



LAND
BRANDENBURG

Ministerium für Arbeit,
Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie

!npuncto Gesundheitsschutz



Gesundheit von Schülerinnen und Schülern in Brandenburg

Ausgabe 05/2017

Impressum

Herausgeber:

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
Referat Presse und Öffentlichkeitsarbeit
Henning-von-Tresckow-Str. 2-10
14438 Potsdam
Tel.: 0331/866-5040, Fax: 0331/866-5049
E-mail: presse@masgf.brandenburg.de
Internet: www.masgf.brandenburg.de

Redaktion:

Abteilung Gesundheit im Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit
Wünsdorfer Platz 3, 15806 Zossen
Tel.: 0331/8683 800
Autoren: Dr. Gabriele Ellsäßer, Dr. Christian Friedrich, Bernd Müller-Senffleben, Uta Köhn, Dr. Gudrun Rojas, Martina Schünemann, Karin Lüdecke

Layout und Druck:

LGB (Landesvermessung und Geobasisinformation Brandenburg)

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Brandenburg herausgegeben. Sie ist nicht zum gewerblichen Vertrieb bestimmt. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landes-, Bundestags- und Kommunalwahlen. Missverständlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden wird.

Nachdruck mit Quellenangabe erwünscht. Belegexemplar erbeten.

Inhalt

1.	Einleitung	3
2.	Was sind die kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen?	4
3.	Gesundheit von Schülerinnen und Schülern – vom Schulstart bis zur 10. Klasse	6
3.1.	Fit für den Schulstart	6
3.1.1	Die Schuleingangsuntersuchung	6
3.1.2	Gesundheitliche Einschränkungen der Einschulungskinder zum Schulbeginn 2015	7
3.1.3	Wie viele Einschulungskinder wurden im letzten Jahr vor Schulbeginn medizinisch-therapeutisch bzw. heilpädagogisch versorgt?	10
3.1.4	Welchen Bedarf an Förderung stellt der KJGD zum Schulbeginn fest?	11
3.1.5	Welche Kinder bedürfen einer besonderen Fürsorge?	12
3.1.6	Wie ist der Impfschutz und die Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen bei den Kindern?	15
3.2.	Fit für die Ausbildung	16
3.2.1	Die jugendärztliche Untersuchung in 10. Klassen	16
3.2.2	Wie gesund sind die untersuchten Jugendlichen in den 10. Klassen?	17
3.2.3	Wie ist die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler an den verschiedenen Schulformen?	19
3.2.4	Welcher Behandlungsbedarf besteht bei Jugendlichen in 10. Klassen?	20
3.2.5	Wie ist der Impfschutz bei Jugendlichen in 10. Klassen?	24
3.2.6	Wie häufig sind gesundheitliche Einschränkungen mit Auswirkung auf Tätigkeiten in der Ausbildung?	26
3.3.	Wie sieht die gesundheitliche Entwicklung während der Schulzeit aus?	27
3.3.1	Entwicklung verschiedener Krankheiten – Einschulungskinder 2005 und später in 2015	27
3.3.2	Entwicklung der Mundgesundheit	28
3.4	Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Impfschutz	34
3.5	Verletzungen durch Unfälle, Gewalt und Selbstverletzungen	35
3.6	Substanzkonsum	38
4.	Was können Schulen zum Erhalt der Gesundheit und der Bewältigung von Krankheiten leisten?	41
4.1	Schule und Gesundheit	41
4.2	Weitere Präventionsbeispiele aus dem Bündnis Gesund Aufwachsen	42
5.	Abkürzungsverzeichnis	49

Der vorliegende Bericht weist zwei Schwerpunkte auf. Einerseits steht die Gesundheit von Kindern im Schulalter im Mittelpunkt. Konkret geht es um den zentralen Zeitraum, den alle Kinder in der Schule verbringen. Grundlage sind die kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes sowie die des zahnärztlichen Dienstes der Gesundheitsämter. Hierfür stehen Daten von der Einschulungsuntersuchung (zum Beginn der Schulzeit) bis zur Schulabgangsuntersuchung bzw. Untersuchung der 10. Klassen zur Verfügung. Die Daten der Kinder aus der Schuleingangsuntersuchung 2006 und der Jugendlichen aus der Schulabgangsuntersuchung im Jahr 2015 erlauben erstmals einen Querschnittsvergleich. Wir können der Frage nachgehen, wie sich die Gesundheit der Kinder über 10 Jahre entwickelt hat.

Der zweite Schwerpunkt knüpft an die Tradition der Brandenburger Gesundheitsberichterstattung an, die Gesundheit im Spiegel der sozialen Verhältnisse zu betrachten. Das heißt hier, dass Gesundheitsdaten zusammen mit den Daten zur sozialen Lage der Familien ausgewertet werden. Es ist nicht überraschend, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien gesundheitlich eher belastet sind als Kinder aus Familien mit mittlerem oder hohem Sozialstatus. Auch im vorliegenden Bericht wird dieser Sachverhalt aufgegriffen und differenziert dargestellt. Allerdings liegt das Neue des Berichtes darin, dass untersucht wird, ob und in welchem Ausmaß die Fördermaßnahmen bevorzugt den Kindern zugutekommen, die gesundheitlich benachteiligt sind. Das heißt, auch bei dieser Frage wird der Zusammenhang von Förder-

maßnahmen und sozialem Status der Familien bewertet. Aber der Bericht bleibt nicht bei den Daten stehen, sondern verbindet diese mit den landesweiten Anstrengungen des Landes, die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen über das Bündnis Gesund Aufwachsen zu fördern.

In diesem 2004 gegründeten Bündnis haben sich Vertreterinnen und Vertreter von knapp 70 Institutionen, Verbänden und Einrichtungen zusammengeschlossen, die für Kinder- und Jugendgesundheit im Land Brandenburg Sorge tragen. Die Mitglieder im Bündnis setzen in fünf Arbeitsgruppen gemeinsam abgestimmte Maßnahmen um (www.buendnis-gesund-aufwachsen.de). Durch eine kontinuierliche intersektorale Zusammenarbeit konnten so passgenauere Präventions- und Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche entwickelt und meist erfolgreich etabliert werden (MUGF 2014)¹.

Die Daten des Robert Koch-Institutes zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zeigen im Zeitverlauf zwischen 2003-2006 und 2009-2012 für Deutschland eine Veränderung des Krankheitsspektrums: Auf der einen Seite eine Abnahme der impfpräventablen Infektionskrankheiten wie Windpocken und Keuchhusten und auf der anderen Seite eine hohe Prävalenz von chronischen Erkrankungen (Neuhauser et al. 2014)².

Die Ergebnisse der Brandenburger Schuleingangsuntersuchungen sowie der Untersuchungen der Jugendlichen in 10. Klassen bzw. Schulabgängerinnen/ Schulabgänger zeigen ähnliche Entwicklungen in Brandenburg.

1 Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (Hrsg.) (2014) 10 Jahre Bündnis Gesund Aufwachsen

2 Neuhauser H et al. (2014) Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland; Bundesgesundheitsbl. 57:779–788

3 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2002) Chronische Erkrankungen im Kindesalter. Ein gemeinsames Thema von Elternhaus, Kindertagesstätte und Schule. Köln

- **Krankheiten** im Kindes- und Jugendalter **werden als „chronisch“ bezeichnet**, wenn eine **länger als sechs Monate** oder lebenslang andauernde **Gesundheitsstörung** vorliegt, die **ärztlich behandelt werden muss** (BZgA 2002)³.

In Brandenburg ist zu beobachten, dass die Häufigkeit chronischer Erkrankungen mit zunehmendem Alter (analog KiGGS) stark zunimmt (2015: Einschulungskinder 13,1 % bzw. Jugendliche der 10. Klasse 30,9 %). Darüber hinaus ist die Rate der chronischen Erkrankungen bei Einschulkindern von 2009 auf 2015 um drei Prozentpunkte angestiegen (von 10,0 % auf 13,1 %). Kinder aus sozial benachteiligten Familien sind um das 2,7fache häufiger von chronischen Erkrankungen

betroffen als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus (siehe frühere Analysen)⁴.

Die gesundheitliche Entwicklung der Schulkinder wird wesentlich von ihren Lebenswelten beeinflusst, aber auch von den Versorgungsangeboten und den Zugangsmöglichkeiten. Die Inklusion von Kindern mit einer Behinderung in Schulen stellt hier eine neue Herausforderung dar.

⁴ In puncto 9/13 (2013) Zur Situation chronisch kranker Kinder und Jugendlicher im Land Brandenburg. Hrsg. Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, Potsdam

Was sind die kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen?

Der Gesetzgeber hat im Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz Kinder und Jugendliche als eine Gruppe ausgewiesen, die größte gesundheits- und sozialpolitische Aufmerksamkeit verdient. Krankheiten und die sozialen Bedingungen beeinflussen die Entwicklung und die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen maßgeblich.

Die kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen verfolgen mehrere Anliegen gleichzeitig:

→ Individualmedizinische Aufgabe (inklusive Beratung)

Hierunter ist insbesondere die ärztliche Untersuchung des einzelnen Kindes hinsichtlich seiner körperlichen und psychischen Entwicklung zu verstehen. Darüber hinaus beraten die untersuchenden Ärztinnen und Ärzte die Kinder bzw. Jugendlichen und ihre Eltern in allen Fragen der gesundheitlichen Förderung. Lehrerinnen und Lehrer werden mit Einverständnis der Eltern in die Beratung mit einbezogen, wenn es sich um Kinder mit besonderen

gesundheitlichen Unterstützungsbedarfen handelt (z.B. visuelle bzw. auditive Hilfen).

→ Bevölkerungsmedizinische (epidemiologische) Ziele

Die kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen liefern wichtige Daten für die Gesundheitsberichterstattung, um gesundheitsrelevante Sachverhalte und Trends aufzuzeigen.

So konnte z.B. die zunehmende Bedeutung chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter festgestellt werden. Darüber hinaus wird der Präventions-, Versorgungs- und Handlungsbedarf bei den untersuchten Kindern und Jugendlichen festgestellt und ermöglicht eine Gesamtbewertung der gesundheitlichen und medizinisch-therapeutischen Versorgung bzw. Förderung der Kinder. Durch räumliche Vergleiche der gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen können Unterschiede zwischen den Landkreisen und

→ Aspekte der kinder- und jugendärztlichen Untersuchung

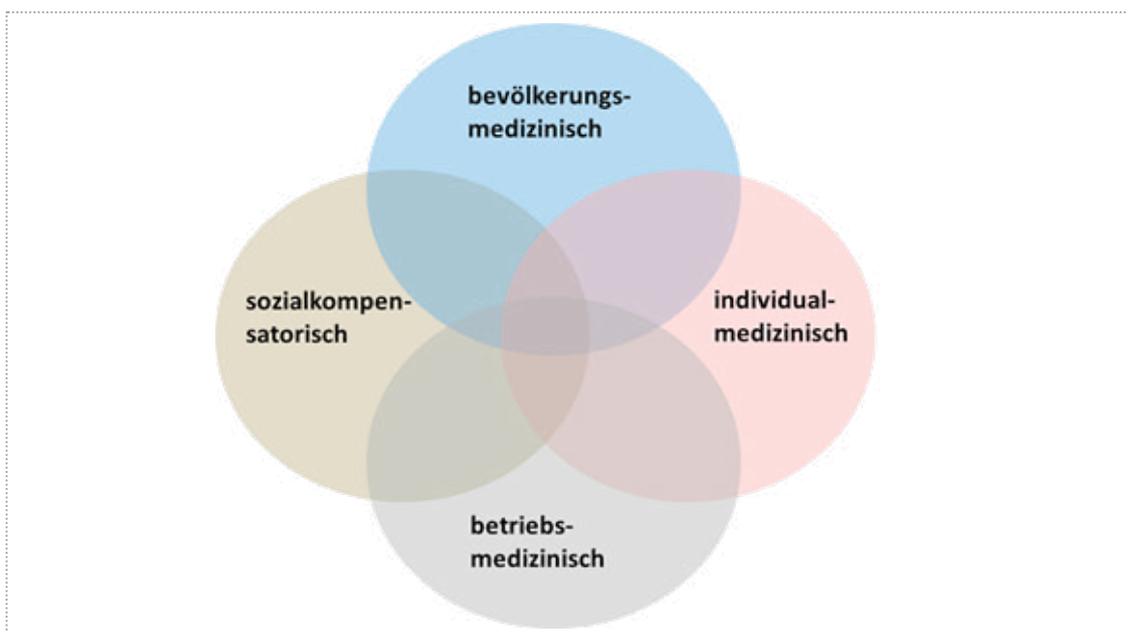


Abb. 1: Aspekte der kinder- und jugendärztlichen Untersuchung

kreisfreien Städten erkannt und spezifische kommunale Handlungsbedarfe identifiziert werden.

→ **Betriebsmedizinische Ziele**

Während der kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen beraten die Ärztinnen und Ärzte des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes zudem zur kindgemäßen Platzgestaltung in der Schule, zu Fragen des Infektionsschutzes, der Unfallverhütung sowie der baulichen und hygienischen Anforderungen, insbesondere bei der Inklusion förderbedürftiger bzw. behinderter Kinder. Bei der Untersuchung der Schulabgängerinnen und Schulabgänger in den 10. Klassen stellt sich zudem die Frage nach gesundheitlichen Einschränkungen mit einer möglichen Auswirkung für die Wahl der beruflichen Ausbildung.

→ **Sozialkompensatorische Wirkung**

Neben der eigentlichen Diagnostik erfüllen die kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen zudem eine wichtige sozialkompensatorische Funktion: Vor dem Hintergrund des Zusammenhangs von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit leisten die kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen in Schulen einen wesentlichen Beitrag zur Prävention durch die frühzeitige Identifikation von Kindern mit Präventions- und Förderbedarf unabhängig von ihrer sozialen Herkunft.

Das Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg beinhaltet die Leitlinien zur landesweiten einheitlichen systematischen Durchführung und standardisierten Dokumentation der Untersuchungen. Zu

jedem Befund gehören Definitionen und Operationalisierungen, einschließlich Untersuchungsstandard bzw. Screening-Verfahren. Dieses Vorgehen ermöglicht verlässliche Aussagen zur Gesundheit und medizinischen bzw. präventiven Versorgung der Brandenburger Schülerinnen und Schüler in Form von zeitlichen Trends und regionalen Vergleichen (siehe www.gesundheitsplattform.brandenburg.de).

Darüber hinaus werden im sozialpädiatrischen Kontext bei der Schuleingangsuntersuchung Angaben zur sozialen Lage der Eltern (nach Schulbildung und Erwerbsstatus, getrennt für Vater und Mutter) direkt durch die Ärztinnen und Ärzte erhoben und dokumentiert. Für die Analyse der Befundergebnisse wurde von Anfang an durch das Landesgesundheitsamt⁵ ein Sozialindex gebildet (siehe „Sozialstatus“ auf www.gesundheitsplattform.brandenburg.de). Auf der Grundlage dieses Sozialindexes kann festgestellt werden, ob sich die Gesundheit der Kinder bezogen auf die soziale Lage der Familien unterscheidet, wie sich dies im Zeitverlauf entwickelt hat und welche Handlungsbedarfe sich daraus ableiten lassen.

⁵ Das damalige Landesgesundheitsamt ist seit 2016 die Abteilung Gesundheit im Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit

Gesundheit von Schülerinnen und Schülern – vom Schulstart bis zur 10. Klasse

3.1 Fit für den Schulstart

3.1.1 Die Schuleingangsuntersuchung

Die Schuleingangsuntersuchung umfasst eine ausführliche Untersuchung und eine weitreichende Anamnese nicht nur zu akuten gesundheitlichen Problemen, sondern auch zur Entwicklung und Versorgung des Kindes.

Die Schuleingangsuntersuchung besteht insgesamt aus einem standardisierten Elternfragebogen, einem sozialpädiatrischen Entwicklungsscreening und einer anschließenden umfangreichen kinderärztlichen Untersuchung. Im Elternfragebogen werden demographische Daten erhoben (Alter, Geschlecht, Muttersprache des Kindes), Fragen zur Betreuungsdauer des Kindes in einer Kindertagesstätte gestellt, zu körperlichen und psychischen Erkrankungen bzw. Behinderungen des Kindes, zu Verhaltensauffälligkeiten und zu seiner medizinisch-therapeutischen Versorgung bzw. Förderung. Durch die Teams des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes wird zudem das Seh- und Hörvermögen überprüft, Körpergröße und -gewicht gemessen, der Impfstatus überprüft und die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen dokumentiert. In einem anschließenden Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS)⁶ wird die altersgerechte Sprachentwicklung, die visuelle Wahrnehmung, die Aufmerksamkeit und das Mengenverständnis des Kindes im Sinne schulischer Vorläuferfähigkeiten bewertet. Darüber hinaus wird festgestellt, ob die Motorik (Körperkoordination/ Balance/ Kraft) altersgemäß entwickelt ist. Liegt ein Befund vor, so wird festgehalten, ob sich das Kind bereits in ärztlicher und/oder therapeutischer Behandlung befindet, ob eine ärztliche

Behandlungsempfehlung notwendig ist oder ob eine erhebliche Leistungsbeeinträchtigung vorliegt. Da Entwicklungsstörungen zu den häufigsten Gesundheitsproblemen bei Kindern dieser Altersgruppe gehören, wird eine detaillierte Beurteilung der schulrelevanten Teilleistungsbereiche vorgenommen, die Bestandteil der schulärztlichen Stellungnahme ist.

3.1.2 Gesundheitliche Einschränkungen der Einschulungskinder zum Schulbeginn 2015

Die folgende Analyse der Gesundheit von Einschulkindern bezieht sich auf die Schuleingangsuntersuchung 2015. Insgesamt wurden 23.826 Kinder mit einem Durchschnittsalter von 6,0 Jahren untersucht, darunter 12.612 Jungen (52,9 %) und 11.214 Mädchen (47,1 %). Die Befundergebnisse werden in ihren Prozentanteilen auf die Gesamtzahl der untersuchten Kinder bezogen. Da die soziale Lage der Familien einen erheblichen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung der Kinder hat, wird dieser Zusammenhang bei den Befunden mit thematisiert.

Zahlreiche körperliche und psychische Befunde wurden festgestellt, die einen Einfluss auf den Schulalltag bzw. den Bildungsweg haben können (Tabelle 1).

Körperliche Befunde stellen mit 42,6 % die häufigsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen dar, wobei Allergien (19,1 %) und kontrollbedürftige Sehfehler (11,9 %) den größten Anteil ausmachen. Die körperlichen Befunde, ausgenommen Allergien, sind bei Kindern aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus stärker ausgeprägt als bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus.

⁶ Daseking M, Oldenhage M, Petermann F, Waldmann, HC (2009) Die Validität der Sprachskala des SOPESS unter Berücksichtigung der Erstsprache. Gesundheitswesen 71: 663-668.

Daseking, M., Petermann F, Röske D, Trost-Brinkhues, Simon G, Oldenhage M (2009) Entwicklung und Normierung des Einschulungsscreenings SOPESS. Gesundheitswesen 71: 648-655

Tabelle 1: Einschulungskinder 2015 mit medizinischen Befunden¹ nach Geschlecht				
	Insgesamt	Jungen	Mädchen	
	N= 23.826	12.612	11.214	
Kinder mit mindestens einem medizinischen Befund	62,8 %	67,7 %	57,2 %	
Kinder mit zwei oder mehr medizinischen Befunden	35,3 %	41,2 %	28,6 %	
Körperliche Erkrankungen	42,6 %	44,4 %	40,6 %	
darunter				
kontrollbedürftige Sehfehler	11,9 %	12,6 %	11,2 %	
Hörstörungen	6,4 %	6,3 %	6,6 %	
Atopische Erkrankungen	19,1 %	21,0 %	16,8 %	
Funktionseinschränkungen des Stütz- und Bewegungsapparates	6,1 %	6,7 %	5,4 %	
Erkrankungen der Nieren und Harnwege	0,7 %	0,8 %	0,6 %	
Adipositas	3,6 %	3,4 %	3,9 %	
Erhebliches Untergewicht	3,4 %	3,3 %	3,6 %	
Sonstige Befunde	3,0 %	3,1 %	3,0 %	
Psychische Störungen	12,2 %	15,4 %	8,6 %	
darunter				
emotionale/ soziale Störungen	7,7 %	9,8 %	5,4 %	
Einnässen	3,2 %	4,0 %	2,3 %	
Aufmerksamkeitsdefizite/ Hyperaktivität (ADS/ADHS)	2,4 %	3,4 %	1,4 %	
Intelligenzminderung	1,3 %	1,5 %	1,0 %	
Schulrelevante Entwicklungsstörungen	33,4 %	39,4 %	26,8 %	
darunter:				
Sprach-, Sprechstörungen	22,0 %	25,0 %	18,6 %	
Visuelle Wahrnehmungsstörungen	10,2 %	12,3 %	7,8 %	
Störungen der Feinmotorik	15,7 %	20,1 %	10,9 %	
Bewegungsstörungen	6,7 %	9,3 %	3,8 %	
Allgemeine Entwicklungsstörungen	9,1 %	11,0 %	6,9 %	

* Quelle: Schuleingangsuntersuchung LAVG, Abt. Gesundheit 2016

¹ Die Definition der medizinischen Befunde ist im Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg ausführlich beschrieben (www.gesundheitsplattform.brandenburg.de)

Schulrelevante Entwicklungsstörungen mit einem Anteil von 33,4 % an allen untersuchten Kindern bilden die zweithäufigste Befundgruppe. Die Geschlechterdifferenz ist bei den schulrelevanten Entwicklungsstö-

rungen besonders stark ausgeprägt: Jungen 39,4 % vs. Mädchen 26,8 %.

Sprach- und Sprechstörungen sind mit 22,0 % (Jungen 25,0 % und Mädchen 18,6 %)

die häufigste Entwicklungsbeeinträchtigung. Der hohe Anteil von Kindern mit Sprach- und Sprechstörungen bedeutet eine besondere Herausforderung für die Schulen, da diese Kinder ein erhebliches Risiko haben, eine Lese- und/oder Rechtschreibschwäche zu entwickeln. Zudem weisen wissenschaftliche Studien darauf hin, dass Sprachstörungen einen erheblichen Einfluss auf den Bildungserfolg und die Ausbildung im weiteren Lebensverlauf zeigen. Da die Sprachentwicklung im Alter von 4 Jahren bereits abgeschlossen ist, besteht hier ein hoher präventiver Handlungsbedarf bereits in der frühen Kindheit.

Bei den schulrelevanten Entwicklungsstörungen sind die sozial bedingten Unterschiede bei den Befundhäufigkeiten der Einschulungskinder besonders ausgeprägt. Während jedes zweite Kind aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus mindestens einen solchen Befund zeigte, war es in Familien mit hohem Sozialstatus nur jedes fünfte Kind.

2015 wurde bei 6,7 % aller Einschulungskinder eine Bewegungsstörung festgestellt. Jungen waren mehr als doppelt so häufig betroffen wie Mädchen. Im Zeitraum von 2005 bis 2015 ist zudem bei Jungen eine starke Zunahme von Bewegungsstörungen von 5,7 % auf 9,3 % zu beobachten. Die soziale Lage der Familien wirkt sich auch hier stark auf das Risiko aus, eine Bewegungsstörung zu entwickeln. Kinder aus bildungsfernen Familien waren in 2015 dreimal so häufig betroffen wie ihre Altersgenossen aus bildungsnahen Familien (13,9 % vs. 3,8 %). Diese ungleiche Entwicklung nimmt seit Jahren zu und die Schere zwischen niedrigem und hohem Sozialstatus geht immer weiter auf - siehe hierzu www.gesundheitsplattform.brandenburg.de.

Um Kinder unabhängig von ihrer sozialen Ausgangslage zu unterstützen und in ihrer unmittelbaren Lebenswelt zu fördern, ist Schule ein guter Ort. Daher wurde in 2015

in einer gemeinsamen Kooperation zwischen dem Bildungs- und Gesundheitsministerium bzw. Landesgesundheitsamt in Zusammenarbeit mit der Universität Potsdam, Prof. Granacher, das Projekt „activityschool“ entwickelt, das eine frühe Bewegungsförderung der Kinder in Schule und parallel in ihrem Lebensalltag zu Hause zum Ziel hat (siehe Kapitel 4).

Bei jedem achten Kind wurde eine chronische körperliche bzw. psychische Erkrankung festgestellt. Diese Kinder bedürfen besonderer Aufmerksamkeit und zum Teil auch gesundheitlicher Betreuung während des Schulunterrichts. Zudem treten bei Kindern mit chronischen Erkrankungen wiederholt krankheitsbedingte Ausfallzeiten auf, die eine spezifische individuelle Lernförderung erfordern.

Jedes neunte Kind hatte eine Behinderung bzw. war von einer Behinderung bedroht, definiert nach dem Bezug von sozialrechtlichen Leistungen gemäß §30 SGB IX, bzw. §54ff SGB XII oder §35a SGB VIII. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus waren fast zehnmal so häufig betroffen wie Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus (36,4 % vs. 4,3 %).

● Eine **Behinderung** im Sinne des Sozialrechts (SGB IX § 2) **liegt dann vor**, wenn ein Kind von einer **chronischen Gesundheitsstörung betroffen ist, die zudem mit einer ausgeprägten Funktionsstörung im Bereich der Mobilität, der kognitiven Funktionen, der Sprache oder der Sinnesfunktionen verbunden** ist, durch die seine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wesentlich beeinträchtigt ist. (BZgA 2002).

Zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Kinder und Jugendlichen gehören nicht nur körperliche, sondern auch psychische Befunde. Psychische Störungen können die sozialen Beziehungen, den Bildungserfolg und die Lebensqualität des Kindes/Jugendlichen beeinträchtigen (Hölling et al. 2014)⁷. Insgesamt wiesen 15,4 % der Brandenburger Jungen und 8,6 % der Mädchen zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung 2015 einen psychischen Befund auf. Aufgrund verschiedener Erhebungsmethoden sind Daten zu den psychischen Erkrankungen nur eingeschränkt (z.B. Arzt diagnose ADHS) mit den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys vergleichbar.

Der KJGD führt Kinder mit bisher nicht erkannten gesundheitlichen Bedarfen der medizinischen Regelversorgung zu

Insgesamt wurde bei den Kindern mit einer schulelevanten Entwicklungsstörung in

33,0 % der Fälle eine fachärztliche Behandlungsempfehlung ausgestellt, bei Kindern mit psychischen Störungen in 24,6 % und mit einer allgemeinen Entwicklungsstörung in 19,2 % der Fälle. Dies zeigt, wie wichtig die Einschulungsuntersuchung ist, um bisher nicht medizinisch versorgte Kinder einer Behandlung zuzuführen.

3.1.3 Wie viele Einschulungskinder wurden im letzten Jahr vor Schulbeginn medizinisch-therapeutisch bzw. heilpädagogisch versorgt?

In den letzten 12 Monaten vor Schulbeginn waren insgesamt 7.470 der 23.826 Kinder in einer Förderung (medizinisch-therapeutische bzw. heilpädagogische Frühförderung). Dies entspricht einem Anteil von 31,4 %. Hinsichtlich der Förderung existiert ein starker sozialer Gradient. So ist mehr als ein doppelt so hoher Anteil von Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus (50,7 %) in Förde-

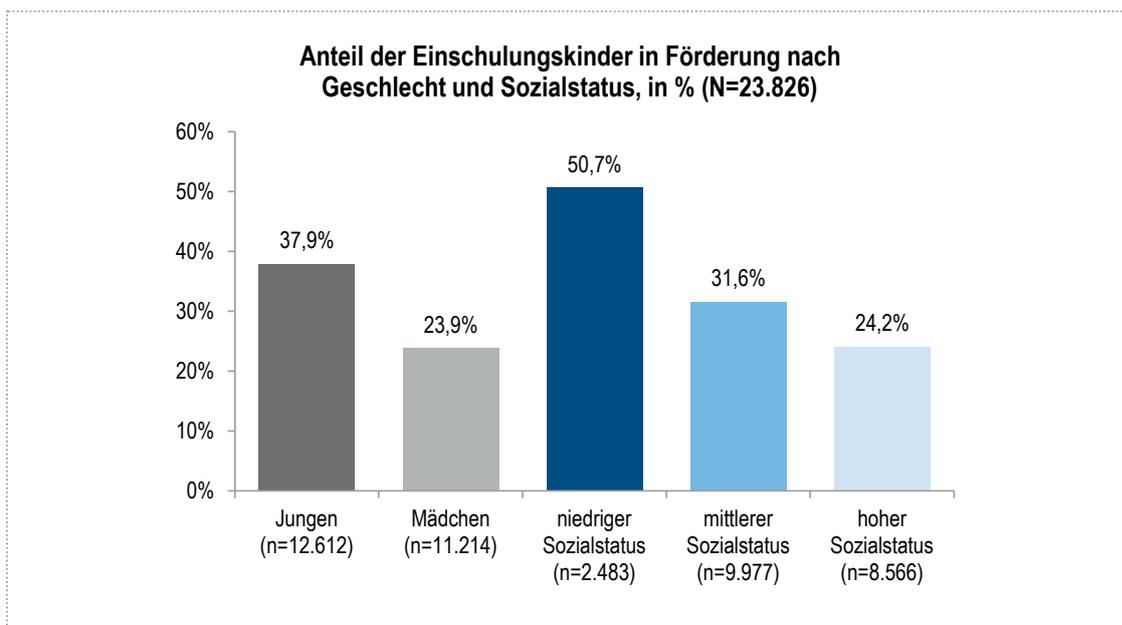


Abb. 2: %-Anteil der Einschulungskinder in Förderung nach Geschlecht und Sozialstatus; Quelle: Schuleingangsuntersuchung LAVG, Abt. Gesundheit 2016

7 Hölling H et al. (2014) Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012), Bundesgesundheitsbl. 57: 807-810

rung gewesen als von Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus (24,2 %).

Ambulante medizinisch-therapeutische Maßnahmen wie Logopädie, Physiotherapie oder Ergotherapie wurden bei 27,1 % der Kinder in den letzten 12 Monaten vor der Einschulung durchgeführt. Diese Maßnahmen wurden bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus häufiger verordnet als bei Gleichaltrigen aus Familien mit hohem Sozialstatus, was mit den höheren Befundraten zusammenhängt. Entsprechend häufiger werden Frühförder- und Beratungsstellen, sozialpädiatrische Zentren sowie Integrationskitas von Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus in Anspruch genommen.

Die Häufigkeit der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen erlaubt jedoch noch keine Aussage über die bedarfsgerechte Versorgung der Kinder in den verschiedenen Sta-

tusgruppen, da Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus deutlich höhere Befundraten zeigen (ausgenommen Allergien) als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus. Eine genauere Aussage erlaubt hier eine Analyse bezogen auf die logopädische Behandlung bei Sprach- und Sprechstörungen, da dies eine spezifische Maßnahme bei diesem Befund darstellt. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus hatten 3,3mal so häufig Sprach- und Sprechstörungen wie Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus (43,9 % vs. 13,2 %). Insofern wäre zu erwarten, dass bei diesen Kindern auch deutlich häufiger Logopädie von den niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten verordnet wurde. Das Gegenteil ist der Fall. Die Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus und einer Sprach- und Sprechstörung waren häufiger vor der Einschulung in logopädischer Behandlung als Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus (62,8 % vs. 54,5 %).

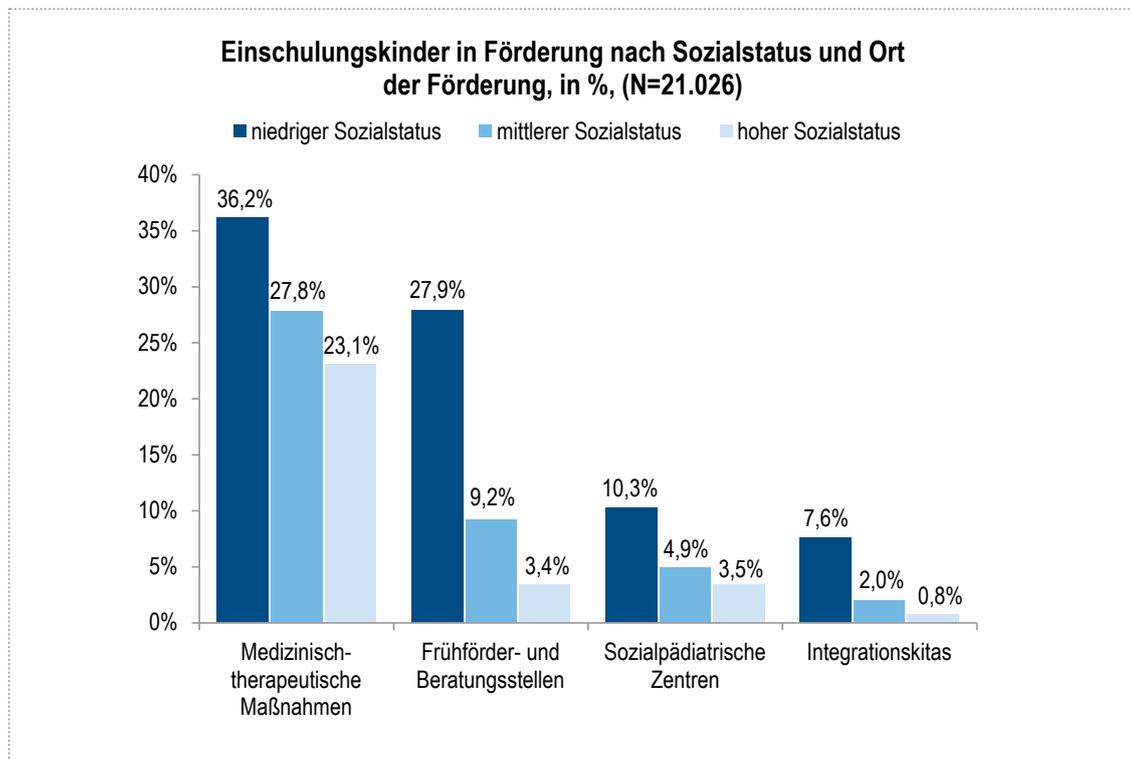


Abb. 3: %-Anteil der Einschulungskinder in Förderung nach Ort der Förderung und Sozialstatus; Quelle: Schuleingangsuntersuchung LAVG, Abt. Gesundheit 2016

3.1.4 Welchen Bedarf an Förderung stellt der KJGD zum Schulbeginn fest?

Insgesamt wurde bei 11,9 % der untersuchten Jungen und 7,8 % der Mädchen ein notwendiger Förderbedarf zum Schulbeginn festgestellt. Dieser Förderbedarf bezieht sich insbesondere auf medizinisch-therapeutische Maßnahmen (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie) bzw. Frühförderung. Der Förderbedarf hängt wieder deutlich vom Sozialstatus der Familie des Kindes ab. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus zeigen einen dreimal höheren Bedarf an Förderung zum Schulbeginn als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus.

Besonders stark ausgeprägt sind die Unterschiede zwischen Kindern aus Familien mit niedrigem vs. mittlerem bzw. hohem Sozialstatus beim dokumentierten Bedarf an einer sonderpädagogischen Förderung zum Schulbeginn: 9,8 % vs. 3,3 % bzw. 1,6 %.

3.1.5 Welche Kinder bedürfen einer besonderen Fürsorge?

Die Kultusministerkonferenz hat in ihren „Empfehlungen zum Förderschwerpunkt „Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler“ bereits 1998⁸ darauf hingewiesen, dass Krankheit, wiederholte Krankenhausaufenthalte und langandauernde chronische Erkrankungen von Schülerinnen und Schülern im Bildungsprozess besonders zu berücksichtigen sind und diesen Kindern gerade durch den Schulunterricht die „Voraussetzung zur Teilhabe an der Gemeinschaft“ zu ermöglichen ist. Daher wird für diese Kinder von der Schule eine individuelle sonderpädagogische Förderung angeboten.

Aus diesem Grund wird in der nachfolgenden Analyse dargestellt, wie viele Kinder bei der Einschulungsuntersuchung bereits eine chronische Erkrankung bzw. einen chronischen

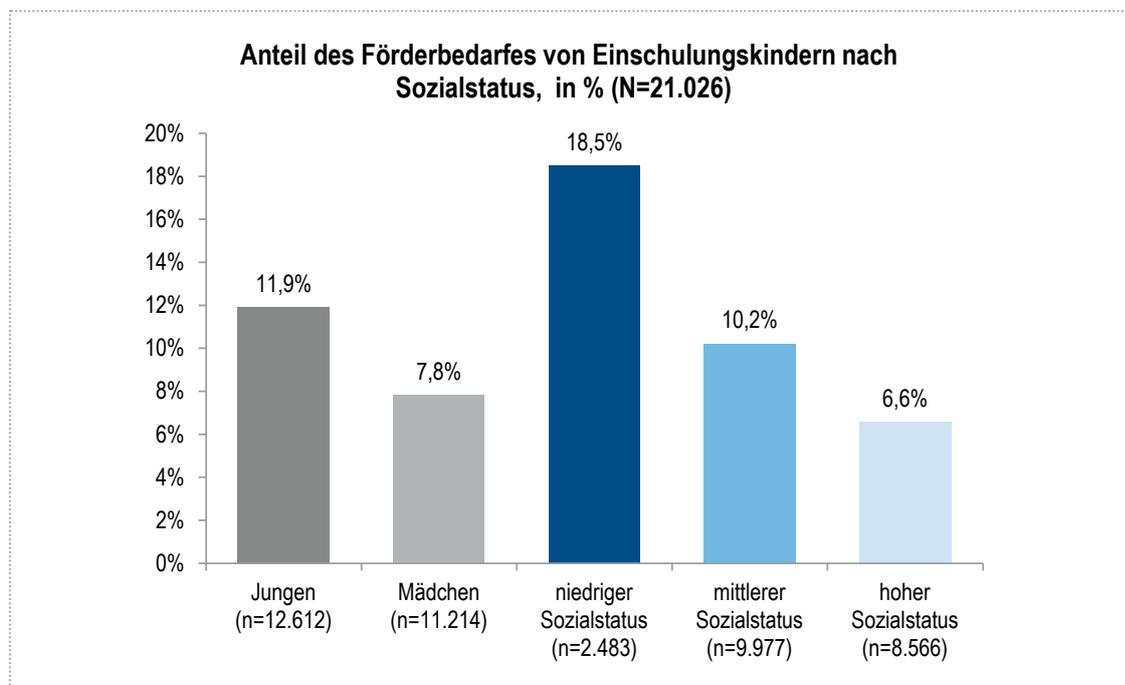


Abb. 4: %-Anteil der Einschulungskinder mit Handlungsbedarf, Förderung nach Geschlecht und Sozialstatus; Quelle: Schuleingangsuntersuchung LAVG, Abt. Gesundheit 2016

8 http://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/1998/1998_03_20-Empfehlung-Foerderschwerpunkt-krank-Schueler.pdf

Befund hatten und welche gesundheitlichen Unterstützungsbedarfe bereits zum Schulbeginn auf die Schule zukommen (siehe Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte“, Kapitel 4).

Insgesamt wurde bei 3.121 Einschulungskindern im Jahr 2015 eine chronische Erkrankung bzw. ein chronischer Befund festgestellt, was einem Anteil von 13,1 % der untersuchten Kinder entspricht. Jedes achte

Tabelle 2: Einschulungskinder 2015 mit chronischen Erkrankungen nach Geschlecht						
	Insgesamt		Jungen		Mädchen	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
N=	23.826		12.612		11.214	
Kinder mit chronischen Erkrankungen	3.121	13,1 %	1.980	15,7 %	1.141	10,2 %
Kinder mit mehrfachen (zwei oder mehr) chronischen Erkrankungen	672	2,8 %	454	3,6 %	218	1,9 %
Chronisch somatische Erkrankungen	1.819	7,6 %	1.105	8,8 %	714	6,4 %
davon						
Sprach-, Sprechstörungen mit Beeinträchtigung der sprachlichen Kommunikation	1.124	4,7 %	724	5,7 %	400	3,6 %
Hörstörungen beidseitig oder eine apparative Versorgung liegt bereits vor	458	1,9 %	231	1,8 %	227	2,0 %
Sehvermögen stark eingeschränkt	70	0,3 %	48	0,4 %	22	0,2 %
Epilepsie	133	0,6 %	80	0,6 %	53	0,5 %
Atopische Dermatitis mit Beschwerden bzw. psychosozialen Beeinträchtigungen	57	0,2 %	36	0,3 %	21	0,2 %
Asthma bronchiale mit Beeinträchtigungen	29	0,1 %	19	0,2 %	10	0,1 %
Allergische Rhinitis mit erheblichen Beschwerden	6	0,0 %	4	0,0 %	2	0,0 %
Störung der Funktion des Knies	55	0,2 %	30	0,2 %	25	0,2 %
Fehlstellungen der Wirbelsäule mit Funktionseinschränkungen	22	0,1 %	13	0,1 %	9	0,1 %
Nierenerkrankungen mit chronischen Beschwerden	18	0,1 %	9	0,1 %	9	0,1 %
Chronisch psychische Erkrankungen	1.615	6,8 %	1.095	8,7 %	520	4,6 %
darunter						
Einnässen mindestens einmal pro Woche	771	3,2 %	508	4,0 %	263	2,3 %
emotionale soziale Störungen mit Auswirkung in Kita	877	3,7 %	599	4,7 %	278	2,5 %
ADS/ADHS (ärztlich diagnostizierter Befund), z.T. mit nicht ausreichender sozialer Integration	135	0,6 %	112	0,9 %	23	0,2 %
Intelligenzdefizite	298	1,3 %	188	1,5 %	110	1,0 %
<i>*Quelle: Schuleingangsuntersuchung LAVG, Abt. Gesundheit 2016</i>						

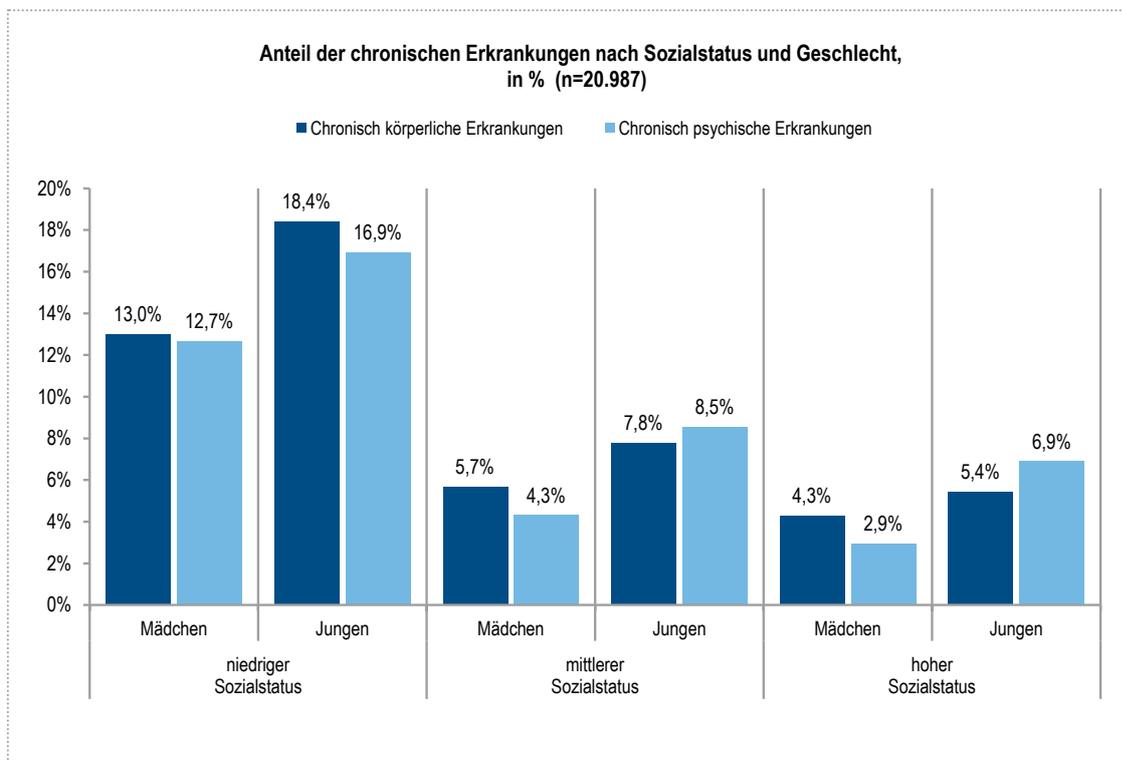


Abb. 5: %-Anteil der Einschulungskinder mit chronischen Erkrankungen nach Sozialstatus und Geschlecht; Quelle: Schuleingangsuntersuchung LAVG, Abt. Gesundheit 2016

Kind war betroffen und in jeder Schulklasse ist von zwei bis drei Kindern mit einer chronischen Erkrankung bzw. einem chronischen Befund auszugehen (Tabelle 2).

Die Häufigkeit chronischer körperlicher und psychischer Erkrankungen zeigt wiederum einen starken Zusammenhang mit dem Sozialstatus der Eltern. Kinder aus sozial benachteiligten Familien sind 2,5fach häufiger von chronischen Erkrankungen betroffen als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus (23,7 % vs. 9,5 %).

Des Weiteren ist zu beobachten, dass die Häufigkeit chronischer Erkrankungen im Lebensverlauf der Kinder zum Jugendalter hin zunimmt, da Zehntklässlerinnen und Zehntklässler deutlich häufiger als Einschulungskinder von allergischen Atemwegserkrankungen und Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates betroffen sind (siehe 3.2.2).

Bei 12,3 % der Einschulungskinder wurde eine Behinderung bzw. drohende Behinderung dokumentiert, die nach dem Bezug von sozialrechtlichen Leistungen (§30 SGB IX, bzw. §54ff SGB XII oder §35a SGB VIII) definiert ist. Bezogen auf alle chronischen Erkrankungen lag der Anteil der Kinder mit einer Behinderung bei 34,4 %. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus waren rund 9mal häufiger von einer Behinderung betroffen als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus (36,4 % vs. 4,3 %). Diese Kinder sind zwar häufiger bereits vor der Einschulung in ärztlicher Behandlung gewesen, jedoch stellte der KJGD bei der Einschulungsuntersuchung noch einen erheblichen **ärztlichen** Handlungsbedarf fest (siehe Überweisungsempfehlungen Abb.6), der deutlich über dem der Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus lag. Offensichtlich sind diese Kinder mit ihren hohen gesundheitlichen Unterstützungsbedarfen nicht ausreichend versorgt.

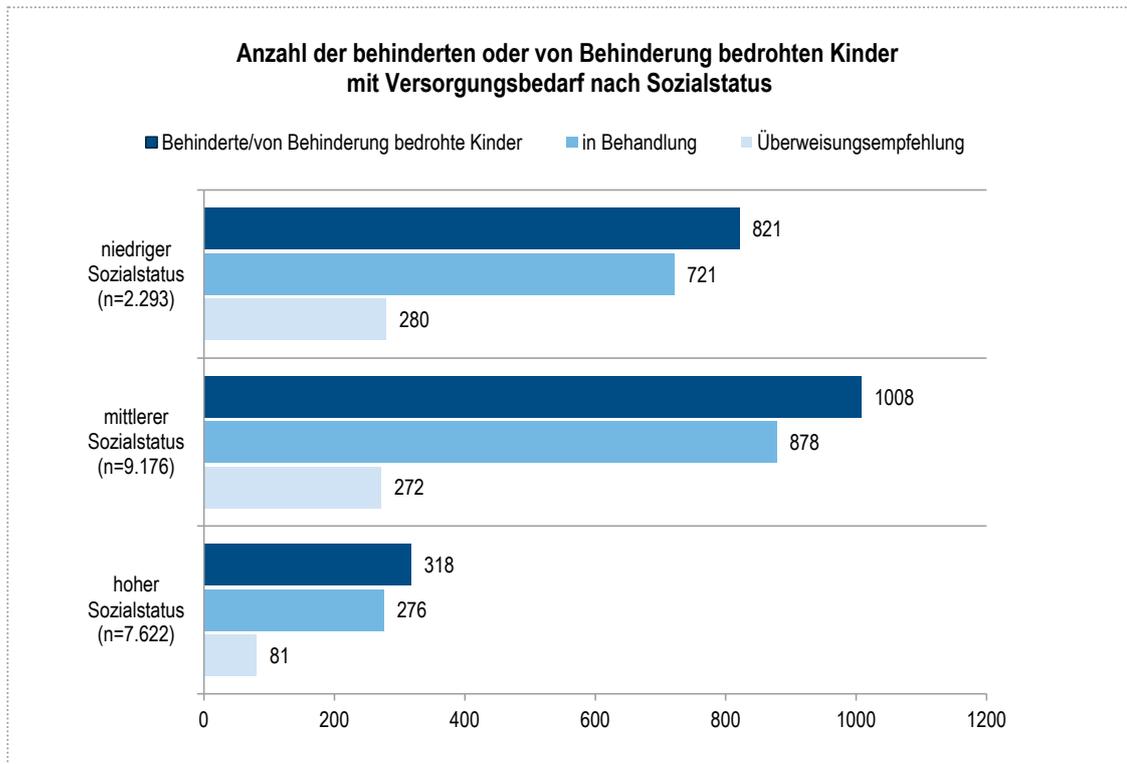


Abb. 6: Anzahl der behinderten oder von Behinderung bedrohten EinschulKinder (definiert nach Bezug von Sozialleistungen) in ärztlicher Behandlung bzw. mit Überweisungsempfehlung nach Sozialstatus, Quelle: Schuleingangsuntersuchung LAVG, Abt. Gesundheit 2016

Für die Schule mit dem Auftrag zur Inklusion besteht hier eine besondere Aufgabe in der individuellen gesundheitlichen Förderung von chronisch kranken und behinderten Kindern. Das Modellprojekt der Schulgesundheitsfachkraft (school nurse) im Bündnis Gesund Aufwachsen eröffnet hier neue Wege in der Unterstützung dieser Kinder (siehe Kapitel 4.2).

3.1.6 Wie ist der Impfschutz und die Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen bei den Kindern?

Impfstatus

92,4 % (n=22.023) aller untersuchten Kinder hatten zur Einschulungsuntersuchung ihr Impfdokument mitgebracht. Auf der Grundlage dieser Zahl wird nachfolgend der Impfstatus der Kinder bewertet. Die höchsten

Impfquoten mit rund 97 % wurden bei der Grundimmunisierung gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, HiB und Polio erzielt, die in der Regel als 5-fach oder auch als 6-fach Kombinationsimpfung (mit Hepatitis B zusammen) erfolgt. Bei der zweimaligen Masernimpfung wurde wieder mit 95,0 % der WHO Richtwert von 95 % erreicht. Der Anteil der Kinder ohne jegliche MMR-Impfung lag in den letzten Jahren unverändert niedrig, d.h. zwischen 1,5 und 1,7 %.

Nicht ausreichend ist die Impfquote für die Pneumokokken-Grundimmunisierung, die unter der 90 %-Marke lag (88,7 %).

Insgesamt wurde bei 4 von 5 (81,0 %) Brandenburger Einschulkindern ein lückenloser Impfschutz bezogen auf den Impfkalender der STIKO festgestellt (Mädchen 81,2 %, Jungen 80,9 %). Impflücken sind häufiger bei

Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus vorhanden (21,2 %) im Vergleich zu Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus (18,1 %). Dies geht insbesondere zu Lasten der zweimaligen Varizellenimpfung mit einer Differenz von 4,5 Prozentpunkten, gefolgt von der zweimaligen MMR-Impfung mit einer Differenz von rund zwei Prozentpunkten zwischen den beiden Sozialstatusgruppen.

Früherkennungsuntersuchungen

Bemerkenswert ist, analog zu den Impfdokumenten, dass 92,4 % der Kinder (n=22.027) zur Einschulungsuntersuchung das U-Heft vorlegten. Die Bewertung der Inanspruchnahme der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen bezieht sich auf diese Zahl. Insgesamt hatten 83,9 % dieser Kinder alle Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9) wahrgenommen. Die niedrigsten Raten lagen bei der U7a mit einer Beteiligung von 84,4 %, gefolgt von der U9 mit 90,0 %.

Bezogen auf die soziale Lage der Familien sind deutliche Unterschiede bei der Inanspruchnahme festzustellen. Die Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus haben die U1 bis U9 nur zu 71,2 % vollständig wahrgenommen, hingegen aus Familien mit hohem Sozialstatus zu 88,0 %. Die vollständige Inanspruchnahme der Früherkennungsun-

tersuchung zeigt einen deutlichen positiven Einfluss auf einen kompletten Impfstatus und dies gilt auch bezogen auf die jeweiligen Sozialstatusgruppen.

3.2 Fit für die Ausbildung

3.2.1 Die jugendärztliche Untersuchung in 10. Klassen

Da in Brandenburg die Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (§ 2) eine Pflichtaufgabe für den KJGD ist, umfassen die jugendärztlichen Untersuchungen alle Schülerinnen und Schüler, die mit dem Abschluss der 10. Klasse die Schule verlassen, um ihre Ausbildung zu beginnen (die sogenannte Schulabgangsuntersuchung). Jugendliche, die auf Gymnasien ein Abitur anstreben und daher die Schule nicht mit dem Abschluss der zehnten Klasse verlassen, werden nur untersucht, wenn die Kapazitäten in den Gesundheitsämtern dies erlauben. Diese Kapazitäten sind in den kreisfreien Städten und Landkreisen sehr unterschiedlich. Im Schuljahr 2014/15 konnten in zwei Landkreisen nahezu alle Schüler und Schülerinnen in den zehnten Klassen der Gymnasien untersucht werden; in anderen Kreisen nur die Jugendlichen, die die Schule verlassen wollten (siehe Tabelle 3). Insofern

Tabelle 3: Anzahl der Schülerinnen und Schüler in Brandenburger Schulen und ärztlich untersuchte Schülerinnen und Schüler nach Schultyp (Schuljahr 2014/15)*

	Schüler/Schülerinnen der 10. Klassen insgesamt*		untersuchte Schüler/Schülerinnen der 10. Klassen**	
	Anzahl		Anzahl	% von insgesamt
Gesamtschule	2.820		1.860	66,0
Oberschule	8.078		7.592	94,0
Gymnasium	9.778		1.232	12,6
Förderschule	817		679	83,1
Insgesamt	21.493		11.363	52,9

* Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Schulstatistik

** Quelle: Untersuchung in 10. Klassen/Schulabgangsuntersuchung LAVG, Abt. Gesundheit 2016

handelt es sich bei der Schulabgangsuntersuchung um einen spezifischen Ausschnitt von Jugendlichen in 10. Klassen, der die Gesamtzahl der Jugendlichen bei den Oberschulen und Förderschulen zu 80 bis über 90 % widerspiegelt, bei den Gesamtschulen zu zwei Dritteln und bezogen auf Gymnasien mit 13 % stark selektiert ist (siehe Tabelle 3). Die nachfolgende Analyse hat daher nicht den Anspruch auf Repräsentativität. Gleichwohl geben die hier dargestellten Gesundheitsdaten Hinweise über die gesundheitlichen Problemlagen von im Durchschnitt 16-jährigen Jugendlichen und auch zu ihrer gesundheitlichen Lage bezogen auf die unterschiedlichen Schularten im Land Brandenburg.

Wie bei der Schuleingangsuntersuchung besteht die Untersuchung aus einer standardisierten jugendärztlichen Anamnese (Elternbefragung) und einer körperlichen Un-

tersuchung. Zur körperlichen Untersuchung gehört ein Hör- und Sehscreening und analog zu den Einschulkindern die Feststellung, ob der Jugendliche in Behandlung ist. Falls erforderlich, wird eine weitere fachärztliche Behandlung empfohlen. Im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes wird des Weiteren ärztlicherseits bewertet, ob gesundheitliche Einschränkungen vorliegen und der Jugendliche während seiner Ausbildung bestimmte Tätigkeiten nicht durchführen sollte.

3.2.2 Wie gesund sind die untersuchten Jugendlichen in den 10. Klassen?

Die Ergebnisse der jugendärztlichen Untersuchungen weisen auf die gesundheitlichen Belastungen der Jugendlichen im Land Brandenburg hin. Mehr als jeder zweite der untersuchten Jugendlichen (55,0 %) hatte mindestens einen medizinisch relevanten Befund.

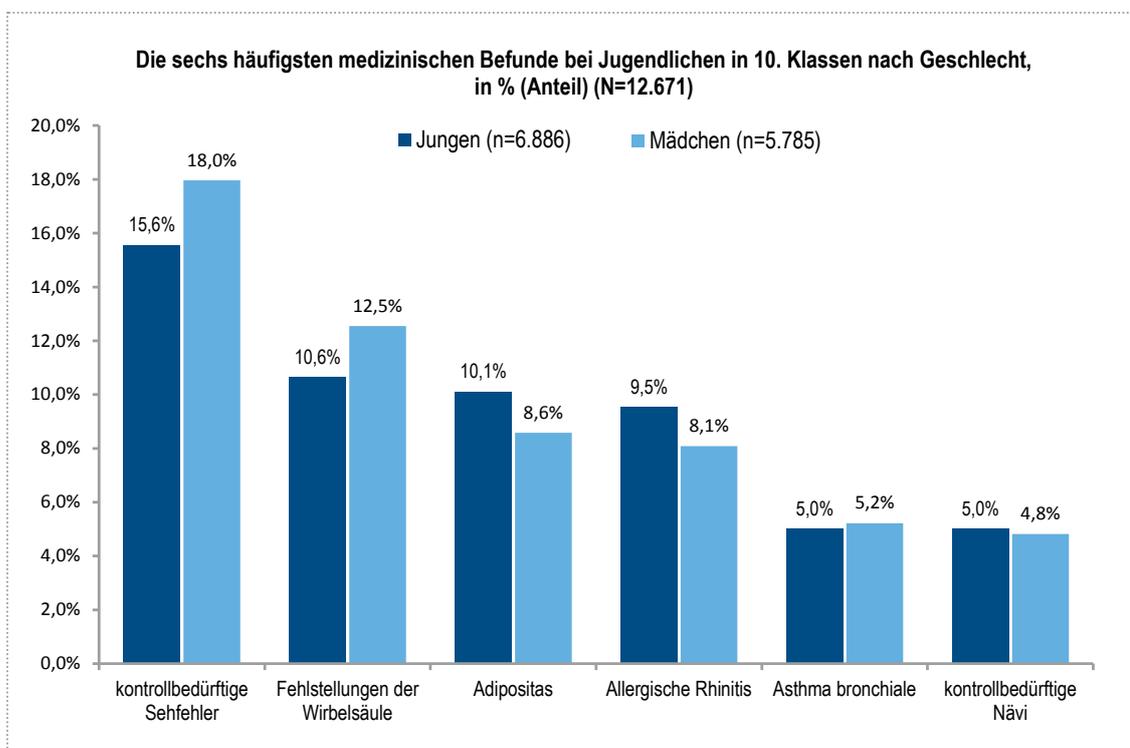


Abb. 7: %-Anteil der sechs häufigsten medizinischen Befunde bei Schulabgängern im Schuljahr 2014/15 differenziert nach Geschlecht,

Quelle: Untersuchung in 10.Klassen/Schulabgangsuntersuchung LAVG, Abt. Gesundheit 2016

Die häufigsten medizinischen Befunde waren: nicht durch eine Brille kompensierte Sehfehler, Fehlstellungen der Wirbelsäule, allergische Atemwegserkrankungen sowie Adipositas.

Geschlechtsspezifische Differenzen lassen sich bei den Raten der Fehlstellungen der Wirbelsäule und kontrollbedürftigen Sehfehlern beobachten (Mädchen stärker betroffen als Jungen) und mit einer stärkeren Jungenlastigkeit bei der Adipositas und allergischen Rhinitis.

Im Zeitraum von 2009/10 bis 2014/15 ist eine Zunahme der Befundraten, insbesondere der kontrollbedürftigen Sehfehler, Fehlstellungen der Wirbelsäule und allergischen Rhinitis zu beobachten.

Vier der sechs häufigsten Befunde sind chronische Erkrankungen. Mädchen waren häufiger betroffen als Jungen (siehe Abbildung 7). Der Anteil von Jugendlichen mit einer chronischen Erkrankung ist seit 2007 (Einführung des neuen Befundsystems) um etwa drei Prozentpunkte gestiegen (von 27,9 %

Tabelle 4: Jugendliche in 10. Klassen mit chronischen Erkrankungen*

	Insgesamt (n=12.671)	Jungen (n=6.886)	Mädchen (n=5.785)
Jugendliche mit chronischen Erkrankungen gesamt	30,9 %	29,6%	32,4%
darunter			
Chronisch somatische Erkrankungen	29,6 %	28,1%	31,5 %
davon			
Fehlstellungen der Wirbelsäule	11,5 %	10,6 %	12,5 %
Allergische Rhinitis	8,9 %	9,5 %	8,1 %
Asthma bronchiale	5,1 %	5,0 %	5,2 %
Atopische Dermatitis	4,5 %	3,7 %	5,4 %
Störung der Fußstatik	3,3 %	3,4 %	3,2 %
Störung der Funktion des Knies	2,5 %	1,8 %	3,4 %
Schilddrüsenfunktionsstörungen	1,2 %	0,7 %	1,7 %
Sehvermögen sehr stark eingeschränkt	0,9 %	0,7 %	1,0 %
Hörstörungen mit apparativer Versorgung	0,3 %	0,2 %	0,4 %
Epilepsie mit Anfällen	0,5 %	0,4 %	0,6 %
Allergische Kontaktdermatitis	0,7 %	0,6 %	0,8 %
Nierenerkrankungen mit chronischen Beschwerden	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Chronisch psychische Erkrankungen	2,1 %	2,5 %	1,7 %
davon			
ADS/ADHS z.T. nicht ausreichende soziale Integration	1,2 %	1,8 %	0,5 %
Emotionale/soziale Störungen mit Auswirkungen auf die Schule	0,9 %	0,7 %	1,2 %

* Quelle: Untersuchung in 10. Klassen/Schulabgangsuntersuchung LAVG, Abt. Gesundheit 2016

auf 30,9 % aller untersuchten Jugendlichen). Dieser Anstieg wird vor allem durch höhere Raten bei den Befunden „Fehlstellung der Wirbelsäule“ und den „allergischen Atemwegserkrankungen“ bedingt.

Etwa zwei Drittel der chronisch kranken Jugendlichen befanden sich bereits in ärztlicher Behandlung. Bei einem Drittel wurde jedoch erstmalig bei der Untersuchung ein medizinischer Befund festgestellt und die/der Jugendliche zur weiteren medizinischen Diagnostik oder Behandlung fachärztlich weiterverwiesen. Diese Anteile sind seit Jahren konstant.

3.2.3 Wie ist die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler an den verschiedenen Schulformen?

Die ärztlichen Untersuchungen der Gesundheitsämter zeigen, dass die gesundheitlichen

Belastungen von Jugendlichen in Brandenburg ungleich verteilt sind. Die Schülerinnen und Schüler in den 10. Klassen an Förderschulen weisen überdurchschnittlich häufiger kontrollbedürftige Sehfehler (23,3 %) und eine Adipositas (14,6 %) auf. Bei den Schülerinnen und Schülern an Gymnasien sind häufiger allergische Atemwegserkrankungen (14,8 %) zu beobachten.

3.2.4 Welcher Behandlungsbedarf besteht bei Jugendlichen in 10. Klassen?

Bei 55 % (6.960) aller Jugendlichen wurde bei der jugendärztlichen Untersuchung ein medizinischer Befund festgestellt. Über die Hälfte dieser Jugendlichen befand sich deshalb bereits in ärztlicher Behandlung und Mädchen etwas häufiger als Jungen. Jedoch mussten zwei von fünf Jugendlichen mit ei-

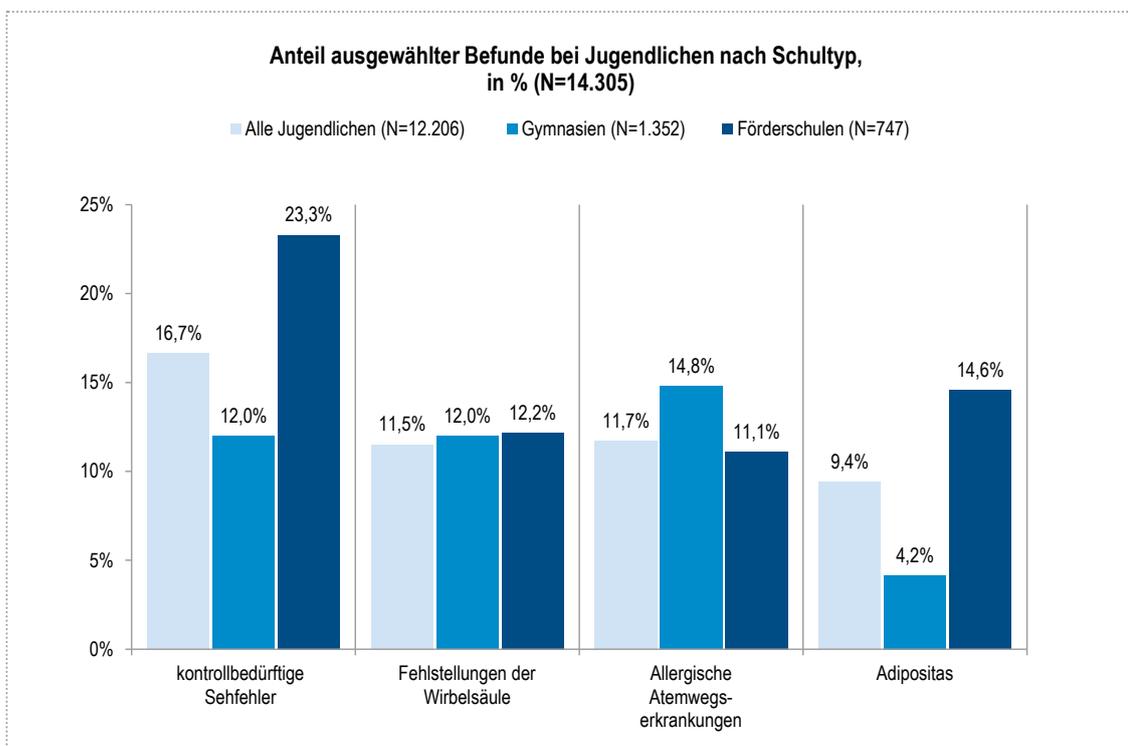


Abb. 8: %-Anteil der Jugendlichen mit ausgewählten Befunden nach Förderschulen bzw. Gymnasien;

Quelle: Untersuchung in 10. Klassen/Schulabgangsuntersuchung, LAVG, Abt. Gesundheit 2016

Tabelle 5: Medizinische Befunde bei Jugendlichen: in ärztlicher Behandlung bzw. mit Überweisungsempfehlung						
	Insgesamt N = 12.671		Jungen N = 6.886		Mädchen N = 5.785	
	Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von Jungen	Anzahl	in % von Mädchen
Schülerinnen/Schüler mit medizinischen Befunden	6.960	55 %	3.777	55 %	3.183	55 %
	Anzahl	in % von Befund	Anzahl	in % von Befund	Anzahl	in % von Befund
Schülerinnen/Schüler in ärztlicher Behandlung	3.992	57%	2.057	54 %	1.935	61 %
Schülerinnen/Schüler mit ärztlicher Überweisungsempfehlung insgesamt	2.948	42 %	1.524	40 %	1.424	45 %
Schülerinnen/Schüler mit Erstdiagnose eines medizinisch relevanten Befundes	2.468	35 %	1.306	35 %	1.162	37 %

* Quelle: Untersuchung in 10. Klassen/Schulabgangsuntersuchung LAVG, Abt. Gesundheit 2016

nem medizinischen Befund zu einer weiteren fachärztlichen Diagnostik bzw. Behandlung überwiesen werden. Durch die Untersuchung des KJGDs wurde erstmalig bei mehr als jedem dritten Jugendlichen ein medizinisch relevanter Befund festgestellt (Tabelle 5).

Diese Zahlen und die Trenddaten verdeutlichen (siehe Abb. 9), dass viele Jugendliche medizinisch nicht bedarfsgerecht versorgt sind und bestehende Gesundheitsstörungen früher medizinisch erkannt und abgeklärt werden sollten.

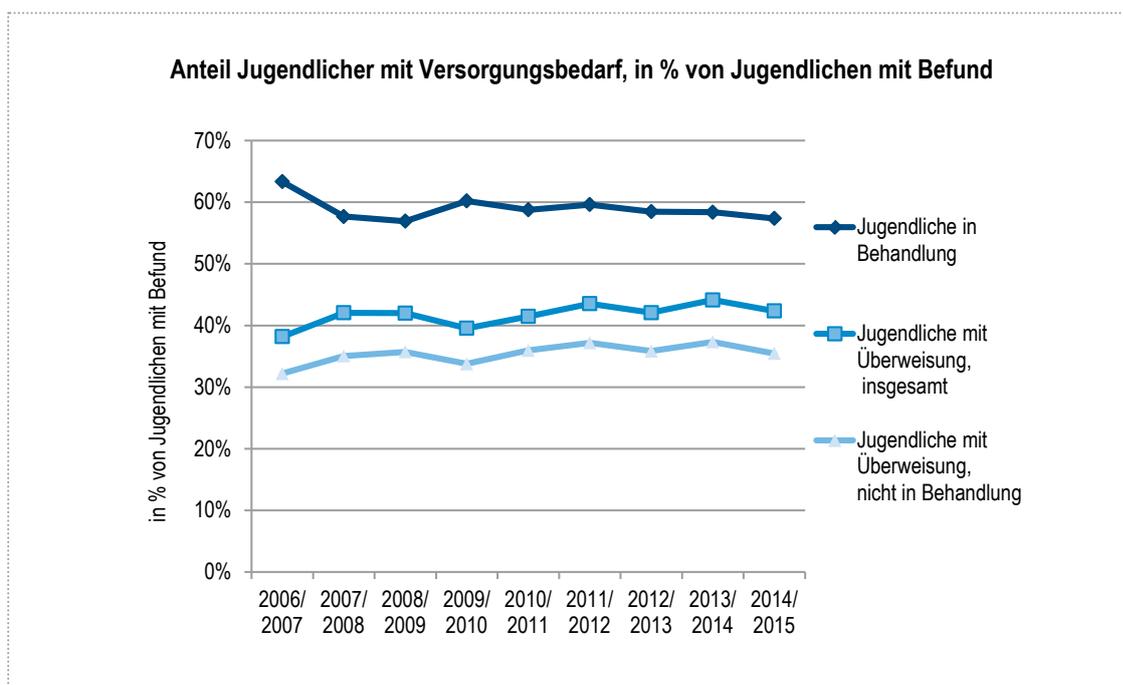


Abb. 9: %-Anteil der Jugendlichen in 10.Klassen in ärztlicher Behandlung bzw. mit Überweisungsempfehlung 2007-2015 von Jugendlichen mit Befunden, Quelle: Untersuchung in 10. Klassen/Schulabgangsuntersuchung, LAVG, Abt. Gesundheit 2016

Wird die ärztliche Versorgung der Jugendlichen bezogen auf bestimmte medizinische Befunde betrachtet, so zeigt sich, dass Jugendliche mit atopischen Erkrankungen (Prävalenz von 15,0 %) medizinisch relativ gut versorgt sind; 77,4 % der Jungen und 80,1 % der Mädchen befanden sich bereits in ärztlicher Behandlung und 3,4 % der Jungen bzw. 8,9 % der Mädchen benötigten eine Überweisungsempfehlung.

Bei den festgestellten Sehfehlern (Prävalenz von 16,7 %) war die Quote der

Überweisungsempfehlungen mit 61,5 % der betroffenen Jugendlichen eine der höchsten unter allen Befunden. Insbesondere Sehfehler sind meist durch eine Sehkorrektur (Brille) sehr gut zu kompensieren. Die hohe Überweisungsrate lässt erkennen, dass bei den Jugendlichen ein Sehscreening dringend erforderlich ist und sie offensichtlich durch das ambulante ärztliche Versorgungssystem nicht adäquat erreicht werden.

Bei den Befunden des Stütz- und Bewegungsapparates (Prävalenz von 17,1 %) lag

Tabelle 6: Ausgewählte Diagnosen bei Jugendlichen, darunter in ärztlicher Behandlung bzw. mit Überweisungsempfehlung *

	Jugendliche mit Befund Anzahl	Jugendliche mit Befund in %	in Behandlung % von Befund	Überweisung insgesamt % von Befund	Überweisung, nicht in Behandlung % von Befund
Insgesamt (N=12.671)					
kontrollbedürftige Sehfehler	2.111	16,7 %	48,8 %	61,5 %	46,7 %
Atopische Erkrankungen	1.853	14,6 %	78,3 %	6,0 %	3,7 %
Befunde des Stütz- und Bewegungsapparat	2.161	17,1 %	50,0 %	50,9 %	42,7 %
Erkrankungen der Nieren und Harnwege	281	2,2 %	29,2 %	69,4 %	64,4 %
Jungen (N=6.886)					
kontrollbedürftige Sehfehler	1.072	15,6 %	44,0 %	63,0 %	49,3 %
Atopische Erkrankungen	1.007	14,6 %	77,0 %	3,6 %	2,0 %
Befunde des Stütz- und Bewegungsapparat	1.079	15,7 %	45,0 %	52,1 %	45,2 %
Erkrankungen der Nieren und Harnwege	94	1,4 %	31,9 %	62,8 %	61,7 %
Mädchen (N=5.785)					
kontrollbedürftige Sehfehler	1.039	18,0 %	53,7 %	60,0 %	44,1 %
Atopische Erkrankungen	846	14,6 %	79,9 %	8,9 %	5,8 %
Befunde des Stütz- und Bewegungsapparat	1.082	18,7 %	55,0 %	49,6 %	40,1 %
Erkrankungen der Nieren und Harnwege	187	3,2 %	27,8 %	72,7 %	65,8 %

* Quelle: Untersuchung in 10. Klassen/Schulabgangsuntersuchung LAVG, Abt. Gesundheit 2016

die Quote der Überweisungsempfehlungen mit 50,9 % ebenfalls sehr hoch. Nur jeder zweite der betroffenen Jugendlichen war bisher in Behandlung und bei der Hälfte der betroffenen Jugendlichen wurde eine Empfehlung zur fachärztlichen Behandlung bzw. Diagnostik ausgesprochen. Eine Geschlechterdifferenz ließ sich erkennen. Mädchen haben häufiger einen Befund als Jungen (18,7 % vs. 15,7 %), sind aber anteilmäßig besser versorgt, da sie häufiger bereits in Behandlung waren als Jungen (55 % vs. 45 %).

Bei den Erkrankungen der Nieren und Harnwege (gesamt 2,2 %; Mädchen 3,2 % und Jungen 1,4 %) war die Überweisung von Jugendlichen, die nicht in Behandlung waren (Erstdiagnose des KJGDs), mit 64,4 % aller Fälle am höchsten und ebenso die Überweisungsquote für eine weitere Behandlung bzw. Diagnostik mit 69,4 %. Der Anteil der Überweisungen war für Mädchen deutlich höher als für Jungen (73 % bzw. 63 %).

Mit der jugendärztlichen Untersuchung durch den KJGD wird eine große diagnostische Lücke geschlossen. Insgesamt wurde bei 2.468 Jugendlichen erstmalig ein medizinischer Befund und ein weiterer fachärztlicher Behandlungs- bzw. Diagnostikbedarf festgestellt.

Insgesamt sind Mädchen besser medizinisch versorgt als Jungen und Schülerinnen und Schüler an Gymnasien besser als jene an Förderschulen bzw. Oberschulen, da sie anteilmäßig häufiger bereits in Behandlung sind (73 % vs. 61 % bzw. 54 %).

3.2.5 Wie ist der Impfschutz bei Jugendlichen in 10. Klassen?

Der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die einen Impfausweis vorlegten, ist im Schuljahr 2014/15 mit 79 % ähnlich niedrig wie in den Vorjahren. Große Unterschiede bestehen zwischen den Landkreisen

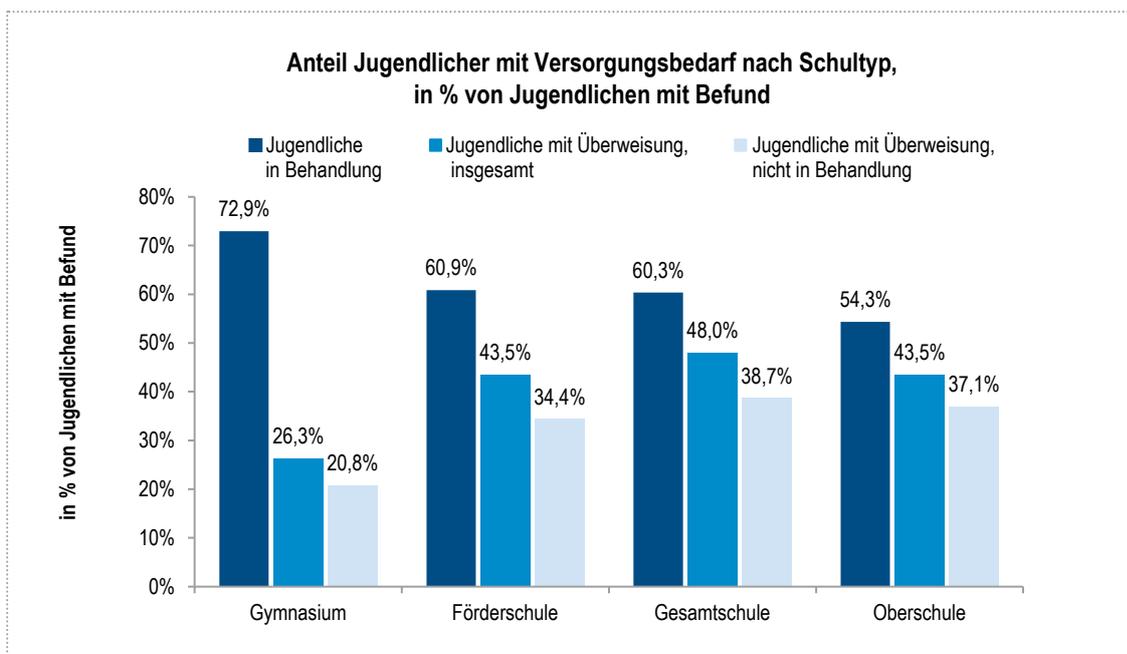


Abb. 10: Jugendliche in 10. Klassen mit medizinisch relevanten Befunden nach Schultyp: %-Anteil in ärztlicher Behandlung, mit Überweisungsempfehlung bzw. mit Überweisungsempfehlung und bisher nicht in ärztlicher Behandlung (Erstdiagnose);

Quelle: Untersuchung in 10. Klassen/Schulabgangsuntersuchung LAVG 2015, Abt. Gesundheit 2016

und kreisfreien Städten. Das Minimum lag bei 62,8 % in Brandenburg an der Havel und das Maximum bei 90,9 % in der Uckermark.

Insgesamt wurde bei 48,2 % (Vorjahr 51,7 %) der Jugendlichen eine der folgenden Impflücken festgestellt:

- keine abgeschlossene Grundimmunisierung gegen Hepatitis B
- keine Auffrischimpfung gegen Kinderlähmung bzw. Keuchhusten
- keine zweite Auffrischimpfung gegen Diphtherie und Tetanus
- keine zweimalige Impfdosis Mumps-Masern-Röteln
- keine Immunisierung gegen Meningokokken C

Der größte Anteil von Jugendlichen mit Impflücken wurde in der Stadt Potsdam mit

64 % beobachtet. Den besten Impfschutz hatten die Schülerinnen und Schüler im Landkreis Uckermark; hier wurden „nur“ bei 34 % der Untersuchten mit Impfdokument eine oder mehrere fehlende Impfungen festgestellt. Daher sind regionale Schwerpunktsetzungen in der Impfprävention dringend notwendig.

Eine starke Zunahme der Durchimmunisierungsraten in den letzten sechs Jahren zeigen:

- die 1. Auffrischimpfung gegen Keuchhusten: +12 Prozentpunkte (von 72,2 % in 2009/10 auf 84,2 % in 2014/15)
- die Impfung gegen Meningokokken C: +32,3 Prozentpunkte (von 43,3 % in 2009/10 auf 75,6 % in 2014/15).

Bei der 2. Auffrischimpfung gegen Diphtherie und Tetanus (ab 9 Jahren) ist seit Jahren nur eine geringe Zunahme um drei Prozent-

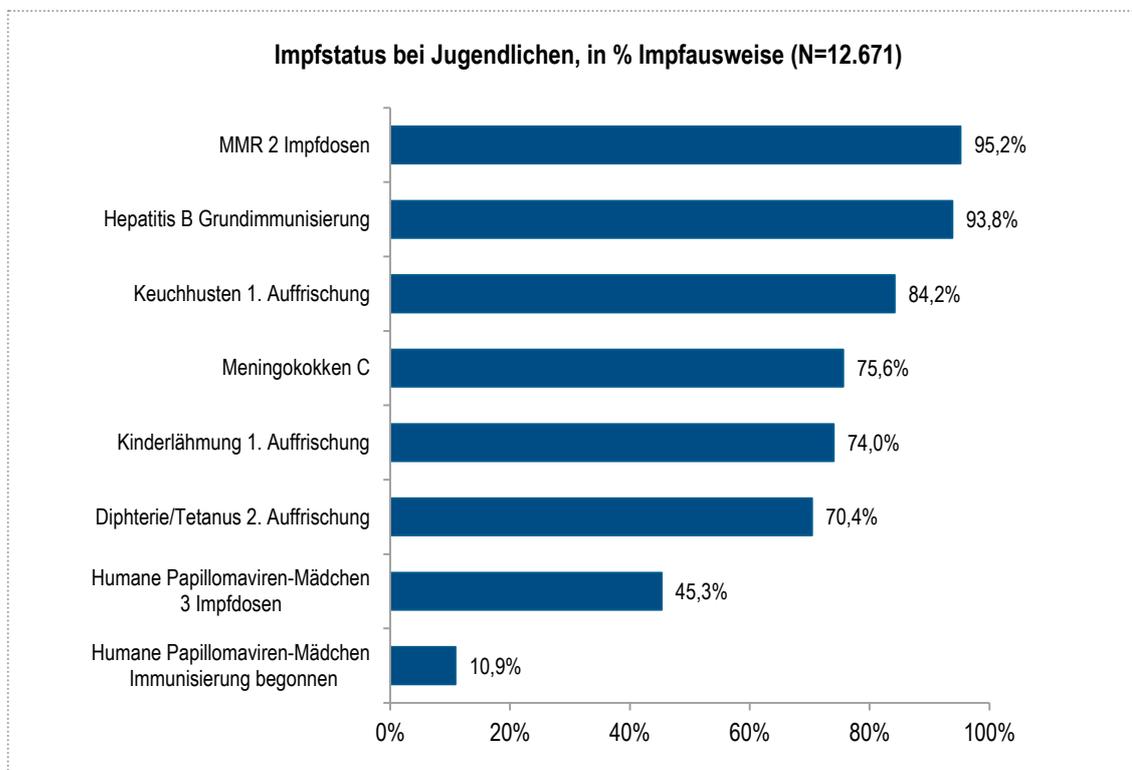


Abb. 11: Vollständiger Impfschutz (ausgewählte Impfungen) bei Jugendlichen in 10. Klassen, in % vorgelegter Impfausweise;

Quelle: Untersuchung in 10. Klassen/Schulabgangsuntersuchung LAVG 2015, Abt. Gesundheit 2016

punkte festzustellen. Hier besteht weiterhin ein erheblicher Handlungsbedarf.

Der größte Handlungsbedarf besteht bei der HPV-Impfung von Mädchen, die von der STIKO in 2007 ab einem Alter von 12 Jahren empfohlen wurde (seit 2014 bereits ab 9 Jahren). 2009/10 hatten diese Impfung nur 32,8 % und 2014/15 nur 45,3 % der Mädchen vollständig erhalten. Weitere 10,9 % hatten zur Zeit der Untersuchung die Immunisierung begonnen und eine oder zwei Impfdosen erhalten, waren aber damit noch nicht vollständig immunisiert.

Insgesamt ist bei den Jugendlichen ein erheblicher Nachholbedarf an Impfungen festzustellen, insbesondere an Auffrischimpfungen, die ab dem Alter von 9 Jahren, also während der Schulzeit, notwendig werden. Zusätzlich wird bei den Mädchen seit Jahren eine nicht ausreichende Durchimmunisierung gegen HPV beobachtet.

3.2.6 Wie häufig sind gesundheitliche Einschränkungen mit Auswirkung auf Tätigkeiten in der Ausbildung?

Bei jedem 6. Jugendlichen wurde im Rahmen der Schulabgangsuntersuchung eine gesundheitliche Einschränkung mit möglicher Auswirkung bei Tätigkeiten in der Ausbildung festgestellt. Auch hier zeigen sich wieder geschlechtsbezogene Unterschiede mit einer Jungenlastigkeit und zwischen den Zehntklässlern auf Förderschulen gegenüber den Schülerinnen und Schülern anderer Schulformen (Abb.12).

Um die gesundheitlichen Einschränkungen mit Auswirkung auf Tätigkeiten in der Ausbildung weiter fachärztlich abzuklären, wurde bei 7,0 % der Jugendlichen eine Ergänzungsuntersuchung nach Jugendarbeitsschutzgesetz ausgelöst. Diese hohe Quote gibt einen weiteren Hinweis, dass Jugendliche dank der Schulabgangsuntersuchung

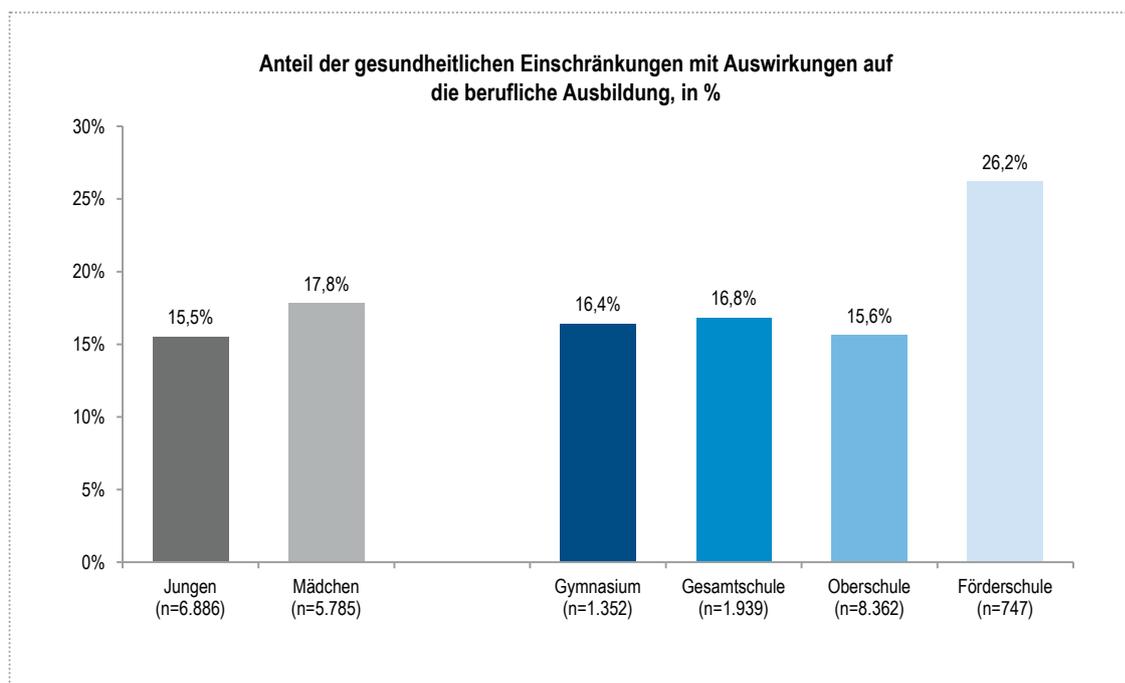


Abb. 12: %-Anteil der gesundheitlichen Einschränkungen mit Auswirkung auf Tätigkeiten in der Ausbildung bei Schulabgängern/Schulabgängerinnen;
Quelle: Untersuchung in 10. Klassen/Schulabgangsuntersuchung 2015, Abt. G im LAVG

weiter diagnostisch abgeklärt werden, um sie während der Ausbildung gesundheitlich zu schützen.

3.3 Wie sieht die gesundheitliche Entwicklung während der Schulzeit aus?

Die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler in der Lebensphase zwischen 6 und 16 Jahren ist geprägt von ihrer körperlichen und psychischen Entwicklung. Die Schule als Institution hat die Aufgabe, diese Entwicklungen zu berücksichtigen und im Rahmen ihrer Möglichkeiten gesundheitsfördernd zu wirken⁹. Daher ist das Wissen um die gesundheitlichen Problem-

lagen der Schülerinnen und Schüler eine wichtige Voraussetzung, um gezielte Präventionsmaßnahmen in Schulen anzubieten. Der Ort Schule hat zudem den Vorteil, dass alle Kinder unabhängig von ihrem sozialen und familiären Hintergrund gleichermaßen erreicht werden.

Zur Darstellung der gesundheitlichen Entwicklung während der Schulzeit werden die Befunde der Schuleingangsuntersuchung 2004/05 mit denen der nach elfjähriger Schulzeit erfolgten Schulabgangsuntersuchung 2014/15 verglichen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen der Schulabgangsuntersuchung überwiegend Schülerinnen und Schüler ärztlich untersucht werden, die mit

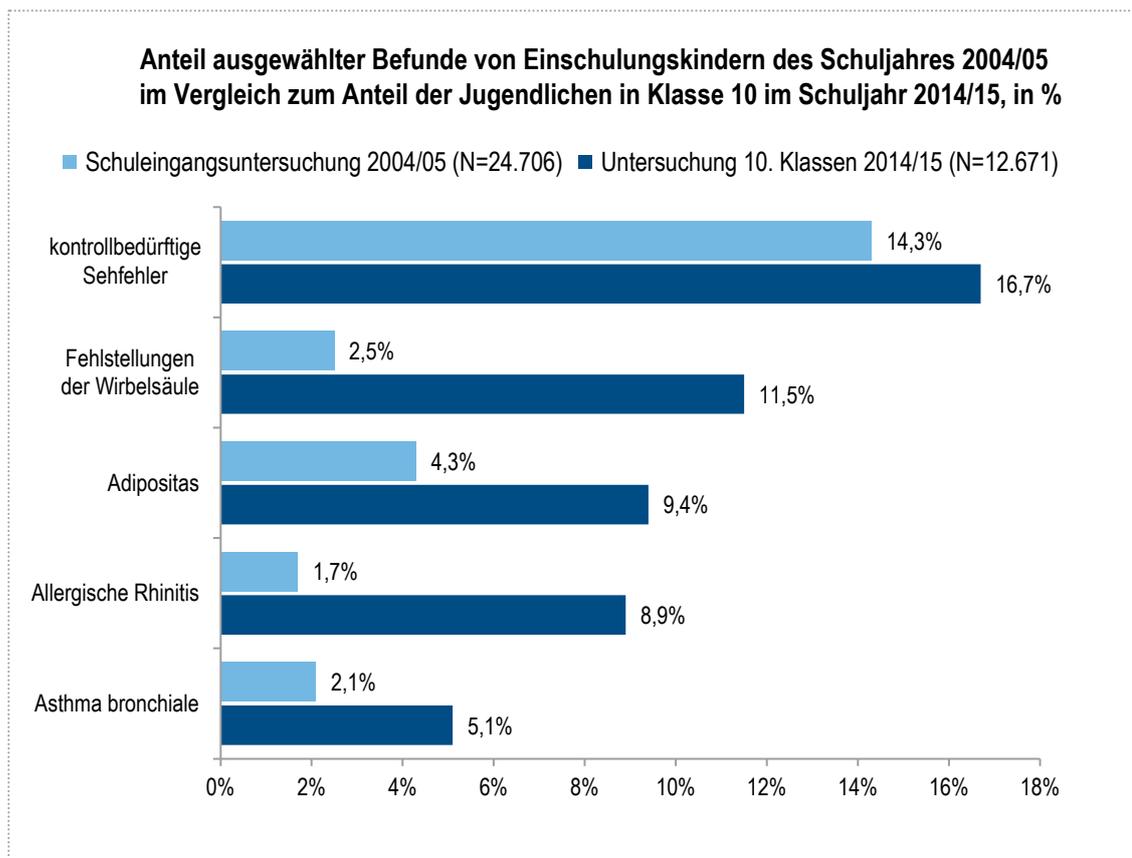


Abb. 13: %-Anteil der medizinischen Befunde von Einschulkindern 2005 im Vergleich zum %-Anteil der medizinischen Befunde in 2015 bei den Jugendlichen in 10. Klassen im Schuljahr 2014/2015; Quelle: Einschulungsuntersuchung und Untersuchung in 10. Klassen/Schulabgangsuntersuchung LAVG, Abt. Gesundheit 2016

⁹ siehe Brandenburgisches Schulgesetz, BbgSchulG, § 4, Absatz 5 Nr. 13

Abschluss der zehnten Klasse die Schule verlassen, da für Schulabgängerinnen und Schulabgänger diese Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (Erstuntersuchung) verpflichtend ist. Dies hat zur Folge, dass Gymnasiastinnen und Gymnasialisten in der Schulabgangsuntersuchung stark unterrepräsentiert sind.

3.3.1 Entwicklung verschiedener Krankheiten – Einschulungskinder 2005 und später in 2015

Ein Vergleich der Häufigkeit der Befunde der Schülerinnen und Schüler zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung im Schuljahr 2004/05 mit der elf Jahre später von Jugendlichen in 10. Klassen zeigt eine starke Zunahme der Werte. Der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit Fehlstellungen der Wirbelsäule hat sich im Zeitverlauf gegenüber der Schuleingangsuntersuchung fast verfünffacht und der Anteil mit einer allergischen Rhinitis um den Faktor 5,2 erhöht. Insgesamt ist ein starker Anstieg der allergischen Atemwegserkrankungen zu verzeichnen. Auch der Anteil der adipösen Schülerinnen und Schüler hat sich von 4,3 % auf 9,4 % um mehr als den Faktor zwei erhöht. Weniger starke Veränderungen zeigen sich bei den kontrollbedürftigen Sehfehlern, die bei beiden Untersuchungen die höchste Befundrate aufweisen (s. Abb. 13).

3.3.2 Entwicklung der Mundgesundheit

Für mehr als die Hälfte der 6-jährigen Kinder beginnt die Schulzeit mit naturgesunden kariesfreien Zähnen. Neben weiß schimmern den Milchzähnen brechen die bleibenden Zähne durch und im ersten Moment sehen sie oft gar nicht so schön strahlend weiß aus. Der unterschiedliche Schmelzaufbau bewirkt diese Wahrnehmung, die jedoch zum Ende der Wechselgebissperiode mit ca. 12 Jahren, wenn alle bleibenden Zähne durchgebrochen sind, nicht mehr zu sehen ist.

Stehen die Zähne wie Perlen aufgereiht und beißen die Zähne des Ober- und Unterkiefers passgerecht zusammen, sind Funktion sowie Ästhetik und damit soziale Akzeptanz gegeben. Doch manchmal geht etwas schief im Mund. Herausnehmbare kieferorthopädische Geräte oder auch festsitzende Behandlungsapparaturen bringen Zähne dann in Bewegung. Zahn- und Kieferfehlstellungen können so behoben werden. Das Sprechen fällt in solch einer Phase anfangs oft schwer. Geduld und Sorgfalt, auch beim Putzen der Zähne und der filigranen Apparaturen, sind dann besonders gefragt und für Kinder und Eltern eine Herausforderung.

Zähne und das sie umgebende Gewebe gesund zu erhalten, das Wachstum sowie den Zahnwechsel zu beobachten und auf Erkrankungsanzeichen rechtzeitig zu reagieren, ist während der gesamten Schulzeit besonders wichtig. Daher werden schuljährlich auf Grundlage der Brandenburgischen Schul- und Gesundheitsdienstgesetzgebung zahnärztliche Untersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen nach landesweit einheitlichen Kriterien durchgeführt. Die Eltern werden anschließend über Behandlungsnotwendigkeiten ihrer Kinder informiert. Des Weiteren werden gesundheitsrelevante Daten für die Gesundheitsberichterstattung erfasst, die unter www.gesundheitsplattform.brandenburg.de sowie in Landes- sowie Gesundheitsberichten anonymisiert veröffentlicht werden. Ein abgestimmtes, qualitätsgesichertes Arbeiten regelt der „Leitfaden für Zahnärztliche Dienste der Gesundheitsämter zur standardisierten Durchführung und Dokumentation zahnärztlicher Untersuchungen und Umsetzung präventiver Betreuungsprogramme“.

Die zahnärztlichen Untersuchungen haben auch eine sozialkompensatorische Funktion, denn unabhängig von ihrer Lebenssituation werden alle Kinder und Jugendliche mit

dieser präventiven Maßnahme im Setting Schule erreicht. Bei auffälligen zahnmedizinischen Befunden wird im Rahmen des im Gesundheitsdienstgesetz festgelegten Betreuungscontrollings darauf hingewirkt, dass die Kinder und Jugendlichen zahnärztlich behandelt werden. Unter dem Aspekt des Kinderschutzes gewinnen die zahnärztlichen Untersuchungen weitere Bedeutung, da nur bei diesen Untersuchungen die Schülerinnen und Schüler regelmäßig medizinischem Personal gegenüber stehen, das Risikofaktoren erkennen und entsprechend reagieren kann.

Zielstellungen:

„Unabhängig von ihrer sozialen Herkunft haben Kinder und Jugendliche gesunde Zähne in einem gesunden Mund und gleiche Zugangschancen zu präventiven und kurativen Angeboten.“

So lautet das globale Mundgesundheitsziel im Land Brandenburg. Es wurde im Jahr 2010 vom 3. Plenum des „Bündnis Gesund Aufwachsen“ beschlossen und soll bis zum Jahr 2020 erreicht werden. Unter setzt wird diese Zielstellung für die 12-Jährigen mit Aussagen zum DMF-T-Index¹⁰ und zum SiC¹¹ und für die 15-Jährigen mit dem DMF-T-Index.

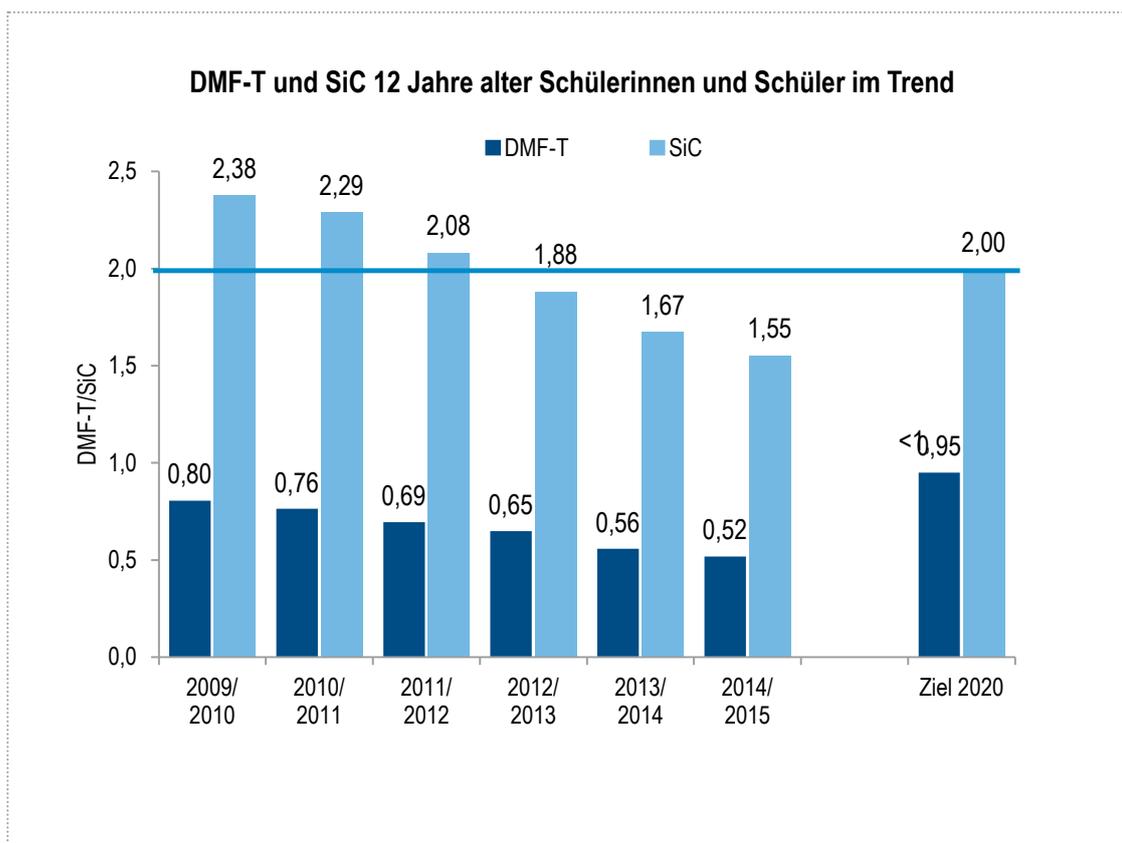


Abb. 14: DMF-T und SiC 12 Jahre alter Schülerinnen und Schüler;

Quelle: Zahnärztliche Untersuchungen 2009-2015; Quelle: LAVG, Abt. Gesundheit 2016

10 Der DMF-T-Index ist ein von der WHO empfohlener Indikator und wird definiert als die Summe aus kariösen (D für decayed), fehlenden (M für missing) und gefüllten (F für filled) bleibenden Zähnen (T für Teeth) pro Person. Bei einem kariesfreien Gebiss ist der durchschnittliche DMF-T gleich 0.

11 Der Significant Caries Index (SiC) nach Bratthall ist eine Maßzahl, die den Mittelwert in dem Drittel der Population mit den höchsten DMF-T-Werten bestimmt. Da sich der Kariesbefall nicht gleichmäßig über die Bevölkerung verteilt, ist der SiC eine Ergänzung zum DMF-T.

Teilziel: „12 Jahre alte Schülerinnen und Schüler haben einen DMF-T kleiner als 1 und einen SiC von 2,0 und ein funktionell intaktes Gebiss.“

Die Halbzeitbilanz fällt positiv aus. Die Ziele für beide Indizes sind erreicht, wie aus Abbildung 14 hervorgeht. An nur noch durchschnittlich einem halben Zahn haben die Kinder Karieserfahrung. Drei Viertel (76,2 %) der Schülerinnen und Schüler beendeten im Schuljahr 2014/15 die Grundschulzeit mit naturgesunden kariesfreien Gebissen. Im Schuljahr 2009/10 lag dieser Wert noch bei 65,4 %. Gleichzeitig ist der Behandlungsbedarf gesunken, lediglich 6,3 % der Schülerinnen und Schüler weisen derzeit unversorgte kariöse Zähne auf, ein Wert der 2009/10 noch bei 8,6 % lag. Die Schülerinnen und Schüler mit dem höchsten Kariesbefall profitieren ebenfalls vom Trend des Kariesrückgangs wie die SiC-Angaben zeigen. Er ist von 2,4 auf 1,6 gesunken.

Teilziel: Reduzierung des DMF-T bei 15 Jahre alten Jugendlichen auf einen Wert unter 1,5

Ein Gesundheitsgewinn ist auch bei den Jugendlichen zu verzeichnen. Hatten sie vor 5 Jahren noch durchschnittlich fast zwei Zähne mit Karieserfahrung, liegt dieser Wert aktuell etwas über 1. Mit kariesfreien Gebissen konnten 2014/15 59,4 % der Jugendlichen ihre Regelschulzeit beenden und nur 9,0 % haben unversorgte kariöse Zähne. Die Ausgangswerte vor sechs Jahren lagen noch bei 45,0 % und bei 13,3 %.

Zahnmedizinische präventive Betreuung in Schulen der Primarstufe

Ein weiterer Bestandteil der präventiven Betreuung in den Schulen der Primarstufe sind die Maßnahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe gem. § 21 SGB V. Im Land Brandenburg wurde zur Umsetzung dieser Maßnahmen von den Krankenkassen,

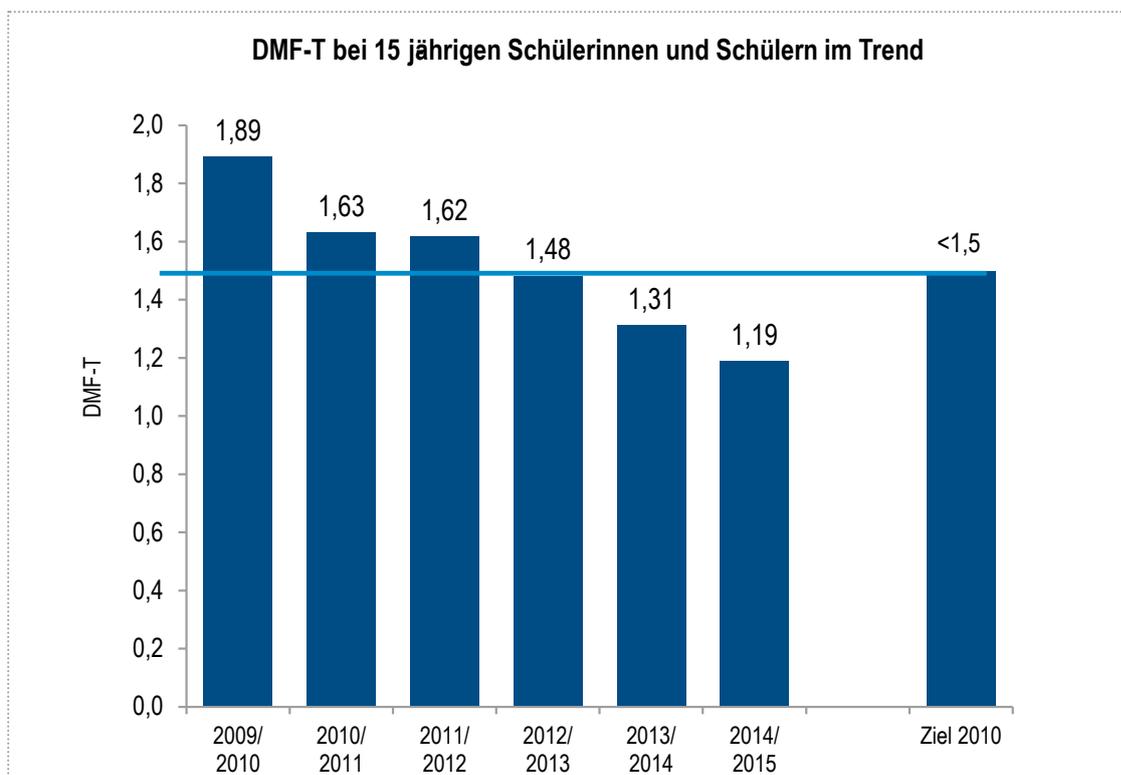


Abb. 15: DMF-T-Index bei 15-jährigen Jugendlichen;

Quelle: Zahnärztliche Untersuchungen 2009-2015, LAVG, Abt. Gesundheit 2016

dem Gesundheitsministerium, den kommunalen Spitzenverbänden und der Zahnärzteschaft 1993 eine Vereinbarung geschlossen, die Strukturen, Organisation und Details der Zusammenarbeit mit den Kindereinrichtungen regelt. Die Internetseite www.brandenburger-kinderzaehne.de gibt auf Landesebene weitere Auskünfte und unter www.daj.de wird auf Bundesebene über die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe informiert.

Untersuchungen durch die Zahnärztlichen Dienste, altersgerechtes Zahnputztraining zur Ritualisierung der KAI-Zahnputzsystematik, die die Schülerinnen und Schüler aus ihrer Kita-Zeit kennen, Aktionen zur gesunden Ernährung, Fluoridanwendungen in Schwerpunktschulen, themenbezogene Unterrichtseinheiten und die Zusammenarbeit mit Multiplikatoren sind Bestandteile der gruppenprophylaktischen Betreuung. In Schulen, in denen das Kariesrisiko der Kinder hoch ist, wird sie intensiviert. Sachkunde, Biologie oder „Naturwissenschaften“ beinhalten gesundheitsrelevante Inhalte wie beispielsweise den Zahnaufbau und die Gebissentwicklung. Die Teams der Zahnärztlichen Dienste sind mit ihrer Betreuung Partner der Lehrerinnen und Lehrer und unterstützen sie mit speziellen pädagogisch-didaktischen Materialien bei der Unterrichtsvermittlung.

Kontinuität und Flächendeckung sind die Umsetzungsziele der gruppenprophylaktischen Betreuung, die schuljährlich durchgeführt und mit den Eintragungen in den „Zahnärztlichen Prophylaxe Pass für Schulkinder“ auch für die Eltern transparent wird. In den letzten 5 Schuljahren wurden jährlich durchschnittlich 88,6 % der Grundschulen und Gymnasien mit den Klassenstufen 5 und 6 erreicht und 83,9 % aller Schülerinnen und Schüler von der 1. bis zur 6. Klasse.

Einen Betreuungsschwerpunkt bilden die Förderschulen. Hier lag der Erreichungsgrad

der Schulen bei 94,9 % und der Schülerinnen und Schüler bei 85,1 %, die in der Regel zwei Mal im Schuljahr betreut werden.

Zahnmedizinische präventive Betreuung in Schulen der Sekundarstufe I

Die gruppenprophylaktische Betreuung konzentriert sich in der Sekundarstufe 1 auf die Förderschulen, da der Anteil der Jugendlichen mit einem erhöhten Kariesrisiko hier höher ist als bei Jugendlichen in den anderen Schulformen. In durchschnittlich 92,4 % der Förderschulen wurden in den zurückliegenden 5 Schuljahren jährlich 80,8 % der Schülerinnen und Schüler der Klassenstufen 7 bis 10 erreicht.

In den Oberschulen, Gesamtschulen und Gymnasien führen die Teams der Zahnärztlichen Dienste schuljährlich Untersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen und Erfassung gesundheitsrelevanter Angaben durch. Durchschnittlich die Hälfte dieser Schulen wurde von 2010/11 bis 2014/15 erreicht und schwerpunktmäßig wurden die Jugendlichen in den Klassenstufen 7 und 9 untersucht.

Ausblick und Handlungsbedarf

Schulen sind neben der Familie wesentliche Sozialisierungsorte für Kinder und Jugendliche aus allen Lebenslagen und Bildungsschichten. Flächendeckend findet Gruppenprophylaxe als Bestandteil ganzheitlicher Gesundheitsförderung und emotionalen Lernens in der Lebenswelt der Kinder bis zur Klassenstufe 6 und der Jugendlichen in Förderschulen bis zum Ende ihrer Schulzeit statt. Die Bildung gesundheitsorientierter Verhaltensweisen wird dadurch gefördert. Der Erreichungsgrad ist hoch, Effektivität und Effizienz dieser Betreuung sind nachgewiesen. Sie trägt maßgeblich zum Kariesrückgang und damit zu einem Gesundheitsgewinn bei. Das sozialspezifische Inanspruchnahmeverhalten präventiver Leistungen wird durch

diese regelmäßige aufsuchende Betreuung ausgeglichen und ein Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit geleistet.

Die präventive zahnmedizinische Betreuung der Jugendlichen ist derzeit nicht ausreichend. Selbst die Schwerpunktsetzung, insbesondere die Jugendlichen in den Klassenstufen 7 und 9 zahnärztlich zu untersuchen, ist nicht in allen Landkreisen und kreisfreien Städten gegeben. Die Betreuung sollte ausgebaut werden, um auch die Schülerinnen und Schüler, die im Rahmen der Inklusion diese Schulformen besuchen, zu erreichen. Gruppenprophylaxe sollte daher künftig auch in Ober- und Gesamtschulen stattfinden.

Um Erreichtes nachhaltig zu sichern, ist die präventive zahnmedizinische Betreuung in Schulen kontinuierlich fortzuführen. Erfahrungen aus skandinavischen Ländern zeigen, dass sich die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen nach einem posi-

tiven Trend wieder verschlechterte, wenn die Intensität von Präventionsmaßnahmen nicht beibehalten wurde.

Kinder werden heutzutage mit gesunden Zähnen groß und Jugendliche starten überwiegend mit gesunden Zähnen ins Erwachsenenalter. Diese Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit ist ein Musterbeispiel für das Potential von Prävention und Gesundheitsförderung und ein Ergebnis der Zusammenarbeit vieler Akteure.

3.4 Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Impfschutz

Die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung J1 im Alter von 12 bis 14 Jahren wird bei der jugendärztlichen Untersuchung durch Überprüfung der vorgelegten Vorsorgehefte als auch Befragung der Jugendlichen erfasst.

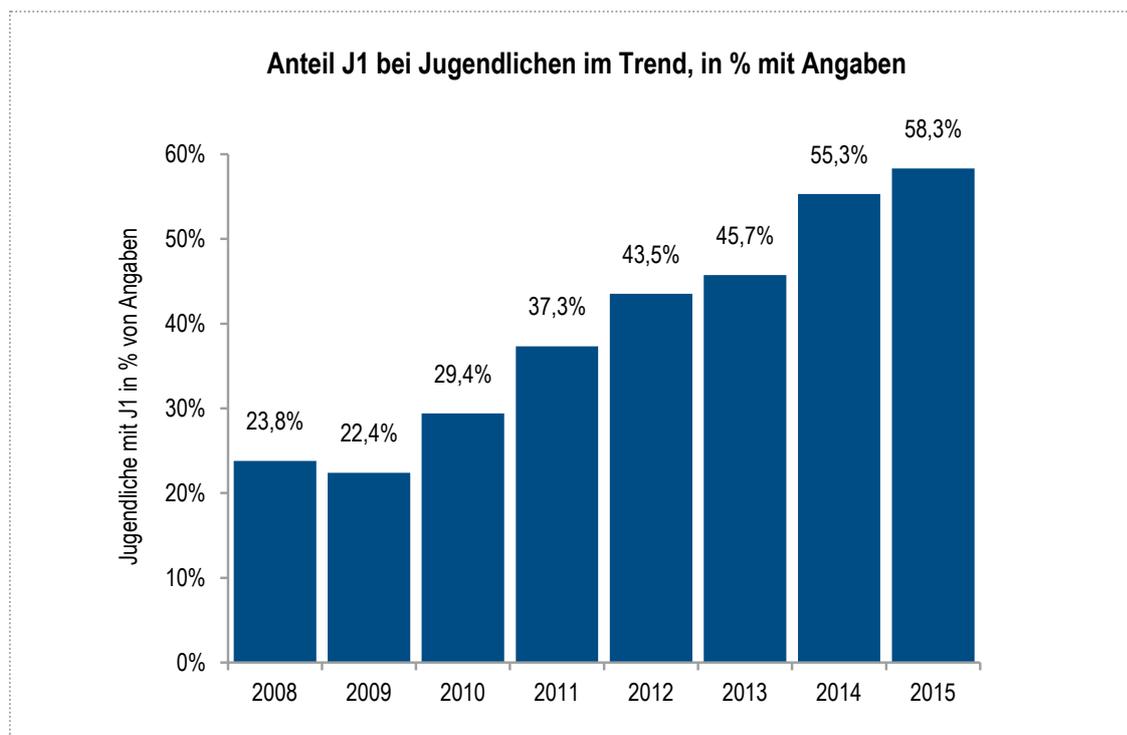


Abb. 16: %-Anteil der J1-Gesundheitsuntersuchung bei Jugendlichen (2008-2015);
Quelle: Untersuchung in 10. Klassen/Schulabgangsuntersuchung, LAVG, Abt. Gesundheit 2016

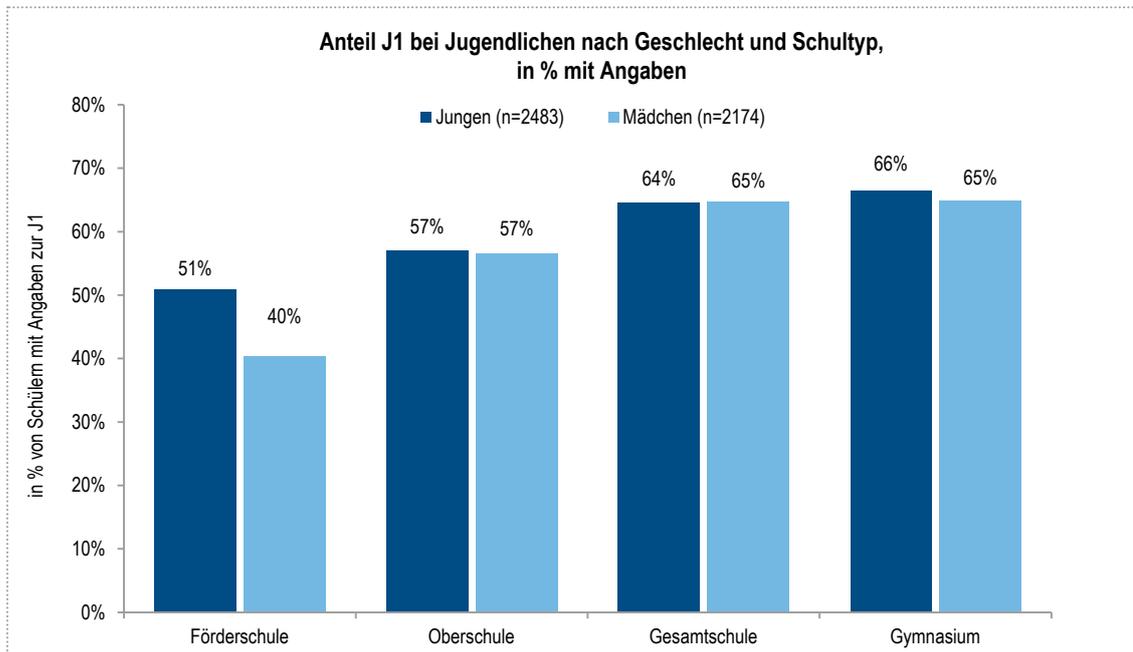


Abb. 17: %-Anteil der J1-Gesundheitsuntersuchung bei Jugendlichen nach Geschlecht und Schultyp 2015,

Quelle: Untersuchung in 10. Klassen/Schulabgangsuntersuchung; LAVG, Abt. Gesundheit 2016

Seit der Etablierung des Brandenburger Zentralen Einladungs- und Rückmeldewesens zu den Früherkennungsuntersuchungen im Jahre 2008 werden Jugendliche landesweit zur J1 eingeladen. Brandenburg war das erste Bundesland, das auch Jugendliche einbezogen hatte. Dadurch ist die J1 stärker in das Bewusstsein der Eltern bzw. Jugendlichen gerückt, was sich auch in einer starken Zunahme der Inanspruchnahmeraten widerspiegelt (siehe Evaluationsbericht zum Zentralen Einladungs- und Rückmeldewesen: http://www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/Evaluation_des_Zentralen_Einladungs_und_Rueckmeldewesens_ZER_Brandenburg_2015_.pdf).

Nehmen die Jugendlichen die J1 wahr, hat dies einen starken Effekt auf ihren Impfstatus, da die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte diesen Termin nutzen, um Impfungen nach-

zuholen bzw. entsprechend STIKO zu impfen (Auffrischimpfungen bzw. HPV-Grundimmunisierung bei Mädchen) [siehe Kapitel 3.2.4].

In Bezug auf die Wahrnehmung der J1-Untersuchung sind keine geschlechtsspezifischen Unterschiede feststellbar. Dagegen bestehen deutliche Differenzen in den J1-Inanspruchnahmeraten, wenn nach der Art der Schule analysiert wird: Während 65,5 % der untersuchten Gymnasiastinnen und Gymnasiasten an der J1 teilnahmen, war dies nur bei 45,5 % der Förderschülerinnen und Förderschüler der Fall.

3.5 Verletzungen durch Unfälle, Gewalt und Selbstverletzungen

Verletzungen

Verletzungen stellen ein unterschätztes Gesundheitsproblem dar. Verletzungen sind die

12 Ellsäßer G (2014) Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen 2014. Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2012. Fachbericht. Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wiesbaden

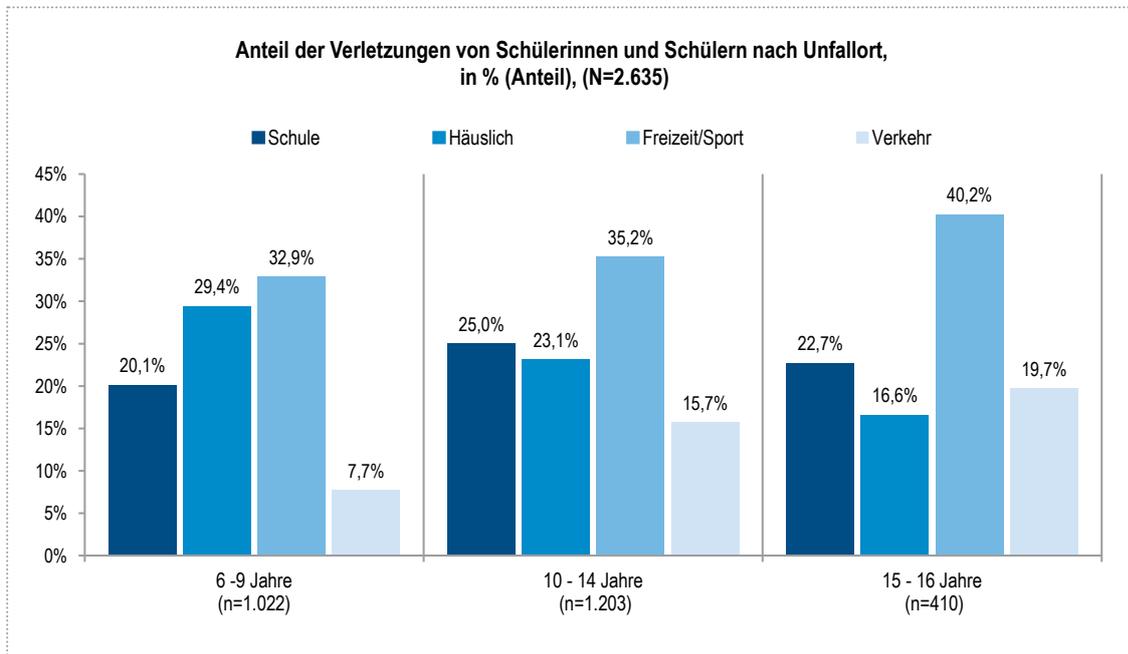


Abb. 18: %-Anteil der Verletzungen durch Unfälle bei Schülerinnen und Schüler (6 – 16 Jahre) nach Unfallort; Quelle: IDB 2008-2014, LAVG, Abt. Gesundheit 2016

häufigste Todesursache für Kinder und Jugendliche ab einem Jahr und der häufigste Grund für eine stationäre Krankenhausbehandlung der über Fünfjährigen (Ellsäßer 2014)¹².

Da die amtliche Krankenhausdiagnosestatistik nur die Verletzungsdiagnosen ausweist, wird auf die Datenquelle der Injury Data Base (IDB) Bezug genommen, die detailliert das Unfallgeschehen kontinuierlich abbildet (Monitoring). Die IDB wird in Brandenburg über das Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus realisiert und bezieht alle in der Notfallambulanz und stationär behandelten verletzten Patientinnen und Patienten ein. Das Carl-Thiem-Klinikum ist ein Schwerpunktkrankenhaus der Maximalversorgung und die dort systematisch erfassten Daten zu Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen können für das Land Brandenburg hochgerechnet werden.

Korrespondierend zum Durchschnittsalter der Kinder und Jugendlichen bei der Schu-

leingangsuntersuchung (rund 6 Jahre) und Schulabgangsuntersuchung (rund 16 Jahre) wurden die IDB-Daten der Altersgruppe zwischen 6 und 16 Jahren analysiert. Der Beobachtungszeitraum von 2008 bis 2014 umfasst dabei 3.095 Verletzungen, von denen 2.635 auf Unfälle zurückzuführen sind.

Unfälle

Jungen stellen dabei 60,9 % der behandelten Patienten dar, sind also wesentlich häufiger von Verletzungen in Folge von Unfällen betroffen als Mädchen. Analog sind die Ergebnisse aus der Krankenhausdiagnosestatistik für die stationär behandelten Kinder und Jugendlichen sowohl deutschlandweit als auch für das Land Brandenburg.

22,8 % aller Verletzungen in der untersuchten Altersgruppe ereigneten sich dabei in der Schule und hier vorrangig im Schulsport. Trotz der langen Aufenthaltszeit der Kinder in der Schule ist diese nicht als primärer Unfallort anzusehen: Häusliche Unfälle und vor

allem Unfälle in der Freizeit bzw. bei Sportaktivitäten in der Freizeit treten häufiger auf. Unfälle im Verkehrsbereich folgen auf Platz vier. Dieses Bild ändert sich bei einer Differenzierung nach jüngeren (6 – 9 Jahre) und älteren Schülerinnen und Schülern (10 – 14 Jahre, bzw. 15 – 16 Jahre). Während bei den jüngeren Schülerinnen und Schülern die Unfälle im häuslichen Bereich sowie bei Freizeit/Sport im Vordergrund stehen, dominieren bei den 10- bis 16-Jährigen die Freizeit bzw. Sportunfälle. Der Anteil der Unfälle im Straßenverkehr nimmt zum Jugendalter hin deutlich zu.

Tätliche Gewalt

Über das Ausmaß von Gewalt bei Schulkindern lassen sich über die bestehenden amtlichen Statistiken keine Aussagen ableiten. Zur Darstellung der Gewaltproblematik unter Schülerinnen und Schülern wird daher erneut auf die Daten der IDB zurückgegriffen.

Die IDB umfasst in den relevanten Altersgruppen insgesamt 2.821 ambulant oder stationär behandelte Verletzungen. Davon waren 124

Verletzungen auf Gewalt zurückzuführen, was einem Anteil von etwa vier Prozent entspricht.

In allen Altersgruppen wurden Jungen häufiger durch Gewalt verletzt als Mädchen. Auch stieg der Anteil der durch Gewalt verursachten Verletzungen bei Jungen mit zunehmendem Alter an, während bei den Mädchen keine Veränderung zwischen den Altersgruppen 10 – 14 und 15 – 16 Jahren feststellbar ist. Am häufigsten handelte es sich um tätliche Auseinandersetzungen in der Schule.

Selbstverletzungen

Selbstverletzungen werden in den amtlichen Statistiken nicht erfasst, sofern sie nicht tödlich enden. Die IDB ist die einzige Datenquelle, die diese Verletzung systematisch erfasst.

Selbstverletzungen treten in der Altersgruppe unter 10 Jahren nicht auf. Bei beiden Geschlechtern ist zwischen den Altersgruppen 10 – 14 Jahre und 15 – 16 Jahre ein Anstieg des Anteils der Selbstverletzungen festzu-

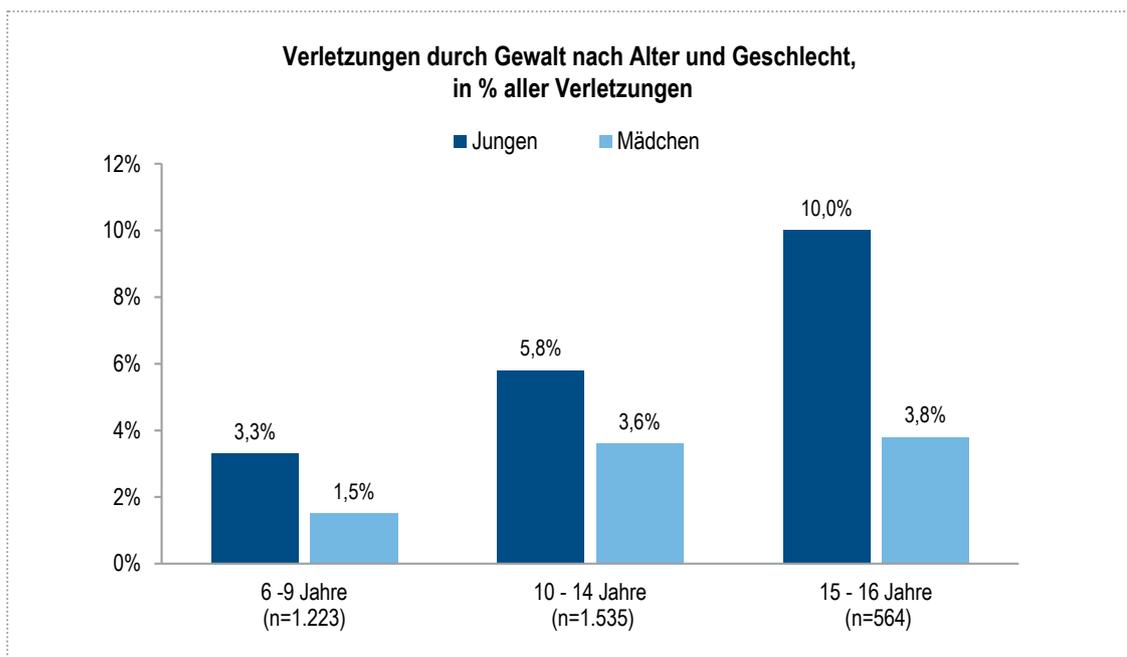


Abb. 19: %-Anteil der Verletzungen durch Gewalt an allen Verletzungen nach Alter und Geschlecht; Quelle: IDB 2008-2014, LAVG, Abt. Gesundheit 2016

stellen. In beiden Altersgruppen machen Selbstverletzungen bei Mädchen einen wesentlich höheren Anteil an allen Verletzungen aus als bei Jungen.

Auslösendes Element für eine Selbstverletzung sind dabei zumeist Beziehungsprobleme (z. B. bei Mädchen mit dem Freund oder innerhalb der Familie). Die folgenden Fallbeispiele aus der IDB verdeutlichen dies:

- Beispiel (Mädchen, 15 Jahre): 15 Tabletten Ibuprofen und 2 Tabletten Citalopram eingenommen, nachdem der Freund mit ihr Schluss gemacht hat
- Beispiel (Mädchen, 15 Jahre): Konflikt mit der Mutter, danach weggelaufen und sich geritzt

3.6 Substanzkonsum

Brandenburg verfügt durch die alle vier Jahre unter Schülerinnen und Schülern der 10. Klassen anonym durchgeführten Befragung „Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum“ (BJS) über eigene Erkenntnisse

zum Substanzkonsum im Zeitverlauf. Die Schülerbefragung ist eine Aktion der Landessuchtkonferenz und wird im Schuljahr 2016/2017 wiederholt.

Die Befragung wurde zuletzt in 13 von 18 Landkreisen und kreisfreien Städten in Brandenburg durchgeführt. Die Akzeptanz der Untersuchung ist groß. Nur ein sehr kleiner Anteil der angesprochenen Schülerinnen und Schüler lehnt eine Teilnahme ab. Bei der letzten Befragung im Schuljahr 2012/13 beteiligten sich fast 10.000 Schülerinnen und Schüler, was 53 % des gesamten Schuljahrgangs entspricht.

Der Anteil Brandenburger Jugendlicher, die täglich rauchen, hat sich zwischen 2004 und 2013 halbiert, von über 30 % auf etwa 16 %. Auch der Alkoholkonsum ist bei den Jugendlichen deutlich rückläufig. Dies gilt sowohl für den täglichen Alkoholkonsum als auch für das Rauschtrinken. Geschlechtsbezogene Unterschiede sind nur für den Alkoholkonsum festzustellen. Während über 19,3 % der Jun-

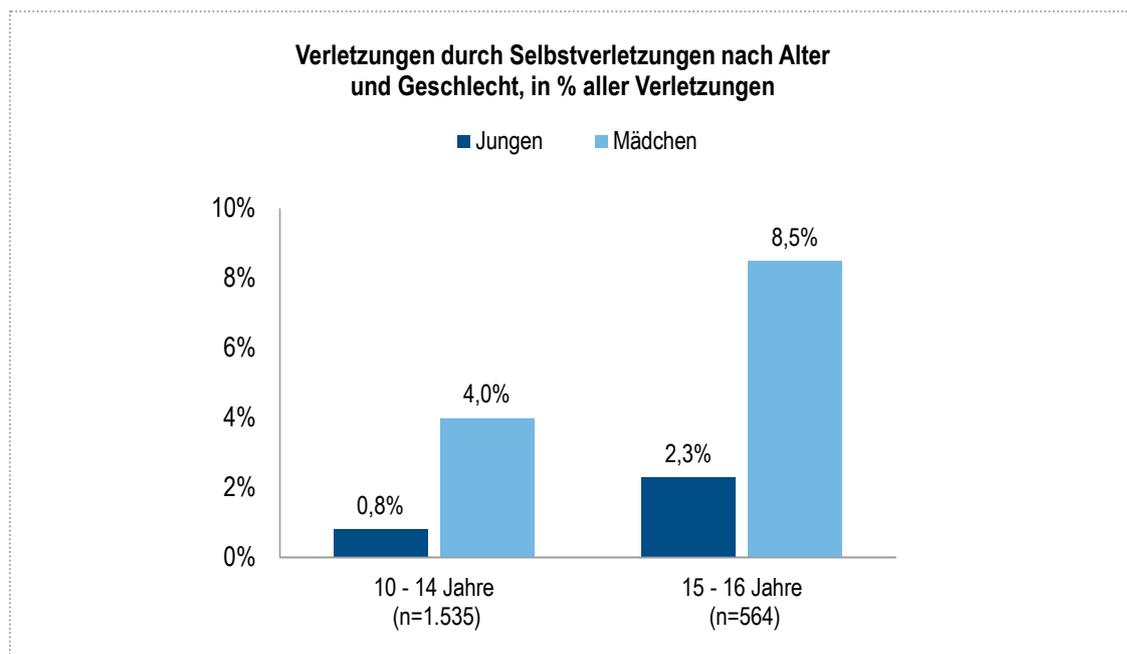


Abb. 20: %-Anteil der Selbstverletzungen an allen Verletzungen nach Alter und Geschlecht; Quelle: IDB (2008-2014), LAVG, Abt. Gesundheit 2016

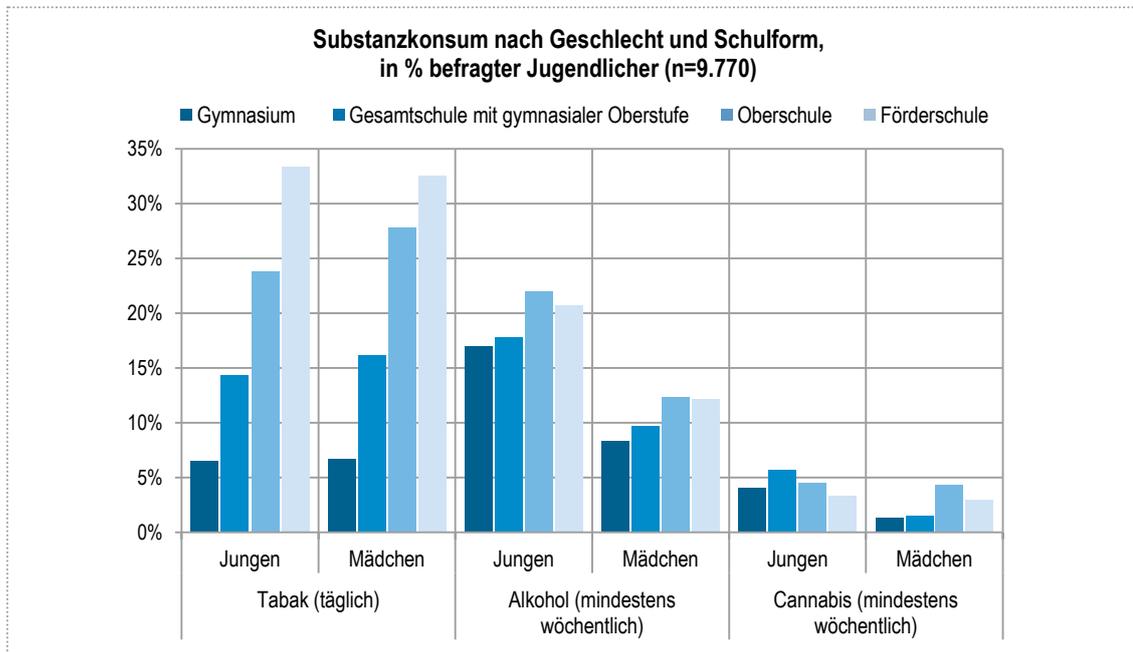


Abb. 21: %-Anteil von Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum bei Jugendlichen nach Geschlecht und Schulform; Quelle: BJS3, LAVG, Abt. Gesundheit

gen Alkohol mindestens einmal wöchentlich konsumierten, war dies lediglich bei 10,4 % der Mädchen der Fall. Dieses Verhältnis von einem annähernd doppelt so hohen Konsum der Jungen wiederholt sich auch bei Cannabis. Hier gaben 4,5 % der Jungen an, Cannabis auf mindestens wöchentlicher Basis zu sich zu nehmen, gegenüber 2,0 % der Mädchen. Der Konsum härterer Drogen (Ecstasy, Kokain, Heroin, etc.) ist selten angegeben.

Der Suchtmittelkonsum zeigt einen deutlichen Zusammenhang mit dem besuchten Schultyp. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Schultypen sind dabei beim Tabakkonsum am deutlichsten ausgeprägt.

Der Tabakkonsum von Schülerinnen und Schülern auf Gymnasien ist wesentlich geringer im Vergleich zu allen anderen Schulformen. Dies gilt für beide Geschlechter. Beim Alkohol- und Cannabiskonsum sind die Unterschiede nur wenig ausgeprägt. Auffallend ist jedoch beim Alkoholkonsum

ein starker Geschlechtsunterschied zwischen Jungen und Mädchen.

Wird der Zusammenhang zwischen Suchtmittelkonsum und Lebenszufriedenheit untersucht, so ist dieser nur bei den Mädchen festzustellen. Mädchen, die angaben, mit ihrer Lebenssituation „unzufrieden“ oder „sehr unzufrieden“ zu sein, konsumierten signifikant häufiger Suchtmittel als ihre Mitschülerinnen, die mit ihrer Lebenssituation „zufrieden“ oder „sehr zufrieden“ waren.

Ausblick und Handlungsbedarf

Trotz erheblicher Erfolge im Bereich der Prävention, die zu einer deutlichen Abnahme des Suchtmittelkonsums bei Schülerinnen und Schülern der 10. Klassen in den letzten 10 Jahren geführt haben, sind weitere Anstrengungen erforderlich. Jeder 6. Brandenburger Jugendliche raucht täglich Tabak und die Zahl der stationären Behandlungen wegen einer Alkoholvergiftung bei Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen nimmt stetig zu (vergleiche Suchtmonitoring 2014 bzw.2016).

Was können Schulen zum Erhalt der Gesundheit und der Bewältigung von Krankheiten leisten?

4.1. Schule und Gesundheit

Die Kultusministerkonferenz weist in ihrer „Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule“¹³ vom 15.11.2012 darauf hin, dass Gesundheitsförderung und Prävention nicht als Zusatzaufgaben für die Schulen zu verstehen sind, sondern vielmehr einen integralen Bestandteil des Schulentwicklungsprozesses darstellen. Ziel einer guten und gesunden Schule ist es, die Gesundheitsressourcen und -potenziale aller Akteure in der Schule zu erhalten und zu stärken.

Im Land Brandenburg ist die Gesundheitsförderung für Schülerinnen und Schüler als Auftrag für die Schulen schon seit längerem im Brandenburger Schulgesetz verankert (§4, Abs.5)¹⁴. Das Präventionsgesetz benennt die Schule ausdrücklich als Setting bezogenen Präventionsbereich. Dadurch gehören wirksame Maßnahmen der Gesundheitsförderung in der Schule künftig verstärkt zur Aufgabe der Präventionsleistungen von Krankenkassen, was neue Kooperations- und Finanzierungsperspektiven auch für Länder und Kommunen eröffnet.

Ein Schwerpunkt in der Umsetzung von Gesundheitsförderung an Brandenburger Schulen ist der ganzheitliche Ansatz der „Guten Gesunden Schule“ und wird daher kurz vorgestellt. Das Programm „Gute Gesunde Schule“ knüpft an die Erfahrungen des Projekts der Bertelsmann Stiftung anschub.de an; Anschub steht für „Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland“. Viele Bundesländer wurden im Pro-

jektzeitraum 2001-2010 von der Bertelsmann Stiftung und von den Kooperationspartnern dabei unterstützt, die Qualität von Bildung und schulischer Gesundheitsförderung stärker miteinander zu verzahnen.

Nach Abschluss der zweistufigen Modellphase Ende 2013 wurde eine Kooperationsvereinbarung des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport (MBS) mit den bisherigen 11 Anschub-Kooperationspartnern sowie zwei neuen Partnern unterzeichnet (neu: Landessportbund – bewegte Schule, Vernetzungsstelle Schulverpflegung Brandenburg). Die Laufzeit dieser Kooperationsvereinbarung beträgt drei Jahre und endet in 2017.

Zur Unterstützung der staatlichen Schulämter und der Agenturen des Beratungs- und Unterstützungssystems für Schulen und Schulaufsicht (BUSS) der Landesschulämter wurde ein Handlungsleitfaden (Steuerungshandbuch) im Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg (LISUM) erstellt. Darüber hinaus liegt ein Abschlussbericht des LISUM¹⁵ zu den Ergebnissen von anschub.de und Anschubtransfer vor.

Beispiele für inhaltliche Schwerpunkte der Entwicklung zur „Guten gesunden Schule“ sind:

- Stressmanagement für Lehrkräfte,
- Entspannungs- und Entlastungsstrategien,
- gesunde Schulverpflegung,
- Beratungs- und Kommunikationstraining,
- Methoden- und Kommunikationstraining für Schülerinnen und Schüler sowie
- Elternseminare.

13 Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.) (2012) Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule, Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012; https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_11_15-Gesundheitsempfehlung.pdf

14 Brandenburgisches Schulgesetz (BbgSchulG) § 4, Abs.1: „Bei der Vermittlung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Werthaltungen fördert die Schule insbesondere die Fähigkeit und Bereitschaft der Schülerinnen und Schüler, ihre Verantwortung für die eigene Gesundheit, für den Erhalt der Umwelt und die Sicherung der natürlichen Lebensgrundlagen zu begreifen und wahrzunehmen“. GVBl.I/16, Nr. 5 http://bravors.brandenburg.de/gesetze/bbgschulg_2016#4

15 LISUM: <http://bildungsserver.berlin-brandenburg.de/schule/schulentwicklung/modellversuche-schulversuche/anschub-transfer/>

Die Schulen der jeweiligen Schulgruppen in den staatlichen Schulämtern werden durch ein Schulberatertandem aus dem regionalen BUSS (vorrangig aus den Bereichen Gesundheitsförderung und Schulentwicklung) während der gesamten dreijährigen Laufzeit betreut, beraten und unterstützt.

Seit Schuljahresbeginn 2014/15 wurde die Arbeit mit den 38 interessierten Schulen Brandenburgs auf Grundlage der bereitgestellten Angebote der Kooperationspartner sukzessive aufgenommen. Im Bereich des Staatlichen Schulamts Brandenburg a.d.H. lassen sich mit dem Angebot der DAK-Gesundheit bereits erste gute Erfahrungen aus der Umsetzung gelingender Schulentwicklungsarbeit ableiten.

4.2. Weitere Präventionsbeispiele aus dem Bündnis Gesund Aufwachsen

Dieses Kapitel stellt ausgewählte Aktivitäten zur Unterstützung einer guten gesundheitlichen Entwicklung von Schülerinnen und Schülern vor, die in den Arbeitsgruppen des Bündnisses Gesund Aufwachsen entwickelt und von diesen begleitet werden.

In den fünf Arbeitsgruppen (AGs)

- Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung (BEST)
- Frühe Hilfen und Pädiatrische Versorgung (FHPV)
- Mundgesundheit
- Seelische Gesundheit
- Unfall- und Gewaltprävention

diskutieren die Akteure aktuelle gesundheitliche Entwicklungen, benennen Handlungsbedarfe und entwickeln bzw. begleiten Maßnahmen. Themenspezifische Unter-Arbeitsgruppen, wie die Unter-AG Impfschutz der AG Frühe Hilfen und Pädiatrische Versorgung zur Verbesserung des Impfschutzes bei Kindern und Jugendlichen ergänzen die Arbeit.

Die thematische Ausrichtung der Arbeitsgruppen erfolgt datengestützt mit Schwerpunkt auf den Ergebnissen der kinder- und jugendärztlichen bzw. zahnärztlichen Untersuchungen der Gesundheitsämter.

Alle zwei Jahre tagt das Plenum des Bündnisses und beschließt die Ziele und Maßnahmen der Arbeit der folgenden beiden Jahre. Informationen zur Arbeit des BGA finden sich auf www.buendnis-gesund-aufwachsen.de.

Im Fokus stehen derzeit Maßnahmen zur Verhaltensprävention, die für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen altersspezifisch praktische Möglichkeiten für gesundheitsförderndes Verhalten aufzeigen.

Deutlich wird dabei das breite Themenspektrum der Aktivitäten – vom Handlungsfeld übergreifenden Leitfaden zur Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche bis zum Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte an öffentlichen Schulen“. Im Infokasten am Schluss dieses Kapitels finden Sie die Kontaktdaten aller vorgestellten Praxisbeispiele.

Vernetzungsstelle Schulverpflegung

Die Vernetzungsstelle Schulverpflegung Brandenburg bringt die Akteure zusammen, denen eine gesundheitsförderliche Verpflegung und nachhaltige Ernährungsbildung an Schulen am Herzen liegt. Hierzu zählen unter anderem Schulträger, Lehrkräfte, Eltern, Caterer und Gesundheitsämter. Sie gibt fachliche Informationen weiter, bietet Beratungsangebote an und fördert die intensive Vernetzung und den Erfahrungsaustausch aller Kooperationspartner im Land Brandenburg. Ziel ist die Erhöhung der Qualität und Inanspruchnahme des Schulessens. Grundlage sind die Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE).

Auf Informationsveranstaltungen, Workshops und Beratungen vermittelt die Vernet-

zungsstelle fachliche Informationen zu den DGE-Qualitätsstandards sowie zu wichtigen Rahmenbedingungen einer gesunden Schulverpflegung (gesetzliche Grundlagen, Hygiene, Schulorganisation usw.). Das Team der Vernetzungsstelle berät zu Verpflegungs- und Bewirtschaftungssystemen sowie zu optimalen Verpflegungsmöglichkeiten für die Schülerinnen und Schüler. Checklisten zur Überprüfung der Qualität des Schulessens runden das Angebot ab.

In Schulen gehören zum Beratungsprogramm vor allem die Vermittlung von Tipps zur Ernährungsbildung und deren Integration in bestehende Schulprogramme. Schulen und Schulträger sollen bei der Umsetzung eines schmackhaften und ausgewogenen Schulessens durch die Bedarfsermittlung vor Ort bestmöglich unterstützt werden. So schafft die Vernetzungsstelle Austauschmöglichkeiten für lokale und regionale Akteure und fördert damit auch Kooperationen der Akteure untereinander.

Activityschool

Die Datenlage zeigt seit Jahren, dass Bewegungsstörungen bereits zum Schulbeginn eine hohe Relevanz haben (siehe Kapitel 3.1.2). Dabei treten sie häufig in direkter Kombination mit anderen Erkrankungen wie Sprachstörungen, AD(H)S und allgemeinen Entwicklungsstörungen auf.

Im Rahmen von EMOTIKON (www.emotikon-grundschulsport.de) werden in der Jahrgangsstufe 3 jährlich bei ca. 12–15 % der Schülerinnen und Schüler motorische Defizite erfasst und bei über 10 % der Jugendlichen im Alter von 16 Jahren sind Fehlstellungen der Wirbelsäule festzustellen (siehe 3.3.1).

Das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBS) hat daher in Abstimmung mit dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familien (MASGF), der

Abteilung Gesundheit im Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG), der Universität Potsdam und dem Bündnis Gesund Aufwachsen Maßnahmen zur Bewegungsförderung in der Grundschule empfohlen.

Activityschool beinhaltet folgende Maßnahmen: 1. Auf der Grundlage der schulärztlichen Stellungnahme zum Schulbeginn, können die untersuchenden Ärztinnen und Ärzte bei motorisch auffälligen Kindern die Empfehlung zur Teilnahme am Sportförderunterricht in der Schule aussprechen. 2. Eltern werden im Zusammenhang mit der Schuleingangsuntersuchung über einen Flyer zur Bewegungsförderung darüber informiert, welche Übungen die Balance und Kraft ihrer Kinder stärken und wo sie weitere, gezielte Informationen zur Bewegungsförderung und gesundem Aufwachsen finden. 3. Zum Zeitpunkt der Halbjahreszeugnisse in der Jahrgangsstufe 3 werden den Schülerinnen und Schülern differenzierte Bewegungsempfehlungen auf der Grundlage der Ergebnisse aus EMOTIKON und der Einschätzung der Sportlehrkraft durch die Schule ausgegeben. 4. Förderung der Gesundheitskompetenz der Eltern. Über den Besuch der activityschool Website www.activityschool.de und Nutzung der App erhalten die Eltern die Möglichkeit, den bewegten Alltag ihrer Kinder selbst abzubilden und gesundheitsorientiert zu gestalten.

Die Webseite www.activityschool.de ist Bestandteil des Programms und richtet sich an Schülerinnen und Schüler, Eltern, Vereine und Lehrkräfte. Sie bietet Informationen zur Gesundheit, Bewegung und Ernährung für die jeweiligen Zielgruppen an. So finden Eltern und Lehrkräfte u.a. Informationen zur gesunden Schulverpflegung, zum Umgang mit Essstörungen, Informationen zur Mundhygiene und erfahren mehr über die Bedeutung von gesundheitswirksamen körperlichen Aktivitäten.

Für die Schülerinnen und Schüler mit bereits bestehenden Bewegungsdefiziten, sportfernen Elternhäusern oder aus den ländlichen Regionen ist es oft besonders schwierig, ein geeignetes und möglichst noch attraktives Sportangebot zu finden. Dies erleichtert der Klick auf die Rubrik „Finde Dein Sportangebot“. Mit „Suche starten“ werden alle bei activityschool.de angemeldeten Sportvereine und ihre angebotenen Bewegungsaktivitäten in der angegebenen Suchregion aufgelistet. Hier können Eltern und Kinder gezielt nach passenden Sport- und Bewegungsangeboten suchen.

„Zähne putzen macht Schule!“

Mit dem Schuleintritt der Kinder beginnt oft auch der Zahnwechsel. Die Schneidezähne wechseln sichtbar. Oft unbemerkt dagegen kommen die ersten Backenzähne, weil sie im Anschluss an die Milchzahnreihen erscheinen, ohne dass gleichzeitig ein Milchzahn ausfällt. Die Milchzähne machen dann den bleibenden Zähnen nach und nach ihren Platz frei. Im 12. Lebensjahr brechen die zweiten Backenzähne durch. Erst etwa drei Jahre später ist der Zahnschmelz ausgereift und widerstandsfähig. Bis es so weit ist, bildet das Wechselgebiss für den Zahnbelag ein perfektes „Versteck“ und die Zahnpflege muss sehr aufmerksam erfolgen. Die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in den Schulen ist deshalb aus vielen Gründen für die Mundgesundheit von besonderer Bedeutung. Es werden zahnärztliche Untersuchungen durchgeführt und mit den Schülerinnen und Schülern wird gezielt Zahnputztraining durchgeführt, das gesunde Schulfrühstück thematisiert und weitere Themen altersgerecht mit pädagogisch didaktischen Materialien bearbeitet. In Schwerpunktschulen werden die Maßnahmen intensiviert, das heißt, sie finden in der Regel zweimal jährlich statt und umfassen auch Fluoridanwendungen.

Zähneputzen in den Schulalltag zu integrieren, ist sinnvoll und möglich, wie Schulen

im Land Brandenburg zeigen. Sie demonstrieren, dass das im engagierten Miteinander machbar ist. Es werden sogenannte „Zahnputzdienste“ eingesetzt, die das in der Klasse aufbewahrte Zahnputzmaterial verteilen und das Zähneputzen in einer geordneten Reihenfolge mit Unterstützung der pädagogischen Fachkräfte organisieren. Andernorts stellt ein Becherdienst pro Klasse alle namentlich gekennzeichneten Zahnputzbecher bereit und achtet nach dem Putzen auf deren ordnungsgemäße Aufbewahrung; alle Schülerinnen und Schüler gehen dann selbstständig die Zähne im Waschraum putzen. Andere Beispiele zeigen, dass auch eine schuleigene Krankenpflegefachkraft oder Ehrenamtliche die Lehrerinnen und Lehrer beim Zähneputzen der Kinder unterstützen können.

Gute Beispiele aus dem Schulalltag belegen, dass das tägliche Zähneputzen nach dem Mittagessen, sowohl in Zahnputzräumen als auch bei nur zwei Waschbecken in jedem Schulwaschraum, mit einer geschickten Organisation ohne Probleme zu bewältigen ist. Die Teams der Zahnärztlichen Dienste begleiten im Rahmen der gruppenprophylaktischen Betreuung engagierte Schulen und auch Horteinrichtungen, die das Zähneputzen in ihren Tagesablauf aufgenommen haben oder aufnehmen möchten.

Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte an öffentlichen Schulen“ in den Bundesländern Brandenburg und Hessen

Um die gesundheitliche Prävention und Versorgung im Setting Schule nachhaltig weiterzuentwickeln, hat das Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg im Jahr 2012 die Landesregierung gebeten, Schulgesundheitsfachkräfte in Brandenburger Schulen einzusetzen. Diese weitergebildeten Pflegefachkräfte werden als Ansprech- und Vertrauenspersonen für Schülerinnen und Schüler, ihre Eltern und für Lehrerinnen und Lehrer insbesondere dazu beitragen,

- eine qualifizierte Erste Hilfe nach Unfällen zu sichern,
- bewährte Präventionsprojekte und -programme in Schulen zu initiieren,
- gesundheitliche Fehlentwicklungen und -störungen bei Kindern und Jugendlichen frühzeitig zu erkennen,
- Beratungsangebote und Hilfen in Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes zu vermitteln,
- behinderte und chronisch kranke Schülerinnen und Schüler zu begleiten sowie
- Schülerinnen und Schüler nach krankheitsbedingter längerer Abwesenheit zu unterstützen.

Unverzichtbare Voraussetzung hierfür ist eine enge fachliche Zusammenarbeit mit den Kinder- und Jugendärztinnen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes und mit den Zahnärztinnen des Zahnärztlichen Dienstes der Gesundheitsämter.

Ergebnis der ersten Projektphase, die vom Land Brandenburg und der EU im Rahmen

des Europäischen Sozialfonds (ESF) gefördert wurde, war der Nachweis, dass der Einsatz von weitergebildeten Pflegefachkräften in Schulen auch unter den hiesigen rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen gelingen kann.¹⁶

In der zweiten Projektphase im Jahr 2016 wurden das Curriculum für die Weiterbildung der Pflegefachkräfte¹⁷ vom Brandenburger Projektträger erarbeitet und die Charité Universitätsmedizin Berlin mit der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluierung der Praxisphase vom Hessischen Projektträger beauftragt.

Die dritte Projektphase („Praxisphase“) startet im Februar 2017 zeitnah in Brandenburg und Hessen mit dem Einsatz von jeweils 10 Pflegefachkräften an 20 Schulen in Brandenburg und 10 Schulen in Hessen.

Gefördert werden die Projektträger in Brandenburg und Hessen insbesondere von den für Bildung und Gesundheit zuständigen Ministerien in den beiden Ländern, der AOK

Seit vielen Jahrzehnten sind vor allem in den skandinavischen und angloamerikanischen Ländern spezialisierte Pflegekräfte in Schulen tätig, die als „school (health) nurses“ die Kinder und Jugendlichen in allen gesundheitlichen Angelegenheiten betreuen. In Deutschland sind diese Gesundheitspflegekräfte fast nur in Privatschulen und an dänischen Schulen in Schleswig-Holstein anzutreffen. In einem Modellprojekt wollen nun Projektträger in den Ländern Brandenburg und Hessen zeigen, dass es auch in Deutschland sinnvoll ist, Schulgesundheitspflege in die Regelversorgung in Schulen zu etablieren. Damit erwecken sie eine Initiative zum Leben, die es hier bereits vor fast 100 Jahren in Deutschland schon einmal gab. Das Modellprojekt knüpft an internationale Erfahrungen an, die beispielsweise in Großbritannien und Skandinavien gesammelt wurden. Träger des Modellprojekts in Brandenburg ist der Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Potsdam e.V. Inzwischen sind das Land Hessen und die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAGE) weitere Kooperationspartner im Projekt.

¹⁶ Die Studie ist unter <http://www.awo-potsdam.de/files/data/pdf/Machbarkeitsstudie-Schulpflegekraft.pdf> im Internet eingestellt.

¹⁷ siehe <http://www.awo-potsdam.de/files/awo-bv/Allgemeines/Curriculum%20fuer%20Schulgesundheitsfachkraefte.pdf>

Nordost und AOK Hessen sowie der Unfallkasse Brandenburg. Befürwortet wird das Projekt beispielsweise von der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, von Gremien des Deutschen Ärztetages, vom Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V., vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe und von der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft.

„Wissen schützt!“

„Wissen schützt!“ ist ein Unterrichtsmaterial zu den Themen Immunsystem und Impfschutz, einsetzbar an weiterbildenden Schulen. Im Unterricht sollen bestehende Informationslücken geschlossen und das Verantwortungsbewusstsein der Schülerinnen und Schüler bezüglich des Impfens für sich selbst und für die Gesellschaft geweckt und gefördert werden. Aufklärung soll die Akzeptanz für Impfungen erhöhen und für die Bedeutung der Thematik sensibilisieren. Zielgruppen sind Schülerinnen und Schüler der Sekundarstufe II, der Berufsschulen, Auszubildende der Gesundheitsfachberufe und deren Lehrerinnen und Lehrer. Kooperationspartner sind das Landesgesundheitsministerium (MASGF), das Landesbildungsministerium (MBJS), die AOK Nordost sowie der Verein Bildung und Gesundheit.

Das Unterrichtsmaterial ist in einem Ringordner zusammengefasst und besteht aus Schülermaterialien, einem Lehrerbegleitheft mit Hintergrundinformationen und Empfehlungen zur didaktischen Umsetzung, einem USB-Stick mit allen Materialien in digitaler Form und ergänzenden Lehrvideos, einem Elternbrief, Hinweisen auf Informationsmöglichkeiten im Internet sowie dem aktuellen Impfkalender der Ständigen Impfkommission (STIKO). Themen und Inhalte sind unter anderem das Immunsystem, Bakterien und Viren, Infektionswege und Infektionskrankheiten, aktive und passive Immunisierung sowie eine Argumentationshilfe zum Thema

Impfen. Das Material kann in verschiedenen Schulfächern eingesetzt werden, verschiedene didaktische Methoden sind beschrieben.

Konzeptionelle Grundlage für die Unterrichtsmaterialien ist der „Lehrerkoffer Impfen“ aus Baden-Württemberg. Ein Redaktionsteam aus der UAG Impfprävention aktualisierte die Inhalte und passte das Material an den Brandenburger Schulunterricht an. Die Einführung in Schulen erfolgt 2016/17.

Brandenburger Leitfaden Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – Erkennen, Fallmanagement, interdisziplinäre Hilfesysteme

Der Brandenburger Leitfaden ist 2016 in einer überarbeiteten und erweiterten 6. Auflage erschienen. Eine interdisziplinär besetzte Redaktionsgruppe der Arbeitsgruppe Unfall- und Gewaltprävention hat seit zehn Jahren den Leitfaden kontinuierlich weiterentwickelt.

Zielgruppe des Leitfadens sind Fachkräfte, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, beispielsweise aus dem medizinischen Bereich, aus Schulen und Kindertagesstätten, Sportvereinen und Freizeiteinrichtungen. Diese sollen sensibilisiert und befähigt werden, erste Anzeichen von Vernachlässigung und Gewalterfahrungen zu erkennen und bei Bedarf schnell und angemessen zu reagieren, indem sie beispielsweise an Unterstützungsangebote vermitteln oder qualifizierte Expertinnen und Experten hinzuziehen. Ausgehend von der Erörterung, welche Ausprägungen Gewalt gegen Kinder und Jugendliche haben kann, stellt der Leitfaden die Datenlage im Land Brandenburg vor, erläutert die rechtlichen Rahmenbedingungen und gibt Hinweise zu Diagnostik und Befunderhebung. Die beiden abschließenden Kapitel widmen sich dem Fallmanagement im Rahmen des Kinderschutzes und den interdisziplinären Hilfesystemen in Kinderschutz, Frühen Hilfen, dem landesweiten Netzwerk

Gesunde Kinder, Beratungsstellen nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz sowie von Frauenhäusern. Der Anhang umfasst u.a. zwei Dokumentationsbögen für den Verdacht auf Kindesmisshandlung bzw. auf sexuellen Missbrauch. Der Leitfaden wurde in 2016 auf 5 regionalen Veranstaltungen vorgestellt und mit den Akteuren vor Ort kommuniziert.

Kontaktinformationen der vorgestellten Angebote

<p>Vernetzungsstelle Schulverpflegung Brandenburg</p> <p>Dr. Maren Daenzer-Wiedmer Behlertstr. 3a, Haus H1 14467 Potsdam Tel.: 0331-6203432 Mail: info@schulverpflegung-brandenburg.de www.bildungsserver.berlin-brandenburg.de www.in-form.de</p>	<p>Projekt „Schulgesundheitsfachkräfte an öffentlichen Schulen“</p> <p>Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e.V. Frau Angela Basekow Neuendorfer Straße 39a 14480 Potsdam Tel.: 0331-73041770 Mail: info@awo-potsdam.de www.awo-potsdam.de/projekte/schulpflegekraefte-im-land-brandenburg.html</p>
<p>„Wissen schützt!“</p> <p>Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit Abteilung Gesundheit Dr. med. Gabriele Ellsäßer Wünsdorfer Platz 3 15806 Zossen Tel.: 0331- 8683801 Mail: gabriele.ellsaesser@lavg.brandenburg.de</p>	<p>AG Mundgesundheit</p> <p>Dr. Gudrun Rojas Stadtverwaltung Brandenburg an der Havel Fachgruppe Gesundheit Zahnärztlicher Dienst Beirat für Zahngesundheit Klosterstraße 14 14770 Brandenburg an der Havel Tel: 03381-585318 Mail: gudrun.rojas@stadt-brandenburg.de</p>
	<p>„Brandenburger Leitfaden: Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“</p> <p>Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit Abteilung Gesundheit Dr. med. Gabriele Ellsäßer Wünsdorfer Platz 3 15806 Zossen Tel.: 0331-8683801 Mail: gabriele.ellsaesser@lavg.brandenburg.de</p>

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
ADS	Aufmerksamkeitsdefizitstörung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DMF-T	Kariesindex, statistischer Gradmesser für die Schwere bzw. Auswirkung einer Karieserkrankung
CI	Konfidenzintervall
HPV	Humane Papillomviren
IDB	Injury Database [Verletzungsdatenbank]
KAI-Systematik	Zahnputztechnik: Kauflächen-Außenflächen-Innenflächen
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KJGD	Kinder- und Jugendärztlicher Gesundheitsdienst
MMR	Masern-Mumps-Röteln Impfung
SAU	Schulabgangsuntersuchung
SEU	Schuleingangsuntersuchung
SGB	Sozialgesetzbuch
SiC	Significant Caries Index [Karies Index]
SOPESS	Sozialpädiatrisches Screening für Schuleingangsuntersuchungen
STIKO	Ständige Impfkommission
WHO	World Health Organisation [Weltgesundheitsorganisation]
ZER	Zentrales Einladungs- und Rückmeldewesen

**Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit, Frauen und Familie**

Referat Presse und Öffentlichkeitsarbeit

Henning-von-Tresckow-Str. 2-10

14438 Potsdam

Tel.: 0331/866-5040

Fax: 0331/866-5049

E-mail: presse@masgf.brandenburg.de

Internet: www.masgf.brandenburg.de