - großgeschrieben=bleibende Zähne
DV-Erfassung	Datenverarbeitungs-Erfassung
ESU	Einschulungsuntersuchungen
FL	Stadt Flensburg
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GD	Gesundheitsdienst
GDG	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
Grundim.	Grundimmunisierung
GUcheckup	Erfassungsprogramm "software.house informationstechnik AG" für den Schulärztlichen Dienst
GUdental	Erfassungsprogramm "software.house informationstechnik AG" für den Zahnärztlichen Dienst
HEI	Kreis Dithmarschen
Hep. B	Hepatitis B - Schutzimpfung gegen Infektionskrankheit der Leber mit dem Hepatitis-B-Virus
Hib	Schutzimpfung gegen das Bakterium <i>Haemophilus influenzae</i> Typ b
HL	Hansestadt Lübeck
i.R.	im Ruhestand
ISGA	Erfassungssoftware "Computer Zentrum Strausberg GmbH" (Informationssystem Gesundheitsamt)
IZ	Kreis Steinburg
J.	Jahr
KI	Stadt Kiel
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
Kita	Kindertageseinrichtung
KiTaG	Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und Tagespflegestellen (Kindertagesstättengesetz - KiTaG)
KiTaVO	Landesverordnung über Mindestanforderungen für den Betrieb von Kindertageseinrichtungen und für die Leistungen der Kindertagespflege (Kindertagesstätten- und -tagespflegeverordnung - KiTaVO)

KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
KMK	Kultusministerkonferenz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LAJ	Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnärzte
LIGA	Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen seit 2006 (vormals lögd)
lögd	Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen bis 2005 (jetzt LIGA)
LDSG	Schleswig-Holsteinisches Gesetz zum Schutz personenbezogener Informationen (Landesdatenschutzgesetz)
LK	Landkreis
LVO	Landesverordnung über die schulärztlichen Aufgaben
MenC	Meningokokken-Infektion (Meningitis) - Schutzimpfung gegen das Bakterium <i>Neisseria meningitidis Serotyp C</i>
Mikropro jäd	Erfassungssoftware "Mikroprojekt GmbH" (Mikroprojekt Jugendärztlicher Dienst)
mind.	mindestens
MMR	Schutzimpfung mit Kombinationsimpfstoff gegen Masern, Mumps und Röteln
MMR-V	Schutzimpfung gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen
Mo.	Monat
MASG	Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit
MSGWG	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung
N	Gesamtanzahl
n	Fallzahl
NF	Kreis Nordfriesland
NMS	Stadt Neumünster
NRW	Nordrhein-Westfalen
OD	Oldesloe, Kreis Stormarn
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
OH	Kreis Ostholstein
PI	Kreis Pinneberg
PLÖ	Kreis Plön
Polio	Schutzimpfung gegen Polioviren (Kinderlähmung)
RD	Kreis Rendsburg-Eckernförde
RKI	Robert Koch-Institut Berlin
RZ	Ratzeburg, Kreis Herzogtum Lauenburg
SchulG	Schleswig-Holsteinisches Schulgesetz (Schulgesetz)
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SE	Kreis Segeberg
SEU	Schuleingangsuntersuchung
SGB	Sozialgesetzbuch
SGU	SchulGesundheitsUntersuchungen
S-H	Schleswig-Holstein
SK	Stadtkreis
SL	Kreis Schleswig-Flensburg
SoFVO	Landesverordnung über Sonderpädagogische Förderung
SPRINT	Sprachintensivförderkurse für Kinder mit oder ohne Migrationshintergrund, die nur geringe oder keine Kenntnisse der deutschen Sprache haben
SPSS	SPSS Software "Statistical Package for the Social Sciences", Version 20 http://www-01.ibm.com/software/analytics/spss/
STIKO	Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut

T oder Tet.	Tetanus - Schutzimpfung gegen das Bakterium Clostridium tetani (Wundstarrkrampf)
Tab.	Tabelle
U1 bis U9	Früherkennungsuntersuchung (nach der Geburt bis 64. Lebensmonat)
UKSH	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
VEERS	Verfahren zur Erfassung von Entwicklungsauffälligkeiten im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung
ZA	Zahnarzt
ZÄD	Zahnärztlicher Dienst