Schleswig-Holstein
Der echte Norden

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

Bericht

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

Schuljahr 2014/2015

Bericht

Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein für das Schuljahr 2014/2015

Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen (S1) für das Schuljahr 2014/2015

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 2014/2015

Impressum*:*
Im Auftrag des Landes Schleswig-Holstein,
vertreten durch das
Ministerium für Soziales, Gesundheit,
Wissenschaft und Gleichstellung
des Landes Schleswig-Holstein
Adolf-Westphal-Straße 4
24143 Kiel

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

Korrektorat:

Birgit Roenspiess

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

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

Ministerium für Soziales, Gesundheit,

Wissenschaft und Gleichstellung

des Landes Schleswig-Holstein

Abteilung VIII 4 – Gesundheit

Dr. med. Karen Loew

Adolf-Westphal-Straße 4

24143 Kiel

Kontakt: karen.loew@sozmi.landsh.de

Lübeck, Oktober 2015

Autoren und Co-Autoren:

Prof. Dr. med. Ute Thyen

Sabine Brehm (Med. Dok.)

Birgit Roenspiess (Korrektor)

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

AG SGU SH

Leitung: Dr. med. Sabine Bethge, Flensburg

Regina Ladzenski, Nordfriesland

Dr. med. Susanne Ehlert, Nordfriesland

Rotraud Rasch, Schleswig-Flensburg

Kapitel Zahnärztliche Dienste

der Kreise und kreisfreien Städte

des Landes Schleswig-Holstein

Sabine Herlitzius, Kiel

Ulrike Pape, Pinneberg

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

Kapitel Impfstatus

Redaktion und Auskünfte

- Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen Schleswig-Holstein 2012

Dr. med. Dörte Wichterich

Rotraud Rasch

für die AG der KJGD in SH

c/o Kinder- u. Jugendärztlicher Dienst

Fachdienst Gesundheit

Moltkestraße 22-26, 24837 Schleswig

Arbeitshandbuch: Kurzfassung „auf einen Blick“

Redaktion und Auskünfte

Kreis Nordfriesland

Gesundheitsamt

Regina Ladzenski

Damm 8, 25813 Husum

Kreis Schleswig-Flensburg

Fachdienst Gesundheit

Rotraud Rasch

Moltkestraße 22-26, 24837 Schleswig

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

Ihre Prof. Dr. Ute Thyen

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

INHALT

ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN ERGEBNISSE DES BERICHTES ÜBER DIE JUGENDÄRZTLICHEN UND JUGENDZAHNÄRZTLICHEN UNTERSUCHUNGEN FÜR DAS SCHULJAHR 2014/2015 7

EINLEITUNG 10

BESCHREIBUNG DER DATENERHEBUNG 12

Schulpflichtige und Kann-Kinder 13

Untersuchung 13

Soziodemographische Daten 13

Förderung vor der Schule 13

Schulärztliche Empfehlungen 14

Plausibilitätsprüfung 14

Statistische Auswertung 14

Qualitätssicherung 15

Ergebnisse: Beschreibung der Stichprobe 16

AUSGEWÄHLTE BEFUNDE 24

Sehen 26

Hören 31

Allergische Erkrankungen 34

Gewicht 38

Seltene chronische Erkrankungen 43

Bewegungsapparat und Koordination 49

Verhalten 56

Sprache 65

Empfehlungen 79

KANN-KINDER 79

Schulpflichtige Kinder 79

Beurlaubung vom Schulbesuch 79
Empfehlungen zum Förderbedarf 80

FÖRDERUNG VOR DER SCHULE 87

Besuch einer Kindertageseinrichtung 87

Inanspruchnahme von Heilpädagogischen Massnahmen und Heilmitteln 92

Teilnahme am Früherkennungsprogramm 97

IMPFSCHUTZ BEI SCHULANFÄNGERN IN SCHLESWIG-HOLSTEIN 2014/2015 103

Impfschutz gesamt nach Stikoempfehlungen 104

ZAHNÄRZTLICHES KAPITEL 109

Grundlage und Auswahlkriterien für die Mundgesundheitsdaten 109

Anzahl der Reihenuntersuchungen und Untersuchungsgrad 112
Prozentsatz der naturgesunden Gebisse bei Erstklässlern 115
Kariesrisiko bei Erstklässlern 117
Behandlungsbedürftigkeit der Schüler an Förderzentren wegen Karies 120

Zusammenfassung und Handlungsbedarf 120

ERGÄNZENDE TABELLEN 122

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS 134

ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN ERGEBNISSE DES BERICHTES ÜBER DIE JUGENDÄRZTLICHEN UND JUGENDZAHNÄRZTLICHEN UNTERSUCHUNGEN FÜR DAS SCHULJAHR 2014/2015

Gesundheitsstatus der Einschüler:

- Bei 30,7% aller Mädchen und Jungen finden sich Hinweise auf eine Herabsetzung des Sehvermögens; ein Fünftel dieser auffälligen Befunde wurde erstmals erhoben und erfordert weitere Diagnostik.
- Auffällige Befunde bei der Untersuchung des Hörvermögens liegen bei 7,5% aller untersuchten Schulanfänger vor und führen in der Hälfte dieser Fälle zur erstmaligen Befundkontrolle durch den Facharzt.
- Die Atopischen Erkrankungen sind mit einer Gesamthäufigkeit von 8,1% festgestellt worden, dabei liegen bei 3,6% der Schulanfänger Allergien vor, bei 3,0% Asthma bronchiale und bei 3,5% Neurodermitis.
- Im Schuljahr 2014/15 sind 9,6% der Jungen und 10,9% der Mädchen **übergewichtig** bzw. adipös (BMI > 90. Perzentile). Somit sind 5,4 % der Jungen übergewichtig (BMI 90-97 Perzentile) und 4,2 % adipös (BMI > 97. Perzentile). Bei den Mädchen sind 6,4 % übergewichtig und 4,5 % sind adipös.
- Im Vergleich zum letzten Jahr sind ein leichter Anstieg des Übergewichtes und kein Anstieg des Untergewichtes bei den Mädchen zu verzeichnen.
- Bei den Jungen ist ein Rückgang sowohl beim Übergewicht als auch beim Untergewicht zu verzeichnen.
- 10,5% der Jungen und 10,1% der Mädchen haben ein BMI unter der 10er Perzentile und sind damit untergewichtig oder stark untergewichtig (unterhalb der 3er Perzentile). Somit sind 6,7 % der Jungen untergewichtig und 3,8 % sind stark untergewichtig. Bei den Mädchen sind 6,8 % untergewichtig und 3,3 % sind stark untergewichtig.
- Auffälligkeiten in der Motorik zeigen sich bei 19,4% aller Schulanfänger, wobei Mädchen mit 13,6% weniger häufig auffällig sind im Vergleich zu Jungen mit 25,2%. In mehr als der Hälfte (59,2%) aller Fälle werden die Auffälligkeiten als geringgradig eingeschätzt; ein Viertel (25,7%) der motorisch Auffälligen befindet sich bereits in Behandlung.
- Nach klinischer Einschätzung finden sich bei 12,7% der Schulanfänger Verhaltensauffälligkeiten; bei Verwendung eines Screening-Fragebogens für Eltern in Verbindung mit der klinischen Einschätzung besteht bei 22,6% der Kinder ein Verdacht oder sichere Hinweise für Verhaltensstörungen.
- 97,0% der Kinder sind ausreichend sprachkompetent in der deutschen Sprache, sodass eine Sprachüberprüfung erfolgen kann. Die nicht untersuchbaren 3% aller vorgestellten Kinder sprechen nicht oder nicht ausreichend Deutsch, um die Testung vorzunehmen.

- Etwa ein Drittel (34,1%) aller Kinder zeigen leichte oder gravierende Auffälligkeiten in der Sprache. Die Hälfte der Kinder mit sprachauffälligem Befund war bereits in Behandlung. 14,4% der untersuchten Kinder nahmen aktuell logopädische Therapie in Anspruch und 7,9% pädagogische Förderung.

Früherkennungsuntersuchungen und Besuch einer Kindertagesstätte:

- Im Beobachtungszeitraum von 1999 bis 2013 stieg die Rate der Kinder, die im Jahr vor ihrer Einschulung eine Kindertageseinrichtung besuchten in Schleswig-Holstein von 88,4% kontinuierlich auf 97,2% an. Seit dem Schuljahr 2012/13 kam es zu keinem weiteren Anstieg, sondern ein leichter Rückgang auf nun 94,3% ist zu verzeichnen.
- Die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 ist vom Schuljahr 1999/2000 bis 2014/2015 für alle Untersuchungszeitpunkte im Durchschnitt um 8-9% gestiegen. Der Anstieg verstärkt sich seit der Einführung (2007/08) des verbindlichen Einladungswesens für die U4 bis U9.
- Eine deutliche Steigerung konnte insbesondere bei der Inanspruchnahme der U9 mit vorgelegtem Vorsorgeheft festgestellt werden (von 90% auf 97,1%).
- Bei 9,0% der Schulanfänger wurde die U9 durch einen niedergelassenen Haus- bzw. Allgemeinarzt durchgeführt.

Impfschutz (bei vorgelegtem Impfausweis):

- Bei Schulanfängern wurden Durchimpfungsraten von 95 % gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis erreicht. (Vergleichszahlen vom letzten Jahr 2013/14: Polio 94,4%, Diphterie 95,1% und Tetanus 95,2%).
- Die Schutzrate gegen Kinderlähmung ist unverändert bei 94,4% geblieben.
- Gegen Hepatitis B (4mal geimpft) ist die Durchimpfungsrate zum zweiten Mal seit 2010 (86,0%) wieder angestiegen (2013: 88,7%; 2014: 89,6%).
- Die Impfrate der 2. Masernimpfung konnte von 2013 auf 2014 nur um 0,2 Prozentpunkte gesteigert werden. Sie liegt mit 94,1% weiterhin unter den zur Maserneliminierung geforderten 95,0%.
- Die Durchimpfungsrate bei der 2.Varizellenimpfung konnte von 75,8% (2012) und 83,2% (2013) auf 87,7% (2014) gesteigert werden.
- Der Impfschutz gegen Meningokokken der Serogruppe C hat sich von 36,6% im Jahr 2009 auf 89,5% (2014) verbessert.
- Gegen Pneumokokken (1mal) wurden 2014 90,5% der Schulanfänger geimpft (2012: 72,2%; 2013: 87,4%). 4mal geimpft wurden inzwischen 79,4% (2012: 21,4%; 2013: 72,3%).

Zahngesundheit:

- Die weitaus meisten zahnärztlich untersuchten Kinder und Jugendlichen an den Schuleinrichtungen in Schleswig-Holstein (81.841 (GS) Untersuchungen) sind mit 80,9 % Grundschüler.
- In Schleswig-Holstein haben aktuell 59,6% der 6- bis 7-jährigen Kinder ein kariesfreies Gebiss. Im Schuljahr 2013/14 waren es 57,7%. Diese Rate nimmt im bundesweiten Spektrum von 38,9% - 61,7% eine Spitzenposition ein.
- 40,2% (2013/14: 41,3%) der Erstklässler, die kein naturgesundes Gebiss aufweisen, haben im Durchschnitt 3,7 (2013/14: 3,6) karieserkrankte oder behandelte Zähne.

EINLEITUNG

Vor der Einschulung werden in Schleswig-Holstein alle Kinder gemäß der Rechtsgrundlagen des Schleswig-Holsteinischen Schulgesetz (SchlG)[1], der Landesverordnung über die schulärztlichen Aufgaben (SchulÄAufgV LVO SH)[2], dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), dem Gesundheitsdienst-Gesetz (GDG)[3] sowie nach dem Landesdatenschutzgesetz (LDSG) im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung (SEU) ärztlich untersucht.

Die Schuleingangsuntersuchung dient der ärztlichen Überprüfung des Entwicklungs- und Gesundheitszustands aller Kinder vor der Einschulung, der Ermittlung von schulrelevanten Stärken und Schwächen des Kindes, der Feststellung von evtl. Förderbedarf und gleichzeitig der Beratung der Eltern und der Schule.

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 im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein an die Universität zu Lübeck zur Auswertung.
- Des Weiteren übermittelt der KJÄD die Impfdaten an Frau Dr. Wichterich (i.R.) und Frau Rotraud Rasch, Fachdienst Gesundheit in Schleswig zur Auswertung.
- 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).
- Zur Bestimmung der Grundgesamtheit der Schulkinder erfolgt eine Abfrage beim statistischen Landesamt.

Die Auswertung der Schuleingangsuntersuchung erfolgt getrennt von der Auswertung und Datenhaltung der zahnärztlichen Untersuchungen sowie getrennt von der Datenübermittlung und Auswertung des Impfschutzes bei Schulanfängern und bei Aufnahme in den Kindergarten. Die von den Kreisen und kreisfreien Städten zugesandten Datensätze werden in einer Datenbank in Lübeck zusammengeführt, geprüft, gesichert und ausgewertet. Die für die Schuleingangsuntersuchungen genutzten Software- und Datenbankprogramme variieren erheblich (**Tabelle 38**).

---

1 http://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/jportal/?quelle=jlink&query=SchulG+SH&psml=bsshoprod.psml&max=true [Stand: 13.10.2014]

2 http://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/jportal/?quelle=jlink&query=Schul%C3%84AufgV+SH&psml=bsshoprod.psml&max=true [Stand: 25.11.2014]

3 http://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/jportal/?quelle=jlink&query=GesDG+SH&psml=bsshoprod.psml&max=true&aiz=true [Stand: 18.10.2014]

Neben der Dokumentation der Arbeitsergebnisse der Öffentlichen Kinder- und Jugendärztlichen Dienste möchten wir mit dem 16. Bericht über die Schuleingangsuntersuchungen in Schleswig-Holstein in Zusammenarbeit mit den Kinder- und Jugendärztlichen Diensten sowie dem 9. Bericht in Zusammenarbeit mit den Zahnärztlichen Diensten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes allgemeine Erkenntnisse über den **Gesundheitszustand eines ganzen Jahrgangs und die allgemeine gesundheitliche Entwicklung der Kinder im Land Schleswig-Holstein** den Akteuren des Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystems, den Kinder- und Jugendärztlichen Diensten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes selbst sowie der interessierten Öffentlichkeit zur Hand reichen.

Abbildung 1 Beteiligte Gesundheitsämter an den S1-Untersuchungen in Schleswig-Holstein 2014/2015

Kreisfreie Städte

Flensburg

Kiel

Lübeck

Neumünster

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

SCHULPFLICHTIGE UND KANN-KINDER

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

UNTERSUCHUNG

Sie besteht aus einer körperlichen Untersuchung, der Messung von Körpergröße und Körpergewicht , einem apparativen Seh- und Hörtest und aus einem standardisierten Test zur Ermittlung der Sprachentwicklung, des Mengenverständnisses, des Zahlen- und Wortfolgegedächtnisses (VEERS) sowie einem standardisierten Test der Grobmotorik. Das Verhalten des Kindes wird mit Hilfe eines von den Eltern beantworteten Screening-Fragebogen (SDQ) ermittelt. In die Gesamtbeurteilung fließt das Verhalten des Kindes in der Untersuchungssituation und seine Interaktion mit dem Untersucher sowie den Eltern ein. Zudem werden Informationen zur medizinischen Vorgeschichte erhoben. Hier dient der anamnestische Screening-Fragebogen nach ISAAC der Feststellung atopischer Erkrankungen. In den einzelnen Städten und Kreisen werden die Untersuchungsinstrumente in unterschiedlichem Maße eingesetzt und stehen somit nicht immer für alle Städte und Kreise zur Verfügung (vgl. **Tabelle 38**). Die KJÄD des Dänische Gesundheitsdienstes konnten die Daten zur Schuleingangsuntersuchung nicht zeitgerecht übermitteln. Auf der Ebene der einzelnen Erhebungsitems zeigt sich ein unterschiedlich hoher Anteil an fehlenden Angaben (**Tabelle 39**).

In der Schuleingangsuntersuchung geht es um eine frühzeitige Prävention: die Eltern erhalten für ihre Kinder – falls erforderlich – eine differenzierte Empfehlung hinsichtlich kompensatorischer Maßnahmen, nachgehender Fürsorge und hohem/sonderpädagogischen Förderbedarfs. Auch Empfehlungen für weitere diagnostische und/oder therapeutische Schritte, z. B. bei Entwicklungsverzögerungen, werden gegeben.

Die Schulen erhalten aus der Schuleingangsuntersuchung schulrelevante Informationen zu jedem Kind und nutzen diese zur Planung besonderer Förderangebote und der Klassenzusammensetzung.

SOZIODEMOGRAPHISCHE 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 sowie über die in den ersten Lebensjahren vorrangig gesprochene Muttersprache und die Anzahl der in der Familie lebenden Kinder enthält. Nicht alle Kreise erheben und liefern Daten zum sozialen Hintergrund der Familien (vgl. **Abbildung 3** und **Abbildung 4**).

FÖRDERUNG VOR DER SCHULE

Die Förderung vor der Schule beinhaltet die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen, bisherige und aktuelle Fördermaßnahmen (Heilpädagogik und Heilmittel), Besuch einer

Kindertageseinrichtung und die erfolgten von der ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert-Koch-Instituts (RKI) empfohlenen Schutzimpfungen.

Zur Einschulungsuntersuchung sollten die Erziehungsberechtigten sowohl den Impfausweis als auch das Vorsorgeheft (U-Heft) vorlegen. Der KJÄD erfasst und dokumentiert das Vorhandensein der Dokumente und somit den Impfstatus und die altersgemäße Vollständigkeit der einzelnen Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9). Zusätzlich erfragt der KJÄD bei welchem Arzt die U9 durchgeführt wurde (Allgemeinarzt- oder Kinder- und Jugendarzt).

Des Weiteren werden die Eltern gebeten, Auskunft zum Besuch einer Kindertageseinrichtung vor Einschulung und die Inanspruchnahme heilpädagogischer Förderung, Physiotherapie/ Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie und pädagogischer Sprachförderung (z.B. auch Sprint und DAZ) zu geben. Dabei wird unterschieden, ob die Förderung oder Inanspruchnahme der Heilmittel aktuell stattfindet oder früher stattgefunden hat und gegebenenfalls erneut oder erstmalig schulärztlich empfohlen wird.

Dokumentiert werden bezüglich Kindertageseinrichtung sowohl der Besuch als auch die begonnenen Besuchsjahre.

SCHULÄRZTLICHE EMPFEHLUNGEN

Zu den schulärztlichen Aufgaben gehören die Mitwirkung bei der Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs (§ 21 Abs. 2 und 3 SchulG), die Entscheidung zur vorzeitigen Einschulung bei Kann-Kindern (§ 22 Abs. 3 SchulG) und gegebenenfalls die Entscheidung über eine Beurlaubung zu Beginn des Schulbesuchs aus gesundheitlichen Gründen (§ 15 SchulG).[4]

PLAUSIBILITÄTSPRÜFUNG

Überprüft wurden die Plausibilität biologischer Variablen (Item: Körpergewicht, -größe, BMI) und die Richtigkeit der kategorisierten Variablen (Geschlecht, Befunde, Empfehlungen). Antwortkombinationen wurden auf inhaltliche Plausibilität hin überprüft.

STATISTISCHE AUSWERTUNG

Bei diesem Konzept der Gesundheitsberichterstattung über Einschulungskinder in Schleswig-Holstein wird deskriptiv, vorzugsweise über Häufigkeiten nach Geschlecht, nach Kreis/kreisfreie Stadtebene ausgewertet. Einige Auswertungen berücksichtigen soziodemographischen Angaben (Bildungsgrad der Familie, Geschlecht des Kindes, Besuch einer Kindertagestätte und die Migrationsbiografie der Eltern). Die Zusammenhangsmaße für Befunde und soziodemographische Daten (Bildungsgrad der Familie, Geschlecht des Kindes, Kindergartenbesuch und Migrationsbiografie) beschreiben statistische Korrelationen und keine Kausalitäten.

4 http://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/jportal/?quelle=jlink&query=SchulG+SH+%C2%A7+1&psml=bsshoprod.psml&max=true[Stand: 19.08.2014]

QUALITÄTSSICHERUNG

Standarddefinitionen sind die Voraussetzung für eine einheitliche Durchführung jugendärztlicher Untersuchungen zur Erzielung vergleichbarer Auswertungen. Untersuchungsdaten wurden nur dann für eine Gesamtheit ausgewertet, wenn die an den Untersuchungen beteiligten Ärzte die Befunde unter gleichen Bedingungen und nach gleichen Kriterien 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.

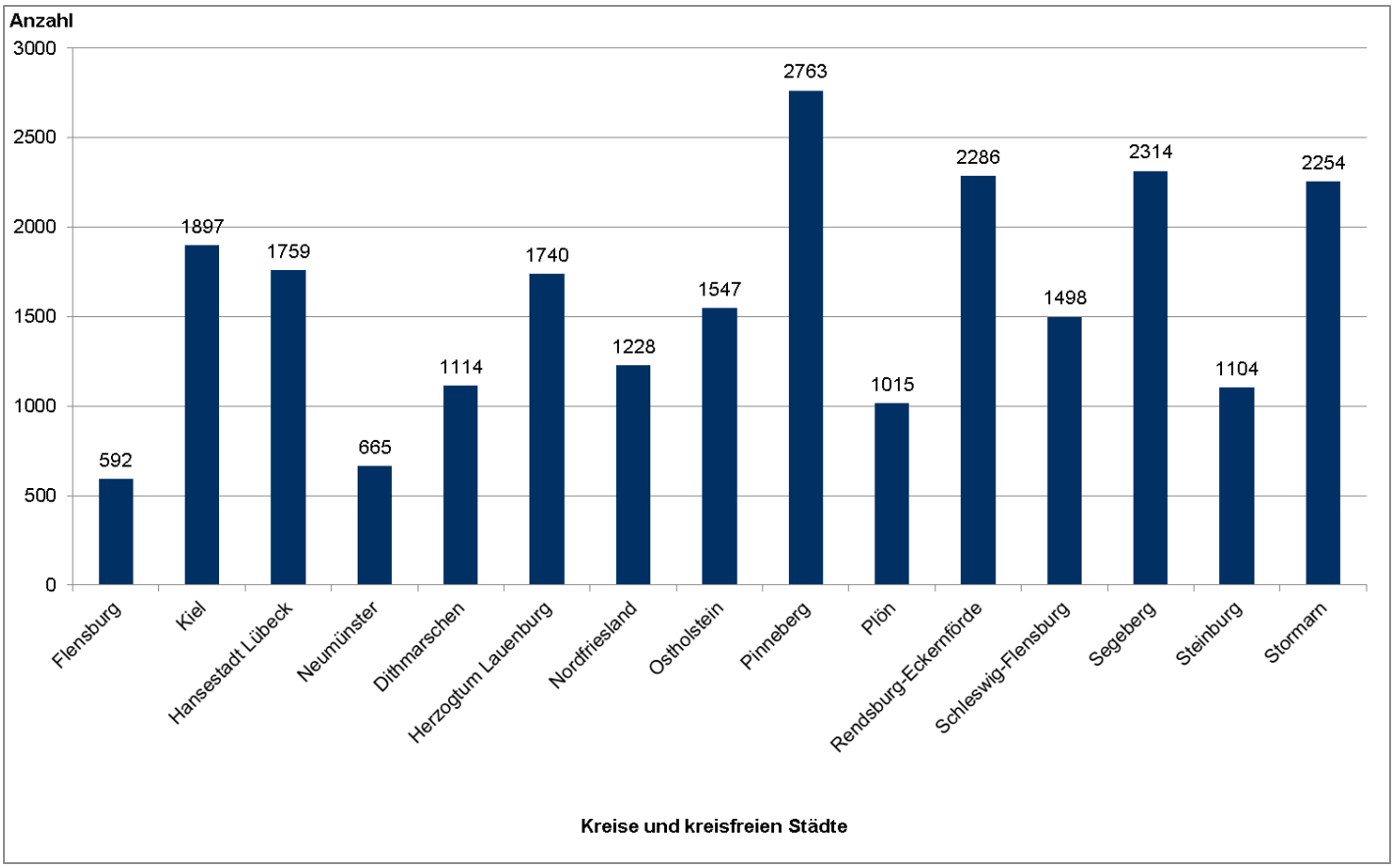
Die Erarbeitung von Standards und die Qualitätssicherung für diese Bereiche steht im Mittelpunkt der Arbeit der Arbeitsgruppe Schulgesundheitsuntersuchung (AG SGU).

ERGEBNISSE: BESCHREIBUNG DER STICHPROBE

Im Schuljahr 2014/2015 wurden **24.052** Kinder in Schleswig-Holstein eingeschult[5]. Die Zahl der Schulanfänger der dänischen Minderheit in Schleswig-Holstein wurden elektronisch nicht zur Auswertung übermittelt (vgl. **Tabelle 41**).

Von 23.776 dokumentierten und zur Auswertung übermittelten Schuleingangsuntersuchungen des Schuljahres 2014/2015 waren 1.460 (6,1%) Kinder nicht schulpflichtig im Sinne des Schulgesetzes, diese wurden als sog. „Kann-Kinder“ von den Eltern vorzeitig angemeldet. Bei diesen „Kann-Kindern“ sind die Mädchen etwas überrepräsentiert, im Übrigen war das Geschlechterverhältnis ausgeglichen. Die regionale Variation geht aus **Tabelle 1** hervor.

Abbildung 2 Anzahl der untersuchten Kinder (S1) pro Kreis/kreisfreie Stadt für das Einschulungsjahr 2014/2015 in Schleswig-Holstein



5 Statistikamt Nord, Sachgebiet 132 – Bildung Ausbildung, schriftliche Anfrage, Kiel, August 2015.

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

Kreis / kreisfreie Stadt	Kinder	Schulpflichtige Kinder			„Kann-Kinder“		
	N	n	%	davon Mädchen (%)	n	%	davon Mädchen (%)
Flensburg	592	554	93,6	48,2	38	6,4	36,8
Kiel	1.897	1.736	91,5	49,8	161	8,5	67,7
Hansestadt Lübeck	1.759	1.655	94,1	49,0	104	5,9	64,4
Neumünster	665	637	95,8	47,7	28	4,2	71,4
Dithmarschen	1.114	1.035	92,9	49,2	79	7,1	70,9
Herzogtum Lauenburg	1.740	1.607	92,4	46,2	133	7,6	60,9
Nordfriesland	1.228	1.156	94,1	47,8	72	5,9	59,7
Ostholstein	1.547	1.471	95,1	47,4	76	4,9	67,6
Pinneberg	2.763	2.551	92,3	47,9	212	7,7	67,9
Plön	1.015	963	94,9	49,2	52	5,1	67,3
Rendsburg-Eckernförde	2.286	2.179	95,3	47,5	107	4,7	68,2
Schleswig-Flensburg	1.498	1.420	94,8	46,1	78	5,2	56,4
Segeberg	2.314	2.180	94,2	47,7	134	5,8	68,7
Steinburg	1.104	1.028	93,1	47,3	76	6,9	72,4
Stormarn	2.254	2.144	95,1	48,3	110	4,9	60,9
Schleswig-Holstein	**23.776**	**22.316**	**93,9**	**47,9**	**1.460**	**6,1**	**65,2**

Dargestellt wird die Anzahl der untersuchten Kinder (S1) pro Kreis/kreisfreie Stadt für das Schuljahr 2014/2015, getrennt nach schulpflichtigen Kindern und der auf Antrag der Eltern untersuchten jüngeren, nicht schulpflichtigen Kindern (Kann-Kinder). Insgesamt wurden 23.776 Kinder untersucht.

Die soziale Lage der Familien ist in den Kreisen und kreisfreien Städten unterschiedlich. Leider liegen in diesem Berichtsjahr keine Schuleingangsuntersuchungsdaten für die Schulanfänger der dänischen Minderheit, die vom Dänischen Gesundheitsdienst untersucht wurden, vor. Darüber hinaus wurden aus **Steinburg und Segeberg** keine soziodemographischen Daten bezüglich des Bildungsstandes geliefert**.** Aus **Abbildung 3** geht hervor, dass die Rate der Eltern mit niedrigem Bildungsstand in Neumünster am höchsten und in Stormarn am geringsten ist. Die **Abbildung 4** 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. Durchschnittlich trifft dies für jede vierte bis fünfte Familien zu, in den Städten Flensburg, Kiel und Neumünster jedoch jede dritte.

Die Kinder des Einschulungsjahres 2014/2015 sind zu 23,3% Einzelkinder, 47,7% haben zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung ein älteres oder auch jüngeres Geschwisterkind. 27,8% der Kinder haben mehrere Geschwister (**Tabelle 44**).

72,6% der Kinder leben bei beiden leiblichen Eltern, 5,0% leben bei einem Elternteil mit Partner, 1,5% der Kinder bei ihren Großeltern, Adoptiv-, oder Pflegeeltern bzw. in einem Heim und 13,3% bei einem alleinerziehenden Elternteil (**Tabelle 43**).

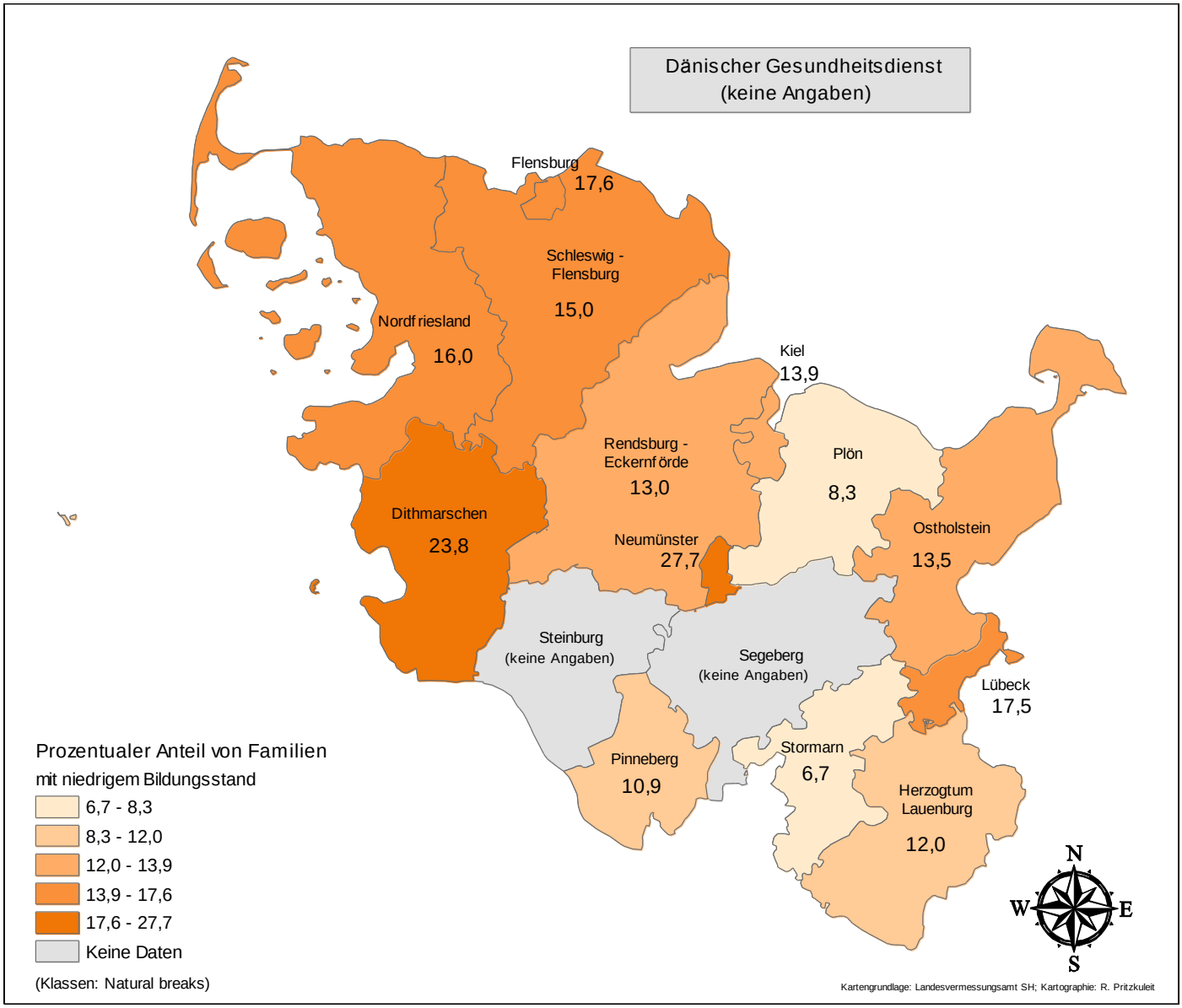
In Schleswig-Holstein wird der Schulabschluss beider Eltern bei der schulärztlichen Untersuchung erfragt. Bei Nicht-Angabe des Abschlusses eines Elternteiles wird der Abschluss des anderen Elternteiles genommen. Aus der Kombination der elterlichen Schulabschlüsse – kein Schulabschluss, Förder-, Haupt-, Realschule und Gymnasium/Fachgymnasium – wurde für deskriptive Auswertungen der familiäre Bildungsstand (niedrig, mittel oder hoch) konstruiert.

Tabelle 2 Konstruktion des familiärer Bildungsstandes

Elternteil:		**Vater**				
	Schulabschluss:	kein Schulabschluss	Förderschule	Hauptschule	Realschule	Gymnasium/ Fachgymnasium
Mutter	kein Schulabschluss	**niedrig**	**niedrig**	**niedrig**	**niedrig**	**niedrig**
	Förderschule	**niedrig**	**niedrig**	**niedrig**	**niedrig**	**mittel**
	Hauptschule	**niedrig**	**niedrig**	**niedrig**	**mittel**	**mittel**
	Realschule	**niedrig**	**niedrig**	**mittel**	**mittel**	**hoch**
	Gymnasium/ Fachgymnasium	**niedrig**	**mittel**	**mittel**	**hoch**	**hoch**

Die Kombination des elterlichen Schulabschlusses von Mutter und Vater ergibt den familiären Bildungsstand: niedrig, mittel oder hoch

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



In Schleswig-Holstein werden die Eltern gefragt, in welchem Land sie geboren wurden. Die Herkunftsländer werden in 11 Regionen eingeteilt (**Tabelle 5**). Eine familiäre Migrationsbiografie (Migrationsbiografie des Kindes) wird angenommen, wenn ein Elternteil nicht in Deutschland geboren wurde. Bei Nicht-Angabe des Herkunftslandes eines Elternteiles wird das Land des anderen Elternteiles genommen.

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

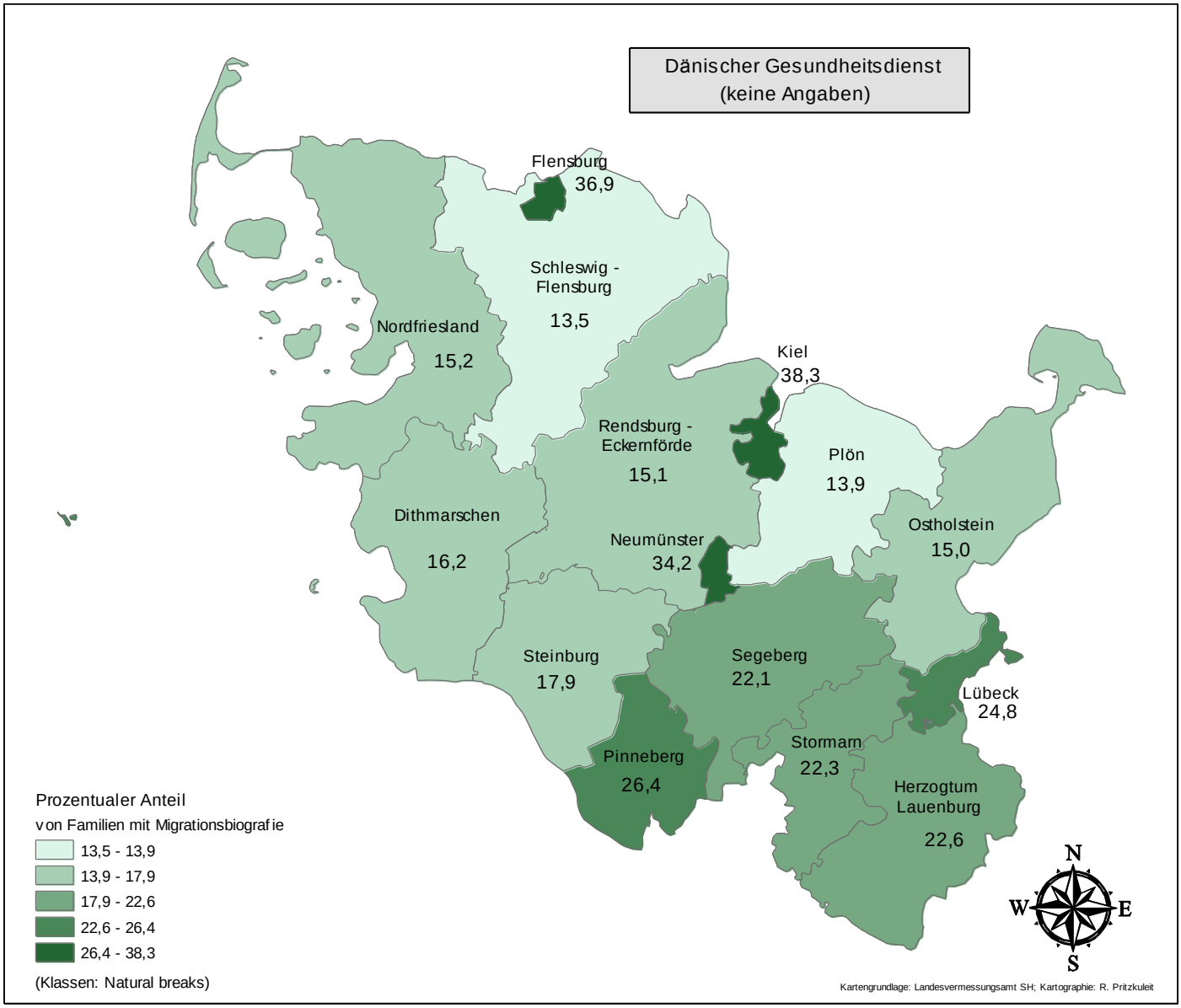
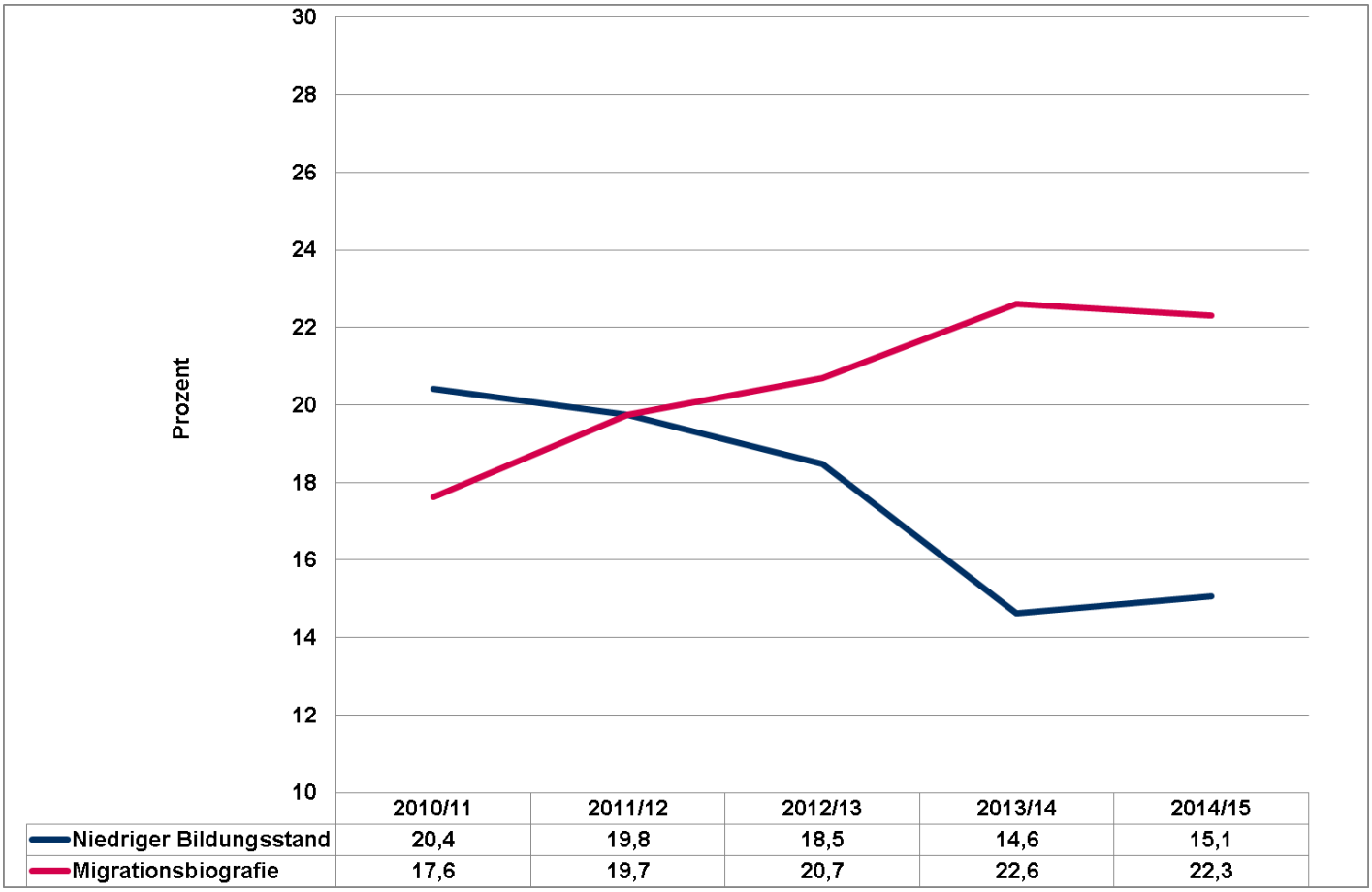


Abbildung 5 Niedriger Bildungsstand und Migrationsbiografie in den Familien von Schleswig-Holstein für die Schuljahre 2010/2011 bis 2014/2015



	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15
Niedriger Bildungsstand	20,4	19,8	18,5	14,6	15,1
Migrationsbiografie	17,6	19,7	20,7	22,6	22,3

Niedriger Bildungsstand in den Familien = Kombination des väterlichen und mütterlichen Schulabschlusses (kein Schulabschluss/Förder- oder Hauptschulabschluss), 2014/2015 N: 15.986, 2013/2014 N:13.027, 2012/2013 N: 16.497, 2011/2012 N:17.699 und 2010/2011 N: 17.613. Migrationsbiografie in den Familien = das Herkunftsland (Geburtsland) eines Elternteil ist nicht Deutschland, 2014/2015 N: 22.686, 2013/2014 N:18.884, 2012/2013 N: 21.474, 2011/2012 N:20.939 und 2010/2011 N: 20.597.

Tabelle 3 Niedriger familiärer Bildungsstand in Prozent seit 2010/2011 in den Kreisen und kreisfreien Städten

	Niedriger Bildungsstand				
	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15
Flensburg	25,1	25,8	25,3	19,2	17,6
Kiel	20,7	23,6	19,9	15,3	13,9
Hansestadt Lübeck	23,3	22,6	-	15,5	17,5
Neumünster	39,3	38,7	36,3	31,6	27,7
Dithmarschen	30,5	25,7	26,3	21,6	23,8
Herzogtum Lauenburg	16,2	15,7	14,9	13,0	12,0
Nordfriesland	19,5	16,3	16,9	17,5	16,0
Ostholstein	19,2	16,7	16,1	-	13,5
Pinneberg	13,6	13,5	14,5	10,4	10,9
Plön	14,6	12,6	11,5	10,0	8,3
Rendsburg-Eckernförde	17,1	17,5	16,9		13,0
Schleswig-Flensburg	21,6	21,1	19,8	16,5	15,0
Segeberg	-	-	-	-	-
Steinburg	-	-	-	-	-
Stormarn	8,0	7,7	9,1	6,1	6,7
Dänischer Gesundheitsdienst	17,2	19,1	12,7	13,3	-
Schleswig-Holstein	20,4	19,8	18,5	14,6	15,1

Schleswig-Holstein 2014/2015 N: 15.986, 2013/2014 N:13.027, 2012/2013 N: 16.497, 2011/2012 N:17.699 und 2010/2011 N: 17.613

Der Anteil von Eltern mit geringem Bildungsstand ging in den letzten 5 Jahren etwas zurück (**Abbildung 5** und **Tabelle 3**) und entspricht damit der Entwicklung zu steigendem Bildungsstatus bei jungen Erwachsenen.

Tabelle 4 Migrationsbiografie der Familie in Prozent seit 2010/2011 in den Kreisen und kreisfreien Städten

	Migrationsbiografie				
	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15
Flensburg	30,3	33,2	39,0	34,0	36,9
Kiel	33,1	36,5	36,9	39,3	38,3
Hansestadt Lübeck	-	25,5	-	22,8	24,8
Neumünster	24,1	32,1	32,3	34,2	34,2
Dithmarschen	-	12,3	14,6	15,6	16,2
Herzogtum Lauenburg	15,3	18,7	20,1	22,3	22,6
Nordfriesland	13,0	15,4	16,2	18,1	15,2
Ostholstein	11,2	12,8	14,7	-	15,0
Pinneberg	22,4	26,1	26,6	27,8	26,4
Plön	11,5	12,7	11,4	13,3	13,9
Rendsburg-Eckernförde	-	10,4	17,1	-	15,1
Schleswig-Flensburg	8,8	10,8	12,8	13,6	13,5
Segeberg	17,0	19,0	19,2	20,7	22,1
Steinburg	11,5	14,8	12,3	16,2	17,9
Stormarn	18,0	19,9	21,6	23,2	22,3
Dänischer Gesundheitsdienst	12,8	15,8	15,7	15,4	-
Schleswig-Holstein	17,6	19,7	20,7	22,6	22,3

Schleswig-Holstein 2014/2015 N: 22.686, 2013/2014 N:18.884, 2012/2013 N: 21.474, 2011/2012 N:20.939 und 2010/2011 N: 20.597.

Der Anteil von Familien mit Migrationsbiografie steigt leicht an (**Abbildung 5** und **Tabelle 4**). Auch dies entspricht der allgemeinen demographischen Entwicklung. Die Tatsache, dass eine Familie eine Migrationsgeschichte hat, bedeutet heute Normalität und trifft bundesweit auf 20% aller Kinder zu; die großen Städte sind bereits multikulturell bzw. multiethnisch. Dennoch bedarf es einer migrationssensiblen Kinder- und Jugendmedizin, da viele Kinder aus Familien mit Migrationsbiografie ungünstigen Entwicklungsbedingungen ausgesetzt sind. Die Probleme sind vielfältig und reichen von sehr akut traumatisierten Kindern, die mit ihren Familien (oder auch ohne sie) auf der Flucht und Gewalterfahrungen und Entbehrungen ausgesetzt waren.

Auch Familien, die schon in zweiter oder dritter Generation in Deutschland leben, haben möglicherweise nachhaltige Schwierigkeiten mit der Integration. Daher ist nicht nur aus epidemiologischer Sicht von Interesse, die Migrationsbiografie und die Mehrsprachigkeit in Familien zu erfassen, sondern dies ist auch notwendig für die Planung des Schulbesuchs und einer geeigneten Förderung. Die Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation, Sozialmedizin (AG GPRS) der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) empfiehlt „…Die AG GPRS empfiehlt …[für] eine einheitliche Erfassung der Migrationsbiografie bei den Einschulungsuntersuchungen jeweils das Geburtsland von Eltern und Kind sowie die Staatsangehörigkeit der Eltern im Sinne eines Grunddatensatzes zu erheben. Kindern wird auf dieser Basis eine Migrationsbiografie zugeordnet, wenn entweder das Kind und ein Elternteil nicht in Deutschland geboren sind oder beide Eltern nicht in Deutschland geboren und/oder nicht deutscher Staatsangehörigkeit sind (beidseitiger Migrationshintergrund). … Über den Migrationshintergrund an sich hinaus wird es für sinnvoll erachtet, die Kinder mit Migrationshintergrund in **Herkunftsgruppen** einzuteilen. Welche Gruppierung gewählt wird, ist dem jeweiligen Bundesland überlassen. Die Zuordnung der erfassten Herkunftsländer zu Gruppen soll jeweils ausgewiesen werden.“ [6]

Tabelle 5 Herkunft der Mütter und der Väter in Schleswig-Holstein eingeteilt in Regionen

	Mutter		Vater	
Herkunftsregionen	**Häufigkeit**	**Prozent**	**Häufigkeit**	**Prozent**
Deutschland	18.956	82,1	18.724	82,5
Türkei	644	2,8	795	3,5
EU und Mittel- und Nordeuropa (nicht EU)	331	1,4	345	1,5
Balkan und Südeuropa	280	1,2	298	1,3
Osteuropa und ehem. Ostblock	1.810	7,8	1.424	6,3
USA, Kanada, Australien und Neuseeland	36	0,2	49	0,2
Mittel- und Südamerika	90	0,4	70	0,3
Arabien und Nordafrika	388	1,7	460	2,0
Asien	398	1,7	349	1,5
Schwarzafrika (Subsahara)	153	0,7	186	0,8
Ozeanien und andere	6	0,0	9	0,0
Gesamtsumme	**23.092**	**100,0**	**22.709**	**100,0**

6 http://www.berlin.de/sen/gessoz/gesundheits-und-sozialberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie/spezialberichte/

AUSGEWÄHLTE BEFUNDE

Nach dem Bielefelder Modell (Jugendärztliche Definitionen, LÖGD, Bielefeld, Januar 1989) werden die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen nach folgender Einteilung markiert.

A = Auffälliger Befund und Arztüberweisung: Es liegt ein Befund vor, der erstmals einer Arztüberweisung bedarf oder bei dem erneut eine Arztüberweisung veranlasst werden muss.

B = Auffälliger Befund, bereits behandelt: Es liegt ein Befund vor, dessen Behandlung ausreichend durchgeführt wird oder bereits eingeleitet ist.

D = Auffälliger Befund mit Leistungseinschränkung: Es liegt ein Befund vor, der eine erhebliche und nicht nur vorübergehende Leistungsbeeinträchtigung für das Kind bedeutet.

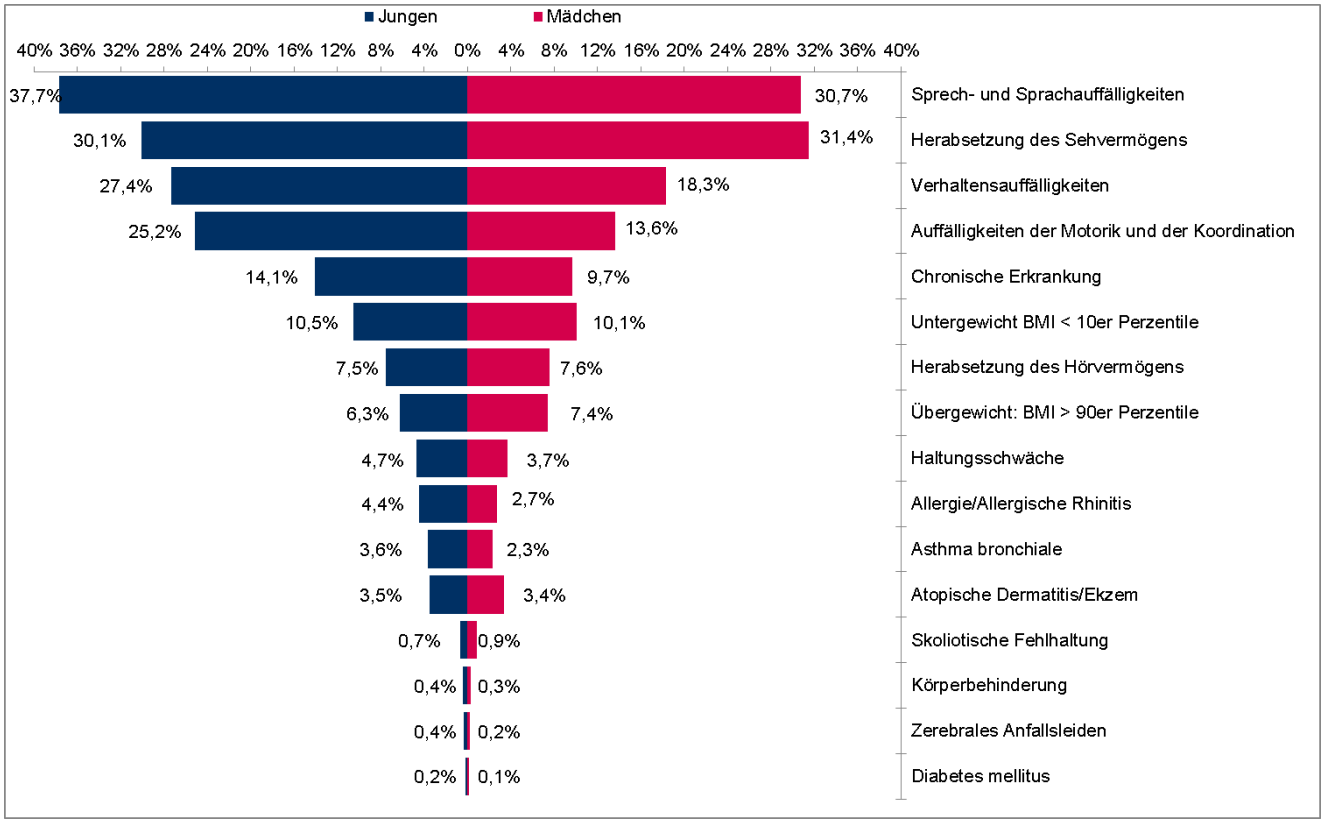
X = Auffälliger Befund, nicht behandlungsbedürftig: Es liegt ein Befund vor, der bisher unbehandelt ist und keine Arztüberweisung erfordert oder es liegt ein Befund vor, der durch Diagnostik abgesichert ist und nicht (mehr) behandlungsbedürftig oder –fähig ist (und „D“ trifft nicht zu).

0 = Untersuchung nicht durchgeführt: Die Untersuchung konnte nicht oder nicht standardisiert durchgeführt werden.

Leer: Es liegt ein unauffälliger Befund vor (Untersuchung / Erhebung ist erfolgt).

Aus **Abbildung 6** ist zu entnehmen, dass zahlreiche Befunde bei den schulärztlichen Untersuchungen eine unterschiedliche Häufigkeit bei Jungen und Mädchen zeigen.

Abbildung 6 Häufigkeiten schulärztlicher Befunde bei Jungen und Mädchen



Dargestellt werden die Häufigkeiten der schulärztlichen Untersuchungsbefunde getrennt nach Jungen (12.040) und Mädchen (11.564), bei denen ein auffälliger Untersuchungsbefund für das Einschulungsjahr 2014/2015 dokumentiert wurde. Die Befunde sind in dieser Abbildung nach Häufigkeit (Jungen) geordnet.

Eine **deutliche Knabenwendigkeit** findet sich bei Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination mit einem Phi-Wert (Koeffizient) von 0,145 und bei den Verhaltensauffälligkeiten (Phi: 0,107), was statistisch auf eine schwache statistische Abhängigkeit (Korrelation) zwischen den Merkmalen Geschlecht und der jeweilig beschriebenen Auffälligkeit hinweist und damit eine mäßige praktische Relevanz hat. Bei den chronischen Erkrankungen (Phi: 0,069) sowie den Sprech- und Sprachauffälligkeiten (Phi: 0,073) findet sich ebenfalls ein geringer Zusammenhang, bei den atopischen Erkrankungen wie Heuschnupfen (allergische Rhinitis) und Asthma bronchiale und der Haltungsschwäche ist die geringe Knabenwendigkeit ohne praktische Relevanz.

Beim Übergewicht (BMI > 90er Perzentile) zeigt sich eine minimal ausgeprägte Mädchenwendigkeit, jedoch nicht beim Untergewicht.

SEHEN

- Bei 30,7% aller Mädchen und Jungen finden sich Hinweise auf eine Herabsetzung des **Sehvermögens**; ein Fünftel dieser auffälligen Befunde wurde erstmals erhoben und erfordert weitere Diagnostik.

Der Untersuchung der Sinnesfunktionen wie dem Sehen wird im Hinblick auf den Schulbesuch und den Erwerb der Schriftsprache und des Rechnens besondere Bedeutung zugemessen. Eine Fehlsichtigkeit, die nicht durch entsprechende Hilfsmittel kompensiert wird, kann zu einer erheblichen Einschränkung des Lernvermögens führen. Bei der Überprüfung der Sehfähigkeit, die standardisiert mit Sehtestgeräten erfolgt, zeigt sich eine hohe Rate an auffälligen Befunden (1/3 aller Mädchen und Jungen). Bei den meisten dieser Kinder ist eine leichte Sehschwäche bekannt (46,4%) oder sie tragen bereits eine Brille (30,6% der Kinder mit auffälligen Befunden). Allerdings erfolgt die Empfehlung zur augenärztlichen Untersuchung bei 22,8% dieser Kinder erstmals oder erneut. Durch eine augenärztliche Untersuchung und gegebenenfalls Verordnung einer entsprechenden Sehhilfe können Kinder noch vor der Einschulung profitieren.

Definition: Kinder ab 5 Jahren, die bei der Prüfung der Sehschärfe mittels Fernvisustest (monokular rechts und links geprüft) Visus kleiner 0,7 aufweisen (Bewertung siehe ABDX) und Kinder, die bei der Inspektion oder bei der Überprüfung mit dem Stereotest einen Schielfehler 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, die Markierung darf dann nicht mit A erfolgen),
D = Blinde, bzw. Sehvermögen schlechter als 0,3 (bereits festgestellt).

Tabelle 6 zeigt, dass die Empfehlungen bezüglich auffälliger Befunde bei Einschränkung des Sehvermögens in den Kreisen unterschiedlich sind. Sie variiert zwischen 16,4% in Nordfriesland und 47,2% in Flensburg. Im Mittel werden bei 1/4 der Kinder zumindest leicht auffällige Befunde dokumentiert, die häufig jedoch bereits bekannt und behandelt sind. Eine erneute Überweisung zum Augenarzt wird bei 61,4% der Kinder mit auffälligen Befunden in Neumünster angeraten, aber nur bei 8,7% der Kinder im Kreis Ostholstein. Aus den schulärztlichen Daten kann nicht festgestellt werden, bei wie vielen Kindern tatsächlich eine relevante und behandlungsbedürftige Einschränkung des Sehvermögens vorliegt, da keine Berichterstattung über die Befunde an den KJÄD erfolgt. Bei den besonders hohen Raten in Flensburg, Kiel, Pinneberg, Rendsburg-Eckernförde und Segeberg handelt es sich im Wesentlichen um die Befundkategorie X, d.h. ein Visus von 0,7. Dieser Wert ist in dieser Altersgruppe noch physiologisch und sagt noch nichts über eine Sehschwäche aus.

Die Dokumentation eines auffälligen Befundes im Sehvermögen (Summe aus ABDX) ist nur in geringem Ausmaß abhängig vom Bildungsstand der Eltern, wird jedoch etwas häufiger erhoben bei Kindern von Eltern mit niedrigem schulischem Abschluss.

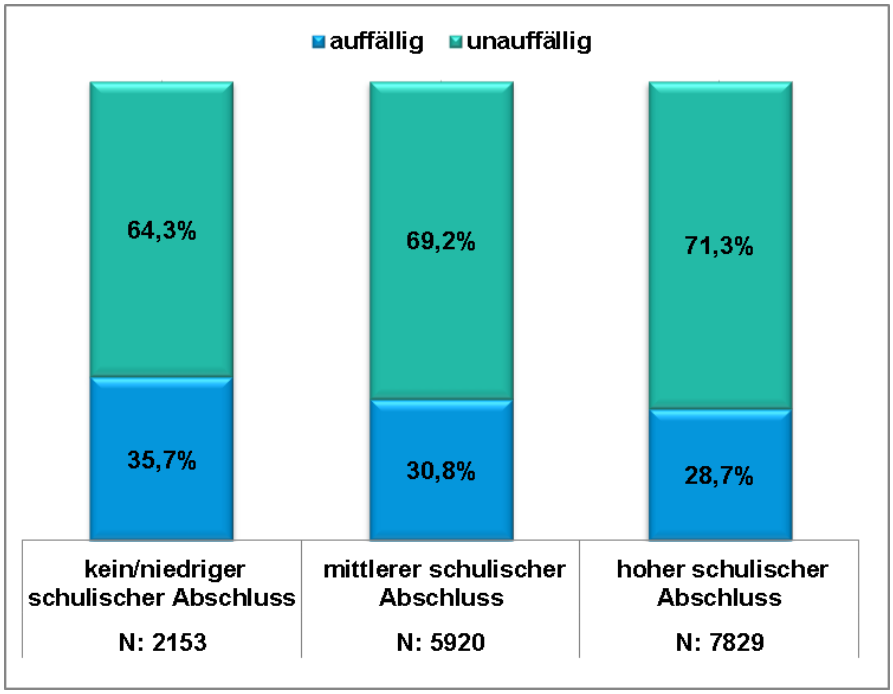
Tabelle 6 Herabsetzung des Sehvermögens

Kreis/kreisfreie Stadt	U	n	%	A	B	D	X
Flensburg	574	271	47,2	3,8	12,2	0,3	30,8
Kiel	1.887	860	45,6	6,6	9,0	0,0	30,0
Hansestadt Lübeck	1.755	308	17,5	4,7	12,3	0,1	0,5
Neumünster	665	158	23,8	14,6	8,9	0,0	0,3
Dithmarschen	1.110	313	28,2	11,3	9,0	0,1	7,8
Herzogtum Lauenburg	1.738	494	28,4	7,4	11,7	0,1	9,2
Nordfriesland	1.221	200	16,4	4,3	8,4	0,0	3,6
Ostholstein	1.547	323	20,9	1,8	8,9	0,0	10,1
Pinneberg	2.720	1.234	45,4	10,2	10,2	0,0	25,0
Plön	1.015	267	26,3	9,0	7,1	0,0	10,2
Rendsburg-Eckernförde	2.261	1.024	45,3	6,1	8,0	0,1	31,0
Schleswig-Flensburg	1.478	251	17,0	1,9	9,7	0,1	5,3
Segeberg	2.300	828	36,0	8,8	11,4	0,0	15,8
Steinburg	1.094	198	18,1	4,6	6,9	0,0	6,6
Stormarn	2.249	524	23,3	7,0	8,4	0,2	7,7
Schleswig-Holstein	23.614	7.253	30,7	6,8	9,6	0,1	14,3

Darstellung erfolgt getrennt nach Kreisen und kreisfreien Städten.
U = Anzahl der untersuchten Kinder;
n= Summe aus ABDX (Anzahl der Kinder mit auffälligen Befunden); % gibt den prozentualen Anteil der summierten Untersuchungsbefunde (ABDX) bei allen untersuchten Einschülern (U) an.
A = Auffälliger Befund und Arztüberweisung, B = Auffälliger Befund, bereits behandelt, D = Auffälliger Befund mit Leistungseinschränkung und X = Auffälliger Befund, nicht behandlungsbedürftig, werden als prozentuale Rate bezogen auf alle untersuchten Einschüler (U) angegeben.

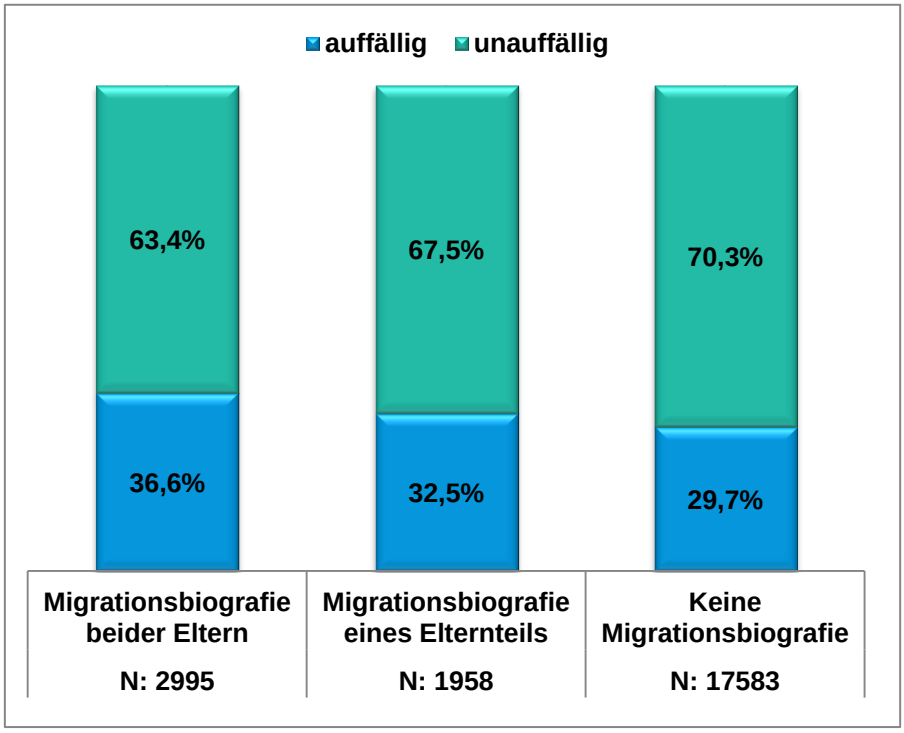
Wie **Abbildung 7** und **Abbildung 8** zeigen, erfolgt die Dokumentation eines auffälligen Befundes etwas häufiger bei Kindern von Eltern mit geringerem Bildungsstand. Die Migrationsbiografie der Eltern hat ebenfalls Einfluss auf die Häufigkeit von auffälligen Befunden oder Empfehlungen.

Abbildung 7 Herabsetzung des Sehvermögens abhängig vom Bildungsstand der Eltern



Verteilung der Rate von „Herabgesetztem Sehvermögen“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N = 15.902).
Der auffällige Befund setzt sich aus der Summe ABDX zusammen und ist unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen:
A = Auffälliger Befund und Arztüberweisung, B = Auffälliger Befund, bereits behandelt, D = Auffälliger Befund mit Leistungseinschränkung, X = Auffälliger Befund, nicht behandlungsbedürftig.

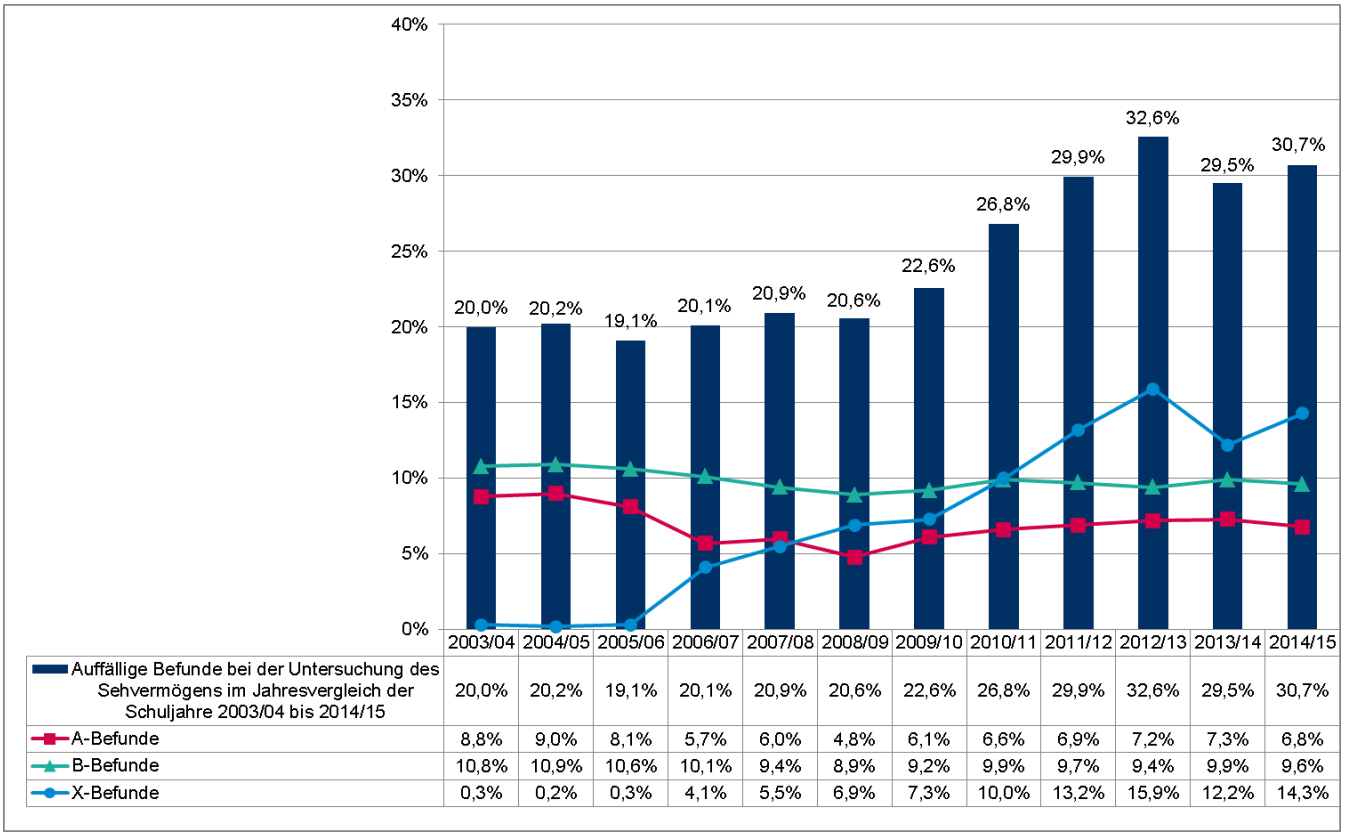
Abbildung 8 Herabsetzung des Sehvermögens abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern



Verteilung der Rate von „Herabgesetztem Sehvermögen“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=22.536).
Der auffällige Befund setzt sich aus der Summe ABDX zusammen und ist unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen:
A = Auffälliger Befund und Arztüberweisung, B = Auffälliger Befund, bereits behandelt, D = Auffälliger Befund mit Leistungseinschränkung, X = Auffälliger Befund, nicht behandlungsbedürftig.

Vergleicht man die Häufigkeit von auffälligen Befunden im Sehvermögen über die Zeit seit Schuljahr 2003/2004 bis 2014/2015, findet sich ein kontinuierlicher Anstieg von etwa 20% auf 30,7% (**Abbildung 9**).

Abbildung 9 Herabsetzung des Sehvermögens in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/2004



	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15
Auffällige Befunde bei der Untersuchung des Sehvermögens im Jahresvergleich der Schuljahre 2003/04 bis 2014/15	20,0%	20,2%	19,1%	20,1%	20,9%	20,6%	22,6%	26,8%	29,9%	32,6%	29,5%	30,7%
A-Befunde	8,8%	9,0%	8,1%	5,7%	6,0%	4,8%	6,1%	6,6%	6,9%	7,2%	7,3%	6,8%
B-Befunde	10,8%	10,9%	10,6%	10,1%	9,4%	8,9%	9,2%	9,9%	9,7%	9,4%	9,9%	9,6%
X-Befunde	0,3%	0,2%	0,3%	4,1%	5,5%	6,9%	7,3%	10,0%	13,2%	15,9%	12,2%	14,3%

Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt den prozentualen Anteil des schulärztlichen Untersuchungsbefundes „Herabsetzung des Sehvermögens“. Definition: Kinder ab 5 Jahren, die bei der Prüfung der Sehschärfe mittels Fernvisustest (monokular rechts und links geprüft) Visus kleiner 0,7 aufweisen (Bewertung siehe ABDX) und Kinder, die bei der Inspektion oder bei der Überprüfung mit dem Stereotest einen Schielfehler 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, die Markierung darf dann nicht mit A erfolgen) D = Blinde, bzw. Sehvermögen schlechter als 0,3 (bereits festgestellt) In den Jahren vor 2005/2006 Standard: Visus 1,0, danach Standard Visus 0,7 und seit 2008/2009 Erfassung von Strabismus (Schielen) bei den Gesamtsehstörungen.

Detaillierte Analysen mit Darstellung der einzelnen Befundkategorien zeigen einen Rückgang der auffälligen Befunde mit Empfehlung zur Überweisung zum Augenarzt für das Schuljahr 2005/2006. Bis zu diesem Zeitpunkt war ein Visus unter 1,0 (100%) mit einem „A“ kodiert worden, ab diesem Schuljahr nur noch ein Visus von unter 0,7. 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 9**) eine Abnahme der auffälligen Befunde mit Empfehlung einer augenärztlichen Untersuchung von 9% in 2004/2005 auf 4,8% in 2008/2009, und zeitgleich ein Anstieg der leicht auffälligen Befunde (Visus 0,7-1,0) ohne Empfehlung zur Abklärung von 0,3% in 2005/2006 auf 6,9% in 2008/2009. Der weitere deutliche Anstieg der Dokumentation auffälliger Befunde ab 2008/2009 ist der

Tatsache zu verdanken, dass seit Schuljahr 2006/2007 Schielen (Strabismus) ebenfalls als leicht auffälliger Befund dokumentiert wurde. Auch hier folgt aus der Beurteilung der Schulärzte, ob eine weitere Empfehlung zur fachärztlichen Untersuchung gegeben wird. Auf die grafische Darstellung der D-Befunde wird verzichtet, der prozentuale Anteil in den Jahren liegt im Schnitt bei 0,1%. Die absolute Anzahl für 2014/2015: 15 Kinder, bei denen Blindheit oder ein bereits festgestelltes Sehvermögen unter Visus 0,3 dokumentiert wurde.

HÖREN

- Auffällige Befunde bei der Untersuchung des **Hörvermögens** liegen bei 7,5% aller untersuchten Schulanfänger vor und führen in der Hälfte dieser Fälle zur erstmaligen Befundkontrolle durch den Facharzt.

Tabelle 7 Herabsetzung des Hörvermögens

Kreis/kreisfreie Stadt	U	n	%	A%
Flensburg	578	55	9,5	56,4
Kiel	1.881	190	10,1	53,7
Hansestadt Lübeck	1.756	85	4,8	17,6
Neumünster	665	51	7,7	68,6
Dithmarschen	1.109	249	22,5	83,9
Herzogtum Lauenburg	1.738	173	10,0	45,7
Nordfriesland	1.222	61	5,0	57,4
Ostholstein	1.547	40	2,6	52,5
Pinneberg	2.719	142	5,2	64,1
Plön	1.015	60	5,9	85,0
Rendsburg-Eckernförde	2.280	128	5,6	69,5
Schleswig-Flensburg	1.291	62	4,8	22,6
Segeberg	2.302	289	12,6	41,2
Steinburg	1.092	43	3,9	81,4
Stormarn	2.246	129	5,7	26,4
Schleswig-Holstein	**23.441**	**1.757**	**7,5**	**54,6**

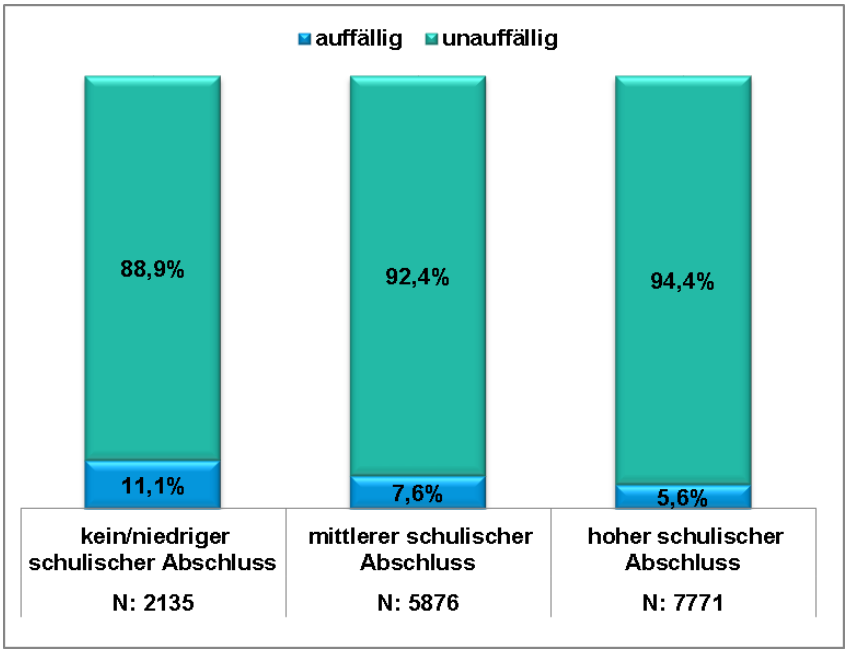
Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten.
Die Anzahl der Kinder mit auffälligen Befunden (n) ergibt sich aus der Summe aller Befunde (ABDX) unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen. Die Rate auffälliger Befunde (%) gibt den prozentualen Anteil des Untersuchungsbefundes bei allen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

Die Rate der vermuteten Hörstörungen liegt in den meisten Kreisen und kreisfreien Städten zwischen 4 und 8%. In Flensburg, Kiel und im Herzogtum Lauenburg liegen sie bei etwa 10% und in Segeberg bei 12,6. 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 1/5 aller Kinder in Dithmarschen ist jedoch auffällig, zumal nahezu allen dieser Kinder zur Überprüfung des Hörvermögens eine Arztvorstellung empfohlen wird.

Der Kinder- und Jugendärztlichen Dienst Dithmarschen vermutet eine deutlich geringere Rate. Die Kinder hören eher die tieferen Frequenzen nicht. Diese Frequenzen zu hören ist deutlich schwieriger und bedarf größerer Konzentration von Seiten der Untersuchten, wobei erschwerend hinzukommt, dass die Hörtestung am Ende der Untersuchung stattfindet. Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst in Dithmarschen möchte mit der nächsten Untersuchungsreihe den Hörtest an den Anfang Einschulungsuntersuchung stellen. Der Verdacht auf eine Herabsetzung des Hörvermögens zeigt wiederum eine Abhängigkeit vom Bildungsstand der Eltern (**Abbildung 10**). Wir vermuten einen Zusammenhang mit geringerer Inanspruchnahme ärztlicher Untersuchungen insbesondere bei chronischen Schalleitungsstörungen. Einen Zusammenhang mit Migrationsbiografie fanden wir nicht (**Abbildung 11**).

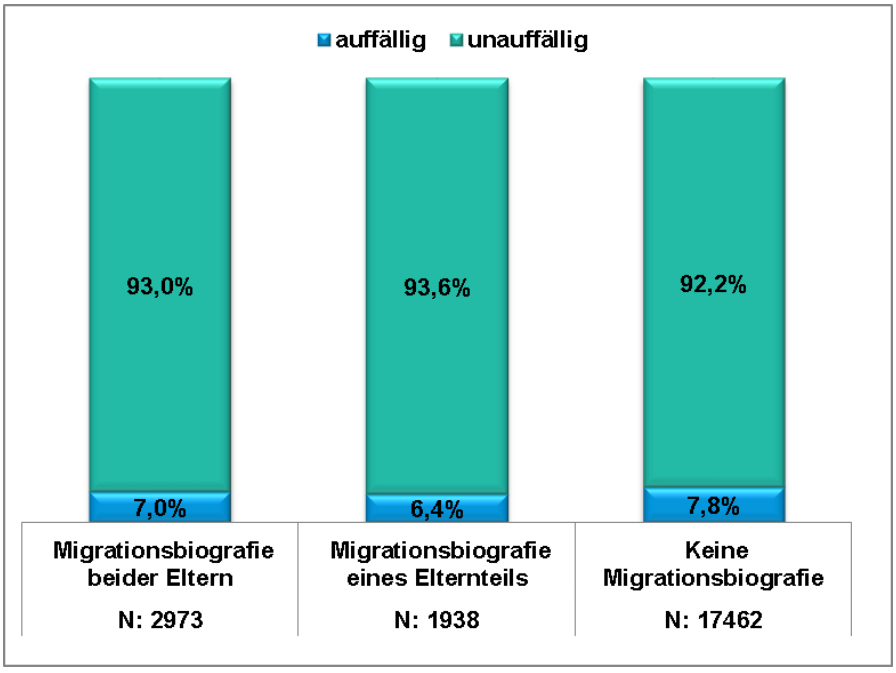
Die Häufigkeit der „Herabsetzung des Hörvermögens“ ist über die Jahre konstant geblieben (**Abbildung 12**).

Abbildung 10 Herabsetzung des Hörvermögens abhängig vom Bildungsstand der Eltern



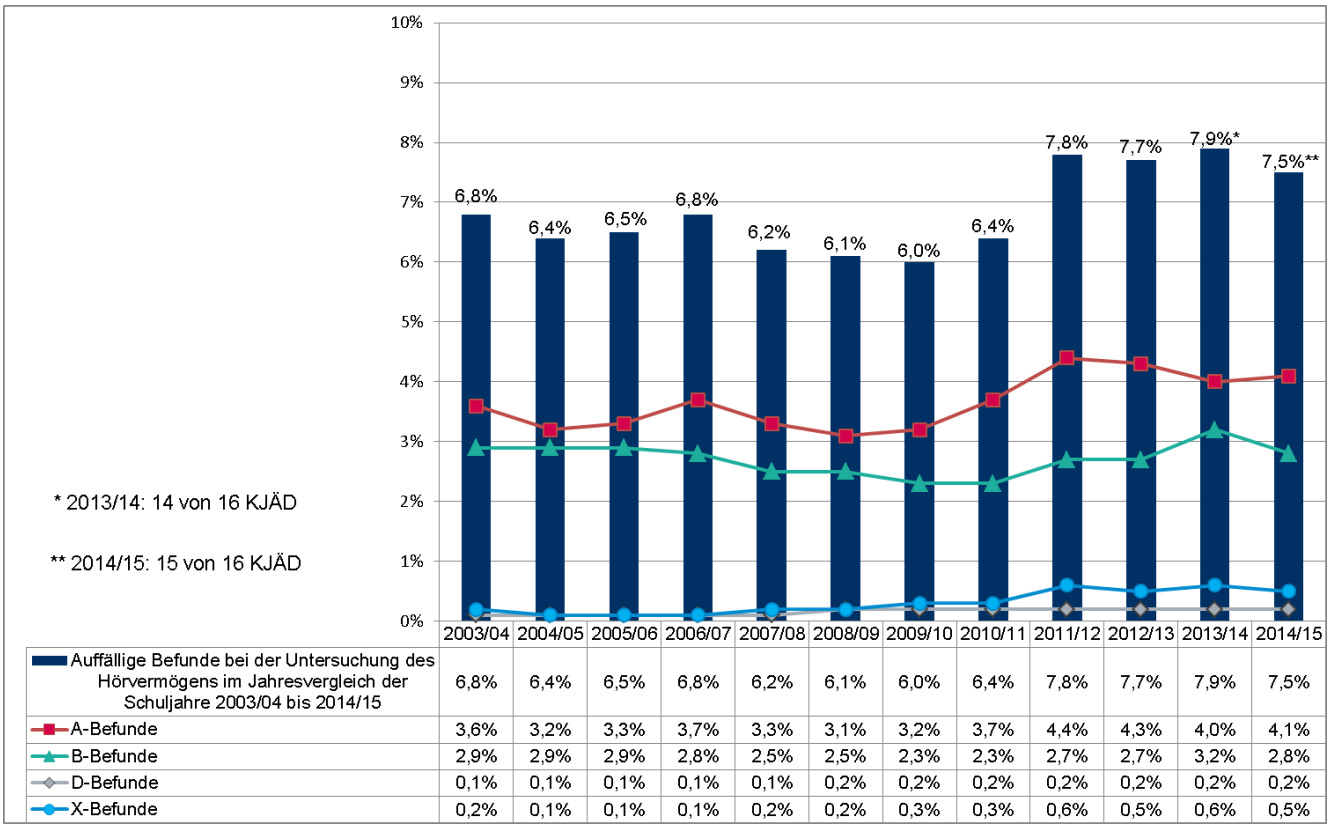
Verteilung der Rate von „Herabgesetztem Hörvermögen“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=15.782). Der auffällige Befund setzt sich aus der Summe ABDX zusammen und ist unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen:
A = Auffälliger Befund und Arztüberweisung, B = Auffälliger Befund, bereits behandelt, D = Auffälliger Befund mit Leistungseinschränkung, X = Auffälliger Befund, nicht behandlungsbedürftig.

Abbildung 11 Herabsetzung des Hörvermögens abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern



Verteilung der Rate von „Herabgesetztem Hörvermögen“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=22.373). Der auffällige Befund setzt sich aus der Summe ABDX zusammen und ist unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen:
A = Auffälliger Befund und Arztüberweisung, B = Auffälliger Befund, bereits behandelt, D = Auffälliger Befund mit Leistungseinschränkung, X = Auffälliger Befund, nicht behandlungsbedürftig.

Abbildung 12 Herabsetzung des Hörvermögens in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/04



	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15
Auffällige Befunde bei der Untersuchung des Hörvermögens im Jahresvergleich der Schuljahre 2003/04 bis 2014/15	6,8%	6,4%	6,5%	6,8%	6,2%	6,1%	6,0%	6,4%	7,8%	7,7%	7,9%	7,5%
A-Befunde	3,6%	3,2%	3,3%	3,7%	3,3%	3,1%	3,2%	3,7%	4,4%	4,3%	4,0%	4,1%
B-Befunde	2,9%	2,9%	2,9%	2,8%	2,5%	2,5%	2,3%	2,3%	2,7%	2,7%	3,2%	2,8%
D-Befunde	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
X-Befunde	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,6%	0,5%	0,6%	0,5%

Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt den prozentualen Anteil des schulärztlichen Untersuchungsbefundes „Herabsetzung des Hörvermögens“.
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 = Auffälliger Befund, bei dem erstmals oder erneut eine Arztüberweisung veranlasst werden muss.
B = Auffälliger Befund, 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.

ALLERGISCHE ERKRANKUNGEN

- Die **Atopischen Erkrankungen** sind mit einer Gesamthäufigkeit von 8,1% festgestellt worden, dabei liegen bei 3,6% der Schulanfänger Allergien vor, bei 3,0% Asthma bronchiale und bei 3,5% Neurodermitis.

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/Ekzem), Heuschnupfen (Allergische Rhinitis) und Asthma Bronchiale findet sich eine leichte Knabenwendigkeit.

Tabelle 8 Atopische Erkrankungen bei Jungen und Mädchen

	Jungen			Mädchen		
	U	n	%	U	n	%
Allergie (Allergische Rhinitis)	10.851	482	4,4	10.425	281	2,7
Asthma bronchiale	10.844	395	3,6	10.423	242	2,3
Atopische Dermatitis / Ekzem	10.843	380	3,5	10.424	353	3,4

Die Anzahl der Kinder mit auffälligen Befunden (n) ergibt sich aus der Summe aller Befunde (ABDX) unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen. Die Rate auffälliger Befunde (%) gibt den prozentualen Anteil des Untersuchungsbefundes getrennt für die Jungen und die Mädchen an.
A = Auffälliger Befund und Arztüberweisung, B = Auffälliger Befund, bereits behandelt, D = Auffälliger Befund mit Leistungseinschränkung, X = Auffälliger Befund, nicht behandlungsbedürftig.

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

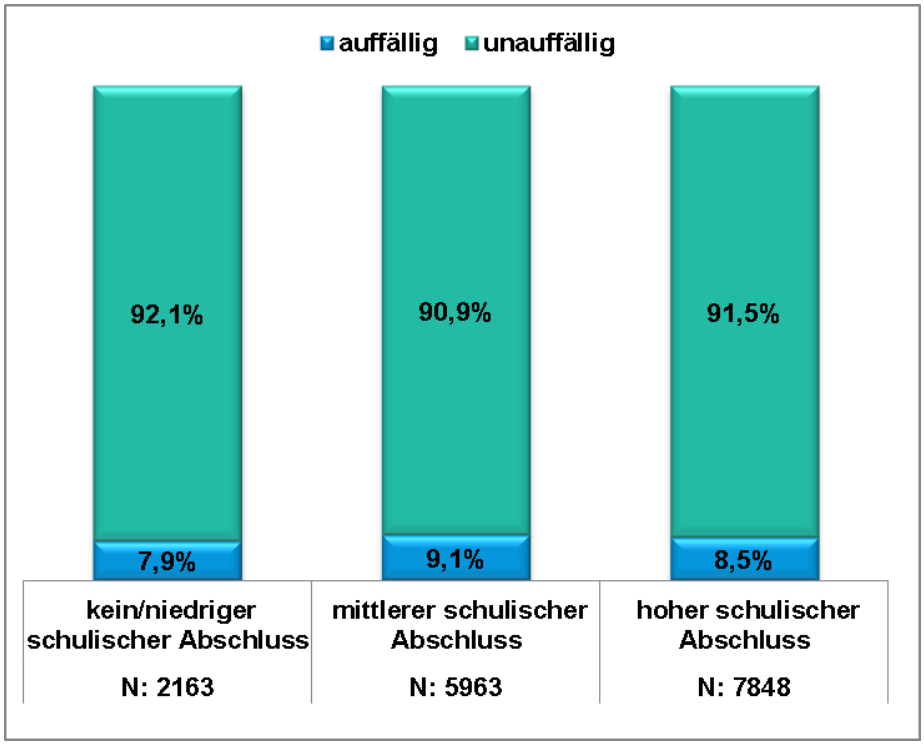
Tabelle 9 Atopische Erkrankungen

	Allergie (Allergische Rhinitis)				Asthma bronchiale				Atopische Dermatitis / Ekzem			
Kreis/kreisfreie Stadt	**U**	**n**	**%**	**A%**	**U**	**n**	**%**	**A%**	**U**	**n**	**%**	**A%**
Flensburg	592	25	4,2	-	592	33	5,6	-	592	28	4,7	3,6
Kiel	1.897	32	1,7	6,3	1.896	18	0,9	-	1.897	25	1,3	4,0
Hansestadt Lübeck	1.759	13	0,7	-	1.759	23	1,3	-	1.759	15	0,9	-
Neumünster	665	28	4,2	-	665	18	2,7	-	665	7	1,1	-
Dithmarschen	1.114	39	3,5	2,6	1.109	49	4,4	2,0	1.108	33	3,0	6,1
Herzogtum Lauenburg	1.740	64	3,7	-	1.739	43	2,5	-	1.740	56	3,2	3,6
Nordfriesland	1.225	79	6,4	-	1.223	75	6,1	1,3	1.222	129	10,6	0,8
Ostholstein	1.547	7	0,5	-	1.547	35	2,3	-	1.547	39	2,5	-
Pinneberg	2.763	79	2,9	-	2.763	61	2,2	1,6	2.763	66	2,4	1,5
Plön	1.004	78	7,8	-	1.004	34	3,4	-	1.004	47	4,7	-
Rendsburg-Eckernförde	2.286	133	5,8	-	2.286	142	6,2	-	2.286	128	5,6	-
Schleswig-Flensburg	1.498	22	1,5	-	1.498	29	1,9	-	1.498	34	2,3	-
Steinburg	1.104	23	2,1	-	1.104	20	1,8	-	1.104	45	4,1	-
Stormarn	2.254	142	6,3	0,7	2.254	61	2,7	-	2.254	90	4,0	-
Schleswig-Holstein	**21.448**	**764**	**3,6**	**0,5**	**21.439**	**641**	**3,0**	**0,5**	**21.439**	**742**	**3,5**	**1,1**

Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten exklusiv für Allergische Rhinitis, Asthma bronchiale und Atopische Dermatitis. Die Anzahl der Kinder mit auffälligen Befunden (n) ergibt sich aus der Summe aller Befunde (ABDX) unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen. Die Rate auffälliger Befunde (%) gibt den prozentualen Anteil des Untersuchungsbefundes bei allen untersuchten Einschülern (U) an. A% = Der prozentuale Anteil an Untersuchungsbefunden, die erstmals oder erneut einer Arztüberweisung bedürfen, bezogen auf die jeweilige Fallzahl (n). A = Auffälliger Befund und Arztüberweisung, B = Auffälliger Befund, bereits behandelt, D = Auffälliger Befund mit Leistungseinschränkung, X = Auffälliger Befund, nicht behandlungsbedürftig.

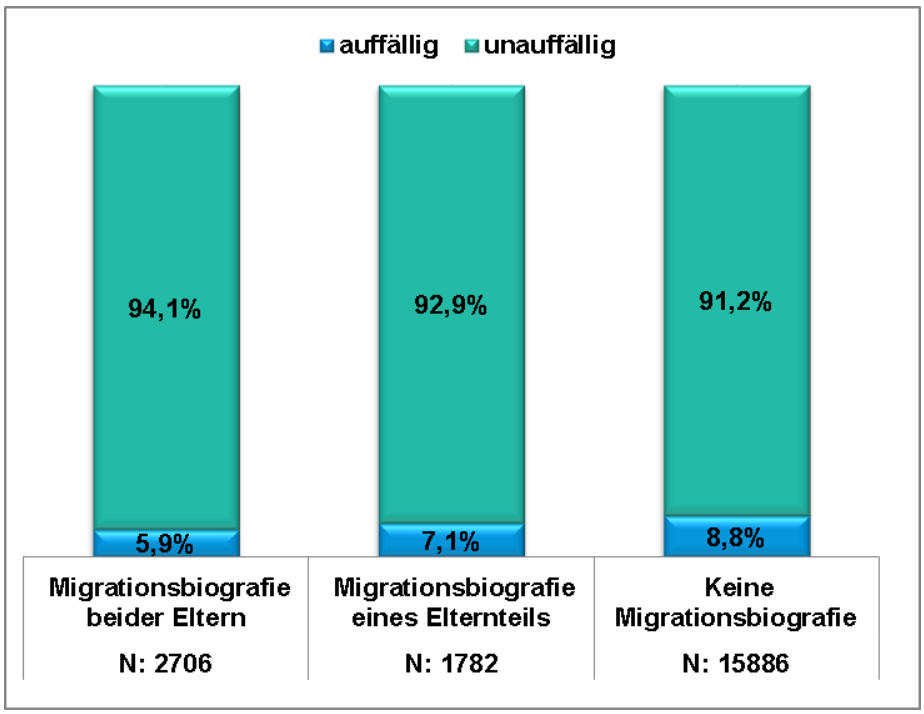
Aufgrund unterschiedlicher Erfassungsverfahren variieren die Angaben zwischen den Städten und Kreisen erheblich. Beim Asthma bronchiale ist die Variation am geringsten ausgeprägt, bei den beiden anderen atopischen Erkrankungen deutlich stärker ausgeprägt. Während in übrigen Studien, z. B. dem bundesweiten Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS) gezeigt werden kann, dass atopische Erkrankungen bei Kindern mit hohem Sozialstatus etwas häufiger sind als bei Kindern mit niedrigerem Sozialstatus, lässt sich dieser Trend in Schleswig-Holstein nicht nachweisen. Die Häufigkeit bei Kindern von Eltern mit mittlerem schulischen Abschluss ist mit 9,1% am höchsten, bei Kindern von Eltern mit niedrigen schulischen Abschluss mit 7,9% am niedrigsten, bei Kindern von Eltern mit hohem schulischen Abschluss liegt sie mit 8,5% im mittleren Bereich (**Abbildung 13**). Kinder von Eltern mit Migrationsbiografie haben eine etwas geringere Häufigkeit von atopischen Erkrankungen **(Abbildung 14**), dies entspricht auch den Daten der KiGGS-Studie. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich eine leichte Zunahme von 0,2% bei Heuschnupfen und keine Veränderung bei Asthma bronchiale und bei Neurodermitis. Insgesamt spiegelt sich hier nicht der sonst beobachtete Anstieg der Prävalenzen wider. Ein besonders hoher Wert für das Vorliegen einer atopischen Erkrankung zeigt sich in Nordfriesland (18,1%) im Vergleich zu den anderen Kreisen und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein. Ein Erklärungsansatz ist möglicherweise, dass Familien mit allergischer Disposition gezielt wegen des besonderen Seeklimas nach Nordfriesland ziehen.

Abbildung 13 Atopische Erkrankungen abhängig vom Bildungsstand der Eltern



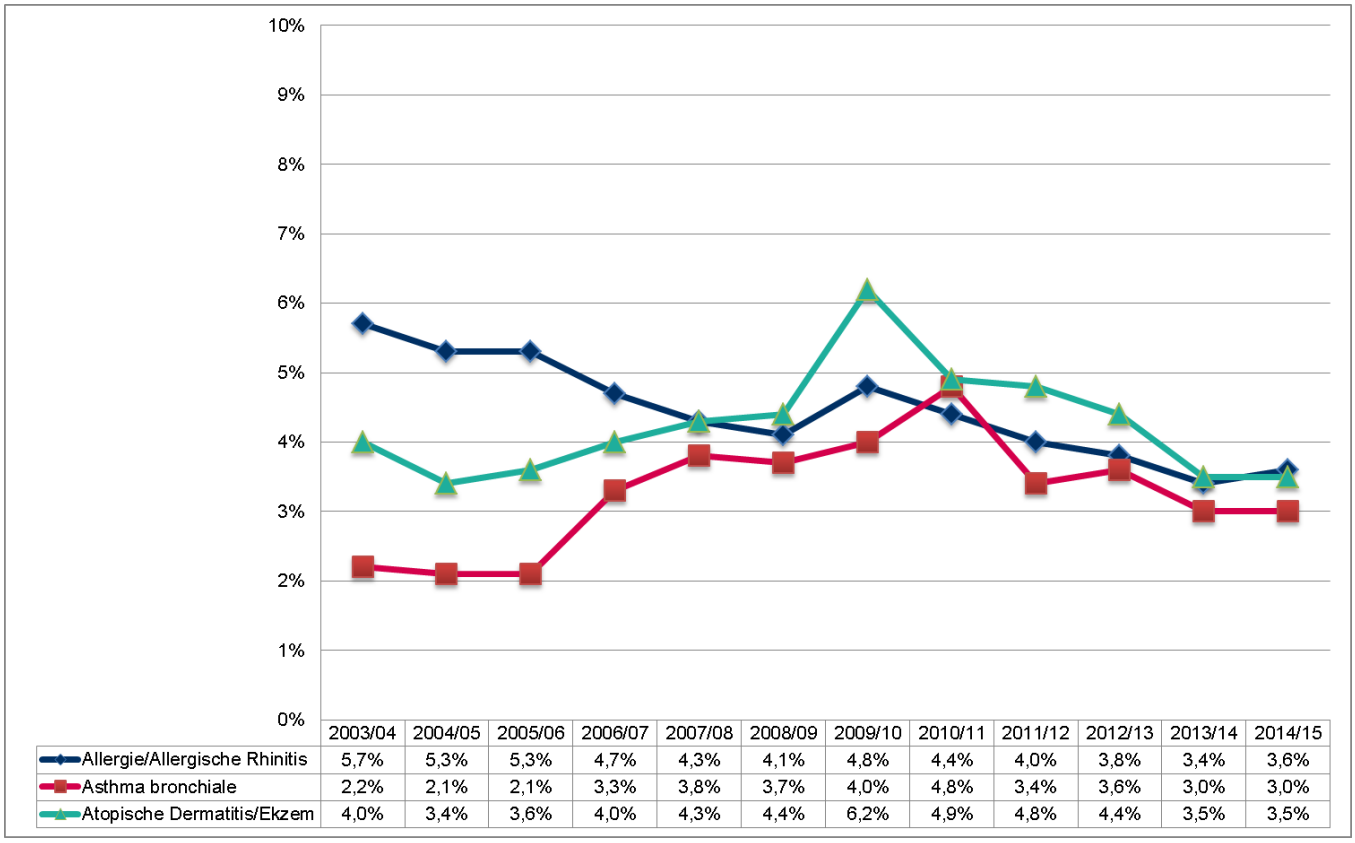
Verteilung der Rate von „Atopischen Erkrankungen“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=15.974).
Der auffällige Befund setzt sich aus der Summe ABDX zusammen und ist unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen:
A = Auffälliger Befund und Arztüberweisung, B = Auffälliger Befund, bereits behandelt, D = Auffälliger Befund mit Leistungseinschränkung, X = Auffälliger Befund, nicht behandlungsbedürftig.

Abbildung 14 Atopische Erkrankungen abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern



Verteilung der Rate von „Atopischen Erkrankungen“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=20.374).
Der auffällige Befund setzt sich aus der Summe ABDX zusammen und ist unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen:
A = Auffälliger Befund und Arztüberweisung, B = Auffälliger Befund, bereits behandelt, D = Auffälliger Befund mit Leistungseinschränkung, X = Auffälliger Befund, nicht behandlungsbedürftig.

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



	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15
Allergie/Allergische Rhinitis	5,7%	5,3%	5,3%	4,7%	4,3%	4,1%	4,8%	4,4%	4,0%	3,8%	3,4%	3,6%
Asthma bronchiale	2,2%	2,1%	2,1%	3,3%	3,8%	3,7%	4,0%	4,8%	3,4%	3,6%	3,0%	3,0%
Atopische Dermatitis/Ekzem	4,0%	3,4%	3,6%	4,0%	4,3%	4,4%	6,2%	4,9%	4,8%	4,4%	3,5%	3,5%

Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt den prozentualen Anteil der schulärztlichen Untersuchungsbefunde „Allergie/Allergische Rhinitis“, „Asthma bronchiale“, „Atopische Dermatitis/Ekzem“ nach Anamnese und/oder akuter Symptomatik und zusätzlich seit 2006 mittels Screening-Fragebogen (ISAAC-International Study of Asthma and Allergies in Childhood, 1991-2011).

„Allergie/Allergische Rhinitis“: Kinder, bei denen die Diagnose bereits durch Allergietestung abgesichert ist oder bei denen wiederholt ein seröser Schnupfen aufgetreten ist und/oder begleitende Konjunktivitis. Nahrungsmittel und Kontaktallergien werden für Dokumentation nicht erfasst. Ein Befund wird markiert, wenn folgendes zutrifft und /oder die Anamnese eindeutig ist.
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.

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

„Atopische Dermatitis/Ekzem“: 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, Dermatis 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).
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.

GEWICHT

- Im Schuljahr 2014/2015 sind 9,6% der Jungen und 10,9% der Mädchen **übergewichtig** bzw. adipös (BMI > 90. Perzentile). Somit sind 5,4 % der Jungen übergewichtig (BMI 90-97 Perzentile) und 4,2 % adipös (BMI > 97. Perzentile). Bei den Mädchen sind 6,4 % übergewichtig und 4,5 % sind adipös.
- Im Vergleich zum letzten Jahr sind ein leichter Anstieg des Übergewichtes und kein Anstieg des Untergewichtes bei den Mädchen zu verzeichnen.
- Bei den Jungen ist ein Rückgang sowohl beim Übergewicht als auch beim Untergewicht zu verzeichnen.
- 10,5% der Jungen und 10,1% der Mädchen haben ein BMI unter der 10er Perzentile und sind damit untergewichtig oder stark untergewichtig (unterhalb der 3er Perzentile). Somit sind 6,7 % der Jungen untergewichtig und 3,8 % sind stark untergewichtig. Bei den Mädchen sind 6,8 % untergewichtig und 3,3 % sind stark untergewichtig.

Die Bewertung des BMI (Body-Mass-Index) bei der Schuleingangsuntersuchung in Schleswig-Holstein orientiert sich an den Referenzwerten der Deutschen Adipositasgesellschaft (DAG) aus dem Jahr 2000[7]. Der BMI ist der Quotient aus Körpergewicht in Kilogramm dividiert durch das Quadrat der Körpergröße in Metern (BMI = 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)[8].

Es wurden die BMI-Werte mit den Perzentilen nach Kromeyer-Hauschild (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-Hauschild 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 Perzentilen-Bereiche erfolgte.

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

---

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

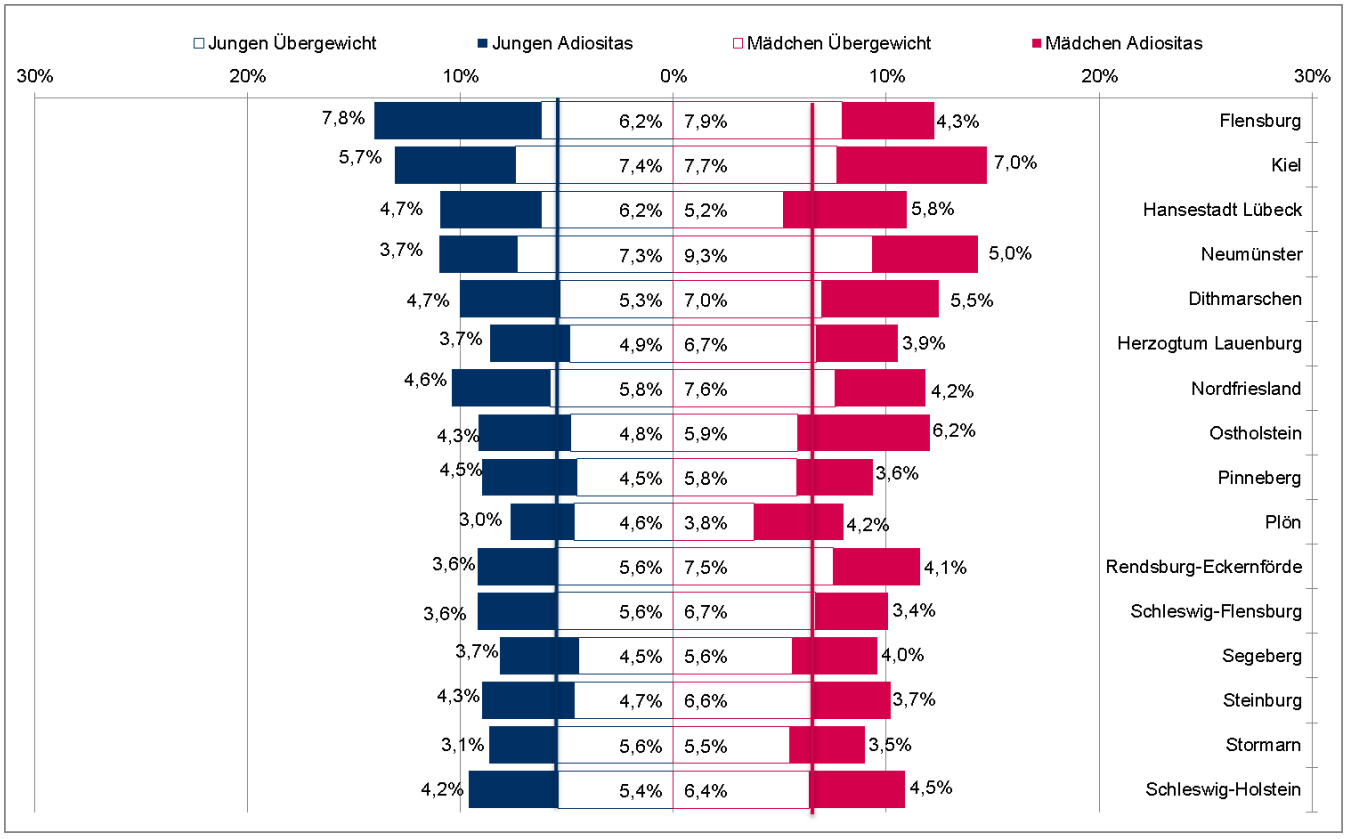
8 Kurth, B.-M.M., Schaffrath Rosario, A.: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KIGGS), Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2007 50: 736-743.

Untergewicht bei Kindern kann konstitutionell bedingt sein, d.h. es handelt sich um zarte, aber gesunde Kinder. Andererseits kann Untergewicht auf chronische Erkrankungen hinweisen, auf Essstörungen oder eine familiäre Vernachlässigung.

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).

Eine Darstellung der absoluten Zahlen in der Referenzeinteilung des BMI nach Kromeyer-Hauschild unabhängig des Geschlechts findet sich im Anhang **Tabelle 46**.

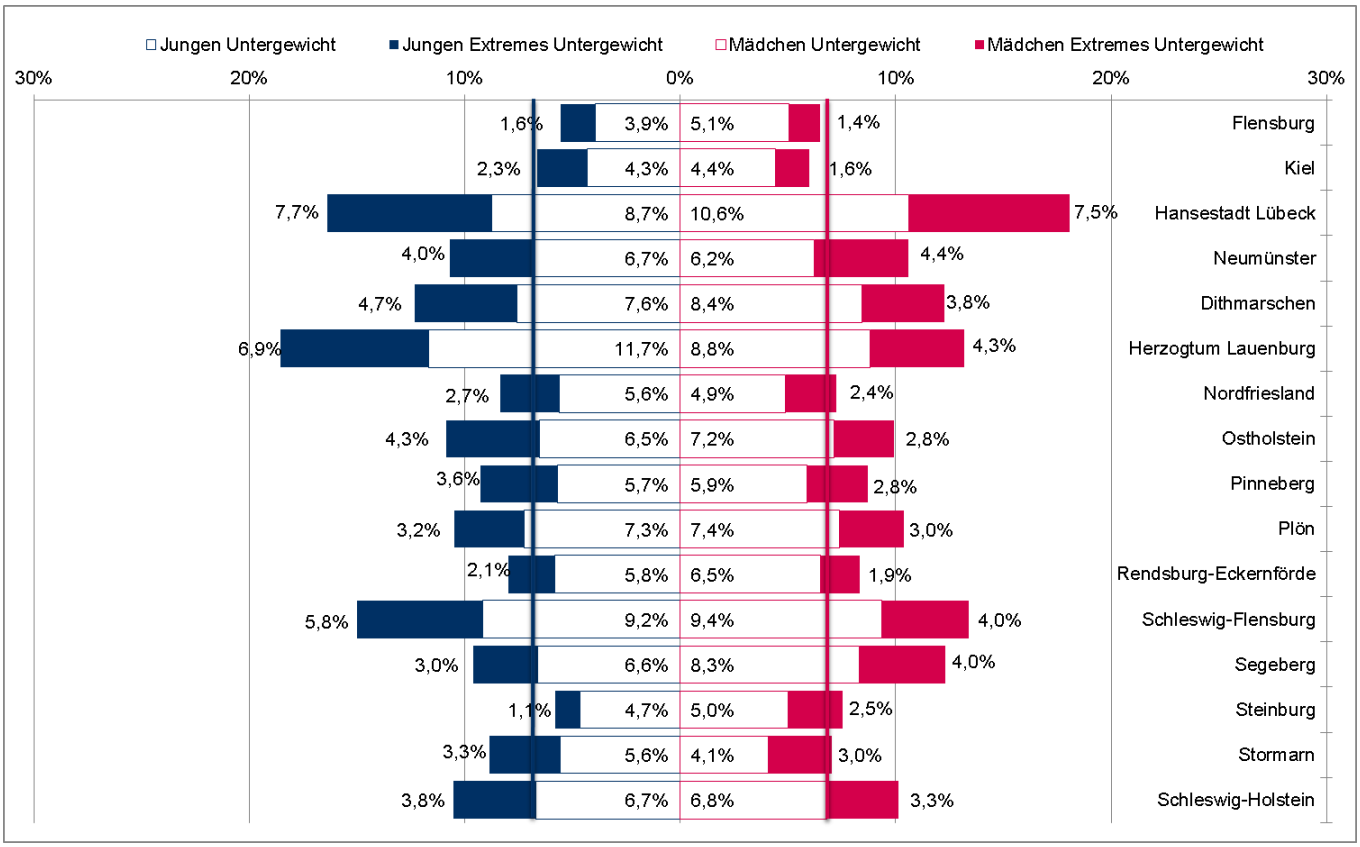
Abbildung 16 Übergewichtige und adipöse Jungen und Mädchen (oberhalb der 90er Perzentile)



Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten getrennt und zeigt den prozentualen Anteil der schulärztlichen Untersuchungsbefunde zum Body- Mass-Index getrennt nach Geschlecht.Übergewichtig = BMI ist oberhalb der 90er Perzentile und unterhalb der 97er Perzentile, adipös = BMI ist oberhalb der 97er Perzentile nach Kromeyer-Hausschild.

Insgesamt sind im Landesdurchschnitt 4,2% der einzuschulenden Jungen und 4,5% der Mädchen adipös. Bereits übergewichtig sind 5,4% der Jungen und 6,4% der Mädchen. Dabei ergeben sich Hinweise für erhebliche regionale Variationen, die tatsächlichen Unterschieden in der Prävalenz entsprechen und im Wesentlichen durch soziodemographische und kulturelle Unterschiede zu erklären sind. Die größte Häufigkeit findet sich in den nördlichen Landesteilen. Die starke Häufung in der Stadt Neumünster hat sich in den letzten Jahren deutlich zurückgebildet.

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

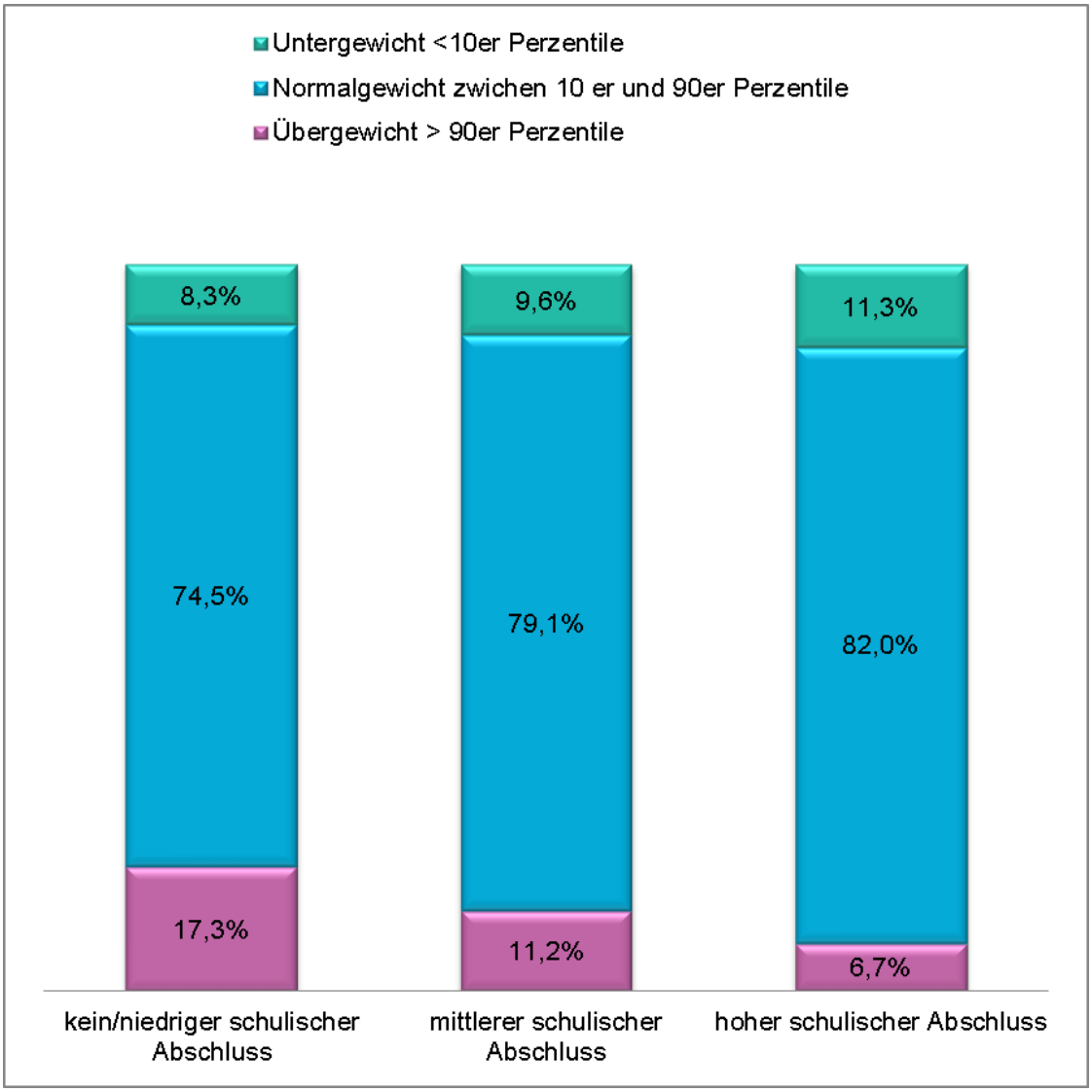


Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten getrennt und zeigt den prozentualen Anteil der schulärztlichen Untersuchungsbefunde zum Body-Mass-Index getrennt nach Geschlecht. Untergewichtig = BMI ist unterhalb der 10er Perzentile und oberhalb der 3er Perzentile, extrem untergewichtig = BMI ist unterhalb der 3er Perzentile.

Im Landesdurchschnitt sind 10,5% (2009/10: 11,8%, 2010/11: 10,3%, 2011/12: 11,4%, 2012/13: 11,0%, 2013/14: 12%) der einzuschulenden Jungen und 10,1% (2009/10: 11,4%, 2010/11 und 2011/12: 10,3%, 2012/13: 10,0%, 2013/14: 10,2%) der Mädchen untergewichtig.

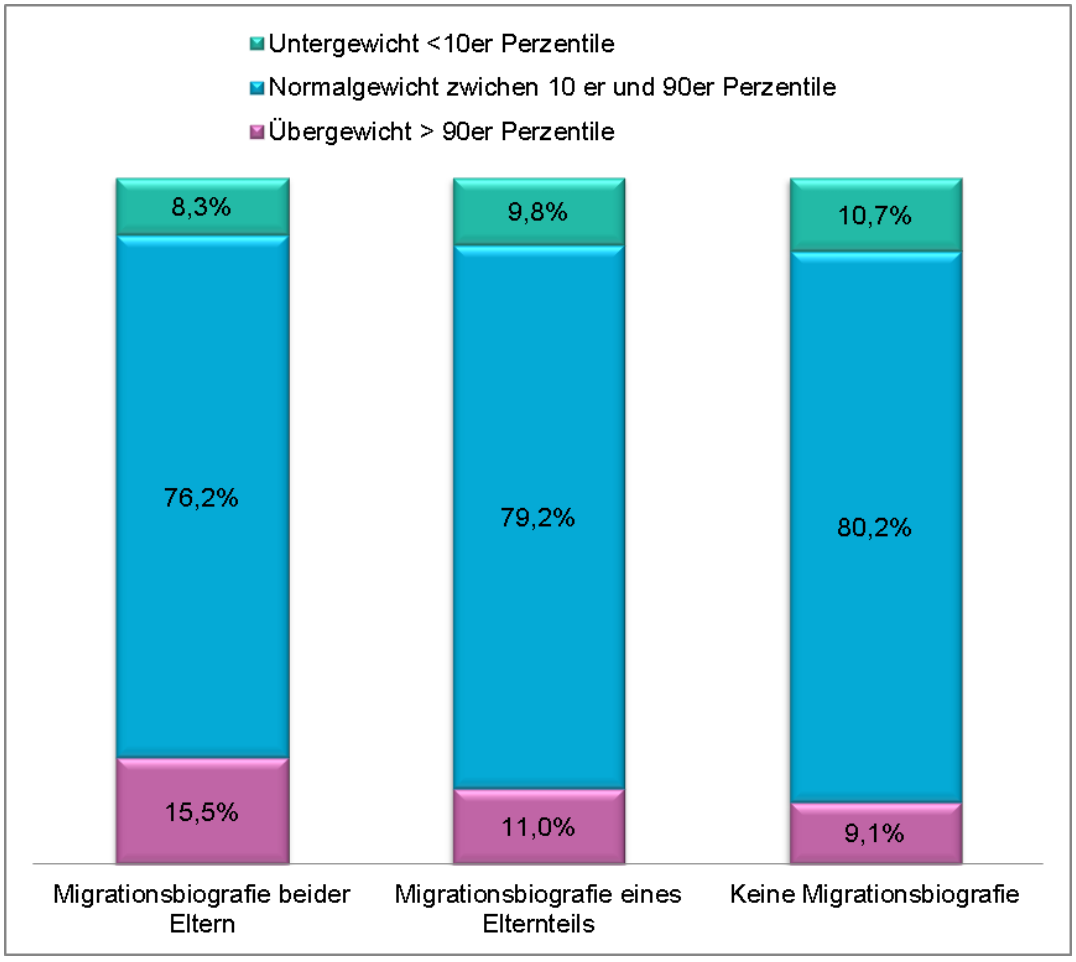
Wie **Abbildung 18** und **Abbildung 19** zeigen, werden Übergewicht und Adipositas durch soziodemographische Faktoren beeinflusst. Sowohl Kinder aus Familien mit Migrationsbiografie als auch solche aus bildungsfernen Familien haben ein statistisch signifikant höheres Risiko, eine Adipositas zu entwickeln. So erhöht sich das Risiko eines Kindes von Eltern mit niedrigem Bildungsstand um das 2,5 fache gegenüber den Kindern aus Familien mit hohem Bildungsstand (Odds Ratio: 2,53; Konfidenzintervall 2,16-3,00) und das 1,5 fache gegenüber Kindern aus Familien mit mittlerem Bildungsstand (Odds Ratio: 1,67; Konfidenzintervall 1,47-1,90). Das Geschlecht des Kindes hat keinen Einfluss darauf, ob ein Kind adipös ist.

Abbildung 18 Über-, Unter- und Normalgewicht der Kinder ist abhängig vom Bildungsstand der Eltern



„Unter-, Normal- und Übergewicht“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=15.434)
Der auffällige Befund setzt sich aus der Summe ABDX zusammen und ist unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen:
A = Auffälliger Befund und Arztüberweisung, B = Auffälliger Befund, bereits behandelt, D = Auffälliger Befund mit Leistungseinschränkung, X = Auffälliger Befund, nicht behandlungsbedürftig.

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



„Unter-, Normal- und Übergewicht“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=21.889).
Der auffällige Befund setzt sich aus der Summe ABDX zusammen und ist unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen:
A = Auffälliger Befund und Arztüberweisung, B = Auffälliger Befund, bereits behandelt, D = Auffälliger Befund mit Leistungseinschränkung, X = Auffälliger Befund, nicht behandlungsbedürftig.

Seit dem Schuljahr 2004/05 war in Schleswig-Holstein bei beiden Geschlechtern ein leichter Rückgang des Übergewichtes zu verzeichnen. Der rückläufige Trend, den die Autoren eines deutschlandweiten Vergleichs der Einschulungsdaten zu Körpergröße und Körpergewicht der letzten 4 Jahre (vor 2009)[9] feststellten, bestätigt sich für die Mädchen in Schleswig-Holstein nicht. In diesem Jahr stieg die Rate der übergewichtigen Mädchen erneut an.

Adipositasraten von 4,2% bei Jungen und 4,5% bei Mädchen weisen darauf hin, dass Bemühungen im Bereich der Adipositasprävention nicht nachlassen dürfen.

Die Zahl deutlich untergewichtiger Kinder ist für die Mädchen stabil und bei den Jungen deutlich gesunken. Hier gilt es, die Akteure des Gesundheitswesens auch für die Gruppe der Kinder mit Untergewicht und extremem Untergewicht zu sensibilisieren.

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

SELTENE CHRONISCHE ERKRANKUNGEN

In der traditionellen Terminologie werden mit dem Begriff „chronische Erkrankung“ meist körperliche Erkrankungen mit einer Dauer von mehr als 6 Monaten bezeichnet. Dazu gehören beispielsweise: rheumatoide Arthritis, Epilepsie, Asthma, Diabetes Typ1, zystische Fibrose (Mukoviszidose), Stoffwechselerkrankungen, angeborene Herzfehler, Tumorerkrankungen und seltene Syndrome. Einige Kinder erleben auch schwere gesundheitliche Probleme bei Krankheiten 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 die seelischen Erkrankungen, Störungen oder Behinderungen, die chronische Verläufe zeigen. Diese Unterscheidung zwischen chronischer Erkrankung und Behinderung ist historisch gewachsen und wird zunehmend im Sinne der Begrifflichkeit der International Classification of Functioning (ICF) aufgegeben. Zahlreiche Schülerinnen und Schüler bedürfen bereits in der Grundschule einer kontinuierlichen gesundheitlichen Betreuung. Hier müssen Konzepte entwickelt werden, wie Schulen durch Schul-, Gesundheits-, Kindergesundheits- oder Kinderkrankenschwestern und -pfleger sowie Schulärzte kontinuierlich im Sinne auch einer Schulsprechstunde oder Betreuung der Kinder während der Schulzeit unterstützt werden können.

Als Beispiele für chronische Gesundheitsstörungen mit besonderer Bedeutung für den Schulbesuch werden von den Kinder- und Jugendärzten Diabetes mellitus Typ1, Epilepsie (Zerebrales Anfallsleiden) und das Vorhandensein einer funktionseinschränkenden Körperbehinderung dokumentiert.

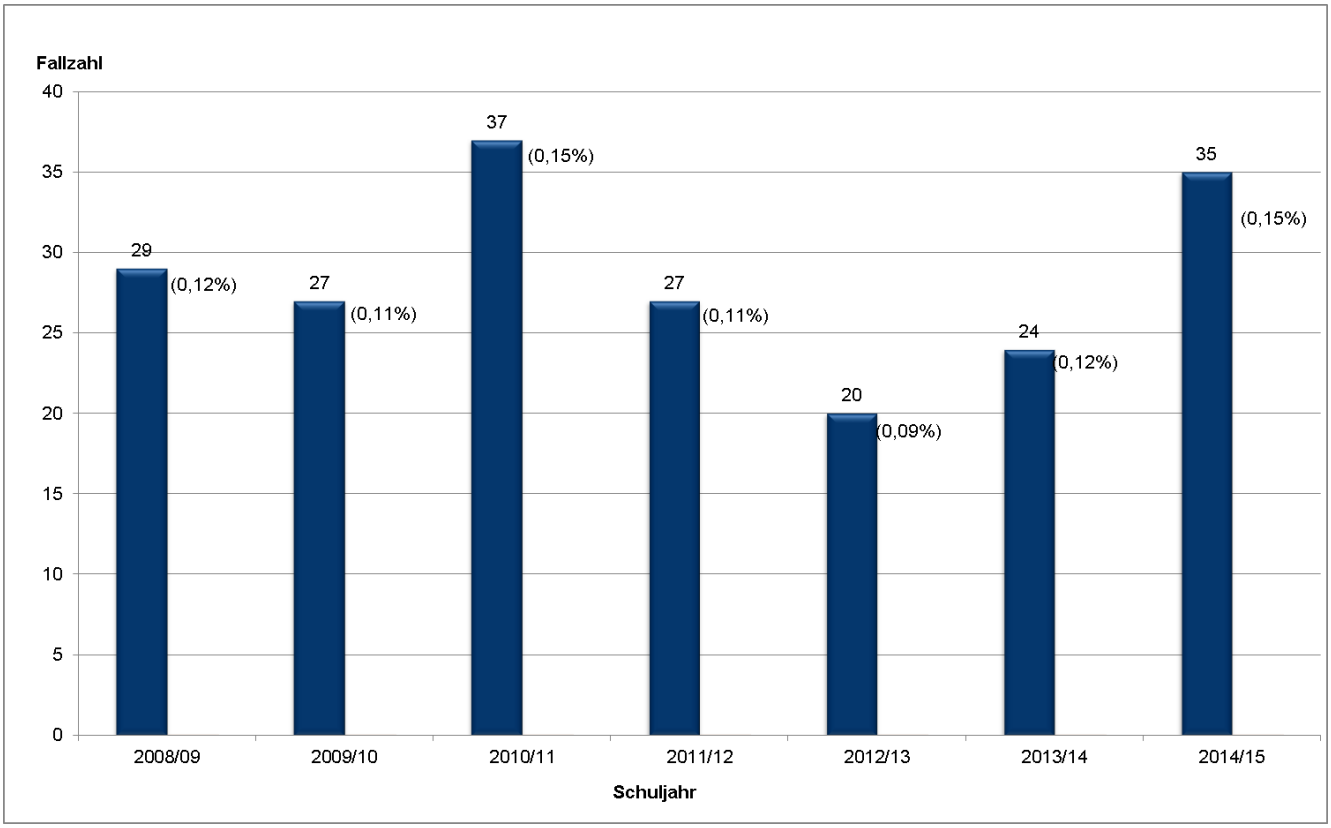
Tabelle 10 Auffälligkeiten aus den Bereichen Diabetes mellitus, Zerebrales Anfallsleiden und Körperbehinderung

	Diabetes mellitus			Zerebralles Anfallsleiden			Körperbehinderung		
	U	n	%	U	n	%	U	n	%
Flensburg	592	1	0,2	592	0	0,0	591	3	0,5
Kiel	1.897	2	0,1	1.897	9	0,5	1.897	8	0,4
Hansestadt Lübeck	1.759	2	0,1	1.759	8	0,5	1.759	6	0,3
Neumünster	665	1	0,2	665	1	0,2	665	0	0,0
Dithmarschen	1.114	2	0,2	1.114	8	0,7	1.114	8	0,7
Herzogtum Lauenburg	1.740	3	0,2	1.740	9	0,5	1.740	8	0,5
Nordfriesland	1.228	0	0,0	1.228	1	0,1	1.228	5	0,4
Ostholstein	1.547	2	0,1	1.547	0	0,0	1.547	8	0,5
Pinneberg	2.763	2	0,1	2.763	4	0,1	2.763	9	0,3
Plön	1.015	0	0,0	1.015	0	0,0	1.015	2	0,2
Rendsburg-Eckernförde	2.286	9	0,4	2.286	7	0,3	2.286	10	0,4
Schleswig-Flensburg	1.498	4	0,3	1.498	5	0,3	1.498	5	0,3
Segeberg	2.314	4	0,2	-	-	-	2.314	4	0,2
Steinburg	1.104	1	0,1	1.104	2	0,2	-	-	-
Stormarn	2.254	2	0,1	2.254	4	0,2	2.254	5	0,2
Schleswig-Holstein	**23.776**	**35**	**0,1**	**20.447**	**58**	**0,3**	**22.671**	**81**	**0,4**

Darstellung erfolgt getrennt nach Kreisen und kreisfreien Städten.
Die Anzahl der Kinder mit auffälligen Befunden (n) ergibt sich aus der Summe aller Befunde (ABDX) unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen. Die Rate auffälliger Befunde (%) gibt den prozentualen Anteil des Untersuchungsbefundes bei allen untersuchten Einschülern (U) an. A = Auffälliger Befund und Arztüberweisung, B = Auffälliger Befund, bereits behandelt, D = Auffälliger Befund mit Leistungseinschränkung, X = Auffälliger Befund, nicht behandlungsbedürftig.

Bei diesen Diagnosen handelt es sich um seltene, eindeutig diagnostizierbare Erkrankungen, sodass wir bei den berichteten Fallzahlen von der mindestens zu erwartenden Prävalenz ausgehen.

Abbildung 20 Diabetes mellitus seit dem Schuljahr 2008/09



Dargestellt wird die Fallzahl eines Diabetes mellitus als Summe aus ABD-Befunden (in Klammern Prozentangabe) seit dem Schuljahr 2008/09. Definition: Kinder, bei denen die Diagnose Diabetes mellitus gesichert ist oder Kinder, 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

In den Jahren 2008/09 bis 2014/2015 liegen für die Altersgruppe der 5 bis 6-jährigen Schulanfänger folgende, durch die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste des Landes Schleswig-Holstein dokumentierte absolute Zahlen vor:
2008/2009: 29 von 24.085 (0,120%), 2009/2010: 27 von 24.816 (0,108%), 2010/2011: 37 von 25.106 (0,147%), 2011/2012: 27 von 23.886 (0,113%), 2012/2013: 20 von 22.212 (0,090%), 2013/2014: 24 von 19.818 (0,121%) und 2014/2015: 35 von 23.776 (0,149%). Saisonale Schwankungen spielen möglicherweise eine Rolle (s. auch „Diabetes in Schleswig- Holstein“; Landtagsdrucksache SH 18/694).

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

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

Die chronischen Erkrankungen werden nach folgender Definition erhoben:

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.).

a) Altersentsprechende Mobilität

b) Spiel und Freizeit mit Gleichaltrigen (Kontakt, Aktivität, Ausdauer)

c) Kommunikation (Sprechen, Hören)

d) Orientierung in der Umwelt (Sehen, kognitive Entwicklung, Selbständigkeit)

e) Nahrungsaufnahme

f) Körperpflege und Hygiene
oder

g) auf mindestens einmal tägliche, regelmäßige Medikation, Injektionen, Infusionen oder Inhalationen angewiesen ist oder

h) eine spezielle medizinische Diät einhalten muss oder

i) auf technische Hilfsmittel angewiesen ist, die vitale Funktionen unterstützen oder ersetzen (z.B. Herzschrittmacher, Heimdialyse, Vagusnerv-Stimulator, Gastrostomie zur Ernährung) oder

j) auf dauerhafte oder orthopädische Hilfsmittel zur wesentlichen Unterstützung der Mobilität oder der Funktionserhaltung des Skelettsystems angewiesen ist (z.B. Rollstuhl, Orthesen, Korsett, nicht: Schuheinlagen) oder

k) 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

l) auf tägliche Krankenpflege angewiesen ist / Pflegegeld erhält oder

m) regelmäßige, häufige Arztbesuche in Spezialambulanzen (<= 4 mal/Jahr) oder Aufenthalte in Krankenhaus (>=4 mal/Jahr) notwendig sind oder

n) ein erhöhtes Risiko für plötzliche, lebensbedrohliche Krisen besteht, für die das Kind/Jugendlicher/die Familie einen Notfallausweis, Notfallmedikamente oder spezifische Interventionen bereithalten muss.

Die zunehmende Beachtung dieser Variablen und Schulungen haben dazu beigetragen, dass die für diesen Bericht ermittelte Gesamtrate mit 12,0% in einem ähnlichen Bereich liegt wie die in der KiGGS-Studie erhobenen bundesweiten Daten (Altersgruppe 3 bis 6 Jahre: 11,2%, 95% KI: 10,0-12,6)[10]. Es liegt eine erhebliche regionale Variation vor, was an einer unterschiedlichen Wahrnehmung und Verwendung der Variable in den Kreisen und kreisfreien Städten liegen dürfte.

Kinder mit einer chronischen Gesundheitsstörung waren im Durchschnitt geringfügig kleiner (-1cm Körpergröße), hatten einen etwas geringeren BMI (Unterschied 0,3 BMI) und ein etwas geringeres Geburtsgewicht von durchschnittlich 80g.

Tabelle 11 Mittelwertgleichheit für Körpergröße, Gewicht, Body-Mass-Index und Geburtsgewicht bei chronischer Gesundheitsstörung (ja/nein) (T-Test)

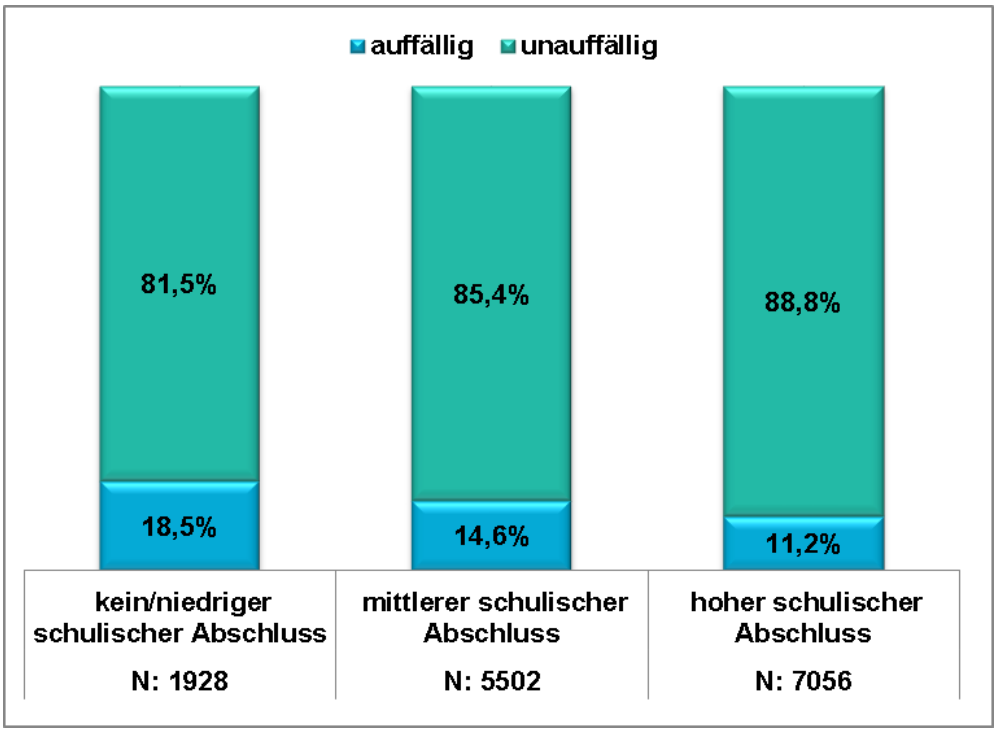
	Chronische Erkrankung	H	Mittelwert	Standard-abweichung	Signifikanz
Größe in Zentimetern	ja	2627	118,38	6,336	
	nein	17671	119,26	5,617	P<0.01
Gewicht in Kilogramm	ja	2606	22,34	4,38	
	nein	17599	22,24	3,866	n.s.
body-mass-index	ja	2598	15,8291	2,17074	
	nein	17568	15,5493	1,88237	P< 0,01
Geburtsgewicht in Gramm	ja	2597	3299,54	678,697	
	nein	17355	3381,38	609,248	P< 0.01

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. Dadurch besteht ein höheres Risiko der Kinder, chronische Gesundheitsstörungen zu entwickeln.

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

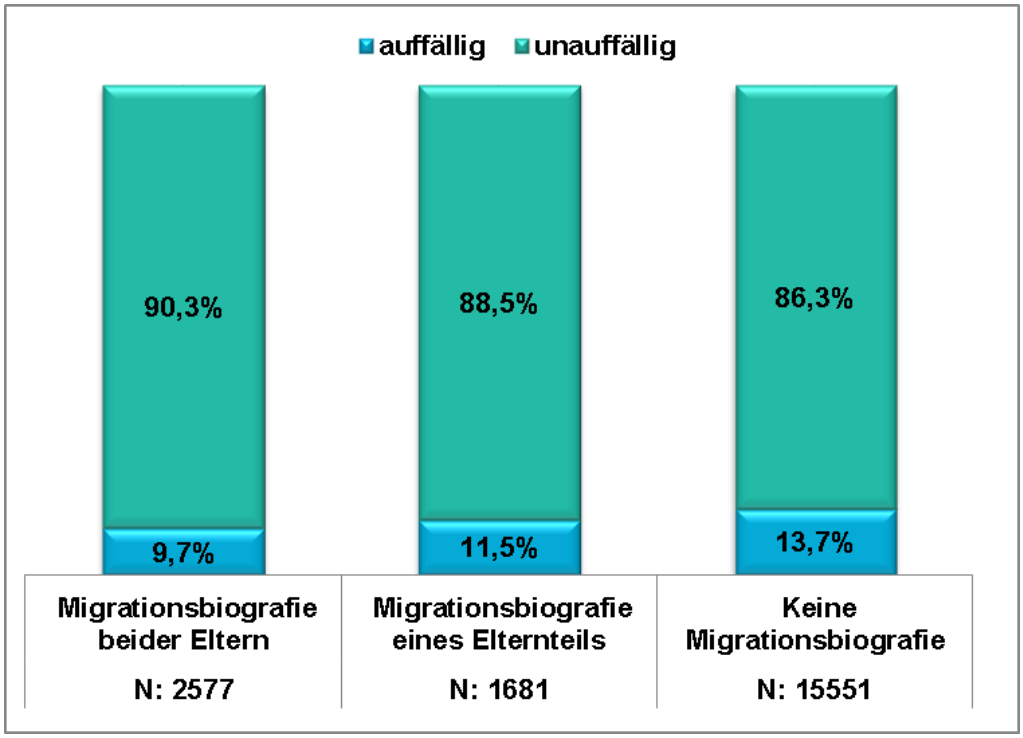
10 Scheidt-Nave, C., et al.: Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) in Deutschland, Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KIGGS), Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz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

Abbildung 21 Chronische Gesundheitsstörungen abhängig vom Bildungsstand der Eltern



Verteilung der Rate von „Chronische Gesundheitsstörung“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=14.486).

Abbildung 22 Chronische Gesundheitsstörungen abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern



Verteilung der Rate von „Chronische Gesundheitsstörung“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=19.809).

BEWEGUNGSAPPARAT UND KOORDINATION

- **Auffälligkeiten in der Motorik** zeigen sich bei 19,4% aller Schulanfänger, wobei Mädchen mit 13,6% deutlich weniger auffällig sind gegenüber Jungen mit 25,2%. In mehr als der Hälfte (59,2%) aller Fälle werden die Auffälligkeiten als geringgradig eingeschätzt; ein Viertel (25,7%) der motorisch auffälligen Kinder befindet sich bereits in Behandlung.

Tabelle 12 Auffälligkeiten der Motorik/Koordination

Kreis/kreisfreie Stadt	U	n	%	A%
Flensburg	592	150	25,3	12,0
Kiel	1.896	458	24,2	17,7
Hansestadt Lübeck	1.729	209	12,1	12,9
Neumünster	648	31	4,8	0,0
Dithmarschen	1.095	153	14,0	28,1
Herzogtum Lauenburg	1.706	412	24,2	18,7
Nordfriesland	1.209	270	22,3	13,0
Ostholstein	1.509	231	15,3	6,9
Pinneberg	2.715	679	25,0	18,9
Plön	1.005	134	13,3	3,0
Rendsburg-Eckernförde	2.252	508	22,6	10,8
Schleswig-Flensburg	1.461	293	20,1	8,9
Steinburg	1.069	245	22,9	31,0
Stormarn	2.250	322	14,3	9,6
Schleswig-Holstein	**21.136**	**4.095**	**19,4**	**15,1**

Darstellung erfolgt getrennt nach Kreisen und kreisfreien Städten.
Die Anzahl der Kinder mit auffälligen Befunden (n) ergibt sich aus der Summe aller Befunde (ABX) unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen. Die Rate auffälliger Befunde (%) gibt den prozentualen Anteil des Untersuchungsbefundes bei allen untersuchten Einschülern an. A%= Der prozentuale Anteil an Untersuchungsbefunden, die erstmals oder erneut einer Arztüberweisung bedürfen bezogen auf die jeweilige Fallzahl (n). A = Auffälliger Befund und Arztüberweisung, B = Auffälliger Befund, bereits behandelt, X = Auffälliger Befund, nicht behandlungsbedürftig.

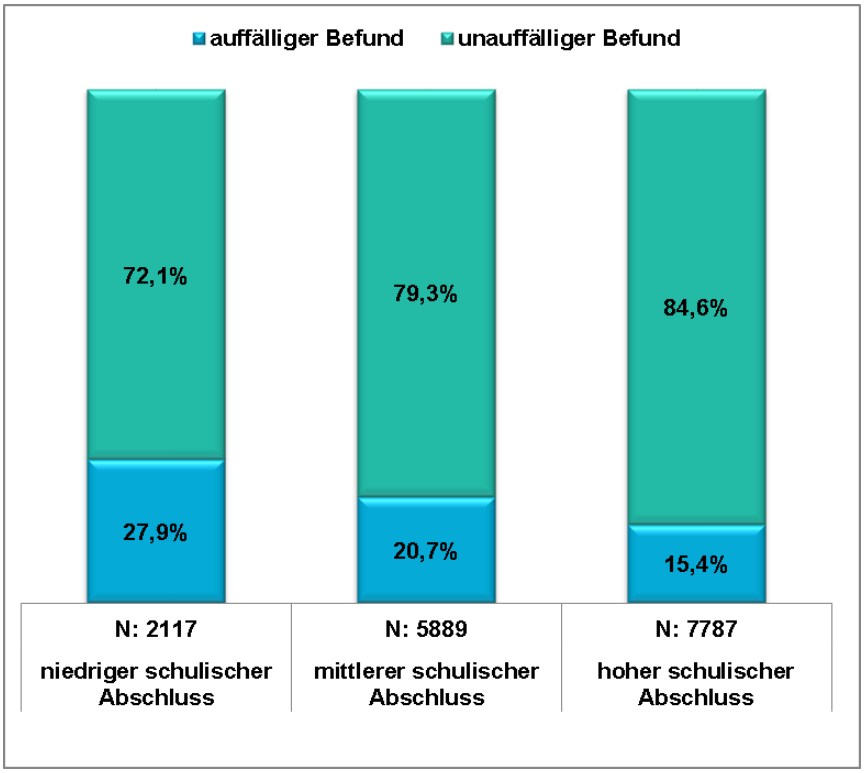
Die Untersuchungen der Motorik und Koordination erfolgt durch eine klinische Untersuchung. Als Standard wird vorgegeben, dass das Kind innerhalb von 10 Sekunden seitlich über eine Markierung hin- und herspringt, einen Einbeinstand und ein Einbeinhüpfen zeigt.

Durchschnittlich werden bei etwa 13,6% der Mädchen und 25,2% der Jungen Auffälligkeiten festgestellt, wobei die Rate bezogen auf beide Geschlechter zwischen niedrigen 4,8% in Neumünster und einer höchsten Rate von 25,3% in der kreisfreien Stadt Flensburg schwankt. Die Rate der Kinder mit Auffälligkeiten in der Motorik und Koordination ist deutlich häufiger dokumentiert bei Kindern von Eltern mit niedrigem schulischem Abschluss (**Abbildung 23**). 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. Die Migrationsbiografie der Eltern spielt bei der Ausprägung der motorischen Fähigkeiten keine wesentliche Rolle (**Abbildung 24**). Im Zeitreihenvergleich zeigt sich, dass die Auffälligkeiten in der Motorik und Koordination über die Jahre sehr konstant bei etwa 17% aller untersuchten Kinder liegen. Insgesamt zeigt sich bei diesem Befund eine deutliche Knabenwendigkeit, etwa 2/3 der auffälligen Kinder sind Jungen. Das Motorik-Modul 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[11]) 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. Das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz sieht vor, die Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Kindertagesstätte und Schule deutlich zu stärken.

Die Feststellung einer Skoliose ist ein seltener Befund (0,1-6,2% aller Kinder) und führt in der Regel zur Empfehlung einer erstmaligen oder erneuten Arztvorstellung.

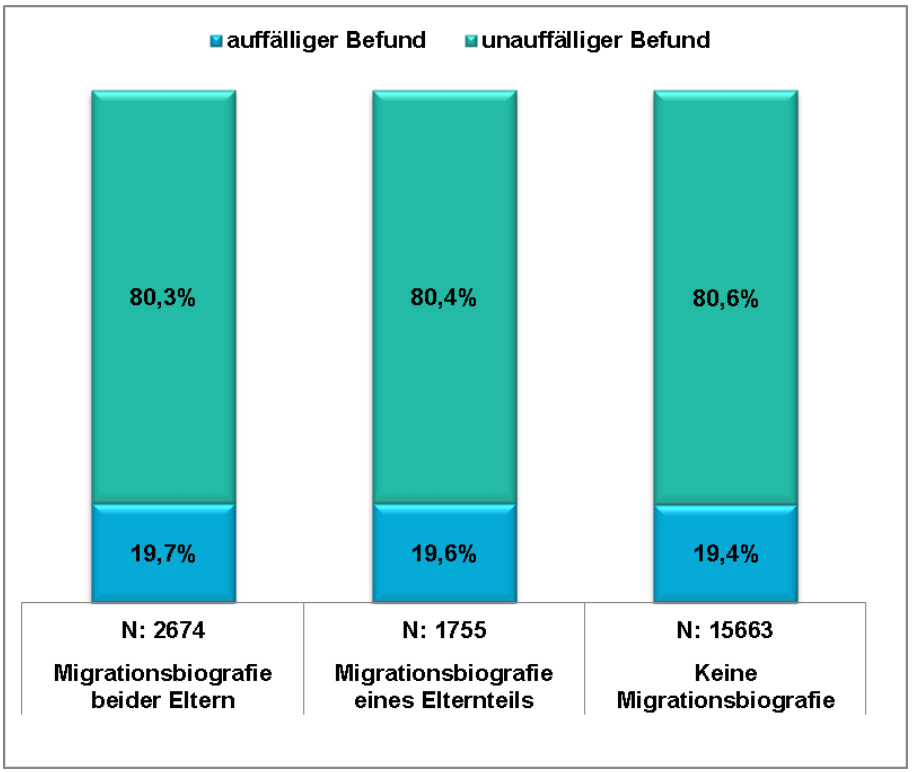
Abbildung 23 Auffälligkeiten der Motorik/Koordination abhängig vom Bildungsstand der Eltern



Verteilung der Rate von „Auffälligkeiten der Motorik/Koordination“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=15.793). Der auffällige Befund setzt sich aus der Summe ABX zusammen und ist unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen: A = Auffälliger Befund und Arztüberweisung, B = Auffälliger Befund, bereits behandelt, X = Auffälliger Befund, nicht behandlungsbedürftig.

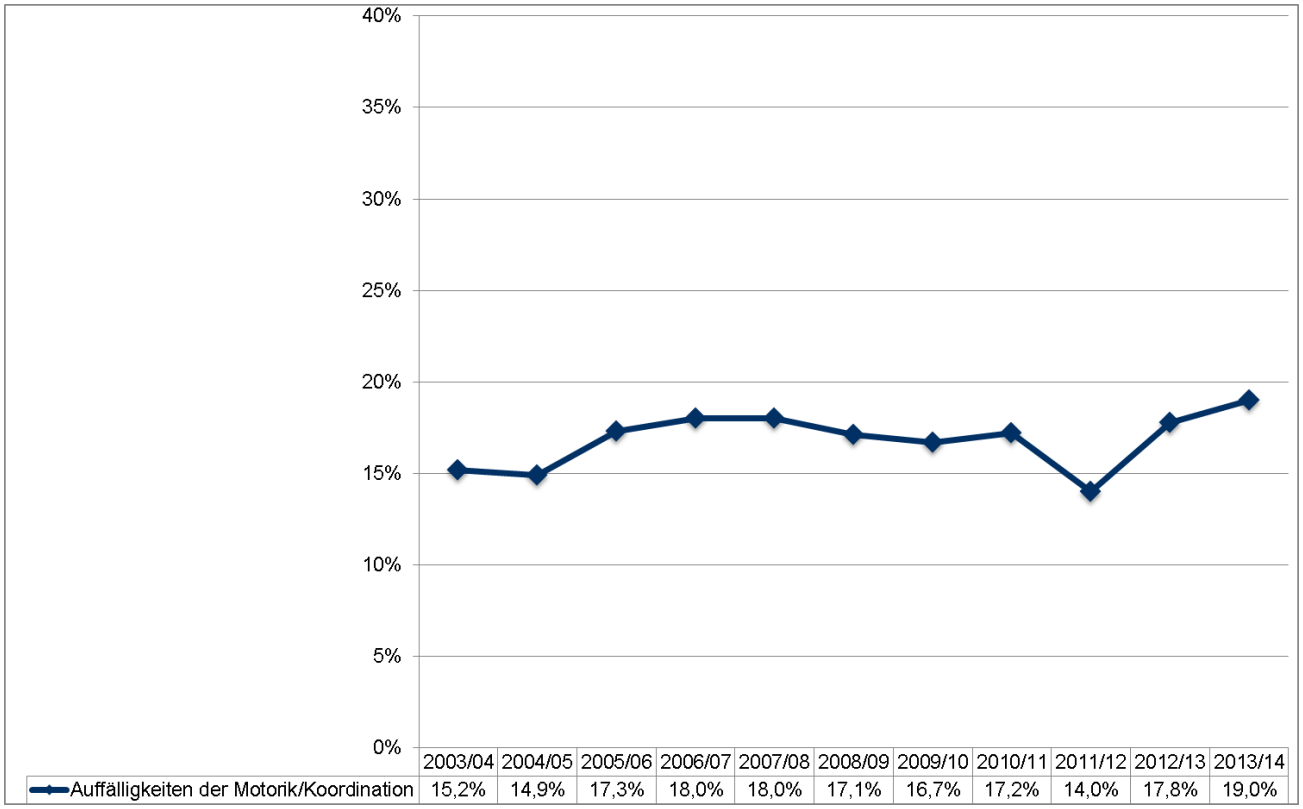
11 HBSC: "Health Behaviour in School-aged Children", http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=14467 [Stand: 01.11.2014]

Abbildung 24 Auffälligkeiten der Motorik/Koordination abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern



Verteilung der Rate von „Auffälligkeiten der Motorik/Koordination“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=20.092).
Der auffällige Befund setzt sich aus der Summe ABX zusammen und ist unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen:
A = Auffälliger Befund und Arztüberweisung, B = Auffälliger Befund, bereits behandelt, X = Auffälliger Befund, nicht behandlungsbedürftig.

Abbildung 25 Auffälligkeiten der Motorik/Koordination in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/2004



	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14
Auffälligkeiten der Motorik/Koordination	15,2%	14,9%	17,3%	18,0%	18,0%	17,1%	16,7%	17,2%	14,0%	17,8%	19,0%

Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt den prozentualen Anteil der schulärztlichen Untersuchungsbefunde „Auffälligkeiten Motorik/Koordination“.
Definition: Kinder, die Auffälligkeiten in zwei von drei der folgenden Versuche (3 standardisierte Items) erkennen lassen:
a) 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
b) Einbeinstand:
auffällig = unter 7 Sekunden auf dem schwächeren Bein
c) Einbeinhüpfen auf der Stelle:
auffällig = unter 9 Hüpfern auf dem schwächeren Bein

Auffälligkeiten der Motorik/Koordination:
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.

Seit dieser Untersuchungswelle stellen alle 4 kreisfreien Städte und die Kreise Dithmarschen, Herzogtum Lauenburg, Nordfriesland, Ostholstein, Pinneberg, Rendsburg-Eckernförde, Schleswig-Flensburg und Steinburg die Anzahl des seitlichen Hin- und Herspringens der Kinder zur Verfügung. Der Vergleich dieses Untertests zwischen den Geschlechtern und auch zwischen den Kreisen und kreisfreien Städte bestätigt die deutliche Knabenwendigkeit. So springen die Jungen in 67,9% der Fälle 9 und öfter innerhalb der vorgegebenen Zeit seitlich hin und her. Bei den Mädchen liegt der Wert bei 77,4% und somit um 10 Prozent höher.

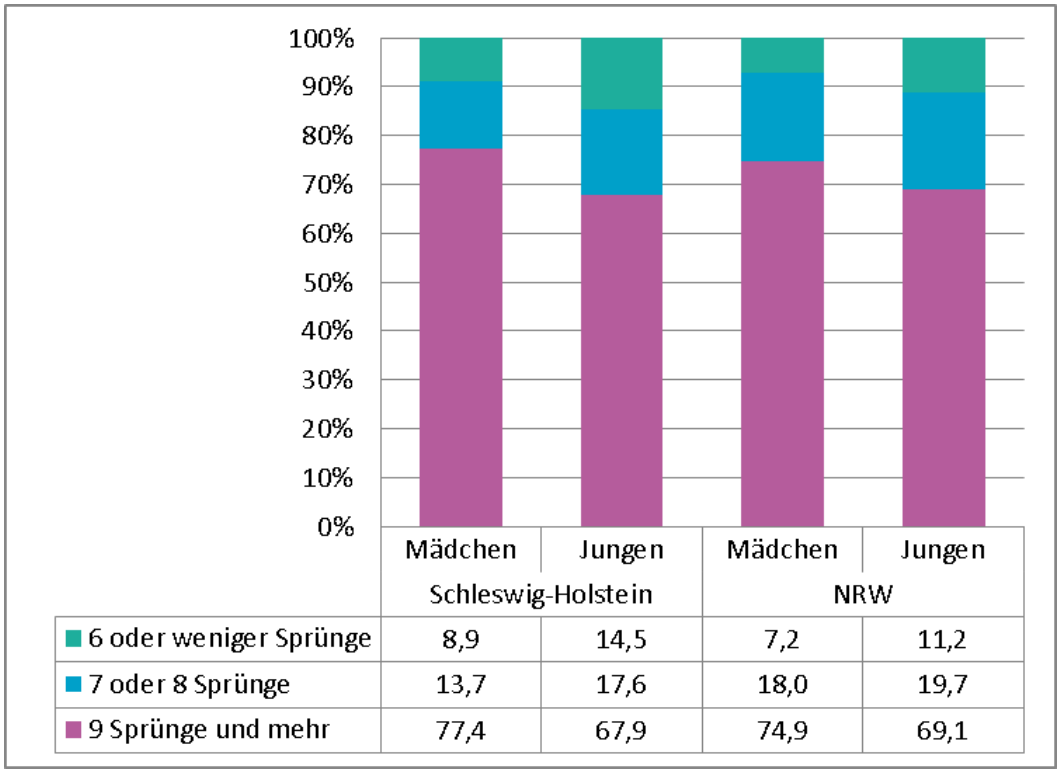
Tabelle 13 Untertest seitliches Hin- und Herspringen

	Mädchen						Jungen					
	9 Sprünge und mehr		7 oder 8 Sprünge		6 oder weniger		9 Sprünge und mehr		7 oder 8 Sprünge		6 oder weniger	
Kreis/kreisfreie Stadt	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Flensburg	205	77,1	44	16,5	17	6,4	191	66,6	57	19,9	39	13,6
Kiel	692	74,6	174	18,8	61	6,6	606	69,8	179	20,6	83	9,6
Hansestadt Lübeck	634	72,9	80	9,2	156	17,9	520	60,4	130	15,1	211	24,5
Neumünster	251	78,0	33	10,2	38	11,8	245	73,1	37	11,0	53	15,8
Dithmarschen	390	69,5	119	21,2	52	9,3	317	58,7	131	24,3	92	17,0
Herzogtum Lauenburg	613	75,6	108	13,3	90	11,1	582	65,1	149	16,7	163	18,2
Nordfriesland	480	81,6	72	12,2	36	6,1	462	74,9	110	17,8	45	7,3
Ostholstein	493	74,6	112	16,9	56	8,5	424	60,6	160	22,9	116	16,6
Pinneberg	1.150	85,9	129	9,6	60	4,5	1.028	75,5	203	14,9	130	9,6
Rendsburg-Eckernförde	847	76,4	158	14,3	103	9,3	798	67,7	189	16,0	191	16,2
Schleswig-Flensburg	549	81,0	82	12,1	47	6,9	524	67,7	152	19,6	98	12,7
Steinburg	402	75,6	74	13,9	56	10,5	379	70,3	81	15,0	79	14,7
Schleswig-Holstein	**6.706**	**77,4**	**1.185**	**13,7**	**772**	**8,9**	**6.076**	**67,9**	**1.578**	**17,6**	**1.300**	**14,5**

Darstellung erfolgt getrennt nach Kreisen und kreisfreien Städten und nach Geschlecht.
Das Kind soll 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, seitlich hin- und herspringen: auffällig = 0-6 Sprünge, grenzwertig = 7-8 Sprünge, unauffällig = ab 9 Sprüngen.

Der Vergleich des Schuljahres 2013/2014 aus Nordrhein-Westfalen - das Bundesland mit dem gleichen Untertestverfahren - mit dem Schuljahr 2014/2015 aus Schleswig-Holstein ergibt für beide Geschlechter ähnliche Ergebnisse.

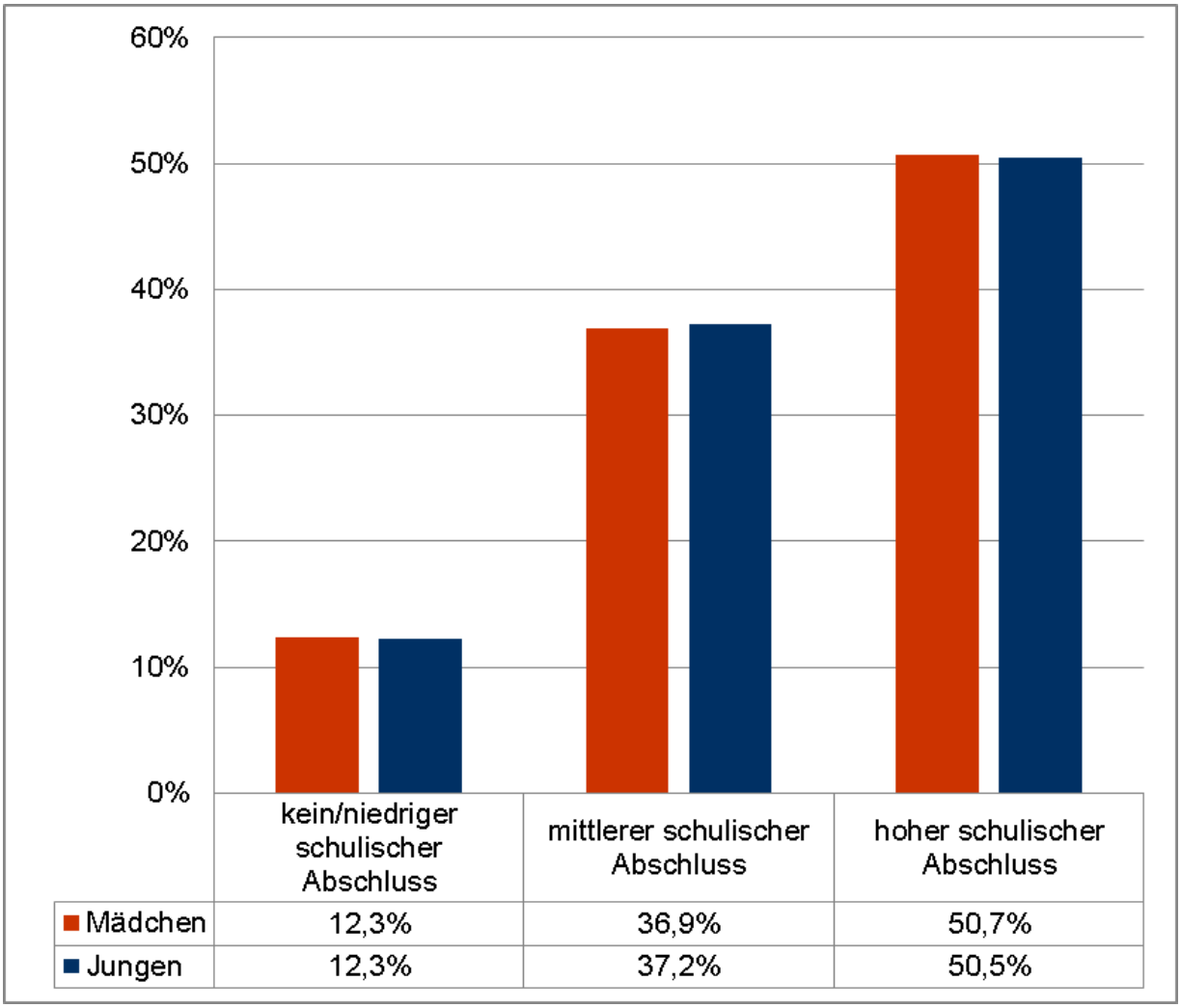
Abbildung 26 Vergleich Schleswig-Holstein 2014/2015 und Nordrhein-Westfalen 2013/2014



Dargestellt werden nach Geschlecht getrennt die Ergebnisse des Landes Schleswig-Holstein 2014/2015 und des Landes Nordrhein-Westfalen 2013/2014 für das mit beiden Beinen gleichzeitige, so schnell wie möglich innerhalb von 10 Sekunden seitliche Hin- und Herspringen 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).

Die Fähigkeit, des mindestens 9mal innerhalb von 10 Sekunden seitlichen Hin- und Herspringens ist bei den Jungen aus bildungsfernen Familien deutlich geringer im Vergleich zu den gleichaltrigen Jungen aus Familien mittlerer oder höherer Bildung. Auch bei den Mädchen zeigt sich Einfluss der familiären Bildungsnähe.

Abbildung 27 Anteil der Kinder mit guten motorischen Fähigkeiten (mindestens 9mal seitlich hin- und herspringen) aus Familien mit niedrigem, mittleren und hohem Bildungsstand getrennt nach Geschlecht

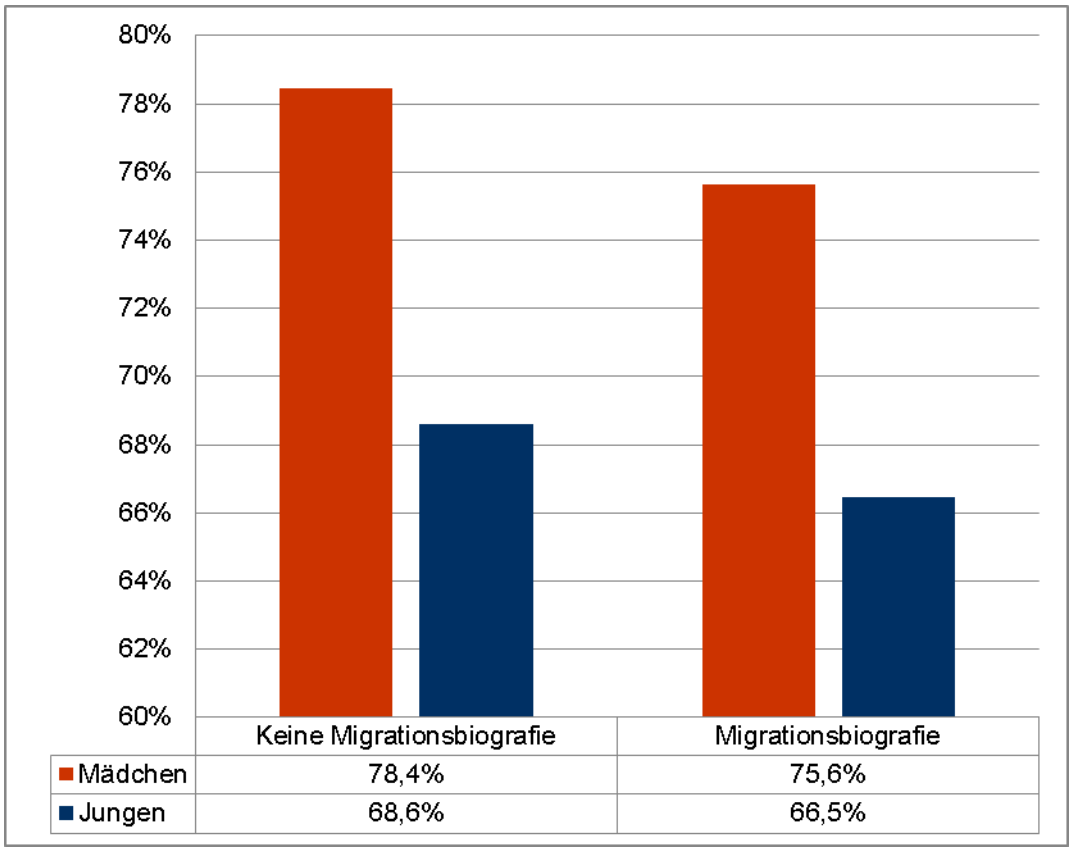


	kein/niedriger schulischer Abschluss	mittlerer schulischer Abschluss	hoher schulischer Abschluss
Mädchen	12,3%	36,9%	50,7%
Jungen	12,3%	37,2%	50,5%

Verteilung des Bildungsstandes der Eltern für Jungen und für Mädchen, die mindestens 9mal 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, seitlich hin- und hergesprungen sind.

In der kreisfreien Stadt Neumünster, im Kreis Ostholstein, Rendsburg-Eckernförde und Schleswig-Flensburg springen Jungen aus Familien mit Migrationsbiografie besser als ihre gleichaltrigen deutschen Mitschüler. In der kreisfreie Stadt Flensburg, in den Kreisen Herzogtum Lauenburg, Nordfriesland, Ostholstein, Pinneberg, Rendsburg-Eckernförde, Schleswig-Flensburg und Steinburg können die Mädchen aus Familien mit Migrationsbiografie im Vergleich zu ihren Mitschülerinnen besser seitlich hin- und herspringen.

Abbildung 28 Anteil der Kinder mit guten motorischen Fähigkeiten (mindestens 9mal seitlich hin- und herspringen) aus Familien mit und ohne Migrationsbiografie - getrennt nach Geschlecht



	Keine Migrationsbiografie	Migrationsbiografie
Mädchen	78,4%	75,6%
Jungen	68,6%	66,5%

Verteilung der Migrationsbiografie der Familien für Jungen und Mädchen, die mindestens 9mal 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, seitlich hin- und hergesprungen sind.

VERHALTEN

- Nach klinischer Einschätzung finden sich bei 12,7% der Schulanfänger **Verhaltensauffälligkeiten**; *bei Verwendung eines Screening-Fragebogens* in Verbindung mit der klinischen Einschätzung besteht bei 22,6% der Kinder ein Verdacht oder sichere Hinweise für Verhaltensstörungen.

Die Beurteilung der Verhaltensauffälligkeiten durch die Schulärzte in Schleswig-Holstein erfolgt in einigen Kreisen (Plön, Steinburg und Stormarn) durch eine **klinische Einschätzung** während der Untersuchung und nach Angaben der Eltern. In den anderen Kreisen und kreisfreien Städten (Flensburg, Kiel, Lübeck, Neumünster, Dithmarschen, Herzogtum Lauenburg, Nordfriesland, Ostholstein, Pinneberg, Rendsburg-Eckernförde und Schleswig-Flensburg) wird zusätzlich ein standardisiertes Screening-Verfahren in Form eines Elternfragenbogens genutzt (SDQ, strengths and difficulties questionnaire).

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

Bei der rein klinischen Einschätzung in den oben genannten 3 Kreisen ohne SDQ Erhebung wird eine klinische Verdachtsdiagnose zwischen 7,4 und 14,6% angegeben. Bei den Kreisen, die zusätzlich zur klinischen Einschätzung den SDQ verwenden, ergeben sich Raten zwischen 9,5% bis 39,1% (**Tabelle 14**). Bei den letztgenannten Kreisen ist es daher bedeutsam, neben der Gesamteinschätzung den konkreten Befund aus den Elternfragebögen SDQ zu betrachten, die einige Kreise zur Verfügung gestellt haben (**Tabelle 15**). In Flensburg beträgt die Rate des klinischen Verdachts auf Verhaltensstörungen beispielsweise 18,4%, der grenzwertige und auffällige Befund im SDQ beträgt 13,4% und liegt damit in einem ähnlichen Zielbereich und auch im Bereich des durch die KiGGS Studie zu erwartenden Wertes. Größer sind Diskrepanzen in anderen Kreisen und kreisfreien Städten: in Kiel beträgt die Rate der klinische Gesamtbewertung 24,4%, der im SDQ grenzwertige oder auffällige Anteil jedoch nur 7,1%. In Pinneberg ist bei einem klinischen Anteil von 39,1% der Anteil der grenzwertigen und auffälligen Befunde ebenfalls nur 8,3%. Die durch das standardisierte Screening-Verfahren erhobenen Befunde zeigen eine deutlich geringere Variation als die klinisch erhobenen Befunde (**Tabelle 15**).

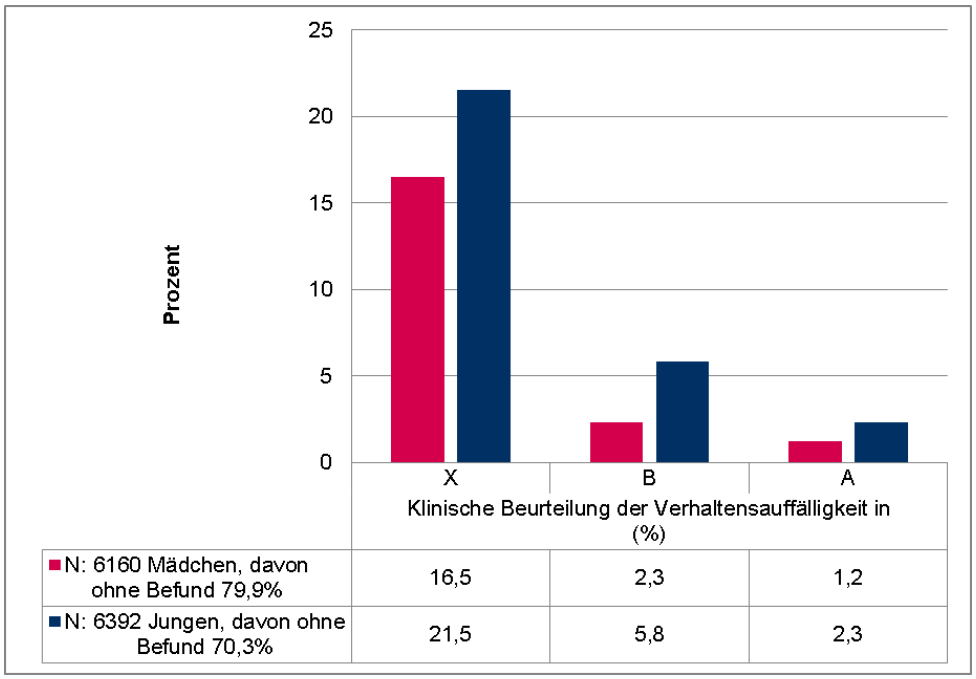
Tabelle 14 Ärztliche Beurteilung des Verhaltens

Kreis/kreisfreie Stadt	Kinder	ABX	%	A [%]	B [%]	X [%]
Klinische Einschätzung						
Plön	1.015	144	14,2	5 [0,4]	90 [8,8]	49 [4,8]
Steinburg	1.104	82	7,4	2 [0,1]	15 [1,3]	65 [5,8]
Stormarn	2.254	330	14,6	11 [0,4]	121 [5,3]	198 [8,7]
Gesamt	**4.373**	**556**	**12,7**	**18 [0,4]**	**226 [5,2]**	**312 [7,1]**
Klinische Einschätzung und SDQ						
Hansestadt Lübeck	1.756	218	12,4	20 [1,1]	50 [2,8]	148 [8,4]
Neumünster*	[665]	[9]	[1,4]	0 [0,0]	[1 [0,1]]	[8 [1,2]]
Ostholstein*	[1512]	[55]	[3,6]	1 [0,0]	[50 [3,3]]	[4 [0,2]]
Rendsburg-Eckernförde	2.279	217	9,5	19 [0,8]	63 [2,7]	135 [5,9]
Flensburg	591	109	18,4	17 [2,8]	28 [4,7]	64 [10,8]
Kiel	1.897	462	24,4	47 [2,4]	86 [4,5]	329 [17,3]
Dithmarschen	1.110	190	17,1	33 [2,9]	49 [4,4]	108 [9,7]
Herzogtum Lauenburg	1.739	543	31,2	32 [1,8]	21 [1,2]	490 [28,1]
Nordfriesland	1.199	254	21,2	39 [3,2]	123 [10,2]	92 [7,6]
Pinneberg	2.763	1.081	39,1	26 [0,9]	113 [4,1]	942 [34,1]
Schleswig-Flensburg	1.497	275	18,4	10 [0,6]	43 [2,8]	222 [14,8]
Gesamt	**14.831**	**3.349**	**22,6**	**243 [1,6]**	**576 [3,9]**	**2530 [17,1]**

Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten. Die Anzahl der Kinder mit auffälligen Befunden ergibt sich aus der Summe aller Befunde (ABX) unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen. Die Rate auffälliger Befunde(%) gibt den prozentualen Anteil des Untersuchungsbefundes bei allen untersuchten Einschülern an. A = ärztliche Diagnostik oder Therapie erforderlich, B = Kind wird bereits ärztlich, psychologisch oder heilpädagogisch behandelt, X = grenzwertig oder nicht behandlungsbedürftig.

* Über 50% fehlende bzw. nicht plausible Angaben bei der klinischen Beurteilung der Verhaltensauffälligkeit übermittelten die kreisfreie Stadt Neumünster und der Kreis Ostholstein, die Ergebnisse sind in Klammern dargestellt, aus der Auswertung jedoch herausgenommen.

Abbildung 29 Ärztliche Beurteilung (klinische Einschätzung und SDQ) der Verhaltensauffälligkeit getrennt nach Geschlecht



A = ärztliche Diagnostik oder Therapie erforderlich, B = Kind wird bereits ärztlich, psychologisch oder heilpädagogisch behandelt, X = grenzwertig oder nicht behandlungsbedürftig

Die Punktwerte der **Elternangaben zu Stärken und Schwächen** ihres Kindes für die einzelnen Subskalen (**Tabelle 16**) „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivitäts-probleme“, „“Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ und der Gesamtproblemwert (**Tabelle 15**, total difficulty score) werden in die Kategorien unauffällig, grenzwertig und auffällig (Goodman, 2000)[12] eingeteilt. Aus einigen Kreisen und Städten (vgl. **Tabelle 14**) werden die Rohwerte zur Auswertung mitgeteilt, sodass ein Vergleich zu populationsbezogenen Daten aus der bundesweiten KiGGS Studie möglich wurde. In dieser Studie wurde in allen Altersgruppen der Elternfragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ)[13] eingesetzt. Dies bietet nun die Möglichkeit, die Werte aus Schleswig-Holstein mit denen einer repräsentativen Erhebung aus ganz Deutschland zu vergleichen. In der Altersgruppe der **5 bis 6-jährigen Kinder hatten 7,8% der Kinder einen grenzwertigen und 5,5% einen auffälligen Befund, d. h. in der Summe 13,3%.**

Der Gesamtproblemwert ergibt sich aus den addierten Werten der vier Subskalen (Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität und Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen) und kann der nachfolgenden Tabelle (**Tabelle 15**) in den Ausprägungen unauffällig, grenzwertig und auffällig für die Kreise und kreisfreien Städte in absoluten und relativen Häufigkeiten entnommen werden.

Tabelle 15 SDQ-Gesamtproblemwert

Kreis/kreisfreie Stadt - SDQ-Gesamtproblemwert					
		SDQ-Gesamtproblemwert			Gesamtsumme
Kreis/kreisfreie Stadt		**unauffällig**	**grenzwertig**	**auffällig**	
Flensburg	n	512	38	41	591
	%	86,6%	6,4%	6,9%	
Kiel	n	1762	62	73	1897
	%	92,9%	3,3%	3,8%	
Dithmarschen	n	842	49	56	947
	%	88,9%	5,2%	5,9%	
Herzogtum Lauenburg	n	1160	60	51	1271
	%	91,3%	4,7%	4,0%	
Nordfriesland	n	1070	50	50	1170
	%	91,5%	4,3%	4,3%	
Pinneberg	n	2435	119	102	2656
	%	91,7%	4,5%	3,8%	
Schleswig-Flensburg	n	1280	75	84	1439
	%	89,0%	5,2%	5,8%	
Gesamtsumme Schleswig-Holstein 2014/2015	**n**	**9061**	**453**	**457**	**9971**
	%	**90,9%**	**4,5%**	**4,6%**	
5-6-jährige Kinder des KiGGS-Kollektivs (2003-2006)	**n**	**1671**	**150**	**106**	**1927**
	%	**86,7%**	**7,8%**	**5,5%**	

12 R. Goodmann et al.: Using the Strenghts and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. BJP 2100, 177, S.534-539.

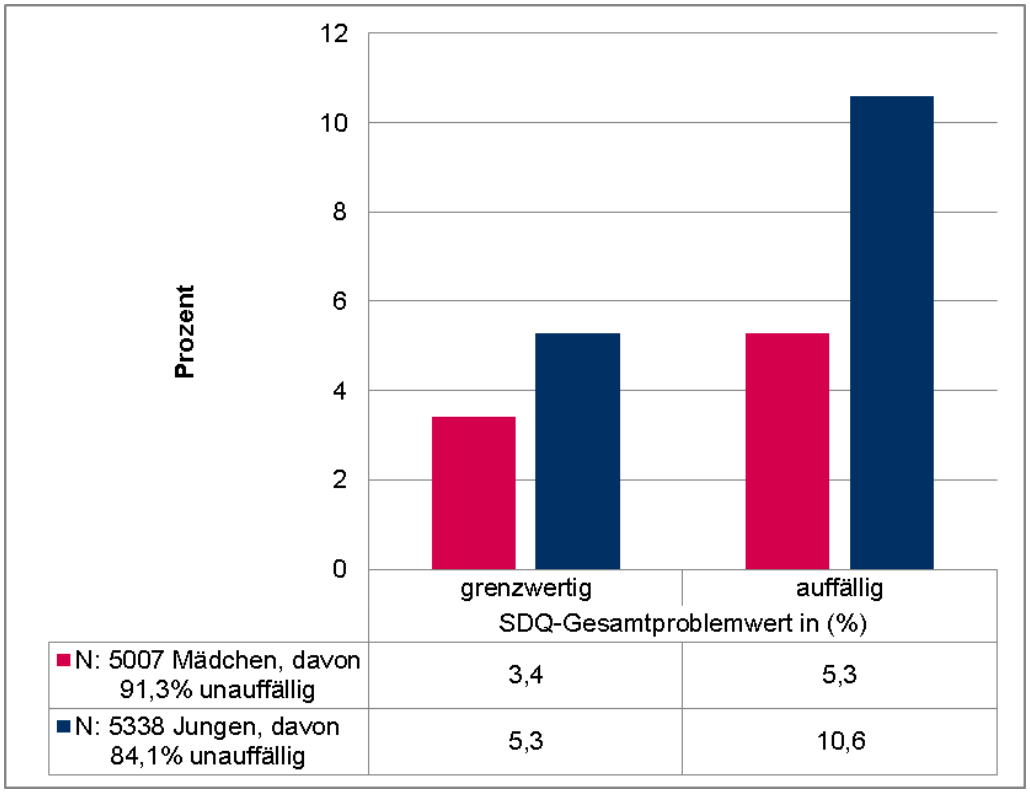
13 H. Hölling, M. Erhart, U. Ravens-Sieberer, R. Schlack: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2007, S. 786.

Die Eltern des Einschulungsjahrganges 2014/2015 in Schleswig-Holstein beurteilen im Vergleich zu den Eltern der KIGSS-Studie 2007 ihre Kinder als deutlich unauffälliger, insbesondere in den Dimensionen Probleme mit Gleichaltrigen, emotionale Probleme und Hyperaktivität (**Tabelle 16)**. Es ist davon auszugehen, dass die Fragebögen, die von den Eltern im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung ausgefüllt und an die Schulärzte zur Auswertung übergeben werden, eine Verzerrung durch Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit erfahren. Dies bedeutet, dass bei alleiniger Nutzung eines Elternfragebogens die Verhaltensauffälligkeiten falsch niedrig eingeschätzt würden.

Jungen werden doppelt so häufig von den Eltern als auffällig beurteilt als die Mädchen (**Abbildung 30**).

Bei den Elternberichten fällt auf, dass sie homogener als die klinischen Einschätzungen sind und weniger Variation zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten aufweisen (**Tabelle 48**).

Abbildung 30 SDQ-Gesamtproblemwert getrennt nach Geschlecht



	grenzwertig	auffällig
N: 5007 Mädchen, davon 91,3% unauffällig	3,4	5,3
N: 5338 Jungen, davon 84,1% unauffällig	5,3	10,6

Tabelle 16 SDQ-Subskalen

	Anzahl/ Prozent	unauffällig	grenzwertig	auffällig	Gesamtsumme
SDQ-Emotionale Entwicklung	n	8783	592	590	9965
7 Kreise/kreisfreie Städte in Schleswig-Holstein	%	88,1%	5,9%	5,9%	
KiGGS-Kollektiv (2003-2006) Altersgruppe 5-6 Jahre	n	1648	139	142	1929
	%	85,4%	7,2%	7,4%	
SDQ-Probleme mit Gleichaltrigen	n	8706	643	616	9965
7 Kreise/kreisfreie Städte in Schleswig-Holstein	%	87,4%	6,5%	6,2%	
5-6 jährige Kinder des KiGGS-Kollektivs (2003-2006)	n	1558	197	174	1929
	%	80,8%	10,2%	9,0%	
SDQ-Hyperaktivität	n	8950	377	643	9970
7 Kreise/kreisfreie Städte in Schleswig-Holstein	%	89,8%	3,8%	6,4%	
5-6 jährige Kinder des KiGGS-Kollektivs (2003-2006)	n	1665	108	155	1928
	%	86,4%	5,6%	8,0%	
SDQ-Soziale Probleme	n	8106	1026	837	9969
7 Kreise/kreisfreie Städte in Schleswig-Holstein	%	81,3%	10,3%	8,4%	
5-6 jährige Kinder des KiGGS-Kollektivs (2003-2006)	n	1558	197	174	1929
	%	80,8%	10,2%	9,0%	

Insgesamt zeigt sich, dass die Kombination von SDQ-Werten aus den Elternfragebögen in Verbindung mit einer klinischen Einschätzung eine deutlich höhere Rate an Verhaltensauffälligkeiten ergibt als die Verwendung des SDQ allein. Damit wird auch einer Unterschätzung von Verhaltensauffälligkeiten durch alleinigen Elternbericht, die im Sinne sozialer Erwünschtheit beantwortet wurden, vorgebeugt. Ein Durchschnittswert von 22,6% verhaltensauffälliger Kinder in den Kreisen und kreisfreien Städten liegt etwas über in verschiedenen Studien gemittelten Erwartungswert von 17,6% [Barkmann und Schulte-Markwort, 2010] [14]. Es soll an dieser Stelle betont werden, dass es sich sowohl bei dem Elternfragebogen als auch bei der schulärztlichen Untersuchung um Screening-Verfahren handelt, die nicht zu einer psychologischen oder psychiatrischen Diagnose einer seelischen Erkrankung oder psychischen Entwicklungsstörung führen können. Grenzwertige oder auffällige Befunde sollten jedoch dazu führen, dass weitere Elterngespräche oder Untersuchungen des Kindes erfolgen. Dennoch sind wir optimistisch, dass durch das Nebeneinander des klinischen Befundes und der Daten aus den Elternfragebögen ein realistisches Bild entsteht, wie viele Kinder im Schulalltag besondere pädagogische Unterstützung benötigen, um ihr Verhalten zu regulieren, sich auf die gestellten Aufgaben zu konzentrieren und sich in der Gruppe angemessen verständlich machen zu können. Die Gesamtrate liegt damit zwischen mindestens 10% und maximal 25%. Da die Verteilung in einzelnen Schulklassen von 25 Schülern ebenfalls noch stark schwanken kann, kann es gering belastete Klassen geben, aber auch solche mit einem Drittel oder sogar der Hälfte der Kinder, die besondere Unterstützung benötigen. Da Verhaltensauffälligkeiten auch vom kulturellen Umfeld, den Ressourcen im Stadtteil und der Bildungsnähe der Familien abhängt, muss jede Schule und jedes Quartier selbst die aktuellen

14 Barkmann, C., Schulte-Markwort, M. (1010). Prevalence of emotional and behavior in German children and adolescents: a meta-analysis. Journal of Epidemiology & Community Health, 194-203.

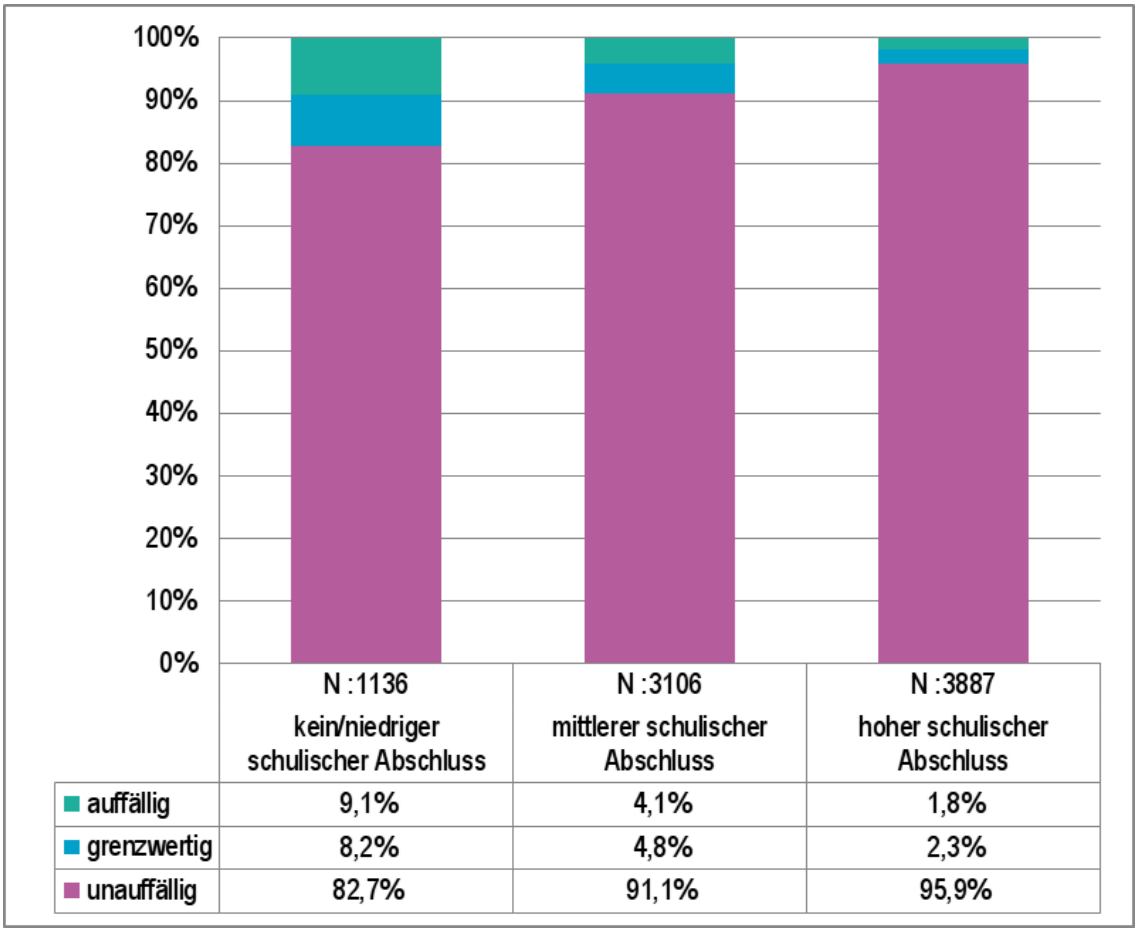
Bedarfe anhand kleinräumiger Analysen und Besonderheiten ermitteln, um die pädagogischen Fachkräfte gezielt einsetzen zu können.

Es lässt sich feststellen, dass Verhaltensauffälligkeiten und seelische Entwicklungsstörungen in der Einschüler-Population 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. Über 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 31** zeigt, kommen Verhaltensauffälligkeiten auch unter Nutzung der standardisierten Erhebungsverfahren bei Kindern von Eltern mit niedrigem Bildungsstand häufiger vor als bei solchen mit höherem Bildungsstand.

Auch in der KiGGS-Studie fanden sich diesbezüglich 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 es 10,8% und bei hohem Status nur 6,7%. Ähnliche, wenn auch etwas weniger ausgeprägte Unterschiede finden sich bei den Einschülern in Schleswig-Holstein.

Abbildung 31 Gesamtproblemwert – SDQ abhängig vom Bildungsstand der Eltern

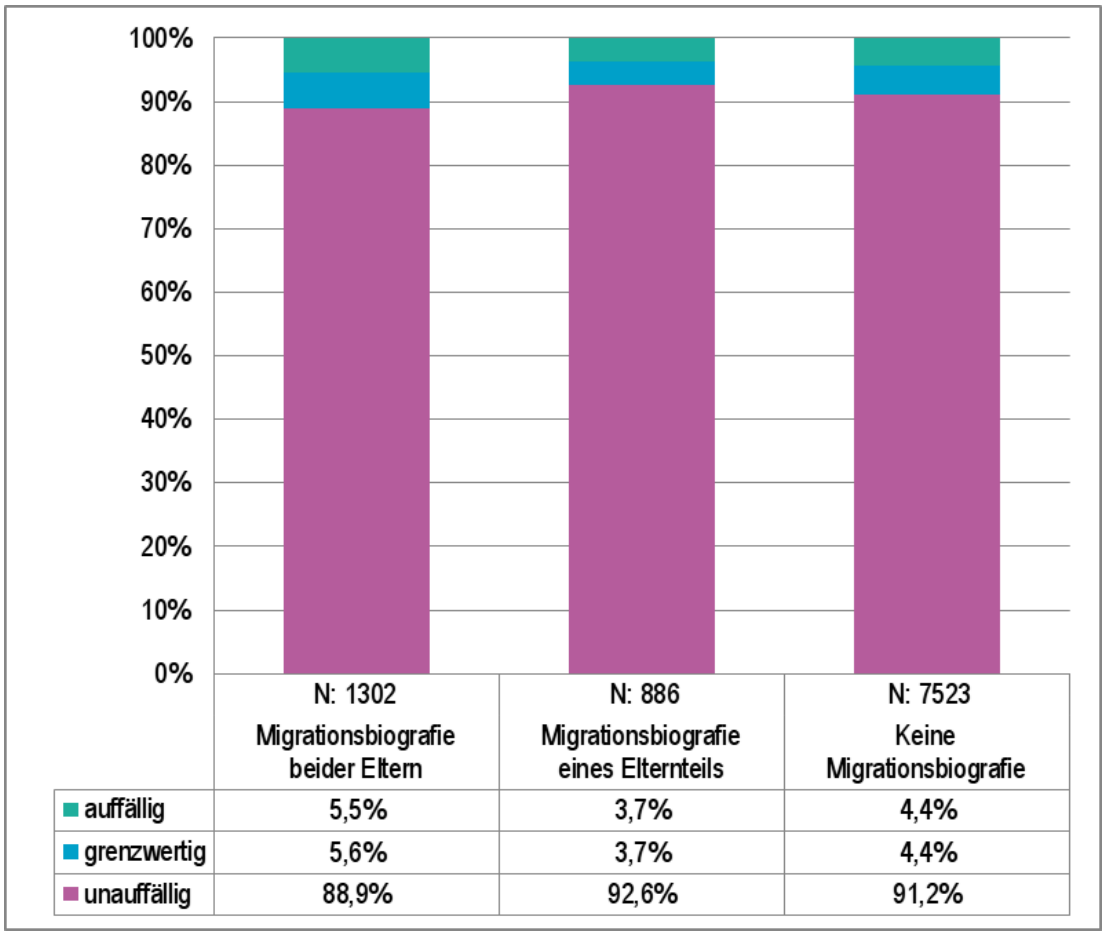


	N :1136 kein/niedriger schulischer Abschluss	N :3106 mittlerer schulischer Abschluss	N :3887 hoher schulischer Abschluss
auffällig	9,1%	4,1%	1,8%
grenzwertig	8,2%	4,8%	2,3%
unauffällig	82,7%	91,1%	95,9%

Verteilung des Gesamtproblemwertes-SDQ (Punktwerte der Elternangaben zu Stärken und Schwächen ihres Kindes) in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=8.129) für die kreisfreien Städte Flensburg und Kiel sowie die Kreise Dithmarschen, Herzogtum Lauenburg, Nordfriesland, Pinneberg und Schleswig-Flensburg.

Die Migrationsbiografie scheint in Schleswig-Holstein einen geringeren Einfluss zu haben. In der KiGGS-Studie hatten 22,7% der 3 bis 6-jährigen Kinder, die aus Familien mit Migrationsbiografie kamen, grenzwertige oder auffällige Befunde, im Unterschied zu 11,5% bei Kindern ohne Migrationsbiografie. In Schleswig-Holstein waren die berichteten Auffälligkeiten insgesamt geringer ausgeprägt; sie betrugen bei Kindern aus Familien mit Migrationsbiographie 11,1%, bei Kindern aus Familien ohne Migrationsbiographie 8,2 %.

Abbildung 32 Gesamtproblemwert – SDQ abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern

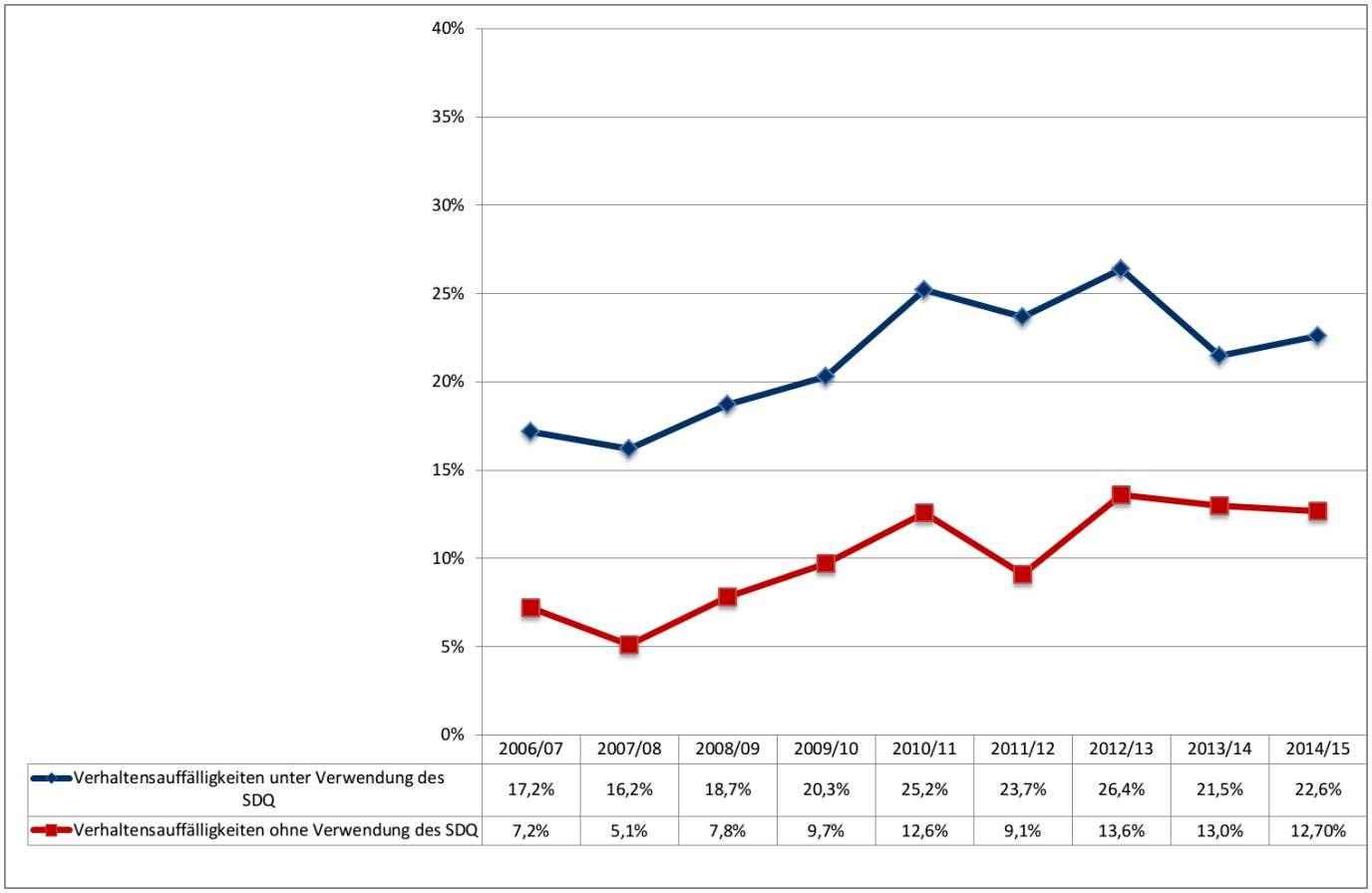


	N: 1302 Migrationsbiografie beider Eltern	N: 886 Migrationsbiografie eines Elternteils	N: 7523 Keine Migrationsbiografie
auffällig	5,5%	3,7%	4,4%
grenzwertig	5,6%	3,7%	4,4%
unauffällig	88,9%	92,6%	91,2%

Verteilung des Gesamtproblemwertes-SDQ (Punktwerte der Elternangaben zu Stärken und Schwächen ihres Kindes) in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=9.711) für die kreisfreien Städte Flensburg und Kiel sowie die Kreise Dithmarschen, Herzogtum Lauenburg, Nordfriesland, Pinneberg und Schleswig-Flensburg.

Im zeitlichen Verlauf zeigt sich in Schleswig-Holstein insgesamt eine deutliche Zunahme der Verhaltensauffälligkeiten (**Abbildung 33**).

Abbildung 33 Verhaltensauffälligkeiten in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/04



	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15
Verhaltensauffälligkeiten unter Verwendung des SDQ	17,2%	16,2%	18,7%	20,3%	25,2%	23,7%	26,4%	21,5%	22,6%
Verhaltensauffälligkeiten ohne Verwendung des SDQ	7,2%	5,1%	7,8%	9,7%	12,6%	9,1%	13,6%	13,0%	12,70%

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

SPRACHE

- 97,0% der Kinder sind ausreichend **sprachkompetent in der deutschen Sprache**, sodass eine Sprachüberprüfung erfolgen kann. Die nicht untersuchbaren 3% aller vorgestellten Kinder sprechen nicht oder nicht ausreichend Deutsch, um die Testung vorzunehmen.
- Etwa ein Drittel (34,1%) aller Kinder zeigt leichte oder gravierende Auffälligkeiten in der Sprache. Die Hälfte der Kinder mit sprachauffälligem Befund war bereits in Behandlung. 14,4% der untersuchten Kinder nahmen aktuell logopädische Therapie in Anspruch und 7,9% pädagogische Förderung.

Sprachentwicklungsstörungen entsprechen einerseits einer medizinischen, die Gesundheit betreffende Funktionsstörung, andererseits stellen sie auch ein erhöhtes Risiko für das Erreichen von Bildungszielen dar[15].

Es handelt sich um isolierte oder kombinierte, umschriebene Sprachentwicklungsstörungen, die im Vergleich zur normalen Sprachentwicklung auffällig oder stark verzögert erscheinen. Die normale Sprachentwicklung wird unterteilt in das Sprachverständnis (rezeptive Sprachentwicklung) und die aktive Sprache (expressive Sprachentwicklung). Sie unterliegt einer hohen Variabilität bedingt durch genetische und externe Faktoren und verläuft in Wechselwirkung mit der Entwicklung anderer Funktionsbereiche. Innerhalb des ersten Lebensjahres entwickeln sich bedeutende Vorläuferfähigkeiten der Sprache, d.h. die Lautentwicklung und Silbenbildung. Der Schriftsprachenerwerb baut später, meist im Rahmen der schulischen Förderung, auf der Lautsprache auf. Durchschnittlich begabte Kinder können – simultan oder sukzessiv – mehrere Sprachen erwerben, mitunter zeigen diese in der Spracherwerbsphase Besonderheiten.

Die diagnostische Leitlinie [Dezember 2012][16] des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte differenziert bzw. klassifiziert in umgebungsbedingte Sprachauffälligkeiten, Sprachentwicklungsverzögerung und -störungen sowie anderen Störungen des Sprechens und der Sprache im Kindesalter (umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (USES gem. ICD10 F80-8)[17], Sprachentwicklungsstörungen (SES) im Rahmen von Komorbidität und andere Störungen des Sprech- und Spracherwerbs. Durch eine interdisziplinäre, differenzierte Diagnostik müssen umgebungsbedingte Sprachauffälligkeiten, die einer nichtmedizinischen, (heil-) pädagogischen Sprachförderung bedürfen, von Sprachstörungen, die wiederum eine medizinisch indizierte Sprachtherapie erfordern,

15 Sallat,S., de Langen-Müller, U.: Interdisziplinäre Versorgung sprachauffälliger und sprachentwicklungsgestörter Kinder. In: Kinder- und Jugendmedizin, Sprachstörungen. 2014, 330.

16 De Langen-Müller, U., Kauschke,C., Kiesel-Himmel, C.; Neumann,K., Noterdaeme, M. (Hrsg. der AWMF-Leitlinie): Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES), (Synonym: Spezifische Sprachentwicklungsstörungen (SSES)), Interdisziplinäre S2k-Leitlinie, AWMF-Register-Nr. 049/006, 16.12.2011.

17 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (Hrsg.): Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zur Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, Köln 2009.

unterschieden werden. Schwierig ist die Unterscheidung zwischen normaler und gestörter Entwicklung aufgrund der Variationsbreite der normalen Sprachentwicklung bis ins Schulalter hinein.

Um in Schleswig-Holstein Sprachauffälligkeiten und Sprachstörungen in der aktiven Sprache und dem Sprachverständnis zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung einheitlich im Landesvergleich zu erfassen, wurde im Jahr 2012 ein Testverfahren zur Ermittlung der Sprachstandes, des Mengenverständnisses sowie des Zahlen- und Wortfolgegedächtnisses (VEERS) eingeführt. Es dient als Überblick über expressive und rezeptive sprachliche Fähigkeiten des einzuschulenden Kindes. Zu Beginn des Tests ermitteln die Schulärzte und/oder die Arzthelferin, ob die Kinder die Fähigkeit besitzen, die sprachgebundenen Aufgaben durchzuführen (Klärung der Frage, ob das Kind die Unterrichtssprache beherrscht).

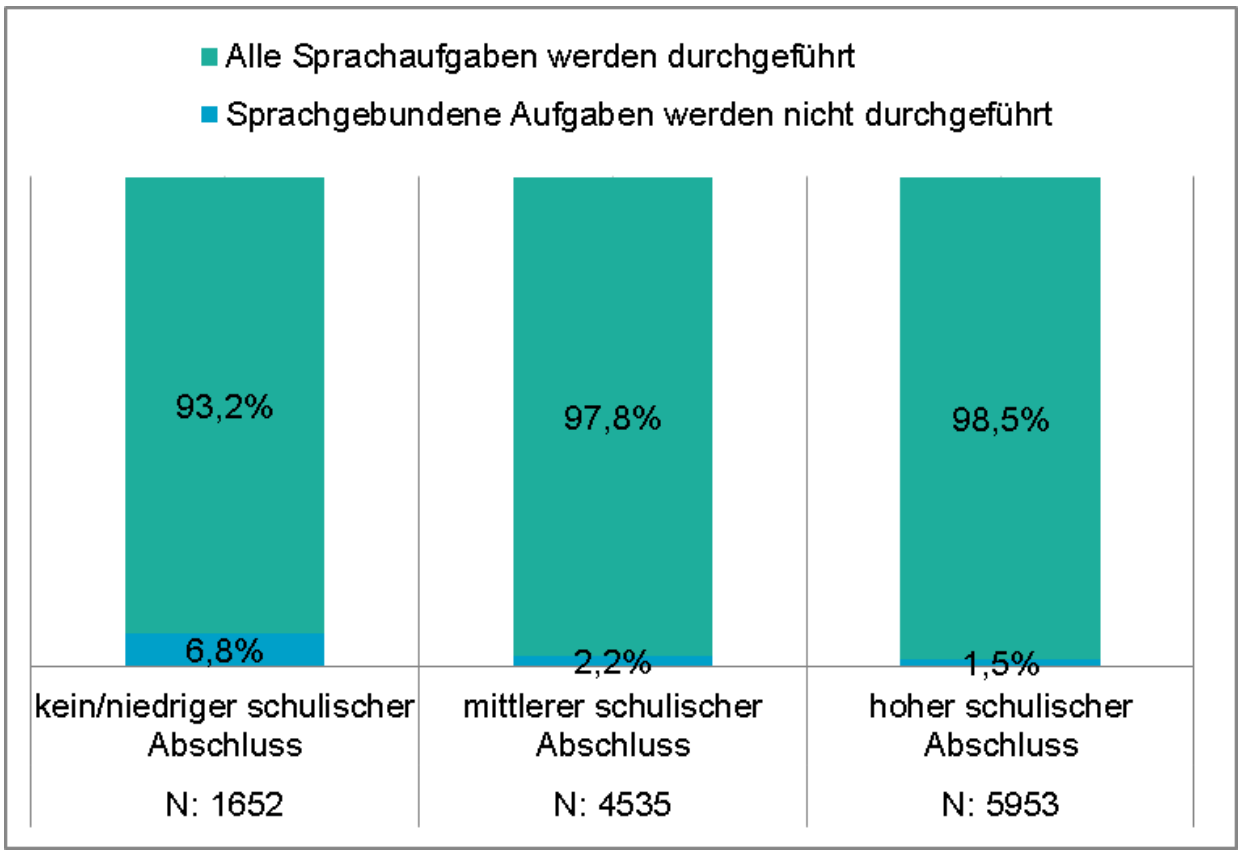
Sollte ein Kind **nichtsprachkompetent** in der Unterrichtssprache sein, (d. h. das Kind spricht nicht Deutsch; das Kind hat keinen deutschen Wortschatz; das Kind spricht radebrechend Deutsch; das Kind hat einen unzureichenden deutschen Wortschatz), so werden die sprachgebundenen Aufgaben des VEERS nicht durchgeführt.

Ist das Kind **sprachkompetent** in der Unterrichtssprache, d.h. das Kind spricht ausreichend Deutsch, so werden alle sprachgebundenen Aufgaben des VEERS durchgeführt.

Kompetenz in der deutschen Sprache

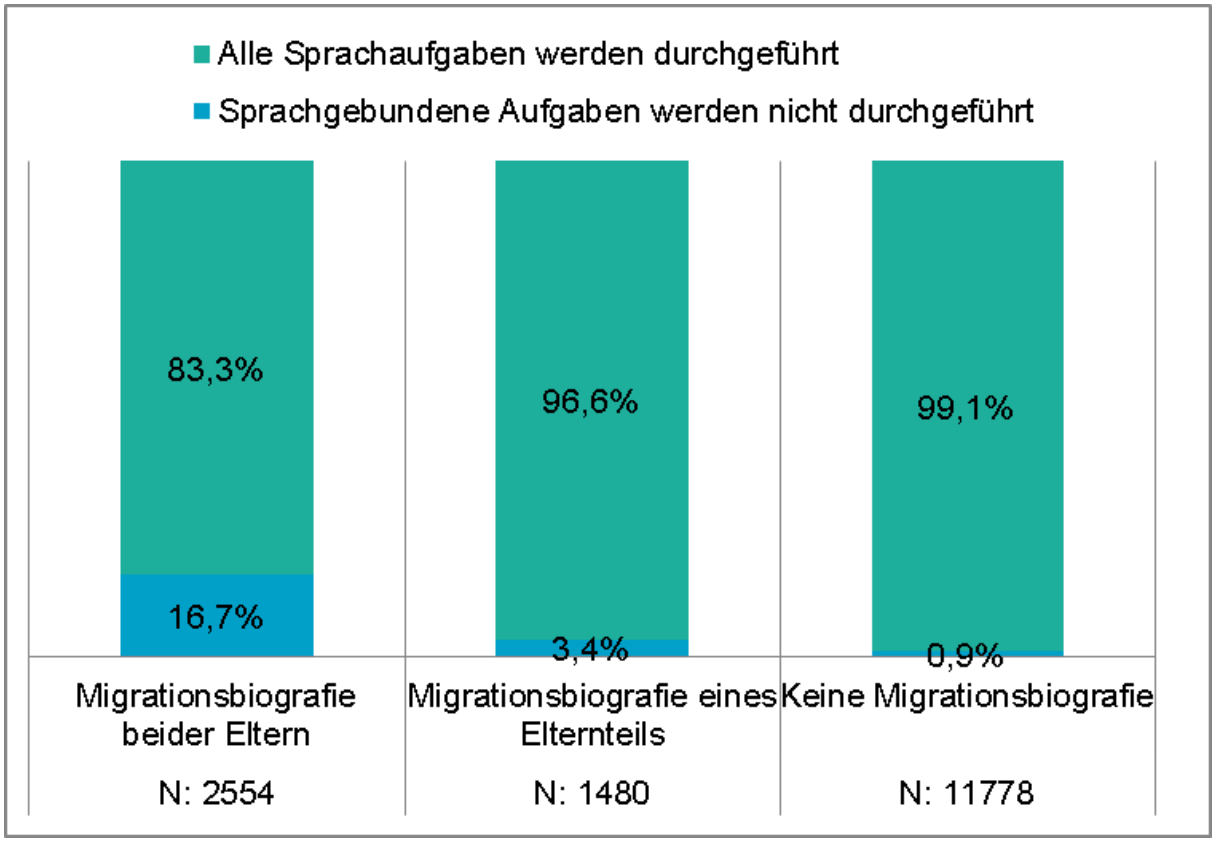
97,0 % der Kinder zeigten bei der Untersuchung eine ausreichende Kompetenz in der Unterrichtssprache Deutsch. Eine Abhängigkeit der Sprachkompetenz vom Bildungshintergrund der Eltern, der Migrationsbiografie der Familie und vom Geschlecht des Kindes ist nachweisbar. Jungen haben ein etwas erhöhtes Risiko, mangelnde Sprachkompetenz zu zeigen (Relatives Risiko (RR) 1,46:1); Kinder aus Familien mit einem niedrigen Bildungsgrad der Eltern haben ein doppelt so hohes Risiko, mangelnde Sprachkompetenz zu zeigen wie Kinder aus Familien mit höherem Bildungsstatus (RR: 2,17:1); Kinder aus Familien mit Migrationsbiografie haben ein fast dreifach erhöhtes Risiko (RR: 2,63:1). Der Anteil von Kindern, die nicht kompetent in der deutschen Sprache sind, variiert in den Kreisen und kreisfreien Städten (**Tabelle 17**). Er variiert zwischen maximal 8,9% in Kiel und minimal 0,3% in Plön. Durchschnittlich beträgt die Rate 3,5% aller Einschüler, die also Bedarf für eine „Deutsch als zweite Sprache“ (DAZ) Beschulung haben.

Abbildung 34 Sprachkompetenz abhängig vom Bildungsstand der Eltern



Verteilung der Rate von „Sprachkompetenz in der Unterrichtssprache Deutsch“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern.

Abbildung 35 Sprachkompetenz abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern



Verteilung der Rate von „Sprachkompetenz in der Unterrichtssprache Deutsch“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Migrationsbiografie der Eltern.

Tabelle 17 Sprachkompetent in der Unterrichtssprache Deutsch

Kreis/kreisfreie Stadt	Sprachkompetent			Jungen			Mädchen		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Flensburg	556	541	97,3	290	282	97,2	266	259	97,4
Kiel	1.774	1.616	91,1	864	782	90,5	911	834	91,5
Neumünster	609	583	95,7	309	291	94,2	306	293	95,8
Dithmarschen	1.097	1.067	97,3	542	528	97,4	558	541	97,0
Herzogtum Lauenburg	1.648	1.604	97,3	897	860	95,9	809	790	97,7
Nordfriesland	1.219	1.198	98,3	628	614	97,8	594	584	98,3
Pinneberg	2.738	2.665	97,3	1.386	1.335	96,3	1.359	1.335	98,2
Plön	954	951	99,7	473	471	99,6	481	480	99,8
Schleswig-Flensburg	1.487	1.456	97,9	796	778	97,7	698	678	97,1
Steinburg	1.070	1.038	97,0	548	524	95,6	526	514	97,7
Stormarn	2.241	2.215	98,8	1.146	1.135	99,0	1.096	1.081	98,6
Schleswig-Holstein	**15.393**	**14.934**	**97,0**	**7.879**	**7.600**	**96,5**	**7.604**	**7.389**	**97,2**

Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten.
(n) gibt die Anzahl sprachkompetenter Kinder (für die Spalten Jungen / Mädchen getrennt nach Geschlecht) wieder. Die Rate (%) ergibt sich als prozentualer Anteil sprachkompetenter Kinder (für die Spalten Jungen/Mädchen getrennt nach Geschlecht) bezogen auf die Untersuchten und dokumentierten Kinder (für die Spalten Jungen/Mädchen getrennt nach Geschlecht).
Die Ergebnisse aus drei Kreisen/kreisfreien Städten werden aufgrund hoher Raten fehlender Angaben (missing) bei der Einteilung der Sprachkompetenz in der Unterrichtssprach nicht berichtet. Missing: Lübeck: 68,3%, Ostholstein: 92,8 % und Rendsburg-Eckernförde: 90,9%.

Sprachauffälligkeiten

Die schulärztliche Feststellung eines sprachauffälligen Befundes fasst nach Arbeitshandbuch für die Schuleingangsuntersuchung in Schleswig-Holstein die spezifischen Sprachentwicklungsstörungen, wie z. B. Stottern, Dysgrammatismus, Artikulationsstörungen, eine mangelnde Sprachkompetenz in der Unterrichtssprache Deutsch, sowie in logopädischer, medizinischer, pädagogischer Intervention befindliche Kinder mit Auffälligkeiten im Bereich der Sprache zusammen:

A = Empfehlung Sprachförderung (z.B. Logopädie, pädagogische Sprachförderung, Sprint, DAZ),
B = in Behandlung,
X = geringfügige Sprachstörung, die keine Behandlung erfordert (z.B. Lispeln, leichter Dysgrammatismus)

Zusätzlich stellen die Schulärzte fest, ob pädagogische Förderung aktuell stattfindet, früher stattgefunden hat, empfohlen oder erneut empfohlen wird. Auch eine Empfehlung zur therapeutisch logopädischen Behandlung wird nach den vorherigen Kriterien festgehalten.

Der schulärztlich empfohlene sonderpädagogische (entspricht einem hohen Förderbedarf) und pädagogische (entspricht einem mäßigen Förderbedarf) Förderbedarf im Bereich der Sprache wird von den Schulärzten ebenfalls festgestellt.

Die Ergebnisse der schulärztlichen Feststellung eines sprachauffälligen Befundes werden in nachfolgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 18 Sprachauffälliger Befund

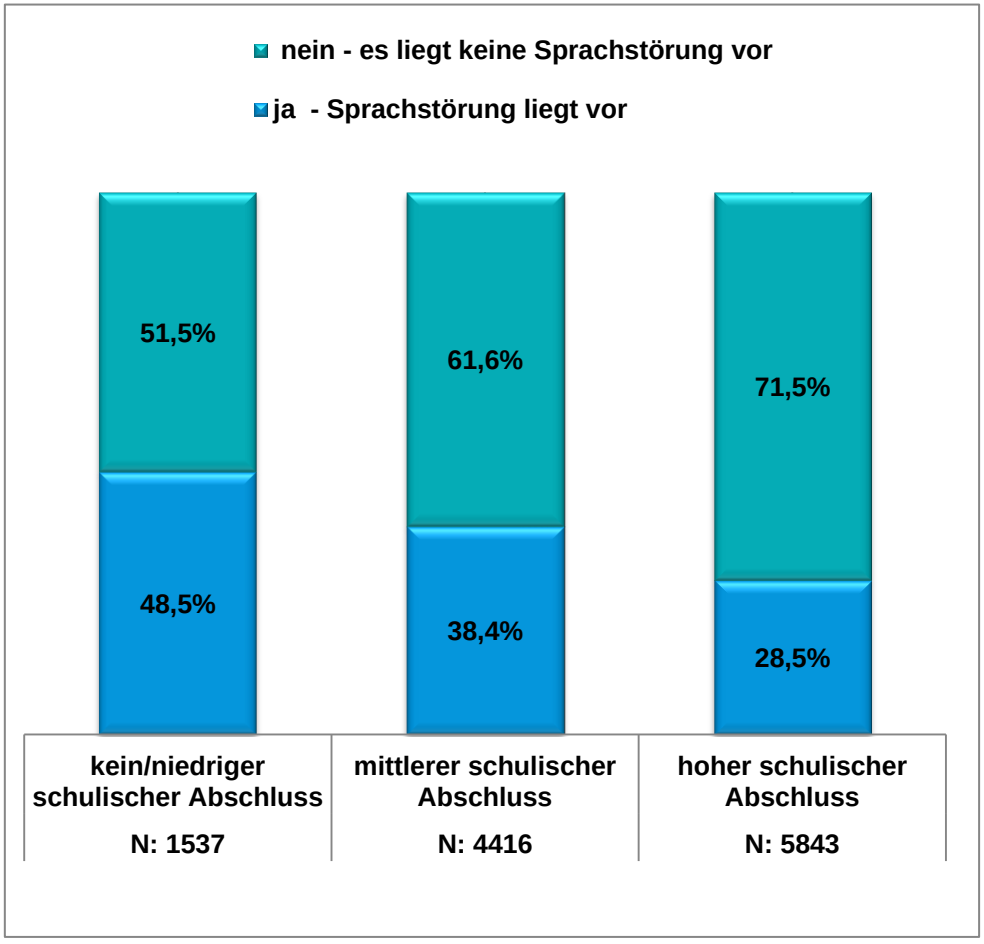
Kreis/kreisfreie Stadt	nein		"eine Sprachstörung liegt vor"				Kinder
	n	%	n	in %	davon A%	davon B%	N
Flensburg	356	60,1	236	39,9	0,0	60,2	592
Kiel	1.011	53,4	884	46,6	27,3	45,2	1.895
Hansestadt Lübeck	1.206	70,0	517	30,0	6,6	54,7	1.723
Neumünster	578	87,8	80	12,2	0,0	1,3	658
Dithmarschen	752	67,9	356	32,1	26,1	48,9	1.108
Herzogtum Lauenburg	1.118	66,7	559	33,3	11,8	51,5	1.677
Nordfriesland	693	56,8	527	43,2	14,2	64,5	1.220
Ostholstein	1.246	81,8	278	18,2	11,9	59,7	1.524
Pinneberg	1.485	54,0	1.263	46,0	19,5	46,1	2.748
Plön	690	68,0	325	32,0	2,5	70,5	1.015
Rendsburg-Eckernförde	1.740	76,5	535	23,5	22,8	58,9	2.275
Schleswig-Flensburg	1.077	72,4	410	27,6	15,4	56,8	1.487
Steinburg	686	62,7	408	37,3	25,2	43,1	1.094
Stormarn	1.377	61,1	876	38,9	12,3	50,2	2.253
Schleswig-Holstein	**14.015**	**65,9**	**7.254**	**34,1**	**17,1**	**52,0**	**21.269**

Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten. Davon bezogen auf die sprachauffälligen Befunde der Anteil an A = Empfehlung Sprachförderung (z.B. Logopädie, pädagogische Sprachförderung, Sprint, DAZ) und der Anteil an B = in Behandlung, bezogen auf die Fallzahl (n) jeweils in Prozent.

Die Rate der Kinder, die sich zur Zeit der Untersuchung in einer logopädischen Behandlung befanden, können in **Tabelle 19** der Spalte „aktuell in Behandlung“ entnommen werden. In einer weiteren Spalte findet sich die Rate der Kinder, die früher einmal logopädische Behandlung erhalten haben. Insgesamt trifft dies auf 24,9% aller einzuschulenden Kinder zu. In der letzten Spalte findet sich die Rate der Kinder, die bisher ohne Behandlung waren, diese aber von den Schulärzten empfohlen wird. **Tabelle 20** zeigt den Anteil der Kinder, die pädagogische Sprachförderung, z.B. in der Kindertagesstätte, erhalten haben.

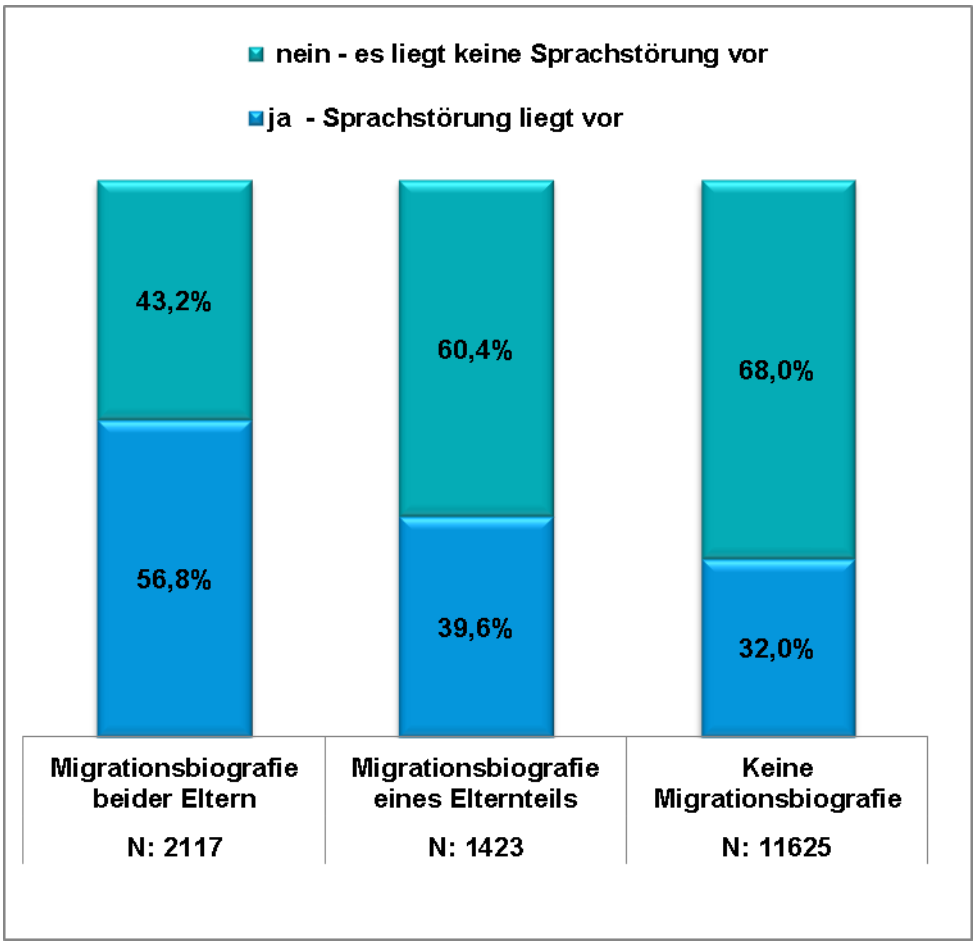
Sprachauffälligkeiten finden sich gehäuft in Familien mit niedrigem Bildungsstand und solchen mit Migrationsbiografie (**Abbildung 36**), was sich auch in den Verordnungen zur Sprachbehandlung niederschlägt (vgl. **Abbildung 39**). Insgesamt ist die Rate der sprachauffälligen Kinder über die Jahre weiter angestiegen (**Abbildung 38**).

Abbildung 36 Sprachauffälligkeiten abhängig vom Bildungsstand der Eltern



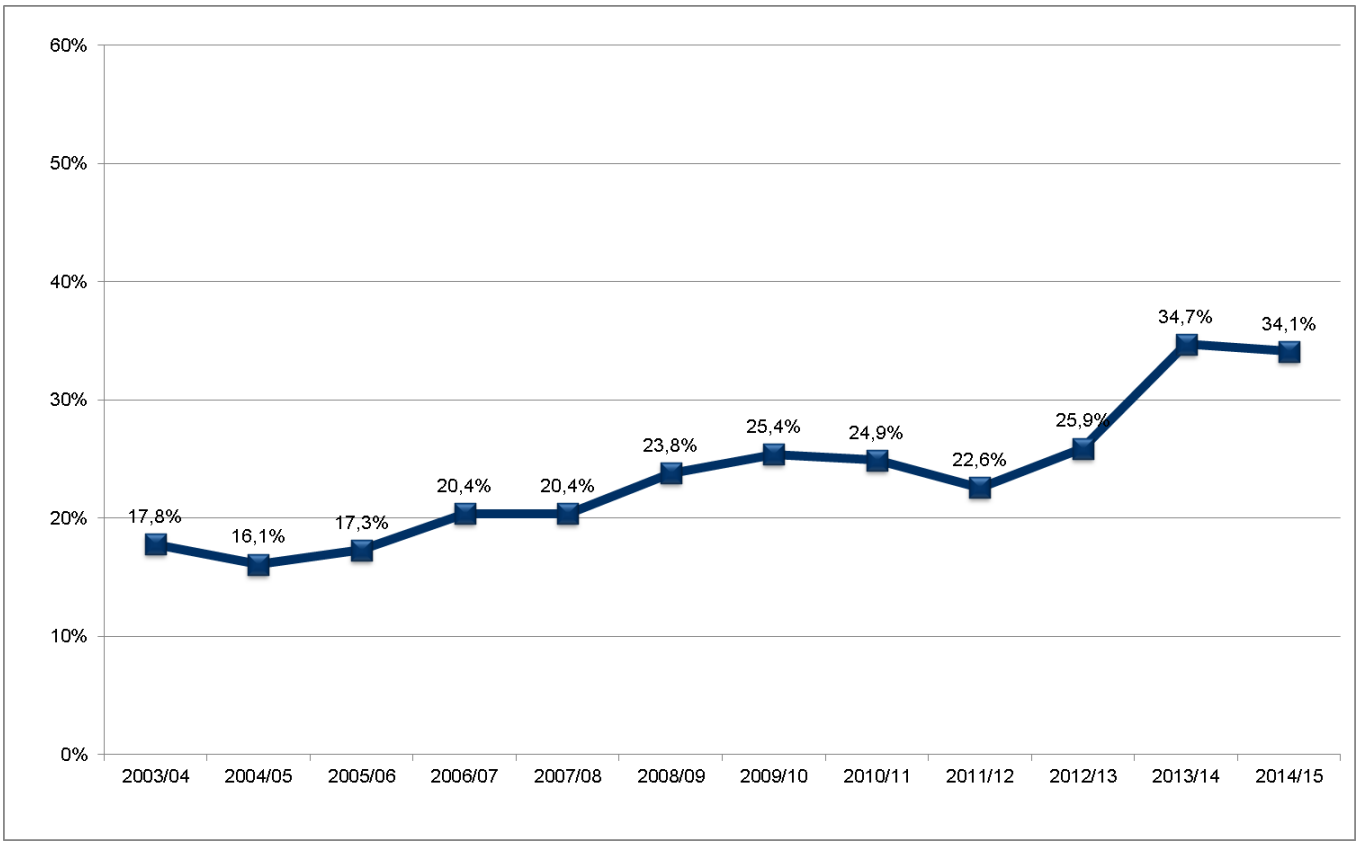
Verteilung der Rate von Sprachauffälligkeiten in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern.

Abbildung 37 Sprachauffälligkeiten abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern



Verteilung der Rate von Sprachauffälligkeiten in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Migrationsbiografie der Eltern.

Abbildung 38 Sprech- und Sprachauffälligkeiten in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/2004



Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt den prozentualen Anteil der schulärztlichen Untersuchungsbefunde Sprech- und Sprachauffälligkeiten nach Arbeitshandbuch für die Schuleingangsuntersuchung in Schleswig-Holstein:
Spezifische Sprachentwicklungsstörungen, wie z. B. Stottern, Dysgrammatismus, Artikulationsstörungen,
eine mangelnde Sprachkompetenz in der Unterrichtssprache Deutsch, sowie in logopädischer, medizinischer, pädagogischer Intervention befindliche Kinder mit Auffälligkeiten im Bereich der Sprache.

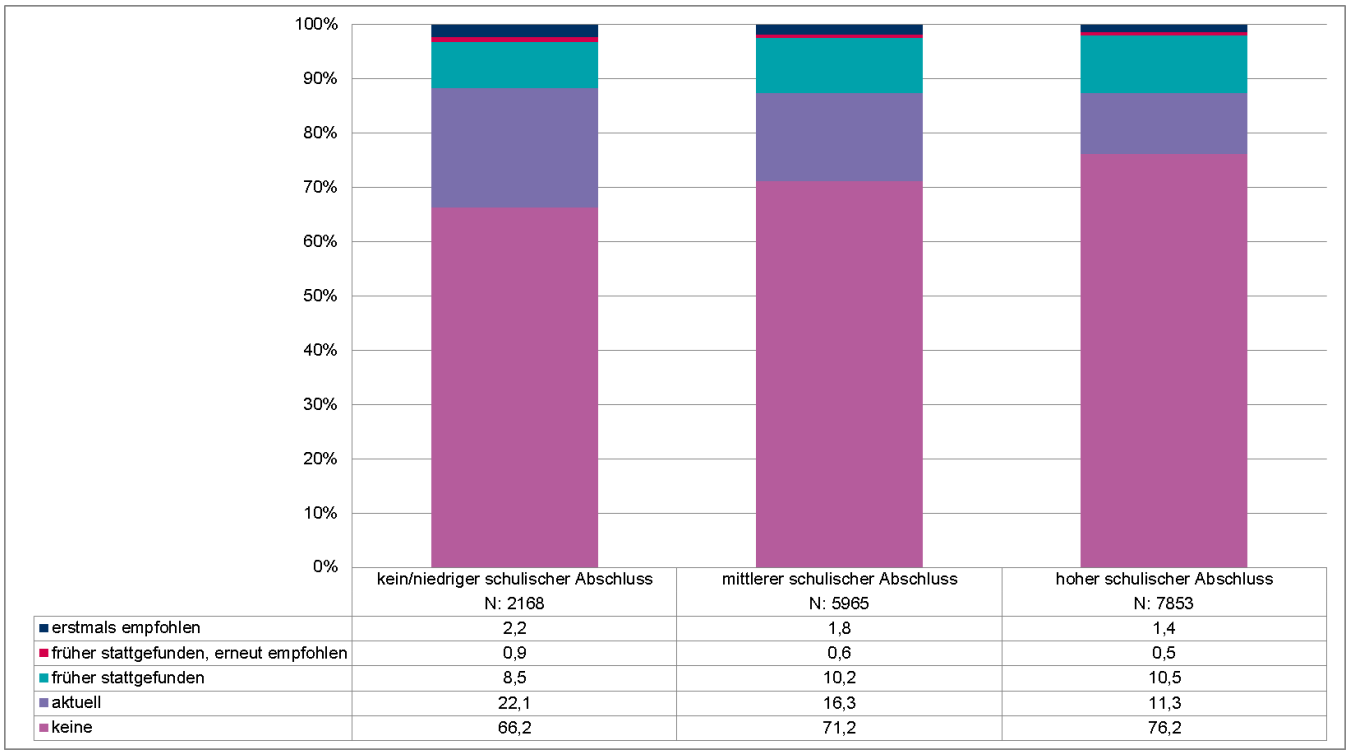
Tabelle 19 Logopädische Behandlung und Behandlungsempfehlung

		aktuell		früher stattgefunden		früher stattgefunden, erneut empfohlen		erstmals empfohlen		Gesamtsumme	
Kreis/kreisfreie Stadt	N	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Flensburg	592	83	14,0	56	9,5	3	0,5	14	2,4	156	26,4
Kiel	1.897	292	15,4	157	8,3	12	0,6	70	3,7	531	28,0
Hansestadt Lübeck	1.759	250	14,2	152	8,6	0	0,0	5	0,3	407	23,1
Neumünster	665	58	8,7	69	10,4	1	0,2	0	0,0	128	19,2
Dithmarschen	1.114	124	11,1	129	11,6	3	0,3	6	0,5	262	23,5
Herzogtum Lauenburg	1.740	276	15,9	141	8,1	13	0,7	52	3,0	482	27,7
Nordfriesland	1.228	194	15,8	97	7,9	11	0,9	33	2,7	335	27,3
Ostholstein	1.547	305	19,7	120	7,8	0	0,0	0	0,0	425	27,5
Pinneberg	2.763	431	15,6	274	9,9	23	0,8	89	3,2	817	29,6
Plön	1.015	167	16,5	95	9,4	9	0,9	9	0,9	280	27,6
Rendsburg-Eckernförde	2.286	342	15,0	290	12,7	12	0,5	13	0,6	657	28,7
Schleswig-Flensburg	1.498	172	11,5	160	10,7	7	0,5	23	1,5	362	24,2
Segeberg	2.314	297	12,8	261	11,3	12	0,5	29	1,3	599	25,9
Steinburg	1.104	138	12,5	95	8,6	6	0,5	23	2,1	262	23,7
Stormarn	2.254	305	13,5	245	10,9	36	1,6	56	2,5	642	28,5
Schleswig-Holstein	**23.776**	**3.434**	**14,4**	**2.341**	**9,8**	**148**	**0,6**	**422**	**1,8**	**6.345**	**26,7**

Tabelle 20 Pädagogische Sprachförderung und Förderempfehlung

		aktuell		früher stattgefunden		früher stattgefunden, erneut empfohlen		erstmals empfohlen		Gesamtsumme	
Kreis/kreisfreie Stadt	N	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Flensburg	591	176	29,8	21	3,6	3	0,5	11	1,9	211	35,7
Kiel	1.896	315	16,6	69	3,6	7	0,4	109	5,7	500	26,4
Hansestadt Lübeck	1.759	49	2,8	7	0,4	0	0,0	2	0,1	58	3,3
Neumünster	665	49	7,4	18	2,7	0	0,0	0	0,0	67	10,1
Dithmarschen	1.114	29	2,6	4	0,4	1	0,1	24	2,2	58	5,2
Herzogtum Lauenburg	1.740	129	7,4	45	2,6	0	0,0	13	0,7	187	10,7
Nordfriesland	1.228	229	18,6	41	3,3	6	0,5	35	2,9	311	25,3
Ostholstein	1.543	7	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,5
Pinneberg	2.763	236	8,5	8	0,3	3	0,1	138	5,0	385	13,9
Plön	1.015	57	5,6	1	0,1	1	0,1	4	0,4	63	6,2
Rendsburg-Eckernförde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Flensburg	1.498	201	13,4	49	3,3	6	0,4	60	4,0	316	21,1
Segeberg	2.314	83	3,6	9	0,4	4	0,2	23	1,0	119	5,1
Steinburg	1.104	114	10,3	50	4,5	1	0,1	14	1,3	179	16,2
Stormarn	2.254	206	9,1	30	1,3	11	0,5	41	1,8	288	12,8
Schleswig-Holstein	**21.484**	**1.880**	**8,8**	**352**	**1,6**	**43**	**0,2**	**474**	**2,2**	**2.749**	**12,8**

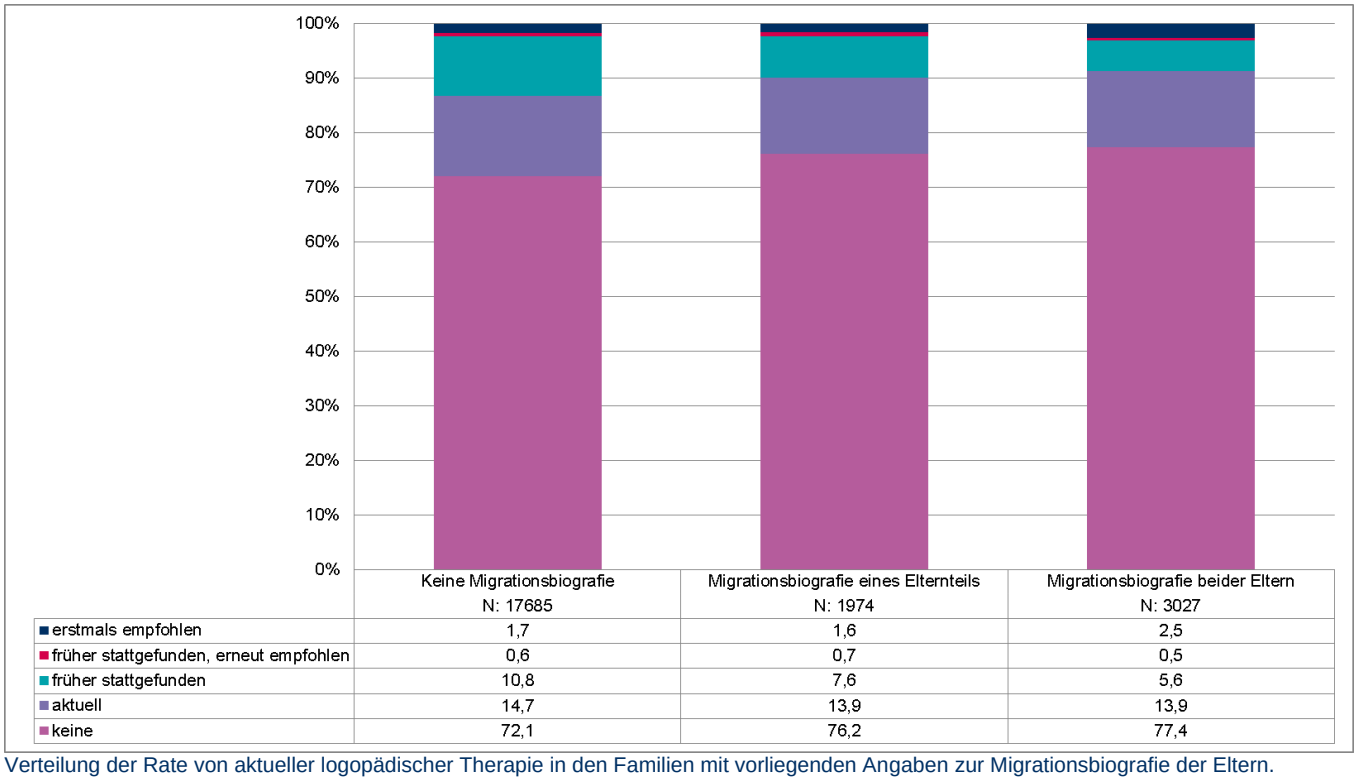
Abbildung 39 Therapie oder Therapieempfehlung für Logopädie abhängig vom Bildungsstand der Eltern



	kein/niedriger schulischer Abschluss N: 2168	mittlerer schulischer Abschluss N: 5965	hoher schulischer Abschluss N: 7853
erstmals empfohlen	2,2	1,8	1,4
früher stattgefunden, erneut empfohlen	0,9	0,6	0,5
früher stattgefunden	8,5	10,2	10,5
aktuell	22,1	16,3	11,3
keine	66,2	71,2	76,2

Verteilung der Rate von aktueller logopädischer Therapie in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern.

Abbildung 40 Therapie oder Therapieempfehlung für Logopädie abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern



	Keine Migrationsbiografie N: 17685	Migrationsbiografie eines Elternteils N: 1974	Migrationsbiografie beider Eltern N: 3027
erstmals empfohlen	1,7	1,6	2,5
früher stattgefunden, erneut empfohlen	0,6	0,7	0,5
früher stattgefunden	10,8	7,6	5,6
aktuell	14,7	13,9	13,9
keine	72,1	76,2	77,4

Verteilung der Rate von aktueller logopädischer Therapie in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Migrationsbiografie der Eltern.

Aus **Tabelle 24** und **Tabelle 25 (Seite 86)** können die Anzahl und der prozentuale Anteil der Kinder entnommen werden, denen eine sonderpädagogische oder eine pädagogische Förderung im Bereich Sprache durch den untersuchenden Schularzt empfohlen wurde.

Ergebnisse aus der Standardisierten Sprachtestung VEERS

In 12 von 16 Kreisen und kreisfreien Städten werden für die Untertests „Präpositionen“, „Pluralbildung“, „Pseudowörter“ und „Artikulation“ der Sprachtestung nach VEERS Rohdaten erhoben und übermittelt.

Orientierende Cut-Off-Werte (auffällig, grenzwertig und unauffällig) für Präpositionen, Pluralbildung und Pseudowörter (ohne Summenscore für Artikulation, hier fehlen entsprechende Cut-Off-Werte) ergänzen die Diagnostik einer Auffälligkeit im Bereich Sprache.

Die Ergebnisse für die Untertests Präpositionen, Pluralbildung und Pseudowörter in den Kategorien unauffällig, grenzwertig und auffällig für Kinder, die sprachkompetent in der Unterrichtssprache waren und nach dem neuen Verfahren VEERS untersucht wurden, werden nachfolgend dargestellt.

Die grafische Zusammenfassung der prozentualen Anteile der Ergebnisse finden sich in **Abbildung 41**, in den nachfolgenden drei Tabellen die Ergebnisse der Untertests für die einzelnen kreisfreien Städte und Kreise.

Das Vorgehen der Sprachtestung mit Hilfe von VEERS in den 12 Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins entspricht dem des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen.

Abbildung 41 Ergebnisse der Sprachtestung (VEERS) für die Untertests - Präpositionen, Pluralbildung und Pseudowörter in Schleswig-Holstein 2014/2015

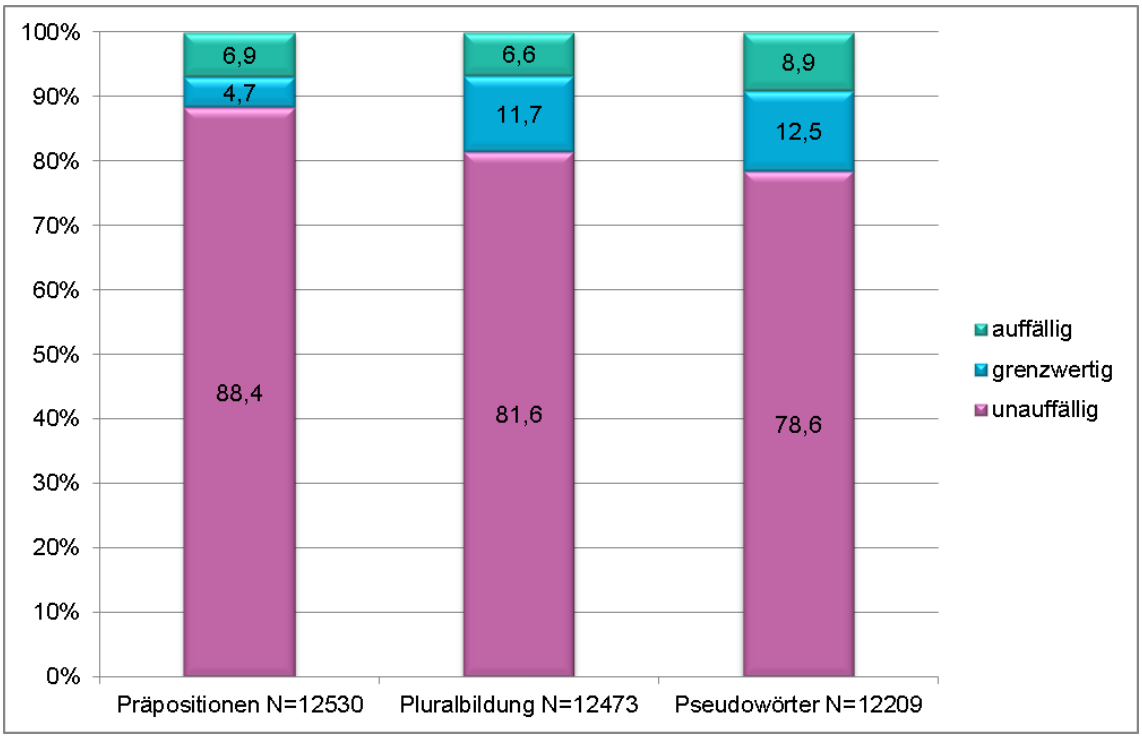


Tabelle 21 Präpositionen

Kreise/kreisfreie Städte		Präpositionen Cutt-Off-Werte					
		unauffällig 6 bis 8 Punkte		grenzwertig 5 Punkte		auffällig 0 bis 4 Punkte	
	N	n	%	n	%	n	%
Flensburg	534	443	83,0	22	4,1	69	12,9
Kiel	1.598	1.362	85,2	87	5,4	149	9,3
Hansestadt Lübeck*	478	371	77,6	53	11,1	54	11,3
Neumünster	582	429	73,7	47	8,1	106	18,2
Dithmarschen	1.069	968	90,6	39	3,6	62	5,8
Herzogtum Lauenburg	1.646	1.508	91,6	70	4,3	68	4,1
Nordfriesland	1.198	1.138	95,0	29	2,4	31	2,6
Ostholstein*	89	68	76,4	9	10,1	12	13,5
Pinneberg	2.670	2.425	90,8	97	3,6	148	5,5
Rendsburg-Eckernförde*	173	121	69,9	23	13,3	29	16,8
Schleswig-Flensburg	1.455	1.347	92,6	52	3,6	56	3,8
Steinburg	1.038	898	86,5	63	6,1	77	7,4
Gesamtsumme	**12.530**	**11.078**	**88,4**	**591**	**4,7**	**861**	**6,9**

*mehr als 50% fehlende Angaben bei der Sprachkompetenz

Tabelle 22 Pluralbildung

Kreise/kreisfreie Städte		Pluralbildung Cutt-Off-Werte					
		unauffällig 6 bis 7 Punkte		grenzwertig 4 bis 5 Punkte		auffällig 0 bis 3 Punkte	
	N	n	%	n	%	n	%
Flensburg	531	407	76,6	74	13,9	50	9,4
Kiel	1.577	1.210	76,7	222	14,1	145	9,2
Hansestadt Lübeck*	460	314	68,3	91	19,8	55	12,0
Neumünster	582	358	61,5	123	21,1	101	17,4
Dithmarschen	1.069	861	80,5	137	12,8	71	6,6
Herzogtum Lauenburg	1.645	1.402	85,2	152	9,2	91	5,5
Nordfriesland	1.198	1.032	86,1	132	11,0	34	2,8
Ostholstein*	89	51	57,3	26	29,2	12	13,5
Pinneberg	2.666	2.324	87,2	206	7,7	136	5,1
Rendsburg-Eckernförde*	173	100	57,8	42	24,3	31	17,9
Schleswig-Flensburg	1.453	1.283	88,3	114	7,8	56	3,9
Steinburg	1.030	838	81,4	145	14,1	47	4,6
Gesamtsumme	**12.473**	**10.180**	**81,6**	**1.464**	**11,7**	**829**	**6,6**

*mehr als 50% fehlende Angaben bei der Sprachkompetenz

Tabelle 23 Pseudowörter

Kreise/kreisfreie Städte		Pseudowörter Cutt-Off-Werte					
		unauffällig 5 bis 6 Punkte		grenzwertig 4 Punkte		auffällig 0 bis 3 Punkte	
	N	n	%	n	%	n	%
Flensburg	513	403	78,6	67	13,1	43	8,4
Kiel	1.595	1.377	86,3	134	8,4	84	5,3
Hansestadt Lübeck*	499	335	67,1	65	13,0	99	19,8
Neumünster	567	374	66,0	59	10,4	134	23,6
Dithmarschen	1.044	803	76,9	144	13,8	97	9,3
Herzogtum Lauenburg	1.612	1.081	67,1	317	19,7	214	13,3
Nordfriesland	1.180	894	75,8	177	15,0	109	9,2
Ostholstein*	89	76	85,4	6	6,7	7	7,9
Pinneberg	2.639	2.272	86,1	230	8,7	137	5,2
Rendsburg-Eckernförde*	105	58	55,2	16	15,2	31	29,5
Schleswig-Flensburg	1.406	1.182	84,1	173	12,3	51	3,6
Steinburg	960	742	77,3	135	14,1	83	8,6
Gesamtsumme	**12.209**	**9.597**	**78,6**	**1.523**	**12,5**	**1.089**	**8,9**

*mehr als 50% fehlende Angaben bei der Sprachkompetenz

Abbildung 42 Präpositionen im Vergleich Schleswig-Holstein 2014/2015 und Nordrhein-Westfalen 2013/2014

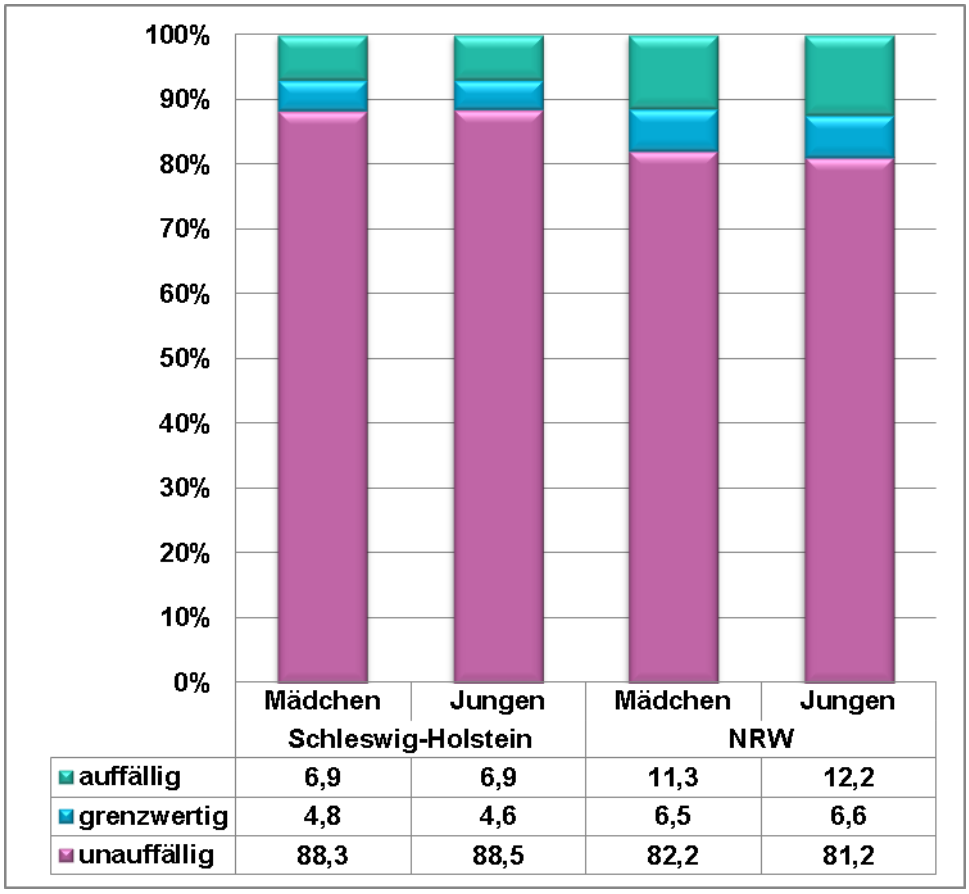
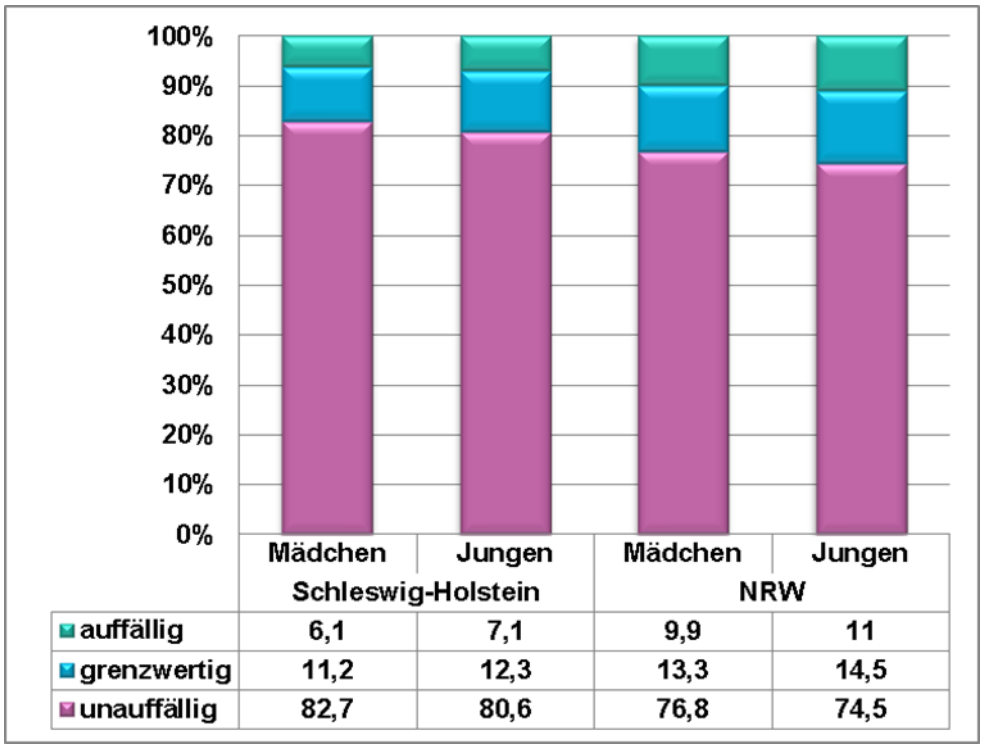
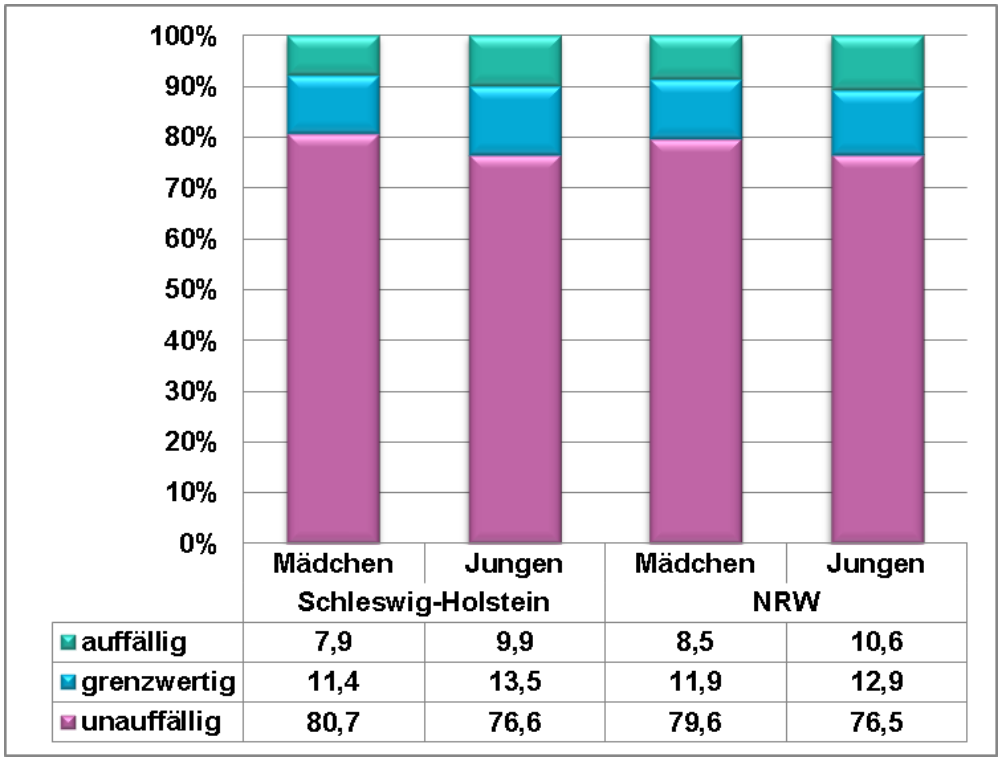


Abbildung 43 Pluralbildung im Vergleich Schleswig-Holstein 2014/2015 und Nordrhein-Westfalen 2013/14



	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen
	Schleswig-Holstein		NRW	
auffällig	6,1	7,1	9,9	11
grenzwertig	11,2	12,3	13,3	14,5
unauffällig	82,7	80,6	76,8	74,5

Abbildung 44 Pseudowörter im Vergleich Schleswig-Holstein 2014/2015 und Nordrhein-Westfalen 2013/14



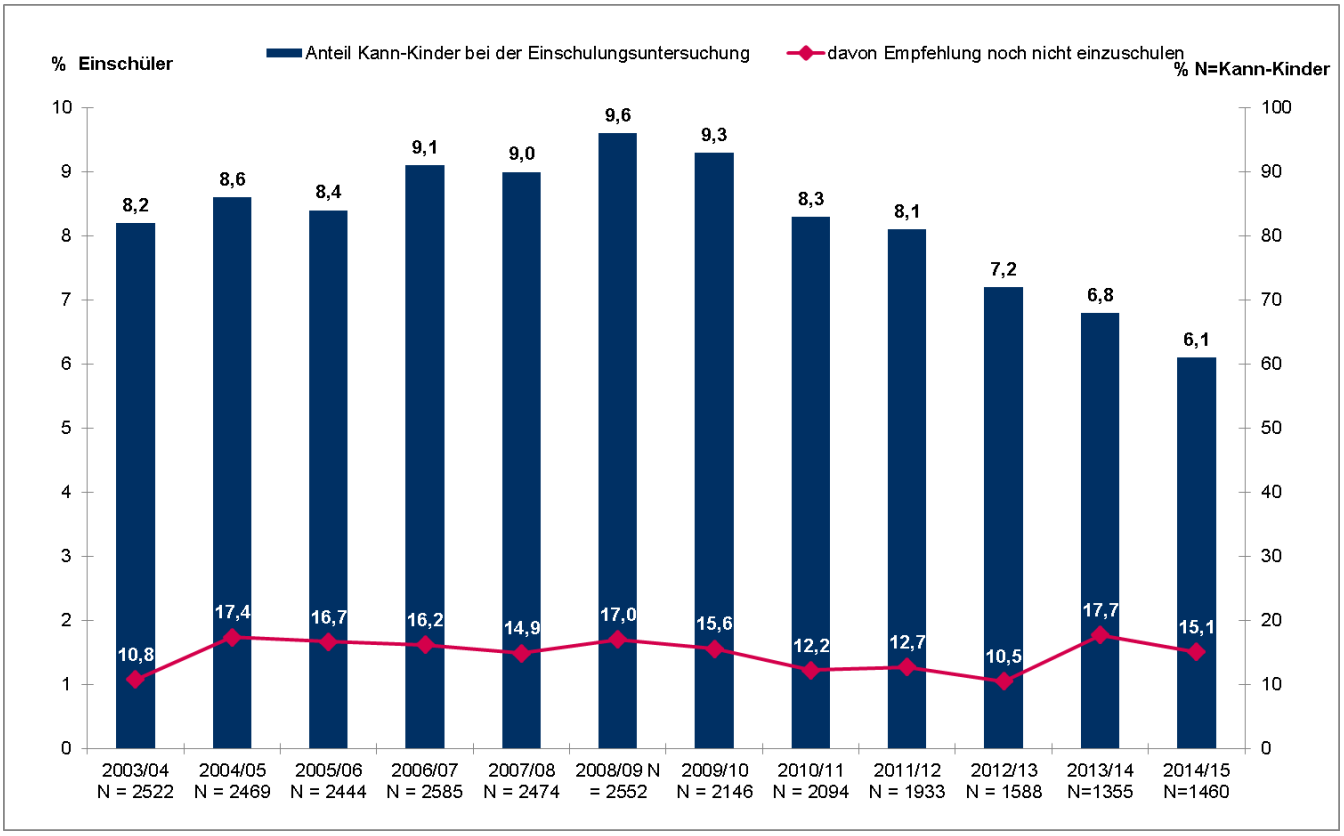
	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen
	Schleswig-Holstein		NRW	
auffällig	7,9	9,9	8,5	10,6
grenzwertig	11,4	13,5	11,9	12,9
unauffällig	80,7	76,6	79,6	76,5

EMPFEHLUNGEN

KANN-KINDER

1.460 „Kann-Kinder“ (Kinder, die nach dem Stichtag 6 Jahre alt wurden) wurden von den Eltern vorgestellt, das entspricht etwa 6,1% aller vorgestellten Kinder. Das Durchschnittsalter bei der Untersuchung beträgt bei den schulpflichtigen Kindern 6,1 Jahre, bei den „Kann-Kindern“ 5,5 Jahre. Es gibt bei den „Kann-Kindern“ keinen Altersunterschied zwischen den vorgestellten Mädchen und Jungen. Von diesen werden regional unterschiedlich zwischen 2,6 und 32,3% nicht zur Einschulung im kommenden Schuljahr empfohlen, die Ablehnungsrate nimmt im Vergleich zum Vorjahrestrend wieder zu.

Abbildung 45 Anteil jüngerer nicht schulpflichtiger Kinder (Kann-Kinder) mit Nichteinschulungsempfehlung in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/2004



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

SCHULPFLICHTIGE KINDER

BEURLAUBUNG VOM SCHULBESUCH

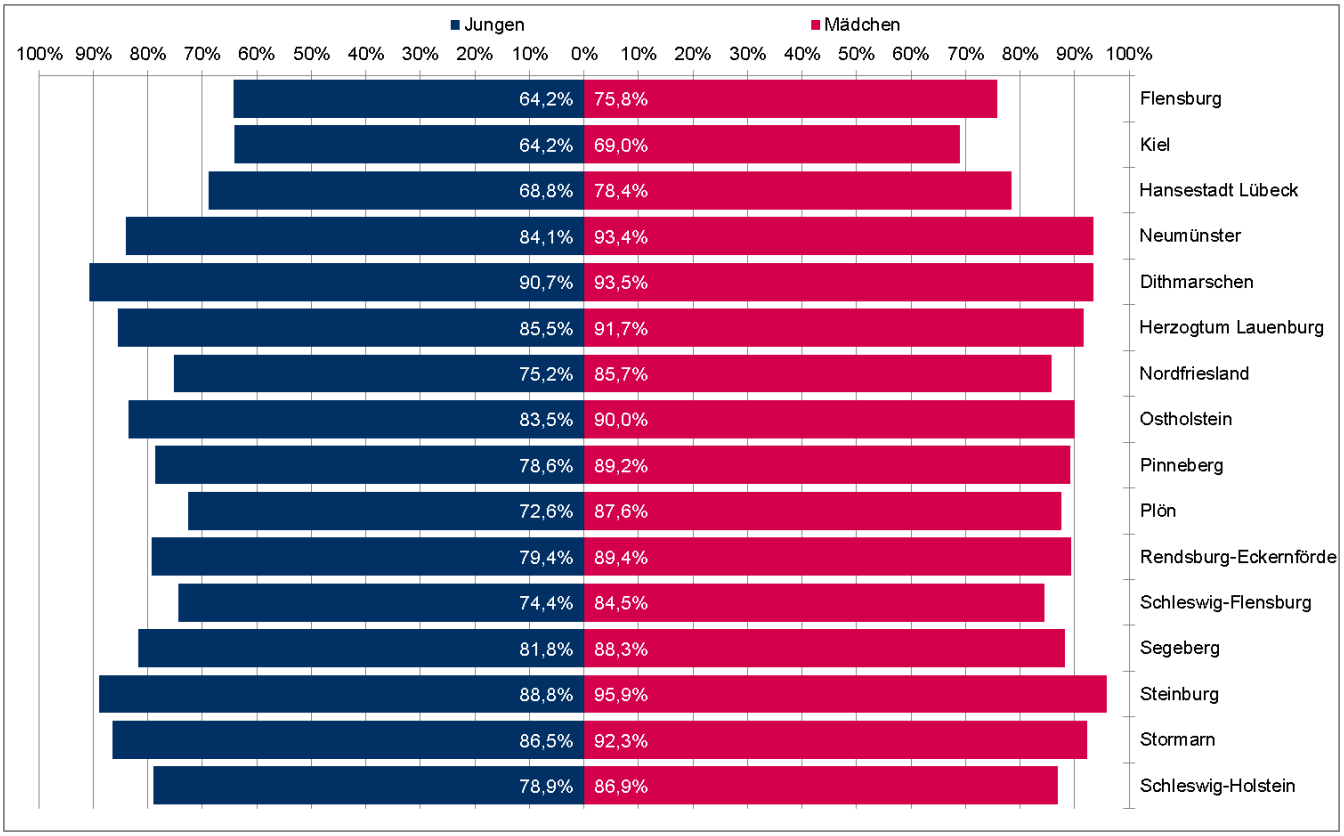
Wenige schulpflichtige Kinder (n=295) erhalten aufgrund **erheblicher Gesundheitsprobleme** vom KJÄD eine Empfehlung, vom Schulbesuch beurlaubt zu werden. Die Entscheidung wird im Rahmen eines mehrstufigen Verfahrens mit den zuständigen Schulen und Schulräten getroffen.

Das Schulgesetz sieht diese Möglichkeit prinzipiell nur in Ausnahmefällen vor. Diese Empfehlung wird von den Kreisen und kreisfreien Städten sehr unterschiedlich gehandhabt; die Rate beträgt landesdurchschnittlich 1,3% (0,2-2,2%) und kommt am häufigsten in Stormarn (n=47; 2,2%) und in der Landeshauptstadt Kiel (n=36; 2,1%), am seltensten in Neumünster (n=1; 0,2%) vor. Die Rate liegt deutlich unter der von vor 10 Jahren, als 1.448 (5,0% in 2003/04) Kinder wegen einer Entwicklungsunreife vom Schulbesuch zurückgestellt wurden; demgegenüber hat sich aktuell die Rate der Beurlaubung im Vergleich zur Zurückstellung aus medizinischer Indikation mehr als verdoppelt (2003/04: n=134, 0,5%)[18].

EMPFEHLUNGEN ZUM FÖRDERBEDARF

Immer mehr Kinder erhalten eine Empfehlung für zusätzlichen Förderbedarf. Nur 78,9% der Jungen und 86,9% der Mädchen werden die Schule nach Einschätzung der Schulärzte voraussichtlich ohne zusätzliche Unterstützung besuchen können. Der Anteil der Schüler ohne Förderbedarf variiert erheblich zwischen den Regionen (**Abbildung 46**).

Abbildung 46 Pflicht-Einschüler mit schulärztlicher Empfehlung zur Einschulung ohne Förderbedarf



Darstellung enthält alle vorgestellten Pflicht-Einschüler ohne Beurlaubungsempfehlung und erfolgt nach Kreis/kreisfreier Stadt, getrennt nach Geschlecht (§21 SchulG) (N=21.857; Jungen=11.335 und Mädchen=10.522).

18 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.

Der Anteil der Jungen, die mit Förderbedarf eingeschult werden, liegt in Kiel und in Flensburg mit 35,8% am höchsten, in Dithmarschen mit 9,3% am niedrigsten. Die entsprechenden Raten betragen bei den Mädchen 31,0% in Kiel und 4,1% in Steinburg. Diese Raten beziehen sich auf den mäßigen und auf den hohen Förderbedarf. Hoher Förderbedarf bedeutet, dass das Kind eine sonderpädagogische Förderung benötigt. Der sonderpädagogische (hohe) Förderbedarf lag landesweit bei durchschnittlich 7,9% und variierte zwischen 1,7% und 21,4% (vgl. **Tabelle 24**).

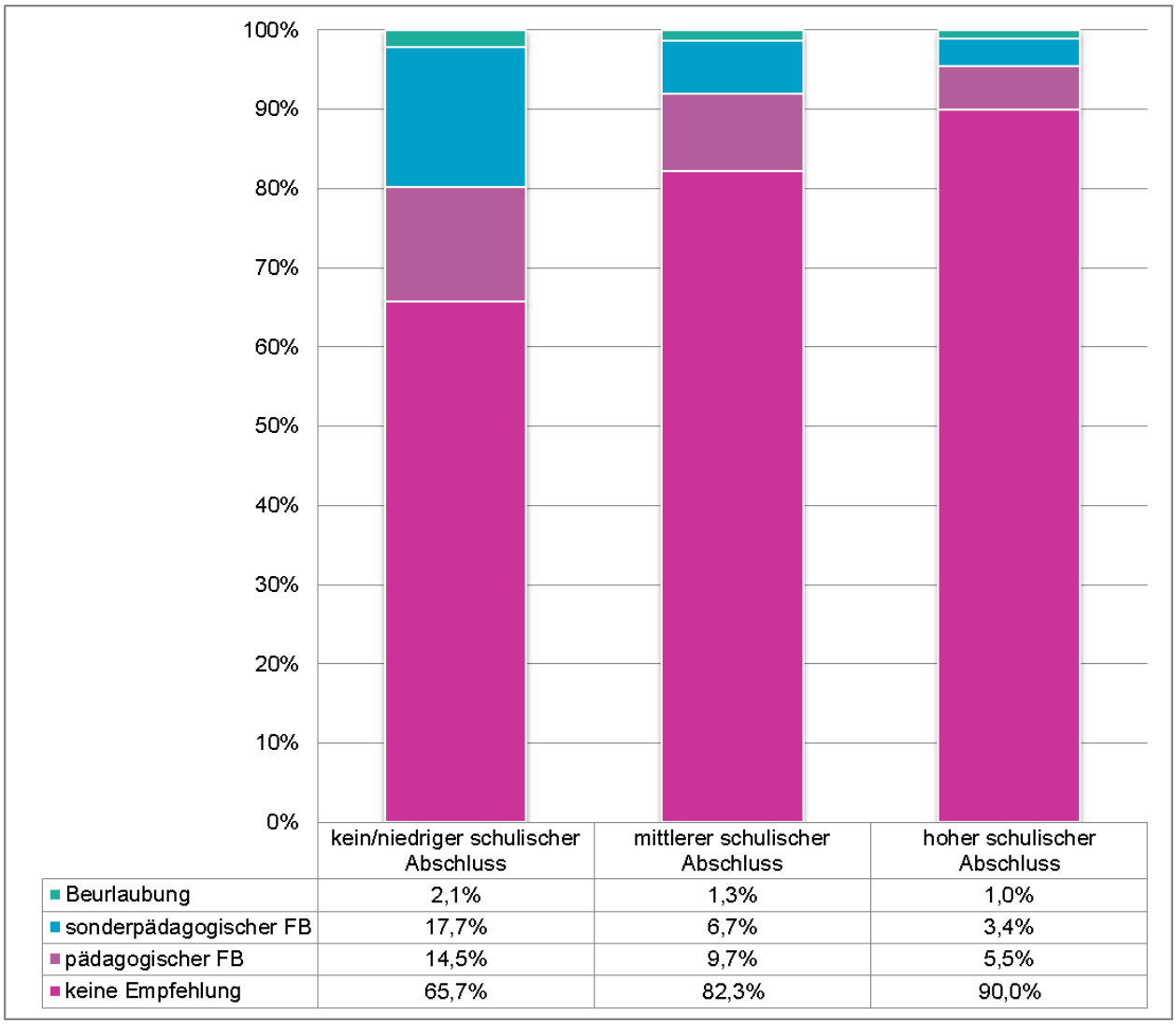
Bei mäßigem, d.h. pädagogischem Förderbedarf, kann die Förderung aus schulärztlicher Sicht mit den Mitteln der Grundschule bewältigt werden (§ 21 Abs. 2 SchulG). Dies traf auf 10,9% der Einschüler zu und variierte zwischen 3,4 und 28,2%.

Die erhebliche Variation zwischen den verschiedenen Kreisen und kreisfreien Städten in der Empfehlung zur Förderung in der Schule muss regional diskutiert und reflektiert werden. Soziodemographische Merkmale und die Rate der Kinder aus sozial benachteiligten Familien reichen als Erklärung nicht aus. Ein Erklärungsansatz wäre, dass regionale Ressourcen und Möglichkeiten der Beschulung in die Entscheidung der Schulärzte mit einfließen. Aus Statistiken zum Anteil der Kinder, deren Familien Hilfen nach SGB II erhalten, geht hervor, dass sowohl die Stadt Flensburg als auch der Kreis Dithmarschen zu den Regionen mit einem Anteil über 24% gehören[19]. Wünschenswert wären regionale Gesundheitskonferenzen unter Beteiligung der Schulen, des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes sowie des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, um Maßnahmen und Möglichkeiten zur Förderung der Kinder zu diskutieren.

Wie zu erwarten, zeigt sich bei den Empfehlungen zur Fördermaßnahme in der Schule ein deutlicher sozialer Gradient. Bei Kindern von Eltern mit niedrigem Bildungsniveau werden sehr viel häufiger Fördermaßnahmen empfohlen (insgesamt 32,2%) im Vergleich zu Kindern von Eltern mit mittlerem Bildungsniveau (16,4%) und Kindern von Eltern mit hohem Bildungsniveau (8,9%). Ebenso werden bei Kindern von Eltern mit Migrationsbiografie in 32,1% der Fälle Fördermaßnahmen empfohlen, während dies bei Kindern von Eltern ohne Migrationsbiografie nur 13,9% sind.

19 Groos, T., Jehles, N.: Der Einfluss von Armut auf die Entwicklung von Kindern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung. Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung. „Kein Kind zurücklassen!“. Werkstattbericht, Gütersloh, 2015, S. 20.

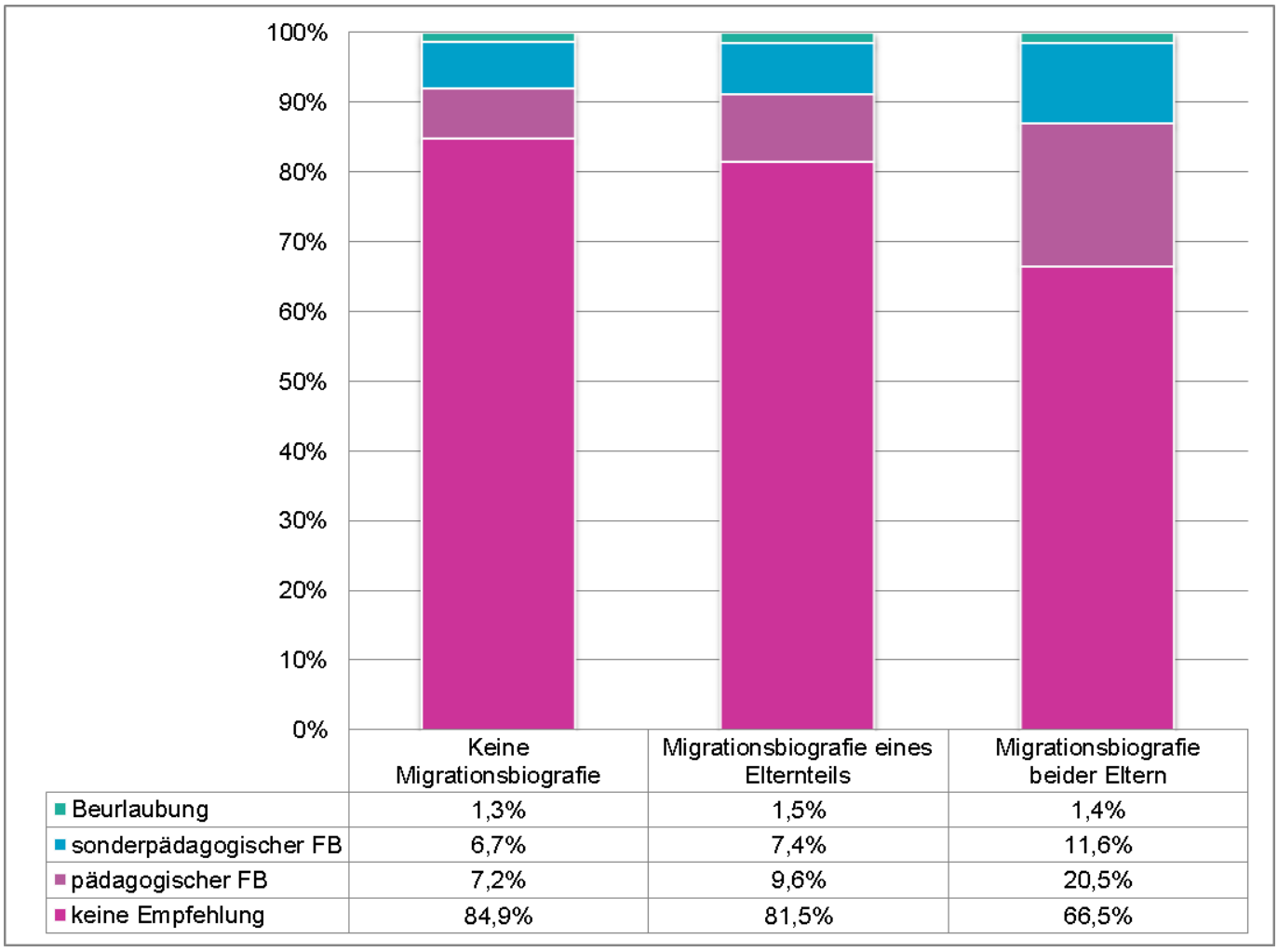
Abbildung 47 Empfehlungen zur Einschulung der Kinder abhängig vom Bildungsstand der Eltern



	kein/niedriger schulischer Abschluss	mittlerer schulischer Abschluss	hoher schulischer Abschluss
Beurlaubung	2,1%	1,3%	1,0%
sonderpädagogischer FB	17,7%	6,7%	3,4%
pädagogischer FB	14,5%	9,7%	5,5%
keine Empfehlung	65,7%	82,3%	90,0%

Verteilung der Empfehlungen zur Einschulung in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=14.938 Pflicht-Einschüler).

Abbildung 48 Empfehlungen zur Einschulung der Kinder abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern

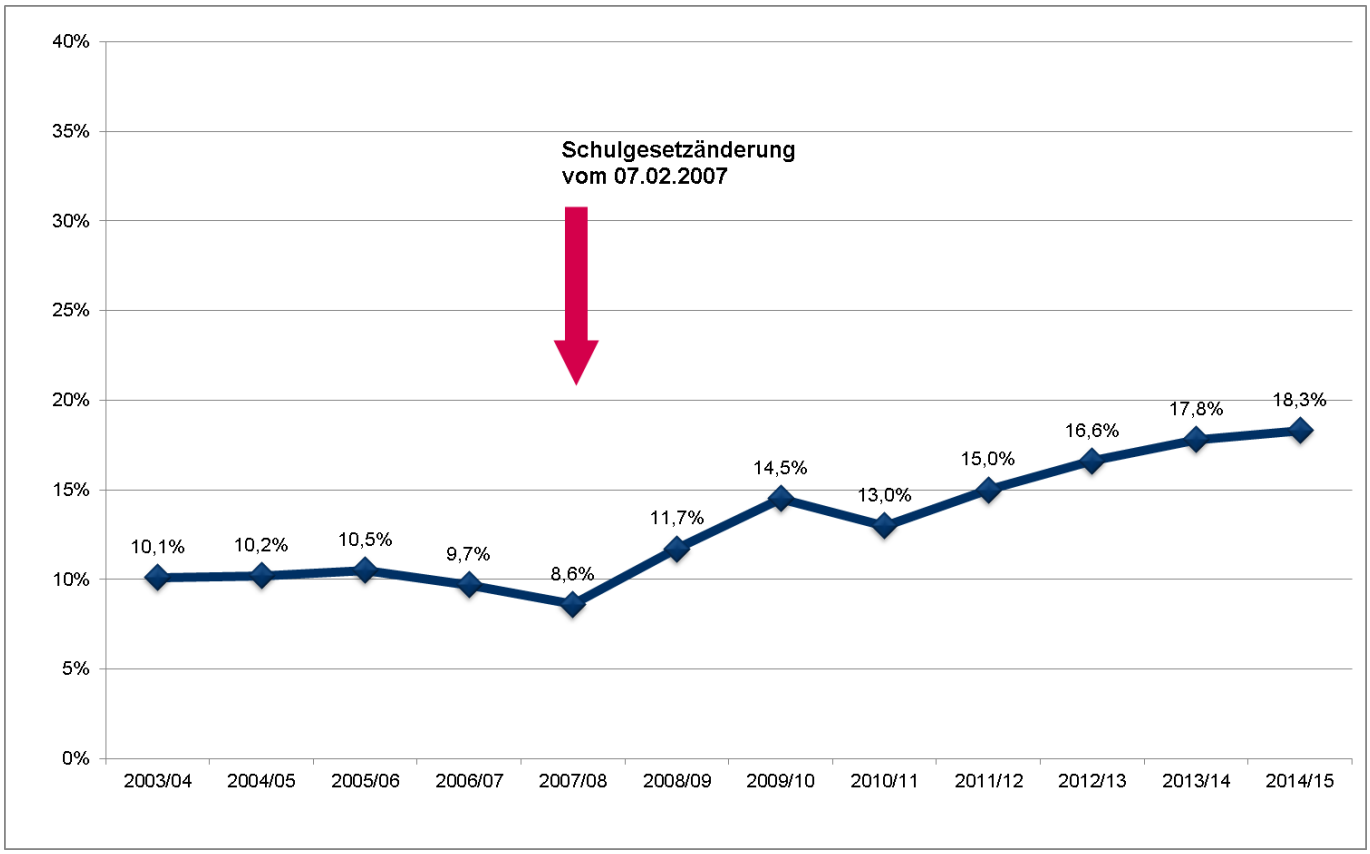


	Keine Migrationsbiografie	Migrationsbiografie eines Elternteils	Migrationsbiografie beider Eltern
Beurlaubung	1,3%	1,5%	1,4%
sonderpädagogischer FB	6,7%	7,4%	11,6%
pädagogischer FB	7,2%	9,6%	20,5%
keine Empfehlung	84,9%	81,5%	66,5%

Verteilung der Empfehlungen zur Einschulung in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=21.282. Pflicht-Einschüler).

Im Zeitverlauf (**Abbildung 49**) zeigt sich, dass der Anteil der Kinder mit Förderbedarf über die vergangenen fünf Jahre kontinuierlich ansteigt. Veränderungen in den Angeboten des Bildungswesens im Sinne der gemeinsamen Beschulung aller Kinder führt zu einem Rückgang von speziellen institutionalisierten Fördereinrichtungen wie zum Beispiel Vorschulen, Schulkindergärten, aber auch Förderzentren für Lernen und Sprache ab der ersten Klasse. Bei einer inklusiven Beschulung muss die Verschiebung der Kinder aus dem sonderpädagogischen in den Regelbereich zu einem Anstieg von spezifischen Fördermaßnahmen in der Regelschule führen.

Abbildung 49 Empfehlung zur Einschulung mit Bedarf an Förderung, Nichteinschulung oder Beurlaubung in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/2004



Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt die Summe der schulärztlichen Empfehlung zur Einschulung (pädagogischer und sonderpädagogischer Förderbedarf sowie Beurlaubung) als prozentualen Anteil bei den Pflicht-Einschülern (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.

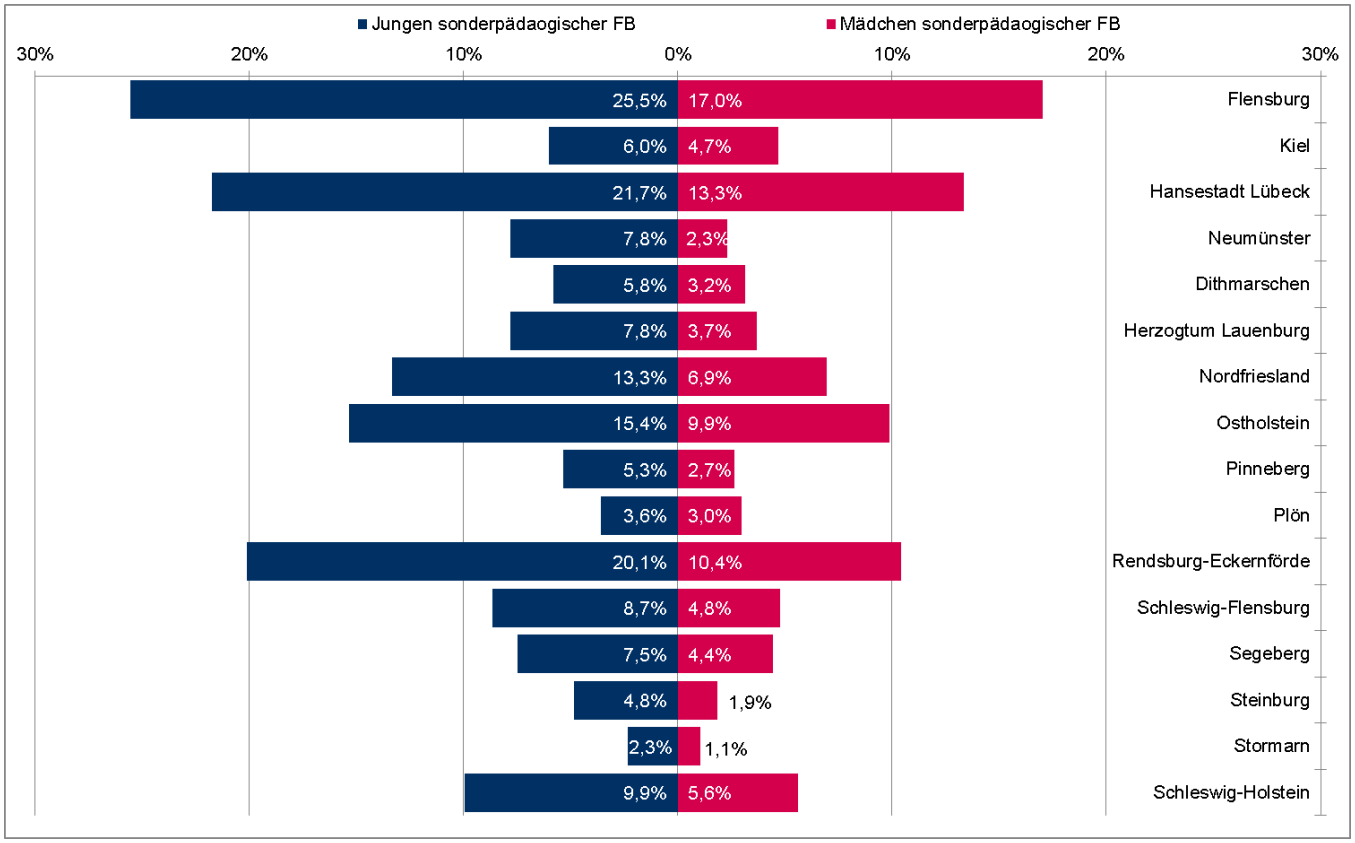
Die pädagogischen und sonderpädagogischen Förderbedarfe werden von den Schulärzten differenziert für die unterschiedlichen Förderschwerpunkte angegeben.

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

Den höchsten Förderbedarf sehen die Schulärzte im Bereich der Sprache, gefolgt von Unterstützung der sozial-emotionalen Entwicklung und der motorischen Entwicklung; hier kann sowohl pädagogischer als auch sonderpädagogischer Förderbedarf gesehen werden. **Tabelle 24** weist den entsprechenden sonderpädagogischen, d.h. hohen Förderbedarf in diesen Bereichen aus, **Tabelle 25** zeigt den mäßigen, d.h. mit den Mitteln der Grundschule zu bewältigenden Förderbedarf in diesen Bereichen. Bei einem landesweit durchschnittlichen sonderpädagogischen Förderbedarf von 7,9% ist für etwa 1.900 Kinder im darauffolgenden

Schuljahr (2014/2015: 24.000 Schulanfänger[20]) ein zunehmend hoher Bedarf an geschultem therapeutischen, sonder- oder heilpädagogischen Personal in der Regelgrundschule zu erwarten, da jedes dieser Kinder individuell gefördert werden muss.

Abbildung 50 Schulpflichtige mit *sonderpädagogischem* Förderbedarf, die zur Einschulung empfohlen sind



Die Darstellung erfolgt nach Kreis/kreisfreier Stadt, getrennt nach Geschlecht (11.335 untersuchte Jungen; 10.522 untersuchte Mädchen). Schulpflichtig mit sonderpädagogischem Förderbedarf in % (dunkelblau für die Jungen und dunkelrot für die Mädchen): aus schulärztlicher Sicht ist das Kind in der Lage, mit einer sonderpädagogischen Förderung, die den Besuch der Grundschule begleitet, der Schulpflicht nachzukommen (§ 21 Abs. 3 SchulG).

20 Statistisches Bundesamt, Destatis.

Tabelle 24 Schulärztlich festgestellter sonderpädagogischer Förderbedarf und Förderschwerpunkte

	Kinder	Anteil Kinder mit sonderpäda-gogischem Förderbedarf		Förderschwerpunkte (Mehrfachnennungen waren möglich)								
				Lernen	Sprache	emotionale u. soziale Entwicklung	geistige Entwick-lung	motorische Entwicklung	Hören	Sehen	autistische Störung	dauerhaft krankes Kind
	N	n	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Flensburg	546	117	21,4	6,0	78,6	17,1	13,7	36,8	3,4	4,3	3,4	1,7
Kiel	1.700	91	5,4	27,5	81,3	34,1	20,9	52,7	6,6	4,4	3,3	7,7
Hansestadt Lübeck	1.646	290	17,6	31,7	75,5	64,8	13,4	55,5	1,0	1,4	0,7	1,4
Neumünster	636	33	5,2	51,5	66,7	54,5	48,5	15,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Dithmarschen	1.024	46	4,5	10,9	71,7	28,3	60,9	34,8	4,3	2,2	4,3	6,5
Herzogtum Lauenburg	1.581	93	5,9	28,0	67,7	50,5	32,3	25,8	2,2	2,2	3,2	0,0
Nordfriesland	1.140	117	10,3	17,1	56,4	34,2	10,3	28,2	0,9	0,9	0,0	3,4
Ostholstein	1.466	185	12,6	17,3	22,2	24,3	15,1	16,8	3,2	2,2	1,6	0,0
Pinneberg	2.502	101	4,0	42,6	74,3	56,4	23,8	53,5	1,0	1,0	5,9	7,9
Plön	944	31	3,3	38,7	74,2	51,6	19,4	41,9	16,1	3,2	6,5	0,0
Rendsburg-Eckernförde	2.162	335	15,5	17,9	26,3	23,9	6,3	20,9	2,4	1,2	1,2	3,0
Schleswig-Flensburg	1.397	96	6,9	27,1	68,8	38,5	16,7	69,8	2,1	5,2	4,2	7,3
Segeberg	2.159	130	6,0	23,8	73,8	51,5	14,6	38,5	11,5	0,8	0,8	1,5
Steinburg	1.021	35	3,4	5,7	37,1	17,1	45,7	11,4	2,9	0,0	2,9	0,0
Stormarn	2.097	36	1,7	13,9	55,6	44,4	13,9	52,8	5,6	13,9	11,1	5,6
Schleswig-Holstein	**22.021**	**1.736**	**7,9**	**23,2**	**57,1**	**39,2**	**17,0**	**36,8**	**3,3**	**2,2**	**2,2**	**2,8**

Die Darstellung der absoluten Anzahl an sonderpädagogischem Förderbedarf und deren prozentualer Anteil (%) erfolgt nach Kreisen bzw. kreisfreier Stadt. Bezogen auf die absolute Anzahl der Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf werden die gesehenen sonderpädagogischen Förderschwerpunkte (Lernen, Sprache, Hören, emotionale, soziale, geistige, körperlich-motorische Entwicklung, Kinder mit autistischen Störung und dauerhaften Erkrankungen) anteilig in Prozent dargestellt. Ein Kind kann mehrere sonderpädagogische Bedarfe aufweisen.

Tabelle 25 Schulärztlich festgestellter pädagogischer Förderbedarf und Förderschwerpunkte

	Kinder	Anteil Kinder mit pädagogischem Förderbedarf		Förderschwerpunkte (Mehrfachnennungen waren möglich)				
				Sprache	emotionale u. soziale Entwicklung	motorische Entwicklung	Hören	dauerhaft krankes Kind
	N	n	%	%	%	%	%	%
Flensburg	546	48	8,8	60,4	45,8	43,8	2,1	0,0
Kiel	1.700	480	28,2	74,8	27,1	41,9	2,5	0,2
Hansestadt Lübeck	1.646	146	8,9	66,4	36,3	44,5	0,7	0,7
Neumünster*	636	40	6,3					
Dithmarschen	1.024	35	3,4	65,7	45,7	25,7	0,0	2,9
Herzogtum Lauenburg*	1.581	91	5,8		1,1			
Nordfriesland	1.140	108	9,5	56,5	45,4	32,4	0,9	0,0
Ostholstein	1.466	119	8,1	45,4	47,1	34,5	0,8	0,8
Pinneberg	2.502	306	12,2	61,1	69,3	43,1	0,0	0,3
Plön	944	159	16,8	57,9	62,9	18,9	3,1	0,0
Rendsburg-Eckernförde	2.162	243	11,2	54,7	36,6	31,7	23,9	6,2
Schleswig-Flensburg	1.397	196	14,0	52,6	34,7	54,1	2,6	0,5
Segeberg	2.159	196	9,1	54,6	42,3	39,3	17,3	0,0
Steinburg	1.021	45	4,4	40,0	64,4	37,8	2,2	0,0
Stormarn	2.097	193	9,2	63,7	46,1	40,9	0,5	0,0
Schleswig-Holstein	**22.021**	**2.405**	**10,9**	**57,6**	**41,5**	**37,0**	**5,0**	**0,9**

Die Darstellung der absoluten Anzahl an pädagogischem Förderbedarf und deren prozentualen Anteil erfolgt nach Kreisen bzw. kreisfreier Stadt. Bezogen auf die absolute Anzahl der Kinder mit pädagogischem Förderbedarf werden die gesehenen pädagogischen Förderschwerpunkte (Sprache, Hören, emotionale, soziale, geistige, körperlich-motorische Entwicklung anteilig in Prozent dargestellt. Ein Kind kann mehrere pädagogische Bedarfe aufweisen. *Kreise und kreisfreie Städte ohne weitere Differenzierung der pädagogischen Förderschwerpunkte.

FÖRDERUNG VOR DER SCHULE

BESUCH EINER KINDERTAGESEINRICHTUNG

- Im Beobachtungszeitraum von 1999 bis 2014 stieg die Rate der Kinder, die im Jahr vor ihrer Einschulung eine Kindertageseinrichtung besuchten, in Schleswig-Holstein von 88,4% kontinuierlich auf 97,2% an. Seit dem Schuljahr 2012/13 kam es zu keinem weiteren Anstieg, sondern ein leichter Rückgang auf nun 94,3% ist zu verzeichnen.

Insgesamt besuchen 94,3% aller Jungen und auch aller Mädchen vor der Einschulung eine Kindertageseinrichtung. 51,2% der Kinder befindet sich im dritten Jahr des Besuchs einer Kindertagesstätte, weitere 26,9% im vierten Jahr. Schon 10,8% aller Kinder, die jetzt eingeschult werden, haben im ersten oder zweiten Lebensjahr eine Einrichtung besucht.

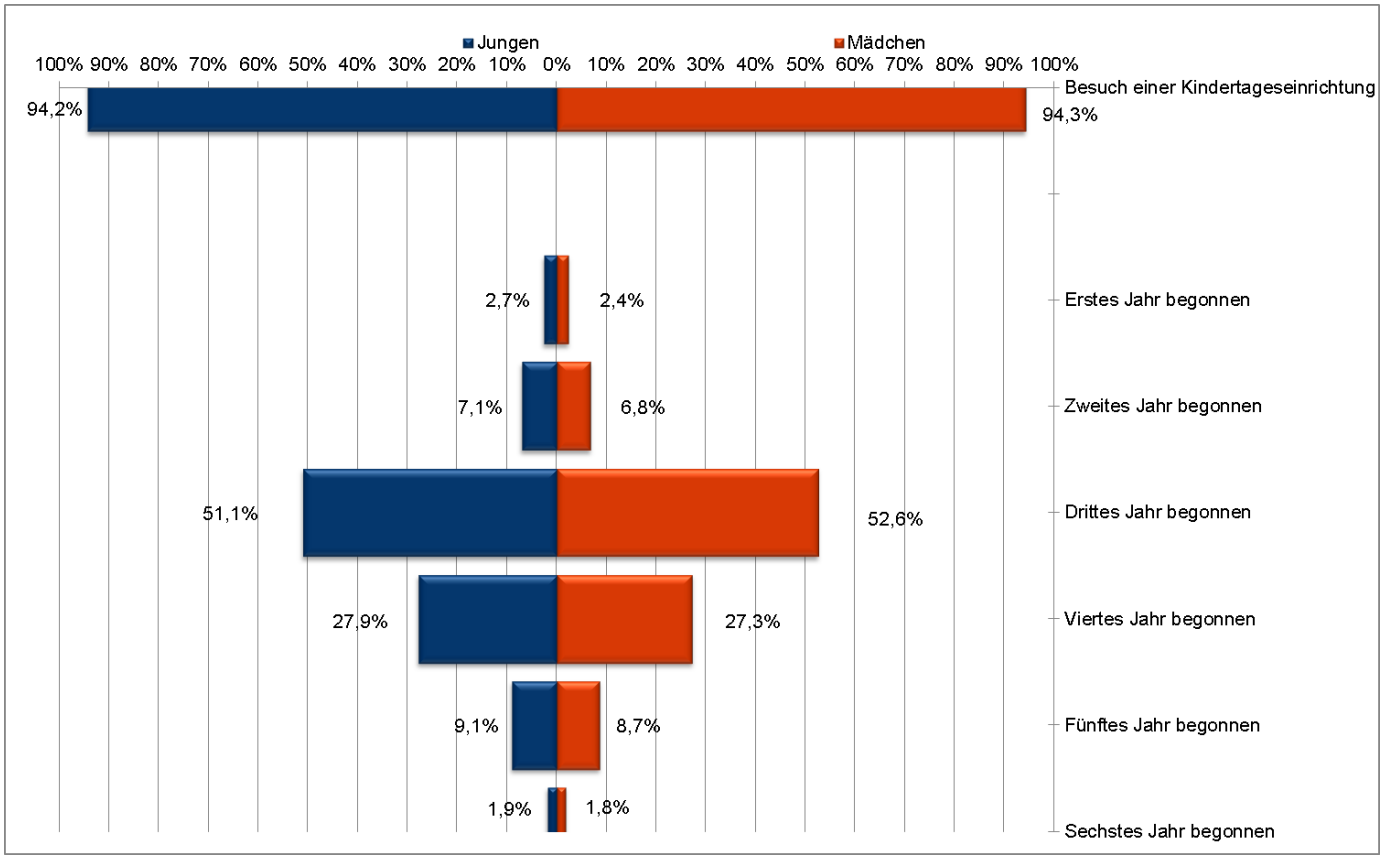
Nur 9,3% der Kinder besuchen erst seit 1 bis 2 Jahren eine Kindertagesstätte. Der deutliche Rückgang der Gesamtrate des Besuchs einer Kindertagesstätte vor der Einschulung bedeutet einen Rückgang von immerhin 3% aller Kinder des Jahrgangs (**Abbildung 54**). Vermutlich handelt es sich dabei nicht um Kinder, die schon seit längerer Zeit die KiTa besuchen, sondern überwiegend um solche, die nur für ein Jahr vor der Schule angemeldet wurden. Der von der Bundesregierung und den Ländern forcierte Ausbau der Tagesbetreuung der unter 3jährigen Kinder mag zu diesem Rückgang beigetragen haben. Berichte aus Einrichtungen bezeugen, dass wegen des geringeren Schlüssels von Erzieherinnen auf betreute Kinder bei der Umwandlung von KiTa Gruppen in Krippengruppen oder gemischte Gruppen absolut gesehen die Zahl der angebotenen Plätze für Vorschulkinder geringer wurden. Dies kann zu einer erheblichen Benachteiligung von einigen Kindern geführt haben, die aufgrund ihres kulturellen und sozialen Hintergrundes niemals vor der Einschulung eine Einrichtung besuchen konnten. Die Ärzte des KJÄD berichten darüber hinaus von Familien, die keine Sozialleistungen erhalten, aber so gering verdienen, dass sie sich trotz Sozialstaffel den Kitabesuch nicht leisten können/wollen und das Kind wieder abmelden, oder es gezielt vorzeitig einschulen wollen. Die Auszahlung von Betreuungsgeld von August 2013 bis Juli 2015 für Kinder zwischen 15 und 36 Monaten, die nicht eine Kindertageseinrichtung oder Tagespflege in Anspruch nahmen, dürfte bei dem Rückgang aufgrund der Altersbegrenzung keine Rolle spielen. In Schleswig-Holstein werden rund 22.500 Geburten pro Jahr verzeichnet. Die Versorgungsquote mit U3-Betreuungsplätzen lag 2014 bei knapp 44 Prozent. Laut Landesamt für soziale Dienste wurden im Jahr 2014 12.036 Anträge auf Betreuungsgeld gestellt. 2014 wurden in Schleswig-Holstein laut Gesamtstatistik des Bundes insgesamt 12.360.190,65 Euro an Berechtigte ausgezahlt.[21]

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 7,8% keine Einrichtung vor der Einschulung besucht, während dies nur 4,4% bei Kindern von Eltern mit mittlerem Bildungsniveau und lediglich 3,9% bei Eltern mit

21 http://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/VIII/_startseite/Artikel/150721_betreuungsgeld.html;jsessionid=40242362485580E927908F4680A732E6.[Stand: 04.11.2015]

hohem Bildungsniveau sind. Ebenso finden sich Einflüsse bezüglich der Migrationsbiografie der Eltern. Wenngleich auch der Zeitvergleich über die Jahre zeigt, dass die allermeisten Kinder die Chance auf den Besuch einer Kindertageseinrichtung vor der Einschulung haben, gibt es doch kleine, sehr vulnerable Gruppen, die trotz eines sehr hohen Bedarfes an pädagogischer Förderung außerhalb des Elternhauses keine Einrichtung besuchen. Diese sollten frühzeitig identifiziert (z.B. über Frühe Hilfen) und der Besuch einer Einrichtung erleichtert werden.

Abbildung 51 Besuch einer Kindertageseinrichtung vor Schulbeginn bei Jungen und Mädchen



Dargestellt wird der dokumentierte Anteil der Jungen und Mädchen, die vor Schulbeginn eine Kindertagestätte oder kindergartenähnliche Einrichtung besuchten (N=21.800 davon N1=19.652 mit Angaben zur Besuchszeit, d.h. begonnene Besuchsjahre).

Tabelle 26 Besuch einer Kindertageseinrichtung und begonnene Jahre des Besuchs

Kreis/kreisfreie Stadt	Fallzahl (n)	B (%)	Dauer des Kindertagesstättenbesuchs oder Besuchs einer kindergartenähnlichen Einrichtung in begonnenen Besuchsjahren					
			1 Jahr in %	2 Jahre in %	3 Jahre in %	4 Jahre in %	5 Jahre in %	6 Jahre in %
Flensburg	592	98,8	3,3	4,5	44,1	36,0	12,2	0,0
Hansestadt Lübeck	1.751	76,1	2,8	7,9	57,1	23,1	8,0	1,0
Neumünster	665	97,9	3,3	8,2	40,2	31,3	15,2	1,9
Dithmarschen	1.114	94,4	3,7	13,3	58,2	20,2	3,8	0,6
Herzogtum Lauenburg	1.740	95,1	1,6	4,7	39,9	34,0	15,0	4,8
Nordfriesland	1.228	98,7	1,8	8,8	42,1	38,9	7,2	1,2
Ostholstein	1.547	89,7	1,2	3,7	94,2	0,0	0,0	0,0
Pinneberg	2.716	99,9	2,4	3,9	45,2	34,6	10,9	3,1
Plön	1.003	92,3	6,2	8,1	25,9	20,2	3,6	0,8
Rendsburg-Eckernförde	2.286	95,3	2,9	9,8	86,1	0,0	0,0	0,0
Schleswig-Flensburg	1.498	94,7	1,6	4,0	41,1	42,4	9,6	1,3
Segeberg	2.306	94,1	3,7	13,5	47,6	27,7	6,9	0,6
Steinburg	1.102	96,2	2,0	4,4	45,0	35,6	11,6	1,3
Stormarn	2.252	98,3	0,8	2,8	33,8	37,7	17,5	7,2
Schleswig-Holstein	**21.800**	**94,3**	**2,5**	**6,8**	**51,2**	**26,9**	**8,7**	**2,1**

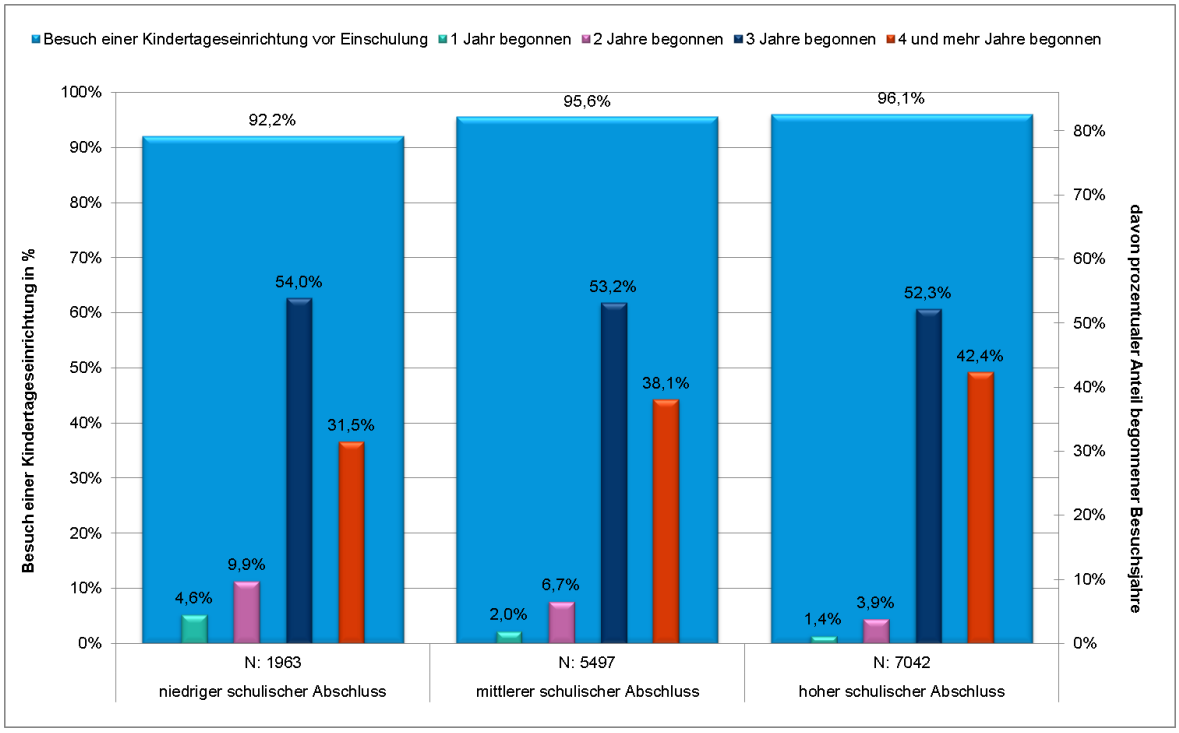
Die Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten getrennt und betrifft den Besuch einer Kindertageseinrichtung (Kindertagesstätte oder einer kindergartenähnlichen Einrichtung) vor der Einschulung. Die Fallzahl (n) gibt den nach Angaben der Eltern dokumentierten Besuch einer Kindertageseinrichtung an (N=21.800). B (%) Anteil der Kinder, die vor der Einschulung jemals eine Kindertagesstätte besucht haben. Die begonnen Besuchsjahre als den gültigen prozentualen Anteil, dargestellt in den Spalten 1 bis 6 Jahre in %, bezogen auf die Zahl der Kinder, die eine KiTa besuchten (20.016 Kinder).

Die Landeshauptstadt Kiel übermittelte auch in diesem Untersuchungsjahr keine Angaben zu diesen beiden Items, dies betrifft 1.897 Kinder. In der Hansestadt Lübeck sind die Daten zu den angefangenen Besuchsjahren eingeschränkt zu interpretieren (27% fehlenden Daten).

Eltern mit mittlerem Bildungsabschluss lassen ihre Kinder häufiger, etwas früher und länger eine Kindertagesstätte besuchen als Eltern mit niedrigem Bildungsstand. Eltern mit hohen Bildungsabschlüssen lassen ihr Kind in aller Regel ebenfalls häufiger eine Kindertagesstätte besuchen und auch geringfügig länger im Vergleich zu Eltern mit mittleren Bildungsabschlüssen (**Abbildung 52**).

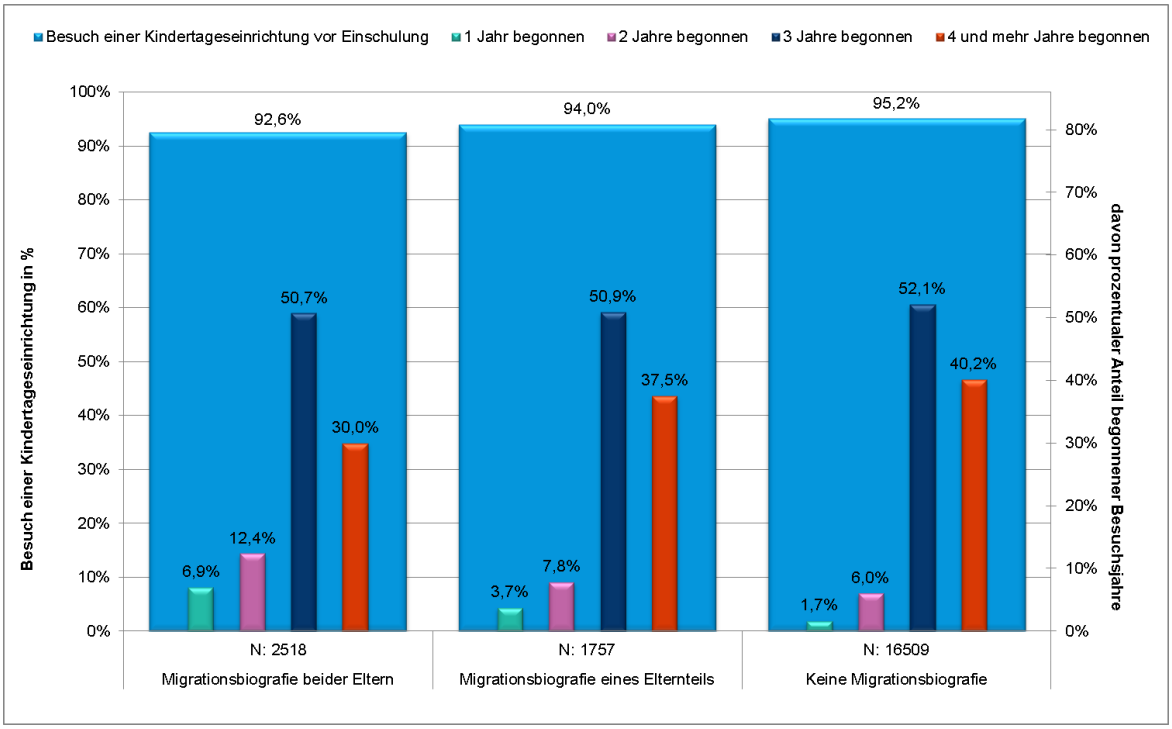
Kinder von Eltern mit Migrationsbiografie besuchen weniger häufig eine Kindertagesstätte und wenn, dann diese etwas später und weniger lang (**Abbildung 53**). In statistischen Berechnungen zeigt sich jedoch, dass ein geringer Bildungsstand einen deutlichen, die Migrationsbiografie der Eltern einen weniger ausgeprägten Einfluss auf den Besuch einer Kindertagesstätte hat.

Abbildung 52 Besuch einer Kindertageseinrichtung vor Einschulung und die begonnenen Besuchsjahre, abhängig vom Bildungsstand der Eltern



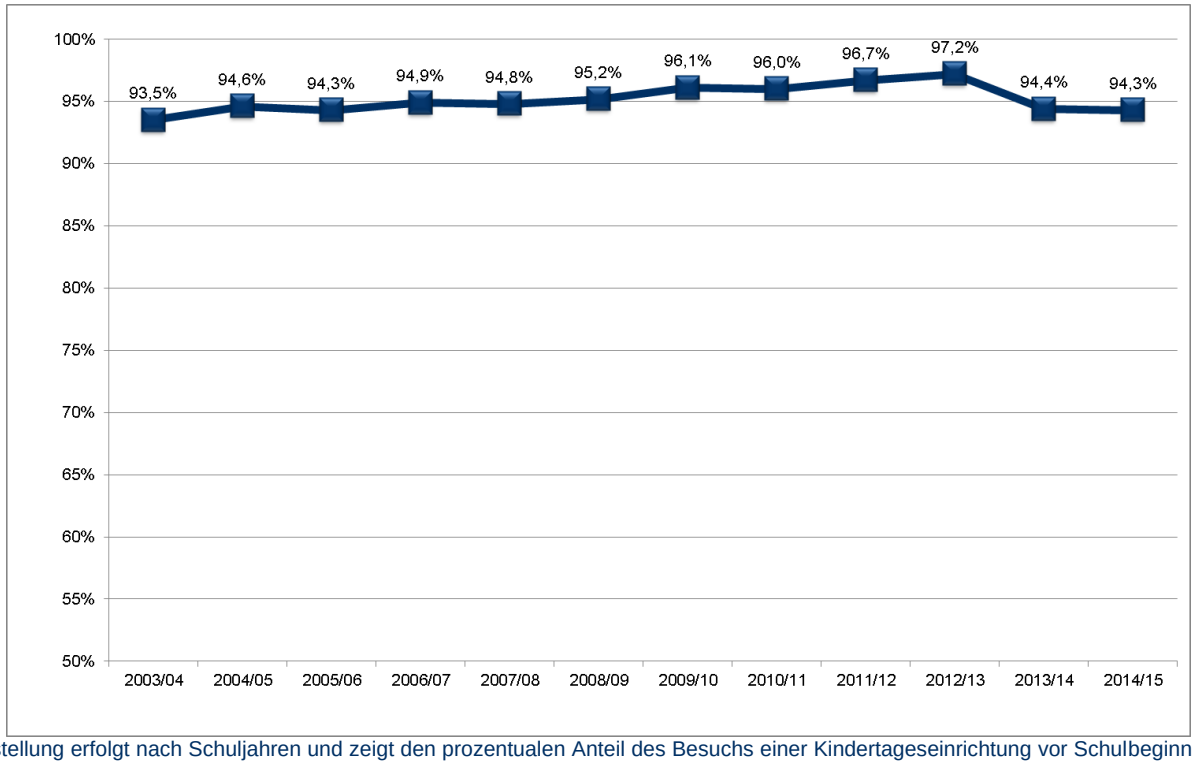
Dargestellt wird die Verteilung des Besuchs einer Kindertageseinrichtung in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=14.502) und darauf bezogen die angegebenen, begonnen Besuchsjahre (N1=13.237).

Abbildung 53 Besuch einer Kindertageseinrichtung vor Einschulung und die begonnenen 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=20.784) und darauf bezogenen die angegebenen, begonnen Besuchsjahre (N1=18.946).

Abbildung 54 Besuch einer Kindertageseinrichtung vor Schulbesuch seit dem Schuljahr 2003/2004

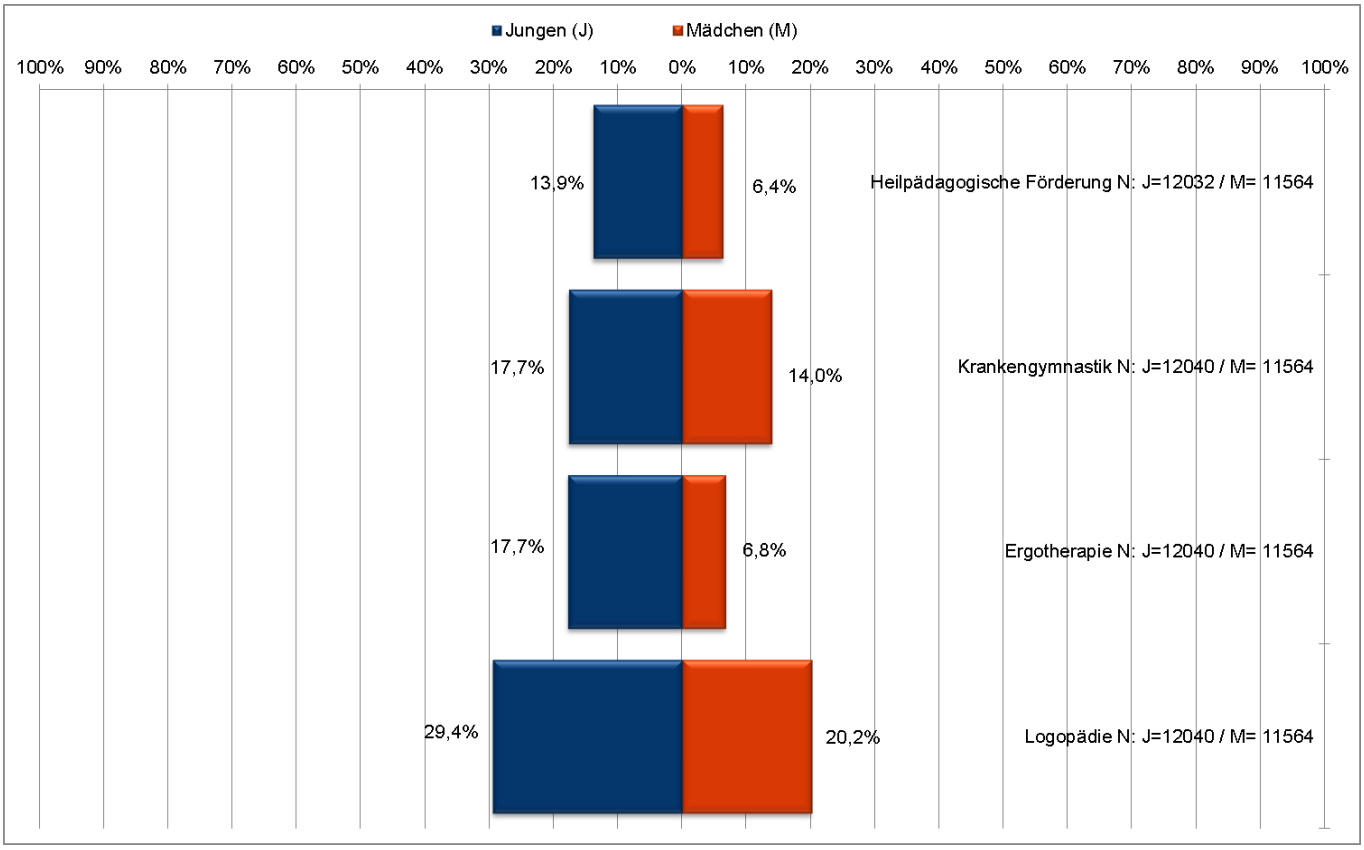


Die Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt den prozentualen Anteil des Besuchs einer Kindertageseinrichtung vor Schulbeginn seit dem Schuljahr 2003/04.

INANSPRUCHNAHME VON HEILPÄDAGOGISCHEN MASSNAHMEN UND HEILMITTELN

Die Daten der Schuleingangsuntersuchungen des Landes Schleswig-Holstein beinhalten Informationen über bisherige und aktuelle Fördermaßnahmen (Heilpädagogik und Heilmittel) bei 23.768 zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Kindern mit vollständigen Angaben. Die Ergebnisse zeigen hohe Raten der Inanspruchnahme über alle Therapieformen. Die aktuelle Inanspruchnahme, d. h. die Kinder befanden sich zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung in Behandlung, war am häufigsten bei Logopädie und Ergotherapie, während Physiotherapie eher in der Vergangenheit erfolgte (**Tabelle 49** im Kapitel „Ergänzende Tabellen“). 24,9% der 6-jährigen Kinder erhielten Logopädie mit einer aktuellen Inanspruchnahme von 14,4%. Physiotherapie erhielten 16,4% der Kinder (aktuelle Inanspruchnahme 2,6%), Ergotherapie 12,3% (aktuelle Inanspruchnahme 8,1%). Die Schulärzte können eine Inanspruchnahme von heilpädagogischer Förderung und Heilmitteln als aktuell stattfindend oder als früher stattgefunden dokumentieren. Des Weiteren können die Schulärzte eine erneute Empfehlung aussprechen oder eine erstmalige Empfehlung einer Inanspruchnahme feststellen. Dies gilt nicht für die Heilpädagogik. Unter aktueller Inanspruchnahme finden sich nur die Kinder, die nach Angabe der Eltern zum Zeitpunkt der Untersuchung (aktuell) an einer Fördermaßnahme teilgenommen haben.

Abbildung 55 Inanspruchnahme von Heilpädagogischen Maßnahmen und Heilmitteln bei Jungen und Mädchen



Dargestellt wird der dokumentierte Anteil der Jungen und Mädchen, bei denen vor (früher stattgefunden) oder zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung (aktuell stattfindend) eine Heilmittelform in Anspruch genommen wurde für das Einschulungsjahr 2013/14 (N=19.819)

Die Raten der Inanspruchnahme, insbesondere bei der Logopädie, übersteigen bei weitem den epidemiologisch zu erwartenden Bedarf. Insgesamt werden Prävalenzen für USES zwischen 6 und 15% angenommen[22], die einer besonderen sprachlichen Förderung bedürfen. Diese Maßnahmen schließen je nach Art der Sprachentwicklungsstörung abgestufte Maßnahmen wie Förderung der Sprachbildung (meist durch Elternberatung und Anregung), Sprachförderung in der Gruppe oder Sprachtherapie (Logopädie) ein.

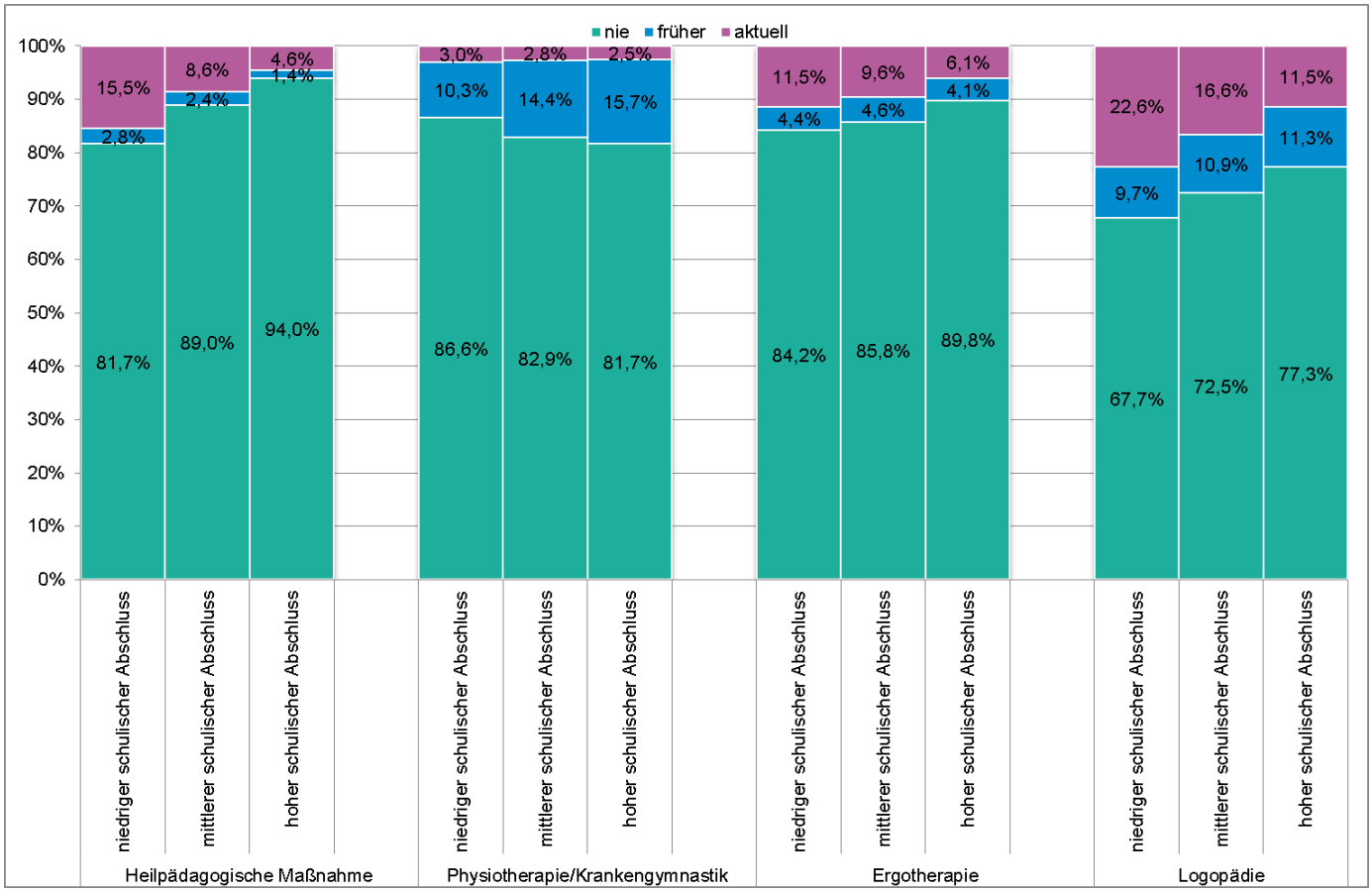
Die hohe Rate von Verordnungen von Logopädie in Schleswig-Holstein ist ein Zeichen für das Bewusstsein von Eltern und Erzieherinnen in den Kindertagesstätten bezüglich der Bedeutung von Sprache für den Schulerfolg und korreliert mit den von den Schulärzten dokumentierten Sprachauffälligkeiten. Es handelt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

Wie zu erwarten, zeigt sich bei der Inanspruchnahme von heilpädagogischen Maßnahmen und Heilmitteln ein deutlicher sozialer Gradient: Kinder von Eltern mit niedrigem Bildungsstand erhalten deutlich häufiger heilpädagogische Maßnahmen als Kinder von Eltern mit mittlerem Bildungsabschluss (**Abbildung 56**). Kinder aus Familien mit hohem Bildungsabschluss erhalten selten Frühförderung, Ergotherapie und Logopädie, aber häufiger Physiotherapie.

Alle Therapieformen werden seltener bei Kindern aus Familien mit Migrationsbiografie durchgeführt. Es gibt keine Hinweise, dass entsprechende Störungen in dieser Population weniger häufig vorliegen. Es muss sich daher um kulturelle, sprachliche oder organisatorische Barrieren im Zugang zu Heilmitteln und zur Frühförderung handeln (**Abbildung 57**). Diese Feststellung verlangt nach verstärkten Anstrengungen, die Zugangswege von Kindern aus Familien mit sozialer Benachteiligung und Migrationsbiografie zu verbessern - wie einem aufsuchenden Ansatz in den Lebenswelten.

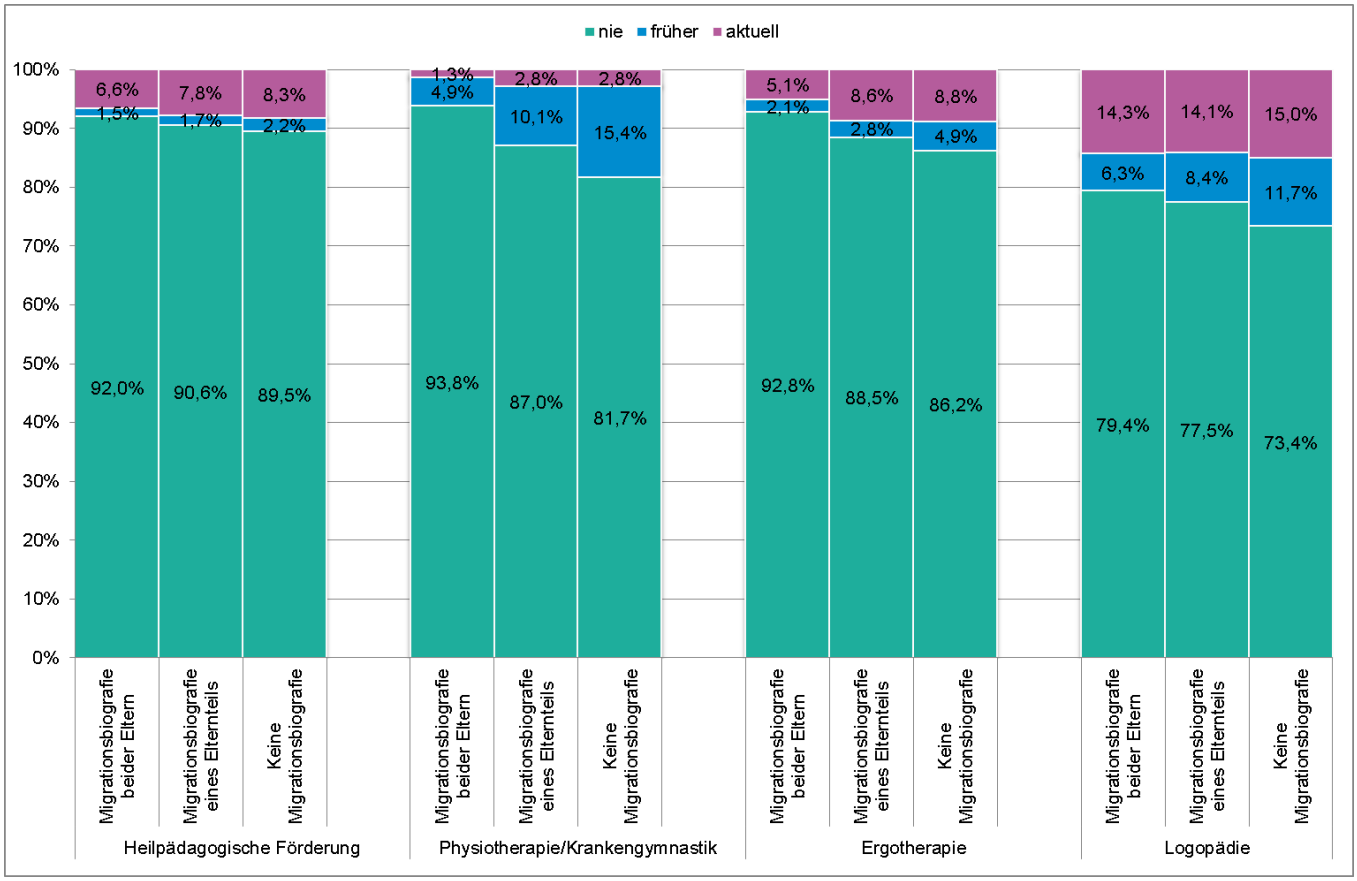
22 De Langen-Müller, U., Kauschke,C., Kiesel-Himmel, C.; Neumann,K., Noterdaeme, M. (Hrsg. der AWMF-Leitlinie): Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES), (Synonym: Spezifische Sprachentwicklungsstörungen (SSES)), Interdisziplinäre S2k-Leitlinie, AWMF-Register-Nr. 049/006, 16.12.2011, S. 31.

Abbildung 56 Erhalt heilpädagogischer Maßnahmen, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie abhängig vom Bildungsstand der Eltern



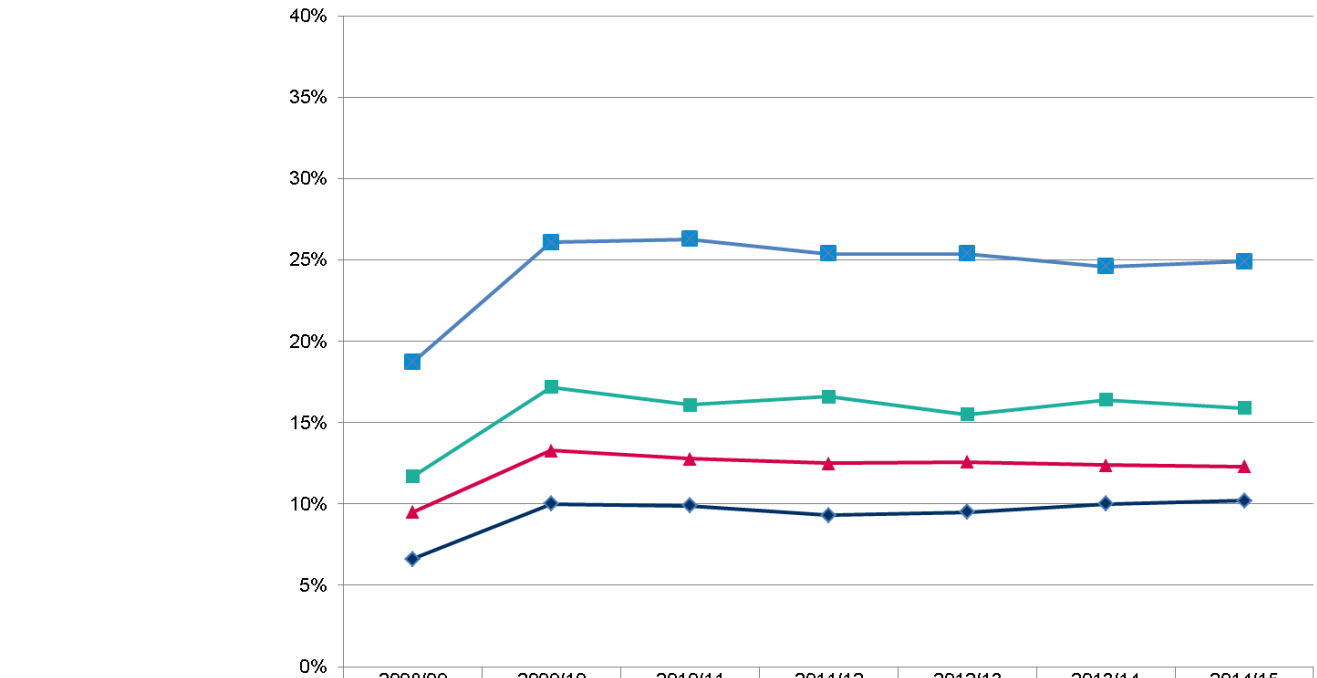
Verteilung der heilpädagogischen und therapeutischen Maßnahmen in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=15.981).

Abbildung 57 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=22.679).

Abbildung 58 Erhalt heilpädagogischer Maßnahmen, Physiotherapie/Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2008/09



	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15
Heilpädagogische Maßnahme	6,6%	10,0%	9,9%	9,3%	9,5%	10,0%	10,2%
Physiotherapie/Krankengymnastik	11,7%	17,2%	16,1%	16,6%	15,5%	16,4%	15,9%
Ergotherapie	9,5%	13,3%	12,8%	12,5%	12,6%	12,4%	12,3%
Logopädie	18,7%	26,1%	26,3%	25,4%	25,4%	24,6%	24,9%

Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt den Erhalt von Heilmitteln (aktuell oder frühere Inanspruchnahme von heilpädagogischen Maßnahmen, Physiotherapie/Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie).

TEILNAHME AM FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM

- Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 ist vom Schuljahr 1999/2000 bis 2014/2015 für alle Untersuchungszeitpunkte um 8-9% gestiegen. Der Anstieg verstärkt sich seit der Einführung (2007/08) des verbindlichen Einladungswesens für die U4 bis U9.
- Eine deutliche Steigerung konnte insbesondere bei der Inanspruchnahme der U9 mit vorgelegtem Vorsorgeheft festgestellt werden (von 90% auf 97,1%).
- Bei 9,0% der Schulanfänger wurde die U9 durch einen niedergelassenen Haus- bzw. Allgemeinarzt durchgeführt.

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

In fast allen Bundesländern (13 von 16) sind Verfahren entwickelt worden, die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen zu erhöhen[23]. In Schleswig-Holstein ist dies im Kontext des Landeskinderschutzgesetzes im §7a GDG gesetzlich geregelt worden. Durch das Landesfamilienbüro wird ein verbindliches Einladungswesen durchgeführt. Bei Nichtteilnahme nach wiederholter Einladung erfolgt die Kontaktaufnahme durch Mitarbeiter aus den Gesundheits- oder Jugendämtern, die Eltern über die Inhalte der U- Untersuchungen beraten und sie zur Teilnahme motivieren.

Die U7a wird seit dem 01.07.2008 für Kinder von 3 Jahren angeboten und wurde erstmalig im Bericht 2011/12 berücksichtigt.

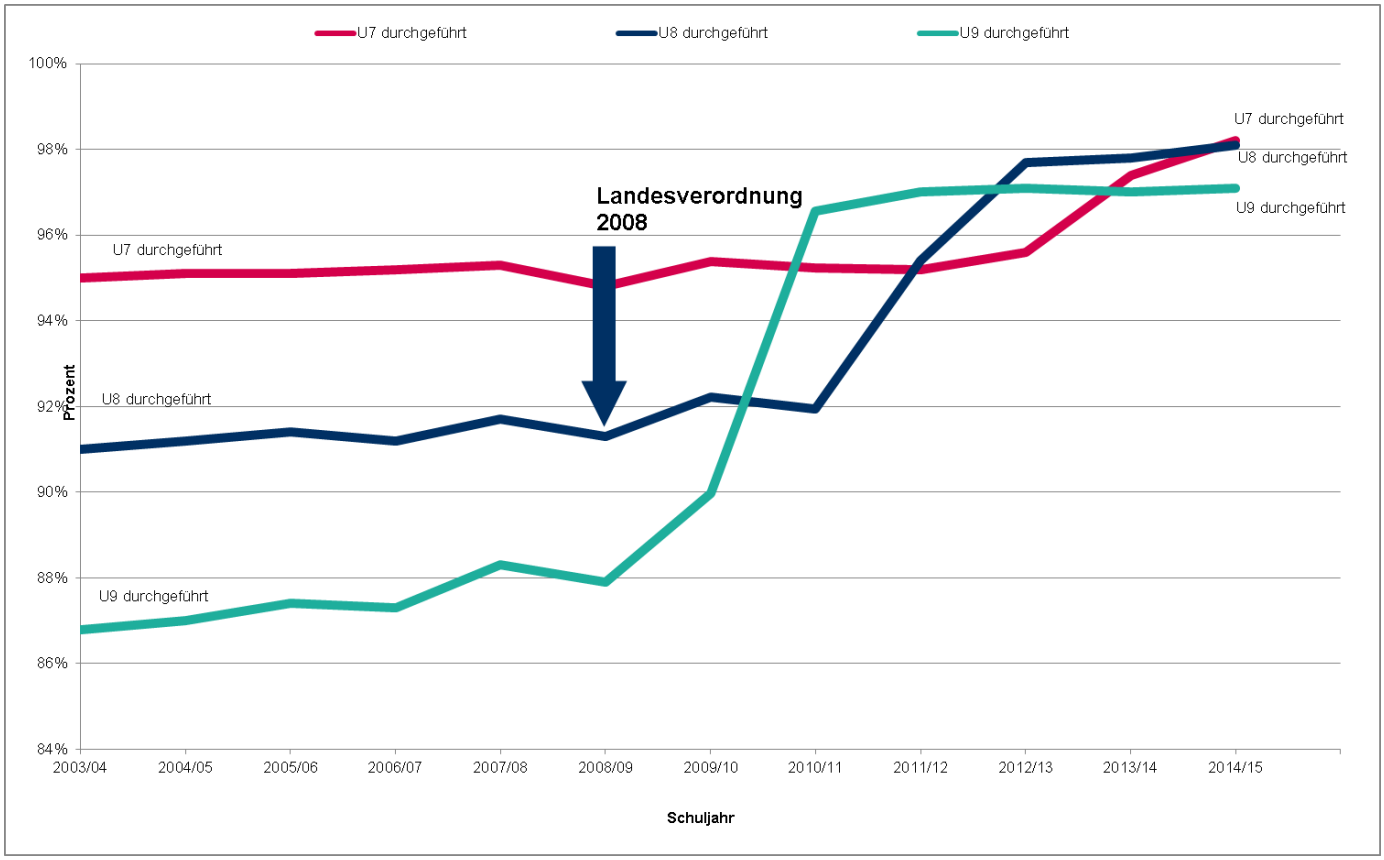
Die im Bericht 2011/12 erwartete höhere U7a-Rate wurde im Schuljahr 2012/13 mit 60,2% schon deutlich erreicht und liegt für das Schuljahr 2014/2015 bereits bei 91,7%. Für die kommende Untersuchungswelle wird eine weitere Steigerung der Teilnahmerate der U7a erwartet. Die Vollständigkeit der angebotenen U-Untersuchungen ohne Berücksichtigung der U7a in Bezug auf den Bildungsstand der Eltern zeigt, dass Kinder aus Familien mit höheren

23 Thaiss, H. et al.: Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren. In Bundesgesundheitsbl. 2010 53:1029-1047.

schulischen Bildungsabschlüsse die Früherkennungsuntersuchungen eher wahrnehmen als Familien mit geringeren schulischen Bildungsabschlüssen. Es zeigt sich weiter, dass Kinder aus Familien ohne Migrationsbiografie die Früherkennungsuntersuchungen eher vollständig, bzw. fast vollständig bei der Einschulungsuntersuchung vorweisen als Kinder aus Familien mit Migrationsbiografie.

Das verbindliche Einladungswesen, das seit 2008 eingeführt ist (§7a GDG, siehe vor allem U7, U8 und U9), hat die Teilnahme (bei vorgelegten U-Heften) deutlich ansteigen lassen (**Abbildung 59**), ein Effekt, der sich in allen Bundesländern mit Einladungsverfahren zu den Früherkennungsuntersuchungen beobachten lässt.

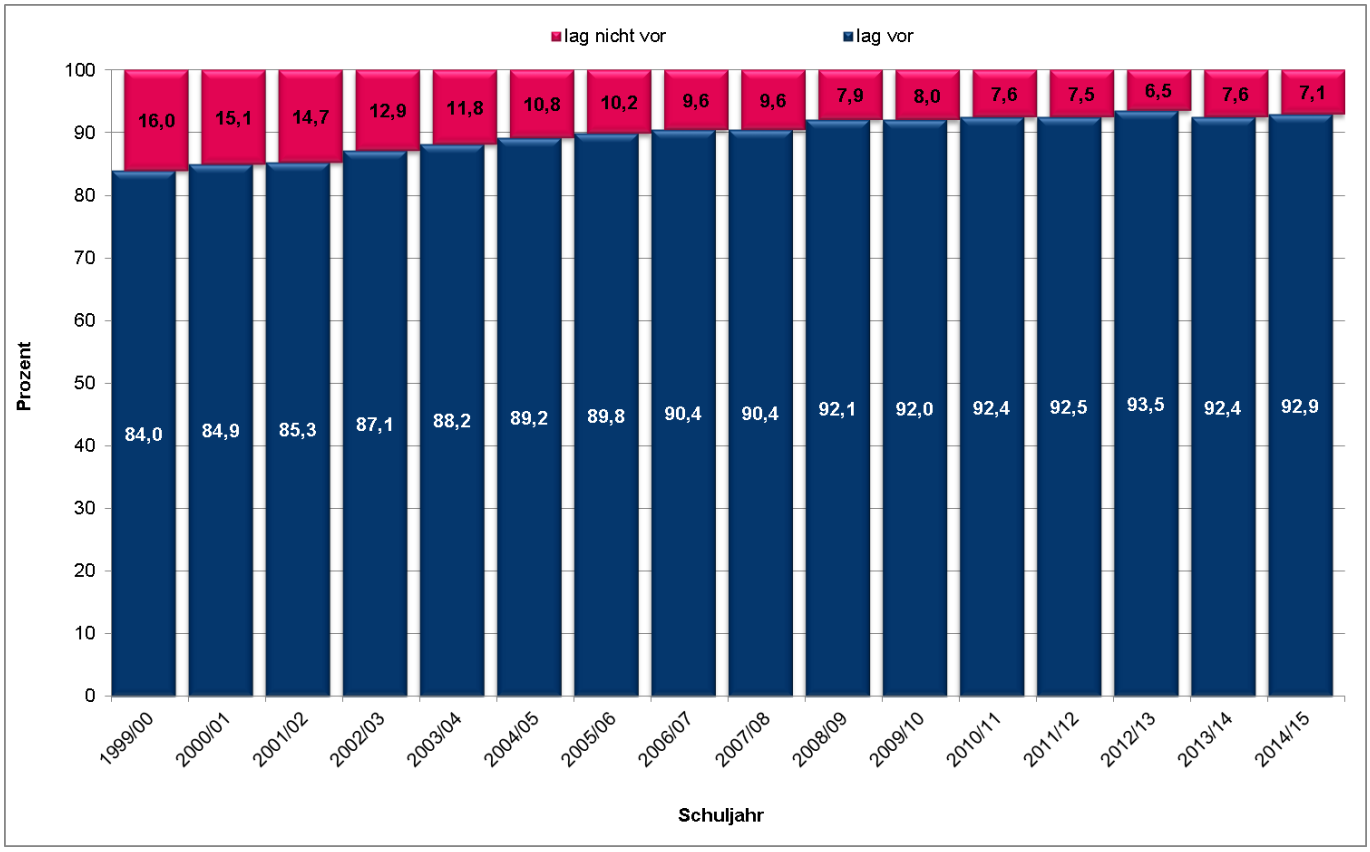
Abbildung 59 Teilnahmeraten an den Früherkennungsuntersuchungen U7, U8 und U9 seit dem Schuljahr 2003/04



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

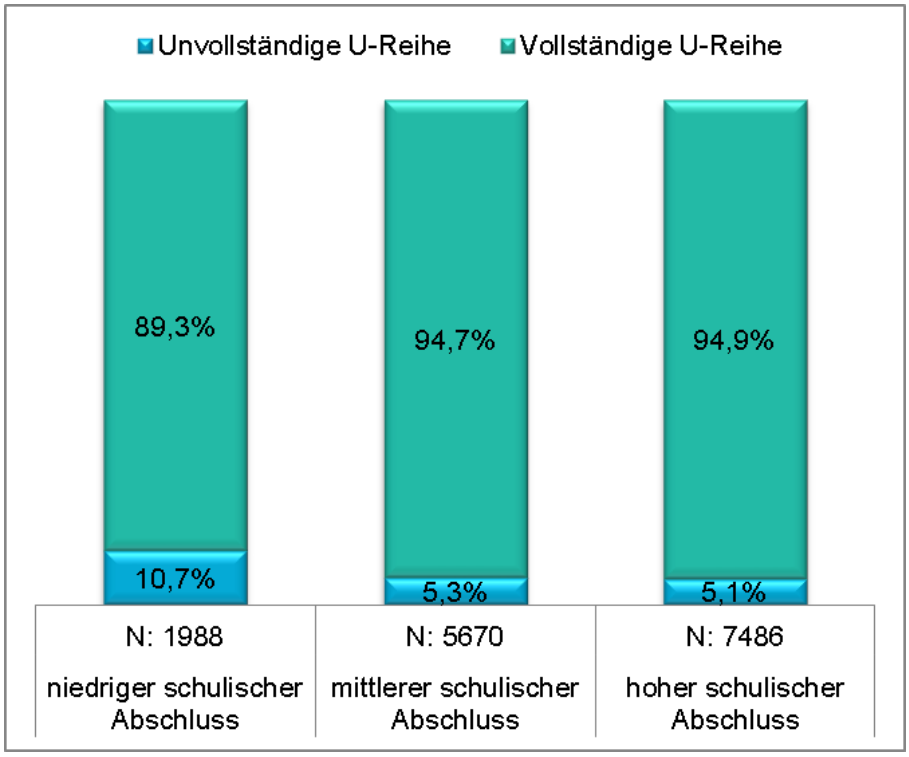
Zur Untersuchung im Schuljahr 1999/2000 hat fast jeder sechste Einschüler kein Untersuchungsheft zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt. Zum Schuljahr 2014/15 war dies nur jeder 14te Einschüler, eine Steigerung um 9%. Es zeigen sich keine Unterschiede bei Mädchen und Jungen, was die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen angeht.

Abbildung 60 Vorliegen des Vorsorgehefts (U1 bis U9) bei Einschulungsuntersuchung seit dem Schuljahr 1999/2000



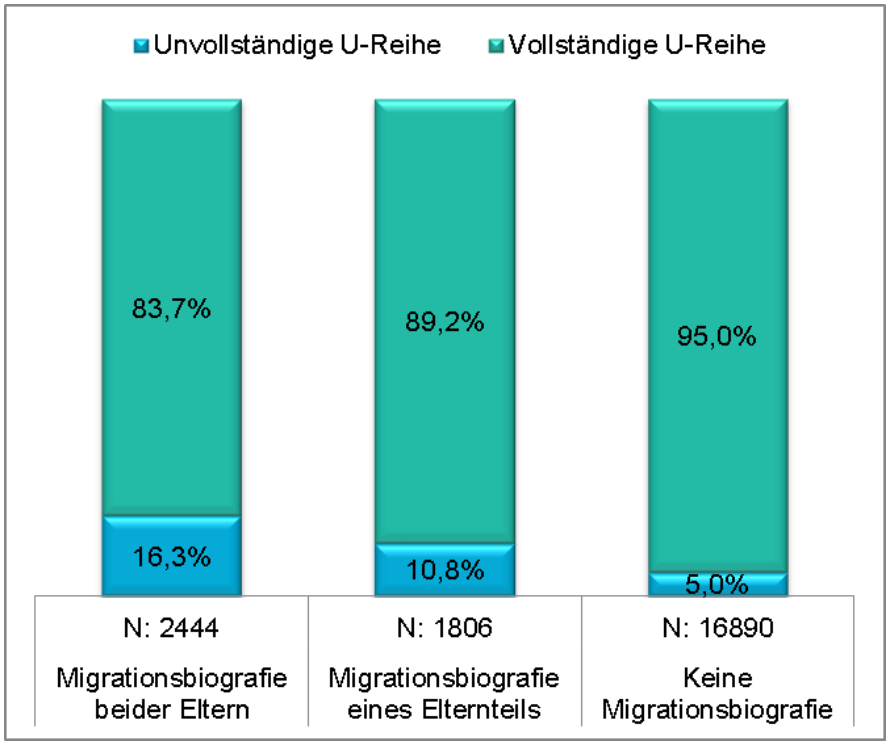
Die Darstellung erfolgt nach Schuljahren und zeigt den prozentualen Anteil der von den Eltern zur Einschulungsuntersuchung vorgelegten und nichtvorgelegten Vorsorgehefte der Untersuchungsreihe U1 bis U9 (2014/2015 N: 23.776).

Abbildung 61 Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen abhängig vom Bildungsstand der Eltern



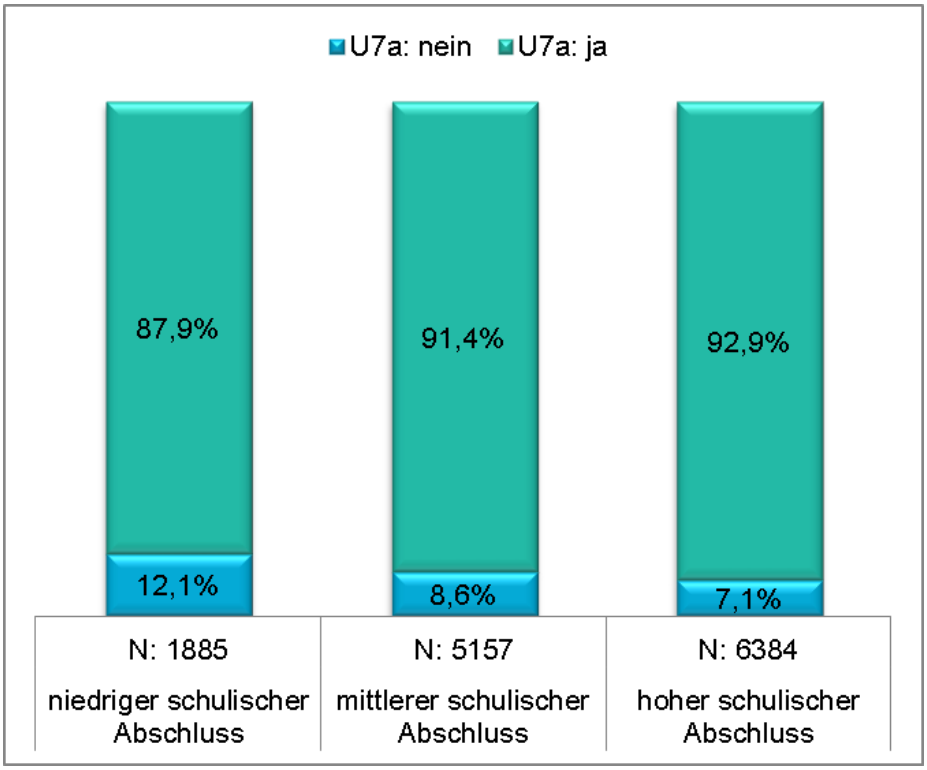
Dargestellt wird die Verteilung der Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen (**ohneU7a**): von „alle Untersuchungen wahrgenommen“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=15.144).

Abbildung 62 Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern



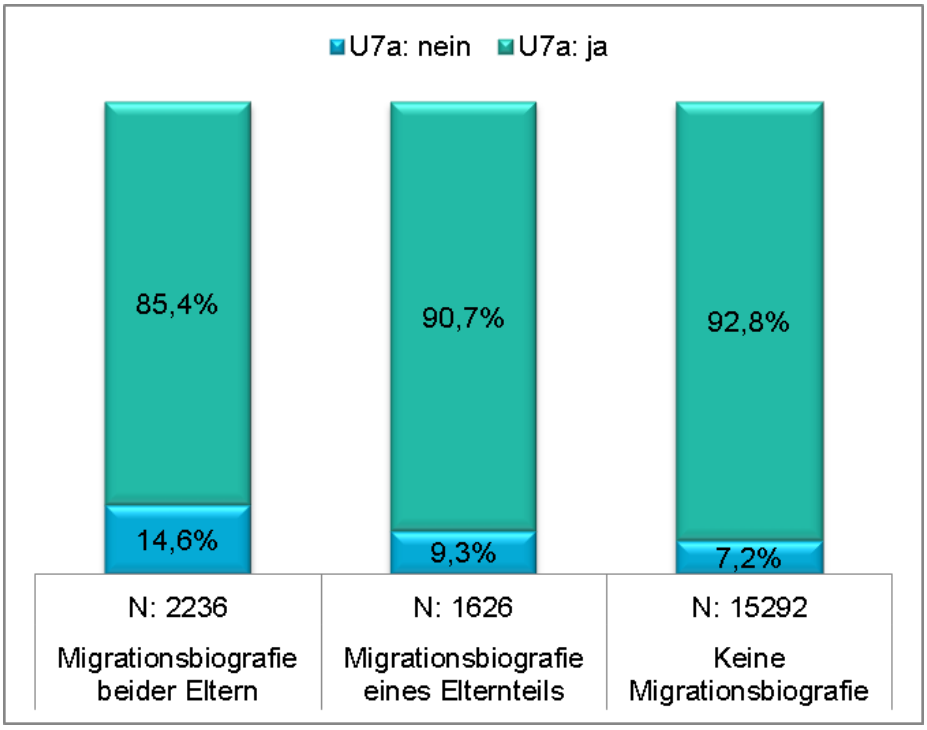
Dargestellt wird die Verteilung der Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen (**ohneU7a**): von „alle Untersuchungen wahrgenommen“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=21.140).

Abbildung 63 Durchführung der U7a abhängig vom Bildungsstand der Eltern



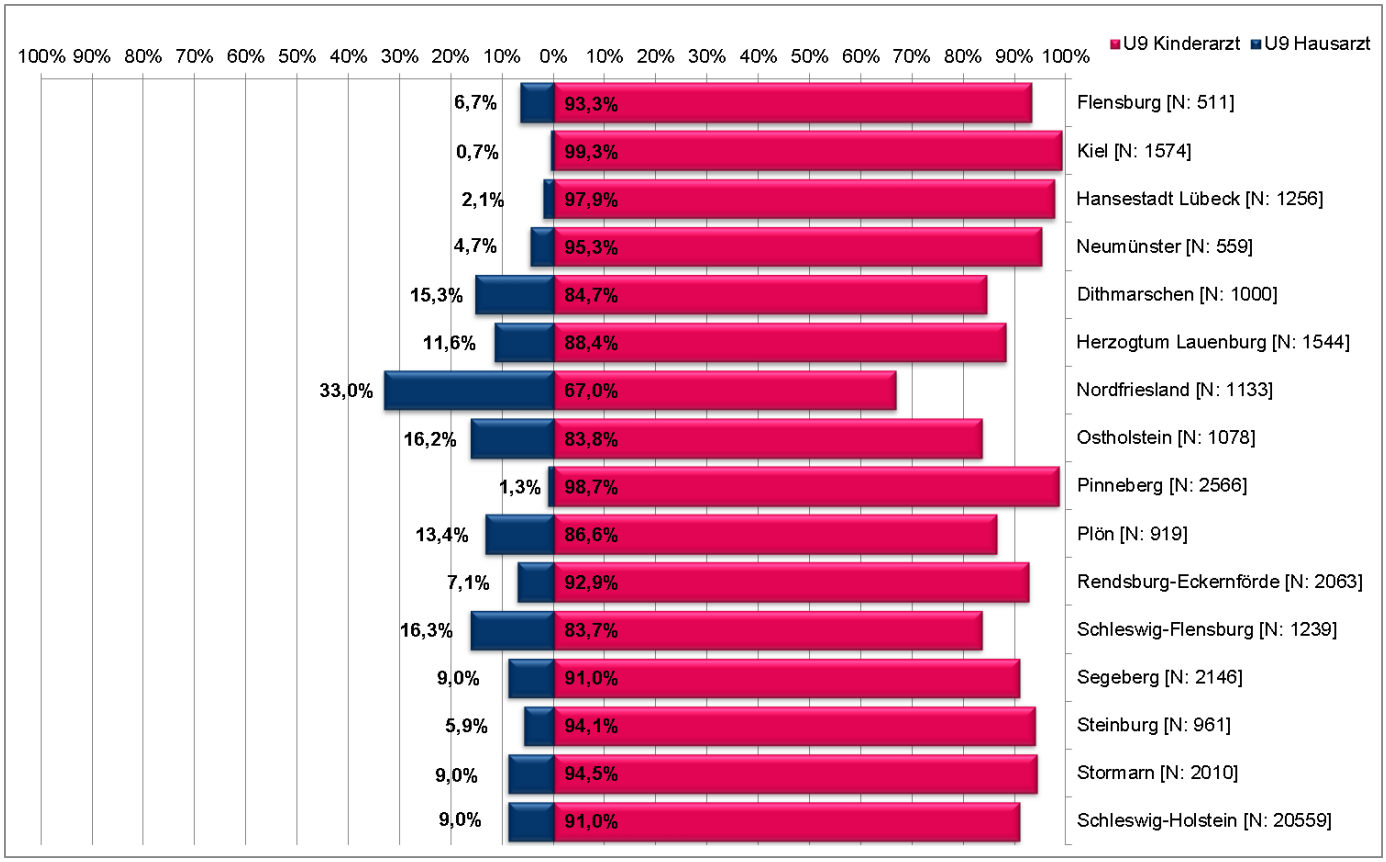
Dargestellt wird die Verteilung der U7a der Früherkennungsuntersuchungen in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=13.426).

Abbildung 64 Durchführung der U7a abhängig von der Migrationsbiografie der Eltern



Dargestellt wird die Verteilung der U7a in den Familien mit vorliegenden Angaben zur Herkunft der Eltern (N=19.154).

Abbildung 65 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 erfolgt dies in Nordfriesland mit einem guten Drittel der durchgeführten U9 Untersuchungen, am seltensten in den Städten Lübeck und Kiel sowie im Kreis Pinneberg.

IMPFSCHUTZ BEI SCHULANFÄNGERN IN SCHLESWIG-HOLSTEIN 2014/2015

Die Auswertung der Rohdaten aus den Schulgesundheitsuntersuchungen (SGU) der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein erfolgte unter Federführung von Frau Dr. Wichterich für die AG der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste S-H, die die Ergebnisse der Auswertungen an die wissenschaftliche Begleitung nach Lübeck weiterleitet.

- Bei Schulanfängern wurden Durchimpfungsraten von 95 % gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis erreicht bei vorgelegtem Impfausweis. (Vergleichszahlen vom letzten Jahr 2013/2014: Polio 94,4%, Diphterie 95,1% und Tetanus 95,2%).
- Die Schutzrate gegen Kinderlähmung ist unverändert bei 94,4% geblieben.
- Gegen Hepatitis B (4mal geimpft) ist die Durchimpfungsrate zum zweiten Mal seit 2010 (86,0%) wieder angestiegen (2013: 88,7%; 2014: 89,6%).
- Die Impfrate der 2. Masernimpfung konnte von 2013 auf 2014 nur um 0,2 Prozentpunkte gesteigert werden. Sie liegt mit 94,1% weiterhin unter den zur Maserneliminierung geforderten 95,0%.
- Die Durchimpfungsrate bei der 2.Varizellenimpfung konnte von 75,8% (2012) und 83,2% (2013) auf 87,7% (2014) gesteigert werden.
- Der Impfschutz gegen Meningokokken der Serogruppe C hat sich von 36,6% im Jahr 2009 auf 89,5% (2014) verbessert.
- Gegen Pneumokokken (1mal) wurden 2014 90,5% der Schulanfänger geimpft (2012: 72,2%; 2013: 87,4%). 4mal geimpft wurden inzwischen 79,4% (2012: 21,4%; 2013: 72,3%).

Im Jahr 2014 wurden in Schleswig-Holstein in 15 Kinder- und Jugendärztlichen Diensten (KJÄD) Impfdaten dokumentiert und ausgewertet (**Tabelle 51: Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein 2014**). Die Impfdaten aus dem Dänischen Gesundheitsdienst standen wegen technischer Probleme nicht zur Verfügung (ca. 500 Datensätze). Die Schuleingangsuntersuchung als Pflichtuntersuchung erreicht den vollständigen Jahrgang der Schulanfänger und ist deshalb repräsentativ für Schleswig-Holstein. **Tabelle 27** zeigt, dass die Schülerzahl im Vergleich zum Vorjahr wieder angestiegen ist. Die Zahl der vorgelegten Impfausweise ist im Verhältnis zur Anzahl Schüler etwa gleich geblieben.

Tabelle 27 Anzahl untersuchter Schulanfänger im Verhältnis zu vorgelegten Impfbüchern von 2010 bis 2014

	*2014**	*2013*	*2012*	*2011*	*2010*
Auf ihren Impfschutz untersuchte Kinder	**24.015**	23.743	22.994	24.393	24.871
Kinder mit Impfbuch	**21.885**	21.463	20.827	22.248	22.441
Response-Rate	**91,1%**	90,4%	90,6%	91,2%	90,2%

*ohne den Dänischen Gesundheitsdienst

IMPFSCHUTZ GESAMT NACH STIKOEMPFEHLUNGEN

Seit Beginn der Auswertung von Impfdaten bei Schulkindern in Schleswig-Holstein (1988) hat sich der Impfschutz ständig verbessert. Dies gilt insbesondere für die Impfungen gegen Poliomyelitis (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus und Pertussis (Keuchhusten) **(Tabelle 28)**. Die Empfehlung der ständigen Impfkommission am Robert Koch Institut Berlin (STIKO), möglichst Kombinationsimpfstoffe zu verwenden, wird inzwischen in den Impfquoten abgebildet. Für die Immunisierung gegen Hepatitis B wird in den Praxen noch alternativ die Impfung mit Monoimpfstoff gewählt. Dies spiegelt sich in den niedrigeren Impfraten (4mal geimpft 89,6%) wider **(Abbildung 66)**. 3mal geimpft gegen Hepatitis B sind im Jahr 2014 93,5% aller Einschüler. Nicht ausreichend ist die Durchimpfungsrate gegen Hämophilus influenza (Hib), einer Impfung, die vor einer Meningitis (Gehirnhautentzündung) durch diesen Erreger schützt (**Tabelle 28**).

Tabelle 28 Vollständige Grundimmunisierung (4mal geimpft) bei Schulanfängern in SH für Poliomyelitis, Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hämophilus (Hib) und HepatitisB von 2010 bis 2014

	2014	*2013*	*2012*	*2011*	*2010*
Polio	**94,4%**	94,4%	94,0%	93,9%	92,8%
Diphtherie	**95,2%**	95,1%	94,8%	94,7%	94,1%
Tetanus	**95,3%**	95,2%	95,0%	94,9%	94,3%
Pertussis	**95,0%**	94,9%	94,4%	94,2%	93,7%
Hib	**93,4%**	93,3%	92,2%	92,1%	91,7%
Hepatitis B	**89,6%**	88,7%	85,6%	85,8%	86,0%

Immer noch unterhalb der von der WHO zur Maserneliminierung geforderten 95,0% liegen die Durchimpfungsraten der Kombinationsimpfung gegen **Masern, Mumps und Röteln. Damit ist das Ziel, die Masern in den europäischen WHO Regionen bis 2015 zu eliminieren, nicht erreicht worden.** [24] Die Quote (2mal geimpft) gegen Masern stieg von 2013 auf 2014 nur um 0,2 Prozentpunkte auf 94,1% (2012: 93,1%) **(Abbildung 66)**. Vergleicht man die 15 einzelnen Landkreise und kreisfreien Städte am Beispiel der zweifachen Masernimpfung miteinander, so fallen deutliche Unterschiede auf. Drei Landkreise haben inzwischen die 95% Marke erreicht: Landkreis Ostholstein (95,8%), Landkreis Schleswig-Flensburg (95,5%) und Landkreis

24 Mey, A. (2015): Thema Impfen. In Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Nr. 5, 68. Jahrgang, S. 1 und 6ff.

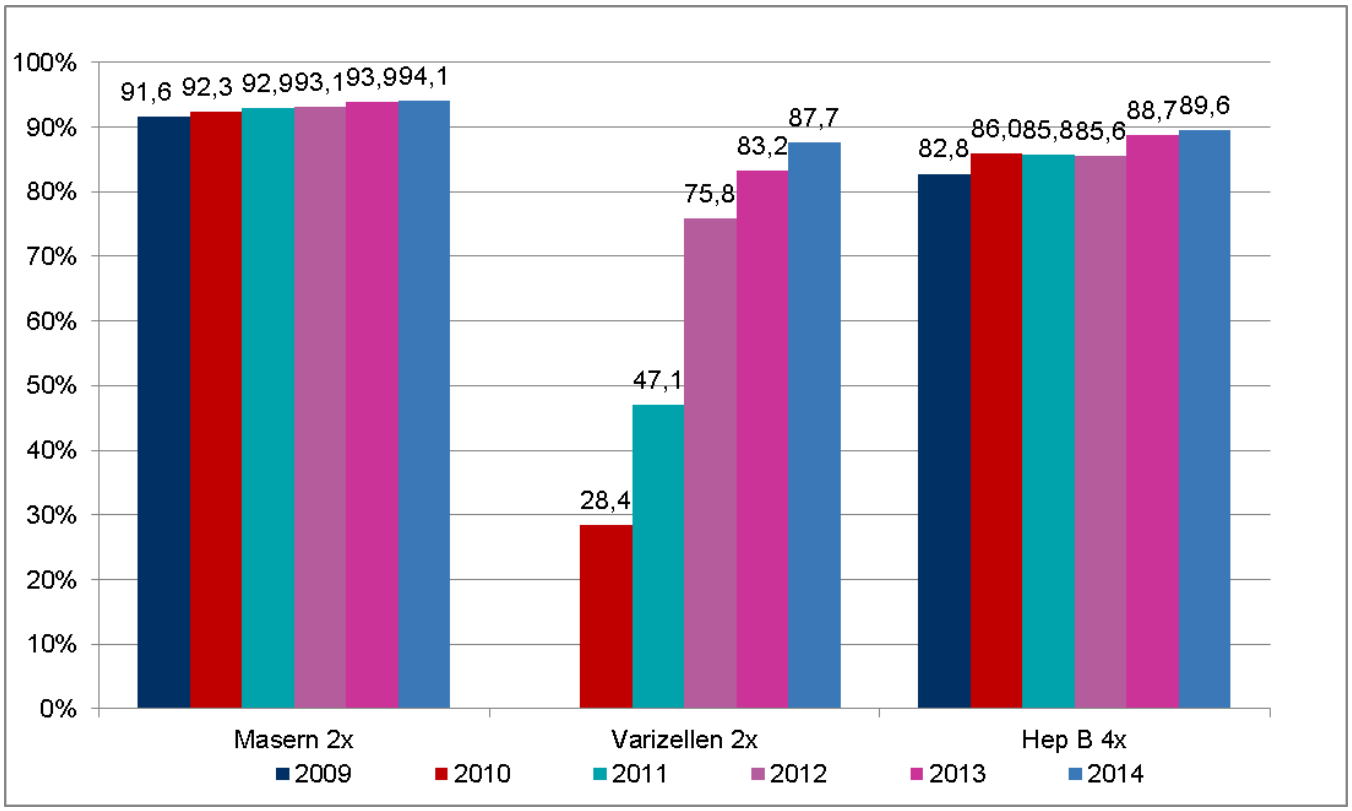
Pinneberg (95%). Die Hansestadt Lübeck (92,4%) und der Landkreis Plön (92,5%) bilden die Schlusslichter.

Die unzureichende Durchimpfungsrate führt immer wieder zu Masernausbrüchen; allein in Berlin erkrankten von Beginn eines Masernausbruchs im Oktober 2014 bis Anfang März 2015 etwa 600 Personen an Masern (entspricht 38 Fälle pro 1 Million Einwohner). In Schleswig-Holstein wurden 2014 41 Masernfälle registriert (entspricht 14,4 Fälle pro 1 Million Einwohner) und lag damit an zweiter Stelle aller Bundesländer nach Berlin (im Vergleich: 2012: 2 Fälle, 2013: 13 Fälle)[25]. In Berlin mussten 160 Personen stationär behandelt werden, ein ungeimpftes Kleinkind verstarb an der Erkrankung. Masern stellen weltweit eine bedeutende Todesursache für Kleinkinder dar, die WHO berichtet von 400 Todesfällen pro Tag weltweit. Masern führen zu lebensgefährlichen Lungen- und Gehirnentzündungen. Ein besonderes Problem sind junge Frauen, die über keinen ausreichenden Impfschutz verfügen und damit ihren un- und neugeborenen Kindern keinen Nestschutz mitgeben. In Verbindung mit der Tatsache, dass Säuglinge häufig nicht nach STIKO-Empfehlungen ab dem 11. Lebensmonat, sondern zu spät geimpft werden, entsteht kein ausreichender Herdenschutz für Kinder unter einem Jahr. Diese Altersgruppe ist daher einer besonders großen Gefahr ausgesetzt. „Die zweimalige MMR-Impfung sollte bei allen Kindern vor Abschluss des 2. Lebensjahres abgeschlossen sein. Säuglinge unter 1 Jahr können nur durch Impfungen der Mütter vor der Schwangerschaft (sofern diese noch nicht geimpft sind) und Impfungen bei Personen in ihrer Umgebung (Kokonstrategie) geschützt werden. Auch aus diesem Grund ist das Nachholen der notwendigen Impfungen für Jugendliche und Erwachsene so wichtig.“[26] Nicht zuletzt wegen der Masernausbrüche hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Kampagne „Deutschland sucht den Impfpass“ initiiert.

25 Rautenberg P, Selck G, Läubrich C und Fickenscher (2015): Infektionsepidemiologischer Bericht über meldepflichtige Krankheiten in Schleswig-Holstein für das Jahr 2014. Band 13. Shaker Verlag, Aachen.

26 Überblick über die Epidemiologie der Masern in 2014 und aktuelle Situation in 2015 in Deutschland. In: Epidemiologisches Bulletin, RKI 9. März 2015 / Nr. 10, (S 74).

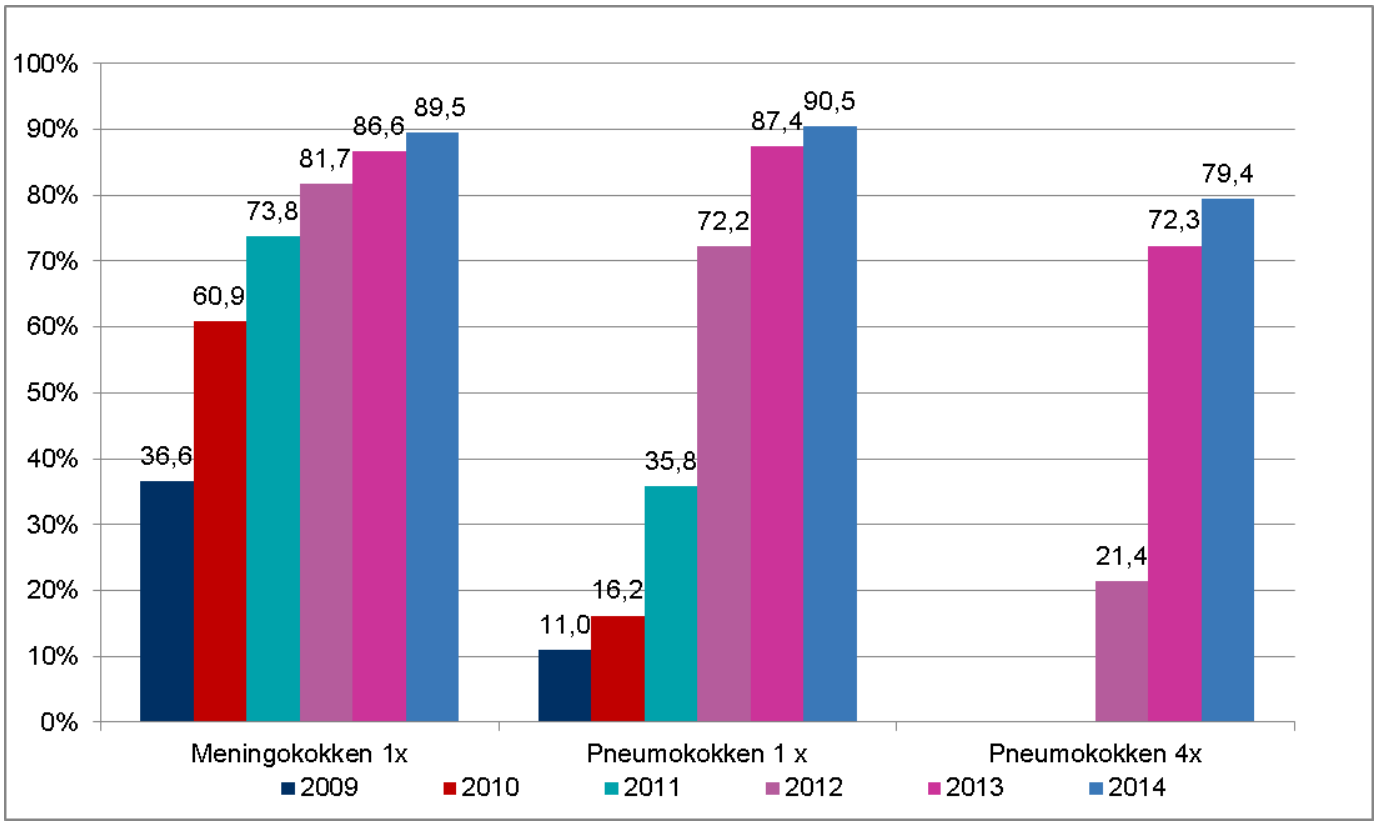
Abbildung 66 Impfquoten % für Masern, Varizellen und Hepatitis B bei Schulanfängern von 2010 bis 2014



Der Impfschutz gegen **Varizellen** bei Schulanfängern ist seit 2007 kontinuierlich gestiegen. Seit 2010 wird in SH auch „2mal geimpft gegen Varizellen“ dokumentiert und ausgewertet. 2014 liegt die Quote (2malige Impfung) bei 87,7% **(Abbildung 66).** Die Durchimpfungsrate (2mal) in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten ist sehr unterschiedlich und hat eine Spannweite von 82,4% (Landkreis Nordfriesland) bis 93,9% (Landkreis Ostholstein).

Die **Pneumokokkenimpfung** wurde im Jahr 2006 als Standardimpfung von der STIKO eingeführt. Die schützt Kinder gegen invasive Erkrankungen durch diesen Erreger, insbesondere Meningitis (Hirnhautentzündung) und schwere Pneumonien (Lungenentzündungen). Die Impfdokumentation bei den Schulkindern seit 2009 lässt erkennen, dass bis 2012 noch überwiegend Nachholimpfungen je nach Alter des Kindes oder Indikationsimpfungen durchgeführt wurden. Entsprechend erfolgte die Auswertung auch noch mit der Definition: „mindestens 1mal geimpft gegen Pneumokokken“. Dies trifft für 90,5% (2012:72,2%) der Schulanfänger zu**.** Allerdings ist inzwischen auch die Rate für 4mal geimpft deutlich angestiegen, von 21,4% im Jahr 2012 auf 79,4% im Jahr 2014 **(Abbildung 67).**

Abbildung 67 Impfquoten (%) für Meningokokken und Pneumokokken bei Schulanfängern in Schleswig-Holstein von 2009 bis 2014



Auch die Schutzimpfung gegen **Meningokokken C** ist seit 2006 eine von der STIKO empfohlene Standardimpfung zum Schutz vor Meningitis (Hirnhautentzündung) durch diesen Erreger und wird in Schleswig-Holstein seit 2009 erfasst und ausgewertet. Die Durchimpfungsrate bei Schulanfängern (1mal geimpft) ist von 36,6% im Jahr 2009 auf 89,5% im Jahr 2014 gestiegen **(Abbildung 67)**. Im Vergleich der Raten von Schulanfängern mit denen der Auswertungen von Impfabrechnungsziffern der KVSH[27] und der ärztlichen Bescheinigungen nach KiTaVO[28] (Kinder im Alter von 24 Monaten und Kinder im Alter von 2-5 Jahren in Kindertagesstätten) wird deutlich, dass in Schleswig-Holstein noch mehr am zeitgerechten Impfen nach STIKO-Empfehlungen gearbeitet werden muss **(Tabelle 29)**. Im Alter von 24 Monaten sollten Grundimmunisierungen abgeschlossen sein.

27 Bader HM und Ludwig M (2015): Impfschutz 2012 bis 2014 in Schleswig-Holstein nach KV-Abrechungsziffern (Veröffentlichung in Vorbereitung).

28 Wichterich D, Nacke K, Bader HM: Impfschutz bei Aufnahme in eine Kindertagesstätte Schleswig-Holstein 2014 (Veröffentlichung in Vorbereitung).

Tabelle 29 Impfung (%) gegen Pneumokokken und Meningitis C in Schleswig-Holstein 2013 in Abhängigkeit vom Alter

Schleswig-Holstein	*Pneumok. (mind. 4mal.) %*	*Men. C (mind. 1 mal) %*
Im Alter von 24 Mo(KV-Ziff., n=14.370)	75,7	81,8
Altersgr. 2-5 Jahre (Aufn. Kindergarten Bezug n=10.935)	84,6	85,4
Schulanfänger(ungefähr 6-jährig, n=21.885)	79,4	89,5

ZAHNÄRZTLICHES KAPITEL

- Die weitaus meisten zahnärztlich untersuchten Kinder und Jugendlichen an den Schuleinrichtungen in Schleswig-Holstein (81.841 (GS) Untersuchungen) sind mit 80,9 % Grundschüler.
- In Schleswig-Holstein haben 2014/2015 59,6% der 6- bis 7-jährigen Kinder ein kariesfreies Gebiss. Im Schuljahr 2013/14 waren es noch 57,7%. Diese Rate nimmt im bundesweiten Spektrum von 38,9% - 61,7% eine Spitzenposition ein.
- 40,2% (2013/2014: 41,3%) der Erstklässler, die kein naturgesundes Gebiss aufweisen, haben im Durchschnitt 3,7 (2013/2014: 3,6) karieserkrankte oder behandelte Zähne.

GRUNDLAGE UND AUSWAHLKRITERIEN FÜR DIE MUNDGESUNDHEITSDATEN

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

- zum Erreichungs- bzw. Untersuchungsgrad in den Grundschulen, Schuljahr 2014/2015
- zur Mundgesundheit bei Erstklässlern bezogen auf die Erkrankung an Karies
- zur Behandlungsbedürftigkeit der Schüler an Förderzentren wegen Karies

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. So 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 2014/2015 berücksichtigen die Schulzahnärztlichen Dienste des Landes Schleswig-Holstein, die über ein System der elektronischen Datenverarbeitung verfügen (**Tabelle 30**).

Die Datengrundlage stellt die Dokumentation der Zahnärztlichen Dienste nach den landesweit einheitlichen Erhebungskriterien mit dem Dokumentationsprogramm „GUdental"[29] dar, die aktuell in fast allen Kreisen und kreisfreien Städten verwendet wird.

Tabelle 30 Ist-Zustand der Datenerfassung 2014/2015 für Schleswig-Holstein

Kreis/kreisfreie Stadt	1. Klassen – Untersuchung / Untersuchungsgrad	DV-Erfassung
Flensburg	Vollständig, an 12 Grund-, Privatschulen u. 2 Förderzentren	Ja, ISGA + Excel
Kiel	Vollständig, an 34 Grundschulen und 4 Förderzentren	Ja, GUdental
Lübeck	Vollständig, an 39 Grundschulen u. 7 Förderzentren	Ja, GUdental
Neumünster	Vollständig, an 12 Grundschulen (ohne Waldorfschule) und 2 Förderzentren	Ja, GUdental
Dithmarschen	Vollständig, an 36 Grundschulen und 9 Förderzentren	Ja, GUdental
Herzogtum Lauenburg	Unvollständig, an 19 Grundschulen und 2 Förderzentren	Ja, GUdental
Nordfriesland	Unvollständig, an 16 Grundschulen	Ja, GUdental
Ostholstein	Vollständig, an 28 Grund- und 4 Sonderschulen	Ja, GUdental
Pinneberg	Vollständig, an 59 Grundschulen und 6 Förderzentren	Ja, GUdental
Plön	Vollständig, an 20 Grundschulen und 2 Förderzentren (eine Privatschule ohne Untersuchung)	Ja, Karteikarte u. Nacherfassung in MS Excel
Rendsburg-Eckernförde	Unvollständig, 62 von 72 Grundschulen und 5 Förderzentren untersucht	Ja, GUdental
Schleswig-Flensburg	Vollständig, an 50 Grundschulen und 4 Förderzentren	Ja, GUdental
Segeberg	Vollständig, 39 Grundschulen und 3 Förderzentren	Ja, GUdental
Steinburg	Unvollständig, an 22 Grundschulen (ohne Waldorfschule) und 1 Förderzentrum	Ja, GUdental
Stormarn	Vollständig, an 35 Grundschulen und 4 Förderzentren	Ja, GUdental
Dänischer Gesundheitsdienst	Keine Untersuchungen	
		Auswertung vom 19.10.15 /Pape

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

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

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

Als Indikatoren für die Mundgesundheit werden üblicherweise der Prozentsatz naturgesunder Gebisse und der durchschnittliche **dmf(t)-Wert** herangezogen (vgl. DAJ, 2005[30],

29 GUdental, software.house informationstechnik AG, Kiel

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

Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder (2003), (MGSFF NRW, 2003)). Naturgesund bedeutet in diesem Zusammenhang ein völlig intaktes Gebiss, das noch über keinerlei Karies 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[31]).

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

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

Ein weiterer wichtiger Wert ist das auf der Einrichtungsebene (Schule) ermittelte **Risikoprofil**. Dieses dient als Steuerungsgröße für die Planung gruppenprophylaktischer Maßnahmen je Einrichtung. In diesem Bericht werden die Risikoprofile für die Kreise bzw. kreisfreien Städte kumuliert dargestellt. Für die Grundschüler ist die Datengrundlage sehr zuverlässig, weil hier alle Altersstufen in die gem. § 21 SGB V gesetzlich vorgeschriebene Zielgruppe fallen. Die Risikoprofilermittlung für die Grundschulen ist ebenfalls in den Landesrichtlinien definiert. Sie basiert auf der Anzahl der Erstklässler mit naturgesundem Gebiss, 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.

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

ANZAHL DER REIHENUNTERSUCHUNGEN UND UNTERSUCHUNGSGRAD

In den Schulen des Landes Schleswig-Holstein wurden im Schuljahr 2014/2015 81.841 Schüler in Grundschulen zahnärztlich untersucht (1.-4. Klasse) und 1.269 in Förderzentren (1.-4. Klasse, Förderzentren: Unterstufe), siehe **Tabelle 31**.

Tabelle 31 Zahnärztliche Reihenuntersuchungen 2005/2006 bis 2013/2014 für Schleswig-Holstein

Schuljahr	Zahnärztlich untersuchte Schüler	davon in Grundschulen (1.-4. Klasse)	davon in Förderzentren (1.-4. Klasse)	Nachunter-suchungen in Grundschulen und Förderzentren	Gesamt
2005/2006	176.138	98.506	2.464	2.876	179.014
2006/2007	177.248	100.723	2.490	3.437	180.658
2007/2008	173.833	93.021	2.516	3.087	176.920
2008/2009	168.179	90.053	2.036	2.861	171.040
2009/2010	162.938	93.199	1.662	1.676	166.276
2010/2011	158.032	79.637	1.554	2.378	160.410
2011/2012	153.751	81.385	1.283	2.030	155.781
2012/2013	155.883	79.013	1.315	2.880	158.763
2013/2014	169.501	83.326	985	1.448	172.959
2014/2015	**154.411**	**81.841**	**1.607**	**1.015**	**156.131**

Die Gesamtzahl der gemeldeten Schüler der Grundschulen für Schleswig-Holstein liefert das Statistische Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein im Schuljahr 2014/2015 mit 99.747 Schülern. An Förderzentren (1.-4. Klasse) und Förderzentren mit dem Schwerpunkt „geistige Entwicklung“ (Unterstufe: 1.-4. Klasse) wurden 2.034 Schüler unterrichtet und an Waldorfschulen (1.-4. Klasse) 1.478 Schüler. Kinder in Waldorfschulen werden in der Regel von den dort beschäftigten Ärzten betreut, nicht vom schulzahnärztlichen Dienst des ÖGD (vgl. **Tabelle 30**).

Die nachfolgenden zahnärztlichen Untersuchungen der 1.-4. Klassen (Schüler der Grundschulen) aus dem Schuljahr 2014/2015 stellen die besuchte Schulform (Grundschule) und die Zahngesundheit im Grundschulalter dar.

Es ergab sich eine Untersuchungsrate von 81,0%, 81.841 zahnärztlich untersuchte Grundschüler bezogen auf 101.109 Schüler aus allgemeinbildenden Schulen der Schulform Grundschule (1.-4. Klasse) (ohne den Dänischen Gesundheitsdienst).

Tabelle 32 Reihenuntersuchungen an Grundschulen (1.-4. Klasse) für das Schuljahr 2014/2015

Kreis/kreisfreie Stadt	untersuchte Einrichtungen	Grundschüler (1.-4. Klasse) im Schuljahr 2014/2015	Unter-suchungs-rate (%)	untersuchte Grundschüler	davon behandlungs-bedürftig	behand-lungs-bedürftig in %
Flensburg	12	2 921	77,1	2251	390	17,3
Kiel	34	7 517	91,6	6885	1399	20,3
Lübeck	39	7 150	88,8	6349	1186	18,7
Neumünster	12	2 892	92,8	2684	939	35,0
Dithmarschen	36	4 657	97,2	4526	925	20,4
Herzogtum Lauenburg	19	7 242	62,5	4529	1030	22,7
Nordfriesland	16	5 834	25,8	1507	340	22,6
Ostholstein	28	6 414	90,2	5788	794	13,7
Pinneberg	59	11 366	95,2	10819	1531	14,2
Plön	21	4 455	95,5	4254	730	17,2
Rendsburg-Eckernförde	62	9 901	79,9	7909	1570	19,9
Schleswig-Flensburg	50	7 433	82,5	6135	855	13,9
Segeberg	39	9 792	64,3	6295	1174	18,6
Steinburg	22	4 560	79,0	3602	778	21,6
Stormarn	35	8 885	93,5	8308	1068	12,9
Schleswig-Holstein 2014/2015	**481**	**101019**	**81,0**	**81.841**	**14.709**	**18,0**

In Schleswig-Holstein hatten im Schuljahr 2014/2015 immer noch weniger als ein Fünftel der Grundschüler wegen Karies behandlungsbedürftige Zähne (2013/2014: 18,7%, 2012/2013: 17,6%, in 2011/2012: 18,5%), im Vergleich zum Vorjahr 0,7% weniger.

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 2014/2015 wurden in Schleswig-Holstein insgesamt in Klasse 1-4 1.067 Schüler an Förderschulen von den Zahnärztlichen Diensten im Öffentlichen Gesundheitsdienst untersucht. Die Untersuchungsrate bei Schülern an Förderzentren lag damit bei 84,1% (Vorjahr: 74,8%).

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 33** sind ab Jahrgang 2009/10 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 33 Untersuchungsgrad bei Erstklässlern für das Schuljahr 2014/2015 und die Schuljahre 2010/2011, 2011/2012, 2012/2013, 2013/2014, 2014/2015

Kreis/kreisfreie Stadt	2014/2015			2013/2014	2012/2013	2011/2012	2010/2011
	von den zahn-ärztlichen Diensten gemeldete Erstklässler	davon Unter-suchte	%	%	%	%	%
Flensburg	608	569	93,6	[100]**	96,6	95,5	90,8
Kiel	1811	1887	[104,2]**	73,3	98,2	91,4	26,0
Lübeck	1839	1874	[101,9]**	98,5	98,5	99,1	95,0
Neumünster	769	750	97,5	94,9	[98,5]*	94,0	96,6
Dithmarschen	1089	1214	[111,5]**	[103,6]**	[106,6]**	95,3	91,1
Herzogtum Lauenburg	1653	1235	74,7	85,3	[34,0]*	94,9	92,1
Nordfriesland	1250	390	31,2	98,6	68,2	94,2	70,8
Ostholstein	1556	1556	100	80,4	77,2	90,5	94,1
Pinneberg	3044	2943	96,7	[101,2]**	91,1	97,7	96,3
Plön	1121	1017	90,7	92,5	97,8	97,4	93,6
Rendsburg-Eckernförde	2279	2037	89,4	77,9	94,5	97,9	96,9
Schleswig-Flensburg	1626	1580	97,2	90,6	90,8	88,2	90,7
Segeberg	[2382]*	1813	[76,1]*	90,7	[46,4]*	34,2	-
Steinburg	1195	960	80,3	87,2	77,4	80,4	65,8
Stormarn	2241	2273	[101,4]**	98,1	97,3	---	[100]**
Dänischer Gesundheitsdienst (verteilt auf KI, FL, NF, SL, RD)	-	-	-	-	82,5	94,3	--

[]* Zahl der Erstklässler stammt vom Statistikamt Nord (Stand von August 2015)
[]** Untersuchungsrate liegt über 100%: Die negative Differenz gemeldeter Kinder zu untersuchten Kindern ergibt sich aus Zu-/ Umzügen, ebenso aus der nicht eindeutigen Klassenzuordnung (Erweiterte Schuleingangsstufe).

Seit vielen Jahren wird wie in anderen Bundesländern auch in Schleswig-Holstein das Prinzip „weg von der Gießkanne" hin zur bedarfsorientierten Gruppenprophylaxe und selektiven, risikoorientierten individuellen Untersuchung verfolgt. Schulen mit einem risikoarmen Profil werden von den Zahnärztlichen Diensten weniger engmaschig betreut als Schulen mit Schülern, die eines erhöhten Maßes an zahnärztlicher Betreuung bedürfen. Die Daten des zahnärztlichen Kapitels sollten mit dem Wissen gelesen werden, dass sich die Kreise und kreisfreien Städte bezüglich der Datenlage deutlich voneinander unterscheiden. Der Untersuchungsgrad liegt bei Erstklässlern in einer Spannweite von 31,2% in Nordfriesland untersuchter Schüler bis 100% in Ostholstein (**Tabelle 33**). Auch die Betrachtung der jeweiligen Landesdurchschnitte muss auf diesem Hintergrund kritisch gelesen und interpretiert werden.

PROZENTSATZ DER NATURGESUNDEN GEBISSE BEI ERSTKLÄSSLERN

59,6 % (2013/14: 58,7%) aller schleswig-holsteinischen Erstklässler des Schuljahres 2014/2015 hatten ein naturgesundes Gebiss (**Tabelle 34**), d. h. es war weder ein Milchzahn noch ein bleibender Zahn an Karies erkrankt.

Tabelle 34 Kariesfreiheit bei Erstklässlern im Schuljahr 2014/2015

Kreis/kreisfreie Stadt	Untersuchte Erstklässler	davon kariesfrei	kariesfrei in %	dmf(t)
Flensburg	569	337	59,2	1,38
Kiel	1887	1053	55,8	1,66
Lübeck	1874	941	50,2	2,01
Neumünster	750	361	48,1	2,24
Dithmarschen	1214	728	60	1,49
Herzogtum Lauenburg	1235	751	60,8	1,33
Nordfriesland	390	251	64,4	1,17
Ostholstein	1557	978	62,8	1,37
Pinneberg	2943	1823	61,9	1,38
Plön	1017	700	68,8	1,25
Rendsburg-Eckernförde	2037	1108	54,4	1,65
Schleswig-Flensburg	1580	1002	63,4	1,20
Segeberg	1813	1136	62,7	1,31
Steinburg	960	474	49,4	2,13
Stormarn	2273	1520	66,9	1,11
Schleswig-Holstein 2014/2015	**22.099**	**13.163**	**59,6**	**1,49**
S-H (2013/2014)	21.700	12.735	58,7	1,53
S-H (2012/2013)	20.201	11.669	57,8	1,52
S-H (2011/2012)	88.067	51.994	58,2	1,50
S-H (2010/2011)	19.772	11.712	59,2	1,50

Deutlich über dem Landesdurchschnitt der Kariesfreiheit von 59,6 % liegen die untersuchten Erstklässler im Kreis Stormarn, im Kreis Nordfriesland, im Kreis Plön und die Erstklässler des Kreises Schleswig-Flensburg.

In **Tabelle 35** sind für Schleswig-Holstein die durchschnittlichen dmf(t)-Werte (erkrankte/wegen Karies fehlende oder gefüllte Milchzähne) der Erstklässler des Schuljahres 2014/2015 dargestellt.

Der dmf(t)-Index lag in Schleswig-Holstein im Schuljahr 2014/2015 bei 1,48 d. h. jeder Erstklässler hatte im Durchschnitt nur noch knapp 1,5 karieserkrankte Zähne (Schuljahr 2013/2014: 1,53, 2012/2013: 1,52, 2011/12: 1,50; 2009/2010: 1,48; 2008/2009: 1,58). Im Bundesländervergleich lag der dmf-(t)-Index der 6-bis 7-Jährigen zwischen 1,3 und 2,56. Auch hier liegt Schleswig-Holstein auf einer **positiven Spitzenposition**.

Tabelle 35 Durchschnittliche Zahl karieserkrankter Milchzähne (durchschnittlicher dmf(t)-Wert) bei untersuchten Erstklässlern im Schuljahr 2014/2015

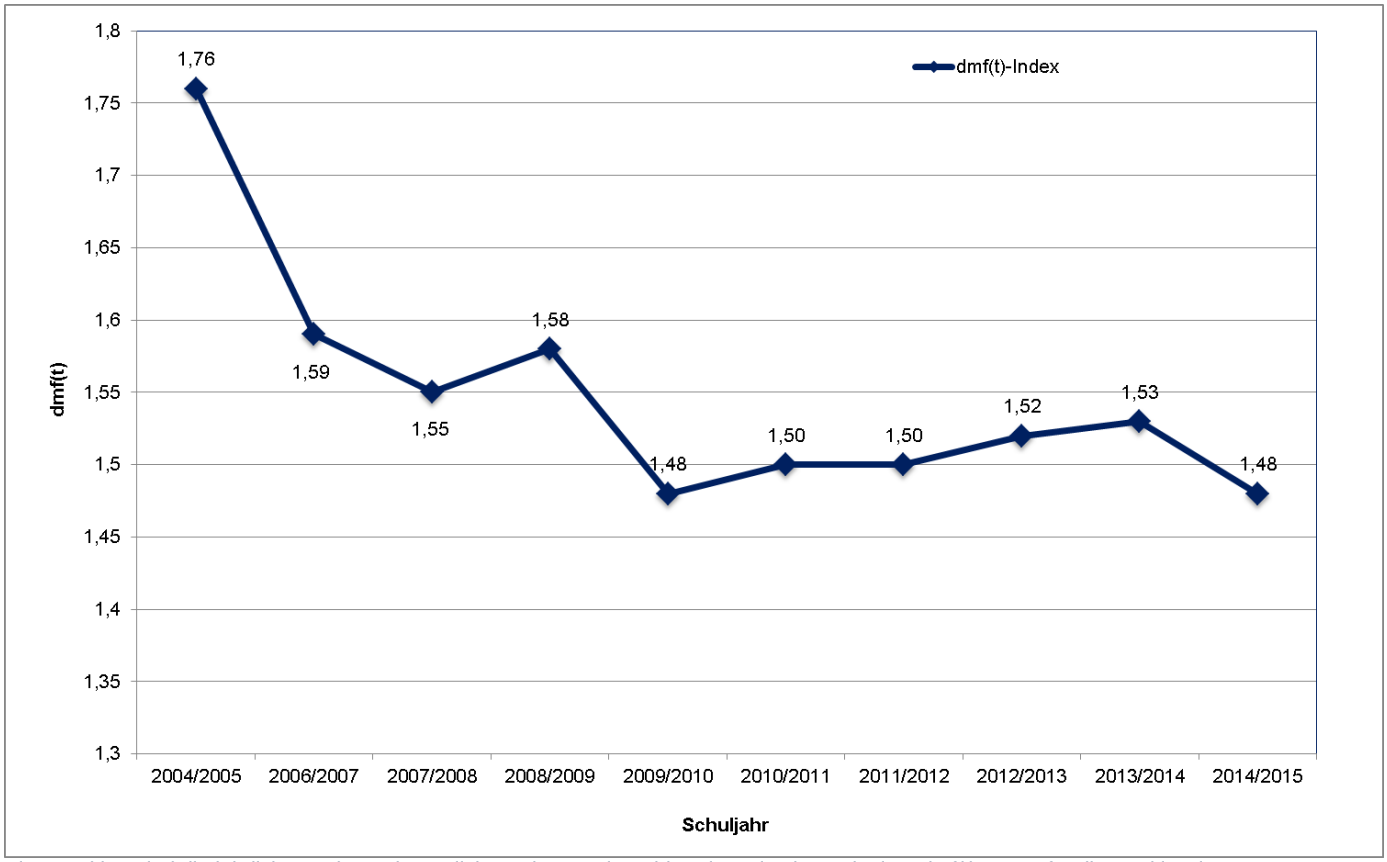
Durchschnittlicher dmf(t)-Wert der Untersuchten		
Kreis/kreisfreie Stadt	**Untersuchte Erstklässler**	**dmf(t)**
Flensburg	569	1,38
Kiel	1887	1,66
Lübeck	1874	2,01
Neumünster	750	2,24
Dithmarschen	1214	1,49
Herzogtum Lauenburg	1235	1,33
Nordfriesland	390	1,17
Ostholstein	1557	1,37
Pinneberg	2943	1,38
Plön	1017	1,25
Rendsburg-Eckernförde	2037	1,65
Schleswig-Flensburg	1580	1,2
Segeberg	1813	1,31
Steinburg	960	2,13
Stormarn	2273	1,11
Schleswig-Holstein 2014/2015	**22.099**	**1,49**
S-H (2013/2014)	21.700	1,53
S-H (2012/2013)	20.201	1,52
S-H (2011/2012)	88.067	1,50
S-H (2010/2011)	19.772	1,50

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

Der Kreis Steinburg mit einem dmf(t)-Wert von 2,13 liegt erneut (2013/2014: 2,12 Untersuchungsrate bei ¾ der Erstklässler) bei einem Wert von über 2 durch Karies geschädigten Milchzähnen bei den untersuchten Erstklässlern (Untersuchungsrate von 80,3%). Gleiches gilt für die kreisfreie Stadt Neumünster mit einem dmf(t)-Wert von 2,24 und einem Untersuchungsgrad von 97,5% und die Hansestadt Lübeck dmf(t)-Wert von 2,01 und einem Untersuchungsgrad von 100%. Deutlich über dem Landesdurchschnitt von 1,48 liegt die kreisfreie Stadt Kiel und der Kreis Rendsburg-Eckernförde. In Kiel mit einer Untersuchungsrate von über 100% und in Rendsburg-Eckernförde (Untersuchungsrate 89,4%) handelt es sich um eine tatsächlich höhere Kariesbelastung im Vergleich zu anderen Landesteilen.

Auffällig ist die deutlich höhere Rate an dmf(t)-Werten in den Städten gegenüber den Flächenkreisen im Land Schleswig-Holstein. Eine Ausnahme bildet die kreisfreie Stadt Flensburg mit einem dmf(t)-Wert von 1,38 (2013/14: 1,43) (Untersuchungsgrad von 93,6%), der deutlich unter dem Landesdurchschnitt liegt. Bei den Kreisen liegen Stormarn mit 1,10, Schleswig-Flensburg mit 1,20 und Plön mit 1,25 bei Untersuchungsraten von über 90% deutlich unter dem Landesdurchschnitt. Der Kreis Nordfriesland bestätigt mit 1,17 den Vorjahreswert von 1,13 bei deutlich geringerem Untersuchungsgrad von 31,2% (2013/2014: 98,6%).

Abbildung 68 Durchschnittliche Zahl karieserkrankter Milchzähne (Durchschnitts-dmf(t) Werte) für Erstklässler seit dem Schuljahr 2004/2005



Blau markiert sind die jährlich von den Zahnärztlichen Diensten in Schleswig-Holstein ermittelten dmf(t)-Werte für die Erstklässler.
Der dmf(t)-Index gibt Auskunft darüber, wie viele Milchzähne entweder durch Karies geschädigt (d = decayed), aufgrund von Karies extrahiert (m = missing) oder gefüllt (f = filled) sind, bezogen auf alle Milchzähne (t = teeth).

KARIESRISIKO BEI ERSTKLÄSSLERN

Ein erhöhtes Kariesrisiko liegt gemäß der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) dann vor, wenn der dmf(t)-Wert > 5 und/oder der DMF(T) [32],- Wert > 0 ist. Ein hoch kariöses Milchgebiss bedeutet ein hohes Risiko, auch im bleibenden Gebiss frühzeitig Karies zu entwickeln.

In **Tabelle 36** wird das Kariesrisiko für das Schuljahr 2014/2015 für die Erstklässlern nach Kreisen und kreisfreien Städten dargestellt.

In Schleswig-Holstein lag bei 2.207 der Erstklässler des Schuljahres 2014/2015 ein erhöhtes Kariesrisiko vor, d. h. 9,98% dieser Erstklässler hatten mindestens 6 nicht gesunde Milchzähne und/oder einen an Karies erkrankten bleibenden Zahn. Die entsprechenden Raten betrugen 2013/2014: 10,18%, 2012/2013: 10,49%, 2011/2012: 10,56%; 2010/2011: 9,97%, 2009/2010: 9,94%, 2008/2009: 11,4%, 2007/2008: 12,4%, 2006/2007: 11,2%.

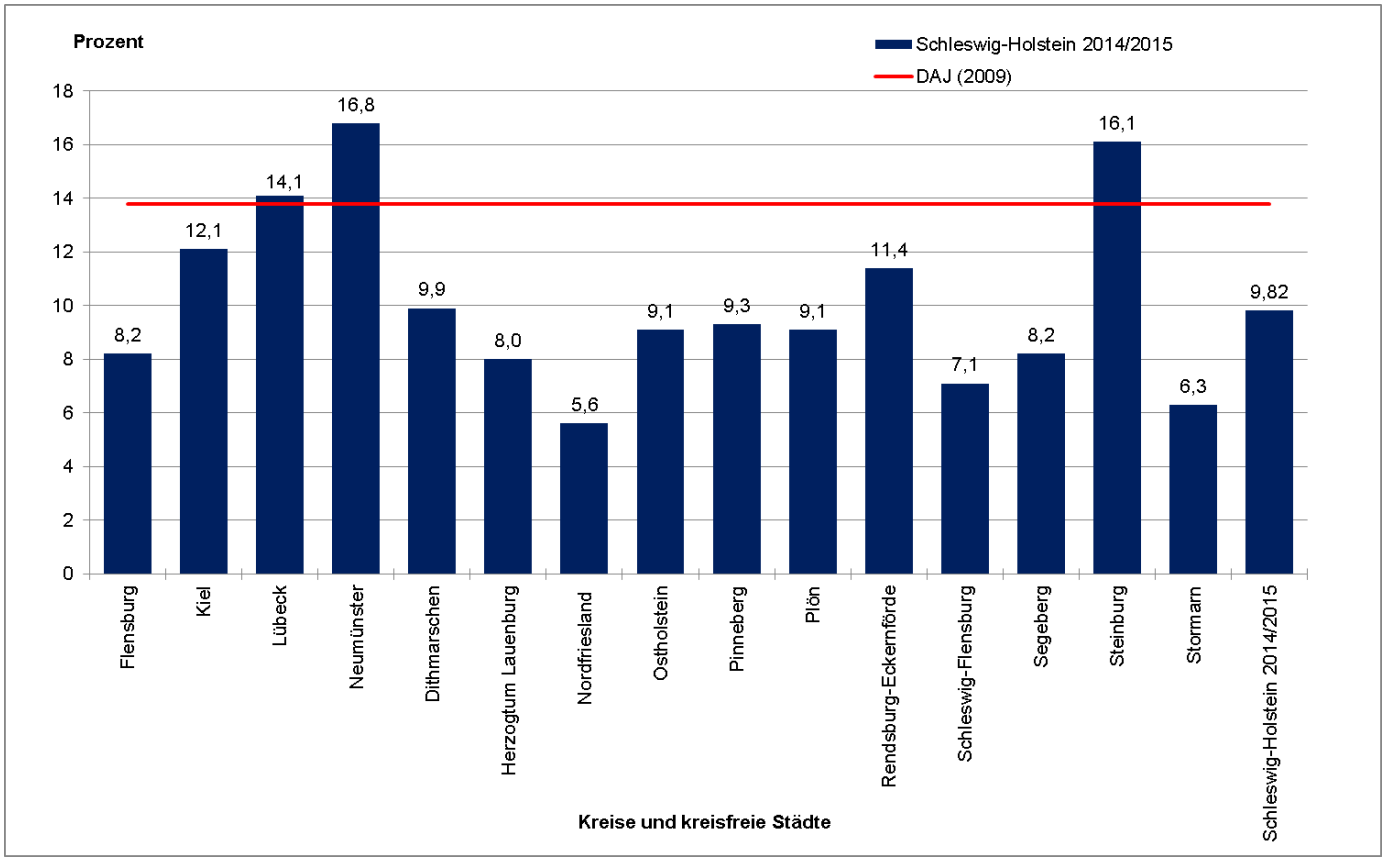
32 Die dmf(t)- und DMF(T)-Werte geben die Anzahl der durch Karies geschädigten (d = decayed), fehlenden (m = missing) oder gefüllten (f = filled) Zähne (t = teeth) an, wobei sich der dmf(t) auf die Milch- und der DMF(T) auf die bleibenden Zähne bezieht.

Tabelle 36 Kariesrisiko bei untersuchten Erstklässlern im Schuljahr 2014/2015

Durchschnittliches Kariesrisiko der Untersuchten			
Kreis/kreisfreie Stadt	**Untersuchte Erstklässler**	**davon Erstklässler mit Kariesrisiko**	**%**
Flensburg	569	47	8,26
Kiel	1887	228	12,08
Lübeck	1874	265	14,14
Neumünster	750	126	16,80
Dithmarschen	1214	121	9,97
Herzogtum Lauenburg	1235	99	8,02
Nordfriesland	390	22	5,64
Ostholstein	1557	141	9,06
Pinneberg	2943	273	9,28
Plön	1017	93	9,14
Rendsburg-Eckernförde	2037	233	11,44
Schleswig-Flensburg	1580	112	7,09
Segeberg	1813	149	8,22
Steinburg	960	153	15,94
Stormarn	2273	145	6,38
Schleswig-Holstein 2014/2015	**22.099**	**2.207**	**9,98**
S-H (2013/2014)	21.700	2210	10,18
S-H (2012/2013)	20.201	2120	10,49
S-H (2011/2012)	88.067	8.864	10,56
S-H (2010/2011)	19.772	1938	9,80

Besonders hoch ist der Prozentsatz der Erstklässler mit erhöhtem Kariesrisiko in der kreisfreien Stadt Neumünster (16,8%), gefolgt vom Kreis Steinburg (16.1%), der Hansestadt Lübeck (14,1%), der Landeshauptstadt Kiel 12,1% und dem Kreis Rendsburg-Eckernförde (11,4%).

Abbildung 69 Durchschnittliches Kariesrisiko bei Einschülern 2014/2015



Kariesrisiko (> 5 kariesbefallene Milchzähne) bei untersuchten Erstklässlern der Kreise und kreisfreien Städte im Schuljahr 2014/2015 im Vergleich DAJ (2009)

BEHANDLUNGSBEDÜRFTIGKEIT DER SCHÜLER AN FÖRDERZENTREN WEGEN KARIES

Tabelle 37 Reihenuntersuchungen an Förderzentren (1.-4. Klasse) Schuljahr 2014/2015

Reihenuntersuchungen 2014/2015	Förderzentren (1.-4. Klasse)				
Kreis/kreisfreie Stadt	untersuchte Einrichtungen	untersuchte Schüler an Förderzentren	davon behandlungs-bedürftig	behandlungs-bedürftig in %	nachunter-suchte Schüler an Förder-zentren
Flensburg	2	74	14	18,9	0
Kiel	4	71	10	14,1	0
Lübeck	7	174	39	22,4	21
Neumünster	2	41	18	43,9	0
Dithmarschen	9	106	47	44,3	0
Herzogtum Lauenburg	2	58	17	29,3	0
Nordfriesland	0	0	0	0	0
Ostholstein	4	89	19	21,3	0
Pinneberg	6	75	14	18,7	0
Plön	3	24	6	25	0
Rendsburg-Eckernförde	5	92	30	32,6	0
Schleswig-Flensburg	4	93	19	20,4	0
Segeberg	3	51	9	17,6	0
Steinburg	1	46	12	26,1	0
Stormarn	4	73	14	19,2	40
Schleswig-Holstein 2014/2015	**56**	**1067**	**268**	**25,1**	**61**
S-H (2013/2014)	51	985	261	26,5	94
S-H (2012/2013)	68	1.327	322	24,3	65
S-H (2012/2013)	231	4.446	1119	24,9	281
S-H (2010/2011)	82	1.554	362	23,3	68

Es zeigt sich, 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[33/34] ist bekannt, dass Zahngesundheit stark mit Sozialstatus, Gesundheitsverhalten und Zugang zu Gesundheitsdiensten verknüpft ist. Es ist zu erwarten, dass sich die Unterschiede zwischen den Schulformen im Rahmen der Bemühungen um Integration und Inklusion verringern werden, da die Zahl der in Förderzentren betreuten Schüler weiter sinken wird. So bleibt abzuwarten, ob diese Schüler auch in gesundheitlicher Hinsicht von den geplanten Veränderungen profitieren können.

ZUSAMMENFASSUNG UND HANDLUNGSBEDARF

33 Ch. Splieth, Ch. Schwahn, C. Hölzel2, 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.

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

Die 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 gegebenenfalls 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.

ERGÄNZENDE TABELLEN

Tabelle 38 Übersicht Datenbasis in den Kreisen und kreisfreien Städten

Kreis/kreisfreie Stadt	Software-Version	Datei-format	Untersuchungsverfahren
Flensburg	ISGA 4.6.1	csv	VEERS
			SDQ
			ISAAC
			Elternfragebogen (Migrationsbiografie/Schulabschluss der Eltern)
Kiel	ISGA 4.6.2	csv	VEERS
			SDQ
			ISAAC
			Elternfragebogen (Migrationsbiografie/Schulabschluss der Eltern)
Lübeck	GU 6.3	dbf	VEERS
			ISAAC
			Elternfragebogen (Migrationsbiografie/Schulabschluss der Eltern)
Neumünster	GU 6.5	dbf	SDQ
			ISAAC
			Elternfragebogen (Migrationsbiografie/Schulabschluss der Eltern)
Dithmarschen	GU 6.5	dbf	VEERS
			SDQ
			ISAAC
			Elternfragebogen (Migrationsbiografie/Schulabschluss der Eltern)
Herzogtum Lauenburg	GU 6.5	dbf	VEERS
			SDQ
			ISAAC
			Elternfragebogen (Migrationsbiografie/Schulabschluss der Eltern)
Nordfriesland	GU 6.5	dbf	VEERS
			SDQ
			ISAAC
			Elternfragebogen (Migrationsbiografie/Schulabschluss der Eltern)
Ostholstein	MicroPro	Access-Datenbank	VEERS
			SDQ
			ISAAC
			Elternfragebogen (Migrationsbiografie/Schulabschluss der Eltern)
Pinneberg	GU 6.5	dbf	VEERS
			SDQ
			ISAAC
			Elternfragebogen (Migrationsbiografie/Schulabschluss der Eltern)
Plön	GU 3.58	dbf	
			ISAAC
			Elternfragebogen (Migrationsbiografie/Schulabschluss der Eltern)
Rendsburg-Eckernförde	MicroPro	Access-Datenbank	VEERS
			SDQ
			ISAAC
			Elternfragebogen (Migrationsbiografie/Schulabschluss der Eltern)
Schleswig-Flensburg	GU 6.3	dbf	VEERS
			SDQ
			ISAAC
			Elternfragebogen (Migrationsbiografie/Schulabschluss der Eltern)
Segeberg	GU 6.5	dbf	
			Elternfragebogen (Migrationsbiografie)
Steinburg	GU 6.4	dbf	
			ISAAC
			Elternfragebogen (Migrationsbiografie)
Stormarn	GU 3.58	dbf	
			ISAAC
			Elternfragebogen (Migrationsbiografie/Schulabschluss der Eltern)
Dänischer Gesundheitsdienst	ISGA (Version unbekannt)	csv	Keine Datenlieferung

Tabelle 39 Übersicht der ausgewerteten Items, das Erhebungsverfahren und prozentuale Angabe fehlender Werte pro Item

Item	Art der Erhebung	Missing pro Item	[%]	Ausgewertet pro Item [N]
Herabsetzung des Sehvermögens	Gerätetestung durch Arzthelferin	162	0,7	23.614
Herabsetzung des Hörvermögens	Gerätetestung durch Arzthelferin	335	1,4	23.441
Allergie (Allergische Rhinitis)	Ärztlicher Untersuchungsbefund, ISAAC-Screeningbogen	2.328	9,8	21.448
Asthma bronchiale	Ärztlicher Untersuchungsbefund, ISAAC-Screeningbogen	2.337	9,8	21.439
Atopische Dermatitis / Ekzem	Ärztlicher Untersuchungsbefund, ISAAC-Screeningbogen	2.337	9,8	21.439
Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination	Ärztlicher Untersuchungsbefund, Rohwerte VEERS Untertest:	2.640	11,1	21.136
Seitliches Hüpfen		5.988	25,2	17.788
Haltungsschwäche	Ärztlicher Untersuchungsbefund	4.454	18,7	19.322
Skoliotische Fehlhaltung	Ärztlicher Untersuchungsbefund	2.385	10,0	21.391
Diabetes mellitus	Ärztlicher Untersuchungsbefund	0	0,0	23.776
Zerebrales Anfallsleiden	Ärztlicher Untersuchungsbefund	3.329	14,0	20.447
Körperbehinderung	Ärztlicher Untersuchungsbefund	1.105	4,6	22.671
Verhaltensauffälligkeit	NMS, OH und SE wurden nicht berücksichtigt	4.571	19,2	19.205
Verhaltensauffälligkeit beurteilt ohne Verwendung	des standardisierten Elternfragebogen	-	-	4.374
Verhaltensauffälligkeit beurteilt mit Verwendung (SDQ)	SDQ Elternfragebogen	-	-	14.831
Gesamtproblemwert	Rohwerte (SDQ)	4.860	32,8	9.971
SDQ-Emotionale Entwicklung	Rohwerte (SDQ)	4.866	32,8	9.965
SDQ-Probleme mit Gleichaltrigen	Rohwerte (SDQ)	4.866	32,8	9.965
SDQ-Hyperaktivität	Rohwerte (SDQ)	4.861	32,8	9.970
SDQ-Soziale Probleme	Rohwerte (SDQ)	4.862	32,8	9.969
Sprech-, Sprachauffälligkeit und Stimmstörung	Ärztlicher Untersuchungsbefund	2507	10,5	21.269
Sprachkompetenz	Ärztliche Beurteilung	7.387	31,1	16.389
Rohwerte VEERS Untertest:				
Präposition		10.897	45,8	12.879
Pluralbildung		10.994	46,2	12.782
Pseudowörter		11.125	46,8	12.651
Geschlecht		172	0,7	23.604
Erziehung	Elternangaben	1.838	7,7	21.938
Kita	Elternangaben			
Besuchsjahre	Elternangaben	4.134	17,4	19642
Elterlicher Schulabschluss	Elternangaben	7.790	32,8	15.986
Herkunft der Eltern	Elternangaben	1.090	4,6	22.686
Anzahl Kinder in der Familie	Elternangaben	295	1,2	23.481
Kann-Kinder/Regulärеinschüler	Berechnung (Untersuchungsmonat, -jahr und Geburtsmonat und -jahr)	0	0,0	23.776
Empfehlungen für Regulärеinschüler (Förderung (mäßig/hoch) oder Beurlaubung)	Ärztliche Beurteilung der Regulärеinschüler	0	0,0	22316
Empfehlung für Kann-Kinder (Nichteinschulung)	Ärztliche Beurteilung der Kann-Kinder	0	0,0	1460
Inanspruchnahme von Heilpädagogischen Maßnahmen und Heilmitteln	Elternangaben			
Heilpädagogische Förderung		8	0,0	23.768
Krankengymnastik		0	0,0	23.776
Ergotherapie		0	0,0	23.776
Logopädie		0	0,0	23.776
pädagogische Sprachförderung		6	0,0	23.770

Tabelle 40 Schüler des Schuljahres 2014/2015 in Schleswig-Holstein

Schulart	Jahrgangs-stufe	insgesamt	männlich	weiblich
Grundschule	01	25 376	13 147	12 229
Grundschule	02	25 763	13 458	12 305
Grundschule	03	24 177	12 422	11 755
Grundschule	04	24 431	12 645	11 786
Freie Waldorfschule	01	394	206	188
Freie Waldorfschule	02	327	193	134
Freie Waldorfschule	03	354	186	168
Freie Waldorfschule	04	403	196	207
Förderzentren	01	94	66	28
Förderzentren	02	116	81	35
Förderzentren	03	126	89	37
Förderzentren	04	188	127	61
Förderzentren	MS *	765	469	296
Förderzentren	US *	745	531	214
*= Nur an Förderzentren mit dem Schwerpunkt "geistige Entwicklung"				
US = Jahrgangsstufen 1 bis 3				
MS = Jahrgangsstufen 4 bis 6				

Stand: August 2015, Quelle Statistikamt Nord, Sachgebiet 132 - Bildung-

Tabelle 41 Schüler und Schulanfänger an Grundschulen nach Jahrgangsstufe und Kreisen/kreisfreien Städten (Schuljahr 2014/2015)

Schulart	Kreis	Schulanfänger	insgesamt	01	02	03	04
Grundschule	Flensburg	664	2 765	690	776	685	614
Grundschule	Kiel	1 766	7 224	1 883	1 861	1 736	1 744
Grundschule	Lübeck	1 665	6 942	1 795	1 883	1 637	1 627
Grundschule	Neumünster	670	2 815	746	747	675	647
Grundschule	Dithmarschen	1 102	4 618	1 155	1 237	1 080	1 146
Grundschule	Hzgt. Lauenburg	1 714	7 242	1 795	1 869	1 815	1 763
Grundschule	Nordfriesland	1 335	5 834	1 426	1 503	1 417	1 488
Grundschule	Ostholstein	1 495	6 316	1 600	1 526	1 584	1 606
Grundschule	Pinneberg	2 841	11 269	2 929	2 839	2 699	2 802
Grundschule	Plön	1 042	4 455	1 108	1 167	1 083	1 097
Grundschule	Rendsburg-Eckernförde	2 352	9 841	2 445	2 595	2 368	2 433
Grundschule	Schleswig-Flensburg	1 727	7 433	1 860	1 942	1 823	1 808
Grundschule	Segeberg	2 382	9 670	2 502	2 461	2 338	2 369
Grundschule	Steinburg	1 056	4 498	1 130	1 143	1 092	1 133
Grundschule	Stormarn	2 241	8 825	2 312	2 214	2 145	2 154

Stand: August 2015, Quelle Statistikamt Nord, Sachgebiet 132 - Bildung-

Tabelle 42 Schüler an Freien Waldorfschulen nach Kreisen/kreisfreien Städten und Schularten (Schuljahr 2014/2015)

Schulart	Kreis	insgesamt	01	02	03	04
Freie Waldorfschule	Flensburg	156	43	37	33	43
Freie Waldorfschule	Kiel	293	77	62	73	81
Freie Waldorfschule	Lübeck	208	51	41	49	67
Freie Waldorfschule	Neumünster	77	20	16	20	21
Freie Waldorfschule	Dithmarschen	39	5	7	16	11
Freie Waldorfschule	Ostholstein	98	29	15	28	26
Freie Waldorfschule	Pinneberg	138	39	31	34	34
Freie Waldorfschule	Rendsburg-Eckernförde	225	60	61	46	58
Freie Waldorfschule	Segeberg	122	31	31	28	32
Freie Waldorfschule	Steinburg	62	19	8	19	16
Freie Waldorfschule	Stormarn	60	20	18	8	14

Stand: August 2015, Quelle Statistikamt Nord, Sachgebiet 132 - Bildung-

Tabelle 43 „Bei wem lebt Ihr Kind überwiegend?“ im Schuljahr 2014/2015

Kreis / kreisfreie Stadt	Das Kind lebt bei/ wird erzogen durch							
	beide leiblichen Eltern		Allein-erziehende/r		Elternteil mit Partner		Pflege-, Adoptiv-eltern, Heim	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Flensburg	392	67,1	148	25,3	36	6,2	8	1,4
Kiel	1.414	75,2	352	18,7	100	5,3	15	0,8
Hansestadt Lübeck	1.003	71,4	306	21,8	69	4,9	27	1,9
Neumünster	465	70,6	143	21,7	39	5,9	12	1,8
Dithmarschen	809	75,4	168	15,7	72	6,7	24	2,2
Herzogtum Lauenburg	1.382	80,8	222	13,0	89	5,2	18	1,1
Nordfriesland	963	78,5	158	12,9	74	6,0	32	2,6
Ostholstein	1.215	79,9	175	11,5	98	6,4	32	2,1
Pinneberg	2.202	81,0	347	12,8	148	5,4	22	0,8
Plön	758	79,3	128	13,4	50	5,2	20	2,1
Rendsburg-Eckernförde	1.829	80,9	273	12,1	130	5,8	28	1,2
Schleswig-Flensburg	1.045	73,9	218	15,4	95	6,7	57	4,0
Segeberg	1.903	82,8	279	12,1	88	3,8	27	1,2
Steinburg	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Stormarn	1.875	84,0	241	10,8	91	4,1	24	1,1
Dänischer Gesundheitsdienst	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	**17.255**	**78,7**	**3.158**	**14,4**	**1.179**	**5,4**	**346**	**1,6**

Tabelle 44 „Wie viel Geschwister hat das Kind?“ im Schuljahr 2014/2015

Kreis / kreisfreie Stadt	Kinder in der Familie					
	Einzelkind		ein Geschwisterkind		mehrere Geschwisterkinder	
	n	%	n	%	n	%
Flensburg	129	22,0	290	49,4	168	28,6
Kiel	395	21,6	865	47,3	570	31,1
Hansestadt Lübeck	575	32,7	694	39,5	490	27,9
Neumünster	140	21,1	311	46,8	213	32,1
Dithmarschen	243	21,8	488	43,8	382	34,3
Herzogtum Lauenburg	453	26,1	843	48,5	442	25,4
Nordfriesland	242	19,7	600	48,9	386	31,4
Ostholstein	392	25,8	731	48,2	395	26,0
Pinneberg	677	24,5	1.379	49,9	707	25,6
Plön	209	24,5	413	48,4	232	27,2
Rendsburg-Eckernförde	461	20,4	1.153	51,0	649	28,7
Schleswig-Flensburg	329	22,0	670	44,7	499	33,3
Segeberg	541	23,4	1.205	52,1	567	24,5
Steinburg	286	25,9	492	44,6	326	29,5
Stormarn	469	20,9	1.200	53,4	580	25,8
Dänischer Gesundheitsdienst	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	**5.541**	**23,6**	**11.334**	**48,3**	**6.606**	**28,1**

Tabelle 45 Befunde der schulärztlichen Untersuchung in Schleswig-Holstein Schuljahr 2014/2015

	Absolute Anzahl					Rate in Prozent					Untersuchte
	kein Befund	**X**	**B**	**A**	**D**	**kein Befund**	**X**	**B**	**A**	**D**	**N**
Herabsetzung des Sehvermögens	16.361	3.373	2.260	1.605	15	69,3	14,3	9,6	6,8	0,1	23.614
Herabsetzung des Hörvermögens	21.684	112	649	960	36	92,5	0,5	2,8	4,1	0,2	23.441
Allergie (Allergische Rhinitis)	20.684	394	326	4	40	96,4	1,8	1,5	0,0	0,2	21.448
Asthma bronchiale	20.798	236	364	3	38	97,0	1,1	1,7	0,0	0,2	21.439
Atopische Dermatitis / Ekzem	20.697	433	272	8	29	96,5	2,0	1,3	0,0	0,1	21.439
Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination	17.041	2.425	1.053	617		80,6	11,5	5,0	2,9		21.136
Score (VEERS)	**unauffällig**	**grenzwertig**	**auffällig**			**unauffällig**	**grenzwertig**	**auffällig**			**N**
Seitliches Hin- und Herspringen	12.891	2.807	2.090			72,5	15,8	11,7			17.788
	kein Befund	**X**	**B**	**A**	**D**	**kein Befund**	**X**	**B**	**A**	**D**	**N**
Visuomotorik	15.560	1.679	917	916		81,6	8,8	4,8	4,8		19.072
Haltungsschwäche	18.505	640	110	65	2	95,8	3,3	0,6	0,3	0,0	19.322
Skoliotische Fehlhaltung	21.223	34	44	88	2	99,2	0,2	0,2	0,4	0,0	21.391
Diabetes mellitus	23.741		29		6	99,9		0,1	0,0	0,0	23.776
Zerebrales Anfallsleiden	20.389	14	39		5	99,7	0,1	0,2		0,0	20.447
Körperbehinderung	22.590	11	7	1	62	99,6	0,0	0,0	0,0	0,3	22.671
Verhaltensauffälligkeit ärztlicher Befund	17.412	2.854	853	262	8	83,5	13,7	4,1	1,3	0,0	20.845
Verhaltensauffälligkeit nach Auskunft der Eltern	**unauffällig**	**grenzwertig**	**auffällig**			**unauffällig**	**grenzwertig**	**auffällig**			**N**
SDQ-Gesamtproblemwert	9.061	453	457			90,9	4,5	4,6			9.971
Emotionale Probleme	8.783	592	590			88,1	5,9	5,9			9.965
Hyperaktivität	8.950	377	643			89,8	3,8	6,4			9.970
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	8.706	643	616			87,4	6,5	6,2			9.965
Verhaltensprobleme	8.106	1.026	837			81,3	10,3	8,4			9.969
	kein Befund	**X**	**B**	**A**	**D**	**kein Befund**	**X**	**B**	**A**	**D**	**N**
Sprech-, Sprachauffälligkeit und Stimmstörung	14.015	2.241	3.769	1.244		65,9	10,5	17,7	5,8		21.269
Score (VEERS)	**unauffällig**	**grenzwertig**	**auffällig**			**unauffällig**	**grenzwertig**	**auffällig**			**N**
Präposition	11.078	591	861			88,4	4,7	6,9			12.530
Pluralbildung	10.180	1.464	829			81,6	11,7	6,6			12.473
Pseudowörter	9.597	1.523	1.089			78,6	12,5	8,9			12.209
Ärztlicher Befund für:	**kein Befund**	**X**	**B**	**A**	**D**	**kein Befund**	**X**	**B**	**A**	**D**	**N**
Selektive Aufmerksamkeit	16.999	1.171	4.848	395		89,4	6,2	2,4	2,1		19.013
Zahlen- und Mengenvorwissen	15.756	1.535	323	369		87,6	8,5	1,8	2,1		17.983
Visuelle Wahrnehmung	16.402	1.136	445	413		89,2	6,2	2,4	2,2		18.396
Score (VEERS)	**unauffällig**	**grenzwertig**	**auffällig**			**unauffällig**	**grenzwertig**	**auffällig**			**N**
Selektive Aufmerksamkeit	14.748	1.790	1.470			81,9	9,9	8,2			18.008
Zahlenvorwissen	14.625	2.094	1.277			81,3	11,6	7,4			17.996
Mengenvorwissen	10.706	1.647	943			80,6	12,4	7,0			13.287
Visuelle Wahrnehmung	15.067	1.765	1.197			83,6	9,8	6,6			18.029

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

Tabelle 46 BMI nach Kromeyer-Hauschild

BMI - Einteilung nach Kromeyer-Hauschild					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	<=3er Perzentile	816	3,4	3,6	3,6
	> 3er <= 10er Perzentile	1546	6,5	6,8	10,3
	> 10er <= 25er Perzentile	3681	15,5	16,1	26,4
	> 25er <= 50er Perzentile	6237	26,2	27,3	53,7
	> 50er <= 75er Perzentile	5447	22,9	23,8	77,5
	> 75er <= 90er Perzentile	2808	11,8	12,3	89,8
	> 90er <= 97er Perzentile	1349	5,7	5,9	95,7
	> 97er <= 99,5er Perzentile	732	3,1	3,2	98,9
	> 99,5er Perzentile	259	1,1	1,1	100
	Gesamtsumme	22875	96,2	100	
Fehlend	System	901	3,8		
Gesamtsumme		23776	100		

Tabelle 47 SDQ-Subskalen (Elternangaben zur emotionalen Entwicklung, Probleme mit Gleichaltrigen) pro Kreis/kreisfreie Stadt

Kreis/kreisfreie Stadt - SDQ-Emotionale Entwicklung					
		SDQ-Emotionale Entwicklung			Gesamtsumme
Kreis/kreisfreie Stadt		**unauffällig**	**grenzwertig**	**auffällig**	
Flensburg	n	504	36	51	591
	%	85,3%	6,1%	8,6%	
Kiel	n	1711	92	94	1897
	%	90,2%	4,8%	5,0%	
Dithmarschen	n	811	80	55	946
	%	85,7%	8,5%	5,8%	
Herzogtum Lauenburg	n	1109	78	84	1271
	%	87,3%	6,1%	6,6%	
Nordfriesland	n	1022	83	65	1170
	%	87,4%	7,1%	5,6%	
Pinneberg	n	2363	137	154	2654
	%	89,0%	5,2%	5,8%	
Schleswig-Flensburg	n	1263	86	87	1436
	%	88,0%	6,0%	6,1%	
Gesamtsumme Schleswig-Holstein 2014/15	**n**	**8783**	**592**	**590**	**9965**
	%	**88,1%**	**5,9%**	**5,9%**	
5-6-jährige Kinder des KiGGS-Kollektivs (2003-2006)	**n**	**1648**	**139**	**142**	**1929**
	%	**85,4%**	**7,2%**	**7,4%**	

Kreis / kreisfreie Stadt - SDQ-Probleme mit Gleichaltrigen					
		SDQ-Probleme mit Gleichaltrigen			Gesamtsumme
Kreis/kreisfreie Stadt		**unauffällig**	**grenzwertig**	**auffällig**	
Flensburg	n	490	44	57	591
	%	82,9%	7,4%	9,6%	
Kiel	n	1655	126	116	1897
	%	87,2%	6,6%	6,1%	
Dithmarschen	n	813	66	68	947
	%	85,9%	7,0%	7,2%	
Herzogtum Lauenburg	n	1105	92	74	1271
	%	86,9%	7,2%	5,8%	
Nordfriesland	n	1032	65	73	1170
	%	88,2%	5,6%	6,2%	
Pinneberg	n	2363	153	140	2656
	%	89,0%	5,8%	5,3%	
Schleswig-Flensburg	n	1248	97	88	1433
	%	87,1%	6,8%	6,1%	
Gesamtsumme Schleswig-Holstein 2014/15	**n**	**8706**	**643**	**616**	**9965**
	%	**87,4%**	**6,5%**	**6,2%**	
5-6-jährige Kinder des KiGGS-Kollektivs (2003-2006)	**n**	**1558**	**197**	**174**	**1929**
	%	**80,8%**	**10,2%**	**9,0%**	

Tabelle 48 SDQ-Subskalen (Elternangaben Hyperaktivität, Soziale Probleme) pro Kreis/kreisfreie Stadt

Kreis / kreisfreie Stadt - SDQ-Hyperaktivität					
		SDQ-Hyperaktivität			Gesamtsumme
Kreis/kreisfreie Stadt		**unauffällig**	**grenzwertig**	**auffällig**	
Flensburg	n	528	20	43	591
	%	89,3%	3,4%	7,3%	
Kiel	n	1732	61	104	1897
	%	91,3%	3,2%	5,5%	
Dithmarschen	n	819	49	79	947
	%	86,5%	5,2%	8,3%	
Herzogtum Lauenburg	n	1165	37	69	1271
	%	91,7%	2,9%	5,4%	
Nordfriesland	n	1047	47	76	1170
	%	89,5%	4,0%	6,5%	
Pinneberg	n	2399	102	154	2655
	%	90,4%	3,8%	5,8%	
Schleswig-Flensburg	n	1260	61	118	1439
	%	87,6%	4,2%	8,2%	
Gesamtsumme Schleswig-Holstein 2014/15	**n**	**8950**	**377**	**643**	**9970**
	%	**89,8%**	**3,8%**	**6,4%**	
5-6-jährige Kinder des KiGGS-Kollektivs (2003-2006)	**n**	**1665**	**108**	**155**	**1928**
	%	**86,4%**	**5,6%**	**8,0%**	

Kreis / kreisfreie Stadt - SDQ-Soziale Probleme					
		SDQ-Soziale Probleme			Gesamtsumme
Kreis/kreisfreie Stadt		**unauffällig**	**grenzwertig**	**auffällig**	
Flensburg	n	451	70	70	591
	%	76,3%	11,8%	11,8%	
Kiel	n	1623	154	120	1897
	%	85,6%	8,1%	6,3%	
Dithmarschen	n	742	108	97	947
	%	78,4%	11,4%	10,2%	
Herzogtum Lauenburg	n	1042	131	98	1271
	%	82,0%	10,3%	7,7%	
Nordfriesland	n	947	134	89	1170
	%	80,9%	11,5%	7,6%	
Pinneberg	n	2188	256	212	2656
	%	82,4%	9,6%	8,0%	
Schleswig-Flensburg	n	1113	173	151	1437
	%	77,5%	12,0%	10,5%	
Gesamtsumme Schleswig-Holstein 2014/15	**n**	**8106**	**1026**	**837**	**9969**
	%	**81,3%**	**10,3%**	**8,4%**	
5-6-jährige Kinder des KiGGS-Kollektivs (2003-2006)	**n**	**1558**	**197**	**174**	**1929**
	%	**80,8%**	**10,2%**	**9,0%**	

Tabelle 49 Aktuelle und frühere Inanspruchnahme von Heilpädagogischen Maßnahmen und Heilmitteln

Kreis/kreisfreie Stadt		Heilpädagogische Maßnahme			Physiotherapie/ Krankengymnastik			Ergotherapie			Logopädie		
	Kinder	F(n)	P(%)	A(%)	F(n)	P(%)	A(%)	F(n)	P(%)	A(%)	F(n)	P(%)	A(%)
Flensburg	592	88	14,9	84,1	79	13,3	20,3	76	12,8	55,3	142	24,0	58,5
Kiel	1.897	149	7,9	89,9	287	15,1	13,9	235	12,4	70,6	461	24,3	63,3
Hansestadt Lübeck	1.759	132	7,5	64,4	190	10,8	15,3	202	11,5	62,4	402	22,9	62,2
Neumünster	665	73	11,0	69,9	83	12,5	14,5	56	8,4	51,8	128	19,2	45,3
Dithmarschen	1.114	62	5,6	77,4	166	14,9	13,3	115	10,3	53,9	256	23,0	48,4
Herzogtum Lauenburg	1.740	169	9,7	86,4	331	19,0	12,7	233	13,4	68,7	430	24,7	64,2
Nordfriesland	1.228	176	14,3	69,9	214	17,4	17,8	147	12,0	68,7	302	24,6	64,2
Ostholstein	1.547	205	13,3	89,3	264	17,1	33,7	171	11,1	86,5	425	27,5	71,8
Pinneberg	2.763	363	13,1	80,4	485	17,6	14,6	414	15,0	67,4	728	26,3	59,2
Plön	1.012	144	14,2	86,8	190	18,8	19,5	153	15,1	65,4	271	26,8	61,6
Rendsburg-Eckernförde	2.284	118	5,2	72,9	319	14,0	13,8	269	11,8	58,4	644	28,2	53,1
Schleswig-Flensburg	1.498	165	11,0	84,2	210	14,0	11,9	180	12,0	68,3	339	22,6	50,7
Segeberg	2.314	225	9,7	76,9	359	15,5	15,6	309	13,4	63,8	570	24,6	52,1
Steinburg	1.104	79	7,2	89,9	135	12,2	18,5	136	12,3	64,0	239	21,6	57,7
Stormarn	2.251	277	12,3	76,5	473	21,0	16,1	233	10,4	60,9	586	26,0	52,0
Schleswig-Holstein	**23.768**	**2.425**	**10,2**	**80,1**	**3.785**	**15,9**	**16,4**	**2.929**	**12,3**	**65,5**	**5.923**	**24,9**	**58,0**

Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten getrennt und betrifft die Inanspruchnahme von Heilmitteln, die sowohl aktuell als auch früher stattgefunden hat.
Die Fallzahl F(n) ergibt sich aus den dokumentierten Angaben der Eltern. Die Rate 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 50 Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder/ vorgelegte Untersuchungshefte

Kreis/kreisfreie Stadt	S1	M	N	U1		U2		U3		U4		U5		U6		U7		U7a		U8		U9	
		%		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Flensburg	592	3,9	569	554	97,4	554	97,4	549	96,5	546	96,0	546	96,0	550	96,7	556	97,7	508	89,3	527	92,6	511	89,8
Kiel	1.897	10,0	1.707	1.622	95,0	1.620	94,9	1.614	94,6	1.612	94,4	1.604	94,0	1.619	94,8	1.616	94,7	1.442	84,5	1.617	94,7	1.574	92,2
Hansestadt Lübeck	1.759	13,7	1.518	1.490	98,2	1.491	98,2	1.493	98,4	1.494	98,4	1.487	98,0	1.493	98,4	1.491	98,2	1.423	93,7	1.484	97,8	1.456	95,9
Neumünster	665	7,2	617	601	97,4	601	97,4	597	96,8	597	96,8	600	97,2	600	97,2	596	96,6	553	89,6	605	98,1	603	97,7
Dithmarschen	1.114	5,9	1.048	1.036	98,9	1.033	98,6	1.030	98,3	1.026	97,9	1.016	96,9	1.029	98,2	1.032	98,5	929	88,6	1.036	98,9	1.027	98,0
Herzogtum Lauenburg	1.740	9,0	1.584	1.570	99,1	1.569	99,1	1.569	99,1	1.559	98,4	1.562	98,6	1.557	98,3	1.562	98,6	1.487	93,9	1.563	98,7	1.553	98,0
Nordfriesland	1.228	4,6	1.171	1.157	98,8	1.156	98,7	1.150	98,2	1.151	98,3	1.147	98,0	1.150	98,2	1.152	98,4	1.029	87,9	1.152	98,4	1.133	96,8
Ostholstein	1.547	5,2	1.466	1.457	99,4	1.459	99,5	1.454	99,2	1.454	99,2	1.453	99,1	1.456	99,3	1.451	99,0	1.425	97,2	1.452	99,0	1.429	97,5
Pinneberg	2.763	6,0	2.597	2.571	99,0	2.568	98,9	2.565	98,8	2.559	98,5	2.547	98,1	2.559	98,5	2.562	98,7	2.501	96,3	2.563	98,7	2.566	98,8
Plön	1.015	3,9	975	969	99,4	968	99,3	969	99,4	967	99,2	961	98,6	966	99,1	966	99,1	781	80,1	965	99,0	970	99,5
Rendsburg-Eckernförde	2.286	4,8	2.176	2.157	99,1	2.146	98,6	2.144	98,5	2.142	98,4	2.144	98,5	2.149	98,8	2.153	98,9	2.012	92,5	2.142	98,4	2.116	97,2
Schleswig-Flensburg	1.498	9,9	1.350	1.325	98,1	1.323	98,0	1.312	97,2	1.313	97,3	1.314	97,3	1.326	98,2	1.325	98,1	1.185	87,8	1.324	98,1	1.299	96,2
Segeberg	2.314	4,5	2.210	2.173	98,3	2.171	98,2	2.167	98,1	2.169	98,1	2.166	98,0	2.165	98,0	2.173	98,3	2.090	94,6	2.176	98,5	2.171	98,2
Steinburg	1.104	9,6	998	983	98,5	983	98,5	983	98,5	975	97,7	972	97,4	975	97,7	974	97,6	964	96,6	982	98,4	979	98,1
Stormarn	2.254	6,5	2.108	2.079	98,6	2.076	98,5	2.077	98,5	2.069	98,1	2.075	98,4	2.083	98,8	2.080	98,7	-	-	2.080	98,7	2.075	98,4
Dänischer Gesundheitsdienst																							
Schleswig-Holstein																							
2014/15	**23.776**	**7,1**	**22.094**	**21.744**	**98,4**	**21.718**	**98,3**	**21.673**	**98,1**	**21.633**	**97,9**	**21.594**	**97,7**	**21.677**	**98,1**	**21.689**	**98,2**	**18.329**	**91,7***	**21.668**	**98,1**	**21.462**	**97,1**
2013/14	19.819	7,6	18.309	18.002	98,3	17.995	98,3	17.943	98,0	17.862	97,6	17.796	97,2	17.772	97,1	17.829	97,4	14.142	86,5*	17.912	97,8	17.766	97,0
2012/13	22.212	6,5	20.773	20.456	98,5	20.431	98,4	20.358	98,0	20.243	97,4	20.143	97,0	20.088	96,7	19.863	95,6	12.513	60,2	20.304	97,7	20.178	97,1
2011/12	23.886	7,5	22.092	21.819	98,8	21.788	98,6	21.726	98,3	21.603	97,8	21.449	97,1	21.425	97,0	21.042	95,2	3.854	17,4	21.086	95,4	21.435	97,0
2010/11	25.106	7,6	23.199	22.923	98,8	22.872	98,6	22.805	98,3	22.675	97,7	22.528	97,1	22.473	96,9	22.095	95,2	-	-	21.330	91,9	22.401	96,6
2009/10	24.794	8,0	22.802	22.587	99,1	22.550	98,9	22.453	98,5	22.343	98,0	22.203	97,4	22.149	97,1	21.747	95,4	-	-	21.029	92,2	20.517	90,0
2008/09	25.871	7,9	23.839	23.450	98,4	23.400	98,2	23.351	98,0	23.218	97,4	23.040	96,6	22.981	96,4	22.610	94,8	-	-	21.774	91,3	20.956	87,9
2007/08	27.646	9,6	24.990	24.689	98,8	24.628	98,6	24.544	98,2	24.432	97,8	24.295	97,8	24.215	96,9	23.804	95,3	-	-	22.920	91,7	22.056	88,3
2006/07	28.398	9,6	25.669	25.371	98,8	25.333	98,7	25.259	98,4	25.140	97,9	24.975	97,3	24.913	97,1	24.440	95,2	-	-	23.411	91,2	22.419	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. der kreisfreien Stadt. bezogen auf die vorliegenden Vorsorgehefte (N) wieder. Die U7a wird seit dem 01.07. 2008 für Kinder von 3 Jahren angeboten.

* = N: 18.520 (Stormarn übermittelt über GU 3.58-Version keine U7a-Daten)

Tabelle 51 Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2014

Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein 2014

Stand 19. August 2015

Teilnehmer GA	4*		15**		2**			2*		
	Vorschule u. Kindergarten S0		Schulanfänger (ungefähr 6-jährig) S1		6. Klassen (ungefähr 12-jährig)			8. Klassen (ungefähr 15-jährig)S3		Gesamt
Auf ihren Impfschutz untersuchte Kinder	727		24.015		3.056			286		28.084
Davon haben kein Impfbuch vorgelegt	131		2.130		921			187		3.369
das Impfbuch vorgelegt	596		21.885		2.135			99		24.715
Response-Rate (%)	**82,0%**		**91,1%**		**69,9%**			**34,6%**		**88,0%**
Die Angaben in % beziehen sich auf die vorgelegten Impfbücher.										
Polio, Diphtherie, Tetanus, Pertussis	Grundim.*** 4X		Grundim.*** 4x	1. Boost. 5x	Grundim.*** 4X	1. Boost. 5x	2. Boost. 6x	Grundim.*** 4x	1. Boost. 5x	2. Boost. 6x
Polio-Impfung	565		20.650	307	2.023	725	30	91	59	5
%	**94,8%**		**94,4%**	**1,4%**	**94,8%**	**34,0%**	**1,4%**	**91,9%**	**59,6%**	**5,1%**
Diphtherie-Impfung	567		20.827	2.936	2.064	1.806	412	96	85	31
%	**95,1%**		**95,2%**	**13,4%**	**96,7%**	**84,6%**	**19,3%**	**97,0%**	**85,9%**	**31,3%**
Tetanus-Impfung	567		20.847	2.955	2.070	1.809	410	96	86	30
%	**95,1%**		**95,3%**	**13,5%**	**97,0%**	**84,7%**	**19,2%**	**97,0%**	**86,9%**	**30,3%**
Pertussis-Impfung	567		20.783	2.874	2.048	1.726	384	95	66	16
%	**95,1%**		**95,0%**	**13,1%**	**95,9%**	**80,8%**	**18,0%**	**96,0%**	**66,7%**	**16,2%**
MMR, Varizellen Hib, Hepatitis B Pneumokokken	1x 3x 1x	2x 4x 4x	1x 3x 1x	2x 4x 4x	1x 3x 1x	2x 4x 4x		1x 3x 1x	2x 4x 4x	
Masern-Impfung	577	550	21.162	20.604	2.092	2.036		97	93	
%	**96,8%**	**92,3%**	**96,7%**	**94,1%**	**98,0%**	**95,4%**		**98,0%**	**93,9%**	
Mumps-Impfung	576	549	21.113	20.566	2.090	2.034		97	92	
%	**96,6%**	**92,1%**	**96,5%**	**94,0%**	**97,9%**	**95,3%**		**98,0%**	**92,9%**	
Röteln-Impfung	576	549	21.108	20.562	2.089	2.032		97	92	
%	**96,6%**	**92,1%**	**96,4%**	**94,0%**	**97,8%**	**95,2%**		**98,0%**	**92,9%**	
Hib	583	553	21.001	20.451	2.021	1.933		97	86	
%	**97,8%**	**92,8%**	**96,0%**	**93,4%**	**94,7%**	**90,5%**		**98,0%**	**86,9%**	
Hepatitis B	575	542	20.454	19.619	2.036	1.863		92	20	
%	**96,5%**	**90,9%**	**93,5%**	**89,6%**	**95,4%**	**87,3%**		**92,9%**	**20,2%**	
Varicellen-Impfung	557	522	19.788	19.191	1.033	670		16	9	
%	**93,5%**	**87,6%**	**90,4%**	**87,7%**	**50,6%**	**31,4%**		**16,2%**	**9,1%**	
Pneumokokken-Impfung	558	491	17.090	14.999	327	101		1	0	
% ##	**93,6%**	**82,4%**	**90,5%**	**79,4%**	**15,3%**	**4,7%**		**1,0%**	**0,0%**	
Meningokokken-Impfung	546		16.902		1.423			54		
%(mind. 1x) ##	**91,6%**		**89,5%**		**66,7%**			**54,5%**		
HPV-Impfung (3x)								14	#	
%								**26,9%**		

*) selektierte Untersuchungen (Stichproben) in Vorschule, Kindergärten und 8. Klassen (nicht repräsentativ für Schleswig-Holstein).

**) Schulanfänger in allen Kreisen und kreisfreien Städten in Schl.-Holst. (außer dem Dänischen GD) (repräsentativ für Schleswig-Holstein);

6. Klassen: vollständige Erhebung in 2 Landkreisen. (Kreis Nordfriesland und Kreis Herzogtum Lauenburg);

***) für Grundimmunisierung gilt: 4x geimpft

#) HPV 3x geimpft von 2 Ämtern erfasst, Bezugsgröße ist 52

##) Pneumokokken und Meningokokken von 13 Ämtern erfasst, Bezugsgröße ist 18.893.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

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

KJÄD	Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
KMK	Kultusministerkonferenz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LAJ	Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnärzte
LIGA	Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen seit 2006 (vormals lögd)
lögd	Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen bis 2005 (jetzt LIGA)
LDSG	Schleswig-Holsteinisches Gesetz zum Schutz personenbezogener Informationen (Landesdatenschutzgesetz)
LK	Landkreis
LVO	Landesverordnung über die schulärztlichen Aufgaben
MenC	Meningokokken-Infektion (Meningitis) - Schutzimpfung gegen das Bakterium *NeisseriameningitidisSerotyp C*
Mikroprojäd	Erfassungssoftware "Mikroprojekt GmbH" (Mikroprojekt Jugendärztlicher Dienst)
mind.	mindestens
MMR	Schutzimpfung mit Kombinationsimpfstoff gegen Masern, Mumps und Röteln
MMR-V	Schutzimpfung gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen
Mo.	Monat
MASG	Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit
MSGWG	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung
N	Gesamtanzahl
n	Fallzahl
NF	Kreis Nordfriesland
NMS	Stadt Neumünster
NRW	Nordrhein-Westfalen
OD	Oldesloe, Kreis Stormarn
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
OH	Kreis Ostholstein
PI	Kreis Pinneberg
PLÖ	Kreis Plön
Polio	Schutzimpfung gegen Polioviren (Kinderlähmung)
RD	Kreis Rendsburg-Eckernförde
RKI	Robert Koch-Institut Berlin
RR	Relatives Risiko
RZ	Ratzeburg, Kreis Herzogtum Lauenburg
SchulG	Schleswig-Holsteinisches Schulgesetz (Schulgesetz)
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SE	Kreis Segeberg
SEU	Schuleingangsuntersuchung
SGB	Sozialgesetzbuch
SGU	SchulGesundheitsUntersuchungen
S-H	Schleswig-Holstein
SK	Stadtkreis
SL	Kreis Schleswig-Flensburg

SoFVO	Landesverordnung über Sonderpädagogische Förderung
SPRINT	Sprachintensivförderkurse für Kinder mit oder ohne Migrationsbiografie, die nur geringe oder keine Kenntnisse der deutschen Sprache haben
SPSS	SPSS Software “Statistical Package for the Social Sciences”, Version 20 http://www-01.ibm.com/software/analytics/spss/
STIKO	Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut
T oder Tet.	Tetanus - Schutzimpfung gegen das Bakterium Clostridiumtetani (Wundstarrkrampf)
Tab.	Tabelle
U1 bis U9	Früherkennungsuntersuchung (nach der Geburt bis 64. Lebensmonat)
UKSH	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
VEERS	Verfahren zur Erfassung von Entwicklungsauffälligkeiten im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung
ZA	Zahnarzt
ZÄD	Zahnärztlicher Dienst