

Ministerium für Arbeit, Soziales,  
Gesundheit und Frauen

**LAND  
BRANDENBURG**



# **SOZIALE LAGE UND GESUNDHEIT VON JUNGEN MENSCHEN IM LAND BRANDENBURG 2001**

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  
Wünsdorfer Platz 3  
15838 Wünsdorf

Druck:  
Druckhaus Frankfurt

Auflage: 2.000 Exemplare, 1. Auflage August 2001  
gedruckt auf umweltfreundlichem Papier  
Nachdruck mit Quellenangabe erwünscht  
Belegexemplar erbeten

## Inhaltsverzeichnis

1	Einführung . . . . .	5
2	Demografische Fakten und Trends . . . . .	7
2.1	Wie viele junge Menschen leben heute und morgen in Brandenburg? . . . . .	7
2.2	Fort- und Zuzüge junger Menschen . . . . .	10
3	Ausbildung und Arbeitsmarkt: Jugend zwischen Schule und Beruf . . . . .	13
3.1	Nachfrage und Angebot auf dem Ausbildungsmarkt . . . . .	13
3.2	Die Arbeitsmarktsituation junger Menschen in Brandenburg . . . . .	18
4	Junge Menschen in Sozialhilfe . . . . .	21
5	Lebensgefühl und Lebensstil Brandenburger Jugendlicher . . . . .	24
5.1	Familiäre Bedingungen . . . . .	24
5.2	Schule und Ausbildung in der Sicht der Jugendlichen . . . . .	25
5.3	Finanzielle Situation . . . . .	26
5.4	Freizeit . . . . .	27
5.5	Jugendgewalt . . . . .	29
6	Die Gesundheit von Jugendlichen im Spiegel jugendärztlicher Untersuchungen . . . . .	32
6.1	Zur Einleitung: Wie Jugendliche selbst ihre Gesundheit sehen . . . . .	32
6.2	Das Untersuchungskonzept des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Brandenburg . . . . .	34
6.3	Medizinisch relevante Befunde . . . . .	36
6.4	Gesundheit in verschiedenen Schultypen . . . . .	40
6.5	Erstdiagnosen und ärztlicher Handlungsbedarf . . . . .	42
6.6	Vergleich der Befundprofile zwischen Einschülern und 10. Klassen . . . . .	44
6.7	Behinderungen und chronische Erkrankungen . . . . .	46
7	Gesundheit unter der Lupe . . . . .	48
7.1	Lebenserwartung . . . . .	48
7.2	Schlechte Haltung oder mehr: Beeinträchtigungen des Muskel-Skelett-Systems	49
7.3	Impfen und Infektionsschutz . . . . .	52
7.4	Drogenkonsum . . . . .	55
7.5	Zahn- und Mundgesundheit . . . . .	61
7.6	Verletzungen im Jugendalter . . . . .	68
7.7	Atopische Erkrankungen im Jugendalter . . . . .	73
7.8	Übergewicht . . . . .	76
7.9	Junge Beschäftigte - höchster Krankenstand, höchstes Unfallrisiko? . . . . .	81
8	Anhang . . . . .	92
8.1	Erläuterung zu einzelnen Befunden und zur Datenqualität . . . . .	92
8.2	Ziele der WHO für junge Menschen . . . . .	94
8.3	Literatur . . . . .	96



## 1 Einführung

Die Brandenburger Gesundheits- und Sozialberichterstattung ist konzeptionell darauf ausgerichtet, Bevölkerungsgruppen mit besonderer gesundheits- oder sozialpolitischer Bedeutung etwas genauer unter die Lupe zu nehmen, verfügbare Daten zusammenzustellen, zu bewerten und nach Möglichkeit Handlungsempfehlungen abzuleiten. So wurden in den letzten Jahren z.B. Berichte zur sozialen Lage von Menschen mit Behinderungen, zur Situation von Einschülern und zur Gesundheit der Erwerbstätigen erstellt.

Mit dem vorliegenden Bericht zur sozialen und gesundheitlichen Lage von jungen Menschen im Land Brandenburg wenden wir uns einer Altersgruppe zu, die bisher in der Gesundheits- und Sozialberichterstattung des Landes noch nicht genügend berücksichtigt wurde. Mit dem Ende der Kindheit beginnt für junge Menschen eine Entwicklungsphase, in der sie sich schrittweise vom Elternhaus ablösen und ihren gesellschaftlichen Status selbst zu definieren beginnen. Körperliche und psychische Veränderungen begleiten diese biografische Umbruchphase. Die jungen Menschen erleben einen Gewinn an Autonomie und eigenen Handlungsmöglichkeiten, aber auch Verunsicherungen, Ängste und Krisen. Neue Lebenssituationen und soziale Rollen sind zu meistern. Mit dem Hineinwachsen ins Erwachsenenalter werden aus den Kindern von gestern selbst junge Eltern, die Erziehungsverantwortung übernehmen. Neue Anforderungen stellt auch die berufliche Welt mit ihren Entwicklungschancen und ihren Belastungen, wobei nicht wenige junge Menschen, gerade in den neuen Ländern, erst einmal mit Lehrstellenmangel und Ar-

beitslosigkeit konfrontiert sind und dadurch tief verunsichert werden können. In sozialer wie auch in gesundheitlicher Hinsicht ist die Phase vom Ende der Kindheit bis hin zum jungen Erwachsenenalter eine Schlüsselphase für den weiteren Lebensweg.

Der vorliegende Bericht stellt Daten zur sozialen und gesundheitlichen Lage junger Menschen in Brandenburg zusammen. Es wird versucht, diese Daten in typische Lebenssituationen junger Menschen einzuordnen, also nicht nur abstrakte Zahlenreihen zu präsentieren, sondern „ein Stück Lebenswirklichkeit“. Dies ist sicher nicht immer in ausreichendem Maße gelungen, weil nur zu oft die dazu notwendigen Daten fehlen. Dennoch gibt der Bericht einen relativ umfassenden Überblick über die sozialen und gesundheitlichen Belange junger Menschen in Brandenburg sowie vielfältige Anregungen für die sozial- und gesundheitspolitische Planung. Der Bericht richtet sich jedoch nicht nur an die Politik und Fachexperten, sondern an alle Bürger, denn die Lösung der hier beschriebenen, sehr komplexen Probleme kann nur in einer gemeinsamen Anstrengung aller angestrebt werden, ebenso wie das bereits Erreichte ein Produkt gemeinsamer Arbeit ist. Daher soll dieser Bericht vor allem auch dazu beitragen, die sozial- und gesundheitspolitische Diskussion auf diesem Gebiet zu befördern: gemeinsames Handeln setzt schließlich eine Verständigung über gemeinsame Ziele voraus. Die Politik will hier, ganz im Sinne des Wortes „polis“, einen öffentlichen Diskussionsrahmen schaffen, in dem Probleme thematisiert werden, ohne dass Lösungen schon immer vorzuzeigen wären.

# 1

## Einführung

Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben.

(Weltgesundheitsorganisation WHO, Ottawa Charta 1986)

## 2 Demografische Fakten und Trends

### 2.1 Wie viele junge Menschen leben heute und morgen in Brandenburg?

Zurzeit leben in Brandenburg etwa 327.000 junge Menschen der Altersgruppe 16 bis unter 25. Bis Mitte des Jahrzehnts wird die Zahl von Jugendlichen im Land Brandenburg noch ansteigen, danach aber deutlich abnehmen. Aus der Sicht von Kindern und Jugendlichen stellt sich die Welt dann zunehmend als Welt der Erwachsenen und Alten dar.

Während gegenwärtig noch ca. 327.000 junge Menschen im Alter von 16 bis unter 25 Jahren in Brandenburg leben, ist aufgrund des starken Geburtenrückgangs Anfang der 90er-Jahre und aufgrund der Abwanderung junger Menschen abzusehen, dass es im Land Bran-

denburg am Ende des Jahrzehnts deutlich weniger Jugendliche geben wird. In der Abb. 2-1 ist eine Bevölkerungsprognose des Landesbetriebs für Datenverarbeitung und Statistik (LDS 1999) für die 16- bis 25-Jährigen wiedergegeben. Der Bevölkerungsrückgang betrifft geographisch vor allem die äußeren Regionen Brandenburgs (den „äußeren Entwicklungsraum“), während die berlinnahe Region (der „engere Verflechtungsraum“) weitaus weniger betroffen ist. Bis zum Jahr 2004 ist allerdings noch mit einem Anwachsen der Bevölkerung im Alter von 16 - 25 Jahren zu rechnen: man schätzt, dass 2004 ca. 337.000 junge Menschen dieser Altersgruppe in

*2015: nur noch halb so viele junge Menschen wie heute*

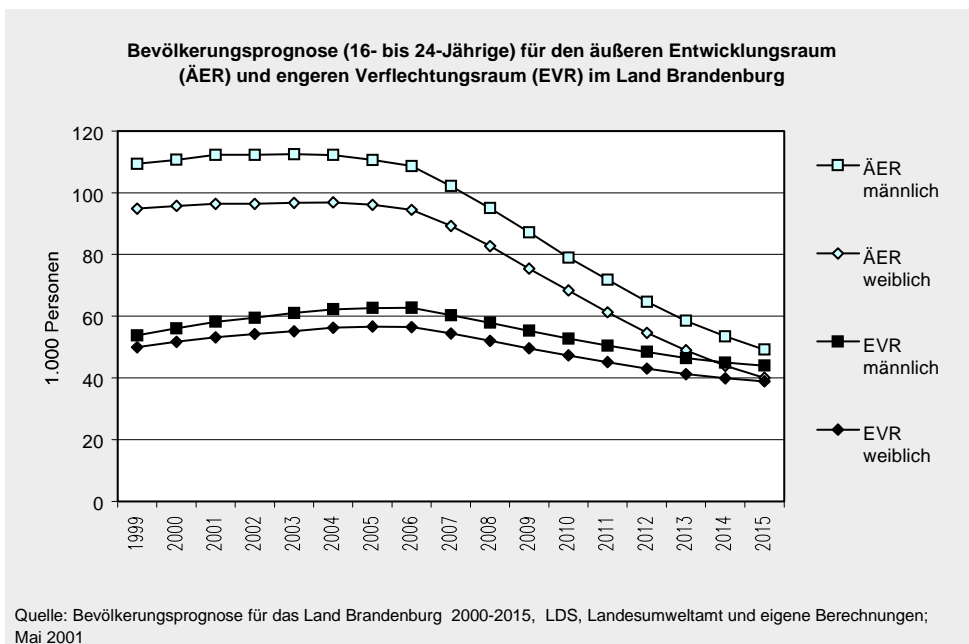


Abbildung 2-1

# 2

## Demografische Fakten und Trends

Brandenburg leben. Schon 2015 werden es aber nur noch ca. 172.000 sein, d.h. etwas mehr als die Hälfte des gegenwärtigen Stands. Im äußeren Entwicklungsraum wird 2015 die Bevölkerungsgruppe der 16- bis 25-Jährigen sogar auf etwa ein Drittel der Zahl von 1997 zurückgegangen sein.

Nach der Bevölkerungsprognose des LDS (1999) wird die Gesamtzahl Brandenburger Bürger von 2001 bis 2015 zwar weitgehend konstant bleiben (ca. 2,6

Mio.), die Zusammensetzung ändert sich aber wesentlich: es wird zunehmend mehr ältere Bürger geben. Für das Land Brandenburg ist eine Verschiebung in der Alterszusammensetzung zu erwarten, die für den engeren Verflechtungsraum weniger dramatisch ausfällt als für den äußeren Entwicklungsraum (s. Abb. 2-1).

Während im äußeren Entwicklungsraum gegenwärtig etwa doppelt so viele junge Menschen leben wie im engeren Verflechtungsraum, werden nach der

Bevölkerungsprognose im Jahr 2015 in beiden Räumen fast gleich viele junge Menschen leben. Besonders stark fällt im äußeren Entwicklungsraum die Abwanderung von jungen Frauen ins Gewicht. Aus der Sicht von Kindern und Jugendlichen stellt sich die Welt somit zunehmend als Welt von Erwachsenen dar. Auf ein Kind bzw. einen Jugendlichen kamen 1970 2,7 Erwachsene, 1990 waren es 3,2 Erwachsene, zum Ende des Jahrzehnts schon 4,4 Erwachsene und nach der Bevölkerungsprognose kommen im Jahr 2015 6 Erwachsene auf ein Kind.

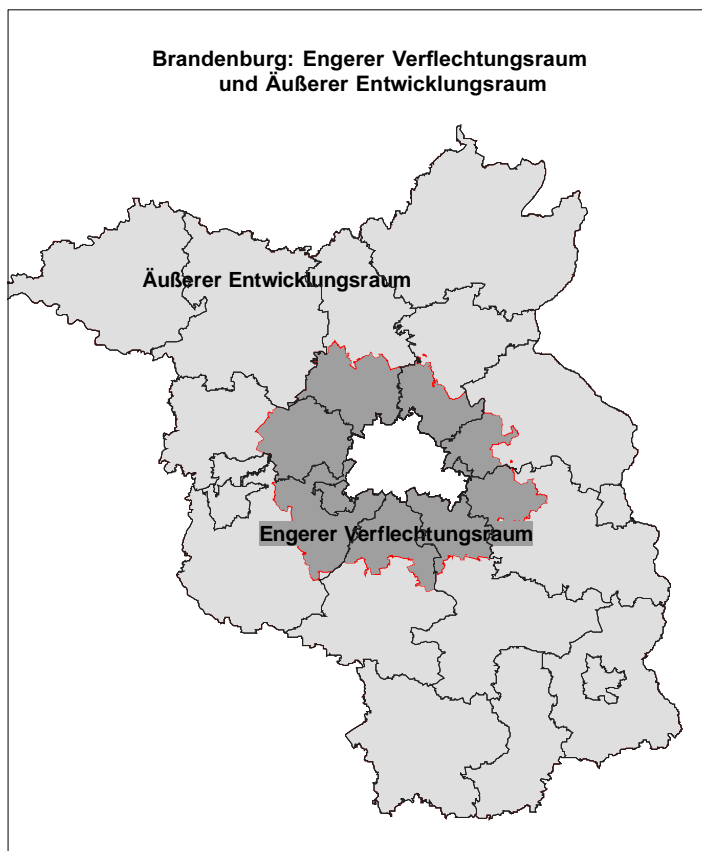


Abbildung 2-2



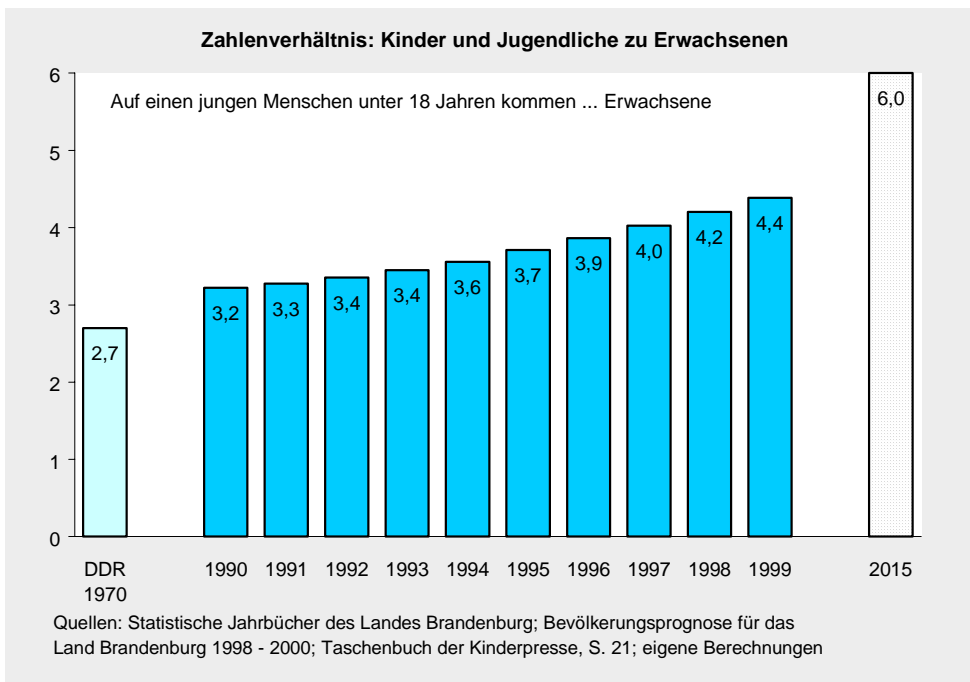


Abbildung 2-3

Der relative und absolute Rückgang des Bevölkerungsanteils junger Menschen wird zu gravierenden Veränderungen in der sozialen Infrastruktur, im Bildungssystem und auf dem Arbeitsmarkt führen. Schulen, Jugendeinrichtungen und Unternehmen sind davon gleichermaßen

betroffen. Statt auf Lehrermangel und Jugendarbeitslosigkeit wird man sich auf Schülermangel und fehlende Auszubildende einrichten müssen. Wie die Gesellschaft damit umgehen wird, ist bisher, nicht nur in Brandenburg, bestenfalls in Umrissen zu erkennen.

**Das Jugendalter: von ... bis ...?**

Eine genaue zeitliche Eingrenzung des Jugendalters ist kaum möglich. Der Beginn wird gewöhnlich mit der Geschlechtsreife im Alter von etwa 12 bis 14 Jahren markiert. Das Ende der Jugend und der Übergang zum Erwachsenenalter ist schwieriger zu bestimmen. Jugendliche wechseln je nach ihrer Schullaufbahn und Berufsausbildung früher oder später in die Erwachsenenrolle. Der Übergang in das Erwachsenenalter kann an der Volljährigkeit, am Abschluss der Berufsausbildung, am Auszug aus dem Elternhaus, am Zeitpunkt finanzieller Selbständigkeit oder an der eigenen Familiengründung festgemacht werden. Die meisten Jugendlichen finden ihren Platz in der Erwachsenenwelt im Alter von etwa 22 bis 25 Jahren. Für viele dauert es aber auch viel länger, so z.B. für Studenten, die im Studium finanziell von den Eltern abhängig sind.

Im vorliegenden Bericht wird keine einheitliche Zeitspanne verwendet. Die zugrunde liegenden Daten lassen keinen festen Zeitrahmen zu. In den einzelnen Kapiteln wird daher immer das Alter bzw. die Altersspanne angegeben.

**2.2 Fort- und Zuzüge junger Menschen**

*Zunehmend verlassen junge Menschen Brandenburg, um anderswo berufliche Chancen wahrzunehmen, die das Land nicht bieten kann. Die Fortzüge von jungen Menschen zwischen 18 und 25 Jahren sind seit 1994 kontinuierlich angestiegen. Besonders junge Frauen haben in großem Ausmaß den Wunsch, abzuwandern und folgen diesem Wunsch auch öfter als junge Männer.*

Die Fort- und Zuzüge von und nach Brandenburg bei jungen Menschen sind nicht nur Einflussfaktoren auf die Bevölkerungsentwicklung, sondern auch ein Ausdruck für soziale Verhältnisse und Chancen im Land. Kinder und minderjährige Jugendliche kommen in der Regel gemeinsam mit ihren Eltern nach Brandenburg bzw. verlassen gemeinsam mit ihnen das Land. Hier überwiegen gegen-

wärtig die Zuzüge, bedingt vor allem durch junge Familien, die aus Berlin wegziehen und sich im Umland ansiedeln. Anders dagegen bei den 18- bis 25-Jährigen: hier überwiegen die Fortzüge und dies steht eindeutig mit den unbefriedigenden Berufs- und Lebensperspektiven der jungen Menschen in Beziehung.

*Zuzüge bei Kindern, Wegzüge bei jungen Erwachsenen*

Dabei ist für beide Gruppen während der vergangenen Jahre die Schere zwischen Zu- und Fortzug noch weiter aufgegangen (Abb. 2-4). Seit 1994 steigt der Anteil der 18- bis 25-Jährigen, die Brandenburg verlassen, kontinuierlich. Bei den Fortzügen fällt außerdem auf, dass in der Altersgruppe 18 bis 21 Jahre junge Frauen deutlich überwiegen (weiblich zu männlich 8.217 zu 6.854). Als Grün-

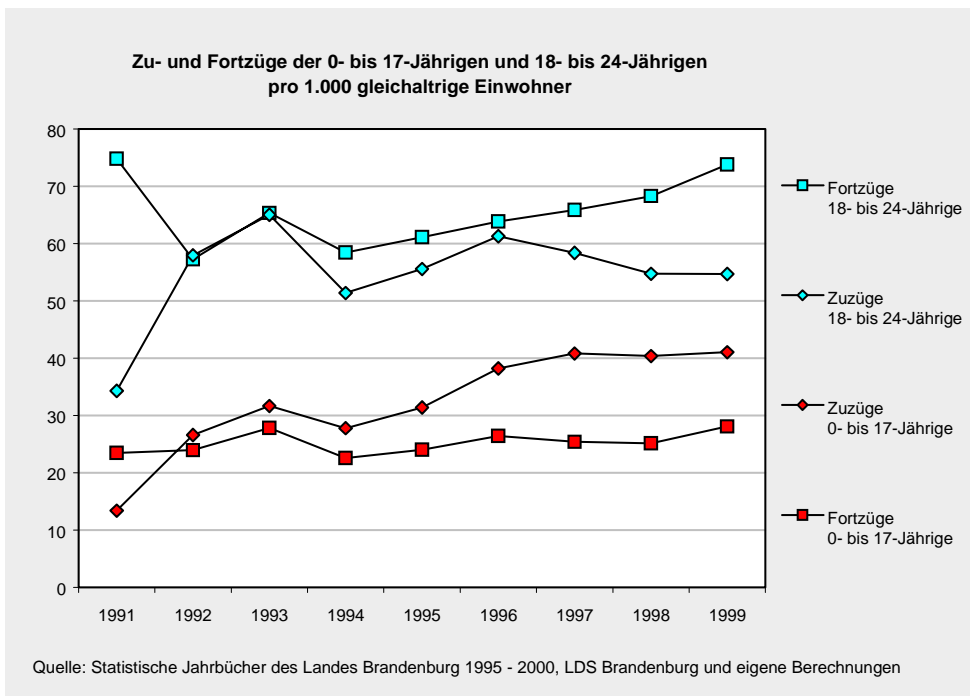


Abbildung 2-4

de für die hohe Abwanderungsrate junger Frauen werden neben den Arbeitsmarktbedingungen u.a. auch die begrenzten schulischen und universitären Bildungsangebote im ländlichen Raum genannt, die von jungen Frauen stärker als von jungen Männern nachgefragt werden.

Die Bedeutung, die der Gedanke, den Heimatort zu verlassen, bei jungen Menschen spielt, wird auch durch eine von der Landesregierung in Auftrag gegebene Studie über Lebenslagen und -perspektiven junger Menschen in ländlichen Regionen des Landes Brandenburg bestätigt: demnach sprechen sich zwischen

40 und 60% der Jugendlichen für eine Abwanderung aus (DJI/IFK 1998). Dabei sind die Arbeitsmarktbedingungen der entscheidende Faktor.

Die Abwanderung junger Menschen als Reaktion auf ungünstige Arbeitsmarktbedingungen kann man aus der Sicht der Betroffenen positiv interpretieren - sie reagieren damit im Sinne der von Wirtschaft und Politik oft geforderten Mobilität der Arbeitnehmer. Auf der anderen Seite sind damit strukturpolitische Nachteile für die betroffenen Regionen verbunden. Im Kinder- und Jugendbericht 1998 des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport (MBS) wird für die betroffenen Regionen, die verbleibenden

# 2

## Demografische Fakten und Trends

Bevölkerungsgruppen und nachkommende Generationen eine sich verstärkende negative Entwicklung befürchtet (MBS 1998, S. 10):

- Der Fortzug junger Menschen führt zu einem Ausfall von Geburten und verstärkt den Prozess der Überalterung.
- Die demografischen Voraussetzungen für einen wirtschaftlichen und sozialen Aufschwung werden schlechter. Aus der Migrationsforschung ist bekannt, dass insbesondere die besser qualifizierten und stärker leistungsorientierten Personen einen Wohnortwechsel zur Verbesserung ihrer beruflichen Chancen vollziehen.
- Der Aufbau und der Erhalt der sozialen und kulturellen Infrastruktur wird pro Kopf teurer bei gleichzeitig negativer Entwicklung des Steueraufkommens.
- Durch die Verringerung der Bevölkerung im ländlichen Raum sowie die damit einhergehende Überalterung sinkt die Attraktivität für junge Menschen weiter.

Zur Einflussnahme auf diese Entwicklung sind vor allem wirtschafts- und arbeitsmarktpolitische Instrumente sowie Maßnahmen zur Verbesserung der allgemeinen Infrastruktur geeignet (siehe dazu die Raumordnungsberichte des Ministeriums für Umwelt, Naturschutz und Raumordnung).

## 3 Ausbildung und Arbeitsmarkt: Jugend zwischen Schule und Beruf

Der Übergang zwischen Schule und Beruf ist für viele junge Menschen durch die Sorge um einen Arbeitsplatz geprägt. Vor allem die Situation an der sogenannten „zweiten Schwelle“, also nach der Ausbildung, ist besorgniserregend: die Arbeitslosigkeit der unter 25-Jährigen ist in den vergangenen Jahren stetig gewachsen, von 12,6% im Jahr 1995 auf 18,7% im Jahr 2000.

Eines der wichtigen politischen Ziele der Landesregierung Brandenburg ist es, jedem ausbildungsfähigen und ausbildungswilligen Jugendlichen auch eine berufliche Ausbildung zu ermöglichen. Die Hauptverantwortung für die Bereitstellung von Ausbildungsplätzen liegt jedoch bei den Betrieben. Die Landesregierung sieht ihre Aufgabe darin, die Betriebe bei der Wahrnehmung ihrer Verantwortung zu unterstützen und die wegen hoher Schulabgängerzahlen demografisch bedingte Ausbildungsplatzlücke durch Programme des Bundes und des Landes zu schließen. Diese unterschiedliche Aufgabenstellung bei gleicher Zielsetzung kennzeichnet den Brandenburger Ausbildungskonsens zwischen Wirtschaft, Sozialpartnern, Kammern, Arbeitsverwaltung und Landesregierung.

### 3.1 Nachfrage und Angebot auf dem Ausbildungsmarkt

Es gibt zur Zeit in Brandenburg etwa 360.000 junge Menschen im Berufsbildungsalter, also in der Altersgruppe zwischen 15 und 25. Diese Zahl und damit die potentielle Nachfrage nach Ausbildungsplätzen wird bis zum Jahr 2004 noch leicht zunehmen, zwei Jahre auf einem hohen Niveau verharren und danach deutlich zurückgehen. Im „Speckgürtel“ des Berliner Umlandes wird dieser Rückgang, wie bereits erwähnt, geringer ausfallen, in den peripheren Regionen wird es dagegen einen dramatischen Rückgang an jungen Menschen im Berufsbildungsalter geben. Der gegenwärtige Mangel an Ausbildungsplätzen wird sich dann in einen Mangel an Bewerber/innen umkehren.

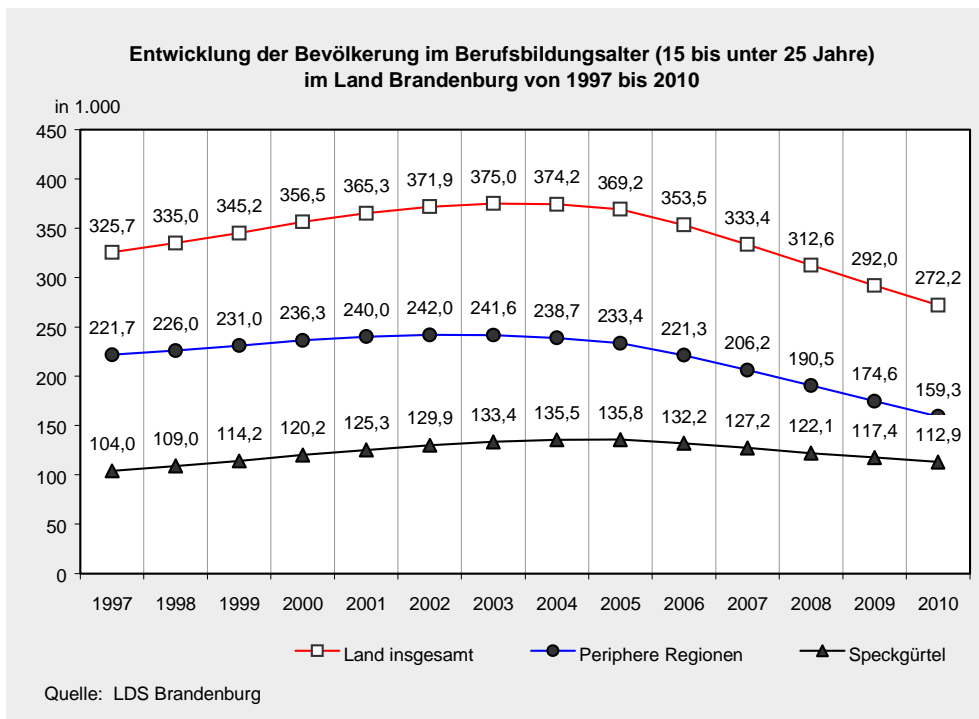


Abbildung 3-1

Der nach der Wende in Brandenburg kontinuierlich gestiegenen Nachfrage nach Ausbildungsplätzen konnte bisher in keinem Jahr mit einem entsprechenden Angebot betrieblicher Ausbildungsplätze begegnet werden. In den letzten Jahren mussten staatlich geförderte Lückenschlussprogramme in wachsender Größenordnung den rechnerischen Ausgleich zwischen Angebot und Nachfrage sicherstellen. Dieses Ungleichgewicht zwischen Nachfrage und Angebot hat mehrere Gründe. Zunächst zur **Nachfrage-seite**: Hier ist zum einen, wie bereits dargestellt, ein Nachfragezuwachs bis zum Jahr 2004 demografisch durch die Entwicklung der Bevölkerung im Berufsbildungsalter bedingt. Zum ande-

ren sind in den neuen Ländern vergleichsweise mehr Jugendliche an einer betrieblichen Ausbildung interessiert als in den alten Bundesländern: während in den alten Ländern 20% der Abiturienten Interesse an einer betrieblichen Ausbildung haben, sind es in den neuen Ländern 34%. Viele Jugendliche streben hier die Hochschulreife bzw. Fachhochschulreife an, um ihre Chancen auf eine betriebliche Ausbildung zu verbessern, d.h. ohne Absicht, zu studieren. Ein weiterer Grund ist die hohe Zahl von sogenannten „Altnachfrager/innen“. Hierbei handelt es sich um Jugendliche, die die allgemeinbildende Schule nicht im laufenden Vermittlungsjahr, sondern im Vorjahr oder in früheren Jahren verlassen

## Ausbildung und Arbeitsmarkt

haben. Der Anteil der Altnachfrager/innen an allen Bewerber/innen betrug 1994/95 etwa 26% und ist bis 1998/99 stetig auf etwas über 45% angewachsen. Im zurückliegenden Jahr ist er erstmals auf 44,3% zurückgegangen. Unter den Altnachfrager/innen befinden sich viele Jugendliche mit fehlender Ausbildungsreife, die nach dem Besuch berufsvorbereitender Bildungsmaßnahmen wieder als Bewerber/innen auftreten. Außerdem finden sich hier Jugendliche, die aufgrund des Ausbildungsplatzmangels nach vorübergehendem Ausbildungsverzicht wieder betriebliche Ausbildungsplätze nachfragen.

Geschlechtsspezifisch ist zu verzeichnen, dass trotz eines hohen Frauenanteils unter den Ausbildungsplatzbewerber/innen bei den Arbeitsämtern (1997/98: 52,0%; 1998/99: 50,3%; 1999/2000: 49,7%) der Anteil der jungen Frauen an den Ausbildungsverträgen des ersten Ausbildungsjahres Ende 1997 nur 38,4%, 1998 nur 38,7% und 1999 nur 37,7% betrug. Das heißt, dass die jungen Frauen stärker auf andere Alternati-

ven ausweichen müssen, z.B. auf schulische Ausbildungsgänge. 1998/1999 kamen auf 20.821 Bewerberinnen nur 7.449 Verträge, bei ähnlichen Größenordnungen in den Vorjahren.

### *Junge Frauen: schlechte Chancen auf dem Ausbildungsmarkt?*

Betrachtet man auf der anderen Seite das **Angebot** an Ausbildungsplätzen gemäß Berufsbildungsgesetz und Handwerksordnung, so ist seit 1996 ein Rückgang betrieblicher Ausbildungsplätze um mehr als 25% zu verzeichnen. Vorrangig liegt dieser Rückgang in dem Zurückführen der Überbedarfsausbildung im Handwerk begründet. Im Bereich Industrie und Handel konnte der sich 1996 bis 1998 ebenfalls vollziehende Rückgang erstmals 1999 gestoppt und die Trendwende im Ausbildungsjahr 2000/01 mit einem Aufschwung der betrieblichen Ausbildungsverhältnisse erreicht werden. Bei den freien Berufen und im öffentlichen Dienst sind die Ausbildungsplatzangebote in etwa stabil geblieben.

Tabelle 3-1

Entwicklung der betrieblichen Ausbildungsplätze nach BBiG/HwO (Angebot für 1. Ausbildungsjahr)				
	1996	1997	1998	1999
IHK	6.073	7.215	7.105	7.152
HWK	6.570	6.716	5.534	5.345
Landwirtschaft	631	710	615	581
Hauswirtschaft	3	3	8	1
öffentlicher Dienst	555	536	614	586
freie Berufe	937	1.020	919	897
insgesamt	14.769	16.200	14.795	14.562

Datenquelle: LDS, Datenstand: Ende des Kalenderjahres

# 3

## Ausbildung und Arbeitsmarkt

Tabelle 3-2

Ausbildungsbeteiligung der Betriebe im Ländervergleich in % aller Betriebe			
	1997	1998	1999
Mecklenburg	31%	30%	28%
Sachsen-Anhalt	<i>Angaben fehlen</i>		
Sachsen	26%	28%	24%
Thüringen	25%	31%	31%
<b>Brandenburg</b>	<b>27%</b>	<b>25%</b>	<b>25%</b>
Ostdeutschland insgesamt	27%	28%	27%
Westdeutschland insgesamt		30%	32%

Datenquelle: MASGF 2000 (vierte Welle des Betriebspanels Brandenburg)  
 Datenstand: jeweils der 30. Juni des Jahres

Die Ausbildungsbeteiligung der Betriebe lag in Brandenburg im Jahr 1999 bei 25%, während sie in den neuen Ländern insgesamt 27% und in den alten Ländern 32% betrug. Dies ist insbesondere durch die kleinteilige Wirtschaftsstruktur Brandenburgs bedingt. Von den Betrieben mit 1 bis 4 Beschäftigten beteiligen sich nur 6% an der Ausbildung, von den Betrieben mit 5 bis 19 Beschäftigten 36%, von den Betrieben mit 20 bis 99 Beschäftigten 59% und von den Betrieben mit über 100 Beschäftigten 75% (Ergebnisse der vierten Welle des Betriebspanels Brandenburg). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass etwa die Hälfte aller Betriebe gar nicht ausbildungsberechtigt ist.

Wie eingangs bereits erwähnt, mussten vor diesem Hintergrund in zunehmender Anzahl öffentlich geförderte Ausbildungsplätze zur Verfügung gestellt werden, um die in den vergangenen Jahren immer größer werdende Ausbildungsplatzlücke zu schließen. Durch die Be-

mühungen der Bundesregierung und der Landesregierung Brandenburgs sowie der Bundesanstalt für Arbeit konnte die Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage quantitativ ausgeglichen werden. Den Jugendlichen, die zu Beginn des neuen Ausbildungsjahres als noch nicht vermittelte Ausbildungsplatzbewerber/innen bei den Arbeitsämtern gemeldet waren, konnte im Rahmen der Ausbildungsplatzprogramme Ost ein Ausbildungsplatzangebot unterbreitet werden. Seit 1997 werden sogenannte „betriebsnahe Ausbildungsplätze“ sowie Ausbildungsplätze im „Kooperativen Modell“ angeboten. Es ist ein arbeitsmarktpolitischer Grundsatz in Brandenburg, dass Jugendliche nicht in unnütze Warteschleifen schulischer oder sonstiger Art geschickt werden, sondern Angebote für eine berufliche Ausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz oder der Handwerksordnung erhalten. Dies soll den Jugendlichen bestmögliche Chancen für den Berufseinstieg eröffnen.



## Ausbildung und Arbeitsmarkt

Neben den Ausbildungsberufen nach BBiG/HwO spielen die Fachberufe des Gesundheitswesens und die Sozialberufe als Ausbildungsstellen noch eine wichtige Rolle. Die Fachberufe des Gesundheitswesens sind nichtärztliche Heilberufe im Sinne von Artikel 74 Nr. 19 Grundgesetz. In Brandenburg erfolgt die Ausbildung in den Fachberufen des Gesundheitswesens derzeit an 30 staatlich anerkannten Ausbildungsstätten mit ca. 3.900 Ausbildungsplätzen. Es wird in 11 Berufen ausgebildet. Hierzu zählen die Berufe im Bereich der Krankenpflege, Physiotherapie, Masseur und medizinische Bademeister, Ergotherapie, Logopädie, Rettungsassistent, Berufe der technischen Assistenz in der Medizin und pharmazeutisch-technischer Assistenz.

Im Schuljahr 1999/2000 gab es insgesamt 3.254 Auszubildende in den Fachberufen des Gesundheitswesens. Die nachfolgende Tabelle gibt ergänzend Auskunft über die Entwicklung der Ausbildungskapazitäten und -zahlen in den Jahren 1996 - 2000.

Die Ausbildungskapazität in den Fachberufen des Gesundheitswesens zeichnet sich durch eine hohe Kontinuität aus. Die Inanspruchnahme der Ausbildungs-

platzkapazitäten ist dagegen geringfügig rückläufig. Die meisten jungen Menschen werden im Bereich der Krankenpflege ausgebildet, gefolgt von der Physiotherapie. Der Frauenanteil bei den Auszubildenden beträgt ca. 80% und ist somit sehr hoch. Eine Ausnahme bildet der Bereich Rettungsassistent. Hier werden überwiegend Männer ausgebildet.

Bei den **Sozialberufen** entfällt der größte Anteil der staatlichen Anerkennungen nach erfolgreicher Ausbildung auf die Altenpflege (mit 301 Anerkennungen im Jahr 2000) und auf die Heilerziehungspflege (247 Anerkennungen).

In der Heilpädagogik (135), Sozialarbeit/ Sozialpädagogik (134) und die Familienpflege (13) sind die Zahlen deutlich niedriger. Insgesamt ist die Zahl der Ausbildungsplätze bei den Sozialberufen gegenüber dem Vorjahr im Wesentlichen konstant geblieben. Auch bei den Sozialberufen überwiegt der Frauenanteil.

Alle Bereiche und Ausbildungsjahre zusammengefasst, gab es im Schuljahr 1999/2000 in Brandenburg ca. 83.000 Schüler an beruflichen Schulen, darunter etwa 58.000 Auszubildende im dualen System (Angaben des MBJS).

Tabelle 3-3

Fachberufe des Gesundheitswesens in Brandenburg				
	1996/1997	1997/1998	1998/1999	1999/2000
Ausbildungskapazität	3.677	3.934	3.934	3.934*
Ausbildungszahlen	3.329	3.644	3.516	3.254
*Ausbildungskapazität ab 10/2000: 3.904				
Datenquelle: Landesgesundheitsamt				

### 3.2 Die Arbeitsmarktsituation junger Menschen in Brandenburg

Die ungünstigen Bedingungen am Arbeitsmarkt in den letzten Jahren haben für die Jugendlichen vor allem die Situation beim Übertritt von der Ausbildung in die Beschäftigung (an der sog. 2. Schwelle) verschärft. Ausdruck dafür ist in allen neuen Bundesländern die gewachsene Jugendarbeitslosigkeit: sie hat im August 2000 eine Quote von 18,7% erreicht. Damit sind trotz der Fortsetzung des Jugendsofortprogramms im Jahr 2000 erheblich mehr Jugendliche arbeitslos als im gleichen Vorjahreszeitraum.

Zwischen 1991 und 1995 kam es zu einer weitgehenden Angleichung der Bildungs- und Erwerbsbeteiligung Jugendlicher in Ost und West. So stieg die Bildungsbeteiligung der 15- bis 25-jährigen ostdeutschen Jugendlichen (also der Anteil der Jugendlichen in Bildungsgängen, gemessen an der gleichaltrigen Wohnbevölkerung) von knapp 40% im Jahre 1991 auf gut 60% in 1995. Motive für die höhere Bildungsbeteiligung der Jugendlichen sind vermutlich die Hoffnung auf eine Erhöhung der individuellen Arbeitsmarktchancen oder die Überbrückung von Zeiten zunehmender Schwierigkeiten am Arbeitsmarkt. Im

Gegenzug sank die Erwerbsbeteiligung von Jugendlichen im gleichen Zeitraum von 55% im Jahre 1991 auf knapp 36% in 1995. Damit verbunden war eine vorübergehende Entlastung des Arbeitsmarktes in Ostdeutschland um ca. 380.000 Erwerbspersonen im Jahr 1995 gegenüber 1991 (IAB 1998). Diese Pufferwirkung der gestiegenen Bildungsbeteiligung ist inzwischen aufgezehrt und spiegelt sich in der gestiegenen Jugendarbeitslosigkeit wider.

*Jugendarbeitslosigkeit nach der Ausbildung: die „2. Schwelle“ als besonderes Problem*

Die Arbeitslosenstatistik zeigt allerdings nur einen Teil des Problems, da die Gruppe der Nichterwerbstätigen nicht berücksichtigt wird. So waren 1995 ca. 81.000 Jugendliche in den neuen Bundesländern nicht erwerbstätig, d.h. sie waren nicht in Ausbildung (im Sinne von allgemeinbildenden oder beruflichen Schulen, Hochschulen oder betrieblicher Ausbildung), nicht berufstätig und auch nicht arbeitslos gemeldet. Aktuellere Untersuchungen liegen nicht vor, jedoch kann vermutet werden, dass mit steigender Jugendarbeitslosigkeit sich auch die

Tabelle 3-4

Arbeitslose Jugendliche in Brandenburg						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000
bis 20 Jahre	3.714	4.679	5.967	6.728	6.904	7.761
bis 25 Jahre insgesamt	18.029	19.190	23.959	25.969	26.609	29.711
Quote	12,6%	14,1%	17,6%	19,0%	18,4%	18,7%
Datenquelle: Landesarbeitsamt Berlin-Brandenburg, Datenstand: jeweils August des Jahres						

## Ausbildung und Arbeitsmarkt

Gruppe der Nichterwerbstätigen vergrößert. Mit Angeboten von Arbeits-, Jugend- oder Sozialämtern werden diese Jugendlichen in der Regel nicht erreicht.

Der Anteil der Jugendlichen mit abgeschlossener Berufsausbildung an den Arbeitslosen unter 25 ging in den letzten Jahren trotz der enormen Förderanstrengungen des Landes, jedem Jugendlichen, der es wünscht, eine Erstausbildung zu ermöglichen, kontinuierlich zurück (1995: 69,5%, 1997: 54,5%, 1999: 51,1%, 2000: 50,8%). Hierbei sind allerdings geschlechtsspezifische Unterschiede zu verzeichnen. Von den 11.301 arbeitslosen Mädchen (Stand 09/2000) haben 46,3% keinen Abschluss gegenüber 51,2% arbeitsloser Jungen ohne Berufsabschluss. In den alten Bundesländern hatten 1996 von den unter 25-jährigen Arbeitslosen nur 41% eine abgeschlossene Berufsausbildung (BA 1996-2000). Auch hier gleicht sich die Situation in Ost und West zunehmend an, d.h. der Negativtrend wird künftig auch für die neuen Bundesländer gelten.

Diese Entwicklung ist für die Jugendlichen selbst gefährlich, da künftig der Bedarf an gering qualifizierten Arbeitskräften weiter sinken wird. Bis 2010 wird ein Rückgang von knapp 1,5 Mio. Arbeitsplätzen für Ungelernte erwartet. Der Anteil der Arbeitskräfte mit anspruchsvollen Tätigkeiten wird in Deutschland weiter steigen und 2010 vermutlich 40% betragen (1995: 35%). Der Weg in die Wissensgesellschaft wird sich fortsetzen (IAB 1999).

So unverzichtbar die Sicherstellung eines ausreichenden Ausbildungsplatzangebotes auch ist, kann die Verantwor-

tung gegenüber der Jugend sich nicht nur darin erschöpfen. Gibt man jungen Berufsanfängern keine Chance, ihre in der Ausbildung erworbene Qualifikation adäquat anwenden und ausbauen zu können, so hat dies nicht nur Folgen für den Einzelnen, sondern im Hinblick auf die Sozialversicherungssysteme auch negative gesellschaftliche Konsequenzen.

Zur Lösung des Problems an der zweiten Schwelle erwartet das Land große Unterstützung von der Bundesanstalt für Arbeit bzw. vom Bund, wird doch ein Großteil der für die aktive Arbeitsmarktpolitik zur Verfügung stehenden Mittel des Landes (ESF) für die Sicherung der Erstausbildung eingesetzt. Die Ankündigung der Bundesregierung, dass das Jugendsofortprogramm bis zum Jahr 2003 fortgesetzt wird, lässt hoffen, dass sich die Arbeitsmarktsituation für Jugendliche in den neuen Ländern trotz der demografischen Entwicklung nicht weiter verschärft. Entsprechend der Prognosen des Statistischen Bundesamtes wird die Zahl der Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren von 1,87 Mio. in 1995 auf 2,2 Mio. bis zum Jahr 2002 anwachsen und auf diesem Niveau bis 2005 stagnieren. Erst dann wird sich der Geburtenknick nach der Wiedervereinigung auswirken. Bis dahin wird die gespannte Lage auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt anhalten (IAB 1998).

Im Jahr 2001 soll erstmalig die Hälfte der Mittel im Rahmen des Jugendsofortprogramms für Maßnahmen in den neuen Bundesländern eingesetzt werden, da in den letzten zwei Jahren die Jugendarbeitslosigkeit in den alten Ländern erheblich reduziert werden konnte. Jedoch

# 3

## Ausbildung und Arbeitsmarkt

sollen neuerdings auch Mobilitätshilfen, die über die bereits vorhandenen Möglichkeiten des Sozialgesetzbuches (SGB) III hinausgehen, gewährt werden, um den Jugendlichen zusätzliche Anreize zur Arbeitsaufnahme außerhalb des Wohnumfeldes von 100 Kilometern zu bieten. Das Land unterstützt derartige Aktivitäten nicht, um den weiteren Fachkräfteabzug aus der Region nicht zu beschleunigen.

Das MASGF arbeitet an Planungen von zusätzlichen Initiativen für Jugendliche beim Übergang in den Arbeitsmarkt. Es wird überlegt, in einer Pilotphase an einigen Modellstandorten ein Angebot zu schaffen, das Jugendlichen die individuelle Betreuung, die in eine Berufswegplanung münden soll sowie die Begleitung bei den ersten

Umsetzungsschritten ermöglicht. Weiterhin sind Angebote in der Planung, die wachsende Zahl der jugendlichen arbeitslosen Sozialhilfeempfänger/-innen mit schlechtem oder ohne Schulabschluss gezielt durch Qualifizierung auf einen Berufseinstieg vorbereiten.

Allerdings sollte nicht vergessen werden, dass Arbeitsmarktpolitik nur bedingt reguläre Arbeitsverhältnisse schaffen kann. Sie kann mit den zur Verfügung stehenden Instrumenten und Mitteln nur zeitlich befristete Arbeitsgelegenheiten schaffen, die Arbeitsfähigkeit von Arbeitslosen erhalten sowie die Arbeitslosen mit Zusatzqualifikationen ausstatten, die auch neuen Erfordernissen des Arbeitsmarktes Rechnung tragen. Eine nachhaltige Nachfrage nach Arbeitskräften zu schaffen, obliegt hingegen vor allem der Wirtschaft.

*Land fördert individuelle Berufswegplanung für Jugendliche*

## 4 Junge Menschen in Sozialhilfe

Etwa die Hälfte der Sozialhilfeempfänger (laufende Hilfe zum Lebensunterhalt) in Brandenburg ist jünger als 25 Jahre, das waren 1999 fast 30.000 Personen. Etwa 12.000 Sozialhilfeempfänger waren zwischen 15 und 25 Jahre alt. Junge Menschen sind damit wesentlich häufiger auf Sozialhilfe angewiesen als alte Menschen.

Die durchschnittlichen Haushaltsnettoeinkommen der Privathaushalte im Land Brandenburg haben sich in den 90er Jahren deutlich verbessert (1994: 2.578 DM, 1998: 2.894 DM; MASGF 2000b). An dieser Entwicklung haben aber nicht alle Brandenburger Haushalte in gleicher Weise Anteil. Gerade Haushalte mit Kindern und Jugendlichen sind besonders häufig auf Sozialhilfe angewiesen. Ein hoher Anteil entfällt dabei auf Alleinerziehende, die etwa ein Viertel aller Sozialhilfehaushalte ausmachen. Hier spielen ganz wesentlich die Schwierigkeiten von Alleinerziehenden eine Rolle, Kinderbetreuung und Erwerbstätigkeit miteinander vereinbaren zu können. In etwa 10% aller Sozialhilfefälle wird als Begründung für die Bedürftigkeit sogar explizit die Geburt eines Kindes angegeben. Alleinerziehende haben zum einen größere Probleme, überhaupt eine Stelle zu finden, zum anderen können sie häufig nur in Teilzeit arbeiten, mit entsprechend geringerem Einkommen.

Betrachtet man die Sozialhilfequote, also den Anteil der Sozialhilfeempfänger an der Bevölkerung, nach Altersgruppen, so zeigt sich ein weiteres, mit dem dargestellten Sachverhalt eng zusammenhängendes Problem: etwa 14% der unter 3-Jährigen sind sozialhilfebedürftig, d.h. sie kommen aus Familien mit prekären Einkommensverhältnissen. Auch in den folgenden Altersstufen liegt die Sozialhilfequote noch deutlich über dem Landesdurchschnitt von 2,3%. Ein erheblicher Teil der Kinder hat damit einen materiell eher bescheidenen Start ins Leben, und ein erheblicher Teil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen von morgen hat in seiner Kindheit den „Gang zum Sozialamt“ erfahren. Erst ab einem Alter von ca. 30 Jahren sinkt die Sozialhilfequote dann kontinuierlich und im Rentenalter sind nur noch sehr wenige Menschen auf Sozialhilfe angewiesen.

Die Sozialhilfequote von **Kindern** unter 15 Jahren ist dabei in den letzten Jahren stetig gestiegen, bei den **jungen Er-**

# 4

## Junge Menschen in Sozialhilfe

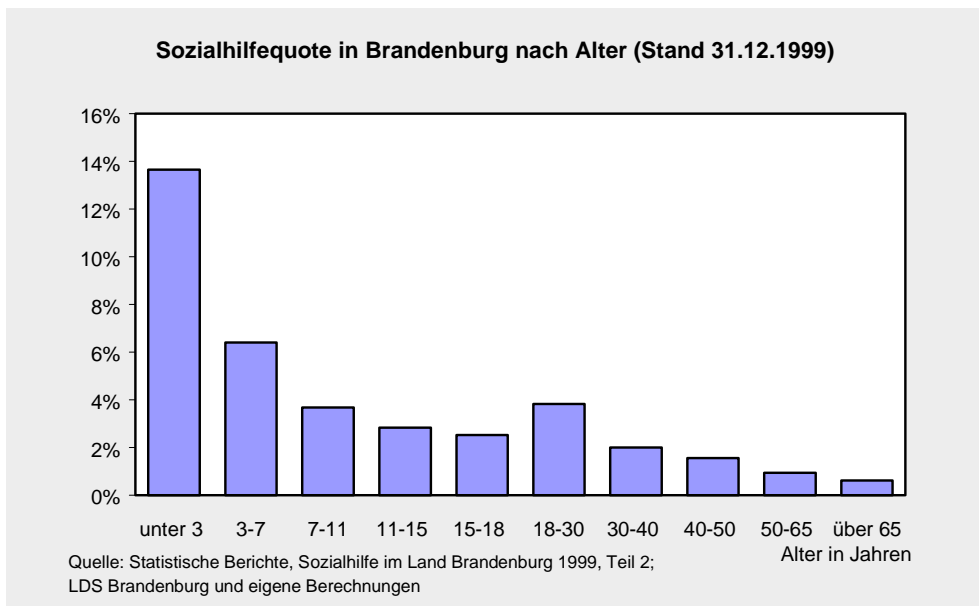


Abbildung 4-1

**wachsenen** (Altersgruppe von 18 bis 25 Jahren) war die Sozialhilfequote bis 1998 gestiegen und ist 1999 erstmals leicht zurückgegangen.

Im Jahr 1999 gab es etwa 12.000 Sozialhilfeempfänger im Alter zwischen 15 und 25; diese stellen damit etwa ein Fünftel aller Sozialhilfeempfänger und etwa ein Drittel der

Sozialhilfeempfänger im erwerbsfähigen Alter (15 bis 65). Unter den jungen

Sozialhilfeempfängern zwischen 15 und 25 überwiegt dabei der Anteil der **jungen Frauen** deutlich.

Die Sozialhilfequote junger Frauen liegt ebenfalls durchweg höher als die der jungen Männer. Für die besonders ausgeprägte Sozialhilfebedürftigkeit junger

Frauen ist vor allem auch die schon erwähnte Situation alleinerziehender Mütter ausschlaggebend. So gaben z.B. in der Altersgruppe der 15- bis 25-jährigen Sozialhilfeempfänger 1.810 Personen an, wegen „häuslicher Bindung“ auf Sozialhilfe angewiesen zu sein, davon waren 1.792 Frauen, also 99% (!).

Von den insgesamt 12.215 Sozialhilfeempfängern im Alter zwischen 15 und 25 waren 468 erwerbstätig, davon 345 sogar in Vollzeit, 5.243 waren arbeitslos und 2.825 waren ausbildungsbedingt nicht erwerbstätig.

Im Bundesvergleich liegt die Sozialhilfequote der Brandenburger Bevölkerung insgesamt deutlich unter dem Durchschnitt und dies gilt auch für die Sozialhilfequote junger Menschen. Hier

*Junge Frauen: stärker von Sozialhilfe betroffen als junge Männer*

## Junge Menschen in Sozialhilfe

Tabelle 4-1

Empfänger laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen absolut und in Prozent der Altersgruppe am 31.12.1999				
Altersgruppe	insgesamt	männlich	weiblich	durchschnittl. Hilfe- dauer in Monaten
15 bis unter 18 Jahre	2.929 (2,5%)	1.397 (2,3%)	1.532 (2,7%)	15,9
18 bis unter 21 Jahre	3.779 (3,4%)	1.419 (2,4%)	2.360 (4,4%)	8,2
21 bis unter 25 Jahre	5.507 (4,7%)	1.815 (2,8%)	3.692 (6,9%)	10,5
15 bis unter 25 Jahre	12.215 (3,5%)	4.631 (2,5%)	7.584 (4,6%)	

Quelle: LDS, Sozialhilfestatistik

spielt z.B. eine wesentliche Rolle, dass in Brandenburg relativ wenig ausländische Bürger leben, vor allem junge Ausländer haben hohe Sozialhilfequoten. Ein weiterer Aspekt ist die im Bundesvergleich weitaus höhere Erwerbsbeteiligung von Alleinerziehenden: in den alten Ländern sind lt. Mikrozensus etwa 30% der Alleinerziehenden voll-erwerbstätig, in den neuen Ländern dank

der vergleichsweise guten Versorgung mit Krippen-, Kita- und Hortplätzen etwa 50%. Das oben dargestellte Problem der besonderen Sozialhilfebedürftigkeit junger Frauen bzw. junger Mütter stellt sich daher in den alten Bundesländern in einem viel gravierenderen Maße dar. Alleinerziehende Mütter stellen in den alten Bundesländern den Kern der Armutspopulation dar.

## 5 Lebensgefühl und Lebensstil Brandenburger Jugendlicher

Für die Mehrzahl der Brandenburger Jugendlichen (96%) ist „eine Arbeit, die erfüllt“ immer noch eines der wichtigsten Lebensziele. Über 80% hält die Gründung einer eigenen Familie für bedeutsam für das eigene Leben und die Mehrzahl der Jugendlichen schaut insgesamt optimistisch in die Zukunft. Sorgen machen vor allem die Ausbildungs- und Arbeitsmarktperspektiven.

Vor 30 Jahren konnten junge Menschen in Ost und West noch davon ausgehen, dass es mit ihnen bei ausreichendem Arbeitsvermögen und sozialer Anpassungsfähigkeit „immer weiter aufwärts“ gehen wird. Heute ist der wohlfahrtsstaatliche Lebensentwurf und das damit verbundene Fortschrittsmodell nicht mehr fraglos gegeben. Nach den Ergebnissen der Shell-Jugendstudie haben deutsche Jugendliche zwar eine recht optimistische Zukunftssicht, aber nur, wenn sie sich auf die künftigen Entwicklungen gut vorbereitet fühlen. Gut vorbereitet fühlen sich diejenigen, die über gute Voraussetzungen (Bildung, Unterstützung durch die Eltern, Selbstvertrauen) verfügen. Pessimistischere Einstellungen finden sich bei denen, die eher schlechtere Bedingungen haben, wozu u.a. häufiger ostdeutsche Jugendliche im Vergleich zu westdeutschen gehören (Deutsche Shell 2000).

### 5.1 Familiäre Bedingungen

Mehr als zwei Drittel der Jugendlichen in Brandenburg wachsen bei ihren beiden leiblichen Eltern auf, also in der klassischen Familienkonstellation. Ca. 10% leben bei einem Elternteil (9% bei der Mutter, 2% bei dem Vater), ca. 8% leben mit der Mutter und einem Stiefvater/Partner der Mutter gemeinsam in einem Haushalt. (DJI/IFK 1998). Umgekehrt heißt das aber auch, dass fast ein Drittel der Jugendlichen nicht in konventionellen Familienformen lebt.

Der überwiegende Teil der Jugendlichen beschreibt die Familiensituation als „normal“ bzw. „ausgesprochen gut“. Die Jugendlichen beklagen aber auch eine Reihe von familiären Schwierigkeiten: (DJI/IFK 1998):

- Kein Verständnis bei den Eltern, vor allem im Hinblick auf Freizeitverhalten, jugendkulturelle Orientierungen und vereinzelt auch politische Auffassungen,
- fehlende Zeit der Eltern für die Kinder, kein gemeinsamer Urlaub, vereinzelt auch kein Interesse für die Kinder,
- materielle und finanzielle Einschränkungen in Verbindung mit den Beschäftigungsproblemen der Eltern.

Nach Befragungsergebnissen von Sturzbecher (2000, 2001) fühlt sich etwa jeder 10. Jugendliche (13 - 18 Jahre) in der Familie vernachlässigt („Meine Eltern sind nie da, wenn ich sie brauche“, „Meine Eltern kümmern sich nicht darum, was ich tue“). Diese Einschätzung ist in den vergangenen Jahren konstant geblieben, nachdem es Anfang der 90er-Jahre eine Verdoppelung bei dieser Frage gegeben hatte. Die Zahl der Eltern, die völlig auf körperliche Strafen verzichten und ihren Kindern Entscheidungsmöglichkeiten einräumen, ist in den letzten Jahren gewachsen. Allerdings ist der Anteil von Familien, in denen körperliche Strafen an der Tagesordnung sind, unverändert geblieben. Jeweils ca. 2% der Jugendlichen



## Lebensgefühl und Lebensstil

werden oft und ca. 7% werden manchmal von ihrem Vater bzw. ihrer Mutter geschlagen. Überhaupt keine Schläge von den Eltern erhalten rund 60% der Jugendlichen.

Die Gründung einer eigenen Familie gehört für die Mehrheit der Jugendlichen zu den bedeutsamsten Lebenszielen: 54% halten die Familiengründung für „sehr bedeutsam“, weitere 31% für „bedeutsam“ (Sturzbecher 2000).

*Hoher Stellenwert der Familie*

### 5.2 Schule und Ausbildung in der Sicht der Jugendlichen

Mit der Schule verbinden über 90% der Brandenburger Jugendlichen Spaß am Zusammensein mit Mitschülern und

Wissenszuwachs. Diese Wertung ist in der Befragung von Sturzbecher (2000) für die Jahre 1993 bis 1999 konstant geblieben. Die Anzahl von Schülern, die stundenweise die Schule schwänzen, hat leicht abgenommen (1996: 28%, 1999: 24%).

Die Bewältigung des Übergangs von der Schule in die Ausbildung bringt für Jugendliche zahlreiche Herausforderungen mit sich, die durch die angespannte Situation auf dem Lehrstellen- und Arbeitsmarkt gesteigert werden. Das Lebensziel Arbeit besitzt unter den von Sturzbecher (2000) befragten Jugendlichen eine herausragende Bedeutung. Die Aussage „eine Arbeit haben, die erfüllt, in der ich aufgehen kann“ halten 96% der Jugendlichen für bedeutsam bzw. sehr bedeutsam. In derselben Größenordnung

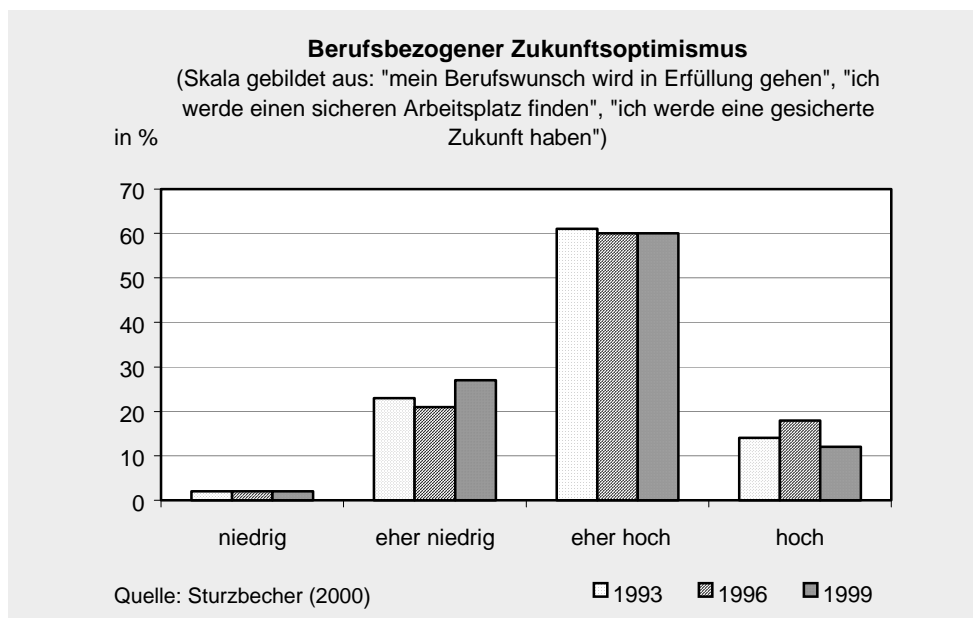


Abbildung 5-1

beurteilten die Jugendlichen übrigens auch die Aussage „das Leben genießen - man lebt nur einmal“ als bedeutsam. Hinsichtlich der Zukunftserwartungen ergab sich zwischen 1996 und 1999 eine statistisch auffällige Verschlechterung. Zwar beurteilten auch in der letzten Erhebung die meisten Jugendlichen ihre Zukunft eher optimistisch (vgl. Abb. 5-1). Vor allem Auszubildende äußerten sich jedoch im Trend pessimistischer. So beurteilten 1996 von den männlichen Lehrlingen des 3. und 4. Ausbildungsjahres noch 77% ihre berufliche Zukunft optimistisch. 1999 sahen das nur noch 57% so (Sturzbecher 2000).

Ohne Unterstützung gelingt es den Jugendlichen nur schwer, Bildungs- und Berufswünsche zu realisieren. Brandenburger Jugendliche, danach befragt, wer in diesem Zusammenhang eine Rolle spielt, gaben zu 98% die Mutter, zu 91% den Vater, zu 88% weitere Familienmitglieder wie Geschwister und Großeltern, zu 93% andere Verwandte und zu 97% den Freundeskreis an (DJI/IFK 1998). Man kann allerdings davon ausgehen, dass viele der Genannten, z.B. die Großeltern, den Erwartungen der Jugendli-

chen bei Arbeitsmarktproblemen häufig nicht gerecht werden können. Als echte „Unterstützer“ kommen sie also nur bedingt infrage. Bemerkenswert erscheint, dass die befragten Jugendlichen in diesem Zusammenhang Sozialarbeiter, Lehrer oder Beratungsstellen kaum erwähnen.

### 5.3 Finanzielle Situation

Die finanziellen Möglichkeiten der Jugendlichen differieren erwartungsgemäß nach Altersgruppen sehr stark. Der durchschnittliche Gesamtbetrag aller Einkünfte (ohne Abzug für Miete, Kostgeld oder ähnliche Ausgaben) betrug 1998 bei den älteren Jugendlichen 621 DM (DJI/IFK 1998; Klassen 11-13 oder vergleichbares Lebensalter). Jungen verfügten dabei im Durchschnitt über ca. 150 DM mehr als Mädchen, da Auszubildende deutlich höhere Beträge erhalten als Abiturienten und unter den Auszubildenden mehr Jungen als Mädchen sind. Erwerbstätige junge Männer verfügen über das meiste Geld. Bei den jüngeren Jugendlichen (Klassen 7-10) lag der monatlich verfügbare Betrag 1998 bei 57 DM (Jungen 62 DM, Mädchen 52 DM).

Tabelle 5-1

Prozentsatz von Jugendlichen mit einem monatlichen Finanzbudget von ... DM					
Klassenstufe/ Ausbildungsjahr	weniger als 50 DM	50 bis 99 DM	100 bis 299 DM	300 bis 499 DM	501 DM und mehr
7. - 8. Kl.	59	22	13	1	5
9. - 10. Kl.	28	36	29	2	5
11. - 13. Kl.	5	31	44	11	8
1. und 2. Ausbildungsjahr	3	2	12	34	49
3. und 4. Ausbildungsjahr	2	1	10	23	63

Quelle: Sturzbecher 2000

## Lebensgefühl und Lebensstil

Nach den Befragungsergebnissen von Sturzbecher (2000) hat sich der Umfang der Geldmittel, über die Jugendliche monatlich verfügen können, seit 1996 erhöht. Die Mehrzahl der Jugendlichen in den 7. bis 10. Klassen verfügen über 55 bis 99 DM. Bei den älteren Jugendlichen hängt das monatliche Finanzbudget von der Lebenssituation ab. Jugendliche in Ausbildung haben zum Großteil monatlich 500 DM und mehr, während die gleichaltrigen Schüler in der Mehrzahl nur 100 bis 299 DM ausgeben können.

### 5.4 Freizeit

Die Freizeit wird vorrangig im eigenen privaten Umfeld oder in dem der Freundinnen bzw. Freunde verbracht. An erster Stelle steht mit 97% Musik hören, gefolgt von Fernsehen mit 91%, im Haushalt helfen mit 65% und Lesen mit 44%. Erst an 7. und 8. Stelle werden Aktivitäten genannt, die in der Öffentlichkeit praktiziert werden (Sport treiben, durch die Gegend ziehen). Auffallend ist, dass auf den ersten beiden Plätzen Tätigkeiten rangieren, die medial vermittelt

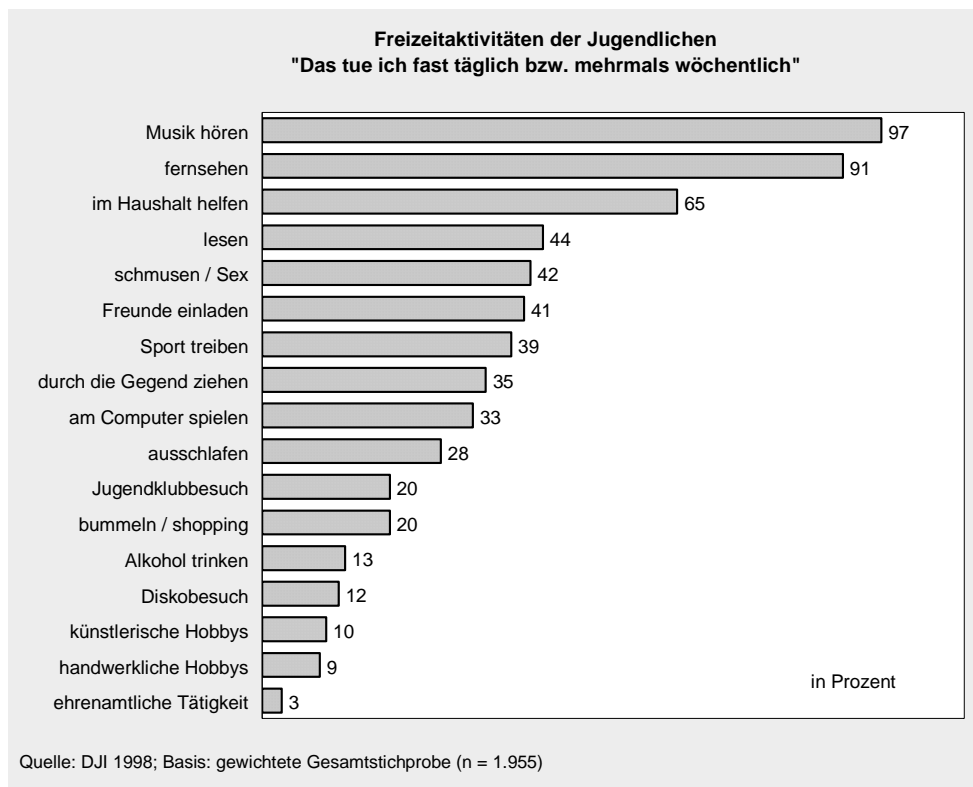


Abbildung 5-2

# 5

## Lebensgefühl und Lebensstil

sind. Für die Mediennutzung können die meisten Jugendlichen auf eine hohe technische Ausstattung zurückgreifen. 81% der befragten Jugendlichen besitzen einen eigenen Fernseher, 79% eine eigene Stereoanlage, knapp über 40% nennen einen Computer und einen Videorecorder ihr eigen (DJI/IFK 1998).

Die Mitwirkung und Hilfe innerhalb der eigenen Familie spielt für viele Jugendliche eine zentrale

Rolle und wird vergleichsweise deutlich höher bewertet

als im bundesdeutschen Vergleich (DJI/IFK 1998). In diesen Kontext passt auch das Befragungsergebnis von Sturzbecher (2000). Das Lebensziel „für andere da sein, auch wenn man auf etwas verzichten muss“ ist von 1993 bis 1999 signifikant angestiegen. 1999 hielten 43% der Jugendlichen diese Wertorientierung für sehr bedeutsam, 1993 waren es nur 22%.

*Soziale Verantwortung wird bejaht*

Gleichaltrige gewinnen in der Phase der beginnenden und wachsenden Ablösung vom Elternhaus mit zunehmendem Alter immer mehr an Bedeutung. Die wesentlichen Funktionen dieser Gruppen und der damit verbundenen Freundschaften bestehen darin, dass in ihnen neue Verhaltensweisen erprobt, neue Erfahrungen gesammelt und auch Wertvorstellungen entwickelt und vermittelt werden können. Die Gruppen Gleichaltriger wirken identitätsstabilisierend und fördern den Aufbau und die Entwicklung sozialer Beziehungen.

Den mit Abstand größten Anteil im Personenkreis, mit dem ein Jugendlicher seine Freizeit verbringt, nimmt der feste Freund bzw. die feste Freundin ein. Es folgen die Clique und sonstige Freunde.

Die Zufriedenheit mit dem **Freizeitangebot** ist zwar nach der Studie von Sturzbecher (2000) zwischen 1996 und 1999 gewachsen („zufrieden“ bzw. „eher zu-

Tabelle 5-2

	Personenkreis für Freizeitbeschäftigungen (Antwort "oft" in Prozent)						
	Schüler Klasse 7-10	Schüler Klasse 11-13	Auszu- bildende	Erwerbs- tätige	Studenten	Sonstige	Gesamt
feste/r Freund/in bzw. Partner/in	47	52	59	78	69	64	54
Clique	34	42	43	34	27	36	37
sonstige Freunde (nicht in Schule/ Ausbildung/Arbeit)	39	29	32	27	19	23	33
Mitschüler/ Kommilitonen/Kollegen	20	18	9	5	29	15	17
allein	17	15	10	19	2	13	14
Geschwister	13	13	10	12	7	21	13
Eltern	13	10	12	14	8	26	13
andere Verwandte	4	3	3	5	7	3	4

Quelle: DJI/IFK 1998

## Lebensgefühl und Lebensstil

frieden“ waren 1996 nur 38%, 1999 immerhin schon 48%). Aber dennoch äußerten sich damit noch mehr als die Hälfte der Befragten unzufrieden mit den Freizeitmöglichkeiten. In der gleich lautenden Frage der DJI/IFK-Studie (1998), die als repräsentativ für Jugendliche in ländlichen Regionen gelten kann, lag der Anteil der Unzufriedenen bei 55%.

### Ältere Jugendliche vermissen Freizeitangebote

Die insgesamt eher kritische Einschätzung der Freizeitmöglichkeiten durch die Jugendlichen gewinnt bei einem Vergleich der unterschiedlichen Altersgruppen zusätzlich an Brisanz. Je älter die Jugendlichen, um so größer ist die Unzufriedenheit mit den Freizeitmöglichkeiten. Viele ältere Jugendliche sehen für

sich kaum attraktive Angebote im nicht-kommerziellen Freizeitsektor.

### 5.5 Jugendgewalt

Jugendgewalt ist in den vergangenen Jahren zu einem Medienthema geworden. Einen ersten Anhaltspunkt über das Ausmaß von Jugendgewalt kann die polizeiliche Kriminalstatistik geben. Darin werden alle einer Straftat verdächtigten Jugendlichen registriert, die angezeigt worden sind.

Für Brandenburg weist die Kriminalstatistik bei den Rohheitsdelikten aus, dass zwischen 1995 und 1999 die Zahl der tatverdächtigen Kinder, Jugendlichen und Heranwachsenden sich insgesamt wenig verändert hat. Allerdings gibt es eine Verschiebung in dem Sinne, dass die Zahl tatverdächtiger Kinder (8 - 14

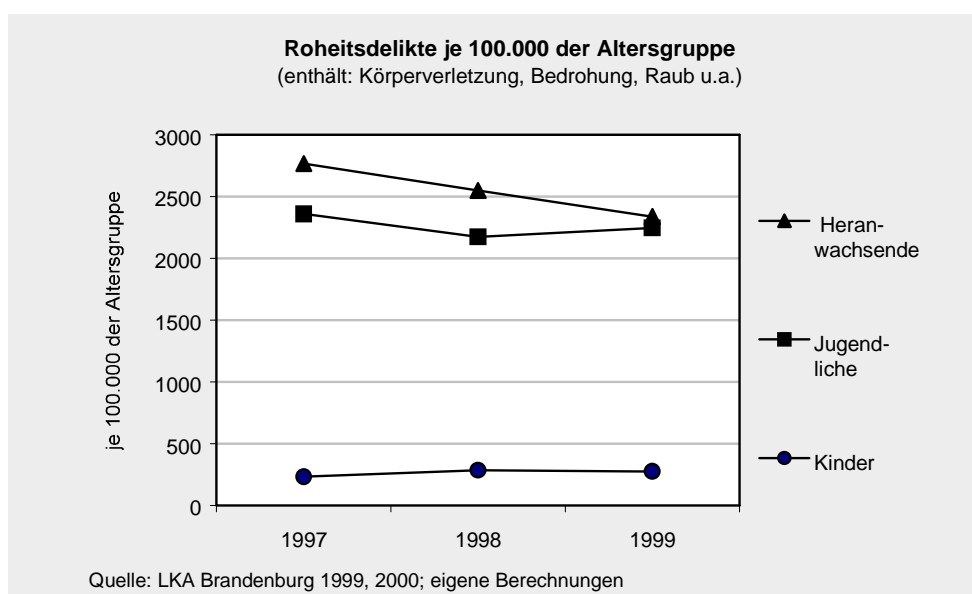


Abbildung 5-3

Jahre) leicht stieg, die entsprechende Zahl bei Jugendlichen (14 - 18 Jahre) etwa gleich blieb und die Zahl tatverdächtiger Heranwachsender (18 - 21 Jahre) sank (Landeskriminalamt Brandenburg 1999, S. 11 u. 13). Insgesamt gab es 1999 bei den Kindern 948 Tatverdächtige, bei den Jugendlichen 3.464 und bei den Heranwachsenden 2.582.

Ergänzend zu den Täterzahlen bietet die Kriminalstatistik auch Aussagen über die Opfer von Straftaten. Bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden ist in den Jahren 1997 bis 1999 die Zahl der Opfer einer Körperverletzung relativ und absolut leicht gestiegen (Abb. 5-4).

1999 waren als Opfer von Körperverletzungen 442 Kinder, 2.382 Jugendliche und 1.881 Heranwachsende zu verzeichnen.

In der Diskussion um Jugendgewalt müssen zwei Aspekte unterschieden werden (Sturzbecher 2000): Einstellungen zu gewalttätigem Verhalten und die tatsächliche Beteiligung an Gewalt. Diese Differenzierung ist wichtig, weil nicht alle Jugendlichen, die gewalttätiges Handeln als Durchsetzungsstrategie akzeptieren, auch Gewalt zur Durchsetzung ihrer Interessen anwenden. Andererseits ist eine gewaltakzeptierende Grundhaltung förderlich für gewalttätiges Handeln. Daneben spielen im Einzelnen die situativen Besonderheiten beispielsweise nach Alkoholkonsum oder im Zusammenhang mit der Gruppendynamik in der Freundesgruppe eine wichtige Rolle. Die Bereitschaft zu gewalttätigen Aktionen hat 1999 bei Jugendlichen in Brandenburg im Vergleich zu 1996 abgenommen. Auch bei der Beteiligung von Ju-

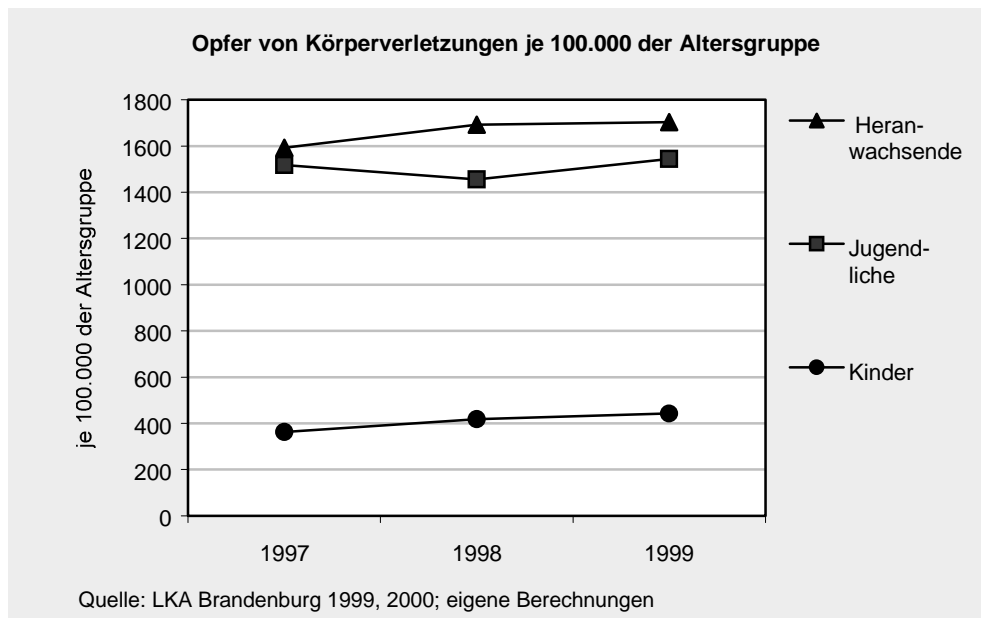


Abbildung 5-4

## Lebensgefühl und Lebensstil

gendlichen an Schlägereien ist ein geringfügiger Rückgang zu verzeichnen. Dies gilt ebenfalls für Schüler, die Waffen bzw. „Verteidigungsmittel“ mitführen. Man kann annehmen, dass Veränderungen an Gesamtschulen und Oberstufenzentren für den erfreulichen Trend mitverantwortlich sind. Das Schulklima ist stärker gewaltablehnend geworden, was sich darin zeigt, dass 1999 deutlich mehr Schüler sich gegen jegliche Gewaltaktionen aussprechen (1996: 24%, 1999; 35%). Insgesamt kann man der Studie von Sturzbecher (2000) entnehmen, dass eine Entlastung bei der Gewaltproblematik an Brandenburger Schulen und Oberstufenzentren stattgefunden hat.

Nach Sturzbecher (2000) ist bei etwa jedem Fünften der befragten Jugendlichen eine hohe Gewaltakzeptanz festzustellen. Die Billigung von Gewalt ist bei Jungen deutlich stärker als bei Mädchen. Mit zunehmendem Alter nimmt die Gewaltakzeptanz unter Jugendlichen signifikant ab. Über die Hälfte der Jugendlichen beteiligt sich „nie“ an Schlägereien, allerdings bei signifikanten Un-

terschieden zwischen den Geschlechtern. So gaben 73% der Mädchen und nur 41% der Jungen an, noch nie in eine Schlägerei verwickelt worden zu sein. Mädchen akzeptieren offensichtlich nicht nur seltener Gewalt als legitime Durchsetzungsstrategie, sie zeigen auch eine geringere Bereitschaft, ihre persönlichen Interessen mit Gewalt durchzusetzen.

Ein besonderes Problem in diesem Zusammenhang stellen rechtsextreme bzw. ausländerfeindliche Einstellungen und damit in Zusammenhang stehende Gewalttaten dar. Wenn nach Sturzbecher davon auszugehen ist, dass von den 13- bis 18-Jährigen in Brandenburg 3% in hohem Ausmaß und 17% tendenziell rechtsextreme Einstellungen haben, sowie 11% in hohem Maße und 24% tendenziell ausländerfeindliche Einstellungen, so zeigt dies dringenden Handlungsbedarf auf. Die Landesregierung hat dazu mit gezielten Programmen, insbesondere dem „Handlungskonzept gegen Gewalt, Rechtsextremismus und Fremdenfeindlichkeit“ und den darauf beruhenden Initiativen, deutlich Position bezogen.

### **Schulqualität als Präventionsstrategie - Schülermultiplikatoren gegen Gewalt und Kriminalität**

Das Projekt zielt gegen Gewalt an der Schule und setzt dabei auf Schulqualität als Präventionsstrategie. Schülerinnen und Schüler der Jahrgangsstufe 9 werden für ihre Aufgabe speziell vorbereitet und trainiert. Das Projekt wird an insgesamt 10 Schulen im Land Brandenburg durchgeführt und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, vom Brandenburger Ministerium für Bildung, Jugend und Sport und vom Innenministerium gefördert und fachlich begleitet. Träger des Projekts ist das Institut für angewandte Kindheits-, Jugend- und Familienforschung.

## 6 Die Gesundheit von Jugendlichen im Spiegel jugendärztlicher Untersuchungen

Im folgenden Kapitel werden Befunde aus der jugendärztlichen Untersuchung für die 10. Klassen vorgestellt. Diese Untersuchung führt der Kinder- und Jugendärztliche Dienst im Land Brandenburg jährlich und flächendeckend durch. Anders als bei den Einschulungsuntersuchungen liegen hier allerdings keine personenbezogenen Daten zum Sozialstatus vor, d.h. eine Auswertung der Befunde nach Sozialstatus kann nur annäherungsweise anhand des besuchten Schultyps erfolgen.

### 6.1 Zur Einleitung: Wie Jugendliche selbst ihre Gesundheit sehen

Darüber, ob ein Mensch sich wohl oder unwohl, gesund oder krank fühlt, urteilt er in der Regel zunächst einmal selbst. Dieses Urteil ist einerseits subjektiv, muss sich also nicht in jeder Hinsicht mit den Ergebnissen einer ärztlichen Diagnostik decken. Andererseits hat die gesundheitliche Selbsteinschätzung reale Folgen für das Wohlbefinden, für das Gesundheitsverhalten und für die Inanspruchnahme des Versorgungssystems. Daher soll diese gesundheitliche Selbsteinschätzung

hier den Ergebnissen der ärztlichen Untersuchung vorangestellt werden, nicht zuletzt auch als Ergänzung im Hinblick auf Befindlichkeitsstörungen, die ja im Allgemeinen eher selten Gegenstand ärztlicher Diagnostik sind.

Danach befragt, ob sie in den vergangenen vier Wochen krank oder unfallverletzt waren, haben im April 1999 im Mikrozensus, einer repräsentativen Befragung der Bevölkerung, 4,2% der jungen Brandenburger im Alter zwischen 15 und 21 mit „ja“ geantwortet (Abb. 6-1).

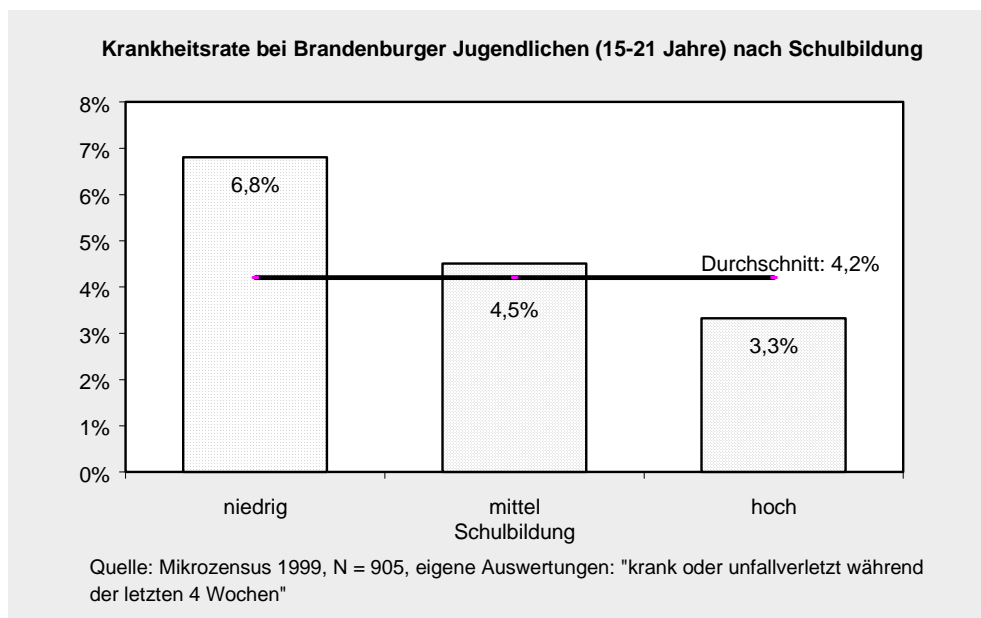


Abbildung 6-1



## Die Gesundheit von Jugendlichen

In der Gesamtbevölkerung waren es über 12%, bei den Rentnern sogar über 20%. Zwischen den jungen Männern und Frauen zeigt sich kein relevanter Unterschied, dafür aber ein deutlicher Schichtgradient: bei Jugendlichen mit niedriger Schulbildung liegt die Rate mit 6,8% doppelt so hoch wie bei den Jugendlichen mit höherer Schulbildung (3,3%). Jugendliche mit mittlerer Schulbildung (entspricht dem Realschulabschluss) lagen mit 4,5% nahe am Durchschnitt für alle Jugendlichen.

Wenn Gesundheit nicht allein durch Abwesenheit von Krankheit definiert wird, sondern auch körperliches, soziales und emotionales Wohlbefinden umfasst, ist es nahe liegend, durch Befragungen auch das Ausmaß an Befindlichkeitsstörungen und Beschwerden zu erfassen. Zwar gibt es bislang noch keine repräsentativen Befragungen, die uns dazu Selbsteinschätzungen für die Brandenburger Jugendlichen insgesamt liefern. Aber Studien aus anderen Ländern zeigen, dass bereits Jugendliche in hohem Maße unter gesundheitlichen Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen leiden. Wir können davon ausgehen, dass dies in groben Zügen auf Brandenburg übertragbar ist, darauf deuten z.B. auch Befragungen von jungen Beschäftigten in Brandenburg, also einer großen Teilgruppe der jungen Brandenburger, hin (siehe dazu Kap. 7.9).

Im Rahmen einer bundesweiten Befragung von Jugendlichen 1993 gaben 30% der Befragten an, unter Nervosität/Unruhe zu leiden, knapp 40% berichteten von Kopfschmerzen und 24% von Rückenschmerzen (Jugendgesundheits-survey; Kolip, Nordlohne & Hurrelmann 1995). Jugendliche aus den neuen Bundesländern unterschieden sich hierbei nicht von denen in den alten Bundesländern.

*Jugend: noch nicht krank, aber schon viele Beschwerden?*

Ähnliche hohe Raten an Befindlichkeitsstörungen ergab eine internationale Befragung der Weltgesundheitsorganisation (WHO; HBSC-Survey Health Behavior in School-aged Children, Scheidt et al. 2000) zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Schulalter. Dabei fielen die deutschen Jugendlichen 1998 insbesondere durch hohe Werte in „morgendlicher Müdigkeit“ auf, was teilweise auf den frühen Beginn des Unterrichts in deutschen Schulen zurückgeführt wird. Auffällig ist auch der hohe Anteil von Jugendlichen, die häufiger unter Kopfschmerzen (18% bei den Jungen, 30% bei den Mädchen) und Rückenbeschwerden (19% bei den Jungen, 22% bei den Mädchen) leiden. Generell fühlen sich weibliche Jugendliche belasteter als männliche.

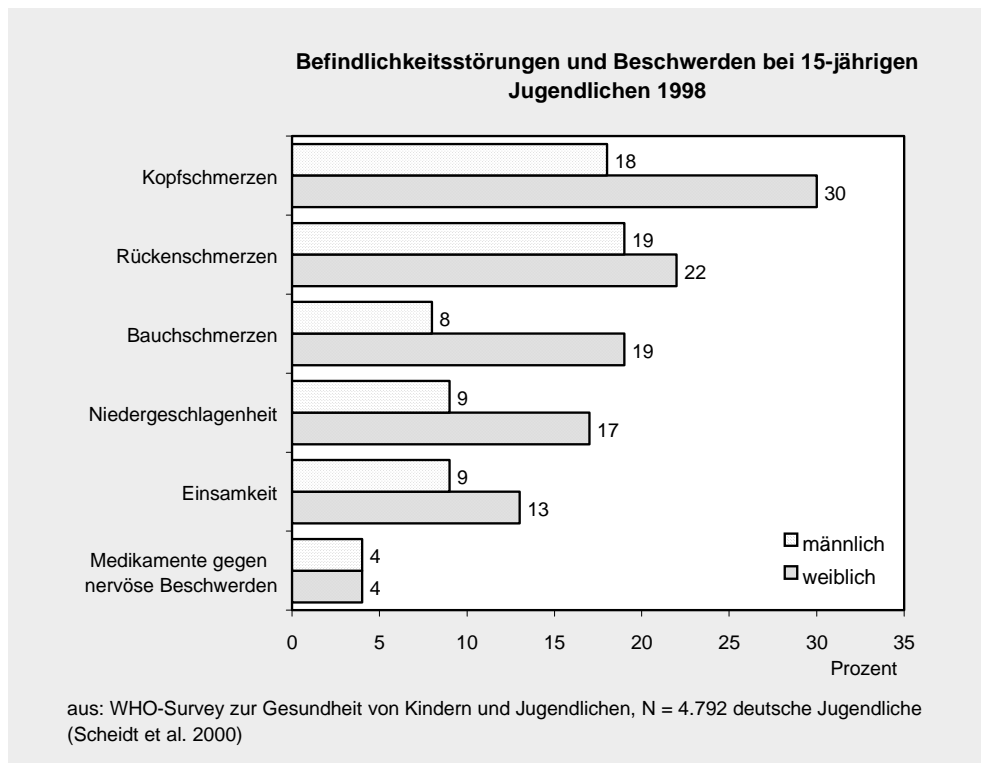


Abbildung 6-2

Das insgesamt hohe Ausmaß an Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen zeigt, dass die Jugend nicht pauschal als gesundheitlich unbeschwerte Lebensphase zu betrachten ist. Solche Beschwerden, wenn sie gehäuft oder über längere Zeit auftreten, sind zudem als Risikofaktoren für spätere manifeste Erkrankungen zu sehen und sollten nicht bagatellisiert werden.

### 6.2 Das Untersuchungskonzept des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Brandenburg

Jährlich werden die Schüler der 10. Klassen im Land Brandenburg vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) der Gesundheitsämter ärztlich untersucht. Damit stehen für Jugendliche, die im Durchschnitt etwa 16 Jahre alt sind, umfangreiche und in anderen Bundesländern kaum erhältliche Daten zur körperlichen Gesundheit dieser Altersgruppe zur Verfügung.

Die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchungen des KJGD werden mit Hilfe der „Funktionsdiagnostischen Tabellen für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg“ einheitlich dokumentiert (siehe auch Anhang „Zur Datenqualität der medizinischen Befunde“). Im Zusammenhang mit der Untersuchung in den 10. Klassen wird für den Teil der Schüler, der die Schule zum Schuljahresende verlässt, zugleich die Erstuntersuchung nach Jugendarbeitsschutz durchgeführt. Damit soll sichergestellt werden, dass junge Menschen keine Arbeitstätigkeiten ausführen, für die sie gesundheitlich nicht oder noch nicht geeignet sind.

Für die folgenden Analysen standen aus dem Schuljahr 1999/2000 die Daten von insgesamt 32.735 Schülern zur Verfügung (männlich: 51,5%; weiblich: 48,5%). Der Großteil der untersuchten Schüler war 16 Jahre alt (38% waren 15 Jahre alt, 52% waren 16 Jahre alt und 10% waren älter als 16). Der Altersdurchschnitt lag insgesamt bei 16,15 Jahren (männlich: 16,19; weiblich: 16,11). Fast alle untersuchten Schüler (96,5%) sind in der 10. Klasse gewesen (vgl. Tabelle 6-1). 3,5% kamen aus benachbarten Klassenstufen. Für diese Schüler war die ärztliche Untersuchung auch im engeren Sinne die Schulabgangsuntersuchung.

„Der Öffentliche Gesundheitsdienst führt in Ergänzung vorhandener Vorsorgeangebote für Kinder und Jugendliche regelmäßige ärztliche Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, Behinderungen und Entwicklungsstörungen durch und überprüft und ergänzt, sofern erforderlich, nach Zustimmung der Sorgeberechtigten den Impfstatus. ... Die Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz soll im Rahmen der Schulabgangsuntersuchung durchgeführt werden ...“

§ 8 (2) Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg vom 3.6.1994

Tabelle 6-1

Untersuchte Schüler und Klassenstufen 1999/2000		
Klassenstufe	Anzahl	%
≤ 8	248	0,8
9	764	2,3
10	31.543	96,5
≥ 11	117	0,4
insgesamt	32.672	100

Quelle: LGA, Schulabgangsuntersuchung 1999/2000

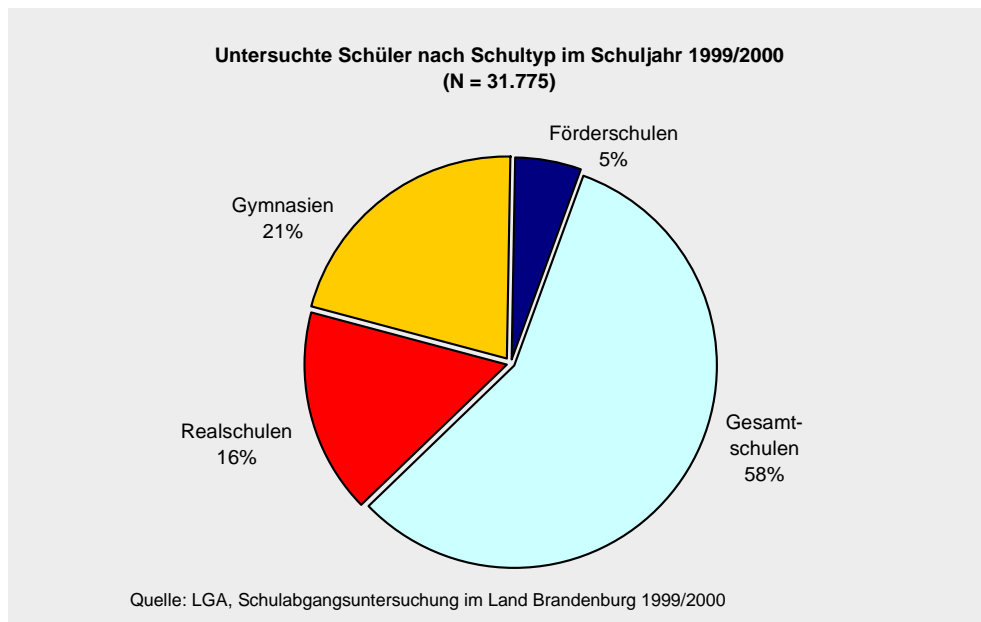


Abbildung 6-3

Schüler aus Gesamtschulen machen über die Hälfte aller untersuchten Jugendlichen aus. Die Kategorie Förderschulen enthält zu über 90% Schüler von allgemeinen Förderschulen, der Rest entfällt auf spezielle Einrichtungen wie z.B. die Sehbehindertenschule in Königs Wusterhausen. Die Zahl der Schüler mit einem besonderen Förderbedarf lässt sich an den Schultypen jedoch nicht ablesen, da viele dieser Schüler integrativ beschult werden.

Anders als die Daten der Einschulungsuntersuchungen werden die anonymisierten Untersuchungsergebnisse der ärztlichen Untersuchungen in den 10. Klassen erst seit 1999 systematisch von den Gesundheitsämtern an das Landesgesundheitsamt weitergeleitet. Daten aus den vorhergehenden Jahren stehen nicht vollständig und z.T. nur in ungesi-

chter Datenqualität zur Auswertung zur Verfügung. Hierbei bilden z.B. die vergleichsweise „harten“ Daten zu Körpergröße und -gewicht eine Ausnahme (vgl. die Ausführungen im Anhang zur Datenqualität dieser Untersuchung).

### 6.3 Medizinisch relevante Befunde

*Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens wurden bei einem Drittel der untersuchten Jugendlichen festgestellt. Bei etwa jedem 8. Jugendlichen wurden Allergien ärztlich diagnostiziert, in etwa gleichem Umfang orthopädische Befunde.*

Krankheiten, schwerwiegendere körperliche und seelische Störungen sowie Entwicklungsverzögerungen und Behin-

# Die Gesundheit von Jugendlichen



derungen fassen wir als medizinisch relevante Befunde zusammen. Diese stellen ernstere gesundheitliche Beeinträchtigungen für die Jugendlichen dar und machen gewöhnlich eine erweiterte medizinische Diagnostik notwendig. Die untersuchenden Ärzte beraten die Jugendlichen dementsprechend und empfehlen bei Bedarf eine weitere Abklärung beim Allgemein- bzw. Facharzt. Ein Überblick über die häufigsten medizinisch relevanten Befunde für das Berichtsjahr 1999/2000 wird in der Abbil-

dung 6-4 für beide Geschlechter gegeben. Einzelne Befundgruppen werden in speziellen Unterkapiteln vertieft. Im Anhang finden sich Erläuterungen zur Definition häufiger medizinisch relevanter Befunde.

Die Ärzte des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes stellten bei den Untersuchungen für das Schuljahr 1999/2000 bei 55% der männlichen Jugendlichen und bei 60% der weiblichen Jugendlichen einen oder mehrere medizinisch relevante Befunde fest. Der hier

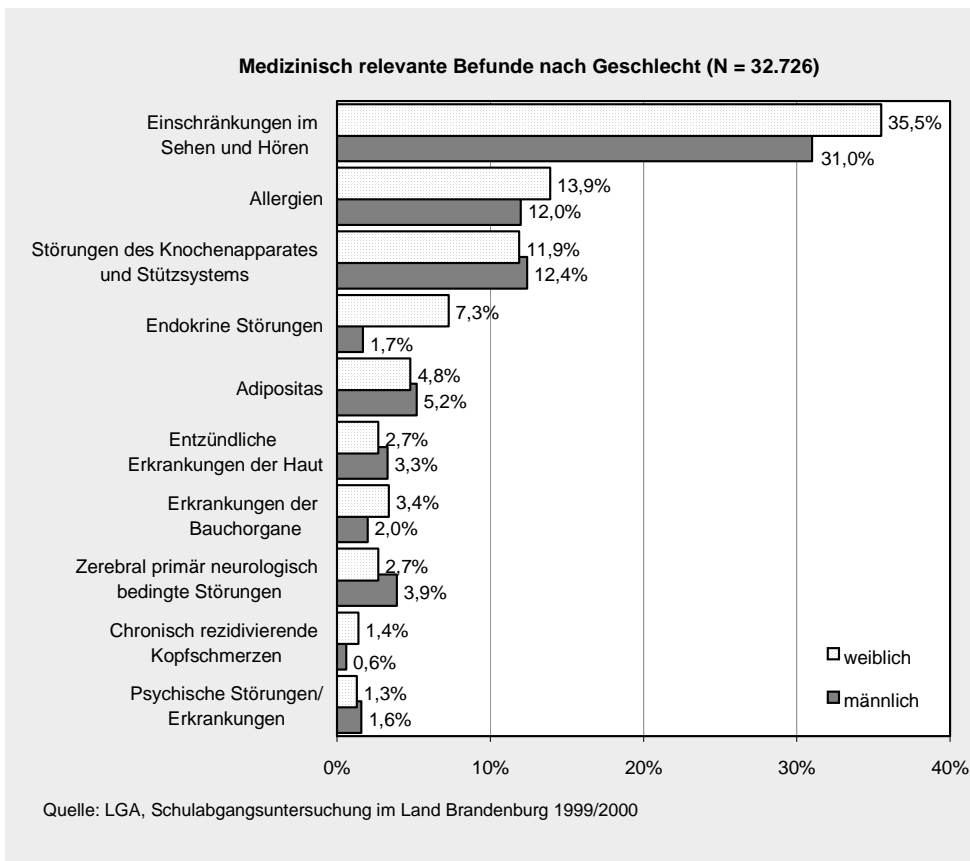


Abbildung 6-4

# 6

## Die Gesundheit von Jugendlichen

registrierte Geschlechtsunterschied entspricht auch den Unterschieden in der Selbsteinschätzung Jugendlicher zu ihrer Gesundheit (vgl. oben).

**Einschränkungen im Sehen und Hören** stehen an erster Stelle der medizinisch relevanten Befunde. Dieses Ergebnis geht zum Großteil auf Kurzsichtigkeit zurück (Refraktionsanomalien: 25% bei männlichen und 32% bei weiblichen Jugendlichen). Zum Vergleich: Bei Musterungsuntersuchungen wurden 1998 bei etwa einem Drittel der jungen Männer Sehstörungen diagnostiziert (Bundesministerium der Verteidigung 2000 und eigene Berechnungen). Schüler der 9. Klassen im Freistaat Sachsen hatten 1997 zu 30% Sehleistungsminderungen (Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 1999).

Etwa 13% der Jugendlichen leiden aktuell unter Allergien bzw. hatten bis zum Zeitpunkt der Untersuchung solche Erkrankungen.

*Hauptbefunde: Sehstörungen, Allergien, orthopädische Befunde*

Einen relativ großen Anteil machen unter der Überschrift „Störungen des Knochenapparates und Stützsystems“ verschiedene orthopädische Befunde aus. Jeweils 12% bei beiden Geschlechtern weisen diese Befunde auf, wobei Erkrankungen und Fehlbildungen der Gliedmaßen zahlenmäßig die Hauptrolle spielen.

Starkes **Übergewicht** (Adipositas) wurde bei 5% der Jugendlichen festgestellt. Männliche und weibliche Jugendliche unterscheiden sich hierbei kaum. Ein deutlicher Geschlechtsunterschied zeigt sich bei den **endokrinen Störungen**, wobei hierunter der Befund Struma den

größten Anteil einnimmt. Mehr als viermal so häufig als bei Jungen wird bei Mädchen eine Struma diagnostiziert (1,1% vs. 5,1%). Sowohl die Häufigkeit Struma insgesamt wie auch der Sachverhalt, dass Mädchen um ein Mehrfaches betroffener sind als Jungen, ist z.T. auch in anderen Bundesländern zu beobachten. Die Struma ist in den meisten Fällen auf Jodmangel zurückzuführen. Kinder und Jugendliche reagieren in der Pubertät besonders sensibel auf eine ungenügende Jodzufuhr. Im Rahmen der Untersuchung werden die Jugendlichen hinsichtlich der Jodzufuhr beraten (z.B. zur Verwendung von jodiertem Salz oder zum Verzehr jodhaltiger Nahrungsmittel) und bei Bedarf werden Überweisungen ausgesprochen.

Ein weiterer Geschlechtsunterschied findet sich bei den **zerebral primär neurologisch bedingten Störungen**: Hier haben Jungen häufiger Befunde als Mädchen (3,9% vs. 2,7%), was vor allem auf den in dieser Gruppe enthaltenen Einzelbefund „geistige Leistungsschwäche“ zurückzuführen ist. Hierin haben Jungen gegenüber Mädchen auch in anderen Altersgruppen deutlich höhere Raten.

Von **Erkrankungen der Bauchorgane** sind weibliche Jugendliche häufiger betroffen als männliche (3,4% vs. 2,0%). Unter dieser Befundgruppe werden Erkrankungen und Anomalien der Nieren und Harnwege sowie Erkrankungen der Geschlechtsorgane gefasst.

Im Rahmen der ärztlichen Untersuchungen in den 10. Klassen wurden zudem bei 1,5% der untersuchten Jugendlichen psychische und psychosoziale Auffälligkeiten diagnostiziert. Hierbei machen emotionale und soziale Störungen den Großteil der Befunde aus. Wir müssen annehmen, dass dieser Bereich in gra-

vierendem Maße unterdiagnostiziert ist. In der Untersuchungssituation sind psychische Erkrankungen und Beeinträchtigungen kaum sichtbar und können so leichter verborgen bleiben als körperliche Erkrankungen. Außerdem weisen psychische Erkrankungen im Jugendal-

ter nicht so typische und eng umschriebene Krankheitsbilder auf wie bei Erwachsenen.

*Defizite in der ambulanten jugendpsychiatrischen Versorgung*

## **Psychische Störungen unterschätzt**

Auf der Basis von epidemiologischen Studien an Jugendlichen wird geschätzt, dass ca. 15 - 20% der Menschen im Jugendalter psychische Störungen und Erkrankungen aufweisen. Darunter sind ca. 5% bis 6% schwere Störungen, bei denen eine Behandlung medizinisch indiziert ist (Europäische Kommission 2000; Lehmkuhl 1995; Steinhausen 1999). Hierzu zählen im Einzelnen Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen, suizidales Verhalten, Schmerzsyndrome und Ess-Störungen. Jugendliche aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen sind wesentlich häufiger von schweren psychischen Erkrankungen betroffen. Psychische Störungen sind in den neuen Bundesländern nicht häufiger als in den alten Bundesländern und bei Männern und Frauen ähnlich häufig. Es handelt sich in der Mehrzahl nicht um chronische, sondern um episodische Erkrankungen (Wittchen et al. 1999).

Psychische Störungen sind also keine seltenen Einzelschicksale. Abgesehen von der Belastung des einzelnen Betroffenen und seinem sozialen Umfeld sind sie auch aufgrund ihrer Größenordnung von großer gesundheitsökonomischer Bedeutung und werden in ihrer Relevanz in der Regel weit unterschätzt. Hinzu kommt, dass psychische Störungen vielfach tabuisiert sind, also von den Betroffenen selbst bzw. den Eltern der Jugendlichen verschwiegen werden.

Wie steht es um die Chance eines psychisch erkrankten Jugendlichen, angemessen diagnostiziert und behandelt zu werden? Betrachtet man diese Frage vor dem Hintergrund der Versorgungsdichte mit niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie psychologischen und psychotherapeutischen Fachkräften, sind die Behandlungsmöglichkeiten für Betroffene im berlinnahen Raum ungleich günstiger als im äußeren Entwicklungsraum. Fachpraxen, die auf die Altersgruppe der Jugendlichen spezialisiert sind, finden sich allerdings auch im engeren Entwicklungsraum nicht in ausreichender Zahl. Sicherlich werden die Versorgungsmängel teilweise durch die Angebote von Kliniken kompensiert. Insgesamt aber bleibt, wie tendenziell in der ganzen Bundesrepublik, der Sachverhalt einer ambulanten Unterversorgung. Hier gilt es, die vorhandenen Ressourcen optimal zu nutzen, z.B. durch eine bessere Vernetzung der Versorgungsangebote durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

#### 6.4 Gesundheit in verschiedenen Schultypen

*Schüler in Förderschulen haben mehr gesundheitliche Einschränkungen. Vier von fünf Förderschülern in den 10. Klassen weisen medizinisch relevante Befunde auf. Aber auch bei Gymnasiasten werden überraschend viele medizinisch relevante Befunde festgestellt.*

Während bei den Einschulungsuntersuchungen im Land Brandenburg die Befunde der Kinder mit ihrem Sozialstatus verknüpft werden und so der Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit analysiert werden kann (vgl. MASGF 1999a), fehlen bei den jugendärztlichen Untersuchungen der 10. Klassen die dazu notwendigen sozial-anamnestischen Daten. Man kann hier lediglich die Verteilung der Befunde nach Schultyp als Hinweis auf soziale Unterschiede in der Gesundheit der Jugendlichen ansehen. Der Tendenz nach wird

man davon ausgehen können, dass viele Schüler, die ein Gymnasium besuchen, eher aus Familien höherer sozialer Schichten kommen. Umgekehrt kann man annehmen, dass viele Schüler, die eine allgemeine Förderschule besuchen, eher unteren sozialen Schichten angehören.

Eine solche sozialepidemiologische Interpretation der Befunde ist jedoch nur mit großen Einschränkungen zulässig, da zum einen die Zuordnung von Schultypen und Sozialstatus nur der Tendenz nach gilt, zum anderen viele Schüler mit besonderem Förderbedarf, wie bereits erwähnt, in gewöhnliche Klassen integriert sind und keine Förderschule besuchen. Davon abgesehen lässt z.B. der Besuch einer Förderschule für Sehbehinderte kaum Rückschlüsse auf den Sozialstatus zu. Abgesehen von der Möglichkeit, den Schultyp als Indikator für den sozialen Status zu nutzen, bietet die Auswertung nach Schultypen jedoch wichtige Information über den differenziellen Bedarf für medizinische und präventive Maßnahmen an den Schulen.

Information über den differenziellen Bedarf für medizinische und präventive Maßnahmen an den Schulen.

Betrachtet man die Häufigkeit von festgestellten medizinisch relevanten Befunden (ein oder mehrere medizinisch relevante Befunde) nach dem Schultyp, sind die Schüler in Förderschulen erwartungsgemäß am wenigsten

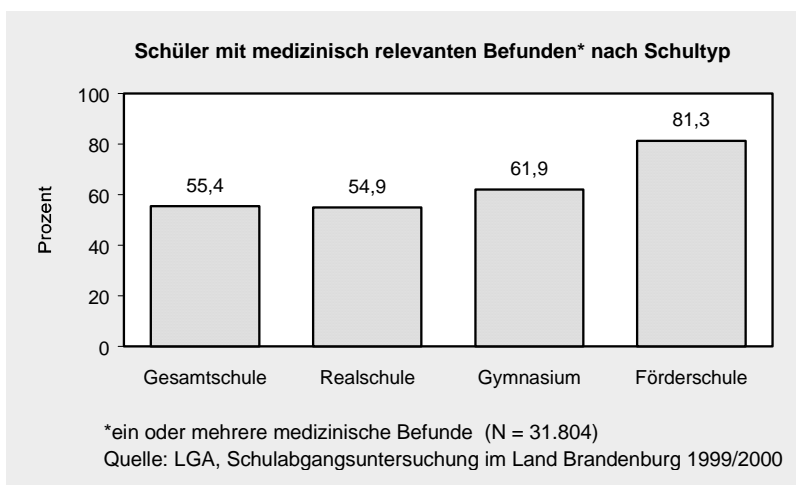


Abbildung 6-5



gesund. Insgesamt weisen die Schüler in Förderschulen mit 81% die meisten medizinisch relevanten Befunde auf. Am wenigsten gesundheitlich belastet erscheinen in dieser Gegenüberstellung die Schüler in Gesamtschulen. Bei „nur“ 55% wurden ein oder mehrere medizinisch relevante Befunde festgestellt (Abb. 6-5). Auf den ersten Blick vielleicht überraschend ist der hohe Anteil von Schülern mit medizinisch relevanten Befunden an Gymnasien. Dafür sind jedoch vor allem die Refraktionsanomalien und die Allergien verantwortlich (siehe un-

ten), also Befunde, die nicht untypisch für Gymnasiasten sind.

Wie die einzelnen Befunde mit dem Schultyp zusammenhängen, ist der Abb. 6-6 zu entnehmen. Auffällig sind vor allem zwei Ergebnisse: Im Vergleich der einzelnen medizinisch relevanten Befunde weisen die Förderschüler etwa doppelt so hohe Adipositasraten auf als Schüler anderer Schultypen - und bei Allergien und endokrinen Störungen sind Gymnasiasten deutlich stärker betroffen als andere Schüler.

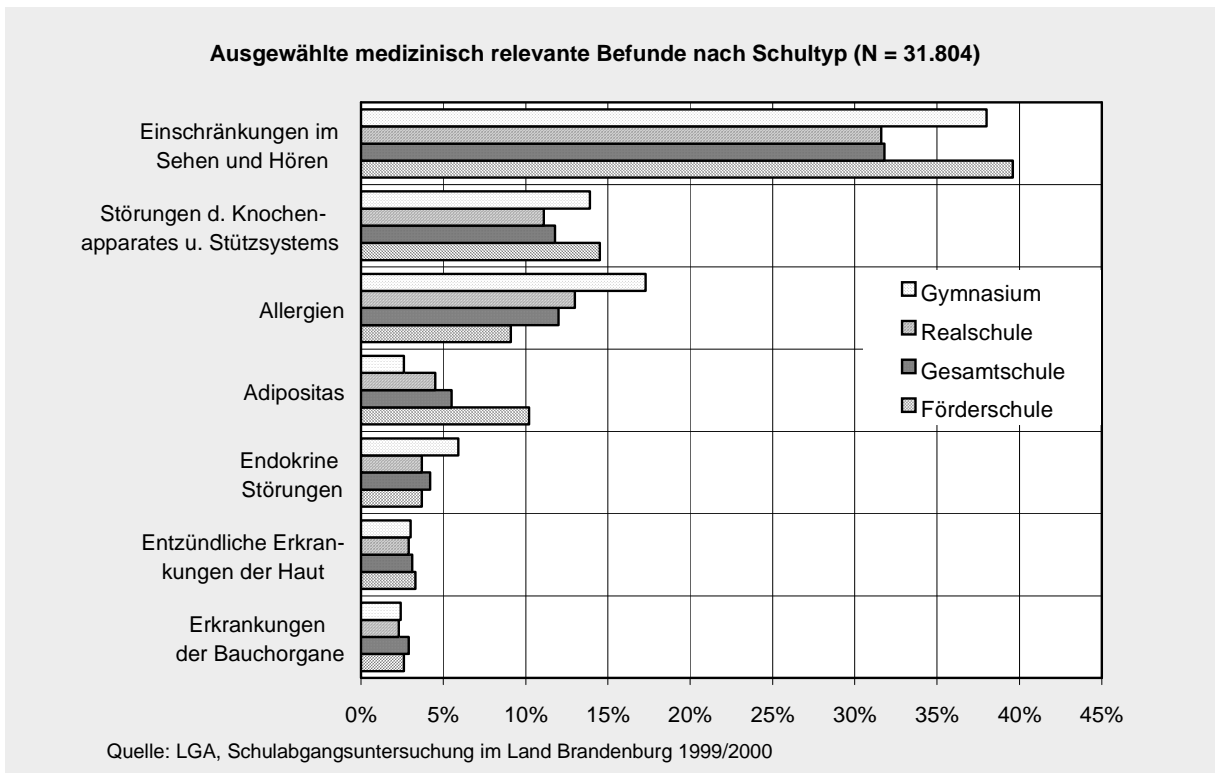


Abbildung 6-6

**Konsequenzen für die Prävention:**

Ressourcen für Gesundheitsförderung und Prävention sollten vor allem Jugendlichen in Förderschulen zugute kommen, da hier die größten gesundheitlichen Defizite festgestellt wurden. Dies gilt im Einzelnen besonders für Adipositas, die bei Schülern in Förderschulen doppelt so häufig auftritt wie bei Schülern von anderen Schultypen. Programme unter dem Leitmotiv „Gesunde Schule“ wären also vor allem als „Gesunde Förderschule“ wünschenswert.

**6.5 Erstdiagnosen und ärztlicher Handlungsbedarf**

*Die Ärzte des KJGD sehen bei Förderschülern den größten ärztlichen Handlungsbedarf mit etwa 30%. Dies deckt sich damit, dass die relativ größte gesundheitliche Belastung bei Förderschülern zu finden ist. Im Anteil an Erstdiagnosen (ca. 17% bis 20%) unterscheiden sich die Schultypen nicht sehr stark, was darauf hindeutet, dass die Schüler der 10. Klassen alle gleichermaßen gut durch das medizinische Versorgungssystem erreicht werden.*

Im Rahmen der ärztlichen Untersuchung werden nicht nur Befunde registriert, sondern auch, ob ein Schüler wegen des Befundes bereits in ärztlicher Behandlung ist. Bei Bedarf werden Überweisungen an die niedergelassenen Ärzte veranlasst. In den Fällen, für die ein medizinisch re-

levanter Befund festgestellt wurde, bisher aber noch keine medizinische Behandlung durchgeführt wird und dann Überweisungen ausgesprochen wurden, kann man von Erstdiagnosen sprechen.

Je nach Schultyp sehen die Jugendärzte bei ca. 25% bis 30% aller Schüler einen ärztlichen Handlungsbedarf (Abb. 6-7), d.h. es sollte eine weitere ärztliche Diagnostik bzw. Behandlung stattfinden. In vielen Fällen geht es hier z.B. um die Auffrischimpfungen und um eine Sehhilfe. Bei fast jedem 5. Jugendlichen gibt es einen erstmals festgestellten ärztlichen Handlungsbedarf (Erstdiagnose). Vom Umfang her sind es wieder die Einschränkungen in den Sehfunktionen (Refraktionsanomalien), die den Großteil der Erstdiagnosen ausmachen.

Zwischen den Geschlechtern und zwischen verschiedenen Schultypen gibt es zwar Unterschiede, die aber kaum Relevanz für die Versorgungsplanung haben.

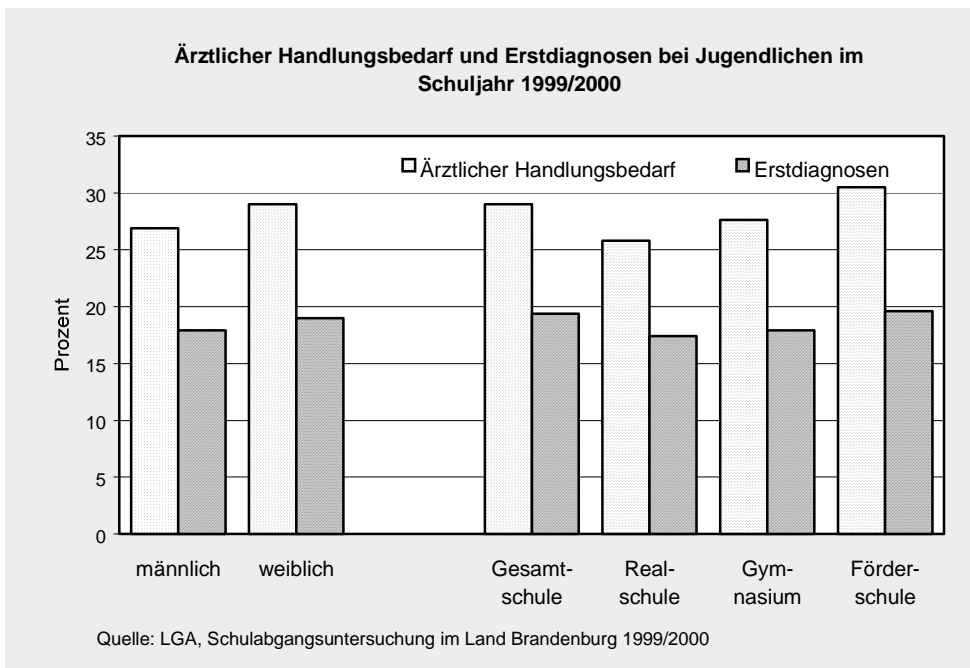


Abbildung 6-7

## Früherkennung von Krankheiten bei Jugendlichen

Seit Mitte der 90er-Jahre gibt es die Früherkennungsuntersuchung J1, eine ärztliche Untersuchung für Jugendliche zwischen dem 12. und 14. Lebensjahr, die von den Krankenkassen finanziert wird. Das Ziel ist, mögliche Gesundheitsprobleme frühzeitig aufzudecken und rechtzeitig zu behandeln. Dazu zählen zum Beispiel Allergien, beginnende Suchtprobleme, Sehbeeinträchtigungen und die Folgen falscher Ernährung oder mangelnder Impfschutz.

Nach Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg wurden 1999 im Land Brandenburg 37.898 J1-Untersuchungen abgerechnet, d.h., dass etwa ein Viertel der Jugendlichen erreicht wurde, für die diese Untersuchung angelegt ist (eigene Berechnungen auf der Basis der „Mittleren Bevölkerung“ 1999). Oder anders ausgedrückt: zwei Drittel der Jugendlichen wurden durch die Früherkennungsuntersuchung nicht erreicht.

Angesichts der großen Zahl von Jugendlichen, die durch die J1-Früherkennung nicht erreicht werden, wird deutlich, dass der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Gesundheitsämter eine wichtige bevölkerungsmedizinische Aufgabe erfüllt, wenn Reihenuntersuchungen in den 6./7. Klassen und 10. Klassen durchgeführt werden.

# 6

## Die Gesundheit von Jugendlichen

### 6.6 Vergleich der Befundprofile zwischen Einschülern und 10. Klassen

*Unter den Einschülern leidet etwa jeder Fünfte unter Beeinträchtigungen im Seh- und Hörvermögen, bei den Schülern der 10. Klassen gilt das sogar für jeden Dritten. Jeder 8. Zehntklässler weist Befunde im orthopädischen Bereich auf, das sind fast fünf mal mehr als bei den Einschülern.*

Einschränkungen des Hörens und Sehens sind sowohl bei der Einschulungsuntersuchung als auch in der ärztlichen Untersuchung der 10. Klassen am häufigsten (vgl. auch MASGF 1999a). Es geht dabei, wie bereits erwähnt, in den meisten Fällen um Kurzsichtigkeit, die häufig mit einer Sehhilfe ohne weitere Probleme ausgeglichen werden kann.

Bei den Allergien ist zu beachten, dass aus den etwa gleich hohen Raten hier nicht auf eine Stabilität des Erkrankungs geschehens geschlossen werden darf:

Bei den Einschülern treten andere Allergien auf als bei den Schülern der 10. Klassen und wer als Einschüler eine Neurodermitis hatte, muss nicht in der 10. Klasse einen Heuschnupfen haben.

Während bei der Einschulungsuntersuchung Sprach- und Sprechstörungen an zweiter Stelle standen, findet sich bei den Jugendlichen dieser Befund nur noch selten. Daraus lässt sich aber nicht der Schluss ziehen, dass die Sprachstörungen von allein und folgenlos verschwunden sind. Vielmehr weiß man aus Verlaufsuntersuchungen, dass zwar die auffälligen Sprachsymptome verschwinden, aber die Kinder viele Nachteile in der schulischen Leistungs- und auch Sozialentwicklung haben.

Eine weitere gesundheitliche Veränderung vom Einschulungsalter zum Jugendalter fällt besonders ins Auge: Bei der Einschulungsuntersuchung weisen lediglich 2,5% der Kinder orthopädische Befunde auf, bei den Zehntklässlern sind es dagegen über 12%, d.h. etwa 5-mal so viele.

#### Konsequenzen für die Prävention:

Viele orthopädische Beschwerden bei den älteren Schülern sind als vermeidbar zu werten. Der Vergleich mit den Einschülern zeigt, dass bei diesen Befunden im Verlauf der Schulzeit eine Verschlechterung der Gesundheit eingetreten ist (Näheres dazu in Kapitel 7.2). Mehr Bewegung für die Schüler ist die naheliegende Folgerung - auch für die im Brandenburger OPUS-Netzwerk organisierten „Gesunden Schulen“. Ein guter Ansatz ist die Bewegungsförderung im Unterricht und während der Pausen, ein zweiter die Öffnung der Schulen nachmittags oder an Wochenenden für Schüler und Eltern, schließlich die Ausbildung von Schülern zu Mentoren, die Projekte eigenverantwortlich gestalten oder Arbeitsgemeinschaften durchführen.

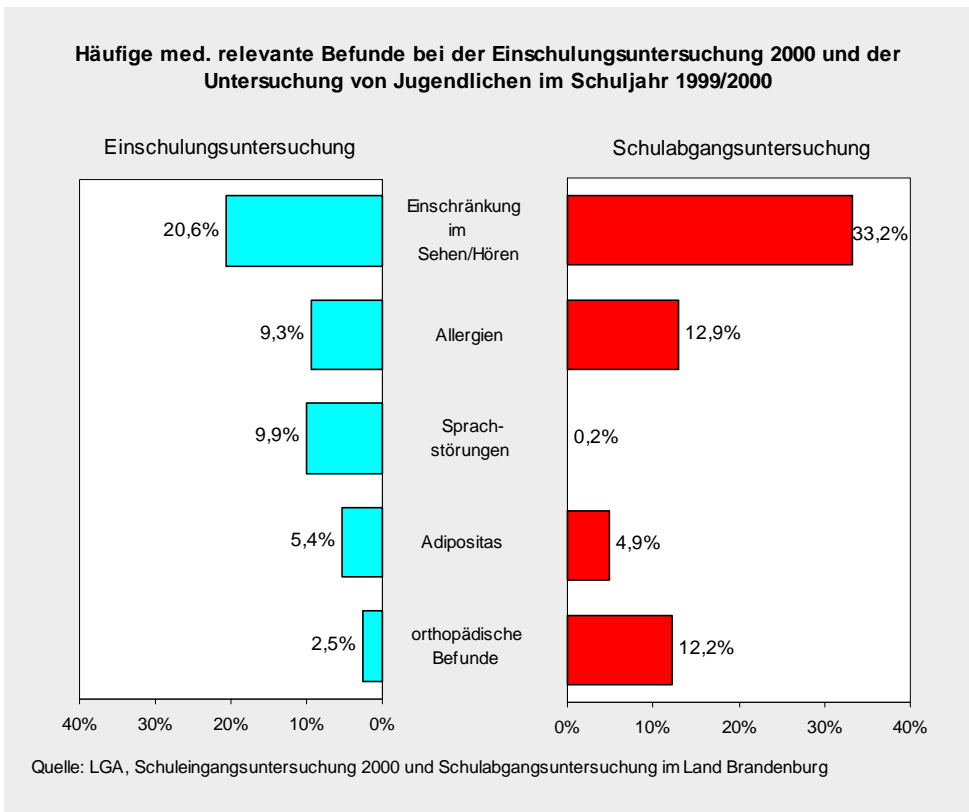


Abbildung 6-8

Allerdings sei hier ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Vergleich der Ergebnisse von Einschülern und 10. Klassen keine Längsschnittbetrachtung ist,

es sich also nicht um die Daten von Kindern handelt, die im Abstand von etwa 10 Jahren wiederholt untersucht wurden.

### 6.7 Behinderungen und chronische Erkrankungen

*Etwa jeder 10. Schüler leidet unter einer chronischen Krankheit. Allergische Erkrankungen haben dabei mit Abstand den größten Anteil. Ca. 1,3% der Schüler sind schwerbehindert.*

1,3% der untersuchten Zehntklässler sind als **Behinderte** anerkannt bzw. haben einen Antrag gestellt (Zuordnung nach § 39 BSHG bzw. § 35a KJHG). Das waren im Schuljahr 1999/2000 im Land Brandenburg 438 Schüler der 10. Klassen. Diese Daten decken sich weitgehend mit den entsprechenden Angaben des Landesbetriebs für Datenverarbeitung und Statistik (Tabelle 6-2).

Als **chronische Krankheiten** gelten „alle organischen, psychischen und psychosomatischen Krankheiten, deren Geschehen sich über Monate oder Jahre hin-

zieht“ (Daum et al. 1982, S. 354). Davon wird in der jugendärztlichen Untersuchung nur ein Teil erfasst, vor allem bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ist von einer erheblichen Unterfassung auszugehen (vgl. auch Kap. 6.3). So wird z.B. der Befund „chronische Kopfschmerzen“ nur bei ca. 1% der Jugendlichen festgestellt, in der Fachliteratur finden sich aber allein für Migräne schon Prävalenzschätzungen zwischen 5% und 12% (Hoepner-Stamos 1995; Kolip et al. 1995).

Bei den nach den „Funktionsdiagnostischen Tabellen“ erfassten chronischen Befunden fallen zahlenmäßig vor allem die allergischen Erkrankungen ins Gewicht, d.h. allergische Rhinitis, Neurodermitis und Asthma bronchiale (Tabelle 6-3). Der Anteil liegt bei Mädchen insgesamt etwas höher als bei Jungen. Insgesamt leidet nach den Ergebnissen

Tabelle 6-2

Alter von ... bis unter ... Jahre	Schwerbehinderte im Land Brandenburg 1993 bis 1999							
	1993		1995		1997		1999	
	Anzahl	in % der Altersgruppe	Anzahl	in % der Altersgruppe	Anzahl	in % der Altersgruppe	Anzahl	in % der Altersgruppe
unter 18	5.080	0,9	6.003	1,1	5.992	1,2	5.961	1,2
18 – 25	2.945	1,5	3.158	1,6	3.536	1,7	4.253	1,9
25 und älter	132.474	7,6	161.076	8,9	165.821	9,0	160.181	8,5
insgesamt	140.499	5,5	170.237	6,7	175.349	6,8	170.395	6,6

Quelle: Statistische Hefte, LDS Brandenburg

Schwerbehinderte im Sinne des Schwerbehindertengesetzes sind Personen, denen von den Versorgungsämtern ein Grad der Behinderung von 50% und mehr zuerkannt wurde. Laut Schwerbehindertengesetz (§ 3 SchwbG) wird Behinderung als die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung definiert.

der KJGD-Untersuchung etwa jeder 8. Schüler an einer chronischen Erkrankung, im Schuljahr 1999 waren das über 5.300 Jugendliche. In der Fachliteratur werden unterschiedliche Schätzungen zur Prävalenz chronischer Krankheiten bei Jugendlichen berichtet, was ganz wesentlich auch auf unterschiedliche Definitionen

zurückgeht. Die aus den Brandenburger KJGD-Untersuchungen ermittelte Zahl von etwa 16% entspricht jedoch den Schätzungen in einer Reihe von anderen Studien (Hoepner-Stamos 1995). Dasselbe gilt auch für den großen Anteil von Allergien unter den chronischen Erkrankungen.

Tabelle 6-3

<b>Jugendliche mit chronischen Erkrankungen (Schuljahr 1999/2000)</b>		
	Jungen	Mädchen
<i>insgesamt:</i>	14,5%	18,3%
darunter: allergische Rhinitis	6,5%	6,3%
Neurodermitis	3,0%	3,8%
Asthma bronchiale	2,6%	2,9%
Erkrankungen und Anomalien der Nieren, Harnwege	1,6%	3,2%
Kontaktdermatitis	0,6%	1,7%
Fehler und Erkrankungen des Herzens	0,8%	1,0%
sonstige chronische Erkrankungen*	1,9%	2,6%

\*das sind zusammengefasst: Diabetes mellitus., chron. Ekzeme, zerebrale Anfallsleiden, Psoriasis, bronchitisches Syndrom, allergische Erkrankungen der Verdauungsorgane, pulmonale Mukoviszidose

Quelle: LGA, Schulabgangsuntersuchung 1999/2000

## Integration als Zielsetzung

Im Bereich der Hilfen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen geht es der Landesregierung in erster Linie um Integration und um Hilfen zur Unterstützung eines selbstbestimmten Lebens (siehe dazu ausführlicher MASGF 1999b). Das neue Schwerbehindertengesetz unterstützt diese Orientierung. Chronische Erkrankungen werden heute besser als früher erfasst, was grundsätzlich auch eine bessere Versorgung ermöglicht. Dabei wird neben der Gewährleistung einer professionellen medizinischen Versorgung in Zukunft vor allem auch eine bessere Förderung der individuellen und familiären Bewältigungsmöglichkeiten der Erkrankung notwendig sein. Der KJGD hat dabei eine wichtige Beratungsfunktion für die Jugendlichen.

## 7 Gesundheit unter der Lupe

### 7.1 Lebenserwartung

*Die Lebenserwartung der Brandenburger ist seit 1990 kontinuierlich gestiegen. Die Entwicklung verlief jedoch für Frauen und Männer unterschiedlich: Während sich die Lebenserwartung von Frauen in den neuen Ländern weitgehend an das Westniveau angenähert hat, konnte die Lebenserwartung der Männer nicht so dicht an die Verhältnisse im Westen aufschließen.*

Die Lebenserwartung ist ein wichtiger Indikator für die Lebensqualität der Bürger eines Landes und hier zeigt sich eine erfreuliche Tendenz: Die Lebenserwartung für Brandenburger Männer und Frauen ist in den vergangenen 10 Jahren kontinuierlich angestiegen. Die fernere Le-

benserwartung eines 20-jährigen jungen Mannes - also die Zahl der verbleibenden Lebensjahre - ist von 1990 bis 1997 um etwa 2 1/2 Jahre auf knapp 53 Jahre gestiegen. Bei den gleichaltrigen Frauen war ein Anstieg um 3 Jahre auf knapp 60 verbleibende Jahre zu verzeichnen.

Wie die Abb. 7-1 zeigt, liegt die Lebenserwartung von 20-Jährigen in Brandenburg leicht unter dem Durchschnitt der anderen neuen Länder und nach wie vor auch unter dem Durchschnitt des früheren Bundesgebiets. Bemerkenswert ist weiterhin, dass sich die Kluft in der Lebenserwartung zwischen Frauen in Ost und West wesentlich stärker geschlossen hat als bei Männern.

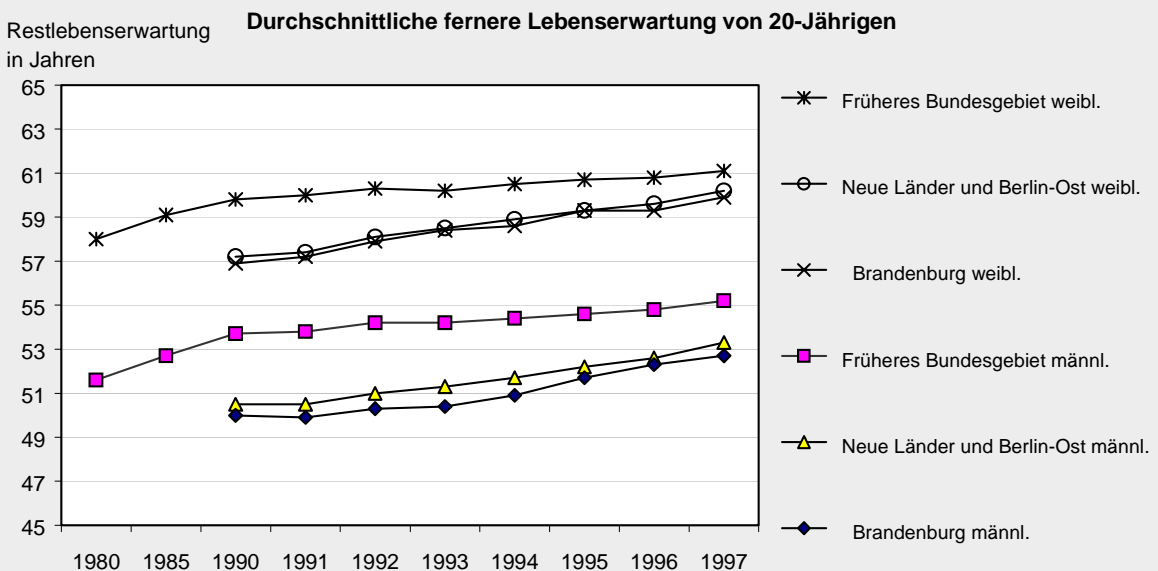


Abbildung 7-1



## 7.2 Schlechte Haltung oder mehr: Beeinträchtigungen des Muskel-Skelettsystems

Jeder 8. Brandenburger Jugendliche weist orthopädische Befunde in den Ergebnissen der ärztlichen Untersuchung in den 10. Klassen auf. Auffallend ist, dass sowohl Förderschüler als auch Gymnasiasten besonders stark betroffen sind.

Klagen der Erwachsenen über die schlechte Haltung von jungen Menschen sind ebenso alt wie die über das „schlechte Benehmen“. Die schlechte Haltung kann ein Ausdruck von Lässigkeit, Aufsässigkeit und Unsicherheit von Jugendlichen sein, aber auch eine kör-

perliche Beeinträchtigung mit Krankheitswert. Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und damit zusammenhängende Schmerzen sind auch bei Jugendlichen bereits weit verbreitet. Fast ein Viertel der Befragten im Jugend-Gesundheitssurvey von 1993 gab an, „manchmal“ oder „häufig“ unter Kreuz-/Rückenschmerzen zu leiden (Kolip, Nordlohne & Hurrelmann 1995, S. 37, vgl. Kap. 6.1).

Auch wenn ein Teil der Rückenschmerzen mit psychosomatischen Prozessen und aktuellen Belastungen in Verbindung gebracht werden kann, zeigen die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchungen des KJGD, dass auch in hoher Zahl organische Befunde vorliegen.

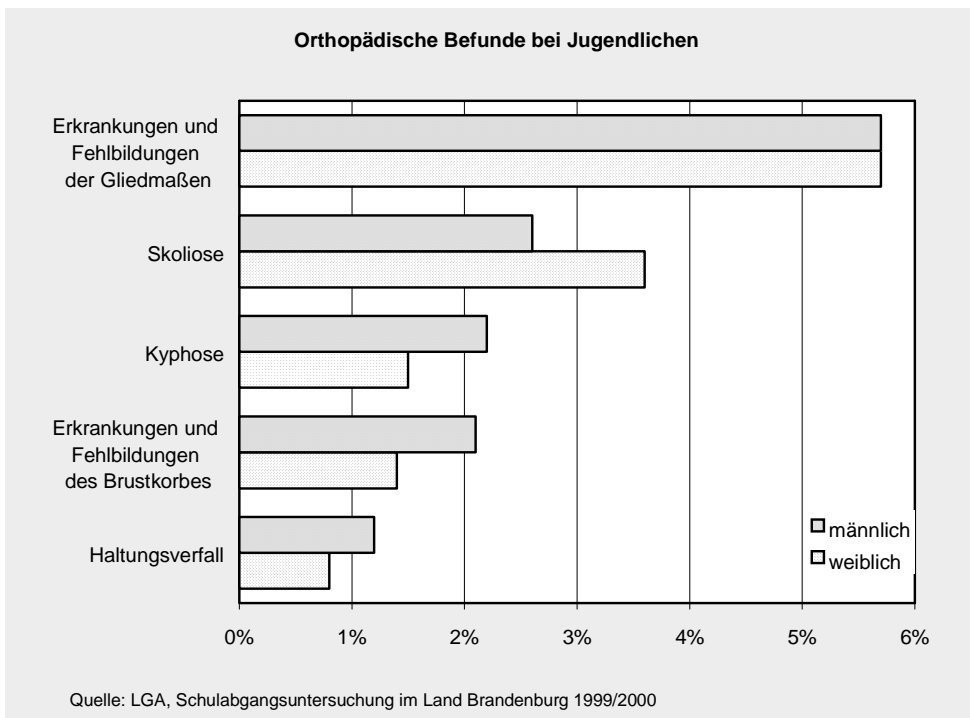


Abbildung 7-2

*Hoher Anteil von orthopädischen Befunden*

Bei mehr als 12% der Brandenburger Jugendlichen wurden orthopädische Befunde diagnostiziert (vgl. Abb. 7-2). Hierbei vereinigen die Befunde „Erkrankungen und Fehlbildungen der Gliedmaßen“ den größten Anteil auf sich. Im Einzelnen sind damit X- und O-Beine, Fehlstellungen der Hüfte (Hüftdysplasien), entzündliche Gelenkerkrankungen (Arthritis), Entzündungen des Knochenmarks (Osteomyelitis), Sehnenentzündungen (Tendopathien), Verletzungsfolgen und Kniegelenkerkrankungen (Chondropathia patellae) gemeint. Einen

großen Anteil machen Skoliosen und Kyphosen aus. Bei der Skoliose, die typischerweise häufiger bei Frauen auftritt, ist die Wirbelsäule seitlich gekrümmt. Bei der Kyphose ist die Wirbelsäule rückenwärts gekrümmt, was zu einem Rundrücken oder sogar zu einem Buckel führen kann. Bei beiden Formen der Wirbelsäulenverkrümmung ist eine frühzeitige Diagnostik wichtig, um noch im Wachstumsalter durch Physiotherapie eine Verbesserung zu erreichen. Störungen des Knochenapparates und Stützsystems treten bei Schülern in Gymnasien mit 13,9% häufiger auf als bei Schülern von Gesamt- und Realschulen (Häufigkeit zwischen 11,8% und

11,8% und

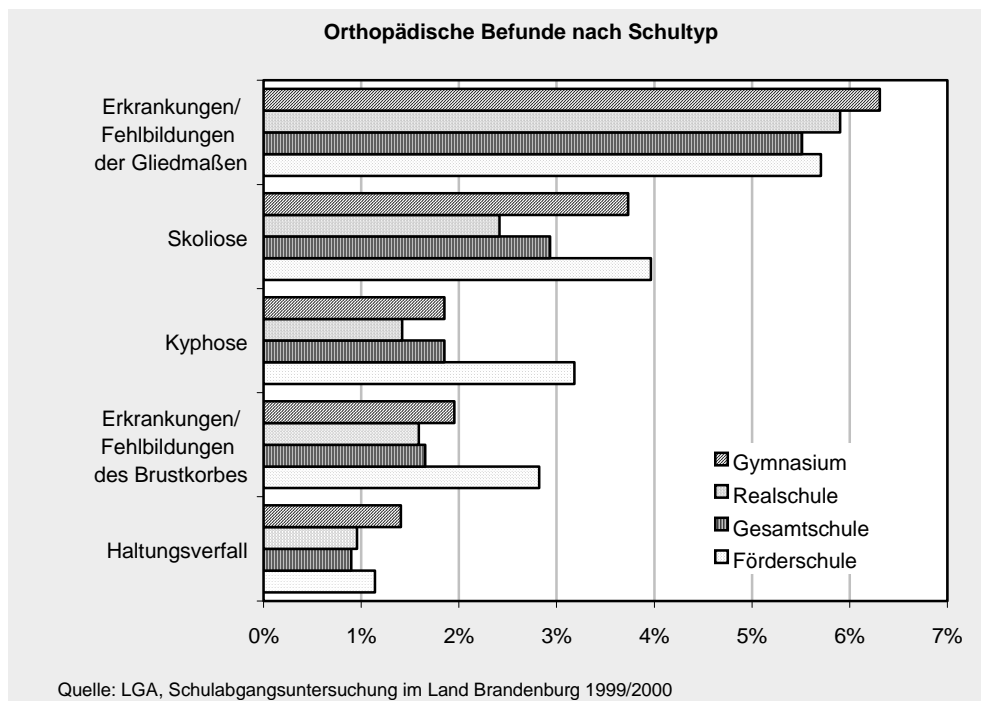


Abbildung 7-3

11,1%). Dieser Sachverhalt ist auch ein Hinweis darauf, dass sich diese Jugendlichen zu wenig bewegen. Es wird deutlich, wie wichtig Schulsport und außerschulische Bewegungsangebote sind, womit sogar ein doppelter Nutzen erzielt werden könnte, weil körperliche Aktivität auch ein Schlüssel zur Prävention von starkem Übergewicht ist.

Die Verhältnisse in Brandenburg unterscheiden sich dabei nicht wesentlich von denen in anderen Bundesländern. Schü-

ler der 9. Klassen hatten in Sachsen 1997 zu 13% Befunde im Haltungs- und Bewegungsapparat (Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 1999). Bei Musterungsuntersuchungen wurden 1998 bei 8% der jungen Männer schwerwiegende Beeinträchtigungen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (Wirbelsäulen- und Gelenkveränderungen, Formveränderungen der Füße) diagnostiziert (Bundesministerium der Verteidigung 2000 und eigene Berechnungen).

## **Bewegung**

Muskel-Skelett-Erkrankungen sind im mittleren Lebensalter die dominierende Erkrankungsgruppe. Ihre Ursachen reichen oft in das Kindes- und Jugendalter zurück. Daher liegt es nahe, mit Prävention so früh wie möglich zu beginnen, zumal hier der gesundheitliche Nutzen und die Freude an der Bewegung bzw. am Sport Hand in Hand gehen.

An den allgemeinbildenden Schulen im Land Brandenburg sind grundsätzlich drei Wochenstunden Sport als Pflichtunterricht vorgesehen. Zwar kann der Sportunterricht damit keine Haltungsstörungen, Koordinierungsschwächen oder motorische Defizite kompensieren, aber als einziges „Bewegungsfach“ gegenüber den anderen „Sitzfächern“ Anregungen vermitteln und sportliche Interessen stärken. Auch die bestehenden Verbindungen zwischen der Schule und den Sportvereinen sollten gepflegt werden, um Kinder und Jugendliche beim Zugang zum organisierten Sport zu unterstützen (vgl. auch MBSJ, Sportbericht der Landesregierung 1999).

Als Minimum regelmäßiger körperlicher Aktivität wird empfohlen, dass jeder Erwachsene täglich bzw. fast täglich mindestens eine halbe Stunde moderat körperlich aktiv sein sollte. Zwar kommen junge Menschen dieser Empfehlung häufiger nach als ältere, aber insgesamt bewegen wir uns vor dem Hintergrund der genannten Empfehlung zu wenig. Nur knapp 20% der 19- bis 20-jährigen jungen Frauen in den neuen Ländern und etwa 30% der altersgleichen jungen Männer erreichen die Empfehlung zur körperlichen Aktivität. In den alten Ländern sind es etwa 15% der jungen Frauen und 45% der jungen Männer (Mensink 1999). Zurecht haben daher auch die Krankenkassen diesen Aspekt bei ihren Präventionsmaßnahmen nach § 20 SGB V zu einem Schwerpunkt gemacht.

### 7.3 Impfen und Infektionsschutz

*Der Impfstatus der Jugendlichen ist insgesamt zufriedenstellend (Diphtherie und Tetanus) bis gut (Polio und Pertussis). Handlungsbedarf besteht bei den Auffrischimpfungen.*

Impfpräventable Krankheiten bekommen nicht nur kleine Kinder, Impfungen als Schutzmaßnahme gegen diese Krankheiten sind daher nicht nur im Säuglings- und Kindesalter notwendig. Auch Jugendliche und Erwachsene können z.B. an Diphtherie, Masern, Mumps, Röteln oder Keuchhusten erkranken. Manche der fälschlicherweise als „Kinderkrankheiten“ bezeichneten Krankheiten verlaufen sogar jenseits des Kindesalters schwerer. Mumps beispielsweise kann bei Jugendlichen und Erwachsenen mit einer schweren Hodenentzündung (Orchitis) einhergehen und zur Unfruchtbarkeit führen. Masern können z.B. mit Lungenentzündung oder Hirnentzündung (Enzephalitis) einhergehen und dadurch sogar tödlich verlaufen. Röteln, eine an sich harmlose Krankheit, können zu Schäden des ungeborenen Kindes führen, wenn sie während der Schwangerschaft auftreten. Manche impfpräventable Krankheiten sind im Kindesalter seltener und nehmen erst bei den Jugendlichen und Erwachsenen deutlich zu,

*Impfen ist kein Kinderkram*

wie die Hepatitis B, die hauptsächlich durch den Sexualverkehr übertragen wird.

Der Hauptzeitpunkt für den Impfschutz liegt im Säuglings- und Kindesalter. Aber einige Impfungen müssen in bestimmten Abständen zur Auffrischung wiederholt,

eventuell versäumte Impfungen nachgeholt werden. Wird eine Reise angetreten, sind je nach Reiseland weitere Impfungen notwendig. Auch der Eintritt in Ausbildung und Berufsleben kann ein Zeitpunkt für notwendige Impfungen sein.

Nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) sollten zwischen dem 9. und 17. Lebensjahr die Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Polio und seit Januar 2000 auch gegen Pertussis (Keuchhusten) aufgefrischt werden. Mit der neu empfohlenen Pertussis-Auffrischimpfung wurde die Konsequenz aus der Tatsache gezogen, dass der Impfschutz gegen Pertussis nicht so vollständig ist wie z.B. gegen Diphtherie und Tetanus und auch nicht so lange anhält.

Die Impfungen gegen Diphtherie und Tetanus sind darüber hinaus alle 10 Jahre zu wiederholen. Eine Wiederimpfung gegen Tetanus kann im Verletzungsfall unter bestimmten Bedingungen schon nach 5 Jahren notwendig sein. Wer noch nicht zweimal gegen Masern, Mumps und Röteln geimpft ist, muss dies so früh wie möglich nachholen.

Insgesamt sind die Impfraten bei den Schülern der 10. Klassen noch gut bis zufriedenstellend (Abb. 7-4). Optimal ist mit 95,2% die Impfrate bei **Polio**. Gut ist mit 91,4% die Impfrate bei **Pertussis**. Die Impfraten bei **Diphtherie** und **Tetanus** sind mit 88,1% bzw. 88,7% zufriedenstellend. Nachholbedarf besteht ganz überwiegend bei den Auffrischimpfungen. Bei Diphtherie und Tetanus verfügen 99,8% der Jugendlichen immerhin über eine vollständige Grundimmunisierung.

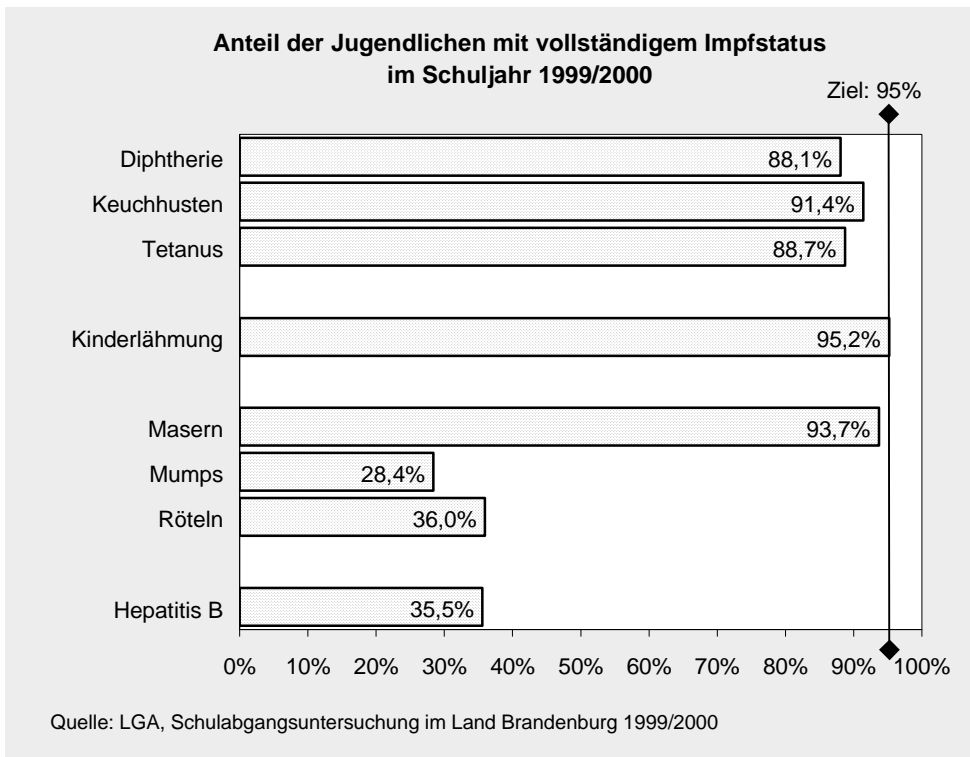


Abbildung 7-4

Mit 93,7% vollständig Geimpfter ist der Impfschutz gegen **Masern** gut, aber noch nicht optimal. Insbesondere im Hinblick auf das Ziel, die Masern in der Bundesrepublik bis zum Jahre 2007 zu eliminieren, muss der Impfschutz weiter verbessert werden.

28,4% zweimal gegen **Mumps** und 36,0% zweimal gegen **Röteln** Geimpfter sind nicht ausreichend. 69,2% bei Mumps und 78,4% bei Röteln hatten zwar mindestens eine Impfung. Wegen der möglichen Komplikationen insbeson-

dere bei Erkrankung im Erwachsenenalter (u.a. Mumps-Orchitis mit der Gefahr der nachfolgenden Unfruchtbarkeit, Mumps-Meningitis, Rötelnembryopathie bei Röteln in der Schwangerschaft) besteht jedoch die Notwendigkeit von zwei MMR-Impfungen für jedes Kind.

35,5% vollständig gegen **Hepatitis B** Geimpfter sind ebenfalls nicht ausreichend. Hier müssen die Jugendlichen und ihre Eltern über die Bedeutung dieser Impfung besser aufgeklärt werden.

### Wer ist zum Handeln aufgefordert?

Die niedergelassenen Ärzte, die in erster Linie für den Impfschutz sorgen, die Betriebsärzte und die Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die insbesondere den Impfschutz überprüfen und Impflücken schließen, können gemeinsam für einen optimalen Impfschutz der Kinder und Jugendlichen sorgen. Das neue Infektionsschutzgesetz, das am 01. Januar 2001 in Kraft getreten ist, betont außerdem die Verantwortung der Leiter von Kindereinrichtungen und Schulen, gemeinsam mit dem Gesundheitsamt Kinder und Eltern über die Bedeutung des vollständigen Impfschutzes aufzuklären.

Für Jugendliche ist insbesondere mit dem Beginn sexueller Aktivitäten der Schutz gegen Hepatitis B wichtig. Deshalb empfiehlt die STIKO die Impfung für alle Jugendlichen, die noch nicht geimpft sind. Gegen die Hepatitis C, die auch durch den **Sexualverkehr** übertragen wird, kann man sich gegenwärtig noch genauso wenig durch eine Impfung schützen wie vor Aids oder den sogenannten Geschlechtskrankheiten. Hier sind Kondome ein wirksamer Schutz.

Jugendlichen, die chronisch krank sind und z.B. an Lungenkrankheiten, Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenkrankheiten, Diabetes oder anderen Stoffwechselerkrankungen leiden, wird wie anderen chronisch Kranken die jährliche Grippe-schutzimpfung empfohlen.

Für **Berufsanfänger** ist es des Weiteren wichtig zu wissen, dass an bestimmten Arbeitsplätzen ein erhöhtes Risiko besteht, eine Infektion zu erwerben. Dies

betrifft z.B. medizinische Berufe, mikrobiologische Laborarbeitsplätze, Berufe in der Betreuung von Kindern oder der Betreuung von geistig Behinderten oder auch Ar-

### Welche Rolle spielen HIV und Aids?

Positive HIV-Bestätigungstests wurden 1998 für Brandenburg in 13 Fällen an das Robert Koch-Institut gemeldet. Bis einschließlich 1999 waren für das Land Brandenburg 13 Todesfälle durch Aids ausgewiesen (Sterbefälle seit 1980, GBE des Bundes, [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)).

Für junge **Frauen** ist, wie bereits erwähnt, die Schutzimpfung gegen Röteln besonders wichtig. Sie wird über einen kombinierten Impfstoff gegen Masern, Mumps und Röteln verabreicht. Wenn Kinderwunsch besteht und eine durchgemachte Windpockenerkrankung (Varizellen) nicht sicher bekannt ist, wird auch die Bestimmung des Varizellen-Antikörpertiters und die Impfung empfohlen.

beitsplätze mit viel Publikumsverkehr.

Für diese Berufsgruppen ist vorgeschrieben, dass für bestimmte impfpräventable Krankheiten Schutzimpfungen vom Arbeitgeber angeboten werden. Grundlage hierfür sind das Arbeitsschutzgesetz, die Biostoff-Verordnung, die betreffenden Unfallverhütungsvorschriften und die Impfeempfehlungen der STIKO.

## 7.4 Drogenkonsum

Die Problematik des Konsums legaler und illegaler Drogen bei Jugendlichen verdient besondere Aufmerksamkeit, weil Gebrauchs- und Missbrauchsmuster in vielen Fällen im Jugendalter angelegt werden und häufig soziale und gesundheitliche Folgen für das gesamte Leben hervorrufen. Prävention spielt daher für den Drogen- und Suchtbereich eine herausragende Rolle.

Wie viele Jugendliche in welchem Alter welche Drogen zu sich nehmen, wie viele Jugendliche als abhängig diagnostiziert werden müssen und wie sich die Drogenproblematik während der vergangenen Jahre im Land Brandenburg entwickelt hat - das sind Fragen, die anhand wissenschaftlicher Untersuchungen für das Land Brandenburg nicht befriedigend beantwortet werden können. Auf der Basis bundesweiter Studien und regionaler Umfragen lassen sich lediglich plausible Schätzungen machen.

*Schätzung: Jährlich 3.000 vorzeitige Todesfälle durch Tabakkonsum in Brandenburg*

### 7.4.1 Tabak

*Nach Schätzungen von Experten raucht bis zum 17. Lebensjahr bereits etwa die Hälfte der Jugendlichen. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass das Risiko für eine langjährige Tabakabhängigkeit für die am größten ist, die früh mit dem Rauchen angefangen haben, besteht hier gerade für die jüngeren Jugendlichen ein großer präventiver Handlungsbedarf. Es geht darum, überhaupt Raucherkarrieren zu vermeiden oder wenigstens das Alter des Rauchbeginns zu erhöhen.*

Rauchen verursacht Krebs. Diese Aussage lassen die EG-Gesundheitsminister auf jede Zigarettenpackung drucken. Das

Rauchen zählt zu den bedeutsamsten vermeidbaren Ursachen für Krankheit, Behinderung und vorzeitigen Tod.

Jährlich werden in Deutschland mehr als 100.000 Todesfälle dem Tabakkonsum zugerechnet (Junge 1999). Für Brandenburg bedeutet das mehr als 3.000 Todesfälle jährlich unter der Annahme, dass das Rauchverhalten dem Bundesdurchschnitt entspricht. Da es in Brandenburg aber, wie in den anderen Ländern Ostdeutschlands auch, relativ mehr Raucher gibt, ist sogar mit einer höheren Zahl Tabak-bedingter Todesfälle zu rechnen.

Nach einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA 2001) rauchen in Deutschland 37% der jungen Menschen zwischen 12 und 25 Jahren. In Ostdeutschland liegt der Anteil mit 40% noch höher.

Das Risiko einer langjährigen Tabakabhängigkeit ist für die Raucher am größten, die früh mit dem Rauchen beginnen. Daher ist

*Im Osten mehr junge Raucher als im Westen*

eine Betrachtung nach Altersgruppen für die Bedarfsplanung von Präventionsmaßnahmen aufschlussreich. Bei der Prävention geht es dann nicht nur um die Vermeidung des Rauchens, sondern auch um eine Erhöhung des Einstiegsalters.

Eine Befragung von über 2000 Schülern der 8. und 10. Klassen aus Frankfurt (Oder) ergab bei den 16-Jährigen einen Raucheranteil von 38% (Rauchen: täglich oder mehrmals in der Woche), bei den 17-Jährigen sogar einen Anteil von über zwei Dritteln (69,5%). Die Ergebnisse der Studie aus Frankfurt (Oder) erscheinen durchaus plausibel, wenn man die Ergebnisse mit denen des Bundesgesundheits surveys von 1998 vergleicht. Danach sind im Osten 70% der jungen Menschen zwischen 18 und 19 Jahren Raucher, im Westen liegt der Anteil mit 48% deutlich niedriger. Nach den Daten des Mikrozensus 1999, einer repräsentativen Befragung, bezeichnen sich 39% der 16- bis 21-jähri-

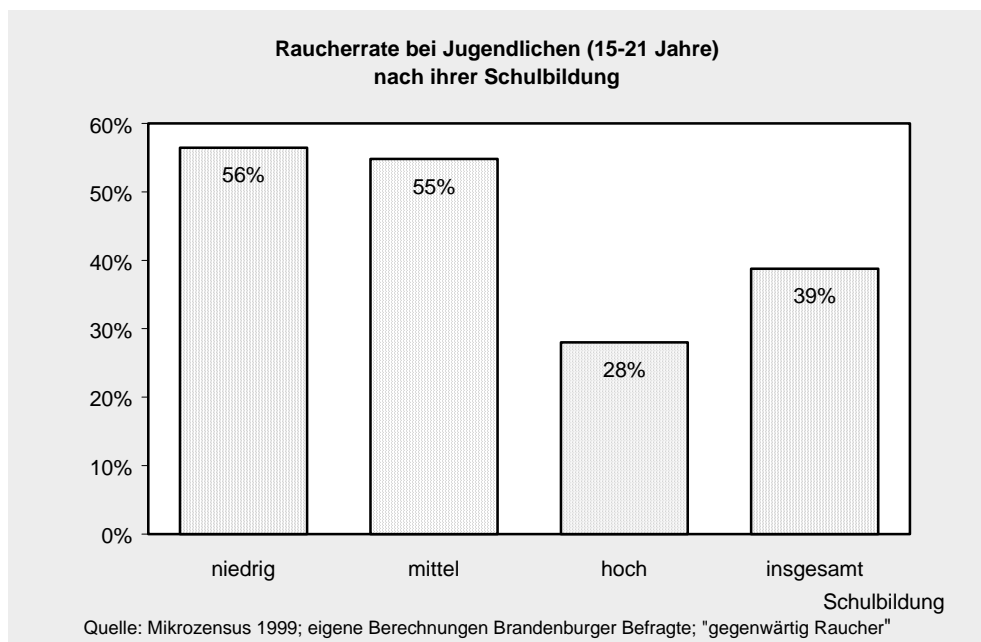


Abbildung 7-5



## Riskantes Gesundheitsverhalten

Warum verhalten sich Jugendliche in einer Weise, die kurz- oder langfristig gesundheitsschädigend wirkt? Jugendliche sehen ihre Verhaltensweisen oft nicht in einer direkten Beziehung zu ihrer Gesundheit bzw. messen gesundheitlichen Aspekten des Verhaltens weniger Gewicht bei. Dies ist verständlich, denn die gesundheitlichen Folgen etwa des Rauchens zeigen sich oft erst nach Jahrzehnten. Wie viele fehlgeschlagene Präventionsprogramme zeigen, ist es deshalb nicht ausreichend, nur auf die gesundheitsschädigenden Wirkungen des Risikoverhaltens hinzuweisen. Es kommt vor allem auch darauf an, die Funktion, die das Risikoverhalten für die Jugendlichen hat, zu verstehen. Zum Beispiel erhoffen sich Jugendliche aufgrund riskanter Aktivitäten möglicherweise, sich leichter in ihre Peer Group zu integrieren. So kann es z.B. „cool“ sein zu rauchen. Rauchen gilt des Weiteren vielfach auch als Ausdruck des Erwachsenseins. Risikoverhalten ist bei Jugendlichen also häufig sozial motiviert, die potentiellen Gesundheitsschäden erscheinen subjektiv weniger wichtig. Die Gruppe der Gleichaltrigen hat daher den stärksten Einfluss auf die Aufnahme und die Beibehaltung von Alkohol- und Tabakkonsum.

gen Brandenburger als Raucher. Diese Zahl liegt niedriger als in anderen Studien, was aber durch methodische Gründe erklärt werden kann (die Auskünfte werden zum Großteil in Anwesenheit der Eltern gegeben). Aufschlussreich ist hier, dass eine Auswertung nach der Schulbildung möglich ist, die als ein Indikator der sozialen Lage gesehen werden kann. Danach ist der Tabakkonsum sozial höchst ungleich verteilt. Unter den Jugendlichen mit höherer Schulbildung (derzeit Besuch eines Gymnasiums bzw. bereits Hochschulreife) finden sich mit 28% nur halb so viele Raucher wie bei den Jugendlichen mit niedriger oder mittlerer Schulbildung (Abb. 7-5).

Während des vergangenen Jahrzehnts hat sich der Tabakkonsum im Westen und Osten bei Frauen und Männern unterschiedlich entwickelt (Junge 1999).

Im Westen rauchen Männer weniger als noch Anfang der 90er-Jahre, bei den Frauen sind die Werte etwa gleich geblieben. Im Osten blieb der Raucheranteil bei den Männern unverändert, bei den Frauen stieg der Raucheranteil deutlich.

Die Studie der BZgA (2001) erlaubt einen Vergleich der Raucherquoten der Jahre 1993, 1997 und 2001 in Ost- und Westdeutschland für junge Menschen zwischen 12 und 25 Jahren. Westdeutsche Jugendliche rauchten 2001 etwas weniger als noch 1993. Dieser Trend ist vor allem auf den Rückgang der Raucherquoten bei den älteren Jugendlichen (18- bis 25-Jährige) zurückzuführen. Im Osten Deutschlands hat es einen starken Anstieg der Raucherquoten zwischen 1993 und 1997 gegeben. Dabei war besonders die Zunahme bei den Mädchen (12- bis 17-Jährige) dramatisch, von

### Tabakprävention

Tabakprävention muss so früh wie möglich beginnen. Die verfügbaren Daten machen dabei einen besonderen Handlungsbedarf für Mädchen deutlich. Ein Schwerpunkt der Prävention sollte aufgrund des Schichtgradienten des Rauchverhaltens im Gesamt- und Förderschulbereich liegen. Auch für zielgruppenspezifische Präventionsangebote der Krankenkassen, die nach § 20 SGB sozialkompensatorisch orientiert sein sollen, ist hier ein wichtiger Ansatzpunkt zu sehen.

#### Ein Beispiel: das Projekt „Be smart - Don't start“

Unter dem Titel „Be smart - Don't start“ lief vom 06. November 2000 bis zum 27. April 2001 der europäische Wettbewerb zum Nichtrauchen für die Schüler/innen der Klassenstufen sechs bis acht. Die Schüler/innen der teilnehmenden Klassen verpflichteten sich, für 6 Monate nicht zu rauchen. Ziel ist es, den Einstieg in das Rauchen so lange wie möglich zu verzögern bzw. ganz zu verhindern. Außerdem sollen Schüler/innen, die schon rauchen, motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören. Im Land Brandenburg hatten sich dafür 83 Klassen angemeldet. Die Fortführung des Projekts für das Schuljahr 2001/2002 ist geplant und wird mit flankierenden Präventionsmaßnahmen begleitet.

16% 1993 auf 41% 1997. Nach den Ergebnissen der jüngsten Befragung der BZgA ist der Anteil von jungen Rauchern im Osten Deutschlands zwar wieder gesunken, liegt aber immer noch deutlich höher als 1993 und auch höher als im

Westen Deutschlands. Dies gilt insbesondere für die jüngeren Jugendlichen (12- bis 17-Jährige). Jeder Dritte in dieser Altersgruppe ist Raucher, im Westen Deutschlands dagegen nur jeder Vierte.

## 7.4.2 Alkohol

*Während bundesweit ein Rückgang des Alkoholkonsums bei jungen Menschen registriert wird, müssen wir annehmen, dass dies für Brandenburger Jugendliche pauschal nicht gilt. Nach der Schülerstudie in Frankfurt (Oder) ist der Anteil der 13- bis 16-Jährigen, die täglich bzw. mehrmals pro Woche Alkohol trinken, auf etwa 4% gestiegen.*

Kinder werden von früh an mit Alkoholkonsum konfrontiert, sei es durch Beobachtungen in der Familie oder durch Werbung in Fernsehen, Radio und Zeitungen. Alkoholische Getränke gehören wie selbstverständlich zu vielen sozialen Anlässen und Kinder wachsen damit in eine Kultur des Genusses von Alkohol hinein und lernen die sozialen Gelegenheiten und Bedeutungen des Konsums (Hochzeiten, Geburtstage, Feierabend etc.).

Nach der BZgA-Studie (2001) war der regelmäßige Alkoholkonsum in den Jahren 1993 bis 2001 bei jungen Menschen zwischen 12 und 25 Jahren rückläufig. Dies gilt für Ost und West und für alle alkoholischen Getränke (Bier, Wein, Schnaps, Mixgetränke).

Der Anteil der Jugendlichen mit häufiger Alkoholrauscherfahrung liegt im Osten Deutschlands niedriger als im Westen (13% vs. 21%, BZgA 2001, S. 28). Männliche Jugendliche im Alter zwischen 16 und 17 Jahren haben vergleichsweise am häufigsten Alkoholrauscherfahrungen.

Für das Land Brandenburg liegen keine repräsentativen Daten zum Alkoholkonsum Jugendlicher vor. Die Studie an Schülern in Frankfurt (Oder) deutet aber an, dass der bundesweit positive Trend im Alkoholkonsum nicht pauschal für das Land Brandenburg gilt (Jugendamt der Stadt Frankfurt/Oder 2000). Nach der Befragung der 13- bis 16-Jährigen hat sich der häufige Alkoholkonsum (täglich/mehrmals die Woche) von 2,9% 1996 auf 4% 1998 erhöht. 17% der 17-jährigen Schüler trinken täglich bzw. mehrmals pro Woche Alkohol. Ähnlich wie beim Rauchen findet sich die größte Zunahme in der biografischen Übergangsphase zum Erwachsenenalter zwischen 16 und 17 Jahren. Wenn man so will: „rechtzeitig“ zum Führerschein und dem eigenen Auto haben die Jugendlichen das Trinken gelernt. Die große Zahl der schweren Verkehrsunfälle junger Autofahrer nach Diskobesuchen hat hier eine ihrer Ursachen.

### **Jugendschutz in Gaststätten: mindestens ein alkoholfreies Getränk darf nicht teurer sein als Bier**

Nach den Plänen der Bundesregierung darf künftig in Gaststätten mindestens ein alkoholfreies Getränk nicht teurer sein als Alkohol. Gerade für Jugendliche, die oft wenig Geld haben, wird es dann leichter, ein alkoholfreies Erfrischungsgetränk statt Bier zu wählen, das derzeit in Gaststätten meist das billigste Getränk ist.

Bereits jetzt enthält § 6 des Gaststättengesetzes eine ähnliche Bestimmung, die sich aber in der Praxis als ineffizient erwiesen hat.

### 7.4.3 Illegale Drogen

Es gibt keine zuverlässigen Daten über den aktuellen Umfang des Konsums von illegalen Rauschmitteln in Brandenburg. Die dazu vorliegenden bundesweiten Studien sind aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht auf Brandenburg übertragbar. Auch die Daten der Brandenburger Polizei zur Rauschgiftkriminalität geben nur Auskunft über die Personen, die im Zuge der Strafverfolgung auffällig geworden sind (sogenannte „Hellfelddokumentation“).

Nach der Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA 2001) konsumieren in Ostdeutschland 4% der Jugendlichen zwischen 12 und 25 Jahren regelmäßig („mehr als 20-mal im letzten Jahr“) illegale Drogen, überwiegend Cannabis. In Westdeutschland liegt der Anteil mit 5% etwas höher.

Die polizeiliche Kriminalstatistik (Landeskriminalamt Brandenburg 2000) weist für die Rauschgiftkriminalität in Brandenburg einen steilen Anstieg der insgesamt erfassten Fälle auf. 1993 waren es 860 Fälle, 1999 bereits 4.293. Cannabis hat 1999 mit fast 73% der Fälle den größten Anteil, es folgen mit weitem Abstand sonstige Betäubungsmittel (17%), Amphetamine (9%) und Ecstasy (6,6%).

Heranwachsende (18 bis 21 Jahre) stellen bei den Drogendelikten mit 34,3 % und Jugendliche (14 bis 18 Jahre) mit 31% die größten Gruppen der ermittelten Tatverdächtigen (Pressemitteilung des Ministeriums des Innern Nr. 023/01 vom 08. März 2001).

Wenn auch zahlenmäßig keine genaueren Angaben möglich sind, lässt sich dennoch festhalten (van Rennings 1999):

- im Land Brandenburg werden zunehmend illegale Rauschmittel von jungen Menschen konsumiert
- die Hauptsubstanz ist Cannabis.

Zudem ist für jugendliche Drogenkonsumenten häufig Mischkonsum von Drogen, wie Cannabis, Amphetamine, Ecstasy und Alkohol, kennzeichnend.

Obwohl häufig in den Schlagzeilen, sind die illegalen Drogen aus epidemiologischer Sicht in Brandenburg vergleichsweise noch ein kleineres gesundheitliches und soziales Problem. Das heißt, dass der Anteil der jungen Menschen, die regelmäßig illegale Drogen zu sich nehmen und abhängig sind, vergleichsweise klein ist. Allerdings zeigen die Zuwachsraten, dass dieser Bereich Aufmerksamkeit verdient.

## Brandenburgisches Landesprogramm gegen Sucht

Die Landesregierung bereitet zurzeit unter der Federführung des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen ein Landesprogramm gegen Sucht vor. Sie betrachtet die Suchtproblematik, gerade auch mit Blick auf die Jugendlichen, als eine Herausforderung für unsere gesamte Gesellschaft. Daher soll die Landessuchtpolitik als Gemeinschaftsaufgabe im Zusammenwirken aller an Suchtprävention, Suchtkrankenhilfe und an der Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität Beteiligten weiterentwickelt werden.

Ausgangspunkt ist die Erkenntnis, dass Sucht eine Krankheit ist. Deshalb stehen im Umgang mit den Betroffenen Beratung und Hilfe an erster Stelle, um gesundheitliche, soziale und psychische Probleme zu vermeiden.

Außer den 27 ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke gibt es in Brandenburg etwa 560 stationäre Entzugs- und Entwöhnungsplätze. Für ambulante Suchtberatungsstellen und Suchtprävention werden 2,6 Mio. DM zur Verfügung gestellt.

Einen Überblick über Einrichtungen der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe im Land Brandenburg vermittelt der „Wegweiser Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe im Land Brandenburg“, der als Broschüre vorliegt und demnächst auch im Internet zugänglich ist.

## 7.5 Zahn- und Mundgesundheit

*Die Mundgesundheit der Jugendlichen in den 10. Klassen hat sich verbessert. Dies gilt besonders für die Verhütung von Karies. Der Anteil kariesfreier Gebisse ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen, wohingegen der Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse in dieser Altersgruppe derzeit stagniert. Damit setzt sich der insgesamt positive Trend, der für Kinder seit einigen Jahren zu beobachten ist, auch im Jugendalter fort.*

Zahnärzte und Zahnärztinnen im Öffentlichen Gesundheitsdienst erheben und dokumentieren schuljährlich Angaben zur Zahn- und Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen nach landeseinheit-

lichen Kriterien. Durch die regelmäßigen Untersuchungen können Krankheiten und Fehlentwicklungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich frühzeitig erkannt werden und es wird für die erforderliche Behandlung gesorgt, die durch niedergelassene Zahnärzt/innen sichergestellt wird. Neben den kurativen Leistungen gehören zur zahnärztlichen Versorgung auch die Maßnahmen der Individualprophylaxe gem. § 22 SGB V. Der Zahnärztliche Dienst im ÖGD hat mit seiner aufsuchenden Betreuung eine sozialkompensatorische Funktion - Kinder und Jugendliche aller Bevölkerungsgruppen werden unabhängig von ihrer Lebenssituation erreicht. Dies trägt dazu bei, einer gesundheitlichen Benachteiligung von Randgruppen entgegen zu wirken.

Die Ergebnisse der Untersuchungen fließen in die Gesundheitsberichterstattung ein und bilden eine Grundlage für Gesundheitsziele, gesundheitsbezogene Problemlösungen und gesundheitsfördernde Maßnahmen. Daraus resultieren Planungen kommunaler zahnmedizinischer präventiver Betreuungsprogramme. Seit 1993 werden sie auf der Grundlage der „Vereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe insbesondere in Kindergärten und Schulen gem. § 21 SGB V“ bis zum 12. Lebensjahr von den Zahnärztlichen Diensten der Gesundheitsämter mit Kooperationspartnern umgesetzt. Seit dem 01.01.2000 sind auch Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schü-

ler überproportional hoch ist, bis zum 16. Lebensjahr in diese Betreuung einzubeziehen. Der folgenden Auswertung liegen Daten von jährlich etwa 22.000 Jugendlichen zugrunde.

#### 7.5.1 Die Zahn- und Mundgesundheit von Jugendlichen im Zeitvergleich

Hatten die 15- bis 16-jährigen Schüler 1991/92 noch durchschnittlich 7 Zähne mit einer Karieserfahrung, waren es 1999/2000 nur noch 4,5 Zähne. Dies zeigt der für kariesepidemiologische Erhebungen international gebräuchliche DMF-T-Index. Er entspricht der Summe von kariösen (Decayed), fehlenden (Missing) und gefüllten (Filled) bleibenden Zähnen (Teeth).

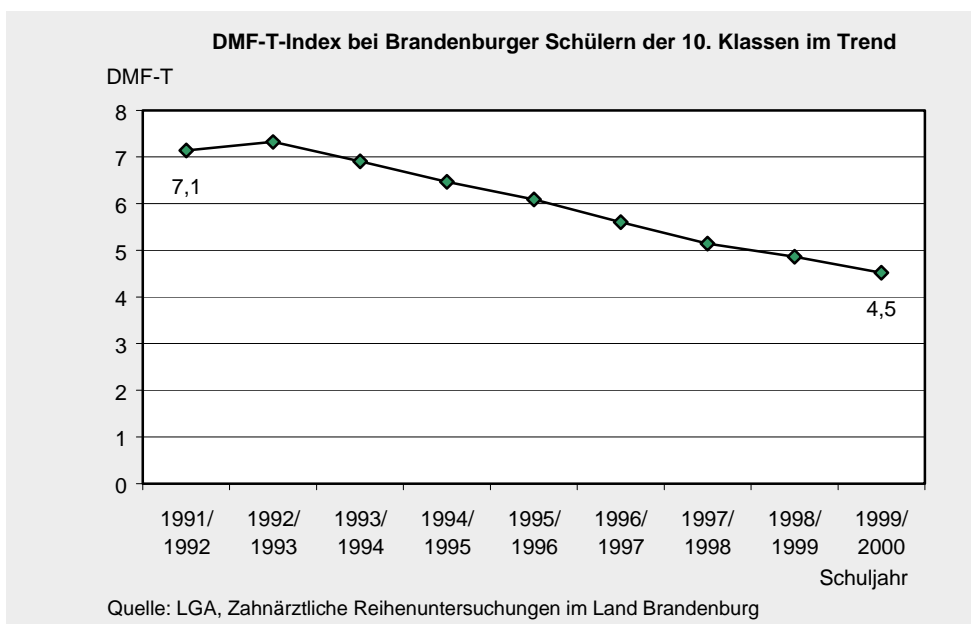


Abbildung 7-6

Die Anzahl der kariösen bleibenden Zähne ist um gut ein Drittel zurückgegangen, d.h. der allgemeine Kariesrückgang setzt sich auch in der Altersgruppe der Jugendlichen fort. Einen Einfluss auf diese positive Entwicklung wird der hohen Verfügbarkeit von Fluoriden, einem allgemein geänderten Gesundheits- und Ernährungsverhalten sowie dem hohen Grad der zahnärztlichen Betreuung zugemessen. Das wird auch bei den Sanierungsmaßnahmen deutlich, denn waren 1991/92 noch 15% der kariösen Zähne unversorgt, konnten 1999/2000 nur noch 9% als unbehandelt diagnostiziert werden. Die regelmäßigen Früher-

kennungsmaßnahmen mit Hinweisen zur Behandlungsnotwendigkeit haben hierzu ebenfalls beigetragen. Der Anteil der mit einer Füllung versorgten Zähne stieg von 81% auf 89% und der Anteil der extrahierten Zähne halbierte sich von 4% auf 2%. Bei der Betrachtung des Gebisszustandes wird der steigende Anteil der kariesfreien Gebisse deutlich. Allerdings stagniert der Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse bei ca. 20%, d.h. noch immer hat jeder 5. Jugendliche in den 10.-Klassen unbehandelte kariöse Zähne.

*Kariesrückgang um ein Drittel in 10 Jahren*

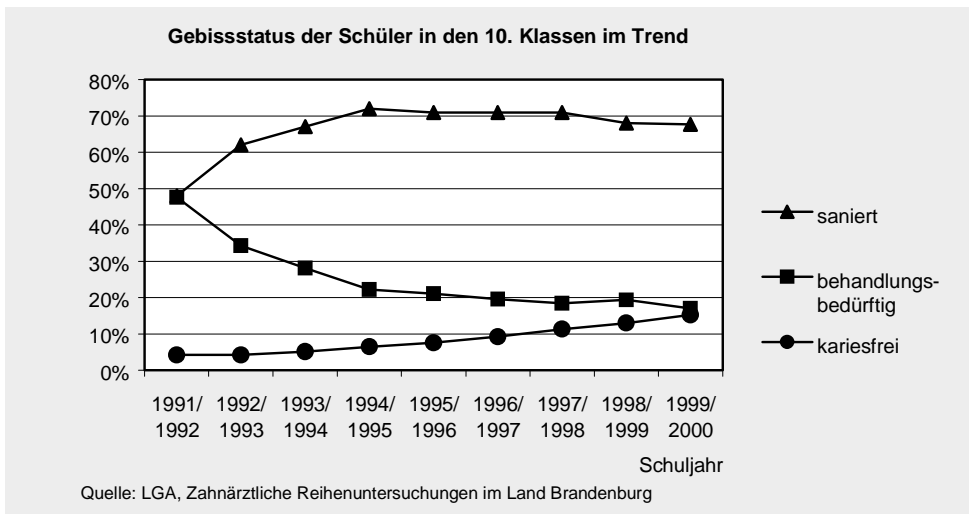


Abbildung 7-7

Direkte Vergleichswerte liegen für das Bundesland Sachsen vor (Sächsisches Staatsministerium für Gesundheit, Soziales und Familie 1999). Für die Zehntklässler wird im Bundesland Sachsen im Schuljahr 1996/97 ein durchschnittlicher DMF-T von 4,3 festgestellt, für Brandenburg wird im selben Schuljahr ein DMF-T von 5,6 festgestellt. Auch im Gebisszustand schneiden die Zehntklässler aus Sachsen besser ab. Während in Brandenburg nur knapp 10% ein kariesfreies Gebiss aufweisen, sind es im Vergleichsjahr 1996/97 in Sachsen bereits 15%.

Mitte der 90er-Jahre wurden ähnliche Ergebnisse zur Mundgesundheit in städtischen Gebieten wie Dresden, Erfurt und Bielefeld (Hetzer et al. 1995, Künzel u. Möller 1996, Geiger u. Künzel 1995) festgestellt. Im skandinavischen Raum wurde auf nationaler Ebene ein Rückgang des Kariesvorkommens beobachtet, aus dem sich allerdings keine Aussagen zur Entwicklung in einzelnen Kommunen ablesen lässt (Poulsen 1996).

### 7.5.2 Die Zahn- und Mundgesundheit im Schuljahr 1999/2000

Indikatoren zur Zahn- und Mundgesundheit sind besonders aufschlussreich, wenn sie für verschiedene Gruppen von Jugendlichen differenziert dargestellt werden. Bei einem Vergleich der Schulformen lässt sich die Einrichtungsform ermitteln, die das höchste Kariesaufkommen aufweist. So ergeben sich Anhaltspunkte für den höchsten Behandlungs- und Präventionsbedarf. Die Schulform gibt, wie bereits erwähnt, zudem auch einen Hinweis auf den Sozialstatus der Schüler.

Für die folgenden Analysen konzentrieren wir uns auf die 16-Jährigen unter den Schülern, die zahlenmäßig größte Altersgruppe in der Reihenuntersuchung (im Schuljahr 1999/2000 waren es 19.179). Der Grund hierfür liegt in der größeren Präzision und damit Vergleichbarkeit der Daten. Weiterhin werden die Ergebnisse getrennt für männliche und weibliche Jugendliche dargestellt. Hierzu ist zu bemerken, dass die Mädchen bei einem Vergleich von gleichaltrigen Jungen und Mädchen insgesamt eine etwas höhere Kariesbelastung tragen, ein Sachverhalt der mit dem höheren biologischen Alter zu erklären ist.

Der durchschnittliche DMF-T-Index in dieser Altersgruppe lag bei 4,5. Die Ergebnisse zeigen auch, dass die Karies nicht gleichmäßig verteilt ist. Fast 11.000 Schüler (56%) hatten ein Kariesaufkommen, das über diesem Durchschnittswert lag.

Die schultypbezogene Analyse zeigt erhebliche Unterschiede. Die Schüler der Gymnasien hatten deutlich seltener kariöse und behandelte Zähne und somit den niedrigsten DMF-T-Index. Die höchsten Werte auf Landesebene wurden bei Gesamt- und Förderschülern registriert. Betrachtet man die verschiedenen Schultypen in einer sozialen Abstufung, lässt sich das Ergebnis als Hinweis auf soziale Ungleichheit in der Zahn- und Mundgesundheit interpretieren.

Der Sachverhalt zeigt sich auch bei einem weiteren Indikator, dem **Gebisszustand**. Hatten in den Gymnasien nur 11% der Jungen und 10% der Mädchen behandlungsbedürftige Gebisse, waren es in den Förderschulen 33% bzw. 31%.



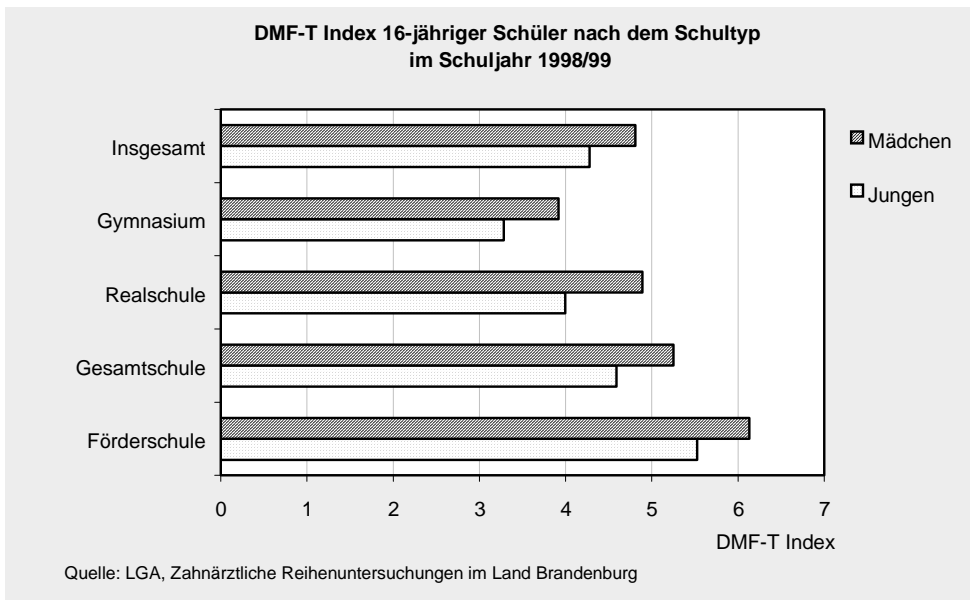


Abbildung 7-8

Auch der Anteil der kariesfreien Gebisse war bei Förderschülern mit 12% sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen am niedrigsten.

Kinder und Jugendliche haben die Möglichkeit, in den Zahnarztpraxen neben kurativen Maßnahmen auch Individualprophylaxemaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Eine messbare Größe dieser individuellen präventiven Betreuung sind die **Fissurenversiegelungen** der Backenzähne (Molaren). Die Kosten hierfür werden für die jeweils hinteren beiden Backenzähne, d.h. insgesamt für 8 Backenzähne, von den Krankenkassen übernommen. Die Versiegelungen im Bereich der kleinen Backenzähne (Prämolaren) sind Privatleistungen.

*Niedriger Sozialstatus,  
kranke Zähne*

59% der Jungen und 62% der Mädchen wiesen Fissurenversiegelungen auf (Abb. 7-9). Auch hier zeigte die schultypbezogene Analyse, dass Förder- und Gesamtschüler diese Maßnahmen weniger in Anspruch genommen haben.

**Zahn- und Kieferfehlstellungen** konnten bei 23% der Mädchen und 24% der Jungen festgestellt werden. Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren 15% der Mädchen und 14% der Jungen in kieferorthopädischer Behandlung. Sowohl bei den kurativen als auch bei den Prophylaxeleistungen bestehen schultypbezogene Unterschiede in der Inanspruchnahme. Förder- und Gesamtschüler nutzen die vorhandenen

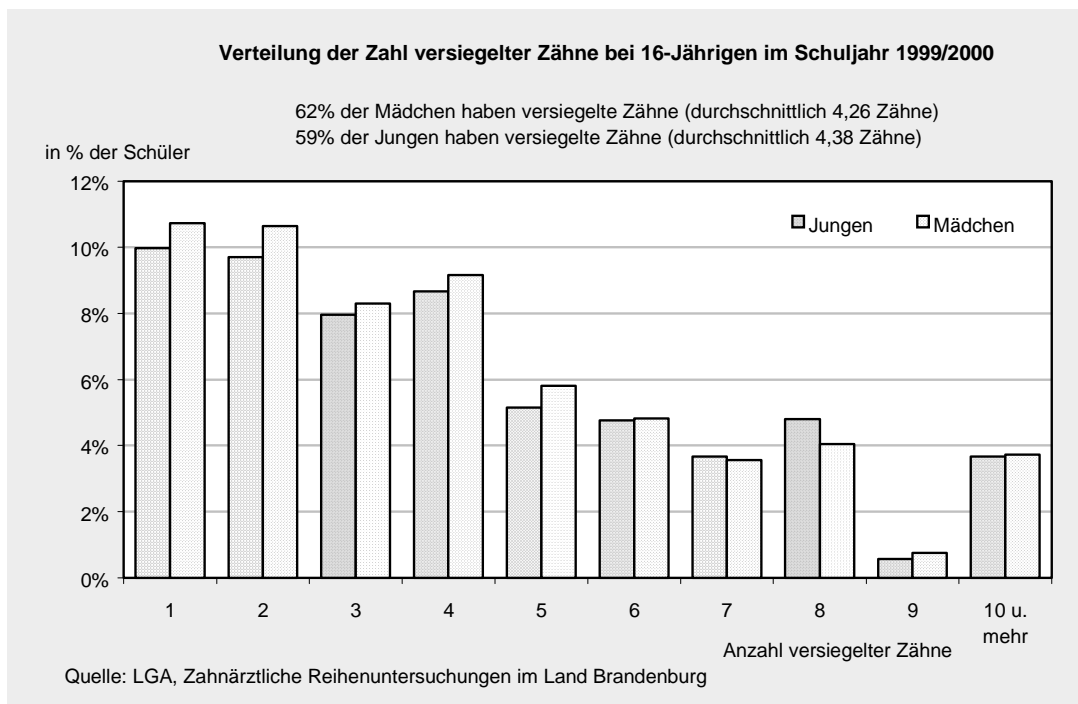


Abbildung 7-9

Betreuungsangebote weniger, was zu dem schlechteren Mundgesundheitszustand gegenüber den gleichaltrigen Realschülern und Gymnasiasten beiträgt (vgl. Tabelle 7-1).

Die bereits in den Grundschulen begonnenen präventiven Betreuungskonzepte können wegen ihrer erwiesenen Effektivität sowie anerkannten Praktikabilität und Transparenz ab Klasse 7 insbesondere in diesen Schulformen fortgesetzt werden. Im Vordergrund sollten dabei die jährlichen Untersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen und die Durchführung von

Fluoridierungsmaßnahmen stehen. Diese Maßnahmen stellen gleichzeitig einen Impuls, für die sich entwickelnden persönlichen Kompetenzen und Fähigkeiten der Schüler dar. Projekt- und Gruppenarbeit beziehen die Schüler aktiv mit ein und betrachten Gesundheit ganzheitlich.

Erfahrungsgemäß stellt die Kontinuität dieser sozialkompensatorischen Betreuung auch eine optimale Brücke für den regelmäßigen Besuch der Zahnarztpraxis dar und ist somit weiterhin ein Anstoß für die Inanspruchnahme der Therapie und der individualprophylaktischen Betreuung.

Tabelle 7-1

Zahn- und Mundgesundheit der Klassen 7 und 10 im Schuljahr 1999/2000						
Schultyp	7. Klasse			10. Klasse		
	DMF-T Index	Anteil kariesfreier Gebisse	Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse	DMF-T Index	Anteil kariesfreier Gebisse	Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse
Gesamtschulen	2,6	29,3%	18,3%	4,9	13,7%	20,0%
Realschulen	2,2	34,3%	12,1%	4,5	14,7%	15,2%
Gymnasien	1,5	45,5%	7,7%	3,6	20,7%	10,2%
Förderschulen*	3,9	19,4%	32,3%	6,1	9,7%	32,0%

\*ohne Förderschulen für geistig Behinderte, wegen nicht möglicher Klassenstufenzuordnung

Quelle: LGA, Zahnärztlicher Dienst des Landes Brandenburg

## Konsequenzen

Versorgungsziel sollte es sein, vorhandene Unterschiede der Mundgesundheit bis zum Schulabschluss auszugleichen. Eine verstärkte Motivation zur Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen ist hierfür ebenso erforderlich wie die durch den Gesetzgeber neu geschaffene Möglichkeit, gruppenprophylaktische Betreuungsprogramme nach der 6. Klasse auf der Basis regionaler Interventionsplanungen in den Schulen fortzuführen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist.

Aus den Analysen auf Landesebene wird deutlich, dass es sich hierbei um Schüler der Gesamt- und Förderschulen handelt. Der durchschnittliche DMF-T-Index lag hier bei den Schülern der 7. Klassen bei 2,3 und 37,2%, d. h. 9.494 der Schüler, hatten mehr als 3 kariös erkrankte, gefüllte oder fehlende Zähne. In der Klassenstufe 10 umfasst diese Gruppe die Schüler, deren DMF-T Index größer als 4 ist und das sind 42,1% bzw. 8.068 Schüler.

### 7.6 Verletzungen im Jugendalter

*Verletzungen sind die häufigste Todesursache junger Menschen. Dabei sind junge Männer deutlich häufiger betroffen als junge Frauen. Bei Unfällen, der wichtigsten Verletzungsursache, geht man davon aus, dass 60% aller Unfälle zu vermeiden sind.*

Deutschlandweit nimmt seit 1990 die verletzungsbedingte Sterbeziffer von jungen Menschen (15 - 24 Jahre) kontinuierlich ab. Der prozentuale Anteil von tödlichen Verletzungen an allen Gestorbenen liegt jedoch im genannten Zeitraum auf einem hohen Niveau - bei zirka 45% (1999: Männer 47%, Frauen 40%): Verletzungen sind die häufigste Todesursache bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bis unter 45 Jahren. In dieser Altersgruppe sterben mehr Menschen an Verletzungen als an Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Bei Jugendli-

chen und jungen Erwachsenen (15 - 24 Jahre) sind dabei tödliche Unfälle im Straßenverkehr von besonderer Bedeutung, aber auch tödliche Selbstverletzungen sind in dieser Altersgruppe überraschend hoch.

Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern wie den Niederlanden, Dänemark und Großbritannien ist die Datenlage zu Verletzungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland lückenhaft. Es besteht kein Register über Verletzungen, das - ähnlich dem Krebsregister - das Verletzungsgeschehen in einem Gesamtüberblick darstellt. Nur bei Verletzungen mit Todesfolge gibt es genauere Informationen zu den Ursachen (Todesursachenstatistik). Jedoch ist dies nur die „Spitze des Eisberges“. Denn auf eine tödliche Verletzung kommen nach Schätzungen der WHO und von Experten 1.000 bis 2.000 nicht tödlich Verletzte, die ärztlich behandelt werden müssen.

#### Verletzungen

Man unterscheidet Verletzungen nach der Absicht. Zu den „unbeabsichtigten“ Verletzungen zählen die Unfälle mit den Hauptkategorien Arbeit, Schule, Verkehr sowie Heim- und Freizeit. Zu den „beabsichtigten“ Verletzungen zählen Selbstbeschädigungen, aber auch Gewalt gegen Personen (sexueller Mißbrauch, gewalttätige Angriffe, Mord).

Verletzungen sind wegen ihrer Häufigkeit, Schwere und Folgen (oft lebenslange Behinderung) ein vorrangiges Gesundheitsproblem. Die Folgekosten für die öffentliche und private Unfallversicherung, die Kranken-, die Renten-, die Arbeitslosen- und die Pflegeversicherung sowie für die kommunalen und staatlichen Finanzbehörden (aufgrund von Steuermindereinnahmen) gehen in die Milliarden (Ellsäßer & Berfenstam 2000).

## 7.6.1 Tödliche Verletzungen im Jugendalter

Nach der Kindheit (1 - 14 Jahre) steigt das Risiko für tödliche Verletzungen stark an, was auf tödliche Verkehrsunfälle und Suizide zurückgeht. Bei den 15- bis 24-Jährigen in Brandenburg ist dabei die Rate tödlicher Verletzungen pro 100.000 der Altersgruppe fast doppelt so hoch wie im Bundesdurchschnitt (in 1999: 59,8 vs. 36,1), wobei die tödlichen Verkehrsunfälle den größten Anteil haben (1999 für Brandenburg: 42,8 vs. 22,3 im Bundesdurchschnitt).

Verkehrsunfälle sind in Brandenburg bei 73% der Fälle Ursache von tödlichen Verletzungen, in Deutschland insgesamt liegt der entsprechende Anteil bei nur 61%.

Verletzungen sind **geschlechtsspezifisch**: zirka zwei Drittel der tödlichen Verletzungen betreffen das männliche Geschlecht, bedingt durch den hohen Anteil an Verkehrsunfällen bei jungen Männern. Bei jungen Frauen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren ist auffallend, dass die tödlichen Unfälle, Selbstbeschädigungen und auch Mord/Totschlag seit 1990 nicht abnehmen.

*Schwerpunkt tödlicher Verletzungen: Verkehrsunfälle junger Männer*

Im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt liegen die tödlichen Verletzungen in Brandenburg seit 1990 bei jungen Männern doppelt so hoch und bei jungen Frauen um das 1,5- bis 2-fache höher.

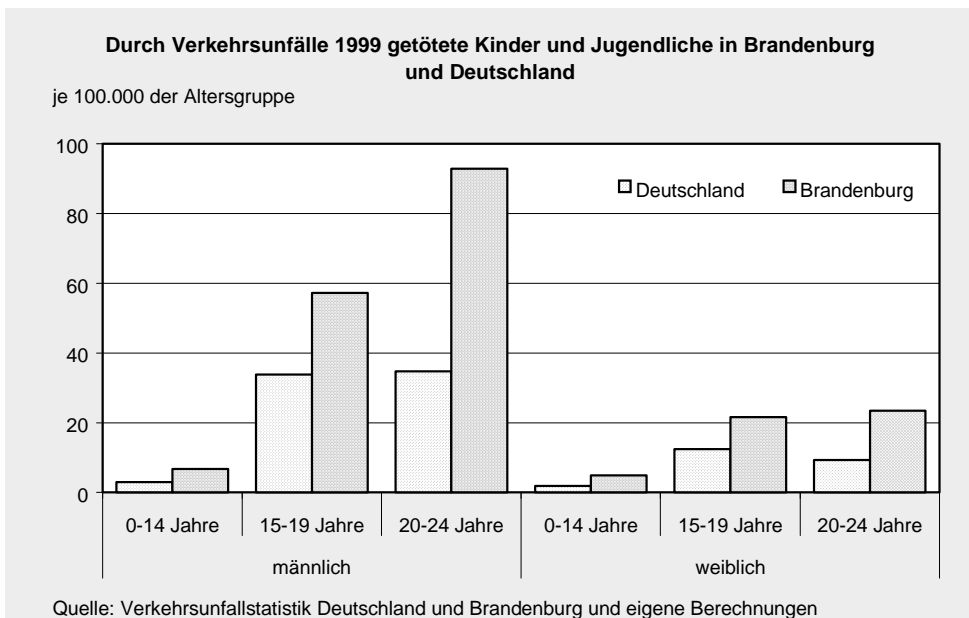


Abbildung 7-10

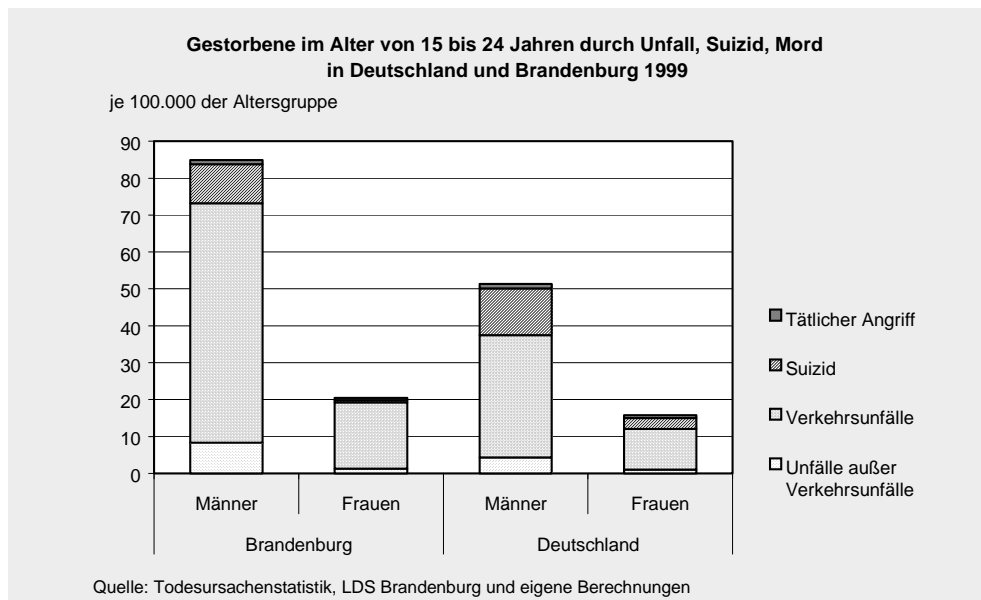


Abbildung 7-11

### Suizide

Bundesweit sind die Sterbeziffern für Suizid bei jungen Menschen (15 - 25 Jahre) in den 90er-Jahren konstant hoch geblieben. Das gilt auch für die Verhältnisse im Land Brandenburg, allerdings auf etwas niedrigerem Niveau. Die Sterbeziffer für Suizid lag 1999 für junge Männer bei 10,4 pro 100.000 (Deutschland 12,7 pro 100.000), für junge Frauen bei 1,2 pro 100.000 (Deutschland 3,0 pro 100.000).

Die im Bundesvergleich niedrigen Sterbeziffern dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass Suizide - insbesondere bei jungen Männern - in Brandenburg und deutschlandweit zu häufig sind. Sie sind in diesem Alter die zweithäufigste Todesursache. Auch hier wird nur die Spitze eines Eisberges dokumentiert, denn auf einen vollendeten Suizid kommen ca. zehn Suizidversuche.

### 7.6.2 Nichttödliche Verletzungen

Auf einen getöteten Jugendlichen kommen im Land Brandenburg 55 im Krankenhaus behandelte (schwerer verletzte) junge Menschen und insgesamt ca.

2.230 Verletzte (Schätzgröße nach den Daten des Bundesgesundheitsveys). Die Verkehrsunfälle haben bei den tödlich Verletzten einen Anteil von 80%, dagegen bei den schwerer verletzten jun-

gen Erwachsenen nur von 24%. Der größte Teil der jungen Erwachsenen verletzen sich (ob leicht oder schwer) somit in der Freizeit, zuhause oder bei der Ausbildung bzw. Arbeit.

Vergleicht man die verletzungsbedingt im **Krankenhaus** behandelten Brandenburger Jugendlichen mit dem Bundesdurchschnitt, so fallen wieder die höheren Raten für Brandenburg auf (25,5/1000 vs. 22,2/1000). Die Ursache liegt in der doppelt so hohen Rate Schwerverletzter im Straßenverkehr in Brandenburg verglichen mit dem Bundesdurchschnitt (6,1/1000 vs. 3,6/1000). Die anderen Unfallkategorien liegen dagegen weitge-

hend auf demselben hohen Niveau wie der Bundesdurchschnitt (19,4/1000 vs. 18,6/1000).

Heim- und Freizeitunfälle kommen nach einer repräsentativen Haushaltsbefragung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin im Jahr 1996 bei jährlich ca.

12% der Jugendlichen der Altersgruppe 18 - 24 Jahre vor

(Henter 2001). Jugendliche sind auch hier wieder eine Hochrisikogruppe im Vergleich zum Kleinkind- und Grundschulalter. Bezieht man die Unfallquote

*Heim- und Freizeitunfälle sind die häufigsten Unfälle im Jugendalter*

Tabelle 7-2

Verletzungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 24 Jahren 1998				
	Brandenburg		Deutschland	
	Anzahl	Rate je 100.000	Anzahl	Rate je 100.000
<b>Tödliche Verletzungen insgesamt</b>	<b>156</b>	<b>45,7</b>	<b>2.999</b>	<b>32,9</b>
darunter: Unfälle	134	39,3	2.185	24
darunter: Verkehrsunfälle	125	36,6	1.960	21,5
Suizid	21	6,2	743	8,1
Mord/Totschlag	1	0,3	71	0,8
	Anzahl	Rate je 1.000	Anzahl	Rate je 1.000
<b>Im Krankenhaus behandelte Verletzte</b>	<b>8.693</b>	<b>25,5</b>	<b>202.614</b>	<b>22,2</b>
darunter: Schwerverletzte aus Verkehrsunfällen	2.078	6,1	33.197	3,6
<b>Verletzte bei Heim- und Freizeitunfällen</b> (Schätzwert der BAuA)	5.000	15	130.000	14
<b>Verletzte bei Arbeits-, Schul- und sonstigen Unfällen (Schätzwert)</b>	1.500	4	39.000	4
Bevölkerung der Altersgruppe	341.361		9.116.761	

Quelle: Todesursachenstatistik, Krankenhausdiagnosestatistik des StBA und eigene Berechnungen des LGA Brandenburg

### Handlungskonsequenzen für die Prävention

Aus der Unfallforschung wissen wir, dass ca. 60% aller Unfälle und sogar 95% der tödlichen Unfälle vermeidbar sind. Vor diesem Hintergrund sind die hohen Unfallzahlen bei jungen Menschen in Brandenburg nicht hinzunehmen. Junge Männer in Brandenburg fallen häufig tödlichen Verkehrsunfällen zum Opfer. Daher sollten männliche Jugendliche und junge Männer im Mittelpunkt der Unfallprävention stehen. Ein Gesundheitsziel sollte in einer Verringerung der Unfallraten bei den jungen Männern auf das Niveau der jungen Frauen sein.

Die geschilderte Problematik ist nicht neu und seit Jahren gibt es eine Reihe von Bemühungen zur Unfallprävention im Land Brandenburg. Im Verkehrsbereich ist beispielsweise die Landesverkehrswacht mit vielen Kooperationspartnern seit Jahren aktiv. Doch weitere Anstrengungen und Maßnahmen sind notwendig.

Den größten Teil der nichttödlichen Verletzungen ziehen sich Jugendliche im Heim- und Freizeitbereich zu, hier insbesondere beim Sport. Für die Vermeidung von Sportverletzungen sind Übungen zum Aufwärmen, Dehnen, und Kräftigen und auch das „Fairplay“ im Spiel entscheidend. Gerade beim nicht-organisierten Sport wird dies häufig vernachlässigt. Unfallpräventionsprogramme müssen daher auch auf den Breitensport zielen und durch intensive Aufklärung über die Sportvereine und Medien Unfallvermeidung fördern.

von 12% auf die ca. 340.000 Brandenburger Jugendlichen (15 - 24 Jahre), so ist von ca. 42.000 Verletzten jährlich auszugehen.

Nach den Berechnungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedi-

zin liegt der Schwerpunkt der Unfälle im Sport (ca. 40%), danach folgen die Unfälle daheim (ca. 30%) und auf öffentlichen Verkehrswegen (ca.10%). Unfallträchtigster Sport ist Fußball, gefolgt von Handball, Volleyball und Skifahren.



## 7.7 Atopische Erkrankungen im Jugendalter

*Bei über 10% der Jugendlichen wurde eine Atopie (allerg. Rhinitis und Asthma, Neurodermitis) diagnostiziert. In der Hälfte der Fälle handelt es sich um allergische Rhinitis. Im Vergleich der Sozialstatusgruppen sind die Jugendlichen mit höherem Sozialstatus stärker betroffen. Die hohen Befundraten bei den Atopien sind vor allem mit Blick auf die Berufswahl der Jugendlichen von Bedeutung.*

Atopiker sind Personen mit einer genetisch festgelegten Bereitschaft, eine Überempfindlichkeitsreaktion an der Haut und den Atemwegen zu entwickeln. Hierzu gehören die Neurodermitis (atopische Dermatitis), der allergische Schnupfen und das Asthma bronchiale. Unter den allergischen Erkrankungen bilden die Atopien die größte Gruppe. Bei den Betroffenen zeigen sich häufig bereits im Säuglings- und Kleinkindalter

Ekzeme als erste Symptome, die eine Zeit lang bestehen bleiben und danach oft auch wieder verschwinden. Übrig bleibt bei vielen Betroffenen jedoch eine erhöhte Empfindlichkeit der Haut, die bei Stress oder Kontakt mit bestimmten Chemikalien Beschwerden hervorrufen kann.

### Verlauf

Die atopische Dermatitis erreicht im Kleinkindalter ihr Häufigkeitsmaximum, das Asthma bronchiale tritt dagegen erst in den ersten Grundschuljahren gehäuft auf und im Jugend- und Erwachsenenalter dominiert der allergische Schnupfen. Dieses unterschiedliche Atopieprofil lässt sich auch bei einem Vergleich der Brandenburger Einschulungskinder (ca. 6 Jahre) mit den Schülern (ca. 16 Jahre) deutlich erkennen. Problemschwerpunkt in den ersten sechs Grundschuljahren ist daher der Umgang mit an Asthma leidenden Kindern und insbeson-

### Risikofaktoren

Forschungsergebnisse über Einflussfaktoren bei atopischen Erkrankungen belegen, dass beim Auftreten von Atopien bei Kindern neben der erblichen Disposition weitere Faktoren - insbesondere im sozialen und Wohnumfeld - eine Rolle spielen. Hierzu zählen speziell Hausstaubmilbenexposition, Feuchtigkeitschäden mit Schimmelbildung in Wohnungen, das Aufwachsen von Kindern mit Fell- und Federtieren oder das Rauchen der Eltern. Zudem besteht ein negativer statistischer Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Atopien und der Geschwisterzahl und ein positiver mit dem Sozialstatus der Eltern, d.h. je weniger Geschwister und je höher der Sozialstatus, desto häufiger treten Atopien auf (Ellsäßer & Diepgen 2001). Diese Faktoren spielen offenbar eine bedeutendere Rolle als Schadstoffbelastungen in der Außenluft (Wichmann 1996) und werden auch als Ursache für die Ost-West-Unterschiede in Deutschland diskutiert (Herrmann-Kunz 1999). Berufliche Einwirkungen, z.B. durch Chemikalien, Stäube oder Feuchtarbeit, können bei Atopikern weitere Beschwerden bzw. Allergien auslösen.

dere ihre Förderung im Sportunterricht. Bei Schülern in den 10. Klassen, die sich oft an der Schwelle zur beruflichen Ausbildung befinden, müssen hingegen Fragen der Berufswahl besonders bedacht werden, da eine atopische Vorbelastung ein wichtiger Risikofaktor für das Auftreten berufsbedingter Kontaktallergien ist.

Für eine Aussage über eine Zu- oder Abnahme der Atopien bei Jugendlichen sind unsere Daten nicht geeignet, da bezüglich der Allergien erst ab 1998 vollständige Datensätze für die landesweite Auswertung vorliegen. In den letzten drei Jahren sind die Atopien bei den Schülern im Wesentlichen auf demselben

(hohen) Niveau geblieben. Mindestens jeder 10. Jugendliche ist betroffen.

Bei der Neurodermitis sind dabei Mädchen häufiger als Jungen betroffen (Abb. 7-12). Aus den Einschulungsuntersuchungen wissen wir aufgrund des dort möglichen Vergleichs mit Elternangaben, dass die ärztlichen Diagnosen bei den Allergien eher eine Unterschätzung darstellen, vermutlich ist dies bei der Untersuchung der Jugendlichen ähnlich.

Über 70% der Jugendlichen mit einer solchen Diagnose sind bereits in medizinischer Behandlung. Jugendliche, die in ärztlicher Behandlung sind, sind offensichtlich auch gut versorgt: Überweisun-

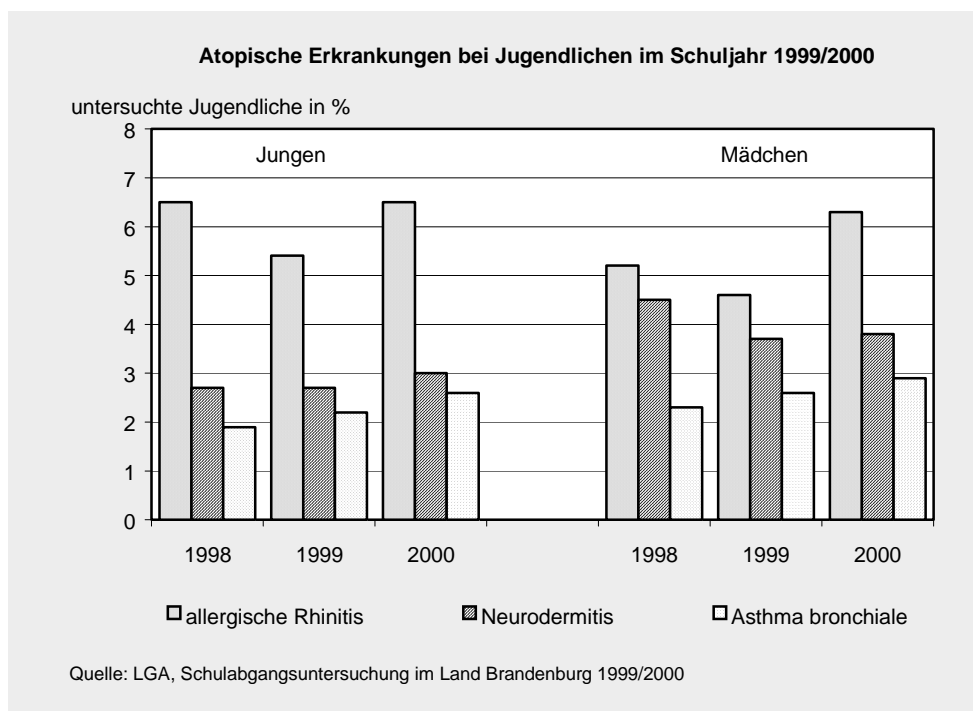


Abbildung 7-12

gen zur weiteren Behandlung müssen bei bereits behandelten Jugendlichen vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst nur sehr selten veranlasst werden.

Auffallend ist, dass ein hoch signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der atopischen Erkrankungen zwischen Schülern von Gymnasien und Förderschulen besteht (Abb. 7-13). Im Gegensatz zu anderen medizinisch relevanten Befunden ist der Anteil der Atopiker unter den Schülern in Gymnasien zum Teil doppelt so hoch wie unter den Schülern in Förderschulen. Dies bestätigt den auch aus anderen Studien bekannten Sachverhalt, dass ein hoher Sozialstatus (hier gekennzeichnet über den Schultyp) das Auftreten atopischer Beschwerden im

Jugendalter eher begünstigt. Schüler in Gesamt- und Realschulen liegen mit den entsprechenden Befundzahlen zwischen Gymnasiasten und Förderschülern.

### Handlungskonsequenzen

Für die Jugendlichen spielen Informationen über atopische Erkrankungen vor allem vor dem Hintergrund der bevorstehenden Berufswahl eine wichtige Rolle. In einigen Berufen (z.B. bei Friseuren, Bäckern oder Bauberufen) kommen häufig Tätigkeiten mit allergieauslösenden Chemikalien, Feuchtigkeit oder Staubbelastungen vor. Vor allem Jugendliche, die bereits atopische Beschwerden haben oder als Kinder hatten, müssen daher hinsichtlich der Allergierisiken solcher Tätigkeiten sowie hinsichtlich möglicher

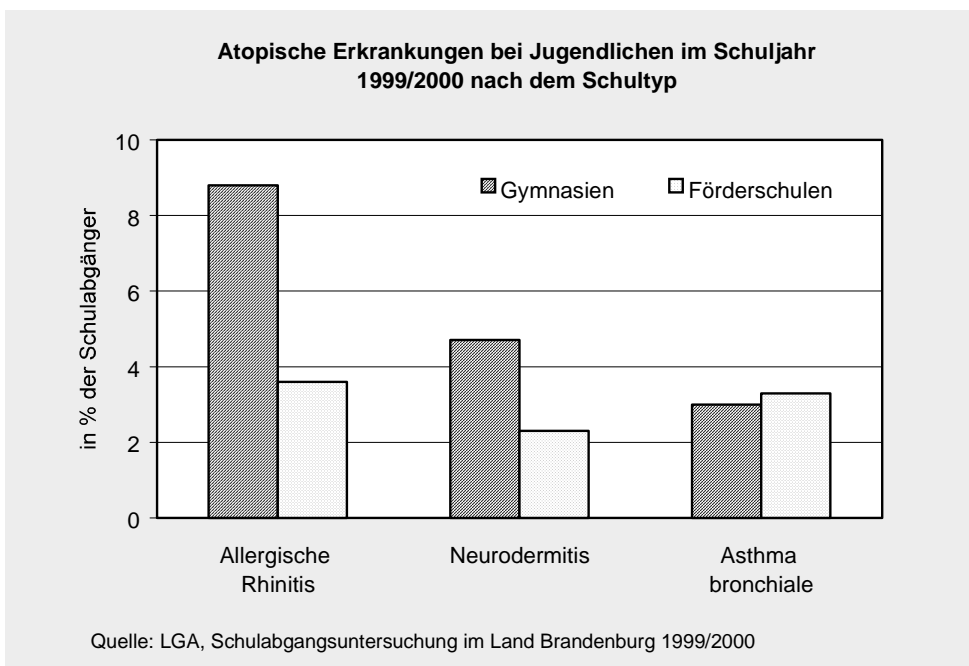


Abbildung 7-13

Schutzmaßnahmen eingehend beraten werden. Andernfalls ist zu befürchten, dass sie aus gesundheitlichen Gründen ihre Ausbildung abbrechen oder ihren Beruf nach einigen Berufsjahren aufgeben müssen. Studien über berufsbedingte Kontaktallergien zeigen, dass 40% der Patienten eine atopische Neigung bzw. Vorbelastung hatten.

Da in Brandenburg die Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz zusammen mit der Schulabgangsuntersuchung durchgeführt wird, beraten die Ärzte des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes die Jugendlichen zu Fragen rund um den Themenkomplex „Allergie und Beruf“. Eine wichtige Rolle kommt in diesem Zusammenhang auch der Berufsberatung durch die Arbeitsämter zu, die ebenfalls schon vor Beginn einer Ausbildung über berufliche Allergierisiken informieren kann. Eher defizitär scheint dagegen die Behandlung dieses Themas in der Berufsschule zu sein: In einer Befragung von mehr als 2.000 Brandenburger Auszubildenden aus dem Handwerk durch die IKK Brandenburg-Berlin gaben 78% der Befragten an, dass in der Berufsschule nicht genügend über das Thema Allergien informiert wird. Gleich schlecht fällt das Urteil der Befragten über die Betriebe aus: 82% vermissen allergiebezogene Informationen im Betrieb (Marstedt 2000).

Diese Informationsdefizite sollten Anlass für eine abgestimmte, arbeitsteilige und insgesamt bessere Beratung der Jugendlichen sein. Daran können Ärzte, Lehrer, Berufsberater, Krankenkassen, Unfallversicherungsträger und Arbeitsschutzbehörden gleichermaßen mitwirken. Ein Forum zur Verständigung über Kooperationsmöglichkeiten auf Landesebene ist

der Landesarbeitskreis „Arbeit und Gesundheit“ beim Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen. Auf Bundesebene hat sich im Dezember 2000 außerdem ein Kooperationsverbund zur Prävention berufsbedingter Allergien gebildet.

### 7.8 Übergewicht

*In der zweiten Hälfte der 90er-Jahre ist der Anteil von Jugendlichen mit starkem Übergewicht (Adipositas) auf etwa 5% gestiegen. Förderschüler sind hiervon besonders betroffen. Untergewicht ist zahlenmäßig weniger bedeutsam, hier zeigt sich aber bei den Gymnasiastinnen ein bedenklicher Trend.*

Starkes Übergewicht gilt als ein Schlüsselmerkmal für eine Reihe von Zivilisationskrankheiten. Ein deutlicher Zusammenhang besteht zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Arthrose. Häufig leiden Übergewichtige auch unter psychischen Beschwerden.

Sicher und für die Industriestaaten vielfach nachgewiesen ist, dass Übergewicht und Adipositas in den vergangenen Jahrzehnten zugenommen haben (Bergmann & Mensink 1999). Dies gilt für die Erwachsenenbevölkerung ebenso wie für Kinder und Jugendliche.

Im Jahr 2000 waren knapp 5% der männlichen und weiblichen Jugendlichen adipös, d.h. diese Jugendlichen sollten zur Vermeidung weiterer gesundheitlicher Risiken und Folgeerkrankungen abnehmen. Bei beiden Geschlechtern sind in der Zeit zwischen 1995 und 2000 die Anteile adipöser Jugendlicher angestiegen, bei Jungen um ein Drittel, bei Mädchen sogar um die Hälfte.

Als Maß für die Feststellung des Übergewichts in epidemiologischen Studien hat sich in den vergangenen Jahren der Body Mass Index (BMI;  $\text{kg}/\text{m}^2$ ) durchgesetzt. Für das Erwachsenenalter signalisiert ein BMI-Wert von 25 und mehr Übergewicht, ein BMI-Wert von 30 und mehr Adipositas, also erhebliches Übergewicht. Für letztere Gruppe gilt, dass sie aus medizinischen Gründen zur Erhaltung der Gesundheit und zur Vermeidung von gesundheitlichen Folgeschäden abnehmen sollte.

Die für Erwachsene geltenden Grenzwerte des BMI können für Kinder und Jugendliche jedoch nicht verwendet werden, da sich die körperlichen Proportionen in der Wachstumsphase verändern. Benötigt werden alters- und geschlechtsbezogene Referenzwerte. Für unsere Auswertungen haben wir das Referenzsystem von Cole (et al. 2000) herangezogen, das auf der Grundlage umfangreicher internationaler Studien erarbeitet wurde. Aus Gründen der Vergleichbarkeit mit anderen Studien beschränken wir uns im Folgenden auf die 16-jährigen Schüler (15,5 bis 16,5 Jahre).

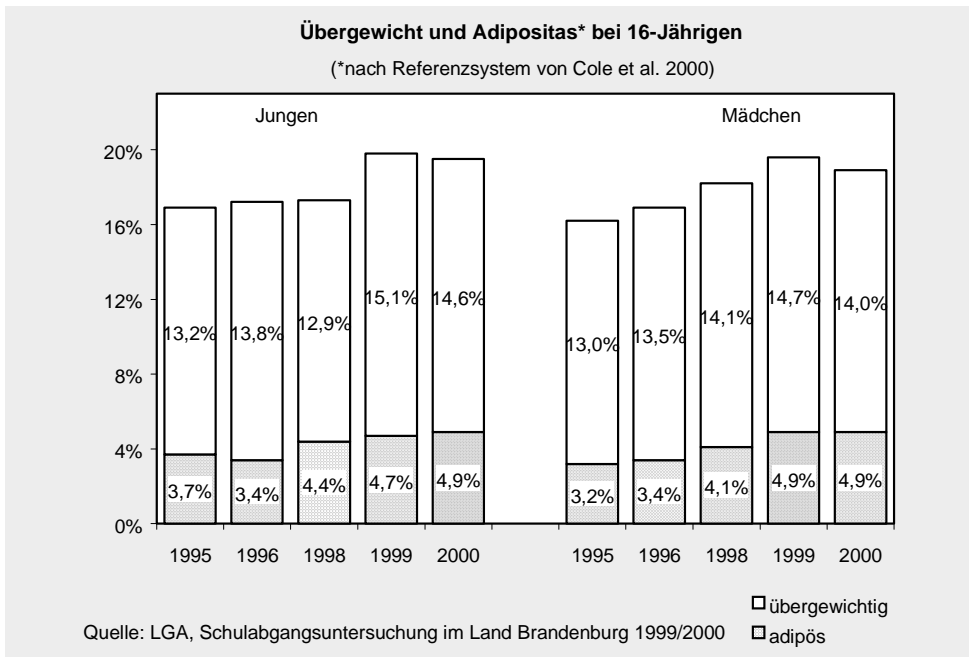


Abbildung 7-14

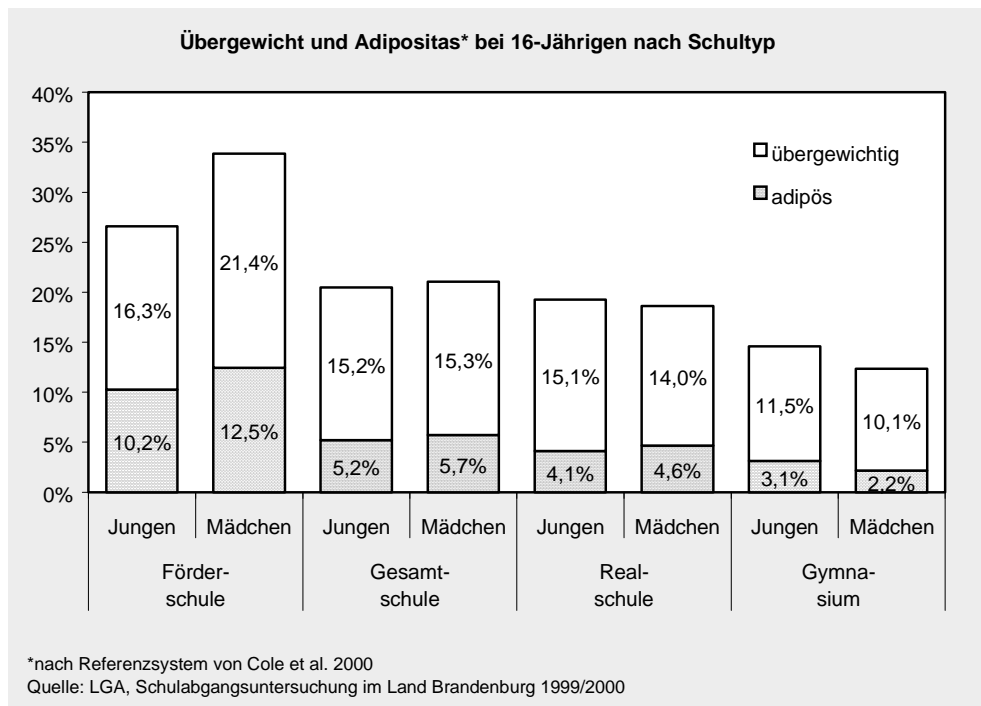


Abbildung 7-15

Etwa 15% der männlichen und 14% der weiblichen Jugendlichen sind übergewichtig. Die Zunahme beim Übergewicht fällt weniger stark aus als bei der Adipositas. Zwischen 1995 und 2000 beträgt die Zunahme bei Jungen 11%, bei Mädchen 8%. Diese Jugendlichen weisen ein kontrollbedürftiges Übergewicht auf und beim Vorliegen weiterer, mit dem Übergewicht verbundener Erkrankungen ist auch hier eine Gewichtsreduktion anzuraten.

Eine Zunahme des Übergewichts findet sich in einer Vielzahl von Studien und wird auch für andere Altersgruppen im

Jugendalter berichtet. Schüler der 9. Klassen im Freistaat Sachsen wiesen 1997 zu über 6% Adipositas auf, wobei ebenfalls ein ansteigender Trend berichtet wird (Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 1999). Analysen der Musterungsuntersuchungen der Bundeswehr zeigen für

junge Männer, dass der Anteil Übergewichtiger („Übergewicht mit eingeschränkter Belastbarkeit“) seit Jahren kontinuierlich ansteigt. 1998 wurde bei 4,9% der gemusterten jungen Männer in den neuen deutschen Ländern Adipositas registriert (Bundesministerium der

*5% der Jugendlichen haben erhebliches Übergewicht, Tendenz: zunehmend*

Verteidigung 1997, 2000). Auch in diesen Daten wird der Trend sichtbar, der sich in West- und Ostdeutschland in den 90er-Jahren parallel entwickelt hat. Nach den Ergebnissen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998, einer repräsentativen Befragung zur Gesundheit erwachsener Bürger in Deutschland, sind 7,5% der 18- bis 19-jährigen Männer und 4,9% der entsprechenden Altersgruppe junger Frauen stark übergewichtig, d.h. haben einen BMI über 30 kg/m<sup>2</sup> (Bergmann & Mensink 1999). Weiterhin sind nach dieser Studie 12,4% der jungen Männer und 11,8% der jungen Frauen übergewichtig (BMI zwischen 25 und 30 kg/m<sup>2</sup>). Vergewärtigt man sich noch einmal die Daten der 16-jährigen männlichen Jugendlichen in Brandenburg, so bedeutet das, dass der Anteil stark übergewichtiger junger Männer nach dem 16. Lebensjahr noch einmal erheblich zunimmt.

Die Anteile übergewichtiger Schüler unterscheiden sich deutlich nach Schultypen. Bereits bei den Einschülern zeigt sich, dass Kinder aus Familien mit niedrigem sozialen Status häufiger übergewichtig sind (MASGF 1999a). Dieser Zusammenhang zwischen sozialem Status und Übergewicht zeigt sich auch, wenn man den Schultyp als Indikator für den sozialen Status heranzieht. Gleichermaßen bei männlichen und weiblichen Jugendlichen sind die Schüler der Förderschulen von Übergewicht und Adipositas besonders betroffen. Unter Gymnasiasten ist Übergewicht vergleichsweise seltener. Gesamt- und Realschüler nehmen eine mittlere Stellung ein.

## **Untergewicht**

Während es zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas Normwerte gibt, fehlt ein solcher Maßstab für die Abschätzung von Untergewicht und Magersucht. Experten schätzen, dass etwa 0,5 bis 1% der jungen Frauen zwischen 14 und 18 Jahren an einer Magersucht (Anorexia nervosa) leiden. Bei Männern kommt diese lebensgefährliche Erkrankung sehr viel seltener vor. Der Erkrankungsgipfel liegt zwischen dem 14. und 15. Lebensjahr.

Nach einer Empfehlung des ICD-10 (des internationalen Klassifikationssystems für Krankheiten) für die Diagnose Magersucht betrachtet man die 15. Perzentile des BMI einer Population als kritische Grenze. Das heißt, die 15%, die am leichtesten sind, gelten als gefährdet und kontrollbedürftig. Natürlich ist nur ein Bruchteil dieser 15% tatsächlich magersüchtig, aber in solchen Fällen sollte der untersuchende Arzt weiterhin feststellen, ob ein Gewichtsverlust in den letzten Jahren stattfand und ob die Regelblutung ausgesetzt hat. Wenn diese beiden Fragen bejaht werden, besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass eine Magersucht vorliegt. Wenn unsere Daten auch keine direkten Aussagen über die Häufigkeit der Magersucht bei Brandenburger Schülerinnen zulassen, können wir doch einen Trend beim Untergewicht feststellen. Hierfür haben wir, entsprechend der Empfehlung des ICD-10, die 15. Perzentile der BMI-Verteilung von 1995 als Bezugsgröße gewählt und konnten nun bestimmen, ob sich der Anteil untergewichtiger Mädchen verändert hat.

### Risikofaktoren für die Entwicklung von Ess-Störungen

Ess-Störungen (Magersucht, Ess-Brechsucht, Bulimia nervosa) gehen nicht auf einzelne Ursachen zurück, sondern gewöhnlich wirkt ein Bündel von Ursachen: In vielen Fällen beginnen Ess-Störungen mit **Diäten**. Obwohl viele Menschen Diäten machen, um Gewicht und Figur zu beeinflussen, entwickelt aber nur ein kleiner Teil schwerwiegende Ess-Störungen.

Diäten hängen direkt mit **Schlankheitsnormen und Schönheitsvorstellungen** in unserer Gesellschaft zusammen, die nach wie vor besonders an Frauen gerichtet sind. Die gängigen Schlankheitsnormen und Schönheitsvorstellungen beinhalten auch eine negative Einstellung gegenüber übergewichtigen Kindern und Erwachsenen. Darüber hinaus stimmen die Standards für Schlankheit nicht mit den durchschnittlichen Körperformen überein. Während das z.B. über die Werbung vermittelte Schönheitsideal der Frau immer weniger Kilo auf die Waage bringt, hat das wirkliche Gewicht von Frauen bis ca. 30 Jahren in den vergangenen Jahren zugenommen. Die meisten Frauen können von ihrer Konstitution her Gewicht und Körperproportionen nach dem gegenwärtigen Schönheitsideal nicht verwirklichen.

Welche Rolle **biologische und neurologische Faktoren** bei der Entstehung einer Ess-Störung spielen, ist immer noch wissenschaftlich ungeklärt. Ess-Störungen finden sich bei Verwandten von essgestörten Patienten vier- bis fünfmal häufiger als in Vergleichsgruppen. Von daher kann man annehmen, dass **familiäre Bedingungen** und Ess-Störung zusammenhängen, allerdings ist unklar, ob damit eine genetische Komponente gegeben ist oder die Familie als Umwelteinfluss betrachtet werden muss.

Auch **psychische Faktoren** werden als Risikofaktoren diskutiert, z.B. niedriges Selbstvertrauen, Probleme mit Selbstkontrolle und dem eigenen Körperbild, Trennungsängste, Abgrenzung zu anderen Personen, Misstrauen und Perfektionismus.

Schließlich sind die **Belastungen und Anforderungen der Adoleszenz** insbesondere für Mädchen bedrohlich. Körperliche Attraktivität und Schlanksein werden genau zu der Zeit gefordert, in der der Fettanteil am Körper wächst und zu runderen Formen führt. Einige weibliche Jugendliche reagieren auf diese Konflikte mit Diäten, um soziale Anerkennung und Selbstbewusstsein zu erhalten.

Demnach ist der Anteil untergewichtiger Schülerinnen insgesamt geringfügig (um 0,5%) zurückgegangen. Dieser Rückgang gilt für Schülerinnen aller Schultypen mit einer Ausnahme - unter Gymnasiastinnen waren im Jahr 2000 häufiger untergewichtige Schülerinnen als 1995.

*Gymnasiastinnen: höheres Risiko für Magersucht*

### Konsequenzen für Therapie und Prävention

Eine erfolgreiche und dauerhafte Therapie von Adipositas ist nach wie vor eher selten. Relativ erfolgversprechend ist die Kombination aus ambulanten und stationären Maßnahmen. Angesichts der Schwierigkeiten, adipöse Patienten zu behandeln, sollten die Anstrengungen eindeutig präventiver Art sein. Da die Adipositashäufigkeit stark mit den Le-



bensverhältnissen und der Lebensweise verknüpft ist, was sich in unseren Ergebnissen in den besonders hohen Raten bei Förderschülern zeigt, werden zielgruppen- und geschlechtsspezifische Präventionsmaßnahmen benötigt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben daher das Thema „Übergewicht“ zurecht zu einem Schwerpunkt ihrer Präventionsmaßnahmen nach § 20 SGB V gemacht.

Ernährungs- und Essgewohnheiten sowie körperliche Aktivität spielen für Präventionsprogramme eine zentrale Rolle. Reine Aufklärungskampagnen sind aber weder bei Kindern noch bei Erwachsenen ausreichend, sie konnten auch in der Vergangenheit den Trend der Adipositaszunahme nicht aufhalten. Sowohl für eine Veränderung der Ernährungs- und Essgewohnheiten als auch für eine Förderung der körperlichen Aktivität müssen weitergehende Maßnahmen unternommen werden. Diese Forderung richtet sich auch an die Schule, weil hier die Kinder und Jugendlichen einen großen Teil ihrer Zeit verbringen und gut erreichbar sind.

## **7.9 Junge Beschäftigte - höchster Krankenstand, höchstes Unfallrisiko?**

*Auszubildende in den neuen Ländern haben im Bundesvergleich einen hohen Krankenstand. Im Vordergrund stehen dabei Kurzeiterkrankungen. Besorgniserregend ist aber auch die große Zahl an Arbeitsunfällen bei jungen Arbeitnehmern und die Vielzahl der Klagen über gesundheitliche Beschwerden während der Arbeit. Die Förderung gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen und*

*gesundheitsgerechten Arbeitsverhaltens junger Menschen ist daher ein wichtiges gesundheitspolitisches Anliegen.*

### **7.9.1 Krankenstand**

Ein wichtiger Indikator sowohl für die Gesundheit als auch für das psychische Wohlbefinden bei der Arbeit ist der Krankenstand. Die Brandenburger Auszubildenden haben, das wurde bereits in einem Gesundheitsbericht 1997 festgestellt, einen im Bundesvergleich überdurchschnittlich hohen Krankenstand (MASGF 1997). Daran hat sich in der Zwischenzeit nichts geändert. Geht man von den Daten der AOK aus (AOK 2001), so lag der Krankenstand der Brandenburger Auszubildenden 1999 (und ebenso 2000) bei 7,2%, im Bundesdurchschnitt dagegen bei 4,3%. Anders als im Bundesvergleich liegt der Krankenstand der Brandenburger Auszubildenden auch über dem durchschnittlichen Krankenstand aller Beschäftigten (vgl. Abb. 7-16).

Die Ursache des relativ hohen Krankenstandes der Auszubildenden muss auch in der Arbeitsmarktsituation gesucht werden. Die Vermittlung in „ungeliebte“ Berufe und die häufig in außerbetrieblichen Einrichtungen zu absolvierende Ausbildung beeinträchtigt die Ausbildungszufriedenheit. Allerdings kann dies nicht die alleinige Erklärung des Phänomens sein: nach IKK-Daten liegt auch die stationäre Arbeitsunfähigkeit, also die Arbeitsunfähigkeit wegen eines Krankenhausaufenthalts, bei den Brandenburger Auszubildenden relativ hoch. Im Jahr 1998 betrug bei den IKK-versicherten Auszubildenden aus Brandenburg der Anteil der stationären

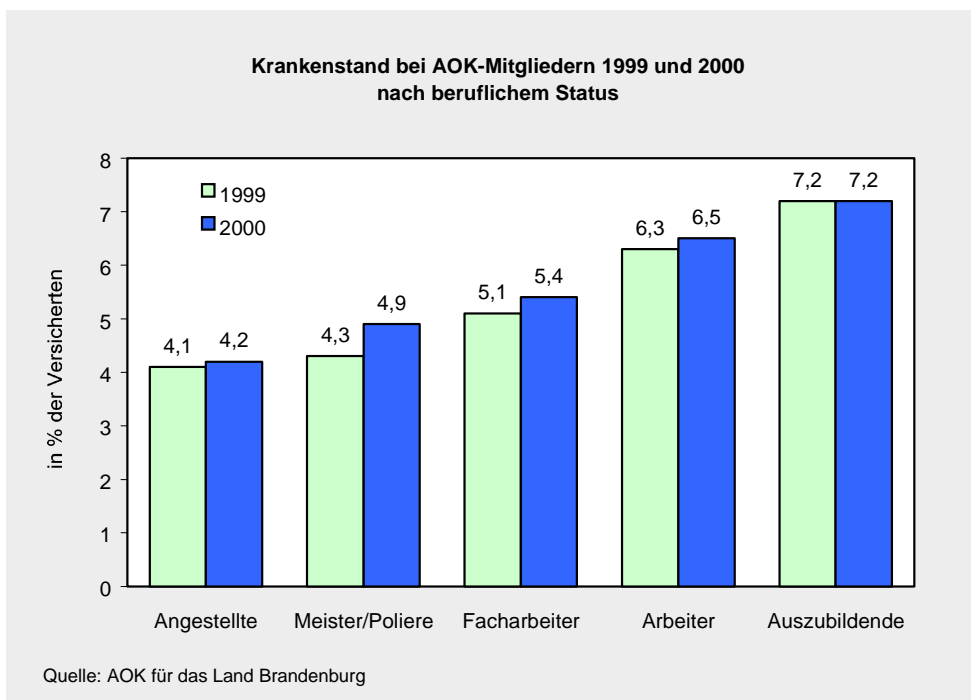


Abbildung 7-16

Arbeitsunfähigkeit am Krankenstand 12,9%, im Bundesdurchschnitt dagegen nur 7,1% (Buchmann 2000). Dies ist ein Hinweis darauf, dass auch ernsthafte Erkrankungen mit der Folge eines Krankenhausaufenthaltes eine nicht unerhebliche Rolle spielen.

Auch in Brandenburg stehen bei jüngeren Beschäftigten vor allem Kurzzeiterkrankungen im Vordergrund, während ältere Beschäftigte seltener, aber länger erkranken: dauerte eine Krankschreibung 1999 im Durchschnitt aller Brandenburger AOK-Versicherten 13,1 Tage, waren es bei den unter 20-Jährigen nur 5,6 Tage und bei den 20- bis 24-Jährigen

7,1 Tage. Zwischen Männern und Frauen gab es dabei keine relevanten Unterschiede.

Unter den **Diagnosen** standen 1999 bei den AOK-versicherten jungen Arbeitnehmer/innen die Atemwegserkrankungen mit etwa einem Drittel aller Krankheitstage an erster Stelle. Die Krankentage aufgrund von Atemwegserkrankungen gehen aber mit dem Alter der Beschäftigten rasch zurück und machen schon in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen nur noch die Hälfte der Tage in der Altersgruppe unter 20 Jahre aus. Verletzungen (im Wesentlichen Arbeits- und Freizeitunfälle) stehen hier an zweiter

Stelle, während die bei den übrigen Beschäftigten dominierenden Muskel-Skelett-Erkrankungen bei den Auszubildenden altersbedingt noch eine nachrangige Rolle spielen.

Bei den Frauen dieser Altersgruppe sind neben den in der Grafik ausgewiesenen Diagnosen zudem noch Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane (162,9 AU-Tage pro 100 VJ\*) von Bedeutung.

Ein gravierender Unterschied zwischen den Geschlechtern besteht bei den Verletzungen: bei den jungen Männern fallen hier 595 AU-Tage pro 100 VJ an,

bei den jungen Frauen dagegen nur 251 Tage. Es ist davon auszugehen, dass sich hier auch unterschiedliche Arbeitsbedingungen niederschlagen, z.B. sind Männer häufiger in Handwerksberufen tätig, in denen höhere Unfallrisiken vorliegen (zur Problematik von Freizeitunfällen bei jungen Männern siehe Kap. 7.6).

Im Vergleich zu den anderen beruflichen Statusgruppen haben Auszubildende und junge Arbeitnehmer/innen auch unabhängig vom Geschlecht viele Verletzungen. Bei den AOK-Versicherten bis 25 Jahre fielen 1999 insgesamt 465 verletzungsbedingte Krankheitstage pro 100 VJ an,

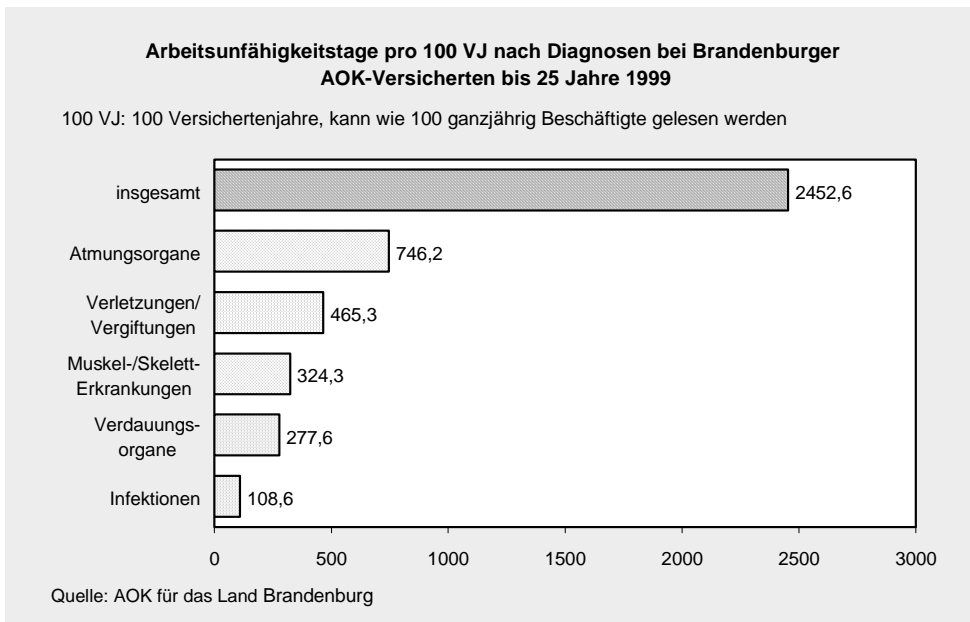


Abbildung 7-17

\*Die Bezugsgröße „pro 100 VJ“ (Versichertenjahre) dient der Standardisierung unterschiedlicher Versicherungszeiten und kann hier gelesen werden wie „pro 100 ganzjährig Versicherte“.

im Durchschnitt aller AOK-Mitglieder nur 363. Insbesondere in handwerklichen Berufen sind bei den Auszubildenden viele Verletzungen zu verzeichnen: bei Metzgern und Fleischern, bei Dachdeckern und im Baugewerbe sind z.B. nach IKK-Daten Verletzungen für etwa 40% der Krankheitstage verantwortlich, dahinter stehen im Wesentlichen Arbeits- und Freizeitunfälle.

### 7.9.2 Arbeits- und Wegeunfälle

Betrachtet man speziell die von den Unfallversicherungsträgern erfassten meldepflichtigen **Arbeits- und Wegeunfälle**, so waren 1998 in Brandenburg insgesamt 67.553 Unfälle zu verzeichnen. Auf die Altersgruppe der unter 20-Jährigen entfielen davon knapp 8.000 Unfälle. Das Verhältnis von Männern zu Frauen betrug dabei in dieser Altersstufe etwa 3:1. Von diesen etwa 8.000 Unfällen waren knapp ein Fünftel Wegeunfälle.

*Arbeits- und Wegeunfälle: dreimal so viele junge Männer wie junge Frauen*

Die Berechnung von alters- oder geschlechtsspezifischen Unfallraten zur Einschätzung des Unfallrisikos ist bei den Arbeits- und Wegeunfällen mangels geeigneter Bezugsgrößen für das Land Brandenburg nicht möglich (siehe Kästen).

Aus bundesweiten Statistiken der Unfallversicherungsträger ist jedoch bekannt, dass junge Berufstätige ein besonders hohes Unfallrisiko haben. Ursachen für das hohe Unfallrisiko bei jungen Beschäftigten liegen z.B. in der mangelnden Erfahrung im Umgang mit Werkzeugen und Maschinen oder mangelndem

Gefahrenbewusstsein auf Baustellen.

In Brandenburg spielen auch die Wegeunfälle aufgrund weiter Anfahrtswege zur Arbeit, der noch geringen Routine beim Führen eines Fahrzeugs und das jugendliche Risikoverhalten im Straßenverkehr eine nicht unerhebliche Rolle.

Tabelle 7-3

Meldepflichtige Arbeits- und Wegeunfälle in Brandenburg 1998			
	insgesamt	Männer	Frauen
unter 20 Jahre	7.811	6.037	1.774
20 bis 24 Jahre	4.864	3.589	1.275
25 bis 29 Jahre	6.595	5.077	1.518
30 bis 34 Jahre	8.597	6.311	2.286
alle Altersstufen	67.553		

Datenquelle: UVT; Berechnungen der Arbeitsschutzverwaltung

Zusätzlich zu den genannten Arbeits- und Wegeunfällen waren 1998 bei Auszubildenden außerdem 4.123 **Berufsschulunfälle** zu verzeichnen, darunter wiederum viele Wegeunfälle (ca. 1.300) sowie Unfälle im Berufsschulsport. Die Zahl der Wegeunfälle bei den Berufsschülern hat in den letzten Jahren stetig zugenommen und die Unfallrate ist hier doppelt so hoch wie im bundesdeutschen Durchschnitt (im Jahr 1999 betrug die Rate in Brandenburg 16,5 pro 1.000 Versicherte, im Bundesdurchschnitt 8,6 pro 1.000 Versicherte). Verkehrsplanerische Maßnahmen und Aktivitäten der Verkehrserziehung spielen daher für das

Land eine herausragende Rolle; daneben unterstützt das Land zahlreiche weitere Projekte, z.B. den jährlichen Schülerwettbewerb „Jugend will sicher leben“ der Unfallversicherungsträger, der im Jahr 2001 als Schwerpunkt das Thema Verkehrssicherheit hat.

Der im Altersgruppenvergleich ausgesprochen starke Rückgang der Unfallzahlen in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen gegenüber der Altersgruppe der unter 20-Jährigen ist ein Spezifikum der neuen Bundesländer und in dieser Ausprägung in den alten Bundesländern nicht zu verzeichnen. Darin kommt möglicher-

## Dunkelfeld Unfallrisiko

Um alters- oder geschlechtsspezifische Unfallraten berechnen zu können, müsste man Quotienten aus den Unfällen und der Zahl der Unfallversicherten (oder noch besser der von ihnen geleisteten Arbeitsstunden) bilden. Letztere stellen die Unfallversicherungsträger bei den Arbeits- und Wegeunfällen landesbezogen bisher aber nicht bereit. Nähme man statt der Versicherten ersatzweise die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, ergäbe sich, was die Arbeits- und Wegeunfälle angeht, für Brandenburg insgesamt eine Unfallrate von etwa 80 Unfällen pro 1.000 Beschäftigten, bei den unter 20-jährigen Männern aber eine Rate von 204/1.000 und bei den unter 20-jährigen Frauen eine Rate von 105/1.000. In den folgenden Altersgruppen wären die Unfallraten nur noch halb so groß, bei gleichbleibendem Verhältnis der Unfallraten von Männern und Frauen (ca. 2:1). Die Arbeitsschutzverwaltung in Nordrhein-Westfalen hat für die Gruppe der Auszubildenden sogar ohne Wegeunfälle eine Quote von mehr als 400 Arbeitsunfällen pro 1.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ermittelt (Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport 1999). Die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sind jedoch kein guter Nenner zur Bestimmung von Unfallraten, weil hier z.B. die mithelfenden Familienangehörigen in der Landwirtschaft oder Praktikanten nicht enthalten sind (die aber unfallversichert sind). Das so berechnete Unfallrisiko ist daher in unbekannter Größe verzerrt. Ähnlich problematisch ist die Bestimmung von Unfallraten bei den Berufsschulunfällen, auch wenn hier die Versichertenzahlen landesbezogen zur Verfügung stehen. Dennoch sollten diese Daten zumindest Anlass sein, eingehendere Analysen anzustellen.

weise ein Arbeitsmarkteffekt zum Tragen: viele Auszubildende in den neuen Bundesländern finden nach ihrer Ausbildung nicht unmittelbar Arbeit, sondern sind zunächst arbeitslos, können somit also auch keinen Arbeitsunfall erleiden.

### 7.9.3 Arbeitsbelastungen

Es gibt sehr viele Studien darüber, welche Belastungen bei welchen Arbeitstätigkeiten auftreten. Über die Verteilung dieser Belastungen in der erwerbstätigen Bevölkerung gibt es jedoch kaum Daten.

Die folgenden Angaben beruhen zum einen auf einer Studie des Bundesinstituts für Berufsbildung, das 1998/99 über 30.000 Beschäftigte in Ost und West zu ihren Arbeitsbedingungen befragt hat (BIBB/IAB 2000). Hier werden die Ergebnisse für die neuen Bundesländer insgesamt vorgestellt, da in Brandenburg nur relativ wenig junge Beschäftigte befragt wurden. Zum anderen hat die Innungskrankenkasse Brandenburg und Berlin 1999 etwa 2.300 Brandenburger Auszubildende befragt, auch daraus sollen einige Ergebnisse vorgestellt werden (Marstedt 2000).

Die unmittelbar mit der Arbeitstätigkeit verbundenen Belastungen scheinen nach der BIBB/IAB-Studie für die jungen Beschäftigten im Wesentlichen die gleichen zu sein wie für alle Beschäftigten, d.h. als Altersgruppe sind die jungen Beschäftigten nicht auffällig. Das entspricht auch

der Erwartung, da in Deutschland Arbeitsplätze nur selten nach den besonderen Belangen bestimmter Altersgruppen gestaltet werden. Unterschiede findet man eher in arbeitsorganisatorischer Hinsicht: Berufsanfänger haben z.B. oft noch geringe Entscheidungsspielräume in ihrer Arbeit, aber andererseits auch eine geringere Verantwortung für Termine und Produktqualität.

Auch Ost-West-Unterschiede spielen nur noch eine untergeordnete Rolle - in den letzten 10 Jahren hat vermutlich eine weitgehende Angleichung der Arbeitsbedingungen stattgefunden.

Vergleicht man dagegen die jungen **Männer und Frauen**, so unterscheidet sich deren Belastungsspektrum, wie auch in den anderen Altersgruppen, erheblich. Körperlich belastende Tätigkeiten sind vielfach noch immer „Männersache“ und bei den meisten in der BIBB/IAB-Studie erhobenen körperlichen Belastungsfaktoren sind wesentlich mehr junge Männer als junge Frauen betroffen (vgl. Abb. 7-18).

Demnach geben sehr viele junge Beschäftigte an, regelmäßig schwer zu heben und zu tragen (über 20 kg), unter Lärm zu arbeiten, in Zwangshaltungen zu arbeiten und ungesunden klimatischen Bedingungen ausgesetzt zu sein. Von körperlich leichter Arbeit kann also nicht die Rede sein. Der hohe Anteil von Beschäftigten, die regelmäßig im Stehen

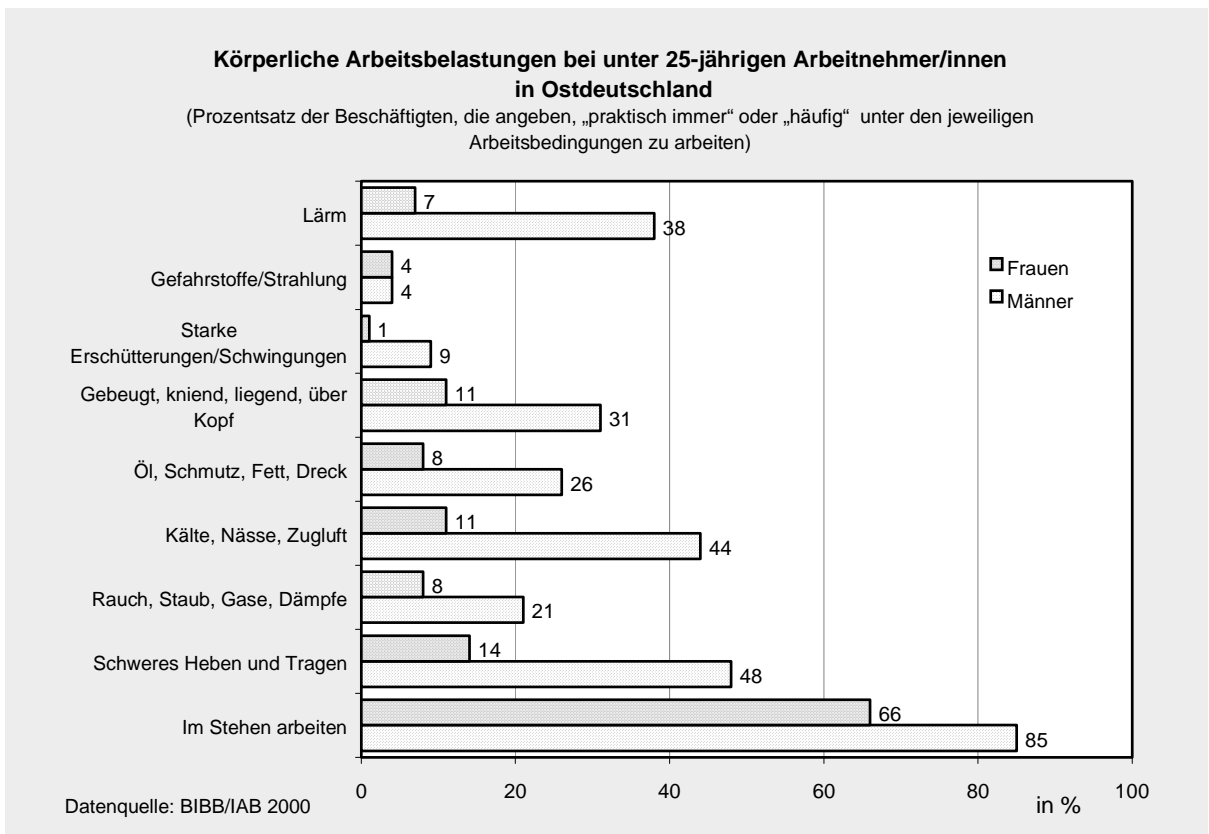


Abbildung 7-18

arbeiten müssen, ist u.a. auf die zunehmende Zahl an Dienstleistungsberufen mit stehenden Tätigkeiten (z.B. im Verkauf) zurückzuführen. Des Weiteren spielt möglicherweise eine Rolle, dass in der hier ausgewählten Altersgruppe z.B. die akademischen Berufe (mit sitzender Tätigkeit) kaum vertreten sind.

Betrachtet man die **psychischen Belastungsfaktoren**, die aus der unmittelbaren Arbeitstätigkeit resultieren, so zeigt sich einerseits, dass viele junge Beschäftigte in ihrer Arbeit bereits großem Stress ausgesetzt sind, viele aber andererseits ihre Arbeit auch als monoton und anregungsarm empfinden (s. Tab. 7-4).

Tabelle 7-4

<b>Psychische Arbeitsbelastungen bei unter 25-Jährigen in Ostdeutschland</b>			
Prozentsatz der Beschäftigten, die angeben, „praktisch immer“ oder „häufig“ unter den jeweiligen Arbeitsbedingungen zu arbeiten:			
	Männer unter 25 Jahre	Frauen unter 25 Jahre	insgesamt
Starker Termin- und Leistungsdruck	51	36	44
Arbeitsdurchführung im Detail vorgeschrieben	42	32	37
Wiederholung desselben Arbeitsvorgangs	39	51	44
Störungen/Unterbrechungen	21	28	24
keine Lernmöglichkeiten	31	42	36

Datenquelle: BIBB/IAB 2000

Hinsichtlich ihrer **Arbeitszeit** gaben 27% der jungen Arbeitnehmer/innen in den neuen Ländern an, in Wechselschicht zu arbeiten. Betroffen sind davon vor allem die jungen Frauen (34%, gegenüber 22% bei den jungen Männern). In den alten Bundesländern sind es dagegen nur 23% (26% Frauen, 21% Männer). Des Weiteren fallen bei etwa einem Fünftel der unter 25-Jährigen in den neuen Ländern regelmäßig Überstunden an, hier sind die jungen Männer etwas stärker betroffen.

Die jungen Beschäftigten wurden in der BIBB/IAB-Studie auch danach gefragt, ob sie sich den ihnen gestellten Anforderungen gewachsen fühlen. Diese Frage haben zwar 90% mit „ja“ beantwortet, aber immerhin etwa 20% der ostdeutschen Jugendlichen haben auch angegeben, praktisch immer oder häufig bis an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit gehen zu müssen.

*Jugendliche schlecht auf den Berufseinstieg vorbereitet?*

Neben diesen, unmittelbar aus der Arbeitstätigkeit resultierenden Belastungen, fühlen sich die jungen Beschäftigten auch durch die **Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation** belastet: in der IKK-Befragung gaben z.B. 48% der befragten Auszubildenden an, Angst davor zu haben, was nach der Lehre kommt, 37% haben Angst davor, in der Berufsschule zu versagen, 22% haben Probleme mit Ausbildern und Vorgesetzten. Sorgen um die eigene berufliche Zukunft, Konflikte am Arbeitsplatz und Kränkungen durch Ausbilder und Vorgesetzte gehören, das bestätigen auch andere Studien, für viele Jugendliche zu den prägenden ersten Berufserfahrungen. Ein erheblicher Teil der Auszubildenden spielt der IKK-Befragung zufolge mit dem Gedanken an einen Ausbildungsabbruch. Dabei weisen die Auszubildenden auf ein weiteres Problem hin: viele Auszubildende fühlen sich schlecht auf den Beruf



vorbereitet. So gaben 45% der Befragten an, in der Berufsberatung nicht gut über negative Seiten ihres Berufs informiert worden zu sein und 36% bemängeln insbesondere fehlende Informationen über Belastungen und Gesundheitsgefahren in der Berufsberatung. So überrascht es nicht, wenn der Anteil derjenigen, die meinen, ihren Beruf höchstens bis zum 50. Lebensjahr ausüben zu können, und der Anteil derjenigen, die meinen, Stress und Belastungen werden immer mehr zunehmen, nach dem ersten Ausbildungsjahr deutlich wächst.

### 7.9.4 Gesundheitliche Beschwerden

Trotz des hohen Krankenstands und der vielen Arbeitsunfälle haben junge Arbeitnehmer/innen im Allgemeinen noch weniger gesundheitliche Beschwerden als der Durchschnitt der Beschäftigten. Fast die Hälfte der in der BIBB/IAB-Studien befragten jungen Arbeitnehmer/innen ist beschwerdefrei, im Durchschnitt aller Beschäftigten sind es dagegen nur 30%.

*Ein Drittel der jungen Beschäftigten hat häufig Kreuzschmerzen*

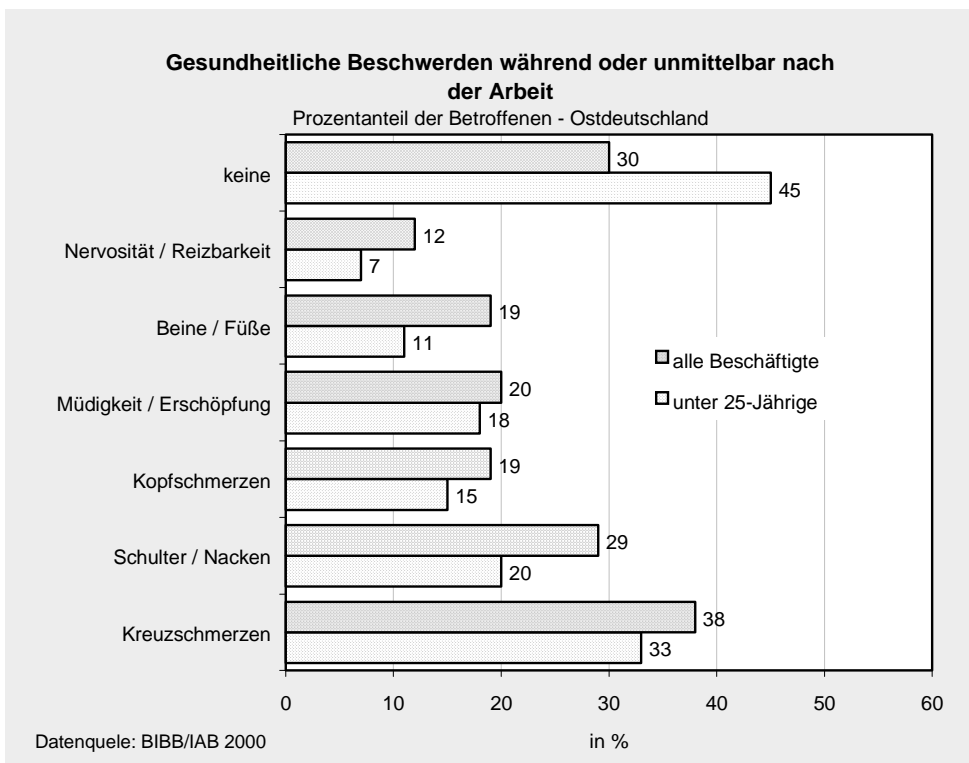


Abbildung 7-19

# 7

## Gesundheit unter der Lupe

Dennoch gibt ein Drittel der jungen Beschäftigten an, häufig während oder nach der Arbeit unter Kreuzschmerzen zu leiden. Auch wenn ernstere Muskel-Skelett-Erkrankungen eher in späteren Lebensjahren auftreten, so ist das Thema „Rückenleiden“ demnach nicht nur eines der älteren Beschäftigten. Schmerzen im Schulter-Nackengebiet sowie Kopfschmerzen werden von den unter 25-Jährigen an nächster Stelle genannt. Hier könnte ein Ansatzpunkt für gesundheits-sportliche Präventionsangebote, z.B. Ausgleichsübungen im Berufsschulsport, liegen.

Auch in der IKK-Befragung wurden die Auszubildenden nach der Einschätzung ihres Gesundheitszustandes gefragt. Dabei ist der Anteil derjenigen, die sich selbst einen guten Gesundheitszustand attestierten, von Ausbildungsjahr zu Ausbildungsjahr geringer geworden (von 69% im ersten Ausbildungsjahr auf 55% im vierten Ausbildungsjahr). Parallel dazu hat der Anteil derjenigen zugenommen, die öfter als einmal beim Arzt waren (von 49% auf 63%) oder öfter als einmal

krankgemeldet waren (von 29% auf 53%). In der Tendenz ähnliche Ergebnisse haben sich z.B. auch bei der Befragung von Auszubildenden in Berlin und Nordrhein-Westfalen ergeben.

Umso bedenklicher ist es, dass Auszubildende häufig ihre sportlichen Freizeitaktivitäten aufgeben, u.a. auch weil ihnen die Zeit dazu fehlt oder sie sich nach der Arbeit dazu zu erschöpft fühlen (weitere Gründe sind z.B. Änderungen des Freizeitverhaltens im jungen Erwachsenenalter). Auch bei den Brandenburger Auszubildenden sind der IKK-Befragung zufolge solche Tendenzen zu erkennen. Ein Teil der Auszubildenden greift stattdessen auf Alkohol und Rauchen als „Entspannungsmittel“ zurück, um mit Ärger und Stress im Beruf fertig zu werden (zum Thema Sucht und Drogen bei Jugendlichen siehe Kapitel 7.4). Im Rahmen einer vom Land geförderten Initiative zur betrieblichen Suchtprävention wurde daher im letzten Jahr das Thema „Ausbildung und Sucht“ aufgegriffen, dies sollte fortgesetzt und intensiviert werden.

## Was ist zu tun?

- Die Verbesserung der Gesundheit junger Arbeitnehmer/innen kann nicht kurzfristig und allein mit zentral gesteuerten Interventionsprogrammen bewerkstelligt werden. Dazu wirken hier zu viele Faktoren in einer komplexen, schwer überschaubaren und schwer beeinflussbaren Weise zusammen. Der Landesarbeitskreis „Arbeit und Gesundheit“ beim Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen hat daher gemeinsam mit dem Ministerium für Jugend, Berufsbildung und Sport, den Krankenkassen, Unfallversicherungsträgern und weiteren Akteuren eine Landesinitiative „Gesundheit und Ausbildung“ ins Leben gerufen. Ziel ist es, durch die Beteiligung möglichst vieler Akteure auf möglichst viele Aspekte dieses heterogenen Problemkomplexes Einfluss nehmen zu können.
- Eine zentrale Rolle kommt dabei u.E. der beruflichen Bildung zu. Neben der Vermittlung von Wissen muss insbesondere auch die Reflexion subjektiver Belastungserfahrungen gefördert werden. Die Auszubildenden müssen in die Lösung der Probleme einbezogen werden, sie dürfen nicht nur als Objekt von Expertenvorschlägen vorkommen. Die Tatsache, dass sich viele Auszubildende undurchschaubaren gesellschaftlichen Kräften ausgeliefert fühlen, ist schließlich Teil des zu lösenden Problems.

## 8 Anhang

### 8.1 Erläuterung zu einzelnen Befunden und zur Datenqualität

Zur Erläuterung, was im Einzelnen in Kap. 6.3 unter den Bezeichnungen der medizinisch relevanten Befunde zu verstehen ist, 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 Untersuchungsdurchführung und -dokumentation. Das in Brandenburg verwendete Klassifikationssystem für Befunde wird in ähnlicher Form auch in Berlin einge-

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

Seit 2000 arbeitet ein Fachausschuss am Gesundheitsministerium an einer Überarbeitung der Funktionsdiagnostischen Tabellen. Zu dieser Arbeitsgruppe gehören Mitarbeiter der Gesundheitsämter, des Landesgesundheitsamtes, des Gesundheitsministeriums sowie weitere Fachexperten. Ziel ist eine zeitgemäße Erneuerung und die Erarbeitung eindeutiger Anweisungen zur Erhebung und Dokumentation von Befunden.

#### Medizinisch relevante Befunde

##### Einschränkungen im Sehen und Hören

- Refraktionsanomalien (Kurz- und Weitsichtigkeit; Funktionsgruppen 1, 2 und 3)
- Schielen (Funktionsgruppen 1, 2 und 3)
- Amblyopie (Sehschwäche; Funktionsgruppen 1, 2 und 3)
- Störungen des Farbensinns (Funktionsgruppe 1)
- ein-/beidseitige Hörstörungen (Funktionsgruppen 1, 2 und 3)
- Mittelohrentzündung (Funktionsgruppen 1, 2 und 3)

##### Allergien

- allergischer Schnupfen (Funktionsgruppen 1 und 2)
- Neurodermitis (Funktionsgruppen 1, 2 und 3)
- Asthma bronchiale (Funktionsgruppen 1, 2 und 3)
- allergische Augenentzündung (Funktionsgruppen 1 und 2)

##### Adipositas

- Adipositas ermittelt durch das Referenzsystem von Cole et al. (2000)

## Störungen des Knochenapparates und Stützsystems

- Haltungsverfall (Funktionsgruppe 2)
- Kyphose (Verbiegung der Wirbelsäule nach hinten; Funktionsgruppen 1, 2 und 3)
- Erkrankungen und Fehlbildungen der Gliedmaßen (X- und O-Beine, Hohlknie, Schäden und Fehlbildungen der Hüfte; Funktionsgruppen 1, 2 und 3)
- Erkrankungen und Fehlbildungen des Brustkorbes (Funktionsgruppen 1, 2 und 3)

## Entzündliche Erkrankungen der Haut

- Akne juvenelis (Funktionsgruppen 2 und 3)
- sonstige Hauterkrankungen und -erscheinungen (Funktionsgruppen 1, 2 und 3)

## Endokrine Störungen

- Struma, Schilddrüsenfunktionsstörungen (Funktionsgruppen 1, 2 und 3)
- Menstruationsstörungen (Funktionsgruppe 2)
- Diabetes mellitus (Funktionsgruppen 1, 2 und 3)

## Psychische Störungen und Erkrankungen

- emotionale und soziale Störungen (Funktionsgruppen 1, 2 und 3)
- Einnässen (Funktionsgruppen 1 und 2)
- psychomotorische Störungen, Wahrnehmungsstörungen, Teilleistungsschwäche (Funktionsgruppen 1, 2 und 3)
- sonstige psychiatrische Störungen (Funktionsgruppen 1, 2 und 3)

## Zerebral primär neurologisch bedingte Störungen (Funktionsgruppen 1, 2 und 3)

- geistige Leistungsschwäche
- zerebrale Anfallsleiden und Bewegungsstörungen

## Chronische Kopfschmerzen (Funktionsgruppen 1 und 2)

## Bluthochdruck (Funktionsgruppen 1, 2 und 3)

## Erkrankungen der Bauchorgane (Funktionsgruppen 1, 2 und 3)

- Erkrankungen der Nieren- und Harnwege
- Erkrankungen der Geschlechtsorgane

### Zur Datenqualität der Befunde

Probleme der Datenqualität wurden in der Vorbereitung dieses Reports in ausführlichen Diskussionen und Workshops mit Mitarbeitern der Gesundheitsämter und Fachleuten erörtert. Daraus wurde der Schluss gezogen, dass die Datenqualität für eine Auswertung im zeitlichen und kommunalen Vergleich nicht in allen Bereichen ausreicht. Ob sich die Gesundheit der Jugendlichen während der vergangenen Jahre verändert hat, können wir daher anhand unserer Daten nur bedingt bestimmen. Eine Reihe von Gründen spricht allerdings dafür, dass sich die Datenqualität in den vergangenen Jahren deutlich verbessert hat:

- Die Mitarbeiter im KJGD werden kontinuierlich in der Befunddiagnostik fortgebildet.
- Die Einführung der EDV-Dokumentation hat zu einer vollständigeren Erfassung von Befunden beigetragen.
- Die Ärzte haben inzwischen mehr Erfahrung in der Handhabung der Funktionsdiagnostischen Tabellen.
- In einzelnen Gesundheitsämtern wurde mit einer Art ärztlicher Qualitätszirkel begonnen, um die Gültigkeit und Vergleichbarkeit der erhobenen Daten systematisch zu verbessern.

An vielen Stellen des vorliegenden Reports haben wir auf Ergebnisse anderer Studien hingewiesen, um die Ergebnisse für das Land Brandenburg in einen Zusammenhang zu stellen. Allerdings gibt es nach wie vor wenige breit angelegte Untersuchungen, die für die Schätzung von Befund- bzw. Krankheitshäufigkeiten im Jugendalter geeignet sind.

### 8.2 Ziele der WHO für junge Menschen

#### ZIEL 4 - GESUNDHEIT JUNGER MENSCHEN (bis zum Alter von 18 Jahren)

Bis zum Jahr 2020 sollten sich junge Menschen in der Region einer besseren Gesundheit erfreuen und besser in der Lage sein, ihre Rolle in der Gesellschaft zu übernehmen.

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- 4.1 Kindern und Jugendlichen sollten bessere „Lebensfertigkeiten“ und die Fähigkeit vermittelt werden, sich für eine gesunde Lebensweise zu entscheiden.
- 4.2 Mortalität und Behinderungen aufgrund von Gewalteinwirkung und Unfällen sollten bei jungen Menschen mindestens um 50% reduziert werden.
- 4.3 Der Anteil junger Menschen, die eine gesundheitsschädigende Lebensweise entwickelt haben, indem sie Drogen, Tabak und Alkohol konsumieren, sollte erheblich verringert werden.
- 4.4 Die Häufigkeit von Schwangerschaften bei Minderjährigen sollte mindestens um ein Drittel reduziert werden.

Dieses Ziel lässt sich erreichen, wenn:

- die Mitgliedstaaten geeignete Maßnahmen und Strukturen schaffen, um Kinder, die schwachen Mitglieder der Gesellschaft, wie im Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes ausgeführt, zu schützen;

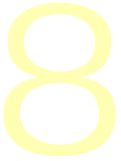
- die Politik die Schaffung eines stützenden und sicheren natürlichen, sozialen und wirtschaftlichen Umfelds erleichtert und damit die gesunde Entscheidung zur leichten Entscheidung macht;
  - alle politischen Entscheidungen, die den öffentlichen Sektor betreffen, überprüft werden, um ihre Auswirkung auf die Gesundheit von Kindern und Heranwachsenden, deren Familien und Betreuer abzuschätzen;
  - die Bildungs- und Beschäftigungspolitik den Zugang junger Menschen zu einem optimalen Bildungsniveau sowie zum Arbeitsmarkt erleichtert;
  - das Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen zusammenarbeiten, um den Ursachen für ein schlechtes Selbstbild unter jungen Menschen entgegenzuwirken, um die Kompetenz junger Menschen, stressreiche Lebensereignisse zu bewältigen und soziale Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, zu stärken, auf ihre psychosozialen Erfordernisse einzugehen und marginalisierte junge Menschen erreichen zu können;
  - die Mitgliedstaaten den Zugang zu Maßnahmen sicherstellen, durch die nicht geplante Elternschaften vermieden werden können, was die Aufklärung und Unterstützung junger Menschen einschließt;
  - relevante Forschungs- und Evaluationsinstrumente angewendet werden, um regelmäßig den Gesundheitszustand von Kindern und Heranwachsenden, einschließlich ihrer emotionalen Gesundheit, zu beurteilen.
- aus: Gesundheit 21. Gesundheit für Alle im 21. Jahrhundert für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe, Nr. 5, WHO, 1998.

### 8.3 Literatur

- AOK (2001). AOK für das Land Brandenburg: Unveröffentlichte Sonderauswertung, Teltow.
- BA (1996 - 2000). Statistische Angaben der Bundesanstalt für Arbeit für September 1996 - 2000.
- Bergmann, K. E. & Mensink, G.B.M. (1999). Körpermaße und Übergewicht. Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2, S. 115-120.
- BIBB/IAB (2000). Bundesinstitut für Berufsbildung: Unveröffentlichte Sonderauswertung. Bonn.
- Buchmann, U. (2000). Der Krankenstand von Auszubildenden im Land Brandenburg. In Landesarbeitskreis Arbeit und Gesundheit (Hg.). Gesundheit und Ausbildung im Land Brandenburg. Potsdam: Landesarbeitskreis Arbeit und Gesundheit beim Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg.
- Bundeskriminalamt (2000). Polizeiliche Kriminalstatistik 1999 - Bundesrepublik Deutschland. <http://www.bka.de/pks/pks1999>.
- Bundesministerium der Verteidigung (1997). Körperfehler bei Musterungsuntersuchungen. Beiträge zur Wehrmedizinischen Statistik, Heft 92.
- Bundesministerium der Verteidigung (2000). Körperfehler bei Musterungsuntersuchungen (unveröffentlichtes Manuskript).
- Bundesministerium für Gesundheit (2000). Statistisches Taschenbuch Gesundheit. Bonn: BMG.
- BZgA (2001). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.F. & Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. British Medical Journal 320, S. 1-6.
- Daum, U., Matzat, J. & Moeller, M. (1982). Selbsthilfegruppen für chronisch Kranke. In Beckmann, D., Davies-Osterkamp, S. & Scheer, J. (Hg.). Medizinische Psychologie. Forschung für Klinik und Praxis. Berlin: Springer.
- Deutsche Shell (Hg.) (2000). Jugend 2000. 13. Shell Jugendstudie. Opladen: Leske + Budrich.
- DJI/IFK (1998). Lebenslagen und Perspektiven junger Menschen in ländlichen Regionen des Landes Brandenburg. DJI Arbeitspapier 1-145. Deutsches Jugendinstitut (DJI) und Institut für angewandte Familien-, Kindheits- und Jugendforschung (IFK). München: Deutsches Jugendinstitut.



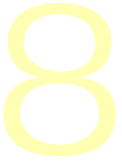
- Ellsäßer G., & Diepgen, T.L. (2001). Atopische Erkrankungen und soziale Lage bei Einschulungskindern im Land Brandenburg - Trendanalyse 1994-2000. Zeitschrift für Kinderheilkunde (im Druck).
- Ellsäßer, G. (1998). Daten für Taten. Fakten zur Prävention von Kinderunfällen. Forum Unfallprävention im Deutschen Grünen Kreuz. Marburg.
- Ellsäßer, G., & Berfenstam, R. (2000). International comparisons of child injuries and prevention programs: recommendations for an improved prevention program in Germany. *Injury Prevention* 6, S. 41-45.
- Ellsäßer, G., Diepgen, T.L. (2000). Epidemiologische Analyse von Sturzunfällen im Kindesalter (<15Jahren) in Deutschland. Gutachten im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft für Kindersicherheit. Bonn.
- Europäische Kommission (2000). Bericht über die gesundheitliche Situation der jungen Menschen in der Europäischen Union. Luxemburg: Europäische Kommission, Direktion F - Öffentliche Gesundheit.
- Freitag M. & Hurrelmann, K. (1998). Epidemiologie des Alkoholgebrauchs bei Kindern und Jugendlichen, *psycho* 24, S. 54-65.
- Geiger L. & Künzel W. (1995). Kariesprävalenz und Sanierungsgrad deutscher und ausländischer Schulkinder in Bielefeld 1994, *Oralprophylaxe* 17, S. 12-16.
- Henter A. (2001). Unfälle in Heim und Freizeit im Kindes- und Jugendalter 1996. Sonderauswertung, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund.
- Herrmann-Kunz, E. (1999). Häufigkeit allergischer Erkrankungen in Ost- und Westdeutschland. *Das Gesundheitswesen* 61, Sonderheft 2, S. 100-105.
- Herrmann-Kunz, E. (2000). Verbreitung allergischer Krankheiten in Deutschland. *Umweltmedizinischer Informationsdienst* 4/2000, S.10-18.
- Hetzer, G., Irmisch B., Geiger, L. Kinze H. (1995). Zur Entwicklung des Kariesbefalls bei 2- bis 16-jährigen Dresdner Kindern und Jugendlichen, *Oralprophylaxe* 17, S. 142-146.
- Hoepner-Stamos, F. (1995). Prävalenz und Ätiologie chronischer Krankheiten. In: P. Kolip, K. Hurrelmann & P.E. Schnabel (Hg.). *Jugend und Gesundheit*. Weinheim: Juventa.
- IAB (1998). IAB-Kurzbericht Nr. 14 vom 06.07.1998, Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
- IAB (1999). IAB-Kurzbericht Nr. 10 vom 27.08.1999, Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
- Jugendamt Frankfurt (Oder). (2000). Jugendliche in Frankfurt (Oder). Frankfurt (Oder): Stadtverwaltung.



## Anhang

- Junge, B. (1999). Tabak-Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.). Jahrbuch Sucht 2000. Geesthacht: Neuland-Verlag.
- Kolip, P., Nordlohne, E. & Hurrelmann, K. (1995). Der Gesundheitssurvey 1993. In: P. Kolip, K. Hurrelmann, P.-E. Schnabel (Hg.) Jugend und Gesundheit. Weinheim: Juventa.
- Künzel, W. & Möller M. (1996). Präventionsbedingter Kariesrückgang in der jugendlichen Population Erfurts - ein Achtjahresvergleich. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 51, S. 28-34.
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (1991-2000). Statistische Jahrbücher des Landes Brandenburg. Potsdam: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg.
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (1999). Statistische Berichte: Sozialhilfe im Land Brandenburg. Potsdam: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg.
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg und Landesumweltamt Brandenburg (1999). Bevölkerungsprognose für das Land Brandenburg 1998-2015, Teil I. Potsdam.
- Landeskriminalamt Brandenburg (1999). Jugendkriminalität und Jugendgefährdung 1998. Basdorf: LKA Brandenburg.
- Landeskriminalamt Brandenburg (2000). Jugendkriminalität und Jugendgefährdung 1999. Basdorf: LKA Brandenburg.
- Lehmkuhl, G. (1995). Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen Auffälligkeiten. In P. Kolip, K. Hurrelmann & P.E. Schnabel (Hg.). Jugend und Gesundheit. Weinheim: Juventa.
- Marstedt G. (2000). Gesunder Start ins Handwerk. Ergebnisse einer Befragung Auszubildender in Handwerksbetrieben in Brandenburg über Arbeitsbelastungen, Berufswahl und Gesundheit im Auftrag der Innungskrankenkasse Berlin-Brandenburg. Bremen: Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik.
- MASGF (1997). Gesundheit und Arbeitswelt im Land Brandenburg. Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen.
- MASGF (1999a). Einschüler in Brandenburg - Soziale Lage und Gesundheit 1999. Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen.
- MASGF (1999b). Menschen mit Behinderungen 1994 - 1998. Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen.
- MASGF (2000a). Entwicklung von Betrieben und Beschäftigung in Brandenburg. Betriebspanel, 4. Welle. Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen.

- MASGF (2000b). Brandenburger Sozialindikatoren 2000. Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen.
- MBJS (1998). Kinder- und Jugendbericht 1998. Potsdam: Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, Land Brandenburg.
- MBJS (1999). Sportbericht der Landesregierung. Potsdam: Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, Land Brandenburg.
- Mensink, G.B.M. (1999). Körperliche Aktivität. *Das Gesundheitswesen* 61, S.126-131.
- Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport (Hg.). (1999). Arbeitsschutz in Nordrhein-Westfalen, Statusanalyse 1996/97, Düsseldorf.
- Poulsen, S. (1996). Dental caries in Danish children and adolescents 1988 - 94. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 24, S. 282-285.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie (1999). Sächsischer Gesundheitsbericht 1998. Dresden: Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie.
- Scheidt, P., Overbeck, M.D., Wyatt, W. & Aszman, A. (2000). Adolescents general health and wellbeing. In: C. Candace, K. Hurrelmann, W. Setterbulte, R. Smith & J. Todd (Hg.). *Health behavior in school-aged children: a WHO cross-national study (HBSC)*. Kopenhagen: WHO, International Reports.
- Steinhausen, H.C. (1999). Psychiatrie. In: D. Palitzsch, *Jugendmedizin*. München: Urban & Fischer.
- Sturzbecher, D. (2000). Präsentation von Ergebnissen des Projekts „Jugend in Brandenburg“ (unveröffentlichtes Manuskript).
- Sturzbecher, D. (2001). *Jugend in Brandenburg*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Wahn, U. (1996). Sachstand präventiver Maßnahmen: Was wissen wir, was können wir tun? In: Stünzner, W.v., & Giesler, M. (Hg.). *Prävention allergischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- WHO (1998). *Gesundheit 21. Gesundheit für Alle im 21. Jahrhundert für die Europäische Region der WHO*. Europäische Schriftenreihe, Nr. 5. Kopenhagen: WHO.
- Wichmann, H.E. (1996). Neues zur Epidemiologie allergischer Erkrankungen. Sind es die Gene, ist es die Umwelt? *Umweltmedizinische Forschung und Praxis* 2, S. 85-91.
- Wittchen, H.-U., Müller, N, Pfister, H. & Winter, S. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland - Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Das Gesundheitswesen* 61, Sonderheft 2, S. 216-222



## Anhang

Dieser Bericht wurde bearbeitet von:  
Dr. Andreas Böhm, Christiane Bumke, Christa Cartheuser, Dr. Gabriele Ellsäßer, Joseph Kuhn, Karin Lüdecke, Bernd Müller-Senftleben, Gabriele Pust, Michael Ranft, Dr. Gudrun Rojas, Dr. Helmut Solf, Thomas Ungethüm.  
Textkorrektur: Karin Bukowski  
Layout: Sabine Hohlfeld