

1. Einleitung/Vorbemerkungen

Das Brandenburgische Gesundheitsdienstgesetz von 1994 in Verbindung mit der Kinder- und Jugendgesundheitsdienstverordnung von 1997 stellt unverändert den gesetzlichen Rahmen für die Tätigkeit des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes im Gesundheitsamt dar.

Auf dieser Grundlage werden in dem vorliegenden Bericht die Untersuchungsergebnisse im Schuljahr 2001/02 insbesondere unter dem Aspekt betrachtet, wie die gesundheitlichen Unterschiede der Kinder im Landkreis Uckermark mit ihrem Sozialstatus zusammenhängen.

Quellenhinweis: 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. Quantitative Arbeitsergebnisse

Die Untersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes in Kindertagesstätten und Schulen sowie die Kontrolle des Impfstandes und das Schließen von Impflücken sind Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung.

Die vollständige Untersuchung ganzer Jahrgänge ist die Voraussetzung dafür, dass bevölkerungsmedizinische und sozialkompensatorische Aufgaben wahrgenommen werden können.

Im Schuljahr 2001/02 wurden folgende Leistungen erbracht:

Untersuchungen:

- Kinder im Alter von 0 – 6 Jahren in Kitas:	2292	
- Schulanfänger (Geburtsjahrgang 1995/96 sowie Rückstellungen vom vergangenen Jahr)	981	
- Schulabgänger bzw. Schüler der 10. Klassen		2286
- Schüler der 6./7. Klassen	1130	

Bei den Schulanfängern und Schulabgängern muss eine 100 %ige Erfassung erfolgen, weil Einschulung bzw. Ausbildungsaufnahme nach Schulentlassung nur nach einer Untersuchung beim KJGD möglich sind.

Während bei den Kita- Untersuchungen die Erfassungsquote zwischen 95 und 100 % beträgt, konnten in den 6./7. Klassen, bedingt durch eine zeitaufwendige Fortbildung, nur ca. 55 % der Schüler untersucht werden.

	<u>2002</u>	<u>2001</u>
Impfungen:	4762	4469
Gutachterliche Stellungnahmen	680	580
Aufsuchende Hilfen (Hausbesuche)	726	733

3. Soziale Lage und Gesundheit der Schulanfänger im Landkreis Uckermark

Der Zusammenhang zwischen sozialen Verhältnissen und Gesundheit ist seit langem bekannt und durch wissenschaftliche Untersuchungen gesichert.

Eine ausführliche Analyse zu dieser Thematik findet sich in einem Report des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen im Land Brandenburg (Einschüler in Brandenburg: Soziale Lage und Gesundheit 1999).

Vor diesem Hintergrund werden nachfolgend die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2002 im Landkreis Uckermark unter sozialen Gesichtspunkten betrachtet.

3.1 Sozialstatus der Schulanfänger

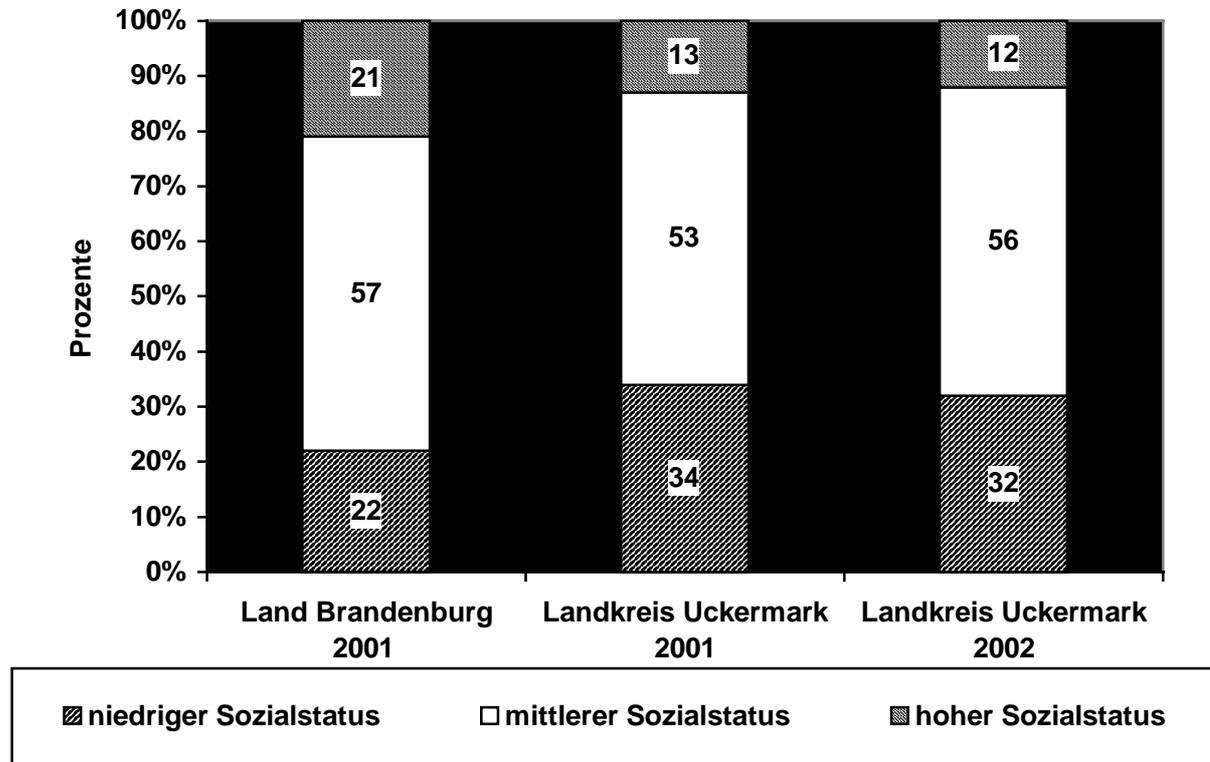
Bei den Einschulungsuntersuchungen werden generell **Schulbildung und Erwerbstätigkeit** der Eltern dokumentiert.

Mit diesen beiden Merkmalen bildet das Landesgesundheitsamt nach Übermittlung der anonymisierten Untersuchungsdaten aus den einzelnen Kreisen einen *Sozialindex*, der eine Einteilung der Kinder in *niedrigen, mittleren und hohen Sozialstatus* erlaubt.

Da der Sozialstatus der Schulanfänger im LK Uckermark nach diesen landeseinheitlichen Kriterien ermittelt wurde, sind die Ergebnisse mit dem Landesdurchschnitt vergleichbar.

Dabei zeigt sich, dass im LK Uckermark der Anteil der Kinder mit niedrigem Sozialstatus deutlich höher liegt und der Anteil der Kinder mit hohem Sozialstatus niedriger ist als im Landesdurchschnitt. (Abb.1)

Abb. 1 Sozialstruktur der Schulanfänger
Vergleich Land Brandenburg- Landkreis Uckermark



Innerhalb des Landkreises gibt es dabei regionale Unterschiede:
Während im Bereich Prenzlau der Anteil der Schulanfänger mit niedrigem Sozialstatus 38 % beträgt, sind es in den übrigen Bereichen durchschnittlich 30–31%.

3.2 Medizinisch relevante Befunde und Sozialstatus

Im Hinblick auf die Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen für das Land Brandenburg werden hier, teilweise abweichend von den Berichten der vergangenen Jahre, nur die häufigsten medizinisch relevanten, d.h. die bedeutsamen Befunde betrachtet.
Für die Ermittlung der erheblich übergewichtigen Kinder wurde erstmals als Maß der inzwischen weit verbreitete und allgemein anerkannte Body Mass Index (BMI) angewendet. (Tab. 1)

Häufigkeit von medizinisch relevanten Befunden bei Schulanfängern Vergleich Land Brandenburg/ Landkreis Uckermark

Tab. 1:

	Land Brandenburg 2001	Landkreis Uckermark 2002
Einschränkungen im Sehen / Hören	19,6 %	18,8 %
Allergien	10,4 %	11,5 %
erhebliches Übergewicht	4,8 %	8,1 %
intellektuelle Entwicklungsverzögerung	4,3 %	5,2 %
Einnässen und andere psychische Erkrankungen	2,9 %	2,6 %

Eine deutliche Abweichung vom Landesdurchschnitt ist beim **erheblichen Übergewicht** festzustellen.

Während 2001 im Land Brandenburg jeder 20. Schulanfänger erheblich zu dick war, betrifft das im Landkreis Uckermark im Jahre 2002 jeden 12. Schulanfänger.

Noch gravierender waren die Unterschiede, betrachtet man die Häufigkeit schwer übergewichtiger Kinder in den Regionen:

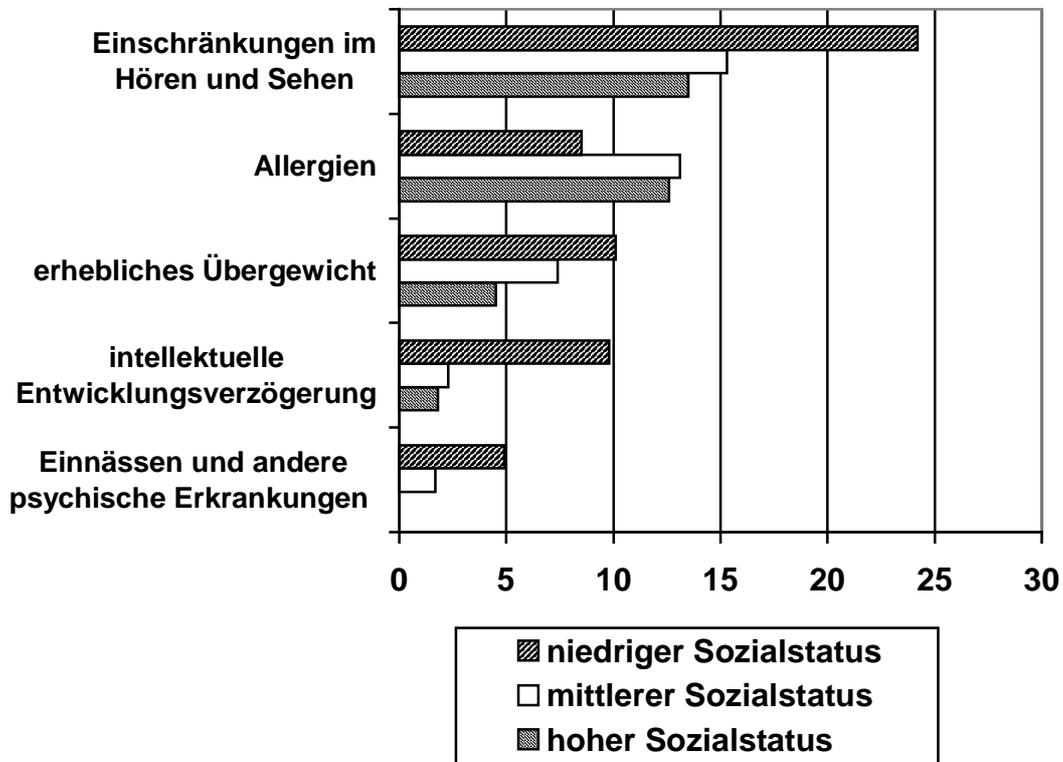
Bereich Angermünde:	11,5 %
Bereich Prenzlau:	11,0 %
Bereich Schwedt:	5,5 %
Bereich Templin:	5,0 %

Danach ist in den Bereichen **Angermünde und Prenzlau jeder 9. Schulanfänger schwer übergewichtig**, also mehr als doppelt so häufig wie im Landesdurchschnitt!

Die medizinisch relevanten (bedeutsamen) Befunde wurden von den Kinderärzten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien wesentlich häufiger festgestellt als bei Kindern aus guter sozialer Lage.

Eine Ausnahme bilden hier nur die allergischen Erkrankungen, die in guten sozialen Verhältnissen häufiger anzutreffen sind. (Abb. 2)

Abb. 2 Medizinisch relevante Befunde nach Sozialstatus Schulanfänger 2002 im Landkreis Uckermark



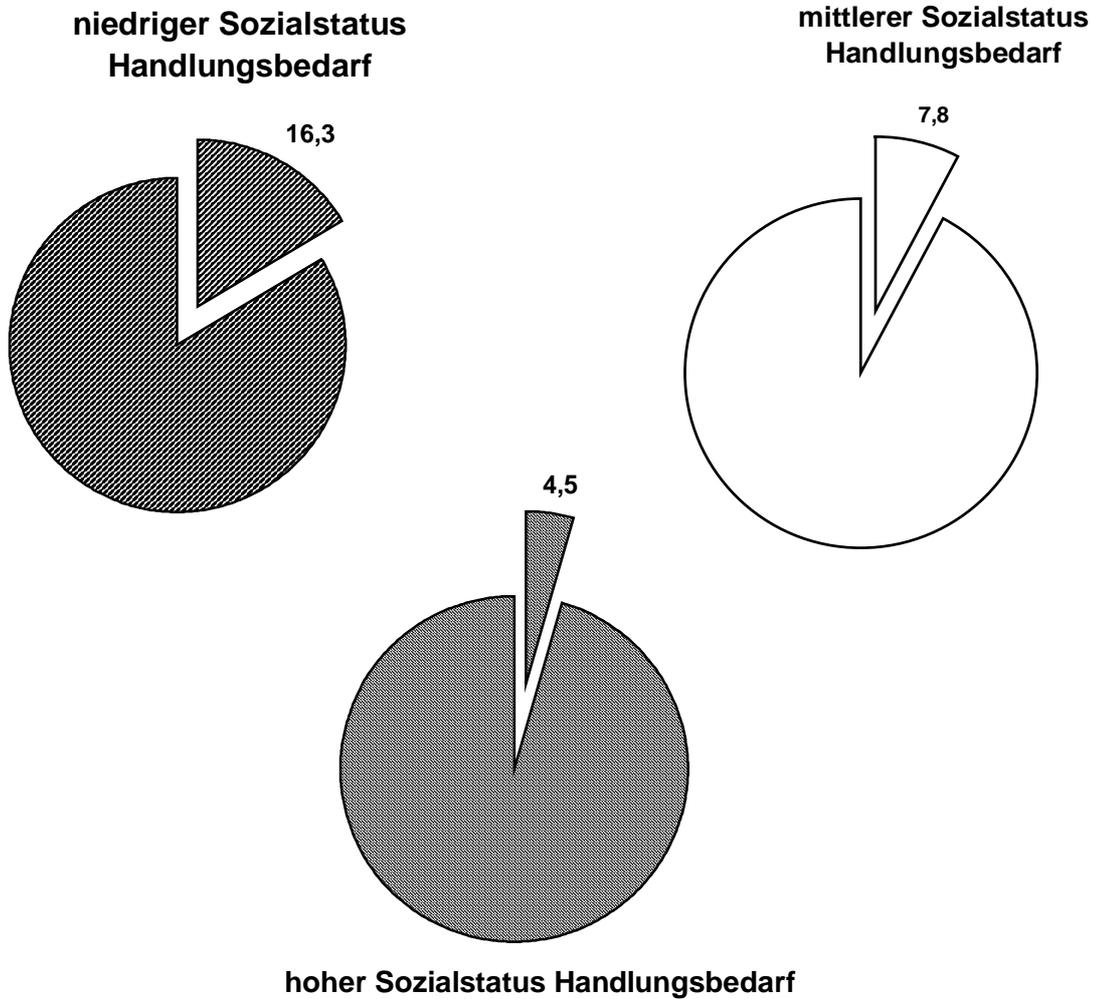
3.3 Handlungsbedarf wegen medizinisch relevanter Befunde und Sozialstatus

Im Ergebnis der Einschulungsuntersuchung wurde im Trend der vergangenen Jahre bei **9 – 10,5 %** der Kinder wegen medizinisch relevanter Befunde eine Überweisung zur weiteren **fachärztlichen Behandlung** ausgestellt.

Bei den Schulanfängern 2002 lag dieser erst bei der Einschulungsuntersuchung festgestellte Handlungsbedarf bei 10,8 %.

Prozentual gesehen wurde **medizinischer Handlungsbedarf bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien doppelt so häufig wie bei Kindern mit mittlerem Sozialstatus und fast viermal so häufig wie bei Kindern mit hohem Sozialstatus festgestellt.** (Abb. 3)

Abb. 3 Handlungsbedarf wegen medizinisch relevanter Befunde nach Sozialstatus Schulanfänger Landkreis Uckermark 2002



In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie die von den Krankenkassen bezahlten und **freiwilligen Vorsorgeuntersuchungen** bei den niedergelassenen Kinder- und Hausärzten in Anspruch genommen werden.

In Übereinstimmung mit dem bundesweiten Trend wurden die Schulanfänger 2002, ähnlich wie bereits die Schulanfänger 2001, nur unzureichend zu den sogenannten „U-Untersuchungen“ vorgestellt.

Vollständige Untersuchungen bis 2 Jahre (U1 – U7):	81 %
Untersuchungen mit ca. 4 Jahren (U8) :	70 %
Untersuchungen mit ca. 5 Jahren (U9) :	68 %

3.4 Kinder mit Behinderungen nach Sozialstatus

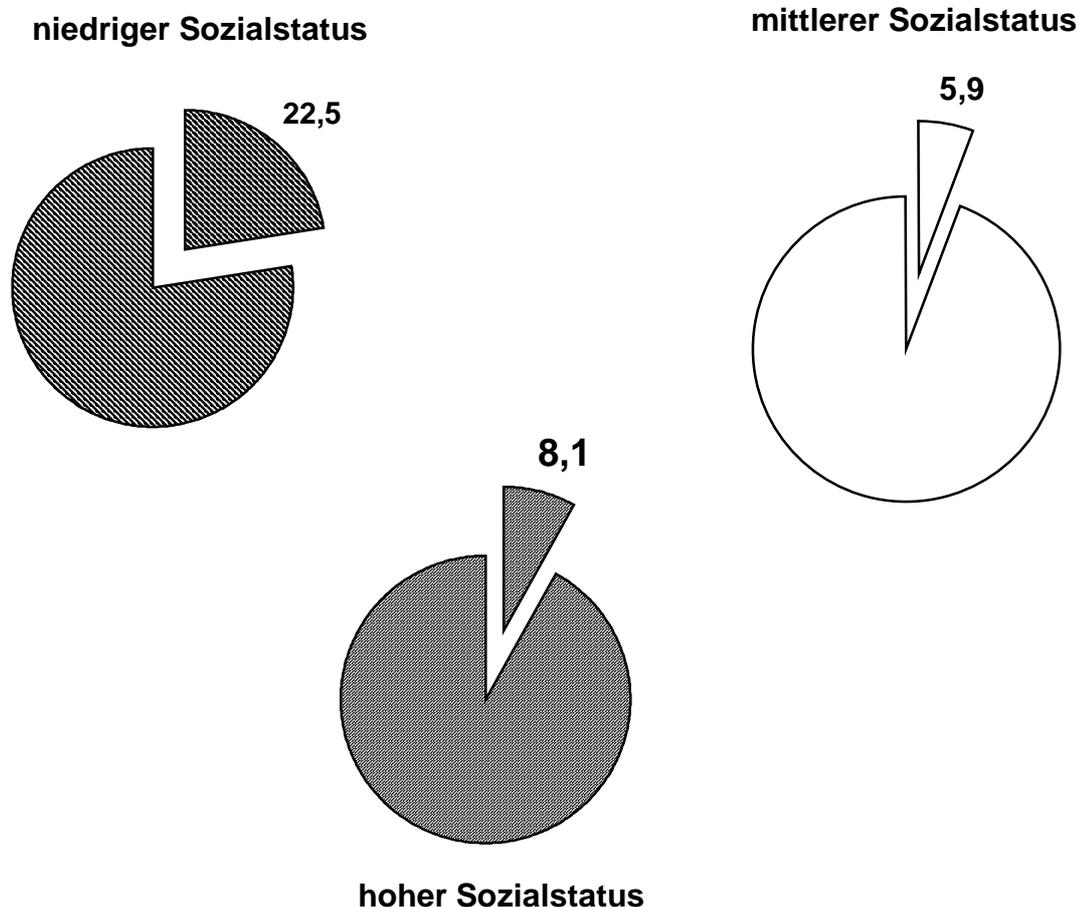
Bei der Einschulungsuntersuchung wird dokumentiert, ob zu diesem Zeitpunkt eine Zuordnung des Kindes gem. § 39 BSHG (körperlich – geistige Behinderung oder drohende Behinderung) bzw. § 35 a KJHG (seelische Behinderung) vorliegt oder ob sie beantragt wurde.

Dazu zählen Kinder mit schweren und lebenslangen Behinderungen, aber auch Kinder mit drohender Behinderung wegen Entwicklungs- und Teilleistungsstörungen, die bisher Eingliederungshilfen überwiegend in Form von heilpädagogischer Frühförderung erhalten hatten.

Unter den altersgerechten Schulanfängern 2002 (Geburtsjahrgang 1.7.1995 – 30.6.1996) beträgt der Anteil von Behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern **10 %** (2001 - 8,5 %). Nimmt man die Rücksteller vom vergangenen Jahr noch hinzu, dann steigt dieser Anteil auf 11,9 %.

Die soziale Differenzierung ist erheblich: **Kinder aus sozial benachteiligten Schichten sind ca. dreimal so häufig von Behinderung betroffen wie die Gruppe der Kinder mit mittlerem bzw. hohem Sozialstatus.** (Abb. 4)

Abb. 4: Behinderte oder von Behinderung bedrohte Schulanfänger 2002 nach Sozialstatus



3.5 Schulärztliche Empfehlung zur Zurückstellung vom Schulbesuch und Sozialstatus

Die häufigsten Gründe für die jugendärztliche Empfehlung zur Zurückstellung vom Schulbesuch sind **Entwicklungsstörungen** unterschiedlichster Art und **chronische Erkrankungen**.

Von daher ist die Rückstellerquote zum einen ein Indikator für die Entwicklungsbedingungen der Kinder im Vorschulalter, zum anderen ist sie auch Ausdruck der zu erwartenden schulischen Anforderungen.

Beim Vergleich mit den schulärztlichen Zurückstellungsempfehlungen für das Land Brandenburg ist zu bedenken, dass die Länderwerte auf die Gesamtzahl der pro Jahr einzuschulenden Kinder bezogen sind, also altersgerechte Einschüler und Rücksteller vom vergangenen Jahr.

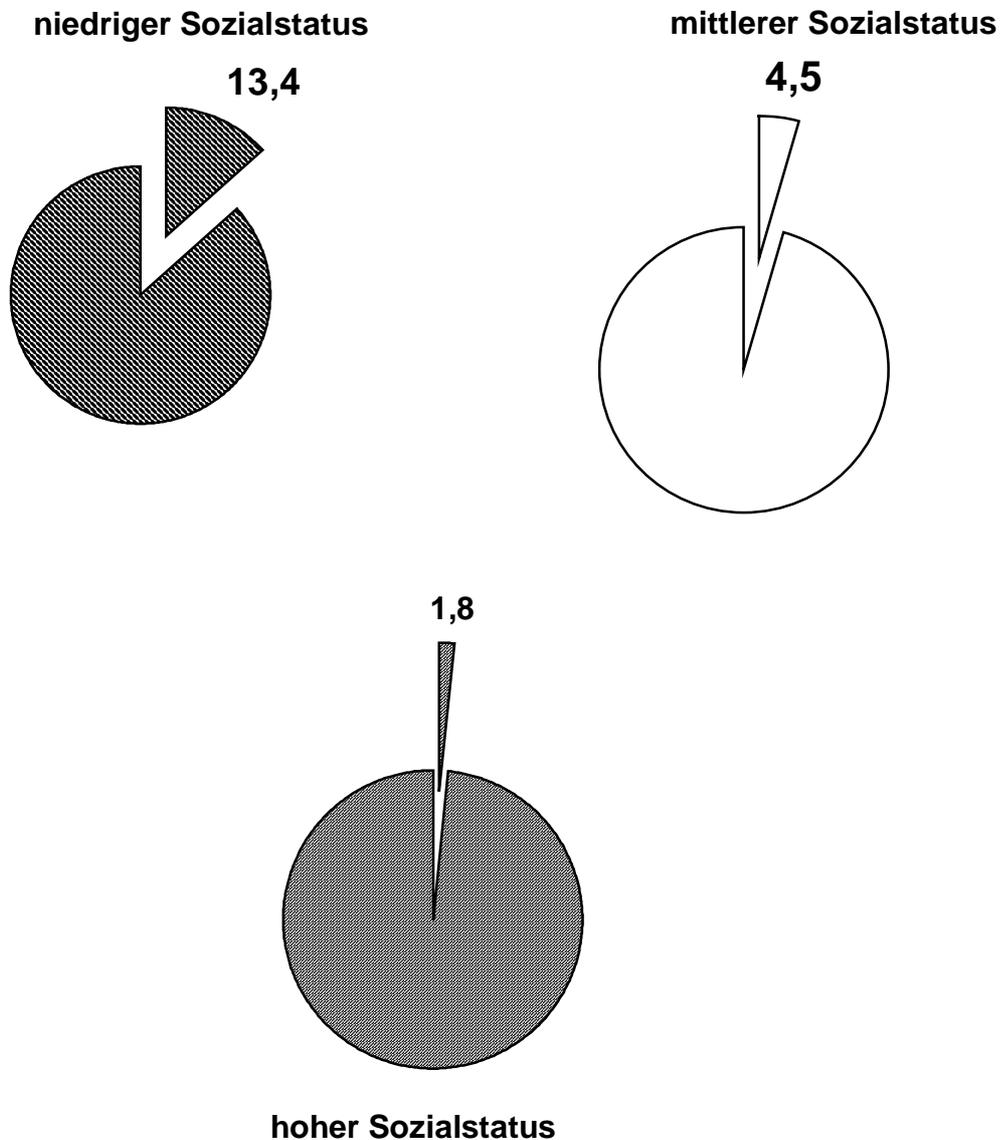
Berechnet man anders als in den letzten Jahren die Werte für den Landkreis Uckermark nach der gleichen Methode wie für das Land, dann liegen die Zurückstellungsempfehlungen nur noch geringfügig über dem Landesdurchschnitt (Tab. 2).

**Tab. 2: Schulärztliche Empfehlung zur Zurückstellung
Vergleich Land Brandenburg – Landkreis Uckermark**

	2000	2001	2002
Brandenburg	8,2 %	7,3 %	-
Uckermark	8,6 %	7,8 %	7,7 %

Von den Empfehlungen zur Zurückstellung sind insbesondere Kinder aus sozial benachteiligten Familien betroffen. In der Gruppe der Kinder mit **niedrigen Sozialstatus** musste bei jedem **7. – 8. Kind eine Rückstellung** empfohlen werden, während das bei Kindern mit **hohem Sozialstatus** nur bei jedem **50. Kind der Fall** war. (Abb. 5)

Abb. 5: Jugendärztliche Zurückstellungsempfehlung nach Sozialstatus Schulanfänger Landkreis Uckermark 2002



3.6 Zusammenfassung /Schlussfolgerungen

- Jeder **dritte Schulanfänger** im Jahr 2002 lebt in einer **Familie mit niedrigem Sozialstatus** (Sozialindex, landesweit gebildet aus Schulbildung und Erwerbstätigkeit der Eltern). Diese Kinder haben **häufiger medizinisch relevante Befunde**, müssen **häufiger** aufgrund der Einschulungsuntersuchung **zur weiteren Behandlung überwiesen** werden, sind **häufiger von Behinderung betroffen**, müssen häufiger **wegen fehlender Schulreife zurückgestellt** werden. Hinsichtlich des künftigen Schulerfolges kann vermutet werden, dass diese Kinder schlechtere Startbedingungen in der Schule haben und benachteiligt sind.

- Nur **2/3** der Einschüler 2002 wurden mit den **kassenärztlichen Früherkennungsuntersuchungen** U8 und U9 erfasst, für Kinder aus sozial benachteiligten Familien liegen diese Raten erfahrungsgemäß noch niedriger. Die jährlichen Untersuchungen des KJGD in den Kindertagesstätten haben deshalb eine hohe Priorität und sind unverzichtbar.
- Die **aufsuchenden Hilfen** durch Hausbesuche und die **jugendärztlichen Sprechstunden** des KJGD haben im Hinblick auf die Chancengleichheit aller Kinder unabhängig von ihrem Sozialstatus eine herausragende Bedeutung.

Bei den Neugeborenen – Hausbesuchen erfolgen erste Weichenstellungen zu einer gesunden und altersgerechten Entwicklung der Kinder. Sozialmedizinische Risikofaktoren, die besonderer Beachtung bedürfen (vor allem minderjährige Mütter, niedriger Bildungsstand der Eltern, Arbeitslosigkeit bzw. Sozialhilfe, kinderreiche Familien), wurden im Zeitraum Juli 2001 bis Juni 2002 bei 44 % der Neugeborenen – Hausbesuche festgestellt. In einem Viertel dieser Fälle wurden weiterführende Nacharbeiten (z.B. Kontaktaufnahme mit anderen Ämtern oder Institutionen) notwendig.

In den jugendärztlichen Sprechstunden erfolgt in enger Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Kliniken eine **sozialpädiatrische Beratung und Betreuung** von Kindern mit bedeutsamen Gesundheits- und Entwicklungsstörungen.

- **Schwer übergewichtige (adipöse) Schulanfänger**, ermittelt nach dem Body Mass Index, sind im Landkreis Uckermark **fast doppelt so häufig wie im Landesdurchschnitt**.

Als Ursache gelten fettes Essen und Bewegungsarmut. Soziale Diskriminierung und Ausgrenzung sind gerade bei Kindern leider oft die Folge, und das umso mehr, wenn der Sozialstatus der übergewichtigen Kinder ohnehin niedrig ist.

Der TSV Blau – Weiß 65 Schwedt e.V. hat deshalb für übergewichtige Schüler der 1. – 4. Klassen Sportnachmittage einschließlich Ernährungsberatung an Schwedter Grundschulen organisiert. Solche oder ähnliche Projekte sind aus kinderärztlicher Sicht sehr gut als Intervention gegen das kindliche Übergewicht geeignet und können deshalb allgemein empfohlen werden.

4. Schutzimpfungen

Im Hinblick auf eine weitere Anhebung der Durchimpfungsraten im Land Brandenburg wurde die „Impfaktion im Land Brandenburg“ ins Leben gerufen.

Die Aktion steht unter der Schirmherrschaft des Präsidenten des Deutschen Grünen Kreuzes und stellt eine Kooperation des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport, des Landesgesundheitsamtes und mehrerer ärztlicher Berufsverbände dar.

Neu daran ist, dass insbesondere im Rahmen der Schulen verstärkt Wissen über Impfungen vermittelt werden soll.

Im Landkreis Uckermark hat sich eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Kinder- und Hausärzten und dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst entwickelt:

Während die Hausärzte den überwiegenden Teil der Impfungen vornehmen, überprüft der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst regelmäßig und kontinuierlich den Impfstand in allen Schulen und Kindertagesstätten, benachrichtigt die Eltern über anstehende bzw. fehlende Impfungen und bietet selbst Impfungen zur Lückenschließung an.

Darüber hinaus informiert der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Sinne einer Regiefunktion des Gesundheitsamtes einmal jährlich alle Impfarzte über die aktuellen Durchimpfungsraten im Landkreis.

Dadurch wird es möglich, Schwerpunkte zu erkennen und gezielt darauf zu reagieren.

4.1. Masern-Mumps-Röteln-Impfung

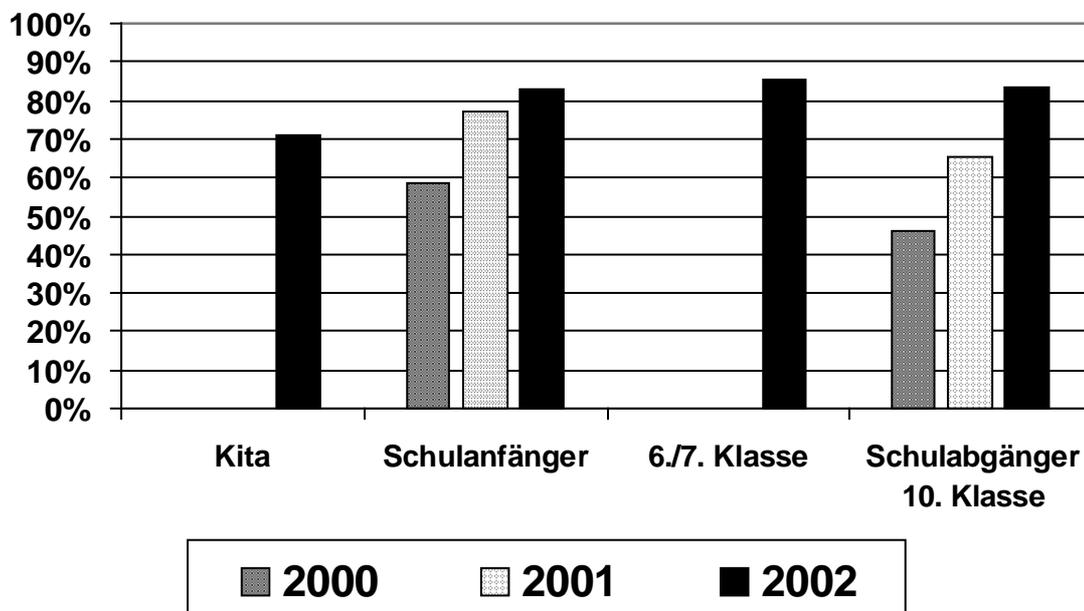
Die Eliminierung der Masern durch zweimalige Masern-Mumps-Röteln-Impfung (MMR) von mindestens 95 % aller Kinder ist unverändert ein **erklärtes Ziel der deutschen Gesundheitspolitik**.

Bei regionalen Masernausbrüchen in Bayern, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen im 1. Quartal 2002 erkrankten insbesondere unzureichend geimpfte Personen, während sich die zweimalige MMR Impfung als hoch effektiv erwies.

(Epidemiologisches Bulletin des Robert-Koch-Institutes Nr. 32/2002)

Im Landkreis Uckermark ist zwar im Schuljahr 2001/02 in allen Altersgruppen ein weiterer Anstieg zu verzeichnen, dennoch sind Impfraten von mehr als 95 % bei der 2.MMR-Impfung noch nicht erreicht. (Abb. 6)

Abb. 6 MMR-Impfraten 2000 - 2002



Da aber in einzelnen Regionen des Landkreises die Impfraten teilweise bereits bei über 90 % liegen, besteht Anlass zu der berechtigten Hoffnung, dass es bald gelingen kann, das gesteckte Ziel zu erreichen. (Tab. 3)

**Tab. 3: Anteil der Kinder mit zweimaliger MMR-Impfung im Schuljahr 2001/02
- Regionalvergleich -**

	Bereich Schwedt-Angerm.	Bereich Prenzlau-Templin
Kita	77,8 %	65,6 %
Einschulungen	91,4 %	74,6 %
6./7.Klasse	86,3 %	81,7 %
Schulabgänger 10.Kl.	90,5 %	77,5 %

4.2 Impfstand bei Schulabgängern bzw. Schülern der 10. Klassen

Die Überprüfung des Impfstandes und gegebenenfalls die **Schließung von Impflücken** bei den Schulabgängern sieht der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst als einen **besonderen Schwerpunkt** an. Während es bei jüngeren Altersstufen in der Regel möglich ist, fehlende Impfungen auch später noch nachzuholen, ist diese Möglichkeit bei den Schulabgängern nur noch sehr eingeschränkt gegeben.

Handlungsbedarf wurde im Schuljahr 2001/02 zum Zeitpunkt der Schulabgangs- bzw. Reihenuntersuchung in der 10. Klasse bei jedem 10. Jugendlichen wegen fehlender Tetanus-Diphtherie-Wiederholungsimpfung und bei jedem 6. Jugendlichen wegen fehlender Hepatitis- B-Impfung festgestellt. (Tab. 4)

Tab. 4: Impfraten bei Schulabgängern / Schülern 10. Klasse 2000 – 2002

	Schuljahr 1999/2000	Schuljahr 2000/2001	Schuljahr 2001/2002
Tetanus-Diphtherie-Wiederh.Impfung	86,0 %	90,2 %	90,0 %
Vollständig(3x) Hepatitis B	42,0 %	60,7 %	72,0 %
unvollständig (1x/2x)	17,0 %	15,7 %	12,0 %
nicht erfolgt	41,0 %	23,6 %	16,0 %

5. Schlussbemerkung

Im § 20 des Sozialgesetzbuches V heißt es, dass Leistungen zur Prävention insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen sollen. **Damit weist auch der Gesetzgeber darauf hin, dass es einen starken Zusammenhang zwischen sozialen Verhältnissen und Krankheiten gibt. Da Kinder ihren Status nicht selbst beeinflussen können, stellen gesundheitliche Unterschiede bei Kindern, die mit dem Sozialstatus zusammenhängen, besondere Herausforderungen dar.**

Diese sind im Kontext mit anderen Einrichtungen und Institutionen ein wesentliches Arbeitsfeld des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes.