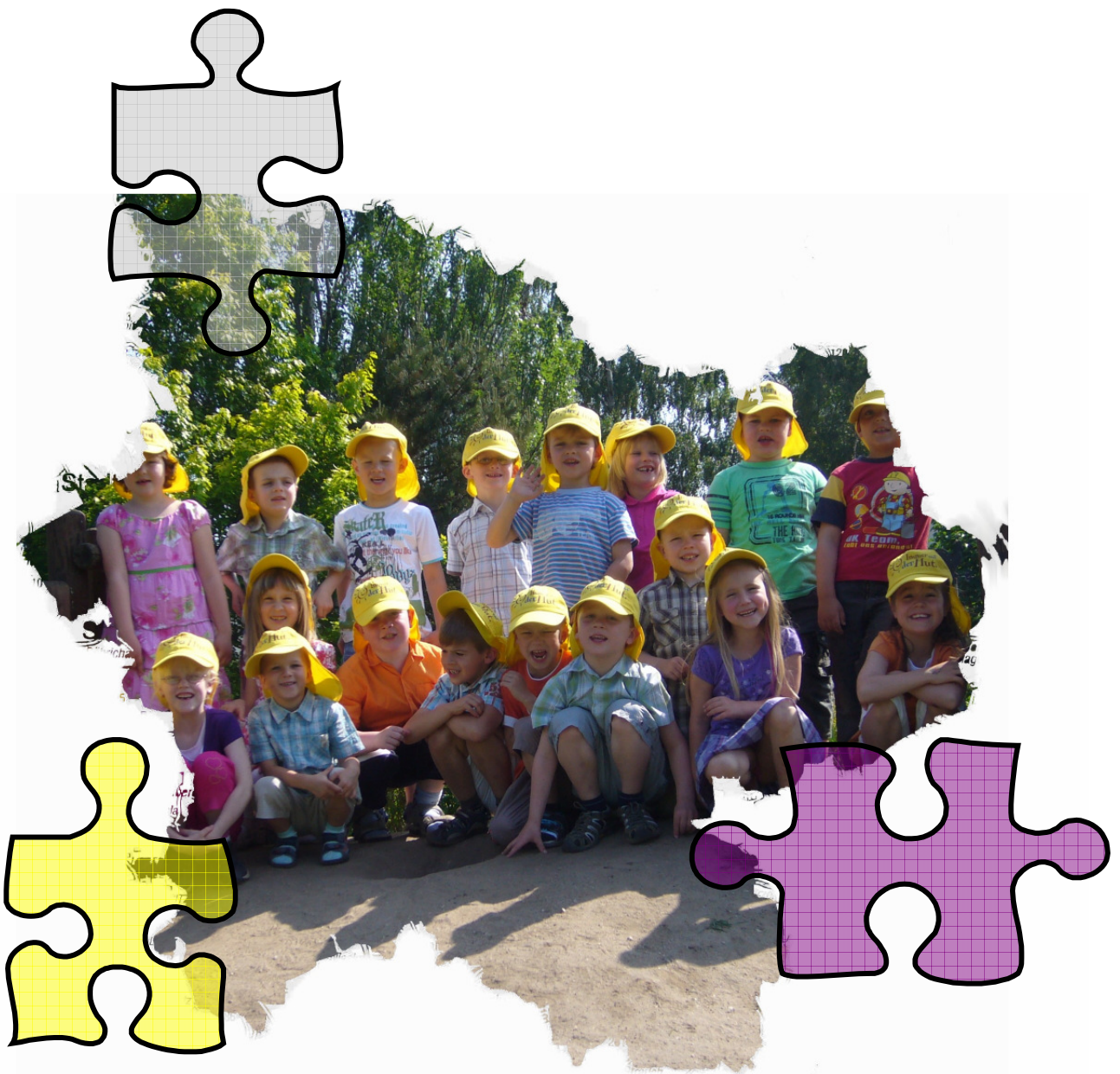


Landkreis Elbe-Elster

Gesundheitsbericht 2010

zur Kinder- und Jugendgesundheit



Impressum :

Gesundheitsbericht 2010 des Landkreises Elbe-Elster

Herausgeber: Landkreis Elbe-Elster, Gesundheitsamt
Grochwitz Str. 20, 04916 Herzberg/E.; Telefon: 03535 46-3101

August 2010

Vorwort

Sehr geehrte Bürgerinnen und Bürger,

der in diesem Jahr vorgestellte Gesundheitsbericht 2010 beschreibt in gewohnter Weise die demographische Entwicklung und medizinische Versorgung in unserem Landkreis.

Wie in Deutschland, so wächst auch in unserem Landkreis der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung. Diese Umwälzung im Altersaufbau der Bevölkerung stellt die Gesellschaft vor große Herausforderungen, die sich vor allem durch das vermehrte Auftreten chronischer Krankheiten und Beschwerden sowie die daraus resultierenden Funktionseinschränkungen im höheren Alter ergeben. Immer wieder im Mittelpunkt steht daher die Frage nach der medizinischen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen sowie der Finanzierung des Gesundheitswesens unter der Voraussetzung einer immer älter werdenden Bevölkerung.

Für eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation im höheren Alter ist es nicht ausreichend, Krankheiten frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Zur Vermeidung von Krankheiten sind sowohl die Primärprävention als auch die Gesundheitsförderung von Bedeutung. Besondere Bedeutung kommt hier der Kindheit und Jugend zu, da viele Krankheiten und Beschwerden, auch wenn diese erst im mittleren oder höheren Erwachsenenalter auftreten, auf Risikofaktoren zurückgeführt werden können, die sich bereits früh im Leben entwickeln und später nur noch schwer beeinflussbar sind. Ebenso gilt für viele Schutzfaktoren und Ressourcen der Gesundheit, dass sie sich oftmals schon in frühen Jahren ausbilden und sich im weiteren Lebenslauf als sehr stabil erweisen.

Aus diesem Grunde beschäftigt sich unser diesjähriger Gesundheitsbericht mit der Kinder- und Jugendgesundheit im Landkreis Elbe-Elster. Er ist eine Bestandsaufnahme und soll zugleich Wege und Möglichkeiten aufzeigen, wie durch ein möglichst frühes Eingreifen die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen und somit auch die Gesundheitschancen künftiger Erwachsener und alten Generationen verbessert werden können.

Ich wünsche uns, dass dieser Bericht eine große Wahrnehmung in der Öffentlichkeit findet, das Verständnis für den biopsychosozialen Ansatz von Gesundheit und besonders Kinder- und Jugendgesundheit verbessert und die Netzwerkarbeit fördert.

Zudem sollen die Erkenntnisse des Berichtes den politisch Verantwortlichen eine Entscheidungshilfe bei der Gestaltung der kommunalen Gesundheitspolitik sein.

Christian Jaschinski
Landrat

Dr. Anne-Katrin Voigt
Amtsärztin

	Seite
1. Demografie – Bevölkerungsstand und –prognose für den Landkreis Elbe-Elster	1
2. Medizinische Versorgung	5
2.1. Ambulante medizinische Versorgung	5
2.2. Stationäre medizinische Versorgung	8
3. Kinder- und Jugendgesundheit im Landkreis Elbe-Elster	11
3.1. Untersuchungsergebnisse des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes	11
3.1.1. Untersuchungen im Kita-Alter – Betreuungscontrolling	11
3.1.2. Einschulungsuntersuchungen	11
3.1.3. Schulabgangsuntersuchungen	15
3.2. Zusammenarbeit mit anderen Ämtern	18
3.2.1. Maßnahmen der Eingliederungshilfe für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche	18
3.2.2. Gutachten	20
3.2.3. Schulverwaltung- und Sportamt	20
3.3. Frühe Hilfen	21
3.3.1. Netzwerk „Gesunde Kinder“	21
3.3.2. § 7 Zentrales Einladungs- und Rückmeldewesen	22
3.3.3. Netzwerk Kinderschutz	24
3.4. Projekte	25
3.4.1. „Lümmeltüten“ – Schütze Dich – Gemeinsam gegen Aids	25
3.4.2. Aids Parcours	26
3.4.3. Sonnenschutz – „Immer auf der Hut“	27
3.5. Substanzkonsum Jugendlicher	28
3.6. Selbsthilfegruppen – „Kleine Angehörige“	32
4. Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen im Landkreis Elbe-Elster	33
4.1. Betreuungsbereich und Gruppenprophylaxe im Schuljahr 2008/09	33
4.2. Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen im LKEE	34
4.2.1. Milchzähne	34
4.2.2. Mundgesundheit im bleibenden Gebiss	36
4.2.3. Brandenburger Zahn- und Mundgesundheitsziele für 2010	38
4.2.4. Zusammenfassung und Schlussfolgerung	39
5. Kommentare – Handlungsempfehlungen – Ausblicke	41
6. Anlage	45
7. Literatur- und Quellenverzeichnis	47

1. Demografie

Bevölkerungsstand und -prognose für den Landkreis Elbe-Elster

Im Landkreis Elbe-Elster leben gegenwärtig 115 560 Menschen (Stand 31.12.2008). Das entspricht einer Bevölkerungsdichte von 62 Einwohnern pro Quadratkilometer. Damit gehört der Landkreis zu den bevölkerungsärmsten in Brandenburg. Landesdurchschnitt sind 86 Einwohner pro Quadratkilometer (Deutschland 230 Einwohner pro Quadratkilometer).

Entwicklung der Bevölkerung des Landkreises Elbe-Elster

(Stand: 31.12. eines jeden Jahres)

Jahr	Bevölkerung insgesamt	Männer	Frauen
1981	149 216		
1990	142 531	68 381	74 150
1991	140 258	67 463	72 795
1992	139 433	67 389	72 044
1993	139 058	67 695	71 363
1994	137 947	67 210	70 737
1995	136 889	66 786	70 103
1996	135 978	66 387	69 591
1997	135 624	66 484	69 140
1998	134 684	66 168	68 516
1999	132 873	65 306	67 567
2000	131 161	64 496	66 665
2001	129 066	63 602	65 464
2002	127 159	62 740	64 419
2003	125 526	62 090	63 436
2004	124 041	61 391	62 650
2005	122 031	60 449	61 582
2006	119 773	59 356	60 417
2007	117 522	58 252	59 270
2008	115 560	57 243	58 317

Die demographische Entwicklung wird den Landkreis Elbe-Elster in den nächsten Jahrzehnten vor bisher nicht da gewesene Herausforderungen stellen. Sinkende Kinderzahlen, die Auswirkungen des scharfen Geburtenknicks der frühen 90er Jahre, ein immer weiter ansteigendes Lebensalter und eine hohe Rate von Fortzügen, insbesondere junger Frauen, führen zu einer Situation, in der fast über ein Schrumpfungsprozent das Wachstum verdrängt. Der Landkreis hat seit 1990 bis 2008 bereits 19 Prozent seiner Bevölkerung verloren. Prognostische Hochrechnungen zeigen, dass vom Jahr 2008 bis zum Jahr 2030 die Bevölkerung um weitere 23 Prozent auf 86 730 schrumpfen wird.

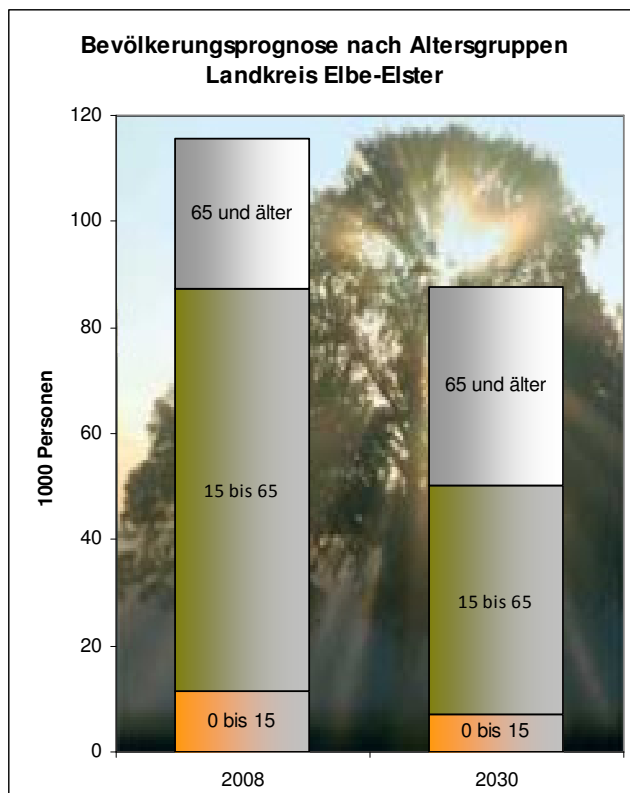


Abb.1 Bevölkerungsprognose des Landkreises Elbe-Elster¹

Der überproportionale Bevölkerungsverlust im Landkreis ergibt sich aus dem negativen Saldo bezüglich der natürlichen und räumlichen Bevölkerungsbewegung. Das heißt, dass zum einen im Landkreis mehr Personen sterben als geboren werden und zum anderen mehr Personen aus dem Landkreis fort- als zuziehen.

Exemplarisch ist dies in der folgenden Darstellung abgebildet:

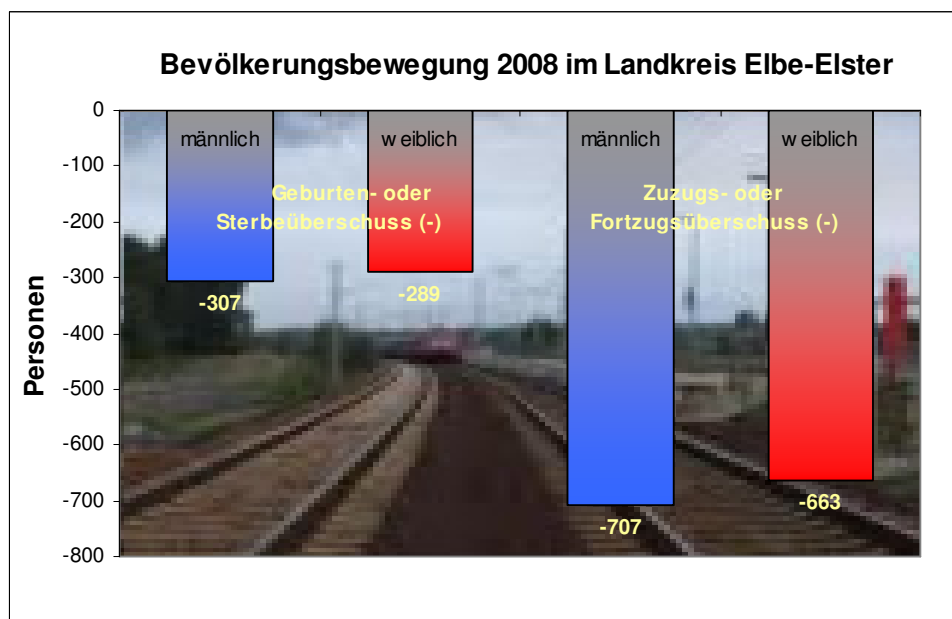


Abb. 2: Bevölkerungsbewegung im Landkreis Elbe-Elster¹

¹Quelle: Amt für Statistik Berlin Brandenburg

Die Zahl der Frauen im gebärfähigen² Alter halbiert sich im Landkreis bis zum Jahr 2030. Hauptgrund dafür ist der extreme Geburtenknick der 90er Jahre, die Tatsache, dass sich die Fertilitätsrate jener der alten Bundesländer angleicht sowie die hohe Rate von Fortzügen besonders bei jungen Frauen.

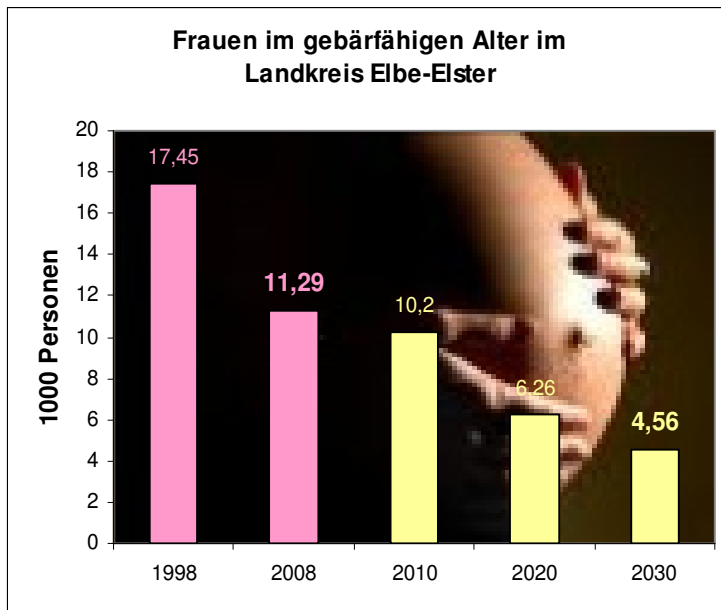


Abb. 3 Frauen im gebärfähigen Alter im Landkreis Elbe-Elster³

Somit fehlen dem Landkreis Elbe-Elster die Kinder.

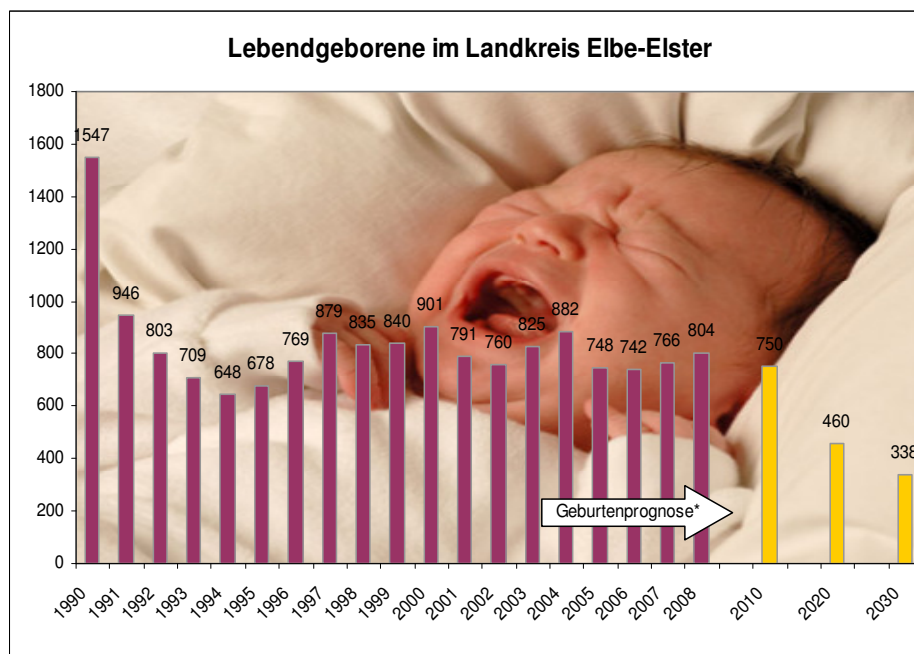


Abb. 4 Lebendgeborene im Landkreis Elbe-Elster³

Dadurch wird sich die Alterszusammensetzung der Bevölkerung im Landkreis prognostisch drastisch verändern. Die Zahl der jungen Menschen, die unter 15 Jahre alt ist, ist in den letzten Jahren parallel zur Gesamtbevölkerung kontinuierlich gesunken. Lebten im Jahr 2008

²definiertes Alter: von 20 bis unter 40 Jahren

³ Quelle: Amt für Statistik Berlin Brandenburg

noch 11 600 Menschen im Alter zwischen null und fünfzehn Jahren im Landkreis, so werden es laut vorliegenden Prognosen im Jahr 2030 nur noch 7 120 sein.

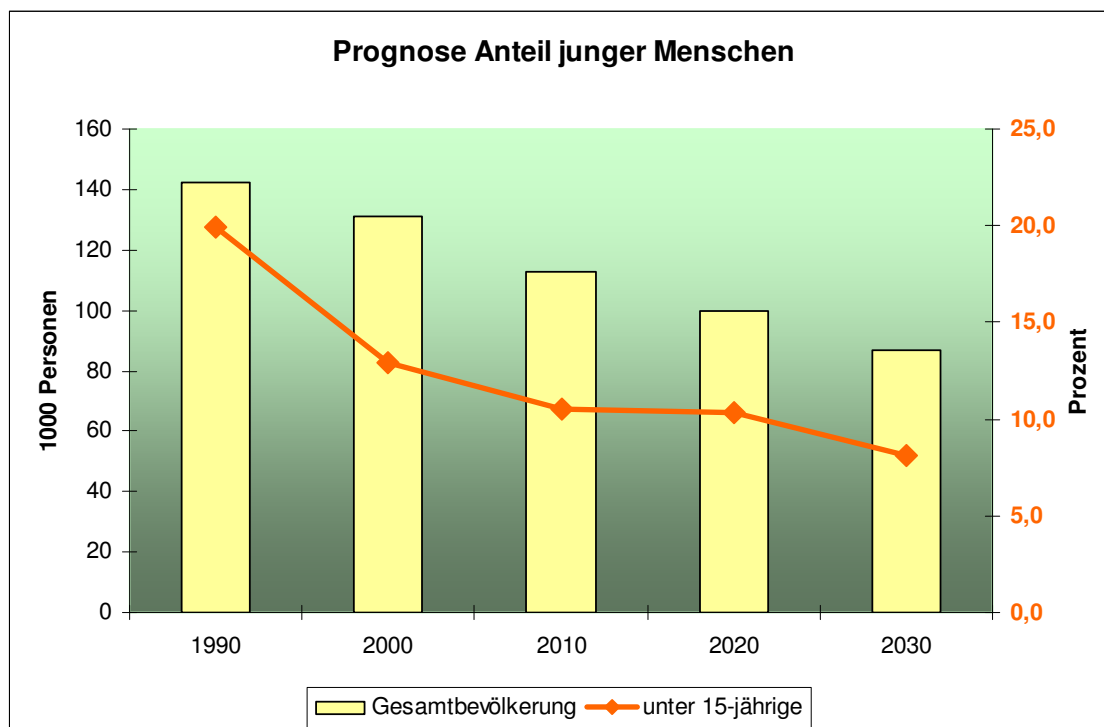


Abb. 5 Prognose Anteil junger Menschen⁴

Gegenläufig dazu wird die Bevölkerung immer älter. Der Anteil der über 65-jährigen Menschen an der Gesamtbevölkerung erhöhte sich von 15 Prozent im Jahr 1990 auf 24,5 Prozent im Jahr 2008 und wird prognostisch bis zum Jahr 2030 auf 42,5 Prozent ansteigen.

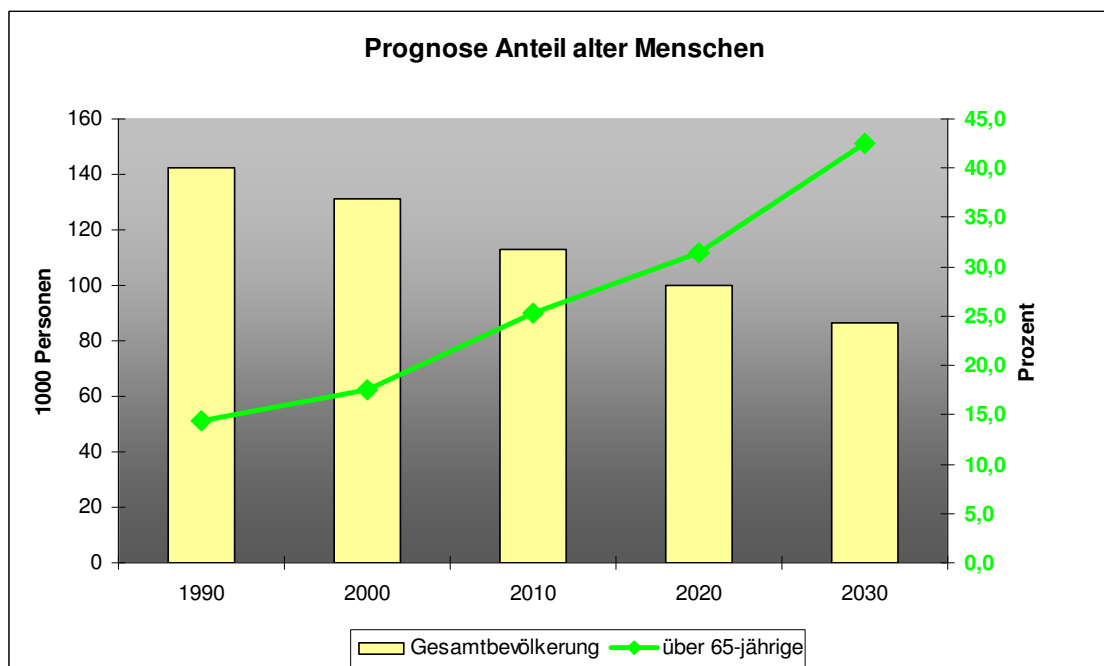


Abb. 6 Prognose Anteil alter Menschen

⁴ Quelle: Amt für Statistik Berlin Brandenburg

2. Medizinische Versorgung

Die 83. Gesundheitsministerkonferenz im Juni 2010 verweist erneut darauf, dass sich im nächsten Jahrzehnt auf Grund der demografischen Entwicklung und der Morbiditätsentwicklung eine um mindestens 20 % erhöhte Anforderung an die Primärversorgung ergeben wird. Dies erfordert verstärkte und konzentrierte Anstrengungen zur Förderung der hausärztlichen Medizin, aber auch zur Einführung weit reichender Maßnahmen zur Optimierung und Arbeitsentlastung innerhalb der Grundversorgung.

2.1. Ambulante medizinische Versorgung

Die ambulante medizinische Versorgung im Landkreis Elbe-Elster wird mit Stand vom **31.05.2010** von **138 niedergelassenen Ärzten** verschiedener Fachrichtungen und Psychotherapeuten gewährleistet.

<i>Niedergelassene Ärzte im Landkreis Elbe-Elster am 31.05.2010</i>			
Arztgruppe	IST	Schlüssel KV/ Einwohner je Arzt	SOLL
Hausärzte (62 Allgemeinmediziner/prakt. Ärzte + 16 hausärztlich tätige Internisten)	78	1629	71
Anästhesisten	2	117612	1
Augenärzte	6	25778	5
Chirurgen	4	62036	2
Fachärztlich tätige Internisten	5	44868	3
Frauenärzte	12	14701	8
HNO-Ärzte	4	42129	3
Hautärzte	2	55894	3
Kinderärzte	5	27809	5
Nervenärzte	3	47439	3
Orthopäden	4	34214	4
Psychotherapeuten (2 psychoth. tätiger Arzt + 6 psychoth. tätige Psychologen) zusätzlich: 2 Gebietsärzte mit Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“	8	16615	7
Diagn. Radiologen	2	156813	1
Urologen	3	69695	2
* die entsprechenden Bedarfszahlen werden nach den allgemeinen Verhältniszahlen Einwohner/Arztrelation für die nach der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte v. 16.10.2000 definierten Raumgliederungen gestaltet (LK Elbe-Elster = Typ 7)			
* für die Berechnung des Versorgungsgrades wurde der Stand 31.12.2008 mit 115 560 Einwohnern des Landkreises verwendet			

Die Zahl der Hausärzte im Verhältnis zur Einwohnerzahl ist stabil geblieben:

2004 1 421 Einwohner/ Hausarzt

2007 1 535 Einwohner/ Hausarzt

2010 1 481 Einwohner/ Hausarzt

Hausärzte im Landkreis Elbe-Elster nach Ämtern/amtsfreien Gemeinden und Versorgungsgrad am 31.05.2010

(Schlüssel KV: SOLL 1629 Einwohner/Arzt)

	Einwohner	Ärzte	IST Einwohner je Arzt
Stadt Bad Liebenwerda	10 082	10	1 009
Stadt Doberlug-Kirchhain	9 255	4	2 314
Stadt Elsterwerda	8 840	6	1 474
Stadt Falkenberg	7 257	5	1 452
Stadt Finsterwalde	17 578	15	1 172
Stadt Herzberg (Elster)	10 149	8	1 269
Stadt Mühlberg/Elbe	4 339	4	1 085
Gemeinde Röderland	4 420	2	2 210
Stadt Schönewalde	3 352	2	1 676
Stadt Sonnewalde	3 500	1	3 500
Stadt Uebigau-Wahrenbrück	5 917	2	2 959
Amt Elsterland	5 213	4	1 304
Amt Kleine Elster (NL)	6 272	4	1 568
Amt Plessa	6 817	4	1 705
Amt Schlieben	5 874	4	1 469
Amt Schradenland	5 044	3	1 682

Σ 78

* Hausärzte = Fachärzte für Allgemeinmedizin/Prakt. Ärzte/hausärztlich tätige Internisten

* Stand der Bevölkerung in den Ämtern am 31.10.2009

Diese Entwicklung bestätigt sich auch bei der Betrachtung der hausärztlichen Versorgung bezogen auf die einzelnen Ämter/Städte.

Entwicklung der hausärztlichen Versorgung in den Ämtern/amtsfreien Gemeinden des Landkreises Elbe-Elster

SOLL: 1629 Einwohner/Hausarzt
lt. Bedarfsplanungs-RL Ärzte der KV vom 16.10.2000

	Einwohner je Hausarzt am:				
	<u>31.10.2003</u>	<u>31.10.2005</u>	<u>31.05.2007</u>	<u>31.12.2009</u>	<u>31.05.2010</u>
Stadt Bad Liebenwerda	1224	1098	1058	1024	1 009
Stadt Doberlug-Kirchhain	1737 -1	2064	1953 -1	2336	2 314
Stadt Elsterwerda	1641 -1	1960	1850 +1	1493	1 474
Stadt Falkenberg	1337 -2	1988	1907 +1	1476	1 452
Stadt Finsterwalde	1018 -2	1126 -3	1323 +1	1191	1 172
Stadt Herzberg (Elster)	1105	1104 -1	1200	1142 -1	1 269
Stadt Mühlberg/Elbe	984 -1	1214	1146	1110	1 085
Gemeinde Röderland	2454	2422	2317	2239	2 210
Stadt Schönewalde	1908	1897	1817	1706	1 676
Stadt Sonnewalde	1898	1885	1800	1765 -1	3 500
Stadt Uebigau-Wahrenbrück	2189 -1	3275	3130	3004	2 959
Amt Elsterland	1177 -1	1449	1357	1330	1 304
Amt Kleine Elster (NL)	1741	1739	1643	1595	1 568
Amt Plessa	1982	1951	1812	1723	1 705
Amt Schlieben	1642	1626	1526	1487	1 469
Amt Schradenland	1798	1795	1733	1702	1 682
Veränderung der Hausarztanzahl					

Somit besteht nach der geltenden Bedarfsplanungsrichtlinie keine Unterversorgung mit niedergelassenen Fach- und Hausärzten. Kritisch zu hinterfragen ist, ob diese Richtlinie den wirklichen Bedarf an ärztlicher Versorgung abbildet. Demografische Entwicklung (veränderte Altersstruktur) und Morbidität (Erkrankungsraten in der Bevölkerung) werden bei der jetzigen

Berechnung nicht berücksichtigt. Nach Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg ist mit einer Änderung der Zulassungskriterien nicht vor 2012 zu rechnen.

Anmerkung:

Die Zahl der insgesamt an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte ist zwischen 1993 und 2008 in Deutschland um 17 Prozent gestiegen. Dabei fiel der relative Anteil in Westdeutschland mit 19 Prozent doppelt so hoch aus als in Ostdeutschland (9 Prozent). Bundesweit sank zwischen 1999 und 2008 die Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, wohingegen die Anzahl der fachärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte auf über 50 Prozent anstieg. Im Bundesvergleich hatte Brandenburg im Jahr 2008 mit 715 Einwohnern pro Vertragsarzt die geringste Vertragsarztdichte in Deutschland. Bezüglich der hausärztlichen Versorgung hat sich das Hausarzt-Einwohner-Verhältnis seit 1999 leicht verschlechtert (Bundesweit ca. ein Hausarzt pro 1 400 Einwohner). Dabei ist die Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte in Relation zur Zahl der ab 65-jährigen in der Bevölkerung ein weiterer wichtiger Indikator für die Versorgungssituation der Bevölkerung. Dieser hat sich besonders im Land Brandenburg relativ ungünstig entwickelt (1999 ca. 200 Einwohner ab 65 Jahre je Hausarzt; 2008 ca. 330 Einwohner ab 65 Jahre je Hausarzt). Im Landkreis Elbe-Elster werden 358 Einwohner, die 65 Jahre und älter sind, durch einen Hausarzt versorgt.

Aufgrund dieser Verschiebungen insbesondere im ländlichen Raum ist ein höheres Arzt-Einwohner-Verhältnis erforderlich. Dies ist gegenwärtig nicht gegeben.

Die **zahnärztliche Versorgung** im Landkreis wird wie bereits 2007 von insgesamt 83 Zahnärzten, darunter 4 Fachzahnärzten für Kieferorthopädie wahrgenommen. Mit 1392 Einwohnern je Zahnarzt (Schlüssel KZV 1 680 Einwohner/Zahnarzt) ist der gesamte Landkreis durchschnittlich gut versorgt.

2.2. Stationäre medizinische Versorgung

Die Elbe-Elster-Klinikum GmbH gewährleistet an drei Standorten in unserem Landkreis die stationäre medizinische Grundversorgung der Bevölkerung.

Quelle: Elbe-Elster-Klinikum:

	Auslastung in %				Verweildauer in Tagen				Fallzahlen			
	1998	2003	2006	2009	1998	2003	2006	2009	1998	2003	2006	2009
Innere	87,9	83,8	80,4	76,6	10,5	8,4	7,7	6,4	7223	8565	8987	9016
Chirurgie	77,7	71,9	78,1	83,7	8,3	8,0	8,3	7,0	6267	5739	5844	6422
Gyn/Geb	87,9	62,6	59,0	70,3	7,6	5,5	6,4	4,1	3563	3576	1913	1256
Pädiatrie	79,7	62,7	60,5	63,3	6,2	5,5	4,8	4,2	1167	1040	1162	1135
Psych.	81,5	86,1	90,8	90,5	23,0	21,6	22,9	20,0	904	1019	1013	1155

Infolge der stetigen gesundheitspolitischen Strukturänderungen (Einführung DRG⁵ etc.) setzt sich der Trend fort, dass die Fallzahlen bei Rückgang der Liegedauer ansteigen. Die Fallzahlsteigerungen sind wie erwartet überwiegend auf der Abteilung für Innere Medizin des Klinikums als Folge der gestiegenen Lebenserwartung, des demografischen Wandels und der damit einhergehenden Multimorbidität zu beobachten. Gleichzeitig ist festzustellen, dass sich die Liegedauer insbesondere auf Abteilung für Innere Medizin drastisch verringert hat.

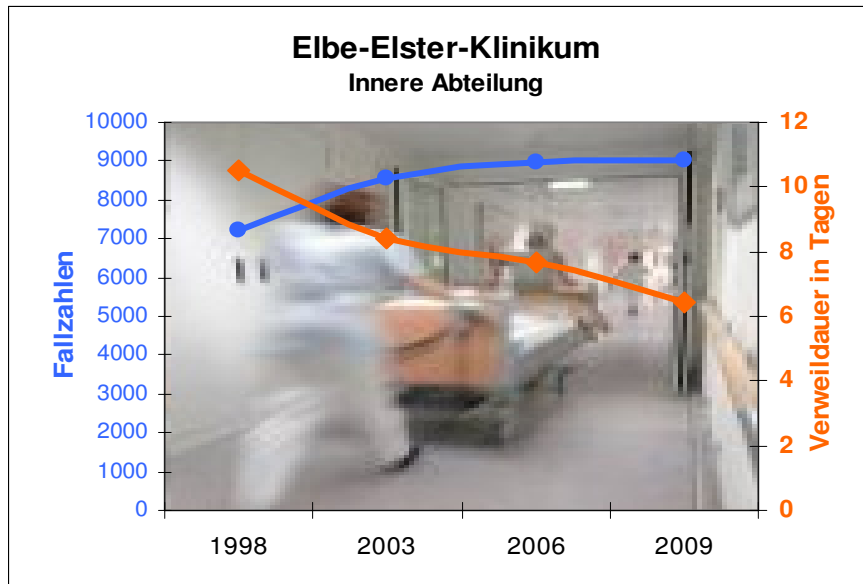


Abb. 7 Verweildauer Innere Abteilung Elbe-Elster-Klinikum⁶

⁵ DRG = Diagnosebezogene Fallgruppen

⁶ Quelle: Elbe-Elster-Klinikum

3. Kinder- und Jugendgesundheit im Landkreis Elbe-Elster

3.1. Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes

Das Brandenburgische Gesundheitsdienstgesetz vom 23.04.2008 beinhaltet im § 6 zum Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen die Untersuchung aller Kinder vom 30. - 42. Lebensmonat.

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst führt außerdem die Schuleingangs- und -abgangsuntersuchungen einschließlich der Erstuntersuchung nach § 32 und Nachuntersuchungen nach § 33 ff. des Jugendarbeitsschutzgesetzes durch.

Gemeinsam mit den Sorgeberechtigten und Einrichtungen der gesundheitlichen, sozialen und pädagogischen Betreuung soll durch präventive Maßnahmen auf eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hingewirkt, Krankheiten, Entwicklungsstörungen oder Behinderungen frühzeitig erkannt und entsprechende Therapien veranlasst werden.

Bei den Untersuchungen wird der Impfstatus überprüft und auf Wunsch ergänzt.

Die auffälligen Untersuchungsergebnisse werden den Eltern mitgeteilt.

Ein Betreuungscontrolling überprüft die Durchsetzung der Empfehlungen.

Dies setzt eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten voraus.

Neben den Reihenuntersuchungen werden Sprechstunden angeboten (einschließlich Mütterberatung). Gutachterliche Tätigkeiten fallen durch Zuarbeiten für das Schulamt (Förderausschussverfahren, Sportbefreiungen), Schulverwaltungs- und Sportamt (Schülerspezialverkehr), Sozialamt (Eingliederungshilfe § 53 SGB⁷ XII) und Jugendamt (§ 35a SGB VIII) an.

Im LK Elbe-Elster führten wir im Schuljahr 2008/09

1 188 Kita-Untersuchungen,

922 Einschulungsuntersuchungen und

479 Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz durch.

3.1.1. Untersuchungen im Kita-Alter – Betreuungscontrolling

In der **Kindertagesstätte (Kita)** werden alle Kinder zwischen dem 30. und 42. Monat untersucht.

Außerdem haben die Eltern und Erzieher die Möglichkeit, auffällige Kinder außerhalb dieser Altersgruppe vorzustellen. Wiedervorgestellt werden Kinder mit kontrollbedürftigen Befunden des Vorjahres sowie Kinder mit Frühförderung.

Probleme gab es noch bei der computergestützten Erkennung der zu untersuchenden Hauskinder.

3.1.2. Einschulungsuntersuchungen

Die **Einschulungsuntersuchung (EU)** bietet durch Erfassung aller Kinder eines Schuljahres die Möglichkeit, gesundheitliche Daten unter dem Aspekt der sozialen Unterschiedlichkeit zu analysieren, wie es die WHO empfiehlt. Damit ist die EU Instrument einer sozialkompensatorischen Prävention.

Folgende Ergebnisse liegen vom Schuljahr 2008/09 vor:

Medizinisch relevante Befunde wurden bei bis zu einem Drittel der Kinder erstmals zur EU diagnostiziert.

⁷ SGB = Sozialgesetzbuch

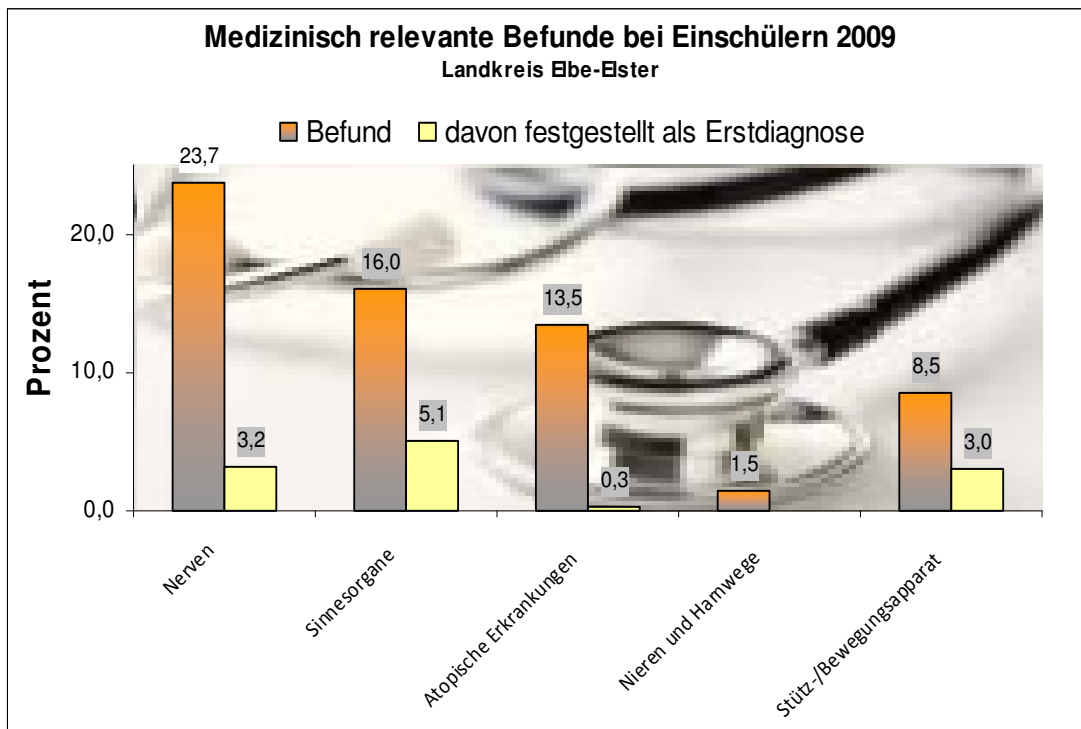


Abb. 8 Einschulungsuntersuchung: Medizinisch relevante Befunde⁸

Der Anteil medizinisch relevanter Befunde war bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus (Erläuterung und Berechnung siehe 6. Anlage) am höchsten.

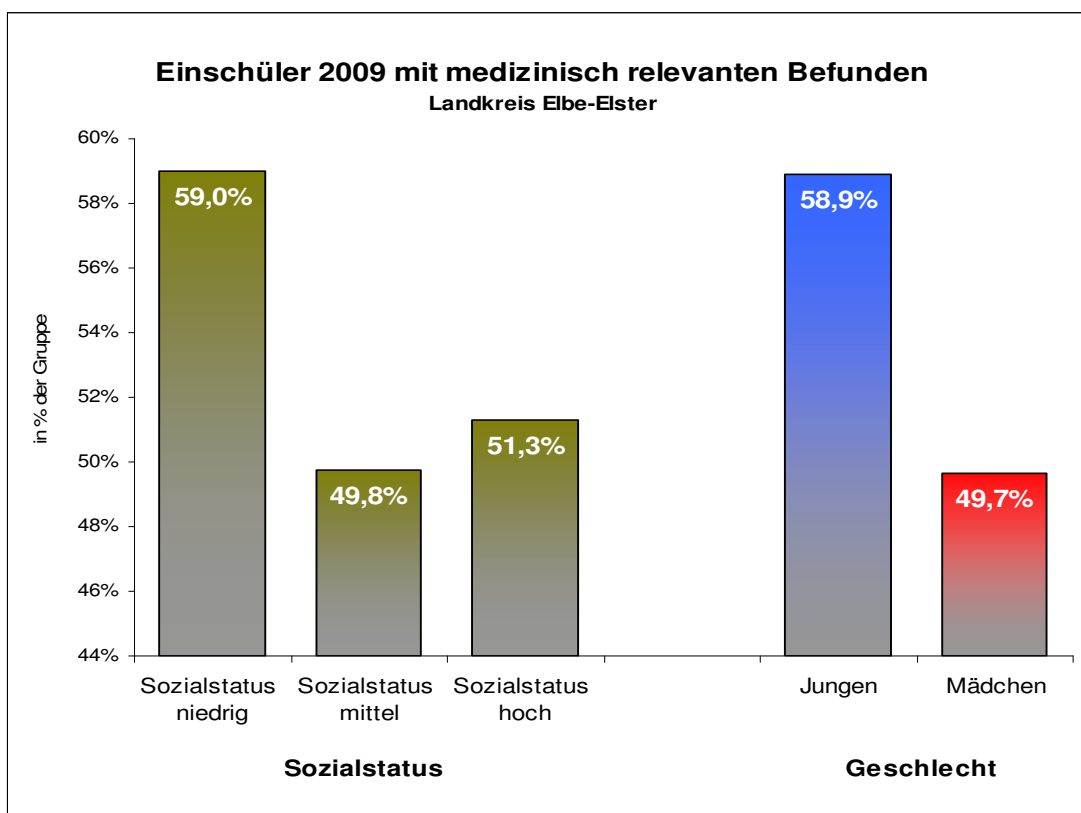


Abb. 9 Einschulungsuntersuchung: Medizinisch relevante Befunde nach Sozialstatus⁸

⁸ Quelle: Landesgesundheitsamt (LGA)

Empfehlungen zur Zurückstellung und zum Handlungsbedarf⁹ waren ebenfalls bei niedrigem Sozialstatus am höchsten.

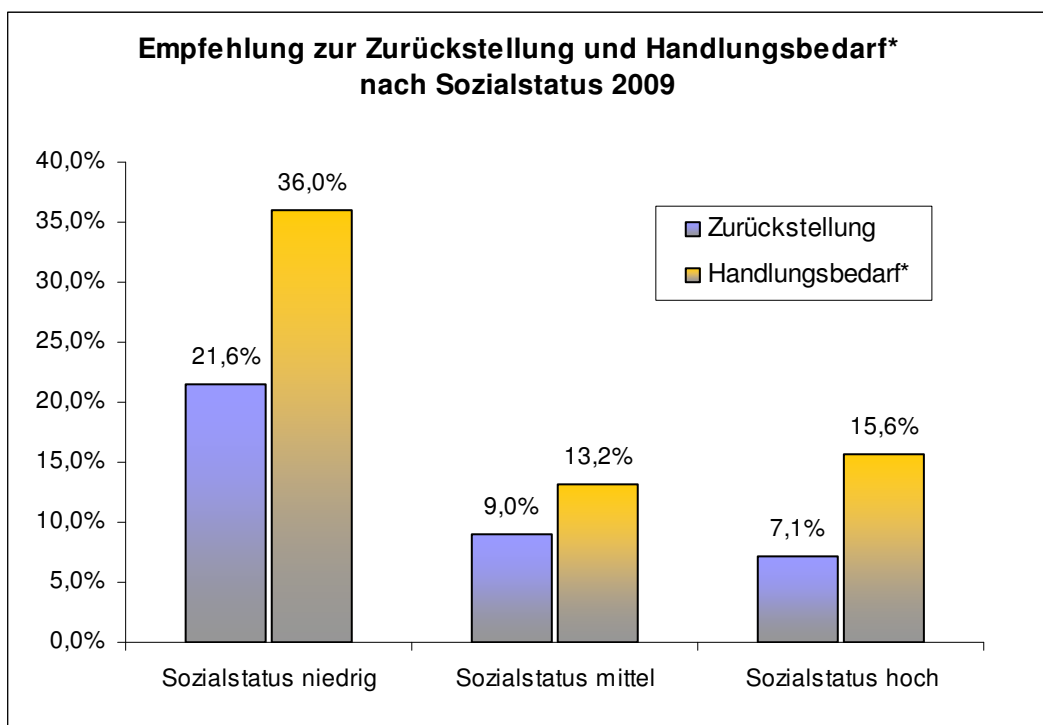


Abb. 10 Einschulungsuntersuchung: Zurückstellung nach Sozialstatus¹⁰

Im Jahr 2009 lag im LK EE der Anteil an Empfehlungen zur Zurückstellung mit 11,7 % (Landesdurchschnitt 15,4 %) am höchsten seit dem Jahr 2006 bei etwa gleich bleibendem Handlungsbedarf.

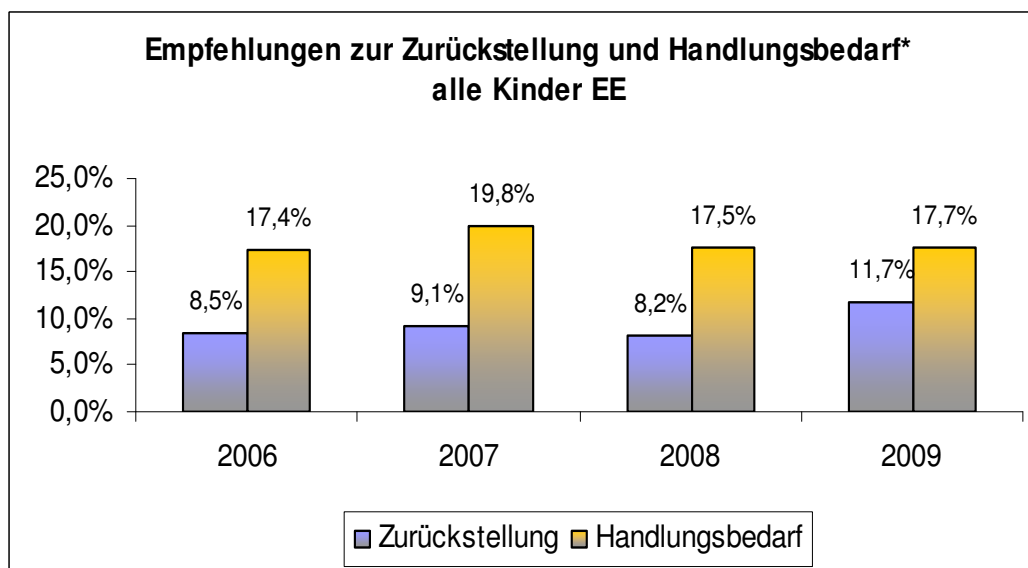


Abb. 11 Einschulungsuntersuchung: Zurückstellung¹⁰

⁹ Dazu gehören:

Psychologische Klärung, Pädagogische Klärung, Sprachheilbehandlung, Physiotherapie, Ergotherapie, Frühförderung, Sprachförderung in der Kita, Sonderpädagogik

¹⁰ Quelle: LGA

Sprach- und Sprechstörungen waren mit 12,4 % im Vergleich zum Landesdurchschnitt mit 16,7 % unterrepräsentiert.

Sprach- und Sprechstörungen bei Einschülern im Land Brandenburg 2009 (Quelle: LGA)

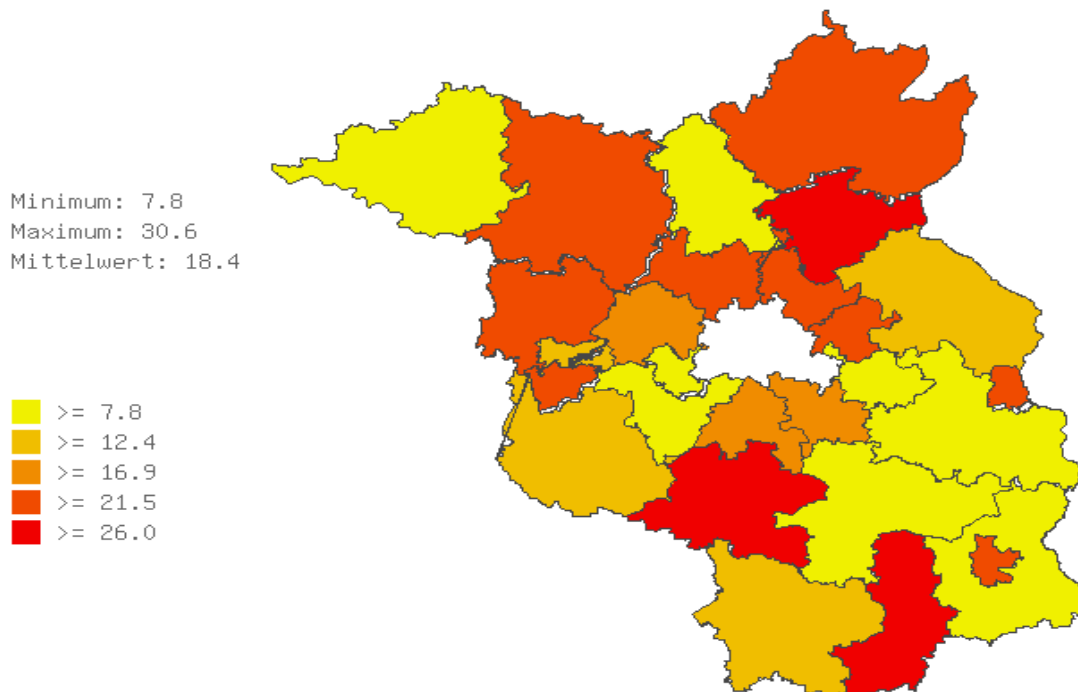


Abb. 12 Sprach- und Sprechstörung bei Einschülern im Land Brandenburg

Bewegungsstörungen im LK EE wurden mit 3,2 % als am niedrigsten des Bundeslandes BB erfasst.

Bewegungsstörungen bei Einschülern im Land Brandenburg 2008 (Quelle: LGA)

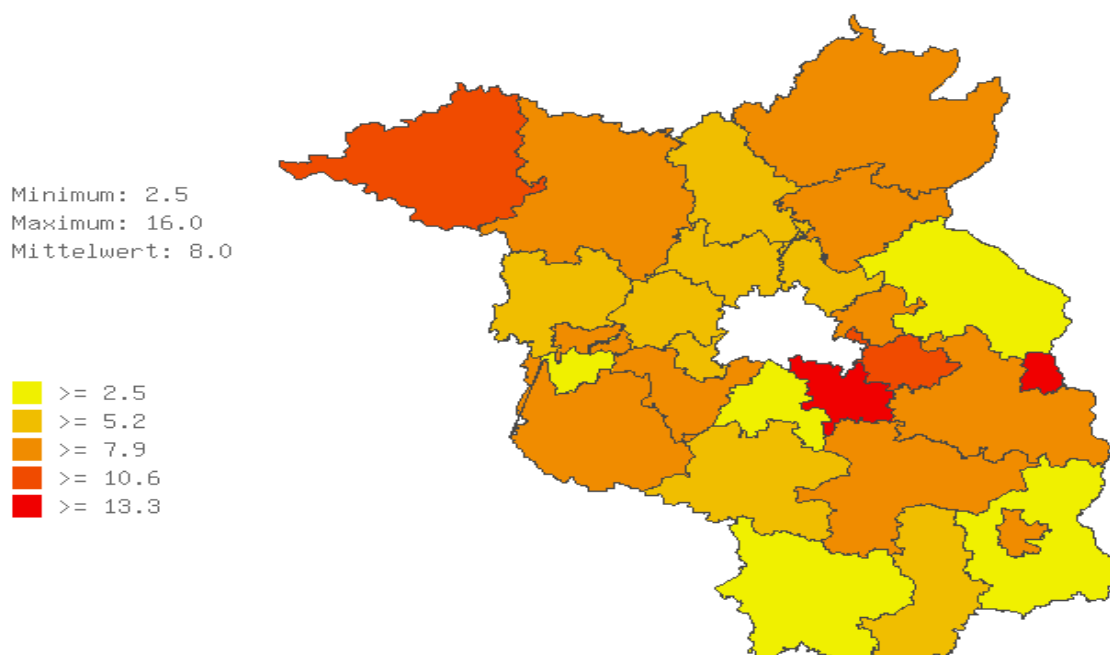


Abb. 13 Bewegungsstörungen bei Einschülern im Land Brandenburg

In allen genannten Bereichen mit auffälligen Befunden (medizinisch relevante Befunde, Sprachstörungen, Bewegungsstörungen) war der Anteil der Jungen höher als der der Mädchen. Der Impfstatus im Landkreis EE ist als gut zu bewerten und spiegelt die erfolgreichen gemeinsamen Bemühungen des Gesundheitsamtes und der Kinder-/ Hausärzte wider. Niedrige Raten bei einzelnen Impfungen sind durch Altersbeschränkungen und erst kürzliche Übernahme als Kassenleistungen erklärlich.

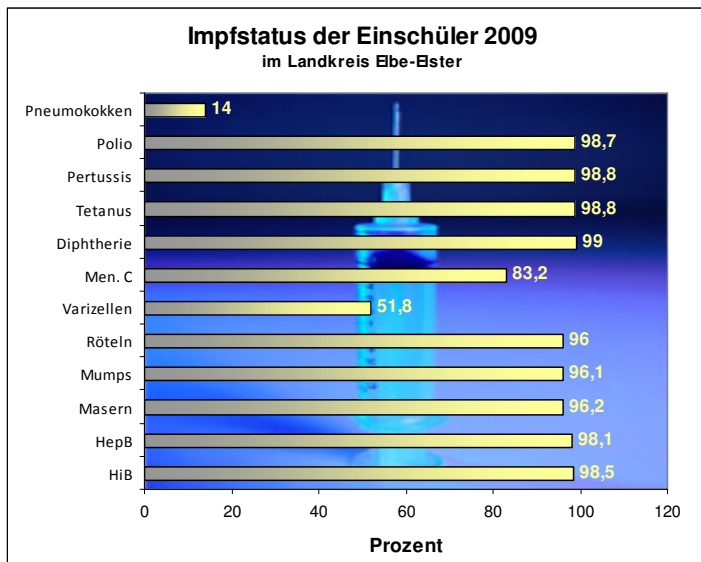


Abb. 14 Impfstatus der Einschüler 2009

3.1.3. Schulabgangsuntersuchungen

Die Schulabgangsuntersuchungen beinhalten die Untersuchung nach § 32 des Jugendarbeitschutzgesetzes.

Dabei werden die Jugendlichen hinsichtlich gesundheitlich bedingter beruflicher Einschränkungen beraten.

Die statistische Erfassung der Adipositas in dieser Altersgruppe zeigt zwar in den letzten 10 Jahren eine nahezu Verdopplung der Häufigkeit, da aber seit dem Schuljahr 2007/08 aus den Gymnasien nur noch die vorzeitigen Abgänger erfasst werden, sind die Gymnasiasten untererfasst. Somit ist eine Vergleichbarkeit nur eingeschränkt möglich, zeigt aber dennoch einen Trend der Zunahme, obwohl eine umfassende Aufklärungsarbeit durch Medien, die Schule, Ärzte und den zahnärztlichen Dienst zu Essgewohnheiten betrieben wird

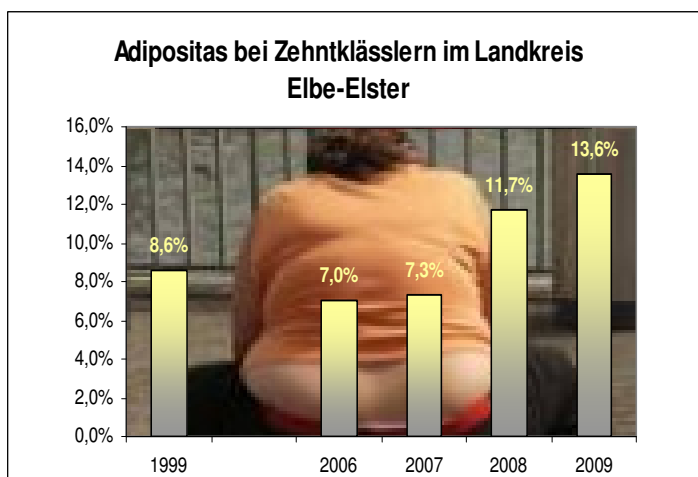


Abb. 15 Schulabgangsuntersuchungen: Adipositas bei Zehntklässlern

Jugendliche sind „Gesundheitsmuffel“ und werden über die J 1 nur unzureichend erreicht. Eindeutig zu spät sind Erstdiagnosen medizinisch relevanter Befunde zur Abgangsuntersuchung.

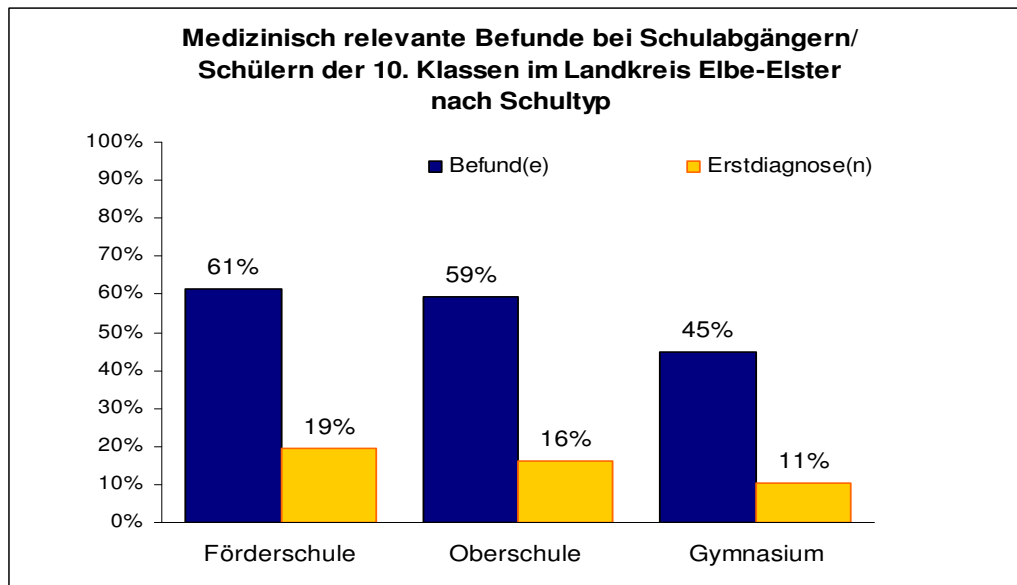


Abb. 16 Schulabgangsuntersuchungen: Medizinisch relevante Befunde nach Schultyp¹¹

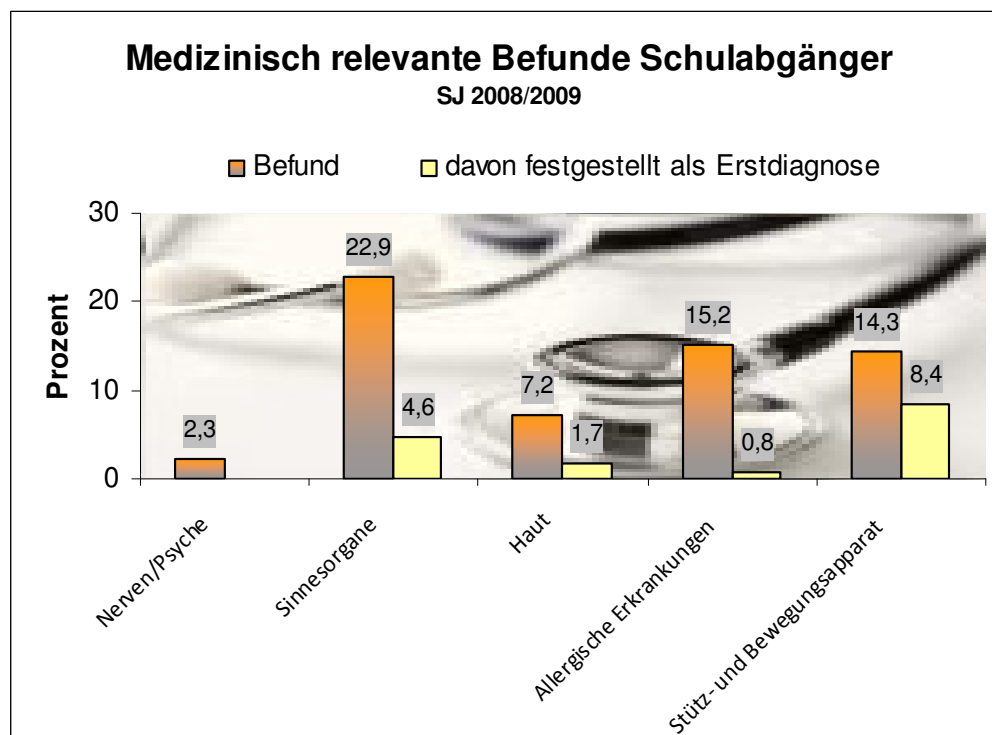


Abb. 17 Schulabgangsuntersuchungen: Medizinisch relevante Befund¹¹

¹¹ Quelle: LGA

Besonders im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates kann dies dann Einschränkungen bei der Jugendarbeitsschutzuntersuchung zur Folge haben, die dem Berufswunsch entgegenstehen.

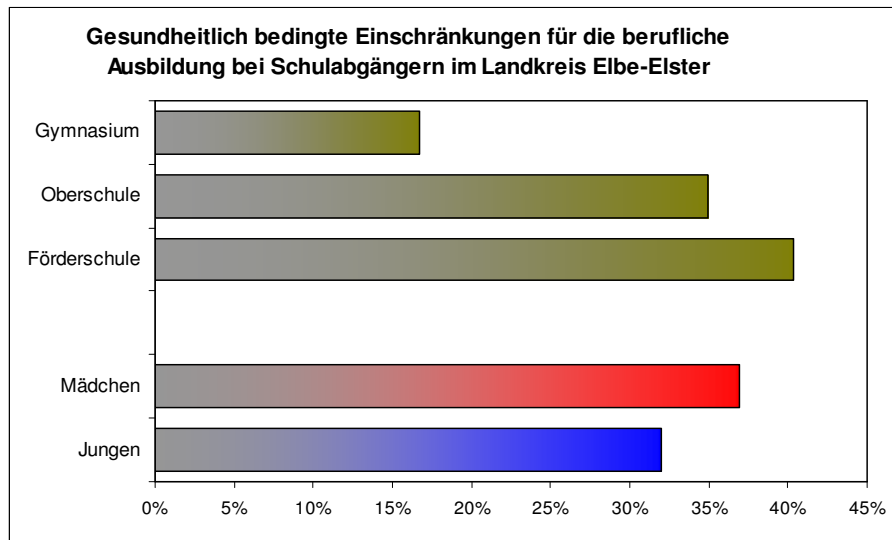


Abb. 18 Schulabgangsuntersuchungen: Gesundheitlich bedingte Einschränkungen¹²

Im Schuljahr 2008/09 haben zur Untersuchung nur 77 % der Jugendlichen einen Impfausweis vorgelegt. 61,3 % dieser Zehnklässler wiesen Impflücken auf (Hepatitis B, Poliomyelitis, Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Mumps-Masern-Röteln).

Landesweit verfügen v. a. Schüler der Förderschule über einen unzureichenden Impfschutz.

Die Bildungsunterschiede machen sich insbesondere bei den neu eingeführten Impfungen bemerkbar (Meningitis C, HPV).

Die Schüler erhalten diesbezügliche Informationen und Aufklärungen zu den Abgangsuntersuchungen.

¹² Quelle: Landesgesundheitsamt Brandenburg(LGA)

3.2. Zusammenarbeit mit anderen Ämtern

3.2.1. Maßnahmen der Eingliederungshilfe für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche

Zur Gewährung der Maßnahmen der Eingliederungshilfe werden fachärztlich-gutachterliche Stellungnahmen erarbeitet. Das erfolgt zum einen auf Anforderung des Sozialamtes nach SGB XII §§ 53 ff. und auf Anordnung des Jugendamtes nach § 27 und § 35 a SGB VIII.

Im Schuljahr 2008/2009 wurden von den Kolleginnen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes 284 Gutachten zur Gewährung von Frühförderung erstellt. Anspruch auf Frühförderung haben Kinder im Alter von der Geburt bis zur Einschulung mit einer Teilleistungsstörung oder umschriebenen Entwicklungsverzögerungen, die Kognition, Sprache, sensorische Funktionen, sozial-emotionale Entwicklung und/oder Fein- und Grobmotorik betreffen. Die Frühförderung ist ein ambulantes Angebot, welches in der Häuslichkeit oder in der Kindereinrichtung und auch in den Frühförderstellen angeboten wird.

Im Landkreis werden die Leistungen von der interdisziplinären Frühförder- und Beratungsstelle INTAWO, zugehörig dem sozialen Dienstleistungszentrum Elsterwerda und von der Lebenshilfe Finsterwalde e. V. in Finsterwalde mit einer Nebenstelle in Herzberg in enger Zusammenarbeit mit ausgewählten sozialpädiatrischen Zentren erbracht. Sozialpädiatrische Zentren sind ärztlich geleitete, fachübergreifende Einrichtungen der Diagnostik und Therapie. Der Elbe-Elster-Kreis verfügt über kein eigenes SPZ. Das Sozialamt hat Vereinbarungen zur anteiligen Kostenübernahme mit dem SPZ Riesa und Cottbus, in Einzelfällen auch mit anderen Einrichtungen.

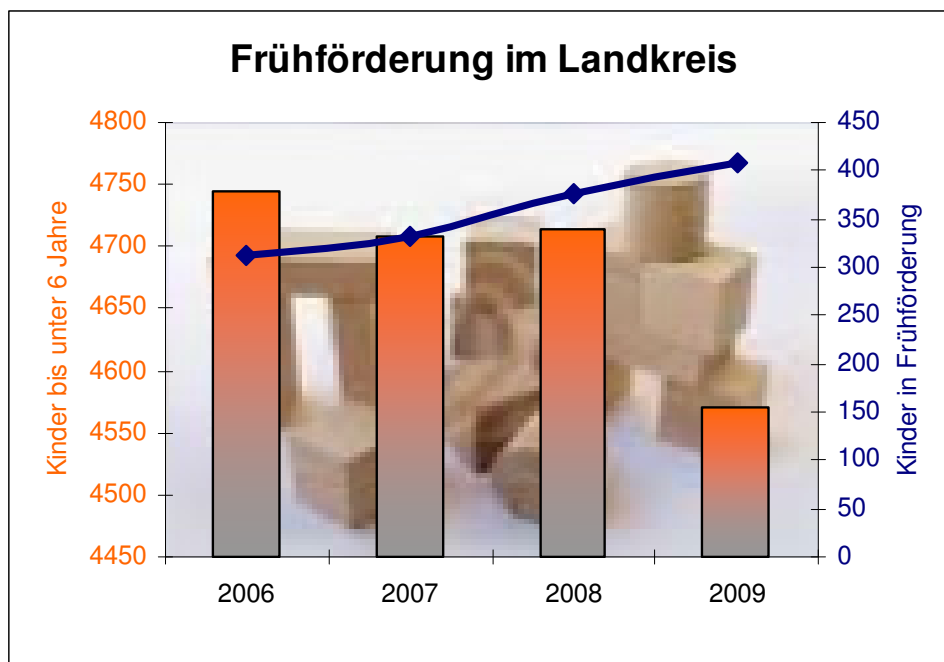


Abb. 19 Frühförderung bei Kindern bis unter 6Jahre¹³

¹³ Quelle: Sozialamt des Landkreises und LGA

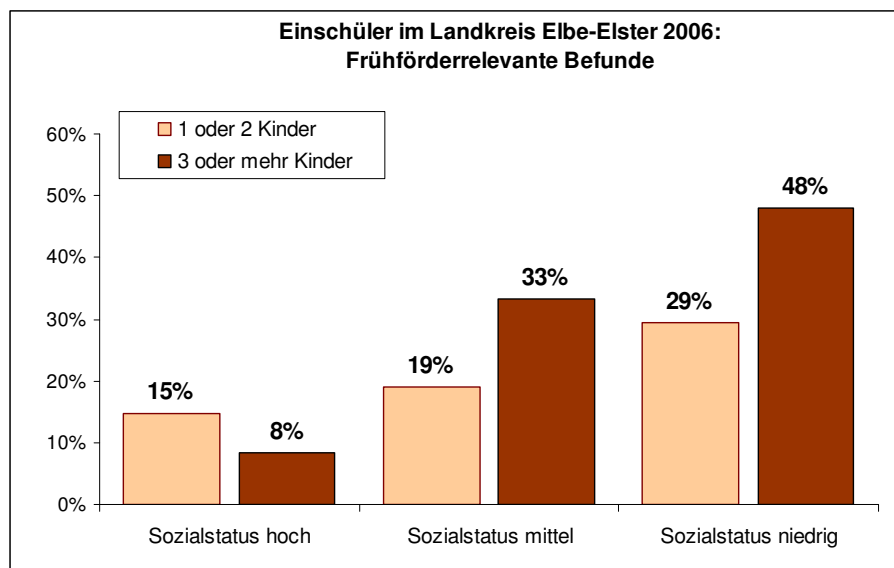


Abb. 20 Frühförderrelevante Befunde nach Sozialstatus¹⁴

Zur Aufnahme in Integrationstagesstätten wurden 29 fachärztliche Stellungnahmen mit Beteiligung an der Aufstellung des Gesamtplanes erarbeitet, vereinzelt auch für Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung mit Unterbringung in einer geeigneten Wohnstätte bzw. in einem Internat.

Kinder mit einem hohen, mehrstündigen Förderbedarf täglich, können in integrative Kindertagesstätten aufgenommen werden. Hier werden behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder mit nicht behinderten Kindern gemeinsam in Integrationsgruppen betreut. Im Landkreis stehen uns drei integrative Kindertagesstätten zur Verfügung. In Trägerschaft der Lebenshilfe Elsterkreis e. V., INTAWO GmbH befindet sich je eine Tagesstätte in Elsterwerda und in Herzberg und in Trägerschaft der Stadt Finsterwalde eine weitere Integrationskindertagesstätte in Finsterwalde.

Zwischen den Frühförderstellen und den integrativen Kindertagesstätten und den Ärztinnen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes besteht eine enge Zusammenarbeit. Es erfolgt die medizinische Betreuung, in regelmäßigen Abständen werden Entwicklungsdiagnostiken durchgeführt. Im Abstand von sechs bis zwölf Monaten wird geprüft, ob die Maßnahmen sinnvoll und geeignet sind und werden bei weiterem Bedarf verlängert.

Gutachten nach § 35 a SGB VIII Eingliederungshilfe für seelisch behinderte und von seelischer Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher wurden im Schuljahr 2008/2009 nur in Einzelfällen erstellt. Wenn wir jedoch die Anzahl der sozial-emotionalen Störungen im Kindertagesstättenbereich mit entsprechenden Diagnosen nach ICD 10¹⁵ betrachten, dann ist in Zukunft mit einem höheren Bedarf an Eingliederungshilfen nach § 35 a zu rechnen.

Die am häufigsten vorkommenden psychischen Störungen und behandlungsbedürftigen psychiatrischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter sind Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörungen (AD(H)S), Entwicklungsstörungen, emotionale Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, depressive Störungen, Anpassungsstörungen, Angststörungen, Einnässen, Essstörungen, Teilleistungsstörungen, Substanzmissbrauch und Sucht mit ihren psychischen Folgeerkrankungen, seltener Autismus und schizophrene Störungen.

¹⁴ Quelle: LGA

¹⁵ ICD 10 – Internationale Klassifikation der Krankheiten

Besonderheit der psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter ist der zeitliche Verlauf in Abhängigkeit vom Lebensalter und Entwicklungsstand. Problematisch ist, dass am Gesundheitsamt und im Landkreis Elbe-Elster keine kinderpsychiatrische Versorgung besteht. Sind Hilfen nach § 35 a erforderlich, sind die Ärztinnen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes an der Aufstellung und an Änderungen des Hilfeplans nach § 36 SGB VIII beteiligt.

3.2.2. Gutachten für das Staatliche Schulamt

Nach Änderung der Sonderpädagogik-Verordnung vom 01.08.2007 wird im § 4 Abs. 4 festgelegt, dass die oder der Vorsitzende des Förderausschusses nach Lage des Einzelfalls und nach Anhörung der Eltern berechtigt ist, weitere Fachleute in den Förderausschuss zu berufen, so dass der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst nicht mehr bei allen Förderausschussverfahren beteiligt ist. Im Schuljahr 2008/2009 hat sich die Anzahl der Förderausschussgutachten damit auf 26 reduziert.

Auch die Anzahl der ärztlichen Atteste zur Beurlaubung vom Sport- und Schwimmunterricht sind rückläufig. Seit der Änderung der Verwaltungsvorschrift für den Schulbetrieb vom 30.11.2001 wird nicht mehr verlangt, dass ein ärztliches Attest für eine länger andauernde Beurlaubung vom Sport- und Schwimmunterricht von einem Sportarzt oder einem Arzt des Gesundheitsamtes ausgestellt wird.

Wobei die Gesundheitsämter die Untersuchungen und Ausstellung der Bescheinigung weiterhin kostenfrei anbieten.

Kostenfrei sind auch die Belehrungen für ein Schülerpraktikum gem. § 43 Infektionsschutzgesetz für den Umgang mit Lebensmitteln. Die Schüler werden belehrt und erhalten Informationsmaterial, die Gültigkeit der Bescheinigung ist auf die Dauer des Schülerpraktikums begrenzt.

3.2.1. Schulverwaltungs- und Sportamt

Ist Schülern die Beförderung mit bestehenden öffentlichen Verkehrsmitteln nicht zumutbar, erfolgt die Einrichtung eines Schülerspezialverkehrs. Nach § 6 Abs. 2 der Satzung des Landkreises Elbe-Elster zur Übernahme von Beförderungsleistungen bzw. Bezuschussung von Schülerfahrtkosten für Schüler und Auszubildende vom 08.07.2008 kann das Schulverwaltungs- und Sportamt zur Entscheidung über den Antrag der Sorgeberechtigten auf Schülerspezialtransport ein schulärztliches Gutachten beantragen. Im Schuljahr 2008/2009 wurden 48 Gutachten angefordert.

3.3. Frühe Hilfen



3.3.1. Netzwerk „Gesunde Kinder“

Aus einer Zusammenkunft von Fachkräften der Jugendhilfe, der Gesundheitshilfe, der Polizei, der Schulen, der Anwälte auf Einladung der Familienrichter im Landkreis Elbe-Elster im Spätsommer 2006 entstand der Gedanke zu einer besseren Zusammenarbeit mit dem Ziel der Prävention zur Vermeidung von Fällen der Kindeswohlgefährdung. Infolge dieses Treffens beauftragte der Kreispräventionsrat des Landkreises Elbe-Elster eine Projektgruppe mit dem Kinderschutzpräventionsprojekt „Vor dem Fall“. Am 1. Juni 2007 wurde die Projektgruppe unter Federführung des Jugendamtes berufen, der Projektauftrag wurde erörtert. Die Projektgruppe bestand aus einem multiprofessionellen Team, auch zwei Mitarbeiterinnen aus dem Gesundheitsamt waren beteiligt. Ergebnis der Projektgruppenarbeit war die Entwicklung eines Konzeptes für das Elbe-Elster-Netzwerk „Gesunde Kinder“, ein erster Entwurf wurde im April 2008 vorgelegt. Die Inhalte dieses Konzeptes orientierten sich maßgeblich am Niederlausitzer Netzwerk „Gesunde Kinder“.

Am 01.11.2009 wurde das Elbe-Elster-Netzwerk „Gesunde Kinder“ ins Leben gerufen. Träger ist der Landkreis in Kooperation mit dem Elbe-Elster Klinikum. Finanziert wird das Projekt zu einem Drittel vom Land Brandenburg und zu zwei Dritteln vom Landkreis und Sponsoren. Hauptsponsor ist die Sparkassenstiftung „Zukunft Elbe-Elster-Land“. Seit dem 01.01.2010 arbeitet Frau Sandra Woköck als Netzwerkkoordinatorin, mit Sitz an der Elbe-Elster Klinikum GmbH in Herzberg, mit.

Anliegen des Projektes ist es jungen Eltern und Familien mit Hilfe verschiedener medizinischer, pädagogischer und sozialer Fachbereiche sowie durch Vereine und ehrenamtliche Helfer von der Geburt bis zum dritten Lebensjahr ihres Kindes zur Seite zu stehen. Im April 2010 waren die ersten Paten geschult und konnten ihre Tätigkeit aufnehmen. Die Paten besuchen die Familien regelmäßig in den ersten drei Lebensjahren. Sie sind Berater und Ansprechpartner, sie erinnern an Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, sie helfen bei Behördengängen und kennen das Angebot an regionalen Beratungsstellen. Die teilnehmenden Familien erhalten hochwertige Geschenke.

Die Teilnahme ist für alle werdenden Eltern des Landkreises Elbe-Elster freiwillig und kostenlos. Die Aufnahme kann frühestens 6 Wochen vor der Entbindung erfolgen. Die Familien werden durch die enge Zusammenarbeit u. a. mit Hebammen, Schwangerschaftsberatungsstellen, Gynäkologen, Kinderärzten, dem Elbe-Elster Klinikum gewonnen.

Das Gesundheitsamt arbeitet eng mit dem Netzwerk „Gesunde Kinder“ zusammen. Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und der Zahnärztliche Dienst beteiligen sich an der Schulung der Paten und an der Elternschulung.



3.3.2. § 7 Zentrales Einladungs- und Rückmeldewesen



Mit der Überarbeitung des Gesundheitsdienstgesetzes im April 2008 wurde der § 7 geschaffen. Dieser regelt das Zentrale Einladungs- und Rückmeldewesen zu den Früherkennungsuntersuchungen. Das Ziel des Einladungs- und Rückmeldewesens ist die Erhöhung der Teilnahmequote an den Früherkennungsuntersuchungen. Es soll zu einer Verbesserung der allgemeinen Gesundheitsvorsorge bei Kindern und Jugendlichen beitragen und stellt einen Schritt zur Früherkennung von Kindesvernachlässigung dar.

Eltern erhalten vom Landesgesundheitsamt ein Einladungsschreiben für die Vorsorgeuntersuchung ab U6. Diese Einladung soll vom Kinderarzt nach erledigter Untersuchung an das Landesgesundheitsamt zurückgesendet werden. Es handelt sich dabei lediglich um eine Teilnahmebestätigung, es werden keine Befunde übermittelt.

Erhält das Landesgesundheitsamt nach zweimaliger Einladung keine Rückmeldung vom Kinderarzt, werden die Gesundheitsämter aufgerufen, geeignete und angemessene Maßnahmen zu treffen.

Seit November 2008 sammelt der KJGD des Landkreises Elbe-Elster erste Erfahrungen mit dem zentralen Einladungs- und Rückmeldewesen. Es werden die fehlenden Vorsorgeuntersuchungen U6 bis U8 über ein Internetportal gemeldet.

Als erste und wichtigste Maßnahme wird der Kontakt mit den Eltern gesehen. Es erfolgt ein Elternanschreiben mit der Bitte um Rückmeldung über die entsprechende Vorsorgeuntersuchung. Dieses Anschreiben soll von den Eltern innerhalb von 10 Tagen beantwortet werden. Oft ist es auch möglich, direkt mit dem Kinderarzt abzuklären, ob die Vorsorgeuntersuchung erfolgt ist oder in der vorhandenen Patientenakte nachzusehen, da diese bei der Kita-Untersuchung dokumentiert werden.

Bei nicht erfolgter Vorsorgeuntersuchung U6 gibt es eine Besonderheit. Melden sich Eltern bei der Vorsorgeuntersuchung U6 nicht auf das Anschreiben zurück, dann werden sie nochmals angeschrieben und darauf hingewiesen, dass bei erneuter Nichtbeantwortung ein Hausbesuch stattfinden wird. Selten wurden durch die Mitarbeiterinnen des KJGD diese Hausbesuche durchgeführt, da die Eltern in den meisten Fällen motiviert werden konnten, ihre Kinder beim Kinderarzt vorzustellen. In Einzelfällen konnten den Eltern durch aufsuchende Tätigkeit und die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt weitere Hilfen vermittelt werden.

In den meisten gemeldeten Fällen wurden die Vorsorgeuntersuchungen U6 bis U8 bereits durchgeführt oder Termine mit dem niedergelassenen Kinderarzt vereinbart.

Dennoch bleiben auch ungeklärte Fälle, ohne Rückmeldung der Eltern.

Insgesamt erfahren die Früherkennungsuntersuchungen eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung des Landkreis Elbe-Elster. Die Vorsorgeuntersuchungen werden von den Eltern selbstständig und im hohen Maße wahrgenommen.

Durch die gute Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kinderärzten ist es möglich, die meisten durch das LGA gemeldeten Fälle zu klären. Leider werden noch oft Kinder gemeldet, bei denen die Vorsorgeuntersuchung bereits durchgeführt wurde. Dadurch entsteht ein hoher Verwaltungsaufwand und die Eltern fühlen sich zu Unrecht kontrolliert.

Zu hoffen ist, dass das Verfahren der Meldung durch das LGA weiter verbessert wird und die häufigsten Fehlerquellen (zeitliche Überschneidung der Meldung durch den Arzt und das LGA, nicht erfolgte Weiterleitung durch den Kinderarzt) in naher Zukunft beseitigt werden können.

Im Fokus unserer Bemühungen stehen die Kinder, bei denen keine Vorsorgeuntersuchungen erfolgt sind. Diese Kinder möchten wir durch aufsuchende Tätigkeit und Vermittlung weiterer Hilfen gezielt unterstützen.

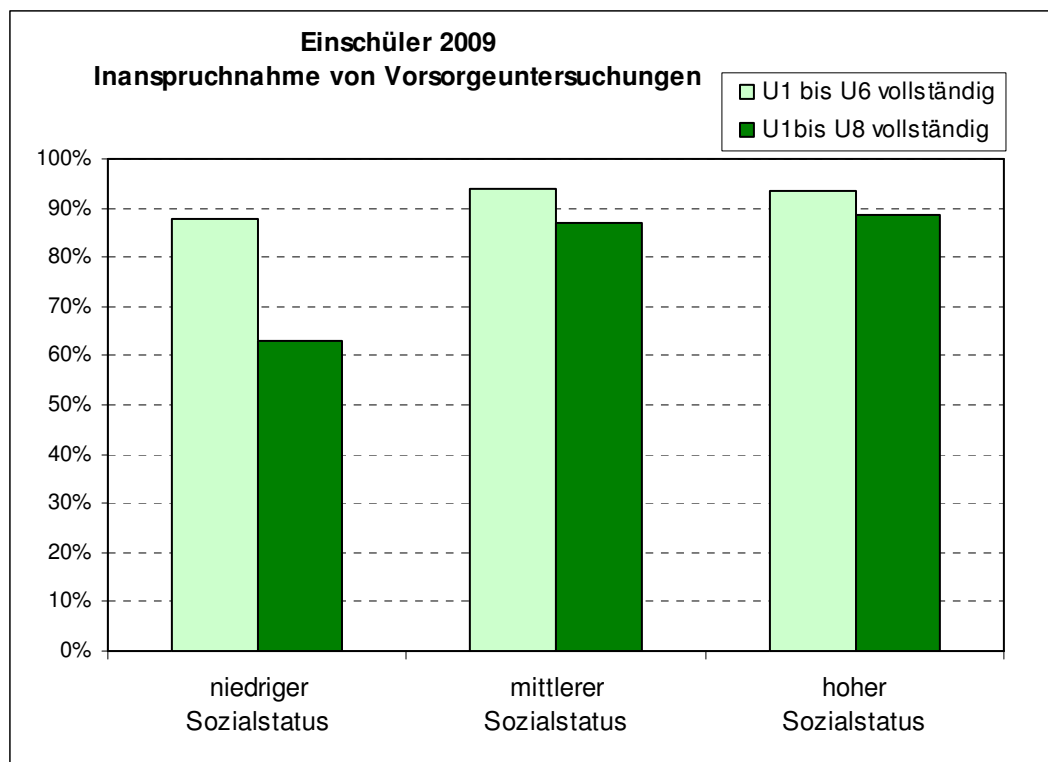


Abb. 21 Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen¹⁶

¹⁶ Quelle: LGA

3.3.3 Kinderschutz



Kinderschutz ist ein gesellschaftlicher Auftrag und ein grundsätzliches Anliegen, insbesondere vieler Berufsgruppen, die Kinder und Jugendliche betreuen. Teil dieses Systems ist der Kinder- und Jugendärztliche Dienst.

Schwerpunkt unserer Arbeit ist die Früherkennung und frühe Intervention, zunehmend verlagert sich dieser in Richtung Prävention zur Verhinderung von Kindesmisshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung. Wir setzen Schwerpunkte in der Präventionsarbeit mit der Erhöhung der Teilnahmequote an den Vorsorgeuntersuchungen mit Impfberatungen und dem frühzeitigen Erkennen von Krankheiten im Rahmen unserer Tätigkeit. Ein besonderes Augenmerk wird auf das Erkennen von psychosozialen Risikofaktoren gelegt, die eine positive Entwicklung der Kinder und Jugendlichen behindern.

Wir bemühen uns um die Verknüpfung von Melde-, Sozial- und Gesundheitsdaten unter Berücksichtigung der rechtlichen Bedingungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht.

Ein interdisziplinäres koordiniertes Vorgehen aller beteiligten Fachkräfte zur Verbesserung des Kinderschutzes ist notwendig. Das Gesundheitsamt arbeitet eng mit dem Jugendamt zur Umsetzung des § 8a SGB VIII „Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung“ zusammen.

Ein Netzwerk Kinderschutz gibt es im Landkreis Elbe-Elster nicht. Seit 2009 gibt es zweimal jährlich eine Beratung der Arbeitsgruppe „Frühe Hilfen im Kontext des Kinderschutzes“. Unter Leitung des Jugendamtes treffen sich Mitarbeiter des Jugendamtes, des Gesundheitsamtes und Hebammen. Inhalt der Arbeitstreffen waren Kooperation und interdisziplinäres koordiniertes Vorgehen, Fragen des Datenschutzes wurden diskutiert. Beobachtungskriterien zur Einschätzung von Kindeswohlgefährdung bei Neugeborenen und Säuglingen und Handlungsempfehlungen für die Hebammen bei Anzeichen für eine mögliche oder drohende Gefährdung bzw. Vernachlässigung der Kinder wurden entwickelt. Die Verfahrens- und Handlungsregelungen für den Landkreis Elbe-Elster zur Umsetzung des § 8a SGB VIII wurden bekannt gemacht unter dem Motto **„Kinderschutz geht alle an – hinsehen und nicht wegsehen!“**.

Wichtige Voraussetzungen zur Erfüllung des Kinderschutzauftrages ist die Ausbildung entsprechenden Fachpersonals. Dem wurde im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Landkreises Rechnung getragen. Anteilig wurden Stellen der Arzthelferinnen in Sozialmedizinische Assistentinnen umgewandelt. Eine Mitarbeiterin konnte 2009 die Ausbildung zur Sozialmedizinischen Assistentin mit Erfolg abschließen, eine weitere Mitarbeiterin befindet sich zurzeit in Ausbildung. Damit können die neuen Aufgaben, die sich u. a. aus dem Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz ergeben, wie die Durchführung des Betreuungscontrollings oder das Zentrale Einladungs- und Rückmeldewesen und die aufsuchenden Dienste, besser wahrgenommen werden.

3.4. Projekte

3.4.1. „Lümmeltüten“ – Schütze Dich – Gemeinsam gegen Aids

Sexualität ist für die meisten Menschen ein wichtiger Bestandteil eines erfüllten Lebens. Leider kann sie aber auch unerwünschte Begleiterscheinungen haben wie z. B. sexuell übertragbare Krankheiten, darunter HIV/Aids. Die Risiken sich zu infizieren, kann jedoch jeder begrenzen. Die Zahl der sexuell übertragbaren Infektionen ist in den letzten Jahren weltweit, auch in Europa und Deutschland deutlich gestiegen. Daher ist es besonders wichtig, sich und andere vor sexuell übertragbaren Krankheiten durch Safer Sex zu schützen!

Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung verteilen wir im Rahmen der Schulabgangsuntersuchung diese Safer Sex–Aufklärungstüten an jährlich ca. 450 bis 500 Jugendliche der Altersstufe 15. bis 17. Lebensjahr.

HIV kann man keinem ansehen und man weiß nichts über frühere Partner des anderen.

Darum sollte sich jeder ausreichend selbst schützen. Besonders junge Menschen, die noch auf der Suche nach dem geeigneten Lebenspartner sind, sind dabei durch Unerfahrenheit und durch mangelnde Aufklärung in der Familie besonders gefährdet. Diese Lücke wollen wir mit diesem Projekt schließen. Wir machen in der Ausübung unserer Arbeit die Erfahrung, dass junge Leute meist viel lieber mit Außenstehenden über solche speziellen Fragen reden.

Dafür stehen wir als Ansprechpartner gern zur Verfügung, auch mit Hinweisen wo und wie man sich noch genauer informieren kann.



Abb.22 Lümmeltüte

3.4.2. Bericht zum Mitmach-Parcours der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu Aids, Liebe und Sexualität im Schuljahr 2008/2009 in Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi)



Eine der Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes im Landkreis Elbe-Elster ist die HIV- und AIDS- Beratung.

Unter diesem Aspekt kam im Mai 2009 die Zusammenarbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit dem SpDi im Rahmen des Mitmach-Parcours zu Aids, Liebe und Sexualität zustande.

Die BZgA sucht regionale Partner für die Betreuung einer der fünf Stände, um mit den Schülerinnen und Schülern der Schulklassen 9 und 10 in lockerer Atmosphäre über die Themen AIDS, Liebe und Sexualität ins Gespräch zu kommen. Die Schüler bleiben an jeder Station 15 Minuten, wechseln dann die Station, bis sie alle absolviert haben. Insgesamt dauert die Veranstaltung 1,5 Stunden. Am ersten Tag finden 3 Veranstaltungen mit jeweils 3 Klassen statt. Am zweiten Tag sind es 2 Veranstaltungen mit jeweils 3 Klassen, so dass ca. 300 Schüler an diesem Mitmach-Parcours teilnehmen können.

Hintergrund der Zusammenarbeit ist, dass die Schülerinnen und Schüler spielerisch lernen sollen, wohin sie sich bei Fragen und Problemen in ihrem Landkreis wenden können. Hemmschwellen werden so vom Jugendalter an vermieden.

Der SpDi betreute an zwei Tagen den Stand zum Thema „Leben mit HIV“. Aufgabe an diesem Stand war, dass die Schüler selbst eine Person nach Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf oder in Schule/Ausbildung und Hobbys erfinden durften. Die Schüler können sich mit der selbst gewählten Person besonders gut identifizieren. Der erste Teil dieser Station war durchaus auch lustig und es wurden viele kreative Gedanken zusammengetragen. Der bewusste Schnitt wird jedoch dadurch erzeugt, dass die Person HIV-positiv ist. Das ist die einzige Vorgabe, die der Betreuer der Station geben muss. Die Schüler konnten nun berichten, was sie denken, wie sich die Person z.B. verhalten sollte, wem sie davon erzählen muss. Auch hier kamen wieder die verschiedensten Aspekte zusammen, in einer ernsteren Atmosphäre und sehr intensiv.

Vorteil der Station ist, dass sich die Schüler nicht mit ihren ganz persönlichen Gedanken outen müssen, sondern immer unter dem Blickwinkel der Person sprechen können. Auch hier wird die Hemmschwelle deutlich abgebaut. Die Schüler werden in einer neutralen Umgebung dazu veranlasst, sich in eine betroffene Person hinein zu versetzen und darüber nachzudenken, wie sie sich womöglich selber in dieser Situation verhalten würden.

Die Resonanz auf die Station war durchweg positiv. Fast alle Schüler haben sich aktiv beteiligt. Niemand wurde für das, was er gesagt hat, ausgelacht oder dergleichen.

Neben der Station „Leben mit HIV“, gibt es die „Übertragungswege“, das „Schutzverhalten“, die „Körpersprache“, sowie die „Verhütung“, die von den Schulsozialarbeitern und Jugendkoordinatoren betreut wurden.

3.4.3. Sonnenschutz ist kinderleicht – Sonnenkinder sind „Immer auf der Hut“



Dieses Projekt ist eine Initiative des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg, dem Verband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder Berlin und Brandenburg e.V. und des Landesgesundheitsamtes Brandenburg in Kooperation mit dem Netzwerk Gesunde Kita und der AOK Brandenburg.

Im Rahmen der Kita-Untersuchungen verteilen wir jährlich ca. 960 Sonnenhüte an Kinder der Vorschulgruppe und einen Flyer für die Eltern mit Hinweisen zum ausreichenden Sonnenschutz ihrer Kinder. So versuchen wir schon sehr früh Einfluss auf eventuelle Hautschädigungen zu nehmen. Durch ein Zuviel an Sonnen- und UV-Strahlungen kommt es zu frühzeitiger Hautalterung und auch das Auftreten bestimmter Hautkrebsarten kann dadurch begünstigt werden.

Kinder spielen gern im Freien - und das sollen sie auch. Kinderhaut ist jedoch sehr empfindlich, weil ihre Selbstschutzmechanismen vor allen in den ersten Lebensjahren noch nicht genügend ausgebildet sind.

Ausreichender Sonnenschutz ist deshalb keine Spielerei, sondern eine ernsthafte Notwendigkeit!

Deshalb wollen wir uns mit dieser Aktion daran beteiligen, dass alle Kinder immer gut „behütet“ sind.



ASB-Kita „Sonnenblume“ Falkenberg

3.5. Substanzkonsum Jugendlicher im Landkreis Elbe-Elster



Tabak und Alkohol und daraus resultierenden gesundheitlichen Folgen zählen zu den vorrangigen Suchtproblemen. Im Plenum der Landessuchtkonferenz 2003 wurde festgestellt, dass Daten insbesondere zum Substanzkonsum von Tabak und Alkohol bei Brandenburger Jugendlichen fehlen. Demnach wurde durch das Plenum empfohlen eine Schülerbefragung durchzuführen. 2004/2005 wurde die erste Befragung (BJS I) von Schülern (12.000) der 10. Klasse mit Unterstützung des Landesgesundheitsamtes in 10 Landkreisen durchgeführt. Zunächst waren aus 8 Landkreisen Daten zur Auswertung verfügbar. Später kamen die Daten aus dem Landkreis Elbe-Elster und Brandenburg an der Havel hinzu. Die Wiederholung der Schülerbefragung (BJS II) fand im Schuljahr 2008/2009 in 14 Landkreisen statt. Hierbei wurden 9.400 Schüler der 10. Klassen erreicht.

Im Jahr 2004/2005 wurden 1310 Schüler der 10. Klasse befragt (79 %).

Im Landkreis Elbe-Elster wurden im Jahr 2008/2009 547 Schüler der 10. Klassen mit einem Durchschnittsalter von 15,5 Jahren befragt (76 %).

Tabakkonsum

Durchschnittlich 22,4 % der 16-jährigen Jungen und 21,7 % der 16-jährigen Mädchen rauchen täglich Zigaretten. Schüler/innen an Gymnasien (11,5 %) des Landkreis Elbe-Elster rauchen weniger im Vergleich zu Schülern der Oberschulen (27,9 %) und der Förderschulen (36,4 %).

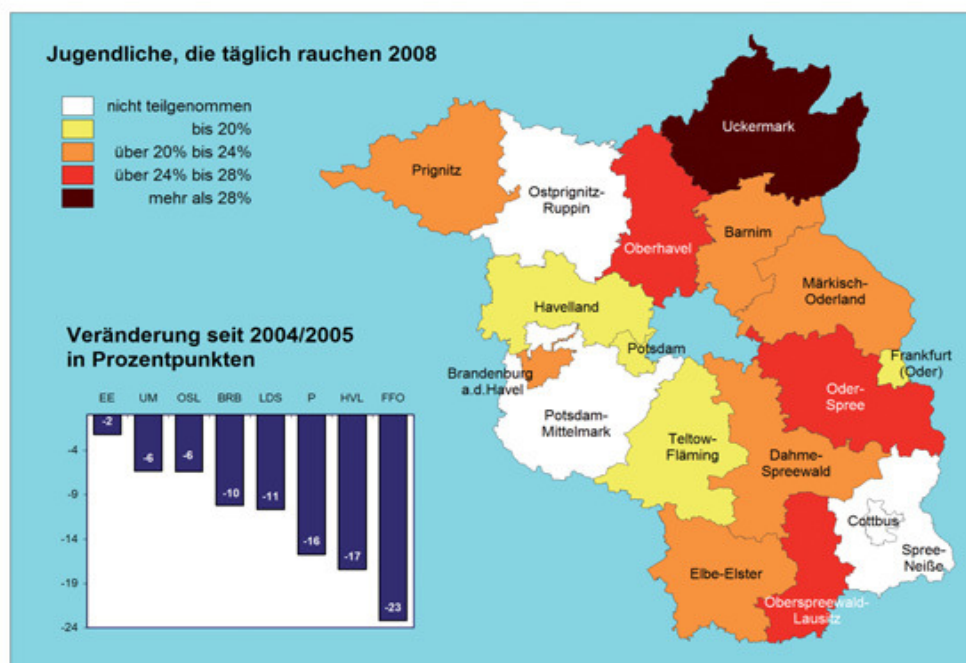


Abb.23 Statistik Tabakkonsum¹⁷

¹⁷ Quelle: LGA, Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum (BJS)

Gegenüber der BJS I aus dem Jahr 2004/2005 hat sich der Tabakkonsum bei Mädchen von 25 % auf 19,7 % verringert und ist bei Jungen von 22,8 % auf 24,5 % angestiegen. Im Vergleich zu den anderen an der Befragung beteiligten Landkreisen und kreisfreien Städte in Brandenburg ist im Landkreis Elbe-Elster der schwächste Rückgang (Summe der Veränderung) zu verzeichnen. Um die Raucherquote in unserem Landkreis auch weiterhin systematisch zu verringern bzw. den Einstieg zum Rauchen zu vermeiden, beteiligen sich seit einigen Jahren regelmäßig Schülerklassen am Projekt „Be Smart-Don’t Start“ (www.besmart.info). Im Schuljahr 2008/2009 nahmen 13 Klassen teil. 7 Klassen waren erfolgreich. Auch im Schuljahr 2009/2010 nahmen 14 Klassen teil, von denen 9 Klassen durchgeführt haben.

Alkoholkonsum

0,5 % (1 % im Landkreis Elbe-Elster) der Mädchen und 1,5 % (3,6 % im Landkreis Elbe-Elster) der Jungen trinken täglich Alkohol. Sie sind hoch gefährdet, alkoholkrank zu werden. Berücksichtigt man den wöchentlichen Konsum, können 29 % (**41,9 %** im Landkreis Elbe-Elster) der Jungen und 13 % (**21,5 %** im Landkreis Elbe-Elster) der Mädchen als regelmäßige Konsumenten bezeichnet werden. Die Problematik ist in den verschiedenen Schulformen mit Blick auf ganz Brandenburg in etwa gleich ausgeprägt. Im Landkreis Elbe-Elster fokussiert sich die Problematik auf die Oberschulen (40,6 % im Vergleich Förderschulen 9,1 %).

Das Rauschtrinken (mehr als 6 Drinks am Abend/ 1 Drink = 1 Glas Bier (0,2 l)) gilt als besonders riskanter Alkoholkonsum. Zwar sind die Zahlen des Rauschtrinkens im Vergleich der BJS I und BJS II gesunken, jedoch ist bei den alkoholbedingten Krankenhausbehandlungen ein bundesweiter Anstieg zu verzeichnen. Im Zeitraum 2000 - 2007 haben sich die Krankenhausbehandlungen (15- bis 20-jähriger) im Land Brandenburg verdoppelt (Männer 206 auf 397 Fälle, Frauen 90 auf 178 Fälle).

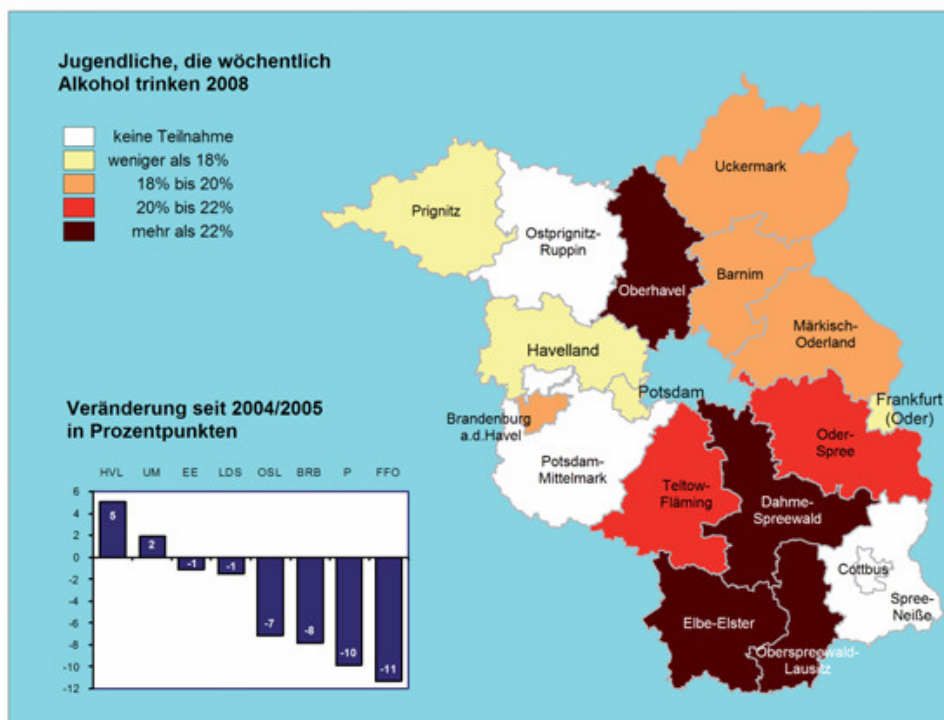


Abb.24 Statistik wöchentlicher Alkoholkonsum¹⁸

¹⁸Quelle: LGA, BJS

Um die Entwicklung des sinkenden Alkoholkonsums bei Jugendlichen weiter zu fördern, finden auch im Jahr 2010 mit Unterstützung des Gesundheitsamtes /Sozialpsychiatrischer Dienst in Zusammenarbeit mit der BZGA und regionalen Suchthilfeträgern (Ausweg gGmbH und Suchthilfe-Finsterwalde e.V.) präventive Projekte statt.

Beispielhaft sei an dieser Stelle der KlarSicht – MitmachParcours zu Tabak und Alkohol an den Schulen in Elsterwerda und Finsterwalde erwähnt. Die Suchtberatungsstelle der Ausweg gGmbH beteiligt sich seit 2008 als Vertreter des Landkreises Elbe Elster an dem landesweiten Projekt Fred^{plus} zur Prävention von Alkohol- und Drogenmissbrauch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Haschisch und andere Substanzen

0,5 % der Mädchen (keine Angaben im Landkreis Elbe-Elster) und 1 % (keine Angaben im Landkreis Elbe-Elster) der Jungen im Land Brandenburg nehmen täglich Haschisch zu sich. Beziehen wir den mindestens wöchentlichen Konsum mit ein, erhöhen sich das Konsumverhalten für Mädchen auf 1,6 % (0,7 % im Landkreis Elbe-Elster) und für Jungen auf 3,3 % (0,8 % im Landkreis Elbe-Elster). Auch für Haschisch, die häufigste illegale Droge, gilt: der Konsum ist deutlich gesunken, bei den Jungen stärker als bei den Mädchen. Für andere Substanzen (Ecstasy, Speed, Kokain, Heroin, stimmungsverändernde Medikamente) konnte wegen fehlender Angaben keine differenzierte Auswertung erfolgen.

Computerspiel

Computerspiele sind neben dem Fernsehen **das** Unterhaltungsmedium für die Jugend. Die Umsatzsteigerungen innerhalb von 2 Jahren (2005-2007) von 1,57 Mrd. € auf 2,14 Mrd. € belegen diese Entwicklung.

In wissenschaftlichen Fachdiskussionen ist es umstritten, ob sich Computerspiele ebenfalls gleichermaßen unter Suchtverhalten fassen lassen, wie z.B. Tabak und Alkohol.

Einigkeit unter Fachleuten besteht hingegen, dass sich zeitintensives Spielen problematisch auf die Gesundheit und auf die soziale Entwicklung auswirken kann. Im Ergebnis der Schülerbefragung BJS 1 und BJS 2 spielen 39 % der Jungen und 8 % der Mädchen täglich ein Computerspiel. Geldspielautomaten haben keine Relevanz. Vergleicht man Schulformen, so stellt man fest, dass Förderschüler die längste Zeit (Jungen mehr als 3,5 h /täglich, Mädchen mehr als 2 h/täglich) mit Computerspielen verbringen. Gymnasiasten hingegen verbringen die wenigste Zeit mit solchen Spielen (Jungen knapp 2,5 h/täglich, Mädchen knapp 1,5 h/täglich)

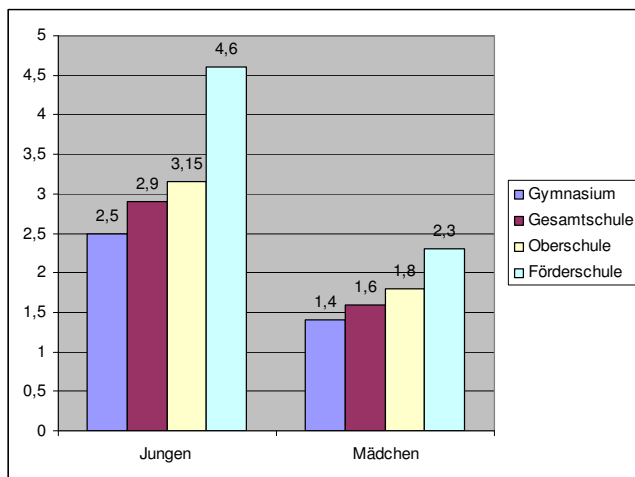


Abb. 25 tägliche Computerspiele¹⁹

Unter Berücksichtigung der hohen Verfügbarkeit eines Computers im eigenen Besitz, also zu Hause (78 % der Jungen und 61 % der Mädchen, KfN-Studie, 9. Klassen in Deutschland, 4/07 – 10/08) sollten unsere Bemühungen weiterhin darauf gerichtet sein, Eltern in ihrer Medienkompetenz zu stärken.

¹⁹Quelle: LGA, BJS

3.5. Selbsthilfegruppe

„Die kleinen Angehörigen“ – Ein Gruppenangebot für Kinder von psychisch kranken Eltern



Kinder aus Familien mit einem oder beiden psychisch kranken Elternteil/en finden in der Praxis immer noch zu wenig Beachtung. Die psychische Erkrankung der Eltern/des Elternteils bedeutet eine Belastung für die Kinder, ist aber gleichzeitig auch ein Risikofaktor für die eigene seelische Gesundheit. In der Regel geraten sie erst ins Blickfeld, wenn sie selbst psychische Störungen aufweisen, Probleme im Kindergarten und in der Schule auftreten oder das Jugendamt intervenieren muss. Über ihre Alltagssorgen ist wenig bekannt. Sie werden zu oft mit ihren Fragen und Nöten, ihren Schuldgefühlen allein gelassen.

Das Gesundheitsamt des Landkreises Elbe-Elster, in Kooperation mit der psycho-sozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) für Kinder- und Jugendpsychiatrie, bietet seit Januar 2010 für diese Kinder ein fortlaufendes und kostenloses Angebot an. Die Gruppenarbeit richtet sich an Mädchen und Jungen im Alter von 8 bis 12 Jahren, deren Elternteil/Eltern psychisch erkrankt ist/sind. Die Gruppe trifft sich jeden 2. Mittwoch im Monat in den Räumen des Gesundheitsamtes Finsterwalde. Unter Anwendung spielpädagogischer Methoden wird versucht, mit den Kindern ins Gespräch zu kommen. Wichtig ist, dass die Eltern ein mündliches Einverständnis zur Gruppenteilnahme des Kindes geben.

Ansprechpartner: Frau Braun, Sozialpsychiatrischer Dienst der Gesundheitsamtes, Außenstelle Finsterwalde.

Adresse: Landkreis Elbe-Elster
Gesundheitsamt
Frau Braun
Kirchhainer Str. 38 a
03238 Finsterwalde
Tel. 03531 502-6457

4. Zahngesundheit Zahnärztlicher Dienst – Schuljahr 2008/09

4.1. Betreuungsbereich und Gruppenprophylaxe im Schuljahr 2008/09

Zum Betreuungsbereich des Zahnärztlichen Dienstes gehörten im Schuljahr 2008/09 11 324 Kinder und Jugendliche im Alter von zwei bis sechzehn Jahren. Davon wurden 10 382 Kinder und Jugendliche und damit 91,68 % untersucht. Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen wurden in allen 83 Kindergärten (zusätzlich 11 Tagespflegeeinrichtungen) und Schulen (30 Grundschulen, 6 Förderschulen, 9 Oberschulen und 4 Gymnasien) des Kreises durchgeführt.

Gruppenprophylaktische Betreuung

7 889 (das sind 90,6 %) Kinder und Schüler im Alter von zwei bis zwölf Jahren und Schüler der Förderschulen (einschließlich geistig Behinderte) wurden im Landkreis Elbe- Elster gruppenprophylaktisch mit einem ersten Prophylaxeimpuls betreut.

Diese Kinder wurden untersucht, erhielten altersgerechte theoretische und/oder praktische Zahnputzunterweisungen, nahmen an Zahnschmelzhärtungsmaßnahmen teil, wurden über zahngesunde Ernährung aufgeklärt und es erfolgte eine Motivation zum regelmäßigen Zahnarztbesuch.

Von den 7 889 Kindern und Schülern putzten 3 568 täglich die Zähne in den Kindereinrichtungen putzten 2 388 einmal wöchentlich die Zähne mit Elmex – Gelee zur Zahnschmelzhärtung.

Zweite Prophylaxeimpulse erhielten 29 Kinder aus Förderschulen.

Die durch den Gesetzgeber geschaffene Möglichkeit, gruppenprophylaktische Betreuungsprogramme gem. § 21 SGB V auch nach dem 12. Lebensjahr auf regionaler Ebene zielgruppenorientiert fortzuführen, wurde für 126 Förderschüler umgesetzt.

Über das Büro der Zahnärztlichen Gruppenprophylaxe in Potsdam wurden von den Krankenkassen Sachmittel für Prophylaxematerial, wie z. B. Zahnbürsten, Zahnpaste und Fluoridierungsmittel in Höhe von 9.017,00 € zur Verfügung gestellt. Die Krankenkassen übernahmen für die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe anteilige Personalkosten von insgesamt 17.430,16 €.



Zähneputzen im Kindergarten Wehrenzhain

Wie in jedem Jahr war der Tag der Zahngesundheit Höhepunkt unserer Öffentlichkeitsarbeit. An den beiden Vorstellungen des „Holzwurmtheater“ am 23.09.2008 zu Themen Zahngesundheit und Ernährung nahmen 400 Kindergartenkinder und Schüler teil. Vorbereitet wurde die Veranstaltung durch den Zahnärztlichen Dienst der Außenstelle Finsterwalde in Zusammenarbeit mit ErzieherInnen, LehrerInnen, Kindern und Schülern aus 6 Kindergartengruppen und 16 Schulklassen von Grund – und Förderschulen. Die im Rahmen der Projektarbeit fertiggestellten Collagen zu Themen der Zahngesundheit wurden in der Elsterlandhalle in Herzberg, in der die Veranstaltung stattfand, ausgestellt. Außerdem fanden in 3 weiteren Kindergärten Veranstaltungen zum Thema „Gesundes Frühstück und zahnfreundliche Süßigkeiten“ statt.

Der Zahnärztliche Dienst beteiligte sich mit einer Ausstellung einschließlich Infostand zu Themen der Zahngesundheit am Kreispräventionstag im OSZ Finsterwalde am 20.09.2008. Im Schuljahr 2008/09 erreichten wir im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit insgesamt 604 Kinder/Schüler und 81 Multiplikatoren; Beratungs- und Betreuungsleistungen 100.

4.2. Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen im LKEE

Im Schuljahr 2008/09 waren von allen 10 382 untersuchten Kindern und Schülern		
kariesfrei	5 194	50,0 %
saniert	2 527	24,3 %
behandlungsbedürftig	2 661	25,6 %

„Kinder und Jugendliche haben gesunde Zähne in einem gesunden Mund und gleiche Zugangschancen zu präventiven und kurativen Angeboten“ - das ist das Ziel der Arbeitsgruppe Mundgesundheit im brandenburgischen „Bündnis Gesund Aufwachsen“ seit 2003. Dieses Ziel zur Mundgesundheit wurde für die Altersgruppen der 5-, 12- und 15-jährigen mit 3 Teilzielen konkretisiert - die konkreten Entwicklungsziele sollen bis zum Jahr 2010 erreicht werden.

Im Folgenden wird exemplarisch an diesen drei Altersgruppen der Mundgesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen im Landkreis Elbe- Ester dargestellt.

4.2.1. Milchzähne

Mundgesundheit beginnt mit dem ersten Zahn, das Milchgebiss ist bei 2- bis 3-jährigen Kindern vollständig. Gesunde Milchzähne sind eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung gesunder bleibender Zähne und regelrechter Gebiss- und Kieferentwicklung. Weiterhin sind sie wichtig für die Sprachentwicklung und damit für die Kommunikationsfähigkeit eines Kindes, haben eine ästhetische Wirkung und bestimmen natürlich auch, ob ein Kind problemlos und schmerzfrei abbeißen und kauen kann. Was bereits im Kleinkind- und Vorschulalter für die Mundgesundheit getan oder unterlassen wird, stellt für die Kinder die Weichen für viele Jahre. Folgen von Vernachlässigung sind auch im Zahn-, Mund- Kiefer- und Gesichtsbereich sichtbar und können während der zahnärztlichen Untersuchungen festgestellt werden. Entwicklungstrends beim einzelnen Kind müssen daher kontinuierlich beobachtet werden, um entsprechende Maßnahmen einleiten zu können.

3 Jahre alte Kindergartenkinder

Nicht befriedigen kann der Gebisszustand der 3 Jahre alten Kinder.

Von den untersuchten Kindern dieser Altersgruppe hatten bereits 22 % behandlungsbedürftige Gebisse, 2,7 % waren saniert und 75,4 % kariesfrei.

Die frühkindliche Milchzahnkaries bleibt ein großes Problem. Studien zeigen, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus 2 bis 3-mal so häufig kariöse Zähne haben wie Kinder aus Familien mit mittlerem und hohem Sozialstatus.

5 Jahre alte Kindergartenkinder

Zwischen den Schuljahren 2003/04 und 2008/09 hat sich die Mundgesundheit der 5 Jahre alten Kindergartenkinder weiter verbessert.

Der Anteil an 5-jährigen Kindergartenkindern mit kariesfreien Gebissen ist in den letzten 6 Beobachtungsjahren um 11 % gestiegen. Im Schuljahr 2008/09 hatten 51,6 % ein kariesfreies Gebiss. Jedoch liegt dieser Anteil an kariesfreien Kindern immer noch deutlich unter dem Landesdurchschnitt von 62,6 % und dem angestrebten Gesundheitsziel von 60 % Kariesfreiheit in dieser Altersgruppe.

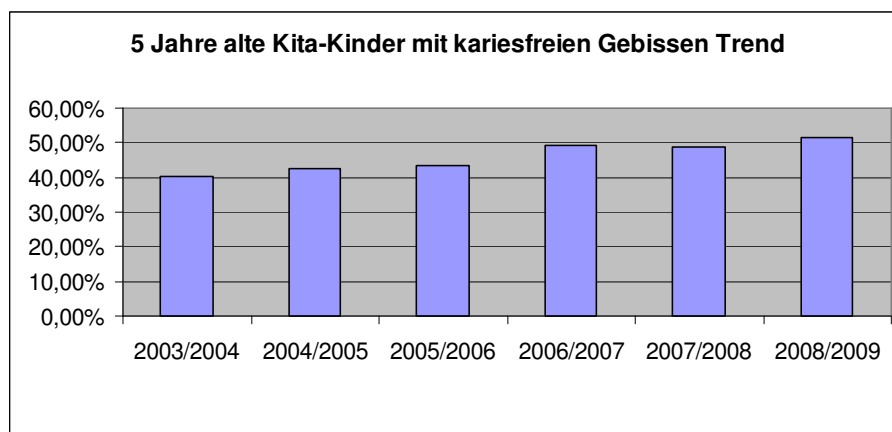


Abb.26 Kita-Kinder kariesfreies Gebiss²⁰

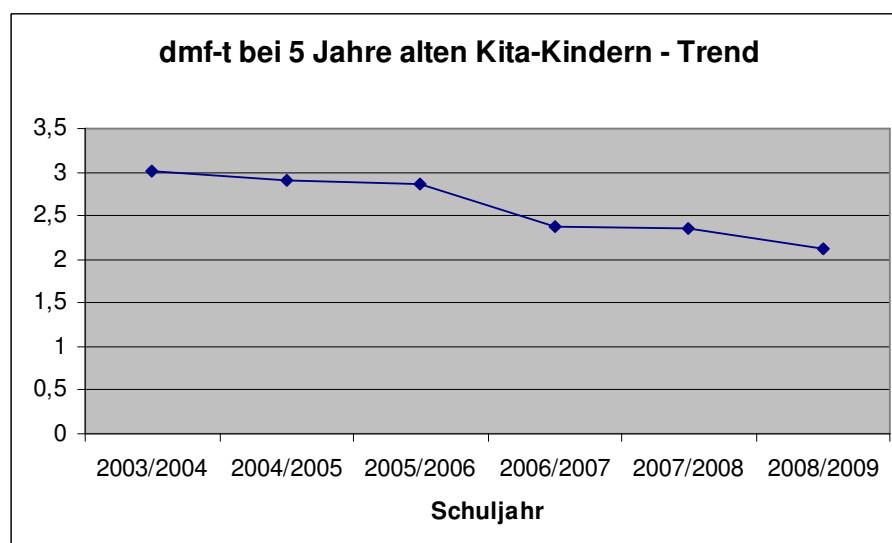


Abb.27 Kita-Kinder, dmf-t²⁰

²⁰Quelle: LGA

Der Anteil behandlungsbedürftiger Zähne geht seit 2003/04 zurück, was eine günstige Entwicklung signalisiert. Jedoch hatten noch immer 34,9 % der 5-jährigen Kita-Kinder unbehandelte kariöse Zähne.

Auch wenn es das erste Ziel ist, kariöse Zähne und damit eine Behandlungsbedürftigkeit im Vorhinein durch Prophylaxe zu vermeiden, wird eine adäquate Versorgungsleistung gebraucht, sobald behandlungsbedürftige Zähne vorliegen. Eltern sollten daher noch mehr über die Behandlungsnotwendigkeit der Milchzähne aufgeklärt werden.

Weiterhin zeigt auch die Entwicklung des durchschnittlichen dmf-t Index* eine günstige Entwicklung. Der dmf-t Index* ist ein von der WHO empfohlener Indikator zur Beschreibung der Mundgesundheit (Kariesbelastung). Bei einem kariesfreien Milchgebiss ist der dmf-t Null. Wie aus der Abbildung hervorgeht, ist der durchschnittliche dmf-t Index* gesunken - er lag im Schuljahr 2008/09 bei 2,12 - was einen Gesundheitsgewinn signalisiert. Der Vergleich zum durchschnittlichen dmf-t Index* des Landes Brandenburg, der nur bei 1,54 liegt, zeigt jedoch, dass im Landkreis Elbe-Elster Kinder dieser Altersgruppe deutlich schlechtere Zähne hatten als der Durchschnitt 5 Jahre alter Kinder in Brandenburg.

4.2.2. Mundgesundheit im bleibenden Gebiss

12 Jahre alte SchülerInnen

Im Alter von 11 - 12 Jahren fällt in der Regel der letzte Milchzahn aus. Im Folgenden ist von den bleibenden Zähnen die Rede. Die Altersgruppe der 12 Jahre alten Kinder steht dabei im Vordergrund, denn die Mundgesundheit der 12 Jahre alten Kinder wird bei internationalen Vergleichen verwendet, so auch bei den Gesundheitszielen im Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg.

Seit dem Schuljahr 2003/04 ist der Anteil an Kindern mit kariesfreien Gebissen von 48,5 % auf 57,9 % im Schuljahr 2008/09 gestiegen, der Anteil an Kindern mit behandlungsbedürftigen Gebissen ist von 13,7 % auf 9,6 % gesunken.

Diese Daten signalisieren eine deutliche Verbesserung der Mundgesundheit bei Kindern im Alter von 12 Jahren.

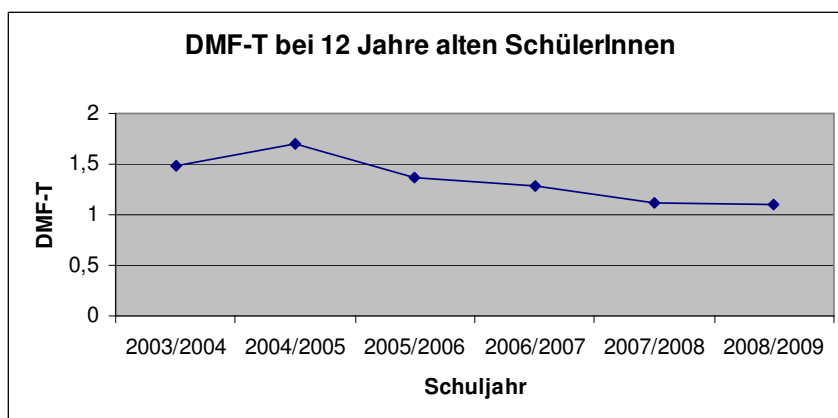


Abb.28 Schulkinder, DMF-T²¹

²¹Quelle: LGA

Auch im DMF-T*, dem Kennwert für die Kariesbelastung in den bleibenden Zähnen, zeigt sich die Verbesserung der Mundgesundheit. Dieser Wert sank zwischen 2003/04 und 2008/09 von 1,49 nach 1,10 und liegt damit nahe bei dem Brandenburger Gesundheitsziel (durchschnittlicher DMF-T 1,0) für diese Altersgruppe.

Mundgesundheit von 15 Jahre alten Jugendlichen

Die Mundgesundheit der 15 Jahre alten Jugendlichen hat sich in den vergangenen 6 Schuljahren weiter verbessert. Hatten im Schuljahr 2003/04 lediglich 25,4 % ein kariesfreies Gebiss, so waren es im Schuljahr 2008/09 39,8 %.

Das entspricht einem Kariesrückgang von 14,4 % in den letzten 6 Jahren. Vergleicht man diese Zahl jedoch mit dem Landesdurchschnitt an kariesfreien Gebissen bei gleichaltrigen Jugendlichen in Brandenburg, der 44,2 % beträgt, wird deutlich, dass dieses Ergebnis noch nicht befriedigen kann.

Die Entwicklung des DMF-T* (Kennwert für die Kariesbelastung bei bleibenden Zähnen) ist aus der Abb. 29 ersichtlich.

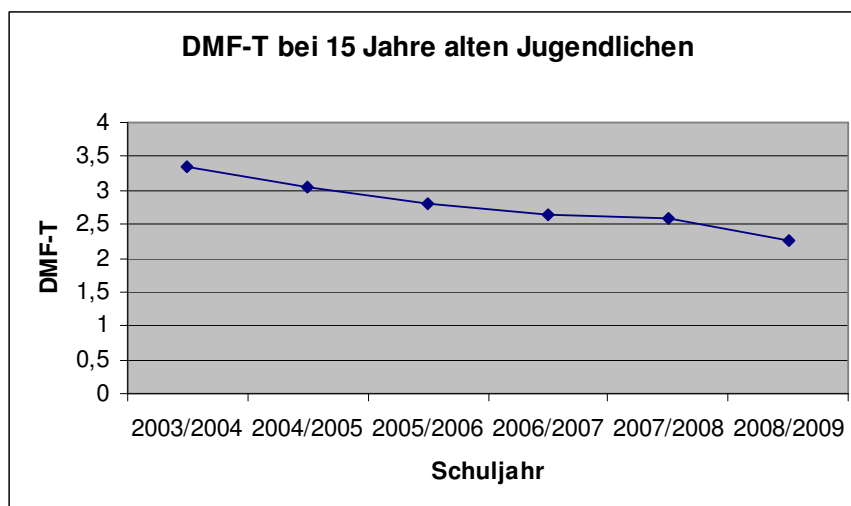


Abb.29 Jugendliche, DMF-T²²

Sie zeigt eine Verbesserung der Mundgesundheit. Im Schuljahr 2008/09 hatten die 15 Jahre alten Jugendlichen durchschnittlich 2,27 Zähne mit Karieserfahrung, was jedoch schlechter als der Landesdurchschnitt (DMF-T* 1,98) ist. Das Mundgesundheitsziel von durchschnittlich 2 Zähnen mit Karieserfahrung wird in dieser Altersgruppe mit großer Wahrscheinlichkeit nicht erreicht.

Schultyp und Mundgesundheit

Studien zeigen eine enge Beziehung zwischen dem Sozialstatus der Herkunftsfamilien und der Mundgesundheit des Kindes (z.B. Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Institutes (KiGGS), Gesundheitsberichte des Landes Brandenburg). Aber auch andere Datenquellen zeigen in diese Richtung. So geht aus der PISA – Studie für Deutschland hervor, dass sich im Schultyp auch die soziale Herkunft der Kinder spiegelt. Der Schultyp kann also als ein Indikator der sozialen Lage herangezogen werden. Es lässt sich ganz pragmatisch die Einrichtungsform ermitteln, die das höchste Kariesaufkommen aufweist. So ergeben sich Anhaltspunkte für den höchsten Behandlungs- und Präventionsbedarf.

²²Quelle: LGA

15 Jahre alte Jugendliche von Gymnasien hatten die vergleichsweise gesündesten Zähne, während die Jugendlichen aus Förderschulen erheblich weniger kariesfreie Gebisse haben. Sie sind deutlich benachteiligt.

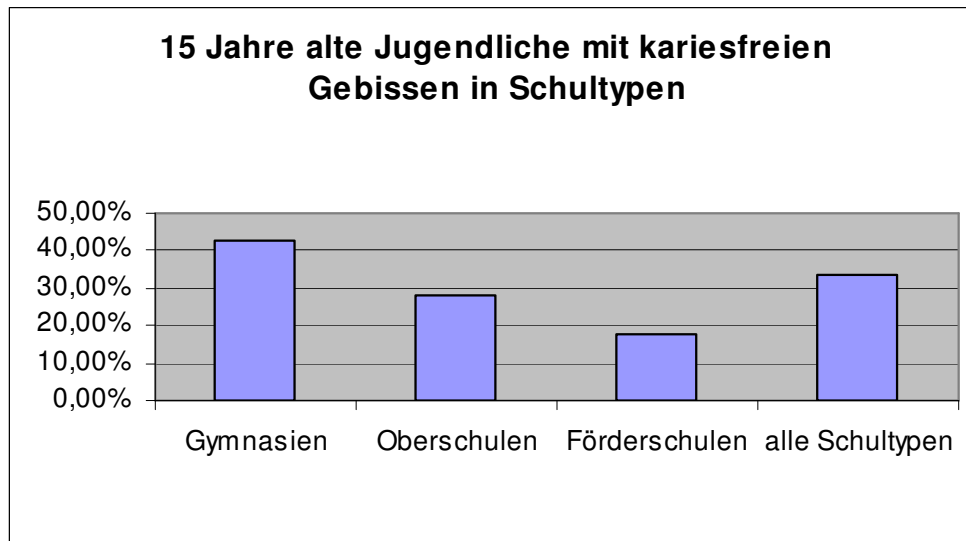


Abb.30 Jugendliche mit kariesfreien Gebissen nach Schultyp²³

4.2.3. Brandenburger Zahn- und Mundgesundheitsziele für 2010

Teilziel 1

„Kita-Kinder haben im Alter von 5 Jahren überwiegend (60 %) kariesfreie Milchzähne. Milchzahnkaries wird frühzeitig erkannt und behandelt.“

So lautet das Teilziel 1 des brandenburgischen „Bündnis Gesund Aufwachsen“.

5 Jahre alte Kita-Kinder im Landkreis Elbe- Elster hatten im Schuljahr 2008/09 nur 51 % kariesfreie Gebisse und waren damit weit von dem angestrebten Gesundheitsziel entfernt. Es ist sehr unwahrscheinlich, dass im laufenden Schuljahr dieses Ziel erreicht wird.

Teilziel 2

„12 Jahre alte SchülerInnen haben nur an durchschnittlich einem Zahn Karieserfahrung und ein funktionell intaktes Gebiss“ – so lautet das Teilziel 2 des brandenburgischen „Bündnis Gesund Aufwachsen“.

12 Jahre alte SchülerInnen im Landkreis Elbe- Elster hatten im Durchschnitt an 1,1 Zähnen Karieserfahrung und damit im Schuljahr 2008/09 das Ziel zur Mundgesundheit fast erreicht. Wie sich die Annäherung an das 2. Gesundheitsziel über die letzten Jahre vollzogen hat, kann aus der Abb. 28 entnommen werden. Eine deutliche Annäherung an das Gesundheitsziel ist erkennbar. In dieser Altersgruppe wird das angestrebte Gesundheitsziel für 2010 wahrscheinlich erreicht werden. Trotzdem ist dieses Ergebnis schlechter als der Landesdurchschnitt bei gleichaltrigen Brandenburger SchülerInnen, die lediglich 0,89 Zähne mit Karieserfahrung hatten.

²³Quelle: LGA

Teilziel 3

„15 Jahre alte Jugendliche haben durchschnittlich höchstens 2 Zähne mit Karieserfahrung und ein saniertes, funktionell intaktes Gebiss“ – das ist das Teilziel 3 des brandenburgischen „Bündnis Gesund Aufwachsen“ zur Mundgesundheit.

Im Durchschnitt hatten die 15-jährigen im Landkreis Elbe Elster 2,27 Zähne mit Karieserfahrung. Sie waren damit schlechter als der Landesdurchschnitt (DMF-T* von 1,98).

Es ist nicht zu erwarten, dass das Teilziel 3 zur Mundgesundheit für das Jahr 2010 im Landkreis Elbe–Elster erreicht wird.

4.2.4. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Ein messbarer Gesundheitsgewinn ist in allen 3 betrachteten Altersgruppen, unterschiedlich stark ausgeprägt, erkennbar. Jedoch ist die positive Entwicklung für die kleinen Kinder (Milchgebiss) weniger ausgeprägt als für die Großen (bleibende Zähne).

Nicht befriedigen kann der Gebisszustand der 3 Jahre alten Kindergartenkinder. Von den untersuchten Kindern dieser Altersgruppe hatten bereits 22 % behandlungsbedürftige Zähne. In den vergangenen 6 Schuljahren ist bei 5 Jahre alten Kindergartenkindern der Anteil an kariesfreien Gebissen um 11,4 % gestiegen. 51,6 % hatten im Schuljahr 2008/09 ein kariesfreies Milchgebiss. Das sind jedoch 11 % weniger als der Landesdurchschnitt gleichaltriger Brandenburger Kinder (62,6 %). Dieses Ergebnis ist damit auch weit von dem angestrebten Mundgesundheitsziel von 60 % Kariesfreiheit für diese Altersgruppe entfernt. Noch immer haben 34,9 % der 5 Jahre alten Kinder unbehandelte, kariöse Zähne.

Die Zahn- und Mundgesundheit bei den 12 Jahre alten SchülerInnen ist mit 57,9 % kariesfreien Gebissen und 9,6 % behandlungsbedürftigen Gebissen wesentlich besser als die der 5 Jahre alten Kinder. 12 Jahre alte SchülerInnen im Landkreis Elbe- Elster haben im Durchschnitt an 1,1 Zähnen Karieserfahrung und damit im Schuljahr 2008/09 das Teilziel 2 zur Mundgesundheit für 2010 fast erreicht. Jedoch hat der Durchschnitt gleichaltriger Brandenburger Kinder nur 0,89 Zähne mit Karieserfahrung.

Bei den 15 Jahre alten Jugendlichen ist ebenfalls eine Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit festzustellen, wenn auch nicht so ausgeprägt wie bei den 12 Jahre alten SchülerInnen. Obwohl in den vergangenen 6 Schuljahren ein Kariesrückgang von 14,4 % zu beobachten war, hatten die 15 Jahre alten Jugendlichen im LKEE 39,8 % kariesfreie Gebisse und liegen damit unter dem Durchschnitt in Brandenburg (44,2 %). Außerdem haben sie im Durchschnitt 2,27 Zähne mit Karieserfahrung und liegen auch damit unter dem Landesdurchschnitt von 1,98. Das Brandenburger Mundgesundheitsziel für diese Altersgruppe (DMF-T* 2,0) wird wahrscheinlich nicht erreicht werden.

Ein Vergleich der 15 Jahre alten Jugendlichen in den verschiedenen Schultypen zeigt die Benachteiligung der Jugendlichen in Förderschulen. Sie hatten nur 17,8 % kariesfreie Gebisse, wogegen Gymnasiasten 42,9 % kariesfreie Gebisse hatten.

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

Der dmf-t ist jeweils unter gleichaltrigen vergleichbar und gibt Auskunft über die Erfolge der Kariesprophylaxe. Für bleibende Zähne wird er genauso berechnet, im Gegensatz zu den Milchzähnen werden jedoch Großbuchstaben (D, M und F) verwendet.

5. Kommentare – Handlungsempfehlungen – Ausblicke

- Die **demographische Entwicklung** im Land Brandenburg und insbesondere im Landkreis Elbe-Elster ist nicht aufzuhalten. Aufgabe der Politik ist es auf diese Entwicklung entsprechend zu reagieren und die Daseinsvorsorge für die Bürger der Region mittelfristig sicherzustellen.

Aufgrund der geringen Bevölkerungsdichte und des steigenden Hilfebedarfes einer alternierenden Bevölkerung werden ganz besondere Anforderungen zu erfüllen sein:

- Sicherstellung der medizinischen, insbesondere hausärztlichen Versorgung in der Fläche
- Sicherung einer bedarfsgerechten Pflege
- Schaffung neuer altersgerechter Wohnformen
- deutliche Erhöhung des bürgerschaftlichen Engagements
- Erhalt und Neuausrichtung der vorhandenen Infrastruktur

Es ist vorgesehen, im nächsten Gesundheitsbericht speziell zur Gesundheit der Seniorinnen und Senioren Stellung zu nehmen.

- Der **Erhalt der hausärztlichen Versorgung in der Fläche** muss erklärtes kommunalpolitisches Ziel sein. Nur durch Tätigwerden in der Region kann es gelingen, mittelfristig vorhandene Arztsitze nach zu besetzen. Dazu ist ein abgestimmtes Vorgehen in Zusammenarbeit von Städten, Gemeinden, Landkreis, der Ärzteschaft vor Ort sowie Kassenärztlicher Vereinigung und Ärztekammer erforderlich. Denn nur unter Kenntnis und Einhaltung der Zulassungs- und Ausbildungskriterien und unter Nutzung aller bes. auch finanzieller Möglichkeiten (z. B. Finanzierung von Ausbildungsassistenten in der Niederlassung, ggf. Schaffung neuer Arbeitformen von Hausärzten) wird es gelingen, langfristig Ärzte in der Region zu binden.

Unabhängig davon ist der politische Druck zu erhöhen, um eine Neuberechnung der Einwohner/Arztrelation entsprechend des Morbiditätsrisikos der Bevölkerung zu erreichen.

- Der am kommunalen Gesundheitsamt angesiedelte **Kinder- und Jugendgesundheitsdienst** erfüllt im gesamten Versorgungskonzept der Sozialpädiatrie die Funktion einer Schnittstelle zwischen Medizin und Schul-, Jugend- und Sozialwesen; er übernimmt komplementäre Aufgaben in der Primärprävention und in der gesundheitlichen Fürsorge für behinderte und benachteiligte Kinder. Im Gegensatz zu den Komm-Strukturen des vertragsärztlichen Versorgungssystems kann der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Problemfamilien aktiv ansprechen und tätig aufsuchen. Das ist besonders dort wichtig, wo die Erwachsenen keine Möglichkeit haben, den Gesundheitsproblemen ihrer Kinder adäquat zu begegnen.
- Nach Inkrafttreten des **Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes (BbgGDG)** vom 23.04.2008 haben sich für die Pflichtaufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienst gravierende Veränderungen ergeben. Insbesondere für die Untersuchungen der Kinder im Kindergartenalter nach § 6. Durch Standardisierung der Untersuchungen für das Land Brandenburg kam es zu einem deutlichen Qualitätssprung. Es erfolgt eine Entwicklungsdiagnostik nach standardisierten Testverfahren. Die Anzahl der zu untersuchenden Kinder hat sich durch die Altersbeschränkung zunächst verringert, demgegenüber hat sich der zeitliche und instrumentelle Aufwand deutlich erhöht. Die Verringerung der Untersuchungszahl wird durch ein konsequent durchgeführtes Betreuungscontrolling relativiert.

Der Ansatz, alle Kinder vom 30. bis 42. Lebensmonat, auch die Hauskinder, zu untersuchen, erfordert einen hohen organisatorischen Aufwand. Aufmerksamkeit und Zusammenarbeit mit den Kita-Erzieherinnen und den Eltern waren zu verbessern, damit auffällige Kinder, auch außerhalb dieser Altersspanne, vorgestellt werden. Im Vergleich zum Landesdurchschnitt wird im Elbe-Elster-Kreis durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst ein hoher Prozentsatz der zu untersuchenden Kinder auch tatsächlich erreicht und nach den standardisierten Testverfahren untersucht. Die Vielzahl der festgestellten medizinisch relevanten Befunde und Erstdiagnosen zeigt, dass durch die hohe Arbeitsqualität des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes frühzeitig adäquat behandelt werden kann und somit eine gesunde Entwicklung der Kinder befördert wird.

- Mit dem SGB IX wurde eine eigenständige gesetzliche Grundlage für die interdisziplinäre Frühförderung geschaffen. Medizinisch/therapeutische und heilpädagogische/psychische Leistung sowie die Beratung der Eltern sollen in einem interdisziplinären Prozess unter Berücksichtigung der Familie und des sozialen Umfeldes als Komplexleistung in **interdisziplinären Frühförder- und Beratungsstellen** und sozialpädiatrischen Zentren erbracht werden. Die Komplexleistung kommt durch eine gemeinsam vereinbarte Leistungserbringung der Rehabilitationsträger, in erster Linie der Krankenkassen und der örtlichen Sozialträger, zu Stande. Bisher sind alle Verhandlungen der Leistungserbringer zur Umsetzung des SGB IX gescheitert. Federführend unter dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familien wird der Prozess wieder in Gang gesetzt. Die Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung ist erklärtes Ziel der regierenden Parteien aus Brandenburg und Inhalt des Koalitionsvertrages.
- Bei der Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung vom 13.12.2006 werden neue Aufgaben auf den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst zukommen. Laut eines Rechtsgutachtens, das Prof. Dr. Eibe Riedel im Auftrag des Elternverbandes „Gemeinsam leben, gemeinsam lernen“ und des Sozialverbandes Deutschland erstellt hat, haben behinderte Kinder ab sofort das Recht, gemeinsam mit nichtbehinderten Kindern eine **allgemeine Schule** zu besuchen. Dieser Anspruch gelte nach der UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen für das einzelne Kind unabhängig von anders lautenden Schulgesetzen. Inklusion heißt: Lernen „in einer Schule für alle“. Im Gegensatz zur Integration will die Inklusion nicht die Kinder den Bedingungen der Schule anpassen, sondern die Rahmenbedingungen an den Bedürfnissen und Besonderheiten der Schülerinnen und Schüler ausrichten.
- Frühe Förderung von Kindern und Familien ist eine Investition in die Zukunft. Durch die Gründung des **Elbe-Elster Netzwerkes „Gesunde Kinder“** sind unterstützende Hausbesuche nach der Geburt eines Kindes durch Paten und Trainingsangebote für die Eltern im Elbe-Elster-Kreis möglich geworden. Bis zum Juli 2010 unterzeichneten 22 Familien eine Teilnahmevereinbarung und 20 Paten konnten ihre Tätigkeit aufnehmen. Eine Auswertung der Teilnehmer am Niederlausitzer Netzwerk „Gesunde Kinder“ zeigte, dass vor allem junge Mütter, Alleinerziehende und Ersteltern am Netzwerk teilnehmen.
- Inwieweit der **§ 7 Zentrales Einladungs- und Rückmeldewesen** des BbgGDG zur Erhöhung der Teilnahmequote an den Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) führt, wird erst durch eine Evaluation im Jahr 2011 festgestellt. Ein Problem stellen die verfristeten U-Untersuchungen dar, weil die Kostenübernahme durch die Krankenkasse nur innerhalb der Toleranzgrenze gesichert ist. In diesen Fällen bietet der KJGD die U-Untersuchung an. Für die Erfüllung der Aufgaben aus dem § 7 ergibt sich für den Kinder-

und Jugendgesundheitsdienst des Landkreises ein hoher personeller und zeitlicher Aufwand. Der finanzielle Aufwand muss noch beziffert werden. Problematisch bleibt es für die Gesundheitsämter bei der Freiwilligkeit der U-Untersuchungen geeignete und angemessene Maßnahmen bei fehlender Rückmeldung zu ergreifen. Neben der Erhöhung der Teilnehmerate an den U-Untersuchungen ist Hintergrund des § 7 die Vermeidung von Fällen der Kindeswohlgefährdung. Hier wird es möglicherweise Verknüpfungen zum neuen Kinderschutzgesetz geben.

- Das Netz zum Schutz von Kindern ist dichter geworden. Die Bundesfamilienministerin Kristina Köhler gab den Startschuss für ein umfassendes Kinderschutzgesetz: „Wir werden den **Kinderschutz** in Deutschland umfassend stärken“. Das neue Kinderschutzgesetz fußt auf den Säulen Prävention und Intervention. Nur ein interdisziplinäres koordiniertes Vorgehen und verbesserte Ausbildung aller beteiligten Fachleute können zur Verbesserung des Schutzes von Kindern vor Misshandlungen und Vernachlässigung beitragen. Deshalb erfolgten strukturelle und personelle Veränderungen im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes.
- Das Gesundheitsamt wird sich auch weiterhin im Rahmen seiner finanziellen und personellen Möglichkeiten an der Durchführung von **Projekten zur Gesundheitsförderung** beteiligen.
- Der **Zahnärztliche Dienst** konnte insgesamt eine positive Entwicklung in den vergangenen 6 Schuljahren feststellen, trotzdem besteht weiterhin ein erheblicher Präventionsbedarf. Dies wird besonders deutlich beim Vergleich der vorliegenden Ergebnisse mit dem Landesdurchschnitt gleichaltriger Kinder/Schüler in Brandenburg. Kindertagesstätten und Schulen sind neben der Familie wesentliche Sozialisierungsorte für Kinder und Jugendliche aus allen Lebenslagen und Bildungsschichten. Mit den Maßnahmen der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe wird dort die Bildung gesundheitsorientierter Verhaltensweisen - in Bezug auf die Zahn- und Mundgesundheit - in allen sozialen Schichten gefördert. Der Erreichungsgrad ist hoch, Effektivität und Effizienz sind nachgewiesen. Die Umsetzung der Gruppenprophylaxemaßnahmen sollte überall so früh wie möglich beginnen, kontinuierlich durchgeführt werden und bedarfsgerecht intensiviert werden. Schwerpunkt der Betreuung sind im Landkreis Elbe-Elster Kinder in Kindertagesstätten und Förderschüler. Die soziale Polarisierung in der Mundgesundheit besteht weiterhin. Hinweise zur Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen sind daher notwendig. Kinder und Jugendliche mit auffälligen zahnmedizinischen Befunden, bei denen über einen längeren Zeitraum bestehende umfangreiche Behandlungsbedürftigkeit und ein erhöhtes Kariesrisiko festgestellt wurden, finden hierbei eine besondere Beachtung. Interdisziplinäres Arbeiten sowie Einbeziehung der Eltern und Multiplikatoren ist konstant fortzusetzen bzw. auszubauen, um Erreichtes nachhaltig zu sichern, Defiziten zu begegnen und weitere Verbesserungen zur Mundgesundheit zu erreichen.

6. Anlage

Brandenburger Sozialindex

Teil der Sozialanamnese bei den kinderärztlichen Einschulungsuntersuchungen ist die Frage nach der Schulbildung und dem Erwerbsstatus von Mutter und Vater. Mit diesen beiden Merkmalen wird ein additiver Sozialindex gebildet. 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 des Sozialstatus im Einzelnen verarbeitet wurden, geht aus der Abbildung hervor.

	Punkte je Elternteil	
Schulbildung		
niedrige Schulbildung (fehlender Schulabschluss bzw. weniger als 10 Klassen)	1	
mittlere Schulbildung (10 Klassen)	2	
hohe Schulbildung (mehr als 10 Klassen)	3	
Erwerbstätigkeit		
nicht erwerbstätig	1	
erwerbstätig (Vollzeit und Teilzeit)	2	

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, Trendaussagen über die soziale Lage von jungen Familien zu machen.

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

7. Literatur- und Quellenverzeichnis

Ärzte Verlag, Köln

Micheelis, W. & Reich, E. (1999). Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III)

Micheelis, W. & Schiffner, U. (2006). Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV)

Amt für Statistik Berlin Brandenburg

Bundesgesundheitsblatt

Band 50, Schenk, L. & Knopf, H. (2007) Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, S.653-658

Band 53, Heft 5, Mai 2010, T. Lampert „Frühe Weichenstellung“, S.486

Deutsches Ärzteblatt

13/2010 G. Jacobi et al.: „Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern- Diagnose und Vorgehen“, S.231

17/2010 H. Korzilius, S. Rieser: „Ein ganzer Block voller Rezepte“, S.677

20/2010 Dokumentation zum 113. Deutschen Ärztetag, S.859

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V., Bonn

Pieper, K. (2005) Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2004

Elbe-Elster-Klinikum

Gesundheitsministerkonferenz der Länder

Beschlüsse der 83.GKM am 30.06 und 1.07.2010 in Hannover

Jugendamt Landkreis Elbe-Elster

Verfahrens- und Handlungsregelungen zur Umsetzung des § 8a SGB VIII, 08.12.2009

Kinderärztliche Praxis

05/2000 Dr. H. Meireis „Gemeindewesenbezogene Sozialpädiatrie –

Auftrag des öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes“, S.287ff

Kinder- und Jugendmedizin

02/2009 W. Kiess et al.: „Kinderschutz“, S.93

Landesamt für Soziales und Gesundheit, Wünsdorf

Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum I (2006)

Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum II (2009)

LGA Brandenburg

„Brandenburger Sozialindikatoren 2007“

Statistik Einschulungsuntersuchungen 2009 Dr. Gabriele Ellsäßer

Statistik Schulabgangsuntersuchungen 2008/2009 Dr. Gabriele Ellsäßer

Inpunkto (2009) LGA im Landesamt für Soziales und Versorgung, Zossen

MASGF des Landes Brandenburg, November 2008, Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr.6

„Gesunde Zähne für ein fröhliches Lachen“ Zur Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg

Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des
Landes Brandenburg, Potsdam
Suchtproblematik im Land Brandenburg (2010)

Oralprophylaxe 22, 219 - 222

Rojas, G. & Böhm, A. (2000). Zahn- und Mundgesundheit von Einschulern im Land Brandenburg

Oralprophylaxe 25, 59-65

Robke, F.J. & Buitkamp, M. (2002). Häufigkeit der Nuckelflaschenkaries bei Vorschulkindern in einer westdeutschen Großstadt

Oralprophylaxe und Kinderzahnheilkunde 30, 6-10

Pieper, K. Jablonski-Momemi, A. (2008). Prävalenz der Milchzahnkaries in Deutschland. Die aktuelle Herausforderung angesichts generell erfolgreicher Kariesprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen..

Robert Koch Institut

2001 „Der Lebensverlängerungsprozess in Deutschland“, S. 60ff

2009 „20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt?“, S.201

Sozialgesetzbuch (SGB) VIII – Kinder- und Jugendhilfe

Sozialgesetzbuch (SGB) XII – Sozialhilfe

Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung Brandenburg

Rundbrief 07.07.2010

Erste Handlungsperspektiven der überregionalen Arbeitsstelle Frühförderung Brandenburg vom 25.09.2003