

Impressum

Herausgeber: Kreis Nordfriesland • Der Landrat
Gesundheitsamt
© 2006 Kreis Nordfriesland

Redaktion: Dr. Jürgen Mulke
Dr. Konrad Holzapfel
Regina Ladzenski
Stand Dezember 2005

Auskünfte: Kreis Nordfriesland
Gesundheitsamt Husum
Regina Ladzenski
Damm 8 • 25813 Husum
Fon: 04841 / 8970-29 oder 8970-0
Fax: 04841 / 2476
e-mail: regina.ladzenski@nordfriesland.de

Dieser Bericht zur kommunalen Gesundheitsberichterstattung im
Kreis Nordfriesland ist auch im Internet abrufbar unter
www.nordfriesland.de/gesundheitsberichte



Vorwort

Seit Inkrafttreten des Gesundheitsdienstgesetzes zum 1. Februar 2002 sind die Kreise und kreisfreien Städte aufgefordert, in regelmäßigen Abständen Gesundheitsberichte zu erstellen. Nachdem wir als Gesundheitsamt unseres Kreises Nordfriesland 2004 erstmals einen Basisbericht über die gesundheitlichen und die mit Gesundheit zusammenhängenden sozialen Bedingungen in der Bevölkerung unseres Landkreises vorgelegt haben, erscheint nun ein Bericht mit den vom Jugendärztlichen Dienst unseres Hauses im Jahr 2003 bei den Schuleingangsuntersuchungen und zahnärztlichen Untersuchungen erhobenen Daten.

Im vorliegenden Bericht werden detailliert die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen des jugendärztlichen Dienstes sowie die Ergebnisse des jugendzahnärztlichen Dienstes vorgestellt. Die Gesundheit unserer Kinder stellt eine wesentliche Voraussetzung für eine gute Zukunft des Kreises dar. Gesunde Kinder ermöglichen gesellschaftlichen Wohlstand von morgen. Dies gilt insbesondere für unsere langsam überalternde Gesellschaft. Werden gesundheitliche Einschränkungen und Erkrankungen bei Kindern nicht rechtzeitig erkannt und behandelt, kann das weitreichende Folgen haben, die manchmal erst im Erwachsenenalter zum Tragen kommen.

Dafür, dass dieser Bericht unter den gegebenen engen personellen Ressourcen möglich wurde, danke ich den beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitsamtes, Frau Karhan, Leiterin des jugendärztlichen Dienstes und insbesondere Frau Regina Ladzenski und Herrn Dr. Holzapfel, die neben dem Tagesgeschäft als Grundlage für die gesundheitspolitische Diskussion im Kreisgebiet die Daten beschafft und aufbereitet haben.

Ich übergebe den zweiten Gesundheitsbericht des Kreises Nordfriesland hiermit der Öffentlichkeit, den Abgeordneten des Kreistages, Politikern und allen an verantwortlichen Stellen im Gesundheitsbereich Tätigen. Möge er zum Meinungs-austausch und zur weiteren Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse zum Wohle unserer Kinder beitragen.

Wir bitten schon im Voraus um Ihr Verständnis, dass die schwer übersetzbaren medizinischen Fachausdrücke im Glossar erläutert werden.

Husum, Dezember 2005

gez. Dr. Jürgen Mulke
Ltd. Kreismedizinaldirektor

Inhaltsverzeichnis

Vorwort		
1. Rahmenbedingungen der Gesundheitsberichterstattung		1
1.1. Rechtliche Grundlagen und Ziele		1
2. Bevölkerungsstruktur		2
2.1. Bevölkerung aufgeteilt nach Stadt/Amt/Gemeinde		2
Unterteilung nach Festland und Inseln		
2.1.1. Zusammensetzung der Altersstruktur der Bevölkerung		3
nach Geschlecht		
2.1.2. Nationalität der Ausländerinnen und Ausländer		4
3. Sozioökonomische Aspekte der Bevölkerung		5
3.1. Personen in Hilfe zum Lebensunterhalt		5
3.1.2. Behinderte Menschen		6
3.1.2.1. Schwerbehinderte Menschen, Altersstruktur		6
4. Inanspruchnahme von Angeboten und Leistungen des Gesundheitswesens		7
4.1. Jugendärztlicher Dienst		7
Kreis Nordfriesland/ Dänischer Gesundheitsdienst		
4.2. Durchgeführte Untersuchungen Kreis Nordfriesland		8
4.2.1. Einschüler Kreise/kreisfreie Städte/Schleswig-Holstein		9
4.3. Sozialdaten		11
4.3.1. Nationalität		11
4.3.2. Familiäre Herkunft		12
4.3.3. Muttersprache		13
4.3.4. Angaben zur Erziehung		14
4.3.5. Familienzusammensetzung und Haushaltsgröße		15
4.3.6. Geschwisterkinder		15
4.4. Relevante Befunde		17
4.4.1. Herabsetzung der Sehstärke		18
4.4.2. Herabsetzung des Hörvermögens		19
4.4.3. Körpergewicht/Übergewicht/Adipositas		20
4.4.4. Asthma		23
4.4.5. Ekzem		25
4.4.6. Allergie		26
4.4.7. Verhaltensauffälligkeiten		26
4.4.8. Koordinationsstörungen		29
4.4.9. Sprachstörungen		30

4.4.10	Verhalten, Koordination, Gewicht, Körperhaltung	32
4.4.11	Arztüberweisungen	32
4.4.12	Verknüpfung mit Sozialdaten	33
4.5.	Resümee	37
4.5.1.	Ziele	37
4.5.2.	Ausblick	37
4.6.	Vorsorgeuntersuchungen	39
4.6.1	Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen	39
4.7.	Veränderungen im Bereich schulärztlicher Untersuchungen	41
4.8.	8.Klasse Untersuchungen	41
4.8.1.	Erste Ergebnisse der 8.Klasse Untersuchungen	41
4.9.	Prävention durch Impfungen	42
4.9.1.	Inanspruchnahme von Impfungen	42
4.9.1.1	Keuchhusten	43
4.9.1.2.	Hepatitis B	44
4.9.2.	Durchimpfungsraten Kreis Nordfriesland/Schleswig-Holstein/Deutschland Kinderlähmung/Diphtherie/Tetanus/Masern/Mumps/Röteln/Hepatitis B	46
4.9.3.	Durchimpfungsraten in Kindergärten und Kindertagesstätten	47
4.10.	Jugendzahnärztlicher Dienst	48
4.10.1	Untersuchungsergebnisse	48
4.10.2	Untersuchungsergebnisse dänischer zahnärztlicher Dienst	49
4.10.3	Kreisarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege/Prophylaxe	50
4.10.4	Basisprophylaxe durch den dänischen zahnärztlichen Dienst	51
4.11.	Frühförderung	52
4.11.1	Frühe Hilfen	53
4.12.	Beratungsstelle Stiftung-Mutter-Kind im Gesundheitsamt Husum	53
4.13.	Elternschule	54
5. Glossar		55

1. Rahmenbedingungen der Gesundheitsberichterstattung (GBE)

1.1. Rechtliche Grundlagen und Ziele der kommunalen Gesundheitsberichterstattung

Die rechtliche Grundlage für die kommunale Gesundheitsberichterstattung in Schleswig-Holstein ergibt sich aus dem Gesundheitsdienstgesetz (GDG), das am 1. Februar 2002 in Kraft getreten ist. In § 6 werden die Kreise und kreisfreien Städte verpflichtet, in regelmäßigen Abständen epidemiologische Daten in Gesundheitsberichten unter Wahrung des Datenschutzes zu veröffentlichen.

Das allgemeine Ziel der GBE besteht darin, zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Lage und Versorgung der Bevölkerung beizutragen.

- Verbesserung der Zielgenauigkeit gesundheitspolitischer Maßnahmen durch planungs- und steuerungsrelevante Orientierungsdaten für Entscheidungsträger in Politik, Verwaltung und Gesundheitswesen (Effektivität und Effizienz des Ressourceneinsatzes im öffentlichen Gesundheitswesen).
- Motivierung von Entscheidungsträgern und Bürgern zu verstärktem Engagement für die Gesundheit der Bevölkerung (bevölkerungsmedizinische Gedanken "Public Health" als Handlungsempfehlungen für z.B. Politiker)
- Sachgerechte Information der Bürgerinnen und Bürger über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und ihre wesentlichen Bestimmungsfaktoren (Problem- und nutzerorientierte Gesundheitsberichterstattung als Informationsquelle im Gegensatz zu früheren reinen Landesstatistiken)

Durch die kommunale Gesundheitsberichterstattung wird ein Bericht zur Information, Orientierung, Motivation, Evaluation und Koordination eines gesundheitlichen Problems (themenspezifisch) oder der gesundheitlichen Lage (Basisbericht) für die Bürgerinnen und Bürger und für die Entscheidungsträger zusammengefasst.

2. Bevölkerungsstruktur

2.1. Bevölkerung Stadt/Amt Gemeinde

Tab. 1

Einwohner, Kreis Nordfriesland, aufgeteilt nach Stadt/Amt/Gemeinde 30.06.2003, 30.06.2004

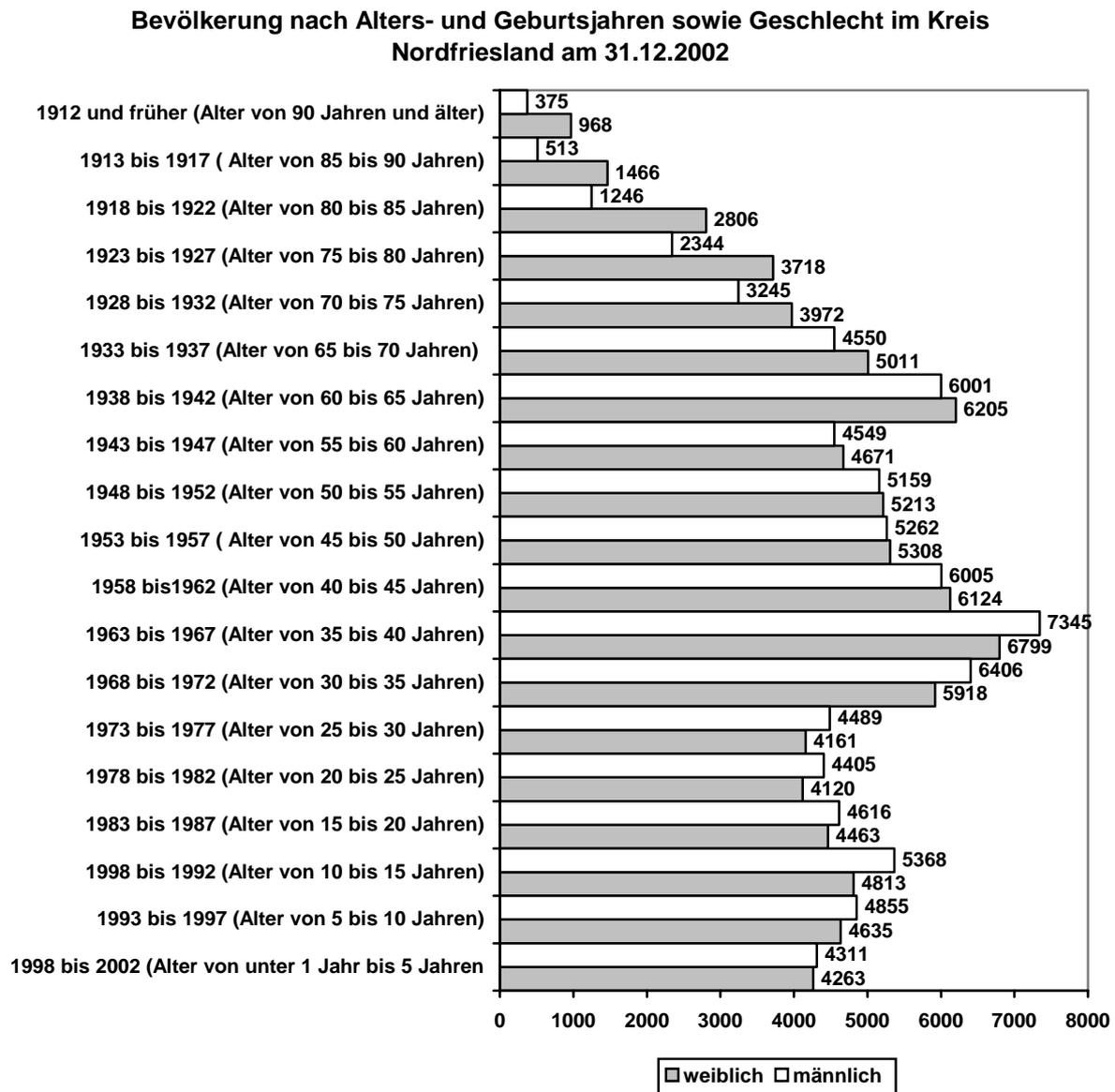
Stadt Amt Gemeinde	Einwohnerinnen/ Einwohner Gesamt am 30.06.2003	Einwohnerinnen/ Einwohner Gesamt am 30.06.2004
Stadt Bredstedt	5113	5088
Stadt Garding	2781	2708
Stadt Husum	20887	20881
Stadt Niebüll	8590	8753
Stadt Tönning	5034	5037
Gem. Leck	7631	7594
Gem. Reußenköge	363	367
Gem. St.Peter-Ording	4041	4085
Amt Bökingharde	6047	6067
Amt Bredstedt Land	9017	9089
Amt Eiderstedt	4912	4945
Amt/Stadt Friedrich- stadt	5909	5944
Amt Hattstedt	6310	6345
Amt Karrharde	7436	7519
Amt Nordstrand	2343	2322
Amt Stollberg	6064	6167
Amt Süderlügum	4492	4522
Amt Treene	12146	12168
Amt Viöl	9006	9129
Amt Wiedingharde	4531	4501
Gesamt Festland	132.653	133.231
Stadt Westerland	9036	8991
Stadt Wyk	4439	4405
Gem. List	2709	s. Amt Landschaft Sylt
Amt Amrum	2311	2278
Amt Föhr-Land	4264	4228
Amt Landschaft Sylt	9400	12089
Amt Pellworm	1395	1384
Gesamt Inseln	33.554	33.375
Gesamt Nordfriesland	166.207	166.606

Quelle: Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein 2003

Kommunalaufsicht, Ordnungsabteilung Kreis Nordfriesland, 2004

2.1.1. Bevölkerung am 31.12.2002 nach Alters- und Geburtsjahren im Kreis Nordfriesland

Abb. 1



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Kiel
 N gesamt= 165678, w=84634, m=81044

2.1.2. Nationalität der Ausländerrinnen und Ausländer in Nordfriesland

Tab. 2

Nationalität der Ausländerrinnen und Ausländer im Kreis Nordfriesland 2001, 2002, 2003 und 2004

Nationalität	31.12.2001	31.12.2002	31.12.2003	31.12.2004
Dänemark	661	644	657	650
Türkei	598	511	533	499
Jugoslawien ²⁾	488	432	401	390
Polen	408	409	424	395
Italien	274	280	258	234
Österreich	241	228	217	215
Vereinigte Staaten von Amerika	235	207	197	192
Russische Föderation	164	176	231	245
Irak	158	127	113	115
Großbritannien	158	156	155	152
Rumänien	111	110	108	86
Pakistan	110	98	92	78
Niederlande	95	98	102	104
Griechenland	87	90	79	70
Bosnien und Herzegowina	83	74	69	48
Kasachstan	74	73	74	80
Togo	70	73	79	83
Thailand	68	78	75	71
Vietnam	65	60	56	49
Schweiz	62	56	56	54
Frankreich	61	62	62	62
Armenien	59	60	62	56
Syrien, Arabische Republik	57	65	65	63
restliche Staaten ¹⁾	1372	1300	1354	1273
insgesamt	5759	5467	5519	5264

Quelle: Bundesverwaltungsamt – Ausländerzentralregister
31.12.2001/31.12.2002/31.12.2003, 31.12.2004 über Kommunalauflauf-
sicht und Ordnungsabteilung Kreis Nordfriesland

¹⁾restliche Staaten unter 56 Personen nicht differenziert

²⁾Jugoslawien jetzt Serbien-Montenegro

3. Sozioökonomische Aspekte der Bevölkerung

3.1. Personen in Hilfe zum Lebensunterhalt nach Geschlecht und Altersgruppe Kreis Nordfriesland, 2002 und 2003

Tab. 3

Alter von ...bis.. Jahren	2002			2003		
	Männlich	Weiblich	Insgesamt	Männlich	Weiblich	Insgesamt
unter 3	226	216	442	237	210	447
3 – 7	289	300	589	303	314	617
7 – 11	282	230	512	279	250	529
11 – 15	287	241	528	281	242	523
15 – 18	141	155	296	172	192	364
18 – 21	97	115	212	120	125	245
21 – 25	128	191	319	159	210	369
25 – 30	140	236	376	141	264	405
30 – 40	301	562	863	296	562	858
40 – 50	269	393	662	289	436	725
50 – 60	168	190	358	187	198	385
60 – 65	66	101	167	56	85	141
65 – 70	48	76	124	23	23	46
70 – 75	21	51	72	11	32	43
75 – 80	11	44	55	6	21	27
80 – 85	7	19	26	3	10	13
85 und älter	1	26	27	1	11	12
Gesamt	2482	3146	5628	2564	3185	5749
Durch- schnitts- alter	24,6	29,4	27,3	23,8	27,5	25,8

Quelle: Amt für Jugend, Familie und Soziales Kreis Nordfriesland Stala SOZ Bestand 2003 Tabelle E1.2 Blatt 20

3.1.2. Behinderte Menschen im Kreis Nordfriesland

Bestandsstatistik 2003

Behinderte Menschen mit GdB (Grad der Behinderung):

Behinderte Menschen mit GdB 20 = 2143

Behinderte Menschen mit GdB 30 = 3642

Behinderte Menschen mit GdB 40 = 1311

n= 7096

Quelle: Landesamt für soziale Dienste (LasD Schleswig-Holstein)

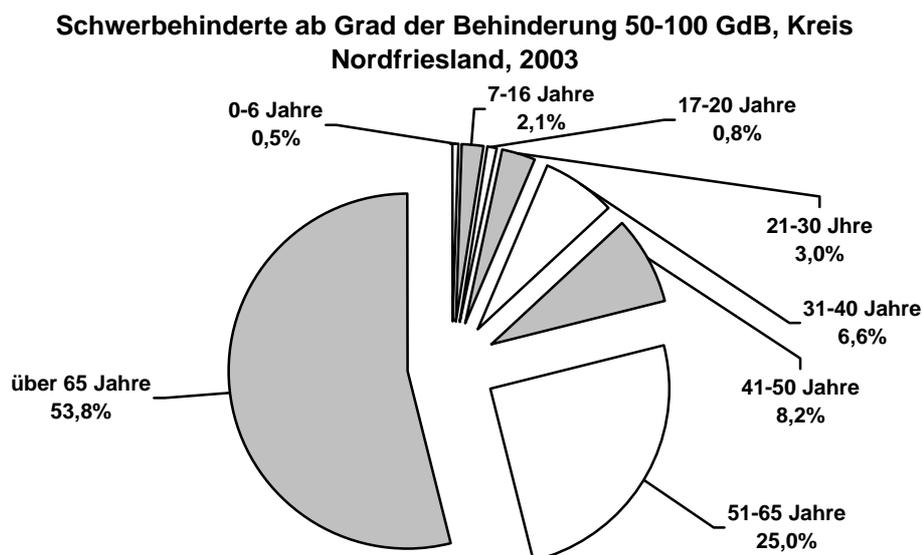
Tab. 4

3.1.2.1. Schwerbehinderung von 50 bis 100 GdB

Kreis Nordfriesland Schwerbehinderung ab 50 – 100 GdB								
Gesamt 2003	0-6 Jahre	7-16 Jahre	17-20 Jahre	21-30 Jahre	31-40 Jahre	41-50 Jahre	51-65 Jahre	über 65 Jahre
12572	66	259	106	372	824	1035	3147	6763

Quelle: Landesamt für soziale Dienste (LasD) Schleswig-Holstein, Stand 11/2003

Abb. 2



n= 12572

Quelle: Landesamt für soziale Dienste (LasD) Schleswig-Holstein

4. Inanspruchnahme von Angeboten und Leistungen des Gesundheitswesens

4.1. Jugendärztlicher Dienst Gesundheitsamt Husum

Im jugendärztlichen Dienst des öffentlichen Gesundheitswesens zeichnet sich in den letzten Jahren eine allgemeine Tendenz zur inhaltlichen Schwerpunktbildung ab. Sie zeichnet sich aus durch eine Abkehr von routinemäßigen Reihenuntersuchungen, die einen möglichst vollständigen körperlichen Befund abbilden sollen, hin zur gezielten Untersuchung von gesundheitlichen Störungen, die von größerer Relevanz sind. Diese Relevanz ergibt sich einerseits aus gesundheitspolitischen Gründen, z.B. bei Hochprävalenzerkrankungen und andererseits bei gesundheitlichen Befunden, die durch eine Intervention beeinflusst werden können. Dabei muss es sich in der Erhebung um besonders valide und gut standardisierte Daten handeln, damit Veränderungen über die Zeit gemessen werden können.

Seit dem Jahr 1999 erfolgt die wissenschaftliche Begleitung der Datenerhebung zur Schülersgesundheit in Schleswig Holstein durch die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck.

Seit dem Jahr 2001 wird verstärkt an der Erhebung von Sozialdaten gearbeitet. Jetzt besteht die Möglichkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst für Kinder- und Jugendliche des Landes Schleswig-Holstein soziale Lebensbedingungen für Kinder mit gesundheitlichen Ergebnissen zu verknüpfen.

Die Akzeptanz bei der Erfragung der Sozialdaten bei der Einschulungsuntersuchung war gut. Der Sozialdatenfragebogen wurde in umfangreichen Gesprächen und schriftlichem Austausch mit dem Datenschutzbeauftragten des Landes Schleswig-Holstein abgestimmt und schließlich genehmigt. Die Arbeitsgrundlage für die Schuleingangsuntersuchungen ist die Landesverordnung über die schulärztlichen Aufgaben vom 07.März 2003.

4.2. Im jugendärztlichen Dienst des Kreises Nordfriesland wurden im Jahr 2003 im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung durchgeführt:

1826	Schuleingangsuntersuchungen
------	-----------------------------

Quelle: jugendärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland GU checkup, 2003

Der Dänische Gesundheitsdienst (Dansk Sundhedstjeneste for Sydslevig) untersucht die Kinder, die in die dänischen Schulen gehen. Hier wurde im Kreis Nordfriesland wie folgt untersucht:

111	Schuleingangsuntersuchungen
-----	-----------------------------

Quelle: dänischer Gesundheitsdienst Kreis Nordfriesland GU checkup, 2003

Schuleingangsuntersuchungen

2003: 1937 Schuleingangsuntersuchungen wurden in Nordfriesland durchgeführt.

Gesundheitszustand der Schulanfängerinnen und Schulanfänger

Die sog. Schuleingangsuntersuchung, die vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter bei den Schulanfängerinnen und Schulanfängern in Schleswig-Holstein alljährlich durchgeführt werden, beinhalten u.a. die Erfassung der Körpergröße und des Gewichtes der Kinder, die Überprüfung ihrer Sprach-, Seh- und Hörfähigkeit sowie die Diagnose von chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Ferner werden seit 2002 bestimmte Sozialdaten abgefragt.

Die bei den Schuleingangsuntersuchungen erhobenen Gesundheits- und Sozialdaten werden für anonymisierte statistische Untersuchungen benötigt, um den Gesundheitszustand der Schulkinder in Nordfriesland zu dokumentieren.

Neben den schulzahnärztlichen Untersuchungen bilden die Schuleingangsuntersuchungen die einzige Erhebungsmöglichkeit von Gesundheitsdaten, bei denen eine Bevölkerungsgruppe (5-6-Jährige) vollständig erfasst wird. Für epidemiologische Analysen sind die Gesundheitsdaten der Schulanfängerinnen und Schulanfänger daher von besonders hoher Bedeutung.

Der jugendärztliche Dienst des Kreises Nordfriesland und der dänische Gesundheitsdienst haben 2003 insgesamt 1937 (2002= 1846) Einschülerinnen und Einschüler untersucht.

Hiervon sind 2003: 968 = 50 % (2002: 923 = 50 %) der Kinder weiblich
und 2003: 969 = 50 % (2002: 923 = 50 %) männlich

Geschlecht:

2003: 50 % der einzuschulenden Kinder sind weiblich, 50% männlich

4.2.1. Einschüler in Schleswig-Holstein, Kreise, kreisfreie Städte, Schuljahr 2003/04

Tab. 5

Einschüler in Schleswig-Holstein, Kreise, Kreisfreie Städte, Schuljahr 2003/04, pro 1000			
Kreisfreie Städte und Kreise	Bevölkerung am 30.06.2004 gesamt	Einschüler Schuljahr 2003/04	Pro 1000:
Flensburg, kreisfreie Stadt	85012	883	10,5
Kiel, kreisfreie Stadt	232613	1858	8,1
Lübeck, kreisfreie Stadt	212198	1999	9,5
Neumünster, kreisfreie Stadt	79269	825	10,5
Dithmarschen, Kreis	137451	1627	12,0
Herzogtum Lauenburg, Kreis	184181	2196	12,1
Nordfriesland, Kreis	166207	1937	11,8
Ostholstein, Kreis	204977	2069	10,2
Pinneberg, Kreis	295930	3294	11,3
Plön, Kreis	134745	1367	10,2
Rendsburg-Eckernförder, Kreis	272742	3239	12,0
Schleswig-Flensburg, Kreis	199359	2399	12,2
Segeberg, Kreis	254746	3004	11,9
Steinburg, Kreis	136741	1612	11,9
Stormarn, Kreis	221282	2415	11,0
Schleswig-Holstein	2817453	30724	11,0

Quelle: aus dem Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003

Statistisches Landesamt für Hamburg und Schleswig-Holstein, www.statistik-nord.de, 2004

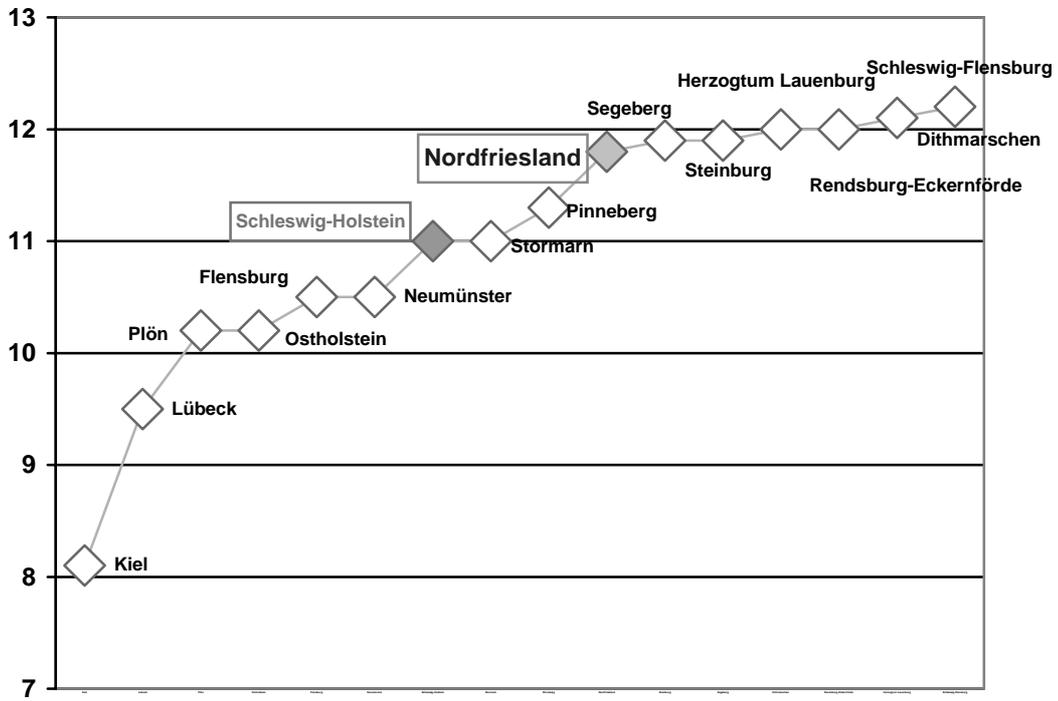
Entwicklung der erstmals zur schulärztlich vorgestellten Kinder in Schleswig Holstein von 1999 bis 2003:

Die demographischen Veränderungen in unserem Lande entsprechen dem bundesweiten Trend. Während die Zahl der erstmals zur schulärztlichen Untersuchung vorgestellten Kinder im Jahr 1999 noch 30.827 betrug, ging diese Zahl im Jahr 2000 und 2001 zurück und stieg in 2002 wieder leicht an auf 29.384, im Jahr 2003 auf 30.724 und erreicht somit die Größenordnung von 1999. Der Wiederanstieg entspricht dem allgemeinen Bevölkerungsanstieg seit Ende der 90er Jahre im Land Schleswig-Holstein, nicht einer steigenden Geburtenrate. Die Kreise und kreisfreien Städte sind in unterschiedlichem Maß von dem Alterungsprozess der Gesellschaft betroffen, was am Anteil der Einschüler pro 1.000 Einwohner aufgezeigt werden kann. Der Anteil der Kinder ist in den größten Städten Lübeck und Kiel besonders gering.

Quelle: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003

Abb. 3

Anzahl Einschüler pro 1000 Einwohner in Schleswig-Holstein, unterteilt nach kreisfreien Städten und Kreisen/ Stand 30.06.2003



Quelle: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein 2003

4.3. Sozialdaten

4.3.1. Nationalität der Eltern der Einschülerinnen und Einschüler

Seit 2002 wird das erstmalig die Nationalität der Eltern bei den Einschülerinnen und Einschülern abgefragt. Bei dem überwiegenden Teil der Eltern der einzuschulenden Kinder ist die Nationalität Deutsch.

Tab. 6

Nationalität der Eltern bei Einschülerinnen und Einschülern 2003 im Kreis Nordfriesland

	Mutter 2003 n= 1925	Vater 2003 n= 1868
Deutschland	92,6% (1783)	92,7 % (1732)
Osteuropa und ehemaliger Ostblock	2,5% (48)	2,6% (49)
Balkan und Südeuropa (nicht EU)	0,9% (17)	0,9% (17)
Türkei	0,9% (18)	1,0% (18)
EU Mittel- und Nordeuropa	0,9% (18)	0,8% (15)
Asien	0,8% (15)	0,5% (10)
Arabien und Nordafrika	0,6% (11)	0,8% (15)
Andere(USA, Kanada, Australien, Neuseeland, Mittel- und Südamerika, Schwarzafrika(Subsahara), Ozeanien)	0,8% (15)	0,6% (12)
Keine Angabe	0,6% (12) n= 1937	3,6% (69) n= 1937

Quelle: jugendärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland und dänischer Gesundheitsdienst, GU checkup 2003

Nationalität

Kreis Nordfriesland:

2003: 92,6 % der Mütter und 92,7 % der Väter haben die Nationalität Deutsch.

Schleswig-Holstein gesamt*:

2003: 87,7 % der Mütter und 86,9 % der Väter haben die Nationalität Deutsch.

*Quelle: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003 ohne Plön und Rendsburg-Eckernförde

Da diese Zahlen im jugendärztlichen Dienst des Kreises Nordfriesland und im Dänischen Gesundheitsdienst erst ab 2002 erhoben werden, können zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Vergleiche zur Entwicklung dieser Zahlen gezogen werden, dies wird erst in den kommenden Jahren möglich sein.

4.3.2. Familiäre Herkunft, Übersicht kreisfreie Städte und Kreise in Schleswig-Holstein, 2003

Die Bildung einer familiären Herkunft aus der Angabe der Mutter und des Vaters:
 deutscher Herkunft = beide Eltern sind Mitbürger deutscher Herkunft
 binationaler Herkunft = ein Elternteil ist Mitbürger deutscher Herkunft, der andere Elternteil ist Mitbürger nichtdeutscher Herkunft
 nichtdeutscher Herkunft = beide Eltern sind Mitbürger nichtdeutscher Herkunft

Tab. 7

Familiäre Herkunft, Übersicht kreisfreie Städte und Kreise in Schleswig-Holstein 2003						
	Deutscher Herkunft		Binationaler Herkunft		Nicht deutscher Herkunft	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Flensburg	532	74,8	62	8,7	117	16,5
Kiel	1316	79,7	154	9,3	181	11,0
Lübeck	1169	83,9	97	7,0	128	9,2
Neumünster	625	83,0	73	9,7	55	7,3
Dithmarschen	1464	90,6	72	4,5	80	5,0
Herzogtum Lauenburg	1858	88,6	109	5,2	130	6,2
Nordfriesland	1600	92,1	56	3,2	82	4,7
Ostholstein	1813	90,7	98	4,9	89	4,5
Pinneberg	2559	82,8	277	9,0	256	8,3
Plön ¹⁾	-	-	-	-	-	-
Rendsburg-Eckernförde ¹⁾	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Flensburg	2063	92,1	78	3,5	98	4,4
Segeberg	2566	87,5	174	5,9	194	6,6
Steinburg	1390	90,3	83	5,4	66	4,3
Stormarn	1935	84,4	170	7,4	188	8,2
Dänischer Gesundheitsdienst	384	85,1	59	13,1	8	1,8
Schleswig-Holstein	21274	86,8	1562	6,4	1672	6,8

n=24808

Quelle Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003

¹⁾ fehlende Werte, die aus den Berechnungen ausgeschlossen wurden

4.3.3. Muttersprache des Kindes

Bei der Einschulungsuntersuchung werden die Eltern gebeten, die Sprache anzugeben, die ihr Kind vorwiegend zu Hause spricht (Muttersprache). Diese Erhebung erfolgte im jugendärztlichen Dienst erstmalig ab 2002.

Tab. 8

Sprache, die zum Zeitpunkt der Einschulung gesprochen wird, gesamt

Kreis Nordfriesland	
	2003
Deutsch	98% (1897)
Sprache des Herkunftslandes	1,8% (34)
Andere	0,2% (4)
Gesamt	100% n= 1935*

*zwei Datensätze konnten statistisch nicht ausgewertet werden

Quelle: jugendärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland und dänischer Gesundheitsdienst, GU checkup 2003

Tab. 9

Muttersprache, die zum Zeitpunkt der Einschulung gesprochen wird, aufgeteilt nach Geschlecht

	Weiblich 2003	Männlich 2003
Deutsch	98,2% (950)	97,8% (947)
Sprache des Herkunftslandes	1,6% (15)	2,0% (19)
Andere	0,1% (2)	0,2% (2)
Gesamt	100% n=967*	100% n= 968*

*bei den Mädchen und den Jungen konnte jeweils ein Datensatz nicht statistisch ausgewertet werden

Quelle: jugendärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland und dänischer Gesundheitsdienst, GU checkup 2003

Da diese Daten erst ab 2002 erhoben werden, muss man abwarten, wie die Entwicklung in diesem Bereich verläuft.

Muttersprache, die zum Zeitpunkt der Einschulung gesprochen wird

Kreis Nordfriesland:

2003: 98 % der einzuschulenden Kinder sprechen die deutsche Sprache

Schleswig-Holstein gesamt*¹⁾:

2003: 93,3 % der einzuschulenden Kinder sprechen als Muttersprache deutsch.

Quelle: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003

¹⁾ ohne Plön und Rendsburg-Eckernförde

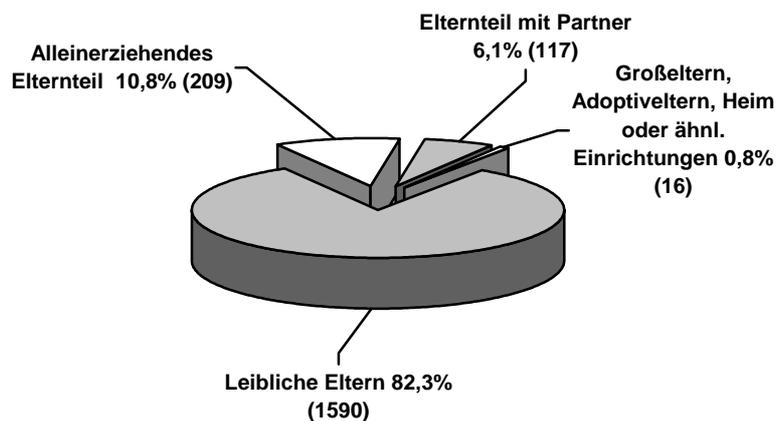
4.3.4. Angaben zur Erziehung zum Zeitpunkt der Einschulung

Ebenfalls erstmals seit 2002 werden zur Einschulungsuntersuchung die Daten im Hinblick auf die Erziehung bei der Einschulung erfasst, d.h. die Eltern werden auf einem Fragebogen und dann auch im Gespräch mit der Schulärztin befragt. Diese Angaben sind freiwillig.

Die Fragestellung lautet: wächst das einzuschulende Kind zum Zeitpunkt der Einschulung

1. bei beiden leiblichen Eltern,
 2. oder bei einem alleinerziehenden Elternteil,
 3. oder bei einem Elternteil mit neuem Partner oder
 4. bei Großeltern, Adoptiveltern, Heim oder ähnlichen Einrichtungen.
- auf.

Abb. 4



n= 1932

Quelle: jugendärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland und dänischer Gesundheitsdienst, GU checkup, 2003

Da diese Zahlen erstmalig 2002 im jugendärztlichen Dienst des Kreises Nordfriesland und im Dänischen Gesundheitsdienst erfasst wurden, ist ein Vergleich erst in den kommenden Jahren möglich.

4.3.5. Vergleich Familienzusammensetzung und Haushaltgröße Kreis Nordfriesland/Schleswig-Holstein 2003

Tab. 10

Einzuschulendes Kind lebt bei	Kreis Nordfriesland 2003 n= 1932	Schleswig-Holstein 2003* n= 25516
beiden leiblichen Eltern	82,3%	81,1%
Alleinerziehende/r	10,8%	12,7%
Elternteil mit Partner	6,1%	5,3%
Groß- Pflege- Adoptiveltern oder andere	0,8%	0,9%

Quelle: jugendärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland und dänischer Gesundheitsdienst, GU checkup 2003

*Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003, ohne Plön und Rendsburg-Eckernförde

Erziehung

Kreis Nordfriesland

2003 82,3 % der einzuschulenden Kinder lebten zum Zeitpunkt der Einschulung bei den leiblichen Eltern.

Schleswig-Holstein gesamt*:

2003: 81,1 % der einzuschulenden Kinder leben zum Zeitpunkt der Einschulung bei den leiblichen Eltern.

*Quelle: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003

4.3.6. Kinder, die zum Zeitpunkt der Einschulung 2003 in der Familie leben

Kinder, die einschließlich der Geschwisterkinder im Haushalt leben zum Zeitpunkt der Einschulung

Da auch diese Zahlen der Kinder, die im Haushalt leben erst seit 2002 durch den jugendärztlichen Dienst des Kreises Nordfriesland und des dänischen Gesundheitsdienstes erhoben werden, werden Abweichungen sicherlich durch die statistische Erfassung über einen längeren Zeitraum zu erkennen sein.

Anzahl der Kinder, die im Haushalt leben zum Zeitpunkt der Einschulung Vergleich Kreis Nordfriesland /Schleswig Holstein 2003

Tab. 11

	Kreis Nordfriesland 2003 n= 1905	Schleswig-Holstein * 2003 n=10243
Einzelkind	16,7%	20,2%
1 Geschwister	48,9%	48,6%
2 Geschwister	22,7%	21,1%
3 Geschwister	7,6%	6,8%
4 und mehr Geschwister	4,1%	3,3 %

*Anzahl der Geschwister ist eine freiwillige Erhebung, nicht alle kreisfreien Städte und Kreise haben die Daten erhoben
Quelle: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein 2003, jugendärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland und dänischer Gesundheitsdienst, GU checkup 2003

Kinder, einschließlich der Geschwisterkinder, die zum Zeitpunkt der Einschulung im Haushalt leben

Kreis Nordfriesland:

2003: In 48,9 % der Haushalte leben 2 Kinder.

Schleswig-Holstein gesamt*:

2003: In 48,6 % der Haushalte leben 2 Kinder.

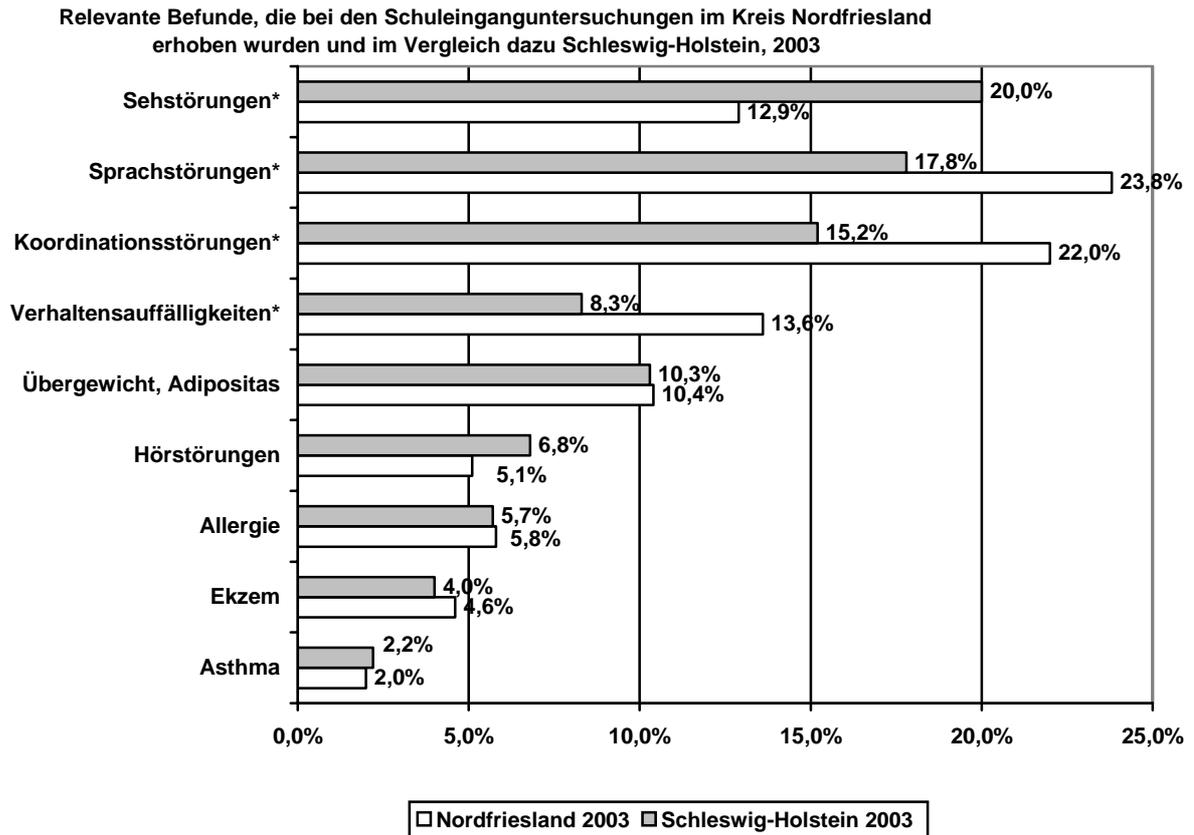
* bei ca. 1/3 der Einschülerinnen und Einschüler wird diese Angabe auf freiwilliger Basis erhoben. 48,6 % ist eine Hochrechnung

*Quelle: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003

4.4. Relevante Befunde gesundheitlicher Beeinträchtigungen

Von der Bandbreite der bei den Schuleingangsuntersuchungen erhobenen Befunde werden nachfolgend nur Befunde dargestellt, die auf Grund der Häufigkeit ihres Auftretens eine bestimmte epidemiologische und/oder gesundheitspolitische Relevanz besitzen.

Abb. 5



Quelle: jugendärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland und dänischer Gesundheitsdienst, GU checkup, 2003, *ohne dänischen Gesundheitsdienst

Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein 2003

*Anmerkung: Bei den Diagnosen Sprachstörungen, Koordinationsstörungen und Verhaltensstörungen sowie Sehstörungen sind auch in den einzelnen Kreisen größere Schwankungen in der Zahl der erhobenen Befunde festgestellt worden. Da besonders für die Bereiche Sprachstörungen, Koordinationsstörungen und Verhaltensstörungen insgesamt der Trend eines stetigen Anstieges zu beobachten ist, wird für die Einschulungswelle 2006 mit neuen Standarddefinitionen gearbeitet um sehr differenzierte Aussagen insbesondere über diese Bereiche machen zu können.

Einzelne Diagnosen:

4.4.1. Herabsetzung der Sehstärke

Eine Überweisung zum Augenarzt erfolgte , wenn Kinder im Fernvisustest auf einem oder beiden Augen weniger als 1,0 erkennen.

Von 1937 Einschüler/Innen im Kreis Nordfriesland konnte bei 1929 Kindern ein Sehtest gemacht werden. Bei 8 Kindern konnte eine Überprüfung der Sehfähigkeit nicht erfolgen, da sie aufgrund von Verweigerung oder durch geistige und/oder körperliche Behinderung dazu nicht in der Lage waren.

Im Jahr 2003 wurde bei 248 (12,9 %) einzuschulenden Kindern eine Herabsetzung der Sehstärke diagnostiziert. Hiervon waren 134 Mädchen (13,9 %) n= 966 und 114 Jungen (11,8 %) n= 963.

119 Kinder waren bereits in Behandlung (6,2 %), bei 129 Kindern (6,7 %) wurde zur weiteren diagnostischen Abklärung eine Vorstellung beim Augenarzt empfohlen.

Herabsetzung der Sehstärke

Kreis Nordfriesland:

2003: Bei 12,9 % der Einschülerinnen und Einschüler wurde eine Herabsetzung der Sehstärke festgestellt und ggf. einer weiteren diagnostischen Abklärung zugeführt.

Schleswig-Holstein gesamt*:

2003: Bei 20 % der Einschülerinnen und Einschüler wurde eine Herabsetzung der Sehschärfe diagnostisiert und ggf. einer weiteren diagnostischen Abklärung zugeführt.

Ca. die Hälfte der Gesundheitsstörungen des Sehens werden von den Ärztinnen und Ärzten des Kinder- und jugendärztlichen Dienstes erstmals erhoben und bedürfen einer erneuten fachärztlichen Untersuchung

*Quelle: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003

In der Einschulungswelle 2006 werden die Standarddefinitionen für die Befunderhebung einer Herabsetzung der Sehstärke geändert.

4.4.2. Herabsetzung des Hörvermögens

Definition laut jugendärztlichem Dienst Schleswig Holstein:

Kinder, die bei Untersuchung mit einem Audiometer (Hörtestgerät) unter Benutzung von Kopfhörern mit Schallschutzkappen bei einer Lautstärke von 30dB mindestens zwei der Frequenzen (250),500,1000,2000,4000 und 6000Hz, auf einem Ohr oder beiden Ohren nicht wahrnehmen.

Wenn die Fähigkeit zur Wahrnehmung von Frequenzen im Umfange des normalen Frequenzbereiches des Ohres eingeschränkt ist, liegt eine Hörstörung vor.

Eine Hörstörung wurde 2003 bei 98 (5,1 %) der Einschülerinnen und Einschüler diagnostiziert. Insgesamt konnte bei 1928 Kindern ein Hörtest durchgeführt werden, bei 9 Einschülerinnen und Einschülern war ein Hörtest aufgrund von Verweigerung oder geistiger und/oder körperlicher Behinderung nicht möglich.

Der Anteil der Jungen lag bei 4,6 %(44) n= 963, der Anteil der Mädchen bei 5,6 % (54) n= 965.

17 (0,9 %) Kinder waren bereits in Behandlung, bei 81 (4,2 %) der einzuschulenden Kinder wurde eine Vorstellung beim HNO-Arzt zur weiteren diagnostischen Abklärung empfohlen.

Herabsetzung des Hörvermögens

Kreis Nordfriesland:

2003: Bei 5,1% der einzuschulenden Kinder wurde eine Hörstörung festgestellt und ggf. einer weiteren diagnostischen Abklärung zugeführt.

Schleswig-Holstein gesamt*:

Bei 6,8 % der einzuschulenden Kinder wurde eine Herabsetzung des Hörvermögens diagnostiziert und ggf. einer weiteren diagnostischen Abklärung zugeführt.

Etwa 50% der Gesundheitsstörungen des Hörens werden von den Ärztinnen und Ärzten des Kinder- und jugendärztlichen Dienstes erstmals erhoben und bedürfen einer erneuten fachärztlichen Untersuchung

*Quelle: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003

Schon geringe, auch einseitige Hörstörungen können den Schulerfolg gefährden und auch Einfluss auf die Sprachentwicklung haben.

4.4.3. Körpergewicht

Adipositas/Übergewicht

(aus dem Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein 2003)

Die Bewertung des BMI (Body-Mass-Index) bei der Schuleingangsuntersuchung in Schleswig-Holstein orientiert sich an den Referenzwerten der deutschen Adipositasgesellschaft aus dem Jahr 2000*. 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 Kindern und adipösen Kindern gilt es auch unterschiedliche Referenzwerte und Grenzwerte zu berücksichtigen.

Unterschiedliche Grenzwerte ergeben sich unter anderem aus Alter und Geschlecht. Der BMI errechnet sich aus Körpergewicht (in Kilogramm) geteilt durch Körpergröße mal Körpergröße (in Metern). $BMI = \frac{kg}{m^2}$.

Es wurden die BMI-Werte mit den Perzentilen nach Kromeyer-Hauschild (Referenzwerte) für jedes Kind nach Alter und Geschlecht verglichen und zeigte 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 um eine klinische Festlegung, die impliziert, dass Kinder zwischen der 90. und 97. Perzentile bereits ein erhöhtes gesundheitliches Risiko für die Entwicklung adipositas-assoziiertes Folgeerkrankungen haben (auch wenn sie zum Zeitpunkt der Untersuchung noch gesund sind) und dass bei Adipositas (über der 97. Perzentile) eine Störung mit Krankheitsrisiko vorliegt. Dies spiegelt sich auch im Leistungskatalog der Krankenkassen wieder, die Präventionsleistungen für die übergewichtigen Kinder im Settingansatz mitfinanziert, für adipöse Kinder aber individuelle Rehabilitationsmaßnahmen nach § 43 SGB V geregelt werden.

Da der BMI für Jungen und Mädchen unterschiedlich ist, erfolgt eine Darstellung in getrennten Tabellen.

Tab. 12

Verteilung der Mädchen bei der Schuleingangsuntersuchung in Unter-, Normal-, Übergewicht und vorliegender Adipositas Kreis Nordfriesland im Vergleich zu Schleswig-Holstein 2003

Body Maß Index (BMI) bei Mädchen	Unter 10er Perzentile	Zwischen 10er und 90er Perzentile	Zwischen 90er und 97er Perzentile	Oberhalb 97er Perzentile
	Untergewichtig	normalgewichtig	übergewichtig	adipös
Kreis Nordfriesland*	13,0%	76,2%	6,4%	4,3%
Schleswig-Holstein	10,7%	78,6%	6,5%	4,2%

*ohne Dänischen Gesundheitsdienst, Schleswig-Holstein n= 13872

Tab. 13

Verteilung der Jungen bei der Schuleingangsuntersuchung in Unter-, Normal-, Übergewicht und vorliegender Adipositas Kreis Nordfriesland im Vergleich zu Schleswig-Holstein 2003

Body Mass Index (BMI) bei Jungen	Unter 10er Perzentile	Zwischen 10er und 90er Perzentile	Zwischen 90er und 97er Perzentile	Oberhalb 97er Perzentile
	Untergewichtig	normalgewichtig	übergewichtig	adipös
Kreis Nordfriesland*	12,5%	77,6%	5,0%	5,0%
Schleswig-Holstein	11,1%	79,0%	5,4%	4,5%

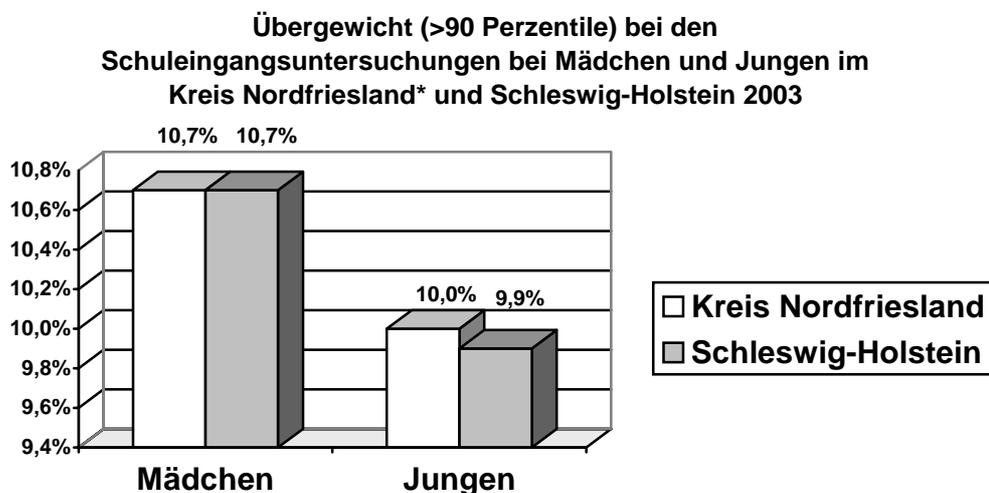
*ohne Dänischen Gesundheitsdienst, Schleswig-Holstein n= 14852

Es gibt starke Unterschiede in den Adipositasraten der einzelnen Kreise und kreisfreien Städte. Hier macht sich der Bildungsstand der Eltern und auch die Herkunft der Familie bemerkbar.

Soziodemographische Daten wie Bildungsstand und Herkunft der Familie können einen Teil der Variation erklären. Mädchen und Jungen bei der Schuleingangsuntersuchung mit BMI-Werten oberhalb der 90er Perzentile kommen seltener aus Familien mit hohem Bildungsniveau und häufiger aus Familien mit niedrigem Bildungsniveau. Auffällig ist auch der Zusammenhang von Herkunft der Familie und deutlich höherem Anteil nichtdeutscher Familien bei adipösen Kindern. Die Berechnungen zeigen, dass Bildung und ethnische Herkunft zwar eine Rolle spielen, aber sicherlich nicht überbewertet werden dürfen. Die beiden Faktoren erklären nur zu 1% den tatsächlich gemessenen BMI eines Kindes. Von zentraler Bedeutung ist selbstverständlich die positive Energiebilanz durch zu hohe Kalorienzufuhr und gleichzeitig geringem Kalorienverbrauch bei geringer körperlicher Aktivität bei allen betroffenen Kindern.

Die Daten weisen darauf hin, dass auch Settingansätze in der Prävention von Übergewicht und Adipositas auf einer sehr genauen regionalen Analyse beruhen müssen, um erfolgreich zu sein. Die Adressaten werden häufig Familien mit Migrationshintergrund und einem sehr unterschiedlichen Bildungsstand sein. Wenn sich Programme nur an kulturellen Normen deutscher Familien orientieren, werden sie die Hauptzielgruppe verfehlen. Auch dürfte das Problembewusstsein je nach kulturellem Hintergrund sehr unterschiedlich sein, ebenso die Erreichbarkeit der Eltern über die deutsche Sprache. Insofern sind auch Analysen zum Zugang und zu Barrieren der gesellschaftlichen Teilhabe sowohl bei Migrantenfamilien als auch bildungsfernen Familien notwendig.

Abb. 6



*ohne dänischen Gesundheitsdienst

Schleswig-Holstein n= 28724

Quelle: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003

Übergewicht/Adipositas

Nordfriesland*

2003: 10,7% der Mädchen und 10 % der Jungen sind übergewichtig, davon sind bereits 4,3% der Mädchen und 5,0 % der Jungen adipös.

*ohne dänischen Gesundheitsdienst, die Zahlen vom dänischen Gesundheitsdienst sind in Gesamt-Schleswig-Holstein enthalten

Schleswig-Holstein:

2003: 10,7 % der Mädchen und 9,9% der Jungen sind übergewichtig, davon sind 4,2% der Mädchen und 4,5% der Jungen bereits adipös.

*Quelle: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003

Übergewicht entsteht durch übermäßige Zunahme des Fettgewebes. Im Kindesalter kann die Anzahl der Fettzellen noch auf das drei- bis fünffache der Norm ansteigen. Diese Zahl lässt sich später nicht mehr reduzieren, so dass die Gefahr sehr hoch ist, dass übergewichtige Kinder auch als Erwachsene fettleibig sind. Bekannt ist auch, dass viele weit verbreitete chronische Erkrankungen im Erwachsenenalter, wie z.B. Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislaufkrankungen, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Gicht und vieles mehr in der Adipositas ihren Ursprung bzw. ihren Auslöser haben. Diese Erkrankungen führen nicht nur zu großem individuellem Leid, sondern stellen auch ein enormes Kostenproblem im Gesundheitssystem dar. Übergewicht ist bei Kindern übergewichtiger Eltern deutlich höher, was zum einen auf eine genetische Prädisposition, zum anderen auf erlernte Verhaltensmuster schließen lässt. Hier spielt nicht nur die Über- und Fehlernährung eine Rolle, sondern auch der zunehmende Bewegungsmangel, der nicht nur wie oben beschrieben, zu Koordinationsstörungen, sondern auch zu Übergewicht führen kann. Häufig wird

auch bereits im Kindesalter versucht, psychischen Stress und Probleme, Spannungen in der Familie und Schule mit Hilfe von Essen zu kompensieren. Auch im Kreis Nordfriesland, können wir die zunehmende Prävalenz der Adipositas bereits im Kindesalter statistisch bestätigen.

Zur erfolgreichen Behandlung von Übergewicht bei Kindern kommt es weniger auf besondere Diäten an, sondern auf eine sinnvolle Umstellung der Essgewohnheiten der Familie. Zusätzlich muss sichergestellt werden, dass die Kinder sich ausreichend bewegen. Spielerische Aktivitäten im Freien, Dauersportarten und Sporttraining im Verein können diesbezüglich hilfreich sein. Bei Kindern mit starken Gewichtsproblemen (Adipositas) sind Gruppentherapien angeraten, bei denen unter fachlicher Anleitung ein verändertes Essverhalten in Kombination mit sinnvollem Spiel eingeübt werden.

Quelle: jugendärztlicher Dienst, Gesundheitsamt Husum, Kreis Nordfriesland

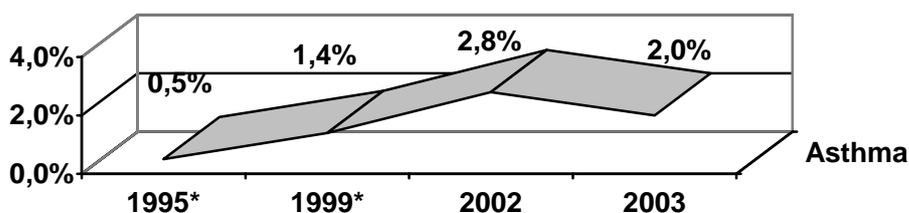
4.4.4. Asthma bronchiale

Eine häufig vorkommende chronische Erkrankung im Kindesalter ist das Asthma bronchiale und zeigt sich dann vorwiegend anfallsweise in Form von einengenden Atembeschwerden. Die Ursache ist oft eine Überempfindlichkeit gegenüber Allergenen aus der Umwelt, z.B. Blütenpollen, Hausstaubmilben oder Tierhaaren. Ferner können Auslöser auch Virusinfektionen der Atemwege, Belastungen durch Sport sowie Luftschadstoffe und kalte Luft sein. Eine medikamentöse Behandlung kann hilfreich sein um die Bewegungsfreiheit in Schule, Familie und Freizeit so wenig wie möglich einzuschränken.

Der Befund Asthma wurde 2003 bei 38 (2,0 %) der Einschülerinnen und Einschüler erhoben. Vergleicht man den Befund Asthma mit den Zahlen ab 1995 = 0,5%, (1999 = 1,5%) ist ein Ansteigen der Zahlen zu sehen.

Abb. 7

Asthma bei Einschülerinnen und Einschülern im Vergleich der letzten Jahre im Kreis Nordfriesland



* ohne dänischen Gesundheitsdienst

Quelle: jugendärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland und dänischer Gesundheitsdienst, GU checkup, 2002 und 2003

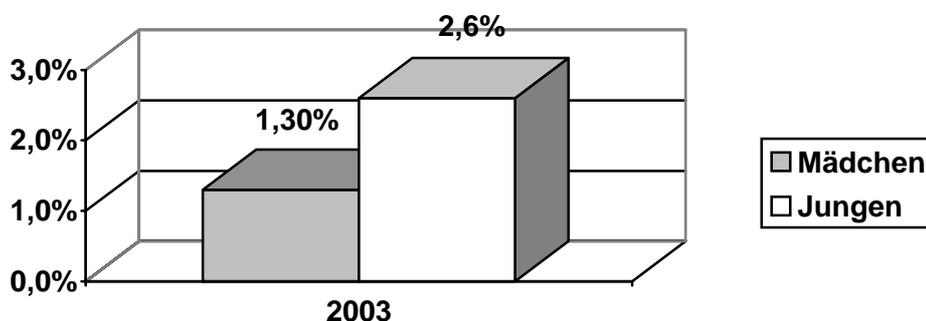
Asthma bronchiale kommt bei Jungen ungefähr doppelt so häufig vor wie bei Mädchen.

2003: Jungen 2,6 % (25) n= 969, Mädchen 1,3 % (13) n=968, auch in Schleswig-Holstein ist die Zahl der Jungen mit Asthma bronchiale deutlich höher, als die Zahl der Mädchen bei denen ein Asthma bronchiale besteht.

Es ist noch nicht ausreichend erforscht warum Jungen häufiger als Mädchen an Asthma bronchiale erkranken.

Abb. 8

Befund Asthma bei den Einschülerinnen und Einschülern 2003 im Kreis Nordfriesland, aufgeteilt nach Geschlecht



Quelle: jugendärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland und dänischer Gesundheitsdienst, GU checkup 2003

Asthma

Kreis Nordfriesland:

2003: Bei 2,0 % der Einschülerinnen und Einschüler wurde der Befund Asthma erhoben.

Schleswig: Holstein gesamt*:

2003: 2,2 % der 6 bis 7jährigen leiden an Asthma bronchiale.

Diese Angabe ist nach epidemiologischen Untersuchungen sehr plausibel. Schätzungen zur Häufigkeit des Asthma bronchiale gehen von 2-5% asthmakranker Kinder in Deutschland aus. Der Häufigkeitsgipfel liegt vermutlich zwischen 6 und 10 Jahren, so dass die etwas niedrigere Prävalenz hier vermutlich mit dem jungen Alter der Einschülerinnen und Einschüler zusammen hängt.

*Quelle: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003

Ab der Schuleingangsuntersuchung 2006 werden sich im Bereich der Erhebung des Befundes Asthma die jugendärztlichen Dienste des Landes Schleswig-Holstein international anerkannten Erhebungen anpassen. Eine zunehmende Bedeutung in diesem Bereich ist die Lebenszeitprävalenz.

4.4.5. Ekzeme

Das atopische Ekzem ist eine chronische, bzw. chronisch rezidivierende Erkrankung der Haut, welche durch starken Juckreiz mit Kratzeffekten, Entzündungen und einem Dünnerwerden der Haut charakterisiert ist. Die Ursache ist zum Teil unklar, z.T. spielen genetische Faktoren eine Rolle. So ist zum Beispiel ein Kind atopischer Eltern stärker gefährdet selbst eine atopische Erkrankung auszubilden, als Kinder ohne familiäre Vorbelastung. Zu den atopischen Erkrankungen zählen nicht nur das atopische Ekzem, sondern auch allergisches Asthma bronchiale, allergische Nasenschleimhautentzündung und allergische Bindehautentzündung. Beeinflussend auf den Krankheitsverlauf können Nahrungsmittelüberempfindlichkeiten sein, außerdem psychische Belastungen. Die Lebensqualität der Patienten kann durch die Symptomatik des atopischen Ekzems deutlich eingeschränkt sein. Die Therapie kann sich schwierig gestalten und manchmal ist nur eine unbefriedigende Linderung möglich. Meist klingt die Symptomatik bis zum 30. Lebensjahr deutlich ab, manchmal kommt es zu einer Verschiebung der Symptomatik, d.h. das atopische Ekzem klingt ab, dafür stellt sich z.B. ein allergisches Asthma bronchiale ein.

Zu den häufigsten Hautkrankheiten im Kindesalter gehört das atopische Ekzem (in Deutschland Neurodermitis genannt). Bei den Schuleingangsuntersuchungen des Einschuljahrganges 2003 diagnostizierten die Ärztinnen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes bei 89 (4,6%) der nordfriesischen Schulanfängerinnen und Schulanfänger atopische Ekzeme. 45 von 969 = 4,6% Jungen und 44 von 968 = 4,5% Mädchen hatten ein atopisches Ekzem.

Ekzem

Kreis Nordfriesland:

2003: 4,6 % der Einschülerinnen und Einschüler hatten ein Ekzem

Schleswig-Holstein gesamt*:

2003: 4 % der Einschülerinnen und Einschüler hatten ein Ekzem.

Es fanden sich keine relevanten Geschlechterunterschiede bei der Feststellung eines Ekzems, auch kein Zusammenhang mit dem Bildungsstand der Eltern.

In Bezug auf die Herkunft der Familie fanden sich allerdings deutliche Unterschiede in der Prävalenz. Studien belegen die höhere Prävalenz von Ekzemen bei Kindern mit Migrationshintergrund.

*Quelle: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003

Ab der Schuleingangsuntersuchung 2006 werden sich im Bereich der Erhebung des Befundes Asthma die jugendärztlichen Dienste des Landes Schleswig-Holstein international anerkannten Erhebungen anpassen. Eine zunehmende Bedeutung in diesem Bereich ist die Lebenszeitprävalenz.

4.4.6. Allergie

Eine Allergie wird dokumentiert wenn eine Pollinosis, z.B. Rhinokonjunktivitis allergica und/oder eine Gluten- oder andere Nahrungsmittelallergie vorliegt, die allergologisch oder aufgrund eindeutiger Symptomatik diagnostiziert worden ist. Seit 2002 werden die Daten nach dieser neuen Standarddefinition erhoben.

Der Befund Allergie wurde bei 112 (5,8 %) der Einschülerinnen und Einschüler im Kreis Nordfriesland im Jahr 2003 diagnostiziert. Von den 969 untersuchten Jungen hatten 75 (7,7 %), von den 968 Mädchen hatten 37 (3,8 %) eine Allergie.

Allergie:

Nordfriesland:

2003: 5,8 % der Kinder bei den Schuleingangsuntersuchungen hatten eine Allergie.

Schleswig-Holstein gesamt*:

Allergien nehmen in der Häufigkeit zu. 1999 3,5 %, 2003 5,7 %.

Bei 6,9 % der Jungen und 4,5 % der Mädchen wurde eine Allergie/allergische Rhinitis durch die Ärztinnen und Ärzte des Kinder- und jugendärztlichen Dienstes dokumentiert. In den niedrigen Altersgruppen wird diese Knabenwendigkeit für Allergie in der Literatur beschrieben.

*Quelle: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003

Ab der Schuleingangsuntersuchung 2006 werden sich im Bereich der Erhebung des Befundes Allergien/allergische Rhinitis die jugendärztlichen Dienste des Landes Schleswig-Holstein international anerkannten Erhebungen anpassen. Eine zunehmende Bedeutung in diesem Bereich ist die Lebenszeitprävalenz.

4.4.7. Verhaltensauffälligkeiten

Als Verhaltensauffälligkeiten werden bestimmte standardisiert vorgegebene Symptome vermerkt. Einmal werden diese Verhaltensauffälligkeiten als Befund an sich statistisch erfasst und zusätzlich werden die Verhaltensauffälligkeiten in Unterkategorien erfasst. Diese Unterkategorien sind: emotionale Störung, hyperkinetisches Syndrom, hirnorganisch bedingte Verhaltensdefizite, soziale Störung, spezielle Verhaltensauffälligkeit.

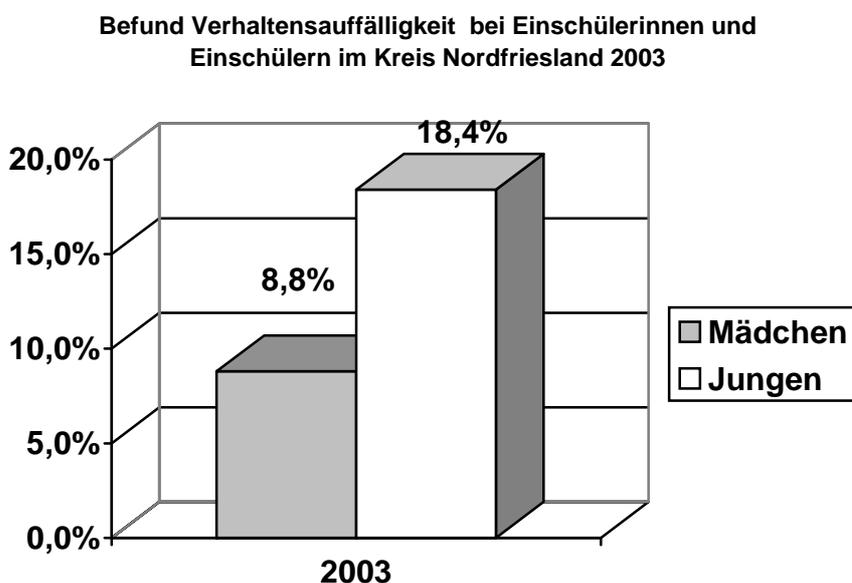
Im Jahr 2003 wurde bei 263 Schuleingangsuntersuchungen (13,6 %) eine Verhaltensauffälligkeit diagnostiziert, wobei die Jungen deutlich häufiger betroffen sind.

Tab. 14

Verhaltensauffälligkeiten bei den Schuleingangsuntersuchungen, aufgeteilt nach Geschlecht, Kreis Nordfriesland 2003	
	2003
Mädchen	85 (8,8%)
Jungen	178 (18,4 %)

Quelle: jugendärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland und dänischer Gesundheitsdienst, GU checkup, 2002 und 2003

Abb. 9



Quelle: jugendärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland und dänischer Gesundheitsdienst, GU checkup, 2002 und 2003

Tab. 15

2003 n= 1937, Mehrfachnennungen möglich*	Zahlen absolut
Verhaltensauffälligkeiten emotional	115
Verhaltensauffälligkeiten Hyperkinetisches Syndrom (ADS)	99
Verhaltensauffälligkeiten hirnorganisch	14
Verhaltensauffälligkeiten Aggression	27
spezielle Verhaltensauffälligkeiten	57
Gesamt	312

* da Mehrfachnennungen möglich, keine Prozentangabe

Quelle: jugendärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland und dänischer Gesundheitsdienst, GU checkup, 2003

Auch bei uns im Kreis Nordfriesland konnten wir feststellen, dass die Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern deutlich zunehmen. Mögliche Gründe können die zunehmenden Scheidungsraten, zerbrochene Familienstrukturen, unsichere Beziehungsgeflechte sein. Eine weitere große Rolle spielt sicherlich auch die häufig zu beobachtende Erziehungsunsicherheit der Eltern oder Bezugspersonen, eine Kommunikationsarmut, welche z.T. auch durch zu häufigen und unkritischen Fernsehkonsum im Kindes- und Jugendalter zu erklären ist. Überhaupt stellen das viele Fernsehen, das Video- und Computerspielen ein großes Problem dar. Eltern haben keine Zeit und Ruhe auf ihre Kinder einzugehen, auf Zeichen zu achten. Der Alltag ist oft straff organisiert, vielleicht sind beide Eltern berufstätig, es bleibt wenig Raum für eine gesunde, ruhige Entwicklung der kindlichen Seele und den Eltern fehlt manchmal die Kraft und Phantasie ihre Kinder altersgerecht zu fördern.

Verhaltensauffälligkeiten

Kreis Nordfriesland:

2003: 13,6 % Verhaltensauffälligkeiten fielen auf.

Schleswig-Holstein*:

2003: Im Landesdurchschnitt ergaben sich über die vergangenen Jahre eine signifikante Zunahme der festgestellten Verhaltensauffälligkeiten. Es zeigt sich bei den Verhaltensauffälligkeiten eine große Variationsbreite zwischen den einzelnen Gesundheitsdiensten. Im Landesdurchschnitt liegt der Wert bei 8,3 %.

Verhaltensauffälligkeiten werden doppelt so häufig bei Jungen (10,9 %) wie bei Mädchen (5,4 %) diagnostiziert.

Es ergeben sich deutliche Assoziationen mit dem Bildungsstand der Eltern. Von 1201 Kindern mit Verhaltensauffälligkeit kommen 44,5 % aus Familien mit niedrigem und 21,4 % aus Familien mit hohem oder höchstem Bildungsstand. Dieser Befund entspricht der klinischen kinder- und jugendpsychiatrischen Erfahrung. Forschungsergebnisse hierzu sind jedoch nicht einheitlich, dort wird insbesondere ein Zusammenhang zwischen dissozialen Störungen der Kinder und schwachem sozioökonomischen Status hergestellt.

*Quelle: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003

Da die Verhaltensauffälligkeiten in den letzten Jahren zunehmen (1995: 6,6%, 2005 10,4% im Kreis Nordfriesland) werden ab dem Schuleingangsjahr 2006 neue standardisierte und validierte Erhebungen in diesem Bereich vorgenommen. Ferner wird mit den Schuleingangsuntersuchungen für das Jahr 2006 bereits im III. Quartal 2005 begonnen um Auffälligkeiten möglichst rechtzeitig weiterer Diagnostik bzw. Therapien zuführen zu können.

4.4.8. Koordinationsstörungen

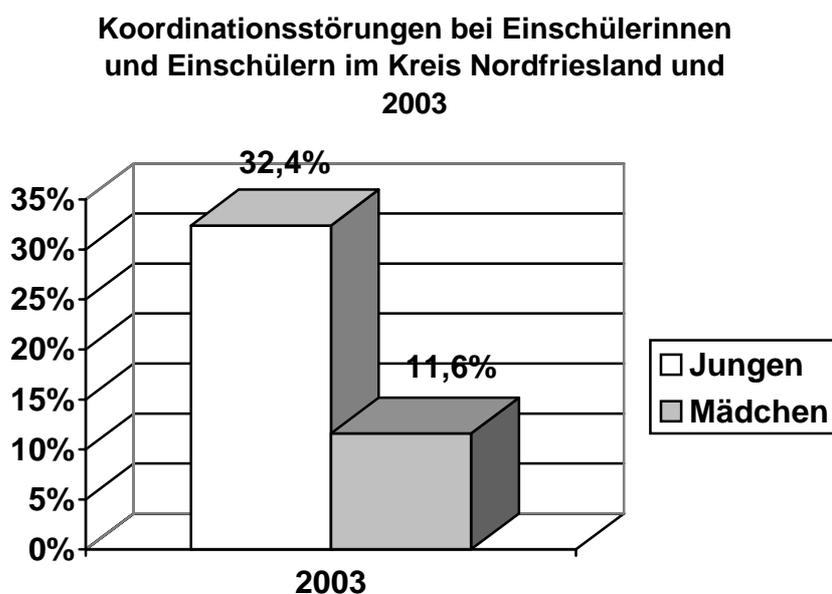
Auch der Befund "Koordinationsstörung" (Auffälligkeiten der Motorik und Koordination) wird im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst Schleswig-Holstein standardisiert erhoben. Definition: Kinder, die Auffälligkeiten in einem der folgenden Versuche erkennen lassen: Einbeinstand, Einbeinhüpfen, Diadochokinese, Finger-Daumen-Oppositionsversuch, Zeichnen einer Linie. Bei unsicherem Ergebnis können weitere Untersuchungen zur Klärung beitragen.

Die genannten Versuche geben Hinweise auf Störungen des Gleichgewichtes, der Körperkoordination, der Grob- und Feinmotorik sowie der Auge-Hand-Koordination.

Nachfolgend die Ergebnisse in Bezug auf die Koordinationsüberprüfung bei den Einschülerinnen und Einschülern im Kreis Nordfriesland:

Im Jahr 2003, n= 1933, zeigt die Auswertung einen Anteil von 22,0 %, aufgeteilt nach Geschlecht = Mädchen 112 (11,6 %), Jungen 313 (32,4 %)

Abb. 10



2003 n= 1933

Quelle: jugendärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland und dänischer Gesundheitsdienst, GU checkup 2003

Maßnahmen: Kompensatorischer Sport (in der Schule, zusätzlich zum Sportunterricht) oder andere Formen der Bewegungsförderung, z.B. Ergotherapie.

Ob dies in den Schulen auch so umgesetzt werden kann ist fraglich.

Hier müsste sicherlich noch mehr für die Bewegungsförderung getan werden auch schon in den Kindergärten und im Elternhaus.

Koordinationsstörungen (Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination)

Kreis Nordfriesland:

2003: 22 % hatten bei der Schuleingangsuntersuchung eine Koordinationsstörung.

Schleswig-Holstein gesamt*:

Der landesweite Durchschnitt bei Koordinationsstörungen liegt bei 15,2%.

Ein Zusammenhang mit dem Bildungshintergrund der Familie erscheint plausibel, da möglicherweise Eltern mit höherem Bildungsabschluss mehr Wissen über positive Effekte von früher Bewegungsförderung haben. Es nehmen auch eher Kinder aus Mittel- und Oberschicht am Babyschwimmen, Kinderturnen etc. teil, andererseits ist ein geringerer Fernsehkonsum bei diesen Kindern bekannt. Je höher der Bildungsstand der Familie, desto geringer die Auffälligkeiten im Bereich der Motorik und Koordination.

Genauere Angaben zu Motorik- und Koordinationsfähigkeit für die Altersgruppen von 6jährigen werden Ende 2005 aus dem Motorik-Modul des bundesweiten Kinder- und Jugendsurveys erwartet (www.motorik-modul.de).

*Quelle: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003

Da die Anzahl der Koordinationsstörungen zunimmt werden ab dem Einschulungsjahr 2006 in den jugendärztlichen Dienstes des Landes Schleswig-Holstein 3 Standard Items für die Erhebung der Koordinationsstörungen festgelegt. Ferner wird mit den Schuleingangsuntersuchungen für das Jahr 2006 bereits im III. Quartal 2005 begonnen um Auffälligkeiten möglichst rechtzeitig weiterer Diagnostik bzw. Therapien (z.B. Motopädik, Sportförderunterricht in der Schule) zuführen zu können.

4.4.9. Sprachstörungen

Ein häufig festgestellter Befund bei der Schuleingangsuntersuchung ist die Sprachstörung. Im wesentlichen äußern sich die Sprachstörungen in Poltern, Stottern, Stammeln (Dyslalie), Näseln (Rhinophonie) und Lispeln (Sigmatismus). Sprachentwicklungsstörungen und Dysgrammatismus werden relativ häufig beobachtet. Bei Lispeln und Stammeln handelt es sich um Störungen der Aussprache. Durch eine Fehlstellung der Zähne kann es zum Lispeln kommen. Das Näseln ist auf eine Beeinträchtigung im Rachenraum zurückzuführen. Durch Bezugspersonen (Eltern) des Kindes wird das Sprechen von "falschem Deutsch" (Dysgrammatismus) vermittelt. Wenn ein Kind gar nicht oder nur mit bestimmten Personen spricht, wird dies als Mutismus bezeichnet.

Die Einschränkung der Hörfähigkeit kann ein Grund für das Vorliegen einer Sprachstörung sein. Bei Vorliegen einer Sprachstörung sollte deshalb immer eine Abklärung des Hörvermögens beim HNO Arzt/Ärztin erfolgen.

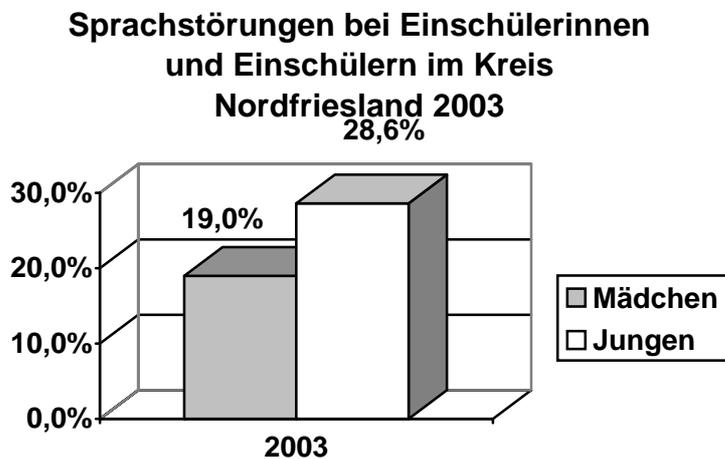
Die o.a. Sprachstörungen können Folge von Erkrankungen (frühkindliche Hirnschäden) oder Traumata (Unfälle) sein, aber auch psychische bzw. psychosoziale Ursachen haben. Zur Behebung dieser Einschränkungen müssen gezielte Maßnahmen eingeleitet werden

Die Überprüfung der Sprachfähigkeit wird von den Ärztinnen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes mittels entsprechenden Sprach-, Sprech- und Stimmtests durchgeführt.

Wenn erforderlich werden von Seiten des jugendärztlichen Dienstes logopädische Maßnahmen, bzw. eine gezielte Diagnostik (HNO-Arzt) veranlasst, denn eine Sprachstörung kann den Schulerfolg in beträchtlicher Weise negativ beeinflussen und z.B. beim Lesen- und Schreiben deutliche Schwierigkeiten bereiten. Die Ausichten Sprachstörungen zu beseitigen, sind im Kindesalter wesentlich besser als im späteren Leben.

Im Jahr 2003 n=1935 wurden 461 (23,8 %) Sprachstörungen festgestellt. Der Anteil der Jungen 277 (28,6 %) ist erheblich höher als der Anteil der Mädchen 184 (19,0 %).

Abb. 11



*Quelle: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003

Sprachstörungen

Kreis Nordfriesland:

2003: 23,8 % der Einschülerinnen und Einschüler hatten eine Sprachstörung

Schleswig-Holstein gesamt* :

Im Landesdurchschnitt sind 17,8 % der einzuschulenden Kinder sprachauffällig.

Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsstand haben fast doppelt so häufig Sprachentwicklungsauffälligkeiten im Vergleich zu Kindern mit höchstem Bildungsstand. Für Jungen aus bildungsfernen Familien besteht damit ein vierfach höheres Risiko sprachauffällig zu werden im Vergleich zu Mädchen aus einem gebildeten Elternhaus.

*Quelle: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003 ohne Kreis Plön

Da die Anzahl der Sprachstörungen stetig zunimmt werden die Definitionen zur Erhebung der Sprachstörungen bei der Schuleingangsuntersuchung verfeinert und weiter untergliedert um genauere Aussagen über die Art der Sprachstörungen machen zu können. Zusätzlich werden jetzt Auffälligkeiten im Bereich der Artikulation, expressiven Sprache und auditiven Informationsverarbeitung erfasst. Ferner werden auch über Kinder mit Migrationshintergrund differenzierte Erhebungen durchgeführt.

Diese Anpassung der Erhebungen laufen ab dem Schuleingangsuntersuchungsjahrgang 2006. Ferner wird mit den Schuleingangsuntersuchungen für das Jahr 2006 bereits im III. Quartal 2005 begonnen um Auffälligkeiten möglichst rechtzeitig weiterer Diagnostik bzw. Therapien (z.B. Logopädie, Erlernen der deutschen Sprache) zuführen zu können.

4.4.10. Verhalten, Koordination, Gewicht, Körperhaltung

2003 Schleswig-Holstein gesamt:

Ca. jedes 3. Kind der Einschulungsuntersuchung 2003 weist eine Einschränkung aus den Bereichen Verhalten, Koordination, Gewicht und Körperhaltung auf.

Bei der hohen und zunehmenden Prävalenz von Übergewicht und Schwächen in körperlicher Fitness und Koordination gehen Sportwissenschaftler davon aus, dass der momentane Sportunterricht* in den Grundschulen nicht ausreicht für eine nachhaltige Verhaltensänderung der Kinder im Bereich Bewegung und Sport.

*Wolf Dietrich Brettschneider, Sportunterricht in Deutschland – erste Ergebnisse der SPRINT-Studie, www.dsb.de, 2004
Quelle: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003

Zahlreiche Studien belegen, dass spielerische Bewegungserziehung bereits im Kindergartenalter diese Defizite verringern kann.

4.4.11. Arztüberweisungen

Kreis Nordfriesland 2003:

Insgesamt wurden bei 1937 Schuleingangsuntersuchungen 625 Befunde festgestellt, bei denen eine weitere, bzw. erneute diagnostische Abklärung beim Haus- bzw. Facharzt erforderlich war.

4.4.12. Verknüpfung Befunde mit Sozialdaten

Ein erster Trend 2003 für die Verknüpfung von Sozialdaten mit den Daten der ärztlichen Befunderhebung bei den Schuleingangsuntersuchungen:

Sozialdaten werden seit 2002 erhoben:

Einige Beispiele für die Möglichkeiten der Verknüpfung der ärztlichen Befunde mit den Sozialdaten (Nationalität der Eltern, Muttersprache, Schulabschluss der Eltern, Erziehungsform, Geschwisterkinder) immer bezogen auf das einzuschulende Kind:

Wächst das Kind bei beiden Eltern auf, sind die Zahlen für vorgelegte Vorsorgehefte durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen, Teilnahme an der U8, bzw. U9, vorgelegte Impfhefte, Durchimpfungsraten immer besser als bei anderen Familienkonstellationen. Die Zahlen für die Einschulung nur mit zusätzlicher Förderung bzw. Besuch des Schulkindergartens oder der flexiblen Eingangsstufe sind geringer als bei den anderen Familienkonstellationen. Die Zahl der Kinder, die den Kindergarten besuchen ist in dieser Gruppe und der Gruppe der Kinder, die bei Großeltern, Adoptiveltern, Pflegeeltern oder im Heim leben am höchsten.

Hier der Vergleich zu anderen Familienkonstellationen

Erziehungsform

1= Kind lebt bei beiden Eltern

2= Kind lebt bei alleinerziehendem Elternteil

3= Kind lebt bei Elternteil mit neuem Partner

4= Kind lebt bei Großeltern, Adoptiveltern, Pflegeeltern oder im Heim

Tab 16 Erziehungsform in Bezug auf vorgelegte Früherkennungshefte und durchgeführte U8 bzw. U9

Erziehungsform	Anzahl der untersuchten Kinder	Früherkennungshefte wurden vorgelegt	U8 (44-48 LM) wurde durchgeführt	U9 (60-66 LM) wurde durchgeführt
1	1503 (82,4%)	81,8% (1230)	94,4% (1161)	87,2% (1072)
2	194 (10,6%)	73,7% (143)	87,4% (125)	76,2% (109)
3	111 (6,1%)	67,6% (75)	89,3% (67)	77,3% (58)
4	16 (0,9%)	68,6% (11)	72,7% (8)	43,8% (7)
	1824 (100%)	80% (1459)	93,3% (1361)	85,4% (1246)

Tab. 17 Erziehungsform in Bezug auf vorgelegte Früherkennungshefte und altersgemäß kompletten Impfschutz gegen Polio/Tetanus/Diphtherie/Masern/Mumps/Röteln/Pertussis/Hepatitis B

Erziehungsform	Anzahl der untersuchten Kinder	Impfheft vorgelegt	Altersgemäß kompletter Impfschutz
1	1503 (82,4%)	91,4% (1373)	50,3% (690)
2	194 (10,6%)	86,1% (167)	41,3% (69)
3	111 (6,1%)	86,5% (96)	45,8% (44)
4	16 (0,9%)	81,3% (13)	38,5% (5)
	1824 (100%)	90,4% (1649)	44,3% (808)

Quelle: Jugendärztlicher Dienst, Kreis Nordfriesland, GU checkup, ohne dänischen Gesundheitsdienst

Ein erster Trend 2003 für die Verknüpfung von Sozialdaten mit den Daten der ärztlichen Befunderhebung bei den Schuleingangsuntersuchungen:

Ist das Vorsorgeheft vorgelegt worden und die U9 wurde nicht durchgeführt, so liegt die Zahl der bei der Schuleingangsuntersuchung ärztlichen Befunde, die einer weiteren diagnostischen Abklärung beim Haus-, Kinder bzw. Facharzt bedürfen bei den einzelnen Erziehungsformen zwischen 35,3 % und 44,1% (85)*. Ist die U9 durchgeführt worden liegt die Zahl prozentual zwar niedriger zwischen 22,2 % und 36,7% (353) als bei nicht durchgeführter U9. Da aber bei durchgeführter U9 durch die Ärztinnen des jugendärztlichen Dienstes 353 Befunde einer weiteren diagnostischen Abklärung bedurften ist diese Zahl sehr hoch.

* wegen geringer Fallzahl (4) bei Erziehungsform 4, wurde der Prozentrang nicht mit einberechnet

Erziehungsform

1= Kind lebt bei beiden Eltern

2= Kind lebt bei alleinerziehendem Elternteil

3= Kind lebt bei Elternteil mit neuem Partner

4= Kind lebt bei Großeltern, Adoptiveltern, Pflegeeltern oder im Heim

Tab. 18 **Erziehungsform in Bezug auf die Zahl der Kinder mit vorgelegtem Früherkennungsheft, durchgeführter U9 bzw. nicht durchgeführter U9 und den bei der Schuleingangsuntersuchung festgestellten Befunden, die einer weiteren diagnostischen Abklärung beim Haus-, Kinder- bzw. Facharzt bedürfen**

Erziehungsform /Anzahl der unters. Kinder	Früherkennungshefte Vorgelegt 79,9%	U9 durchgeführt	Weitere diagnostische Abklärung eines Befundes beim Haus- bzw. Facharzt erforderlich	U9 nicht durchgeführt	Weitere diagnostische Abklärung eines Befundes beim Haus- bzw. Facharzt erforderlich
1 = 1503	81,8% (1230)	87,2% (1072)	27,8% (298)	12,8% (158)	40,5% (64)
2 = 194	73,7% (143)	76,2% (109)	36,7% (40)	23,8% (34)	44,1% (15)
3 = 111	67,6% (75)	77,3% (58)	24,5% (13)	22,7% (17)	35,3% (6)
4 = 16	68,8% (11)	63,6% (7)	22,2% (2)	36,4% (4)	0% (0)
1824= 100%	80% (1459)	85,4% (1246)	28,3% (353)	14,6% (213)	39,9% (85)

Ist das Früherkennungsheft nicht vorgelegt worden , so liegt die Zahl der bei der Schuleingangsuntersuchung ärztlichen Befunde, die einer weiteren diagnostischen Abklärung beim Haus-, Kinder bzw. Facharzt bedürfen bei 117 von 365 untersuchten Kindern (19,4 % und 31,5 % , je nach Erziehungsform)*.

* wegen geringer Fallzahl (5) bei Erziehungsform 4, wurde der Prozentrang nicht mit einberechnet

Tab. 19 **Erziehungsform in Bezug auf die Zahl der Kinder mit nicht vorgelegtem Früherkennungsheft und bei der Schuleingangsuntersuchung festgestellten Befunden, die einer weiteren diagnostischen Abklärung beim Haus, Kinder- bzw. Facharzt bedürfen**

Erziehungsform/Anzahl der untersuchten Kinder	Früherkennungsheft wurde nicht vorgelegt	Weitere diagnostische Abklärung eines Befundes beim Haus- bzw. Facharzt erforderlich
1 = 1503	18,2% (273)	31,5% (86)
2 = 194	26,3% (51)	37,3% (19)
3 = 111	32,4% (36)	19,4% (7)
4 = 16	31,3% (5)	100% (>5)
Gesamt = 1824 (100%)	20% (365)	32,1% (117)

Quelle: Jugendärztlicher Dienst, Kreis Nordfriesland GU checkup 2003, ohne dänischen Gesundheitsdienst

Ein erster Trend 2003 für die Verknüpfung von Sozialdaten mit den Daten der ärztlichen Befunderhebung bei den Schuleingangsuntersuchungen:

Ist das Früherkennungsheft vorgelegt worden und die U9 durchgeführt worden, liegt die durchschnittliche Rate der Kinder, die aus schulärztlicher Sicht nur mit Fördermaßnahmen oder in den Schulkindergarten (wo vorhanden) oder in die sogenannte "flexible Eingangsstufe" eingeschult werden können bei durchschnittlich 8,4 % (105 Kinder). Betrachtet man die Kinder die bei einem alleinerziehenden Elternteil aufwachsen ist die Quote bei 15,6 % (17 Kinder) . Bei Kindern, die bei Adoptiveltern, bei Großeltern, bei Pflegeeltern oder im Heim aufwachsen bei 28,6% (2 Kinder).

Ist das Früherkennungsheft vorgelegt worden und die U9 wurde nicht durchgeführt, liegt die durchschnittliche Rate der Kinder, die aus schulärztlicher Sicht nur mit Fördermaßnahmen, oder in den Schulkindergarten (wo vorhanden), oder in die sogenannte "flexible Eingangsstufe" eingeschult werden können bei durchschnittlich bei 13,6% (29 Kinder). Betrachtet man die Kinder die bei einem alleinerziehenden Elternteil aufwachsen ist die Quote bei 20,7% (7 Kinder), bei Kindern, die bei Adoptiveltern, bei Großeltern, bei Pflegeeltern oder im Heim aufwachsen bei 50% (2 Kinder).

Ist das Früherkennungsheft nicht vorgelegt worden liegt die durchschnittliche Rate der Kinder, die aus schulärztlicher Sicht nur mit Fördermaßnahmen, oder in den Schulkindergarten (wo vorhanden), oder in die sogenannte "flexible Eingangsstufe" eingeschult werden können bei durchschnittlich bei 22,5% (82 Kinder). Betrachtet man die Kinder die bei einem alleinerziehenden Elternteil aufwachsen, ist die Quote bei 29,4 % (15 Kinder). Bei Kindern, die bei Adoptiveltern, bei Großeltern, bei Pflegeeltern oder im Heim aufwachsen liegt die Quote der förderungsbedürftigen Schulkinder bei 80% (4 Kinder).

Erziehungsform

1= Kind lebt bei beiden Eltern

2= Kind lebt bei alleinerziehendem Elternteil

3= Kind lebt bei Elternteil mit neuem Partner

4= Kind lebt bei Großeltern, Adoptiveltern, Pflegeeltern oder im Heim

Tab. 20 **Erziehungsform in Bezug auf vorgelegte Früherkennungshefte und durchgeführte U9, bzw. nicht durchgeführte U9 , hier aus schulärztlicher Sicht Einschulung nur mit Fördermaßnahmen, bzw. Schulkindergarten oder in die "flexible Eingangsstufe"**

Erziehungsform	Früherkennungsheft vorgelegt U9 durchgeführt	Früherkennungsheft vorgelegt U9 nicht durchgeführt	Früherkennungsheft Nicht vorgelegt
	Einschulung nur mit Fördermaßnahmen, Schulkindergarten oder flexible Eingangsstufe	Einschulung nur mit Fördermaßnahmen, Schulkindergarten oder flexible Eingangsstufe	Einschulung nur mit Fördermaßnahmen, Schulkindergarten oder flexible Eingangsstufe
1 = 1503	7,9 % (85)	11,4% (18)	20,5% (56)
2 = 194	15,6 % (17)	20,7 % (7)	29,4 % (15)
3 = 111	1,7 % (1)	11,8% (2)	19,4% (7)
4 = 16	28,6% (2)	50 % (2)	80 % (4)
Gesamt: 1824	8,4% (105) n= 1246	13,6% (29) n=213	22,5% (82) n=365

*Quelle: Jugendärztlicher Dienst, Kreis Nordfriesland Gu Checkup 2003 , ohne dänischen Gesundheitsdienst

Ein erster Trend 2003 für die Verknüpfung von Sozialdaten mit den Daten der ärztlichen Befunderhebung bei den Schuleingangsuntersuchungen:

Verknüpfung Nationalität und Förderung bei Einschulung aus schulärztlicher Sicht:

Ist mindestens ein Elternteil deutscher Herkunft liegt die durchschnittliche Rate der Kinder, die aus schulärztlicher Sicht nur mit Fördermaßnahmen, oder in den Schulkindergarten (wo vorhanden) oder in die sogenannte "flexible Eingangsstufe" eingeschult werden können bei 10,2% (174 von 1711 Kindern). Betrachtet man die Kinder bei denen beide Eltern einen Migrationshintergrund haben, bzw. keine Angaben zur Nationalität gemacht wurden, so liegt die Anzahl der Kinder, die aus schulärztlicher Sicht nur mit Fördermaßnahmen oder in den Schulkindergarten bzw. in die "Flexible Eingangsstufe" eingeschult werden können bei durchschnittlich 36,5% (42 von 115 Kindern) n=1826

Informationen zur Nationalität finden Sie auch unter 4.3.1.

*Quelle: Jugendärztlicher Dienst, Kreis Nordfriesland Gu Checkup 2003 , ohne dänischen Gesundheitsdienst

4.5. Resümee

Zusammenfassend ist zu sagen, dass nur die jugendärztlichen Dienste durch die einheitliche Datenerhebung des gesamten Einschulungsjahrganges in ganz Schleswig-Holstein in der Lage sind, über die Kindergesundheit in relevanten Bereichen Aussagen zu treffen. Über die zusätzliche Erhebung der Sozialdaten können jetzt Daten verknüpft werden, um der Gesundheitspolitik Zahlen und Zusammenhänge transparent zu machen und damit den Weg für sinnvolle und letztendlich kostensparende Präventionsprojekte zu ermöglichen, sowie Gesundheitsziele für unsere Kinder zu formulieren und ggf. auszubauen.

4.5.1. Ziele

Unsere Absicht ist es, in ca. 3 Jahren einen jugendärztlichen Bericht zu erstellen, in dem dann die Sozialdaten die seit 2002 für die Schuleingangsuntersuchungen erhoben werden mit den medizinischen Daten verknüpft werden. Die Gesundheitspolitik kann dann noch gezielter aktiv werden.

4.5.2. Ausblick

Kinder- und Jugendliche stellen eine Bevölkerungsgruppe dar, die noch in ihrem Gesundheitsverhalten geprägt werden können und sollten. Gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen sollten möglichst angesprochen werden, weil auch der Aufbau von Gesundheitsressourcen für das gesamte spätere Leben von großer Bedeutung ist. In diesem Bereich können die Gesundheitsämter eine Schlüsselrolle spielen, da hier epidemiologisch relevante Daten und Zusammenhänge erkannt und zusammengeführt sowie gleichzeitig Hilfsangebote bedarfsgerecht zur Verfügung gestellt werden können.

Weiterhin können nur durch diese Erhebungen flächendeckende Aussagen über die Durchimpfungsrate und die damit verbundenen notwendigen gezielten Impfkampagnen getroffen werden.

Bei unserer Erhebung wird zusätzlich die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung (U1 bis U9) überprüft. Bei den ersten Durchläufen zeigte sich, dass die U8 (44.-48. Lebensmonat) und U9 (60.-66. Lebensmonat) zunehmend weniger durchgeführt werden, auch hier gilt es Aufklärungsarbeit zu leisten und durch die von uns durchgeführte Verknüpfung mit den Sozialdaten die Bevölkerungsschichten zu eruieren, bei denen die Vorsorgeuntersuchungen seltener oder nie in Anspruch genommen werden.

Denn auch in diesem Bereich gilt: Je früher Gesundheitsstörungen wie z.B. Koordinations- und Sprachschwierigkeiten erkannt werden, desto besser sind die Entwicklungschancen und Fördermöglichkeiten für diese Kinder.

Jugendärztlicher Dienst des Kreises Nordfriesland 2003

4.6. Vorsorgeuntersuchungen

Die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder umfassen 9 Untersuchungen, in einem Zeitraum von der Geburt (U1) bis zum 66. Lebensmonat (U9). Die Teilnahme an diesen Untersuchungen ist freiwillig.

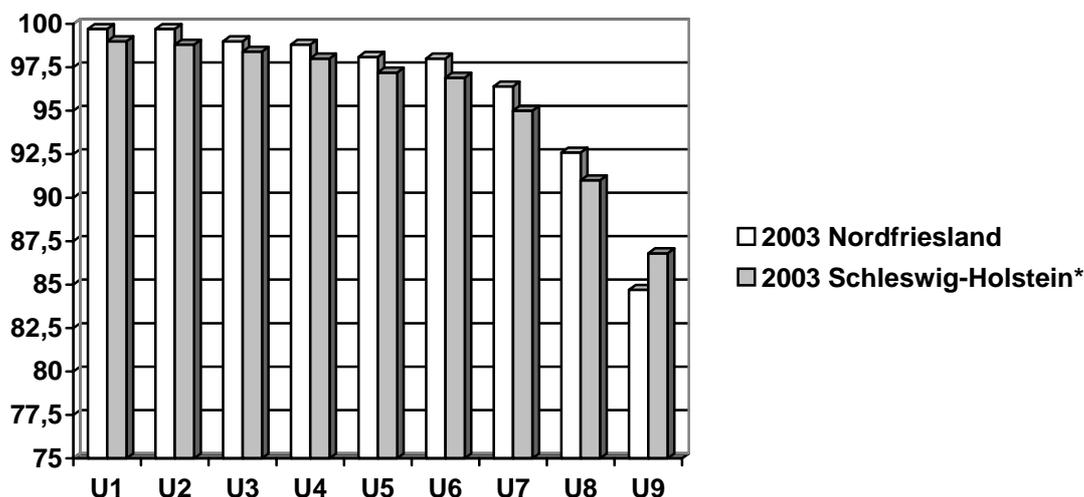
Erkrankungen und Entwicklungsstörungen von Kindern sollen frühzeitig erkannt und behandelt, bzw. einer Behandlung zugeführt werden.

4.6.1. Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen.

Dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter wird das Vorsorgeheft (hier ist die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen dokumentiert) bei den Einschulungsuntersuchungen auf freiwilliger Basis vorgelegt. Beim Einschulungsjahrgang 2002 wurden in Nordfriesland die Vorsorgegedaten von 1937 Einschülerinnen und Einschülern erfasst, davon haben 1564 (80,7%) das Vorsorgeheft vorgelegt. Die nachfolgende Grafik bezieht sich auf die vorgelegten Vorsorgehefte.

Abb. 12

**Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen bei
Einschülerinnen und Einschülern im Kreis Nordfriesland
und Schleswig-Holstein im Jahr 2003 bei vorgelegtem
Vorsorgeheft, Angaben in Prozent**



Quelle: jugendärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland und dänischer Gesundheitsdienst, GU checkup und 2003

*Quelle: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003
n=27112

Während die U1 und U2 noch von 99,0% der Eltern wahrgenommen wird, ist die Zahl bei der U8 bereits auf 92,6% der Einschülerinnen und Einschüler gesunken und bei der U9 sind es nur noch 84,7% der Einschülerinnen und Einschüler, bei denen die Vorsorgeuntersuchung wahrgenommen wird. In Nordfriesland ist die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen von der U2 bis U8 etwas besser als der Landesdurchschnitt (immer auf die Zahl der vorgelegten Vorsorgehefte bezogen). Bei der Teilnahme der U9 liegt der Kreis Nordfriesland etwas unter dem Landesdurchschnitt.

Vorsorgeuntersuchungen

Kreis Nordfriesland 2003:

Die Vorsorgeuntersuchung U8 wird bei 92,6 % der Einschülerinnen und Einschüler nachgewiesen, die U9 liegt bei 84,7 %.

Schleswig-Holstein gesamt*:

Die Vorsorgeuntersuchung U8 wird bei 91 % der Einschülerinnen und Einschüler nachgewiesen, die U 9 liegt bei 86,8 %.

Quelle: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003

4.7. Veränderungen im Bereich der schulärztlichen Untersuchungen:

Die Landesverordnung über die schulärztlichen Aufgaben vom 07.März 2003 hat für 2003 die schulärztliche Untersuchung der 4. Klassen durch ein Pflichtangebot einer freiwilligen schulärztlichen Untersuchung der 8. Klassen ersetzt.

Hier wird das Sehvermögen, Stereosehvermögen, das Farbsehen, das Hören, die Größe und das Gewicht überprüft. Falls gewünscht findet eine Beratung bezüglich der anstehenden Berufswahl statt, z.B. kann ein Asthmatiker eine Bäckereilehre beginnen, kann ein Allergiker Friseur/in werden?, Skoliose, Haltungsschäden – passt das mit dem Beruf Maurer, Krankenschwester?.

Fragen zu Themen Verhütung, Rauchen, Drogen, gesundheitliche Probleme, Akne, erster Frauenarztbesuch (was sollte ich dazu wissen?). Die Impfbücher werden kontrolliert und ggf. auf die Vervollständigung des Impfschutzes hingewiesen.

4.8. Untersuchung der 8. Klasse 2003

4.8.1. Erste Ergebnisse der 8. Klasse Untersuchungen

Im Jahr 2003 wurden das erste Mal im Kreis Nordfriesland schulärztliche Untersuchungen in den 8. Klassen durchgeführt.

Im Kreis Nordfriesland beteiligten sich 456 8.Klässler an der Untersuchung.

In den beteiligten Klassen wurden für alle Schülerinnen und Schüler durch die Schulärztin zusätzlich eine umfassende Beratung zur Verhütung durchgeführt.

114 Befunde wurden festgestellt, bei denen eine Überweisung zum Haus- bzw. Facharzt notwendig waren. 25 Schülerinnen und Schüler wurde außerdem zu einer Fachberatung (Psychosoziale Beratung/ Sexualberatung/ Ernährungsberatung/ Suchtberatung) geraten.

15,6% der Jugendlichen gaben an täglich zu rauchen, 5,6 % der Jugendlichen tranken wöchentlich(regelmäßig) Alkohol und 3,5 % machten die Angabe Haschisch oder sonstige illegale Drogen zu sich zu nehmen (im davor liegenden Zeitraum von einem Jahr 1 x oder regelmäßig).

60,9% der Jugendlichen machten regelmäßig Sport und/oder waren in einem Sportverein.

Zur Zeit sind die Aussagen noch nicht repräsentativ, da nur knapp 1/3 aller Schülerinnen und Schüler an der Untersuchung teilgenommen haben und die Untersuchungen 2003 sich auf die Schulen für lernbehinderte Kinder, Hauptschulen und Realschulen bezogen.

Quelle: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein 2003

Jugendärztlicher Dienst des Kreises Nordfriesland 2003

4.9. Prävention durch Impfungen

Hohe Durchimpfungsraten von über 95% der Bevölkerung sind erforderlich, um die von der Weltgesundheitsbehörde WHO angestrebte Ausrottung von Kinderlähmung, Diphtherie, Masern, Mumps, Röteln und Hepatitis B zu erreichen. Zur Zeit werden diese Zahlen in Deutschland in der Gesamtbevölkerung nicht erreicht. Wir können eine genaue Aussage zu den Durchimpfungsraten nur zu den von uns erhobenen Daten bei den Schuluntersuchungen, bzw. Impfaktionen machen.

Bei Kindern kann durch Impfungen ein Immunschutz aufgebaut werden, der sie vor Infektionskrankheiten, die kennzeichnend bereits im Kindesalter auftreten, schützt. Durch die Impfung der Kinder wird, neben der persönlichen Vorsorge, auch der Schutz der ganzen Bevölkerung vor Epidemien erhöht.

Da anhand der Impfdokumentation der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein ein Absinken der Impfquoten insbesondere bei Jugendlichen festgestellt wurde, setzte das Sozialministerium eine Arbeitsgruppe ein, um die Impfbereitschaft in Schleswig-Holstein zu erhöhen. Die niedergelassenen Kinderärzte/innen, die Universitätskliniken, die Krankenkassen und die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter waren in dieser Arbeitsgruppe vertreten. Am 01. Januar 1999 wurde die Landesimpfvereinbarung in Kraft gesetzt. Aus ihr geht hervor, dass, sofern es sich um öffentlich empfohlene Impfungen handelt, alle Kinder und Jugendlichen in Schleswig-Holstein in den Gesundheitsämtern kostenlos geimpft werden können. Die Finanzierung des abgegebenen Impfstoffes wird zu 15% durch das Land und zu 85% durch die gesetzlichen Krankenkassen sicher gestellt. Diese Landesimpfvereinbarung wurde seitdem auch von anderen Bundesländern übernommen.

4.9.1. Inanspruchnahme von Impfungen

Tab. 21

Von den Nordfriesischen und Schleswig-Holsteinischen Schulanfängerinnen und Schulanfängern, die bei Ihrer Einschulungsuntersuchung ein Impfheft vorgelegt haben, waren vollständig geimpft :

	Kreis Nordfriesland			Schleswig-Holstein
	2001*	2002	2003	2003
gegen				
Polio	95,8%	95%	94,2%	94,4%
Tetanus	98,4%	98,5%	98,2%	97,8%
Diphtherie	98,3%	98,4%	98,1%	98,2%
Masern 1x	90,8%	93,4%	93,6%	92,4%
Mumps 1x	90,9%	93,4%	93,3%	92,2%
Röteln 1x	83,6%	88,7%	91,6%	90,4%

*2001 ohne dänischen Gesundheitsdienst

Quelle: jugendärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland und dänischer Gesundheitsdienst, GU checkup, 2001, 2002 und 2003

Quelle: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003

Zieht man in Betracht, dass die Durchimpfungsraten sich nur auf die Kinder beziehen, die ein Impfheft vorgelegt haben (n=1754), bei 183 (9,4% der Einschülerinnen und Einschüler haben kein Impfbuch vorgelegt), dann sind die Durchimpfungsraten wohl eher niedriger.

Wir sehen die Impfbücher auch bei den Impfkationen in den Schulen in den höheren Klassen ein und beraten dann dort auch hinsichtlich des Impfstatus. Hier sind wir in ganz besonderem Maße auch auf die Mitarbeit der Schulen und Lehrer angewiesen, die auch durch ihre Mitarbeit darauf einwirken können, dass die Schülerinnen und Schüler ihre Impfbücher mitbringen, damit wir Durchimpfungsraten ermitteln können.

4.9.1.1. Keuchhusten (Pertussis)

Nach der Neuzulassung eines Keuchhusten-Impfstoffes 1995 speziell für Kleinkinder steigen die Keuchhustenimpfraten stetig an, sind aber keineswegs zufriedenstellend.

Um die Bevölkerung vor Keuchhustenerkrankungen (Pertussis) zu bewahren, bedarf es dringend eines besseren Impfschutzes. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt eine Durchimpfungsrate der Bevölkerung von mindestens 95%. Nach der Neuzulassung eines Keuchhusten-Impfstoffes speziell zur Grundimmunisierung von Kleinkindern steigt die Grundimmunisierungsrate jedoch stetig an.

Betrachtet man die Impfraten der Nordfriesischen Schulanfängerinnen und Schulanfänger, hat sich der Impfschutz in den letzten Jahren deutlich verbessert, ist aber, gemessen an den WHO-Anforderungen, keineswegs zufriedenstellend.

Vergleicht man die o.g. Zahlen mit der Auswertung der Impfergebnisse der Einschülerinnen und Einschüler 2002 von Schleswig-Holstein ergibt sich folgendes Bild:

Tab. 22

Durchimpfungsrate Pertussis Einschülerinnen und Einschüler 2002, 2003

gegen	Kreis Nordfriesland 2002	Schleswig-Holstein 2002	Kreis Nordfriesland 2003	Schleswig-Holstein 2003
Pertussis	86%	85,3%	86,1%	87,7%

Quelle: jugendärztl. Dienst Kreis Nordfriesland dänischer Gesundheitsdienst 2002, 2003

Auswertung Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen AG der KJÄD SH 2002

Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein 2003

Dr. Dörte Wichterich, R.Rasch, AG der KJÄD SH,0 6.09.2004

4.9.1.2. Hepatitis B

Hepatitis B ist eine virusbedingte, diffuse, nicht eitrige Leberentzündung, welche durch Blut und Blutprodukte (auch Nadelstichverletzungen) sowie Sexualkontakte übertragen werden kann. Die Symptomatik kann stark variieren und sich von asymptomatischen Verläufen (65%) über eine grippale Symptomatik sowie gastrointestinale Beschwerden und Gelenkbeschwerden erstrecken. Meist kommt es zu einer deutlichen Gelbfärbung (Ikterus) der Haut. Ca. 1 % der Patienten versterben in der Akutphase und bei 5-10 % der Erkrankten persistiert das Virus im Körper. Die Folge kann eine chronische Leberentzündung und schließlich Leberzirrhose sein, hier ist dann die Gefahr von Leberkrebs deutlich erhöht. Die Morbidität und Mortalität dieser Patientengruppe ist signifikant erhöht.

In Deutschland sind ca. 600.000 chronische Hepatitisfälle bekannt und ca. 50.000 Neuinfizierte kommen pro Jahr hinzu, von denen wiederum 2.500 bis 5.000 einen chronischen Verlauf der Erkrankung erleben. 1.500 bis 2.000 Menschen sterben jährlich in Deutschland an den Folgen einer Hepatitis B.

Die sicherste und daher wichtigste Methode, sich vor Hepatitis B zu schützen, stellt die aktive Impfung gegen diese Erkrankung dar. Der seit über 15 Jahren benutzte B-Impfstoff hat sich als sicher wirksam und sehr verträglich erwiesen. Um den vollständigen Impfschutz zu erhalten, sind 3 Impfungen notwendig.

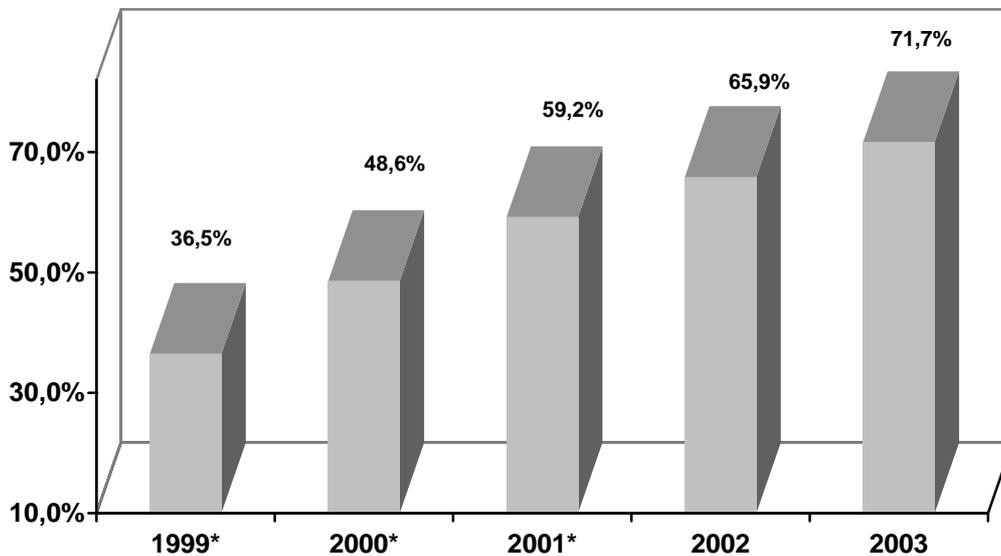
Da die Gefahr der Hepatitis B Infektion in der Altersgruppe der 15 bis 25-jährigen sprunghaft ansteigt (erste sexuelle Kontakte), sollten alle Jugendlichen geimpft werden.

In Deutschland wurden die Hepatitis B-Schutzimpfungen jedoch erst im Jahre 1995 in den Impfplan für Kinder aufgenommen und auch erst seitdem kostenlos beim/bei der Kinder- oder Hausarzt/ärztin durchgeführt.

Wie die Auswertungen der Untersuchungsdaten der Schulanfängerinnen und Schulanfänger in Nordfriesland des Einschulungsjahrganges 2003 besagen, ist von den 1754 Kindern, die bei der Einschulungsuntersuchung ein Impfbuch vorgelegt haben, eine Durchimpfungsrate bei Hepatitis B von 71,7 % erreicht.

Abb. 13

Durchimpfungsrate Hepatitis B bei Einschülerinnen und Einschülern, die den Impfpass vorgelegt haben im Kreis Nordfriesland, mit* gekennzeichnet ohne dänischen Gesundheitsdienst



Quelle: Jugendärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland Gucheckup 1999 bis 2003, Dänischer Gesundheitsdienst 2002, 2003

Auch hier ist das Ziel, die 95% Durchimpfungsrate zu erreichen.

Hier der Vergleich der Durchimpfungsraten gegen Hepatitis B bei Einschülerinnen und Einschüler 2002 im Kreis Nordfriesland und im Land Schleswig-Holstein:

Tab. 23

Durchimpfungsraten gegen Hepatitis B

gegen	Kreis Nordfriesland 2002	Schleswig-Holstein 2002	Kreis Nordfriesland 2003	Schleswig-Holstein 2003
Hepatitis B	65,9%	73,3%	71,7%	81,6%

Quelle: jugendärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland und dänischer Gesundheitsdienst, GU checkup, 2002 und 2003
Auswertung Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen AG der KJÄD SH 2002 und 2003

Der jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes bietet die Hepatitis B-Schutzimpfung in den Impfsprechstunden und in Impfkationen an den Schulen (6.Klassen) kostenlos an, um noch verbliebenen Impflücken zu schließen.

Das Gesundheitsamt Husum hat in den vergangenen Jahren das Angebot der Impfsprechstunde deutlich ausgeweitet. Es werden regelmäßig Impfsprechstunden angeboten, sodass Kinder und Jugendliche mit öffentlich empfohlenen Impfungen jederzeit versorgt werden können. Zusätzlich werden jedes Jahr Impfkationen an allen Schulen durchgeführt; in den letzten Jahren gezielt zur Hepatitis B und Masern-Mumps-Röteln-Schutzimpfung.

Tab. 24

4.9.2. Vergleich Durchimpfungsraten in Deutschland 2003 (14 von 16 Bundesländern)/Kreis Nordfriesland/Schleswig-Holstein bei Schulanfängerinnen und Schulanfänger und Schulanfängern mit vorgelegtem Impfbuch

Impfung gegen	Kreis Nordfriesland 2003 n=1754	Schleswig-Holstein* 2003 n= 29231	Deutschland** 2003 (ohne Hamburg, Sachsen) n=777.152
Polio	94,2%	94,4%	94,2%
Tetanus	98,2%	97,8%	97,5%
Diphtherie	98,1%	98,2%	97,0%
Pertussis	86,1%	87,7%	87,8%
1.Masern***	93,6%	92,4%	92,5%
1.Mumps***	93,3%	92,2%	92,2%
1. Röteln***	91,6%	90,4%	90,1%
Hepatitis B	71,7%	81,6%	80,9%

Quelle: jugendärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland und dänischer Gesundheitsdienst, GU checkup 2003

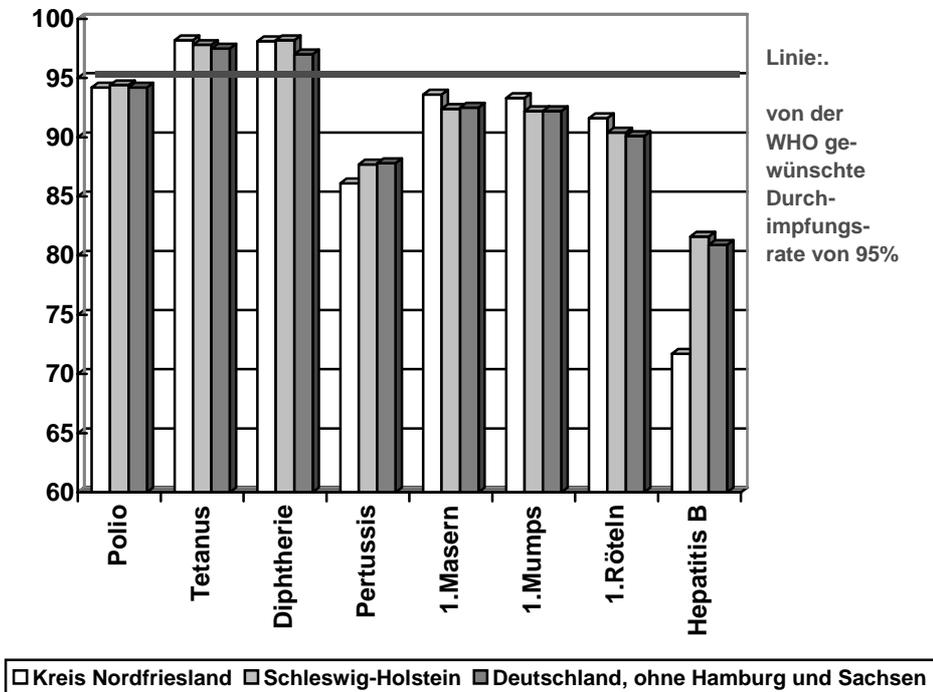
*Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003

** Robert-Koch- Institut, 07.02.2005

Im Jahr 2003 wurde eine Masern/Mumps/Röteln Impfung noch als ausreichend geimpft gezählt. Ab 2006 gehören zum vollständigen Impfschutz der Einschülerinnen und Einschüler 2 Masern/Mumps/Röteln Impfungen.

Abb. 14

Durchimpfungsrate bei Schuleingangsuntersuchungen im Kreis Nordfriesland/Schleswig-Holstein/Deutschland (ohne Hamburg und Sachsen) 2003 in Prozent



Quelle: jugendärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland und dänischer Gesundheitsdienst, GU checkup 2003

*Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2003

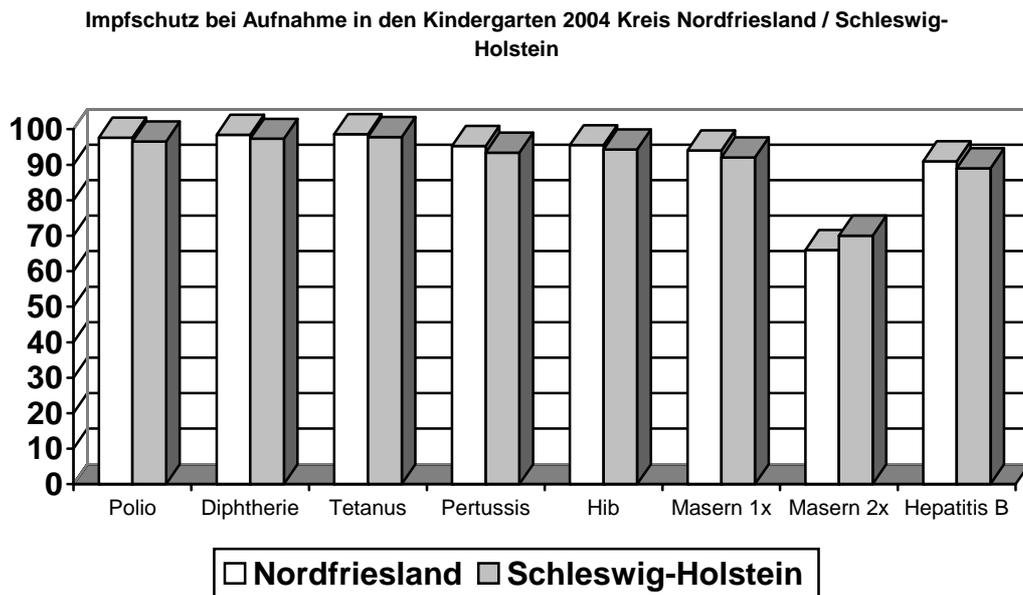
** Robert-Koch- Institut, 07.02.2005

4.9.3. Impfschutz bei Aufnahme in den Kindergarten und Kindertagesstätten 2004

Seit 2000 werden die Durchimpfungsraten bei 1-5-jährigen Kindern in den Kindergärten und Kindertagesstätten mittels einer anonymen ärztlichen Bescheinigung nach der KitaVo. ermittelt.

Anhand der auswertbaren Bescheinigungen steigen die Durchimpfungsraten. Hier liegt der Kreis Nordfriesland 2004 mit den Durchimpfungsraten außer bei der 2. Masern-Impfung über dem Landesdurchschnitt.

Abb. 15



Quelle: Dr. Bader, Dr. Rasche, AG der KJÄD in Schleswig-Holstein vom 9.11.05

Im Bereich der Impfungen müssen insbesondere im Bereich Pertussis, Hepatitis B und Masern/Mumps/Röteln die Impfaktionen kontinuierlich weitergeführt werden, um den von der WHO geforderten Impfschutz von mindestens 95 % zu gewährleisten.

4.10. Jugendzahnärztlicher Dienst

Eine landesweit gültige gesetzliche Regelung der Schulzahnpflege erfolgte mit dem Jugendzahnpflegegesetz vom 24.10.1966.

Auf Grundlage des "Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst" vom 14.12.2001 und des Sozialgesetzbuches V § 21 vom 01.01.2000 werden zahnärztliche Gruppenuntersuchungen in Kindergärten und Schulen bis zum 12. Lebensjahr durchgeführt.

In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt.

Hinzu kommt die Mitarbeit in der "Kreisarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege in Nordfriesland".

Behandelnde Tätigkeiten werden nicht ausgeübt.

Die Inhalte der schulzahnärztlichen Tätigkeit haben sich in den letzten Jahren von der reinen Befunderhebung zu einem umfassenden Beratungsangebot ausgeweitet.

Die allgemein verbesserte Zahngesundheit hat dazu geführt, dass generell die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit behandlungsbedürftigen Zähnen abnimmt. Der Prozentsatz an Schülerinnen und Schülern mit starkem Kariesbefall hat sich dagegen kaum verringert und konzentriert sich zudem auf bestimmte Schultypen.

Tab. 25

4.10.1. Untersuchungsergebnisse im Jugendzahnärztlichen Bereich 2003/2004 Kreis Nordfriesland

Schultypen	Untersuchte Schülerinnen und Schüler	Schülerinnen und Schüler, bei denen eine Kontrolle /bzw. Behandlung beim Zahnarzt empfohlen wurde*
Grundschule	5067	7,3% (370)
Hauptschule	838	12,1% (101)
Realschule	786	6,5% (51)
Gymnasien	928	4,5% (42)
Förderzentren	364	14% (51)
Gesamt:	7983	7,7 % (615)

Quelle: jugendzahnärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland , 2003

*eine Kontrolle, bzw. Behandlung beim Zahnarzt wurde empfohlen wenn eine behandlungsbedürftige Karies vorlag.

Beim zahnmedizinischen Vorsorgeverhalten ist insgesamt ein erfreulicher Status erreicht worden. Jedoch kann man erkennen, dass die zahnärztliche Versorgung der Kinder aus Hauptschulen und Förderzentren schlechter ist als die Versorgung der Kinder in Grund- Realschulen und Gymnasien.

Im Jahr 2003 ist zu ersehen, dass in einigen Schulbereichen (Gymnasien, Grundschulen, Hauptschulen) die Zahlen von Untersuchungsempfehlungen ansteigen, dies muss sicherlich beobachtet werden.

Der regelmäßige Besuch beim Zahnarzt wird von den meisten Familien schon mit den Kindern im Vorschulalter wahrgenommen. Defizite im Vorsorgeverhalten gibt es jedoch im Jugendlichenalter, und zwar insbesondere bei den Haupt- und Förderschülern, wenn diese zunehmend ohne elterliche oder schulische Unterstützung eigenverantwortliches Handeln für ihre Zahngesundheit erlernen müssen.

Die statistischen Werte vom dänischen zahnärztlichen Dienst und dem Kreis Nordfriesland können nicht direkt miteinander verglichen werden.

Viele dänische Schulen befinden sich in Einzugsbereichen, in denen auch die Untersuchungsergebnisse des Kreises Nordfriesland nicht abweichend sind, da der Kreis Nordfriesland jedoch einen wesentlich größeren und flächendeckenderen Einzugsbereich für die Untersuchungen heranziehen kann, was die regionale Lage der Schulen bedingt, kommt es durch unterschiedliche regionale Verhältnisse zu großen Differenzen in den Ergebnissen. Auch sind die zugrunde gelegten Untersuchungszahlen und Zahlen über Behandlungsbedürftigkeit nicht aussagefähig für die Gesamtsituation eines Kreisgebietes.

Der Vergleich des Kreises Nordfriesland mit den Landesdaten ist ebenfalls nur bedingt möglich, da in die Landestatistik Städte fallen – wie beispielsweise Kiel, Lübeck, Neumünster – in denen die Untersuchungswerte in Bezug auf Behandlungsbedürftigkeit wesentlich erhöht sind als in ländlicher Region.

Fazit: Ein direkter Vergleich der Untersuchungswerte wäre nur stark regional begrenzt möglich unter Einbezug sozialer Komponenten.

Der dänische Gesundheitsdienst hat einen eigenen zahnärztlichen Dienst.

Tab. 26

4.10.2. Dänischer Zahnärztlicher Dienst Schuljahr 2003/2004

Einrichtung	untersuchte Kinder im Jahr 2003/2004	behandlungsbedürftig	In %
Kindergärten	339	76	22,4%
Grundschulen	421	169	40,1%
Sonderschulen	30	13	21,3%
Hauptschulen	296	76	25,7%
Gesamt-/Realschule	112	20	17,9%
Gesamt	1198	354	29,5%

Quelle: Dansk Sunhedstjeneste for Sydslesvig, Jugendzahnpflege/Jan Bahr/Flensburg 2004

4.10.3 Kreisarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege Kreis Nordfriesland

Die Kreisarbeitsgemeinschaft besteht seit 1985 und ist ein Zusammenschluss von Zahnärzten, öffentlichem Gesundheitsdienst und Krankenkassen, um den Aspekt der zahnmedizinischen Vorsorge umsetzen zu können.

Die Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege vermittelt in Kindergärten und Schulen im Rahmen der Gruppenprophylaxe theoretische und praktische Anleitungen zur richtigen Mundhygiene und Beratungen über zahngesunde Ernährung und die verschiedenen Möglichkeiten der Vorbeugung. Zahn-schmelzhärtung durch Gelfluoridierung (Gruppenprophylaxe), Informations-veranstaltungen, Bereitstellung von Medien und Hilfsmitteln zur Unterrichtsgestaltung und die Vermittlung weiterer Ansprechpartner (z.B. Fachkräfte für Ernährung) gehören zu den weiteren Angeboten.

Im Schuljahr 2002/2003 wurden folgende Sonderaktionen durch die Kreisarbeitsgemeinschaft ausgeführt:

Kasimir-Ausstellung (anhand von Schautafeln, Computerspielen und Spielen wird Schulkindern gesunde Ernährung, die Herstellung von Lebensmitteln und das richtige Zähneputzen erklärt), an der 543 Schülerinnen und Schüler teilnahmen.
Sportlehrertag (Sportlehrer als Multiplikatoren), hier nahmen 125 Lehrkräfte teil.

Tab. 27

Weitere zahnmedizinischer Vorsorgemaßnahmen:

Maßnahme 2002/2003	Anzahl der teilnehmenden Schülerinnen und Schüler bzw. Kinder in Kindergärten
Prophylaxe/Betreuung	2514
Ernährungsberatung und Powerfrühstück	1115
Obleute (Zahnarzt im Kindergarten oder Kinder in der Zahnarztpraxis)	1418
Fluorideinbürstung an Schulen und Kindergärten (einschl. Sonder-Förderschulen)	6247 Kontakte

Quelle: Kreisarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, Kreis Nordfriesland

Im Jahr 2004 erfolgte Zahnprophylaxe in 55 Kindertagesstätten des Kreises Nordfriesland. Ernährungsberatung mit Zubereitung eines (zahn)gesunden Frühstücks erfolgte in 19 Einrichtungen, Fluorideinbürstungen regelmäßig in 6 Schulen, Informationsveranstaltungen mit praktischen Zahnputzübungen in weiteren 13 Schulen.

Seit dem 1.1.2005 ist die Kreisarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege ein eingetragener Verein mit eigenem Personalstamm. Ziel ist das flächendeckende Angebot in den Einrichtungen des Kreises Nordfriesland mit abwechslungsreichem Prophylaxeprogramm nach neuestem Wissensstand.

Quelle: Annette Sturm, Zahnärztin, Kreisarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege

Dänischer zahnärztlicher Dienst

Tab. 28

4.10.4 Basisgruppenprophylaxe durch eine Prophylaxehelferin im Kreis Nordfriesland beim dänischen zahnärztlichen Dienst 2003/2004

Basisprophylaxe	Theoretische Prophylaxe "lang" z.B. Zahnaufbau, Karies, Ernährung, Zahnpflege Unterrichtseinheit 30-45 Minuten	Praktische Putzübungen	Theoretische Prophylaxe "kurz" Unterrichtseinheit ca. 15 Minuten	Erreichte Einrich- tungen
Einrichtungen	Zahl der erreichten Kinder	Zahl der erreichten Kinder	Zahl der erreichten Kinder	
Kindergärten, Spiel- stuben, Sonderkinder- gärten	119	243	8	9
Grundschulen/ Schulkindergarten	265	111	10	13
Sonderschulen 1-4	0	106	0	2
Hauptschulen 5-6	127	0	4	12
Sonderschulen 5-6	0	97	0	2
Hauptschulen 7-9	46	0	3	5
Sonderschulen 7-9	0	151	0	2
Gesamt/Realschulen 7-9	36	0	0	2
gesamt	593	708	25	47

Quelle: Dansk Sunhedstjeneste for Sydslesvig, Jugendzahnpflege/Jan Bahr/Flensburg 2004

4.11. Frühförderung im Kreis Nordfriesland

Die heilpädagogische Frühförderung bietet Hilfen für Familien mit Kindern von 0-6 Jahren an, die in ihrer Entwicklung Auffälligkeiten zeigen.

Die Frühförderung ist sinnvoll und notwendig für Säuglinge und Kleinkinder, die eine Behinderung haben oder von einer Behinderung bedroht sind.

Auch Kinder, die in ihrer Entwicklung beeinträchtigt sind, z.B. in den Bereichen Sprache, Motorik und Wahrnehmung können gefördert werden, ebenso entwicklungsgefährdete Kinder aus sozial benachteiligten Familien.

Frühförderung hat immer zum Ziel im Zusammenwirken von Eltern und Fachleuten, die Entwicklung behinderter und entwicklungsverzögerter Kinder sowie die Entfaltung ihrer Persönlichkeit anzuregen, zu unterstützen, ihre Erziehung und soziale Entwicklung zu fördern und zu helfen, sie sicherzustellen.

Schwerpunkt im Angebot der Förderung ist die häusliche Förderung. Frühe Hilfen können dort am besten wirksam werden, wo das Kind lebt.

Frühförderung arbeitet auch beratend und kooperativ mit anderen Kindereinrichtungen und interdisziplinär mit anderen Fachbereichen zusammen (Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie, Kinderärzte und Kinderkliniken).

Die gesetzlichen Grundlagen der Frühförderung ergeben sich aus dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch - (SGB IX). Die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (§ 30 SGB IX) werden von den Krankenkassen getragen. Leistungen zur Teilhabe am Leben und in der Gemeinschaft werden bei Kindern als heilpädagogische Frühförderung durch Eingliederungshilfe der Sozialämter erbracht (§ 55, § 56 SGB IX).

Alle Eltern können sich direkt an den Verein Lebenshilfe/Frühförderung Tel. 04841/2699 wenden, wenn sie sich Sorgen um die Entwicklung ihres Kindes machen.

Es erfolgt ein Erstgespräch, eine kostenlose Beratung der Eltern über den Entwicklungsstand und über die Fördermöglichkeiten des Kindes und Hilfen in der häuslichen Umgebung und in den Räumen der Frühförderung. Ist heilpädagogische Frühförderung notwendig, stellen die Eltern einen Antrag an das Kreissozialamt, der Bericht der Frühförderung geht dann ebenfalls an das Kreissozialamt.

Das Gesundheitsamt erhält den Auftrag vom Kreissozialamt, ein Gutachten über das Kind zu erstellen. Eltern und Kind werden eingeladen, das Kind wird dann durch eine Ärztin oder einen Arzt des Gesundheitsamtes untersucht.

Frühförderung ist ein freiwilliges Angebot. Die Familie entscheidet, ob sie es für ihr entwicklungsverzögertes oder behindertes Kind in Anspruch nehmen möchte.

Frühförderung sollte so früh wie möglich nach Diagnosestellung einsetzen und endet, wenn das Kind einen altersgerechten Entwicklungsstand erreicht hat, mit dem Eintritt in einen heilpädagogischen Kindergarten oder in den Regelkindergarten mit einer Integrationsmaßnahme.

Durch das Angebot der Frühförderung entstehen den Eltern keinerlei Kosten.

In Nordfriesland gibt es Frühförderstellen in Husum, Niebüll, Sylt, Föhr und Amrum.

Tab. 29

Im Rahmen der Frühförderung wurden im Gesundheitsamt Husum begutachtet:

	2001	2002	2003	2004	bis August 2005 (einschließlich Folgeanträgen) *
Frühfördergutachten	134	116	103	108	89
Einzelintegrationsmaßnahmen + heilpädagogischer Kindergarten	97	88	155	95	189

Quelle: Gesundheitsamt Husum, Amt für Jugend, Familie und Soziales, da die Zahl der Begutachtungen stark steigt, haben wir für das Jahr 2005 auch erstmalig die Folgeanträge in die Darstellung mit einfließen lassen

4.11.1 Frühe Hilfen

Der Kreis Nordfriesland erarbeitet zur Zeit neue strukturelle Maßnahmen zur früheren Förderung von Kindern.

4.12. Beratungsstelle Bundesstiftung "Mutter-Kind –Schutz des ungeborenen Lebens" im Gesundheitsamt Husum

Die Stiftungsmittel werden vorrangig für werdende Mütter in materieller Notlage zur Verfügung gestellt, die sich bis zur 12. Schwangerschaftswoche an eine anerkannte Beratungsstelle wenden, um ihnen die Fortsetzung der Schwangerschaft zu erleichtern.

Antragstellerinnen, die sich zu einem späteren Zeitpunkt der Schwangerschaft wegen einer Notlage an die Beratungsstelle wenden, z.B. bei Arbeitslosigkeit des Partners, bei alleinstehenden Schwangeren oder anderen extremen Notlagen, kann im Rahmen der dann noch zur Verfügung stehenden Mittel unter Berücksichtigung der von der Stiftung vorgegebenen Einkommensgrenzen geholfen werden.

Im Jahr 2002 wurden 284 Anträge gestellt, 92 wurden abgelehnt, bei 192 Frauen wurde eine finanzielle Zuwendung aus Stiftungsmitteln bewilligt.

Im Jahr 2003 wurden 285 Anträge gestellt, 74 wurden abgelehnt, bei 211 Frauen wurde eine finanzielle Zuwendung aus Stiftungsmitteln bewilligt

(Quelle: Gesundheitsamt Husum, Kreis Nordfriesland)

4.13. Elternschule des Kreises Nordfriesland

Die Elternschule möchte Informationen anbieten und Eltern bei der Herausforderung, Kinder groß zu ziehen, unterstützen.

Die Elternschule ist zur festen Einrichtung im Kreis Nordfriesland geworden und ist beim Amt für Jugend, Familie und Soziales angegliedert.

Es werden präventive Basisleistungen für Förderung, Beratung und Bildung in den Kursen angeboten um die elterliche Erziehungsfähigkeit und die elterliche Erziehungsverantwortung zu stärken und anzuerkennen. Einen Elternschulkurs zu besuchen bedeutet Stärkung des Selbstvertrauens der Eltern, Erhöhung der Erziehungskompetenz der Eltern und Erweiterung der Handlungskompetenz.

Die Kurse sind aufgegliedert für das Alter von bis zu 3 Jahren, von 3 bis 10 Jahren und das Pubertätsalter. Es gibt spezielle Kurse im Bereich Konfliktbewältigung, Legasthenie sowie Väterkurse. Ferner werden kreiseigene Kinderkurse für legasthene Kinder durchgeführt.

Von Mai 2000 bis Dezember 2004 haben 13 Kurse für Eltern von bis zu 3jährigen Kindern, 134 Kurse für Eltern mit Kindern von 3 bis 10 Jahren, 38 Pubertätskurse, 2 interkulturelle Kurse, 11 Konfliktkurse, 10 Legastheniekurse sowie 3 Elternschulkurse stattgefunden.

Nähere Informationen über die Elternschule des Kreises Nordfriesland, Marktstr.6, 25813 Husum, Tel.: 04841/67510 oder 67565, E-Mail: elternschule@nordfriesland.de, Internet: <http://elternschule.nordfriesland.de>

5. Glossar

Adipositas	Krankhaftes Übergewicht, BMI über 30 bei Erwachsenen. Bei Kindern und Jugendlichen ist das krankhafte Übergewicht immer abhängig vom Alter, von der Größe, dem Körpergewicht und dem Geschlecht. Der BMI wird dann aus Tabellen (z.B. nach Kromeyer-Hauschild über der 97. Perzentile) ermittelt.
Asthma bronchiale	Atemnot infolge Verengung der Atemwege
atopisches Ekzem	Hautkrankheit, in Deutschland "Neurodermitis" genannt
Body-Maß-Index (BMI)	Verhältniszahl zur Beurteilung des Körpergewichts: Körpergewicht (in kg) geteilt durch Körpergröße mal Körpergröße (in Metern)
Diabetes mellitus	Zuckerkrankheit, Krankheitsbegriff für verschiedene Formen der Glukosestoffwechselstörung
Diadochokinese	Schnelle Abfolge von gegensätzlichen Bewegungen
Dissozial	Sich normalen Normen nicht anpassend
Emotionale Störung	Hier: als Definition bei der Schuleingangsuntersuchung Kinder mit emotionaler Störung, bei denen mindestens zwei der folgenden Symptome vorliegen: Übertriebene Ängstlichkeit, starke Gehemmtheit, Neigung zu Verstimmungen, übertriebene Eifersucht, Rivalitätsprobleme
Epidemiologie	Lehre von dem, was im Volke verbreitet ist. Wissenschaftszweig, der sich mit der Verteilung von übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten in der Bevölkerung befasst
Ergotherapie	Zusammenfassende Bezeichnung für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie zur Behandlung von Störungen der Motorik, der Sinnesorgane und der geistigen und psychischen Fähigkeiten
Eruieren	gründlich untersuchen, erforschen
Ethnisch	Zum Volke gehörend, ihm eigentümlich
Finger- Daumen- Oppostionsversuch	Hier: Überprüfung der Feinmotorik Gegenüberstellung des Daumens gegen die anderen Finger
Fluorideinbürstung	Auf den Zahn aufgebrachte Fluoridverbindung in Gel-Form zur Kariesreduktion. Angewendet ab dem 6. Lebensjahr
Gicht	Stoffwechselstörung
Hepatitis	Infektiöse Gelbsucht, Leberentzündung
Hib (Haemophilus influenzae Serotyp b)	Erreger einer gefährlichen Infektionskrankheit, meist als - Gehirnhautentzündung und/oder akute Kehlkopfverengung
Hirnorganisch bedingte Verhaltensdefizite	Hier als Definition bei der Schuleingangsuntersuchung Kinder mit vermutlich hirnorganisch bedingten Verhaltensdefiziten, bei denen mindestens zwei der folgenden Symptome vorliegen: Distanzlosigkeit, Reizbarkeit, mangelnde Einordnungsfähigkeit in eine Gruppe

Hochprävalenzerkrankung	Bestand, Häufigkeit einer bestimmten Krankheit oder eines bestimmten Merkmals zu einem bestimmten Zeitpunkt
Hyperkinetisches Syndrom	Hier als Definition bei der Schuleingangsuntersuchung Kinder mit hyperkinetischem Syndrom, bei denen mindestens zwei der folgenden Symptome vorliegen: Motorische Unruhe, leichte Ablenkbarkeit, mangelnde Ausdauer
Inzidenz	Anzahl der Neuerkrankungsfälle einer bestimmten Erkrankung innerhalb eines bestimmten Zeitraumes
Inzidenz, altersstandardisiert	Soll die gesundheitliche Lage mehrerer Bevölkerungsgruppen miteinander verglichen werden, ist die Zusammensetzung (insbesondere hinsichtlich des Geschlechts und des Alters) der verschiedenen Gruppen zu berücksichtigen
Item	Zu behandelnder Punkt
Lebenszeitprävalenz	Auswirkung einer Erkrankung auf die gesamte Lebenszeit
Legasthenie	Lese-Rechtschreib-Schwäche
Logopädie	Prävention, Diagnostik, Therapie und Beratung von Patienten mit Stimm- Sprech- oder Sprachstörungen durch einen Logopäden
Migranten	(Aus) Wanderer
Migration	(Aus) Wanderung
Pertussis	Der Keuchhusten ist eine akute bakterielle Infektionskrankheit der Atemwege, die mit charakteristischem, bei jüngeren Säuglingen lebensbedrohlichen Hustenanfällen einhergeht und aufgrund einer sehr hohen Ansteckungsrate alle nicht immunen Personen befallen kann.
Perzentile (hier für Übergewicht)	Beschreibung einer Verteilung; Wert, der eine nach der Größe geordneten Reihe von Beobachtungs- bzw. Messwerten in gleichgroße Teile teilt. Die Perzentile teilen eine Stichprobe entsprechend der Rangfolge ihrer Werte in 100 Teile. Für unseren Bericht bedeutet ganz grob gesehen der BMI Wert auf der 50. Perzentile ein Normalgewicht, ein Wert über der 90. Perzentile ist ein Übergewicht, ein Wert über der 97. Perzentile ein krankhaftes Übergewicht. Ein Wert unter der 10. Perzentile ist ein Untergewicht
Polio/Poliomyelitis	Spinale Kinderlähmung
Pollinosis	Auch Heufieber genannt; durch Bestandteile in pflanzlichen Pollen verursachte Überempfindlichkeitsreaktion
Prädisposition	Ausgeprägte Anfälligkeit für bestimmte Krankheiten
Prävalenz	Bestand, Häufigkeit einer bestimmten Krankheit oder eines bestimmten Merkmals zu einem bestimmten Zeitpunkt.
Ressourcen	Vorräte materieller und ideeller Art, die in der Regel nur im begrenzten Umfang vorhanden sind
Rhino-Konjunktivitis	Entzündung der Nasen- und Augenschleimhäute

Setting	Rahmen, Gesamtheit von Merkmalen der Umgebung
Sonderpädagogische Fördermaßnahmen	Zusätzliche Förderstunden für Schülerinnen und Schüler
Soziale Störung	Hier als Definition bei der Schuleingangsuntersuchung Kinder, mit sozialer Störung, bei denen mindestens zwei der folgenden Symptome vorliegen: Aggressivität, Überschreiten sozialer Regeln, schlechte Lenkbarkeit
Sozioökonomisch	Die Gesellschaft wie die Wirtschaft, die Volkswirtschaft in ihrer gesellschaftlichen Struktur betreffend
Spezielle Verhaltensauffälligkeit	Hier als Definition bei der Schuleingangsuntersuchung Kinder, bei denen mindestens einer der folgenden speziellen Verhaltensauffälligkeiten vorliegen: Enuresis (Einnässen), Enkopresis (Einkoten, Kotschmierer), erheblicher Tic (meist automatisch, gelegentlich willkürlich beeinflussbare, plötzlich einsetzende, rasche Muskelzuckung)
Tetanus	Wundstarrkrampf, häufig tödliche schwere Infektionskrankheit, die sich in einer krankhaften Starre der Muskulatur äußert
Valide/Validität	Gültig, Gültigkeit; Tauglichkeit eines Testverfahrens bestimmte Merkmale sicher aufzuzeigen