SACHSEN-ANHALT

Landesamt für
Verbraucherschutz

Gesundheit von einzuschulenden Kindern in Sachsen-Anhalt
Update Nr. 1

Gesundheit von einzuschulenden Kindern in Sachsen-Anhalt: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung der Gesundheitsämter

Update Nr. 1
Untersuchungsjahre 2010 - 2012 und 5-Jahres-Zeittrend seit 2008

Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung für das Land Sachsen-Anhalt 2013

SACHSEN-ANHALT

Landesamt für
Verbraucherschutz

Impressum

Herausgeber: Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt
Fachbereich Hygiene
Große Steinernetischstraße 4
39104 Magdeburg

www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de

Inhalt: Dr. rer. nat. Goetz Wahl

Unter Mitarbeit von:
Mildred Borrmann
Dr. med. Christel Bruchmann (Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Gesundheitsamt Burgenlandkreis)
Dr. med. Silke Koerth-Bauer (Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Gesundheitsamt Jerichower Land)

LAV 05/2013-213

Stand: Juli 2013

© Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, alle Rechte vorbehalten

Dieser Bericht wurde mit Sorgfalt und nach vorhandenem Wissen erarbeitet. Eventuelle Fehler sowie inzwischen geänderter und erweiterter Kenntnisstand können jedoch nicht ausgeschlossen werden. Wenden Sie sich in diesem Fall direkt an die Redaktion.

Für weitere Informationen steht der Internetauftritt des Landesamtes für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt unter www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de und der Gesundheitsberichterstattung Sachsen-Anhalt www.gbe.sachsen-anhalt.de zur Verfügung.

Bei Fragen zu einzelnen Themen wenden Sie sich bitte an dez13@lav.ms.sachsen-anhalt.de.

Inhalt

1 Einleitung . . . 1

2 Zusammenfassung . . . 1

3 Schlussfolgerungen . . . 2

4 Methodisches Vorgehen . . . 2

SEU_01: Altersverteilung und mittleres Alter der Kinder . . . 3

SEU_02: Elektronisch übermittelte und ausgewertete SEU-Daten . . . 4

SEU_03: Größe, Gewicht, BMI . . . 5

SEU_04: Adipositas, Übergewicht, Untergewicht . . . 6

SEU_05: Mittlere Blutdruckwerte und Häufigkeit von Bluthochdruck . . . 7

SEU_06: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen . . . 8

SEU_07 + SEU_08: Impfquoten der Kinder zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung . . . 9

SEU_09: Die häufigsten Screeningbefunde . . . 10

SEU_10: Die häufigsten Anamnesebefunde . . . 11

SEU_11: Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens . . . 12

SEU_12: Allergie, Neurodermitis, Asthma bronchiale, bronchitisches Syndrom . . . 13

SEU_13: Erkrankung/Schädigung des Bewegungsapparates . . . 14

SEU_14: Entwicklungsstörungen I . . . 15

SEU_15: Entwicklungsstörungen II . . . 16

SEU_16: Elternangaben zur Geburt des Kindes . . . 17

SEU_17: Elternangaben zu Krankenhausaufenthalten, Unfällen und Operationen . . . 18

SEU_18: Therapiebedarfe . . . 19

SEU_19: Förderbedarfe . . . 20

SEU_20: Elternangaben zu Befindlichkeitsstörungen . . . 21

SEU_21: Schulbildung und Erwerbstätigkeit der Eltern, Sozialstatus der Kinder . . . 22

SEU_22: Betreuung und familiäres Umfeld der Kinder . . . 23

SEU_23: Ausgewählte somatische Befunde in Abhängigkeit vom Geschlecht . . . 24

SEU_24: Entwicklungsstörungen in Abhängigkeit vom Geschlecht . . . 25

SEU_25: Therapie- und Förderbedarfe in Abhängigkeit vom Geschlecht . . . 26

SEU_26: Ausgewählte somatische Screeningbefunde in Abhängigkeit vom Sozialstatus . . . 27

SEU_27: Entwicklungsstörungen in Abhängigkeit vom Sozialstatus . . . 28

SEU_28: Therapie- und Förderbedarfe in Abhängigkeit vom Sozialstatus . . . 29

Literatur . . . 30

1 Einleitung

In Sachsen-Anhalt führen die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste der 14 Gesundheitsämter im Auftrag des § 38 des Schulgesetzes und des § 9 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst jährlich die Schuleingangsuntersuchungen (SEU) bei zur Zeit etwa 15.000 Einschülern durch. Seit 2008 schicken die Gesundheitsämter die Daten auf elektronischem Wege (per E-Mail-Anhang) in Form von anonymisierten Einzeldatensätzen (1 Datensatz = 1 Kind) an das Landesamt für Verbraucherschutz (LAV). Dort werden die Daten in SPSS® eingelesen und für die Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen-Anhalt ausgewertet. Die ersten landesweiten Ergebnisse der SEU 2008 und 2009 wurden in einem **Basisbericht** „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt" veröffentlicht (Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt, 2010).

Der vorliegende Bericht ist Teil einer geplanten dreiteiligen Serie von „Folgeberichten" zum Basisbericht von 2010: I. Schuleingangsuntersuchungen (SEU), II. Untersuchungen der 3. und 6. Klassen (SR3/SR6), III. Zahnärztliche Reihenuntersuchungen (ZRU). Die Folgeberichte sollen die wichtigsten Ergebnisse der jeweils jüngsten Untersuchungen seit dem letzten Bericht darstellen und den langfristigen Zeittrend seit Beginn der Auswertungen aufzeigen. Die Folgeberichte sind bewusst sehr kurz gehalten. Sie bestehen aus halbseitigen Diagrammen mit einem ebenfalls maximal halbseitigen Kommentar. Die den Diagrammen zugrundeliegenden detaillierten Zahlenwerte sind in entsprechend nummerierten Tabellen eines neuen „**Kinder-und-Jugend-Indikatorensatzes**" auf der Internetseite der Gesundheitsberichterstattung abzurufen (www.gbe.sachsen-anhalt.de). Im Zusammenspiel zwischen den Folgeberichten und dem neuen Indikatorensatz wurde ein leistungsstarkes Instrumentarium für das Monitoring der Kinder- und Jugend-(Zahn-) Gesundheit in Sachsen-Anhalt geschaffen.

2 Zusammenfassung

Folgende Ergebnisse des Basisberichts wurden durch die aktuellen Analysen bestätigt:

1. Die Impfquoten der Einschüler bzgl. Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis, Pertussis, Haemophilus influenzae, Hepatitis B, Masern, Mumps und Röteln sind nach wie vor deutlich besser als im Bundesdurchschnitt.
2. Kinder in Sachsen-Anhalt zeigen beim Screening bei der SEU ein relativ breites Spektrum von pathologischen Befunden, allerdings in sehr unterschiedlicher Häufigkeit. Während die meisten Befunde selten auftreten (< 3 % der untersuchten Kinder), sind einige sehr häufig (z. B. Sprachstörungen: 31 %) bzw. recht häufig (z. B. Beeinträchtigung der Sehschärfe: 14 %).
3. Die Häufigkeiten der meisten Befunde unterscheiden sich nicht erheblich von den veröffentlichten Werten aus den SEU in anderen Bundesländern. Dort, wo relativ starke Abweichungen gefunden wurden, fällt die Interpretation oft schwer, weil sich die Erhebungsmethoden und/ oder die Definitionen der Befunde in den Bundesländern unterscheiden.
4. Auch in den Jahren 2010 - 2012 zeigte die Häufigkeit von körperlichen und psychischen Störungen bei einzuschulenden Kindern eine sehr deutliche negative Korrelation mit dem Sozialstatus der Kinder: Defizite waren auch in den letzten Jahren wieder bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus deutlich häufiger als bei Kindern mit mittlerem Sozialstatus und bei diesen wiederum deutlich häufiger als bei Kindern mit hohem Sozialstatus. Die Unterschiede der Befundhäufigkeiten zwischen niedrigem und hohem Sozialstatus sind zum Teil frappierend und besonders ausgeprägt bei Entwicklungs- und Verhaltensstörungen.
5. Auch in den Jahren 2010 - 2012 waren Jungen zum Zeitpunkt der SEU wieder etwas häufiger von somatischen Beeinträchtigungen/Störungen und deutlich häufiger von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen betroffen als Mädchen.

Folgende Ergebnisse traten durch die Auswertung der SEU 2010 - 2012 neu hervor :

1. Zeittrends bezogen auf die Jahre 2008-2012, bezogen auf die kumulierten Diagnosekategorien (A+B(+X)) und bezogen auf beide Geschlechter (wenn nicht anders ausgewiesen):

   1.1 „Positive Zeittrends"

   1.1.1 Geringfügige Abnahme der Befundhäufigkeiten bei: Sprachstörungen, Sprachtherapiebedarf, feinmotorischen Entwicklungsstörungen, grobmotorischen Entwicklungsstörungen, Haltungsschwäche, Skoliose, Schädigung der unteren Extremitäten.

   1.1.2 Deutliche Erhöhung der Quoten bei: Teilnahme an der U7 A, Impfung gegen Varizellen.

   1.2 „Negative Zeittrends"

   1.2.1 Geringfügige Zunahme der Messwerte/Befundhäufigkeiten bei: BMI, Übergewicht von Mädchen, Elternangaben zu Kopfschmerzen bei Mädchen und Bauchschmerzen bei Mädchen und Jungen.

   1.2.2 Deutliche Zunahme der Befundhäufigkeiten bei: diastolischem Bluthochdruck, Beeinträchtigung der Sehschärfe, ambulantem Frühförderungsbedarf.

Bei der Interpretation dieser „Zeittrends" der Landesdaten muss berücksichtigt werden, dass derzeit bei der SEU in Sachsen-Anhalt bei vielen Variablen eine relativ große, wahrscheinlich vor allem methodisch bedingte Variabilität zwischen den Gesundheitsämtern besteht. Es kann nicht völlig ausgeschlossen werden, dass einige kurzzeitige Anstiege bzw. Senkungen von Häufigkeiten bestimmter Befunde auch zum Teil durch Umstellungen von Diagnose- oder Dokumentationsverfahren in einzelnen Gesundheitsämtern verursacht wurden.

2. Die Auswertung der kumulierten Daten der Jahre 2008 - 2012 brachte eindrücklich die Wichtigkeit der SEU als „zusätzliche Pflicht-Vorsorgeuntersuchung" zum Vorschein: ein erheblicher Anteil von Kindern mit behandlungs- bzw. therapie- bzw. förderbedürftigen Befunden befindet sich zum Zeitpunkt der SEU nicht in der notwendigen Maßnahme; die Eltern und das Kind werden erst durch die SEU auf den erstmaligen oder erneuten Behandlungsbedarf hingewiesen.
3. Anhand des zusätzlichen Datenmaterials der Jahre 2010 -2012 konnte gezeigt werden, dass Kinder, die laut Elternangabe als Frühgeburt zur Welt gekommen sind, zum Zeitpunkt der SEU deutlich häufiger von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen betroffen sind als Kinder mit normalem Geburtstermin.

3 Schlussfolgerungen

1. Nach Auswertung der ersten fünf Jahrgänge (2008 - 2012), bei denen die Daten der SEU aus allen Gesundheitsämtern elektronisch an das LAV übermittelt und dort zentral ausgewertet wurden, zeigt sich, dass die SEU für Sachsen-Anhalt ein überaus wichtiges Instrument für die individuelle Gesundheitsvorsorge für einzuschulende Kinder und für das bevölkerungsbezogene Monitoring der Kindergesundheit in unserem Bundesland ist.
2. Die deutliche Häufung von gesundheitlichen und psychischen Defiziten bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus in allen bisher untersuchten Jahrgängen sollte Anlass sein, die Bemühungen nach mehr sozialer Chancengleichheit für Kinder in Sachsen-Anhalt weiterzuführen und noch zu verstärken.
3. Die Bestätigung der Häufung von gesundheitlichen und psychischen Defiziten im Einschulungsalter bei Jungen im Vergleich zu Mädchen sollte Anlass sein, gesellschaftspolitische Maßnahmen zu ergreifen, um die frühkindliche Entwicklung von Jungen in Sachsen-Anhalt zu stärken.
4. Trotz Hinweisen auf einen leichten Rückgang von Entwicklungsstörungen bei einzuschulenden Kindern in Sachsen-Anhalt stellen diese nach wie vor die häufigsten Screeningbefunde bei SEU dar. Die Verminderung des Anteils von Kindern mit Entwicklungsstörungen sollte ein prioritäres Ziel in Sachsen-Anhalt sein.
5. Die Hinweise auf eine relativ hohe (und epidemiologisch kaum zu erklärende) regionale Variabilität bei einigen Variablen der SEU bestätigen die aktuellen gemeinsamen Bemühungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste und des LAV um eine zeitnahe und verbindliche methodische Standardisierung der SEU in Sachsen-Anhalt.

4 Methodisches Vorgehen

1. Elektronische Erfassung und Auswertung der Daten

Die Ergebnisse der ärztlichen und zahnärztlichen Reihenuntersuchungen der Gesundheitsämter werden in Sachsen-Anhalt schon seit Ende der 1990er Jahre EDV-gestützt erfasst und eine gewisse Zeit personenbezogen gespeichert. 13 der 14 Gesundheitsämter nutzen dafür derzeit die Software Octoware® der Firma easy-soft GmbH, Dresden. Nach der Aufgabenübertragung der Gesundheitsberichterstattung (GBE) an das Landesamt für Verbraucherschutz (LAV) im Jahr 2006 wurde in Sachsen-Anhalt die jährliche elektronische Übermittlung dieser Daten in Form von anonymisierten Einzeldaten (1 Datensatz = 1 untersuchtes Kind) an das LAV aufgebaut. Dort werden seither die Daten im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung für das Land Sachsen-Anhalt ausgewertet. Da im Jahr 2008 noch nicht alle Gesundheitsämter eine Software angeschafft hatten, fehlen diese in den ersten Jahren bei der Datenübermittlung. Die kreisfreie Stadt Dessau-Roßlau erfasst seine Daten in der Software ISGA® des Computerzentrums Strausberg und verwendet u. a. deshalb bei einigen Untersuchungsparametern abweichende Definitionen. Die Daten von Dessau-Roßlau können deshalb bis jetzt noch nicht in die Auswertungen auf Landesebene eingeschlossen werden.

2. Datenbereinigung

Datensätze ohne Angabe des Geschlechts und mit einem Alter unter 4 Jahren oder über 6 Jahren wurden aus der Auswertung ausgeschlossen. Der durch diese Bereinigungen bedingte Verlust an Datensätzen in den fünf Untersuchungsjahren war sehr gering (insgesamt nur 61 von 73.689 Datensätzen = 0,08%).

3. Darstellung von Zeitreihen versus Kumulierung von Untersuchungsjahren

Die meisten Diagramme des vorliegenden Folgeberichts sind in Form von Zeitreihen dargestellt, weil hier Befundhäufigkeiten (z.B. Anteil der untersuchten Kinder mit Sprachstörung) oder Mittelwerte (z.B. BMI) gezeigt sind, bei denen zeitliche Veränderungen erwartet werden können und solche Veränderungen für die Planung von Gesundheitsstrategien wichtig sind (Monitoring). In einigen Diagrammen sind hingegen kumulierte Daten aus allen Untersuchungsjahren dargestellt (z.B. Entwicklungsverzögerungen bei Einschülern in Abhängigkeit vom Geschlecht). Es handelt sich in diesen Diagrammen um die Darstellung von Einflussfaktoren, bei denen keine kurz- oder mittelfristige zeitliche Veränderung des Einflusscharakters zu erwarten ist und bei denen stattdessen mehr Wert auf die statistische Belastbarkeit der Aussagen gelegt wurde (Erhöhung der „N-Zahlen“ durch Kumulierung mehrerer Untersuchungsjahre).

4. Bedeutung der dargestellten Befundhäufigkeiten von Screening-Diagnosen

Bei den kinderärztlichen Untersuchungen (Screening) werden Befunde fast immer in drei Kategorien codiert:

X = Auffälligkeit ohne akuten Handlungsbedarf
(zur Beobachtung bei weiteren Untersuchungen)

B = Kind ist bzgl. des Befundes schon in einer Behandlung/
Therapie/Maßnahme

A = Empfehlung an die Eltern, einen Facharzt aufzusuchen und
ggf. eine spezielle Therapie einzuleiten

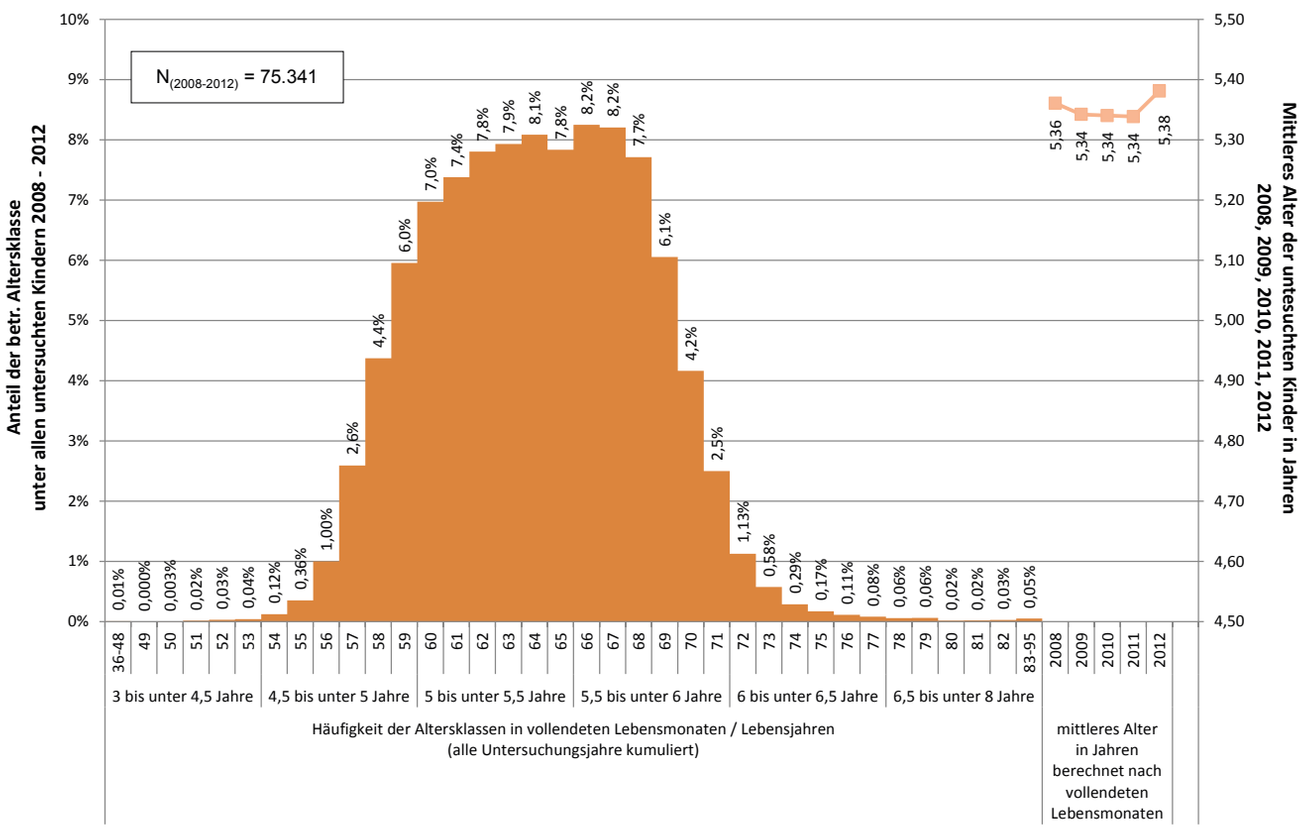
Die im Bericht besprochenen Screening-Befundhäufigkeiten beinhalten alle drei Codierungen, d. h. sind so zu verstehen, dass entweder X oder B oder A vorlag.

5. Variabilität von Daten zwischen Gesundheitsämtern

Bei mehreren Variablen zeigte sich eine deutliche Variabilität der elektronisch codierten Untersuchungsergebnisse zwischen verschiedenen Gesundheitsämtern. Bei einigen dieser Variablen scheint es unwahrscheinlich, dass die starke regionale Variabilität ausschließlich auf tatsächliche gesundheitliche Unterschiede in den Untersuchungspopulationen zurückzuführen ist. Stattdessen liegt nahe, dass hier auch eine methodische Variabilität (bei der Befundung, bei der Codierung und/oder bei der EDV-Erfassung) beteiligt ist. Für diese Variablen wurden inzwischen Standardisierungen erarbeitet, welche in den Jahren 2013/2014 erprobt und dann ab 2015 landesweit eingeführt werden sollen.

SEU_01: Altersverteilung und mittleres Alter der Kinder

Die Abbildung SEU_01 zeigt die Altersverteilung der Kinder bei der Schuleingangsuntersuchungen (SEU) in Sachsen-Anhalt in den Jahren 2008 - 2012, von denen Daten elektronisch an das LAV übermittelt wurden. Da nach einem Runderlass des Kultusministeriums vom 26.01.2004 Einschüler in Sachsen-Anhalt etwa ein Jahr vor der Einschulung untersucht werden sollen, um frühzeitig Förderbedarfe feststellen und geeignete Fördermaßnahmen einleiten zu können, sind die Kinder in Sachsen-Anhalt bei der SEU vergleichsweise jung: ihr mittleres Alter beträgt: **5 Jahre und 3 Monate**. Der weit überwiegende Teil der untersuchten Kinder hat ein Alter zwischen 4,5 und < 6,5 Jahren (99,7 % aller Untersuchten) bzw. zwischen 5,0 und < 6 Jahren (82,9 % der Untersuchten). Das relativ junge Alter der Kinder bei der SEU in Sachsen-Anhalt muss bei der Interpretation der Untersuchungsergebnisse (z. B. Entwicklungsauffälligkeiten) berücksichtigt werden.



SEU_01 Altersverteilung und mittleres Alter der Kinder (Kinder mit gemeldetem Alter von < 3 oder > 7 Jahren wurden ausgeschlossen) bei der Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012

SEU_02: Elektronisch übermittelte und ausgewertete SEU-Daten

Obwohl die Daten von Dessau-Roßlau noch nicht in die Auswertungen auf Landesebene einbezogen werden, können seit dem Jahr 2009 die Daten von über 90% der insgesamt im Land eingeschulten Kinder für die Gesundheitsberichterstattung des Landes ausgewertet werden. Die recht unterschiedlichen Anzahlen von Datensätzen, die die verschiedenen Gesundheitsämter jeweils an das LAV schicken, spiegeln die unterschiedlichen Bevölkerungszahlen in den jeweiligen Landkreisen/kreisfreien Städten wider. Ggf. unterschiedliche „Erfüllungsgrade“, wie bei den ärztlichen Untersuchungen der 3. und 6. Klassen und bei den zahnärztlichen Untersuchungen, spielen bei der SEU keine Rolle, da es sich um eine Pflichtuntersuchung und eine Quasi-Totalerhebung handelt. Im Altmarkkreis Salzwedel und im Jerichower Land werden aufgrund der Bevölkerungszahlen jährlich die wenigsten Kinder eingeschult, untersucht und „übermittelt“, in den kreisfreien Städten Halle und Magdeburg die meisten.

Zur besseren Vergleichbarkeit der Daten wurden für die Auswertungen auf Landesebene nur 4- bis 6-jährige einzuschulende Kinder berücksichtigt, < 4-Jährige und ≥ 7-Jährige wurden ausgeschlossen. Der dadurch bedingte Verlust an Datensätzen in den 5 Untersuchungsjahren war sehr gering (insgesamt 61 von 73.689 Datensätzen = 0,08 %).

Die meisten Diagramme des vorliegenden Folgeberichts sind in Form von **Zeitreihen** dargestellt, weil hier Befundhäufigkeiten (z. B. Anteil der untersuchten Kinder mit Sprachstörung) oder Mittelwerte (z. B. BMI) gezeigt sind, bei denen zeitliche Veränderungen erwartet werden können und solche Veränderungen für die Planung von Gesundheitsstrategien wichtig sind (**Monitoring**). In einigen Diagrammen sind hingegen **kumulierte Daten** aus allen Untersuchungsjahren dargestellt (z. B. Entwicklungsverzögerungen bei Einschülern in Abhängigkeit vom Geschlecht). Es handelt sich in diesen Diagrammen um die Darstellung von Einflussfaktoren, bei denen keine kurz- oder mittelfristige zeitliche Veränderung des Einflusscharakters zu erwarten ist und bei denen stattdessen mehr Wert auf die statistische Belastbarkeit der Aussagen gelegt wurde (Erhöhung der „N-Zahlen“ durch Kumulierung mehrerer Untersuchungsjahre).

Landkreis/kreisfreie Stadt		2008		2009		2010		2011		2012	
		Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen
Elektronisch an das LAV übermittelte Datensätze*											
1	Dessau-Roßlau**	0	0	0	0	266	286	273	290	279	282
2	Halle	818	844	808	911	903	914	870	956	891	1.005
3	Magdeburg	0	0	764	777	763	784	852	862	770	866
4	Altmarkkreis Salzwedel	336	302	307	337	311	349	320	385	324	375
5	Anhalt-Bitterfeld	585	621	612	638	600	592	557	578	589	639
6	Börde	0	0	613	676	670	703	586	675	633	666
7	Burgenlandkreis	645	669	632	733	636	640	612	651	581	650
8	Harz	832	908	724	849	830	863	731	803	727	800
9	Jerichower Land	0	0	0	0	347	351	313	334	343	344
10	Mansfeld-Südharz	550	574	479	538	503	471	473	469	490	468
11	Saalekreis	644	731	625	694	599	678	572	594	628	734
12	Salzlandkreis	683	704	698	754	697	716	688	695	686	785
13	Stendal	462	474	432	554	372	402	374	386	394	396
14	Wittenberg	426	507	422	477	414	432	390	378	432	454
Am LAV zu Landesdateien zusammengefügte Datensätze											
"insgesamt ans LAV übermittelt (unbereinigte Datei)"		5.981	6.334	7.116	7.938	7.911	8.181	7.611	8.056	7.767	8.464
		12.315		15.054		16.092		15.667		16.231	
in die Auswertung eingeschlossen (bereinigte Datei***)		5.974	6.331	7.112	7.934	7.636	7.887	7.334	7.762	7.481	8.177
		12.305		15.046		15.523		15.096		15.658	
% Verlust im Vergleich zu Rohdaten		0,1 %		0,1 %		3,5 %		3,6 %		3,5 %	
Im Folgejahr eingeschulte Kinder****											
Sachsen-Anhalt		16.461		16.644		16.816		16.431		noch nicht veröff.	
Erfassungsgrad (elektronisch ausgewertete Datensätze/im Folgejahr eingeschulte Kinder)											
Sachsen-Anhalt		74,8 %		90,4 %		92,3 %		91,9 %			

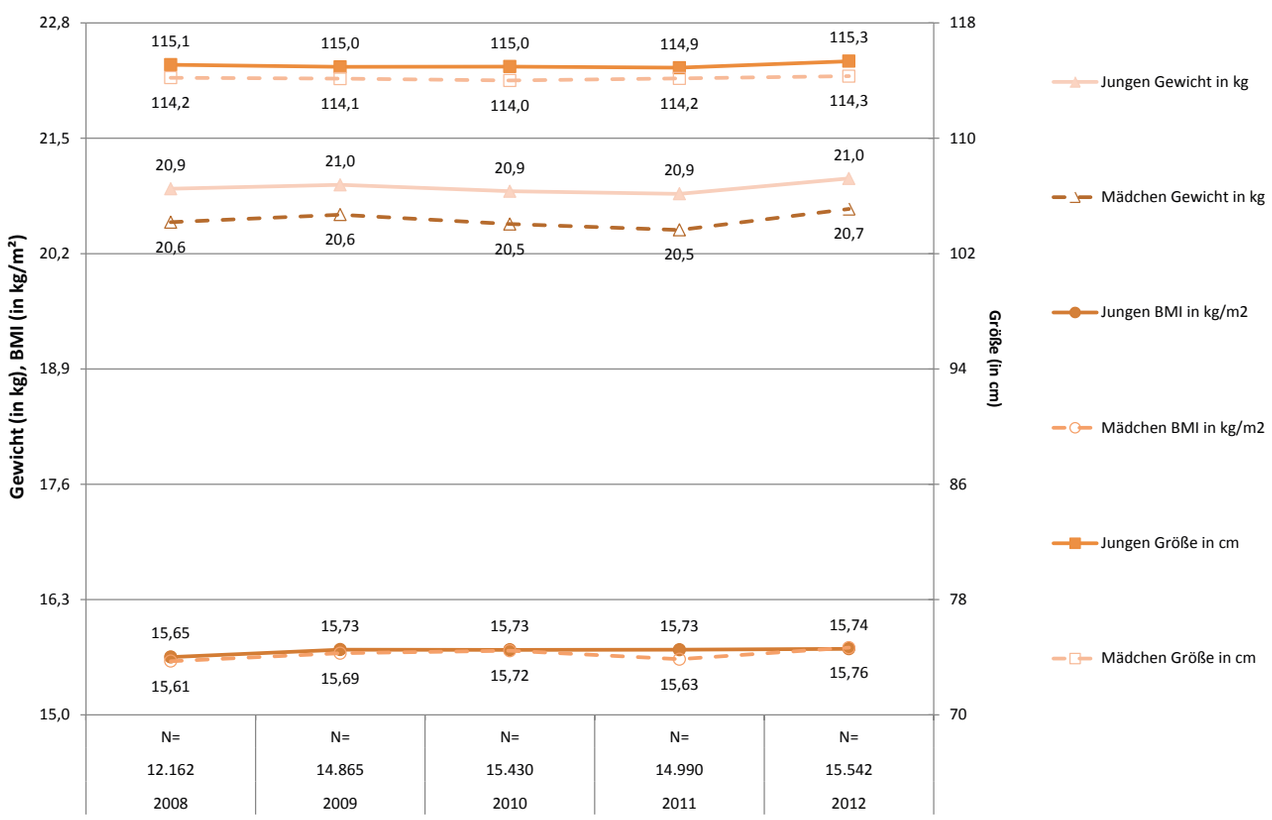
* in einigen Gesundheitsämtern war in den ersten Jahren noch keine elektronische Datenübermittlung möglich, Datensätze ohne Geschlechtsangabe wurden ausgeschlossen
** die Daten aus Dessau-Roßlau haben z.T. abweichende Definitionen und werden deshalb bis jetzt noch nicht in die elektronische Auswertung auf Landesebene eingeschlossen
*** Datensätze mit Alter < 4 oder > 6 Jahre wurden von der Auswertung ausgeschlossen
**** Datenquelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt: Schuljahresanfangsstatistik
(http://www.statistik.sachsen-anhalt.de/Internet/Home/Veroeffentlichungen/Veroeffentlichungen/Statistische_Berichte/index.php?category=6B101)

SEU_02 Elektronisch übermittelte und ausgewertete Datensätze der Schuleingangsuntersuchungen, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

SEU_03: Größe, Gewicht, BMI

Im Mittel der fünf Untersuchungsjahre waren Mädchen in Sachsen-Anhalt bei der SEU durchschnittlich **114,2 cm** groß und wogen **20,6 kg**, Jungen waren durchschnittlich **115,1 cm** groß und wogen **20,9 kg**.

Die Körpermaße der Kinder stiegen in den 5 Untersuchungsjahren geringfügig (aber statistisch signifikant) an. Dabei ergaben sich zwischen Mädchen und Jungen und zwischen dem Anstieg der Körpergröße und dem Anstieg des Gewichts geringfügige (jedoch statistisch signifikante) Unterschiede: Während zwischen 2008 und 2012 die Jungen im Mittel um 0,20 % größer ($p < 0{,}001$) und um 0,59 % ($p = 0{,}029$) schwerer wurden, stieg bei Mädchen im selben Zeitraum die Körpergröße nur um 0,09 % ($p = 0{,}016$), das Körpergewicht hingegen immerhin um 0,73 % ($p = 0{,}01$). Entsprechend erhöhte sich der mittlere BMI bei den Jungen um 0,61 % ($p = 0{,}023$) und bei den Mädchen um 0,98 % ($p < 0{,}01$). Die unterschiedlichen Veränderungen der Körpermaße bei Mädchen und Jungen im Laufe der fünf Untersuchungsjahre ist dabei nicht durch eine zufällig unterschiedliche Altersverteilung bei Mädchen und Jungen begründet (Daten nicht gezeigt). Die unterschiedlich starken Anstiege des mittleren BMI bei Mädchen und Jungen passen vielmehr mit den entsprechenden geschlechtsspezifischen Zeittrends von Adipositas und Übergewicht zusammen (s. SEU_04).



SEU_03 Größe, Gewicht und Body Mass Index (BMI) von Mädchen/Jungen, Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

SEU_04: Adipositas, Übergewicht, Untergewicht

Im Mittel der fünf Untersuchungsjahre waren in Sachsen-Anhalt zum Zeitpunkt der SEU 2,3 % der Kinder von deutlichem Untergewicht, 9,6 % von Untergewicht, 11,6 % von Übergewicht und 5,0 % von Adipositas betroffen. Die entsprechenden Prävalenzen in der deutschen Referenzpopulation von Kromeyer-Hauschild sind 10 % (Unter- und Übergewicht) bzw. 3 % (deutliches Untergewicht und Adipositas).

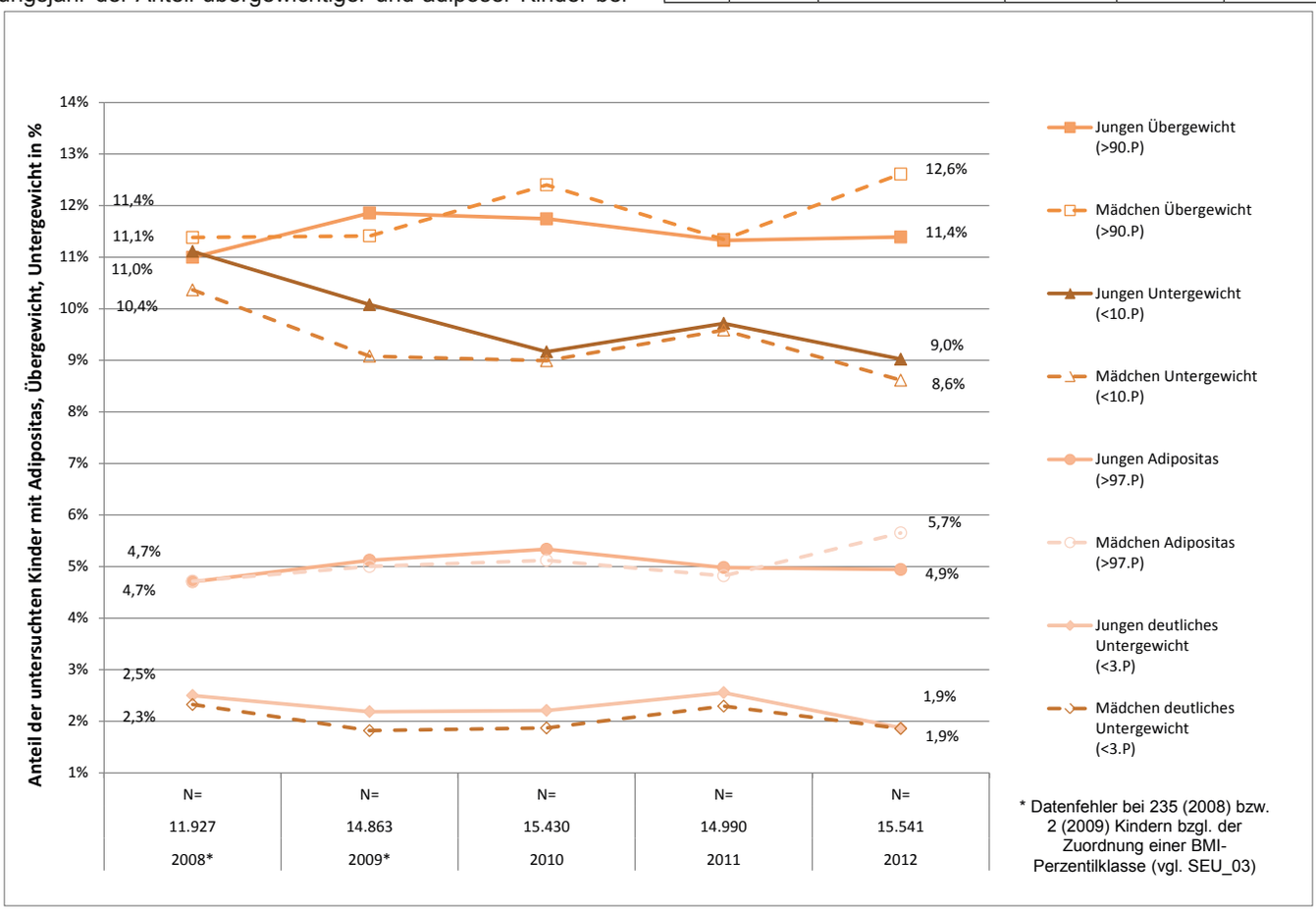
Die **Prävalenzen von Adipositas und Übergewicht** stiegen in Sachsen-Anhalt in den Jahren 2008 - 2012 geringfügig an, und zwar bei Mädchen etwas stärker als bei Jungen. Statistisch signifikant war dieser Anstieg allerdings nur beim Übergewicht von Mädchen. Während sich der Anteil adipöser bzw. übergewichtiger Jungen nur geringfügig um 7,4 % (von 4,7 % auf 4,9 %, p = 0,37) bzw. um 5,9 % (von 11,0 % auf 11,4 %, p = 0,28) erhöhte, war die entsprechende Zunahme bei den Mädchen deutlicher und im Falle von Übergewicht auch statistisch signifikant: Adipositas um 21,8 % (von 4,7 % auf 5,7 %, p = 0,072) und Übergewicht um 12,6 % (von 11,4 % auf 12,6 %, p = 0,019). Zusammen mit der Beobachtung zum stärker ansteigenden mittleren BMI bei Mädchen (**SEU_03**) könnte dies Hinweis darauf sein, dass in Sachsen-Anhalt Mädchen im Vorschulalter derzeit etwas stärker von Übergewichts- bzw. Adipositas-Risiko betroffen sind als Jungen.

Ein Vergleich mit den aktuellsten verfügbaren Werten anderer Bundesländer zeigt, dass in Sachsen-Anhalt im letzten Untersuchungsjahr der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder bei der SEU höher und der Anteil deutlich untergewichtiger und untergewichtiger Kinder geringer als im Mittel der anderen Bundesländer war. Die auf Bundesebene beschrieben Stagnation bzw. sogar Abnahme der Adipositasprävalenz bei Einschülern kann für Sachsen-Anhalt nicht bestätigt werden.

Die erhöhte Prävalenz von Adipositas in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu den meisten anderen Bundesländern sollte vor allem deshalb beachtet und weiter beobachtet werden, weil die Kinder bei der SEU in Sachsen-Anhalt im Mittel jünger sind als in den anderen Bundesländern (vgl. Basisbericht).

Tab. 1 AOLG-Indikator 4.9, 3.57 und/oder Kindergesundheitsberichte in den GBE-Internetangeboten der betr. Länder

Land	U.-Jahr	deutliches Untergewicht (< 3. P)	Untergewicht (< 10. P)	Übergewicht (> 90.P)	Adipositas (> 97. P)
ST	2012	1,9 %	8,9 %	12,0 %	5,3 %
Mittelwert anderer Länder		3,6 %	10,7 %	10,0 %	4,1 %
NRW	2010	3,1 %	8,9 %	10,9 %	4,5 %
SH	2010	3,6 %	13,9 %	10,3 %	4,3 %
NS	2010	3,9 %	10,7 %	9,8 %	4,0 %
BE	2011	2,5 %	8,9 %	9,3 %	3,7 %
BB	2011	4,2 %			3,3 %
SN	2011	3,5 %	10,6 %	8,6 %	3,4 %
MV	2011		9,7 %	12,0 %	5,3 %
RP	2011	4,3 %	11,9 %	9,0 %	3,9 %

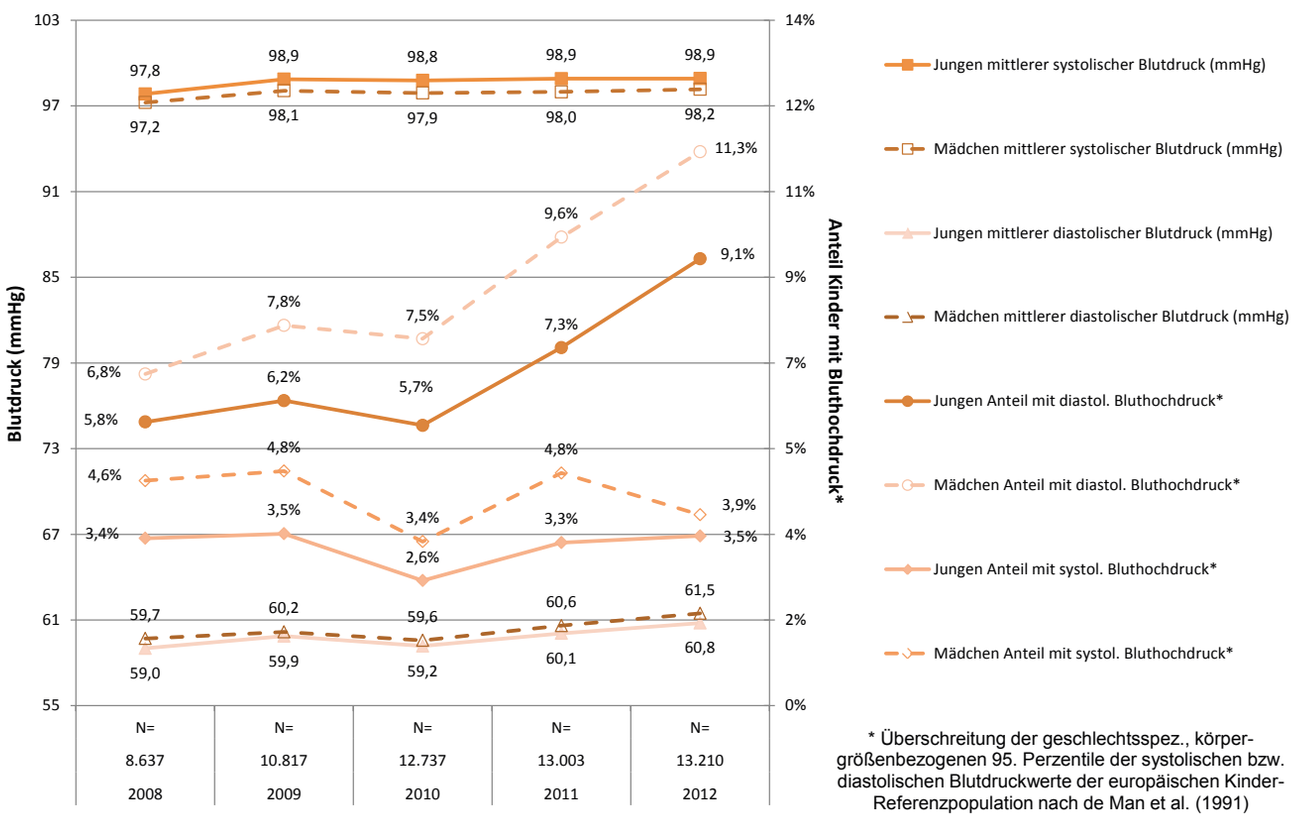


SEU_04 Adipositas, Übergewicht und Untergewicht bei Mädchen/Jungen, Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

SEU_05: Mittlere Blutdruckwerte und Häufigkeit von Bluthochdruck

Jungen hatten in allen Untersuchungsjahren etwas höhere systolische Blutdruckwerte als Mädchen. Mädchen zeigten hingegen immer etwas höhere diastolische Blutdruckwerte als Jungen. Sowohl bezüglich der systolischen als auch bezüglich der diastolischen Werte gab es bei den **Mädchen einen deutlich höheren Anteil mit „Bluthochdruck“ als bei Jungen** (Definition „Bluthochdruck“: Überschreitung der körpergrößenbezogenen 95. Perzentile der Blutdruckwerte einer europäischen Referenzpopulation nach de Man et al. (1991)).

Es zeigte sich ein auffallender Zeittrend bezüglich des diastolischen Blutdrucks: Sowohl die mittleren diastolischen Blutdruckwerte als auch - in viel stärkerem Maß - die Häufigkeit von diastolischem Bluthochdruck **stiegen zwischen 2010 und 2012 deutlich an (verschlechterten sich)**. Genauere Analysen ergaben, dass die Varianz der in den 14 Gesundheitsämtern gemessenen diastolischen Blutdruckwerte erheblich ist. Es liegt deshalb die Vermutung nahe, dass der beobachtete Anstieg der Blutdruck- (und daraus errechneten Bluthochdruck-) Werte nicht auf einen tatsächlichen epidemiologischen Trend zurückzuführen ist, sondern es sich um eine zufällig gleichgerichtete Änderung der Messmethodik in einigen Gesundheitsämtern handelt (z. B. Wechsel von Manschetten oder Untersucher/innen). Mit der Standardisierung der kinderärztlichen Untersuchungen in Sachsen-Anhalt ab 2014 sind auch die Bedingungen der Blutdruckmessungen genauer festgeschrieben worden. Damit ist eine Angleichung und Stabilisierung der Blutdruckwerte zu erwarten.



SEU_05 Mittlere Blutdruckwerte und Häufigkeit von Häufigkeit bei Mädchen/Jungen, Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

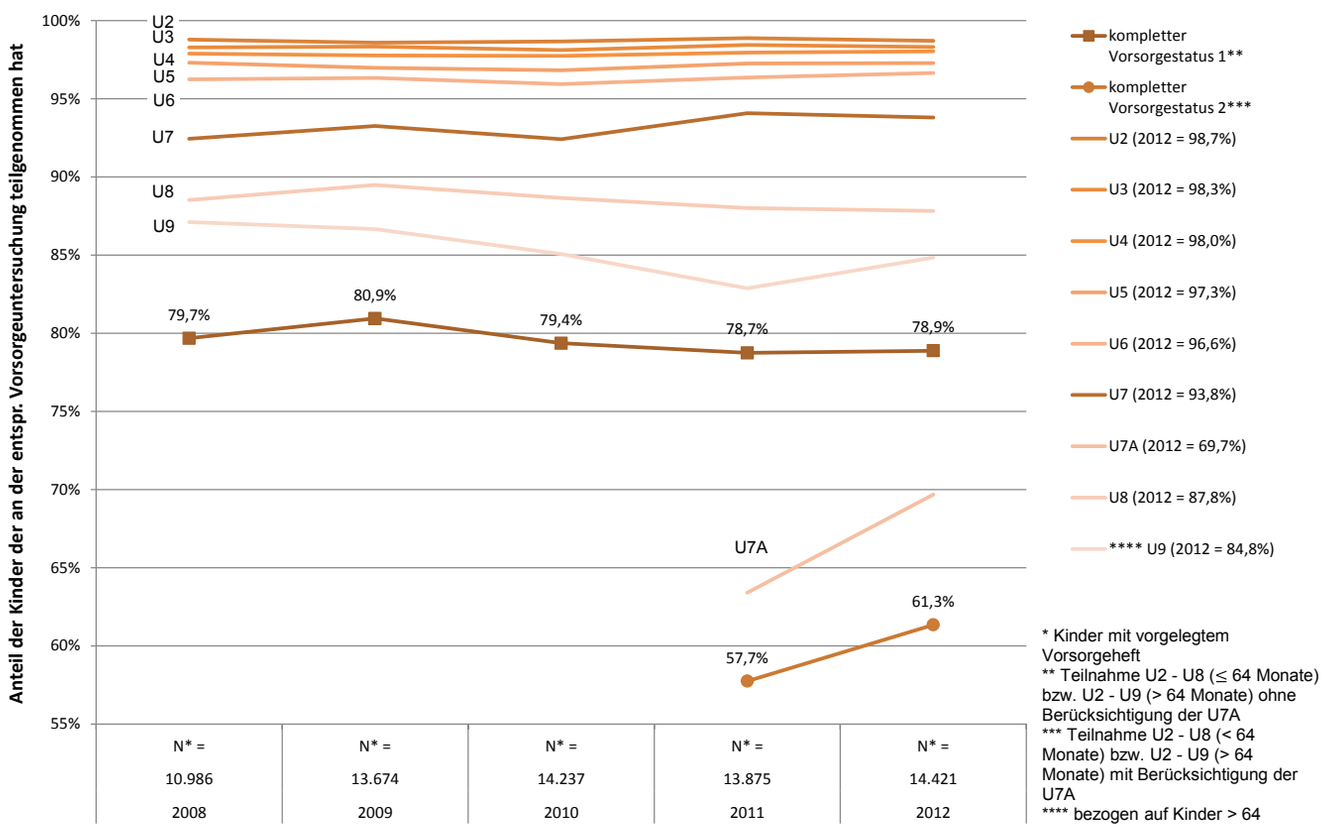
SEU_06: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen

Anhand der Dokumentation der Angaben aus den zur SEU mitgebrachten Vorsorgeheften zeigt sich in Sachsen-Anhalt eine **hohe Teilnahmequote** an den einzelnen bis zur SEU empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen (U2, U3, U4, U5, U6, U7, U8). Die Teilnahmehäufigkeit nimmt jedoch - wie auch in anderen Studien festgestellt - mit zunehmendem Alter der Kinder kontinuierlich ab (2012 zum Beispiel von 98,7 % bei der U2 auf 87,8 % bei der U8). Bei der relativ niedrigen Teilnahmequote zur U9 (im Jahr 2012 zum Beispiel 84,8 %) ist zu berücksichtigen, dass in Sachsen-Anhalt etwa 45 % der Kinder bei der SEU noch unterhalb der für die U9 vorgesehenen Altersgrenze von 65 Lebensmonaten liegen (vgl. **SEU_01**). Eine Nichtteilnahme an der U9 kann in diesem Fall also noch nicht als Versäumnis gelten. Der Anteil der Kinder, der an der U7A teilgenommen hat, war bei der SEU 2012 immer noch recht gering (69,7 %). Dies liegt in erster Linie daran, dass diese Untersuchung erst seit 2009 im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten ist und deshalb erst allmählich regelmäßig von den Familien wahrgenommen wird. Der **Anteil der Kinder mit „komplettem Vorsorgestatus“** (Teilnahme an sämtlichen für das jeweilige Alter vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen, d. h. U2 - U8 für < 64 Monate Alte bzw. U2 - U9 für > 65 Monate Alte) liegt im Mittel der fünf Untersuchungsjahre bei **80 %**. Allerdings scheint dieser Anteil seit 2009 zu sinken. Dies sollte in den Folgejahren beobachtet und dann ggf. entsprechende Gegenmaßnahmen geplant werden.

Im Vergleich mit Daten der SEU in 6 anderen Bundesländern zeigten sich bzgl. der Teilnahme an den U3 - U6 bzw. an der U7 keine Unterschiede, die Teilnahmequote an der U8 ist in Sachsen-Anhalt allerdings anscheinend etwas geringer als im Mittel der anderen Bundesländer.

Tab. 2 AOLG-Indikator 7.5 und/oder Kindergesundheitsberichte in den GBE-Internetangeboten der betr. Länder

Bundesland	Untersuchungsjahr	U3 - U6*	U7	U8
Sachsen-Anhalt	2008 - 2012	94,3 %	93,2 %	88,5 %
Mittelwert anderer Länder		94,7 %	94,3 %	91,2 %
Saarland	2008	92,2 %	93,6 %	87,9 %
Bayern	2007		95,8 %	92,2 %
Niedersachsen	2010	96,9 %	94,3 %	90,5 %
Nordrhein-Westfalen	2010	91,6 %	93,2 %	89,4 %
Rheinland-Pfalz	2011		94,4 %	96,2 %
Sachsen	2011	98,0 %	94,5 %	91,1 %



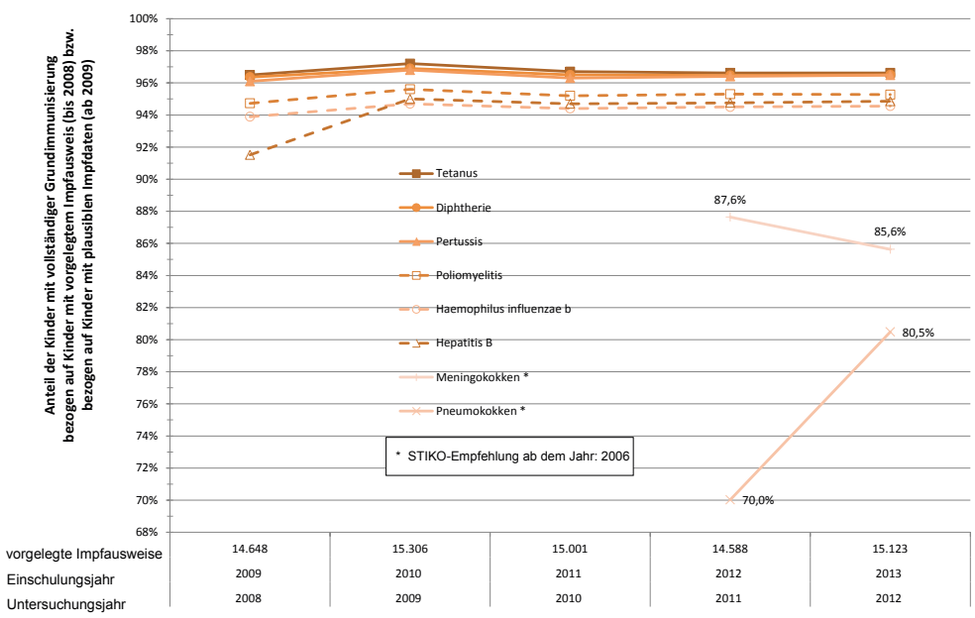
SEU_06 Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder bis zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

SEU_07 + SEU_08: Impfquoten der Kinder zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung

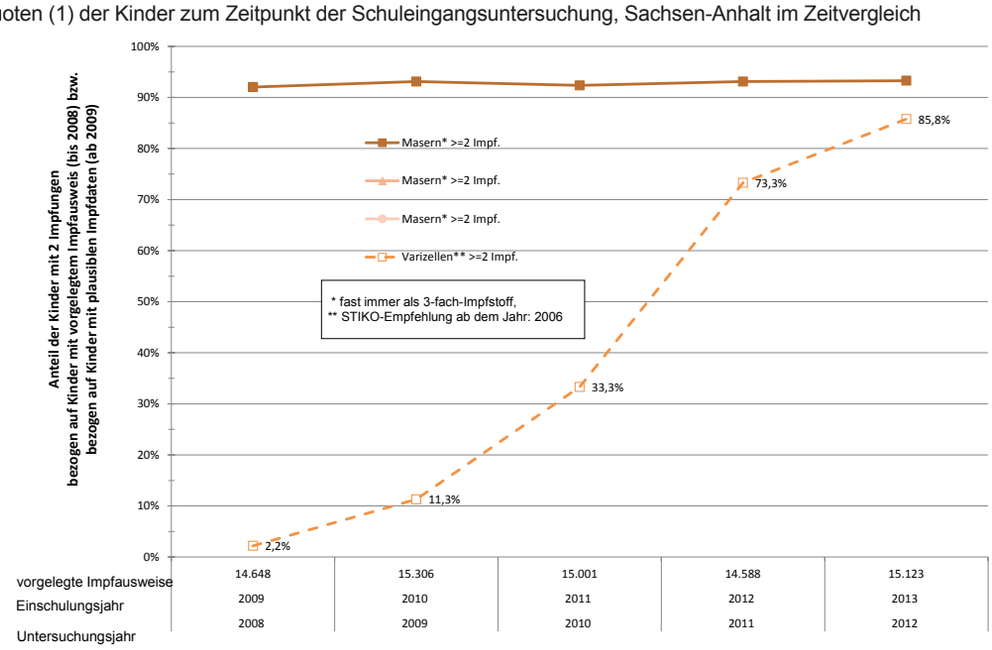
Dargestellt sind die Anteile der einzuschulenden Kinder mit jeweils vollständigem Impfstatus entsprechend den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO), d. h. mit abgeschlossener Grundimmunisierung bzgl. Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis, Pertussis, Haemophilus influenzae b, Hepatitis B (SEU_07) bzw. mit 2 Impfungen bzgl. Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (SEU_08). Für die Berechnung der Impfquoten galt bis zum Untersuchungsjahr 2008 die Anzahl der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis als Bezugsgröße. Seit die Impfdaten mit taggenauem Impfdatum über eine elektronische Schnittstelle übermittelt werden (ab dem Untersuchungsjahr 2009), können die Datensätze von Kindern mit vorgelegtem Impfausweis zusätzlich bereinigt werden, d. h. Impfausweise mit „falschen" (unplausiblen) Impfdokumentationen können ausgeschlossen werden. Dadurch ist ab dem Untersuchungsjahr 2009 die Bezugszahl geringfügig (um etwa 1 %) niedriger als die Anzahl vorgelegter Impfausweise.

Die Impfquoten von einzuschulenden Kindern bezüglich der dargestellten Impfantigene sind in Sachsen-Anhalt seit geraumer Zeit deutlich höher (besser) als im Bundesdurchschnitt (vgl. Impfberichte LAV). Mit ≥ 93 % liegen bei den einzuschulenden Kindern alle Impfquoten (außer bzgl. Varizellen) über der durch das Impfgesundheitsziel von Sachsen-Anhalt definierten Marke („Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei > 90 % der Bevölkerung"). Allerdings wurde in den obigen Darstellungen aus Gründen der Vergleichbarkeit mit Bundesdaten nur die Anzahl der erforderlichen Impfungen zugrunde gelegt. Berücksichtigt man zusätzlich die erforderlichen genauen Impfzeitpunkte und Impfabstände, so errechnet sich bei vielen Impfantigenen eine deutlich geringere Impfquote, welche oft unterhalb der 90%-Marke liegt (vgl. Impfberichte des LAV).

Ab dem Untersuchungsjahr 2009 (seither gilt die gleiche Bezugszahl) sind die Impfquoten der einzuschulenden Kinder in Sachsen-Anhalt stabil auf hohem Niveau geblieben (93 % - 96 %). Bei der seit 2004 empfohlenen Varizellenimpfung verbesserte sich die Impfquote der einzuschulenden Kinder in den Jahren 2008 - 2011 ganz erheblich, nämlich von nur 2,2 % auf immerhin 73 %.



SEU_07 Impfquoten (1) der Kinder zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich



SEU_08 Impfquoten (2) der Kinder zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

SEU_09: Die häufigsten Screeningbefunde

Die Rangfolge der häufigsten Screeningbefunde bei der SEU in Sachsen-Anhalt war in den fünf Untersuchungsjahren weitgehend gleich, nur einige wenige Befunde tauschten nahe beieinander liegende Rangpositionen (vgl. www.gbe.sachsen-anhalt.de). In allen Untersuchungsjahren waren von den **8 häufigsten Screeningbefunden immer 6 Entwicklungsverzögerungen**. Im Mittel der Untersuchungsjahre wurde bei 32 % der Kinder eine Sprachstörung diagnostiziert, es war damit der mit Abstand häufigste Screeningbefund. Etwa 42 % der einzuschulenden Kinder hatten bezüglich mindestens einer Entwicklungsverzögerung einen positiven Befund (Daten nicht gezeigt). Bei den dargestellten „Befundhäufigkeiten" ist zu beachten, dass es sich um die Summe der Häufigkeiten von schon in Behandlung befindlichen Erkrankungen/Störungen (B), erstmaligen oder erneuten Arzt-/Therapieempfehlungen (A) und Auffälligkeiten ohne akuten Therapie-/Behandlungsbedarf (X) handelt (vgl. Basisbericht 2010).

Nimmt man - anders als in **SEU_09** - Adipositas in Sachsen-Anhalt in die Liste der Screeningbefunde auf und differenziert nach Geschlecht, so zeigt sich im Vergleich mit zwei anderen Bundesländern, dass die Rangfolge unter den 8 häufigsten Screeningbefunden (nach Ausschluss von länderspezifischen Diagnosen) relativ gut übereinstimmt (Ausnahme: Diagnose „Verhaltensauffälligkeit" im Saarland).

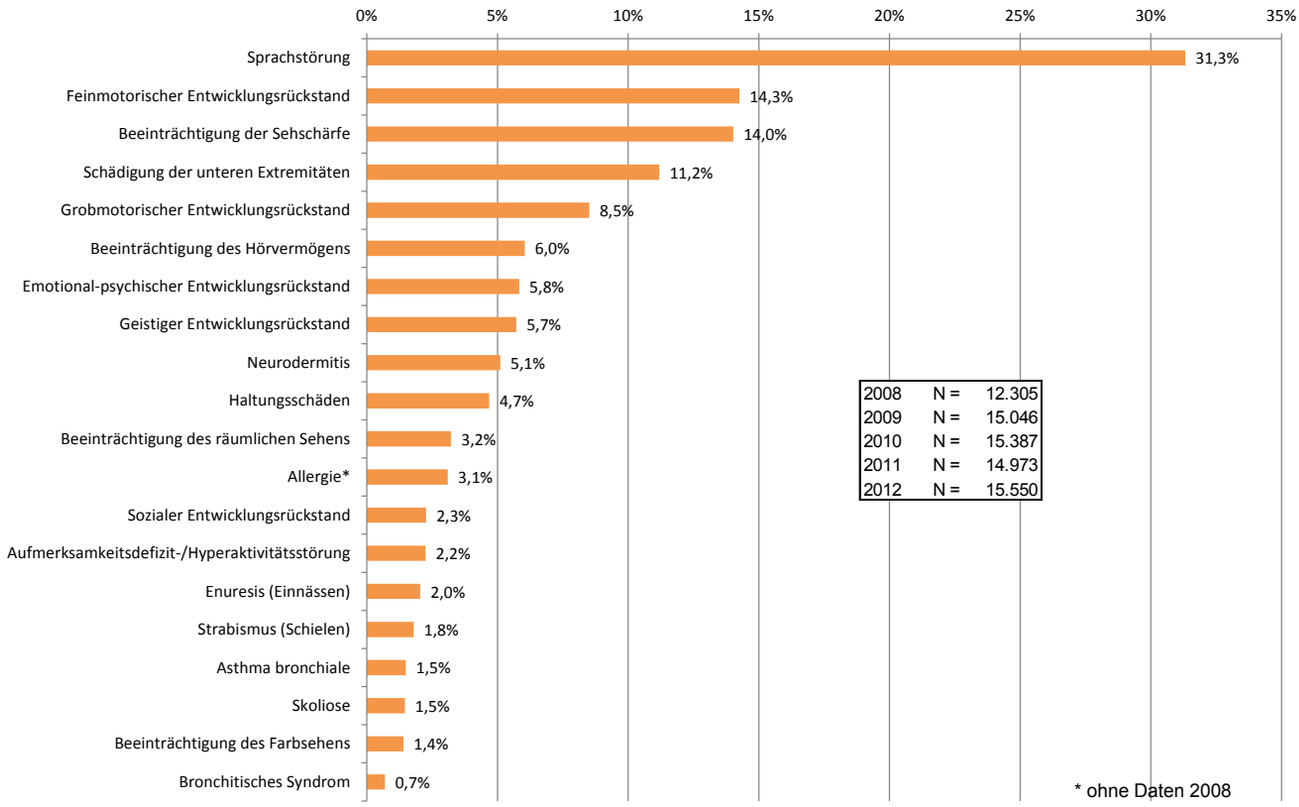
Die Wichtigkeit der SEU als „zusätzliche Pflicht-U-Untersuchung" wird deutlich, wenn man analysiert, welcher Anteil von Kindern, die eine behandlungsbedürftige körperliche Erkrankung/Beeinträchtigung haben (Diagnose A oder B), sich zum Zeitpunkt der SEU nicht in der notwendigen Behandlung befindet, sondern erst durch das Screening bei der SEU die notwendige (erstmalige oder erneute) Arztüberweisung erhält (s. Tab. 4). Am häufigsten ist dieser „akute Überweisungsbedarf" bei Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates und der Sinnesorgane, bei atopischen Erkrankungen, die den Eltern eher auffallen, ist er zwar geringer, aber durchaus noch vorhanden.

Tab. 3 AOLG-Indikator 3.57 in den GBE-Internetangeboten der betroffenen Länder

Mädchen				Jungen			
	Sachsen-Anhalt	Saarland	NRW		Sachsen-Anhalt	Saarland	NRW
	2008 - 2012	2007	2010		2008 - 2012	2007	2010
Sprachstörung	1	2	1	Sprachstörung	1	1	1
Sehschärfe	2	1	2	Feinmotorik/Visuomotorik	2	4	2
Feinmotorik/Visuomotorik	3	5	3	Sehschärfe	3	3	3
Hörstörung	4	4	5	Grobmotorik	4	5	4
Grobmotorik	5	6	4	emot.-psych. EWRST/ Verhaltensauffälligkeit	5	2	5
Adipositas	6	8	7	geist. EWRST/kogn. Stör.	6	7	
geist. EWRST/kogn. Stör.	7	7		Hörstörung	7	6	6
emot.-psych. EWRST/ Verhaltensauffälligkeit	8	3	6	Adipositas	8	8	7

Tab. 4 Die häufigsten Screeningbefunde bei der Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt, 2008 - 2012

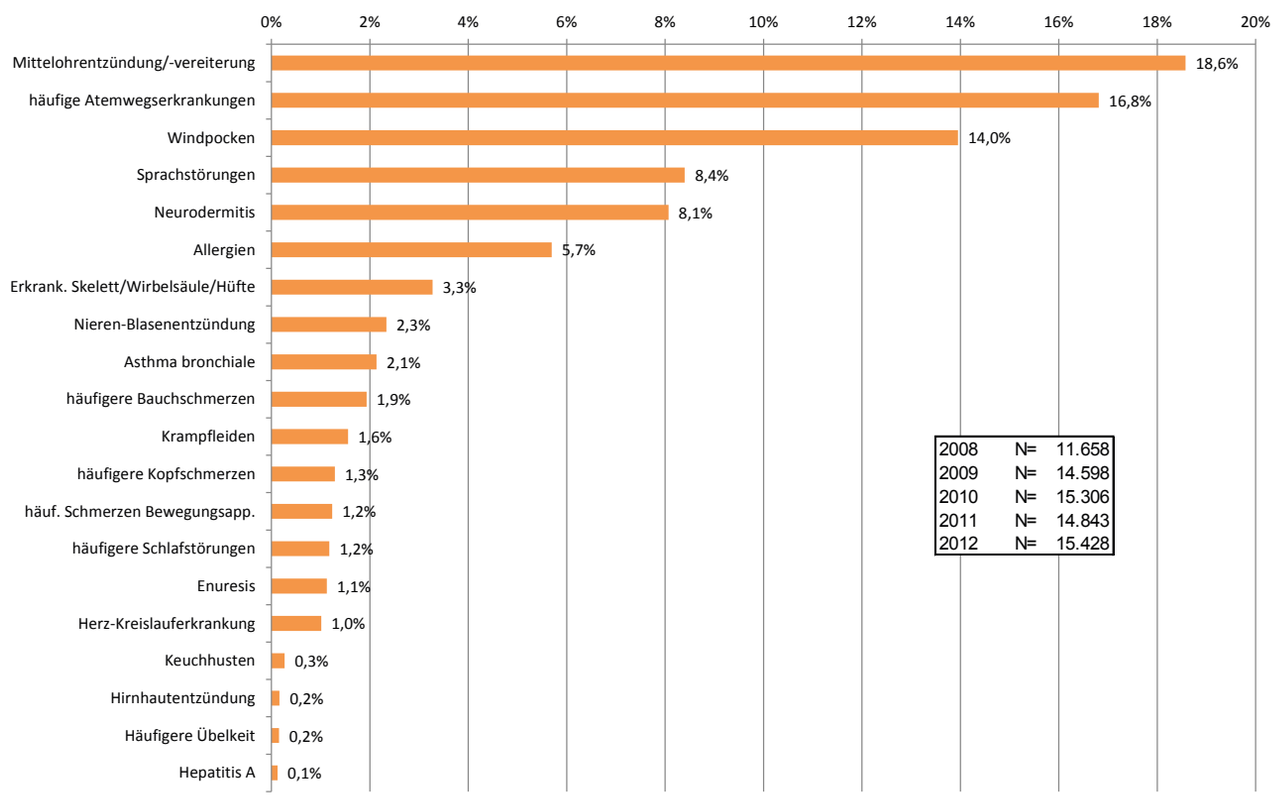
SEU Screening Sachsen-Anhalt 2008 - 2012	Kinder mit Behandlungsbedarf (A oder B)	davon mit Empfehlung für erstmaligen oder erneuten Arztbesuch (A)
Skoliose	873	72,2 %
Haltungsschwäche	1.294	71,0 %
Beeintr. des Hörvermögens	3.677	70,3 %
Beeintr. der Sehschärfe	8.675	62,8 %
Beeintr. des räumlichen Sehens	1.068	47,2 %
Enuresis	725	28,1 %
Schädigung der unteren Extremitäten	3.686	24,7 %
Strabismus	1.022	22,4 %
Bronchitisches Syndrom	274	9,5 %
Neurodermitis	2.521	3,0 %
Allergie	1.082	2,9 %
Asthma	917	1,1 %



SEU_09 Die häufigsten Screeningbefunde bei der Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt, 2008 - 2012 (kumuliert)

SEU_10: Die häufigsten Anamnesebefunde

Auch bei den Anamnesebefunden (Auskünfte der Eltern zur Gesundheit ihrer Kinder in einem Elternfragebogen) war in Sachsen-Anhalt die Rangfolge in den fünf Untersuchungsjahren weitgehend gleich (Ausnahme Windpocken: hier sinkt die Prävalenz ab dem Jahr 2008 aufgrund einer steigenden Varizellen-Durchimpfungsrate, vgl. Impfbericht 2011 des LAV). Neben Mittelohrentzündungen, Atemwegserkrankungen und Windpocken, gehört auch hier die Sprachstörung zu den häufigsten Anamnesebefunden, die von den Eltern für ihre Kinder angegeben werden.



SEU_ 10 Die häufigsten Anamnesebefunde (frühere und/oder derzeitige Erkrankungen laut Elternfragebogen) bei der Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt, 2008 - 2012 (kumuliert)

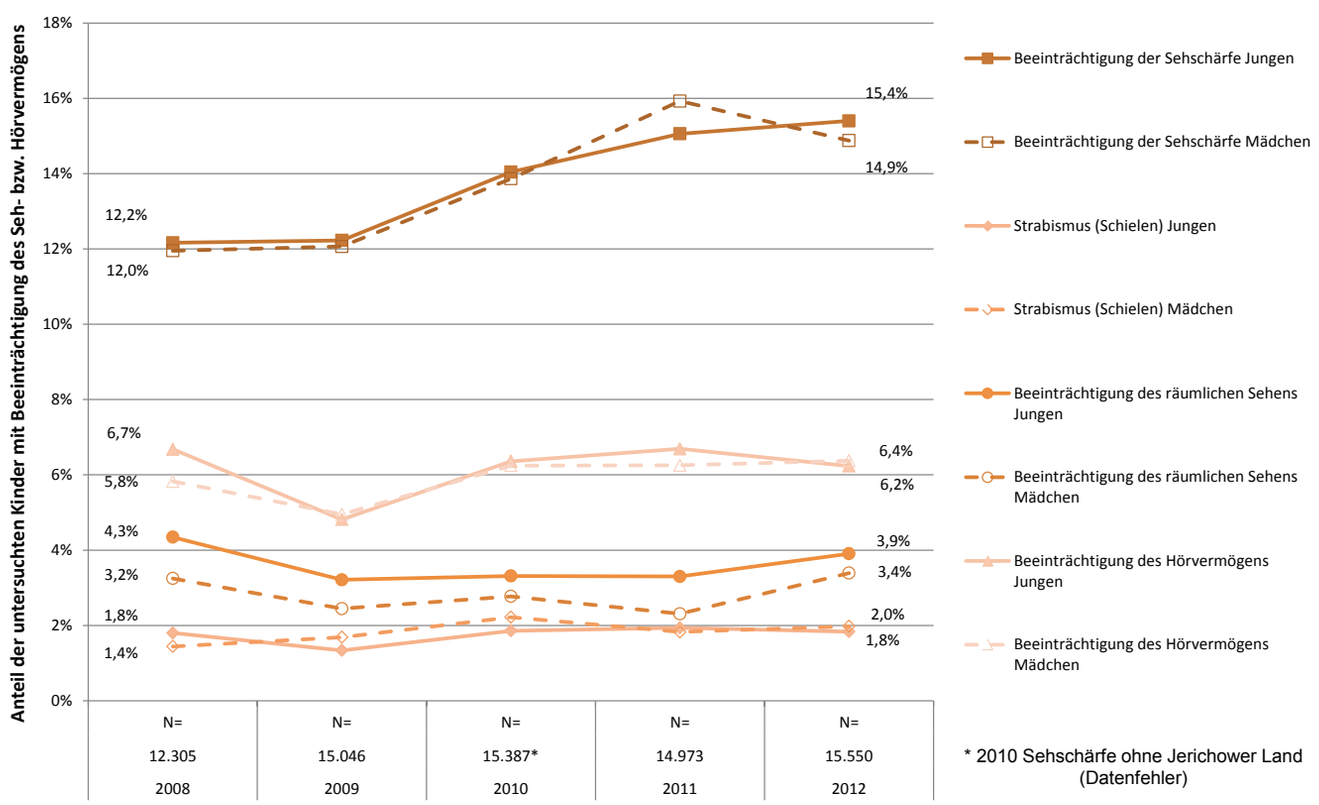
SEU_11: Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens

Die Häufigkeiten von Defiziten des Hörvermögens und des räumlichen Sehens und von Strabismus waren in Sachsen-Anhalt im Beobachtungszeitraum relativ stabil. Die Prävalenz von Visusminderung stieg hingegen seit dem Jahr 2009 an. Im Vergleich mit den Mittelwerten der Ergebnisse in anderen Bundesländern waren die Prävalenzen von Seh- und Hörstörungen in Sachsen-Anhalt relativ gering (Ausnahme: Beeinträchtigung des räumlichen Sehens).

Ob die relativ geringen Prävalenzen der Seh- und Hörstörungen im Ländervergleich bzw. der Anstieg der Prävalenz von Visusminderung in Sachsen-Anhalt in den letzten Jahren tatsächlich epidemiologische Gründe haben oder ob sie auch durch zufällige oder systematische Veränderungen/Unterschiede der Diagnostik in einzelnen Gesundheitsämtern in Sachsen-Anhalt bewirkt werden, kann hier nicht abschließend entschieden werden. Die weitere Entwicklung der Prävalenz von Visusminderung muss beobachtet werden, vor allem in Hinblick auf die für das Jahr 2014 geplante Reform der SEU in Sachsen-Anhalt (Einführung strengerer Standardisierungskriterien).

Tab. 5 Kindergesundheitsberichte und/oder AOLG-Indikator 3.57 in den GBE-Internetangeboten der betr. Länder

Land	Untersuchungsjahr	Beeinträchtigung der Sehschärfe	Beeinträchtigung des räumlichen Sehens	Strabismus (Schielen)	Beeinträchtigung des Farbsehens	Beeinträchtigung des Hörvermögens
ST	2012	15,2 %	3,7 %	1,9 %	1,1 %	6,3 %
Mittelwert anderer Länder		21,9 %	2,9 %	3,2 %	1,6 %	7,7 %
NRW	2010	19,6 %		3,2 %	1,6 %	7,0 %
SH	2010	26,8 %				6,4 %
NS	2010	24,2 %				8,1 %
SN	2011	21,1 %	2,9 %	3,2 %		9,6 %
MV	2011	16,3 %				5,7 %
SL	2007	23,2 %				9,1 %



SEU_ 11 Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens bei Mädchen/Jungen, Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

SEU_12: Allergie, Neurodermitis, Asthma bronchiale, bronchitisches Syndrom

Nach einem Anstieg zwischen 2008 und 2009 nahmen die Häufigkeiten der hier untersuchten Diagnosen des „atopischen Feldes“ zwischen 2009 und 2012 sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen kontinuierlich ab. Der Befund „Allergie“ wird beim Screening seit seiner erstmaligen Erfassung (2009) kontinuierlich und deutlich seltener diagnostiziert.

Ein Vergleich mit den Häufigkeiten atopischer Screening-Befunde bei der SEU in anderen Bundesländern ist schwierig, weil kaum entsprechende Werte veröffentlicht sind. Dort wo Vergleichswerte gefunden wurden, zeigte sich für Sachsen-Anhalt einmal eine höhere Prävalenz (Neurodermitis, zu beachten ist allerdings die abweichende Definition im Vergleichsland Mecklenburg-Vorpommern) und dreimal eine geringere Prävalenz (Allergie, Asthma, bronchitisches Syndrom).

Ob der Rückgang der atopischen Screeningdiagnosen in Sachsen-Anhalt und die Abweichungen im Vergleich zu Werten aus anderen Bundesländern ausschließlich epidemiologische Gründe haben oder ob sie auch durch zufällige oder systematische Veränderungen/Unterschiede der Diagnostik in einzelnen Gesundheitsämtern in Sachsen-Anhalt bewirkt werden, kann hier nicht abschließend entschieden werden. Der weitere Verlauf der Prävalenzen der atopischen Diagnosen sollte beobachtet werden, vor allem in Hinblick auf die für das Jahr 2014 geplante Reform der SEU in Sachsen-Anhalt (Einführung strengerer Standardisierungskriterien).

Tab. 6 Kindergesundheitsberichte und/oder AOLG-Indikator 3.57 in den GBE-Internetangeboten der betr. Länder

Land	U.-Jahr	Neurodermitis*	Allergie	Asthma bronchiale	Bronchitisches Syndrom
ST	2012	4,2 %	2,6 %	1,4 %	0,6 %
Mittelwert anderer Länder		3,6 %	4,4 %	2,8 %	1,1 %
NRW	2010			2,1 %	1,1 %
SH	2010		4,4 %	3,8 %	
MV	2011	3,6 %		2,5 %	

* in MV „Ekzem“

SEU_ 12 Allergie, Neurodermitis, Asthma bronchiale, bronchitisches Syndrom bei Mädchen/Jungen, Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

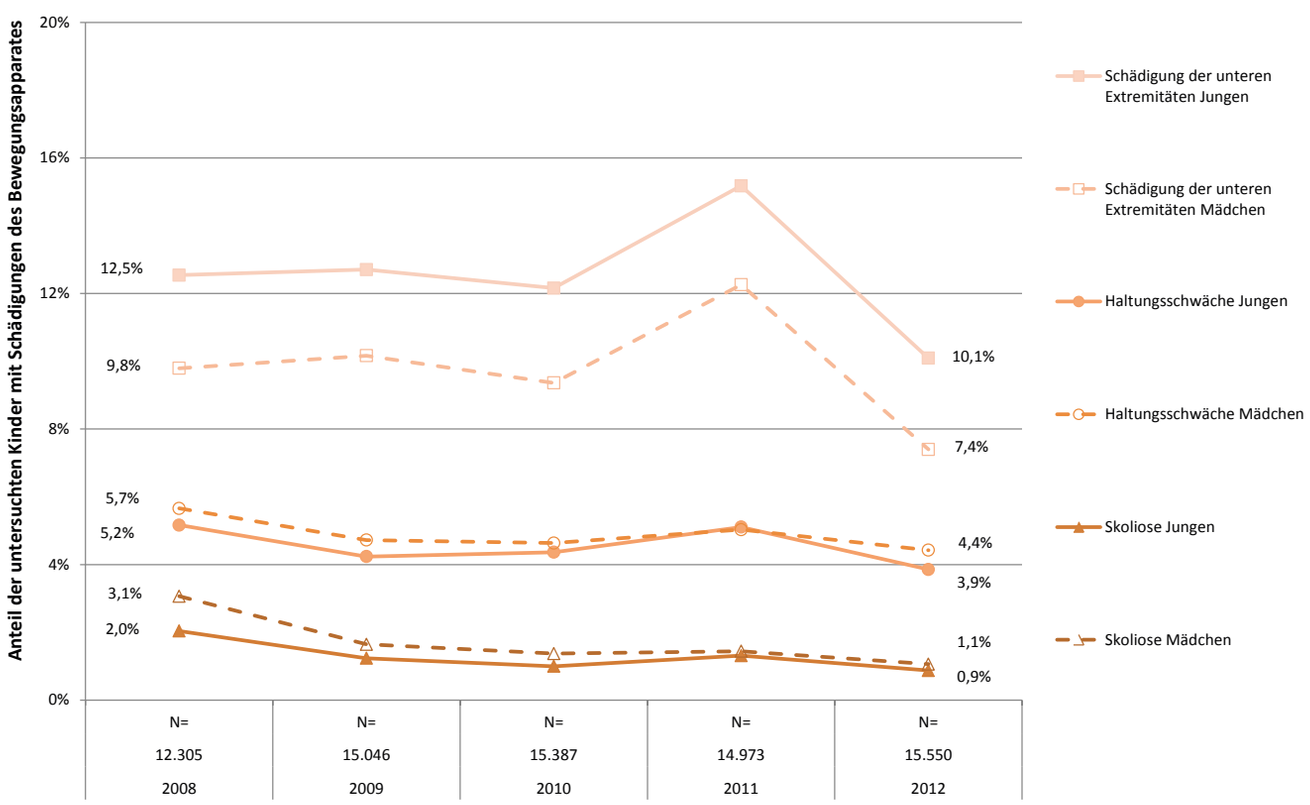
SEU_13: Erkrankung/Schädigung des Bewegungsapparates

Die Befundhäufigkeit (A+B+X) bezüglich Schädigung der unteren Extremitäten, Haltungsschwäche und Skoliose nahm von 2008 bis 2012 geringfügig ab. Allerdings zeigte sich ein Zwischenanstieg im Jahr 2011, besonders auffallend bei der Diagnose „Schädigung der unteren Extremitäten“. Es ist zu vermuten, dass dieser Zwischenanstieg, der nur ein einziges Untersuchungsjahr betrifft, methodisch bedingt war (Befundung, Dokumentation oder Datenübermittlung). Der starke Zwischenanstieg bezüglich Schädigungen der unteren Extremitäten im Jahr 2011 zeigte sich erstaunlicherweise bei allen drei Diagnosekategorien (A, B und X). Eine Erklärung hierfür kann vorerst nicht gegeben werden.

Für die 3 hier untersuchten Diagnosen zum Bewegungsapparat von einzuschulenden Kindern finden sich wenige veröffentlichte Werte aus anderen Bundesländern. Die gefundenen Vergleichswerte zeigen eine vergleichsweise geringe Häufigkeit von Skoliose und Haltungsschwäche in Sachsen-Anhalt. Die Prävalenz von Schädigungen der unteren Extremitäten ist deutlich höher als in NRW. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass bisher bei 55 % aller Schädigungen der unteren Extremitäten in Sachsen-Anhalt ein „X“ codiert wird und dass die Berücksichtigung von Knick-, Senk- und Spreizfüßen bei Einschülern bisher nicht eindeutig festgelegt ist (die Diagnostik soll im Zuge der Reform der SEU ab 2014 besser standardisiert werden).

Tab. 7 Kindergesundheitsberichte und/oder AOLG-Indikator 3.57 in den GBE-Internetangeboten der betr. Länder

Land	U.-Jahr	Schädigung der unteren Extremitäten	Haltungsschwäche	Skoliose
ST	2012	8,8 %	4,1 %	1,0 %
Mittelwert anderer Länder		3,5 %	5,4 %	1,4 %
NRW	2010	3,5 %	4,1%	1,3 %
SH	2010		5,1 %	1,4 %
SN	2011		7,0 %	



SEU_ 13 Erkrankung/Schädigung des Bewegungsapparates bei Mädchen/Jungen, Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

SEU_14: Entwicklungsstörungen I

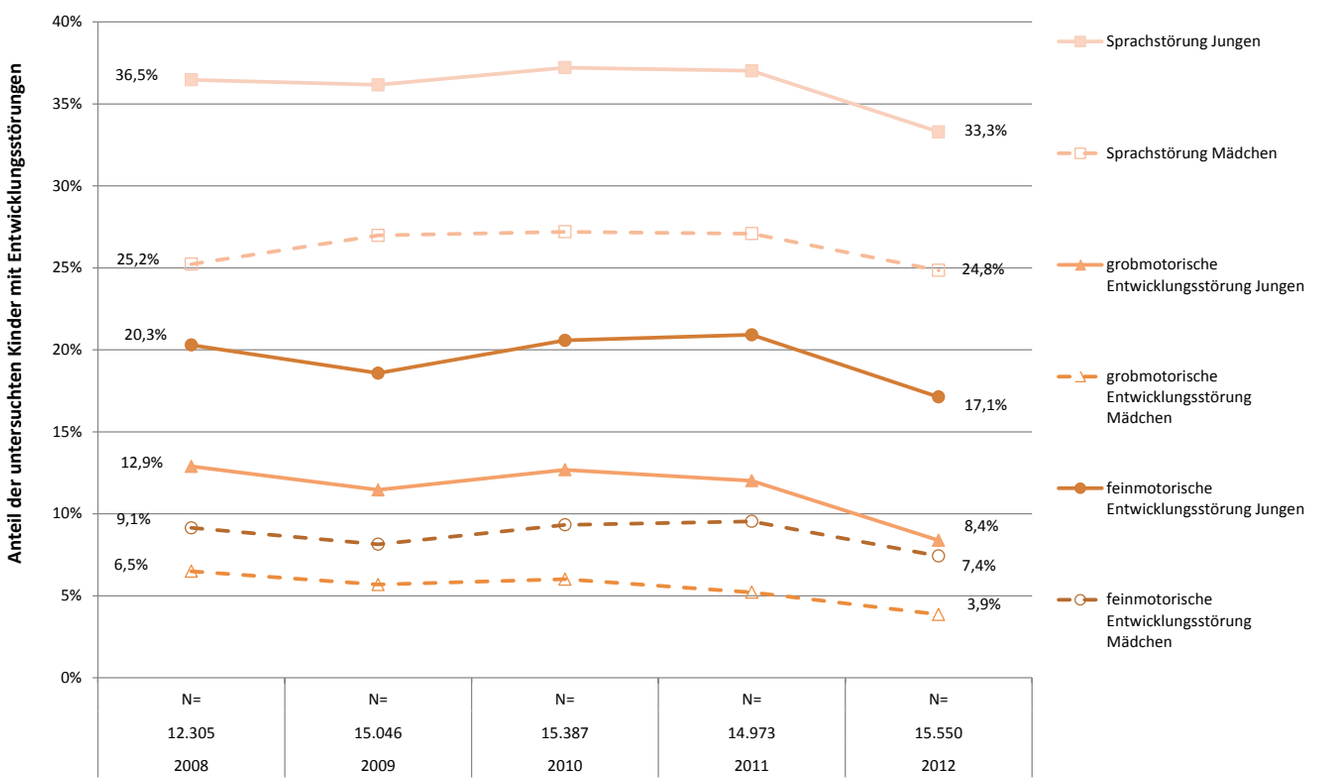
Die Häufigkeit von Sprachstörungen, feinmotorischem Entwicklungsrückstand und grobmotorischem Entwicklungsrückstand nahm von 2008 bis 2012 geringfügig ab (Ausnahme: Sprachstörungen bei Mädchen gleichbleibend). Aber auch im Jahr 2012 zählten diese Diagnosen in Sachsen-Anhalt - wie in anderen Bundesländern - zu den häufigsten Screeningbefunden (vgl. **SEU_09**). Jungen waren konsistent (in jedem Untersuchungsjahr) deutlich häufiger betroffen als Mädchen.

Im Vergleich zu den Befundhäufigkeiten in anderen Bundesländern wurden Sprachstörungen in Sachsen-Anhalt etwa gleich häufig, feinmotorischer und grobmotorischer Entwicklungsrückstand hingegen seltener diagnostiziert. Besonders beim Vergleich der Häufigkeit von Entwicklungsstörungen ist jedoch zu beachten, dass die Definitionen und Erhebungsmethoden in den verschiedenen Bundesländern zum Teil recht stark voneinander abweichen und dass die Kinder bei der SEU in Sachsen-Anhalt jünger sind als in den meisten anderen Bundesländern.

Tab. 8 Kindergesundheitsberichte und/oder AOLG-Indikator 3.57 in den GBE-Internetangeboten der betr. Länder

Land	U.-Jahr	Sprach-störung	Feinmotorischer Entwicklungsrückstand	Grobmotorischer Entwicklungsrückstand
ST	2012	29,3 %	12,5 %	6,2 %
Mittelwert anderer Länder		27,8 %	19,5 %	17,1 %
NRW	2010	29,1 %	19,2 %	16,5 %
SH	2010	24,9 %	21,8 %	17,2 %
NS	2010	34,5 %	22,8 %	20,9 %
BE	2011		25,4 %	25,7 %
BB	2011	17,8 %		
SN	2011	34,5 %	22,9 %	14,5 %
MV	2011	27,4 %	11,5 %	13,5 %
SL	2007	26,1 %	13,1 %	11,9 %

NRW Feinmotorik = Visuomotorik, Grobmotorik = Körperkoordination
SH Sprachstörung = Sprech-, Sprachauffälligkeit und Stimmstörung, Feinmotorik = Visuomotorik, Grobmotorik = Auffälligkeiten in der Motorik und der Koordination
NS Sprachstörung = Beeinträchtigung der Sprach-, Sprech- und Stimmfähigkeit (Dyarthrie, Rhinopathie, Dysphonie, Dysgrammatismus, Dylalie, Sigmatismus nach Abschluss des Frontzahnwechsels, Poltern, Stottern), Grobmotorik = Körperkoordination (Laufen, Hüpfen, Springen), Feinmotorik = Handmotorik, Gesichtsmotorik (Mimik, Mundmotorik), Fuß-/Zehenmotorik
BE Feinmotorik = Visuomotorik, Grobmotorik = Körperkoordination
BB Sprachstörung = Sprach- und Sprechstörung



SEU_ 14 Entwicklungsstörungen (I): Sprachstörungen, feinmotorische und grobmotorische Entwicklungsstörungen bei Mädchen/Jungen, Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

SEU_15: Entwicklungsstörungen II

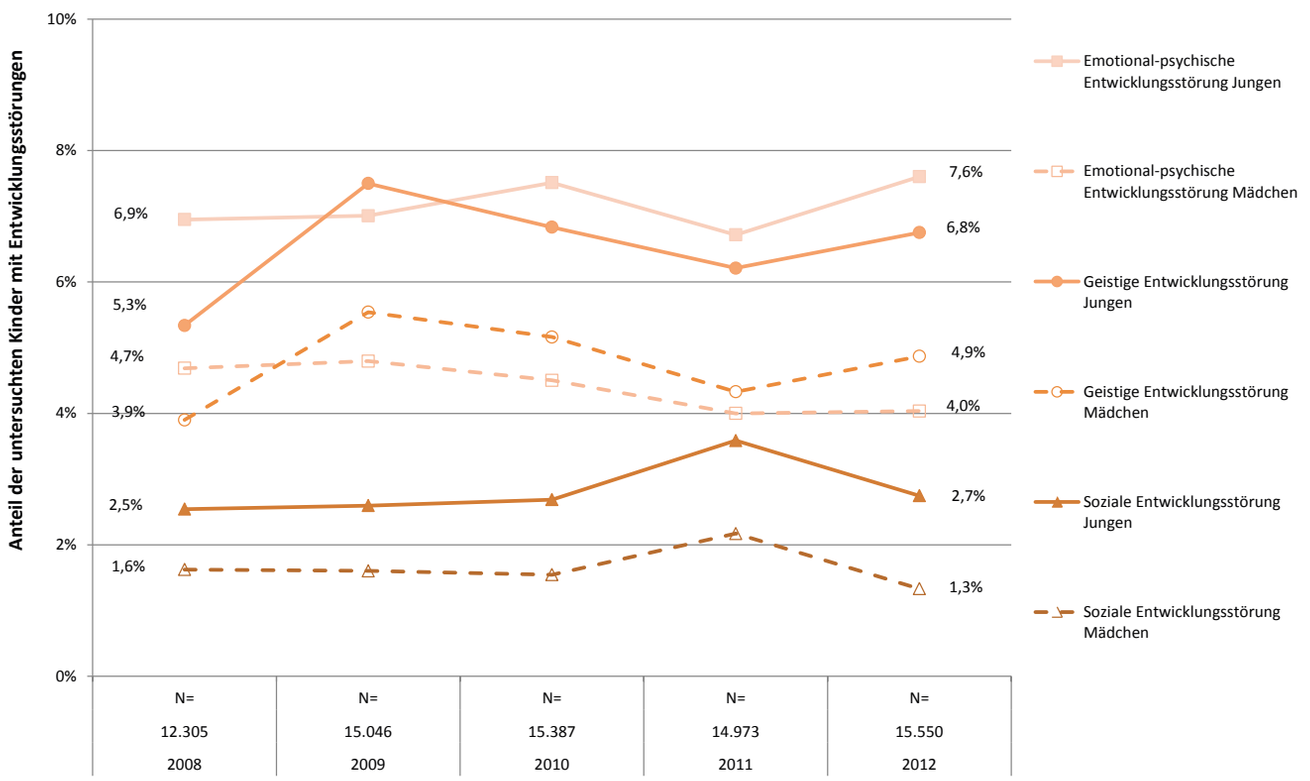
Bei der Häufigkeit von emotional-psychischen, geistigen bzw. sozialen Entwicklungsstörungen zeigte sich kein klarer Zeittrend (fallend oder steigend) in den fünf Untersuchungsjahren. Im Mittel der 5 Jahre betrugen die jeweiligen Prävalenzen 5,8 %, 5,6 % bzw. 2,2 %. Im Vergleich zu den wenigen verfügbaren Werten aus anderen Bundesländern wurde in Sachsen-Anhalt 2012 geistiger Entwicklungsrückstand häufiger als in NRW aber seltener als im Saarland diagnostiziert.

Fasst man emotionale und soziale Entwicklungsstörungen zusammen, so war diese gruppierte Diagnose in Sachsen-Anhalt etwas seltener als im Mittel der anderen Bundesländer. Allerdings ist die Diagnose von emotionalen/psychischen/sozialen Entwicklungsstörungen im Rahmen eines Screenings besonders schwierig. Mangels einfacher Testverfahren existieren vermutlich sowohl zwischen verschiedenen Bundesländern als auch zwischen verschiedenen Gesundheitsämtern innerhalb von Sachsen-Anhalt erhebliche methodische Unterschiede.

Tab. 9 Kindergesundheitsberichte und/oder AOLG-Indikator 3.57 in den GBE-Internetangeboten der betr. Länder

Land	U.-Jahr	Geistiger Entwicklungs-rückstand*	Emotional-psychischer Entwicklungs-rückstand	sozialer Entwicklungs-rückstand	Summe emotionale + soziale Störungen**
ST	2012	5,9 %	5,9 %	2,1 %	8,0 %
Mittelwert anderer Länder		4,8 %	12,6 %		10,4 %
NRW	2010	1,6 %			
BB	2011				6,4 %
SN	2011		12,6 %		12,6 %
MV	2011				12,3 %
SL	2007	8,0 %			

* in NRW = Lernbehinderung + geistige Behinderung ** in ST = Doppelfunde möglich



SEU_ 15 Entwicklungsstörungen (II): geistige, emotional-psychische und soziale Entwicklungsstörungen bei Mädchen/Jungen, Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

SEU_16: Elternangaben zur Geburt des Kindes

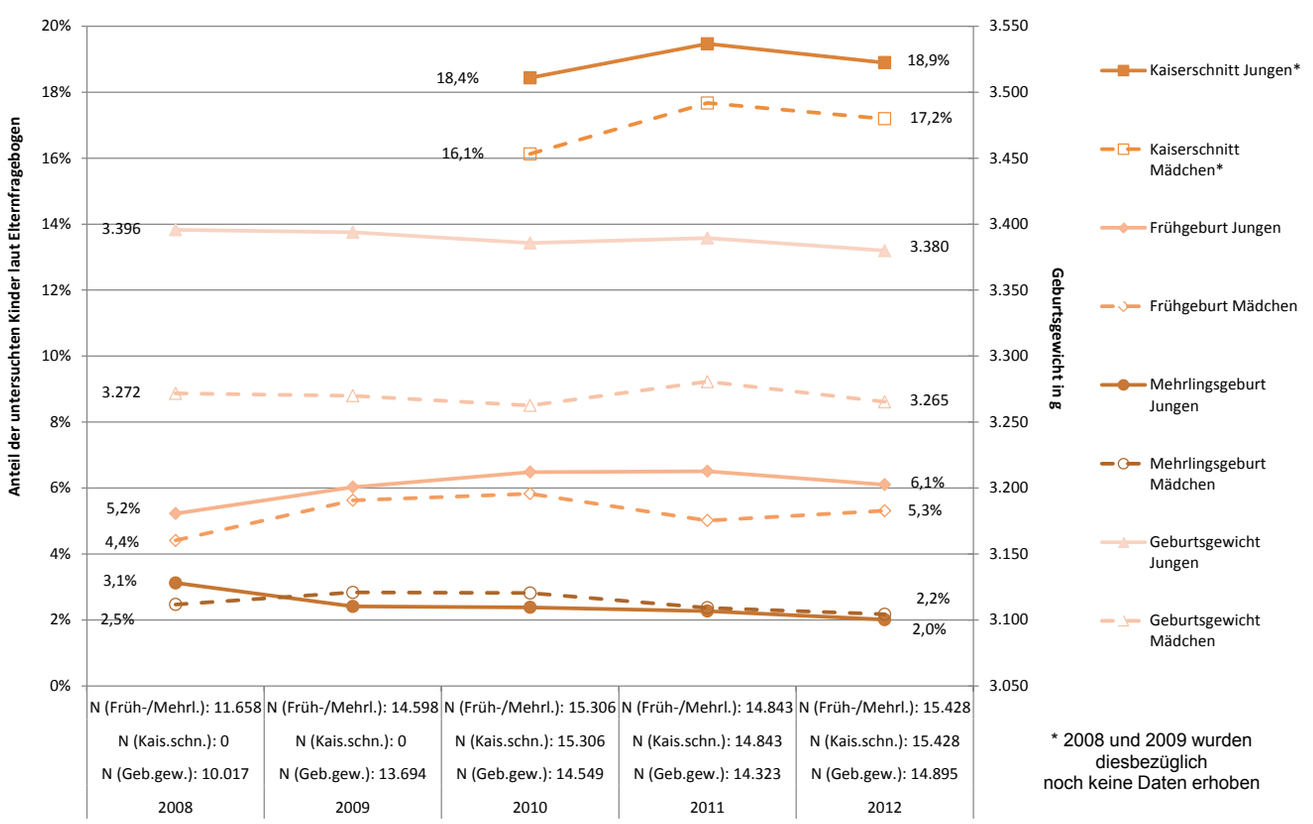
Bei der SEU 2012 (Geburtsjahrgänge 2006 - 2008) wurde bei 18 % der Kinder anamnestisch eine Kaiserschnittgeburt dokumentiert. Dieser Prozentsatz liegt deutlich unterhalb des „offiziellen“ Anteils Kaiserschnittgeburten in Sachsen-Anhalt im Jahr 2008 (25,3 %). Ein möglicher Grund dafür könnte die bisherige Praxis der anamnetischen Erfassung von Kaiserschnitten bei der SEU sein: derzeit kreuzen die Eltern im Fragebogen zunächst an, ob irgend eine Art von Geburtskomplikation vorgelegen hat. Dann erst, beim Arztgespräch, spezifizieren sie die Art der Komplikation. Sowohl die Form der Nachfrage der Kinderärztin/des Kinderarztes als auch die Art der Dokumentation ist bisher nicht eindeutig geregelt. Im Zuge der für das Jahr 2014 geplanten Standardisierung der SEU wird die anamnetische Erfassung von Kaiserschnittgeburten eindeutig geregelt werden.

Der Anteil der Einschüler, bei denen Eltern im SEU-Fragebogen 2012 eine „Frühgeburt“ (zeitlich nicht weiter spezifiziert) angaben (6 %) ist ebenfalls niedriger als die in der Krankenhausstatistik ausgewiesenen Quoten der Jahre 2008 - 2011 (8,4 % - 8,7 %). Auch hier ist wahrscheinlich die unterschiedliche Erhebungsmethodik (Elternanamnese bzw. Krankenhausdaten) der Grund für die Abweichung. Mit der für 2014 geplanten Standardisierung der SEU sind auch hier genauere Werte zur Frühgeburtenrate zu erwarten. Die Erfassung von Frühgeburten ist individual- und bevölkerungsmedizinisch von großer Bedeutung, weil zu früh geborene Kinder im späteren Leben häufiger von gesundheitlichen und entwicklungspsychologischen Defiziten betroffen sind. Dieser Zusammenhang lässt sich am vorliegenden Datensatz eindrucksvoll belegen (zum Ausschluss eines möglichen Einflusses des Sozialstatus wurden für diese Analyse nur Kinder mit mittlerem Sozialstatus berücksichtigt).

Tab. 10 Zusammenhang zwischen Geburtstermin (normal/frühzeitig) und Entwicklungs-/Verhaltensstörungen zum Zeitpunkt der SEU, Sachsen-Anhalt, 2008 - 2012 (kumulierte Daten)

	untersuchte Kinder*	Sprachstörung	Feinmotorischer Entwicklungsrückstand	Grobmotorischer Entwicklungsrückstand	Geistiger Entwicklungsrückstand	Emot.-psych. Entwicklungsrückstand	sozialer Entwicklungsrückstand	ADHS
Normalgeburt	29.338	29,3 %	11,9 %	7,0 %	3,3 %	4,9 %	1,5 %	1,7 %
Frühgeburt	1.812	36,5 %	20,5 %	14,0 %	8,3 %	7,1 %	3,3 %	2,6 %
Faktor		1,25	1,73	1,99	2,54	1,43	2,14	1,58
Signifikanz Chi²		p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p = 0,02

* nur Kinder mit mittleren Sozialstatus

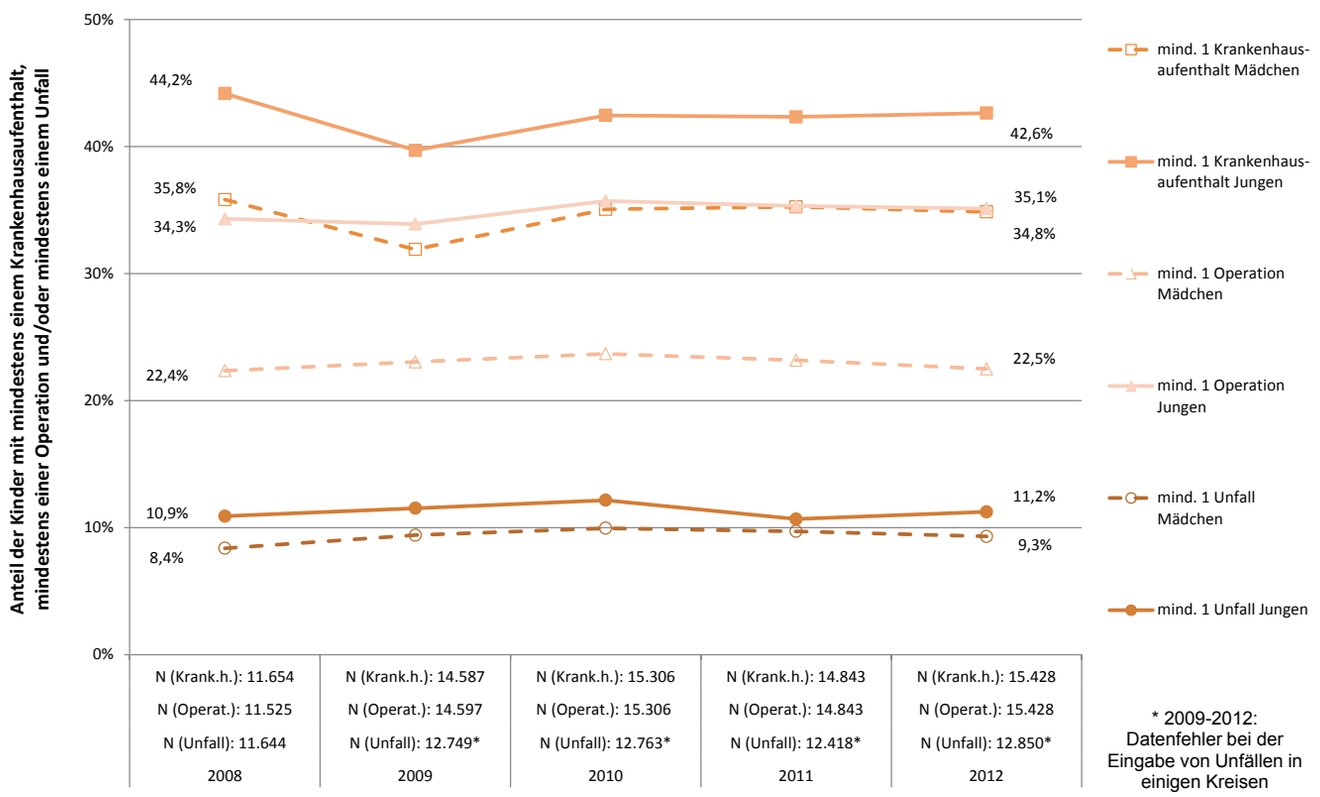


SEU_ 16 Elternangaben zur Geburt des Kindes, Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

SEU_17: Elternangaben zu Krankenhausaufenthalten, Unfällen und Operationen

Etwa 42 %, 10 % bzw. 35 % der Jungen in Sachsen-Anhalt hatten laut Elternangaben bis zum Zeitpunkt der SEU schon mindestens einmal einen Krankenhausaufenthalt, einen Unfall bzw. eine Operation. Bei Mädchen gaben die Eltern dies seltener an (35 %, 8 % bzw. 23 %). Bei den berichteten häufigeren Krankenhausaufenthalten und Operationen der Jungen könnte es sich u. a. um operative Behandlungen der pathologischen Phimose (Vorhautverengung) handeln.

Der berichtete hohe Anteil von Kindern mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt spiegelt sich auch in der amtlichen Krankenhausstatistik wider: die jährliche Krankenhausfallquote (inkl. Wiederholungsaufenthalte desselben Kindes) mit einer Dauer von ≥ 1 Tag ist bei 1- bis < 5-Jährigen in Sachsen-Anhalt etwa doppelt so hoch wie im Bundesdurchschnitt (Datenquelle: www.gbe-bund.de).



SEU_ 17 Elternangaben zu Krankenhausaufenthalten, Operationen und Unfällen des Kindes, Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

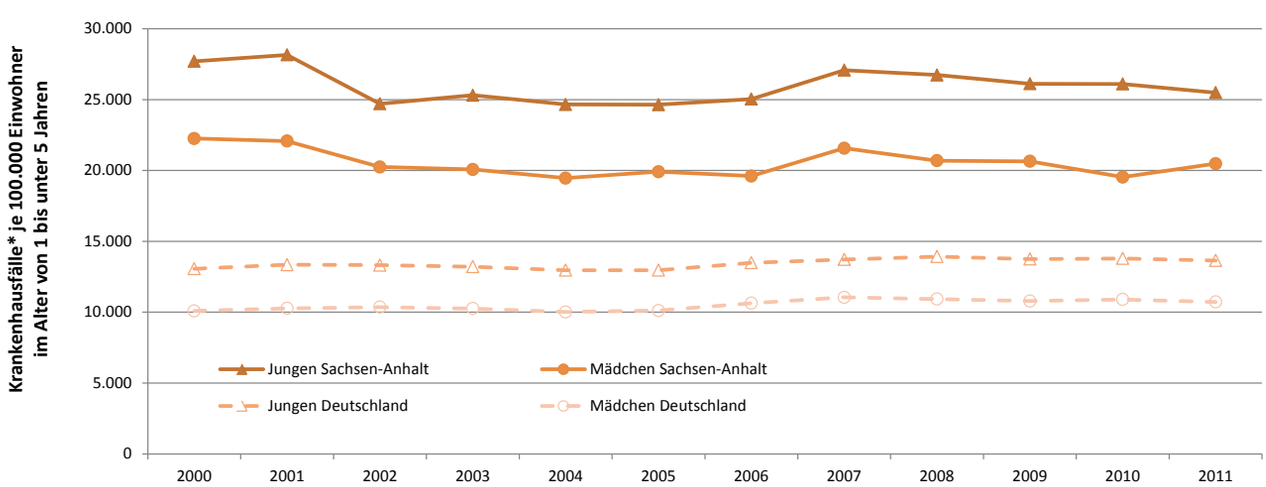


Abb.1 Krankenhausfälle (Dauer: 1 Tag oder länger) A00-T98 von Kindern im Alter von 1 bis unter 5 Jahren, Sachsen-Anhalt/Deutschland im Zeitvergleich

SEU_18: Therapiebedarfe

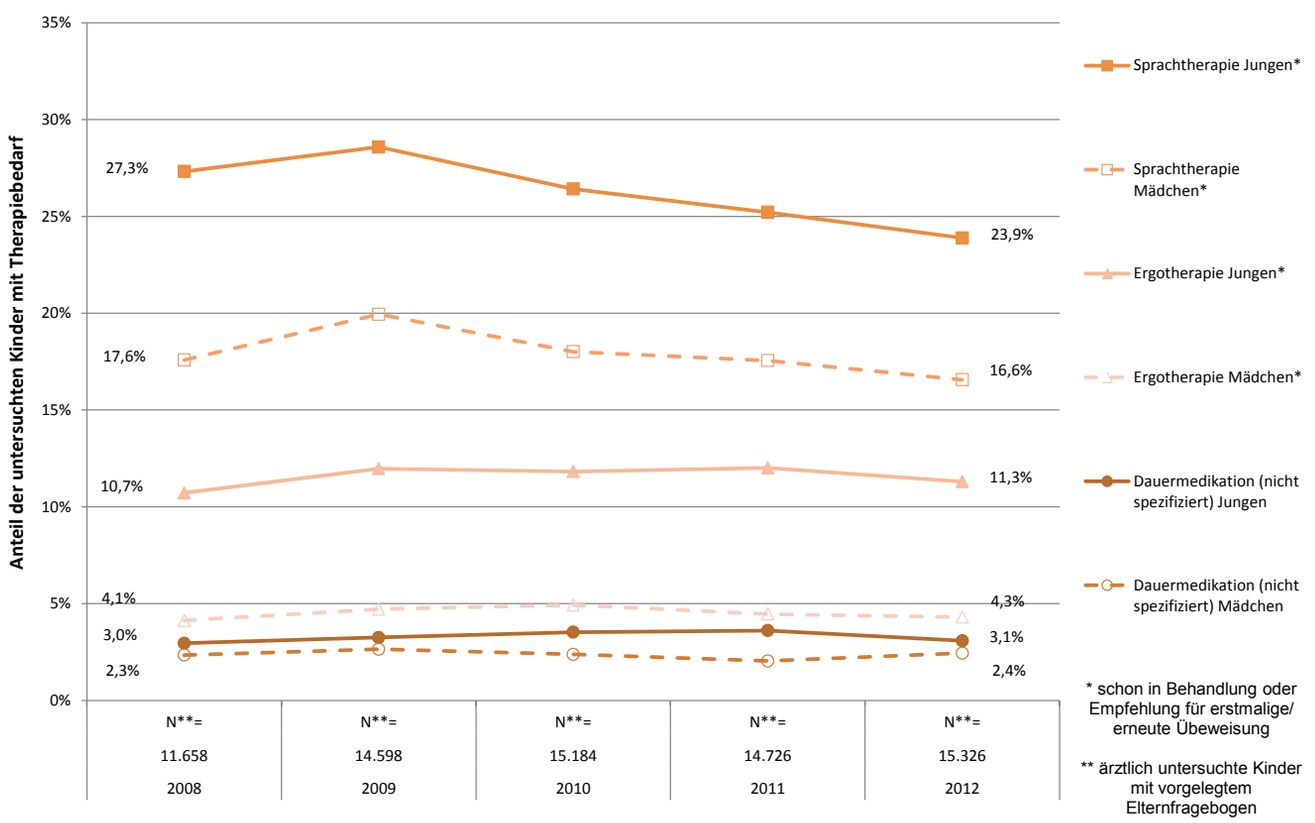
Mehr als ein Viertel der Jungen (26 %) hatten in den Jahren 2008 - 2012 zum Zeitpunkt der SEU einen Sprachtherapiebedarf, d. h. waren entweder schon in Therapie (B) oder erhielten im Anschluss an die Untersuchung eine Empfehlung für eine erstmalige oder erneute Therapie (A). Bei Mädchen war die Häufigkeit eines Sprachtherapiebedarfs deutlich geringer, betrug aber immerhin noch etwa 18 %. Auch ein Ergotherapiebedarf war bei Jungen deutlich häufiger (etwa 12 %) als bei Mädchen (5 %). Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede der Therapiebedarfe spiegeln die entsprechenden geschlechtsspezifischen Unterschiede der Screeningergebnisse bzgl. sprachlicher und motorischer Entwicklungsstörungen wider (vgl. SEU_14). Der Sprachtherapiebedarf scheint seit dem Jahr 2009 etwas rückläufig zu sein.

Die Wichtigkeit der Schuleingangsuntersuchungen zeigt sich u. a. daran, dass immerhin **38 % bzw. 36 % der sprach- bzw. ergotherapiebedürftigen Kinder zum Zeitpunkt der SEU nicht in der notwendigen Therapie waren** und die Eltern erst durch die SEU auf den erstmaligen oder erneuten Bedarf hingewiesen wurden.

Auch die Häufigkeit der regelmäßigen Einnahme von Medikamenten (Dauermedikation) war bei Jungen höher (3,3 %) als bei Mädchen (2,4 %). Bis jetzt werden dem LAV keine Angaben bzgl. der Art der eingenommenen Medikamente übermittelt. Im Zuge der geplanten Standardisierung sollen die im Elternfragebogen angegebenen Medikamente in Zukunft bestimmten Wirkstoffgruppen (Anti-Allergika, Asthma-Medikamente, Psychopharmaka usw.) zugeordnet und damit auswertbar gemacht werden.

Tab. 11 Therapeutischer Versorgungsgrad zum Zeitpunkt der SEU

SEU Sachsen-Anhalt 2008 - 2012	mit Therapiebedarf	davon	
		schon in Behandlung	Arztüberweisung
	(A + B)	B	A
Sprachtherapie	16.332	62,4 %	37,6 %
Ergotherapie	6.052	64,2 %	35,8 %



SEU_ 18 Therapiebedarfe bei Mädchen/Jungen zum Zeitpunkt Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

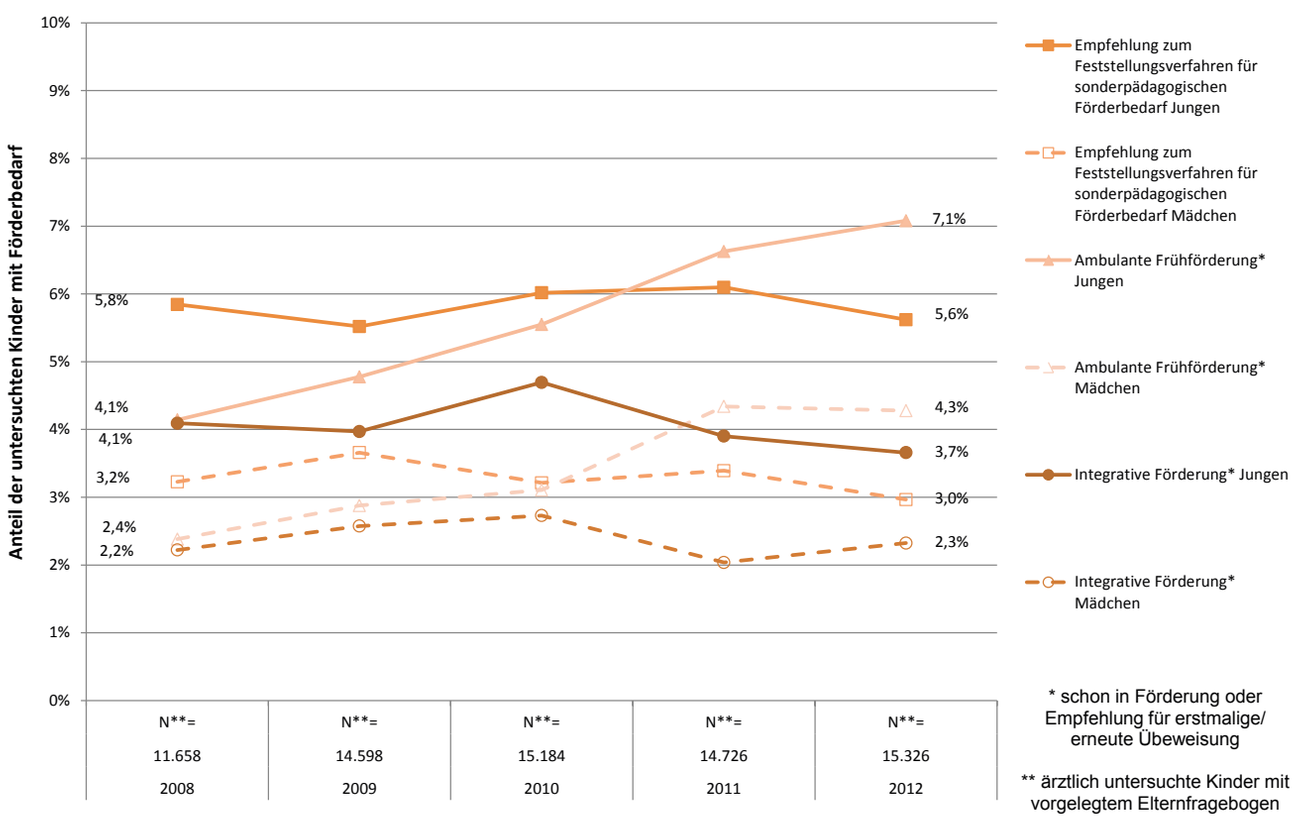
SEU_19: Förderbedarfe

Der Anteil der Kinder, der zum Zeitpunkt der SEU entweder schon in ambulanter Frühförderung ist (B) oder eine solche nach der Untersuchung erstmalig oder erneut empfohlen bekommt (A), war im Mittel der Jahre 2008 - 2012 **bei Jungen deutlich höher** (5,7 %) als bei Mädchen (3,5 %) und zeigte sowohl bei Jungen (von 4,1 % auf 7,0 %) als auch bei Mädchen (von 2,4 % auf 4,3 %) in diesem Zeitraum eine **steigende Tendenz**. Dass im gleichen Zeitraum der Anteil der Kinder sank, dem eine Empfehlung für ein Feststellungsverfahren für sonderpädagogischen Förderbedarf erteilt wurde, ist eventuell nur scheinbar ein Widerspruch: die Kinderärztinnen/die Kinderärzte sprechen diese Empfehlungen wohl nur deshalb gleichbleibend selten bzw. sogar etwas seltener aus als früher, weil die Empfehlungen zunehmend seltener angenommen bzw. berücksichtigt werden.

Auch und vor allem bei den Förderbedarfen zeigt sich die Wichtigkeit der SEU: bei etwa 44 % bzw. 15 % der Kinder mit ambulantem bzw. integrativem Förderbedarf erhielten zum Zeitpunkt der SEU keine entsprechende Förderung und die **Eltern erhielten erst durch die SEU den Hinweis** auf einen erstmaligen oder erneuten entsprechenden Förderbedarf.

Tab. 12 Förderbedarfe zum Zeitpunkt der SEU

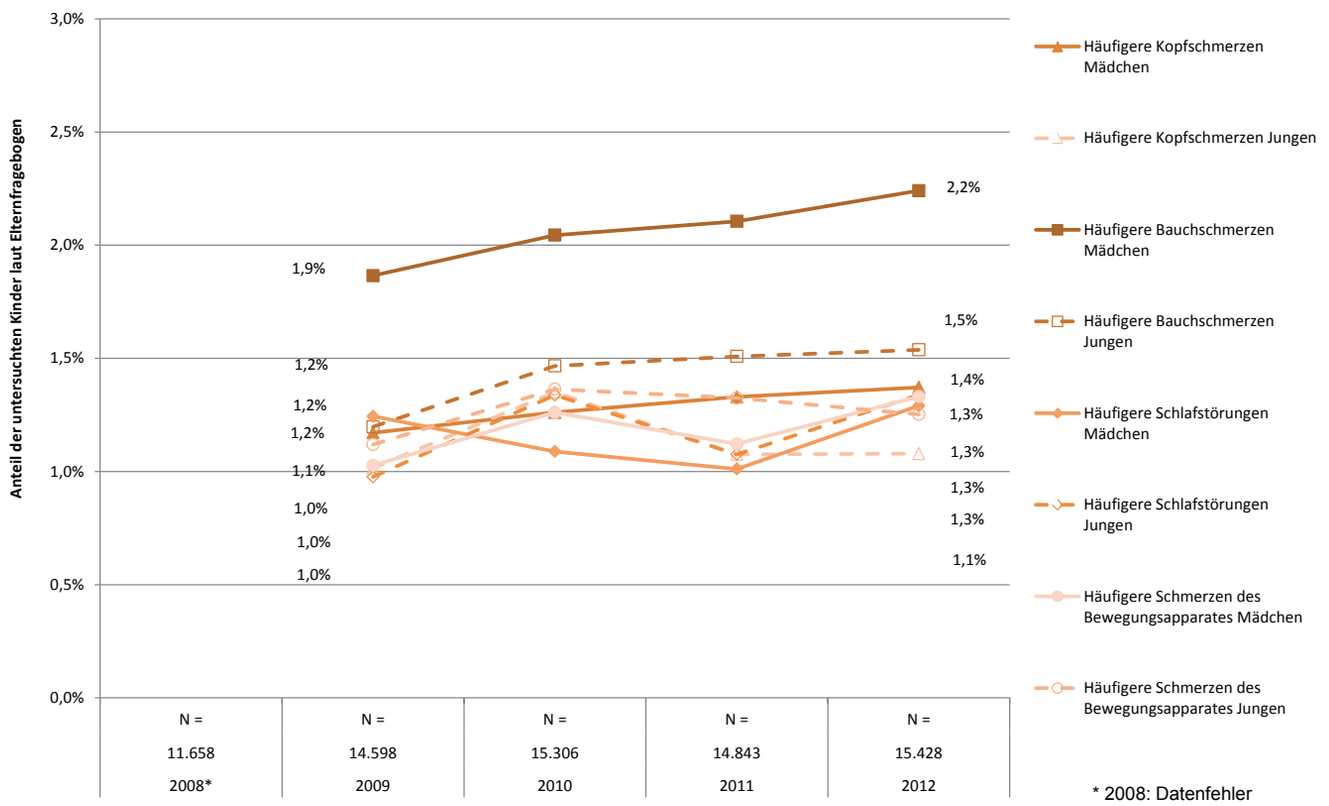
SEU Sachsen-Anhalt 2008 - 2012	mit Förderbedarf	davon	
		schon in Behandlung	Arztüberweisung
	(A + B)	B	A
ambulante Frühförderung	3.448	56,5 %	43,5 %
integrative Förderung	2..501	84,8 %	15,2 %



SEU_ 19 Förderbedarfe bei Mädchen/Jungen zum Zeitpunkt Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

SEU_20: Elternangaben zu Befindlichkeitsstörungen

Befindlichkeitsstörungen sind laut Elternangaben bei einzuschulenden Kindern in Sachsen-Anhalt erfreulicherweise **noch relativ selten**. Ihre Häufigkeit zeigt jedoch in den fünf Untersuchungsjahren eine **leicht steigende Tendenz**. Einzuschulende **Mädchen sind etwas häufiger betroffen** als einzuschulende Jungen.



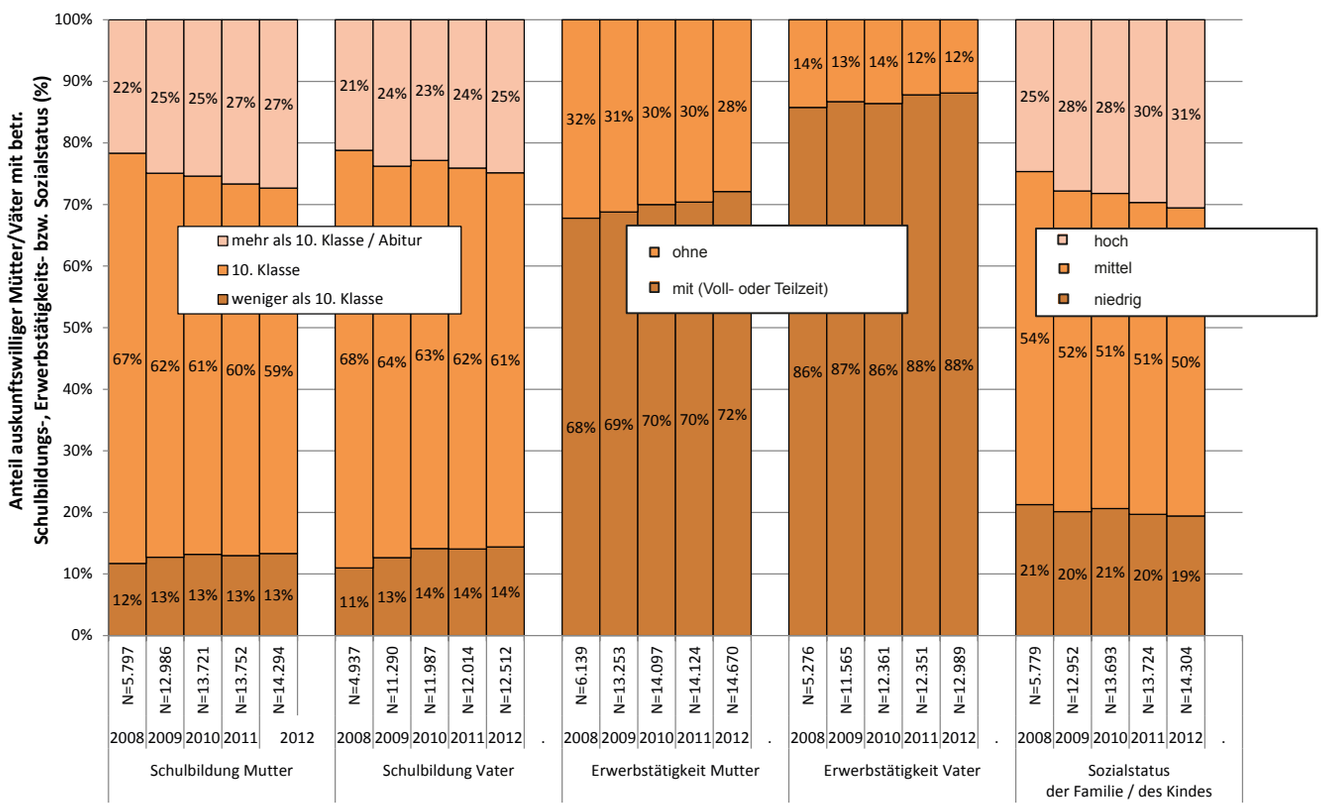
SEU_ 20 Elternangaben zu Befindlichkeitsstörungen bei Mädchen/Jungen zum Zeitpunkt Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

SEU_21: Schulbildung und Erwerbstätigkeit der Eltern, Sozialstatus der Kinder

Die soziale Lage von Kindern wird in Sachsen-Anhalt bei der SEU durch Verwendung des sog. „Brandenburger Sozialstatus“ eingeschätzt (Böhm et al., 2007). Bei diesem Modell wird der Sozialstatus des Kindes aus einer 2-stufigen Angabe beider Elternteile zu ihrer Erwerbstätigkeit (erwerbstätig/nicht erwerbstätig) und aus einer 3-stufigen Angabe beider Elternteile zu ihrer Schulbildung (< 10. Klasse / 10. Klasse / > 10. Klasse) berechnet. Danach hatten im Mittel der fünf Untersuchungsjahre etwa **28 % der Kinder einen hohen Sozialstatus, 52 % einen mittleren und 20 % einen niedrigen Sozialstatus**. Im Zeittrend 2008 bis 2012 wird deutlich, dass die Häufigkeit einer hohen Schulbildung (> 10. Klasse) und die Erwerbsquote sowohl bei Vätern als auch bei Müttern gestiegen ist und sich deshalb der errechnete Anteil der Kinder mit hohem Sozialstatus erhöht hat. Allerdings ist im gleichen Zeitraum sowohl bei den Vätern als auch bei den Müttern die Häufigkeit der Angabe einer niedrigen Schulbildung (< 10. Klasse, inkl. ohne Schulabschluss) gestiegen, sodass der Anteil von Kindern mit niedrigem Sozialstatus nicht im gleichen Maße gesunken ist wie der Anstieg des Anteils von Kindern mit hohem Sozialstatus.

Der Vergleich der Anteile der Kinder mit niedrigem, mittlerem und hohem Sozialstatus im Jahr 2012 in Sachsen-Anhalt (19 %, 50 % bzw. 31 %) mit den nach identischer Methode erhobenen Werten im Jahr 2012 in Brandenburg (14 %, 49 % bzw. 37 %) könnte auf eine etwas schlechtere soziale Lage der Familien in Sachsen-Anhalt hinweisen.

Der Sozialstatus hat einen entscheidenden Einfluss auf die Häufigkeit von gesundheitlichen und entwicklungspsychologischen Defiziten (vgl. SEU_26 bis SEU_28 und Wahl et. al, 2012: Einfluss von Sozialfaktoren auf die Gesundheit von Kindern in Sachsen-Anhalt).



SEU_ 21 Schulbildung und Erwerbstätigkeit der Eltern und daraus abgeleiteter Sozialstatus der Kinder, Schuleingangsuntersuchung Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

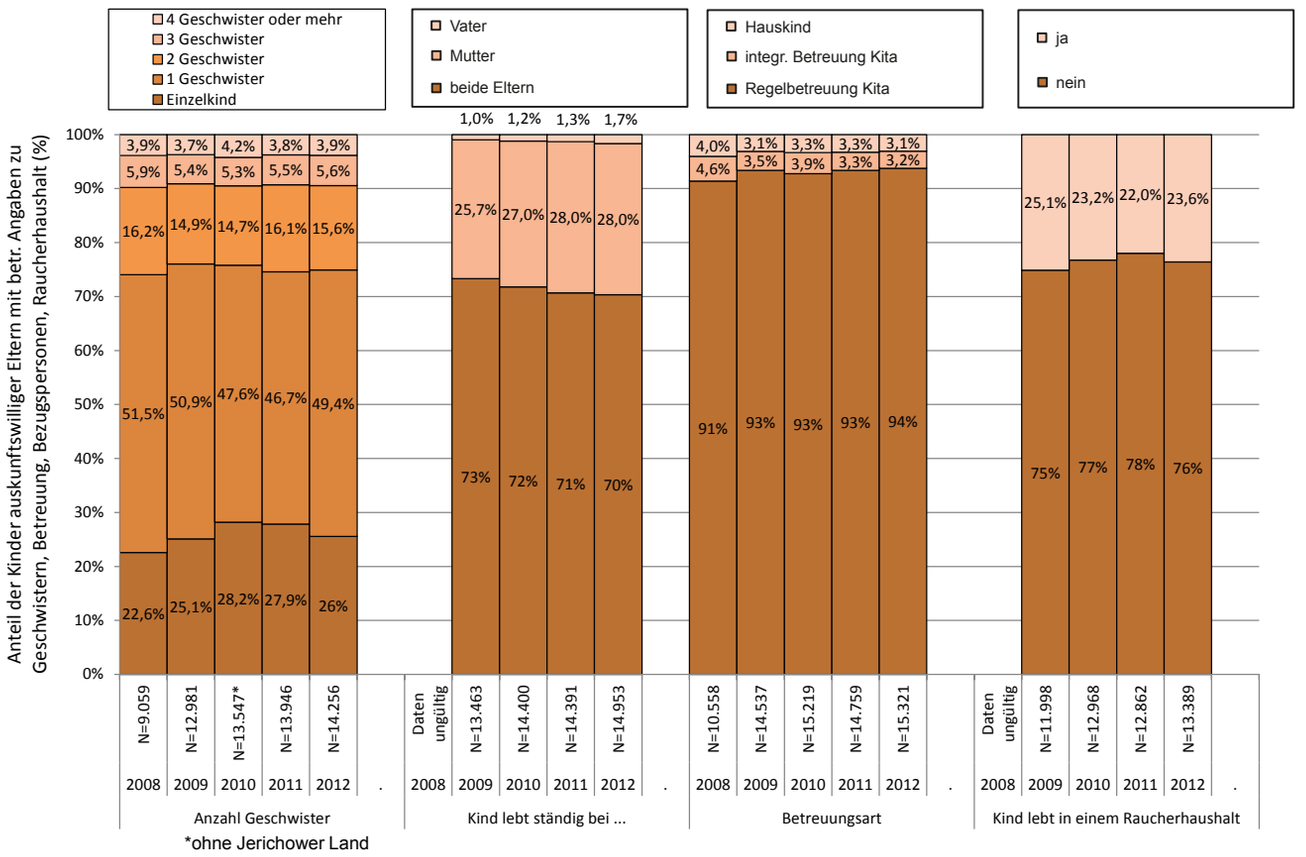
SEU_22: Betreuung und familiäres Umfeld der Kinder

Im Mittel der Jahre 2008 - 2012 waren laut Elternangaben etwa **26 % der einzuschulenden Kinder Einzelkinder**, 49 % hatten ein Geschwister und 25 % hatten zwei oder mehr Geschwister. Nach einem vorläufigen Maximum im Jahr 2010 scheint der Anteil der Einzelkinder unter allen einzuschulenden Kindern wieder zu sinken und der Anteil der Kinder mit zwei oder mehr Geschwistern wieder zu steigen.

Der weit überwiegende Teil der Kinder **(72 %) lebt laut Elternangaben bei beiden Elternteilen**. In den letzten fünf Untersuchungsjahren scheint dieser Anteil allerdings geringfügig und kontinuierlich zu sinken. Fast alle Kinder, die nur bei einem Elternteil leben, tun dies bei der Mutter.

Im Mittel der fünf Untersuchungsjahre waren unter den einzuschulenden Kindern nur 3,4 % Hauskinder, **96,6 % wurden in einer Kindertagesstätte betreut**.

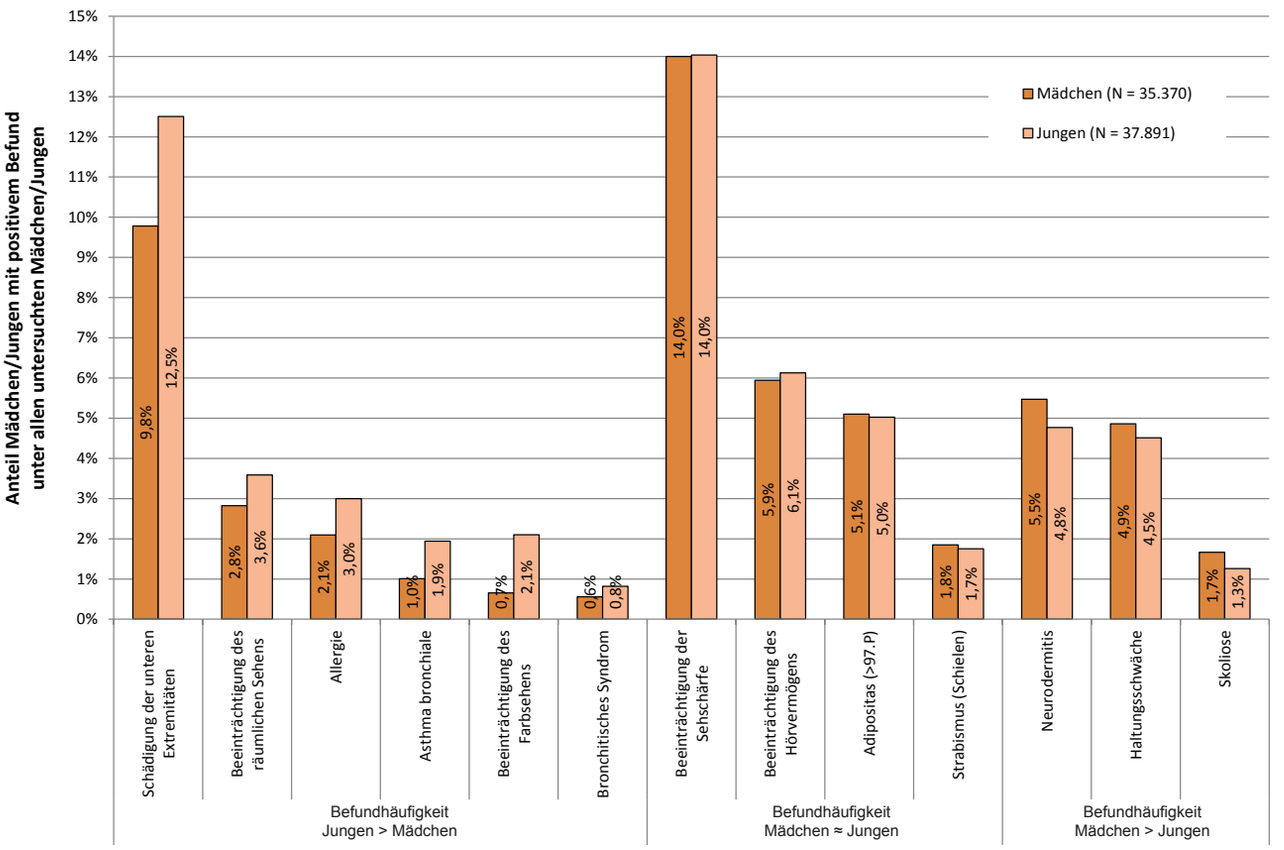
Etwa **24 % der Kinder leben laut Elternangaben in einem Raucherhaushalt**, wobei bis jetzt im Fragebogen nicht differenziert wird, welches der Familienmitglieder raucht und ob nur draußen oder auch in der Wohnung geraucht wird. Diese Frage wird ebenfalls im Rahmen der Standardisierung der SEU im Jahr 2014 präzisiert werden.



SEU_ 22 Betreuung und familiäres Umfeld der Kinder laut Elternfragebogen, Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt im Zeitvergleich

SEU_23: Ausgewählte somatische Befunde in Abhängigkeit vom Geschlecht

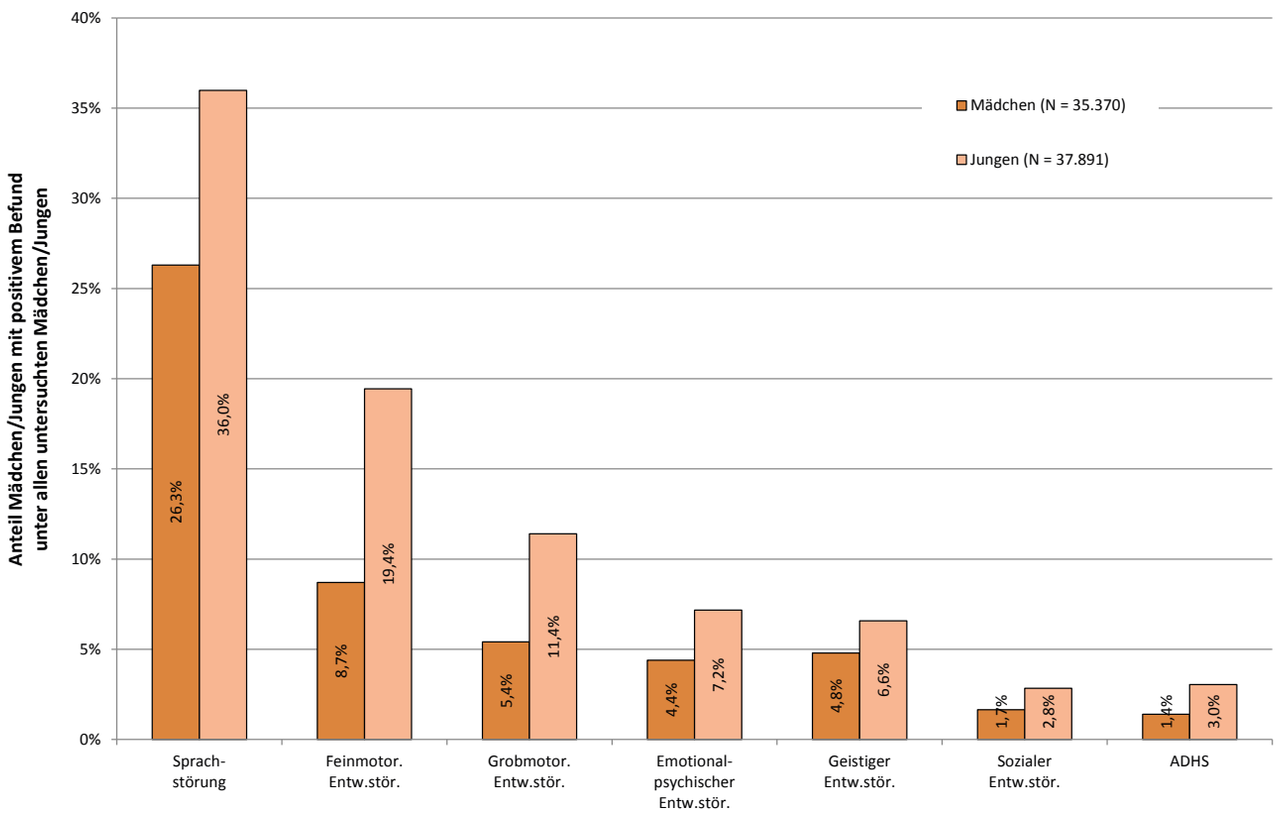
Unter den 13 verglichenen Parametern waren **sechs somatische Befunde bei Jungen häufiger** als bei Mädchen. Bei vier Befunden zeigten sich in den kumulierten Daten keine deutlichen Unterschiede und **nur drei Befunde (Neurodermitis, Haltungsschwäche, Skoliose) waren bei Mädchen häufiger** als bei Jungen.



SEU_ 23 Ausgewählte somatische Befunde in Abhängigkeit vom Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt, 2008 - 2012 (kumuliert)

SEU_24: Entwicklungsstörungen in Abhängigkeit vom Geschlecht

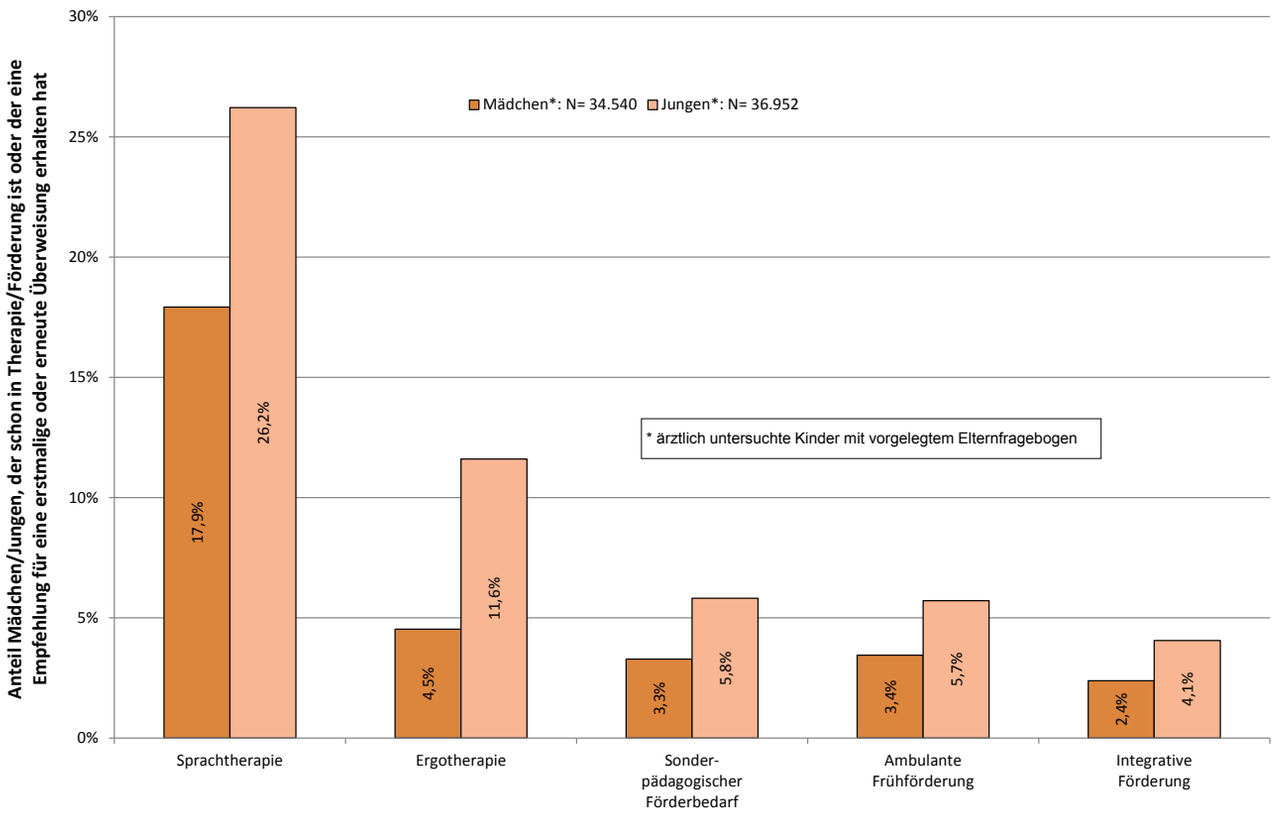
Bei allen 7 Entwicklungs- bzw. Verhaltensstörungen, die Teil des Screenings bei der SEU in Sachsen-Anhalt sind, waren **Jungen deutlich häufiger betroffen** (1,4- bis 2,2-mal) als Mädchen. Dies galt in allen 3 Sozialstatusgruppen; die Stärkung der frühkindlichen Entwicklung von Jungen sollte deshalb ein prioritäres (gesundheits-) politisches Ziel sein (vgl. Wahl et al., 2012: Einfluss von Sozialfaktoren auf die Gesundheit von Kindern in Sachsen-Anhalt).



SEU_ 24 Entwicklungsstörungen in Abhängigkeit vom Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt, 2008 - 2012 (kumuliert)

SEU_25: Therapie- und Förderbedarfe in Abhängigkeit vom Geschlecht

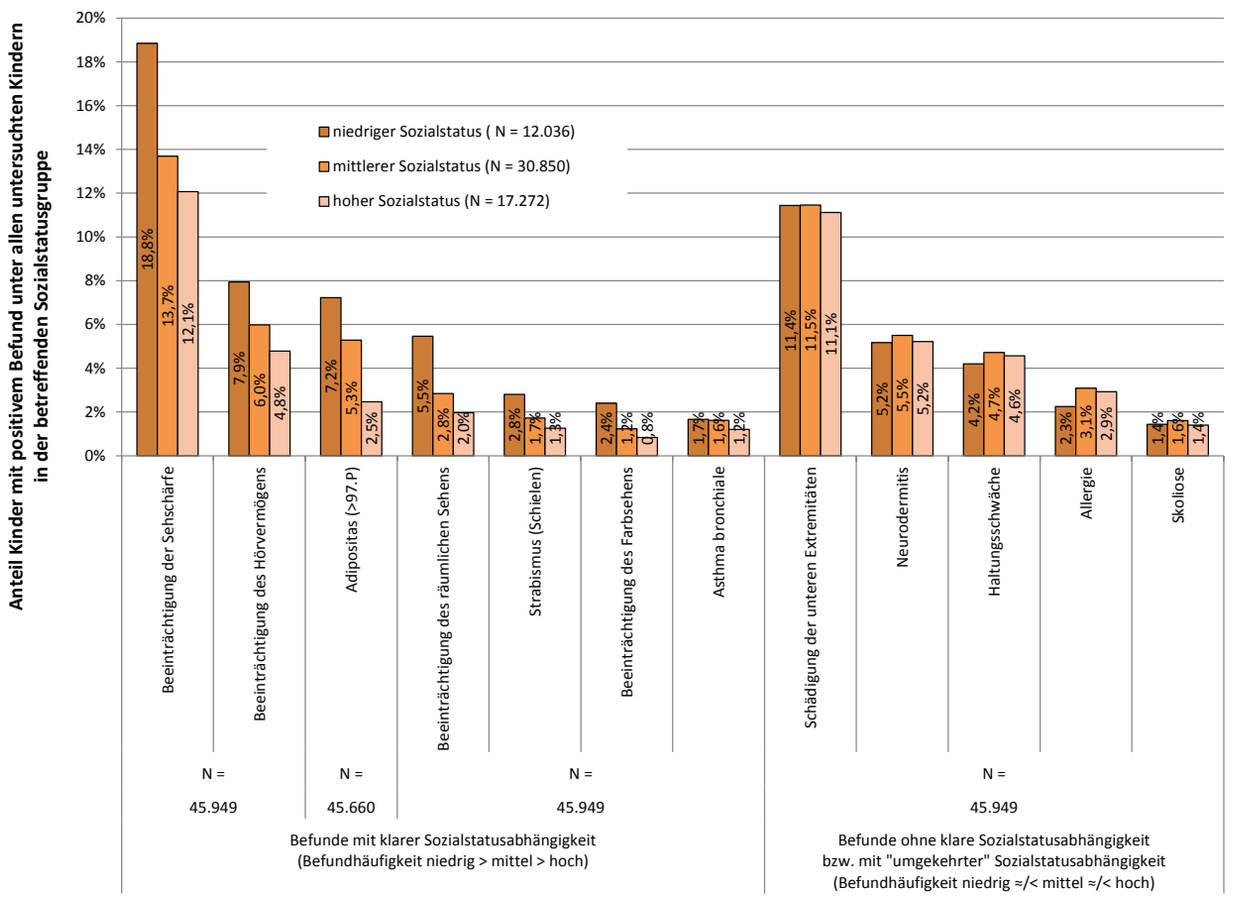
Entsprechend den geschlechtsspezifischen Unterschieden bei der Häufigkeit von Entwicklungsstörungen (vgl. SEU_24) waren **Jungen zum Zeitpunkt der SEU deutlich häufiger in Therapie/Förderung** oder erhielten diesbezüglich eine erstmalige oder erneute Empfehlung (z. B. bei Jungen ein mehr als doppelt so hoher Ergotherapiebedarf wie bei Mädchen).



SEU_ 25 Therapie- und Förderbedarfe in Abhängigkeit vom Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt, 2008 - 2012 (kumuliert)

SEU_26: Ausgewählte somatische Screeningbefunde in Abhängigkeit vom Sozialstatus

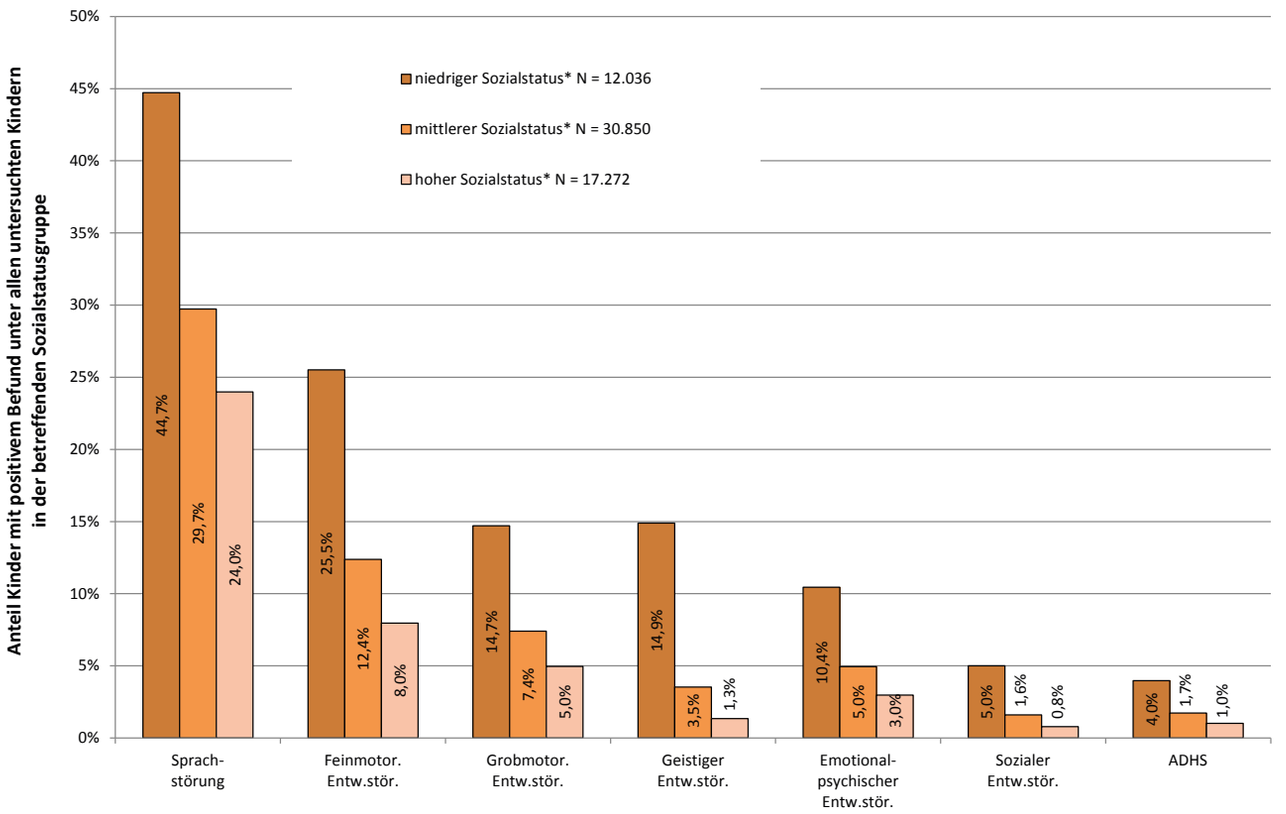
Unter den 12 hier untersuchten somatischen Screeningbefunden waren **7 somatische Befunde, die negativ mit dem Sozialstatus korreliert** waren, d. h. bei denen die Befundhäufigkeiten bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus am höchsten und bei Kindern mit hohem Sozialstatus am niedrigsten waren. Die Unterschiede der Befundhäufigkeiten bei Kindern mit niedrigem bzw. hohem Sozialstatus waren zum Teil erheblich (z. B. 1,6-mal häufiger Visusminderung, 1,7-mal häufiger Hörminderung, 2,9-mal häufiger Adipositas). Bei 5 Befunden (2 „atopischen“ und 3 den Haltungs-/Bewegungsapparat betreffenden) war keine regelhafte Abhängigkeit vom Sozialstatus festzustellen.



SEU_ 26 Ausgewählte somatische Befunde in Abhängigkeit vom Sozialstatus, Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt, 2008 - 2012 (kumuliert)

SEU_27: Entwicklungsstörungen in Abhängigkeit vom Sozialstatus

Die Befundhäufigkeiten aller 7 Entwicklungs- bzw. Verhaltensstörungen, die Teil des Screenings bei der SEU in Sachsen-Anhalt sind, zeigten eine **sehr deutliche negative Korrelation mit dem Sozialstatus**: immer waren Kinder mit niedrigem Sozialstatus deutlich häufiger betroffen als Kinder mit mittlerem Sozialstatus und diese wiederum deutlich häufiger als Kinder mit hohem Sozialstatus. Die Unterschiede der Befundhäufigkeiten waren frappierend: die Häufigkeit von Entwicklungsstörungen war bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus **im Mittel etwa 5-mal höher** als bei Kindern mit hohem Sozialstatus (zwischen 1,9-mal (Sprachstörung) und 11,1-mal (geistige Entwicklungsstörung)).

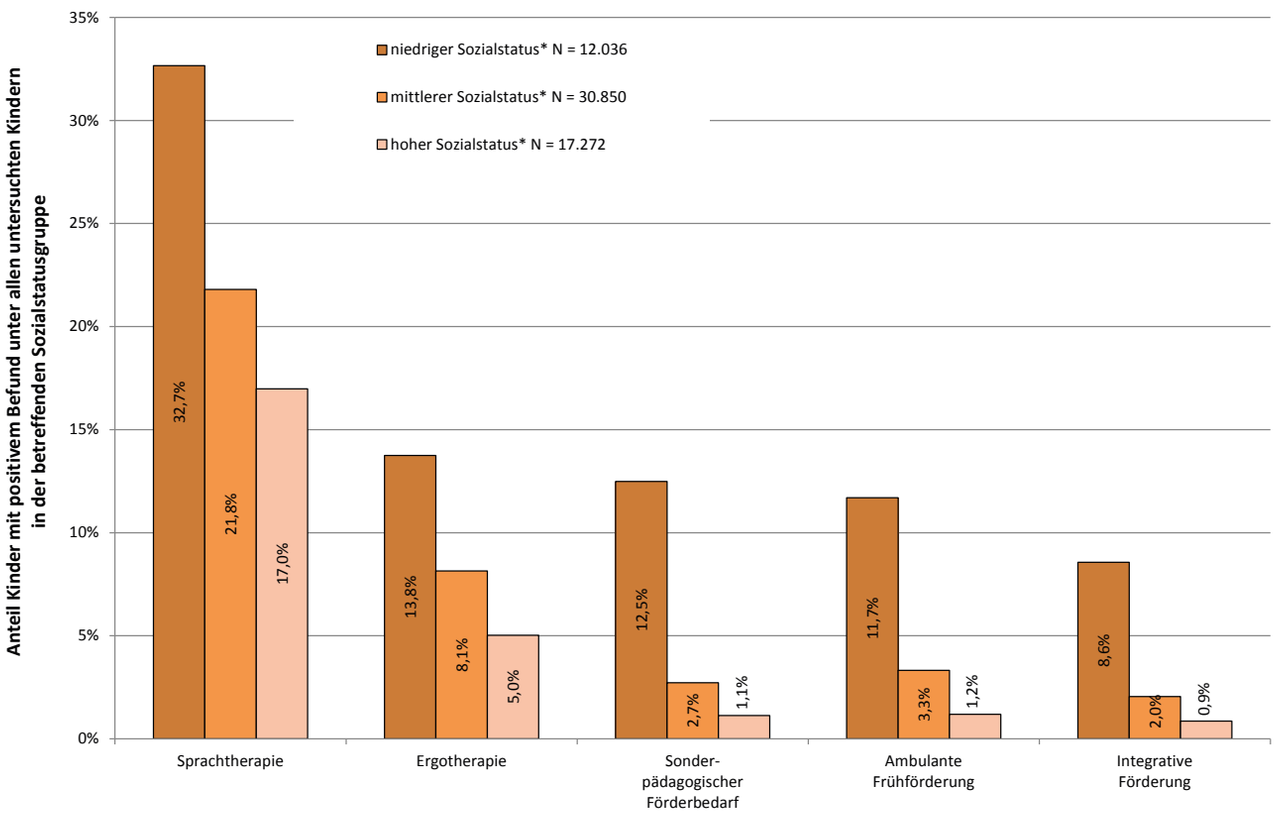


SEU_ 27 Entwicklungsstörungen in Abhängigkeit vom Sozialstatus, Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt, 2008 - 2012 (kumuliert)

SEU_28: Therapie- und Förderbedarfe in Abhängigkeit vom Sozialstatus

Entsprechend der Unterschiede in der Häufigkeit von Entwicklungsstörungen, zeigten sich große Unterschiede beim Therapie- und Förderbedarf (Diagnose B oder A): Kinder mit niedrigem Sozialstatus hatten 2- bis 3-mal häufiger einen Sprach- bzw. Ergotherapiebedarf, einen 10-mal höheren Bedarf an ambulanter oder integrativer Förderung und wurden 11-mal häufiger für ein Feststellungsverfahren für sonderpädagogischen Förderbedarf empfohlen als Kinder mit hohem Sozialstatus.

Die in SEU_26 bis SEU_28 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass in Sachsen-Anhalt (wie im gesamten Bundesgebiet) die Bemühungen um mehr soziale Chancengleichheit intensiviert werden sollten, um dadurch auch die Häufigkeit von körperlichen und psychischen Defiziten bei Kindern aus sozial schwachen Familien zu verringern (vgl. Wahl et al., 2012: Einfluss von Sozialfaktoren auf die Gesundheit von Kindern in Sachsen-Anhalt).



SEU_ 28 Therapie- und Förderbedarfe in Abhängigkeit vom Sozialstatus, Schuleingangsuntersuchung, Sachsen-Anhalt, 2008 - 2012 (kumuliert)

Literatur

Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt (2010). Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt. Ergebnisse der ärztlichen und zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in den Schuljahren 2007/2008 und 2008/2009 (www.gbe.sachsen-anhalt.de)

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. Das Gesundheitswesen 69 (2007), 555 - 559

Kromeyer-Hauschild, K et al. (2001) Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 149 (2001), 807 - 818

de Man, S-A et al. (1991) Blood pressure in childhood: pooled findings of six European studies. J Hypertens 9 (1991), 109 - 114

Eine zusammenfassende Darstellung der Links zu den GBE-Internetseiten der anderen Bundesländer findet sich auf der Internetseite der Gesundheitsberichterstattung des Bundes beim Statistischen Bundesamt:

www.gbe-bund.de

Kapitel: Gesundheitsberichterstattung
Unterkapitel: Gesundheitsberichterstattung (GBE) der Länder - Internetangebote

www.gbe.sachsen-anhalt.de
www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de