



LAND
BRANDENBURG

Ministerium für Arbeit,
Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie



Gesundheit und Gesundheitschancen für Kinder im Land **Brandenburg**

Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 8

Seit über 20 Jahren informieren die Gesundheits- und Sozialberichte des Landes Brandenburg über die Entwicklung von Krankheiten und über die Lebensverhältnisse junger Familien im Land. Diese Berichte sind eine wichtige Grundlage für das Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg und das Themenjahr Gesundheit der Initiative „Runder Tisch gegen Kinderarmut: Starke Familien – Starke Kinder“.

Die aktuellen Erhebungen zeigen, dass es trotz aller Anstrengungen noch immer so ist, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Einkommen wesentlich häufiger an gesundheitlichen Störungen leiden als Kinder deren Eltern besser verdienen. Hinzu kommen regionale Unterschiede. Aber auch hier ist erkennbar, dass sozialer Status der Familie und Krankheitsanfälligkeit zusammenfallen. Wir arbeiten daran, das zu ändern. Es ist nicht hinnehmbar, dass Kinder die Folgen sozialer Ungleichheit tragen, ohne dass sie selbst hierfür verantwortlich sind.

Der vorliegende Bericht zeigt Perspektiven auf: Es wurden Daten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und Daten von Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung ausgewertet. Es gibt erstmals ein Kapitel über Gesundheitsförderung in



Landkreisen und kreisfreien Städten. Die Erfahrungen der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit zeigen, wie gesundheitsförderliche Strategien in der Kommune gemeinsam aufgebaut werden können. Daten zur Gesundheit der Kinder und der Lebensumstände der Familien sind eine Grundlage für das gemeinsame Verständnis und erleichtern den Konsens über Schwerpunktsetzungen und Maßnahmen. Alle Kinder in Brandenburg sollen gesund und unbeschwert aufwachsen können.

A handwritten signature in black ink that reads "Susanna Karawanskij".

Susanna Karawanskij
Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie

Inhalt

1. Einführung.....	6
1.1 Das Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg	8
1.2 Runder Tisch zur Bekämpfung der Kinderarmut „Starke Familien – Starke Kinder“	9
1.3 Umsetzung des Präventionsgesetzes für ein gesundes Aufwachsen in Brandenburg.....	11
1.4 Zum vorliegenden Gesundheitsbericht	
– Gesundheit und Gesundheitschancen für Kinder im Land Brandenburg	12
2. Kindergesundheit im Überblick.	14
2.1 Kinder in Brandenburg: Basisdaten	14
2.1.1 Entwicklung der Geburtenzahl	15
2.1.2 Soziodemographische Daten	16
2.2 Gesundheit der Kinder im Land Brandenburg.....	20
2.2.1 Säuglings- und Kindersterblichkeit.....	20
2.2.2 Wie sehen Kinder ihren Gesundheitszustand?	21
2.2.3 Gesundheit und Krankheit im Spiegel von Befunden und Diagnosen	24
2.3 Versorgungsstrukturen und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems.....	39
2.3.1 Ambulante Versorgung	39
2.3.2 Früherkennung durch U-Untersuchungen	46
2.3.3 Jugendgesundheitsuntersuchung	47
2.3.4 Impfpräventable Infektionserkrankungen und Impfquoten	48
2.3.5 Kinder im Krankenhaus.....	54
2.3.6 Arzneimittel und Kinder	57
3. Im Fokus: Ausgewählte Schwerpunkte der Kindergesundheit.	64
3.1 Gesundheit rund um die Geburt	64
3.1.1 Schwangerenvorsorge	66
3.1.2 Wie kommen die Kinder auf die Welt?	69
3.1.3 Start ins Leben.....	72
3.2 Tabak, Alkohol, illegale Drogen und exzessive Mediennutzung	74
3.2.1 Alkoholkonsum.....	75
3.2.2 Tabakkonsum	78
3.2.1 Illegale Drogen	81
3.2.3 Exzessive Mediennutzung	82
3.2.4 Suchtprävention in Brandenburg.....	83
3.3 Mundgesundheit	84
3.3.1 Mundgesundheitsziele	85
3.3.2 Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe.....	86
3.3.3 Individualprophylaxe	88
3.3.4 Mundgesundheit Drei- und Fünfjähriger.....	89
3.3.5 Mundgesundheit 12- und 15-Jähriger	91

4. Daten auf den Tisch – Gesundheit in der Kommune gemeinsam gestalten	95
4.1 Ressourcen für Daten und Berichterstattung in den Landkreisen und kreisfreien Städten...	96
4.2 Die Kommune gemeinsam zur gesunden Lebenswelt entwickeln	97
4.3 Integrierte kommunale Gesundheitsstrategien – Präventionsketten	99
4.4 Der kommunale Partnerprozess – Gesundheit für alle	101
4.5 Aufbau von Präventionsketten im Land Brandenburg	102
4.5.1 Vom Kennenlernen zur Umsetzung: Vier Schritte in der Aufbauphase	102
4.5.2 Daten und Berichte in der Aufbauphase.....	105
4.5.3 Integrierte Berichterstattung als kommunale Planungsgrundlage – Ergebnisse einer Fokusgruppen-Diskussion	105
4.6 Zusammenfassung – Daten auf den Tisch.....	107
5. Chancen für mehr Kindergesundheit	109
6. Anhang: Abkürzungen der Landkreise und Kreisfreien Städte.....	112
7. Literatur	113

1. Einführung

Kinder sollen gesund und glücklich aufwachsen. Von ihrer Gesundheit, ihrem Bildungsstand und ihren Lebenschancen hängt die Zukunft unseres Landes ab. (Potsdamer Erklärung des Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg 2009)

Was macht Kinder krank, was hält sie gesund? Diese Frage beschäftigt nicht nur Eltern sondern auch diejenigen, denen Kinder anvertraut sind: Beschäftigte in Kitas, Schulen und Freizeiteinrichtungen, in Gesundheits- und Sozialberufen und nicht zuletzt, diejenigen, die (gesundheits-)politische Verantwortung tragen.

Gesundheit und Wohlbefinden hängen von zahlreichen Einflussfaktoren ab, die der Einzelne nur bedingt beeinflussen kann. Da sind zunächst biologisch genetische Faktoren zu nennen, doch wird Gesundheit auch ganz wesentlich geprägt durch individuelle Verhaltensweisen, die ihrerseits beeinflusst

werden von den Verhältnissen, in denen wir leben und Kinder aufwachsen: durch die Familie und ihre soziale Situation, die Wohn-, Lebens- und Umweltbedingungen, die sozialen Kontakte. Nicht zuletzt nehmen auch der Zugang zu Bildung, zu Hilfen und Versorgungsangeboten Einfluss. Förderung und Erhalt von Gesundheit kann und muss deshalb auf verschiedenen Ebenen und mit unterschiedlichen Strategien ansetzen. Dieses multifaktorielle Konzept von Gesundheit, das nicht nur Risiko- sondern auch Schutzfaktoren in den Blick nimmt, ist eine Grundlage für die Gesundheitsförderung und Prävention. Dahlgren und Whitehead (1991) haben das Konzept im Bild dargestellt (Abbildung 1).

Wodurch wird unsere Gesundheit beeinflusst!

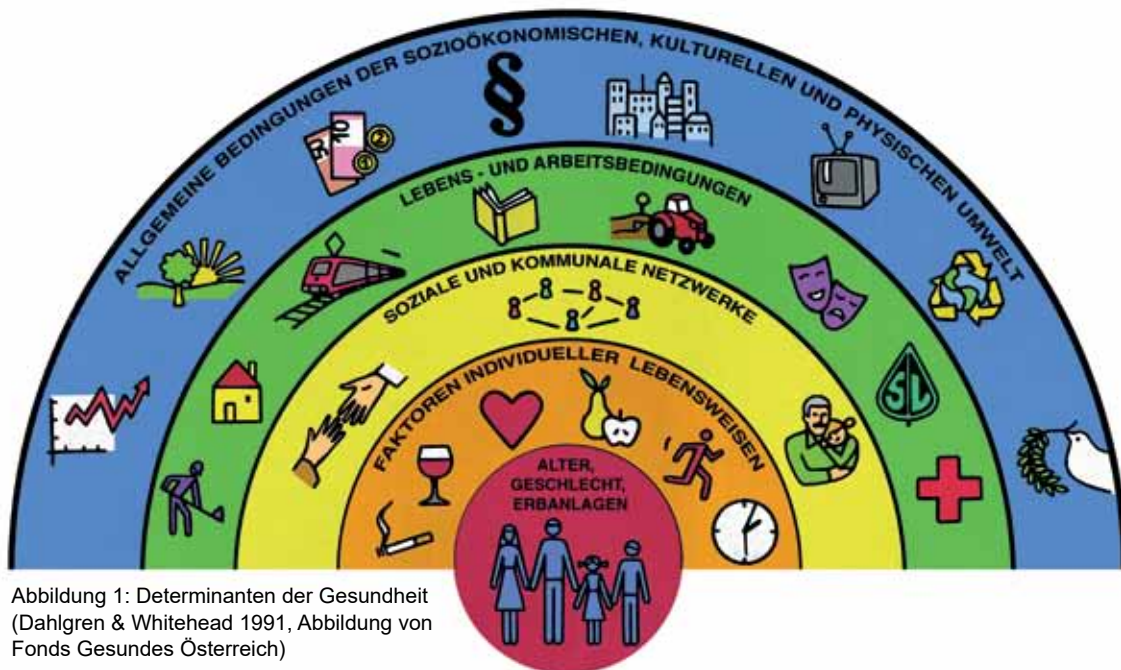


Abbildung 1: Determinanten der Gesundheit (Dahlgren & Whitehead 1991, Abbildung von Fonds Gesundes Österreich)

Eine zentrale Einflussgröße auf die Gesundheit ist soziale Ungleichheit, was in vielen Studien und auch in Gesundheitsberichten des Landes Brandenburg aufgezeigt wurde (Mielck 2005, MASGF 2007; MASGF: sozial spezial 2017). Aktivitäten zur Förderung der Gesundheit müssen einerseits an den Verhältnissen und damit an den Ursachen für soziale Ungleichheit ansetzen, d. h. sich mit den „äußeren Schichten“ der Determinanten befassen. Dies ist im wesentlichen Aufgabe der Wirtschaft-, Sozial-, Bildungs- und Umweltpolitik. Zugleich besteht aber die Verpflichtung und Herausforderung, die negativen Auswirkungen bestehender sozialer Ungleichheit frühzeitig zu erkennen und entgegenzuwirken. Hier kommen gesundheitspolitische Regelungen aber auch Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung zum Tragen, die die Lebenswelten in den Blick nehmen (vgl. Kap. 4).

Wie gesund oder krank sind unsere Kinder?

Diese Frage kann nicht global beantwortet werden, außer einem allgemeinen Hinweis, dass die noch in der ersten Hälfte der 20. Jahrhunderts vorherrschenden oftmals auch tödlich verlaufenden Infektionskrankheiten und Mangelkrankungen aufgrund besserer Hygiene, verbesserten Lebensbedingungen und einer guten medizinischen Versorgung zurückgegangen sind, dadurch jetzt jedoch andere Erkrankungen in den Blick rücken: Allergien, Entwicklungsstörungen, psychische Störungen. Die Beantwortung der Frage ist vielmehr davon abhängig, wen wir in den Blick nehmen: Jungen oder Mädchen,

Kleinkind oder Jugendliche, in welcher Region und in welchen sozialen Verhältnissen lebend?

Aus diesem Grund werden im Bericht Angaben zur gesundheitlichen Lage und Versorgung unter den folgenden Aspekten betrachtet: Geschlecht, Altersgruppe, sozialer Status der Familien und Region:

- **Jungen und Mädchen** sind von gesundheitlichen Problemen teilweise in unterschiedlichem Ausmaß betroffen, sie unterscheiden sich auch in ihrem gesundheitsbezogenen Verhalten. Diese Information ist für zielgruppenspezifische Maßnahmen von Interesse, auch wenn es nicht immer Erklärungen zu den beobachteten Unterschieden gibt. Biologisch-genetische Faktoren sind zu nennen (Sex als biologisches Geschlecht), aber Jungen und Mädchen werden auch unterschiedlich sozialisiert, was zu einem unterschiedlichen Umgang mit ihrem Körper und zu Unterschieden im Gesundheits- und Risikoverhalten, auch in den späteren Jahren, beiträgt. Hier spricht man von Gender als sozialem Geschlecht.
- **Säuglinge, Kleinkinder, Kindergartenkinder und Schulkinder** unterscheiden sich in der Art und im Ausmaß ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen und damit verbunden auch in den möglichen Präventionsmaßnahmen und Versorgungsleistungen.
- Die **soziale Lage** ist ein wesentlicher Einflussfaktor auf Gesundheit und Krankheit, die ihrerseits wiederum auch

die soziale Lage beeinflussen können. Ein niedriger sozialer Status ist oftmals verbunden mit einer geringeren Bildung, eingengten Lebensbedingungen und einer riskanteren Lebensweise (Lampert & Kuntz 2015). Erkrankungen treten bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozialem Status häufiger oder ausgeprägter auf. Risiko- wie Schutzfaktoren sind ebenfalls sozial determiniert. Ein Gesundheitsbericht kann aufzeigen, in welchen Bereichen Unterschiede nach dem sozialen Status der Familien der Kinder bestehen (z.B. Kitabesuche, Inanspruchnahme von U-Untersuchungen, höhere Krankheitslast), um Ansatzpunkte für eine frühzeitige Unterstützung zum Abbau von Chancenungleichheit zu finden – gemäß dem Motto: *Wir lassen kein Kind zurück* (MASGF 2007).

- Krankheitshäufigkeiten wie auch Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung weisen **regionale Unterschiede** auf – nicht nur zwischen den Bundesländern, sondern auch innerhalb der einzelnen Bundesländer, Kreise, kreisfreien Städten bis hin zu Stadt- oder Ortsteilen einer Kommune. Kleinräumige Gesundheitsberichterstattung (GBE) trägt diesem Umstand Rechnung. Auch hier sind es vielfältige Faktoren, die zu den beobachteten regionalen Unterschieden führen: An erster Stelle sind hier Unterschiede im sozioökonomischen Status der Bevölkerung zu nennen, aber auch eine unterschiedliche Angebotsstruktur und kulturell vermitteltes Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten tragen zu diesen regionalen Unterschieden bei.

1.1 Das Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg

Das **Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg** (BGA) wurde 2004 als Gesundheitszieleprozess gegründet und arbeitet seitdem kontinuierlich (www.buendnisgesund-aufwachsen.de). Die ehrenamtliche Arbeit leisten Akteure aus dem gesamten Gesundheitsbereich des Landes Brandenburg. Sie diskutieren aktuelle Probleme auf Grundlage der Gesundheitsberichterstattung, identifizieren gute Praxis und entwickeln Vorschläge für bedarfsgerechte Lösungen aktueller Probleme. Die Arbeitsergebnisse werden regelmäßig im Rahmen der Kindergesundheitskonferenz Brandenburg vorgestellt und an die politischen Entscheidungsträger herangetragen. Die Fachstelle Gesundheitsziele im Land Brandenburg in Trägerschaft von Gesundheit Berlin-Brandenburg unterstützt und begleitet die Arbeiten im BGA seit Herbst 2009. Die Arbeit der Fachstelle wird durch das für Gesundheit zuständige Landesministerium (MASGF) finanziert.



Fünf Arbeitsgruppen bearbeiten Themenfelder von der Prävention und Gesundheitsförderung bis zu Früherkennung und (z.B. medizinischer und heilpädagogischer) Versorgung (MASGF 2017d):

- **AG Frühe Hilfen und pädiatrische Versorgung**
- **AG Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung**
- **AG Mundgesundheit**
- **AG Seelische Gesundheit**
- **AG Unfall- und Gewaltprävention**

Im Steuerungskreis diskutieren die Mitglieder zentrale Themen und die Fortschritte der AG-Arbeiten. Der Steuerungskreis konsentiert die Beschlussvorlagen der AGs für das BGA-Plenum. Das Plenum des BGA kommt alle zwei Jahre zusammen, daran schließt sich die „Kindergesundheitskonferenz Brandenburg“ an. Die Arbeitsgruppen stellen ihre Arbeitsergebnisse und Beschlussvorlagen vor. Diese werden im Plenum diskutiert und abgestimmt. Sie sind die Arbeitsgrundlage für die nächsten beiden Jahre.

Die Partner im Bündnis arbeiten interdisziplinär. Über Zuständigkeits-Grenzen hinweg werden Ansätze entwickelt und von den Mitgliedern erprobt. Das BGA leistet einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit und berücksichtigt soziale Determinanten der Gesundheit. Das greift auch die Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V auf: sie regelt, dass die Zieleplanung nach

dem Präventionsgesetz für das in den Bundesrahmenempfehlungen definierte Ziel „Gesund aufwachsen“ in Brandenburg im Bündnis BGA erfolgt.

Das **Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg** teilt gemeinsame Werte und tritt nach außen als Stimme und Vermittler für Kinder und Jugendliche ein. Die Mitglieder legen deshalb darauf Wert, den Erfolg ihrer Aktivitäten auch aus Zielgruppensicht zu beurteilen (MASGF 2017).

Die Gesundheitsberichterstattung begleitet das Bündnis von Anfang an mit Gesundheitsberichten. Die Abteilung Gesundheit im Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) unterstützt das Bündnis insbesondere durch ein Monitoring von Gesundheitsindikatoren, das im Zweijahrestakt aktualisiert wird (www.gesundheitsplattform.de). Im vorliegenden Bericht wird an vielen Stellen auf fachliche Positionen und Beschlüsse des Bündnis hingewiesen (Stand: 2016).

Das Bündnis ist im Feld Gesundheit die fachliche Schnittstelle zur Initiative „Starke Familien – starke Kinder: Runder Tisch gegen Kinderarmut“.

1.2 Runder Tisch zur Bekämpfung der Kinderarmut „Starke Familien – Starke Kinder“

Kinderarmut ist eines der bedrückendsten Probleme in unserer Gesellschaft. In Brandenburg ist fast jedes vierte Kind von Armut

zumindest bedroht. Die Bekämpfung der Kinderarmut bildet einen sozialpolitischen Schwerpunkt in Brandenburg.

Die Armutsfolgen für die Kinder sind extrem: Sie leiden unter mangelnder sozialer Teilhabe, haben häufig einen schlechteren Zugang zu Bildung und der Übergang in das Erwerbsleben ist oft schwierig. Nicht zuletzt erleiden Kinder in armen und von Armut bedrohten Familien besonders häufig gesundheitliche Nachteile. Kein Kind darf in dieser Armutsfalle stecken bleiben. Jedes Kind muss die gleichen Start- und Entwicklungschancen haben – und zwar unabhängig von der Einkommenssituation seiner Eltern.



Für die wirksame Bekämpfung der Kinderarmut und der Armutsfolgen ist ein breiter gesellschaftlicher Diskurs notwendig. Sozial- und Gesundheitsministerin Diana Golze hat deshalb 2015 den Brandenburger Runden Tisch zur Bekämpfung der Kinderarmut „Starke Familien – Starke Kinder“ ins Leben gerufen. Gemeinsam mit den verschiedenen staatlichen und gesellschaftlichen Akteuren werden Lösungsstrategien und konkrete Handlungsmöglichkeiten entwickelt (www.starke-familien-starke-kinder.de).

Der Runde Tisch bietet dabei eine Plattform für die Erfahrungen und Erkenntnisse der Teilnehmenden. Dort werden gute Praxisbeispiele veranschaulicht und im breiten Dialog Handlungsmöglichkeiten zur besseren gesellschaftlichen Teilhabe benachteiligter Kinder entwickelt. An dem Diskurs werden Vertreterinnen und Vertreter aus Verbänden, Initiativen, Vereinen, Kommunen, Politik, Verwaltung und anderen Institutionen, aber auch betroffene Kinder und Familien beteiligt. Der Runde Tisch soll einen längerfristigen Prozess der Auseinandersetzung mit dem komplexen Problem Kinderarmut in Brandenburg einleiten. Dabei sollen die Lebenslagen in allen Regionen Brandenburgs berücksichtigt werden. Die Aktivitäten des Runden Tisches waren 2016 dem Schwerpunkt materielle Armut gewidmet, 2017 lag der Schwerpunkt bei sozialer Lage und Bildung und 2018 ist das Themenjahr Gesundheit.

Im Rahmen des Themenjahres 2018 „Kinderarmut und Gesundheit“ soll die Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung des Präventionsgesetzes genutzt werden, um kooperative Strategien zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen auf Ebene der Landkreise und Kommunen zu initiieren. Leitgedanke: „Health in all Policies – gesundes Aufwachsen braucht viele Partner!“. Die durch das MASGF initiierten Gemeinschaftsinitiativen Bündnis Gesund Aufwachsen und Runder Tisch gegen Kinderarmut „Starke Familien – Starke Kinder“ gestalten das Themenjahr 2018 Gesundheit gemeinsam:

- Beiträge auf Landes- und Kreisebenen werden durch die Fachstelle Gesundheitsziele unterstützt.
- Aktivitäten in den Landkreisen und kreisfreien Städten werden durch die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg koordiniert.
- Der vorliegende Gesundheitsbericht gibt Auskunft über die gesundheitliche Lage und Bedingungen der Gesundheit. Er ist eine Grundlage zur Konsensbildung für Engagement auf allen Ebenen.

1.3 Umsetzung des Präventionsgesetzes für ein gesundes Aufwachsen in Brandenburg

Krankheiten vermeiden, bevor sie entstehen. Das ist das Ziel des bundesweiten Präventionsgesetzes. Zu dessen Umsetzung im Land Brandenburg wurde am 14.03.2017 eine Landesrahmenvereinbarung (www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.500096.de) unterzeichnet. Partner der Vereinbarung sind das Gesundheitsministerium für die Landesregierung und gesetzliche Krankenkassen sowie die Renten- und Unfallversicherung. Das Bundesgesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz) trat am 25. Juli 2015 in Kraft. Kern ist die nationale Präventionsstrategie, mit der die Gesundheitsförderung direkt im Lebensumfeld der Menschen aller Altersgruppen, insbesondere in den Kommunen, in Kitas, Schulen, in Betrieben und in Pflegeeinrichtungen,

gestärkt werden soll. Mit dem Gesetz sind die gesetzlichen Krankenkassen aufgefordert, von 2016 an 7 Euro statt bislang 3,09 Euro je Versicherten für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung auszugeben. Von den 7 Euro sollen mindestens jeweils 2 Euro für Maßnahmen in Lebenswelten wie Kitas und Schulen sowie die betriebliche Gesundheitsförderung entfallen. Das entspricht rund 285 Mio. Euro insgesamt.

Die brandenburgische Vereinbarung schafft den Rahmen, um bewährte Ansätze und Kooperationen der Prävention und Gesundheitsförderung fortzuführen und auszubauen sowie neue Initiativen ins Leben zu rufen. So haben sich im Land Brandenburg bewährte Strukturen der Zusammenarbeit, wie hier das Bündnis Gesund Aufwachsen und die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit und verbindliche Kooperationen, wie beispielsweise das „Landesprogramm für die gute gesunde Schule“ etabliert. Bei der Landesrahmenvereinbarung setzt Brandenburg den Fokus besonders auf die Vermeidung sozial bedingter, geschlechtsbezogener und regionaler Ungleichheit von Gesundheitschancen. Die Vertragspartner setzen sich gemeinsam dafür ein, weitere Partner für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Brandenburg zu gewinnen und die Reichweite ihrer Aktivitäten zu erweitern.

Die Beteiligten der Landesrahmenvereinbarung sind sich einig in der Zielsetzung, Aktivitäten der Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig anzulegen und dabei

den jeweils aktuellen Qualitätsanforderungen gerecht zu werden. Dies beinhaltet eine Orientierung an den bestehenden Bedarfen auf der Grundlage der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, des Landes Brandenburg und der Kommunen. Die daraus sichtbaren Ursachen ungleicher Gesundheitschancen bilden den Ausgangspunkt für die Planung von gemeinsamen Maßnahmen.

Um regionale Spezifika und Anliegen bei der Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten vor Ort zur Geltung zu bringen, sind kreisfreie Städte, Landkreise und Kommunen eingeladen, die Kooperation mit den Krankenkassen und mit den für die Lebenswelten Verantwortlichen zu suchen. Sie sind aus Sicht der Vertragspartner der Landesrahmenvereinbarung unverzichtbare Partner für wirksame und dauerhafte Erfolge bei den im Präventionsgesetz genannten Gesundheitszielen. Im Rahmen von bestehenden zielbezogenen ressortübergreifenden kommunalen Strategien der Gesundheitsförderung im Land Brandenburg sind bereits bestehende Präventionsmaßnahmen, insbesondere des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Jugend- und Familienhilfe sowie des kommunalen Partnerprozesses, zu berücksichtigen.

1.4 Zum vorliegenden Gesundheitsbericht – Gesundheit und Gesundheitschancen für Kinder im Land Brandenburg

Der Gesundheitsbericht stellt Basisdaten zur gesundheitlichen Lage der Kinder, zu den

sozialen Rahmenbedingungen und auch zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen vor. Aus dem breiten Spektrum der Themen musste eine Auswahl getroffen werden. Eine Vertiefung gibt es zu Themen, für die im Land Brandenburg Gesundheitsziele formuliert sind: Gesundheit rund um die Geburt, Substanzkonsum sowie Mundgesundheit. Gesundheitsförderung und Prävention werden vor Ort wirksam, wo Menschen leben, arbeiten und ihre sozialen Beziehungen haben. Daher werden im Bericht an vielen Stellen regionale Daten vorgestellt.

Erstmals werden in einem Brandenburgischen Bericht zur Kindergesundheit viele Datenquellen zur Gesundheit integriert und ein Kapitel ist speziell der kommunalen GBE und Gesundheitsförderung gewidmet.

Das Besondere im vorliegenden Bericht besteht einerseits darin, dass neben den Daten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auch Brandenburger Daten von Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Eingang fanden. Andererseits enthält der Bericht erstmals ein Kapitel über Gesundheitsförderung in Landkreisen und kreisfreien Städten (Kap. 4). Die Erfahrungen der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit zeigen, wie gesundheitsförderliche Strategien in der Kommune gemeinsam aufgebaut werden können. Daten zur Gesundheit der Kinder und der Lebensumstände der Familien sind eine Grundlage für das gemeinsame Verständnis und erleichtern den Konsens über Schwerpunktsetzungen und Maßnahmen. Kinder tragen die Folgen sozialer Ungleichheit, ohne dass sie selbst hierfür

verantwortlich sind. In kaum einem anderen Feld ist so offensichtlich, dass hier das Gebot der Fairness verletzt wird. In der kommunalen Praxis erleichtert diese Tatsache einen Konsens für die Schwerpunktsetzung.

Grundlage des vorliegenden Gesundheitsberichts ist ein Gutachten, das vom MASGF an die PMV forschungsgruppe (Dr. Ingrid Schubert, Katja Blaschke), Universität zu Köln, vergeben wurde.

2. Kindergesundheit im Überblick

Der Fokus des Gesundheitsberichtes liegt auf Kindern bis zum Alter von 15 Jahren. Über Jugendliche im Alter von etwa 16 Jahren wird aus den Daten der ärztlichen Untersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) berichtet. Ebenfalls über ältere Kinder gibt es Ergebnisse über die Lebenszufriedenheit, die Früherkennungsuntersuchung J1, die Arztanspruchnahme sowie über Substanzkonsum und Mediennutzung.

2.1 Kinder in Brandenburg: Basisdaten

Bezogen auf die Gesamtbevölkerung ist der Anteil der Kinder unter 15 Jahren im Land Brandenburg mit 12,5 % etwas niedriger als im Bundesdurchschnitt (Tabelle 1). Deutlich niedriger ist die Geburtenrate je 1.000 Einwohner. Die Säuglingssterblichkeit liegt deutlich unter den Angaben für Deutschland; bei der Kindersterblichkeit ist der Anteil etwas höher.

Die meisten Daten in diesem Kapitel beziehen sich auf das Jahr 2015. Sofern verfügbar wurden auch aktuellere Angaben aufgenommen.

Tabelle 1: Basisdaten zur Kindergesundheit

Auf einen Blick: Basisdaten zur Kindergesundheit		
	Deutschland	Brandenburg
Anzahl der Kinder unter 15 Jahren, 2015	10.686.723	310.500
Anteil der Kinder unter 15 Jahren an der Gesamtbevölkerung, 2015 (%)	13,16	12,50
Geburten (Lebendgeborene) 2015	737.575	19.112
Geburtenrate 2015 (Lebendgeborene je 1.000 Einwohner)	9,00	7,73
Säuglingssterbefälle 2015 (Sterbefälle im 1. Lebensjahr)	2.405	49
Säuglingssterblichkeit 2015 (Sterbefälle im 1. Lebensjahr je 1.000 Lebendgeborene)	3,3	2,6
Kindersterbefälle 2015 (1 bis unter 15 Jahre)	1.037	32
Kindersterblichkeit 2015 (Sterbefälle in der Altersgruppe 1 bis unter 15 Jahre je 100.000 Einwohner)	10,23	11,00
Krankenhausfälle (alle Behandlungsanlässe, ohne ICD-Z-Gruppe) bei Kindern unter 15 Jahren, 2015	1.235.090	46.425
Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahre 2015	130.822	3.321
Anteil der schwerbehinderten Kinder an allen Kindern unter 15 Jahre, 2015 (%)	1,22	1,07

Datenquellen: Statistisches Bundesamt, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

2.1.1 Entwicklung der Geburtenzahl

Im Land Brandenburg kamen im Jahr 2015 19.112 Kinder lebend zur Welt. Die Zahl der männlichen Neugeborenen lag mit 9.900 (51,8 %) höher als die der weiblichen mit 9.212 (48,2 %). Bezogen auf 1.000 Einwohner des Landes liegt die Geburtenrate für das Land Brandenburg bei 7,7 und damit deutlich unter dem Bundesdurchschnitt mit 9,0 je 1.000 Einwohnern. Der Anteil ausländischer Kinder (nach Staatsangehörigkeit des Kindes) lag 2015 bei 4 %.

Die Zahl der Kinder unter 15 Jahren nimmt seit 2007 wieder leicht zu.

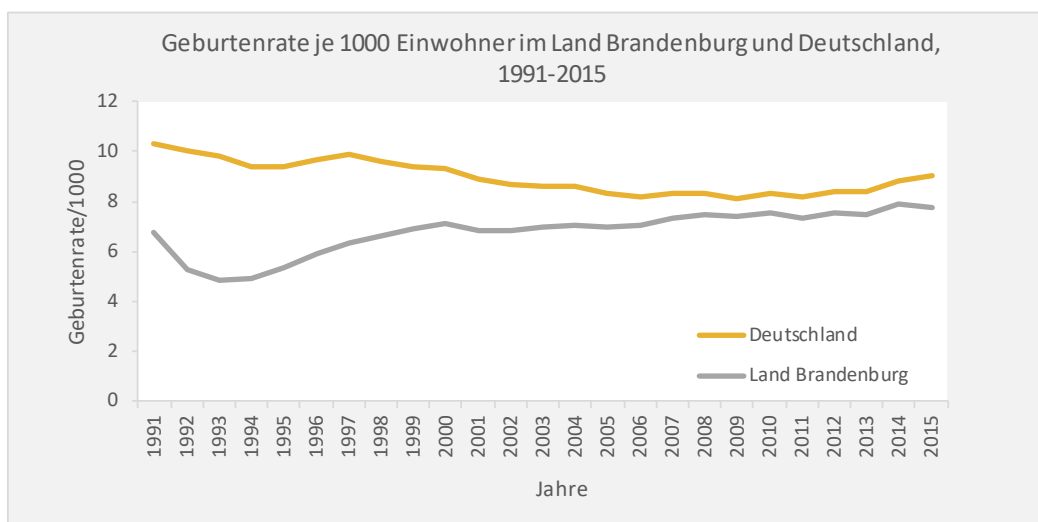
Betrachtet man die Geburtenrate seit 1991 zeigt sich für Deutschland insgesamt bis 2011 ein Rückgang, seitdem ist ein leichter Anstieg zu beobachten (Abbildung 2). Auf dem Gebiet des heutigen Brandenburg gab es bereits vor der Wende in den 1980er Jahren einen Rückgang der Geburtenrate. Nach der

Wende setzte sich diese Entwicklung bis Mitte der 1990er Jahre drastisch fort. 1999 wurde der Wert von 1991 wieder erreicht.

Von Interesse ist die Zahl der Geburten bezogen auf Frauen im gebärfähigen Alter (15-45 Jahre), da deren Zahl die Anzahl der Geburten maßgeblich bestimmt. Bezogen auf je 1.000 Frauen dieser Altersgruppe liegt die Zahl der Lebendgeborenen im Land Brandenburg bei 53,3 (Deutschland: 52,4).

Zusätzlich zu dieser als Fertilitätsrate bezeichneten Angabe wird die Anzahl der Kinder pro Frau erhoben und als sogenannte „zusammengefasste Geburtenziffer“¹ ausgewiesen. Im Jahr 2015 lag die zusammengefasste Geburtenziffer im Land Brandenburg bei 1,53, bundesweit bei 1,50. Für den Erhalt der Bevölkerung (ohne Berücksichtigung von Zuwanderungen) müsste dieser Wert bei 2,1 liegen.

Abbildung 2: Entwicklung der Geburtenrate für das Land Brandenburg und Deutschland



Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Statistisches Bundesamt

¹ Diese wird berechnet als Summe der altersspezifischen Fertilitätsraten der 15- bis 49-jährigen Frauen. Die Kinderzahl der Mütter des jeweiligen Altersjahres wird in Beziehung gesetzt zur durchschnittlichen weiblichen Bevölkerung der entsprechenden Altersjahre.

Eine regionale Betrachtung nach kreisfreien Städten und Landkreisen zeigt, dass deutliche Unterschiede in der zusammengefassten Geburtenziffer bestehen. Sie ist in den städtischen Regionen Cottbus, Frankfurt/Oder und Potsdam am niedrigsten, den höchsten Wert mit 1,66 weisen die Landkreise Elbe-Elster, Oberspreewald-Lausitz und die Uckermark auf.

2.1.2 Soziodemographische Daten

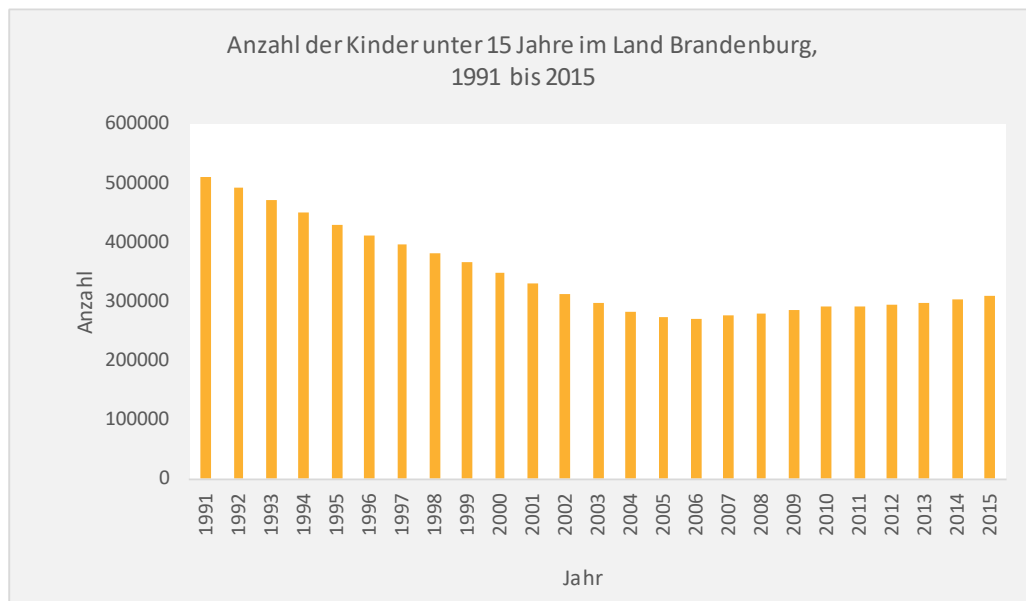
Im Jahr 2015 lebten in Brandenburg 2.484.800 Personen, darunter 310.500 Kinder im Alter von unter 15 Jahren. Dies entspricht einem Anteil von 12,5 % an der Gesamtbevölkerung. 1991 lag dieser Anteil noch bei rund 20 % (AfS 2016). Betrachtet man die Entwicklung der Zahl der Kinder seit Anfang der 1990er Jahre, so ist u.a. in Folge des Geburtenrückgangs und des Wegzugs bis 2006 ein jährlicher Rückgang zu beobachten. Seit 2007 zeigt sich eine moderate Zunahme.

Insgesamt weisen 6 % der im Land Brandenburg Wohnenden in 2015 einen Migrationshintergrund auf. D. h. nach der Definition des Mikrozensus wurden sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren. Bei den unter Dreijährigen liegt der Anteil bei 15 %. Hier auf müssen sich Kindertagesstätten ebenso einstellen wie auch die Grund- und weiterführenden Schulen (MAGSF 2017a).

In Kitas und Schulen wird künftig etwa jedes 10. Kind einen Migrationshintergrund haben.

Die Entwicklung der Zahl der Kinder ist – insbesondere regional – auch vor dem Hintergrund der „Wanderungsbewegungen“, der Zu- und Wegzüge, zu betrachten. Seit der Wende waren hier unterschiedliche Phasen und auch regional unterschiedliche Entwicklungen zu beobachten. Gab es zunächst Anfang der 1990er Jahre Abwanderungen in die alten Bundesländer, zeigt sich bis Ende

Abbildung 3: Entwicklung der Anzahl der Kinder unter 15 Jahren im Land Brandenburg



Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

der 1990er Jahre eine starke Wohnsuburbanisierung Berlins. Bis 2009 hielten sich für das Land Brandenburg die Zu- und Wegzüge in etwa die Waage. Seit ein paar Jahren zeigt sich ein verstärkter Zuzug aus Berlin in die an Berlin angrenzenden Landkreise. Vor diesem Hintergrund fallen die Bevölkerungsprognosen für die einzelnen Landkreise unterschiedlich aus. Die Vergangenheit lehrt, dass eine einfache Fortschreibung aktueller Entwicklungen weniger wahrscheinlich ist.

Wie wachsen Kinder in Brandenburg auf?

Die traditionelle Familienform eines Ehepaars mit Kindern ist rückläufig, andere Formen des Zusammenlebens mit Kindern – Patchwork-Familien, nichteheliche Lebensgemeinschaften, Alleinerziehend nehmen zu. Das soziale Umfeld, in das ein Kind hineingebohren wird, prägt ganz wesentlich seine weitere Entwicklung. Aus diesem Grund sowie vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung hat sich die Landesregierung das Ziel gesetzt, eine der familien- und kinderfreundlichsten Regionen in Europa zu werden. Ein zentraler Ansatzpunkt ist hierbei, soziale Ungleichheit und Kinderarmut zu verhindern und allen einen uneingeschränkten Zugang zu Bildung zu ermöglichen (Weiterentwicklung des Familien- und Kinderpolitischen Programms „Gemeinsam für ein familien- und kinderfreundliches Brandenburg“ MASGF 2016).

In Brandenburg gab es 2016 1.241.000 Haushalte, davon lebten in 248.500 Haushalten Kinder unter 18 Jahren (20 %). In 34 % der Haushalte lebten Paare ohne Kinder, 37 % lebten allein. Alleinerziehende mit

Kindern unter 18 Jahren stellten 2016 einen Anteil von knapp 25 % - ganz überwiegend (84 %) sind Mütter alleinerziehend. Der Anteil Alleinerziehender ist um 5 %-Punkte gestiegen (1991: 20%) (Statistik Berlin-Brandenburg 2016).

Viele Kinder wachsen ohne Geschwister auf. So hatten laut Mikrozensus 2016 46 % der unter Dreijährigen, die bei Paaren leben, keine Geschwister; bei Alleinerziehenden lag der Anteil bei 60 %. Bei Kindern im Alter von 3 bis unter 6 Jahre lag der Anteil der Einzelkinder bei Paaren bei 26 % bei Alleinerziehenden bei 55 %.

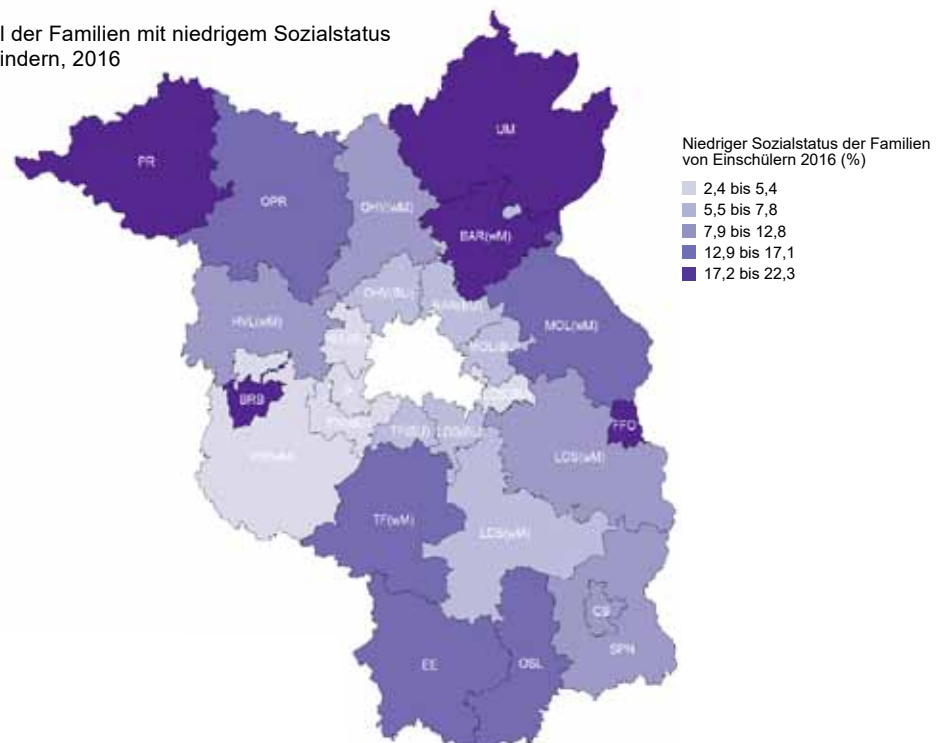
Bildungs-, Gesundheits- und Teilhabechancen der Kinder sind eng mit der sozialen Lage ihrer Familien verbunden. Fast jede zweite Familie mit Einschulungskindern (42,1 %) gehörte im Jahr 2016 nach dem Brandenburger Sozialindex für junge Familien in die hohe Sozialstatusgruppe und nur rund jede neunte Familie (10,7 %) in die niedrige (LAVG 2018b). Die soziale Lage der Brandenburger Familien von Einschulungskindern hat sich in den vergangenen 20 Jahren deutlich verbessert. Die untere Sozialstatusgruppe ist um ein Drittel kleiner geworden. Die Entwicklung beruht auf einem Zusammenwirken der beiden Indikatoren, die den Index bilden: Junge Familien haben heute eine durchschnittlich höhere Schulbildung und sind häufiger erwerbstätig.

Alleinerziehende und kinderreiche Familien gelten als besonders armutsgefährdet. Bei Kindern- und Jugendlichen unter 18 Jahren wird sowohl bundesweit wie auch

in Brandenburg noch fast jedes 5. Kind in 2016 als armutsgefährdet eingeschätzt (Mikrozensus 2016 A1.104_BB_Bund). Dies drückt sich auch im Anteil der Kinder aus, deren Eltern(teile) Leistungen zur Grundsicherung erhalten (Kinder in Bedarfsgemeinschaften²). 2016 lebten 22.299 Kinder unter sechs Jahren in Bedarfsgemeinschaften, was einem Anteil von 18 % dieser Altersgruppe entspricht (neue Bundesländer: 30 %, bundesweit: ca. 17 %). Es zeigen sich regionale Unterschiede im Anteil der Kinder (z.B. unter 6 Jahren), die 2016 in einer Bedarfsgemeinschaft lebten, von 9 % im Landkreis Potsdam-Mittelmark bis zu 36 % in der kreisfreien Stadt Frankfurt/Oder (MAGSF 2017, sozial spezial 6 S. 18, Bundesagentur

für Arbeit: Grundsicherung für Arbeitssuchende, 2016: Tab 2.1). Bei Kindern unter 15 Jahren lag der Anteil im Jahr 2016 bei 15,7 % und war damit niedriger als 2014 mit 17,3 % (Brandenburger Sozialindikatoren 2017; S. 104). Abbildung 4 zeigt den Anteil der Familien von Einschulungskindern mit niedrigem Sozialstatus in den Landkreisen und kreisfreien Städten. Auffällig sind die Gegensätze zwischen den Berlin-nahen und Berlin-fernen Teilen der Landkreise Havelland, Barnim und Märkisch-Oderland mit Differenzen von mehr als zehn Prozentpunkten. In den Landkreisen, die nicht an Berlin grenzen, liegt der Anteil der Familien von Einschulungskindern mit niedrigem Sozialstatus deutlich höher.

Abbildung 4: Anteil der Familien mit niedrigem Sozialstatus bei Einschulungskindern, 2016



Quelle: Abteilung Gesundheit im LAVG, Gesundheitsplattform (BU steht für Berliner Umland, wM für weiterer Metropolitanraum. Die Namen der Kommunen sind mit den KFZ-Kennzeichen abgekürzt, Abkürzungen im Anhang)

² In einer Bedarfsgemeinschaft lebt mindestens eine erwerbsfähige leistungsberechtigte Person. Eine BG kann aus einem Mitglied oder auch aus mehreren Mitgliedern bestehen und erwerbsfähige Leistungsberechtigte, wie z.B. Ehegatten bzw. Lebenspartner und minderjährige Kinder umfassen.

Die **Kindertagesstätten** ermöglichen nicht nur eine Berufstätigkeit der Eltern, sondern sie nehmen auch einen Bildungs- und Erziehungsauftrag wahr. Dies ist insbesondere bei Kindern aus bildungsfernen Schichten oder mit Migrationshintergrund und noch fehlender Sprachkompetenz wichtig, um weiterer Chancenungleichheit vorzubeugen. Es zeigt sich allerdings, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus zu einem höheren Anteil keine Kindertagesstätte bzw. diese für einen kürzeren Zeitraum besuchen (MASGF 2017a). Gerade vor dem Hintergrund eines deutlichen Zusammenhangs zwischen Entwicklungsstörungen sowie gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit der sozialen Lage (vgl. Kap.2.2.3) kommt einer frühen, zielgruppenspezifischen Unterstützung der Kinder eine hohe Bedeutung zu.

Eine abgeschlossene **Schul- und Berufsausbildung** ist eine zentrale Voraussetzung für die weitere persönliche und berufliche Entwicklung und bestimmt damit ganz wesentlich die zukünftigen Teilhabechancen und nicht zuletzt auch die gesundheitliche Lage. Der Anteil derjenigen mit Hochschulreife im Land Brandenburg hat gegenüber

2005/2006 um rund 7 %-Punkte zugenommen und lag 2015/2016 bei 39,7 %, bundesweit lag der Anteil bei 34 % (Brandenburger Sozialindikatoren 2017). Der Anteil derer ohne Berufsbildungsreife (d. h. ohne Hauptschulabschluss) ging zwar von fast 10 % in 2005/2006 auf 7 % in 2015/2016 zurück, liegt jedoch noch über dem bundesweiten Schnitt von 5,7 % (Statistisches Bundesamt 2016).

Neben der **sozialen Umwelt** nimmt auch die natürliche und bebaute Umgebung Einfluss auf die Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Umweltbedingte Risiken können für Kinder durch die Wohn- und Verkehrssituation (z.B. feuchte Wohnungen, Verkehrslärm, Feinstaub, keine oder ungepflegte Spielplätze), durch belastete Lebensmittel und Spielzeug, wie auch durch fehlenden Schutz gegen UV-Strahlung entstehen. Auch das Rauchen der Eltern im Beisein von Kindern in der Wohnung oder im Auto stellt ein gesundheitliches Risiko dar (Schulz et al. 2007).

2.2 Gesundheit der Kinder im Land Brandenburg

2.2.1 Säuglings- und Kindersterblichkeit

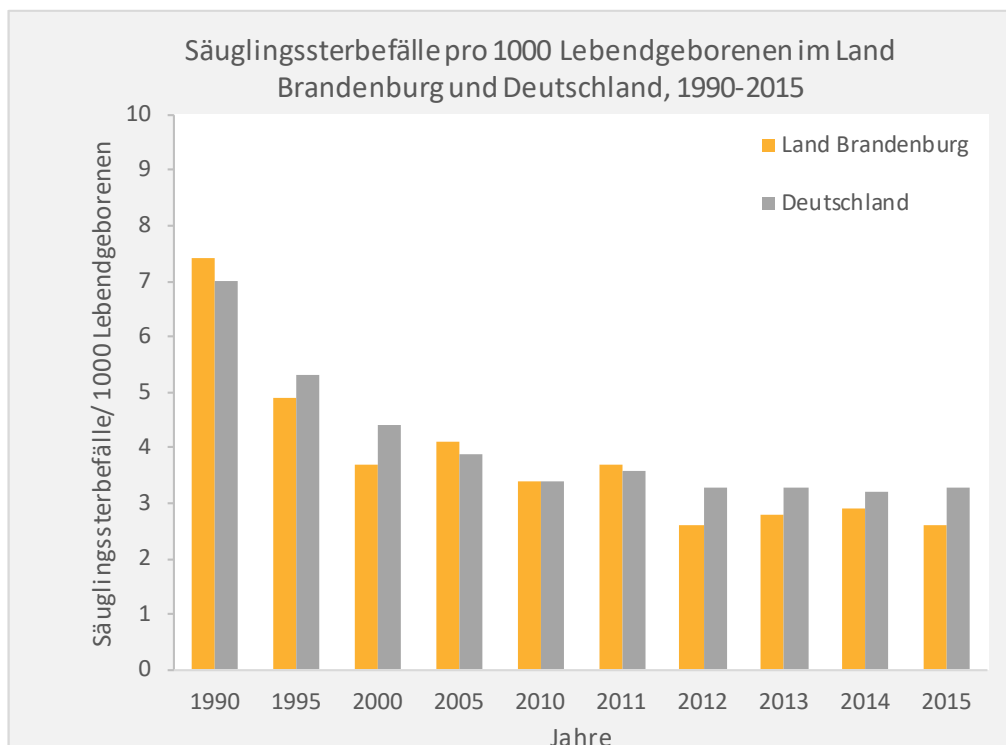
In der Säuglingssterblichkeit drückt sich die Qualität der allgemeinen Lebensverhältnisse sowie der gesundheitlichen Betreuung der Schwangeren, der Neugeborenen und Säuglinge aus. 2015 lag die Säuglingssterblichkeit bundesweit bei 3,3 pro 1.000 Lebendgeborenen, im Land Brandenburg bei 2,6/1.000. Seit 1990 hat sich die Säuglingssterblichkeit nochmals mehr als halbiert (Abbildung 5).

Im Jahr 2015 sind 49 Säuglinge (Kinder unter einem Jahr) und 32 Kinder im Alter zwischen

einem Jahr und unter 15 Jahren verstorben. Damit lag die Sterblichkeit bei Kindern im Alter von einem bis unter 15 Jahren im Land Brandenburg bei 11,1 pro 100.000 Einwohner und war etwas höher als der bundesweite Durchschnitt von 10,3/100.000 Einwohner. Todesursachen waren bei den 1- bis unter 15-Jährigen vor allem Krebserkrankungen sowie Verletzungen und Unfälle.

Die häufigste Todesursache im ersten Lebensjahr steht 2015 in Zusammenhang mit einer kurzen Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht sowie mit angeborenen Fehlbildungen (Statistisches Bundesamt 2015). Untersuchungen zeigen, dass dies vor allem auf einem Rückgang der

Abbildung 5: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit



Quelle: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, Statistisches Bundesamt

Sterblichkeit im Alter von 28 Tagen bis unter einem Jahr beruht (Robert Koch-Institut/ Statistisches Bundesamt 2011). So ging im Land Brandenburg beispielsweise die Zahl der Sterbefälle unter einem Jahr mit der Diagnose „Plötzlicher Kindstod“ von 9 Fällen im Jahr 1998 auf 6 in 2015 zurück.

Früher bestehende Geschlechtsunterschiede zuungunsten der Jungen in der Sterblichkeit haben sich in 2015 weiter reduziert. Der Rückgang der Säuglingssterblichkeit beruht auf besseren Lebensverhältnissen sowie auf einer intensiveren Schwangerschaftsbetreuung und dem medizinischen Fortschritt in der Geburtshilfe und Neonatologie. Auffallend ist die deutlich höhere Säuglingssterblichkeit bei Säuglingen in ausländischen Familien. Diese liegt im Land Brandenburg mit 3,7/1.000 deutlich höher im Vergleich zu Familien mit deutscher Nationalität, auch höher als in anderen neuen Bundesländern, doch niedriger als im früheren Bundesgebiet.

2.2.2 Wie sehen Kinder ihren Gesundheitszustand?

Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts wird nach dem subjektiven Gesundheitszustand gefragt. Diese Information spiegelt gesundheitsbezogene Lebensqualität. Fast 96 % der Eltern bewerten den Gesundheitszustand ihrer Kinder als gut bis sehr gut (in der 2. Befragungswelle 2014-2017; Poethko-Müller et al. 2018a).

Die HBSC-Studie (Health Behaviour of School-Aged Children) erhebt ebenfalls regelmäßig die Einschätzung der subjektiven Gesundheit, der Lebensqualität und

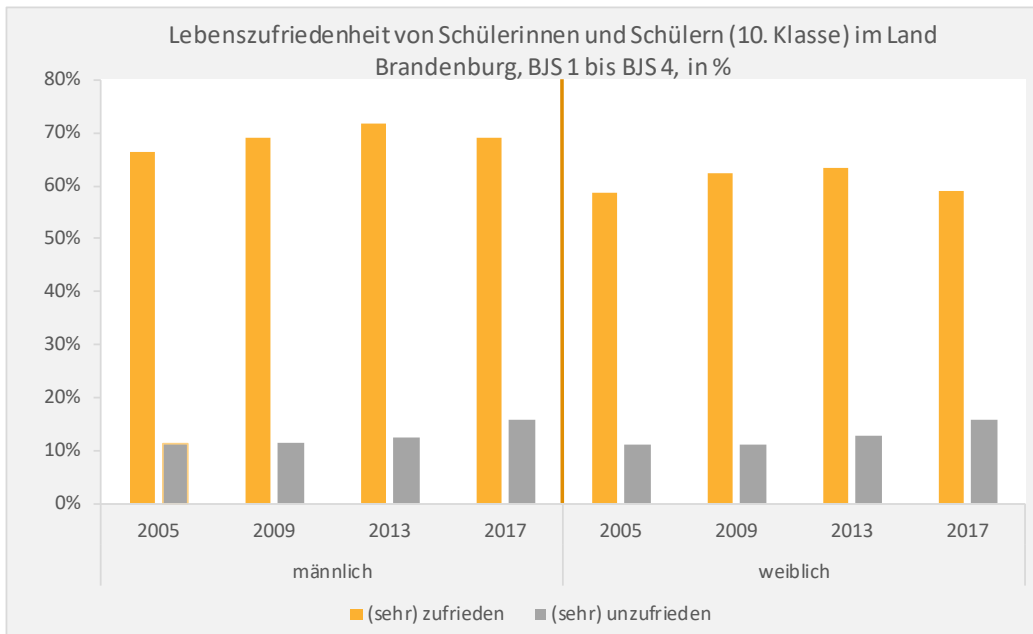
Beschwerdelast. Aus vorliegenden Ergebnissen der bundesweiten Stichprobe 2013/2014 für 11- bis 15-Jährige zeigt sich, dass fast 17 % der Mädchen und 10 % der Jungen ihren Gesundheitszustand selbst als schlecht beschreiben, wobei sich bei den Mädchen ein deutlicher Anstieg von knapp 11 % bei den 11-Jährigen auf fast 22 % bei den 15-Jährigen zeigt. Wie aus anderen Untersuchungen bekannt, zeigt sich auch hier ein Einfluss der sozialen Schicht (HBSC-Studienverbund Deutschland 2015).

Das MASGF fördert die HBSC-Studie für Brandenburg gemeinsam mit dem MBSJ und der AOK-Nordost. Ergebnisse für Brandenburg werden 2019 erwartet.

Im Land Brandenburg werden Schülerinnen und Schüler der 10. Klassen als Teil der Gesundheitsberichterstattung nach ihrem Substanzkonsum befragt (Schülerbefragung BJS; MASGF 2017c; vgl. Kap. 3.2). Im Rahmen dieser Erhebung wird nach der Lebenszufriedenheit gefragt. Von 2005 bis 2013 nimmt die Zahl der Befragten zu, die angeben (sehr) zufrieden zu sein. Zwischen 2013 und 2017 sank die wahrgenommene Lebenszufriedenheit bei beiden Geschlechtern und der Anteil derjenigen, die (sehr) unzufrieden waren, stieg. Es gibt eine Tendenz zur Polarisierung, die weiter sorgfältig beobachtet werden sollte.

Im Alter von ca. 16 Jahren schätzen Mädchen ihren Gesundheitszustand und ihre Lebensqualität als schlechter ein als Jungen. Der Anteil der Jugendlichen, die mit Ihrem Leben sehr unzufrieden sind, variiert zwischen den Landkreisen.

Abbildung 6: Angabe von Schülerinnen und Schülern zur Lebenszufriedenheit (10. Klasse)

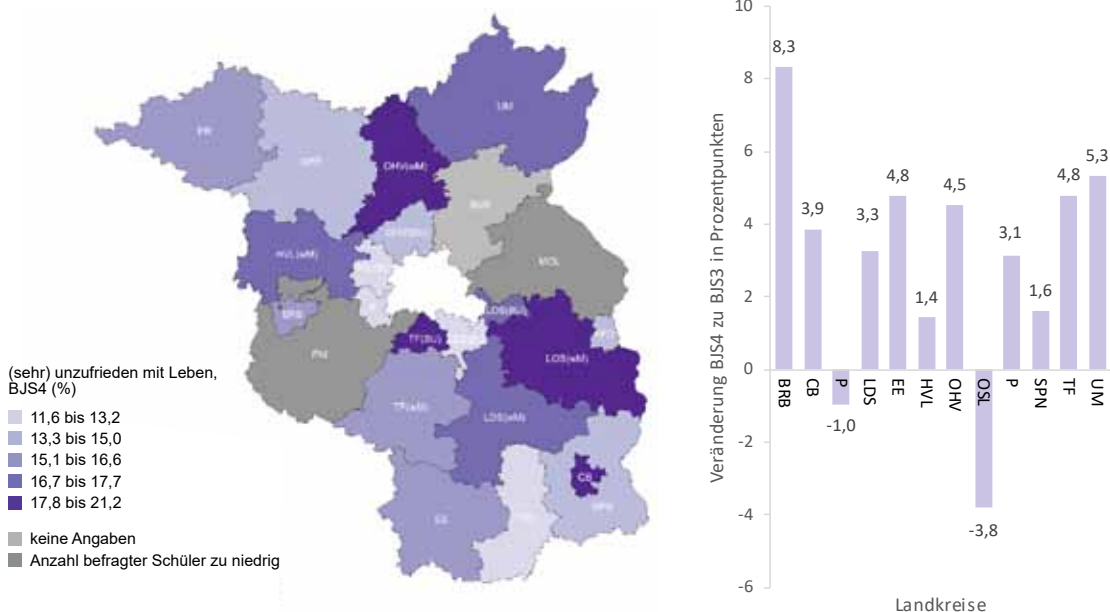


Quelle: BJS verschiedene Befragungswellen (LSK 2018); Darstellung PMV forschungsguppe

Bei den Ergebnissen fällt auf, dass sich Jungen und Mädchen in ihren Antworten unterscheiden. Vergleichbar den Antworten zum Gesundheitszustand, liegt der Anteil der

Mädchen mit 59 % in der Kategorie „(sehr) zufrieden“ 10-Prozentpunkte unter dem Anteil der Jungen (69 %).

Abbildung 7: Unzufrieden mit dem Leben - Angaben von Schülerinnen und Schülern der 10. Klassen zur Lebenszufriedenheit – regionale Darstellung



Quelle: BJS verschiedene Befragungswellen (LSK 2018); Berechnung und Darstellung PMV forschungsguppe; Hinweis: Die Abkürzungen der Landkreise und kreisfreien (KFZ-Kennzeichen) Städte sind im Anhang verzeichnet.

Auch zeigen sich regionale Unterschiede bei der Frage nach der Lebenszufriedenheit. Gegenüber der Befragung 2013 stieg in den meisten Landkreisen und kreisfreien Städten der Anteil der (sehr) unzufriedenen Schüler und Schülerinnen an, mit Ausnahme von Potsdam und des Landkreises Oberspreewald-Lausitz.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Studien wie auch der Gesundheitsberichterstattung legen nahe, schon in früher Kindheit Gesundheits- und Sozialkompetenz zielgruppen- und settingspezifisch zu fördern. „Gesund Aufwachsen“ ist auch ein zentrales nationales Gesundheitsziel (s. www.gesundheitsziele.de).

Ähnlich wie in Brandenburg im Gesundheitszieleprozess *Bündnis Gesund Aufwachsen* soll erreicht werden:

- eine Erhöhung der Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen,
- Reduktion von Belastungen/ belastenden Einflüssen für Kinder, Jugendliche und Familien,
- Förderung der Bewegung von Kindern und Jugendlichen,
- Reduktion der Fehlernährung, Förderung der gesunden Ernährung in Familien,
- Optimierung der Rahmenbedingungen und Strukturen für Gesundheitsförderung in Kita, Schule, Familie / Umfeld.

Ausbildungsfähigkeit und Persönlichkeit stärken

Im Land Brandenburg werden zahlreiche Schulprojekte durchgeführt, die zum Ziel haben, die Ausbildungsfähigkeit zu verbessern und die Persönlichkeit zu stärken (siehe INISEK I – Initiative Sekundarstufe I des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg; 2017)

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Stärkung der personalen und sozialen Schlüsselkompetenzen – Teamtraining KL. 7 (Brandenburg a.d.H.) ■ ProRespekt – Reden statt streiten! (Brieselang) ■ Potenziale nutzen und Stärken stärken (Ketzin/ Havel) ■ Fit für den Schulalltag (Rathenow) ■ Starke Kompetenz für meine Zukunft (Mühlenbecker Land) ■ Streitschlichterausbildung (Velten) ■ Gruppenfindung und Konfliktlösungskompetenz (Potsdam) ■ Fit für die Ausbildung – Das kriegen wir hin! (Königs Wusterhausen) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Strategien der Gewaltprävention und Sozialkompetenztraining ■ Kreativ statt aggressiv ■ Existenzgründung ■ Finde deine Stärken und lege los ■ Teamentwicklung und Kompetenzfeststellung ■ Berufliche Vorbereitung durch Erwerb von Schlüsselqualifikationen |
|--|--|



2.2.3 Gesundheit und Krankheit im Spiegel von Befunden und Diagnosen

Informationen zur Häufigkeit von Erkrankungen ergeben sich aus Diagnosedaten der ambulanten Versorgung und den Daten der ärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen können sich die Akteure vom Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg auf die GBE des Landes stützen. Auf der Gesundheitsplattform (www.gesundheitsplattform.de) und im Datenmonitor zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen des LAVG werden zu einer Vielzahl von Aspekten – von Entwicklungsstörungen, über Mundgesundheit, Unfallgeschehen bis hin zur Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen und Frühfördermaßnahmen – Informationen im zeitlichen Verlauf sowie im Vergleich zu bundesweiten Ergebnissen (sofern Daten vorhanden) zusammengetragen (LAVG 2016b).

Befunde bei Einschulungskindern und Jugendlichen in den 10. Klassen

Auch wenn der Gesundheitszustand von Kindern durch deren Eltern überwiegend als gut bis sehr gut eingeschätzt wird (KIGGS-Studie des RKI; Poethko-Müller et al. 2018a, Kuntz et al. 2018), zeigen sich bei Schuleingangsuntersuchungen (LAVG 2016a) sowie in den Untersuchungen der 10. Klassen (LAVG 2017a) Befunde, denen weiter nachgegangen werden sollte (MUGV 2013a). Die Schuleingangsuntersuchung ist wichtig, da nicht alle Kinder durch die von den Krankenkassen finanzierten und freiwilligen Früherkennungsuntersuchungen erreicht werden

(s.hierzu weiter unten). Durch die Untersuchung vor Schuleintritt werden Entwicklungsrisiken und Behandlungsbedarf erkannt (MASGF 2017b).

Die Daten zeigen, dass bei einem erheblichen Teil der Kinder medizinische Befunde erhoben wurden, die eine weitergehende Diagnostik und ggf. Behandlung und Förderung ratsam erscheinen lassen. Jungen waren fast immer häufiger betroffen als Mädchen. Die Häufigkeit der Befunde zeigt mit Ausnahme von Atopien und Untergewicht eine stärkere Belastung bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus (LAVG 2016a).

- Knapp 43 % der im Schuljahr 2015/2016 untersuchten 23.826 Kinder (im Mittel 6 Jahre alt) wies einen körperlichen Befund auf (Jungen 44 %, Mädchen 41 %). An erster Stelle stehen hier mit 12 % kontrollbedürftige Sehfehler und atopische Erkrankungen wie Neurodermitis, Heuschnupfen oder Asthma (19 %). Bei 6 % wurden Einschränkungen des Stütz- und Bewegungsapparates festgestellt.

Im Brandenburger Bericht über die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern (LAVG 2017) wurde untersucht, ob und in welchem Ausmaß die Fördermaßnahmen bevorzugt den Kindern zugutekommen, die gesundheitlich benachteiligt sind. Das heißt, es wurde der Zusammenhang von Fördermaßnahmen und sozialem Status der Familien betrachtet. Es zeigte sich, dass die Hälfte der Einschulungskinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus Fördermaßnahmen erhielten. Bei den

Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus waren demgegenüber nur ein Viertel der Kinder in Förderung (S. 11). Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Fördermaßnahmen die Kinder erreichen, die sie besonders benötigen.

Die ärztlichen Untersuchungen zur Schulentlassung in den 10. Klassen sind in Brandenburg mit der Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (§2 JArbSchG) verbunden. Auch hier besteht die Chance, Jugendliche, die gesundheitliche Risiken und Befunde aufweisen und bislang nicht in ärztlicher Behandlung waren, zu beraten und bei Bedarf eine Behandlung zu empfehlen.

- Bei etwas mehr als der Hälfte der untersuchten ca. 16-jährigen Jugendlichen wurde 2016 mindestens ein medizinisch relevanter Befund erhoben. Hierbei handelte es sich vor allem um kontrollbedürftige Sehfehler, Allergien und Probleme mit dem Stütz- und Bewegungsapparat. Insgesamt wurde bei 31 % der Jugendlichen eine chronische Gesundheitsstörung festgestellt. An erster Stelle stehen hierbei vor allem die Befunde des Stütz- und Bewegungsapparates, z.B. Fehlstellungen der Wirbelsäule. Bei rund einem Drittel (34,2%) wurden die gesundheitlichen Probleme erstmalig festgestellt, wobei der Anteil mit Erstdiagnosen bei den Jugendlichen von Förderschulen mit 37 % am höchsten, von Gymnasien mit 20 % am niedrigsten lag.

- Gesundheitlich bedingte Einschränkungen für die berufliche Ausbildung wurden bei 18 % der Mädchen und 16 % der Jungen festgestellt (LAVG 2017a).

Weitere Erkenntnisse zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen geben auch die ärztlich dokumentierten Diagnosen der niedergelassenen Ärzte. Die nachstehend dargestellten Häufigkeiten beziehen sich immer auf Kinder im Alter von 0 bis unter 15 Jahren, bei denen mindestens ein Arztkontakt im Jahr 2016 bestanden hat. Demgegenüber gelten die oben berichteten Daten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes für die gesamte Altersgruppe.

Allergien (Atopien)

Schon die schulärztlichen Untersuchungen zeigen eine hohe Befundrate bei allergischen Erkrankungen. Zu den Atopien zählen die allergische Form des Asthma bronchiale, der Heuschnupfen und die Neurodermitis (atopisches Ekzem/atopische Dermatitis). Die Ursachen für das Auftreten der Allergien sind noch nicht gänzlich bekannt. Neben genetischen Faktoren spielen auch Faktoren der Umwelt und des Lebensstils eine Rolle – wie Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft, frühkindliche Infektionen oder Stillen als präventive Maßnahme.

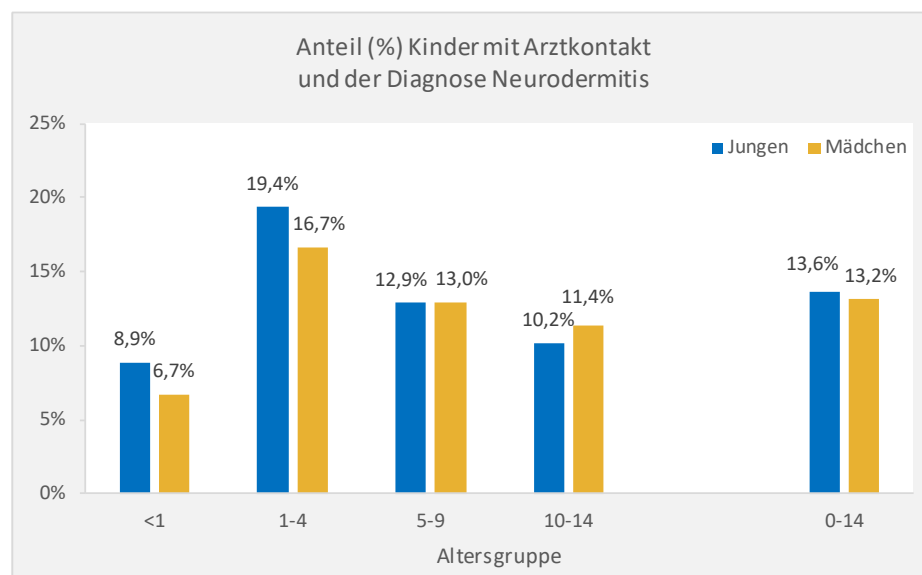
Atopische Erkrankungen sind häufig und nehmen mit dem Alter noch zu. Insgesamt gab es im Land Brandenburg im Jahr 2016 knapp 58.000 Kinder mit Atopien als ärztliche Diagnose.

- Asthma – knapp 6% der Kinder weisen diese Diagnose auf – beruht auf einer Übererregbarkeit der Bronchien mit der Folge, dass es zu einem Pfeifen beim Atmen, zu Husten bis hin zur Atemnot kommt. Ist das auslösende Allergen bekannt, besteht die Therapie in einer (weitgehenden) Vermeidung des Kontaktes mit dem Allergen (Allergenkarenz), ggf. auch in einer Desensibilisierung. Die betroffenen Kinder sollten schon frühzeitig eine Schulung erhalten, um die Krankheit zu verstehen, die Medikation richtig anwenden und bei einer Verschlechterung der Lungenfunktion Selbsthilfemaßnahmen durchführen zu können. Dies führt zu einer besseren Belastbarkeit und weniger Fehltagen in der Schule. Den aktuellen KIGGS-Daten zufolge liegt die Prävalenz des ärztlich diagnostizierten Asthmas bei den 3- bis 17-Jährigen bei 4%

(Poethko-Müller 2018b). Im Land Brandenburg zeigen sich bezogen auf alle Altersgruppen für Asthma etwas höhere Werte von knapp 6% mit regionaler Varianz von 3,7% bis 7,5%.

- Rund 6% der Kinder (ca. 17.500) leiden unter Heuschnupfen.
- Deutlich häufiger wird Neurodermitis diagnostiziert. Neurodermitis (atoptisches Ekzem) ist eine chronisch entzündliche Hautkrankheit und hat den größten Anteil an den Atopien. Sie gehört zu den häufigsten Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Die Erkrankung verläuft in Schüben und in sehr variabler Ausprägung. In der Akutphase kommt es zu Bläschenbildung, starkem Juckreiz, Nässen und Krustenbildung. Bei der Versorgung bedarf es einer Zusammenarbeit von Kinderärzten und Dermatologen. Bei rund 13% der hier betrachteten Kinder im

Abbildung 8: Häufigkeit von Neurodermitis, 2016

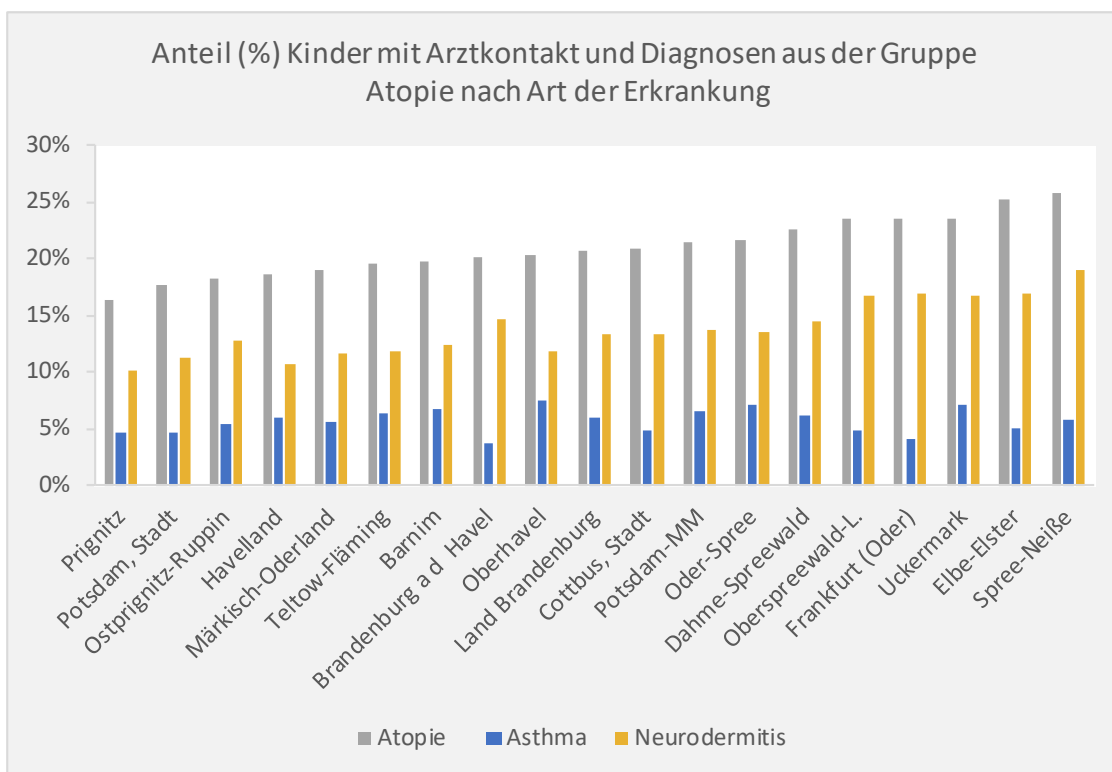


Quelle: Daten der KV Brandenburg, Sonderauswertung ZI-Berlin

Land Brandenburg fand sich die Diagnose Neurodermitis (ICD 10: L20). Den höchsten Anteil mit knapp 20 % weisen Jungen in der Altersgruppe zwischen ein und vier Jahren auf (Mädchen: 16,7 %). Insgesamt hatten rund 37.000 Kinder einen Behandlungsanlass mit dieser Diagnose (Abbildung 8).

Die Häufigkeit von Atopien zeigt ausgeprägte regionale Unterschiede mit einer Spanne von rund 15 % im Landkreis Prignitz bis rund 25 % im Landkreis Spree-Neiße (Abbildung 9). Diese Varianz zeigt sich auch zwischen den Bundesländern mit höheren Werten in den neuen Bundesländern (Grobe et al. 2012).

Abbildung 9: Häufigkeit von Atopien, 2016



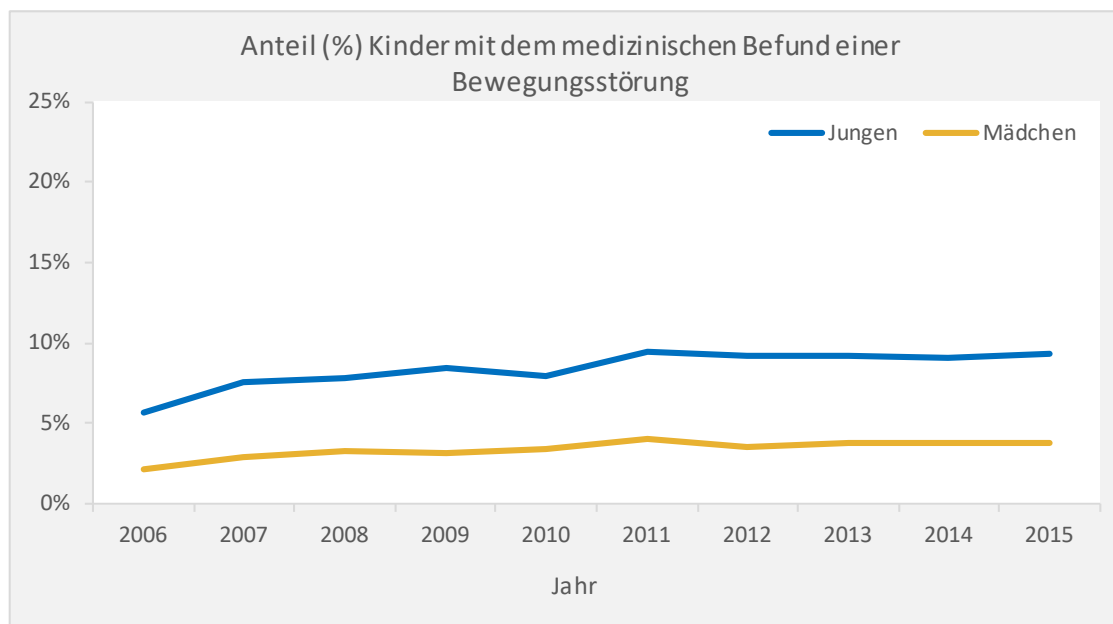
Quelle: Daten der KV Brandenburg, Sonderauswertung ZI-Berlin

Bewegungsstörungen und Probleme mit dem Stütz- und Bewegungsapparat

Bei den Schuleingangsuntersuchungen werden die motorischen Fähigkeiten untersucht, bei den Schulabgangsuntersuchungen liegt ein Fokus auf dem Stütz- und Bewegungsapparat. Besonders deutliche Geschlechtsunterschiede zeigen sich bei

Bewegungsstörungen, die in den schulärztlichen Untersuchungen erfasst werden (Abbildung 10). Über die letzten 10 Jahre betrachtet war bis 2011 eine Zunahme in der Befundhäufigkeit festzustellen, seit 2012 liegt der Anteil relativ stabil bei rund 3 Prozent bei Mädchen und bei rund 9 Prozent bei Jungen.³

Abbildung 10: Häufigkeit von Bewegungsstörungen bei Schuleingangsuntersuchungen im zeitlichen Trend



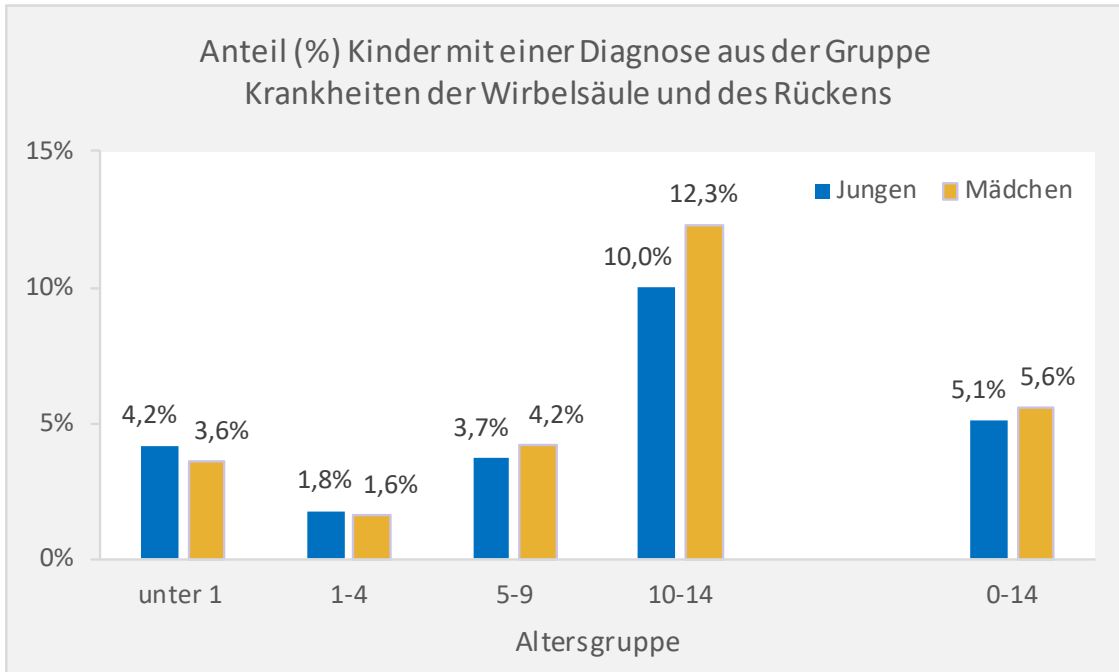
Quelle: Abt. Gesundheit im LAVG 2016a

Bei der Schulabgangsuntersuchung standen bei den Befunden Probleme des Stütz- und Bewegungsapparates, z.B. Fehlstellungen der Wirbelsäule an erster Stelle. Dies spiegelt sich auch in den Behandlungsanlässen. Rund jedes fünfte bis sechste Kind hat hierzu einen Behandlungsanlass

(ICD 10: M00-M99). Knapp 6 Prozent haben explizit Probleme mit der Wirbelsäule und dem Rücken (ICD 10: M40-54). In der Altersgruppe der Zehn- bis 14-Jährigen liegt dieser Anteil bei den Jungen bei 10 %, bei den Mädchen etwas höher bei 12,3% (Abbildung 11).

³ Der Befund Bewegungsstörungen wird auf der Grundlage von drei standardisierten motorischen Aufgaben festgestellt: den Einbeinstand (Balance), Standweitsprung (Kraft) und bei Auffälligkeit einer dieser Aufgaben zusätzlich mit dem Einbeinhüpfer (Kombination von Balance und Kraft). Wenn das Kind zwei der drei motorischen Tests nicht bewältigen kann (siehe Handbuch KJGD) wird der Befund Bewegungsstörungen erhoben. Bekannte Vorbefunde werden berücksichtigt. Aus: Erläuterungen zu Bewegungsstörungen, www.gesundheitsplattform.brandenburg.de

Abbildung 11: Häufigkeit von Muskel-Skelett-Erkrankungen, 2016



Quelle: Daten der KV Brandenburg, Sonderauswertung ZI-Berlin

Aktivitäten im Land Brandenburg zur Bewegungsförderung bei Kindern

Zur Förderung der motorischen Entwicklung und Bewegung gibt es im Land Brandenburg zahlreiche Initiativen wie beispielsweise

- Landesprogramm zur Kooperation von Sportvereinen mit Schulen
- Förderprogramm zur Kooperation von Sportvereinen mit Kitas
- Kitaolympiade „Immer in Bewegung mit Fritzi“
- Gütesiegel „BEWEGUNGSKITA“
- Projekt Schulwandertage auf Inline-Skates
- Projekt „Straßenfußball für Toleranz“
- activityschool – Stark für Gesundheit und Bewegung in der Schule

Quelle: <http://sportjugend-bb.de>; <https://activityschool.de>

Starkes Übergewicht und Untergewicht

In den Medien wird immer wieder problematisiert, dass starkes Übergewicht (Adipositas) bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren zugenommen habe. Die Aussage ist in der pauschalen Form falsch. Die Adipositasrate bei den Einschülerinnen und -schülern in Brandenburg erreichte den höchsten Wert in 2012 und zeigt seitdem eine abnehmende Tendenz. Sie lag in 2015 bei Mädchen bei 3,9 % und bei Jungen bei 3,4 %. Im Altersverlauf nimmt der Anteil der adipösen Kinder bis auf knapp 10 % bei den Schulabgängerinnen und -abgängern zu. Der Anteil der untergewichtigen Kinder nimmt im Altersverlauf hingegen ab: wurden 3,7 % der untersuchten Schulanfängerinnen und -anfänger als untergewichtig eingeordnet, lag der Anteil in der 10. Klasse bei 2 %, mit etwas höheren Raten bei den Jungen (2,2 %) gegenüber Mädchen (1,8 %).

Je höher der soziale Status der Familien ist, desto seltener fand sich starkes Übergewicht. So wiesen in 2015 Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus mit 7,3 % eine vierfach höhere Häufigkeit auf im Vergleich zu 1,8 % bei Kindern aus Familien mit hohem Status. Auch die 2. Welle der KiGGS-Studie zeigt, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen (3 bis 17 Jahre) mit Übergewicht (15,4 %) und Adipositas (5,9%) in den letzten zehn Jahren nicht gestiegen ist, jedoch nach wie vor auf einem hohen Niveau liegt (Schienkiewitz et al. 2018).

Regional betrachtet gab es 2015 deutliche Unterschiede bei den Adipositasraten (LAVG 2016a). Sie lagen zwischen 1,9% in Potsdam

und 7,2 % in Frankfurt (Oder) und waren damit auch ein Spiegel der unterschiedlichen sozialen Lagen der Familien von Einschülerinnen und -schülern in den Regionen. Im Berliner Umland finden sich deutlich weniger adipöse Kinder (2015: 2,5 %) als im weiteren Metropolenraum (2015: 4,5 %).



Schulgesundheitsfachkraft – Begleitung und Beratung im Schulalltag

Im November 2016 startete auf Initiative des *Bündnis Gesund Aufwachsen* in Brandenburg das bundesweit einzigartige Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg“. Sowohl die Durchführung als auch die Evaluation ist ein Gemeinschaftsprojekt der Länder Brandenburg und Hessen. Von November 2016 bis November 2017 wurden im Rahmen des Projektes zehn Schulgesundheitsfachkräfte qualifiziert und werden seit Februar 2017 an 20 Modellschulen im Land Brandenburg eingesetzt. Ihre Aufgabe ist es, eine qualitativ hochwertige gesundheitsbezogene Versorgung in den Schulen zu gewährleisten.

Die Schulgesundheitsfachkräfte sind vor allem bei Verletzungen oder Erkrankungen schnell zur Stelle, beraten in Gesundheitsfragen von der richtigen Ernährung bis zu ausreichender Bewegung, unterstützen die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Kommunen und betreuen chronisch kranke Kinder an den Schulen. Das zweijährige Modellprojekt wird umfassend evaluiert. Die Charité Universitätsmedizin Berlin misst gesundheitliche Effekte, die Gesellschaft zur Förderung sozialer Innovationen e.V. (GFSI) evaluiert das Curriculum und die Leuphana Universität Lüneburg prüft Bildungseffekte.

Das Projekt wird in Brandenburg in Kooperation mit dem Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse und der Unfallkasse Brandenburg umgesetzt. Projektträger in Brandenburg ist der AWO Bezirksverband Potsdam e.V.

Verletzungen und Unfälle

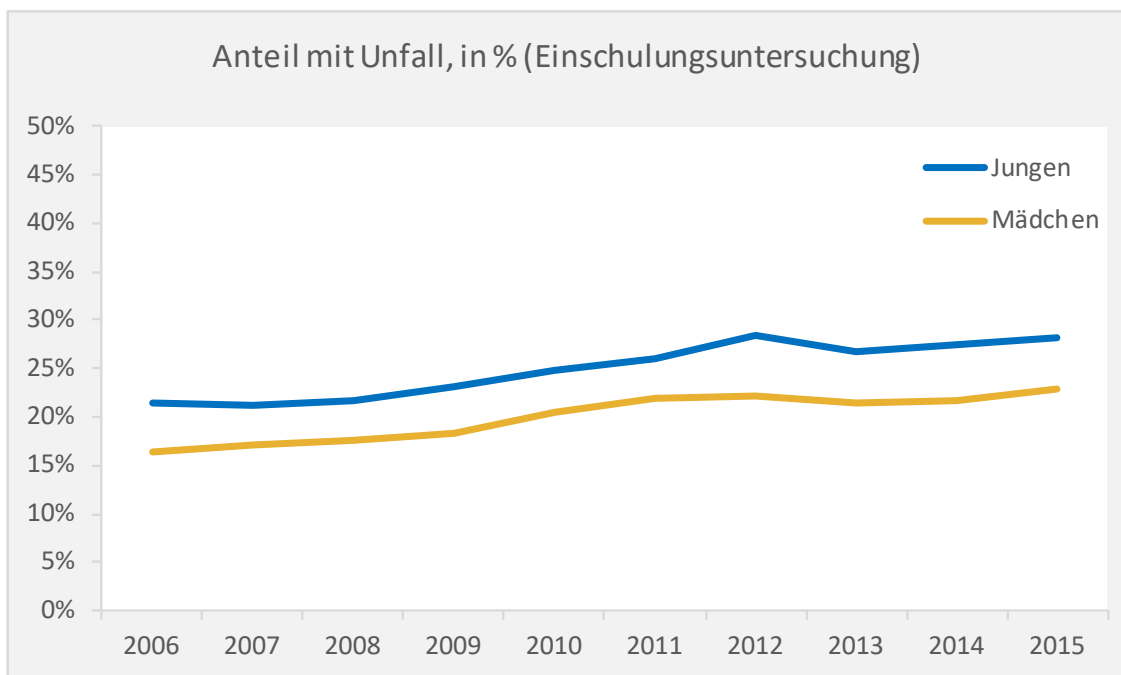
Bei der Einschulungsuntersuchung wird über die Befragung der Eltern auch erfasst, ob die Kinder bereits einen Unfall hatten, der ärztlich behandelt werden musste. Sowohl bei Mädchen als auch Jungen ist der Anteil mit einem Unfall bis zur Einschulung (Lebenszeitprävalenz) von 2006 bis 2012 deutlich gestiegen (Abbildung 12). 2015 lag der Anteil bei den Mädchen bei 21,8 %, bei den Jungen lag er

mit 27,4 % erwartungsgemäß deutlich höher (LAVG 2016b). Ein möglicher Grund für die Zunahme liegt in einer stärkeren Bereitschaft der Eltern, die Verletzungen ärztlich abklären zu lassen. Hierzu gibt es Hinweise aus Untersuchungen zu den im Netzwerk Gesunde Kinder betreuten Kindern. Hier wurden mehr ärztlich behandelte Unfälle genannt als bei nicht im Netzwerk betreuten Kindern. Dieses unerwartete Ergebnis wird auf die Aufklärung

der Eltern durch die Patinnen und Paten über die Gefährlichkeit z.B. von Kopfverletzungen zurückgeführt (Ellsäßer et al. 2015). Zu bedenken ist allerdings auch die heute vorhandene breite Verfügbarkeit von risikoreicheren Sportgeräten, z.B. Trampoline.

Knapp die Hälfte der Unfälle ereignet sich zuhause (47,6 %), rund ein Viertel (27,1 %) in der Kita. 4,5 % verunglückten im Straßenverkehr. An erster Stelle stehen Gehirnerschütterung und Knochenbrüche. 2,3 % der Kinder hatten Verbrühungen erlitten; dieser Anteil lag 2004 mit 1,5 % deutlich niedriger. 39 % der Kinder mit einem Unfall wurden im Krankenhaus behandelt.

Abbildung 12: Häufigkeit von ärztlich behandelten Unfällen bei Einschülerinnen und -schülern (Lebenszeitprävalenz) im zeitlichen Trend

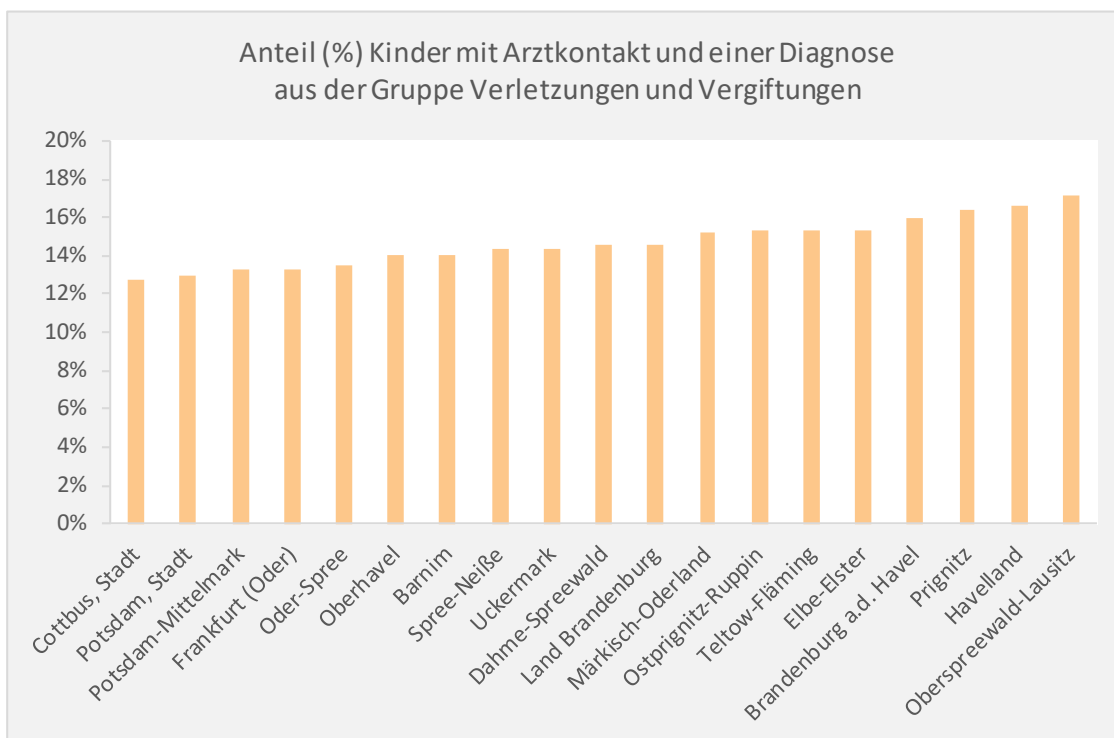


Quelle: Abt. Gesundheit im LAVG 2016a

Es zeigen sich Unterschiede zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten: Der geringste Anteil an verunfallten Kindern wird mit 17,4 % für Cottbus berichtet, den höchsten Anteil weist Havelland mit 32,5 % auf. Eine Erklärung für die großen regionalen Unterschiede steht noch aus. Diese Varianz zeigt

sich auch bei den ärztlichen Diagnosen in der Gruppe „Verletzungen und Vergiftungen“ für das Jahr 2016 (Abbildung 13). Insgesamt hatten rund 15% der Jungen und 14% der Mädchen einen Behandlungsanlass mit Diagnosen aus dieser Gruppe.

Abbildung 13: Häufigkeit von Verletzungen und Vergiftungen, 2016



Quelle: Daten der KV Brandenburg, Sonderauswertung ZI-Berlin

Mobilität von Familien und Verkehrssicherheit

Das MASGF legt mit seiner Weiterentwicklung des Familien- und Kinderpolitischen Programms „Gemeinsam für ein familien- und kinderfreundliches Brandenburg“ (Juni 2016) einen Schwerpunkt des Maßnahmenpakets auf die Sicherung der Mobilität von Familien und Verkehrssicherheit – insbesondere von Kindern und Jugendlichen. Hierzu werden zielgruppenspezifische Angebote entwickelt wie z.B.

- „Kleine Adler für sicheren Schulweg“
- „Mit Helm – aber sicher!“
- Landeswettbewerb „Schülerlotsen“ und „Bester Radfahrer“
- „Busschule“, „Radfahrausbildung“ und „Radfahrtsicherheit 12+“
- Elternhaltestelle
- Schul- und Spielwegsicherheit – ein Leitfaden für Lehrkräfte, Eltern und Planer

MASGF 2016

Entwicklungsstörungen

Sowohl bei den U-Untersuchungen als auch bei den Schuleingangsuntersuchungen wird auf die körperliche und kognitive Entwicklung der Kinder geachtet, um einen Förderbedarf rechtzeitig zu erkennen. Zu den Entwicklungsstörungen zählen alle Leistungsdefizite, die nicht durch eine Minderung der Intelligenz oder durch körperliche und seelische Beeinträchtigungen erklärt werden können. Als „umschriebene Entwicklungsstörungen“ werden Störungen der Motorik, der Sprachentwicklung, sowie Lese-, Rechtschreib- und Rechenschwäche bezeichnet. Auch hier sind die Häufigkeiten abhängig von der zugrunde gelegten Norm. Wichtig sind eine frühe Diagnosestellung und Präventionsangebote in Kindergarten, Schulen und Vereinen.

Bei den Schuleingangsuntersuchungen (LAVG 2016a) wurden

- bei 9 % der Kinder allgemeine Entwicklungsstörungen,
- bei 33 % der Kinder (Jungen: 40 %, Mädchen: 27 %) schulrelevante Entwicklungsstörungen festgestellt.

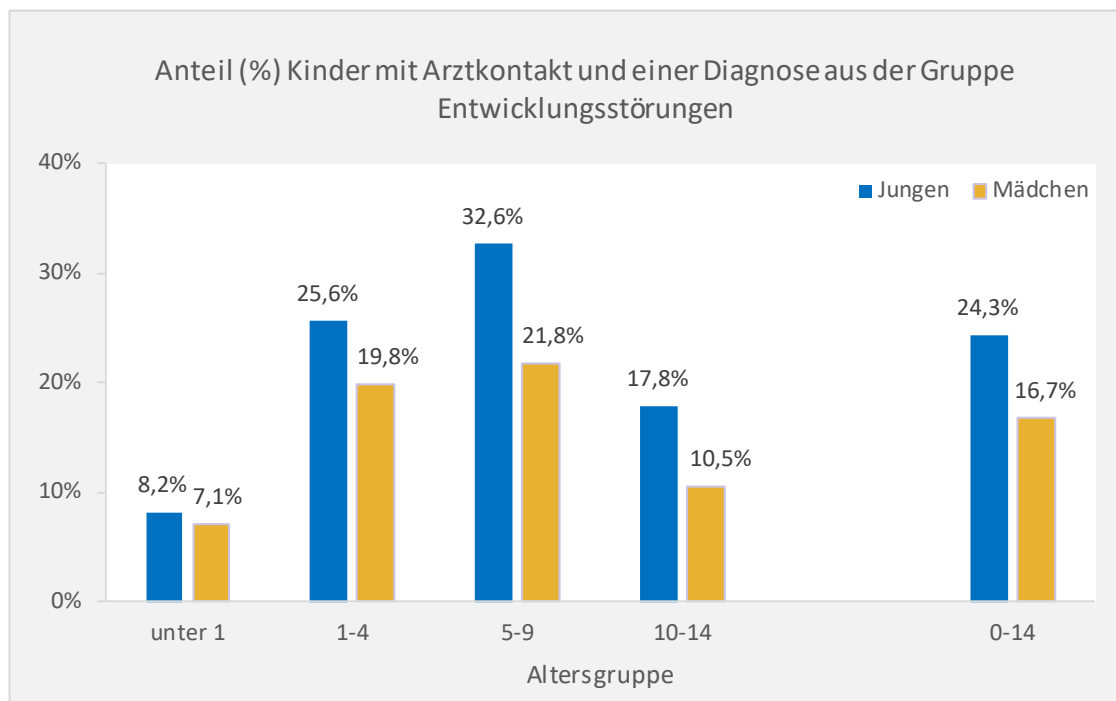
22 % der Kinder im Alter von ca. 6 Jahren wiesen Sprach- und Sprechstörungen auf. Bei 16 % wurden Störungen der Feinmotorik, bei rund 10 % visuelle Wahrnehmungsstörungen dokumentiert.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte kodierten im Jahr 2016 bei 57.300 Kindern im Land Brandenburg einen Behandlungsanlass aus der Diagnosegruppe Entwicklungsstörungen. Dies entspricht knapp 21% aller Kinder mit einem Arztkontakt. Die höchste Häufigkeit

zeigt die Altersgruppe der Fünf- bis Neunjährigen (Abbildung 14). Diese Gruppe wurde auch am häufigsten mit Logopädie und Ergotherapie behandelt (Abschnitt 2.3.1). 2009 lag der Anteil mit einer ärztlichen Dia-

gnose Entwicklungsstörung bei 17%, 2016 bei 20,6%. Die Regionen weisen Anteile von 17,3% im Landkreis Barnim bis zu 27,4% in der Stadt Brandenburg an der Havel auf (Abbildung 16).

Abbildung 14: Häufigkeit von Entwicklungsstörungen



Quelle: Daten der KV Brandenburg, Sonderauswertung ZI-Berlin

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten

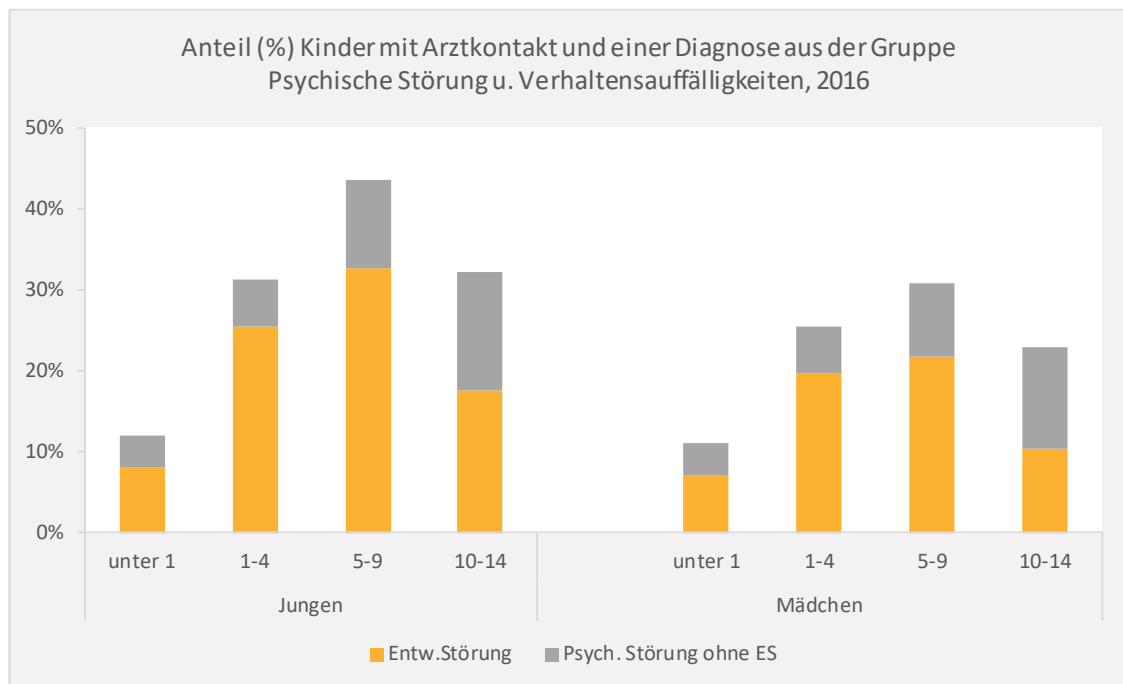
Anders als bei vielen somatischen Erkrankungen, bei denen anhand festgelegter Kriterien der Zustand von gesund und krank leichter bestimmt werden kann, zeigen sich bei psychischen Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten fließende Übergänge. Teilweise ist das, was als abweichend beschrieben

wird, eine Abweichung von sozialen Normen und Erwartungen. In welchem Umfang Kinder- und Jugendliche von psychischen Problemen betroffen sind, ist durch eine einfache Befragung nicht zuverlässig zu erheben, da für die Diagnosestellung eine umfassende Untersuchung durchgeführt werden muss.

Psychische und Verhaltensstörungen stellen einen sehr häufigen Behandlungsanlass in der ambulanten Versorgung dar. Dabei muss berücksichtigt werden, dass dieses Diagnosekapitel ein breites Spektrum an Problemen und Erkrankungen mit ganz unterschiedlichem Schweregrad umfasst: von Fütterstörungen und „Schreibabies“, Einnässen, Einkoten, Nägelkauen, Stottern, Schulängsten, Suchtverhalten bis zu Depression und Hyperkinetischen Störung. Auch die Entwicklungsstörungen (siehe oben) zählen hierzu, die einen Anteil von fast 70% an den Diagnosen dieser Gruppe stellen.

Rund ein Drittel (34,4%) aller Jungen (und ein Viertel (25,5%) aller Mädchen der Altersgruppen 0-14 Jahre hatte einen Behandlungsanlass mit einer Diagnose aus der Gruppe „Psychische und Verhaltensstörung“ (ICD 10: F00-F99). Betrachtet man nur Kinder ohne die Diagnose Entwicklungsstörung, die oftmals auch mit anderen psychischen Diagnosen verbunden ist, weisen noch rund 10% der Jungen und knapp 9% der Mädchen eine psychische Störung auf (s. Abbildung 15). Der höchste Anteil liegt hierbei in der Altersgruppe der Zehn- bis Vierzehnjährigen. Die häufigste Diagnose ist die hyperkinetische Störung/ADHS.

Abbildung 15: Häufigkeit Psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten



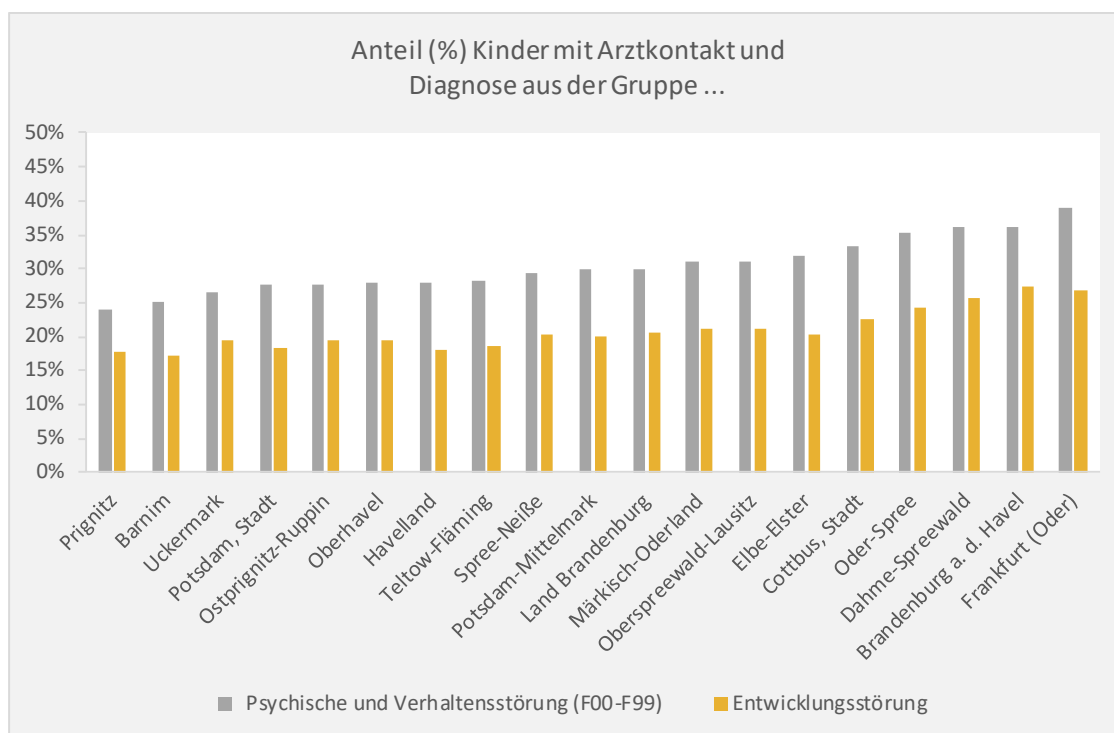
Quelle: Daten der KV Brandenburg, Sonderauswertung ZI-Berlin

Die Häufigkeitsschätzungen auf Basis der Diagnosen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten decken sich gut mit den Ergebnissen der schulärztlichen Untersuchungen:

- Bei knapp 8 % der im Mittel sechs Jahre alten Kinder (Jungen knapp 10%, Mädchen rund 5%) wurden in 2015 emotionale/soziale Störungen dokumentiert. Bei 2,4 % gab es Hinweise auf eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperkinetische Störung (ADHS). Erwartungsgemäß lag der Anteil unter den Jungen mit 3,4% höher als unter den Mädchen mit 1,4 %. (LAVG 2016a).
- Bei den Schulabgangsuntersuchungen (2016) lag der Anteil mit emotionaler/sozialer Störung deutlich niedriger bei 2,4%, wobei jetzt die Mädchen höhere Befundhäufigkeiten aufweisen (Jungen 1,6%, Mädchen 3,4%) (LAVG 2017a).

Psychische Störungen werden leidvoll erlebt, sind eine Belastung für Kind und Familie und können negative Auswirkungen auf die Entwicklung der Persönlichkeit sowie auf die weitere Schul- und Berufskarriere haben. Daher ist ein rechtzeitiges Erkennen problematischer Verläufe verbunden mit einer gezielten Behandlung der Kinder sowie Unterstützung ihrer Eltern wichtig. Psychische Probleme und Entwicklungsstörungen stellen zwar – wie dargestellt - einen häufigen ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlungsanlass bei Kindern und Jugendlichen dar. Man kann jedoch davon ausgehen, dass viele Kinder und ihre Eltern entweder eine Behandlungsnotwendigkeit nicht erkennen oder sie keinen Zugang zu einer fachspezifischen Versorgung haben bzw. bei den Therapeuten lange Wartezeiten bestehen. Unterschiedliche Versorgungsstrukturen sind auch ein Einflussfaktor auf regionale Varianz in der Diagnosestellung (Abbildung 16).

Abbildung 16: Regionale Häufigkeit Psychischer und Verhaltensstörungen sowie Entwicklungsstörungen, 2016



Quelle: Daten der KV Brandenburg, Sonderauswertung ZI-Berlin

Bündnis Gesund aufwachsen – Seelische Gesundheit und Förderung der Lebenskompetenz

Die seelische Gesundheit von Kindern ist ein zentrales Anliegen des Bündnisses. Die Arbeitsgruppe Seelische Gesundheit benennt folgende Ziele

- Kinder und Jugendliche wachsen seelisch gesund auf.
- Die hierfür erforderlichen Hilfen stehen zur Verfügung.
- Störungen der seelischen Gesundheit werden frühzeitig erkannt und behandelt.

Ein Schwerpunkt der Arbeit war die Entwicklung eines Wegweisers. Dieser neue Online-Wegweiser „Kidskompass“ erleichtert Familien und Fachpersonen die Suche nach Angeboten zur seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg.

Mit dem im Nationalen Gesundheitsziel Gesund Aufwachsen benannten Teilziel „Die Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen ist erhöht, Belastungen/belastende Einflüsse sind reduziert“ wird sich das Bündnis Gesund Aufwachsen auf Grundlage der Ergebnisse des Werkstattgespräches vom April 2018 weiter befassen. Insbesondere wird die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses von „Lebenskompetenz“ für die Arbeit im Bündnis als Querschnittsaufgabe fortzuführen sein.



Psychische Störungen bei Schülerinnen und Schülern erkennen und Hilfsangebote aufzeigen. Informationen für Lehrkräfte.

„Kinderseele. Kennen. Lernen.“
...seelisch gesund in der Schule

Achtung! Kinderseele

An vier Brandenburger Schulen aus dem Kreis Potsdam-Mittelmark wurde im Sommer 2016 ein Pilotprojekt der Stiftung „Achtung! Kinderseele“ mit Fortbildungsveranstaltungen, Elternabenden und Supervision von Ärzten der Stiftung umgesetzt. Thema waren u.a. Schwierigkeiten beim Lernen, Konzentrationsstörungen, Aggression und Depressionen. Gesprochen wurde auch über den Umgang mit Gewalterfahrungen, Selbstverletzung und Vernachlässigung.

Das gesamte Kollegium einer Schule hat sich im Rahmen des Projekts auf den Weg gemacht, um eine Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche anzuschauen – ein wichtiger Schritt um Vorurteile, Ängste und Unsicherheit über die kinderpsychiatrische Behandlung abzubauen.

<http://www.achtung-kinderseele.org/html/aktivitaeten/kinderseele.kennen.lernen.html>

Prävention durch das Netzwerk Gesunde Kinder

Unterstützung finden junge Familien im Land Brandenburg durch das **Netzwerk Gesunde Kinder** (NGK, vgl. ausführlicher Kap. 3.1.3). Nach den Daten der Einschulungsuntersuchung 2015 wurden 4,7% der Kinder und Familien in den ersten Lebensjahren durch eines der Netzwerke betreut. Der Kontakt bestand bei fast drei Viertel der Kinder zwei Jahre oder auch länger. Wie die Auswertung zeigt, wurden Familien mit niedrigem Sozialstatus und Alleinerziehende signifikant überproportional häufig im Netzwerk erreicht. Kinder, die in den Netzwerken betreut wurden, nahmen Vorsorgeuntersuchungen (bis zur U7) häufiger in Anspruch. Sie waren insgesamt vollständiger geimpft und damit besser geschützt als diejenigen, die nicht durch das Netzwerk begleitet wurden (Sonderbericht zu Netzwerkkindern auf www.gesundheitsplattform.brandenburg.de)

2.3 Versorgungsstrukturen und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

2.3.1 Ambulante Versorgung

Werden Kinder krank, suchen die Eltern in der Regel einen Kinderarzt oder eine Kinderärztin auf. Ältere Kinder und Jugendliche werden jedoch auch von Allgemeinärzten behandelt. An der ambulanten Versorgung sind weiterhin (niedergelassene) Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater oder auch Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und -therapeutinnen beteiligt sowie eine Reihe anderer Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen, Heilberufe wie Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie und weitere soziale Berufe.

Behandlungsempfehlungen geben auch die Ärzte und Ärztinnen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, insbesondere für Ergotherapie, Logopädie und Krankengymnastik

(MASGF 2017b). Zusätzlich haben sie durch das sogenannte Betreuungscontrolling bei Kita-Kindern, die Möglichkeit, bei Kindern, bei denen sie eine Behandlung und Förderung für dringend geboten halten, zu beobachten und nachzufragen, ob die empfohlene Fördermaßnahme auch umgesetzt wurde (§ 6 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz). Dies erfolgt vor allem bei den jüngeren Kindern. Knapp 13 % aller untersuchten Kinder sind 2015 jemals über das Betreuungscontrolling begleitet worden (insgesamt 3.036), für 1.785 liegen Angaben zu den Gründen vor. Häufigster Anlass für ein Betreuungscontrolling waren Auffälligkeiten bei der Sprachentwicklung (LAVG 2016a).

Eine Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten hängt nicht nur von den Eltern und ihrer Einschätzung des Behandlungsbedarfs und Kenntnis der Behandlungsmöglichkeiten ab, sondern auch von den Zugangsmöglichkeiten, d. h. beispielsweise Entfernung zu einer Praxis und Erhalt eines Termins.

Im Land Brandenburg standen nach Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) zum Stichtag 30.06.2017 zur Verfügung (summierte Vollzeitstellen, Vollzeitäquivalente):

- 169,75 Kinderärzte/-ärztinnen,
- 24 Kinder- und Jugendpsychiater/-psychiaterinnen,
- 92,25 Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/-psychotherapeutinnen.

Zusätzlich können sich Eltern und Jugendliche mit schweren psychischen Erkrankungen an eine Institutsambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie an neun Standorten, angegliedert an eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik, wenden. Bei neurologischen und chronischen Erkrankungen oder Krankheitsverläufen, die zur Entwicklungsstörung oder Behinderung des Kindes bzw. Jugendlichen führen können, kann nach Überweisung des (Kinder-)Arztes die Inanspruchnahme eines der vier Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) im Land Brandenburg folgen.

Orientierung über Angebote zur seelischen Gesundheit

Mit Förderung durch das MASGF wurde mit KIDSKOMPASS ein Internet-Wegweiser für Eltern und Kinder über Angebote zur seelischen Gesundheit im Land Brandenburg entwickelt
<http://www.kidskompass.de>



Wie viele Ärztinnen und Ärzte pro Einwohner vorhanden sein sollten, um die Versorgung sicher zu stellen, wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss durch die Bedarfsplanungs-Richtlinie festgelegt. Im Land Brandenburg sind nach dieser Verhältniszahl in allen Regionen ausreichend und mehr als im Bundesdurchschnitt viele Kinderärzte und -ärztinnen niedergelassen (Klose & Rehbein 2017), allerdings bedeutet dies nicht, dass die Praxen gleichmäßig im Land verteilt sind (Abbildung 17). In einigen eher dünn besiedelten Regionen sind durchaus längere Anfahrtswege erforderlich oder es wird alternativ

ein Allgemeinarzt oder -ärztin aufgesucht. Auch in Bezug auf die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater und -psychiaterinnen gelten die Regionen derzeit rein rechnerisch als ausreichend versorgt, wobei sich noch in einigen Regionen Ärzte niederlassen dürfen. Zu bedenken ist jedoch die Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte. So liegt das Durchschnittsalter der Kinderärzte und -ärztinnen im Land Brandenburg bei 54,3 Jahren; rund 30 % sind 60 Jahre und älter. Bei den Kinder- und Jugendpsychiatern liegt der Anteil der über 59-Jährigen bei 12,5 %.

Tabelle 2 zeigt regionale Unterschiede hinsichtlich der Dichte der Arztgruppen. Zu Wartezeiten, insbesondere im Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung liegen keine

belastbaren aktuellen Daten vor. Durch die Einrichtung von Akutsprechstunden sollte eine erste Kontaktaufnahme in Krisenfällen zeitnah möglich sein.

Tabelle 2: Arztgruppen mit besonderer Bedeutung für Kinder und Jugendliche im Jahr 2017*

	Havelland-Fläming	Lausitz-Spreewald	Oderland-Spree	Prignitz-Oberhavel	Uckermark-Barnim
Kinderärzte/-ärztinnen	48,8	48,4	50,3	36,0	36,2
Kinder- und Jugendpsychiater/-psychiaterinnen	6,4	6,1	6,3	6,9	6,8
Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/-therapeutinnen	27,8	29,1	22,0	18,2	20,4

*Vollzeitäquivalent pro 100.000 Einwohnern unter 18 Jahren in den Versorgungsgebieten (Stand 31.12.2015),
Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) 2017

Nachstehende Karte zeigt die Standorte und regionale Verteilung der Einrichtungen der Gesundheitsversorgung für Kinder.

Abbildung 17: Kinderärztliche Versorgung (einschließlich Kinder – und Jugendpsychiatrie /-psychotherapie) – regionale Verteilung

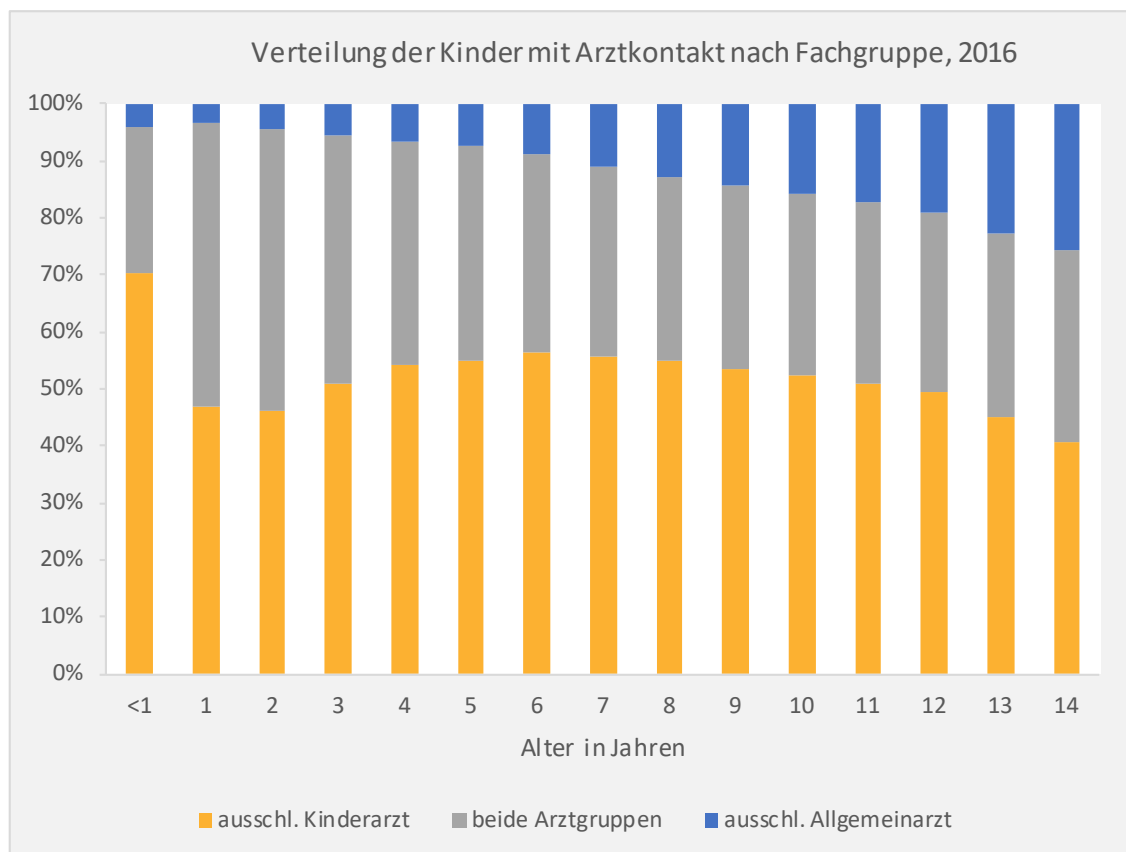


Inanspruchnahme der ambulanten medizinischen Versorgung

Bundesweit suchen 91 % der 0- bis 17-Jährigen mindestens einmal jährlich einen niedergelassenen Arzt oder Ärztin auf (KIGGS Studie, Rattay et al. 2014). Erwartungsgemäß hoch mit fast 100 % liegt der Anteil bei den Säuglingen und Kleinkindern, schon aufgrund der U-Untersuchungen und der in diesen Altersgruppen auftretenden sog. Kinderkrankheiten. Den niedrigsten Anteil (knapp 85 %) weisen Kinder im Alter von 11 bis 13 Jahren auf.

Bis zum 15. Lebensjahr ist nach Daten der KV Brandenburg der Kinderarzt/die Kinderärztin allein oder gemeinsam mit dem Allgemeinarzt/hausärztlichen Internisten wesentlich in die Versorgung involviert. 40 % der Kinder mit mindestens einem ärztlichen Kontakt im Jahr 2016 suchen auch im Alter von 15 Jahren noch ausschließlich einen Kinderarzt oder -ärztin auf. Dieser Anteil ist ab dem 10. Lebensjahr jedoch rückläufig, entsprechend nimmt der Anteil der Kinder zu, die ausschließlich vom Allgemeinarzt behandelt werden (Abbildung 18). Hierbei spielen sicher auch regionale Bedingungen der Versorgung mit Praxen eine Rolle.

Abbildung 18: Kinder mit ärztlichem Kontakt nach Fachgruppe Kinderarzt und Allgemeinarzt



Quelle: Daten der KV Brandenburg; Sonderauswertung ZI, Berechnung PMV forschungsguppe

Inanspruchnahme von Ergotherapie, Logopädie und Krankengymnastik

Im Unterschied zur Zahl der ärztlich Berufstätigen gibt es keine belastbaren Angaben zur Anzahl der ambulant tätigen Heilberufe im Bereich Ergotherapie, Logopädie und Krankengymnastik. Einen Anhaltspunkt gibt die Zahl der mit den Krankenkassen abrechnenden Praxen (ermittelt durch das Institutionskennzeichen), wobei nicht bekannt ist, wie viele Therapeuten und Therapeutinnen in der Praxis jeweils beschäftigt sind. Nach Angaben des AOK-Heilmittel-Informationssystem (AOK-HIS) rechneten im Land Brandenburg im Jahr 2016 mit der AOK ab:

- 324 ergotherapeutische Praxen (bundesweit: 9151) entsprechen 15 (13) je 100.000 Versicherte in gesetzlichen Krankenkassen (GKV)
- 311 logopädische Praxen (bundesweit: 9963); 14 (14) je 100.000 GKV-Versicherte
- 1359 physiotherapeutische Praxen (bundesweit: 42.107); 61 (59) je 100.000 GKV Versicherte

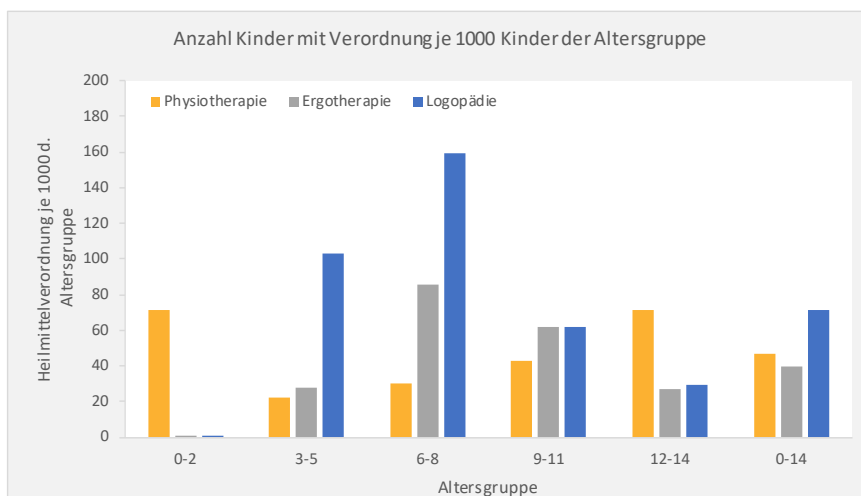
Bezogen auf 100.000 GKV Versicherte ist die Versorgung rechnerisch mit dem Bundesdurchschnitt vergleichbar.

Mindestens eine Heilmittelleistung – dies sind ergotherapeutische, sprachtherapeutische, physiotherapeutische und auch podologische Leistungen - erhielten im Land Brandenburg 14 % der bei der AOK versicherten Kinder unter 14 Jahre mit Wohnsitz im Land Brandenburg im Jahr 2016. Nach Hamburg mit 16,9 % ist dies die zweithöchste Rate. Der Bundesdurchschnitt liegt bei 9,8 %.

Sprachtherapeutische, physiotherapeutische und podologische Leistungen erhalten Brandenburger Kinder häufiger als anderswo (AOK-Daten).

Jungen erhalten im Vergleich zu Mädchen in allen Altersgruppen zu einem höheren Anteil Heilmittelverordnungen. Insgesamt entfallen die Leistungen zu ca. 60 % auf Jungen, was auch der höheren Krankheitsbelastung entspricht (vgl. Kap. 2.3.1). Den höchsten Anteil mit mindestens einer Heilmittelleistung

Abbildung 19: Anteil der im Land Brandenburg AOK versicherten Kinder mit Heilmittelverordnung nach Art der Leistung und nach Altersgruppen, 2016



Quelle: AOK-Heilmittel-Informationssystem (AOK-HIS), Waltersbacher 2015

weisen die Sechs- bis Achtjährigen auf, sowohl bei den Jungen wie auch bei den Mädchen. Je nach Altersgruppe stehen unterschiedliche Leistungsbereiche im Vordergrund. Insgesamt ergibt sich der Stellenwert der Logopädie durch die hohe Inanspruchnahme bei den Kindern im Alter von drei bis unter 9 Jahren.

Die zugrunde liegenden Behandlungsanlässe unterscheiden sich nach Altersgruppen:

- Bei 4.435 Kindern bis 14 Jahre (55 % an allen mit einer Heilmittelverordnung) war der Anlass für eine Heilmittelverordnung eine Entwicklungsstörung (ICD 10: F80-F89), hier in erster Linie eine Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache (40,5 %). Dieser Behandlungsanlass steht bei den Drei- bis Achtjährigen an erster Stelle, findet sich aber auch noch als häufigster Anlass in der Altersgruppe der 12- bis 14-Jährigen.
- Eine Entwicklungsstörung der Motorik wurde bei 675 Kindern (8,4 % aller Kinder mit einer Heilmittelverordnung) als Diagnose kodiert. Dieser Behandlungsanlass ist in der jüngsten Altersgruppe am häufigsten.
- Auch eine Hyperkinetische Störung gekennzeichnet durch Impulsivität, Überaktivität, Mangel an Aufmerksamkeit und emotionale Instabilität ist oftmals Anlass für eine Heilmittelverordnung (Ergotherapie/Physiotherapie). Dieser Behandlungsanlass war im Jahr 2016 im Land Brandenburg bei 440 Kindern bis 14 Jahre (5,4 % derer mit

einer Heilmittelverordnung) dokumentiert und zählt ab der Altersgruppe der Sechsjährigen zu den drei häufigsten Behandlungsanlässen.

Die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchungen zur Einschulung und in den 10. Klassen passen zu den erbrachten Leistungen zu Ergotherapie, Logopädie und Krankengymnastik. Das Versorgungssystem reagiert auf die gesundheitlichen Defizite, die vom Öffentlichen Gesundheitsdienst festgestellt werden.

Frühförder- und Beratungsstellen und Sozialpädiatrische Zentren

Das Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg hat das Ziel formuliert, dass Kleinkinder und Kinder mit Frühförderbedarf rechtzeitig erkannt werden und umgehend die notwendige Frühförderleistung auf Basis eines interdisziplinär erstellten Förder- und Behandlungsplans erhalten.

Kindern mit vorhandener oder drohender Behinderung oder auffälligen Entwicklungen sollen Chancen auf eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gegeben werden (SGB IX 2016). Hierzu bedarf es medizinisch-therapeutischer und heilpädagogisch-psychologischer Angebote zur Förderung der Autonomie der Kinder und zur integrierten Elternberatung, die im Land Brandenburg durch 50 Frühförder- und Beratungsstellen (FFB) (inkl. Außenstellen) bereitgestellt werden (Frühförderungsverordnung (FrühV), im SGB IX / BTHG 2016). Die Frühförder- und Beratungsstellen arbeiten interdisziplinär. Sie legen Wert auf einen niedrigschwelligen Zugang zu ihrer Einrichtung sowie auf die

Beratung und Unterstützung der Eltern zum Umgang mit ihren Kindern und zu Hilfen bei der Bewältigung des Alltags. Hierzu führt der §6a FrühV neu aus, offene, niedrigschwellige Beratungsangebote für Eltern, die ein Entwicklungsrisiko bei ihrem Kind vermuten, vorzuhalten. Ein großer Teil der Leistungen wird in der Häuslichkeit des Kindes oder in der Kita erbracht. Fachlich begleitet und unterstützt werden die Frühförder- und Beratungsstellen durch die Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung Brandenburg (ÜAFB, www.ffbra.de).

Im Land Brandenburg gibt es zusätzlich 4 Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) mit den Standorten Neuruppin, Frankfurt/Oder, Potsdam und Cottbus. Träger sind die Kinderkliniken an diesen Standorten. Die aktuelle Finanzierung der ärztlich und medizinisch therapeutischen Leistungen erfolgt über Pauschalen, die mit den Krankenkassen verhandelt wurden, die nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen sollten über die Sozialhilfeträger auf Antrag der Eltern übernommen werden, was aktuell unterschiedlich

gewährleistet wird. In einem SPZ werden Kinder mit besonderem Behandlungsbedarf, deren Versorgung im ambulanten medizinischen Sektor und durch Frühförder- und Beratungsstellen nicht allein geleistet werden kann, durch ein multiprofessionelles Team ambulant betreut. Ebenso werden Angehörige beraten und geschult. Die Kinder leiden unter Erkrankungen und Behinderungen, die Entwicklungsstörungen, Behinderungen sowie Verhaltensstörungen und psychische Belastungen verursachen können. Die Elternberatung ist integraler Bestandteil. Im Jahr 2014 wurden 6.980 Kinder in den vier SPZs und ca. 5.000 Kinder in FFBs betreut. Es bestehen z.T. lange Wartezeiten von sechs Monaten bis zu einem Jahr in SPZs und drei bis sechs Monate in FFBs. Eine flächendeckende Versorgung wird über die Kooperation mit den Frühförder- und Beratungsstellen angestrebt (Antwort der Landesregierung auf die Kleine Anfrage Nr. 1934, 2016).

2.3.2 Früherkennung durch U-Untersuchungen

Gesetzlich versicherte Kinder haben einen Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Erkrankungen, den sogenannten U-Untersuchungen sowie der 1998 eingeführten Jugendgesundheitsuntersuchung

(J1 für Jugendliche im Alter von 12 bis 14 Jahren). Der allgemeine Gesundheitszustand wird untersucht, Impfungen angeboten, die altersgemäße Entwicklung beurteilt. Die Untersuchungen dienen u.a. dazu, medizinisch-therapeutische Maßnahmen einzuleiten. Leider gibt es keine epidemiologischen Auswertungen der U-Untersuchungen.

U-Untersuchungen – Zehn Chancen für das Kind

Die Früherkennungsmaßnahmen bei Kindern in den ersten sechs Lebensjahren umfassen insgesamt zehn Untersuchungen. Die Untersuchungen können nur in den jeweils angegebenen Zeiträumen (unter Berücksichtigung folgender Toleranzgrenzen) in Anspruch genommen werden:

- U1 Unmittelbar nach der Geburt
- U2 3.-10. Lebenstag (3.-14. Lebenstag)
- U3 4.-5. Lebenswoche (3.-8. Lebenswoche)
- U4 3.-4. Lebensmonat (2.-4 ½ Lebensmonat)
- U5 6.-7. Lebensmonat (5.-8. Lebensmonat)
- U6 10.-12. Lebensmonat (9.-14. Lebensmonat)
- U7 21.-24. Lebensmonat (20.-27. Lebensmonat)
- U7a 34.-36. Lebensmonat (33.-38. Lebensmonat)
- U8 46.-48. Lebensmonat (43.-50. Lebensmonat)
- U9 60.-64. Lebensmonat (58.-66. Lebensmonat)

Auch bei Frühgeborenen sind die Untersuchungszeiträume einzuhalten.
Die Frühgeburtlichkeit wird bei der Beurteilung der Ergebnisse berücksichtigt.

Die Inanspruchnahme dieses Angebots ist freiwillig. Um eine hohe Beteiligungsrate zu erreichen, wurde im Land Brandenburg wie auch in vielen anderen Bundesländern im Jahr 2008 das Zentrale Einladungs- und Rückmeldewesen eingerichtet und beim Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (Abt. Gesundheit, LAVG)

angesiedelt. Von dieser Zentralen Stelle werden alle Kinder schriftlich zu den U-Untersuchungen U6, U7, U7a, U8, U9 sowie zur J1 eingeladen. Die Arztpraxen geben der Zentralen Stelle zu den durchgeführten U6, U7 und U8 Untersuchungen eine Rückmeldung darüber, ob die Untersuchung durchgeführt wurde. Es werden keine Befunde übermittelt.

Geht innerhalb einer bestimmten Frist keine Rückmeldung ein, erhalten die Eltern ein Erinnerungsschreiben. Erfolgt auch daraufhin keine Vorstellung des Kindes bei einer Ärztin bzw. bei einem Arzt, werden die Daten an das zuständige Gesundheitsamt übermittelt. Beschäftigte des Gesundheitsamtes nehmen dann mit den Eltern Kontakt auf, um sie für eine Teilnahme zu gewinnen. Zu den weiteren U-Untersuchungen U7a, U9 sowie der Jugenduntersuchung erfolgt ebenfalls eine Einladung, jedoch keine Rückmeldung über die Teilnahme an das LAVG. Wie eine Evaluation des Zentralen Einladungs- und Rückmeldewesens zeigt, wird anlässlich der U8 am häufigsten ein Erinnerungsschreiben versandt. Der Anteil mit einer Weiterleitung an das Gesundheitsamt ist hier ebenfalls am höchsten. Es gibt regionale Unterschiede, jedoch keinen Zusammenhang zur kinder- und jugendmedizinischen Versorgungsdichte in den Regionen (GEBIT 2015).

Immer mehr Eltern nutzen das Angebot der U-Untersuchungen. Das ist auch ein Erfolg des zentralen Einladungswesens.

Eltern werden gebeten, die Vorsorgehefte zu den Schuleingangsuntersuchungen mitzubringen. Bei rund 90 % der Kinder waren alle U1- bis U8-Untersuchungen dokumentiert. Betrachtet nach dem Sozialstatus der Familien liegt die vollständige Dokumentation von U1 bis U8 bei Familien mit niedrigem Sozialstatus bei 82 % und damit fast 10 %-Punkte niedriger im Vergleich zu Familien mit mittlerem (91,2 %) und hohem Sozialstatus (92,9 %) (LAVG, Gesundheitsplattform). Gegenüber 2006 sind die Teilnehmeraten

gestiegen, insbesondere seit Einführung des zentralen Einladungswesens in 2008. Hier von haben insbesondere Kinder von Eltern mit niedrigem Sozialstatus profitiert.

2.3.3 Jugendgesundheitsuntersuchung

Seit 1998 gibt es für gesetzlich krankenversicherte Jugendliche im Alter von 12-14 Jahren das Angebot einer Jugendgesundheitsuntersuchung. Auch hierzu wird im Land Brandenburg zentral eingeladen. Wie bei der U-Untersuchung erfolgen eine körperliche Untersuchung, eine Erhebung des Gesundheitsstatus und Gesundheitsverhaltens. Daneben können jedoch auch Schulleistungsprobleme oder familiäre Probleme und Fragen im Zusammenhang mit der körperlichen Entwicklung und Pubertät angesprochen werden. Die J1 bietet darüber hinaus die Möglichkeit der Kontrolle des Impfstatus und der Durchführung von Auffrisch-Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten und Kinderlähmung sowie das Nachholen von Grundimmunisierungen, z.B. gegen HPV.

Die Teilnehmeraten an der J1 liegen deutlich unter denen der anderen U-Untersuchungen, sind jedoch wie Untersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der 10. Klasse zeigen, in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen (Ellsäßer & Köpke 2018). Auch zur J1-Untersuchung gibt es keine statistische Auswertung über die Häufigkeit von Befunden und Empfehlungen der Ärztinnen und Ärzte.

2.3.4 Impfpräventable Infektions- erkrankungen und Impfquoten

Infektionserkrankungen haben durch verbesserte hygienische Bedingungen und Lebensverhältnisse, durch Impfungen sowie auf Grund von Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere durch Antibiotika ihren Schrecken als Todesursache im Kindesalter weitgehend verloren. Das darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass weiterhin jedes Jahr ungeimpfte Kinder und Jugendliche an Infektionserkrankungen wie Masern, Keuchhusten oder Windpocken erkranken und teilweise auch stationär behandelt werden müssen. Einige Infektionserkrankungen, die mit schweren Verläufen einhergehen und sich schnell verbreiten können, sind gemäß des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) meldepflichtig.

Masern und Röteln sollten – so das Ziel der WHO Europa – bis 2015 eliminiert werden (WHO 2014). Bund und Länder streben nun die Elimination in Deutschland für das Jahr 2020 an (BMG 2015).

Masern-Viren werden durch Tröpfchen über die Luft beim Sprechen, Niesen oder Husten übertragen. Gefürchtet sind die Folgeerkrankungen, wie beispielsweise eine Masern-Enzephalitis, eine Entzündung des Gehirns, die bleibende Schäden bewirken oder auch tödlich enden kann. In Berlin kam es 2013 und 2014/15 zu Masern-Ausbrüchen, die sich auf Brandenburg auswirkten. So wurden 2015 unter Kindern und Jugendlichen zwischen 0 bis 19 Jahren 59 Masern-Fälle berichtet (14 pro 100.000). Hauptsächlich waren Kinder unter 15 Jahren betroffen (51 Fälle). Kleinkinder

unter 5 Jahren trugen dabei, ebenso wie 2013, das höchste Erkrankungsrisiko (30 pro 100.000, LAVG 2018a). Im Jahr 2017 sank die gemeldete Anzahl an Masern-Erkrankten unter Jugendlichen auf zwei (0,5 pro 100.000). Masern-Fälle bei Kindern zwischen 0 bis 14 Jahren traten nicht auf, was für aktuell wirksame Impfmaßnahmen sprechen kann (siehe hierzu auch Abschnitt Impfquoten). Weil die Durchimmunisierungsraten bei Masern, Mumps und Röteln bei Kindern in Brandenburg ausreichend hoch (WHO Ziel von 95 % weitgehend erreicht) sind, beschränken sich Masernerkrankungen auf die Familien der Erkrankten. Masern-Ausbrüche in Kitas oder Schulen sind bislang nicht aufgetreten.

Röteln sind bei Kindern und Jugendlichen inzwischen selten. Im Jahr 2015 traten die letzten bestätigten Röteln-Erkrankungen in dieser Altersgruppe auf (2 Fälle). Damit liegt die Neuerkrankungsrate für Röteln seit Jahren unter dem WHO-Grenzwert (weniger als eine Neuerkrankung pro 1 Million).

Auch gegen **Keuchhusten** (Pertussis) gibt es wirksamen Impfschutz. Keuchhusten ist für Säuglinge und Kleinkinder eine schwere Erkrankung, die durch eine rechtzeitige Impfung verhindert werden kann. 2017 erkrankten insgesamt 284 Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 19 Jahren im Land Brandenburg, darunter 90 Kinder unter 5 Jahren (88 pro 100.000). Dies war die höchste Fallzahl seit 2012 (60 pro 100.000). Ein großer Teil der Erkrankungen dieser Altersgruppe ließ sich auf eine fehlende Grundimmunisierung zurückführen: 63 aller Erkrankten war nicht geimpft, oder ihr Impfstatus nicht feststellbar.

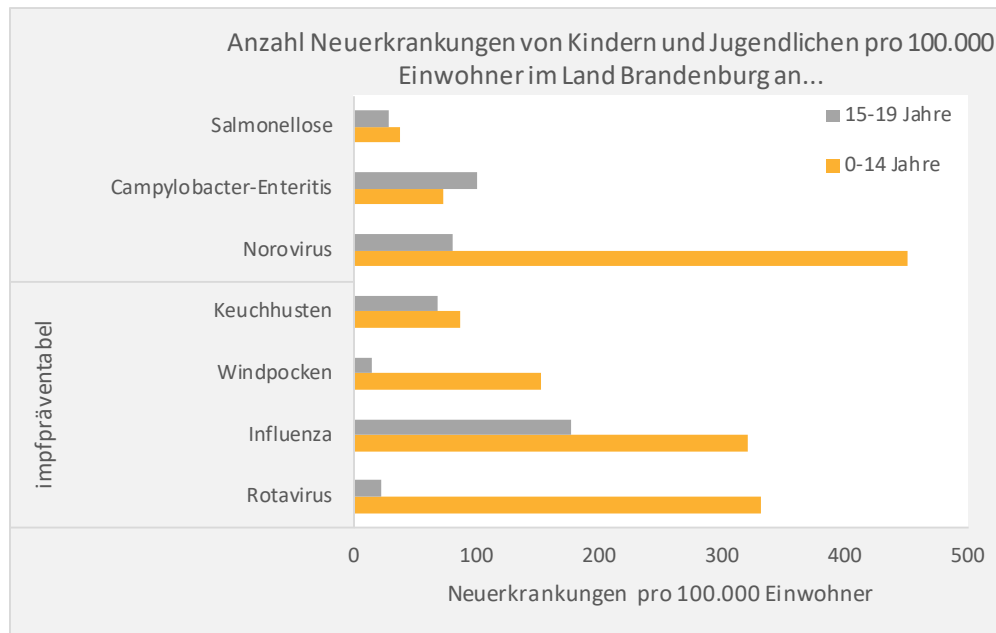
Zu den am häufigsten auftretenden impfpräventablen Infektionskrankheiten im Kindes- und Jugendalter zählen **Windpocken, Grippe und Darmerkrankungen**, z.B. verursacht durch Rotaviren.

- Windpocken, ausgelöst durch das Varizella-Zoster-Virus, treten vor allem bei Säuglingen und Kindern bis zum sechsten Lebensjahr auf. Es besteht eine hohe Ansteckungsgefahr. Gefürchtet sind Komplikationen wie Lungenentzündung oder Schädigungen des Kleinhirns, die im Krankheitsverlauf auftreten können (BZgA 2016). Seit 2004 wird die Impfung empfohlen und seit 2009 besteht im Land Brandenburg eine Meldepflicht (deutschlandweit seit 2013). 2017 waren 533 Kinder und Jugendliche von Windpocken betroffen. Dabei reduzierte sich die Fallzahl zum Vorjahr um 28 %. Im zeitlichen Trend hat die Anzahl der Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen bis zu 19 Jahren seit einem Maximum im Jahr 2010 (941 Fälle) abgenommen. So fiel die Neuerkrankungsrate der 5- bis 9-Jährigen auf ein Drittel (2010-2017: von 585 auf 199 pro 100.000) und die der Kinder unter 5 Jahren verringerte sich um ein Drittel (2010-2017: von 304 auf 210 pro 100.000).
- Grippe (Influenza) ist eine hoch ansteckende akute Virusinfektion, die weltweit verbreitet ist und eine ausgeprägte Saisonalität besitzt. Die Krankheit tritt epidemisch auf und kann sehr schwer verlaufen. Sie führt besonders bei Kleinkindern und in der älteren

Bevölkerung zu Influenza-assoziierten Krankenhauseinweisungen. Die Impfung gegen Influenza wird deshalb im Land Brandenburg für alle Altersgruppen empfohlen. 2017 wurden bei Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg insgesamt 1.607 Fälle an Influenza gemeldet. Dabei waren vor allem die unter Fünfjährigen betroffen (585 pro 100.000).

- Eine Infektion mit Rotaviren führt zu Erbrechen und Durchfällen. Bei Kindern (aber auch bei älteren Erwachsenen) besteht die Gefahr eines lebensbedrohlichen Flüssigkeitsverlustes (Dehydratation), der oftmals einen Krankenhausaufenthalt erfordert. Es handelt sich um eine der häufigsten impfpräventablen Erkrankungen im Kindesalter. Im Land Brandenburg wird eine Impfung gegen Rotavirus-Erkrankungen seit 2009 empfohlen. Seitdem sind die Neuerkrankungsraten von Säuglingen deutlich zurückgegangen (4.014 Erkrankungen pro 100.000 Säuglinge im Jahr 2008 vs. 419 pro 100.000 in 2017). Im Jahr 2017 wurde die Erkrankung bei 1.389 Kindern und Jugendlichen gemeldet.
- Ein hoher Anteil der im Kindesalter auftretenden Durchfälle wird auch durch Noroviren verursacht. Norovirus-Gastroenteritiden stellen die häufigste meldepflichtige Erkrankung dar. Gegen diese Infektion gibt es noch keinen Impfstoff.

Abbildung 20: Die 7 häufigsten meldepflichtigen Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg, nach zwei Altersgruppen, 2017



Quelle: RKI 2018a

Impfquoten

Viele früher lebensbedrohliche Infektionen sind heute durch Impfungen zu verhindern – man spricht hier von impfpräventablen Infektionen wie Masern, Mumps, Röteln (MMR),

Keuchhusten, Windpocken, Influenza, Pneumokokken, Meningokokken und Rotavirus. Dies setzt allerdings voraus, dass Kinder und Jugendliche die empfohlenen Impfungen auch erhalten.

Impfungen fördern

Das Bündnis Gesund Aufwachsen hat sich auf der Kindergesundheitskonferenz 2016 mit dem Impfstatus befasst und folgende Beschlüsse gefasst:

Neue Zugangswege eröffnen zur Verbesserung des Impfstatus bei Jugendlichen

1. Die Akteure des Bündnisses Gesund Aufwachsen setzen sich dafür ein, verstärkt Jugendliche über die Notwendigkeit der Auffrisch-Impfungen zu informieren und ihre Angebote zur Gesundheitsförderung mit der Impfprävention zu verknüpfen.
2. Um die Bedeutung der Impfprävention bei Kindern und Jugendlichen stärker in das öffentliche Bewusstsein zu rücken, empfiehlt die Arbeitsgruppe dem Bündnis, die Europäische Impfwoche und Materialien der BZgA zu nutzen, um die Impfprävention im Land Brandenburg zu befördern.
3. Zur Schließung der Lücke bei HPV-Impfungen für Mädchen (60 % nicht HPV geimpft) wird die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg gebeten, für diese Impfung verstärkt zu sensibilisieren.

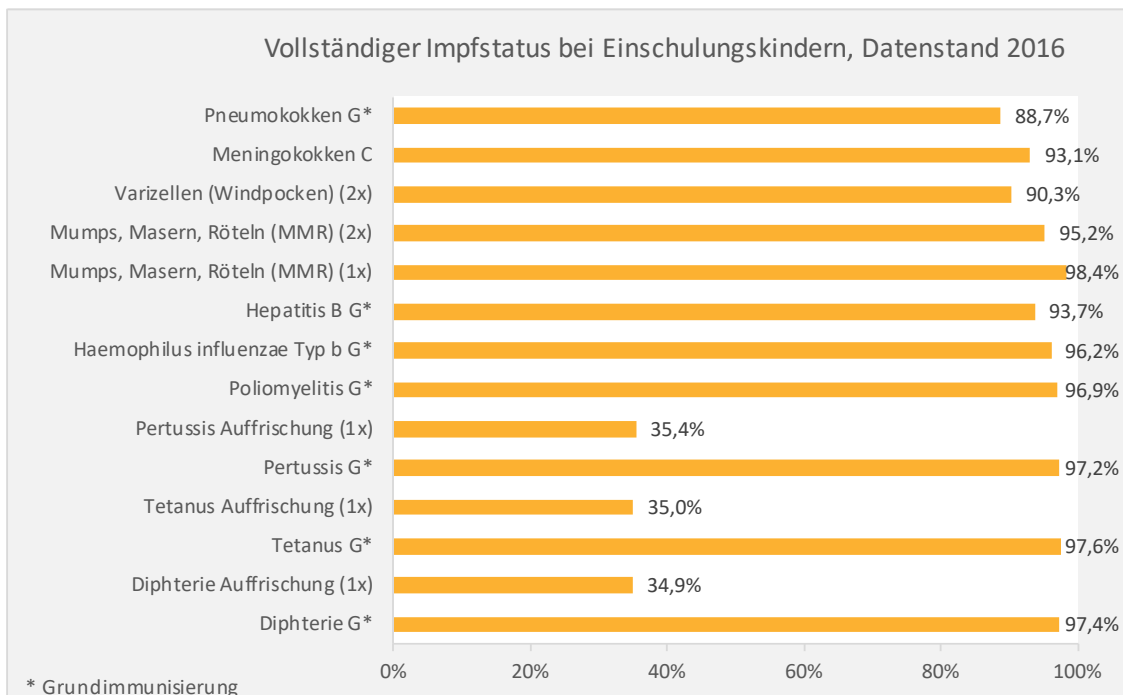
Quelle: Beschlüsse der AG FHPV, 2016

Die Weltgesundheitsorganisation WHO empfiehlt eine Impfquote gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR) von mindestens 95 % (zweimalige Impfung), um die Krankheiten auszurotten. Dieses Ziel erfüllt Brandenburg landesweit seit dem Jahr 2012 bei den Schulanfängern und seit 2014 bei den Jugendlichen, auch wenn regionale Unterschiede zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten noch Impflücken aufzeigen (Schulanfänger 2016: regionale Spannbreite von 92,0 % bis 97,5 % bei der zweiten Masern-Impfung, LAVG 2018b). Ein Handlungsbedarf in Brandenburg besteht aber vor allem weiterhin bei der rechtzeitigen vollständigen Impfung der Kleinkinder bis 24 Lebensmonate. Dies

zeigen repräsentative Daten aus der KV-Impfsurveillance des Robert Koch-Institutes: nur 73,5 % der Brandenburger Kinder des Geburtsjahrgangs 2014 waren im Alter von zwei Jahren altersgerecht geimpft. Damit lag Brandenburg, wenn auch nur geringfügig, unter dem Bundesdurchschnitt (73,9 %) und an zwölfter Stelle bundesweit (RKI 2018b).

Auch wenn Diphtherie und Kinderlähmung (Poliomyelitis) unter Kindern in den letzten zehn Jahren nicht mehr im Land Brandenburg aufgetreten sind, ist weiterhin eine hohe Durchimpfungsrate notwendig, um den Impfschutz aufrechtzuerhalten, da die Erkrankung noch in anderen Ländern auftritt.

Abbildung 21: Impfstatus bei Einschulungskindern im Land Brandenburg im Jahr 2016 (Anteil mit Impfung in %)



Quelle: Abt. Gesundheit im LAVG 2016b

Gegenüber 2007 zeigt sich im Land Brandenburg eine Verbesserung der Impfquoten bei den Einschülern und Einschülerinnen bei Mumps-Masern-Röteln (MMR) und Meningokokken-C (eitrige Hirnhautentzündung), bei Schulabgängen bei Pertussis und MMR (LAVG Gesundheitsplattform). Für Kinder und Jugendliche im Alter von 9 bis 17 Jahren müssen zur Erreichung eines Erkrankungsschutzes Auffrischungsimpfungen gegen Tetanus, Diphtherie und Poliomyelitis durchgeführt werden. Dies wird seit dem Jahr 2000 auch für Pertussis empfohlen. Jugendliche, die nicht als Kleinkinder gegen Windpocken geimpft wurden, sollten diese Impfung nachholen. Bei diesen Auffrischungsimpfungen werden die WHO-Zielwerte noch nicht erreicht.

Für Mädchen im Alter von 9 bis 14 Jahren wird eine zweimalige Impfung im Abstand von 6 Monaten gegen Humane Papillomviren (HPV) als Schutz vor Gebärmutterhalskrebs und anderen Krebsformen empfohlen. Wird der Impfabstand unterschritten oder sind die Mädchen älter als 14 Jahre sind drei Impfdosen empfehlenswert (RKI 2014b). Die Impfserie sollte vor dem ersten Geschlechtsverkehr beendet sein. Im Land Brandenburg waren 2016 knapp 47 % der Zehntklässlerinnen und Schulabgängerinnen geimpft.

Zur Förderung einer bewussten Impfscheidung und damit einhergehenden Steigerung der Impfrate, wurde für die Sekundarstufe I Unterrichtsmaterial zum Thema Immunsystem und Immunisierung entwickelt. (YAEZ Verlag 2018).

WISSEN SCHÜTZT!



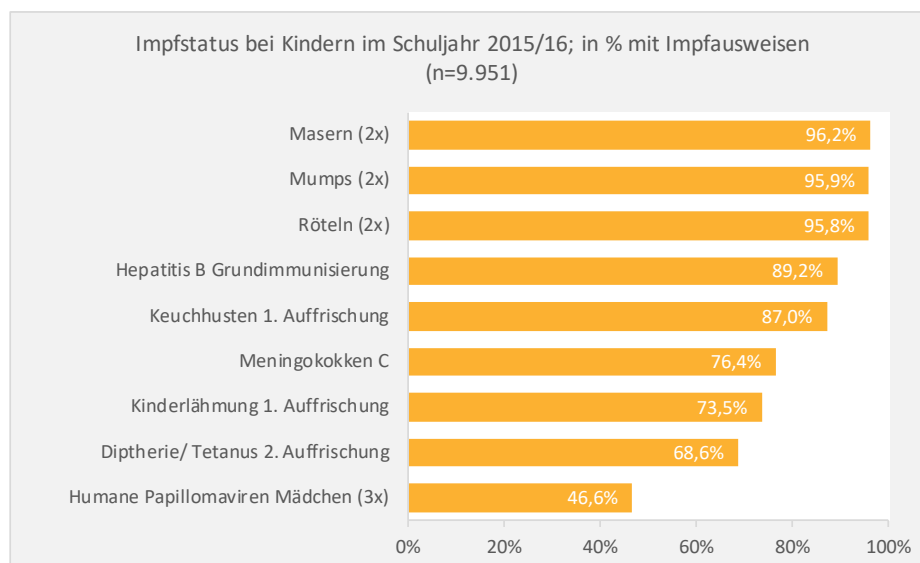
Immunsystem & Immunisierung

Lernmodule für weiterführende Schulen in Berlin und Brandenburg

Die Untersuchung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der 10. Klasse zeigt, dass nach wie vor Impflücken vorhanden sind und verstärkt um eine informierte Zustimmung geworben werden sollte. Im Schuljahr 2015/2016 hatten knapp 43% der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis keine abgeschlossene Grundimmunisierung gegen

Hepatitis B, keine Auffrischungsimpfung gegen Poliomyelitis bzw. Pertussis, keine zweite Auffrischungsimpfung gegen Diphtherie und Tetanus und keine zweimalige Impfdosis MMR erhalten. Im Jahr 2009 lag der Anteil mit einer Impflücke bei rund 61%, sodass hier deutliche Verbesserungen erzielt werden konnten (Ellsäßer & Köpke 2018).

Abbildung 22: Vollständiger Impfschutz bei Kindern der 10. Klasse, Schuljahr 2015/2016

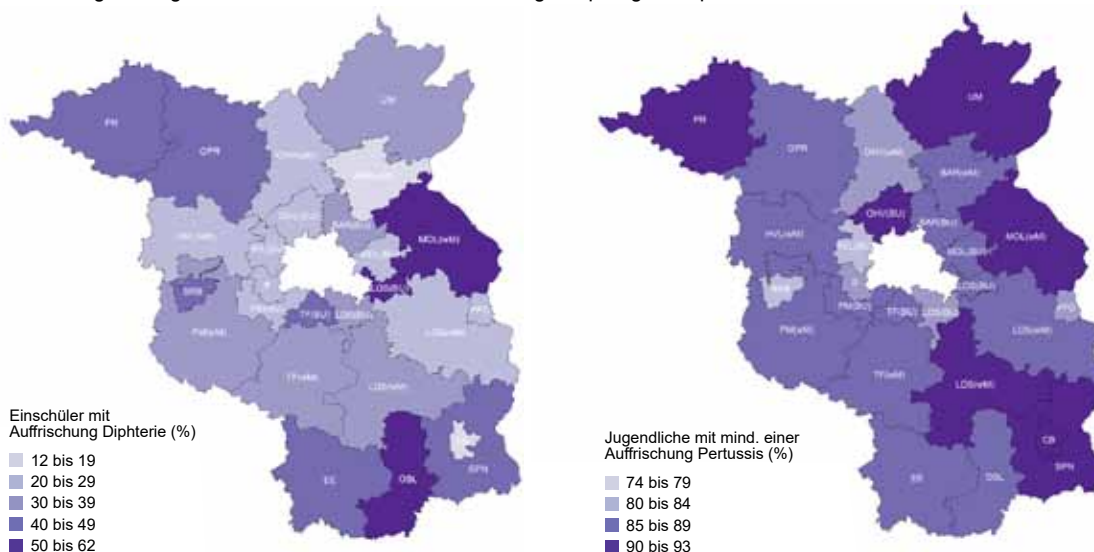


Quelle: Abt. Gesundheit im LAVG 2017a

Wie bei anderen Gesundheitsthemen bestehen auch bei den Impfquoten regionale Unterschiede. So reichen beispielsweise die Impfquoten für die Diphtherie-Auffrischung von 12 % bis 61 % (Schuleingangsuntersuchung). Bei den Jugendlichen (Schuluntersuchung 10. Klasse) liegen die Quoten für die Pertussis-Auffrischung zwar deutlich höher als bei der Diphtherie-Impfung, doch auch hier zeigen sich in den erreichten Impfquoten regionale

Unterschiede von ca. 20 %-Punkten (Abbildung 23). Auch Kinder mit Migrationshintergrund weisen dem Infektionsreport 2012 zufolge im Land Brandenburg deutlich geringere Impfquoten auf. Empfohlen werden zielgruppenspezifische Informationsmaterialien zum Nutzen der Schutzimpfungen und den Gefahren der Infektionserkrankungen. Landkreise oder kreisfreie Städte mit geringeren Impfquoten können gezielt Maßnahmen planen.

Abbildung 23 Regionale Varianz bei Wiederauffrischungs-Impfungen: Diphtherie und Pertussis, 2016



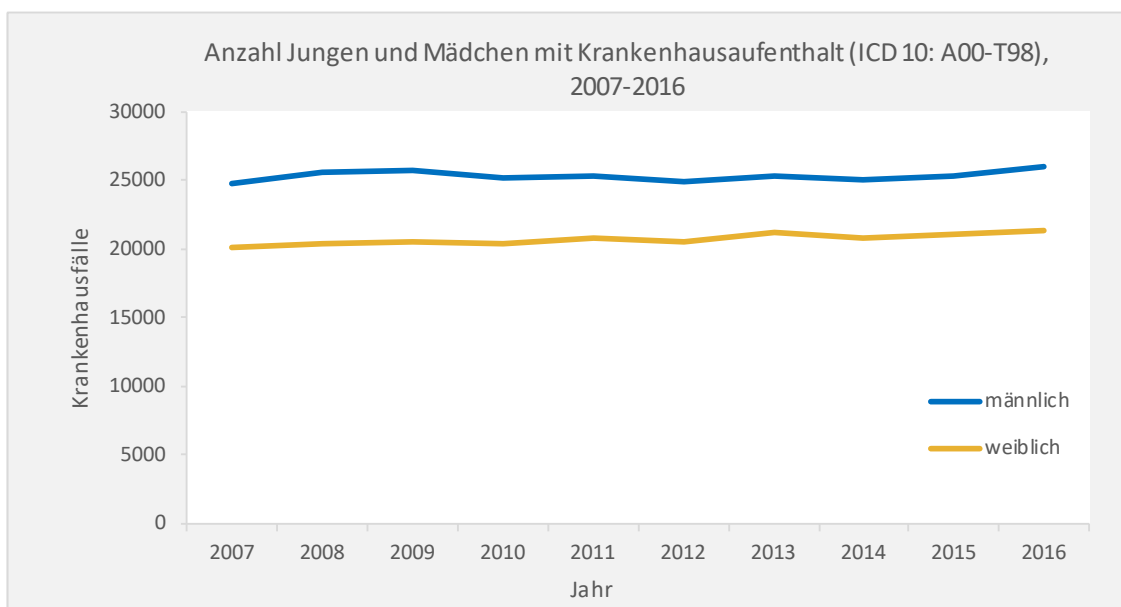
Quelle: Abt. Gesundheit im LAVG 2016; Hinweis: Die jeweilige Farbgebung steht für unterschiedliche Prozentwerte in den beiden Abbildungen; Abkürzungen zu Landkreisen und kreisfreien Städten im Anhang

Während bei den meisten Krankheiten und Krankheitsrisiken für Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus ein größeres Risiko besteht, finden wir bei Impfungen tendenziell das Gegenteil. Manche Eltern mit hohem Sozialstatus lehnen Impfungen insbesondere gegen Masern ab. Sie begründen ihre Entscheidung häufig mit einer kritischen Weltanschauung. Dazu gehört beispielsweise die nicht zutreffende Vorstellung, die Maserninfektion stärke das Immunsystem. Die Masern-assoziierte Schwächung des Immunsystems, die Risiken für Komplikationen und Lebensgefahr bei anderen, geschwächten Kindern werden dabei außer Acht gelassen. Verschwörungstheorien über das Wirken von Pharmafirmen und staatlichen Stellen „immunisieren“ gegen gute Argumente. Im Land Brandenburg werden nur rund 4 % der Eltern der Einschulungskinder als Impfskeptiker oder Impfgegner eingeordnet (Infektionsreport 2012).

2.3.5 Kinder im Krankenhaus

Im Jahr 2016 wurden im Land Brandenburg 47.350 Behandlungsfälle von Kindern unter 15 Jahren gezählt (ICD 10: A00-T98). Seit 2014 zeigt sich ein leichter Anstieg (Abbildung 24), der durch absolut mehr Kinder unter 15 Jahren in Brandenburg erklärt wird (Veränderungsrate 2014-2016: 4 %). Jungen werden häufiger als Mädchen im Krankenhaus behandelt. In den letzten Jahren waren die durchschnittlichen Verweildauern für krankheitsbedingte Krankenhausaufenthalte (ICD 10: A00-T98) rückläufig. So sanken sie seit 2007 bei den Jungen von durchschnittlich 6 Tagen auf 5,4 Tage, bei den Mädchen von 5,6 Tagen auf 5 Tage (Statistisches Bundesamt 2017).

Abbildung 24: Anzahl Krankenhausesfälle von unter 15-Jährigen Kindern im Land Brandenburg im zeitlichen Verlauf (2000-2016, ICD 10: A00-T98), differenziert nach Geschlecht

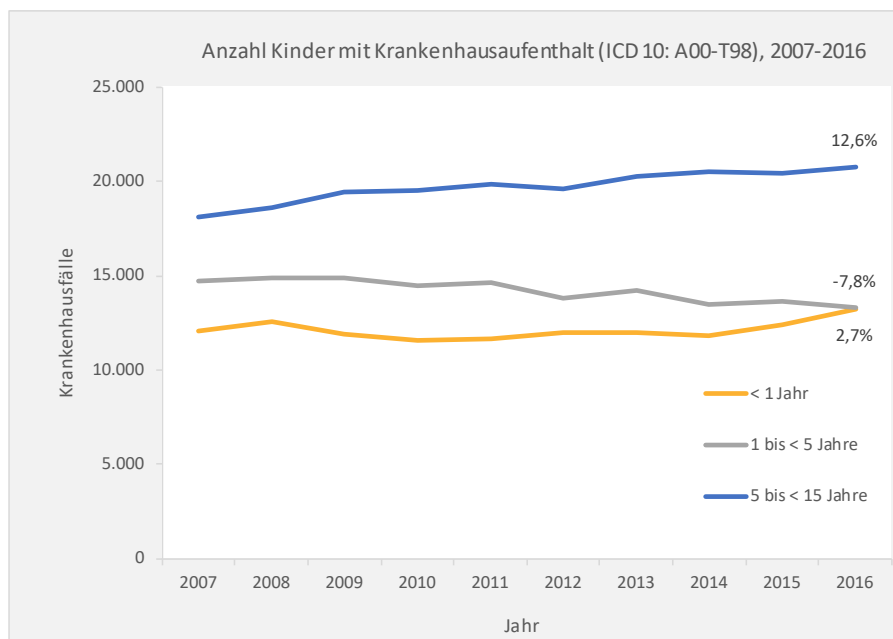


Quelle: Statistisches Bundesamt 2017

Die Entwicklung der Fallzahlen unterscheidet sich zwischen den Altersgruppen. Betrachtet man alle Behandlungsanlässe (ICD 10: A00-T98), so zeigt sich zwischen 2007 und 2016 bei den Fünf- bis unter 15-Jährigen eine

Zunahme der Krankenhausfälle von knapp 13 %. In der Altersgruppe der Ein- bis unter Fünfjährigen sind die Fallzahlen hingegen mit knapp 8 % rückläufig (Abbildung 25).

Abbildung 25: Entwicklung der Krankenhausfälle (ICD 10: A00-T98) nach Altersgruppen; Veränderungsrate 2007 bis 2016 in Prozent



Quelle: Statistisches Bundesamt 2017, Berechnung PMV forschungsgruppe

Die häufigsten Anlässe für einen Krankenhausaufenthalt unterscheiden sich in den verschiedenen Altersgruppen:

- Bei Kindern unter einem Jahr sind die häufigsten Anlässe durch eine zu kurze Schwangerschaftsdauer und niedriges Geburtsgewicht (P07) sowie durch eine zu lange Schwangerschaftsdauer und zu hohes Geburtsgewicht (P08) bedingt.
- Im Alter von einem bis unter fünf Jahren stellen Entzündungen der Gaumen- und

der Rachenmandel (J35), akute Bronchitis (J20) und Verletzungen des Schädelinneren (S06) die drei häufigsten Behandlungsanlässe dar.

- Bei den Fünf- bis unter 15-Jährigen ist der häufigste Aufnahmegrund eine Verletzung des Schädelinneren (S06), gefolgt von Magen-Darm-Erkrankungen (sonstige Gastroenteritis und infektiöse Kolitis, A09) sowie Erkrankungen der Gaumenmandeln und Rachenmandel (J35).

Bei Kindern unter 15 Jahren stellen Krankenhausaufenthalte aufgrund von Mandelentzündungen (chronische Erkrankung der Gaumenmandeln und der Rachenmandel) den dritthäufigsten Behandlungsanlass dar (destatis, 2016: die 20 häufigsten Diagnosen bei Kindern). Die Eingriffe zur (Teil-)Entfernung (Adenotomien und Tonsillektomien) stehen 2016 bundesweit an zweiter und vierter Stelle aller Operationsanlässe. Verschiedene Veröffentlichungen (Faktencheck Gesundheit: Mandeloperationen 2013; Windfuhr & Gerste 2016) haben auf die große regionale Variabilität bei der Indikationsstellung von Tonsillektomien (der vollständigen operativen Entfernung der Mandeln) und Tonsillotomien (der mit geringerem Blutungskomplikationen verbundenen Teilentfernung der Mandeln) hingewiesen. Im Land Brandenburg wurden im Mittel der Jahre 2007-2010 pro 10.000 Kinder unter 19 Jahren 44,16 OPs vorgenommen (Bundesdurchschnitt: 47,67). Im Beobachtungszeitraum sind die OPs schon rückläufig, aber immer noch häufig. Dabei zeigt sich eine breite Spanne mit Unterschieden bis zum 4,5fachen zwischen der kreisfreien Stadt Cottbus mit 17,82/10.000 bis Ostprignitz-Ruppin mit 79,27/10.000. Experten zufolge lassen sich die Unterschiede auf eine unterschiedliche Indikationsstellung und Bewertung therapeutischer Alternativen erklären. Auch die Nähe zu einer HNO-Fachabteilung scheint eine Bedeutung zu haben. Inzwischen gibt es eine Behandlungsleitlinie und die Hoffnung, dass die Versorgungsqualität zunimmt.

Kinder und Jugendliche sollten in Fachabteilungen für Kinder und Jugendmedizin

behandelt werden. Die Zahl der Standorte und Betten wird durch den Krankenhausplan des MASGF festgelegt.

- Nach der aktuellen Krankenhausstatistik wiesen die 18 Krankenhäuser im Land Brandenburg mit eigener Fachabteilung im Bereich Kinderheilkunde 559 Betten auf (2006: 679 Betten) (AfS 2007, AfS 2017a).
- Kinder- und jugendpsychiatrische – und psychotherapeutische Kliniken (Abteilungen) gibt es an sechs Standorten mit insgesamt 242 Betten (2011: 211 Betten) (AfS 2013, AfS 2017a). Gegenüber 2006 ist eine deutliche Zunahme der Fallzahlen zu beobachten (2006: 1.875 Behandlungsfälle, 2016: 2.372 Fälle) (AfS 2007, AfS 2017a).

Mit dem Dritten Krankenhausplan wurde seit 2003 das Angebot an tagesklinischen Behandlungsmöglichkeiten schrittweise ausgebaut, um eine möglichst wohnortnahe und niedrigschwellige Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu erreichen. 2016 führen fünf Krankenhäuser an zehn Standorten tagesklinische Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (AfS 2017a, Amtsblatt für Brandenburg 2013). Verglichen mit anderen Bundesländern gibt es in Brandenburg vergleichsweise mehr stationäre Behandlungskapazitäten und weniger ambulante Angebote. Eine Entlastung des stationären Sektors könnte durch ambulante Angebote, ausreichende Kapazitäten bei Kinder- und Jugendpsychiatern, Psychotherapeuten und Psychologen und einer engen Zusammenarbeit aller mit der Beratung und Betreuung von

Kindern und ihren Familien betrauten Berufsgruppen erreicht werden.

2.3.6 Arzneimittel und Kinder

Arzneimittel verbindet man in der Regel mit älteren Menschen, doch auch Kinder und Jugendliche weisen schon hohe Anwendungsraten auf. Betrachtet man allein die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordneten Arzneimittel, so erhalten bundesweit Kinder bis zu vier Jahren pro Kopf fast 210 Tagesdosen⁴ pro Jahr (Schröder & Telschow 2017). In den Altersgruppen 5 bis 9 Jahre und 10 bis 14 Jahre geht der Verbrauch auf 133 und 130 Tagesdosen zurück. Der Anstieg auf rund 168 Tagesdosen in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen ist vor allem durch die verordnete „Pille“ bei den jungen Mädchen bedingt.

Die therapeutischen Gruppen unterscheiden sich nach den Altersgruppen. Überwiegend handelt es sich um Arzneimittel, die bei akuten Beschwerden oder zur Prävention (Vitamine/Mineralien) eingesetzt werden. Bei den unter Fünfjährigen entfallen beispielsweise knapp 90 der insgesamt verordneten 210 Tagesdosen auf Vitamine, an zweiter und dritter Stelle stehen Mittel gegen Schnupfen, Husten und andere Erkältungsmittel. Bei den Fünf- bis 14-Jährigen entfällt knapp ein Drittel der Tagesdosen auf Karies- und Parodontosemittel wie z.B. Fluoridtabletten oder desinfizierende Spüllösungen (Schröder & Telschow 2017).

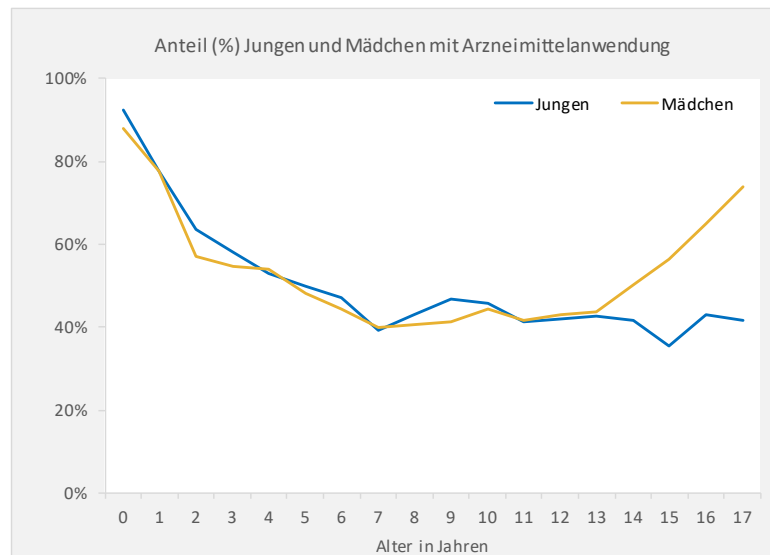
Während die oben zitierten Daten des Arzneimittelindex nur die verordneten Arzneimittel erfassen und auch nur den Gesamtverbrauch pro Kopf ausweisen, konnte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) die Anwendungshäufigkeit aller Arzneimittel (auch pflanzlicher Präparate) erhoben werden. So ergab die Basiserhebung des KiGGS aus den Jahren 2003- 2006, dass knapp 51 % der Kinder im Alter von 0 bis 17 Jahren in den letzten sieben Tagen vor der Befragung mindestens ein Arzneimittel angewendet haben. Hierzu zählen sowohl ärztlich verordnete als auch nichtverschreibungspflichtige Präparate (Knopf 2007).

- Bei den Mädchen liegt die Anwendungsprävalenz mit 53 % höher als bei Jungen mit knapp 49 %. Die Unterschiede ergeben sich aus höheren Anwendungsraten bei den Mädchen zu Beginn der Pubertät, u.a. durch die Einnahme von Sexualhormonen (Pille) und Schmerzmitteln.
- Säuglinge weisen Behandlungsprävalenzen von rund 90 % auf. Am niedrigsten liegt sie bei 15-jährigen Jungen mit rund 30 %.
- Die Behandlungsdauer ist bei etwas über der Hälfte (55 %) der Kinder und Jugendlichen überwiegend kurz, 13 % gaben jedoch auch an, eine Dauertherapie zu erhalten.
- Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und Kinder mit Migrationshintergrund nehmen seltener Medikamente als Kinder aus Familien mit höherem Sozialstatus und ohne Migrationshintergrund.

⁴ Die Tagesdosis ist die Menge eines Arzneistoffs, die innerhalb von 24 Stunden verabreicht wird

- Über alle Altersgruppen lag der Anteil der Behandlungsprävalenz mit Arzneimitteln, die in Selbstmedikation bzw. auf Veranlassung der Eltern eingesetzt wurden, bei ca. 25 %.
- Vorrangig eingesetzte Arzneimittelgruppen sind Husten- und Erkältungsmittel, Vitamine, Mineralstoffe und Mittel gegen Magen-Darm-Infektionen sowie Präparate zur Anwendung auf der Haut (Dermatika).
- Der Gebrauch von Schmerzmitteln, die z.T. auch bei Fieber eingesetzt werden können, steigt mit zunehmendem Alter und unterscheidet sich nach Geschlecht. Insbesondere bei den Mädchen nimmt die Selbstmedikation überproportional zu.

Abbildung 26: Prävalenz der Arzneimittelanwendung nach Alter und Geschlecht



Quelle: KiGGS 2003-2006; Knopf 2015

Die Angaben zur Häufigkeit einer Arzneimittelanwendung zeigen, dass Kinder und Jugendliche zu einem erheblichen Anteil mit Arzneimitteln in Kontakt kommen. Die Daten lassen zwar keine Rückschlüsse auf eine evtl. Fehlversorgung zu, z. B. beim Gebrauch von Schmerzmitteln oder bei der Einnahme von angeblich leistungssteigernden Mitteln. Sie können jedoch für diese Thematik sensibilisieren. Bei ihren Eltern erleben die

Kinder, wie mit Krankheit umgegangen wird. Schon früh kann die Vorstellung vermittelt werde, dass es für jede Beschwerde eine „Pille“ gäbe. Das Erlernen eines kritischen Umgangs mit Arzneimitteln und Arzneimittelwerbung gehört zur Gesundheitskompetenz. Ziel ist eine informierte Entscheidung. Zum kritischen Umgang gehört selbstverständlich auch, dass eine unreflektierte Ablehnung von Medikamenten vermieden wird.

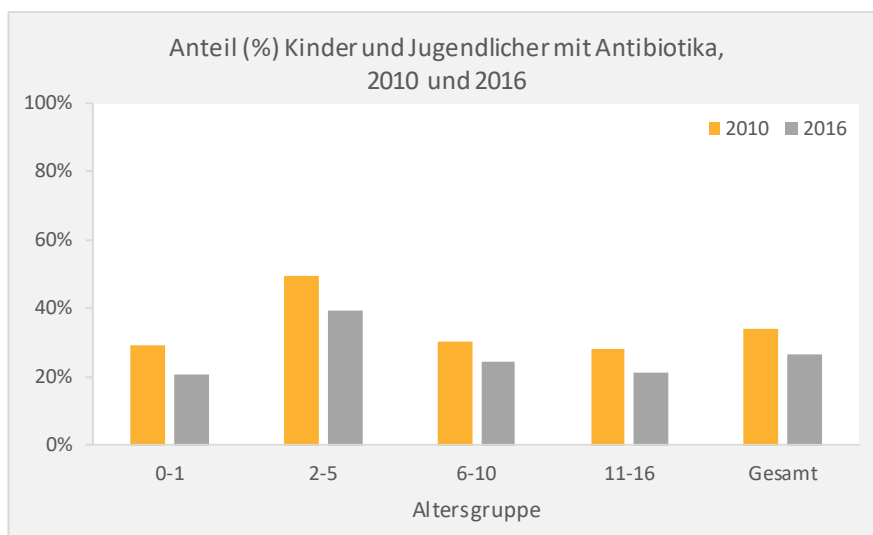
Antibiotika wirken lebensrettend. Sie können allerdings durch häufigen und falschen Einsatz zu Resistenzbildung führen und durch den damit verbundenen Wirkungsverlust auch lebensbedrohend wirken. Antibiotika sind indiziert bei bakteriellen Infektionen, werden aber häufig bei viralen Infekten eingesetzt, wo sie wirkungslos sind. Seit Jahren wird in Deutschland wie auch in anderen Ländern auf diese Gefahr hingewiesen und medizinisches Personal sowie Patienten und Patientinnen über einen rationalen Einsatz informiert (Bundesministerium für Gesundheit: DART 2020). In den letzten Jahren konnte bereits ein Rückgang in der Verordnungshäufigkeit – insbesondere bei Kindern und Jugendlichen - festgestellt werden (Bätzing-Feigenbaum et al. 2015).

Der Antibiotikaverbrauch liegt bei Kindern und Jugendlichen bundesweit – bezogen auf

die Anzahl an verordneten Tagesdosen (DDD) pro Kopf im Jahr 2016 – mit 4,7 DDD (0 bis 4 Jahre) und 3,2 DDD (10- bis 14 Jahre) in vergleichbarer Höhe wie bei den Erwachsenen mit rund 5,5 DDD (Schröder & Telschow 2017).

Für das Land Brandenburg liegen regionale Verbrauchsdaten für AOK Versicherte vor. Daraus wird ersichtlich, dass rund ein Drittel der Kinder und Jugendlichen (0 bis 16 Jahre) im Jahr 2010 mindestens einmal im Jahr eine Verordnung eines Antibiotikums erhalten hat (Abbildung 27). Im Jahr 2016 lag der Anteil mit 26,5 % (Jungen: 25,4 %, Mädchen: 27,6 %) deutlich niedriger. Die höchste Behandlungsprävalenz besteht in der Altersgruppe der Zwei- bis Fünfjährigen, die durch Kontakte mit anderen Kindern einer erhöhten Infektionsgefahr bei noch nicht vollständig ausgebildetem Immunsystem ausgesetzt sind.

Abbildung 27: Häufigkeit des Antibiotikagebrauchs bei in der AOK Nordost versicherten Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg (mindestens einmal im Jahr eine Verordnung eines Antibiotikums)

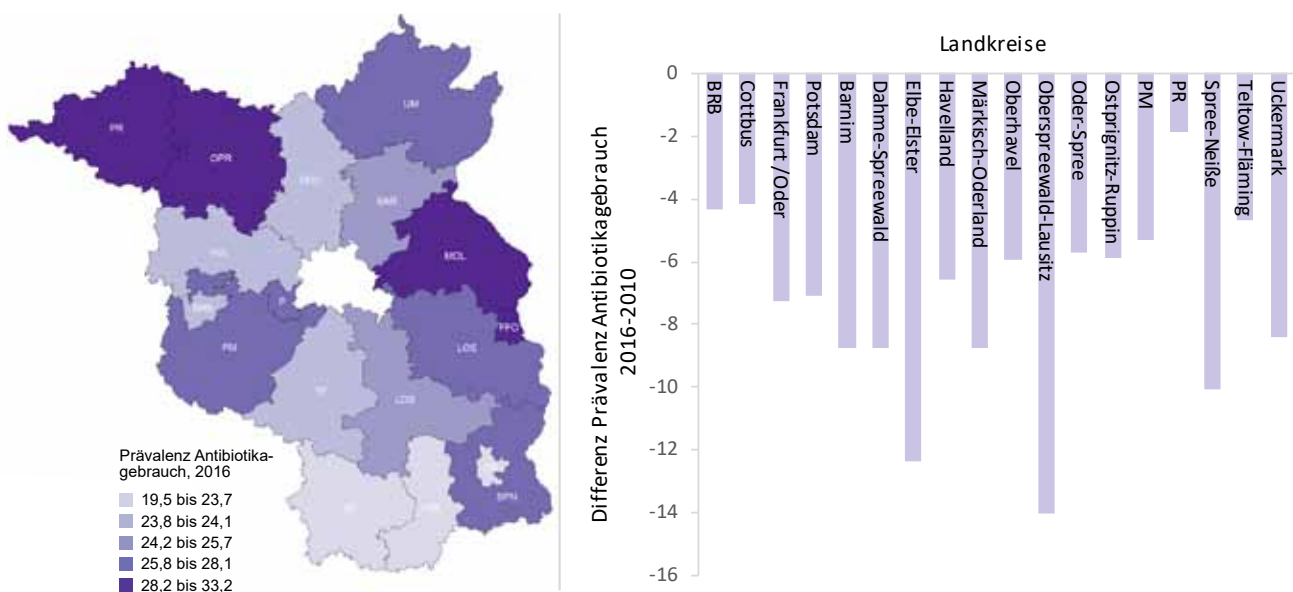


Angaben nach GeWINO der AOK Nordost. Darstellung PMV forschungsgruppe

Der Antibiotikaverbrauch zeigt regionale Unterschiede. Die geringste Behandlungsprävalenz weist in 2016 der Kreis Oberspreewald-Lausitz mit 19,8 % auf. Hier wurde gegenüber 2010 die Behandlungsrate am stärksten reduziert (- 14 Prozentpunkte). Die höchste Behandlungsrate sowohl in 2010 (41,9 %) als auch in 2016 (33,2 %) findet sich in Märkisch-Oderland (Abbildung 28). Auch hier konnte die Verordnungshäufigkeit deutlich reduziert werden. Als förderlich für einen

zurückhaltenden Einsatz von Antibiotika werden kinder- und jugendliche Bereitschaftsdienste angesehen, da die Eltern – sollte sich der Gesundheitszustand des Kindes ohne Antibiotika verschlechtern – diesen aufsuchen können (Faktencheck Gesundheit: Antibiotika). Wichtig ist eine gute Information und Sensibilisierung der Eltern (und Ärztinnen und Ärzte) für die mit einem unkritischen Antibiotikagebrauch einhergehenden Resistenzprobleme.

Abbildung 28: Häufigkeit des Antibiotikagebrauchs bei in der AOK Nordost versicherten Kindern und Jugendlichen in 2016 nach Kreisen und Kreisfreien Städten (mindestens einmal im Jahr eine Verordnung eines Antibiotikums)



Quelle: Angaben nach GeWINO der AOK Nordost. Berechnung und Darstellung PMV forschungsguppe, Hinweis: Die Abkürzungen der Landkreise und kreisfreien Städte (KFZ-Kennzeichen) sind im Anhang verzeichnet

Antibiotika – richtig eingesetzt

RESIST („Resistenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegsinfektionen“) ist ein Projekt des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) und seiner Mitglieds-kassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), acht Kassenärztlichen Vereinigungen (Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nord-rhein, Saarland und Westfalen-Lippe), dem Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock und dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI). Das Projekt hat zum Ziel, den Antibiotikaeinsatz bei Atemwegsinfekten in Arztpraxen (ambulante Versorgung) zu optimieren. Insgesamt nehmen 3.000 Hausärzte, Kinderärzte, HNO-Fachärzte und Fachärzte für Innere Medizin an RESIST teil. Ein zentraler Ansatzpunkt ist die Arzt-Patienten-Kommunikation. Im Rahmen einer eigens entwickelten „Antibiotikaberatung“ wird der Patient in die Entscheidung eingebunden, ob in seinem Fall ein Antibiotikum das Mittel der Wahl ist. Das Projekt wird vom Innovationsfond gefördert (www.kbv.de/html/resist.php).

Psychopharmaka werden ebenfalls bei Kindern und Jugendlichen verordnet. Auf der Basis der Daten zweier bundesweiter großer Krankenkassen konnte beispielsweise gezeigt werden, dass 2,7 % der Kinder und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre) im Jahr 2012 mindestens einmal eine entsprechende Verordnung (ohne pflanzliche oder homöopatische Mittel) erhalten haben (Abbas et al. 2016). Am häufigsten werden Stimulanzien verordnet, Mittel zur Behandlung bei Kindern mit hyperkinetischer Störung (ADS, ADHS). In den letzten Jahren war auch eine Zunahme von der Verordnung stark wirkender Psychopharmaka wie der Antipsychotika zu beobachten. Hier gibt es Hinweise, dass sie nicht zulassungskonform zur Behandlung von Schizophrenie, sondern off-label, z. B. bei Kinder mit ADHS und Stimulanzienbehandlung oder bei Aggressivität eingesetzt werden (Abbas et al. 2016, Bachmann et al. 2014).

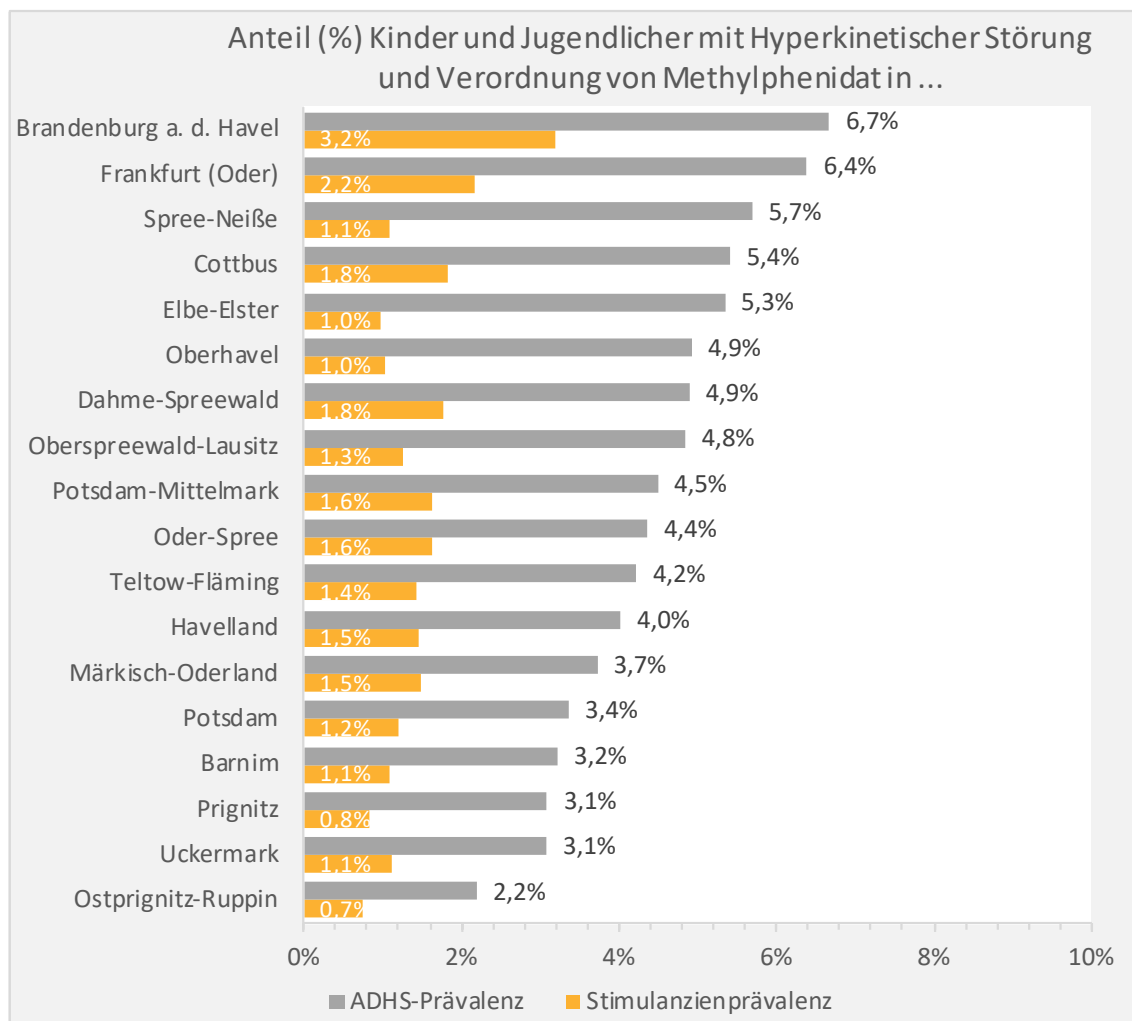
Schätzungen zur Zahl der Kinder und Jugendlichen mit einer ärztlichen Diagnose Hyperkinetische Störung (HKS; ICD 10 F90) sowie zur Häufigkeit der Behandlung mit Methylphenidat, dem häufigsten zur Behandlung eingesetzten Stimulanz, liegen für das Land Brandenburg auf der Basis von Daten der BARMER für das Jahr 2015 vor. Bundesweit hatten danach 4,21 % (Jungen: 6,15 % Mädchen: 2,15 %) der 0- bis 19-Jährigen mindestens einmal eine Diagnose HKS. Im Land Brandenburg lag dieser Anteil bei 4,26 % (Jungen 6,35 %, Mädchen: 2,05 %). Fünf weitere Bundesländer liegen noch etwas höher. Die Behandlungsrate mit Methylphenidat bei Kindern mit HKS-Diagnose lag bundesweit bei knapp 40 %. Im Land Brandenburg lag dieser Anteil mit 32 % (Jungen: 35 %; Mädchen 25 %) deutlich niedriger. Mit anderen Worten: bei rund einem Drittel der Jungen mit HKS und einem Viertel der Mädchen mit der Diagnose HKS wurde in 2015

ein Stimulanz verordnet (Sonderauswertung; Grobe et al. 2017).

Nicht nur zwischen Bundesländern sondern auch innerhalb der Länder zeigen sich Unterschiede in der Häufigkeit der Diagnosestellung

und Stimulanzientherapie. So liegt in Brandenburg an der Havel der Anteil der HKS-Kinder mit Methylphenidat Behandlung bei knapp 48 %. Deutlich seltener (18 %) erfolgt die Verordnung im Landkreis Elbe-Elster (Abbildung 29).

Abbildung 29: Häufigkeit der Diagnose Hyperkinetische Störung und der Verordnung von Methylphenidat bei Kindern und Jugendlichen (0- 19 Jahre) in 2015 nach Kreisen und Kreisfreien Städten



Quelle: Grobe et al. 2017. Berechnungen basierend auf Daten der BARMER

Große regionale Varianz in der Krankheitshäufigkeit und Art der Behandlung ist vielfach ein Hinweis auf Fehlversorgung und wird durch fehlende Leitlinien und Standards, unterschiedliche Definitions- und Handlungsstrategien der Professionellen und durch unterschiedliche Versorgungsangebote mitbedingt.

Die Verordnung von Methylphenidat wird seit Mitte der 1990er Jahre kontrovers diskutiert. Zwei Aspekte werden genannt: die Steigerungsraten und die großen regionalen Unterschiede. Die häufigere Verordnung könnte man mit einer früheren Unterversorgung erklären. Fachleute melden hier allerdings Zweifel an. Dass zwischen den Landkreisen erhebliche Unterschiede in der Diagnosehäufigkeit ebenso wie in den Verordnungen liegen, ist nicht mehr einfach zu erklären. Regionale Varianz zeigt sich in ganz Deutschland. Fachleute befürchten, dass zu schnell und ohne ausreichende Untersuchungen die Diagnose gestellt und eine medikamentöse Therapie eingeleitet wird (Schubert et al. 2010, Steinhäusen et al. 2016). Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, d. h., dass hinsichtlich der

Arzneimitteltherapie besondere Herausforderungen bestehen. So sind viele Medikamente nicht explizit für die Therapie von Kindern und Jugendlichen zugelassen, was notwendigerweise zu einem sogenannten Off-label Einsatz führt. Bei der KIGGS Basiserhebung wurden 30 % der angewendeten Arzneimittel nicht zulassungskonform eingesetzt (Knopf et al. 2013). Um die Arzneimitteltherapie im Kindes- und Jugendalter sicher durchführen zu können, bedarf es deshalb auf verschiedenen Ebenen (Forschung, Arzneimittelrecht, Information der Öffentlichkeit) noch weiterer Anstrengungen.

In diesem Kapitel wurde über die Häufigkeit des Antibiotikaeinsatzes sowie die Häufigkeit der Diagnose hyperkinetische Störung einschließlich der medikamentösen Behandlung im Vergleich der Landkreise und kreisfreien Städte berichtet. Die Unterschiede sind so groß, dass man kaum annehmen kann, dass hinter den regionalen Unterschieden auch reale Unterschiede in der Krankheitshäufigkeit und Behandlungsbedürftigkeit stehen. So liegt die Vermutung nahe, dass sich hier Hinweise auf Unter-, Über- und Fehlversorgung zeigen.

3. Im Fokus: Ausgewählte Schwerpunkte der Kindergesundheit

Es gibt eine Reihe von Erkrankungen und Störungen, an denen Kinder und Jugendliche leiden und die in einem Gesundheitsbericht auch ausführlicher betrachtet werden könnten. Für den hier vorliegenden Bericht wurde unter Bezug auf die Gesundheitsziele des Bündnis Gesund Aufwachsen und der Landessuchtkonferenz eine Auswahl getroffen. Ein Fokus wurde auf das Thema Gesundheit rund um die Geburt und damit auf Schwangere und Säuglinge gelegt. Jugendliche stehen im Mittelpunkt des Kapitels Substanzkonsum und nicht stoffgebundene Süchte. Die Mundgesundheit betrifft alle im Bericht betrachteten Altersgruppen.

3.1 Gesundheit rund um die Geburt

Gesundheit und Chancengleichheit von Kindern sind schon vor der Geburt wichtig. Aus diesem Grund wurden die nationalen Gesundheitsziele im Jahr 2017 um den Schwerpunkt Gesundheit rund um die Geburt erweitert. Anlass war u.a. die hohe Kaiserschnittrate in Deutschland und die verbreitete Haltung, wonach eine Schwangerschaft wie eine Krankheit verstanden wird. Somit sollen

Gesundheit und Wohlbefinden während der Schwangerschaft, im Wochenbett und dem ersten Lebensjahr des Kindes, wie auch eine physiologische, d.h. den normalen Lebensvorgängen entsprechende Geburt gefördert werden. Zwei neue Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften zum Thema Kaiserschnitt und der physiologischen Geburt sind derzeit in Arbeit.

Im Land Brandenburg wird das nationale Gesundheitsziel vom Bündnis Gesund Aufwachsen aufgegriffen. Unterstützt wird die Förderung einer informierten Entscheidung zur natürlichen Geburt. (Beschluss der AG Frühe Hilfen und Pädiatrische Versorgung vom 20. April 2016). Darunter ist eine möglichst interventionsarme Geburt zu verstehen. Im November 2017 fand ein erster Workshop zu dieser Thematik statt, um bereits bestehende Unterstützungsangebote und Strukturen für Schwangere und Eltern von Neugeborenen aufzuzeigen. Ein interprofessioneller Fachtag im Land Brandenburg ist für 2018 in Planung. Der Zugang zu Beratungsangeboten sowie Informationsmaterialien für die Lebensphase rund um die Geburt soll flächendeckend ermöglicht werden (GVG 2017).

Gesundheit rund um die Geburt (2017) – Ziele der Arbeitsgruppe Frühe Hilfen und Pädiatrische Versorgung (AG FHPV) im *Bündnis Gesund Aufwachsen*:

- Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert.
- Eine physiologische Geburt wird ermöglicht und gefördert.
- Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft sind anerkannt und gestärkt.
- Das erste Jahr nach der Geburt wird als Phase der Familienentwicklung unterstützt. Eine gesunde Entwicklung wird ermöglicht und gefördert.
- Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet.

Quelle: GVG 2017

Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden Schwangerschaft, Geburt, Stillen und das Neugeborenen Screening im Land Brandenburg näher beleuchtet. Informationen hierzu entstammen der Jahresauswertung Geburtshilfe für das Jahr 2016, in die Daten von 25 Krankenhäusern einfließen und damit einen Großteil der Geburten erfassen. Die in Tabelle 3 aufgeführten Kennziffern beziehen sich auf die in die Jahresauswertung eingehenden stationären Geburten im Land Brandenburg (N=16.573) bzw. stationäre Geburten in Deutschland (N=758.614). Dabei zeigt sich, dass der Anteil der Schwangeren mit einer

Erstuntersuchung bis zur 12. Schwangerschaftswoche im Land Brandenburg etwas niedriger liegt als in Deutschland. Deutlich höher als deutschlandweit ist im Land Brandenburg der Anteil der Schwangeren mit einem Krankenhausaufenthalt vor der Geburt. Auch der Anteil der Frauen ohne Partner in der Schwangerschaft liegt über dem Wert für Deutschland.

Schwangere im Land Brandenburg sind im Vergleich zu Deutschland eher jünger, haben mehr stationäre Aufenthalte vor der Geburt, sind eher Raucherinnen und haben seltener eine Partnerschaft.

Tabelle 3: Kennziffern zu Schwangeren und Neugeborenen

Grundgesamtheit stationäre Geburten (2016)	Land Brandenburg (N=16.573)	Deutschland (N=758.614)
Anteil unter 30 Jahre	46,38%	40,89 % (2015)
Anteil 35 Jahre und älter	20,06%	23,25% (2015)
Anteil mit bekanntem Datum der Erstuntersuchung bis zur 12. Schwangerschaftswoche	78,65 %	81,44 %
Anteil der Schwangeren mit 12 und mehr Vorsorgeuntersuchungen	35,11 %	38,61 %
Anteil mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes)	4,22 %	5,38 %
Anteil mit Diabetes mellitus	0,77 %	0,89 %
Anteil mit BMI 30 und darüber bei Erstuntersuchung	14,50 %	14,17 %
Anteil Raucherinnen (Anteil ohne Angabe)	8,16 % (26,72 %)	5,47 % (k.A.)
Herkunftsland Deutschland	89,81 %	76,04 %
Anteil ohne Partner	19,63 %	8,43 %
Anteil mit stationären Aufenthalt vor der Geburt	14,28%	7,13%
Geburts-Kardiotokographie (Wehenschreiber)	98,08 %	95,28 %
Grundgesamtheit Kinder (2016)	Land Brandenburg (N=16.817)	Deutschland (N= 773.338)
Frühgeborene (unter 37+0 Wochen)	7,91 %	8,64 %
Kaiserschnitt (primär, sekundär, nicht näher bezeichnet)	29,72 %	32,01 %
Anteil Kinder unter 1.500 g an allen Neugeborenen	1,01 %	1,42 %
Anteil Lebendgeborener mit Geburtsgewicht unter 2.500g	6,05 %	7,20 %

Quelle: LQS 2017, IQTIG 2017a, IQTIG 2017b

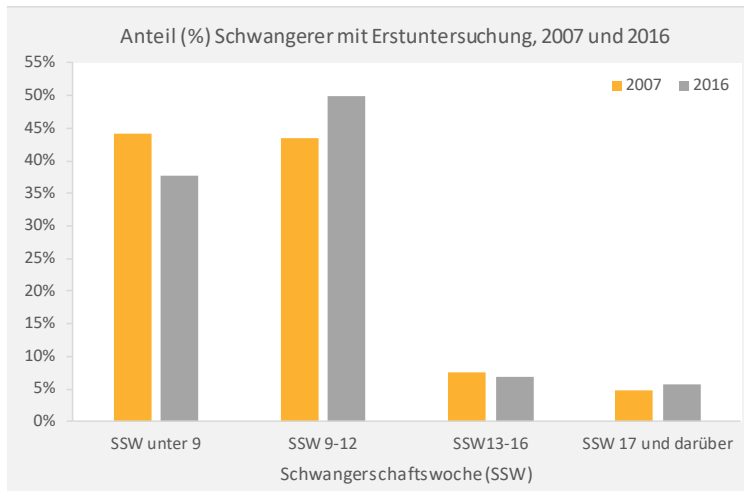
3.1.1 Schwangerenvorsorge

Schwangerschaft und Geburt sind einerseits natürliche Vorgänge. Andererseits gibt es auch Risiken für Mutter und Kind. Um Gefahren und ungünstige Schwangerschaftsverläufe rechtzeitig zu erkennen, werden den Schwangeren regelmäßige, ärztliche Vorsorgeuntersuchungen und Hebammenhilfen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung empfohlen. Die Schwangerschaftsvorsorge (nach Mutterschafts-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses) umfasst in einem 4-Wochenrhythmus neben einer Beratung der Schwangeren u.a. Gewichtsmessungen, Blutuntersuchungen (auf Anämie, Infektionen), Screening auf Schwangerschaftsdiabetes, eine Kontrolle der Herztöne des ungeborenen Kindes sowie Ultraschalluntersuchungen (i.d.R. eine pro Schwangerschaftsdrittel) (Richtlinien des G-BA 2016). In den letzten beiden Schwangerschaftsmonaten bzw. bei Vorliegen von Komplikationen erfolgen engmaschigere Untersuchungen.

Informationen zur Inanspruchnahme dieser Vorsorgeleistungen, zu gesundheitlichen Risiken der Schwangeren sowie zum Verlauf der stationären Geburten und zu Daten zum Neugeborenen werden in Brandenburg, wie auch in anderen Bundesländern, durch die Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung erhoben. Entsprechend beziehen sich die folgenden Zahlen auf den aktuellen Qualitätsbericht der Krankenhäuser in Brandenburg (stationäre Geburten 2016 N=16.573) (LQS 2017).

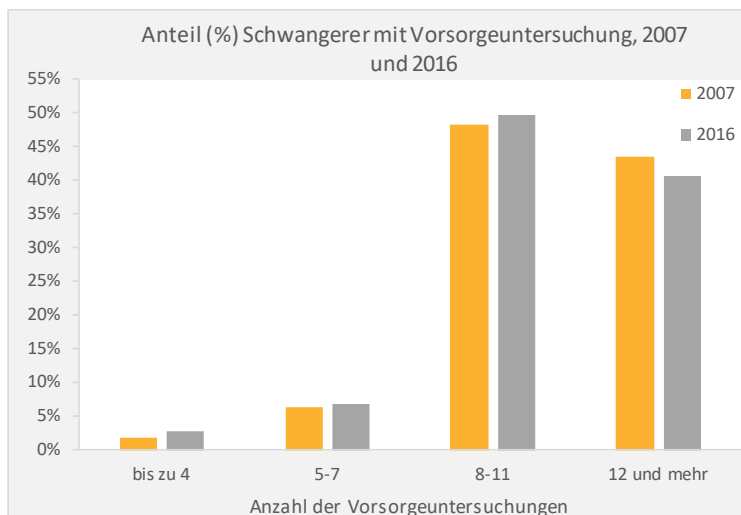
- Fast 54 % der im Krankenhaus gebärenden Frauen waren im Jahr 2016 über 30 Jahre alt; 20 % waren älter als 35 Jahre. Im Jahr 2002 lag der Anteil der über 35-Jährigen bei 12,7 %. Da mit dem Alter Schwangerschaftsrisiken zunehmen, kommt der Vorsorge eine hohe Bedeutung zu. Hierbei ist zu bedenken, dass rund 10 % der Gebärenden nicht aus Deutschland kommen und möglicherweise ein Informationsdefizit oder Zugangsprobleme zu Vorsorgeleistungen haben. Untersuchungen zeigen, dass Frauen mit Migrationshintergrund seltener die Schwangerschaftsvorsorge in Anspruch nehmen und zu einem höheren Anteil Komplikationen nach der Geburt aufweisen (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2014).
- Knapp 20 % der Mütter gaben 2016 an, keine feste Partnerschaft zu haben, was geringere Ressourcen im familiären Umfeld bedeuten kann.
- Knapp 79 % der Schwangeren nimmt bis zur 12. Schwangerschaftswoche die Erstuntersuchung wahr (Abbildung 30). Bezogen auf alle Geburten, fand 2016 bei 50 % der Frauen die erste Schwangerschaftsuntersuchung in der 9. Woche der Schwangerschaft statt (10 % ohne Angabe). Der Median lag 2002 ebenfalls auf der 9. Woche.
- 2,3 % der Frauen erhielten nur bis zu vier Vorsorgeuntersuchungen, was nach Meinung von Experten als Unterversorgung bewertet wird (Abbildung 31).

Abbildung 30: Anteil der Schwangeren nach Zeitpunkt der Erstuntersuchung in der Schwangerschaft.



Quelle: LQS 2017; Anteil bezieht sich auf Schwangere mit Angaben; ohne Angaben 2007 n=784 (5,3 %), 2016 n= 1.686 (10,2 %)

Abbildung 31: Anteil der Schwangeren nach Häufigkeit der Vorsorgeuntersuchungen



LQS 2017; Anteil bezieht sich auf Schwangere mit Angaben; ohne Angaben 2007 n=794 (5,3 %), 2016 n= 2.291 (13,8 %)

Die Relevanz der Vorsorgeuntersuchung zeigt sich auch darin, dass bezogen auf alle Geburten im Jahr 2016 knapp 78 % der Schwangeren Risiken aufwiesen. Zu der Einstufung als Risikoschwangerschaft führen vor allem vorhandene familiäre Belastungen

wie Diabetes, Hypertonie (ca. 30 % weisen hierzu Angaben auf), frühere eigene schwere Erkrankungen (knapp 18 %), Allergien (23 %), früherer Kaiserschnitt (knapp 13 %) und ein Alter über 35 Jahre (knapp 14 %).

Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) stellt ein Risiko für Mutter und Kind dar. Hierunter versteht man eine Glukosetoleranzstörung, die erstmals in der Schwangerschaft diagnostiziert wird. Bei den betroffenen Frauen sinken die Blutzuckerwerte nach einer Nahrungsaufnahme nicht schnell genug ab. Frauen mit Gestationsdiabetes haben ein signifikant erhöhtes Risiko, nach der Schwangerschaft einen Diabetes mellitus zu entwickeln. Auch für die Kinder werden erhöhte Risiken beschrieben, beispielsweise Adipositas mit begleitenden Herz-Kreislauf- und Stoffwechselstörungen (Bluthochdruck, erhöhte Blutfette) (Kim et al. 2011).

Laut Mutterschafts-Richtlinie sollte jeder schwangeren Frau, bei der nicht bereits ein manifester Diabetes mellitus diagnostiziert wurde, zwischen der 24. und 28. Schwangerschaftswoche ein Test (Screening) auf Gestationsdiabetes angeboten werden. Zur Häufigkeit des Gestationsdiabetes liegen bislang für Deutschland nur wenige Angaben vor, die zudem ein breites Spektrum aufweisen (Kleinwechter et al. 2014). Laut IQTIG, wurde im Jahr 2016 in Deutschland, basierend auf den Perinatal-Daten der Krankenhäuser, bei 5,38 % der Frauen mit Geburt ein Gestationsdiabetes diagnostiziert (IQTIG 2017a). Hier besteht Handlungsbedarf hinsichtlich der weiteren gesundheitlichen Betreuung der Frauen nach der Entbindung, z.B. zur Kontrolle der Blutzuckerwerte.

Auch **Rauchen, Alkohol und Übergewicht** während der Schwangerschaft sind für die Schwangeren und das ungeborene Kind vermeidbare Risiken:

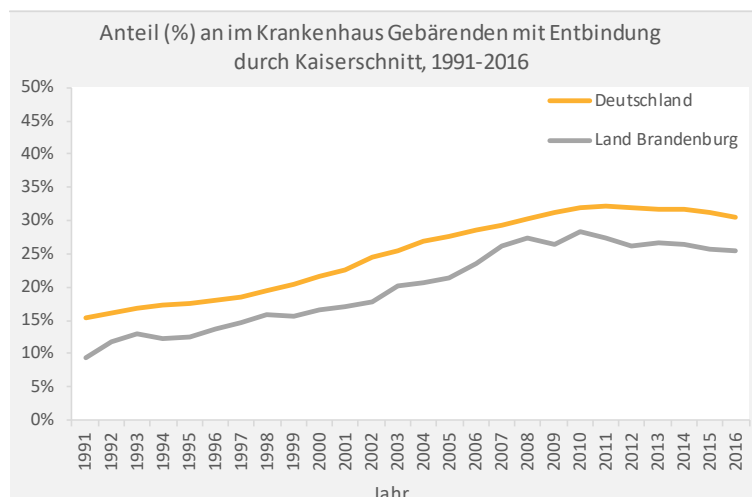
- 2016 gaben – bezogen auf alle in der Erhebung betrachteten stationären Geburten – 8% der Schwangeren an zu rauchen. 2002 lag der Anteil der Raucherinnen in Brandenburg mit 13% noch höher. Allerdings haben 2016 mehr als ein Viertel der Frauen keine Antwort auf die Frage nach dem Rauchen gegeben (2002 ohne Angabe: 2,7%).
- Laut der bundesweiten KiGGS Studie (2. Welle) haben 10,9 % der Mütter von 0- bis 6-jährigen Kindern während der Schwangerschaft geraucht. Hier zeigt sich zwar ein Rückgang seit der Basiserhebung, doch weiterhin rauchten Mütter mit niedrigem Sozialstatus während der Schwangerschaft deutlich häufiger als Frauen mit hohem Sozialstatus (27,1 % vs. 1,6%)
- Einen Body Mass Index von 30 und mehr – Hinweis auf Adipositas – bei der Erstuntersuchung war bei 14,5 % der Schwangeren (bezogen auf Geburten) dokumentiert. Stark Übergewichtige Schwangere sind Hochrisikoschwangere. Untersuchungen sind schwieriger, das Risiko für Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck und Kaiserschnitt steigt. Die Kinder haben ebenfalls ein erhöhtes Risiko adipös zu werden (Brüll et al. 2016).
- 14% der deutschen Frauen trinken während der Schwangerschaft Alkohol. Schätzungsweise 4 von 1000 Kindern weisen das Vollbild eines fetalen Alkoholsyndroms (FAS) auf, d.h. sie sind durch den Alkoholkonsum der Mutter stark geschädigt.

Das Risiko für FAS steigt mit der Höhe und Dauer des Alkoholkonsums. Die Risiken des Alkoholkonsums werden nach wie vor unterschätzt. Studien zeigen auch, dass ältere Schwangere und Frauen mit einem höheren sozialen Status eher Alkohol in der Schwangerschaft konsumieren (Bergmann et al. 2007). Frauen mit niedrigem sozialen Status, die rauchen oder auch andere Drogen nehmen oder in deren Umfeld Alkohol und Drogen genommen werden, trinken auch vermehrt Alkohol (Landgraf et al. 2014). Aufklärung und Unterstützung von Schwangeren, die schon vor der Geburt ein risikobehaftetes Verhalten aufzeigen, bleiben nach wie vor wichtig.

3.1.2 Wie kommen die Kinder auf die Welt?

Knapp 99 von 100 Kindern kommen bundesweit wie auch im Land Brandenburg im Krankenhaus auf die Welt (QUAG 2016). Nach Daten der Jahresauswertung Geburtshilfe für das Land Brandenburg kamen im Jahr 2016 knapp 65 % der Kinder auf natürlichem Wege, das heißt ohne weiteren Einsatz von Geburtshilfemethoden wie Saugglocke, Geburtszange oder Kaiserschnitt zur Welt. Bei knapp 30% der Entbindungen wurde ein Kaiserschnitt durchgeführt, wobei in fast 52% aller Fälle die Geburt bereits begonnen hatte.

Abbildung 32: Entwicklung der Kaiserschnitttrate an allen stationären Entbindungen



Quelle: Krankenhausstatistik – Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Statistisches Bundesamt

Die Kaiserschnitttrate hat sich seit 1991 verdoppelt und wird – sofern keine medizinische Indikation vorliegt – seit Jahren problematisiert. Es entstehen vermeidbare Risiken für Mutter und Kind. Die Zunahme sowie die regionalen Unterschiede können nicht allein durch das in den letzten 20 Jahren gestiegene Alter der Mütter bei Geburt und das häufigere Auftreten von Mehrlingsgeburten und Risikoschwangerschaften erklärt werden. Auch die Häufigkeit eines „Wunschkaiserschnittes“ ohne entsprechende Indikation liegt Befragungen zufolge bei nur 2 %. Als Erklärung werden genannt: derzeit noch fehlende Leitlinienempfehlungen (aktuelle Leitlinie Kaiserschnitt in Entwicklung), Verfügbarkeit von Hebammen, wirtschaftliche Vorteile für Kliniken, haftungsrechtliche Fragen (Faktencheck Gesundheit 2012; Kolip et al. 2012).

Mit Kaiserschnitt zur Welt kommen ist in Brandenburg seltener als in anderen Bundesländern.

Wie aus der Abbildung 32 ersichtlich, ist sowohl bundesweit wie auch in Brandenburg die Kaiserschnitttrate von 1991 bis 2011 (Brandenburg bis 2010) kontinuierlich gestiegen. Seit ein paar Jahren zeigt sich ein leichter Rückgang. Beim Vergleich der Bundesländer zeigen sich Unterschiede. Im Jahr 2016

lagen Berlin, Brandenburg, Thüringen und Sachsen deutlich unter dem Bundesdurchschnitt von 30,5%.

Unterstützung durch Hebammen und Entbindungspfleger

Für eine Unterstützung in der Schwangerschaft, während der Geburt sowie bis zur achten Lebenswoche des Kindes stehen Hebammen bzw. Entbindungspfleger zur Verfügung. Bis zum 10. Lebenstag des Kindes kann einmal täglich, je nach Umständen auch zweimal täglich ein Besuch stattfinden. Bis zur achten Lebenswoche erfolgen die Kontakte nach den vorliegenden Notwendigkeiten. Die Hebamme achtet nicht nur auf die Entwicklung des Kindes, sondern leitet, sofern erforderlich, auch die Eltern in der Versorgung des Kindes an, informiert über die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen und führt ggf. auch das Neugeborenencreening bis zum 3. Lebenstag durch. Die Hebamme ist auch Ansprechpartnerin für die Eltern. So kann sie wahrnehmen, ob nach der Geburt psychische Probleme auftreten oder auch Schwierigkeiten im Umgang mit dem Neugeborenen bestehen und die Eltern entsprechend beraten.

Angaben zur Zahl der Hebammen und Entbindungspfleger, die überwiegend freiberuflich tätig sind, sind bei den Gesundheitsämtern der Kreise und kreisfreien Städte erhältlich, da die Berufstätigkeit dort angezeigt werden muss (folgende Angaben nach Landtag Brandenburg Drucksache 6/4845):

- Im Februar 2013 waren im Land Brandenburg 385 Hebammen/Entbindungspfleger tätig. Daten aus 2016 (bei 2 fehlenden Landkreisen) weisen bereits 442 Personen auf und damit 87 mehr gegenüber 2013 im Vergleich der 16 Landkreise mit Angaben.

- Bezogen auf Frauen im Alter von 18 bis 45 Jahren kam zwischen Ende 2013 und Ende 2014 eine Hebamme auf 881 Einwohnerinnen (Berlin 1:518 Einwohnerinnen) (ZAB 2015),

Die Datenlage erlaubt keine Einschätzung, ob und in welchen Regionen eine Unterversorgung besteht. Ein Hemmnis für eine Tätigkeit als Hebamme wurde vor einigen Jahren in den hohen Beiträgen zur Berufshaftpflicht gesehen. Seit 2010 erfolgt aufgrund gesetzlicher Regelung nach Erbringung geburtshilflicher Leistungen eine Refinanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen (Landtag Brandenburg Drucksache 6/4845).

Familienhebammen und Familien-Gesundheits-Kinderkrankenpfleger und -pflegerinnen

Familienhebammen sind staatlich examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation. Sie sind darin geschult, Eltern und Familien in belastenden Lebenssituationen zu unterstützen. Familienhebammen können bis zu einem Jahr nach der Geburt des Kindes eine Familie aufsuchen, sie hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung beraten und psychosoziale Unterstützung leisten. Im Land Brandenburg sind sie wie auch Familien-Gesundheits-Kinderkrankenpfleger und -pflegerinnen im Landeskonzept zur Umsetzung der Bundesinitiative „Frühe Hilfen“ eingebunden. Zielgruppe für Frühe Hilfen sind Schwangere und Eltern von Neugeborenen und Kleinkindern. Es handelt sich um eine aufsuchende Hilfe, wobei die Initiative und damit Bereitschaft zu Hilfeannahme von der Schwangeren oder der jungen Familie ausgehen muss.

Zum Stand 2015 wurden in 13 Landkreisen und kreisfreien Städten 18 Familienhebammen und 5 Familien-Gesundheits-Kinderkrankenpflegerinnen und Kinderkrankenpfleger im Bereich der frühen Hilfen eingesetzt (Angaben nach 6. Fachgespräch Juli 2015: Kompetenzzentrum Frühe Hilfen Familienzentrum, FHP; Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen Start gGmbH).

Stillen der Säuglinge

Das Stillen wird nach wie vor als beste Ernährungsweise für den Säugling angesehen. Von der Weltgesundheitsorganisation wird ausschließliches Stillen in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes empfohlen (WHO 2018). Neben dem intensiven Kontakt und dem Bindungsaufbau zwischen Mutter und Kind wurde in Studien gezeigt, dass gestillte Kinder seltener an Infektionskrankheiten, Asthma und Allergien leiden (Ek et al. 2017).

In Land Brandenburg werden Daten zum Stillverhalten im Rahmen der Einschulungsuntersuchung retrospektiv erhoben. Die Untersuchung im Jahr 2016 zeigte, dass 82,9 % der Brandenburger Einschulungskinder jemals gestillt wurden. In Bezug auf die Dauer wurde fast die Hälfte der Kinder (49,3 %) mehr als 4 Monate gestillt. Es zeigen sich jedoch soziale Unterschiede. In Familien mit Migrationshintergrund, mit alleinerziehendem Elternteil oder niedrigem Sozialstatus werden die Kinder deutlich seltener länger als 4 Monate lang gestillt (Gottschalk & Eilsäßer 2017).

Im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) wurde ein Anstieg in der Stillhäufigkeit zwischen 1986 und 2005 gezeigt. Jemals gestillt wurden rund 76 % der Kinder, rund 23 % wurden über einen Zeitraum von 6 Monaten voll gestillt (Lange et al. 2007). Aus der Untersuchung wurde deutlich, dass ein Zusammenhang zur sozialen Schicht besteht: Die Kinder von sozial benachteiligten Müttern wurden signifikant seltener gestillt, ebenso Kinder von Müttern, die angaben, während der Schwangerschaft geraucht zu haben.

Eine Untersuchung in Bayern (2005/2006) zeigte, dass ein hoher Prozentsatz (90 %) der Mütter mit dem Stillen beginnt, der Anteil im 2. Monat jedoch schon deutlich zurückgeht, wobei als Gründe für das Nichtstillen/vorzeitiges Abstillen an erster Stelle Schwierigkeiten beim Stillen genannt wurden (Kohlhuber 2014). Weitere Gründe sind eine gleichwertige Beurteilung der Flaschennahrung und die zeitliche Belastung. Zum Stillen bedarf es der Unterstützung der Mütter, z.B. durch Hebammen und Stillberaterinnen sowie auch entsprechende fördernde Informationen in der Klinik durch medizinisches Personal, da z.T. das Wissen über das Stillen in den Familien neu aufgebaut werden muss.

„Baby Blues“ und Wochenbettdepression

Einige Tage nach der Entbindung kann es bei den Müttern zu einem „postpartalen Blues“ kommen, gekennzeichnet durch Traurigkeit, Labilität, Müdigkeit, Reizbarkeit und Erschöpfung. Schätzungsweise tritt dieses Stimmungstief bei 25-50 % der Wöchnerinnen auf. Als Ursache wird das starke

Absinken der Hormone – vor allem der Östrogene – beschrieben. In der Regel klingen die Symptome nach ein paar Tagen ab. Hilfreich ist es, wenn die Mütter seitens der Partner, Familie und Hebammen Verständnis und Unterstützung erhalten. Davon abzugrenzen ist die Wochenbettdepression, die bei ca. 10 bis 15 % der Mütter auftritt und sich in den ersten vier Wochen nach Geburt – oftmals schleichend – entwickelt (Sonnenmoser 2007). Es handelt sich um eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung. Die Mütter sind teilnahmslos und nicht in der Lage eine emotionale Beziehung zum Kind aufzubauen. In schweren Fällen besteht Suizidgefahr. Die Ursachen sind noch nicht völlig geklärt; Frauen mit psychischen Problemen (Ängste, Depression, Zwangsstörungen) vor und während der Schwangerschaft weisen ein höheres Risiko auf.

3.1.3 Start ins Leben

Die meisten Kinder werden gesund und ohne weitere Einschränkungen geboren. Manche Kinder und ihre Eltern benötigen jedoch gleich zu Beginn professionelle Unterstützung. Die folgenden Angaben beziehen sich auf die stationären Geburten (N=16.573) bzw. Neugeborenen (N=16.817) aus der Jahresauswertung Geburtshilfe im Land Brandenburg (LQS 2017).

- 7,9 % aller hier erfassten Geburten im Land Brandenburg waren 2016 Frühgeburten, d. h. sie fanden vor der 37. Schwangerschaftswoche statt (bundesweit 2016: 8,6% (IQTIG 2017b)). Der Anteil schwankt im Land Brandenburg seit 2002 zwischen 7,7 % in 2012 und 8,8 % in 2008. Bei Frühgeburten können unter und nach der Geburt eher Komplikationen auftreten, da die körperliche Entwicklung noch nicht ausreichend abgeschlossen ist. Da der Anteil in Deutschland im Vergleich zu Europa hoch ist, wurde seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit verschiedenen Akteuren ein Versorgungsprogramm „Vermeidung von Frühgeburten – Gesund schwanger“ geschlossen, das u.a. ein Infektionsscreening zwischen der 16. und 24. Schwangerschaftswoche beinhaltet (KBV 2016).
- 6,2 % aller Kinder (inkl. Todgeborenen) hatten ein Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm. Bei Kindern mit geringem (zwischen 1500 und 2500 g) sowie sehr geringem (unter 1.500 g) Geburtsgewicht ist das Risiko für eine gesundheitliche Beeinträchtigung sowie Versterben erhöht.
- 0,8 % wiesen Fehlbildungen auf, die schon bei Geburt erkennbar waren. Jungen sind deutlicher häufiger betroffen als Mädchen. Auch hier bedürfen die Eltern vielfältige Unterstützung, um mit der neuen Situation zurecht zu kommen.

Schreien kann nerven. Schütteln kann töten.

Der Deutsche Kinderverein startete im Sommer 2017 eine Schüttel-Trauma-Kampagne in Berlin. Auslöser waren 13 Schütteltraumafälle im ersten Halbjahr 2017 in Berlin und Brandenburg, bei denen Eltern oder Betreuende die schreienden Säuglinge und Kleinkinder so stark geschüttelt haben, dass sie bleibende Schäden davon trugen. Drei Kinder sind verstorben. Die Kampagne besteht neben einem tonlosen Film, der in einer U-Bahn Station gezeigt wurde, Plakaten und einer Webseite aus einem Flyer, der über die Gefahren des Schütteltraumas informiert und den Familie kurz nach der Entbindung erhalten.

<http://deutscher-kinderverein.de/schreien-kann-nerven-schuettern-kann-toeten/>

Auch bei einer normal verlaufenden Geburt können Eltern mit der neuen Situation als Familie überfordert sein. Ein Kontakt mit der Hebamme – sofern die Familien dieses Angebot wahrnehmen – ist evtl. nicht ausreichend. Probleme beim Stillen, Füttern oder

Schlafen können zu Verunsicherung der Eltern führen und auf die Bindung zwischen Kind und Eltern negativ Einfluss nehmen. Auch Erziehungsfragen stellen sich schon früh. Hier können Familienpatinnen und Paten die Eltern unterstützen und entlasten.



Netzwerk Gesunde Kinder

Im Netzwerk Gesunde Kinder begleiten geschulte, ehrenamtlich tätige und professionell koordinierte Patinnen und Paten Familien während der Schwangerschaft, nach der Geburt und in den ersten drei Lebensjahren des Kindes. Es wurde 2006 vom damaligen Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF) und dem Bündnis Gesund Aufwachsen entwickelt und ist seit 2011 eine zentrale Maßnahme im Kinder- und Familienpolitischen Programm des Landes Brandenburg. Seit 2014 sind die Netzwerke im Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg (MBJS) verortet (www.netzwerk-gesunde-kinder.de).

Die Patinnen und Paten suchen die Familie in ihrer vertrauten Umgebung auf, informieren unbürokratisch und kompetent über individuell auf die Familie abgestimmte und für die gesunde Entwicklung ihres Kindes ausgerichtete Angebote staatlicher, regionaler, kommunaler, medizinischer und privater Institutionen. Des Weiteren bietet das Netzwerk Elternkurse und Themenabende, Eltern-Kind-Treffs, Stillberatung im Stillcafé und Krabbelgruppen zum Austausch und der Beratung für Schwangere und Eltern an. Die Leistungen des Netzwerkes stehen allen Familien kostenfrei offen.

Inzwischen begleiten mehr als 1.000 ehrenamtliche Patinnen und Paten oder Hebammen Familien oder Schwangere in allen Regionen Brandenburgs. Inzwischen gibt es 20 regionale Netzwerke an 38 Standorten. Träger eines Regionalnetzwerkes Gesunde Kinder sind in der Regel Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (z. B. eine Klinik), gemeinnützige Körperschaften (gGmbH, eingetragener Verein) oder Einrichtungen der örtlichen Daseinsvorsorge (Stadt- oder Kreisverwaltung, freier Träger). Seit Beginn der Initiative im Jahr 2006 wurden mehr als 10.000 Familien im Netzwerk Gesunde Kinder begrüßt und bis zum dritten Lebensjahr ihres Kindes begleitet. Die regionalen Netzwerke Gesunde Kinder arbeiten auf Grundlage gemeinsam vereinbarter Mindeststandards. Zur Förderung der Netzwerke hat das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg eine Richtlinie erlassen.

Weitere Informationen finden sich unter www.netzwerk-gesunde-kinder.de.

3.2 Tabak, Alkohol, illegale Drogen und exzessive Mediennutzung

Tabak- und Alkoholkonsum zu reduzieren, sind zentrale nationale wie regionale Gesundheitsziele, da ein enger Zusammenhang zu vermeidbaren Krankheiten und vorzeitigem Tod besteht (RKI & BZgA 2008). Werden Schätzungen über die gesundheitlichen Folgen des Rauchens und des Alkoholmissbrauchs auf das Land Brandenburg mit seinen etwa 2,5 Mio. Einwohnern übertragen, sterben jedes Jahr in Brandenburg (vorzeitig) etwa 2.200 Menschen an den direkten und indirekten Folgen ihres Alkoholmissbrauchs und etwa 3.600 Menschen an tabakbedingten Erkrankungen (DHS 2017).

Prävention sollte bereits bei jungen Menschen ansetzen, da Verhaltensmuster in dieser Entwicklungsphase wesentlich geprägt werden. Suchtprävention ist ein zentrales Gesundheitsziel des Landes Brandenburg. Das Land hat bereits 2001 die Landessuchtkonferenz (LSK) als einen freiwilligen Zusammenschluss von Institutionen, Organisationen, Vereinigungen und Verbänden aus dem Handlungsfeld der Suchtprävention und der Suchtkrankenhilfe in Brandenburg initiiert (www.lsk-brandenburg.de). Durch regelmäßigen Austausch und abgestimmte Aktivitäten soll die Qualität des Handelns und die Wirksamkeit im Bereich der Suchtprävention und -hilfe verbessert werden. Fachleute arbeiten in den Arbeitskreisen Suchtprävention, Ambulante Suchthilfe, Teilhabe Suchtkranker, Pathologisches Glücksspiel sowie Daten und Berichterstattung.

Gesundheitsziele der Landessuchtkonferenz:

- Der Alkoholkonsum ist reduziert. Der verantwortungsvolle Umgang mit Alkohol in Brandenburg ist gefördert.
- Der Tabakkonsum in Brandenburg ist eingedämmt. Nichtraucher nimmt zu. Vor Passivrauchen wird geschützt. Raucherinnen und Rauchern wird der Ausstieg erleichtert.
- Der Konsum illegaler psychoaktiver Substanzen ist reduziert. Das Risikobewusstsein ist gestärkt.
- Das Risikobewusstsein bezüglich des pathologischen Glücksspielverhaltens ist gestärkt. Vor pathologischem Glücksspielverhalten wird geschützt. Glücksspielsüchtigen Menschen wird der Ausstieg erleichtert.

Quelle: LSK 2017a



Auf Initiative der LSK, mit Unterstützung des MASGF und vieler Akteure in den Landkreisen und kreisfreien Städten werden regelmäßig Jugendliche zum Substanzkonsum

befragt. So erfolgt seit dem Schuljahr 2004/2005 im 4-jährigen Abstand eine regelmäßige Befragung von Schülern und Schülerinnen der 10. Klassen, „BJS - Brandenburger

Jugendliche und Substanzkonsum“. Derzeit liegen Ergebnisse von vier Studien vor (BJS 2005, 2009, 2013 und 2017). Ausführliche Informationen zu den Erhebungen und die Fragebögen selbst sind auf der Webseite der Landessuchtkonferenz zu finden (<http://www.lsk-brandenburg.de/service/dokumente-der-lsk.html>). Das Hauptaugenmerk der BJS-Studien liegt auf der Dokumentation des riskanten und gesundheitsschädlichen Konsums von Tabak, Alkohol und illegalen Drogen. Riskanter Konsum bedeutet konkret, dass die genannten Substanzen täglich oder mindestens einmal in der Woche genommen werden.

In den letzten Jahren wurden die Befragungen inhaltlich um nichtstoffgebundene Süchte erweitert. Der Einfluss elektronischer Medien auf den Alltag von Kindern und Jugendlichen wird in der Öffentlichkeit besorgt diskutiert. Seit der zweiten Erhebung fließen die Themen Glücksspiel und Computerspiel mit ein.

Insbesondere für die kommunale Ebene können die Ergebnisse eine Grundlage und Ansporn zum Handeln sein. Schließlich hat die BJS-Studie auch ein insgesamt aufklärerisches Anliegen. Solide Daten sollen sowohl Übertreibungen wie auch Bagatellisierungen entgegenwirken. In vielen Kommunen werden die Ergebnisse von BJS sowohl in den politischen wie auch in Fachgremien und Schulen vorgestellt und diskutiert. Jede Kommune, die an der Studie teilgenommen hat, kann dafür auf eine Ergebnisdarstellung zurückgreifen, die sowohl die Landesergebnisse wie auch die des Landkreises bzw.

der kreisfreien Stadt enthält. Über die Jahre haben zunehmend mehr Kommunen mitgewirkt. In der ersten BJS-Erhebung waren 10 Landkreise beteiligt. Ergebnisse von BJS 4 können für 17 Landkreise spezifisch dargestellt werden.

3.2.1 Alkoholkonsum

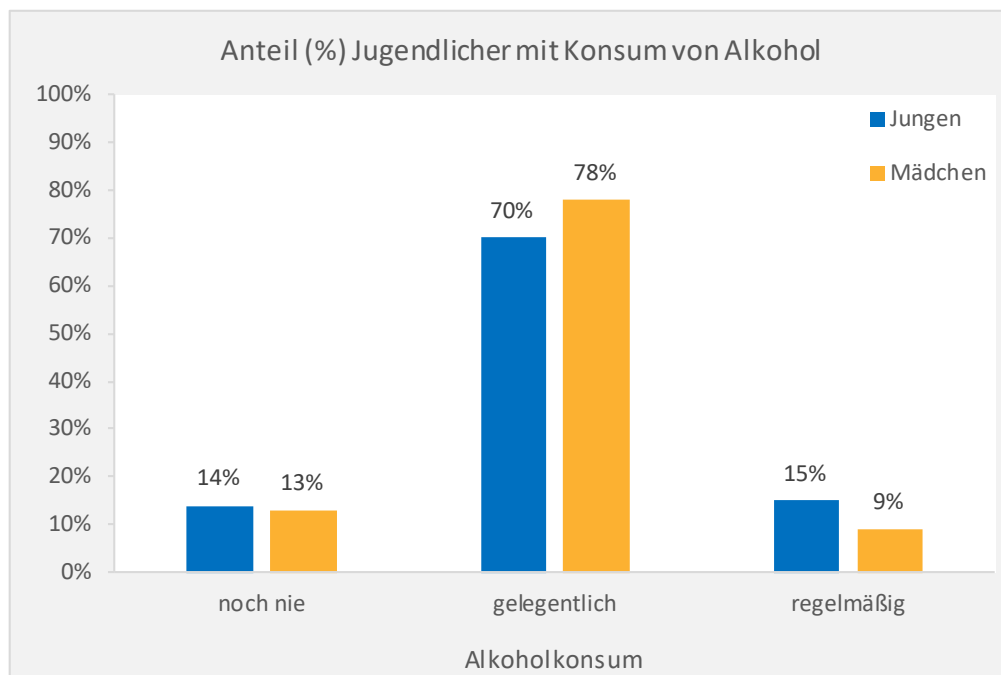
Während im Jahr 2005 4,6 % der Jugendlichen zum Zeitpunkt der Befragung noch nie Alkohol konsumiert haben, ordnen sich im Jahr 2017 mehr als doppelt so viele Jugendliche dieser Kategorie zu (13,8 %) (BJS 1, BJS 4). Zwischen den Geschlechtern zeigt sich kein wesentlicher Unterschied im Anteil an Nicht-Konsumenten (noch nie). Deutlicher ist dieser jedoch bei gelegentlichem (bis zu 3 Mal im Monat) und regelmäßigem (mindestens wöchentlicher) Alkoholkonsum (Abbildung 33). Jungen trinken mehr Alkohol als Mädchen.

Bei Jungen und Mädchen hat sich über die Jahre der Anteil an Jugendlichen mit regelmäßigem Alkoholkonsum um gut die Hälfte reduziert (2005: 26,0 % vs. 2017 11,8 %) (BJS 1, LSK 2017b). Das ist ein großer Erfolg und Gesundheitsgewinn. In vertiefenden Analysen wurde der Einfluss verschiedener Faktoren auf den regelmäßigen Alkoholkonsum gleichzeitig untersucht (logistische Regression). Die daraus resultierenden statistischen Maße (Odds Ratio, OR) geben an, ob die Wahrscheinlichkeit des wöchentlichen Alkoholkonsums in einer bestimmten Gruppe im Vergleich zu einer Referenzgruppe erhöht (OR > 1) oder vermindert (OR < 1) ist.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Jugendlichen dann eher regelmäßig Alkohol trinken, wenn sie auch Tabak rauchen oder männlich sind⁵. Im Jahr 2017 konsumieren Jungen weiterhin deutlich häufiger regelmäßig

Alkohol als Mädchen (Abbildung 33). Dies entspricht auch dem Deutschlandtrend nach der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Orth 2016).

Abbildung 33: Alkoholkonsum bei Jugendlichen in Brandenburg differenziert nach Geschlecht, nach BJS-Befragung 2017



Quelle: BJS 4, gelegentlich: bis zu 3 Mal im Monat, regelmäßig: mindestens wöchentlich, Darstellung PMV forschungsgruppe

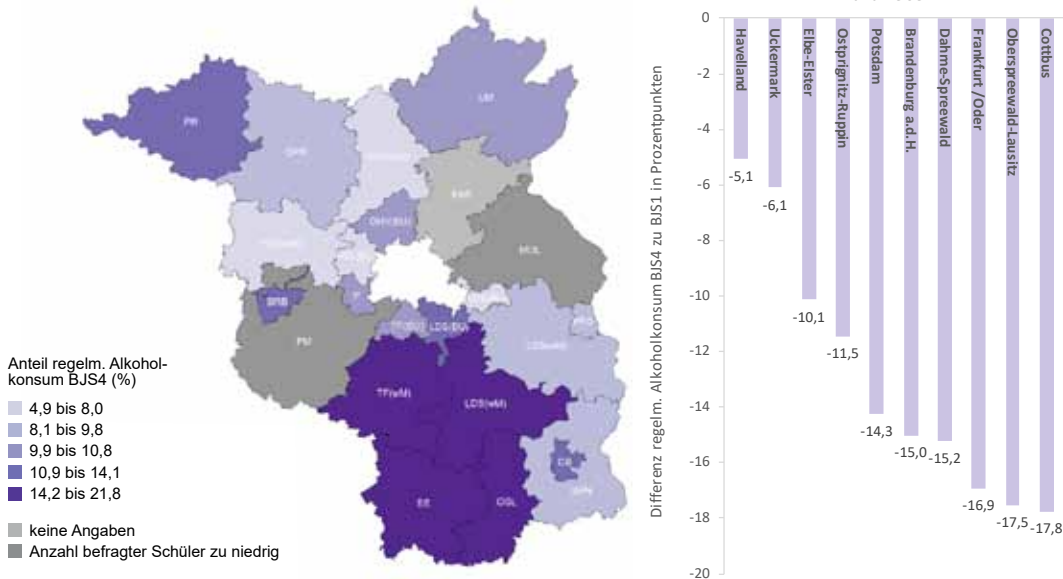
Analysiert nach Kreisen und kreisfreien Städten zeigt sich im Jahr 2017 eine große Spannweite des Anteils an Jugendlichen mit regelmäßigem Alkoholkonsum von 4,9 % im Berliner Umland des Landkreises Oder-Spree (LOS (BU)) bis 21,8 % in Elbe-Elster (EE) (Abbildung 34a) (MASGF 2017c). Bei allen regionalen Auswertungen der vierten BJS-Erhebung werden die Landkreise Barnim (BAR), Potsdam-Mittelmark (PM) und

Märkisch-Oderland (MOL) wegen zu geringer Teilnahmerate bzw. Nicht-Teilnahme (BAR) nicht berücksichtigt.

Werden die zehn Landkreise betrachtet, die sowohl in der ersten als auch der letzten BJS-Erhebung teilgenommen haben, wird der rückläufige Trend des regelmäßigen Alkoholkonsums unter Jugendlichen auch auf Landkreisebene deutlich. Der stärkste

⁵ Der Einfluss von Alter, Erhebungswelle, Schulform, Region auf Kreisebene, Lebenszufriedenheit und Tabakkonsum wurden herausgerechnet (Geschlecht OR= 2,8; 95%-Konfidenzintervall (KI) 2,6-3,0, Referenzgruppe Mädchen; Berechnung PMV forschungsgruppe)

Abbildung 34a Regelmäßiger Alkoholkonsum von Jugendlichen in Brandenburg differenziert nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2017; b. Differenz des Anteils an regelmäßig Alkohol konsumierenden Jugendlichen von BJS 1 zu BJS 4 nach Landkreisen und kreisfreien Städten



Quelle: BJS 1, BJS 4; Berechnung und Darstellung PMV forschungsgruppe, BU: Berliner Umland, wM: weiterer Metropolitanraum, regelmäßig = mindestens wöchentlich; Hinweis: Die Abkürzungen der Landkreise und kreisfreien Städte sind im Anhang verzeichnet

Rückgang ist in Cottbus (CB) und dem Landkreis Oberspreewald-Lausitz (OSL) zu verzeichnen (Abbildung 34b).

Besonders gesundheitlich kritisch ist das Rauschtrinken. Rauschtrinken birgt die Gefahr der Alkoholvergiftung, die mit einer verminderten Reaktionsfähigkeit und Anstieg des Unfallrisikos, alkoholischem Koma oder langfristigen Organschädigungen einhergehen kann (DHS 2015). Hinzu kommt, dass das Risiko einer späteren Alkoholabhängigkeit bei den Personen erhöht ist, die sich bereits in jungen Jahren regelmäßig betrinken.

Das Rauschtrinken wird (wie bei anderen Studien auch) als Konsum von mehr als 5 Getränken bei einer Gelegenheit an mindestens 3 Tagen im Monat abgefragt. Einfacher gesagt: es geht darum, sich an mindestens

drei Tagen im Monat zu betrinken. Wie die Häufigkeit des Alkoholkonsums ist das Rauschtrinken von 2005 bis 2017 von 38 % auf 21 % bei den Jungen zurückgegangen. Bei den Mädchen wird ein Rückgang von 24 % auf 16 % beobachtet. In absoluten Zahlen kann man annehmen, dass auch noch 2017 knapp 4.000 Schülerinnen und Schüler in der Klassenstufe 10 in Brandenburg ein riskantes Rauschtrinken pflegen.

Diese Angaben scheinen im Widerspruch zu stehen mit den Zahlen der stationären Behandlung von akuten Alkoholvergiftungen (ICD-10 Code: F10.0) bei Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg (Statistisches Bundesamt 2017). Während im Zeitraum 2007 bis 2014 die Zahlen rückläufig sind, nahmen die stationären Aufenthalte auf Grund eines akuten Rauschzustands bis

zum Jahr 2016 wieder zu. Somit wurden im Jahr 2016 503 Kinder und Jugendliche im Alter von 10- bis 19-Jahren wegen einer Alkoholintoxikation ins Krankenhaus gebracht. Dies entspricht einem Anstieg um 21 % zum Vorjahr. Im Jahr 2005 traf dies auf nur 459 Kinder und Jugendliche dieser Altersgruppe zu. Dabei haben über die Jahre hinweg mehr Jungen als Mädchen einen Krankenhausaufenthalt aufgrund einer akuten Alkoholvergiftung.

Zahlen der Krankenhausstatistik können jedoch nicht mit dem Ausmaß des Rauschtrinkens gleichgesetzt werden. Vielmehr gehen Experten davon aus, dass die aktuelle Zunahme der alkoholbedingten Krankheitsfälle unter anderem auf ein erhöhtes gesellschaftliches Problembewusstsein und damit einhergehende Notrufbereitschaft zurückzuführen ist. Ebenfalls gibt die Krankenhausstatistik keine Angaben zu Mehrfachbehandlungen einer Person. Somit fließt eine Person mit jedem ihrer Krankenhausaufenthalte erneut in die Statistik ein (Rabenberg et al. 2016; Wurdak et al. 2013).

3.2.2 Tabakkonsum

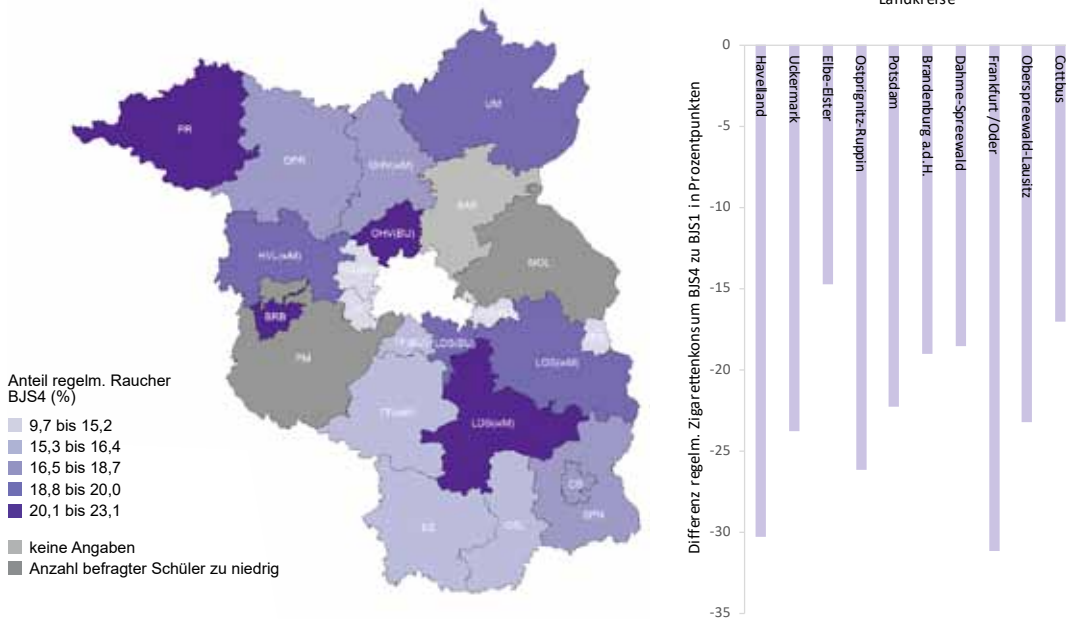
Im Vergleich der Jahre 2005 und 2017 kommt es unter den befragten Jugendlichen in Brandenburg zu einer deutlichen Zunahme des Anteils an Nie-Rauchern (2005: 23,9 %; 2017: 51,5 %) (BJS 1; LSK 2017b). Diese Beobachtungen entsprechen dem Deutschlandtrend. Nach den Ergebnissen der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung befindet sich im

Jahr 2015 der Anteil an 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die noch nie geraucht haben, seit 1970 auf dem höchsten Stand (79,1 %) (Orth 2016). Auch die 2. Welle der KiGGS-Studie zeigt einen deutlichen Rückgang der 11- bis 17-Jährigen, die rauchen. Lag dieser Anteil 2003/2004 noch bei 21,4%, sank er 2014-2017 auf 7,2 % (Zeihner et al. 2018). Parallel wird in Brandenburg eine Reduktion des täglichen Zigarettenkonsums um mehr als die Hälfte sichtbar (2005: 32,5 % vs. 2017: 12,6 %) (BJS 1, LSK 2017b). Unterschiede im Tabakkonsum zwischen den Geschlechtern sind über die vier Erhebungsphasen nicht erkennbar.

Im zeitlichen Verlauf zeigt sich weiterhin, dass Jugendliche später anfangen, regelmäßig zu rauchen. In der ersten BJS-Erhebung 2005 gaben Jugendliche im Durchschnitt an, dass sie im Alter von 13 Jahren mit dem Rauchen beginnen. Dahingegen liegt im Jahr 2017 das Durchschnittsalter beim Rauchen der ersten Zigarette bei 14 Jahren (BJS 1, LSK 2017b).

Auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte zeigen sich, ähnlich wie beim Alkoholkonsum, größere Unterschiede im Anteil an regelmäßig Tabak rauchenden Jugendlichen. Die Spannweite reicht von 9,8 % in Frankfurt/ Oder (FFO) bis 23,1 % im weiteren Metropolitanraum des Landkreises Dahme-Spreewald (LDS (wM, Abbildung 35a). Dabei wird im zeitlichen Trend die Reduktion des regelmäßigen Zigarettenkonsums auch auf Landkreisebene deutlich. Werden wiederum die zehn Landkreise und kreisfreien Städte aus der ersten und vierten BJS-Erhebung

Abbildung 35: Regelmäßiger Zigarettenkonsum von Jugendlichen in Brandenburg differenziert nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2017; b. Differenz des Anteils an regelmäßig Zigarette rauchenden Jugendlichen von BJS 1 zu BJS 4 nach Landkreisen und kreisfreien Städten



Quelle: BJS 1, BJS 4; Berechnung und Darstellung PMV forschungsguppe, BU: Berliner Umland, wM: weiterer Metropolitanraum; Hinweis: Die Abkürzungen der Landkreise und kreisfreien Städte sind im Anhang verzeichnet.

betrachtet, zeigt sich ein Rückgang von 14,7 % in Elbe-Elster (EE) bis 31,2 % in Frankfurt/Oder (Abbildung 35b).

Junge Menschen, die regelmäßig rauchen, neigen auch eher dazu regelmäßig Alkohol zu trinken und umgekehrt. Werden Einflüsse auf den regelmäßigen Zigarettenkonsum untersucht, wird deutlich, dass der Alkoholkonsum den bedeutendsten Faktor darstellt. Beispielsweise weisen schon einmal die Woche Alkohol konsumierende Jugendliche eine 33-mal so hohe Wahrscheinlichkeit auf, ebenfalls regelmäßig zur Zigarette zu greifen, im Vergleich zu Jugendlichen, die angeben, nie Alkohol zu trinken⁶.

Neben dem Alkoholkonsum zeigen sich auch Unterschiede im Rauchverhalten der Jugendlichen abhängig vom besuchten Schul-

typ. Im Jahr 2017 rauchten Jugendliche aus der Förder- und Oberschule im Vergleich zu anderen Schulformen in Brandenburg am ehesten regelmäßig (Abbildung 36). Unter Kontrolle von Alter, Geschlecht, Region, Lebenszufriedenheit, Erhebungswelle und Alkoholkonsum haben Jugendliche, die auf eine Förderschule gehen, bereits eine fünffach so hohe (OR=5,6; 95%-KI: 4,9-6,3), Schüler aus der Oberschule eine dreifach so hohe Wahrscheinlichkeit regelmäßig zu Rauchen als Gymnasialschüler (OR=3,2; 95%-KI:3,0-3,4). Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass im Land Brandenburg nur wenige Schüler eine Förderschule besuchen. Im April 2016 besuchten 3,7 % aller Schüler in den 10. Klassen eine Förderschule (AfS 2017).

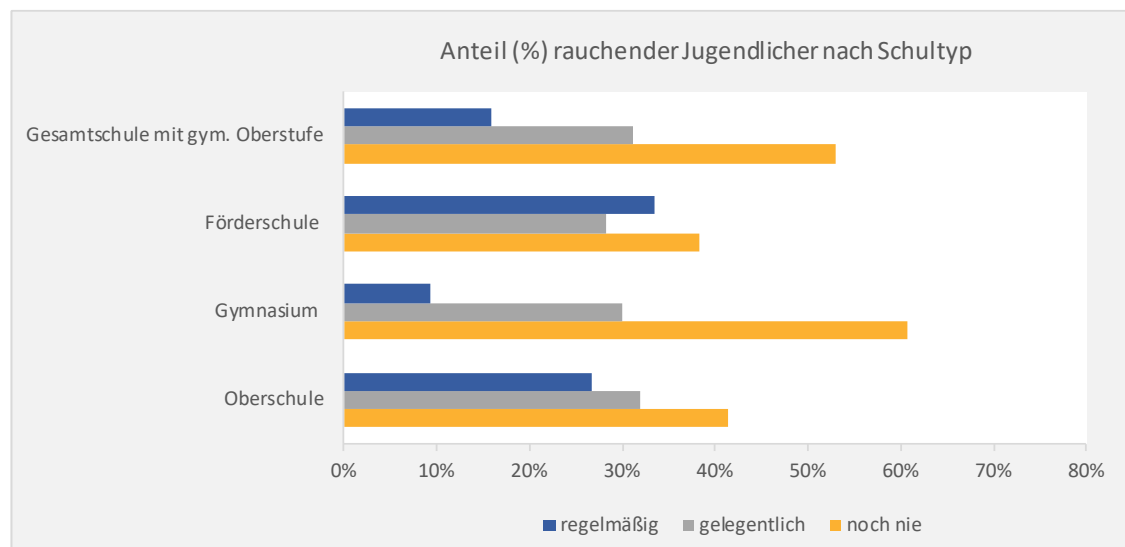
Auch deutschlandweit ist der Zusammenhang zwischen Rauchstatus und Schultyp

⁶ Der Einfluss von Alter, Geschlecht, Erhebungswelle, Schulform, Region auf Kreisebene und Lebenszufriedenheit wurden herausgerechnet (OR=33,76; 95%-KI: 28,1-40,6) (Berechnung PMV forschungsguppe)

erkennbar. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) weisen darauf hin, dass Jugendliche aus hohen Statusgruppen seltener rauchen als

Gleichaltrige mit mittlerem beziehungsweise niedrigem sozioökonomischen Status (Zeiger et al. 2018).

Abbildung 36: Tabakkonsum von Jugendlichen in Brandenburg nach Schultyp, 2017



Quelle: BJS 4; gelegentlich: bis zu 3 Mal im Monat, regelmäßig: mindestens wöchentlich, Darstellung PMV forschungsgruppe

Wird die Bedeutung der Lebenszufriedenheit in Bezug zum Tabakkonsum untersucht, wird erkennbar, dass mit ihrem Leben (sehr) unzufriedene Jugendliche eher regelmäßig rauchen als (sehr) zufriedene Jugendliche (1,5-mal so hohe Wahrscheinlichkeit)⁷.

Neben dem Rauchen von Zigaretten stellen Wasserpfeifen / Shishas eine weitere mögliche Aufnahmequelle für Tabak dar. Die gesundheitlichen Auswirkungen sind dem Zigarettenkonsum ähnlich (Aslam et

al. 2014, RKI 2015). Für das Land Brandenburg liegen keine Daten zum Shisha-Konsum unter Jugendlichen vor. Nach der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wird auf Bundesebene ein Rückgang des Konsums von Wasserpfeifen unter den 12- bis 17-Jährigen sichtbar. Dabei reduzierte sich der Anteil der Wasserpfeifenraucher von 14 % im Jahr 2007 auf 8,3 % im Jahr 2015 (30-Tage-Prävalenz: innerhalb der letzten 30 Tage wurde wenigstens einmal geraucht) (Orth 2016).

⁷ Adjustiert nach Erhebungswelle, Alter, Geschlecht, Schultyp, Region auf Landkreisebene, Alkoholkonsum (OR=1,5, 95%-KI: 1,4-1,6; Berechnung PMV forschungsgruppe)

3.2.1 Illegale Drogen

Im Vergleich der einzelnen Erhebungszeitpunkte der BJS-Studie zeigen sich leichte Schwankungen im regelmäßigen, d. h. mindestens wöchentlichen, Cannabiskonsum von Jugendlichen mit einem geringfügigen Anstieg im Jahr 2017 (4,3 %) im Vergleich zu der ersten Erhebungseinheit 2005 (3,4 %). Tendenziell greifen Jungen häufiger mindestens einmal die Woche zu Cannabis als Mädchen (2017: Jungen 5,6 %, Mädchen 3,0 %) (BJS 1; LSK 2017b).

Weil Cannabis im Regelfall geraucht wird, ist es naheliegend, dass Cannabiskonsumern auch Tabakkonsumenten sind. Wer keinen Tabak raucht, wird auch kaum Cannabis nehmen. Dieser Sachverhalt ist für die Prävention wichtig: Wenn es gelingt, den Beginn regelmäßigen Tabakkonsums zu vermeiden, wird damit auch ein präventiver Effekt für Cannabis erreicht. Die Auswertungen von BJS 4 zeigen: Schon einmal pro Woche Tabak rauchende Jugendliche haben eine um das 19-fache erhöhte Wahrscheinlichkeit ebenfalls regelmäßig, d. h. mindestens wöchentlich, zu Cannabis zu greifen (OR=19,6; 95%-KI 12,6-30,4)⁸. Ähnlich verhält es sich mit dem Konsum von Alkohol und Cannabis.

Illegale Drogen erhalten in der Öffentlichkeit und in den Medien viel Aufmerksamkeit. Wenn die Häufigkeit von Todesfällen und schweren Folgekrankheiten ein Maßstab für die Berichterstattung wäre, müsste häufiger über Tabak und Alkohol berichtet werden. Seit einigen Jahren wird im Land Brandenburg eine starke Zunahme des Konsums

von Crystal Meth diskutiert. Die Einnahme der Substanz wirkt zunächst leistungssteigernd und euphorisierend. Risiken liegen in schneller Entwicklung von Abhängigkeit, hohem Suchtdruck, sozialen Zerstörungen und Kriminalität zur Beschaffung. Neben polizeilichen Angaben zur Rauschgiftkriminalität dienen unter anderem Daten aus Suchtberatungsstellen als Indikator für die Verbreitung des Konsums. Eine Untersuchung im Jahr 2015 zeigte, dass vor allem in Südbrandenburg ein hoher Beratungsbedarf bei Amphetamin-Missbrauch, wie Crystal Meth, besteht (Böhm et al. 2015).

Die im Jahr 2017 direkt nach ihrem Amphetaminkonsum gefragten Mädchen und Jungen gaben zu 96 % an, noch nie solche Substanzen konsumiert zu haben (LSK 2017b). Differenziert nach Landkreisen und kreisfreien Städten liegt der Anteil an jemals Amphetamine konsumierenden Jugendlichen zwischen 0,8 % im Berliner Umland des Landkreises Oder-Spree (LOS (BU)) und 9,8 % in Prignitz (PR). Insgesamt zeigen sich nur geringfügige Unterschiede zwischen den Landkreisen und ein hoher Amphetaminkonsum unter Jugendlichen in Südbrandenburg wird nicht sichtbar.

Andere illegale Drogen, wie Ecstasy und Kokain, oder stimmungsbeeinflussende Medikamente spielen unter den Jugendlichen im Land Brandenburg ebenfalls kaum eine Rolle. In der Erhebung 2017 geben mehr als 90 % der befragten Jugendlichen an, noch nie solche Drogen konsumiert zu haben (LSK 2017b).

⁸ Adjustiert nach Erhebungswelle, Alter, Geschlecht, Schultyp, Lebenszufriedenheit, Region auf Landkreisebene, Alkoholkonsum (Berechnung PMV forschungsgruppe)

3.2.3 Exzessive Mediennutzung

Digitale Medien (inklusive Fernsehen) sind aus unserem Alltag und auch dem Alltag von Kindern und Jugendlichen in Deutschland nicht mehr wegzudenken. Über die Risiken besteht anders als bei Tabak und Alkohol keine Klarheit. Für Recherchezwecke oder Lernprogramme genutzt sind digitale Medien inzwischen relevant für den Schulerfolg. Außerdem fördern sie durch die soziale Interaktion in entsprechenden Netzwerken das Zugehörigkeitsgefühl, wobei natürlich auch negative Auswirkungen wie Cyber-Mobbing oder ein leichtfertiger Umgang mit persönlichen Daten zu berücksichtigen sind (Schlack 2013). Nach der deutschen JIM-Studie, die den Medienumgang von 12- bis 19-Jährigen untersucht, empfinden knapp die Hälfte der befragten Jugendlichen in Deutschland das Smartphone als wichtiges Mittel für die Organisation ihres Schulalltags. Mehr als zwei Drittel der Jugendlichen geben an „manchmal ganz schön viel Zeit an ihrem Smartphone zu verschwenden“ (mpfs 2016).

Eine exzessive Mediennutzung kann die Gesundheit beeinträchtigen. Dabei wird je nach Untersuchung ein Medienkonsum ab drei oder sechs Stunden am Tag als gesundheitlich riskant eingestuft (Lampert et al. 2007, Schlack 2013, Przybylski & Weinstein 2017). Allein die Spanne, drei bis sechs Stunden zeigt, wie wenig Konsens darüber besteht, was eine exzessive Mediennutzung überhaupt ist. Befürchtet werden: Bewegungsmangel, Adipositas, Kopf- und Rückenbeschwerden, Haltungsschäden und Konzentrationsstörungen (Schlack 2013, TK

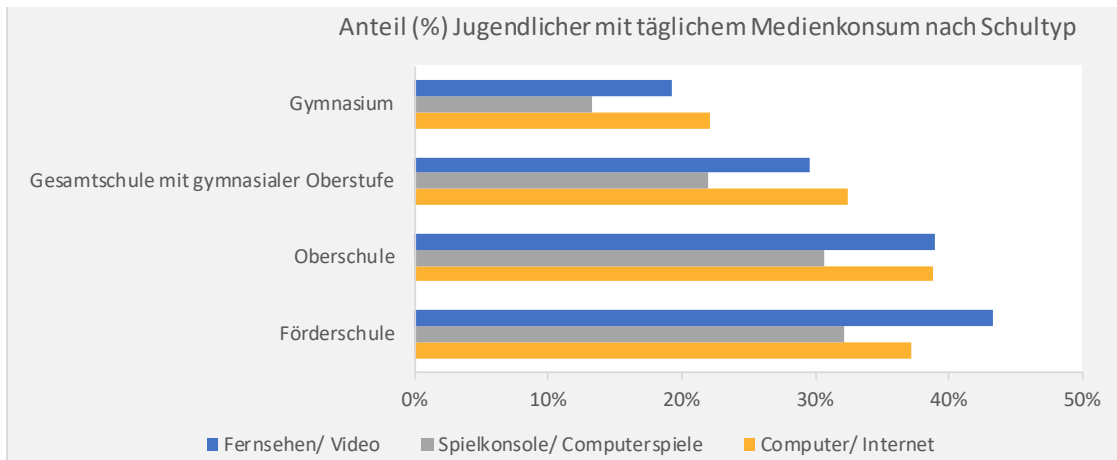
2014, Riedel et al. 2017). Sicher ist, dass das Sitzen vor dem Bildschirm die Zeit für körperliche und andere Aktivitäten in der Freizeit reduziert. Somit scheinen nicht die digitalen Medien an sich, sondern die Dauer der Nutzung relevant für die Gesundheit zu sein. Unterschieden wird auch zwischen der exzessiven Nutzung am Wochenende und an Werktagen. Letzteres gilt als riskanter (Przybylski & Weinstein 2017).

Die vierte Welle der BJS-Befragung⁹ weist auf den hohen Stellenwert von digitalen Medien im Leben der Jugendlichen im Land Brandenburg hin. Nur knapp 1 % der befragten Jugendlichen gibt 2017 an, im Alltag ohne Fernsehen, Spielekonsole, Computerspiele, Computer und Internet zu leben. Werden die verschiedenen Medienarten separat betrachtet, zeigt sich, dass jedes genannte Medium von mehr als 90 % der Jugendlichen genutzt wird. Dabei werden Unterschiede im Nutzungsverhalten zwischen den einzelnen Schultypen deutlich. Im Vergleich geben Jugendliche im Gymnasium seltener an, die einzelnen Medienarten mehr als drei Stunden zu nutzen (Abbildung 37).

Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich nur hinsichtlich der Nutzung von Computerspielen. Während 34,4 % der Jungen täglich mehr als drei Stunden ihrer Freizeit für Computerspiele aufwenden, trifft dies auf nur 8,8 % der Mädchen zu.

⁹ Zum Medienkonsum ist keine Darstellung der zeitlichen Entwicklung möglich, da die Fragen in dieser Form erstmals in der vierten BJS-Erhebungswelle aufgenommen wurden.

Abbildung 37: Täglicher Medienkonsum von mehr als 3 Stunden bei Jugendlichen im Land Brandenburg differenziert nach Medienart und Schultyp, 2017



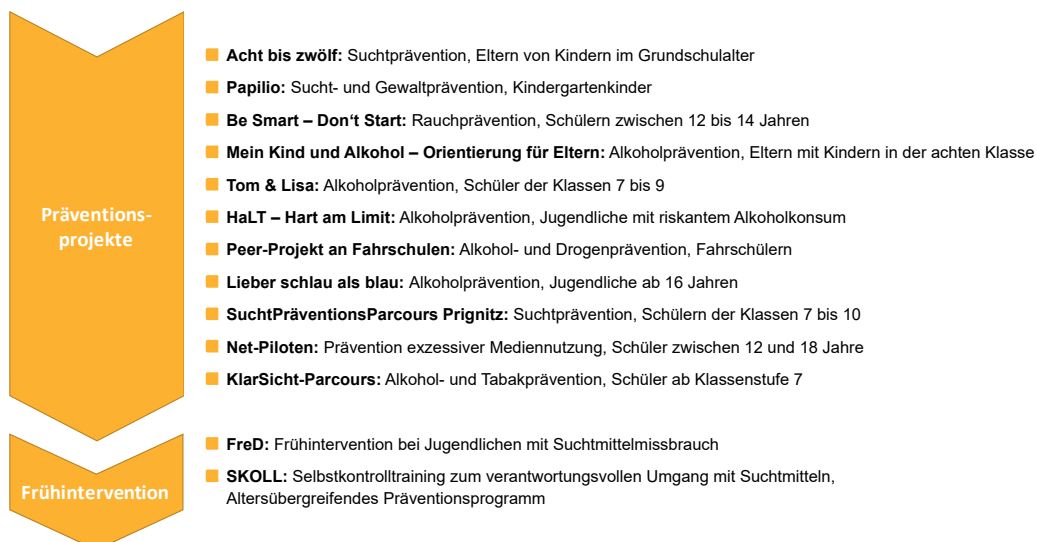
Quelle: BJS 4; Darstellung PMV forschungsguppe

3.2.4 Suchtprävention in Brandenburg

Der Schwerpunkt der Suchtprävention im Land Brandenburg liegt in einer Stärkung von psychischen Widerstandskräften und der Förderung eines risikoarmen und gesundheitsverträglichen Konsums, einem sicheren Umgang mit Risiken.

Alkohol- und Tabakkonsum stehen thematisch im Vordergrund und werden durch substanzübergreifende Präventionsansätze ergänzt. Aktuelle regionale Projekte sind in Abbildung 38 aufgeführt. Eine detaillierte Übersicht zu den verschiedenen Projekten bietet die Internetseite www.suchtpraevention-brb.de.

Abbildung 38: Regionale Suchtpräventionsprojekte und Frühinterventionsprogramme in Brandenburg



Quelle: LSK 2017c, Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen 2017, Caritasverband für die Diözese Osnabrück 2017

Neben den suchtpreventiven Aktivitäten der Landeskoordinierungsstelle Suchtprävention der Brandenburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (BLS) und der fünf überregionalen Suchtpräventionsfachstellen hat die BLS in Kooperation mit der Fachstelle Kinderschutz des Landes Brandenburg Start gGmbH in verschiedenen Regionen des Landes Fachtagungen zur Vernetzung von Sucht- und Jugendhilfe durchgeführt. Ziel der Veranstaltungen war es, das Thema Kinderschutz in den Hilfesystemen die suchtbelastete Familien begleiten, zu benennen und geeignete Kooperationsbeziehungen zu befördern.

In Bezug auf den Umgang mit digitalen Medien empfiehlt die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, dass Jugendliche in ihrer Medienkompetenz gestärkt werden, um eine angemessene Online-Offline-Balance zu erreichen (Abbildung 39; BMG 2016). Medienkompetenz führt dazu, dass Kinder und Jugendliche schon frühzeitig lernen, verantwortungsbewusst und selbstbestimmt mit den digitalen Medien umzugehen. Im Land Brandenburg unterstützen ausgebildete Eltern-Medien-Berater auf Veranstaltungen in Kindertageseinrichtungen, Schulen oder Jugendfreizeiteinrichtungen Eltern bei der Medienerziehung ihrer Kinder (AKJS 2015).

Abbildung 39: Alltagstipps für die Smartphonennutzung von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung



Quelle: BMG 2016

3.3 Mundgesundheit

Gesundheit fängt im Mund an und schon in jungen Jahren wird der Grundstein für ein Leben mit gesunden Zähnen gelegt. Dabei werden häufig die Auswirkungen von Zahnerkrankungen auf den Allgemeinzustand unterschätzt. Schon im Kindesalter können bakterielle Entzündungen im Mundraum die allgemeine Infektanfälligkeit des Kindes erhöhen. Milchzahnkaries überträgt sich auf

den bleibenden Zahnapparat. Letztendlich kann sich ein durch Karies bedingter frühzeitiger Verlust der Milchzähne auf die kindliche Sprachentwicklung, sowie Gebiss- und Kieferstellung auswirken (Maiwald 2003).

Verschiedene epidemiologische Studien aus den letzten Jahren zeigen eine deutliche Verbesserung der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Vergleich zu den 1990er Jahren. Der Erfolg wird auf

präventive, d. h. individuelle und gruppenprophylaktische, Maßnahmen mit den Bausteinen zahngesunde Ernährung, Mundhygiene und Fluoridierung sowie auf die Fissurenversiegelung zurückgeführt (Schenk & Knopf 2007; KZBV & BZÄK 2016). Dabei verlagert sich die Zahl kariöser Zähne zunehmend auf einen kleiner werdenden Anteil von Kindern. Nach Angaben der fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie waren im Jahr 2014 19 % der befragten 12-Jährigen für alle kariösen Zähne in der Altersgruppe verantwortlich (KZBV & BZÄK 2016). Auch bei der Mundgesundheit zeigt sich eine deutliche Abhängigkeit von der sozialen Lage und dem Migrationsstatus. Der zwischen 2003 bis 2006 vom Robert Koch-Institut durchgeführte deutsche Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) konnte zeigen, dass Jungen die Zähne deutlich schlechter pflegen als Mädchen, ebenso Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und Migrationshintergrund im Vergleich zu Familien mit hohem Sozialstatus bzw. ohne Migrationshintergrund (Schenk & Knopf 2007). Ebenfalls wird der

Einfluss der Familienzusammensetzung (z.B. Patchworkfamilie, alleinerziehendes Eltern teil) auf die Inanspruchnahme zahnärztlicher Untersuchungen diskutiert (Listl 2011). Entsprechend haben Maßnahmen im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ergänzend zu einer flächendeckenden, niedrigschwelligen, präventiven zahnmedizinischen Betreuung für alle Kinder auch die Aufgabe, Risikogruppen zu erkennen, benachteiligte Kinder frühzeitig mit Prophylaxemaßnahmen vertraut zu machen und für notwendige Behandlungen zu werben.

3.3.1 Mundgesundheitsziele

Die Förderung der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen, im speziellen die Kariesprophylaxe, stellt auch einen Schwerpunkt des Bündnisses Gesund Aufwachsen (www.buendnis-gesund-aufwachsen.de) im Land Brandenburg dar. Das Bündnis formulierte für das Jahr 2020 die folgenden Mundgesundheitsziele:

Zielsetzungen 2020 des Bündnisses Gesund Aufwachsen in Brandenburg

Globales Ziel

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

Teilziele

- 90 % der 3 und 80 % der 5 Jahre alten Kinder haben kariesfreie Milchzähne. Das Auftreten der frühkindlichen Karies wird vermieden. Milchzahnkaries wird rechtzeitig erkannt und behandelt.
- Reduzierung des DMF-T-Index auf einen Wert unter 1 und Verringerung des SiC-Wertes auf 2 bei 12 Jahre alten Schülern.
- Reduzierung des DMF-T-Index bei 15 Jahre alten Jugendlichen auf einen Wert unter 1,5

Quelle: Gesundheit Berlin-Brandenburg 2016; DMF-T: Summe aus kariösen (D), fehlenden (M) und gefüllten (F) bleibenden Zähnen (T), Index von 1 bedeutet, dass bezogen auf 28 Zähne 1 Zahn kariös, fehlend oder gefüllt ist. Bei Milchzähnen erfolgt die Angabe in Kleinschreibung (dmft-Index) (LAVG 2017b); SiC = Significant Caries Index: Mittelwert im Drittel der Population mit den höchsten DMF-T-Werten (Gesundheit Berlin-Brandenburg 2016)



3.3.2 Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe

Die Arbeitsgruppe Mundgesundheit innerhalb des Bündnisses Gesund Aufwachsen setzt sich für die Umsetzung der Mundgesundheitsziele im Land Brandenburg ein. Dabei liegt der Hauptfokus auf Maßnahmen der gesetzlich verankerten zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe (§ 21 SGB V), die seit 1993 im Land Brandenburg durchgeführt werden. Diese umfassen zahnärztliche Untersuchungen, gesundheitliche Aufklärung über Ernährung und Mundhygiene, sowie Fluoridierungsmaßnahmen (MUGV 2013b; siehe unten).

Mit dem Präventionsprogramm „Kita mit Biss“ zur Förderung der Mundgesundheit von Kindern in Kindertagesstätten konnte verbunden mit anderen Aktivitäten, wie zahnärztliche Prophylaxe-Pässe für Mutter & Kind, sowie für

Vorschul- und Schulkinder und die Schulung der Familienpatinnen und -paten, bereits ein nachhaltiges gesundheitsförderliches Setting geschaffen werden. Im Rahmen des Programms „Kita mit Biss“ verpflichten sich Kindertagesstätten freiwillig auf ein zahngesundes Frühstück, zuckerfreie Getränke und auf das Zähneputzen nach jeder Hauptmahlzeit zu achten. Kindern, die aus der Tasse trinken können, soll die Nuckelflasche abgewöhnt werden (MUGV 2013b). Auf Grund der nachweislich wirksamen Prävention von frühkindlicher Karies wurde das Programm 2015 mit einem Präventionspreis „Frühkindliche Karies“ der „Initiative für eine mundgesunde Zukunft in Deutschland“ ausgezeichnet. Der Bewerbung „Gemeinsam für gesunde Kinderzähne im Land Brandenburg“ hat die Initiative 2017 einen Präventionspreis zum Thema „Gruppenprophylaxe interdisziplinär“ verliehen (Gesundheit Berlin-Brandenburg 2017).

Mundgesundheit in Brandenburg lt. Vereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe gem. § 21 SGB V

Prophylaxeimpulse in Kindertageseinrichtungen und Schulen

1. Prophylaxeimpuls

- Zahnärztliche Untersuchung
- Altersgerechtes Mundhygienetraining
- Ernährungslenkung
- Fluoridierungsmaßnahmen
- Motivation zum regelmäßigen Zahnarztbesuch

2. Prophylaxeimpuls

- Weitere Verbesserung des Mundhygieneverhaltens
- Fortgesetzte Ernährungslenkung
- Fluoridierungsmaßnahmen
- Erneute Motivation zum regelmäßigen Zahnarztbesuch

Weitere Maßnahmen

- Bedarfsorientierte Umsetzung weiterer Prophylaxemaßnahmen für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko
- Elternarbeit
- Schulung von Familienpaten und -hebammen in den Netzwerken „Gesunde Kinder“ zum Thema „Mundgesundheit von Klein auf an“
- Präventionsprogramm zur Förderung der Mundgesundheit in Kindertagesstätten – „Kita mit Biss“
- Zahnärztlicher Prophylaxe-Pass für Schwangere, Vorschul- und Schulkinder
- Aktionstage, Projekt- und Öffentlichkeitsarbeit

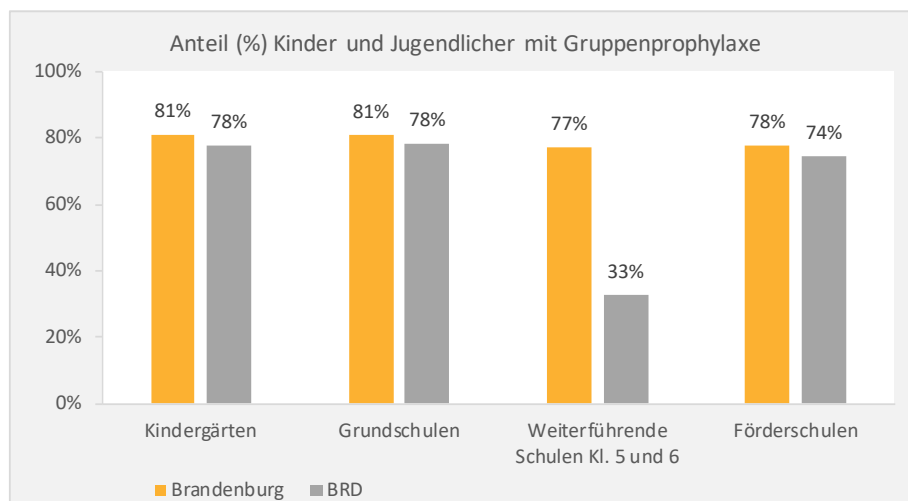
Quelle: MUGV 2013b; AG Mundgesundheit 2016; der 2. Prophylaxeimpuls findet ein halbes Jahr nach 1. Prophylaxeimpuls statt, bedarfsgerecht (MUGV 2013b)

Die Prophylaxeimpulse in Kindertageseinrichtungen und Schulen werden jährlich durch die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter durchgeführt. Dabei beziehen sich die Maßnahmen hauptsächlich auf Kinder bis zum 12. Lebensjahr. Zusätzlich werden Jugendliche aus Schulen, die von Schülern mit überdurchschnittlichem Kariesrisiko besucht werden, bis zum 16. Lebensjahr betreut (MUGV 2010). Dies trifft in Brandenburg auf die Förderschulen zu.

Im Schuljahr 2015/16 wurden im Land Brandenburg jeweils 81 % der gemeldeten Kindergartenkinder (n=73.296) und Grundschüler

und Grundschülerinnen (n=66.545) durch den 1. Prophylaxeimpuls erreicht. 77 % der Kinder, die die 5. und 6. Klasse besuchten (n=29.768), und 78 % der Kinder in Förderschulen (n=6.689) wurden ebenfalls durch die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter gruppenprophylaktisch betreut (DAJ 2017a). Im Vergleich liegen die Teilnehmeraten beim 1. Prophylaxeimpuls in Brandenburg in allen Einrichtungen über dem Bundesdurchschnitt. Vor allem Schüler und Schülerinnen aus Klasse 5 und 6 der weiterführenden Schulen werden im Land Brandenburg deutlich häufiger durch Prophylaxemaßnahmen erreicht als bundesweit (Abbildung 40).

Abbildung 40: Maßnahmen der Gruppenprophylaxe nach §21 SGB V in Brandenburg und Deutschland, 2015/16



Quelle: DAJ 2017a ; SGB V: Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (Gesetzliche Krankenversicherung)

Informationen zur Mundgesundheit stehen durch die Befundung bei den zahnärztlichen Untersuchungen zur Verfügung. Auf der Grundlage der Brandenburgischen Kita-, Schul- und Gesundheitsdienstgesetzgebung

erfolgen diese nach standardisierten Kriterien zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen. Zugleich werden die erhobenen Daten anonymisiert für die Gesundheitsberichterstattung sowie zur weiteren

Planung für Präventions- und Versorgungsmaßnahmen ausgewertet. Ein bei den Untersuchungen festgestellter Behandlungsbedarf wird den Eltern bzw. Sorgeberechtigten mitgeteilt. Bei auffälligen Befunden wird ein Betreuungcontrolling durchgeführt mit dem Ziel, durch weitere zahnärztliche Behandlung die orale Gesundheit wieder herzustellen. Durch diese Maßnahme des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sollen insbesondere Kinder und Jugendliche erreicht werden, die nicht oder unregelmäßig einen Zahnarzt zur Behandlung aufsuchen.

3.3.3 Individualprophylaxe

Eine weitere Säule der Prävention von Zahnerkrankungen stellt die Individualprophylaxe dar. Bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres wird die Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten durch Früherkennungsuntersuchungen abgedeckt (§ 26 SGB V). Kinder und Jugendliche im Alter von sechs bis 17 Jahren haben kalenderhalbjährlich einen Anspruch auf eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (§ 22 SGB V). Fissurenversiegelungen der großen Backenzähne (Molaren) zur Kariesprophylaxe werden ebenfalls von der Krankenkasse übernommen. Durch die Versiegelung der Rillen und Vertiefungen der Zähne wird die Entstehung von Karies reduziert.

Daten der Barmer Krankenkasse zeigen, dass im Jahr 2014 mehr als ein Drittel (37 %) der versicherten zweieinhalb- bis sechsjährigen Kinder im Land Brandenburg an der zahnärzt-

lichen Früherkennungsuntersuchung teilnahmen. Von den sechs- bis unter 18-jährigen Versicherten nahmen 67 % die zahnärztliche Individualprophylaxe in Anspruch. Damit lag sogar im Jahr 2014 das Inanspruchnahmeverhalten der bei der Barmer versicherten Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg knapp drei Prozent über dem Bundesdurchschnitt (Rädel et al. 2016).

Der Status der Fissurenversiegelung wird im Land Brandenburg bei Kindern im Rahmen der zahnärztlichen Untersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes festgehalten.

- Im Schuljahr 2015/2016 wies ein Drittel aller siebenjährigen Kinder, Mädchen etwas häufiger als Jungen (35,9 % vs. 32,1 %), versiegelte Zähne auf.
- Unter den 12-Jährigen betrug der Anteil an Kindern mit versiegelten Zähnen bereits 64 %. Dabei zeigen sich Unterschiede in der Inanspruchnahme dieser Vorsorgemaßnahme zwischen den verschiedenen Schulformen. Während 73 % der 12-jährigen Gymnasialschüler und –schülerinnen versiegelte Zähne aufwiesen, lag der Anteil unter gleichaltrigen der Oberschule bei 67 % und in der Förderschule bei 56 % (LAVG & MASGF 2017).

Eine regelmäßige zahnärztliche Untersuchung, häusliche Mundhygiene, zahngesunde Ernährung, sowie adäquate Fluoridierungsmaßnahmen (Zahnpasta, Speisesalz, Lacke, Gele, ggf. Tabletten) vervollständigen die individuelle Kariesprophylaxe (Deichsel et al 2012).



Zahnärztliche Prophylaxe-Pässe für Schwangere, Kinder und Jugendliche in Brandenburg

In Brandenburg werden Gruppen- und Individualprophylaxe durch die Zahnärztlichen Prophylaxe-Pässe für Vorschul- und Schulkinder verknüpft, da in diesen die prophylaktischen Maßnahmen aus beiden Bereichen dokumentiert werden. Die ersten Zahnärztlichen Prophylaxe-Pässe werden schon Müttern während der Schwangerschaft ausgehändigt. Sie enthalten Empfehlungen zur Mundgesundheit von Mutter und Kind bis zum 2. Lebensjahr des Neugeborenen (Gesundheit Berlin-Brandenburg 2017).

Quelle: Gesundheit Berlin-Brandenburg 2017b

3.3.4 Mundgesundheit Drei- und Fünfjähriger

Erwartungsgemäß nimmt der Anteil der kariösen Zähne mit dem Alter zu. Bei den Dreijährigen lag im Jahr 2016 der dmf-t-Index noch deutlich unter 1 und steigt bei Fünfjährigen auf über 1 (Abbildung 41). Dabei weisen Jungen jeder Altersgruppe etwas mehr kariöse Milchzähne auf als Mädchen. Die Mund-

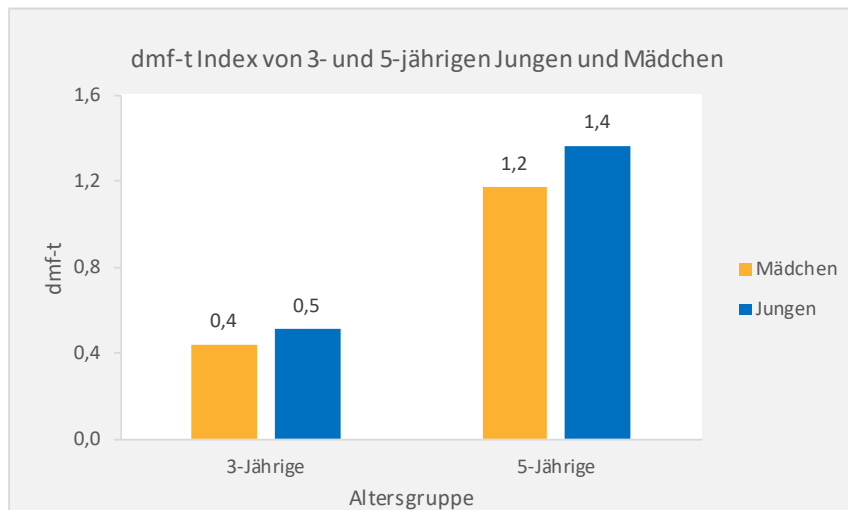
hygiene und Kariesprophylaxe muss folglich sehr früh einsetzen. Daher beginnt im Land Brandenburg die gruppenprophylaktische Betreuung bereits im 1. Lebensjahr.

Wie aus den Untersuchungen der Zahnärztlichen Dienste im Land Brandenburg erkennbar, hatten im Jahr 2016 87 % der dreijährigen Kinder kariesfreie Zähne (Abbildung 42). Dieser Prozentsatz kommt dem

Mundgesundheitsziel für das Jahr 2020 von 90 % kariesfreier Milchzähne bei drei Jahre alten Kindern schon sehr nahe. Kritisch hervorzuheben ist, dass 11% der Dreijährigen bereits behandlungsbedürftige Milchzähne haben und 2% der Kinder behandelt werden mussten. Das zahnärztliche Versorgungssystem ist gemeinsam mit den Eltern bei der Prophylaxe und Therapie der kleinen Kinder besonders gefordert.

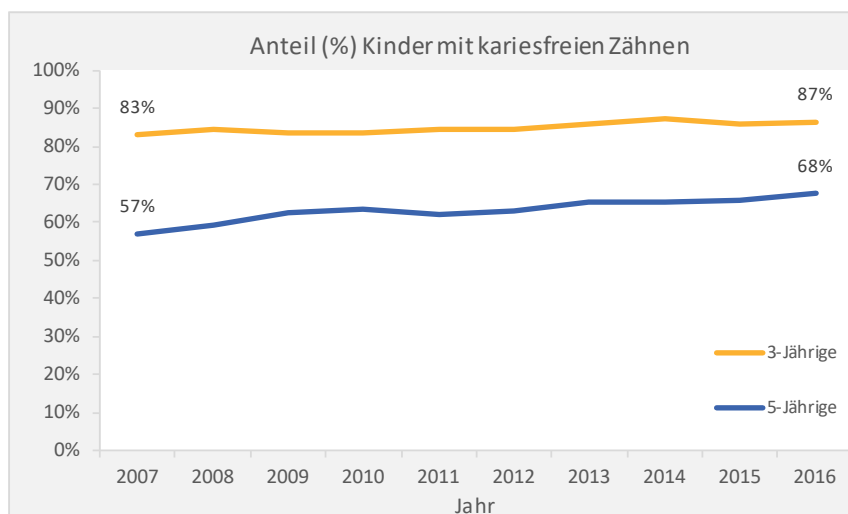
Wird der zeitliche Verlauf von 2007 bis 2016 betrachtet, zeigt sich eine deutliche Verbesserung der Mundgesundheit unter den drei- und fünfjährigen Kindern im Land Brandenburg. Dabei weist die Gruppe der Fünfjährigen eine stärkere Entwicklung hin zu weniger kariösen Zähnen auf (Abbildung 42). Jedoch liegt der Anteil dieser Altersgruppe mit kariesfreien Zähnen deutlich unter dem angestrebten Ziel von 80 % für das Jahr 2020.

Abbildung 41: dmf-t Index im Land Brandenburg im Jahr 2016



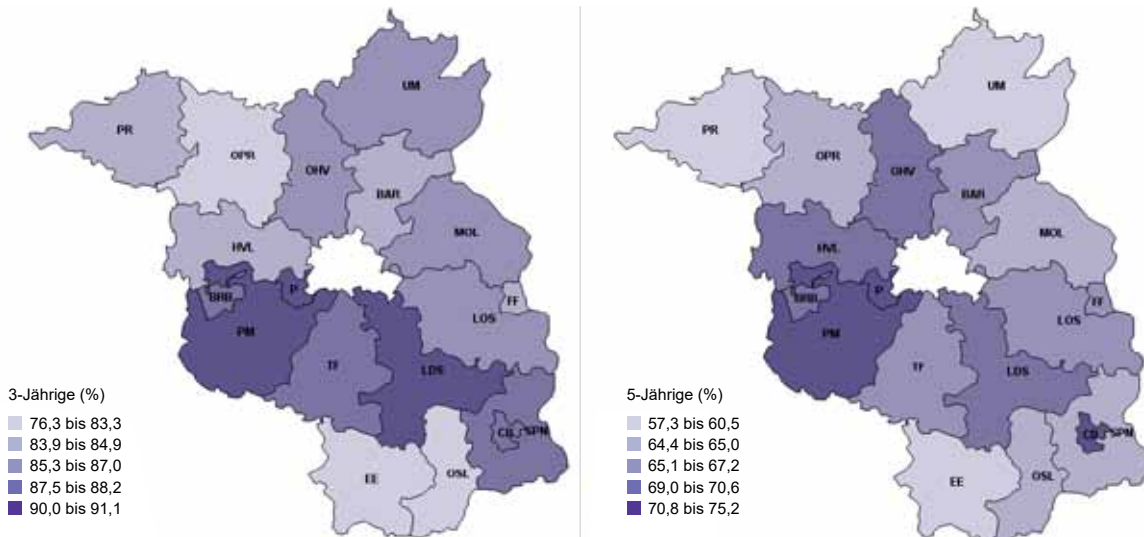
Quelle: Abt. Gesundheit im LAVG 2017

Abbildung 42: Anteil an drei- und fünfjährigen Kindern im Land Brandenburg mit kariesfreien Zähnen (Milch- und bleibende Zähne) im zeitlichen Trend



Quelle: Abt. Gesundheit im LAVG 2017

Abbildung 43: Regionale Unterschiede des Anteils an 3- bzw. 5-jährigen Kindern mit kariesfreien Zähnen im Land Brandenburg, 2016



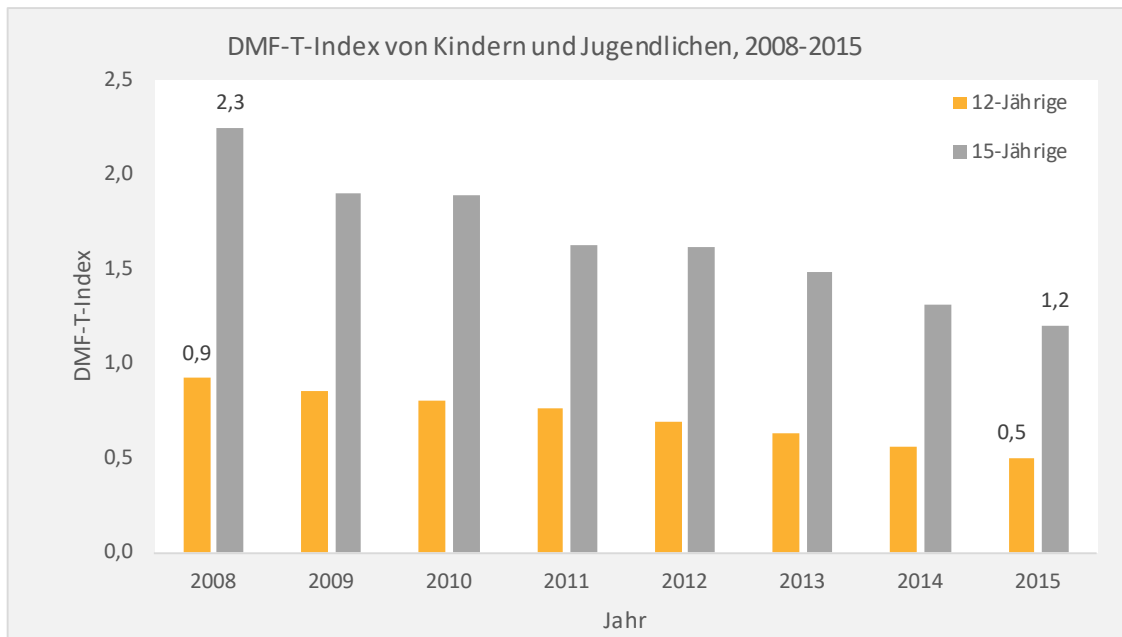
Quelle: Abt. Gesundheit im LAVG 2017; Darstellung PMV forschungsgruppe
Hinweis: Die Abkürzungen der Landkreise und kreisfreien Städte sind im Anhang verzeichnet

In Bezug auf die Mundgesundheit von Kindern im Land Brandenburg werden auch regionale Unterschiede deutlich. Während unabhängig von der Altersgruppe (3 vs. 5 Jahre) in Potsdam (P) und Potsdam-Mittelmark (PM) ein relativ hoher Anteil an Kindern mit gesunden Zähnen wohnen, weist der Landkreis Elbe-Elster (EE) mit den geringsten Anteil auf (Abbildung 43). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass regionale Unterschiede auch zwischen den Altersgruppen auftreten. Beispielsweise zeigt der Landkreis Teltow-Fläming (TF) bei der Mundgesundheit von Dreijährigen einen höheren Anteil mit kariesfreien Zähne auf, während die Zahngesundheit der Fünfjährigen im Mittelfeld liegt. Über die Gründe hierfür – ggf. unterschiedliche Intensität der Prophylaxeprogramme bzw. der individuellen Prophylaxemaßnahmen – können die Daten keine Auskunft geben.

3.3.5 Mundgesundheit 12- und 15-Jähriger

Werden die Jahre 2008 bis 2015 betrachtet, zeigt sich bezüglich der Mundgesundheit von Kindern im Alter von 12 bzw. 15 Jahren ebenfalls eine positive Entwicklung. Dabei sinkt im Jahr 2015 die Karieslast nach DMF-T-Index bei den 15-Jährigen auf einen Wert von 1,2 und bei den 12-Jährigen auf 0,5 (Abbildung 44). Somit werden schon im Jahr 2015 die Zielwerte des Bündnisses Gesund Aufwachsen im Land Brandenburg erreicht. Der positive Trend wirkt sich auch auf das Drittel der 12-jährigen Kinder mit dem stärksten Kariesbefall aus. Zwischen 2009 und 2015 reduziert sich der SiC-Wert in dieser Altersgruppe von 2,4 auf 1,5, wodurch ebenfalls im Jahr 2015 die Zielmarke von unter 2 erreicht wurde (LAVG & MASGF 2017).

Abbildung 44: DMF-T-Index von 12- bzw. 15-jährigen Kindern in Brandenburg im zeitlichen Verlauf



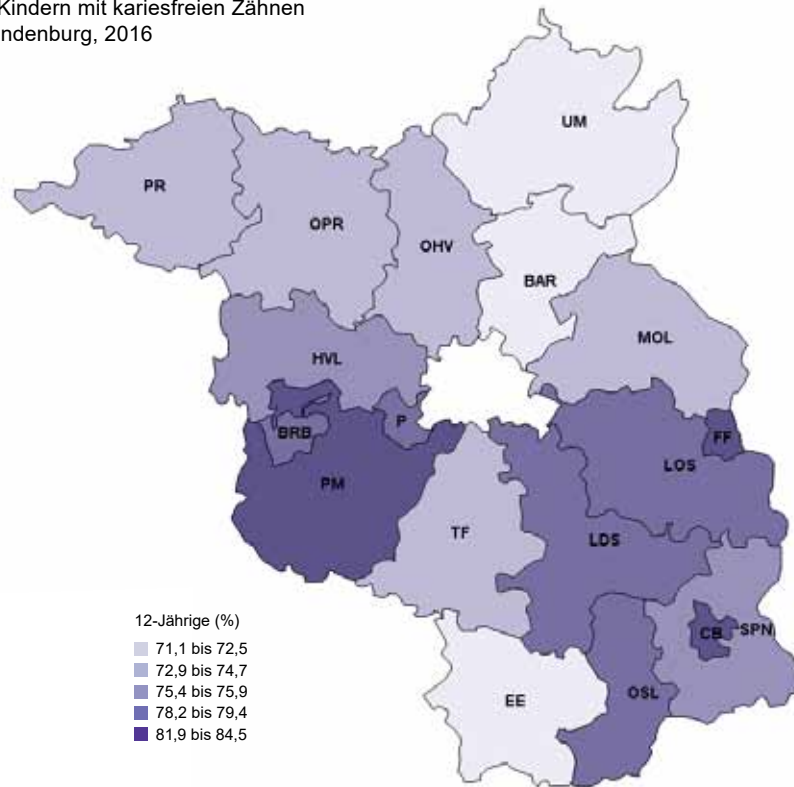
Quelle: Abt. Gesundheit im LAVG 2016; LAVG & MASGF 2017

Diese Entwicklung spiegelt auch das Gesamtbild Deutschlands wieder. Die fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie berichtet ebenfalls eine deutliche Steigerung des Anteils an 12-Jährigen mit kariesfreien Zähnen im zeitlichen Verlauf (1997-2014). Mit einem mittleren Kariesindex von 0,5 im Jahr 2014 weisen die deutschen 12-Jährigen sogar im internationalen Vergleich die beste Zahngesundheit auf. Zusätzlich wird in dieser Studie hervorgehoben, dass sich die positive Entwicklung der Zahngesundheit über alle Sozialschichten erstreckt und somit auch Kinder mit niedrigem Sozialstatus erreicht wurden (KZBV & BZÄK 2016).

Zwischen Jungen und Mädchen bestehen bei den 12- und 15-jährigen Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg nur

geringfügige Unterschiede hinsichtlich des Kariesbefalls. Tendenziell weisen in diesen Altersgruppen Mädchen eine etwas schlechtere Mundgesundheit auf als Jungen, wodurch sich im Vergleich zu den Drei- und Fünfjährigen das Geschlechterverhältnis umkehrt. Dieser Geschlechterunterschied kommt bei der Gruppe der 15-Jährigen stärker zum Vorschein als bei den 12-Jährigen. Im Jahr 2014 lag der DMF-T Wert der 15-jährigen Mädchen bei 1,34, während Jungen einen Indexwert von 1,28 aufwiesen (LAVG 2016b). Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu deutschlandweiten Studienergebnissen über das Zahnputzverhalten von Kindern und Jugendlichen. Es konnte gezeigt werden, dass mehr Mädchen als Jungen mehrmals am Tag ihre Zähne putzen und somit eine bessere häusliche Mundhygiene aufweisen (HBSC-Studienver-

Abbildung 45: Regionale Unterschiede des Anteils an 12-jährigen Kindern mit kariesfreien Zähnen im Land Brandenburg, 2016



Quelle: Abt. Gesundheit im LAVG 2017; Darstellung PMV forschungsgruppe
Hinweis: Die Abkürzungen der Landkreise und kreisfreien Städte sind im Anhang verzeichnet

bund Deutschland 2015; Schenk & Knopf 2007). Somit müssen andere Faktoren für den Geschlechterunterschied verantwortlich sein. Aktuell werden hormonelle Unterschiede, Speichel, Geschmacksempfinden und Zahnschmelz beeinflussende Gene auf dem X-Chromosom und der frühzeitigere Durchbruch der bleibenden Zähne bei Mädchen als mögliche Ursachen für das höhere Kariesaufkommen bei Frauen diskutiert (Gleissner 2014).

Regionale Daten über den Kariesbefall bei Kindern und Jugendlichen liegen nur für die Gruppe der 12-Jährigen vor. Ähnlich der Mundgesundheit von drei- und fünfjährigen Kindern werden bei den 12-Jährigen regionale Unterschiede deutlich. Während im Jahr 2016 in Potsdam-Mittelmark ein relativ hoher Anteil an Kindern mit gesunden Zähnen lebte, fällt neben der Uckermark (UM) und Barnim (BA) wiederum der Landkreis Elbe-Elster mit dem geringsten Anteil an Kindern mit kariesfreien Zähnen auf (Abbildung 45).

„**Generation Zahnspace**“ werden Jugendliche dieser Altersgruppe oftmals genannt. Trotz der Häufigkeit der Behandlung mit „Zahnspace“ gibt es nur wenig epidemiologische Daten. Nach Angaben einer Untersuchung der Bertelsmann-Stiftung gab es 2014 laut Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung 400.000 neue Behandlungsfälle pro Jahr. Damit werden den Autoren zufolge etwa 60% eines Jahrgangs behandelt (Spasov et al. 2016). Die Behandlung erstreckt sich häufig über mehrere Jahre. Versicherte bis zum 18. Lebensjahr haben nach §29 SGB V und den Kieferorthopädischen Richtlinien des G-BA einen Anspruch auf eine durch die gesetzliche Krankenkasse finanzierte kieferorthopädische Behandlung, wenn durch „eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung die Funktion des Beißens, des Kauens, der Artikulation der Sprache oder eine andere Funktion, wie z. B. Nasenatmung, der Mundschluss oder die Gelenkfunktion, erheblich beeinträchtigt ist bzw. beeinträchtigt zu werden droht ...“ (KFO Richtlinie, 2004). Aus Befragungen gibt es Hinweise, dass die Behandlung oftmals aus ästhetischen Gründen erfolgte (Spasov et al. 2016, hkk 2012). Schon der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen

vermutete 2001 „angebotsinduzierte Überversorgung“, da international von 25 bis 45 % Jugendlicher mit Behandlungsbedarf ausgegangen wird, der Anteil in Deutschland aber deutlich über 45 % liege (SVR 2001). Auch hier fehlen belastbare Daten.

Der medizinische Nutzen dieser teuren und zu einem hohen Anteil privat finanzierten (Zusatz-)Leistungen, wird kontrovers diskutiert, zumal entsprechende Langzeituntersuchungen zum gesundheitlichen Nutzen fehlen. Regionale Daten liegen nicht vor.

„**Zahnunfälle**“ sind bei Kindern und Jugendlichen recht häufig. Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde erleiden 30% der Acht- bis Zwölfjährigen eine Zahnverletzung bei den bleibenden Zähnen. Hier ist schnelles Handeln angesagt, denn ein Zahn oder auch Bruchstück kann bei richtiger Aufbewahrung wieder eingesetzt werden. Für Schulen und Sportstätten wird die Ausstattung mit Zahnrettungsboxen empfohlen (DAJ 2010). Eine solche Ausstattung gibt es im Land Brandenburg bereits für Grund- und Förderschulen durch die Unfallkasse.



Quelle: www.zahnunfall24.de

Derzeit kann auf die Quelle nicht zugegriffen werden.

Daten auf den Tisch – Gesundheit in der Kommune gemeinsam gestalten 4.

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglicht“ (WHO Ottawa Charta 1986).

Städte, Gemeinden und Landkreise gestalten die Lebensbedingungen der Bürgerinnen und Bürger maßgeblich mit und besitzen dadurch Einfluss auf deren Gesundheitschancen. In der Kommune können alle Menschen erreicht werden, unabhängig von ihrer sozialen Lage. Die Kommune ist daher das Schlüsselsetting der Gesundheitsförderung. Kommunale, lebensphasenübergreifende Gesundheitsstrategien, auch Präventionsketten genannt, können die Voraussetzungen für ein gesundes Leben für alle Menschen der Kommune verbessern, unabhängig von der jeweiligen sozialen Lage, dem Geschlecht und der Region im Land.

Das Brandenburgische Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG) von 2009 verpflichtet die Landkreise und kreisfreien Städte in § 9 zu Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung als Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes: „Die Landkreise und kreisfreien Städte beobachten und bewerten die gesundheitlichen Verhältnisse ihrer Bevölkerung.“ In der kommunalen Gesundheitsberichterstattung und -planung werden partizipative Prozesse betont. Gesundheitsförderung ist eine gemeinschaftliche Aufgabe. Dieser Anspruch gründet sich einerseits auf das demokratische Grundprinzip, wonach alle Bürgerinnen und Bürger prinzipiell das Recht haben, direkt oder indirekt auf alle Entscheidungen einzuwirken. Der Partizipationsanspruch kann gleichzeitig mit grundlegenden Erkenntnissen der Gesundheitswissenschaften vertreten werden. Zu den Faktoren, die den Erhalt der Gesundheit wesentlich bestimmen, gehören sinngemäß solche, die man als Handlungsmöglichkeiten fassen kann (Antonovsky 1997). Ebenso gehört ein soziales, gemeinschaftliches Element zum Sense of Coherence (Kohärenzgefühl). Wer in seinem Leben Einflussmöglichkeiten sieht und sich mit anderen Menschen verbunden fühlt, hat bessere Chancen auf den Erhalt der Gesundheit. Im vorliegenden Bericht wird an vielen Stellen auf die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen hingewiesen. Die negativen Folgen sozialer Ungleichheit betreffen nicht nur die Menschen mit niedrigem sozialen Status. In Gesellschaften mit großen sozialen Unterschieden wird in allen Gruppen mehr Stress erlebt.



Abbildung 46 Modell „Von Daten zu Taten“ (Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit bei Gesundheit Berlin-Brandenburg)

4.1 Ressourcen für Daten und Berichterstattung in den Landkreisen und kreisfreien Städten

Die kommunale Gesundheitsberichterstattung (GBE) kann auf eine Reihe von Datenquellen zurückgreifen, um eine Beschreibung der Lage von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien in den sozialen Bezügen zu leisten, in denen sie leben. Umso kleiner die betrachteten räumlichen Einheiten werden, umso lückenhafter ist allerdings die Datenlage. Gesundheits-, Sozial- und Umweltdaten gehören zum Datenset, das möglichst integriert auszuwerten ist, d.h. es wird beispielsweise eine Verknüpfung zwischen Sozial- und Gesundheitsdaten vorgenommen oder zwischen Schadstoffwerten und Gesundheitsdaten. Ein weiterer Aspekt der Integration liegt in der Koordination und Kooperation verschiedener Zweige der Verwaltung, mindestens von Gesundheit, Jugend und Soziales (Süß et al. 2007).

Regelmäßig werden Daten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes aus den ärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen zur Einschulung in der kommunalen GBE verwendet. In vielen Gesundheitsämtern liegen diese Daten in lokalen IT-Systemen vor. Für eine verwertbare Auswertung sind inhaltlich-fachliche und statistische Kenntnisse nötig. Die LandesGBE unterstützt durch Standards und macht damit die Ergebnisse verschiedener Landkreise vergleichbar. Das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) leistet eine kreisvergleichende Auswertung zu Befundhäufigkeiten, Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen,

Frühförderung, Förderbedarf und weiteren Daten (www.gesundheitsplattform.de).

Das *Bündnis Gesund Aufwachsen* bietet in mit seinen Arbeitsergebnissen und Beschlüssen Orientierung und Anregung für die kommunale Gesundheitsplanung und GBE. Im Zweijahrestakt veröffentlicht das Landesamt einen Datenmonitor zur Kindergesundheit (www.gesundheitsplattform.de) und darüber hinaus eine Reihe von Daten zur Kindergesundheit im Zeit- und Regionalvergleich.

Über den Gesundheitsbereich hinaus verfügen Kommunalverwaltungen gewöhnlich über kleinräumige Daten zu SGB III- und SGB II-Leistungen (Grundsicherung und Arbeitsförderung) einschließlich Bildungs- und Teilhabepaket, zur Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Asylbewerberleistungsgesetz, Daten zur Schadstoff- und Lärmbelastung. Die Aufzählung macht schon deutlich, dass viele Daten zur Verfügung stehen können, aber eine systematische Verwendung im Sinne einer Integration ein Konzept und Expertise voraussetzt.

Um besondere Problemlagen zu identifizieren oder die gesundheitlichen Belange einzelner Bevölkerungsgruppen zu beschreiben, ist neben der Berücksichtigung des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit eine Differenzierung nach Alter und Geschlecht Standard der Berichterstattung. Kinder, Jugendliche und junge Familien stehen oft im Mittelpunkt kommunaler Strategien und der Berichterstattung. Kinder tragen die Folgen sozialer Ungleichheit, ohne dass sie selbst hierfür verantwortlich sind.

Das Gebot der Fairness erleichtert in der kommunalen Praxis einen Konsens über die Schwerpunktsetzung der GBE und Gesundheitsplanung.

Zur Beschreibung der gesundheitlichen Folgen sozialer Ungleichheit gibt es in Brandenburg mit dem Sozialindex aus den Einschulungsuntersuchungen einen Indikator für die soziale Lage junger Familien, der sowohl auf Landesebene wie auch in den Landkreisen und kreisfreien Städten für eine regional differenzierende Beschreibung dient (Kap. 2.1.2). Der Sozialindex leistet neben der Analyse gesundheitlicher Daten im Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit eine Darstellung von Entwicklungstrends in der Sozialstruktur der jungen Familien (www.gesundheitsplattform.brandenburg.de). Das Bildungsministerium im Land Brandenburg (MBS) nutzt den Sozialindex zur gewichteten Mittelvergabe an die Landkreise und kreisfreien Städte (Gelder für die Sprachförderung in Kindertagesstätten und Gelder für das Programm Kiez-Kitas; www.mbjs.brandenburg.de). Innerhalb eines Landkreises kann der Index wiederum für eine noch weiter differenzierte Analyse und Steuerung verwendet werden.

Traditionell macht die GBE Aussagen über Bevölkerungsgruppen, über Häufigkeiten von Krankheiten, Risikofaktoren, Ressourcen und Versorgung. Seltener bieten die Daten Aussagen der Betroffenen über sich selbst, die Wahrnehmung ihrer Situation und ihrer eigenen Sicht auf Gesundheitschancen, Einschränkungen und Prioritäten. Für das Jugendalter liegen mit der Befragung „Brandenburger Jugendliche und Substanz-

konsum“ (BJS) subjektive Daten zu einem Themenbereich vor (vgl. Kap. 3.2). 16 von 18 Kreisen und kreisfreien Städten haben bei der letzten Erhebung 2017 mitgewirkt. Diese Daten stehen den Akteuren in den Kommunen zur Verfügung.

4.2 Die Kommune gemeinsam zur gesunden Lebenswelt entwickeln

Der folgende Teil stellt die Erfahrungen der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg beim Aufbau von Präventionsketten vor, die im Rahmen von Werkstätten, Fokusgruppen, Partnerkonferenzen und während der Begleitung zweier Modellregionen gewonnen wurden. Der Beitrag widmet sich folgenden Fragestellungen:

- Wie können integrierte Gesundheitsstrategien in Kommunen und Landkreisen aufgebaut werden, die an den Lebensphasen und Bedarfen orientiert sind?
- Welche kommunalen Partner müssen gewonnen werden, damit das Vorhaben gelingen kann?
- Welche Herausforderungen gilt es in der Aufbauphase zu meistern?
- Welche Aspekte und Bedingungen können zum Gelingen des Vorhabens beitragen?
- Welche datengestützten Informationen werden benötigt, um eine am Bedarf orientierte Gesundheitsstrategie entwickeln zu können?
- Wie kommen wir von Daten der Gesundheits- und Sozialberichterstattung zu Taten bzw. zu Maßnahmen?

Gute, aktuelle Grundlagen für eine nachhaltige integrierte Zusammenarbeit in Kommunen und Quartieren bieten u.a.:

- die Ressortübergreifende Strategie Soziale Stadt der Bundesregierung (2016)
- das Präventionsgesetz (2015), mit dem bereits die Weiterentwicklung der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in den Bundesländern einherging
- die Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz inkl. der Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune (2016)
- die Landesrahmenvereinbarung zum Präventionsgesetz im Land Brandenburg.

In der Landesrahmenvereinbarung zum Präventionsgesetz im Land Brandenburg wird betont, dass die „Leistungen insbesondere zur Vermeidung sozial bedingter, geschlechtsbezogener und regionaler Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen (sollen) ... Dies beinhaltet eine Orientierung an den bestehenden Bedarfen auf der Grundlage der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, des Landes Brandenburg und der Kommunen. Die daraus sichtbaren Ursachen ungleicher Gesundheitschancen bilden den Ausgangspunkt für die Planung von gemeinsamen Maßnahmen.“
(www.masgf.brandenburg.de).

Ziel von Prävention in Brandenburg: Gesundheit für alle – Sozial bedingte,

geschlechtsbezogene und regionale Ungleichheit von Gesundheitschancen vermeiden.

Eine intensive Zusammenarbeit der Bereiche Gesundheit, Soziales, Jugend und (Stadt-) Entwicklung im Landkreis und kreisfreien Städten unterstützt dabei, Ressourcen zu bündeln. In jedem Fall sind drei Perspektiven wichtig:

- Einfluss sozialer Verhältnisse und des Sozialstatus der jungen Familien
- Unterschiede in der Gesundheit und den gesundheitlichen Chancen nach Geschlecht
- Regionale Unterschiede und Besonderheiten.

Und Kinder, Jugendliche und Eltern sollen an allen Prozessen und Angeboten beteiligt werden. Partizipation ist keine freundliche Geste sondern elementarer Teil der kommunalen Strategien.

Kommunalverwaltung und -politik

In der Kommunalverwaltung und -politik gibt es das Know-how der verschiedenen Fachbereiche sowie Erfahrungen in ressortübergreifender Zusammenarbeit. Die Kommune ist besonders geeignet für die lokale Koordination, Initiative und Verantwortung: Sie kann die Erarbeitung einer transparenten, mit den zentralen Partnern – hierzu gehören zumindest die Krankenkassen und Projektträger – abgestimmten, integrierten Strategie koordinieren. Zur Steuerung eignet sich eine gemeinsame Gesundheits- oder Präventionskonferenz (Kommunale Gesundheitskonferenz, Gesunde Stadt-Gremium o. ä.). Die Kooperation mit dem Land und weiteren

wichtigen Akteuren übergreifender Handlungsebenen (u. a. Gesetzliche Krankenversicherung) wird ausgebaut. Eine koordinierende Stelle leistet folgende Aufgaben:

- Beratung und Schulung für die Akteure
- Übergeordnete Mittelakquise und Entwicklung von Fonds für gesundheitsförderliche Quartiersentwicklung
- Sicherstellung der Qualifikationsanforderungen von Krankenkassen für deren Förderungen.

Partner in den Kommunen und Landkreisen

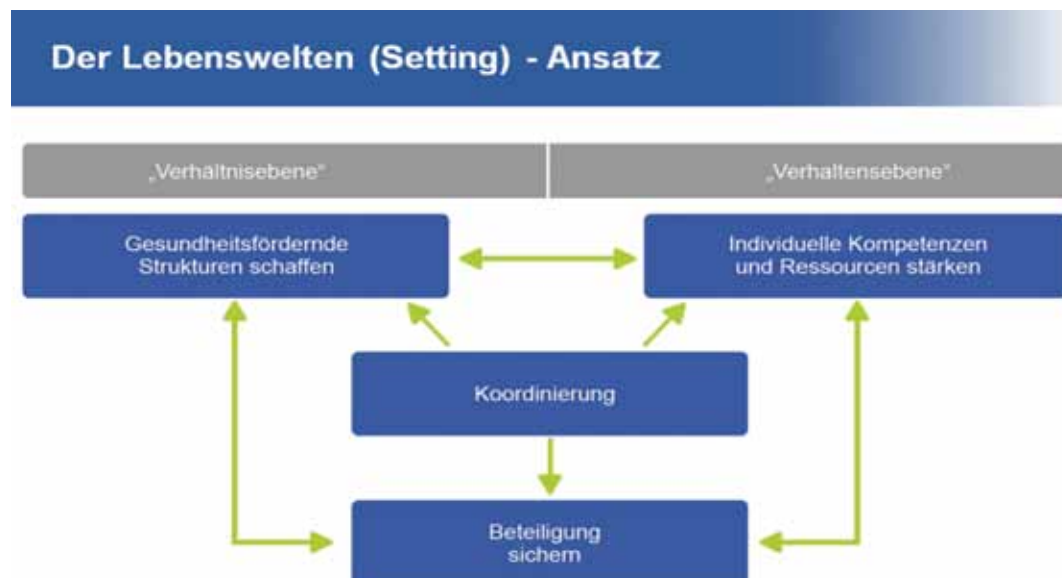
In fast allen Kommunen und Landkreisen gibt es in der Regel bereits etablierte Akteure, die parallel oder vernetzt (Arbeitsgruppen, Gremien Gesundheitskonferenz, Initiativen) im Themenfeld Gesundheitsförderung zu verschiedenen Zielgruppen arbeiten. Zu diesen Akteuren zählen z. B. Mitarbeitende der

Verwaltungen Soziales, Gesundheit, Jugend und Entwicklung sowie freie Träger, Wohlfahrtsverbände aber auch ehrenamtlich tätige Personen.

4.3 Integrierte kommunale Gesundheitsstrategien – Präventionsketten

Integrierte kommunale Gesundheitsstrategien werden in Settings angelegt (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2014). Verhältnis- und Verhaltensprävention werden miteinander verknüpft. Es reicht nicht, zu gesundem Verhalten aufzurufen. Vielmehr geht es darum, Strukturen im Setting zu schaffen, die gesundheitsförderlich sind, individuelle Ressourcen und Entscheidungen zu stärken und Gesundheit zur leichten Wahl machen.

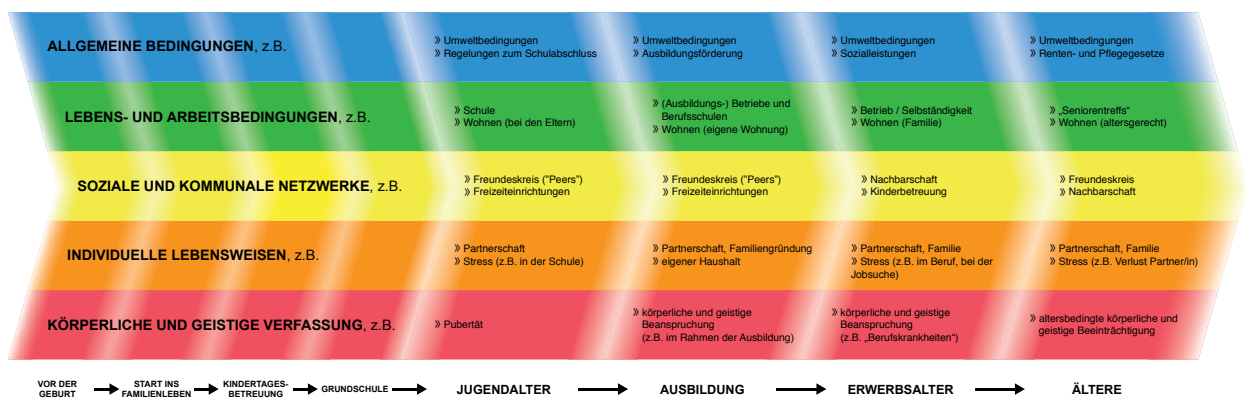
Abbildung 47: Lebensweltenansatz (Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ bei Gesundheit Berlin-Brandenburg)



Präventionsketten bauen auf bereits vorhandenen Netzwerken, Institutionen und Angeboten einer Region, Kommune oder eines Landkreises auf. Dabei ist eine ressourcenorientierte und partizipative Haltung

ausschlaggebend für den Erfolg. Gesundheitsförderliche Angebote werden entlang der Lebensphasen ausgerichtet und nehmen die Übergänge von einer Lebensphase in die nächste in den Blick.

Abbildung 48: Modell lebensphasenübergreifende Präventionskette (Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ bei Gesundheit Berlin-Brandenburg. Übergänge und Transitionen Bedeutung, Fachliche Konzepte und Beispiele, Handreichung, Stand Dezember 2013)

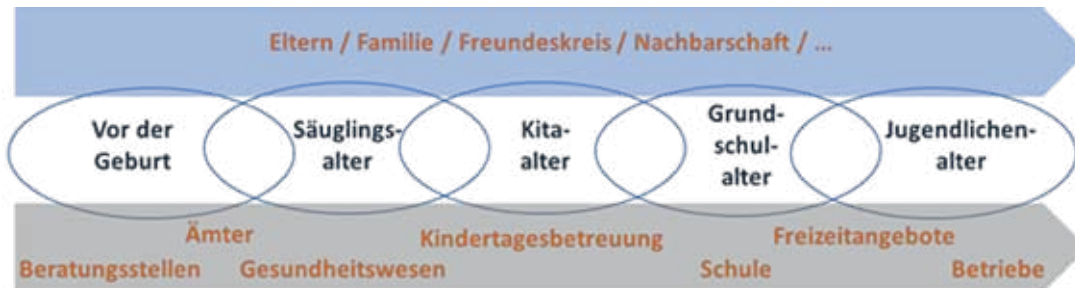


Im Kindes- und Jugendalter gibt es solche Übergänge beispielsweise in der Phase rund um die Geburt, beim Eintritt in die Schule und in die Berufsausbildung. Aus erfolgreich bewältigten Übergängen gehen Kinder mit einem gestärkten Selbstwertgefühl hervor, was zur Entwicklung gesundheitlicher Ressourcen beiträgt. Werden Übergänge vorwiegend als Belastung oder Überforderung erfahren, kann dies zu einem Risikofaktor für die Gesundheit mit Langzeitfolgen führen.

Im Bündnis Gesund Aufwachsen (BGA) orientiert sich die Systematik der Beschlüsse am oben dargestellten Lebensphasenmodell. Die Diskussionen in den Arbeitsgruppen und im Steuerungskreis des BGA machten deutlich, dass das im Kooperationsverbund

Gesundheitliche Chancengleichheit entwickelte Modell der Lebensphasen vor allem eine kommunale Perspektive beinhaltet: „Kindertagesbetreuung“ und „Grundschule“ sind ausdrücklich als Institutionen benannt, während andere Phasen als „Jugend-“ oder „Erwerbsalter“ sich auf Altersgruppen beziehen. Um zum einen deutlich zu machen, dass Kinder im Kitaalter nicht nur über Kindertagesbetreuung erreicht werden können, und zum anderen auch die Perspektive auf die Gestaltung landesweiter Rahmenbedingungen zu lenken, wurde folgender Entwurf für Brandenburg abgeleitet, der die Lebensphasen ausschließlich über Altersgruppen beschreibt. Dieser Entwurf befindet sich derzeit in der Diskussion und soll im Prozess weiter entwickelt werden.

Abbildung 49: Modell der lebensphasenübergreifende Präventionskette (Bündnis Gesund Aufwachsen 2018)



4.4 Der kommunale Partnerprozess – Gesundheit für alle

Im Jahr 2002 wurde auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) der bundesweite Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit gegründet. Die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) in den Bundesländern sind Kontakt- und Koordinationsstellen für soziallyagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf Landesebene. Die Stellen werden im Land von Krankenkassen und MASGF finanziert.

Initiiert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wird der Partnerprozess „Gesundheit für alle“ durch den Kooperationsverbund in Zusammenarbeit mit den kommunalen Spitzenverbänden, dem

Gesunde Städte-Netzwerk (GSN; www.gesunde-staedte-netzwerk.de) und den Koordinierungsstellen in den Ländern durchgeführt. Eine rechtliche Grundlage bildet der §20 SGB V, wonach Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen zur Primärprävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen sollen. Die Bundesrahmenempfehlung der Nationalen Präventionskonferenz von 2016 präzisiert den Auftrag aus dem Sozialgesetzbuch (www.gkv-spitzenverband.de).

Zu den wichtigsten Aufgaben der KGC gehören die fachliche Beratung und Begleitung von Kommunen im Auf- und Ausbau von integrierten kommunalen Strategien zur Gesundheitsförderung, den sogenannten Präventionsketten. Sie basieren auf einer datengestützten Bedarfsanalyse, d.h. sie sind auf GBE und SBE angewiesen.



4.5 Aufbau von Präventionsketten im Land Brandenburg

Die KGC Brandenburg hat den Landkreisen und kreisfreien Städten ein Beratungsangebot gemacht, um sie beim Aufbau von Präventionsketten zu begleiten. Nach dem Phasenmodell des Sozialforschers Kurt Lewin durchlaufen gesellschaftliche Veränderungsprozesse regelmäßig drei Phasen - Auftauen, Bewegen und Einfrieren. In der Auftauphase werden die etablierten, „eingefrorenen“ Strukturen und Perspektiven der Akteure und künftigen Partner durchlässiger und flexibler gemacht. Die Bereitschaft, sich auf gemeinsame Veränderungsprozesse einzulassen, wird gefördert. Der Kooperationsverbund hat das Modell von Lewin für Prozesse der Gesundheitsförderung in der Kommune angepasst und unterscheidet die Phasen auftauen, umsetzen und stabilisieren.

Das modulare Beratungsangebot der KGC Brandenburg bezog sich auf die erste Phase, die „Auftauphase“ nach Lewin, die im Folgenden Aufbauphase genannt wird. Das Angebot wurde zwischen 2015 und 2017 in zwei Landkreisen modellhaft erprobt. Hierzu gehörten die Durchführung von Partnerkonferenzen, Werkstätten sowie die aktive Beteiligung an Beratungs- und Steuerungssitzungen in der Region. Flankiert wurde das Angebot durch eine prozessbegleitende Evaluation, um übergreifende Faktoren identifizieren zu können und Handlungsempfehlungen zu entwickeln, die weiteren Landkreisen zur Verfügung gestellt werden können (KGC Brandenburg 2017). Ziel war es, die einzelnen Teilschritte in der ersten Phase

beim Aufbau einer Präventionskette zu identifizieren, einschließlich der darin enthaltenen förderlichen und hinderlichen Bedingungen.

Im Rahmen des Beratungsprozesses nahmen die Landkreise vor allem folgende Grundbausteine in Anspruch: Zielklärung, Bestands- und Bedarfsanalyse, Partnerauswahl (Stakeholder-Analyse), Netzwerkbildung und Aufbau eines Steuerungskreises.

4.5.1 Vom Kennenlernen zur Umsetzung: Vier Schritte in der Aufbauphase

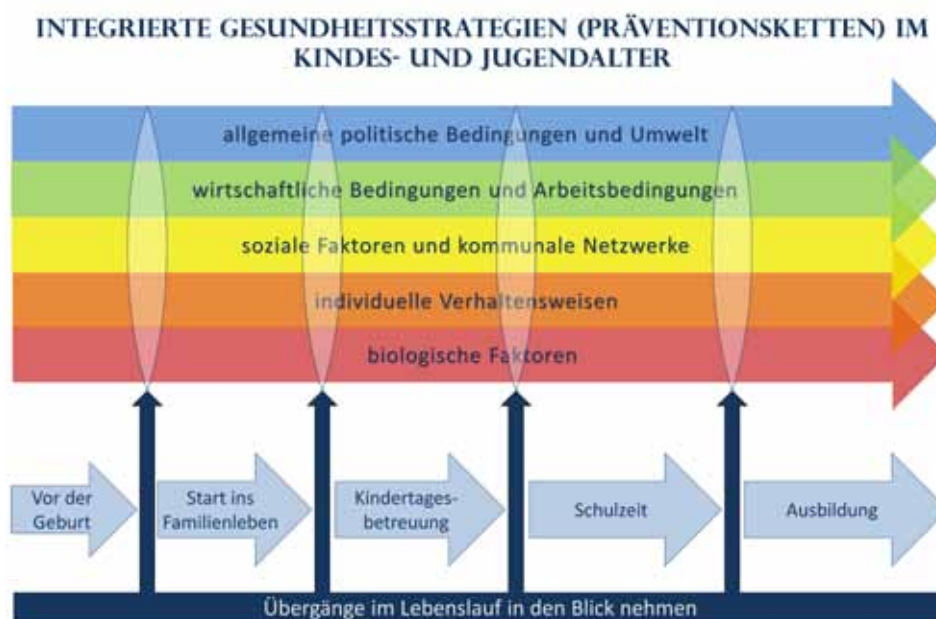
Die Initiative, eine Präventionskette für Kinder und Jugendliche in einer Region aufzubauen, ging in Brandenburg in den zwei Modelllandkreisen in einem Fall vom Jugendamt und im anderen Fall vom Gesundheitsamt aus. Im Rahmen der Evaluation wurden innerhalb der Aufbauphase vier weitere Phasen (Kennlern-, Abstimmungs-, Explorations-, Überleitungsphase) identifiziert (KGC Brandenburg 2017). Gemeinsame, datengestützte Bedarfs-, Bedürfnis- und Bestandsanalysen spielten in allen vier Phasen eine wichtige Rolle. Das heißt Gesundheitsdaten begleiten die Arbeit von Anfang an.

In der Kennlernphase wurde eine erste Einschätzung der gesundheitlichen Bedarfe der priorisierten Zielgruppe Kinder und Jugendliche auf der Grundlage von kommunalen Gesundheits- und Sozialdaten durch die Mitarbeitenden der Ämter bzw. der Amtsleiter getroffen, um die Ziele der geplanten Präventionskette vorab einzugrenzen. In der Abstimmungsphase erfolgte eine weitere

differenzierte fachliche Analyse und Einschätzung der gesundheitlichen Bedarfe (Daten der Gesundheits- und Sozialberichte, wissenschaftliche Studien etc.) durch die KGC. Auf dieser Grundlage konnten gemeinsam mit den Teams in den Landkreisen eine prioritäre (Sozial-) Region, ein Setting und ein übergeordnetes Handlungsziel für den jeweiligen Landkreis bzw. die Region benannt werden. Im Rahmen einer Auftaktveranstaltung (Partnerkonferenz) in der Explorationsphase haben die Initiierenden ihr Anliegen im Landkreis vorgestellt und konnten neue Partnerinnen und Partner gewinnen.

Es bildete sich eine vorläufige Gruppe von regionalen Unterstützern aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen (Sozialamt, Jugendamt, Gesundheitsamt, Frühe Hilfen, Frühförderung, Netzwerke, Kliniken, Vereinen, freien Trägern). Die in der Abstimmungsphase entwickelten Ideen auf der Grundlage der ersten Bedarfseinschätzung musste nun mit den neuen Partnerinnen und Partnern erneut abgestimmt und um praxisnahe Erfahrungen/Einschätzungen ergänzt werden. Es wurde um eine gemeinsame Sicht der Dinge „gerungen“.

Abbildung 50: Modell Präventionskette im Kinder und Jugendalter (KGC Brandenburg)



Für den Entscheidungsprozess darüber, welche Gesundheitsprobleme bzw. Themen, mit welcher Zielgruppe und in welcher Region prioritär angegangen werden sollen, sind Leitfragen bzw. Kriterien sinnvoll

(Maschewsky-Schneider et al. 2013; Gesundheitsziele.de 2015). Die Leitfragen machen die Diskussion und den Auswahlprozess für alle Beteiligten transparent und erleichtern die Bewertung der Daten zu

einzelnen Gesundheitsproblemen (Krankheiten, gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Entwicklungsprobleme):

- Wie verbreitet ist das Gesundheitsproblem in welcher Altersgruppe?
- Wie schwerwiegend ist das Gesundheitsproblem?
- Lässt sich das Gesundheitsproblem beeinflussen? Gibt es hierüber wissenschaftliche Nachweise?
- Welche verursachenden Bedingungen des Gesundheitsproblems sind bekannt und lassen sich beeinflussen?
- Welche Akteure und Partner lassen sich am Thema beteiligen?
- Wie sind die Prioritäten aus Sicht
 - der Bevölkerung?
 - Aus Sicht der Eltern und Kinder?
 - der kommunalen Verwaltung und Medien und
 - der Fachleute?
- Lassen sich Beteiligungsmöglichkeiten für Eltern und Kinder sowie alle Bürgerinnen und Bürger herstellen?

Die KGC Brandenburg unterstützte die Explorationsphase durch themenspezifische Werkstätten. Ziel war es u.a. auf der Grundlage einer kleinräumigen datenbasierten Einschätzung (soweit kleinräumige Daten vorlagen) gesundheitliche Bedarfe der Zielgruppe in der zuvor priorisierten Region zu bestimmen und den Bestand an vorhandenen Maßnahmen zu dem priorisierten Handlungsfeld sowie die subjektiven Bedürfnisse der Zielgruppe zu erfassen.

Die Erhebung subjektiver Bedarfe über partizipative Verfahren (Bedürfnisanalyse) ist bislang nicht gängige Praxis der Berichterstattung. Stattdessen wurde teilweise auf das Wissen und die Erfahrung von Praxispartnern und Partnerinnen zurückgegriffen. Beispielsweise gaben die Praktiker und Praktikerinnen in einem Fall den Hinweis, dass das durch die GBE ausgewiesene hohe Risiko der Kinder an einer Sprach- und Sprechstörung zu leiden, aus ihrer Sicht nur verbessert werden kann, wenn die Kompetenz der Eltern ihre Kinder zu unterstützen erhöht wird und durch niedrigschwellige gesundheitsförderliche Maßnahmen begleitet wird.

In der Überleitungsphase arbeiteten die Akteurinnen und Akteure vor Ort stärker in eigener Regie. In einer Region wurde eine regionale Arbeitsgruppe etabliert, die die Maßnahmen vor Ort koordiniert. Die Arbeitsgruppe war an die Steuerungsgruppe der Initiatoren auf der Landkreisebene angebunden. In der anderen Region wurde die Steuerung an die Kommunale Gesundheitskonferenz (AG Präventionskette) des Landkreises angebunden. Es bildete sich darüber hinaus eine regionale Arbeitsgruppe zur Entwicklung von Ideen und zur Umsetzung der Maßnahmen. Die Koordinatorin der Kommunalen Gesundheitskonferenz übernahm den Transfer zwischen der Sozialregion und dem Landkreis.

Mehrfach haben sich die Akteure und Akteurinnen auf der Handlungsebene mit den Bedarfen und vor allem den subjektiven Bedürfnissen und Wünschen der avisierten Zielgruppe in der Region auseinandergesetzt und

diese Einschätzung mit dem Steuerungskreis auf der Landkreisebene abgestimmt. Nach dem Phasen-Modell von Veränderungsprozessen leitet die Übergangsphase von Phase 1 „Auftauen“ zu Phase 2 „Umsetzen“.

4.5.2 Daten und Berichte in der Aufbauphase

Der Aufbau von Präventionsketten ist ein Kreislauf i.S. des Public Health Action Cycle, der auch in den weiteren Phasen auf datenbasierte Informationen zur Anpassung der Ziele und Maßnahmen angewiesen ist. In den beiden Modellregionen Brandenburg wurden Daten der Landes-GBE, Daten der kommunalen GBE des Gesundheitsamts sowie Daten der Sozialberichterstattung / Sozialmonitoring und des Jugendförderplans herangezogen. Kleinräumige Daten (Städte und Gemeinden im Landkreis) können von den kommunalen Ämtern zur Verfügung gestellt werden. Allerdings sind die personellen Ressourcen und Qualifikationen in der kommunalen Verwaltung für eine Berichterstellung knapp.

In einer der beiden Modellregionen lag bereits eine Zusammenführung von GBE-Daten und solchen der Sozialberichterstattung des Landkreises vor. Daten und Berichte von anderen Verwaltungsressorts (beispielsweise Umweltplanung) konnten noch nicht herangezogen werden. Die Bestandsanalyse im Sinne der Darstellung vorhandener Projekte und Maßnahmen im Landkreis stellte die Steuerungsgruppe vor große Herausforderungen. In beiden Landkreisen haben

sich die Akteursgruppen entschlossen, diese Bestandsanalyse im weiteren Verlauf als ein erstes Projekt in Form eines Wegweisers zu erarbeiten und den Bürgerinnen und Bürgern zur Verfügung zu stellen.

4.5.3 Integrierte Berichterstattung als kommunale Planungsgrundlage – Ergebnisse einer Fokusgruppen-Diskussion

Die Evaluation des Projekts legte nahe, dass für die Entwicklung kommunaler, integrierter Gesundheitsstrategien, die sich an den Bedarfen und Bedürfnissen der Zielgruppen orientieren, eine fundierte und integrierte Datenbasis und Berichterstattung notwendig sind (KGC Brandenburg (2017)). Zur Vertiefung und Diskussion dieser Erkenntnis wurde 2017 auf der Landesebene eine Fokusgruppen-Diskussion unter dem Titel „Daten für Taten“ durchgeführt (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/brandenburg). Teilnehmende waren Akteure aus unterschiedlichen Landkreisen und Ressorts der kommunalen Verwaltung. Die Frage nach den Daten und Berichten, die benötigt werden, um die komplexen gesundheitlichen Zusammenhänge in den Lebenswelten abzubilden sowie die Frage nach den notwendigen Voraussetzungen, um diesen Analysen Taten folgen zu lassen, waren Leitfragen der Diskussion.

Zur Strukturierung der Diskussion wurde das Modell der Determinanten für Gesundheit („Regenbogenmodell“ Abbildung 1) von Dahlgren und Whitehead herangezogen (2007) herangezogen. Die Teilnehmenden haben

Daten und Datenquellen für die Gruppe Kinder und Jugendliche zu den gesundheitlichen Determinanten zugeordnet: 1. Biologische Faktoren, 2. Individuelle Verhaltensweisen, 3. Soziale Faktoren und kommunale Netzwerke, 4. Lebens- und Arbeitsbedingungen, 5. Allgemeine politische Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt.

Wie oben schon dargestellt werden in Brandenburg regelmäßig die Daten aus den ärztlichen Reihenuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes genutzt. Daten zum Alkohol-, Tabak- und illegalen Drogenkonsum bei Jugendlichen liegen über das Monitoring der Landessuchtkonferenz vor (Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum, BJS; masgf.brandenburg.de, Kap. 3.2). Die Teilnehmenden an der Fokusgruppen-Diskussion ergänzten, dass weitere Daten zu sozialen Faktoren und Netzwerken über Erhebungen zur Sprachstandsentwicklung (Kita) und Kompetenztests (Rahmenerhebung Schule) hinzugezogen werden können (mbjs.brandenburg.de). Auch Angaben zu den Eingliederungshilfen und Hilfen zur Erziehung stehen zur Verfügung.

Gesundheitsförderliche Angebote einer Präventionskette sollen entlang der Lebensphasen ausgerichtet werden und Übergänge von einer Lebensphase in die nächste in den Blick nehmen. Es zeigte sich, dass vor allem Berichtsformate vorliegen, die die Phase Start ins Familienleben, Kinderbetreuung und Schulzeit abbilden. Dagegen sind die Phasen rund um die Geburt und die Ausbildungszeit bislang weniger untersetzt und

entsprechende Datenquellen zu den Übergängen sind kaum bekannt. Die Gruppendiskussion ergab, dass die Lebensphasen, für die wenig verfügbare oder bekannten Daten und Berichte vorliegen, bislang auch kaum mit Präventionsmaßnahmen unterlegt werden. Dies unterstreicht die Bedeutung von verfügbaren, bereichsübergreifenden Daten und Berichten für die Planung und Umsetzung von bedarfsorientierten integrierten kommunalen Gesundheitsstrategien.

In einem idealtypischen Kreislauf werden Daten für die Planung der Taten genutzt, die ihrerseits selbst wieder Daten erzeugen: Unter jeweils spezifischen Fragestellungen werden innerhalb der Lebenswelten Daten generiert, z.B. durch Erhebungen, Befragungen oder im Rahmen der amtlichen Statistik. Diese Daten werden im Anschluss aufbereitet, von Expertinnen und Experten - das könnten auch die Bürgerinnen und Bürger sein - interpretiert, nach Abschluss von Auswertung und Interpretation für die Veröffentlichung aufbereitet und in Form von Broschüren, Bürgerausstellungen, Websites oder auch Beiträgen auf Veranstaltungen öffentlich gemacht. Die Inhalte der Veröffentlichungen gehen anschließend in Diskussions- und Planungsunden ein und bilden dort eine Grundlage zum Diskurs. Sie tragen dazu bei, bedarfsgerechte Strategien und Maßnahmen zu begründen und unterstützen damit Entscheidungsprozesse. Anschließend beginnt der Kreislauf von neuem: Die Erhebung der Daten ermöglicht im nächsten Zyklus beispielsweise, den Erfolg und die Wirkungen der Strategien und Maßnahmen zu beurteilen. Die Wirkung der Interventionen kann im Sinne des Ansatzes

der Wirkungsorientierung (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2018) in Outputs, Outcomes und Impacts und Wirkung unterschieden werden. Hierfür müssen die Akteure bereits in der Aufbauphase reflektieren, welche Veränderungen (Wirkungen) sie mit den Maßnahmen einer Präventionskette erreichen wollen. Hierzu zählen z.B. die Inanspruchnahme von Maßnahmen, die Veränderungen bei der Zielgruppe sowie Veränderungen im Setting (Stadtteil, Gemeinde etc.). Es wird sich zeigen, wie sich diese Veränderungen (Wirkungen) in Gesundheits- und Sozialdaten einschließlich der Bewertungen von Eltern und Kindern widerspiegeln.

Einerseits sollen vorhandene Daten unterschiedlicher Ressorts effizienter genutzt werden, andererseits neue Daten erhoben werden, um vorhandene Lücken zu schließen. Es fehlen noch weitgehend Daten zur subjektiven Gesundheit aus den Übergangsphasen. Weiterhin wurde vorgeschlagen, „Allianzen für Informationen“ zu gründen, um Daten vieler Institutionen zu nutzen. Die Möglichkeiten der Datennutzung der gesetzlichen Krankenkassen sollte eruiert werden.

Eine gute Qualität (Validität) von Daten, die kontinuierlich erhoben werden, um Verläufe darzustellen und eine räumliche Vergleichbarkeit von Daten, sind notwendig, weiterhin eine vergleichbare Einteilung in Sozialräume in den Landkreisen sowie die fachliche Qualifikation der Mitarbeitenden. Wie die Implementierung in kommunale Entscheidungsprozesse gelingen kann, zeigen die Datenerfassung des zahnärztlichen Dienstes der Gesundheitsämter in Brandenburg

und das hieraus entwickelte Präventionsprogramm „Kita mit Biss“ (www.brandenburgerkinderzaehne.de/Kita-mit-Biss.768.0.html).

4.6 Zusammenfassung – Daten auf den Tisch

Die BZgA hat mit dem Partnerprozess und den Präventionsketten eine Strategie für die kommunale Ebene vorgelegt, die im Themenfeld Kindergesundheit bereits erprobt und bewährt ist. Die Gesundheits- und Sozialberichterstattung (GBE und SBE) können hierbei für die Akteure eine Datengrundlage bereitstellen, die einen begründeten Übergang von Daten zu Taten möglich macht. Daten gehören auf den Tisch. Für alle Beteiligten sind sie eine Konsensgrundlage. Der gemeinschaftliche Aufbau von Präventionsketten wird in einem Kommunikationsprozess der Akteure entwickelt. Zu keinem Zeitpunkt sprechen die Daten zur Gesundheit aus sich heraus, sondern sie müssen interpretiert und gewichtet werden. Gemeinschaftlich und mit Einbeziehung aller Akteure und Betroffenen wird über notwendige Maßnahmen, Erfolge, Misserfolge und Nebenwirkungen beraten.

Die BZgA hat mit dem Partnerprozess und den Präventionsketten eine Strategie für die kommunale Ebene vorgelegt, die im Themenfeld Kindergesundheit bereits erprobt und bewährt ist. Die GBE, SBE und weitere Daten beispielsweise aus Umwelt, Wirtschaft und Stadtplanung stellen hierbei für die Akteure eine Datengrundlage bereit, die einen begründeten Übergang von Daten zu

Taten möglich macht. Für alle Beteiligten können sie eine Konsensgrundlage bilden, um Gesundheit in allen Politikfeldern anzustreben. Denn eine Verbesserung der Gesundheit und mehr Gesundheitschancen für Kinder und ihre Familien können nur durch Zusammenarbeit aller politischen Bereiche gelingen. Der gemeinschaftliche Aufbau von Präventionsketten wird in einem Kommunikationsprozess der Akteure und Betroffenen entwickelt und bewertet. Hierbei kann die Wirkung der Interventionen im Sinne des

Ansatzes der Wirkungsorientierung eingeschätzt werden. Die Akteure müssen bereits in der Aufbauphase reflektieren, welche Veränderungen (Wirkungen) sie mit den Maßnahmen einer Präventionskette erreichen wollen. Hierzu zählen z. B. die Inanspruchnahme von Maßnahmen, die Veränderungen bei der Zielgruppe sowie Veränderungen im Setting (Stadtteil, Gemeinde etc.). Es wird sich zeigen, wie sich diese Veränderungen (Wirkungen) wiederum in Gesundheits- und Sozialdaten widerspiegeln.

Chancen für mehr Kindergesundheit | 5.

Kindheit und Jugend verbinden wir mit Vitalität, Unbeschwertheit und Wissensdurst – und natürlich mit Gesundheit. Kinder weisen im Großen und Ganzen einen guten Gesundheitszustand auf, jedoch zeigen sich auch schon bei Kindern gesundheitliche Belastungen und Störungen, die zwischen den Geschlechtern, zwischen Regionen und insbesondere nach Sozialstatus ungleich verteilt sind. Ein Ziel des Gesundheitsberichtes ist es, diese Unterschiede zu beschreiben und zu erklären. Dies ist jedoch vielfach nicht vollständig möglich, da, wie in der Einführung dargestellt, Gesundheit und Krankheit von vielen Einflussfaktoren abhängen und nicht zuletzt auch die körperliche, psychische und soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen kein standardisierter Prozess darstellt.

In welchen Bereichen zeigen sich auffällige Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen?

Neugeborene Jungen haben im Land Brandenburg wie auch bundesweit nach wie vor eine etwas geringere Lebenserwartung, wenn diese auch im Land Brandenburg deutlich verbessert werden konnte. Ein Faktor ist die etwas höhere Säuglingssterblichkeit der Jungen im Vergleich zu den Mädchen.

Vergleicht man hingegen die Bewertungen von Kindern und Jugendliche zu ihrem Gesundheitszustand und Lebenszufriedenheit, so fällt auf, dass Mädchen, insbesondere in den höheren Altersgruppen, diesen schlechter einschätzen als Jungen. In der Literatur wird hier auf die komplexeren Entwicklungsaufgaben der Mädchen durch die Pubertät, aber auch auf geschlechtsspezifische Unter-

schiede im Gesundheitsverhalten und Umgang mit Belastungen hingewiesen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede bezogen auf den Gesundheitszustand zeigen auch Untersuchungen der Gesundheitsämter: Bei den Einschulungsuntersuchungen wiesen mit 43 % etwas mehr Jungen als Mädchen (41 %) einen körperlichen Befund auf, schulrelevante Entwicklungsstörungen wurden bei 40 % der Jungen und 27 % der Mädchen festgestellt. Bewegungsstörungen und Unfälle wurden ebenfalls bei Jungen deutlich häufiger dokumentiert als bei Mädchen. In den letzten zehn Jahren haben sich die Unterschiede nicht verringert. Die Förderung von Bewegung stellt deshalb weiterhin ein wichtiges Gesundheitsziel dar.

Auch die Daten der ärztlichen Inanspruchnahme geben Hinweise auf geschlechtsspezifische Unterschiede bei gesundheitlichen Störungen.

Gesundheitsverhalten wird durch die Sozialisation und Umwelt deutlich geprägt. Verhaltensweisen, die Risiken für die Gesundheit darstellen, zeigen ebenfalls geschlechtsspezifische Unterschiede. Im vorliegenden Bericht wurden hierzu das Rauchverhalten, Tabakkonsum, illegaler Drogenkonsum und Mediengebrauch betrachtet. Jungen und Mädchen unterschieden sich kaum beim Rauchverhalten, hingegen beim Alkohol- und Cannabiskonsum, wo Jungen angeben, häufiger regelmäßig zu trinken oder Cannabis zu rauchen. Bei der Nutzung von neuen Medien zeigen sich Unterschiede in Bezug auf Computerspiele. Während 34 % der Jungen

täglich mehr als drei Stunden ihrer Freizeit für Computerspiele aufwenden, trifft dies auf nur etwas 9 % der Mädchen zu.

Einfluss des sozialen Status auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten

Viele Untersuchungen zeigen einen Zusammenhang zwischen guter Gesundheit und guter sozialer Lage bzw. einer höheren gesundheitlichen Belastung bei schlechter sozialer Lage. Diese Zusammenhänge zeigen sich auch beim Gesundheitsverhalten – sei es bei der Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen, Impfungen, Rauchen oder Alkoholkonsum. Sie bilden sich auch im vorliegenden Gesundheitsbericht ab: Viele Erkrankungen – z.B. die Befunde bei den ärztlichen Untersuchungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes – treten abgesehen von Atopien und Untergewicht häufiger bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status auf. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen ist höher in Familien mit niedrigem sozialem Status, die Mundgesundheit tendenziell schlechter. Risikoverhalten wie Rauchen, Alkohol- und Drogengebrauch weisen ebenfalls einen deutlichen Sozialgradienten auf mit höherem Anteil bei niedriger sozialer Schicht. Auch hier wirken verschiedene Faktoren zusammen: geringeres Gesundheitswissen, benachteiligte Lebensbedingungen der Kinder (Wohnen, Ernährung, Bildung), Zugangsbarrieren zur Versorgung.

Für die Brandenburger Gesundheitsberichterstattung wird ein Sozialindex verwendet, mit dessen Hilfe in der Gesundheits- und Sozialberichterstattung gesundheitliche und

soziale Ungleichheit im Land Brandenburg im zeitlichen Vergleich untersucht werden kann. Hier zeigt sich in den letzten 20 Jahren eine deutliche Verbesserung: der Anteil der Familien mit niedriger Sozialstatusgruppe ist kleiner geworden. Eltern heute weisen einen höheren Bildungsstand auf und sie sind eher berufstätig. Das sind gute Voraussetzungen für die Kindergesundheit. Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass immer noch viele Kinder weniger Bildungs- und Teilhabechancen am gesellschaftlichen Leben haben. Das gilt insbesondere für Kinder von Alleinerziehenden sowie für Kinder mit vielen Geschwistern.

Soziale Ungleichheit ist auch regional unterschiedlich verteilt, so dass gesundheitliche Problemlagen und Inanspruchnahmen regional unterschiedlich sind. Allerdings lassen sich nicht immer eindeutige Zusammenhänge darstellen.

Es gibt im Land Brandenburg viele engagierte Menschen, die die negativen Folgen sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit der Kinder nicht tatenlos hinnehmen möchten. Das Engagement gibt es auf Landesebene, in den Landkreisen und kreisfreien Städten und in den Gemeinden. Starke Familien – Starke Kinder sind das Ziel im Land. Hierfür wirkt der Runde Tisch gegen Kinderarmut. Hierfür engagieren sich die Akteure des Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg. Der Platz reicht nicht, um alle Initiativen und Programme im Land aufzuzählen, die sich gegen soziale Ungleichheit und die Folgen einsetzen. Viele Programme zielen nicht explizit auf Gesundheit und haben dennoch

gesundheitliche Effekte. Die Gesundheits- und Sozialberichterstattung im Land dienen allen Akteuren beim Blick auf die gesundheitlichen Verhältnisse. Kenntnis der Unterschiede in der Gesundheit zwischen Jungen und Mädchen, nach Sozialstatus und Migrationshintergrund sowie nach Regionen sind wichtig für die Planung von Prävention und Gesundheitsförderung. Wer braucht wann und in welcher Weise Unterstützung? Hierzu tragen die Gesundheits- und Sozialberichterstattung mit Daten für Taten bei.

6. Anhang: Abkürzungen der Landkreise und Kreisfreien Städte

Kreisfreie Stadt/Landkreis	Kfz-Kennzeichen
Brandenburg a. d. H.	BRB
Cottbus	CB
Frankfurt (Oder)	FF
Potsdam	P
Barnim	BAR
Dahme-Spreewald	LDS
Elbe-Elster	EE
Havelland	HVL
Märkisch-Oderland	MOL
Oberhavel	OHV
Oberspreewald-Lausitz	OSL
Oder-Spree	LOS
Ostprignitz-Ruppin	OPR
Potsdam-Mittelmark	PM
Prignitz	PR
Spree-Neiße	SPN
Teltow-Fläming	TF
Uckermark	UM
BU	Berliner Umland
wM	weiterer Metropolenraum

- Abbas S, Ihle P, Adler J-B et al. (2016).
Psychopharmacological prescriptions in children and adolescents in Germany – a nationwide analysis of over 4 million statutory insured individuals from 2004 to 2012. *Deutsches Ärzteblatt*; 113: 396-403
- Aktion Kinder- und Jugendschutz Brandenburg E.V. (AKJS) (2015).
 Medien: Medienkompetenz: Eltern-Medien-Beratung.
 URL: <http://www.jugendschutz-brandenburg.de/eltern-medien-beratung-2>
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (AfS) (2007).
 Statistischer Bericht. Krankenhäuser im Land Brandenburg 2006 Teil I Grunddaten.
 URL: https://www.destatis.de/GPStatistik/receive/BBHeft_heft_00024101
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (AfS) (2013).
 Statistischer Bericht. Krankenhäuser im Land Brandenburg 2011 Teil I Grunddaten.
 URL: https://www.destatis.de/GPStatistik/receive/BBHeft_heft_00001254
- Amt für Statistik Berlin Brandenburg (AfS) (2016).
 Statistischer Bericht. Bevölkerung der kreisfreien Städte und Landkreise im Land Brandenburg. URL: <https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/statistiken>
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (AfS) (2017a).
 Statistischer Bericht. Krankenhäuser im Land Brandenburg 2016 Teil I: Grunddaten.
 URL: https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/Statistiken/statistik_SB.asp?Ptyp=700&Sageb=23000&creg=BBB&anzwer=10
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (AfS) (Hrsg.) (2017b).
 Statistik. Bildung und Kultur. Schulen. Statistische Berichte. Allgemeinbildende Schulen im Land Brandenburg Schuljahr 2016/2017. URL: <https://www.statistik-berlin-brandenburg.de>
- Amtsblatt für Brandenburg (2013). Brandenburgisches Vorschriftensystem (BRAVORS).
 URL: <https://bravors.brandenburg.de/verwaltungsvorschriften/krankenhausplan2013>
- Antonovsky, A (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.*
 (Deutsche Herausgabe von Alexa Franke). Tübingen: DGVT-Verlag
- Aslam HM, Saleem S, German S et al. (2014).
 Harmful effects of shisha: literature review. *Int Arch Med* 7 (1): 16
- Bachmann CJ, Lempp T, Glaeske G, et al. (2014).
 Antipsychotic prescription in children and adolescents: an analysis of data from a German statutory health insurance company from 2005 to 2012. *Dtsch Arztebl Int*; 111: 25–34.
- Bätzing-Feigenbaum J, Schulz M, Schulz M et al. (2015). *Entwicklung des Antibiotikaverbrauchs in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung – Update 2013/2014 mit regionalisierten Trendanalysen für den Zeitraum 2008 bis 2014 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 15/15. Berlin 2015 DOI: 10.20364/VA-15.15*
- Böhm A, Ellsäßer G, Lüdecke K (2007). *Der Brandenburger Sozialindex – ein Werkzeug für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung auf Landes- und auf kommunaler Ebene bei der Analyse von Einschülerdaten.* *Gesundheitswesen*; 69: 555-559.
- Böhm A, Hardeling A, Leydecker M (2015). *Die Nachfrage nach Beratung über Amphetamin – ein Indikator für die Belastung durch Crystal.*
 URL: http://www.blsev.de/fileadmin/bildmaterial/Dokumente_BLS/Crystal_Beratungsstellen_2015.pdf
- Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen (2017). *Suchtprävention Land Brandenburg. Präventionsprojekte.* URL: <http://www.suchtpraevention-brb.de/projekte.html>
- Brüll V, Hucklenbruch-Rother E et al. (2016). *Programmierung von kindlichem Übergewicht durch perinatale Überflusssituation.* *Monatsschrift Kinderheilkunde*; 164 (2), 99–105
- Bundesagentur für Arbeit (2016): *Grundsicherung für Arbeitssuchende.*
<https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Themen/Grundsicherung-fuer-Arbeitssuchende-SGBII/Grundsicherung-fuer-Arbeitssuchende-SGBII-Nav.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG): *DART 2020. Deutsche Antibiotika Resistenzstrategie.*
 URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/antibiotika-resistenzen/antibiotika-resistenzstrategie.html>

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2015): Nationaler Aktionsplan 2015-2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland. Hintergründe, Ziele und Strategien. URL: https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BMG/_2746.html
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2016). Windpocken/ Gürtelrose: Informationen über Krankheitserreger beim Menschen – Impfen schützt! URL: <https://www.infektionsschutz.de/erregerscheckbriefe/windpocken/>
- Caritasverband für die Diözese Osnabrück (2017). SKOLL: Selbstkontrolltraining – für den verantwortungsbewussten Umgang mit Suchtstoffen und anderen Suchtphänomenen. URL: <http://www.skoll.de/>
- Dahlgren G, Whitehead M (2007). Policies and strategies to promote social equity in health. Arbeitsrapport 2007:14, Institute for Futures Studies. URL: https://ideas.repec.org/p/hhs/ifswps/2007_014.html. This working paper was originally published in print form in September 1991
- Deichsel M, Rojas G, Lüdecke K et al. (2012). Frühkindliche Karies und assoziierte Risikofaktoren bei Kleinkindern im Land Brandenburg. Bundesgesundheitsbl. 55:1504–1511
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) (2010). Zahnunfälle: Auf schnelle Rettung kommt es an! URL: http://www.daj.de/fileadmin/user_upload/Pressemitteilungen/DAJ_PM1611.pdf
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) (2017a). Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe. Jahresauswertung Schuljahr 2015/2016. URL: <http://www.daj.de/Dokumentation.30.0.html>
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) (2017b). Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016. URL: <http://www.daj.de/Studien.29.0.html>
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2015). Factsheets. Binge-Drinking und Alkoholvergiftungen. URL: <http://www.dhs.de/informationmaterial/factsheets.html>
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2017). Jahrbuch Sucht 2017. Pabst Science Publishers. Lengerich
- Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2014). 10. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2016). Drogen- und Suchtbericht. URL: <https://www.drogenbeauftragte.de/presse/pressekontakt-und-mitteilungen/2017/2017-3-quartal/drogen-und-suchtbericht-der-bundesregierung-2017.html>
- Ek W, Karlsson T, Azuaje HC et al. (2017). Breastfeeding and risk of asthma, hay fever and eczema. Journal of Allergy and Clinical Immunology. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2017.10.022>
- Ellsäßer G, Hedke E, Hüsemann D et al. (2015). Ergebnisse der Brandenburger Schuleingangsuntersuchung – Wie wirksam ist das Netzwerk Gesunde Kinder. Brandenburgisches Ärzteblatt 11:16-18
- Ellsäßer G, Köpke U (2018). Ärztliche Untersuchung der Jugendlichen in den zehnten Klassen Schuljahr 2015/2016 im Land Brandenburg. URL: www.gesundheitsplattform.brandenburg.de
- Faktencheck Gesundheit: Antibiotika. URL: <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/antibiotika/ergebnis-ueberblick/>
- Faktencheck Gesundheit: Mandeloperation. URL: <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/mandeloperation/ergebnis-ueberblick/>
- Faktencheck Gesundheit: Kaiserschnitt. URL: <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/kaiserschnitt/ergebnis-ueberblick/>
- GEBIT 2015, Münster GmbH & Co. KG, Gesellschaft für Beratung sozialer Innovation und Informationstechnologie (2015). Evaluation des Zentralen Einladungs- und Rückmeldewesens (ZER) zu den Früherkennungsuntersuchungen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nach § 26 SGB V, § 7 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG). Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Abt. Gesundheit

- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2016). *Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“) in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 60 a vom 27. März 1986) zuletzt geändert am 21. April 2016 veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 19.07.2016 B5 in Kraft getreten am 20. Juli 2016*
https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1223/Mu-RL_2016-04-21_iK-2016-07-20.pdf
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG) (2017). *Nationale Gesundheitsziele*. URL: <http://gesundheitsziele.de/>
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (2016). *Materialien zu den Themen der AG Mundgesundheits: Neuer Maßnahmenkatalog der AG Mundgesundheits (Stand 2016)*.
 URL: http://www.buendnis-gesund-aufwachsen.de/arbeitsgruppen/ag_mundgesundheits/materialien.html
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (2017a). *Netzwerk Gesunde Kinder*.
 URL: <https://www.netzwerk-gesunde-kinder.de/>
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (2017b) *Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg*.
 URL: <http://www.brandenburger-kinderzaehne.de>
- Gesundheitsziele.de (2015) *Leitfragen zur Stärkung der Querschnittsanforderung Gesundheitliche Chancengleichheit*. URL: <http://gesundheitsziele.de>
- Gleissner C (2014). *Welchen Einfluss hat das Geschlecht auf die Mundgesundheits?*
Bundesgesundheitsbl. 57:1099–1106
- Gottschalk S, Ellsäßer G (2017). *Vortrag Etablierung eines Still-Monitorings über die Brandenburger Einschulungsuntersuchung – Stillquoten & Stilldauer 2016, Abteilung Gesundheit im Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG), BfR Workshop „Stillmonitoring bei der Schuleingangsuntersuchung“ Berlin, 21 November 2017*
- Grobe TH, Dörning H, Schwarz FW (2012). *Arztreport 2012*.
 Schwerpunkt: *Kindergesundheit*. Barmer GEK (Hrsg.) Asgard Verlag St. Augustin.
- Grobe TG, Steinmann S, Szecsenyi J (2017). *Arztreport 2017 (Hrsg. BARMER)*.
 Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 1. Asgard Verlagsservice GmbH, Siegburg,
 (Ergänzende Auswertungen im Rahmen des Arztreportes 2017 zum Thema ADHS)
- HBSC-Studienverbund Deutschland (2015a).
 Faktenblatt zur Studie *Health Behaviour in School-aged Children 2013/14*,
 Subjektive Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. URL: <http://hbsc-germany.de/>
- HBSC-Studienverbund Deutschland (2015b).
 Faktenblatt zur Studie *Health Behaviour in School-aged Children 2013/14*,
 Zahnpflege von Kindern und Jugendlichen. URL: <http://hbsc-germany.de/>
- Hoffmann
 hkk Versorgungsforschung (2012). *Kieferorthopädische Behandlung von Kindern und Jugendlichen*. URL: <https://www.hkk.de/infomaterial/hkk-gesundheitsreport>
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) (2017a).
Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2016: Geburtshilfe: Qualitätsindikatoren.
 URL: <https://iqtig.org/qs-verfahren/gebh>
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) (2017b).
Qualitätsreport 2016. URL: <https://iqtig.org/berichte/qualitaetsreport/>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2016).
 Pressemitteilung: *Frühgeburten verhindern: Vereinbarung „Gesund schwanger“ nutzt neue gesetzliche Möglichkeiten*. URL: http://www.kbv.de/html/2016_23336.php
- Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) (2017).
 Zulassung. *Bedarfsplanung. Versorgungssituation zum 30.06.2017*. URL: <https://www.kvbb.de/praxis/zulassung/bedarfsplanung/versorgungssituation/> (Anfrage KVBB 2018)
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (2016).
 Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) – *Kurzfassung*. URL: <https://www.bzaek.de/wir-ueber-uns/daten-und-zahlen/deutsche-mundgesundheitsstudie-dms.html>

- KGC Brandenburg (2017).
Evaluationsbericht der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) Brandenburg 2015-2016, URL: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/brandenburg>.
- Kim SY., England J L, Sharma J A, Njoroge T (2011). *Gestational Diabetes Mellitus and Risk of Childhood Overweight and Obesity in Offspring: A Systematic Review*. *Experimental Diabetes Research*, URL: <https://doi.org/10.1155/2011/541308>
- Kilian H, Lehmann F, Richter-Kornweitz A et al. (2016). *Gesundheitsförderung in den Lebenswelten gemeinsam stärken*. *Der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ Bundesgesundheitsbl*; 59:266–273, DOI: 10.1007/s00103-015-2287-2
- Kleinwechter H, Schäfer-Graf U, Bühner C et al. (2014). *German Association for Gynaecology and Obstetrics. Gestational diabetes mellitus (GDM) diagnosis, therapy and follow-up care: Practice Guideline of the German Diabetes Association (DDG) and the German Association for Gynaecology and Obstetrics (DGGG)*. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*: 122(7), 395–405. URL: <https://doi.org/10.1055/s-0034-136641>
- Klose J, Rehbein I (2017). *Ärztatlas 2017*.
Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin 2017
- Knopf H (2007). *Arzneimittelanwendung bei Kindern und Jugendlichen*.
Erfassung und erste Ergebnisse beim Kinder und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl* 50: 863–870. DOI 10.1007/s00103-007-0249-z
- Knopf H, Wolf I-K, Sarganas G et al. (2013). *Off-label medicine use in children and adolescents: results of a population-based study in Germany*. *BMC Public Health*; 13: 631 DOI:10.1186/1471-2458-13-631.
- Knopf H (2015). *KiGGS: Ausgewählte Ergebnisse zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung der Arzneimittelanwendung*. In: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hg.) *Arzneimittel bei Kindern und Jugendlichen*. Tagungsdokumentation der Fachtagung Sozialpharmazie am 3. und 4. Juni 2014 in Düsseldorf. Münster 2015
- Kohlhuber M (2014). *Stillverhalten in Bayern – Epidemiologische Erhebung im Rahmen der Gesundheitsinitiative Gesund.Leben.Bayern*. URL: https://www.lgl.bayern.de/gesundheits-arbeitsplatz-umwelt/projekte_a_z/mms_stillverhalten_bayern.htm
- Kolip P, Nolting HD, Zich K (2012). *Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2014).
Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 1: Gesunde Lebenswelten schaffen. URL: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2018) *Wirkungsorientierung*.
Themenblatt 1-2018. URL: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>
- Kuntz B, Zeiher J, Starker A et al. (2018).
Rauchen in der Schwangerschaft – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*; 3(1): 447-54 DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-009
- Lampert T, Sygusch R, Schlack R (2007).
Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. *Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS)*. *Bundesgesundheitsblatt* 50:643-652
- Lampert T, Kuntz B (2015).
Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu. *GBE kompakt. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch – Institut, Berlin.
www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2015_1_gesund_aufwachsen.pdf?__blob=publicationFile
- Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) (2016a).
Einschulungsuntersuchung 2015. URL: <http://lavg.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.430398.de>
- Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) (2016b).
Gesundheitsmonitoring – Kinder und Jugendliche: Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg, Datenmonitor zur Kindergesundheit URL: <http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de>

- Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (2017a). *Untersuchungen der Schüler/ Schülerinnen der 10. Klassen und Schulabgänger im Land Brandenburg 2015/2016. Standardtabellen (unveröffentlichtes Manuskript)*
- Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) (2017b). *Gesundheitsplattform. Mundgesundheit von Kindern.*
URL: <http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de>
- Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit, Abteilung Gesundheit (LAVG) in Zusammenarbeit mit dem Fachausschuss Zahnärztlicher Dienst im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF) (2017c). *Gesundheitsberichte: Kinder und Jugendliche: Fachexpertise: Ergebnisse aus der Gesundheitsberichterstattung zur Mundgesundheit des Schuljahres 2015/2016.* URL: <http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/>
- Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit, Brandenburg (LAVG) (2018a). *Statistik der meldepflichtigen Infektionskrankheiten. Datenstand: 23.02.2018.*
- Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit, Brandenburg (LAVG 2018 b). *Ergebnisse der kinderärztlichen Untersuchungen der Gesundheitsämter Brandenburgs auf der Gesundheitsplattform Brandenburg. Abgerufen am: 23.02.2018.* URL: http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/sixcms/list.php?page=gesi_startseite_neu_p
- Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung Brandenburg (LQS) (2017). *Jahresauswertung 2016. Geburtshilfe.* URL: <https://www.laekb.de/www/website/PublicNavigation/arzt/lqs/auswertungen>
- Landessuchtkonferenz Brandenburg (LSK) (2017a). *Arbeitskreis Suchtprävention.*
URL: <http://www.lsk-brandenburg.de/arbeitskreise/suchtpraevention.html>
- Landessuchtkonferenz Brandenburg (LSK) (2017b). *Dokumente der LSK: Arbeitskreis Daten und Berichterstattung: BJS 4 – Tabellen Land Brandenburg.* URL: <http://www.lsk-brandenburg.de/service/dokumente-der-lsk.html>
- Landessuchtkonferenz Brandenburg (LSK) (2017c). *Ausgewählte Projekte aus dem Land Brandenburg.*
URL: <http://www.lsk-brandenburg.de/arbeitskreise/suchtpraevention/projekte.html>
- Landessuchtkonferenz Brandenburg (LSK) 2018: *Gemeinsam gegen Sucht.*
URL: <http://www.lsk-brandenburg.de/service/dokumente-der-lsk.html>
- Landgraf MN, Hilgendorff A, Heinen F (2014). *Mütterlicher Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und fetales Alkoholsyndrom. Risikofaktoren und ihre Bedeutung in der Prävention und frühen Diagnose.* *Monatsschr Kinderheilkd*; 162:903–910. DOI 10.1007/s00112-014-3222-6.
- Landtag Brandenburg Drucksache 6/4845: 6. Wahlperiode. *Antwort der Landesregierung auf die Kleine Anfrage 1919 der Abgeordneten Bettina Fortunato Fraktion DIE LINKE – Drucksache 6/4637 zur Situation der Hebammen in Brandenburg, 2016*
- Lange C, Schenk L, Bergmann R. (2007). *Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS).* *Bundesgesundheitsblatt* 50 (5–6): 624–633
- Listl S (2011). *Family composition and children's dental health behaviour: evidence from Germany.* *Journal of Public Health Dentistry.* 71: 91-101
- Maschewsky-Schneider U, Gocke M, Hoelscher U et al. (2013). *Gesundheitsziele.de. Die Auswahl eines neuen Gesundheitsziels für Deutschland.* *Bundesgesundheitsblatt* 56(9): 1329-1334
- Maiwald H-J (2003). *Zahnärztliche Untersuchung, Diagnostik und Behandlungsplanung.*
In: Köperich EJ, Maiwald H-J (Hrsg.). *Grundlagen der Kinderzahnheilkunde.* Balingen: Spita Verlag
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (mpfs) (Hrsg) (2016). *JIM 2016 Jugend, Information, (Multi-) Media: Basisstudie zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland.* URL: <https://www.mpfs.de/studien/jim-studie/2016/>
- Mielck A (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion.* Hans Huber, Bern
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF) (2007). *Wir lassen kein Kind zurück. Soziale und gesundheitliche Lage von kleinen Kindern im Land Brandenburg. Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 5. Potsdam.*

- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF) (2016).
Weiterentwicklung des Familien- und Kinderpolitischen Programms „Gemeinsam für ein familien- und kinderfreundliches Brandenburg“ Zu dem Beschluss des Landtages Brandenburg vom 10. Juni 2016 (Landtagsdrucksache 6/4290-B).
 URL: http://www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/089_17_Anlage_MASGF_Weiterentwicklung_des_Familien_und_Kinderpolitischen_Programms.pdf
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF) (2017a). *sozial spezial 11/2017*. URL: <http://www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.272152.de>
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF) (2017b). *Gesundheit von Schülerinnen und Schülern in Brandenburg, in puncto 5/2017, Potsdam: MASGF*
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF) (2017c).
Substanzkonsum bei Jugendlichen: Ergebnisse der 4. Welle der Befragung Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum (BJS 4).
 URL: <http://www.lsk-brandenburg.de/service/dokumente-der-lsk.html>
- Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBJS) (2017). *Initiative Sekundarstufe 1 (inisek)*.
 URL: <https://mbjs.brandenburg.de/bildung/uebergang.../initiative-sekundarstufe-i.htm>
- Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MUGV) (2010).
Leitfaden für Zahnärztliche Dienste der Gesundheitsämter im Land Brandenburg.
 URL: <http://www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.291296.de?highlight=ZahnaerztlicherDienst>
- Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (MUGV) (2013a). *Zur Situation chronisch kranker Kinder und Jugendlicher im Land Brandenburg. in puncto 09/2013. Potsdam: MUGV*
- Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (2012).
Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MUGV) (Hrsg.) (2013b). Gemeinsam für gesunde Kinderzähne. 20 Jahre Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg. Potsdam: MUGV
- Orth B (2016). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*
- Poethko-Müller C, Kuntz B, Lampert T et al. (2018a). *Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring; 3(1): 8-14. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-004*
- Poethko-Müller C, Thamm M, Thamm, R et al. (2018b). *Heuschnupfen und Asthma bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring; 3(1): 55-58. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-010*
- Przybylski AK, Weinstein N (2017). *A Large-Scale Test of the Goldilocks Hypothesis: Quantifying the Relations between Digital-Screen Use and the Metal Well-Being of Adolescents. Psychological Science. 1-12*
- QUAG – Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (Hrsg.) (2017).
Qualitätsbericht 2016. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland.
 URL: <http://www.quag.de/quag/publikationen.htm>
- Rabenberg M, Rommel A, Saß AC (2016). *Alkoholvergiftungen mit stationärer Behandlung. Journal of Health Monitoring 1(1): 22–28*
- Rädel M, Bohm S, Priess HW et al. (2016). *Barmer GEK Zahnreport 2016. Asgard Verlagsservice. Siegburg.*
- Rattay P, Starker A, Domanska O et al (2014). *KiGGS-Study Group. Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalters. Ergebnisse der KiGGS-Studie. Ein Vergleich von Basiserhebung und erster Folgebefragung (KiGGS-Welle 1). Bundesgesundheitsbl; 57:878–891. DOI 10.1007/s00103-014-1989-1*
- Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kiefer-orthopädische Behandlung in der Fassung vom 04. Juni 2003 und vom 24. September 2003 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 226 (S. 24 966) vom 03. Dezember 2003 in Kraft getreten am 1. Januar 2004*

- Riedel R, Büsching U, Brand M (2017).
 BLIKK im ÜberBLICK: FACT-SHEET-Pressetermin 29.05.2017 im BMG.
 URL: <https://www.drogenbeauftragte.de/presse/pressekontakt-und-mitteilungen/2017/2017-2-quartal/ergebnisse-der-blick-studie-2017-vorgestellt.html>
- Robert Koch-Institut (RKI), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2008).
 Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: RKI
- Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt (2011).
 Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 52, Berlin: RKI
- Robert Koch-Institut (RKI) (2014a). Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung. Berlin: RKI
- Robert Koch-Institut (RKI) (2014b). Epidemiologisches Bulletin Nr. 35.
 URL: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/epid_bull_form.html
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg) (2015) Wasserpfeifenkonsum (Shisha-Rauchen).
 Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012. Berlin: RKI
- Robert Koch-Institut (RKI) (2018a): SurvStat@RKI 2.0,
 URL: <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 25.01.2018
- Robert Koch-Institut (RKI) (2018b): KV-Impfsurveillance,
 URL: <http://www.vacmap.de>, Abfragedatum: 21.02.2018
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2001):
 Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. Band III.- Kap. 14. URL: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=171>
- Schenk L, Knopf H (2007). Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl 50: 653–658.
- Schienkiewitz A, Brettschneider A-K, Damerow S (2018). Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring; 3(1): 16-23. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-005. Robert Koch-Institut, Berlin
- Schlack R (2013). Nutzungsmuster elektronischer Medien und Zusammenhänge mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In: Henry-Hutmacher C, Hoffmann E (Hrsg). Erziehung in der Wohlstandsgesellschaft. Aufwachsen mit Konsum und Medien. Sankt Augustin, Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung e. V., S. 88–100
- Schröder M, Telschow C (2017). Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: U Schwabe, D Paffrath, W-D Ludwig, Arzneiverordnungs-Report 2017, Heidelberg: Springer, 782-792.
- Schubert I, Köster I, Lehmkuhl G (2010). The changing prevalence of attention – Deficit/hyperactivity disorder and Methylphenidate prescription: A study of data from a random sample of insurees of the AOK health insurance company in the German state of Hessen, 2000-2007 Dtsch Ärztebl Int 107: 615-621
- Schulz C, Wolf U, Becker K et al. (2007). Kinder-Umwelt-Survey (KUS) im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl 50: 889–894. DOI 10.1007/s00103-007-0252-4
- Service brandenburg.de Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie.
http://service.brandenburg.de/lis/detail.php?id=305573&__ariadne=14264;K;13734;305573
- Sonnenmoser M (2007). Postpartale Depression. Vom Tief nach der Geburt. Deutsches Ärzteblatt 200 (2): 82-83

- Spasov A, Braun, B, Bettin H et al. (2016). Kieferorthopädische Behandlung aus der Perspektive junger Patienten und ihrer Eltern. *Gesundheitsmonitor 2016. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK* hrsg. von Böcken J Braun B, Meierjürgen R. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Statistisches Bundesamt (2015): *Todesursachenstatistik 2015*
- Statistisches Bundesamt (2016): *Absolventen/Abgänger nach Abschlussart.*
URL: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschungKultur/Schulen/Tabellen/AbsolventenAbgaenger_Abschlussart.html
- Statistisches Bundesamt (2017). *Diagnosedaten der Krankenhäuser nach Wohnsitz (ICD 10 3-Steller, ab 2000).* URL: <http://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=594:25313910D>
- Steinhausen H-C, Döpfner M, Schubert I (2016). Zeitliche Trends bei den Häufigkeiten für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und Stimulanzienbehandlung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 44: 275-284
- Süß W, Schäfer I, Trojan A (Hrsg) (2007). *Integrierte (Gesundheits-) Berichte.* Aachen: Shaker
- Techniker Krankenkasse (TK) (2014).
Studien und Auswertungen. Medienkompetenz: Jugend 3.0 – abgetaucht nach Digitalien?
URL: <https://www.tk.de/techniker/unternehmensseiten/unternehmen/broschueren-und-mehr>
- Waltersbacher A (2015). *Heilmittelbericht 2016.*
KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin. URL: <http://www.wido.de>
- Windfuhr JP, Gerste B (2016).
Trends, regionale Variabilität und Indikationsstellung von Tonsillektomien in Deutschland.
In: Klauber J et al. (Hrsg.) *Versorgungs-Report 2015/2016.* Stuttgart: Schattauer, 199-216
- World Health Organization (WHO) (2014). *European Vaccine Action Plan 2015-2020.*
URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2014/european-vaccine-action-plan-20152020-2014>
- World Health Organization (WHO) (2018). *Health topics. Breastfeeding.*
URL: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>
- World Health Organization (WHO) Europa (2018).
Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. URL: <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- Wurdak M, Ihle K, Stürmer M et al. (2013). *Indikatoren für das Ausmaß jugendlichen Rauschtrinkens in Bayern.* SUCHT 59 (4) doi.org/10.1024/0939-5911.a000257.
- YAEZ Verlag (2018). *Wissen schützt!* URL: <http://www.wissenschuetzt.de/>
- ZAB ZukunftsAgentur Brandenburg GmbH (Hg.) (2015):
Einrichtungsbefragung zur Situation in ausgewählten Gesundheitsfachberufen in Berlin –Brandenburg. Potsdam (<https://www.zab-arbeit.de>)
- Zeiger J, Starker A, Kuntz B (2018). *Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends Journal of Health Monitoring; 3(1): 40-46 DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-008.*

Dieser Gesundheitsbericht beruht auf einem Gutachten von:

Katja Blaschke MSc. und Dr. rer. soc. Ingrid Schubert

PMV forschungsgruppe, Universität zu Köln
Herderstraße 52, 50931 Köln
Katja.Blaschke@uk-koeln.de
Ingrid.Schubert@uk-koeln.de

Für den Bericht wurden viele Datenquellen herangezogen. Die Gutachterinnen danken hierfür der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, dem Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, dem Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit sowie Herrn Prof. Dr. Erhart (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung für die Analyse ambulanter ärztlicher Diagnosedaten, Frau Dr. Hildtraud Knopf (Robert Koch-Institut) für Daten zum Arzneimittelgebrauch, Frau Andrea Waltersbacher (Wissenschaftliches Institut der AOK – WIdO) für Daten zu Heilmittelverordnungen, der AOK Nordost/GeWINO für Angaben zum Antibiotikagebrauch sowie der BARMER und Herrn Dr. Thomas Grobe für die Bereitstellung von regionalen Daten zur Hyperkinetischen Störung und deren medikamentösen Behandlung.

Köln, April 2018



ISSN 1619-568x

MASGF 2018 Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsbericht im Rahmen des Themenjahres Gesundheit vom Brandenburger Runden Tisch zur Bekämpfung der Kinderarmut „Starke Familien – Starke Kinder“

Stand: 07.05.2018

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Henning-von-Tresckow-Straße 2–13
14467 Potsdam

www.masgf.brandenburg.de

Layout &

Gestaltung: jugrafix.de

Bilder: © Alinsa / Fotolia

Druck: Elbe Druckerei

1. geänd.

Nachauflage: 500 Stück

Oktober 2018

