

# Kindergesundheit und soziale Lage

## **Bericht des Gesundheitsamtes des Landkreises Oberspreewald-Lausitz zu den Ergebnissen der Einschulungsuntersuchung im Jahr 2000**

**Oktober 2000**

# Inhaltsverzeichnis

Seite

<b>1</b>	<b>Grundlagen und Zielstellung</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Wie gesund sind unsere Schulanfänger ?</b>	<b>4</b>
2.1	Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen	4
2.1.1	Die Ausgangssituation	4
2.1.2	Reif für die Schule ?	4
2.1.3	Befunde	4
2.1.3.1	Sprache und Sprechen	5
2.1.3.2	Psychomotorische Störungen	6
2.1.3.3	Sehen und Hören	6
2.1.3.4	Übergewicht	6
2.1.3.5	Chronische Erkrankungen	7
2.1.3.6	Behinderungen	7
2.1.3.7	Sonstige wichtige Befunde	7
2.1.4	Handlungsbedarf und empfohlene Maßnahmen	8
2.1.4.1	Empfehlungen zur Einschulung	8
2.1.4.2	Empfehlungen zur Einberufung des Förderausschusses	8
2.1.4.3	Weiterer Handlungsbedarf	8
2.2	Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchung	9
2.2.1	Die Ausgangssituation	9
2.2.2	Befunde und Schlussfolgerungen	9
<b>3</b>	<b>Soziale Lage und Gesundheit der Schulanfänger im Landkreis Oberspreewald-Lausitz</b>	<b>10</b>
3.1	Die Ausgangssituation	10
3.2	Besonderheiten in unserem Kreis	10
3.3	Medizinisch relevante Befunde und Sozialstatus	11
3.4	Handlungsbedarf, empfohlene Maßnahmen und Sozialstatus	12
3.4.1	Einschulung und Sozialstatus	12
3.4.2	Frühförderausschuss und Sozialstatus	12
3.4.3	Weitere Maßnahmen und Sozialstatus	12
<b>4</b>	<b>Impfen als wichtige Prophylaxemaßnahme</b>	<b>13</b>
4.1	Die Ergebnisse des Schuljahres 1996/97	13
4.2	Die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung 2000	13
4.3	Durchimpfungsgrad und Sozialstatus	14
<b>5</b>	<b>Thesen und Schlussfolgerungen</b>	<b>15</b>

- Anhang 1: Termine und Untersuchungsinhalte der kassenärztlich finanzierten Vorsorgeuntersuchungen U 7 – U 9  
Anhang 2: Ärztlicher Dokumentationsbogen für Kinder und Jugendliche  
Anhang 3: Medizinisch relevante Befunde - Auszug aus den funktionsdiagnostischen Tabellen  
Anhang 4: Ermittlung des Sozialstatus  
Anhang 5: Sozialstatus der Einschüler in den Städten und Ämtern des Landkreises  
Anhang 6: Quellenverzeichnis

# 1 Grundlagen und Zielstellung

Aus der Unterrichts- und späteren Schulpflicht für Kinder leitet sich die Fürsorgepflicht des Staates für das Schulkind ab. Dies führte Ende des 19. Jahrhunderts zur Einrichtung der ersten Schulgesundheitsdienste in Deutschland. Deren zentrale Aufgabe war die schulärztliche Untersuchung von Schulanfängerinnen und Schulanfängern.

Die Einschätzung der Schulfähigkeit aus medizinischer Sicht gehört auch heute noch zu den vordringlichen Aufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes in Deutschland.

Im Land Brandenburg ist die Schuleingangsuntersuchung, genau wie in allen anderen Bundesländern, eine durch Schulgesetz und Gesundheitsdienstgesetz festgeschriebene Pflichtuntersuchung.

**Die Einschulungsuntersuchung ist die einzige vollständige Untersuchung einer jeweils geschlossenen Jahrgangskohorte unserer Bevölkerung.**

Sie stellt neben den krankenkassenfinanzierten Früherkennungsuntersuchungen, insbesondere der U 7 bis U 9 (Anhang 1), die von niedergelassenen Ärzten angeboten und durchgeführt werden, ein wichtiges Instrument zur Prävention von Krankheiten und Entwicklungsstörungen im Kindesalter dar. Nach Recherchen der AOK Land Brandenburg und nach Schätzung der Ärzte im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Kreises nehmen nur 60-75 % der Kinder an der U 8 bzw. U 9 teil. Damit bleiben viele Krankheiten und Entwicklungsstörungen, insbesondere bei den Kindern, die keine Kindertagesstätte besuchen, bis zur Einschulungsuntersuchung unerkannt.

Einschulungsuntersuchungen dienen:

- der Erkennung gesundheitlicher und sozialer Beeinträchtigungen und Störungen, die den Schulerfolg beeinflussen bzw. gefährden können, im Schulalltag besondere Beachtung durch die Pädagogen erfordern und/oder technisch-organisatorische Maßnahmen in der Schule notwendig machen.
- der Einleitung, Vermittlung und Sicherung bisher nicht erfolgter, jedoch notwendiger diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, um entwicklungsbeeinträchtigende Gesundheitsstörungen zu erkennen, zu beheben und/oder zu mildern. Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst hat hier, im Gegensatz zu den niedergelassenen Ärzten, die Möglichkeit der nachgehenden und aufsuchenden Fürsorge.
- der Gesundheitspflege und Beratung, u.a. zum Impfen, zur Ernährung, zu Sport und Spiel und zur persönlichen Hygiene.
- der Gewinnung epidemiologischer Daten.

**Die Untersuchungsdaten im Land Brandenburg werden standardisiert erhoben und bearbeitet. Sie sind ein wesentlicher Beitrag zur kommunalen Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung.**

Der vorliegende Bericht stellt die wichtigsten Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen des Jahres 2000 im Landkreis Oberspreewald-Lausitz vor.

Er befasst sich mit der Auswertung der erhobenen medizinischen Befunde und stellt den Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Lage der Schulanfänger dar.

Die in unserem Kreis erhobenen Daten werden zum Teil mit den Landesdaten des Jahres 1998 verglichen. Beim Impfstand erfolgt ein Vergleich mit den Ergebnissen der 1.Klasse des Schuljahres 1996/97.

**Ziel dieses Berichtes ist es, Öffentlichkeit, Politik und Verwaltung mit relevanten Informationen zu versorgen, um den gesundheitlichen und sozialen Interessen der Kinder im Landkreis Oberspreewald-Lausitz Gewicht zu verleihen und mitzuhelfen, ihre Belange durchzusetzen.**

## 2 Wie gesund sind unsere Schulanfänger ?

### 2.1 Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen

#### 2.1.1 Die Ausgangssituation

Durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes des Landkreises Oberspreewald-Lausitz wurden bis zum 30. Juni 2000 insgesamt 770 Einschüler untersucht; davon waren 349 (45,3 %) Mädchen und 421 (54,7 %) Jungen. 43 (5,6 %) Kinder wurden wiederholt untersucht. Es handelte sich dabei um Zurückstellungen aus dem Jahr 1999.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren 214 Kinder 5 Jahre, 535 Kinder 6 Jahre und 20 Kinder 7 Jahre alt.

6 Kinder wurden dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst erst im Juli bzw. August 2000 vorgestellt. Ihre Daten finden im Bericht keine Berücksichtigung.



Die Untersuchungen erfolgten von Februar bis April 2000 in der Schule, in die das Kind auch eingeschult werden sollte. In fast allen Fällen war ein Elternteil anwesend.

Alle Befunde, erfragte Sachverhalte und Festlegungen von Maßnahmen wurden im „Ärztlichen Dokumentationsbogen für Kinder und Jugendliche“ eingetragen. Bei diesem Bogen handelt es sich um einen einheitlichen Vordruck im Land Brandenburg (Anhang 2).

Für die Verschlüsselung der funktionsdiagnostischen Befunde nach Schweregrad und Ausprägung standen den Ärzten des Gesundheitsamtes weitere funktionsdiagnostische Tabellen zur Verfügung (Anhang 3).

Die Daten auf den Dokumentationsbögen wurden verschlüsselt und in den Computer eingegeben.

Die Auswertung der vorliegenden Ergebnisse erfolgte anonymisiert mit einem Spezialprogramm des Landesgesundheitsamtes.

#### 2.1.2 Reif für die Schule ?

Durch die Einschulungsuntersuchung sollen Gesundheitsstörungen der Kinder erkannt und bewertet werden. Des Weiteren soll festgestellt werden, ob ein Kind gesundheitlich und von seiner körperlichen und geistigen Entwicklung her in der Lage ist, die Schule zu besuchen.

Folgende Grundfähigkeiten müssen altersgerecht entwickelt sein:

- Sinneswahrnehmungen wie Sehen und Hören
- Sprache und Sprechen
- Koordination von Bewegungsabläufen
- Urteils- und Vorstellungsvermögen
- gedankliche Verarbeitung
- Abstraktionsvermögen

Werden Gesundheitsstörungen oder sonstige auffälligen Befunde bei einem Kind festgestellt, erhalten die Eltern Empfehlungen über einzuleitende Maßnahmen.

#### 2.1.3 Befunde

Unter den bei der Untersuchung der 770 Einschüler erhobenen Einzelbefunden dominieren Übergewicht (18,7 % aller untersuchten Kinder), Kurz- und Weitsichtigkeit (16,2 %), Sprach-, Sprech- und Stimmauffälligkeiten (16,1 %) und Fußfehler (10,2 %).

Fußfehler (Knick-, Senk-, Spreizfuß) traten bei beiden Geschlechtern in gleichem Maße auf. Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen sowie Augenfehler wurden bei Jungen häufiger als bei Mädchen festgestellt. Demgegenüber waren mehr Mädchen als Jungen übergewichtig.

Einen Überblick über die 10 am häufigsten erhobenen Einzelbefunde gibt die nebenstehende Tabelle 1.

Um die Daten auf Landesebene besser vergleichen zu können, werden Einzelbefunde zu Befundgruppen zusammengefasst. Bei einigen Diagnosen werden außerdem leichte Störungen (sogenannte Funktionsgruppe 1) nicht in die Bewertung einbezogen. Im Anhang 3 sind die einzelnen medizinisch relevanten (=bedeutsamen) Befunde erläutert.

Befunde	Anzahl der Kinder mit Bef.	
	absolut	in %
Übergewicht	144	18,7
Kurz- und Weitsichtigkeit	125	16,2
Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen	124	16,1
Fußfehler	79	10,2
Neurodermitis	37	4,8
Psychomotorische Störungen, Teilleistungsschwäche	26	3,4
Haltungsanomalien	16	2,1
Erkrankungen des Herzens	13	1,7
Emotionale und soziale Störungen	10	1,3
Asthma bronchiale	9	1,2

### 2.1.3.1 Sprache und Sprechen

Eine gute Sprechfähigkeit ist unerlässlich für den erfolgreichen Schulbesuch. Bei 124 Schulanfängern des Landkreises, das ist jeder sechste, wurde eine Sprachentwicklungsverzögerung festgestellt. Diese Störung war bei 42 Kindern leichter Art (Funktionsgruppe 1). Hier wurden keine weiterführenden Maßnahmen empfohlen.

Bei 82 Kindern wurde die Diagnose Sprach-, Sprech-, Stimmstörung mittelschwerer und schwerer Art gestellt.

Von diesen 82 Kindern waren 36 (43,9 %) bereits in Behandlung, für 42 (51,2 %) wurde erstmals eine Überweisung zum Facharzt bzw. zu einer Sprachheilbehandlung ausgestellt; weitere 3 (3,6 %) Kinder erhielten eine erneute Überweisung.

Im Vergleich zu den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen 1998 und 1999 ist der Anteil sprachauffälliger Kinder von rund 7 % auf 10,2 % gestiegen.

Die Ursachen dafür sind vielfältig. Neben einer verbesserten Untersuchungs- und Dokumentationspraxis durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendgesundheitsdienstes sind es insbesondere:

- zu wenig Anregung in der Familie und Umwelt des Kindes (zu wenig Zuwendung, familiäres Gespräch, Gesang und gemeinsame Aktivitäten)
- Sprachstörungen bei Geschwistern
- vermehrter Fernsehkonsum
- unzureichende Früherkennung von Hörbehinderungen
- angeborene Veranlagung
- fehlende, nicht mit der nötigen Dringlichkeit empfohlene bzw. nicht genutzte frühzeitige Beratungs- und Behandlungsangebote.

Kinder mit Sprachstörungen haben schlechtere Startchancen in der Schule. Das Erlernen des Lesens und Schreibens fällt ihnen schwerer als den anderen Kindern.

Aus diesem Grund besteht hier ein besonderer Handlungsbedarf für Prävention und eine frühzeitige Behandlung der Störungen. Es ist bekannt, dass bei frühzeitiger, individueller Diagnostik und Therapie Sprachverständnis und Sprachgebrauch so geschult werden können, dass das Kind keine oder nur geringe Schwierigkeiten in der Schule hat.

#### Fazit:

- **Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen dürfen nicht erst bei der Einschulungsuntersuchung erkannt werden**
- **Die Zahl der erstmaligen Überweisungen zum Zeitpunkt der Einschulung zum Facharzt bzw. zum Logopäden ist im Landkreis zu hoch**
- **Mit der Frühförderung in diesem Bereich muss zeitiger begonnen werden**

### 2.1.3.2 Psychomotorische Störungen

In dieser Gruppe werden Kinder mit psychomotorischen Störungen (u.a. Störungen der Koordination, hyperkinetisches Syndrom), Wahrnehmungsstörungen und Teilleistungsschwächen zusammengefasst.

Bei 26 Einschülern (19 Jungen und 7 Mädchen) wurden psychomotorische Störungen festgestellt. In 10 Fällen waren die Beeinträchtigungen leicht und in 16 Fällen mittelschwer bzw. schwer.

Von den 16 Kindern mit mittleren und schweren psychomotorischen Störungen waren 4 (25 %) bereits in ärztlicher Behandlung, bei 11 (68,7 %) wurde eine erstmalige Überweisung veranlasst, 1 Kind wurde erneut überwiesen.

#### Fazit:

- **Psychomotorische Störungen müssen zeitiger erkannt und behandelt werden**
- **Die Zahl der Erstüberweisungen bei der Einschulungsuntersuchung ist mit 68,7 % der betroffenen Kinder entschieden zu hoch**
- **Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes muss aufgebaut werden**

### 2.1.3.3 Sehen und Hören

Seh- und/oder Hörstörungen wurden bei 138 (17,9 %) Einschülern diagnostiziert. Von diesen waren bereits 76 (55,1 %) in Behandlung, d.h. die Störungen wurden durch Brillen oder Hörgeräte ausreichend korrigiert. Allerdings wurden auch in dieser Diagnosegruppe unbehandelte (42 = 30,4 %) und unzureichend behandelte (18 = 13,0 %) Kinder festgestellt. Für diese Einschüler wurden Überweisungen ausgestellt.

#### Fazit:

- **Seh- und Hörstörungen müssen zeitiger erkannt und behandelt werden**
- **Die Eltern sollten stärker dazu animiert werden, die angebotenen kassenfinanzierten Vorsorgeuntersuchungen (insbesondere die U 8 und U 9) für ihre Kinder zu nutzen**
- **In Kindertagesstätten und Schulen ist die Beleuchtung zu optimieren (Beleuchtungsstärke und Blendschutz)**
- **Dem Lärmschutz ist mehr Aufmerksamkeit zu widmen**

### 2.1.3.4 Übergewicht

Aus den Angaben zur Größe und zum Gewicht der untersuchten Kinder berechnet der Computer den sogenannten Body Mass Index (BMI). Der BMI ist ein verbreitetes und anerkanntes Maß für die Ermittlung von Übergewicht.

Im Land Brandenburg werden die „übergewichtigen“ Einschüler nach einem Verfahren nach Rolland-Cachera (wissenschaftliche Referenzwerte auf der Basis des BMI, Kinder oberhalb der 97. Perzentile) ermittelt.

<b>Body Mass Index</b>	
BMI =	$\frac{\text{Körpergewicht in kg}}{(\text{Körpergröße in m})^2}$

Von den Einschülern waren 144 (18,7 %) übergewichtig. Darunter waren 73 Jungen (17,3 % der männlichen Einschüler) und 71 Mädchen (20,3 % der Einschülerinnen). In beiden Fällen liegt dieser Prozentsatz weit über den Werten, die im Land Brandenburg bei den Einschülern des Jahres 1998 ermittelt wurden (Jungen waren hier zu 11,4 %, Mädchen zu 14,2 % übergewichtig).

Nun heißt das nicht, dass in jedem Fall eine Behandlungsbedürftigkeit besteht. Die Daten sollten vielmehr Anlass sein, verstärkt auf eine gesunde Lebensweise, d.h. körperliche Bewegung und eine gesunde Ernährung bei den Kindern (und ihren Eltern) hinzuwirken.

Nur so können Folgeschäden des Übergewichtes, wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Muskel- und Gelenkerkrankungen und psychosomatische Störungen, wirksam vermieden werden.

Übergewichtige Kinder nehmen meist nicht gern am Sport- oder Schwimmunterricht teil, weil sie oft die vorgegebenen „Normen“ nicht schaffen und von den Klassenkameraden gehänselt werden. Anträge auf Sportbefreiungen werden für übergewichtige Kinder in den höheren Klassen häufiger gestellt als für normalgewichtige.

**Fazit:**

- **Verbesserung der Beratungsangebote zur gesunden Ernährung im Kindesalter**
- **Verstärkung der Angebote zu aktiver Bewegung (Sport, Spiel, Schwimmen usw.)**
- **Verbesserung der psychologischen Betreuung adipöser Kinder (und Jugendlicher)**

### **2.1.3.5 Chronische Erkrankungen**

Von den 770 Schulanfängern des Jahres 2000 leiden 70 (9,1 %) an chronischen Krankheiten.

Dabei nehmen die Erkrankungen des allergischen Formenkreises (Neurodermitis, Asthma bronchiale, allergischer Schnupfen sowie Arznei- und Nahrungsmittelallergien) den größten Anteil ein.

Eine Neurodermitis wurde bei 37 Kindern, ein allergischer Schnupfen bei 3 Kindern, Asthma bronchiale bei 9 Kindern und eine Nahrungsmittelallergie bei 1 Kind diagnostiziert.

Die meisten der erhobenen Befunde waren leichter Art; es ist jedoch bekannt, dass ein Kind im Schulalltag bei einem „akuten Schub“ einer allergischen Krankheit erheblich in seiner Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sein kann.

Bei den übrigen chronischen Erkrankungen sind Erkrankungen des Herzens bei 13 Einschülern festgestellt worden.

Andere chronische Erkrankungen treten erfreulicherweise nur in Einzelfällen (1 Kind mit einem zerebralen Anfallsleiden, 1 Kind mit Diabetes mellitus, 3 Kinder mit einem chronischen Ekzem, 1 Kind mit einer Schuppenflechte, 4 Kinder mit Erkrankungen der Nieren oder Harnwege, 3 Kinder mit Erkrankungen der Atemwege) auf. Für die betroffenen Kinder bedeutet das allerdings auch, dass ihre Leistungsfähigkeit in der Regel geringer ist als die der Mitschüler und sie besondere Aufmerksamkeit und Verständnis seitens der Lehrer benötigen.

Insgesamt ist festzustellen, dass sich alle Kinder mit chronischen Befunden bereits in ärztlicher Behandlung befanden und im allgemeinen gut therapiert waren.

### **2.1.3.6 Behinderungen**

Unter den untersuchten Kindern befanden sich 12 mit einer Behinderung gemäß § 39 BSHG bzw. § 35a KJHG.

Von diesen sind ein Kind zu 100 %, ein Kind zu 80 % und 2 Kinder zu 50 % behindert.

Diese Kinder bedürfen im Schulalltag einer Einzelbetreuung durch erfahrene Rehabilitationspädagogen.

### **2.1.3.7 Sonstige wichtige Befunde**

Haltungsanomalien (16 Kinder), Fußfehler (79 Kinder) und sonstige Erkrankungen des Bewegungsapparates wurden zwar sehr häufig festgestellt, allerdings waren sie in den meisten Fällen leichter Art. Nur bei 20 Kindern wurden diese Störungen als medizinisch bedeutsam eingeschätzt.

Insgesamt gesehen besteht bei dieser Diagnosegruppe in den meisten Fällen kein unmittelbarer Einfluss auf die Schulfähigkeit eines Kindes.

Trotzdem sollten diese Befunde ernst genommen werden, um spätere Schäden an Knochen und Gelenken zu vermeiden. Eine gezielte Prävention ist hier möglich.

**Fazit:**

- **Kinder sollten im Säuglings- und Kleinkindalter nicht zu zeitig zum Sitzen und Stehen angeregt werden. Auf eine gute Sitzhaltung sollte bereits frühzeitig geachtet werden**
- **Gymnastische Übungen zur Kräftigung der Muskulatur sind in jedem Alter sinnvoll.**
- **In den Kindergärten und Schulen ist die DIN ISO 5970 verstärkt zu berücksichtigen (Anpassung der Tisch- und Sitzhöhe an die Körpergröße)**

## **2.1.4 Handlungsbedarf und empfohlene Maßnahmen**

### **2.1.4.1 Empfehlungen zur Einschulung**

Bei 713 Kindern (92,6 %) wurde durch die Ärzte des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes die Empfehlung zur Einschulung ausgesprochen. Rückstellungen aus medizinischer Indikation wurden den Eltern von 57 Kindern (33 Jungen und 24 Mädchen) nahegelegt.

Nach Angaben des Staatlichen Schulamtes unseres Kreises wurden im Jahr 2000 721 Kinder eingeschult.

### **2.1.4.2 Empfehlungen zur Einberufung des Förderausschusses**

Für 19 Kinder (2,5 %) wurde eine individuelle umfassende Förderung durch Einberufung eines Förderausschusses empfohlen.

Diese Zahl liegt im Vergleich zu den Landesdaten 1998 deutlich niedriger (Empfehlung Förderausschuss lag im Land Brandenburg 1998 bei 5,1 %).

Diese Tatsache ist damit zu erklären, dass es im Landkreis Oberspreewald-Lausitz seit vielen Jahren eine sehr gut und effektiv arbeitende Frühförder- und Beratungsstelle in Senftenberg mit einer Außenstelle in Lübbenau gibt. Kinder, deren Störungen und Behinderungen frühzeitig erkannt wurden, sind hier bereits in logopädischer und/oder physiotherapeutischer Behandlung und werden medizinisch, sozialpädagogisch oder psychologisch betreut.

Leider ist es nicht möglich, die Zahl der bereits betreuten Schulanfänger konkret zu benennen.

### **2.1.4.3 Weiterer Handlungsbedarf**

Mit Blick auf die schulischen Anforderungen an die Kinder, gaben die untersuchenden Ärzte des Gesundheitsamtes den Eltern weitere Empfehlungen für individuelle Klärungen und Behandlungen.

Im Jahr 2000 wurde für

- 85 Kinder (11,0 %) eine Sprachheilbehandlung,
- 48 Kinder ( 6,2 %) eine psychologische Klärung,
- 24 Kinder ( 3,1 %) eine pädagogische Klärung,
- 21 Kinder ( 2,7 %) eine physiotherapeutische Behandlung,
- 8 Kinder ( 1,0 %) eine ergotherapeutische Behandlung und
- 4 Kinder ( 0,5 %) eine psychotherapeutische Behandlung

empfohlen.

In weiteren 77 Fällen wurde den Eltern geraten, mit ihrem Kind einen Facharzt oder den Hausarzt aufzusuchen.



## 2.2 Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen

### 2.2.1 Die Ausgangssituation

Gesunde Zähne sind für Kinder- und Jugendliche von großer Wichtigkeit. Sie beeinflussen die Sprache und das Sprechen. Kranke, insbesondere kariöse Zähne und Kieferfehlstellungen können nachteilige Auswirkungen auf die Gesundheit des Gesamtorganismus und das psychische Wohlbefinden haben.

Zahnkaries ist auch heute noch die teuerste Einzelerkrankung der Deutschen.

Die zahnärztliche Untersuchung gehört nicht zur Einschulungsuntersuchung.

Zu den Aufgaben des Zahnärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes zählt jedoch, in allen Kindertagesstätten unter den 3-6-jährigen Kindern Reihenuntersuchungen durchzuführen.

Die Ergebnisse der Untersuchungen in der „großen“ Gruppe, d.h. in der Regel der Einschulungskinder, stehen zur Verfügung.

Damit sind eine Trendbetrachtung und allgemeine Schlussfolgerungen zur Zahngesundheit der Einschüler des Jahres 2000 durchaus möglich und zulässig.

Von den Mitarbeiterinnen des Jugendzahnärztlichen Dienstes wurden von September 1999 bis Mai 2000 513 „Einschulungskinder“ in 80 Kindereinrichtungen untersucht. Der Erfassungsgrad lag bei 76 % der in den Kindertagesstätten angemeldeten Kinder des Jahrganges.

Bezogen auf die 770 Einschüler aus den Untersuchungen der Kinder- und Jugendärzte wurden allerdings nur ca. 60-65 % erfasst.

### 2.2.2 Befunde und Schlussfolgerungen

Von 513 untersuchten Kindern wiesen

189 (36,8 %) ein naturgesundes Gebiss,  
77 (15,0 %) ein saniertes Gebiss und  
247 (48,2 %) ein behandlungsbedürftiges Gebiss auf.

Bei 89 Kindern (17,3 %) wurde eine behandlungsbedürftige kieferorthopädische Anomalie festgestellt.

Beim Vergleich verschiedener Regionen unseres Kreises fällt auf, dass in Schwarzhöhe von 23 untersuchten Kindern 17 (73,9 %) behandlungsbedürftige Zähne hatten und in Großräschen dieser Anteil mit 60,5 % (37 Kinder von 61 untersuchten) ebenfalls sehr hoch war.

Vom Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) jedes zweite Kind mit einem naturgesunden Gebiss einzuschulen, ist unser Kreis sehr weit entfernt.

Auch im Vergleich zum Schuljahr 1996/97, wo 48,5 % der Einschüler ein naturgesundes Gebiss hatten, (siehe 2. Gesundheitsbericht des Gesundheitsamtes des Landkreises OSL vom April 1998) ist diese Zahl im Jahr 1999/2000 deutlich schlechter.

#### Fazit:

- **Erläuterungen und Beratungen zu einer (zahn)gesunden Ernährung müssen weiter fortgesetzt und intensiviert werden**
- **Mit einer effektiven Mundhygiene muss so zeitig wie möglich begonnen werden**
- **Die Anwendung von Fluoriden als wichtige Prophylaxemaßnahme ist fortzusetzen**
- **Das Zahnmobil muss im Kreis unbedingt weiterhin zum Einsatz kommen, in besonders (Karies) auffälligen Regionen sind die gesamten Prophylaxemaßnahmen zu intensivieren und auf den Vorschulbereich zu konzentrieren**

# 3 Soziale Lage und Gesundheit der Schulanfänger im Landkreis Oberspreewald-Lausitz

## 3.1 Die Ausgangssituation

Die Berichte zur Gesundheit der Einschüler im Land Brandenburg aus den Jahren 1994 und 1999 befassten sich ausführlich mit der Frage, ob und in welchem Maße die soziale Lage die Gesundheit beeinflusst.

Beide Berichte kommen zu der Schlussfolgerung, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien Diagnose- und Behandlungsdefizite im Vergleich zu den Kindern aus sozial besser gestellten Familien aufweisen.

Chancengleichheit und Gerechtigkeit sind für diese Kinder in Frage gestellt.

Da der soziale Status der Schulanfänger unseres Landkreises nach den gleichen Kriterien wie im Land ermittelt wurde (Anhang 4), sind die Zahlen vergleichbar.

## 3.2 Besonderheiten in unserem Kreis

Es ist bekannt, dass der Landkreis Oberspreewald-Lausitz zu den Kreisen mit der höchsten Arbeitslosigkeit im Land Brandenburg und in Deutschland gehört.

Die Zahl der Sozialhilfeempfänger und der Kinder mit laufender Hilfe zum Lebensunterhalt ist entsprechend hoch. Während im Land Brandenburg 1998 10,1 % der Kinder bis 6 Jahre laufende Hilfe zum Lebensunterhalt erhielten, waren es im Landkreis OSL 16,8 %.

Von den 770 Einschülern wurde bei 208 (27,0 %) ein niedriger Sozialstatus, bei 426 (55,3 %) ein mittlerer und bei 109 (14,2 %) ein hoher Sozialstatus ermittelt. In 27 Fällen (3,5 %) wurden Angaben zum Beruf und/oder zur Erwerbstätigkeit verweigert.

Das nachfolgende Diagramm (Abb. 1) zeigt die Sozialstruktur der Einschüler im Land Brandenburg 1998 im Vergleich zu den Einschülern des Landkreises im Jahr 2000.

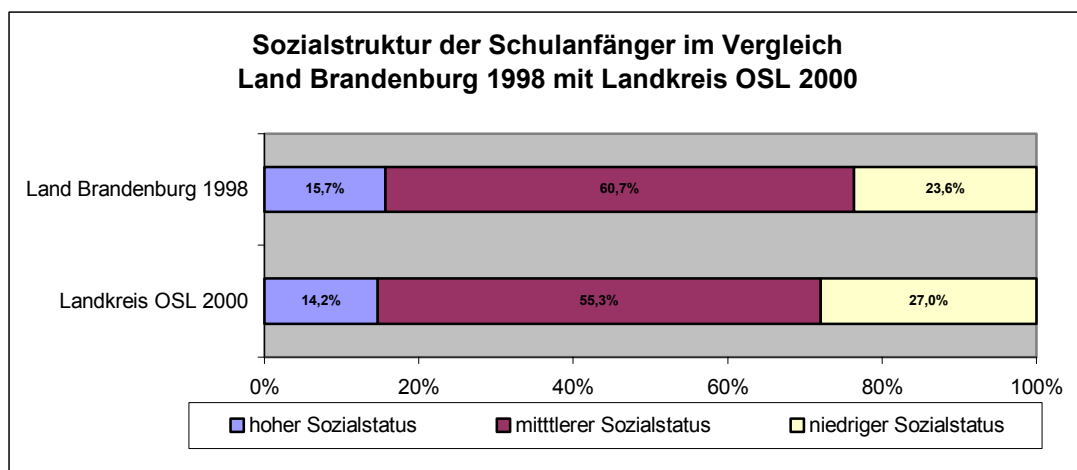


Abb. 1

Ein Vergleich innerhalb des Landkreises OSL wird im Anhang 5 dieses Berichtes dargestellt.

Auch der Vergleich der arbeitslosen Mütter der Schulanfänger fällt zu Ungunsten unseres Landkreises aus. So gaben im Land 1998 38,7 % der Mütter an, nicht erwerbstätig zu sein; im Landkreis Oberspreewald-Lausitz waren es im Jahr 2000 47,3 %.

Eine Arbeitslosigkeit des Vaters war im Landkreis bei 14,7 % der untersuchten Kinder zu verzeichnen (Land 18,1 %). Hier ist jedoch zu bemerken, dass der Anteil der alleinerziehenden Mütter (ca. 12 %) in unserem Kreis sehr hoch ist und aus diesem Grund keine Aussagen zur Erwerbstätigkeit des Vaters vorliegen.

### 3.3 Medizinisch relevante Befunde und Sozialstatus

In der Abbildung 2 sind die medizinisch relevanten (bedeutsamen) Befunde nach der Häufigkeit ihres Auftretens in der Sozialstatusgruppe dargestellt.

Die Ergebnisse sind mit den Zahlen des Landes aus dem Jahre 1998 vergleichbar.

Auch in unserem Kreis ist festzustellen, dass bei Kindern aus sozial schwächeren Familien häufiger (frühförderrelevante) Erkrankungen und Einzelbefunde festgestellt wurden als bei Kindern aus Familien mit einem höheren Sozialstatus. 77 (37,0 %) Kinder aus der niedrigen Sozialstatusgruppe wiesen frühförderrelevante Befunde auf, im Gegensatz zu 108 Kindern (25,3 %) aus der mittleren und 20 (18,3 %) aus der höheren Sozialstatusgruppe.

Die Unterschiede sind erwartungsgemäß am größten für die Diagnosen Sprachstörungen (Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen), psychomotorische Störungen sowie Einnässen und andere psychiatrische Erkrankungen.

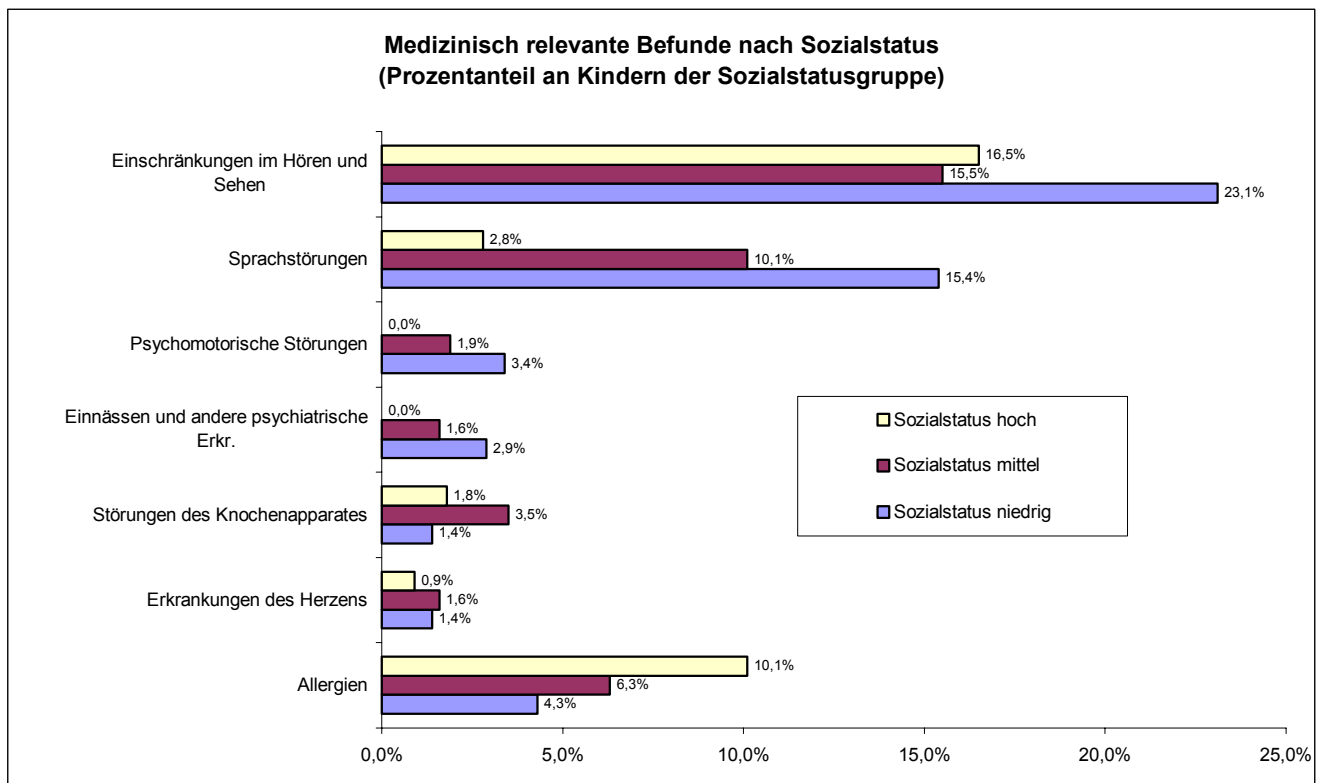


Abb. 2

Bei den organischen Leiden (dargestellt sind Herzerkrankungen und Störungen des Knochenapparates) gibt es keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Kindern in den einzelnen Sozialstatusgruppen.

Auch bei der Diagnose Übergewicht sind keine Unterschiede zwischen den Sozialstatusgruppen feststellbar. Diese Aussage steht im Gegensatz zu den Landesdaten 1998.

Bei der Diagnosegruppe Allergien sind die Kinder aus Familien mit hohem und mittleren Sozialstatus weit häufiger betroffen als die Kinder der sozial Benachteiligten.

#### Fazit:

- **Frühförderfähige Befunde werden bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien bei der Einschulungsuntersuchung doppelt so häufig festgestellt als bei Kindern, die zur Gruppe mit hohem Sozialstatus gehören**
- **Die Zahl der erstmalig erhobenen Befunde ist in dieser Gruppe ebenfalls höher**
- **Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Jugendamt und in den Sozialämtern des Landkreises sollten gemeinsam mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes darauf hinwirken, dass die angebotenen Früherkennungsuntersuchungen und Beratungsangebote besser bekannt gemacht und genutzt werden**

### 3.4 Handlungsbedarf, empfohlene Maßnahmen und Sozialstatus

#### 3.4.1 Empfehlungen zur Einschulung und Sozialstatus

Von den 57 Kindern, deren Eltern eine Rückstellung vom Schulbesuch aus medizinischer Indikation nahegelegt wurde, gehörten 20 zur sozial schwächeren, 31 zur mittleren und nur 3 zur höheren Sozialstatusgruppe.

Die Anteile der Rückstellungen an den einzelnen Gruppen liegen bei 9,6 % (niedrigerer Sozialstatus), 7,3 % (mittlerer Sozialstatus) und 2,7 % (höherer Sozialstatus).

Damit wird Kindern sozial Schwächerer 3,5mal häufiger eine Rückstellung aus medizinischer Indikation empfohlen als Kindern aus Familien mit einem hohen Sozialniveau.

#### 3.4.2 Empfehlungen zur Einberufung des Förderausschusses und Sozialstatus

Von den 19 Kindern, für die eine umfassende individuelle Förderung durch Einberufung eines Förderausschusses empfohlen wurde, stammten 12 aus sozial benachteiligten Familien und 6 wiesen einen mittleren Sozialstatus auf. Bei 1 Kind war der Sozialstatus unbekannt.

#### 3.4.3 Weiterer Handlungsbedarf und Sozialstatus

Bei den Kindern aus sozial schwächeren Familien ist häufiger eine weiterführende Behandlung und Klärung von Befunden angezeigt als bei den Kindern aus der mittleren und hohen Sozialstatusgruppe. Dieser Sachverhalt wird in der Abbildung 3 veranschaulicht.

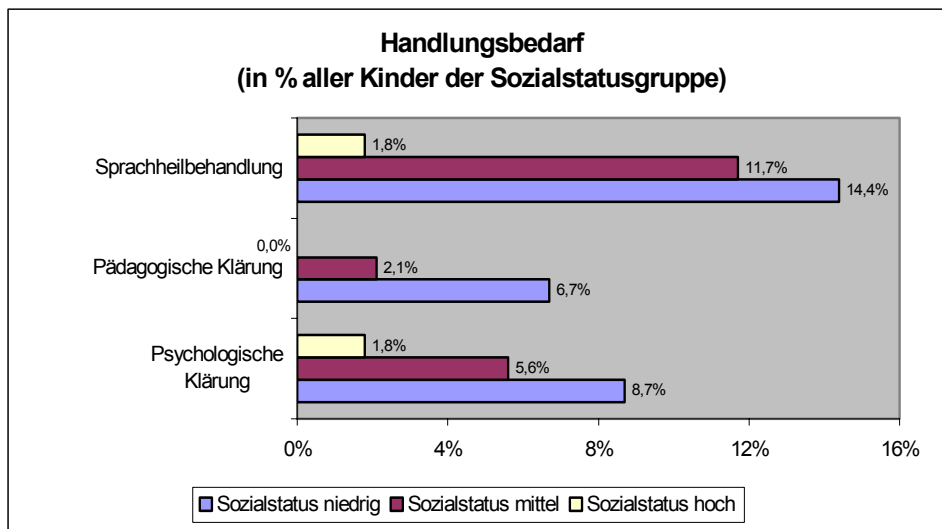


Abb. 3

Die Ergebnisse im Landkreis Oberspreewald-Lausitz sind mit den Landeszahlen aus dem Jahre 1998 vergleichbar.

Physiotherapeutische, ergotherapeutische und psychotherapeutische Behandlungen wurden nur wenigen Kindern bei der Einschulungsuntersuchung als weiterführende Maßnahme empfohlen. In allen Fällen überwiegen die Überweisungen bei den Kindern aus der niedrigen Sozialstatusgruppe.

## 4 Impfen als wichtige Prophylaxemaßnahme

### 4.1 Die Ergebnisse des Schuljahres 1996/97

Im 2. Gesundheitsbericht des Landkreises Oberspreewald-Lausitz vom April 1998 nahm das Thema Impfen einen besonderen Stellenwert ein.

Anhand des Impfstandes der Schülerinnen und Schüler der 1. Klassen des Landkreises im Schuljahr 1996/97 (Abbildung 4) wurde damals festgestellt, dass, abgesehen vom Durchimpfungsgrad gegen die Poliomyelitis (Kinderlähmung), ein unzureichender Schutz gegen Diphtherie, Tetanus (Wundstarrkrampf), Pertussis (Keuchhusten), Masern, Mumps (Ziegenpeter) und Röteln bestand.

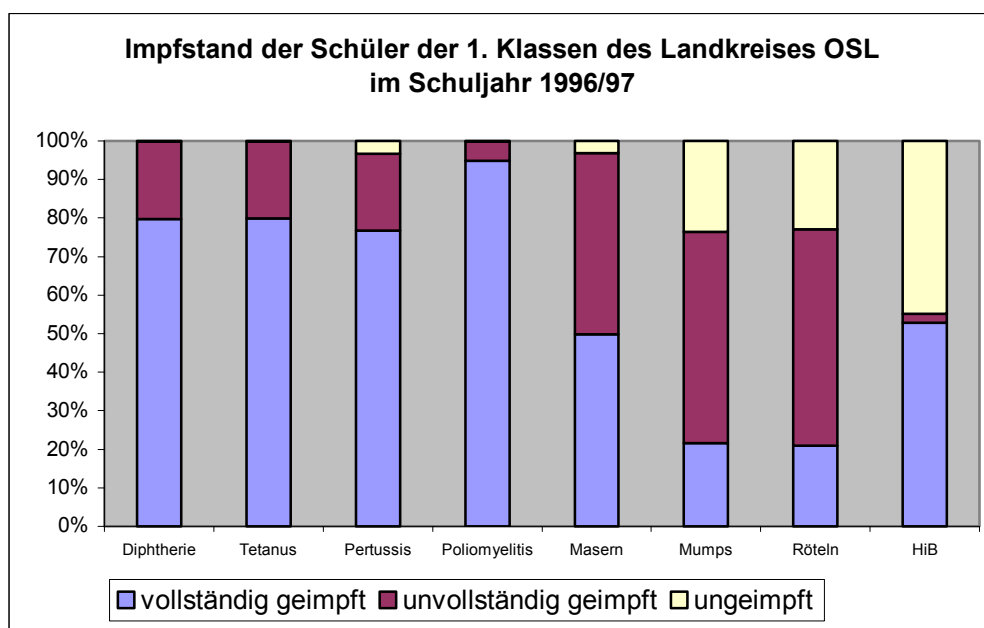


Abb. 4

Auch die Impfung gegen *Hämophilus influenzae B* (HiB), ein Bakterium, welches insbesondere im Kleinkindalter zu schweren Hirnhautentzündungen führen kann, wurde zum damaligen Zeitpunkt nur zu 50 % wahrgenommen.

Auf der im September 1998 stattgefundenen Gesundheitskonferenz des Landkreises wurde das Ziel formuliert, die Durchimpfungsraten der Kinder entscheidend zu erhöhen.

Es ist bekannt, dass nur dann, wenn 95 % aller Kinder gegen eine Krankheit geimpft sind, ein sogenannter Kollektivschutz einsetzt.

Die Einschulungsuntersuchung 2000 war eine gute Gelegenheit zu überprüfen, ob die 1998 formulierte Zielstellung im Kreis erreicht wurde.

### 4.2 Die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung 2000

Während der Einschulungsuntersuchung wird prinzipiell der Impfstand des Einschülers überprüft und es werden Hinweise zu seiner Vervollständigung gegeben.

Von 741 (96,2 %) der 770 Einschüler lagen Angaben zum Impfstatus vor.

Die Ergebnisse der Überprüfung sind in der Abbildung 5 dargestellt.

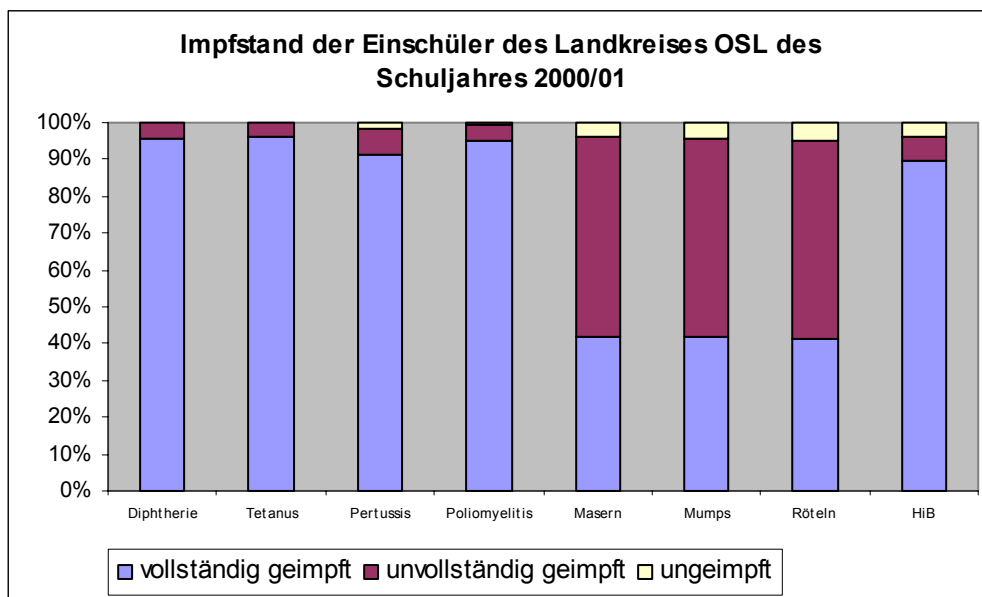


Abb. 5

Es ist zu erkennen, dass sich der Durchimpfungsgrad im Vergleich zum Schuljahr 1996/97 stark verbessert hat.

Gegen Tetanus, Diphtherie und Poliomyelitis sind mehr als 95 % der untersuchten Kinder immunisiert. Bei Pertussis (Keuchhusten) und HiB ist die Zahl der vollständig geimpften Kinder um 14,4 % bzw. 37,0 % angestiegen. In Hinblick auf immer wieder auftretende Keuchhustenerkrankungen in unserem Landkreis sollten jedoch alle Anstrengungen unternommen werden, um auch hier mehr als 95 % der Kinder vollständig zu immunisieren.

Erfreulicherweise sind im Vergleich zu 1996 auch mehr Kinder gegen Masern, Mumps und Röteln geimpft. Hier kommt es darauf an, den Anteil der Kinder mit der Zweitimpfung gegen diese Krankheiten, die ab dem 6. Lebensjahr verabreicht werden sollte, weiter zu erhöhen.

### 4.3 Durchimpfungsgrad und Sozialstatus

Im Einschulungsbericht des Landes Brandenburg 1998 wird festgestellt, dass sich soziale Unterschiede nur wenig im Durchimpfungsgrad widerspiegeln.

Aus unserem Datenmaterial der Einschulungsuntersuchungen 2000 geht allerdings hervor, dass diese Aussage für unseren Landkreis nicht getroffen werden kann.

Grundsätzlich gilt in unserem Landkreis, dass Kinder mit hohem Sozialstatus am besten geimpft sind und Kinder aus sozial schwächeren Familien die größten Impflücken aufweisen.

Die einzelnen Ergebnisse sind in der Tabelle 2 zusammengefasst.

Impfung gegen	Anteil der vollständig geimpften Kinder (in % der Soz.-statusgruppe)		
	niedriger Soz.-status	mittlerer Soz.-status	hoher Soz.-status
Tetanus	85,6	96,0	96,3
Diphtherie	85,6	95,8	96,3
Pertussis	78,4	92,7	92,7
Poliomyelitis	84,6	94,8	95,4
HiB	78,4	91,1	90,8
Mumps	35,6	40,6	47,7
Masern	36,1	40,6	47,7
Röteln	34,6	40,4	47,7

Tabelle 2

## Thesen und Schlussfolgerungen

### 1. These:

**Beeinträchtigungen und Erkrankungen der Kinder im Vorschulalter werden zu spät erkannt**

Um diesem gravierenden Mangel (insbesondere für die Frühförderung bei Sprachstörungen, aber auch zur Behandlung psychomotorischer und geistiger Entwicklungsstörungen) abzuwehren, sollen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes

- jährliche Früherkennungsuntersuchungen für Kinder ab 3 Jahre in allen Kindertagesstätten des Landkreises durchführen. Kinder, die keine Kindertagesstätte besuchen, sollen die Möglichkeit erhalten, ebenfalls an diesen Untersuchungen teilzunehmen.
- dazu beitragen, die Erzieher/innen in den Kindertagesstätten zu beraten und zu qualifizieren, damit Sprach- und Entwicklungsauffälligkeiten von ihnen besser erkannt werden.
- die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, Logopäden, Psychologen, Physio- und Ergotherapeuten sowie anderen medizinischen Fachgruppen verbessern.

### 2. These:

**Die gute Arbeit der Frühförder- und Beratungsstelle am Gesundheitsamt des Landkreises Oberspreewald-Lausitz muss fortgesetzt werden**

### 3. These:

**Soziale Benachteiligung geht mit gesundheitlicher Benachteiligung einher**

Da Kinder auf die Lebensverhältnisse keinen Einfluss haben, ist die gesellschaftliche Verantwortung zur Verminderung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit hier besonders groß. Notwendig sind dazu

- gesamtgesellschaftliche Strategien zur Bewältigung der zugrundeliegenden sozialen Problematik, wie z.B. Bekämpfung von Arbeitslosigkeit und Armut und
- spezifische Beiträge des Gesundheitssektors, um die gesundheitlichen Folgen sozialer Ungleichheit zu verringern;
- eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Sozialämtern, dem Jugendamt und dem Gesundheitsamt des Landkreises;
- die Aus- und Fortbildung der medizinischen, pädagogischen und psychosozialen Fachkräfte auf diesem Gebiet durchzuführen und zu verbessern.

### 4. These:

**Die Kompetenz des Gesundheitsamtes zur Prophylaxe und Gesundheitsförderung muss weiter ausgebaut werden**

Das Beratungsangebot des Gesundheitsamtes zu Fragen

- der gesunden Ernährung (in Hinblick auf die vielen übergewichtigen Kinder in unserem Landkreis);
- der Zahngesundheit (allgemein und in Schwerpunktregionen);
- des Impfschutzes sowie
- zu psychologischen Themen







muss weiter intensiviert werden. Die Öffentlichkeitsarbeit muss verbessert werden.

Dazu ist eine ausreichende Anzahl gut qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitsamt des Landkreises erforderlich.

### 5. These:

**Die Gesundheitsberichterstattung ist und bleibt unverzichtbarer Bestandteil für weitere Gesundheitsplanungen**

## Anhang 1: Termine und Untersuchungsinhalte der kassenärztlich finanzierten Vorsorgeuntersuchungen U 7 – U 9

Lebensalter	18. Mon.	21. Mon.	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr	8. Jahr
Vorsorgeuntersuchungen									
									

### U 7 : 21.-24. Lebensmonat des Kindes

Geprüft wird neben der körperlichen auch die geistige Entwicklung, d.h. ob das Kind altersgemäß sprechen kann und einfache Aufforderungen befolgt.  
 Kann es eine Schnur durch ein Loch stecken?  
 Wie arbeiten seine beiden Händchen zusammen?  
 Kann das Kind rückwärts laufen?  
 Kann das Kind in die Hocke gehen, ohne sich dabei festzuhalten?  
 Wie geht es die Treppe hinauf?  
 Wie verhält es sich im alltäglichen Leben?

### U 8 : 43.-48. Lebensmonat des Kindes

Geprüft werden vor allem das Hören und Sehen (Augenkoordination) und die körperliche Geschicklichkeit.

### U 9 : 60.-64. Lebensmonat des Kindes

Geprüft wird insbesondere, ob Störungen des Zentralnervensystems und der Sinnesorgane wie Sprache, Hören, Sehen (Sehschwäche links/rechts, Prüfung des räumlichen Sehens) sowie des Bewegungsablaufes und des Skelettsystems vorliegen.



### **Anhang 3: Medizinisch relevante Befunde – Auszug aus den funktionsdiagnostischen Tabellen**

#### **Einschränkungen im Sehen und Hören** (Funktionsgruppe 1, 2 und 3)

- Kurz- und Weitsichtigkeit (Refraktionsanomalien)
- Schielen
- Einschränkung im räumlichen Sehen
- ein- oder beidseitige Hörstörungen
- (chronische) Mittelohrentzündungen

#### **Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen** (Funktionsgruppe 2 und 3)

- Rückstand der Entwicklung im Sprachverstehen und aktiven Sprechen (Wortschatz, Satzverständnis, Grammatik)
- Stammeln (Laute fehlen oder werden durch andere ersetzt)
- Stottern
- organische Störungen des Sprechapparates (Kehlkopf, Stimmbänder)

#### **Psychomotorische Störungen, Wahrnehmungsstörungen, Teilleistungsschwäche** (Funktionsgruppe 2 und 3)

- Rückstand in der psychomotorischen Entwicklung (Ungeschicklichkeit beim Stehen und Hüpfen auf einem Bein, Gehen auf einer Linie, Unfähigkeit zum Knöpfen)
- hyperkinetisches Syndrom (Bewegungsunruhe, verbunden mit leichter Ablenkbarkeit, fehlende Ausdauer, leichte Erregbarkeit)

#### **Einnässen, Einkoten und andere psychiatrische Erkrankungen** (Funktionsgruppe 1, 2 und 3)

#### **Störungen des Knochenapparates** (Funktionsgruppe 2 und 3)

- Haltungsanomalien
- X- und O-Beine, Hohlknie
- Skoliose der Wirbelsäule (dauerhafte seitliche Verkrümmung)
- Hüftdysplasie, -luxation, Coxa valga (Fehlbildungen der Hüfte, Veränderungen an der Hüftpfanne)
- Fußfehler (Knick-, Senk-, Spreizfuß)

#### **Allergien** (Funktionsgruppe 1, 2 und 3)

- Neurodermitis
- Asthma bronchiale
- allergischer Schnupfen
- Arznei-, Nahrungsmittel- und Insektenstichallergien

#### **Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung** (Funktionsgruppe 2 und 3)

- Verständnisprobleme beim Kontakt mit den Untersuchern
- Probleme beim Erfassen von Situationen und Mengen

**Anhang 4: Ermittlung des Sozialstatus (nach den im Land Brandenburg festgelegten Kriterien)**

Für die Bestimmung des Sozialstatus (Sozialindex) wurde vorausgesetzt, dass jeweils mindestens eine Angabe zur Schulbildung und Erwerbstätigkeit von Vater oder Mutter in den Daten vorhanden war.

Wie Schulbildung und Erwerbsstatus für die Bildung des Sozialstatus verarbeitet wurden, geht aus der Tabelle 3 hervor.

<b>Vorgehensweise zur Ermittlung des Sozialstatus</b>		Punkte je Elternteil
Schulbildung	• niedrige Schulbildung (fehlender Schulabschluss oder <u>weniger</u> als 10 Klassen)	1
	• mittlere Schulbildung (Abschluss 10 Klassen)	2
	• hohe Schulbildung (mehr als 10 Klassen)	3
Erwerbstätigkeit	• nicht erwerbstätig	1
	• voll erwerbstätig (Voll- oder Teilzeit)	2

Tabelle 3

Bei fehlender Angabe bei einem Elternteil wurde die des anderen Elternteiles doppelt gewichtet, analog bei Alleinerziehenden.

Nach diesem Vorgehen ist die kleinste mögliche Summe 4, d.h. beide Eltern haben die niedrigste Schulbildung und sind erwerbslos.

Die größte mögliche Summe ist 10. In diesem Fall sind beide Eltern erwerbstätig und haben mehr als 10 Klassen absolviert.

Die einzelnen Sozialstatusgruppen werden folgendermaßen gebildet:

- niedriger Sozialstatus            4 – 6 Punkte
- mittlerer Sozialstatus            7 – 8 Punkte
- hoher Sozialstatus                9 – 10 Punkte

Die Ermittlung von Sozialdaten und ihre Einbeziehung in die Gesundheitsberichterstattung ist eine bundesdeutsche Forderung, die im Land Brandenburg seit Jahren erfüllt wird.

Es geht hierbei nicht darum, Eltern zu diskriminieren bzw. zu diskreditieren, sondern um eine Verbesserung der Planung und Durchführung von Hilfeangeboten.

## Anhang 6: Quellenverzeichnis

1. Zur Gesundheit der Schulanfänger im Land Brandenburg. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung Nr. 6, MASGF des Landes Brandenburg  
1. Auflage Mai 1997
2. Einschüler in Brandenburg: Soziale Lage und Gesundheit 1999, MASGF des Landes Brandenburg  
1. Auflage Dezember 1999
3. 2. Gesundheitsbericht des Gesundheitsamtes des Landkreises Oberspreewald-Lausitz  
April 1998
4. Erkenntnisse über Gesundheit und soziale Situation von Schulkindern, dargestellt an der standardisierten Einschulungsuntersuchung nach dem SOPHIA-Programm in der Autostadt Wolfsburg. Gesundheitsbericht herausgegeben vom Gesundheitsamt der Stadt Wolfsburg 1997
5. Weßling, A: Die Schuleingangsuntersuchung: Perspektiven für eine Gesundheitsberichterstattung zur Gesundheitsförderung in Schule und Gemeinde  
Gesundheitswesen 2000; 62: 383-390 Georg Thieme Verlag Stuttgart-New York
6. Gesetz über Schulen im Land Brandenburg (Brandenburgisches Schulgesetz – BbgSchG) vom 12. April 1996 (GVBl. Teil I Nr. 9/96)
7. Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz – BbgGDG) vom 3. Juni 1994 (GVBl. S. 178)
8. Verordnung über die Aufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes der Gesundheitsämter nach § 8 Abs. 2 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes (Kinder- und Jugendgesundheitsdienstverordnung – KJGDV) vom 25. Februar 1997 (GVBl. S 96)
9. Aufgaben der Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter der Landkreise und kreisfreien Städte. Rundschreiben des MASGF 43-5901.3.1 vom 15. März 1998 (Amtsblatt für Brandenburg Nr. 13/98)
10. Richtlinie des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen für eine kommunale Gesundheitsberichterstattung vom 19. März 1999 (Amtsblatt für Brandenburg Nr. 17/99)
11. Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik
12. Broschüre: Unsere Kinder. Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
13. Impfpfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut, Stand: Januar 2000