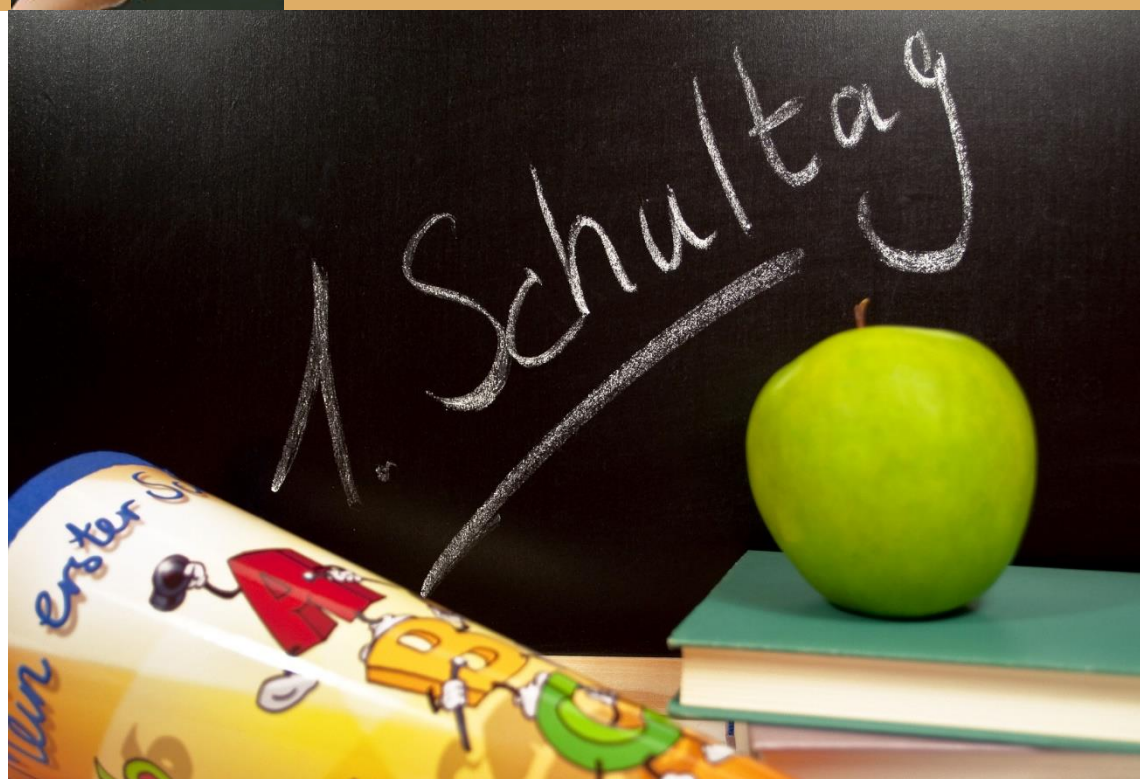




LAND
BRANDENBURG

Ministerium für Arbeitsschutz,
Verbraucherschutz und Gesundheit

Gesundheit



Einschulungsuntersuchung 2015

Dr. Gabriele Ellsäßer, Karin Lüdecke

Landesamt für Arbeitsschutz,
Verbraucherschutz und Gesundheit

Ergebnisse: Einschulungsuntersuchung 2015

Die Dokumentation der Einschulungsuntersuchung 2015 wurde gegenüber 2014 durch folgende Angaben erweitert:

- Entwicklungsdiagnostik sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS)
- Befund „Schulische Vorläuferfähigkeiten“
- Weitere Beobachtungsgründe zum Betreuungscontrolling: Visuelle Wahrnehmungsstörungen und Störungen der Fein- bzw. Visuomotorik
- Dokumentation eines Bedarfes an Diagnostik in einem Sozialpädiatrischen Zentrum
- Angaben zur Betreuung des Kindes in einer Tagespflegestelle
- Angaben zum ausschließlichen Stillen und der Stildauer
- Angaben zum Vorhandensein eines Fernsehers im Kinderzimmer

Durch Probleme bei der Umsetzung der Exportschnittstelle konnten diese neuen Angaben nur aus 13 Landkreisen (mit Software OCTOWARE) an das Landesgesundheitsamt (Abteilung Gesundheit im LAVG) übertragen werden.

Anzahl untersuchter Einschüler

Zur Einschulung 2015 wurden von den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) in den Gesundheitsämtern des Landes Brandenburg 23.826 Kinder untersucht. Damit ist diese Zahl im vierten Jahr in Folge größer als die des Vorjahres (N=22.580). Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung wurden 2.970 (12,5 %) Kinder auf Grund einer Zurückstellung im Vorjahr in 2015 erneut untersucht (Abbildung 1). Dabei lag der Anteil der Jungen mit 14,8 % (n=1.858) deutlich über dem Wert der Mädchen mit 9,9 % (n=1.112). Eine vorzeitige Einschulung strebten die Eltern von 245 (1,0 %) Kindern an. Das Durchschnittsalter der untersuchten Kinder ist in den letzten fünf Jahren nahezu unverändert. Es liegt derzeit für Jungen bei 6 Jahren und für Mädchen bei 5 Jahren 11 Monaten.

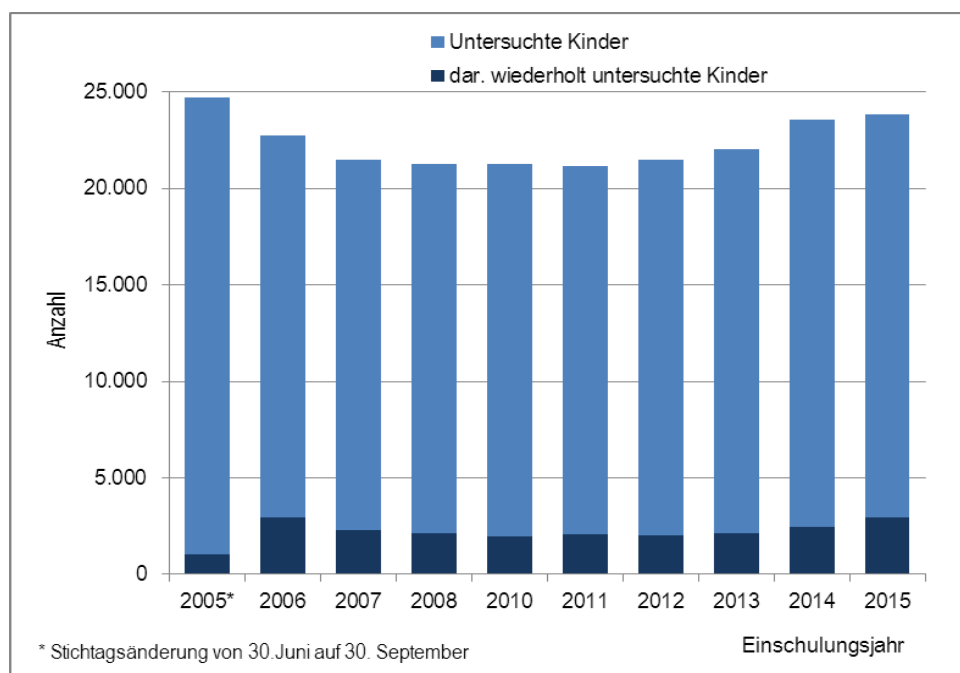


Abb. 1: Untersuchte Einschüler, darunter wiederholt vorgestellte Kinder, 2005-2015

Sozialstatus

Wie auch in den Vorjahren ist der Anteil der Eltern mit hoher Schulbildung und ebenso der Anteil der Erwerbstätigen unter den Eltern der Einschüler weiter angestiegen. Daraus ergibt sich ein Anteil von 41 % für Eltern mit hohem Sozialstatus (2014: 40 %) und 12 % mit niedrigem Sozialstatus (Vorjahr 12 %). Familien mit mittlerem Sozialstatus sind mit unverändert 47 % immer noch die größte Gruppe. Für 12 % aller Einschüler fehlen die Angaben zum Sozialstatus. Aus Vergleichen der Häufigkeiten von stark mit dem Sozialstatus assoziierten Befunden, kann abgeleitet werden, dass eher die Eltern, die einen niedrigen Schulabschluss haben und nicht erwerbstätig sind, die Angaben dazu verweigern.

Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten

Der Anteil der bei der Einschulungsuntersuchung vorgelegten Vorsorgehefte lag 2015 bei 92,0 % (Vorjahr 93,0 %). Die vollständige Inanspruchnahme der U1-U6 und der U7 liegen inzwischen auf einem sehr hohem Niveau (95,6 % bzw. 97,3 %). Sowohl die Inanspruchnahme der U7, der U8 als auch der U9 sind seit der Einführung des Zentralen Einladungs- und Rückmeldewesens im Jahr 2008 deutlich angestiegen. Bei den Einschülern 2015 sind kaum noch Zuwächse zu bemerken und zu der U8 sind anteilig weniger Kinder gegangen als im Vorjahr (94,5 % vs. 95,2 %, siehe Abbildung 2).

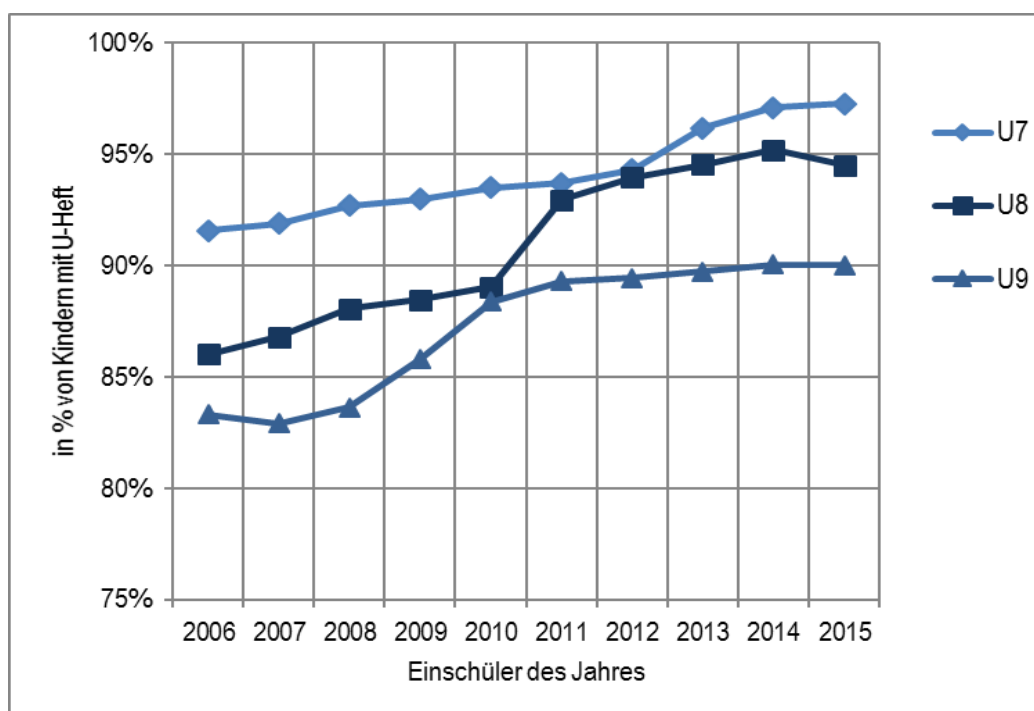


Abb. 2: Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen bei Einschülern 2006-2015

Bei einem Vergleich der Inanspruchnahme der U-Untersuchungen nach sozialer Lage wird deutlich, dass die Differenz der Raten der Inanspruchnahme zwischen dem niedrigem und dem hohem Sozialstatus bei allen Untersuchungen zwischen drei und elf Prozentpunkten beträgt. Besonders hoch ist die Differenz mit fast 12 Prozentpunkten bei der U7a, die seit sieben Jahren angeboten wird und sich weiterhin nur langsam etabliert (Stand Einschüler 2015: 84,4 %).

Fasst man alle Untersuchungen U1-U9 (ohne U7a) zusammen, liegt diese Differenz zwischen den Sozialstatusgruppen bei 17 Prozentpunkten, da nur sieben von zehn Kindern mit niedrigem Sozialstatus eine lückenlose Reihe der Vorsorgeuntersuchungen aufweisen (Tabelle 1).

Tabelle 1: Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

Einschüler 2015	Sozialstatus			alle Kinder gesamt
	niedriger Sozialstatus	mittlerer Sozialstatus	hoher Sozialstatus	
untersuchte Kinder	N = 2.483	N = 9.977	N = 8.566	N = 23.826
U-Heft hat vorgelegen - Anzahl	2.214	9.456	8.171	22.027
U-Heft hat vorgelegen - in %	89,2%	94,8%	95,4%	92,4%
U-Untersuchungen	in %			
U1 bis U6 vollständig	91,6%	96,4%	96,7%	95,6%
U7 ist erfolgt	94,4%	97,8%	98,2%	97,3%
U7a ist erfolgt	75,7%	84,8%	88,0%	84,4%
U8 ist erfolgt	89,6%	94,8%	96,2%	94,5%
U9 ist erfolgt	81,9%	90,8%	92,6%	90,0%
U1 bis U8 vollständig	82,0%	91,2%	92,9%	90,2%
U1 bis U9 vollständig	71,2%	85,2%	88,0%	83,9%

Seit der Einführung des Zentralen Einladungs- und Rückmeldewesens (ZER) im Jahr 2008 ist zu beobachten, dass die Inanspruchnahme der U-Untersuchungen besonders stark in der niedrigen Sozialstatusgruppe zugenommen hat. Dies wird in der Abbildung 3 beispielhaft für die U8 gezeigt. Die Unterschiede zwischen den Sozialstatusgruppen nehmen im Zeitverlauf ab, da die Zunahme der Inanspruchnahme der U8 am markantesten in der niedrigen Sozialstatusgruppe ist. Der leichte Rückgang der Inanspruchnahme bei der U8 in 2015 betrifft alle Sozialstatusgruppen.

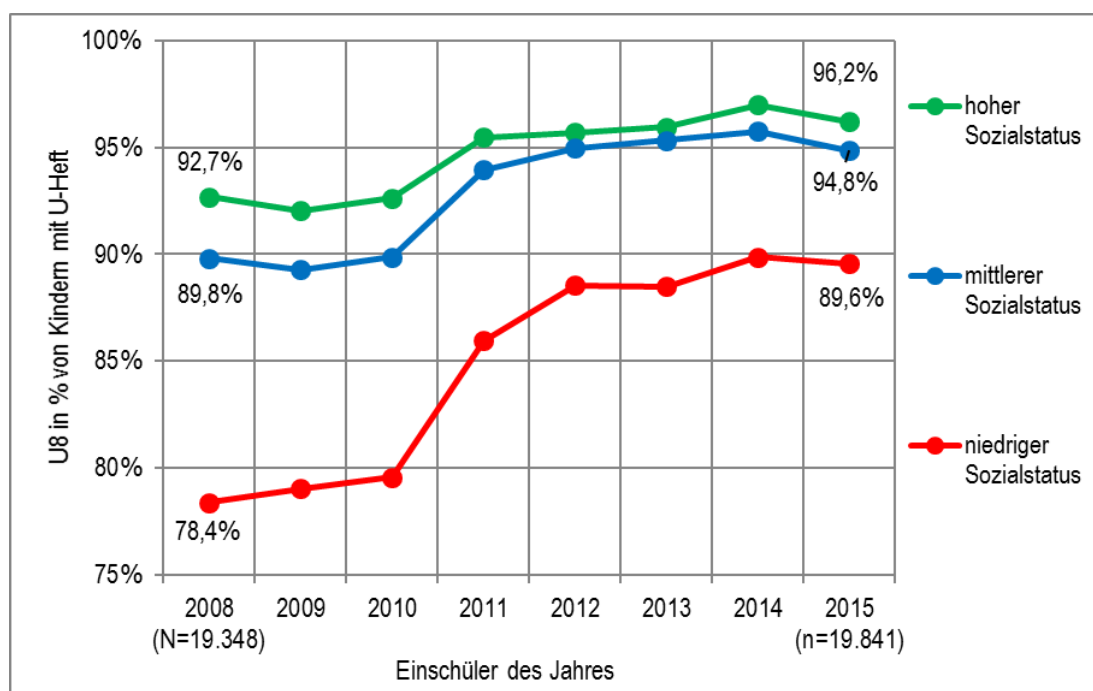


Abb. 3: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung U8 nach dem Sozialstatus bei Einschülern 2008-2015

Kita-Besuch

Von 96 % (n = 22.854) aller untersuchten Einschüler liegen Angaben zur Dauer des Kitabesuches vor. Danach haben 93 % dieser Kinder länger als zwei Jahre eine Kita besucht. Es gibt bei der Anzahl der Jahre, die die Kinder bis zum sechsten Lebensjahr in der Kita verbringen, deutliche Unterschiede zwischen den Sozialstatusgruppen. Während 96 % der Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus länger als 2 Jahre eine Kita besucht haben, sind es bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus nur 82 % (Vorjahr: 83 %). 7,5 % (n = 177) der Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind gar nicht oder weniger als ein Jahr in einer Kita betreut worden (Vorjahr 6,3 %), verglichen zu nur 1,2 % (n=102) bei den Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus.

Befunde

Hauptaugenmerk bei Untersuchung der Kinder liegt auf funktionsdiagnostischen Befunden, die den Lernerfolg der zukünftigen Schüler beeinträchtigen können. Mit evaluierten Testverfahren (SOPESS) werden die Entwicklung der Sprache, Fein- bzw. Visuomotorik und der Grobmotorik sowie der visuellen Wahrnehmung beurteilt und dokumentiert. Ziel ist auch, bei Entwicklungsdefiziten noch vor Schulbeginn spezifische Maßnahmen der Förderung zu initiieren. Die Befunde mit Bedeutung für den schulischen Lernerfolg, werden in der schulärztlichen Stellungnahme dargestellt und die Bedarfe der gesundheitlichen Förderung der Kinder in der Schule mit den Lehrern, die die Kinder zukünftig betreuen, besprochen.

Schulrelevante Entwicklungsstörungen, das sind **Sprach- und Sprechstörungen, Störungen der Fein- bzw. Visuomotorik, visuelle Wahrnehmungsstörungen und Bewegungsstörungen/grobmotorische Störungen** wurden bei **33,4 % aller zur Einschulung untersuchten Kinder festgestellt**. Sprach- und Sprechstörungen sind mit 22,0 % der Kinder der häufigste Befund (Vorjahr 19,3 %); danach folgen mit 17,5 % der Kinder Störungen der Fein- bzw. Visuomotorik (Vorjahr 12,0 %) und mit 10,2 % visuelle Wahrnehmungsstörungen (Vorjahr 11,8 %). Der Anteil der Kinder mit Bewegungsstörungen/grobmotorischen Störungen liegt mit 6,7 % auf dem Vorjahresniveau (6,6 %).

Die erstmals dokumentierten Defizite bei **schulischen Vorläuferfähigkeiten**, das sind Mengen- und Aufgabenverständnis, Konzentration und Aufmerksamkeit (nach SOPESS) wurden bei **11,6 %** der Kinder festgestellt. Dieses Ergebnis beruht auf den Daten von 15.458 untersuchten Kindern aus 13 Landkreisen.

Der Anteil der Kinder mit Sprachstörungen ist 2015 gegenüber dem Vorjahr höher (22,0 % vs. 19,3 %). Es steht zu vermuten, dass diese Steigerung gegenüber dem Vorjahr auf die erweiterte Testdiagnostik mit SOPESS zurückzuführen ist. Kinder mit niedrigem Sozialstatus sind mit 44 % deutlich häufiger betroffen als Kinder mit hohem Sozialstatus (13 %).

Die Rate der Kinder mit Adipositas (Body Mass Index > 97. Perzentile der Referenzwerte von Cole et al 2001) **ist mit 3,6 % nahezu unverändert gegenüber 2014 (3,5 %)**. Nach wie vor gilt auch hier, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus vierfach höhere Befundraten als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus aufweisen (7,3 % vs. 1,8 %).

Der Anteil der Kinder mit Befunden, die nicht in Behandlung sind und die durch die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte des KJGDs eine Überweisungsempfehlung erhalten, ist bei einigen Befunden unverändert hoch. Er liegt bei Sehfehlern und Hörstörungen über 50%, bei schulrelevanten Entwicklungsstörungen zwischen 18 % und 33 % und bei Befunden des Stütz- und Bewegungsapparates bei 40

%. Dies zeigt, dass ein erheblicher medizinischer Versorgungsbedarf bei den Einschulungskindern durch den ÖGD festgestellt wird.

Bei **Jungen** werden im Vergleich zu **Mädchen**, wie schon in den zurückliegenden Jahren, höhere Befundraten festgestellt. So wiesen 39 % der Jungen und 27 % der Mädchen schulrelevante Entwicklungsstörungen auf. Unter diesen Befunden fallen vor allem Bewegungsstörungen auf, die bei Jungen um das 2,5-fache häufiger vorkommen als bei Mädchen (9,3 % vs. 3,8 %). Auch bei verschiedenen anderen Befunden liegen die Befundraten der Jungen fast doppelt so hoch wie bei den Mädchen

Allgemeine Entwicklungsstörungen:	11,0 % der Jungen und 6,9 % der Mädchen
Emotionale/soziale Störungen:	9,8 % der Jungen und 5,4 % der Mädchen
ADS/ADHS:	3,4 % der Jungen und 1,4 % der Mädchen
Einnässen:	4,0 % der Jungen und 2,3 % der Mädchen
Allergische Rhinitis:	6,8 % der Jungen und 4,4 % der Mädchen
Asthma bronchiale:	6,7 % der Jungen und 4,0 % der Mädchen

Befunde und soziale Lage

Die gesundheitliche Ungleichheit, die mit der sozialen Ungleichheit einhergeht, ist unverändert Die Befundrate in der unteren Sozialstatusgruppe ist wie im Vorjahr bei folgenden Befunden **um mindestens den Faktor 2** höher als in der oberen Sozialstatusgruppe: Sprach- und Sprechstörungen, Störungen der Fein- bzw. Visuomotorik, visuelle Wahrnehmungsstörungen und Bewegungsstörungen/grobmotorische Störungen, sowie mangelnde schulische Vorläuferfähigkeiten, allgemeine Entwicklungsstörung, Aufmerksamkeitsdefizitstörungen und Hyperaktivitätsstörungen (ADS/ADHS), Intelligenzdefizite, emotionale-soziale Störungen und Adipositas (Abbildung 4).

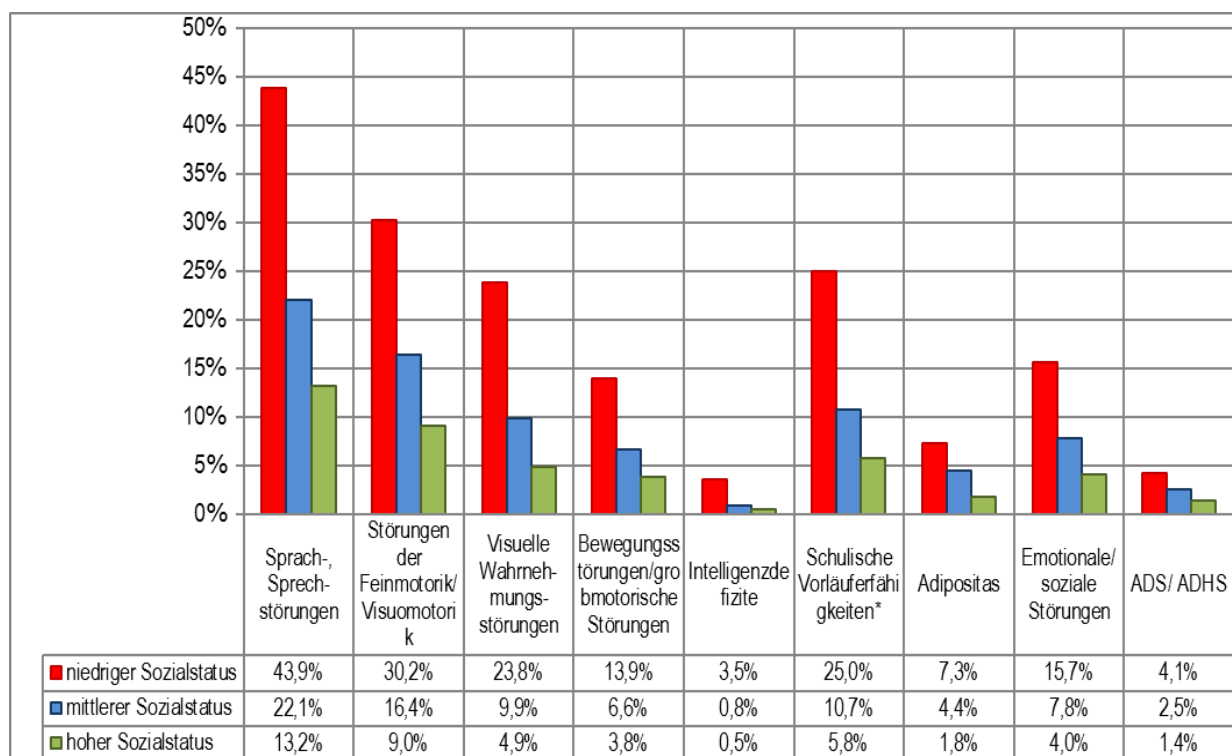


Abb. 4: Befundraten nach dem Sozialstatus – Einschüler 2015

Chronische Erkrankungen

Bei 13 % der untersuchten Kinder wurde mindestens eine chronische Erkrankung bzw. Befund festgestellt (Tabelle 2).

Von 2006 bis 2015 ist eine Zunahme der chronischen Erkrankungen zu beobachten (von 10,5 % auf 13,1 %, www.gesundheitsplattform.brandenburg.de). Die häufigsten chronischen Erkrankungen waren Sprachstörungen mit Einschränkungen in der Kommunikation, beidseitige Hörstörungen, emotionale soziale Störungen, Einnässen und Intelligenzdefizite. Bei 2,8% der untersuchten Kinder (n=672) sind zwei oder mehr chronische Befunde festgestellt worden. 28 % der Kinder mit einer bzw. mehreren chronischen Erkrankungen erhielt von den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten des KJGD eine Überweisungsempfehlung. Vier Fünftel dieser Überweisungsempfehlungen bezogen sich auf Kinder, die aktuell wegen der chronischen Erkrankungen nicht in Behandlung waren.

Tabelle 2: Chronische Erkrankungen bei Einschülern 2015

Einschüler 2015 (N=23.826)		
	Anzahl Kinder mit Befund	in %
Kinder mit chronischen Erkrankungen	3.121	13,1%
davon		
Chronisch somatische Erkrankungen	1.819	7,6%
darunter		
Sprach-, Sprechstörungen mit Beeinträchtigung der sprachlichen Kommunikation	1.124	4,7%
Hörstörungen beidseitig oder eine apparative Versorgung liegt bereits vor	458	1,9%
Sehvermögen stark eingeschränkt	70	0,3%
Epilepsie	133	0,6%
Atopische Dermatitis mit Beschwerden bzw. psychosozialen Beeinträchtigungen	57	0,2%
Asthma bronchiale mit Beeinträchtigungen	29	0,1%
Allergische Rhinitis mit erheblichen Beschwerden	6	0,0%
Störung der Funktion des Knies	55	0,2%
Fehlstellungen der Wirbelsäule mit Funktionseinschränkungen	22	0,1%
Nierenerkrankungen mit chronischen Beschwerden	18	0,1%
Chronisch psychische Erkrankungen	1.615	6,8%
darunter		
Enuresis (Einnässen mind. einmal/Woche)	771	3,2%
emotionale soziale Störungen mit Auswirkung in Kita	877	3,7%
ADS/ADHS (ärztlich diagnostizierter Befund), z.T. mit nicht ausreichender sozialer Integration	135	0,6%
Intelligenzdefizite	298	1,3%
Kinder mit mehrfachen chronischen Erkrankungen	672	2,8%

Bei den chronischen Erkrankungen ist ebenfalls ein starker **sozialer Gradient** erkennbar. Während 23,7 % der Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus eine chronische Erkrankung hatten, waren es 9,5 % der Kinder mit einem hohen Sozialstatus.

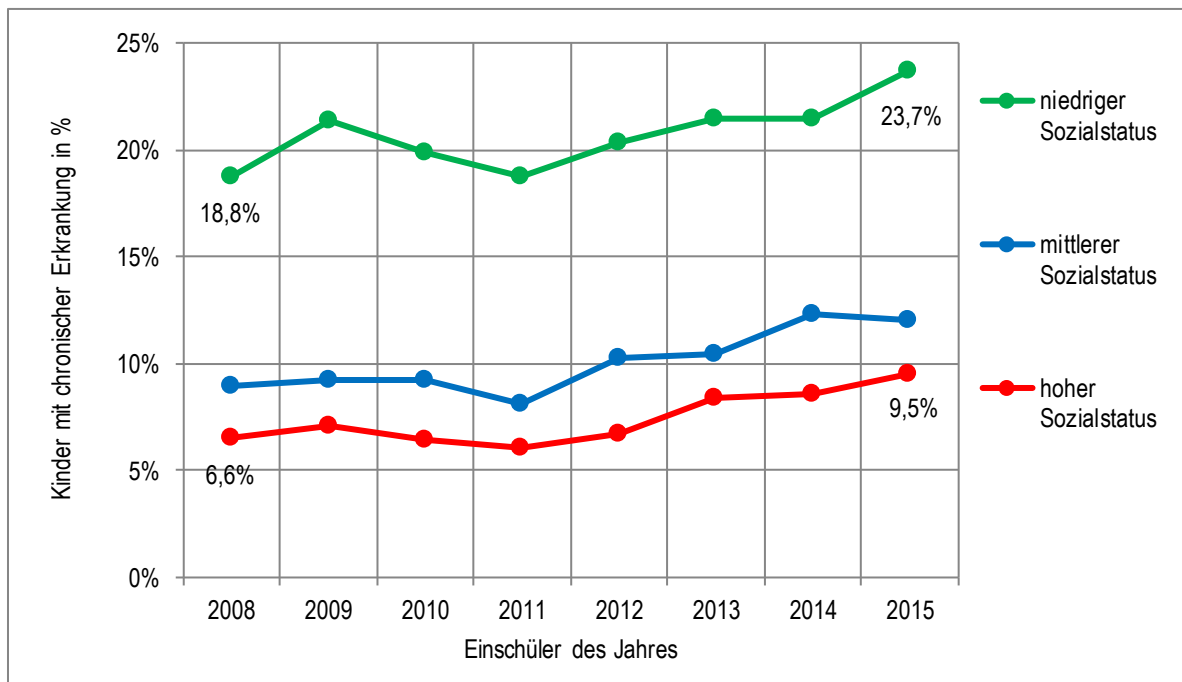


Abb. 5: Befundraten chronischer Erkrankungen nach dem Sozialstatus – Einschüler 2015

Für diese Kinder wäre eine Schulgesundheitsfachkraft besonders wichtig, da sie diese Kinder bei der Bewältigung der schulischen Anforderungen unter den Bedingungen einer chronischen Erkrankung direkt in der Schule unterstützen könnte (siehe Machbarkeitsstudie <http://www.awo-potsdam.de/files/data/pdf/Machbarkeitsstudie-Schulpflegekraft.pdf>).

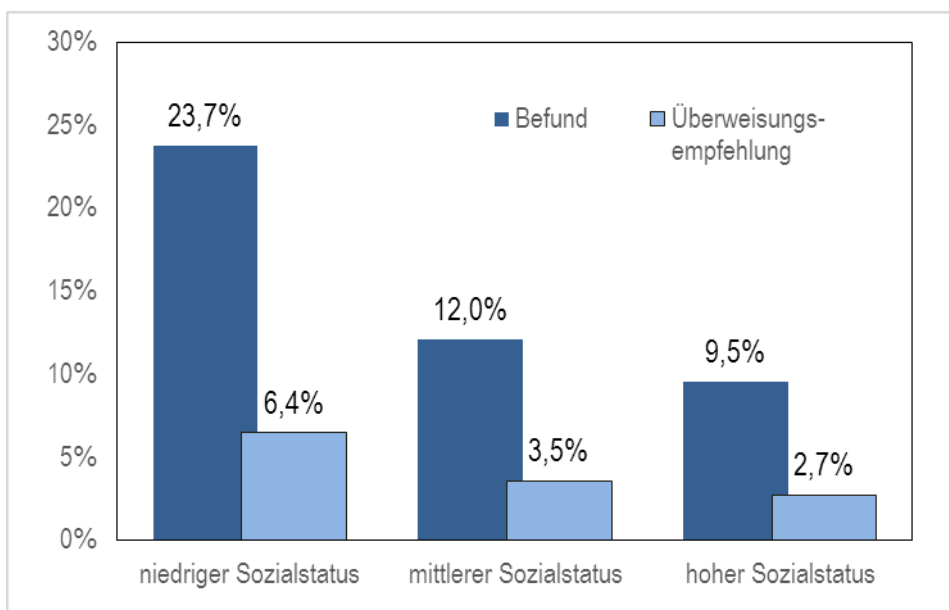


Abb. 6: Chronische Erkrankungen und Überweisungsempfehlungen bei Einschülern 2015 nach dem Sozialstatus

Förderbedarf und Betreuungscontrolling

Als ein Ergebnis der ärztlichen Untersuchung wird bei den Kindern der Bedarf an Förderung festgestellt. Dies betrifft einerseits medizinisch-therapeutische Maßnahmen (Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie), andererseits Maßnahmen der Frühförderung über Frühförder- und Beratungsstellen. **Insgesamt hatten 10,0 % (2014: 9,6 %) aller Kinder einen Bedarf an (weiterer) Förderung**, wobei dieser bei Jungen mit 11,9 % größer war als bei den Mädchen mit 7,8 %. Bei **Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus wurde ein doppelt so hoher Förderbedarf festgestellt** als bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus (Abbildung 7).

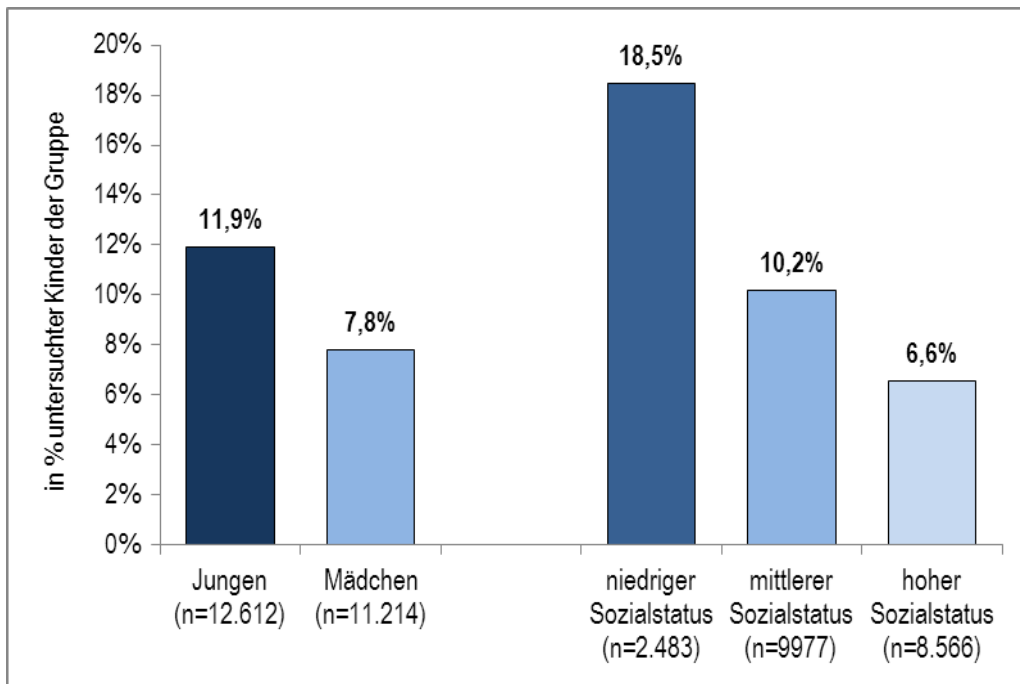


Abb. 7: Bedarf an (weiterer) Förderung bei Kindern der Schuleingangsuntersuchung nach Geschlecht und Sozialstatus 2015

Für die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) wurde über das Betreuungscontrolling die Möglichkeit geschaffen, die weitere Entwicklung der Kinder zu begleiten. Das Betreuungscontrolling ist ein Instrument der Unterstützung der Kinder mit besonderen gesundheitlichen und medizinischen Versorgungsbedarfen. Es wird vorrangig bei Kindern im Kita-Alter zur Beobachtung bei der Umsetzung der empfohlenen Fördermaßnahmen eingesetzt. **12,7 % (3.036 Kinder) aller untersuchten Kinder sind jemals über das Betreuungscontrolling begleitet worden.**

Für 1.785 liegen Angaben zu den Gründen der Aufnahme in das Betreuungscontrolling vor. Dabei gab es häufig mehrere Gründe für die weitere Betreuung dieser Kinder durch den KJGD (Abbildung 8).

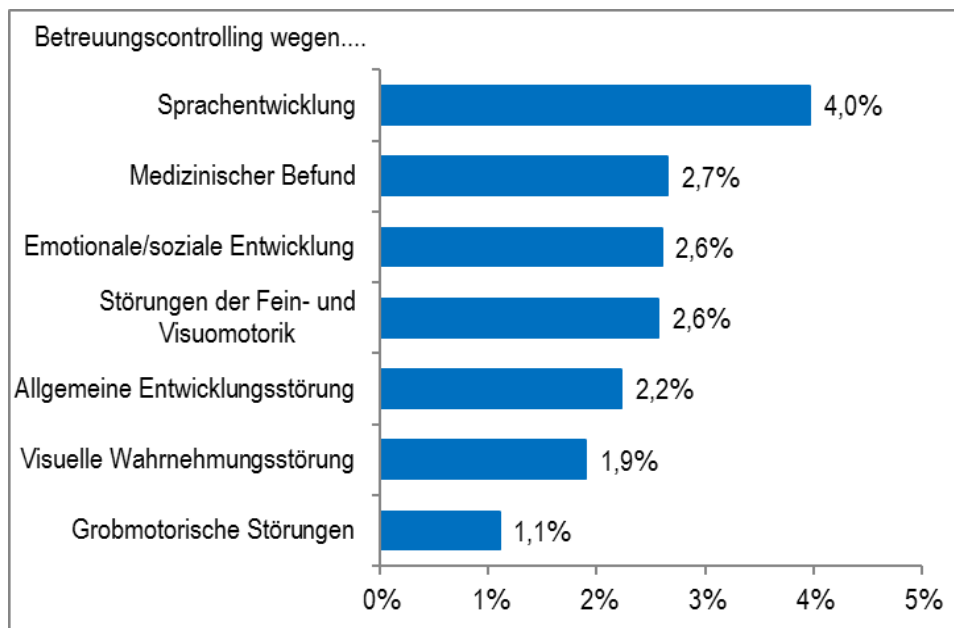


Abb. 8: Gründe für das Betreuungscontrolling bei Einschülern 2015

Für fast 40 % dieser Kinder (n=1.185) wurde eine Zurückstellung vom Schulbesuch empfohlen. Insgesamt waren Jungen häufiger im Betreuungscontrolling als Mädchen (14,2 % vs. 11,1 %) und Kinder mit niedrigem Sozialstatus drei Mal so häufig wie Kinder mit hohem Sozialstatus (25,5 % vs. 7,7 %).

Insgesamt wurde für 3.148 (13,2 %) Kinder ein Bedarf an Frühförderung, medizinisch-therapeutischen Maßnahmen oder pädagogischer bzw. psychologischer Klärung dokumentiert, wobei der Anteil von Bedarf an medizinisch-therapeutischen Maßnahmen knapp ein Drittel dieser Kinder betraf. Für Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus wurde achtmal häufiger ein Bedarf an Frühförderung dokumentiert (5,1 % vs. 0,6 %) und ein Bedarf an medizinisch-therapeutischen Maßnahmen doppelt so häufig (15,5 % vs. 6,1 %).

Schulärztliche Empfehlung zur Zurückstellung

Der Anteil der Zurückstellungsempfehlungen war für Einschüler 2015 mit 12,8 % auf dem höchsten Stand seit der Verlegung des Stichtages (6. Geburtstag) für einzuschulende Kinder im Jahre 2005 vom 30. Juni auf den 30. September und ist seit 2006 stetig angestiegen (von 8,7 % auf 12,8 %).

Dabei gibt es zwischen den Landkreisen/kreisfreien Städten sehr große Unterschiede. Im Landkreis Barnim bekamen nur 6 % der untersuchten Kinder keine Einschulungsempfehlung, dagegen sind es im Landkreis Prignitz 18 %. Während der Anteil von Kindern mit Förderbedarf insgesamt bei 10,0 % lag, wurde bei fast jedem Dritten der zurückgestellten Kindern ein Förderbedarf festgestellt (29,6 %). Besonders hoch war dieser Anteil in Frankfurt (Oder) mit 62 %.

Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus erhalten häufiger eine Empfehlung zur Zurückstellung vom Schulbesuch (Abbildung 9).

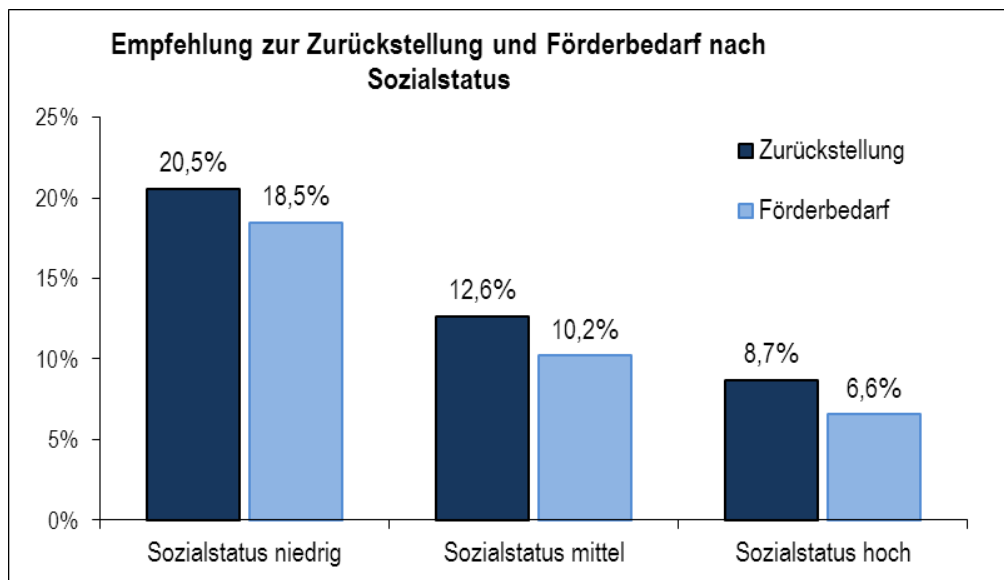


Abb. 9: Empfehlung zur Zurückstellung und Förderbedarf nach Sozialstatus – Schuleingangsuntersuchung 2015

Impfquoten

Bei den Einschülern des Jahres 2015 stellen die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in den Gesundheitsämtern bei den meisten Impfungen einen **leichten Rückgang** der des Anteils der Kinder mit vollständiger Grundimmunisierung gegenüber den Einschülern des Jahres 2014 fest. Der Anteil von Kindern mit Impfücken (keine vollständige Grundimmunisierung bei DPT, Poliomyelitis Haemophilus influenzae Typ b Hepatitis B bzw. weniger als zwei Impfdosen MMR / Varizellen oder keine Impfung gegen Meningokokken C) liegt bei 19 % (Vorjahr 19,4 %). Die MMR-Impfraten sind mit 95 % zweimal geimpfter Kinder unverändert hoch. Die Meningokokken-C-Impfung, empfohlen von der STIKO in 2006, ist bei 93 % (Vorjahr 94 %) der Kinder erfolgt. Die Impfung gegen Rotaviren konnte nur bei einem Drittel der Kinder (Vorjahr 15 %) als abgeschlossene Grundimmunisierung dokumentiert werden, da die STIKO Empfehlung erst seit August 2013 umgesetzt wurde.

Der **Anteil der Kinder ohne eine Impfung** gegen Haemophilus influenzae Typ b, Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Masern, Mumps und Röteln lag in den letzten Jahren unverändert **bei unter einem Prozent**.

Die Impfquoten **nach Kreisen zeigen deutliche Unterschiede**. Die Landeshauptstadt Potsdam hat 2015, wie in den Vorjahren auch, vergleichsweise geringe Impfquoten und einen Anteil der Kinder mit Impfücken von 28 %. Der Landkreis Elbe-Elster und die Stadt Brandenburg an der Havel weisen dagegen durchgängig sehr hohe Durchimpfungsraten aus. In diesen Kreisen ist der Anteil von Kindern mit unvollständigem Impfstatus deutlich geringer: Landkreis Elbe-Elster 8 % und Brandenburg an der Havel 9 %.

Netzwerk Gesunde Kinder (NGK)

Bei der Untersuchung der Kinder 2015 wurden die Eltern befragt, ob sie und ihr Kind in den ersten Lebensjahren durch eines der Netzwerke Gesunde Kinder betreut wurden. 93 % der Eltern machten Angaben zur Mitgliedschaft im Netzwerk. Demnach wurden 1.041 Kinder (4,7 %, Vorjahr 3,6 %) in den ersten Lebensjahren durch das Netzwerk begleitet. Nahezu drei Viertel dieser Kinder waren zwei Jahre oder

länger im Netzwerk. Familien mit niedrigem Sozialstatus beteiligten sich signifikant häufiger im Netzwerk als Familien des mittleren Sozialstatus.

Kinder, die in diesen Netzwerken betreut wurden, zeigten höhere Raten bei der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (bis zur U7). Sie waren insgesamt vollständiger geimpft als diejenigen, die nicht durch das Netzwerk begleitet wurden (Zusammengefasste Ergebnisse: Sonderbericht zu Netzwerkkindern auf www.gesundheitsplattform.brandenburg.de).

Unfälle

Jedes vierte Kind (25,7 %) hatte jemals vor Schulbeginn einen oder mehrere Unfälle, die ärztlich behandelt werden mussten, erlitten. Mehr als ein Drittel (39 %) der durch einen Unfall verletzten Kinder musste im Krankenhaus behandelt werden. Die Unfallrate der Kinder ist seit vier Jahren nahezu unverändert. Vor zehn Jahren, bei Einschülern des Jahres 2004, lag die Rate noch bei 14,4 %.

Häufigster Unfallort ist seit Jahren das häusliche Umfeld der Kinder, in dem zwei Drittel der Unfälle geschehen (Ort „zu Hause“ oder „anderer Ort“), gefolgt von Kitas mit 26 % der Unfälle.

Die häufigsten Verletzungen sind Gehirnerschütterungen (23 % der Kinder mit Unfall) und Knochenbrüche (22% der Kinder mit Unfall). Für etwa ein Drittel der verunfallten Kinder werden andere schwere Verletzungen benannt. **Der Anteil der Kinder, die sich mit heißen Flüssigkeiten verbrüht haben, ist in den letzten Jahren von 1,5 % (in 2004) auf 2,3 % gestiegen.** Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus verunglücken häufiger im häuslichen Umfeld und im Straßenverkehr (Abbildung 10).

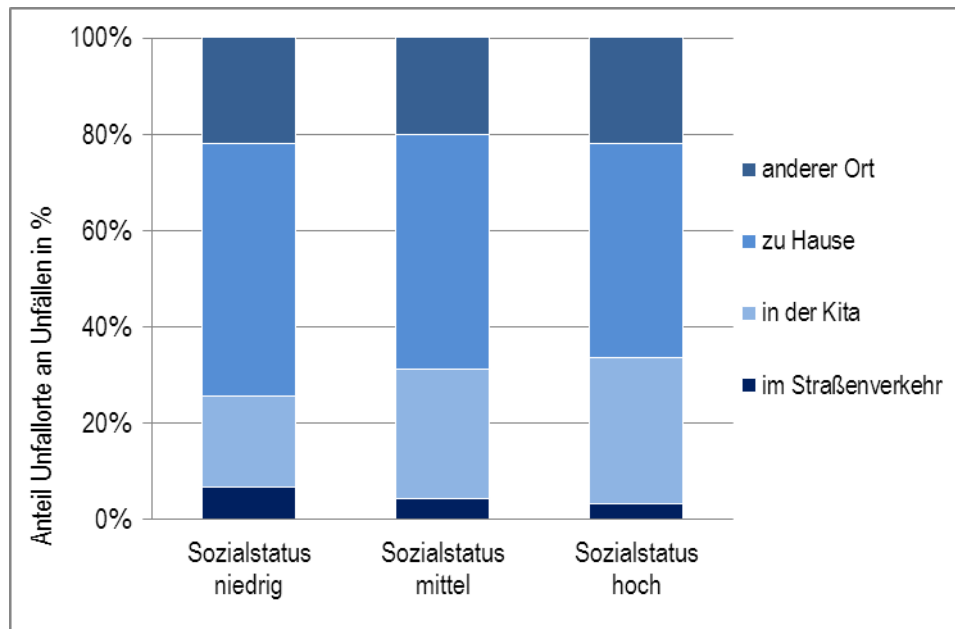


Abb. 10: Unfälle nach Ort und Sozialstatus – Schuleingangsuntersuchung 2015

Fazit

Ergebnisse

- Bei der Schuleingangsuntersuchung 2015 ist, wie schon in den Vorjahren, bei den meisten Befunden ein sozialer Gradient feststellbar: Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus weisen häufiger eine Befunde auf als Kinder aus Familien mit mittlerem oder hohem Sozialstatus. Ausnahmen waren lediglich die Befunde allergische Rhinitis (4,9 % vs. 5,9 %) und erhebliches Untergewicht (2,4 % vs. 3,4 %). Medizinischen Versorgungs- und Förderbedarfe wurden bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus häufiger dokumentiert. Bei Jungen wurden häufiger Befunde festgestellt als bei Mädchen.
- Deutlich weniger Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus besuchten eine Kita und 7,5 % von ihnen waren nie oder nur kurzzeitig vor Schulbeginn in einer Kita (hoher Sozialstatus 1,2%). Da Kinder in Kindertagesstätten gesundheitlich gefördert werden können, sollten Kinder aus sozial benachteiligten Familien frühzeitig am Kita-Besuch teilnehmen.

Ausblick

- Kreisvergleiche machen deutlich, dass regionale gesundheitliche Unterschiede existieren. Hier ist es weiterhin eine permanente Aufgabe der Abteilung Gesundheit (LAVG), durch Qualitäts-Workshops die Praxis einer standardisierten Befunderhebung zu unterstützen.
- Die Ergebnisse zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen werden in Form von Standardtabellen den KJGDs jährlich zur Verfügung gestellt und diskutiert. Darüber hinaus wird der GBE-Service der Abteilung Gesundheit allen Landkreisen und kreisfreien Städten angeboten. Bestandteil dieses GBE-Services sind Daten, die den KJGD-Teams einen Vergleich der Untersucherergebnisse ermöglichen.
- Ausgewählte Ergebnisse zur Gesundheit der Kinder und Jugendlichen werden auf der Gesundheitsplattform www.gesundheitsplattform.brandenburg.de der Fachöffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Diese Daten werden jährlich aktualisiert.

**Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz
und Gesundheit
des Landes Brandenburg**

Abteilung Gesundheit

Abteilungsleiterin Dr. med. Gabriele Ellsäßer
Wünsdorfer Platz 3
15806 Zossen
Tel.: +49 331 8683 800
Fax: +49 331 8683 809
E-Mail: gabriele.ellsaesser@lavg.brandenburg.de

