Landkreis Uckermark

Drucksachen-Nr. / Version	Datum	Blatt
25-A/2007	28.12.2007	1

☐ Beschlussvorlage ☒ Berichtsvorlage ☒ öffentliche Sitzung ☐ nichtöffentliche Sitzung

Beratungsfolge: Datum:

☒ Fachausschuss	KBA	16.01.2008
☐ Fachausschuss		
☐ Kreisausschuss		
☐ Kreistag		

Inhalt:

Bericht des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes 2007 des Gesundheits- und Veterinäramtes des Landkreises Uckermark

Wenn Kosten entstehen:

Kosten €	Haushaltsstelle	Haushaltsjahr	☐ Mittel stehen zur Verfügung
☐ Mittel stehen nicht zur Verfügung ☐ Mittel stehen nur in folgender Höhe zur Verfügung: €	Deckungsvorschlag:		

Beschlussvorschlag:

Der Kultur- und Bildungsausschuss nimmt die Berichtsvorlage zur Kenntnis.

zuständiges Amt:

Gesundheits- u. Veterinäramt	Dr. med. Michaela Hofmann Amtsleiterin	Lothar Thiele Dezernent	Klemens Schmitz Landrat

abgestimmt mit Dez./Amt/Ref.:	Name	Unterschrift

Beratungsergebnis:

Kreistag/ Ausschuss	Datum	Stimmen Ja	Stimmen Nein	Stimmenthaltung	Einstimmig	Laut Beschlussvorschlag	Abweichender Beschluss (s. beiliegendes Formblatt)

Begründung:

Seit 1999 berichtet der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheits- und Veterinäramtes regelmäßig über wesentliche Arbeitsergebnisse. Im vorliegenden Bericht wird neben der jährlichen Darstellung der Impfraten und der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung ein besonderer Schwerpunkt auf die zunehmende sozialkompensatorische Bedeutung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD), seine Handlungsfelder im Kinderschutznetz [1] und Aufgaben im Bereich der Infektionsprävention gelegt.

Aus der Darstellung der Entwicklung der Untersuchungszahlen im KJGD im Landkreis Uckermark in den letzten Jahren ist ersichtlich, dass sich die Untersuchungszahlen auf ein stabiles Niveau eingestellt haben.

Das Impfen ist in Deutschland unverändert als ein herausragendes Gesundheitsziel benannt. Im Landkreis Uckermark wurden auch im Schuljahr 2006/07 Impfraten ermittelt, die überwiegend mehr als 90 % betragen. Im Vergleich der letzten Schuljahre ist entweder ein kontinuierlicher Anstieg der Impfraten oder ein Verharren auf hohem Niveau zu verzeichnen. Diese Ergebnisse sind weiterhin sowohl im Landes- als auch im Bundesvergleich beispielhaft.

Aufgrund der veränderten Stichtagsregelung kam es im Jahr 2005 zu einer deutlich höheren Zahl untersuchter Einschüler, weil einmalig ein Viertel des Jahrgangs mehr schulpflichtig wurde. Verbunden war dies mit einem Anstieg ärztlicher Empfehlungen zur Zurückstellung vom Schulbesuch. Im Einschulungsjahr 2007 war die Rate ärztlicher Rückstellungsempfehlungen wieder rückläufig, liegt im Landkreis Uckermark aber (im Gegensatz zu 2004) über dem Durchschnitt des Landes Brandenburg. Die Tätigkeit des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes im Schuljahr 2006/07 war gekennzeichnet von Kontinuität und dem Bestreben, nachhaltig und konsequent bevölkerungsmedizinisch relevante Gesundheitsziele zu verfolgen.

Neben den regelmäßigen kinderärztlichen Untersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen als Schwerpunkte wurde wichtigen Präventionsprojekten besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Damit leistet der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst seinen Beitrag zur aktiven Gesundheitsförderung im Landkreis Uckermark. Ein besonderer Schwerpunkt des Berichtes liegt im Aufgabenbereich des Kinder- und Jugendschutzes. Der Beitrag des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes zum Kinderschutz wird herausgestellt. Im Herbst 2007 wurde durch den KJGD in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt im Landkreis Uckermark eine zweite interdisziplinäre Fachtagung zum Kinderschutz „Das Kindeswohl im Mittelpunkt aller Bemühungen“ gestaltet. Der Kreis der Mitwirkenden und Interessenten hat sich gegenüber 2006 erheblich erweitert.

Einen in der Öffentlichkeit eher weniger beachteten Mosaikstein im Gesamtgefüge des Kinderschutzes stellt das Gewicht der Schulmappen dar, das aus medizinischer Sicht allerdings von großer Bedeutung ist. Deshalb wird im vorliegenden Bericht auf die Ergebnisse einer Stichprobenuntersuchung im Schuljahr 2006/2007 im Rahmen der Reihenuntersuchungen des KJGD in den 6. Klassen eingegangen. Die detaillierte Darstellung findet sich im Anhang des Berichtes. Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Landkreises Uckermark sieht sich in der Pflicht, dass seine Kinderärzte als „Arbeitsmediziner“ der Schule auf die Problematik der Last, die die Schüler täglich mit ihren Schulmappen tragen müssen, aufmerksam machen, um Verantwortliche zum Handeln zu bewegen.

[1] Die Darstellung der Rolle des KJGD im Kinderschutznetz fand Eingang in den neuen Brandenburger Leitfaden „Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ (Diagnostik, Fallmanagement, Hilfesystem) der am 28.11.2007 in Cottbus vorgestellt wurde und über das Landesgesundheitsamt erhältlich ist.

Inhalt

Seite

1. Vorbemerkung 1

2. Quantitative Arbeitsergebnisse 1
   2.1. Untersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen 2
   2.2. Gutachten 2

3. Aufgabenwahrnehmung im KJGD unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung 3
   3.1. Reihenuntersuchungen in Kindertagesstätten 3
   3.2. Schuleingangsuntersuchungen 4
   3.3. Untersuchungen nach Jugendarbeitsschutzgesetz 5
   3.4. Reihenuntersuchungen 6. Klasse 6
   3.5. Reihenuntersuchungen an Förderschulen 6
   3.6. Entwicklung der Kinderzahlen im Landkreis Uckermark 7

4. Schutzimpfungen 9
   4.1. Impfraten bei Kita- und Schulkindern 9
   4.2. Masern-Mumps-Röteln-Impfung 9
   4.3. Hepatitis-B-Impfung 11
   4.4. Impfkalender 14

5. Aufgaben des KJGD im Bereich der Infektionsprävention und Epidemiologie 15

6. Ausgewählte Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 16
   6.1. Sozialstatus der Familien mit Einschülern 16
      6.1.1. Brandenburger Sozialindex 16
      6.1.2. Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt 18
   6.2. Einschüler mit Befunden mit Relevanz für die Frühförderung 19
   6.3. Schulärztliche Rückstellungsempfehlungen 21
   6.4. Übergewicht bei Schulanfängern 23

7. Die zunehmende sozialkompensatorische Bedeutung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes 24
   7.1. Zusammenhang von Untersuchungsraten in der Kindertagesstätte und Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt 24
   7.2. Frühe Diagnosestellung 25
   7.3. Chancengleichheit im Landkreis Uckermark weiter anstreben 25
   7.4. Hohe Durchimpfungsraten dank Erinnerungssystem des KJGD 26
   7.5. Änderungen durch Novellierung des Gesundheitsdienstgesetzes 26

8. Heilpädagogische Frühförderung 28

9. Förderung in der Kindertagesstätte 32
   9.1. Beratung der Erzieherinnen und gegenseitiger fachlicher Austausch 32
   9.2. Sexualaufklärung in der Kindertagesstätte 33

10. Handlungsfelder des KJGD beim Kinderschutz 34

10.1. Kooperation von KJGD und Jugendamt beim Kinderschutz 34
10.1.1. Hausbesuche von KJGD und Jugendamt 35
10.1.2. Werdende Mütter 35
10.1.3. Kleine oder behinderte Kinder 35
10.1.4. Eltern mit psychiatrischen Erkrankungen 35
10.1.5. Gemeinsame Hilfeplanung 35
10.1.6. Untersuchung bei Inobhutnahme 36
10.2. Koordination im Netzwerk des Kinderschutzes – Aufgabe des KJGD .. 36
10.2.1. Frühzeitige kompensatorische Hilfen in Problemlagen 37
10.2.2. Kinderschutz bei kinderärztlichen Reihenuntersuchungen 37
10.2.3. Elterngespräche bei Verdachtsmomenten 37
10.2.4. Deprivation in sozialem Mangelmilieu 38
10.2.5. Vernachlässigung der Gesundheitsfürsorgepflicht 38
10.2.6. Schulverweigerung 38
10.2.7. Fallmanagement im KJGD 39
10.3. Initiativen zum Kinderschutz 40
10.3.1. Kinderschutzfachtagungen 40
10.3.2. Suchtprävention 40
10.3.3. Ärzte des KJGD – „Arbeitsmediziner“ der Schüler 41

11. Schlussbemerkung 42

12. Literatur 43

Anhang

Ärzte des KJGD – „Arbeitsmediziner“ der Schüler-Stichprobenuntersuchung der Schulmappengewichte von Schülern der 6. Klassen

1. Ergebnisse
2. Der richtige Sitz der Mappe
3. Schulorganisatorische Rahmenbedingungen verbessern
4. Regelmäßige Kontrolle
5. Beratung und Gesundheitserziehung
6. Flexible Lösungen in Ausnahmefällen

1. Vorbemerkung

Seit 1999 berichtet der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheits- und Veterinäramtes regelmäßig über wesentliche Arbeitsergebnisse. Im vorliegenden Bericht wird neben der jährlichen Darstellung der Impfraten und der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung ein besonderer Schwerpunkt auf die zunehmende sozialkompensatorische Bedeutung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD), seine Handlungsfelder im Kinderschutznetz (1) und Aufgaben im Bereich der Infektionsprävention gelegt.

Die im Bericht verwendeten Daten für das Land Brandenburg beruhen auf dem Gesundheitsberichtserstattungsservice des Landesgesundheitsamtes Brandenburg, der den kommunalen Gesundheitsämtern regelmäßig zur Verfügung gestellt wird (2).

2. Quantitative Arbeitsergebnisse

Die regelmäßigen kinderärztlichen Untersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen sind ein Schwerpunkt in der Tätigkeit des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes. Laut Brandenburgischem Gesundheitsdienstgesetz von 1994 in Verbindung mit der Kinder- und Jugendgesundheitsdienstverordnung von 1997 (letzte Änderung Juli 2005) handelt es sich dabei um Pflichtaufgaben nach Weisung. Aus der Darstellung der Entwicklung der Untersuchungszahlen im KJGD im Landkreis Uckermark in den letzten Jahren ist ersichtlich, dass sich die Untersuchungszahlen auf ein stabiles Niveau eingestellt haben (Tab. 1).

Im Rückgang der vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst durchgeführten Impfungen kommt die Tatsache zum Ausdruck, dass Impfungen in erster Linie von den niedergelassenen Kinder- und Hausärzten vorgenommen werden, während ergänzend dazu der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst den Impfstand überprüft und gegebenenfalls die Schließung von Impflücken anbietet (Tab. 2). Durch das Erinnerungssystem des KJGD nach erfolgter Impfstandprüfung werden zahlreiche Kinder und Jugendliche dem Regelversorgungssystem wieder zugeführt.

Tabelle 1: Reihenuntersuchungen in den Schuljahren 2001/02 bis 2006/07

	Schuljahr 2001/2002	**Schuljahr 2002/2003**	**Schuljahr 2003/2004**	**Schuljahr 2004/2005**	**Schuljahr 2005/2006**	**Schuljahr 2006/2007**
Untersuchungen in Kitas	2.292	2.443	2.479	2.236	2.033	2.273
Schulanfänger	981	1034	1054	1.330	1.157	1.064
Schulabgänger	2.286	2.362	2.200	2.314	2.126	1.729
Schüler 6./7. Klassen	1.130	1.699	1.207	406*	82*	718

*personell bedingt

Tabelle 2: Quantitative Arbeitsergebnisse Kalenderjahre 2002 bis 2007

	2002	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
Impfungen	3.443	2.270	1.505	1.554	593	651
Kontrolle Impfstand	3.238	3.414	4.008	3.420	4.355	4.761
Gutachten	1.039	932	855	700	774	935
davon nach BSHG (SGB XII)/ KJHG/ FAV	731	623	624	542	588	520

2.1. Untersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen

Mit den hier quantitativ dargestellten Untersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen werden zwei wichtige gesundheitspolitische Ziele verfolgt:

- Es werden Kinder erfasst, die die freiwilligen Vorsorge- und Behandlungsangebote bei niedergelassenen Ärzten nicht oder nur unzureichend wahrnehmen. So fallen immer wieder Behinderungen, Seh-, Hörstörungen oder orthopädische Erkrankungen erstmalig beim Kinder- und Jugendgesundheitsdienst auf und können einer gezielten Behandlung zugeführt werden. Damit wird für Kita- und Schulkinder Chancengleichheit auf gesundheitlichem Gebiet angestrebt.
- Die Untersuchungen des KJGD bilden die Grundlage für statistische Angaben über den Gesundheitszustand der Kinder. Daraus ergeben sich verlässliche und standardisierte Daten für Planungen in der Gesundheits- und Sozialpolitik.

2.2. Gutachten

Durch die Ärzte des KJGD werden ärztliche Gutachten für verschiedene Auftraggeber erstellt:

- Eingliederungshilfegutachten für das Sozialamt (Gutachten für chronisch kranke oder behinderte Kinder, ambulante bzw. teilstationäre Frühförderung) gem. SGB XII
- Gutachten gem. § 35 a SGB VIII für das Jugendamt bei vorliegender oder drohender seelischer Behinderung
- Fördergutachten im Rahmen des Förderausschussverfahrens gem. Sonderpädagogik-Verordnung zur Klärung sonderpädagogischen Förderbedarfs

Seit 2005 werden verstärkt Gutachten gem. § 35a SGB VIII bei Vorliegen oder Drohen einer seelischen Behinderung im Auftrag des Jugendamtes durch die Kinderärzte des KJGD erstellt bzw. erforderlichenfalls die Gutachtenerstellung durch als Honorargutachter im Auftrag des Landkreises tätige Fachärzte koordiniert. In diesem Zusammenhang konnte die ämterübergreifende Zusammenarbeit deutlich verbessert werden.

Den größten Anteil machen Begutachtungen für das Sozialamt aus. Kinder, die heilpädagogische Frühförderung gem. SGB XII erhalten, werden durch die Ärzte des KJGD zweimal jährlich untersucht, um die Entwicklungsfortschritte zu beurteilen und Empfehlungen über die Fortsetzung der Hilfen ans Sozialamt zu übermitteln. In diesem Zusammenhang werden die Familien (und ggf. auch die Leistungserbringer) fachärztlich beraten und erforderlichenfalls weitere Hilfen empfohlen bzw. koordiniert.

3. Aufgabenwahrnehmung im KJGD unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung

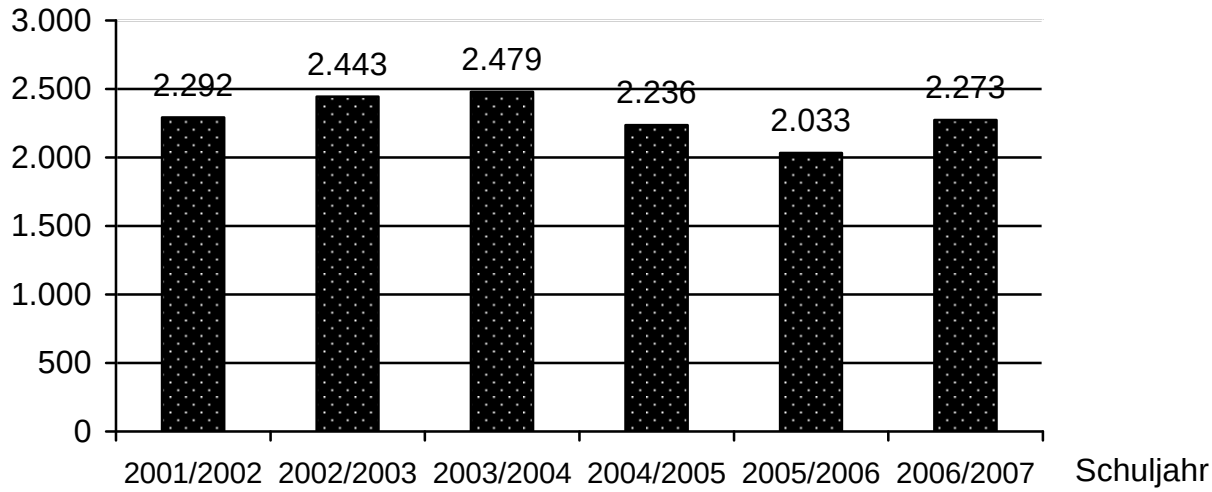
Entgegen dem allgemeinen Trend der demografischen Entwicklung zeichnet sich in den überwiegend durch den KJGD zu betreuenden Altersgruppen derzeit keine signifikante Reduktion der Kinderzahlen ab.

Aus der Darstellung der Entwicklung der Untersuchungszahlen im KJGD in den letzten Jahren ist ersichtlich, dass sich die Untersuchungszahlen auf ein stabiles Niveau eingestellt haben.

Abb. 1-5 Untersuchungen im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst im Jahresvergleich 2002 bis 2007

3.1. Reihenuntersuchungen in Kindertagesstätten

Abb. 1 Reihenuntersuchungen in Kindertagesstätten 0 bis 6 Jahre



Geringere Untersuchungszahlen bei den Reihenuntersuchungen der 6. Klassen (Abb. 4) und den Kita-Untersuchungen (Abb. 1) zwischen 2004 und 2006 waren personellen Engpässen geschuldet, die dazu führten, dass die Pflichtaufgaben in diesen Bereichen nicht voll erfüllt werden konnten. Im Rahmen der Prioritätensetzung musste eine Konzentration auf Einschulungsuntersuchungen, ohne die kein Kind in die Schule aufgenommen werden kann, und Untersuchungen in den 10. Klassen nach Jugendarbeitsschutzgesetz, ohne die eine Lehre nicht angetreten werden darf, erfolgen.

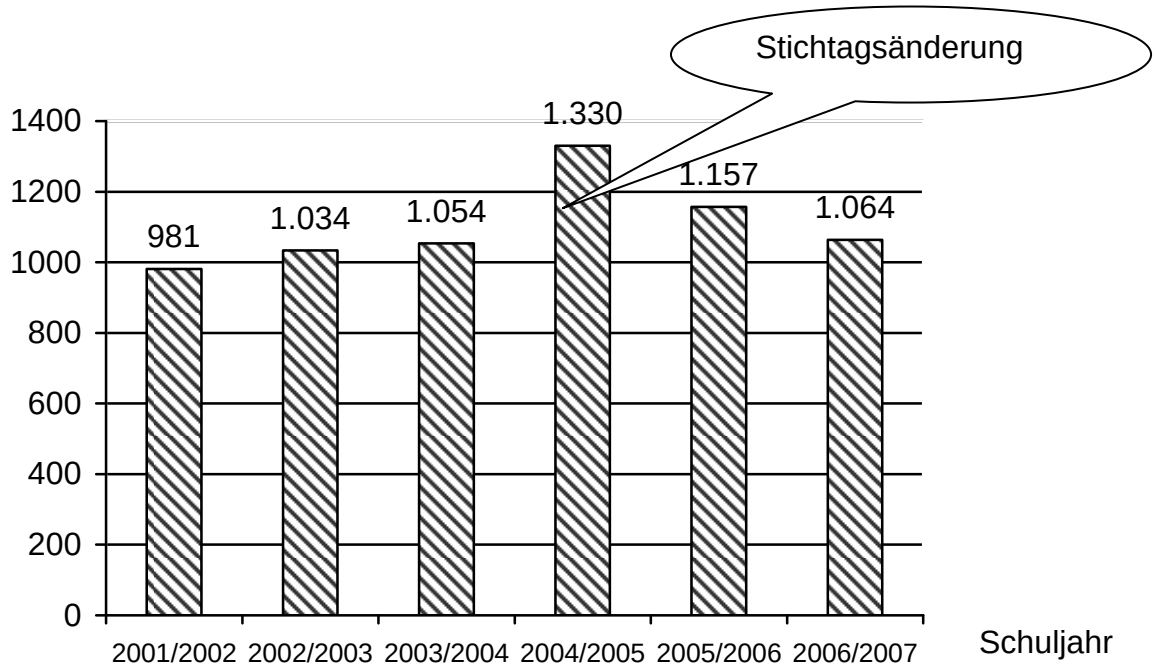
Im Landesvergleich ist die Untersuchungsrate im KJGD des Landkreises Uckermark aber dennoch sehr gut.

Im neuen Gesundheitsdienstgesetz (GDG) sind Veränderungen der zu untersuchenden Jahrgänge im Kita-Alter vorgesehen (Einschränkung auf 30. bis 42. Lebensmonat). Im Sprachscreening oder bei Erzieherinnen/Eltern/Ärzten auffällige Kinder (dann nicht mehr pflichtig durch den KJGD zu untersuchender Jahrgänge) werden jedoch in der Sprechstunde des KJGD weiterhin vorgestellt werden, um Befundcontrolling und Angebote früher Hilfen realisieren zu können. Damit wird ein zielgruppenspezifisches Angebot etabliert.

Darüber hinaus sind im neuen Gesundheitsdienstgesetz flächendeckende Untersuchungen auch der Kinder geplant, die keine Kindereinrichtung besuchen. Dies ist deutlich personalintensiver als die Reihenuntersuchungen in Kitas. Die Sprechstunden des KJGD sind entsprechend zu erweitern.

3.2 Schuleingangsuntersuchungen

Abb.: 2 Schuleingangsuntersuchungen (5.- 6./7. Lebensjahr)



Im Jahr 2005 kam es zu einem künstlichen Peak durch die geänderte Stichtagsregelung vom 31.07. auf den 30.09. (Abb. 2). Infolge der veränderten Stichtagsregelung wurde 2005 einmalig ein Viertel eines Jahrgangs mehr schulpflichtig. Danach haben sich die Untersuchungszahlen wieder auf höherem Niveau als vor 2005 eingestellt.

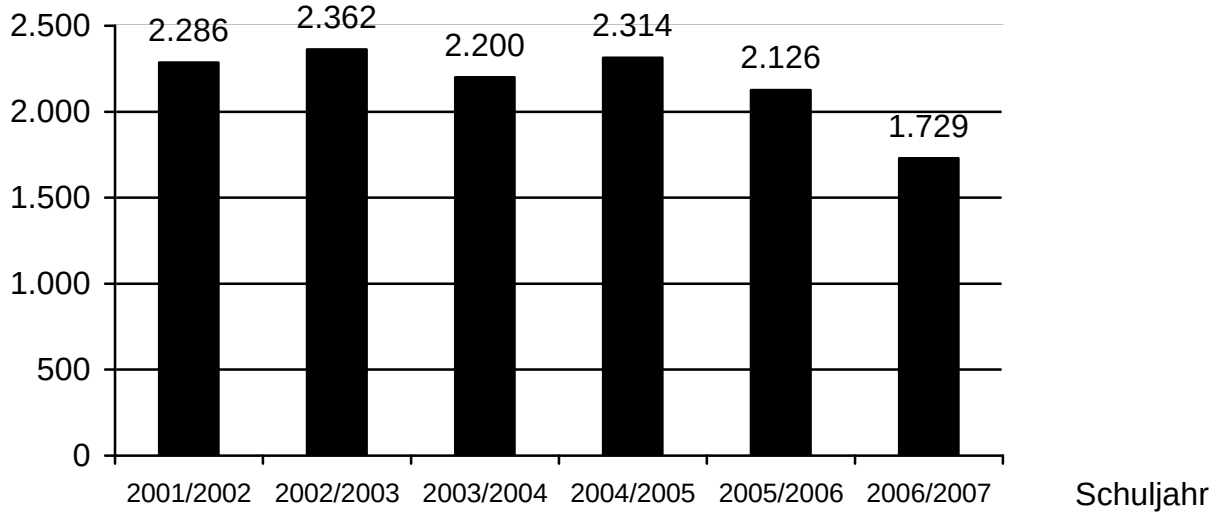
Die Schuleingangsuntersuchungen sind auch nach neuem Gesundheitsdienstgesetz pflichtig durch den KJGD durchzuführen. Für die Untersuchung gilt das Wohnortprinzip. Nach Anmeldung an der regional zuständigen Grundschule werden die Kinder durch die Kinderärzte des für den Wohnort zuständigen Gesundheitsamtes untersucht und deren Eltern beraten. Innerhalb eines engen, vom Staatlichen Schulamt vorgegebenen Untersuchungszeitraumes (von Februar bis Ende April) sind alle

schulpflichtigen Kinder zu untersuchen. Landeseinheitliche Untersuchungsstandards sichern die Vergleichbarkeit. Das Untersuchungsergebnis mit ärztlichen Empfehlungen zur Einschulung wird der zuständigen Grundschule mitgeteilt, deren Schulleiter über die Schulfähigkeit entscheidet.

Anlassbezogen erfolgen Fallkonferenzen des KJGD mit Heilpädagoginnen der Frühförderung und Sonderpädagogen in Vorbereitung der Schuleingangsuntersuchungen.

3.3 Untersuchungen nach Jugendarbeitsschutzgesetz

Abb. 3 Untersuchungen nach Jugendarbeitsschutzgesetz
15.-16./17. Lebensjahr, sowie Schulabgänger früherer Jahrgänge



Die Untersuchungszahlen nach Jugendarbeitsschutzgesetz sind rückläufig (Abb. 3), da jetzt die geburtenschwachen Jahrgänge 1991 bis 1995 den Schulabschluss erlangen. Danach ist wieder mit einem Anstieg zu rechnen.

Die Untersuchungen nach Jugendarbeitsschutzgesetz sind auch nach neuem Gesundheitsdienstgesetz im Land Brandenburg pflichtig durch den KJGD durchzuführen. Sie müssen möglichst bis Anfang eines jeden Kalenderjahres abgeschlossen werden, um die termingerechte Bewerbung der Jugendlichen nicht zu gefährden.

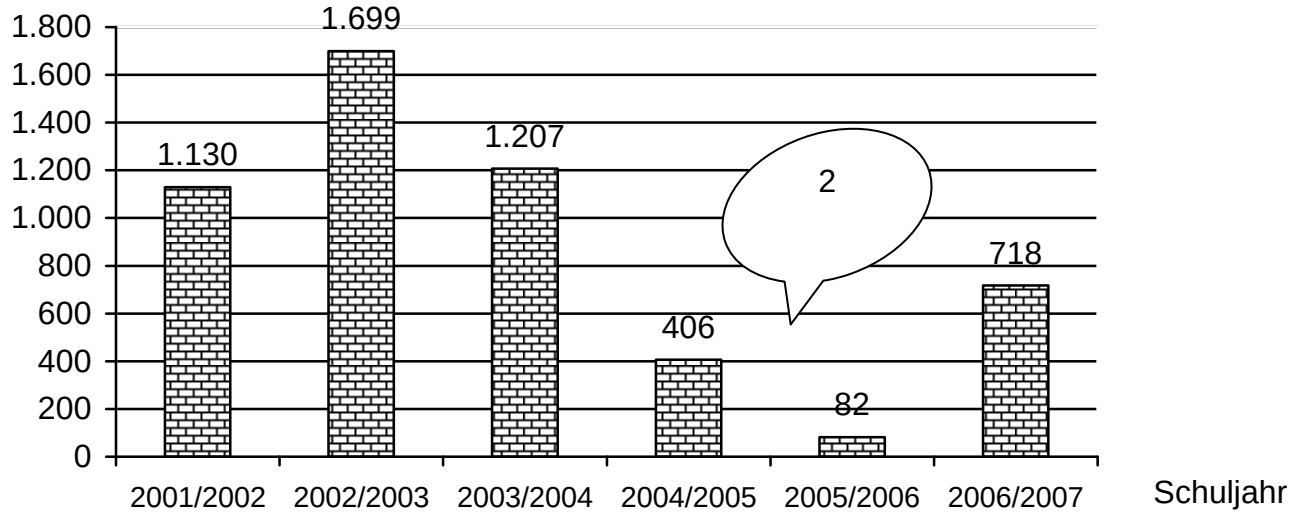
Neben der Untersuchung wird der Schwerpunkt auf die Beratung der Jugendlichen zu beruflich relevanten Gesundheitsrisiken gelegt und nachdrücklich auf einen kompletten Impfschutz hingewirkt.

3.4 Reihenuntersuchungen 6. Klasse

Wie oben beschrieben, konnten seit 2004 aufgrund notweniger Prioritätensetzung die 6. Klassen auch im Landkreis Uckermark nicht mehr flächendeckend untersucht werden (Einschub 2 in Abb. 4). Dies ist bedauerlich, weil Kinder diesen Alters deutlich seltener dem Kinderarzt vorgestellt werden und so im Rahmen der Untersuchungen des KJGD zum Teil gravierende Befunde (Wirbelsäulenveränderungen, Hör- und Sehminderungen) erstmals auffallen und einer Behandlung durch die betreuenden Fachärzte zugeführt werden können. Da die Erfüllung dieser Pflichtaufgabe im gesamten Land in den letzten Jahren zunehmend auf Schwierigkeiten gestoßen ist, ist im neuen Gesundheitsdienstgesetz die Abschaffung geplant.

Auffällige Kinder können aber weiterhin insbesondere zur Beratung und Veranlassung fachspezifischer Diagnostik bei Schulschwierigkeiten, Leistungsversagen, Schulangst, Schulbummelei etc. in der Sprechstunde des KJGD vorgestellt werden.

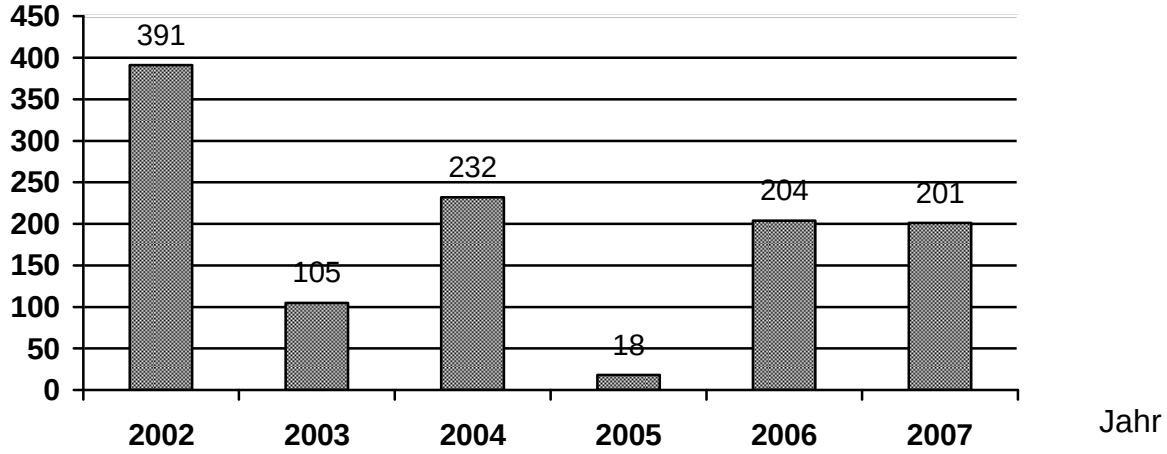
Abb. 4 Reihenuntersuchungen 6. Klasse



3.6. Reihenuntersuchungen an Förderschulen

Im Rahmen der Änderungen der KJGD-Verordnung wurde vom Land im Jahr 2004 der Untersuchungsrhythmus für Förderschulen von jährlich auf alle 2 Jahre reduziert. Seit dem wurde ein Rhythmus gefunden, jeden Förderschüler alle zwei Jahre zu untersuchen und dennoch das jährliche Untersuchungsangebot in allen Förderschulen aufrechtzuerhalten. Insbesondere für die Förderschulen sind das Beratungsangebot des jugendärztlichen Dienstes und die Rolle seiner Kinderärzte als „Arbeitsmediziner“ der Schüler von herausragender Bedeutung.

Abb. 5 Reihenuntersuchungen an Förderschulen

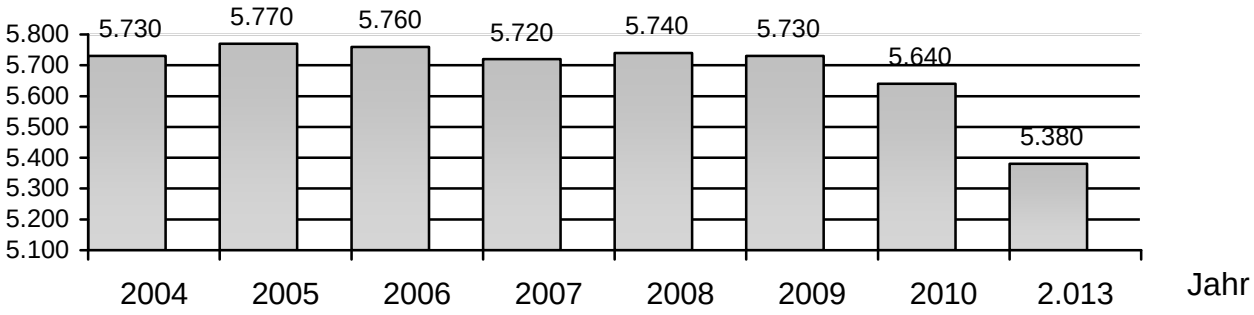


3.7 Entwicklung der Kinderzahlen im Landkreis Uckermark

Auch im Prognosebericht des Landesamtes für Statistik wird deutlich, dass mit einer signifikant abnehmenden Kinderzahl insbesondere in der Gruppe der bis 6Jähigen bis 2009 nicht zu rechnen ist.

Abb. 6-8 Entwicklung der Kinderzahlen im Landkreis Uckermark 2004 bis 2013
(lt. Landesamt für Statistik)

Abb. 6 Kinder zwischen 0 und 6 Jahren

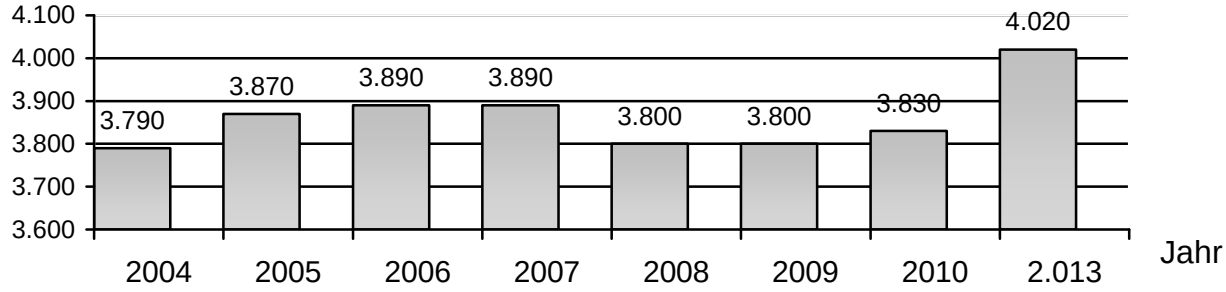


Aufgaben des KJGD in der Altersgruppe der 0 bis 6jährigen Kinder

- Reihenuntersuchungen in Kitas:
  im neuen GDG Beschränkungen vorgesehen
  (Altersgruppe 30. bis 42. Lebensmonat)
- zusätzlich Untersuchung aller Hauskinder
  (Altersgruppe 30. bis 42. Lebensmonat)
- Impfstandskontrolle
- Untersuchungen auffälliger Kinder und Befundcontrolling
- Beratung von Eltern und Erzieherinnen

- Einschulungsuntersuchungen – weiterhin pflichtig
- Gutachten gem. SGB XII, SGB VIII

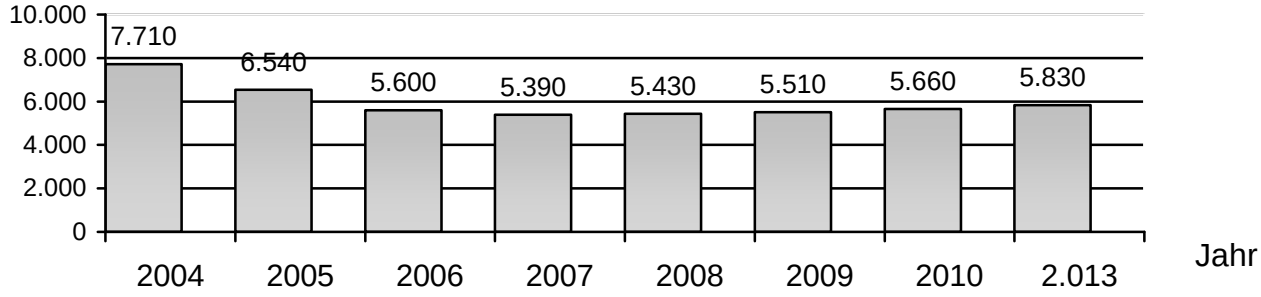
Abb. 7 Kinder zwischen 6 und 10 Jahren



Aufgaben des KJGD in der Altersgruppe der 6 bis 10jährigen Kinder

- Einschulungsuntersuchungen – weiterhin pflichtig
- Impfstandskontrolle, subsidiäres Impfangebot
- Beratung von Eltern und Pädagogen
- Gutachten gem. SGB VIII, Sonderpädagogik-Verordnung

Abb. 8 Kinder zwischen 10 und 16 Jahren



Aufgaben des KJGD in der Altersgruppe der 10 bis 16jährigen Kinder und Jugendlichen

- Schulabgangsuntersuchungen nach Jugendarbeitsschutzgesetz – weiterhin pflichtig
- Beratung zur Berufstauglichkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen
- Impfstandskontrolle, subsidiäres Impfangebot

4. Schutzimpfungen

Schutzimpfungen gehören zu den effektivsten und wirksamsten Präventionsmaßnahmen, die in der Medizin zur Verfügung stehen. Hohe Durchimpfungsraten tragen in erheblichem Umfang zur Gesundheit der Bevölkerung bei und es werden Kosten gespart, die sonst durch die entsprechenden Krankheiten verursacht würden.

Nach dem aktuellen Impfkalender wird im Alter von 0 bis 18 Jahren gegen folgende Erkrankungen geimpft: Diphtherie, Pertussis (Keuchhusten), Tetanus (Wundstarrkrampf), Poliomyelitis (Kinderlähmung), Hepatitis B, Hib (Hämophilus influenzae b), Masern-Mumps-Röteln. Neu aufgenommen wurden 2005 bzw. 2006 Impfungen gegen Varicellen (Windpocken), Pneumokokken und Meningokokken für alle Kinder sowie 2007 HPV (Humane Papilloma Viren) für Mädchen zwischen 12 und 17 Jahren (Impfkalender siehe Abb. 17).

Für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst stellt jedes Schuljahr eine neue Herausforderung dar, weil jeweils andere Jahrgänge von Kindern und Jugendlichen hinsichtlich ihres Impfstandes überprüft und Impflücken geschlossen werden müssen.

Während für die niedergelassenen Hausärzte der individualmedizinische Aspekt im Vordergrund steht, nimmt der KJGD mit der kontinuierlichen Ermittlung von Durchimpfungsraten bei Kindern im Landkreis Uckermark eine wichtige bevölkerungsmedizinische Aufgabe wahr.

Im Vergleich der letzten Jahre konnten die Impfraten gleichbleibend auf sehr hohem Niveau gehalten werden. Die Kinder und Jugendlichen im Landkreis Uckermark zeigen damit nicht nur im Land Brandenburg sondern auch im Landesvergleich innerhalb der Bundesrepublik vorbildliche Impfraten.

4.1 Impfraten bei Kita- und Schulkindern

Wenn mindestens 90 % aller Kinder nach den Vorgaben des gültigen Impfkalenders vollständig geimpft sind, kann davon ausgegangen werden, dass ein wirksamer Schutz gegen das Auftreten der entsprechenden Krankheiten vorliegt.

In den Kindertagesstätten und Schulen des Landkreises Uckermark wurden im Schuljahr 2006/07 Impfraten ermittelt, die überwiegend mehr als 90 % betragen. Im Vergleich der letzten Schuljahre ist entweder ein kontinuierlicher Anstieg der Impfraten oder ein Verharren auf hohem Niveau zu verzeichnen.

4.2 Masern–Mumps–Röteln–Impfung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) plant, die Masern in Europa auszurotten. Dazu ist es erforderlich, mindestens 95 % aller Kinder zweimal kombiniert gegen Masern-Mumps-Röteln zu impfen.

Deutschland ist von diesem Ziel noch weit entfernt. Die zweite Masern-Mumps-Röteln–Impfung erhalten im Durchschnitt höchstens 30 % der Kinder. Aus diesem Grund kommt es immer wieder zu Masernausbrüchen, insbesondere in der ungeimpften Bevölkerung. Im Zusammenwirken von niedergelassenen Kinderärzten und dem öffentlichen Gesundheitsdienst ist es im Landkreis Uckermark gelungen, von

Jahr zu Jahr kontinuierlich höhere Impfraten gegen Masern–Mumps–Röteln zu erzielen und im Schuljahr 2003/04 die 90 % Marke zu überschreiten.

Die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen im Landkreis Uckermark 2007 knüpfen an den seit Jahren bestehenden Trend an (Abb. 9 -16).

Abb. 9 Impfraten bei Einschulungsuntersuchungen **im Landkreis Uckermark**
Schuljahre 2001/02 bis 2006/07
Mumps-Masern-Röteln

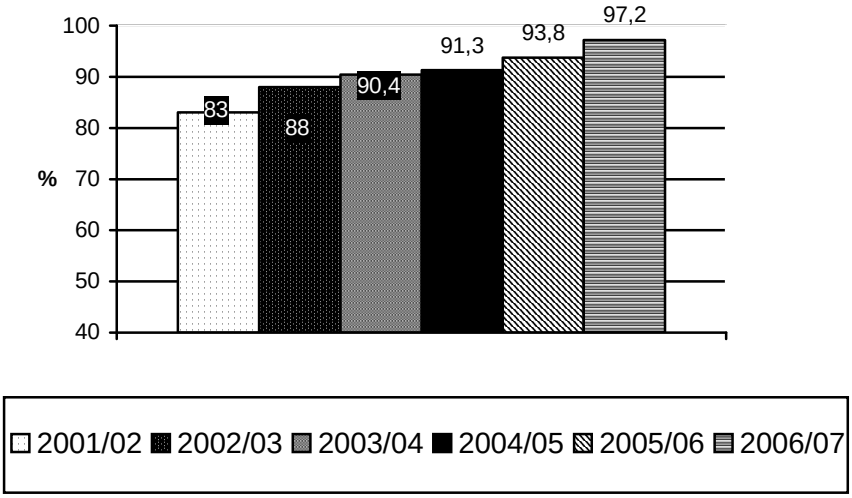
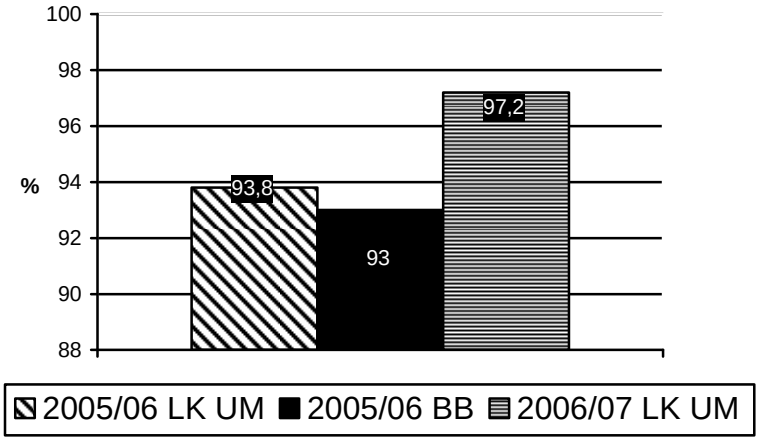


Abb. 10 Impfraten bei der Einschulungsuntersuchung
Landkreis Uckermark im Vergleich zum Land Brandenburg
2005/2006 bis 2006/2007
Mumps-Masern-Röteln



4.3 Hepatitis B-Impfung

Während die Impfraten von Einschülern im Landkreis Uckermark für Tetanus/Diphtherie, Keuchhusten, Hib und Kinderlähmung schon seit fast 10 Jahren konstant deutlich über 90 % liegen, konnten die Durchimpfungsraten für Hepatitis von 64,3 % im Jahr 2002 auf 97,1 % im Jahr 2007 deutlich erhöht werden (Abb. 11).

Abb. 11 Impfraten bei Einschulungsuntersuchungen **im Landkreis Uckermark**
Schuljahre 2001/02 bis 2006/07
Hepatitis B

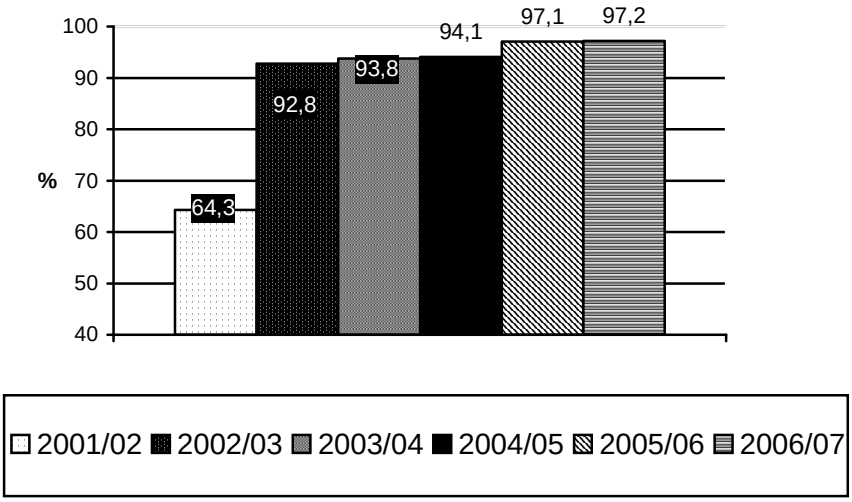
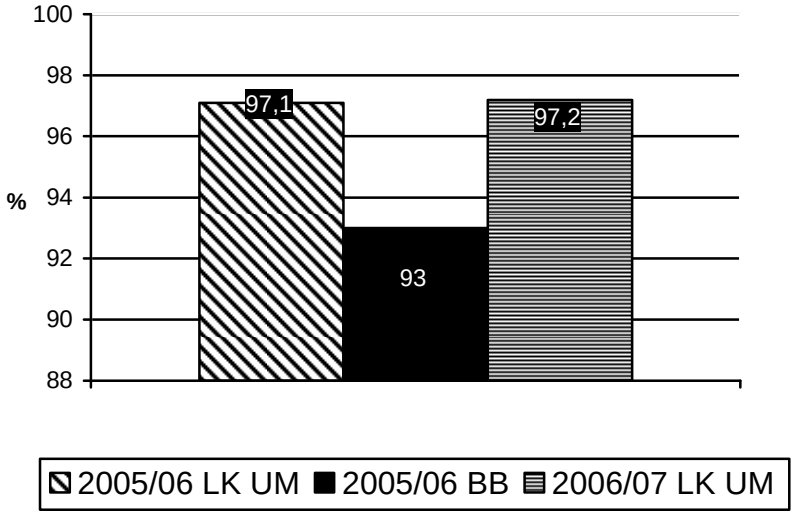


Abb. 12 Impfraten bei der Einschulungsuntersuchung
Landkreis Uckermark im Vergleich zum Land Brandenburg
Hepatitis B



Ausnahmen finden sich bei den Schülern der 6./7. Klassen. In den 6./7. Klassen ist nur ca. die Hälfte der Kinder vollständig gegen Hepatitis B geimpft, weil diese Wiederholungsimpfung bei älteren Schulkindern erst ab 11. Lebensjahr empfohlen ist.

Bei den Schulabgängern sind die Impfergebnisse gegen Hepatitis B und Keuchhusten besser als in den Vorjahren. Während die Durchimpfungsrate dank intensiver Bemühungen des KJGD in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten inzwischen bei Keuchhusten bei deutlich über 90 % liegt, stellen die Durchimpfungsraten bei Hepatitis B noch nicht zufrieden, obwohl auch diese deutlich über dem Landes- und Bundesdurchschnitt liegen. Da die Impfung gegen Hepatitis B von den Krankenkassen nur bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bezahlt wird, werden verstärkte Anstrengungen unternommen, auf einen vollständigen Impfschutz spätestens bis zum Verlassen der Schule hinzuwirken.

Einschüler sind seit Jahren im Landkreis Uckermark sehr gut gegen Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis und Keuchhusten geimpft (Abb. 13-16).

Abb. 13-16 Impfraten bei der Einschulungsuntersuchung im Landkreis Uckermark im Vergleich zum Land Brandenburg 2005/2006 bis 2006/2007

Abb. 13 Impfraten bei der Einschulungsuntersuchung
Landkreis Uckermark – Land Brandenburg
Tetanus/Diphtherie

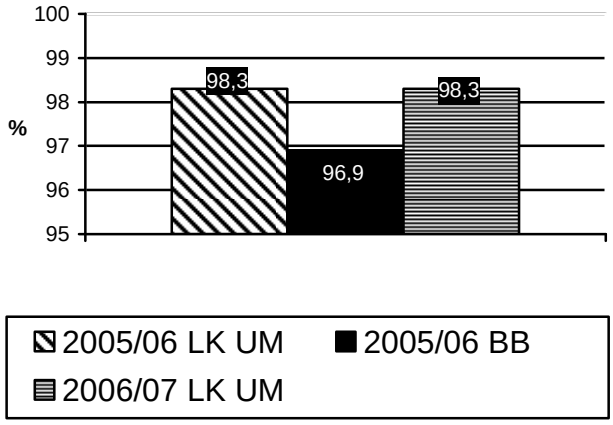


Abb. 14 Impfraten bei der Einschulungsuntersuchung
Landkreis Uckermark – Land Brandenburg
HiB

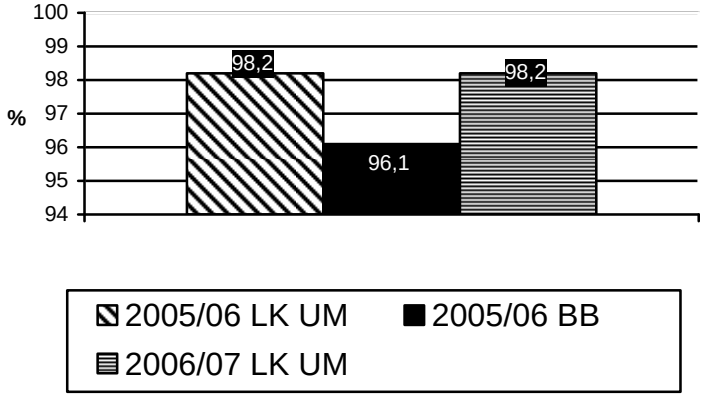


Abb. 15 Impfraten bei der Einschulungsuntersuchung
Landkreis Uckermark – Land Brandenburg
Poliomyelitis (Kinderlähmung)

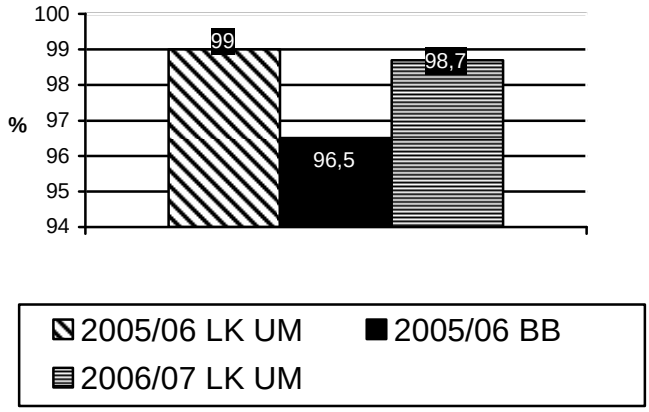


Abb. 16 Impfraten bei der Einschulungsuntersuchung
Landkreis Uckermark – Land Brandenburg
Pertussis (Keuchhusten)

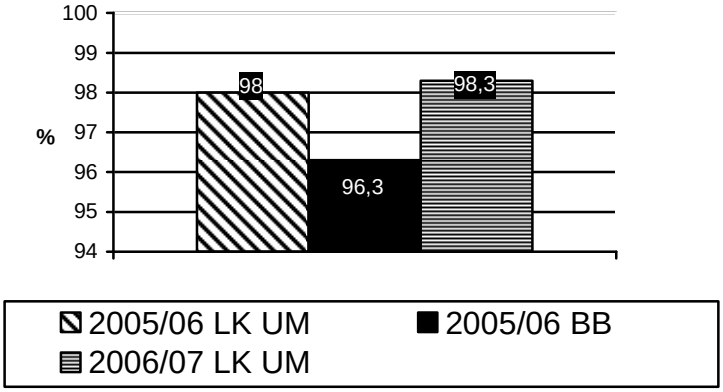


Abb. 17

4.4 Impfkalender für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Stand Juli 2007

Empfohlenes Alter	Impfungen gegen
vollendeter 2. Monat	1. Diphtherie-Tetanus-Pertussis (DTPa) 1. Hämophilus influenzae Typ b (Hib) 1. Poliomyelitis (IPV) 1. Hepatitis B (HB) 1. Pneumokokken
vollendeter 3. Monat	2. Diphtherie-Tetanus-Pertussis (DTPa) 2. Pneumokokken Hib-IPV-HB bei Kombinationsimpfstoffen
vollendeter 4. Monat	3. Diphtherie-Tetanus-Pertussis (DTPa) 3. Pneumokokken 2. Hämophilus influenzae Typ b (Hib) 2. Poliomyelitis (IPV) 2. Hepatitis B (HB)
vollendeter 11.-14. Monat	4. Diphtherie-Tetanus-Pertussis (DTPa) 4. Pneumokokken 3. Hämophilus influenzae Typ b (Hib) 3. Poliomyelitis (IPV) 3. Hepatitis B (HB) 1. Masern-Mumps-Röteln (MMR) Windpocken (Varizellen) Meningokokken ab voll. 12. Lebensmonat
vollendeter 15.-23. Monat	Überprüfung des Impfstatus 2. Masern-Mumps-Röteln (MMR)
vollendete 5-6 Jahre	Überprüfung des Impfstatus Auffrischung Tetanus-Diphtherie-Pertussis (TdPa)
vollendete 9-17 Jahre	Überprüfung des Impfstatus Auffrischung Tetanus-Diphtherie-Pertussis-Polio Hepatitis B (HB) für alle noch nicht geimpften Jugendlichen für alle Mädchen von 12-17 Jahren Impfung gegen Humane Papillomaviren
ab 18 Jahre	Auffrischung Tetanus-Diphtherie (Td) jeweils alle 10 Jahre
ab 60 Jahre	Influenza (Grippe) jährlich Pneumokokken

(Lit. 3) Quelle: Impfempfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert-Koch-Institutes

neu: Varicellen, Meningokokken, Pneumokokken
Pertussis (Keuchhusten) Auffrischung im 6. Lebensjahr
HPV für Mädchen mit 12-17 Jahren

5. Aufgaben des KJGD im Bereich der Infektionsprävention und Epidemiologie

Im Land Brandenburg werden im Rahmen kinderärztlicher Reihenuntersuchungen im KJGD pflichtig regelmäßig die Impfstände der einzelnen Kinder erfasst und im Computer dokumentiert. So können im Landkreis Uckermark im Falle von Erkrankungsausbrüchen innerhalb kürzester Zeit mittels Recherchemasken Aussagen zu Durchimpfungsraten in Kindertagesstätten (jährlich dokumentiert) und Schulen (Einschulungsuntersuchung, 6. und 10. Klassen) getroffen werden. Werden dem Gesundheitsamt im Landkreis Uckermark Einzelerkrankungen, z. B. von Keuchhusten, gemeldet, wird durch die Mitarbeiter des Bereiches Hygiene und des KJGD in enger Abstimmung eine Analyse der Impfstände der betroffenen Kinder der Gemeinschaftseinrichtung anhand des PC-Datenbestandes vorgenommen und gezielt auf Impflücken reagiert. Die Gemeinschaftseinrichtungen informieren die Eltern durch Elternbriefe, die durch das Gesundheitsamt erstellt und allen Einrichtungen übergeben werden. Hier konnte in den letzten Jahren ein Handlungsschema etabliert werden, das in enger Abstimmung zwischen Gesundheitsamt und Gemeinschaftseinrichtungen (Kindertagesstätten, Tagespflegestellen, Schulen, Heimen) sowie Haus- und Kinderärzten zuverlässig funktioniert.

Im Falle von Keuchhustenerkrankungen konnte so in den letzten Jahren schnell und gezielt vorgegangen werden, so dass größere Ausbrüche vermieden wurden. In Analogie könnte auch bei Auftreten von Masernerkrankungen verfahren werden, so dass Massenerkrankungen (wie 2006 in NRW) frühzeitig und wirkungsvoll begegnet werden könnte. Aufgrund der über Jahre stabil hohen Durchimpfungsraten im Landkreis Uckermark (siehe Abb. 9-10) wurden Masern bei Kindern in den letzten Jahren hier jedoch erfreulicherweise nicht gemeldet.

Auch bei Meldungen von Fällen von Kopfläusen oder Krätze gem. § 34 Infektionsschutzgesetz (pflichtig durch den Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen) existiert ein zwischen allen Beteiligten abgestimmtes Handlungsschema. Das Gesundheitsamt berät und stellt Elterninformationsschreiben zur Verfügung. In Einzelfällen werden gemeinsam durch die Mitarbeiter der Bereiche Hygiene und des KJGD Untersuchungen in Gemeinschaftseinrichtungen vorgenommen, um größeren Ausbrüchen begegnen zu können. Auch hier kommt vor allem der Beratung des Personals und der Eltern eine besondere Bedeutung zu, damit diese ihrer Verantwortung nachkommen können.

Bei Familien, deren Kinder bei wiederholtem Befall häufig und langfristig die Gemeinschaftseinrichtungen nicht besuchen und insbesondere bei Kindern die aufgrund dieser Tatsache häufiger der Schulpflicht nicht nachkommen, wird nach Information der Eltern in einzelnen Fällen das Jugendamt hinzugezogen. Dies geschieht insbesondere dann, wenn der Verdacht besteht, dass die Eltern aufgrund besonderer Problemlagen ihrer Gesundheitsfürsorgepflicht nicht nachkommen. In den meisten Fällen kann in Überforderungssituationen so sozialmedizinisch beraten und erforderlichenfalls ein Hilfeangebot des Jugendamtes vermittelt werden. Auch in diesen Fällen ist eine enge Abstimmung zwischen den Gemeinschaftseinrichtungen, den Haus- und Kinderärzten und den Mitarbeitern von Gesundheits- und Jugendamt erforderlich, um Probleme und Handlungsbedarfe frühzeitig erkennen und reagieren zu können. Hier ist die Möglichkeit aufsuchender Hilfen bedeutsam.

6. Ausgewählte Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen erfolgt neben der körperlichen Untersuchung der Kinder einschließlich Seh- und Hörtest eine differenzierte Diagnostik der allgemeinen Entwicklung, der Sprache, der Grob- und Feinmotorik sowie der Wahrnehmung. Zur Einschätzung der emotionalen und psychosozialen Entwicklung sowie des Verhaltens sind die Angaben der Eltern, mitunter auch die der betreuenden Erzieherinnen, sehr wichtig. Diese werden sowohl mittels eines im Vorfeld der Untersuchung gemeinsam durch die Eltern auszufüllenden Anamnesebogens erfasst als auch durch das ärztliche Gespräch mit den Eltern ergänzt. In diesem Zusammenhang werden auch die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt und die Dauer des Besuchs einer Kindertagesstätte sowie möglicherweise erfolgte spezielle Therapien (wie Logopädie, Ergo- oder Physiotherapie) erfragt. Sowohl die Untersuchungsstandards als auch das System der Anamneseerhebung sind im Land Brandenburg einheitlich geregelt. Die Befunde und Anamnesedaten werden durch die regionalen Gesundheitsämter anonymisiert ans Landesgesundheitsamt gegeben, das den Landkreisen die Auswertung der regionalen Daten und den Landesvergleich als Datenberichterstattungsservice zur Verfügung stellt (2).

6.1 Sozialstatus der Familien mit Einschülern

6.1.1 Brandenburger Sozialindex (4)

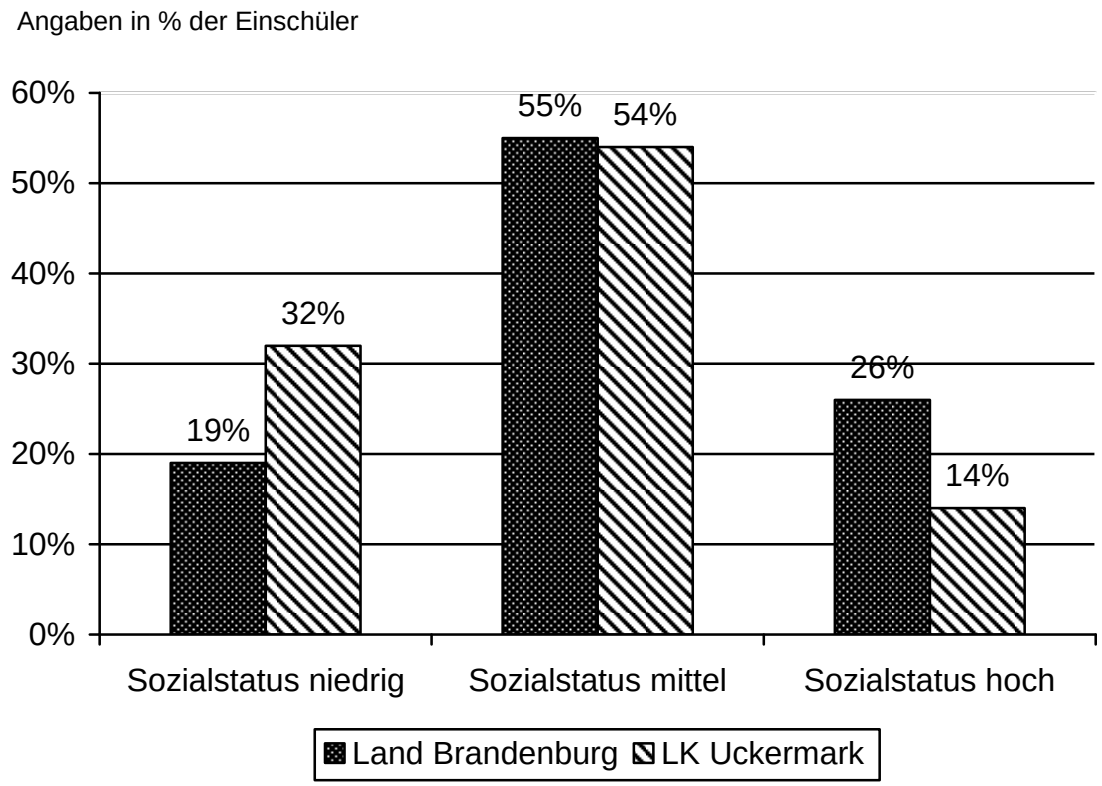
Teil der Sozialanamnese bei den kinderärztlichen Einschulungsuntersuchungen ist die Frage nach der Schulbildung und dem Erwerbsstatus von Mutter und Vater. Mit diesen beiden Merkmalen wird ein additiver Sozialindex errechnet. Auf diese Weise wurde im Land Brandenburg für alle Jahre die Variable Sozialstatus gebildet. Anhand der Verteilung aus dem Jahr 1994 wurden zwei Grenzwerte festgelegt, die eine Dreiteilung der Gesamtgruppe ermöglichen - niedriger, mittlerer und hoher Sozialstatus, die seit dem Verwendung finden. Dieses Vorgehen erlaubt, Trendaussagen über die soziale Lage von jungen Familien zu machen.

Das Merkmal „Sozialstatus“ wird in der Sozialberichterstattung genutzt, um die regionale Verteilung im Sozialstatus junger Familien sowie die Entwicklung in den letzten Jahren im Land Brandenburg zu zeigen. In der Gesundheitsberichterstattung erlaubt der Sozialstatus Auswertungen über sozioökonomisch bedingte gesundheitliche Ungleichheiten.

Seit Ende der 90er Jahre hat sich die Datengrundlage für den Index zunehmend verbessert. Der Anteil fehlender Werte ist kontinuierlich zurückgegangen. Die Angaben über Schulbildung und Erwerbsstatus der Eltern lagen 2006 für 96 % der Einschüler vor.

Zahlreiche Befunde und Gesundheitsrisiken korrelieren mit dem Sozialstatus. Aus diesem Grunde wird nachfolgend auf die Sozialstruktur der Einschüler im Landkreis Uckermark eingegangen. Während sich der Prozentsatz von Kindern aus Familien mit mittlerem Sozialstatus im Landkreis Uckermark nicht vom Land Brandenburg unterscheidet, leben deutlich mehr Einschüler im Landkreis Uckermark in Familien mit niedrigem Sozialstatus (32 % im Landkreis Uckermark vs. 19 % im Land Brandenburg; Abb. 18).

Abb. 18 **Sozialstatus bei Einschülern 2006**
im Land Brandenburg und im Landkreis Uckermark



Nachfolgend wird auf die Zusammenhänge einzelner ausgewählter Befunde und Sozialstatus eingegangen. Dies führt insbesondere die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für sozialkompensatorische Systeme vor Augen. Auf die Bedeutung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes in diesem Zusammenhang wird im Abschnitt 7 differenziert eingegangen.

Im Landkreis Uckermark konnten in den letzten Jahren im Landesvergleich konstant hohe Untersuchungsraten in Kindertagesstätten erreicht werden. In deren Folge erhielten die Eltern über ein Befundrückmeldesystem Informationen über Handlungsbedarfe bei auffälligen Befunden sowie Impflücken und suchten daraufhin mit ihren Kindern den Kinderarzt auf. Dadurch wurde auch eine deutlich höhere Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt erreicht, weil die Familien dem Versorgungssystem (wieder) zugeführt werden konnten, bei denen die Inanspruchnahme aufgrund vielfältiger (häufig sozialer) Probleme sonst deutlich geringer wäre (Abb. 19-20). So trägt der KJGD dazu bei, auf eine gesundheitliche Chancengleichheit der Kinder hinzuwirken.

Während Einschüler aus Familien mit 1 und 2 Kindern unabhängig vom Sozialstatus im Landkreis Uckermark Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt häufiger wahrnahmen als im Land Brandenburg (Abb. 19), war dies im Jahr 2006 bei Einschülern mit 2 und mehr Geschwistern nur der Fall, wenn sie aus Familien mit mittlerem Sozialstatus kamen (Abb. 20). Die Analysen des Landesgesundheitsamtes machen deutlich, dass Kinder aus Familien mit niederem Sozialstatus und drei und mehr Kindern ein höheres Gesundheitsrisiko haben.

Abb. 19-20 Einschüler im Land Brandenburg und im Landkreis Uckermark 2006

6.1.2. Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt

Abb. 19 Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt: U1 bis U9 vollständig
Familien mit 1 oder 2 Kindern

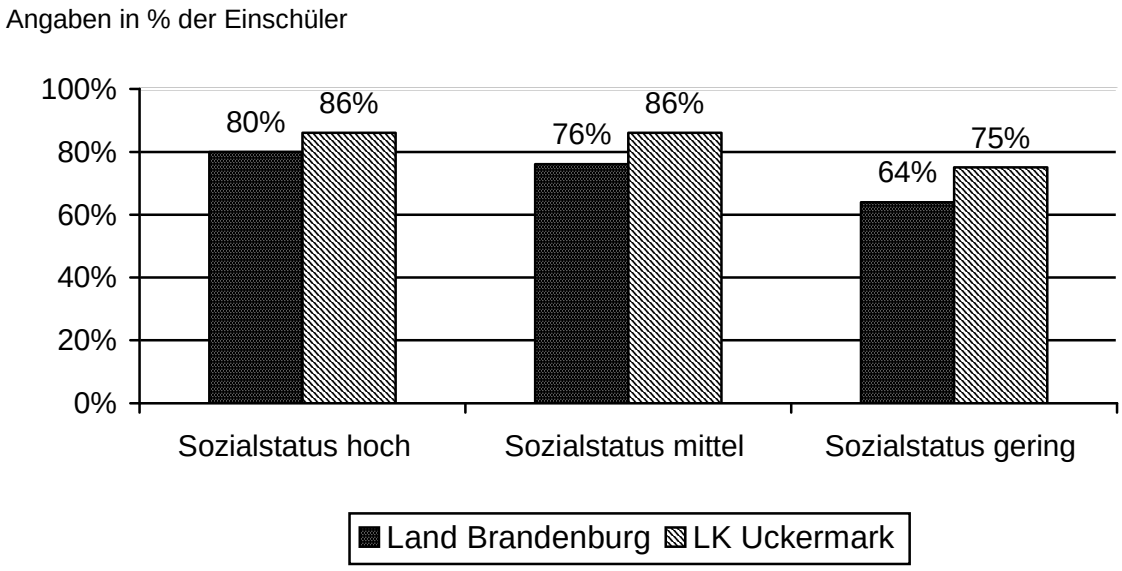
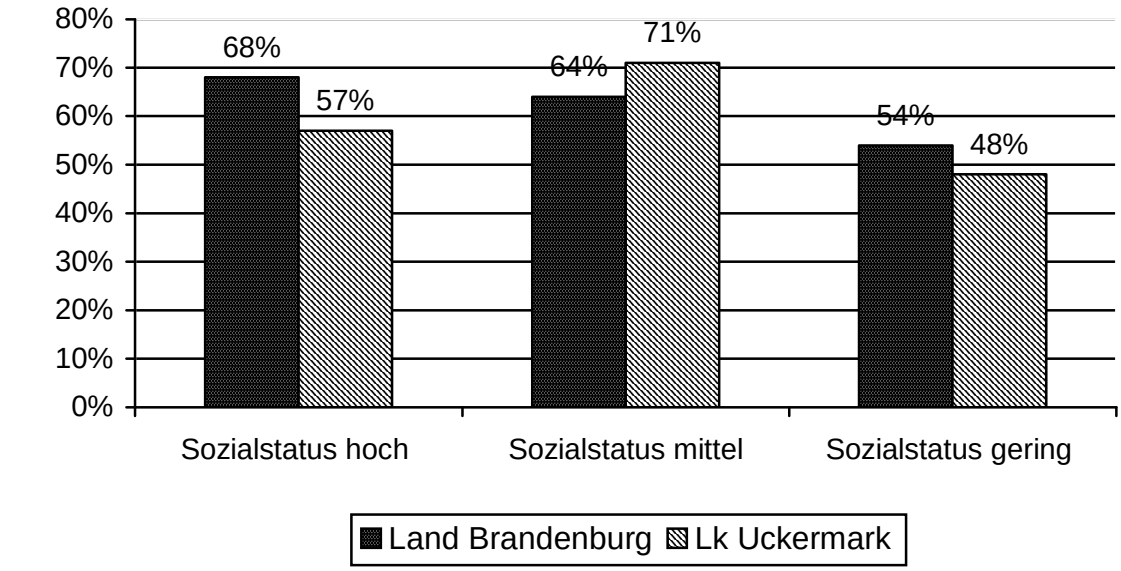


Abb. 20 Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt U1 bis U9 vollständig
Familien mit 3 oder mehr Kindern



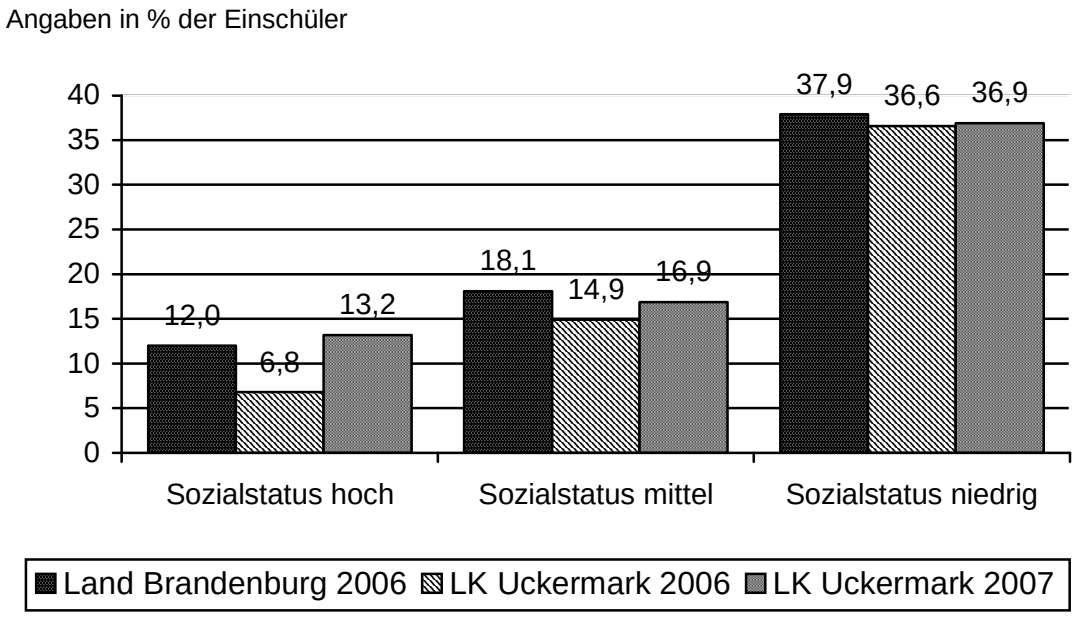
6.2. Einschüler mit Befunden mit Relevanz für die Frühförderung

Folgende Befundgruppen werden durch das Landesgesundheitsamt als Befunde mit Relevanz für die Frühförderung zusammengefasst:

- Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen
- Aufmerksamkeitsdefizite/Hyperaktivität
- Intelligenzdefizite
- Umschriebene Entwicklungsstörungen
- Emotionale und soziale Störungen
- Bewegungsstörungen
- Sehfehler
- Hörfehler

Der Prozentsatz von Kindern mit frühförderrelevaten Befunden innerhalb der Gruppen (hoher, mittlerer, niedriger Sozialstatus) unterscheidet sich im Landkreis Uckermark nicht deutlich vom Landesdurchschnitt Brandenburg (Abb. 21).

Abb. 21 Kinder mit einem oder mehreren frühförderrelevanten Befunden in Abhängigkeit vom Sozialstatus



Der Prozentsatz der zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung erstmalig diagnostizierten frühförderrelevanter Befunde ist im Landkreis Uckermark sozialstatusunabhängig geringer als im Land Brandenburg (Abb. 22). Durch die regelmäßigen Untersuchungen in den Kindertagesstätten, werden auffällige Kinder frühzeitiger erfasst und einer Behandlung oder Betreuung zugeführt, so das die Auffälligkeiten bei einigen bis zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung abgebaut werden können. Auch dies ist ein Beispiel dafür, wie trotz schwieriger Rahmenbedingungen (hoher Anteil von Familien mit niedrigem Sozialstatus) durch einen großen Anteil von Kindern, die regelmäßig eine Kindertagesstätte besuchen und das flächendeckende Betreuungskonzept des KJGD auf Chancengleichheit hingewirkt werden kann.

Abb. 22 Kinder, die wegen frühförderrelevanter Befunde überwiesen wurden

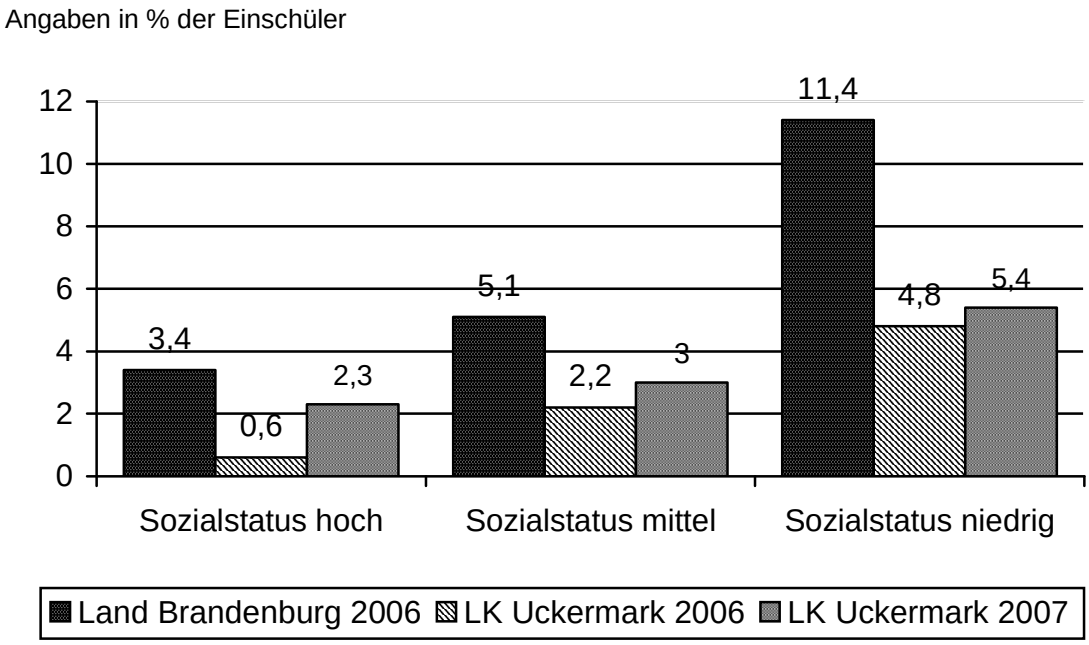
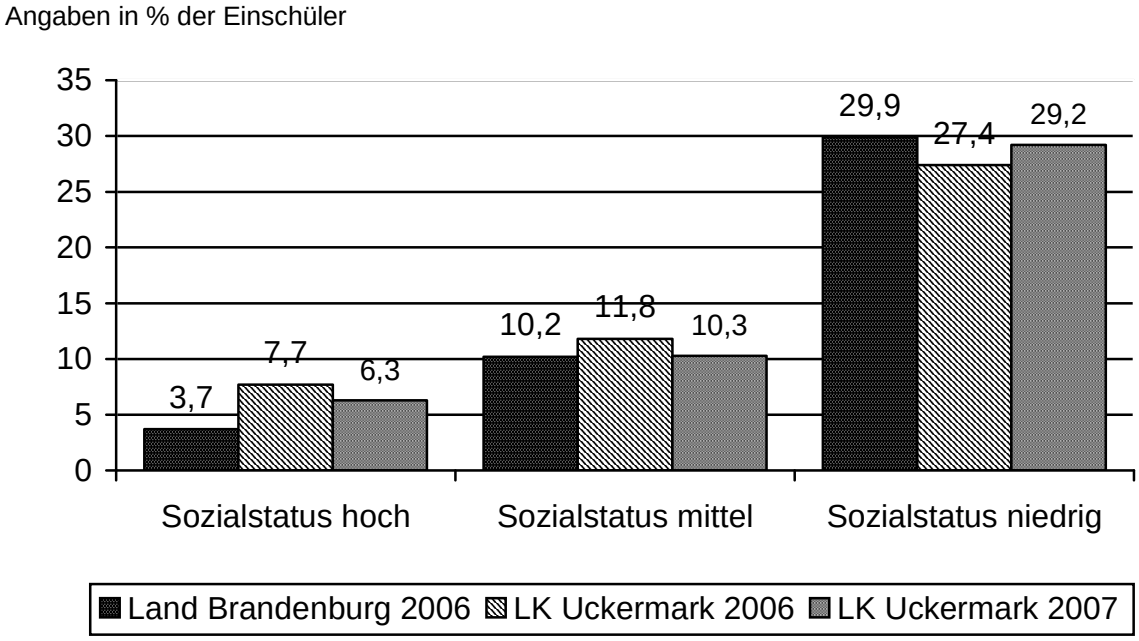


Abb. 23 Kinder, die wegen frühförderrelevanter Befunde bereits in Behandlung sind



Die Zahl derjenigen Kinder, die sich zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung wegen frühförderrelevanter Befunde bereits in Behandlung befanden, unterscheidet sich im Landkreis Uckermark nicht vom Landesdurchschnitt Brandenburg (Abb. 23).

6.3 Schulärztliche Rückstellungsempfehlung

Aufgrund der veränderten Stichtagsregelung kam es im Jahr 2005 zu einer deutlich höheren Zahl untersuchter Einschüler, weil einmalig ein Viertel eines Jahrgangs mehr schulpflichtig wurde. Verbunden war dies mit einem Anstieg ärztlicher Empfehlungen zur Zurückstellung vom Schulbesuch insbesondere sehr junger Kinder. Die Rate ärztlicher Rückstellungsempfehlungen im Landkreis Uckermark lag 2006 über dem Durchschnitt des Landes Brandenburg (Abb. 24). In enger Zusammenarbeit und im regen Erfahrungs- und Informationsaustausch mit Kindertagesstätten und Schulen sowie durch umfangreiche Beratung der Eltern waren die Mitarbeiterinnen des KJGD bemüht, Anfangsschwierigkeiten der Umstellungsphase zu meistern.

Die Anzahl der Kinder, die von der altersgerechten Einschulung ein Jahr zurückgestellt werden müssen, wird in der Öffentlichkeit oftmals als ein Gradmesser für die Entwicklungsbedingungen und den Gesundheitszustand im Kleinkind- und Vorschulalter angesehen.

Aus der Sicht des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes sind neben anderen zwei Faktoren von wesentlicher Bedeutung, um Entwicklungsauffälligkeiten bis zum Schulbeginn zu verringern:

- Viele Kindertagesstätten im Landkreis sind in den letzten Jahren dazu übergegangen, die Kinder durch gezielte Förder- und Beschäftigungsprogramme auf die Schule vorzubereiten. Dieses Angebot sollten möglichst alle Kinder nutzen können. Bedeutsam sind in diesem Zusammenhang auch die Sprachstandsanalysen und gezielten Sprachförderprogramme in Kindertagesstätten.
- Vom System der heilpädagogischen Frühförderung werden Kinder mit Entwicklungsdefiziten frühzeitig erfasst und therapiert, so dass teilweise eine altersgerechte Einschulung erfolgen kann.

Beiden Faktoren sollte im Interesse einer möglichst altersgerechten Entwicklung aller Kinder weiterhin besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden, um an den positiven Trend vor dem Stichtagswechsel anknüpfen zu können.

Abb. 25 macht deutlich, dass sich der Prozentsatz ärztlicher Empfehlungen zur Rückstellung vom Schulbesuch bei Kindern aus Familien mit mittlerem und hohem Sozialstatus im Landkreis Uckermark nicht vom Landesdurchschnitt Brandenburg unterscheidet. Die Tatsache, dass die Gesamtquote ärztlicher Rückstellungsempfehlungen im Landkreis Uckermark 2006 über dem Landesdurchschnitt lag, könnte ein Spiegel der Sozialstruktur im Landkreis sein und zeigt Handlungsbedarfe auf. Im Bemühen, sozialkompensatorisch auf Chancengleichheit hinzuwirken, allen Kindern bis zum Schulbeginn die tägliche Förderung in einer Kindertagesstätte zu ermöglichen und auf individuelle Förderbedarfe frühzeitig adäquat zu reagieren, darf deshalb nicht nachgelassen werden.

Abb. 24 **Schulärztliche Empfehlung zur Rückstellung von der Einschulung**
im Trend 2000 – 2007
Vergleich Land Brandenburg – Landkreis Uckermark
(*Landesdaten von 2007 liegen noch nicht vor)

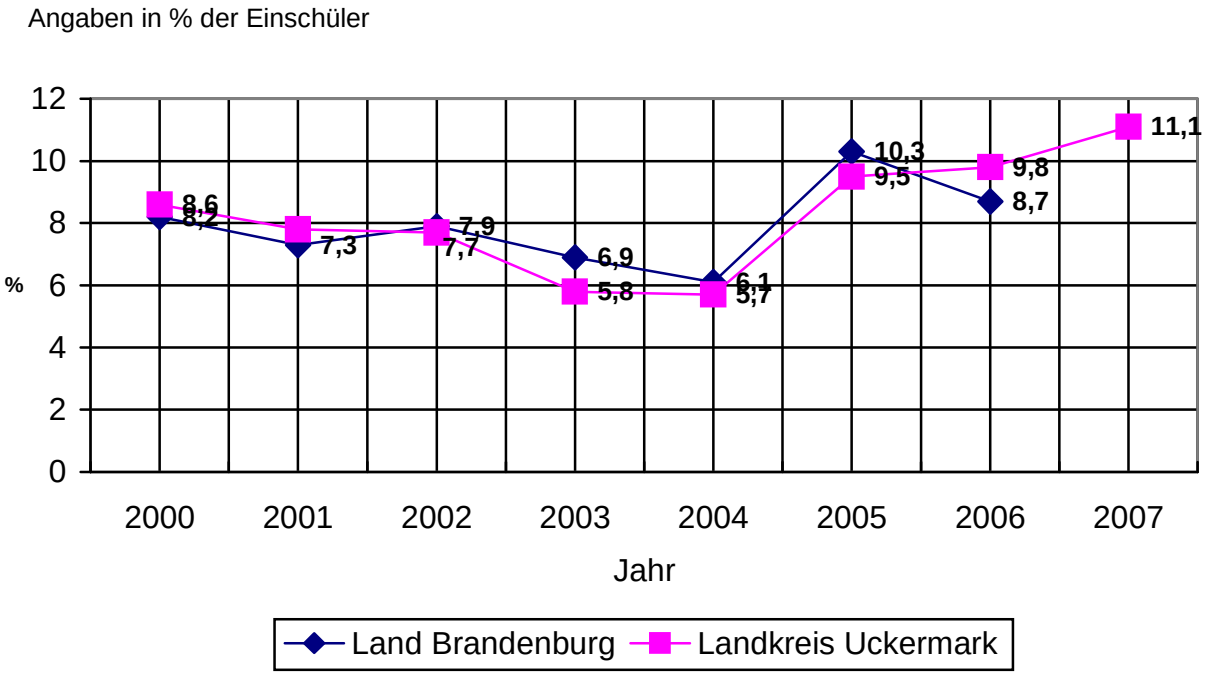
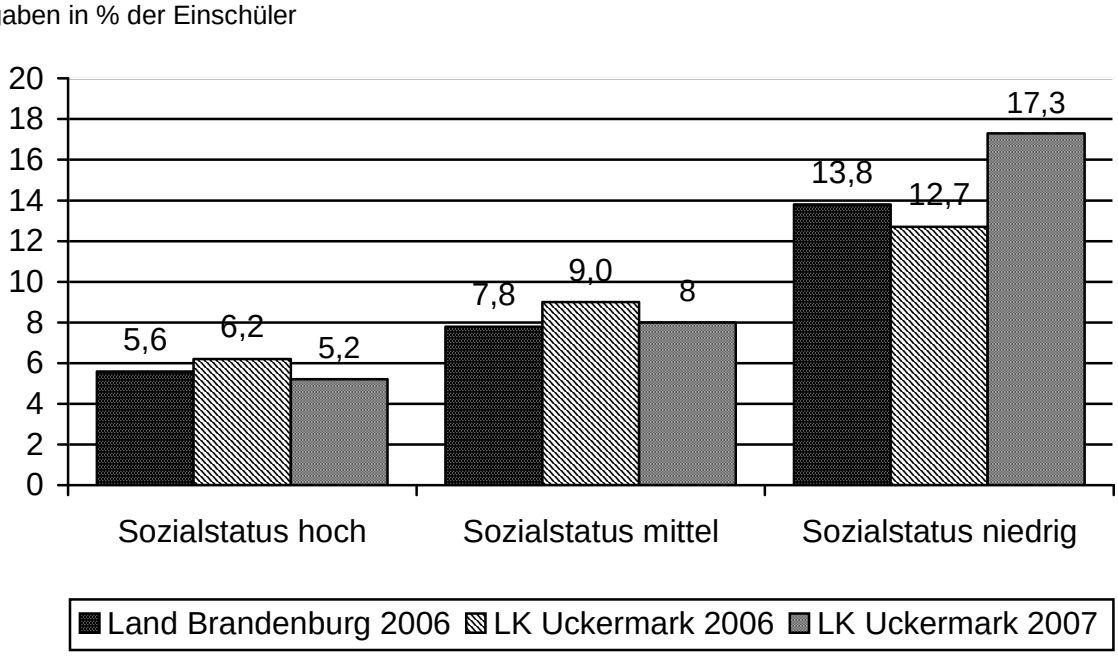


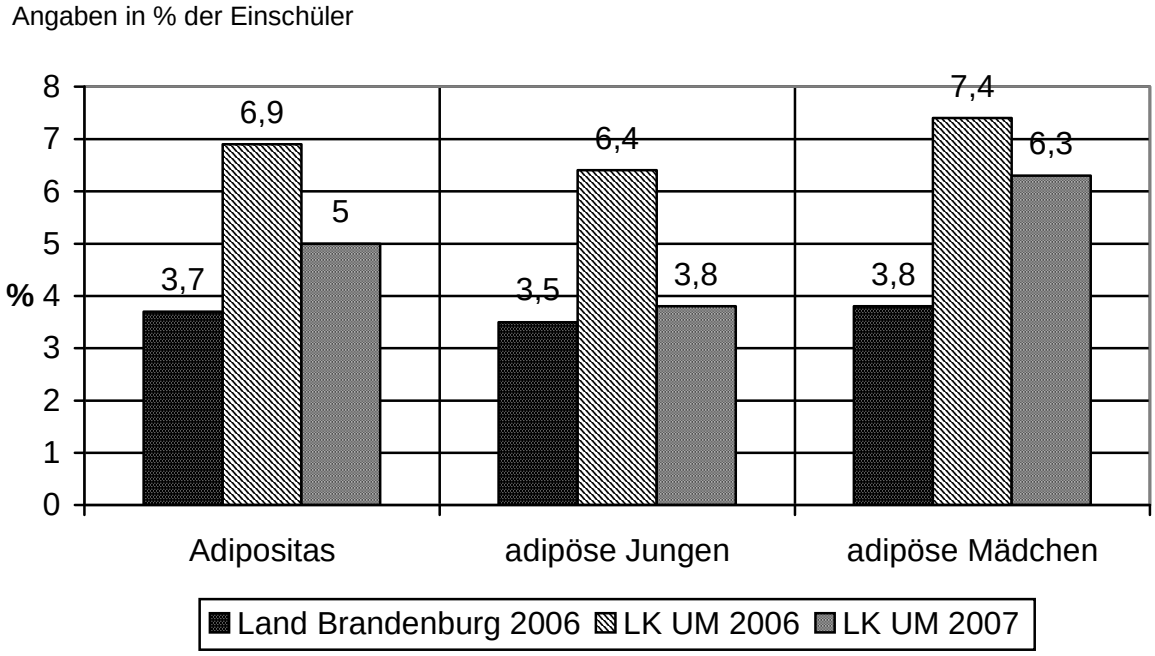
Abb. 25 **Schulärztliche Empfehlung zur Zurückstellung nach Sozialstatus**



6.4 Übergewicht bei Schulanfängern

Unter den Schulanfängern im Landkreis Uckermark gibt es weiterhin mehr schwer übergewichtige Kinder als im Landesdurchschnitt (Abb. 26), während sich die Zahl der Kinder mit mäßigem Übergewicht nicht deutlich vom Durchschnitt des Landes Brandenburg unterscheidet. Ein eindeutiger Trend zur Verringerung des Übergewichtes ist damit noch nicht abzusehen, obwohl Schwankungen zwischen den Jahren deutlich werden. Das unterstreicht die Bedeutung von Präventionsstrategien, die insbesondere auch nach Schuleintritt der Kinder die Akzeptanz gesunder Ernährung und körperlicher Fitness erhöhen sollen. Diesem Ziel soll auch eine ernährungspolitische Fachtagung dienen, die für Februar 2008 im Landkreis Uckermark vorbereitet wird.

Abb. 26 **Schulanfänger mit schwerem Übergewicht 2006 – 2007**
Vergleich Land Brandenburg - Landkreis Uckermark

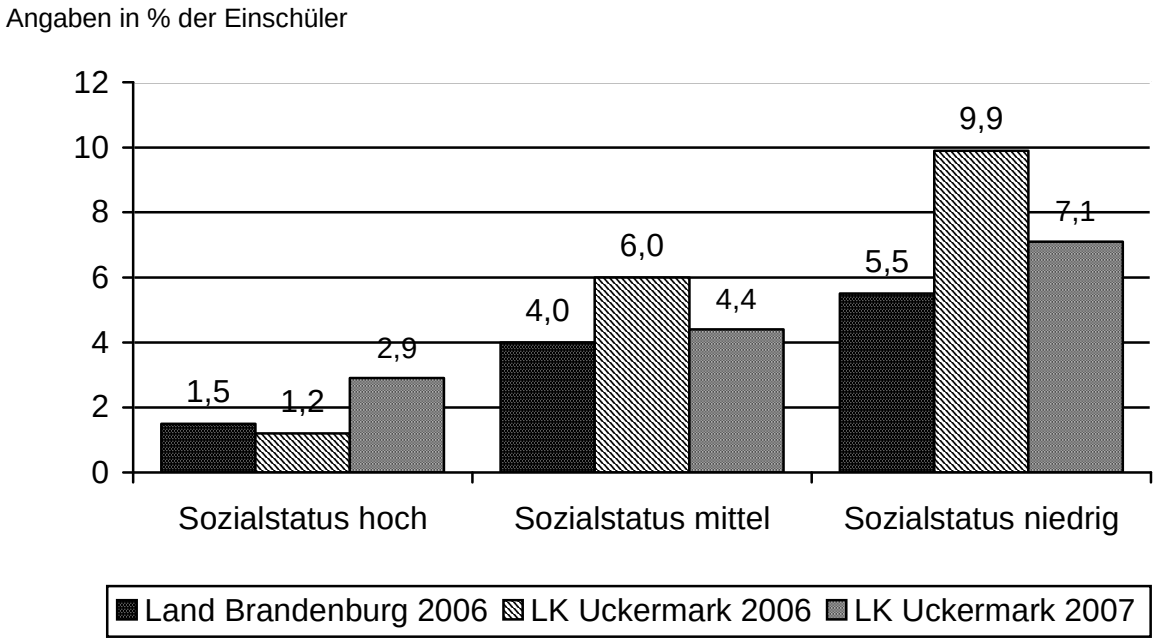


Als wesentliche Ursache für das schwere Übergewicht (Adipositas) im Kindesalter gelten falsche Ernährung und Bewegungsmangel. Soziale Diskriminierung und Ausgrenzung sind bei Schulkindern leider oft die Folge, zumal Übergewicht häufig mit einem niedrigen Sozialstatus der betroffenen Kinder gekoppelt ist (Abb. 27). Deshalb kommt der Prävention des Übergewichtes bereits im Kleinkind- und Vorschulalter besondere Bedeutung zu.

Diesem Ziel diente ein Projekt zur gesunden Ernährung in den Kindertagesstätten des Landkreises, das vom Zahnärztlichen Dienst des Gesundheits- und Veterinäramtes 2003 initiiert und auch vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst begleitet worden ist. Unter dem Motto „Gesund und fit – Kitas macht mit“ beteiligten sich 13 Kindertagesstätten an einem Wettbewerb, der unter der Schirmherrschaft des Landrates stand und 2006 abgeschlossen worden ist. Durch ein Bündel von Maßnahmen sollte die Zahngesundheit der Kinder gefördert und die Entwicklung von Übergewicht vermieden werden. Aus der Sicht der Kinderärzte des Gesundheits- und Veterinär-

amtes sollten die positiven Erfahrungen, die im Verlauf des Wettbewerbs gesammelt wurden, auch von den Kindertagesstätten übernommen werden, die sich nicht unmittelbar am Wettbewerb beteiligen. Öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen im Verlauf und zum Abschluss des Wettbewerbes dienten dem Ziel, die Erfahrungen auszutauschen.

Abb. 27 **Schulanfänger mit schwerem Übergewicht 2006 – 2007 in Abhängigkeit vom Sozialstatus**
Vergleich Land Brandenburg - LK Uckermark



7. Die zunehmende sozialkompensatorische Bedeutung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes

Die Reihenuntersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes dienen nicht nur dem Ziel, ganze Jahrgänge komplett zu untersuchen und so einen Überblick über gesundheitspolitische Handlungsbedarfe auf kommunaler Ebene zu erhalten und gezielt reagieren zu können, sie haben auch sozialkompensatorisch eine entscheidende individualmedizinische Bedeutung. Insbesondere die Ergebnisse der Reihenuntersuchungen in Kindertagesstätten geben hierüber einen wichtigen Aufschluss.

7.1 Zusammenhang von Untersuchungsraten in Kindertagesstätten und Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt

Im Landkreis Uckermark konnten in den letzten Jahren im Landesvergleich relativ konstant hohe Untersuchungsraten in Kindertagesstätten erreicht werden (Abb. 1). In deren Folge erhielten die Eltern über ein Befundrückmeldesystem Informationen über Handlungsbedarfe bei auffälligen Befunden sowie Impflücken und suchten daraufhin den Kinderarzt auf. Dadurch wurde auch eine deutlich höhere Inanspruch-

nahme der Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt erreicht, weil die Familien dem Versorgungssystem (wieder) zugeführt werden konnten, bei denen die Inanspruchnahme aufgrund vielfältiger (häufig sozialer) Probleme sonst deutlich geringer wäre (Abb.19-20).

Dies machen auch die Erhebungen des Landesgesundheitsamtes deutlich. Während einige Landkreise des Landes Brandenburg, in denen nicht mehr alle Kinder im Kleinkind- und Vorschulalter durch den KJGD erreicht werden, z. T. eine deutlich geringere Inanspruchnahme der Vorsorgeangebote beim Kinderarzt aufweisen, korreliert im Landkreis Uckermark die vergleichsweise höhere Inanspruchnahme der Vorsorgeangebote beim Kinderarzt mit der höheren Rate von Kita-Reihenuntersuchungen durch den KJGD (Abb. 19). Im besonderen Maße profitieren hier Familien mit niedrigem Sozialstatus, bei denen die Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten signifikant höher ist als im Land Brandenburg. Dies ist insbesondere deshalb von entscheidender Bedeutung, weil der Landkreis Uckermark im Landesvergleich einen deutlich höheren Prozentsatz von Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus aufweist (siehe Abb. 18). Hier wird der KJGD seiner sozialkompensatorischen Rolle im Landes- und Bundesvergleich auf beispielhafte Weise gerecht.

7.2 Frühere Diagnosestellung

Dies wird auch bei den Schuleingangsuntersuchungen deutlich. Durch die jährlichen Untersuchungen in Kinderstagesstätten werden auffällige Befunde bei Kindern im Landkreis Uckermark frühzeitiger erfasst und einer gezielten Intervention zugeführt, so dass die Rate von Erstdiagnosen im Rahmen der Einschulungsuntersuchung geringer ist als im Landesvergleich (siehe Abb. 22). Auch hier profitieren Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus in besonderem Maße. Um Kindern trotz unterschiedlicher sozialer Rahmenbedingen möglichst gleiche Chancen auf eine gesunde Entwicklung und erfolgreiche Schulbildung zu geben, sollte von diesem Standard der kinder- und jugendärztlichen Betreuung keinesfalls nach unten abgewichen werden. Dies gilt insbesondere deshalb, weil der sozialkompensatorischen Funktion bei derzeit nicht absehbaren grundsätzlichen Änderungen der Sozialstruktur und z. T. weiten Wegen bis zum nächsten Kinderarzt eine entscheidende Bedeutung zukommt.

7.3 Chancengleichheit im Landkreis Uckermark weiter anstreben

Anders als in der politischen Diskussion der vergangenen Monate immer teilweise behauptet, sind die Untersuchungen des KJGD nicht entbehrliche Doppeluntersuchungen, sondern erreichen gerade die Kinder aus Familien, die durch Angebote der Regelversorgung nicht erreicht werden. Im Rahmen der Reihenuntersuchungen im Kleinkind- und Vorschulalter (Kinder in Kindertagesstätten und Tagespflege sowie Hauskinder) werden Kinder gesehen, deren Familien (insbesondere in sozialen Problemlagen) Vorsorgeangebote beim Kinderarzt nur sehr unzureichend wahrnehmen. Wird ein erstes Untersuchungsangebot nicht angenommen, erfolgt die Einladung in die kinderärztliche Sprechstunde, die spätestens dann in vielen Fällen wahrgenommen wird. Werden im Rahmen dieser Untersuchung medizinische oder frühförderrelevante Befunde, Impflücken oder sozialmedizinische Probleme deutlich, werden die Eltern darauf hingewiesen, beraten und so häufig wieder motiviert, ihrer Gesundheitsfürsorgepflicht nachzukommen und Vorsorge- und Betreuungsangebote der niedergelassenen Ärzte anzunehmen. Dem Befundcontrolling und in Einzelfällen auch aufsuchenden Hilfen kommt hierbei eine entscheidende Bedeutung zu. Durch

die Untersuchungen des KJGD, seine Möglichkeit niedrigschwelliger Angebote und nachgehender/aufsuchender Hilfen in Problemlagen, werden Kinder dem Regelversorgungssystem wieder zugeführt.

7.4 Hohe Durchimpfungsraten dank Erinnerungssystem des KJGD

Diese sehr erfolgreiche Strategie spiegelt sich auch in den Durchimpfungsraten wider. Durch das Informations- und Erinnerungssystem anlässlich der Reihenuntersuchungen des KJGD liegen die Durchimpfungsraten im Landkreis Uckermark (siehe Abb. 9-16) seit Jahren über dem Landes- und ganz erheblich über dem Bundesdurchschnitt. Die Zahl der durch den KJGD subsidiär durchgeführten Impfungen konnte durch die höhere Inanspruchnahme der Impfangebote beim Haus- oder Kinderarzt in den letzten Jahren reduziert werden (Tab. 2), während die Zahl der Impfstandskontrollen durch den KJGD stetig steigt. Auch hier konnte in den letzten Jahren im Landkreis Uckermark ein beispielhaftes System etabliert werden, dass in enger Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kinder- und Hausärzten gut funktioniert und eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung besitzt. Dies macht auch die Tatsache deutlich, dass weit über 90 % der im KJGD vorgestellten Kinder ihre Impfausweise vorlegen.

Das niedrigschwellige Angebot des KJGD bei regelmäßiger Präsenz in den Einrichtungen und hoher Akzeptanz in der Bevölkerung geht kommunal aufgrund der guten Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kinderärzten und allen an der Behandlung und Betreuung beteiligten Personen und Behörden näher an die Bedürfnisse der Familien als dies auf Landesebene gesteuerte Pflichteinladungssysteme zur Vorsorgeuntersuchung vermutlich leisten könnten.

7.5 Änderungen durch Novellierung des ÖGD-Gesetzes

- Einschränkung der Kita-Reihenuntersuchungen auf 30.- 42. Lebensmonat
- Erreichen aller Hauskinder
- Flächendeckendes Befundcontrolling
- Nachgehende Hilfen

Mit der Novellierung des Gesundheitsdienstgesetztes Brandenburg ist vorgesehen, die Reihenuntersuchungen in Kindertagesstätten (von nach alter Gesetzgebung jährlichen Untersuchungen) auf eine einmalige Untersuchung im 30.- 42. Lebensmonat zu beschränken. Den fachlichen Bedenken dagegen wurde nicht gefolgt. Die in diesem Zusammenhang dargestellten Aufwandsreduzierungen werden sich jedoch vermutlich durch die veränderte Akzentsetzung und neue Aufgabenübertragungen (Erreichen auch aller Hauskinder und der Kinder in Tagesbetreuung, Befundcontrolling bei auffälligen Befunden, nachgehende Hilfe bei mangelnder Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen) im Saldo keinesfalls so erheblich auswirken wie suggeriert. Zusätzlich zu der beschriebenen Altersgruppe werden auffällige Kinder in Kindertagesstätten weiterhin erreicht, deren Eltern und Erzieher beraten werden müssen, um bedarfsgerechte Hilfen vermitteln zu können.

Nach Verabschiedung des neuen Gesundheitsdienstgesetztes des Landes Brandenburg (die zum Jahresbeginn 2008 erwartet wird) werden die Aufgaben des KJGD in einer neuen KJGD-Verordnung präzisiert werden. Danach wird ein Konzept zu erarbeiten sein, wie mit den veränderten Aufgabenstellungen insbesondere im Flä-

chenlandkreis Uckermark umzugehen ist. Bereits in der Vergangenheit gestaltete es sich schwierig, alle bei Tagesmüttern betreuten Kinder zu erreichen. Vorgeschlagene Untersuchungstermine im Gesundheitsamt konnten viele Familien aufgrund des ökonomischen Aufwandes bei weiten Fahrtwegen nicht annehmen. Alle Tagesmütter durch den KJGD aufzusuchen, sprengte bisher die personellen Möglichkeiten. Das Angebot des KJGD, die Termine in den regionalen Kindertagesstätten auch zur Vorstellung von Kindern in Tagespflege sowie Hauskindern zu nutzen, wurde nur sporadisch angenommen. Dies stellt jedoch aus Sicht des KJGD auch weiterhin eine ökonomisch vertretbare Alternative dar.

Die oben beschriebene Möglichkeit der Rückführung von Kindern ins Regelversorgungssystem durch den KJGD sollte trotz Eingrenzung der Kita-Reihenuntersuchungen unbedingt auch zukünftig allen Kita-Kindern zu Gute kommen, um weiter Chancengleichheit für alle Kinder unabhängig vom Sozialstatus anzustreben. Deshalb wird weiterhin die Kontrolle der Vorsorgehefte und Impfausweise aller Kita-Kinder zum Untersuchungstermin in der Kindertagesstätte angestrebt, um deren Eltern auf Impflücken und versäumte Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt aufmerksam machen zu können. Die Praxis im Landkreis Uckermark hat gezeigt, dass damit sehr erfolgreich und nachhaltig die Inanspruchnahme sowohl der Vorsorgeuntersuchungen als auch des Impfangebotes beim Kinderarzt erhöht werden konnte.

Das geforderte Befundcontrolling konnte bisher u. a. auch durch die jährliche Kontrolle und den engen Kontakt zu den Einrichtungen gewährleistet werden. Wie dies unter den neuen Bedingungen im Flächenlandkreis Uckermark mit vertretbarem ökonomischen Aufwand zielführend umzusetzen ist, ist eingehend zu prüfen. In jedem Falle werden die jugendärztlichen Sprechstunden erweitert werden müssen, um den Beratungsbedarf decken zu können. Für Kinder mit kontrollbedürftigen Befunden wird durch den KJGD derzeit ein Befundcontrolling-Konzept entwickelt, das ermöglichen soll, allen Befunden nachzugehen und die Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen zu kontrollieren. Inwieweit das bisher bereits für ausgewählte Kinder im Landkreis Uckermark praktizierte Konzept auf alle Kinder übertragbar ist, wird derzeit geprüft. In jedem Falle setzt dies ein konsequentes Rückmeldesystem von behandelnden Ärzten und Therapeuten voraus. Hierzu sind auf Landesebene die erforderlichen Voraussetzungen (u. a. die Vergütung derart erbrachter Leistungen sowie Fragen der ärztlichen Schweigepflicht) zu diskutieren.

Im Landkreis Uckermark kann auf der bestehenden sehr guten Zusammenarbeit mit Eltern, Ärzten, Therapeuten, betreuendem Fachpersonal der Einrichtungen und Behörden aufgebaut werden.

8. Heilpädagogische Frühförderung

Die Antragstellung der Eltern beim Sozialamt auf Eingliederungshilfe erfolgt nach Überweisung durch die betreuenden Kinder- oder Hausärzte sowie durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes. Hinweise auf Entwicklungs- oder Verhaltensauffälligkeiten erhalten die Eltern darüber hinaus von Erzieherinnen der Kindertagesstätten, Tagesmüttern, betreuenden Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten etc.

Grundlage der Entscheidung des Sozialamtes ist die amtsärztliche Begutachtung gem. SGB XII. Mindestens zweimal jährlich erfolgt deshalb die Vorstellung der Kinder im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst zur Entwicklungsdiagnostik und sozialmedizinischen Beratung der Eltern über Fortschritte bzw. weiterführende Handlungsbedarfe. Anlassbezogen erfolgt die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, wenn z. B. aufgrund von Problemsituationen die Notwendigkeit einer Beratung im Jugendamt oder weiterer Hilfen (Erziehungsberatung, sozialpädagogische Familienhilfe) aus fachärztlicher Sicht angezeigt erscheint. Dem gehen in jedem Falle intensive Beratungsgespräche mit den Eltern und bei Notwendigkeit im Einzelfall Hausbesuche durch die Mitarbeiter des KJGD voraus.

Gemeinsam mit den Eltern wird in Zusammenarbeit mit allen an der Betreuung und Behandlung des Kindes beteiligten Akteuren nach nachhaltigen Lösungen für Kind und Familie gesucht. Auch in diesem Zusammenhang ist die funktionierende ämterübergreifende Zusammenarbeit (zwischen Gesundheits-, Sozial- und ggf. Jugendamt) wichtige Voraussetzung. Ämterübergreifend getroffene Festlegungen haben sich inzwischen gut bewährt. Eine gemeinsame Schweigepflichtsentbindung wurde erarbeitet und erleichtert den Informationsaustausch.

Abb. 28 Frühförderung in Prozent der Kinder der Altersgruppe

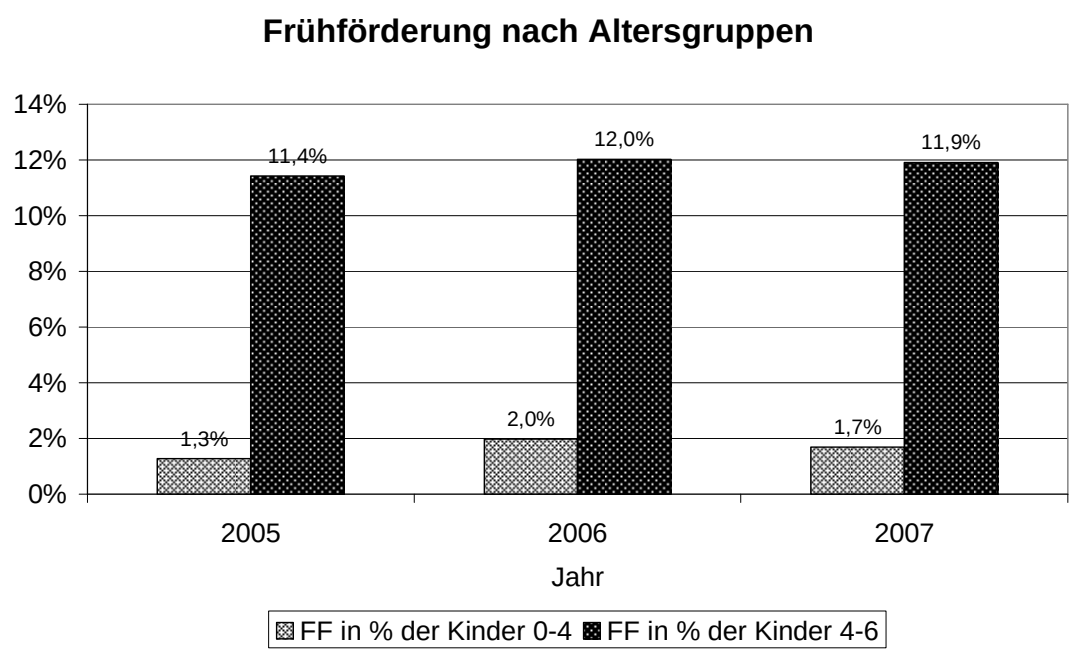


Abb. 29-30 Frühförderung im Landkreis Uckermark nach Altersgruppen

Abb. 29

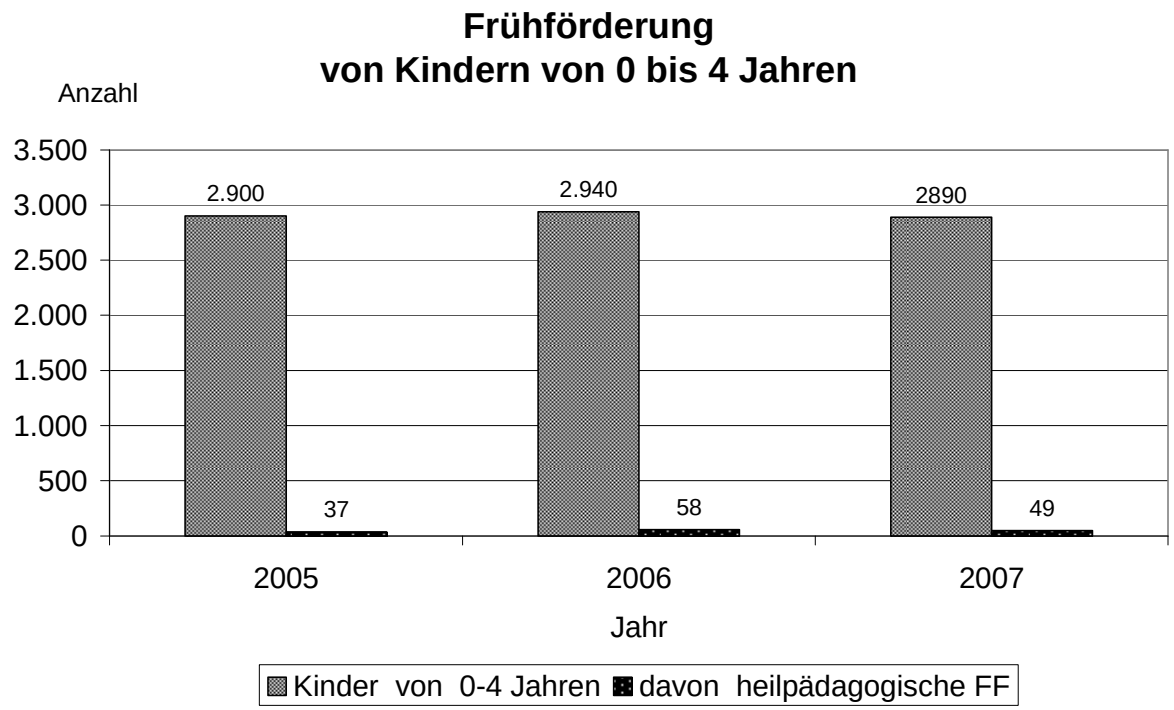


Abb. 30

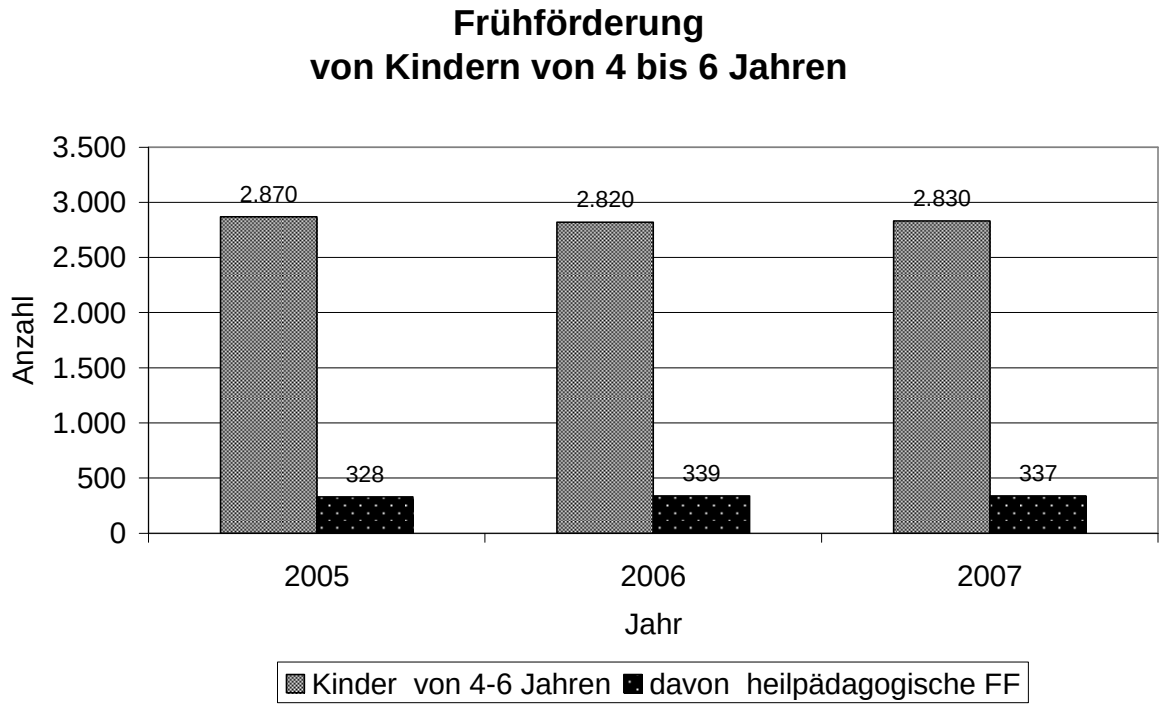


Abb. 31-34 Heilpädagogische Frühförderung von Kindern von 0 bis 6 Jahren

im Landkreis Uckermark

Abb. 31

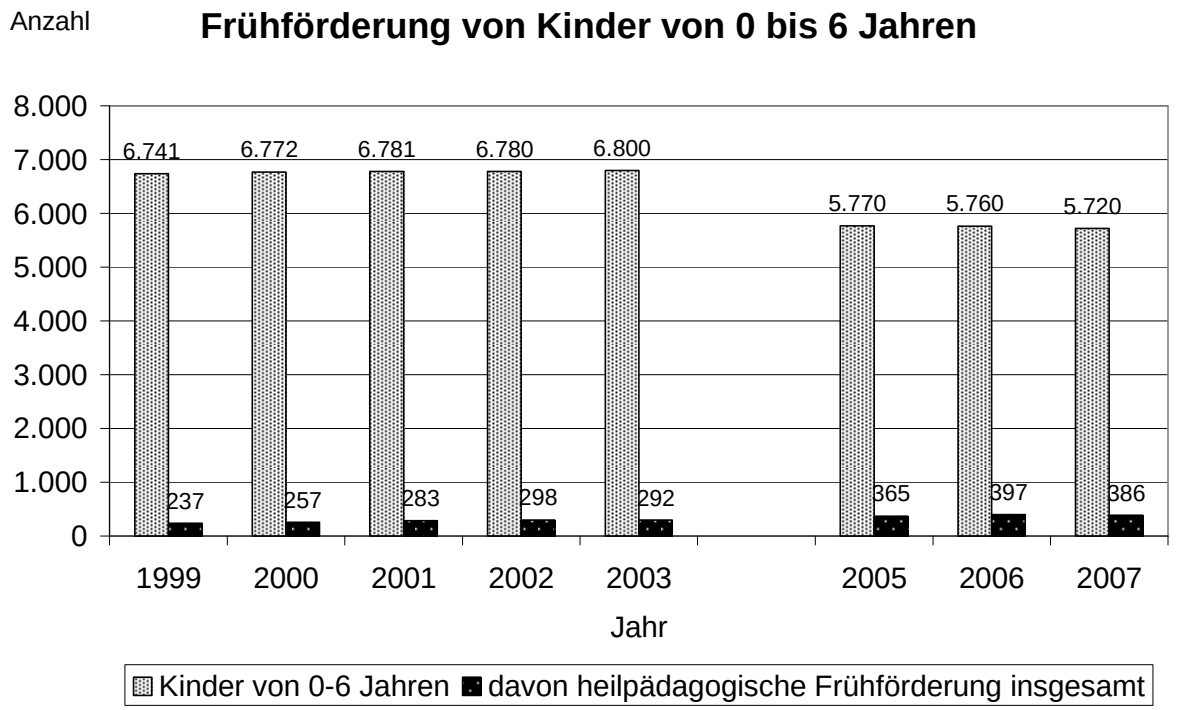


Abb. 32

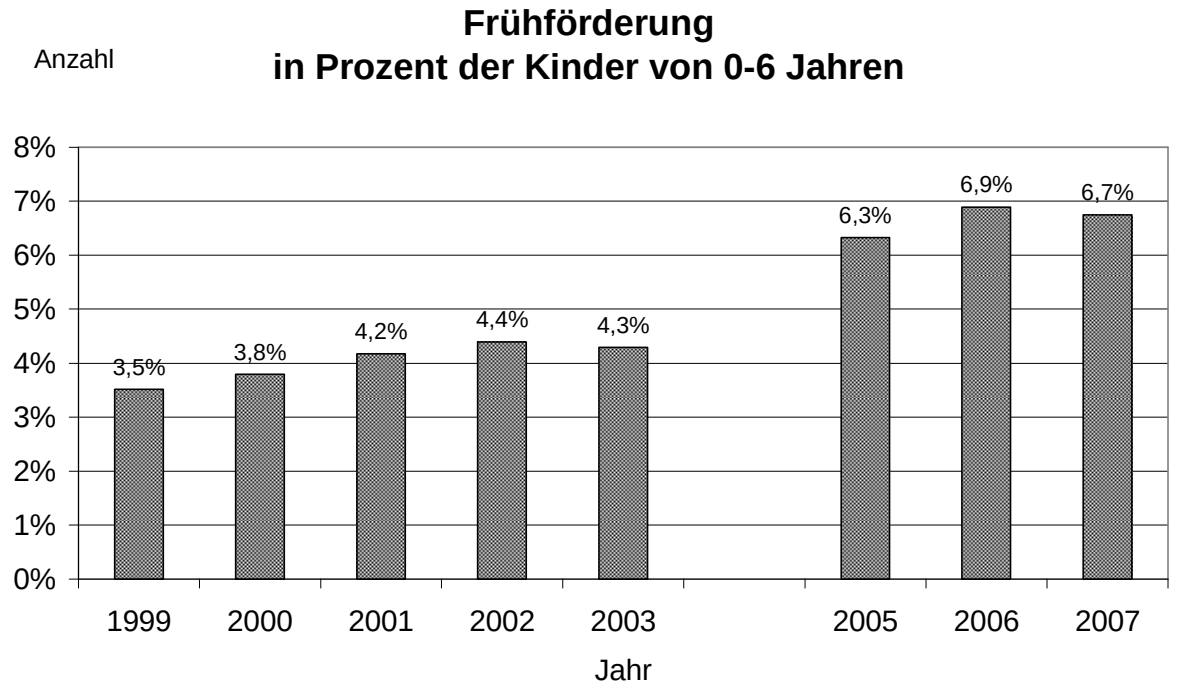


Abb. 33

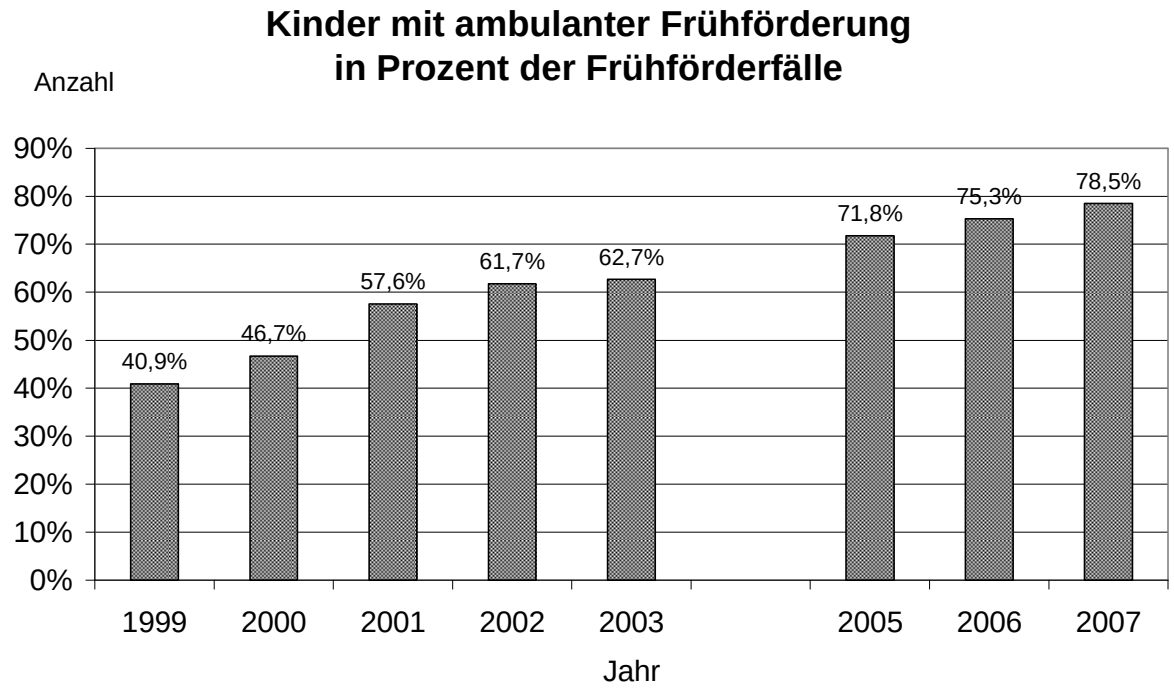
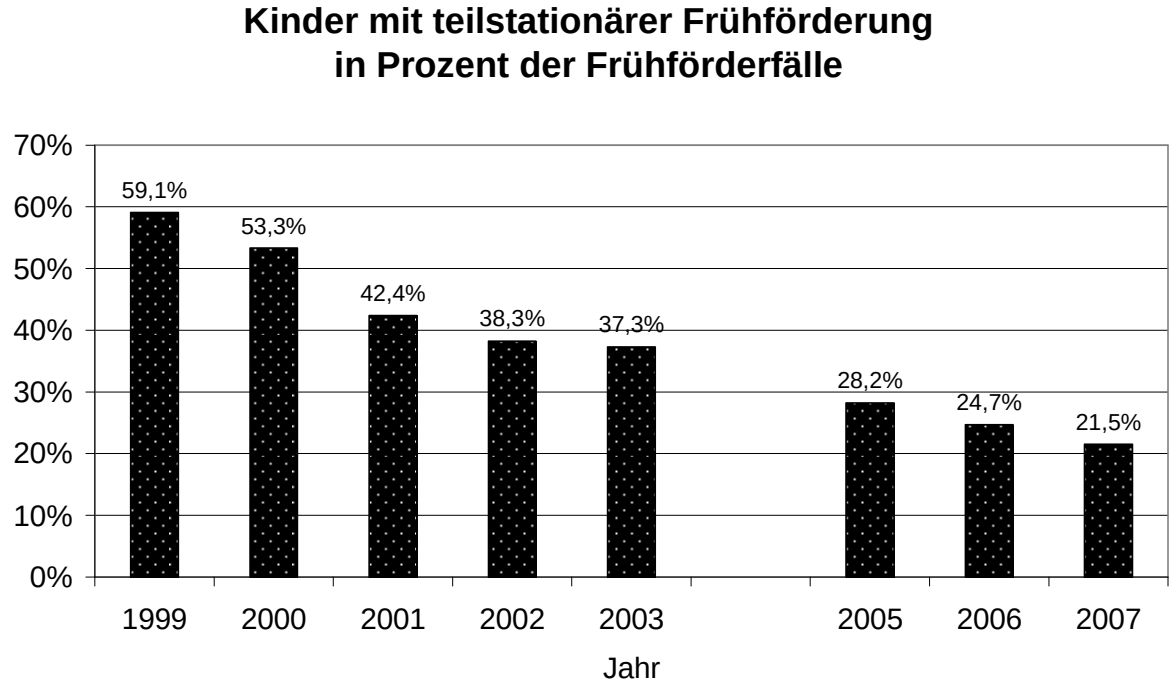


Abb. 34



Die in den Abbildungen 31 bis 34 dargestellte Entwicklung der heilpädagogischen Frühförderung im Landkreis Uckermark von 1999 bis 2007 trägt dem Grundsatz Rechnung, ambulanten Hilfen Vorrang zu gewähren. Mit großem individuellem Engagement einzelner Kindertagesstätten ist es in den vergangenen Jahren zunehmend gelungen, auch Kinder mit wesentlicher geistiger (z. B. Kinder mit Trisomie 21) und/oder körperlicher Behinderung in die Regelkita zu integrieren und dort zusätzliche Hilfen z. B. ambulante Frühförderung bzw. sehgeschädigtenspezifische oder hörgeschädigtenspezifische Frühförderung anzubieten. So konnte ein blindes Kind

nach erfolgreicher Förderung in der Regelkita später mit behinderungsbedingtem Mehrbedarf und sonderpädagogischem Förderbedarf in die Grundschule integriert und so zunächst die Internatsunterbringung vermieden werden.

Es konnten in den letzten Jahren Hilfen immer besser auf den individuellen Bedarf der Kinder abgestimmt und außerdem dem Elternwahlrecht der Einrichtung weitgehend entgegengekommen werden.

Integrationskindertagesstätten des Landkreises bieten neben der teilstationären Frühförderung in der Einrichtung auch die Möglichkeit ambulanter Frühförderung von Regelkindern ihrer Einrichtungen an.

Die Frühförderstellen des Landkreises arbeiten eng mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst sowie den Kinderärzten, Therapeuten (Logopäden, Ergotherapeuten etc.) und den Erzieherinnen der Kindertagesstätten zusammen. Auf diese Weise gelingt es, die Eingliederungshilfe frühzeitig als teilstationäre Frühförderung anzubieten, wenn ambulante Maßnahmen nicht zum erwarteten Erfolg führen. Anlassbezogen werden in Hilfeplangesprächen Probleme beraten und gemeinsam mit den Eltern nach Lösungen gesucht.

Die Ärzte des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes sind mit ihren sozialmedizinischen Assistentinnen Koordinatoren im Netz früher Hilfen. Ziel ist es, die Kompetenz der Eltern zur Förderung ihrer Kinder zu stärken und darüber hinaus Hilfen für Kinder und deren Familien anzubieten, die dem individuellen und konkreten Bedarf gerecht werden. Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst leistet einen entscheidenden Beitrag dazu, alle Angebote optimal aufeinander abzustimmen, Doppelungen und Überforderungen des Kindes durch Therapieüberschneidungen zu vermeiden bzw. bedarfsadaptiert zusätzliche Angebote zu ergänzen. Die Zusammenarbeit und der fachliche Austausch mit den betreuenden Kinder- und sonstigen Fachärzten sowie Therapeuten ist dafür entscheidende Voraussetzung.

9. Förderung in der Kindertagesstätte

9.1 Beratung der Erzieherinnen und gegenseitiger fachlicher Austausch

Auch die Beratung des Kita-Personals zu besonderen Förderungs- und Unterstützungsbedarfen einzelner Kinder ist ein Tätigkeitsschwerpunkt der Ärzte des KJGD. Erfolge durch heilpädagogische Frühförderung müssen nachhaltig durch intensive Förderung im Kita-Alltag ergänzt und unterstützt werden.

Der rege Erfahrungsaustausch zwischen KJGD und Erzieherinnen durch die Präsenz des KJGD in den Einrichtungen dient aber nicht nur der Anleitung und Fortbildung der Erzieherinnen sondern ist auch für die Ärzte des KJGD ein unverzichtbarer Bestandteil der Arbeit. Beobachtungen und Hinweise der Erzieherinnen geben oft den ersten Anstoß zur weiterführenden Diagnostik der Kinder durch die Kinderärzte, insbesondere dann, wenn die Vorstellungen beim Kinderarzt nicht mehr oder nur noch sehr unregelmäßig erfolgen. Die Grenzsteine der Entwicklung, die von vielen Erzieherinnen sehr zuverlässig dokumentiert werden, können sowohl die Heilpädagoginnen der Frühförderung als auch die Kinderärzte unterstützen.

Einen entscheidenden Beitrag zur Entwicklung der Kinder leistet die tägliche Förderung in der Kindertagesstätte. Der steigenden Zahl von Kindern mit Rückständen der allgemeinen- und Sprachentwicklung kann nur durch verbesserte und auf dieses Problem reagierende Konzepte der täglichen Förderung in der Kita begegnet werden. Die Sprachstandserhebungen und die gezielte Sprachförderung in der Kita leisten dazu auch im Landkreis Uckermark einen wichtigen Beitrag. Die Ärzte des KJGD sind in die Fortbildung der Erzieherinnen zu dieser Problematik eingebunden. Ein Modul des Fortbildungskonzeptes des MBJS für Erzieherinnen im Landkreis Uckermark wird durch Referate der Ärzte des KJGD unter Leitung der Amtsärztin im Februar 2008 unterstützt. Schwerpunkt ist es, die Abstimmung der Sprachstandserhebungen durch die Erzieherinnen in den Kitas und der Untersuchungen durch die Kinderärzte zu erläutern, um insbesondere bei deutlich auffälligen Befunden umgehend eine qualifizierte Diagnostik und Therapie anbieten zu können. Es besteht eine enge Zusammenarbeit des KJGD mit den Praxisberaterinnen des Jugendamtes.

9.2 Sexualaufklärung in der Kindertagesstätte

Auf Initiative des Gesundheitsamtes ist es in enger Zusammenarbeit mit den Praxisberaterinnen des Jugendamtes gelungen, ein Projekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Sexualaufklärung von Kindern ab 4 Jahren in den Landkreis zu holen und ein Konzept für die nachhaltige Anwendung in den Kindertagesstätten zu erarbeiten.

Mit zwei Veranstaltungen machte das Bühnenstück „Das Märchen von Nase, Bauch und Po“ am 06.11.2007 Station in Prenzlau. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führt diese landesweite Maßnahme in den Jahren 2007/2008 zusammen mit dem MASGF, dem MBJS und dem Regionalen Knoten Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten durch.

Insgesamt 560 Kinder ab 4 Jahren erlebten im Plenarsaal das Bühnenstück zur Kinderliedertour. Im Vorfeld des Konzertes fand am 24.10.2007 ein durch das Gesundheits- und Veterinäramt in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt durchgeführter kostenloser Workshop für Erzieherinnen statt, in dem lebendige und praxisnahe Ansätze vermittelt wurden, die Themen Freundschaft, Liebe und Berührung kindgerecht zu transportieren und die begleitende Kindergartenbox einzusetzen. Die Box dient den Erzieherinnen als Unterstützung für ihre pädagogische Arbeit. Die Resonanz auf diesen Workshop war ebenfalls enorm.

Für eine finanzielle Unterstützung des Projektes konnte der Rotary Club Prenzlau gewonnen werden. Mit den zur Verfügung gestellten Mitteln konnten fünf Kindergartenboxen für die Kitas „Bienenhaus“ Gerswalde, „Zwergenstübchen“ Hardenbeck, „Schnatterenten“ Schwedt, „Sonnenschein“ Fredersdorf und „Gänseblümchen“ Göritz finanziert werden. Durch die Bereitstellung von drei weiteren Boxen durch das MASGF für Kitas in sozialen Brennpunkten erhielten die Kitas „Regenbogen“ Gneisenau, „Villa Kunterbunt“ Crussow und „Kinderland“ Prenzlau ebenfalls je eine Kindergartenbox. Die Boxen wurden am 27.11.2007 an die ausgewählten Kitas übergeben und können von Kitas in der jeweiligen Umgebung ausgeliehen werden.

Um die Nachhaltigkeit dieses Konzeptes zu fördern, ist eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Jugendamt, dem Gesundheitsdienst, den Multiplikatorinnen (Sozialpsychologische Beratungsstelle für Schwangere und Familien; Pro Familia Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung; EJF-Lazarus gAG Lichtblick Erzie-

hungs- und Familienberatung, Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung; EJF-Lazarus gAG Impuls für Familie, Jugend und Erziehung) und den Kitas notwendig. Durch weitere Workshops, vor allem nach dem Fortbildungskatalog des Jugendamtes und durch die Multiplikatorinnen, wird die frühkindliche Sexualerziehung in den Kitas weiterhin nachhaltig gefördert.

10. Handlungsfelder des KJGD beim Kinderschutz

Durch seine regelmäßige Präsenz in Kindertagesstätten und Schulen und seine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Eltern, Erziehern und Lehrern ist der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) in Fragen des Kinderschutzes sowohl beratend als auch aktiv gestaltend tätig. Bei ihren Untersuchungen können die Kinderärzte des KJGD selbst Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung feststellen oder von Bezugs- oder Betreuungspersonen auf Verdachtsmomente hingewiesen werden. Die Kinderärzte sehen Kinder zu folgenden Anlässen:

1. Reihenuntersuchungen des KJGD in Kindertagesstätten und in Schulen (6. Klasse, 10. Klasse, zweijährlich an Förderschulen)
2. Vorstellung von Kindern im Rahmen von Begutachtungen:
3. Vorstellung von Kindern in der Kinder- und jugendärztlichen Sprechstunde (auf Initiative der Eltern, der Kita oder der Schule i. d. R. mit Einverständnis/im Beisein der Eltern sowie durch Kinder- und Hausärzte)
4. Hausbesuche durch Mitarbeiter des KJGD (Sozialarbeiter, seltener auch Kinderarzt) in besonderen Problemlagen auf Hinweis von Kinderärzten, Hebammen oder des Jugendamtes
5. Vorstellung von Kindern auf Initiative des Jugendamtes

10.1 Kooperation von KJGD und Jugendamt beim Kinderschutz

Die fachlichen Zuständigkeiten von KJGD und Jugendamt zur Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung sind im Landkreis Uckermark im Leitfaden des Jugendamtes geregelt (5), der allen zuständigen Mitarbeitern beider Ämter bekannt ist. Die ämterübergreifende Nutzung des Meldebogens zur Ersterfassung vermeidet Doppelerfassungen. Eine einheitliche Regelung zur Schweigepflichtentbindung erleichtert bei Einverständnis der Eltern den zügigen Informationsaustausch zwischen dem Sozialamt, dem Jugendamt und dem Gesundheitsamt und die in Einzelfällen notwendige Beteiligung aller drei Ämter am Hilfeplanprozess. Zur Abwendung einer akuten Gefährdung kann der Informationsaustausch im Einzelfall unter Güterabwägung zugunsten des Kindeswohls auch ohne das Einverständnis bzw. im erforderlichen Falle auch gegen den Willen der Eltern erfolgen.

Auf Initiative des Jugendamtes wird der KJGD in folgenden Fällen für den Kinderschutz aktiv:

- bei Familien mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung, die trotz Unterstützung des Jugendamtes einen dringenden Beratungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst aufweisen

- bei Familien, für die im Rahmen der Hilfeplanung des Jugendamtes eine regelmäßige Vorstellung beim KJGD festgelegt wurde

- bei Verdacht auf eine akute Gefährdung des Kindes, z. B. nach Inobhutnahme unmittelbar aus der Kindertagesstätte

10.1.1 Hausbesuche von KJGD und Jugendamt

Für einen wirksamen Kinderschutz sind frühzeitige aufsuchende Hilfen bei Familien in sozialen Problemlagen notwendig. Wichtigste Zielgruppen der Hausbesuche sind minderjährige Mütter sowie Familien, die sich in einer besonderen Überforderungssituation oder in einer sozialen Problemlage befinden. Mit dem niedrigschwelligen Angebot der aufsuchenden Hilfen kann der KJGD auch in Gefährdungssituationen einen vertrauensvollen Zugang zu den Eltern herstellen und auch für Familien, die zunächst jeden Kontakt ablehnen, einen Weg zum Jugendamt ebnen. Das Verfahren der Hausbesuche ist zwischen Jugendamt und Gesundheitsamt klar geregelt:

10.1.2 Werdende Mütter

- Bei werdenden Müttern (die sich im Hilfebezug des Jugendamtes befinden) in sozialen Problemlagen meldet das Jugendamt mit Einverständnis der betroffenen Familien den voraussichtlichen Beratungsbedarf durch den Gesundheitsdienst beim KJGD an. In Abstimmung mit dem Jugendamt führen die Sozialarbeiterinnen des KJGD den Hausbesuch nach Geburt des Kindes durch und werten ihn gemeinsam mit dem Jugendamt aus.

10.1.3 Kleine oder behinderte Kinder

- Sind in einer Familie mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung kleine oder behinderte Kinder betroffen, die in besonderem Maße auf Schutz und Fürsorge angewiesen sind, oder werden sozialmedizinische Probleme als Ursache oder Folge einer Kindeswohlgefährdung vermutet, führen die Sozialarbeiter des Jugendamtes und des Gesundheitsamtes, ggf. auch der Kinderarzt des KJGD, die Hausbesuche in ausgewählten Fällen gemeinsam durch.

10.1.4 Eltern mit psychiatrischen Erkrankungen

Werden eine psychiatrische Erkrankung oder Suchtprobleme der Eltern als Ursache der Kindeswohlgefährdung vermutet, wird ein Sozialarbeiter oder die Fachärztin für Psychiatrie des Sozialpsychiatrischen Dienstes in die Hausbesuche einbezogen.

10.1.5 Gemeinsame Hilfeplanung

In vielen Fällen werden die Kinderärzte des KJGD vom Jugendamt beratend hinzugezogen oder nehmen an Hilfeplangesprächen teil. Die Kinderärzte des KJGD beurteilen in engmaschigen Abständen den Entwicklungsstand des Kindes (körperlich, geistig, statomotorisch) sowie seine psychosoziale Entwicklung (insbesondere bei Verdacht auf Deprivation) und eventuelle Auffälligkeiten im Sozialverhalten, um frühzeitig über notwendige Fördermaßnahmen entscheiden zu können. Bei Verdacht auf eine akute Gefährdung des Kindes beurteilt der KJGD aus sozialmedizinischer Sicht die Gefährdungssituation und veranlasst die weitere Diagnostik und notwendige Maßnahmen.

10.1.6 Untersuchung bei Inobhutnahme

Veranlasst das Jugendamt aufgrund einer akuten Gefährdung die Inobhutnahme eines Kindes direkt aus einer Kindertageseinrichtung, können die Untersuchung des Kindes und die Gefährdungsbeurteilung nach Absprache auch durch einen Kinderarzt des KJGD erfolgen. Führen ein niedergelassener Kinderarzt oder eine Klinik die Erstuntersuchung durch, wirkt der Kinderarzt des KJGD häufig als Koordinator an dem Verfahren mit. Mit seinen Kenntnissen über die Familie und über die betreuenden Einrichtungen kann er schnell wertvolle Informationen geben und Wege verkürzen. Um Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden, die auf die betroffenen Kinder sehr belastend wirken, sind dabei alle Untersuchungsbefunde, Absprachen und Empfehlungen zuverlässig und nachvollziehbar zu dokumentieren.

10.2 Koordination im Netzwerk des Kinderschutzes – Aufgabe des KJGD

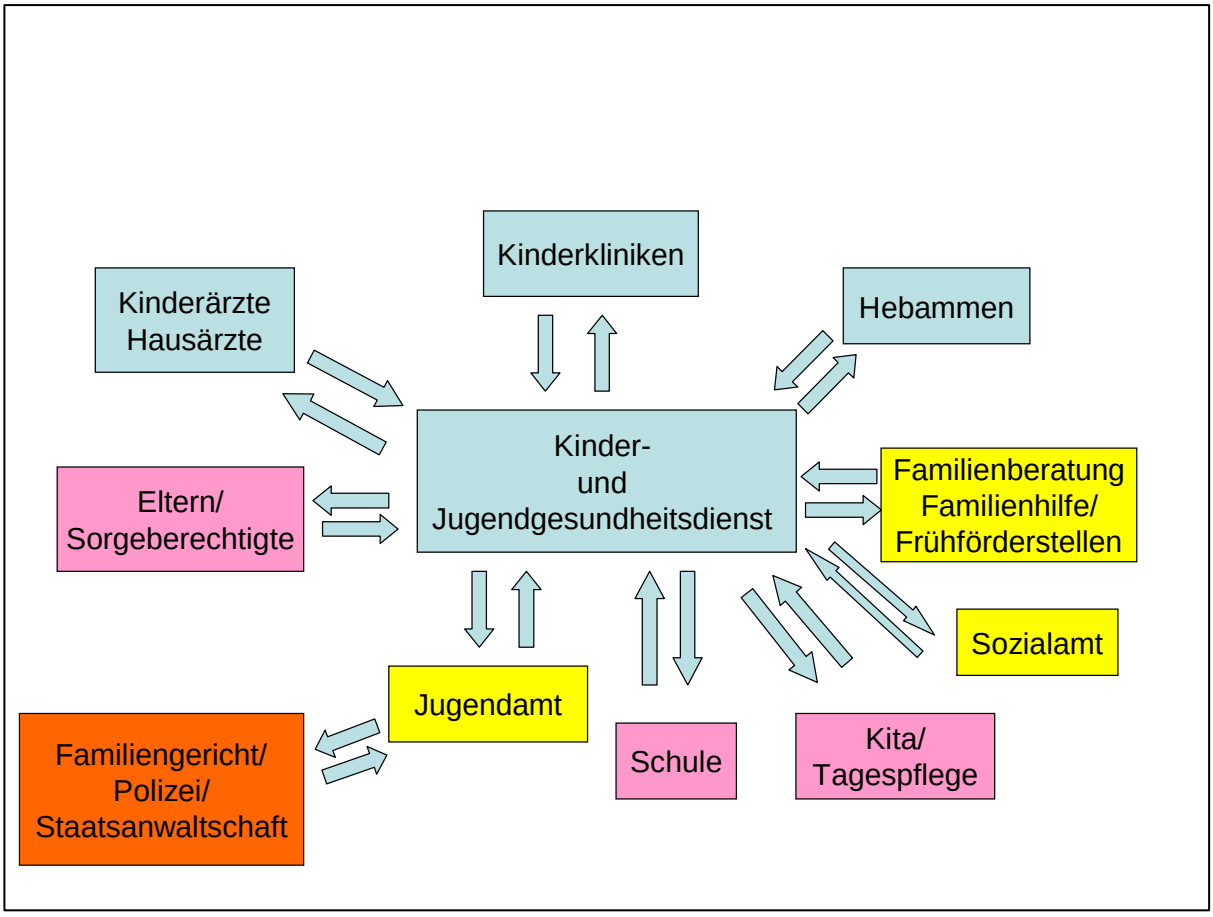


Abb. 35: Der KJGD im Kinderschutznetz

Für einen wirksamen Kinderschutz ist es unerlässlich, dass die wesentlichen Ansprechpartner im Hilfesystem bei den an der Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen Beteiligten bekannt sind. So sind im Landkreis Uckermark die Mitarbeiter des Sozialpädagogischen Beratungsdienstes des Jugendamtes sowie die Mitarbeiter des KJGD im Rahmen der Sprechzeiten stete Ansprechpartner für Kinderschutzfragen. Außerhalb der Sprechzeiten wird diese Aufgabe durch die Interessengemeinschaft Frauen Prenzlau e. V. - Kinder- und Jugendnotdienst - wahrgenommen. Die Adressen und Rufnummern sind allen relevanten Institutionen bekannt und werden regelmäßig in der Presse veröffentlicht.

Der KJGD ist im regionalen Netz des Kinderschutzes koordinierend tätig (Abb. 35). Durch ihre umfassenden Kenntnisse über die zu betreuenden Einrichtungen, die betroffenen Familien und die zur Verfügung stehenden Hilfesysteme unterstützen die Mitarbeiterinnen des KJGD die Beteiligten wirksam bei der Suche nach Lösungen. Das Gesundheitsamt ist darüber hinaus die einzige Gesundheitsinstitution, die per Gesetz auch ohne Auftrag des Patienten aufsuchend tätig werden darf. In Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kinderärzten und Hebammen kann der KJGD deswegen insbesondere in sozialen Problemlagen kompensatorisch tätig werden.

10.2.1 Frühzeitige kompensatorische Hilfen in Problemlagen

Eine Auswertung der Hausbesuche bei Müttern von Neugeborenen im Landkreis Uckermark zeigte, dass Arbeitslosigkeit, gefolgt vom niedrigen Bildungsgrad der Eltern und der Minderjährigkeit der Mutter die häufigsten sozialmedizinischen Risikofaktoren darstellen (siehe KJGD-Bericht 2005). Im Landkreis Uckermark führt der KJGD deshalb aufsuchende Hilfen anlassbezogen und zielgruppenorientiert durch. Bei guter Zusammenarbeit zwischen den Behörden innerhalb der Kreisverwaltung (Jugendamt, Sozialamt und Gesundheitsamt) und mit den regionalen Krankenhäusern, niedergelassen Ärzten und Hebammen können auf diese Weise frühzeitig kompensatorische Hilfen bei Problemlagen organisiert werden.

10.2.2 Kinderschutz bei kinderärztlichen Reihenuntersuchungen

Treten im Rahmen einer Reihenuntersuchung in einer Kindertagesstätte oder Schule Verdachtsmomente von Kindeswohlgefährdung auf, wird das weitere Vorgehen durch den Grad der Gefährdung bestimmt (Abb. 36). Beobachtet der Arzt äußerlich sichtbare Spuren wie Hämatome, Kratz- oder Schnittwunden, Knochenbrüche, Verbrühungen oder Ähnliches, die sich mit Bagatelltraumen nicht ausreichend erklären lassen, ist ein einfühlsamer und vertrauensvoller Zugang zum Kind von entscheidender Bedeutung.

10.2.3 Elterngespräche bei Verdachtsmomenten

Die Sorgeberechtigten werden umgehend zu einem klärenden Gespräch in den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst eingeladen. Meist gelingt es, in dem Gespräch Hilfen zu vermitteln und eine fortdauernde Gefährdung abzuwehren. Kommen die Eltern der Einladung nicht nach, informiert der KJGD das Jugendamt auch ohne Einverständnis der Eltern, wenn ein dringender Verdacht auf Kindeswohlgefährdung besteht.

10.2.3 Deprivation in sozialem Mangelmilieu

Auch Entwicklungsverzögerungen, Sprachauffälligkeiten, psychosoziale Probleme, körperliche oder statomotorische Retardierungen können Verdachtsmomente auf eine Vernachlässigung darstellen. Verweisen diese Anzeichen bei einem Kind auf eine Deprivation in einem sozialen Mangelmilieu, ist der KJGD zum Handeln verpflichtet. Der Kinderarzt spricht in diesem Falle die Eltern auf die festgestellte Problematik an und versucht, ihre Mitwirkung zu erzielen. Auch hier kann eine verständnisvolle und vertrauensvolle Gesprächsführung Berührungsängste oder Abwehr abbauen und die Kontaktaufnahme zum Jugendamt erleichtern. Gegebenenfalls unterstützt der Kinderarzt des KJGD den Sozialarbeiter des Jugendamtes bei der Führung des Erstgespräches mit den Eltern.

10.2.5 Vernachlässigung der Gesundheitsfürsorgepflicht

Der KJGD wird nicht nur in Fällen körperlicher Gewalt gegen Kinder tätig, sondern auch bei Kindesvernachlässigung. So berät der KJGD Eltern, die bei gesundheitlichen Problemen ihres Kindes eine notwendige medizinische Therapie nicht zulassen oder abbrechen (z. B. Abbruch oder Verweigerung einer Amblyopiebehandlung eines schielenden Kindes mit der Gefahr der nachfolgenden Schwachsichtigkeit oder Erblindung auf einem Auge) und damit ihrer Gesundheitsfürsorgepflicht gegenüber ihrem Kind nicht in ausreichendem Maße nachkommen. Hier sind das Befundcontrolling und die Möglichkeit aufsuchender Hilfen ein wichtiges Mittel.

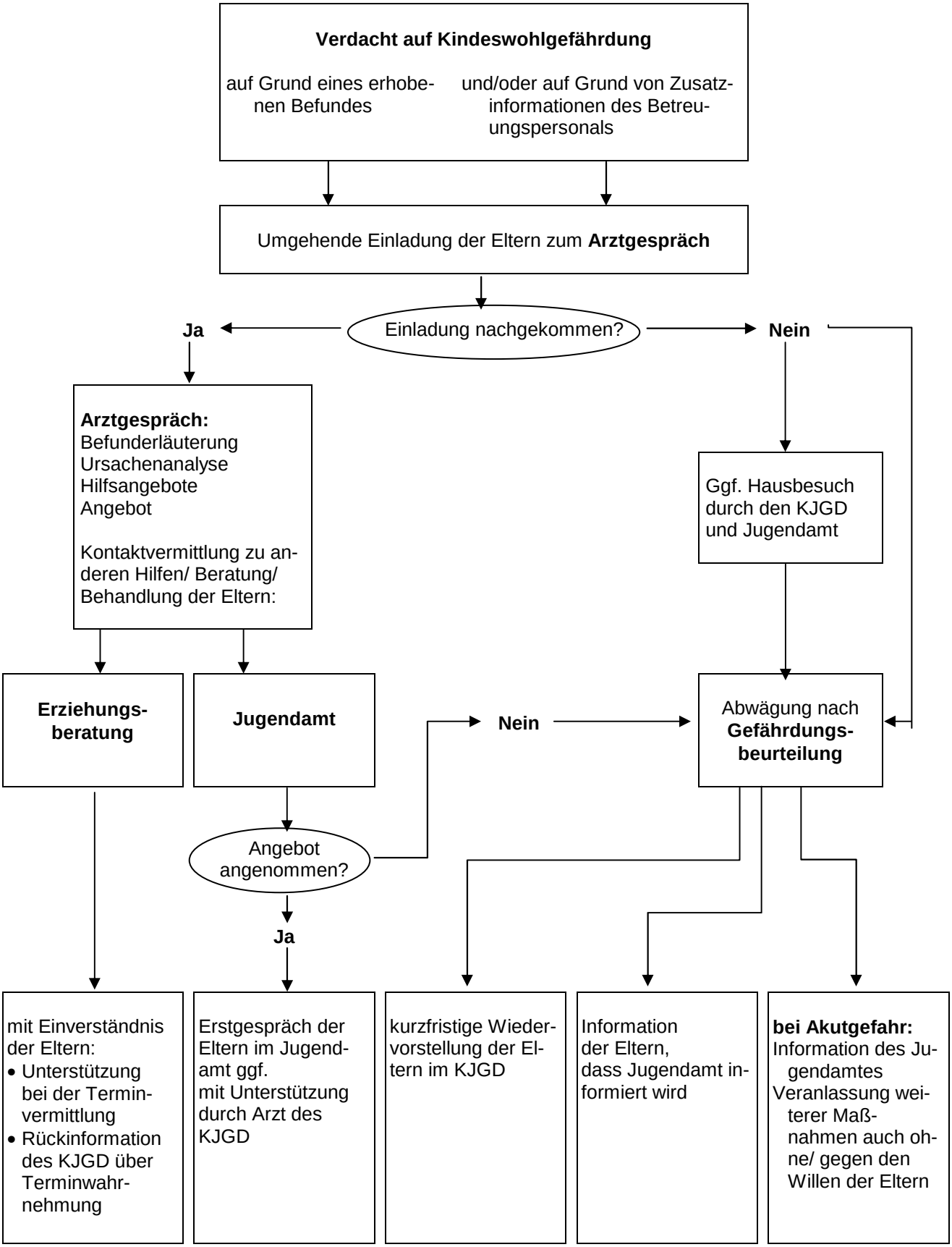
10.2.6 Schulverweigerung

Die Problematik der Schulbummelei und des fortgesetzten Fernbleibens von der Schule wird nicht selten zuerst an den KJGD herangetragen. Ausgeprägtes Schuleschwänzen geht häufig auf unerkannte psychosoziale Probleme, psychiatrische Erkrankungen oder Suchtprobleme bei Kindern und/oder Eltern zurück. Es ist sehr bedauerlich, wenn diese Fälle erstmals im Rahmen der Berufstauglichkeitsuntersuchung nach Jugendarbeitsschutzgesetz nach 10 absolvierten Schuljahren und einem Abschluss in der 7. Klasse auffallen. Um dem Problem entgegenzuwirken, bringt der KJGD in Arbeitskreisen von Schule, Jugendamt und Kinder- und Jugendpsychiatrie seine fachlichen Erfahrungen ein und bietet sich als Vermittler und Berater zwischen Behörden, Schule und behandelnden Kinderärzten an.

Auch bei Eltern, die ihre Kinder aufgrund fortdauernden oder wiederholten Läusebefalls von der Schule oder Kindertagesstätte fernhalten, kann eine Verletzung der Gesundheitsfürsorgepflicht aufgrund einer akuten oder chronischen Überforderungssituation angenommen werden. In diesen Fällen können Mitarbeiterinnen des Bereichs Hygiene oder des KJGD im Gesundheitsamt und Sozialarbeiter des Jugendamtes in gemeinsamen Hausbesuchen die sozialen Rahmenbedingungen in den Familien klären und zur Etablierung von Hilfen beitragen.

10.2.7 Abb. 36

Fallmanagement im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung anlässlich Reihenuntersuchung (Kita oder Schule)



10.3. Initiativen zum Kinderschutz

10.3.1 Kinderschutzfachtagungen

Unter Federführung des KJGD und Mitwirkung des Jugendamtes fand am 15.02.2006 eine **erste Fachtagung „Kinderschutz – Früherkennung und Betreuung von Risikokindern im Landkreis Uckermark“** statt. Sie bot Gelegenheit, alle an der Betreuung, Förderung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen Beteiligten zum Erfahrungsaustausch zusammenzuführen. Die Veranstaltung stieß auf breites Interesse bei Kinderärzten, Hebammen, Erzieherinnen, Heilpädagogen, Lehrern, Sonderpädagogen etc.

Am 14.11.2007 fand die **zweite Kinderschutz-Fachtagung „Das Kindeswohl im Mittelpunkt aller Bemühungen“** statt. Der Kreis der Mitwirkenden und Interessierten hat sich erheblich vergrößert. An der Tagung nahmen mehr als 250 Interessierte aller Professionen teil, die in ihrer täglichen Arbeit den Schutz des Kindeswohls als wichtigen Teil ihrer Aufgabe betrachten.

Ziel dieser Veranstaltung war es, durch Fachvorträge den fachlichen Austausch anzuregen und eine Diskussionsgrundlage zu bieten für die Beantwortung der Frage, wie der Kinderschutz in der Uckermark weiter verbessert werden kann.

Neben Vertretern der Polizei, des Staatlichen Schulamtes sowie des Gesundheits- und Jugendamtes waren auch der Vorsitzende des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, Landesverband Brandenburg und Vertreterinnen des Hebammenlandesverbandes als Referenten geladen.

Die Referentinnen und Referenten zeigten in ihren Fachbeiträgen sehr ausführlich auf, welche rechtlichen Rahmenbedingungen in den verschiedenen Bereichen bestehen, welche Strukturen bereits genutzt werden und wo Schnittstellen zu anderen Ämtern und Institutionen bestehen, um Kinderschutz durch eine enge Zusammenarbeit noch besser leisten zu können. An Praxisbeispielen wurde deutlich gemacht, dass der Schutz des Kindeswohls eine allgegenwärtige Aufgabe aller gesellschaftlichen Schichten und Professionen ist.

Die Fachtagung war geprägt von einer offenen Atmosphäre und dem gemeinsamen Willen, im Landkreis Uckermark den Schutz des Kindeswohls auch zukünftig in den Mittelpunkt zu stellen, das Netzwerk weiter zu festigen und die Zusammenarbeit zu verbessern.

10.3.2 Suchtprävention

In Zusammenarbeit mit dem Jugendschutz des Jugendamtes wurden durch die Kinderärzte des KJGD mehrere Veranstaltungen zur Prävention des Rauchens im Kindes- und Jugendalter durch Beiträge und Vorträge mit gestaltet. Hier konnte erfolgreich an die Aktionen des KJGD der vergangenen Jahre angeknüpft und eine Nachhaltigkeit gesichert werden:

- **Kalenderwettbewerb „Ohne Rauch geht´s auch“** von Grundschülern der Klassen 1 bis 6 im Schuljahr 2004/2005
  Dieser wurde organisiert und fachlich begeleitet durch die Mitarbeiter des KJGD in Zusammenarbeit mit der Deutschen Angestelltenkrankenkasse

(DAK). Das Ziel, für die Thematik zu sensibilisieren, bevor das Einstiegalter erreicht ist, wurde erreicht.

- **„Just be smoke free“ im Schuljahr 2004/2005**
  Das Raucherentwöhnungsprogramm der Deutschen Angestelltenkrankenkasse (DAK) wurde durch Fachvorträge des Gesundheitsdienstes und der Vertreter der Krankenkasse DAK an Schulen der Sekundarstufe I vorgestellt und unterstützt.

- **„Be smart – Don´t start“**
  Seit 2006 wird das Nachhaltigkeitskonzept des Jugendamtes des Landkreises Uckermark und der Präventionsfachstelle für Suchtgefahren durch Fachvorträge des Gesundheitsdienstes auf Auftaktveranstaltungen und in Schulen unterstützt.

- **Suchtbefragung des Landes Brandenburg**
  In Regie des KJGD beteiligten sich alle zehnten Klassen aller Schulen des Landkreises Uckermark in den Schuljahren 2005/2006 und 2006/2007 an der Suchtbefragung des Landes Brandenburg. Die Auswertung der Ergebnisse wurde durch die Amtsärztin interessierten Schulleitern dargestellt.

10.3.3 Ärzte des KJGD – Arbeitsmediziner der Schüler

Eine Stichprobenerhebung zu Schulmappengewichten in den 6. Klassen im Landkreis Uckermark im Schuljahr 2006/2007 im Rahmen der Reihenuntersuchungen des KJGD

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen werden die Eltern darüber beraten, welche Kriterien ein guter Schulranzen erfüllen sollte (DIN 58124). Neben dem ergonomischen Sitz und gepolsterten, verstellbaren Trägern ist vor allem das Mappengewicht immer wieder Beratungsgegenstand. Kinderärzte und Orthopäden empfehlen, dass die Schulranzen der Kinder maximal 10 % des eigenen Köpergewichts wiegen sollten (6). Die Schulmappe eines 20 kg schweren Einschülers dürfte demnach maximal 2 kg wiegen. Bei knapp einem Kilogramm Eigengewicht der meisten Schulmappen wird diese Grenze fast bei allen Kindern überschritten. Bei der Realisierung der Empfehlungen geraten Kinder und Eltern immer wieder an Grenzen. Anfragen besorgter Eltern, die nach Lösungen des Problems suchen, häufen sich.

Deshalb wurde im Rahmen der Reihenuntersuchungen der Schüler der 6. Klassen im Landkreis Uckermark im Schuljahr 2006/2007 neben dem Körpergewicht der Kinder auch das Gewicht der Schulmappen erfasst und in Relation zum Körpergewicht gesetzt. Die Ergebnisse bestätigen:

Die Kinder tragen zu schwer und das ein Schülerleben lang.

Die Ergebnisse dieser Stichprobe werden im Bericht im Anhang differenziert dargestellt. Es wird ausdrücklich betont, dass dies weder eine repräsentative Erhebung darstellt noch den Anspruch an eine wissenschaftliche Analyse hat. Die Ergebnisse können aber Anlass zur Diskussion über gelungene Lösungen einzelner Schulen sein und Initiativen anregen.

In nur sieben Schulen (von 30 Grund- und 3 Allgemeinen Förderschulen) des Landkreises wurde das durchschnittliche Mappengewicht von 5 kg unterschritten. In 13 Schulen wogen die Schulmappen der Sechstklässler 5 bis 7 kg. In weiteren 13 Schulen mussten die Schüler der 6. Klassen mehr als 7 kg tragen.

Die Aufstellung der Mappengewichte in Prozent des Körpergewichtes der Schüler ergab für nur 5 Schulen eine Unterschreitung des Grenzwertes von 10 % des Körpergewichtes. Als positive Beispiele für geringe Mappengewichte fielen folgende Schulen in beiden Varianten der Auswertung auf:

- Förderschule Prenzlau
- Astrid-Lindgren-Grundschule Schwedt
- Diesterweg- Grundschule Prenzlau
- Grundschule Gartz
- Aktive Naturschule Templin

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Landkreises Uckermark sieht sich in der Pflicht, dass seine Schulärzte als Arbeitsmediziner der Schüler auf die Problematik aufmerksam machen, um Verantwortliche zum Handeln zu bewegen (Bericht siehe Anlage).

11. Schlussbemerkung

Die Tätigkeit des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes im Schuljahr 2006/07 war gekennzeichnet von Kontinuität und dem Bestreben, nachhaltig und konsequent bevölkerungsmedizinisch relevante Gesundheitsziele zu verfolgen.

Neben den regelmäßigen kinderärztlichen Untersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen als Schwerpunkte wurde wichtigen Präventionsprojekten besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Damit leistet der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst seinen Beitrag zur aktiven Gesundheitsförderung im Landkreis Uckermark.

12. Literatur

(1) Leitfaden „Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ des Landes Brandenburg, vorgestellt am 28.11.2007 in Cottbus; Hofmann, M. Fallmanagement im KJGD

(2) Gesundheitsberichtserstattungsservice (GBE-Service) des Landesgesundheitsamtes (LGA) Brandenburg

(3) Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert-Koch-Institutes (RKI), Epidemiologisches Bulletin Nr. 30 und 31 von 2007

(4) Brandenburger Sozialindex, Teil des GBE-Services des LGA Brandenburg

(5) Leitfaden des Jugendamtes des Landkreises Uckermark

(6) Weiterführende Literatur zum Thema „Mappengewichte“:

www.nagd.din.de (DIN-Norm DIN 58124)
www.bildungsportal.nrw.de/BP/Servicethemen/Schulranzen-Gewicht
www.gs-atens.de/Schulanfaenger/Ranzen
www.Familienhandbuch.de/cmai/f_Aktuelles/a_Gesundheit
www.Kinderaerzteimnetz.de

Anhang

Schulmappengewichte

Eine Stichprobe in den 6. Klassen im Landkreis Uckermark im Schuljahr 2006/2007 im Rahmen der Reihenuntersuchungen des KJGD

Tobias und Jan sind beide 11 Jahre alt und Schüler der 6. Klasse. Die beiden Freunde sind anschauliches Beispiel dafür, dass erhebliche konstitutionelle Unterschiede zwischen gleichaltrigen Kindern bestehen, die auch die körperliche Belastbarkeit beeinflussen (Abb. 1).

Für beide Jungen sind die Schulmappen deutlich zu schwer, obwohl ihre Eltern konsequent darauf achten, dass nur die wirklich notwendigen Utensilien mit zur Schule genommen werden.

Abb. 1

Variationen von Körpergewicht und Größe

Tobias
50 kg bei 160 cm

Jan
30 kg bei 134 cm

Mappengewicht

Tobias
9 kg → 18 % KG

Jan
9 kg → 29,7 % KG

Abb. 2

Das Sportzeug darf in Absprache mit den Lehrern in der Woche in der Schule verbleiben. Dennoch muss es aber damit an zwei Tagen pro Woche zusätzlich zur schweren Schulmappe getragen werden (Abb. 2). Jan kann diese Last nur bewältigen, wenn er die Schulmappe auf dem Rücken und den Sportrucksack auf der Brust trägt. Deshalb muss er an diesen Tagen den Schulbus nutzen, weil das Fahrrad fahren unter diesen Bedingungen unmöglich ist.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen werden die Eltern darüber beraten, welche Kriterien ein guter Schulranzen erfüllen sollte (DIN 58124). Neben dem ergonomischen Sitz und gepolsterten, verstellbaren Trägern ist vor allem das Mappengewicht immer wieder Beratungsgegenstand. Kinderärzte und Orthopäden empfehlen, dass die Schulranzen der Kinder maximal 10 % des eigenen Köpergewichts wiegen sollten (siehe Literatur). Die Schulmappe eines 20 kg schweren Einschülers dürfte demnach maximal 2 kg wiegen. Bei knapp einem Kilogramm Eigengewicht der meisten Schulmappen wird diese Grenze fast bei allen Kindern überschritten. Bei der Realisierung der Empfehlungen geraten Kinder und Eltern immer wieder an Grenzen. Anfragen besorgter Eltern, die nach Lösungen des Problems suchen, häufen sich.

Deshalb wurde im Rahmen der Reihenuntersuchungen der Schüler der 6. Klassen im Landkreis Uckermark im Schuljahr 2006/2007 neben dem Körpergewicht der Kinder auch das Gewicht der Schulmappen erfasst und in Relation zum Körpergewicht gesetzt. Die Ergebnisse bestätigen:

Die Kinder tragen zu schwer und das ein Schülerleben lang.

1. Ergebnisse der Kontrolle der Schulmappengewichte in den 6. Klassen

Die Ergebnisse dieser Stichprobe werden nachfolgend dargestellt. Es wird ausdrücklich betont, dass dies weder eine repräsentative Erhebung darstellt noch den Anspruch an eine wissenschaftliche Analyse hat. Es ist eine zufällige Stichprobe, bei der einzelne Schulen möglicherweise ungünstiger als andere dargestellt werden, weil am Untersuchungstag auf dem Stundenplan Sport stand, während andere Schüler mehrere Doppelstunden oder weniger Unterrichtsfächer hatten. Die nachfolgende Aufstellung soll nicht dazu dienen, einzelne Schulen öffentlich zu kritisieren. Aus diesem Grunde wurde die Darstellung anonymisiert. Den beteiligten Schulen wurde mit dieser Auswertung die eigene Zuordnungsnummer mitgeteilt, damit sie gemeinsam mit Schülern und Eltern zukünftig an Lösungen arbeiten können. Die Ergebnisse können Anlass zur Diskussion über gelungene Lösungen einzelner Schulen sein und Initiativen anregen. Einzelne Schulleiter nutzten das Angebot zur Information über die Ergebnisse durch die Amtsärztin im Rahmen einer Schulleiterberatung.

Zur Orientierung:

Schüler der 6. Klassen sind 11-12 Jahre alt und wiegen durchschnittlich zwischen 40 und 50 kg. Das maximale Mappengewicht sollte damit in dieser Altersgruppe 4 bis 5 kg betragen, um den ärztlich empfohlenen Grenzwert einzuhalten (Tab. 1).

Tab. 1

Körpergewicht in kg	10 % des Körper-gewichts	15% des Körper-gewichts	20 % des Körper-gewichts
40	4	6	8
50	5	7,5	10

Die Durchschnittlichen Mappengewichte der Sechstklässler in Kilogramm sind in den Abbildungen 3 bis 5 dargestellt. In nur sieben Schulen (von 30 Grund- und 3 Förderschulen) des Landkreises wurde das durchschnittliche Mappengewicht von 5 kg unterschritten; Abb. 3). In 13 Schulen wogen die Schulmappen der Sechstklässler 5 bis 7 kg (Abb. 4). In weiteren 13 Schulen mussten die Schüler der 6. Klassen mehr als 7 kg tragen (Abb. 5).

Abb. 3

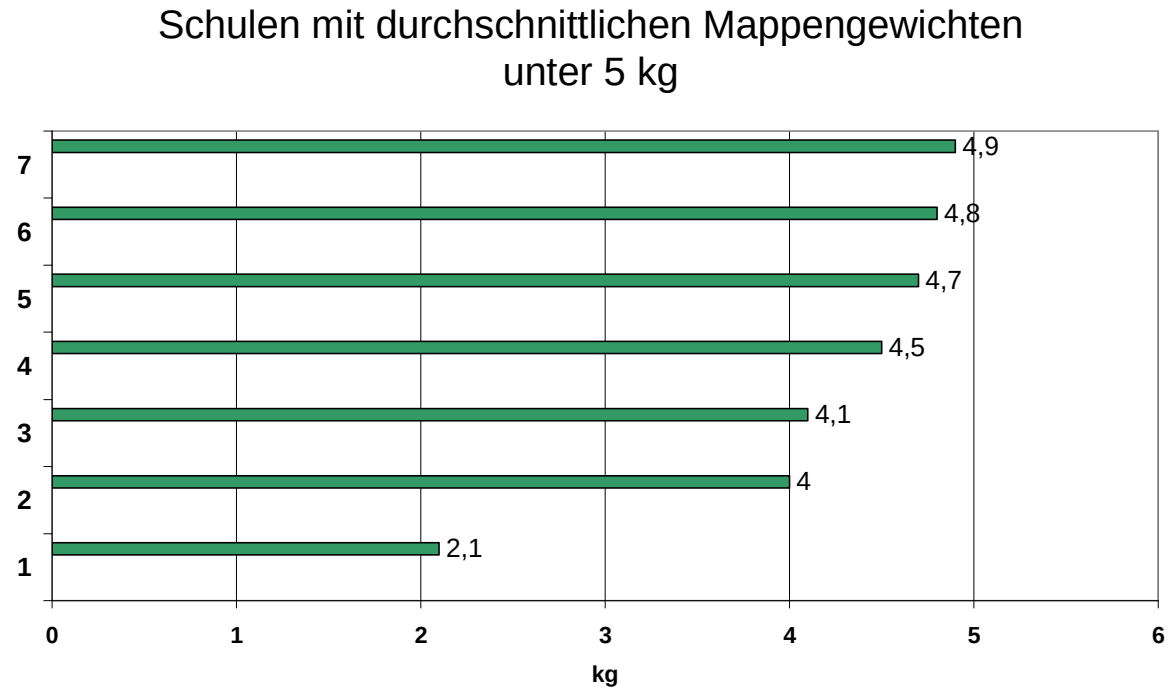


Abb. 4

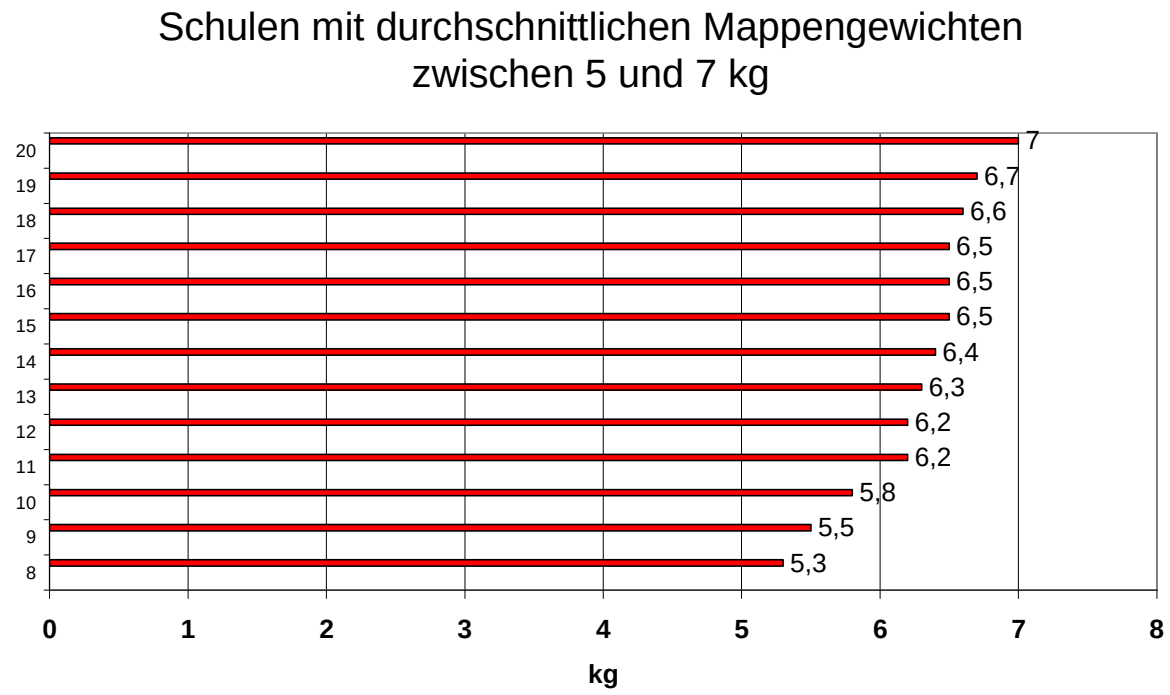
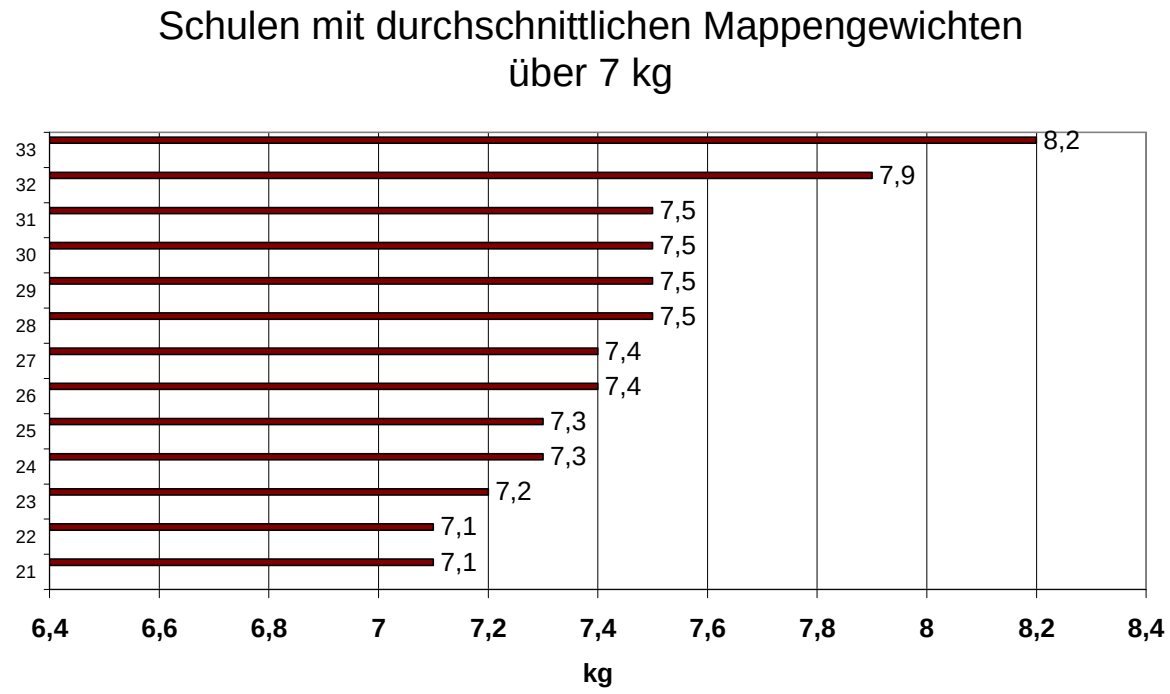

Schulen mit durchschnittlichen Mappengewichten
zwischen 5 und 7 kg
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6,7
6,6
6,5
6,5
6,5
6,4
6,3
6,2
6,2
5,8
5,5
5,3
0
1
2
3
4
5
6
7
8
kg

Abb. 5


Schulen mit durchschnittlichen Mappengewichten
über 7 kg
33
32
31
30
29
28
27
26
25
24
23
22
21
8,2
7,9
7,5
7,5
7,5
7,5
7,4
7,4
7,3
7,3
7,2
7,1
7,1
6,4
6,6
6,8
7
7,2
7,4
7,6
7,8
8
8,2
8,4
kg

Die Aufstellung der Mappengewichte in Prozent des Körpergewichtes der Schüler ergab für nur 5 Schulen eine Unterschreitung des Grenzwertes von 10 % des Körpergewichtes (Abb. 6). In 12 Schulen trugen die Schüler 10 bis 15 % (Abb. 7) und in 16 Schulen über 15 % ihres Körpergewichtes (Abb. 8). Dass sich die Reihenfolge der Schulen dabei zum Teil ändert, ist der Tatsache geschuldet, dass in einigen Schulen mehr Kinder lernen, die aufgrund von Klassenwiederholungen bereits älter sind als in anderen Schulen oder dass übergewichtige Schüler das Bild veränderten.

Als **positive Beispiele für geringe Mappengewichte** fielen folgende Schulen in beiden Varianten der Auswertung auf:

- Förderschule Prenzlau
- Astrid-Lindgren-Grundschule Schwedt
- Diesterweg- Grundschule Prenzlau
- Grundschule Gartz
- Aktive Naturschule Templin

Abb. 6-8 **Schulmappengewichte der Sechstklässler in Prozent des Körpergewichtes der Schüler**

Abb. 6

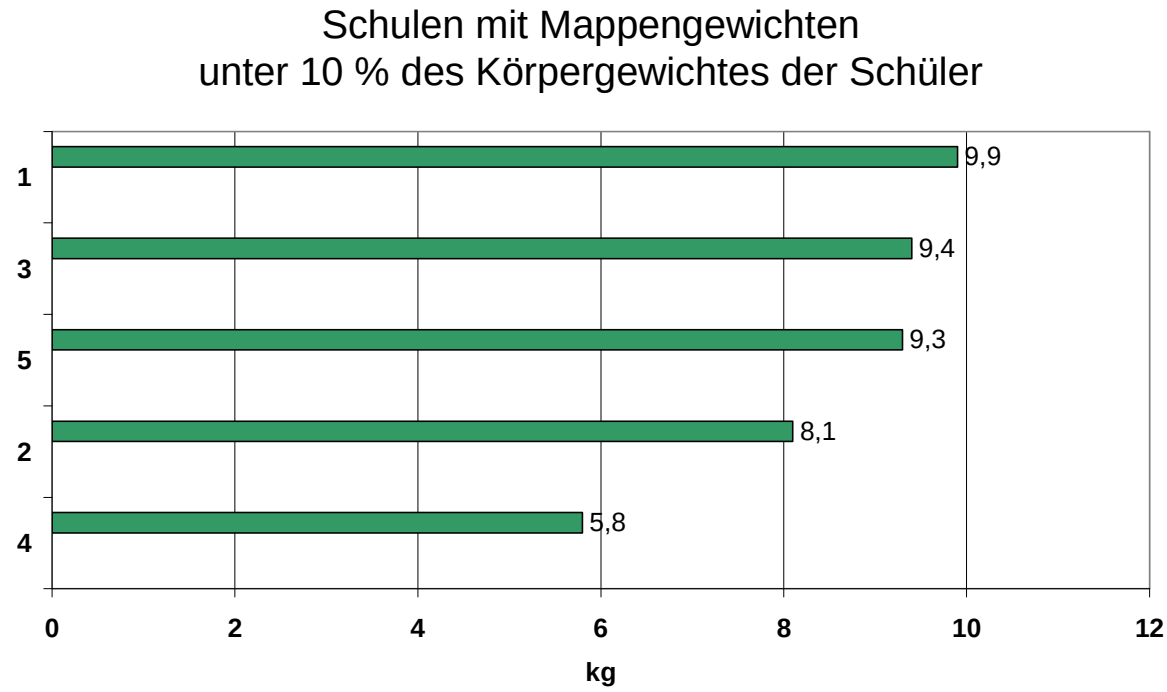


Abb. 7

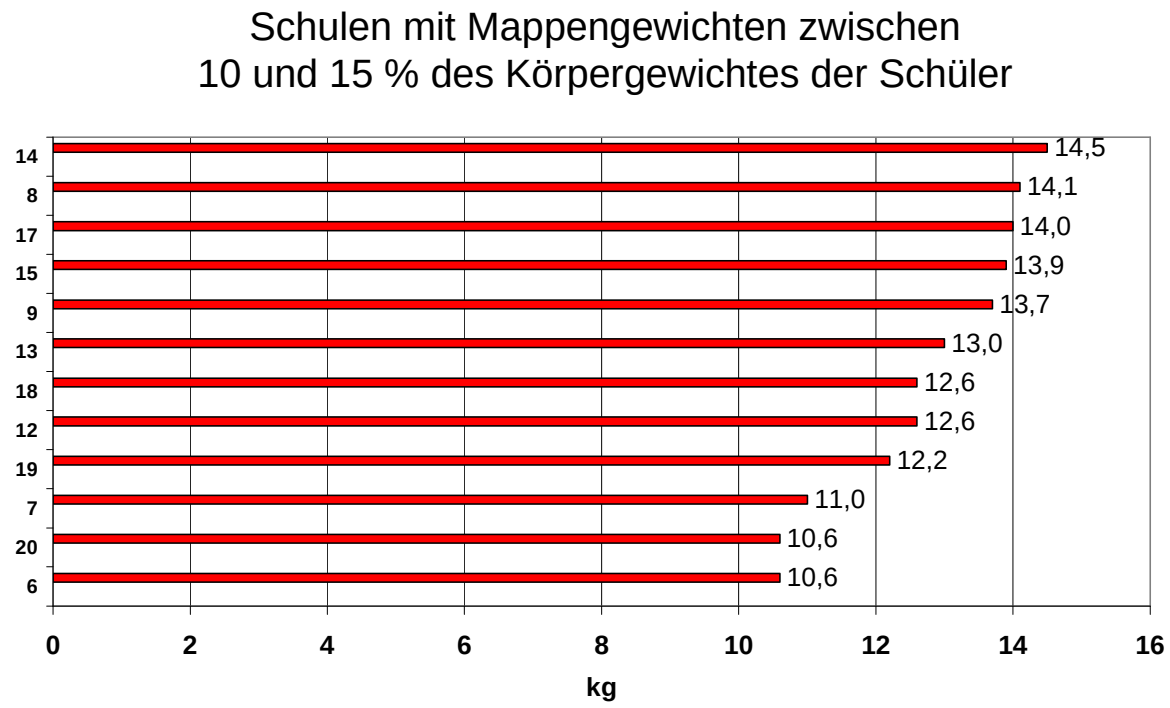
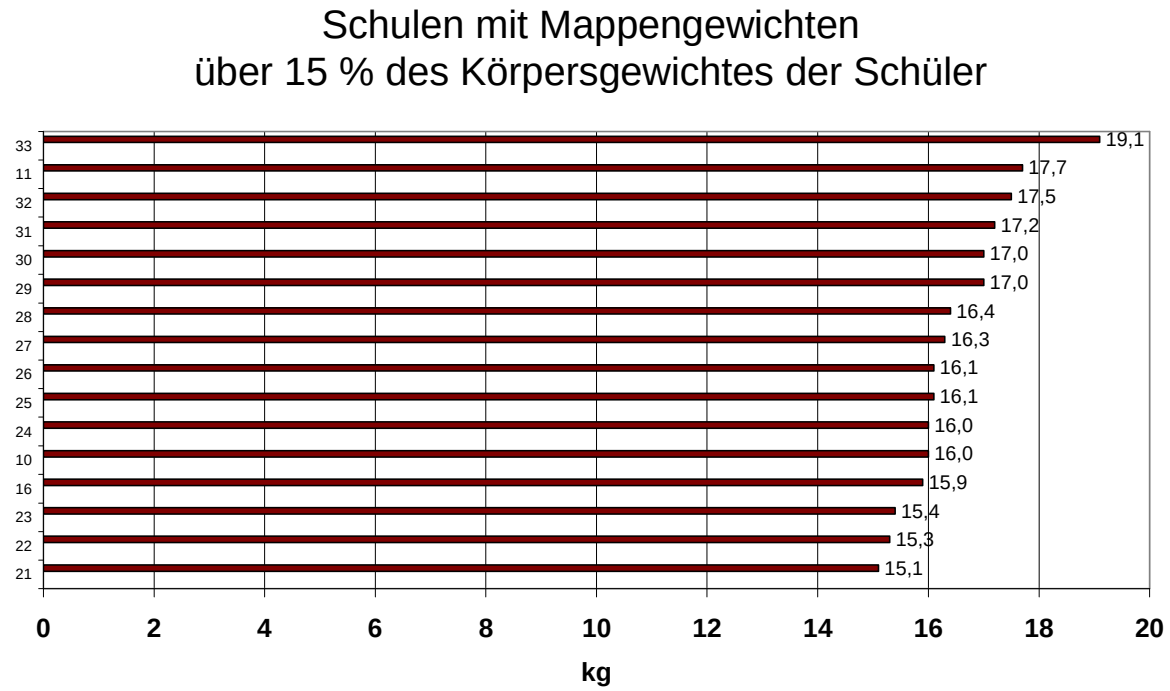

Schulen mit Mappengewichten zwischen
10 und 15 % des Körpergewichtes der Schüler
14
8
17
15
9
13
18
12
19
7
20
6
14,5
14,1
14,0
13,9
13,7
13,0
12,6
12,6
12,2
11,0
10,6
10,6
0
2
4
6
8
10
12
14
16
kg

Abb. 8


Schulen mit Mappengewichten
über 15 % des Körpersgewichtes der Schüler
33
11
32
31
30
29
28
27
26
25
24
10
16
23
22
21
19,1
17,7
17,5
17,2
17,0
17,0
16,4
16,3
16,1
16,1
16,0
16,0
15,9
15,4
15,3
15,1
0
2
4
6
8
10
12
14
16
18
20
kg

Als Eingangsbeispiel wurde bewusst eines ausgewählt, bei dem die Schulmappe besonders schwer und die konstitutionellen Unterschiede der Kinder sehr augenfällig waren.

Auch die Schulmappe von Tobias ist mit 18 % seines Körpergewichts deutlich schwerer als die ärztliche Empfehlung es zulässt. Auch wenn der Junge groß und kräftig erscheint, ist diese Grenzwertüberschreitung auf die Dauer nicht akzeptabel, weil sie die Wirbelsäule schädigen kann (Abb. 2).

Bei Jan ist die Grenzwertüberschreitung für jeden Laien offensichtlich. Er trägt mit seiner Schulmappe täglich fast ein Drittel seines Körpergewichts auf dem Rücken und an manchen Tagen zusätzlich die Sporttasche auf dem Bauch. Seit Schulbeginn entsprach seine Schulmappe noch nie dem empfohlenen Grenzwert (Abb. 2).

Müssten Erwachsene täglich ein Drittel ihres Körpergewichtes zur Arbeit tragen, würden sie einen Gestellrucksack oder einen ziehbaren Koffer verwenden, denn es bedeutet:

Körpergewicht	Taschengewicht
60 kg	20 kg
75 kg	25 kg
90 kg	30 kg.

Bei den meisten Fluglinien wäre bei einem solchen Gewicht ein Zuschlag für Übergepäck zu zahlen. Arbeitsschutzrichtlinien sorgen bei Erwachsenen dafür, dass Gesundheitsschäden vermieden werden.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Landkreises Uckermark sieht sich in der Pflicht, dass seine Schulärzte als „Arbeitsmediziner“ der Schüler auf die Problematik aufmerksam machen, um Verantwortliche zum Handeln zu bewegen.

2. Der richtige Sitz der Mappe

Neben dem Gewicht der Schulmappen sind auch weitere Faktoren für die Belastung der kindlichen Wirbelsäulen von Bedeutung, denen Eltern und Lehrer verstärkte Aufmerksamkeit widmen sollten. Experten raten, besonders auf einen korrekten ergonomischen Sitz der Schulmappen zu achten, damit dass Gewicht gut verteilt und der Rücken nicht ins „Hohlkreuz“ gezogen wird. Leider sind diese Faktoren in der Praxis meist allenfalls in den ersten Schuljahren durch Eltern oder Lehrer wirksam zu beeinflussen. Viel zu früh diktieren fragwürdige Modeideale das Verhalten. Vor allem bei älteren Schülern hängen instabile Rucksäcke oft viel zu tief oder es wird gar die ganze Last in einer Schultertasche auf einer (meist der rechten) Schulter getragen. Haltungsschäden und Wirbelsäulenverbiegungen sind oft die Jahrzehnte andauernde schmerzhafte Folge. Die Ergebnisse der Schulreihenuntersuchungen in den 10. Klassen sprechen hier seit Jahren eine deutliche Sprache.

3. Schulorganisatorische Rahmenbedingen verbessern

- Schließfächer, um Sportzeug, Zeichenzeug, Atlas oder Duden zu deponieren
- Gestaltung des Stundenplans:
  Doppelstunden an „langen Tagen“ helfen, die Bücherzahl zu reduzieren
- Vorauswahl und Ankündigung in Fächern (wie z. B. Deutsch), für die verschiedene Lehrmittel benötigt werden
- Erfahrungsaustausch zwischen den Schulen über geglückte Lösungen

Einige Schulen bemühen sich, die organisatorischen Rahmenbedingungen zu verbessern. Schließfächer bieten die Möglichkeit z. B. Sport- und Zeichenzeug, Atlas oder Duden in der Schule zu deponieren und so das Gewicht des Schulranzens zu reduzieren. Auch die Gestaltung des Stundenplans bietet Chancen. Insbesondere an langen Schultagen können Doppelstunden die Bücherzahl reduzieren. In Unterrichtsfächern, für die mehrere Bücher benötigt werden, kann der Lehrer eine Vorauswahl treffen und die Schüler rechtzeitig informieren.

4. Regelmäßige Kontrollen

Aber auch die regelmäßige Kontrolle der Schulmappen (insbesondere der jüngeren Kinder) durch die Eltern kann viel dazu beitragen, dass die Kinder nicht zu viele Dinge mit sich herumschleppen. Der Mappeninhalt sollte zumindest in der Anfangszeit regelmäßig kontrolliert und auf das dringend Notwendige begrenzt werden.

Unsere Stichprobe förderte aus einzelnen Schulmappen 2 Liter-Getränkeflaschen!

5. Beratung und Gesundheitserziehung

Die Lehrer können durch Beratung und Aufklärung von Schülern und Eltern maßgeblich zur Förderung des Gesundheitsbewusstseins beitragen. Lehrer sollten die Problematik zu schwerer Schultaschen durch unbedachte Auswahl des Inhaltes gegenüber den Schülern regelmäßig ansprechen und ihnen die gesundheitlichen Konsequenzen deutlich machen. Eine effektive Einflussnahme und Erziehung in diesen Fragen sollte möglichst vor Beginn der Pubertät abgeschlossen sein.

Im Rahmen der Vorstellung der Ergebnisse auf einer Schulleiterberatung berichtete eine Schulleiterin darüber, dass die Schüler im Mathematikunterricht zur Anwendung von Tabellen ihr eigenes Körpergewicht und das Gewicht ihrer Mappen bestimmen und diese Angaben in einem Arbeitsblatt dokumentieren und kommentieren. Dies könnte generell in die Unterrichtsgestaltung einbezogen werden und die Erziehungsbemühungen zum Gesundheitsbewusstsein und den Konsequenzen eines fahrlässigen Umgangs mit der eigenen Gesundheit unterstützen.

6. Flexible Lösungen in Ausnahmefällen

Bei besonders zierlichen Grundschülern oder Kindern mit bereits bestehenden Wirbelsäulenleiden sollten flexible Lösungen möglich sein. Im Ergebnis der Schulein-

gangsuntersuchungen werden durch den Jugendarzt entsprechende Hinweise an die Schule gegeben.

In jedem Falle ist es notwendig, dass die zum Teil erheblichen konstitutionellen Unterschiede von Schülern bei der Einschätzung der körperlichen Belastbarkeit (insbesondere das Schulmappengewicht betreffend) Berücksichtigung finden.

Weiterführende Literatur zum Thema „Mappengewichte“

www.nagd.din.de (DIN-Norm DIN 58124)
www.bildungsportal.nrw.de/BP/Servicethemen/Schulranzen-Gewicht
www.gs-atens.de/Schulanfaenger/Ranzen
www.Familienhandbuch.de/cmai/f_Aktuelles/a_Gesundheit
www.Kinderaerzteimnetz.de