



Bericht

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

Schuljahr 2011/2012

## BERICHT

# UNTERSUCHUNGENDER KINDER- UND JUGENDÄRZTLICHEN DIENSTE UND DER ZAHNÄRZTLICHEN DIENSTE IN SCHLESWIG-HOLSTEIN FÜR DAS SCHULJAHR 2010/11

ERGEBNISSE DER EINSCHULUNGSUNTERSUCHUNGEN (S1) FÜR DAS SCHULJAHR 2011/2012

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 2011/12

IM AUFTRAG DES LANDES SCHLESWIG-HOLSTEIN,

VERTRETEN DURCH DAS

MINISTERIUM FÜR SOZIALES,  
GESUNDHEIT, FAMILIE  
UND GLEICHSTELLUNG  
DES  
LANDES SCHLESWIG-HOLSTEIN

ADOLF-WESTPHAL-STRASSE 4, 24143 KIEL

**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@uk-sh.de

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

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

Abteilung VIII 4 – Gesundheit

Dr. med. Heidrun Thaiss

Adolf-Westphal-Straße 4

24143 Kiel

Lübeck, April 2013

**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

Dr. med. Dörte Wichterich, 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 2010

Dr. med. Dörte Wichterich

Rotraud Rasch

für die AG der KJÄD 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 2010

Dr. med. Hans-Martin Bader

Dr. med. Andrea Heiser

für die AG der KJÄD in SH

c/o Kinder- u. Jugendärztlicher Dienst

Gesundheitsamt

Norderstraße 58 - 60

24939 Flensburg

**- Arbeitshandbuch: Kurzfassung „auf einen Blick**

Redaktion und Auskünfte“

Kreis Nordfriesland

Fachbereich II Recht, Sicherheit, Kultur und  
Gesundheit

Regina Ladzenski

Damm 8, 25813 Husum

Kreis Schleswig-Flensburg

Fachdienst Gesundheit

Rotraud Rasch

Moltkestraße 22-26, 24837 Schleswig

## Abkürzungsverzeichnis

<b>AG SGU</b>	Arbeitsgruppe Schulgesundheitsuntersuchung
<b>Abb.</b>	Abbildung
<b>aP oder Pert.</b>	Pertussis - Schutzimpfung gegen das Bakterium Bordetella pertussis (Keuchhusten)
<b>Boost.</b>	Booster-Effekt bei Auffrischungsimpfungen
<b>BZgA</b>	Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung
<b>D oder Diphth.</b>	Diphtherie - Schutzimpfung gegen das toxinbildende (giftstoffbildende) Bakterium Corynebacterium diphtheriae (Infektion der oberen Atemwege)
<b>DAG</b>	Deutsche Adipositasgesellschaft e.V.
<b>DAJ</b>	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.
<b>DGE</b>	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
<b>DK-GD</b>	Dänischer Gesundheitsdienst
<b>dmf(t)</b>	Karies geschädigte (d = decayed), fehlende (m = missing) oder gefüllte (f = filled) Zähne (t = teeth) - kleingeschrieben=Milchzähne
<b>DMF(T)</b>	Karies geschädigte (d = decayed), fehlende (m = missing) oder gefüllte (f = filled) Zähne (t = teeth) - großgeschrieben=bleibende Zähne
<b>DV-Erfassung</b>	Datenverarbeitungs-Erfassung
<b>ESU</b>	Einschulungsuntersuchungen
<b>FL</b>	Stadt Flensburg
<b>GBE</b>	Gesundheitsberichterstattung
<b>GD</b>	Gesundheitsdienst
<b>GDG</b>	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst
<b>GKV</b>	Gesetzliche Krankenversicherung
<b>Grundim.</b>	Grundimmunisierung
<b>GUcheckup</b>	Erfassungsprogramm "software.house informationstechnik AG" für den Schulärztlichen Dienst
<b>GUdental</b>	Erfassungsprogramm "software.house informationstechnik AG" für den Zahnärztlichen Dienst
<b>HEI</b>	Kreis Dithmarschen
<b>Hep. B</b>	Hepatitis B - Schutzimpfung gegen Infektionskrankheit der Leber mit dem Hepatitis-B-Virus

<b>Hib</b>	Schutzimpfung gegen das Bakterium <i>Haemophilus influenzae</i> Typ b
<b>HL</b>	Hansestadt Lübeck
<b>i.R.</b>	im Ruhestand
<b>ISGA</b>	Erfassungssoftware "Computer Zentrum Strausberg GmbH" (Informationssystem Gesundheitsamt)
<b>IZ</b>	Kreis Steinburg
<b>J.</b>	Jahr
<b>KI</b>	Stadt Kiel
<b>KiGGS</b>	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
<b>Kita</b>	Kindertageseinrichtung
<b>KiTaG</b>	Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und Tagespflegestellen (Kindertagesstättengesetz - KiTaG)
<b>KiTaVO</b>	Landesverordnung über Mindestanforderungen für den Betrieb von Kindertageseinrichtungen und für die Leistungen der Kindertagespflege (Kindertagesstätten- und -tagespflegeverordnung - KiTaVO)
<b>KJÄD</b>	Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
<b>KMK</b>	Kultusministerkonferenz
<b>KV</b>	Kassenärztliche Vereinigung
<b>LAJ</b>	Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnärzte
<b>LIGA</b>	Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen seit 2006 (vormals lögd)
<b>lögd</b>	Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen bis 2005 (jetzt LIGA)
<b>LD SG</b>	Schleswig-Holsteinisches Gesetz zum Schutz personenbezogener Informationen (Landesdatenschutzgesetz)
<b>LK</b>	Landkreis
<b>LVO</b>	Landesverordnung über die schulärztlichen Aufgaben
<b>MenC</b>	Meningokokken-Infektion (Meningitis) - Schutzimpfung gegen das Bakterium <i>Neisseria meningitidis</i> Serotyp C
<b>Mikropro jäd</b>	Erfassungssoftware "Mikroprojekt GmbH" (Mikroprojekt Jugendärztlicher Dienst)
<b>mind.</b>	mindestens
<b>MMR</b>	Schutzimpfung mit Kombinationsimpfstoff gegen Masern, Mumps und Röteln

<b>MMR-V</b>	Schutzimpfung gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen
<b>Mo.</b>	Monat
<b>MASG</b>	Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit
<b>N</b>	Gesamtanzahl
<b>n</b>	Fallzahl
<b>NF</b>	Kreis Nordfriesland
<b>NMS</b>	Stadt Neumünster
<b>NRW</b>	Nordrhein-Westfalen
<b>OD</b>	Oldesloe, Kreis Stormarn
<b>ÖGD</b>	Öffentlicher Gesundheitsdienst
<b>OH</b>	Kreis Ostholstein
<b>PI</b>	Kreis Pinneberg
<b>PLÖ</b>	Kreis Plön
<b>Polio</b>	Schutzimpfung gegen Polioviren (Kinderlähmung)
<b>RD</b>	Kreis Rendsburg-Eckernförde
<b>RKI</b>	Robert Koch-Institut Berlin
<b>RZ</b>	Ratzeburg, Kreis Herzogtum Lauenburg
<b>SchulG</b>	Schleswig-Holsteinisches Schulgesetz (Schulgesetz)
<b>SDQ</b>	Strengths and Difficulties Questionnaire
<b>SE</b>	Kreis Segeberg
<b>SEU</b>	Schuleingangsuntersuchung
<b>SGB</b>	Sozialgesetzbuch
<b>SGU</b>	SchulGesundheitsUntersuchungen
<b>S-H</b>	Schleswig-Holstein
<b>SK</b>	Stadtkreis
<b>SL</b>	Kreis Schleswig-Flensburg
<b>SoFVO</b>	Landesverordnung über Sonderpädagogische Förderung
<b>SOPESS</b>	Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen

<b>SPRINT</b>	Sprachintensivförderkurse für Kinder mit oder ohne Migrationshintergrund, die nur geringe oder keine Kenntnisse der deutschen Sprache haben
<b>SPSS</b>	SPSS Software "Statistical Package for the Social Sciences", Version 20 <a href="http://www-01.ibm.com/software/analytics/spss/">http://www-01.ibm.com/software/analytics/spss/</a>
<b>STIKO</b>	Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut
<b>T oder Tet.</b>	Tetanus - Schutzimpfung gegen das Bakterium Clostridium tetani (Wundstarrkrampf)
<b>Tab.</b>	Tabelle
<b>U1 bis U9</b>	Früherkennungsuntersuchung (nach der Geburt bis 64. Lebensmonat)
<b>UKSH</b>	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
<b>ZA</b>	Zahnarzt
<b>ZÄD</b>	Zahnärztlicher Dienst

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.

<b>I</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN ERGEBNISSE DES BERICHTES ÜBER DIE JUGENDZAHNÄRZTLICHEN UND JUGENDÄRZTLICHEN UNTERSUCHUNGEN FÜR DAS SCHULJAHR 2011/12.....</b>	<b>11</b>
<b>II</b>	<b>EINLEITUNG.....</b>	<b>13</b>
<b>III</b>	<b>BESCHREIBUNG DER STICHPROBE.....</b>	<b>15</b>
<b>IV</b>	<b>AUSGEWÄHLTE BEFUNDE .....</b>	<b>20</b>
IV.1	Sehen .....	22
IV.2	Hören.....	26
IV.3	Allergische Erkrankungen .....	29
IV.4	Gewicht .....	32
IV.5	Seltene chronische Erkrankungen .....	37
IV.6	Bewegungsapparat und Koordination .....	42
IV.7	Verhalten .....	45
IV.8	Sprache .....	49
<b>V</b>	<b>EMPFEHLUNGEN.....</b>	<b>55</b>
V.1	Einschulung.....	55
V.2	Förderempfehlungen .....	60
<b>VI</b>	<b>FÖRDERUNG VOR DER SCHULE.....</b>	<b>61</b>
VI.1	Besuch einer Kindertageseinrichtung .....	61
VI.2	Inanspruchnahme von Heilpädagogischen Maßnahmen und Heilmitteln.....	65
VI.3	Teilnahme am Früherkennungsprogramm.....	69
<b>VII</b>	<b>IMPFSCHUTZ BEI SCHULANFÄNGERN IN SCHLESWIG-HOLSTEIN 2011/12..</b>	<b>74</b>
<b>VIII</b>	<b>IMPFSCHUTZ BEI AUFNAHME IN DEN KINDERGARTEN SCHLESWIG-HOLSTEIN 2011 .....</b>	<b>78</b>
<b>IX</b>	<b>ZAHNÄRZTLICHES KAPITEL.....</b>	<b>86</b>
IX.1	Grundlage und Auswahlkriterien für die Mundgesundheitsdaten .....	86
IX.2	Anzahl der Reihenuntersuchungen und Untersuchungsgrad .....	89
IX.2.1	Prozentsatz der naturgesunden Gebisse bei Erstklässlern .....	91
IX.2.2	Durchschnittlicher dmf(t)-Wert der Erstklässler.....	93
IX.2.3	Kariesrisiko bei Erstklässlern.....	95
IX.2.4	Behandlungsbedürftigkeit der Grundschüler wegen Karies .....	97
IX.3	Zusammenfassung und Handlungsbedarf .....	102
<b>X</b>	<b>ERGÄNZENDE TABELLEN .....</b>	<b>103</b>

<b>XI</b>	<b>METHODISCHE HINWEISE .....</b>	<b>114</b>
XI.1	Grundgesamtheiten für Schulanfänger, Erstklässler, freie Waldorfschüler, Schüler an Förderzentren, Klassen 1 bis 4, Unterstufe und Mittelstufe .....	115
XI.2	Gesetzliche Grundlagen.....	115
XI.3	Kinder- und Jugendärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Schuleingangsuntersuchung .....	116
XI.4	Die Zahnärztlichen Dienste .....	119
XI.4.1	Zahnärztliche Reihenuntersuchungen.....	120
XI.4.2	Gruppenprophylaxe .....	121
XI.5	Schule und Öffentlicher Kinder- und Jugendgesundheitsdienst .....	121
XI.5.1	Schulanfänger, Erstklässler, freie Waldorfschüler, Schüler an Förderzentren, Klassen 1 bis 4, Unterstufe und Mittelstufe .....	122
XI.5.2	Kinder der Schuleingangsuntersuchung .....	123
XI.6	Datenherkunft für den Bericht über die Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein.....	123
XI.7	Datenerhebung und Epidemiologie der Schuleingangsuntersuchung.....	123
XI.7.1	Bielefelder Definition, Arbeitsanweisungen des KJÄD für die Schulärztliche Untersuchung in Schleswig-Holstein.....	124
XI.7.2	Soziodemographischer Daten .....	126
XI.7.3	Medizinischen Befunde .....	128
XI.7.4	Schulärztlichen Empfehlungen .....	137
XI.7.5	Förderung vor der Schule.....	140
XI.8	Begriffe .....	143
XI.9	Qualitätsentwicklung .....	145

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.

Ihre Prof. Dr. Ute Thyen

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, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein).

## I Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse des Berichtes über die jugendzahnärztlichen und jugendärztlichen Untersuchungen für das Schuljahr 2011/12

### Gesundheitsstatus der Einschüler/innen

- Bei 30% aller Mädchen und Jungen finden sich bei der Schuleingangsuntersuchung Hinweise auf eine Herabsetzung des **Sehvermögens**; ein Viertel dieser auffälligen Befunde wurde erstmals erhoben und erforderte weitere Diagnostik.
- Eine **Herabsetzung des Hörvermögens** liegt bei 7,8% 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 4% bei Allergien, 3,4% bei Asthma bronchiale und 4,8% bei Neurodermitis bei den Schulanfängern festgestellt worden.
- Nach klinischer Einschätzung finden sich bei 9,1% der Schulanfänger **Verhaltensauffälligkeiten**; *bei Verwendung eines Screening-Fragebogens* in Verbindung mit der klinischen Einschätzung bei 23,7% der Kinder. Unabhängig vom Untersuchungsverfahren sind Mädchen weniger häufig betroffen (12,9%) als Jungen (22,2%).
- 8,8% der Schulanfänger werden von den kinder- und jugendärztlichen Diensten als **sprachinkompetent** in der Unterrichtssprache Deutsch beurteilt.
- **Sprachauffälligkeiten** sind bei 13,8% der *sprachkompetenten* Schulanfänger zu finden, wobei Mädchen in 11,7% der Fälle, Jungen in 16,0% der Fälle betroffen sind. 16,6% dieser Kinder erhielten vom schulärztlichen Dienst eine Sprachförderempfehlung. Die Hälfte der 13,8% befindet sich in einer die Sprache betreffenden Förderung.
- **Auffälligkeiten in der Motorik** zeigen sich bei 14,0% aller Schulanfänger, wobei Mädchen mit 7,6% deutlich weniger auffällig sind gegenüber Jungen mit 20,0%. In der Hälfte (47,8%) aller Fälle werden die Auffälligkeiten als geringgradig eingeschätzt; ein Drittel (34,2%) der motorisch Auffälligen befindet sich bereits in Behandlung.
- Im Schuljahr 2011/12 sind 9,8% der Jungen und 10,2% der Mädchen **übergewichtig** (> 90. Perzentile). Davon sind 4,3% der Jungen und 4,2% der Mädchen **adipös** (adipös entspricht einem Gewicht > 97. Perzentile).
- Im Vergleich zum letzten Jahr ist kein Anstieg des Übergewichtes bei den Jungen zu verzeichnen, bei den Mädchen ist der Anteil ebenfalls konstant zum Vorjahr geblieben.
- 11,4% der Jungen und 10,2% der Mädchen haben ein Körpergewicht unter der 10er Perzentile und sind damit **untergewichtig**, davon liegen 3,9% der einzuschulenden Jungen und 3,7% 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 2011/12 für alle Untersuchungszeitpunkte um 8,5% angestiegen.
- Bei 7,5% der Schulanfänger (S1) lag kein Vorsorgeheft vor. Eine deutliche Steigerung konnte bei Inanspruchnahme der U9 mit vorgelegtem Vorsorgeheft festgestellt werden (von 90% auf 96,7%).

- Bei 11,7% der Schulanfänger wurde die U9 durch einen niedergelassenen Haus- bzw. Allgemeinarzt durchgeführt.
- Das Einladungswesen lässt die Vorsorgeuntersuchungsteilnahme ansteigen (Abbildung 55: Teilnahmeraten an den Früherkennungsuntersuchungen U7, U8 und U9 seit dem Schuljahr 2003/04).
- Der Anteil der Schulanfänger, die im letzten Jahr vor Schulbeginn keine Kindertageseinrichtung besuchten, nahm im Beobachtungszeitraum deutlich ab (von 1999 bis 2004 von 11,6% auf 5,4%). Danach blieb die Rate eher stabil (2006 5,1%) und sank erstmalig zu Beginn des Schuljahres 2008/09 unter 5% (4,8%); aktuell liegt sie bei 3,3%.

### **Impfschutz:**

#### ***Wesentliche Ergebnisse:***

- Seit Beginn der Auswertung von Impfdokumentationen bei Schulanfängern in Schleswig-Holstein konnte gezeigt werden, dass sich der Impfschutz von 1999 bis 2011 erheblich verbessert hat.
- Innerhalb von drei Jahren hat sich die Durchimpfungsrate von Meningokokken verdoppelt.
- Der Impfschutz gegen Varizellen konnte um 60% gesteigert werden.
- Trotz vieler Bemühungen liegt jedoch die Durchimpfungsrate bei der 2. Masernimpfung noch immer unter 95%.

#### ***Ergebnisse im Einzelnen:***

- Einen kompletten Impfschutz nach Definition weisen 86,8% (Vorjahr 86,9%) der Kinder auf.
- Der Impfschutz gegen Varizellen ist von 2007 mit 8,9% auf 71,6% in 2011 gestiegen (1mal geimpft). 2mal geimpft sind im Jahr 2011 47,1% der Schulanfänger.
- Die Durchimpfungsrate bei der 2. Masernimpfung konnte kaum gesteigert werden. Sie liegt nach wie vor mit 92,9% (2010: 92,3%) unterhalb der von der WHO zur Maserneliminierung geforderten 95%.
- Die Durchimpfungsrate Meningokokken der Serogruppe C (1mal geimpft) ist von 36,3% im Jahr 2009 auf 73,8% im Jahr 2011 gestiegen.

### **Zahngesundheit:**

- Der Anteil der zahnärztlich untersuchten Grundschulkinder liegt in Schleswig-Holstein bei 77,9% (2010/11: 73,9%) und ist im Vergleich zum Vorjahr angestiegen.
- In Schleswig-Holstein haben 58,2% (2010/11: 59,0%) der 6- bis 7-jährigen Kinder ein kariesfreies Gebiss. Diese Rate nimmt im bundesweiten Spektrum von 38,9%-61,7% (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) 2009) eine Spitzenposition ein.
- 41,8% (2010/11: 41,0%) der Erstklässler, die kein naturgesundes Gebiss aufweisen, haben 3,6 (2010/11: 3,6) karieserkrankte oder behandelte Zähne.

## II Einleitung

Daten für Taten- Daten und Taten- Daten statt Taten-Taten für Daten...

„Aus der Zusammenfassung ihrer Berichte wird sich dann das Gesamtbild der Schulkrankheiten des Landes und der einzelnen Provinzen gewinnen lassen. Zusammengehalten mit der Recrutierungs-Statistik, wenn sie in der vom Congresse (1863) geforderten Weise gehandhabt wird, kann eine derartige Darstellung die Grundlage einer eingehenden Kenntniß von dem körperlichen Entwicklungsleben unserer Nation werden.“

Kein geringerer als Rudolf Virchow beschreibt hier am Ende des letzten Jahrhunderts Aufgaben und Ziele von Schuluntersuchungen und Gesundheitsberichterstattung. Seit der ersten Schulreihenuntersuchung (1895 Wiesbaden) und der Einrichtung des Schulärztlichen Dienstes (1896 Wiesbaden) haben sich die Sichtweisen und Anforderungen an den Schulärztlichen Dienst gewandelt. Standen für Virchow noch die durch die Schule bedingten Erkrankungen im Vordergrund, gewannen dieses Jahrhundert die Erhebung von Risikofaktoren, die Bestimmung der „Schulfähigkeit“ und in der letzten Zeit zunehmend schulbetriebsärztliche Sichtweisen (Abwendung von Gefahren, Gesundheitsförderung, institutionelle und individuelle Beratung) an Bedeutung.

Darüber hinaus sind in den letzten Jahren schulärztliche Daten in die Gesundheitsberichterstattung der Länder eingegangen.

Aufgaben von Gesundheitsberichten sind die Zieldefinition und Handlungssteuerung im Gesundheitswesen, die Dokumentation erreichter Teilziele und die Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Ermittlung von Zahlen zur bedarfsgerechten Versorgungssteuerung.

Die Handlungsrelevanz der Berichte nimmt mit der Qualität der Daten zu. Qualitätssicherung der Daten dient damit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein. [...]Die Qualität, Validität und Relevanz der erhobenen Daten ist Inhalt der Bemühungen zahlreicher Arbeitsgruppen der KJÄD.

Die Weiterentwicklung und der Ausbau der in Schleswig-Holstein seit 1992 bestehenden Datensammlung der Schuluntersuchungen sollte ein gemeinsames Ziel von Praxis, Politik und Wissenschaft bleiben, um die Qualität, Zielorientierung und Handlungsrelevanz der schulärztlichen Untersuchungen zu stärken und zu verbessern.“<sup>1</sup>

---

1 Thyen, U., Meyer, Chr., Wethling, H.: Abschlussbericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 1999, Ergebnisse der Einschüleruntersuchung S1 und Z1, Erhebung durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter des Landes Schleswig-Holstein im Frühjahr 1999. Lübeck 1999, S. 5. [ergänzt durch die Autorin Prof. Dr. Thyen]

Dies ist der 13. Bericht über die Schuleingangsuntersuchungen in Schleswig-Holstein sowie der 6. 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.

Während wir in früheren Jahren uns am Ablauf der schulärztlichen Untersuchungen orientierten und systematisch alle erhobenen Befunde darstellten, haben wir mit diesem Bericht eine neue, modernere und leichter lesbare Darstellungsform gewählt. Sie 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 wieder und bieten Ansatzpunkte für gesundheitspolitische Maßnahmen zur Prävention und Intervention. Detaillierte Informationen zu einzelnen Befunden und zur regionalen Variation können dem ergänzenden Tabellenteil des Kapitel X entnommen werden. Das Kapitel XI ist den Erhebungsmethoden und der Beurteilung der Qualität der Daten gewidmet.

Aufgrund der Entwicklungen im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter Schleswig-Holstein bezieht sich der vorliegende Bericht 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 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 repräsentativ für alle Kinder und Jugendlichen auswertbar wäre, keine Ergebnisse liefern kann. Dies schmälert den individualmedizinischen Nutzen für die untersuchten und betreuten Kinder und Jugendlichen in keiner Weise.

**Aus epidemiologischer und versorgungsmedizinischer Perspektive wäre eine vollständige Untersuchung der Kinder und Jugendlichen z. B. wie bis zum Jahr 2000 in der 4. und 8. Klasse besonders wünschenswert. 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, 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.**

### III Beschreibung der Stichprobe

#### Abbildung 1 Beteiligte Gesundheitsämter an den S1-Untersuchungen in Schleswig-Holstein 2011/12

der kreisfreien Städte

Flensburg

Kiel

Lübeck

Neumünster

der Kreise

Dithmarschen

Herzogtum Lauenburg

Nordfriesland

Ostholstein

Pinneberg

Plön

Rendsburg-Eckernförde

Schleswig-Flensburg

Segeberg

Steinburg

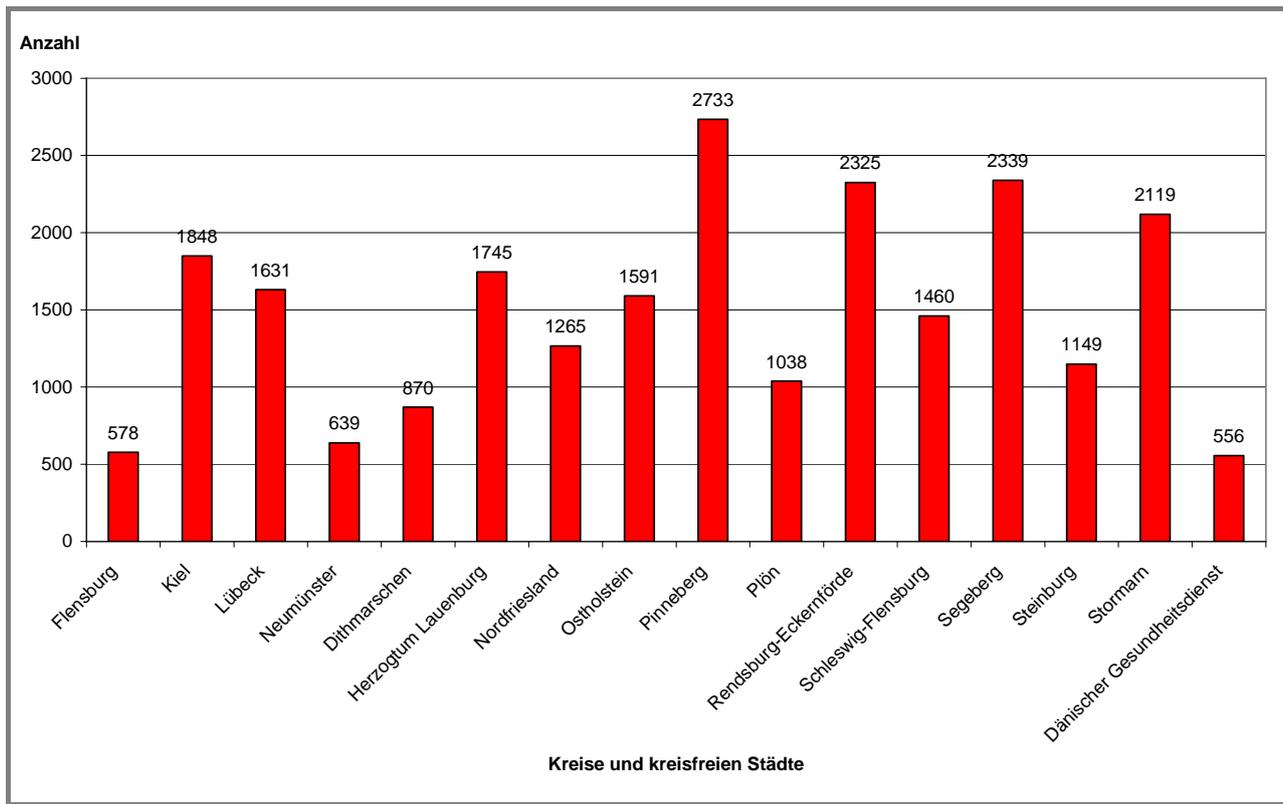
Stormarn

und des Dänischen Gesundheitsdienstes.

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



**Abbildung 2 Anzahl der untersuchten Einschüler (S1) pro Kreis/kreisfreie Stadt für das Schuljahr 2011/12**



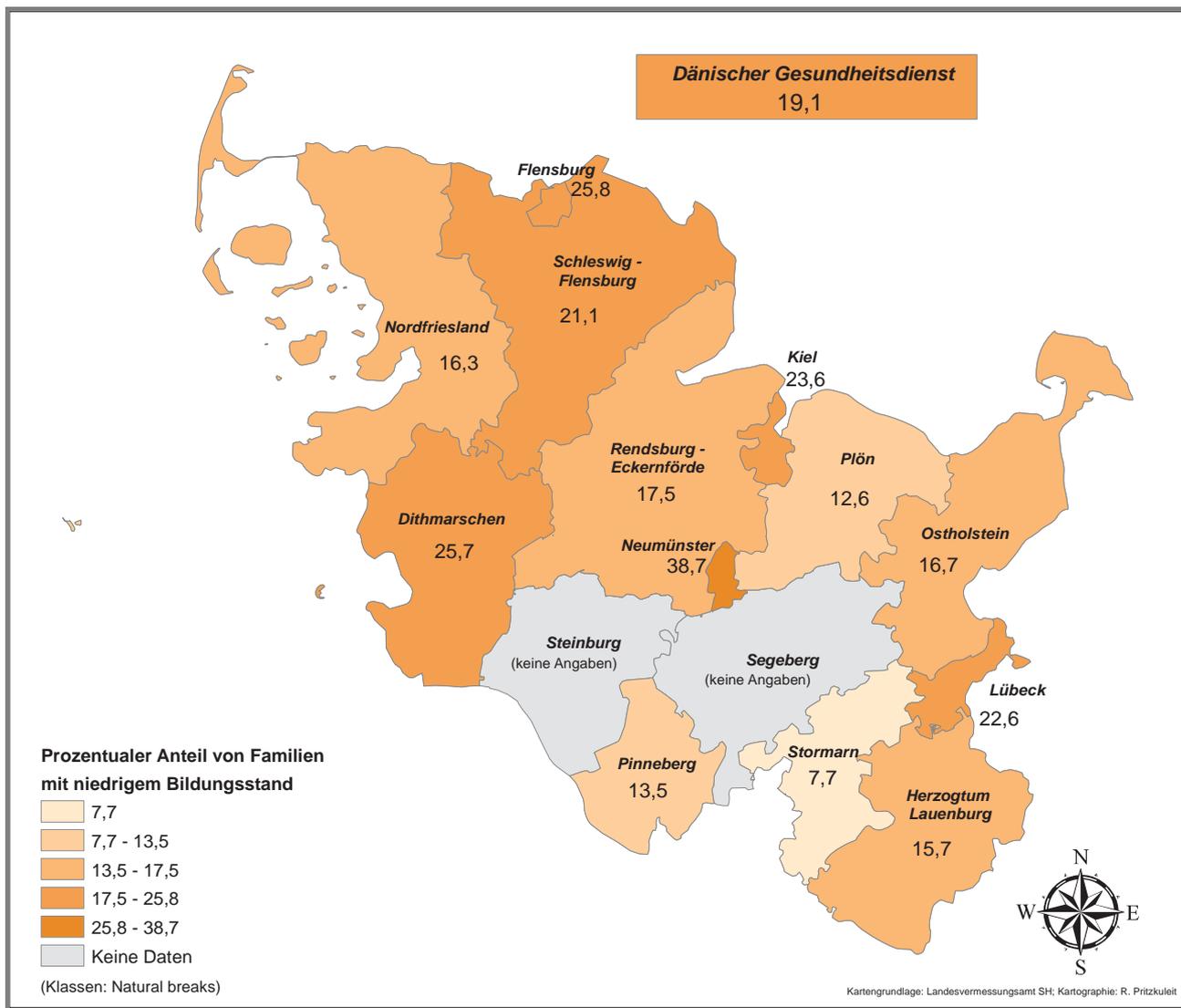
Zwischen dem Herbst 2010 und dem Frühjahr 2011 wurden in Schleswig-Holstein 23.886 Kinder untersucht, die für den Schulbesuch des Schuljahres 2011/2012 angemeldet worden waren. Davon waren 1.933 (8,1%) Kinder nicht schulpflichtig im Sinne des Schulgesetzes, sondern wurden als sog. „Kann-Kinder“ von den Eltern angemeldet. Bei den „Kann-Kindern“ waren die Mädchen etwas überrepräsentiert, im Übrigen ist das Geschlechterverhältnis ausgeglichen. Die regionale Variation geht aus **Tabelle 1** Schulpflichtige Einschüler und „Kann-Kinder“ der Untersuchungsreihe S1 hervor.

Vergleicht man die Zahl der untersuchten schulpflichtigen Kinder mit der Gesamtanzahl der 2007 in Schleswig-Holstein lebend geborenen Kinder, so ergibt sich eine Differenz von etwa 1.000 Kindern, die nicht untersucht wurden. Da ein Abgleich der Einschülerdaten mit den Melderegistern nicht möglich ist, können wir über die Differenz nur spekulieren. Zu einem kleineren Teil kann es sich um Kinder handeln, die Internate oder Waldorfschulen besuchen sollen, die über einen eigenen ärztlichen Dienst verfügen. Weiterhin gehen vermutlich Todesfälle oder insbesondere Migration der Familien oder auch eine unvollständige Erfassungsrate der Einschüler in die Differenz ein. Insgesamt handelt es sich jedoch um eine Rate von vermutlich weniger als 5% aller Kinder, die nicht vom schulärztlichen Dienst in der Datenerhebung dokumentiert werden. Es handelt sich damit um eine nahezu vollständige Erfassung eines Kinderjahrganges in Schleswig-Holstein, so dass die berichteten Ergebnisse kaum durch fehlende Daten beeinflusst werden.

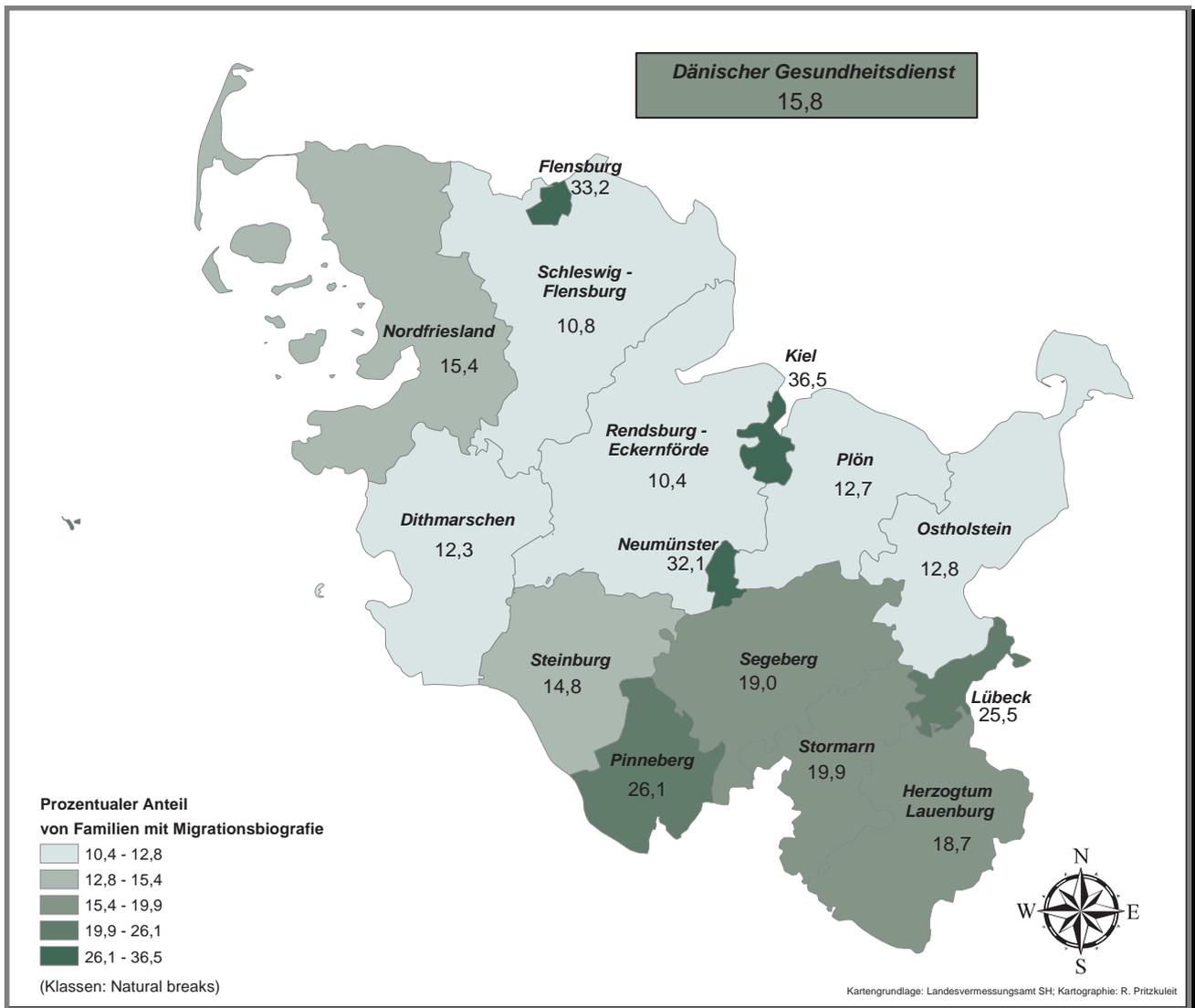
Bezüglich der Verteilung von Entwicklungsauffälligkeiten und Gesundheitsstörungen ist zu berücksichtigen, dass die soziale Lage in den 16 Kreisen und kreisfreien Städten etwas unterschiedlich ist. Aus **Abbildung 3** Bildungsstand der Familien in den Kreisen und kreisfreien Städten von Schleswig-Holstein geht hervor, dass die Rate der Eltern mit niedrigem Bildungsstand am höchsten in den Kreisen Schleswig-Flensburg und Dithmarschen sowie den kreisfreien Städten Kiel, Neumünster, Flensburg und Lübeck ist.

Der höchste Bildungsstand ist zu verzeichnen in den Kreisen Pinneberg, Stormarn und Plön. **Soziodemographische Daten liegen aus Steinburg und Segeberg als einzigen Kreisen nicht vor.** Die **Abbildung 4** Migrationsbiografie in den Kreisen und kreisfreien Städten von Schleswig-Holstein 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**



**Tabelle 1** Schulpflichtige Einschüler und „Kann-Kinder“ der Untersuchungsreihe S1

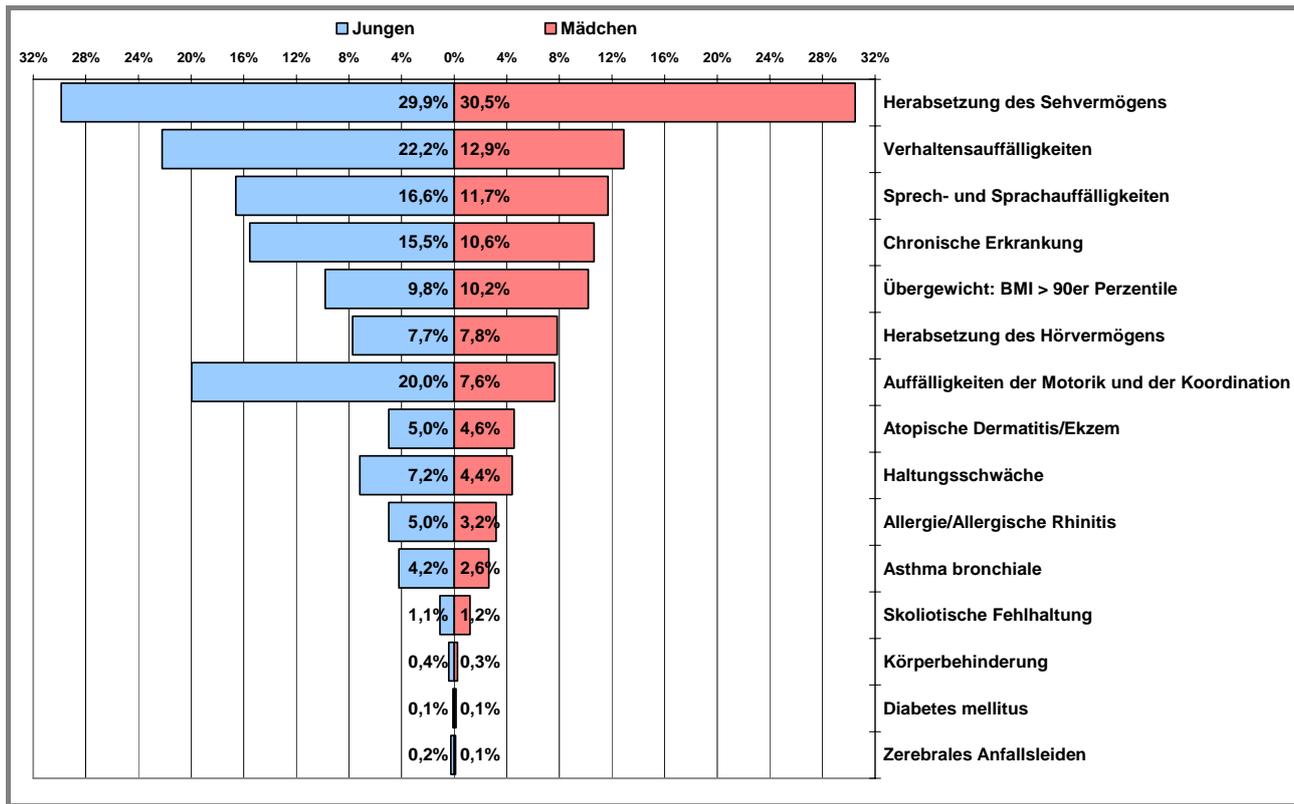
<i>Kreis/kreisfreie Stadt</i>	<i>Schulpflichtige Kinder</i>				<i>„Kann-Kinder“</i>			
	Anzahl	Prozentualer Anteil an untersuchten Kindern	Anzahl Mädchen	Prozentualer Anteil Mädchen	Anzahl	Prozentualer Anteil an untersuchten Kindern	Anzahl Mädchen	Prozentualer Anteil Mädchen
Flensburg	537	92,9	253	47,1	41	7,1	22	53,7
Kiel	1725	93,3	810	47,0	123	6,7	91	74,0
Hansestadt Lübeck	1467	89,9	686	46,8	164	10,1	80	48,8
Neumünster	612	95,8	288	47,1	27	4,2	14	51,9
Dithmarschen	817	93,9	391	47,9	53	6,1	32	60,4
Herzogtum Lauenburg	1555	89,1	726	46,7	190	10,9	108	56,8
Nordfriesland	1172	92,6	567	48,4	93	7,4	67	72,0
Ostholstein	1486	93,4	718	48,3	105	6,6	65	61,9
Pinneberg	2479	90,7	1163	46,9	254	9,3	144	56,7
Plön	983	94,7	517	52,6	55	5,3	35	63,6
Rendsburg-Eckernförde	2170	93,3	999	46,0	155	6,7	96	61,9
Schleswig-Flensburg	1342	91,9	663	49,4	118	8,1	80	67,8
Segeberg	2098	89,7	1006	48,0	241	10,3	154	63,9
Steinburg	1072	93,3	531	49,5	77	6,7	43	55,8
Stormarn	1939	91,5	944	48,7	180	8,5	120	66,7
Dänischer Gesundheitsdienst	499	89,7	200	40,9	57	10,3	36	63,2
<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>21953</b>	<b>91,9</b>	<b>10462</b>	<b>47,7</b>	<b>1933</b>	<b>8,1</b>	<b>1187</b>	<b>61,4</b>

Dargestellt wird die Anzahl der untersuchten Einschüler (S1) pro Kreis/kreisfreie Stadt für das Schuljahr 2011/12, getrennt nach schulpflichtigen Kindern und der auf Antrag der Eltern jüngeren, nicht schulpflichtigen Kindern (Kann-Kinder) mit Angabe des Anteils der Mädchen. Insgesamt wurden 23.886 Kinder untersucht.

#### IV Ausgewählte Befunde

- Bei 30% aller Mädchen und Jungen finden sich bei der Schuleingangsuntersuchung Hinweise auf eine Herabsetzung des **Sehvermögens**; ein Viertel dieser auffälligen Befunde wurde erstmals erhoben und erforderte weitere Diagnostik.
- Eine **Herabsetzung des Hörvermögens** liegt bei 7,8% 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 4% bei Allergien, 3,4% bei Asthma bronchiale und 4,8% bei Neurodermitis bei den Schulanfängern festgestellt worden.
- Nach klinischer Einschätzung finden sich bei 9,1% der Schulanfänger **Verhaltensauffälligkeiten**; *bei Verwendung eines Screening-Fragebogens* in Verbindung mit der klinischen Einschätzung bei 23,7% der Kinder. Unabhängig vom Untersuchungsverfahren sind Mädchen weniger häufig betroffen (12,9%) als Jungen (22,2%).
- 8,8% der Schulanfänger werden von den kinder- und jugendärztlichen Diensten als **sprachinkompetent** in der Unterrichtssprache Deutsch beurteilt.
- **Sprachauffälligkeiten** sind bei 13,8% der **sprachkompetenten** Schulanfänger zu finden, wobei Mädchen in 11,7% der Fälle, Jungen in 16,0% der Fälle betroffen sind. 16,6% dieser Kinder erhielten vom schulärztlichen Dienst eine Sprachförderempfehlung. Die Hälfte der 13,8% befindet sich in einer die Sprache betreffenden Förderung.
- **Auffälligkeiten in der Motorik** zeigen sich bei 14,0% aller Schulanfänger, wobei Mädchen mit 7,6% deutlich weniger auffällig sind gegenüber Jungen mit 20,0%. In der Hälfte (47,8%) aller Fälle werden die Auffälligkeiten als geringgradig eingeschätzt; ein Drittel (34,2%) der motorisch Auffälligen befindet sich bereits in Behandlung.
- Im Schuljahr 2011/12 sind 9,8% der Jungen und 10,2% der Mädchen **übergewichtig** (> 90. Perzentile). Davon sind 4,3% der Jungen und 4,2% der Mädchen **adipös** (adipös entspricht einem Gewicht > 97. Perzentile).
- Im Vergleich zum letzten Jahr ist kein Anstieg des Übergewichtes bei den Jungen zu verzeichnen, bei den Mädchen ist der Anteil ebenfalls konstant zum Vorjahr geblieben.
- 11,4% der Jungen und 10,2% der Mädchen haben ein Körpergewicht unter der 10er Perzentile und sind damit **untergewichtig**, davon liegen 3,9% der einzuschulenden Jungen und 3,7% der Mädchen unterhalb der 3er Perzentile und sind damit **stark untergewichtig**.

**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 2011/12. Die Befunde sind in dieser Abbildung nach Häufigkeit (Mädchen) geordnet.

Zahlreiche Befunde bei den schulärztlichen Untersuchungen zeigen eine unterschiedliche Häufigkeit bei Jungen und Mädchen. Diese Unterschiede sollen in **Abbildung 5** Häufigkeiten schulärztlicher Befunde bei Jungen und Mädchen 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.

Bei Seh- und Hörvermögen zeigen sich keine Unterschiede in der Häufigkeit bei Mädchen und Jungen. Auch findet sich beim Übergewicht (BMI über der 90er Perzentile) keine Wendigkeit hin zu einem Geschlecht.

Bei den atopischen Erkrankungen wie Neurodermitis (atopische Dermatitis), Heuschnupfen (allergische Rhinitis) und Asthma Bronchiale findet sich eine **leichte Knabenwendigkeit**. Eine **deutlich größere Knabenwendigkeit** findet sich bei Sprech- und Sprachauffälligkeiten, Verhaltensauffälligkeiten, Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination.

## IV.1 Sehen

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 (siehe Seite 128) erfolgt, zeigt sich eine hohe Rate an auffälligen Befunden. Bei 1/3 aller Mädchen und Jungen wird eine nochmalige Vorstellung bei einem Augenarzt empfohlen. 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 profitiert.

**Tabelle 2** Herabsetzung des Sehvermögens zeigt allerdings, 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 1/3 der Kinder zumindest leicht auffällige Befunde dokumentiert, die häufig jedoch bereits bekannt und behandelt sind. Die Häufigkeit der Befunddokumentation schwankt jedoch zwischen 14,0% in Plön und 53% in Ostholstein. Relevant ist jedoch eher, wie häufig eine erneute Überweisung zum Augenarzt empfohlen wird: Dies betrifft 75,7% der Kinder mit auffälligen Befunden in Neumünster, aber nur 13% der Kinder in Steinburg. 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.

Wie **Abbildung 6** Herabsetzung des Sehvermögens abhängig vom Bildungsstand der Eltern zeigt, erfolgt die Dokumentation eines auffälligen Befundes und Arztüberweisung etwas häufiger bei Kindern von Eltern mit geringerem Bildungsstand. Die Migrationsbiografie der Eltern hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit von auffälligen Befunden oder Empfehlungen (**Abbildung 7** Herabsetzung des Sehvermögens abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern).

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% (**Abbildung 8** Herabsetzung des Sehvermögens in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/04). Auch hier ist nicht anzunehmen, dass es sich um einen echten Anstieg bei Sehfehlern handelt, die Häufigkeit der abweichenden Befunde ist eher einer verstärkten Aufmerksamkeit und der Bedeutung dieses Befundes für den Schulbesuch geschuldet.

**Tabelle 2 Herabsetzung des Sehvermögens**

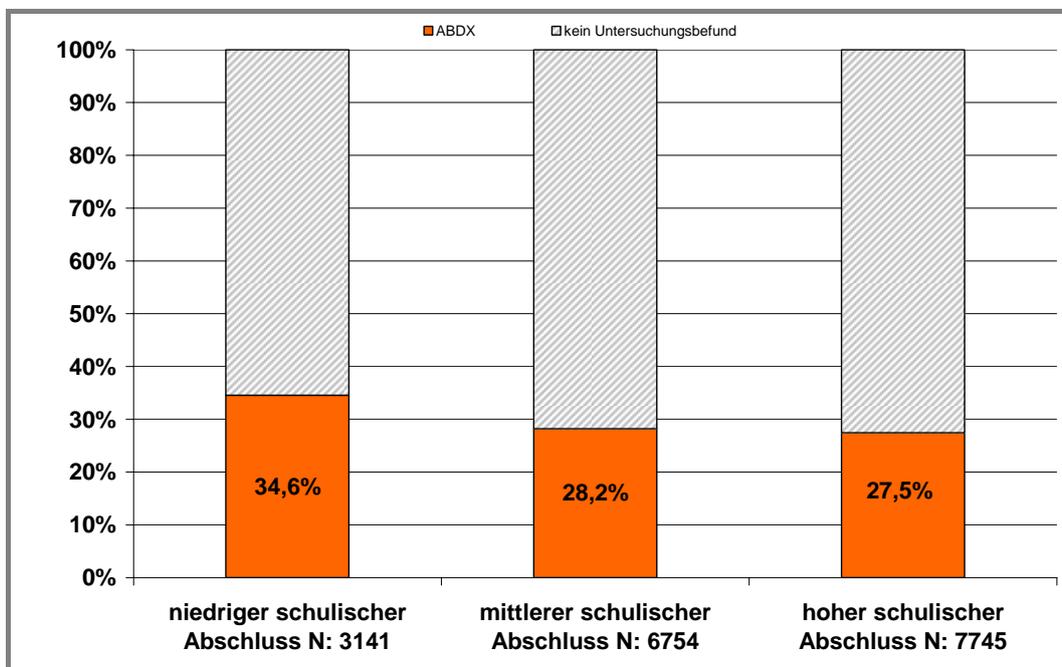
Kreis/kreisfreie Stadt	Fallzahl (n)	Prävalenz (%)	A%
Flensburg	159	27,8	16,4
Kiel	860	46,8	17,3
Hansestadt Lübeck	333	20,4	25,2
Neumünster	173	27,1	75,7
Dithmarschen	287	33,1	50,9
Herzogtum Lauenburg	471	27,1	22,1
Nordfriesland	196	15,5	27,6
Ostholstein	834	53,0	14,3
Pinneberg	839	30,8	26,9
Plön	145	14,0	49,0
Rendsburg-Eckernförde	726	31,2	17,9
Schleswig-Flensburg	244	16,9	16,4
Segeberg	863	37,2	19,7
Steinburg	343	30,3	13,1
Stormarn	532	25,2	24,2
Dänischer Gesundheitsdienst	95	17,1	20,0
<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>7100</b>	<b>29,9</b>	<b>23,1</b>

Darstellung erfolgt getrennt nach Kreisen und kreisfreien Städten.

Die Fallzahl (n) ergibt sich aus der Summe aller Befunde unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen (ABDX). Die Prävalenz (%) 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. Eine Arztüberweisung wird veranlasst bei einem Visus kleiner 0,7 und/oder auffälligem Stereotest.

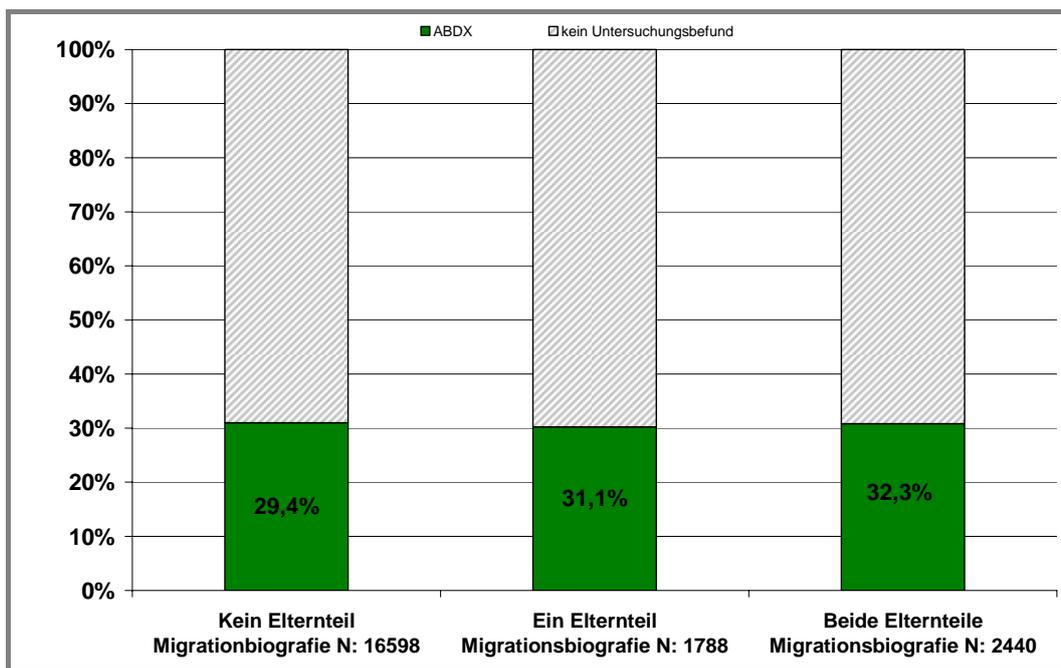
**Abbildung 6 Herabsetzung des Sehvermögens abhängig vom Bildungsstand der Eltern**



Verteilung der Prävalenz von „Herabgesetztem Sehvermögen“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N = 17.640).

ABDX = Summe aller Befunde unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen.

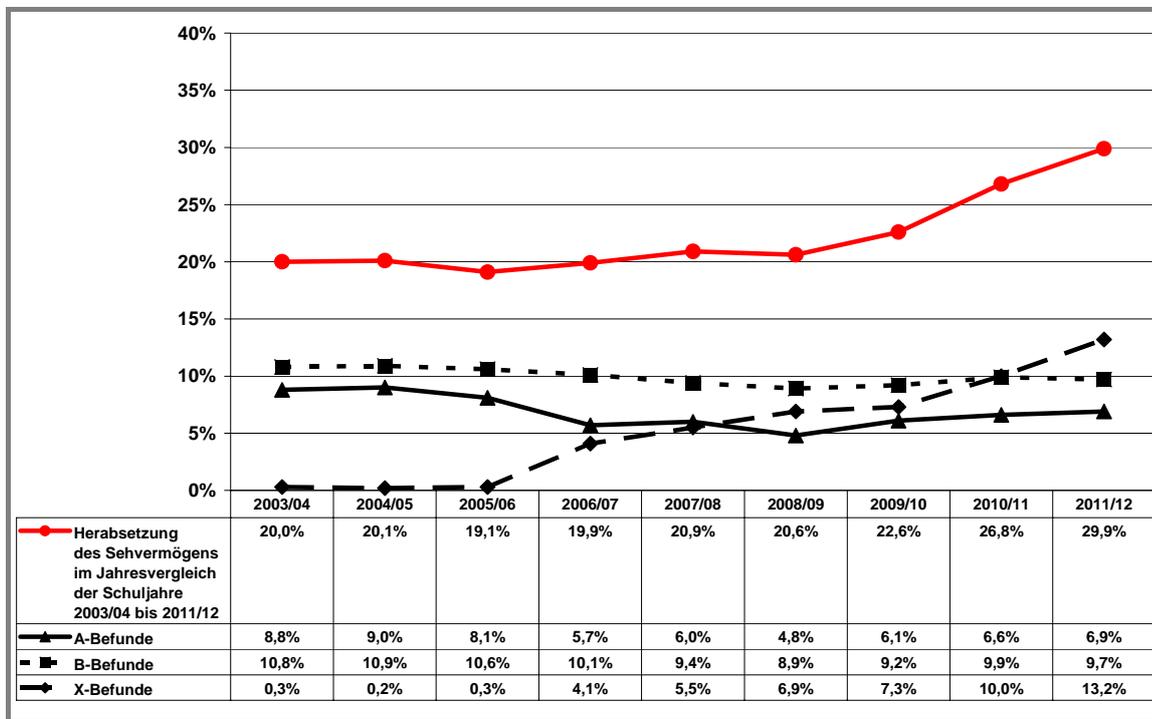
**Abbildung 7 Herabsetzung des Sehvermögens abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern**



Verteilung der Prävalenz von „Herabgesetztem Sehvermögen“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=20.826).

ABDX = Summe aller Befunde unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen.

**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 Standard: Visus kleiner 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%) als auffällig kodiert worden, ab diesem Schuljahr nur noch ein Visus von 0,7 (70%). 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. **Abbildung 8** Herabsetzung des Sehvermögens in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/04) 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) mit oder 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 nun Schielen (Strabismus) ebenfalls als leicht auffälliger Befund dokumentiert wurde. Auch hier ist im Ermessen der Schulärzte, ob eine weitere Empfehlung zur fachärztlichen Untersuchung gegeben wird.

## IV.2 Hören

**Tabelle 3 Auffälligkeiten des Hörens**

<i>Kreis/kreisfreie Stadt</i>	<i>Fallzahl (n)</i>	<i>Prävalenz (%)</i>	<i>A%</i>
Flensburg	79	14,0	72,2
Kiel	178	9,7	37,6
Hansestadt Lübeck	75	4,6	21,3
Neumünster	55	8,6	80,0
Dithmarschen	224	25,9	79,9
Herzogtum Lauenburg	89	5,1	34,8
Nordfriesland	49	3,9	85,7
Ostholstein	143	9,0	58,7
Pinneberg	128	4,7	64,8
Plön	43	4,1	83,7
Rendsburg-Eckernförde	144	6,2	68,8
Schleswig-Flensburg	67	4,6	47,8
Segeberg	337	14,5	43,6
Steinburg	65	5,8	63,1
Stormarn	140	6,6	40,0
Dänischer Gesundheitsdienst	32	5,8	68,8
<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>1848</b>	<b>7,8</b>	<b>56,1</b>

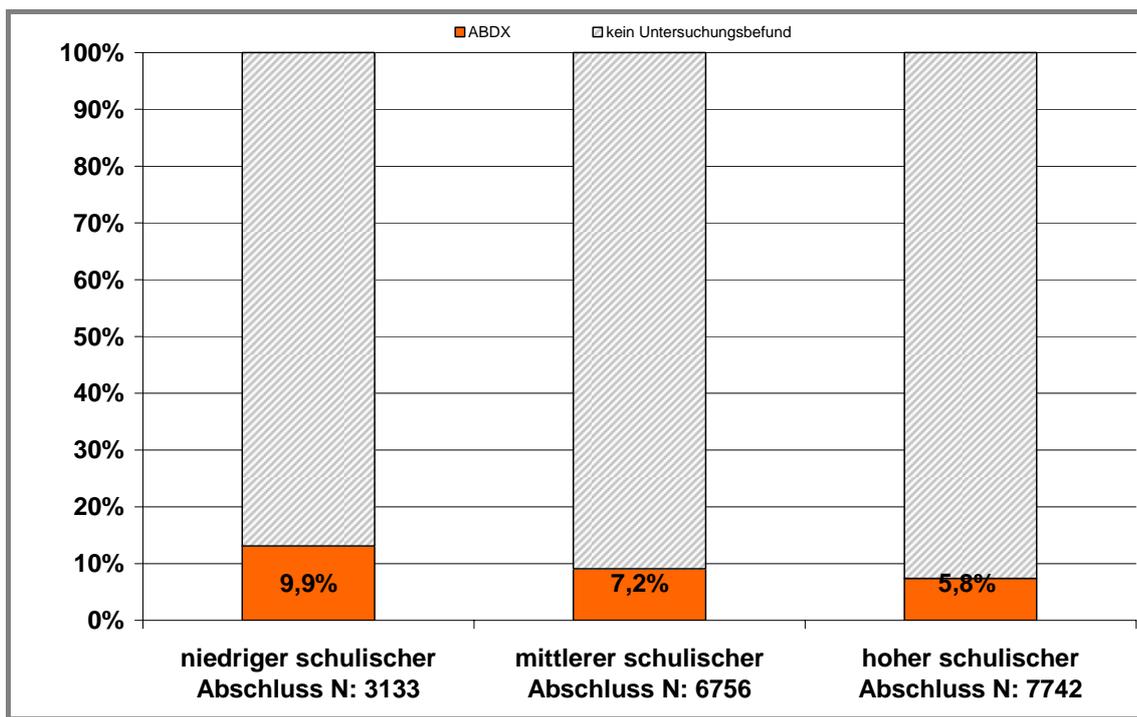
Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten.

Die Fallzahl (n) ergibt sich aus der Summe aller Befunde unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen (ABDX). Die Prävalenz (%) 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.

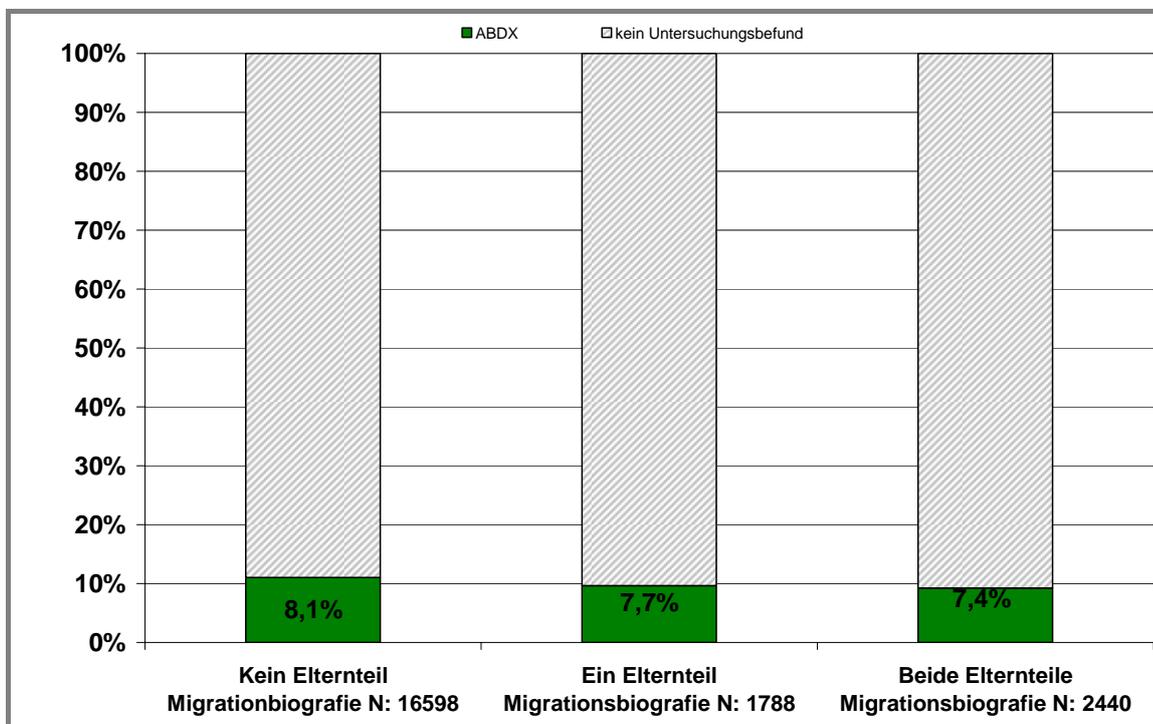
Die Rate der vermuteten Hörstörungen liegt in den meisten Kreisen und kreisfreien Städten zwischen 4 und 10%. Lediglich in Flensburg und Segeberg liegen sie bei etwa 14%. Schwankungen dieser Art können durchaus z. T. mit dem Untersuchungszeitpunkt erklärt werden, da in den Wintermonaten vorübergehende 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 alle 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** Herabsetzung des Hörvermögens abhängig vom Bildungsstand der Eltern). 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** Herabsetzung des Hörvermögens abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern). Die Häufigkeit der „Herabsetzung des Hörvermögens“ ist über die Jahre konstant geblieben (**Abbildung 11** Herabsetzung des Hörvermögens in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/04).

**Abbildung 9 Herabsetzung des Hörvermögens abhängig vom Bildungsstand der Eltern**



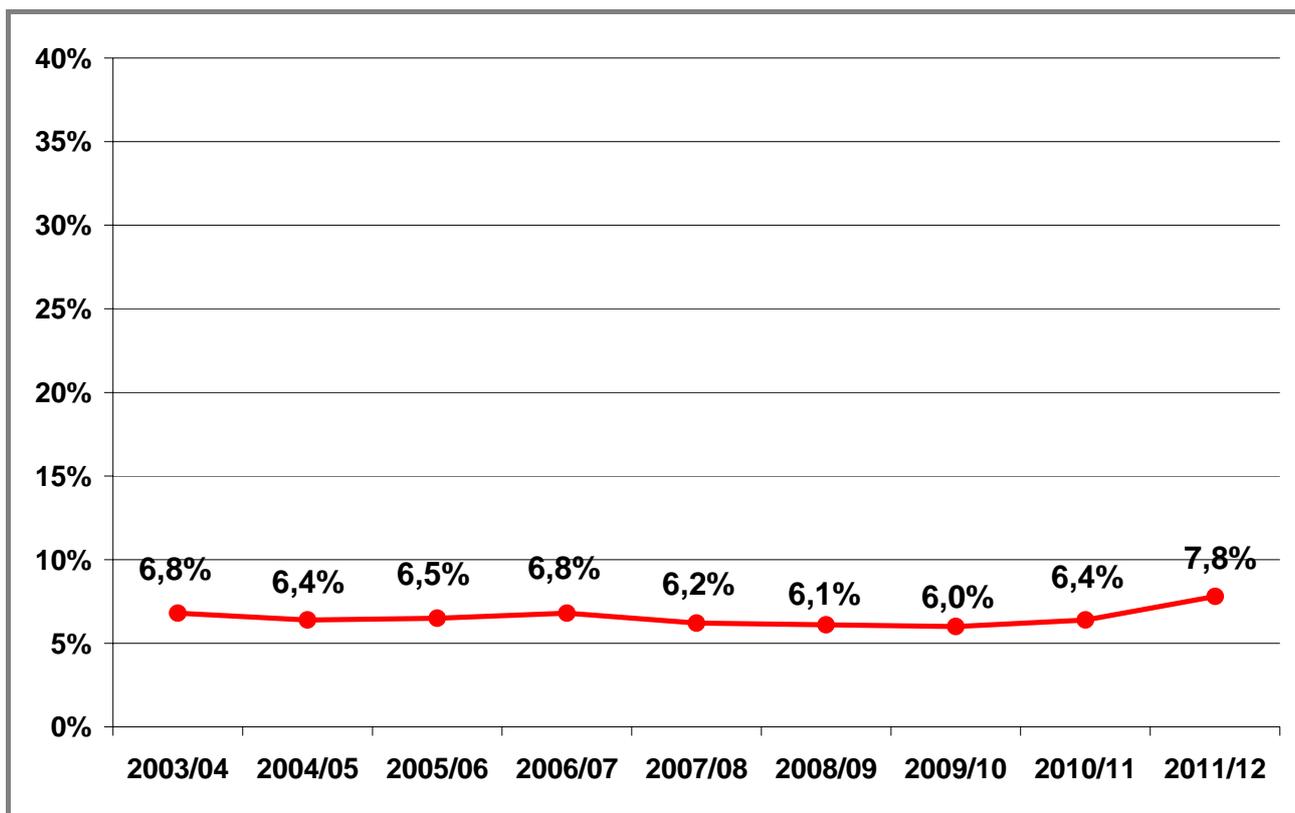
Verteilung der Prävalenz von „Herabgesetztem Hörvermögen“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=17.631).

**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=20.826).

**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“.

### IV.3 Allergische Erkrankungen

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 4 Atopische Erkrankungen bei Jungen und Mädchen**

	<i>Jungen</i>			<i>Mädchen</i>		
	N	Fallzahl (n)	Prävalenz (%)	N	Fallzahl (n)	Prävalenz (%)
<b>Allergie (Allergische Rhinitis)</b>	10732	534	5,0%	10239	327	3,2%
<b>Asthma bronchiale</b>	11042	463	4,2%	10473	277	2,6%
<b>Atopische Dermatitis / Ekzem</b>	11039	549	5,0%	10472	477	4,6%

Die Fallzahl (n) ergibt sich aus der Summe aller Befunde unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen (ABDX). Die Prävalenz (%) gibt den prozentualen Anteil des Untersuchungsbefundes bei N (Jungen/Mädchen) an.

Auch im KiGGS-Survey zeigt sich eine Knabenwendigkeit aller drei Erkrankungsgruppen. 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 Symptomfreiheit, 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.

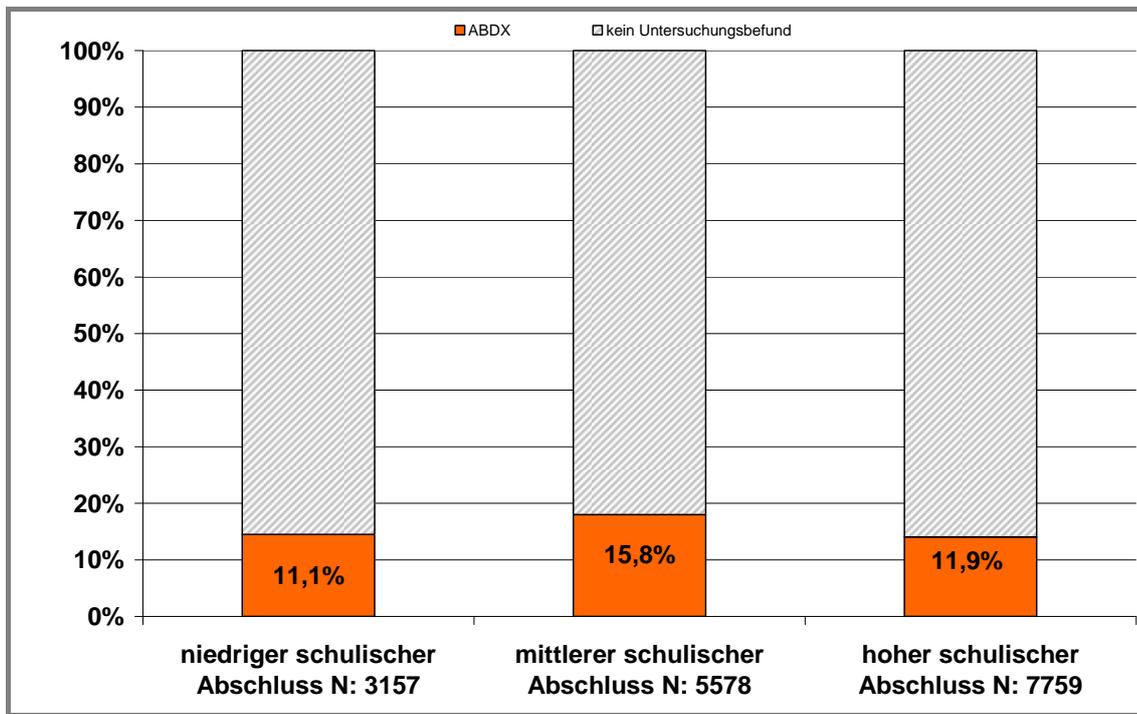
**Tabelle 5 Atopische Erkrankungen**

<i>Kreis/kreisfreie Stadt</i>	<i>Allergie/Allergische Rhinitis</i>			<i>Asthma bronchiale</i>			<i>Atopische Dermatitis/Ekzem</i>		
	Fallzahl (n)	Prävalenz (%)	A%	Fallzahl (n)	Prävalenz (%)	A%	Fallzahl (n)	Prävalenz (%)	A%
Flensburg	27	4,7	0,0	38	6,6	0,0	35	6,1	0,0
Kiel	65	3,5	1,5	36	1,9	0,0	66	3,6	9,1
Hansestadt Lübeck	19	1,2	0,0	25	1,5	0,0	16	1,0	0,0
Neumünster	41	6,4	0,0	15	2,3	0,0	17	2,7	0,0
Dithmarschen	22	2,5	0,0	33	3,8	0,0	35	4,0	0,0
Herzogtum Lauenburg	16	0,9	0,0	27	1,5	0,0	46	2,6	0,0
Nordfriesland	84	6,6	3,6	98	7,8	5,1	130	10,3	1,5
Ostholstein	42	2,6	0,0	36	2,3	2,8	27	1,7	0,0
Pinneberg	115	4,2	0,0	67	2,5	1,5	105	3,8	1,9
Plön	69	6,8	0,0	43	4,2	0,0	68	6,7	0,0
Rendsburg-Eckernförde	127	5,5	0,0	118	5,1	0,0	203	8,7	1,0
Schleswig-Flensburg	51	3,5	0,0	66	4,5	0,0	100	6,8	0,0
Segeberg	0	-	-	0	-	-	0	-	-
Steinburg	35	3,0	0,0	63	5,5	0,0	107	9,3	2,8
Stormarn	148	7,0	0,7	54	2,5	0,0	56	2,6	0,0
Dänischer Gesundheitsdienst	3	0,5	33,3	21	3,8	4,8	16	2,9	6,3
<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>864</b>	<b>4,0</b>	<b>0,7</b>	<b>740</b>	<b>3,4</b>	<b>1,1</b>	<b>1027</b>	<b>4,8</b>	<b>1,6</b>

Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten exklusiv für Allergische Rhinitis, Asthma bronchiale und Atopische Dermatitis. Die Fallzahl (n) der jeweiligen Erkrankung ergibt sich aus der Summe der Befundmarkierungen (ABDX) unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen. Die Prävalenz (%) gibt den prozentualen Anteil für die jeweilige Erkrankung 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.

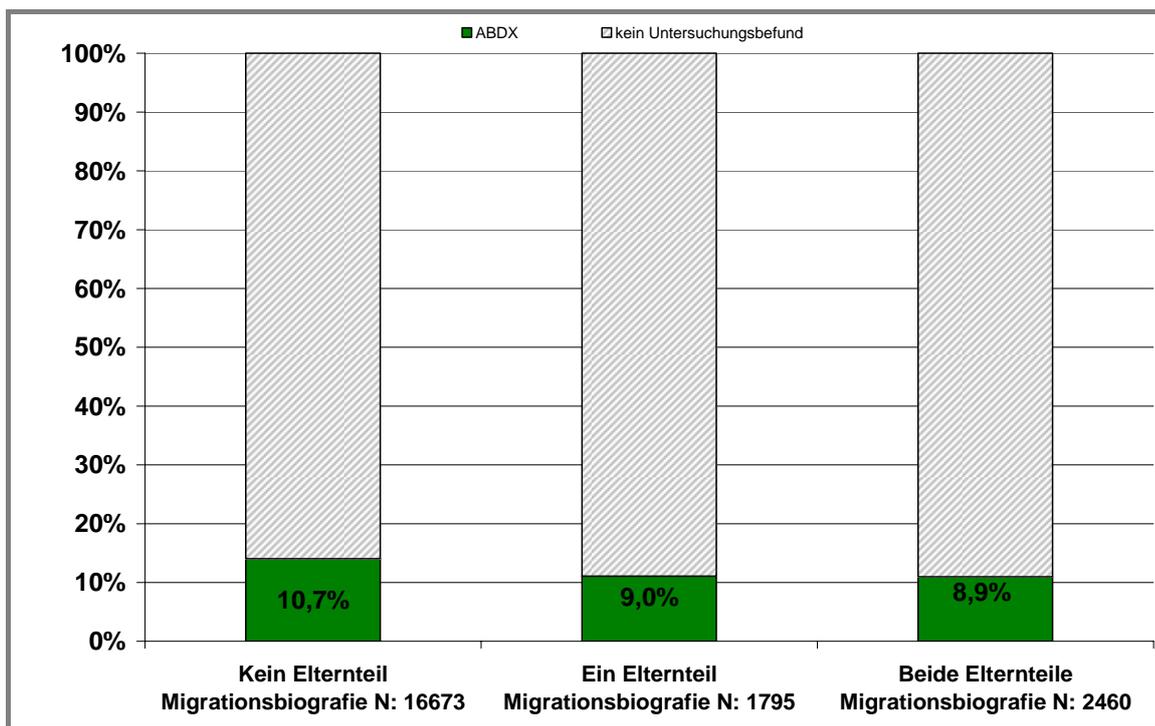
Auch bei den atopischen Erkrankungen finden sich regionale Variationen, die sich jedoch zumindest beim Asthma bronchiale um den Mittelwert herum bewegen. Während in übrigen Studien, z. B. dem bundesweiten Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS) gezeigt werden kann, dass atopische Erkrankungen bei Kindern mit 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 mittlerem schulischen Abschluss (15,8%) während die Rate bei Kindern von Eltern mit niedrigem schulischen Abschluss 11,1% beträgt, bei Kindern von Eltern mit hohem schulischen Abschluss 11,9%. 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 zeigt sich in Nordfriesland (10,3%) im Vergleich zu den anderen Kreisen und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein. Dies lässt sich möglicherweise durch einen Zuzug von Familien aus anderen Bundesländern aufgrund der atopischen Erkrankung der Kinder erklären.

**Abbildung 12 Atopische Erkrankungen abhängig vom Bildungsstand der Eltern**



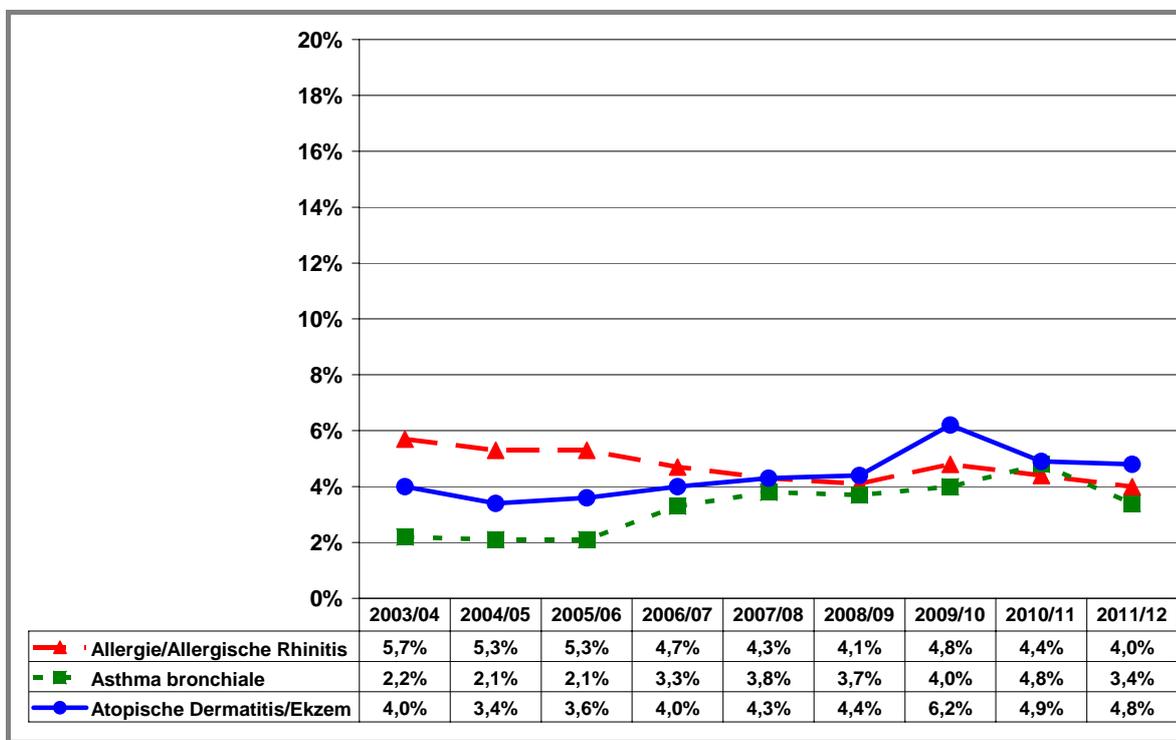
Verteilung der Prävalenz von „Atopischen Erkrankungen“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=16.494).

**Abbildung 13 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=20.928).

**Abbildung 14 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“.

#### IV.4 Gewicht

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 2000<sup>2</sup>. Der BMI ist der Quotient aus Körpergewicht in Kilogramm dividiert durch das Quadrat der Körpergröße in Metern ( $\text{BMI} = \text{kg/m}^2$ ). 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)<sup>3</sup>

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 wieder, die Präventionsleistungen für übergewichtige Kinder im Settingansatz mitfinanzieren, für adipöse Kinder aber individuelle Rehabilitationsmaßnahmen nach §43 SGB V gewähren.

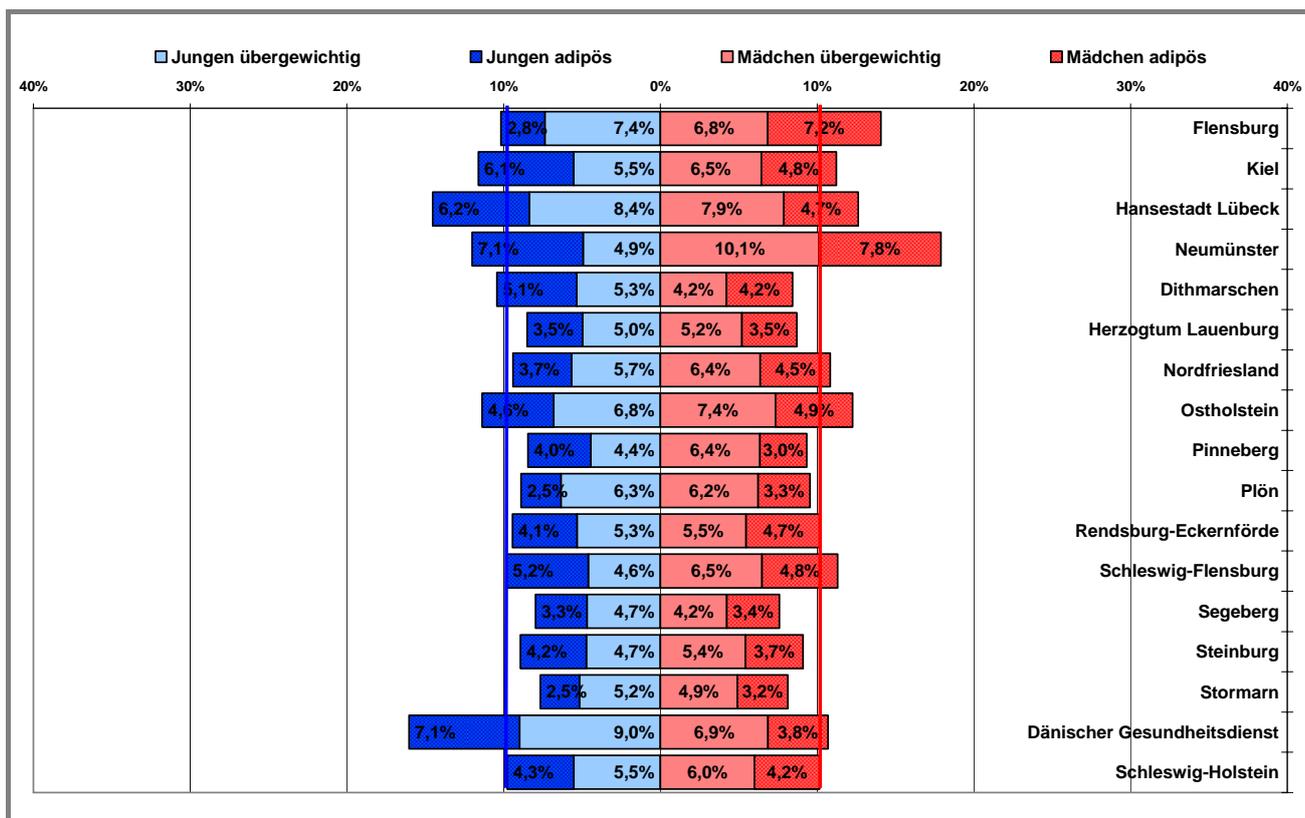
Es erfolgt zum jetzigen Zeitpunkt keine Korrektur für ethnische Unterschiede in Körperlänge und Gewicht. Üblicherweise erreichen Kinder aus nicht-europäischen Herkunftsfamilien eine geringere Körpergröße als deutsche oder skandinavische Kinder und haben auch einen geringeren BMI (z. B. besonders ausgeprägt in der asiatischen Bevölkerung). Dies sollte bei der Beurteilung, ob Untergewicht oder Unterlänge Krankheitswert haben oder nicht, individualmedizinisch berücksichtigt werden (Gewicht und Körpergröße der Eltern müssten dann erfragt werden).

---

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

3 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.

**Abbildung 15 Übergewichtige und adipöse Jungen und Mädchen (größer 90er Perzentile)**



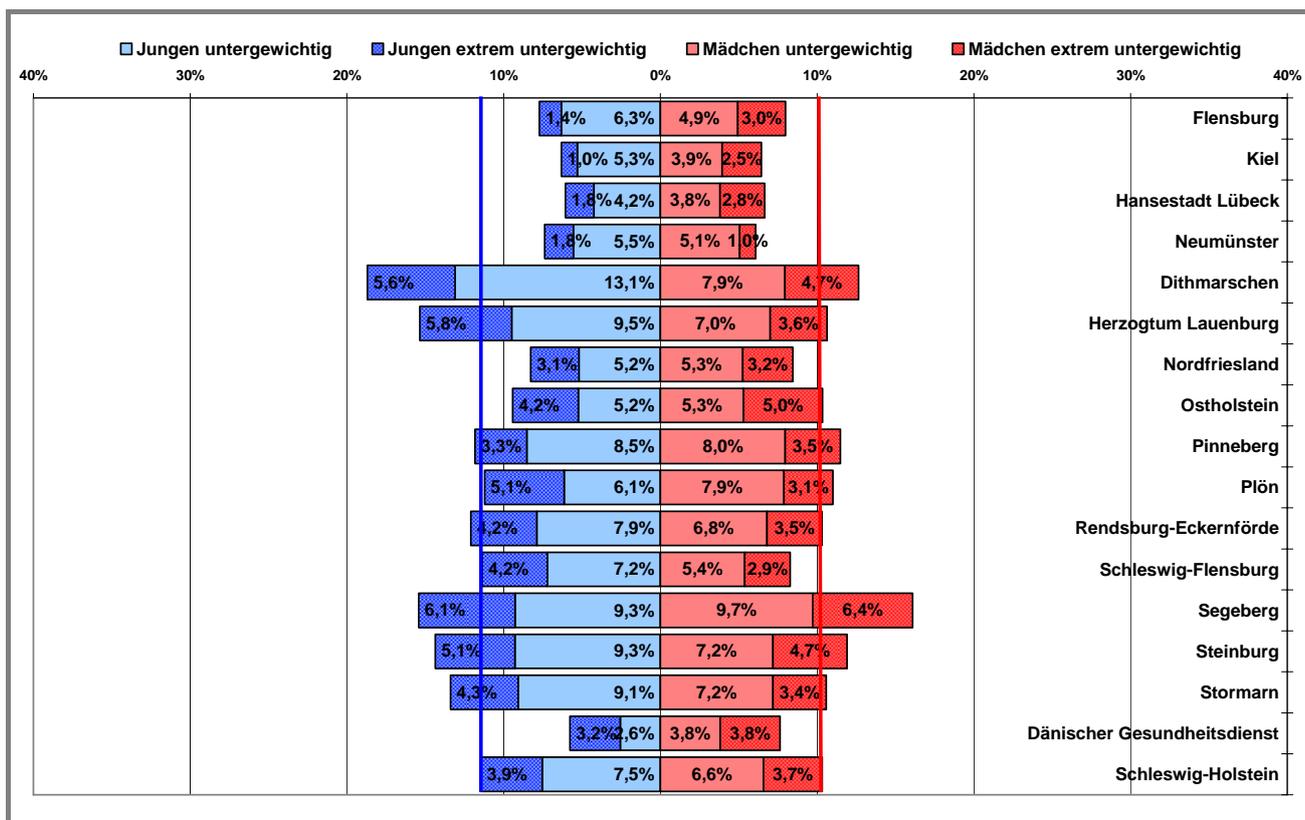
Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten getrennt und zeigt den prozentualen Anteil der schulärztlichen Untersuchungsbefunde zum body mass index getrennt nach Geschlechtern. Übergewichtig = BMI ist größer der 90er Perzentile und kleiner der 97er Perzentile, adipös = BMI ist größer der 97er Perzentile nach Kromeyer-Hausschild.

Insgesamt sind im Landesdurchschnitt 4,3% der einzuschulenden Jungen und 4,2% der Mädchen adipös. Bereits übergewichtig sind 5,5% der Jungen und 6,0% der Mädchen. Dabei ergeben sich Hinweise für erhebliche regionale Variationen.

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

Die meisten adipösen Mädchen finden sich ebenfalls in Neumünster und in der kreisfreien Stadt Flensburg.

**Abbildung 16 Untergewichtige und extrem untergewichtige Jungen und Mädchen (kleiner 10er Perzentile)**



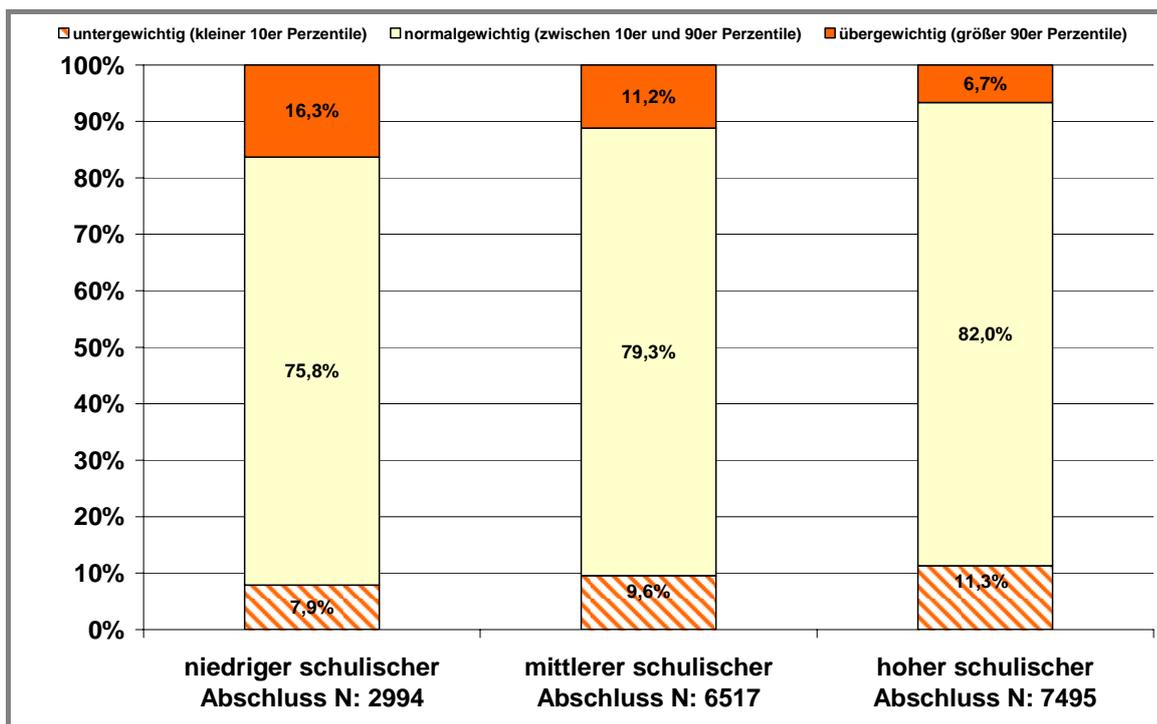
Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten getrennt und zeigt den prozentualen Anteil der schulärztlichen Untersuchungsbefunde zum body mass index getrennt nach Geschlechtern.

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

Im Landesdurchschnitt sind 11,4% (2009/10: 11,8%, 2010/11: 10,3%) der einzuschulenden Jungen und 10,3% (2009/10: 11,4%, 10,3%) der Mädchen untergewichtig. Dies kann nicht durch eine Anpassung an einen allgemein steigenden Trend bei der Gewichtsentwicklung gedeutet werden, denn dieser ist stabil und nicht weiter ansteigend.

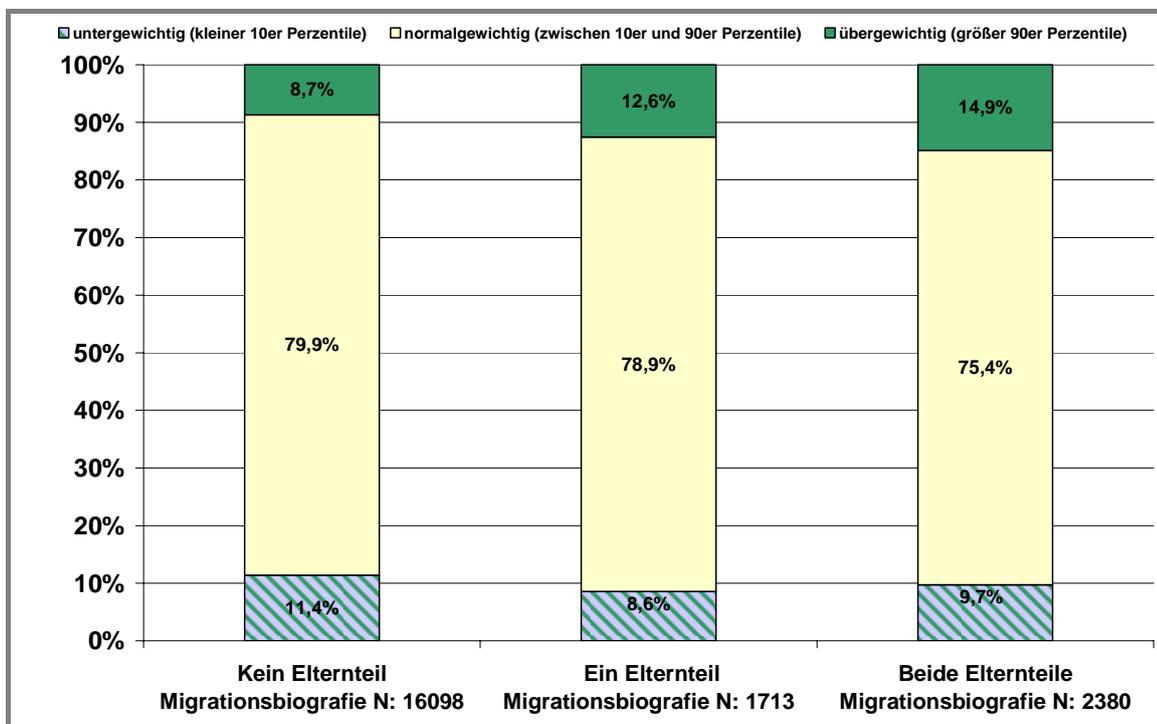
Wie **Abbildung 17** Über-, Unter- und Normalgewichtigkeit der Kinder in abhängig vom Bildungsstand der Eltern und **Abbildung 18** Über-, Unter- und Normalgewicht abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern zeigen, werden Übergewicht und Adipositas durch soziodemographische Faktoren beeinflusst. Sowohl Kinder aus Familien mit Migrationsbiografie als auch solche aus bildungsfernen Familien haben ein statistisch signifikant höheres Risiko Adipositas zu entwickeln. So erhöht sich z. B. 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 17 Über-, Unter- und Normalgewichtigkeit der Kinder in abhängig vom Bildungsstand der Eltern**



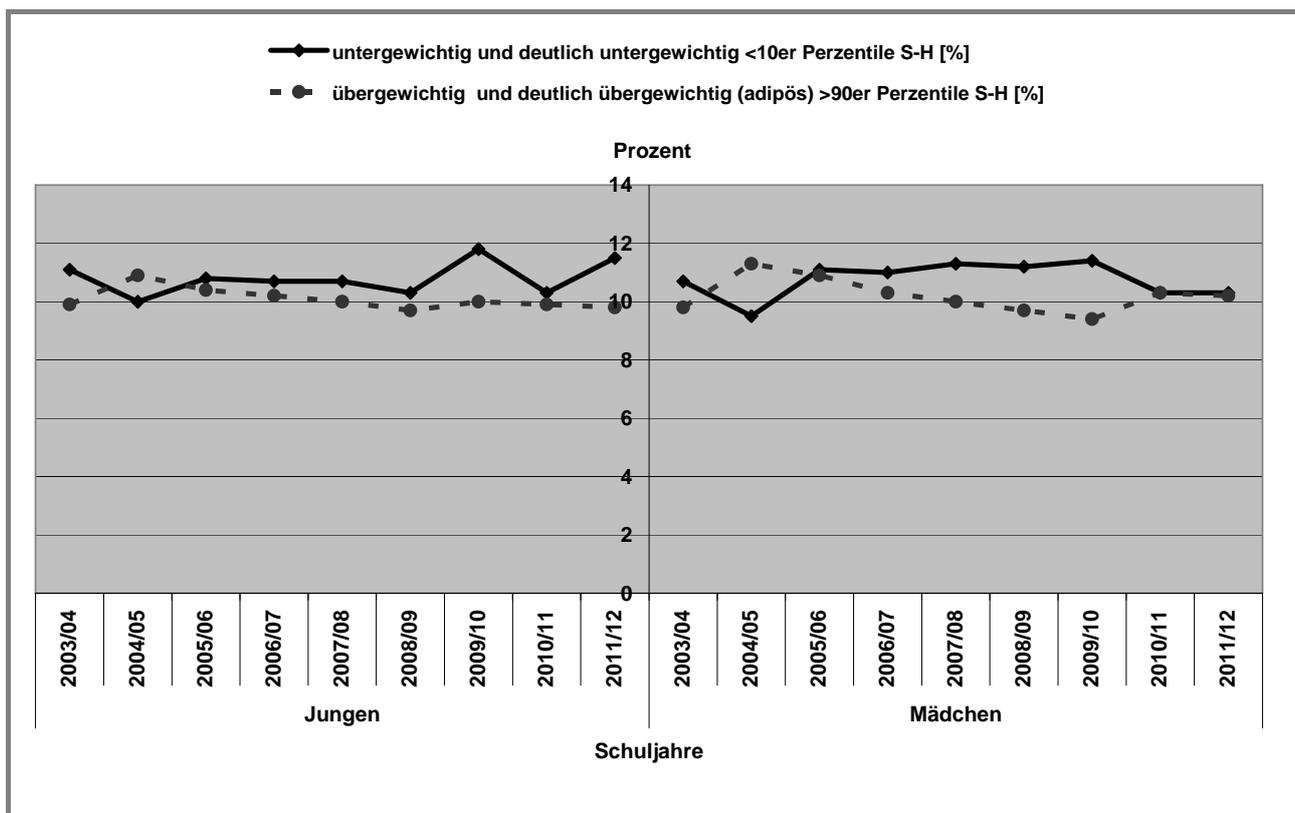
Verteilung der Prävalenz von „Über-, Unter- und Normalgewicht“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=17.006).

**Abbildung 18 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=20.191).

**Abbildung 19 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)<sup>4</sup>. Ursächlich dafür könnte das Resultat der in den letzten Jahren forcierten Bemühungen um die Adipositasprävention im Kindesalter sein. Insgesamt ist jedoch 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 4,2% bei Mädchen mit Adipositas weiter Handlungsbedarf besteht, kann von einer fortschreitenden „Epidemie“ nicht gesprochen werden. Auch die Zahl deutlich untergewichtiger Kinder ist stabil.

4 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.

#### IV.5 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. Die Erfahrung von Kinderärzten zeigt, dass jede einzelne Erkrankungen selten ist (d.h. eine Auftretenswahrscheinlichkeit von < 2:10.000 Kinder hat) und mit unterschiedlicheren Verläufen auftreten als in der Erwachsenenmedizin, die größere und homogenere Erkrankungsgruppen aufweist (Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes Typ 2, Rückenleiden). Viele Kinder erleben auch schwere gesundheitliche Probleme bei Krankheiten mit unbekannter Ätiologie und unklarer Diagnose. 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 als dritte Gruppe die seelischen Erkrankungen, Störungen oder Behinderungen, die auch im Wesentlichen chronischer Natur sind. 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 Beschulungen 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.).

**Tabelle 6 Auffälligkeiten aus den Bereichen Diabetes mellitus, Zerebrales Anfallsleiden, Körperbehinderung und Chronische Erkrankungen**

Kreis/kreisfreie Stadt	Diabetes mellitus			Zerebrales Anfallsleiden			Körperbehinderung			Chronische Erkrankung	
	Fallzahl (n)	Prävalenz (%)	A%	Fallzahl (n)	Prävalenz (%)	A%	Fallzahl (n)	Prävalenz (%)	A%	Fallzahl (n)	Prävalenz (%)
Flensburg	1	0,2	0,0	0	0,0	0,0	4	0,7	0,0	132	22,8
Kiel	3	0,2	0,0	0	0,0	0,0	10	0,5	0,0	239	13,2
Hansestadt Lübeck	2	0,1	0,0	2	0,1	0,0	8	0,5	0,0	33	2,0
Neumünster	0	0,0	0,0	4	0,6	0,0	2	0,3	0,0		
Dithmarschen	0	0,0	0,0	8	0,9	12,5				60	6,9
Herzogtum Lauenburg	5	0,3	0,0	7	0,4	0,0	1	0,1	0,0	390	22,3
Nordfriesland	2	0,2	0,0	5	0,4	0,0	10	0,8	0,0	210	16,6
Ostholstein	3	0,2	33,3	0	0,0	0,0	4	0,3	0,0	231	14,5
Pinneberg	3	0,1	33,3	0	0,0	0,0	6	0,2	0,0	93	3,4
Plön	1	0,1	0,0	2	0,2	0,0					
Rendsburg-Eckernförde	2	0,1	0,0	4	0,2	0,0	9	0,4	0,0	897	38,9
Schleswig-Flensburg	1	0,1	0,0				5	0,3	0,0	181	12,4
Segeberg	0	0,0	0,0				6	0,3	0,0	121	5,2
Steinburg	1	0,1	0,0	2	0,2	0,0	1	0,1	0,0		
Stormarn	3	0,1	0,0	5	0,2	0,0	6	0,3	0,0	119	5,6
Dänischer Gesundheitsdienst	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	1	0,2	0,0	56	10,2
<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>27</b>	<b>0,1</b>	<b>7,4</b>	<b>39</b>	<b>0,2</b>	<b>2,6</b>	<b>73</b>	<b>0,3</b>	<b>0,0</b>	<b>2762</b>	<b>13,2</b>

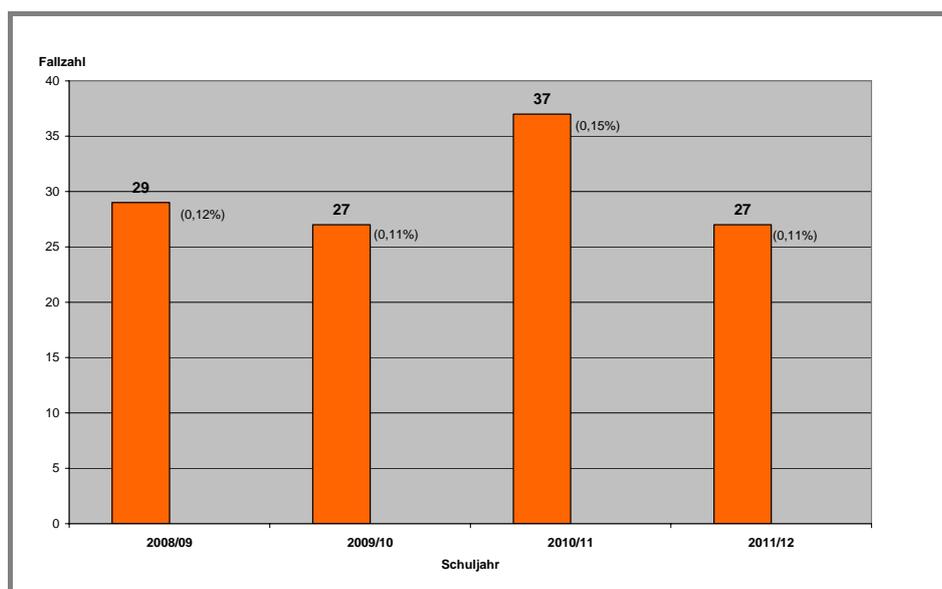
Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten.

Die Fallzahl (n) ergibt sich aus der Summe aller Befunde unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen (ABDX). Die Prävalenz (%) 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.

Am Beispiel des Diabetes mellitus möchten wir Veränderungen der Häufigkeit aufzeigen und Erklärungen anbieten. Die Gesamtzahl aller betroffenen Kinder in diesem Jahrgang lag bei 27, dabei gehen wir hier von einer zuverlässigen Erhebung aus, da es sich um eine schwerwiegende Erkrankung handelt.

**Abbildung 20 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 2011/12 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%) und 2011/12: 27 von 23.886 (0,113%); damit scheinen saisonale Schwankungen vorzuliegen. Diese könnten bei den kleinen Fallzahlen durch Dokumentationsfehler erklärt werden. Es gibt jedoch auch Hinweise in der Literatur, dass diese Schwankungen in der Natur der Erkrankung liegen könnten.

„Die Prävalenz des Typ-1-Diabetes im Kindes- und Jugendalter (0 bis 14 Jahre) liegt nach Ergebnissen der Baden-Württemberger Diabetes Inzidenz Register-Gruppe (DIARY) bei 0,126 Prozent (95 Prozent -CI 0,121 – 0,132; Zeitpunkt 31.12. 2006). Die vorhergesagte Prävalenz zum 31.12.2026 liegt bei 0,27 Prozent. Dies entspricht einer Verdopplung der Prävalenz binnen 20 Jahren.“<sup>5</sup>

Laut Literatur hat sich die Inzidenz des Typ-1-Diabetes im Kindes- und Jugendalter in den letzten Jahren unerwartet beschleunigt und zunehmend sind jüngere Kinder betroffen. Über die Ursachen dieser Entwicklung herrscht zurzeit noch Unklarheit. Auch ist weiterhin ungeklärt, inwieweit es sich um eine Verschiebung des Manifestationszeitpunktes zu einer jüngeren Altersgruppe hin handelt, oder um eine echte Inzidenzzunahme. Die wechselnden Prävalenzen mit einem zweijährigen Zyklus von höherem und geringerem Auftreten der Erkrankung können einem realen Phänomen entsprechen. Diabetes Typ 1 gilt als Autoimmunerkrankung, die auslösenden Faktoren sind jedoch weiterhin nicht gesichert.

Da in der Kinder- und Jugendmedizin die Anzahl der chronischen Gesundheitsstörungen eine zunehmend große Bedeutung gewinnt, haben wir uns seit 10 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 Variable chronischer 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 Variable und Schulungen haben dazu beigetragen, dass die Gesamtrate mit 13,2% in einem ähnlichen Bereich liegt wie die in der KiGGS-Studie erhobenen bundesweiten Daten. Sie hat für das Schuljahr 2011/2012 eine Rate von 13,2% erreicht und macht damit deutlich, dass zahlreiche Schülerinnen und 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 und -pfleger oder Schulärzte kontinuierlich im Sinne auch einer Schulsprechstunde oder Betreuung der Kinder während der Schulzeit unterstützt werden können.

---

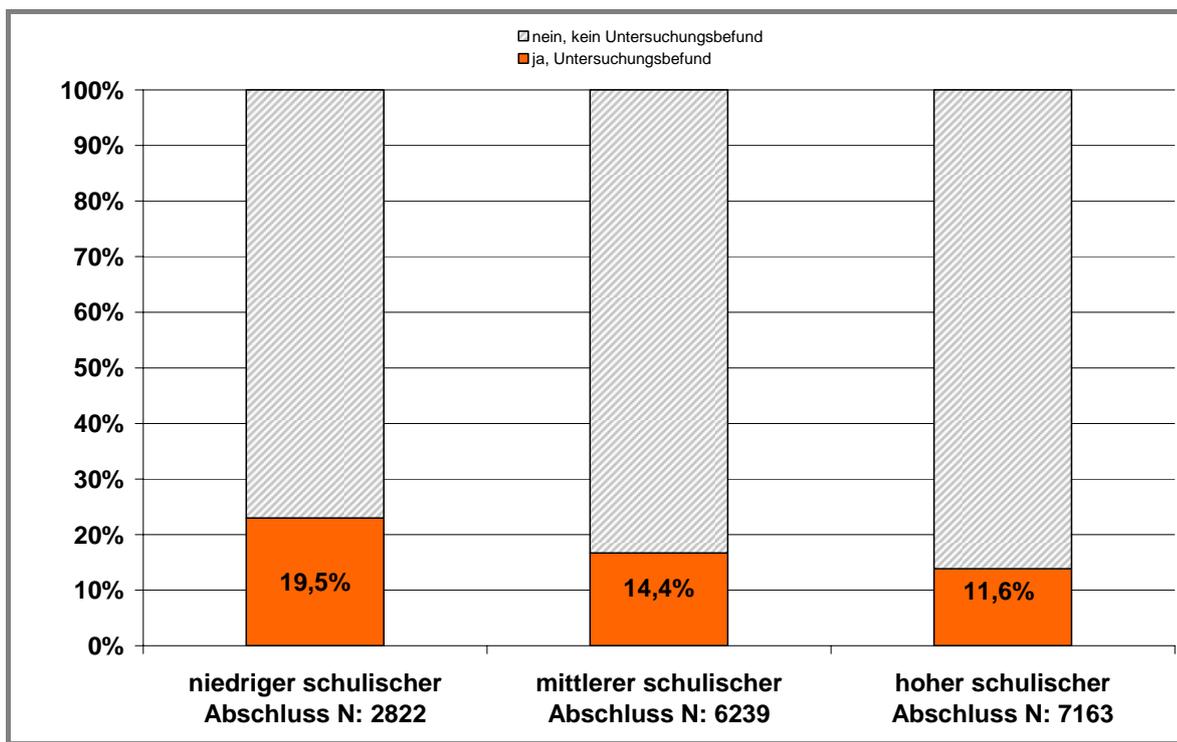
5 Danne, T. und Neu, A.: Diabetes bei Kindern und Jugendlichen. In: Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2012. Die Bestandsaufnahme, vorgelegt von diabetesDE zum Weltdiabetestag, Hrsg.: diabetesDE, Berlin. S. 106. (<http://profi.diabetesde.org/gesundheitsbericht/2012/> [Stand: 31.03.2013])

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 haben. Es bleibt abzuwarten, ob das verpflichtende Einladungswesen zu den Früherkennungsuntersuchungen (U1-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. Versorgungsleistungen (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.

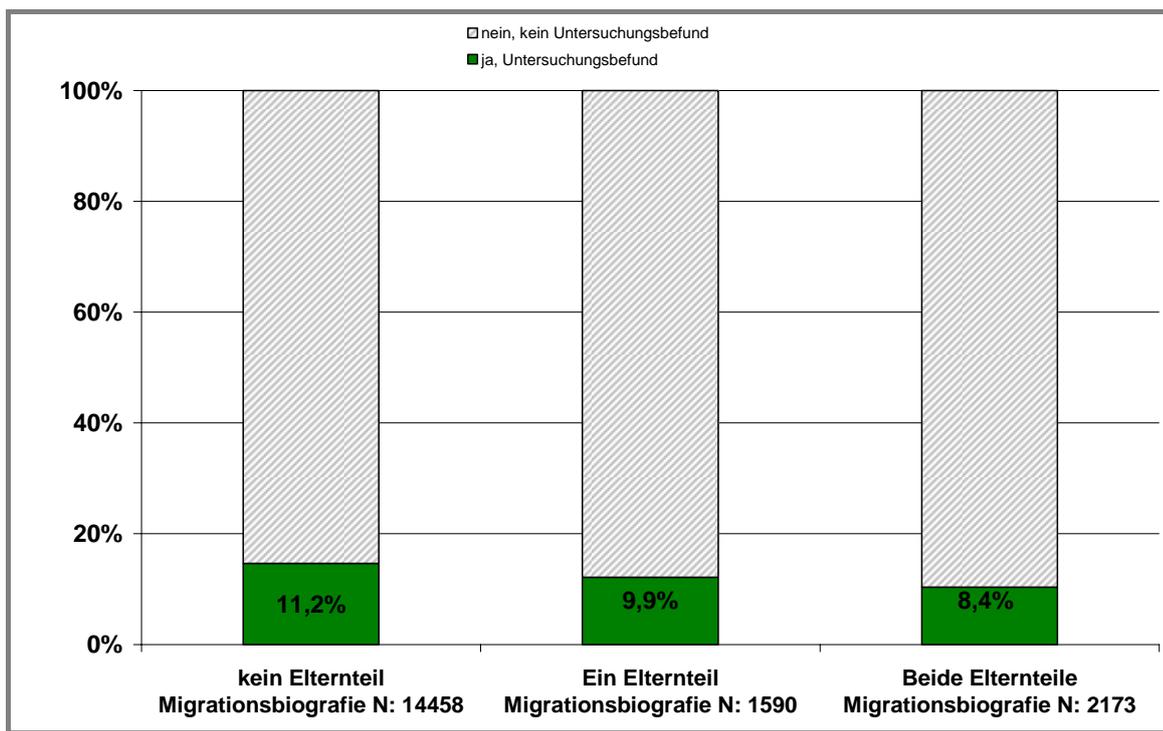
Die ansteigende Rate chronischer Gesundheitsstörungen entspricht nicht einem wahren Anstieg, sondern der zunehmenden Dokumentation dieser Variable durch die Ärzte im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen.

**Abbildung 21 Chronische Erkrankung abhängig vom Bildungsstand der Eltern**



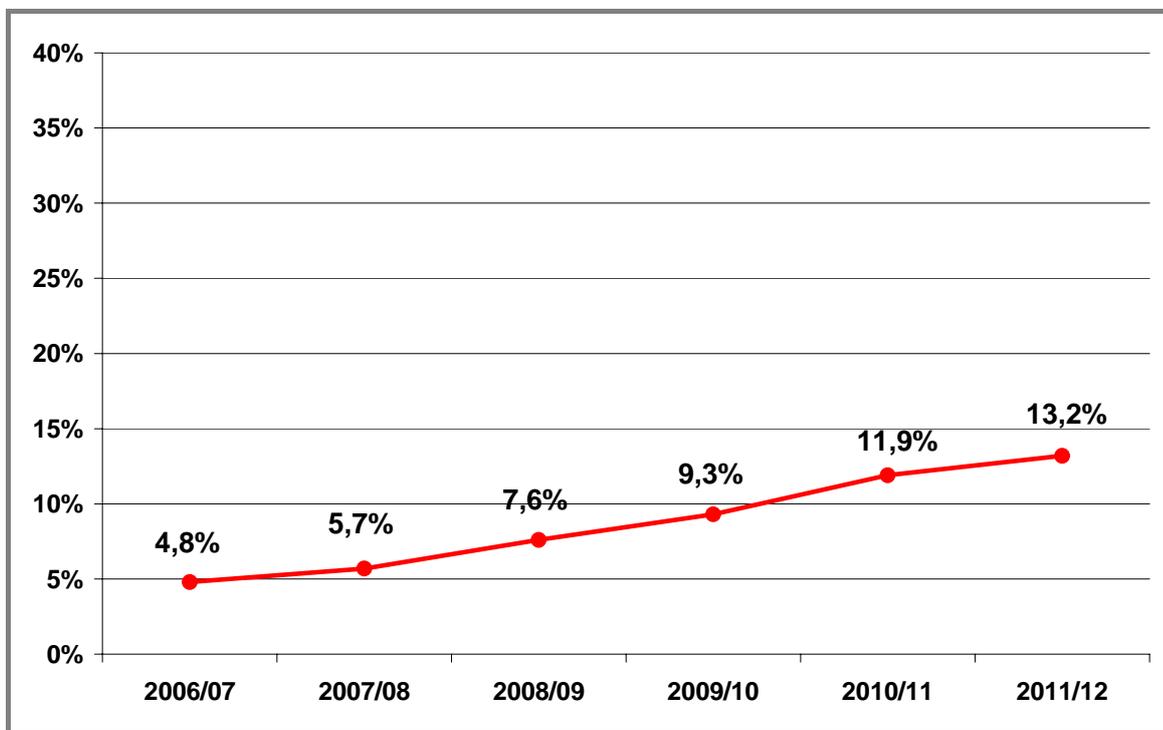
Verteilung der Prävalenz von „Chronische Erkrankung“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=16.224).

**Abbildung 22 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=18.221).

**Abbildung 23 Chronische Erkrankungen in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/04**



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

## IV.6 Bewegungsapparat und Koordination

**Tabelle 7 Auffälligkeiten der Motorik/Koordination, Haltungsschwäche und Skoliose**

Kreis/kreisfreie Stadt	Auffälligkeiten der Motorik/Koordination			Haltungsschwäche			Skoliose		
	Fallzahl (n)	Prävalenz (%)	A%	Fallzahl (n)	Prävalenz (%)	A%	Fallzahl (n)	Prävalenz (%)	A%
Flensburg	139	24,0	10,1	31	5,4	6,5	27	4,7	66,7
Kiel	224	12,1	29,9	62	3,4	6,5	18	1,0	11,1
Hansestadt Lübeck	161	9,9	21,7	34	2,1	8,8	5	0,3	20,0
Neumünster	98	15,3	0,0	71	11,1	0,0	5	0,8	0,0
Dithmarschen	142	16,4	36,6	25	2,9	28,0	10	1,2	100
Herzogtum Lauenburg	308	17,7	1,0	158	9,1	0,0	5	0,3	0,0
Nordfriesland	205	16,3	20,0	45	3,6	24,4	29	2,3	58,6
Ostholstein	106	6,7	7,5	64	4,0	18,8	6	0,4	16,7
Pinneberg	632	23,2	34,8	287	10,5	49,1	41	1,5	73,2
Plön	105	19,6	4,8						
Rendsburg-Eckernförde	229	9,8	27,5	220	9,5	20,0	73	3,1	83,6
Schleswig-Flensburg	231	15,9	6,5	4	0,3	25,0	13	0,9	84,6
Segeberg							1	0,0	100
Steinburg	180	15,7	16,7	63	5,5	9,5	8	0,7	100
Stormarn	484	22,9	12,0	128	6,0	39,1	9	0,4	55,6
Dänischer Gesundheitsdienst				2	0,4	100	10	1,8	50,0
<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>3244</b>	<b>15,8</b>	<b>18,9</b>	<b>1194</b>	<b>5,8</b>	<b>23,7</b>	<b>260</b>	<b>1,1</b>	<b>65,4</b>

Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten.

Die Fallzahl (n) ergibt sich aus der Summe aller Befunde unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen (ABDX). Die Prävalenz (%) gibt den prozentualen Anteil des Untersuchungsbefundes bei allen untersuchten Einschülern an.

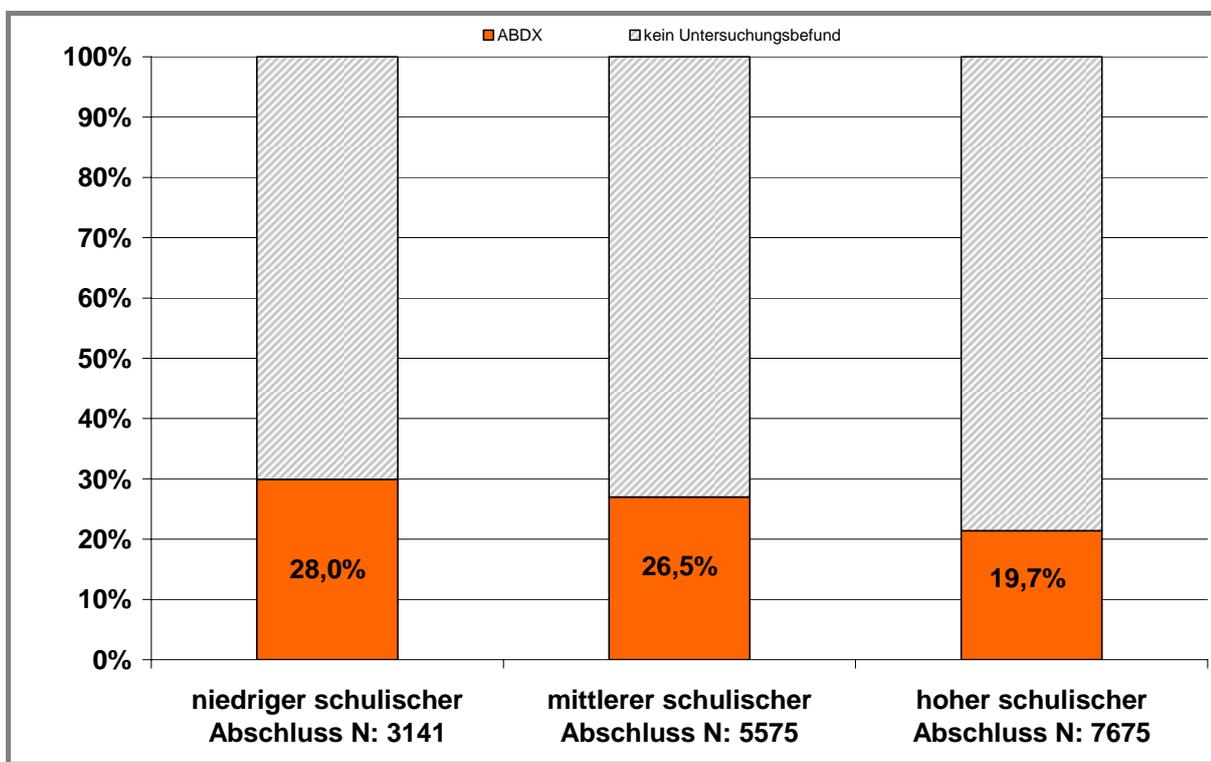
A% = Der prozentuale Anteil an Untersuchungsbefunden, die erstmals oder erneut einer Arztüberweisung bedürfen bezogen auf die Fallzahl.

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 vorführt 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 14% der Mädchen und Jungen Auffälligkeiten festgestellt, wobei die Rate zwischen niedrigen 2,7% im dänischen Gesundheitsdienst und einer höchsten Rate von 24% in 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 24** Auffälligkeiten der Motorik/Koordination, Haltungsschwäche und Skoliose abhängig vom Bildungsstand der Eltern). Dieser Befund weist darauf hin, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien möglicherweise weniger Gelegenheit haben, sich sportlich zu betätigen und Koordination und Ausdauer zu üben. Der Migrationsbiografie der Eltern spielt bei der Ausprägung der motorischen Fähigkeiten keine wesentliche Rolle (**Abbildung 25** Auffälligkeiten der Motorik/Koordination, Haltungsschwäche und Skoliose abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern). Im Zeitreihenvergleich zeigt sich, dass die Auffälligkeiten in der Motorik und Koordination über die Jahre sehr konstant bei etwa 15% 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, HBSC<sup>6</sup>) wird deutlich, dass Deutschland im Bereich der körperlich-sportlichen Aktivitäten bei Kindern und Jugendlichen im 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 (0-4,7% aller Kinder) und führt in der Regel zu einer Empfehlung einer erstmaligen oder erneuten Arztvorstellung.

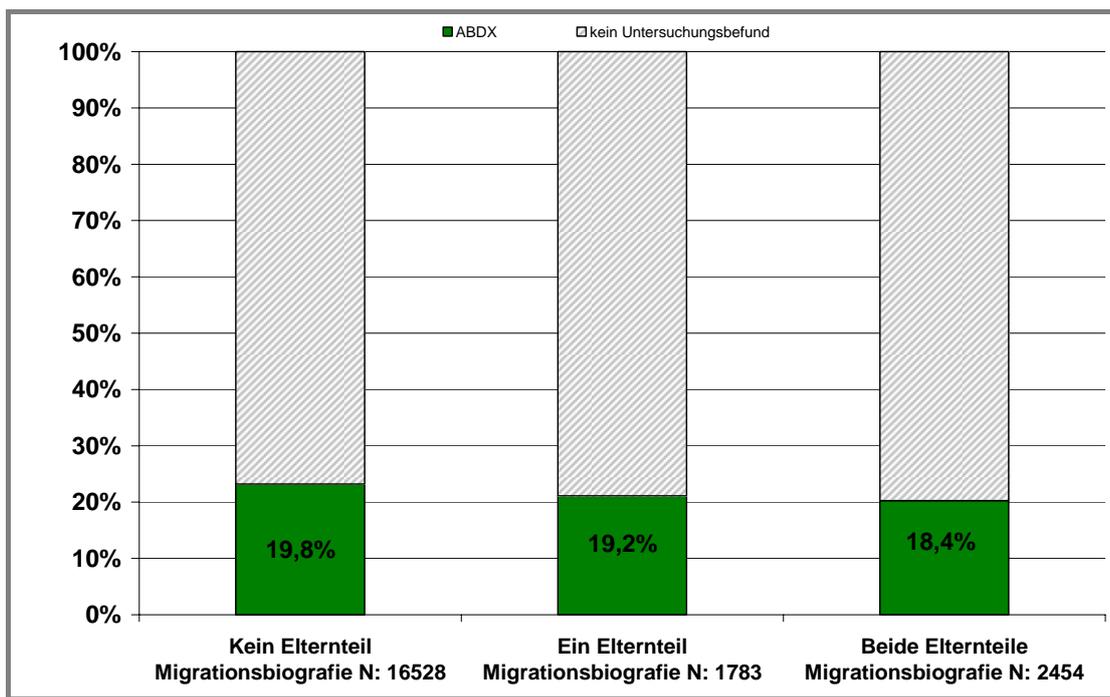
**Abbildung 24 Auffälligkeiten der Motorik/Koordination, Haltungsschwäche und Skoliose abhängig vom Bildungsstand der Eltern**



Verteilung der Prävalenz von „Auffälligkeiten der Motorik/Koordination, Haltungsschwäche und Skoliose“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=16.391).

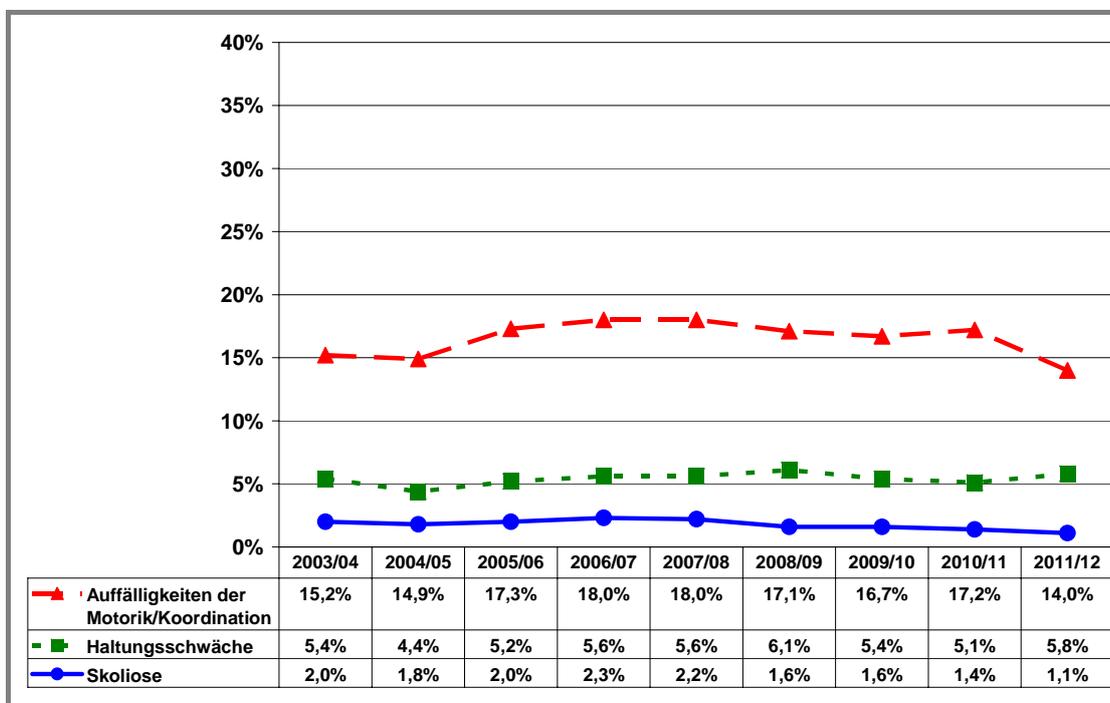
6 HBSC: "Health Behaviour in School-aged Children", [http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gastg&p\\_aid=&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=14467](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=14467) [Stand: 01.04.2013]

**Abbildung 25 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=20.765).

**Abbildung 26 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“.

## IV.7 Verhalten

**Tabelle 8 Auffälligkeiten im Bereich Verhalten**

Kreis/kreisfreie Stadt	Untersuchte Kinder		Dokumentierte Verhaltensauffälligkeiten (Befundfeld 50)			Jungen			Mädchen		
	SDQ	Anzahl	Fallzahl (n)	Prävalenz (%)	A%	Fallzahl (n)	Prävalenz (%)	A%	Fallzahl (n)	Prävalenz (%)	A%
Flensburg	ja	578	138	23,9	10,9	101	33,3	8,9	37	13,5	16,2
Kiel	ja	1846	465	25,2	15,5	302	31,9	15,9	162	18,0	14,8
Herzogtum Lauenburg	ja	1744	480	27,5	0,6	288	31,6	0,7	192	23,0	0,5
Nordfriesland	ja	1261	291	23,1	13,7	188	29,9	13,3	103	16,3	14,6
Ostholstein	ja	1590	197	12,4	6,6	129	16,0	7,0	68	8,7	5,9
Pinneberg	ja	2733	821	30,0	4,5	497	34,9	4,2	324	24,8	4,9
Schleswig-Flensburg	ja	1460	270	18,5	5,9	180	25,1	5,0	90	12,1	7,8
<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>ja</b>	<b>11212</b>	<b>2662</b>	<b>23,7</b>	<b>7,4</b>	<b>1685</b>	<b>29,4</b>	<b>7,3</b>	<b>976</b>	<b>17,8</b>	<b>7,5</b>
Hansestadt Lübeck	nein	1631	88	5,4	6,8	68	7,9	7,4	20	2,6	5,0
Neumünster	nein	639	108	16,9	0,0	70	20,8	0,0	38	12,6	0,0
Dithmarschen	nein	869	85	9,8	16,5	56	12,6	14,3	29	6,9	20,7
Plön	nein	1037	31	3,0	6,5	21	4,3	4,8	10	1,8	10,0
Steinburg	nein	1149	155	13,5	0,6	105	18,3	1,0	50	8,7	0,0
Stormarn	nein	2119	236	11,1	4,7	156	14,8	3,2	80	7,5	7,5
Dänischer Gesundheitsdienst	nein	556	25	4,5	16,0	18	5,8	22,2	7	3,0	0,0
<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>nein</b>	<b>8000</b>	<b>728</b>	<b>9,1</b>	<b>5,2</b>	<b>494</b>	<b>12,1</b>	<b>4,9</b>	<b>234</b>	<b>6,0</b>	<b>6,0</b>
<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>mix</b>	<b>19212</b>	<b>3390</b>	<b>17,6</b>	<b>6,9</b>	<b>2179</b>	<b>22,2</b>	<b>6,7</b>	<b>1210</b>	<b>12,9</b>	<b>7,2</b>

Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten und nach Verwendung des SDQ. SDQ = standardisierter Screeningfragebogen beantwortet von den Eltern zur Ermittlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern.

Die Fallzahl (n) ergibt sich aus der Summe aller Befunde unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen (ABX). Die Prävalenz (%) 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 weiterer Behandlung bedarf.

Die Beurteilung der Verhaltensauffälligkeiten durch die Schulärzte in Schleswig-Holstein erfolgt in einigen Kreisen durch eine klinische Einschätzung während der Untersuchung und den Angaben der Eltern. In den anderen Kreisen und kreisfreien Städten wird dem gegenüber ein standardisiertes Screeningverfahren in Form eines Elternfragebogens ausgegeben und von den Schulärzten ausgewertet. Dieser Elternfragebogen zu Stärken und Schwächen des Kindes wird im Methodenteil ausführlich beschrieben. Übermittelt werden zur wissenschaftlichen Auswertung nicht einzelne Skalenwerte, 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. In der bundesweiten KiGGS-

Studie wurde ebenfalls in allen Altersgruppen der Elternfragebogen zur Stärken und Schwächen (KiGGS)<sup>7</sup> 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 21% verhaltensauffälliger Kinder in den Kreisen und kreisfreien Städten, in denen der Elternfragebogen eingesetzt wird, ist etwas über dem zu erwarteten 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 kurzen schulärztlichen Untersuchung um Screeningverfahren handelt, die nicht einer psychologischen oder psychiatrischen Diagnose einer seelischen Erkrankung oder Entwicklungsstörung entsprechen. Grenzwertige oder auffällige Befunde sollten dazu führen, dass weitere Elterngespräche oder Untersuchungen des Kindes erfolgen.

In den kreisfreien Städten oder Kreisen, die nicht den Elternfragebogen verwenden, schwankt die Rate der Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten sehr viel mehr als in den genannten Kreisen mit standardisierter Erhebung. Hier werden z. B. in Plön nur 3% aller Kinder als verhaltensauffällig registriert, in Neumünster dagegen knapp 17%. Aus diesen Daten lässt sich entnehmen, dass eine Standardisierung der Erhebung und Verwendung eines einheitlichen Screeninginstrumentes zu plausibleren und validieren Daten führt. Im Einzelfall und für die Beratung der betroffenen Eltern ist dabei unwesentlich, ob es sich um 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 27** Verhaltensauffälligkeiten abhängig vom Bildungsstand der Eltern zeigt, kommen Verhaltensauffälligkeiten auch unter Nutzung der standardisierten Erhebungsverfahren bei Kindern von Eltern mit niedrigem Bildungsstand häufiger vor als bei solchen mit höherem Bildungsstand.

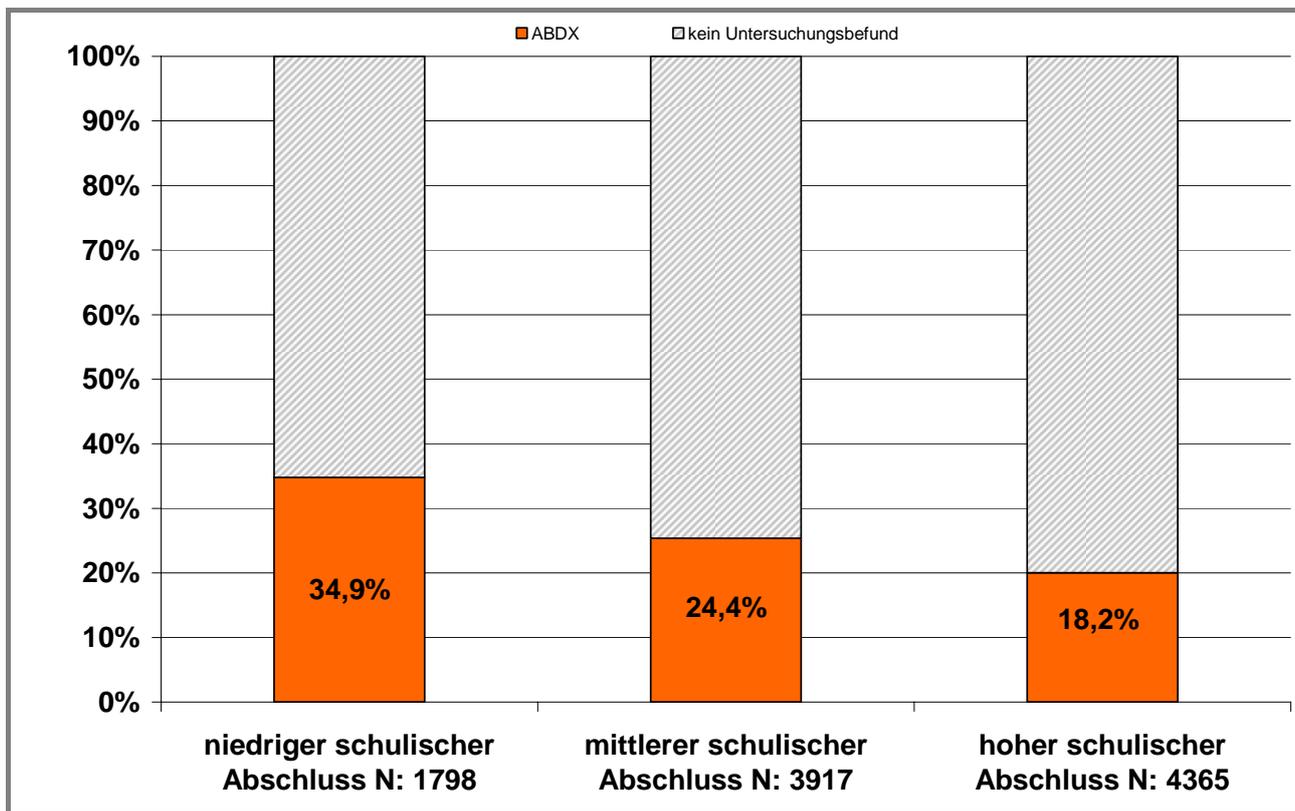
---

7 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.

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.

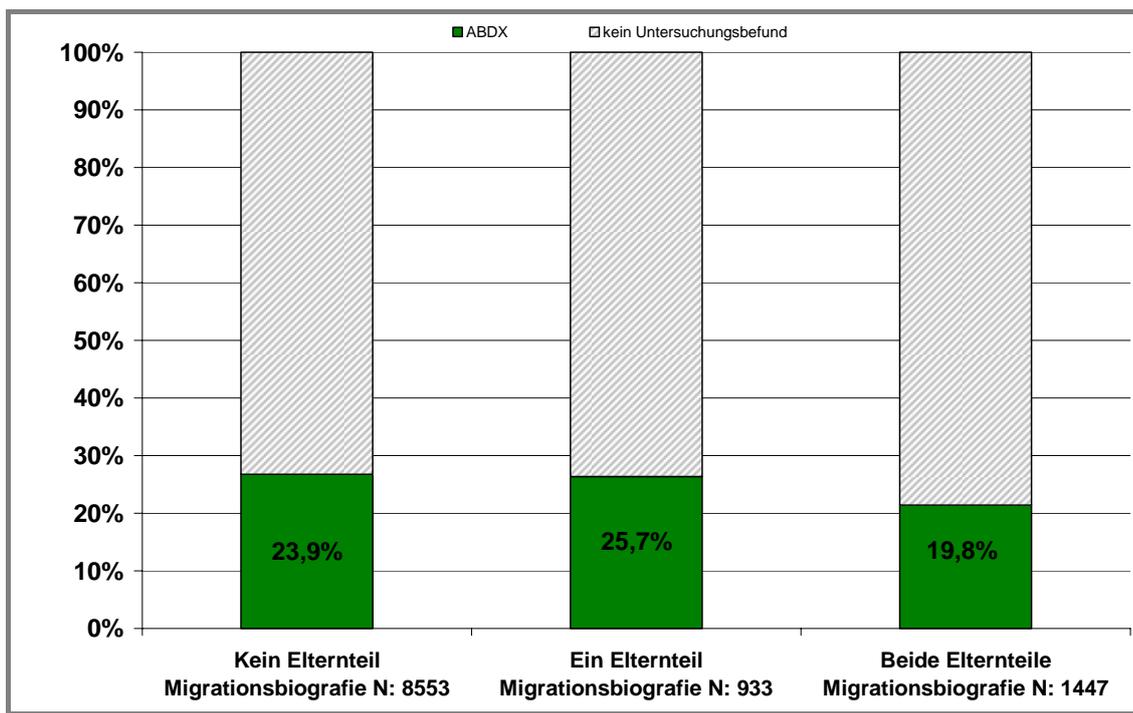
Die Migrationsbiografie scheint in Schleswig-Holstein einen geringeren Einfluss zu haben. Während in der KiGGS-Studie 22,7% der 3 bis 6-jährigen Kinder, die aus Familien mit Migrationsbiografie kamen, grenzwertige oder auffällige Befunde hatten, waren es nur 11,5% bei Kindern ohne Migrationsbiografie. Wir gehen davon aus, dass es sich hier um eine Verzerrung der Daten durch fehlende Antworten von Eltern mit Migrationsbiografie oder durch abweichende klinische Einschätzung der untersuchenden Schulärzte handelt. 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 27 Verhaltensauffälligkeiten abhängig vom Bildungsstand der Eltern**



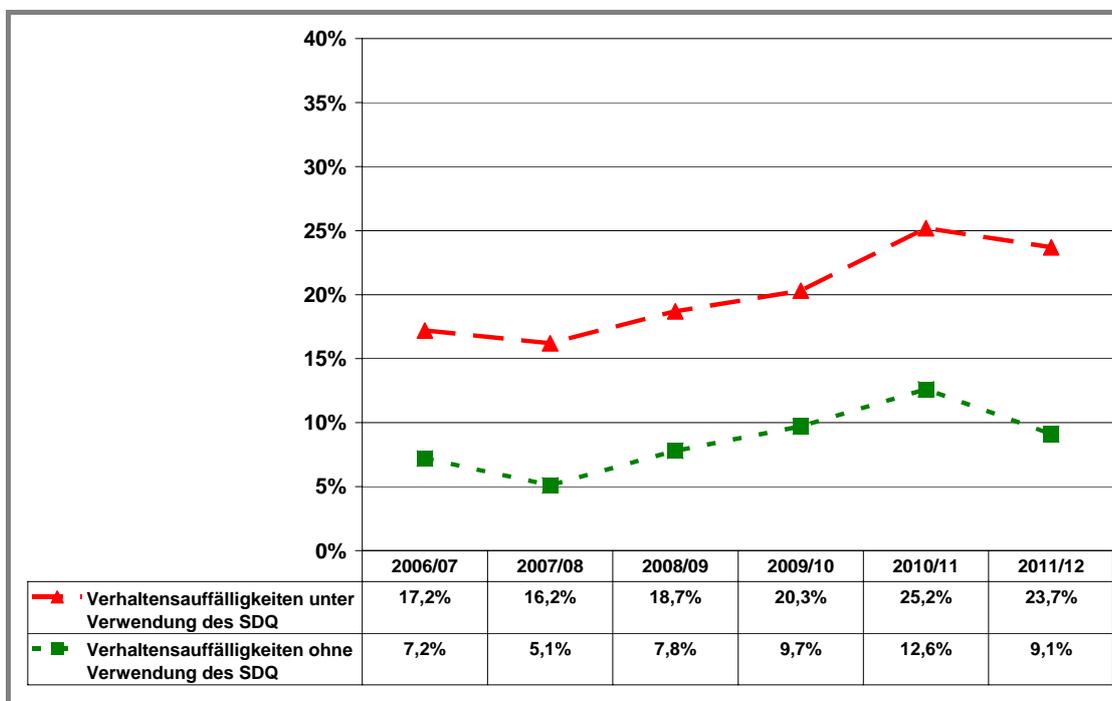
Verteilung der Prävalenz von „Verhaltensauffälligkeiten (SDQ)“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=10.080).

**Abbildung 28** Verhaltensauffälligkeiten abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern



Verteilung der Prävalenz von „Verhaltensauffälligkeiten (SDQ)“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=10.933).

**Abbildung 29** 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.

## IV.8 Sprache

**Tabelle 9 Sprachkompetent in der Unterrichtssprache Deutsch**

<i>Kreis/kreisfreie Stadt</i>	<i>Sprachkompetent</i>			<i>Jungen</i>			<i>Mädchen</i>		
	Unter- suchte/ dokumen- tierte Kinder	Fallzahl (n)	Prä- valenz (%)	Unter- suchte/ dokumen- tierte Jungen	Fallzahl (n)	Prä- valenz (%)	Unter- suchte/ dokumen- tierte Mädchen	Fallzahl (n)	Prä- valenz (%)
Flensburg	538	443	82,3	283	224	79,2	255	219	85,9
Kiel	1667	1325	79,5	840	642	76,4	827	683	82,6
Neumünster	609	486	79,8	319	248	77,7	290	238	82,1
Dithmarschen	839	741	88,3	430	372	86,5	408	368	90,2
Herzogtum Lauenburg	1636	1571	96,0	848	811	95,6	788	760	96,4
Nordfriesland	1256	1028	81,8	628	472	75,2	628	556	88,5
Ostholstein	1582	1496	94,6	802	746	93,0	780	750	96,2
Pinneberg	2708	2539	93,8	1410	1303	92,4	1298	1236	95,2
Plön	871	846	97,1	410	393	95,9	461	453	98,3
Rendsburg-Eckernförde	1959	1824	93,1	1037	950	91,6	922	874	94,8
Schleswig-Flensburg	1448	1291	89,2	710	618	87,0	738	673	91,2
Segeberg	2257	2070	91,7	1131	1025	90,6	1126	1045	92,8
Steinburg	1147	1130	98,5	573	562	98,1	574	568	99,0
Stormarn	2095	2018	96,3	1035	982	94,9	1060	1036	97,7
<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>20612</b>	<b>18808</b>	<b>91,2</b>	<b>10456</b>	<b>9348</b>	<b>89,4</b>	<b>10155</b>	<b>9459</b>	<b>93,1</b>

Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten.

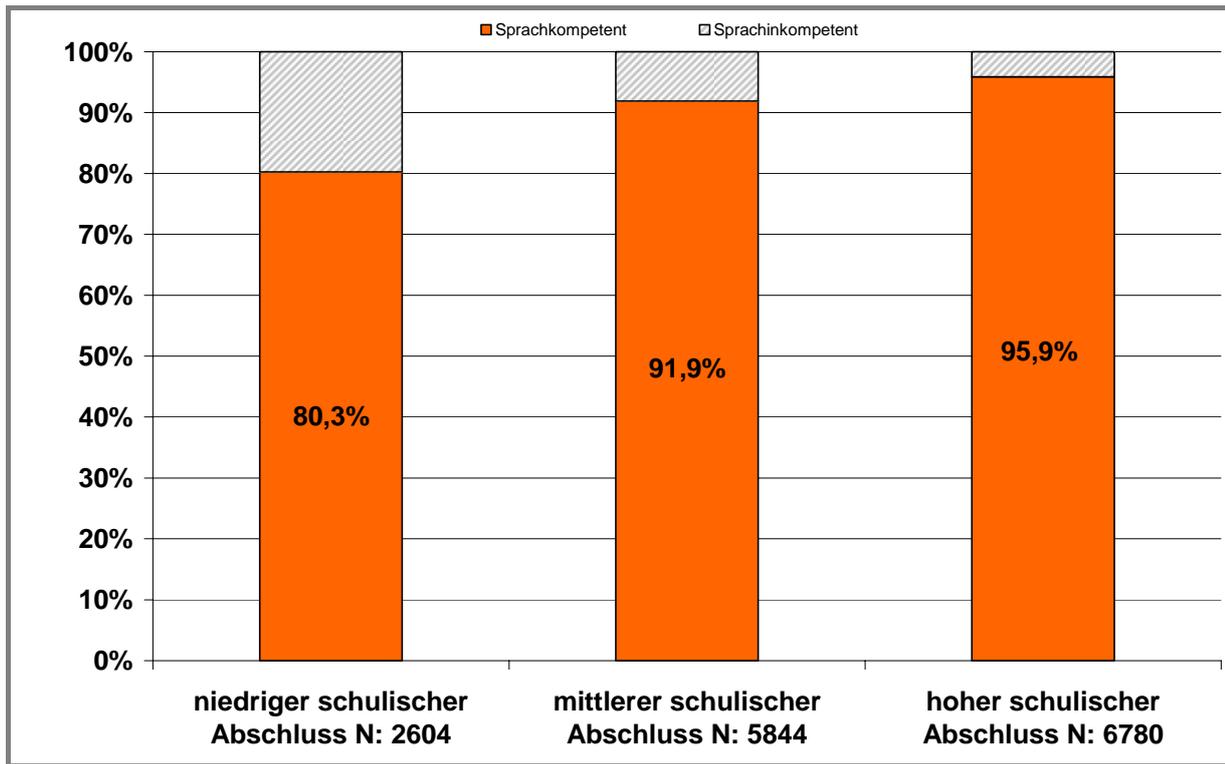
Die Fallzahl (n) sprachkompetenter Kinder (für die Spalten Jungen / Mädchen getrennt nach Geschlecht) ergibt sich aus der Summe der Kinder, die gut Deutsch sprechen, aber mit Akzent oder die Grammatik mit kleinen Fehlern beherrschen und der Kinder, die akzentfrei Deutsch sprechen und die Grammatik beherrschen. Die Prävalenz (%) 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).

91,2 % aller Kinder zeigten bei der Untersuchung eine ausreichende Kompetenz in der Unterrichtssprache Deutsch. Von 1.803 sprachinkompetenten Kindern hatten 12,4% keine ausreichenden Sprachkenntnisse, 8,0% sprachen radebrechend und 79,6% flüssig, jedoch mit erheblichen Fehlern 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 31**). 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 evt. spezifische Sprachentwicklungsstörungen, lässt sich im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung nicht beurteilen.

Für diese Gruppe (N=1.803) wurden folgende Empfehlungen ausgesprochen:

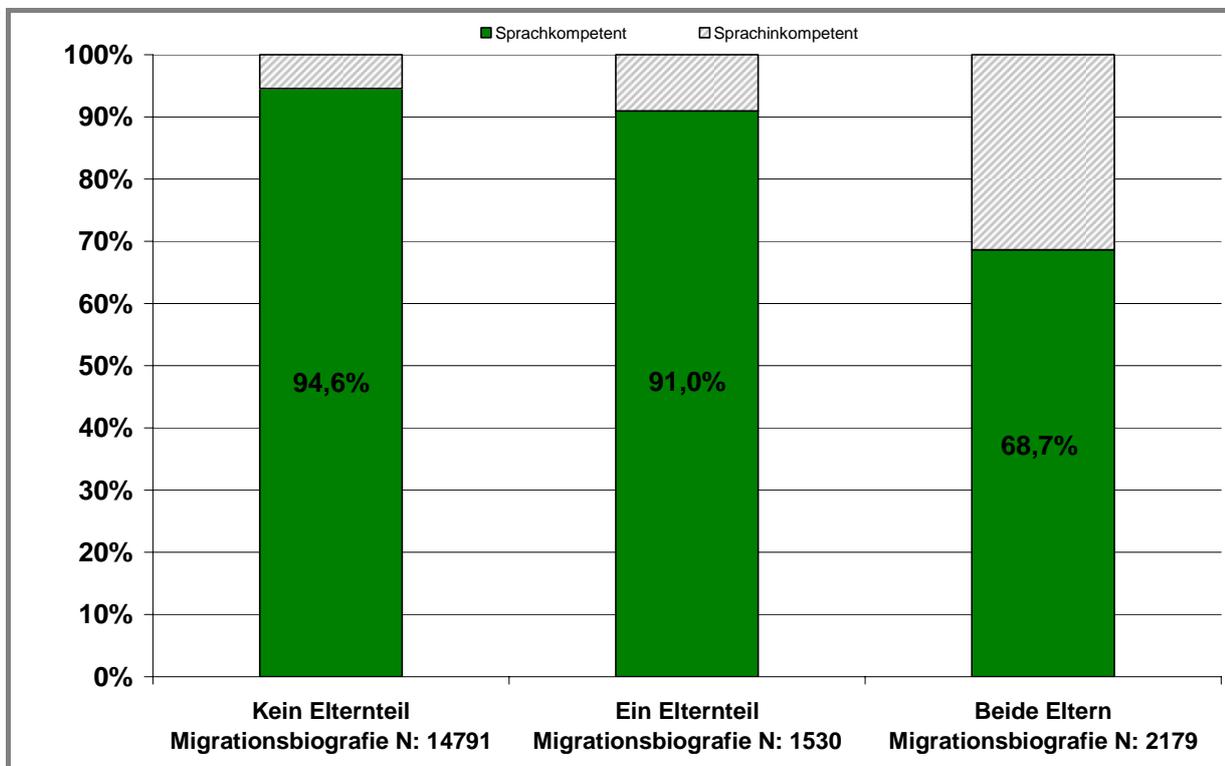
Die Schulärzte dokumentierten, dass 29,5% der sprachinkompetenten Kinder (n=532) eine Behandlung erhalten oder erhalten haben, dabei handelt es sich sowohl um Logopädie als auch pädagogische Sprachförderung. Bei weiteren 13,4% (n=241) dieser sprachinkompetenten Kinder sprachen die Schulärzte eine neue Empfehlung zur Sprachförderung aus. Bei 7,8% (n=141) der sprachinkompetenten Kinder befanden die Schulärzte, dass eine Behandlung nicht erforderlich sei. Die meisten dieser Kinder (83,0%) hatten einen ausreichenden Wortschatz und grundlegende Grammatikkompetenz, meist fehlten diesen Kindern jedoch der Einsatz von Artikel, Konjunktion und Deklination der Verben. Bei 49,3% (n=889) der sprachinkompetenten Kinder lagen keine Daten zur bisherigen Behandlung oder Empfehlung vor.

**Abbildung 30 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=15.228).

**Abbildung 31 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=18.500).

Nachfolgende Darstellung bezieht sich auf die untersuchten Kinder, die bei Einschulungsuntersuchung **sprachkompetent** in der Unterrichtssprache „Deutsch“ waren (N=18.800).

**Tabelle 10 Sprech-, Sprachauffälligkeiten der sprachkompetenten Kinder**

Kreis/kreisfreie Stadt	Dokumentierte Sprech-, Sprachauffälligkeiten bei sprachkompetenten Kindern				Jungen				Mädchen			
	Untersuchten	Fallzahl (n)	Prävalenz (%)	A%	Untersuchten	Fallzahl (n)	Prävalenz (%)	A%	Untersuchten	Fallzahl (n)	Prävalenz (%)	A%
Flensburg	443	150	33,9	9,3	224	81	36,2	9,9	219	69	31,5	8,7
Kiel	1323	220	16,6	17,3	642	124	19,3	16,1	681	96	14,1	18,8
Neumünster	486	27	5,6	14,8	248	16	6,5	12,5	238	11	4,6	18,2
Dithmarschen	740	97	13,1	21,6	372	59	15,9	16,9	367	38	10,4	28,9
Herzogtum Lauenburg	1571	185	11,8	5,9	811	120	14,8	3,3	760	65	8,6	10,8
Nordfriesland	1028	119	11,6	9,2	472	67	14,2	9,0	556	52	9,4	9,6
Ostholstein	1496	240	16,0	5,0	746	142	19,0	4,9	750	98	13,1	5,1
Pinneberg	2535	421	16,6	28,7	1301	251	19,3	30,7	1234	170	13,8	25,9
Plön	846	151	17,8	3,3	393	83	21,1	4,8	453	68	15,0	1,5
Rendsburg-Eckernförde	1824	235	12,9	18,7	950	140	14,7	17,1	874	95	10,9	21,1
Schleswig-Flensburg	1291	230	17,8	31,3	618	120	19,4	25,8	673	110	16,3	37,3
Segeberg	2069	121	5,8	10,7	1025	68	6,6	14,7	1044	53	5,1	5,7
Steinburg	1130	190	16,8	26,3	562	107	19,0	24,3	568	83	14,6	28,9
Stormarn	2018	213	10,6	7,5	982	113	11,5	8,8	1036	100	9,7	6,0
<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>18800</b>	<b>2599</b>	<b>13,8</b>	<b>16,6</b>	<b>9346</b>	<b>1491</b>	<b>16,0</b>	<b>16,0</b>	<b>9453</b>	<b>1108</b>	<b>11,7</b>	<b>17,4</b>

Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten.

Die Fallzahl (n) ergibt sich aus der Summe aller Befunde unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen (ABDX). Die Prävalenz (%) gibt den prozentualen Anteil des Untersuchungsbefundes bei allen sprachkompetenten 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 diesem 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.** Durch eine differenziertere Erhebung der Sprech- und Sprachverständniskompetenzen der Kinder und fehlendem Spracherwerb ist die Rate der auffälligen Kinder im Zeitverlauf von etwa 25% auf 22,6% der Kinder zurückgegangen. Es handelt sich um eine hohe Zahl von Kindern, die mit mangelnden Sprachkompetenzen eingeschult werden müssen. Dies entspricht den Befunden in anderen Bundesländern. Zu einer Verbesserung der Validität werden zukünftig verbesserte standardisierte Verfahren zur Erhebung der Sprachfähigkeit eingesetzt werden.

Die verstärkten Bemühungen der letzten Jahre, Sprachförderung in den Kindertagesstätten anzubieten, ist offensichtlich noch nicht ausreichend, um die Häufigkeit von mangelnden Kompetenzen bei den Kindern auszugleichen. Einerseits ist anzunehmen, dass die Frequenz und Qualität der Übungen mit den Kindern im Gruppensetting in der Kindertagesstätte zu gering sind und dass kein ausreichender Transfer in die übrigen Alltagssituationen in der Kindertagesstätte und der Familie erfolgt. Darüber hinaus muss

vermutet werden, dass eine Sprachförderung ohne entsprechende Beteiligung der Eltern oder Teilnahme der Eltern an Kursen wie dem Heidelberger Sprachtraining keine nachhaltigen Effekte haben. Die Anstrengungen der Kindertagesstätten und Familienzentren, hier verstärkt und direkter mit den Angehörigen zu arbeiten, sollte unterstützt werden. Dies gilt selbstverständlich für die gesamte Kita- und Grundschulzeit.

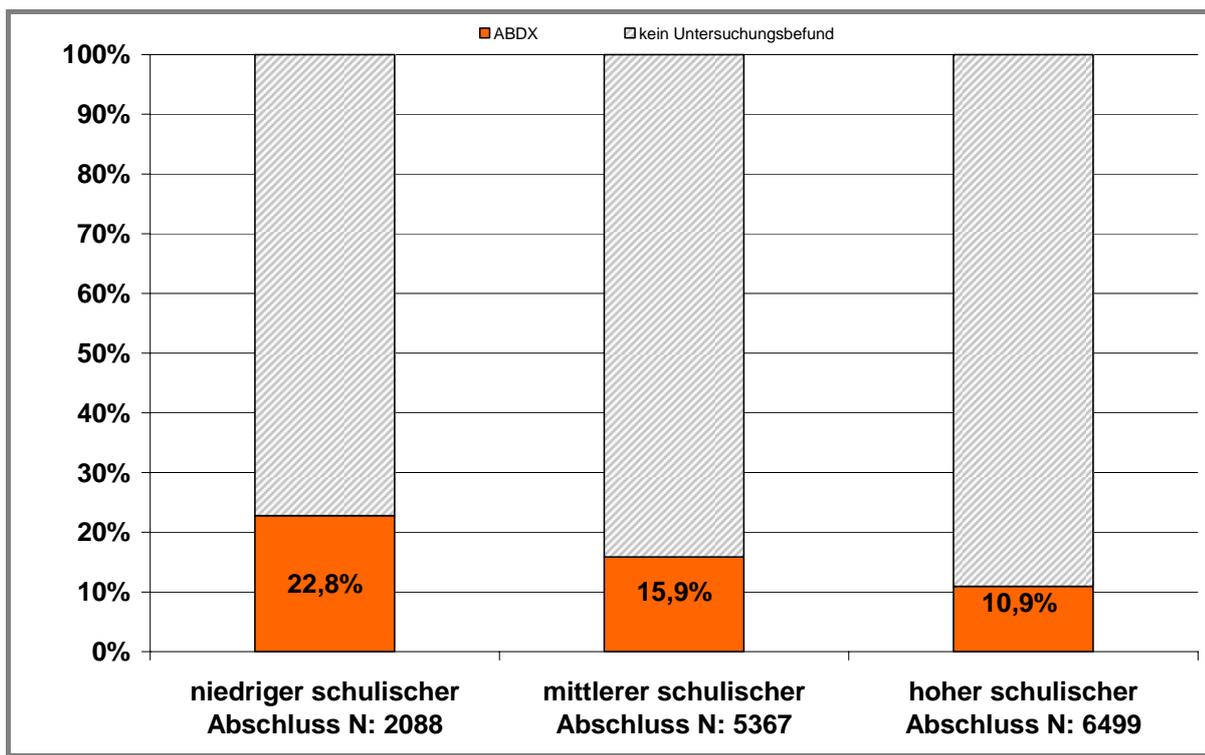
Die sehr häufige Verordnung von Logopädie für Kinder im Vorschulalter durch die behandelnden Ärzte hat noch nicht zu einer Verbesserung der Sprachkompetenz geführt. Wie auch in Medienberichten und Daten der Krankenkassen<sup>8</sup> aktuell dargestellt wird, erhalten etwa 1/4 aller Kinder bis zur Einschulung Logopädie. Diese Rate liegt deutlich über der zu erwartenden Rate an spezifischen Sprachentwicklungsstörungen, die mit etwa 6-8%<sup>9</sup> anzunehmen ist. Die Rate liegt auch deutlich über den Daten aus der KiGGS-Studie, in der Eltern von Vorschulkindern in 11% angaben, dass ihre Kinder Sprachheilbehandlungen erhalten hätten. Über die aktuelle Inanspruchnahme von Heilmitteln vor der Einschulung berichten wir in **Kapitel VI.2** (Inanspruchnahme von Heilpädagogischen Maßnahmen und Heilmitteln), hier sind die Raten der Inanspruchnahme weiter angestiegen auf ein sehr hohes Niveau von 31,8% der Jungen und 22,7% der Mädchen, die vor der Einschulung Logopädie als Heilmittelverordnung erhalten hatten. Zusätzlich liegen aus den Daten der Stadt Flensburg und dem Kreis Schleswig-Flensburg auch Informationen zur pädagogischen Sprachförderung vor; diese hatten 20,5% der Jungen und 18,3% der Mädchen in der Kindertagesstätte erhalten. Kinder von Eltern mit niedrigem Bildungshintergrund erhalten deutlich häufiger Logopädie (**Abbildung 47** Erhalt heilpädagogischer Maßnahmen, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie abhängig vom Bildungsstand der Eltern). Kinder von Eltern mit Migrationsbiografie erhalten dagegen zu einem sehr geringen Anteil individuelle logopädische Behandlung. Die Rate mit 2,2% bzw. 2,6% liegt deutlich unter der zu erwartenden Häufigkeit von spezifischen Sprachentwicklungsstörungen. Es ist zu vermuten, dass Verständigungsprobleme mit den Familien dazu führen, dass Sprachentwicklungsstörungen dieser Populationen unterdiagnostiziert und in der Folge nicht behandelt wird. Dies spricht dafür, dass Kinder aus Familien mit Migrationsbiografie spätestens ab dem 3. Geburtstag eine deutschsprachige Einrichtung besuchen sollten, in der ein sicherer Spracherwerb in Deutsch erfolgen kann. Bei guter Sprachkompetenz sind spezifische Sprachentwicklungsstörungen dann bereits im Alter von 4 bis 5 Jahren zu diagnostizieren.

---

8 Waltersbacher, A.: Heilmittelbericht 2012, Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie. Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin 2012. S. 35. [http://www.wido.de/heilmittel\\_2012.html](http://www.wido.de/heilmittel_2012.html) [Stand: 13.03.2013]

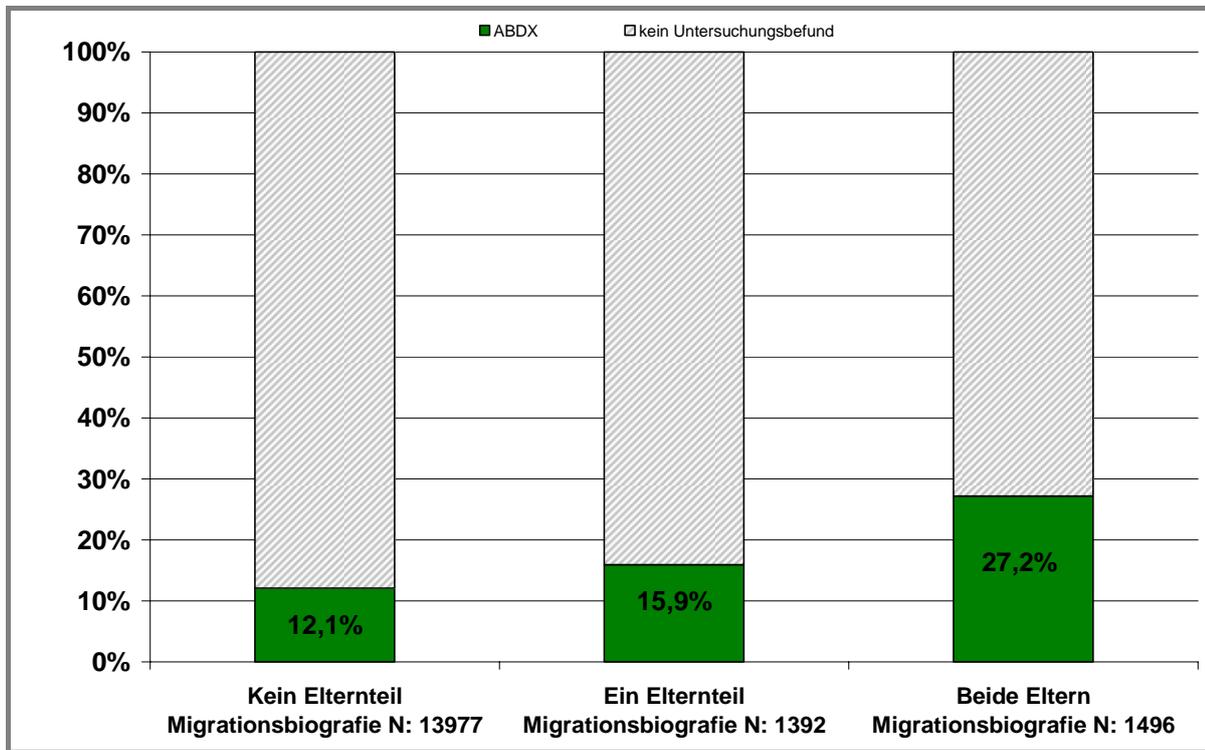
9 Neuman, K., Keilmann, A. et al.: Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern, Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (gekürzte Fassung). In: Kindheit und Entwicklung 18 (4), 222 – 231, Göttingen 2009.

**Abbildung 32 Sprech- und Sprachauffälligkeiten abhängig vom Bildungsstand der Eltern**



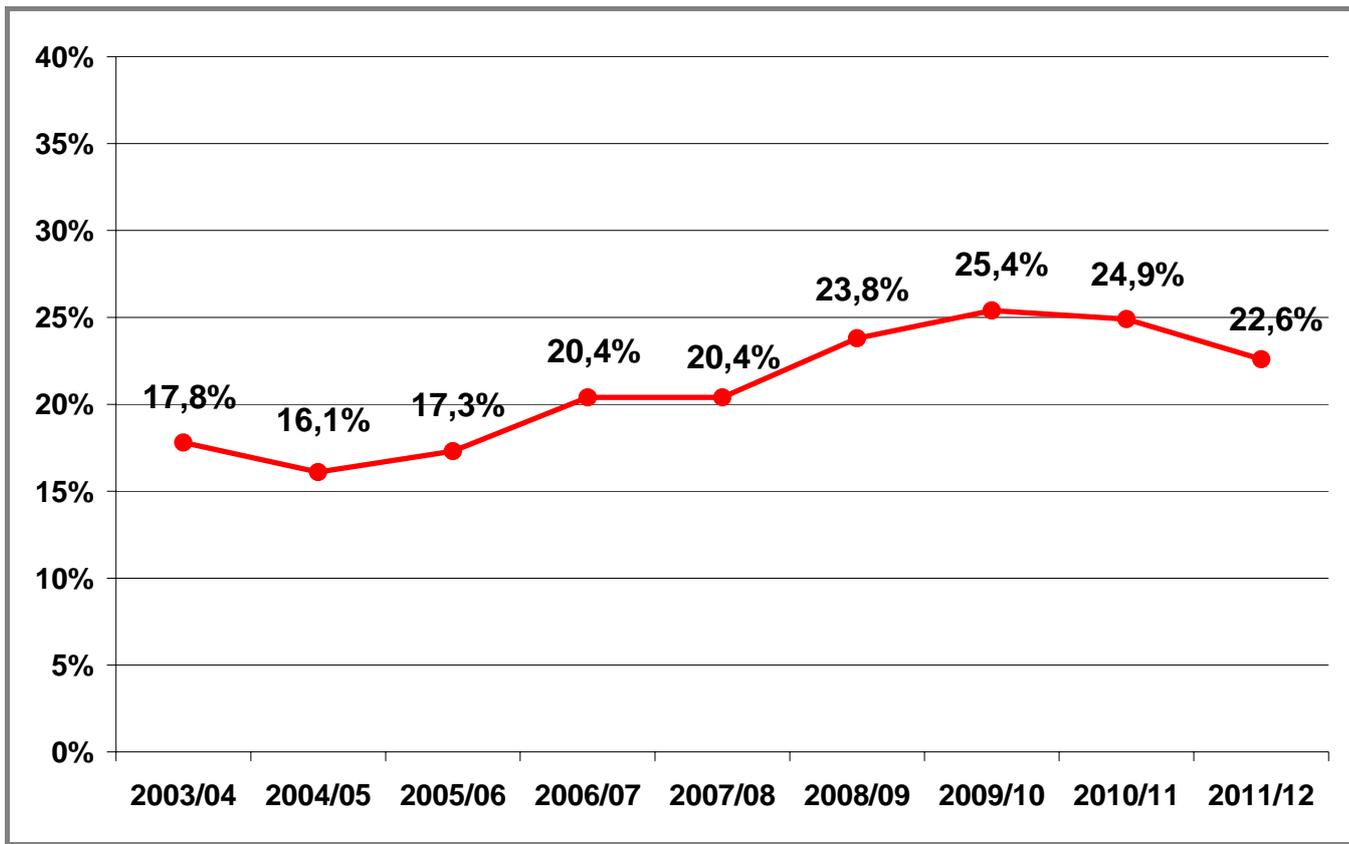
Verteilung der Prävalenz von Sprech- und Sprachauffälligkeiten bei sprachkompetenten Kindern in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=13.954).

**Abbildung 33 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=16.865).

**Abbildung 34 Sprech- und Sprachauffälligkeiten in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/04**

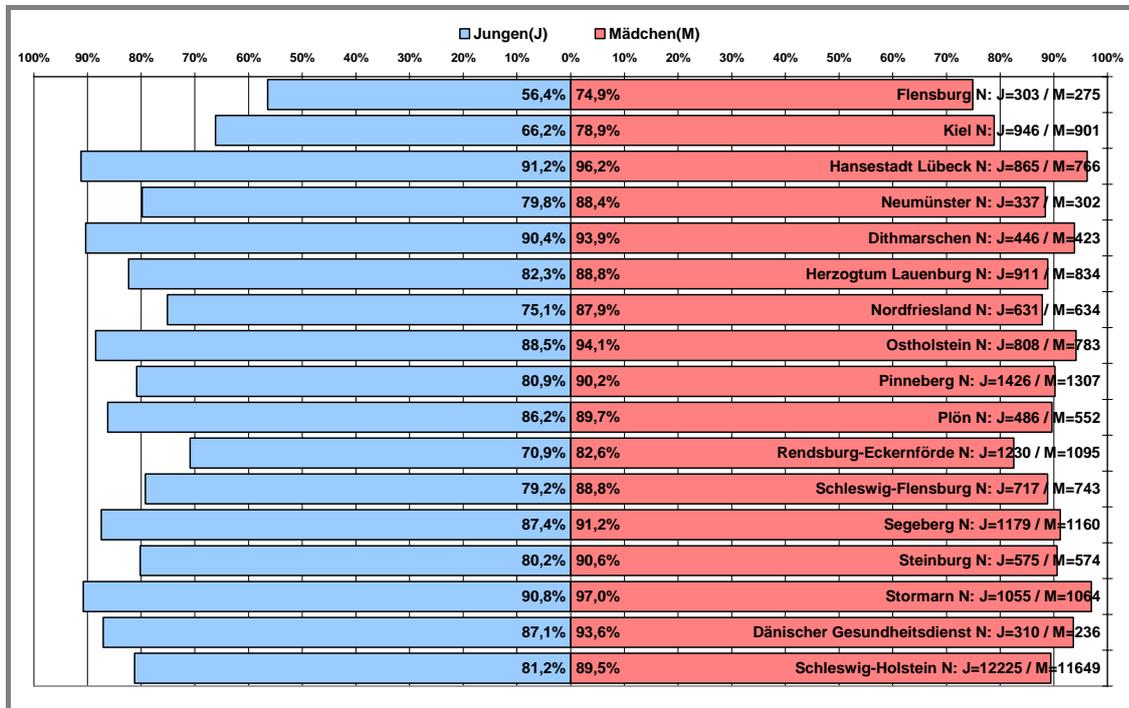


Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt den prozentualen Anteil der schulärztlichen Untersuchungsbefunde Sprech- und Sprachauffälligkeiten.

## V Empfehlungen

### V.1 Einschulung

**Abbildung 35 Jungen und Mädchen mit schulärztlicher Empfehlung zur Einschulung ohne Förderbedarf oder Beurlaubung**



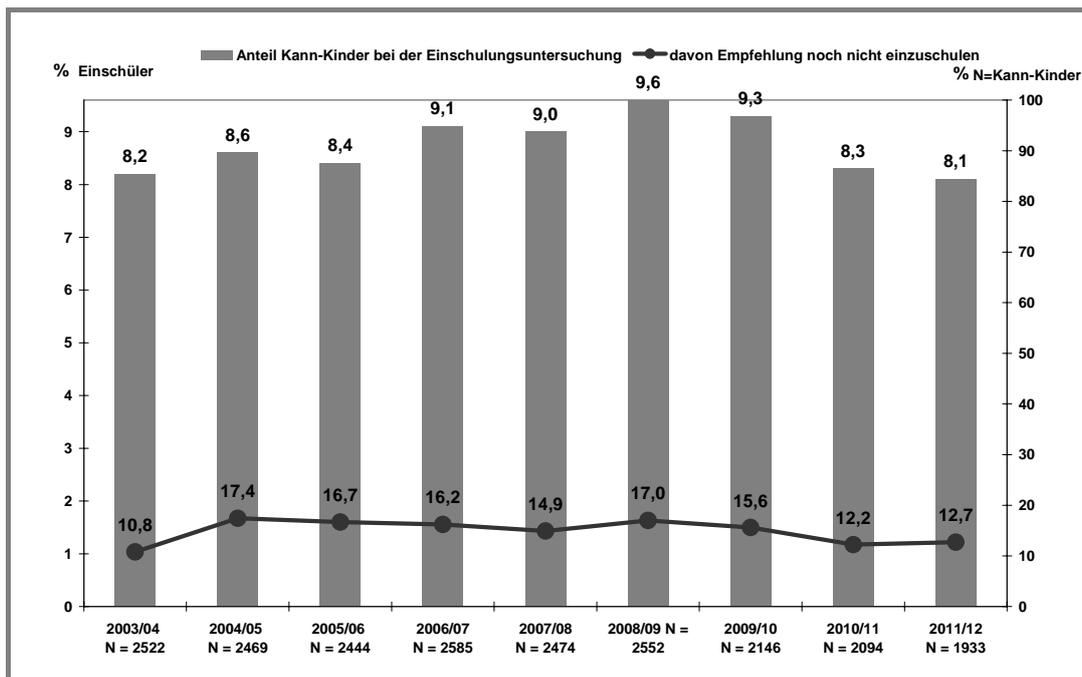
Darstellung enthält alle vorgestellten Kinder (Reguläreinschüler und Kann-Kinder) und erfolgt nach Kreis/kreisfreier Stadt, getrennt nach Geschlecht (§21 SchulG) bezogen auf die Anzahl Kinder in der Schuleingangsuntersuchung (N=23.874).

Der Anteil der Jungen, die ohne jeglichen Förderbedarf eingeschult werden, liegt in Flensburg mit 56,4% am niedrigsten, in der Hansestadt Lübeck mit 91,2% am höchsten. Die entsprechenden Raten betragen bei den Mädchen 74,9% in Flensburg und 96,2% in Lübeck. Diese Unterschiede beziehen sich sowohl auf den mäßigen als auch auf den hohen Förderbedarf. 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 öffentlichen Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes sowie des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte an, um Maßnahmen und Möglichkeiten zur Förderung der Kinder zu diskutieren. In Schleswig-Holstein haben ca. 25% aller Kinder einen erhöhten Förderbedarf. In der internationalen Literatur ist beschrieben, dass bei der anzustrebenden Inklusion von Kindern mit Entwicklungsstörungen und besonderen Gesundheitsproblemen etwa 20% aller Kinder einen über den Durchschnitt hinausgehenden Förderbedarf haben werden.

Knapp 2.000 „Kann-Kindern“ (Kinder die nach dem Stichtag 6 Jahre alt wurden) wurden von den Eltern vorgestellt, das entspricht etwa 8% 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 37% der Jungen und zwischen 0 und 22% der Mädchen nicht zur Einschulung im kommenden Schuljahr empfohlen, die Ablehnungsrate nimmt im Vergleich zu früheren Jahren leicht ab. Bei den eingeschulten 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**



Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt den prozentuale Anteil der auf Antrag der Eltern jüngeren nichtschulpflichtigen Kinder (Kann-Kinder) = Balken und auf diese (N) bezogen der prozentuale Anteil Nichteinschulungsempfehlung, d.h. aus schulärztlicher Sicht ist das Kann-Kind nicht einzuschulen (§ 22 Abs. 3 SchulG).

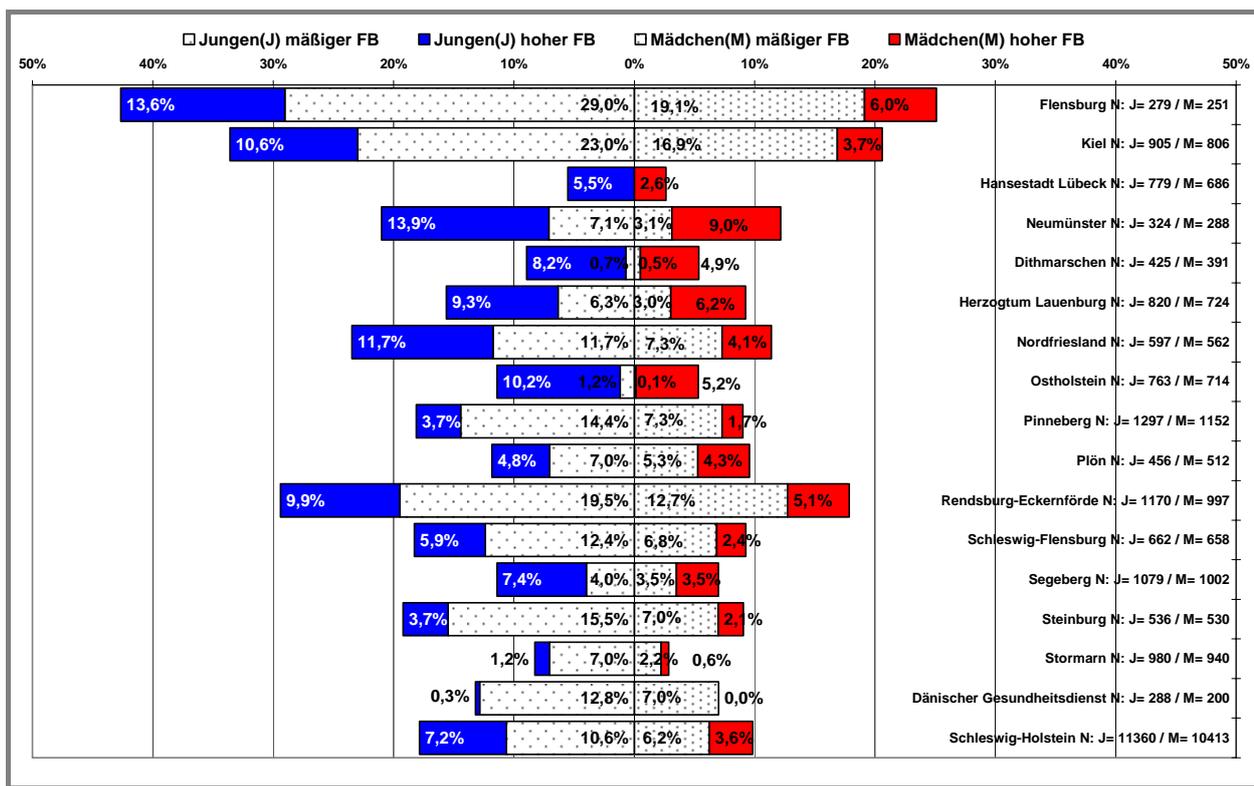
Betrachtet man nur die schulpflichtigen Kinder, zeigt sich, dass nur noch wenige schulpflichtige Kinder (n=160) aufgrund erheblicher Gesundheitsprobleme vom Schulbesuch beurlaubt und im aktuellen Schuljahr nicht eingeschult werden. Das Schulgesetz sieht diese Möglichkeit prinzipiell nur in Ausnahmefällen vor. Diese Option wird von den Kreisen und kreisfreien Städten sehr unterschiedlich genutzt; die Rate liegt mit landesdurchschnittlich 0,7% (0-1,6%) unter 2% und wird am häufigsten in Schleswig-Flensburg (n=22, 1,7%), Plön (n=15, 1,5%) und Pinneberg (n=30, 1,2%) und am seltensten in Dithmarschen und Neumünster (keine Kinder beurlaubt) genutzt. Der Anteil liegt deutlich unter der der Kinder, die noch vor 5 bis 10 Jahren wegen einer Entwicklungsunreife vom Schulbesuch zurückgestellt wurden (z.B. 2003: 5,0%, davon 4,5% Zurückstellungen wegen körperlicher Unreife und 0,5% Zurückstellungen aus medizinischer Indikation)<sup>10</sup>.

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.

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 27,7%) im Vergleich zu Kindern von Eltern mit mittlerem Bildungsniveau (13,1%) und Kindern von Eltern mit hohem Bildungsniveau (7,2%). 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.

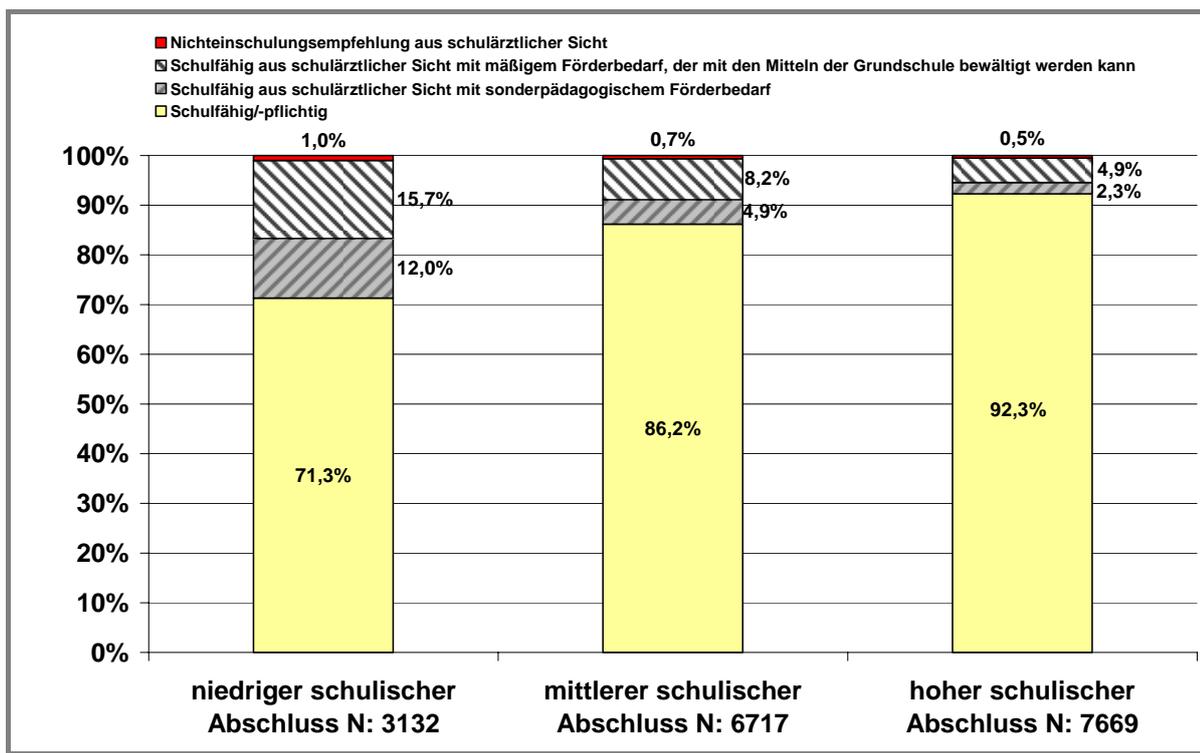
Im Zeitverlauf (**Abbildung 40** Empfehlung zur Einschulung mit Bedarf an Förderung, Nichteinschulung oder Beurlaubung in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/04) zeigt sich, dass der Anteil der Kinder mit Förderbedarf über die vergangenen 5 Jahre kontinuierlich ansteigt. Veränderungen in den Angeboten des Bildungswesens im Sinne der gemeinsamen Beschulung aller Kinder führt zu einem Rückgang von speziellen institutionalisierten Fördereinrichtungen wie zum Beispiel Schulkindergärten, aber auch Förderschulen 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 37 Jungen und Mädchen mit hohem oder mit mässigem Förderbedarf, die zur Einschulung empfohlen sind**



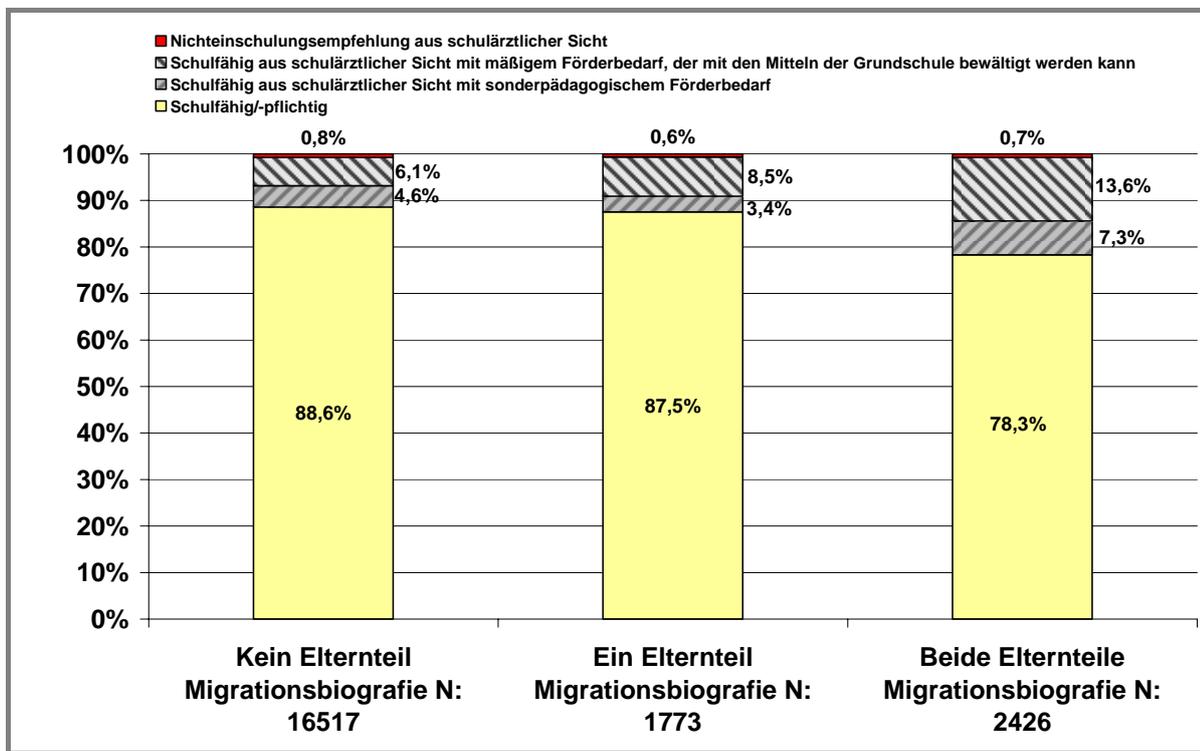
Darstellung erfolgt nach Kreis/kreisfreier Stadt, getrennt nach Geschlecht: Schulpflichtig mit hohem Förderbedarf: aus schulärztlicher Sicht ist das Kind in der Lage, mit einer sonderpädagogischen Förderung, die den Besuch der Grundschule begleitet, der Schulpflicht nachzukommen (§ 21 Abs. 3 SchulG). 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=21.773).

**Abbildung 38 Empfehlungen zur Einschulung der Kinder abhängig vom Bildungsstand der Eltern**



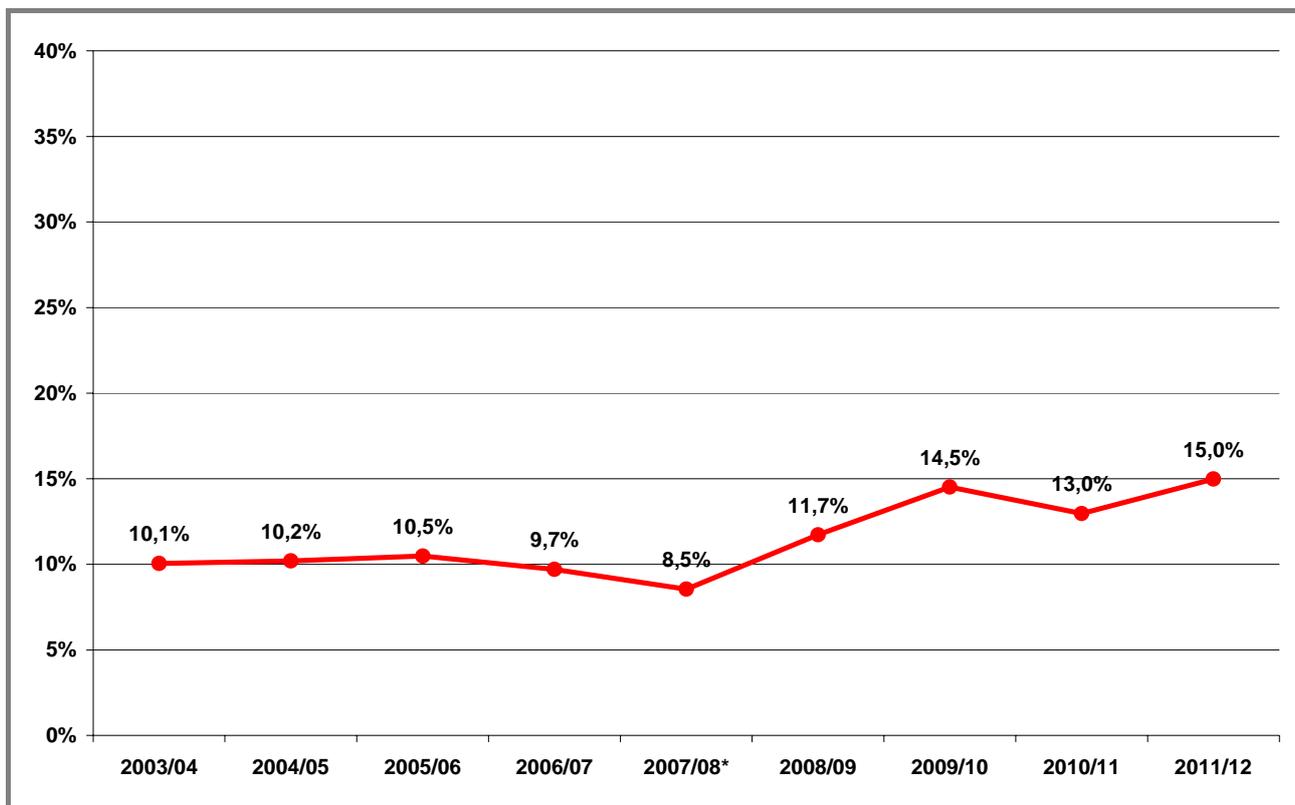
Verteilung der Empfehlungen zur Einschulung in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=17.518 ohne Kann-Kinder).

**Abbildung 39 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=20.716 ohne Kann-Kinder).

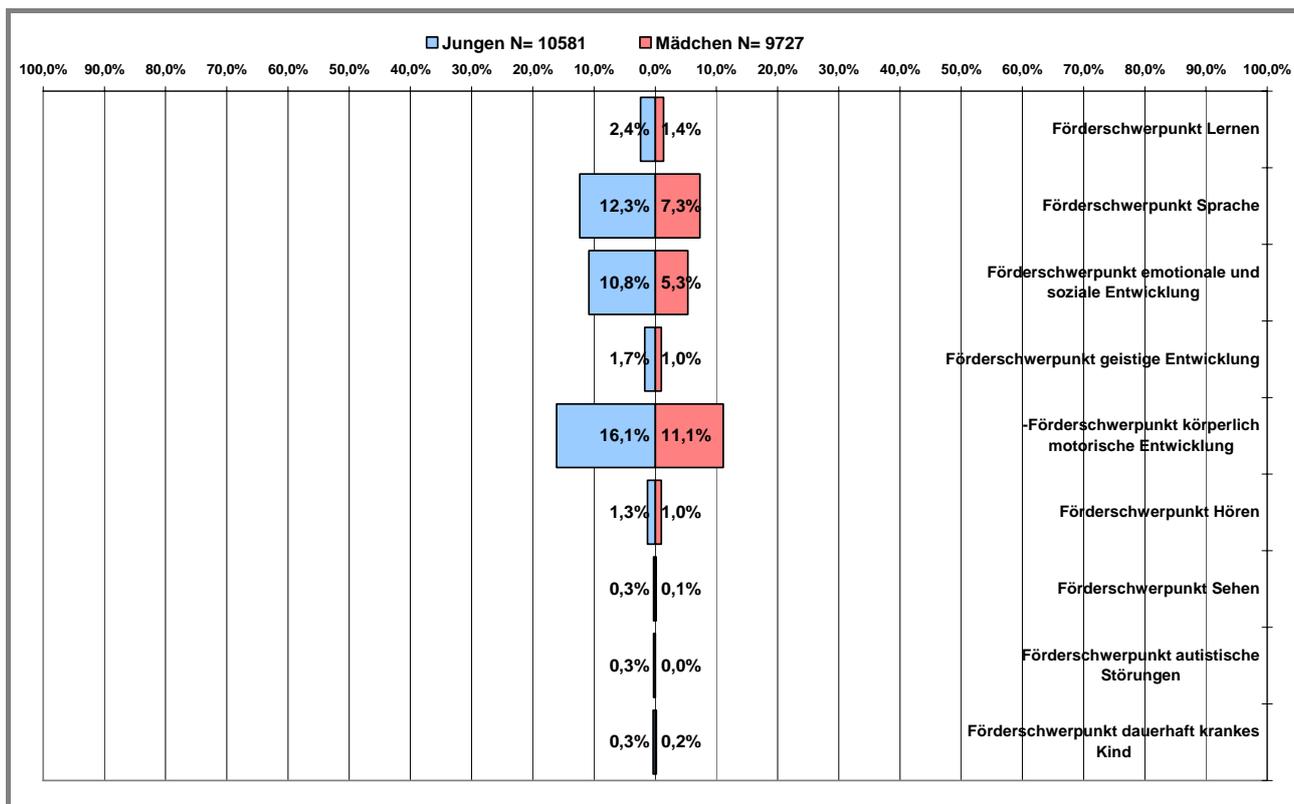
**Abbildung 40 Empfehlung zur Einschulung mit Bedarf an Förderung, Nichteinschulung oder Beurlaubung in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/04**



Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt die Summe der schulärztlichen Empfehlung zur Einschulung (Förderbedarf, Nichteinschulung, Beurlaubung) als prozentualen Anteil bei den Pflichteschülern (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.

## V.2 Förderempfehlungen

Abbildung 41 Schulärztlich festgestellte Förderschwerpunkte bei den Geschlechtern



Dargestellt werden nach Geschlecht getrennt die Förderschwerpunkte Lernen, Sprache, Hören, emotionale, soziale, geistige, körperlich-motorische Entwicklung (inklusive Fein- und Visuomotorik), Kinder mit autistischen Störung und dauerhaften Erkrankungen (N=20.308, Reguläreinschüler ohne Beurlaubungsempfehlung, keine Angaben aus der Hansestadt Lübeck).

Den höchsten Förderbedarf sehen die Schulärzte im Bereich der körperlich-motorischen Entwicklung, gefolgt von Sprachförderung und Unterstützung der sozial-emotionalen Entwicklung. Bei einer Rate von etwa 10% der Mädchen und 20% der Jungen ergibt sich damit ein Förderbedarf für etwa 3.050 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 erwarten und notwendig.

Die Förderschwerpunkte Lernen, geistige Entwicklung, Sehen und Autismus enthalten definitionsgemäß bei der Beurteilung des Förderbedarfs ausschließlich sonderpädagogischen Förderbedarf.

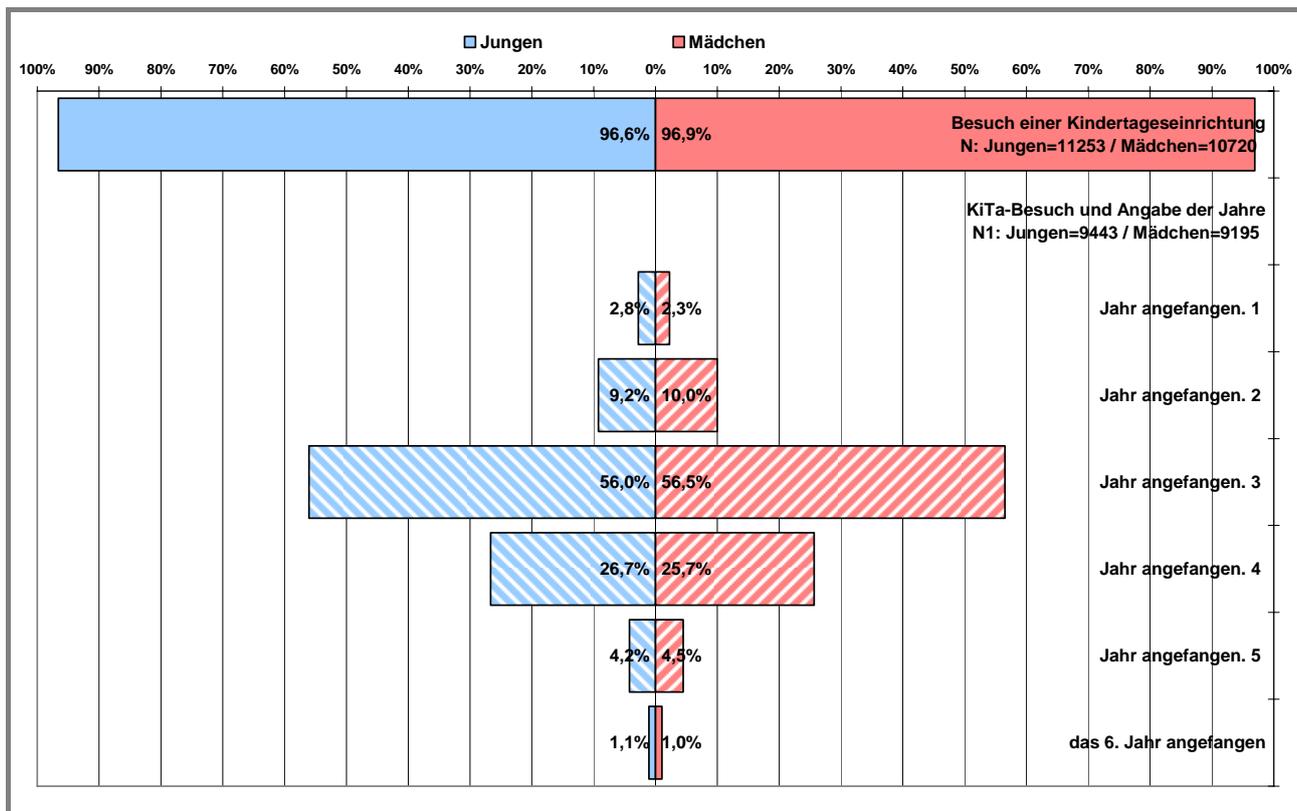
## VI Förderung vor der Schule

### VI.1 Besuch einer Kindertageseinrichtung

Insgesamt besuchen 96,6% aller Jungen und 96,9% aller Mädchen vor der Einschulung eine Kindertageseinrichtung. Etwa die Hälfte der Kinder befindet sich im dritten Jahr des Besuchs einer Kindertagesstätte, ein weiteres Viertel im vierten Jahr. Nur etwa 4,7% aller Kinder, die jetzt eingeschult werden, haben im ersten oder zweiten Lebensjahr eine Einrichtung besucht. Etwa 10% 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 5,4% keine Einrichtung vor der Einschulung besucht, während dies nur 2,6% 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.

**Abbildung 42 Besuch einer Kindertageseinrichtung vor Schulbeginn bei den Geschlechtern**



Dargestellt wird der dokumentierte Anteil der Jungen (N=11.253) und Mädchen (N=10.720), die vor Schulbeginn eine Kindertagesstätte oder kindergartenähnliche Einrichtung besuchten (N=21.973) und die begonnenen Besuchsjahren (N1=18.638).

**Tabelle 11 Besuch einer Kindertageseinrichtung und begonnene Jahre des Besuchs**

<i>Kreis/kreisfreie Stadt</i>	<i>Fallzahl (n)</i>	<i>B (%)</i>	<i>1. Jahr%</i>	<i>2. Jahr%</i>	<i>3. Jahr%</i>	<i>4. Jahr%</i>	<i>5. Jahr%</i>	<i>6. Jahr%</i>
Flensburg	561	97,1	2,5	10,2	72,4	13,4	1,6	0,0
Kiel	0	-	-	-	-	-	-	-
Hansestadt Lübeck	1512	94,6	-	-	-	-	-	-
Neumünster	623	97,5	3,0	10,8	45,7	32,7	6,6	0,8
Dithmarschen	812	93,7	2,1	10,8	32,0	38,1	8,0	6,5
Herzogtum Lauenburg	1695	97,4	1,8	5,2	43,3	37,3	10,6	1,4
Nordfriesland	1255	99,2	2,0	13,1	56,5	25,7	2,3	0,4
Ostholstein	1561	98,1	1,5	6,3	72,2	18,2	1,8	0,0
Pinneberg	2689	98,4	2,6	6,0	56,1	29,7	4,6	1,0
Plön	982	95,0	6,7	13,6	33,9	16,1	3,6	0,1
Rendsburg-Eckernförde	2224	95,7	2,2	10,0	86,6	0,0	0,0	0,0
Schleswig-Flensburg	1401	96,0	1,1	5,2	49,0	37,3	3,1	0,1
Segeberg	2241	96,2	2,7	11,5	49,2	23,1	1,1	1,3
Steinburg	1116	97,1	4,8	26,4	48,1	18,8	1,5	0,3
Stormarn	2096	98,9	1,2	4,0	41,8	40,3	10,3	2,3
Dänischer Gesundheitsdienst	500	89,9	-	-	-	-	-	-
<b>Schleswig Holstein</b>	<b>21268</b>	<b>96,7</b>	<b>2,2</b>	<b>8,4</b>	<b>49,3</b>	<b>22,9</b>	<b>3,8</b>	<b>0,9</b>

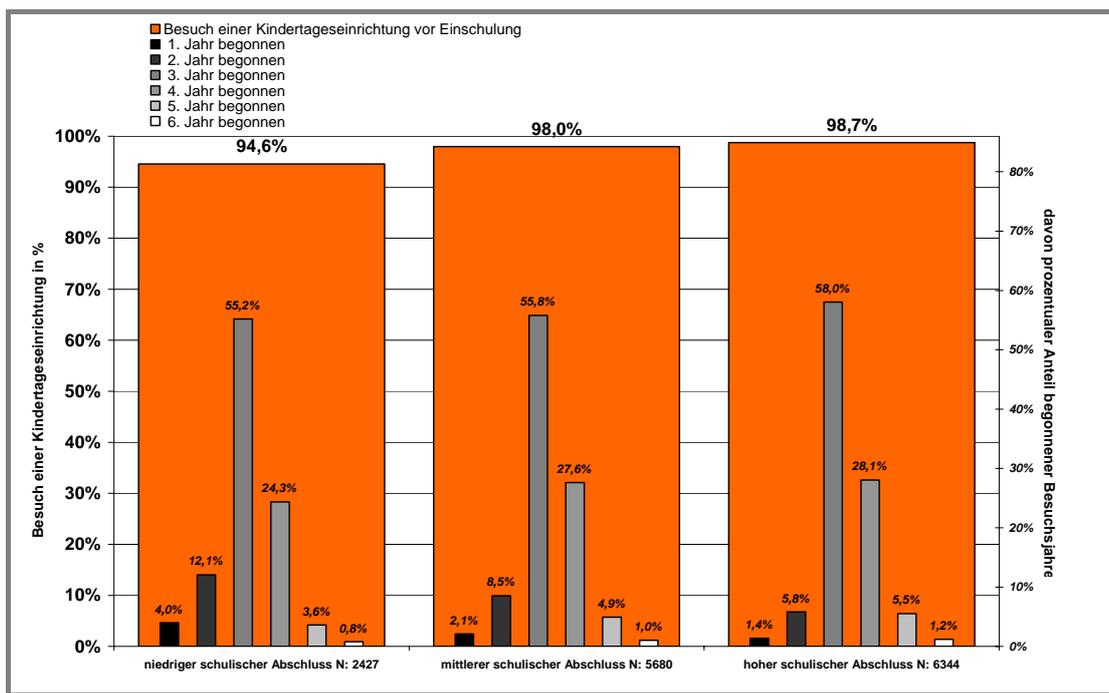
Die Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten getrennt und betrifft den Besuch einer Kindertageseinrichtung (Kindertagesstätte oder einer kindergartenähnlichen Einrichtung) vor Einschulung. Die Fallzahl (n) gibt den nach Angaben der Eltern dokumentierten Besuch einer Kindertageseinrichtung an (N=21.973 von 23.886). 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. Jahre% geben den prozentualen Anteil bezogen auf die Fallzahl des jeweiligen Kreises bzw. kreisfreien Stadt an.

Die Landeshauptstadt Kiel konnte in diesem Untersuchungsjahr keine Angaben zu diesen beiden Items elektronisch übermitteln. In der Hansestadt Lübeck und dem Dänischen Gesundheitsdienst wird das Item „begonnene Besuchsjahre“ nicht dokumentiert.

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 zwar in aller Regel ebenfalls häufig eine Kindertagesstätte besuchen, jedoch geringfügig kürzer im Vergleich zu Eltern mit mittleren Bildungsabschlüssen (**Abbildung 43** Besuch einer Kindertageseinrichtung vor Einschulung und die begonnenen Besuchsjahre, abhängig vom Bildungsstand der Eltern).

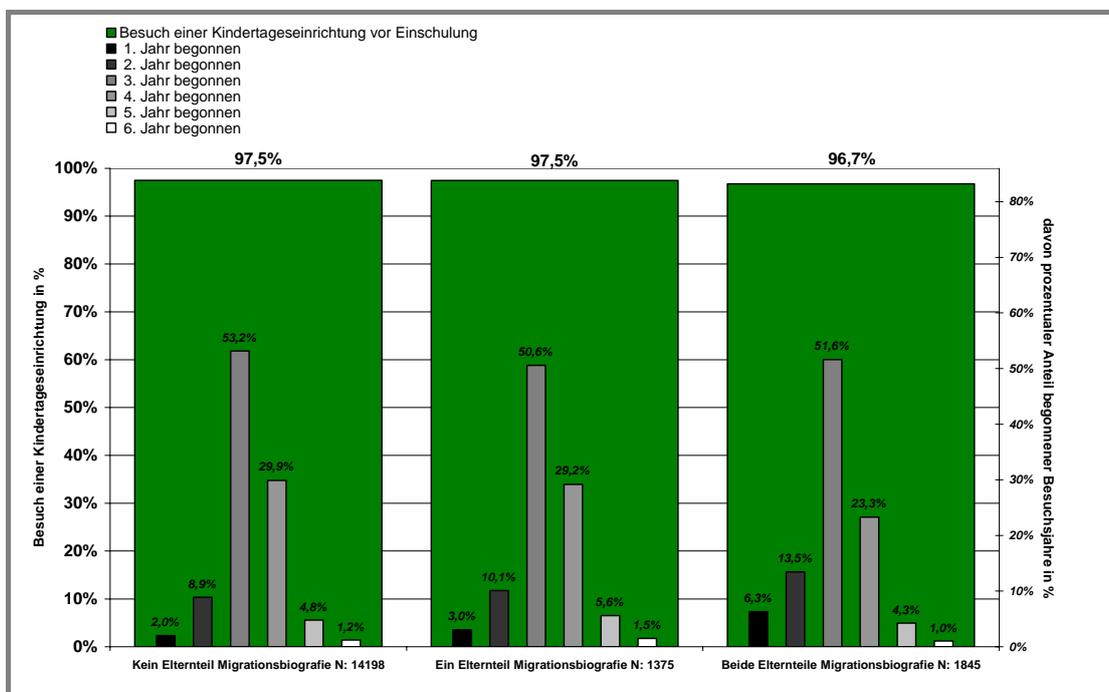
Kinder von Eltern mit Migrationsbiografie besuchen weniger häufig eine Kindertagsstätte und wenn, dann diese etwas später und weniger lang (**Abbildung 44** Besuch einer Kindertageseinrichtung vor Einschulung und davon begonnene Besuchsjahre, abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern). In statistischen 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 43 Besuch einer Kindertageseinrichtung vor Einschulung und die begonnenen Besuchsjahre, abhängig vom Bildungsstand der Eltern**



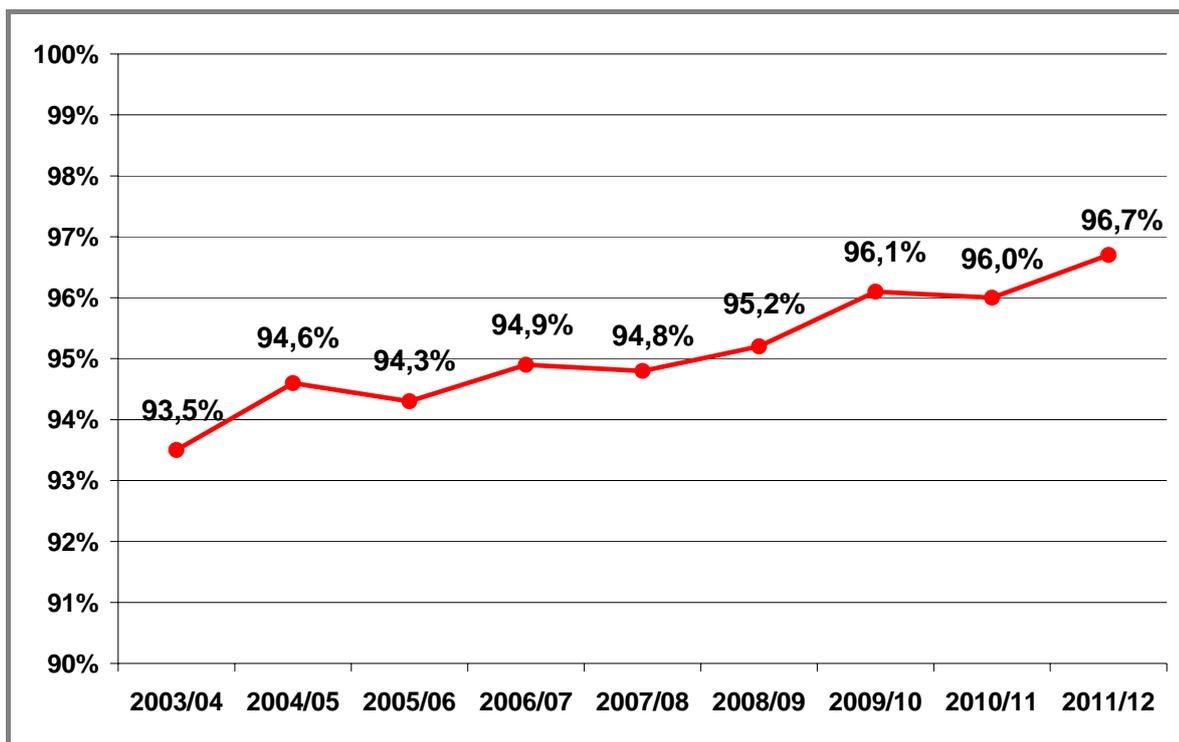
Dargestellt wird die Verteilung des Besuchs einer Kindertageseinrichtung in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=16.092) und darauf bezogenen die angegebenen, begonnenen Besuchsjahre (N1=13.823).

**Abbildung 44 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=20.897) und darauf bezogenen die angegebenen, begonnenen Besuchsjahre (N1=13.593).

**Abbildung 45 Besuch einer Kindertageseinrichtung vor Schulbesuch seit dem Schuljahr 2003/2004**

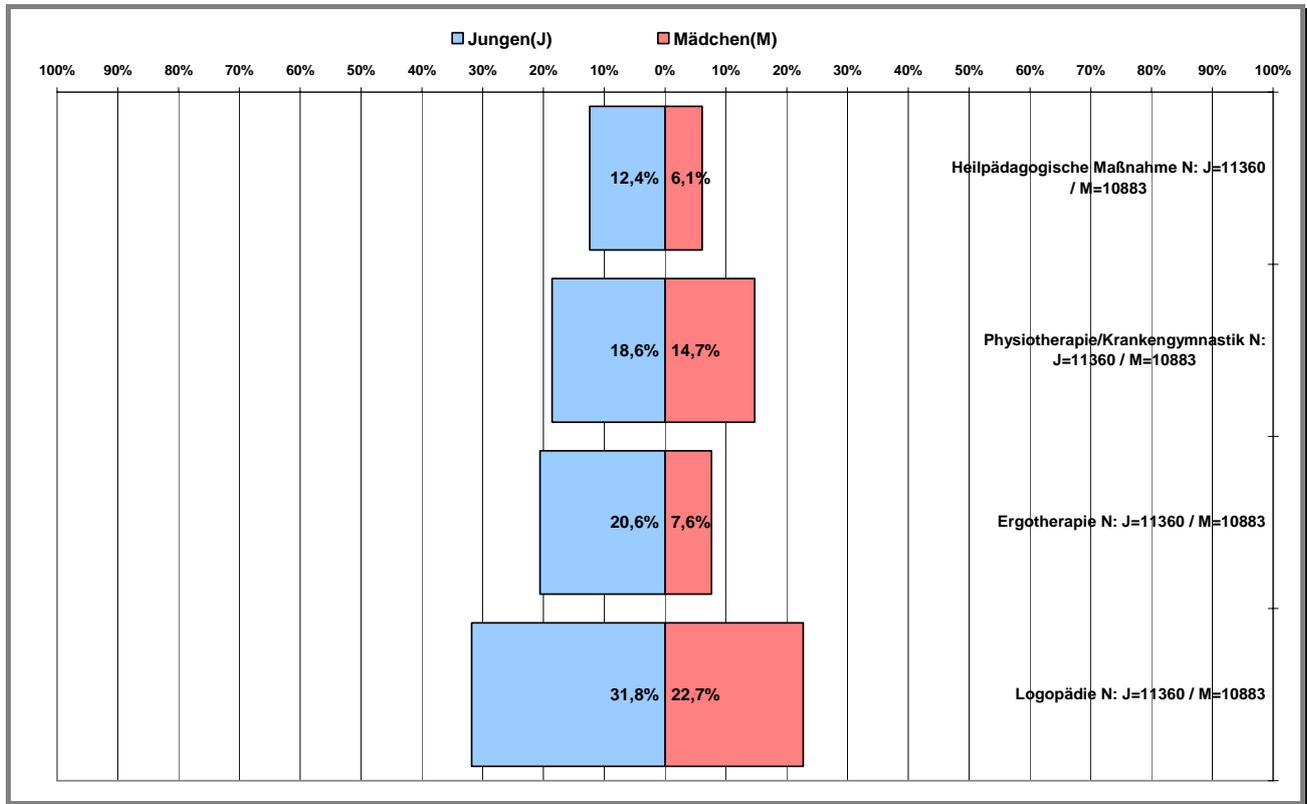


Die Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt den prozentualen Anteil des Besuchs einer Kindertageseinrichtung vor Schulbeginn seit dem Schuljahr 2003/04.

**Abbildung 45** zeigt, dass nur noch wenige Kinder vor der Einschulung keine Kindertagsstätte besuchen. Bei dieser kleinen Gruppe handelt es sich jedoch um eine Risikogruppe aus bildungsfernen Elternhäusern, die voraussichtlich vom Besuch einer Einrichtung profitieren könnten. Es sollte insbesondere nach der geplanten Einführung des Betreuungsgeldes darauf geachtet werden, ob es gelingt, gerade diese Gruppe ausreichend zu fördern.

## VI.2 Inanspruchnahme von Heilpädagogischen Maßnahmen und Heilmitteln

**Abbildung 46 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 2011/12 (N=22.243)

Die Daten der Schuleingangsuntersuchungen des Landes Schleswig-Holstein beinhalten Informationen über bisherige und aktuelle Fördermaßnahmen (Heilpädagogik und Heilmittel) bei 22.243 zur Einschulungsuntersuchung vorgestellter Kinder (S1) (mit einem Durchschnittsalter von 6,1, Standardabweichung 0,37) 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 38** Aktuelle und frühere Inanspruchnahme von Heilpädagogischen Maßnahmen und Heilmitteln). 25,4% der 6-jährigen Kinder erhielten Logopädie mit einer aktuellen Inanspruchnahme von 14,3%. Physiotherapie erhielten 16,3% der Kinder (aktuelle Inanspruchnahme 2,9%), Ergotherapie 12,5% (aktuelle Inanspruchnahme 8,3%).

Die Raten der Inanspruchnahme übersteigen bei weitem den epidemiologisch zu erwarteten Bedarf. Eine umfassende Expertise von Prof. Dr. J. Steiner, HfH Zürich<sup>11</sup> aus dem Jahr 2008 schätzt die Prävalenz zwischen 8 und 15% der Vorschulkinder ein, die

11 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](http://www.logopaedieundpraevention-hfh.ch/webautor-data/29/Praevalenz_Zusammenfassung-der-Datenlage.pdf) [Stand 18.03.2013]

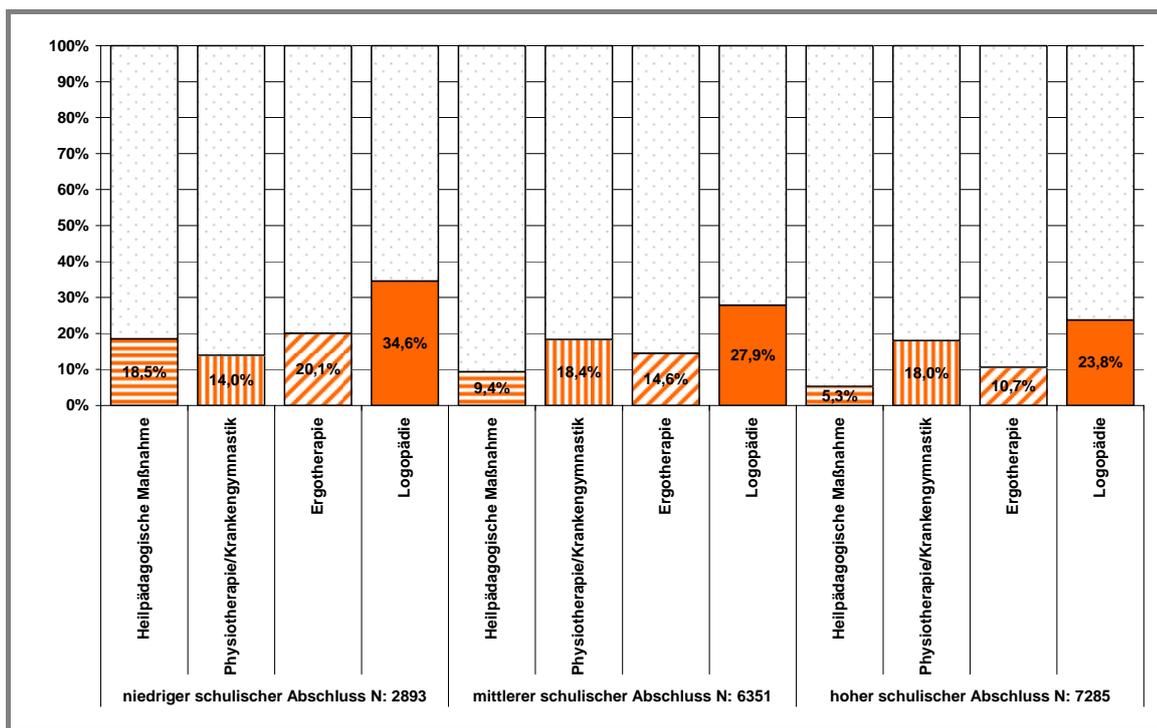
einer besonderen Förderung bedürfen. Diese Maßnahmen schließen je nach Art der Sprachentwicklungsstörung abgestufte Maßnahmen wie Förderung der Sprachbildung (meist durch Elternberatung und Anregung), Sprachförderung in der Gruppe oder Sprachtherapie (Logopädie) ein.

Die hohe Rate von Verordnungen von Logopädie in Schleswig-Holstein lassen sich als Sorgen von Eltern und Erzieherinnen in den Kindertagesstätten bezüglich des Entwicklungsstandes und den Anforderungen in der Schule deuten. Offenbar handelt es sich um Verordnungen durch niedergelassene Kinder- und Allgemeinärzte, die im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen von den Eltern über Entwicklungsprobleme informiert werden oder diese feststellen. Der starke Anstieg der Logopädieverordnungen weist darauf hin, dass nicht nur spezifische Sprachentwicklungsstörungen, sondern auch unzureichender Spracherwerb eine Rolle bei der Verordnung spielen.

Bei der Verordnungshäufigkeit zeigt sich ein sozialer Gradient: Ein niedriger Bildungsstand der Eltern wirkt sich so aus, dass diese Kinder deutlich häufiger heilpädagogische Maßnahmen erhalten (in der Regel handelt es sich um Frühförderung), als Kinder von Eltern mit mittlerem Bildungsabschluss (**Abbildung 47** Erhalt heilpädagogischer Maßnahmen, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie abhängig vom Bildungsstand der Eltern). Kinder aus Familien mit hohem Bildungsabschluss erhalten selten Frühförderung, Ergotherapie und Logopädie aber häufiger Physiotherapie (meist in der Altersgruppe 0-3 Jahre).

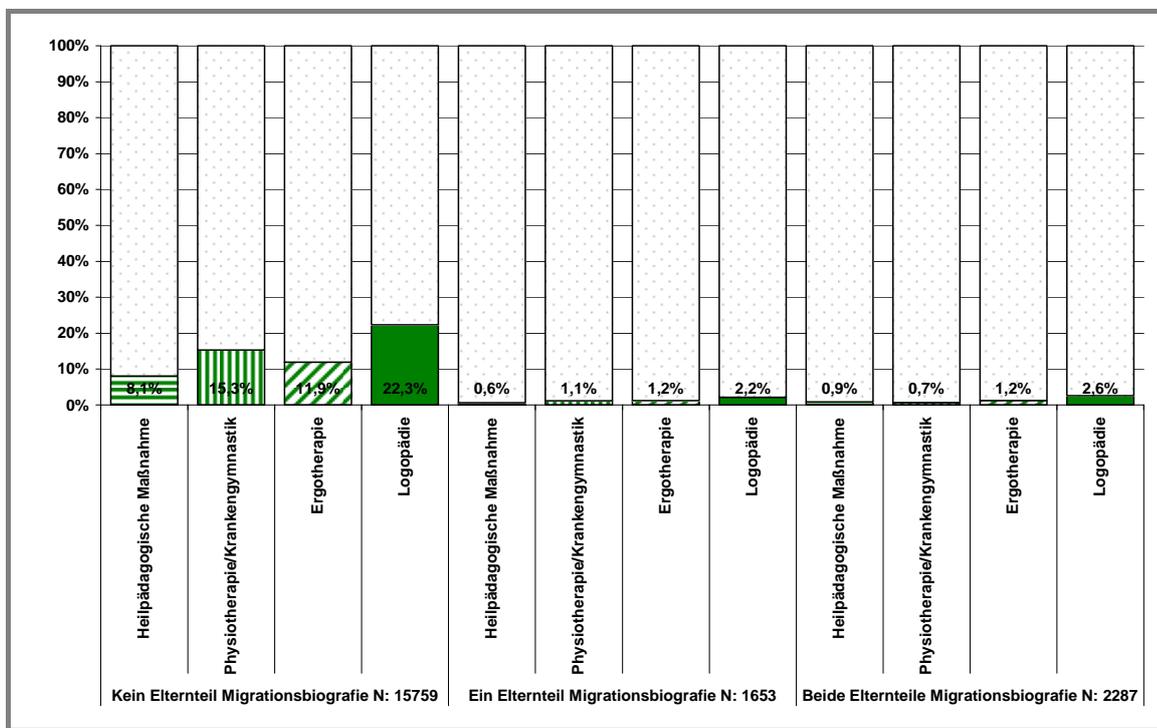
Alle Therapieformen werden weniger häufig bei Kindern aus Familien mit Migrationsbiografie durchgeführt. Es gibt keine Hinweise, dass entsprechende Störungen in dieser Population weniger häufig vorliegen, es muss sich daher um kulturelle, sprachliche oder organisatorische Barrieren im Zugang zu Heilmitteln und zur Frühförderung handeln (**Abbildung 48** Erhalt heilpädagogischer Maßnahmen, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern). Dieser Befund verlangt nach verstärkten Anstrengungen, die Zugangswege von Kindern aus Familien mit sozialer Benachteiligung und Migrationsbiografie zu verbessern.

**Abbildung 47 Erhalt heilpädagogischer Maßnahmen, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie abhängig vom Bildungsstand der Eltern**



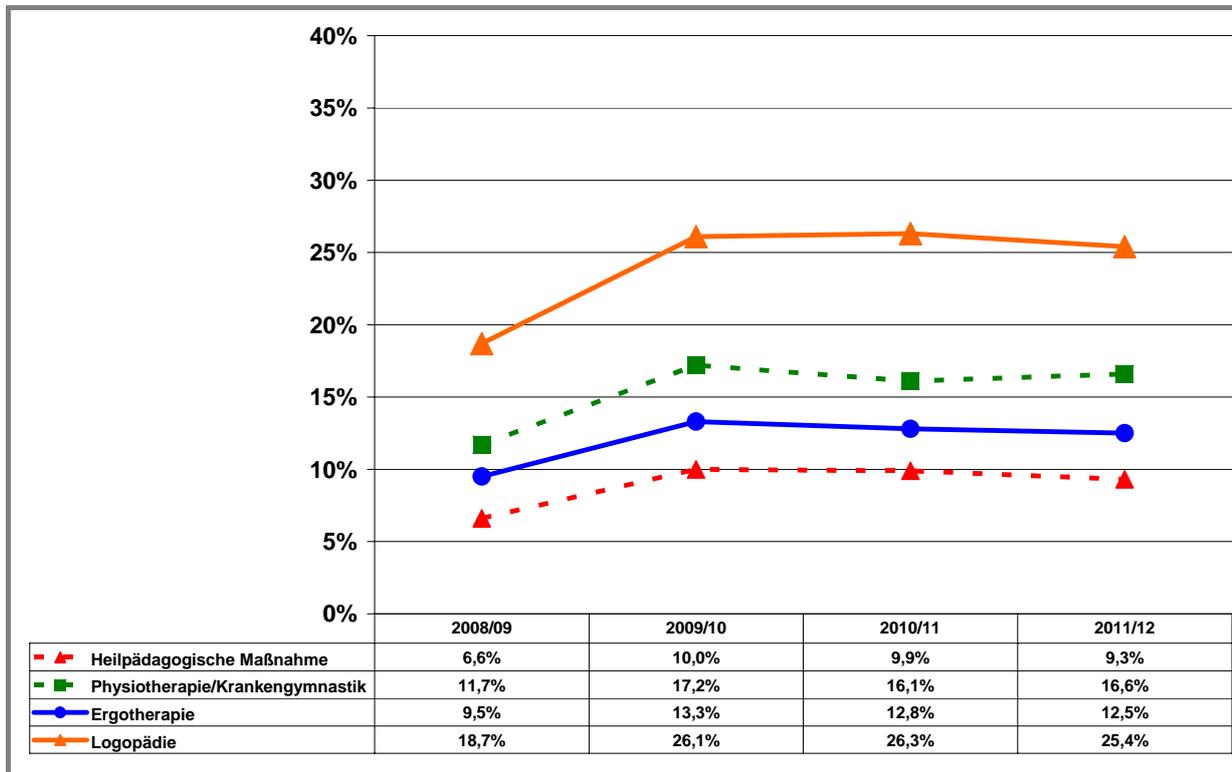
Verteilung der Heilpädagogischen und therapeutischen Maßnahmen in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=16.529).

**Abbildung 48 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=19.699).

**Abbildung 49 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).

### VI.3 Teilnahme am Früherkennungsprogramm

- Die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 ist vom Schuljahr 1999/2000 bis 2011/12 für alle Untersuchungszeitpunkte um 8,5% angestiegen.
- Bei 7,5% der Schulanfänger (S1) lag kein Vorsorgeheft vor. Eine deutliche Steigerung konnte bei Inanspruchnahme der U9 mit vorgelegtem Vorsorgeheft festgestellt werden (von 90% auf 96,7%).
- Bei 11,7% der Schulanfänger wurde die U9 durch einen niedergelassenen Haus- bzw. Allgemeinarzt durchgeführt.
- Das Einladungswesen lässt die Vorsorgeuntersuchungsteilnahme ansteigen (Abbildung 55 Teilnehmeraten an den Früherkennungsuntersuchungen U7, U8 und U9 seit dem Schuljahr 2003/04).

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. Es handelt sich um Maßnahmen im Bereich der sekundären Prävention, der Schwerpunkt lag bislang im Bereich der Erkennung somatischer Erkrankungen. Zunehmend wird auch vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte/innen erkannt, dass die Entwicklungsstörungen im Bereich der Motorik, Sprache und der seelischen Entwicklung ein hohes Gesundheitsrisiko darstellen und es sind Screeninginstrumente zur Feststellung solcher Defizite entwickelt worden, die neben der klinischen Untersuchung genutzt werden können. Bislang sind in die Früherkennungsuntersuchungen keine Instrumente integriert zur Diagnostik dieser Störungen, es sind daher Forderungen zur Überarbeitung des Programms formuliert worden. Da es sich um ein Instrument zur Früherkennung von Krankheiten handelt, ist die Integration einer vorbeugenden Beratung im Sinne der primären Prävention und Gesundheitsförderung vorerst nicht geplant. Die Früherkennungsuntersuchungen durch den niedergelassenen Arzt hat damit eine andere Schwerpunktsetzung als die schulärztliche Untersuchung, die den Fokus auf Förderbedarf und eine angemessene Beschulung legt.

In fast allen Bundesländern (13 von 16) sind Verfahren entwickelt worden, die Teilnahme am Programm zu erhöhen, insbesondere durch eine Überprüfung der Teilnahme und eine Kontaktaufnahme durch Mitarbeiter aus den Gesundheits- oder Jugendämtern, wenn eine Teilnahme am Programm nach wiederholter Einladung nicht erfolgt ist.

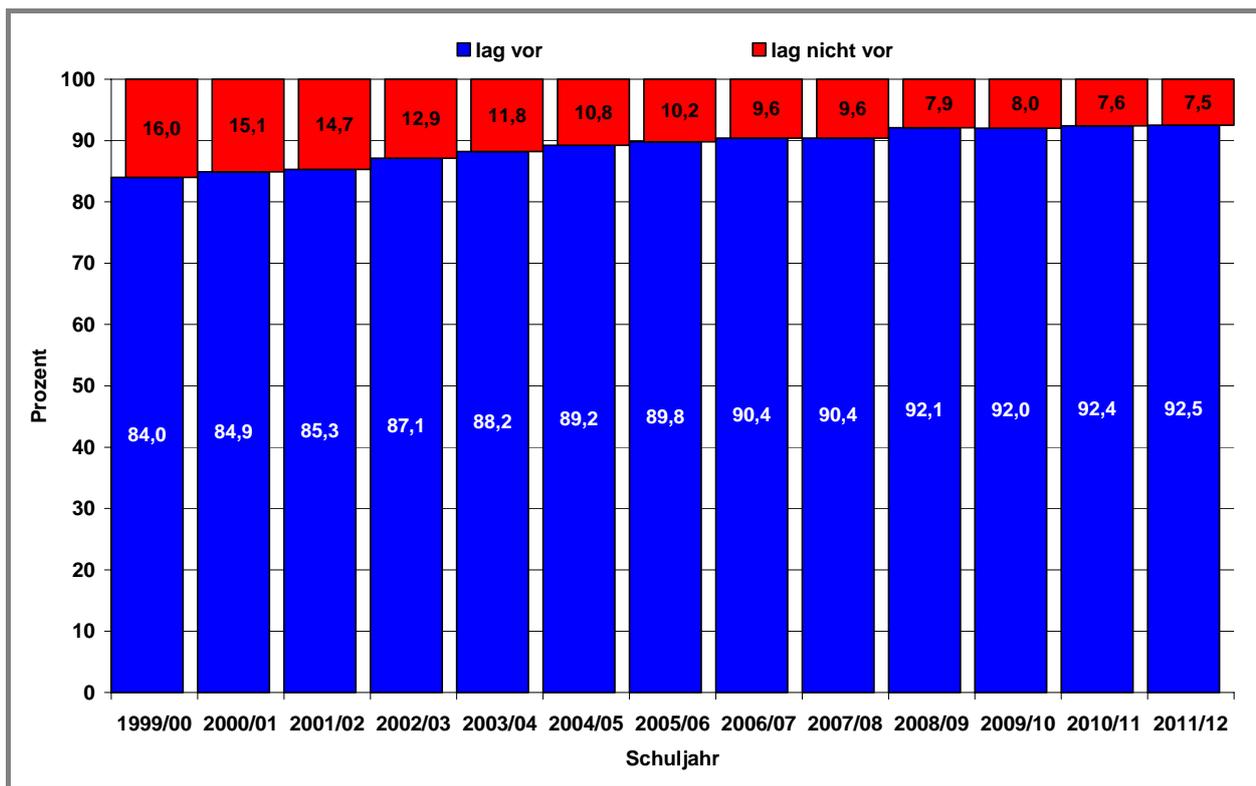
Die U7a wird seit dem 01.07.2008 für Kinder von 3 Jahren angeboten und wird erstmalig in diesem Bericht berücksichtigt (nur in **Abbildung 51** Teilnahme Mädchen/Jungen an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9). Die Kinder der Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr 2011/12 waren zum Zeitpunkt der Einführung zwischen 3 und 4 Jahre alt.

Es ist für die nächste Untersuchungswelle eine deutlich 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 familiäre Migrationsbiografie die Früherkennungs-

untersuchungen eher vollständig, bzw. fast vollständig bei der Einschulungsuntersuchung vorweisen können als Kinder mit Migrationsbiografie.

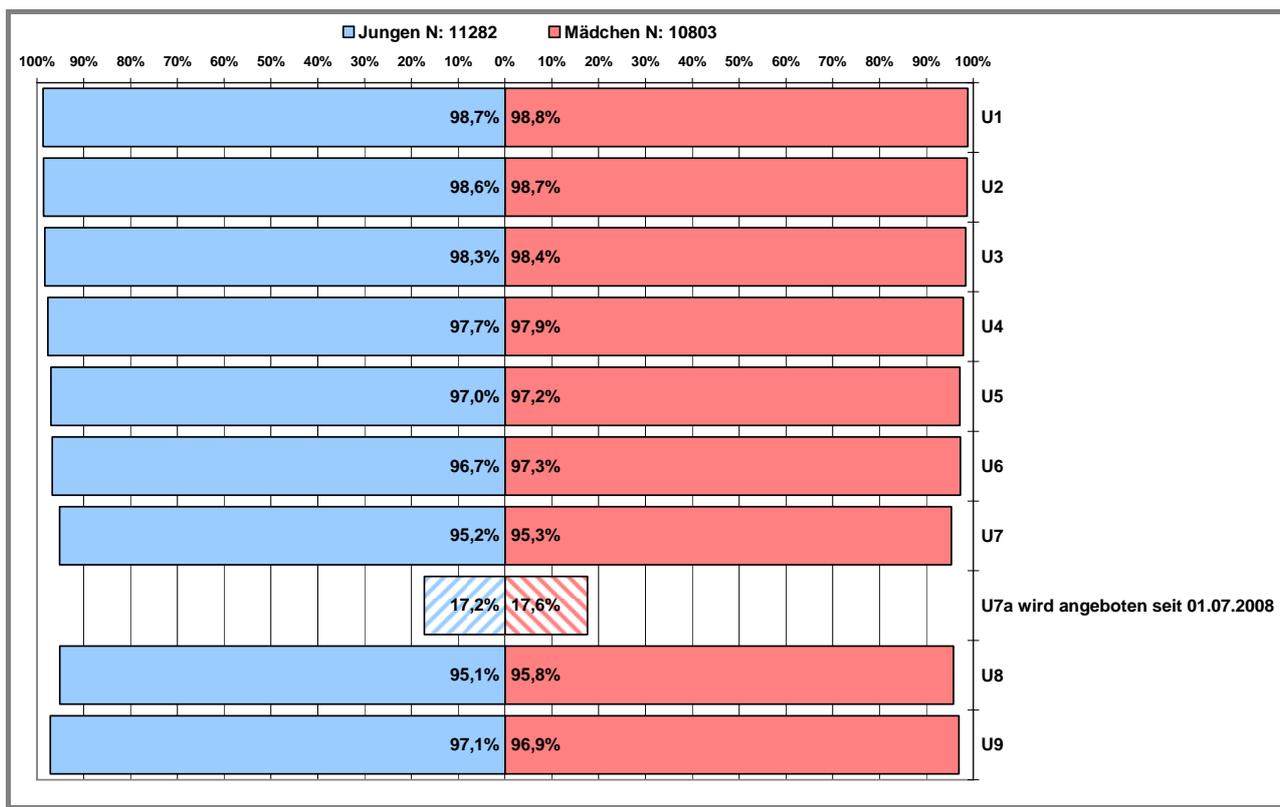
Positiv ist zu verzeichnen, dass das Einladewesen (§7a GDG, siehe vor allem U8 und U9) die Vorsorgeuntersuchungsteilnahme (bei vorgelegten U-Heften) ansteigen lässt (**Abbildung 55** Teilnahmeraten an den Früherkennungsuntersuchungen U7, U8 und U9 seit dem Schuljahr 2003/04), bzw. die Rate an einer Nichtteilnahme sowohl für die U8 als auch die U9 deutlich sinken lässt.

**Abbildung 50 Vorliegen des Vorsorgehefts (U1 bis U9) bei Einschulungsuntersuchung seit dem Schuljahr 1999/2000**



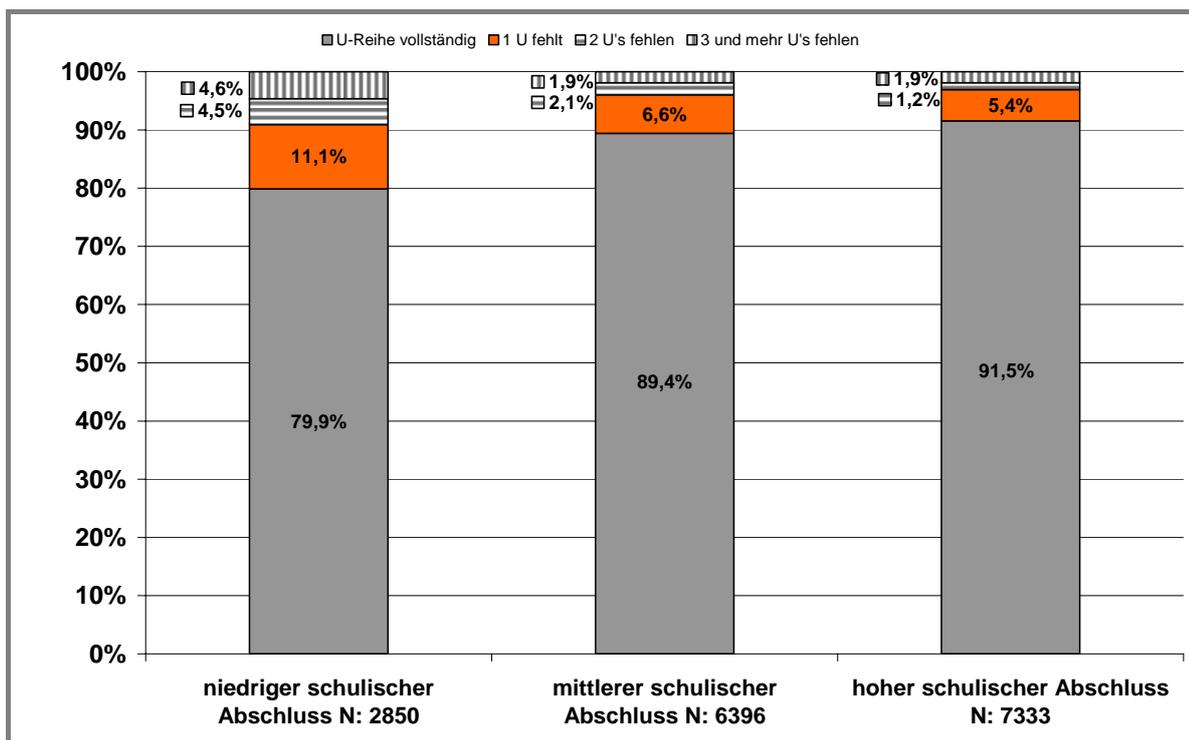
Die Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt den prozentualen Anteil der von den Eltern zur Einschulungsuntersuchung mitgebrachten/vorgelegten und nichtvorgelegten Vorsorgehefte der Untersuchungsreihe U1 bis U9.

**Abbildung 51 Teilnahme Mädchen/Jungen an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9**



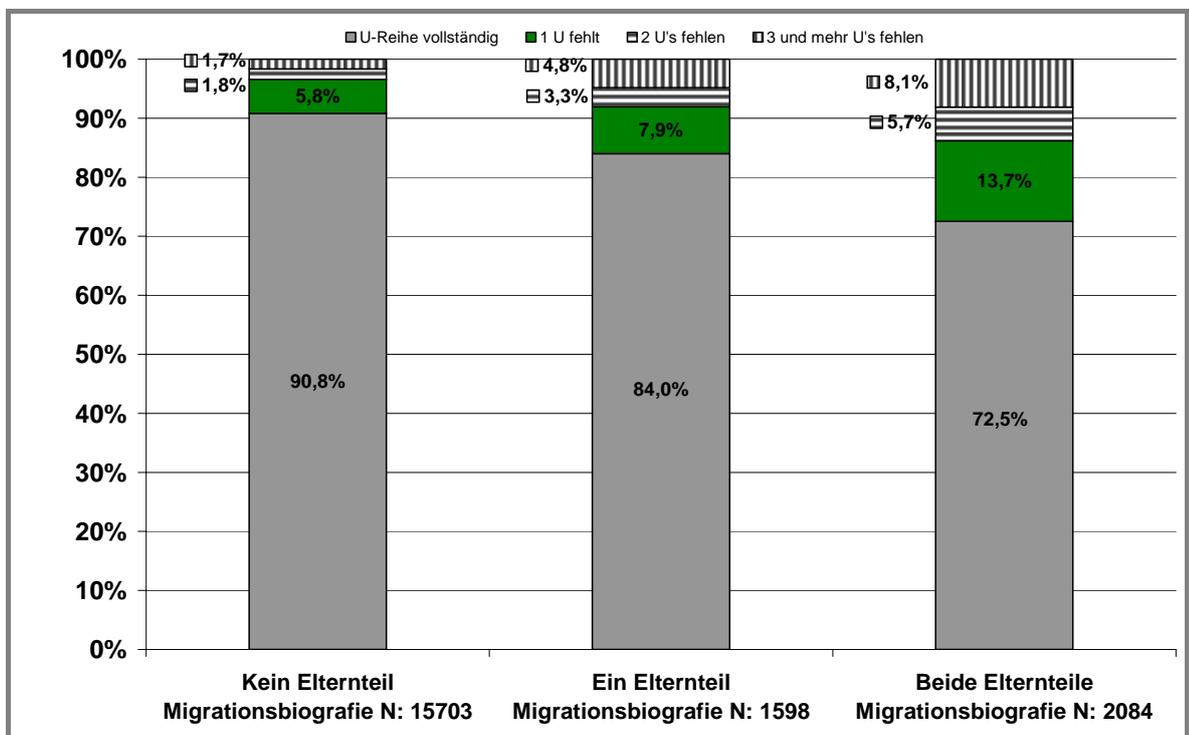
Dargestellt wird der durchgeführte Anteil Früherkennungsuntersuchungen bis zur Einschulungsuntersuchung anhand der von den Eltern mitgeführten Vorsorgeheften getrennt nach Jungen und Mädchen (N=22.085). Die Untersuchung U7a wurde erst 2008 eingeführt; eine Untersuchung und Dokumentation im „Gelben Heft“ war daher bei den Geburtsjahrgängen 2005/2006 aus Altersgründen noch nicht in jedem Fall möglich (Durchführung 34.-36. Lebensmonat) und wird erstmalig dargestellt.

**Abbildung 52 Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen abhängig vom Bildungsstand der Eltern**



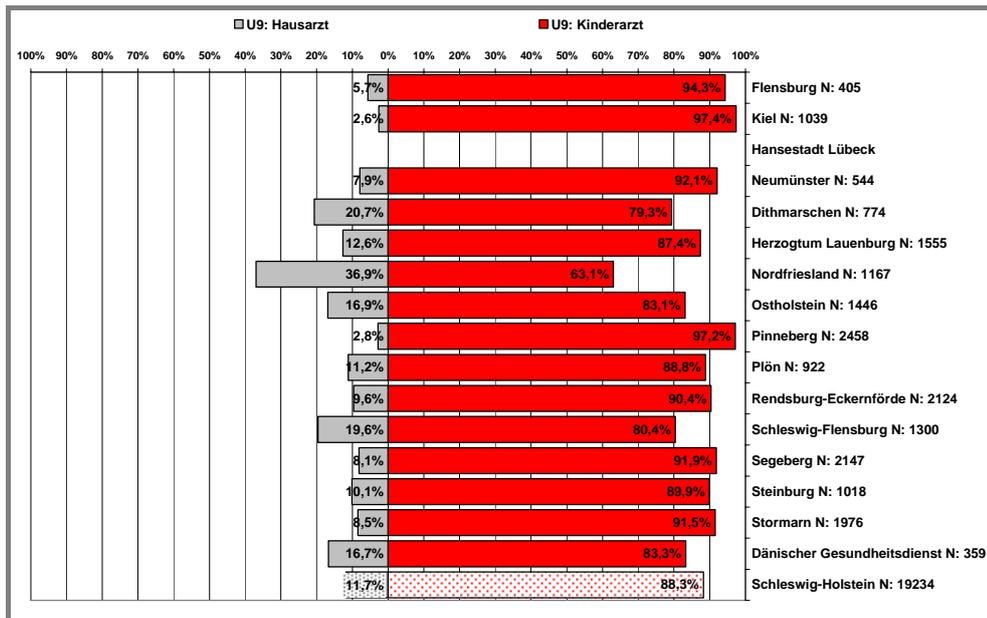
Dargestellt wird die Verteilung der Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen (ohne U7a): von „alle Untersuchungen wahrgenommen“ bis zum Fehlen von mehr als 3 Untersuchungen in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=16.579).

**Abbildung 53 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=19.385).

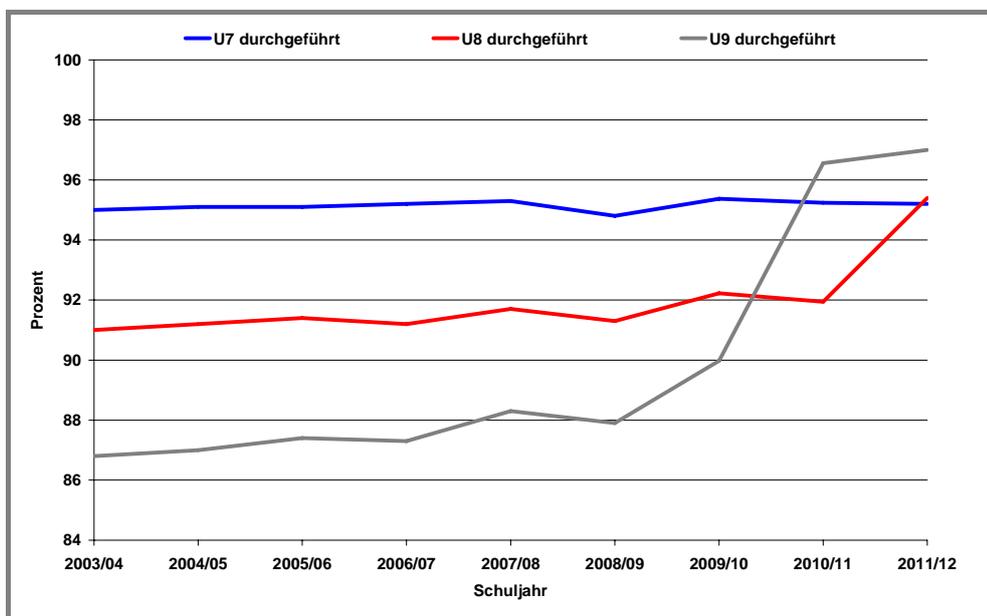
**Abbildung 54 Ärztliche Durchführung der U9**



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 Kiel und Pinneberg (für die Hansestadt Lübeck lagen keine Daten vor).

**Abbildung 55 Teilnehmeraten 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 Einladungswesens, das seit 2008 eingeführt ist und die Rate der Kinder, die teilnehmen, deutlich erhöht.

## VII Impfschutz bei Schulanfängern in Schleswig-Holstein 2011/12

### Wesentliche Ergebnisse:

- Seit Beginn der Auswertung von Impfdokumentationen bei Schulanfängern in Schleswig-Holstein konnte gezeigt werden, dass sich der Impfschutz von 1999 bis 2011 erheblich verbessert hat.
- Innerhalb von drei Jahren hat sich die Durchimpfungsrate von Meningokokken verdoppelt.
- Der Impfschutz gegen Varizellen konnte um 60% gesteigert werden.
- Trotz vieler Bemühungen liegt jedoch die Durchimpfungsrate bei der 2. Masernimpfung noch immer unter 95%.

### Ergebnisse im Einzelnen (Tabelle 12):

- Einen kompletten Impfschutz nach Definition weisen 86,8% (Vorjahr 86,9%) der Kinder auf.
- Der Impfschutz gegen Varizellen ist von 2007 mit 8,9% auf 71,6% in 2011 gestiegen (1mal geimpft). 2mal geimpft sind im Jahr 2011 47,1% der Schulanfänger.
- Die Durchimpfungsrate bei der 2. Masernimpfung konnte kaum gesteigert werden. Sie liegt nach wie vor mit 92,9% (2010: 92,3%) unterhalb der von der WHO zur Maserneliminierung geforderten 95%.
- Die Durchimpfungsrate Meningokokken der Serogruppe C (1mal geimpft) ist von 36,3% im Jahr 2009 auf 73,8% im Jahr 2011 gestiegen.

Angepasst an die Empfehlungen der ständigen Impfkommission (STIKO), vorzugsweise Kombinationsimpfstoffe zu verwenden, gilt seit 2007 für die Altersgruppe bis 6 Jahren in dieser Auswertung als vollständig grundimmunisiert: 4mal geimpft gegen Poliomyelitis, Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hämophilus Typ b (Hib) und Hepatitis B und 2mal Masern/Mumps/Röteln. Die Schulanfänger 2011 sind zu einem geringen Anteil noch mit Monoimpfstoff gegen Hepatitis B geimpft worden und damit auch mit 3 Impfungen ausreichend grundimmunisiert. Man kann davon ausgehen, dass 91,6% der Schulanfänger ausreichend gegen Hepatitis B geimpft sind.

Die Durchimpfungsraten gegen Masern, Mumps und Röteln haben sich im Vergleich zum Vorjahr kaum verbessert. Die von der World Health Organisation (WHO) angestrebte Durchimpfungsrate zur Maserneliminierung von über 95% (2mal geimpft) wurde erneut nicht erreicht.

Unabhängig von den Durchimpfungsraten für einzelne Impfungen nach den Kriterien des Robert Koch-Instituts (RKI) beurteilen die Untersucher der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein den individuellen Impfschutz eines jeden Schulanfängers. „Impfschutz komplett“ wird dokumentiert, wenn ein Kind am Untersuchungstag ausreichend gegen Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis, Pertussis, Hepatitis B, Masern, Mumps und Röteln geimpft ist. Dies ist 2011 bei 86,8% (2010: 86,9%) der Schulanfänger der Fall.

Seit 1998 wird in Schleswig-Holstein die Varizellenimpfung dokumentiert (mindestens 1mal geimpft) und erstmalig im Bericht 2003 vorgestellt. Seit Juli 2004 wird sie als

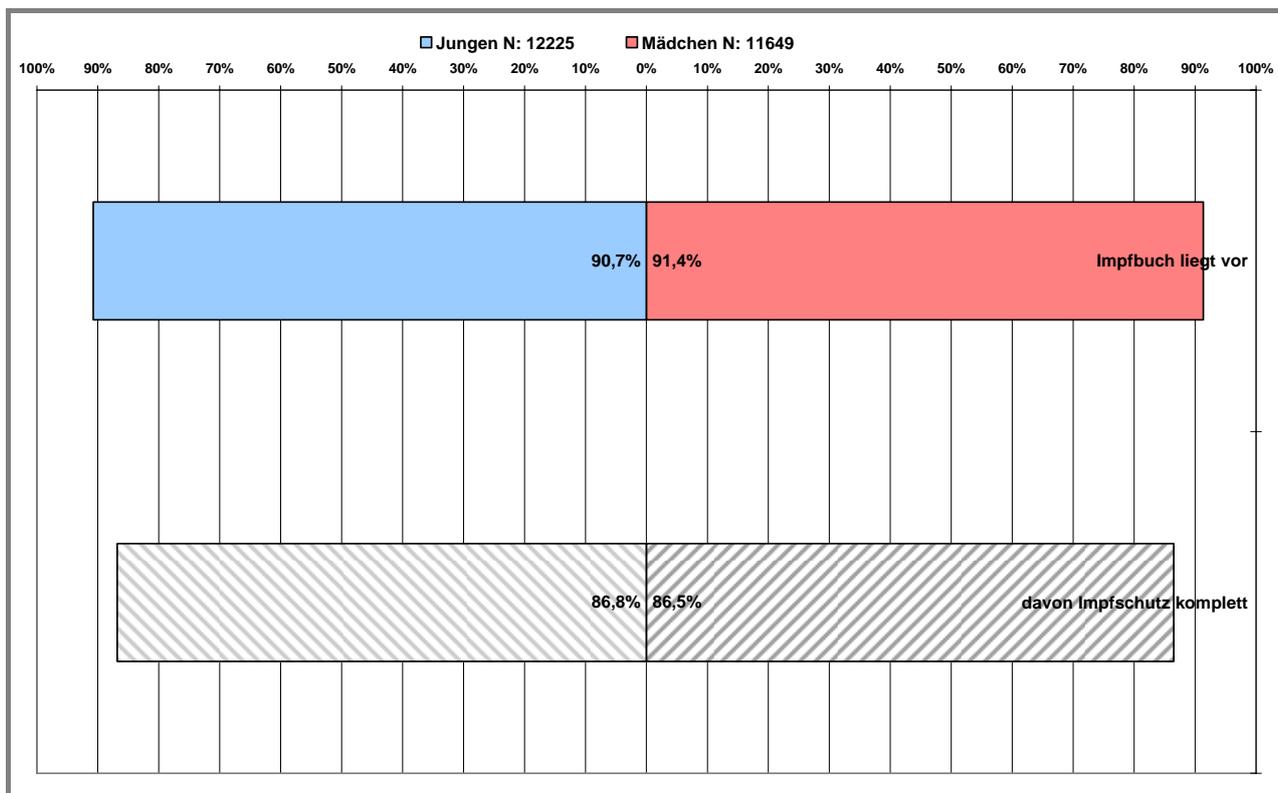
Standard-Impfung von der STIKO in Kombination mit Masern, Mumps und Röteln ab dem 11. Lebensmonat empfohlen. Seit 2010 wird auch die zweite Impfung dokumentiert und ausgewertet. Hier liegt die Durchimpfungsrate inzwischen bei 47,1% (2010: 28,4%).

Seit 2009 wird der Impfschutz gegen Pneumokokken und Meningokokken erfasst und ausgewertet:

Die Pneumokokkenimpfung wurde im Jahr 2006 als Standardimpfung von der STIKO eingeführt. Die Impfdokumentation bei den Schulanfängern lässt erkennen, dass noch überwiegend Nachholimpfungen je nach Alter des Kindes oder Indikationsimpfungen durchgeführt wurden. Deshalb wurde im Jahr 2011 die Auswertung noch mit der Definition „mindestens 1mal geimpft gegen Pneumokokken“ gemacht. Mindestens 1mal geimpft sind 35,8% der Schulanfänger. Die Durchimpfungsrate für 4mal geimpft liegt zurzeit noch bei 6,4%.

Auch die Schutzimpfung gegen Meningokokken der Serogruppe C ist seit 2006 eine von der STIKO empfohlene Standardimpfung. Die Durchimpfungsrate (1mal geimpft) ist von 36,3% im Jahr 2009 auf 73,8% im Jahr 2011 gestiegen. Jüngere Kinder im Alter bis zu 24 Monate und bei Aufnahme in den Kindergarten zeigen gegen Pneumokokken (1-5Jahre: 81,8%) und Meningokokken (1-5Jahre: 81,0%) inzwischen höhere Schutzraten (vgl. **Kapitel VIII** Impfschutz bei Aufnahme in den Kindergarten Schleswig-Holstein 2011).

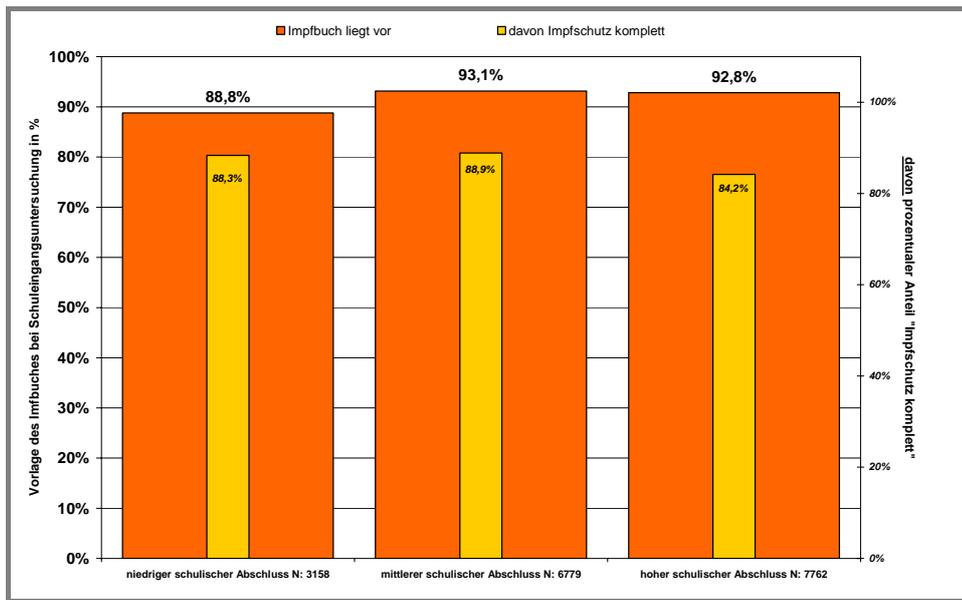
**Abbildung 56 Vorlage des Impfbuches und „Impfschutz komplett“ bei Jungen und Mädchen**



Dargestellt werden der prozentuale Anteil zur Einschulungsuntersuchung vorgelegter Impfbücher und davon der „Impfschutz komplett“ getrennt nach Geschlecht.

„Impfschutz komplett“ = am Untersuchungstag dokumentierter, individueller Impfschutz eines jeden Schulanfängers mit ausreichender Impfung gegen Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis, Pertussis, Hepatitis B, Masern, Mumps und Röteln.

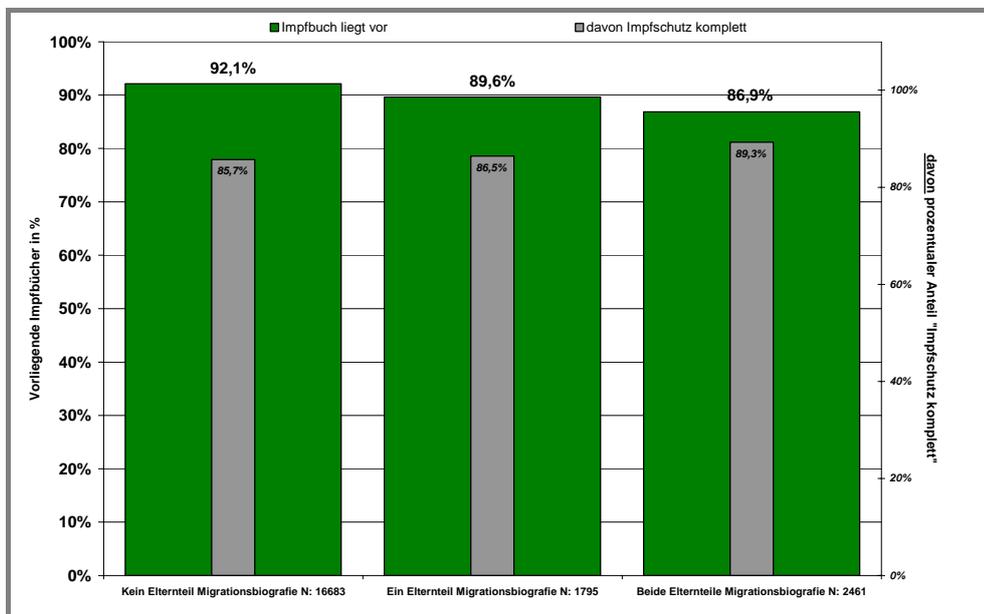
**Abbildung 57 Vorlage des Impfbuches und der „Impfschutz komplett“ abhängig vom Bildungsstand der Eltern**



Dargestellt wird der prozentuale Anteil zur Einschulungsuntersuchung vorgelegter Impfbücher in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=17.699) und davon der Anteil „Impfschutz komplett“.

Auffällig ist, dass von Eltern mit höheren Bildungsabschlüssen zwar häufiger das Impfbuch vorgelegt wurde, der „Impfschutz komplett“ Anteil jedoch geringer war als bei Eltern mit mittleren oder niedrigen Bildungsabschlüssen.

**Abbildung 58 Vorlage des Impfbuches und der „Impfschutz komplett“ abhängig vom Migrationsbiografie der Eltern**



Dargestellt wird der prozentuale Anteil zur Einschulungsuntersuchung vorgelegter Impfbücher in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=20.939) und davon der Anteil „Impfschutz komplett“.

Eltern mit Migrationsbiografie legen das Impfbuch etwas weniger häufig bei der Untersuchung vor, die „Impfschutz komplett“ Rate jedoch nicht geringer als bei Kindern aus Familien ohne Migrationsbiografien.

**Tabelle 12 Impfschutz bei Schulanfängern im Jahr 2011 (Auszug aus Tabelle 40)**

Teilnehmer GA (inkl. DG)	16 Schulanfänger (ungefähr 6-jährig)	
Auf ihren Impfschutz untersuchte Kinder	24.393	
Davon haben kein Impfbuch vorgelegt	2.145	
das Impfbuch vorgelegt	22.248	
Response-Rate (%)	<b>91,20%</b>	
	<b>Grundim. *S1</b>	<b>1. Boost.</b>
<b>BCG</b>	21	
%	<b>0,10%</b>	
<b>Polio-Impfung</b>	20.892	
%	<b>93,90%</b>	
<b>Diphtherie-Impfung</b>	21.059	2.614
%	<b>94,70%</b>	<b>11,70%</b>
<b>Tetanus-Impfung</b>	21.105	2.634
%	<b>94,90%</b>	<b>11,80%</b>
<b>Pertussis-Impfung</b>	20.954	2.496
%	<b>94,20%</b>	<b>11,20%</b>
<b>MMR, Varizellen</b>	<b>1x</b>	<b>2x</b>
<b>Hib, Hepatitis B</b>	<b>3x</b>	<b>4x</b>
<b>Masern-Impfung</b>	21.381	20.665
%	<b>96,10%</b>	<b>92,90%</b>
<b>Mumps-Impfung</b>	21.342	20.631
%	<b>95,90%</b>	<b>92,70%</b>
<b>Röteln-Impfung</b>	21.320	20.618
%	<b>95,80%</b>	<b>92,70%</b>
<b>Hib</b>	21.189	20.482
%	<b>95,20%</b>	<b>92,10%</b>
<b>Hepatitis B</b>	20.381	19.083
%	<b>91,60%</b>	<b>85,80%</b>
<b>Varicellen-Impfung</b>	15.920	10.486
%	<b>71,60%</b>	<b>47,10%</b>
<b>Pneumokokken-Impfung</b>	7502	***
% (mind. 1x)	<b>35,80%</b>	***
<b>Meningokokken-Impfung</b>	15440	***
%	<b>73,80%</b>	***
<b>HPV-Impfung</b>		
%		
<b>Impfschutz komplett* (DPT; Polio; HepB; MMR)</b>	18.917	****
%	<b>86,80%</b>	****

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

\*\* Pneumokokken und Meningokokken von 2 Ämtern erfasst, Bezugsgröße ist 493  
Pneumokokken 4x geimpft entsprechen 73,4%

\*\*\* Pneumokokken und Meningokokken von 15 Ämtern erfasst, Bezugsgröße 20.929

\*\*\*\* Impfschutz komplett von 15 Ämtern erfasst, Bezugsgröße 21.785

Erläuterung: Seit 2007 gilt nach neuer Definition des Robert Koch-Instituts (RKI Berlin) als vollständig grundimmunisiert: 4mal geimpft gegen Polio, Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hib und Hepatitis B und 2mal Masern/Mumps/Röteln. Entsprechend erfolgte die Auswertung.

## VIII Impfschutz bei Aufnahme in den Kindergarten Schleswig-Holstein 2011 Kurzfassung zum 12. Erhebungs-Jahrgang

Impfschutz bei Aufnahme in den Kindergarten Schleswig-Holstein 2011.

- Auswertung der anonymen ärztlichen Bescheinigungen nach KiTaVO  
- Dr. Hans-Martin Bader und Dr. Andrea Heiser

Gesamtauswertung:

Die 21.323 Einsendungen aus dem Vorschulalter im Jahr 2011 (ohne die 246 schulpflichtigen Hortkinder) machten 88,4% der 24.110 erwarteten anonymen Dokumentationsbögen aus (Vorjahr=2010: 86,4% der 23.673). 95,9% aller Einsendungen konnten ausgewertet werden (Auswertestichtag 5. Juni 2012). Die Zahl der Gesamteinsendungen wird sich wie in den Vorjahren durch verspätete Eingänge noch erhöhen (im Vorjahr N=2.334).

Einen Überblick über alle eingegangenen „Ärztlichen Bescheinigungen“ zeigt die **Tabelle 13**. Der Anteil der sehr jungen Kinder ist in der Gesamtauswertung weiter gewachsen: Er stieg in „Kinderkrippen“ (jünger als 13 Monate) von 1,3% drei Jahre zuvor (271 Säuglinge) auf 4,9% in 2011 (944 Säuglinge). Gleichzeitig fanden sich auch mehr Kinder in der Altersgruppe der Kinder im 2. Lebensjahr (13 bis unter 25 Monate): 2.888 Kinder (14,9%) im Jahr 2011, fünf Jahre zuvor 954 Kinder (4,6%).

**Tabelle 13 Auswertung der Einsendungen mit Teilgruppen Kindergarten 1 bis 5 Jahre und 2 bis 5 Jahre (Stand 19. Nov. 2012)**

	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2001 -	2000
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl		Anzahl
Eingesandt:	21.569	21.724	22.689	24691	24.778	24.773		19.571
Davon nicht auswertbar:	820	792	779	971	921	940		127
verspäteter Eingang:	1.349	2.334	2.799	2.208	3.017	2.953		1.812
Gesamtauswertung 2011 (3 Mo bis 14 J 11Mo)	19.400	18.598	19.111	21.512	20.840	20.880	Jahrgänge	17.632
davon < 13 Monate	944	753	622	271	166	143	2001-2005	111
davon 13 bis < 25 Monate	2.888	3.022	2.384	1.653				
davon > 60 Monate	1.904	1.768	1.822	2.257	2.138	2.402	nicht dar- gestellt	2.240
Kindergarten (1 bis 5 Jahre) (= 13 Mo bis 60 Mo)	16.552	16.077	16.667	18.970	18.468	18.293		15.281
Kindergarten (2 bis 5 Jahre) (= 25 Mo bis 60 Mo)	13.664	13.808	14.905	17.562				
Rundungsdifferenz				14	68	42		

Auswertbar N= 19.400, Alter: 4 Monate bis 14 Jahre und 11 Monate, im gewichteten Mittel 3 Jahre und 0 Monate (vier Jahre zuvor 3 Jahre 4 und Monate). Mo = Monate, J = Jahre.

Kindergarten (1 bis 5 Jahre): Die Ergebnisse der Altersgruppe 1 bis 5 Jahre (N=16.522) stehen wie in den Vorjahren im Mittelpunkt der Erhebung.

Der Altersdurchschnitt (gewichteter Mittelwert) lag jetzt bei 2 Jahren und 11 Monaten (vor 12 Jahren bei 3 Jahren und 7 Monate). Beim Vergleich mit der Gesamtgruppe „Kindertageseinrichtung“ zeigt zwar die Gruppe zunehmend etwas höhere Raten (vgl. **Tabelle 14**). Dennoch muss in dieser Altersgruppe „1 bis 5 Jahre“ der verstärkte Einfluss der größer gewordenen Gruppe der Kinder unter zwei Jahren beachtet werden (**Tabelle 15**). Das wird jeweils gesondert hervorgehoben.

**Tabelle 14 Impfschutz Aufnahme Kindergarten und Kindertagesstätten gesamt Schleswig-Holstein 2011 im Vergleich zum Jahr 2000**

	<i>1 bis 5 Jahre</i>		<i>KiTa-gesamt</i>	
	2011	2000	2011	2000
Diphtherie	<b>92,7</b>	96,0	<b>90,7</b>	95,8
Tetanus	<b>93,1</b>	96,3	<b>91,1</b>	96,1
Polio	<b>92,4</b>	93,5	<b>90,3</b>	93,3
Pertussis	<b>91,7</b>	89,7	<b>89,5</b>	89,0
Hib	<b>91,6</b>	89,2	<b>89,5</b>	88,5
Hepatitis B	<b>88,3</b>	75,0	<b>86,1</b>	73,2
Pneumokokken 4x	<b>81,8<sup>#</sup></b>	-	<b>76,6<sup>##</sup></b>	-
Meningokokken 1x	<b>81,0<sup>#</sup></b>	-	<b>77,2<sup>##</sup></b>	-
Masern (mindestens 1x)	<b>93,4</b>	88,2	<b>91,1</b>	92,2
Masern (2x)	<b>79,0</b>	14,4	<b>75,7</b>	15,4
Mumps (mindestens 1x)	<b>93,3</b>	87,9	<b>91,0</b>	91,9
Mumps (2x)	<b>79,0</b>	14,3	<b>75,7</b>	15,3
Röteln (mindestens 1x)	<b>93,3</b>	85,4	<b>91,0</b>	91,5
Röteln (2x)	<b>79,0</b>	14,1	<b>75,7</b>	14,8
Windpocken (mindestens 1x)	<b>86,4<sup>*</sup></b>	-	<b>83,3<sup>**</sup></b>	-
Windpocken (2x)	<b>73,9<sup>*</sup></b>	-	<b>69,4<sup>**</sup></b>	-
MMR (mindestens 1x)	<b>93,2</b>	84,8	<b>90,9</b>	91,2
MMR (2x)	<b>79,0</b>	14,0	<b>75,7</b>	14,8

Aufnahme Kindergarten und Kindertagesstätten 1 bis 5 Jahre (N = 16.552) und Kindertagesstätten gesamt SH 2011 (N = 19.400) im Vergleich zum Jahr 2000 (in%). Bezug Pneumokokken- und Meningitis C-Abfrage: <sup>#</sup> N = 13.386 <sup>##</sup> N=15.752. Bezug Windpocken-Abfrage: <sup>\*</sup> N = 15.690, <sup>\*\*</sup> N = 18.409.

**Tabelle 15 Impfschutz Aufnahme Kindergarten Schleswig-Holstein 2011**

		<b>2011</b>	
		1 bis 5 Jahre	2 bis 5 Jahre
Diphtherie	4x	92,7	94,4
Tetanus	4x	93,1	94,8
Polio	4x	92,4	94,0
Pertussis	4x	91,7	93,7
Hib	4x	91,6	93,2
Hepatitis B	4x	88,3	89,8
Pneumokokken	4x	81,8 <sup>#</sup>	83,5 <sup>##</sup>
Meningitis C	1x	81,0 <sup>#</sup>	83,2 <sup>##</sup>
mindestens 1x Masern		93,4	94,1
2x Masern		79,0	83,3
mindestens 1x Mumps		93,3	94,0
2x Mumps		79,0	83,3
mindestens 1x Röteln		93,3	93,9
2x Röteln		79,0	83,3
mindestens 1x Windpocken		86,4 <sup>*</sup>	87,1 <sup>**</sup>
2x Windpocken		73,9 <sup>*</sup>	77,9 <sup>**</sup>
mindestens 1x MMR		93,2	93,9
2x MMR		79,0	83,3

Vergleich der Altersgruppe 1 bis 5 Jahre (N = 16.552) und 2 bis 5 Jahre (N = 13.664) in%. Bezug Pneumokokken- und Meningitis C-Abfrage: <sup>#</sup> N = 13.386 , <sup>##</sup> N = 11.078. Bezug Windpockenabfrage: <sup>\*</sup> N = 15.690, <sup>\*\*</sup>N = 12.927.

Erste und zweite Impfung gegen Masern (Abbildung 59 und Tabelle 17):

Die Rate für die Erst- Impfung gegen Masern liegt landesweit in der Altersgruppe 2 bis 5 Jahre bei 93,4% (Vorjahr 93,5%). Die Spannweite beträgt 90,2% (Kreis Plön) bis 96,9% (kreisfreien Hansestadt Lübeck). Mumps und Röteln sind in der Einzeldarstellung fast gleich (**Tabelle 15**) (feste MMR-Kombination).

Die Zweit-Impfung MMR (Kombinationsimpfung) wurde vor 11 Jahren von der STIKO auf den früheren Zeitpunkt des 2. Lebensjahres vorgezogen (Zeitraum 15 bis spätestens 24 Monate, STIKO-Empfehlung Juli 2001). 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 59**). Sie sank danach in folgenden drei Jahren bis 2011 kontinuierlich ab auf 79,0%. Es bestätigt sich bei dieser Wiederholungsimpfung gegen Masern (und gleichsinnig auch gegen Mumps und Röteln) der Einfluss der jungen Kleinkinder des zweiten Lebensjahres: Deren Anteil bei Aufnahme in eine Kindertagesstätte hat sich in 2011 weiter vergrößert von 9,2% im Jahr 2009 auf 14,9% (s. o.). Gerade diese Altersgruppe erhält aber nach wie vor die Wiederholungsimpfung nicht zeitgerecht bis zum Ende des 2. Lebensjahres: Nach der jüngsten Auswertung nach KV-Abrechnungsziffern für das Jahr 2011 in Schleswig-Holstein waren das fast unverändert 25% der Kinder (in 2007 noch 29%), d. h. nur 76,8% waren zeitgerecht geimpft (vgl. **Tabelle 16**)<sup>12</sup>.

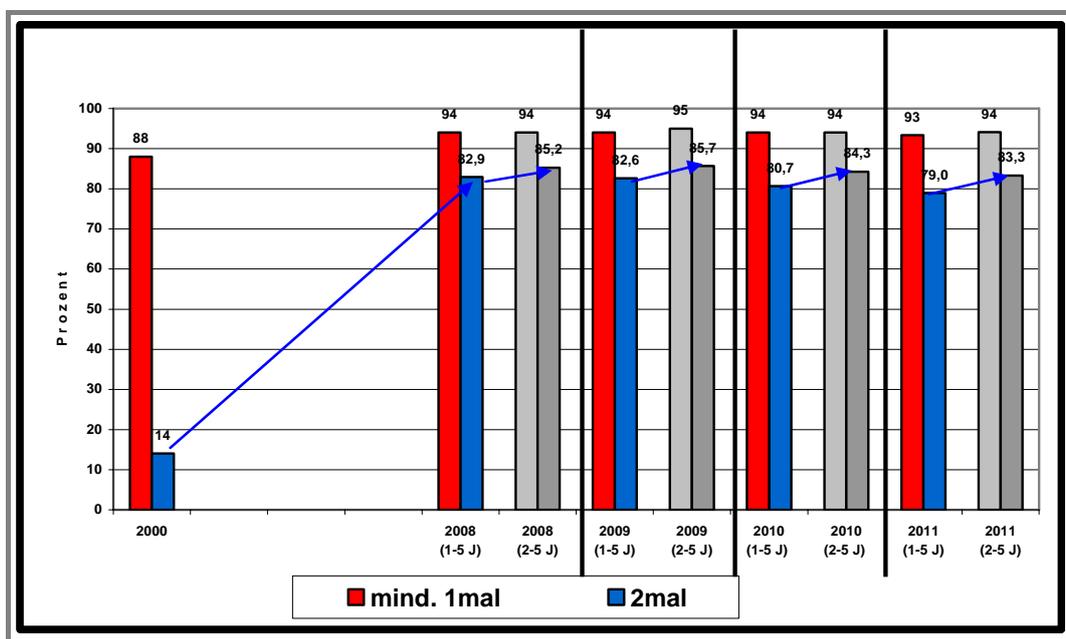
Betrachtet man in gleichem Sinne in **Tabelle 15** die Kindergartengruppe ohne die beiden ersten Lebensjahre (25 bis 60 Monate, N=13.664) zeigt mit 83,3% wie in den Vorjahren

12 Bader HM und Ludwig M (2012): Impfschutz 2009 bis 2011 in Schleswig-Holstein, nach KV-Abrechnungen. Veröffentlichung in Vorbereitung.

zwar eine verzögert erreichte höhere Rate der Wiederholungsimpfung gegen Masern um 4%-Punkte (zugleich auch als MMR) (**Abbildung 59**), jedoch auf niedrigerem Niveau (zwei Jahre zuvor noch 85,7%).

Im Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft zeigen sich deutliche Unterschiede bei der Durchführung dieser Wiederholungsimpfung (Altersgruppe 2 bis 5 Jahre, **Tabelle 17**): In den Landkreisen und kreisfreien Städten reicht die regionale Spannweite für die zweite Masern-Impfung von 78,3% (Kreis Nordfriesland) bis 88,5% (kreisfreie Hansestadt Lübeck). In der Altersgruppe 2 bis 5 Jahre haben nur noch 5 Kreise bzw. kreisfreie Städte die 85%-Grenze überschritten (im Vorjahr noch 7), zu fordern ist jedoch die Rate von mehr als 95% für beide Masern-Impfungen (STIKO Juli 2010). Im Jahr 2011 wurden noch 28 Masernfälle gemeldet.<sup>13</sup>

**Abbildung 59 Masern-Impfung Kindergarten (Aufnahme) Schleswig-Holstein 2000 – 2011**



Die Darstellung zeigt den Vergleich von Masern-Impfungen bei Aufnahme in den Kindergarten für die Altersgruppen 1-5 Jahre und 2-5 in den Jahren von 2008 bis 2011. J=Jahre, mind.=mindestens.

13 Rautenberg P, Selck G und Läubrich C (2012): Infektionsepidemiologischer Bericht über meldepflichtige Krankheiten in Schleswig-Holstein für das Jahr 2011. Band 10. Shaker Verlag, Aachen.

**Tabelle 16 Impfschutzraten (%) nach KV-Ziffern-Abrechnung bei Kindern bis 24 Monaten**

	<i>DT(aP-IPV-Hib)</i>	<i>Hepatitis B</i>	<i>MMR</i>
	Grundimmunisierung (3 mal, MMR 1mal)		
≤ 4 Monaten	26,6	25,5	
≤ 7 Monaten	81,3	76,3	
≤ 13 Monaten	91,7	86,5	76,7
≤ 19 Monaten	94,2	89,8	88,5
≤ 24 Monaten	95,5	91,3	92,4
	Kompletter Impfschutz (4 mal, MMR 2mal)		
≤ 13 Monaten	33,6	31,7	10,5
≤ 19 Monaten	70,6	66,4	61,4
≤ 24 Monaten	81,8	76,3	76,8

Die Darstellung gilt für Schleswig-Holstein für das Jahr 2011 (Kinder, die in 2009 geboren sind) in Abhängigkeit vom Alter und der Vollständigkeit der U3 bis U7 Vorsorgeuntersuchungen (N=14.938) auf Grundlage der Daten aus den Abrechnungen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) in Schleswig-Holstein. DT(aP-IPV-Hib)=Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Hämophilus Typ b, MMR=Masern-Mumps-Röteln Kombinationsimpfung.

Die Impfungen gegen Varizellen (Tabelle 14, Tabelle 15 und Tabelle 17) 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 (inzwischen N = 15.690 in der Kindergartengruppe 1 bis 5 Jahre).

In der **Tabelle 17** sind jedoch zusammen mit den MMR-Impfungen die Ergebnisse der Kindergartenkinder im Alter von 2 bis 5 Jahren aufgeführt (N=13.664). In dieser Untergruppe waren 87,1% der Kinder mindestens 1mal gegen Varizellen geimpft (Bezug N=12.927) mit einer Spannweite von 81,3% (Kreis Plön) bis 92,6% (kreisfreie Hansestadt Lübeck), 2mal geimpft waren 77,9% (71,5% (Kreis Nordfriesland) bis 86,3% (kreisfreien Stadt Flensburg). Vier Jahre zuvor waren landesweit erst 57,9% und 10,0% 2mal gegen Varizellen geimpft.

**Tabelle 17 Impfschutz gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen für die Altersgruppe 2 bis 5 Jahre Kindergarten (Aufnahme) Schleswig-Holstein 2011, regional**

Kreisfreie Stadt/Landkreis	Masern %		Mumps %		Röteln %		Varizellen %	
	1x	2 x	1x	2 x	1x	2 x	1x	2 x
Flensburg	95,1	87,2	95,1	87,2	95,1	87,2	90,9	86,3
Lübeck	96,9	88,5	96,8	88,5	96,8	88,5	92,6	84,0
Kiel	95,0	85,3	95,1	85,4	93,3	85,4	90,0	81,6
Neumünster	95,4	82,0	95,4	82,0	95,1	82,0	89,7	77,8
Dithmarschen	94,3	84,9	94,4	84,9	94,6	84,9	85,7	76,0
Steinburg	94,1	84,7	94,1	84,7	93,9	84,7	90,6	81,7
Nordfriesland	95,2	78,3	95,1	78,2	95,1	78,2	84,0	71,5
Stormarn	92,3	78,5	91,7	78,4	91,7	78,4	83,6	72,4
Ostholstein	94,3	82,9	94,2	82,8	94,2	82,8	86,8	76,0
Pinneberg	94,7	84,1	94,5	85,1	94,4	84,1	89,0	80,9
Plön	90,2	81,5	90,4	81,5	90,2	81,5	81,3	73,9
Rendsburg-Eckernförde	92,3	81,2	92,3	81,2	92,3	81,2	85,5	76,3
Herzogtum Lauenburg	95,1	81,8	94,9	81,7	94,9	81,7	89,8	79,1
Segeberg	91,1	85,2	93,9	85,2	93,9	85,2	87,5	79,5
Schleswig-Flensburg	94,2	85,0	94,1	85,0	94,1	85,0	83,6	75,9
<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>94,1</b>	<b>83,3</b>	<b>94,0</b>	<b>83,3</b>	<b>93,9</b>	<b>83,3</b>	<b>87,1</b>	<b>77,9</b>

1x = einmal geimpft, 2x = zweimal geimpft

**Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Hämophilus Typ b (Hib) und Hepatitis B**

Die Komponenten der Sechsfachimpfung (DTaP-Polio-Hib-HepB) haben im Gegensatz zur MMR-Kombination bei Aufnahme in den Kindergarten im Alter von etwa drei Jahren die Verzögerung der Immunisierung weitgehend ausgeglichen (geringe Differenz der beiden Gruppen mit höheren Werten um 1,6% in der Gruppe der 2 bis 5 Jahre, **Tabelle 15**) – im Gegensatz zum Altersgang bei den jüngsten Kindern von der Geburt bis zum Alter von 24 Monaten (kompletter Impfschutz!) in der spezifizierten Auswertung nach KV-Ziffern (**Tabelle 16** Hepatitis B-Komponente nur zu gerundet 78% komplett geimpft).

Mit Beginn des Jahres 2009 kamen erweiterte Bescheinigungen in Umlauf, deren Vorgaben seit 2010 in die Auswertung eingehen:

Einmal die Codierungsvorgabe „mindestens 4mal“ für „vollständig geimpft“ statt bisher „mindestens 3mal“ (Anpassung an den nunmehr regelhaften Einsatz der Sechsfach- oder Fünffach-Kombinationsimpfstoffe zum Erreichen der kompletten Grundimmunisierung). Für Pertussis war seit Beginn im Jahr 2000 immer „mindestens 4mal“ gefordert.

Zum anderen die Aufnahme der Impfungen gegen Pneumokokken und Meningitis C.

Die Darstellung der sechs Impfungen der **Tabelle 18** soll zeigen, dass die Schutzraten in den einzelnen Gebieten je nach Impfstoff zwischen 83,8% (Hepatitis B im Kreis Plön) und 96,6% (Tetanus und Diphtherie in der kreisfreien Stadt 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 zwei Jahren noch vier). Erst in der Gruppe mit Beginn im 3. Lebensjahr (2-5 Jahre) finden sich Quoten von 94% und höher bei Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus und Poliomyelitis (**Tabelle 15**).

Die Hepatitis B-Impfung stagniert seit 2005 bei Raten zwischen 90 und 91%, jetzt ebenfalls mit 88,3% darunter (im Jahr 2000 noch 75%).

**Tabelle 18 Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis, Pertussis, Hämophilus Typ b, Hepatitis B Kindergarten (Aufnahme) SH 2011 regional (1 bis 5 Jahre)**

<i>Kreisfreie Stadt/Landkreis</i>	<i>Diphtherie</i>	<i>Tetanus</i>	<i>Poliomyelitis</i>	<i>Pertussis</i>	<i>Hämophilus Typ b (Hib)</i>	<i>Hepatitis B</i>
	%	%	%	%	%	%
Flensburg	90,7	90,7	90,5	88,1	89,1	87,0
Lübeck	93,1	93,7	92,9	92,6	92,3	91,8
Kiel	94,0	94,2	93,6	92,5	92,2	89,7
Neumünster	96,6	96,6	95,7	94,8	95,7	94,0
Dithmarschen	94,0	94,2	93,8	93,4	93,2	92,1
Steinburg	90,5	91,2	90,1	90,1	90,1	86,9
Nordfriesland	95,4	95,5	94,9	95,3	95,0	91,4
Stormarn	92,3	93,2	92,3	90,9	91,7	84,8
Ostholstein	92,8	93,0	92,3	92,4	91,8	88,4
Pinneberg	92,0	92,2	91,0	91,4	90,1	85,7
Plön	90,7	91,4	90,2	89,8	89,8	83,8
Rendsburg-Eckernförde	92,3	92,8	91,7	91,3	90,9	88,0
Herzogtum Lauenburg	94,6	95,1	94,3	93,3	93,9	90,3
Segeberg	92,4	92,8	92,1	92,0	91,5	88,3
Schleswig-Flensburg	91,7	92,0	91,1	89,9	90,5	88,3
<b>2011 Schleswig-Holstein</b>	<b>92,7</b>	<b>93,1</b>	<b>91,1</b>	<b>89,9</b>	<b>90,5</b>	<b>88,3</b>
Vorjahr 2010 Schleswig-Holstein	94,0	94,5	93,7	92,5	93,0	89,6

**Impfschutz gegen Pneumokokken und Meningitis C (Tabelle 19)**

Die Teilmenge der ergänzten „Ärztlichen Bescheinigungen“ mit Dokumentationsmöglichkeit dieser beiden Konjugat-Impfungen (seit 2006 von der STIKO zu Regelimpfungen erhoben) kann seit 2009 dargestellt werden (z. Z. N=11.078 der Gruppe 2 bis 5 Jahre): Demnach sind bereits 83,5% der Kinder bei Aufnahme in einen Kindergarten ausreichend gegen Pneumokokken und 83,2 % gegen Meningitis C geimpft (im Vorjahr 80,6% bzw. 83%).

Die Auswertungen von Impfabrechnungsziffern der KV-Schleswig Holstein seit 2003 zeigen, dass beide seit der Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im Oktober 2006 kontinuierliche Zuwachsraten haben<sup>14</sup>.

Die Schutzraten bei Schulanfängern dieser seit fünf Jahren empfohlenen Standard-Impfungen sind im Kapitel VII Impfschutz bei Schulanfängern in Schleswig-Holstein 2011/12 zu finden: Pneumokokken (mindestens 4 x) 6,4%, Meningitis C 73,8%.

14 Poster auf der 1. Nationalen Impfkongferenz 2009 in Mainz. Abstractband, S. 22 – 23

**Tabelle 19 Impfung gegen Pneumokokken und Meningitis C in Schleswig-Holstein 2011 in Abhängigkeit vom Alter**

<i>Schleswig-Holstein</i>	<i>Pneumokokken (mindestens 4mal) %</i>	<i>Meningitis C (mindestens 1mal) %</i>
Im Alter von 24 Monaten (KV-Ziffer, N=14.938)	73,6	79,7
Altersgruppe 2-5 Jahre (Aufnahme Kindergarten, Bezug N=11.078)	83,5	83,2
Schulanfänger (ungefähr 6-jährig, N=20.929)	6,4	73,8

Zusammenfassung:

Die öffentlich geförderte frühere Aufnahme in eine Kinderkrippe oder einen Kindergarten macht auch jetzt wieder die Auswirkung der verzögerten Immunisierung besonders bei der zweiten Masern-Impfung sichtbar: Der Kindergartenjahrgang 2011 zeigt landesweit wie in den letzten vier Jahren keinen Zuwachs der Impfschutzrate für die zweite Masern-Impfung. Erst ab dem 3. Lebensjahr ist zwar ein verzögerter Zuwachs um 4% deutlich (79,0% auf 83,3%), dieser liegt aber zum dritten Mal seit 2008 unter dem damaligen Wert von 85,7%. Noch später - bei Einschulung - mit sechs Jahren haben die Kinder dann zu 92,9% die zweite Impfung gegen Masern erhalten, in 96,1% die erste Impfung (Kapitel VII Impfschutz bei Schulanfängern in Schleswig-Holstein 2011/12).

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 immunologische Forderung nach der frühzeitigen Impfschutzrate von 95% nicht erfüllt werden.

Diese Verzögerung zeigt sich nun in 2011 auch bei den Komponenten der Sechsfachimpfung: Erst in der Altersgruppe mit Beginn im 3. Lebensjahr (2-5 Jahre) finden sich Quoten von 94% und höher bei Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus und Poliomyelitis („altersgemäßer Impfschutz“ mindestens 4mal).

Danksagung an das Gesundheitsministerium MSGFG / Kiel, Firma Pfizer / Berlin, Marita Harder / KJÄD im Gesundheitsamt Flensburg, und Holger Harder / Handewitt (OT Hüllerup).

## IX Zahnärztliches Kapitel

- Der Anteil der zahnärztlich untersuchten Grundschul Kinder liegt in Schleswig-Holstein bei 77,9% (2010/11: 73,9%) und ist im Vergleich zum Vorjahr angestiegen.
- In Schleswig-Holstein haben 58,2% (2010/11: 59,0%) der 6- bis 7-jährigen Kinder ein kariesfreies Gebiss. Diese Rate nimmt im bundesweiten Spektrum von 38,9%-61,7% (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) 2009) eine Spitzenposition ein.
- 41,8% (2010/11: 41,0%) der Erstklässler, die kein naturgesundes Gebiss aufweisen, haben 3,6 (2010/11: 3,6) karieserkrankte oder behandelte Zähne.

### IX.1 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 2011/12
- 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 2011/12 berücksichtigen die Dienste des Landes Schleswig-Holstein, die über ein System der elektronischen Datenverarbeitung verfügen (**Tabelle 20**).

Die Datengrundlage stellt die Dokumentation der Zahnärztlichen Dienste nach den landesweit einheitlichen Erhebungskriterien mit dem Dokumentationsprogramm „GUdental“<sup>15</sup> dar.

---

15 GUdental, software.house informationstechnik AG, Kiel

**Tabelle 20 Ist-Zustand der Datenerfassung 2011/12 für Schleswig-Holstein**

<i>Kreis/kreisfreie Stadt</i>	<i>1. Klassen – Untersuchung / Untersuchungsgrad</i>	<i>DV-Erfassung</i>
<b>Flensburg</b>	Vollständig, an Grund-, Privat- u. Förderzentren	Ja, ISGA
<b>Kiel</b>	Die 1. Klassen sind <b>unvollständig</b> untersucht	Ja, GUdental
<b>Lübeck</b>	Vollständig untersucht an 38 Grundschulen u. 8 Förderzentren	Ja, GUdental
<b>Neumünster</b>	Vollständig, <b>ohne</b> Waldorfschule	Ja, GUdental
<b>Dithmarschen</b>	Vollständig untersucht an 31 Grundschulen	Ja, GUdental
<b>Herzogtum Lauenburg</b>	Die 1.Klassen sind <b>unvollständig</b> untersucht, da der JZÄD ab 31.03.12 keine angestellte ZÄ mehr hatte und die Honorarkraft nicht alles abdecken konnte	Ja, GUdental
<b>Nordfriesland *</b>	<b>Unvollständig, ohne</b> Privatschulen bis Anfang Dezember 2011 untersucht (2012 keine Stellenbesetzung der ausgeschiedenen ZÄ)	Ja, GUdental
<b>Ostholstein</b>	Vollständig	Ja, GUdental
<b>Pinneberg</b>	<b>Unvollständig</b> , da eins von zwei JZÄ- Teams krankheitsbedingt ein halbes Jahr ausfiel (unters. 35 von 62 GS, aber alle Sonderschulen)	Ja, GUdental
<b>Plön</b>	Vollständig alle 23 Grundschulen (eine Privatschule ohne Untersuchg.)	Ja, Karteikarte und MS Excel
<b>Rendsburg-Eckernförde</b>	<b>Unvollständig</b> , 57 von 73 Grund- und 5 Förderzentren untersucht	Ja, GUdental
<b>Schleswig-Flensburg</b>	Alle 1.Kl. an 52 Grundschulen und 6 Förderzentren	Ja, GUdental
<b>Segeberg</b>	<b>Unvollständig</b> , da nur eine Teilzeitstelle besetzt ist	Ja, GUdental
<b>Steinburg</b>	<b>Nicht vollständig</b> : 24 von 29 GS, <b>ohne</b> Waldorfschule, alle Förderzentren	Ja, GUdental
<b>Stormarn</b>	35 Grund- und 6 Förderzentren untersucht	Ja, GUdental
<b>Dänischer Gesundheitsdienst</b>	41 Grundschulen und 7 Sonderschulen untersucht	Ja, GUdental
<b>ZA = Zahnarzt</b>	Auswertung vom 25.09.12 /Pape	

\*Seit Anfang Dezember 2011 konnten im Kreis Nordfriesland keine Kinder zahnärztlich untersucht werden. Im Jahr 2012 gab es durchgängig keine Zahnärztin. Inzwischen (seit 2013) ist die Stelle wieder besetzt.

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, 2005<sup>16</sup>, Indikatorensatz 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 2010<sup>17</sup>).

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 wegen Karies behandlungsbedürftigen Zähnen

---

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

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

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.

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.

## IX.2 Anzahl der Reihenuntersuchungen und Untersuchungsgrad

In den Schulen des Landes Schleswig-Holstein wurden im Schuljahr 2011/12 **74.435** Schüler in Grundschulen zahnärztlich untersucht (1.-4. Klasse) und 1.259 in Förderzentren (1.-4. Klasse), siehe **Tabelle 21**.

**Tabelle 21 Zahnärztliche Reihenuntersuchungen 2005/06 bis 2011/12 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
<b>2011/12</b>	<b>153.751</b>	<b>81.385</b>	<b>1.283</b>	<b>2.030</b>	<b>155.781</b>

Die Gesamtzahl der gemeldeten Schüler der Grundschulen für Schleswig-Holstein liefert das Statistische Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein im Schuljahr 2011/12 mit 103.087 Schülern. An Förderzentren (1.-4. Klasse) und Förderzentren mit dem Schwerpunkt „geistige Entwicklung“ (Unterstufe: 1.-3. Klasse) wurden 1.584 Schüler unterrichtet und an freien Waldorfschulen (1.-4. Klasse) 1.452 Schüler (**Tabelle 30**).

Der Grad der Untersuchungen für Grundschüler (inklusive Schülern in Waldorfschulen) lag somit in Schleswig-Holstein bei 77,9% (Vorjahr: 73,9%).

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 2011/12 wurden in Schleswig-Holstein insgesamt 1.283 Schülern an Förderschulen von den Zahnärztlichen Diensten im Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Schleswig-Holstein untersucht. Die Untersuchungsrate bei Schülern an Förderzentren lag damit bei 81,0% (Vorjahr: 86,8%).

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 22** sind ab Jahrgang 07/08 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 22 Untersuchungsgrad bei Erstklässlern für das Schuljahr 2011/12 und die Schuljahre 07/08, 08/09, 09/10, 10/11 für Schleswig-Holstein**

<b>Kreisfreie Stadt/Landkreis</b>	von den zahnärztlichen Diensten gemeldete Erstklässler	davon Untersuchte	2011/12	10/11	07/08	08/09	09/10
			%	%	%	%	%
Flensburg	593	551	<b>92,9</b>	90,8	---	97,32	95,5
Kiel	1760	1603	<b>91,1</b>	26,0	68,52	64,96	91,4
Lübeck	1802	1788	<b>99,2</b>	95,0	90,18	80,80	99,1
Neumünster	722	693	<b>96,0</b>	96,6	95,86	94,36	94,0
Dithmarschen*	1133*	1193	<b>100*</b>	91,1	---	---	95,3
Herzogtum Lauenburg**	1705**	1335	<b>78,3**</b>	92,1	---	96,50	94,9
Nordfriesland	1314	644	<b>49,0</b>	70,8	64,62	59,12	94,2
Ostholstein**	1574**	1438	<b>91,4**</b>	94,1	91,94	---	90,5
Pinneberg	2711	1658	<b>61,2</b>	96,3	98,26	99,41	97,7
Plön	1102	1036	<b>94,0</b>	93,6	---	84,57	97,4
Rendsburg-Eckernförde	2570	1793	<b>69,8</b>	96,9	---	---	97,9
Schleswig-Flensburg	1477	1374	<b>93,0</b>	90,7	97,62	89,94	88,2
Segeberg	2061	1964	<b>95,3</b>	-	---	51,46	34,2
Steinburg	1227	939	<b>76,5</b>	65,8	69,95	74,51	80,4
Stormarn	2157	2071	<b>96,0</b>	100	96,51	96,70	---
Dänischer Gesundheitsdienst (verteilt auf KI, FL, NF, SL, RD)	595	521	<b>87,6</b>	-	--	--	94,3

\* unter den untersuchten Kinder befinden sich Kinder der erweiterten Eingangsstufe

\*\* Anzahl Erstklässler = Schulanfänger in Tabelle 31 (Stand: 08.08.2012, Quelle Statistikamt Nord, Abteilung 1 des Referates 132)

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 ein erhöhtes Maß 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 49% untersuchter Schüler bis deutlich über 90% (**Tabelle 22**). 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 2011/12 bei 1,5 (2010/11 bei 1,48). Die Daten der epidemiologischen Erhebungen der DAJ basieren auf Stichproben, die routinemäßig im Rahmen der zahnärztlichen Untersuchungen erhoben werden<sup>18</sup>.

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.

Beispielhaft wurde im Kreis Pinneberg über die Rücklaufkontrolle aller behandlungsbedürftigen Schüler der letzten Jahre ein deutlicher Rückgang der behandlungsbedürftigen Schüler festgestellt. So waren in 1993/94 noch 26,8% der Schüler behandlungsbedürftig, im Schuljahr 2011/12 bei 14,2% (in den Grundschulen bei 14,5%). Denn es wurden aufgrund des längerfristigen Ausfalls Untersuchungsteams (**Tabelle 20**) vorrangig die Schulen besucht, deren Risikoprofilwerte im Schuljahr 2010/11 über dem Durchschnittswert der übrigen Grundschulen im Kreis Pinneberg lagen und alle Sonderschulen.

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>.

### **IX.2.1 Prozentsatz der naturgesunden Gebisse bei Erstklässlern**

58,2% (2010/11: 59%) aller schleswig-holsteinischen Erstklässler des Schuljahres 2011/12 hatte ein naturgesundes Gebiss (**Tabelle 23**), 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%<sup>19</sup> (Schuljahr 2009/10).

---

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

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

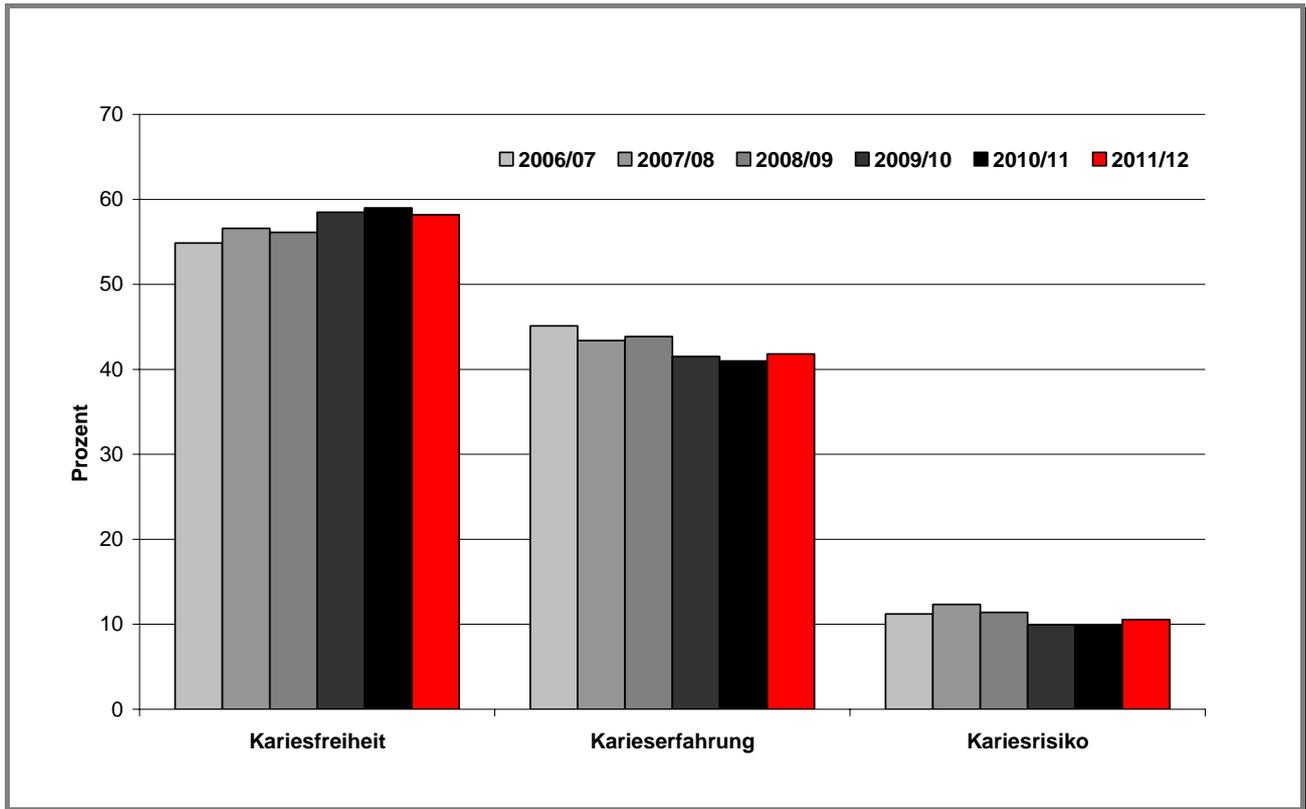
**Tabelle 23 Kariesfreiheit bei Erstklässlern im Schuljahr 2011/12 für Schleswig-Holstein**

<i>Kreisfreie Stadt/Landkreis</i>	<i>Untersuchte Erstklässler</i>	<i>davon Kariesfrei</i>	<i>%</i>
Flensburg	551	339	61,52
Kiel	1603	787	49,09
Lübeck	1788	976	54,59
Neumünster	693	338	48,77
Dithmarschen	1193	708	59,35
Herzogtum Lauenburg	1335	799	59,85
<i>Nordfriesland*</i>	<i>644</i>	<i>378</i>	<i>58,70</i>
Ostholstein	1438	810	56,33
<i>Pinneberg*</i>	<i>1658</i>	<i>877</i>	<i>52,89</i>
Plön	1036	677	65,35
<i>Rendsburg-Eckernförde*</i>	<i>1793</i>	<i>1004</i>	<i>55,99</i>
Schleswig-Flensburg	1374	871	63,39
Segeberg	1964	1217	61,97
Steinburg	939	459	49,04
Stormarn	2071	1392	67,21
Dänischer Gesundheitsdienst (in FL, NF, SL, RD)	521	357	68,52
<b>Schleswig-Holstein 2011/12</b>	<b>20601</b>	<b>11989</b>	<b>58,19</b>
S-H (2010/11)	19772	11712	59,23
S-H (2009/10)	60974	35690	58,49
S-H (2008/09)	16092	9032	56,13
S-H (2007/08)	18327	10373	56,60
S-H (2006/07)	21636	11873	54,88

\*(kursiv) geringer Untersuchungsgrad: Nordfriesland 49%, Pinneberg 61,2%, Rendsburg-Eckernförde 69,8%

Deutlich über dem Landesdurchschnitt von 58,19% liegen die untersuchten Erstklässler in der kreisfreien Stadt Flensburg und in den Kreisen Plön, Schleswig-Flensburg und Stormarn.

## Abbildung 60 Gebisszustände in den ersten Klassen für Schleswig-Holstein



Die Darstellung führt die Ergebnisse aus Tabelle 23 bis Tabelle 25 mit der errechneten Rate der von Karies betroffenen schleswig-holsteinischen Erstklässler zusammen.

### IX.2.2 Durchschnittlicher dmf(t)-Wert der Erstklässler

In **Tabelle 24** sind für Schleswig-Holstein die durchschnittlichen dmf(t)-Werte (erkrankte/wegen Karies fehlende oder gefüllte Milchzähne) der Erstklässler des Schuljahres 2011/12 dargestellt.

Zum Vergleich: Schleswig-Holstein befindet sich innerhalb des bundesweiten Spektrums von 42,7%-62,3%<sup>20</sup> Kariesfreiheit (DAJ 2009) mit 62,3%<sup>21</sup> 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 1,45<sup>22</sup>.

Der dmf(t)-Index lag in Schleswig-Holstein im Schuljahr 2011/12 wieder bei 1,50, d. h. jeder Erstklässler hatte im Durchschnitt nur noch knapp 1,5 karieserkrankte Zähne (2009/10: 1,48; 2008/09: 1,58; 2007/08: 1,55; 2006/07: 1,59). 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.

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

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

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

**Tabelle 24 Durchschnittlicher dmf(t)-Wert bei untersuchten Erstklässlern im Schuljahr 2011/12 für Schleswig-Holstein**

<b>Durchschnittlicher dmf(t)-Wert der Untersuchten</b>		
Kreisfreie Stadt/Landkreis	Untersuchte Erstklässler	dmf(t)
Flensburg	551	1,26
Kiel	1603	1,93
Lübeck	1788	1,82
Neumünster	693	2,07
Dithmarschen	1193	1,45
Herzogtum Lauenburg	1335	1,40
Nordfriesland*	644	1,35
Ostholstein	1438	1,57
Pinneberg*	1658	1,75
Plön	1036	1,29
Rendsburg-Eckernförde*	1793	1,47
Schleswig-Flensburg	1374	1,16
Segeberg	1964	1,37
Steinburg	939	1,91
Stormarn	2071	1,18
Dänischer Gesundheitsdienst (in FL, NF, SL, RD)	521	0,79
<b>Schleswig-Holstein 2011/12</b>	<b>20601</b>	<b>1,50</b>
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

\*geringer Untersuchungsgrad: Nordfriesland 49%, Pinneberg 61,2%, Rendsburg-Eckernförde 69,8%

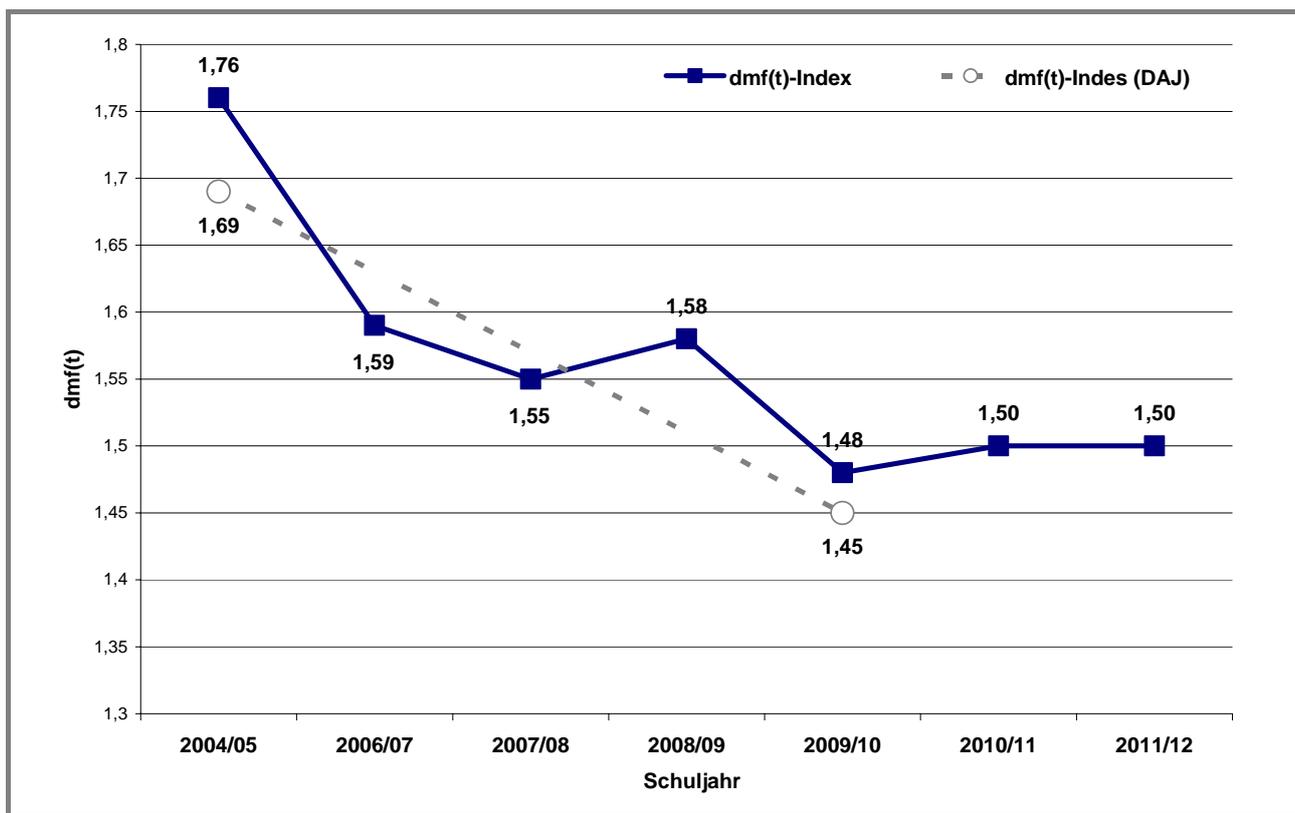
Der dmf(t)-Index gibt Auskunft darüber, wie viele Milchzähne entweder durch Karies geschädigt (d = decayed), aufgrund von Karies extrahiert (m = missing) oder gefüllt (f = filled) sind bezogen auf alle Milchzähne (t = teeth).

Der Kreis Steinburg mit einem dmf(t)-Wert von 1,91 liegt in der Nähe der kreisfreien Städte Kiel, Lübeck und Neumünster, allerdings hatte der Kreis Steinburg nur einen Untersuchungsgrad von 76,5%, die Landeshauptstadt Kiel, die Hansestadt Lübeck und die kreisfreie Stadt Neumünster Untersuchungsgrade über 90%. Gleiches gilt für den Kreis Pinneberg mit einem dmf(t)-Wert von 1,75 und einer Untersuchungsgrad von 61,2%. Die Vermutung liegt nahe, dass in den Kreisen Steinburg und Pinneberg bedarfsorientiert und damit eine stärker betroffene Population untersucht wurde.

In Neumünster wird mit einem Untersuchungsgrad von fast 97% der Landesdurchschnitt von 1,50 (1,45 DAJ) deutlich mit 2,1 überschritten, 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 kreisfreien Stadt Flensburg mit einem dmf(t)-Wert von 1,26 (Untersuchungsgrad von 92,9%), der deutlich unter dem Landesdurchschnitt liegt. Bei den Kreisen liegen Stormarn mit 1,18, Schleswig-Flensburg mit 1,16 und Plön mit 1,29 bei Untersuchungsgraden von 93-96% deutlich unter dem Landesdurchschnitt.

**Abbildung 61 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, graugestrichelt 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).

### IX.2.3 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 25** wird die das Kariesrisiko für das Schuljahr 2011/12 für die Erstklässlern nach Kreisen und kreisfreien Städten dargestellt.

In Schleswig-Holstein lag bei 2.187 der Erstklässler des Schuljahres 2011/12 ein erhöhtes Kariesrisiko vor, d. h. 10,56% dieser Erstklässler hatten mindestens 6 nicht gesunde Milchzähne und/oder einen an Karies erkrankten bleibenden Zahn. Die entsprechenden Raten betragen in 2010/11: 9,97%, 2009/10: 9,94%, 2008/09: 11,4%, 2007/08: 12,4%, 2006/07: 11,2%.

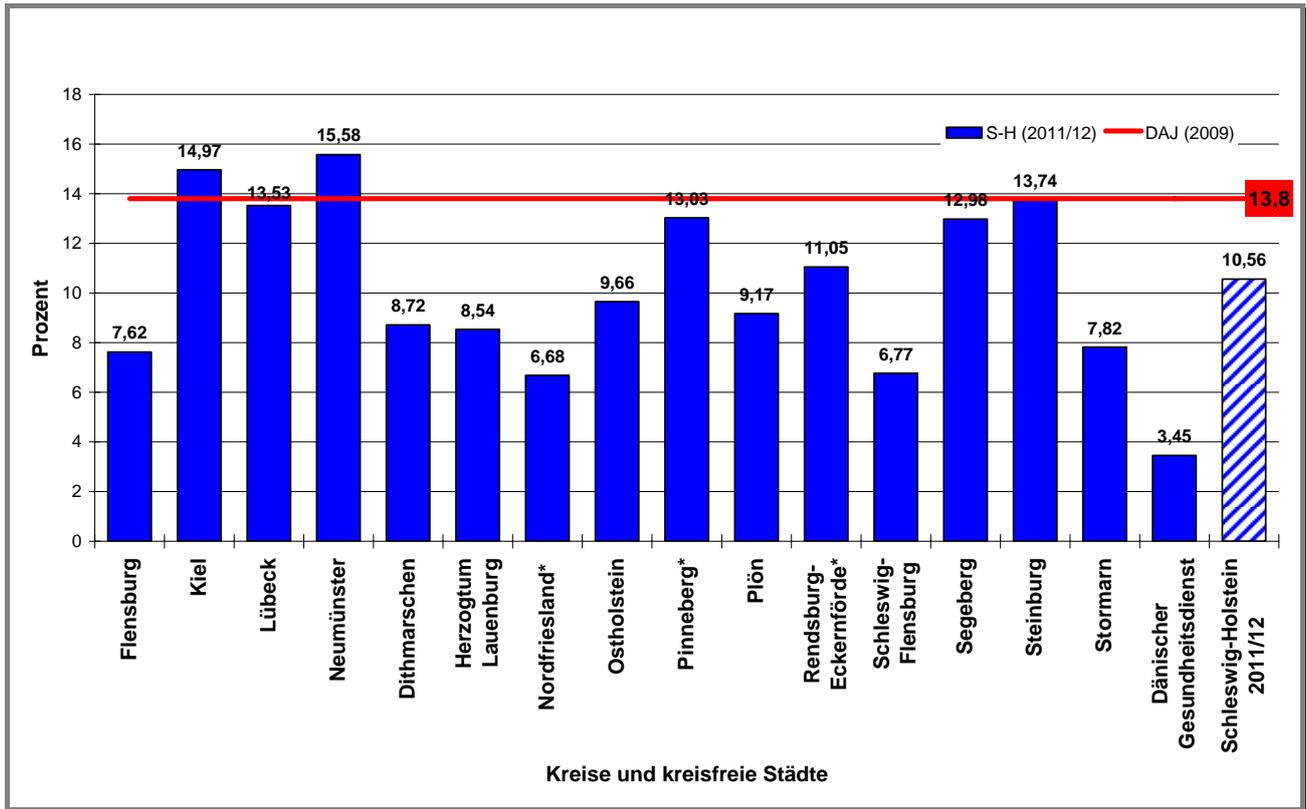
**Tabelle 25 Kariesrisiko bei untersuchten Erstklässlern im Schuljahr 2011/12 für Schleswig-Holstein**

<i>Durchschnittliches Kariesrisiko der Untersuchten</i>			
<b>Kreisfreie Stadt/Landkreis</b>	<b>Untersuchte Erstklässler</b>	<b>davon Erstklässler mit Kariesrisiko</b>	<b>%</b>
Flensburg	551	42	7,62
Kiel	1603	240	14,97
Lübeck	1788	242	13,53
Neumünster	693	108	15,58
Dithmarschen	1193	104	8,72
Herzogtum Lauenburg	1335	104	8,54
Nordfriesland*	644	43	6,68
Ostholstein	1438	139	9,66
Pinneberg*	1658	216	13,03
Plön	1036	95	9,17
Rendsburg-Eckernförde*	1793	197	11,05
Schleswig-Flensburg	1374	93	6,77
Segeberg	1964	255	12,98
Steinburg	939	129	13,74
Stormarn	2071	162	7,82
Dänischer Gesundheitsdienst	521	18	3,45
<b>Schleswig-Holstein 2011/12</b>	<b>20601</b>	<b>2187</b>	<b>10,56</b>
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

\*geringer Untersuchungsgrad: Nordfriesland 49%, Pinneberg 61,2%, Rendsburg-Eckernförde 69,8%  
Seit Anfang Dezember 2011 konnten im Kreis Nordfriesland keine Kinder zahnärztlich untersucht werden. Im Jahr 2012 gab es durchgängig keine Zahnärztin.

Besonders hoch ist der Prozentsatz der Erstklässler mit erhöhtem Kariesrisiko in den kreisfreien Städten Kiel (14,97%) und Neumünster (15,58%), gefolgt vom Kreis Steinburg (13,74%).

**Abbildung 62 Durchschnittliches Kariesrisiko**



Kariesrisiko bei untersuchten Erstklässlern der Kreise und kreisfreien Städte im Schuljahr 2011/12 im Vergleich DAJ (2009)

#### IX.2.4 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 2011/12 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 76,0%, 79.487 zahnärztlich untersuchte Grundschüler und Schüler der freien Waldorfschulen bezogen auf 104.539 Schüler aus allgemeinbildenden Schulen, der Schulform Grundschule (1.-4. Klasse) und Schülern an freien Waldorfschulen (1.- 4. Klasse) (ohne den Dänischen Gesundheitsdienst, vgl. **Tabelle 31** und **Tabelle 32**).

Die Rate für Schüler an Förderzentren auf Kreisebene ist schwieriger abzuschätzen, denn diese Schulen arbeiten mit jahrgangsübergreifenden Klassen (Unterstufe, Mittelstufe, Oberstufe und Werkstufe). Eine Differenzierung der Daten auf Kreisebene und nach Unterstufe erfolgte für Förderzentren der 1.-4. Klasse und Förderzentren „geistige Entwicklung“ (Unterstufe: 1.-3. Klasse) pro Kreis und kreisfreie Stadt im Schuljahr 2011/12 (ohne den Dänischen Gesundheitsdienst, vgl. **Tabelle 33**) aus den Daten des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein.

**Tabelle 26 Untersuchungsrate der Grundschüler (1-4 Klasse) in Schleswig-Holstein für das Schuljahr 2011/12**

<i>Kreis/ kreisfreie Stadt</i>	<i>Untersuchte Schüler an Grundschulen (1.- 4. Klasse) und freien Waldorfschulen im Schuljahr 2011/12</i>	<i>Grundschüler (1.-4. Klasse) und Schüler an freien Waldorfschulen im Schuljahr 2011/12**</i>	<i>Untersuchungs- rate***</i>
Flensburg	2.434	2.920	83,4%
Kiel	6.048	7.413	81,6%
Lübeck	6.130	6.984	87,8%
Neumünster	2.601	2.818	92,3%
Dithmarschen	4.704	5.057	93,0%
Herzogtum Lauenburg	5.388	7.344	73,4%
Nordfriesland*	2.247	6.417	35,0%
Ostholstein	5.695	6.925	82,2%
Pinneberg*	6.493	10.958	59,3%
Plön	4.405	4.644	94,9%
Rendsburg-Eckernförde*	7.457	10.698	69,7%
Schleswig-Flensburg	6.191	7.839	79,0%
Segeberg*	6.950	10.050	69,2%
Steinburg	3.802	5.005	76,0%
Stormarn	8.942	8.956	99,8%
Dänischer Gesundheitsdienst	1.979	-	-

\*geringer Untersuchungsgrad: Nordfriesland, Pinneberg, Rendsburg-Eckernförde, Segeberg  
Seit Anfang Dezember 2011 konnten im Kreis Nordfriesland keine Kinder zahnärztlich untersucht werden. Im Jahr 2012 gab es durchgängig keine Zahnärztin.

\*\* Daten nur eingeschränkt verwendbar (keine Anerkennung der landeseinheitlichen Befundungskriterien/GUdental 2.6)

\*\*\* Anteil der untersuchten Grundschüler und Schüler an freien Waldorfschulen pro Kreis und kreisfreie Stadt im Schuljahr 2011/12 an den vom statistischen Landesamt gemeldeten Schülern.

In Schleswig-Holstein hatten im Schuljahr 2011/12 immer noch weniger als ein Fünftel der Grundschüler wegen Karies behandlungsbedürftige Zähne (18,5%, in 2010/11: 17,5%), im Vergleich zum Vorjahr wieder 1% mehr, vermutlich durch fehlende Flächendeckung und vorrangige Berücksichtigung der „Risikoschulen“.

In den Kreisen Nordfriesland und Segeberg, die auf eine Untersuchung aller Grundschüler verzichteten, lag der Anteil behandlungsbedürftiger Grundschüler besonders hoch. Nordfriesland berücksichtigt bei diesen Untersuchungen solche Grundschulen, die besonders hohe Risikowerte aufwiesen (hohe Kariesraten), alle anderen Schulen, die sich diesbezüglich unauffällig zeigten wurden vom Zahnärztlichen Dienst Nordfriedlands seltener aufgesucht.

In den kreisfreien Städten Kiel (28,0%) und Neumünster (28,8%) lag der Anteil am höchsten; vermutlich wurden in Kiel auch gezielt Risikoeinrichtungen besucht, jedoch lässt die Untersuchungsrate von 81,2% vermuten, dass die Rate an behandlungsbedürftigen Grundschulern in der Landeshauptstadt deutlich über dem Landesdurchschnitt liegt. Die kreisfreie Stadt Neumünster mit einer Untersuchungsrate von 92,3% und einer Rate von 28,7% liegt deutlich an der Spitze.

Deutlich unter dem Landesdurchschnitt lag erneut der Anteil behandlungsbedürftiger Grundschüler in den Kreisen Schleswig-Flensburg mit 9,8% (Vorjahr: 9,8%) und Ostholstein mit 9,9% (Vorjahr: 10,4%).

**Tabelle 27** stellt die Grundschulen (1.-4. Klasse, inkl. Waldorfschule) und die **Tabelle 28** die Förderzentren (1.-4. Klasse) dar.

**Tabelle 27 Reihenuntersuchungen an Grundschulen (1.-4. Klasse) in Schleswig-Holstein für das Schuljahr 2011/12**

<i>Reihenuntersuchungen 2011/12</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	2.434	440	18,7%	532
Kiel	31	6.048	1.691	<b>28,0%</b>	0
Lübeck	39	6.130	1.211	19,8%	505
Neumünster	13	2.601	747	<b>28,7%</b>	71
Dithmarschen	31	4.704	893	19,0%	0
Herzogtum Lauenburg	22	5.388	973	18,1%	0
Nordfriesland*	17	2.247	527	<b>23,5%</b>	6
Ostholstein	30	5.695	566	9,9%	0
Pinneberg*	35	6.493	941	14,5%	0
Plön	23	4.405	982	<b>22,3%</b>	0
Rendsburg-Eckernförde*	57	7.456	1.487	19,9%	11
Schleswig-Flensburg	52	6.191	609	9,8%	6
Segeberg*	50	6.950	1.800	<b>25,9%</b>	2
Steinburg	24	3.802	724	19,0%	0
Stormarn	35	8.942	1.214	13,6%	0
Dänischer Gesundheitsdienst	41	1.979	276	13,9%	0
<b>Schleswig-Holstein 2011/12</b>	<b>512</b>	<b>81.465</b>	<b>15.081</b>	<b>18,5%</b>	<b>1133</b>
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

\*geringer Untersuchungsgrad: Nordfriesland, Pinneberg, Rendsburg-Eckernförde, Segeberg  
Seit Anfang Dezember 2011 konnten im Kreis Nordfriesland keine Kinder zahnärztlich untersucht werden. Im Jahr 2012 gab es durchgängig keine Zahnärztin.

**Tabelle 28 Untersuchungsrates der Schüler in Förderzentren Schleswig-Holstein für das Schuljahr 2011/12**

<i>Kreis/kreisfreie Stadt</i>	<i>Untersuchte Schüler an Förderzentren (bis 4.Kl.st.) im Schuljahr 2011/12</i>	<i>Schüler an Förderzentren im Schuljahr 2011/12</i>	<i>Untersuchungsrate***</i>
Flensburg	80	106	75,5%
Kiel	102	147	69,4%
Lübeck	161	140	115,0%
Neumünster	70	50	140,0%
Dithmarschen*	19	80	23,8%
Herzogtum Lauenburg*	86	195	44,1%
Nordfriesland*	16	99	16,2%
Ostholstein	138	110	125,5%
Pinneberg (alle Schulen besucht)	135	124(laut Schulamt)	108,9%
Plön*	45	90	50,0%
Rendsburg-Eckernförde	62	85	72,9%
Schleswig-Flensburg	130	111	117,1%
Segeberg*	24	131	18,3%
Steinburg	65	58	112,1%
Stormarn	74	59	125,4%
Dänischer Gesundheitsdienst	76	-	-

\*geringer Untersuchungsgrad: Dithmarschen, Herzogtum Lauenburg, Nordfriesland, Plön, Segeberg. Seit Anfang Dezember 2011 konnten im Kreis Nordfriesland keine Kinder zahnärztlich untersucht werden. Im Jahr 2012 gab es durchgängig keine Zahnärztin.

\*\*\*bezogen auf die Summe der Schüler an Förderzentren der 1.-4. Klasse und der Schüler an Förderzentren „geistige Entwicklung“ (Unterstufe) hier nicht mitgezählt die Schüler der 4. Klassen der Mittelstufe (Untersuchungsraten über 100%) pro Kreis und kreisfreie Stadt im Schuljahr 2011/12.

**Tabelle 29 Reihenuntersuchungen an Förderzentren (1.-4. Klasse) in Schleswig-Holstein Schuljahr 2011/12**

<i>Reihenuntersuchungen 2011/12</i>		<i>Förderzentren (1.-4. Klasse)</i>			
<i>Kreis/ kreisfreie Stadt</i>	<i>untersuchte Einrichtungen</i>	<i>untersuchte Schüler an Förderzentren</i>	<i>davon behand- lungsbedürftig</i>	<i>behandlungs- bedürftig in %</i>	<i>Nachunter- suchte Schüler an Förder- zentren</i>
Flensburg	2	80	17	21,3%	0
Kiel	4	102	25	24,5%	0
Lübeck	8	161	42	26,1%	10
Neumünster	3	70	25	35,7%	21
Dithmarschen	4	19	6	31,6%	0
Herzogtum Lauenburg	6	86	30	34,9%	0
Nordfriesland*	2	16	5	31,3%	0
Ostholstein	5	138	20	14,5%	0
Pinneberg (alle Schulen besucht)	7	135	33	24,4%	0
Plön	6	45	21	46,7%	0
Rendsburg-Eckernförde*	4	62	9	14,5%	0
Schleswig-Flensburg	6	130	18	13,8%	0
Segeberg	2	24	17	<b>70,8%</b>	0
Steinburg	4	65	18	27,7%	0
Stormarn	6	74	17	23,0%	32
Dänischer Gesundheitsdienst	7	76	17	22,4%	0
<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>76</b>	<b>1283</b>	<b>320</b>	<b>24,9%</b>	<b>63</b>
S-H /2010/11)	82	1.554	362	23,3%	68
S-H (2009/10)	234	4.120	1002	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

\*geringer Untersuchungsgrad: Dithmarschen, Herzogtum Lauenburg, Nordfriesland, Plön, Segeberg.  
Seit Anfang Dezember 2011 konnten im Kreis Nordfriesland keine Kinder zahnärztlich untersucht werden. Im Jahr 2012 gab es durchgängig keine Zahnärztin.

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<sup>23/24</sup> ist bekannt, dass

- 23 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.
- 24 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.

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 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.

### **IX.3 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 30 Schüler des Schuljahres 2011/12 nach Kreisen/kreisfreien Städten und Schularten**

	<i>männlich</i>	<i>weiblich</i>	<i>insgesamt</i>
<b>Schulanfänger im Schuljahr 2011/12</b>	<b>12.615</b>	<b>11.848</b>	<b>24.463</b>
Schüler an Grundschulen	männlich	weiblich	insgesamt
1. Klasse	12.888	12.026	24.914
2. Klasse	14.056	13.045	27.101
3. Klasse	13.040	12.291	25.331
4. Klasse	13.236	12.505	25.741
<b>Insgesamt</b>	<b>53.220</b>	<b>49.867</b>	<b>103.087</b>
Schüler an Freien Waldorfschulen	männlich	weiblich	Insgesamt
1. Klasse	219	189	408
2. Klasse	160	161	321
3. Klasse	175	162	337
4. Klasse	186	200	386
<b>Insgesamt</b>	<b>740</b>	<b>712</b>	<b>1.452</b>
Schüler an Förderzentren (1.-4. Klasse)	männlich	weiblich	Insgesamt
1. Klasse	83	35	118
2. Klasse	130	61	191
3. Klasse	144	81	225
4. Klasse	213	119	332
Unterstufe (Klassen 1-3)*	456	262	718
Mittelstufe (Klassen 4-6)*	551	332	883
<b>Insgesamt</b>	<b>1.577</b>	<b>890</b>	<b>2.467</b>

\*= Nur an Förderzentren mit dem Schwerpunkt "geistige Entwicklung" (Stand: 08.08.2012, Quelle Statistikamt Nord, Abteilung 1 des Referates 132)

**Tabelle 31 Schüler an Grundschulen (Schuljahr 2011/12)**

<i>Kreis, kreisfreie Stadt</i>	<i>Schüler an Grundschulen</i>					
	<i>Schulanfänger</i>	<i>1. Klasse</i>	<i>2. Klasse</i>	<i>3. Klasse</i>	<i>4. Klasse</i>	<i>Insgesamt</i>
Flensburg	656	682	731	659	696	2.768
Kiel	1.724	1.810	1.855	1.731	1.714	7.110
Lübeck	1.614	1.716	1.768	1.635	1.649	6.768
Neumünster	642	701	689	659	682	2.731
Dithmarschen	1.120	1.180	1.343	1.270	1.224	5.017
Herzogtum	1.705	1.791	1.937	1.735	1.881	7.344
Nordfriesland	1.388	1.478	1.750	1.601	1.588	6.417
Ostholstein	1.547	1.625	1.792	1.705	1.690	6.812
Pinneberg	2.697	2.773	3.029	2.763	2.786	11.351
Plön	1.030	1.083	1.187	1.166	1.208	4.644
Rendsburg-	2.368	2.439	2.775	2.618	2.634	10.466
Schleswig-Flensburg	1.727	1.853	2.042	1.962	1.982	7.839
Segeberg	2.325	2.403	2.645	2.437	2.448	9.933
Steinburg	1.108	1.193	1.250	1.225	1.263	4.931
Stormarn	2.124	2.187	2.308	2.165	2.296	8.956
<b>insgesamt</b>	<b>23.775</b>	<b>24.914</b>	<b>27.101</b>	<b>25.331</b>	<b>25.741</b>	<b>103.087</b>

(Stand: 08.08.2012, Quelle Statistikamt Nord, Abteilung 1 des Referates 132)

**Tabelle 32 Schüler an freien Waldorfschulen (Schuljahr 2011/12)**

<i>Kreis, kreisfreie Stadt</i>	<i>Schüler an Freien Waldorfschulen</i>				
	<i>1. Klasse</i>	<i>2. Klasse</i>	<i>3. Klasse</i>	<i>4. Klasse</i>	<i>Insgesamt</i>
Flensburg	54	29	37	32	152
Kiel	99	61	73	70	303
Lübeck	61	45	53	57	216
Neumünster	18	21	28	20	87
Dithmarschen	7	9	9	15	40
Ostholstein	32	29	21	31	113
Pinneberg	34	21	32	31	118
Rendsburg-Eckernförde	61	48	51	72	232
Segeberg	33	32	24	28	117
Steinburg	9	26	9	30	74
<b>insgesamt</b>	<b>408</b>	<b>321</b>	<b>337</b>	<b>386</b>	<b>1.452</b>

(Stand: 08.08.2012, Quelle Statistikamt Nord, Abteilung 1 des Referates 132)

**Tabelle 33 Schüler an Förderzentren (Schuljahr 2011/12)**

<i>Kreis, kreisfreie Stadt</i>	<i>Schüler an Förderzentren (1.-4. Klasse)</i>						
	<i>1. Klasse</i>	<i>2. Klasse</i>	<i>3. Klasse</i>	<i>4. Klasse</i>	<i>Unterstufe (1.-3. Klasse)*</i>	<i>Mittelstufe (4.-6. Klasse)*</i>	<i>insgesamt</i>
Flensburg		32**	18	17	39	45	122
Kiel	9	10	9	16	103	96	243
Lübeck	21	23	25	25	46	58	198
Neumünster	-	-	13	17	20	31	81
Dithmarschen	8	9		5**	58	58	138
Herzogtum Lauenburg	23	21	30	54	67	82	277
Nordfriesland		18**	15	30	36	52	151
Ostholstein	6	6	19	18	61	75	185
Pinneberg		9**	17	28	69	72	195
Plön	11	15	9	34	21	31	121
Rendsburg-		7**	11	9	58	95	180
Schleswig-Flensburg	12	25	21	23	30	60	171
Segeberg	6	15	26	27	57	60	191
Steinburg		9**		17**	32	40	98
Stormarn	5	9	7	17	21	28	87
<b>insgesamt</b>	<b>118</b>	<b>191</b>	<b>225</b>	<b>332</b>	<b>718</b>	<b>883</b>	<b>2.438</b>

\* = Nur an Förderzentren mit dem Schwerpunkt "geistige Entwicklung"

\*\* = Auf Grund von statistischer Geheimhaltung addierte Ergebnisse

(Stand: 08.08.2012, Quelle Statistikamt Nord, Abteilung 1 des Referates 132)

**Tabelle 34 Auflistung der übermittelten Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste nach Untersuchungsart (S0 bis Z3) des Schuljahres 2010/11 für Schleswig-Holstein**

<i>Kreis, kreisfreie Stadt</i>	<i>Untersuchungen 2011/2012</i>								
	<b>S0</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>Z0</b>	<b>Z1</b>	<b>Z2</b>	<b>Z3</b>	<b>N</b>
	<b>Anzahl</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anzahl</b>	
Flensburg	461	578		204	231	4	74	81	1633
Kiel	1	1848			9	17	148	42	2065
Lübeck	462	1631			86	24	94	24	2321
Neumünster		641	149			17	101	3	911
Dithmarschen		869				6			875
Herzogtum Lauenburg		1745				58			1803
Nordfriesland		1265				18			1283
Ostholstein		1591				21			1612
Pinneberg		2733		9		81			2823
Plön		1038				16			1054
Rendsburg-Eckernförde		2325				12	92		2429
Schleswig-Flensburg		1460				46	68	22	1596
Segeberg		2339				107	146	23	2615
Steinburg		1149		533		25	80	23	1810
Stormarn		2119		204		14	88	19	2444
Dänischer Gesundheitsdienst	108	556	28	423	12	8	20	399	1554
<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>1032</b>	<b>23887</b>	<b>177</b>	<b>1373</b>	<b>338</b>	<b>474</b>	<b>911</b>	<b>636</b>	<b>28828</b>

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 35 Befunde in der schulärztlichen Untersuchung in Schleswig-Holstein Schuljahr 2011/12**

	<i>Absolute Anzahl</i>					<i>Rate in Prozent</i>					<i>Untersuchte</i>
	kein Befund	A	B	D	X	kein Befund	A	B	D	X	N
	n	n	n	n	n	%	%	%	%	%	
Herabsetzung des Sehvermögens	16668	1643	2315	15	3127	70,1%	6,9%	9,7%	0,1%	13,2%	23768
Herabsetzung des Hörvermögens	21915	1036	630	36	146	92,2%	4,4%	2,7%	0,2%	0,6%	23763
Allergie (Allergische Rhinitis)	23004	6	352	47	459	96,4%	0,0%	1,5%	0,2%	1,9%	23868
Asthma bronchiale	23126	8	470	47	215	96,9%	0,0%	2,0%	0,2%	0,9%	23866
Atopische Dermatitis / Ekzem	22835	16	415	53	543	95,7%	0,1%	1,7%	0,2%	2,3%	23862
Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination	20101	614	1103	4	1543	86,0%	2,6%	4,7%	0,0%	6,6%	23365
Visuomotorik	6432	321	212	4	824	82,5%	4,1%	2,7%	0,1%	10,6%	7793
Haltungsschwäche	22674	283	150	0	761	95,0%	1,2%	0,6%	0,0%	3,2%	23868
Skoliotische Fehlhaltung	23609	170	49	0	41	98,9%	0,7%	0,2%	0,0%	0,2%	23869
	<b>kein Befund</b>	<b>Befund</b>				<b>kein Befund</b>	<b>Befund</b>				<b>N</b>
Chronische Erkrankung	19901	2770				87,8%	12,2%				22671
	<b>kein Befund</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>X</b>	<b>kein Befund</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>X</b>	<b>N</b>
Diabetes mellitus	23859	2	20	4	1	99,9%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	23886
Zerebrales Anfallsleiden	22387	1	20	4	14	99,8%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	22426
Körperbehinderung	23812	0	1	66	6	99,7%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	23885
Verhaltensauffälligkeit nach klinischer Einschätzung gemäß den Bielefelder Empfehlungen	6266	36	205	0	456	90,0%	0,5%	2,9%	0,0%	6,5%	6963
Verhaltensauffälligkeit bei Verwendung des SDQ	10693	232	612	3	1995	79,0%	1,7%	4,5%	0,0%	14,7%	13535
Kinder mit mindestens einer Auffälligkeit [1 bis 4]	<b>unauffällig</b>	<b>auffällig</b>				<b>unauffällig</b>	<b>auffällig</b>				<b>N</b>
1) Emotionale Probleme	12045	1500				88,9%	11,1%				13545
2) Hyperaktivität	12252	1293				90,5%	9,5%				13545
3) Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	12716	829				93,9%	6,1%				13545
4) Verhaltensprobleme	12371	1174				91,3%	8,7%				13545
Spezielle Verhaltensauffälligkeiten	12897	648				95,2%	4,8%				13545
	<b>kein Befund</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>X</b>	<b>kein Befund</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>X</b>	<b>N</b>
Sprech-, Sprachauffälligkeit und Stimmstörung	19669	794	2230	6	1177	82,4%	3,3%	9,3%	0,0%	4,9%	23876
	<b>unauffällig</b>	<b>auffällig</b>				<b>unauffällig</b>	<b>auffällig</b>				<b>N</b>
Artikulation	18263	3989				82,1%	17,9%				22252
Expressive Sprache	19603	2650				88,1%	11,9%				22253
Auditive Informationsverarbeitung	19660	1437				93,2%	6,8%				21097

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

**Tabelle 36 Förderschwerpunkte mit hohem Förderbedarf**

<i>Kreis/kreisfreie Stadt</i>	<i>Lernen</i>		<i>Geistige Entwicklung</i>		<i>Sehen</i>		<i>Autistische Störung</i>	
	F(n)	P(%)	F(n)	P(%)	F(n)	P(%)	F(n)	P(%)
Flensburg	17	2,9	10	1,7	1	0,2	0	0,0
Kiel	34	1,8	24	1,3	6	0,3	4	0,2
Hansestadt Lübeck	0	-	0	-	0	-	0	-
Neumünster	52	8,1	34	5,3	2	0,3	1	0,2
Dithmarschen	6	0,7	18	2,1	0	0,0	1	0,1
Herzogtum Lauenburg	34	1,9	25	1,4	0	0,0	1	0,1
Nordfriesland	18	1,4	16	1,3	7	0,6	1	0,1
Ostholstein	20	1,3	25	1,6	4	0,3	2	0,1
Pinneberg	35	1,3	30	1,1	4	0,1	2	0,1
Plön	10	1,0	12	1,2	1	0,1	2	0,2
Rendsburg-Eckernförde	85	3,7	15	0,6	10	0,4	7	0,3
Schleswig-Flensburg	21	1,4	21	1,4	4	0,3	2	0,1
Segeberg	34	1,5	25	1,1	1	0,0	2	0,1
Steinburg	10	0,9	21	1,8	0	0,0	2	0,2
Stormarn	10	0,5	10	0,5	3	0,1	4	0,2
Dänischer Gesundheitsdienst	10	1,8	2	0,4	2	0,4	0	0,0
Schleswig-Holstein	396	1,8	288	1,3	45	0,2	31	0,1

Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten getrennt und betrifft nur die Förderschwerpunkte, die ausschließlich nur mit einem hohen (aus schulärztlicher Sicht ein sonderpädagogischer) Förderbedarf erfolgen können. Die Fallzahl F(n) ergibt sich aus den Empfehlungen der schulärztlichen Beurteilung. Die Prävalenz P(%) gibt den prozentualen Anteil der Empfehlungen bei allen untersuchten Einschülern an.

**Tabelle 37 Förderschwerpunkte mit hohem und/oder mäßigem Förderbedarf**

<i>Kreis/kreisfreie Stadt</i>	<i>Sprache</i>			<i>Emotionale und soziale Entwicklung</i>			<i>Körperlich-motorische Entwicklung</i>			<i>Hören</i>			<i>Dauerhaft krankes Kind</i>		
	F(n)	P(%)	H%	F(n)	P(%)	H%	F(n)	P(%)	H%	F(n)	P(%)	H%	F(n)	P(%)	H%
Flensburg	146	25,3%	61,3%	107	18,5%	58,8%	79	13,7%	63,7%	4	0,7%	80,0%	1	0,2%	0,0%
Kiel	351	19,0%	61,4%	245	13,3%	59,5%	222	12,0%	61,7%	24	1,3%	61,5%	10	0,5%	30,0%
Hansestadt Lübeck	0	-	-	0	-	-	0	-	-	0	-	-	0	-	-
Neumünster	82	12,8%	75,2%	71	11,1%	72,4%	55	8,6%	74,3%	3	0,5%	60,0%	0	0,0%	-
Dithmarschen	41	4,7%	93,2%	10	1,2%	90,9%	16	1,8%	88,9%	5	0,6%	100,0%	1	0,1%	0,0%
Herzogtum Lauenburg	99	5,7%	80,5%	135	7,7%	78,9%	66	3,8%	65,3%	3	0,2%	75,0%	5	0,3%	20,0%
Nordfriesland	132	10,4%	65,7%	93	7,4%	66,0%	77	6,1%	67,5%	2	0,2%	100,0%	5	0,4%	20,0%
Ostholstein	120	7,5%	95,2%	60	3,8%	90,9%	60	3,8%	92,3%	3	0,2%	60,0%	0	0,0%	-
Pinneberg	257	9,4%	60,6%	277	10,1%	57,6%	246	9,0%	61,3%	12	0,4%	66,7%	1	0,0%	0,0%
Plön	87	8,4%	68,5%	50	4,8%	61,7%	55	5,3%	65,5%	0	0,0%	-	1	0,1%	0,0%
Rendsburg-Eckernförde	316	13,6%	60,1%	201	8,6%	63,8%	274	11,8%	61,3%	143	6,2%	54,6%	14	0,6%	42,9%
Schleswig-Flensburg	138	9,5%	60,5%	140	9,6%	63,6%	143	9,8%	63,0%	4	0,3%	66,7%	10	0,7%	30,0%
Segeberg	160	6,8%	77,3%	218	9,3%	80,1%	1625	69,5%	98,0%	25	1,1%	75,8%	3	0,1%	0,0%
Steinburg	15	1,3%	75,0%	21	1,8%	65,6%	7	0,6%	77,8%	1	0,1%	50,0%	0	0,0%	-
Stormarn	67	3,2%	57,8%	60	2,8%	54,1%	58	2,7%	55,8%	3	0,1%	75,0%	6	0,3%	33,3%
Dänischer Gesundheitsdienst	70	12,8%	66,7%	43	7,9%	65,2%	43	7,9%	66,2%	3	0,5%	60,0%	0	0,0%	-
Schleswig-Holstein	2081	9,4%	65,7%	1731	7,8%	65,1%	3026	13,6%	78,6%	235	1,1%	59,5%	57	0,3%	28,1%

Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten getrennt und betrifft die Förderschwerpunkte, die sowohl mit einem hohen (aus schulärztlicher Sicht ein sonderpädagogischer) als auch einem mäßigen (aus schulärztlicher Sicht mit den Mitteln der Grundschule bewältigt werden kann) Förderbedarf erfolgen können. Die Fallzahl F(n) ergibt sich aus den Empfehlungen der schulärztlichen Beurteilung. Die Prävalenz P(%) gibt den prozentualen Anteil der Empfehlungen bei allen untersuchten Einschülern an. H% gibt den prozentualen Anteil an hohem Förderbedarf bezogen auf die Fallzahl F(n) an.

**Tabelle 38 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	71	12,3	90,1	67	11,6	11,9	64	11,1	67,2	122	21,1	48,4
Kiel	133	7,2	77,4	240	13,0	15,4	252	13,6	64,7	493	26,7	62,5
Hansestadt Lübeck	0	-	-	0	-	-	0	-	-	0	-	-
Neumünster	96	15,0	42,7	105	16,4	26,7	69	10,8	53,6	126	19,7	67,5
Dithmarschen	66	7,6	74,2	133	15,3	9,8	102	11,7	72,5	237	27,2	58,6
Herzogtum Lauenburg	171	9,8	81,9	340	19,5	10,9	226	13,0	69,5	431	24,7	51,3
Nordfriesland	142	11,2	76,8	243	19,2	21,0	137	10,8	58,4	317	25,1	57,4
Ostholstein	228	14,3	85,5	219	13,8	34,7	185	11,6	71,9	328	20,6	65,9
Pinneberg	307	11,2	87,9	526	19,2	15,0	404	14,8	68,8	657	24,0	55,9
Plön	92	8,9	81,5	179	17,2	17,9	123	11,8	76,4	268	25,8	60,8
Rendsburg-Eckernförde	88	3,8	71,6	327	14,1	14,4	276	11,9	72,1	666	28,6	58,4
Schleswig-Flensburg	141	9,7	83,0	236	16,2	19,5	157	10,8	60,5	373	25,5	54,7
Segeberg	211	9,0	73,9	408	17,4	21,8	359	15,3	61,0	706	30,2	51,1
Steinburg	74	6,4	85,1	140	12,2	21,4	165	14,4	63,0	237	20,6	56,1
Stormarn	220	10,4	81,8	449	21,2	15,1	216	10,2	64,8	574	27,1	51,9
Dänischer Gesundheitsdienst	26	4,7	84,6	77	13,8	13,0	50	9,0	70,0	122	21,9	50,8
Schleswig Holstein	2066	9,3	79,7	3689	16,6	17,6	2785	12,5	66,5	5657	25,4	56,3

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 39 Früherkennungsuntersuchungen**

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	578	11,1	514	504	98,1	505	98,2	503	97,9	496	96,5	485	94,4	481	93,6	464	90,3	151	29,4	442	86,0	429	83,5
Kiel	1848	12,9	1609	1564	97,2	1561	97,0	1553	96,5	1550	96,3	1529	95,0	1517	94,3	1473	91,5	533	33,1	1497	93,0	1546	96,1
Hansestadt Lübeck	1631	14,8	1389	1369	98,6	1368	98,5	1351	97,3	1349	97,1	1338	96,3	1337	96,3	1317	94,8	0	0,0	1321	95,1	1342	96,6
Neumünster	639	7,5	591	585	99,0	584	98,8	581	98,3	577	97,6	577	97,6	569	96,3	559	94,6	126	21,3	558	94,4	572	96,8
Dithmarschen	870	6,4	814	797	97,9	793	97,4	792	97,3	790	97,1	789	96,9	783	96,2	774	95,1	251	30,8	763	93,7	794	97,5
Herzogtum	1745	6,9	1625	1618	99,6	1617	99,5	1611	99,1	1598	98,3	1587	97,7	1584	97,5	1552	95,5	160	9,8	1565	96,3	1585	97,5
Nordfriesland	1265	5,0	1202	1191	99,1	1188	98,8	1187	98,8	1181	98,3	1172	97,5	1173	97,6	1139	94,8	72	6,0	1156	96,2	1167	97,1
Ostholstein	1591	7,1	1478	1476	99,9	1471	99,5	1467	99,3	1456	98,5	1453	98,3	1452	98,2	1440	97,4	75	5,1	1437	97,2	1455	98,4
Pinneberg	2733	7,5	2528	2490	98,5	2487	98,4	2485	98,3	2468	97,6	2455	97,1	2450	96,9	2402	95,0	216	8,5	2414	95,5	2458	97,2
Plön	1038	3,0	1007	1002	99,5	999	99,2	997	99,0	991	98,4	985	97,8	988	98,1	972	96,5	180	17,9	967	96,0	1000	99,3
Rendsburg-	2325	2,7	2262	2236	98,9	2233	98,7	2228	98,5	2214	97,9	2201	97,3	2204	97,4	2160	95,5	753	33,3	2181	96,4	2205	97,5
Schleswig-Flensburg	1460	7,8	1346	1338	99,4	1336	99,3	1335	99,2	1318	97,9	1310	97,3	1309	97,3	1294	96,1	139	10,3	1293	96,1	1323	98,3
Segeberg	2339	4,8	2226	2197	98,7	2194	98,6	2192	98,5	2191	98,4	2169	97,4	2172	97,6	2135	95,9	591	26,5	2158	96,9	2162	97,1
Steinburg	1149	8,4	1052	1040	98,9	1038	98,7	1038	98,7	1025	97,4	1022	97,1	1021	97,1	998	94,9	99	9,4	987	93,8	1018	96,8
Stormarn	2119	4,8	2018	2002	99,2	2001	99,2	1996	98,9	1989	98,6	1969	97,6	1976	97,9	1959	97,1	290	14,4	1949	96,6	1980	98,1
Dänischer Gesundheitsdienst	556	22,5	431	410	95,1	413	95,8	410	95,1	410	95,1	408	94,7	409	94,9	404	93,7	218	50,6	398	92,3	399	92,6
<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>23886</b>	<b>7,5</b>	<b>22092</b>	<b>21819</b>	<b>98,8</b>	<b>21788</b>	<b>98,6</b>	<b>21726</b>	<b>98,3</b>	<b>21603</b>	<b>97,8</b>	<b>21449</b>	<b>97,1</b>	<b>21425</b>	<b>97,0</b>	<b>21042</b>	<b>95,2</b>	<b>3854</b>	<b>17,4</b>	<b>21086</b>	<b>95,4</b>	<b>21435</b>	<b>97,0</b>
2010/11	25106	7,6	23199	22923	98,8	22872	98,6	22805	98,30	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	98,50	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	98,00	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	98,20	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	98,40	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 und wird erstmalig dargestellt.

**Tabelle 40 Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2011 in Schleswig-Holstein**

**Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen im Jahre 2011/ Teil I  
Schleswig-Holstein gesamt  
Stand März 2013**

**Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen im Jahre 2011/ Teil II  
Schleswig-Holstein gesamt  
Stand März 2013**

Teilnehmer GA (inkl. DG)	3	16	1	Teilnehmer GA (inkl. DG)	3	5	
	Vorschule u. Kindergarten	Schulanfänger (ungefähr 6-jährig)	4. Klassen (ungefähr 10-jährig)		6. Klassen (ungefähr 12-jährig)	8. Klassen (ungefähr 14- 15-jährig)	<b>Gesamt</b>
Auf ihren Impfschutz untersuchte Kinder	1.041	24.393	28	Auf ihren Impfschutz untersuchte Kinder	3.066	2.098	30.626
Davon haben kein Impfbuch vorgelegt	221	2.145	10	Davon haben kein Impfbuch vorgelegt	1.115	1.284	4.775
das Impfbuch vorgelegt	820	22.248	18	das Impfbuch vorgelegt	1.951	814	25.851
Response-Rate (%)	78,8%	91,2%	64,3%	Response-Rate (%)	63,6%	38,8%	84,4%

Die Angaben in % beziehen sich auf die vorgelegten Impfbücher.

	Grundim.* S0	2x	Grundim.*S1	1. Boost.	Grundim.* S2	1. Boost.		Grundim.# 6.KI	1. Boost.	2. Boost.	Grundim.#S3	1. Boost.	2. Boost.
BCG	0		21		0		BCG	13			10		
%	0,0%		0,1%		0,0%		%	0,7%			1,2%		
Polio-Impfung	773		20.892		18	6	Polio-Impfung	1.897	1.772		792	617	
%	94,3%		93,9%		100,0%	33,3%	%	97,2%	90,8%		97,3%	75,8%	
Diphtherie-Impfung	776		21.059	2.614	18	12	Diphtherie-Impfung	1.909	1.881	1.566	802	771	627
%	94,6%		94,7%	11,7%	100,0%	66,7%	%	97,8%	96,4%	80,3%	98,5%	94,7%	77,0%
Tetanus-Impfung	775		21.105	2.634	18	11	Tetanus-Impfung	1.917	1.892	1.612	804	774	632
%	94,5%		94,9%	11,8%	100,0%	61,1%	%	98,3%	97,0%	82,6%	98,8%	95,1%	77,6%
Pertussis-Impfung	772		20.954	2.496	18	11	Pertussis-Impfung	1.842	1.072		741	323	
%	94,1%		94,2%	11,2%	100,0%	61,1%	%	94,4%	54,9%		91,0%	39,7%	
MMR, Varizellen Hib, Hepatitis B	1x 3x	2x 4x	1x 3x	2x 4x	1x 3x	2x 4x	MMR, Varizellen Hib, Hepatitis B	1x 3x	2x 4x		1x 3x	2x 4x	
Masern-Impfung	799	770	21.381	20.665	18	17	Masern-Impfung	1.891	1.797		790	741	
%	97,4%	93,9%	96,1%	92,9%	100,0%	94,4%	%	96,9%	92,1%		97,1%	91,0%	

BERICHT ÜBER DIE UNTERSUCHUNGEN DER KINDER- UND JUGENDÄRZTLICHEN DIENSTE UND ZAHNÄRZTLICHEN DIENSTE IN SCHLESWIG-HOLSTEIN DES SCHULJAHRES 2011/12

	Grundim.* S0	2x	Grundim.* S1	1. Boost.	Grundim.* S2	1. Boost.		Grundim.# 6.KI	1. Boost.	2. Boost.	Grundim.#S3	1. Boost.	2. Boost.
Mumps-Impfung	798	769	21.342	20.631	18	17	Mumps-Impfung	1.891	1.796		789	740	
%	97,3%	93,8%	95,9%	92,7%	100,0%	94,4%	%	96,9%	92,1%		96,9%	90,9%	
Röteln-Impfung	795	766	21.320	20.618	18	17	Röteln-Impfung	1.887	1.788		786	733	
%	97,0%	93,4%	95,8%	92,7%	100,0%	94,4%	%	96,7%	91,6%		96,6%	90,0%	
Hib	809	767	21.189	20.482	18	17	Hib	1.848	1.650		729	435	
%	98,7%	93,5%	95,2%	92,1%	92,3%	69,2%	%	94,7%	84,6%		89,6%	53,4%	
Hepatitis B	785	741	20.381	19.083	16	11	Hepatitis B	1.713	232		741	119	
%	95,7%	90,4%	91,6%	85,8%	88,9%	61,1%	%	87,8%	11,9%		91,0%	14,6%	
Varicellen-Impfung	726	723	15.920	10.486	4	1	Varicellen-Impfung	196	64		38	2	
%	88,5%	68,6%	71,6%	47,1%	22,2%	3,8%	%	10,0%	3,3%		4,7%	0,2%	
Pneumokokken-Impfung	452	**	7502	***	3		Pneumokokken-Impfung	44			9	##	
%(mind. 1x)	91,7%		35,8%		16,7%		%(mind. 1x)	3,5%			1,3%		
Meningokokken-Impfung	415	**	15440	***	10		Meningokokken-Impfung	312			242	##	
%	84,2%		73,8%		55,6%		%	24,8%			35,5%		
HPV-Impfung							HPV-Impfung						
%							%						
Impfschutz komplett* (DPT; Polio; HepB; MMR)							HPV-Impfung				66	###	
%			18.917	****			%				18,2%		
			86,8%										

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

\*\* Pneumokokken und Meningokokken von 2 Ämtern erfasst, Bezugsgröße ist 493  
Pneumokokken 4x geimpft entsprechen 73,4 %

\*\*\* Pneumokokken und Meningokokken von 15 Ämtern erfasst, Bezugsgröße ist 20.929

\*\*\*\* Impfschutz komplett von 15 Ämtern erfasst, Bezugsgröße ist 21.785

# für Grundimmunisierung gilt: 3x geimpft gegen Polio, Diphtherie, Tetanus und 4x Pertussis

## Pneumokokken und Meningokokken von 4 Ämtern erfasst, Bezugsgröße ist 681

### ) HPV 3xgeimpft, von 4 Ämtern erfasst, Bezugsgröße ist 362 (Mädchen mit vorgelegten Impfpässen)

## **XI Methodische Hinweise**

Seit dem Jahr 1999 wird die Datenerhebung zur Schülersgesundheit durch die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck wissenschaftlich begleitet. Die wissenschaftliche Leitung liegt bei Prof. Dr. Ute Thyen. Seit dem Jahr 2000 erfolgen die Datenzusammenführung, die Pflege der Datenbank und die Auswertung durch die Medizinische Dokumentarin Sabine Brehm. Die statistische Auswertung erfolgt mittels SPSS<sup>25</sup>.

Intensiver Austausch erfolgt mit den Kinder- und Jugendärztlichen Diensten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) im Rahmen einer Arbeitsgruppe zur Schülersgesundheitsuntersuchung (SGU), die sich speziell mit der Qualitätssicherung der Einschulungsuntersuchungen beschäftigt. 2008 übernahm Frau Dr. Sabine Bethge den Vorsitz für den Arbeitskreis Kinder- und Jugendärztlicher Dienst der Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsdienste im Schleswig-Holsteinischen Landkreistag und dem Städteverband.

Die Auswertung und inhaltliche Ausarbeitung des Unterkapitels Impfschutz erfolgte durch Rotraud Rasch, Dr. Dörte Wichterich aus Schleswig und Dr. Andrea Heiser sowie Dr. Hans Martin Bader aus Flensburg. Erneut möchten wir uns bei den Arzthelferinnen Frau Regina Ladzenski aus dem Kreis Nordfriesland und Frau Rotraud Rasch aus dem Kreis Schleswig-Flensburg für die Weiterentwicklung der Arbeitshandbücher zur Dokumentation der Schuleingangsuntersuchungen und der Untersuchungen der 8. Klassen bedanken.

Im Rahmen der jährlich stattfindenden Fortbildung für die Arzthelferinnen in Schleswig, den halbjährlichen Treffen des Arbeitskreises Kinder- und Jugendärztlicher Dienst in Rendsburg und den Weiterbildungen in der Akademie für Ärztliche Weiterbildung in Bad Segeberg bestehen gute Möglichkeiten zum Austausch und zur Qualitätsentwicklung der Gesundheitsberichterstattung. Wir bedanken uns bei allen Mitarbeitern der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste für die engagierte Zusammenarbeit.

Für die Erstellung des Berichts zur Zahngesundheit bedanken wir uns bei den Mitarbeitern der Zahnärztlichen Dienste des Landes Schleswig-Holstein – insbesondere bei Frau Zahnärztin Sabine Herlitzius aus Kiel, Frau Zahnärztin Ulrike Pape aus Pinneberg und Herrn Dr. Schoeniger-Peters aus Lübeck – für die kooperative Bereitstellung der Daten, die konstruktive Zusammenarbeit bei der Erstellung, der Ausarbeitung sowie der inhaltlichen Gestaltung des Zahnärztlichen Kapitels.

Aus jedem Bericht ergeben sich Vorschläge zur möglichen Verbesserung der Erhebungsinstrumente, der Erfassung des Gesundheitszustandes und der Datenqualität. Diese Vorschläge sollen den oben genannten Gremien und Arbeitskreisen als Anregungen dienen. Ihre Akzeptanz und Möglichkeiten der Umsetzung setzt in der Regel eine breite Beteiligung in der Diskussion voraus und bei geplanter Umsetzung ausreichend Zeit und Bereitstellung der technischen Voraussetzungen in den einzelnen Ämtern.

Durch eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Dr. Heidrun Thaiss aus der Abteilung VIII 4 – Gesundheit des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein konnten die Ergebnisse und Vorschläge in eine nachhaltige Planung und Entwicklung der Kinder- und Jugendgesundheitsberichterstattung eingebunden werden. Die Zusammenarbeit wird

---

25 SPSS Software Statistical Package for the Social Sciences, Version 20,  
<http://www-01.ibm.com/software/analytics/spss/> [04.04.2013]

getragen durch das Verständnis, dass die Erhebung und Auswertung der Daten für ein gesundheits- und sozialpolitisches Monitoring von großer Bedeutung ist.

### **XI.1 Grundgesamtheiten für Schulanfänger, Erstklässler, freie Waldorfschüler, Schüler an Förderzentren, Klassen 1 bis 4, Unterstufe und Mittelstufe**

Die Abteilung 1 des Referates 132 – Bildung des Statistikamtes Nord in Kiel stellt aus der offiziellen Schulstatistik des Landes Schleswig-Holstein für das Schuljahr 2011/12, die Zahl der tatsächlich eingeschulten Schulanfänger für diesen Bericht (**Tabelle 30** bis **Tabelle 33**) zur Verfügung. Das Statistische Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein – das Statistikamt Nord – ist für beide Länder die zentrale Dienstleistungseinrichtung auf dem Gebiet der Amtlichen Statistik. Auf Grundlage dieser Angaben und aus den übermittelten Daten der untersuchten Schüler können die zahnärztlichen und kinder- und jugendärztlichen Untersuchungsdaten rückgeschlossen bzw. ermittelt werden.

Die Zahl der Schulanfänger beruht auf einem Stichtag, nach dem Einschulungstermin (Mitte September) zur gesetzlich verpflichteten Übermittlung durch die Schulleiter jeder Schule an das Statistische Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein.

Die Eltern von Kindern, die in einer freien Waldorfschule, die den privaten nicht öffentlichen Schulen zuzuordnen, eingeschult werden sollen, haben die Wahl, die Untersuchung vom KJÄD des ÖGD, durch niedergelassene oder schuleigene Ärzte durchführen zu lassen.

### **XI.2 Gesetzliche Grundlagen**

Die ärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen und Zahnärztlichen Dienste des Landes Schleswig-Holstein stützen sich auf:

#### **A) Schleswig-Holsteinisches Schulgesetz (SchIG) vom 24. 01. 2007<sup>26</sup>**

Änderungen:

Berichtigung GVOBl. 2007 S. 276

1. § 4 geändert (Art. 2 Ges. v. 10.12.2007, GVOBl. S. 485)
2. § 114 geändert (Art. 1 Ges. v. 19.02.2008, GVOBl. S. 132)
3. § 148 geändert (Art. 1 Ges. v. 11.03.2008, GVOBl. S. 148)
4. §§ 46 und 55 geändert (Art. 5 Ges. v. 12.12.2008, GVOBl. S. 791)
5. § 117 geändert (Art. 16 Ges. v. 26.03.2009, GVOBl. S. 93)
6. mehrfach geändert (Art. 1 Ges. v. 10.02.2010, GVOBl. S. 332)
7. § 118 geändert (Art. 2 Ges. v. 09.03.2010, GVOBl. S. 356)
8. mehrfach geändert (Art. 10 Ges. v. 17.12.2010, GVOBl. S. 789)
9. mehrfach geändert (§ 33 Ges. v. 17.12.2010, GVOBl. S. 818)
10. mehrfach geändert (Art. 1 Ges. v. 28.01.2011, GVOBl. S. 23, ber. 2011, S. 48)
11. § 56 geändert (Art. 8 Ges. v. 22.03.2012, GVOBl. S. 371, 385).

---

<sup>26</sup> <http://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/jportal/?quelle=jlink&query=SchulG+SH&psml=bsshprod.psml&max=true&aiz=true> [13.10.2012]

**B) Landesverordnung über die schulärztlichen Aufgaben (SchulÄAufgV LVO SH) vom 27.09. 2008<sup>27</sup>**

Änderungen:

1. Zuständigkeiten und Ressortbezeichnungen ersetzt (Art. 63 LVO v. 08.09.2010, GVOBl. S. 575)

**C) Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz - GDG) - vom 14. 12. 2001<sup>28</sup>**

1. Zuständigkeiten und Ressortbezeichnungen ersetzt (LVO v. 16.09.2003, GVOBl. S. 503)

2. Zuständigkeiten und Ressortbezeichnungen ersetzt (LVO v. 12.10.2005, GVOBl. S. 487, ber. 2006 S. 241)

3. neuer § 7a eingefügt durch Art. 2 (Ges v. 13.12.2007, GVOBl. 2008 S. 2)

4. § 10 geändert (Art. 16 Ges. v. 09.03.2010, GVOBl. S. 356)

5. Ressortbezeichnungen ersetzt (Art. 63 LVO v. 08.09.2010, GVOBl. S. 575)

6. mehrfach geändert (Art. 1 Ges. v. 13.07.2011, GVOBl. S. 218)

**D) Landesdatenschutzgesetz (Landesdatenschutzgesetz - LDSG -Schleswig-Holsteinisches Gesetz zum Schutz personenbezogener Informationen vom 9. Februar 2000, 11.02.2012**

**E) Infektionsschutzgesetz (Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen- IfSchG)- (Impfungen)**

**XI.3 Kinder- und Jugendärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Schuleingangsuntersuchung**

Die Kreise und kreisfreien Städte sind nach dem Gesundheitsdienst-Gesetz<sup>29</sup> des Landes Schleswig-Holstein (GDG) Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes<sup>30</sup>.

Ziel des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist es, auf gesunde und gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse hinzuwirken und gleiche Gesundheitschancen für alle anzustreben. Die gesundheitliche Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger soll gestärkt, Gesundheitsrisiken sollen vermieden und der Schutz des Einzelnen und der Allgemeinheit vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen soll gewährleistet werden. Darüber hinaus soll eine neutrale Sachverständigenfunktion für andere Stellen vorgehalten werden.

---

27 <http://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/jportal/?quelle=jlink&query=Schul%C3%84AufgV+SH&psml=bssshoprod.psml&max=true&aiz=true> [Stand: 18.03.2013]

28 <http://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/jportal/?quelle=jlink&query=GesDG+SH&psml=bssshoprod.psml&max=true&aiz=true> [Stand: 18.03.2013]

29 <http://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/jportal/?quelle=jlink&query=GesDG+SH&psml=bssshoprod.psml&max=true> [Stand: 18.03.2013]

30 [http://www.schleswig-holstein.de/MSGFG/DE/Gesundheit/OeffentlicherGesundheitsdienst/OeffentlicherGesundheitsdienst\\_node.html](http://www.schleswig-holstein.de/MSGFG/DE/Gesundheit/OeffentlicherGesundheitsdienst/OeffentlicherGesundheitsdienst_node.html) [Stand: 18.03.2013]

Zu den wesentlichen Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes der Kreise und kreisfreien Städte gehören:

- Beratung und Aufklärung über Gesundheitsrisiken, gesundheitsfördernde Maßnahmen und gesundheitsbewusstes Verhalten,
- Schutz und Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit,
- Gewährung von Gesundheitshilfen durch Beratung und Betreuung,
- Wahrnehmung von Aufgaben des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes und Beratung bei umweltmedizinischen Fragen,
- Überwachung der Trinkwasserhygiene,
- Überwachung der Schwimmbecken- und der Badebeckenwasserhygiene,
- Überwachung der Badegewässer,
- Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten einschließlich Impfungen,
- Infektionshygienische Überwachung von Gemeinschaftseinrichtungen und medizinischen Einrichtungen,
- Ausstellung von amtlichen Gutachten, Zeugnissen und Bescheinigungen, soweit gesetzlich vorgeschrieben,
- Überwachung des Einzelhandels mit zur Anwendung am Menschen bestimmten Arzneimitteln außerhalb von Apotheken inklusive des Reisegewerbes.

Darüber hinaus nehmen die Gesundheitsämter der Kreise und kreisfreien Städte (außer Lübeck und Rendsburg-Eckernförde), das Ordnungsamt der Hansestadt Lübeck und das Umweltamt des Kreises Rendsburg-Eckernförde folgende Aufgabe wahr:

- Überwachung des Inverkehrbringens von Chemikalien (Stoffen, Zubereitungen und Erzeugnissen im Sinne des Chemikaliengesetzes) beziehungsweise Gefahrstoffen durch den Handel.

Der Öffentliche Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (Synonyme: Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Schulärztlicher Dienst) ist als Arbeitsfeld an den Gesundheitsämtern bzw. den Gesundheitsfachdiensten der Gemeinden und Kreise organisiert.

Für jedes Kind in Schleswig-Holstein ist die Schuleingangsuntersuchung (SEU) Teil des Einschulungsverfahrens (**Schleswig-Holsteinisches Schulgesetz (SchIG)**). Die Untersuchung wird von erfahrenen (Fach-) Ärzten des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes der Gesundheitsämter und deren (Arzt-)Helferinnen (**Landesverordnung über die schulärztlichen Aufgaben (SchulÄAufgV LVO SH)**) durchgeführt. Es wird angestrebt, die Untersuchung in den jeweiligen Kommunen und Kreisen wohnortnah in der Kindertageseinrichtung oder der zuständigen Grundschule anzubieten. Manchmal findet die Untersuchung auch zentral im Kreishaus statt.

Die Schuleingangsuntersuchung ist trotz der oft zeitlichen Nähe zu den Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 keine Wiederholung. Beide ähneln sich (körperliche Untersuchung, einzelne Testteile), verfolgen jedoch gänzlich unterschiedliche Ziele und können daher auch kein gegenseitiger Ersatz sein. Sie ergänzen sich:

Die U9 dient dem Zweck der Früherkennung von Krankheiten und Entwicklungsauffälligkeiten, die SEU stellt fest, ob das Kind den Anforderungen des Schulalltags körperlich und seelisch gewachsen ist. Im Idealfalle kennt der Schularzt den zukünftigen Klassenlehrer, die Räumlichkeiten und das besondere Schulprofil mit den entsprechenden Fördermöglichkeiten. Selbstverständlich werden die kinderärztlichen

Befunde im Gelben Heft und evtl. durchgeführte Therapien berücksichtigt. Auf diese Weise können für jedes Kind individuell die besten Voraussetzungen für eine gelingende Schullaufbahn geschaffen werden.

### **Wofür die Schuleingangsuntersuchung gut ist?**

#### 1. Für das Kind und die Eltern (individualmedizinisch):

Im Vordergrund steht die individualmedizinische Bedeutung der Untersuchung im Interesse des Kindes selbst und seiner Eltern. Dabei geht es um die Feststellung des Entwicklungsstands des angehenden Schulkinds im Hinblick auf **körperliche, geistige, soziale und emotionale Reife**. Untersucht wird vor allem:

- Ist das Kind den Anforderungen des Schulalltags aus medizinischer Sicht gewachsen (körperliche, geistige Einschränkungen, Hinweise auf Verhaltens-, Teilleistungsstörungen)?
- Wo liegen Erkrankungen, Entwicklungsbesonderheiten und/oder spezielle Förderbedarfe vor und wie kann diesen (auch schon vor Schulbeginn) begegnet werden?
- Sind auffällige Befunde abklärungsbedürftig, spezielle Therapien/Heilhilfsmittel, z.B. Brille nötig?
- Welche besonderen Fähigkeiten/Begabungen bringt das Kind mit? Wie können diese von Seiten der Eltern und der Schule unterstützt und gefördert werden?
- Besitzt das Kind genug Selbstvertrauen, Lernbereitschaft, Konzentrationsfähigkeit, Ausdauer und Frustrationstoleranz?

#### 2. Für das Kind und seine Schule (arbeitsmedizinisch)

Daneben geht es um arbeitsmedizinische Fragestellungen. Auch diese sind wichtig für das Kind selbst, ebenso aber auch für die zukünftige Schule. Es handelt sich dabei um die Feststellung des Entwicklungsstands des angehenden Schulkinds im Hinblick auf **Unterstützungs- und Förderbedarfe im Schulalltag**. Folgende Fragen sind hier von Bedeutung:

- Worauf muss sich die Schule einstellen?
- Welche speziellen Anforderungen stellt dieses Kind am Arbeitsplatz Schule (Belastbarkeit, gesundheitliche Risiken, z.B. bei Allergien, Asthma, Diabetes, Herzfehler, Frühgeburtlichkeit, ADHS)?
- Was sollte die Schule für dieses Kind an Ausstattung/Unterstützung/Maßnahmen bereithalten?
- Welche Konsequenzen hat dies auf die Klassenzusammensetzung, -größe, Raum, Lehrkraft?

#### 3. Für das einzelne Kind und alle Kinder des Jahrgangs (sozialkompensatorisch):

Zudem hat die Untersuchung einen sozialkompensatorischen Nutzen für alle Kinder. Das bedeutet, es geht darum zu erfahren, welche gesellschaftlich bedingten Unterschiede zwischen den Kindern bestehen und wie diesen abgeholfen werden kann. Konkret geht es um die Feststellung des Entwicklungsstands des angehenden Schulkinds im Hinblick

auf **Erfordernisse im sozialen Umfeld und bisher noch nicht erfolgte Maßnahmen**. Hierbei helfen folgende Fragen:

- Welche Förderung kann die Familie/das soziale Umfeld des Kindes leisten?
- Wo sind neue Befunde aufgetreten oder Hilfen einzuleiten?
- Welche weiteren Maßnahmen helfen dem Kind (und der Familie), den Schulalltag zu bewältigen?
- Wo ist Unterstützung durch andere Systeme (vielleicht auch längerfristige Begleitung) nötig?

4. Für alle Kinder der Kommune/des Kreises/des Landes (epidemiologisch)

Schließlich geht es darum, allgemeine Erkenntnisse über den **Gesundheitszustand eines ganzen Jahrgangs und die allgemeine gesundheitliche Entwicklung der Kinder im Land** zu gewinnen. Das ist wichtig, um zukünftige Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für alle Kinder planen zu können. Daher ist zu fragen:

- Welche Aussagen zum Gesundheitszustand dieses Jahrgangs lassen sich (personenunabhängig) treffen?
- Wie entwickelt sich die gesundheitliche Situation der (Vor-)Schulkinder?
- Gibt es kommunale/ regionale /nationale Unterschiede?
- Welche Schlüsse für politisches Handeln sind daraus kommunal und auf Landesebene zu ziehen?

Ziele, gesetzliche Grundlagen und exemplarischer Ablauf einer Untersuchung können auf folgender Seite des Sozialministeriums Schleswig-Holstein eingehender verfolgt werden:

[http://www.schleswig-holstein.de/MSGFG/DE/Gesundheit/SchulUntersuchung/Schuleingangsuntersuchung\\_node.html](http://www.schleswig-holstein.de/MSGFG/DE/Gesundheit/SchulUntersuchung/Schuleingangsuntersuchung_node.html) [Stand: 01.04.2013]

#### **XI.4 Die Zahnärztlichen Dienste**

Eine wesentliche Aufgabe der Zahnärztlichen Dienste der 11 Kreise und 4 kreisfreien Städte und des Dänischen Gesundheitsdienstes des Landes Schleswig-Holstein ist die Öffentliche Zahngesundheitspflege im Sinne der §§ 1, 5 Gesundheitsdienstgesetz (GDG), um damit auf gesunde und gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse hinzuwirken. Gemäß § 7 Abs. 2 GDG bedeutet dies, „...die *Durchführung der Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) insbesondere durch regelmäßige Untersuchungen zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen in Kindertagesstätten und Schulen...*“ in Schleswig-Holstein sicherzustellen.

Dieser Sicherstellungsauftrag wird durch ein Zusammenwirken mit den gesetzlichen Krankenkassen erfüllt, die nach § 21 Abs. 1 SGB V den Auftrag haben, gemeinsam mit Zahnärzten und den in den Ländern für die Zahngesundheitspflege zuständigen Stellen für einheitliche und flächendeckende Maßnahmen für Kinder, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu sorgen. „*In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. Die Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene erstrecken. Für Kinder mit*

*besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln. " (SGB V § 21 Abs. 1).*

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

Die konkreten Tätigkeiten des Öffentlichen Zahnärztlichen Dienstes umfassen:

- Zahnärztliche Reihenuntersuchungen
- Gruppenprophylaktische Maßnahmen und Risikobetreuung
- Präventionsmaßnahmen wie Multiplikatorenschulungen, Zahnpflegewettbewerbe, Schwangerenberatung, Elternabende
- Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Aktionsstände, Theateraufführungen, Aufklärungsbroschüren, Pressearbeit)
- Bürgerberatung
- Zahnärztliche Gutachten für andere Ämter und externe Institutionen
- Epidemiologische Datenerhebungen und Teilnahme an wissenschaftlichen Studien (z. B. „Pieper-Studie“ - Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe seit der Basisstudie 1994 und den Folgeuntersuchungen der Jahre 1997, 2000, 2004 und aktuell 2009/31), Gesundheitsberichterstattung
- Gremienarbeit zur Festlegung von Standards, Untersucherkalibrierung, Projektplanung, Vernetzung etc.

Im Folgenden werden die Aufgaben im Rahmen der Reihenuntersuchungen und der Gruppenprophylaxe der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in diesem Kinder- und Jugendärztlichen und Zahnärztlichen Bericht für das Land Schleswig-Holstein beschrieben.

#### **XI.4.1 Zahnärztliche Reihenuntersuchungen**

Die zahnärztlichen Reihenuntersuchungen werden i. d. R. jährlich in den gesetzlich vorgeschriebenen Altersstufen (d. h. bis zum 12. Lebensjahr, in Einrichtungen mit besonders hohem Kariesrisiko bis zum 16. Lebensjahr) in Kindertagesstätten, Grund-, Förderzentren und weiterführenden Schulen durchgeführt.

Sie dienen der Erhebung des Gesundheitszustandes und insbesondere des Krankheitsrisikos, die Ergebnisse sind die Grundlage für die Planungen und Steuerungen gruppenprophylaktischer Maßnahmen. Behandlungen werden nicht durchgeführt. Durch schriftliche Elterninformation werden bei Behandlungsbedürftigkeit die notwendigen Therapiemaßnahmen mit weiterer Verweisung an niedergelassene Zahnärzte empfohlen.

---

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

#### **XI.4.2 Gruppenprophylaxe**

Die Umsetzung der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V erfolgt durch die regionalen Kreisarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege. Die Mitgliedergruppen dieser Kreisarbeitsgemeinschaften (Krankenkassen, Öffentlicher Gesundheitsdienst, niedergelassene Zahnärzte) sind im Vorstand und in der Mitgliederversammlung jeweils drittelparitätisch vertreten (mit Ausnahme des Kreises Rendsburg-Eckernförde, dort sind die niedergelassenen Zahnärzte nicht beteiligt). Die Kreisarbeitsgemeinschaften führen insbesondere die folgenden Prophylaxemaßnahmen durch:

- Vermittlung von Kenntnissen zur Zahn- und Mundgesundheit, Hygiene, Pflege und Ernährung durch Unterrichtsmodule in Kindergärten, Grund-, Sonder- und weiterführenden Schulen
- Zahnputzübungen
- Risikobetreuung in Kindertagesstätten und Schulen, z. T. auch durch regelmäßige Fluoridierungsmaßnahmen mit Einbürstung eines fluoridhaltigen Gelees oder dem Auftragen fluoridhaltiger Lacke
- Sonderaktionen

Die Steuerung und Koordination dieser Maßnahmen obliegt dabei größtenteils den Zahnärztlichen Diensten.

Die Schwerpunktsetzung sowie der Umfang der Maßnahmen sind regional sehr unterschiedlich. In Schleswig-Holstein ist der Zahnärztliche Dienst der Kreise bzw. der kreisfreien Städte als Abteilung oder als Sachgebiet innerhalb einer Abteilung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes organisiert.

#### **XI.5 Schule und Öffentlicher Kinder- und Jugendgesundheitsdienst**

Die Änderungen des schleswig-holsteinischen Schulgesetzes, das am 9. Februar 2007 in Kraft trat, sollen insbesondere die Inklusion und individuelle Förderung aller Kinder unterstützen.<sup>32:</sup>

Individuelle Förderung soll demnach durchgängiges Unterrichtsprinzip werden. Jede Schule entwickelt ein Konzept zur Betreuung von Kindern mit Förderbedarf. Elemente dieses Konzeptes sollten sein: die Arbeit mit Lernplänen, ein Methodenkonzept für alle Fächer und Jahrgangsstufen sowie zeitlich begrenzte Hilfen, um konkrete Lernprobleme der Schüler zu überwinden. Auch seien die Zusammenarbeit mit den Förderzentren und dem schulpсихologischen Dienst zu intensivieren. Die Lehrkräfte seien entsprechend fortzubilden.

Das Schulgesetz sieht weiterhin vor, dass alle Kinder, bei denen im Einschulungsgespräch zu geringe deutsche Sprachkenntnisse festgestellt werden, gezielt gefördert werden. Ein Schwerpunkt sind die SPRINT-Maßnahmen (Sprachintensivförderung).<sup>33</sup> Dort werden den Kindern über einen Zeitraum von 20 Wochen vor der Einschulung deutsche Sprachkenntnisse vermittelt. Ziel ist, allen Kindern gute Start- und Bildungschancen zu

---

32 <http://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/jportal/?quelle=jlink&query=SchulG+SH&psml=bssshoprod.psml&max=true> [Stand: 01.09.2012]

33 [http://www.schleswig-holstein.de/Bildung/DE/Kindertageseinrichtungen/Sprachfoerderung/SPRINT/SPRINT\\_node.html](http://www.schleswig-holstein.de/Bildung/DE/Kindertageseinrichtungen/Sprachfoerderung/SPRINT/SPRINT_node.html) [Stand: 01.09.2012]

geben. Sprache spielt in der schulischen Sozialisation eine wesentliche Rolle. Deutsch ist die erste Unterrichtssprache für alle Schüler mit Ausnahme der Dänischen Schulen. Die Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände in Schleswig-Holstein e.V. leistet mit dem Projekt "Förderunterricht für Kinder und Jugendliche mit Migrationsbiografie" einen Beitrag zur Förderung der Chancengleichheit der Migrantenkinder gegenüber ihren Mitschülern. Dieses Projekt wird gefördert durch die Stiftung Mercator<sup>34</sup> in Essen sowie durch das Innenministerium des Landes Schleswig-Holstein.<sup>35</sup>

Ein weiterer Aspekt des Schulgesetzes bezieht sich auf eine intensiviertere Kooperation mit den örtlichen Kindertageseinrichtungen. Aufgabe der Kindertageseinrichtungen ist nicht nur die Betreuung und Erziehung, sondern auch die Bildung der Kinder. So werden die kindlichen Kompetenzen in Bereichen wie Körper, Gesundheit und Bewegung, Mathematik, Naturwissenschaft und Technik oder musisch-ästhetische Bildung und Medien gefördert, ebenso wie die Sprachentwicklung der Kinder. Die Kindertageseinrichtungen vermitteln den Kindern und ihren Eltern neue Lernmöglichkeiten. Damit die Kinder erfolgreich in die Schule starten können, sollen Kindertageseinrichtungen und Schulen zukünftig enger zusammenarbeiten. Von daher sieht das neue Schulgesetz beispielsweise vor, dass die Grundschulen mit Kindertageseinrichtungen ihres Einzugsbereichs Vereinbarungen über das Verfahren und die Inhalte der Zusammenarbeit treffen<sup>36</sup>.

#### **XI.5.1 Schulanfänger, Erstklässler, freie Waldorfschüler, Schüler an Förderzentren, Klassen 1 bis 4, Unterstufe und Mittelstufe**

Die Abteilung 1 des Referates 132 – Bildung des Statistikamtes Nord in Kiel stellt die offizielle Schulstatistik des Landes Schleswig-Holstein zur Verfügung. Das Statistische Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein – das Statistikamt Nord – ist für beide Länder die zentrale Dienstleistungseinrichtung auf dem Gebiet der Amtlichen Statistik. Auf Grundlage dieser Angaben und aus den übermittelten Daten der untersuchten Schüler werden die zahnärztlichen und kinder- und jugendärztlichen Untersuchungsdaten ermittelt.

Die Zahl der Schulanfänger beruht auf einem Stichtag, nach dem Einschulungstermin (Mitte September) zur gesetzlich verpflichteten Übermittlung durch die Schulleiter jeder Schule an das Statistische Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein.

Die Förderzentren differenzieren sich in Schulen mit Schwerpunkt Lernen, Hören, Sehen, Sprache, körperlich-motorische Entwicklung oder emotional-soziale Entwicklung. Förderzentren mit dem Förderschwerpunkt „geistige Entwicklung“ arbeiten mit jahrgangsübergreifenden Klassen (Unterstufe, Mittelstufe, Oberstufe und Werkstufe). Schüler, die in diesen Förderschwerpunktarten integrativ in Regelgrundschulen unterrichtet werden, sind in der Statistik in der Kategorie „Grundschüler“ enthalten.

---

34 <http://www.mercator-foerderunterricht.de/> [Stand: 04.04.2013]

35 <http://www.lag-projekt-foerderunterricht.de/> [Stand: 04.04.2013]

36 [http://www.schleswig-holstein.de/MSGFG/DE/Kindertageseinrichtungen/Bildungsauftrag/EmpfehlungenZurZusammenarbeit/EmpfehlungenZurZusammenarbeit\\_node.html](http://www.schleswig-holstein.de/MSGFG/DE/Kindertageseinrichtungen/Bildungsauftrag/EmpfehlungenZurZusammenarbeit/EmpfehlungenZurZusammenarbeit_node.html) [Stand : 11.04.2013]

### **XI.5.2 Kinder der Schuleingangsuntersuchung**

Alle Kinder, die bis zum 30. Juni des laufenden Kalenderjahres sechs Jahre alt werden, sind schulpflichtig. Grundsätzlich können Eltern beziehungsweise Erziehungsberechtigte ihr Kind nicht mehr vom Schulbesuch zurückstellen lassen. Die Kinder sollen individuell in der Eingangsphase der Grundschule gefördert werden. Die Jahrgangsstufen 1 und 2 bilden als Eingangsphase eine pädagogische Einheit: Je nach individueller Lernentwicklung hat das Kind Zeit, die ersten beiden Schuljahre entweder in zwei Jahren, in einem Jahr oder in drei Jahren zu absolvieren. So können die Kinder in der Schule in ihrem eigenen Tempo die Herausforderungen einer neuen Entwicklungsphase bewältigen<sup>37</sup>. Zurückstellungen und Schulkindergärten sollen damit nicht mehr nötig sein.

Die Autoren verweisen auf den Besuch des Bildungsportals der Landesregierung Schleswig-Holstein mit Informationen rund um die Bereiche Kindertageseinrichtungen, Schulen, Gesetze, Leitlinien, Förderungen u. v. m.:

[http://www.schleswig-holstein.de/Bildung/DE/Schwerpunkte/Schwerpunkte\\_node.html](http://www.schleswig-holstein.de/Bildung/DE/Schwerpunkte/Schwerpunkte_node.html)  
[Stand: 01.04.2013]

### **XI.6 Datenherkunft für den Bericht über die Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein**

Die Datengrundlage für den vorliegenden Bericht setzt sich aus vier Bereichen (Datenhalter) zusammen.

- Die Kinder- und Jugendärztliche Dienste (KJÄD) der 4 kreisfreien Städte, 11 Kreise und des Dänischen Gesundheitsdienstes übermitteln die Rohdaten der Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr an Frau Brehm, Universität zu Lübeck zur Auswertung.
- Des Weiteren übermittelt der KJÄD die Impfdaten an Frau Dr. Wichterich (i.R.), Kinder- und Jugendärztlicher Dienst Schleswig zur Auswertung.
- Die Impfdaten bei Aufnahme in den Kindergarten (Auswertung der anonymen ärztlichen Bescheinigungen nach KiTaVO) nehmen Herr Dr. Bader (i.R.) und Frau Dr. Heiser, Flensburg, entgegen und werten diese aus.
- Die Zahnärztlichen Dienste übermitteln die Daten aus den zahnärztlichen Untersuchungen des Schuljahres an Frau Pape, Kreisverwaltung Pinneberg, Fachdienst Gesundheit, Jugendzahnärztlicher Dienst zur Auswertung. Hierbei handelt es sich um Untersuchungen der 1.-4. Klassen in den Schulen des Landes Schleswig-Holstein. Schulanfänger, Erstklässler, freie Waldorfschüler, Schüler an Förderzentren, Klassen 1 bis 4, Unterstufe und Mittelstufe (**Tabelle 30** Schüler des Schuljahres 2011/12 nach Kreisen/kreisfreien Städten und Schularten).

### **XI.7 Datenerhebung und Epidemiologie der Schuleingangsuntersuchung**

Standarddefinitionen sind die Voraussetzung für eine einheitliche Durchführung jugendärztlicher Definitionen zur Erzielung vergleichbarer Auswertungen. Untersuchungsdaten lassen sich nur dann für eine Gesamtheit auswerten, wenn die an

---

37 [http://www.schleswig-holstein.de/Bildung/DE/Service/Broschueren/Bildung/Eingangsphase\\_\\_blob=publicationFile.pdf](http://www.schleswig-holstein.de/Bildung/DE/Service/Broschueren/Bildung/Eingangsphase__blob=publicationFile.pdf) [Stand: 11.04.2013]

den Untersuchungen beteiligten Ärzte unter gleichen Bedingungen und nach gleichen Kriterien die Befunde erhoben haben.

Statistisch vertretbare Aussagen lassen sich nur mit gleichartig erhobenen und somit vergleichbaren Daten machen. Solche Ergebnisse über den Gesundheitszustand der Kinder können neben den medizinischen oder schulischen Maßnahmen für das einzelne Kind auch sozialpädiatrische oder allgemeine Maßnahmen der Gesundheitshilfe im Gesundheitsamt oder in übergeordneten Instanzen auslösen.

Die Schuleingangsuntersuchung ist derzeit das einzige vorhandene Instrument, das einen kompletten Jahrgang und damit bevölkerungsbezogene Veränderungen mit standardisierten Methoden erfasst. Durch kontinuierliche jährliche Dokumentation können Verlaufsdaten zur Effizienz von vorschulischen Maßnahmen geliefert werden. Neben der Eignung für den „Arbeitsplatz Schule“ werden individuelle Gesundheitsstörungen (manifest/latent) und Förderbedarfe (Ansatz für Maßnahmen) dokumentiert und ggf. Interventionen geplant. Insofern dient die Schuleingangsuntersuchung auch jedem Kind individuell.

Die Erarbeitung von Standards und die Qualitätssicherung für diese Bereiche steht im Mittelpunkt der Arbeit der Arbeitsgruppe Schulgesundheitsuntersuchung (AG SGU).

Bei diesem Konzept der Gesundheitsberichterstattung über Einschulungskinder in Schleswig-Holstein wird deskriptiv vorzugsweise über Häufigkeiten nach Geschlecht, nach Kreis/kreisfreie Stadt-Ebene ausgewertet, einige Auswertungen berücksichtigen zusätzlich Unterschiede in der Herkunft der Eltern und Unterschiede im Bereich des elterlichen Bildungsstatus.

### **XI.7.1 Bielefelder Definition, Arbeitsanweisungen des KJÄD für die Schulärztliche Untersuchung in Schleswig-Holstein**

#### **XI.7.1.1 Bielefelder Definition**

Die gesundheitliche Lage von Einschulungskindern wird anhand einer Weiterentwicklung des Bielefelder Modells von den Jugendärztlichen Diensten erhoben, siehe: Arbeitsanweisung von 2003, welches unterscheidet zwischen manifesten und latenten Gesundheitsstörungen, die zu medizinischen und sozialen Problemen führen können. Die Schwerpunkte des Modells sind Befunde der Körpermaße, des Kopfes (Sehen/Hören), der inneren Organe (Allergien/Asthma), des Skeletts und der Haut, der Konstitution (Ernährung), der Harnorgane und andere (Verhalten, Kommunikation, chronischen Erkrankungen, Bewegung) und die jugendärztlichen Maßnahmen (Empfehlungen zur Einschulung).

Dem liegt folgendes Beurteilungsschema zugrunde:

- Manifeste Gesundheitsstörung
  - Medizinische Auffälligkeit mit erstmaliger oder erneuter ärztlicher Behandlung
  - Medizinische Auffälligkeit in Behandlung
  - Medizinische Auffälligkeit mit andauernder Beeinträchtigung
- Latente Gesundheitsstörung
  - Medizinische Auffälligkeit ohne ärztlichen Behandlungsbedarf.

Die medizinischen Auffälligkeiten, die bei der Einschulungsuntersuchung vom Jugendärztlichen Dienst festgestellt worden sind und zur weiteren Abklärung an die niedergelassenen Ärzte (Haus- und Fachärzte) verwiesen werden, machen zusammen mit den Befunden bei den Kindern, die bereits in ärztlicher Behandlung sind, die gravierenderen Gesundheitsstörungen aus, die sich zu einem gesundheitlichen und / oder sozialen Problem entwickeln können. Bei den medizinischen Auffälligkeiten, die ohne Arztüberweisung auskommen, handelt es sich um Abweichungen von der „Norm“, die nicht unbedingt einen medizinischen Krankheitswert haben – gleichwohl aber unter ungünstigen Bedingungen sich zu einer Gesundheitsstörung mit den Folgen eines gesundheitlichen und sozialen Problems entwickeln können.

**Tabelle 41 Definitionen zum Kodieren der Befunde in der schulärztlichen Untersuchung nach den Vorgaben des Bielefelder Modells (Jugendärztlichen Definitionen, LÖGD, Bielefeld, Januar 1989)**

<i>Bezeichnung</i>	<i>Bedeutung</i>
A	Es liegt ein Befund vor, der erstmals einer Arztüberweisung bedarf oder bei dem erneut eine Arztüberweisung veranlasst werden muss. <i>Kurzformel: A = Auffälliger Befund und Arztüberweisung</i>
B	Es liegt ein Befund vor, dessen Behandlung ausreichend durchgeführt wird oder bereits eingeleitet ist. <i>Kurzformel: B = Auffälliger Befund, bereits behandelt</i>
D	Es liegt ein Befund vor, der eine erhebliche und nicht nur vorübergehende Leistungsbeeinträchtigung für das Kind bedeutet. <i>Kurzformel: D = Auffälliger Befund mit Leistungseinschränkung</i>
X	Es liegt ein Befund vor, der bisher unbehandelt ist und keine Arztüberweisung erfordert, oder es liegt ein Befund vor, der durch Diagnostik abgesichert ist und nicht (mehr) behandlungsbedürftig oder –fähig ist (und „D“ trifft nicht zu). <i>Kurzformel: X = Auffälliger Befund, nicht behandlungsbedürftig</i>
0	Die Untersuchung konnte nicht oder nicht standardisiert durchgeführt werden. <i>Kurzformel: 0 = Untersuchung nicht durchgeführt</i>
Leer	Es liegt kein auffälliger Befund vor (Untersuchung / Erhebung ist erfolgt).

### **XI.7.1.2 Arbeitsanweisung für die kinder- und jugendärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein – Erweiterung auf Grundlage der Definitionen des Bielefelder Modells**

Die sozialen Lebensbedingungen für Kinder mit gesundheitlichen Ergebnissen zu verknüpfen und die geänderten gesetzlichen Grundlagen (SchulG) veranlasste die kinder- und jugendärztlichen Dienste zur Ergänzung des Bielefeldermodells für die standardisierte Erhebung in Schleswig-Holstein. Die Tendenz zur inhaltlichen Schwerpunktbildung zeichnet sich aus durch eine Abkehr von Untersuchungen, die ein möglichst vollständigen körperlichen Befund abbilden sollen, hin zu gezielter Untersuchung von gesundheitlichen Störungen, die von größerer Relevanz sind. Diese ergibt sich einerseits aus gesundheitspolitischen Gründen, z. B. bei Hochprävalenzerkrankungen wie Asthma und Allergien sowie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen oder andererseits bei gesundheitlichen Befunden, die durch eine Intervention beeinflusst werden können.

Seit dem Jahr 2001 entwickelten sich die Arbeitsanweisungen für die kinder- und jugendärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein. Der Schwerpunkt der Befunde Verhalten, Kommunikation, chronische Erkrankung, Koordination wurden spezifiziert und standardisiert (Einführung von Screeningverfahren). Der medizinischen Befunderhebung wurden soziodemografische Erhebungen (Sozialdatenfragebogen für die Eltern) zur Seite gestellt, die Empfehlung zur Einschulung den gesetzlichen Veränderungen angepasst und die Versorgung der Kinder mit Intervention und Maßnahmen vor Schuleintritt (KiTa, Heilmittel, Vorsorgeuntersuchung, Impfungen) im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung erhoben und dokumentiert.

Das Ergebnis dieser kontinuierlichen Anpassung ist im Handbuch „Kurzfassung auf einen Blick“ zusammengefasst. Die Form der losen Blattsammlung ermöglicht es, Anpassungen an veränderte Rahmenbedingungen zeitnah vorzunehmen.

### **XI.7.2 Soziodemographischer Daten**

Seit dem Jahr 2002 wird den Eltern ein landeseinheitlicher Fragebogen zur Einschulung vorgelegt, der neben medizinischen Angaben (Geburtsgewicht, durchgemachte Infektionskrankheiten, Krankenhausaufenthalte usw.) auch Angaben zum Schulabschluss der Eltern und deren Herkunft enthält, sowie die in den ersten Lebensjahren vorrangig gesprochene Muttersprache und die Anzahl der in der Familie lebenden Kinder.

#### **XI.7.2.1 Geb. Datum standard**

Angabe des Geburtsmonats und -jahrs des einzuschulenden Kindes ohne den Tag.

- Einteilung Kann-Kind und Pflichteinschulung
- Auswertung nach Kromeyer-Hausschild

#### **XI.7.2.2 Geschlecht standard**

M männlich

W weiblich

- Auswertung nach Kromeyer-Hausschild
- Geschlechtergetrennte Auswertungen der Befunde, Empfehlungen, usw.

#### **XI.7.2.3 Geburtsgewicht standard**

Geburtsgewicht, falls angegeben

#### **XI.7.2.4 Größe standard**

am Tag der Untersuchung erhobene Größe

- Auswertung nach Kromeyer-Hausschild

#### **XI.7.2.5 Gewicht standard**

Am Tag der Untersuchung erhobenes Gewicht, gewogen wird in Unterwäsche, wird Standard nicht eingehalten mit O dokumentieren

- Auswertung nach Kromeyer-Hausschild

#### **XI.7.2.6 BMI**

Wird automatisch berechnet (EDV) aus Größe und Gewicht.

- Auswertung nach Kromeyer-Hausschild

### **XI.7.2.7 Herkunftsland Mutter/Vater Standard**

Wird aus dem Elternfragebogen entnommen, laut entsprechender Länderliste nummerieren, bei unbekanntem Herkunftsland oder bei fehlender Angabe O eintragen.

- 1 Deutschland
- 2 Türkei
- 3 EU und Mittel- und Nordeuropa
- 4 Balkan und Südeuropa (nicht EU)
- 5 Osteuropa und ehemaliger Ostblock
- 6 USA, Kanada, Australien und Neuseeland
- 7 Mittel- und Südamerika
- 8 Arabien und Nordafrika
- 9 Asien
- 10 Schwarzafrika (Subsahara)
- 11 Ozeanien und andere

Durch die nach Länderliste dokumentierten Geburtsländer (Herkunftsland) der Eltern wird der familiäre Migrationsbiografie festgelegt, beide Eltern, ein Elternteil und kein Elternteil in Deutschland geboren. Bei Nicht-Angabe des Herkunftslandes eines Elternteiles wird das gleiche Land des anderen Elternteiles angenommen.

Migrationsbiografie getrennte Auswertungen der Befunde, Empfehlungen, usw.

### **XI.7.2.8 Muttersprache Standard**

Frage im Elternfragebogen: Welche Sprache(n) wurde(n) mit dem Kind in den ersten 4 Lebensjahren überwiegend gesprochen.

- 1 deutsch
- 2 nicht deutsch
- 3 Zweisprachigkeit

Auswertungen der Sprachbefunde

### **XI.7.2.9 Schulabschluss Mutter/Vater Standard**

- 0 keine Angabe oder nicht erfragt
- 1 kein Schulabschluss
- 2 Förderschule
- 3 Hauptschule
- 4 Realschule
- 5 Gymnasium/Fachgymnasium

Aus den erhobenen Angaben zum Schulabschluss Mutter und des Vaters wird der Bildungsstand der Familie kombiniert. Bei Nicht-Angabe des Abschlusses eines Elternteiles wird der gleiche Abschluss des anderen Elternteiles angenommen.

**Tabelle 42 Einteilung des Bildungsstandes der Familie nach Schulabschluss der Eltern**

		Vater				
		kein Schulabschluss	Förderschule	Hauptschule	Realschule	Gymnasium/ Fachgymnasium
Mutter	kein Schulabschluss	kein schulischer	sehr niedriger	sehr niedriger	niedriger	niedriger
	Förderschule	sehr niedriger	sehr niedriger	niedriger	niedriger	mittlerer
	Hauptschule	sehr niedriger	niedriger	niedriger	mittlerer	mittlerer
	Realschule	niedriger	niedriger	mittlerer	mittlerer	hoher
	Gymnasium/ Fachgymnasium	niedriger	mittlerer	mittlerer	hoher	hoher

Legende:

Kombination

Beispiel

kein schulischer Abschluss	Mutter und Vater haben keinen Schulabschluss
sehr niedriger	Die Mutter hat einen Hauptschulabschluss und der Vater keinen schulischen Abschluss
niedriger	Der Vater hat einen gymnasialen Schulabschluss und die Mutter keinen schulischen Abschluss
Mittlerer	Beide Eltern haben den Realschulabschluss
Hoher	Die Mutter besitzt einen gymnasialen Abschluss und der Vater den Realschulabschluss

Bildungsstand getrennte Auswertungen der Befunde, Empfehlungen, usw.

#### **XI.7.2.10 Erziehung Standard**

- 1 beide leibliche Eltern
- 2 Alleinerziehende/r
- 3 Elternteil mit Partner
- 4 Großeltern, Pflegeeltern, Adoptiveltern, Heim oder andere

Einschätzung der Befunde, Empfehlungen, usw.

#### **XI.7.2.11 Anzahl der in der Familie lebenden Kinder Standard**

Anzahl der in der Familie lebenden Kinder (Geschwister, Stiefgeschwister usw.) einschließlich des untersuchten Kindes.

- 1 Einzelkind
- 2 1 Geschwisterkind etc.

Einschätzung der Befunde, Empfehlungen, usw.

### **XI.7.3 Medizinischen Befunde**

#### **XI.7.3.1 Herabsetzung des Sehvermögens Standard**

Definition: Kinder ab 5 Jahren, die bei der Prüfung der Sehschärfe mittels Fernvisustest (monokular rechts und links geprüft) kleiner Visus 0,7 aufweisen (Bewertung siehe ABDX) und Kinder, die bei der Inspektion oder bei der Überprüfung mit dem Stereo-Test einen Schiefehler aufweisen.

Dokumentiert werden die Ergebnisse des Sehtestes (Sehstörungen und Schielen). Bei Brillenträgern erfolgt der Sehtest mit Brille.

- A Arztüberweisung bei Visus <07 und/oder auffälligem Stereotest.
- B bei Befund, der in Behandlung ist und keiner weiteren Überweisung bedarf, auch bei bestmöglicher Brillenversorgung.
- X bei Visus 0,7 (es bleibt dem Untersucher unbenommen trotzdem eine Arztüberweisung auszustellen, nur die Markierung darf dann nicht mit A erfolgen)
- D Blinde, bzw. Sehvermögen schlechter als 0,3 (bereits festgestellt)

### **XI.7.3.2 Hörschwäche standard**

Definition: Kinder, die bei der Untersuchung mit einem Audiometer unter Benutzung von Kopfhörern mit Schallschutzkappen bei einer Lautstärke von 30 dB mindestens zwei der sechs geprüften Frequenzen auf einem Ohr oder beiden Ohren nicht wahrnehmen.

- A liegt ein Befund vor, bei dem erstmals oder erneut eine Arztüberweisung veranlasst werden muss.
- B liegt ein Befund vor, dessen Behandlung ausreichend durchgeführt wird oder bereits eingeleitet ist.
- X ohrenärztlich nachgewiesene, nicht mehr behandlungsbedürftige oder- fähige Befunde, die nicht unter D fallen – auch einseitige Taubheit, wenn Kommunikation über Sprache unauffällig ist.
- D Kinder, die gehörlos sind oder denen eine sprachliche Verständigung über das Gehör nur mit Hörhilfen möglich ist.

### **XI.7.3.3 Atopische Erkrankungen**

#### ***XI.7.3.3.1 Allergien (allergische Rhinitis) Standard***

Definition: Kinder, bei denen die Diagnose bereits durch Allergietestung abgesichert ist oder bei denen wiederholt ein seröser Schnupfen aufgetreten ist und/oder begleitende Konjunktivitis.

Zur Anwendung kommt der anamnestische Screeningfragebogen nach ISAAC, der von den Eltern beantwortet wird. Nahrungsmittel und Kontaktallergien werden für Dokumentation nicht erfasst. Ein Befund wird markiert, wenn folgendes zutrifft und /oder die Anamnese eindeutig ist:

Hatte Ihr Kind jemals Heuschnupfen?

Ja  Nein

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten gleichzeitig mit Niesanfällen eine laufende, verstopfte oder juckende Nase und/oder tränende Augen, obwohl es nicht erkältet war?

Ja  Nein

- A Bei Beeinträchtigung des Befindens und der Leistungsfähigkeit, sofern noch keine Diagnostik und Behandlung erfolgte.
- B Diagnostik (Allergie-Test) oder Behandlung (Symptomatisch oder Hyposensibilisierung) ist bereits eingeleitet oder wird durchgeführt.
- X bei anamnestischen Angaben oder bei geringfügiger Symptomatik.
- D entfällt.

### **XI.7.3.3.2 Asthma bronchiale Standard**

Definition: Kinder, die in den letzten 12 Monaten mindestens einen Asthmaanfall hatten und bei denen schon früher die Diagnose „Asthma bronchiale“ gestellt wurde, oder Kinder, die in den letzten 12 Monaten mindestens einen Asthmaanfall hatten und bei denen mindestens zwei der folgenden Symptome vorliegen: Faßförmiger Thorax, auskultatorisch Giemen, Pfeifen, Brummen, erschwertes Expirium.

Bei bestehendem Asthma muss auch oft an andere allergische Krankheiten gedacht werden, die häufig kombiniert oder abwechselnd auftreten z.B. allergische Rhinitis und Ekzem.

Zur Anwendung kommt der anamnestische Screeningfragebogen nach ISAAC, der von den Eltern beantwortet wird. Die Befunderfassung erfolgt nach ISAAC-Fragen, Anamnese und/oder akuter Symptomatik.

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten während oder nach körperlicher Anstrengung pfeifende oder fiepende Atemgeräusche im Brustkorb?

Ja

Nein

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten nachts einen trockenen Reizhusten, ohne dass eine Erkältung oder Infektion vorlag?

Ja

Nein

Hatte Ihr Kind jemals Asthma?

Ja

Nein

A bei Arztüberweisung.

B in Behandlung (durchgeführt oder eingeleitet).

X nur selten auftretende Anfälle, derzeit keine Beeinträchtigung von Befinden und Leistungsfähigkeit oder bei anamnestischen Angaben.

D ständige Anfallsbereitschaft oder nachgewiesene erhebliche Leistungsminderung infolge respiratorischer Insuffizienz.

### **XI.7.3.3.3 Ekzem (atopische Dermatitis) Standard**

Definition: Kinder, die schon mindestens zweimal vorwiegend in den Gelenkbeugen einen langandauernden juckenden Hautausschlag hatten oder Kinder, bei denen während der Untersuchung ein Ekzem festgestellt wird.

Mit Definition „Ekzem“ sollen auch diejenigen Kinder erfasst werden, die zum Ekzem neigen (Neurodermitis, Dermatitis atopica). Ein nicht rezidivierendes Ekzem in der Vorgeschichte lässt dagegen erwarten, dass auch zukünftig kein Rückfall erfolgt. Kontakt-Ekzeme (z.B. durch Chrom, Nickel, Chemikalien) sind unter sonstige Hauterkrankungen zu dokumentieren (diese gehören nicht zur Standarddokumentation).

Zur Anwendung wird der Screeningfragebogen nach ISAAC von den Eltern ausgefüllt. Die Befunderfassung erfolgt nach eindeutigen anamnestischen Angaben und den Screening-Frage nach ISAAC

Hatte Ihr Kind irgendwann einmal einen juckenden Hautausschlag in den Ellenbeugen oder Kniekehlen, an den Hand- und Fußgelenken, im Gesicht oder am Hals, der stärker oder schwächer über mindestens 6 Monate auftrat

Ja

Nein

- A bei Arztüberweisung.
- B in Behandlung (durchgeführt oder eingeleitet).
- X bei geringfügiger Symptomatik oder bei anamnestischen Angaben.
- D chronische Formen mit erheblichen manifesten oder häufig rezidivierenden Hautveränderungen.

### **XI.7.3.4 Motorik und Koordination**

#### ***XI.7.3.4.1 Grobmotorische Koordinationsstörungen Standard***

Definition: Kinder, die Auffälligkeiten in zwei von drei der folgenden Versuche (3 standardisierte Items) erkennen lassen:

**Seitliches Hin- und Herspringen:** mit beiden Beinen gleichzeitig so schnell wie möglich innerhalb von 10 Sekunden über einen Streifen, der zwei Quadrate 50 cm x 50 cm voneinander trennt.

auffällig 0-6 Sprünge  
grenzwertig 7-8 Sprünge  
unauffällig ab 9 Sprüngen

#### **Einbeinstand:**

auffällig unter 7 Sekunden auf dem schwächeren Bein

#### **Einbeinhüpfen auf der Stelle:**

auffällig unter 9 Hüpfen auf dem schwächeren Bein

- A bei Arztüberweisung.
- B in Behandlung
- X wenn zwei der drei Übungen auffällig sind und kein Arztüberweisung erfolgt.

Weitere Tests bleiben unbenommen, gehören aber nicht zum Standard.

#### ***XI.7.3.4.2 Haltungsschwäche Standard***

Definition: Kinder, bei denen nach der Aufforderung sich aufzurichten, beim Vorhalten der gestreckten Arme innerhalb von 30 Sekunden infolge Rückverlagerung des Oberkörpers und/oder Vorverlagerung des Beckens das Lot vom Scheitelpunkt der Kyphose das Gesäß nicht tangiert.

B liegt ein Befund vor, dessen Behandlung ausreichend durchgeführt wird oder bereits eingeleitet ist.

X liegt ein Befund vor, der nicht behandlungsbedürftig ist

D entfällt.

#### ***XI.7.3.4.3 Skoliotische Fehlhaltung Standard***

**Definition:** Kinder, die bei aufrechter Haltung, gestreckten Kniegelenken und parallel nebeneinander stehenden Füßen eine seitliche Abweichung der Dornfortsätze oder eine Asymmetrie der Taillendreiecke oder einen einseitigen Schulterblatthochstand zeigen und die beim Vorwärtsbeugen mit senkrecht herabhängenden, im Ellenbogen gestreckten

Armen bei gefalteten Händen einen Lendenwulst oder einen Rippenbuckel erkennen lassen.

Als Skoliose gilt eine „fixierte seitliche Verbiegung der Wirbelsäule mit Torsion“. Es muss also sowohl eine seitliche Abweichung der Wirbelsäule als auch ein Rippenbuckel bzw. Lendenwulst vorliegen. Abzugrenzen ist die durch Beinlängendifferenz bedingte skoliotische Fehlhaltung. Diese ist zwar mit Schulterasymmetrie und Beckenschiefstand verbunden, es fehlen jedoch Rippenbuckel oder Lendenwulst. Die Fehlhaltung verschwindet vollständig bei Beinlängenausgleich (z.B. Unterlegen von Brettchen) oder bei Vorbeugen im Sitzen.

A bei Arztüberweisung

B liegt ein Befund vor, dessen Behandlung ausreichend durchgeführt wird oder bereits eingeleitet ist.

D und X entfällt bei Einschulungskindern.

### **XI.7.3.5 Chronische Erkrankungen**

#### ***XI.7.3.5.1 Chronische Erkrankung Standard***

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 ( $\leq 4$  mal/Jahr) oder Aufenthalte in Krankenhaus ( $\geq 1$  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.

Kodierung: 0 = nein      1 = ja      2 = keine Angabe

Hinweis: Sofern ein eigenes Dokumentationsfeld vorhanden ist (standard) wird zusätzlich zu chronischen Erkrankungen, auch in diesem dokumentieren, z.B. Diabetes mellitus, Asthma bronchiale, Körperbehinderung, Sehbehinderung, Hörbehinderung etc..

#### **XI.7.3.5.2 Diabetes Standard**

Definition: Kinder bei denen die Diagnose Diabetes mellitus gesichert ist oder bei Kindern, bei denen mittels Teststreifen eine Zuckerausscheidung im Urin festgestellt wird.

- A bei Arztüberweisung (z.B. bei Zweifeln an einer optimalen Einstellung)
- B bei gut eingestellter Behandlung
- X entfällt
- D wie festgelegt

#### **XI.7.3.5.3 Zerebrales Anfallsleiden Standard**

Definition: Kinder, die schon einmal zerebrale Krampfanfälle (nicht Fieberkrämpfe) hatten und denen aufgrund einer EEG-Diagnose (mindestens bis vor 2 Jahren) Medikamente verordnet wurden.

- A bei Arztüberweisung
- B in Behandlung, Kinder die zum Zeitpunkt der Untersuchung Medikamente erhalten
- X bis zu 2 Jahren nach Beendigung der Therapie
- D schwere Anfallsleiden (im Allgemeinen mit Förderschulbedürftigkeit)

#### **XI.7.3.5.4 Körperbehinderung Standard**

Definition: Kinder, deren Bewegungsfähigkeit durch Beeinträchtigung des Stütz- und Bewegungssystems in erheblichem Umfang eingeschränkt ist.

- D hier ist definitionsgemäß nur mit D zu markieren

#### **XI.7.3.6 Verhaltensauffälligkeiten Standard**

**Definition:** Als Verhaltensauffälligkeiten sollen nach Bielefelder Modell die nachfolgend genannten Symptome nur dann zählen, wenn sie zu einer sozialen Belastung führen, d. h. zu einer spürbaren Beeinträchtigung des Kindes oder seines sozialen Umfeldes.

Die überarbeitete Bielefelder Definition beschreibt Verhaltensauffälligkeit in folgender Form:

Kinder, mit **emotionaler Störung**, bei denen mindestens zwei der folgenden Symptome vorliegen:

Übertriebene Ängstlichkeit, starke Gehemmtheit, Neigung zu Verstimmungen, übertriebene Eifersucht, Rivalitätsprobleme

oder Kinder mit **hyperkinetischer Störung**, bei denen mindestens zwei der Symptome vorliegen:

motorische Unruhe, leichte Ablenkbarkeit, mangelnde Ausdauer

oder Kinder mit **Problemen mit Gleichaltrigen** bei denen mindestens zwei der folgenden Symptome vorliegen:

mangelnde Einordnungsfähigkeit in eine Gruppe, Verhaltensauffälligkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen

oder Kinder mit **sozialer Störung**, bei denen mindestens zwei der folgenden Symptome vorliegen:

Aggressivität, Überschreitung sozialer Regeln, schlechte Lenkbarkeit

oder Kinder, bei denen mindestens eine der folgenden **speziellen Verhaltensauffälligkeiten** vorliegt:

Enuresis, Enkopresis, erheblicher Tic.

Der Screeningfragebogen SDQ ist standardisiert, validiert und wurde bundesweit im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) verwendet. Er wird von Eltern beantwortet und ist wenig aufwändig. Erfasst werden die im Folgenden genannten Bereiche 1 bis 4 (Subskalen) in drei Ausprägungen (zutreffend – teilweise zutreffend – eindeutig zutreffend), d. h. zu jeder Subskala werden mehrere Fragen an die Eltern gestellt. Jede Ausprägung erhält einen bestimmten Punktwert. Diese Punkte werden jeweils für die nachfolgenden Bereiche (1 bis 4) summiert. Jede Subskalensumme besitzt statistisch ermittelte und festgelegte Cut-Off-Werte für auffällig, für grenzwertig und für normal.

„Emotionale Probleme“ erfasst Ängste und depressive Stimmungen und enthält die Items „sich Sorgen machen“, „unglücklich oder niedergeschlagen sein“, „Ängste haben“, „Kopf- und Bauchschmerzen haben“, „nervös werden und das Selbstvertrauen verlieren“.

Merkmale von Hyperaktivität werden im SDQ mit 5 Fragen, die die Symptome motorischer Unruhe, Impulsivität und Aufmerksamkeitsdefizite umfassen erfragt „ist unruhig“, „ständig zappelig“, „leicht ablenkbar“, „denkt nach“, „Aufgaben zu Ende führen“. *„Bei der Bewertung der Ergebnisse ist zu beachten, dass der SDQ keine Diagnose einer Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) stellt. Für eine klinische Diagnose von ADHS ist eine umfangreiche Diagnostik erforderlich. An dieser Stelle werden lediglich Merkmale dieser Störung beschrieben, d.h. der Anteil der als auffällig klassifizierten Kinder und Jugendlichen kann nicht als Prävalenzschätzung für ADHS gewertet werden.“*<sup>38</sup>

Probleme mit Gleichaltrigen bzw. Verhaltensauffälligkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen werden im SDQ mit den Items „meistens für sich alleine sein“, „einen guten Freund haben“, „bei Gleichaltrigen beliebt sein“, „gehänselt werden“, „gut mit Erwachsenen auskommen“ erfasst.

Soziale Probleme als dissoziales und deviantes Verhalten werden mit den Items „leicht wütend werden“, „tun, was einem gesagt wird“, „sich häufig schlagen“, „lügen oder mogeln“, „Dinge nehmen, die einem nicht gehören“ erfasst.

Dieses standardisierte Screeningverfahren (SDQ) als Grundlage für das Gespräch mit den Eltern wird durch den Schularzt genutzt und dieser kann aufgrund der Angaben gezielt auf Verhaltensprobleme eingehen. Eine Übermittlung der Punktrohwerte der einzelnen Subskalen an die Datenauswertungsstelle erfolgt in Schleswig-Holstein nicht, da zurzeit die aktuelle Software dies nicht ermöglicht. Die vier Einzelskalen werden mittels

---

38 H. Höllinger, M. Erhart, U. Ravens-Sieberer, R. Schlaud: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS), Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2007 50:S. 788.

Schablonen durch den KJÄD ausgewertet. Die abschließende Beurteilung erfolgt durch den Arzt aufgrund der Ergebnisse des Elternfragebogens, der erhobenen Anamnese, der Angaben der Erzieher und der eigenen Befundung. Da keine Rohwert Übermittlung erfolgt, sind Vergleiche mit den bundesweiten Surveys nicht möglich.

Die Ergebnisse der Subskalen, der Anamnese und der Beobachtung des Kindes während der Untersuchung werden durch die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste in einem gemeinsamem Item „Verhaltensauffälligkeit“ (Befundfeld 50) in der Regelkodierung A, B und X festgehalten. Der A-Befund kennzeichnet einen vorliegenden Befund, der erstmals oder erneut einer Arztüberweisung bedarf. Der B-Befund bedeutet einen vorliegenden Befund, dessen Behandlung ausreichend durchgeführt wird oder bereits eingeleitet ist, und der X-Befund ist ein vorliegender Befund, der unbehandelt ist und keine Arztüberweisung erfordert oder der durch Diagnostik abgesichert ist und nicht (mehr) behandlungsbedürftig- oder fähig ist. Die ärztliche Anamnese und die Beobachtung des Kindes während der Untersuchung sind an die Definition des Bielefelder-Modells angelehnt. Zusätzlich werden spezielle Verhaltensauffälligkeiten wie Enuresis (Einnässen), Enkopresis (Einkoten) und erhebliche Tics (kurze und unwillkürliche, regelmäßig oder unregelmäßig wiederkehrende motorische Kontraktion einzelner Muskeln oder Muskelgruppen) mittels Zusatzfragen aus dem Mannheimer Elternfragebogen ermittelt, gesondert dokumentiert und gehen ebenfalls in das gemeinsame Item „Verhaltensauffälligkeit“ ein.

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 grenzwertig oder nicht behandlungsbedürftig

In Schleswig-Holstein nutzen folgende Kreise und kreisfreien Städte den SDQ: Flensburg, Kiel, Herzogtum Lauenburg, Nordfriesland, Ostholstein, Pinneberg, Rendsburg-Eckernförde und Schleswig-Flensburg.

### **XI.7.3.7 Sprachauffälligkeiten Standard**

Nach Bielefelder Definition und damit im Kern nach der Klassifikation der ICD-10 für Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache orientiert sich stärker an der Ursache (Ätiologie) als an den Beschwerden (Symptomen) einer Störung. Auch lässt sich das Vorliegen einer Sprachentwicklungsstörung bei zwei- oder mehrsprachig aufwachsenden Kindern häufig schwer von einer erwerbsbedingten Sprachschwierigkeit abgrenzen bzw. differenzieren. Seit der Untersuchungswelle 2006/07 werden aus diesem Grund die Deutschkenntnisse der Kinder durch den KJÄD beurteilt, die Sprech- und Sprachauffälligkeit erfolgt anhand der Bielefelder Dokumentation und einer differenzierten Erhebung von Auffälligkeiten der Artikulation, der expressiven Sprache und auditiven Informationsverarbeitung. Die nachfolgende Gliederung fasst das Vorgehen zusammen:

Die Beurteilung der Sprachkompetenz in der Unterrichtssprache „Deutsch“ bei **allen** Schulanfängern (S1) erfolgt nach Dokumentationsanpassung durch die Arbeitsgruppe „AG SGU“ und nachfolgender Zustimmung durch den Arbeitskreis aller Kinder- und Jugendärztlichen Dienste (2005) nach folgendem Schema:

**nicht sprachkompetent** in der Unterrichtssprache:

- Das Kind spricht nicht Deutsch/das Kind hat keinen deutschen Wortschatz
- Das Kind spricht radebrechend Deutsch/das Kind hat einen primitiven deutschen Wortschatz
- Das Kind spricht flüssig Deutsch, aber mit erheblichen Fehlern /Grammatik, Artikel, Konjunktion, Deklination fehlen

**sprachkompetent** in der Unterrichtssprache:

- Das Kind spricht gut Deutsch, aber mit Akzent/das Kind beherrscht die Grammatik mit kleinen Fehlern
- Das Kind spricht akzentfrei deutsch/das Kind beherrscht die Grammatik.

Bei Kindern mit Migrationsbiografie, d.h. mindestens ein Elternteil ist nicht in Deutschland geboren worden, werden Auffälligkeiten der Sprachentwicklung erst dokumentiert, wenn diese Kinder gut, sehr gut bzw. akzentfrei deutsch sprechen.

Bielefelder Definition zu Sprech- und Sprachauffälligkeiten (Befundfeld 53)

<i>Bezeichnung</i>	<i>Bedeutung</i>
A	Es liegt ein Befund vor, der erstmals einer Arztüberweisung bedarf oder bei dem erneut eine Arztüberweisung veranlasst werden muss. Definition: Kinder, bei denen mindestens eine der folgenden „Störungen“ vorliegt: Stottern, Poltern, Sprachentwicklungsauffälligkeit („-störung“), Dysgrammatismus, Stammeln, Sigmatismus lateralis. Arztüberweisung, auch zur Verordnung von Logopädie
B	Kind befindet sich in ärztlicher Behandlung oder Sprachtherapie (Logopädie) oder Sprachförderung in der KiTa
D	Entfällt
X	Pädagogische Sprachförderung wird empfohlen.
0	Die Untersuchung konnte nicht oder nicht standardisiert durchgeführt werden.
Leer	Kein Befund

Bei allen Sprachstörungen ist eine Einschränkung des Hörvermögens auszuschließen. Auf Zahn- und Kieferanomalien sowie auf Störungen im HNO-Bereich ist zu achten.

Seit 2005 erfolgt die differenzierte Erfassung von Auffälligkeiten der Artikulation, der expressiven Sprache (Wortschatz, Satzlänge, Grammatik, Satzstellung) und der auditiven Informationsverarbeitung (Nachsprechen von 4-silbigen Pseudowörtern, Ergänzungen von Wörtern, Nachsprechen von Sätzen).

**XI.7.3.8 Körpergewicht**

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 2000<sup>39</sup>. Der BMI ist der Quotient aus Körpergewicht in Kilogramm dividiert durch das Quadrat der Körpergröße in Metern ( $BMI = \text{kg/m}^2$ ). 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.<sup>40</sup>

Es wurden die BMI-Werte mit den Perzentilen nach Kromeyer-Hausschild (Referenzwerte) für jedes Kind nach Alter und Geschlecht verglichen. 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 wieder, die Präventionsleistungen für übergewichtige Kinder im Settingansatz mitfinanzieren, für adipöse Kinder aber individuelle Rehabilitationsmaßnahmen nach §43 SGB V gewähren.

Analog zur Adipositas ist das Verfahren bei untergewichtigen (zwischen 3. und 10. Perzentile) und extrem untergewichtigen (unter 3. Perzentile) Kindern. Auch hier wurden die BMI-Werte mit den Perzentilen nach Kromeyer-Hausschild (Referenzwerte) für jedes Kind nach Alter und Geschlecht verglichen.

#### **XI.7.4 Schulärztlichen Empfehlungen**

Definition von Pflichteinschülern und Kann-Kindern:

- Stichtag der Einschulung ist der 30. Juni. Kinder, die bis zu diesem Termin 6 Jahre alt sind bzw. werden, sind schulpflichtig (Pflichteinschüler)
- Kinder, die nach dem 30. Juni geboren sind, können auf Antrag der Eltern eingeschult werden. Man bezeichnet sie als Kann-Kinder.

Zu den schulärztlichen Aufgaben gehören die Mitwirkung bei der Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs (§ 21 Abs. 2 und 3 SchulG), sowie bei der Entscheidung zur vorzeitigen Einschulung bei Kann-Kindern (§ 22 Abs. 3 SchulG) und bei einer Beurlaubung zu Beginn des Schulbesuchs aus gesundheitlichen Gründen (§ 15 SchulG).<sup>41</sup>

---

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

40 B.-M.M. Kurth, A. Schaffrath Rosario: 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.

41 <http://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/jportal/?quelle=jlink&query=SchulG+SH+%C2%A7+1&psml=bssshoprod.psml&max=true>  
[Stand: 19.08.2012]

Mögliche Empfehlungen lauten:

- Einschulung, d.h. aus schulärztlicher Sicht ist das untersuchte Kind schulfähig
- Einschulung 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
- Einschulung mit hohem Förderbedarf, d.h. aus schulärztlicher Sicht ist das Kind in der Lage, mit einer sonderpädagogischen Förderung, die den Besuch der Grundschule begleitet, der Schulpflicht nachzukommen
- Nichteinschulung (Beurlaubung) eines schulpflichtigen Kindes
- Nichteinschulung eines Kann-Kindes.

Die Kultusministerkonferenz aus dem Jahr 1994 hat „...im Rahmen ihrer Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung in den Schulen festgestellt, dass die Bildung für [Menschen mit Behinderung] [...] zunehmend von der Zusammenarbeit aller Schulen abhängt und dass die Sonderpädagogik als notwendige Ergänzung der allgemeinen Pädagogik verstanden werden muss.“<sup>42</sup> (Meijer 1999)

„Sonderpädagogischer Förderbedarf ist bei Kindern und Jugendlichen anzunehmen, die in ihren Bildungs-, Entwicklungs- und Lernmöglichkeiten so beeinträchtigt sind, dass sie im Unterricht der allgemeinen Schule ohne sonderpädagogische Unterstützung nicht hinreichend gefördert werden können. Dabei können auch therapeutische und soziale Hilfen weiterer außerschulischer Maßnahmeträger notwendig sein.“ (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 06.05.1994).

Die sonderpädagogische Förderung erfolgt nach Art der Beeinträchtigung in einem oder mehreren Förderschwerpunkten nach § 45 Abs. 2 SchulG (Förderschwerpunkt Lernen, Sprache, emotionale und soziale Entwicklung, geistige Entwicklung, körperliche Entwicklung, Hören, Sehen, Autismus und chronisch kranke Kinder). Diese Einteilung rührt aus den KMK-Empfehlungen zur pädagogischen Förderung gemäß Kultusministerkonferenzen (KMK) von 1994 bis 2000. Diese verabschiedeten Empfehlungen der Kultusministerkonferenz zu den einzelnen Schwerpunkten sonderpädagogischer Förderung gelten vorerst ergänzend weiter, soweit diese den im Beschluss vom 20.10.2011 getroffenen Aussagen und Empfehlungen zur inklusiven Bildung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Schulen nicht widersprechen.

Der KMK-Beschluss hat auf die Einschulungs- und Förderpraxis in Schleswig-Holstein in dieser Erhebungswelle (Schuljahr 2011/12) nur mittelbaren Einfluss.

„Die Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung von 1994 haben in allen Ländern Weiterentwicklungen bewirkt. Das Subsidiaritätsprinzip der Sonderpädagogik und ein Verständnis von sonderpädagogischer Förderung, die dem einzelnen Kind bzw. dem einzelnen Jugendlichen verpflichtet ist, haben zu einer Vielfalt von Förderorten und Organisationsformen sonderpädagogischer Förderung geführt. Die qualitative und quantitative Ausweitung der

---

42 Finanzierung der sonderpädagogischen Förderung, Eine Studie über den Zusammenhang zwischen Finanzierung und sonderpädagogischer bzw. integrativer Förderung in 17 europäischen Ländern, Cor J.W. KMeijer (Hrsg.), European Agency of Development in Special Needs Education, Middelfart, Dänemark 1999, S. 95.

inklusive Bildungsangebote ist ein Schwerpunkt sonderpädagogischen Handelns und aller an diesem Prozess Beteiligten.

In allen Ländern wurden Verfahren zur Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs als Grundlage der individuellen Förderung entwickelt. Sonder- und Förderschulen wurden in vielen Ländern zu Förderzentren<sup>43</sup> als Bildungs-, Beratungs- oder Kompetenzzentren ausgebaut. Vor diesem Hintergrund ist sonderpädagogisches Handeln in den Gesamtzusammenhang pädagogischer und gesellschaftlicher Entwicklungen zu stellen und der damit verbundene Perspektivwechsel zum inklusiven Unterricht zu vollziehen. Die Qualität der sonderpädagogischen Förderung in diesem Unterricht ist im Interesse der Kinder und Jugendlichen zu sichern und weiterzuentwickeln.

Menschen mit Behinderungen gehören selbstverständlich zu einer Gesellschaft, die die gleichberechtigte Teilhabe, Selbstbestimmung und Entfaltung aller anstrebt und verwirklicht. In allen Lebensbereichen haben Menschen mit Behinderungen die gleichen und unveräußerlichen Rechte. Dies gilt auch für die schulische Bildung und bezieht sich auf den gleichberechtigten Zugang zu den Schulen und auf eine die Entwicklung des Einzelnen unterstützende Teilnahme am Unterricht und Teilhabe am Schulleben.

Die volle und wirksame Teilhabe, das Einbeziehen des einzelnen Menschen in die Gesellschaft sind dabei ebenso bedeutsam wie die Wertschätzung der Vielfalt und der Unterschiede menschlichen Seins. Die Annahme von Behinderung ohne Vorbehalte ist gelebter Ausdruck von Menschlichkeit und des Schutzes der unantastbaren Menschenwürde.“ (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 20.10.2011)

Die Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung und die Empfehlungen zu den einzelnen Förderschwerpunkten können unter folgender Internetadresse abgerufen werden:

**<http://www.kmk.org/bildung-schule/allgemeine-bildung/sonderpaedagogische-foerderung.html>** [Stand: 11.04.2013].

Im medizinisch-ärztlichen Rahmen der Schuleingangsuntersuchung untersuchen die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste, ob aus medizinischer Sicht Bedarf an Förderung für das einzuschulende Kind besteht, d.h. wenn aufgrund einer Behinderung, einer Entwicklungsverzögerung oder einer chronischen Krankheit Schüler nur mit besonderer Hilfe am Unterricht der Grundschule teilnehmen können und sonstige Förderung nicht ausreichend ist. Der Bedarf entwickelt sich aus der Summe der Befunde der kinder- und jugendärztlichen Untersuchung, der elterlichen Befragung (z. B. SDQ Screening zum Verhalten) und Testung des Kindes (Sehtest, Hörtest, Motorik und Koordination, Sprache und Sprachentwicklung). Weiterhin fließen bekannte medizinische Befunde, z. B. körperliche Behinderung, geistige Behinderung, Diabetes mellitus, Autismus mit ein.

Seit der Einschulungsuntersuchung 2009/10 wird der Förderbedarf in „hohen“ und „mäßigen“ Umfang differenziert und nach den oben genannten Förderschwerpunkten erfasst. Dies ist notwendig, damit das Kind je nach Art der Beeinträchtigung entsprechend gefördert wird und dadurch erfolgreich am Unterricht teilnehmen kann. Damit wird der KMK Empfehlung Folge geleistet. Die Unterscheidung in Lernförderbedarf,

---

43 In den Ländern gibt es unterschiedliche Bezeichnungen.

Sprachförderbedarf, Förderbedarf im Bereich emotionale und soziale Entwicklung, im Bereich geistige Entwicklung, im Bereich körperlich-motorische Entwicklung, im Bereich Hören und im Bereich Sehen richten sich auch nach den Spezialgebieten der Sonderpädagogen und deren Ausbildungsinhalten. Diese Spezialgebiete berücksichtigen, dass Kinder mit z. B. körperlicher Behinderung anderer Formen der Förderung bedürfen als jene Kinder mit geistiger Behinderung.

Die Dokumentation der Schulfähigkeit erfolgt über 4 Einzelitems und 4 ergänzende Variablen für die Förderschwerpunkte:

1. Nichteinschulung, d.h. wenn aus schulärztlicher Sicht eine Beurlaubung empfohlen wird.
2. Ablehnung, d.h. Kann-Kinder, die nicht eingeschult werden sollen.
3. Hoher/sonderpädagogischer Förderbedarf, d.h. wenn aus schulärztlicher Sicht ein hoher = sonderpädagogischer Förderbedarf besteht
4. Förderbedarf, d.h. wenn aus schulärztlicher Sicht ein mäßiger Förderbedarf besteht, der mit den Mitteln der Grundschule bewältigt werden kann.

Bei der Beurteilung des Förderbedarfs (Punkt 3 und 4) können in absteigender Intensität maximal vier Förderschwerpunkte (Lernen (nicht bei mäßigem Förderbedarf), Sprache, emotionale und soziale Entwicklung, geistige Entwicklung, (nicht bei mäßigem Förderbedarf) körperliche Entwicklung, Hören, Sehen (nicht bei mäßigem Förderbedarf), Autismus (nicht bei mäßigem Förderbedarf) und chronisch kranke Kinder) dokumentiert werden.

#### **XI.7.5 Förderung vor der Schule**

Die Förderung vor der Schule beinhaltet die Teilnahme am Früherkennungsuntersuchungen, bisherige und aktuelle Fördermaßnahmen (Heilpädagogik und Heilmittel), Besuch einer Kindertageseinrichtung und die Teilnahme von der ständigen Impfkommision (STIKO) des Robert-Koch-Instituts (RKI) empfohlenen Schutzimpfungen.

Zur Einschulungsuntersuchung sollten die Erziehungsberechtigten sowohl das Impfbuch als auch das Vorsorgeheft (U-Heft) vorlegen. Der KJÄD erfasst/dokumentiert das Vorhandensein der Bücher und überprüft und dokumentiert a) den Impfstatus und die altersgemäße Vollständigkeit der Impfungen, b) dokumentiert die einzelnen U-Untersuchungen (U1 bis U9) und erfragt zusätzlich bei welchem Arzt die U9 durchgeführt wurde (Haus- oder Kinderarzt).

Des Weiteren erfragt der KJÄD bei den Eltern:

- den Besuch einer Kindertageseinrichtung vor Einschulung inklusive der begonnenen Besuchsjahre
- die Inanspruchnahme von heilpädagogischer Förderung, Physiotherapie/Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie und pädagogische Sprachförderung (z.B. auch Sprint und DAZ).

Dokumentiert werden für die Kindertageseinrichtung sowohl der Besuch als auch die begonnenen Besuchsjahre. Die 5 unter Punkt 2 (Inanspruchnahme von heilpädagogischer Förderung usw.) aufgeführten Items werden in nachfolgender Ausprägung dokumentiert:

- findet aktuell statt
- hat früher stattgefunden
- hat früher stattgefunden und wird erneut schulärztlich empfohlen
- wird erstmalig empfohlen.

### **XI.7.5.1 Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern**

Von der Geburt bis zur Volljährigkeit sind eine Reihe von Untersuchungen zur Früherkennung und Vorsorge auf Kosten der Krankenkassen vorgesehen (§26 SGB V). In den ersten sechs Lebensjahren stehen insgesamt zehn Untersuchungen auf dem Programm, in denen Sinnes-, Atmungs- und Verdauungsorgane sowie Zähne, Kiefer, Mund, Skelett und Muskulatur und angeborene Stoffwechselstörungen untersucht sowie mögliche Entwicklungs- und Verhaltensstörungen festgestellt werden können (Kinderrichtlinien, G-BA) Eltern erhalten nach der Geburt ein Gesundheitsheft (Vorsorgeheft), in dem alle wichtigen Untersuchungen aufgelistet sind.<sup>44</sup>

### **XI.7.5.2 Schutzimpfungen**

„Seit dem 1. April 2007 sind Schutzimpfungen Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Zuvor waren sie freiwillige Satzungsleistungen der Krankenkassen.

Grundsätzliche Voraussetzung für die Aufnahme einer Schutzimpfung in den Leistungskatalog der GKV ist zunächst eine Empfehlung der beim Robert Koch-Institut (RKI) in Berlin ansässigen Ständigen Impfkommission (STIKO). Sie wird von Experten gebildet, die das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beruft. Die STIKO tritt in der Regel zweimal im Jahr zusammen, um insbesondere Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen für Deutschland zu erarbeiten und Vorgaben zur spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten beim Menschen zu erstellen.

Auf Basis dieser Empfehlungen der STIKO zur Durchführung von Schutzimpfungen legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Einzelheiten zur Leistungspflicht der GKV fest. Mit besonderer Begründung kann der G-BA auch von einer Empfehlung der STIKO für eine Schutzimpfung abweichen.

Krankenkassen haben nach wie vor die Möglichkeit, zusätzliche, nicht vom G-BA festgelegte Impfungen als Satzungsleistungen zu übernehmen. ... Generell besteht in Deutschland keine Impfpflicht. Jeder kann selbst entscheiden, ob er sich oder sein Kind impfen lässt. Es wird jedoch allen Eltern geraten, ihre Kinder impfen zu lassen. Denn selbst harmlos erscheinende Kinderkrankheiten können schwerwiegende Komplikationen auslösen, die z.B. das Herz oder das Gehirn angreifen.<sup>45</sup>

Eine vollständige Übersicht mit Hinweisen und Anmerkungen über die von der GKV übernommenen Impfungen finden Sie hier:

<http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/103/> [Stand: 11.04.2013]

### **XI.7.5.3 Kindertageseinrichtungen**

Nach Kindertagesstättengesetz des Landes Schleswig-Holstein (KiTaG) §1<sup>46</sup> umfasst der Begriff Kindertageseinrichtungen

(1) Kindertageseinrichtungen sind sozialpädagogische Einrichtungen, in denen Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr und in begründeten Einzelfällen darüber hinaus ganztags oder für einen Teil des Tages regelmäßig gefördert werden. Zu den Kindertageseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzes gehören Kindertagesstätten und kindergartenähnliche Einrichtungen.

---

44 <http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/kinder/> [Stand: 04.04.2013]

45 <http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/schutzimpfungen/> [Stand: 04.04.2013]

46 <http://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/jportal/?quelle=jlink&query=KTagStG+SH&psml=bsshoprod.psml&max=true> [Stand: 04.04.2013]

(2) Kindertagesstätten sind

1. Krippen für Kinder bis zum vollendeten dritten Lebensjahr,
2. Kindergärten für Kinder vom vollendeten dritten Lebensjahr bis zum Schuleintritt,
3. Horte für schulpflichtige Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr und
4. Kinderhäuser für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr.

(3) Kindergartenähnliche Einrichtungen sind Einrichtungen, die nicht in vollem Umfang den personellen, räumlichen, zeitlichen und organisatorischen Mindestanforderungen für Kindertagesstätten entsprechen.

#### **XI.7.5.4 Heilmittel**

Die Sozialgesetzgebung hat im Zusammenhang mit der gesetzlichen Krankenversicherung den Begriff der Heilmittel in einem speziellen Sinne verwendet und geprägt.

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben neben einem Anspruch auf ärztliche Behandlung u. a. auch Anspruch auf Arznei- und Verbandsmittel (SGB V, §31) und auf die Versorgung mit Heilmitteln (SGB V, §32).

Heilmittel sind in diesem Sinne Maßnahmen (Behandlungen), die durch einen Therapeuten persönlich erbracht werden und die einem der folgenden Therapiebereiche zuzuordnen sind:

- Physikalische Therapie
- Podologische Therapie
- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
- Ergotherapie

Die Verordnung von Heilmitteln wird in der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt. Der GKV-Spitzenverband der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene beschließen zudem Rahmenempfehlungen, die die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln sowie das Verhältnis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu den Leistungserbringern (zum Beispiel Physiotherapeuten) regeln.<sup>47, 48</sup>

#### **XI.7.5.5 Heilpädagogische Förderung**

Ist eine Methode der systematischen Hilfe bei Kindern mit Entwicklungsverzögerungen, Störungen oder Behinderungen in einem oder mehreren Entwicklungsbereichen. Durch ein ausgewogenes Angebot von Förderimpulsen werden im Spiel neue Kenntnisse, Fähigkeiten und sinnvolle Verhaltensweisen geweckt, entwickelt und gefestigt. Kinder werden in ihrer Lernentwicklung, in ihrem sozialen Verhalten sowie in ihrem emotionalen Erleben unterstützt und begleitet.

Die gesetzliche Grundlage für diese spezielle Art der Förderung ist im Sozialgesetzbuch XII, §§ 53-60 verankert. Hier werden die Eingliederungshilfe und die Durchführung von

---

47 <http://www.heilmittelkatalog.de/> [Stand: 04.04.2013]

48 <http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/heilmittel/> [Stand: 04.04.2013]

heilpädagogischen Maßnahmen für behinderte Kinder und Kinder, die von einer Behinderung bedroht sind, geregelt. „Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern.“ (SGB XII, § 53, Abs. 3)

#### **XI.7.5.6 Pädagogische Sprachförderung**

Pädagogische Sprachförderung unterscheidet sich von therapeutischer sprachlicher Förderung. Mögliche **Abgrenzungen der pädagogischen und therapeutischen Sprachförderung** gilt es in Kooperation mit Logopäden und Sprachtherapeuten sorgsam auszuloten. Logopäden bearbeiten sowohl die pädagogische wie auch die therapeutische Seite der sprachlichen Förderung (bei Stimm-, Schluck-, Sprech- und Sprachstörungen). Erzieher bearbeiten mit den Kindern die Entwicklung der altersgerechten sprachlichen Kompetenzen und die Förderung von Deutsch nicht nur als Zweitsprache.

Des Weiteren gibt es spezielle Sprachförderung in den Kindertageseinrichtungen (seit Juli 2007) in allen Kreisen und kreisfreien Städten „für jene Kinder, bei denen bei Aufnahme in die Kindertageseinrichtung ein Sprachförderbedarf festgestellt worden ist.

Bei den Sprachstandseinschätzungen werden die Fachkräfte in den Kindertageseinrichtungen bei Bedarf auch von Sprachheillehrkräften aus den Förderzentren unterstützt. Im Anschluss werden die Kinder in Kleingruppen von drei bis acht Kindern gezielt durch entsprechend fortgebildete Erzieherinnen oder Erzieher oder externe Fachkräfte gefördert. Liegt allerdings eine Sprachstörung vor, nimmt eine Sprachheillehrkraft das Kind in ihre Fördermaßnahme. Die speziellen Sprachfördermaßnahmen sind für Kinder mit und ohne Migrationsbiografie gedacht, die einen unzureichenden Sprachstand haben.“<sup>49</sup>

#### **XI.8 Begriffe**

Zahnärztlicher Dienst: Je nach Organisation der Öffentlichen Gesundheitsdienste auf Kreis- bzw. Stadtebene wird das lokale oder regionale zahnärztliche Team, die Abteilung oder Einheit unterschiedlich bezeichnet. Zur Verwendung in diesem Bericht wird „Zahnärztlicher Dienst“ synonym für den Jugendzahnärztlichen Dienst und die Jugendzahnpflege verwendet.

Schüler: wurde als Sammelbegriff verwendet für Kinder, die in einer öffentlichen oder privaten Schule unterrichtet bzw. beschult wurden. Besuchten diese eine Grundschule, wurden sie als Grundschüler bezeichnet. Kinder, die Schulen besuchten, die nicht Regelschulen entsprechen, werden besonders benannt, z.B. Schüler an Waldorfschulen oder Schüler an Förderzentren.

Zur Unterscheidung der Daten aus dem zahnärztlichen Kapitel und dem kinder- und jugendärztlichen Kapitel bleibt der Begriff Schulanfänger dem kinder- und jugendärztlichen Bericht vorbehalten, der Kinder bezeichnet, die vor Einschulung erstmalig kinder- und jugendärztlich untersucht wurden. Diese sind nach Einschulung Anfänger in einer öffentlichen oder privaten Schule (Waldorfschulen, Schulen der dänischen Minderheit, Schulen kirchlicher Träger, sonstige Schulen in freier Trägerschaft)<sup>50</sup> und werden als

49 [http://www.schleswig-holstein.de/Bildung/DE/Service/Broschueren/Bildung/IntegrativesSprachfoerderkonzept\\_\\_blob=publicationFile.pdf](http://www.schleswig-holstein.de/Bildung/DE/Service/Broschueren/Bildung/IntegrativesSprachfoerderkonzept__blob=publicationFile.pdf) [Stand: 04.04.2013]

50 [http://www.schleswig-holstein.de/Bildung/DE/Schulen/AllgemeinbildendeSchulen/Privatschulen/Privatschulen\\_node.html](http://www.schleswig-holstein.de/Bildung/DE/Schulen/AllgemeinbildendeSchulen/Privatschulen/Privatschulen_node.html) [Stand: 04.04.2013]

Erstklässler bezeichnet. Dieser Terminus Erstklässler bleibt in diesem Bericht dem zahnärztlichen Dienst vorbehalten, dessen Untersuchungen im Schulalltag durchgeführt werden.

Die Grundschule gehört zu den allgemeinbildenden Schulen und ist in Schleswig-Holstein verlässlich, d.h. die Grundschüler werden innerhalb eines festen Zeitrahmens unterrichtet. Er umfasst für die 1. und 2. Klasse mindestens vier Zeitstunden mit einem Unterrichtsangebot von 15 Wochenstunden. Für die 3. und 4. Klasse beträgt dieser Zeitrahmen täglich mindestens fünf Zeitstunden mit 19,5 Wochenstunden. Erst nach Festlegung dieser Stunden für den Unterricht können alle weiteren verfügbaren Stunden für besondere Unterrichtsformen verwendet werden, z.B. zusätzlicher Unterricht, Arbeitsgemeinschaften oder Freizeitangebote.

Schüler sollen unabhängig von dem Vorliegen eines sonderpädagogischen Förderbedarfs gemeinsam unterrichtet werden, soweit es die organisatorischen, personellen und sächlichen Möglichkeiten dies erlauben und es der individuellen Förderung des Schülers entspricht. In Schleswig-Holstein besteht die Möglichkeit sonderpädagogische Förderung in Schulen aller Schularten und in Förderzentren anzubieten.

Schüler haben einen Sonderpädagogischen Förderbedarf, wenn sie aufgrund einer Behinderung, einer Entwicklungsverzögerung oder einer chronischen Krankheit nur mit sonderpädagogischer Hilfe am Unterricht einer Grundschule, einer weiterführenden allgemein bildenden Schule oder einer berufsbildenden Schule teilnehmen können und sonstige Förderung nicht ausreichend ist.

Ihre sonderpädagogische Förderung erfolgt nach Art ihrer Beeinträchtigung in einem oder mehreren Förderschwerpunkten nach § 45 Abs. 2 SchulG (Förderschwerpunkt Lernen, Sprache, Erziehung, geistige Entwicklung, körperliche Entwicklung, Hören, Sehen, Autismus und kranker Schüler).

Förderzentren können im Sinne von Prävention tätig werden, wenn bei einem Schüler kein sonderpädagogischer Förderbedarf festgestellt ist, aber ohne besondere Förderung vermutlich eintreten wird. Insbesondere die Förderzentren mit den Schwerpunkten Sprache, Hören und Sehen sind an der vorschulischen Förderung beteiligt. Reicht diese präventive Förderung nicht aus, weil intensive und langfristige sonderpädagogische Förderung benötigt wird, so kann auf Antrag der Eltern oder der Schule nach Überprüfung durch ein Förderzentrum von der Schulaufsicht sonderpädagogischer Förderbedarf festgestellt werden. Im Rahmen dieses Verfahrens muss der schulärztliche Dienst nach Anlage IV (§ 3 Abs. 3 SoFVO) die Schüler untersuchen. Medizinische Befunde, die für die Frage der Beschulung von Bedeutung sind, sollen übermittelt und medizinische bzw. therapeutische Maßnahmen vorgeschlagen werden. Nach Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfes findet die Anhörung der Eltern statt sowie nach Koordinierungsgesprächen beziehungsweise nach Beratung im Förderausschuss. Erst danach wird durch die Schulaufsicht entschieden, ob der Schüler integrativ in einer allgemein bildenden oder einer berufsbildenden Schule unterrichtet wird oder Unterricht in einem Förderzentrum erhält. Sonderpädagogik ist grundsätzlich subsidiär angelegt. Deshalb orientiert sie sich an den jeweiligen Möglichkeiten der zuständigen allgemein bildenden Schulen. Je inklusiver die allgemein bildenden Schulen sind und werden, desto häufiger findet sonderpädagogische Förderung dort statt. Die Lehrkräfte der Förderzentren beraten, unterstützen und fördern einzelne Schüler in ihrer individuellen Lernentwicklung, bieten darüber hinaus den Lehrkräften der allgemein bildenden Schulen Beratung zur Prävention oder zur Abmilderung der möglichen Auswirkungen von Lernstörungen im fachlichen Austausch an. Damit beteiligen sie sich maßgeblich an der Weiterentwicklung

von einem integrativen zu einem inklusiven Schulsystem. In Schleswig-Holstein haben sich die drei Arbeitsfelder der sonderpädagogischen Förderung: Prävention, Integration und Unterricht im Förderzentrum herausgebildet. Je mehr Prävention und Integration stattfindet, umso weniger Kinder werden in Förderzentren unterrichtet.

Zur vertiefenden Lektüre empfehlen die Autoren den Besuch des Bildungsportals der Landesregierung Schleswig-Holstein. Hier finden sich für den interessierten Leser Informationen rund um die Bereiche Kindertageseinrichtungen, Schulen, Gesetze, Leitlinien, Förderungen u. v. m.:

[http://www.schleswig-holstein.de/Bildung/DE/Schwerpunkte/Schwerpunkte\\_node.html](http://www.schleswig-holstein.de/Bildung/DE/Schwerpunkte/Schwerpunkte_node.html)  
[Stand: 11.04.2013]

## **XI.9 Qualitätsentwicklung**

Mit der wissenschaftlichen Begleitung der Daten zur Schülersgesundheit haben wir verschiedene Ziele verbunden. Die Formulierung von neuen Zielen und Vorschlägen zur möglichen Verbesserung der Datenqualität war stets mit dem Wunsch nach Nachhaltigkeit verbunden. Alle Veränderungsprozesse waren darauf angelegt, dass eine breite Beteiligung in der Diskussion ermöglicht wurde, dass ausreichende Zeit für die Umsetzung zur Verfügung stand und dass technische Voraussetzungen in den einzelnen Ämtern geklärt und verbessert werden konnten.

In den nächsten Jahren werden voraussichtlich unter dem Druck der gesellschaftlichen Notwendigkeiten und der zunehmenden Prävalenz von Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter Maßnahmen zur vorschulischen Bildungs- und Gesundheitsförderung intensiviert werden. Die Schuleingangsuntersuchungen sind derzeit das einzige vorhandene Instrument, das bevölkerungsbezogene Veränderungen zuverlässig und mit standardisierten Methoden erfassen und damit Verlaufsdaten zur Effizienz der vorschulischen Maßnahmen liefern kann. In Zukunft ist die stärkere Beachtung und Erfassung von sprachlicher Entwicklung, Verhalten, körperlicher Fitness und Koordination wichtig, um veränderungssensitiv Entwicklungen über die Zeit zu betrachten. Die Erarbeitung von Standards und Qualitätssicherung der Einschulungsuntersuchungen stehen im Mittelpunkt der Arbeit der „AG SGU (Arbeitsgruppe Schulgesundheitsuntersuchungen der KJÄD)“.

Die zahlreichen Veränderungen und Vorschläge zur Verbesserung der Standardisierung der Untersuchung, der Dokumentation, der Rückmeldung an die Kreise zum Zwecke der Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung haben in den letzten Jahren zu einer erheblichen Verbesserung der Datenqualität und der gesundheitspolitischen Nutzbarkeit und Relevanz der Daten geführt.

In den Jahren kristallisierten sich in den Diskussionen über die vorliegenden Berichte nachfolgende Problemfelder heraus, die in der „AG SGU“ diskutiert wurden und durch Abstimmung mit den Ärztinnen und Ärzten des KJÄD **zur jeweilig neuen Untersuchungswelle** eingeführt wurden.

## Schwerpunkte

Veränderungen von Krankheiten, Gesundheitsverhalten und Lebensbedingungen bei Einschülern und Einschülerinnen

Steigende Bedeutung von:

Verhaltensauffälligkeiten

Koordinationsauffälligkeiten

Sprachauffälligkeiten

Übergewicht/Adipositas

Asthma bronchiale/Bronchitisches Syndrom /  
Atopische Rhinitis/Atopische Dermatitis

Fachärztliche Abklärung bei Herabsetzung des Sehens

Auffälligkeiten im Bereich Visuomotorik

Erhebung von Sozialdaten

Bildungsstatus der Eltern

Information über die Muttersprache des Kindes

## Verbesserungen

Schwerpunktbildung auf die epidemiologisch bedeutsamen Erkrankungen/Störungen (Verhalten, Koordination, Allergie/Asthma, Sehvermögen, Sprache, Sozialdaten, Übergewicht)

Landesweite Reduzierung der Zahl einzeln erfasster wenig relevanter Diagnosen und Symptome an Items 2005/06

2005/06 Erweiterung der Erfassung durch Einführung eines standardisierten Fragebogens (Strength and Difficulties Questionnaire: SDQ)

Landesweite Standardisierung 2005/06

Differenziertere Erhebung 2005/06: Deutschkenntnisse bei Migrationsbiografie, Artikulation, Expressive Sprache, Auditive Informationsverarbeitung

Sichtung, Auswahl eines Sprachscreenings - Einführung des Test Automatische Berechnung des BMI, Einführung der Kromeyer-Hausschild Perzentilen

Einführung Screeningfragen nach ISAAC und gemeinsame Erfassung von Asthma u. Bronchitischem Syndrom 2005/06

Landesweite Einigung 2005/06 auf Visus kleiner 0,7 auf einem Auge (früher < 1,0)

Rekonstruktion und Reproduktion von grafischen Darstellungen (ab 08/09)

Einführung der Fragebögen zur Herkunft der Eltern und deren schulischem Abschluss (in dieser Form seit 2004)

0 = keine Angabe

1 = Kein Schulabschluss

2 = Abschluss Förderschule

3 = Abschluss Hauptschule

4 = Abschluss Realschule

5 = Abschluss Gymnasium/Fachgymnasium

0 = keine Angabe

1 = deutsch

2 = Herkunftsland

3 = zweisprachig (ab 2006/07)

## Schwerpunkte

## Verbesserungen

Anpassung an das neue Schulgesetz vom 24. Januar 2007 (mehrfach geändert)

Gültig seit dieser Schuleingangsuntersuchung 2008 (Schuljahr 08/09)

Veränderte/erweiterte Dokumentation des Förderbedarfs bei Einschulung

Beurteilung von Förderbedarfen:  
Hoher sonderpädagogischer Förderbedarf  
Mäßiger Förderbedarf  
Dokumentation der Förderschwerpunkte aus den Bereichen Lernen, Sprache, emotionale und soziale, geistige, körperlich motorische Entwicklung, Hören, Sehen, autistische Störungen und dauerhaft erkrankte Kinder

Aussagen bezüglich des Kita-Besuchs (Dauer und Art)

Zusammenfassung der Erhebung von Besuch einer Kindertagesstätte und einer kindergartenähnlichen Einrichtung, zusätzlich Feststellung der begonnenen Besuchsjahre in Kindertagesstätten (Kompletterfassung ab Schuljahr 2009/10)

Dokumentation vorschulischer Maßnahmen

Aktuell oder früher stattgefundenen Maßnahmen:  
Heilpädagogik, Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie

Feststellung der Anzahl von angeforderten sonderpädagogischen Gutachten

Dokumentation, wenn von der Schule die Anforderung zur Erstellung eines schulärztlichen Gutachtens im Rahmen sonderpädagogischer Überprüfungsverfahren gestellt wird. Kompletterfassung ab 2009/2010)

Qualität, Strukturierung, Erleichterung der Dateneingabe

Aktualisierung des Arbeitshandbuchs für die Dateneingabe der Schuleingangsuntersuchung Schleswig-Holstein. (Erarbeitung erstmals 2006/07): Kurzfassung „auf einen Blick“