

LGA

**EINSCHÜLER IN BRANDENBURG:
SOZIALE LAGE UND GESUNDHEIT
1999**



Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Brandenburgischen Landesregierung herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bundes-, Landtags- und Kommunalwahlen sowie für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht so verwendet werden, dass es als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer einzelnen Mitglieder zu verwenden.

Impressum

ISSN 1433-3872

Herausgeber:
Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg
Öffentlichkeitsarbeit
Heinrich-Mann-Allee 103
14473 Potsdam

Redaktion:
Landesgesundheitsamt Brandenburg
im Landesamt für Soziales und Versorgung
15838 Wünsdorf, Wünsdorfer Platz 3

Druck:
druckpunkt Birkenwerder GmbH, Birkenwerder

1. Aufl. 1999, 2. Aufl. 2000, 3. Aufl. 2004 mit Ergänzung zu Kap. 3.4 im Anhang
gedruckt auf umweltfreundlichem Papier,
Nachdruck mit Quellenangabe erwünscht, Belegexemplar erbeten

Inhaltsverzeichnis

1	Soziale Rahmenbedingungen der Gesundheit von Kindern im Land Brandenburg	5
1.1	Soziale Wendefolge: Geburtenrückgang in Brandenburg	6
1.2	Zur Entwicklung der sozialen Lage von Kindern	8
1.3	Sozialstatus bei Brandenburger Einschülern	10
2	Soziale Lage und Gesundheit der Schulanfänger im Überblick	12
2.1	Medizinisch relevante Befunde	13
2.2	Kinder mit Behinderungen	15
3	Im Brennpunkt	17
3.1	Infektionsschutz - Impfen	17
3.2	Zahn- und Mundgesundheit	22
3.3	Kinderunfälle	26
3.4	Übergewicht	32
3.5	Allergien	36
3.6	Sprachstörungen	43
4	Früherkennung, Frühförderung, Hilfeplanung	45
4.1	Krankheiten rechtzeitig erkennen	45
4.2	Befunde mit Relevanz für die Frühförderung	47
4.3	Hilfen für den schulischen Einstieg: Empfehlung für den Förderausschuss und Zurückstellungen	48
4.4	Individueller Förderbedarf	51
5	Unterschiedliche Startchancen: Wer viele Geschwister hat	54
6	Gesundheitspolitisches Fazit	58
7	Anhang	59
7.1	Sozialstatus der Einschüler	59
7.2	Erläuterung zu einzelnen Diagnosen	61
7.3	Zur Datenqualität der medizinischen Befunde	63
7.4	Literatur	64
7.5	Adressen der Gesundheitsämter	66



1 Soziale Rahmenbedingungen der Gesundheit von Kindern im Land Brandenburg

Vor hundert Jahren war der Einfluss von sozialen Verhältnissen auf die Kindergesundheit unmittelbar sichtbar. Kinder aus sozial benachteiligten gesellschaftlichen Gruppen - vereinfacht gesagt die Kinder armer Leute - litten u.a. häufiger unter Fehl- und Unterernährung, Tuberkulose und Rachitis. Auch wenn die Auswirkungen sozialer Benachteiligung heute nicht mehr so augenfällig sind, ist die Frage nach den Unterschieden im Gesundheitszustand von Kindern nach wie vor wichtig.

Gesundheitliche Unterschiede, die mit dem Sozialstatus zusammenhängen, stellen Herausforderungen für die Gesundheitspolitik dar. Hierbei geht es um Fragen der Gerechtigkeit, Fairness und Chancengleichheit. Dies gilt besonders für Kinder, da diese ihren Status nicht selbst beeinflussen können. Daher empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO-Regionalbüro für Europa 1991) die Auswertung von gesundheitlichen Daten unter dem Aspekt der sozialen Unterschiedlichkeit. Solche Auswertungen erlauben ein Urteil darüber, inwieweit Chancengleichheit im Gesundheitsbereich besteht und erleichtern die Identifizierung von Schwerpunkten für die Prävention.

Über den Zusammenhang zwischen sozialen Verhältnissen und Gesundheit gibt es eine jahrzehntelange, gesicherte wissenschaftliche Forschung - Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen sind häufiger krank und die Lebenserwartung ist niedriger. Dies gilt für Erwachsene ebenso wie für Kinder.

In der Abbildung 1 sind ungünstige soziale Rahmenbedingungen benannt, die

negative Folgen für die Gesundheit haben können.

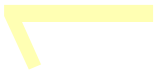
Die Brandenburgische Landesregierung hat 1997 das Aktionsprogramm „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ vorgelegt (MASGF 1997a). Damit wird das Ziel, sozial bedingte Gesundheitsrisiken von Kindern und Jugendlichen durch Gegenmaßnahmen zu verringern, auf landespolitischer Ebene aufgegriffen.

Um sozialkompensatorische Präventionsmaßnahmen planen und Hilfesysteme auf die relevanten Zielgruppen ausrichten zu können, braucht das Land im Einzelnen gesicherte Erkenntnisse,

- in welchen gesundheitlichen Bereichen und
- in welchem Ausmaß

Unterschiede in der Gesundheit mit sozialen Unterschieden zusammenhängen.

Die landesweit durchgeführten Einschulungsuntersuchungen können zur Beantwortung der Fragen beitragen. Der vorliegende Report stellt in diesem Zusammenhang Daten für eine wichtige Zielgruppe des Aktionsprogramms zur Verfügung, nämlich die etwa 6-jährigen Kinder.



Soziale Rahmenbedingungen

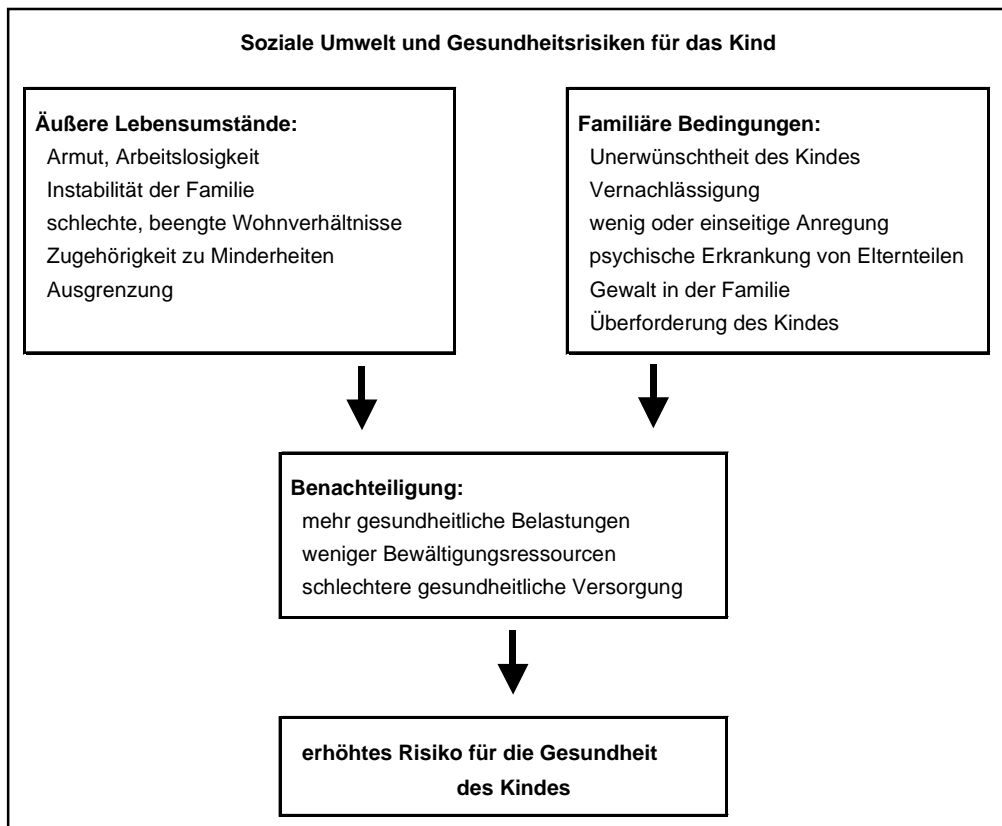


Abbildung 1

1.1 Soziale Wendefolge: Geburtenrückgang in Brandenburg

Bereits vor der Wende war die Geburtenzahl im heutigen Brandenburg gesunken. Eine drastische Verringerung setzte aber nach 1990 ein. Dementsprechend haben sich auch die Zahlen der eingeschulden Kinder verringert. Seit 1994 steigt die Geburtenziffer wieder an. Wie sich die Zahl der Einschüler im Land Brandenburg in den vergangenen Jahren entwickelt hat und wie die Perspektive bis 2004

aussieht, ist in Abbildung 2 dargestellt. Es ist abzusehen, dass der niedrigste Stand um die Jahrtausendwende erreicht wird und danach ein leichter Anstieg zu erwarten ist. Auf absehbare Zeit werden sich aber die Verhältnisse der 80er Jahre nicht wieder einstellen. Der Geburtenrückgang und damit die verringerten Einschülerzahlen sind im Land regional ungleich verteilt. Die Ber-

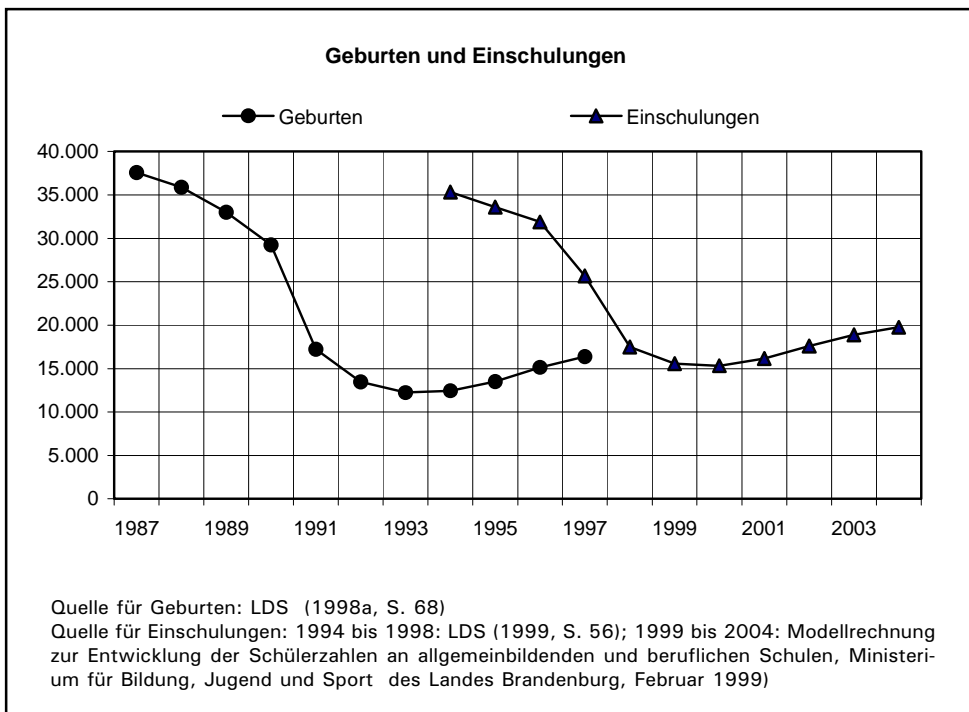
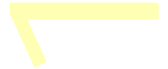
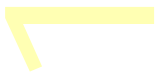


Abbildung 2

lin fernerer Regionen (der „Äußere Entwicklungsraum“ Brandenburgs) sind davon stärker betroffen und dementsprechend zeigen sich auch die Auswirkungen regional ungleich verteilt. Weil es im Äußeren Entwicklungsraum zunehmend weniger Kinder gibt, verringert sich die Dichte an Kindertagesstätten, Horten und Schulen. Für die Mütter, d.h. die „Gesundheitsmanager“ der Familien, steigen die Anforderungen und verrin-

gern sich die entlastenden Ressourcen. Denn die öffentlichen Einrichtungen in den ländlichen Regionen sind weniger wohnortnah. Andere Mütter wohnen seltener in der direkten Umgebung, so dass z.B. auch der Kontakt mit anderen Müttern schwerer zu pflegen ist. Hinzu kommt, dass berufstätige Mütter im Äußeren Entwicklungsraum weitere Wege zur Arbeitsstelle haben.



Soziale Rahmenbedingungen

1.2 Zur Entwicklung der sozialen Lage von Kindern

Unter den Familien von Einschülern findet sich eine vergleichsweise besonders große Gruppe, die von sozialer Benachteiligung betroffen ist. Die Zahl der sozialhilfeabhängigen Kinder nimmt seit Jahren zu.

Die wirtschaftlichen Verhältnisse und die Einkommenssituation der Brandenburger Haushalte haben sich insgesamt in den 90er Jahren verbessert. An dieser günstigen Entwicklung sind aber nicht alle gesellschaftlichen Gruppen gleichermaßen beteiligt. Wie in den anderen neuen und auch in den alten Bundesländern finden sich unter den Betroffenen von Einkommensarmut besonders Familien mit drei und mehr Kindern, Familien von Arbeitslosen, Alleinerziehende und Ausiedlerfamilien (MASGF 1998, S. 13).

die Kinder haben, sind die wirtschaftlichen Verhältnisse von Alleinerziehenden ungünstiger. Nach Trennung und Scheidung und dem damit verbundenen Wandel des Familienlebens treten gravierende Folgen für die wirtschaftliche Situation der Haushalte und damit auch für die Lebenssituation von Kindern ein. Neben materiellen Schwierigkeiten unterliegen alleinerziehende Eltern oft vielfältigen, sie überfordernden sozialen Belastungen, sei es z.B. (drohende) Arbeitslosigkeit, seien es Probleme bei der organisatorischen

Tabelle 1

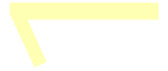
Arbeitslosenquote und Kinder mit Sozialhilfe in Brandenburg (Angaben in %)					
	1994	1995	1996	1997	1998
Arbeitslosenquote	13,8	15,1	17,0	20,2	17,7
Kinder mit Sozialhilfe*	5,6	6,7	7,2	9,3	10,1
*Anteil von Kindern (bis 6 J.) mit laufender Hilfe zum Lebensunterhalt an der Altersgruppe; Quelle LDS					

Vor diesem Hintergrund ist es nicht überraschend, dass die Zahl der minderjährigen Sozialhilfeempfänger (Hilfe zum laufenden Lebensunterhalt) überproportional angestiegen ist. Hierbei sind Kinder unter sieben Jahren am stärksten betroffen. Am Jahresende 1998 bezogen von 1.000 Einwohnern des Landes Brandenburg 23 Sozialhilfe, bei den unter Siebenjährigen kamen dagegen 101 Sozialhilfeempfänger auf 1.000 Personen, d.h. fast fünfmal so viel.

Minderjährige Sozialhilfeempfänger leben häufiger in Haushalten von Alleinerziehenden. Im Vergleich mit Verheirateten,

und finanziellen Bewältigung der Kindertagesbetreuung, was sich auf die Lebenssituation von Kindern ebenfalls belastend auswirkt.

Viele Kinder leben in Familien, in denen ein oder beide Elternteile arbeitslos sind. Arbeitslosigkeit gilt als ein psychosozialer Stressor, von dem die ganze Familie betroffen ist. Besonders unter länger andauernder Arbeitslosigkeit leiden auch die Kinder. In diesen Familien finden sich wesentlich häufiger gesundheitlich ungünstige Konstellationen in folgenden Dimensionen (Statistisches Bundesamt 1998):



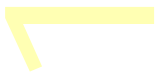
- Gesundheitsverhalten: starkes Rauchen, hoher Alkoholkonsum
- Gesundheitliche Beschwerden: depressive Verstimmungen, Unzufriedenheit mit der aktuellen Lebenssituation, Ängstlichkeit, Hoffnungslosigkeit, soziale Isolation, psychosomatische Erkrankungen
- Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen: geringere Nutzung von Früherkennungsuntersuchungen für Kinder.

Kinder sind als „Opfer-durch-Nähe“ von der Arbeitslosigkeit der Eltern betroffen. Negative gesundheitliche Folgen zeigen sich eventuell erst Jahre später. Kinder von Eltern, die in der Weltwirtschaftskrise arbeitslos waren, hatten trotz späterer eigener beruflicher Erfolge das Gefühl, Opfer zu sein sowie eine erhöhte Verletzlichkeit durch Stress (Statistisches Bundesamt 1998).

Kinder spüren Armut

Kinder bilden, indem sie sich untereinander vergleichen, spontan einen relativen Armutsbegriff. Schon im Kindergartenalter ordnen sie sich im Vergleich selbst ein: nach der Kleidung, der Menge und Aktualität von Spielsachen, der Ausstattung der Kinderzimmer, den Urlaubsreisen. Sechsjährige wissen dann schon genau, wer „wer“ ist: Das arme Kind hat wahrscheinlich eher keinen Game-Boy, keine Inline-Skater, keine neue Markenkleidung und kein Kinderzimmer für sich allein.

Manches ist sicher Luxus und hat mit einer gesunden kindlichen Entwicklung nichts zu tun. Für die Wohnverhältnisse gilt dies aber beispielsweise nicht, wenn z.B. für die Schularbeiten kein Raum da ist, wo das Kind in Ruhe und konzentriert arbeiten kann.



Soziale Rahmenbedingungen

1.3 Sozialstatus bei Brandenburger Einschülern

Sozial benachteiligte Familien sind unter den Einschülern 1998 stärker vertreten als noch 1994. Diese Entwicklung hängt damit zusammen, dass mehr Elternteile erwerbslos sind.

In diesem Report werden die Schuleingangsuntersuchungen nach dem Sozialstatus ausgewertet. Ein Indikator für den Sozialstatus wurde aus der Schulbildung und der Erwerbstätigkeit der Eltern abgeleitet.

eher ungünstigen sozialen Rahmenbedingungen leben und von daher als sozial benachteiligt bezeichnet werden können, ist von 1994 nach 1998 gestiegen (1994: 19,3%; 1998: 23,6%), die mittlere Gruppe ist kleiner geworden und der Anteil von Einschülern mit hohem Sozialstatus ist etwa gleich geblieben (vgl. Abbildung 3; wegen Umstellungen in der Datenverarbeitung lagen für das Jahr 1996 keine Daten zur landesweiten Auswertung vor).

Die soziale Schere öffnet sich

Nähere Angaben zum Sozialstatus finden sich im Anhang.

Der Anteil der Einschüler mit niedrigem Sozialstatus, also Einschüler, die unter

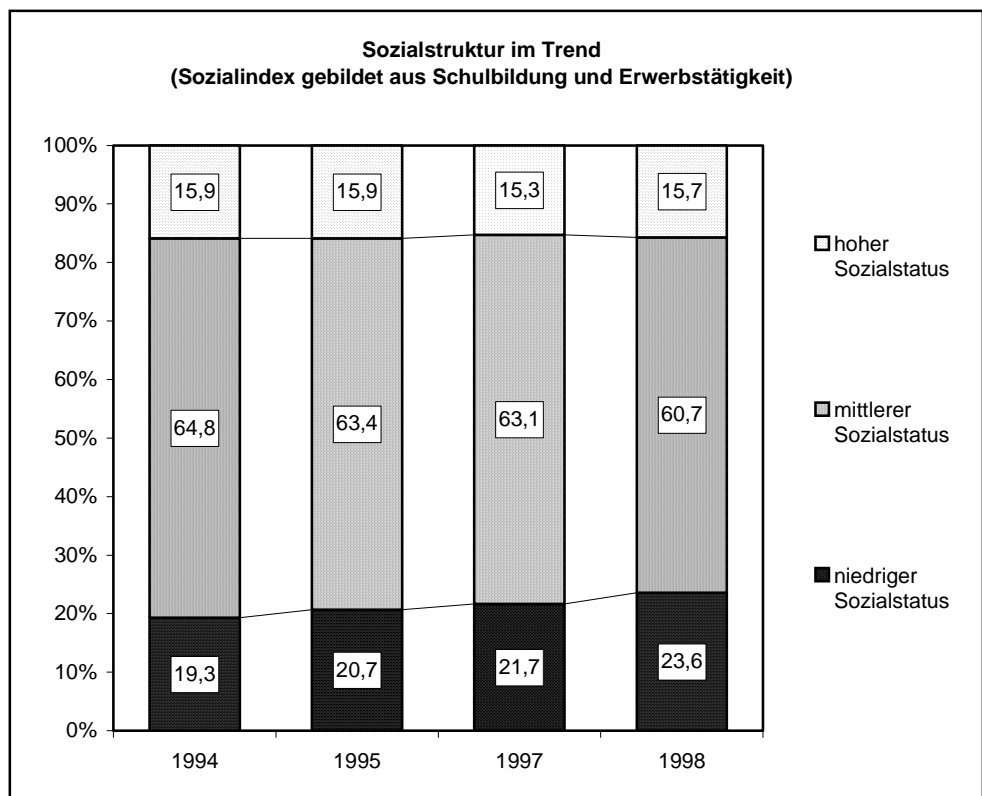
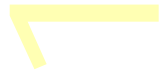


Abbildung 3

Soziale Rahmenbedingungen



Dass die Gruppe mit niedrigem Sozialstatus größer geworden ist, liegt in der gestiegenen Erwerbslosigkeit beider Elternteile begründet. Der Anteil nicht-erwerbstätiger Väter stieg zwischen 1994 und 1998 von 9% auf 18%, bei den Müttern von 32% auf 40% (vgl. Abbil-

dung 4). Demgegenüber gibt es in der Verteilung der Bildungsabschlüsse, der zweiten Variable bei der Erstellung des Sozialstatus, eine leichte Verschiebung hin zu einem durchschnittlich höheren Schulabschluss.

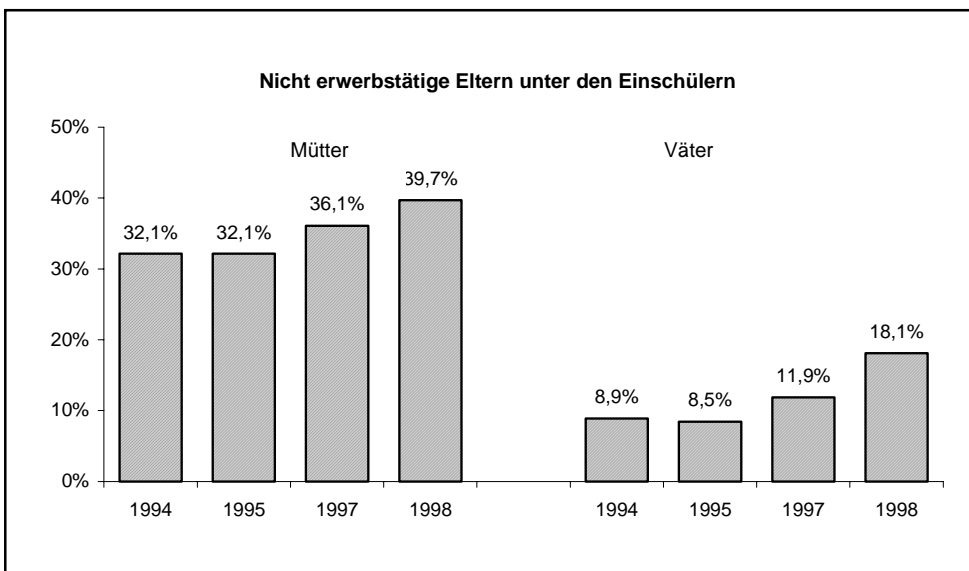


Abbildung 4

2 Soziale Lage und Gesundheit der Schulanfänger im Überblick

Schulanfänger aus sozial benachteiligten Familien sind weniger gesund. Dies zeigt sich fast durchgehend sowohl bei den häufigen Diagnosen (z.B. Sprachstörungen) wie auch bei selteneren Erkrankungen (z.B. zerebrale Bewegungsstörungen).

Vor der Einschulung werden alle Kinder vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) ärztlich untersucht und die Ergebnisse mit Hilfe der sogenannten „Funktionsdiagnostischen Tabellen für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg“ dokumentiert. Die Gesundheitsämter übermitteln einen Teil der Untersuchungsergebnisse aller Kinder anonymisiert an das Landesgesundheitsamt. Für die Auswertungen standen 1994 noch die Daten von mehr als 32.000 Kindern zur Verfügung, 1998 waren es wegen der Auswirkungen des Geburtenrückgangs nur 18.502 Kinder.

Das durchschnittliche Alter der untersuchten Kinder liegt über die Jahre jeweils bei etwa 6 Jahren und 3 Monaten. Ebenfalls gleichbleibend ist das Geschlechterverhältnis: etwa 52% Knaben gegenüber 48% Mädchen.

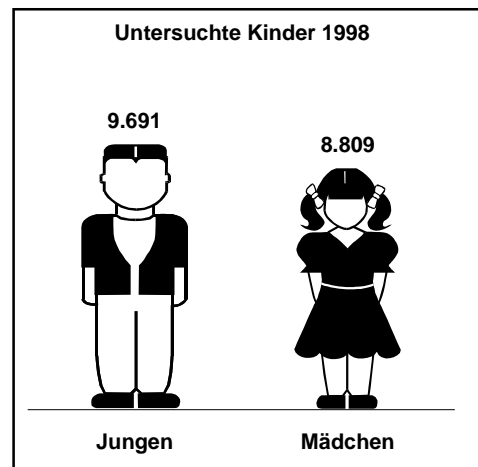


Abbildung 5



2.1 Medizinisch relevante Befunde

Befunde, die ernstere Beeinträchtigungen für die Kinder bedeuten und bei denen ein medizinischer Handlungsbedarf besteht, werden als medizinisch relevante Befunde bezeichnet. Hierunter werden Erkrankungen, schwerwiegendere körperliche und seelische Störungen sowie

Entwicklungsverzögerungen und Behinderungen gefasst (vgl. Erläuterungen im Anhang).

Mit Ausnahme der Neurodermitis (der vergleichsweise häufigsten allergischen Erkrankung) zeigt sich für alle Diagno-

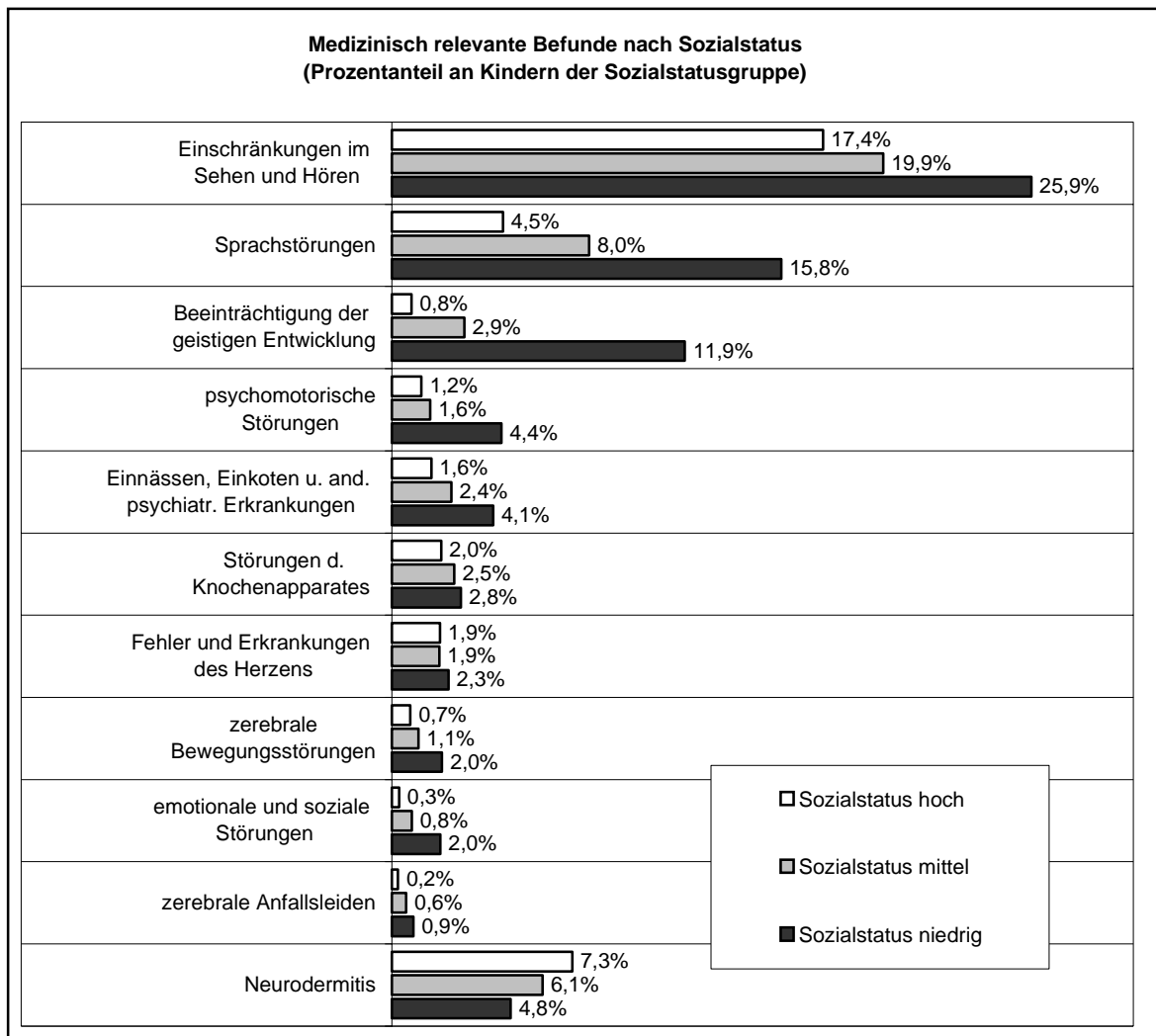


Abbildung 6

Die Mitgliedsstaaten der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedeten 1980 die Strategie „Gesundheit für alle“. Das Ziel liegt in einer Verringerung der Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den Ländern und zwischen den Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder bis zum Jahr 2000 (WHO-Regionalbüro Europa 1991). Für die Brandenburger Einschüler muss man feststellen, dass das Ziel nicht erreicht wird. Zwischen den Bevölkerungsgruppen (hier: hoher versus niedriger Sozialstatus) gibt es eine unverändert große gesundheitliche Kluft.

sen dasselbe Muster - die Ärzte des KJGD stellten bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien mehr Beeinträchtigungen fest. Die Unterschiede sind erwartungsgemäß am größten für die Diagnosen Sprachstörungen, Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung, psychomotorische Störungen und Einässen/Einkoten und andere psychiatrische Erkrankungen. Bei den primär organmedizinischen Diagnosen (Störungen des Knochenapparates und Fehler und Erkrankungen des Herzens) gibt es keinen deutlichen Unterschied zwischen den sozialen Gruppen. Keine Erklärung haben wir für die deutlichen Unterschiede in der Befundgruppe Sehen und Hören.

An dieser Stelle sei auch auf Geschlechtsunterschiede hingewiesen.

Sprachstörungen, psychomotorische Störungen, zerebrale Bewegungsstörungen und psychische Störungen wurden bei Jungen etwa doppelt so oft diagnostiziert wie bei Mädchen. Dieses Phänomen ist nicht spezifisch für Brandenburg und wird bei Kindern in diesem Alter regelmäßig registriert.

Der Überblick zur Gesundheit der Einschüler im Zusammenhang mit der sozialen Lage ergibt insgesamt ein unbefriedigendes Bild. Bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien werden mehr medizinisch relevante Diagnosen festgestellt als bei den Kindern aus guter sozialer Lage. Hinsichtlich des künftigen Schulerfolges müssen wir vermuten, dass diese Kinder mit einem Handicap starten und damit benachteiligt sind.

Vergleich zu den Diagnosen in den Vorjahren

Im Vergleich zu den Ergebnissen in unserem Report über die Einschüler 1994 (MASGF 1997b) finden sich für nahezu alle Diagnosen Steigerungen. Allerdings sind die Daten zwischen 1994 und 1998 nicht direkt miteinander vergleichbar. Da das Dokumentationssystem und die -praxis für die Einschulungsuntersuchungen inzwischen verbessert wurden, müssen wir annehmen, dass die Gesundheit der Einschüler weitgehend unverändert geblieben ist, in den Untersuchungen aber (richtigerweise) mehr Befunde festgehalten werden (vgl. Ausführungen im Anhang).

In unseren Auswertungen haben wir ebenfalls für die Jahre 1994 bis 1998 den Zusammenhang zwischen Befunden und sozialer Lage verfolgt. Über die Jahre bleibt der Sachverhalt gleich: Einschüler aus sozial benachteiligten Familien weisen deutlich häufiger medizinisch relevante Befunde auf.

2.2 Kinder mit Behinderungen

Kinder aus sozial benachteiligten Familien sind 10-mal häufiger von Behinderung bedroht.

In der amtlichen Statistik wird ein Kind als schwerbehindert gezählt, wenn ein Grad der Behinderung von 50 und mehr von den Ämtern für Soziales und Versorgung zuerkannt wurde. Nach Angaben des Statistischen Landesamtes Brandenburg ist die Rate schwerbehinderter Kinder im Alter von 4 bis 6 Jahren von 7,9 im Jahr 1993 auf 11,0 im Jahr 1997 angestiegen (LDS 1998a, vgl. Abbildung 7).

Der Anstieg in der Rate schwerbehinderter Kinder hängt wahrscheinlich damit zusammen, dass die Eltern inzwischen besser informiert sind, von den

zuständigen Stellen über ihre Rechte aufgeklärt werden und dann das entsprechende Antragsverfahren auf sich nehmen, um die Rechte, die mit dem formalen Behindertenstatus zusammenhängen, in Anspruch nehmen zu können.

Für den präventionsorientierten Öffentlichen Gesundheitsdienst reicht die Feststellung von Behinderungen nicht aus. Seit 1997 wird in den Reihenuntersuchungen auch festgehalten, wenn ein Kind von Behinderung bedroht ist. Die Ärzte des KJGD veranlassen in diesen Fällen Überweisungen zur weiteren Diagnostik und Behandlung, um nach Mög-

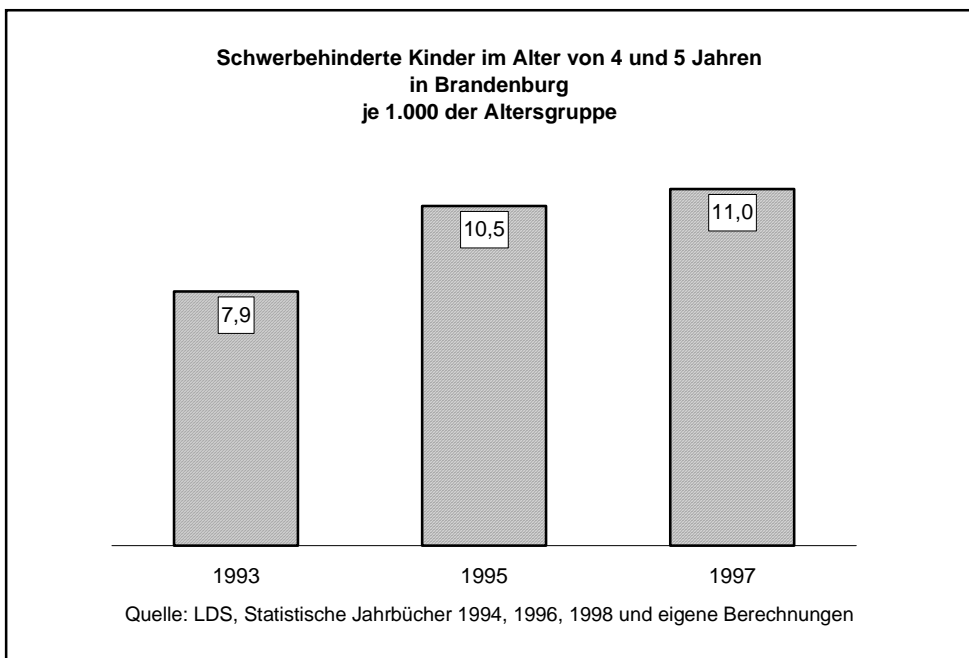


Abbildung 7

lichkeit die Gefahr einer Behinderung abzuwenden. Die Auswertung der Einschulungsuntersuchungen ergab, dass 1998 insgesamt 695 Kinder, das sind 3,8% der Einschüler, von Behinderung bedroht waren. Bei 514 dieser Kinder

lagen Angaben zum Sozialstatus vor. Danach sind Kinder aus sozial benachteiligten Familien 10-mal (!) häufiger von Behinderung bedroht als Kinder aus Familien mit hohem sozialen Status (vgl. Abbildung 8).

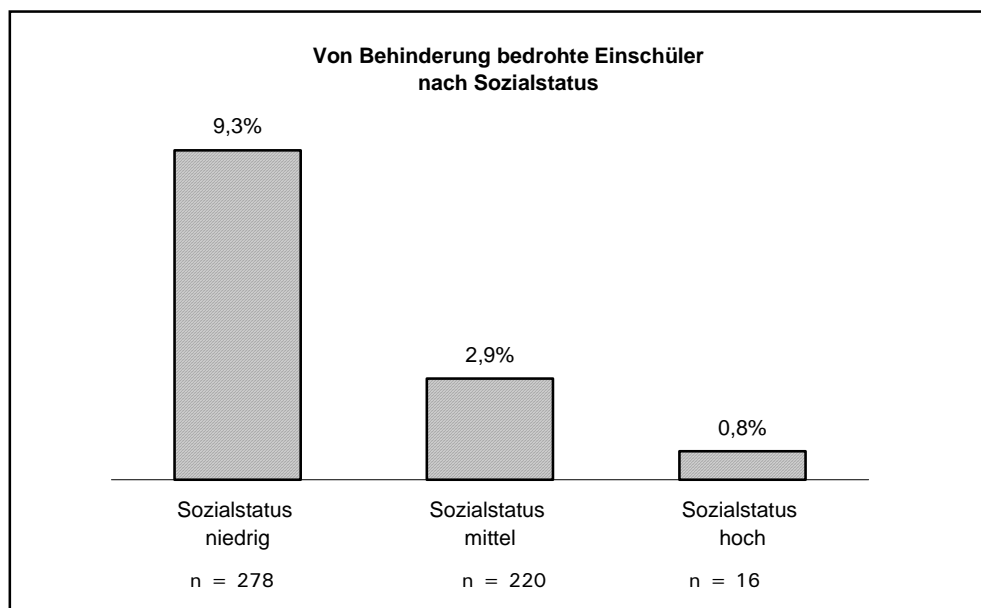


Abbildung 8



3 Im Brennpunkt

3.1 Infektionsschutz - Impfen

Der Impfschutz Brandenburger Einschüler ist im Bundesvergleich gut, aber die WHO-Ziele werden noch nicht bei allen Impfungen erreicht. Soziale Unterschiede im Impfschutz sind nicht sehr stark ausgeprägt.

Impfungen schützen vor Krankheiten, die oft schwer verlaufen, zu Komplikationen führen können und oft nicht ursächlich behandelbar sind. Wer an den empfohlenen Impfungen teilnimmt, schützt nicht nur sich selbst, sondern trägt dazu bei, dass Infektionsketten unterbrochen werden und dadurch auch diejenigen geschützt sind, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können. Die heutigen Impfstoffe sind sehr gut verträglich. Impfkomplicationen treten nur in extrem seltenen Fällen auf (die Häufigkeit wird mit weniger als einem Fall auf eine Million Geimpfter angegeben). Da in diesen Fällen schon der Impfstoff nicht komplikationslos vertragen wurde,

wäre wahrscheinlich auch die natürliche Erkrankung besonders schwer verlaufen.

Die Europäische Union und damit auch die Bundesrepublik unterstützen die Ziele der WHO, wonach in Europa Kinderlähmung, Diphtherie, Neugeborenen-Tetanus und Rötelnembryopathie bis zum Jahr 2000 und Masern und Mumps bis zum Jahr 2007 beseitigt sein sollen.

Diese Ziele sind nur zu erreichen, wenn Immunisierungsraten von 95% und mehr vorliegen. Für die Planung von Impfkampagnen und die Bewertung bisheriger Impferfolge müssen allerdings die Impfraten der Bevölkerung bekannt sein.

Welche Kinder sind geimpft - Nachweis des Impfstatus

In den Schuleingangsuntersuchungen wird der Impfstatus eines Kindes anhand des vorgelegten Impfausweises bestimmt. Neuerdings kann auch auf Impfdateien, die im Gesundheitsamt geführt werden, zurückgegriffen werden, um festzustellen, ob das Kind ausreichend geimpft ist. Allerdings bleibt der Impfausweis die wichtigste Informationsquelle. Je höher der Anteil vorgelegter Impfausweise ist, desto genauer können die Impfraten der betreffenden Altersgruppe bestimmt werden. Wenn bei vielen Kindern kein Impfausweis zur Auswertung zur Verfügung steht, werden die Impfraten der Kinder (auf der Basis vorgelegter Impfausweise) wahrscheinlich eher überschätzt. Denn man kann annehmen, dass Kinder, für die kein Impfausweis vorliegt, eher nicht geimpft sind als die anderen Kinder.

Während der letzten Jahre stieg der Anteil der Eltern, die zur Schuleingangsuntersuchung den Impfausweis mitgebracht haben (1994: 82%: 1998: 89%). Dies ist eine gute Voraussetzung zur verlässlichen Schätzung der Impfraten und zeigt gleichzeitig, dass bei den Brandenburger Eltern nicht pauschal von einer „Impfmüdigkeit“ gesprochen werden kann, was teilweise bei Eltern (aus Schichten mit höherem Bildungsstand) in den alten Bundesländern beobachtet wird. Zwischen den Kreisen Brandenburgs schwanken allerdings die Zahlen über vorgelegte Impfausweise zwischen 72% und 98% (1998).



Tabelle 2

Ländervergleich zum Impfstatus von Einschülern 1998 (vollständige Impfungen; ohne Diphtherie und Tetanus, da in Brandenburg ein anderer Bewertungsmaßstab verwendet wurde)						
Impfung	Brandenburg*	Sachsen-Anhalt	Mecklenbg.-Vorpomm.	Baden-Württembg.	Saarland	Bremen
Hib	79,6%	57,5%	**	74,6%	76,7%	78,4%
Pertussis	85,0%	82,0%	83,6%	55,3%	51,9%	55,4%
Polio	95,4%	93,6%	96,7%	96,4%	94,2%	94,7%
Masern						
>=1 Impf.	96,1%	90,3%	94,5%	88,4%	88,6%	86,6%
2 Impf.	44,1%	27,9%	-	11,5%	20,1%	4,2%
Mumps						
>=1 Impf.	95,7%	89,8%	93,8%	87,9%	88,2%	83,8%
2 Impf.	43,5%	27,9%	-	11,2%	19,6%	3,7%
Röteln						
>=1 Impf.	94,9%	89,2%	93,7%	74,7%	86,0%	53,7%
2 Impf.	43,1%	27,9%	-	10,1%	19,3%	2,8%
* ohne die Kreise Oberspreewald-Lausitz und Spree-Neiße						
** Keine Angabe, da dort ein anderer Bewertungsmaßstab verwendet wird.						
Quelle: RKI, Sozialministerium MVP						

Wo steht Brandenburg im Ländervergleich?

Vergleichszahlen liegen uns aus den Ländern Sachsen-Anhalt, Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Bremen vor.

Bei der Impfung gegen Hib (Hämophilus influenzae b, einem Erreger, der u.a. Hirnhautentzündungen verursacht), Pertussis (Keuchhusten) und der Mumps-, Masern- und Röteln-Impfung nimmt Brandenburg den 1. Platz ein. Lediglich bei der Polio-

impfung (Kinderlähmung) sind die Impf-raten von Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern geringfügig höher als in Brandenburg.

Bei Mumps, Masern und Röteln gilt es, den Anteil rechtzeitig zweimal geimpfter Kinder zu erhöhen. Die zweimalige Impfung bei Impf-raten über 95% ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Eliminierung der Masern, was in den USA und in skandinavischen Ländern bereits gelungen ist.

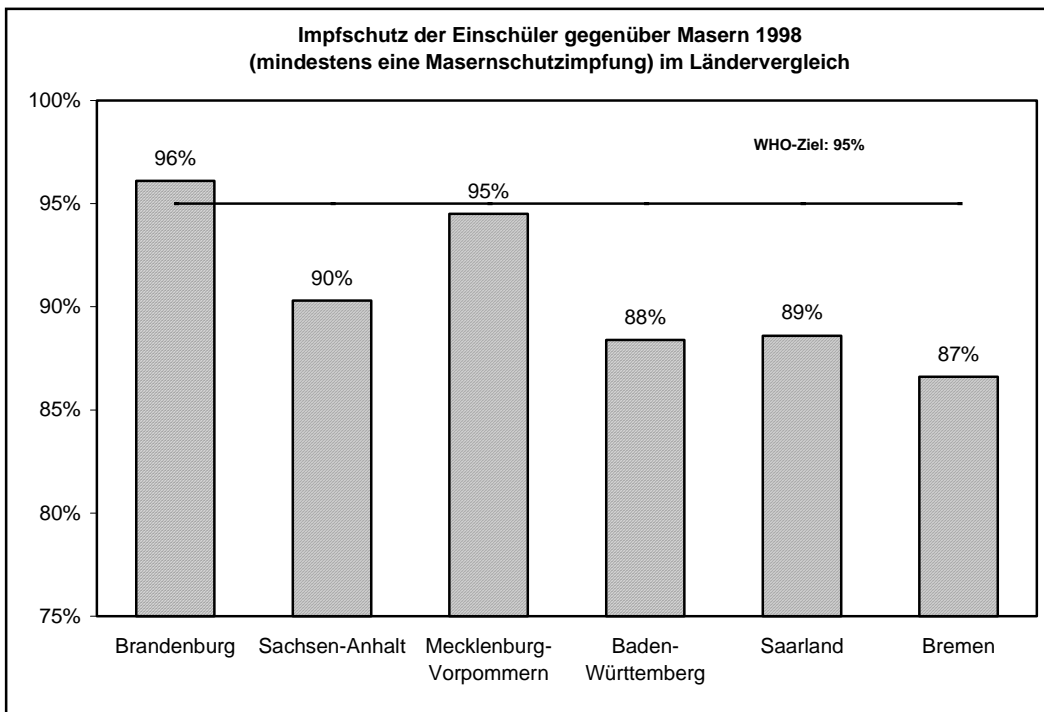


Abbildung 9

Soziale Lage und Impfstatus

Eltern von Einschülern aus sozial benachteiligten Familien bringen seltener Impfausweise zur Untersuchung mit (88,3% gegenüber 92,7% bei mittlerem und 91,9% bei hohem Sozialstatus).

Betrachtet man den Impfstatus der Einschüler nach sozialer Lage, so stellt man fest, dass Einschüler aus Familien mit mittlerem Sozialstatus tendenziell den besten Impfschutz haben (vgl. Abbildung 10).

Bei den Impfungen gegen Mumps, Masern, Röteln, Diphtherie und Tetanus gibt es nur kleine Unterschiede zwischen den sozialen Gruppen. Bei den Impfungen gegen Hib, Keuchhusten und Kinderlähmung weisen Einschüler aus sozial benachteiligten Familien einen schlechteren Impfschutz auf. Besonders deutlich ist der Unterschied bei Hib. Hier beträgt der Abstand zu den Gruppen mit höherem Sozialstatus etwa 10%. Möglicherweise sind die Eltern noch nicht genügend über den Nutzen und die Bedeutung dieser Impfung aufgeklärt.

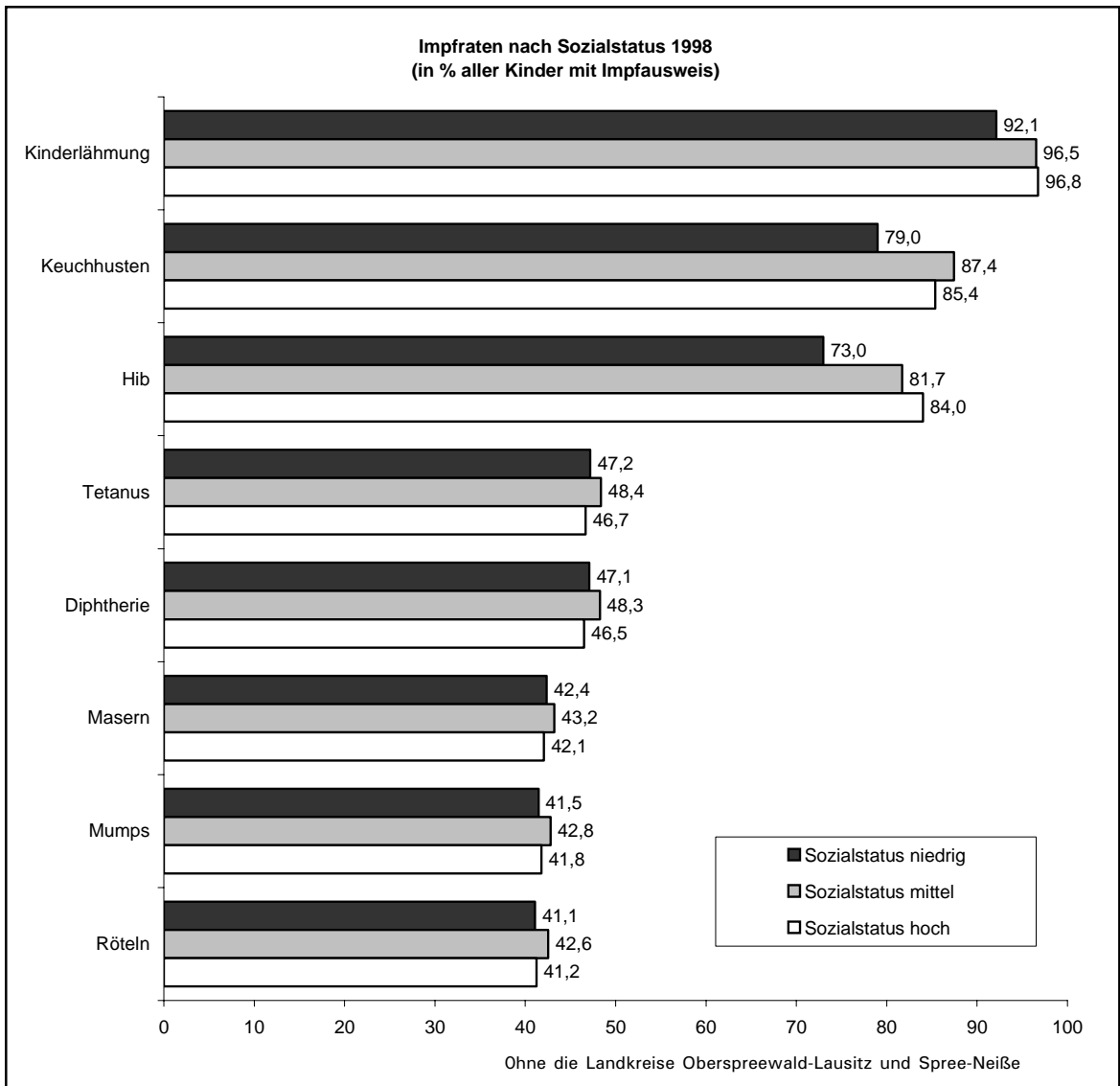


Abbildung 10*

* Bei Diphtherie und Tetanus wurden 1998 in Brandenburg Impfungen dann als vollständig gewertet, wenn Grundimmunisierung und 1. Auffrischimpfung vorlagen.



Impfstrategien

Ein optimaler Impfschutz für alle ist nur durch gemeinsames Handeln zu erreichen. Haus- und Kinderärzte, öffentlicher Gesundheitsdienst und Krankenkassen müssen Hand in Hand arbeiten. In Brandenburg funktioniert diese Zusammenarbeit erfreulicherweise sehr gut. Ein besonders positives Beispiel ist die Vereinbarung über die Beteiligung an den Impfstoffkosten des ÖGD zwischen dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen und den Krankenkassenverbänden vom 16. Juni 1993, wonach die Krankenkassen einen Teil der Impfstoffkosten des öffentlichen Gesundheitsdienstes übernehmen. Aber auch die Eltern sind gefragt, der Verantwortung für ihre Kinder und für sich selbst nachzukommen. In den Kindertagesstätten und in der Schule sollte noch

öfter die Gelegenheit genutzt werden, über die Bedeutung und den Nutzen der Impfungen zu sprechen. Viele Gesundheitsämter informieren anlässlich von Gesundheitsmärkten oder Tagen der Gesundheit die Bevölkerung oder nutzen die Medien für diese Zwecke.

Eine erste Überprüfung und Vervollständigung des Impfschutzes findet bei der Kita-Aufnahmeuntersuchung statt. Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst überprüft anschließend im Rahmen der Reihenuntersuchungen in Kita und Schule regelmäßig den Impfschutz und veranlasst (mit Zustimmung der Eltern) die Schließung von Impflücken. Gerade im Schulalter, wenn der Kinderarzt nur noch selten aufgesucht wird, ist dies besonders wichtig.

Sieht man den Impfstatus der Einschüler vor dem Hintergrund der WHO-Ziele zum Impfen und im Vergleich zu anderen Bundesländern, kann man feststellen, dass Brandenburg bislang vergleichsweise erfolgreich war. Die Brandenburger Strategien und Bemühungen zur Erreichung des 95%-Zieles zahlen sich aus.

Eine Impfmüdigkeit von Kindern aus Familien mit einem hohen Sozialstatus lässt sich für das Land Brandenburg in Ansätzen erkennen (vgl. Abb. oben mit den Impfraten für Tetanus, Diphtherie, Masern, Mumps und Röteln sowie Anteil an Impfausweisen). Diese Entwicklungen sollten weiter sorgfältig beobachtet werden, um bei Bedarf frühzeitig gezielte Aufklärungskampagnen zu starten. Anders als bei unseren Ergebnissen zum Gesundheitszustand der Einschüler, wo in den meisten Fällen eine enge Beziehung zwischen sozialer Lage und Gesundheit festgestellt werden musste, finden sich diese Verhältnisse nicht generell beim Impfstatus. Die Differenzen zwischen den sozialen Gruppen sind kleiner. Gegen Kinderlähmung, Keuchhusten und Hib sind aber Kinder aus sozial benachteiligten Familien im Impfschutz etwas schlechter gestellt. Den besten Impfschutz genießen Kinder aus Familien mit mittlerem sozialem Status. Das WHO-Ziel „Gesundheit für alle“ im Sinne eines geringen Unterschiedes zwischen Gruppen mit hohem und niedrigem sozialen Status wird im Bereich des Impfschutzes eher erreicht als bei anderen Gesundheitsproblemen der Einschüler.



3.2 Zahn- und Mundgesundheit

Die Mundgesundheit der Kinder verbessert sich. Die Zähne von Kindern aus sozial benachteiligten Familien sind aber seltener kariesfrei, seltener saniert und weitaus häufiger behandlungsbedürftig als die Zähne der Einschüler aus Familien mit mittlerem und hohem Sozialstatus.

Gesunde Zähne sind für die Entwicklung der Heranwachsenden bedeutsam. Sie beeinflussen die Sprach- und Sprechweise, das psychische Wohlbefinden sowie das Aussehen eines Kindes. Das Vorhandensein von kariösen Zähnen, verbunden mit Zahnschmerzen, kann zu deutlichen Beeinträchtigungen des Kauvermögens führen, Zahn- und Kieferfehlstellungen zur Folge haben und nachteilige Auswirkungen auf die Gesundheit des Gesamtorganismus mit sich bringen. Karies gilt auch heute noch als die teuerste ernährungsbedingte Volkskrankheit.

Mit ca. 2 1/2 Jahren sind in der Regel alle Milchzähne durchgebrochen und zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung beginnt oft schon der Zahnwechsel. Ein gesundes Milchgebiss hat eine große Bedeutung für die weitere Gebiss- und Kieferentwicklung, so dass gerade in diesem Alter neben der Vermeidung von Zahnkaries und ihren Folgeerkrankungen frühzeitige Erkennung und Behandlung von Karies und schädlichen Gewohnheiten besonders bedeutsam sind.

Die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter erheben und dokumentieren im Rahmen ihrer Aufgaben schuljährlich Daten zur Zahn- und Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen und führen in den Kindertagesstätten und Schulen zahnmedizinische präventive Betreuungsprogramme zur Vorbeugung von Erkrankungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich durch. Eine Grundlage hierfür ist die zwischen dem Gesundheitsministerium, den Landesverbänden der

Krankenkassen, den kommunalen Spitzenverbänden und der Landes Zahnärztekammer abgeschlossene Vereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe gem. § 21 SGB V in Kindergärten und Schulen des Landes Brandenburg.

Ausgewählte Ergebnisse zur Zahn- und Mundgesundheit

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung wird die Zahn- und Mundgesundheit nicht erfasst. Daher wurden zur Betrachtung der Mundgesundheit die Angaben zur Gebissituation der Schüler der 1. Klassen ausgewertet (vgl. Abbildung 12 für die Schuljahre 1994/95 bis 1997/98).

- Während im Schuljahr 1994/95 nur etwa jeder fünfte Erstklässler ein kariesfreies Gebiss hatte, ist dieser Anteil bis 1997/98 auf ein Drittel gestiegen.
- Der Anteil von Erstklässlern, die ein saniertes Gebiss aufweisen, ist von 36% im Schuljahr 1994/95 auf 22% im Schuljahr 1997/98 zurückgegangen.
- Demgegenüber ist der Anteil der Kinder mit einem behandlungsbedürftigen Gebiss über die Jahre nicht zurückgegangen und liegt weiterhin bei über 40%.

Die steigende Zahl kariesfreier Gebisse zeichnet sich auch in anderen Altersgruppen ab und fügt sich in den seit einigen Jahren festgestellten Trend der Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit



in Deutschland ein. Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Neben einer breiten Verfügbarkeit von Fluoriden und einem langsam wachsenden Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung haben auch die im Sozialgesetzbuch V fixierten und seit 1990 eingeführten und schrittweise umgesetzten Maßnahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe hieran einen Anteil. Die positive Entwicklung kariesfreier Gebisse bei den Brandenburger Erstklässlern wurde durch das flächendeckende Angebot der gruppenprophylaktischen Betreuung in den Kindertagesstätten entscheidend mitbestimmt.

Gleichzeitig wird deutlich, dass die Sanierung der Milchzähne unzureichend ist und zukünftig verbessert werden muss. Vergleichszahlen hat das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familien 1999 für das Schuljahr 1996/97 veröffentlicht. Dort hatten 30% der Erstklässler kariesfreie Gebisse.

Die positive Entwicklung kariesfreier Gebisse bei den Brandenburger Erstklässlern wurde durch das flächendeckende Angebot der gruppenprophylaktischen Betreuung in den Kindertagesstätten entscheidend mitbestimmt. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Sanierung der Milchzähne unzureichend ist und zukünftig verbessert werden muss. Vergleichszahlen hat das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familien 1999 für das Schuljahr 1996/97 veröffentlicht. Dort hatten 30% der Erstklässler kariesfreie Gebisse.



Abbildung 11



se, 26% der Gebisse waren saniert und 44% behandlungsbedürftig. Diese Daten entsprechen in etwa den Brandenburger Ergebnissen.

Sozialstatus und Zahn- und Mundgesundheit

Eltern spielen bei der Herausbildung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen der Kinder eine entscheidende Rolle. Sie zu erreichen und aktiv miteinzubeziehen, war ein Ziel der Zusammenarbeit des Zahnärztlichen und des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes in Brandenburg a. d. Havel im Rahmen des Modellprojekts „Regiekompetenz kommunaler Gesundheitsämter“. Seit 1997 findet dort neben der ärztlichen Einschulungsuntersuchung eine zahnärztliche Untersuchung der Einschüler und eine Beratung ihrer Eltern statt. Auch die Kinder, die keine Kindertagesstätte besuchen, konnten so erreicht werden.

Das Beratungsgespräch mit den Eltern zum Zeitpunkt des beginnenden Zahnwechsels hat sich als äußerst wichtig erwiesen. Auf die Notwendigkeit der Behandlung kariöser Milchzähne, das Abstellen schädlicher Gewohnheiten sowie möglicher Zahn- und Gebissfehlstellungen konnte anhand der konkreten Situation des eigenen Kindes eingegangen werden. Die Bedeutung der lokalen sowie systemischen Fluoridierungsmaßnahmen und der Fissurenversiegelung bleibender Backenzähne wurde den Eltern erläutert. Es wurden weiterhin Hinweise zur altersgerechten Mundhygiene

sowie gesunden Ernährung gegeben und das präventive Betreuungsprogramm des Zahnärztlichen Dienstes in den Kindertagesstätten und Schulen der Stadt vorgestellt.

Die dabei erhobenen Angaben zum Gebisszustand der Einschüler und zum Sozialstatus der Eltern verdeutlichen in der Abbildung 12, dass eine eindeutige Beziehung zwischen dem Sozialstatus und der Zahn- und Mundgesundheit besteht. Kinder aus sozial benachteiligten Familien weisen gegenüber denen aus hoher sozialer Schicht knapp halb so häufig kariesfreie Gebisse, knapp halb so häufig sanierte Gebisse und mehr als doppelt so häufig behandlungsbedürftige Gebisse auf. Man kann in diesem Fall die Zahn- und Mundgesundheit der Einschüler aus höherer sozialer Schicht als einen Maßstab für ein erreichbares Gesundheitsziel ansehen.

Aus diesen Daten lässt sich ableiten, dass die zahnmedizinischen präventiven Maßnahmen zielgruppenorientiert erweitert werden sollten. Konkret heißt das, dass präventive Betreuungsprogramme auf regionaler Ebene so zu konzipieren sind, dass sie die Kinder aus sozial benachteiligten Familien intensiver einbeziehen. Aufsuchenden Prophylaxemaßnahmen, die in den Kindertagesstätten und Schulen durchgeführt werden können, sollte dabei aus Gründen der Erreichbarkeit und der Effektivität Vorrang gewährt werden.



Weiterhin sind Bemühungen notwendig, die zahnmedizinische Versorgung für Kinder zu verbessern. Im Ausmaß der zahnmedizinischen Behandlungsbedürftigkeit spiegelt sich auch die Leistungsfähigkeit und Zugänglichkeit der ambulanten zahnärztlichen Versorgung wider. Obwohl prinzipiell alle Kinder zahnärztliche Lei-

stungen gleichermaßen in Anspruch nehmen könnten, ist dies tatsächlich nicht der Fall. Für Kinder und Eltern aus sozial benachteiligten Familien sind hier möglicherweise die Hürden, eine Zahnarztpraxis aufzusuchen, noch nicht genügend beiseite geräumt.

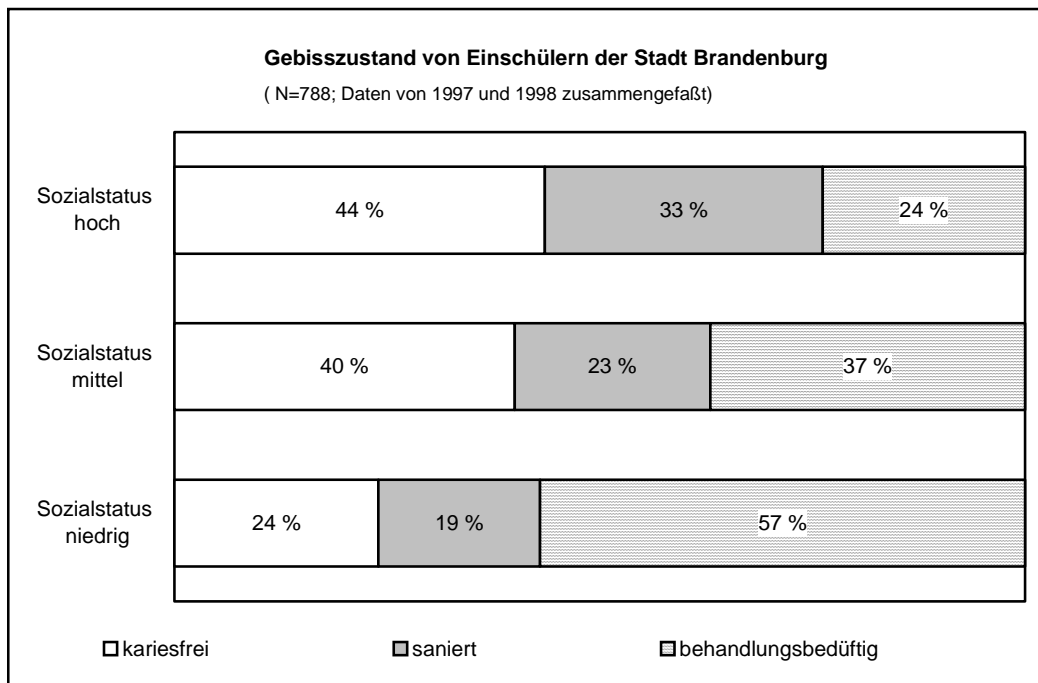


Abbildung 12



3.3 Kinderunfälle

Etwa 15 - 20% aller Kinder haben bis zur ihrer Einschulung einen Unfall, wobei Kinder aus sozial benachteiligten Familien bei Verkehrs- und Verbrühungsunfällen doppelt so häufig betroffen sind als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus.

Aus den amtlichen Statistiken (Todesursachen-, Krankenhausdiagnosestatistik und Mikrozensusdaten) wissen wir, dass Unfälle im Kindesalter die Gesundheit der Kinder am stärksten beeinträchtigen. Unfälle sind Todesursache Nr. 1 im Kindes- und Schulalter. Unfallverletzungen sind der zweithäufigste Einweisungsgrund in ein Krankenhaus im Kleinkindalter und der häufigste im Schulalter. Dies sind nur die „nackten“ Zahlen, hinter denen sich weitreichende individuelle, soziale und ökonomische Folgen verbergen. Aber auch das Leid und die Trauer in den betroffenen Familien sind Aspekte des notwendigen Handlungsbedarfs. Unfälle müssen nicht als ein Schicksalsschlag hingenommen werden. Aus der Unfallforschung ist bekannt, dass etwa 60% der Unfälle vermeidbar sind.

Wie haben sich die Kinderunfälle (1-14 Jahre) in Brandenburg seit 1994 entwickelt?

Erfreulich ist, dass die tödlichen Unfälle im Kindesalter kontinuierlich abnehmen (1994: 11,4 pro 100.000 und 1998: 7,0 pro 100.000). Dabei fällt auf, dass dies auf eine deutliche Verringerung der im Straßenverkehr getöteten Kinder zurückzuführen ist, nicht aber für den Heim- und Freizeitbereich gilt.

Doch dies ist nur die Spitze des Eisberges. Ein Blick in die Krankenhausdiagnosestatistik zeigt, dass seit 1994 jedes Jahr 10.000 bis 11.000 Kinder wegen eines Unfalls stationär behandelt werden und im Durchschnitt zirka 4,5 Tage bleiben mussten. Dies ist über die Jahre unverändert gleich geblieben. Unverändert ist auch das hohe Niveau an Krankenhauseinweisungen von verletz-

ten Kindern im Land Brandenburg im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (1996: 24,2 pro 1.000 vs. 17,9 pro 1.000).

Keine Informationen sind verfügbar über die Anzahl der insgesamt verletzten Kinder, denn trotz der Brisanz dieses Gesundheitsproblems gibt es in keinem Bundesland in Deutschland ein Unfallregister, das ähnlich dem Krebsregister das gesamte Unfallgeschehen erfasst. Um das Wissen über die Häufigkeit und Risiken von Kinderunfällen zu verbessern, aber auch Kinder spezifisch zu fördern, ist seit 1994 die Unfallanamnese (Unfallort und schwerere Verletzungsergebnisse) in die ärztliche Untersuchung der Schulanfänger integriert worden. Die Fragen beziehen sich auf die bisherigen 5 bis 6 Lebensjahre des Kindes, so dass eher eine Unterschätzung durch Erinnerungslücken zu erwarten ist.

Unfallhäufigkeit

Bis zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung haben demnach ca. 15 - 20% aller Kinder einen schwerwiegenden Unfall. Dabei waren die Jungen mit einem Anteil von ca. 55% häufiger in einen Unfall verwickelt als die Mädchen, was in der Unfallforschung immer wieder bestätigt wird.

Zwar zeigt die jahresbezogene Trenddarstellung unserer Daten eine Verringerung der Unfallhäufigkeit, aber dies ist wahrscheinlich auf eine Veränderung in der Befragung der Eltern 1997 zurückzuführen. Für diese Annahme spricht, dass die Angaben der Eltern zur Unfallhäufigkeit 1994 und 1995 (19,9%/20,1%) beinahe gleich sind und dies 1997 und 1998 (13,6%/14,3%) ebenfalls der Fall ist. Ein weiterer Hin-



weis dafür, dass real keine Abnahme der Unfallhäufigkeiten vorliegt, ist die seit 1994 nahezu gleich gebliebene Einweisungsrate von verletzten Kindern in Krankenhäuser.

Unfallorte

Das Zuhause bzw. der Freizeitbereich sind häufigster Unfallort mit ca. 70% Anteil gefolgt auf Platz 2 von Unfällen in Kindertagesstätten (ca. 22%) und an dritter Stelle von Unfällen im Straßenverkehr (ca. 7%). Erfreulich ist, dass sowohl die Unfälle im Straßenverkehr als auch in Kindertagesstätten abgenommen haben. Dieser Trend zeigt sich auch in der Straßenverkehrsunfallstatistik und in den Daten der Unfallkasse Brandenburg.

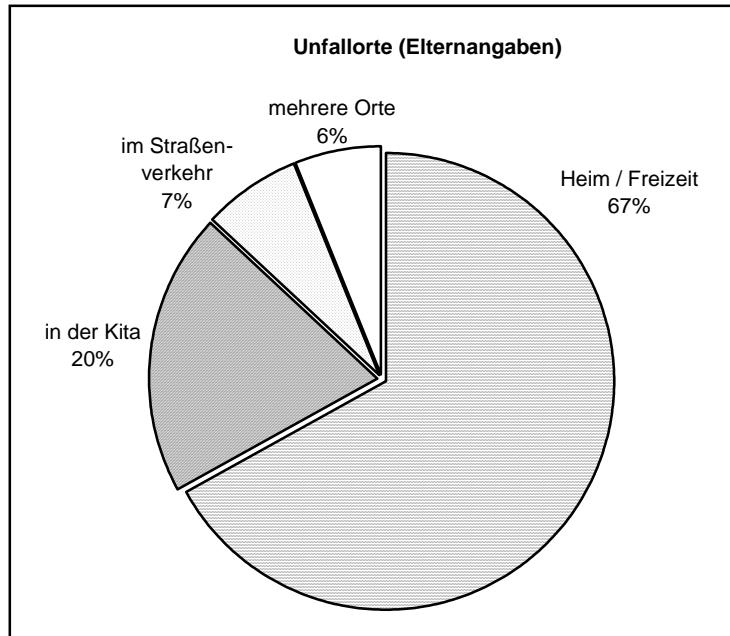


Abbildung 13

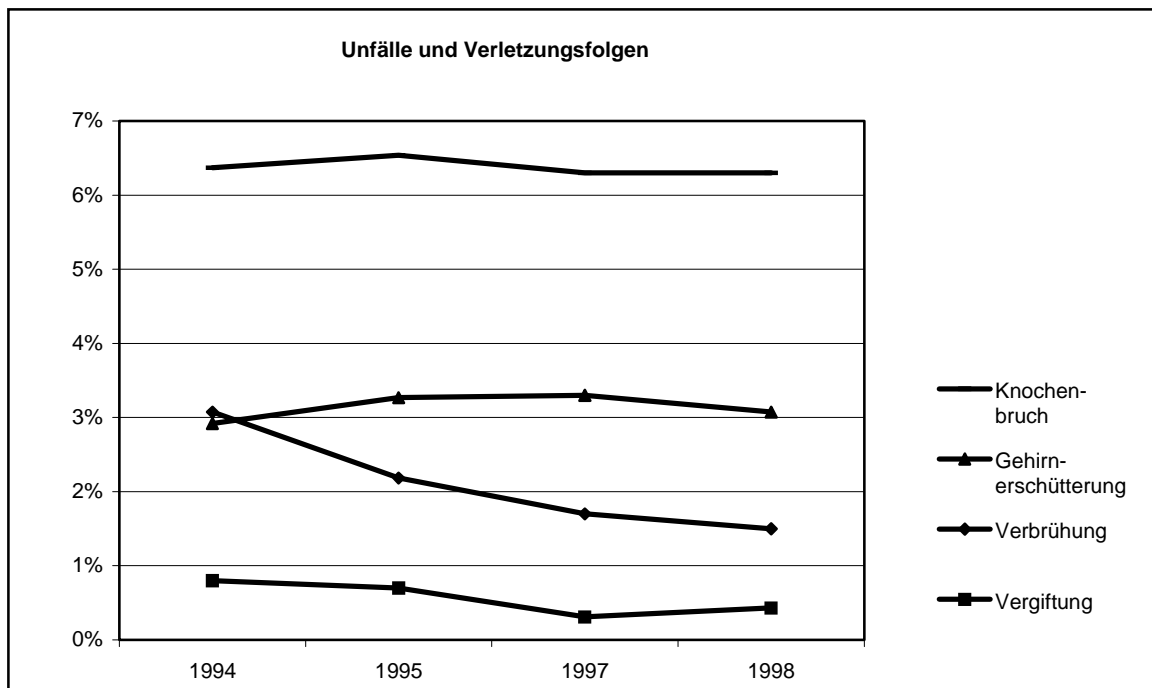


Abbildung 14



Unfallfolgen

Positiv fällt auf, dass die Vergiftungen und Verletzungen durch Verbrühen sich im Zeitraum 1994 - 1998 um zirka 50% verringert haben, während sich bei den Verletzungen durch Knochenbrüche und Gehirnerschütterungen dieser Abwärtstrend nicht bestätigt (s. Abbildung 14).

Unfälle und soziale Umwelt der Kinder

Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus verunglücken fast doppelt so häufig im Straßenverkehr als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus. Dieser Zusammenhang bleibt über die Jahre gleich stark ausgeprägt. Mögliche Ursachen liegen in ungünstigen Wohnverhältnissen (Wohnen an verkehrsreichen Straßen, kleine Wohnungen), vielen Ge-

schwisterkindern, weniger persönliche Schutzmaßnahmen oder mangelnder Aufsicht seitens der Eltern.

Kinder aus sozial benachteiligten Familien haben ebenfalls eine zweifach höhere Unfallrate bei Unfällen durch Verbrühen. Verletzungen durch Verbrühen sind typisch für das Säuglingsalter und haben erhebliche psychische Auswirkungen in Zusammenhang mit oft entstehenden Narben oder auch funktionellen Beeinträchtigungen. Typische, gefährliche Situationen sind: ein Elternteil hält während des Kaffeetrinkens den Säugling auf dem Schoß, bei einer Erkältung wird über einen heißen Wassertopf inhaliert oder das Kind im Krabbel- und Laufalter zieht sich am beleuchteten Backofenfenster hoch. Das Unfallrisiko steigt in Familien mit vielen Kindern oder bei sehr jungen Eltern (unter 20 Jahren).

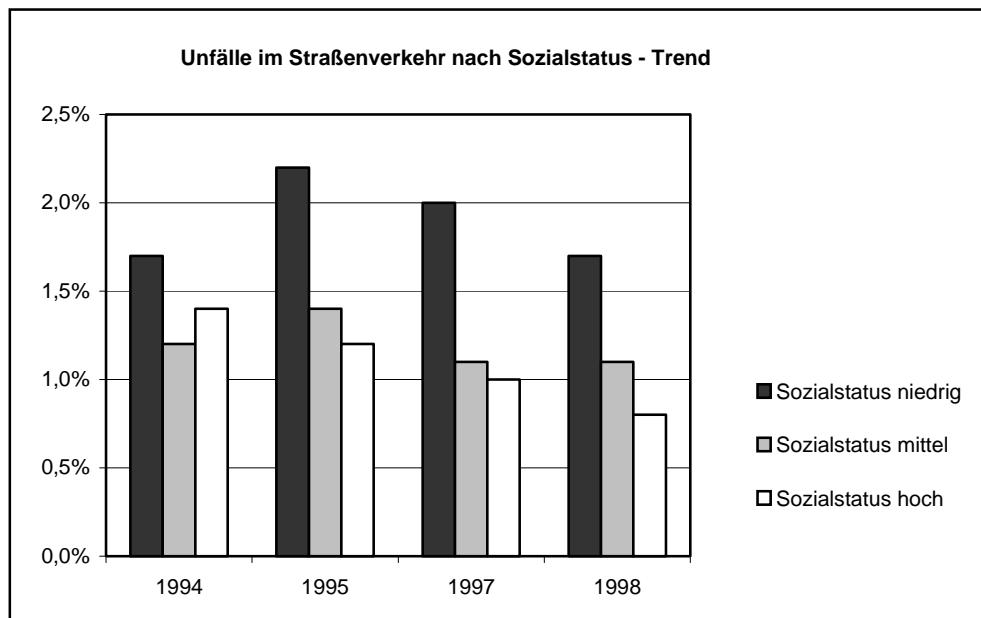


Abbildung 15

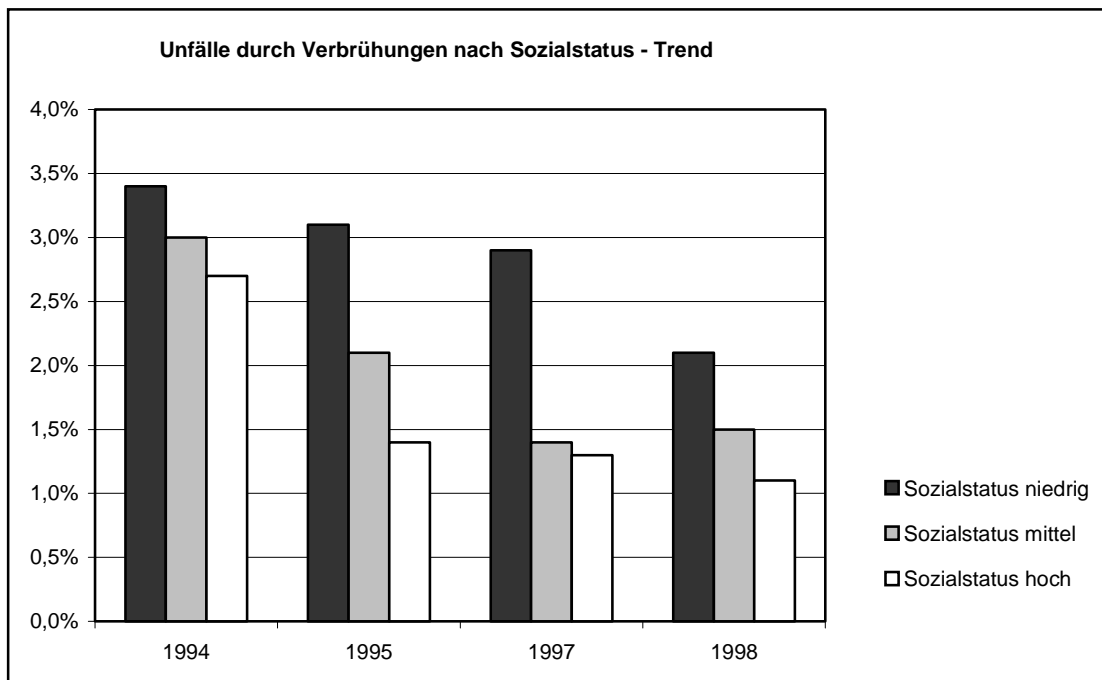


Abbildung 16

Knochenbrüche kommen nach unserer Auswertungen dagegen häufiger bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus vor und dies bestätigt sich seit 1994. Die Ursachen hierfür sind noch aufzuklären.

Einfälle gegen Unfälle

Bereits im ersten Bericht zur Gesundheit der Schulanfänger im Land Brandenburg (MASGF 1997b) wurde auf die Hauptunfallsschwerpunkte im Kleinkindalter hingewiesen, aber auch auf die Notwendigkeit der intensiven Aufklärung der Eltern zu alterstypischen Unfallrisiken und wie diese verhindert werden können. Diese „Einfälle gegen Unfälle“ werden

seit zwei Jahren zusammen mit dem Forum Unfallprävention des Deutschen Grünen Kreuzes und den Gesundheitsämtern Potsdam-Stadt und Havelland umgesetzt.

Im Zusammenhang mit der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchung werden Eltern in den Schwangerschaftsvorbereitungskursen und auf Entbindungsstationen über altersspezifische Sicherheits-Checklisten zu Unfallschwerpunkten im Säuglings- und Kleinkindalter persönlich beraten (durch Hebammen, Krankenschwestern, Gynäkologen, Kinderärzte).

Darüber hinaus hat das Gesundheitsamt Potsdam-Stadt Erzieherinnen zum Thema „Verhütung von Heim- und Freizeit-



Im Brennpunkt

unfällen im Kleinkindalter“ in Zusammenarbeit mit der Kinderklinik Potsdam fortgebildet.

Die Landesärztekammer ist seit 1997 aktiv. Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe unter Beteiligung der Unfallkasse, dem sportmedizinischen Institut der Universität Potsdam, Notärzten, Kinderchirurgen, dem Landesgesundheitsamt, dem Gesundheitsamt Potsdam-Stadt und der Landesverkehrswacht wurde gegründet. Die Arbeitsgruppe hat sich den Schwerpunkt gesetzt, Informationen zur Unfallprävention im Kindesalter der Ärzteschaft und auch nichtärztlichen Gesundheitsberufen (z.B. Rettungssanitäter) zur Verfügung zu stellen. Ein weiterer Schritt ist die Vernetzung der Aktivitäten zwischen dem Bildungsbereich (Schule) und der Ärzteschaft. Da häusliche Kinderunfälle, insbesondere Verbrühungen und Straßenverkehrsunfälle, in sozial benachteiligten Familien gehäuft vorkommen, wurden die Mitarbeiter der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste, die aufsuchende Hilfen in Familien anbieten, ausführlich informiert, um vor Ort auf Unfallrisiken

hinzuweisen. Darüber hinaus werden den Schulanfängern mit ihren Eltern bei der schulärztlichen Untersuchung Testmöglichkeiten von Fahrradhelmen angeboten. Gerade die Schuleingangsuntersuchung ist eine sehr gute Möglichkeit, alle Eltern, unabhängig von ihrer sozialen Lage, zu erreichen.

Durch die regelmäßigen Untersuchungen von Kindern in Kindertagesstätten hat der Öffentliche Gesundheitsdienst eine weitere Möglichkeit, Kinder und Eltern aus sozial benachteiligten Familien direkt anzusprechen. Einige Kreise nutzen diesen Zugang, um auch zur Verhütung von Kinderunfällen in Heim und Freizeit Eltern und Erzieherinnen zu informieren.

Im Land Brandenburg gibt es also vielfältige Aktivitäten zur Prävention von Kinderunfällen im häuslichen, Freizeit-, Schul- und Straßenverkehrsbereich. Was fehlt, ist ein Netzwerk von Kooperationspartnern, ähnlich der Bundesarbeitsgemeinschaft „Kindersicherheit“ auf Landesebene, das Aktionsschwerpunkte bündelt und die Möglichkeiten der Kooperationspartner für die Umsetzung stärker nutzt.



Zur Verbesserung der Sicherheit von Kindern im Straßenverkehr besteht im Land Brandenburg ein breites Aktionsbündnis und durch die Landesverkehrswacht mit ihren Ortsstellen eine sehr gute Transferstruktur in die Kreise. Folgende Aktionen werden gefördert:

- Schulwegpläne und Erlernen der Verkehrszeichen durch Einkleben in den persönlichen Schulwegplan,
- Erlernen des sicheren Verhaltens durch Begehen des Schulweges unter Anleitung der Eltern (vom Wohnhaus zur Schule), der Erzieher (vom Kindergarten zur Schule),
- „Fahren mit öffentlichen Verkehrsmitteln“: Vorschulkinder und Schulkinder erlernen unter Anleitung der Kindergartenerzieher und der Pädagogen das Fahren mit Bus und Bahn (zur Zeit realisiert in Programmen in Potsdam, Potsdam-Mittelmark und Teilen des Landkreises Teltow-Fläming),
- Schulung von Eltern, Erziehern und Pädagogen zur Kindersicherheit im Vorschulalter,
- Aktion „move-it“ - Spielerische Bewegungsförderung als Grundlage zur Verkehrserziehung,
- Verkehrspuppentheater für Kindergärten (Partner Polizei und Verkehrswacht),
- Aktion „Gelbe Mützen“ zur Verkehrssicherheit und zur Sicherheit auf den Schulwegen zu Schuljahresbeginn durch die Polizei und die Unfallkasse Brandenburg,
- Verkehrserziehung und Radfahren (Theorie, Praxis einschl. Prüfung) an Schulen für Kinder der 1. und 2. Klasse,
- Verkehrserziehung und Radfahren an Schulen für behinderte Kinder,
- Projektstage zur Verkehrserziehung an Schulen auch für Erstklässler,
- während der Ferienzeit Verkehrserziehung im Ort durch Polizei und Verkehrswacht.



3.4 Übergewicht

Vor wenigen Jahrzehnten wurde das Bild eines dicken Menschen noch mit Reichtum und damit auch Ansehen verbunden. Heute ist das Gegenteil der Fall. Übergewicht wird einerseits als medizinisches Problem gesehen und ernst genommen. Andererseits wird in der öffentlichen Meinung Übergewicht als persönliches Versagen, als charakterliche Schwäche betrachtet.

In allen entwickelten Industrieländern gibt es eine steigende Anzahl Übergewichtiger. Als Ursachen gelten Überernährung (besonders durch fettreiche Nahrungsmittel), Bewegungsmangel und Stress. Daneben hat Übergewicht auch eine starke erbliche Komponente. Allerdings ist nicht ein bestimmtes Körpergewicht als solches erblich, sondern eher die körperliche Veranlagung, auf die oben genannten Faktoren mit Übergewicht zu reagieren. Und die heutige Lebensweise, unser Lebensstil, begünstigt zusätzlich die Entwicklung von Übergewicht.

Aus übergewichtigen Kindern werden in vielen Fällen auch übergewichtige Erwachsene. Von daher kann man hier von einer Risikogruppe sprechen. Starkes Übergewicht geht im Erwachsenenalter u. a. einher mit häufigeren Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gelenkerkrankungen, Diabetes mellitus und psychosomatischen Störungen.

Für die betroffenen Kinder selbst ist das Übergewicht nicht nur buchstäblich eine große Belastung. Übergewichtige Kinder werden wegen ihres äußeren Erscheinungsbildes oft gehänselt, was sich negativ auf das ohnehin schon niedrige Selbstwertgefühl auswirkt. Psychische Beeinträchtigungen gelten deswegen als häufigste Form negativer gesundheitlicher Folge von Übergewicht.

Der Body Mass Index (BMI) ist ein inzwischen verbreitetes und anerkanntes Maß für die Ermittlung von Übergewicht in Reihenuntersuchungen. Der BMI be-

rücksichtigt Körpergröße und Gewicht und gibt einen verlässlichen Hinweis auf die Körperfettmasse.

Body Mass Index

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht in kg}}{(\text{Körpergröße in m})^2}$$

Gewöhnlich wird zwischen Übergewicht und Adipositas (starkes, erhebliches Übergewicht) unterschieden. Ab welchem Wert von medizinisch relevantem Übergewicht gesprochen werden kann, ist bei Kindern nicht so eindeutig festzulegen wie bei Erwachsenen. Wenn im Folgenden von stark übergewichtigen bzw. adipösen Einschülern berichtet wird, heißt dies nicht automatisch, dass hier in jedem Fall eine medizinische Behandlungsbedürftigkeit vorliegt. Vielmehr sollte die Gewichtsentwicklung von den Eltern und dem behandelnden Arzt beobachtet werden.

1995 wurden wissenschaftliche Referenzwerte auf der Basis des BMI empfohlen, mit denen die Brandenburger Einschüler verglichen werden können (European Childhood Obesity Group, ECOG, Rolland-Cachera et al. 1991). Die 90. Perzentile (der BMI-Wert, unter dem 90% der Kinder liegen) wird als Grenzwert für Übergewicht, die 97. Perzentile als Grenzwert für Adipositas herangezogen. Die Referenzwerte sind für verschiedene Altersgruppen und nach Geschlecht getrennt aufgestellt worden, wobei die Tabellen auf die Daten französischer Kin-



der von Mitte der 80er Jahre zurückgehen. Deutsche Experten arbeiten gegenwärtig an spezifisch deutschen Referenzwerten.

Orientiert an den europäischen Referenzwerten ergaben sich für die Brandenburger Einschüler folgende Ergebnisse:

- Das Durchschnittsgewicht Brandenburger Jungen und Mädchen entspricht etwa dem Durchschnittsgewicht der Referenzgruppe.
- Unter Brandenburger Einschülerinnen liegt 1998 bei 14,2% starkes Übergewicht (Adipositas) vor. Unter den Jungen sind es 11,4%.
- Von 1994 nach 1998 hat sich der Anteil stark übergewichtiger Kinder leicht erhöht. Bei den Jungen gibt es eine Steigerung um 1,3%, bei den Mädchen um 0,5%.

Für 1995 liegen direkte Vergleichsdaten aus Jena vor. Unter den 6-jährigen Jungen finden sich dort 12,5% stark Übergewichtige. Unter den Mädchen waren es 11,8%. Demnach liegt der Anteil an stark übergewichtigen Einschülern im Land Brandenburg ungefähr auf ähnlichem Niveau wie in Jena. Mit bayerischen Einschülern kann ein indirekter Vergleich mit Perzentilwertangaben für 1997 vorgenommen werden (Kries et al. 1999). Der BMI-Wert an der 97. Perzentile wird hierfür als kritische Grenze herangezogen. Bei bayerischen Einschülern liegt dieser Wert bei 20,1 (Durchschnittsangabe für beide Geschlechter), bei Brandenburger Einschülern findet sich die 97. Perzentile bei 20,8. Hieraus kann man schließen,

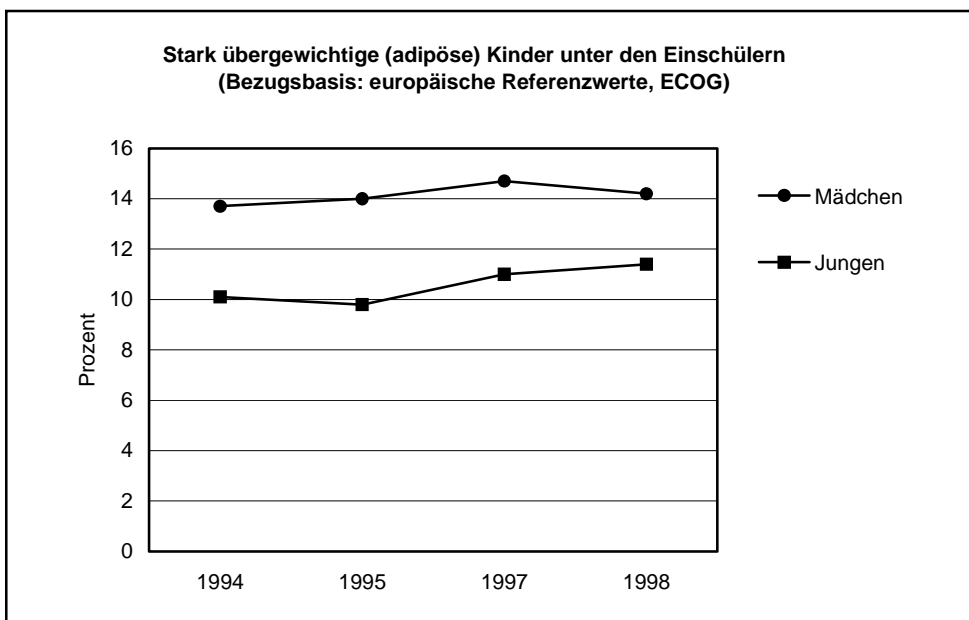


Abbildung 17



dass der Anteil adipöser Einschüler in Brandenburg etwas höher liegt als in Bayern.

Von der Erwachsenenbevölkerung weiß man, dass während der letzten Jahrzehnte der Anteil Übergewichtiger in verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen in unterschiedlichem Ausmaß zugenommen hat. Angehörige sozial benachteiligter Gruppen sind vergleichsweise häufiger stark übergewichtig.

Die Auswertung der Einschulungsuntersuchungen zeigt, dass der Zusammenhang zwischen sozialem Status und Übergewicht bei den Mädchen deutlicher ausgeprägt ist als bei den Jungen (vgl. Abbildung 18). 16% der Einschülerinnen aus sozial benachteiligten Familien sind stark übergewichtig, während dies nur für 10% der Einschülerinnen mit hohem sozialen Status gilt. Für die Jungen gibt

es keine lineare Beziehung zwischen Sozialstatus und Adipositas. Den höchsten Anteil an stark Übergewichtigen, fast 12%, weist hier die Gruppe mit mittlerem Sozialstatus auf.

Zusammengefasst lässt sich festhalten:

- Betrachtet man die Brandenburger Einschüler vor dem Hintergrund der europäischen Referenzwerte, gibt es einen hohen Anteil stark übergewichtiger Kinder. Dies gilt für Mädchen in noch stärkerem Ausmaß als für Jungen.
- Es zeigt sich ein sozialer Gradient für die Mädchen - Mädchen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind häufiger stark übergewichtig. Bei den Jungen trifft dies für den mittleren Sozialstatus zu.

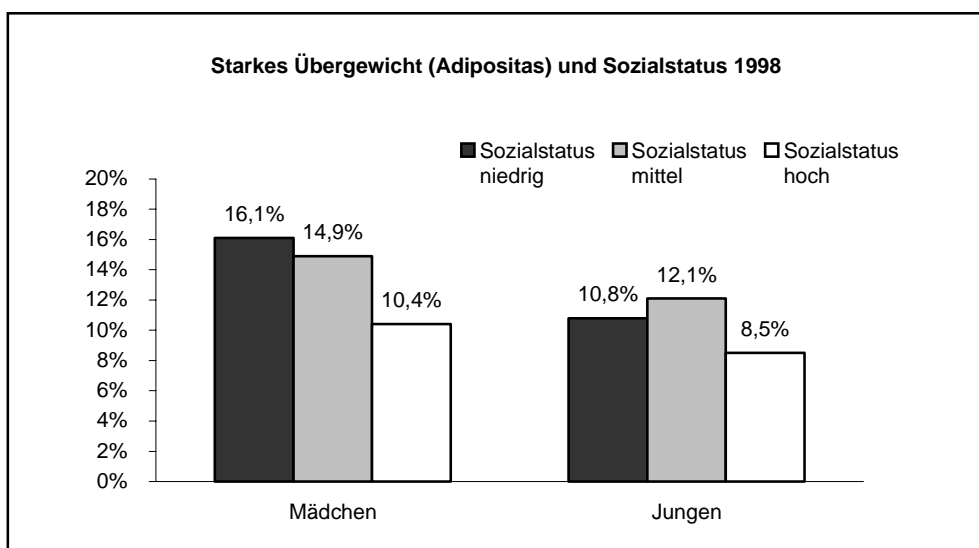


Abbildung 18



Was tun gegen das kindliche Übergewicht?

Die Ermahnung „Kind, iss nicht soviel“ ist wenig hilfreich. Kinder haben größere Chancen, in späterem Alter wieder normalgewichtig zu werden, wenn:

- sie sich viel bewegen (können),
- sie sich gesund (fettarm) und abwechslungsreich ernähren, was für die gesamte Familie gut ist,
- sie in stabilen und intakten familiären Verhältnissen aufwachsen,
- sie ein angemessenes Selbstbewusstsein entwickeln können und darin gefördert werden.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen werden nicht nur gesundheitliche Beeinträchtigungen und Krankheiten registriert. Die Ärzte des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes beraten

auch die Eltern und überweisen Kinder (mit den Eltern), wenn das Übergewicht noch gar nicht oder bisher nicht ausreichend behandelt wurde. Die individuellen Maßnahmen reichen allerdings oft nicht aus. Erforderlich sind dann z.B. auch spezielle Bewegungs- und Schwimmangebote in Kindertagesstätten und Schulen.

Erwähnenswert ist weiterhin beispielhaft ein Programm des Gesundheitsamtes Havelland. Im Rahmen der Gesundheitsförderung gibt es ein gesundes Schulfrühstück und Milchangebote an Rathenower Grundschulen. Zum Teil ist dieses Programm auch in den Unterricht integriert. Lehrer frühstücken gemeinsam mit Kindern, was für alle Beteiligten erstens gesund ist und zweitens das soziale Miteinander in der Klasse verbessern kann.

Stillen als Prävention

Da medizinische Behandlungsmaßnahmen gegen starkes Übergewicht oft nicht dauerhaft erfolgreich sind, gilt es hier besonders, Präventionsstrategien zu fördern. Nach neuen wissenschaftlichen Untersuchungen (Kries et al. 1999) mit den Daten von bayerischen Einschülern wirkt das Stillen von Säuglingen gegen Übergewicht im Einschulungsalter. Einschüler, die wenigstens zwischen drei und fünf Monaten gestillt wurden, hatten deutlich seltener erhebliches Übergewicht als Nicht-Gestillte.



3.5 Allergien

Atopische Erkrankungen (d.h. Allergien wie Asthma, allergische Rhinitis/ Konjunktivitis, Neurodermitis) haben in den industrialisierten Ländern Europas während der vergangenen 20 Jahre merklich zugenommen, wie durch epidemiologische Studien in den angelsächsischen Ländern, der Schweiz und Skandinavien nachgewiesen werden konnte. Für Deutschland schätzt man auf der Basis verschiedener Querschnittsstudien an Vorschul- und Einschulungskinder eine Häufigkeit zwischen 6 und 13%.

Für Fragestellungen im Zusammenhang mit Atopien befinden wir uns in einer besonders günstigen Lage, weil Atopien im Rahmen der Einschulungsuntersuchung über zwei unabhängige Datenquellen erfasst werden: einerseits über eine ärztliche Diagnose auf der Grundlage der funktionsdiagnostischen Tabellen bei der ärztlichen Untersuchung, andererseits über eine standardisierte Befragung der Eltern. Die dabei gestellten Kernfragen nach allergischen Atemwegs- und Hautbeschwerden (vgl. Tabelle unten) sind validiert und der ISAAC-Studie (International Study of Asthma and Allergies in

Childhood) entnommen. Entscheidend ist, dass hier nicht nach den medizinischen Diagnosen gefragt wird, sondern alltagssprachlich nach typischen Symptomen. Die Sensitivität der Fragen, d.h. die statistische Genauigkeit, mit der über die Befragung echte Allergiefälle herausgefiltert werden, liegt für die Frage nach allergischem Asthma bei etwa 85%. Demnach haben 85 von 100 Kindern, bei denen die Eltern die Frage bejahen, Asthma. Bei allergischem Schnupfen liegt der Kennwert Sensitivität bei 71%, bei Neurodermitis bei über 90% (Landesgesundheitsamt Brandenburg 1995).

Tabelle 3

Kernfragen zur Ermittlung von Atopien nach ISAAC	
Allergisches Asthma	Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten beim Atmen pfeifende und fiepende Geräusche im Brustkorb, besonders während oder nach einer körperlichen Anstrengung?
Allergischer Schnupfen	Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten Niesanfälle oder eine laufende, verstopfte oder juckende Nase und/oder tränende Augen, obwohl es nicht erkältet war?
Neurodermitis	Hatte Ihr Kind irgendwann einmal einen juckenden Hautausschlag in den Ellenbeugen, den Kniekehlen, an Hand-/Fußgelenken, im Gesicht oder am Hals, der stärker oder schwächer über mindestens 6 Monate auftrat?



Nehmen die Atopien im Land Brandenburg seit 1994 zu?

Bei einer Betrachtung der Jahre 1994 bis 1998 fällt auf, dass die allergischen Beschwerden der Einschulungskinder abnehmen: asthmatische Beschwerden von 8,5% auf 4,6%, Beschwerden einer allergischen Rhinitis von 4,5% auf 2,5% und einer Neurodermitis von 8,8% auf 6,1%. Gegenläufig verhalten sich jedoch die ärztlichen Diagnosen einer Allergie - d.h. hier ist eine Zunahme zu verzeichnen. Wie ist dies zu verstehen? Eine plausible Erklärung wäre, dass sich die Zahl behandelter Kinder in den vergangenen Jahren vergrößert hat, d.h. die Zunahme von Diagnosen führt zu mehr therapeutischen Maßnahmen, wodurch die

Beschwerden der Kinder gelindert werden. Die Beschwerderate wird dann geringer, was sich in den Antworten bei der Befragung der Eltern zeigt. Zugleich ist davon auszugehen, dass mit der Verbesserung der diagnostischen Möglichkeiten und einer besseren Information der Bevölkerung die Zahl der Kinder mit der Diagnose einer Atopie zunimmt. In einer italienischen Studie an 6- bis 7-jährigen Schulkindern mit dem ISAAC-Befragungsstandard wurde ein ähnlicher Sachverhalt festgestellt. So waren die Arzt Diagnosen Asthma und die Krankenhauseinweisungen in Städten häufiger als in ländlichen Gebieten, obwohl sich die subjektiven Beschwerden in der Häufigkeit nicht unterschieden (SIDRIA 1997).

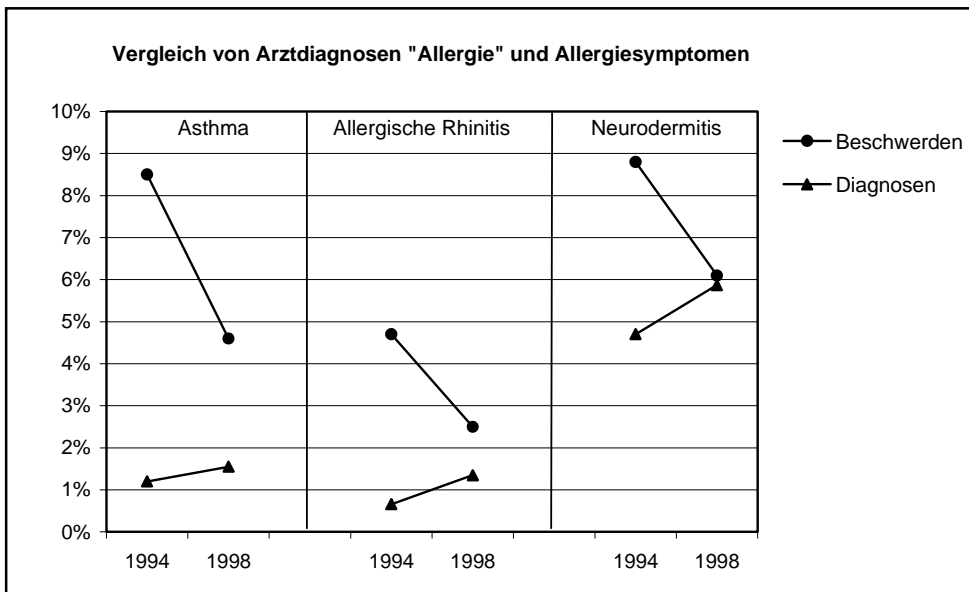


Abbildung 19



Zu interpretieren ist des Weiteren die erhebliche Differenz zwischen den Angaben zu den Beschwerden und den ärztlichen Diagnosen. Darin kommt vermutlich zum Ausdruck, dass bei zu wenigen Kindern die Diagnose einer Atopie gestellt wurde (und

Atopische Erkrankungen, besonders Asthma, sind bei Brandenburger Einschulungskindern immer noch unterdiagnostiziert

damit auch die notwendige medizinische Behandlung ausblieb). Allerdings verringert sich die Diskrepanz von 1994

nach 1998 (siehe Abbildung 19), was als Hinweis auf eine zunehmend bessere ärztliche Diagnostik und Versorgung zu deuten ist.

Analysiert man fallbezogen nach den einzelnen allergischen Erkrankungsbildern, so fällt vor allem bei Kindern mit allergieverdächtigen Atemwegsbeschwerden die geringe Diagnoserate auf. Auch wenn nicht jedes Kind mit Beschwerden auch tatsächlich eine Allergie haben muss (aber bei mehr als 70% der „Beschwerden“-Kinder nach ISAAC ist dies der Fall), spricht die große Differenz hier für eine gravierende Unterdiagnostik. Nicht so stark unterdiagnostiziert sind der allergische Schnupfen und die Neurodermitis.

Offensichtlich haben bei Neurodermitis der starke Juckreiz der Haut und die oft deutlichen Hauterscheinungen höheren Signalcharakter für die Eltern einen Arzt aufzusuchen, mit entsprechend größerer Wahrscheinlichkeit für eine Diagnose.

Soziale Lage und Atopien

Nimmt man die ärztlichen Befunde (Diagnosen) zum Ausgangspunkt, zeigt sich bei der häufigsten atopischen Erkrankung, der Neurodermitis, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien seltener betroffen sind. Während 1998 bei 7,3% der Kinder aus Familien mit hohem sozialen Status eine Neurodermitis diagnostiziert wurde, liegt der Anteil bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozialen Status nur bei 4,8%. Von 1994 nach 1998 hat sich die Befundrate in allen sozialen Statusgruppen gleichermaßen erhöht.

Betrachtet man die für Neurodermitis spezifischen körperlichen Beschwerden nach den ISAAC-Fragen, so leiden darunter 1998 4,9% der Kinder aus sozial benachteiligten Familien. Bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus liegt der



Anteil bei 7,3%. Im zeitlichen Trend von 1994 nach 1998 fällt auf, dass die Beschwerderate in der hohen sozialen Schicht etwas stärker gefallen ist als in der niedrigen (vgl. Abbildung unten).

Während Neurodermitis Kinder aus sozial benachteiligten Familien also seltener betrifft als andere Kinder, gilt dies für Asthma nicht. Asthmabeschwerden werden bei sozial benachteiligten Kindern in der Elternbefragung häufiger genannt als bei Kindern aus der hohen sozialen Schicht (1998: 5,4% vs. 3,9%). Hinsichtlich der ärztlichen Diagnose Asthma finden sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Sozialstatusgruppen (1998: niedriger sozialer Status 1,4%; mittlerer sozialer Status 1,8%; hoher sozialer Status 1,5%).

Bei der Betrachtung des allergischen Schnupfens im Zusammenhang mit dem Sozialstatus zeigt sich, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien seltener als erkrankt diagnostiziert werden (1998: niedriger Sozialstatus 0,9%; hoher Sozialstatus 2,0%). Demgegenüber sind die Beschwerderaten fast gleich (1998: niedriger Sozialstatus 2,5%; hoher Sozialstatus 2,6%).

Diese Daten sind Hinweise darauf, dass Kinder mit atopischen Beschwerden aus Familien mit einem hohen Sozialstatus offensichtlich früher diagnostiziert und behandelt werden. In einer speziellen Allergiestudie 1994 haben wir die Eltern auch explizit danach gefragt, wann sie bei den ersten allergischen Beschwerden einen Arzt aufgesucht haben. 84,5% der Eltern mit Fach- und Hochschulberufen

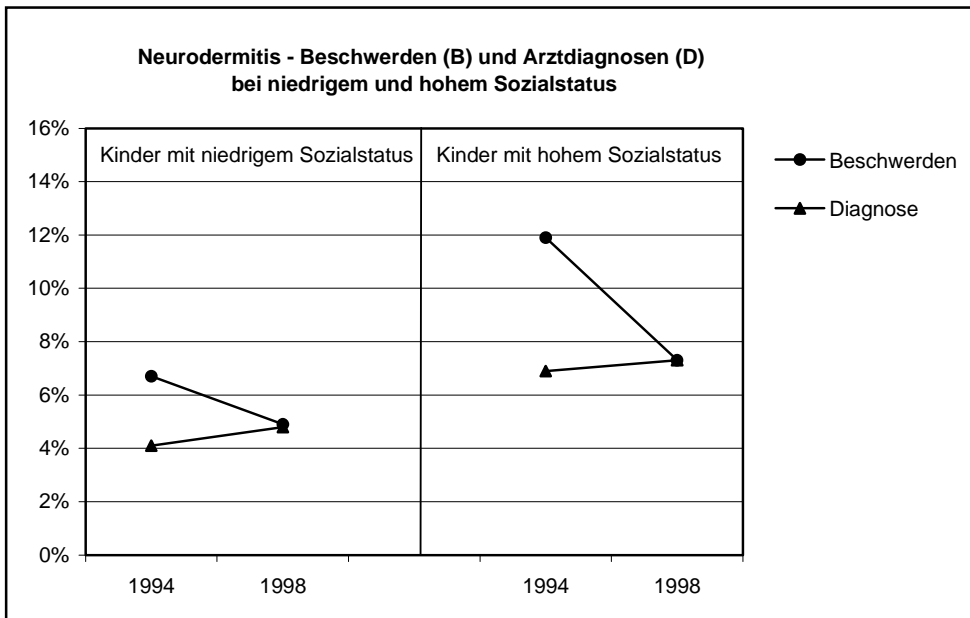


Abbildung 20



Im Brennpunkt

besuchten einen Arzt im ersten Jahr des Auftretens der Beschwerden; Eltern, die ungelernte Arbeiter oder Teilfacharbeiter waren, nur zu 66%. Der Unterschied der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen lag hier allein bei 20% (Landesgesundheitsamt Brandenburg 1995).

Risikofaktoren und Atopien

Die Ergebnisse der Brandenburger Allergiestudie 1994 haben gezeigt, dass die Entwicklung einer Atopie im Schulalter eine ganzheitliche Betrachtung der Familienanamnese, Krankheitsvorgeschichte der Kinder und insbesondere der sozialen und häuslichen Wohnumwelt notwendig macht. Dazu werden im Folgenden einige Befunde dargestellt:

- **Feuchtigkeitsschäden oder Schimmelbildung in Wohnungen**
Feuchtigkeitsschäden oder Schimmelbildung an Decken und Wänden waren in den vergangenen Jahren ein häufiges Problem in Brandenburger Wohnungen, nach Angaben der Eltern 1994 in 13,6% und 1995 in 12,6% der Wohnungen (MASGF 1997). Feuchtigkeitsschäden oder Schimmelbildung kamen dabei in Wohnungen von Familien mit niedrigem Sozialstatus fast doppelt so häufig vor als in Wohnungen von Familien mit hohem Sozialstatus. In beiden Jahren zeigte dieser Risikofaktor einen starken Einfluss auf die Entwicklung von allergischen Atemwegsbeschwerden, d.h. eine Erhöhung der Erkrankungswahrscheinlichkeit um das 1,5- bis 2-fache. Wir nehmen an, dass die Problematik auch heute noch fortbesteht,

u.a. da im Zusammenhang mit Modernisierungen der Wärmedämmung oft eine höhere Bedeutung als dem Luftaustausch beigemessen wird.

- **Hohe Geschwisterzahl**

Seit 1997 wird auch die Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder und Erwachsenen in der ärztlichen Anamnese erhoben. Im Zusammenhang mit Atopien wird diskutiert, dass Kinder in kinderreichen Familien häufiger Infekte durchmachen, die das Immunsystem gegen die Entwicklung von Allergien stärken. In einigen Studien ist der Zusammenhang zwischen der Geschwisterzahl und der Entwicklung einer Atopie erforscht worden (Strachan 1989; National Public Health Institute Finland 1999). Demnach haben drei und mehr Geschwisterkinder einen Atopie-senkenden Einfluss.

Für den allergischen Schnupfen (Arztdiagnose und Beschwerden) konnten wir bei den Brandenburger Einschulungskindern einen ähnlichen Effekt feststellen, d.h. eine um die Hälfte reduzierte Erkrankungs-wahrscheinlichkeit für Kinder aus kinderreichen Familien (drei und mehr Geschwisterkinder). Für Neurodermitis und allergisches Asthma konnte kein Zusammenhang mit der Geschwisterzahl festgestellt werden.

Ost-West-Unterschiede

Die Häufigkeit von Atopien ist in den neuen Bundesländern deutlich niedriger als in den alten. Dieser Sachverhalt wurde u.a. in einer Studie bestätigt, die mit vergleichbaren Methoden (ISAAC-Fra-



gen) die Städte Greifswald in Mecklenburg-Vorpommern und Münster in Westfalen verglich (Duhme et al. 1998). Wir haben den Städtevergleich mit den Daten vom Land Brandenburg ergänzt. Für die allergischen Atemwegs- wie auch für Hautbeschwerden liegen die Häufigkeiten in Greifswald und im Land Brandenburg deutlich unter den Werten von Münster. Da es sich hier nicht um Arzt-diagnosen handelt und so „Arzteffekte“ in der Erkennung und Versorgung auszuschließen sind, sind andere Faktoren

zu vermuten. In der Wissenschaft wird ein unterschiedlicher Lebensstil in West und Ost und damit unterschiedliche Sozialisationsbedingungen für die Kinder als Ursache diskutiert. So wird z.B. darauf hingewiesen, dass Kinder in der ehemaligen DDR häufiger und früher in Kindertagesstätten betreut werden und mehr Wurmerkrankungen sowie Infekte durchgemacht haben. Mit der Angleichung der Lebensverhältnisse und -stile nehmen die Unterschiede jedoch ab (Mutius et al. 1998).



Fazit

Bei den Atopien ergibt sich für die Brandenburger Einschüler also ein differenziertes Bild:

- Die Erfassung der atopischen Erkrankungen über die Elternbefragung zeigt über die Jahre 1994 bis 1998 einen Rückgang bei Neurodermitis, allergischem Asthma und allergischem Schnupfen. Gleichzeitig sind die Befundzahlen für die genannten atopischen Erkrankungen gestiegen. Wir führen diese Trends auf eine insgesamt bessere ärztliche Versorgung der Kinder bei diesen Erkrankungen zurück.
- Die Diskrepanz zwischen Allergie-Beschwerden und Befunden ist in den vergangenen Jahren bei Neurodermitis geringer geworden. Das Ausmaß an nicht diagnostiziertem allergischem Asthma (Unter-Diagnostizierung) ist aber noch immer sehr groß. Dieser Sachverhalt gilt besonders für Kinder aus sozial benachteiligten Familien. Offensichtlich ist mit der sozialen Benachteiligung auch eine medizinische Unterversorgung verbunden.
- Dies ist auch deshalb besonders problematisch, da gerade der Früherkennung allergischer Erkrankungen - d.h. in den ersten Lebensjahren - für den Verlauf, die Prognose und auch für die Aufklärung über die Vermeidung von Expositionsbelastungen und Risikofaktoren eine große Bedeutung zukommt.
- Notwendig wären daher eine intensivere Aufklärung der Eltern durch Ärzte und Medien, die Einführung des ISAAC-Befragungsstandards in die Früherkennungsuntersuchungen (U1-U9) der niedergelassenen Ärzte.
- Unsere Ergebnisse zeigen des Weiteren Handlungsbedarf in der Gestaltung einer gesunden Wohnumwelt auf. Insbesondere mikrobielle Belastungen durch Feuchtigkeitsschäden sind durch sachkompetente Sanierungsmaßnahmen zu verhindern. Diese Sanierungsmaßnahmen sollten nicht nur eine optimale Wärmedämmung berücksichtigen, sondern auch den Luftwechsel fördern.
- Auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit wurde im August 1999 ein Aktionsbündnis zur Allergieprävention gegründet. Ziel ist es, den wissenschaftlichen Erkenntnisstand durch Kooperation und Koordinierung der Maßnahmen für die Praxis und die Öffentlichkeit besser verfügbar zu machen. Ein ähnliches Aktionsbündnis wäre auch auf Landesebene sinnvoll, um wirkungsvoller reagieren und die länderspezifischen Probleme intensiver angehen zu können.



3.6 Sprachstörungen

Fast jedes 10. Kind leidet unter Sprachstörungen. Kinder aus sozial benachteiligten Familien sind etwa dreimal so häufig betroffen als Kinder aus Familien mit hohem sozialen Status.

Unter der Bezeichnung Sprachstörungen werden verschiedene Formen von Störungen zusammengefasst, bei denen Funktionen des Sprachverständnisses oder des Sprachgebrauchs betroffen sind. Seltener kommen Stimmstörungen vor, bei denen bei unterschiedlicher Verursachung und Ausprägung der Stimmklang beeinträchtigt ist.

Sprachstörungen treten häufig gemeinsam auf mit psychomotorischen Störungen (Wahrnehmungsstörungen, Teilleistungsstörungen), Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung und Verhaltensstörungen. Sie können aber auch eine Folge von zu spät erkannten und behandelten Hörstörungen sein. Kinder mit Sprachstörungen haben schlechtere Startchancen in der Schule. Das Erlernen des Lesens und Schreibens fällt ihnen schwerer.

Sprachstörungen beeinträchtigen die Kommunikation sowohl für das Kind selbst wie für seine Umwelt. Die Kinder erfahren öfter Missverständnisse, Vorurteile und Ablehnung seitens der Umwelt, was wiederum im Sinne einer Verschlechterung auf die Sprach- und Sprechfähigkeiten des Kindes zurückwirken kann.

Mögliche Ursachen für Sprachstörungen im Einschulungsalter sind:

- zu wenig Anregung in der Familie und Umwelt des Kindes (zu wenig Zuwendung, familiäres Gespräch und gemeinsame Aktivitäten),
- unzureichende Früherkennung von Hörbehinderungen,
- geistige Behinderung, angeborene Veranlagung,

- Erkrankungen,
- unzureichende Angebote für eine Sprachheilbehandlung (Logopädie) und fehlende Beratungsangebote für Eltern.

Zwischen 1994 und 1998 ist der Anteil der Einschüler, bei denen medizinisch relevante Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen diagnostiziert wurden, von 6% auf 9% gestiegen. Die Ursache dieses Anstiegs ist nicht eindeutig zu interpretieren, vermutlich ist ein Teil des Anstiegs auch durch eine verbesserte Untersuchungs- und Dokumentationspraxis bei den Einschulungsuntersuchungen zu erklären. Jungen sind fast doppelt so häufig betroffen als Mädchen. Ein differenzierteres Bild bekommen wir bei Betrachtung des Trends bei Sprachstörungen im Zusammenhang mit dem sozialen Status der Eltern (vgl. Abbildung 21).

In allen Schichten ist eine Zunahme bei diesen Störungen zu verzeichnen, bei sozial benachteiligten Kindern fällt die Zunahme relativ gesehen noch etwas höher aus.

Auch die Eltern sind in den vergangenen Jahren gegenüber Auffälligkeiten in der Sprache der Kinder sensibler geworden. Während 1994 12% der Eltern im Anamnesebogen Sprachstörungen des Einschülers angaben, sind es 1998 bereits 19%.

Verglichen mit anderen Diagnosen treten schwerwiegendere Sprachstörungen sehr häufig auf (vgl. Abbildung 6 vorn). Von daher besteht hier ein besonderer Handlungsbedarf für Prävention und frühe Behandlung der Störungen. Bei einer frühzeitigen Erfassung, individuellen Diagnostik und Behandlung können die Stö-



Im Brennpunkt

rungen in ihrem Verlauf abgeschwächt und damit erreicht werden, dass keine oder kaum Auswirkungen auf die spätere Schullaufbahn entstehen. Die Frühförderung des Kindes ist dann besonders

erfolgsversprechend, wenn die Behandlung ganzheitlich orientiert wird, interdisziplinär organisiert ist und die Eltern mit einbezogen werden.

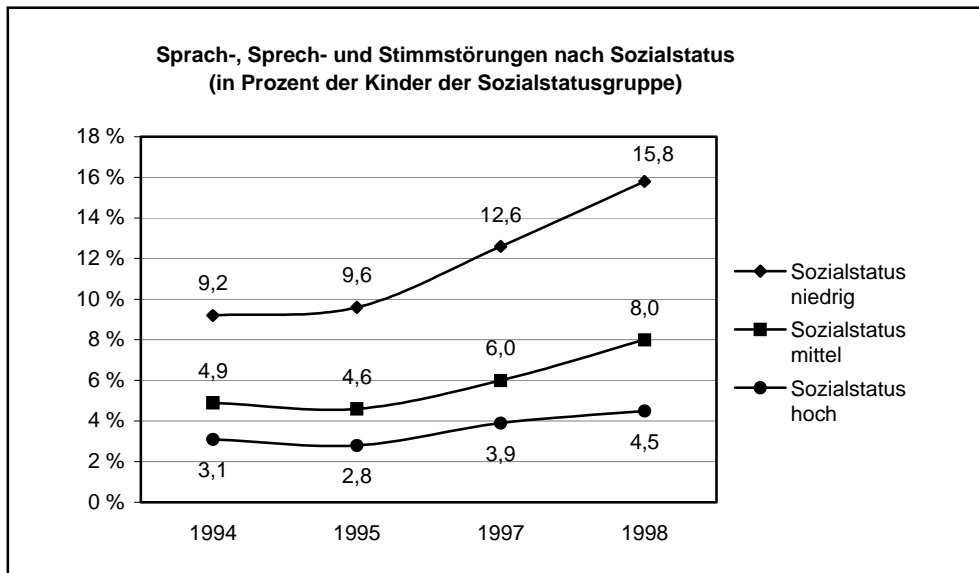
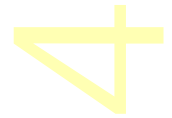


Abbildung 21

Zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung wird über die Jahre hinweg konstant eine (zu) hohe Rate an Sprach- und Sprechstörungen festgestellt, was deutlich macht, dass die bisherigen Maßnahmen zur Früherkennung und in der Folge auch der Frühförderung noch nicht ausreichen.

Zwar gibt es im Land Brandenburg ein Netz von Frühförder- und Beratungsstellen, die Hilfe für Kinder mit Sprachstörungen leisten, aber nach wie vor liegt eine der Schwierigkeiten darin, diese Angebote Kindern zugänglich zu machen. Ein weiteres Problem stellt die logopädische Versorgung dar. Im letzten Bericht zur Gesundheit der Schulanfänger 1997 (MASGF 1997b) hatten wir die ambulante logopädische Versorgung in Brandenburg als unzureichend bewerten müssen. Daran hat sich in der Zwischenzeit wenig geändert. Noch immer liegt beispielsweise die Zahl niedergelassener Logopäden in Brandenburg um den Faktor 3 niedriger als im Bundesdurchschnitt. Allerdings müssen wir große regionale Unterschiede verzeichnen: gemessen am Versorgungsgrad in der Stadt Potsdam sind berlinferne Landkreise (z.B. Elbe-Elster) besonders unterversorgt.



4 Früherkennung, Frühförderung, Hilfeplanung

4.1 Krankheiten rechtzeitig erkennen

Mit der Früherkennungsuntersuchung U 9 werden im Land Brandenburg nur knapp 2/3 der Zielgruppe 6-jähriger Kinder erreicht. Für Kinder aus sozial benachteiligten Familien liegen die Raten noch niedriger. Um Krankheiten rechtzeitig zu erkennen, sind daher die Reihenuntersuchungen des KJGD unverzichtbar.

Krankheiten sollten rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Die Ärzte des KJGD stellen in den Einschulungsuntersuchungen daher nicht nur Befunde fest, sondern fragen auch jeweils nach, ob das Kind bereits wegen des Befundes in Behandlung ist. Wenn nötig, werden die Eltern dann an Ort und

Stelle beraten und erhalten eine Überweisung zur weiteren Abklärung bzw. Behandlung.

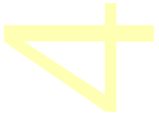
Bei 44% der Einschüler wurden 1998 ein oder mehrere medizinisch relevante Befunde festgestellt. Konkret wurden 11.814 Diagnosen bei 8.136 Kindern

Von niedergelassenen Ärzten werden Früherkennungsuntersuchungen für Kinder durchgeführt (U 3 bis U 10). Fehlentwicklungen, Krankheiten und Behinderungen sollen in einem frühen Stadium erkannt werden, um ohne Zeitverluste notwendige Behandlungen einzuleiten. Die Untersuchungen sind freiwillig und geben damit auch Auskunft über das gesundheitsbewusste Verhalten der Bevölkerung bzw. hier der Eltern.

Um so älter die Kinder werden, desto seltener stellen Eltern ihre Kinder beim Kinderarzt zu den Untersuchungen vor. Aus den Ergebnissen wissenschaftlicher Studien ist bekannt, dass die Früherkennungsuntersuchungen insbesondere von Eltern mit niedrigem Bildungsstand seltener genutzt werden. Die Früherkennungsuntersuchung U 9, die für etwa 6-jährige Kinder angelegt ist (60. - 64. Lebensmonat), wird in Brandenburg von knapp 2/3 der Kinder in Anspruch genommen (vgl. Tabelle 4). Ein Drittel der Kinder erhält demnach nicht die Chance zur Früherkennung möglicher Krankheiten oder zur Schließung von Impflücken im Rahmen der U 9. Vor diesem Hintergrund wird die Wichtigkeit der Einschulungsuntersuchung als Reihenuntersuchung deutlich, an der praktisch alle Kinder eines Jahrgangs teilnehmen.

Tabelle 4

Inanspruchnahme der Kinderfrüherkennungsuntersuchung U9 im Land Brandenburg (eigene Berechnungen nach Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg)					
Jahr	1994	1995	1996	1997	1998
Inanspruchnahme	48%	52%	63%	61%	61%



Früherkennung, Frühförderung, Hilfeplanung

verzeichnet. Die Ärzte des KJGD vermerken zusätzlich zu den Befunden, ob das Kind bereits in Behandlung ist oder überwiesen werden muss. Die Auswertung von medizinisch relevanten Befunden im Zusammenhang mit diesen Angaben zeigte, dass knapp 2/3 der Kinder bereits in Behandlung waren und dass knapp ein Viertel erstmals überwiesen werden musste (vgl. Abbildung unten). Bei 14% der Befunde vermerkten die Ärzte weder „in Behandlung“ noch „Überweisung“. Es handelt sich dann um die Einschätzung, dass keine Behandlung möglich oder aktuell erforderlich ist. Dies fand sich vor allem bei Allergien und Störungen des Seh- und Hörvermögens. Für die vorhergehenden Jahre erbrachten die Analysen vergleichbare Ergebnisse.

Wenn die Ärzte im Rahmen der Untersuchung erfahren, dass das Kind wegen eines medizinisch relevanten Befundes bisher nicht in Behandlung war und eine

Überweisung veranlassen müssen, kann dies als Erstdiagnose interpretiert werden und als Hinweis auf eventuelle diagnostische Defizite im Vorfeld gelten. Dies kann auf verschiedene Ursachen zurückzuführen sein: Die Eltern haben die Früherkennungsuntersuchungen nicht in Anspruch genommen, die Eltern oder die Erzieher/innen haben Beschwerden und Symptome bei den Kindern nicht als bedeutungsvoll eingeschätzt oder die ärztliche Betreuung war bis dahin unzureichend.

Bei den für den Schulerfolg sehr wichtigen Sprachstörungen lag der Anteil von Überweisungen bei 43%. Ähnlich verhält es sich mit den Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung. Fast die Hälfte der Kinder (48%) musste zur weiteren Abklärung überwiesen werden. Für eine Reihe seltener aber ernster Erkrankungen musste ebenfalls festgestellt werden, dass der KJGD Kinder erstmals diagnostizierte bzw. Kinder als nicht ausreichend behandelt einschätzte. Dies gilt für Eingeweidebrüche, Störungen des Knochenapparates und Hodenhochstand.

Der enge Zusammenhang zwischen der sozialen Lage der Eltern und der Gesundheit der Kinder wurde wieder in den Überweisungsraten der untersuchenden Ärzte deutlich. Kinder aus sozial benachteiligten Familien werden entsprechend der höheren Befundraten wesentlich häufiger überwiesen.

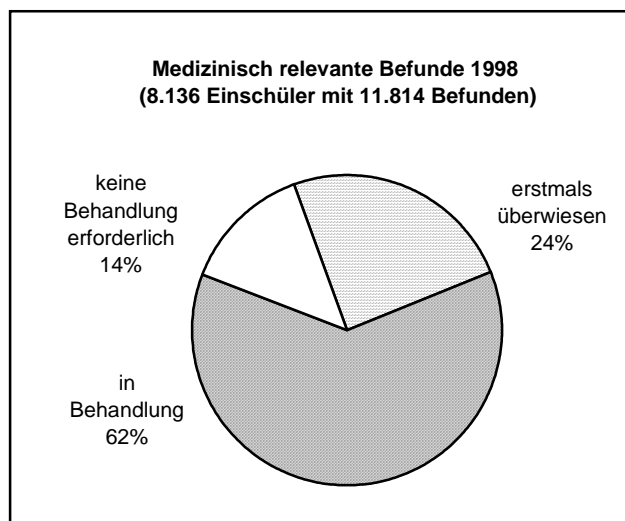
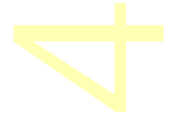


Abbildung 22



4.2 Befunde mit Relevanz für die Frühförderung

Eine Reihe von gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Kinder, die für den Schulerfolg wichtig sind, kann bei frühzeitiger Behandlung positiv beeinflusst werden. Sie sind damit relevant für die Frühförderung. Im Einzelnen zählen dazu: Sprachstörungen, Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung, Einschränkungen im Seh- und Hörvermögen, psychomotorische Störungen, zerebrale Bewegungsstörungen sowie emotionale und soziale Störungen. Solche Befunde werden hier gemeinsam betrachtet. Für die Auswertungen wurden daher alle Einschüler zusammengefasst, die eine oder mehrere der eben genannten Diagnosen aufwiesen.

Bei 5.646 Einschülern (30,5%) wurde 1998 ein Befund mit Relevanz für die Frühförderung festgestellt.

Kinder, bei denen Befunde mit Relevanz für die Frühförderung festgestellt werden, sollten zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung bereits Frühfördermaßnahmen erhalten haben. Wenn die Ärzte des KJGD im Rahmen der Einschulungsuntersuchung für die genannten Befunde erstmals Überweisungen aussprechen, ist dies ein Hinweis auf mögliche diagnostische Versäumnisse in

der Vergangenheit. 1998 wurde für insgesamt 2.026 Kinder eine solche Erstüberweisung ausgesprochen. Das heißt 36% des medizinisch unabwiesbaren Bedarfs an Frühförderung werden erstmalig bei der Schuleingangsuntersuchung diagnostiziert. Zu diesem Zeitpunkt sind die Kinder meist 6 Jahre alt und haben das optimale Förder- und Behandlungsalter von 2 bis 4 Jahren bereits weit überschritten. Um diesem gravierenden Mangel abzuhelpfen, werden die Gesundheitsämter ab Januar 2000 landesweit eine jährliche Früherkennungsuntersuchung für Kinder ab 3 Jahre in allen Kindertagesstätten anbieten.

Befunde mit Relevanz für die Frühförderung finden sich fast doppelt so häufig bei Kindern aus sozial benachteiligten Gruppen (vgl. Abbildung 23 für die Daten von 1998). Die Ärzte des KJGD überweisen in diesem Zusammenhang fast jedes 5. Kind aus niedriger sozialer Schicht zu einer Behandlung. Bei Kindern aus hoher sozialer Schicht muss nur knapp jedes 10. Kind überwiesen werden. Diese Diskrepanz macht wieder deutlich, welche unterschiedlichen Chancen Kinder verschiedener sozialer Schichten haben.

Maßnahmen der Frühförderung sollen einer Behinderung bzw. einer drohenden Behinderung entgegenwirken und das Leben der Kinder in der Gemeinschaft erleichtern. Im Land Brandenburg gibt es inzwischen ein Netz von 25 ambulanten Frühförder- und Beratungsstellen (FFB) einschließlich 10 Neben- und Außenstellen. Die FFB arbeiten mit den vier sozialpädiatrischen Zentren in Potsdam, Frankfurt (Oder), Neuruppin und Cottbus zusammen. Für seh- und hörgeschädigte Kinder stehen überregionale mobile Frühförderangebote zur Verfügung (MASGF 1999).

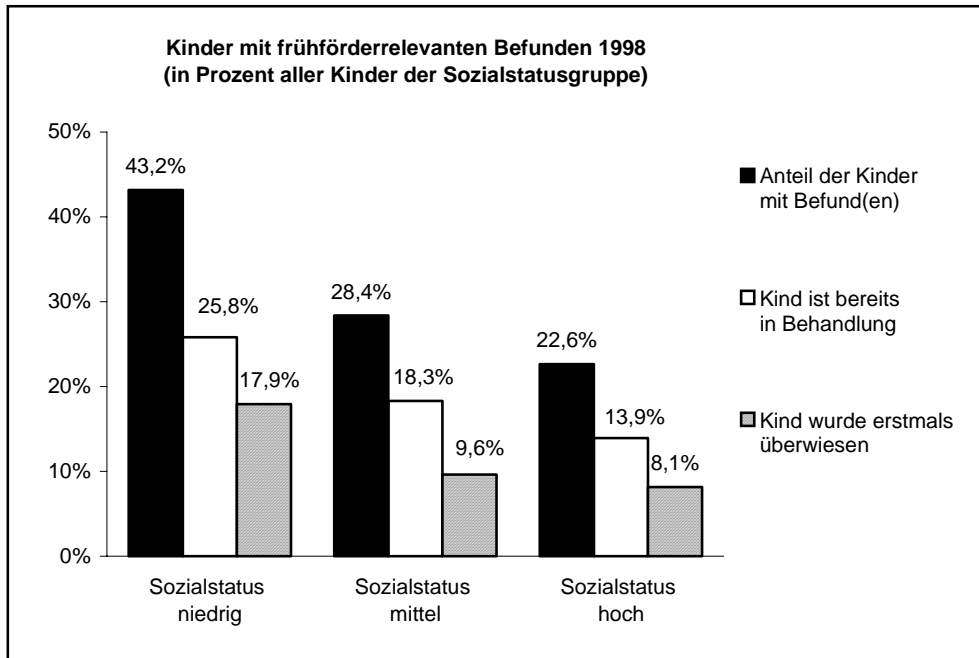
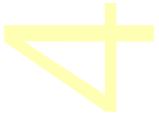


Abbildung 23

4.3 Hilfen für den schulischen Einstieg: Empfehlung für den Förderausschuss und Zurückstellungen

Kinder aus sozial benachteiligten Familien erhalten mehr als dreimal so häufig die Empfehlung zur Zurückstellung vom Schulbesuch als Kinder aus der hohen sozialen Schicht. Die Empfehlung Förderausschuss wird sogar sieben mal häufiger gegeben.

Auf der Grundlage der ärztlichen Untersuchung können die Ärzte des KJGD bei Bedarf eine individuelle Förderung des Kindes in der Schule empfehlen. Dann wird der „Förderausschuss“ einberufen, damit die Kinder besser in den Schulalltag

integriert werden können. 1994 wurde die Empfehlung Förderausschuss für 2,7% der Schüler ausgesprochen. Bis 1998 hat sich der Anteil auf 5,1% fast verdoppelt.

1994 wurden 1,9% der Kinder im Land Brandenburg in die Schulform Förderschule eingeschult. Bis 1997 ist der Anteil der so eingeschulten Kinder auf 2,9% gestiegen (LDS 1998b, S. 21).

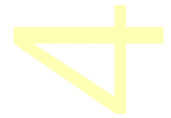


Tabelle 5

Schulärztliche Empfehlungen im Trend				
	1994	1995	1997	1998
Zurückstellung	9,1%	8,1%	6,7%	8,1%
Förderausschuss	2,7%	2,8%	4,3%	5,1%

Empfehlungen zur Zurückstellung aus gesundheitlicher Sicht werden ausgesprochen, wenn der Entwicklungsrückstand des Kindes so groß ist, dass auch durch die Maßnahme Förderausschuss keine ausreichende Integration in die erste Klasse erwartet werden kann. Dies war landesweit 1998 bei ca. 8% der untersuchten Kinder der Fall. Auch hier schwanken die Raten zwi-

schen den Kreisen erheblich: in Oberspreewald-Lausitz betrug sie 5,2% in Frankfurt/Oder 11,6%.

Während sich die Zahl von Zurückstellungsempfehlungen über die Jahre leicht verringert hat, stieg insgesamt der Anteil der Einschüler, für die die Ärzte des KJGD eine spezielle Förderung in der Schule empfehlen (vgl. Tabelle 5) .

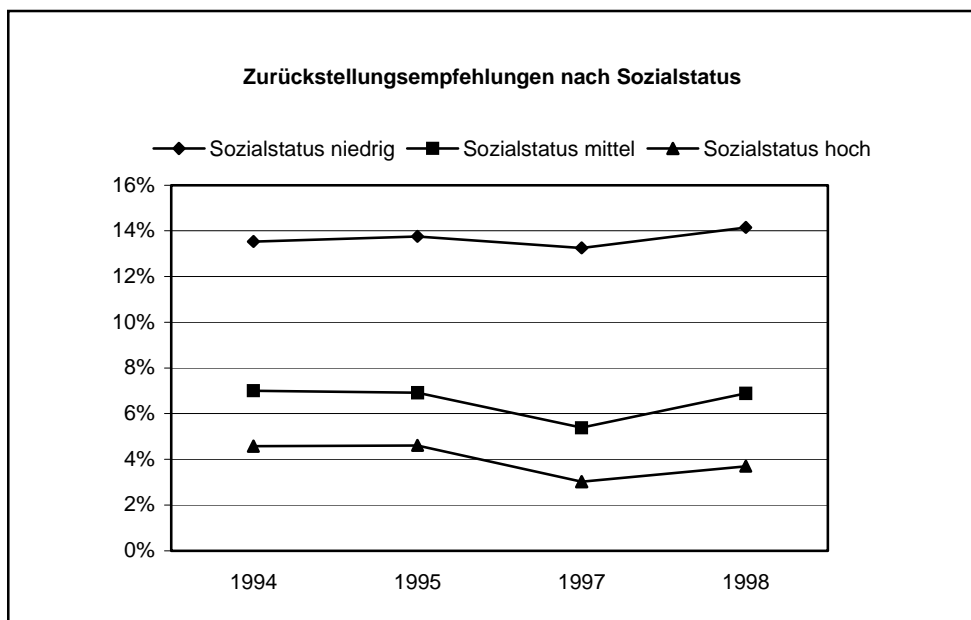
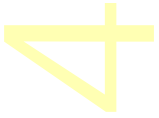


Abbildung 24



Früherkennung, Frühförderung, Hilfeplanung

Von den Empfehlungen zur Zurückstellung und zur Einrichtung eines Förderausschusses sind insbesondere Kinder aus sozial benachteiligten Familien betroffen. Dieser Sachverhalt bleibt über die Jahre konstant. Die Empfehlung „Zurückstellung“ erhielten 1998 insgesamt 8,1% der Kinder, unter der Gruppe der Kinder mit niedrigem Sozialstatus waren es 14,2% (vgl. Abbildung 24).

Ähnlich verhält es sich mit der Empfehlung Förderausschuss. Insgesamt empfahlen die Ärzte 1998 für 5,1% der Einschüler den Förderausschuss, bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus wurde die Empfehlung für 11,2% der Kinder ausgesprochen (vgl. Abbildung unten).

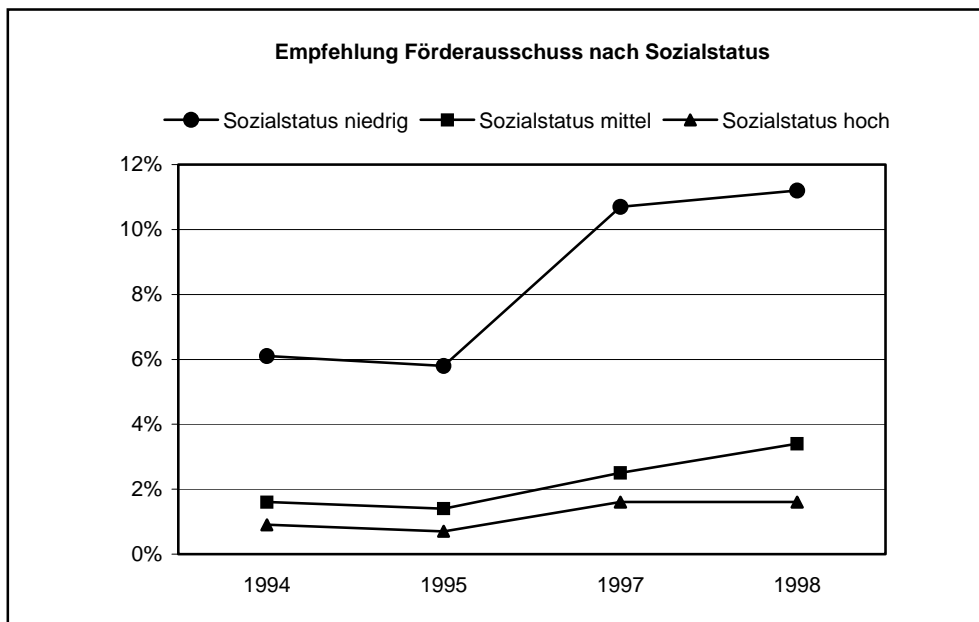
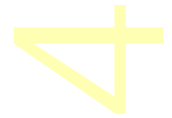


Abbildung 25



4.4 Individueller Förderbedarf

Der Förderbedarf für Kinder aus sozial benachteiligten Familien ist mehr als doppelt so hoch als bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus. Dies gilt im Einzelnen für notwendige Sprachheilbehandlungen ebenso wie für eine pädagogische und psychologische Klärung zum Schulanfang.

Mit Blick auf die Anforderungen der Schule an die Kinder stellen die untersuchenden Ärzte fest, ob und in welcher Weise ein Kind noch gefördert werden muss und geben dafür Empfehlungen. In der Praxis orientieren sich die Ärzte natürlich auch an den Versorgungsangeboten, die in ihrem Kreis vorhanden sind. Schließlich sollen die Eltern von der Untersuchung auch konkrete Empfehlungen mitnehmen. Wenn in einzelnen Regionen beispielsweise kaum logopädische Versorgungsangebote existieren, werden hierfür auch seltener Empfehlungen ausgesprochen.

Seit 1997 dokumentieren die Ärzte des KJGD ihre Empfehlungen in einem differenzierteren System (vgl. Tabelle 6). Von daher ist ein direkter Vergleich der vier Jahrgänge nur eingeschränkt möglich.

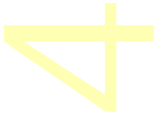
Entsprechend der hohen Zahl an Einschülern, bei denen Sprachstörungen festgestellt wurden, wird in Sprachheilbehandlungen ein besonders großer Bedarf gesehen. Die Empfehlung Sprachheilbehandlung wird für etwa jedes 10. Kind im Land Brandenburg gegeben. Hierunter sind fast doppelt so viele Jungen als Mädchen.

Für 6% der Einschüler wird 1998 eine pädagogische Klärung als notwendig erachtet, für 4% eine psychologische Klärung. Es zeigt sich ein Trend zu einem verstärkten Förderbedarf, wobei relativ gesehen der Förderbedarf für Physiotherapie am stärksten gestiegen ist. Hierin kommt einerseits zum Ausdruck, dass die Einschüler vermehrt Entwicklungsdefizite in der motorischen Entwicklung aufweisen (vgl. oben zu den medizinisch

Tabelle 6

	Förderbedarf im Trend				Ratenquotient*
	1994 N = 32.223	1995 N = 30.430	1997 N = 25.718	1998 N = 18.502	
Sprachheilbehandlung	8,6%	9,1%	11,4%	10,4%	1,2
Pädagogische Klärung	**	**	5,0%	6,1%	1,2
Psychologische Klärung	4,1%	2,9%	3,9%	4,1%	1,0
Physiotherapie	1,2%	1,6%	1,9%	2,7%	2,2
Ergotherapie	**	**	1,3%	1,6%	1,3
Psychotherapie	1,7%	1,8%	1,0%	0,9%	0,5

* Verhältnis 1998 gegenüber 1994 bzw. 1997
 ** Empfehlung wurde erst ab 1997 verwendet



Früherkennung, Frühförderung, Hilfeplanung

relevanten Befunden), andererseits schlagen sich hierin vielleicht auch die verbesserten Angebote für physiotherapeutische Behandlungen im Land nieder.

Der Förderbedarf im Sinne einer Psychotherapie bildet trendmäßig eine Ausnahme. Wurden bis Mitte der 90er Jahre noch fast 2% der Einschüler als entsprechend bedürftig eingestuft, sind es 1998 nur noch knapp 1%. Angesichts der ins-

gesamt häufiger diagnostizierten psychischen Störungen bei Kindern (Befund: emotionale und soziale Störungen), ist dieser Sachverhalt nicht leicht verständlich.

Einschüler aus sozial benachteiligten Milieus weisen einen besonders großen Förderbedarf auf. Wie in Abbildung 26 unten für 1998 dargestellt, gilt dies für alle Bereiche, für die die Ärzte des KJGD Empfehlungen geben.

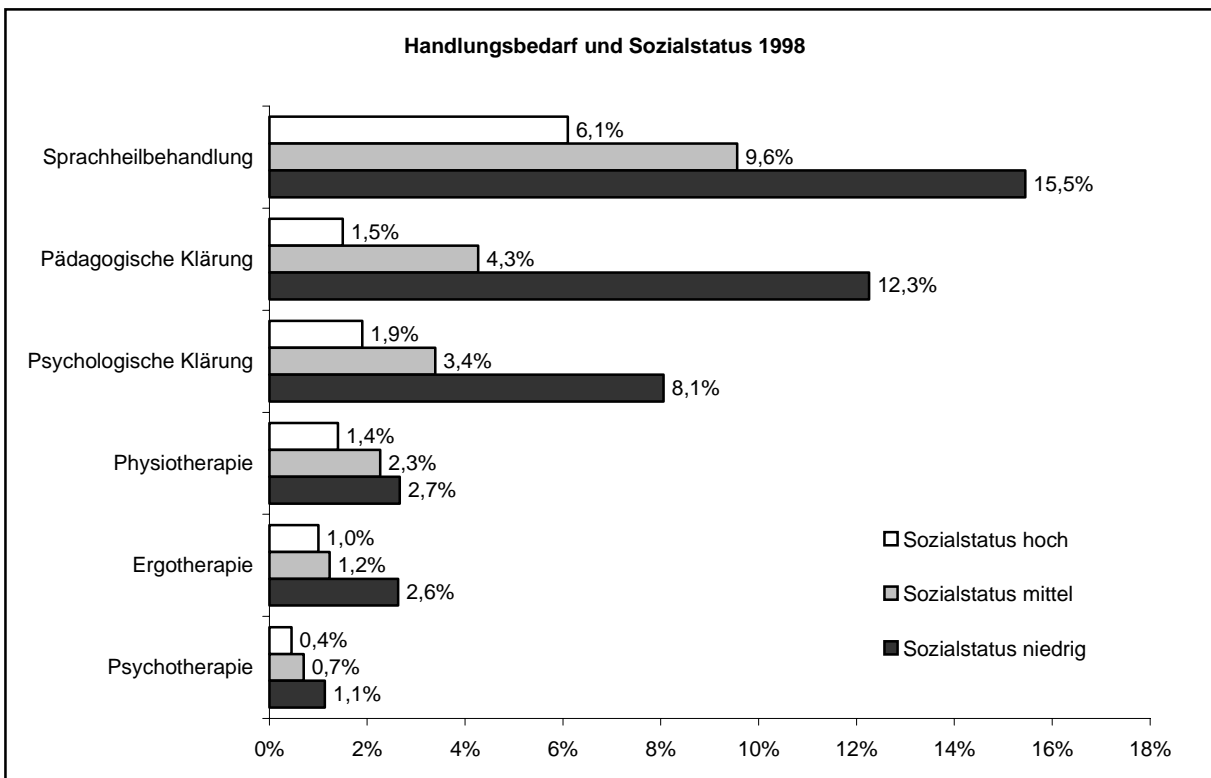
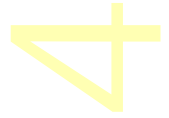


Abbildung 26



Die Schuleingangsuntersuchung als Förderinstrumentarium

- Zweck der Schuleingangsuntersuchung ist nach § 8 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes die Früherkennung von Krankheiten, Behinderungen und Entwicklungsstörungen sowie die Einleitung erforderlicher Maßnahmen, darüber hinaus unter anderem auch die Feststellung der gesundheitlichen Schulfähigkeit. Dabei werden mit Blick auf die von der Kultusministerkonferenz angestrebte weitgehende Vermeidung von Zurückstellungen die ersten Zielsetzungen weiter an Gewicht gewinnen.
- Der KJGD muss in Zukunft verstärkt den Übergang der Kinder in die Schule begleiten und seine Empfehlungen dazu auch auf die schulischen Gegebenheiten vor Ort (Vorhandensein behindertengerechter Einrichtungen, Förderangebote etc.) abstimmen. Ein Ansatzpunkt können z.B. die nach § 2 (6) der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst-Verordnung vorgesehenen Beratungen mit Lehrern sein.
- Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen stellen zugleich eine hervorragende Grundlage für eine gesundheitsorientierte Beratung der Schule dar. Diese Möglichkeiten sind bisher bei weitem nicht ausgeschöpft. Auch schulische Projekte zur Gesundheitsförderung könnten von einer intensiveren Zusammenarbeit mit dem KJGD profitieren. Das Netzwerkprojekt OPUS mit 19 gesundheitsförderlichen Schulen in Brandenburg bietet dafür z.B. geeignete Ansatzpunkte.
- Die Wirksamkeit von Empfehlungen nimmt erfahrungsgemäß zu, wenn nach ihrer Umsetzung gefragt wird. Der KJGD kann dazu - im Gegensatz zu niedergelassenen Ärzten - auch aufsuchend tätig werden.



Wer viele Geschwister hat...

5 Unterschiedliche Startchancen: Wer viele Geschwister hat ...

Kinderreichtum in den Familien der Einschüler wirkt sich gesundheitlich vor allem in der Gruppe mit niedrigem sozialen Status aus. Schulanfänger aus kinderreichen Familien haben häufiger Gesundheitsprobleme und auch einen erhöhten pädagogischen sowie therapeutischen Versorgungsbedarf zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung.

In den vorhergehenden Kapiteln wurde aufgezeigt, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien vermehrt gesundheitlich beeinträchtigt sind und damit auch ungleiche Startchancen bei der Einschulung bestehen. In den Auswertungen haben wir den Sozialstatus vom Bildungsstand und der Erwerbstätigkeit der Eltern abgeleitet. Ein weiterer Gesichtspunkt zur Kennzeichnung der Lebensverhältnisse und damit auch verschiedener sozialer Lagen ist die Anzahl der Kinder im Haushalt.

Seit 1997 wurden die Fragen zur sozialen Lage ergänzt mit Informationen zum Personenstand, d.h. Anzahl der Erwachsenen und Kinder im Haushalt. Im Folgenden gehen wir der Frage nach, welche Zusammenhänge zwischen der Anzahl der Geschwister, dem Sozialstatus und der Gesundheit der Schulanfänger bestehen.

In Familien mit einem niedrigen Sozialstatus haben die Schulanfänger mehr als doppelt so häufig viele Geschwister (3 oder mehr Kinder) als in Familien mit mittlerem und hohem Sozialstatus (vgl. Abbildung 27).

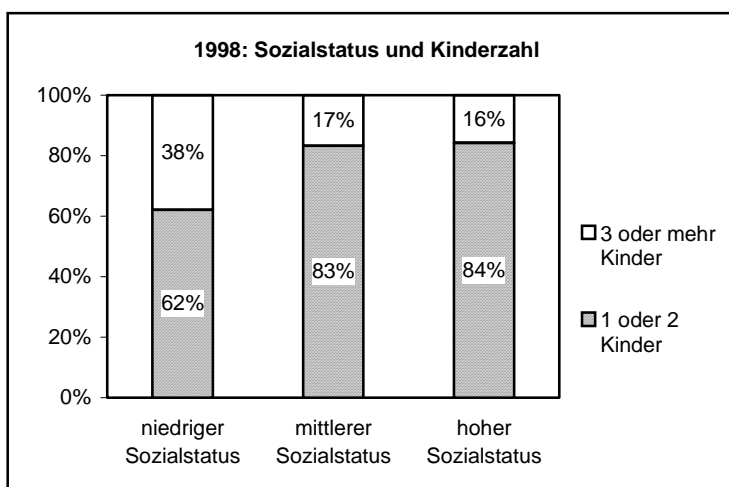


Abbildung 27



An dieser Stelle soll nicht diskutiert werden, ob eine hohe Kinderzahl eine Ursache für den niedrigen Sozialstatus darstellt oder ob umgekehrt gilt, dass Eltern mit einem niedrigeren Sozialstatus (relativ gesehen) mehr Kinder haben. Zweifelsfrei ist, dass Kinder heute für die Familien ein ökonomisches Risiko darstellen und, gerade wenn die Kinder noch klein sind, eine Erwerbstätigkeit beider Elternteile erschwert wird.

Für die folgenden Auswertungen haben wir den Sozialstatus und die Geschwisterzahl kombiniert und dann wichtigen gesundheitlichen Merkmalen gegenüber gestellt. Es werden die Ergebnisse für 1998 dargestellt. Für 1997 gelten weitgehend vergleichbare Verhältnisse. Ein zusammengefasstes Merkmal für das Ausmaß gesundheitlicher Beeinträchtigungen stellt die durchschnittliche

Befundzahl dar. Bei Verwendung dieses Indikators zeigt sich ein systematischer Zusammenhang - ein niedriger sozialer Status in Kombination mit hoher Geschwisterzahl geht mit häufigeren gesundheitlichen Beeinträchtigungen einher. Dieser Sachverhalt gilt besonders deutlich für Kinder aus sozial benachteiligten Familien, während in Familien mit hohem sozialen Status kaum mehr ein ungünstiger Einfluss der Kinderzahl festzustellen ist (vgl. Abbildung 28).

In kinderreichen Familien (insgesamt drei und mehr Kinder) sind die Schulanfänger häufiger wegen Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen auffällig. Wie die Abbildung 29 zeigt, kann damit Kinderreichtum als ein verstärkender Faktor für diese Befundauffälligkeit gelten.

Armut und Anzahl der Geschwister

„Großen Einfluss auf das Armutsrisiko hat die Anzahl der Geschwister. Hat ein Kind in den alten Bundesländern zwei oder mehr Geschwister, steigt das Risiko, arm zu sein, auf das Zweifache im Vergleich zu geschwisterlosen Kindern. Lebt ein solches Kind in den neuen Bundesländern, steigt das Armutsrisiko auf das Dreifache.“

aus: Zehnter Kinder- und Jugendbericht. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1998, S. 91.



Wer viele Geschwister hat...

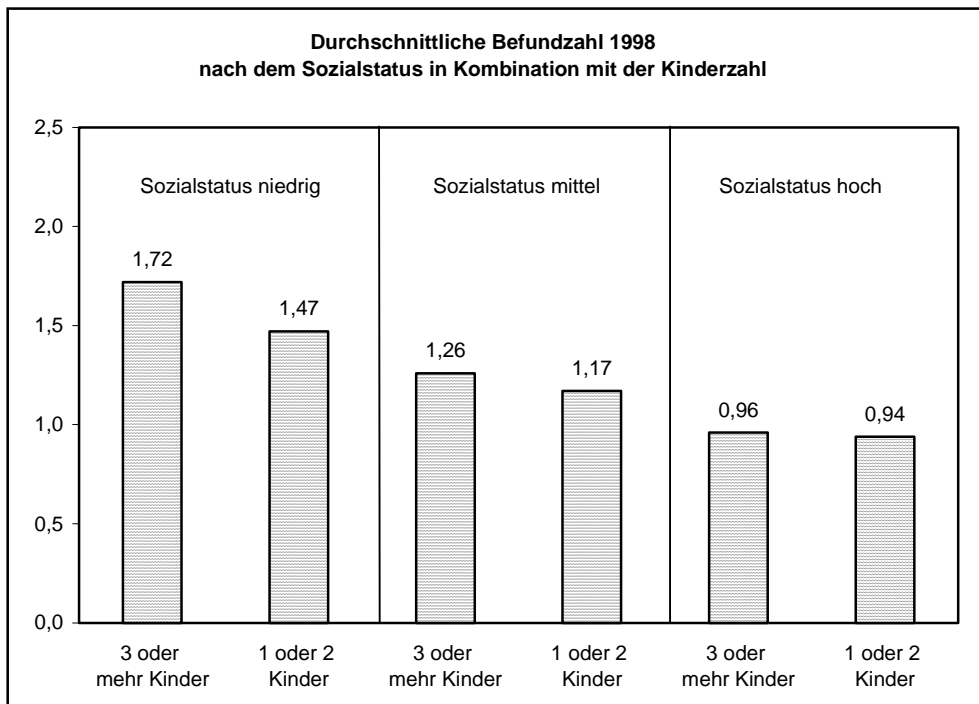


Abbildung 28

Für Schulanfänger aus kinderreichen Familien wird von den Ärzten ein erhöhter Handlungsbedarf für pädagogische Beratung, psychologische Betreuung und medizinische Behandlung ermittelt. Dies gilt für alle drei Sozialstatusgruppen. Bei

den Zurückstellungen gibt es in der Gruppe der Kinder mit hohem Sozialstatus wiederum keinen Unterschied, der mit der Kinderzahl in Verbindung zu bringen ist (vgl. Abbildung 30).

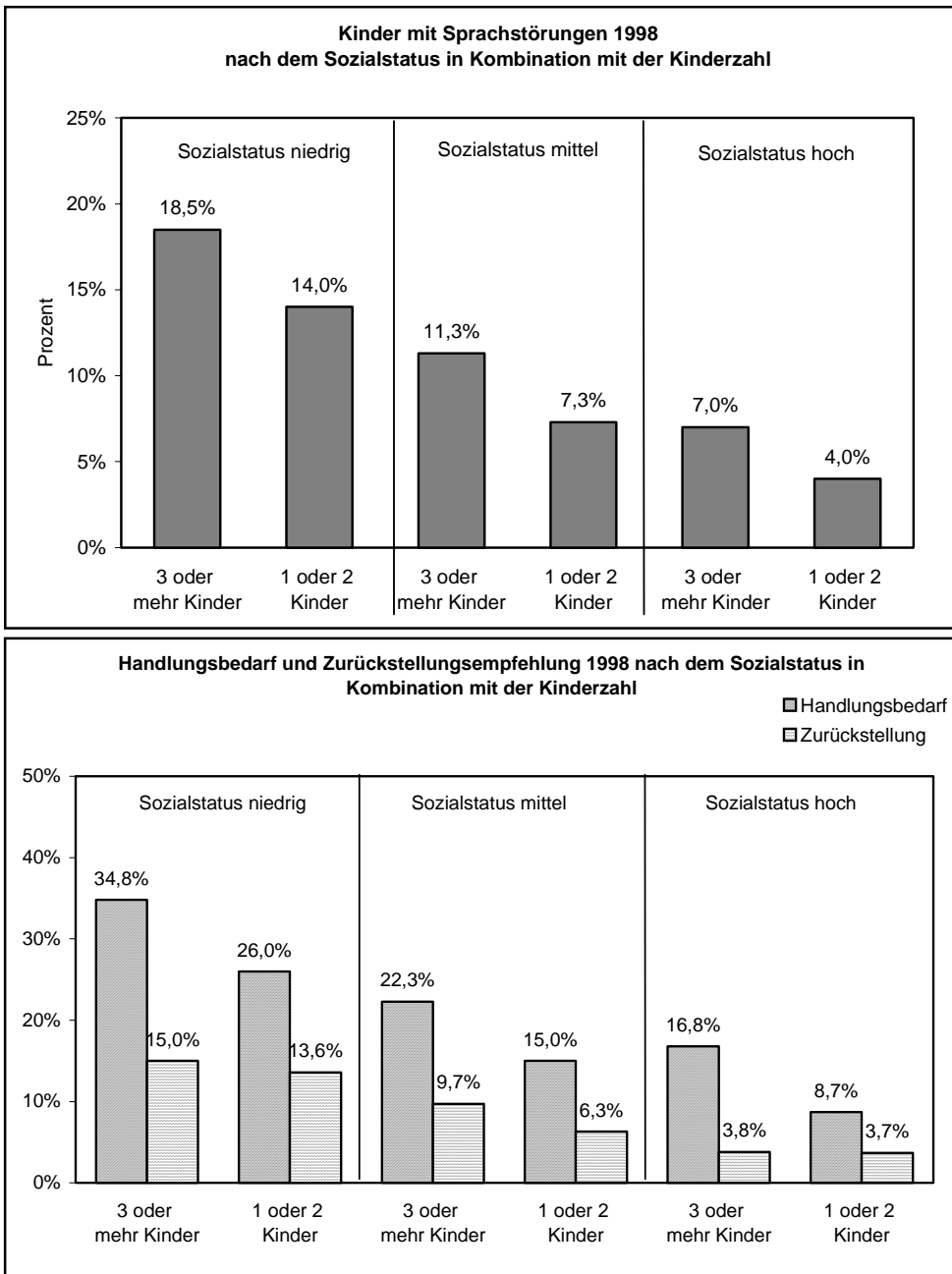
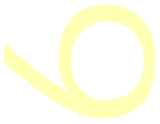


Abbildung 29 und 30



6 Gesundheitspolitisches Fazit

1. Soziale Benachteiligung geht mit gesundheitlicher Benachteiligung einher, wie in diesem Bericht gezeigt wurde. Da Kinder auf die Lebensverhältnisse, in denen sie groß werden, selbst keinen Einfluß haben, ist die gesellschaftliche Verantwortung zur Verminderung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit hier besonders groß. Notwendig sind dazu einerseits gesamtgesellschaftliche Strategien zur Bewältigung der zugrundeliegenden sozialen Problematik (z.B. Bekämpfung von Arbeitslosigkeit und Armut), andererseits aber auch ein spezifischer Beitrag des Gesundheitssektors, um die gesundheitlichen Folgen sozialer Ungleichheit zu verringern. Darauf haben sich auch die obersten Ländergesundheitsbehörden auf der 164. Sitzung der AGLMB im September 1997 verständigt.
2. Die Gesundheitsberichterstattung des Landes Brandenburg wird auch in Zukunft die gesundheitlichen Folgen sozialer Ungleichheit analysieren und Handlungsbedarf aufzeigen.
3. Viele Hilfestrukturen werden auf der kommunalen Ebene organisiert. Daher ist es notwendig, dass auch die kommunale Gesundheitsberichterstattung verstärkt dem Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit nachgeht und somit einen Beitrag zur systematischen sozialkompensatorischen Ausrichtung von Hilfesystemen leisten kann. Die am 19. März 1999 in Kraft getretene Richtlinie für eine kommunale Gesundheitsberichterstattung konkretisiert diesen Ansatz.
4. Teilweise kommen gesundheitliche Versorgungsleistungen, insbesondere im präventiven Bereich, bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen nicht an. Hier ist es notwendig, Zugangsbarrieren zu beseitigen und vor allem die aufsuchende Arbeit zu intensivieren.
5. Aus der Sicht des Landes Brandenburg ist die im Rahmen der Gesundheitsreform geplante Verpflichtung der Krankenkassen, bei Leistungen der Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V sozial benachteiligte Gruppen besonders zu berücksichtigen, positiv zu werten. Es sollte sichergestellt werden, dass davon speziell auch Kinder profitieren.
6. Die Leistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes müssen in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und anderen Akteuren weiter sozialkompensatorisch profiliert werden, z.B. in der zielgruppenspezifischen Umsetzung von Empfehlungen zur Frühförderung.
7. Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage, die speziellen Probleme sozial benachteiligter Gruppen sowie sich daraus ergebende Konsequenzen müssen auch Teil der Aus- und Fortbildung medizinischer und pädagogischer bzw. psychosozialer Fachkräfte werden.
8. Eine bessere Ausrichtung von Hilfesystemen auf die Gruppe der sozial Benachteiligten ist nur gemeinsam von allen Akteuren zu bewerkstelligen. Dazu könnten z.B. Gesundheitskonferenzen zum Thema „Armut und Kindergesundheit“ beitragen.



7 Anhang

7.1 Sozialstatus der Einschüler

Bei den Schuleingangsuntersuchungen im Land Brandenburg werden Schulbildung und Erwerbsstatus der Eltern festgehalten. Mit diesen beiden Merkmalen wurde ein Sozialindex gebildet, der eine Einteilung der Einschüler hinsichtlich ihres Sozialstatus ermöglicht. Der Sozialindex ist ein Indikator für die soziale Lage der Familien der Einschüler und erlaubt Auswertungen über sozioökonomisch bedingte gesundheitliche Ungleichheiten.

Verglichen mit den übrigen Daten sind bei Schulbildung und Erwerbsstatus der Eltern größere Lücken in den Daten (fehlende Werte). Dies rührt in erster Linie daher, dass die Eltern während der Untersuchung von einem Teil der untersuchenden Ärzte nicht danach gefragt wurden. So kommt es, dass diese Angaben in einzelnen Kreisen fast vollständig fehlen. Unter methodischen Aspekten hat dieser Sachverhalt zur Folge, dass Aussagen über den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Sozialstatus z.T. nicht auf Kreisebene gemacht werden können. Die fehlenden Werte verteilen sich aber zufällig über alle Gruppen. Eine interne Datenanalyse zeigte in diesem Zusammenhang z.B., dass der Anteil der Zurückstellungsempfehlungen bei Untersuchten mit fehlendem Sozialindex dem Durchschnitt der Zurückstellungsempfehlungen entspricht. Damit ist der Schluss erlaubt, dass Bildung und Erwerbsstatus in der Gruppe mit fehlenden Werten ähnlich verteilt sind wie bei der überwiegenden Mehrheit, für die die Variable Sozialstatus berechnet werden konnte. Die Aussagen im Zusammenhang mit dem Sozialstatus sind deswegen repräsentativ für alle Einschüler.

Für die Bestimmung des Sozialindex wurde vorausgesetzt, dass jeweils mindestens eine Angabe zur Schulbildung und Erwerbstätigkeit von Vater oder Mutter in den Daten vorhanden war. Wie die Schulbildung und der Erwerbsstatus für die Bildung eines Indikators für den Sozialstatus (Sozialindex) im Einzelnen verarbeitet wurden, geht aus der Tabelle unten hervor. Bei fehlender Angabe bei einem Elternteil wurde die des anderen Elternteils doppelt gewichtet, analog bei Alleinerziehenden. Nach diesem Vorgehen ist die kleinste mögliche Summe 4, d.h. beide Eltern haben die niedrigste Schulbildung und beide sind erwerbslos. Die größte mögliche Summe ist 10. In diesem Fall sind beide Elternteile erwerbstätig und haben die höchste Schulbildung.

Tabelle 7

Bildung der Variable Sozialstatus (Sozialindex)		Punkte je Elternteil
Schulbildung		
● niedrige Schulbildung (fehlender Schulabschluss bzw. weniger als 10 Klassen)		1
● mittlere Schulbildung (10 Klassen)		2
● hohe Schulbildung (mehr als 10 Klassen)		3
Erwerbstätigkeit		
● nicht erwerbstätig		1
● erwerbstätig (Vollzeit oder Teilzeit)		2



Anhang

Nach der geschilderten Weise wurde für alle Jahre die Variable Sozialstatus gebildet. Der Mittelwert (arithmetisches Mittel) liegt bei 7,5, mit Ausnahme des jüngsten Untersuchungsjahres 1998. Hier ist der Mittelwert leicht auf 7,4 gesunken. Die Streuung (ein Maß für die Unterschiedlichkeit) war ebenfalls konstant mit Ausnahme des Jahres 1998. In diesem Jahr ist die Streuung um 0,1 auf 1,4 gestiegen.

Anhand der Verteilung für das Jahr 1994 wurden zwei Grenzwerte festgelegt, die eine Dreiteilung der Gesamtgruppe ermöglichen - niedriger, mittlerer und hoher Sozialstatus (vgl. Tabelle 8 unten). Die Grenzwerte konnten nun auch für die Folgejahre Verwendung finden. Dieses Vorgehen erlaubt, eine relative Größenveränderung der Gruppen über die Jahre festzustellen.

Tabelle 8

	Sozialstatus							
	1994		1995		1997		1998	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Untersuchte Kinder	32.223		30.430		25.718		18.502	
Fälle im Modell	23.876	74,1	18.564	61,0	17.555	68,3	12.732	68,8
niedriger Sozialstatus (4 - 6)	4.615	19,3	3.838	20,7	3.803	21,7	3.003	23,6
mittlerer Sozialstatus (7 - 8)	15.462	64,8	11.776	63,4	11.070	63,1	7.728	60,7
hoher Sozialstatus (9 - 10)	3.799	15,9	2.950	15,9	2.682	15,3	2.001	15,7
Kennwerte Sozialindex								
Mittelwert	7,5		7,5		7,5		7,4	
Standardabweichung	1,3		1,3		1,3		1,4	



7.2 Erläuterung zu einzelnen Diagnosen

Zur Erläuterung, was im Einzelnen hinter den Bezeichnungen der medizinisch relevanten Befunde steht, sind im Folgenden wichtige Befunde bzw. Zusammenfassungen von Befunden beschrieben. Grundlage sind die Funktionsdiagnostischen Tabellen für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg. Diese Tabellen dienen den Ärzten des KJGD als verbindliche Empfehlungen für die Untersuchungsdurch-

führung und -dokumentation. Das in Brandenburg verwendete Beschreibungssystem wird in ähnlicher Form auch in Berlin eingesetzt.

Generell gilt für die medizinisch relevanten Befunde, dass eine weitere Diagnostik und/oder Behandlung notwendig ist. Der untersuchende Arzt berät in diesen Fällen die Eltern und spricht Überweisungen aus.



Tabelle 9

Auszug aus den Funktionsdiagnostischen Tabellen
<p>Einschränkungen im Sehen und Hören (Störungen der Augen und Ohren; Funktionsgruppe 1, 2 und 3)</p> <ul style="list-style-type: none">* Refraktionsanomalien (Kurz- und Weitsichtigkeit)* Amblyopie (Sehschwäche)* Schielen* ein- /beidseitige Hörstörungen* Mittelohrentzündung
<p>Sprachstörungen (Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen; Funktionsgruppe 2 und 3):</p> <ul style="list-style-type: none">* Rückstand der Entwicklung im Sprachverstehen und aktiven Sprechen (Wortschatz, Satzverständnis, Grammatik)* Stimmeln (Laute fehlen oder werden durch andere ersetzt), Stottern* organische Störungen des Sprechapparates, Kehlkopf, Stimmbänder
<p>Allergien (Funktionsgruppe 1, 2 und 3)</p> <ul style="list-style-type: none">* Neurodermitis* Asthma bronchiale* allergischer Schnupfen* Arznei-, Nahrungsmittel-, Insektenstichallergie, Nesselsucht
<p>Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung (geistige Leistungsschwäche oder Retardierung; Funktionsgruppe 2 und 3):</p> <ul style="list-style-type: none">* Verständnisprobleme im Kontakt mit den Untersuchern, Rückstand in der Sprachentwicklung, Erfassen von Situationen (z.B. auf einem Bild) und Mengen* Ausfälle in mehreren genannten Bereichen
<p>Störungen des Knochenapparates (Funktionsgruppe 2 und 3 in den einzelnen Befunden)</p> <ul style="list-style-type: none">* Haltungsanomalie* Genu valgum, varum, recurvatum (X- und O-Beine, Hohlknie)* Skoliose (dauerhafte seitliche Krümmung der Wirbelsäule)* Hüftdysplasie, -luxation, Coxa valga (Schäden, Fehlbildungen der Hüfte, Flachheit und Steilheit der Hüftpfanne)* Fußfehler
<p>Psychomotorische Störungen (psychomotorische Störungen, Wahrnehmungsstörungen und Teilleistungsschwächen (Funktionsgruppe 2 und 3)</p> <ul style="list-style-type: none">* Rückstand in der psychomotorischen Entwicklung (Ungeschicklichkeit beispielsweise beim Stehen und Hüpfen auf einem Bein, Gehen auf einer Linie, Unfähigkeit zum Knöpfen)* hyperkinetisches Syndrom (u.a. starke Bewegungsunruhe verbunden mit leichter Ablenkbarkeit, fehlender Ausdauer, leichter Erregbarkeit)
<p>Zerebrale Bewegungsstörungen (Funktionsgruppe 1, 2 und 3)</p> <ul style="list-style-type: none">* Lähmungen* Störungen des Bewegungssinnes



7.3 Zur Datenqualität der medizinischen Befunde

Im vorliegenden Report werden an verschiedenen Stellen Vergleiche zwischen den Einschülern von 1994 und 1998 vorgenommen. Tendenziell zeigt sich hierbei eine Steigerung der Diagnose-raten. Immer wenn in Untersuchungen verschiedene Jahre miteinander verglichen werden, wird man sich bei den Ergebnissen fragen müssen, worauf Veränderungen zurückgehen. Sind die Trends das Ergebnis von Veränderungen in der Gesundheit der Einschüler oder von Veränderungen der Untersuchungsdurchführung und -umstände?

Für den Vergleich der Untersuchungsergebnisse 1994 bis 1998 ist es daher wichtig, dass die Untersuchungsdurchführung und -umstände beleuchtet werden. In der Vorbereitung dieses Reports wurden ausführliche Diskussionen mit Fachleuten und Mitarbeitern der Gesundheitsämter geführt, die die Schuleingangsuntersuchungen 1994 bis 1998 durchgeführt haben. Es wurden Anhaltspunkte dafür gesammelt, dass sich die Untersuchungssituation von 1994 nach 1998 gewandelt hat, was teilweise zu höheren Befundraten beitragen mag. Folgende Sachverhalte müssen beachtet werden:

- Fortbildungen in Diagnostik bewirken tendenziell eine Zunahme an Befunden.
- Die Zahl untersuchter Kinder ist in den vergangenen Jahren gesunken. Damit hängt zusammen, dass sich die Ärzte des KJGD für jedes einzelne Kind etwas mehr Zeit nehmen können und dabei auch mehr Befunde registrieren.
- Für verschiedene Untersuchungen, beispielsweise Hör- und Sehvermögen, konnten diagnostische Apparate angeschafft werden, die zu einer genaueren Messung von Beeinträchtigungen führen.

- Seit 1997 wird die Dokumentation der Untersuchungen über EDV geführt. Die Erfassung am PC trägt zu einer vollständigeren Dokumentation bei.
- Zudem haben die Ärzte inzwischen mehr Erfahrung in der Handhabung der Funktionsdiagnostischen Tabellen.

Während die genannten Aspekte darauf hindeuten, dass die Gesundheit der Einschüler 1994 eher zu positiv dargestellt wurde, sich aber in den Folgejahren wenig am durchschnittlichen Gesundheitszustand selbst verändert hat, gibt es auch Argumente, die für erhöhte Belastungen der Kinder sprechen:

- Die Familienstrukturen haben sich in den vergangenen Jahren verändert. Die erhöhten Scheidungsraten sind ein Ausdruck davon. 1994 gab es 45,3 Scheidungen je 100 Eheschließungen, 1997 waren es 60,1 Scheidungen je 100 Eheschließungen (LDS 1998a, S. 62).
- Wie die Daten zum Sozialstatus der Einschüler zeigen, ist der Anteil von sozial benachteiligten Familien gestiegen. Dieser Sachverhalt deutet darauf hin, dass bei einer relativ größeren Zahl von Kindern medizinisch relevante Befunde zu erwarten sind.

In welchem Umfang die jeweiligen Faktoren den Trend 1994 bis 1998 bestimmen, lässt sich nicht genau sagen. Aus unserer Sicht kommt jedoch den erstgenannten Faktoren eine relativ große Bedeutung zu, d.h. der Trend zur Zunahme von Befunden spiegelt vermutlich eher eine Verbesserung der Diagnostik als eine Verschlechterung der Gesundheit der Einschüler wider. Für eine valide Trendanalyse reicht die Datenqualität der Schuleingangsuntersuchungen bisher noch nicht aus.



7.4 Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998). Zehnter Kinder- und Jugendbericht. 13. Wahlperiode. Bonn: Deutscher Bundestag.
- Duhme H., Weiland S.K., Rudolph P., Wienke A., Keil U. (1998). Asthma and allergies among children in West and East Germany: a comparison between Münster and Greifswald using the ISAAC phase I protocol. *European Respiratory Journal* 11, 840-847.
- Kries R.v., Koletzko, B., Sauerwald, T., Mutius, E.v., Barnert, D., Grunert, V. & Voss, H.v. (1999). Breast feeding and obesity: cross sectional study. *British Medical Journal* 319, 147-150.
- Kunst, A.E. & Mackenbach, J.P. (1996). Die Messung sozioökonomisch bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.
- Landesgesundheitsamt Brandenburg (1995). Allergievorsorgeprogramm 1994 (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung Nr. 2). Potsdam: Landesgesundheitsamt Brandenburg.
- LDS (1998a). Statistisches Jahrbuch 1998. Potsdam: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik, Land Brandenburg.
- LDS (1998b). Kinder in Brandenburg, Daten & Fakten. Potsdam: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik, Land Brandenburg.
- LDS (1999). Daten und Analysen 2/ 1999. Potsdam: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik, Land Brandenburg.
- MASGF (1997a). Aktionsprogramm des Landes Brandenburg. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg.
- MASGF (1997b). Zur Gesundheit der Schulanfänger im Land Brandenburg (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung Nr. 6). Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg.
- MASGF (1998). Kinder- und Jugendbericht. Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg.
- MASGF (1999). Menschen mit Behinderungen. Sozialberichterstattung im Land Brandenburg. Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg.
- Mutius, E.v., Weiland S.K., Fritsch C., Duhme H. Keil U. (1998). Increasing prevalence of hay fever and atopy among children in Leipzig, East Germany. *The Lancet* 351, 862-866.
- Pekkanen J., Remes S., Kajosaari M., Husman T., Soininen L. (1999). Infections in early childhood and risk of atopic disease [In Process Citation]. *Acta Paediatr* 88 (7), 710-714.



- Rolland-Cachera, M.F., Cole, T.J., Sempe, M., Tichet, J. Rossignol, C. & Charraud, A. (1991). Body mass index variation: centiles from birth to 87 years. *European Journal of Clinical Nutrition* 45, 13-21.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie (1999). *Sächsischer Gesundheitsbericht 1998*. Dresden: Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie.
- SIDRIA (1997). Asthma and respiratory symptoms in 6-7 year old Italian children: gender, latitude, urbanization and socioeconomic factors. *European Respiratory Journal* 10, 1780-1786.
- Ständige Konferenz der Kultusminister und –senatoren der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (1997). *Empfehlungen zum Schulanfang* (Beschluss der KMK vom 24.10.1997 in Konstanz). www.kmk.org.
- Statistisches Bundesamt (1998). *Gesundheitsbericht für Deutschland*. Kap. 4.10 Arbeitslosigkeit. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Strachan D. (1989). Hay fever, hygiene, and household size. *British Medical Journal* 299, 1259-1260.
- WHO-Regionalbüro für Europa (1991). *Aktualisierung der europäischen Gesundheit- für-Alle-Ziele*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (Dokument EUR/RC41/Inf.Doc./1. Rev. 1).



Anhang

7.5 Adressen der Gesundheitsämter

Stadtverwaltung Brandenburg/Havel
Gesundheitsamt
Neuendorfer Straße 89
14770 Brandenburg/Havel
Tel.: 0 33 81-58 53 01

Stadtverwaltung Cottbus
Gesundheitsamt
Puschkinpromenade 25
03046 Cottbus
Tel.: 03 55-6 12 32 10

Stadtverwaltung Frankfurt/Oder
Gesundheitsamt
Leipziger Straße 53
15230 Frankfurt/Oder
Tel.: 03 35-5 55 27 23

Stadtverwaltung Potsdam
Gesundheitsamt
Hegelallee 6 - 8
14469 Potsdam
Tel.: 03 31-2 89 23 51

Landkreis Barnim
Gesundheitsamt
Heegermühler Straße 75
16225 Eberswalde
Tel.: 0 33 34-21 46 01

Landkreis Dahme-Spreewald
Gesundheitsamt
Kirchplatz 17
15711 Königs Wusterhausen
Tel.: 0 33 75-26 21 45

Landkreis Elbe-Elster
Gesundheitsamt
Grochwitzer Straße 20
04916 Herzberg/Elster
Tel.: 0 35 35-46 31 01

Landkreis Havelland
Gesundheitsamt
Geschwister-Scholl-Straße 7
14712 Rathenow
Tel.: 0 33 85-55146 03

Landkreis Märkisch-Oderland
Gesundheitsamt
Puschkinplatz 12
15306 Seelow
Tel.: 0 33 46-88 29 27

Landkreis Oberhavel
Gesundheitsamt
Havelstraße 29
16515 Oranienburg
Tel.: 0 33 01-60 17 52

Landkreis Oberspreewald-Lausitz
Gesundheitsamt
Joachim-Gottschalk-Straße 22
01968 Senftenberg
Tel.: 0 35 73-7 06 90

Landkreis Oder-Spree
Gesundheitsamt
Liebknechtstraße 21 - 22
15848 Beeskow
Tel.: 0 33 66-35 15 30

Landkreis Ostprignitz-Ruppin
Gesundheitsamt
Neustädter Straße 44
16816 Neuruppin
Tel.: 0 33 91-68 80

Landkreis Potsdam-Mittelmark
Gesundheitsamt
Puschkinstraße 3
14806 Belzig
Tel.: 03 38 41-4 23 05



Landkreis Prignitz
Gesundheitsamt
Wittenberger Straße 45
19348 Perleberg
Tel.: 0 38 76-71 35 00

Landkreis Teltow-Fläming
Gesundheitsamt
Am Nuthefließ 2
14943 Luckenwalde
Tel.: 0 33 71-6 08-38 01

Landkreis Spree-Neiße
Gesundheitsamt
Hermannstraße 5
03149 Forst
Tel.: 0 35 62-98 93 51

Landkreis Uckermark
Gesundheitsamt
Karl-Marx-Straße 1
17291 Prenzlau
Tel.: 0 39 84-70 11 53



Anhang

Dieser Report wurde bearbeitet von:
Dr. Andreas Böhm, Dr. Gabriele Ellsäßer, Joseph Kuhn, Karin Lüdecke, Bernd Müller-Senftleben, Gabriele Pust, Dr. Gudrun Rojas.
Textkorrektur: Karin Bukowski
Layout: Sabine Hohlfeld

Ergänzung und Aktualisierung zum Kapitel 3.4 Übergewicht (Stand: Februar 2004)

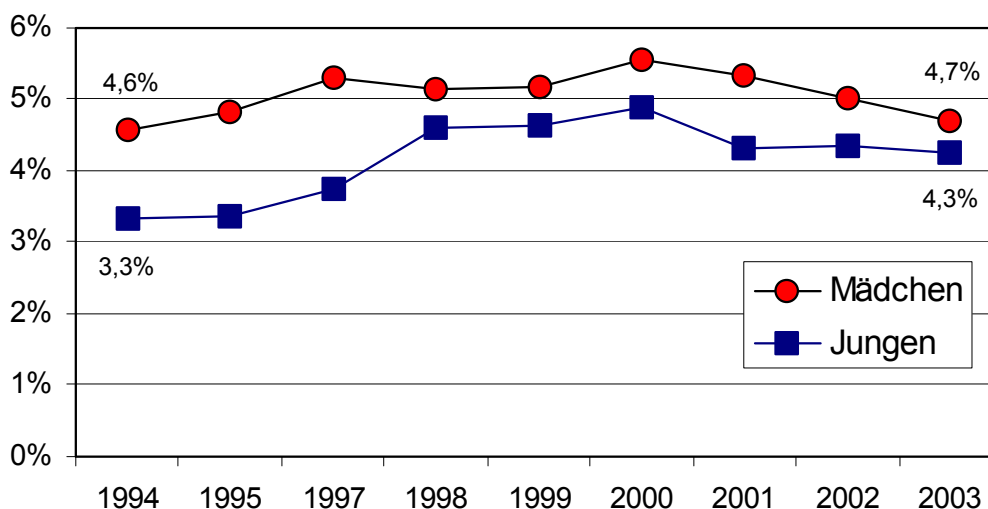
Für die erste Auflage des vorliegenden Berichts wurden die Adipositasraten nach den BMI-Referenzwerten von Rolland-Cachera (et al. 1991) ermittelt. Inzwischen liegen von der WHO empfohlene internationale Grenzwerte vor (Cole et al. 2000), die auch im Bericht zur Gesundheit von jungen Menschen im Land Brandenburg 2001 (MASGF 2001) Verwendung fanden. Aus Gründen der Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit werden die Adipositasprävalenzen im folgenden nach dem WHO-Standard ausgewiesen. Gleichzeitig bietet sich damit die Gelegenheit, den aktuellen Stand zur Adipositasentwicklung bei den Einschülern darzustellen.

Nach wie vor gibt es für das Kindes- und Jugendalter keine Grenzwerte, die aus Studien zum Zusammenhang von Adipositas und Krankheiten abgeleitet wurden. In dieser Situation orientiert sich die Berichterstattung im Land Brandenburg an den von der WHO empfohlenen internationalen BMI-Grenzwerten (Cole et al. 2000). Diese beziehen sich auf die anerkannten Grenzwerte von 25 kg/m² für Übergewicht und 30 kg/m² für Adipositas bei Erwachsenen und geben die entsprechenden alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile für Kinder an. Die Abbildung unten zeigt Adipositas im Trend im Einschulungsalter. Die Adipositasraten sind von 1994 bis 2000 für

Jungen und Mädchen angestiegen (Jungen 1994: 3,3%; 2000: 4,9%; Mädchen 1994: 4,6%; 2000: 5,6%). Seit 2000 ist ein Rückgang zu verzeichnen, der für die Mädchen wieder zum Stand von 1994 führte. Bei den Jungen bleibt insgesamt über den Beobachtungszeitraum eine Steigerung vom 3,3% auf 4,3% zu verzeichnen.

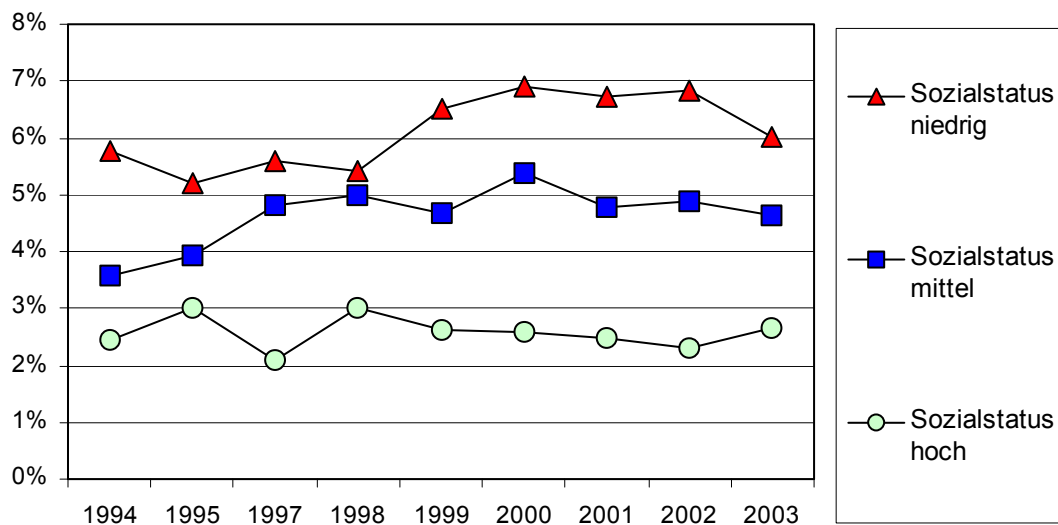
Der für das Land Brandenburg beobachtete Trend, der zumindest eine Stagnation bei der Zunahme von Adipositas signalisiert, wird auch aus Bayern berichtet (Kalies & von Kries 2002).

Brandenburger Einschüler mit erheblichem Übergewicht (Adipositas)* im Trend



* Referenzwerte nach WHO-Empfehlung Cole et al. 2000

Brandenburger Einschüler mit erheblichem Übergewicht (Adipositas) nach dem Sozialstatus



* Referenzwerte nach WHO-Empfehlung Cole et al. 2000

Adipositas findet sich häufiger bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien. Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus sind seltener betroffen. Dieser Zusammenhang ist unverändert über die Jahre zu finden. Im jüngsten hier vorliegenden Jahr 2003 sind Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus mehr als doppelt so häufig betroffen wie Kinder aus der oberen Sozialstatusgruppe (vgl. Abb. oben).

Fazit: Wie die Ergebnisse insgesamt zeigen, kann von einer kontinuierlichen Zunahme kindlicher Adipositas (starkes Übergewicht) nicht die Rede sein. Die Daten zeigen ein differenzierteres Bild. Weder Hysterie noch Bagatellisierung sind angebracht.

Literatur

Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M. & Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal* 320, 1-6.

Kalies, H. von Kries, R. (2002), *Gesundheit im Kindesalter. Kurzbericht über die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 1998/99 - 2000/01 in Bayern*. München: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz.

MASGF (2001). *Soziale Lage und Gesundheit von jungen Menschen im Land Brandenburg 2001*. Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen.

Rolland-Cachera, M.F., Cole, T.J., Sempé, M., Tichet, J., Rossignol, C., Charraud, A. (1991). Body mass index variations: Centiles from birth to 87 years. *European Journal of Clinical Nutrition* 45, 13-21.