



SACHSEN-ANHALT

---

Landesamt für  
Verbraucherschutz

# Gesundheit von Sechstklässlern in Sachsen-Anhalt Update Nr. 2

## ***Impressum***

Herausgeber: Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt  
Fachbereich Hygiene  
Große Steinernetischstraße 4  
39104 Magdeburg

Postanschrift: Postfach 1748, 39007 Magdeburg  
Telefon: 0391 2564-0, Fax: 0391 2564-192  
E-Mail: [lav-fb2@sachsen-anhalt.de](mailto:lav-fb2@sachsen-anhalt.de)

[www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de](http://www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de)

Autor/Ansprechpartner: Dr. rer. nat. Goetz Wahl ([goetz.wahl@sachsen-anhalt.de](mailto:goetz.wahl@sachsen-anhalt.de))

Dieser Bericht wurde mit Sorgfalt und nach vorhandenem Wissen erarbeitet. Eventuelle Fehler sowie inzwischen geänderter und erweiterter Kenntnisstand können jedoch nicht ausgeschlossen werden. Wenden Sie sich in diesem Fall direkt an den Autor.

Für weitere Informationen steht Ihnen der Internetauftritt des Landesamtes für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt unter [www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de](http://www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de) und der Gesundheitsberichterstattung Sachsen-Anhalts [www.gbe.sachsen-anhalt.de](http://www.gbe.sachsen-anhalt.de) zur Verfügung.

Stand: Oktober 2018  
LAV 10/2018-016

# **Gesundheit von Sechstklässlern in Sachsen-Anhalt**

Ergebnisse aus ärztlichen und zahnärztlichen  
Untersuchungen und Eltern- und Schülerbefragungen  
2012–2017

Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung  
für das Land Sachsen-Anhalt  
2018

# 1 Einleitung

Die Beobachtung (Monitoring) der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist ein Schwerpunkt der am Landesamt für Verbraucherschutz (LAV) angesiedelten Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Landes Sachsen-Anhalt. Hauptdatenquellen dafür sind die vom Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) jährlich durchgeführten ärztlichen Schuleingangsuntersuchungen (SEU), Untersuchungen in 3. Klassen (SR3) und 6. Klassen (SR6) sowie die zahnärztlichen Untersuchungen der Kinder im Alter von 0–12 Jahren (ZRU). Die anonymisierten Daten werden von den Gesundheitsämtern einmal jährlich auf elektronischem Wege an das LAV geschickt und die Ergebnisse der Auswertungen in Form von jährlich aktualisierten Indikatoren und von regelmäßig erscheinenden Fokusberichten und Schlaglichtern im Internet veröffentlicht.

Die vorliegende Auswertung sichtet alle bisherigen Kinder-Jugend-GBE-Veröffentlichungen des LAV mit speziellem Fokus auf Sechstklässler (11–13 Jahre). Für diese Altersgruppe liegt eine weitere umfangreiche Datenquelle vor: Eine einmalige, anonyme, schriftliche Befragung von Sechstklässlern im Jahr 2012 zu ihrer subjektiven Gesundheit und ihrem gesundheitsrelevanten Verhalten (Surv6).

## 2 Ergebnisse

### 2.1 Ärztliche Reihenuntersuchungen des ÖGD in 6. Klassen

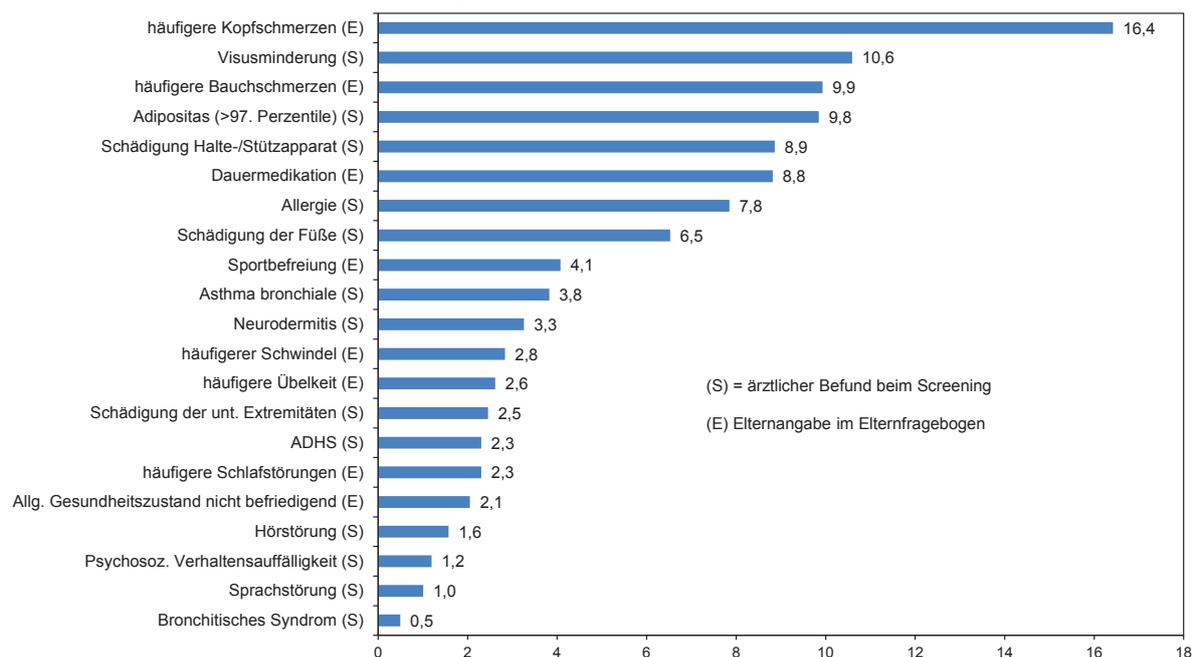
#### *Einleitung*

Bei den ärztlichen Untersuchungen des ÖGD sind die meisten Diagnosen / gesundheitlichen Defizite bei Sechstklässlern selten ( $\leq 10\%$ ), nur häufigere Kopfschmerzen waren laut Elternangaben relativ verbreitet (16,4 %, vgl. Abb. 1). Der allgemeine Gesundheitszustand wurde bei 98 % der Sechstklässler von den Eltern als „gut“ eingeschätzt (Abb. 1; I, SR6\_15).

Rechnet man allerdings auch Übergewicht im weiteren Sinne ( $> 90.$  Perzentile) als „Befund“, so waren im letzten Untersuchungsjahr (2016/17) immerhin knapp ein Viertel (24,2 %) der Sechstklässler diesbezüglich „mit Befund“ (I, SR6\_04). Erwähnenswert ist, dass 2015–2017 immerhin 8,8 % der Sechstklässler laut Elternauskunft eine Dauermedikation erhielten (Abb. 1). Diese besteht zu je etwa einem Viertel aus Asthmamedikamenten bzw. Psychopharmaka inkl. ADS/ADHS-Medikamente (I, SR6\_14). Bemerkenswert ist weiterhin, dass fast die Hälfte der Sechstklässler (46,5 % der Jungen und 41,2 % der Mädchen) laut Elternauskunft schon einmal einen Krankenhausaufenthalt hatte (V, Seite 15).

Der Eindruck einer weitgehend gesunden Sechstklässlerpopulation, der ggf. aus Abb. 1 abgeleitet werden könnte, wird geschmälert, wenn man untersucht, welcher Anteil der Kinder tatsächlich gar keinen der 21 in Abb. 1 gezeigten Befunde hat. Es zeigt sich, dass dies nur für 43,2 % der Kinder zutrifft und immerhin 13,3 % der Kinder sogar drei oder mehr Befunde gleichzeitig haben (Tab. 1).

**Abb. 1: Häufigkeit von Einzelbefunden bei Sechstklässlern, ärztliche Reihenuntersuchungen der Gesundheitsämter Sachsen-Anhalt, Schuljahre 2014/15 bis 2016/17 (kumuliert)**



Datenquelle/Copyright: Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Auswertung der Untersuchungen der Gesundheitsämter 6. Klassen

**Tab. 1: Häufigkeit von Mehrfachbefunden\* bei Sechstklässlern nach Geschlecht und Schulform, ärztliche Reihenuntersuchungen der Gesundheitsämter Sachsen-Anhalt, Schuljahre 2014/15 bis 2016/17 (kumuliert)**

Ge- schlecht	Schüler/innen insgesamt				Schüler/innen an Sekundarschulen				Schüler/innen an Gymnasien			
	Unter- suchte	ohne Befund	mit 1-2 Befunden	mit ≤ 3 Befunden	Unter- suchte	ohne Befund	mit 1-2 Befunden	mit ≤ 3 Befunden	Unter- suchte	ohne Befund	mit 1-2 Befunden	mit ≤ 3 Befunden
	Anzahl	%	%	%	Anzahl	%	%	%	Anzahl	%	%	%
weiblich	9.460	41,8	44,3	14,0	4.570	36,6	46,6	16,8	4.890	46,6	42,1	11,3
männlich	9.618	44,5	42,9	12,6	5.106	40,9	44,7	14,4	4.512	48,6	40,9	10,5
beide	19.078	43,2	43,6	13,3	9.676	38,9	45,6	15,5	9.402	47,6	41,5	10,9

\* insgesamt 13 ärztliche Erhebungen und 8 Elternangaben berücksichtigt (vgl. Abb. 1)

Datenquelle/Copyright: Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Auswertung der ärztlichen Untersuchungen der Gesundheitsämter in 6. Klassen

### b) Vergleich mit Daten aus anderen Bundesländern bzw. mit Bundesdaten

Vergleichsdaten aus ÖGD-Reihenuntersuchungen in 6. Klassen in anderen Bundesländern liegen derzeit nicht vor. Ein näherungsweise Vergleich kann nur mit Daten von 11–13-Jährigen (in einer etwas anderen Alterszusammensetzung) bei den bundesweiten KiGGS-Studien des Robert Koch-Institutes vollzogen werden. Danach gibt es Hinweise, dass Kinder in diesem Alter in Sachsen-Anhalt häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen sind als im Bundesdurchschnitt (V, XI).

### **c) Abhängigkeit der Gesundheit von sozialen Rahmenbedingungen**

Bei den ärztlichen Reihenuntersuchungen des ÖGD in Sachsen-Anhalt waren gesundheitliche Defizite bei Sechstklässlern an Sekundarschulen häufiger als an Gymnasien und an öffentlichen Schulen häufiger als an Schulen in freier Trägerschaft. Diese gesundheitliche Ungleichheit wird nach Expertenmeinung nicht etwa durch die unterschiedlichen Unterrichtskonzepte dieser Schulformen hervorgerufen, sondern sie spiegelt vielmehr in erster Linie die soziale Lage der Familien wider, in denen die Kinder aufwachsen: Kinder aus sozial starken Familien besuchen erwiesenermaßen häufiger Gymnasien und Schulen in freier Trägerschaft (vgl. z. B. XVIII); gleichzeitig bringen diese Kinder seltener gesundheitliche Beeinträchtigungen mit als Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus. Kinder aus sozial schwachen Familien besuchen hingegen häufiger Sekundarschulen (vgl. z. B. XVIII) und Schulen in öffentlicher Trägerschaft; diese Kinder haben – u. a. bedingt durch die bei sozial schwachen Familien weitere Verbreitung ungesunder Lebensstile – häufiger gesundheitliche Defizite als Kinder mit hohem Sozialstatus. Bei gleichzeitiger Berücksichtigung von Form und Trägerschaft der Schule zeigte sich z. B., dass (in Sachsen-Anhalt) Sechstklässler an Gymnasien ein geringeres Risiko für Adipositas, Sehschwäche und Hörschwäche haben als Sekundarschüler, und dass Sechstklässler an Schulen in freier Trägerschaft ein geringeres Risiko für Adipositas, Kopfschmerzen und bronchitisches Syndrom haben als Sechstklässler an öffentlichen Schulen (V, VI). Einzige Ausnahme zu der oben festgestellten, überwiegenden „gesundheitlichen Benachteiligung“ von Sechstklässlern an Sekundarschulen und an öffentlichen Schulen waren Allergie, Neurodermitis und Schädigungen der unteren Extremitäten (welche an Gymnasien häufiger waren als an Sekundarschulen) sowie das Vorliegen einer Dauermedikation des Kindes, welche an freien Schulen häufiger war als an öffentlichen Schulen (V, VI). Untersucht man, wie sich Sechstklässler mit gar keinem, 1–2 bzw.  $\geq 3$  Befunden zwischen den Schulformen verteilen, so wird deutlich, dass an Sekundarschulen weniger völlig befundfreie Kinder und mehr Kinder mit multiplen Befunden vorkommen als an Gymnasien (Tab. 1). Die Abhängigkeit des Gesundheitszustandes von sozialen Rahmenbedingungen wird aus den GBE-Daten zur Schuleingangsuntersuchung noch deutlicher: Bei einzuschulenden Kindern wird der Sozialstatus in Sachsen-Anhalt direkt, über die Schulbildung und die Erwerbstätigkeit der Eltern erhoben (XV); hier zeigt sich eine deutliche Abstufung fast aller Befundhäufigkeiten vom Sozialstatus der Kinder/ Familien, insbesondere bei Entwicklungsstörungen (III Seite 27–29; VI, Seite 2).

### **d) Geschlechtsspezifische Unterschiede**

Mädchen in der 6. Klasse sind beim Screening durch den ÖGD häufiger von Sehschwäche, diastolischem Bluthochdruck, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Skoliose und Neurodermitis betroffen, gleichaltrige Jungen sind hingegen häufiger von Farbsehschwäche, Allergien und Asthma betroffen und erhalten (u. a. deshalb) häufiger eine Dauermedikation (I, SR6\_08; V, Seite 3 + 4; VI, Seite 20). Bezüglich Übergewicht (> 90. Perzentile, inklusive Adipositas und extremer Adipositas) zeigt sich aktuell kein Unterschied bei Mädchen und Jungen der 6. Klasse, allerdings scheinen Mädchen häufiger von extremer Adipositas betroffen zu sein (I, SR6\_04). Untersucht man, wie sich die Häufigkeit von multiplen Befunden zwischen den Geschlechtern verteilt, so wird deutlich, dass in der 6. Klasse Mädchen seltener völlig befundfrei und häufiger von multiplen Befunden betroffen sind als Jungen (Tab. 1).

Die etwas höhere Anzahl defizitärer Gesundheitsparameter bei Mädchen der 6. Klasse im Vergleich zu Jungen könnte zu dem Schluss führen, dass eine allgemeine gesundheitliche Benachteiligung von Mädchen im Kindes- und Jugendalter vorliegt. Allerdings ist zu bedenken, dass Mädchen in der 6. Klasse schon häufig in die Pubertät eingetreten sind (und dadurch häufiger Befindlichkeitsstörungen haben und empfänglicher für ungesunde Lebensstile sind), dass Mädchen i. d. R. offener (mit ihren Eltern) über Gesundheitsprobleme sprechen als Jungen, dass Eltern sensibler ge-

genüber gesundheitlichen Belastungen von Töchtern im Vergleich zu denjenigen bei Söhnen sind und dass deshalb bei den Elternangaben zur Gesundheit ihrer Kinder eine geschlechtsspezifische Verzerrung vorliegt (siehe 2.3 h). Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen sprechen nämlich eine ganz andere Sprache: Hier sind Jungen deutlich häufiger von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen betroffen als Mädchen (III, Seite 24–26; VI Seite 2); so sehr, dass es angeraten scheint, einen Expertendiskurs darüber anzustoßen, ob in Sachsen-Anhalt eine gezielte Förderung von Jungen im Vorschulalter sinnvoll und nötig ist.

### **e) Regionale Unterschiede**

Viele Befundhäufigkeiten bei den ÖGD-Untersuchungen in 6. Klassen zeigen (zum Teil deutliche) Unterschiede zwischen den verschiedenen Landkreisen und kreisfreien Städten in Sachsen-Anhalt (vgl. I). Ob diese Unterschiede immer reale regionale Gesundheitsunterschiede der Kinder widerspiegeln oder z. T. auch oder sogar überwiegend durch Unterschiede in der Untersuchungsmethodik der 14 Gesundheitsämter verursacht werden (trotz landesweiter Standardisierung seit dem Schuljahr 2014/2015), ist noch nicht abschließend geklärt. Weitergehende Untersuchungen, z. B. zur Korrelation von sozialen mit gesundheitlichen Parametern der Kinder in den 14 Regionen in Sachsen-Anhalt können hier eventuell mehr Klarheit bringen.

### **f) Trends**

#### **f1) Entwicklung der Gesundheit vom Vorschul- über das Grundschul- bis zum Mittelschulalter**

Eine Reihe von Gesundheitsparametern wird in Sachsen-Anhalt in den drei ärztlichen Reihenuntersuchungen des ÖGD (SEU, SR3, SR6) im Prinzip nach der gleichen Methodik erhoben und kann so verglichen werden. Unter 14 diesbezüglich untersuchten Indikatoren ist bei elf Indikatoren eine deutliche und zunehmende Verschlechterung der Werte (Zunahme der Befundhäufigkeiten) zwischen SEU, SR3 und SR6 zu verzeichnen. Insbesondere die Zunahme der Häufigkeit von Befindlichkeitsstörungen (v. a. Kopf- und Bauchschmerzen) und von Dauermedikation könnte ein Hinweis darauf sein, dass familiäre, soziale und/oder schulische Belastungen der Kinder in diesem Zeitraum zunehmen und sich negativ auf die Gesundheit auswirken (V, Seite 11; VI, Seite 4+6). Die deutliche Zunahme der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas zwischen SEU, SR3 und SR6 ist wahrscheinlich der wachsenden Expositionsdauer und Empfänglichkeit gegenüber ungesunden Lebensstilen in diesem Lebensabschnitt geschuldet (VI, S. 6).

#### **f2) Ausgewählte Zeittrends**

Positive Trends: Eltern von Sechstklässlern geben seit Einführung einer differenzierten Raucherfrage im Schuljahr 2014/2015 zunehmend seltener an, zuhause innerhalb der Wohnung zu rauchen (I, SR6\_17).

Negativtrends: Die Häufigkeit von Übergewicht, Adipositas, extremer Adipositas, Schädigungen des Halte- und Stützapparates, Kopfschmerzen und Bauchschmerzen scheint bei Sechstklässlern in den letzten Jahren (weiterhin) anzusteigen (I, SR6\_04, SR6\_10, SR6\_15).

## 2.2 Zahnärztliche Reihenuntersuchungen des ÖGD bei 12-Jährigen

Nach SGB V § 21, § 9 Abs. 3 GDG-LSA und den Rahmenvereinbarungen der LAG Sachsen-Anhalt vom 01.01.1995 sollen die Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter in Sachsen-Anhalt möglichst alle Kinder in Kitas und in Schulen bis zum 12. Lebensjahr mindestens einmal jährlich zahnärztlich untersuchen. In Schulen mit erhöhtem Kariesrisiko sollen zusätzlich Jugendliche bis 16 Jahre untersucht werden. Im vorliegenden Bericht werden nur die Untersuchungsergebnisse von Sechstklässlern in Sekundarschulen und Gymnasien dargestellt. Zusätzlich beschränkt sich die Darstellung auf genau 12-Jährige, weil dies eine maßgebliche Altersgruppe bei bundesweiten Studien ist. Zahnärztliche Untersuchungsergebnisse von Kindern / Jugendlichen anderer Altersgruppen und Einrichtungsformen sind unter [www.gbe.sachsen-anhalt.de](http://www.gbe.sachsen-anhalt.de) >> Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen >> zahnärztliche Untersuchungen in Kitas und Schulen zu finden.

### **a) Zahngesundheit und zahngesundheitliche Defizite bei 12-Jährigen**

Nach der letzten Vergleichsstudie der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) hatten 12-Jährige in Sachsen-Anhalt im Jahr 2016 zu 76,7 % naturgesunde Gebisse und im Mittel nur noch 0,52 Zähne mit Karieserfahrung (D = akut-kariöse Zähne, M = wegen Karies extrahierbare Zähne, F = kariös-sanierte Zähne) (II, ZRU\_18). Die mittlere Anzahl kariöser Zähne (mittlerer DMF-T-Wert) bei 12-Jährigen in Sachsen-Anhalt ist damit deutlich besser (geringer) als das für das Jahr 2020 für Deutschland formulierte WHO-Gesundheitsziel für 12-Jährige (<1 kariöser Zahn pro Kind). Im letzten Untersuchungsjahr (2016/17) hatten 74,3 % der 12-Jährigen ein naturgesundes Gebiss (II, ZRU\_11).

### **b) Vergleich mit Daten aus anderen Bundesländern bzw. mit Bundesdaten**

Nach der DAJ-Studie waren der Anteil Kinder mit naturgesundem Gebiss und der mittlere DMF-T-Wert bei 12-Jährigen in Sachsen-Anhalt im Jahr 2016 allerdings noch immer schlechter als im Bundesdurchschnitt (II, ZRU\_18).

### **c) Abhängigkeit der Zahngesundheit 12-Jähriger von sozialen Rahmenbedingungen**

Die Zahngesundheit von Kindern ist in besonderem Maße abhängig von der sozialen Lage der Familien, aus denen sie stammen. So ist z. B. der mittlere DMF-T-Wert von 12-Jährigen in den Bundesländern statistisch signifikant mit der Arbeitslosenquote in diesen Ländern korreliert (XIV.). Auch konnte die GBE zeigen, dass sich in Sachsen-Anhalt die DMF-T-Werte von Kindern an Förderschulen, Sekundarschulen und Gymnasien deutlich unterscheiden, wobei Gymnasialschüler (mit hohem Anteil an Kindern aus sozial starken Familien, vgl. z. B. XVIII) immer die besten (niedrigsten) DMF-T-Werte hatten, die Förderschüler (mit hohem Anteil an Kindern aus sozial schwachen Familien, vgl. z. B. XVIII) immer die schlechtesten (höchsten) DMF-T-Werte aufweisen. Ebenso ist die Zahngesundheit bei Kindern an Schulen in freier Trägerschaft besser als an öffentlichen Schulen (IV, Seiten 20 + 21; VI, Seite 5). Eine exemplarische Pilotstudie in einem Landkreis in Sachsen-Anhalt im Schuljahr 2016/2017 zeigte, dass Kinder aus neu zugezogenen Familien mit Migrationshintergrund (in diesem Zeitraum in Sachsen-Anhalt ganz überwiegend Kinder von Asylsuchenden) eine deutlich schlechtere Zahngesundheit haben als deutsche Kinder (XIV.).

Sowohl bei 12-Jährigen als auch – in noch stärkerem Maße – bei jüngeren Kindern ist (in Sachsen-Anhalt) eine sogenannte „Polarisierung“ der Karies zu beobachten: Nur ein kleiner Anteil (6,1 %) der 12-Jährigen hat einen starken Kariesbefall ( $\geq 4$  kariöse Zähne) und vereint dabei 44,0 % aller kariösen Zähne dieser Altersgruppe auf sich (XIV, Seite 4). In anderen Studien konnte gezeigt werden, dass diese Kariesrisiko-Kinder fast immer aus sozial besonders schwachen Familien stammen.

#### **d) Geschlechtsspezifische Unterschiede**

Im Alter bis etwa acht Jahre haben Jungen eine schlechtere Zahngesundheit als Mädchen, im Alter von 9 bis 17 Jahren haben dann Mädchen die schlechtere Zahngesundheit. Dies liegt einerseits an dem generell schlechteren Zahnpflegeverhalten und Zahnvorsorgeverhalten von Jungen (welches sich bis zu einem Alter von acht Jahren manifestiert), andererseits an dem entwicklungsphysiologischen Vorsprung der Mädchen im Alter von etwa 9–17 Jahren, welcher zu einem entwicklungsphysiologisch „älteren Gebiss“ mit häufigerem Kariesbefall bei Mädchen dieser Altersgruppe führt (II, ZRU\_07; IV, Seite 10; XIV, S. 5).

#### **e) Regionale Unterschiede**

Auch bei zahngesundheitlichen Parametern von 12-Jährigen zeigen die GBE-Daten regionale Unterschiede in Sachsen-Anhalt. Da die Methodik der zahnärztlichen Befundung stringenter als die der ärztlichen Befundung ist, spiegeln die regionalen Unterschiede im zahnärztlichen Bereich wahrscheinlich in stärkerem Maße echte regionale Zahngesundheitsunterschiede wider. Tatsächlich waren die mittleren DMF-T-Werte in den einzelnen Regionen in Sachsen-Anhalt mit bestimmten zahnmedizinischen Versorgungsindikatoren korreliert (IV, Seiten 27 + 28).

#### **f) Ausgewählte Zeittrends**

Positive Trends: Der Kariesbefall (der mittlere DMF-T-Wert) ist bei 12-Jährigen in Sachsen-Anhalt in den letzten zehn Jahren sehr deutlich gesunken (II, ZRU\_11; XV, Seite 2). Dies ist wahrscheinlich in erster Linie das Verdienst der engmaschigen Betreuung durch den ÖGD und vor dem Hintergrund des hohen Anteils sozial schwacher Familien in Sachsen-Anhalt ein beachtlicher Erfolg (XIV, Seite 6).

Negativtrends: Allerdings sind im gleichen Zeitraum bei 12-Jährigen auch der sogenannte Sanierungsgrad (Anteil sanierter Zähne am gesamten DMF-T-Wert) und die mittlere Anzahl versiegelter Backenzähne gefallen, d. h. unter den von Karies befallenen Kindern steigt der Anteil derjenigen, die sich nicht zeitnah in zahnärztliche Behandlung begeben und insgesamt scheint das Vorsorgeverhalten der Kinder / der Eltern (z. B. Versiegelungen) im Land etwas nachzulassen (XIV).

## 2.3 Befragung von Sechstklässlern im Jahr 2012 („Surv6“)

Die Basisauswertungen dieser landesweiten Befragung von ca. 3.600 Schülerinnen und Schülern an Sekundarschulen und Gymnasien sind in einem Fokusbericht (VIII.) und in einem Schlaglicht (IX.) des LAV veröffentlicht. Der weit überwiegende Anteil der in dieser Studie befragten Sechstklässler war zwölf Jahre alt (76%); nur jeweils 1 %, 9 %, 12 % bzw. 2 % der Befragten waren 10, 11, 13 bzw. 14 Jahre alt.

### **a) Subjektive Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten**

Positiv zu bewertende Ergebnisse: Der weit überwiegende Teil der Kinder

- fühlt sich zuhause wohl (88 %) und versteht sich gut mit den Eltern (80 %),
- versteht sich gut mit Freunden (90 %) und fühlt sich von anderen gemocht (72 %),
- fühlt sich nie/selten allein (95 %), hat nie/selten Angst (93 %), lacht viel und hat viel Spaß (78 %),
- treibt 1–2-mal pro Woche Sport (75 %),
- putzt sich mindestens 2-mal täglich die Zähne (86 %).

Negativ zu bewertende Ergebnisse: Ein nicht unerheblicher Teil der Kinder

- hat häufiger Kopfschmerzen (34 %) und fühlt sich oft/immer müde und schlapp (16 %),
- findet sich nie/selten selbst gut (33 %), ist nie/selten stolz auf sich (32 %) und/oder kann sich nie/selten selbst leiden (39 %),
- macht sich oft/immer Sorgen um die Zukunft (16 %) und/oder hat Schlafschwierigkeiten (26 %),
- treibt nie Sport (20 %) und/oder findet sich zu dick (46 %),
- bleibt an Schultagen in der Regel ohne warme Mahlzeit (11 %),
- nutzt täglich 3–4 Std. oder mehr Fernsehen (23 %), Computer (18 %), und/oder Handy (18 %),
- lebt in einem Raucherhaushalt (52 %) und/oder hat selbst Freunde, die rauchen (25 %) bzw. die Alkohol trinken (25 %).

### **b) Gesundheitsbezogene Lebensqualität**

Im Surv6 wurde auch die sogenannte gesundheitsbezogene Lebensqualität der Sechstklässler erhoben. Dazu wurde das etablierte Instrument KID-KINDL® eingesetzt (XVI, XVII), welches auch in der bundesweiten KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) verwendet wurde. Im Vergleich der Ergebnisse zeigte sich, dass sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen in Sachsen-Anhalt alle sieben KINDL-Scores (Gesamtscore und sechs Themenfeld-Scores) schlechter (niedriger) sind als in der KiGGS-Studie. Die stärksten Negativabweichungen bei den Kindern in Sachsen-Anhalt finden sich in den Themenbereichen Selbstwertgefühl und Schule (VIII).

### **c) Nähe zu Tabak und Alkohol, Tabak- und Alkohol-Eigenkonsum**

24,8 % der befragten Sechstklässler in Sachsen-Anhalt geben an, schon Freunde zu haben, die rauchen, 17,8 % geben an, schon einmal geraucht zu haben und 1,8 % antworten, dass sie schon regelmäßig rauchen. Diese Anteile sind jeweils deutlich höher als unter 11–13-Jährigen in den bundesweiten KiGGS-Studien (VIII, X, XI, XIII).

43,1 % der Sechstklässler in Sachsen-Anhalt geben an, schon einmal Alkohol getrunken zu haben und 20,1 % trinken nach eigenen Angaben ab und zu, öfter oder regelmäßig Alkohol. Auch diese Anteile sind jeweils deutlich höher als unter 11–13-Jährigen in den bundesweiten KiGGS-Studien (VIII, XI.).

#### **d) Weitere Abweichungen von Gesundheitsauskünften von Sechstklässlern in Sachsen-Anhalt**

Neben den Abweichungen bei gesundheitsbezogener Lebensqualität, Rauchen und Alkoholkonsum, weichen auch andere Selbstauskünfte von denjenigen von 11–13-Jährigen in den Bundesstudien ab (vgl. VIII) und zeigen, dass Sechstklässler in Sachsen-Anhalt:

negativ zu bewertend:

- häufiger einen Allgemein- oder Kinderarzt aufsuchen (Seiten 62–63),
- häufiger im Krankenhaus behandelt werden/wurden (Seite 64),
- seltener körperlich / sportlich aktiv und seltener Mitglied in einem Sportverein sind (Seiten 66–67),
- sich seltener fit oder topfit und häufiger nicht in Form oder völlig außer Form fühlen (Seiten 70–71),

positiv zu bewertend:

- seltener ganz ohne Frühstück sind (Seiten 69–70),
- ein besseres Zahnpflegeverhalten und Zahnvorsorgeverhalten haben (Seiten 71–72).

#### **e) Geschlechtsunterschiede**

In der Altersgruppe der Sechstklässler schätzen Jungen ihre Gesundheit deutlich besser ein als Mädchen und geben bei Fragen zu gesundheitlichen Rahmenbedingungen deutlich häufiger positive bzw. seltener negative Antworten als Mädchen: Jungen verspüren u. a. häufiger viel Kraft und Ausdauer, leiden seltener unter Alleinsein und Angstgefühlen, haben häufiger ein hohes Selbstwertgefühl, verstehen sich besser mit ihren Eltern und fühlen sich zuhause wohler, frühstücken häufiger zuhause, leiden seltener unter Appetitlosigkeit, fühlen sich seltener (viel) zu dick, treiben häufiger Sport, leiden seltener unter Schlafproblemen, rauchen seltener und haben seltener Freunde, die schon rauchen. Zu den wenigen Gesundheitsparametern, bei denen Mädchen signifikant besser abschneiden als Jungen gehören: Mädchen verpassen seltener ein Minimum von einer warmen Mahlzeit pro Tag, putzen sich häufiger 2-mal oder mehr pro Tag die Zähne, halten sich im Sommer häufiger draußen auf, lesen mehr Bücher und nutzen maßvoller die Spielkonsole (VIII).

Sämtliche sieben Scores zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität sind in Sachsen-Anhalt bei Mädchen schlechter als bei Jungen. Die stärksten Negativabweichungen bei den Mädchen finden sich beim Selbstwertgefühl und beim körperlichen Wohlbefinden. Auch in der KiGGS-Deutschlandstichprobe haben 11–13-jährige Mädchen meist schlechtere Scores als Jungen. Allerdings sind die Negativabweichungen fast immer geringer als in Sachsen-Anhalt (VIII).

Bei den gefundenen Geschlechtsunterschieden muss berücksichtigt werden, dass in der „Umbruchsphase“ der 6. Klasse sich schon viel mehr Mädchen in der Pubertät befinden als Jungen, dass Mädchen deshalb im Vergleich zu Jungen in diesem Alter bewusster gegenüber eigenen Gesundheits- und Befindlichkeitsdefiziten sind, und dass sie auch eventuell offener mit eigenen Gesundheitsproblemen umgehen und diese dann auch öfter im Fragebogen angeben.

## **f) Soziale Rahmenbedingungen der subjektiven Gesundheit von Sechstklässlern**

Der Einfluss der sozialen Lage auf die gesundheitsrelevanten Selbstauskünfte der Sechstklässler konnte hier wieder nur in indirekter Weise, über den Vergleich der Anwohnhäufigkeiten in Sekundarschulen und Gymnasien erfolgen (vgl. 2.1 c, 2.2 c und XVIII). Sekundarschüler verstehen sich nach eigenen Angaben u. a. schlechter mit ihren Eltern, fühlen sich seltener zuhause wohl, haben häufiger zuhause schlimmen Streit, treiben seltener Sport, berichten häufiger von übermäßigem Konsum elektronischer Medien, rauchen häufiger selbst, haben häufiger Freunde, die rauchen und Alkohol trinken, gehen später zu Bett, frühstücken seltener zuhause, nehmen häufiger gar keine warme Mahlzeit pro Tag ein, schaffen seltener ihre Schulaufgaben und haben häufiger Angst vor schlechten Noten. Bei einer ganzen Reihe weiterer zunächst festgestellter Unterschiede zwischen Gymnasial- und Sekundarschülern verlor die Schulform zwar ihren Einfluss, wenn andere, gleichzeitig wirkende Faktoren aus dem familiären und sozialen Umfeld mitberücksichtigt werden (binäre logistische Regressionsanalysen). Allerdings tauchten auch neue, zunächst nicht festgestellte Unterschiede zwischen Sekundarschule und Gesundheit auf (fast immer zuungunsten der Sekundarschule), die vorher anscheinend „verdeckt“ waren. Insgesamt ist festzustellen, dass auch nach multivariater Analyse mit etlichen weiteren Einflussfaktoren die Zugehörigkeit zu einer Sekundarschule statistisch signifikant mit häufigeren gesundheitlichen Defiziten / Risiken (nach Selbstauskunft der Schülerinnen / Schüler) assoziiert ist bzw., umgekehrt formuliert, die Zugehörigkeit zu einem Gymnasium statistisch signifikant mit selteneren gesundheitlichen Defiziten / Risiken assoziiert ist (vgl. VIII, Seiten 80–81). Diese klare Assoziation von Schulform (bzw. dem „dahinterliegenden“ Sozialstatus der Schüler/innen) und Gesundheit ist kein landesspezifisches Problem, sondern zeigt sich auch in anderen Studien aus Deutschland (vgl. z. B. XIX).

## **g) Die wichtigsten Einflussfaktoren**

Binäre logistische Regressionsanalysen der Schülerantworten ergaben, dass bei Sechstklässlern in Sachsen-Anhalt der mit Abstand wichtigste Schutzfaktor ein gutes Verhältnis der Kinder zu ihren Eltern ist. Gefolgt wird dieser positive Einflussfaktor von der Wertschätzung durch andere (Kinder) und einem guten Selbstbild sowie einer gesunden Lebensweise (Ernährungs- und Schlafgewohnheiten, sportliche Aktivitäten und Aufenthalt im Freien). Die wichtigsten Risikofaktoren für die körperliche und seelische Gesundheit der Kinder sind das Gefühl des Alleinseins, häufige Angstgefühle, übermäßige Computernutzung und zu viel Fernsehen (VIII, Seite 83, IX).

## **h) Vergleich von Selbst- und Elternauskünften zur Gesundheit von Sechstklässlern**

Die Auswertungen der GBE belegen, dass Aussagen zum Gesundheitszustand und zu gesundheitlichen Rahmenbedingungen von Sechstklässlern nur eingeschränkt belastbar sind, wenn sie über eine Befragung der Eltern erfolgen. So ist die Häufigkeit von Kopfschmerzen und Bauchschmerzen nach Selbstauskunft der Kinder 2,7- bis 3,9-mal höher als nach Elternauskunft, außerdem scheint die Symptomaufmerksamkeit und/oder Informiertheit der Eltern in Bezug auf ihre Söhne geringer zu sein als in Bezug auf ihre Töchter: Der bekannte geschlechtsspezifische Unterschied in der Häufigkeit von Kopf- und Bauchschmerzen in diesem Alter (Mädchen > Jungen) ist in der Elternwahrnehmung noch stärker als in den eigenen Angaben der Kinder (Abb. 2 und XII). Die Häufigkeit von Schlafschwierigkeiten ist bei eigener Auskunft der Kinder sogar 15-mal höher als in der Wahrnehmung der Eltern (VIII, Seite 88). Auch die Angabe dazu, ob im elterlichen Haushalt geraucht wird, beantworten die Kinder selbst deutlich häufiger mit Ja als die Eltern derselben Kinderpopulation (VIII, Seite 88). Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass Eltern den Gesundheitszustand ihrer Kinder (in diesem Alter) nicht adäquat einschätzen und Lebensstile, die für sie und ihre Kinder ungesund sind, in Befragungen nur bedingt wiedergeben.

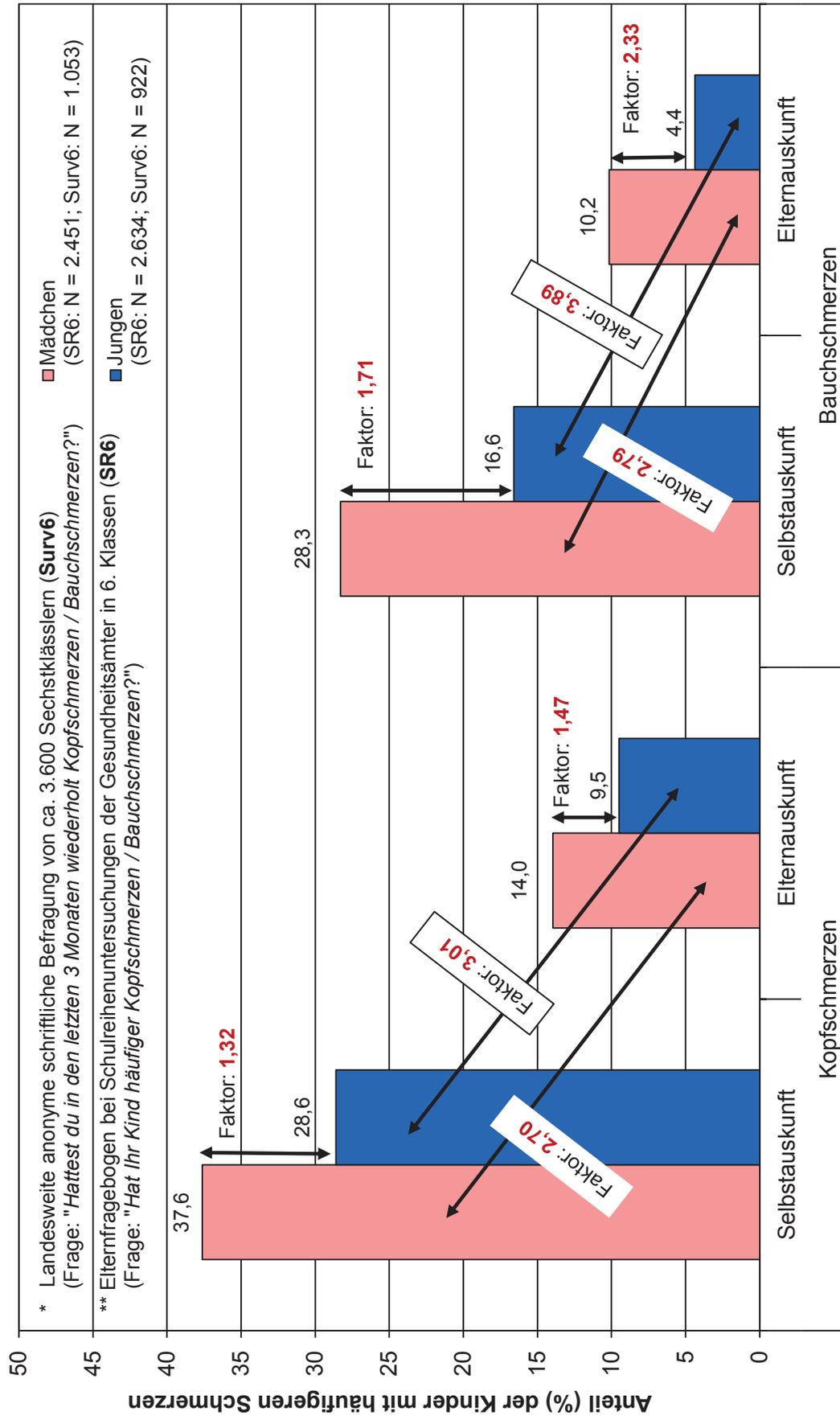
### 3 Zusammenfassung / Fazit

Die große Mehrzahl der Sechstklässler in Sachsen-Anhalt gibt an, sich zuhause wohlfühlen (88 %), sich gut mit Freunden (90 %) bzw. Eltern (80 %) zu verstehen, nie/selten Einsamkeit (95 %) oder Angst (93 %) zu verspüren und viel zu lachen und viel Spaß zu haben (78 %). Bei den Untersuchungen des ÖGD in 6. Klassen sind einzelne, separat betrachtete ärztliche Befunde relativ selten ( $\leq 10$  %) und bei den zahnärztlichen Untersuchungen des ÖGD haben inzwischen fast drei Viertel der 12-Jährigen ein naturgesundes (völlig kariesfreies) Gebiss. Dies ergibt zunächst das Bild einer insgesamt gesunden und zufriedenen Sechstklässlerpopulation in Sachsen-Anhalt. Allerdings wird dieses positive Bild durch folgende Beobachtungen getrübt:

- 1) Werden Sechstklässler selbst befragt (und nicht wie sonst üblich die Eltern), so berichten sie bedenklich häufig von bestimmten Befindlichkeitsstörungen wie Kopfschmerzen (34 %), mangelnder Selbstzufriedenheit/ Selbstliebe (32–39 %), dem Gefühl, zu dick zu sein (45 %) und Schlafstörungen (26 %).
- 2) Bei den Untersuchungen des ÖGD ist weniger als die Hälfte der Sechstklässler völlig befundfrei.
- 3) Viele der untersuchten Gesundheitsparameter sind – trotz teilweise positiver Tendenz – in Sachsen-Anhalt noch schlechter als im Bundesdurchschnitt (in nationalen Studien).
- 4) Es herrschen zum Teil deutliche soziale und geschlechtsspezifische gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern in Sachsen-Anhalt.

Fazit: Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern in Sachsen-Anhalt sollten ggf. fokussiert werden, z. B. durch Stärkung sozial schwacher Familien, Förderung von Jungen im Vorschulalter und gesundheitlicher und emotional-psychischer Unterstützung von Mädchen in der Pubertät.

**Abb. 2: Prävalenz von Kopf- und Bauchschmerzen bei 12-jährigen Mädchen und Jungen nach Selbstauskunft\* und nach Elternauskunft\*\*, Sachsen-Anhalt, Erhebungsjahr 2012**



Datenquelle/Copyright: Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt

## 4 Literatur

### **a) Kinder-Jugend-GBE-Veröffentlichungen des LAV**

Abgerufen unter [www.gbe.sachsen-anhalt.de](http://www.gbe.sachsen-anhalt.de) >> Daten zur Gesundheit von Kinder und Jugendlichen:

- I Indikatorensatz zu ärztlichen Reihenuntersuchungen in 6. Klassen (SR6).
- II Indikatorensatz zu zahnärztlichen Reihenuntersuchungen (ZRU).

Abgerufen unter [www.gbe.sachsen-anhalt.de](http://www.gbe.sachsen-anhalt.de) >> Fokusberichte, Schlaglichter:

- III (2013a) Gesundheit von einzuschulenden Kindern in Sachsen-Anhalt. Update Nr.1. Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung für das Land Sachsen-Anhalt. Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (Hrsg.). 30 Seiten.
- IV (2013b) Zahngesundheit von Kindern in Kindertagesstätten und Schulen in Sachsen-Anhalt. Update Nr.1. Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung für das Land Sachsen-Anhalt. Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (Hrsg.). 28 Seiten.
- V (2014a) Gesundheit von Sechstklässlern in Sachsen-Anhalt. Update Nr.1. Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung für das Land Sachsen-Anhalt. Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (Hrsg.). 22 Seiten.
- VI (2013c) Gesundheitliche Ungleichheiten bei Einschülern, Drittklässlern und Sechstklässlern in Sachsen-Anhalt. Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung für das Land Sachsen-Anhalt. Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (Hrsg.). 7 Seiten.
- VII (2014b) Alkohol-Update. Schlaglicht Gesundheit Sachsen-Anhalt Nr. 3/2014. Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (Hrsg.). 1 Seite.
- VIII (2015a) Subjektive Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten von Sechstklässlern in Sachsen-Anhalt. Ein landesweiter Survey im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung. Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (Hrsg.) 124 Seiten.
- IX (2016a) Subjektive Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten von Sechstklässlern. Schlaglicht Gesundheit Sachsen-Anhalt Nr. 1/2016. Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (Hrsg.). 1 Seite.
- X (2016b) Rauchen und Gesundheit bei Sechstklässlern. Schlaglicht Gesundheit Sachsen-Anhalt Nr. 3/2016. Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (Hrsg.). 3 Seiten.
- XI (2016c) Ungesunde Lebensstile und gesundheitliche Risikofaktoren in Sachsen-Anhalt. Schlaglicht Gesundheit Sachsen-Anhalt Nr. 4/2016. Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (Hrsg.). 2 Seiten.
- XII (2017a) Kopfschmerzen bei Kindern in Sachsen-Anhalt – auch eine Frage des Geschlechts. Schlaglicht Gesundheit Sachsen-Anhalt Nr. 1/2017. Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Hrsg. 2 Seiten.

- XIII (2017b) Tabakkonsum und tabakbezogene Krankheitslast in Sachsen-Anhalt – auch eine Frage des Geschlechts. Schlaglicht Gesundheit Sachsen-Anhalt Nr. 2/2017. Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (Hrsg.). 13 Seiten.
- XIV (2017c) Zahngesundheit und zahnärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt – auch eine Frage des Geschlechts. Schlaglicht Gesundheit Sachsen-Anhalt Nr. 3/2017. Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (Hrsg.). 12 Seiten.

### **b) Externe Literatur**

- XV Böhm, A., Ellsäßer, G., Lüdecke, K. (2007): Der Brandenburger Sozialindex: ein Werkzeug für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung auf Landes- und kommunaler Ebene bei der Analyse von Einschülerdaten. Das Gesundheitswesen 69, 555 - 559
- XVI Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (1998a). Assessing health related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content-analytical results. Quality of Life Research, Vol. 4, No 7.
- XVII Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (1998b). News from the KINDL-Questionnaire – A new version for adolescents. Quality of Life Research, 7, 653.
- XVIII Nold, D. (2010). Sozioökonomischer Status von Schülerinnen und Schülern 2008, Ergebnisse des Mikrozensus, Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, 2/2010, 138–149.
- XIX Lampert, T., Hagen, C., Heizmann, B. (2010). Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, Robert Koch-Institut.