

# Der Gesundheitsstatus der Erfurter Kinder zum Zeitpunkt der Einschulung

Vergleichende Betrachtungen über zwei Berichtszeiträume

Auswertungen der Kinder- und Jugendärztlichen Untersuchungen sowie  
der Kinder- und Jugendzahnärztlichen Untersuchungen der Stadt Erfurt



**Der Gesundheitsstatus der Erfurter Kinder zum Zeitpunkt der Einschulung – Vergleichende Betrachtungen über zwei Berichtszeiträume**

Auswertungen der Kinder- und Jugendärztlichen Untersuchungen sowie der Kinder- und Jugendzahnärztlichen Untersuchungen der Stadt Erfurt

**Impressum:**



Landeshauptstadt Erfurt  
Stadtverwaltung

**Redaktion**

Amt für Soziales und Gesundheit  
Juri-Gagarin- Ring 150  
99084 Erfurt

Autoren:  
Maria Wagner; Public Health (MPH)  
Dr. med. Elisabeth Schüler

**Inhalt**

<b>Einführung und Hintergrund .....</b>	<b>4</b>
<b>Auswertung der Schuleingangsuntersuchung (SEU).....</b>	<b>5</b>
Methodische Herangehensweise und Beschreibung der Grundgesamtheit .....	5
Soziale Lage der untersuchten Kinder.....	7
Beurteilung des Körpergewichtes .....	8
Zentralnervensystem und Verhalten .....	11
Sprech-, Sprach- und Stimmstörung .....	15
Verhaltensauffälligkeiten.....	16
Erkrankungen des Bewegungsapparates.....	17
Erkrankungen des Gehörgangsystems und derAugen .....	20
Erkrankungen der Atmungsorgane .....	22
Hauterkrankungen .....	23
Zahnstatus zur Einschulung .....	25
Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen.....	27
Altersgerechter Impfschutz .....	29
Häufigkeit der Kinder ohne Befund.....	34
<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>36</b>
<b>Fazit und Handlungsempfehlungen.....</b>	<b>39</b>
<b>Literatur:.....</b>	<b>45</b>

### Einführung und Hintergrund

„Gesund aufwachsen“ ist ein nationales Gesundheitsziel der Bundesrepublik, welches in mehrjährigen Abstimmungsprozessen von wichtigen gesellschaftlichen und politisch verantwortlichen Akteuren im Jahre 2003 vereinbart wurde (Gesundheitsziele 2003). Zu diesem Ziel sollen Kindertageseinrichtungen und Schulen mit der Durchführung von Prävention und Gesundheitsförderung aktiv beitragen.

Die gesundheitliche Situation von Kindern in Deutschland war noch nie zuvor auf so einem hohen Niveau wie heute. Seit dem letzten Jahrhundert hat sich erstmalig in der Geschichte der Industrienationen die Kindergesundheit deutlich spürbar verbessert. Die Fortschritte und Erkenntnisse der Medizin sowie die Verbesserungen in der Hygiene und den Lebensbedingungen und nicht zuletzt die Steigerung des Wohlstands führten zu einer Verringerung der Säuglingssterblichkeit von 210 auf weniger als 5 pro 1.000 Lebendgeborenen. Weiterhin hat sich das Auftreten von Infektionskrankheiten stark verringert (Kurt et al. 2002: 852). Jedoch haben gerade die Infektionskrankheiten in der Gesundheitsberichtserstattung des letzten Jahrhunderts immer eine eher unbedeutende Rolle eingenommen. Die Herausforderung für die damalige Gesundheitspolitik bestand eher darin, den frühen bzw. vorzeitigen Tod zu verhindern.

Das Motto der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bei ihrer Gründung Mitte des 20. Jahrhunderts war „Add years to life“ – „dem Leben Jahre hinzufügen“, vor einigen Jahren wurde dieses geändert in „Add life to years“ – Leben den Jahren hinzufügen (Kurt et al. 2002: 853). Damit wurde eine neue Sichtweise zu Grunde gelegt und ein Paradigmenwechsel konstatiert, der sich nicht nur in der WHO, sondern in allen Einrichtungen und Institutionen der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsforschung niederschlägt. In der heutigen Diskussion und in vielen Gesundheitsbegriffen und Definitionen geht es um die Steigerung und die Verbesserung von Lebensqualität sowie um vollkommenes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden. Das Sterben wird seltener erwähnt.

Angesichts dieser positiven Tendenz darf jedoch nicht übersehen werden, dass es auch heute gravierende gesundheitliche Entwicklungen gibt. In den letzten Jahren häufen sich die Diskussionen in Medien und Fachkreisen hinsichtlich der gesundheitlichen Lage der Kinder. Dabei werden ernsthafte Gesundheitsprobleme der Kinder wahrgenommen und thematisiert, welche im Zusammenhang mit einer veränderten Lebensweise und auch mit einem instabilen sozialen Umfeld stehen. Das Krankheitsspektrum der Kinder wird zunehmend von Gesundheitsbeeinträchtigungen determiniert, deren Ursachen in diesen veränderten Lebens- und Umweltgewohnheiten zu finden sind. Mit der Auswertung der zur Verfügung stehenden Daten zum Gesundheitszustand von Kindern können mittlerweile sehr gute Aussagen zur Kindergesundheit gegeben werden.

Daraus lässt sich ableiten, dass die Prävalenz von chronischen Erkrankungen sowie von psychosomatischen und psychischen Krankheiten und Störungen weiterhin zunimmt (Lohaus et al. 2006: 28). Viele Kinder weisen zudem Rückstände und Defizite bei körperlicher Ausdauer, Körperkraft, und Koordination auf. Diese gehen mit einer verminderten körperlichen Leistungsfähigkeit und vermehrten Haltungsschäden einher. Weiterhin häufen sich vermehrt Unfälle in verschiedenen Lebensbereichen wie im Straßenverkehr, Freizeit und im häuslichen Umfeld (Starker 2007: 775). Darüber hinaus ist anzumerken, dass Über- bzw. Untergewicht, welche in engem Zusammenhang mit Bewegungsarmut, Über-, Unter- und Fehlernährung stehen, zu den häufig festgestellten Defiziten gehören. Auch verzögerter Spracherwerb, Verhaltensauffälligkeiten und Konzentrationsschwierigkeiten werden in unterschiedlichen Altersphasen immer wieder vermehrt diagnostiziert (Ettischer 1998: 11). Atopische Erkrankungen wie Asthma

bronchiale, Heuschnupfen und Neurodermitis sind ebenfalls weit verbreitet (Kliche et al. 2008: 16). Es kann somit festgestellt werden, dass in mehreren Analysen und Auswertungen von Schuleingangsuntersuchungen über mehrere Jahre eine Zunahme an medizinisch auffälligen Befunden zu beobachten ist. Ob sich diese allgemeinen Trends ebenfalls im Gesundheitszustand der Kinder Erfurts widerspiegeln, soll im vorliegenden Bericht nachgegangen werden.

### **Auswertung der Schuleingangsuntersuchung (SEU)**

Das Gesundheitsamt der Stadt Erfurt möchte hiermit eine Kurzfassung der Ergebnisse der Kinder- und Jugendärztlichen sowie Zahnärztlichen Untersuchungen der Schuljahre 1997/1998 bis 2008/2009 geben. Im Rahmen der schulärztlichen Vorsorgeuntersuchungen wird nahezu die gesamte Population des Einschulungsjahrganges aufgrund der gesetzlichen Schulpflicht erreicht. Somit ermöglicht diese Untersuchung eine statistische Auswertung der Ergebnisse für den jeweiligen Geburtenjahrgang. Auf Grundlage der im gesamten Freistaat Thüringen verbindlichen standardisierten schulärztlichen Untersuchungsmethodik, welche sich auf das Bielefelder Modell bezieht, werden die Daten zur Population in einem statistischen Auswertungssystem anonymisiert aufbereitet.

Mit den Schuleingangsuntersuchungen (SEU) in der Stadt Erfurt wurden in den dargestellten Jahrgängen zwischen 97% und 99% der zu untersuchenden Schulanfänger erfasst. Die kinder- und jugendärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen der 4. und 8. Klassen spiegeln jeweils 80% der entsprechenden Jahrgänge wider und in den Kindertageseinrichtungen werden mit der freiwilligen Vorsorgeuntersuchung 25% aller Kinder in dieser Altersgruppe erreicht. Die Schuleingangsuntersuchung stellt somit im Vergleich mit den Untersuchungen in den Kindertageseinrichtungen und denen in der 4. und 8. Klasse eine der repräsentativsten Datenerhebungen dar.

Die SEU ist Bestandteil des Schulaufnahmeverfahrens der Grundschulen im Freistaat Thüringen und wird in einem Alter von ca. sechs Jahren durchgeführt. Die Untersuchung dient der medizinischen Dokumentation der körperlichen und geistigen Entwicklung der Kinder und kann damit Gesundheits- und Entwicklungsstörungen aufzeigen. Aus individualmedizinischem Aspekt wird weiterhin die Frage geklärt, ob das Kind den Anforderungen des Schulalltages überhaupt gewachsen ist oder eine Einschulung erst im Folgejahr möglich ist. Die Daten haben weiterhin eine enorme epidemiologische Bedeutung. Die SEU stellt eine repräsentative Querschnittsuntersuchung des jeweiligen Geburtenjahrganges dar und liefert damit einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung und Überwachung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung.

Die SEU leistet darüber hinaus einen wichtigen Beitrag zur Prävention, indem Kinder mit besonderem Förderbedarf identifiziert werden und somit frühzeitig Interventionen erfolgen können. Diese Maßnahmen erfordern eine enge Zusammenarbeit aller im Gesundheitswesen tätigen Akteure auf Grundlage gesicherter Daten und gemeinsam festgelegter Ziele.

### **Methodische Herangehensweise und Beschreibung der Grundgesamtheit**

Die dargestellten Ergebnisse stellen eine detaillierte Verlaufsbeobachtung über einen Zeitraum von 12 Jahren dar. Zur Auswertung wurden die Jahrgänge der Schuljahre 1997/1998 bis 2008/2009 heran gezogen. Die Darstellung der Ergebnisse zum Körpergewicht konnte bereits ab dem Schuljahr 1994/1995 erfolgen. Es erfolgt eine Aufgliederung der Ergebnisse nach den Berichtszeiträumen 1997/1998 bis 2002/2003

## Kindergesundheitsbericht 2010

(Kindergesundheitsbericht Erfurt 2004) und 2003/2004 bis 2008/2009 (aktueller Kindergesundheitsbericht). In den folgenden Grafiken wird der prozentuale Anteil der untersuchten auffälligen Kinder bezogen auf die jeweilige Anzahl aller untersuchten Kinder (n) aus dem jeweiligen Jahrgang dargestellt, soweit nicht anders beschrieben. Zur Verdeutlichung der Veränderung der prozentualen Anteile in den vergangenen 12 Jahren wurden Regressionsanalysen (linear) durchgeführt.

Um gesondert auf Ergebnisse und daraus folgende Zusammenhänge aufmerksam zu machen, erfolgt teilweise eine geschlechterspezifische Gegenüberstellung oder ein Vergleiche mit Untersuchungen in den 4. und 8. Klassen. Weiterhin werden den Ergebnissen der Kinder – und Jugendärztlichen sowie Zahnärztlichen Untersuchungen der Stadt Erfurt aktuelle Zahlen des vom Robert-Koch-Instituts durchgeführten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) gegenüber gestellt, um so einen gesamtdeutschen Vergleich gewährleisten zu können.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Anzahl der untersuchten Kinder in den jeweiligen Einschulungsjahrgängen. Im Mittel werden knapp 1400 Kinder pro Jahr im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung untersucht. Es wird darauf hingewiesen, dass die SEU lediglich zum Zwecke der Schultauglichkeit durchgeführt wird. Die Analyse und Auswertung der Daten gilt damit als prozessproduzierte Ereignisdatenanalyse.

Jahr	Anzahl der untersuchten Kinder (n)
1997/1998	1403
1998/1999	1200
1999/2000	1072
2000/2001	1106
2001/2002	1197
2002/2003	1463
2003/2004	1516
2004/2005	1232
2005/2006	1696
2006/2007	1652
2007/2008	1670
2008/2009	1584
<b>Gesamt</b>	<b>16.791</b>

Tabelle 1: Anzahl der zur Schuleingangsuntersuchung untersuchten Kinder der Stadt Erfurt der Schuljahre 1997/1998 bis 2008/2009

## Soziale Lage der untersuchten Kinder

Die regionale Verteilung der untersuchten Kinder zur SEU zeigt, dass knapp ein Drittel der Kinder in Stadtgebieten der Stadt Erfurt wohnen, die von der Kommunalverwaltung aufgrund von Sozialindikatoren als Brennpunktbezirke ausgewiesen sind (siehe Abb.1). Dazu zählen die Stadtgebiete Berliner Platz, Rieth, Johannesvorstadt, Roter Berg, Wiesenhügel, Herrenberg, Moskauer Platz, Ilversgehofen und Johannesplatz. Die Angabe des Stadtbezirkes gibt ansatzweise Aufschluss über den Sozialstatus der Eltern und somit über die soziale Lage in der das Kind sich derzeit befindet.

Die soziale Lage ist durch verschiedene Faktoren bestimmt, wozu hauptsächlich das Einkommen der Eltern, der Bildungsstand, der Berufsstatus sowie die Lebensform zählen. Die sich daraus ergebenden Vor- und Nachteile sind für die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen bedeutend und verwehren oder offerieren ihnen unterschiedliche Chancen. Die Bildung der Eltern spielt dabei im Bezug auf das gesundheitsrelevante Verhalten eine besondere Rolle. Darüber hinaus führt ein vermindertes Einkommen der Eltern nicht nur zu Armut sondern auch in die soziale Ausgrenzung der Kinder, was wiederum emotionale Instabilität, Beeinträchtigungen von kognitiver und sprachlicher Entwicklung oder Verhaltensauffälligkeiten nach sich ziehen kann. Im Vergleich von sozialepidemiologischen Studien kann immer wieder gezeigt werden, dass Personen mit niedrigem sozialen Status einen vergleichsweise schlechteren Gesundheitszustand aufweisen und häufiger krank sind als solche mit hohem sozialen Status (Mielck: 2005). Gesundheitliche Ungleichheit wird als Ergebnis unterschiedlicher Expositionen gegenüber sogenannten Risikofaktoren gesehen, welche bereits im Kindes- und Jugendalter einwirken können. Dabei sind Kinder in ihrer Gesundheit besonders in den Bereichen Ernährung, Wohnverhältnissen, Einengung der Spiel- und Lebensräume und in psychosozialen Risiken gefährdet.

Bei in Armut lebenden Kindern haben sich zudem Haltungsschäden, Konzentrations- und Verhaltensstörungen, Übergewicht, Gewaltbereitschaft und Risikoverhalten besonders verschlechtert. Es gibt in der Literatur eindeutige Belege dafür, dass sich in der frühen Lebensphase erfahrene günstige bzw. ungünstige, die Gesundheit beeinflussende Umstände, auf das gesamte Leben positiv bzw. negativ auswirken können (Power et al. 1997: 1587). Dies macht die Kindheit auch in Bezug auf die Gesundheit zu einer besonders kritischen Phase, in der Interventionsmaßnahmen zur Verminderung der gesundheitlichen Ungleichheit ansetzen müssen.

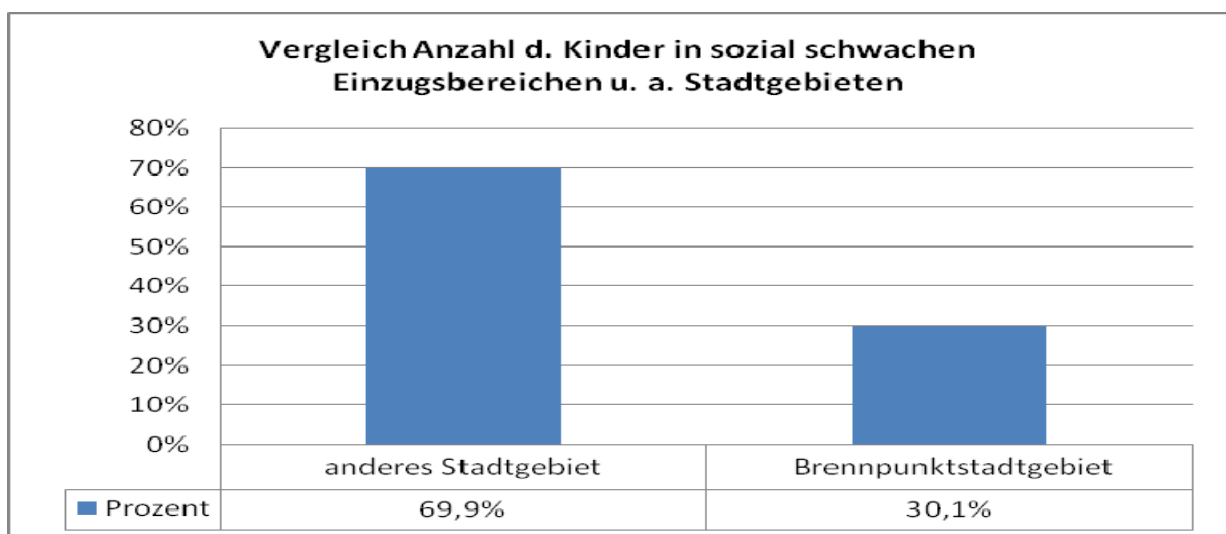


Abbildung 1: Prozentualer Vergleich der Untersuchungen zum Schuleingang im Stadtgebiet Erfurt bezogen auf Brennpunktstadtgebiete und andere Stadtgebiete

## Beurteilung des Körpergewichtes

Zur Bewertung des Körpergewichtes wird der Body Mass Index (BMI) verwendet. Dieser berechnet sich aus dem Quotienten aus Körpergewicht in Kilogramm und der quadrierten Körpergröße in Meter. Für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr gilt die Perzentilenkurve, da aufgrund des unterschiedlichen Wachstums und immer wiederkehrender Wachstumsschübe sich die Verhältnisse zwischen Körpergewicht und Körpergröße altersspezifisch verändern. Perzentilenkurven zeigen an, wie viel Prozent der Individuen der untersuchten Standardpopulation sich unterhalb dieses Wertes befanden. Von Übergewicht spricht man, wenn sich der BMI über der 90. Perzentile befindet. Eine Adipositas zeigt sich, wenn der BMI über der 97. Perzentile liegt.

Bei den Schuleingangsuntersuchungen der letzten 15 Jahre zeigte sich, dass im Durchschnitt 6,2% der Erfurter Kinder übergewichtig und 4,4% der Kinder adipös sind. Die Prävalenz (Erkrankungsrate) von Übergewicht einschließlich Adipositas lag im Berichtszeitraum 1994/1995 bis 2002/2003 im Mittel bei 10,8%, für den aktuellen Berichtszeitraum ab 2003/2004 bei 10,4%.

Insbesondere in den vergangenen zwei Schuljahren ist eine deutliche Zunahme des Anteils der übergewichtigen Kinder mit Spitzenwerten von 8,2% (Schuljahr 2007/2008) zu erkennen (siehe Abb.2). Im Mittel stieg der Anteil der Kinder mit Übergewicht in den vergangenen 15 Jahren um 0,5 und der Anteil der adipösen Kinder um 0,8 Prozentpunkte.

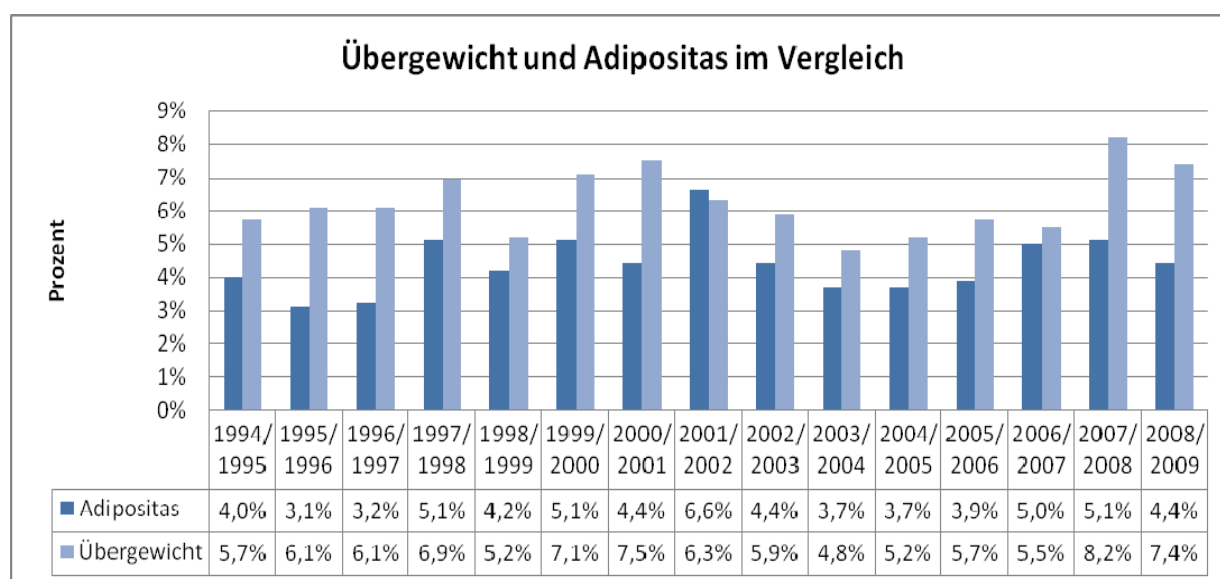


Abbildung 2: Prozentualer Vergleich von Übergewicht und Adipositas im Vergleich über den Zeitraum von 15 Einschulungsjahren

In einem Vergleich der Untersuchungen zur Bewertung des Körpergewichtes sowohl zur SEU als auch in den 8. Klassen wird die Tendenz zum vermehrten Körpergewicht deutlich. Zum Zeitpunkt des Schuleintritts beträgt der Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder im Durchschnitt 10,4% während des gesamten Bewertungszeitraumes. Zur Untersuchung in den 8. Klassen steigt dieser Anteil bereits auf 15,1%. Aus der Abbildung 3 wird weiterhin ersichtlich, dass sich die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas zur SEU seit dem Untersuchungsjahrgang 2003/2004 von 8,6% auf 13,3% im Jahrgang 2007/2008 erhöht hat. Auch zeigt sich sehr deutlich der Anstieg der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Vergleich der SEU und der Untersuchung in den 8. Klassen. Umso älter die



Kinder und Jugendlicher werden, desto mehr nimmt der Anteil der übergewichtigen und adipösen unter ihnen zu.

Übergewicht und Adipositas sind damit sowohl im Kleinkindalter als auch über das gesamte Schulalter relevante Schwerpunkte der Gesundheitsprävention. Umweltfaktoren wie verändertes Freizeitverhalten, hoher Medienkonsum, falsche Ernährung und Bewegungsmangel spielen möglicherweise eine große Rolle als Risikofaktoren solcher Erkrankungen und sollten Inhalte spezifischer Interventionen darstellen.

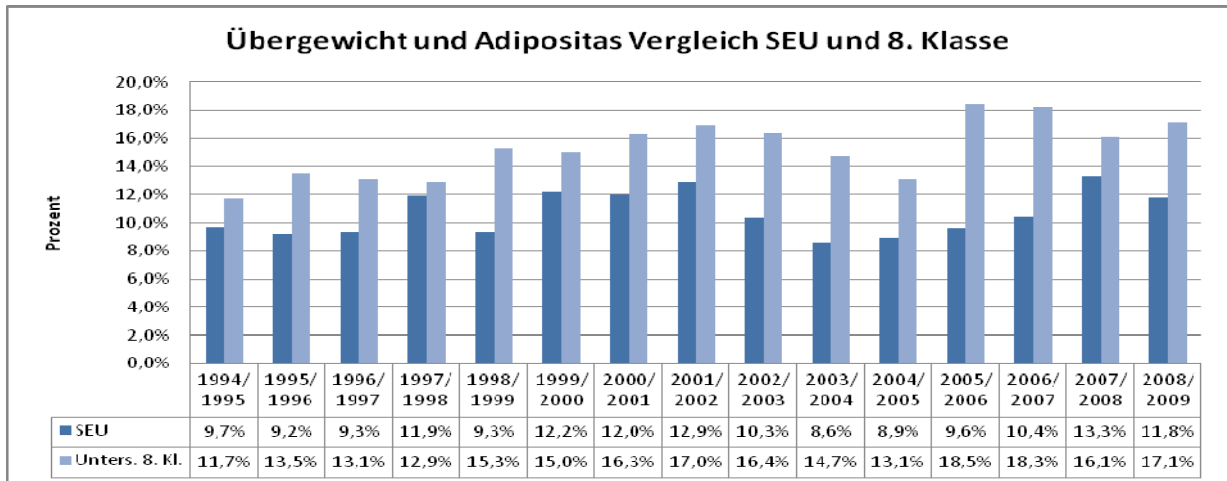


Abbildung 3: Prozentualer Vergleich von Übergewicht einschließlich Adipositas zum Zeitpunkt des Schuleintritts und der 8. Klasse über 15 Einschulungsjahre hinweg

Ein Vergleich der Ergebnisse aus den Untersuchungen in Erfurt mit deutschlandweit durchgeführten Studien belegt diese steigende Tendenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern. Laut der KIGGS Studie sind 15% der untersuchten Kinder und Jugendlichen übergewichtig und 6,3% adipös. In der Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen finden sich deutschlandweit 9% Übergewichtige, in der Altersgruppe der 7- bis 10-Jährigen sind es 15% und bei den 14- bis 17-Jährigen sind es bereits 17% Übergewichtige. Bei Adipositas beginnt der Prozentsatz bei 2,9% bei den 3- bis 6-Jährigen und steigt auf 6,4% bei den 7- bis 10-Jährigen beziehungsweise auf 8,5% bei den 14- bis 17-Jährigen.

Beunruhigend ist der Vergleich, welchen die Forschenden der KIGGS Studie mit der Referenzgruppe aus den 1980er und 1990er Jahren vorgenommen hat. Demnach hat sich die Gruppe der übergewichtigen und adipösen Kinder und Jugendlichen seit dem um 50% erhöht. Diese Zunahme ist in den unterschiedlichen Altersgruppen ungleichmäßig verteilt. Eine deutliche Zunahme findet kurz nach Schuleintritt statt und steigt in der Pubertät bei den 14- bis 17-Jährigen auf beinahe das Doppelte hinsichtlich Übergewicht und Adipositas. Betrachtet man nur Adipositas, so ist eine Verdreifachung zu beobachten.

Kinder aus Familien mit niedrigem sozialen Status bzw. aus sozial benachteiligten Familien und bei Kindern mit Migrationshintergrund weisen laut der Studie ebenfalls ein höheres Risiko hinsichtlich Übergewicht und Adipositas auf.

Aufgrund eines zu geringen Körpergewichtes (BMI-Perzentile unter 10) kann die Gefahr von Untergewicht drohen. Nachfolgende Abbildung zeigt den prozentualen Verlauf des Anteils untergewichtiger Kinder über den Zeitraum von 12 Einschulungsjahren. Im vorangegangenen Berichtszeitraum wiesen im Mittel 10,5% zum Zeitpunkt des Schuleintrittes ein Untergewicht auf, im aktuellen Berichtszeitraum beträgt dieser Anteil 10,6%. Vergleicht man die gesamten 15 Jahre der Berichterstattung miteinander, so ist allerdings lediglich ein Anstieg von 0,1 Prozentpunkt zu verzeichnen. Der Anteil untergewichtiger Kinder nimmt jedoch mit zunehmendem Alter von 9,9% in der 4. Klasse auf sogar 9,2% in der 8. Klasse leicht ab.

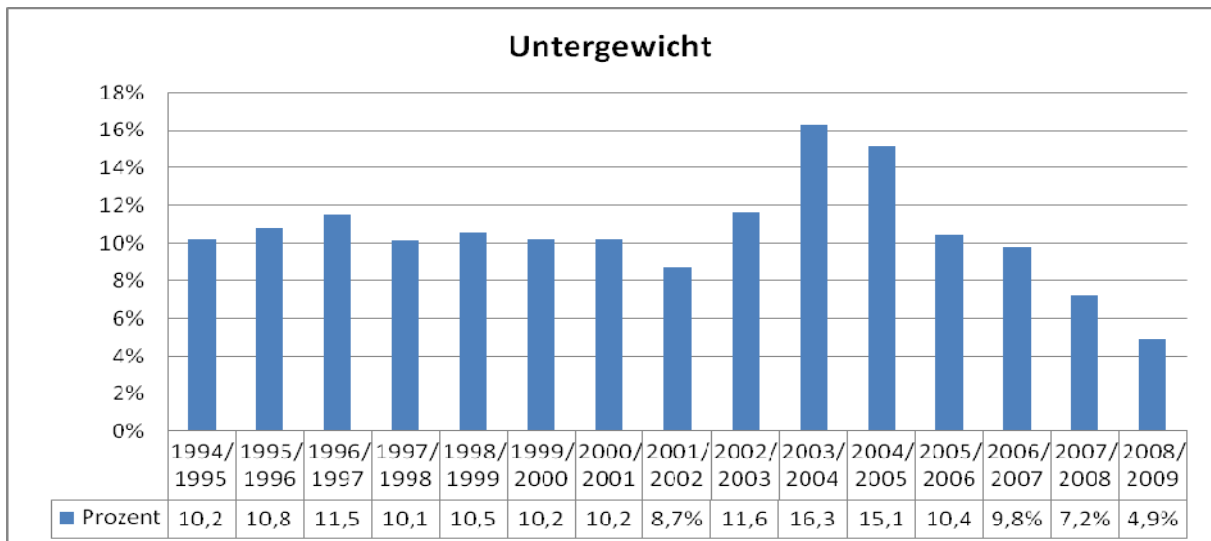


Abbildung 4: Prozentualer Verlauf von Untergewicht über den Zeitraum von 15 Einschulungsjahren

## Zentralnervensystem und Verhalten

Im vorangegangenen Berichtszeitraum lag der durchschnittliche Anteil der zur SEU in Erfurt untersuchten Kinder die an zerebralen Bewegungsstörungen leiden bei 0,8%, für den aktuellen Berichtszeitraum liegt dieser Anteil bei 0,6%. Betrachtet man den gesamten Zeitraum der Datenerfassung seit 1997/1998 so ist ebenfalls eine Abnahme des Anteils der Kinder mit zerebralen Bewegungsstörungen um 0,5 Prozentpunkte zu verzeichnen. Im letzten Jahr konnte sogar ein Gesamtanteil von nur 0,3% registriert werden (siehe Abb. 5).

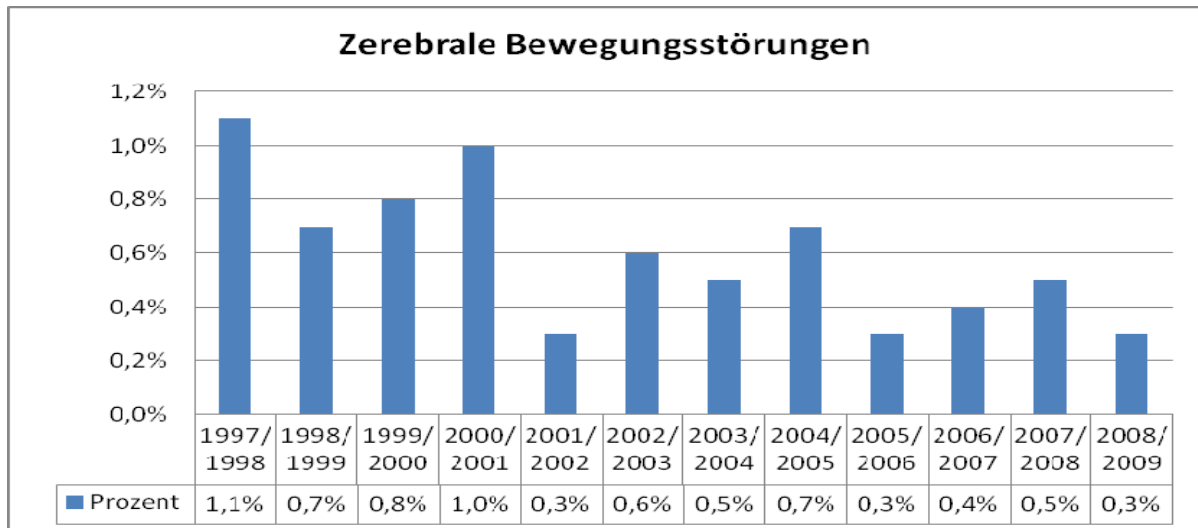


Abbildung 5: Prozentualer Verlauf des Befundes zerebrale Bewegungsstörungen über 12 Einschulungsjahre

Ähnlich verhält es sich mit dem Anteil der an zerebralen Anfallsleiden betroffenen Kinder. Im vorangegangenen Berichtszeitraum lag der durchschnittliche Anteil dieser Kinder bei 0,6%, für den aktuellen Berichtszeitraum bei 0,7%. Über den gesamten Zeitraum von 12 Einschulungsjahren konnte eine Abnahme der Häufigkeit um 0,1 Prozentpunkte festgestellt werden. Auch hier lag der Anteil der betroffenen Kinder im vergangenen Jahr bei 0,3% (siehe Abb. 6).

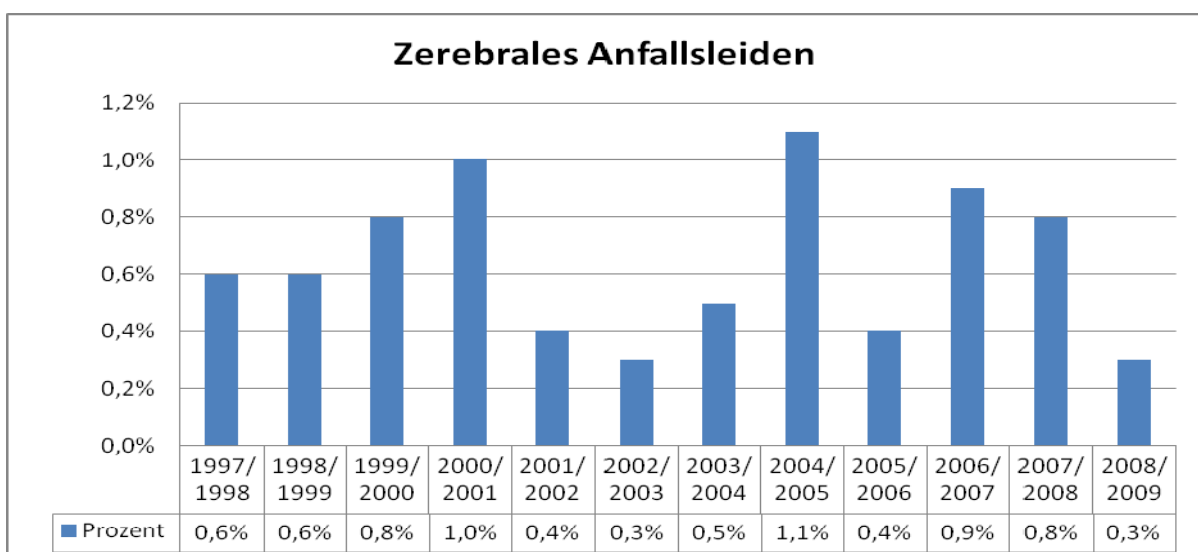


Abbildung 6: Prozentualer Verlauf des Befundes zerebrale Anfallsleiden über 12 Einschulungsjahre

Eine geistige Behinderung wiesen im Kindergesundheitsbericht Erfurt von 2004 im Durchschnitt 0,5% der untersuchten Kinder auf, im aktuellen Berichtszeitraum beläuft sich dieser Anteil auf 0,6%. Im Mittel ist dieser Wert um 0,15 Prozentpunkte während der letzten 12 Jahre gestiegen. Im vergangenen Jahr wurde der Anteil der Kinder mit geistiger Behinderung zur SEU auf 0,6% festgelegt (siehe Abb. 7).

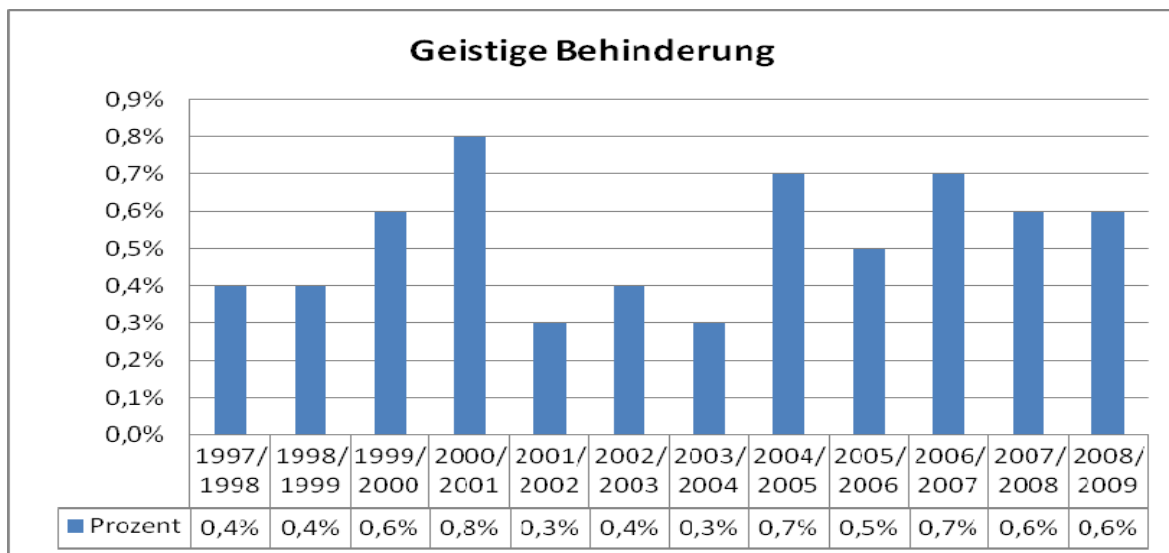


Abbildung 7: Prozentualer Verlauf des Befundes geistige Behinderung über 12 Einschulungsjahre

Die Erkrankungsrate für Lernbehinderungen und Entwicklungsrückstand liegt für den vergangenen Berichtszeitraum bei 2,3% und für den aktuellen bei 5,0%. Hierbei ist in den vergangen 12 Jahren ein deutlicher Anstieg von 4,1 Prozentpunkten zu verzeichnen. Der Spitzenwert aller untersuchten Jahre lag mit einem Anteil der betroffenen Kinder von 6,9% im Untersuchungsschuljahr 2007/2008. Im vergangenen Untersuchungsjahr 2008/2009 war dieser Wert wieder auf 4% rückläufig (siehe Abb. 8).

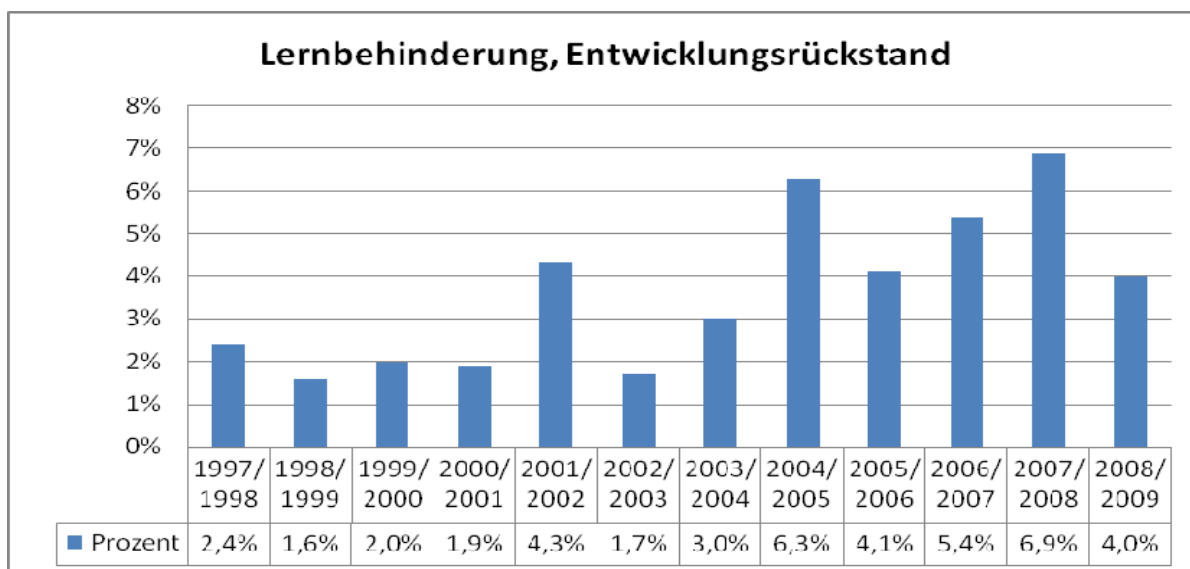


Abbildung 8: Prozentualer Verlauf des Befundes Lernbehinderung und Entwicklungsrückstand

Für den ersten Berichtszeitraum zur SEU in Erfurt lag die Erkrankungsrate für Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination bei 9,3%, für den aktuellen Berichtszeitraum bei 7,5%. Über den Zeitraum von 12 Jahren ist die Erkrankungsrate damit um 3,0 Prozentpunkte gesunken.

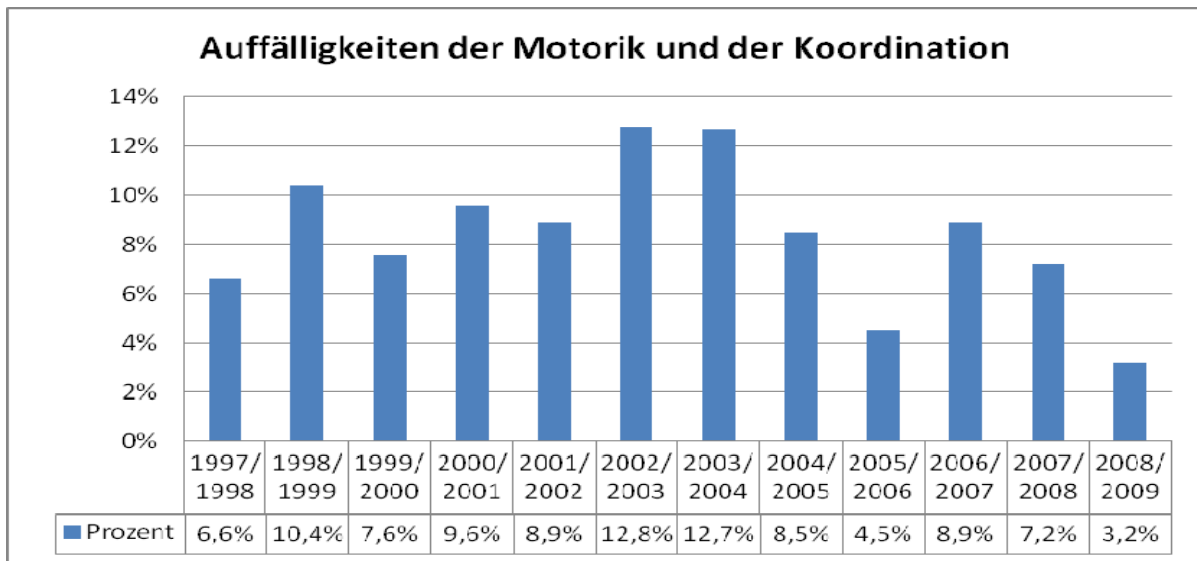


Abbildung 9: Prozentualer Verlauf des Befundes Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination über den Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Im Geschlechtervergleich liegen die Werte der Jungen um 7,5 Prozentpunkte über den Werten der Mädchen. Die Mädchen weisen im Durchschnitt eine Erkrankungsrate von 4,3% und die Jungen von 11,8% auf (siehe Abb.10).

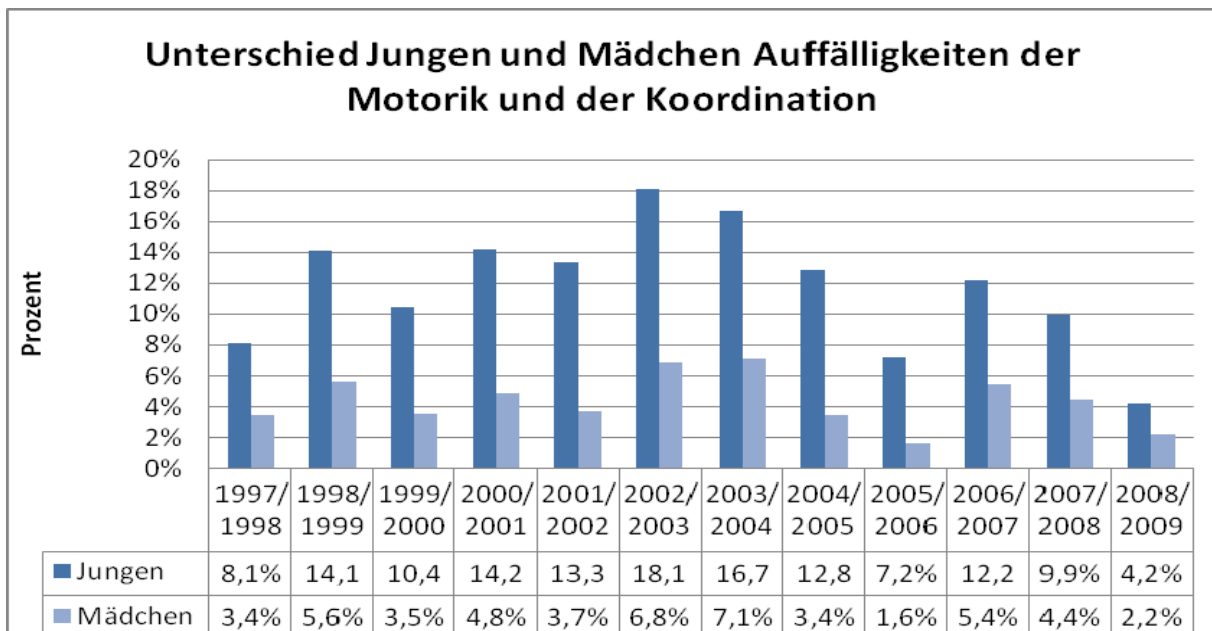


Abbildung 10: Prozentuale Verteilung des Befundes Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination nach Geschlecht über den Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Der zu erkennende Rückgang der auffälligen Kinder im Hinblick auf Motorik und Koordination ist möglicherweise auf die Einführung der Entwicklungstests im Jahr 2003/2004, welche die Grob-, Fein- und Visuomotorik extra erfassen, zurückzuführen. Bei dieser spezifischeren Erfassung der Auffälligkeiten stellen sich somit vermehrt Defizite dar. Die durchschnittliche Erkrankungsrate für Grobmotorik liegt für den aktuellen Berichtszeitraum im Mittel bei 13,3%, für Feinmotorik bei 11,9% und für Visuomotorik bei 18,6% (siehe Abb. 11).

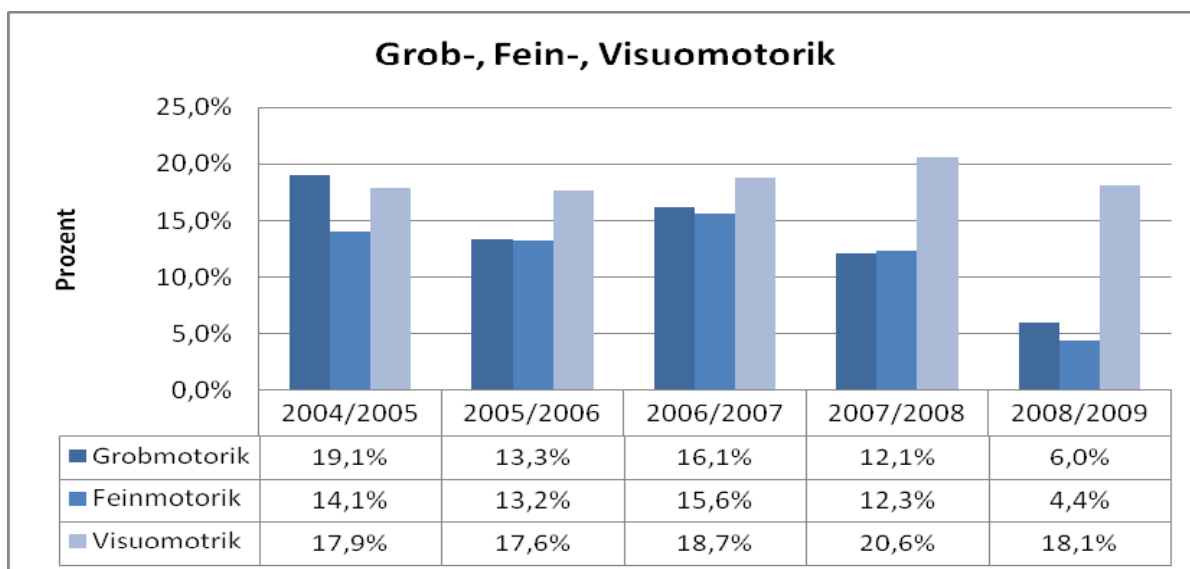


Abbildung 11: Prozentualer Verlauf der Befunde Grob-, Fein- und Visuomotorik über den Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Die Motorische Leistungsfähigkeit wurde auch im Rahmen der KIGGS Studie untersucht. Es wurden unterschiedlichste Tests durchgeführt, wie Linie nachfahren, Einbeinstand, Stifte einstecken, Reaktionstest und seitliches Hin- und Herspringen.

Die Analysen zeigten bei allen Tests, außer dem Reaktionstest, signifikant schlechtere Ergebnisse bei Kindern mit Migrationshintergrund und Kindern aus Familien mit niedrigerem sozialen Status in allen Altersgruppen (Starker et al. 2007: 779 ff). Interventionen und Programme sollten deshalb auch vermehrt zielgruppenspezifisch auf diese beiden Gruppen ausgerichtet sein.

## Sprech-, Sprach- und Stimmstörung

Die Erkrankungsrate für Sprech-, Sprach-, und Stimmstörungen zum Zeitpunkt der Einschulung liegt im Durchschnitt über dem gesamten Zeitraum von 12 Einschulungsjahren bei 22,6%. Getrennt in die zwei Berichtszeiträume ergibt sich für den ersten Berichtszeitraum bis 2004 ein durchschnittlicher Wert von 20,3% und für den aktuellen Berichtszeitraum von 24,3%. Dabei kann insgesamt festgestellt werden, dass die Werte innerhalb der vergangenen 12 Jahre um 6 Prozentpunkte gestiegen sind. Insbesondere in den Jahren des 2. Berichtszeitraumes haben die Werte nochmals deutlich zugenommen. Während im ersten Berichtszeitraum noch jedes 5. Kind Sprachverzögerungen aufwies, so ist es im aktuellen fast jedes 4. Kind (siehe Abb. 12).

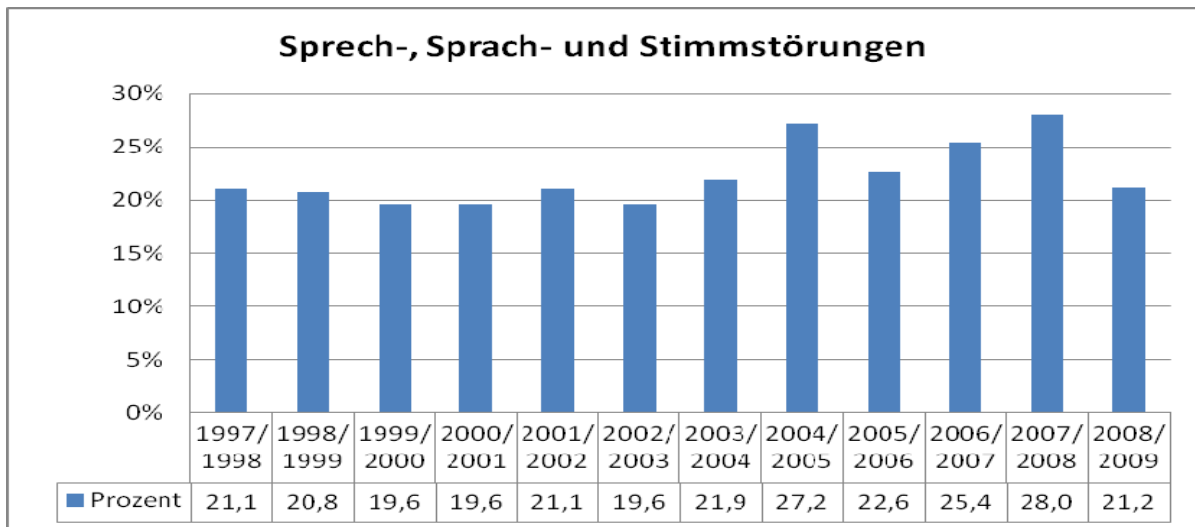


Abbildung 12: Prozentualer Verlauf der Befundes Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen über den Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Auch hinsichtlich der Sprachauffälligkeiten wurde ein großer Unterschied zwischen den Geschlechtern von 9,4 Prozentpunkten analysiert. Wie in der nachfolgenden Grafik (Abb. 13) dargestellt liegen die Mädchen im Schnitt bei 17,1% und Jungen bei 26,5% (siehe Abb. 13). Jungen sollten im besonderen Maße Zielgruppe von Sprachförderungen sein.

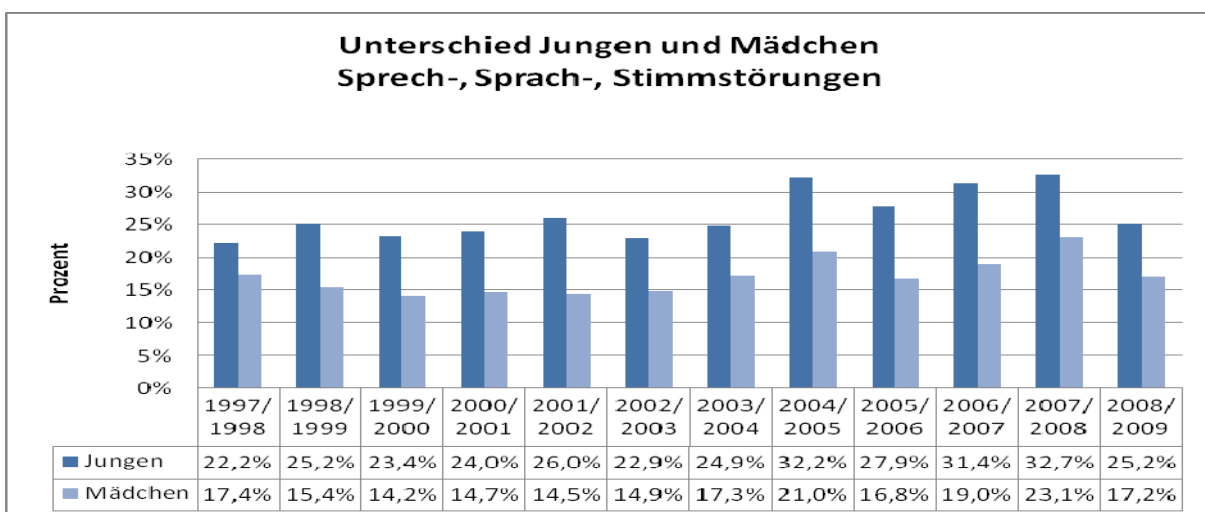


Abbildung 13: Prozentuale Verteilung des Befundes Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen nach Geschlecht über den Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

## Verhaltensauffälligkeiten

Nachfolgende Grafik zeigt den prozentualen Verlauf der Verhaltensauffälligkeiten über 12 Schuljahre hinweg. Die Erkrankungsrate ist über die Jahre trotz der Schwankungen kontinuierlich gesunken. So sind im Durchschnitt 9,0% der Kinder über den gesamten Zeitraum im Verhalten auffällig. Dabei liegt die Prävalenz für den ersten Berichtszeitraum bei 9,4% und für den aktuellen Berichtszeitraum bei 8,6%. Im Jahr 2006/2007 gab es jedoch im Verlauf einen Höchstwert von 12,2%. Über einen Zeitraum von 12 Jahren sind die Werte damit um 0,5 Prozentpunkte gesunken. Der letzte Wert im Jahr 2008/2009 lag bei 7,0% (siehe Abb. 14).

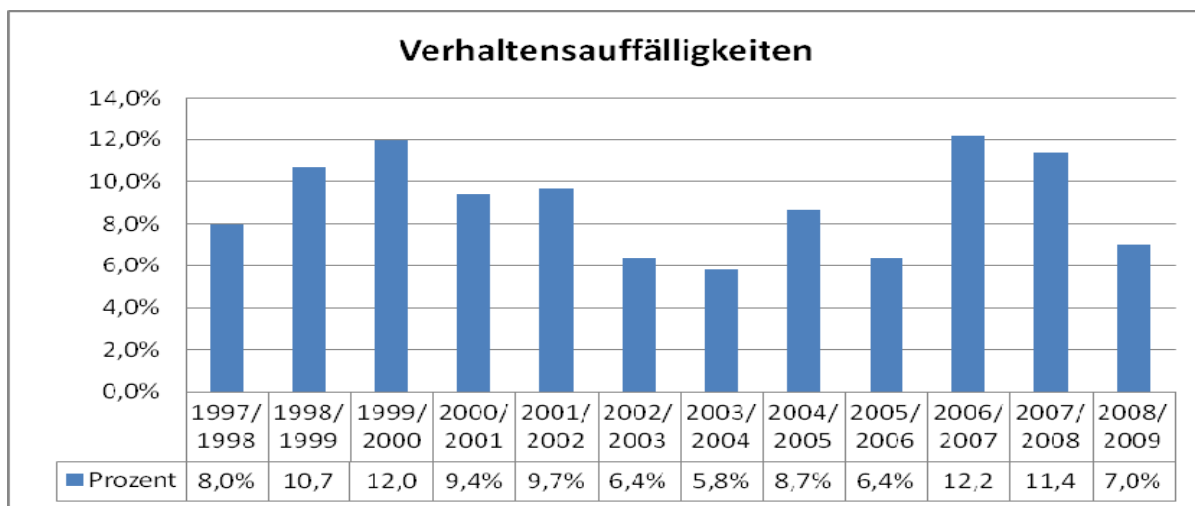


Abbildung 14: Prozentualer Verlauf der Befundes Verhaltensauffälligkeiten über den Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Im Hinblick auf Verhaltensauffälligkeiten gibt es ebenso große geschlechterspezifische Unterschiede (6,4 Prozentpunkte) wie bei den Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen. In der nachfolgenden Abbildung ist dieser eindrucksvolle Unterschied grafisch dargestellt. Der Anteil der betroffenen Mädchen liegt im Schnitt bei 5,7% und der der Jungen bei 12,1% (siehe Abb. 15).

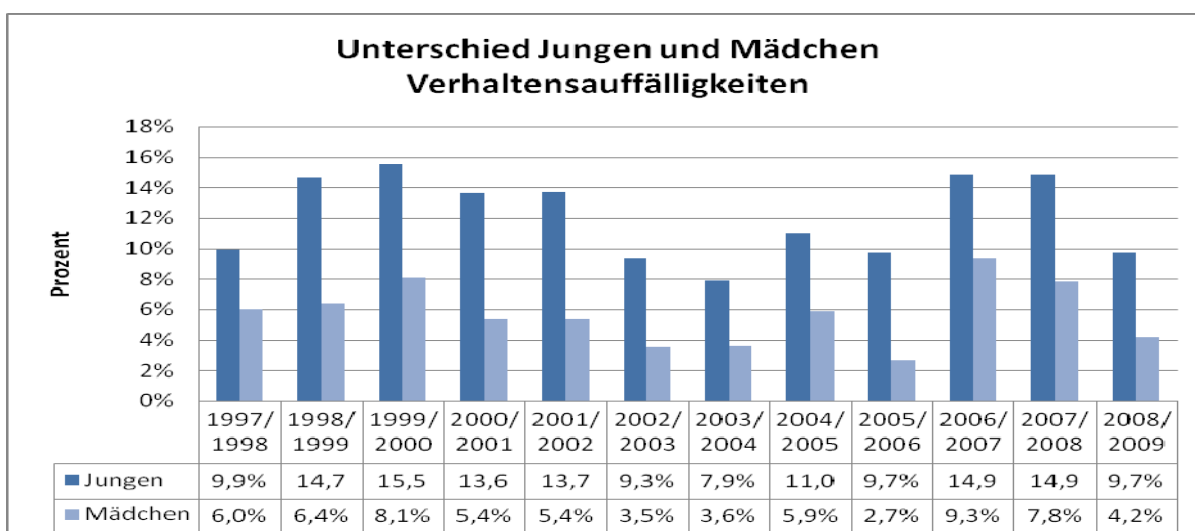


Abbildung 15: Prozentuale Verteilung des Befundes Verhaltensauffälligkeiten nach Geschlecht über den Zeitraum von 12 Einschulungsjahren



Im Rahmen der KiGGS-Studie zeigten in der Altersgruppe der 3- bis 6-jährigen 5,3% der Kinder psychische Auffälligkeiten. Darin sind enthalten aggressives, dissoziales Verhalten, Ängstlichkeit, Depressivität, Unaufmerksamkeit und motorische Unruhe. Der Anteil steigt dann auf rund 15% der Altersgruppe 0-17 Jahre. Jungen werden durchweg häufiger als verhaltensauffällig bezeichnet als die Mädchen. Kinder mit niedrigem Sozialstatus und mit Migrationshintergrund sind vermehrt von psychischen Auffälligkeiten betroffen.

### Erkrankungen des Bewegungsapparates

Der Anteil der Kinder, welche zum Zeitpunkt der Einschulung eine Skoliose aufweisen, ist in den vergangenen 12 Jahren zunehmend gesunken. Während im vergangenen Berichtszeitraum im Mittel noch 1,8% eine Skoliose aufwiesen, beträgt dieser Anteil im aktuellen Berichtszeitraum 1,2%. Im vergangenen Jahr betrug der Anteil der betroffenen Kinder 0,6% (siehe Abb. 16).

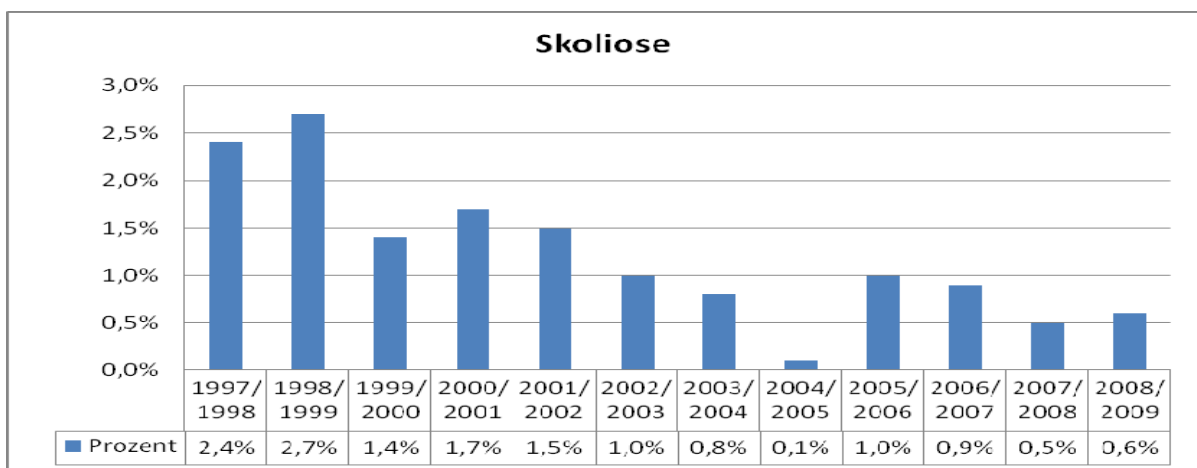


Abbildung 16: Prozentualer Verlauf des Befundes Skoliose über den Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Ein gegensätzliches Ergebnis ist in Bezug auf die Haltungsschwäche bei Kindern zum Zeitpunkt der Einschulung zu registrieren. Hier stieg der Anteil der betroffenen Kinder besonders während der letzten sieben Jahre um 0,6 Prozentpunkte an. So waren im vergangenen Berichtszeitraum 2,8% und im aktuellen Zeitraum 3,7% im Mittel betroffen (siehe Abb. 17).

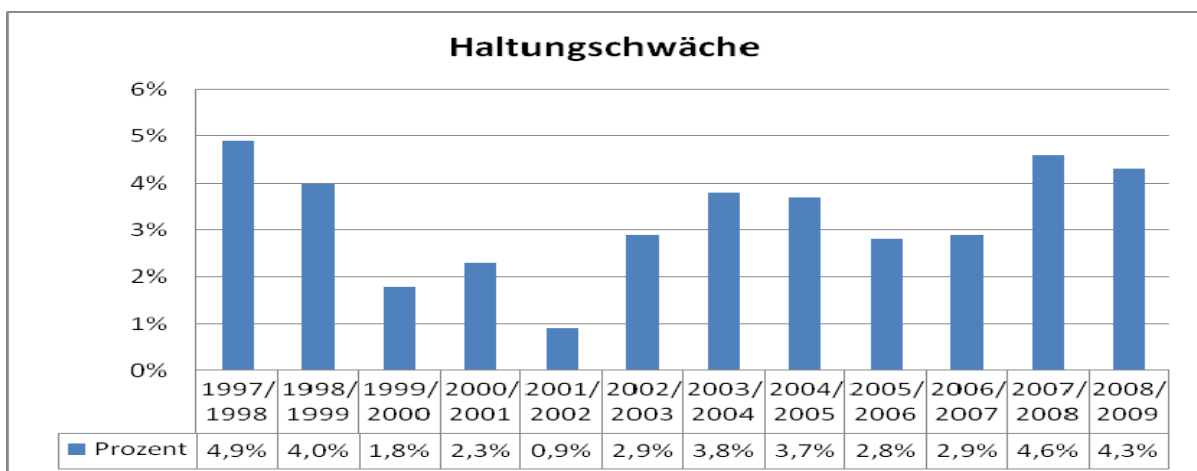


Abbildung 17: Prozentualer Verlauf des Befundes Haltungsschwäche über den Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Ähnliche Ergebnisse wie bei der Beurteilung der Haltungsschwäche ergeben sich für die betroffenen Kinder mit Fußschäden, auch hier ist ein Anstieg in den letzten Jahren zu verzeichnen. Während zum letzten Berichtszeitraum im Mittel 2,9% der Kinder einen Fußschaden aufwiesen, sind im aktuellen Zeitraum im Mittel 5,3% der Kinder betroffen. Seit 2001 sind damit diese Werte um 3,1 Prozentpunkte gestiegen. Derzeit liegt der aktuelle Wert aus dem Jahr 2008/2009 bei 5,8 % (siehe Abb. 18).

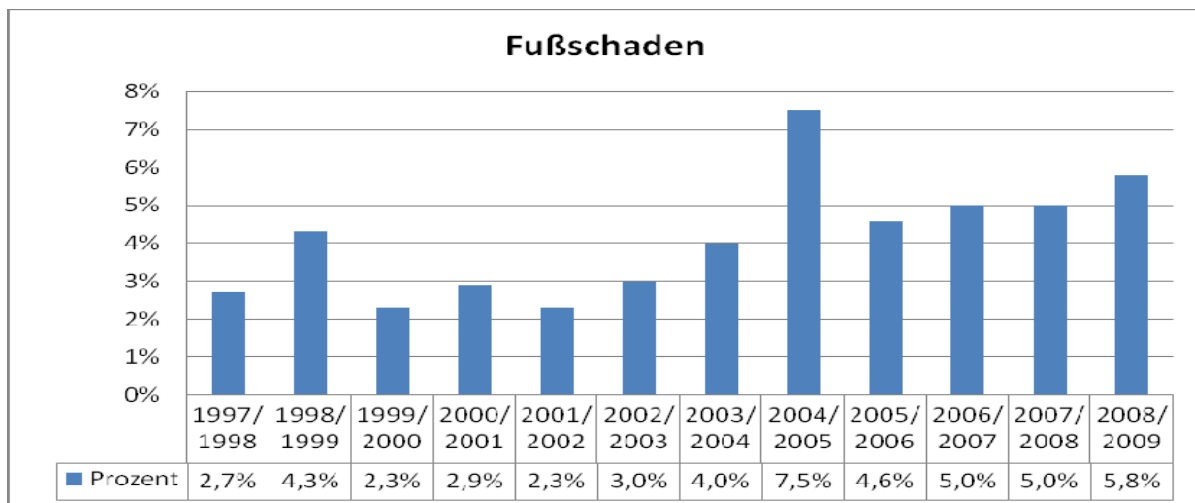


Abbildung 18: Prozentualer Verlauf des Befundes Fußschaden über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Erfreulicheres gibt es über den Beckenschiefstand zu berichten. Hier ist der Anteil der betroffenen Kinder deutlich zurück gegangen. Im vergangenen Berichtszeitraum waren im Mittel 0,7% betroffen, aktuell zeigen im gesamten Berichtszeitraum nur 0,1% einen Beckenschiefstand zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung. Innerhalb der letzten 12 Jahre sind diese Werte damit um durchschnittlich 0,9 Prozentpunkte gefallen. Zur letzten Untersuchung im Jahr 2008/2009 konnten keine betroffenen Kinder identifiziert werden (siehe Abb. 19).

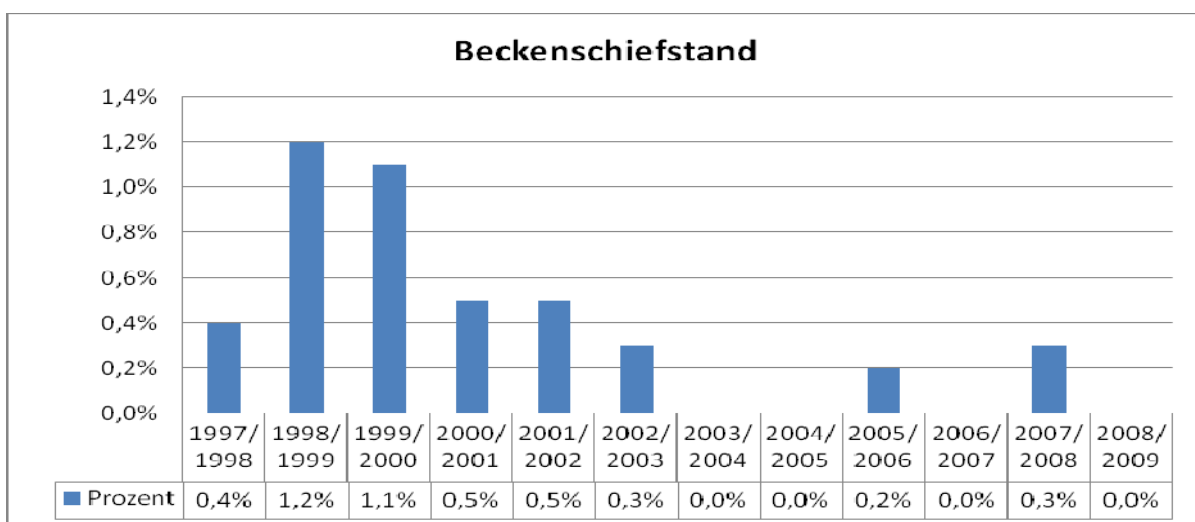


Abbildung 19: Prozentualer Verlauf des Befundes Beckenschiefstand über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Die nachfolgende Darstellung enthält die gesamten Werte aller Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen zusammengefasst. Die Zahlen bestehen aus den Werten für Skoliose, Haltungsschwäche, Fußschaden, Beckenschiefstand, Bauchwandbruch, Thoraxdeformation, Kyphose, Hüftschaden, Aseptische Knochennekrose, und Beckenschiefstand. Die Erkrankungsrate für alle Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen liegt insgesamt bei 9,8%, wobei diese für den ersten Berichtszeitraum noch bei 8,8% liegt, im zweiten Berichtszeitraum jedoch schon bei 10,8%. Hierbei ist eine Steigerung von knapp 2 Prozentpunkten innerhalb der 12 Jahre zu beobachten (siehe Abb. 20).

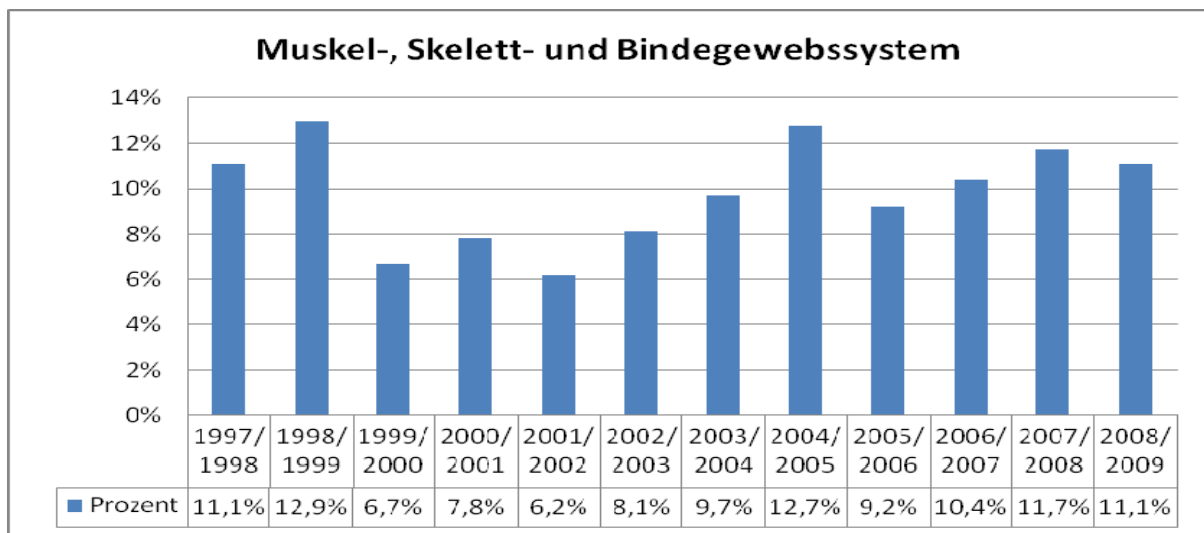


Abbildung 20: Prozentualer Verlauf der gesamten Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Mit zunehmendem Alter steigen Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen noch mal auf durchschnittlich zunächst 15,6% in der 4. Klasse und 26,3% in der 8. Klasse an (siehe Abb. 21).

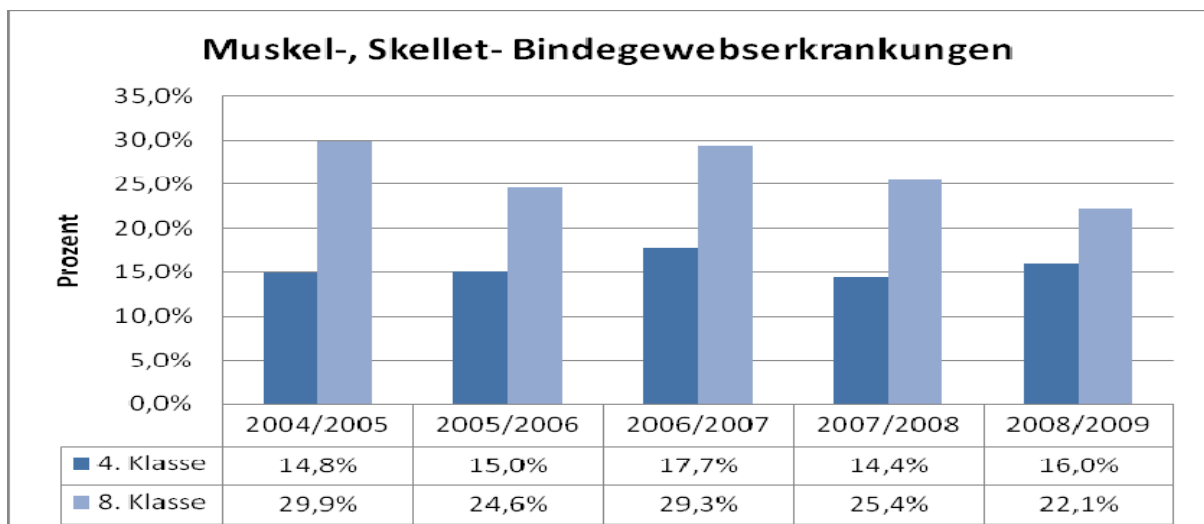


Abbildung 21: Prozentualer Verlauf des Befundes der gesamten Muskel- Skelett- und Bindegewebserkrankungen in der 4. Und 8. Klasse über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

## Erkrankungen des Gehörgangsystems und der Augen

Große Schwankungen sind im Anteil der an Hörstörungen betroffenen Kinder zum Zeitpunkt der SEU während der letzten 12 Jahre zu verzeichnen. Die Erkrankungsrate lag im vergangenen Berichtszeitraum bei 5,8% und im aktuellen bei 5,9%. Im Verlauf dieser 12 Jahre konnte allerdings eine Absenkung des Anteils der Betroffenen um 1,2% verzeichnet werden. Aktuell waren im Untersuchungsjahr 2008/2009 3,9% der untersuchten Kinder betroffen (siehe Abb. 22).

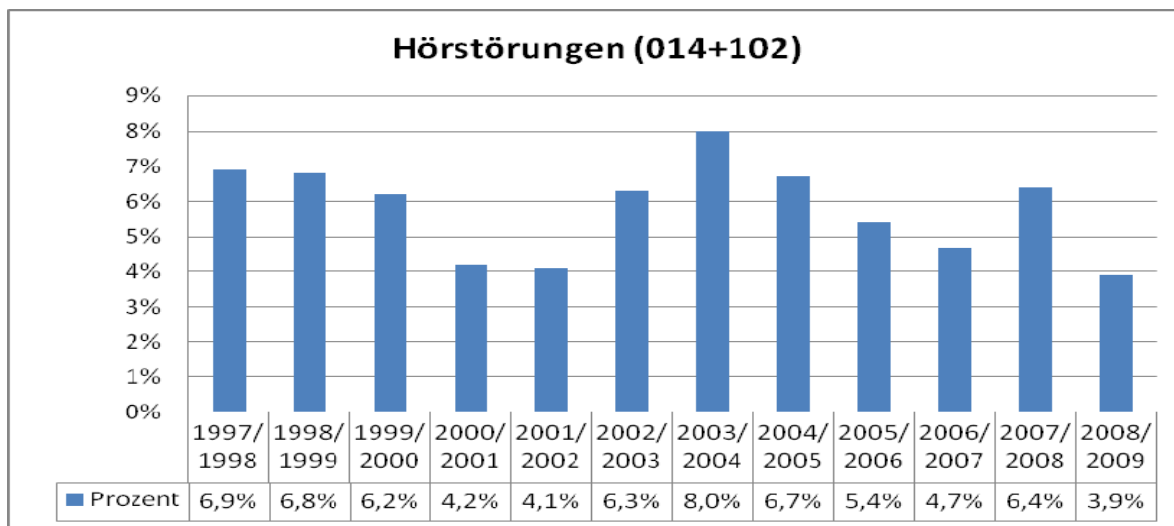


Abbildung 22: Prozentualer Verlauf des Befundes Hörstörungen über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Ähnlich große Schwankungen sind bei dem Anteil der betroffenen Kinder an Otitis media und deren Folgezuständen zu registrieren. Aktuell beläuft sich die Erkrankungsrate auf 1,3% (siehe Abb. 23). Im ersten Berichtszeitraum lag die Prävalenz im Mittel bei 1,8%, im aktuellen Berichtszeitraum liegt diese bei 2,3%. Demnach kann ein Anstieg der Werte während der letzten 12 Jahre von 0,8 Prozentpunkten verzeichnet werden.

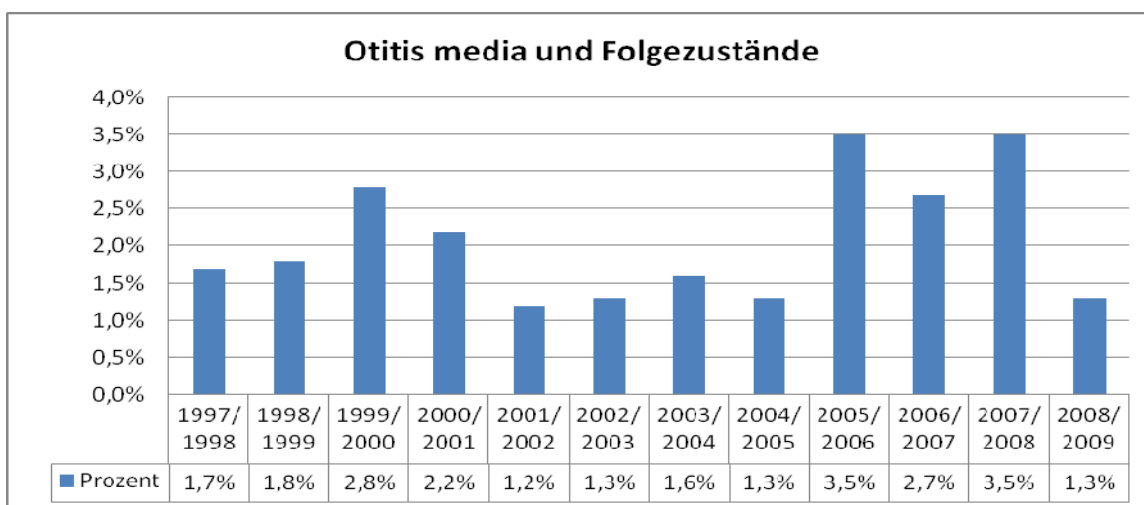


Abbildung 23: Prozentualer Verlauf des Befundes Otitis media und Folgezustände über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Ebenfalls ansteigende Werte sind bei dem Anteil der Kinder zu verzeichnen, die schielen. Während im vergangenen Berichtszeitraum im Mittel 4,4% ein Schielen aufwiesen, beläuft sich dieser Anteil im aktuellen Berichtszeitraum auf 5,4%. Werden die gesamten 12 Jahre betrachtet, bedeutet das einen Anstieg um 0,6 Prozentpunkte (siehe Abb. 24).

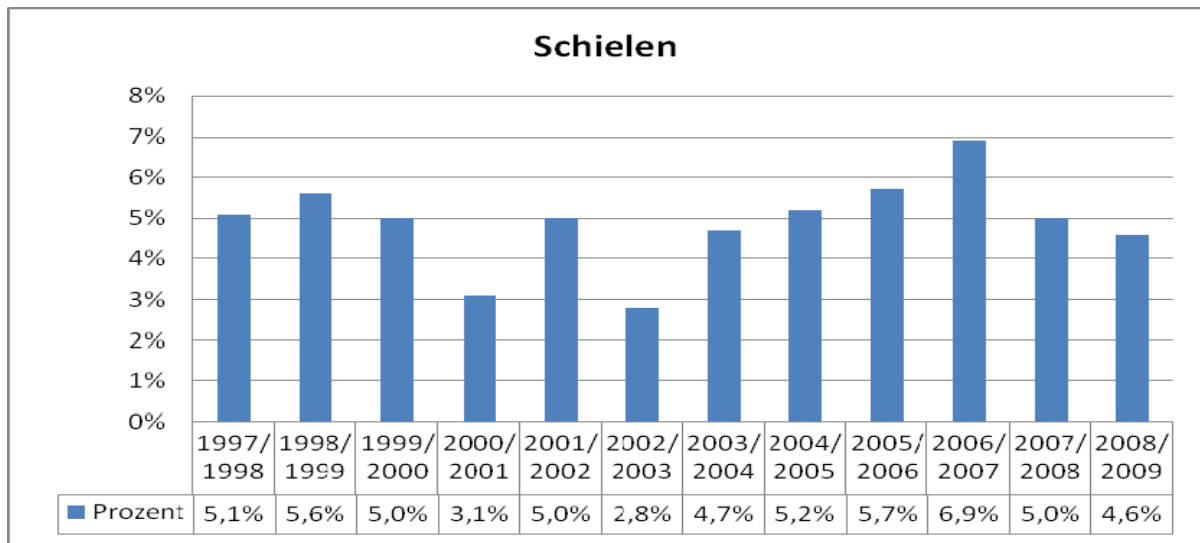


Abbildung 24: Prozentualer Verlauf des Befundes Schielen über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Auch die von einer verminderten Sehschärfe betroffenen Kinder nehmen weiterhin zu. In den vergangenen 12 Jahren erfolgte ein Anstieg um 2,0 Prozentpunkte. Im ersten Berichtszeitraum lag der Wert der Betroffenen bei 20,5%, im zweiten Berichtszeitraum bei 19,4%. Insbesondere zum Zeitpunkt der letzten SEU im Jahr 2008/2009 konnten sogar 26,4% der Kinder mit verminderter Sehschärfe identifiziert werden (siehe Abb. 25). Damit wiesen zu diesem Zeitpunkt mehr als ein Viertel der Kinder einen Sehfehler auf. Die verminderte Sehschärfe wurde im aktuellen Berichtszeitraum bei durchschnittlich 6,9% der Kinder erstmalig diagnostiziert. Der Anteil der Erstdiagnosen ist weiterhin stark ansteigend (von 5,2% im Schuljahr 2004/2005 auf 10,5% im Schuljahr 2008/2009).

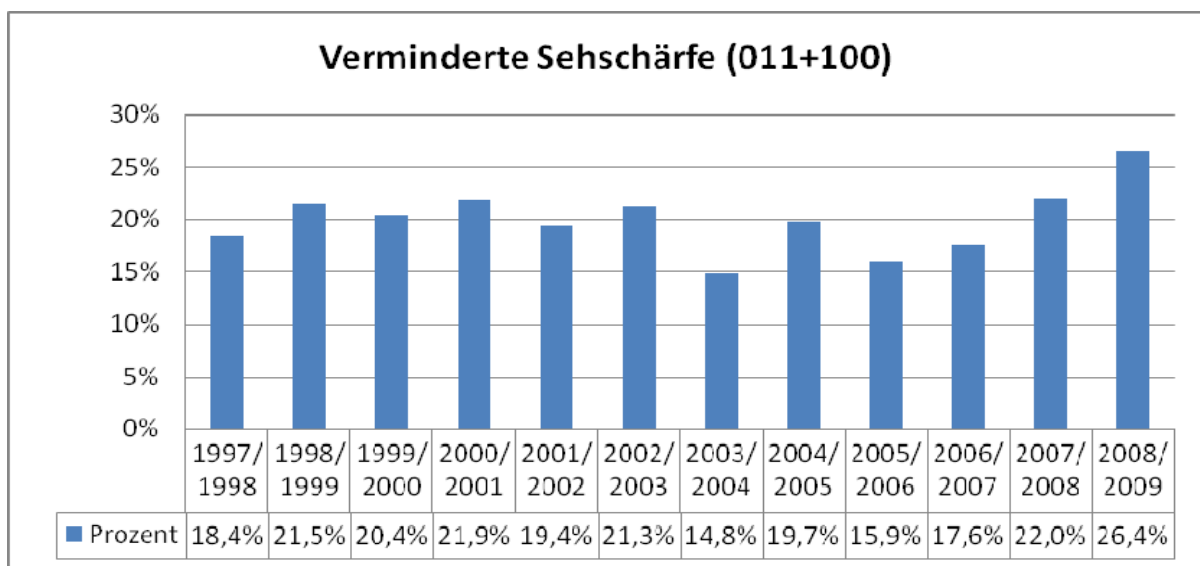


Abbildung 25: Prozentualer Verlauf des Befundes verminderte Sehschärfe über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

## Erkrankungen der Atmungsorgane

Die Erkrankungsrate für Asthma zeigte gerade in den letzten fünf Jahren eine beträchtliche Steigerung. Ihr Anteil an den untersuchten Kindern zur SEU liegt im Mittel bei 3,1% für den aktuellen Berichtszeitraum. Für den vorangegangenen Berichtszeitraum betrug die Prävalenz im Mittel lediglich 2,0%. Für die letzten beiden Jahre der durchgeführten Untersuchungen ergaben sich Spitzenwerte von 5,1% (Jahrgang 2007/2008) und 3,7% (Jahrgang 2008/2009) (siehe Abb. 26).

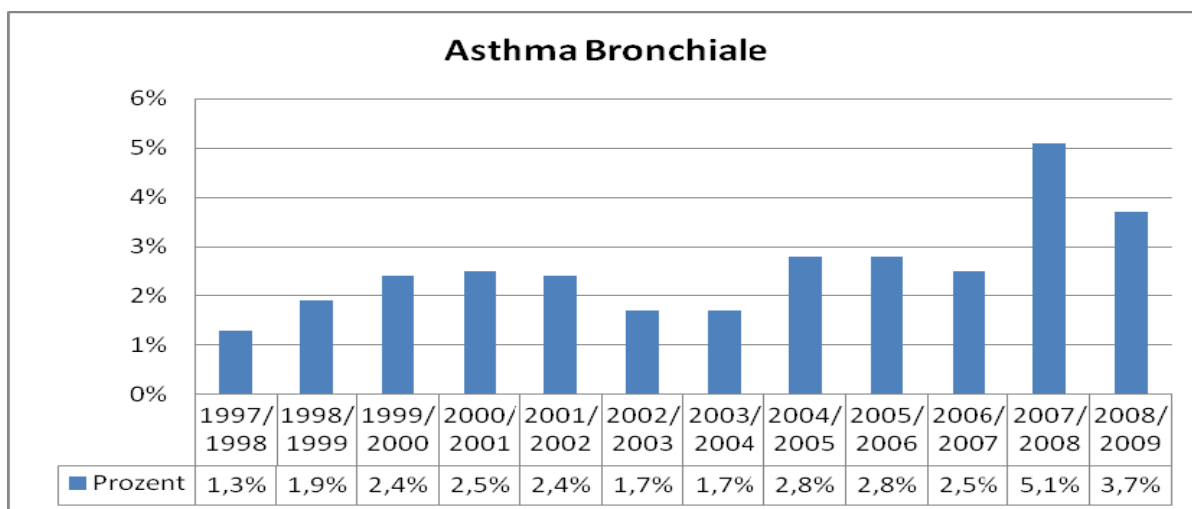


Abbildung 26: Prozentualer Verlauf des Befundes Asthma Bronchiale über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Ein anderes Ergebnis zeigen die Untersuchungen zum Bronchitisches Syndrom. Diese Werte sind für die letzten 12 Jahre um 0,9 Prozentpunkte rückläufig, sodass im aktuellen Berichtszeitraum im Mittel 1,1% der untersuchten Kinder betroffen waren (im vorangegangenen Berichtszeitraum 1,6%). Aktuell liegt der Anteil der Kinder mit Bronchitisches Syndrom bei 1,4% (siehe Abb. 27).

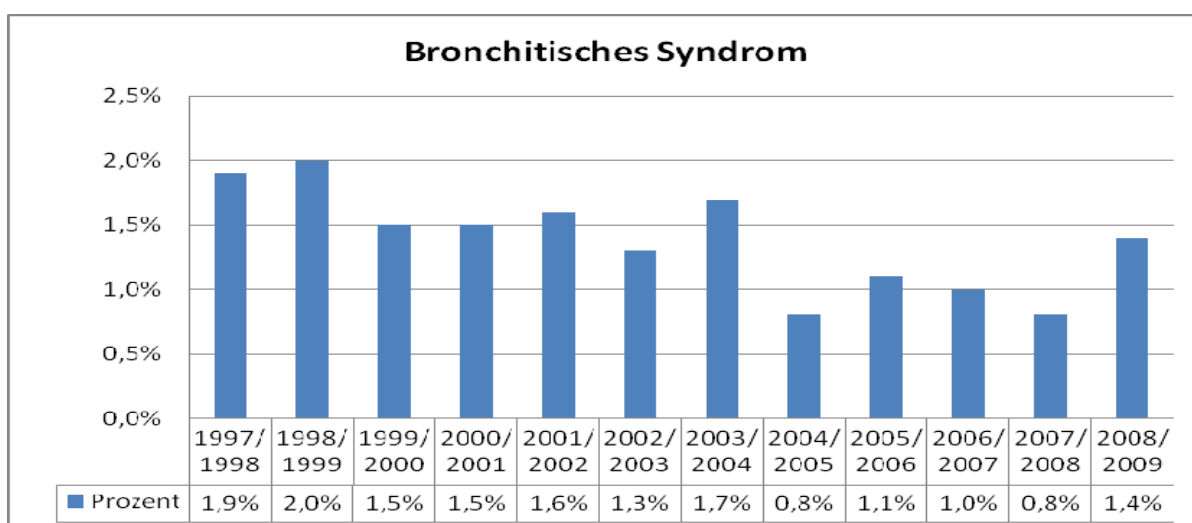


Abbildung 27: Prozentualer Verlauf des Befundes Bronchitisches Syndrom über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Die Allergische Rhinitis gehört zu den allergischen Erkrankungen die das Atmungssystem stark beeinträchtigen, und wird daher aus Gründen der Übersichtlichkeit an dieser Stelle eingeordnet. Es ist allgemein eine Zunahme der allergischen Erkrankungen zu verzeichnen, sodass gerade in den letzten fünf Jahren auch die allergische Rhinitis um 1,0 Prozentpunkt zugenommen hat. Aktuell liegt der Anteil der betroffenen Kinder zum Zeitpunkt der Einschulung bei 3% (siehe Abb. 28).

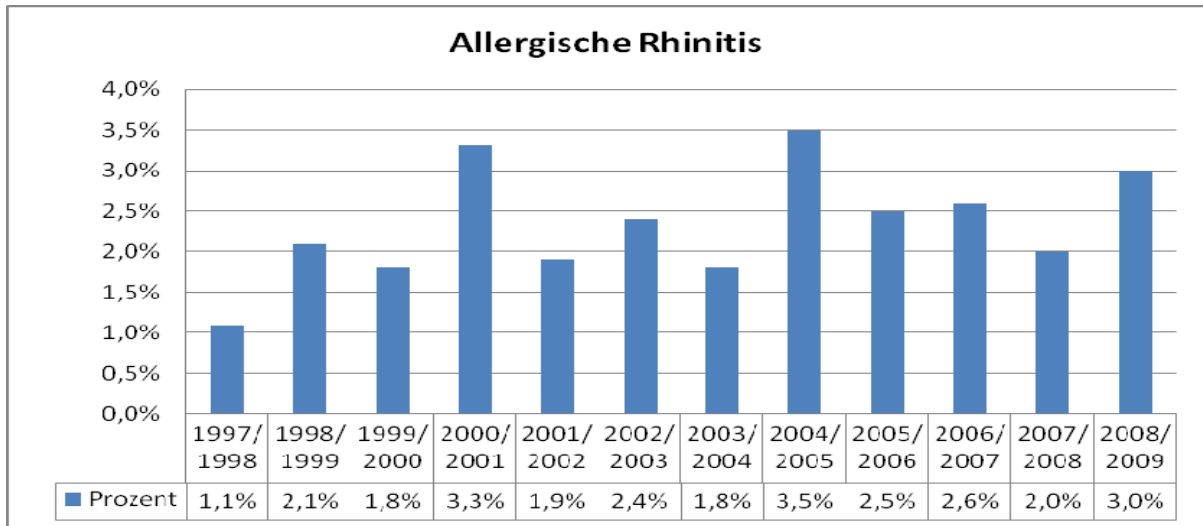


Abbildung 28: Prozentualer Verlauf des Befundes allergische Rhinitis über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

## Hauterkrankungen

Die Prävalenz der Ekzeme bei Kindern zur SEU unterliegt ständigen Schwankungen, wobei gerade im letzten Untersuchungsjahr ein Rückgang zu verzeichnen ist. Sowohl im vorangegangenen Berichtszeitraum als auch im aktuellen Berichtszeitraum sind im Mittel 10,3% der Kinder erkrankt. Derzeit liegt die Prävalenz bei 6,5% für die SEU im Schuljahr 2008/2009 (siehe Abb. 29).

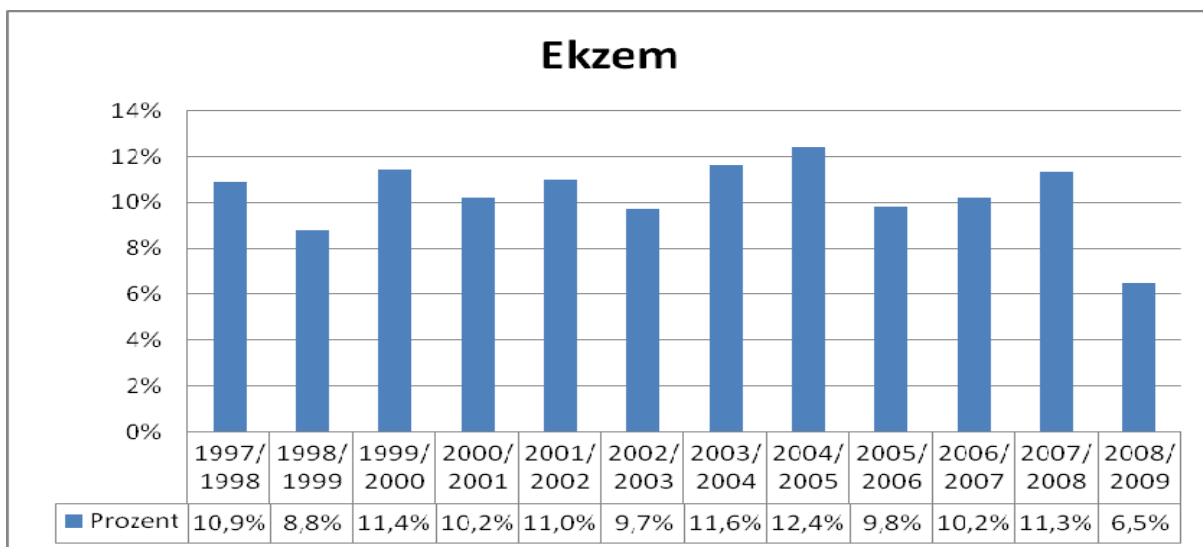


Abbildung 29: Prozentualer Verlauf des Befundes Ekzem über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

## Kindergesundheitsbericht 2010

Der Befund von sonstigen Hautkrankheiten hat allerdings auch in den letzten Jahren zugenommen. Hier ist eine Steigerung von 2,1 Prozentpunkten gerade in den vergangenen sieben Jahren zu verzeichnen. Während der Mittelwert im vorangegangenen Berichtszeitraum bei 2,8% lag, liegt dieser aktuell bei 4,3% (siehe Abb. 30).

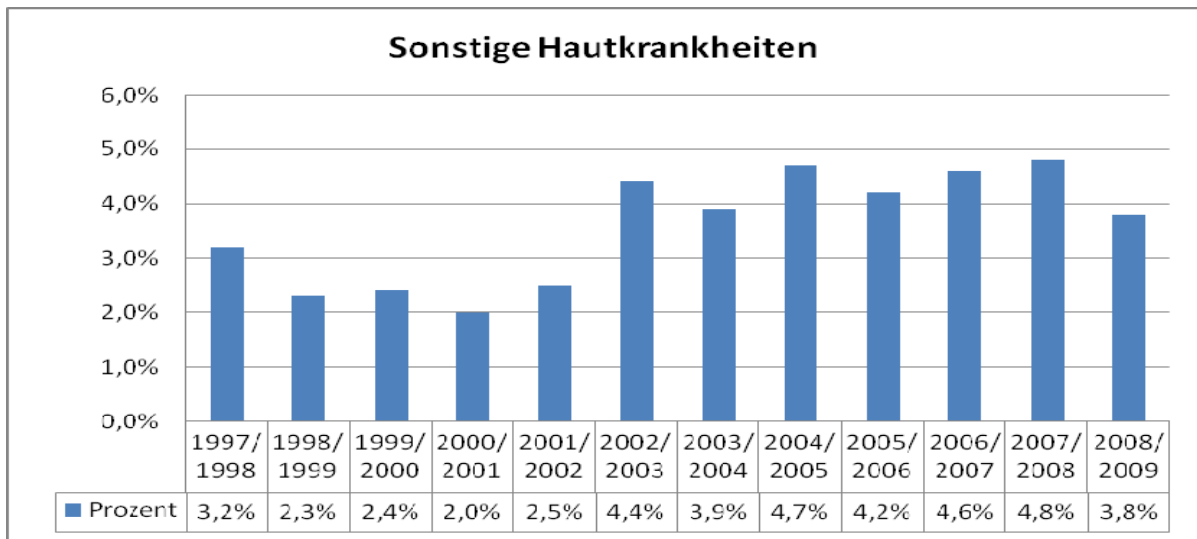


Abbildung 30: Prozentualer Verlauf des Befundes sonstige Hautkrankheiten über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren



## Zahnstatus zur Einschulung

Karies hat sich innerhalb der letzten Jahrzehnte zu einer beherrschbaren Krankheit entwickelt. In der Mundgesundheit zeigt sich wie in keinem anderen Gesundheitsbereich so eindeutig Wirksamkeit und Zusammenhang zwischen Vorsorgemaßnahmen und Krankheitsrückgang. Darüber hinaus sind in der Zahngesundheit die Prävention und Vorsorgemaßnahmen gesetzlich verankert.

Die nachfolgende Abbildung 31 zeigt den prozentualen Anteil der Kinder mit primär gesunden Gebissen, mit sanierten Gebissen und mit behandlungsbedürftigen Gebissen über einen Zeitraum von 12 Jahren.

53,8% der 5- bis 6-Jährigen Kinder wiesen zur letzten Untersuchung im Jahr 2008/2009 primär gesunde Gebisse auf (siehe Abb. 31). Dieser Anteil der untersuchten Kinder ist innerhalb der letzten 12 Jahre um 9,0 Prozentpunkte gestiegen. So wurde zum vorangegangenen Berichtszeitraum ein Anteil der untersuchten Kinder von 45,2% und zum aktuellen Berichtszeitraum ein Anteil von 48,5% mit primär gesunden Gebissen ermittelt. Ab dem Schuljahr 2007/2008 lagen die Werte erstmalig über 50%, dennoch ist das WHO-Mundgesundheitsziel von 2020, die Erreichung von 80% primär gesunden Gebissen, noch nicht erreicht.

17,1% der Kinder wiesen zum Zeitpunkt des vorangegangenen Berichtes sanierte Gebisse auf, wohingegen es im aktuellen Berichtszeitraum nur noch 13,3% sind. Damit ist der Anteil an Kindern mit sanierten Gebissen in den 12 Jahren der Datenerfassung um 6,0 Prozentpunkte gesunken.

Ähnliche Tendenzen des Rückganges lassen sich in den Befunden der behandlungsbedürftigen Gebisse zum Zeitpunkt der Einschulung feststellen.

Trotz dass die Erkrankungsrate um 4 Prozentpunkte während der letzten 12 Jahre gesunken ist, weisen immer noch 34,9% der Kinder im letzten Untersuchungsjahr ein behandlungsbedürftiges Gebiss auf (siehe Abb. 31). Mehr als ein Drittel aller Kinder in diesem Alter haben bereits Kariesbefunde und bekamen bis dato jedoch keine zahnärztliche Versorgung.

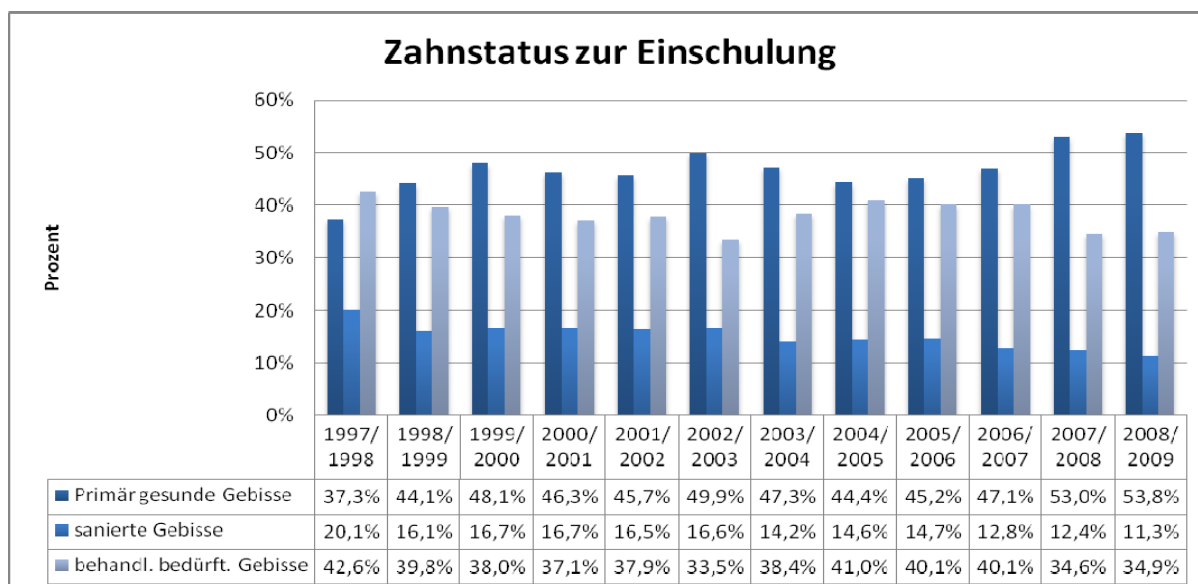


Abbildung 31: Prozentualer Verlauf des Zahnstatus über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Der dmf-t-Wert (decaded-kariös, missing-fehlend, filled-gefüllt, tooth-Zahn) ist ein Index für die Milchzähne, der die durchschnittliche Kariesverbreitung innerhalb einer Gruppe von Einzelpersonen ausdrückt. Dabei ist der Zahnstatus umso vollständiger und gesünder, je kleiner der Wert ist. Ein dmf-t von 0 bezeichnet ein naturgesundes Milchgebiss. Je höher der Wert desto schlechter das Milchgebiss.

Der durchschnittliche dmf-t-Wert der 5- bis 6-Jährigen liegt für den vorangegangenen Berichtszeitraum bei 2,7 und im aktuellen bei 2,3 (siehe Abb.32). Innerhalb des Zeitraumes von 12 Jahren ist dieser kontinuierlich um 0,6 dmf-t-Punktwerte gesunken. Dabei ist anzumerken, dass die Polarisierung der Karies in Kindertagesstätten in sozial schwachen Einzugsbereichen und Brennpunktstadtgebieten jedoch besonders stark zugenommen hat.

Laut der deutschlandweiten Studie KiGGS lag der Anteil der Risikogruppe bezogen auf die Zahngesundheit bei den 6- bis 7-Jährigen im Jahr 1994 noch bei 29,7%, 2004 verminderte sich dieser Anteil auf 15%. Die Polarisierung des Krankheitsrisikos hat jedoch auch auf Bundesebene zugenommen. Demnach leiden Kinder aus sozial benachteiligten Familien und Kinder mit Migrationshintergrund häufiger an Karies. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass das Gesundheitsverhalten, hinsichtlich Zähneputzen, Vermeidung von Saugerflaschen und der Inanspruchnahme von zahnärztlichen Behandlungen, bei Kindern in den neuen Bundesländern besser ist als bei Kindern in den Alt-Bundesländern.

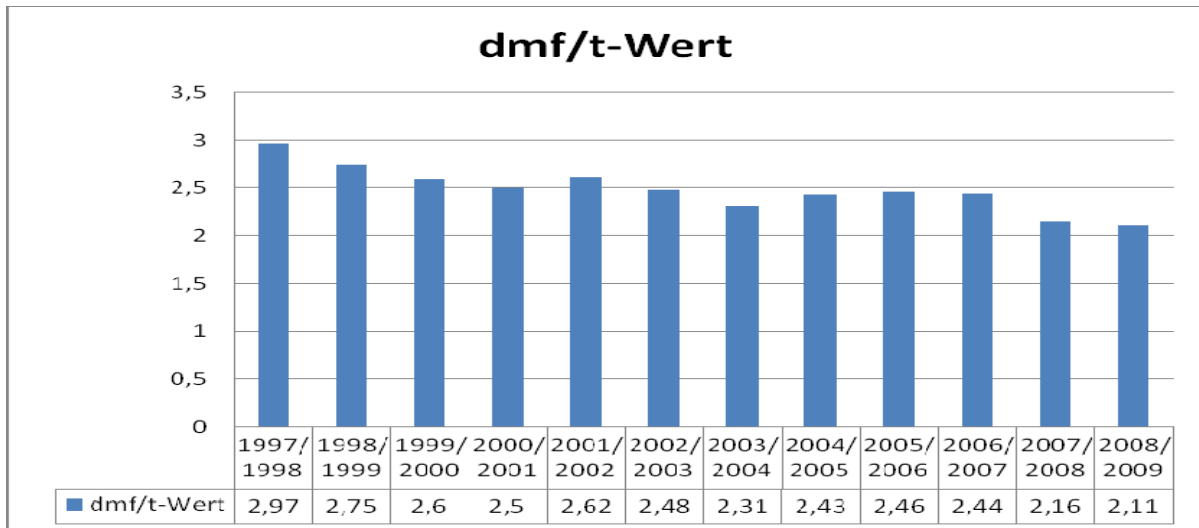


Abbildung 32: Prozentualer Verlauf des dmf-t-Wertes über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

### Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen

Entscheidend für die Beurteilung der Inanspruchnahme der Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen ist die Dokumentation im Nachweisheft. Zum Zeitpunkt der SEU im vergangenen Untersuchungsjahr 2008/2009 konnten 91,7% dieses Heft vorlegen. Im vorangegangenen Berichtszeitraum belief sich dieser Anteil auf 83,4%, im aktuellen bereits auf 90,5%. Werden die gesamten 12 Jahre der Datenerfassung betrachtet, ist damit eine Steigerung dieser Werte um 12 Prozentpunkte zu verzeichnen. Die größten Steigerungsquoten waren allerdings hauptsächlich innerhalb der ersten 6 Untersuchungsjahre zu beobachten. In den letzten 4 Jahren stagnierte der Anteil der Kinder, welche das Untersuchungsheft vorlegen, bei etwa 92% (siehe Abb.33).

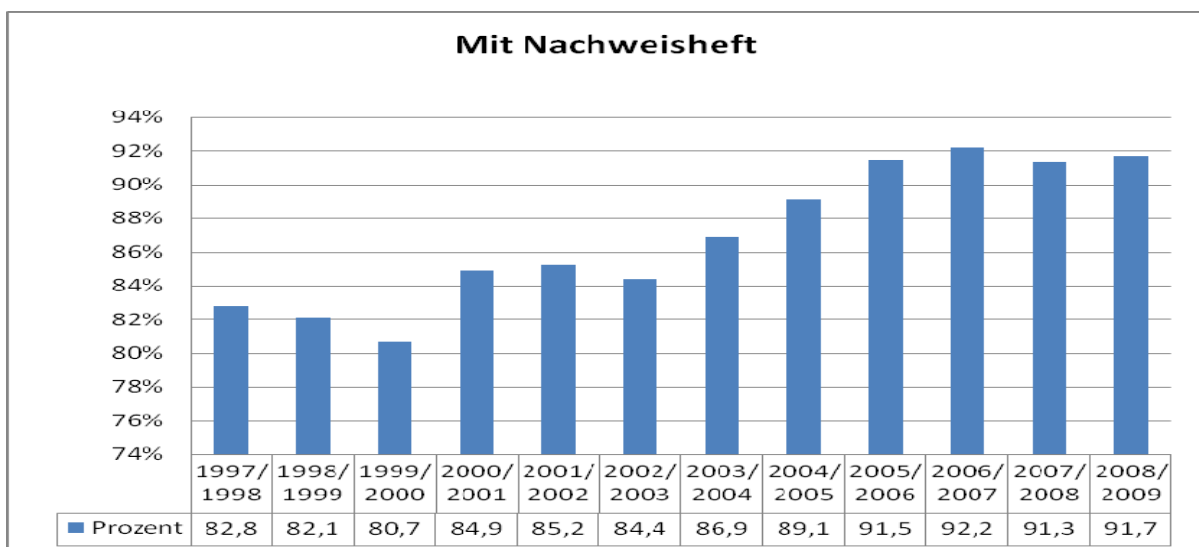


Abbildung 33: Prozentualer Verlauf der Anzahl der Kinder mit Nachweisheft über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Die Teilnahme zu den Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen hat in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen.

Die Steigerung zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U7 (Zeitraum von der Geburt bis zum 24. Lebensmonat) beläuft sich während der letzten Jahre auf 18 Prozentpunkte. Durchschnittlich nahmen im vergangenen Berichtszeitraum 83,4% der untersuchten Kinder an diesen Untersuchungen teil, im aktuellen Berichtszeitraum liegt dieser Anteil bei 90,5%. (siehe Abb. 34).

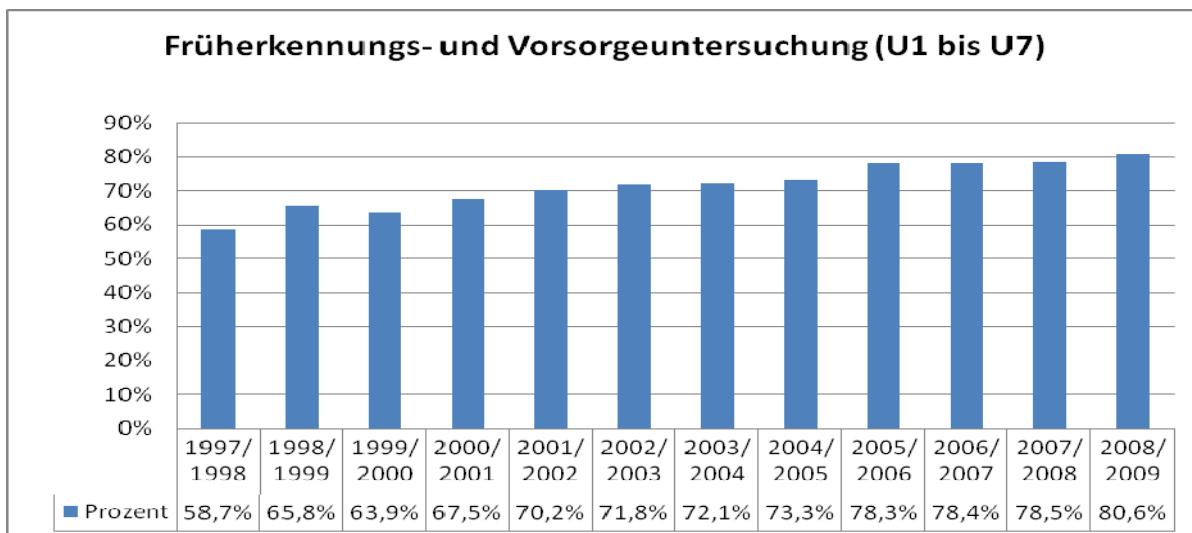


Abbildung 34: Prozentualer Verlauf der Kinder mit der U1 bis U7 über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Die Vorsorgeuntersuchung U8 findet zwischen dem 43. und 48. Lebensmonat statt (dreieinhalb bis viertes Lebensjahr), die U9 im 60. bis 65. Lebensmonat (fünftes Lebensjahr bis fünfeinhalb). Durchschnittlich nahmen die U8 und U9 im vergangenen Berichtszeitraum 66,3% und im aktuellen Berichtszeitraum 76,9% der untersuchten Kinder wahr (siehe Abb. 35). Damit ist im Vergleich zu den Inanspruchnahmen für die U1 bis U7 deutlich, dass das Interesse an den Vorsorgeuntersuchungen mit zunehmendem Alter des Kindes nachlässt. Dennoch ist ein deutlicher Anstieg um circa 19 Prozentpunkte über alle 12 Jahre zu verzeichnen.

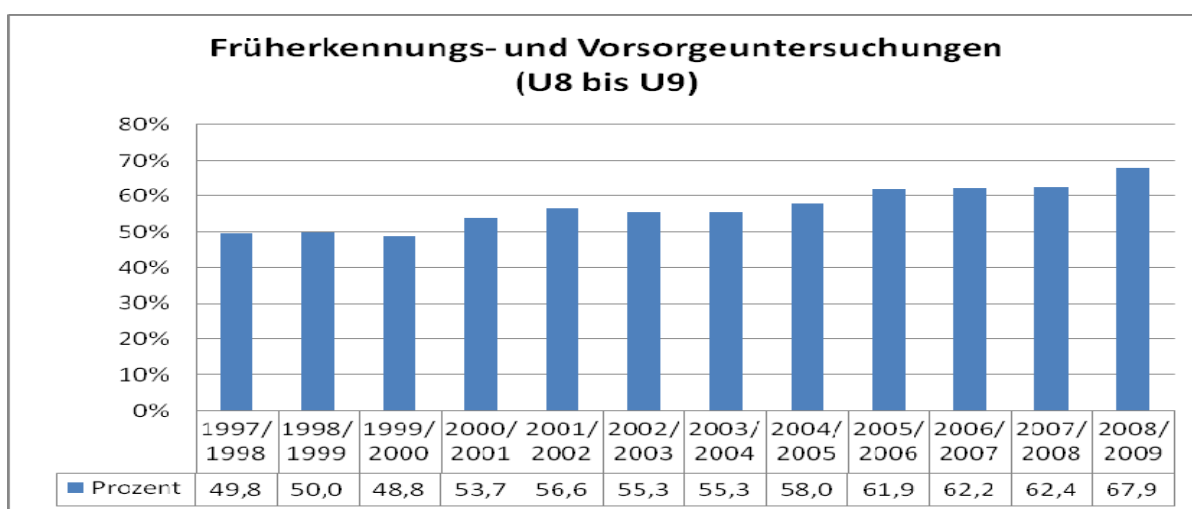


Abbildung 35: Prozentualer Verlauf der Kinder mit der U8 und U9 über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Die Inanspruchnahme der U3 bis U7 im gesamten Bundesgebiet liegt laut der KiGGS-Studie bei über 90% (ca. 92% bis 95%), die Inanspruchnahme für die U8 bzw. die U9 bei 86%. Kinder mit Migrationshintergrund, mit niedrigem Sozialstatus und Kinder deren Mütter bei der Geburt ihres Kindes jünger als 25 und älter als 36 sind, nehmen Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen von Beginn an weniger in Anspruch.

### Altersgerechter Impfschutz

Schutzimpfungen sind eine sehr wirksame Maßnahme des individuellen und kollektiven Gesundheitsschutzes. Empfehlungen zum altersgerechten Impfschutz werden von der Ständigen Impfkommission (Stiko) des Robert Koch Institutes heraus gegeben. Im Jahr 2006 erfolgte eine Änderung dieser Empfehlung für einzelne Erkrankungen, womit sich die Definition eines vollständigen Impfschutzes für einige Impfungen änderte. Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass sich die dargestellten Zahlen der Durchimpfungsraten zum Zeitpunkt der SEU in Erfurt auf die Kinder beziehen, welche das Impfheft vorlegen konnten. Nicht berücksichtigt sind damit diejenigen, welche das Impfheft nicht vorlegen konnten.

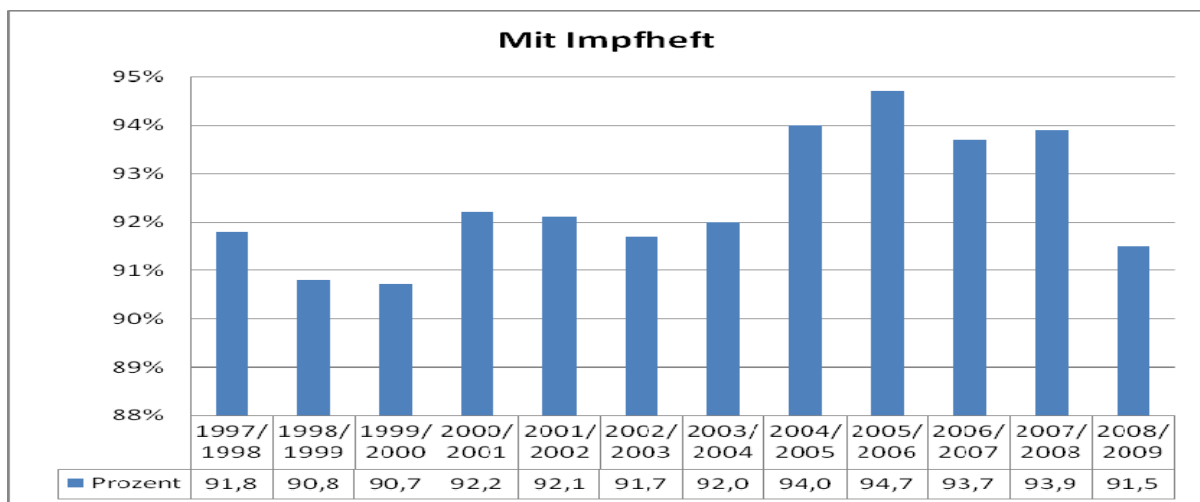


Abbildung 36: Prozentualer Verlauf der Anzahl der Kinder mit Impfheft über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Grundlage zur Beurteilung des Impfschutzes stellt das Impfheft mit einer vollständigen Dokumentation aller durchgeführten Impfungen dar. Es hat sich in den letzten Jahren gezeigt, dass immer mehr Kinder dieses Heft vorlegen konnten. So betrug dieser Anteil im Mittel 91,6% für den vorangegangenen Berichtszeitraum und 93,3% für den aktuellen. Damit ist eine Steigerung von 2,5 Prozentpunkten während der gesamten 12 Jahre zu verzeichnen. Allerdings ist seit den letzten drei Untersuchungsjahren zwischen 2006 und 2009 eine rückläufige Tendenz zu erkennen. Derzeit beläuft sich der Anteil der Kinder, die das Impfheft vorlegen konnten, nur noch auf 91,5% (siehe Abb. 36).

Eine der wichtigsten und frühzeitig möglichen Impfungen stellt die Tetanusimpfung dar. Bei der Quote der Durchimpfungsrate treten allerdings immer wieder Schwankungen auf. Derzeit beläuft sich die aktuelle Rate an Kindern mit altersgerechtem Impfschutz auf 97,4% für das Jahr 2008/2009. Erfreulich ist, dass während der letzten 12 Jahre die Quote stetig über 95% lag (siehe Abb. 37). Im Mittel liegen die Werte im aktuellen Berichtszeitraum bei 96,8% im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum von 96,4%. Über den gesamten Zeitraum von 12 Jahren ist eine Steigerung der Impfrate von 1,2 Prozentpunkten zu beobachten.

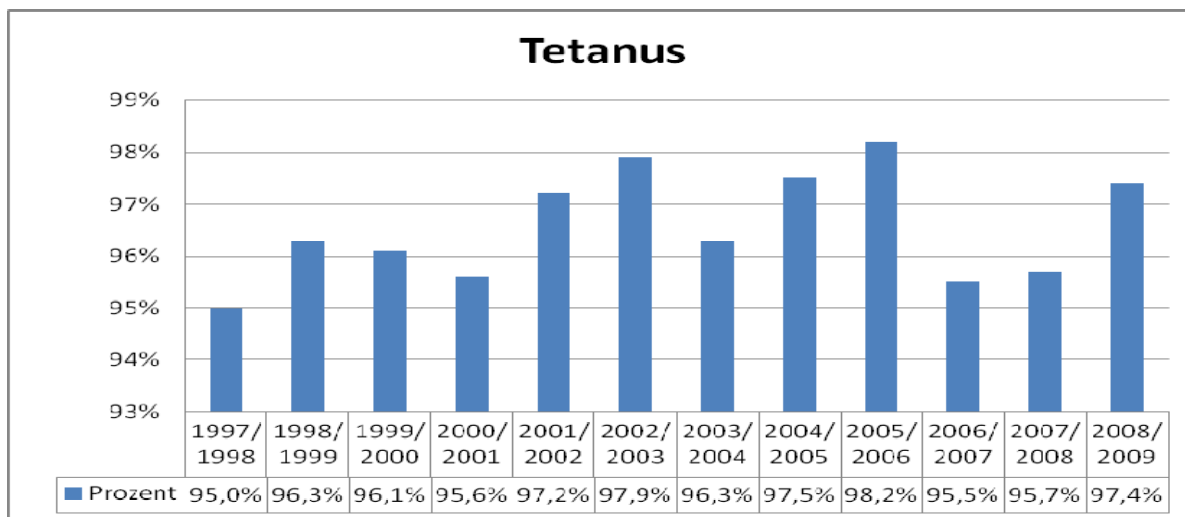


Abbildung 37: Prozentualer Verlauf der Anzahl der Kinder mit Tetanusimpfschutz über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Ähnliches ist zur Durchimpfungsrate zu Diphtherie zu verzeichnen. Hier liegt die aktuelle Quote bei 96,8% für die Untersuchungen im Jahr 2008/2009 (siehe Abb. 38). Für den vorangegangenen Berichtszeitraum lagen die Werte bei 96,2%, für den aktuellen Berichtszeitraum bei 96,5%. Über den gesamten Zeitraum von 12 Jahren beträgt die Steigerung 0,9 Prozentpunkte.

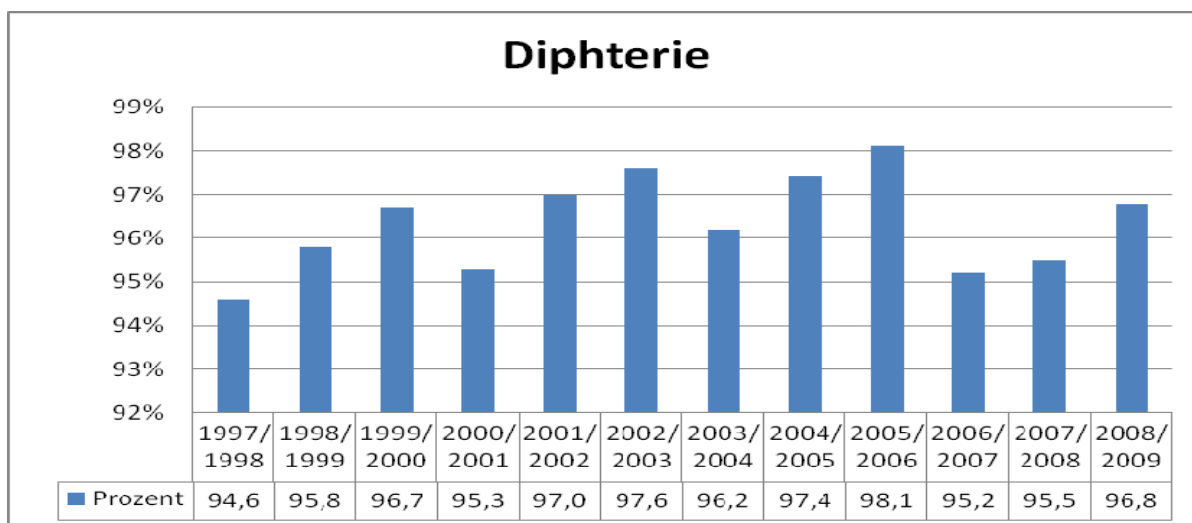


Abbildung 38: Prozentualer Verlauf der Anzahl der Kinder mit Diphtherie Impfschutz über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Auch gegen Pertussis sind zunehmend mehr Kinder durch eine Impfung geschützt. Altersgerechte Durchimpfungsraten weisen im vergangenen Untersuchungsjahr 2008/2009 immerhin 96,7% der untersuchten Kinder mit Impfheft auf. Dies ist der höchste Wert seit Beginn der Datenerfassung im Schuljahr 1997/1998 (siehe Abb. 39). Im Vergleich zum vorhergehenden Berichtszeitraum mit einem Mittelwert von 75,5%, liegen die Werte derzeit im Mittel bei 90,4% für den aktuellen Berichtszeitraum. Innerhalb von 12 Jahren ist die Impfrate für Pertussis damit um 29,1 Prozentpunkte angestiegen.

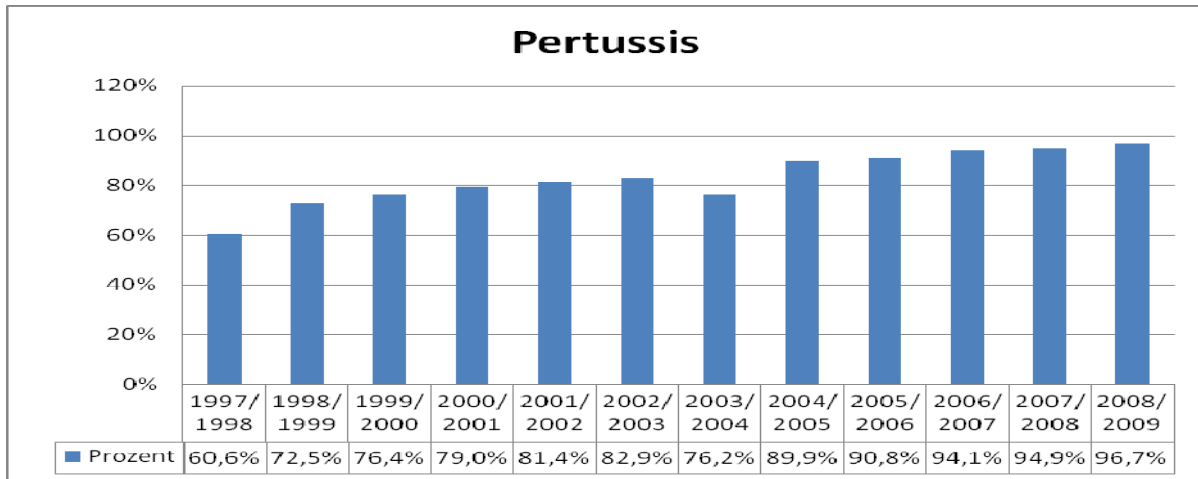


Abbildung 39 Prozentualer Verlauf der Anzahl der Kinder mit Pertussis Impfschutz über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Auch der Anteil der gegen Haemophilus Influenza Typ b geimpften Kinder nimmt stetig zu. Diese Impfung wurde von der STIKO 1990 in den Impfkalender aufgenommen. So wurde auch hier im letzten Schuljahr die höchste Durchimpfungsrate (94,3%) seit dem Schuljahr 1997/1998 erreicht. In den letzten fünf Jahren fiel diese Rate nicht mehr unter 80% (siehe Abb. 40). Für einen genügenden Schutz der Gesamtbevölkerung müssen allerdings mindestens 90% der Bevölkerung einen Impfschutz besitzen. Jedoch lässt sich im Vergleich der Mittelwerte des vorangegangenen Berichtszeitraumes (72,2%) und dem aktuellen (85,1%) eine deutliche Steigerung erkennen. Innerhalb der 12 Jahre ist die Rate um 32,5 Prozentpunkte angestiegen.

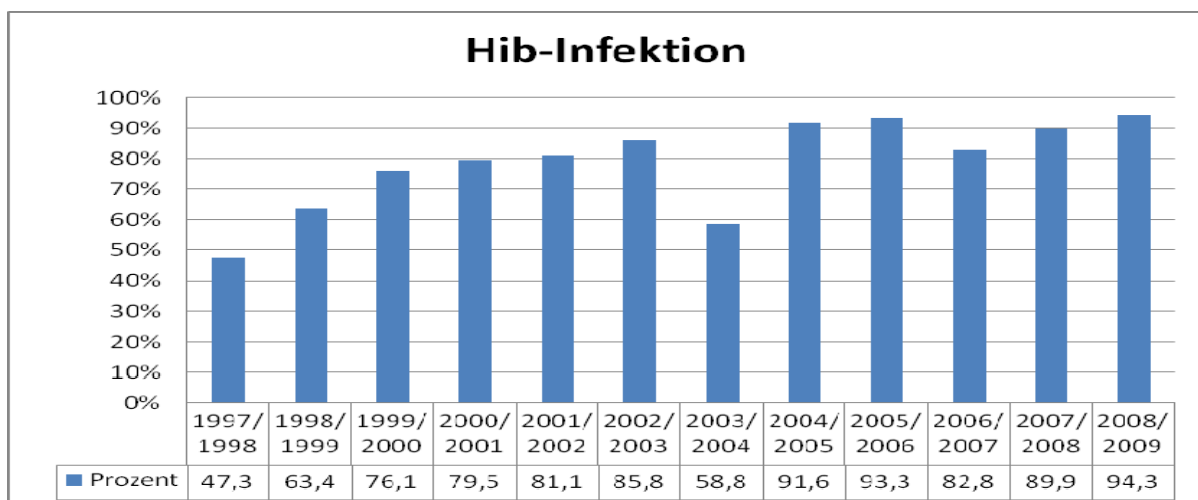


Abbildung 40: Prozentualer Verlauf der Anzahl der Kinder mit Pertussis Impfschutz über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Erklärtes Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist es, den Erreger der Kinderlähmung (Poliomyelitis) weltweit durch Impfungen auszurotten. Dieses Ziel ist leider noch immer nicht erreicht und der Erreger ist in Gebieten Afrikas wieder im Vormarsch. Umso wichtiger ist weiterhin eine möglichst hohe Durchimpfungsrate gegen Poliomyelitis auch in unseren Breitengraden. Derzeit liegt die aktuelle Durchimpfungsrate bei 95,7% (Untersuchungsjahr 2008/2009) (siehe Abb. 41). Es ist eine deutliche Steigerung der Mittelwerte im Vergleich des vorangegangenen Berichtszeitraumes (90,4%) und dem aktuellen (95,%) ersichtlich. Innerhalb der 12 Jahre ist die Impfrate gegen Polio um 6,2 Prozentpunkte angestiegen. Notwendig, zum ausreichenden Schutz der Gesamtbevölkerung, ist eine Durchimpfungsrate von über 90%. Diese wurde ab dem Schuljahr 1998/1999 erreicht.

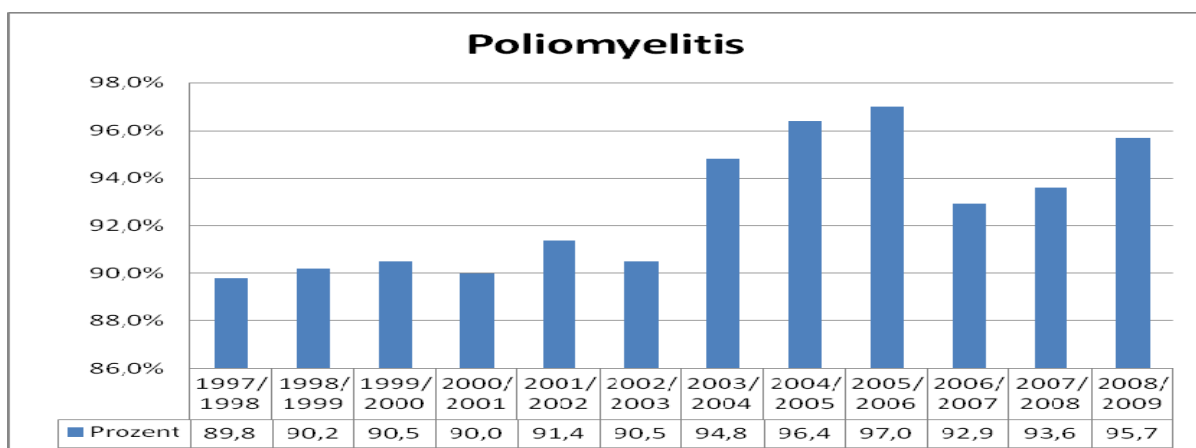


Abbildung 41: Prozentualer Verlauf der Anzahl der Kinder mit Polio Impfschutz über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Eine Impfung gegen Hepatitis B ist seit 1995 Standardimpfung laut der STIKO. Dementsprechend ist die Zahl der Durchimpfungsrate stark seit Beginn der Datenerhebung im Jahr 1997/1998 gestiegen. Derzeit liegt die aktuelle Rate der geimpften Kinder bei 92,4% (siehe Abb. 42). Ziel für einen ausreichenden Schutz der Bevölkerung ist eine Durchimpfungsrate von 95% der Gesamtbevölkerung. Für den ersten Berichtszeitraum beträgt die Impfrate im Mittel nur 19,8%, im aktuellen Berichtszeitraum liegt diese bereits bei 79,3%. Auch wenn das WHO-Ziel mit einer Durchimpfungsrate von 95% noch nicht erreicht wurde, beträgt die Steigerung innerhalb der 12 Jahre beträchtliche 92 Prozentpunkte.

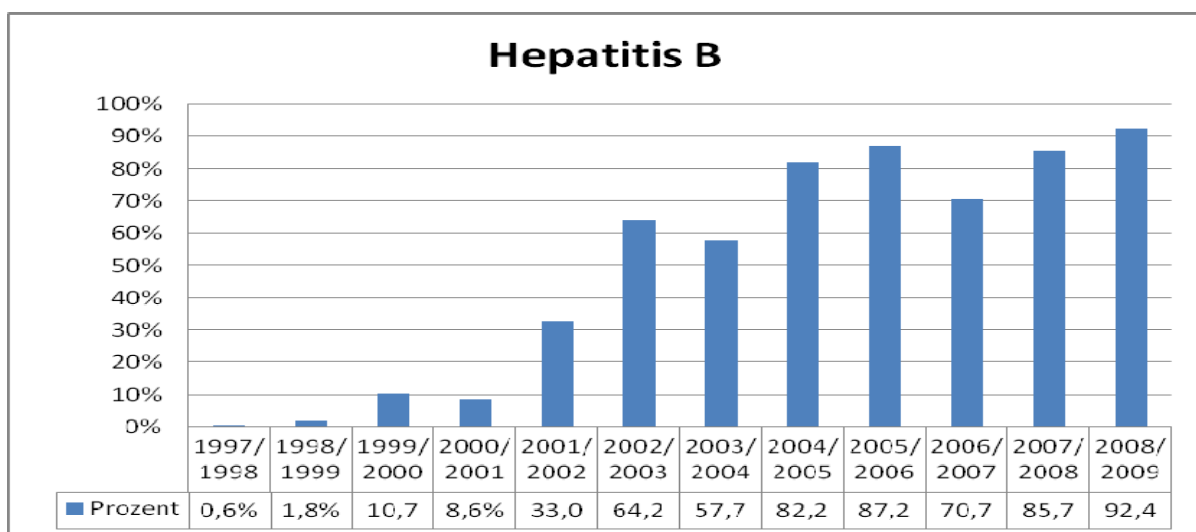


Abbildung 42: Prozentualer Verlauf der Anzahl der Kinder mit Hepatitis B Impfschutz über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren



Der Impfstoff gegen Mumps, Masern und Röteln wird als Kombinationsimpfstoff verabreicht und die Immunisierung (zwei Impfungen) sollte bis zum Ende des zweiten Lebensjahres abgeschlossen sein. Vor dem Jahr 2001 konnte die nötige zweite Impfung noch bis zum fünften Lebensjahr erfolgen. Die notwendige Durchimpfungsrate zum ausreichenden Schutz der Bevölkerung sollte 95 bis 97% betragen. Im ersten Berichtszeitraum liegt die Rate für einen vollständigen Impfschutz für alle drei Erkrankungen bei 90,4%, im aktuellen Berichtszeitraum liegt diese nur bei 90,0%. Die Steigerung der Impfraten über die gesamten 12 Jahre beträgt 2,2 Prozentpunkte für Masern, 4,0 Prozentpunkte für Röteln und 2,5 Prozentpunkte für Mumps. Diese Steigerung ist jedoch insbesondere im ersten Berichtszeitraum zu verzeichnen. Im vorangegangenen Untersuchungsjahr 2008/2009 liegt die Durchimpfungsrate im Mittel für alle drei Erkrankungen bei 92,4% (siehe Abb. 43).

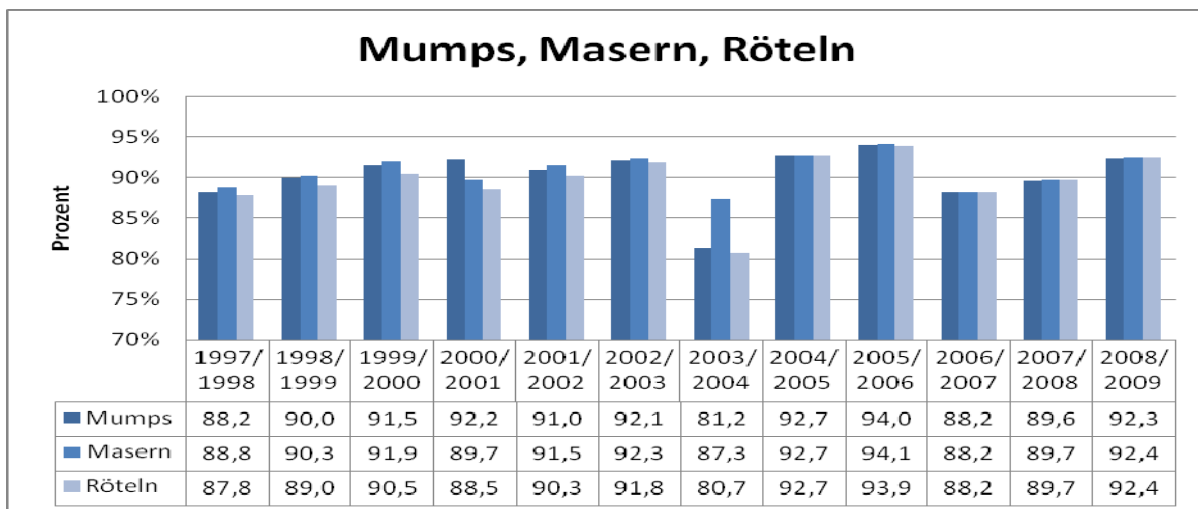


Abbildung 43: Prozentualer Verlauf der Anzahl der Kinder mit Mumps, Masern, Röteln Impfschutz über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Mit der neuen Definition des altersgerechten Impfschutzes ab dem Einschulungsjahr 2006/2007, wurden die Impfungen gegen Meningokokken, Pneumokokken und Varizellen auch verbindlich empfohlen und dokumentiert. Im Mittel haben sich 12,4% der Kinder aus den letzten drei Einschulungsjahrgängen gegen Meningokokken, 2,3% gegen Pneumokokken und 16,7% gegen Varizellen impfen lassen (siehe Abb. 44). Das WHO-Ziel, eine Durchimpfungsrate von 90%, ist demzufolge noch nicht erreicht. Jedoch ist eine Steigerung über die drei Einschulungsjahre und für alle drei Impfstoffe deutlich zu verzeichnen.

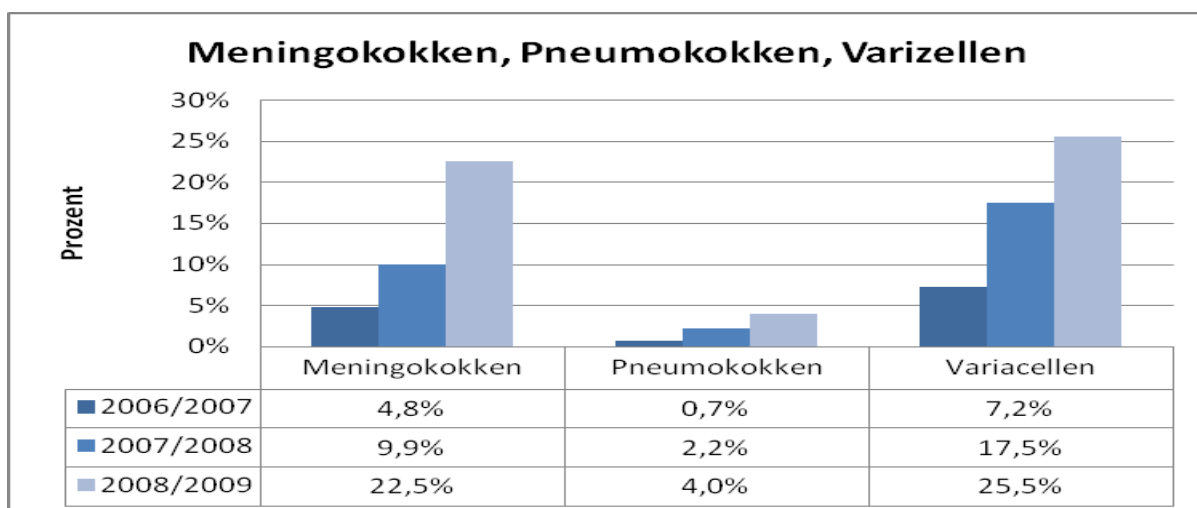


Abbildung 44: Prozentualer Verlauf der Anzahl der Kinder mit Meningokokken, Pneumokokken und Varizellen Impfschutz über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Der altersgerechte Impfschutz und die damit verbundenen Durchimpfungsraten hat und haben sich kontinuierlich verbessert, insbesondere der Schutz gegen Hepatitis B und der Schutz gegen Röteln.

Laut der KiGGS-Studie lassen Eltern mit mittlerem Sozialstatus im gesamten Bundesgebiet ihre Kinder häufiger impfen als Eltern mit niedrigem Sozialstatus. Dagegen weisen Kinder mit Migrationshintergrund besonders hohe Impflücken auf. Defizite sind bei den Auffrischungsimpfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Hepatitis B, sowie der zweiten Impfung gegen Mumps, Masern, Röteln vorhanden. Weiterhin ist zu erwähnen, dass im bundesweiten Vergleich die Impfquoten in den alten Bundesländern niedriger sind als in den neuen.

### Häufigkeit der Kinder ohne Befund

Nachfolgende Abbildung zeigt den prozentualen Verlauf der Kinder über 12 Schuljahre, die im Rahmen der Einschulungsuntersuchung keine Erkrankung und Auffälligkeit aufwiesen. Insgesamt sind 32,2% der Kinder im Durchschnitt ohne jeglichen Befund (siehe Abb. 45). Die letzten 12 Jahre sank jedoch der Anteil der Kinder ohne Befund um 8 Prozentpunkte. Währenddessen im vergangenen Berichtszeitraum noch 34,6% der Kinder ohne Befunde waren, so sind es im aktuellen Berichtszeitraum nur noch 29,7%.

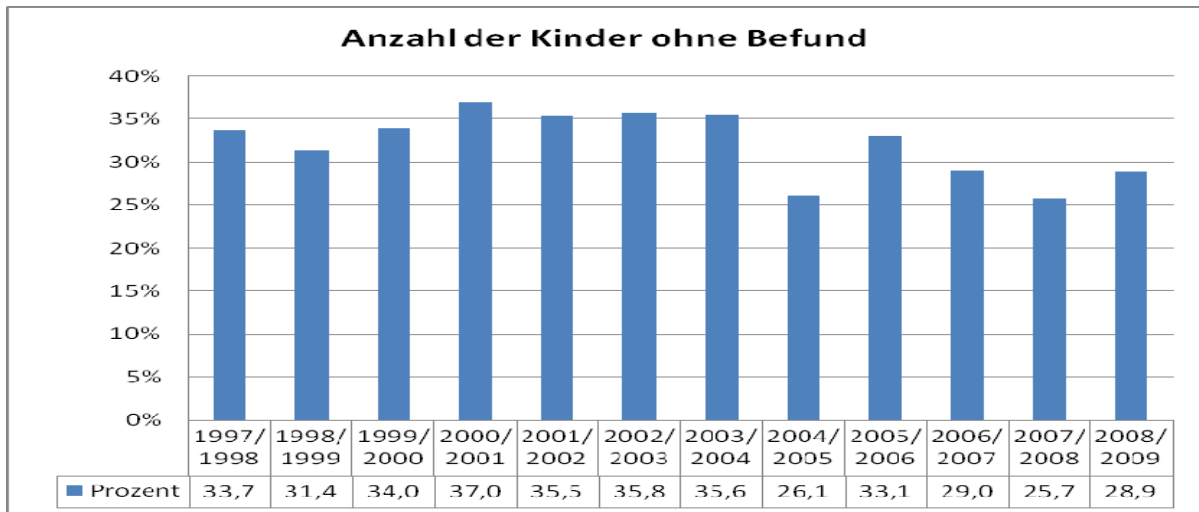


Abbildung 45: Prozentualer Verlauf der Anzahl der Kinder ohne Befund über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

Jungen (24%) liegen im Geschlechtervergleich um 9 Prozentpunkte hinter den Mädchen (33%). Insgesamt jedoch weisen die Jungen eine schlechtere, aber gleich bleibende Gesundheit auf; die Gesundheit der Mädchen wurde im Verlauf der letzten vier Jahre hinweg kontinuierlich um ca. 3 Prozentpunkte schlechter (siehe Abb. 46).

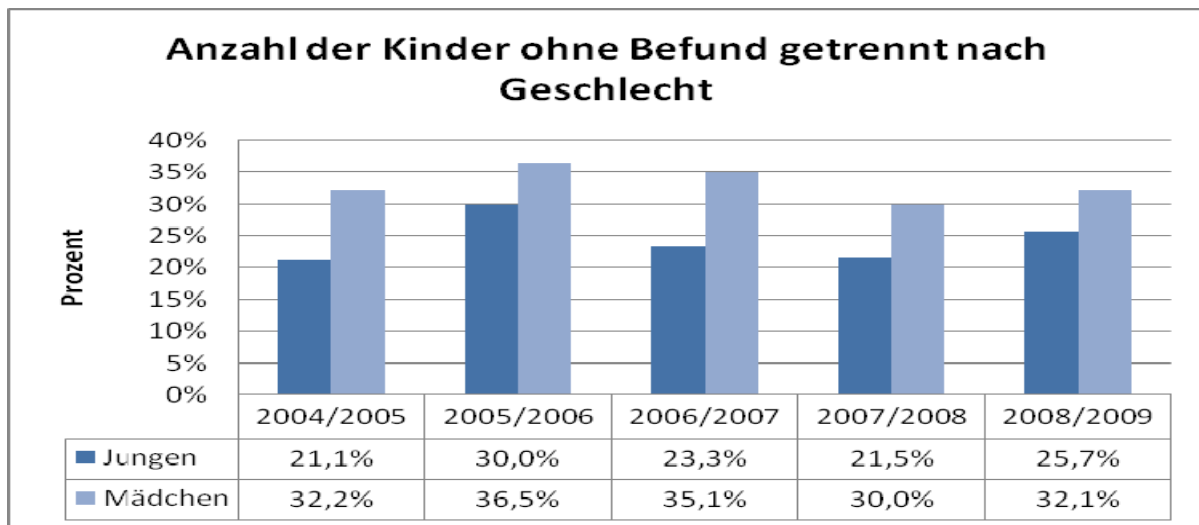


Abbildung 46: Prozentualer Verlauf der Anzahl der Kinder ohne Befund getrennt nach Geschlecht über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren

### Zusammenfassung

In dieser Zusammenfassung soll eine schwerpunktmäßige Darstellung der bereits graphisch gezeigten Ergebnisse der Auswertung der Kinder- und Jugendärztlichen und Kinder- und Jugendzahnärztlichen Untersuchungen der Stadt Erfurt der Schuljahre 1997/1998 bis 2008/2009 erfolgen. Daraus ableitend werden entsprechende Handlungsempfehlungen gegeben.

Dem bundesweiten Trend folgend lässt sich auch in Erfurt zunehmend beobachten, dass ein immer höherer Anteil der untersuchten Kinder zur SEU Übergewicht und Adipositas aufweisen. Über den gesamten Berichtszeitraum von insgesamt 12 Jahren sind diese Werte zwar auf einem hohen Niveau weitestgehend stabil, doch der tatsächliche Anstieg beträgt für beide Erkrankungen immerhin fast 1%. Dabei ist zu bemerken, dass sich der Anteil an übergewichtigen und adipösen Kindern während der Pubertät noch deutlich erhöht, sodass in den 8. Klassen teilweise doppelt so viele Kinder betroffen sind als zur Einschulung. Übergewicht und Adipositas sollten damit Inhalt verschiedener Präventionsprogramme werden. In entsprechenden Interventionen, langfristig integriert in den Schulalltag, kann so ernsthaften Erkrankungen und Schädigungen, wie sie später aufgrund des metabolischen Syndroms auftreten, schon frühzeitig begegnet werden. Entsprechende Projekte sind daher weiterhin zu fördern und eine erfolgreiche Implementierung dieser Projekte sollte gewährleistet werden.

Erfreuliches gibt es zu den zerebralen Bewegungsstörungen und zerebralen Anfallsleiden zu berichten. Für beide Erkrankungen kann ein Rückgang verzeichnet werden, der sich gerade in den letzten Jahren deutlich bemerkbar macht. Leider vollzieht sich dieser Rückgang nicht in Bezug auf die geistigen Behinderungen, wo ein leichter Anstieg während des gesamten Berichtszeitraumes der 12 Jahre von 0,15 Prozentpunkten zu erkennen ist. Noch deutlicher zeigt sich der Anstieg bei den Lernbehinderungen und dem Entwicklungsrückstand. Gerade bei den Untersuchungen seit dem Schuljahr 2004/2005 wird ein Anteil von mehr als 4% der untersuchten Kinder als lernbehindert oder ihrer altersentsprechenden Entwicklung als nicht entsprechend befundet. Verdeutlicht wird dieses Ergebnis durch die Untersuchungen im Bereich der Grob-, Fein- und Visuomotorik der letzten fünf Jahre. Fast ein Fünftel der untersuchten Kinder weisen in diesen Jahren Defizite der Visuomotorik auf. Besonders betroffen sind im Bezug auf die Motorik und die Koordinationsfähigkeit geschlechterspezifisch die Jungen.

Auch bei den Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen und den Verhaltensauffälligkeiten sind die Jungen zu einem höheren Anteil betroffen als die Mädchen. Einerseits können diese Ergebnisse entwicklungspezifisch erklärt werden, zum Anderen soll aber damit auch auf den gesonderten Förderungsbedarf der Jungen in diesem Alter hingewiesen werden. Besorgniserregend, für Mädchen und Jungen, sind weiterhin auch die massiven Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen, die mittlerweile bei fast jedem vierten Einschulungskind festgestellt werden. Hier besteht großer Förderbedarf schon im Kleinkindalter. Umfassende Interventionen sind daher nicht nur mit den entsprechenden Einrichtungen zu vereinbaren, sondern auch als Information an die Eltern zu geben. Eine Möglichkeit wäre hierbei die Nutzung der Vorsorgeuntersuchungen bei den Kinderärzten, um auf diesem Weg eine Sensibilisierung der Eltern zu erreichen.

Die Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates weisen einerseits einen Rückgang bei den Erkrankungen Skoliose und Beckenschiefstand auf, andererseits jedoch auch eine Zunahme bei den Erkrankungen Haltungsschwäche, Fußschaden und in der Zusammenstellung der Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen auf. Deutlich wird auch hierbei im Vergleich mit den 8. Klassen die Verschlechterung dieses Zustandes mit zunehmendem Alter der Kinder.

Hörstörungen zeigten sich erfreulicher Weise rückläufig in den letzten Untersuchungsjahren. Dem gegenüber stehen allerdings Erkrankungen wie das Schielen und die verminderte Sehschärfe oder die Otitis media mit ihren Folgeerkrankungen, welche im Verlauf der vergangenen 12 Jahre angestiegen sind.

Ein deutlicher Anstieg in den Erkrankungszahlen ist bei Asthma Bronchiale zu erkennen. Gerade in den letzten zwei Untersuchungsjahren können Prävalenzen bis 5,1% erkannt werden. Wenngleich das bronchitische Syndrom in seinem Auftreten rückläufig ist, ist hier der Handlungsbedarf offensichtlich. Ähnlich verhält es sich auch mit der Allergischen Rhinitis. Diese und weitere Erkrankungen, welche zu den allergischen Erkrankungen gezählt werden können, erfahren in den letzten Jahren vermehrt eine Zunahme. Diese Entwicklung ist bundesweit einheitlich.

Die Mundgesundheit der Kinder zum Zeitpunkt der Einschulung hat sich in den vergangenen Jahren stetig verbessert. Der Anteil an behandlungsbedürftigen Gebissen bei den untersuchten Kindern ist in den letzten 12 Jahren um 4 Prozentpunkte gefallen. An diesen erfreulichen Ergebnissen ist der Erfolg entsprechend gesetzlich verankerter Präventionsmaßnahmen zu erkennen. In den vergangenen Schuljahren ist jedoch eine Zunahme der Polarisierung des Karies- und Zahnkrankheitsrisikos in den Einrichtungen in sozial schwachen Einzugsbereichen zu beobachten. Auch wenn die Mundgesundheit und die damit verbundene gesetzlich verankerte Gruppenprophylaxe ein fester Bestandteil in den meisten Kindertageseinrichtungen und Schulen geworden ist, so ist dies jedoch noch nicht kontinuierlich und flächendeckend in allen Einrichtungen erfolgt.

Zur Überwachung des Gesundheitszustandes der Neugeborenen bis hin zum Schuleintritt werden in regelmäßigen Abständen Vorsorgeuntersuchungen vom Kinderarzt vorgenommen. Die Dokumentation über die Befunde findet im Vorsorgeheft statt. Diese Dokumentation der Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 stellt somit eine geeignete Grundlage dar, den Gesundheitszustand der Kinder zum Zeitpunkt der Einschulung nachzuvollziehen. Erfreulich ist, dass die Bereitschaft, dieses Vorsorgeheft zu führen und auch zur SEU vorzulegen, in den letzten 12 Jahren um 12 Prozentpunkte gestiegen ist. Auch die Vorsorgeuntersuchungen selbst werden vermehrt in Anspruch genommen. Dennoch ist eine nachlassende Bereitschaft zur Teilnahme an den Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen mit zunehmendem Alter der Kinder zu beobachten.

Die Ergebnisse der Teilnahme an Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen können leider nicht auf die Bereitschaft zum Impfen übertragen werden. Zwar legten in den letzten 12 Jahren immer mehr Schulanfänger das Impfheft zur Untersuchung vor, jedoch beläuft sich der aktuelle Wert nur noch auf 91,5% im Jahr 2008/2009. Somit kann bei fast einem Zehntel der untersuchten Kinder keine Aussage zum vollständigen Impfschutz getroffen werden. Bei allen anderen Kindern, welche das Impfheft vorlegen konnten, sind die Durchimpfungsraten bei allen von der STIKO empfohlenen Impfungen angestiegen. Wenngleich nötige Durchimpfungsraten, die zum ausreichenden Schutz der Allgemeinbevölkerung nötig sind, noch nicht erreicht wurden (siehe MMR).

## Kindergesundheitsbericht 2010

Impfaufklärungen und Impfkampagnen stellen aus diesem Grund wichtige Präventionsaufgaben dar. Hierbei müssen die Gründe und die Motive für die Ablehnung bzw. Nichtdurchführung von Impfungen untersucht werden, um Impfkampagnen präziser und zielgruppenspezifischer ausrichten zu können.

Abschließend kann insgesamt festgestellt werden, dass innerhalb des aktuellen Berichtszeitraumes die Anzahl der Kinder ohne jeglichen Befund, d.h. die Kinder die keine Erkrankung und Auffälligkeit zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung aufwiesen, zurückgegangen ist. Prozentual verringerte sich allerdings dieser Anteil innerhalb der 12 Einschulungsjahre um 8 Prozentpunkte. Gravierend ist hierbei der Unterschied zwischen den Geschlechtern. Der Gesundheitszustand der Jungen ist gegenüber den der Mädchen insgesamt um knapp 10% schlechter.

Aufgrund des veränderten Krankheitsspektrums können im vorliegenden Bericht nur geringe Aussagen zur psychischen und seelischen Gesundheit der Kinder, zum Gesundheitsstatus von Kindern mit Migrationshintergrund und zum Sozialstatus der Familien getroffen werden. Hier sind veränderte Meßindikatoren zur Erfassung notwendig. Weiterhin können keine Aussagen zur aktuellen Sucht- und Drogenproblematik getroffen werden.

## Fazit und Handlungsempfehlungen

Die Analyse und Interpretationen der Daten der Kinder- und Jugendärztlichen sowie Kinder- und Jugendzahnärztlichen Untersuchungen bieten Möglichkeiten, die Defizite im Gesundheitszustand zu erkennen und dementsprechend geeignete Interventionen und Maßnahmen zu entwickeln und durchzuführen. Bundesweite Trends zur Kindergesundheit, wie beispielsweise Entwicklungen im Hinblick auf das Körpergewicht, die körperliche Leistungsfähigkeit, die Sprachentwicklung, zu Allergien, zur Mundgesundheit u. a. sind ebenfalls in den Zahlen der Erfurter Schuleingangsuntersuchungen zu finden.

Einzelne Analysen, die allerdings nur ansatzweise Aufschluss über den Sozialstatus geben können, zeigen die Polarisierung der Krankheiten auf bestimmte Bevölkerungsgruppen. Auf diese Weise können Rückschlüsse auf soziale und gesundheitliche Benachteiligung gezogen werden. Gesundheitliche Ungleichheit von Kindern und Jugendlichen ist häufig durch einen niedrigen sozioökonomischen Status der Eltern bedingt. Ein Drittel der Erfurter Kinder leben in sogenannten Brennpunktstadtgebieten, welche im Verhältnis zur Anzahl der Gebiete, nur 20% ausmachen (9 von insgesamt 53 Stadt- und Ortsteilen). Viele Publikationen belegen zudem, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien bzw. mit niedrigem sozioökonomischem Status überdurchschnittlich hoch und polarisiert Entwicklungsauffälligkeiten und andere spezifische Krankheiten aufweisen. Der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung ist auch im Hinblick auf eine schlechte Mundgesundheit zu verzeichnen.

Wenn Erkrankungen und Entwicklungsverzögerungen nicht frühzeitig und ausreichend versorgt werden, bedürfen diese Kinder in späteren Lebensjahren besonders kostenintensive medizinische, pädagogische und psychotherapeutische Behandlungen (Schubert 1996). Die Entwicklungsauffälligkeiten und -verzögerungen beeinflussen darüber hinaus den Schulerfolg maßgeblich. Für diese Kinder folgen zwangsläufig schulische Nachteile, die im derzeitigen Bildungssystem nicht ausgeglichen werden. Eine niedrigere Bildungslaufbahn mit schlechteren Erfolgsaussichten im Berufsleben sind oftmals die Folge. Soziale und gesundheitliche Ungleichheit wird in vielen Familien, die einen niedrigen sozioökonomischen Status bereits haben, reproduziert. Die geringe präventive Orientierung von sozial Benachteiligten sowie die späte Inanspruchnahme des Gesundheitsversorgungssystems spielen hinsichtlich der Spät- und Folgekosten eine entscheidende Rolle (Fillies 2006; Albrecht 2006). Somit bleibt dieses sich potenzierende Problem, welches im Speziellen auch den finanziellen Sektor des Gesundheitssystems betrifft, nicht nur in den Brennpunkten, sondern verlagert sich damit auf die gesamte Bevölkerung.

Es ist im Allgemeinen Aufgabe der Gesellschaft und im Speziellen der Kommunen die Lebens- und Bildungschancen der Kinder zu verbessern. Gleiche Chancen für eine erfolgreiche Schullaufbahn und damit einer gesicherter Berufsausbildung sollten Ziel der kommunalen Entscheidungsträger auf politischer, gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Ebene sein. Eine umfassende Gesundheitsversorgung trägt hierzu entscheidend bei und sollte weiterhin von einer umfassenden Gesundheitsberichterstattung begleitet werden. Nur so ist die Möglichkeit gegeben, dass Betroffene aus der Armutsspirale ausbrechen können.

Um bedarfsgerechte Interventionen zu implementieren ist die Erfassung des Gesundheitszustandes, insbesondere von sozial benachteiligten Kindern und deren Familien, unbedingt erforderlich. Der jetzige Kenntnisstand, bzw. die Einordnung der Kinder in die Stadtgebiete Erfurts aufgrund der Dokumentation in den

Schuleingangsuntersuchungen, lässt nur ansatzweise Rückschlüsse auf die soziale und gesundheitliche Ungleichheit zu. Die Erfragung von spezifischen Indikatoren, die Anhaltspunkte über den Sozialstatus auch unter Berücksichtigung des Datenschutzes geben, kann auf freiwilliger Basis erhoben werden. Somit ist es möglich, die untersuchten Kinder deutlicher einzuordnen.

Um den Bedarf an speziellen Interventionen zu erkennen und frühzeitige Maßnahmen im Sinne von frühen Hilfen und Gesundheitsförderungsprojekten entwickeln zu können, ist die Schuleingangsuntersuchung als erstes Pflichtscreening in einem Lebensalter von ca. sechs Jahren zu spät. Es ist über eine gesetzliche Pflicht zur Durchführung der bisher freiwilligen Kindertagesvorsorgeuntersuchungen (einschließlich der Hauskinder) zwei Jahre vor der Einschulung nachzudenken. Dabei sind insbesondere die körperliche Leistungsfähigkeit (Grob-, und Feinmotorik, Koordination und Ausdauer), die Sprachentwicklung (einschließlich der Deutschkenntnisse), die Seh- und Hörfähigkeit zu untersuchen.

Die Früherkennung von Defiziten durch die ärztliche Entwicklungsbeurteilung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung (U1 bis U9) ist die Voraussetzung zur Frühförderung. Die Inanspruchnahme setzt die Aktivität der Eltern voraus. Dadurch, dass die U-Untersuchungen nicht gesetzlich fixiert sind, ist die Inanspruchnahme insbesondere der U8 und U9 noch zu gering. Auch hier sollte von Seiten der Akteure des Gesundheitswesens eine Steigerung der Inanspruchnahmen unbedingt angestrebt werden. Das Optimale Alter für eine Frühförderung um Defizite auszugleichen, liegt aus entwicklungspädagogischer Perspektive bereits zwischen dem dritten und fünften Lebensjahr. Werden beispielsweise sprachliche und motorische Entwicklungsauffälligkeiten erst nach der Diagnostik der Schuleingangsuntersuchungen, d. h. beim Übergang von der Kindergartenzeit in die Grundschule behandelt, ist dies laut Expertenmeinung zu spät.

Jungen sind dabei als eine besondere Zielgruppe von Frühförderung und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu bezeichnen. In der Literatur wird oftmals der gravierende geschlechterspezifische Unterschied hinsichtlich der kindgerechten Sprachentwicklung und der körperlichen, motorischen Leistungsfähigkeit benannt. In den Auswertungen der Erfurter Schuleingangsuntersuchungen bestätigten sich diese großen Unterschiede in den Daten. Biologische und entwicklungspsychologische Ursachen für diese Unterschiede sind vielschichtig, bisher jedoch noch nicht eindeutig identifiziert und erforscht. Ursachen und Gründe sind in diesem Zusammenhang zukünftig abzuklären um mit Interventionen bedarfsgerecht zu reagieren. Kindertageseinrichtungen und Grundschulen können dabei als sogenannte Schlüsselsettings zur Herstellung von gesundheitlicher Chancengleichheit bezeichnet werden, weil frühe, familiär bedingte Defizite bezüglich Sozialisation kompensiert und ausgeglichen werden können (Altgeld 2004). Gesundheitsbezogene Themenstellungen befinden sich im pädagogischen Konzept der Kindertageseinrichtung und in Grundschulen. Die Themenstellungen sind oft ressourcenorientiert und auf die Förderung der Gesundheit von Körpergefühl und Lebenskompetenzen ausgerichtet. Hier sollten besonders die Einrichtungen im Vordergrund stehen, die sich in den sogenannten Brennpunktstadtgebieten befinden, denn Kinder aus sozial benachteiligten Familien sollten in diesem Alter und beispielsweise ganz speziell in der Kindertagesstätte im Fokus von Prävention und Therapie stehen.

Verschiedene Maßnahmen, Interventionen, Gesundheitsförderung und frühe Hilfen, sowohl präventiver als auch therapeutischer Art, können insbesondere in den Einrichtungen zusammenlaufen. Das Gesundheitsamt könnte aufgrund der vorhandenen Zugänge durch die Diagnostik des Kinder- und Jugendärztlichen und -zahnärztlichen



Dienstes die Einrichtungen zielgerichteter bei der Vernetzung und Vermittlung von Interventionen und Maßnahmen unterstützen. Dies erfolgt derzeit aufgrund begrenzter finanzieller und personeller Ressourcen nur eingeschränkt und nicht flächendeckend. Qualitativ und quantitativ hochwertige Gesundheitsförderung ist kostenintensiv, aber langfristig kostensenkend, wenn Maßnahmen über einen längeren Zeitraum dauerhaft in den Einrichtungen vor Ort umgesetzt werden.

Aktuell belaufen sich Projektanträge meistens auf einen Zeitraum von 12 Monaten. Eine flächendeckende und vor allem langfristige Umsetzung bestimmter Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen bzw. Schulen ist aufgrund der fehlenden finanziellen Ressourcen im Amt für Soziales und Gesundheit derzeit nicht möglich, sollte jedoch aufgrund der oben dargelegten Faktoren oberste Priorität haben. Positiv sichtbare Erfolge in den Zahlen der Kinder- und Jugendärztlichen Untersuchungen sind das absolute Ziel von Projekten und Maßnahmen.

### **Aus den Analyseergebnissen der kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen sind folgende Handlungsfelder prioritär:**

- Die Einführung einer gesetzlichen Pflicht zur Durchführung der bisher freiwilligen Kindertagesvorsorgeuntersuchungen zwei Jahre vor der Einschulung (im Alter von 4 bis 5 Jahren). Zu Untersuchen sind dabei:
  - die körperliche Leistungsfähigkeit (Grob-, und Feinmotorik, Koordination und Ausdauer)
  - die Sprachentwicklung einschließlich der Deutschkenntnisse
  - die Seh- und Hörfähigkeit.
- Für die Erreichbarkeit der Hauskinder gilt dabei die verpflichtende Durchführung der U-Untersuchungen, insbesondere der U8 und U9.
- Die Erfassung des Gesundheitszustandes der Kinder aus sozial benachteiligten Familien durch die Erhebung des Sozialstatus der Kinder mittels Erfragung von erweiterten Indikatoren.
- Die Erfassung der Kinder mit Migrationshintergrund einschließlich deren Gesundheitszustandes (Deutschkenntnisse).
- Die Erfassung der Einrichtungen (Schulen und Kindertageseinrichtungen) im Rahmen der Kinder- und Jugendärztlichen Untersuchungen, in denen eine besonders hohe Anzahl an auffälligen Kinder vorhanden ist.
- Erweiterung des zahnmedizinischen Personals im Kinder- und Jugendzahnärztlichen Bereich um eine flächendeckende Umsetzung der Gruppenprophylaxe in allen Kindertageseinrichtungen und Schulen, insbesondere der Intensivprophylaxe in den Risikoeinrichtungen zu gewährleisten.
- Die flächendeckende und kontinuierliche Umsetzung bestimmter Angebote, Interventionen und Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen und Schulen, die insbesondere auf die Verringerung und Vermeidung von Übergewicht und

## Kindergesundheitsbericht 2010

Adipositas und von sprachlichen und motorischen Entwicklungsrückständen abzielen.

- Aufgrund der starken Zunahme von Übergewicht und Adipositas mit steigendem Alter benötigt die Gesundheitsförderung insgesamt ein stärkeres Gewicht im Bildungsplan sowie in der gesamten Bildungs- und Schulpolitik. Einzelne, kurzfristige Projekte von "Außen" weisen eine zu geringe Effektivität und Effizienz durch mangelhafte Flächendeckung, Kontinuität und Nachhaltigkeit auf.
- Der Einsatz von Fachkräften (Ergotherapeuten, Sport- und Bewegungstherapeuten, Logopäden, Sozialpädagogen) in den (Integrations-) Kindertageseinrichtungen um dem veränderten Krankheitsspektrum der Kinder gerecht zu werden.
- Die verstärkte Vernetzung und Zusammenarbeit der Institutionen und Einrichtungen, die für die Planung und Umsetzung von frühen Hilfen und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zuständig sind, ist unbedingt erforderlich.
- Der Ausbau einer kontinuierlichen Elternarbeit.
- Einführung einer gesetzlichen Pflicht zur Teilnahme der Vorschule (1 Jahr vor der Schule) im Setting Schule.
- Die Verbesserung des Impfstatus durch eine Erhöhung der Bereitschaft zur Durchführung von Impfungen mit Hilfe von präzise und bedarfsgerecht ausgestalteten Impfkampagnen.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prozentualer Vergleich der Untersuchungen zum Schuleingang im Stadtgebiet Erfurt bezogen auf Brennpunktstadtgebiete und andere Stadtgebiete	7
Abbildung 2: Prozentualer Vergleich von Übergewicht und Adipositas im Vergleich über den Zeitraum von 15 Einschulungsjahren	8
Abbildung 3: Prozentualer Vergleich von Übergewicht einschließlich Adipositas zum Zeitpunkt des Schuleintritts und der 8. Klasse über 15 Einschulungsjahre hinweg	9
Abbildung 4: Prozentualer Verlauf von Untergewicht über den Zeitraum von 15 Einschulungsjahren	10
Abbildung 5: Prozentualer Verlauf des Befundes zerebrale Bewegungsstörungen über 12 Einschulungsjahre	11
Abbildung 6: Prozentualer Verlauf des Befundes zerebrale Anfallsleiden über 12 Einschulungsjahre	11
Abbildung 7: Prozentualer Verlauf des Befundes geistige Behinderung über 12 Einschulungsjahre	12
Abbildung 8: Prozentualer Verlauf des Befundes Lernbehinderung und Entwicklungsrückstand	12
Abbildung 9: Prozentualer Verlauf des Befundes Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination über den Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	13
Abbildung 10: Prozentuale Verteilung des Befundes Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination nach Geschlecht über den Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	13
Abbildung 11: Prozentualer Verlauf der Befunde Grob-, Fein- und Visuomotorik über den Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	14
Abbildung 12: Prozentualer Verlauf der Befundes Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen über den Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	15
Abbildung 13: Prozentuale Verteilung des Befundes Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen nach Geschlecht über den Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	15
Abbildung 14: Prozentualer Verlauf der Befundes Verhaltensauffälligkeiten über den Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	16
Abbildung 15: Prozentuale Verteilung des Befundes Verhaltensauffälligkeiten nach Geschlecht über den Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	16
Abbildung 16: Prozentualer Verlauf des Befundes Skoliose über den Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	17
Abbildung 17: Prozentualer Verlauf des Befundes Haltungsschwäche über den Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	17
Abbildung 18: Prozentualer Verlauf des Befundes Fußschaden über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	18
Abbildung 19: Prozentualer Verlauf des Befundes Beckenschiefstand über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	18
Abbildung 20: Prozentualer Verlauf der gesamten Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	19
Abbildung 21: Prozentualer Verlauf des Befundes der gesamten Muskel- Skelett- und Bindegewebserkrankungen in der 4. Und 8. Klasse über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	19
Abbildung 22: Prozentualer Verlauf des Befundes Hörstörungen über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	20
Abbildung 23: Prozentualer Verlauf des Befundes Otitis media und Folgezustände über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	20
Abbildung 24: Prozentualer Verlauf des Befundes Schielen über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	21
Abbildung 25: Prozentualer Verlauf des Befundes verminderte Sehschärfe über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	21
Abbildung 26: Prozentualer Verlauf des Befundes Asthma Bronchiale über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	22

## Kindergesundheitsbericht 2010

Abbildung 27: Prozentualer Verlauf des Befundes Bronchitisches Syndrom über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	22
Abbildung 28: Prozentualer Verlauf des Befundes allergische Rhinitis über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	23
Abbildung 29: Prozentualer Verlauf des Befundes Ekzem über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	23
Abbildung 30: Prozentualer Verlauf des Befundes sonstige Hautkrankheiten über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	24
Abbildung 31: Prozentualer Verlauf des Zahnstatus über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	26
Abbildung 32: Prozentualer Verlauf des dmf-t-Wertes über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	27
Abbildung 33: Prozentualer Verlauf der Anzahl der Kinder mit Nachweisheft über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	27
Abbildung 34: Prozentualer Verlauf der Kinder mit der U1 bis U7 über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	28
Abbildung 35: Prozentualer Verlauf der Kinder mit der U8 und U9 über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	28
Abbildung 36: Prozentualer Verlauf der Anzahl der Kinder mit Impfheft über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	29
Abbildung 37: Prozentualer Verlauf der Anzahl der Kinder mit Tetanusimpfschutz über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	30
Abbildung 38: Prozentualer Verlauf der Anzahl der Kinder mit Diphtherie Impfschutz über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	30
Abbildung 39: Prozentualer Verlauf der Anzahl der Kinder mit Pertussis Impfschutz über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	31
Abbildung 40: Prozentualer Verlauf der Anzahl der Kinder mit Pertussis Impfschutz über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	31
Abbildung 41: Prozentualer Verlauf der Anzahl der Kinder mit Polio Impfschutz über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	32
Abbildung 42: Prozentualer Verlauf der Anzahl der Kinder mit Hepatitis B Impfschutz über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	32
Abbildung 43: Prozentualer Verlauf der Anzahl der Kinder mit Mumps, Masern, Röteln Impfschutz über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	33
Abbildung 44: Prozentualer Verlauf der Anzahl der Kinder mit Meningokokken, Pneumokokken und Varizellen Impfschutz über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	34
Abbildung 45: Prozentualer Verlauf der Anzahl der Kinder ohne Befund über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	35
Abbildung 46: Prozentualer Verlauf der Anzahl der Kinder ohne Befund getrennt nach Geschlecht über einen Zeitraum von 12 Einschulungsjahren	35

**Literatur:**

- Altgeld, T. (2004): &Chancen. Expertise Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Im Auftrag der Regierungsstelle E&C der Stiftung SPI. <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/altgeld.settingexpertise.pdf>, 03.05.2010
- Altgeld, T. (2002): Kindertagesstätten. Ein vernachlässigtes Setting mit Handlungsbedarf und Zukunftspotenzial. (Prävention: 25 (3), 81-84.
- Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) (2006): Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter. <http://www.a-g-a.de/Leitlinie.pdf>
- Bitzer et al. (2009): Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung. Berlin u. a.: Springer.
- Bode, H.; Schöder, H., Waltersbacher, A. (2008): Heilmittel Report 2008. Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie: Eine Bestandsaufnahme. Schattauer: Stuttgart. New York.
- Böhm, A.; Ellsäßer, G.; Lüdecke, K. (2007): Der Brandenburger Sozialindex: ein Werkzeug für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung auf Landes- und kommunaler Ebene bei der Analyse von Einschülerdaten [http://www.lasv.brandenburg.de/sixcms/media.php/4055/dick\\_u\\_duenn\\_2007\\_boehm.pdf](http://www.lasv.brandenburg.de/sixcms/media.php/4055/dick_u_duenn_2007_boehm.pdf)
- Bundesstadt Bonn (Hrsg.) (2006): Kinder – und Jugendgesundheit: Gesundheitlicher Zustand der Einschulkinder. 2005.
- European Network of Health Promoting Schools (1997): The Health promoting school- an investment in education, health and democracy: conference case study book, Thessaloniki-Halkidi 1-5 May. WHO: Copenhagen.
- Fillies, C.; Pallmeier, H.; Schmidt, M.; Schmidtpott, A. (2006): Prävention durch Früherkennung. Entwicklung eines Präventionskonzeptes zur Erhöhung der Teilnahmequote von sozial Benachteiligten an den Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 für Kinder. In: Albrecht, U. (2006): Jung und gesund? Prämierte Arbeiten des BKK-Innovationskreises Gesundheit 2005. Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main.
- Flender J. (2006): Früherkennung von Entwicklungsstörungen durch Erzieherinnen: Überprüfung der Gütekriterien des Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten (DESK 3-6) [https://eldorado.tu-dortmund.de/bitstream/2003/21557/1/Dissertation\\_Flender.pdf](https://eldorado.tu-dortmund.de/bitstream/2003/21557/1/Dissertation_Flender.pdf) 17.03.10.
- Gawrich, S. (2004): Wie gesund sind unsere Schulanfänger? – Zur Interpretation epidemiologischer Auswertungen der Schuleingangsuntersuchung. Hessisches Ärzteblatt 2006. 73-76.
- Gesundheitsziele.de (2003): Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland Bericht Auszug der Ergebnisse von AG 7 Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung. <http://www.gesundheitsziele.de/>, 15.05.2010.
- Geyer, S.; Wedegärtner, F. (2007): Variabilität von Arzturteilen in Schuleingangsuntersuchungen. Das Gesundheitswesen; 69: 621-627.
- Heinrichs et al. (2006): Gesund leben lernen. Lebensräume gestalten- gesundes Handeln ermöglichen. In Prävention. Jahrbuch für kritische Medizin 43 (S. 40-54). Hamburg: Argument.

## Kindergesundheitsbericht 2010

- Kromeyer-Hauschild, K.; Wabitsch, M.; Kunze, D. et al. (2001): Monatsschriften Kinderheilkunde. 149: 807-818.
- Kurth, B.-M., Bergman, K. E., Dippelhofer, A.; Höllinger, H.; Kamtsiuris, P.; Thefeld, W. (2002): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland- Was wir wissen, was wir nicht wissen, was wir wissen werden. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz: 45; 852-858.  
[http://www.KiGGS.de/experten/downloads/dokumente/BG\\_45\\_852\\_858.pdf](http://www.KiGGS.de/experten/downloads/dokumente/BG_45_852_858.pdf), 15.03.2010.
- Lehmann, F. et al. (2010): Gesundheitsförderung Konkret. Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. 4. Auflage. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Lundberg, O. (1991): The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. Soc Sci Med: 36: 1047-1052.
- Meyer-Nürnberg, M. (2002): Gesundheit von Kindern. Eine Sichtung regionaler und lokaler Gesundheitsberichtserstattung. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 45 (11), 859-865.
- Mielck, A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Verlag Hans Huber: Bern.
- Power, C. (1991): Social and economic background and class inequalities in health among adults. Soc Sci Med 32: 411-417.
- Power, C; Matthews, S. (1997): Origins of health inequalities in a national population sample. Lancet: 350: 1584-5.
- Richter, A.; Holz, G.; Altgeld, T. (2004): Gesund in allen Lebenslagen. Förderung von Gesundheitspotenzialen bei sozial benachteiligten Kindern im Elementarbereich. Theorie und Praxis der Sozialpädagogik. ISS. Pontifex: (3) 18-25.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2009): Erkennen Bewerten, Handeln Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.  
<http://www.bmg.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Standardartikel/K/Glossar-Kindergesundheit/KiGGS-Studie.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/KiGGS-Studie.pdf>.
- Robert-Koch-Institut (2008): Kinder - und Jugendgesundheitsveys 2003-2006 (KiGGS). Gesundheitsberichtserstattung des Bundes: RKI.
- Scheidt-Nave, C.; Ellert, U.; Thyen, U.; Schlaud, M. (2007): Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) in Deutschland. In: Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007 50:750-756  
<http://edoc.rki.de/oa/articles/reryPJPcmUGw/PDF/214CHFGnhl1ac.pdf>, 17.03.10.
- Schubert, R. (1996): Studie zum Gesundheitsverhalten von Kindern während der Einschulungsuntersuchung am Beispiel von Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen. In: Murza, G., Hurrelmann, K. (Hrsg.) : Regionale Gesundheitsberichterstattung. Juventa Verlag: Weinheim/München: 122-137.
- Stadt Bonn (2005): Kinder- und Jugendgesundheit. Gesundheitlicher Zustand der Einschulkinder Ausgewählte Ergebnisse der Bonner Schuleingangsuntersuchung  
[http://www.loegd.nrw.de/1pdf\\_dokumente/2\\_gesundheitspolitik\\_gesundheitsmanagement/sammlung-kgberichte/zentraler-berichtserver/nrw/bn\\_einschulkinder\\_2005.pdf](http://www.loegd.nrw.de/1pdf_dokumente/2_gesundheitspolitik_gesundheitsmanagement/sammlung-kgberichte/zentraler-berichtserver/nrw/bn_einschulkinder_2005.pdf), 19.06.2010.

- Stadt Erfurt (2003): Sozialstrukturatlas 2003. Fortschreibung des 2. Sozialberichtes. Dezernat Stadtentwicklung, Verkehr und Wirtschaftsförderung. Dezernat Jugend, Bildung, Soziales und Gesundheit <http://www.erfurt.de/imperia/md/content/veroeffentlichungen/gesundheit/sozialstrukturatlas2003.pdf>, 12.03.2010.
- Stadt Erfurt (2004): Kindergesundheitsbericht. Vergleichende Betrachtungen zum Gesundheitsstatus der Erfurter Kinder zur Einschulung. [http://www.erfurt.de/imperia/md/content/veroeffentlichungen/gesundheit/kindergesundheitsbericht\\_2004.pdf](http://www.erfurt.de/imperia/md/content/veroeffentlichungen/gesundheit/kindergesundheitsbericht_2004.pdf), 13.03.2010.
- Stadt Erfurt (2010): <http://www.erfurt.de>, Stand 01.06.2010.
- Stadt Köln (2002): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Köln Zentrale Probleme – Erforderliche Maßnahmen zur nachhaltigen Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung <http://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf53/3-1.pdf>, 29.04.2010.
- Stadt Köln (2005): Ausgewählte Ergebnisse zur Schuleingangsuntersuchung Köln 1995 – 1999. <http://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf53/5-1.pdf> 17.03.2010.
- Summerbell, C. et al. (2009): Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 3 Art. No.: CD001871.
- Thüringer Landesverwaltungsamt (ÖGD) / Thüringer Landesamt für Statistik (2006): Thüringer Leitfaden für die standardisierte Durchführung, Dokumentation und Auswertung von kinder- und jugendärztlichen Vorsorgeuntersuchungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes. SKJU-Arbeitspapier Nr. 1. [http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tlvwa2/gesundheit/skju/basisdokumente/haupttext\\_b.pdf](http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tlvwa2/gesundheit/skju/basisdokumente/haupttext_b.pdf), 10.03.2010.
- Thüringer Landesverwaltungsamt (ÖGD) / Thüringer Landesamt für Statistik (1989): Jugendärztliche Definitionen. [http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tlvwa2/gesundheit/skju/basisdokumente/jugendaerztliche\\_definitionen leseversion.pdf](http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tlvwa2/gesundheit/skju/basisdokumente/jugendaerztliche_definitionen leseversion.pdf), 10.03.2010.
- Thüringer Landesverwaltungsamt (ÖGD) / Thüringer Landesamt für Statistik (2003): Entwicklungstests bei der Einschulungsuntersuchung. Materialsammlung der Arbeitsgruppe „Kinder- und Jugendärztlicher Dienst“. Anlage 12. [http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tlvwa2/gesundheit/skju/basisdokumente/entwicklungstests\\_01\\_2003.pdf](http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tlvwa2/gesundheit/skju/basisdokumente/entwicklungstests_01_2003.pdf), 10.03.2010.
- Thüringer Landesverwaltungsamt (ÖGD) / Thüringer Landesamt für Statistik (2009): Datensatzbeschreibung. Anlage 2/3. [http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tlvwa2/gesundheit/skju/basisdokumente/datensatzbeschreibung\\_11082009.pdf](http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tlvwa2/gesundheit/skju/basisdokumente/datensatzbeschreibung_11082009.pdf), 10.03.2010.
- Thüringer Landesverwaltungsamt (ÖGD) / Thüringer Landesamt für Statistik (2009): Allgemeine Informationen zur Statistik kinder- und jugendärztlicher Untersuchungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Thüringen (SKJU). Arbeitspapier Nr. 52. [http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tlvwa2/gesundheit/skju/basisdokumente/skju-ap-52\\_allgemeine\\_informationen.pdf](http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tlvwa2/gesundheit/skju/basisdokumente/skju-ap-52_allgemeine_informationen.pdf), 10.03.2010.
- Trabert, G. (2002): Kinderarmut. Zwei Klassen Gesundheit. Deutsches Ärzteblatt, A 99(3); A93-95.