

JUNGE FAMILIEN
DEMOGRAFIE
SOZIALE LAGE

PRÄVENTION
MEDIZINISCHE
VERSORGUNG

GESUNDHEIT
BABYS
KLEINE KINDER



Wir lassen kein Kind zurück

Soziale und gesundheitliche Lage von kleinen
Kindern im Land Brandenburg

Beiträge zur Sozial- und
Gesundheitsberichterstattung Nr. 5

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Brandenburger Landesregierung herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gibt für Bundes-, Landtags- und Kommunalwahlen sowie für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht so verwendet werden, dass es als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer einzelnen Mitglieder zu verwenden.

Wir lassen kein Kind zurück

**Soziale und gesundheitliche Lage von kleinen
Kindern im Land Brandenburg**

Beiträge zur Sozial- und
Gesundheitsberichterstattung Nr. 5

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

die Politik im Land Brandenburg legt einen Schwerpunkt auf die Förderung von Kindern und jungen Familien. Im Oktober 2005 hat die Brandenburger Landesregierung ein Programm und Maßnahmenbündel vorgestellt: „Die Brandenburger Entscheidung: Familien und Kinder haben Vorrang“. Gesund und gewaltfrei aufzuwachsen, ist hierbei ein Ziel, für das der vorliegende Report Daten und Hintergrundwissen bereitstellt.



Über Kindergesundheit wird in den Medien häufiger berichtet und gern wird auch ein „Alarmismus“ gepflegt. Dazu gehört beispielsweise die Behauptung, dass es immer mehr fettleibige Einschüler gäbe. Wie die Datenauswertungen des Landesgesundheitsamts zeigen, stimmt das nicht. Die Einschüler von heute sind in etwa so häufig adipös wie die Einschüler Mitte der 90er-Jahre. Das Beispiel Adipositas zeigt, wie wichtig es ist, tatsächlich Daten heranzuziehen und nicht nur modischen Vorurteilen zu folgen. In jüngster Zeit wird in den Medien auch häufig über Armut und benachteiligte Bevölkerungsgruppen diskutiert. Für dieses Thema bestätigt der vorliegende Report eine grundlegende Erkenntnis: Soziale Ungleichheit geht mit gesundheitlicher Ungleichheit einher. Kinder aus sozial benachteiligten Familien haben größere Risiken für ihre Entwicklung. Diese Tatsache ist eine besondere Herausforderung zum politischen Handeln. Denn Kinder tragen für die soziale Lage ihrer Familien keine Verantwortung.

Mehr Familien- und Kinderfreundlichkeit verfolgt das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg auf zwei Wegen: Das Land initiiert und unterstützt eine Reihe von einzelnen Maßnahmen für Kinderschutz und -gesundheit, beispielsweise für das Netzwerk „Gesunde Kita“ des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Der zweite Weg ist die ressortübergreifende Förderung der Kooperation von verschiedenen zentralen Akteuren für Kinderschutz und -gesundheit im Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg. Der vorliegende Report unterstützt das Bündnis mit aktuellen Daten zur sozialen und gesundheitlichen Lage unserer Kinder in Brandenburg.

A handwritten signature in cursive script, reading 'D. Ziegler'.

Dagmar Ziegler

Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie
des Landes Brandenburg

Inhalt

1	Einleitung	7
2	Demografie und soziale Lage junger Familien	8
2.1	Demografische Entwicklung.....	8
2.2	Formen des Zusammenlebens	12
2.3	Die soziale Lage von jungen Familien am Beispiel der Einschülerfamilien im Land Brandenburg	18
2.4	Kita-Besuch und Ausstattung mit Kitas im Land Brandenburg.....	23
3	Prävention, medizinische Versorgung und die Inanspruchnahme von Leistungen	26
3.1	Angebote zur Prävention	26
3.1.1	Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft	26
3.1.2	Früherkennung von Krankheiten – die U-Untersuchungen.....	27
3.1.3	Früherkennung von Krankheiten, Entwicklungsauffälligkeiten und drohenden Behinderungen – Untersuchungen der Gesundheitsämter in Kitas und zur Einschulung	31
3.1.4	Die Schutzimpfungen – geschützt gegen vermeidbare Infektionen.....	34
3.2	Ambulante Versorgung	36
3.2.1	Kinderärztliche Versorgung.....	36
3.2.2	Behandlungsmöglichkeiten für Kinder mit psychischen Störungen	37
3.3	Versorgung in Krankenhäusern	39
3.4	Kinderorientierte Politik – Präventionsprogramme im Land Brandenburg	41
3.4.1	Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg	41
3.4.2	Maßnahmen des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie	42
4	Gesundheit der Kleinsten	45
4.1	Rund um die Geburt.....	45
4.2	Das neue Familienmitglied.....	47
4.3	Babys im Krankenhaus	49
4.4	Säuglingssterblichkeit	51
5	Gesundheit der kleinen Kinder	53
5.1	Im Überblick: Gesundheit der Kinder zwischen 1 und 6 Jahren	54
5.1.1	Medizinisch relevante Befunde – wo ärztliches Handeln notwendig ist.....	54
5.1.2	Frühförderrelevante Befunde – könnten frühzeitig behandelt werden	55
5.2	Zahn- und Mundgesundheit.....	62
5.3	Anders gesund? Kinder Alleinerziehender, Kinder mit vielen Geschwistern, Haus-Kinder.....	68
5.3.1	Kinder alleinerziehender Eltern	69
5.3.2	Viele Geschwister	70
5.3.3	Kita-Besuch und Gesundheit	73
5.4	Kinder im Krankenhaus.....	76

5.5	Adipositas	78
5.6	Psychische Gesundheit	81
5.7	Infektionsgeschehen bei Brandenburger Kindern im Überblick	83
5.8	Verletzte Kinder – Unfälle	84
5.8.1	Wie häufig sind Unfälle?	85
5.8.2	Umsetzung von Präventionsempfehlungen im häuslichen Bereich	88
5.9	Verletzte Kinder – Gewalt	90
5.9.1	Daten und Fakten	90
5.9.2	Handlungsschwerpunkt für die Prävention	91
6	Im Brennpunkt: Komplexleistung Frühförderung für behinderte und entwicklungsgestörte Kinder – Rechtsanspruch und Wirklichkeit.....	93
6.1	Bedarfslage im Land Brandenburg	93
6.2	Versorgungsstrukturen in Brandenburg	94
6.3	Grundproblem im Versorgungssystem Frühförderung	95
7	Politik für Gesundheit: Gesundheitsziele in Brandenburg	98
7.1	Ausgangspunkt	98
7.2	Auswahl und Formulierung der Zielthemen	98
7.3	Organisations- und Entscheidungsstruktur: Am Beispiel des Bündnisses Gesund Aufwachsen in Brandenburg	100
7.4	Umsetzung der Gesundheitsziele	101
7.5	Evaluation und Verknüpfung mit der Gesundheitsberichterstattung	101
8	Literatur	103
9	Anhang.....	107
9.1	Sozialstatus der Einschüler - der Brandenburger Sozialindex.....	107
9.2	Daten zur Kindergesundheit von den Brandenburger Gesundheitsämtern	107
9.2.1	Zur Datenqualität und Aussagekraft der ärztlichen Untersuchungen in Kitas und der Einschulungsuntersuchungen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst.....	107
9.2.2	Medizinisch relevante Befunde	108
9.2.3	Der Fragebogen zu Verhaltensauffälligkeiten (VF)	110
9.3	Abkürzungen für Landkreise und kreisfreie Städte	110

„Alle Kinder haben ein Recht auf den bestmöglichen Start ins Leben“
Die Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes, www.unicef.org/crc

Zur Frage nach der Gesundheit der Kinder gibt es zwei zunächst widersprüchliche Antworten: Einerseits ist zu lesen, dass Kinder heutzutage so gesund sind wie wohl kaum jemals zuvor in der Geschichte. Argumente für diese Position sind: Die heute geborenen Jungen und Mädchen haben mit ca. 75 Jahren bzw. 81 Jahren eine noch nie da gewesene Lebenserwartung. Die Säuglingssterblichkeit ist auch in den letzten Jahrzehnten stark gesunken. Die Sterblichkeit wegen Infektionskrankheiten hat sich auf einen Bruchteil der Raten von vor einigen Jahrzehnten reduziert und die Mangelkrankungen Rachitis und Skorbut sind extrem selten geworden. Und anders als noch vor 50 Jahren können heute dank neuer medizinischer Behandlungsmethoden viele Kinder trotz schwerer Krankheiten wie angeborene Herzfehler und Krebs ein weitgehend normales Leben führen.

Andererseits hat sich bei den Krankheiten und entwicklungsbedingten Störungen ein Wandel vollzogen. Gegenüber früheren Jahren sind langwierige Leiden und chronische Krankheiten häufiger geworden. Wie die Analysen der Daten der kinderärztlichen Untersuchungen der Gesundheitsämter von Kita-Kindern und Einschülern in diesem Bericht zeigen, sind die Kinder und damit auch die Familien von einer Reihe gesundheitlicher Störungen betroffen, die die Entwicklungschancen und den späteren Schulerfolg beeinträchtigen können.

Viele der „modernen Leiden“ der Kinder stehen in enger Beziehung zu den sozialen Verhältnissen der Familien. Sozial benachteiligte Familien tragen eine größere Krankheitslast. Dies gilt für Erwachsene ebenso wie für Kinder. Die soziale Lage ist prägend für das Gesundheitsverhalten in

den Familien und stellt auch für das künftige Gesundheitsverhalten die Weichen, beispielsweise bei Bewegung und Ernährung.

Der vorliegende Report liefert Wissen über die gesundheitlichen und sozialen Verhältnisse der Kinder und Familien und bildet so eine Voraussetzung für wirksame Präventionsmaßnahmen. Die Gesundheitspolitik ist angewiesen auf die Daten zur Kindergesundheit, um auf die spezifischen Problemlagen auf Landesebene gezielt reagieren zu können. Die Gesundheitsberichterstattung bietet die Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen und sie kann wiederum später für die Evaluation von Maßnahmen und die Überprüfung von Gesundheitszielen genutzt werden. Wichtige Indikatoren zur sozialen Lage der Familien sowie zur Kindergesundheit aus diesem Report werden im Internet auf den Seiten des Ministeriums und des Landesgesundheitsamts fortgeführt werden.

Der Bericht richtet sich nicht nur an politische Entscheidungsträger und Fachexperten, sondern an alle interessierten Bürger. Wenn als Leitbild und Ziel gilt, dass „Kinder und Jugendliche in Brandenburg gesund aufwachsen können“, dann sind gemeinsame Anstrengungen nötig. Gemeinsame Anstrengungen brauchen eine Verständigungsgrundlage. Der vorliegende Bericht dient dem Gesundheitszieleprozess des Bündnisses Gesund Aufwachsen in Brandenburg. Der Erfolg der anspruchsvollen Brandenburger Gesundheitsziele wird sich dort zeigen, wo die jungen Familien mit ihren kleinen Kindern konkret leben. In diesem Sinne unterstützt der Bericht durch Darstellung der Daten auf regionaler Ebene (Landkreise, kreisfreie Städte) den Gesundheitszieleprozess auf kommunaler Ebene.

2 Demografie und soziale Lage junger Familien

2.1 Demografische Entwicklung

„Nichts ist so wertvoll wie ein Kinderlachen und leuchtende Kinderaugen. Lassen Sie uns alle gemeinsam dafür eintreten, dass mehr Kinder in ein kinderfreundliches Brandenburg geboren werden!“

Mit diesem Aufruf beendete der Ministerpräsident des Landes Brandenburg Matthias Platzeck seine Eröffnungsrede auf dem Brandenburger Demografiekongress im Juni 2005. Er plädiert dabei für eine Politik, „die zu mehr Geburten“ führen soll. Der demografische Wandel wird die Brandenburger weniger zahlreich und im Schnitt immer älter machen. Insbesondere die Berlin-fernen Gebiete des Landes Brandenburg sind bislang von Alterung und Bevölkerungsrückgang betroffen.

Demografischer Wandel in Brandenburg

In der Landespolitik Brandenburgs wird der aktuellen Bevölkerungsentwicklung u. a. durch das Einsetzen einer in der Staatskanzlei angesiedelten Steuerungsstelle Rechnung getragen. Gebündelte Informationen sowie politische Strategien finden sich im Internet unter www.demografie.brandenburg.de. Prognostiziert wird dort seitens des Statistischen Bundesamtes für das Land Brandenburg ein Bevölkerungsrückgang von aktuell 2,56 Mio. Menschen auf 1,81 Mio. im Jahr 2050.

Altersstruktur der Bevölkerung

Das Land Brandenburg hat mit Stand vom Dezember 2005 insgesamt 2.559.483 Einwohner. Davon sind 132.583 oder 5,2 % jünger als 7 Jahre. Die Altersverteilung der Bevölkerung hat die Form einer Tanne angenommen (Abbildung 1). Der Stamm der Tanne ist dabei von dem Geburteneinbruch nach der Wende 1989/1990 geprägt. Ab 1994 stiegen die Geburtenzahlen wieder leicht an, ehe sie sich auf einem (nied-

rigen) Niveau von ca. 18.000 jungen Menschen pro Jahrgang in den Altersklassen von 0 bis 4 Jahren (Geburtsjahre 2001 - 2005) stabilisierten.

Geburtenziffer und künftige Kinderzahl

Die Geburtenziffer ist im Land Brandenburg im nationalen wie auch im internationalen Vergleich niedrig: Zwar ist die Anzahl lebend geborener Kinder pro Frau seit 1993 von 0,74 auf 1,28 in 2005 angestiegen (Abbildung 2). Der aktuelle Wert liegt damit jedoch unterhalb des Bundesdurchschnitts von 1,36 und auch unterhalb des Durchschnitts der neuen Länder (1,31). Innerhalb der Europäischen Union (EU), die einen Durchschnittswert von 1,50 aufweist, wird der Brandenburger Wert lediglich von fünf Ländern unterschritten, darunter auch der östliche Nachbar Polen (1,23). Wesentlich günstiger ist die Situation beispielsweise für den westlichen deutschen Nachbarn Frankreich. Dort lag die Geburtenziffer 2004 bei 1,85 (Eurostat 2005).

Zusammengefasste Geburtenziffer

Hierunter versteht man die durchschnittliche Anzahl lebend geborener Kinder pro Frau während ihrer gesamten Lebensspanne. In den statistischen Ämtern wird die zusammengefasste Geburtenziffer als Summe der altersspezifischen Geburtenraten innerhalb eines Beobachtungsjahres errechnet.

Zur Erhaltung der Bevölkerungszahl (Migration nicht berücksichtigt) muss die zusammengefasste Geburtenziffer bei etwa 2,1 liegen. Seit Jahrzehnten wird in Deutschland dieses zum Ersatz der Elterngeneration notwendige Niveau deutlich unterschritten. Eine durchschnittliche Kinderzahl von mindestens 2,0 je Frau hat es sowohl im Westen als auch im Osten Deutschlands zuletzt Anfang der 1970er-Jahre gegeben.

Abbildung 1: Bevölkerung des Landes Brandenburg in Gruppen mit 3 Jahrgängen (Stichtag: 31.12.2005)

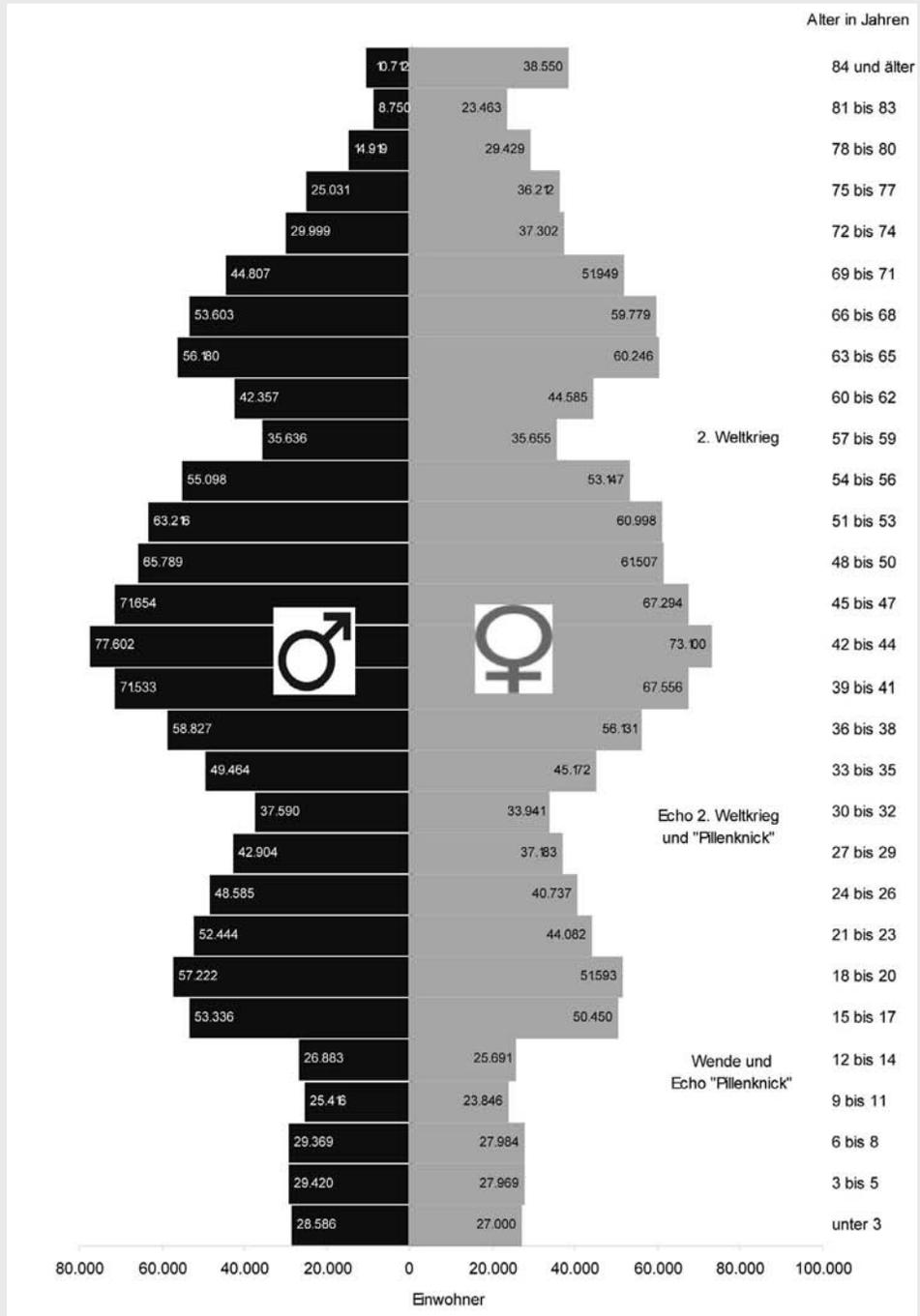
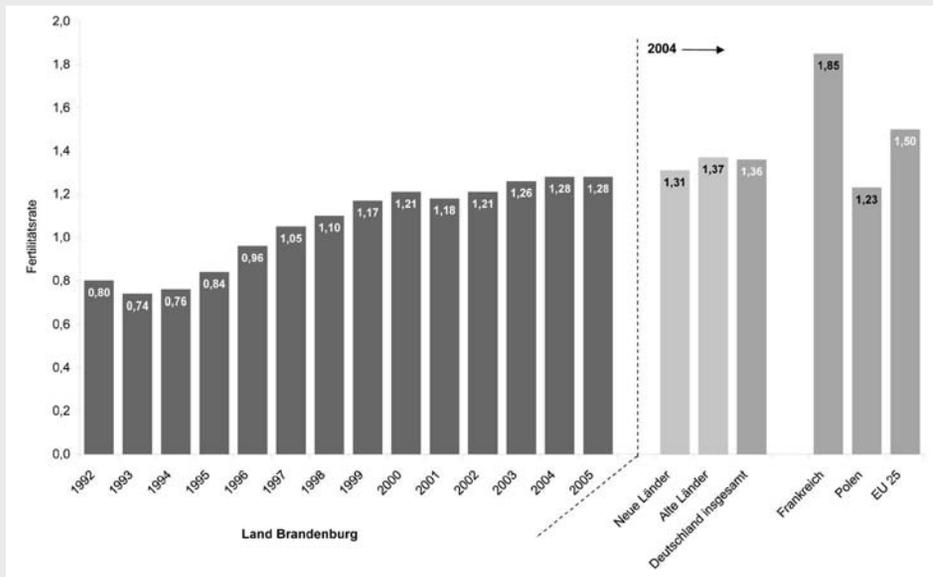
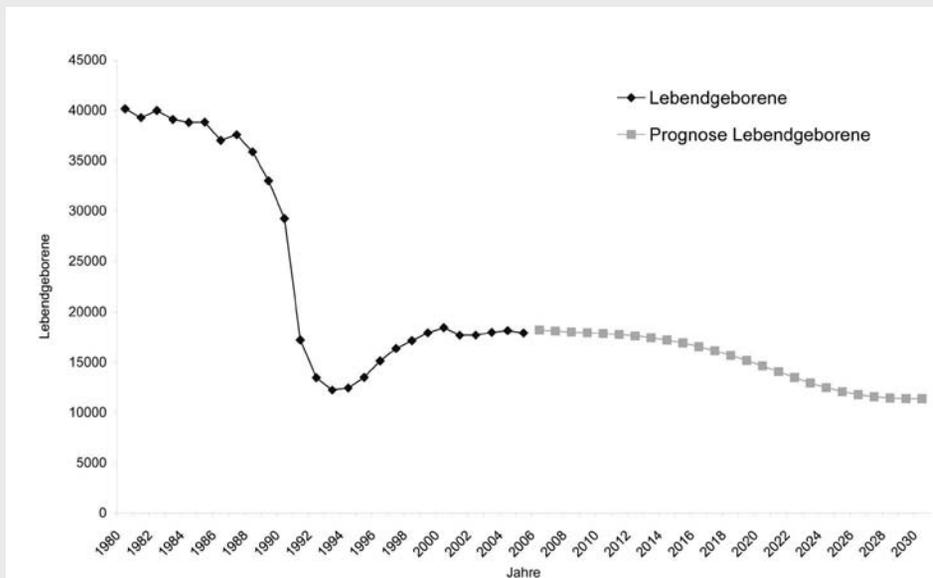


Abbildung 2: Zusammengefasste Geburtenziffer



Quelle: LDS, StBA, Eurostat

Abbildung 3: Lebendgeborene 1980 – 2005 und Prognose bis 2030 für das Land Brandenburg



Quelle: LDS, amtliche Bevölkerungsstatistik und LDS/LBV 2006, Bevölkerungsprognose

Auch in Zukunft wird die Zahl der Geburten abnehmen: Ausgehend vom aktuellen niedrigen Stand sinkt die Kurve der Lebendgeborenen bis zum Jahr 2013 leicht ab (Abbildung 3). Ab 2014 soll es zu einem deutlicheren Rückgang der Geburten kommen, so dass die Zahl der Lebendgeborenen zwischen 2006 und 2030 insgesamt von 18.200 auf 11.380 pro Jahrgang oder um 37% sinkt. Diese Entwicklung stellt sich deshalb ein, weil sich die Zahl der potenziellen Mütter verringert. Dies ist wiederum eine Folge (Echo) des Geburtenrückganges seit den 1980er-Jahren.

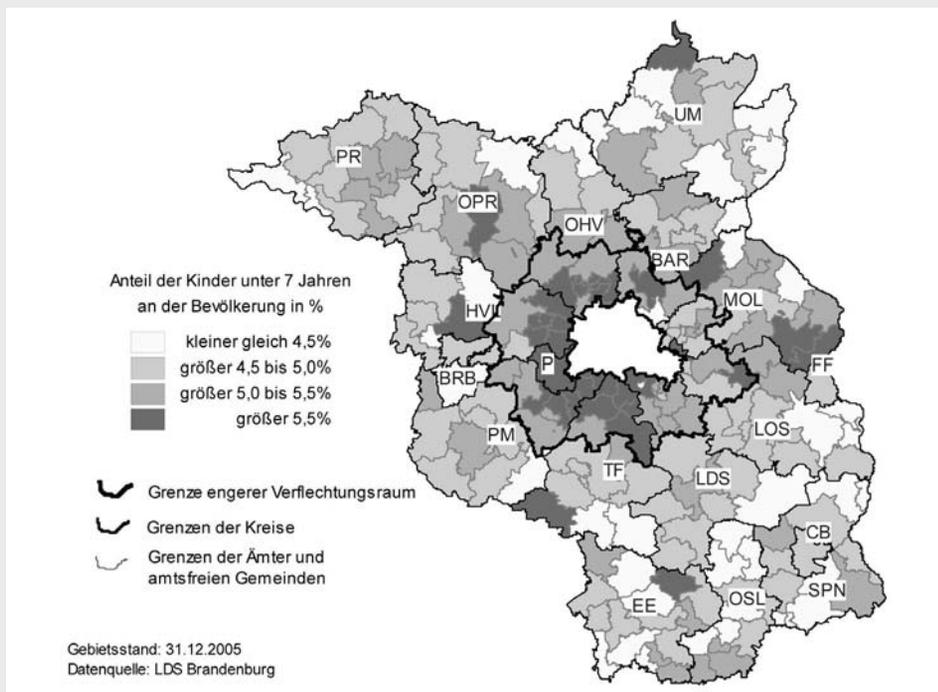
Der Anteil der Bevölkerung im Alter unter 7 Jahren an der Gesamtbevölkerung wird bis zum

Jahr 2030 auf 3,8 % (2005 = 5,2 %) abnehmen. Während im Jahr 2005 noch ca. 133.000 Kinder im Kita-Alter im Land Brandenburg leben, werden für 2030 noch 85.000 Kinder erwartet (LDS/LBV 2006).

Regionale Unterschiede

Differenziert man den Anteil der Kinder unter 7 Jahren an der Gesamtbevölkerung (Kinderquotient) nach den Ämtern, amtsfreien Gemeinden und kreisfreien Städten des Landes Brandenburg, kann man deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der Entfernung zu Berlin erkennen (Abbildung 4).

Abbildung 4: Anteil der 0- bis unter 7-Jährigen an der Gesamtbevölkerung auf Ebene der Ämter, amtsfreien Gemeinden und kreisfreien Städte im Land Brandenburg am 31.12.2005.



Hinweis: Die Abkürzungen der Landkreise und kreisfreien Städte sind in Kap. 9 Anhang verzeichnet.

Im Bereich des engeren Verflechtungsraumes (Berlin-naher Raum) ist der Anteil der kleinen Kinder deutlich höher als in der Peripherie des Landes. Dabei gilt speziell für das nördliche, westliche und südliche Umland von Berlin, dass der Kinderquotient einen landesweit überdurchschnittlichen Wert erreicht (5,2 %) und mit größerer Entfernung zu Berlin abnimmt.

Verantwortlich für den relativ höheren Anteil jüngerer Kinder ist vermutlich die Suburbanisierung Berlins. Junge Familien mit Kindern ziehen aus der Stadt in das Berliner Umland. Dieser Wandertrend steht häufig in Verbindung mit der Bildung von Wohneigentum, das sich aufgrund der geringeren Grundstückspreise in Brandenburg leichter realisieren lässt als in Berlin. Punktuell gibt es aber auch in ländlich strukturierten Regionen höhere Anteile kleinerer Kinder an der Bevölkerung.

2.2 Formen des Zusammenlebens

Seit Anfang des Jahrtausends beginnen Kinder häufiger ihr Leben bei nicht verheirateten Eltern als bei Ehepaaren. Circa 20 % der kleinen Kinder wachsen in einem Haushalt von Alleinerziehenden auf.

Zwar gibt es einen Konsens über die Wichtigkeit der Familie, doch die Definition von Familie ist

unterschiedlich. Die begriffliche Unschärfe hat auch damit zu tun, dass gleichförmige und einheitliche Biografien der Bürger seltener werden. Verschiedene Formen des Zusammenlebens mit unterschiedlichen Lebensentwürfen wechseln sich über die Lebensspanne ab. Für den vorliegenden Report wird ein pragmatischer und moderner Familienbegriff verwendet: Es geht um „... alle Formen des auf Dauer angelegten privaten Zusammenlebens mit Kindern ... Neben die Kernfamilie sind zunehmend alleinerziehende Mütter und Väter, nichteheliche und gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften, Patchwork- und Pflegefamilien getreten. Viele Menschen erfahren im Laufe ihres Lebens unterschiedliche Familienrealitäten“ (MASGF und MBSJ 2005).

Familienstruktur

Im Land Brandenburg lebten im Jahr 2005 insgesamt 411.200 Familien. Im Einzelnen sind das Ehepaare, nicht eheliche (gemischtgeschlechtliche) oder gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften sowie alleinerziehende Mütter und Väter mit ledigen Kindern im Haushalt. Als Kinder gelten hier Kinder jeglichen Alters. In 26 % der Fälle oder in etwa jeder vierten Familie wohnt dabei mindestens ein Kind unter 7 Jahren. Das entspricht 108.400 Familien (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Familien im Land Brandenburg

Familien mit ...	Land Brandenburg		Deutschland gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%
jüngstem Kind unter 7 J.	108.400	26,4	8.901.000*	70,8
jüngstem Kind zwischen 7 und unter 18 J.	159.400	38,8		
ausschließlich volljährigen Kindern	143.400	34,9	3.675.000	29,2
Familien insgesamt	411.200	100	12.576.000	100
* 0 bis unter 18 Jahren zusammengefasst				

Quelle: MZ 2005, LDS, eigene Berechnungen

Für Deutschland insgesamt werden lediglich die Familien mit Kindern unter 18 Jahren und die Familien mit volljährigen Kindern differenziert: Der Vergleich mit Brandenburg zeigt bundesweit einen um 5 %-Punkte höheren Anteil der Familien mit mindestens einem minderjährigen Kind. Das lässt vermuten, dass auch der Anteil der Familien mit mindestens einem Kind unter 7 Jahren im Land Brandenburg im Bundesvergleich unterdurchschnittlich ist.

Die Gesamtzahl der Familien ist in den letzten 10 Jahren zurückgegangen. In den neuen Bundesländern gibt es aktuell 16 % weniger Familien als noch 1996 (StBA 2006), für das Land Brandenburg liegen hierzu keine Werte vor.

Es dominieren die Ehepaare (53 %) bei den Familien, in denen mindestens ein Kind unter 7 Jahren lebt (Tabelle 2). Nicht eheliche Lebensgemeinschaften machen gut ein Viertel dieser Familien aus; jede fünfte Familie setzt sich aus einem alleinerziehenden Elternteil und Kind(ern) zusammen, wobei diese Gruppe durch alleinerziehende Mütter geprägt ist.

Sind die jüngsten Kinder in der Familie älter als 7 Jahre, nimmt der Anteil der Ehepaare stark und

der der Alleinerziehenden geringfügig zu, nicht eheliche Lebensgemeinschaften kommen dagegen deutlich seltener vor.

Auch wenn die Entwicklung der Lebensformen in den letzten Jahren aufgrund der Datenlage nicht mit Zahlen spezifisch für das Land Brandenburg zu dokumentieren ist, lässt sich doch vermuten, dass der Anteil Alleinerziehender und der Anteil der nicht ehelichen Lebensgemeinschaften gestiegen ist, während das Zusammenleben als Ehepaar mit kleineren Kindern an Bedeutung verloren hat. In den neuen Ländern (einschließlich Berlin) ist die Familienform Ehepaar zwischen 1996 und 2004 um 13 % zurückgegangen, die Familienform der Alleinerziehenden ist dagegen im gleichen Zeitraum um 26 % gestiegen (StBA 2006).

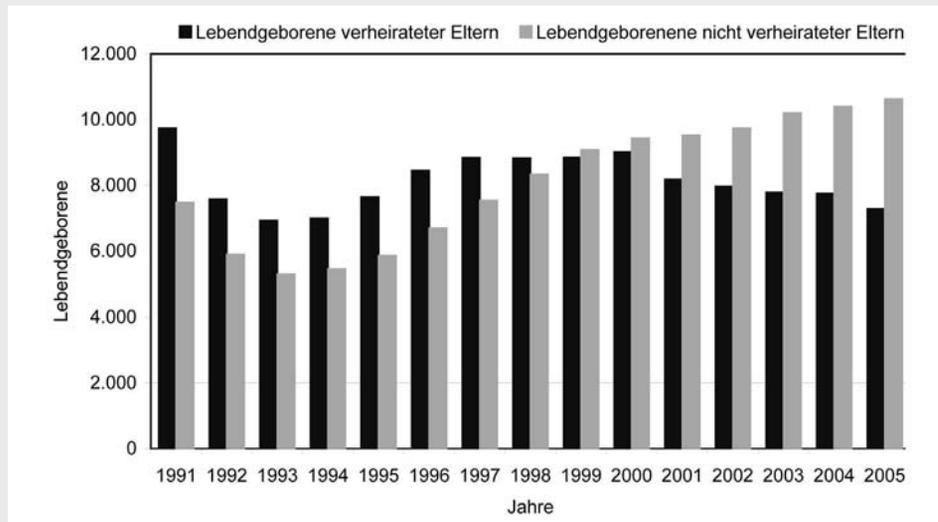
Unterstrichen wird diese Entwicklung durch die Bevölkerungsstatistik, die Lebendgeborene nach dem Familienstand der Eltern ausweist. Dieser Statistik zufolge werden im Land Brandenburg seit 1999 mehr als die Hälfte der Babys von Müttern geboren, die nicht verheiratet sind, und dieser Anteil steigt beständig (Abbildung 5). Während in den anderen neuen Bundesländern ebenfalls mehr nicht eheliche Kinder geboren werden

Tabelle 2: Familien nach Lebensform im Land Brandenburg

Familien mit ...	jüngstem Kind unter 7 Jahren		jüngstem Kind von 7 bis unter 18 Jahren	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Ehepaare	57.400	53,0	101.200	63,5
nicht eheliche Lebensgemeinschaften	28.500	26,3	20.500	12,9
Alleinerziehende	22.500	20,8	37.700	23,7
darunter Mütter		19,9	k. A.	
Familien insgesamt	108.400	100	159.400	100

Quelle: Mikrozensus 2005, LDS, eigene Berechnungen

Abbildung 5: Lebendgeborene verheirateter und nicht verheirateter Eltern in Brandenburg



Quelle: LDS

als eheliche, ist in den alten Bundesländern nur ein schwacher Anstieg der nicht ehelichen Neugeborenen in den letzten Jahren zu beobachten.

Insgesamt machen sie im Jahr 2005 nur 23 % aller Lebendgeborenen aus (neue Länder mit Brandenburg 59 %; StBA 2006).

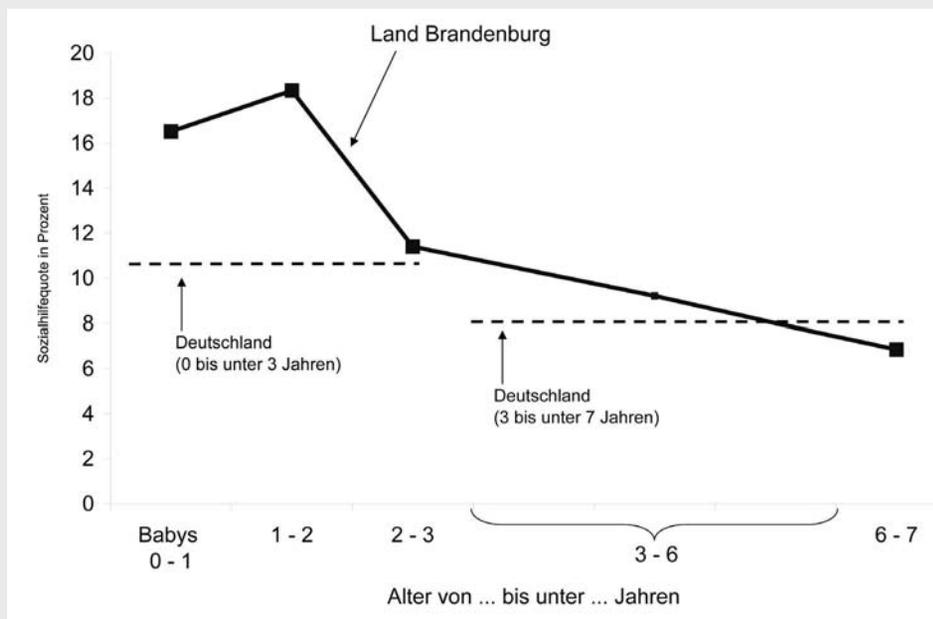
Tabelle 3: Durchschnittliche Haushaltsnettoeinkommen

	2000			2005		
	mit Kindern...			mit Kindern...		
	unter 3 Jahren	von 3 bis unter 6 Jahren	unter 18 Jahren (gesamt)	unter 3 Jahren	von 3 bis unter 6 Jahren	unter 18 Jahren (gesamt)
Alleinerziehende *	825 €	999 €	1.074 €	993 €	1.013 €	1.126 €
Ehepaare	2.091 €	2.100 €	2.208 €	2.196 €	2.325 €	2.401 €
Nicht eheliche Lebensgemeinschaften	-	-	-	1.750 €	2.056 €	2.040 €
	1.810 €			2.042 €		

* 2000 können Alleinerziehende mit nicht ehelichen Partnern enthalten sein, ab 2005 nur Alleinerziehende ohne Ehe- oder Lebenspartner

Quelle: Mikrozensus 2005, LDS, eigene Berechnungen

Abbildung 6: Empfänger laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen am 31.12.2004 nach Alter, bezogen auf die Bevölkerung der jeweiligen Altersgruppe



Quelle: LDS, StBA, eigene Berechnung

Im Zusammenhang mit der Familienstruktur sei hier noch die Entwicklung der Ehescheidungen im Land Brandenburg erwähnt. Trotz starken Anstiegs der Ehescheidungen von 3.949 im Jahr 1995 um 47 % auf 5.792 im Jahr 2005 sank die Zahl der davon betroffenen Kinder im gleichen Zeitraum von 4.216 auf 3.772. Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Selbstverständlichkeit, mit der früher Ehe und Kinder in einem Atemzug genannt wurden, heute nicht mehr gilt.

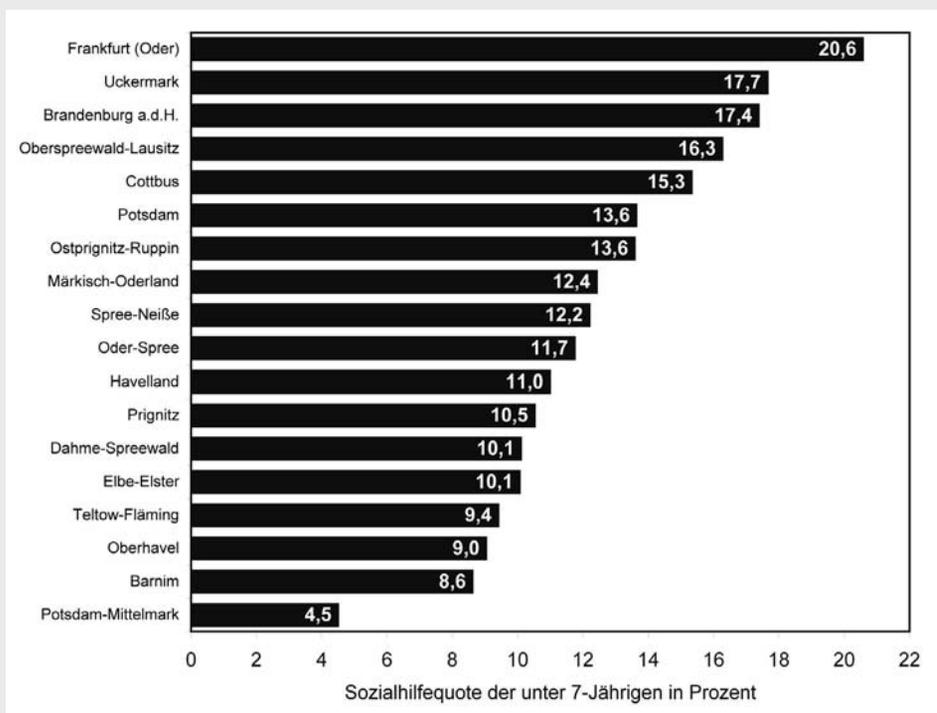
Ökonomische Bedingungen der Haushalte mit kleinen Kindern

11 % der Kinder unter 7 Jahren lebten 2004 in Haushalten, die auf Sozialhilfe angewiesen waren. Damit sind kleine Kinder viel häufiger von engen finanziellen Rahmenbedingungen betroffen als die Bevölkerung im Land Brandenburg

insgesamt (3 %). Alleinerziehende haben durchschnittlich ungefähr die Hälfte des Haushaltsnettoeinkommens von Ehepaaren oder nicht ehelichen Lebensgemeinschaften zur Verfügung.

Das Einkommen von Familien mit Kind oder Kindern unter 18 Jahren im Land Brandenburg ist in den letzten 5 Jahren um knapp 13 % von durchschnittlich 1.810 Euro auf 2.042 Euro gestiegen. Auffällig ist, dass die Alleinerziehenden dabei nicht einmal über die Hälfte des Haushaltsnettoeinkommens der Ehepaare und nur über etwas mehr als die Hälfte der nicht ehelichen Lebensgemeinschaften verfügen. Ehepaare erreichen das höchste Einkommen der Familien mit Kindern unter 18 Jahren. Auch wenn die Haushaltsgröße als wesentlicher Einfluss auf die Einkommenssituation hier nicht berücksichtigt ist,

Abbildung 7: Sozialhilfequote der unter 7-Jährigen am 31.12.2004 nach Landkreis/kreisfreier Stadt



Quelle: LDS, eigene Berechnung

wird deutlich, dass Alleinerziehende speziell mit kleinen Kindern den geringsten wirtschaftlichen Spielraum haben.

Bezug von Sozialhilfe (bis 2004)

Insgesamt erhielten gut 78.000 Brandenburgerinnen und Brandenburger im Dezember 2004 laufende Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (Sozialhilfe im engeren Sinne). Das entspricht 3 % der Bevölkerung über alle Altersgruppen im Land Brandenburg. Bezogen auf Kinder unter 7 Jahren liegt die Sozialhilfequote mit 11 % deutlich höher. Abbildung 6 zeigt, dass Kinder besonders häufig in den ersten beiden Lebensjahren in Haushalten leben,

deren Lebensunterhalt durch Sozialhilfe gedeckt wurde. Speziell bei dieser Gruppe weichen die Anteile der Sozialhilfebezieher in Brandenburg von denen im Bund deutlich ab, ehe sie mit zunehmendem Alter einen ähnlichen Verlauf nehmen. In Brandenburg wie in Deutschland insgesamt waren bis 2004 viele Familien, besonders die Alleinerziehenden, in dieser wichtigen Phase auf das nachrangige Sicherungssystem der Sozialhilfe angewiesen.

Die Sozialhilfequoten der unter 7-Jährigen streuten innerhalb von Brandenburg deutlich (Abbildung 7). In Frankfurt (Oder) lebte 2004 jedes fünfte Kind von Sozialhilfe im Vergleich zu unter

5 % im Landkreis Potsdam-Mittelmark. Die kreisfreien Städte Cottbus, Brandenburg an der Havel und Frankfurt (Oder) finden sich gemeinsam mit den Landkreisen Uckermark und Oberspreewald-Lausitz im Bereich höherer Sozialhilfequoten (15 % oder mehr).

Seit 2005 ist an die Stelle von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe die Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II, sog. „Hartz IV“; Grundsicherung für Arbeitssuchende sowie Sozialgeld für Kinder bis zum 15. Lebensjahr) getreten. Kinder bis zum 15. Lebensjahr, die bei erwerbsunfähigen Eltern aufwachsen, erhalten weiterhin Sozialhilfeleistungen. Die Leistungen nach SGB II ähneln in Höhe und Charakter (Nachrangigkeit, Bedarfsprüfung) der Sozialhilfe. Der Empfängerkreis der Grundsicherung für Arbeitssuchende umfasst

große Teile der früheren Sozial- und Arbeitslosenhilfeempfänger. Ausweislich der vorläufigen Daten der Bundesagentur für Arbeit für den Berichtsmonat September 2006 erhielten im Land Brandenburg 67.802 hilfsbedürftige Kinder unter 15 Jahren Leistungen nach dem SGB II. Das bedeutet, dass jedes 4. Kind (25 %) unter 15 Jahren in Brandenburg unter finanziellen Bedingungen lebt, die weitgehend der ehemaligen Sozialhilfe entsprechen. Insgesamt gibt es 46.552 Bedarfsgemeinschaften mit Kindern unter 15 Jahren im Land Brandenburg.

Statistiken nach SGB II sind nicht als Fortschreibung der Sozialhilfestatistik 2004 nutzbar. Viele der heutigen Arbeitslosengeld-II-Empfänger wurden früher im Leistungssystem Arbeitslosenhilfe statistisch erfasst. Angaben zu Kindern wurden dabei nicht erhoben.

Familien brauchen Geld

Die finanziellen Leistungen in den ersten zwei Lebensjahren des Kindes sind zahlreich, häufig nicht umfassend bekannt und meist an Bedingungen geknüpft, die weder kurz noch leicht verständlich darstellbar sind. Im Folgenden sind einige finanzielle Unterstützungen vor allem während der ersten zwei Lebensjahre dargestellt. Hierbei wird nicht berücksichtigt: Mutterschaftsgeld, Kindergeld, Kinderzuschlag und Wohngeld, die Lage von Eltern in Studium und Ausbildung sowie von erwerbstätigen Eltern mit geringem Verdienst. Einen Überblick geben die Familienwegweiser von Bund (www.familien-wegweiser.de) und Land (Ratgeber für Familien; MASGF 2005b).

Bis 2004: Während der häuslichen Erziehungszeiten des einen Elternteiles lebte die Familie vom Erwerbseinkommen des anderen Eltern-

teiles plus maximal 300 Euro Erziehungsgeld monatlich. Familien ohne Erwerbseinkommen erhielten Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung, der Arbeitslosenhilfe oder der Sozialhilfe. Alleinerziehende ohne Vermögen und Erwerbseinkommen lebten von der Geburt des Kindes bis zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit von Sozialhilfe, deren Höhe in den ersten zwei Jahren durch monatlich 300 Euro Erziehungsgeld aufgebessert wurde.

Ab 2005: Die Absicherung von Familien ohne bzw. mit nicht bedarfsdeckendem Erwerbseinkommen ging 2005 vom Sozialamt in die Zuständigkeit der Arbeitsgemeinschaften zur Grundsicherung für Arbeitssuchende (Jobcenter) bzw. Grundsicherungsämter über, die für die Gewährung von Arbeitslosengeld II bzw. Sozialgeld zuständig sind. Im Fall nicht erwerbsfähiger Eltern oder nicht erwerbsfähiger Alleiner-

ziehender besteht weiterhin die Zuständigkeit des Sozialamtes. Der Erziehungsgeldanspruch besteht weiterhin.

Ab 2007: Zum 01.01.2007 ist das neue Elterngeldgesetz in Kraft getreten. Es gilt für alle Eltern, deren Kinder ab dem 01.01.2007 geboren werden. Für Eltern, deren Kinder bis zum 31.12.2006 zur Welt gekommen sind, gilt das Bundeserziehungsgeldgesetz weiterhin. Das Elterngeld ersetzt denjenigen Eltern, die vor der Geburt eines Kindes erwerbstätig waren, einen Teil des Verdienstaufschlags, der wegen der häuslichen Erziehung des Kindes entsteht. Ersetzt werden 67 % des wegfallenden Einkommens (maximal 1.800 Euro, aber mindestens 300 Euro im Monat) für eine begrenzte Zeit. Das Elterngeld wird für 12 Monate gezahlt, zwei zusätzliche Partnermonate kommen hinzu, wenn sich der jeweils andere Partner ebenfalls an der Betreuung des Kindes beteiligt und seine

Berufstätigkeit vorübergehend einschränkt. Die Begrenzung der Leistung auf 14 Monate soll die baldige Rückkehr an den Arbeitsplatz fördern. Alleinerziehende erhalten die Leistung für 14 Monate. Positiv ist, dass berufstätige Alleinerziehende den Hilfebezug vermeiden können, indem sie während der häuslichen Erziehung Elterngeld in Anspruch nehmen und nach 14 Monaten an den Arbeitsplatz zurückkehren, während das Kind die Kindereinrichtung besucht.

Für arbeitslose Eltern ist weiterhin das Arbeitslosengeld II zur Deckung des Bedarfes vorgesehen. Es wird ergänzt durch das Mindestelterngeld in Höhe von 300 Euro pro Monat. Das gilt allerdings nur für den verkürzten Bezugszeitraum und nicht mehr für 24 Monate wie bisher beim Erziehungsgeld. Insofern ist eine Verschlechterung der Situation arbeitsloser Eltern gegeben.

2.3 Die soziale Lage von jungen Familien am Beispiel der Einschülerfamilien im Land Brandenburg

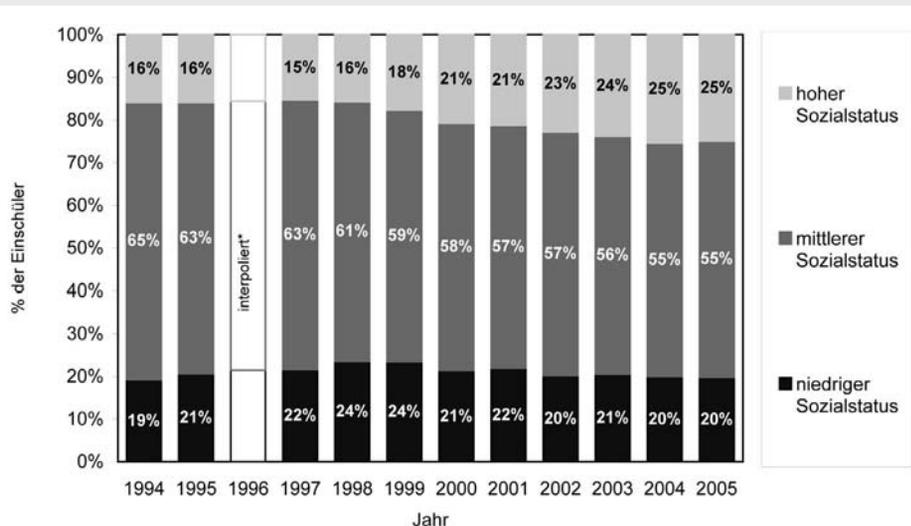
Daten aus der ärztlichen Schuleingangsuntersuchung können zur Beschreibung der Entwicklung der sozialen Lage junger Familien verwendet werden. Hier zeigt sich: Junge Familien der Gegenwart haben häufiger einen höheren sozialen Status als noch Mitte der 1990er-Jahre. Im Hintergrund steht, dass sich das durchschnittliche Schulbildungsniveau verbessert hat. Die mittlere Sozialstatusgruppe ist geschrumpft. Und es gibt große regionale Unterschiede – in den Berlin-fernen Regionen ist der Anteil von Familien mit niedrigem Sozialstatus deutlich höher.

Im Rahmen der ärztlichen Schuleingangsuntersuchung im Land Brandenburg wird eine Sozial-

anamnese durchgeführt. Hier werden u. a. auch die Schulbildung und Erwerbstätigkeit der Eltern erhoben. Aus diesen beiden Merkmalen wird ein Sozialindex gebildet (vgl. Kap. 9), der wiederum eine Einteilung der jungen Familien in solche mit niedrigem, mittlerem und hohem Sozialstatus erlaubt.

Die Angaben der Väter und Mütter sind ein Indikator für die soziale Lage der jungen Familien mit Kindern. Der Sozialindex und die daraus gewonnene Sozialstatusseinteilung leistet zweierlei: Der Brandenburger Sozialindex zeigt erstens Entwicklungstrends in der Sozialstruktur der jungen Familien auf und dient zweitens für die Analyse gesundheitlicher Daten im Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit.

Abbildung 8: Einschüler im Land Brandenburg nach Sozialstatus



* für 1996 sind wegen einer EDV-Umstellung keine Daten vorhanden

Quelle: LGA, Schuleingangsuntersuchungen im Land Brandenburg

Im zeitlichen Verlauf (Abbildung 8) ist zu erkennen, dass der Anteil der Familien mit hohem Sozialstatus im Beobachtungszeitraum von 1994 bis 2005 von 16 % auf 25 % steigt. Parallel dazu sank der Anteil der Haushalte mit mittlerem Sozialstatus. Der Anteil der Familien mit niedrigem Sozialstatus ist in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre angestiegen und seitdem wieder auf den Ausgangswert gefallen.

Der Brandenburger Sozialindex ist als Indikator sozialer Veränderungen zu verstehen und erfasst die sozialen Gegebenheiten in verdichteter Form. Die Veränderungen in den zugrunde liegenden Merkmalen Schulbildung und Nicht-Erwerbstätigkeit werden in Abbildung 9 und Abbildung 10 gezeigt. Hiermit wird auch deutlich, dass im Sozialindex eine Kompensation von zum Teil gegenläufigen Ent-

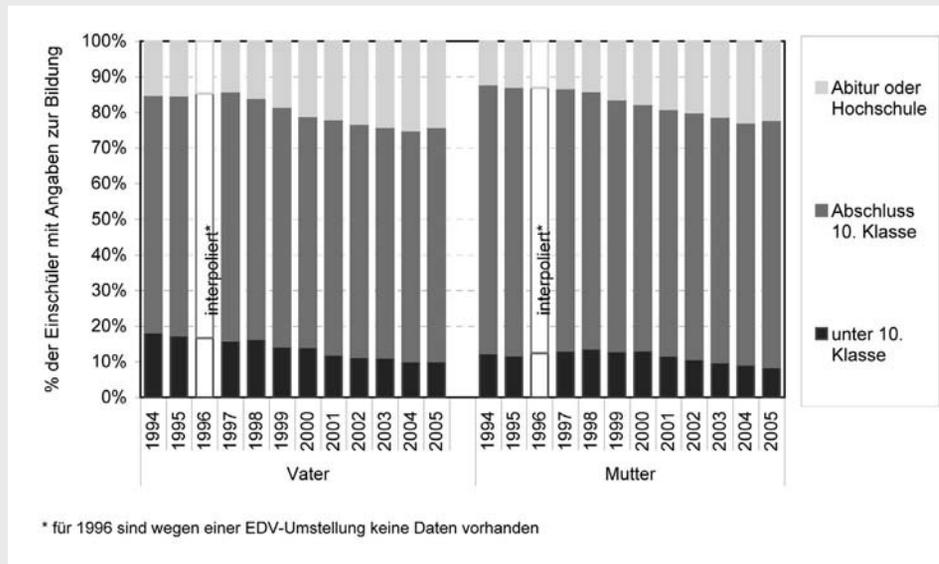
Mütter und Väter in jungen Familien haben heute eine bessere Schulbildung als in den 1990er-Jahren – ein Faktor, der ein günstigeres Gesundheitsverhalten in den Familien erwarten lässt.

wicklungen stattfand. Die durchschnittliche Schulbildung der Brandenburger Eltern hat sich verbessert. Es ist ein wachsender Anteil von Müttern und Vätern mit höherer Schulbildung zu verzeichnen. Parallel dazu schrumpft der Anteil von Eltern mit niedriger Schulbildung.

Inwieweit die Eltern in jungen Familien erwerbstätig sind, zeigt Abbildung 10 im Zeitverlauf, wobei es charakteristische Unterschiede zwischen Müttern und Vätern gibt. Das Merkmal "nicht er-

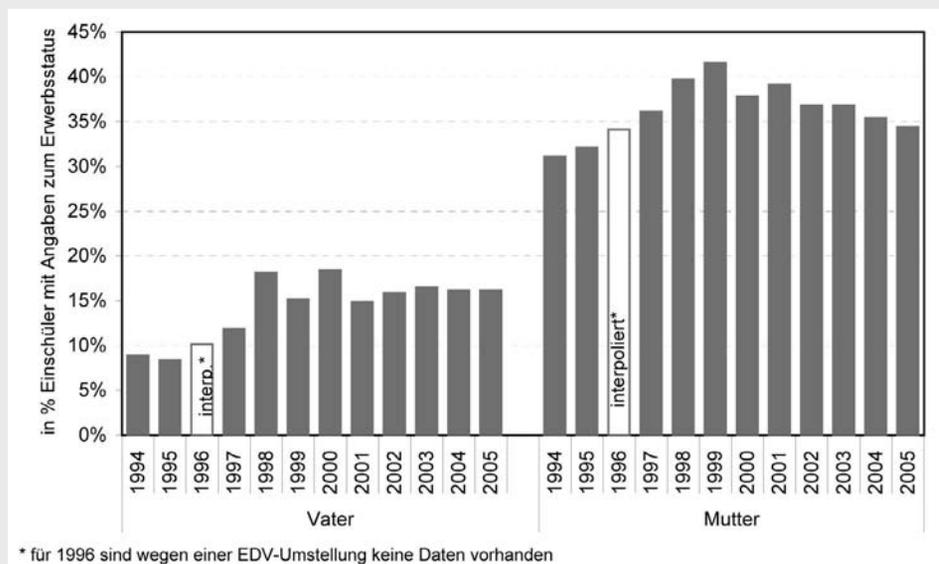
werbstätig" fußt auf der Selbstauskunft der Eltern und ist nicht deckungsgleich mit dem Begriff der Erwerbstätigkeit im Sinne der amtlichen Statistik. Dennoch zeigen sich Ähnlichkeiten mit Ergebnissen der Arbeitslosen- bzw. Erwerbslosenstatistik (LGA 2006, Kap. 3).

Abbildung 9: Schulbildung der Eltern von Einschülern im Trend



Quelle: LGA, Schuleingangsuntersuchungen

Abbildung 10: Nicht-Erwerbstätigkeit der Eltern von Einschülern im Trend



Quelle: LGA, Schuleingangsuntersuchungen

Die Väter in den jungen Familien sind weitaus seltener nicht erwerbstätig als die Mütter. Für die Väter gab es in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre einen Anstieg von unter 10 % auf über 15 %. In der ersten Hälfte dieses Jahrzehnts gibt es hier keine Veränderung. Die Lage der jungen Väter, so kann man vermuten, ist auf dem Arbeitsmarkt seit Jahren unverändert ernst. Auch für die Mütter wird in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre ein starker Anstieg verzeichnet, von 30 % auf über 40 % „nicht erwerbstätig“. Allerdings wird nun seit Jahren ein leichter Rückgang festgestellt. In 2005 bezeichneten sich noch knapp 35 % der Mütter in den jungen Familien als nicht erwerbstätig.

Junge Mütter drücken die Schulbank

Ohne Berufsausbildung sind die Chancen auf dem Arbeitsmarkt besonders ungünstig. Seit 2005 gibt es in Frankfurt (Oder) ein Projekt, das für junge Mütter ohne Berufsabschluss eine Ausbildung zur „Kaufrfrau für Bürokommunikation“ ermöglicht. Das Besondere an dem durch den Europäischen Sozialfonds und das Arbeitsministerium geförderten Projekt: Die Mütter können die Berufsausbildung und die Familie besser miteinander vereinbaren. Hierbei hilft die Teilzeitausbildung und der modulare Aufbau. Letzteres heißt beispielsweise, dass Teilnehmerinnen, die aus unverschuldeten Gründen (z. B. Krankheit, Krankheit der Kinder) die Ausbildung abbrechen müssen, diese in einem neuen/späteren Ausbildungsprojekt fortsetzen können und ihnen dabei bereits absolvierte Module anerkannt werden.

Abbildung 11 stellt den Anteil der jungen Familien im Land Brandenburg dar, der dem niedrigen Sozialstatus zuzurechnen ist. Während im engeren Verflechtungsraum, speziell im westlichen Bereich dieser Anteil unter 15 % liegt, steigt er im äußeren Entwicklungsraum und dort besonders in der Prignitz und der Uckermark auf über 25 %.

Die Ursache hierfür dürfte in der Arbeitssituation in den Berlin-ferneren Gebieten liegen, die insbesondere gut ausgebildeten Erwachsenen weniger Arbeitsplätze anbieten kann und dadurch den Fortzug von Familien mit hohem Sozialstatus unterstützt. Zusätzlich sind die Berlin-nahen Gebiete Suburbanisierungsbereiche für Berlin. Dort siedeln sich überdurchschnittlich viele Haushalte mit Kindern an, die Wohneigentum bilden und damit über eine gute finanzielle Ausstattung verfügen sollten, die wiederum tendenziell mit einem höheren Bildungsstand und einer vermeintlich sicheren beruflichen Situation einhergeht.

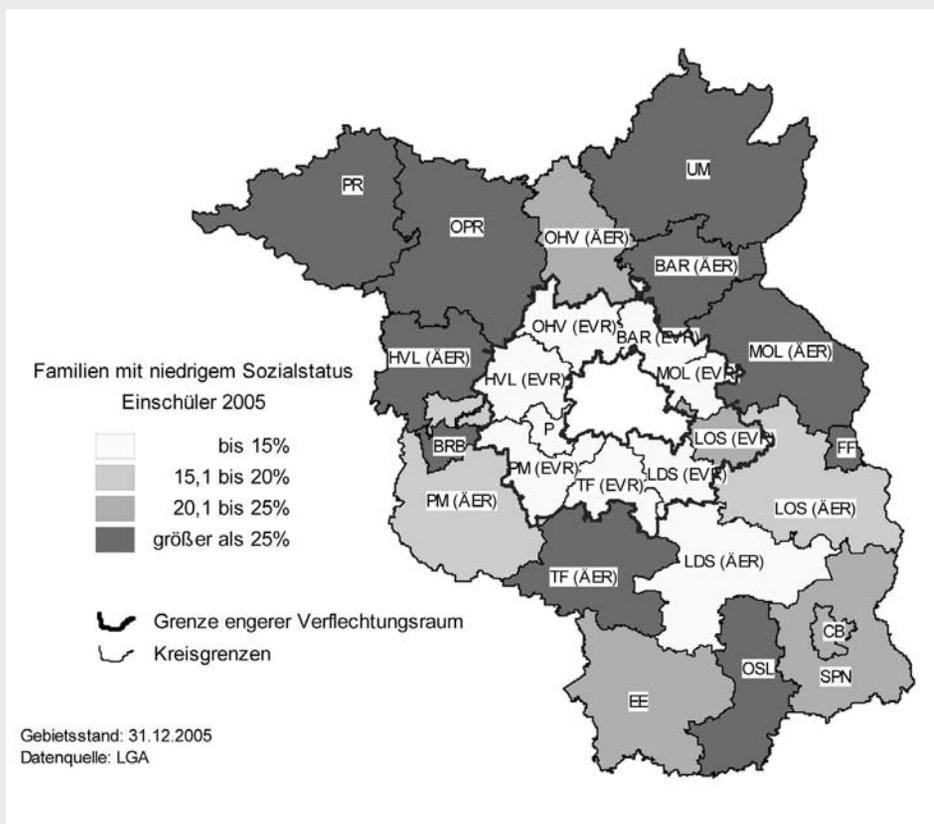
Soziale Verhältnisse und ein erfolgreicher Lebensweg

Für den Einzelfall lassen sich keine allgemeinen Gesichtspunkte angeben, die uns sagen, worauf individuelles Glück, beruflicher Erfolg, Gesundheit und Integration in die Gesellschaft beruhen. Soziale Indikatoren können aber statistisch gesehen zur Vorhersage genutzt werden. So gilt für Erwachsene und deren Kinder, dass hohe schulische und berufliche Bildung, hohes Einkommen, hoher beruflicher Status und gesicherte Erwerbstätigkeit günstige Faktoren für Gesundheit und Soziales sind (Mielck 2005). Bei genauerer Analyse zeigen sich eine Reihe von einzelnen sozialen Faktoren und psychologischen Bedingungen, die bei einem erfolgreichen Weg für Kinder eine Rolle spielen (AWO 2000):

- Sicherheit in stabilen Beziehungen und emotionale Zuwendung vor allem in den ersten Lebensjahren (Erfahrung elterlicher Liebe)
- regelmäßige gemeinsame Aktivitäten in der Familie, ein gutes Familienklima (keine regelmäßigen Streitigkeiten)

- Anerkennung und Bestätigung innerhalb und außerhalb der Familie
- Teilhabe an den Freizeitangeboten in Kindereinrichtungen, Vereinen und Schulen
- gute Schule als Ort der Bestätigung und Schonraum vor familiären Belastungen
- frühes Lernen von Handlungs- und Gestaltungskompetenzen
- individuelles Bemühen, die eigene Lage zu verbessern
- keine Überschuldung, keine beengten Wohnverhältnisse

Abbildung 11: Anteil der Familien mit niedrigem Sozialstatus bei Familien mit Einschülern in den Landkreisen und kreisfreien Städten 2005



Hinweis: Die an Berlin grenzenden Landkreise sind jeweils geteilt in engeren Verflechtungsraum (EVR) und äußeren Entwicklungsraum (ÄER)

2.4 Kita-Besuch und Ausstattung mit Kitas im Land Brandenburg

Verglichen mit den westlichen Bundesländern ist das Betreuungsangebot für die Kleinen quantitativ gut. Für Kinder ab drei Jahren ist das Angebot in den letzten Jahren gewachsen.

Quantitative Versorgung

Im Land Brandenburg gab es in 2005 ca. 1.700 Tageseinrichtungen (Krippen, Kindergärten, Horte, die zumeist als gemischte und kombinierte Einrichtungen betrieben werden) und gut 500 Tagespflegestellen mit insgesamt ca. 130.000 gemeldeten Kindern und ca. 8.800 Erzieherinnen-Stellen (MBS 2006a). Die tatsächliche Zahl der in Kitas tätigen Erzieherinnen und Erzieher ist wegen verschiedener Varianten von Teilzeitarbeit deutlich höher.

Die Personal-Kind-Relation im Land Brandenburg leitet sich aus dem Alter der zu betreuenden Kinder, der Gruppengröße und der Betreuungszeit in der Einrichtung ab. Eine pädagogische Fachkraft ist rechnerisch für 7 Krippenkinder zuständig, wenn diese länger als 6 Stunden betreut werden bzw. für 8,75 Krippenkinder, wenn diese bis zu 6 Stunden betreut werden. Im Kindergartenalter sind es 13,00 bzw. 16,25 Kinder, die von einer pädagogischen Fachkraft betreut werden (KitaG 2004, OECD 2004).

Die Regelung der Personal-Kind-Relation unterliegt der jeweiligen Landesgesetzgebung und ist über die Bundesländer kaum vergleichbar. Sie ist ebenso wie die Erzieherqualifikation und die räumlichen Gegebenheiten ein Merkmal der Strukturqualität der Einrichtungen. Der OECD-Länderbericht merkt hierzu kritisch an:

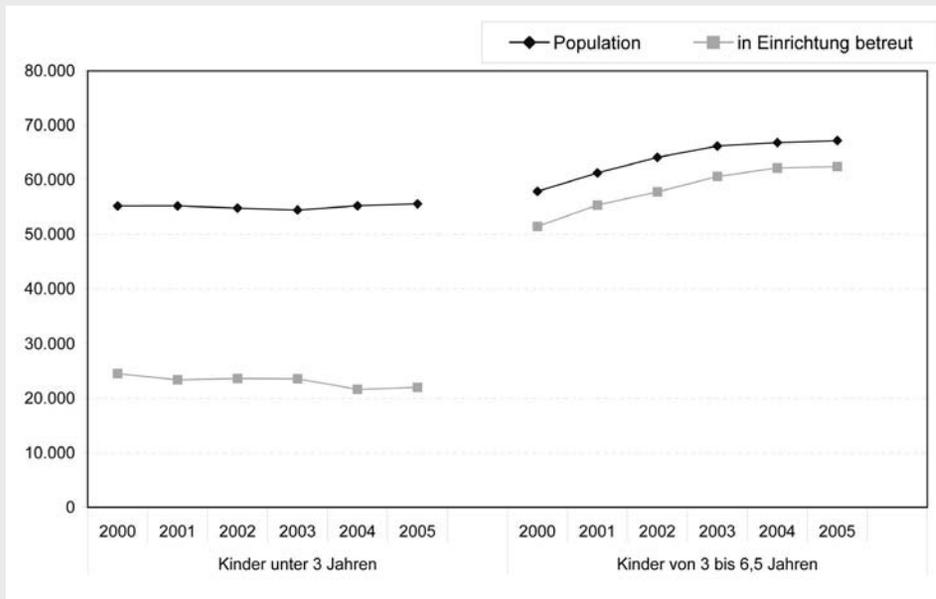
„Obwohl die von den Ländern erlassenen Standards für die Gewährleistung der strukturellen Anforderungen an die Einrichtungen, das Wohlergehen der Kinder und die pädagogische Arbeit unerlässlich sind, stellen sie doch im Allgemeinen keine hohen Anforderungen und haben nach Einschätzung des OECD-Teams nicht ausreichend zu einer anhaltenden Qualitätsverbesserung beigetragen“ (OECD 2004: 41).

In Abbildung 12 wird dargestellt, wie sich die Anzahl von Kindern und das Betreuungsangebot zueinander verhalten, wobei zwischen Krippen- und Kindergartenalter unterschieden wird. Die Zahl der im Krippenalter betreuten Kinder ist seit 2000 absolut und relativ leicht gesunken und zeigt 2005 wieder eine steigende Tendenz. Im Kindergartenalter ist seit 2000 die Zahl der Kinder gestiegen, aber auch parallel dazu die Zahl betreuter Kinder, so dass sich relativ nur ein geringer Zuwachs ergibt.

Zunehmend bessere Versorgung mit Plätzen für Kinder ab drei Jahren. Aber weniger Angebote für die Kleinsten im Krippenalter. Im Bundesvergleich ist die Kita-Versorgung in Brandenburg überdurchschnittlich gut.

Der Versorgungsgrad der Kinder im Krippenalter (unter 3 Jahren) betrug im Land Brandenburg im Jahr 2005 40 %. Im Jahr 2000 betrug der Versorgungsgrad noch 44 % (MBS 2006a). Bei den Kindern im Kindergartenalter (3 bis unter 7 Jahren) nahm dagegen der Versorgungsgrad, der in

Abbildung 12: Anzahl von Kindern und in Einrichtungen betreute Kinder in Brandenburg



Quelle: MBJS 2006a

den 1990er-Jahren kontinuierlich gefallen war, seit 2000 (89 %) bis 2005 (93 %) stetig zu.

Insgesamt werden in den Einrichtungen aktuell 22.000 Kinder im Krippenalter, 62.000 Kinder im Kindergartenalter und 45.000 Kinder im Hortalter betreut. Darunter sind 2.800 Kinder in Tagespflege (MBJS 2006).

Rechtliche Rahmenbedingungen und qualitative Versorgung

Brandenburger Kinder haben nach dem Brandenburger Kita-Gesetz in der Fassung von 2004 vom dritten Geburtstag bis zur Versetzung in die fünfte Jahrgangsstufe der Grundschule einen Anspruch auf Tagesbetreuung. Vor dem dritten Geburtstag und für Kinder der 5. und 6. Schuljahrgangsstufe besteht ein Anspruch, wenn es die familiäre Situation erfordert, z. B. wegen Berufstätigkeit der Eltern.

In der Vergangenheit entstanden in einzelnen Fällen besondere Härten, weil nach Gesetzeslage Kinder unter 3 Jahren bei eintretender Arbeitslosigkeit eines Elternteils ihren gewohnten Platz in Krippe oder Tagespflege verloren. Gegenwärtig wird eine Neuregelung angestrebt, die Kita-Kindern in diesen Fällen die vertraute Betreuungsumgebung erhalten soll. Auch dann werden arbeitslose Eltern keinen Betreuungsplatz für Kinder unter drei Jahren beanspruchen können, sofern nicht andere gewichtige Gründe vorliegen.

Häufig wird der Platz in einer Kita von den Eltern nicht in Anspruch genommen, weil die Betreuungskosten das elterliche Budget vermeintlich überschreiten. Dabei besteht die Möglichkeit nach § 90 Abs. 3 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII), einen Zuschuss zu den Betreuungskosten zu beantragen. Um die Hürde der

finanziellen Belastung generell zu überspringen, soll in einigen Bundesländern in Zukunft das letzte Kita-Jahr vor der Schule kostenlos angeboten werden. Im Land Brandenburg wird eher die Verbesserung der Betreuungsqualität diskutiert.

Brandenburg kann auf eine Vielzahl von Maßnahmen zur Qualitätsfeststellung und -entwicklung in der Kindertagesbetreuung verweisen. Diese Aktivitäten sind weithin anerkannt, wie u. a. der OECD-Länderbericht (OECD 2004) zeigt. „Die Kindertagesbetreuung in Brandenburg hat mit ihrem integrierten System der Praxisunterstützung (durch Fortbildung, Praxisberatung, Konsultations-Kitas und überregionale pädagogische Zentren) die Fachentwicklung beeinflusst und war auch in der Neuformulierung des Bildungsauftrages der Einrichtungen, der Entwicklung von Bildungsplä-

nen und mit der beständigen Qualitätsmessung ein Motor der bundesdeutschen Fachdiskussion“ (MBS 2006b). Jedoch wird gleichzeitig eingeschätzt, dass die durchschnittlichen Ergebnisse seit 1993/1994 – gleichbleibend – eine nur mittlere pädagogische Qualität zeigen (MBS 2006b). Gleichbleibend mittlere Qualität trifft im Grundsatz auch auf die (weniger zahlreichen) Tagespflegestellen zu (Taubert et al. 2006).

Über die verschiedenen Altersbereiche lässt sich ein verbreitetes Qualitätsmuster (Pattloch, Schlecht, Tietze 2003) feststellen:

- ein freundliches, zugewandtes Interaktionsklima,
- einige Mängel in Hygiene und Sicherheit,
- zu wenig gezielte Anregungen und Lernaktivitäten.

Prävention, medizinische Versorgung und die Inanspruchnahme von Leistungen

3.1 Angebote zur Prävention

Vorbeugen ist besser als Heilen. Bei Kindern werden die Weichen für die Chancen auf eine gesunde Entwicklung schon früh gestellt. Daher beginnen Früherkennungs-, Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme schon mit der Schwangerschaft der Mutter und richten sich an die Mutter, das Kind, die Familie und die Lebenswelt von Eltern und Kindern. Die Maßnahmen dienen der Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten. Gesundheitsförderung soll zu einer aktiven, gesunden und selbstbestimmten Lebensweise beitragen.

Mit den Schwangerenvorsorgeuntersuchungen, dem Neugeborenen-Screening, den U-Untersuchungen der gesetzlichen Krankenkassen sowie den ärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen der Gesundheitsämter in Kitas und zur Einschulung lassen sich viele Krankheiten, Gesundheits- und Entwicklungsstörungen frühzeitig feststellen und erfolgreich behandeln. Ergänzend zu diesen Maßnahmen ist es notwendig, dass die Eltern und Kinder umfassend über Fragen der Ernährung, körperliche Aktivität oder Unfallgefahren beraten werden.

Die umfassende Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen der niedergelassenen Ärzte wie auch der Gesundheitsämter (Kinder- und Jugendgesundheitsdienst [KJGD] und Zahnärztlicher Dienst [ZÄD]) kann sowohl ein gesundes Aufwachsen der Kinder fördern als auch Vernachlässigungen vermeiden helfen. Beide Ansätze der medizinischen Versorgung ergänzen einander.

3.1.1 Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft

Schwangere in Brandenburg nehmen die Vorsorgeuntersuchungen in großem Umfang in Anspruch. 3,1 % der Mütter litten unter sozialen,

2,6 % unter psychischen Belastungen. 17 % der Mütter rauchten in der Schwangerschaft.

Mit den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen sollen Risiken für Mutter und Kind diagnostiziert, behandlungsbedürftige Erkrankungen des Fötus bereits im Mutterleib erkannt und eine Frühgeburt vermieden werden. Der Anspruch der Schwangeren auf diese Vorsorgeuntersuchungen, die ärztliche Betreuung und die Hebammenhilfe während der Schwangerschaft sowie bei und nach der Entbindung sind im Sozialversicherungsrecht (SGB V §§ 28, 31) und in der Reichsversicherungsordnung (§ 195 f.) festgelegt. Bei einer komplikationslosen Schwangerschaft werden 10 Vorsorgeuntersuchungen empfohlen, die vor der 13. Schwangerschaftswoche beginnen sollten. Die Inanspruchnahme und Ergebnisse dieser Vorsorgeuntersuchungen werden im Mutterpass dokumentiert und im Rahmen der Perinatalerhebung landes- und bundesweit erfasst und ausgewertet.

Im Durchschnitt erfolgte 2005 bei Schwangeren in Brandenburg die erste Vorsorgeuntersuchung nach 9,8 Schwangerschaftswochen. Die Frauen nahmen insgesamt durchschnittlich 11,3 Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchen in Anspruch. Ab 12 Untersuchungen, so die bundesweite Festlegung, ist von Überversorgung auszugehen. Auf der Grundlage dieser Festlegung waren in Brandenburg für das Jahr 2005 41 % der Entbundenen überversorgt. Auf der anderen Seite wird bei einer Inanspruchnahme von nur bis zu 4 Vorsorgeuntersuchungen von Unterversorgung gesprochen. Für Brandenburg sind dies im Jahr 2005 2 % der Frauen gewesen (alle Angaben nach: Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung Brandenburg 2006 [LQS], Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung 2006 [BQS]).

17 % der Mütter rauchten in der Schwangerschaft, mit leicht steigender Tendenz seit 2002.

Tabelle 4: Merkmale der sozialen Lage und gesundheitlichen Versorgung Schwangerer

	Brandenburg	Deutschland
	Anteil an werdenden Müttern in %	
Raucherinnen	16,6	12,5
psychisch belastet	2,8	2,2
sozial belastet	3,1	1,7
unterversorgt (bis zu vier Vorsorgeuntersuchungen)	2,0	1,7
überversorgt (zwölf und mehr Vorsorgeuntersuchungen)	41,0	40,2

Quelle: LQS 2006, BQS 2006

Dieser Anteil liegt höher als in Deutschland mit 13 %. 3,1 % der werdenden Mütter wurden als „sozial belastet“ eingestuft, 2,8 % als „psychisch belastet“. Zu den sozialen Belastungen zählen Integrationsprobleme und wirtschaftliche Probleme. Psychische Belastungen werden als „z. B. familiär oder beruflich“ kommentiert. Soziale und psychische Belastungen treten etwas häufiger auf als in Deutschland (Tabelle 4).

Zum Tag der Zahngesundheit 2005 wurde von der Landes Zahnärztekammer Brandenburg der Zahnärztliche Prophylaxe-Pass herausgegeben, den die Schwangere seitdem zusammen mit dem Mutterpass vom Gynäkologen erhält. Dieser Pass informiert die werdende Mutter über Besonderheiten der Zahn- und Mundgesundheit während der Schwangerschaft und ihres Kindes bis zum 2. Lebensjahr.

Noch mehr Hilfestellungen sind nötig, denn Schwangere in Brandenburg sind überdurchschnittlich stark psychisch und sozial belastet. Ein großes Problem ist auch der hohe Anteil von Raucherinnen in der Schwangerschaft.

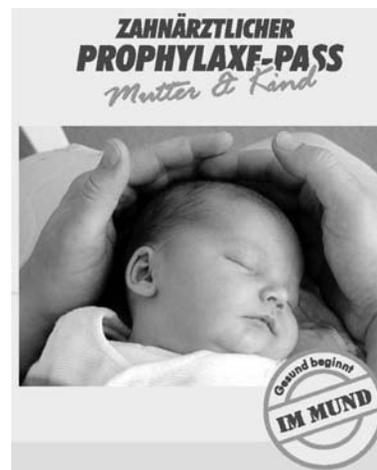
3.1.2 Früherkennung von Krankheiten – die U-Untersuchungen

Die Früherkennungsuntersuchungen der gesetzlichen Krankenkassen werden in den letzten 5 Jahren zunehmend mehr in Anspruch genommen. Eine differenzierte Analyse der Inanspruchnahmequoten zeigt Handlungsbedarf auf: Die am

Ende des Kleinkindalters liegenden U8 und U9 werden nur von 76 % bzw. 72 % der Eltern wahrgenommen. Kinder aus sozial benachteiligten Familien, die die Früherkennungsuntersuchungen am meisten benötigen, sind am schlechtesten versorgt.

Die medizinische Vorsorge zur Früherkennung von Erkrankungen und Entwicklungsstörungen erfolgt einerseits über die von den niedergelassenen Ärzten angebotenen Früherkennungsuntersuchungen, die allen in einer gesetzlichen Krankenkasse versicherten Kindern zur Verfügung stehen. Die Früherkennungsuntersuchungen haben den Schwerpunkt der Krankheitsfrüherkennung.

Andererseits erfolgt die medizinische Vorsorge über die kinderärztlichen Reihenuntersuchungen der Brandenburger Gesundheitsämter in Kindertagesstätten und Schulen. Diese Vorsorgeuntersuchungen haben den Schwerpunkt der



Gesundheitsvorsorge einschließlich seelischer Gesundheit, Screening von Entwicklungsstörungen sowie Erkennen des Handlungsbedarfes für die Frühförderung.

Beide Instrumente der gesundheitlichen Vorsorge würden sich ideal ergänzen, werden aber zurzeit noch nicht optimal genutzt. Im Folgenden werden zunächst die U-Untersuchungen bzw. deren Inanspruchnahme dargestellt. Im nächsten Abschnitt folgen die kinderärztlichen Reihenuntersuchungen der Gesundheitsämter in Kindertagesstätten und zur Einschulung.

Das gesetzliche Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder ist ein der Entwicklungsdynamik des Kindes angepasstes mehrteiliges Untersuchungsprogramm, das eine möglichst frühzeitige Aufdeckung wesentlicher Entwicklungsstörungen und Erkrankungen zum Ziel hat. Dadurch werden die Therapiemöglichkeiten früher einsetzbar. Das Programm zählt seit 1971 zum Leistungskatalog der GKV (§ 26 SGB V), umfasst derzeit insgesamt 10 Untersuchungen (U1 bis U9, J1), davon fallen 6 in das erste Lebensjahr.

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist freiwillig. Die Untersuchungen U1 und U2 werden in der Regel noch in der Geburtsklinik, die folgenden Untersuchungen dagegen vom niedergelassenen Kinderarzt durchgeführt. Die empfohlenen Termine errechnen sich aus dem Geburtsdatum des Babys. Sofern die Krankenkassen nicht ohnehin schriftlich auf die Termine aufmerksam machen, können die Eltern „rechnende“ Vorsorgekalender aus dem Internet nutzen und sich per E-Mail erinnern lassen.

Der Zeitraum für die Untersuchungen ist in folgenden Altersstufen vorgesehen:

U 1: Neugeborenen-Erstuntersuchung

U 2: 3.-10. Lebenstag:

Neugeborenen-Basisuntersuchung

U 3: 4.-6. Lebenswoche

U 4: 3.-4. Lebensmonat

U 5: 6.-7. Lebensmonat

U 6: 10.-12. Lebensmonat

U 7: 21.-24. Lebensmonat

U 8: 3½-4 Jahre

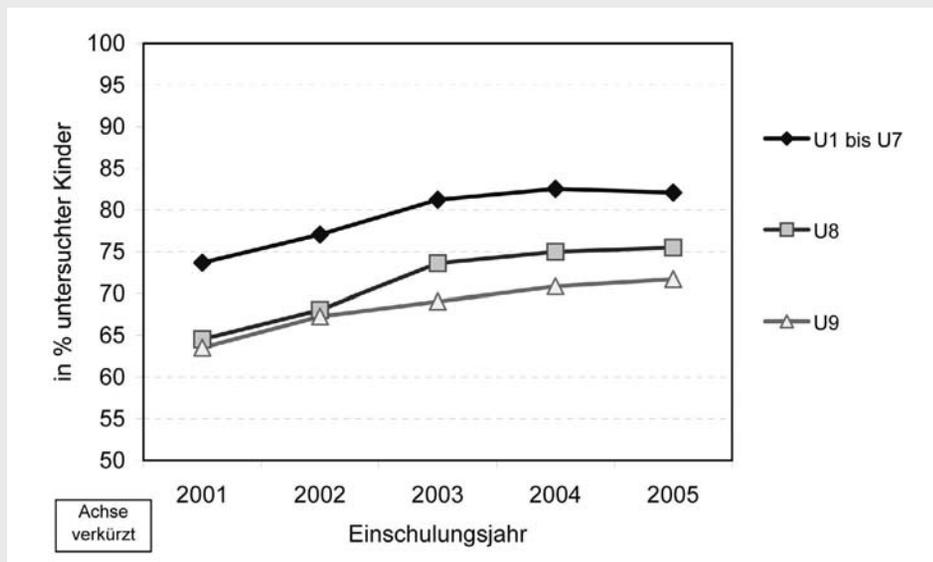
U 9: 5-5½ Jahre

J 1: nach dem 10. Lebensjahr

Die U-Untersuchungen sollen verbessert werden

Seit einigen Jahren wird in der Fachöffentlichkeit die Notwendigkeit einer grundlegenden Überarbeitung der Kinderrichtlinien diskutiert. Aus fachlicher Sicht werden Verbesserungen gefordert: für die Diagnostik im Rahmen der Untersuchungen, die Standardisierung der Untersuchungsverfahren, die Dokumentation und Evaluation und die Berücksichtigung der sozial ungleichen Inanspruchnahme. Vor diesem Hintergrund hat der Gemeinsame Bundesausschuss im Februar 2005 das Verfahren für eine Überarbeitung der Kinderrichtlinien eingeleitet. Art und Inhalt der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U1 bis U9 und J1) werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien beschlossen (§§ 91 und 92 SGB V).

Abbildung 13: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U7, U8 und U9 in den Jahren 2001 bis 2005



Quelle: LGA

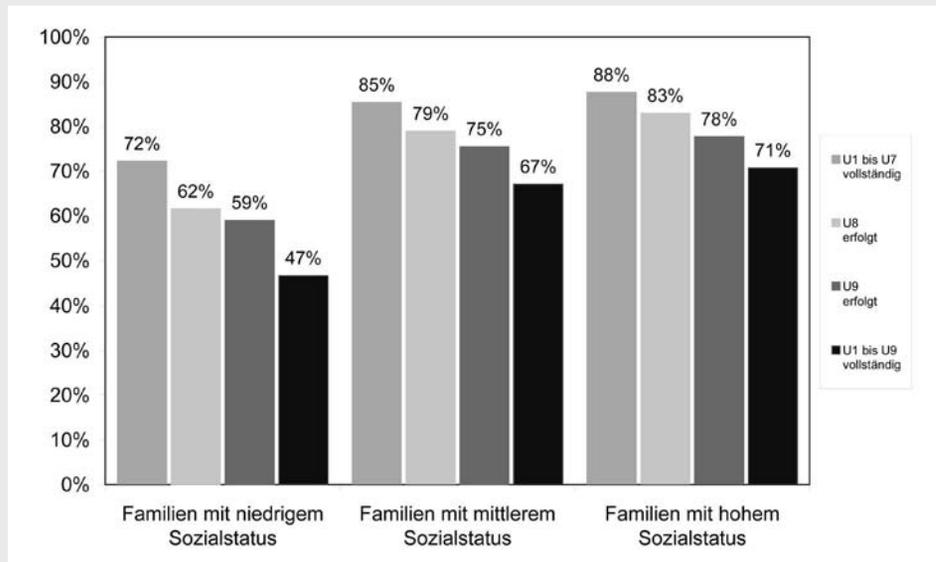
Seit 2001 (seitdem werden diese Informationen in den Einschulungsuntersuchungen dokumentiert) sind die Inanspruchnahmeraten bei den Früherkennungsuntersuchungen angestiegen. Allerdings stagniert der Zuwachs. 2005 lagen die Inanspruchnahmeraten bei der U1 bis U7 (alle vollständig) bei 82 %, bei der U8 bei 75 % und bei der U9 bei 72 %.

Familien mit niedrigem Sozialstatus (vgl. Kap. 9 zur Definition) nehmen die Früherkennungsuntersuchungen deutlich seltener in Anspruch (Abbildung 14). Dies gilt von den ersten U-Untersuchungen an. Allerdings vergrößert sich die Kluft zwischen den Sozialstatus-Gruppen noch bei den späteren U-Untersuchungen. Zusammengefasst ergeben die Auswertungen, dass Familien mit niedrigem Sozialstatus nur zu 47 % alle U-Untersuchungen in Anspruch nehmen, im Gegensatz zu 67 % bzw. 71 % bei den anderen Familien.

Dass Kinder ohne Früherkennungsuntersuchungen Gefahr laufen, gesundheitliche Probleme zu verschleppen, zeigt sich darin, dass 18 % der Kinder mit unvollständigen U1 bis U8 in der Schuleingangsuntersuchung 2005 Erstdiagnosen mit medizinisch relevanten Befunden hatten, gegenüber 13 % der Kinder mit vollständiger Vorsorge. Chancen zur frühzeitigen Behandlung blieben damit ungenutzt.

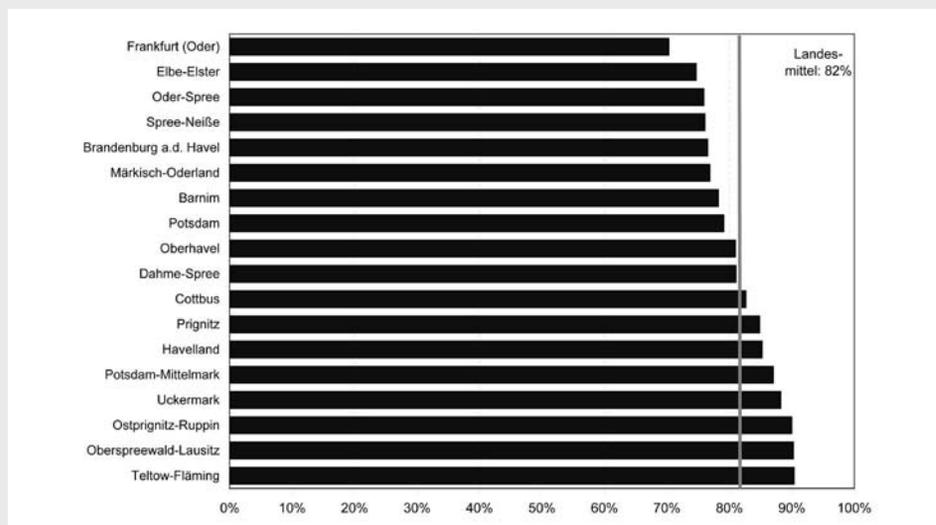
Bei den Früherkennungsuntersuchungen wird der Impfstatus überprüft. Kinder mit unvollständigen U1 bis U8 haben mehr Impfücken. Des Weiteren gibt es einen wechselseitigen Zusammenhang von Kita-Besuch und Vorsorge (vgl. Kap. 5.2): Der Kita-Besuch scheint einerseits die Vorsorge zu fördern – Kinder werden besser durch die U-Untersuchungen und durch die Untersuchungen der Gesundheitsämter erreicht. Andererseits

Abbildung 14: Früherkennungsuntersuchungen bei Einschülern nach dem Sozialstatus 2005



Quelle: LGA

Abbildung 15: Einschüler 2005 (N=24.706) mit Früherkennungsuntersuchungen U1-U7 vollständig nach Kreisen



Quelle: LGA

besuchen Kinder mit (zurückliegend) mangelnder Vorsorge seltener eine Kita und haben damit auch weniger Chancen, durch die Untersuchungen der Gesundheitsämter erreicht zu werden.

Die regionalen Unterschiede in der Inanspruchnahme der U-Untersuchungen sind beträchtlich. Im Durchschnitt waren 82 % der Einschüler 2005 mit den Untersuchungen U1 bis U7 versorgt. In den Landkreisen Teltow-Fläming sowie Oberspreewald-Lausitz wurden aber 90 % der Einschüler erreicht, in Frankfurt (Oder) dagegen nur 70 %. Regionale Unterschiede zeigen sich analog für die U8 und U9.

Ein Ansatz für eine bessere Früherkennung ist die Stärkung der Motivation der Eltern, ihre Kinder auch nach dem zweiten Lebensjahr regelmäßig untersuchen zu lassen. In Modellprojekten wie z. B. im Landkreis Mettmann in Nordrhein-Westfalen konnten die Teilnehmeraten an den Untersuchungen auf bis zu 95 % erhöht werden. Eine Steigerung der Motivation der Eltern setzt bessere Informationen über die Früherkennungsuntersuchungen voraus. Folgende Möglichkeiten sind zu nutzen:

- Pressekampagnen
- kontinuierliche Informationen über die Mitgliederzeitschriften der gesetzlichen Krankenkassen
- Erinnerungsschreiben der Krankenkassen
- Aufklärungsarbeit im Rahmen von pädagogischer Grundsatzarbeit unter Nutzung der Elternversammlung in Kindertagesstätten und Schulen
- Elternbriefe

Für diese Zwecke hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine Infomappe für Multiplikatoren („Ich geh’ zur U! Und Du?“; <http://www.ich-geh-zur-u.de/>) und einen informa-



tiven Ordner für Eltern („Gesund groß werden“) entwickelt.

Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg: Früherkennung



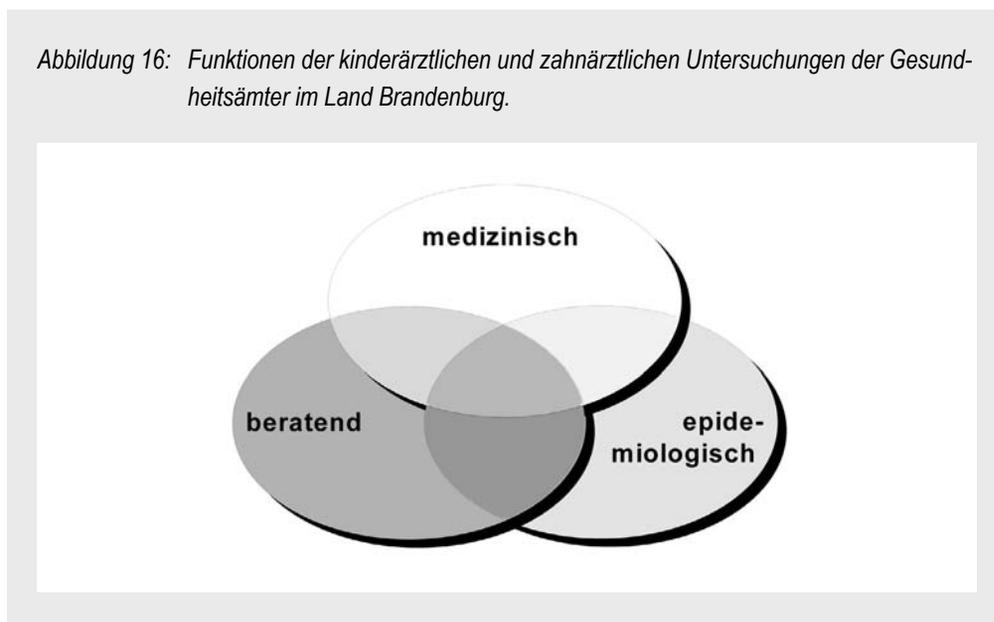
Ziel: Kleinkinder und Kinder mit Frühförderbedarf werden rechtzeitig erkannt.

- Kinder mit angeborenen chronischen Krankheiten werden entsprechend ihrer spezifischen Behinderung so früh wie möglich erkannt.
- Kinder mit Entwicklungsrisiken, Beziehungsstörungen, Sprachstörungen oder mit drohenden Behinderungen werden so früh wie möglich erkannt.

3.1.3 Früherkennung von Krankheiten, Entwicklungsauffälligkeiten und drohenden Behinderungen – Untersuchungen der Gesundheitsämter in Kitas und zur Einschulung

Alle Kinder werden vor dem Schulbesuch kinderärztlich untersucht (Einschulungsuntersuchung). Darüber hinaus werden kinderärztliche Untersuchungen von den Gesundheitsämtern direkt in den Kitas angeboten. Da mehr als 90 % der Kinder im Alter ab drei Jahren eine Kita besuchen, besteht für diese Altersgruppe eine umfassende Vorsorgemöglichkeit. Es gibt Anstrengungen der

Abbildung 16: Funktionen der kinderärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen der Gesundheitsämter im Land Brandenburg.



Gesundheitsämter, künftig mit diesen Untersuchungen mehr Kinder in den Kitas zu erreichen. Die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter untersuchen die Kinder in den Kindertagesstätten und Tagespflegeeinrichtungen flächendeckend.

Im Land Brandenburg sollen Kinder, die eine Kita besuchen, jährlich durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) der Gesundheitsämter kinderärztlich untersucht werden. Vor der Einschulung werden alle Kinder kinderärztlich untersucht (Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz, KJGD-Verordnung). Die Untersuchungsergebnisse werden nach einem standardisierten Diagnosesystem, den Funktionsdiagnostischen Tabellen für den KJGD, einheitlich dokumentiert.

Die Dokumentation der ärztlichen Untersuchungen ist notwendig für

- die Beratung von Eltern, Kita und Schule
- für die kontinuierliche Qualitätssicherung der ärztlichen Untersuchungen

- für die Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler sowie Landesebene

Es ist eine besondere Stärke der kinderärztlichen Untersuchungen, dass nicht nur Krankheiten im engeren Sinne erfasst werden, sondern darüber hinaus Entwicklungsstörungen und (drohende) Behinderungen. Der medizinische Handlungsbedarf und insbesondere der Frühförderbedarf werden festgestellt.

In Tabelle 5 sind die Untersuchungszahlen für die Kita- und Einschulungsuntersuchungen aufgeführt. Aus den Zahlen zur Einschulungsuntersuchung wird eine deutliche Zunahme der untersuchten Kinder seit dem Schuljahr 1999/2000 bis heute sichtbar (vgl. Kap. 2: Geburtenentwicklung). Im Schuljahr 2004/2005 gibt es zusätzlich einen starken Anstieg. In diesem Schuljahr wurden erstmals jüngere Kinder regulär eingeschult, da der Stichtag zur Einschulung um drei Monate vorgezogen wurde. Das Durchschnittsalter der Kinder zum Zeitpunkt der Untersuchung ist gesunken.

Tabelle 5: Anzahl der kinderärztlichen Kita- und Einschulungsuntersuchungen zwischen 1999 und 2005

Untersuchungszeitraum	Kita-Untersuchungen		Einschulungsuntersuchungen	
	Anzahl untersuchter Kinder		darunter Anteil in %	
			5-Jährige	6-Jährige
1.8.1999 - 31.7.2000	26.104	15.641	31	66
1.8.2000 - 31.7.2001	36.899	16.191	29	67
1.8.2001 - 31.7.2002	32.816	17.462	31	66
1.8.2002 - 31.7.2003	33.407	19.401	33	65
1.8.2003 - 31.7.2004	30.587	19.592	34	64
1.8.2004 - 31.7.2005	30.432	24.706	46	52

Quelle: LGA Brandenburg

Die Untersuchungsdaten der Gesundheitsämter für Kita-Reihenuntersuchungen lagen 2003 und 2004 bei ca. 40 %. Das ist nicht ausreichend. Aus diesem Grund hat das MASGF Ende 2005 die Gesundheitsämter angewiesen, in Zukunft mindestens 80 % der Kita-Kinder im zweiten, dritten und vierten Lebensjahr ärztlich zu untersuchen.

Die Zahnärztlichen Dienste (ZÄD) der Gesundheitsämter untersuchen flächendeckend die Kinder in den Kitas und Tagespflegeeinrichtungen. (Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz, GBE-Richtlinie, SGB V) Die standardisierten Untersuchungen beinhalten die Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie die Feststellung eines erhöhten Kariesrisikos und werden durch gruppenprophylaktische Maßnahmen ergänzt. Neben dem individuellen Nutzen für das einzelne Kind werden gleichzeitig Angaben für die Gesundheitsberichterstattung und -planung verfügbar. Empfehlungen an die Eltern für Behandlungen durch niedergelassene Zahnärzte werden gegeben und der „Zahnärztliche Prophylaxe-Pass“ ausgefüllt. Dieser Pass gibt den Eltern eine Übersicht über die gruppenprophylaktischen Maßnahmen in der Kita und

die Prophylaxemaßnahmen, die in den Zahnarztpraxen durchgeführt werden.



Der § 21 SGB V (Sozialgesetzbuch V, Verhütung von Zahnerkrankungen – Gruppenprophylaxe) regelt bundesweit, dass Krankenkassen, Zahnärzteschaft und die für die Zahngesundheitspflege zuständigen Stellen in den Ländern Prophylaxemaßnahmen zur Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen gemeinsam und einheitlich umsetzen. Dazu wurde 1993 im Land Brandenburg eine Vereinbarung

zwischen dem Gesundheitsministerium, den Verbänden der Krankenkassen, der Landes Zahnärztekammer und den kommunalen Spitzenverbänden abgeschlossen. Die Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten wurden mit der Koordinierung und Umsetzung der Gruppenprophylaxe beauftragt.

Im Schuljahr 2004/2005 wurden nahezu alle Kitas von den zahnärztlichen Teams der Gesundheitsämter gruppenprophylaktisch betreut. Mit dem 1. Prophylaxe-Impuls, der neben der zahnärztlichen Untersuchung Prophylaxemaßnahmen wie das Mundhygienetraining, Ernährungsberatung oder Fluoridierungsmaßnahmen beinhalten kann, wurden 60.850 Kita-Kinder (d. s. 83 %) erreicht.

Eine Überlegung zur Verbesserung des Vorsorgeangebots ist die verpflichtende kinderärztliche Untersuchung vor Aufnahme in eine Kindertagesstätte. Jedes Kind, welches zur Tagesbetreuung in eine Gemeinschaftseinrichtung aufgenommen werden soll, müsste dann eine entsprechende Untersuchung wahrnehmen. Vor Aufnahme in die Kindertagesstätte ist bisher nur eine Bescheinigung einer Ärztin/eines Arztes erforderlich, dass das Kind frei von ansteckenden Krankheiten ist. Untersuchungen auf Fehlentwicklungen und Entwicklungsstörungen sind damit nicht verbunden. Auch findet zwischen dem 2. und 4. Lebensjahr keine Früherkennungsuntersuchung/U-Untersuchung der niedergelassenen Ärzte statt. Diese Lücke könnte die vorgeschlagene Kita-Aufnahmeuntersuchung schließen.

Die Früherkennungsuntersuchungen und die Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen der Gesundheitsämter in Kitas können zudem zur Früherkennung von Symptomen nach Kindesvernachlässigung und Misshandlung genutzt werden. Vor diesem Hintergrund ist das Land Brandenburg

der Bundesratsinitiative „Für eine höhere Verbindlichkeit der Früherkennungsuntersuchungen im Sinne des Kindeswohls“ beigetreten.

3.1.4 Die Schutzimpfungen - geschützt gegen vermeidbare Infektionen

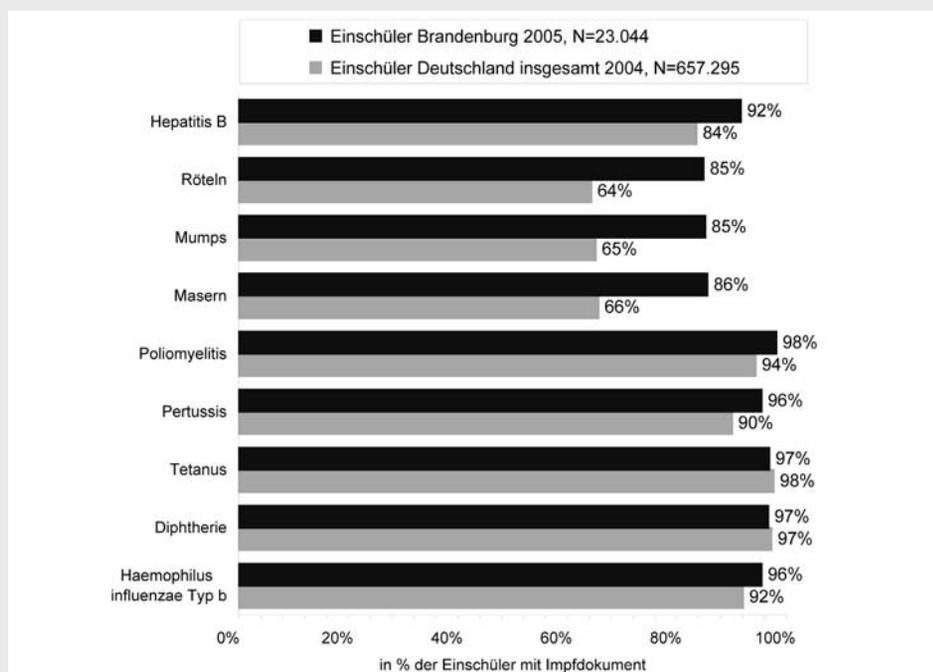
Kleine Kinder sind in Brandenburg gut bis sehr gut geschützt (durchimmunisiert). Das WHO-Ziel zur Durchimmunisierung gegen Masern ist in Brandenburg erreicht.

In den kinderärztlichen Untersuchungen der Gesundheitsämter in Kitas und zur Einschulung wird der Impfstatus eines Kindes anhand des vorgelegten Impfausweises überprüft. Seit Mitte der 90er-Jahre stieg der Anteil der Eltern, die zur Einschulungsuntersuchung den Impfausweis mitgebracht haben, von ca. 82 % auf 93 %. Das ist eine gute Voraussetzung zur verlässlichen Bewertung der Durchimmunisierung der Kinder.

Brandenburgs Einschüler sind im Vergleich zum Bundesdurchschnitt gut bis sehr gut geschützt (Abbildung 17) und haben sich in den vergangenen Jahren noch verbessert (Tabelle 6). Die Immunisierungsraten gegen Hepatitis B, Polio, Pertussis (Keuchhusten), Tetanus, Diphtherie und Hib (Haemophilus influenzae Typ b) lagen über dem WHO-Zielwert von 95 %. Bei der 2. Masern-, Mumps- u. Röteln-Impfung erreicht Brandenburg sogar um 20 %-Punkte höhere Impfraten als der Bundesdurchschnitt (64 %) und liegt mit 5 %-Punkten über dem WHO-Zielwert von 80 %. Aufgrund dieser sehr guten Durchimmunisierungsraten hat auch Brandenburg das WHO-Ziel für die Eliminierung der Masern erreicht: eine Masern-Inzidenz von höchstens einer Erkrankung pro 100.000 Einwohner.

Gut bis sehr gut sind auch die Brandenburger Kita-Kinder durchimmunisiert. Erfreulich ist, dass sich seit 2000 der Impfschutz gegen Hepatitis B

Abbildung 17: Brandenburger Einschüler 2005 mit vollständigem Impfstatus im Vergleich mit Deutschland



Quelle: LGA, RKI; die Prozentangaben beziehen sich immer auf Kinder mit vorgelegten Impfdokumenten, im Regelfall Impfausweise

bei den 3- bis 4-jährigen Kita-Kindern von 76 % auf 96 % stark verbessert hat (Tabelle 6).

Keuchhusten: Keuchhusten-Infektionen sind für Säuglinge mit schweren Komplikationen verbunden. Häufig werden die Kleinsten durch ältere Geschwister angesteckt. Die Durchimpfungsraten bei Brandenburger Einschülern liegen mit 95,5 % deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Im Jahr 2005 wurden in Brandenburg 7 Pertussis-erkrankungen bei Säuglingen gemeldet.

Windpocken: Windpocken sind eine hochansteckende Virus-Infektion, die ebenfalls mit schweren Komplikationen einhergehen kann. Gegenwärtig erkranken in Deutschland schätzungsweise

750.000 Personen pro Jahr an Windpocken, darunter ca. 310.000 (41,5 %) im Alter von 0 bis 5 Jahren und ca. 320.000 (42,4 %) im Alter von 6 bis 12 Jahren (STIKO 2004). Das Windpocken-Virus überdauert in bestimmten Nervenzellen (Gliazellen der Spinalganglien). Durch die Reaktivierung des Virus entwickelt sich bei ungefähr der Hälfte der Erkrankten im weiteren Verlauf ihres Lebens eine oft schmerzhaft Zoster-Erkrankung (Herpes zoster, Gürtelrose).

Erst seit 2004 empfiehlt die STIKO die Windpocken-Impfung als Standard-Impfung im 2. Lebensjahr. Daten zur Durchimmunisierung liegen zurzeit noch nicht vor. Nach den Elternangaben bei den Einschulungsuntersuchungen lag der

Tabelle 6: Vollständiger Impfstatus von Brandenburger 3-jährigen Kita-Kindern im Trend

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Diphtherie	92,6%	93,9%	93,4%	94,4%	94,5%	95,4%
Tetanus	92,5%	93,9%	93,4%	94,3%	94,5%	95,4%
Poliomyelitis	90,5%	91,3%	93,9%	95,3%	96,2%	96,4%
Hepatitis B	75,6%	85,3%	88,3%	90,5%	95,1%	96,4%

Quelle: LGA

Anteil der Kinder, die eine Windpockenerkrankung in den ersten Lebensjahren durchgemacht hatten, 1997 bei 55 % und in 2005 sogar bei 75 %, d. h., 18.777 Einschüler der Untersuchungen 2005 waren an Windpocken erkrankt.

3.2 Ambulante Versorgung

Im folgenden Teilkapitel wird die ambulante medizinische Versorgung für Kinder dargestellt, wobei die Behandlungsmöglichkeiten für Kinder mit psychischen Störungen eigenständig behandelt werden.

Der Situation der Frühförderung im Land Brandenburg ist ein eigenes Kapitel (Kap. 7) gewidmet. Dies geschieht wegen der Versorgungsdefizite und Dringlichkeit des Themas.

3.2.1 Kinderärztliche Versorgung

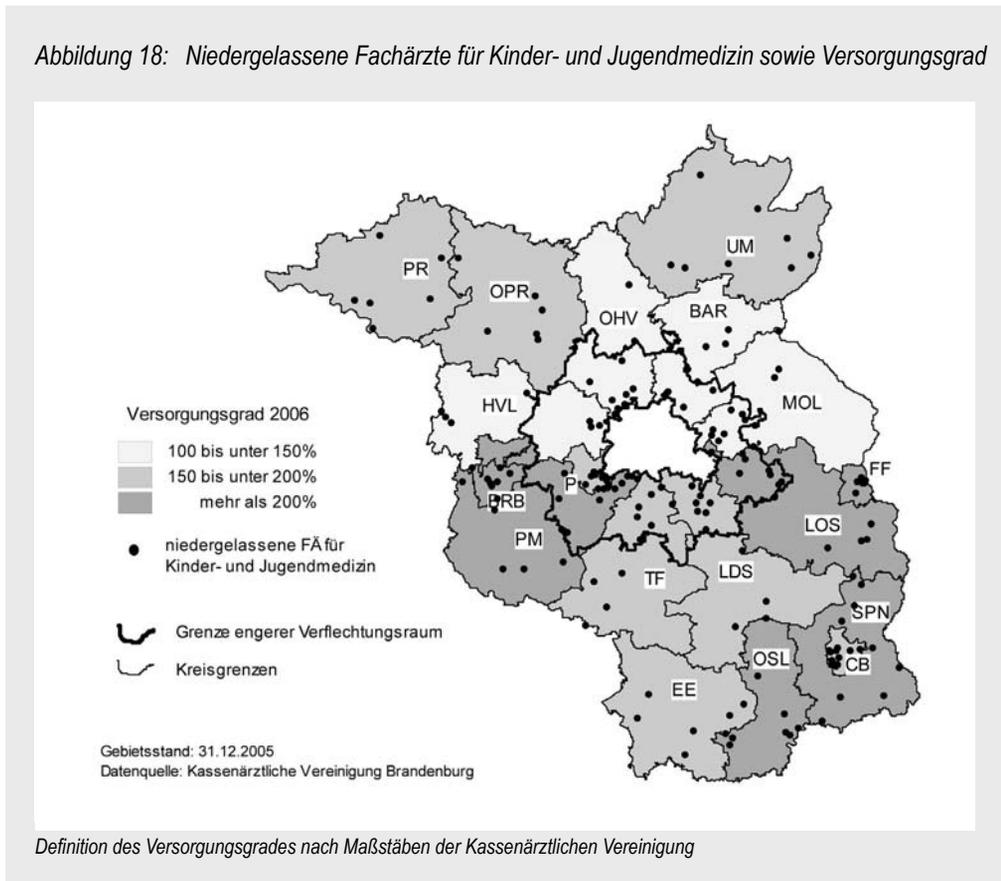
Niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderärzte) sind in der Regel der erste Ansprechpartner für die Eltern bei gesundheitlichen Problemen ihrer Säuglinge und kleinen Kinder. 2005 nahmen in Brandenburg 173 niedergelassene sowie 31 ermächtigte Kinderärzte an der ambulanten Versorgung von Kindern teil. Die Kinderarzt-dichte ist regional sehr verschieden. Die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) geht für Kinderärzte von einer Einwohner-Arzt-Relation von rund 14.000

Einwohnern in Kernstädten und rund 28.000 Einwohnern in ländlichen Regionen aus (nach RKI 2004).

Die Versorgung durch Vertragsärzte im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin ist in Brandenburg wie in allen neuen Bundesländern besser als in den alten (Flächen-) Bundesländern, wie man aus den Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ableiten kann (KBV 2005). In Brandenburg versorgte ein (Vertrags-)Kinderarzt zum 31.12.2004 durchschnittlich 1.530 unter 15-Jährige, dies ist mehr als in Mecklenburg-Vorpommern (1.405) und deutlich mehr als in Berlin (1.309). Der Durchschnitt in Deutschland insgesamt beträgt 2.085.

Auch wenn die ambulante Versorgung mit Kinderärzten rechnerisch gut ist, haben Familien in den dünner besiedelten Landesteilen teilweise lange Fahrwege. Problematisch erscheint der Sachverhalt, dass die Brandenburger Kinderärzte und -ärztinnen vom Alter her eine weitgehend homogene Gruppe bilden. Ein großer Teil wird in den nächsten Jahren die Altersgrenze erreichen und die vertragsärztliche Tätigkeit beenden. Nach den Erfahrungen der vergangenen Jahre gestaltet sich die Nachbesetzung von Praxen speziell im ländlichen Raum oft schwierig.

Abbildung 18: Niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie Versorgungsgrad



Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg: Kinderärztliche Versorgung

Ziel: Kinder und Jugendliche werden auch in Zukunft wohnortnah ambulant-pädiatrisch versorgt.

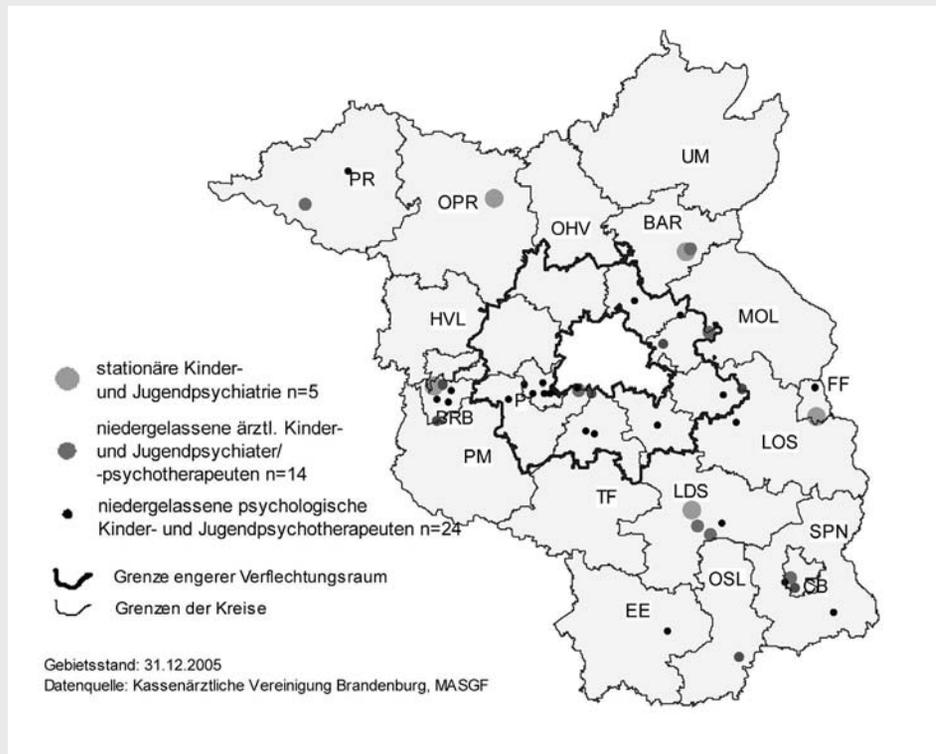
und Psychotherapie (KJPP) reicht nicht aus. Der Berufsverband der Brandenburger Kinder- und Jugendpsychiater ermittelte ein Versorgungsdefizit von 50 % (Landtagshearing vom März 2006 zur Versorgung von Kindern im Land Brandenburg). Mit diesen Lücken bildet das Land Brandenburg jedoch keine Ausnahme. In den anderen neuen Bundesländern sind die Verhältnisse vergleichbar.

3.2.2 Behandlungsmöglichkeiten für Kinder mit psychischen Störungen

In der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung gibt es Versorgungslücken (Abbildung 19). Die Zahl niedergelassener Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Eine Bewertung der Versorgung mit niedergelassenen psychologischen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten ist schwer möglich, weil die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für Erwachsene grundsätzlich die Berechtigung haben, Kinder und Jugend-

Abbildung 19: Niedergelassene psychologische Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP), Stand 10/2005, sowie stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie 2004



liche zu behandeln. Vor diesem Hintergrund ist die Versorgungssituation formal gut. Aus der Praxis ist aber bekannt, dass die überwiegende Zahl der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen für Erwachsene keine Kinder oder Jugendliche behandeln.

Die Frage, ob ein ausreichendes Beratungs- und Behandlungsangebot für Kinder mit psychischen Störungen zur Verfügung steht, wird nicht nur über Ziffern aus der Bedarfsplanung beantwortet, sondern auch durch Daten zu Krankheitshäufigkeiten. Der Gesundheitsbericht zur seelischen Gesundheit der Kinder im Landkreis Oder-Spree (2005)

steht beispielhaft für diesen Ansatz. Für den Bericht wurden alle Behandlungs- und Beratungsmöglichkeiten zusammengestellt und die Anzahl der Fälle im Jahr 2004 addiert. Im Abgleich mit dem Behandlungsbedarf, der über eine eigene Studie bestimmt wurde, kommt der Bericht zum Ergebnis, dass „nur etwa 50 % der dringend behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen eine Behandlung erhielten“ (S. 38). In absoluten Zahlen ausgedrückt heißt das für den Landkreis Oder-Spree, dass im Jahr 2004 750 Kinder und Jugendliche, die dringend Hilfe benötigten, diese nicht erhalten haben.

Ein Defizit an Behandlungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen wird auch in ersten Auswertungen des deutschlandweiten Kinder- und Jugend-Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (Ravens-Sieberer et al. 2006) festgestellt. Auch hier wird von knapp 50 % der Kinder mit psychischen Störungen gesprochen, die nicht ausreichend versorgt werden.

Kinder mit komplexen sozialpädiatrischen und psychiatrischen Behandlungsproblemen bedürfen einer ambulanten ärztlichen Betreuung als Alternative zur stationären Versorgung. Hierfür ist eine Sozialpsychiatrievereinbarung besonders geeignet, die alle Krankenkassen in Brandenburg mit der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg abschließen sollten. Muster für eine solche Vereinbarung ist die am 01. Juli 1994 zwischen dem Verband der Ersatzkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossene Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Nach dieser Vereinbarung erhält der kinderpsychiatrisch tätige Arzt die notwendige Finanzierungsgrundlage, um nicht-ärztliche Mitarbeiter in seiner Praxis anstellen und die Zusammenarbeit zwischen den in der Betreuung des psychisch kranken Kindes tätigen Berufsgruppen sicherstellen zu können. Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater werden durch die Sozialpsychiatrievereinbarung in die Lage versetzt, interdisziplinäre Praxisteam zu bilden, d. h. mit Heilpädagogen, Psychologen, Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern und anderen sogenannten komplementären Berufsgruppen zusammenzuarbeiten. Wenn diese Berufsgruppen nicht unmittelbar in der Praxis beschäftigt werden, hat der Kinder- und Jugendpsychiater, der an einer Sozialpsychiatrievereinbarung teilnimmt, nachzuweisen, dass er mit diesen Berufsgruppen im Bedarfsfall kooperiert.

Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg: Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen



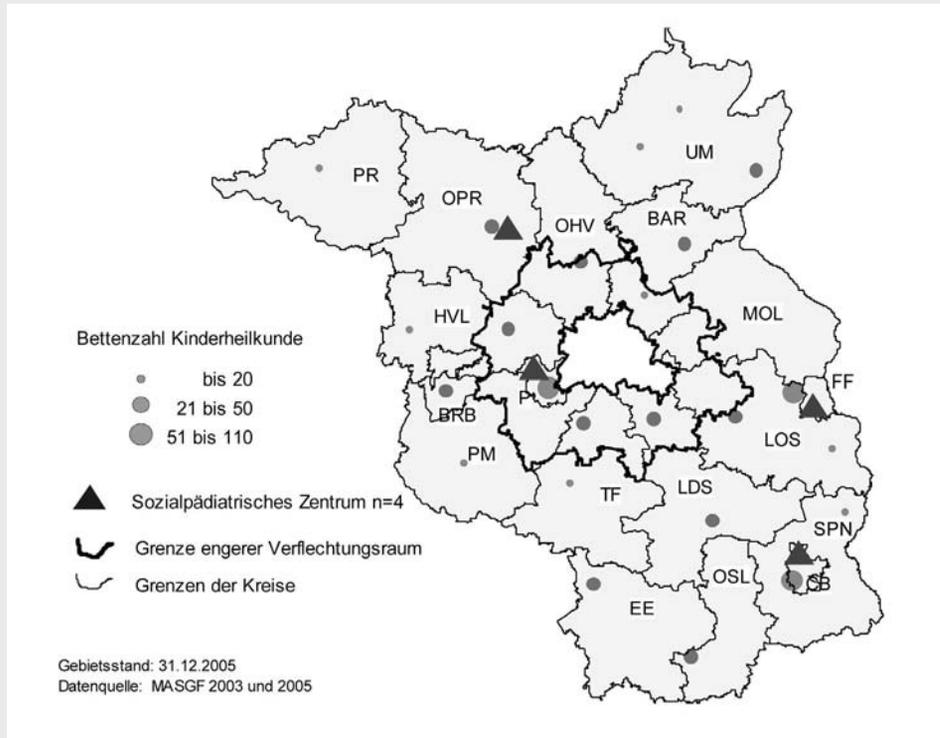
Ziel: Eine ambulante kinderpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung ist in allen Regionen gesichert.

Im Unterschied zur ambulanten Versorgung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen ist die kinder- und jugendpsychiatrische Krankenhausversorgung insgesamt ausreichend.

3.3 Versorgung in Krankenhäusern

Kinder sollen nach Möglichkeit nicht zusammen mit erwachsenen Patienten behandelt werden. Das Land Brandenburg ist in der pädiatrischen Versorgung neue Wege gegangen, um die Krankenhausversorgung besser auf die Bedürfnisse der Kinder abzustellen. Die Krankenhausplanung achtet auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in pädiatrischen Fachabteilungen. Vor dem Hintergrund des Bevölkerungsrückgangs in den jüngeren Jahrgängen (und damit auch der Behandlungsfälle) war es zur Sicherstellung einer qualifizierten flächendeckenden pädiatrischen Versorgung notwendig, neue Organisationsformen der Versorgung von Kindern im Krankenhaus zu schaffen. Eigenständige hauptamtlich geleitete Fachabteilungen konnten nicht mehr im bislang gewohnten Umfang vorgehalten werden. Der „Zweite Krankenhausplan des Landes Brandenburg“ (www.masgf.brandenburg.de) sah daher erstmals ein Modell der Integration pädiatrischer Versorgungsleistungen in andere Fachabteilungen vor, das in der Praxis im Land Brandenburg an einigen Krankenhäusern bereits eingeführt wurde. So werden an einer Reihe von Krankenhausstandorten, die in den zurückliegenden Jahren weniger als 1.000 Behand-

Abbildung 20: Krankenhäuser mit Betten für Kinderheilkunde und Sozialpädiatrische Zentren



lungsfälle in der Pädiatrie zählten, keine eigenen hauptamtlich geleiteten Abteilungen für Pädiatrie mehr vorgehalten. Die ärztliche und pflegerische pädiatrische Kompetenz war an diesen Standorten vielmehr in eine andere Hauptfachabteilung zu integrieren, zumeist in die Fachabteilung für Innere Medizin. Damit hat der Krankenhausträger nach wie vor die Verpflichtung und das Recht, entsprechend qualifizierte, weitergebildete Kinderärzte und Kinderpflegekräfte zu beschäftigen. Insgesamt zeigt die räumliche Verteilung der Einrichtungen, dass Familien im Nordosten und Nordwesten weitere Wege haben (Abbildung 20).

2005 boten 31 Brandenburger Kliniken Geburtshilfe an. Das Land Brandenburg verfolgt in der Krankenhausplanung das Ziel, die stationäre Versorgung der Bevölkerung auch in weniger besiedelten Gebieten zu erhalten. In Bezug auf die Geburtshilfe muss dabei Wohnortnähe und Dezentralität gegen Qualitätserfordernisse abgewogen werden. Wenige größere geburtshilfliche Stationen können umfassendere Leistungen anbieten als viele kleinere.

Brandenburg verfügt über drei perinatalogische Zentren in Potsdam, Frankfurt (Oder) und Cottbus sowie vier perinatalogische Schwerpunkte in Neuruppin, Schwedt, Eberswalde und Bran-

denburg an der Havel. Dort werden gefährdete Neugeborene z. B. auf neonatologischen Intensivplätzen versorgt und dies in der Nähe von leistungsfähiger Geburtshilfe (MASGF 2003).



Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg: Kinderärztliche Versorgung

Ziel: Kinder und Jugendliche werden in Brandenburg durch Kinder- und Jugendärzte und möglichst wohnortnah versorgt.

- Kinder und Jugendliche werden in Krankenhäusern altersgerecht in Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin versorgt.
- Kinder werden vor, während und nach der Geburt qualifiziert versorgt.

3.4 Kinderorientierte Politik - Präventionsprogramme im Land Brandenburg

Die Landesregierung Brandenburg hat 2005 das Programm für Familien- und Kinderfreundlichkeit „Die Brandenburger Entscheidung – Familien und Kinder haben Vorrang!“ beschlossen (www.masgf.brandenburg.de). Ende 2005 ist das Programm um einen Maßnahmenkatalog ergänzt worden.

Ein Zielbereich des Familienprogramms ist die Kindergesundheit. Hierfür „soll die Erziehungskraft der Eltern und Familien gestärkt werden. Alle Kinder sollen gesund aufwachsen, kein Kind soll vernachlässigt und zurückgelassen werden“. Weitere zentrale Ziele des familien- und kinderpolitischen Programms der Landesregierung sind (MASGF und MBSJ 2005):

In Brandenburg ...

- sollen wieder mehr Kinder geboren werden.
- soll ein gesamtgesellschaftlicher Wertewandel hin zu positiven Einstellungen zu Kindern und Familien vorangetrieben werden.

- soll Müttern und Vätern ermöglicht werden, die Anforderungen von Familie und Berufsleben miteinander vereinbaren zu können.
- soll eine kinder- und familiengerechte Infrastruktur gesichert und systematisch weiterentwickelt werden.
- sollen Kinder und Familien im politischen Alltag und besonders an sie betreffenden politischen Entscheidungen mitwirken können.
- wird angestrebt, allen Familien eine auskömmliche wirtschaftliche Lage zu ermöglichen.

3.4.1 Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg

Verantwortung für die Gesundheit und günstigen Entwicklungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen tragen außer den Eltern viele weitere Akteure. Unter dem Oberziel „Kinder und Jugendliche sollen in Brandenburg gesund aufwachsen können“ haben sich ca. 70 Akteure zum Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg zusammengeschlossen. Darunter Ministerien, Kommunen, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung, der Landesverband der Kinder- und Jugendärzte, akademische Einrichtungen, Wohlfahrtsverbände, freie Träger und Initiativen. Das Gesundheitsministerium moderiert den Gesundheitszieleprozess (v. Braunmühl 2005).

Das Bündnis hat sich für einen breit angelegten Zielprozess entschieden, der derzeit 6 Handlungsfelder umfasst:



1. Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung
2. Früherkennung/ Frühförderung
3. Mundgesundheit
4. Unfall- und Gewaltprävention
5. Seelische Gesundheit
6. Pädiatrische Versorgung

Für alle Handlungsfelder sind Ziele, Teilziele und Maßnahmen vereinbart, die Ende 2006 überprüft und angepasst wurden. Allerdings sind die Ausgangslagen auf den genannten Handlungsfeldern höchst unterschiedlich. Während bei Mundgesundheits Daten, Indikatoren, Zuständigkeiten und Instrumente klar und die Ausgangslagen vergleichsweise gut sind, ist dies z. B. bei den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Unfall- und Gewaltprävention, Stress und seelische Gesundheit völlig anders.

Eine Reihe von Handlungsstrategien, die im Bündnis Gesund Aufwachsen inzwischen entwickelt wurden, zielen darauf ab, die gesundheitlichen Folgen sozialer Ungleichheit insbesondere in den Lebenswelten (Settings) Kita, Schule, Familie und Freizeit zu kompensieren. Auf diese Weise sollen Lebensbedingungen für Kinder, Eltern, Erzieher und Lehrer nachhaltig positiv und unabhängig von der sozialen Lage der Beteiligten beeinflusst werden. „Kein Kind darf zurückgelassen werden“ lautet daher auch kurzgefasst das Hauptziel.

Bezüglich „Gesund Aufwachsen“ knüpft Brandenburg an bundesweite Gesundheitsziele an (www.gesundheitsziele.de). Allerdings unterscheidet sich das brandenburgische vom nationalen Gesundheitsziel für Kinder und Jugendliche in der Breite der Handlungsfelder und in der Struktur der Zieltabellen. Das Bündnis Gesund Aufwachsen entwickelt sich zu einer Art „Frühwarnsystem“, das auf Unzulänglichkeiten in der kindlichen Gesundheitsversorgung aufmerksam macht und Vorschläge zur Verbesserung unterbreitet.

Im vorliegenden Report wird regelmäßig auf das Bündnis Bezug genommen. Für einige Zielbereiche des Bündnisses kann dieser Bericht eine Datengrundlage bieten, die später auch eine Evaluation des Bündniserfolges möglich machen

wird. In Kap. 7 wird die brandenburgische Politik durch Gesundheitsziele dargestellt. Das Bündnis Gesund Aufwachsen ist ein zentraler Teil der brandenburgischen Gesundheitspolitik.

3.4.2 Maßnahmen des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie

Netzwerk Gesunde Kita

Der Aufbau des Netzwerkes „Gesunde Kita“ begann im Jahr 2002. Das Basiskonzept beschreibt drei Handlungsfelder der Gesundheitsförderung in Familie und Kindereinrichtungen:

- Bewegungs- und Gesundheitsförderung
- Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten in Kita und Familie
- Psychische Stabilität – „Kinder stark machen“.

Derzeit (Ende 2006) arbeiten 16 Kitas aus vier Landkreisen und zwei kreisfreien Städten in einem Netzwerk zusammen, das von einer Koordinierungsstelle unterstützt wird. Die Kitas arbeiten an gesundheitsfördernden Projekten und an einem gesundheitsfördernden Profil. Schwerpunktaufgaben der Netzwerkkoordinatorin sind insbesondere

- fachliche Begleitung und Beratung,
- Organisation regelmäßiger Netzwerktreffen,
- Planung von Fortbildungsveranstaltungen und Lehrgangsangeboten,
- Öffentlichkeitsarbeit,
- Erweiterung des Netzwerkes,
- Aufbau von Kooperationsstrukturen, z. B. mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, Krankenkassen.

Konsultationskitas Gesundheit

Konsultationskitas sind Bestandteil eines Praxisunterstützungssystems, das das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBJS) in den vergangenen Jahren zur fachlichen Unterstützung

der pädagogischen Kita-Praxis geschaffen hat. Landesweit existieren derzeit acht Konsultationskitas, die sich durch einen besonderen fachlichen Schwerpunkt und vorbildliche Arbeit auszeichnen. Sie stehen exemplarisch für einen speziellen inhaltlichen Ansatz oder einen Arbeitsschwerpunkt und haben den Auftrag, interessierten Mitarbeiterinnen von Kitas, den Trägern und Jugendämtern ihr pädagogisches Konzept darzustellen. Auf dem Weg über Hospitationen, Arbeitstreffen, kollegiale und telefonische Beratung können Einrichtungen, die sich mit ähnlichen Konzepten beschäftigen, von den Konsultationskitas wichtige Informationen und Anregungen für die eigene pädagogische Praxis erhalten.

Regional haben die Konsultationskitas die Aufgabe, in Zusammenarbeit mit den Praxisberaterinnen der örtlichen Jugendämter, Netzwerke für Fortbildung und Beratung aufzubauen, so dass dadurch Treffpunkte entstehen, die sich im Laufe der Zeit im Land Brandenburg zu regionalen pädagogischen Zentren entwickeln. Die Konsultationskitas sollen gerade im stark ländlich geprägten Brandenburg eine langfristig selbst tragende Praxisunterstützungsstruktur schaffen.

Für diese Aufgabe stellt das Land jeder Konsultationskita 10.000 Euro/Jahr zur Verfügung, von der zusätzlich eine viertel Erzieherinnenstelle für die Konsultationsarbeit geschaffen werden muss.

In vier Regionen werden Konsultationskitas „Gesundheit“ etabliert. Die Mitglieder des derzeit bestehenden „Netzwerkes Gesunde Kita“ werden diesen Konsultationskitas regional zugeordnet. Die bei päda – Pädagogik aktuell e. V. angesiedelte Leitstelle des derzeitigen „Netzwerkes Gesunde Kita“ übernimmt die Aufgaben einer Landesregiestelle für die „Gesunden Kitas“ im Land Brandenburg, einschließlich der Konsultationskitas „Gesundheit“. Diese Struktur entspricht der bewährten Struktur im Bereich der Suchthilfe mit den überregionalen suchtpreventiven Fach-

stellen (ÜSPFS) und der Brandenburgischen Landesstelle gegen Suchtgefahren (BLS).

Anforderungen, die aus gesundheitspolitischer Sicht an Konsultationskitas im Bereich Gesundheitsförderung gestellt werden:

- Bewegungsförderung bildet den Schwerpunkt der pädagogischen Arbeit und ist Ausgangspunkt für gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen in den Handlungsfeldern „Gesunde Ernährung“ und „Stressprävention“.
- Stärkung der elterlichen Kompetenz in Gesundheitsfragen ist elementarer Bestandteil der Kita-Arbeit.
- Zur Sicherung der Nachhaltigkeit sind beide Themenschwerpunkte Bestandteil des pädagogischen Konzeptes der Kita.
- Die qualitätssichernden Standards des MBS für Konsultationskitas werden eingehalten.
- Konsultationskitas sind Partner bestehender oder zukünftiger (lokaler) „Netzwerke Gesunde Kinder“.

Lokale Netzwerke Gesunde Kinder

Kern des Pilotprojekts ist der Aufbau lokaler Netzwerke zur Förderung der gesundheitlich-sozialen Entwicklung von Kindern in den ersten Lebensjahren. Die Netzwerke richten ihre Angebote bewusst nicht an besondere Problemgruppen, sondern an alle Kinder (in den ersten Lebensjahren) und ihre Eltern. Bezogen auf die Lebensphasen Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit werden alle Berufsgruppen und Einrichtungen ihre präventiven und familienunterstützenden Angebote für Schwangere, Mütter und kleine Kinder lokal koordinieren und aufeinander abstimmen.

Dabei wurden Erfahrungen aus ähnlichen Projekten in Deutschland, Finnland und den Niederlanden einbezogen, z. B. die Erfahrungen der Städte Nürnberg und Oberursel über den Einsatz familienbegleitender Paten.

Das Niederlausitzer Netzwerk (am Standort Lauchhammer) nahm am 01.06.2006, das

Havelland-Netzwerk (an den Standorten Rathenow und Nauen) am 20.09.2006 die Arbeit auf. Zuletzt wurde ein lokales Netzwerk auch im Landkreis Barnim gebildet. Über die Netzwerkkoordinatorin werden die Akteure im derzeitigen Versorgungssystem durch Informations- und Einführungsveranstaltungen sowie Arbeitsgruppen zusammengeführt, Schnittstellen beschrieben und Synergiepotenziale erfasst.

In den Netzwerken arbeiten zusammen: Schwangerschaftskonflikt-Beratungsstellen, niedergelassene Gynäkologen, Hebammen, geburtshilfliche Klinik, klinisch tätige und niedergelassene Pädiater, Kinder und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes, Jugendamt und Sozialamt, Physiotherapeuten, Logopäden, das Sozialpädiatrische Zentrum und die regionale Frühförderstelle.

Ergänzend zur lokalen Netzwerkarbeit werden professionelle oder geschulte ehrenamtliche Paten alle am Programm teilnehmenden Familien beraten und betreuen. Ein besonderes Augen-

merk gilt dabei den Familien in sozial schlechten Lebenslagen, die das bisherige Versorgungssystem nur unzureichend in Anspruch nehmen und deren Kinder deshalb ungleich höheren Gesundheitsrisiken unterliegen.

Aus der Durchführung des Projekts sollen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, wie lokale Netzwerke Gesunde Kinder auch an anderen Standorten in Brandenburg, möglichst flächendeckend, inhaltlich strukturiert und regelfinanziert werden können. Um diese Erkenntnisse gewinnen zu können, ist es notwendig, über einen Vergleich hinsichtlich fachlicher Inhalte, Strukturen und Kosten zu verfügen. Daher ist die Durchführung von Vergleichsprojekten an weiteren Standorten erforderlich. Über die Etablierung weiterer lokaler Netzwerke Gesunde Kinder ist nach Vorliegen der Ergebnisse aus einer Zwischenevaluierung des Pilotprojekts 2007 zu entscheiden. Konzept und Ergebnisse des Pilotprojekts werden allen Kreisen und kreisfreien Städten zeitnah zur Verfügung gestellt, damit diese ihre Entscheidungen über einen möglichen Transfer treffen können.

Dieses Kapitel widmet sich der Gesundheit der Kleinsten und beginnt daher bei den Müttern, denn die gesundheitliche und soziale Lage werdender Mütter bestimmt den Start ins Leben wesentlich mit. Mütter und Babys in Brandenburg sind medizinisch gut versorgt.

4.1 Rund um die Geburt

Die Mehrzahl der Brandenburger Kinder wird von Müttern zwischen 18 und 30 Jahren geboren, ein günstiger Umstand aus geburtshilflicher Sicht. Die Frühgeburtlichkeit, ein bevölkerungsmedizinisch wichtiges Thema, wächst auch in Brandenburg tendenziell an.

Familiengründungen in Brandenburg sind seit der Wende durch Aufschub von Geburten charakterisiert. Das durchschnittliche Alter der Mütter bei der Geburt hat laut Bevölkerungsstatistik zugenommen. Es lag 2005 in Brandenburg bei 28,9 Jahren, damit 1,2 Jahre niedriger als in Deutschland insgesamt (30,1), aber 3,3 Jahre höher als 1991 (25,6).

2005 entfielen 1,3 % der Geburten (182) in Brandenburger Kliniken auf minderjährige Mütter (Tendenz fallend), dagegen 2,5 % (363) auf Mütter ab 40 Jahren (Tendenz steigend). Der Anteil der Mütter im – aus geburtshilflicher Sicht risikoreichen – Alter von 18 bis unter 30 Jahren lag bei 60 % (Deutschland 2005: 46 %).

Daten zu Geburten

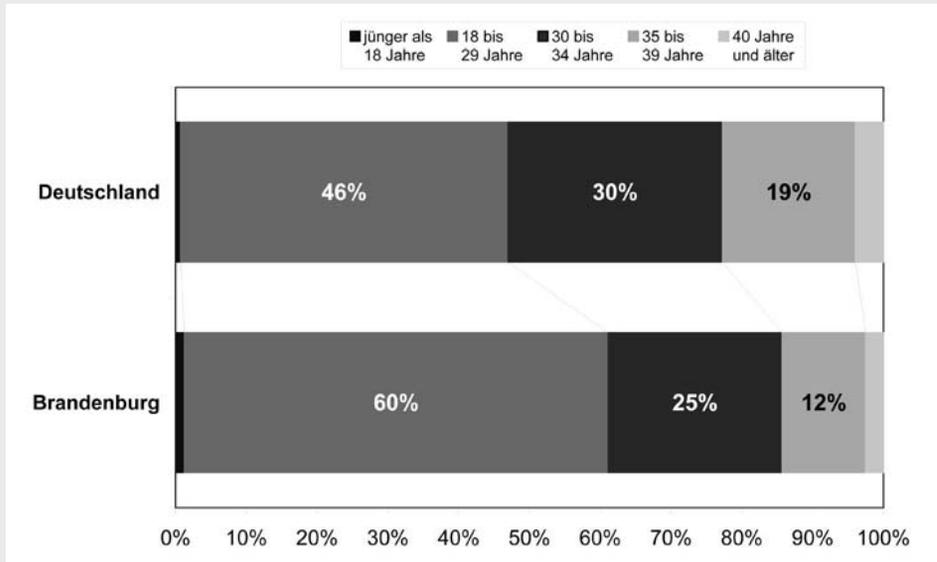
Im Folgenden werden Daten berichtet, die sich auf unterschiedliche Populationen und Quellen beziehen: Die Jahresauswertungen Geburtshilfe 2002 - 2005 beziehen sich entweder

auf die Entbundenen (Geburten, Mütter) oder auf die Geborenen in Brandenburger Kliniken. Durch Mehrlingsgeburten gibt es mehr geborene Kinder (2005: 14.683) als Entbundene (2005: 14.514). Die Zahl der in Brandenburger Kliniken Geborenen ist außerdem kleiner als die Zahl der standardmäßig in der Bevölkerungsstatistik ausgewiesenen Geborenen mit Wohnort Brandenburg, von denen einige außerhalb von Brandenburg oder außerhalb von Krankenhäusern (z. B. im Geburtshaus) zur Welt kommen.

Geburten vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche (SSW) zählen als Frühgeburten. Sie tragen wesentlich zu Krankheiten und Sterblichkeit im Säuglingsalter bei. Die Frühgeburtlichkeit, die in Deutschland bis Mitte der 90er-Jahre um 7 % lag, ist auf über 9 % angestiegen. 8,1 % (1.189) der 2005 in Brandenburger Kliniken Geborenen kam zu früh zur Welt, darunter 171 vor vollendeter 32. Schwangerschaftswoche.

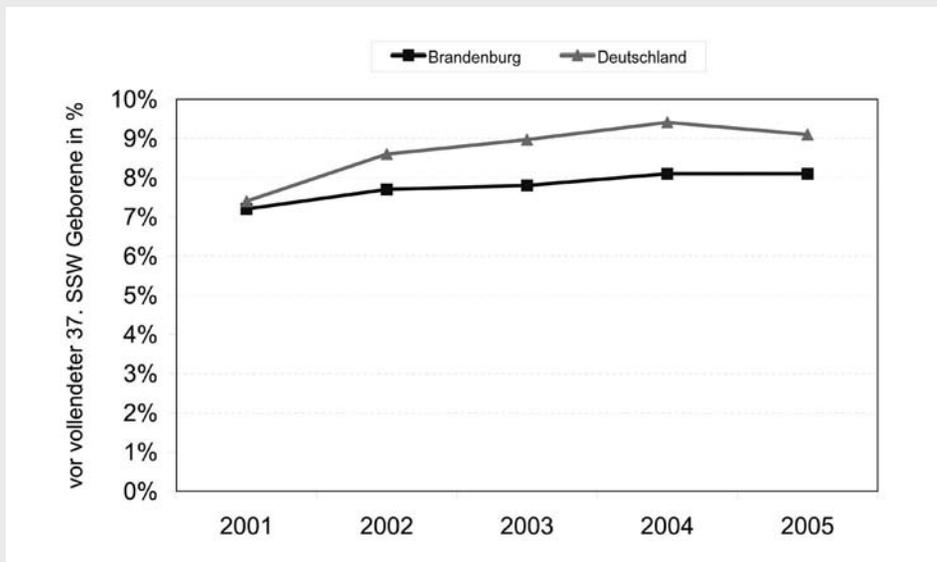
Je kürzer die Schwangerschaftsdauer, desto höher das Risiko schwerwiegender und/oder dauerhafter Schädigungen des Kindes, insbesondere das Risiko für Cerebralpareesen, Sinnesbehinderungen (wie Seh- und Hörstörungen), geistige und Mehrfachbehinderungen. Bei sehr kleinen bzw. sehr unreifen Frühgeborenen wird die Langzeitüberwachung durch Sozialpädiatrische Zentren angestrebt, um zum geeigneten Zeitpunkt Maßnahmen der Frühförderung einleiten zu können.

Abbildung 21: Mütter bei Entbindung 2005 nach Alter



Quelle: Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung 2006, Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung 2006

Abbildung 22: Frühgeburtsraten



Quelle: Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung 2003-2006; Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung 2003-2006

Frühgeburt: Risikofaktoren und Prävention

Vielfältige Risikofaktoren stehen im Zusammenhang mit Frühgeburtlichkeit. Einer davon ist das steigende mütterliche Alter bei der Geburt. Des Weiteren steigt durch Kinderwunschbehandlungen die Wahrscheinlichkeit für Mehrlingsschwangerschaften, und diese enden häufiger mit einer Frühgeburt. Auch das Rauchen ist ein Risikofaktor.

In Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen wurden außer dem Alter der Mutter insbesondere soziale Risiken und Stressfaktoren ermittelt, wobei diese regional und kulturell geprägt sind. Frühgeburten und Geburtsuntergewicht treten eher in Städten als in ländlichen Gebieten auf und hängen mit der Arbeitslosen- und Sozialhilfequote der Region eng zusammen (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen 2002). Unverheiratete sowie erwerbstätige Schwangere tragen ein höheres Frühgeburtsrisiko (Sozial-

ministerium Baden-Württemberg 2000). In Brandenburg sind derartige Zusammenhänge bisher nicht untersucht.

Häufige direkte Ursache insbesondere der frühen Frühgeburten vor der 32. Schwangerschaftswoche sind aufsteigende genitale Infektionen. Frühgeburten dieses Typs lassen sich abwenden, wenn man auf die ersten Anzeichen dieser Infektionen – Veränderung des pH-Wertes im vaginalen Milieu – reagiert. Entsprechende Empfehlungen spricht die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe aus (AWMF 2006). Die regelmäßige Testung des pH-Wertes kann von der Schwangeren mittels Indikatorhandschuh selbst durchgeführt werden. Die Methode ist bisher nicht in die Mutterschafts-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen aufgenommen; sie wird jedoch seit Oktober 2003 von vier Krankenkassen in fünf Bundesländern erprobt (Informationen unter <http://www.saling-institut.de>).

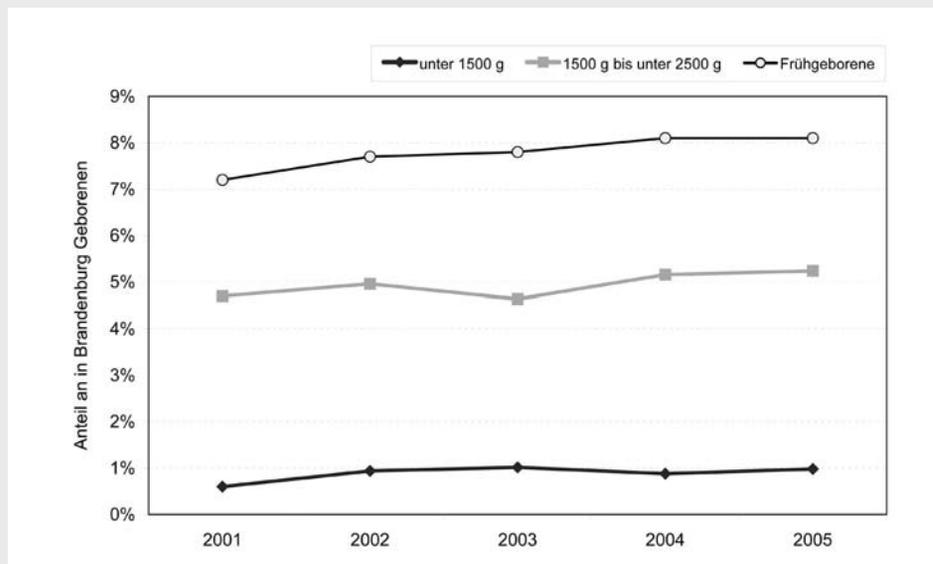
Einige Bundesländer berichten im Zusammenhang mit der steigenden Frühgeburtlichkeit über einen Anstieg der Rate untergewichtig Lebendgeborener, und zwar sowohl bei sehr leichten Geborenen (unter 1.500 g), als auch in der Gewichtsklasse 1.500 g bis 2499 g, so Nordrhein-Westfalen (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen 2002), Baden-Württemberg (Sozialministerium Baden-Württemberg 2000), Niedersachsen (Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales 2002) und Mecklenburg-Vorpommern (Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern 2005). Es handelt sich beim Anstieg von Frühgeborenenraten wie der

Rate untergewichtig Geborener um langfristig zu beobachtende Entwicklungen.

4.2 Das neue Familienmitglied

Vielen Eltern gelingt es schon in der Schwangerschaft, sich auf die großen Veränderungen einzustimmen, die bald ihren Alltag aus dem gewohnten Tritt bringen werden. Diese Reorganisationsprozesse sind jedoch komplex und störanfällig. Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin weist in ihren Leitlinien (AWMF 2002) auf Störungen der frühen Eltern-Kind-Beziehungen hin, die auf vielfältige Ursachen zurückgehen können. Behandlungsbedürftig ist dabei nicht die einzelne Person,

Abbildung 23: Frühgeborene und untergewichtig Geborene in Brandenburger Kliniken



Quelle: Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung 2002-2005

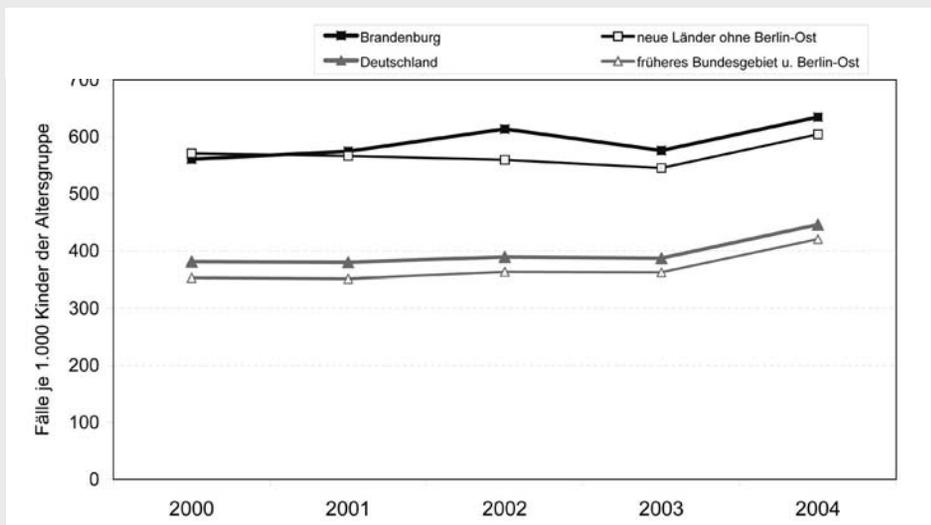
sondern die Beziehung Mutter-Kind bzw. Vater-Mutter-Kind. Interdisziplinäre Angebote, die psychologische, pädagogische und kinderärztliche Hilfen bereitstellen, sind hier gefragt. Zu nennen ist die Elternberatung an der Fachhochschule Potsdam.

Babys entwickeln normalerweise ein großes Repertoire stimmlicher Äußerungen. Sie spielen mit Lauten, sie gurren, lallen und machen mit Schreien auf ihre Bedürfnisse aufmerksam. Viele Eltern erkennen z. B. den Hungerschrei und den Schmerzscrei und können meist schnell Abhilfe schaffen. Aber 10 % bis 20 % der Eltern klagen, dass ihr Baby ohne erkennbaren Anlass viel und untröstlich schreit. Schreien und Nörgeln für mehr als drei Stunden am Tag an mehr als drei Tagen pro Woche in den letzten drei Wochen gilt aus ärztlicher Sicht als exzessiv (Wolke 2006). Eltern exzessiv schreiender Babys leiden unter großen

Belastungen und brauchen Hilfe, die von Fall zu Fall sehr unterschiedlich sein kann. Medizinische Abklärung, Gespräche, Hausbesuche können dazu beitragen, die Krise zu überstehen und längerfristige Störungen der Eltern-Kind-Beziehung zu vermeiden (AWMF 2003).

In keiner anderen Lebensphase ist die Zusammensetzung und Menge der Nahrung so wichtig wie im ersten Lebensjahr. Ausschließliches Stillen ist die ideale Ernährung in den ersten sechs Lebensmonaten. Über diesen Zeitraum hinaus empfiehlt die WHO ein teilweises Stillen, solange Mutter und Kind es wünschen. Daten zum Stillverhalten liegen für Brandenburg nicht vor. Nach einer deutschlandweiten Studie versuchten 91 % der Mütter, ihr Baby zu stillen. Bei Entlassung aus der Klinik wurden 73 % der Babys ausschließlich gestillt, nach 14 Tagen nur noch 60 %, gegen Ende des zweiten Monats 42 % und nach sechs

Abbildung 24: Krankenhausfälle je 1.000 unter 1-Jährige, alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen (A00-T98), ohne Stundenfälle, nach Wohnort



Quelle: gbe-bund.de

Monaten nur noch 10 % (DGE 2001). Es gibt eine anfängliche Motivation, die oft an eher kleinen Hindernissen scheitert. Anleitung, Ermutigung und Begleitung kann z. B. durch Hebammen oder Stillgruppen geleistet werden.

Zur Förderung des Stillens gibt es seit 1994 eine Nationale Stillkommission, die beim Bundesinstitut für Risikobewertung angesiedelt ist, sowie die WHO-/UNICEF-Initiative Stillfreundliches Krankenhaus, die vom Verein BFHI e. V. getragen wird. Krankenhäuser können eine Zertifizierung als „stillfreundlich“ (neuerdings: „babyfreundlich“, „babyfriendly“) bekommen, wenn sie bestimmte Standards nachweisen (u. a. Anlegen des Kindes in der ersten halben Stunde nach der Geburt, Förderung des Stillens „nach Bedarf“, Rooming-in, Personalschulung, Werbeverbot für Muttermilchersatzprodukte). 28 Kliniken in Deutschland sind nach diesen Kriterien zertifiziert. Branden-

burger Krankenhäuser haben sich bisher nicht beworben.

4.3 Babys im Krankenhaus

Brandenburger Kinder – nicht nur die im ersten Lebensjahr – werden häufiger im Krankenhaus behandelt als Kinder in Deutschland insgesamt. Es wurden bei den Brandenburger Babys 2004 rund 11.500 Krankenhausfälle (bei rund 18.000 Babys) gezählt; darunter gibt es Mehrfachnennungen von Babys, die innerhalb eines Jahres wiederholt behandelt werden mussten. Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus betrug im Jahr 2004 7,6 Tage und damit einen Tag weniger als in Deutschland insgesamt. In diese Angaben der Krankenhausdiagnosestatistik sind nur die Diagnosen A00 bis T98 bei Aufenthalten von einem Tag oder länger einbezogen. Stundenfälle, die Geburten selbst sowie die postpartale Betreuung gesunder Neugeborener sind nicht enthalten.

Der häufigste Behandlungsanlass ist in Brandenburg wie auch in Deutschland im ersten Lebensjahr die Diagnosegruppe „Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode ha-

ben“ (P00 bis P96 nach ICD-10). Diese Gruppe, zu der alle Ereignisse rund um Schwangerschaft und Geburt gehören, stellt rund 40% der Behandlungsanlässe.

Risiken beim Start ins Leben: „Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“ (Diagnosegruppe P00 bis P96 nach ICD-10)

Aller Anfang ist schwer. Das gilt besonders für Frühgeborene. Wegen kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht (P07) wurden 2004 7,2 % der Brandenburger Säuglinge (absolut: 1.305) im Krankenhaus behandelt. Dies ist die häufigste Einzeldiagnose bei den Krankenhausfällen im ersten Lebensjahr.

Die Umstellung des Neugeborenen auf seine neue Umwelt bedeutet eine große Hürde selbst für reif Geborene. Unter der Geburt kann Sauerstoffmangel (Asphyxie, P21) eintreten. Nach der Geburt müssen Atmung

und Herz-Kreislaufsystem augenblicklich in Gang kommen. Diese sogenannte kardiorespiratorische Adaptation verläuft bei 90 % der Neugeborenen problemlos, 10 % müssen entsprechend versorgt werden (Koletzko 2004). Atemnot (P22) und sonstige Atemstörungen (P28) stellen häufige Anlässe für eine Krankenhausbehandlung dar.

Ein weiteres Problem sind fetale und neonatale Infektionen (P35-P39). Die bakteriell verursachte Neugeborenenrose (P36) ist unter diesen die häufigste Einzeldiagnose. Die Erreger entstammen dem mütterlichen Genitaltrakt oder dem postnatalen Umfeld. Häufig gehen dieser Erkrankung ein vorzeitiger Blasensprung und Aufenthalt des Neugeborenen auf der Intensivstation voraus (Koletzko 2004).

4.4 Säuglingssterblichkeit

Unter Säuglingssterblichkeit versteht man die Sterbefälle der unter 1-Jährigen bezogen auf 1.000 Lebendgeborene. Etwa ein Viertel dieser Sterbefälle ereignet sich bereits in den ersten 24 Stunden nach der Geburt (sogenannte Neugeborenensterblichkeit).

Seit 1990 ist die Säuglingssterblichkeit in Brandenburg wie auch in Deutschland insgesamt weiter gesunken. 2005 wurden noch vier Sterbefälle je 1.000 unter 1-Jährigen gezählt. Das sind weniger als 80 Fälle pro Jahr. Die Säuglingssterblichkeit entspricht der in Deutschland insgesamt. Die jährlichen Schwankungen, vgl. Abbildung 25, sind auf die kleinen Fallzahlen zurückzuführen.

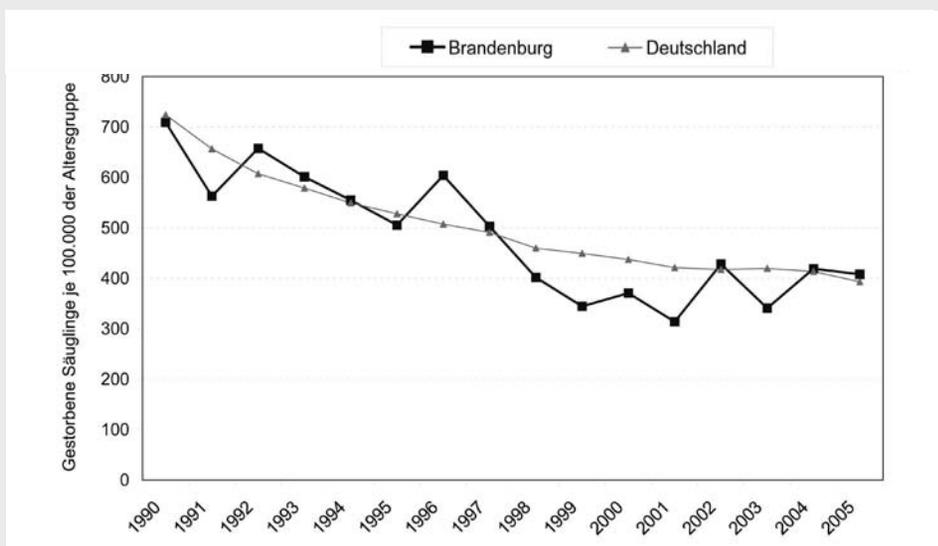
47 % der Todesfälle im ersten Lebensjahr in Deutschland werden durch Besonderheiten der Perinatalperiode, also Beeinträchtigungen wäh-

rend Schwangerschaft und Geburt, verursacht. Angeborene Fehlbildungen (hierunter auch die Chromosomenanomalien) sind mit 26 % die zweithäufigste Todesursache. An dritter Stelle stehen Todesfälle mit unspezifischer Symptomatik wie der plötzliche Säuglingstod. In Brandenburg ist wegen der geringen absoluten Zahl von Sterbefällen bei Säuglingen die Bildung einer Rangfolge von Todesursachen nicht sinnvoll.

Plötzlicher Säuglingstod

Der plötzliche Säuglingstod (Sudden Infant Death Syndrome, SIDS) trifft etwa 0,5 von tausend anscheinend gesunden Säuglingen in Deutschland, und zwar meist im ersten halben Lebensjahr. Obwohl die Ursachen nicht endgültig geklärt sind, konnten vermeidbare Risiken identifiziert werden. Dadurch

Abbildung 25: Sterbefälle je 100.000 unter 1-Jährige



Quelle: gbe-bund.de

verringerte sich in Deutschland und in vielen anderen Ländern seit den 1990er-Jahren die Sterblichkeit an SIDS. Während 1990 noch 25 % der Säuglingssterblichkeit in Deutschland dem plötzlichen Säuglingstod zugerechnet wurden, waren es 2005 nur noch 11 %. Die wichtigsten Vorsichtsmaßnahmen: Eltern sollten das Baby unbedingt in Rückenlage

schlafen lassen (gilt nicht für Frühgeborene) und für eine rauchfreie Umgebung sorgen. Das Baby muss vor Überwärmung geschützt werden. Es wird empfohlen, das Baby im eigenen Bettchen im Schlafsack (ohne Kissen und Decken) im Elternschlafzimmer schlafen zu lassen.

Tabelle 7: Sterbefälle je 100.000 unter 1-Jährige 2005 nach Todesursache

	Deutschland	Brandenburg
Ursache Perinatalperiode (P)	181,8	192,8
Ursache Fehlbildungen (Q)	100,7	60,6
Ursache unspezifische Symptome (R), u. a. plötzlicher Säuglingstod (SIDS)	59,5	115,7
Andere Ursachen	45,7	32,9
Gesamt	387,7	402,0

Quelle: gbe-bund.de

Eine Reihe von Faktoren bestimmen die Gesundheit, Entwicklung und Krankheitsanfälligkeit der Kinder. Die genetische Ausstattung und Umweltfaktoren spielen eine große Rolle. Einen starken Einfluss haben soziale Faktoren, d. h. die konkreten Lebensverhältnisse. Dies wird hier hervorgehoben, weil die Wissenschaft einerseits seit Jahren Belege für die Bedeutung der sozialen Verhältnisse aufzeigen kann (Mielck 2005) und weil andererseits hier auch Einfluss- und Veränderungsmöglichkeiten existieren, die von der Gesundheits- und Sozialpolitik, aber auch von anderen Akteuren im Land genutzt werden können.

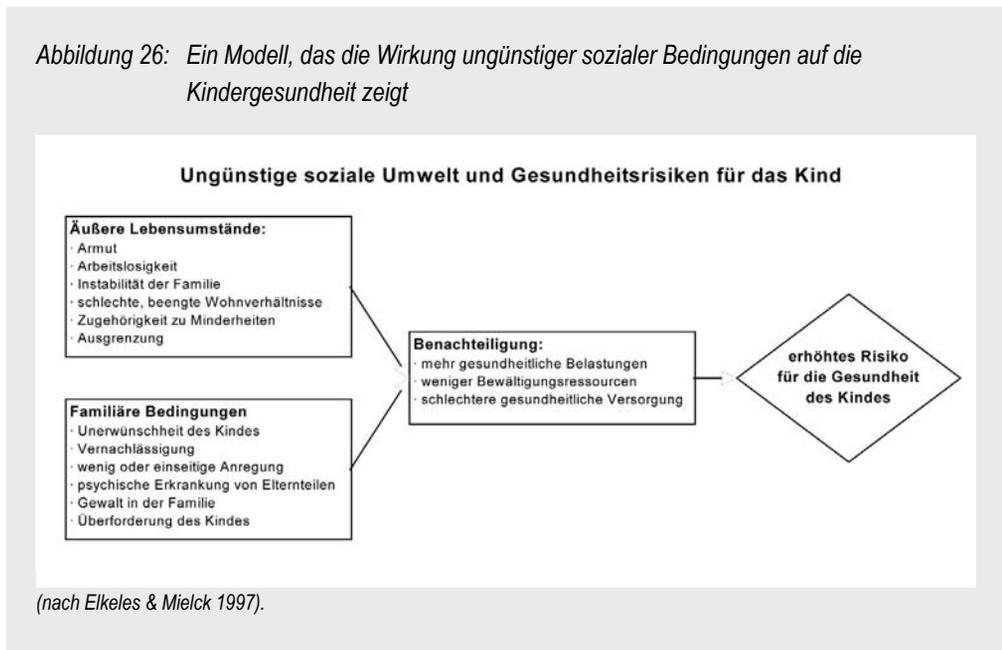
Ungünstige äußere Lebensumstände und ungünstige familiäre Bedingungen gehen damit einher, dass Familien über wenig „soziales Kapital“ verfügen. Soziales Kapital bedeutet Ressourcen für die Familien und ist durch das Eingebundensein der Familien in Netzwerke und Nachbarschaften zur gegenseitigen Unterstützung

gekennzeichnet. Soziales Kapital verschafft Hilfeleistungen, Anerkennung, Teilen von Wissen und Verbindungen bis hin zum Arbeits- oder Ausbildungsplatz. Und schließlich schafft es Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten und die Zuversicht, durch eigenes Handeln, auf das eigene Geschick und das Geschick der Familie Einfluss nehmen zu können.

Was unter ungünstigen sozialen Verhältnissen in den Familien zu verstehen ist und wie der Zusammenhang mit Gesundheitsrisiken bei den Kindern aussehen kann, wird in Abbildung 26 beleuchtet. Mit Benachteiligung des Kindes ist gemeint:

- das Kind ist mehr gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt (z. B. einseitige Ernährung, weniger Zärtlichkeit und geistige Anregungen, Bewegungsmangel)
- das Kind entwickelt weniger Bewältigungsressourcen (z. B. Fähigkeiten der Stressbewältigung, soziale und Kommunikationskompetenz)

Abbildung 26: Ein Modell, das die Wirkung ungünstiger sozialer Bedingungen auf die Kindergesundheit zeigt



- die gesundheitliche Versorgung im Sinne von Früherkennung und optimaler Krankenbehandlung ist schlechter. Behandlung wird später, seltener oder gar nicht in Anspruch genommen

Nicht alle Kinder, die in ungünstigen Verhältnissen aufwachsen, tragen Nachteile und Schäden davon. Aber das Risiko ist größer, Gesundheitsstörungen zu entwickeln (vgl. Kap. 2.3 zur sozialen Lage junger Familien).

5.1 Im Überblick: Gesundheit der Kinder zwischen 1 und 6 Jahren

In den nächsten Kapiteln werden Daten zur Gesundheit der Kita-Kinder und Einschüler vorgestellt. Hierbei beginnen wir mit einem Überblick zu medizinisch relevanten und frühförderrelevanten Befunden. Es folgen Darstellungen zur Gesundheit im Zusammenhang mit sozialen Gegebenheiten (Alleinerziehende, Haus-Kinder, viele Geschwister) und Vertiefungen zu speziellen Gesundheitsproblemen. Zum Großteil fußen die Aussagen auf den Auswertungen der kinderärztlichen Untersuchungen des KJGD der Gesundheitsämter in Kitas und zur Einschulung sowie der zahnärztlichen Untersuchungen der ZÄD der Gesundheitsämter in Kitas und Schulen. Ergänzend zu den Daten der Gesundheitsämter werden im Folgenden auch Daten der Krankenhausstatistik und aus anderen Datenquellen verwendet.

5.1.1 Medizinisch relevante Befunde - wo ärztliches Handeln notwendig ist

Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil an Kindern, die unter ernsteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden. Jungen sind regelmäßig häufiger betroffen als Mädchen. Sprach- und Sprechstörungen sowie Sehfehler und Allergien sind die häufigsten medizinisch relevanten Befunde.

Unter medizinisch relevanten Befunden werden solche verstanden, die ernstere Beeinträchtigungen für die Kinder bedeuten und für die ein medizinischer Handlungsbedarf besteht. Hierzu zählen Krankheiten, schwerere körperliche und seelische Störungen sowie Behinderungen (vgl. Kap. 9).

Medizinisch relevante Befunde nehmen mit dem Alter zu. Das heißt, während bei den 2-Jährigen 16 % der Kinder mindestens einen medizinisch relevanten Befund aufweisen, sind es bei den 5-Jährigen 38 % und bei den ca. 6-jährigen Einschülern sogar ca. 45 % (Tabelle 8). Dass bei den Einschülern schließlich die meisten medizinisch relevanten Befunde diagnostiziert werden, liegt auch daran, dass in dieser Gruppe auch die Kinder enthalten sind, die nicht oder nur sehr kurz eine Kita besucht haben. Kinder, die eine Kita besuchen, haben in den meisten Fällen günstigere Entwicklungsbedingungen (vgl. Kap. 5.3.3).

Es gibt Geschlechtsunterschiede: Jungen weisen häufiger Befunde auf, die durch die soziale Umgebung wesentlich mitbestimmt werden. Das heißt konkret, dass bei Jungen insbesondere verstärkt Sprach- und Sprechstörungen und intellektuelle Entwicklungsverzögerungen diagnostiziert werden. Dieses Phänomen zeigt sich auch bei den psychischen Störungen (siehe unten) und wird auch durch die Fachliteratur bestätigt (RKI 2004).

Betrachtet man neben den Kindern mit Befund auch den Anteil der Kinder, die bereits wegen eines medizinisch relevanten Befundes in Behandlung sind, zeigt sich auch hier ein Anstieg mit dem Alter (Tabelle 8). Dasselbe gilt für die Erstdiagnosen. Von einer Erstdiagnose wird hier gesprochen, wenn der Kinderarzt feststellt, dass das Kind wegen des festgestellten Befundes noch nicht behandelt wird, aber eine Behandlung

Tabelle 8: Medizinisch relevante Befunde 2004/2005

	Kita-Untersuchungen				Einschulungs- untersuchung
	Alter der Kinder				
	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	
Untersuchte Kinder	2.574	5.217	6.629	5.250	24.706
Anzahl der Kinder mit Befund	418	1.399	2.503	1.990	11.131
dar.: Kinder mit Befund	16,2%	26,8%	37,8%	37,9%	45,1%
Kinder in Behandlung	9,5%	12,4%	19,8%	21,0%	28,5%
Kinder mit Überweisungsempfehlung	3,7%	12,4%	18,5%	16,2%	14,9%
Erstdiagnosen*	3,7%	12,2%	18,0%	15,7%	13,9%

*Eine Erstdiagnose liegt dann vor, wenn eine Überweisungsempfehlung ausgesprochen wird und das Kind bislang nicht in Behandlung ist.

Quelle: LGA Brandenburg, kinderärztliche Untersuchungen in Kitas und zur Einschulung

bzw. eine vertiefte Diagnostik notwendig ist. Die Zahl der Erstdiagnosen spiegelt somit gesundheitliche Beeinträchtigungen, Entwicklungsverzögerungen und Krankheiten, die erstmals durch die ärztliche Untersuchung des KJGD der Gesundheitsämter entdeckt wurden. Die Häufigkeit von Erstdiagnosen weist auf mögliche Versäumnisse in der frühzeitigen Erkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Mängeln im medizinischen Versorgungssystem hin.

Die verstärkten Bemühungen, gesundheitliche Risiken frühzeitig zu erkennen, um frühzeitig Behandlung und Förderung möglich zu machen, sollten mittelfristig zu einem geringeren Anteil von Erstdiagnosen zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung führen. Denn so würde sich ein Erfolg der Frühdiagnostik und -intervention zeigen. Tatsächlich zeigt die Entwicklung der vergangenen Jahre noch nicht den gewünschten Erfolg (Abbildung 27). Die Rate der Erstdiagnosen bei den Einschülern liegt seit Ende der 90er-Jahre mit leichten Schwankungen bei ca. 15 %.

Welches sind nun im Einzelnen die häufigsten medizinisch relevanten Befunde? Bei den Kita-Kindern (3- bis 5-Jährige zusammengefasst) stehen Sprach- und Sprechstörungen mit ca. 12 % an erster Stelle (Abbildung 28), bei den Einschülern dagegen Sehstörungen.

Psychische Störungen wurden im Befundsystem für die Kinderuntersuchungen früher nicht ausreichend berücksichtigt. Mit der Überarbeitung des Befundsystems werden künftig höhere und damit realistischere

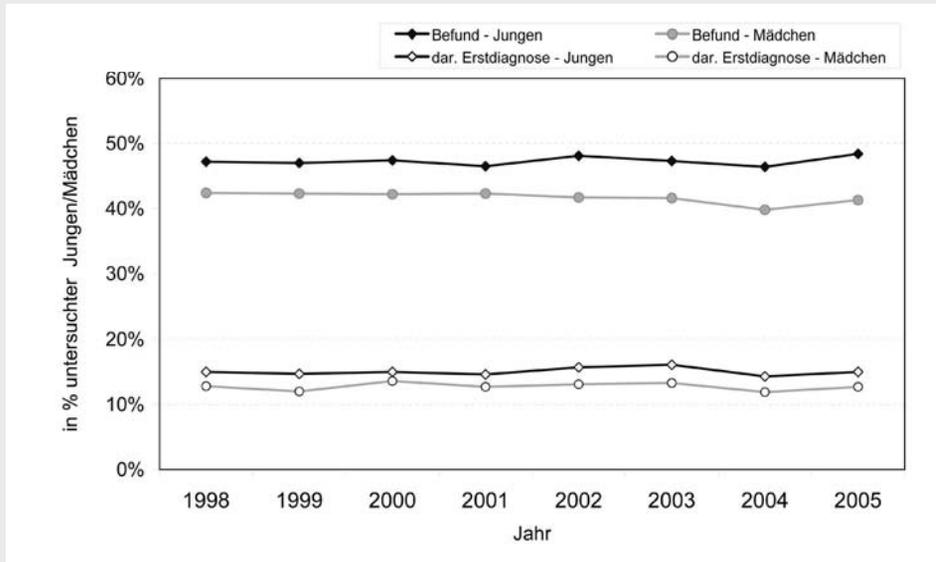
Raten für diesen Bereich erwartet. In den ärztlichen Kita-Untersuchungen wird seit 2000 ein Elternfragebogen zu Verhaltensproblemen verwendet, dessen Ergebnisse in Kap. 5.5 berichtet werden.

5.1.2 Frühförderrelevante Befunde – können frühzeitig behandelt werden

Etwa 15 % der Kita-Kinder im Alter von vier und fünf Jahren wiesen in den vergangenen Jahren frühförderrelevante Befunde auf. Für das jüngste

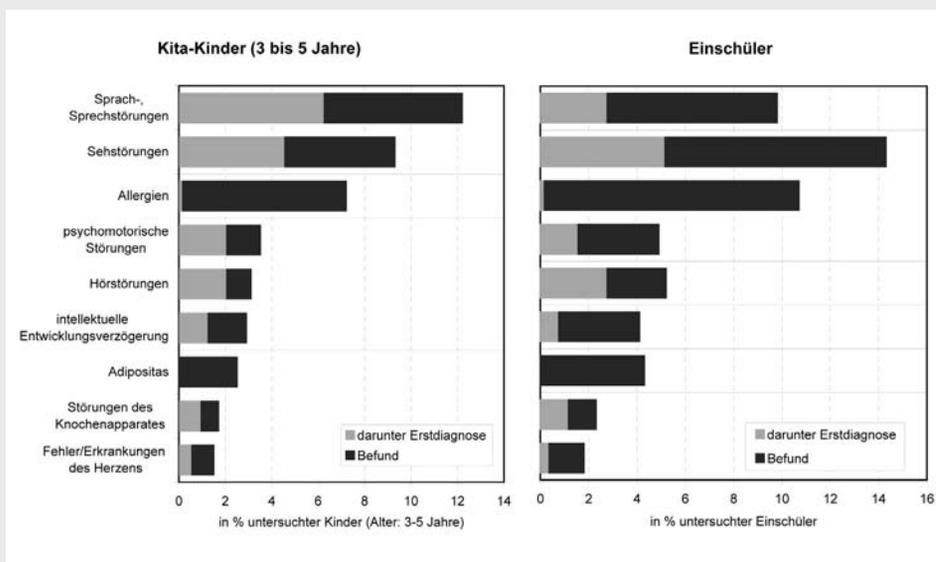
Bei Jungen werden deutlich mehr medizinisch relevante Befunde entdeckt als bei Mädchen.

Abbildung 27: Medizinisch relevante Befunde und Erstdiagnosen bei Brandenburger Einschülern



Quelle: LGA

Abbildung 28: Medizinisch relevante Befunde bei 3- bis 5-jährigen Kita-Kindern und bei Einschülern 2005



Quelle: LGA

Jahr wird ein Anstieg verzeichnet. Möglicherweise spiegelt sich hierin eine Verschlechterung der Versorgung. Eindeutig zeigen die Daten: Kinder aus sozial benachteiligten Verhältnissen weisen dreifach höhere Raten auf.

Im Hinblick auf den späteren Schulerfolg und frühzeitige Beeinflussungsmöglichkeiten werden eine Reihe von Befunden als frühförderrelevante Befunde zusammengefasst. Diese Befunde überschneiden sich teilweise mit medizinisch relevanten Befunden: Es geht um Sprach- und Sprechstörungen, Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung (intellektuelle Entwicklungsverzögerung), Einschränkungen im Seh- und Hörvermögen und psychische Störungen (vgl. Kap. 9 für weitere Angaben über die Befunde). Gemeinsam ist den genannten Befunden aber, dass es Behandlungsmaßnahmen gibt, die „nur“ genutzt werden müssen.

Frühförderrelevante Befunde

Als frühförderrelevante Befunde werden schwerere Befunde aus den funktionsdiagnostischen Tabellen zusammengefasst, die (1) für den späteren Schulerfolg besonders relevant und (2) die bei frühzeitiger Behandlung positiv beeinflussbar sind. Zu den frühförderrelevanten Befunden gehören:

- Sprach- und Sprechstörungen (Funktionsgruppe* 2 und 3)
- Intellektuelle Entwicklungsverzögerungen (Funktionsgruppe 2 und 3)
- Einschränkungen im Sehvermögen (Strabismus, Amblyopie, Refraktionsanomalien)
- sonst. krankhafte Veränderungen am Auge (Funktionsgruppe 3)
- Einschränkungen im Hörvermögen (beidseitige Hörstörung, sonst. krankhafte Veränderungen, alle Funktionsgruppen)

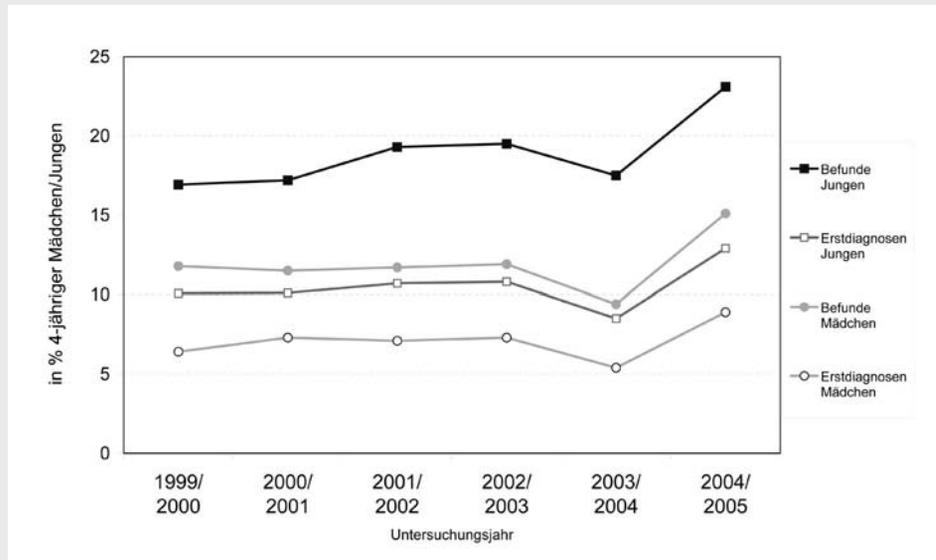
- Wahrnehmungs- und psychomotorische Störungen (Funktionsgruppe 2 und 3)
- zerebrale Bewegungsstörungen (alle Funktionsgruppen)
- emotionale und soziale Störungen (Funktionsgruppe 2 und 3).

*Im Befundsystem signalisiert die Einstufung in die Funktionsgruppen 2 und 3 schwerere Beeinträchtigungen

Im Idealfall werden Kinder, die Befunde mit Relevanz für die Frühförderung aufweisen, frühzeitig diagnostiziert und erhalten z. B. Frühfördermaßnahmen. Zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung sind sie damit gut versorgt oder wieder unauffällig. Wenn die Ärzte des KJGD im Rahmen der Einschulungsuntersuchung für die o. g. Befunde erstmals Empfehlungen für Überweisungen aussprechen, ist dies ein Hinweis auf mögliche diagnostische Versäumnisse in der Vergangenheit.

Sowohl bei den 4- wie auch bei den 5-jährigen Kita-Kindern wurden in den letzten Jahren etwa 15 % frühförderrelevante Befunde festgestellt. Die Befundraten waren mit Schwankungen weitgehend konstant bis auf das jüngste Jahr 2004/2005. Hier zeigt sich ein besorgniserregender Anstieg (Abbildung 29): Seit 2002 gibt es eine qualitative Verschlechterung der Versorgungslage in der Frühförderung. Zum Beispiel dürfen Logopäden nach der neuen Heilmittelrichtlinie Therapien nicht mehr mobil (z. B. in Kitas) durchführen. Die mit der Novellierung des SGB IX beabsichtigte Verbesserung der Frühförderung durch Einführung einer interdisziplinären „Komplexleistung“ Frühförderung ist bisher in der Praxis nicht umgesetzt worden, weil auf der Länderebene (mit Ausnahme von Sachsen und

Abbildung 29: Befunde mit Relevanz für die Frühförderung bei 4-jährigen Jungen und Mädchen in Kitas, darunter Erstdiagnosen



Quelle: LGA

Bayern) keine Rahmenvereinbarungen zwischen Leistungsträgern abgeschlossen wurden (vgl. Kap. 6).

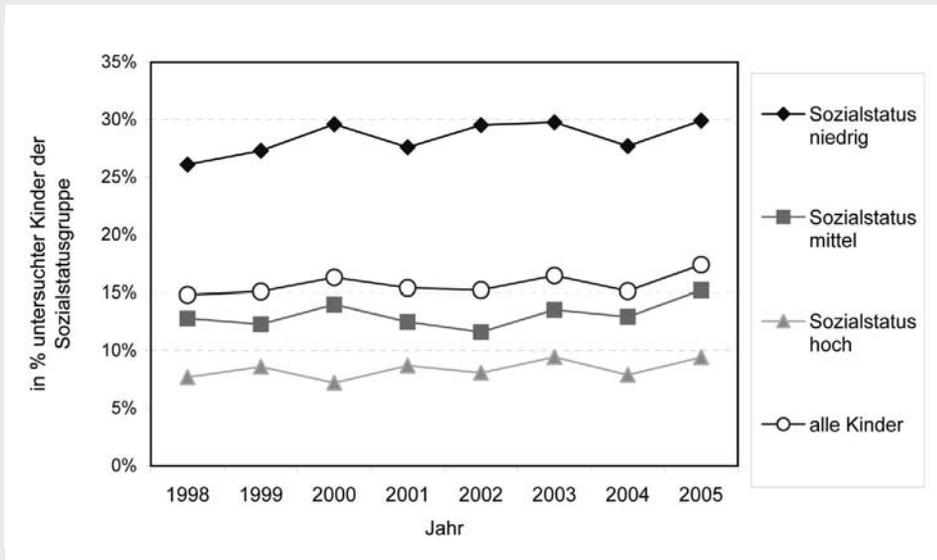
2005 wurden im Rahmen der Einschulungsuntersuchung für insgesamt 4.299 Kinder, das sind 17 % der Einschüler, frühförderrelevante Befunde festgestellt. Bei der Hälfte dieser Kinder hatten diese Befunde den Charakter einer Erstdiagnose. Das heißt, der medizinische Bedarf an Frühförderung wurde erstmalig bei der Schuleingangsuntersuchung diagnostiziert. Zu diesem Zeitpunkt sind die Kinder durchschnittlich 6 Jahre alt und haben das optimale Förder- und Behandlungsalter von 2 bis 4 Jahren bereits weit überschritten. Vor diesem Hintergrund haben die kinderärztlichen Untersuchungen der Gesundheitsämter in den Kitas den Charakter von

Früherkennungsuntersuchungen, mit denen viele Kinder erreicht werden können – darunter auch solche, die von den Früherkennungsuntersuchungsangeboten der gesetzlichen Krankenversicherungen (U-Untersuchungen) nicht erreicht werden.

Soziale Lage der Familien und frühförderrelevante Befunde

Kinder aus sozial benachteiligten Familien weisen dreimal häufiger frühförderrelevante Befunde auf als Kinder aus Familien mit mittlerem oder hohem Sozialstatus. Konkret: Bei 30 % der Einschüler aus Familien mit niedrigem Sozialstatus wurden 2005 frühförderrelevante Befunde festgestellt (Abbildung 30) und damit ist absehbar, dass diese Kinder deutlich ungünstigere Startchancen in der Schule haben.

Abbildung 30: Befunde mit Relevanz für die Frühförderung nach sozialer Lage bei Einschülern - 1997 bis 2005



Quelle: LGA Brandenburg

Zum Abschluss der ärztlichen Untersuchung geben die Kinderärzte des KJGD bei Bedarf Empfehlungen über eine weitere Diagnostik und Behandlungsschritte und beraten Eltern und Erzieher im Einzelfall. Auffallend ist, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus bisher deutlich schlechter versorgt wurden als Kinder aus den anderen Sozialstatusgruppen. Die Ärzte des KJGD empfahlen im Zusammenhang mit frühförderrelevanten Befunden für 10 % der Kinder aus niedriger sozialer Schicht eine weitere Diagnostik bzw. Behandlung. Bei Kindern aus hoher sozialer Schicht wurde nur für 4 % eine Überweisungsempfehlung ausgesprochen.

In Tabelle 9 werden die Überweisungsempfehlungen der Kinderärzte des KJGD zu häufigen

frühförderrelevanten Befunden wiedergegeben. Sprach- und Sprechstörungen nehmen den größten Anteil ein. Es fällt auf, dass die Überweisungsempfehlungen für Einschüler niedriger ausfallen als für ältere Kita-Kinder

Mit den ärztlichen Untersuchungen in Kitas werden frühförderrelevante Befunde entdeckt und können rechtzeitig Hilfen angeboten werden.

Sprach- und Sprechstörungen

Altersgemäße Sprachfähigkeiten kennzeichnen den Entwicklungsstand eines Kindes und sind wichtig für den Schulerfolg. Kinder, die bereits mit Defiziten ihre Schullaufbahn starten, sind benachteiligt und entwickeln später häufiger Lese- und Rechtschreibprobleme. Ausgeprägte Sprachstörungen sind gekennzeichnet durch einen eingeschränkten aktiven Wortschatz und zahlreiche grammatikalische Fehler. Experten schätzen, dass etwa 5 % der Kinder unter aus-

Tabelle 9: Überweisungsempfehlungen bei häufigen frühförderrelevanten Befunden durch die Kinderärzte nach ärztlichen Untersuchungen in Kitas und zur Einschulung 2004/2005

Kinder im Alter von ...	3 Jahren		4 Jahren		5 Jahren		SEU* 2005	
Untersuchte Kinder	N = 5.217		N = 6.629		N = 5.250		N = 13.329	
	Überweisungsempfehlungen zu den Befunden							
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Sprach- und Sprechstörungen	333	6,4%	470	7,1%	282	5,4%	414	3,1%
Teilleistungsschwächen	67	1,3%	171	2,6%	117	2,2%	194	1,5%
intellektuelle Entwicklungsverzögerung	57	1,1%	88	1,3%	72	1,4%	101	0,8%
emotionale/soziale Störungen	25	0,5%	55	0,8%	29	0,6%	132	1,0%
Hörstörungen	51	1,0%	98	1,5%	60	1,1%	134	1,0%

* SEU: Schuleingangsuntersuchung
 Daten bei Kitas aus methodischen Gründen nur aus BRB, CB, FF, BAR, EE, MOL, OSL, PM, PR, SPN, UM (vgl. Kap. 9)

Quelle: LGA

geprägten Sprachstörungen leiden (Esser 1995; RKI 2004). Die Problematik der Sprachstörungen wird oft im Zusammenhang mit ungünstigen Familienverhältnissen und Migrantenkindern diskutiert. Der Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund ist aber im Land Brandenburg, verglichen z. B. mit Berlin, gering.

Sprechstörungen im Sinne von Artikulationsstörungen finden sich bei etwa 5 % der Kinder im Grundschulalter (Esser 1995). Ein Großteil dieser Kinder verliert diese Auffälligkeit im Laufe der Zeit.

Die Brandenburger Daten zeigen, dass bei den Einschülern der Anteil der Kinder mit schweren Sprach- und

Sprechstörungen in den vergangenen Jahren in etwa gleich geblieben ist. Dasselbe Ergebnis zeigte auch eine Studie aus Nordrhein-Westfalen (Schöler, Guggenmos & Iseke 2006). Circa 12 % der Jungen und ca. 7 % der Mädchen im Einschulungsalter erhielten von den untersu-

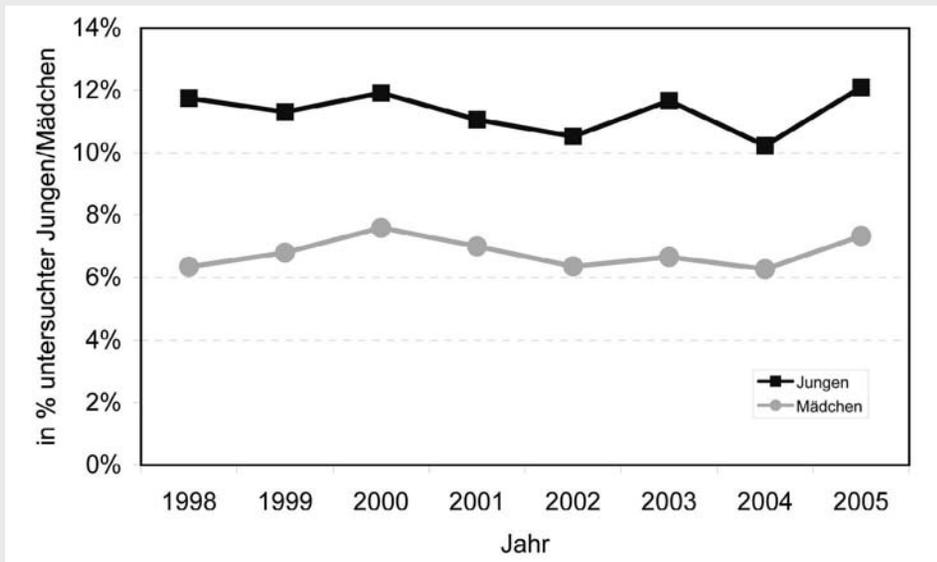
chenden Kinderärzten den Befund zugeordnet (Abbildung 31).

Für die Kita-Kinder liegen seit 2000 Daten vor. Bei 4-jährigen Kita-Kindern, die beispielhaft herausgegriffen werden, liegen die Anteile für Sprach- und Sprechstörungen bei etwa 11 %. Im jüngsten Jahr 2005 wurde aber ein Anstieg auf knapp 15 % registriert. Sprach- und Sprechstörungen sind im Kita-Alter häufiger als zum

Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung (Abbildung 28). Dieser Sachverhalt lässt sich dadurch erklären, dass mit diesem Befund Sprechstörungen (z. B. Zischlautstörungen) und Sprachstörungen zusammengefasst sind. Der Anteil der Sprechstörungen im engeren Sinne geht im späteren Kita-Alter erfahrungsgemäß zurück. Im Einschulungsalter sind daher auch niedrigere Raten für den Befund Sprach- und Sprechstörungen zu erwarten.

Einschüler haben seit Jahren eine hohe Rate an schweren Sprach- und Sprechstörungen, wobei Jungen fast doppelt so häufig betroffen sind als Mädchen.

Abbildung 31: Einschüler mit schweren Sprach- und Sprechstörungen im Trend



Quelle: LGA

Teilleistungsstörungen

Teilleistungsstörungen sind Leistungsminderungen einzelner Faktoren innerhalb eines großen funktionellen Systems, d. h. isolierte Leistungsstörungen. In neuerer Literatur spricht man hier

auch von umschriebenen Entwicklungsstörungen (Esser 2002). Als eine Ursache gelten prä- und perinatale Komplikationen bzw. Hirnschäden mit Auswirkungen auf die motorische und kognitive Entwicklung (z. B. Konzentration, Merkfähigkeit, Wahrnehmung und Sprache).

Teilleistungsstörungen können sich auf den Schulbereich auswirken. Die betroffenen Kinder entwickeln häufiger Lern- und Leistungsstörungen. Weiterhin gelten Teilleistungsstörungen als ein Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter.

Schwere Teilleistungsstörungen kommen in den letzten Jahren zunehmend häufiger vor. 2005 wurden bei 5 % der Einschüler schwere Teilleistungsstörungen verzeichnet. Jungen sind mehr als doppelt so häufig betroffen wie Mädchen.

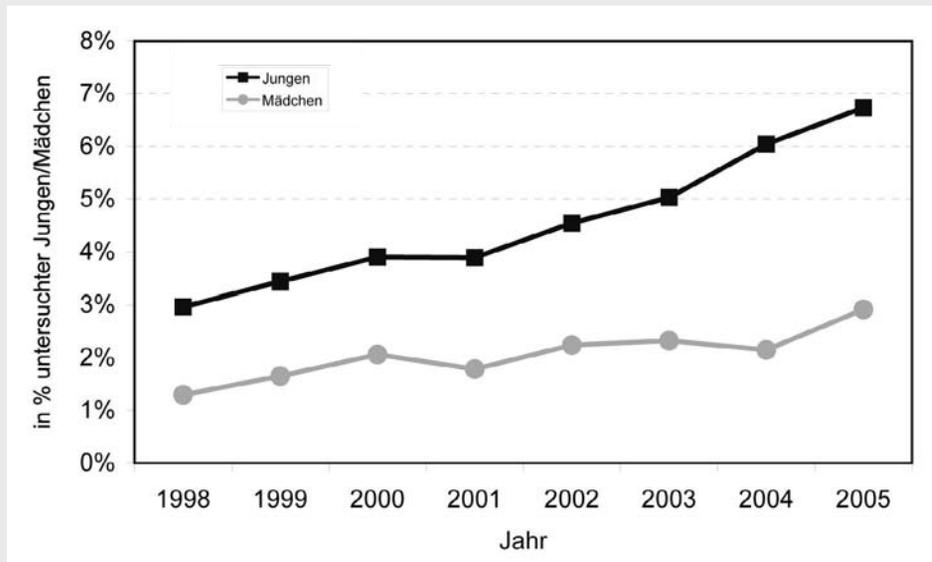
Seit Mitte der 90er-Jahre wurden bei zunehmend mehr Einschülern schwerere Teilleistungsstörungen festgestellt. Der Anstieg erfolgte nahezu kontinuierlich und der Anteil lag 2005 bei ca. 5 %, wobei Jungen, ähnlich wie bei den Sprach- und

Sprechstörungen, deutlich häufiger betroffen waren. Selbst wenn man in Rechnung stellt, dass ein Teil des Anstiegs auf eine verbesserte Diagnostik im Rahmen der ärztlichen Untersuchungen zurückzuführen ist, kann man

aufgrund der starken Zunahme von einem realen Anstieg ausgehen.

Ein Anstieg der schweren Teilleistungsstörungen wurde ebenfalls bei den ärztlichen Kita-Untersuchungen festgestellt. Dies gilt insbesondere für 2004 auf 2005 mit einem Anstieg bei den 4-Jährigen von knapp 2 % auf knapp 4 %.

Abbildung 32: Einschüler mit medizinisch relevanten Teilleistungsschwächen im Trend



Quelle: LGA



Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg: Früherkennung, Frühförderung

Ziel: Kleinkinder und Kinder mit Frühförderbedarf werden rechtzeitig erkannt.

Kleinkinder und Kinder mit erkanntem Frühförderbedarf erhalten unverzüglich die notwendigen Frühförderleistungen auf der Basis eines interdisziplinär erstellten Förder- und Behandlungsplans.

5.2 Zahn- und Mundgesundheit

Die Zahn- und Mundgesundheit Brandenburger Kinder hat sich in den letzten 15 Jahren verbessert. Die jüngsten Daten von den Zahnärztlichen Diensten der Gesundheitsämter signalisieren aber noch immer Defizite in der zahnmedizinischen Versorgungsqualität von Kindern im

Kita-Alter. Im Berlin-nahen Raum Brandenburgs haben Kinder gesündere Zähne als im äußeren Entwicklungsraum.

In den letzten 15 Jahren hat sich die Zahn- und Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland und auch in Brandenburg deutlich verbessert. Das ist eine Erfolgsgeschichte der Prävention (Künzel 1997; Böhm, Lüdecke & Rojas 2005). Ein Kariesrückgang wird verzeichnet, der an den Gesundheitszielen der Weltgesundheitsorganisation (2010), der Bundeszahnärztekammer (2020) und den Brandenburger Gesundheitszielen (2010) gemessen wird. Jüngste Ergebnisse zeigen jedoch, dass im Milchgebiss der Anteil nicht versorgter Zähne seit Jahren hoch ist und in einigen Regionen die Zahn- und Mundgesundheit der kleinen Kinder stagniert bzw. schlechter wird (Pieper 2005). Karies bleibt unter dem Einfluss sozialer Ungleichheit ein

öffentliches Gesundheitsproblem und gilt als die teuerste ernährungsbedingte Volkskrankheit.

Was bereits im Vorschulalter für die Zahn- und Mundgesundheit getan oder unterlassen wird, stellt für die Kinder die Weichen für viele Jahre. Gesunde Milchzähne sind eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung gesunder bleibender Zähne und regelrechter Gebiss- und Kieferverhältnisse. Weiterhin sind sie bedeutsam für die Herausbildung der Sprache und damit der Kommunikationsfähigkeiten eines Kindes. Und natürlich bestimmen sie auch, ob ein Kind problemlos und schmerzfrei abbeißen und kauen kann. Folgen von Vernachlässigung sind auch im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich sichtbar und können während der zahnärztlichen Untersuchungen festgestellt werden. Entwicklungstrends müssen daher kontinuierlich beobachtet werden, um entsprechende Maßnahmen einleiten zu können.

Der dmf-t - ein Indikator für die Kariesbelastung im Milchgebiss

Der dmf-t ist ein von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlener Indikator zur Beschreibung der Zahngesundheit, wobei das Schwergewicht auf der Kariesbelastung liegt. Für jedes Kind wird der dmf-t auf der Grundlage der standardisierten zahnärztlichen Untersuchung ermittelt. Der dmf-t ist definiert als die Summe aus kariösen (d), fehlenden (m) und gefüllten (f) Milchzähnen (t) pro Kind. Bei einem kariesfreien Gebiss ist der dmf-t Null.

Wie aus Abbildung 33 hervorgeht, ist der durchschnittliche dmf-t-Index als Indikator für die Kariesbelastung aller Kinder seit 1998 weitgehend unverändert geblieben. Es gibt die alters-typischen Unterschiede bei den Kita-Kindern

der einzelnen Jahrgänge. Innerhalb eines jeden Jahrgangs zeigen die Ergebnisse für die jüngsten Jahre jedoch keine wesentliche Veränderung. Das heißt, gemessen am dmf-t-Index aller 2- bis 5-jährigen Kinder hat sich die Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit bei den Kita-Kindern seit den 90er-Jahren nicht weiter fortgesetzt.

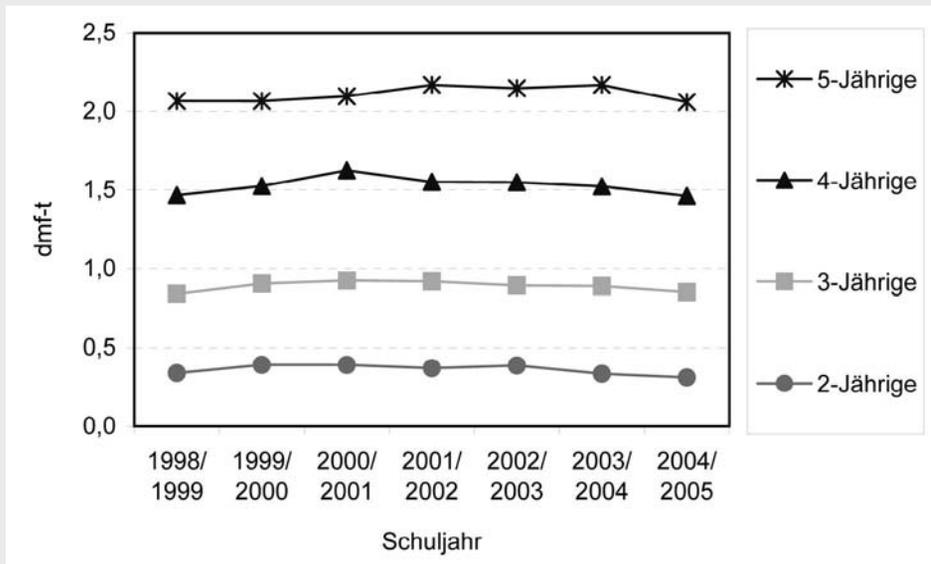
Der Gebisszustand gibt darüber Auskunft, ob das Gebiss gesund und kariesfrei ist oder sanierte Zähne enthält oder behandlungsbedürftige Zähne aufweist. Die nach dieser Einteilung gewonnenen Daten lassen sich ebenfalls über die Zeit analysieren und ergänzen den dmf-t-Index. Ziel ist ein möglichst hoher und wachsender Anteil von Kindern mit kariesfreiem Gebiss.

Abbildung 34 zeigt, dass der Anteil von 5-Jährigen mit kariesfreiem Gebiss seit Ende der 90er Jahre leicht zurückging. Eine Steigerung wird für das Schuljahr 2004/05 verzeichnet.

Behandlungsbedürftige Gebisse sind ein Indikator der Versorgungsqualität. Hierbei zeigt sich, wie die niedergelassenen Zahnärzte den Behandlungsbedarf der kleinen Kinder gewährleisten. Eine gute Versorgung wird realisiert, wenn der Anteil von Kindern mit behandlungsbedürftigem Gebiss niedrig ist bzw. im Zeitverlauf sinkt.

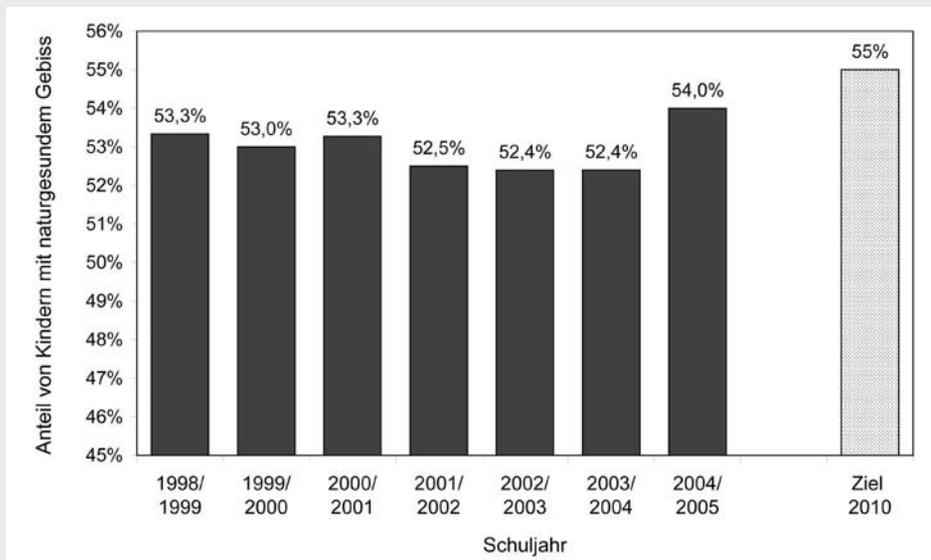
Wie aus Abbildung 35 hervorgeht, ist der Anteil von Kita-Kindern mit behandlungsbedürftigen Zähnen seit 2001/2002 leicht gesunken. Das ist ein positiver Trend. Allerdings gilt noch immer, dass etwa jedes fünfte dreijährige Kind und jedes dritte fünfjährige Kita-Kind unbehandelte kariöse Zähne hat. Nach wie vor muss daher festgestellt werden, dass die Versorgungsleistung der Zahnarztpraxen noch nicht ausreicht. Auch wenn es das erste Ziel ist, kariöse Zähne und damit eine Behandlungsbedürftigkeit im Vorhinein durch Prophylaxe zu vermeiden, wird eine adäquate

Abbildung 33: dmf-t von Kita-Kindern im Trend



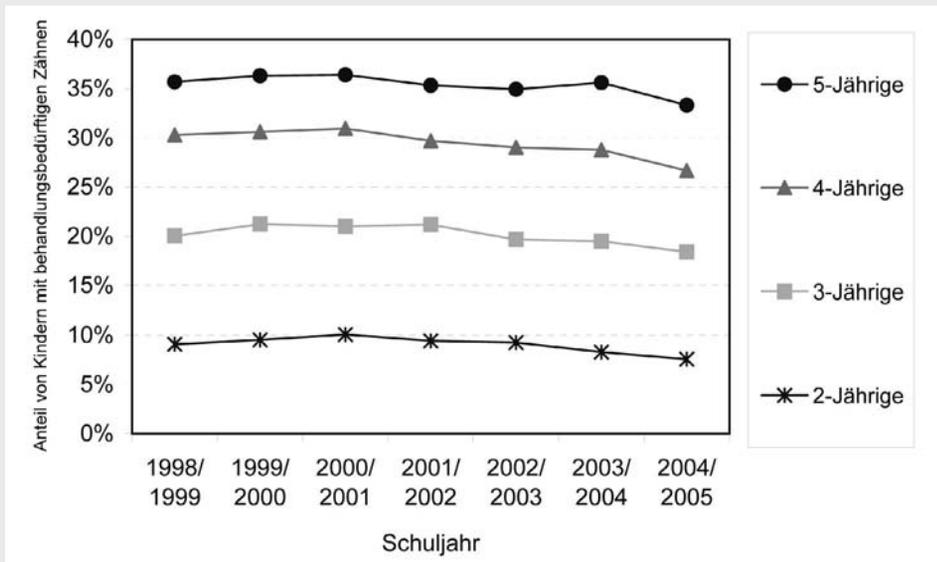
Quelle: LGA

Abbildung 34: 5-jährige Kita-Kinder mit naturgesundem, kariesfreiem Gebiss



Quelle: LGA; Achse gestaucht

Abbildung 35: Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen - Trend zwischen 1998 und 2005



Quelle: LGA

Versorgungsleistung gebraucht, sobald behandlungsbedürftige Zähne vorliegen. Eltern sollten daher noch mehr über die Behandlungsnotwendigkeit der Milchzähne aufgeklärt werden. Gleichzeitig sollten niedergelassene Zahnärzte verstärkt für dieses Problem sensibilisiert werden.

Im Rahmen der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen werden keine Sozialdaten erhoben. In diesem Zusammenhang zeigt jedoch eine Studie mit Einschülern aus Brandenburg an der Havel, dass ein Zusammenhang zwischen dem familiären Sozialstatus und der Zahngesundheit besteht. Kinder aus sozial benachteiligten Familien weisen gegenüber denen mit hohem Sozialstatus „halb so häufig kariesfreie Gebisse, wesentlich seltener sanierte Gebisse und mehr als doppelt so häufig behandlungsbedürftige Gebisse auf“

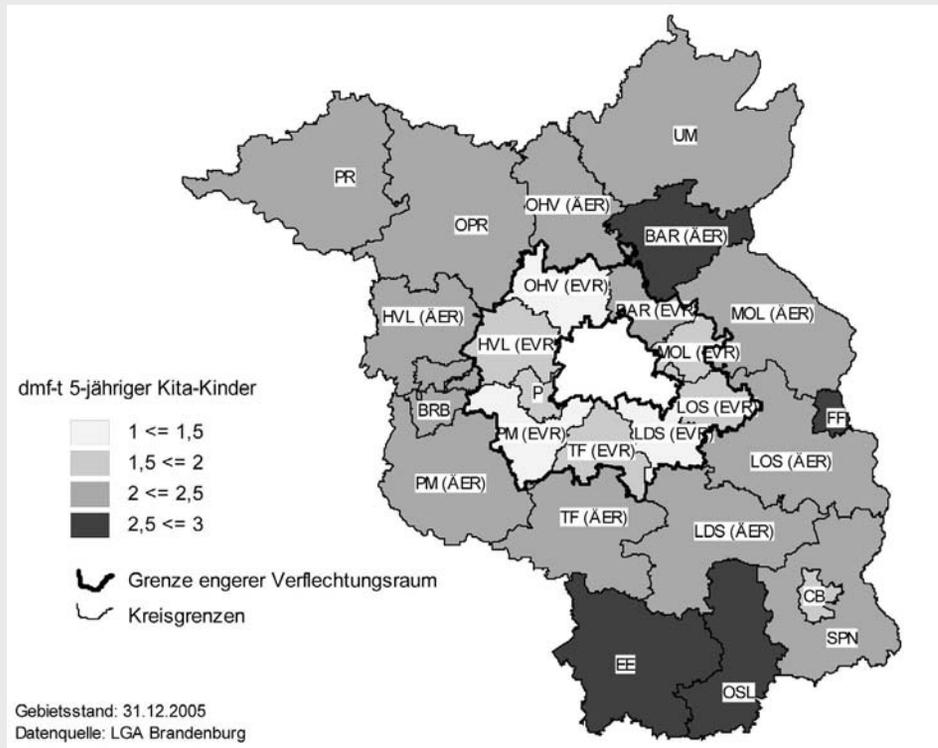
Versorgung von behandlungsbedürftigen Milchzähnen weist noch immer Defizite auf.

(Rojas & Böhm 2000, S 221). Im Ausmaß der Behandlungsbedürftigkeit spiegelt sich auch die Leistungsfähigkeit und Zugänglichkeit der ambu-

lanten zahnärztlichen Versorgung wider. Obwohl prinzipiell alle Kinder auf der Grundlage unseres Versicherungssystems zahnärztliche Leistungen gleichermaßen in Anspruch nehmen könnten, ist dies tatsächlich nicht der Fall. Für Kinder und Eltern aus sozial benachteiligten Familien sind hier offensichtlich die Hürden, eine Zahnarztpraxis aufzusuchen, noch nicht genügend beiseite geräumt.

Die Berlin-nahen Regionen Brandenburgs haben in den vergangenen Jahren eine günstigere wirtschaftliche und soziale Entwicklung genommen als die Berlin-fernen Regionen. Der Sachverhalt zeigt sich auch im Sozialindex von Brandenburger Einschülerfamilien. Der Anteil von jungen Fa-

Abbildung 36: Regionale Unterschiede in der Zahngesundheit bei 5-jährigen Kita-Kindern 2005



Die Unterschiede werden durch den dmf-t-Index dargestellt – höhere Werte signalisieren eine schlechtere Zahngesundheit

milien mit niedrigem Sozialstatus ist in den Berlin-fernen Regionen größer (vgl. Kap. 2). Gesundheit und soziale Lage sind eng miteinander verbunden und daher ist es nicht überraschend, dass sich dieser Sachverhalt auch in regionalen Unterschieden bei der Zahn- und Mundgesundheit zeigt (Abbildung 36).

Der durchschnittliche dmf-t-Wert zeigt im engeren Verflechtungskreis eine bessere Zahngesundheit als im äußeren Entwicklungsraum.

Die ungünstigsten Verhältnisse in der Zahngesundheit der Kita-Kinder (gemessen am dmf-t-

Index) herrschen in den Landkreisen Barnim, Elbe-Elster und Oberspreewald-Lausitz sowie in der kreisfreien Stadt Frankfurt (Oder). Bei genauerer Betrachtung zeigen sich aber auch

Die Zahngesundheit ist im Berlin-nahen Raum besser – soziale Faktoren wirken auch hier im Hintergrund.

hier Differenzierungen. Im Berlin-nahen Anteil des Landkreises Barnim ist die Zahngesundheit der Kita-Kinder vergleichsweise ungünstig (dmf-t 2,36). Umgekehrt sind die Verhältnisse im benachbarten Landkreis Oberhavel. Eine Erklärung für die regionalen Unterschiede liegt möglicherweise in der Sozialstruktur der jungen Familien. Die Berlin-nahen Teile von Barnim und

Oberhavel unterscheiden sich im Sozialstatus der Einschüler. In Oberhavel finden sich vergleichsweise mehr Familien mit hohem Sozialstatus.

Zusammenfassend kann für die Zahn- und Mundgesundheit festgehalten werden:

- Ein deutlicher Kariesrückgang, so wie er in älteren Kinderaltersgruppen feststellbar ist, kann im Vorschulalter nicht verzeichnet werden. In den Berlin-nahen Regionen haben die Kinder tendenziell gesündere Zähne, was mit günstigeren sozioökonomischen Bedingungen zusammenhängt. Das Teilziel zur Mundgesundheit der 5 Jährigen im Land Brandenburg könnte bis zum Jahr 2010 dennoch erreicht werden.
- Die Behandlungsbedürftigkeit am Ende der Kita-Zeit ist derzeit hoch, nahezu jedes 3. Kind weist unbehandelte kariöse Milchzähne auf. Versorgungsangebote der Zahnarztpraxen werden nicht ausreichend in Anspruch genommen.
- Bereits 8 % der Zweijährigen in den Kindertagesstätten sind von Milchzahnkaries betroffen. Präventions- und Informationsangebote für Eltern von Kleinkindern sowie Multiplikatoren zu verstärken und in Abstimmung mit Frauen-, Kinder- und Hausärzten sowie Hebammen anzubieten, könnte der Entwicklung der frühen Milchzahnkaries entgegenwirken.
- Eine kontinuierliche, flächendeckende, gruppenprophylaktische Betreuung in der Kita ist die Basis für eine zielgerichtete Intensivierung der Maßnahmen. Die Gruppenprophylaxe stellt weiterhin einen Impuls für die Etablierung gesundheitsfördernder Verhältnisse im unmittelbaren Umfeld der Kinder dar und prägt damit ihr Gesundheitsverhalten.

Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg: Mundgesundheit



Ziel: Kinder und Jugendliche haben gesunde Zähne in einem gesunden Mund und gleiche Zugangschancen zu präventiven und kurativen Angeboten.

- Kita-Kinder haben im Alter von 5 Jahren überwiegend (mindestens zu 55 %) kariesfreie Milchzähne.
- Milchzahnkaries wird frühzeitig erkannt und behandelt.

Die Aktion „Kita mit Biss“

Ein Beispiel für Intensivierung der Gruppenprophylaxe ist die Aktion „Kita mit Biss“. Der Zahnärztliche Dienst des Gesundheitsamtes Frankfurt (Oder) hat an Hand der Ergebnisse aus der Gesundheitsberichterstattung festgestellt, dass die frühe Milchzahnkaries ein Problem darstellt. Im Schuljahr 2002/2003 wurden bei Kindern im Alter von 3 Jahren 23,2% behandlungsbedürftige Gebisse diagnostiziert



Trotz guter Pflege gibt es für diese Form der Karies eine klar definierte Ursache: Der dauerhafte Genuss von Getränken aus Nuckelflaschen oder anderen Trinkgefäßen mit Aufsatz. Dabei ist die Vielfalt der Getränke in diesen Flaschen groß. Gesüßte Tees und

verschiedene Säfte sind typischer Inhalt. Wenn Kinder unbeaufsichtigt mehrmals täglich oder abends beim Einschlafen sich aus diesen Gefäßen bedienen, kommt es zur Auflösung des Zahnschmelzes und innerhalb kurzer Zeit wird aus dem weißen Milchzahn ein brauner Milchzahnrest.

Das war Anlass für den Zahnärztlichen Dienst, die Aktion „Kita mit Biss“, die sich an alle Kindertagesstätten der Stadt Frankfurt (Oder) richtet, zu initiieren. Zielgruppenorientierte Förderung der Mundgesundheit und Vermeidung der frühen Milchzahnkaries sind die zentralen Punkte. In Zusammenarbeit mit Eltern und Erzieherinnen wird in den meisten Kitas in Frankfurt (Oder) ein mundgesundheitsförderndes Umfeld in den Kitas entwickelt.

Gestartet wurde die Aktion im Dezember 2003. Der Zahnärztliche Dienst stellte den Erzieherinnen Leitlinien zur Vermeidung der frühen Milchzahnkaries zur Verfügung. Es geht um die Schaffung eines mundgesundheitsfördernden Umfeldes u. a. durch die Realisierung eines zuckerfreien Vormittages, das Abstellen des Dauergebrauchs von Nuckelflaschen und Trinklerngefäßen. Weitere Schwerpunkte sind die jährlichen Prophylaxeimpulse in den Kindertagesstätten sowie eine intensivierete Elternarbeit.

5.3 Anders gesund? Kinder Alleinerziehender, Kinder mit vielen Geschwistern, Haus-Kinder

Kinder können in verschiedenen Konstellationen gesund aufwachsen: Dies gilt für Kinder Alleinerziehender, solche mit vielen Geschwistern und auch für Kinder, die nie eine Kita besucht haben. Allerdings spielen die sozialen Ressourcen der Familien im Hintergrund eine wichtige Rolle. Wo

die Ressourcen knapper sind, wie bei Familien mit niedrigem Sozialstatus, ist die Gesundheit der Kinder eher beeinträchtigt.

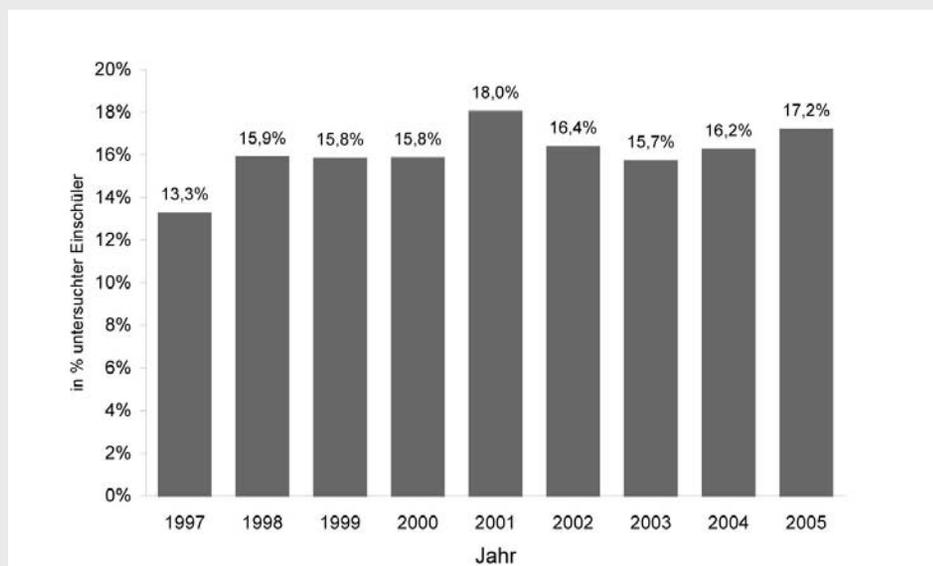
Neben dem Sozialstatus der Familien, der bei den Einschulungskindern aus den Basismerkmalen Schulbildung und Erwerbstätigkeit hergeleitet ist (vgl. Kap. 9), gibt es noch weitere Faktoren, die die sozialen Lebensverhältnisse der Familien mit bestimmen und auch im Zusammenhang mit der Gesundheit des Kindes stehen. Zu den weiteren sozialen Aspekten, auf die hier im Report eingegangen wird, gehören die Beziehungsform wie alleinerziehende Eltern, die Anzahl der Geschwister und die Dauer des Kita-Besuchs.

Im Folgenden wird zunächst zu den genannten sozialen Aspekten berichtet, was darunter zu verstehen ist und wie sich der Sachverhalt in den letzten Jahren entwickelt hat. Dann werden die Teilgruppen (Kinder alleinerziehender Eltern, Kinder mit vielen Geschwistern, Haus-Kinder) anhand gesundheitlicher Zielgrößen mit den Kindern verglichen, die nicht diese Merkmale aufweisen.

An dieser Stelle sei bereits auf einen möglichen Fehlschluss hingewiesen: Die speziellen Lebenslagen, von denen hier berichtet wird, dürfen nicht als Ursachen für beeinträchtigte Kindergesundheit verstanden werden. Es wird jeweils gezeigt werden, dass von den Unterschieden kaum etwas bleibt, wenn man den Sozialstatus der Familien berücksichtigt. Das heißt konkret: Kinder können in verschiedenen Familienformen gesund aufwachsen.

Auch wenn bekannt ist, dass letztlich der Sozialstatus die gesundheitlichen Unterschiede am ehesten vorhersagen kann, ist es sinnvoll, die konkreten familiären Konstellationen zu betrachten. Denn die Familien von Alleinerziehenden, kinderreiche Familien und solche, die ihre Kinder

Abbildung 37: Anteil alleinerziehender Eltern unter allen Einschülerhaushalten - Trend



Quelle: LGA, Einschulungsuntersuchungen

nicht in Kitas betreuen lassen, sind beschreibbare Teilgruppen aller Familien. Und hier sind spezifische Zielgruppen für Prävention zu finden.

5.3.1 Kinder alleinerziehender Eltern

Immer mehr Kinder leben mit alleinerziehenden Eltern. In den meisten Fällen sind das die Mütter. Kinder alleinerziehender Eltern weisen mehr frühförderrelevante Befunde auf und sie werden weniger durch das System der U-Untersuchungen erreicht. Die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Kindern gehen auf den Sozialstatus der Familien zurück.

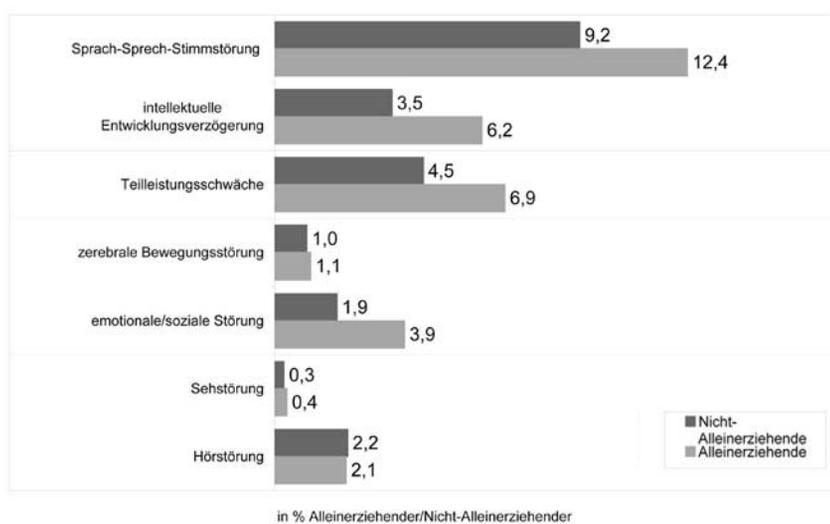
Kinder leben in einem Haushalt Alleinerziehender, wenn nur ein Erwachsener im Haushalt mit dem Kind bzw. den Kindern lebt. Das Geschlecht der Alleinerziehenden ist dabei aus den Daten der Einschulungsuntersuchung nicht ersichtlich; es ist aber davon auszugehen, dass es sich

auch hier ganz überwiegend um Frauen handelt (vgl. Kap. 2).

Der Anteil von Einschülern, die aus Haushalten alleinerziehender Eltern kommen, ist von 1997 bis 2005 von 13 % auf 17 % gestiegen (Abbildung 37).

Die Kinder Alleinerziehender weisen mehr frühförderrelevante Befunde auf (Abbildung 38). Dies gilt für die häufigeren Befunde Sprach- und Sprechstörungen (12,4 % vs. 9,2 %), intellektuelle Entwicklungsverzögerung (6,2 % vs. 3,5 %) und Teilleistungsschwäche (6,9 % vs. 4,5 %). Schlechter gestellt sind die Kinder Alleinerziehender auch in Bezug auf die Früherkennungsuntersuchungen. Sowohl bei den frühen U-Untersuchungen bis zum Alter von zwei Jahren wie auch bei den späteren U8 und U9 liegen die Raten bei den Kindern Alleinerziehender regel-

Abbildung 38: Einschüler aus Familien Alleinerziehender und Nicht-Alleinerziehender und frühförderrelevante Befunde 2005



Quelle: LGA, Einschulungsuntersuchungen

mäßig niedriger als bei den anderen Kindern (Abbildung 39).

reiche Familien gehören häufiger zur unteren Sozialstatusgruppe.

Die gesundheitlichen Unterschiede wie auch die Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen sind fast nicht mehr vorhanden, wenn die soziale Lage der Familien in der Auswertung berücksichtigt wird. Dies zeigt Abbildung 40: Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Einschüler variieren in Abhängigkeit vom Sozialstatus der Familien.

Maßnahmen der Prävention, Fördermaßnahmen und Angebote in der gesundheitlichen Versorgung sollten gezielt die Familien und Kinder von Alleinerziehenden ansprechen.

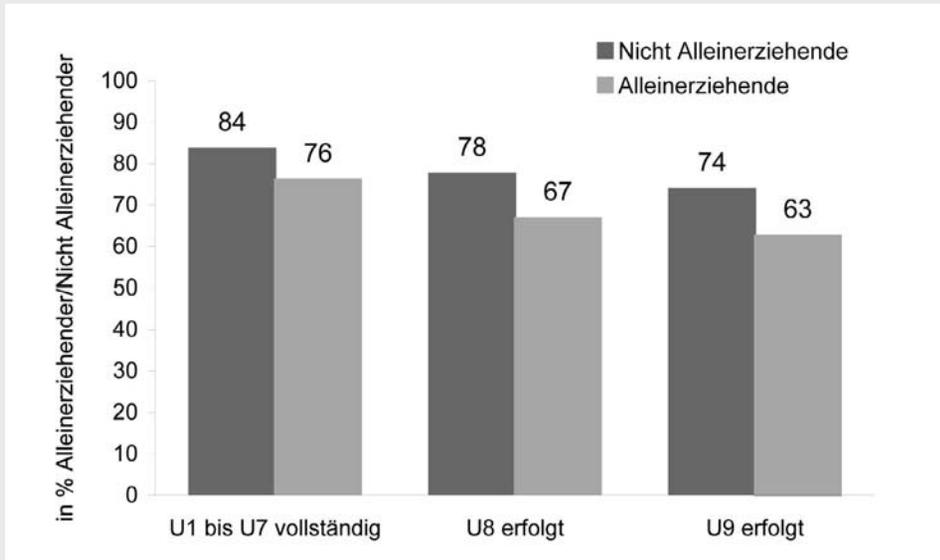
Kinderreichtum kann vor allem für sozial benachteiligte Familien mit gesundheitlichen Nachteilen verbunden sein. Der Zusammenhang zeigte sich bereits in Auswertungen im Brandenburger Bericht zur Gesundheit der Einschüler von 1999 (MASGF 1999). Die Auswertungen mit den jüngsten Daten bestätigen diese Erkenntnisse.

5.3.2 Viele Geschwister

Kinder mit zwei und mehr Geschwistern haben häufiger frühförderrelevante Befunde. Kinder-

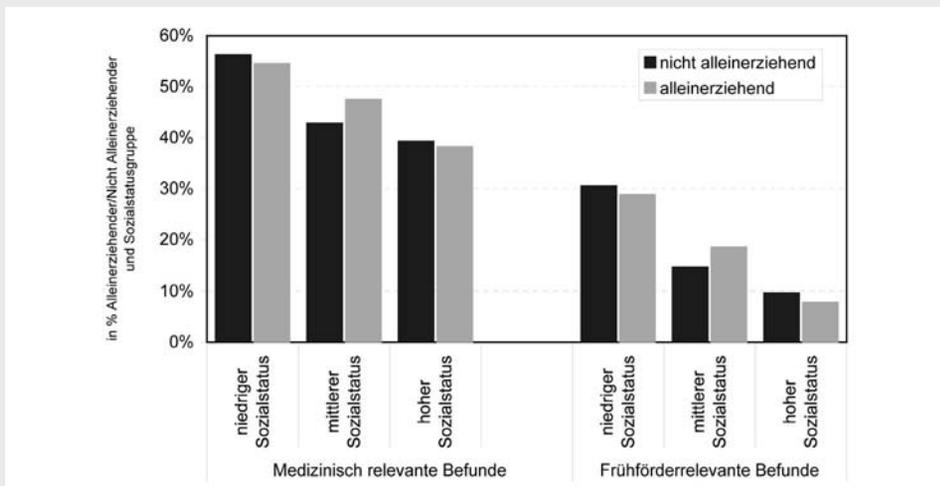
In 2005 gibt es in fast der Hälfte der Einschülerfamilien (47 %) zwei Kinder. Ein Drittel der Familien sind Ein-Kindfamilien. Drei Kinder finden sich in 13 % der Fälle (vgl. Tabelle 10).

Abbildung 39: Einschüler aus Familien Alleinerziehender und Nicht-Alleinerziehender 2005
- Inanspruchnahme der U-Untersuchungen



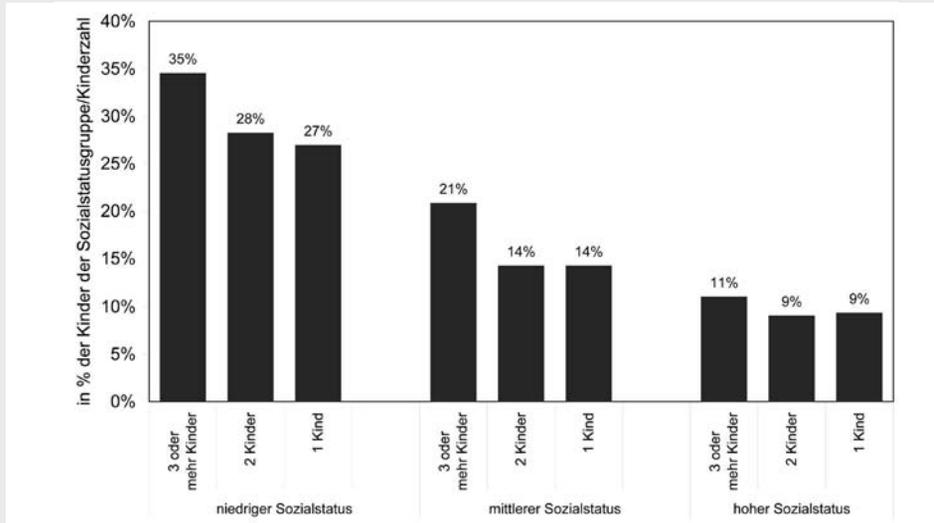
Quelle: LGA, Einschulungsuntersuchungen

Abbildung 40: Medizinisch relevante und frühförderrelevante Befunde bei Einschülern aus „vollständigen“ Familien und von Alleinerziehenden bei Berücksichtigung des familiären Sozialstatus 2005



Quelle: LGA, Einschulungsuntersuchungen

Abbildung 41: Frühförderrelevante Befunde nach Sozialstatus und Kinderzahl im Haushalt bei den Einschülern 2005



Quelle: LGA

Tabelle 10 Kinder in Einschülerfamilien 2005

Kinderzahl	Anzahl	Anteil in %
1 Kind	8.241	33,6%
2 Kinder	11.590	47,3%
3 Kinder	3.173	12,9%
4 Kinder	891	3,6%
5 Kinder	319	1,3%
6 Kinder	142	0,6%
7 oder mehr Kinder	99	0,4%

Quelle: LGA

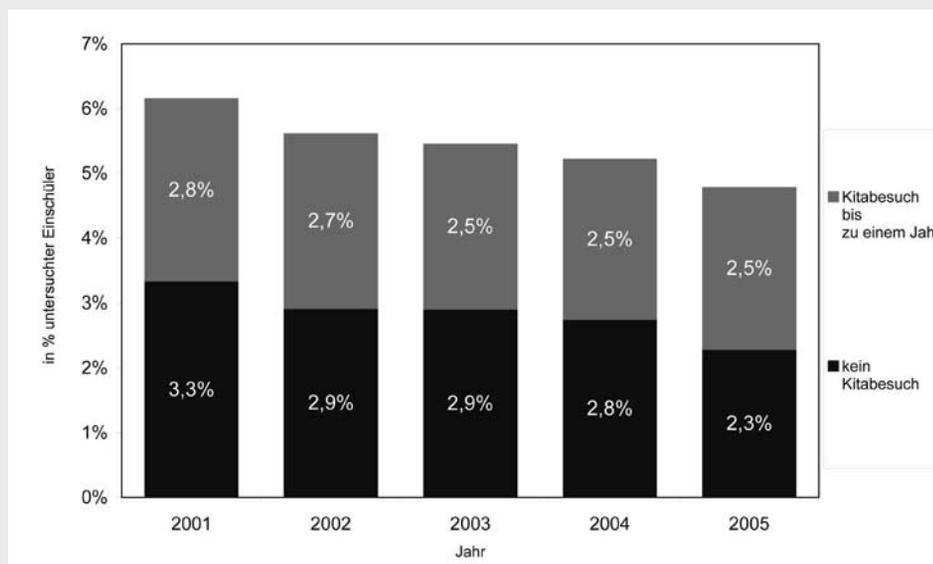
Familien mit drei und mehr Kindern unter den Einschülerfamilien sind in den letzten Jahren seltener geworden. Dies gilt für alle Sozialstatusgruppen. Aber nach wie vor sind Familien mit niedrigem Sozialstatus öfter kinderreich als solche mit mittlerem oder hohem Sozialstatus.

In Abbildung 41 sind frühförderrelevante Befunde im Zusammenhang mit Sozialstatus und Kinderzahl dargestellt. Der Sozialstatus der Familien hat wieder den stärksten Einfluss auf die Befundraten. Kinder mit einem Geschwisterkind unterscheiden sich in allen drei Sozialstatusgruppen kaum von Kindern ohne Geschwisterkind. Erhöhte Befundraten ergeben sich bei mittlerem und niedrigem Sozialstatus, wenn drei oder mehr Kinder in den Familien sind. Der Faktor Kinderzahl wirkt sich nur bei Familien mit mittlerem

*Kinder mit vielen Geschwistern **und** aus sozial benachteiligten Familien haben ein besonders hohes Gesundheitsrisiko.*

und niedrigem Sozialstatus aus. Bei Einschülern aus Familien mit hohem Sozialstatus hat die

Abbildung 42: Anteil der Einschüler, die nie bzw. nur kurzzeitig eine Kita besucht haben



Quelle: LGA, Einschulungsuntersuchungen; Daten sind seit 2001 verfügbar

Kinderzahl kaum Gewicht für die Gesundheit. Man kann annehmen, dass die kinderreichen Familien mit hohem Sozialstatus mehr Ressourcen haben, um allen Kindern gerecht zu werden und sie so in der Entwicklung zu fördern.

5.3.3 Kita-Besuch und Gesundheit

Immer mehr Kinder haben bis zum Einschulungsalter eine Kita besucht. Kita-Kinder sind gegenüber Haus-Kindern gesünder: Sie haben seltener frühförderrelevante Befunde und Kita-Kinder sind auch gesundheitlich besser versorgt: Die Inanspruchnahme der gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) liegt bei Kita-Kindern deutlich höher als bei Haus-Kindern. Auch hier gilt wieder: Haus-Kinder kommen häufiger aus sozial benachteiligten Verhältnissen.

Kinder, die eine (gute) Kindertageseinrichtung besuchen, haben bessere Chancen auf eine

günstigere Entwicklung (Fthenakis 2003). Die Kindertagesbetreuung unterstützt und entlastet die Familien und bereitet auf den Schulbesuch vor. Eltern, die bei der Erziehung ihres Kindes Unterstützung erfahren, gestalten die gemeinsam verbrachte Zeit mit ihrem Kind besonders intensiv (BMFSFJ 2003). Eine gute Kindertagesstättenversorgung unterstützt junge Menschen bei der Familiengründung und verbessert die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Zur Einschulungsuntersuchung werden die Eltern im Rahmen der Anamnese auch gefragt, ob und gegebenenfalls wie lange ihr Kind eine Kita besucht hat. In Ergänzung der Daten des Bildungsministeriums, die summarisch über die Belegung von Kinderkrippen und Kindergärten Auskunft geben, erfahren wir hierdurch etwas über die „Kita-Biografien“ der Brandenburger Kinder.

Abgesehen von der erzieherischen und sozialen Funktion der Kindertagesstätten stellt sich die Frage nach Zusammenhängen zwischen dem Kita-Besuch und gesundheitlichen Merkmalen der Kinder. Im Folgenden wird daher der Frage nachgegangen, inwieweit sich Kinder mit und ohne Kita-Besuch in gesundheitlichen und Entwicklungsmerkmalen unterscheiden.

In den vergangenen Jahren hat sich der Anteil von Haus-Kindern¹ verringert (Abbildung 42; 2001: 6,2 %; 2005: 4,8 %). Während im Jahr 2001 noch 3,3 % der Einschüler nie eine Kita besucht hatten, sank die Rate im Jahr 2005 auf 2,3 %. Für 2004 liegen nahezu gleiche Raten aus Berlin vor (2,9 %; Sen-GesSozV 2006).

Bei den sozialanamnestischen Daten unterscheiden sich Haus- und Kita-Kinder voneinander: Die Mütter und Väter von Haus-Kindern

- haben häufiger ein niedriges Schulbildungsniveau (weniger als 10 Schuljahre)
- sind häufiger nicht erwerbstätig.

Die beschriebene Konstellation deutet bereits darauf hin, dass Familien von Haus-Kindern häufiger sozial benachteiligt sind. Dies schließt selbstverständlich nicht aus, dass es auch Haus-Kinder in „Oberschichtfamilien“ gibt. Sie sind aber nach den für Brandenburg verfügbaren Daten eher selten.

¹ Haus-Kinder werden hier die Kinder genannt, die vor ihrer Einschulung keine Kindertagesstätte besuchten bzw. kürzer als ein Jahr. Kinder, die vor ihrer Einschulung mindestens ein Jahr lang eine Kita besuchten, werden abkürzend als Kita-Kinder bezeichnet.

Die statistischen Analysen zeigen, dass Haus-Kinder mehr frühförderrelevante Befunde aufweisen als Kita-Kinder. Und die Kluft zwischen den Gruppen ist in den letzten Jahren noch gewachsen (Abbildung 43). Im Jahr 2005 lag die Rate bei den Haus-Kindern bei 26 % im Gegensatz zu den Kita-Kindern mit nur 17 %. Im Einzelnen wurden bei den Haus-Kindern mehr Sprachstörungen, Wahrnehmungsstörungen und emotionale/soziale Störungen verzeichnet. Außerdem waren Haus-Kinder häufiger stark übergewichtig. Bei Allergien waren die Verhältnisse allerdings umgekehrt – 12 % der Kita-Kinder hatten einen Allergiefund gegenüber 9 % bei den Haus-Kindern.

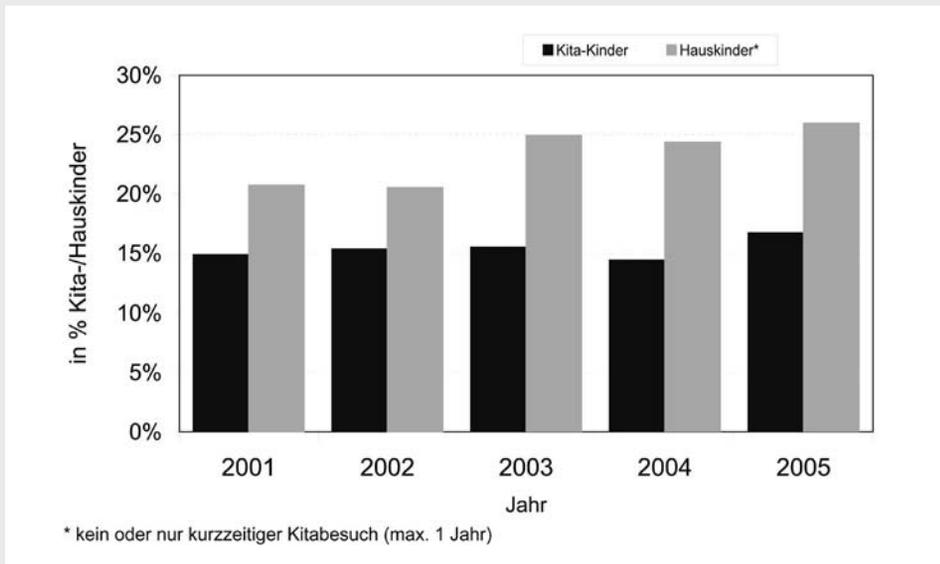
Trend: Seit 2001 haben immer mehr 3- bis 6-Jährige eine Kita besucht.

Kinder, die vor der Einschulung eine Kita besuchten, hatten die Angebote der gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) der Krankenkassen deutlich häufiger in Anspruch genommen als die Haus-Kinder. Ein Drittel der Haus-Kinder (32,8 % im Jahr 2005) wies Lücken bei den Untersuchungen U1 bis U7 auf und hatte die U8 und U9 nicht in Anspruch genommen. Bei den Kita-Kindern galt das nur für 10 %.

Weniger frühförderrelevante Befunde und eine bessere Versorgung mit Früherkennungsuntersuchungen: Kita-Kinder sind im Vorteil.

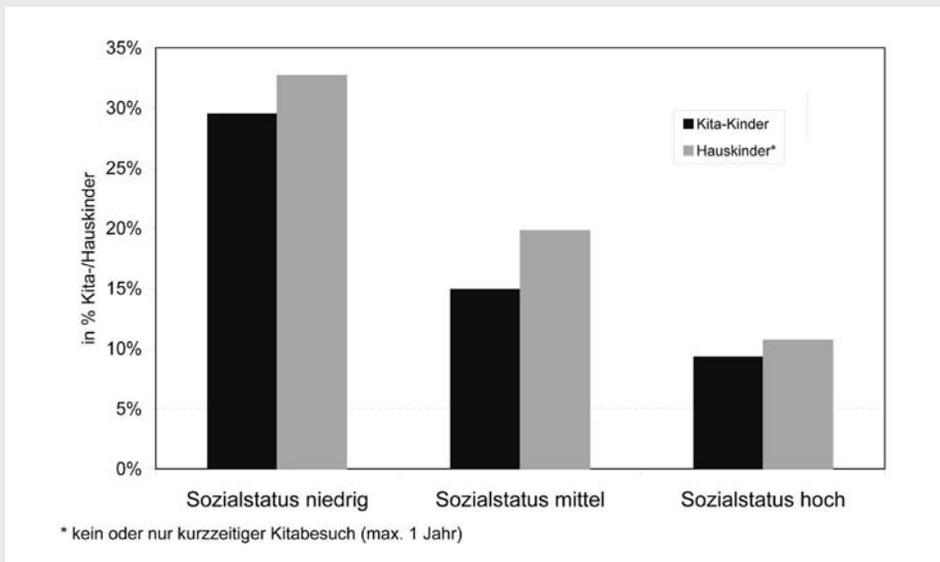
Somit hatten die Kita-Kinder insgesamt eine bessere präventive Versorgung, einerseits durch die U-Untersuchungen und andererseits auch durch die ärztlichen Untersuchungen des KJGD der Gesundheitsämter in den Kitas. Der hier registrierte Unterschied zwischen Kita- und Haus-Kindern darf natürlich nicht kausal interpretiert werden. Denn die U1 bis U7 werden im Regelfall vor dem Kita-Besuch durchgeführt und noch ehe die Aufteilung in Kita- und Haus-Kinder per se wirksam werden könnte.

Abbildung 43: Frühförderrelevante Befunde bei Kita- und Haus-Kindern im Trend



Quelle: LGA, Einschulungsuntersuchungen

Abbildung 44: Frühförderrelevante Befunde bei Einschülern 2005 nach Sozialstatus und Kita-Besuch



Quelle: LGA

In Abbildung 44 wird der Zusammenhang zwischen frühförderrelevanten Befunden und Sozialstatus dargestellt, wobei nach Haus- und Kita-Kindern differenziert wird. Die gesundheitlichen Unterschiede werden in erster Linie durch den Sozialstatus erklärt. Es zeigt sich hier aber auch ein eigenständiger Effekt des Faktors Kita-Besuch. Das heißt, innerhalb der Sozialstatusgruppen tragen die Haus-Kinder immer eine größere Krankheitslast.

Kinder aus sozial benachteiligten Verhältnissen profitieren vom Kita-Besuch für ihre Gesundheit.

Zu Hause geblieben – was Eltern davon abhält, ihre Kinder in die Kita zu schicken

In einer Studie im Auftrag des brandenburgischen Bildungsministeriums wurden Struktur und Gründe des Verzichts der Eltern auf Kindertagesbetreuung erforscht (IfK 2005). Die Studie kommt zu folgenden Kernaussagen: Haus-Kinder wachsen überdurchschnittlich häufig in einem Lebensumfeld mit potenziellen Entwicklungsrisiken auf. Das heißt konkret, Haus-Kinder kommen überdurchschnittlich häufig aus Familien,

- in denen mindestens ein Familienmitglied arbeitslos ist und Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe bezieht,
- in denen die Eltern nicht erwerbstätig sind,
- in denen die Eltern über keinen qualifizierten Schulabschluss verfügen,
- die mit drei und mehr Kindern kinderreich sind.

Eltern, die kein Erwerbseinkommen erzielen, nennen am häufigsten die finanzielle Belastung als wichtigen Grund für einen Verzicht auf die

Kindertagesbetreuung, gefolgt von familiären Gründen und der räumlichen Erreichbarkeit der Kita. Bei den Einkommen beziehenden Eltern bildet hingegen die Einschätzung der Qualität der Kindertagesbetreuung den wichtigsten Entscheidungsgrund für einen Verzicht auf die Kindertagesbetreuung. Die Kita gilt als nicht gut genug für das eigene Kind.

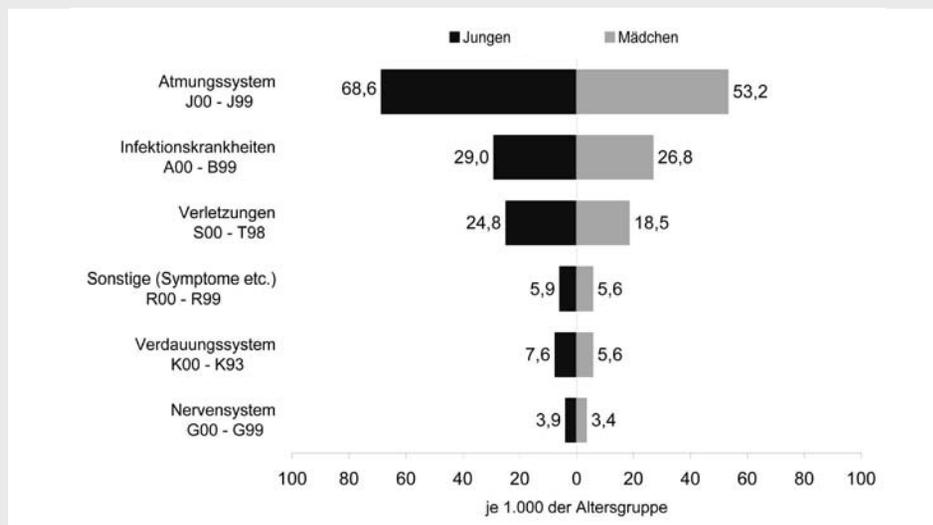
Die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Haus- und Kita-Kindern lassen sich zum großen Teil durch Unterschiede im sozialen Status der Familien erklären. Aber ein Teil der Unterschiede wird durch den Kita-Besuch erklärt. Das heißt, man kann annehmen, dass der Kita-Besuch eine sozialkompensatorische Wirkung hat. Daher liegt es nahe, die Hürden für den Kita-Besuch bei sozial benachteiligten Familien so niedrig wie möglich zu machen.

5.4 Kinder im Krankenhaus

Kinder in Brandenburg werden häufiger stationär behandelt als in Deutschland insgesamt. Wieder sind Jungen häufiger betroffen als Mädchen. Nach Krankheiten des Atmungssystems und Infektionskrankheiten stehen Verletzungen (meistens im Zusammenhang mit Unfällen) an dritter Stelle der Anlässe.

Daten der amtlichen Krankenhausstatistik geben Auskunft über Krankheiten von Kindern mit stationären Aufenthalten. Es handelt sich damit eher um schwere Krankheiten. Die Daten aus der Krankenhausstatistik dürfen nicht als Prävalenzschätzungen für Krankheiten verstanden werden. Die Häufigkeiten spiegeln die jeweilige stationäre Behandlungswirklichkeit wider, wobei nicht bekannt ist, ob die Krankheiten nicht auch in größerem Umfang ambulant behandelt werden könnten. Umgekehrt kann auch vermutet

Abbildung 45: Krankenhausfälle von Kindern von 1 bis unter 5 Jahren im Land Brandenburg 2004



Quelle: LDS Brandenburg

werden, dass für einzelne Krankheiten häufiger eine Krankenhausbehandlung indiziert wäre, als tatsächlich realisiert wird.

Im Jahr 2004 wurden 11.858 Kinder (6.751 Jungen und 5.107 Mädchen) im Alter zwischen 1 und 5 Jahren in Brandenburger Krankenhäusern stationär zur Behandlung aufgenommen. Bezogen auf Kinder im genannten Alter bedeutet dies, dass 17 % der Jungen und 14 % der Mädchen im Krankenhaus waren. Allerdings ist diese Schätzung etwas zu hoch, da die Krankenhausstatistik Fälle zählt und nicht Personen. Kinder, die in einem Jahr mehrfach aufgenommen wurden, werden auch in der Statistik mehrfach gezählt.

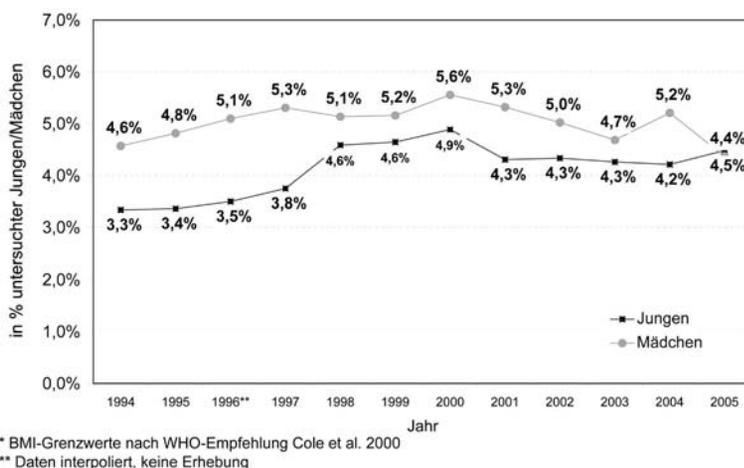
Verglichen mit dem Bundesdurchschnitt werden in Brandenburg häufiger Kinder stationär behandelt (Deutschland insgesamt: Jungen 14 % und Mädchen 11 %). Eine Erklärung für die stärkere Inanspruchnahme der stationären Versorgung liegt möglicherweise darin, dass die Versorgungsdichte durch niedergelassene Hausärzte in

ländlichen Regionen „dünn“ ist und Hausärzte im kritischen Fall weniger gut erreichbar sind (vgl. Kap. 3 zu Versorgungsstrukturen). Hinzu kommt, dass chronische Krankheiten zeitweise die ärztliche Betreuung durch Spezialisten notwendig machen. Die Kliniken in dünnbesiedelten Regionen im Land leisten Versorgung für solche Patienten.

Nach der Krankenhausstatistik sind Krankheiten des Atmungssystems (ICD-10 J00-J99) die häufigsten Diagnosen (darunter Lungenentzündungen und Grippe mit Lungenentzündung die häufigsten Einzeldiagnosen). An zweiter Stelle folgen Infektionskrankheiten und parasitäre Krankheiten (A00-B99). Und schon an dritter Stelle stehen Diagnosen der Hauptgruppe Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98; vgl. Kap. 5.8 Verletzte Kinder).

Die durchschnittliche Verweildauer bei stationären Krankenhausaufenthalten (in Tagen) lag

Abbildung 46: Brandenburger Einschüler mit erheblichem Übergewicht (Adipositas) - Entwicklung zwischen 1994 und 2005



Quelle: LGA, Einschulungsuntersuchungen

2004 bei Brandenburger Kindern bei 4,1 Tagen. Der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt von Kindern in Brandenburg dauert damit einerseits etwas länger als der Bundesdurchschnitt (3,9 Tage), andererseits ist der Aufenthalt kürzer im Vergleich zu den neuen Bundesländern (4,4 Tage).

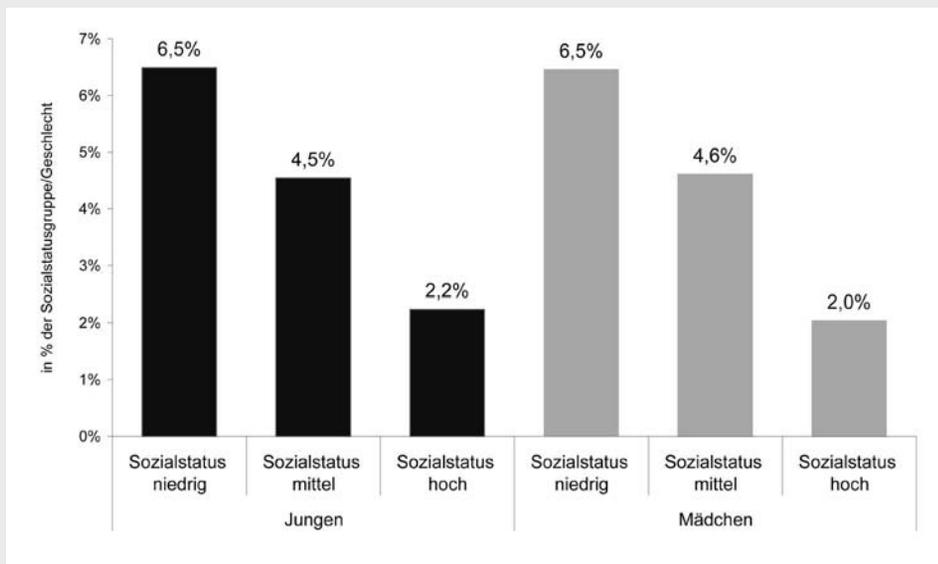
5.5 Adipositas

Brandenburger Einschüler sind im Jahr 2005 genauso häufig adipös wie 1994. Dass die Einschüler immer dicker werden lässt sich, zumindest für Brandenburger Kinder, nicht behaupten. Es gibt einen ausgeprägten Zusammenhang zwischen Adipositas und Sozialstatus: Kinder aus sozial benachteiligten Familien haben ein dreifach höheres Risiko für Adipositas.

In der Öffentlichkeit ist durch Medienberichte in den letzten Jahren der Eindruck entstanden,

dass es zunehmend mehr übergewichtige (adipöse) Kinder gibt. Diese Behauptung wird oft mit Verweis auf Daten der Einschulungsuntersuchungen vorgebracht. Die Analyse der Brandenburger Einschülerdaten zeigt jedoch ein differenzierteres Bild: Seit 1994 ist der Anteil adipöser Jungen und Mädchen im Einschulungsalter zunächst angestiegen, dann aber seit 2000 zurückgegangen. Dies bedeutet für die Mädchen im Jahr 2005, dass der Stand von 1994 (4,6 %) unterschritten wird (4,4 %), während für die Jungen insgesamt tatsächlich eine Steigerung von 3,3 % auf 4,5 % zu verzeichnen ist. Vergleichbare Trenddaten aus Berlin entsprechen denen aus Brandenburg weitgehend. „Betrachtet man die zeitlichen Entwicklungstrends des Anteils übergewichtiger Einschüler/-innen seit 1994, so ist insgesamt in diesem Zeitraum kein starker Trend zu steigenden Zahlen übergewichtiger Kinder zu erkennen“ (SenGesSozV 2006, S. 17). Anders als bei den

Abbildung 47: Einschüler mit Adipositas nach Sozialstatus 2005



Quelle: LGA, Einschulungsuntersuchungen

Einschülern zeigen die Daten der schulärztlichen Untersuchungen bei Jugendlichen (Schüler in den 10. Klassen) eine kontinuierliche Zunahme der Adipositasraten (Böhm & Lüdecke 2005).

Ab wann wird von Übergewicht und Adipositas gesprochen?

Der BMI (Body Mass Index) beschreibt das Verhältnis von Körpergröße und Gewicht ($\text{BMI} = \text{kg}/\text{m}^2$) und korreliert hoch mit dem Körperfettanteil. Während bei Erwachsenen festgelegte BMI-Werte (25 für Übergewicht und 30 für Adipositas) als Daumenregel verwendet werden können, müssen bei Kindern alters- und geschlechtsspezifische BMI-Werte benutzt werden, weil sich die Körperproportionen von Kindern im Wachstumsprozess verändern.

Übergewicht und Adipositas werden entsprechend der WHO-Empfehlung nach den internationalen BMI-Grenzwerten von Cole (et al. 2000) berechnet. Bei Verwendung des ebenfalls häufig verwendeten Referenzsystems von Kromeyer (AGA 2001) würden sich für die Einschüler etwa vergleichbar hohe Raten ergeben.

Als medizinisch relevant im Kindesalter gilt nur Adipositas. Übergewicht ist für sich genommen nicht behandlungsbedürftig. Es ist bis heute nicht geklärt, ab welchem BMI-Wert bei Kindern ein nachweisbar erhöhtes Risiko für Krankheiten gegeben ist. Das Wort Übergewicht hat einen negativ wertenden Beiklang für einen Sachverhalt, der zum natürlichen Spektrum menschlicher Vielfalt gehört. So wie es große und kleine Menschen gibt, gibt es dickere und dünnere.

Adipositas und Sozialstatus weisen einen starken Zusammenhang auf. Je höher der soziale Status der Herkunftsfamilien, umso seltener ist Adipositas (Abbildung 47). Hierin spiegelt sich wahrscheinlich ein Bündel von Faktoren, die in sozial benachteiligten Familien stärker sind: ungünstigere Ernährungsgewohnheiten, knappe finanzielle Ressourcen, weniger ausgeprägte Familienkultur des Essens, Bewegungsmangel und TV-Konsum (von Kries et al. 1999).

Trotz jahrelanger Forschungen über Adipositas und Adipositas-Therapien sind die Ergebnisse für den Kinderbereich ähnlich ernüchternd wie für Erwachsene – es gibt keine wissenschaft-

Adipositas: keine wesentliche Zunahme bei den Einschülern in den letzten 10 Jahren, aber nach wie vor deutlich höhere Raten bei Kindern aus ungünstigen sozialen Verhältnissen.

lich evaluierten, erfolgreichen Therapieverfahren (Goldapp & Mann 2004; Cochrane Review: Summerbell et al. 2006). Hinzu kommt ein Sachverhalt, der durch die berichteten Ergebnisse klar herausgestellt werden kann: Es gibt einen engen Zusammenhang zwischen Adipositas und der sozialen Lage der Familien. Sozial benachteiligte Familien sind auch in anderen Feldern für Prävention und medizinische Versorgung schwerer zu erreichen. Daher sind beispielsweise Präventionsangebote für das Setting Kita um so wichtiger, d. h. gesunde und regelmäßige Essensangebote und Bewegungsförderung.

Dicke Kinder haben unter Vorurteilen zu leiden

Erwachsene und auch schon Kinder haben in unserer Gesellschaft Vorurteile gegenüber

adipösen Menschen: wenig attraktiv als potenzieller Freund, willensschwach, wenig intelligent. Dahinter steckt die Vorstellung, man könne bei entsprechender innerer Willenskraft, seinen Körper dauerhaft in die Form bringen, die man möchte bzw. die dem Ideal der Zeit entspricht. Es gibt keine Patentrezepte gegen starkes Übergewicht. Aber sicherlich sind folgende Punkte sinnvoll zur Vermeidung von Adipositas:

- Stillen, denn gestillte Säuglinge werden seltener zu stark übergewichtigen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen,
- gemeinsames Essen in der Familie, in Kindertagesstätten und Schulen,
- abwechslungsreiche Ernährung ohne rigide Ver- und Gebote,
- viele, viele Möglichkeiten für Kinder draußen zu spielen (gegen den Trend zur „Indoor-Kindheit“)

Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg: Bewegung, Ernährung



Ziel Bewegung: In Brandenburg sind die motorischen Fähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen gestärkt, Bewegungsmangel ist reduziert.

- Angebote für alle Kinder und Jugendliche mit Bewegungsdefiziten sind ausreichend vorhanden.
- Die Lebensräume von Kindern und Jugendlichen sind bewegungsfreundlich gestaltet.

Ziel Ernährung: Kinder und Jugendliche ernähren sich gesund.

5.6 Psychische Gesundheit

Seit 2000 wird die ärztliche Anamnese bei den Untersuchungen der Kita-Kinder durch Elternangaben über Verhaltensauffälligkeiten ergänzt. Die Daten zeigen, dass Verhaltensauffälligkeiten bei Brandenburger Kita-Kindern in etwa so häufig vorkommen, wie nach der Fachliteratur zu erwarten ist.

Auf der Basis von epidemiologischen Studien kann erwartet werden, dass ca. 15 % der Kinder eine psychische Störung aufweisen. Bei mindestens 4 % der Kinder muss mit einer schweren Beeinträchtigung gerechnet werden, die behandlungsbedürftig ist (Esser et al. 1992; RKI 2004). Für die einzelnen Störungen werden in der Fachliteratur unterschiedliche Häufigkeiten berichtet, was zum größten Teil auf uneinheitliche Erhebungsmethoden und Definitionen zurückzuführen ist (RKI 2004).

In allen Altersstufen sind psychische Störungen insgesamt etwa gleich häufig. Deutliche Unterschiede gibt es aber beim Geschlecht: Psychische Störungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten gibt es bis zur Pubertät bei Jungen wesentlich häufiger als bei Mädchen (RKI 2004). Kinder mit starken Ängsten, dissozialem Verhalten und Aggressivität behalten diese Störungen zu einem beträchtlichen Anteil auch in späteren Lebensphasen. Demgegenüber gehen die häufigen kindlichen Störungen Einnässen und Hyperaktivität bis zum Jugendalter deutlich zurück (RKI 2004).

Psychische Störungen treten oft gemeinsam auf (Komorbidität). Daneben gibt es auch einen Überschneidungsbereich mit Entwicklungsstörungen. Alle Entwicklungsstadien enthalten normale Entwicklungskrisen, die unter ungünstigen inneren und äußeren Umständen zu psychischen Störungen werden können. Hierbei können folgende Bedingungen eine Rolle spielen:

- genetische Faktoren
- psychische Erkrankungen einschließlich Suchtprobleme bei den Eltern
- chronische Krankheiten und Behinderungen der Eltern/des Kindes
- schwierige soziale Situation in der Familie (Arbeitslosigkeit, Armut)
- schwierige, wechselnde familiäre Konstellationen (Trennungen, Scheidung)
- Überforderung der Eltern mit den Erziehungsaufgaben und der Anforderung, eine stabile, liebevolle Beziehung zum Kind zu pflegen.

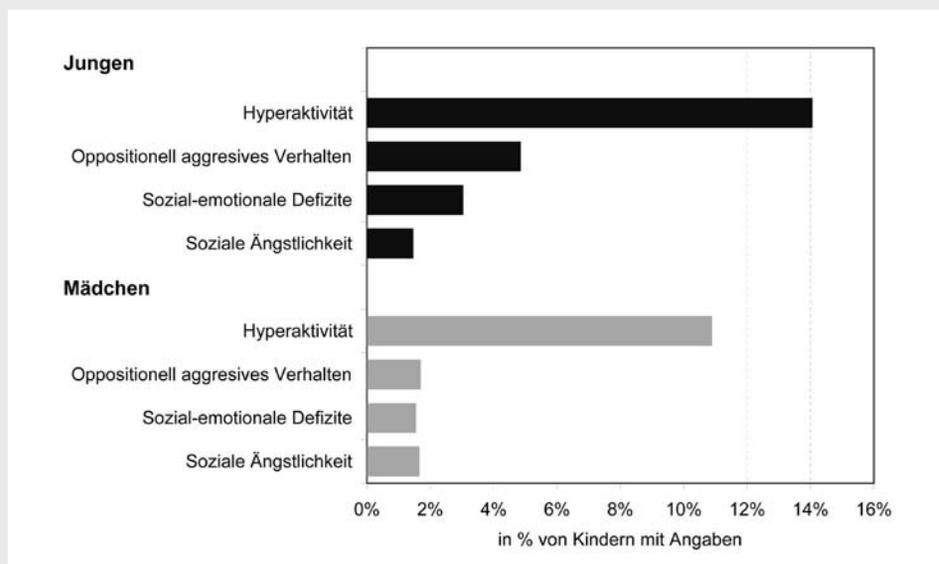
Seit 2000 ergänzen Einschätzungen der Eltern zu Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder die Anamnese in der ärztlichen Untersuchung. Die Fragen zu Verhaltensauffälligkeiten sind dem diagnostischen Instrument VBV 3-6 von Döpfner, Berner & Fleischmann (1993) entnommen (vgl. Kap. 9). Sie können nicht als Diagnosen verstanden werden. Aber die Ergebnisse geben der untersuchenden Kinderärztin wichtige Hinweise für die Beratung, für eine eventuell notwendige weitere Diagnostik und sie können für Prävalenzschätzungen verwendet werden. Die Fragen zu Verhaltensauffälligkeiten beziehen sich auf vier Bereiche:

- sozial-emotionale Defizite
- oppositionell-aggressives Verhalten
- Hyperaktivität
- soziale Ängstlichkeit.

Im Folgenden werden Ergebnisse des anamnestischen Fragebogens aus den Jahren 2000 bis 2005 vorgestellt.

Für Jungen werden insgesamt mehr Verhaltensauffälligkeiten benannt als für Mädchen (Abbildung 48). Hyperaktives Verhalten hat bei Jungen und Mädchen den größten Anteil bei den Nennungen der Eltern (ca. 10 %). Für 2005 ist hierbei eine Steigerung zu verzeichnen. In der Literatur

Abbildung 48: Verhaltensauffälligkeiten bei 4-jährigen Jungen und Mädchen 2004/2005



Quelle: LGA

wird für hyperaktives Verhalten, je nach Untersuchungsmethode, eine Prävalenz zwischen 3 % und 10% berichtet (RKI 2004).

Oppositionell-aggressives Verhalten wird 2005 bei ca. 5 % der Jungen und ca. 1,5 % der Mädchen beobachtet. Hier zeigt sich der vergleichsweise größte Geschlechtsunterschied. Bei den Jungen werden mit ca. 5 % mehr als doppelt so häufig sozial-emotionale Defizite wahrgenommen als bei Mädchen. Relativ selten wird bei beiden Geschlechtern soziale Ängstlichkeit festgestellt. Für beide Geschlechter liegen die Raten unter 2 %. In anderen Untersuchungen wurden mit Brandenburg vergleichbare Ergebnisse festgestellt (Plück, Döpfner & Lehmkuhl 2000).

Über psychische Erkrankungen im Zusammenhang mit der Versorgungssituation im Land wird in Kap. 3 berichtet.

Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg: Seelische Gesundheit



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

- Durch die regelmäßige Analyse und Auswertung von Daten besteht ein landesweites „Monitoring-System“ zur Beobachtung und Förderung der Entwicklung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.
- Eine ambulante kinderpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung ist in allen Regionen gesichert.



Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg: Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung

Ziel: Kinder und Jugendliche in Brandenburg beherrschen Strategien der Stressbewältigung. Gesundheitsbeeinträchtigende Stressfaktoren sind reduziert.

- Kinder und Jugendliche reagieren angemessen auf Stress.
- Für Kinder und Jugendliche mit Symptomen einer Überforderung stehen Angebote zur Stressbewältigung und Kompetenzbildung in ausreichendem Umfang zur Verfügung.
- Alltag und Umwelt von Kindern und Jugendlichen sind durch Anwesenheit von anregenden sowie durch Abwesenheit von überfordernden Stressfaktoren gekennzeichnet.

5.7 Infektionsgeschehen bei Brandenburger Kindern im Überblick

Im Land Brandenburg verstarb jährlich durchschnittlich nur ein Kind aus der Gruppe der 1- bis 5-Jährigen im Zeitraum 2001 bis 2004 an den Folgen einer Infektionskrankheit. Während die Todesfälle sehr selten geworden sind, bleibt die Krankheitslast durch Infektionskrankheiten

hoch. Meldungen für Säuglinge und Kleinkinder sind unter allen beim Landesgesundheitsamt eingegangenen Meldungen nach dem Infektionsschutzgesetz am häufigsten. Im Jahr 2005 wurden im Land Brandenburg allein für Säuglinge 1.219 Infektionserkrankungen bzw. Erregernachweise übermittelt. Dabei hatten Rotavirus-Infektionen, die Durchfall und Erbrechen auslösen, mit 890 Fällen den größten Anteil (73 % von allen gemeldeten Infektionserkrankungen).

Viele Infektionskrankheiten können besonders im Kindesalter so schwer verlaufen, dass sie stationäre Behandlungen erforderlich machen oder auch bleibende Schäden hinterlassen (Masern, Windpocken etc.).

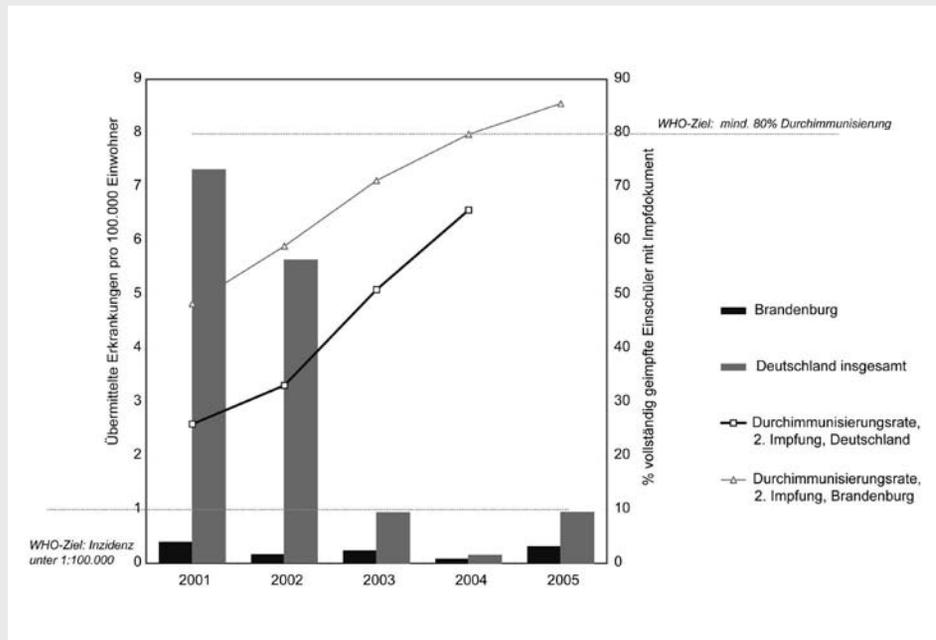
Für durch Viren übertragene Infektionskrankheiten wie beispielsweise Masern, Mumps oder Hepatitis B ist bislang eine wirksame antibiotische Behandlung nicht möglich. Schutzimpfungen sind die wirksamste Präventionsmaßnahme und gewährleisten einen sicheren Schutz vor vielen Infektionskrankheiten und deren oft schweren Komplikationen. Auch volkswirtschaftlich sind Impfungen sinnvoll, da durch sie z. B. Arbeitsausfall verhindert werden kann. Zudem schützt ein hoher Immunisierungsgrad der Bevölkerung Personen, die nicht geimpft werden können. Insbesondere Neugeborene und ungeimpfte Schwangere können so vor der Ansteckung geschützt werden.

Tabelle 11: Neuerkrankungsraten nach Altersgruppen, alle meldepflichtigen Erkrankungen, Brandenburg 2005

Altersgruppe	Erkrankungen pro 1.000 der Altersgruppe
Säuglinge	66,8
1 bis unter 2 Jahre	77,3
2 bis unter 3 Jahre	42,1
3 bis unter 4 Jahre	29,1
4 bis unter 5 Jahre	19,4

*Quelle: SurvNet, Datenstand 17.07.06

Abbildung 49: Masern-Inzidenz in Brandenburg und Impfstatus bei Brandenburger Einschülern



Quelle: LGA, RKI, eigene Berechnungen

Wie sich die steigende Impfrate bei Masern und Erkrankungsfälle bei Brandenburger Einschülern entwickelt haben, zeigt Abbildung 49: Die Verbesserung des Impfstatus in den vergangenen Jahren wird von einer Verringerung der Krankheitsfälle begleitet.

5.8 Verletzte Kinder – Unfälle

In Deutschland wird der Begriff Unfälle in der Regel mit Verletzungen gleichgesetzt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gebraucht jedoch den Verletzungsbegriff wesentlich weiter gefasst. Sie versteht darunter sowohl Unfälle im engeren Sinne (unintentional injuries) als auch die Verlet-

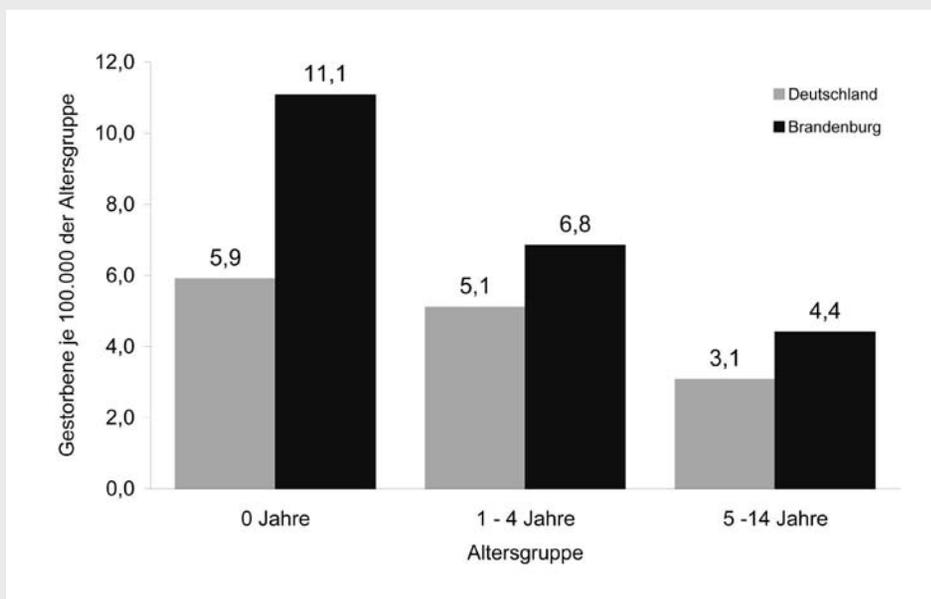
zungen durch Gewalt von außen (Misshandlung), durch interpersonale Gewalt oder durch Gewalt

Die natürliche Neugierde und Neigung der Kinder, neue Sachen auszuprobieren, kann die Kinder in Gefahr bringen. So wechselt das Unfallpanorama mit dem Alter und den verschiedenen Entwicklungsstufen des Kindes. Für alle Altersgruppen gilt, dass es das Wichtigste ist, die Umgebung dem Kind anzupassen (Berfenstam 1998).

gegen sich selbst (Selbstverstümmelung, Suizidversuch; intentional injuries; Holder et. al. 2001). Bei Säuglingen und kleinen Kindern sind nur die Unfälle und Verletzungen durch Gewalt von Bedeutung. Daher werden diese beiden Kategorien im Folgenden getrennt behandelt.

Ab dem zweiten Lebensjahr sind Unfälle die häufigste Todesursache bei Kindern in Deutschland und Europa. Der Anteil der tödlichen Verletzungen an allen Todesfällen liegt im Kindesalter in Europa bei ca. 40 % (UNICEF 2001). Die

Abbildung 50: Unfallmortalität (Mittelwert 2000-2004) nach Altersgruppen: Deutschland im Vergleich zu Brandenburg



Quelle: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik, eigene Berechnungen

Krankenhausstatistik zeigt bundesweit, dass Verletzungen bei Säuglingen und kleinen Kindern zu den häufigsten Einweisungsgründen gehören. Unfälle sind somit nicht nur ein vorrangiges bevölkerungsmedizinisches Problem mit ökonomischen Folgen, sondern haben aufgrund des Leids, das sie verursachen, weitreichende individuelle und soziale Folgen. Kinder sind keine kleinen Erwachsenen.

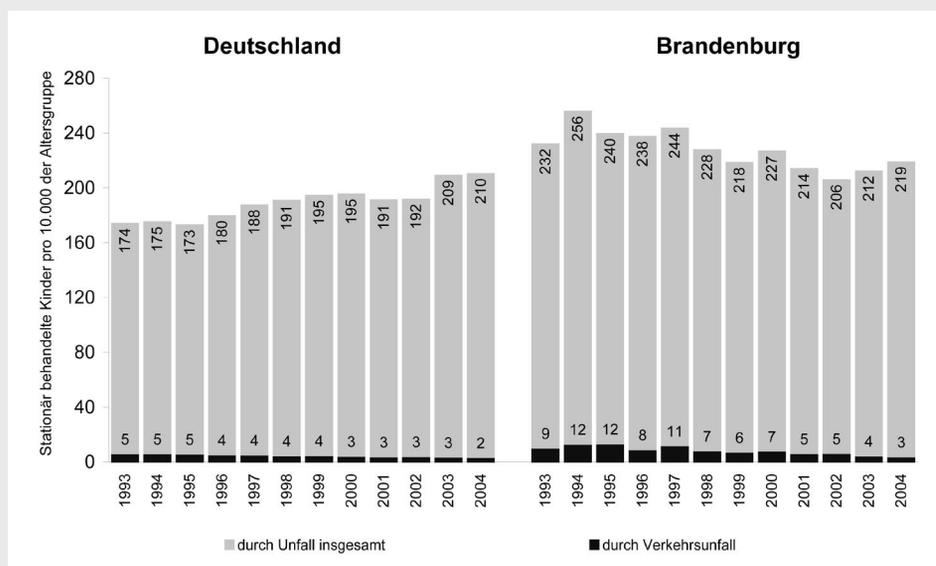
5.8.1 Wie häufig sind Unfälle?

Verletzungen mit Todesfolge: Seit 1990 ist die Unfallsterblichkeit von Kindern unter 15 Jahren bundesweit und auch in Brandenburg stetig gesunken; sie liegt jedoch für Brandenburger Kinder seit Jahren über dem Bundesdurchschnitt. Der Trend rückläufiger Unfallzahlen gilt auch für das Säuglings- und Kleinkindalter und für den

Heim- und Freizeitbereich. Mögliche Gründe sind eine verbesserte Rettungsmedizin, eine intensive Verkehrsunfallprävention, Fortschritte in der Produktsicherheit und die Umsetzung von Sicherheitsmaßnahmen (Kinderrückhaltesysteme in PKW, Wegschließen von Reinigungsmitteln und Medikamenten etc.). Das höchste Risiko, an den Folgen eines Unfalls zu sterben, haben bundesweit und ebenso in Brandenburg Säuglinge und kleine Kinder (Abbildung 50).

Bis zur Einschulung passieren die häufigsten tödlichen Unfälle zu Hause und in der unmittelbaren Wohnumgebung (z. B. Ertrinken im Gartenteich). Ersticken und Stürze (insbesondere aus Gebäuden) sind die beiden häufigsten tödlichen Unfallarten im Säuglingsalter, während im Kleinkindalter das Ertrinken an erster Stelle steht, gefolgt

Abbildung 51: Hospitalisierungsraten von kleinen Kindern (0-4 Jahre) aufgrund eines Unfalls: Deutschland im Vergleich zu Brandenburg



Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausdiagnosestatistik, eigene Berechnungen

von tödlichen Unfällen durch Wohnungsbrände. Erst ab dem Grundschulalter sind tödliche Unfälle im Straßenverkehr am häufigsten (Ellsäßer 2006).

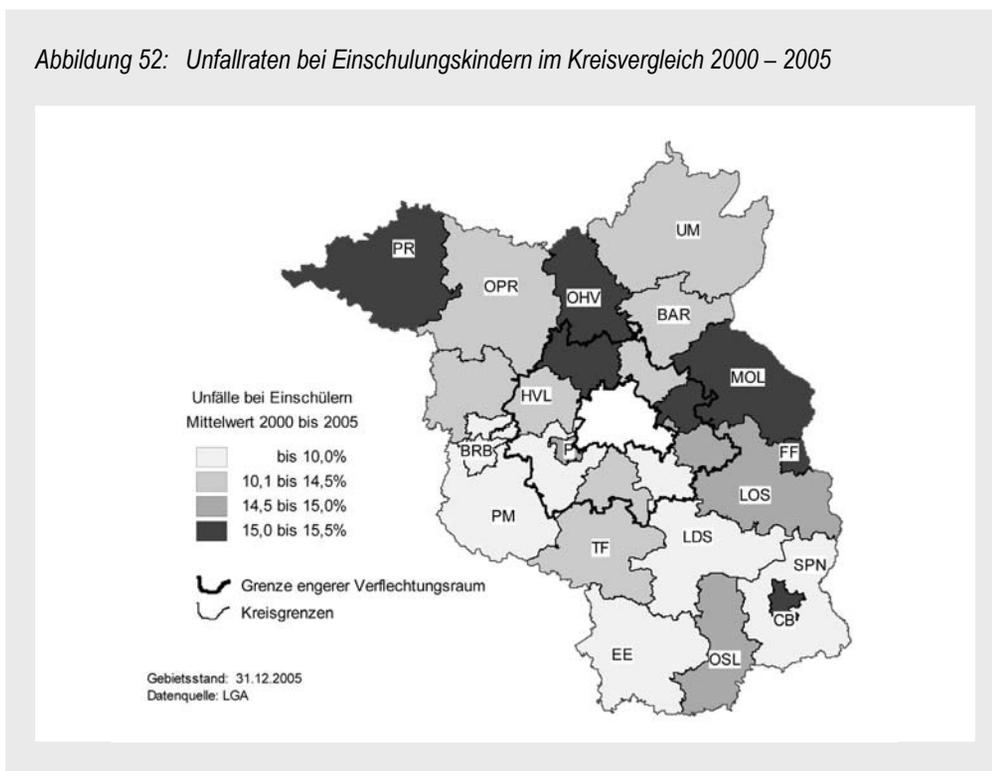
Schwere, im Krankenhaus behandelte Verletzungen: Seit Jahren sind Unfallverletzungen bundesweit und in Brandenburg der zweithäufigste Einweisungsgrund in ein Krankenhaus im Kleinkindalter. In 2004 mussten in Brandenburg insgesamt 6.132 Kinder unter 15 Jahren wegen einer schweren Verletzung im Krankenhaus stationär behandelt werden; darunter waren allein über ein Drittel Kinder unter 5 Jahren. Säuglinge zeigen im Vergleich zu den kleinen Kindern (1-4 Jahre) und Schülern (5-14 Jahre) seit Jahren die höchsten Hospitalisierungsraten (bundesweit und in Brandenburg). Auch hier liegt Brandenburg über dem Bundesdurchschnitt. Dies trifft auch auf

die bei Verkehrs- sowie Heim- und Freizeitunfällen verletzten und stationär behandelten kleinen Kinder zu (Abbildung 51). Bei den Unfällen im Straßenverkehr ist seit Jahren für alle Altersgruppen ein kontinuierlicher Abwärtstrend erkennbar.

Während Vergiftungen und thermische Verletzungen typisch für das Kleinkindalter sind, dominieren im Schulalter die Knochenbrüche aufgrund von Sturzverletzungen im Freizeitbereich (Ellsäßer & Diepgen 2002).

Unfallorte: Die Schuleingangsuntersuchungen im Land Brandenburg zeigen, dass im Zeitraum 1997-2005 12 % bis 15 % aller Kinder bis zur Einschulung einen Unfall mit schwereren Verletzungen hatten – Tendenz steigend. An erster Stelle stehen Knochenbrüche, gefolgt von schwereren Schnittverletzungen, Gehirnerschütterung

Abbildung 52: Unfallraten bei Einschulungskindern im Kreisvergleich 2000 – 2005



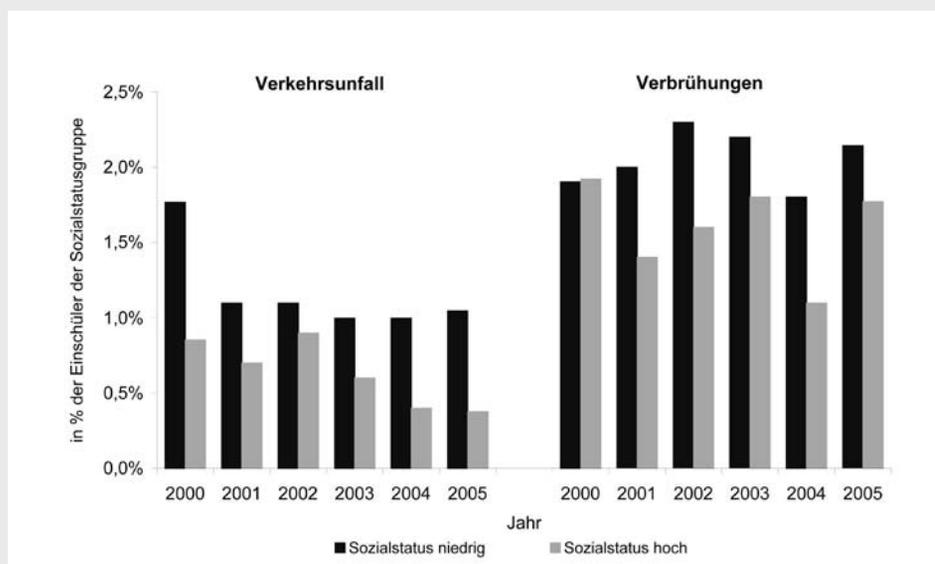
und schließlich Vergiftungen sowie Verbrühungen. Jungen verunfallen häufiger als Mädchen (in 2005:16,5 % vs. 12,7 %). Im Jahr 2005 lag mit über 70% der Hauptanteil der Kinderunfälle im häuslichen Bereich; über 20 % der Kinderunfälle ereigneten sich in Kindertagesstätten und unter 5 % im Straßenverkehr (Tendenz sinkend seit 1997). Auf die Landkreise bezogen sind Unfälle unterschiedlich häufig. Die höchsten Unfallquoten bei den Einschulungskindern hatten im Zeitraum 2000 - 2005 die Stadt Frankfurt (Oder) und der Landkreis Märkisch-Oderland; die niedrigsten die Landkreise Dahme-Spreewald und Spree-Neiße. Die unterschiedlichen regionalen Häufigkeiten sollten Ausgangspunkt für regionale Schwerpunktsetzungen in der Prävention sein.

Umgebungs- bzw. produktbezogene Unfälle: Stürze sind die häufigste Unfallart in allen Alters-

gruppen (Elsässer & Diepgen 2002) und die meisten Sturzunfälle stehen mit Produkten im Zusammenhang, wobei ein alterstypisches „Produkt-Profil“ festgestellt werden kann: Im Säuglingsalter sind Stürze vom Wickeltisch am häufigsten, gefolgt von Stürzen aus dem Kinderbett, im Kleinkindalter dagegen vorrangig Stürze von Spielplatzgeräten und im Schulalter Stürze vom Fahrrad (Böhmann & Ellsäßer 2004).

Unfälle und soziale Risiken: Die Brandenburger Daten der kinderärztlichen Untersuchungen von Schulanfängern zeigen seit Jahren fast durchgängig, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen niedrigem Sozialstatus und Verletzungen durch Verbrühungen sowie Verletzungen im Straßenverkehr besteht (Abbildung 53). Dieser Zusammenhang ließ sich jedoch nicht für andere Verletzungsfolgen nachweisen. Des Wei-

Abbildung 53: Straßenverkehrsunfälle und Unfälle durch Verbrühen bei Einschülern nach Sozialstatus: Brandenburg 2000-2005



Quelle: LGA, Einschulungsuntersuchungen

teren kamen Verbrühungen signifikant häufiger in Familien mit mehr als drei Kindern vor.

5.8.2 Umsetzung von Präventionsempfehlungen im häuslichen Bereich

Die Prävention von Kinderunfällen kann nur dann wirksam geplant und durchgeführt werden, wenn auch der Wissensstand der Eltern über Unfallverhütungsmaßnahmen bekannt ist. Eine Elternbefragung des Landesgesundheitsamts in den Städten Potsdam, Rathenow, Rendsburg, Delmenhorst und Bremen erbrachte, dass mehr als 80 % der befragten Eltern (N=4.659) chemische Reinigungsmittel und Medikamente verschlossen in ihrem Haushalt aufbewahrten (Ellsäßer 2006). Bei anderen Unfallgefahren im häuslichen Bereich waren die Sicherungsmaßnahmen unzureichend. Weniger als 40 % der Eltern von Kleinkindern nutzten ein Herdschutzgitter zur Vermeidung von

Verbrühungsunfällen oder Fensterriegel zur Verhütung von gefährlichen Sturzverletzungen. Bei der Nutzung von Treppengittern gab es darüber hinaus auffallend starke regionale Unterschiede, wobei die Sicherungsquoten bei Eltern aus den Städten Rathenow mit 59 % und Potsdam mit 62 % nicht ausreichend waren (berücksichtigt wurden hier nur Wohnungen mit Treppen).

Lauflehnhilfen: Ein prinzipiell leicht vermeidbares Problem sind Unfälle durch Lauflehnhilfen. Lauflehnhilfen hindern kleine Kinder nicht nur in ihrer natürlichen Bewegungsentwicklung, sondern führen auch nachweislich zu schweren Sturzunfällen durch das Überkopfkippen an Türschwellen, Teppichkanten und Treppen. Daher ist die Empfehlung eindeutig: Lauflehnhilfen gehören nicht in den Haushalt. Leider benutzen immer noch 20 % der Eltern aus der Stadt Rathenow

Abbildung 54: Informationsmaterialien des Landesgesundheitsamtes und der Arbeitsgruppe Prävention von Kinderunfällen



Quelle: Landesgesundheitsamt Brandenburg

und 17 % der Eltern aus der Stadt Potsdam eine Lauflernhilfe (Ellsäßer 2006).

**Konsequenzen für die Unfallprävention:
Wie können Eltern am besten erreicht und informiert werden?**

Studienergebnisse aus Präventionsprogrammen von häuslichen Unfällen bei Kindern konnten zeigen, dass die persönliche Information von Eltern über wichtige Gefahrenstellen und sinnvolle Schutzvorkehrungen einen nachweisbaren Einfluss auf die Verhinderung von Unfällen bei Kindern hat. Dabei ist eine gezielte ärztliche Aufklärung von Eltern gerade kleiner Kinder besonders effektiv (Clamp & Kendrick 1998).

Eine vom Landesgesundheitsamt Brandenburg 2005 durchgeführte Befragung der ambulant und in Gesundheitsämtern tätigen Kinderärzte konnte zeigen, dass dieses Ziel im Land Brandenburg

von den Kinderärzten sehr gut umgesetzt wird. 86 % der befragten Kinderärzte beraten Eltern zur Unfallprävention entweder anlässlich der U-Untersuchungen oder Kita-Untersuchungen der Gesundheitsämter mittels altersspezifischer Merkblätter bzw. Sicherheits-Checklisten.

Die Arbeitsgruppe „Prävention von Kinderunfällen“ der Landesärztekammer hat in Kooperation mit dem Landesgesundheitsamt Brandenburg zu den sehr häufigen und gefährlichen Unfallsituationen im Säuglings- und Kleinkindalter kurze, mit Bildern gestaltete Informationsmaterialien für Eltern und Multiplikatoren (Hebammen, Kinderärzte, Tagesmütter, Erzieher) entwickelt. Mit Infokarten wird auf typische Unfallsituationen und deren Vermeidung hingewiesen, wie zum Beispiel gefährliche Wickelorte, die leicht erreichbare Kaffeetasse oder die gefährliche Lauflernhilfe

(Abbildung 54). Denn Eltern sollten nicht mit Informationen „überfrachtet“ werden, die sie für das aktuelle Alter ihrer Kinder nicht benötigen.



Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg: Unfallprävention

Ziel: Kinder bis zu 12 Jahren werden zu Hause, auf Spielplätzen, in Schulen und im Straßenverkehr vor Risiken und Verletzungsgefährdungen sicher geschützt und entwickeln sich unter gewaltfreien Bedingungen.

- Säuglinge und Krabbelkinder sind vor den häufigsten Gefahren und den häufigsten Verletzungen im häuslichen Bereich (Sturz, Verbrennungen, Verbrühungen, Gewalt usw.) sicher geschützt.
- Kleinkinder bis zu 5 Jahren haben ein sicheres Wohn- und Spielumfeld im häuslichen Umfeld, im Wohnumfeld und in der Freizeit, in Kindereinrichtungen.
- Verletzungen von Kindern durch Unfälle und Gewalt werden erfasst und ausgewertet.

5.9 Verletzte Kinder - Gewalt

Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig

§ 1631 II Bürgerliches Gesetzbuch

Seit 2000 gibt es das „Gesetz zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung“ zur Problematik der Gewaltanwendung gegenüber Kindern. Aber das Gesetz allein gewährleistet noch keine gewaltfreie Kinderwelt. Elternbefragungen zu Disziplinierungsmaßnahmen zeigen, dass Ohrfeigen oder Prügel immer noch im Bereich des normalen Erziehungsverhaltens angesiedelt sind. Im Jahr 2001 gaben 54 % der Eltern von Kindern unter 18 Jahren an, dass sie leichte körperliche Strafen

einsetzten (konventionelle Erziehung) und 17 % sogar schwere Körperstrafen wie „Tracht Prügel“, „kräftig Po versohlen“ (BMFSFJ und Bundesministerium der Justiz 2003). Nach einer Befragung im Land Brandenburg gaben 90 % der befragten Kinder und Jugendlichen an, dass ihre Familienverhältnisse „normal“ bis „ausgesprochen gut“ seien. 10 % fühlten sich in der Familie vernachlässigt („meine Eltern kümmern sich nicht darum, was ich tue“ oder „meine Eltern sind nie da, wenn ich sie brauche“). Seit Jahren unverändert ist nach diesen Studienergebnissen der Anteil der Brandenburger Familien, die körperlich strafen: 2 % oft und 7 % manchmal (Sturzbecher 2002). Gewalt an Kindern wird physisch, psychisch und sexuell ausgeübt und bedroht eine gesunde kindliche Entwicklung bzw. sogar das Leben (Schütteltrauma). Materielle Armut, geringes oder gar kein Einkommen, Arbeitslosigkeit, beengte oder schlechte Wohnverhältnisse sind Risikofaktoren für Gewalt (Fegert 2004). Der Weltbericht „Gewalt und Gesundheit“ stellt fest, dass Kindesmissbrauch eng mit fehlendem „Sozialkapital“ zusammenhängt und dass er häufiger ist, wenn die sozialen Netze und die nachbarschaftlichen Beziehungen fehlen. Dabei erhöht sich die Gefahr für ein Kind misshandelt zu werden, wenn es sehr junge Eltern hat, die keine Unterstützung in den Herkunftsfamilien finden (WHO 2003). Gewalt gegen Kinder betrifft nicht nur körperliche Verletzungen und deren Folgen, sondern auch die psychische Gewalt und Vernachlässigung von Kindern. Dabei kommt die familiäre Gewalt am häufigsten vor.

5.9.1 Daten und Fakten

Genauere Zahlenangaben zum Ausmaß körperlicher und sexueller Gewalthandlungen gegen kleine Kinder sind schwer möglich, weil viele Vorkommnisse bzw. Straftaten nicht angezeigt und gar nicht erfasst werden. Auch in der amtlichen Krankenhausstatistik, in der die Diagnose „Miss-

handlung“ (T74 im ICD-10) vorgesehen ist, sind die Fallzahlen so niedrig, dass kein Aussagewert gegeben ist. Wenn das Personal in Kinderkliniken zur Thematik intensiv geschult und Verletzungen systematisch erfasst werden, steigen die erkannten Fälle deutlich an. An der Kinderklinik des Carl-Thiem-Klinikums in Cottbus wurden in 2005 ca. 6 % aller verletzten Kinder als „Gewaltfälle“ diagnostiziert (Erlor 2006).

Wegen der hohen Dunkelziffer und der insgesamt lückenhaften Datenlage führte das Landesgesundheitsamt in 2003 eine Befragung der ambulant und stationär tätigen Kinderärzte im Land Brandenburg u. a. zur Einschätzung der Gewaltproblematik durch. Neun von zehn antwortenden Kinderärzten (N=92) hatten mindestens einen Fall von Gewalt gegen Kinder im Verlauf des Jahres 2003 gesehen. Im Durchschnitt gaben die Ärzte an, jeweils etwa 9 sichere und etwa 9 Verdachtsfälle von Kindern mit Gewalterfahrung innerhalb eines Jahres gesehen zu haben. Bei den sicheren Gewaltfällen waren über die Hälfte durch körperliche Misshandlung bzw. Vernachlässigung verursacht, ein Drittel durch emotionale Misshandlung und ca. 7 % durch sexuellen Missbrauch (Ellsäßer & Cartheuser 2006).

Dass Säuglinge und kleine Kinder besonders von Gewalt bedroht sind, gilt nicht nur für Deutschland sondern weltweit. Der Weltbericht der WHO führt hierzu aus: „Kinder der Altersgruppe 0-4 Jahre sind mehr als doppelt so häufig Opfer von Tötungsdelikten als Kinder zwischen 5 und 14 Jahren (5,2 pro 100.000 vs. 2.1 pro 100.000). Die häufigsten Todesursachen sind Kopfverletzungen, Unterleibsverletzungen und absichtlich herbeigeführter Erstickungstod“ (WHO 2003). Auch die Daten zu den stationär behandelten Kindern zeigen bundesweit, dass wiederum bei Säuglingen die höchsten Hospitalisierungsraten

vorkommen und diese darum als eine Hochrisikogruppe zu bezeichnen sind.

5.9.2 Handlungsschwerpunkt für die Prävention

Die oben beschriebenen Fakten zeigen, dass der Schwerpunkt der Gewaltprävention bei Kindern schon vor und spätestens mit der Geburt des Kindes erfolgen sollte. Die WHO empfiehlt insbesondere folgende vier Maßnahmen der Primärprävention (WHO 2003):

- die Vorbereitung der künftigen Eltern auf ihre Elternrolle
- die Schwangerschaftsfürsorge und perinatale Betreuung von Müttern
- eine vernetzte Zusammenarbeit der Akteure
- vorschulische und soziale Entwicklungsprogramme für Kinder und Jugendliche.

Studien konnten zeigen, dass ein gut funktionierendes Hilfesystem mit verbindlichen Kooperationen entscheidend für die erfolgreiche Betreuung von Risikofamilien und deren Kindern ist – also gewaltpräventiv wirkt. Zudem unterstützt dieses System maßgeblich die Früherkennung von Gewalt gegen Kinder. Die Kombination von frühen Hilfen und vernetztem Reagieren hat sich bewährt.

Eine Analyse des Landesgesundheitsamtes in 2005 zu regionalen Netzwerken für den Kinderschutz in den Brandenburger Landkreisen und kreisfreien Städten zeigte, dass eine systematische Vernetzung zwischen Jugendamt, Betreuungs- und Bildungseinrichtungen und Gesundheitssektor (Kinderärzte, Kinderklinik, Gesundheitsamt, Hebammen, Therapeuten etc.) besser als bisher geregelt werden müsste. Insbesondere ist in den Arbeitskreisen der Gesundheitsbereich stärker mit einzubeziehen (Kinderärzte, Kinderklinik, Hebammen, Gesundheitsamt etc.). Darüber hinaus fehlen zum Teil vor Ort noch Arbeitskreise für den Kinderschutz.

Ziele und Maßnahmen im Land Brandenburg

Die Landesregierung empfiehlt zur Verbesserung der Kooperation beim Kinderschutz die Bildung von Arbeitsgemeinschaften auf der Ebene von Landkreisen bzw. kreisfreien Städten. Arbeitsgemeinschaften zum Kinderschutz dienen der Institutionalisierung von Kooperation. Für ihre Gründung bedarf es der Initiative der mit dem Thema Kinderschutz befassten Institutionen (vor allem Jugendamt, Gericht, Polizei; Umsetzung des Landtagsbeschlusses vom 12. Mai 2004 „Stärkung des Kinderschutzes gegen Gewalt“ Drs. 3/7469 – B).

Die Früherkennungsuntersuchungen der niedergelassenen Ärzte und die Untersuchungen der Gesundheitsämter in Kitas könnten zur Früherkennung von Symptomen nach Kindesvernachlässigung und Misshandlung genutzt werden. Vor diesem Hintergrund ist das Land Brandenburg

der Bundesratsinitiative „Für eine höhere Verbindlichkeit der Früherkennungsuntersuchungen im Sinne des Kindeswohls“ (2006) beigetreten.

Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg: Gewaltprävention



Ziel: Kinder und Jugendliche in Brandenburg entwickeln sich unter gewaltfreien Bedingungen.

- Kindern, die Gewalt erfahren mussten, steht ein interdisziplinäres Hilfesystem in den Regionen zur Verfügung.
- Kinder in Kitas und Schulen gehen gewaltfrei miteinander um.
- Verletzungen von Kindern durch Unfälle und Gewalt werden erfasst und ausgewertet.

Behinderte und in ihrer Entwicklung gestörte Kinder benötigen vielfältige Hilfen, insbesondere medizinische und heilpädagogische Leistungen. Damit diese Kinder und ihre Familien alle Leistungen aus einer Hand und aufeinander abgestimmt erhalten, hat der Bundesgesetzgeber im Sommer 2001 alle notwendigen Regelungen für die Komplexe Leistung Frühförderung im Sozialgesetzbuch IX verankert. Bis heute kann aber kein Kind in Brandenburg seinen Rechtsanspruch durchsetzen.

Früherkennung und Frühförderung umfassen Angebote und Hilfen speziell für noch nicht eingeschulte behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und deren Familien. Sie orientieren sich an den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten des einzelnen Kindes in seinem Umfeld.

Ziel der Frühförderung ist es, Störungen in der körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Entwicklung von Kindern frühzeitig zu erkennen, zu verhindern, zu heilen und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu gewährleisten. Die Eltern der betroffenen Kinder lernen Ängste abzubauen, ihre Hilflosigkeit zu überwinden und ein Fehlverhalten zu vermeiden. Je früher eine (drohende) Behinderung erkannt wird, desto eher können durch eine gezielte, frühzeitig einsetzende Behandlung körperliche, geistige und seelische Beeinträchtigungen vermieden oder gemildert werden.

6.1 Bedarfslage im Land Brandenburg

Im Land Brandenburg benötigen pro Geburtenjahrgang etwa 1.200 Kinder eine Frühförderung. Betrachtet man alle Kinder im Vorschulalter (0 bis 6 Jahre), sind derzeit etwa 7.000 Kinder landesweit betroffen.

Von diesen Kindern erreichen im Durchschnitt etwa 6 von 10 das Frühfördersystem, aber nur 3 von 10 Kindern aus sozial schlecht gestellten

Familien. Gerade diese Familien sind in besonderer Weise auf Hilfen angewiesen.

Nach Recherchen der Überregionalen Arbeitsstelle Frühförderung liegt in Brandenburg das durchschnittliche Erstdiagnostikalter für eine Behinderung bzw. drohende Behinderung bei etwa 4,2 Jahren – etwa 2 Jahre zu spät. Die Folge: In vielen Fällen können betroffene Kinder nicht mehr optimal gefördert werden.

Frühförderung ist eine Aufgabe, die eine fachübergreifende Zusammenarbeit erfordert. Medizinische, psychologische, pädagogische und soziale Maßnahmen sind dabei als unverzichtbare Bestandteile eines ganzheitlichen Konzepts zu sehen. Frühförderung schließt Früherkennung, Frühbehandlung, Früherziehung und Beratung ein – eine notwendige Voraussetzung für wirksame Hilfen.

Daraus ergibt sich, dass für jedes Kind unter Berücksichtigung seiner besonderen Bedürfnisse und seiner familiären Situation individuelle Förderziele und Förderschwerpunkte in einem Förder- und Behandlungsplan festgelegt und gemeinsam mit den Eltern umgesetzt werden müssen (familienorientierter und interdisziplinärer Ansatz).

Frühförderung

Frühförderung ist ein Angebot der medizinischen Rehabilitation für das einzelne Kind und seine Familie. Bevor Frühförderung beginnt, muss interdisziplinär und gemeinsam mit den Eltern ein Förder- und Behandlungsplan erarbeitet werden.

Frühförderung umfasst die Kontaktaufnahme zu Eltern und Kind sowie das sog. Erstgespräch; eine interdisziplinär abgestimmte Zusammenarbeit (medizinische, pädagogische,

psychologische und soziale Diagnostik); pädagogische Förderung des Kindes, psychologische und medizinische Therapien des Kindes, Entwicklung seiner Eigenkräfte; Information, Beratung und Begleitung der Eltern, Stärkung ihrer Autonomie; Zusammenarbeit mit allen Diensten und Einrichtungen, die mit dem Kind und dessen Eltern arbeiten, sowie Koordination der Hilfen.

6.2 Versorgungsstrukturen in Brandenburg

Leistungen der Frühförderung werden vor allem in Interdisziplinären Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren erbracht. Ihre Angebote stehen nicht in Konkurrenz zueinander, sondern ergänzen sich gegenseitig.

Sozialpädiatrische Zentren versorgen nach SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) insbesondere Kinder, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder Behinderung nicht wohnortnah versorgt werden können. Für die Behandlung ist eine Überweisung durch den niedergelassenen Kinderarzt erforderlich. Die fachlich-medizinische Betreuung und Behandlung steht im Mittelpunkt der Behandlung im SPZ. Im Land Brandenburg arbeiten 4 Sozialpädiatrische Zentren an den Kliniken in Cottbus, Frankfurt (Oder), Neuruppin und Potsdam (vgl. Kap. 3 zu Versorgungsstruktur).

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)

sind ärztlich geleitete, fachübergreifend arbeitende Einrichtungen, die Aufgaben der Diagnostik und Therapie wahrnehmen. Gemäß den gesetzlichen Vorgaben sollen SPZ die Behandlung auf diejenigen Kinder ausrich-

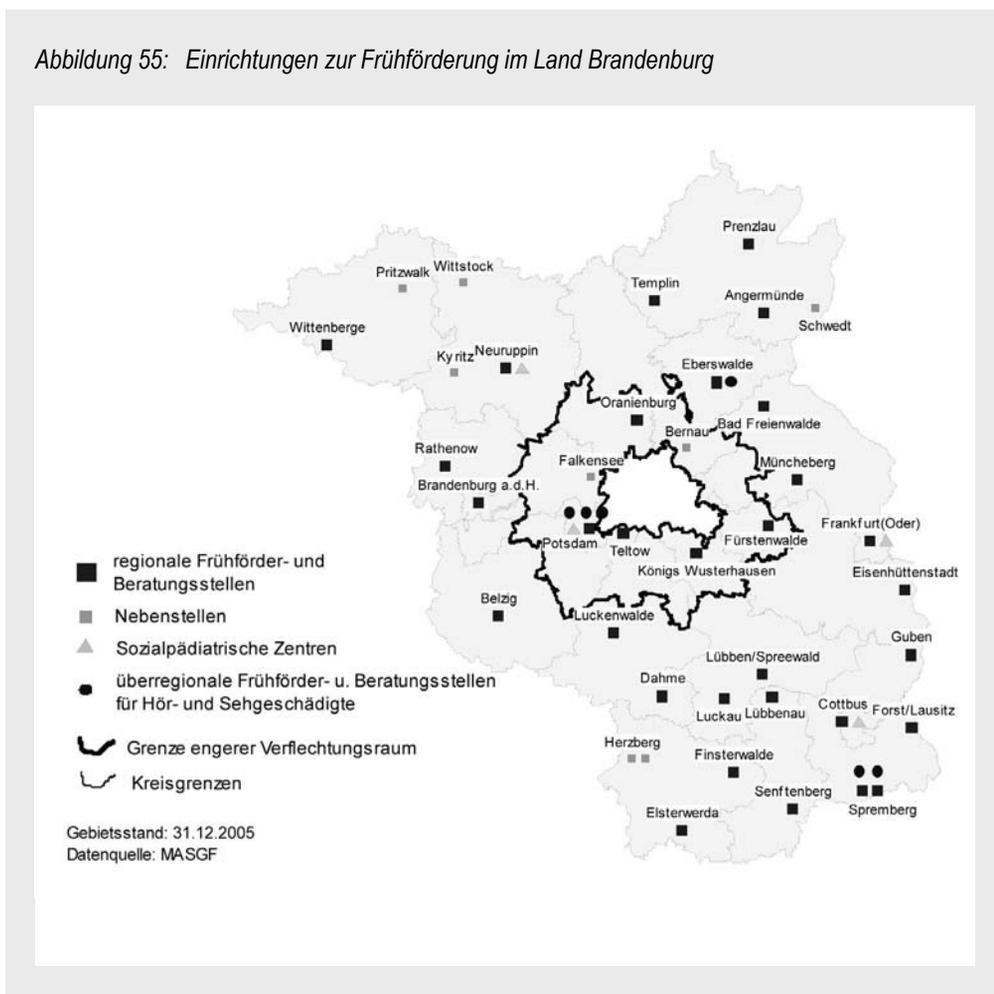
ten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Der Zugang zu diesen Zentren erfolgt durch eine ärztliche Überweisung.

Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF)

sind familien- und wohnortnahe Einrichtungen, die Kinder ab ihrer Geburt bis zum Schuleintritt ambulant betreuen. Im Rahmen ihres interdisziplinären und ganzheitlichen Konzepts bieten sie für den genannten Personenkreis umfassende Hilfen „aus einer Hand“ an, um eine drohende oder bereits vorhandene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern. Interdisziplinäre Frühförderstellen sollen die Leistungen der Frühförderung als Komplexleistung erbringen.

Frühförderstellen haben ihre Angebote insbesondere auf Kinder und ihre Familien ausgerichtet, die wohnortnah versorgt werden können. Überwiegend werden heilpädagogische Leistungen als ambulant-mobile Hilfen in der Familie erbracht – aber in keinem Fall Komplexleistungen. Therapeutische Leistungen müssen von niedergelassenen Ärzten verordnet und in der Regel von niedergelassenen Therapeuten erbracht werden. 25 regionale Frühförderstellen (plus 14 Neben- oder Außenstellen) und 7 überregionale Frühförderstellen für blinde, gehörlose oder autistische Kinder gewährleisten eine flächendeckende Versorgung. Als Interdisziplinäre Frühförderstellen im Sinne des SGB IX sind derzeit keine Frühförderstellen im Land Brandenburg anerkannt.

Abbildung 55: Einrichtungen zur Frühförderung im Land Brandenburg



6.3 Grundproblem im Versorgungssystem Frühförderung

Weil die Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation sich im Dezember 2002 auf keine gemeinsamen Empfehlungen zur Früherkennung und Frühförderung verständigen konnte, hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales in Abstimmung mit den Ländern im Juni 2003 eine Frühförderungsverordnung (FrühV) erlassen. In dieser Verordnung werden Einzelheiten zur Abgrenzung der Dienste und Leistungen geregelt und Vorgaben für Vereinbarungen zwischen den Trägern der Rehabilitation festgelegt.

Obwohl die rechtlichen Regelungen seit über drei Jahren in Kraft sind, haben Krankenkassen, Landkreise und kreisfreie Städte bisher keine Vereinbarungen geschlossen, die

- Einzelheiten der Leistungsinhalte
- Kostenteilung/Kostenübernahme
- Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte
- Pauschalen, gemeinsame Finanzierung
- Zugangswege regeln, weder auf kommunaler noch auf Landesebene.

Inhalte der Frühförderungsverordnung (FrühV)

- Alle Behandlungen und Hilfen sollen als ganzheitliche Komplexleistung erbracht werden.
- Die eingeleiteten Maßnahmen sind in einem für jedes Kind individuell angelegtem Förder- und Behandlungsplan festzulegen.
- Die erforderlichen Leistungen werden durch Sozialpädiatrische Zentren und Interdisziplinäre Frühförderstellen erbracht.
- Die Kostenträger sind die kommunalen Sozial- oder Jugendämter sowie die Krankenkassen.
- Die Kosten müssen sich die Träger nach einem zu vereinbarenden Schlüssel teilen.
- Die Qualifikation des Personals, Standards in den Einrichtungen, Zugangswege, Zuständigkeiten, Höhe der Entgelte und die Anteile an den Kosten sollten in einer Rahmenvereinbarung geregelt werden.

Fachleute, die sich im Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg zusammengeschlossen haben, verweisen auf die ungünstige Entwicklung im Versorgungssystem:

- Beinahe alle regionalen Frühförderstellen bieten ausschließlich heilpädagogische Leistungen, aber keine Komplexleistungen an.
- Bis 2001 haben sich Krankenkassen und Kommunen die Fallkosten für Behandlungen in einem Sozialpädiatrischen Zentrum nach einem vereinbarten Schlüssel geteilt (85 % + 15 %). Inzwischen wurden diese Vereinbarungen von 13 Kommunen gekündigt, aber keine neuen abgeschlossen. In der Folge traten Mindereinnahmen und Personalabbau in Sozialpädiatrischen Zentren ein.
- Da seit 2001 keine Vereinbarungen zur Kostenteilung und zu den Entgelten verhandelt

sind, erhalten Kinder mit Behinderungen keine therapeutischen Leistungen nach SGB IX in ihrer Lebenswelt.

- Absenkung von Standards: Aus mindestens zwei Landkreisen ist bekannt, dass Eltern von blinden oder gehörlosen Kindern die spezifischen Leistungen auf dem Rechtsweg einklagen. Ein Landkreis hat Regelangebote wie Einzelfallförderung und aufsuchende Förderung deutlich eingeschränkt.

Zeitgleich stieg zwischen 2001 und 2005 die Rate behinderter Kinder von 5,2 % auf 8,6 % und die Rate der Kinder mit psychomotorischen Störungen, Wahrnehmungsstörungen und Teilleistungsstörungen von 6,8 % auf 12,0 % (vgl. Kap. 5, frühförderrelevante Befunde).

Vor diesem Hintergrund appelliert das Bündnis Gesund Aufwachsen an die Verbände der Kommunen und der Krankenkassen im Land Brandenburg, umgehend eine Rahmenvereinbarung auf Landesebene abzuschließen, die Kostenteilung, Entgelte, Pauschalen, Standards in den Einrichtungen und Zugangswege regelt. Weiterhin wird das MASGF gebeten, sich mit Nachdruck für den Abschluss einer solchen Rahmenvereinbarung einzusetzen.

Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg: Früherkennung, Frühförderung



Ziel: Kleinkinder und Kinder mit Frühförderbedarf werden rechtzeitig erkannt. Kleinkinder und Kinder mit erkanntem Frühförderbedarf erhalten unverzüglich die notwendigen Frühförderleistungen auf der Basis eines interdisziplinär erstellten Förder- und Behandlungsplans.

- Kinder mit angeborenen chronischen Krankheiten werden entsprechend ihrer spezifischen Behinderung so früh wie möglich erkannt.
- Kinder mit Entwicklungsrisiken, Beziehungsstörungen, Sprachstörungen oder mit drohenden Behinderungen werden so früh wie möglich erkannt.

- Alle Kinder, insbesondere aber die aus sozial schlecht gestellten Familien, haben bei erkanntem Frühförderbedarf gleiche Zugangschancen zum Versorgungssystem.
- Die Vorgaben des SGB IX und der FrühV, insbesondere zur interdisziplinären Diagnostik und zur Förder- und Behandlungsplanung, sind umgesetzt.

Politik für Gesundheit: Gesundheitsziele in Brandenburg

Landesgesundheitspolitik in Brandenburg will die Gesundheit und gesunde Lebensbedingungen der Bürger fördern. Gesundheitsziele helfen, das zielgerichtete Zusammenwirken zahlreicher Akteure innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens zu organisieren. In diesem Kapitel wird die Konzeption von Gesundheitszielen vorgestellt, wobei das Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg ein wichtiges Beispiel ist.

7.1 Ausgangspunkt

Landesgesundheitspolitik in Brandenburg will dazu beitragen, dass die Menschen in Brandenburg gesund aufwachsen, leben, wohnen, arbeiten, am gesellschaftlichen Leben teilhaben und menschenwürdig sterben können. Dieser Beitrag kann nur im Zusammenwirken mit zahlreichen Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens erbracht werden. Gesundheitsziele bzw. Gesundheitszieleprozesse sind ein geeignetes politisches Steuerungsinstrument, um das Zusammenwirken zielgerichtet zu organisieren.

Zahlreiche Akteure beeinflussen die Gesundheit der Menschen in Brandenburg. Sie sollen ihre Kompetenzen und Ressourcen bündeln und auf gemeinsame Ziele ausrichten.

Leitendes Motiv für die Entwicklung von Gesundheitszielen in Brandenburg ist, die zahlreichen Akteure, deren Handeln die Gesundheit der Menschen in Brandenburg wesentlich beeinflusst, dafür zu gewinnen, ihre Kompetenzen und Ressourcen zu bündeln und auf gemeinsam vereinbarte Ziele hin auszurichten. Gesundheitspolitik wird auf diese Weise partizipatorischer, zielorientierter und evidenzbasierter.

Die Entwicklung von Gesundheitszielen in Brandenburg begann im Dezember 2000 – zeitgleich mit der Initiierung des Forums *gesundheitsziele.de* durch das damalige Bundesministerium für Gesundheit. Seitdem hat das Gesundheitsministerium des Landes auf bisher fünf Handlungsfeldern

Kooperationsstrukturen initiiert, die sich zum Ziel gesetzt haben, gemeinsam die Gesundheit der Menschen in Brandenburg zu fördern. Neben *gesundheitsziele.de* waren es vor allem der Beschluss der 72. Gesundheitsministerkonferenz aus dem Jahr 1999 zur stärkeren Zielorientierung der Gesundheitspolitik in Deutschland sowie Gesundheitszieleprozesse in anderen Bundesländern, auf die sich die Entwicklung von Gesundheitszielen in Brandenburg von Anfang an berufen und an denen sie sich orientiert hat.

Die für ein bestimmtes Handlungsfeld wesentlichen Akteure kommen in einem Gesundheits-

zieleprozess zusammen, verständigen sich auf Grundlage der zu Verfügung stehenden Daten über die drängendsten Probleme, einigen sich auf gemeinsame Ziele und gesicherte Maßnahmen z. B.

durch Vereinbarungen oder gemeinsame Projekte. Sie überprüfen den Erfolg der durchgeführten Maßnahmen und schreiben bzw. setzen den Gesundheitszieleprozess gemeinsam weiter fort.

An den bisher fünf Brandenburger Gesundheitszieleprozessen sind jeweils unterschiedlich viele Akteure beteiligt. In der Landesinitiative „Gemeinsam gegen Aids“ und in der Qualitätskonferenz Onkologie sind es jeweils etwa ein Dutzend, in der Landessuchtkonferenz und im Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg jeweils etwa 50 beteiligte Akteure. Einige Akteure, wie z. B. Ärzte, Krankenkassen, Kommunen und Wohlfahrtsverbände, sind an mehreren Zielprozessen beteiligt.

7.2 Auswahl und Formulierung der Zielthemen

Die Gesundheitszieleprozesse in Brandenburg wurden durch das Gesundheitsministerium initiiert

und werden durch freiwillige Zusammenschlüsse von Akteuren getragen. Das Ministerium ist Initiator und Moderator, die Zusammenschlüsse von Akteuren bzw. Kooperationsverbände sind die Träger.

Die Gesundheitsziele in Brandenburg sind demnach nicht Ziele der Landesregierung, sondern Ziele der jeweiligen Träger. Die Landesregierung hat Handlungsfelder für Zielprozesse ausgewählt und sie moderiert die Prozesse. Die Entscheidung über Ziele, Teilziele und Maßnahmen treffen die an diesem Prozess beteiligten Akteure. Jeder Akteur entscheidet außerdem über seine Beteiligung an gemeinsamen Maßnahmen.

Die Zielprozesse sind konsensorientiert angelegt. Alle Beteiligten verpflichten sich, im Rahmen ihrer Aufgaben und Einflussmöglichkeiten auf die Erreichung der vereinbarten Ziele hinzuwirken und beschlossenen Empfehlungen zu folgen.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über Handlungsfelder, Startzeitpunkte und Träger

Tabelle 12: Gesundheitsziele in Brandenburg

Handlungsfeld	Startzeitpunkt	Träger des Gesundheitszieleprozesses
Onkologische Vorsorge und Versorgung	Dezember 2000	Qualitätskonferenz Onkologie
Sucht	September 2002	Landessuchtkonferenz
HIV/Aids	Dezember 2002	Landesinitiative „Gemeinsam gegen Aids“
Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	April 2003	Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg
Palliativversorgung/Hospizarbeit	Juni 2003	„Menschenwürdig leben bis zuletzt“ – Gemeinschaftsinitiative für menschenwürdige Lebensbedingungen schwer kranker und sterbender Menschen in Brandenburg

der derzeitigen Gesundheitsziele in Brandenburg.

Das Gemeinsame dieser – nach Thematik und Entwicklungsgrad sehr unterschiedlichen – Gesundheitsziele besteht darin, dass sich die für ein bestimmtes Handlungsfeld wichtigen Akteure unter Moderation des Gesundheitsministeriums zusammenschließen, um gemeinsam etwas zu tun, was zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung beiträgt, zum Beispiel durch frühere Erkennung von Krebserkrankungen, die Verhütung von häuslichen Kinderunfällen, die Erhöhung von Impfraten oder die Förderung gesunder Ernährung und Bewegung.

Bei der Auswahl der Handlungsfelder spielten u. a. folgende Fragen eine entscheidende Rolle:

- Gibt es auf dem Handlungsfeld X Probleme, die durch die Initiierung eines Gesundheitszieleprozesses voraussichtlich wesentlich besser gelöst werden können als ohne einen solchen Prozess?
- Wer sind die wesentlichen Akteure auf diesem Handlungsfeld, und wie ist deren Bereitschaft

Gesundheitsziele in Brandenburg sind keine Regierungsziele. Die Landesregierung moderiert den Zielprozess.

zusammenschließen, um gemeinsam etwas zu tun, was zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung beiträgt, zum Beispiel durch

- zur Mitwirkung an einem Gesundheitszieleprozess einzuschätzen?
- Wie sieht es mit der Datenlage auf diesem Handlungsfeld aus?
- Reichen die personellen Ressourcen des Gesundheitsministeriums für das erforderliche Management eines Gesundheitszieleprozesses auf diesem Handlungsfeld aus?
- Reicht die politische Unterstützung innerhalb der Landesregierung für die Durchführung eines bestimmten Gesundheitszieleprozesses aus?
- Gibt es vergleichbare Zielprozesse in anderen Bundesländern und/oder auf Bundesebene?

Bei der Auswahl von Zielen, Teilzielen und Maßnahmen im Rahmen eines Gesundheitszieleprozesses spielen u. a. folgende Fragen eine entscheidende Rolle:

- Wie wichtig erscheinen bestimmte Ziele und Teilziele den beteiligten Akteuren, und gibt es eine Verständigung auf bestimmte Maßnahmen?
- Sind die für die Durchführung einer bestimmten Maßnahme erforderlichen Akteure bereit, sich auch mit finanziellen Ressourcen zu beteiligen?
- Stehen die erforderlichen Daten und evidenzbasierte oder auf Plausibilitätsebene Erfolg versprechende Maßnahmen bzw. Lösungsansätze zur Verfügung?
- Gibt es mit bestimmten Zielen, Teilzielen oder Maßnahmen Erfahrungen in anderen Ländern oder auf Bundesebene?

Bezüglich ihrer Inhalte können Ziele und Teilziele unterschieden werden in solche,

- die sich direkt auf den Gesundheitszustand bestimmter Bevölkerungsgruppen beziehen (z. B. im Bereich Mundgesundheit),
- die sich auf gesundheitsrelevantes Verhalten richten (z. B. Rauchen, Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen),

- die sich auf Strukturen des Versorgungssystems (z. B. Erhalt von Mindeststandards in der kinderärztlichen Versorgung), auf das Handeln von Krankenkassen (z. B. Abschluss von Verträgen zur Integrierten Versorgung im Bereich der Palliativmedizin) oder auf politisches Handeln der Landesregierung oder des Gesetzgebers beziehen (z. B. Verankerung eines Rauchverbots im Schulgesetz).

7.3 Organisations- und Entscheidungsstruktur: Am Beispiel des Bündnisses Gesund Aufwachsen in Brandenburg

Die Gesundheitszieleprozesse in Brandenburg haben im Wesentlichen dieselbe Organisations- und Entscheidungsstruktur. Am Beispiel des Bündnisses Gesund Aufwachsen sieht diese laut Geschäftsordnung wie folgt aus:

- Das Bündnis Gesund Aufwachsen besteht aus seiner/seinem Vorsitzenden, dem Plenum, dem Steuerungskreis und Arbeitsgruppen zu einzelnen Handlungsfeldern.
- Den Vorsitz des Bündnisses Gesund Aufwachsen in Brandenburg führt das für Gesundheit zuständige Mitglied der Landesregierung. Das für Gesundheit zuständige Ministerium ist für die Geschäftsführung des Bündnisses verantwortlich.
- Das Plenum des Bündnisses Gesund Aufwachsen in Brandenburg nimmt Berichte des Steuerungskreises entgegen und berät landespolitische und fachliche Fragen zur Kinder- und Jugendgesundheit von grundsätzlicher Bedeutung.
- In den Beratungen des Plenums sind einvernehmliche Ergebnisse anzustreben. Kommen einvernehmliche Ergebnisse nicht zustande, sind in der Ergebnisniederschrift die unterschiedlichen Voten festzuhalten. Maßnahmen können nur mit Zustimmung der für ihre Durchführung vorgesehenen Akteure beschlossen werden.



- Der Steuerungskreis bereitet die Sitzungen des Plenums vor und wirkt auf die Umsetzung der Beschlüsse des Plenums hin. Die Beschlüsse des Steuerungskreises werden von den anwesenden Mitgliedern einstimmig gefasst.
- Die Arbeitsgruppen unterstützen den Steuerungskreis fachlich, erarbeiten Beratungsunterlagen für die Plenumsitzungen des Bündnisses Gesund Aufwachsen in Brandenburg, beteiligen sich maßgeblich an der Umsetzung der Beschlüsse des Plenums und legen dem Steuerungskreis Stellungnahmen zu Fachfragen vor. Die Arbeitsgruppen berichten dem Steuerungskreis einmal pro Jahr über den Bearbeitungsstand der von ihnen wahrgenommenen Aufgaben.

Ende 2006 sind 6 Arbeitsgruppen tätig: (1) Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, (2) Früherkennung/Frühförderung, (3) Mundgesundheit, (4) Unfall- und Gewaltprävention, (5) Seelische Gesundheit und (6) Pädiatrische Versorgung.

Angebunden sind die Zielprozesse beim Gesundheitsministerium. Das Ministerium nimmt die Funktion einer Geschäftsstelle wahr. Organisatorische Unterstützung erhält das Ministerium dabei zum Teil von Trägern, die ähnliche Funktionen wahrnehmen wie Landesvereinigungen oder Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit in anderen Bundesländern. Geschäftsordnungen gibt es für die mitgliederstarken Zielprozesse. Zielprozesse mit kleinerer Mitgliederzahl kommen bisher ohne eine förmliche Geschäftsordnung aus.

7.4 Umsetzung der Gesundheitsziele

Die Durchführung einer Maßnahme erfolgt grundsätzlich in eigener Verantwortung der Akteure, die sich zur Durchführung dieser Maßnahme

bereit erklärt haben. Die Verantwortung bezieht sich auch auf Finanzierung und Evaluation der Maßnahme.

Es gibt eine ganze Reihe von Maßnahmen, die bereits erfolgreich durchgeführt wurden, z. B. im Rahmen des Bündnisses Gesund Aufwachsen die landesweite Aufklärung von Eltern zum Thema Unfallprävention im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen durch niedergelassene Kinderärzte und die flächendeckende kontinuierliche Umsetzung der Gruppenprophylaxe. In anderen Zielprozessen gibt es auch Beispiele für erreichte Teilziele, z. B. ein Rauchverbot in den öffentlichen Gebäuden im Bereich der Landesregierung.

7.5 Evaluation und Verknüpfung mit der Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsberichterstattung und Daten sind mit allen Zielprozessen in Brandenburg eng verknüpft. Sie spielen bei der Zielfindung und bei Überprüfung der Wirksamkeit von Maßnahmen eine wichtige und unverzichtbare Rolle.

Gesundheitsberichterstattung und Datenlage sind in Brandenburg vergleichsweise gut. Für die Gesundheitsziele der Qualitätskonferenz Onkologie zum Beispiel steht mit den klinischen Krebsregistern ein Instrument zur Verfügung, das es erlaubt, die Qualität der Versorgung aller Krebskranken in Brandenburg zu erheben, einen datengestützten strukturierten Erfahrungsaustausch unter den beteiligten Kliniken und Ärzten zu organisieren und die Versorgungsergebnisse auch für die Öffentlichkeit transparent zu machen. Im Rahmen der Landessuchtkonferenz hat die Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung/Daten eine Befragung zum Substanzkonsums der Schülerinnen und Schüler der 10. Klassen

Die Erreichung der Ziele soll an Daten ablesbar sein.

entwickelt und durchgeführt. Die Befragung dient vor allem den Landkreisen und kreisfreien Städten für die Gesundheitsplanung und Evaluation. Für das Bündnis Gesund Aufwachsen liefern die im Gesundheitsdienstgesetz des Landes verankerten Kita- und Schulreihenuntersuchungen sowie zahnärztliche Untersuchungen eine unentbehrliche, vielfältig genutzte Datenbasis, was auch der vorliegende Bericht zeigt.

Gesundheitsziele stärken Partizipation, Zielorientierung und Evidenzbasierung in der Gesundheitspolitik des Landes. Diese Einschätzung dürfte nach anfänglich zögerlicher bis skeptischer Aufnahme inzwischen durch die meisten relevan-

ten Akteure innerhalb und außerhalb der Landesregierung geteilt werden.

Evaluation ist als Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation auf Ebene der im Rahmen der Zielprozesse durchgeführten Maßnahmen verpflichtend vorgesehen. Sie findet auf dieser Ebene auch statt, steckt allerdings insgesamt noch in den Kinderschuhen. Dies ist angesichts des frühen Stadiums, in dem sich Gesundheitsziele in Brandenburg noch befinden, nicht verwunderlich. Bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsziele wird der Qualität und der Überprüfung der Wirksamkeit von Maßnahmen allerdings erheblich größere Bedeutung beigemessen werden als bisher.

- AWMF (2006). Empfehlungen zur bakteriellen Vaginose in Gynäkologie und Geburtshilfe. Leitlinien-Informationssystem der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. <http://www.awmf-online.de>. Letzter Zugriff 27.10.2006.
- AWMF (2003). Regulationsstörungen im Säuglingsalter. Leitlinien-Informationssystem der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. <http://www.awmf-online.de>. Letzter Zugriff 27.10.2006.
- AWMF (2002). Störungen der frühen Eltern-Kind-Beziehungen. Leitlinien-Informationssystem der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. <http://www.awmf-online.de>. Letzter Zugriff 27.10.2006.
- AWO (2000). Gute Kindheit. Schlechte Kindheit. Armut und Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Abschlussbericht des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V., Frankfurt am Main im Auftrag der AWO).
- Berfenstam, R. (1998). Kinderunfälle: Was wirkt? Gute Erfahrungen aus Schweden. Brandenburgisches Ärzteblatt 8 (5), 184-187.
- BMFSFJ (2003). Perspektiven zur Weiterentwicklung des Systems der Tageseinrichtungen für Kinder in Deutschland. Berlin: Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- BMFSFJ & Bundesministerium der Justiz (2003). Gewaltfreie Erziehung. Eine Bilanz nach Einführung des Rechtes auf gewaltfreie Erziehung.
- Böhm, A. & Lüdecke, K. (2005). Adipositas bei Einschülern und Schülern der 10. Klassen. Trends über 10 Jahre. Poster präsentiert auf dem 55. Kongress des ÖGD, 14.-16.4.2005, Bamberg.
- Böhm, A., Lüdecke, K. & Rojas, G. (2005). Zahn- und Mundgesundheit bei Jugendlichen im Land Brandenburg. *Psychomed* 17 (4), 229-233.
- Böhm, J. & Ellsäßer, G. (2004). Bevölkerungsbezogenes Unfallmonitoring von Kinderunfällen in einer deutschen Stadt. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 152 (3), 299-306.
- Bundesanstalt für Straßenwesen (2004). Bericht: Sicherung durch Gurte, Helme und andere Schutzsysteme 2003. Kontinuierliche Erhebungen zum Schutzverhalten von Verkehrsteilnehmern. http://www.bast.de/cln_006/nn_42256/DE/Publikationen/Fachliche/Infos/2005-2004/05-2004.html__nnn=true. Letzter Zugriff 27.10.2006.
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (2006). BQS-Bundesauswertung 2005 Geburtshilfe. <http://www.bqs-outcome.de>. Letzter Zugriff 27.10.2006.
- Bundesgesetzblatt Jg. 2000 Teil I Nr. 48: Gesetz zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung (GewÄchtG). Bonn. <http://217.160.60.235/BGBL/bgbl1f/b100048f.pdf>. Letzter Zugriff 27.10.2006.
- Clamp, M. & Kendrick, D. (1998). A randomised controlled trial of general practitioner safety advice for families with children under 5 years. *British Medical Journal* 316, 1576-1579.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (2001). Stillen ist wieder up to date – Mütter sind hoch motiviert – Stillen wird jedoch oft zu früh abgebrochen. DGE aktuell 4/2001. <http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=136>. Letzter Zugriff 27.10.2006.
- Döpfner, M., Berner, W., & Fleischmann, T. (1993). Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV). Göttingen: Hogrefe.
- Elkeles, T. & Mielck, A. (1997). Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. *Das Gesundheitswesen* 59 (3), 137-143.
- Ellsäßer, G. (2006). Epidemiologische Analyse von Unfällen bei Kindern unter 15 Jahren in Deutschland – Ausgangspunkt für die Unfallprävention. *Das Gesundheitswesen* 68 (7), 421-428.

- Ellsäßer, G. & Cartheuser, C. (2006). Befragung zur Wahrnehmung von Gewalt gegen Kinder und zur Nutzung des Leitfadens „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ durch Brandenburger Kinderärzte. *Das Gesundheitswesen* 68 (4), 265-270.
- Ellsäßer, G. & Diepgen, T. L. (2002). Epidemiologische Analyse von Sturzunfällen im Kindesalter (< 15 Jahre). Konsequenzen für die Prävention. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 45 (3), 267-276.
- Erler, T. (2006). Ärztliche Aufgaben bei einem Verdacht auf Kindesmisshandlung. *Brandenburgisches Ärzteblatt* 6, 205-207.
- Esser, G. (2002). BUEVA. Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter. Göttingen: Beltz.
- Esser, G. (1995). Umschriebene Entwicklungsstörungen. In Petermann, F. (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Esser, G., Schmidt, M. H., Blanz, B., Fätkenheuer, B., Fritz, A., Koppe, T., Laucht, M., Rensch, B. & Rothenberger, W. (1992). Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse einer prospektiven epidemiologischen Längsschnittstudie von 8-18 Jahren. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 20, 232-242.
- Eurostat (2005). *Bevölkerung in Europa 2004. Bevölkerung und soziale Bedingungen*. Reihe Statistik kurz gefasst 15/2005.
- Fegert, J. M. (2004). Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch. In: Eggers, C., Fegert, J. M. & Resch, F. (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*, Springer, Berlin: Springer, 498-518.
- Fthenakis, W. E. (2003). Auf den Anfang kommt es an: Bildung und Erziehung in den Tageseinrichtungen mit Kindern unter sechs Jahren. http://www.ifp-bayern.de/cms/Bildung_12S.pdf. Letzter Zugriff 27.10.2006.
- Gesundheitsamt Landkreis Oder-Spree (2005). *Zum seelischen Gesundheitszustand und zum Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen im Landkreis Oder-Spree*. 4. Gesundheitsbericht.
- Goldapp, C. & Mann, R. (2004). Zur Datenlage von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. *Prävention* 27, 12-17.
- Holder, Y., Peden, M., Krug, E., Lund, J., Gururaj, G. & Kobusingye, O. (2001). *Injury Surveillance Guidelines*. Genf: World Health Organisation. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/9241591331.pdf>. Letzter Zugriff 27.10.2006.
- IfK (2005). *Struktur und Gründe des Verzichts auf Kindertagesbetreuung in Brandenburg*. Studie des Institut für angewandte Familien-, Kindheits- und Jugendforschung an der Universität Potsdam (IfK) im Auftrag des MBS, Potsdam.
- KBV (2005). *Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2005*. Kassenärztliche Bundesvereinigung. <http://www.kbv.de/publikationen/125.html>. Letzter Zugriff 27.10.2006.
- KitaG (2004). *Zweites Gesetz zur Ausführung des Achten Buches des Sozialgesetzbuches - Kinder- und Jugendhilfe - (Kindertagesstättengesetz - KitaG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. Juni 2004*. http://www.landesrecht.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=land_bb_bravors_01.c.22796.de#10. Letzter Zugriff 1.11.2006.
- Koletzko, B. (2004). *Kinderheilkunde und Jugendmedizin*. Berlin: Springer.
- Künzel, W. (1997). *Caries decline in Deutschland*. Heidelberg: Hüthig.
- Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung Brandenburg (2006). *Jahresauswertung 2005 Geburtshilfe*. <http://www.lqs-bb.de>. Letzter Zugriff 27.10.2006.

- LDS/LBV (2006). Bevölkerungsprognose des Landes Brandenburg für den Zeitraum 2005 – 2030. Potsdam: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik. [http://www.lds-bb.de/sixcms/list.php?page=lds_shop_p&sv\[shop_rubriken.id\]=240232](http://www.lds-bb.de/sixcms/list.php?page=lds_shop_p&sv[shop_rubriken.id]=240232). Letzter Zugriff 27.10.2006.
- LGA (2006): Brandenburger Sozialindikatoren 2005. Aktuelle Daten zur sozialen Lage im Land Brandenburg. Landesgesundheitsamt Brandenburg im Landesamt für Soziales und Versorgung. http://www.lasv.brandenburg.de/lasv/Abteilung%204/veroeffentlichungen/sozialindikatoren/indikatoren_2005/Indikatoren_2005.pdf. Letzter Zugriff 27.10.2006.
- MASGF (1999). Einschüler in Brandenburg: Soziale Lage und Gesundheit 1999. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg
- MASGF (2005a). Krankenhausbericht. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg. http://www.brandenburg.de/cms/detail.php?gsid=lbm1.c.293330.de&_siteid=8. Letzter Zugriff 27.10.2006.
- MASGF (2005b): Ratgeber für Familien. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg. http://www.brandenburg.de/media/3300/fr_kapitel_gesamt.pdf. Letzter Zugriff 27.10.2006.
- MASGF (2003). Zweiter Krankenhausplan des Landes Brandenburg - Erste Fortschreibung. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg. http://www.brandenburg.de/cms/detail.php?id=60629&_siteid=8. Letzter Zugriff 27.10.2006.
- MASGF und MBSJ (2005). Die Brandenburger Entscheidung: Familien und Kinder haben Vorrang! Programm für Familien- und Kinderfreundlichkeit. Potsdam: MASGF und MBSJ. <http://www.masgf.brandenburg.de/media/1337/familienprogramm.pdf>. Letzter Zugriff 27.10.2006.
- MBSJ (2006a). Kindertagesbetreuung in Brandenburg - Übersicht. (Stand vom 17.07.2006. Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg <http://www.mbsj.brandenburg.de/media/5lhm1.c.71694.de>. Letzter Zugriff 27.10.2006.
- MBSJ (2006b). Qualität brandenburgischer Kindertagesbetreuung. Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg. <http://www.mbsj.brandenburg.de/media/lhm1.a.1231.de/Qualitaetsbericht%20Internet.pdf>. Letzter Zugriff 27.10.2006.
- Mielck, A. (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Huber.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2002). Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. Bielefeld.
- Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (2002). Niedersächsischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht. Hannover.
- OECD (2004). Die Politik der frühkindlichen Betreuung, Bildung und Erziehung in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Länderbericht der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). <http://www.gew-nrw.de/binarydata/download/oecd-studie-kinderbetreuung.pdf>. Letzter Zugriff 1.11.2006.
- Pattloch, D., Schlecht, D. & Tietze, W. (2003). Qualität messen und mit Standards vergleichen. In: MBSJ (Hrsg.). Was leisten brandenburgische Kitas? Qualitätsmessungen und Bildungsstandards. Reihe KitaDebatte 1/2003. <http://www.lja.brandenburg.de/sixcms/detail.php?id=lhm1.c.313027.de>. Letzter Zugriff 27.10.2006.
- Pieper, K. (2005). Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2004. Bonn: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V.

- Plück, J., Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). Internalisierende Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Kindheit und Entwicklung* 9, 133-142.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2006). Modul Psychische Gesundheit (Bella-Studie), KIGGS. Berlin: RKI.
- RKI (2004). Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rojas, G. & Böhm, A. (2000). Zahn- und Mundgesundheit von Einschülern im Land Brandenburg. *Oralprophylaxe* 22, 219-222.
- Schöler, H., Guggenmos, J. & Iseke, A. (2006). Werden die Sprachleistungen unserer Kinder immer schwächer? Beobachtungen an sechs Einschulungsjahrgängen in Münster. *Das Gesundheitswesen* 68, 337-346.
- SenGesSozV (2006). Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2004. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz.
- Sozialministerium Baden-Württemberg (2000). *Kindergesundheit in Baden-Württemberg*. Stuttgart.
- Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern (2005). *Gesundheitsbericht 2002/2003*. Schwerin.
- StBA (2006). *Leben und Arbeiten in Deutschland; Sonderheft 1: Familien und Lebensformen, Ergebnisse des Mikrozensus 1996 bis 2004*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- STIKO (2004). Begründung der STIKO für eine allgemeine Varizellenimpfung (Beschlussvorlage in der 50. Sitzung, 2.6.2004). (2004). *Epidemiologisches Bulletin* 49, 421-424.
- Sturzbecher, D. (Hrsg.) (2002). *Jugendtrends in Ostdeutschland: Bildung, Freizeit, Politik, Risiken*. Opladen: Leske und Budrich.
- Summerbell, C.D., Ashton, V., Campbell, K.J., Edmunds, L., Kelly, S. & Waters, E. (2006). Interventions for treating obesity in children. *The Cochrane Library* (ISSN 1464-780X). <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001872.html>. Letzter Zugriff 01.11.2006.
- Taubert, S., Tietze, W., Förster, C., Lee, H.-J. & Schlecht, D. (2006). *Pädagogische Qualität der Tagespflege in Brandenburg. Abschlussbericht*. Berlin: Pädagogische Qualitäts-Informationssysteme gGmbH. <http://www.mbjs.brandenburg.de/media/lbm1.c.339644.de>. Letzter Zugriff 27.10.2006.
- UNICEF (Hrsg.)(2001). *A league table of child deaths by injury in rich nations*. Innocenti Report Card No2, Florenz: UNICEF Innocenti Research Centre.
- Von Braunmühl, C. (2005). *Die Entwicklung von Gesundheitszielen in Brandenburg*. In: GVG (Hrsg.). *Gesundheitsziele.de*. Berlin: Aka.
- Von Kries, R., Koletzko, B., Sauerwald, T., Von Mutius, E., Barnert, D., Grunert, V. & Von Voss, H. (1999). Breast feeding and obesity: cross sectional study. *British Medical Journal* 399, 147-150.
- WHO (2003). *Weltbericht Gewalt und Gesundheit, Zusammenfassung (World report on violence and health: Summary)*. Kopenhagen: World Health Organisation.
- Winkler, J. & Stolzenberg, H. (1999). Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. *Das Gesundheitswesen* 61, 178-183.
- Wolke, D. (2006). Frühkindliche Regulationsstörungen und ihre Langzeitfolgen, In: *Kinderärztliche Praxis Sonderheft Frühe Gesundheitsförderung und Prävention*, 11-17.

9.1 Sozialstatus der Einschüler - der Brandenburger Sozialindex

Im Rahmen der Sozialanamnese bei den Schulingangsuntersuchungen werden Schulbildung und Erwerbsstatus der Eltern festgehalten. Mit diesen beiden Merkmalen wurde ein Sozialindex gebildet, der eine Einteilung der Kinder hinsichtlich ihres Sozialstatus ermöglicht (vgl. Winkler & Stolzenberg 1999). Der Brandenburger Sozialindex ist ein Indikator für die soziale Lage der Familien der Einschüler. Er zeigt einerseits die Entwicklung von jungen Familien in den letzten Jahren im Land Brandenburg (die Einschülerfamilien sind prototypisch für junge Familien) und erlaubt andererseits Auswertungen über sozioökonomisch bedingte gesundheitliche Ungleichheiten.

Seit Ende der 90er-Jahre hat sich die Datengrundlage für den Index zunehmend verbessert. Der Anteil fehlender Werte ist kontinuierlich zurückgegangen. Die Angaben über Schulbildung und Erwerbsstatus der Eltern liegen 2005 für 93% der Einschüler vor.

Bei der Bestimmung des Sozialindex wird vorausgesetzt, dass jeweils mindestens eine Angabe zur Schulbildung und Erwerbstätigkeit von Vater oder Mutter in den Daten vorhanden ist. Wie im Einzelnen die Schulbildung und der Erwerbsstatus für die Bildung eines Indikators für den Sozialstatus (Sozialindex) im Einzelnen verarbeitet wurden, geht aus der Abbildung unten hervor. Bei fehlender Angabe bei einem Elternteil wurde die des anderen Elternteils doppelt gewichtet, analog bei Alleinerziehenden. Nach diesem Vorgehen ist die kleinste mögliche Summe 4, d. h., beide Eltern haben die niedrigste Schulbildung und beide sind erwerbslos. Die größte mögliche Summe ist 10. In diesem Fall sind beide Elternteile erwerbstätig und haben die höchste Schulbildung.

Nach der geschilderten Weise wurde für alle Jahre die Variable Sozialstatus gebildet. Anhand der Verteilung aus dem Jahr 1994 wurden zwei Grenzwerte festgelegt, die eine Dreiteilung der Gesamtgruppe ermöglichen – niedriger, mittlerer und hoher Sozialstatus. Die Grenzwerte konnten nun auch für die Folgejahre Verwendung finden. Dieses Vorgehen erlaubt, Tendaussagen über die soziale Lage von jungen Familien zu machen.

9.2 Daten zur Kindergesundheit von den Brandenburger Gesundheitsämtern

9.2.1 Zur Datenqualität und Aussagekraft der ärztlichen Untersuchungen in Kitas und der Einschulungsuntersuchungen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Anders als in der Einschulungsuntersuchung, mit der alle Kinder des Jahrgangs erreicht werden, der im nächsten Schuljahr eingeschult wird, erreichen die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Gesundheitsämter mit den Kita-Untersuchungen leider nicht alle Brandenburger Kita-Kinder. In den vergangenen Jahren schwankte die Rate in der Erreichung der Zielgruppe um 25 % bei den Kindern unter drei Jahren und 45 % bei den Kindern ab drei Jahren. Das heißt konkret, dass ein Teil der kleinen Kinder nicht von der jährlichen ärztlichen Untersuchung profitieren konnte.

Für epidemiologische Auswertungen auf der Landesebene ist dieser Mangel tolerierbar, solange die untersuchten Kinder noch als Stichprobe aller Kita-Kinder gelten können. Allerdings gibt es hier auch einige Gesichtspunkte zu beachten. Die ärztlichen Untersuchungen in Kitas sind in den vergangenen Jahren in einigen Landkreisen so organisiert worden, dass nicht alle Kin-

Abbildung 56: Bildung der Variable Sozialstatus aus dem Sozialindex

	Punkte je Elternteil	
Schulbildung		
niedrige Schulbildung (fehlender Schulabschluss bzw. weniger als 10 Klassen)	1	} Hoher Sozialstatus 9 – 10 Punkte
mittlere Schulbildung (10 Klassen)	2	
hohe Schulbildung (mehr als 10 Klassen)	3	
Erwerbstätigkeit		
nicht erwerbstätig	1	} Mittlerer Sozialstatus 7 – 8 Punkte
erwerbstätig (Vollzeit und Teilzeit)	2	
		} Niedriger Sozialstatus 4 – 6 Punkte

der untersucht wurden, sondern nur solche, bei denen es nach Informationen der Erzieherinnen dringend angebracht schien. Aus methodischen Gründen können aus den Ergebnissen der Kita-Untersuchungen nur dann epidemiologische Aussagen zur Gesundheit der Kinder abgeleitet werden, wenn alle Kinder untersucht wurden bzw. keine Vorauswahl der Kinder getroffen wurde. Daten zur Gesundheit der Kita-Kinder im vorliegenden Bericht beruhen daher nur auf Untersuchungen in den Landkreisen, in denen jeweils immer alle Kinder in einer Kita untersucht wurden (Tabelle 13).

Das System der funktionsdiagnostischen Befunde wurde 2005 reformiert, um die Befunde an neuere wissenschaftliche Erkenntnisse anzupassen, eine Beschränkung auf vergleichsweise häufigere Befunde vorzunehmen und die Standards zur Erhebung und Dokumentation zu verbessern.

Ergebnisse, die mit dem überarbeiteten Leitlinien zur Befundung erzielt wurden, stehen erst in den nächsten Jahren zur Verfügung.

9.2.2 Medizinisch relevante Befunde

Medizinisch relevante Befunde sind ernsthafte Befunde, für die im Regelfall eine weitere Diagnostik und/oder Behandlung notwendig ist. Die untersuchende Ärztin berät in diesen Fällen die Eltern bzw. lässt ihnen eine entsprechende Benachrichtigung zukommen und empfiehlt Überweisungen. Grundlage der Befundung sind die Funktionsdiagnostischen Tabellen, die den Ärztinnen des KJGD als verbindliche Leitlinien für die Untersuchungsdurchführung und Dokumentation dienen.

Einschränkungen im Sehen und Hören (Störungen der Augen und Ohren; Funktionsgruppe 1, 2 und 3):

Tabelle 13: Landkreise und kreisfreie Städte, in denen Kita-Kinder ohne Vorauswahl untersucht wurden.

Untersuchungszeitraum (immer 1.8. - 31.7)	Landkreise und kreisfreie Städte
2002/2003	alle außer Ostprignitz-Ruppin
2003/2004	Brandenburg a. d. H., Frankfurt (Oder), Elbe-Elster, Oberspreewald-Lausitz, Potsdam-Mittelmark, Prignitz, Uckermark
2004/2005	<p>Alter bis zu 2 Jahren und 11 Monaten: Brandenburg a. d. H., Cottbus, Frankfurt (Oder), Elbe-Elster, Oberspreewald-Lausitz, Potsdam-Mittelmark, Prignitz, Uckermark</p> <p>Alter ab 3 Jahren und älter Brandenburg a.d. h., Cottbus, Frankfurt (Oder), Barnim, Elbe-Elster, Märkisch-Oderland, Oberspreewald-Lausitz, Potsdam-Mittelmark, Prignitz, Spree-Neiße, Uckermark</p>

- Refraktionsanomalien (Kurz- und Weitsichtigkeit)
- Amblyopie (Sehschwäche)
- Schielen
- ein-/beidseitige Hörstörungen
- Mittelohrentzündung

Sprachstörungen (Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen; Funktionsgruppe 2 und 3):

- Rückstand der Entwicklung im Sprachverstehen und aktiven Sprechen (Wortschatz, Satzverständnis, Grammatik)
- Stammeln (Laute fehlen oder werden durch andere ersetzt), Stottern
- organische Störungen des Sprechapparates, Kehlkopf, Stimmbänder

Allergien (Funktionsgruppe 1, 2 und 3):

- Neurodermitis
- Asthma bronchiale
- allergischer Schnupfen
- Arznei-, Nahrungsmittel-, Insektenstichallergie, Nesselsucht

Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung (geistige Leistungsschwäche oder Retardierung; Funktionsgruppe 2 und 3):

- Verständnisprobleme im Kontakt mit den Untersuchern, Rückstand in der Sprachentwicklung, Erfassen von Situationen (z. B. auf einem Bild) und Mengen
- Ausfälle in mehreren genannten Bereichen

Störungen des Knochenapparates (Funktionsgruppe 2 und 3):

- Haltungsanomalie
- Genu valgum, varum, recurvatum (X- und O-Beine, Hohlknie)
- Skoliose (dauerhafte seitliche Krümmung der Wirbelsäule)
- Hüftdysplasie, -luxation, Coxa valga (Schäden, Fehlbildungen der Hüfte, Flachheit und Steilheit der Hüftpfanne)
- Fußfehler

Psychomotorische Störungen (psychomotorische Störungen, Wahrnehmungsstörungen und

Teilleistungsschwächen (Funktionsgruppe 2 und 3):

- Rückstand in der psychomotorischen Entwicklung (Ungeschicklichkeit beispielsweise beim Stehen und Hüpfen auf einem Bein, Gehen auf einer Linie, Unfähigkeit zum Knöpfen)
- hyperkinetisches Syndrom (u. a. starke Bewegungsunruhe verbunden mit leichter Ablenkbarkeit, fehlender Ausdauer, leichter Erregbarkeit)

Zerebrale Bewegungsstörungen (Funktionsgruppe 1, 2 und 3):

- Lähmungen
- Störungen des Bewegungssinnes.

9.2.3 Der Fragebogen zu Verhaltensauffälligkeiten (VF)

Der Fragebogen zu Verhaltensauffälligkeiten ist Teil des Anamnesebogens zu den ärztlichen Kita-Untersuchungen. Der Bogen wird von den Eltern beantwortet. Die Antwortmöglichkeit ist jeweils „ja“ oder „nein“. Die Skalenbezeichnungen sind im Anamnesebogen nicht enthalten. Die Auswertung wird so vorgenommen: Ein Kind gilt in einer Skala als auffällig, wenn die Eltern beiden Aussagen zugestimmt haben.

Oppositionell aggressives Verhalten

Zerstört mutwillig Gegenstände oder Spiele.
Hat Wutausbrüche, bei denen es sich nur schwer beruhigen kann (z. B. stampft mit den Füßen,

schreit sehr laut oder wirft mit Gegenständen um sich).

Hyperaktivität

Fängt innerhalb kurzer Zeit viele Dinge an, wechselt von einer Tätigkeit zur anderen, beendet aber nichts.

Gibt selbst bei kleinen Schwierigkeiten auf, sagt „Das kann ich nicht“ oder „Das weiß ich nicht“.

Sozial-emotionale Defizite

(positive Formulierung; Polung wird für Auswertungen getauscht)

Spielt Rollenspiele (Spiele, bei denen es die Rolle einer anderen Person einnimmt, z. B. Vater, Mutter, Baby, auch Puppenspiele).

Berichtet den Eltern von sich aus, was es erlebt hat.

Soziale Ängstlichkeit

Wehrt ängstlich ab oder zieht sich zurück, wenn ein anderes Kind Kontakt sucht (Geschwister sind nicht gemeint).

Kann sich nur schwer von der Mutter oder dem Vater trennen (z. B. im Kindergarten, bei Bekannten oder Verwandten).

9.3 Abkürzungen für Landkreise und kreisfreie Städte

In den kartografischen Abbildungen werden die Kfz-Kennzeichen als Abkürzungen für die Landkreise und kreisfreien Städte verwendet.

Tabelle 14: Kfz-Kennzeichen

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

An diesem Bericht haben mitgearbeitet:

Dr. Andreas Böhm, Dr. Carlchristian von Braunmühl, Dr. Gabriele Ellsäßer, PD Dr. Thomas Eler,
Andreas Keil, Susanne Köhler, Doris Kreinsen, Karin Lüdecke, Heike Mantey, Bernd Müller-Senftleben,
Dagmar Pattloch, Hartmut Reiners, Dr. Gudrun Rojas, Dr. Elke Seidel, Heike Taube
Textkorrektur: Karin Bukowski

Impressum

ISSN 1619-568x

Herausgeber:

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

Öffentlichkeitsarbeit

Heinrich-Mann-Allee 103

14473 Potsdam

www.masgf.brandenburg.de

Redaktion:

**Landesgesundheitsamt Brandenburg
im Landesamt für Soziales und Versorgung**

Wünsdorfer Platz 3

15806 Zossen

Druck und Layout:

Brandenburgische Universitätsdruckerei, Golm

Titelbild: Caroline Becker

Auflage: 2.500 Exemplare, 1. Auflage,
gedruckt auf umweltfreundlichem Papier

Nachdruck mit Quellenangabe erwünscht,
Belegexemplar erbeten

Januar 2007