



SACHSEN-ANHALT

Landesamt für
Verbraucherschutz

Gesundheitliche Ungleichheiten bei Einschülern, Drittklässlern und Sechstklässlern in Sachsen-Anhalt

Gesundheitliche Ungleichheiten bei Einschülern, Drittklässlern und Sechstklässlern in Sachsen-Anhalt

Ergebnisse der ärztlichen und
zahnärztlichen Untersuchungen
der Gesundheitsämter der
Schuljahre 2007/2008 - 2011/2012

Fokusbericht der
Gesundheitsberichterstattung für
das Land Sachsen-Anhalt
2013



SACHSEN-ANHALT

Landesamt für
Verbraucherschutz

Impressum

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

www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de

Inhalt: Dr. rer. nat. Goetz Wahl

LAV 05/2013-212

Stand: Juli 2013

© Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, alle Rechte vorbehalten

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 die Redaktion.

Für weitere Informationen steht der Internetauftritt des Landesamtes für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt unter www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de und der Gesundheitsberichterstattung Sachsen-Anhalt www.gbe.sachsen-anhalt.de zur Verfügung.

Bei Fragen zu einzelnen Themen wenden Sie sich bitte an dez13@lav.ms.sachsen-anhalt.de.

1. Zusammenfassung

Die Auswertung der Daten von etwa 91.000 ärztlich untersuchten und 90.000 zahnärztlich untersuchten Kindern in drei Altersgruppen (Einschüler, Drittklässler, Sechstklässler) ergab, dass fast alle untersuchten Entwicklungs- und Gesundheitsindikatoren vom Sozialstatus der Kinder bzw. von der Art der besuchten Schule sowie vom „Schulalter“ beeinflusst waren: Einschüler mit niedrigem Sozialstatus waren deutlich häufiger von Entwicklungs- und Gesundheitsstörungen betroffen als Einschüler mit mittlerem Sozialstatus, diese wiederum deutlich häufiger als Einschüler mit hohem Sozialstatus. Förderschüler hatten deutlich häufiger (zahn-)gesundheitliche Defizite als Regelschüler, Sekundarschüler wiederum häufiger als Gymnasialschüler. Darüber hinaus waren Kinder in Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft häufiger (zahn-)gesundheitlich beeinträchtigt als Kinder in freien Einrichtungen. Die meisten Parameter der ärztlichen Untersuchung waren bei Sechstklässlern schlechter als bei Drittklässlern und bei diesen wiederum schlechter als bei Einschülern. Dies war besonders auffallend bei Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und Dauermedikation. Einzuschulende Jungen zeigten deutlich häufiger Entwicklungsverzögerungen und erhielten in allen Alters- und Schulgruppen häufiger eine Dauermedikation. Mädchen waren hingegen in allen Altersstufen häufiger von Bluthochdruck und Haltungsschäden betroffen und hatten im Schulalter häufiger Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und Schlafstörungen. Die Ergebnisse sollten Anlass sein, weiterhin und noch intensiver an der Verbesserung der Rahmenbedingungen des Aufwachsens von Kindern in Sachsen-Anhalt zu arbeiten, vor allem, indem soziale Chancengleichheit angestrebt wird, indem die frühkindliche Entwicklung von Jungen gestärkt wird und indem schulische, familiäre und gesellschaftliche Belastungen von Kindern stärker beachtet werden.

2. Einleitung/Hintergrund

In Sachsen-Anhalt führt der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) jährlich die Schuleingangsuntersuchungen (SEU), ärztliche Untersuchungen in 3. Klassen (SR3) und 6. Klassen (SR6) und zahnärztliche Untersuchungen bei Kita-Kindern und Schulkindern bis 12 Jahre durch (ZRU). Die Untersuchungsergebnisse werden in den Gesundheitsämtern EDV-gestützt und personengebunden erfasst und dienen als Grundlage für die individuelle und populationsbezogene Gesundheitsfürsorge für Kinder vor Ort. Ein Teil der erhobenen Parameter wird außerdem einmal jährlich an das Landesamt für Verbraucherschutz (LAV) geschickt und dort für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Landes ausgewertet.¹ Der folgende Beitrag stellt die Ergebnisse einer Datenanalyse des LAV zum Einfluss der sozialen Lage, des Geschlechts und des schulischen Werdegangs auf die Gesundheit der Kinder in Sachsen-Anhalt dar. Es wurden 10 ärztliche Indikatoren (Gewichtsklassen (2 x), diastolischer Bluthochdruck (1 x), Sinnesleistungen (2 x), Beurteilung des Halte- und Stützapparates (1 x), Elternauskünfte zu Befindlichkeitsstörungen (3 x), Dauermedikation (1 x)) und 5

1 Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt (2010). Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt. Ergebnisse der ärztlichen zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in den Schuljahren 2007/2008 und 2008/2009 (www.gbe.sachsen-anhalt.de)

zahnärztliche Indikatoren (Gebisszustand, Zahnstatus, Kariesrisiko, Sanierungsgrad der Zähne, Versiegelungen) jeweils bei Einschülern, Drittklässlern und Sechstklässlern analysiert.“ Bei Einschülern wurden zusätzlich der Vorsorgetatus und 6 Entwicklungsindikatoren untersucht (Sprache, Grobmotorik, Feinmotorik, geistiger, sozialer und emotional-psychischer Entwicklungsstand). Die soziale Lage der Kinder wurde bei Einschülern über den sog. Brandenburger Sozialstatus erhoben (s. Diskussion), bei ärztlich untersuchten Dritt- und Sechstklässlern und bei allen zahnärztlich untersuchten Kindern wurde die soziale Lage auf indirektem Wege, über die Art der besuchten Einrichtung eingeschätzt (s. Diskussion).

3. Methodisches Vorgehen

1. Elektronische Erfassung und Auswertung der Untersuchungsdaten

Die Daten sowohl der ärztlichen als auch der zahnärztlichen Untersuchungen werden in den Gesundheitsämtern EDV-gestützt erfasst. Dazu werden die Untersuchungsergebnisse codiert und personenbezogen in eine Software eingeben. Einmal jährlich werden die GBE-relevanten Daten dieser Untersuchungen als anonymisierte Einzeldatensätze (1 Datensatz = 1 untersuchtes Kind) per E-Mail an das Landesamt für Verbraucherschutz (LAV) geschickt und dort in SPSS® für die Gesundheitsberichterstattung des Landes ausgewertet.

2. Auswahl und Bezeichnung der Altersgruppen für die Auswertung

Die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchungen wurden in drei Altersgruppen ausgewertet: Kinder bei der Schuleingangsuntersuchung = **SEU** (einzuschulende Kinder werden in Sachsen-Anhalt etwa ein Jahr vor der Einschulung untersucht und sind im Mittel 5 Jahre und 3 Monate alt, vereinfachte Bezeichnung: **Einschüler**), Kinder der 3. Klassen an Sekundarschulen und Gymnasien = **SR3** (die Kinder sind im Mittel 8 Jahre und 10 Monate alt, Bezeichnung: **Drittklässler**), Kinder der 6. Klassen an Sekundarschulen und Gymnasien = **SR6** (die Kinder sind im Mittel 12 Jahre alt, Bezeichnung: **Sechstklässler**). Um vergleichbare Altersgruppen für die zahnmedizinischen Analysen zu bilden, wurden Daten von **5-jährigen Kita-Kindern** (≈ Einschüler), von **9-jährigen Schülern** (≈ Drittklässler) und von **12-jährigen Schülern** (≈ Sechstklässler) ausgewertet. Eine klassenbezogene Auswertung ist bei Einbeziehung von Förderschülern nicht sinnvoll, weil die Altersstruktur der Klassen an Förderschulen ganz anders ist als an Regelschulen.

3. Auswahl und Erhebungsmethodik der Indikatoren für die Sozialanalyse

Für die Auswahl der Indikatoren galten drei Kriterien in folgender Priorität: 1) es mussten Indikatoren sein, die in allen Altersgruppen nach identischer Methodik erhoben wurden, 2) es sollte ein möglichst breites Spektrum von „Gesundheit“ bzw. „gesundheitlicher Versorgung“ abgedeckt sein, 3) die Gesamtzahl an Indikatoren sollte nicht zu groß sein. Als „**Entwicklungsindikatoren**“ wurden die Befundhäufigkeiten bezüglich der 6 Entwicklungsrückstände ausgewählt, auf die in Sachsen-Anhalt bei der SEU getestet wird. Die meisten Gesundheitsämter erheben diese Entwicklungsrückstände mit der Testbatterie „Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen, BUEVA®“. Einige wenige Gesundheitsämter verwenden andere oder ei-

gene Testverfahren. Von den 10 ausgewählten Indikatoren der ärztlichen Untersuchung („Gesundheitsindikatoren“) sind 6 **Untersuchungsdaten**: a) Adipositas (> 97. Perzentile der Referenzpopulation nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001²)), b) deutliches Untergewicht (< 3. P., ebenda), c) diastolischer Blutdruck³ (vgl. Tab. 1), d) Beeinträchtigung der Sehschärfe, e) Beeinträchtigung des Hörvermögens f), Haltungsschäden = pathologischer Befund bzgl. des Halte-/Stützapparates = Haltungsschwäche oder/und Skoliose). 4 der 10 Gesundheitsindikatoren sind **Fremdanamnesedaten** (Angaben der Eltern zum Kind in einem Elternfragebogen): häufigere Kopfschmerzen, häufigere Bauchschmerzen, häufigere Schlafstörungen, Dauermedikation. Als „**Zahngesundheitsindikatoren**“ wurden a) der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss, b) der mittlere dmf-t- bzw. DMF-T-Wert (vgl. Tab. 1) und c) der Anteil der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko nach den Kriterien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnspflege (DAJ) ausgewählt. Als „**Zahnversorgungsindikatoren**“ wurden der Zahnsanierungsgrad und die mittlere Anzahl versiegelter Backenzähne ausgewählt (vgl. Tab.1).

4. Verwendung kumulierter Daten

Für die Analyse wurden kumulierte Daten aus 4 aufeinanderfolgenden Untersuchungsjahren verwendet. Dies geschah, um die Ergebnisse „stabiler“ zu machen, sowohl bezüglich der relativ geringen jährlich verfügbaren Anzahl von Datensätzen aus freien Schulen, als auch bezüglich möglicher, zufallsbe-

- 2 Kromeyer-Hauschild et al. (2001): Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 149 (2001), 807 - 818
- 3 de Man et al. (1991): Blood pressure in childhood: pooled findings of six European studies. J Hypertens 9 (1991), 109 - 114

dingter Jahr-zu-Jahr-Schwankungen von Befundhäufigkeiten (besonders bei relativ seltenen Indikatoren). Die Kumulierung der Daten scheint vertretbar, weil eine Veränderung der Natur oder Stärke des Einflusses der hier untersuchten Sozialfaktoren in einem so kurzen Zeitraum (4 Jahre) unwahrscheinlich ist.

5. Gender und sprachliche Formulierung

Zur einfacheren Lesbarkeit des Textes wird hier durchgängig von „Schülern“ gesprochen, wobei damit immer auch Schülerinnen gemeint sind.

3. Ergebnisse

Einen Überblick über die Anzahl der ausgewerteten Datensätze, über die ausgewählten Entwicklungs-, Gesundheits- und Zahngesundheitsindikatoren (inklusive Definitionen) und über die jeweils festgestellten Befundhäufigkeiten bzw. Mittelwerte (ohne Differenzierung nach Geschlecht) zeigt die Tabelle 1.

3.1 Gesundheit von Einschülern in Abhängigkeit von Sozialstatus und Geschlecht

Entwicklungsstand: Die Befundhäufigkeiten der 6 untersuchten Entwicklungsindikatoren waren in hohem Maße vom Sozialstatus der Kinder abhängig: Kinder mit niedrigem Sozialstatus zeigten deutlich häufiger Entwicklungsverzögerungen als Kinder mit mittlerem Sozialstatus, diese waren wiederum häufiger betroffen als Kinder mit hohem Sozialstatus (je niedriger der Sozialstatus desto höher die Befundhäufigkeit = sog. negative Korrelation mit dem Sozialstatus). Immerhin 42 % der

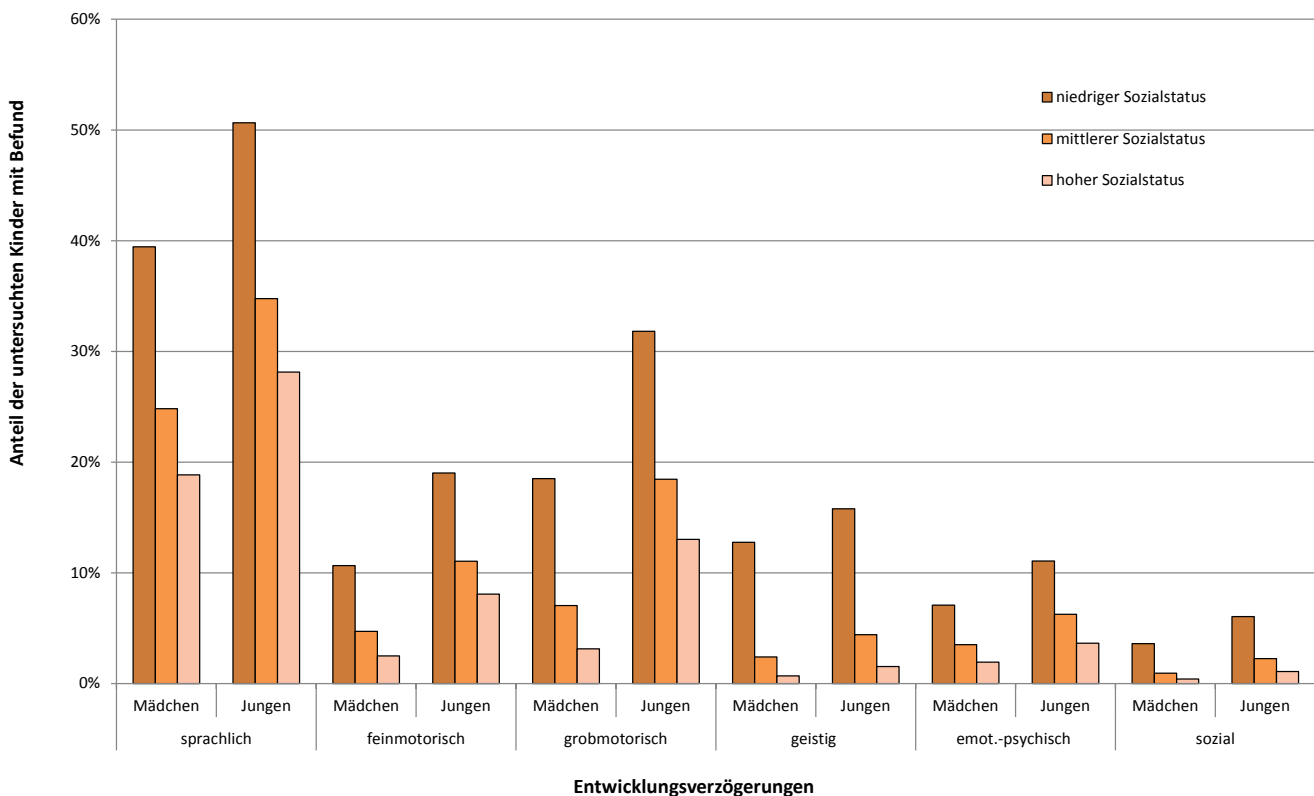


Abb. 1 Häufigkeit von Entwicklungsverzögerungen bei Einschülern in Abhängigkeit vom Sozialstatus und vom Geschlecht, Sachsen-Anhalt, Schuleingangsuntersuchungen 2007/08 - 2010/11 (kumuliert)

untersuchten Kinder waren von mindestens einer Entwicklungsverzögerung betroffen. In allen drei Sozialstatusgruppen waren Jungen deutlich häufiger (im Mittel doppelt so häufig) von Entwicklungsverzögerungen betroffen als Mädchen. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bzgl. Entwicklungsverzögerungen waren umso größer je höher der Sozialstatus der Kinder war. Die gleichzeitige Abhängigkeit der Entwicklungsstörungen vom Sozialstatus und vom Geschlecht ist in Abb. 1 gezeigt.

Gesundheitsindikatoren und Vorsorgestatus: 8 der 10 untersuchten ärztlichen Indikatoren waren negativ mit dem Sozialstatus korreliert. Als Beispiele für die unterschiedlichen Befundhäufigkeiten bei Kindern mit niedrigem, mittlerem bzw. hohem Sozialstatus seien hier Adipositas (7,0 % bzw. 5,3 % bzw. 2,5 %) und Beeinträchtigung der Sehschärfe (18 % bzw. 14 % bzw. 12 %) genannt (weitere Daten: siehe Tab. 1). Lediglich bei deutlichem Untergewicht (< 3. Perzentile) und bei Haltungsschäden hatte der Sozialstatus offenbar keinen Einfluss. In allen drei Sozialstatusgruppen erhielten Jungen häufiger eine Dauermedikation als Mädchen. Mädchen waren unabhängig vom Sozialstatus häufiger von Bluthochdruck, Haltungsschäden und Bauchschmerzen betroffen. Der Anteil der Kinder, der an allen empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen hatte (je nach Alter U2 - U8 bzw. U2 - U9), war ebenfalls negativ mit dem Sozialstatus korreliert (Häufigkeit verpasster U-Untersuchungen bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus am höchsten, bei Kindern mit hohem Sozialstatus am geringsten). Hier zeigten sich keine Geschlechtsunterschiede.

3.2 Gesundheit von Sechstklässlern nach Schulart und Geschlecht

Bei 7 der 10 ärztlichen Indikatoren hatten Sechstklässler an Sekundarschulen schlechtere Werte (häufiger einen positiven Befund) als Sechstklässler an Gymnasien. Lediglich bei Untergewicht zeigte sich an Gymnasien eine höhere Befundhäufigkeit als an Sekundarschulen (wobei die Häufigkeit von Untergewicht an Gymnasien noch im Normbereich war). Bei Bluthochdruck und Haltungsschäden waren keine regelhaften Unterschiede zwischen Sekundar- und Gymnasialschülern erkennbar. In beiden Schularten erhielten Jungen deutlich häufiger eine Dauermedikation als Mädchen, dagegen waren Mädchen häufiger von Befindlichkeitsstörungen, Sehstörungen, Hörstörungen und Bluthochdruck betroffen. Ausgewählte Befundhäufigkeiten nach Schulart und Geschlecht zeigt Abb. 2 (weitere Daten: siehe Tab. 1).

3.3 Gesundheit von Dritt- und Sechstklässlern an öffentlichen bzw. freien Schulen

6 der 10 Gesundheitsindikatoren waren sowohl bei Drittklässlern als auch bei Sechstklässlern in öffentlichen Schulen schlechter als in freien Schulen. Nur beim Anteil von Kindern mit Dauermedikation zeigte sich ein gegenläufiger Trend: dieser war in beiden Klassenstufen und bei beiden Geschlechtern an freien Schulen etwas höher als an öffentlichen Schulen. Bei Untergewicht, Bluthochdruck und Schlafstörungen zeigte sich - bei Berücksichtigung des Geschlechts - kein klarer Trend bezüglich des Einflusses des Schulträgers. Ausgewählte Befundhäufigkeiten bei Dritt- und Sechstklässlern nach Geschlecht und nach Trägerschaft der besuchten Einrichtung zeigt Abb. 3 (weitere Daten: siehe Tab. 1).

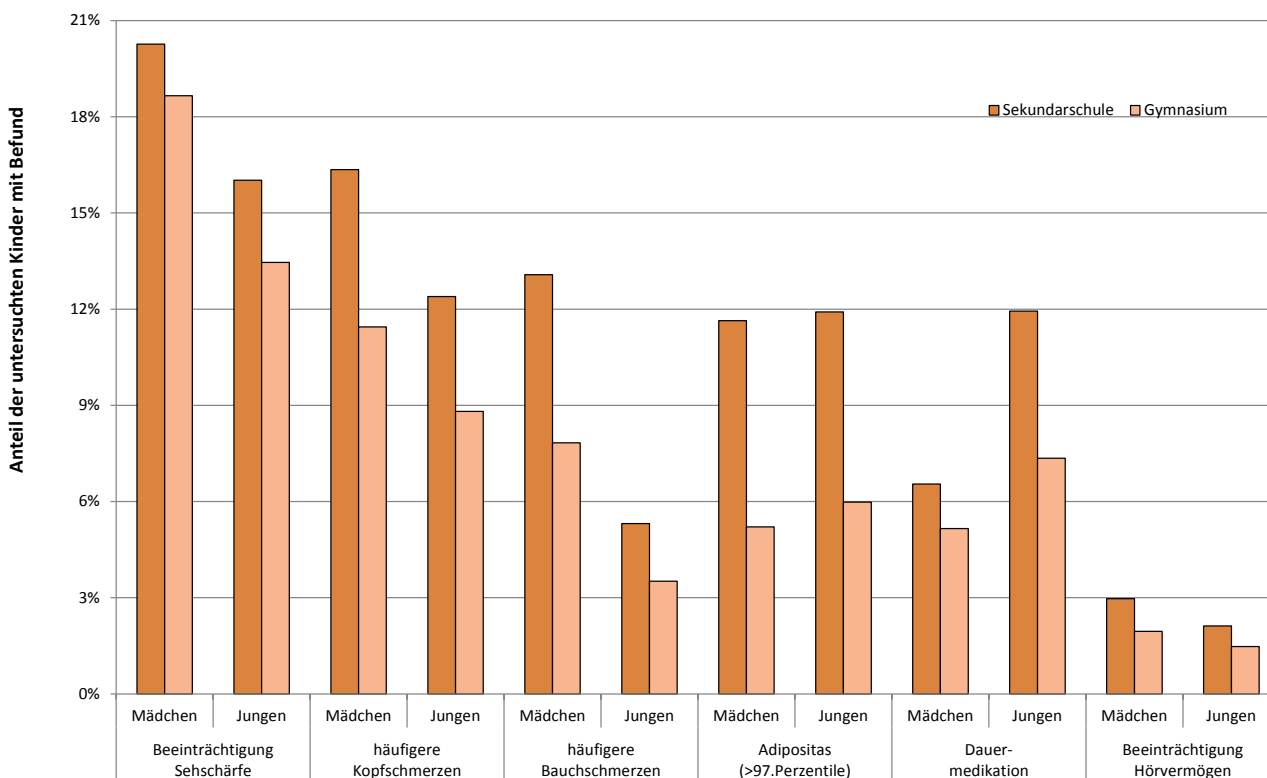


Abb. 2 Häufigkeit ausgewählter Gesundheitsdefizite bei Sechstklässlern nach Art der besuchten Schule und Geschlecht, Sachsen-Anhalt, Untersuchungen der 6. Klassen 2007/08 - 2010/11 (kumuliert)

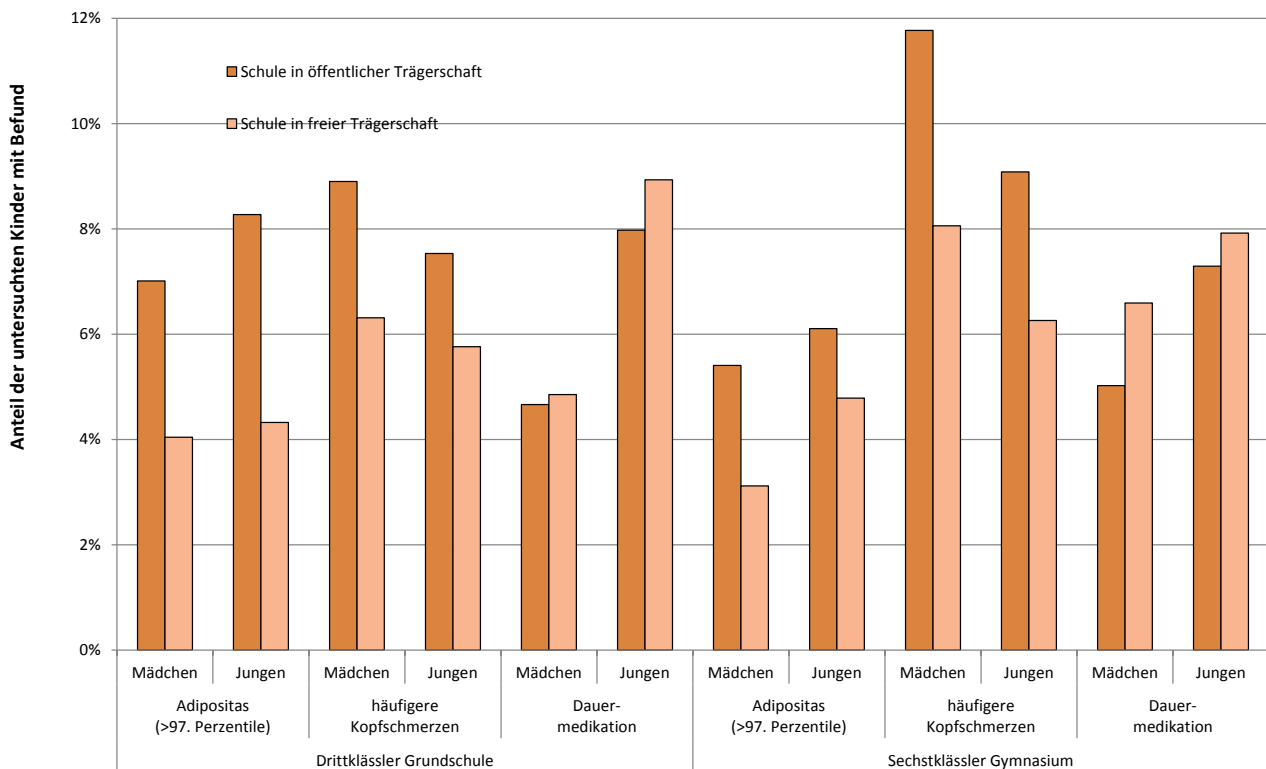
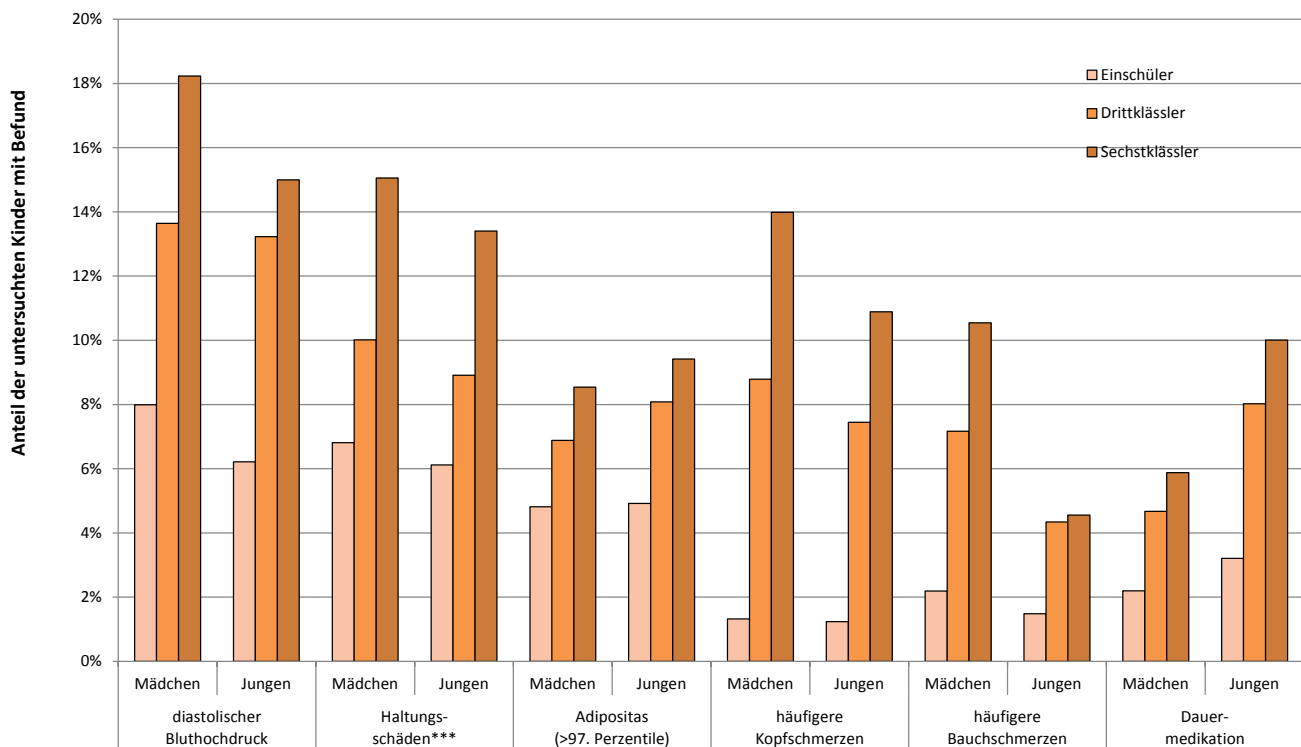


Abb. 3 Häufigkeit ausgewählter Gesundheitsdefizite bei Dritt- und Sechstklässlern nach Trägerschaft der Schule und Geschlecht, Sachsen-Anhalt, Untersuchungen der 3./6. Klassen 2007/08 - 2010/11 (kumuliert)

3.4 Gesundheit im Einschul- (SEU), Grundschul- (SR3), Sekundarschulalter (SR6)

6 der 10 Gesundheitsindikatoren waren bei beiden Geschlechtern bei der SR6 schlechter als bei der SR3 und hier wiederum schlechter als bei der SEU. Lediglich bei Hörstörungen war der Trend umgekehrt. Bei Untergewicht war kein klarer Trend erkennbar. Bei Sehstörungen und Schlafstörungen zeigte sich der Negativtrend SEU - SR3 - SR6 nur bei Mädchen.

Konsistente (d. h. in SEU, SR3 und SR6 gleichgerichtete) geschlechtsspezifische Unterschiede der Gesundheit zeigten sich bei 6 der 10 ärztlichen Indikatoren: Jungen erhielten deutlich häufiger eine Dauermedikation und waren etwas häufiger von Adipositas betroffen, Mädchen hingegen waren in allen drei Altersstufen häufiger von Bluthochdruck, Haltungsschäden, Bauch- und Kopfschmerzen betroffen. Die unterschiedliche Befundhäufigkeit ausgewählter Indikatoren bei der SEU, der SR3 und der SR6 nach Geschlecht zeigt Abb. 4 (weitere Daten: s. Tab. 1).



* Grundschule, ** Sekundarschule + Gymnasium *** Haltungsschwäche oder Skoliose

Abb. 4 Häufigkeit ausgewählter Gesundheitsdefizite bei Einschülern, Dritt- und Sechstklässlern nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt, ärztliche Untersuchungen 2007/08 - 2010/11 (kumuliert)

3.5 Zahngesundheit von 5-, 9- und 12-Jährigen nach besuchter Einrichtung

Art der besuchten Schule: Die Zahngesundheit und die Zahnversorgung zeigten sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen eine klare und regelhafte Assoziation mit der Art der besuchten Schule: 9-jährige Förderschülerinnen und Förderschüler hatten seltener ein naturgesundes Gebiss, mehr kariessgeschädigte Zähne (DMF-T-Wert), häufiger ein erhöhtes Kariesrisiko, einen niedrigeren Zahnsanierungsgrad und weniger versiegelte Zähne als Gleichaltrige an Grundschulen. Auch bei 12-Jährigen zeigte sich die Assoziation mit der besuchten Schulart: die Zahnindikatoren waren auch hier an Förderschulen deutlich schlechter als an Sekundarschulen und dort wiederum deutlich schlechter als an Gymnasien.

Trägerschaft der besuchten Einrichtung: Analoge Unterschiede unabhängig von der Altersgruppe fanden sich auch beim Vergleich der Zahngesundheit und -versorgung an öffentlichen und freien Einrichtungen (Kitas, Grundschulen, Gymnasien). Kinder an Einrichtungen in freier Trägerschaft hatten immer eine bessere Zahngesundheit und waren immer besser zahnärztlich versorgt als Kinder an entsprechenden öffentlichen Einrichtungen (weitere geschlechtsdifferenzierte Daten: siehe Tab. 1).

Geschlechtsspezifische Unterschiede der Zahngesundheit und -versorgung: Jungen hatten in fast allen Altersgruppen und Einrichtungsarten einen geringeren Sanierungsgrad und weniger versiegelte Zähne, also eine schlechtere Zahnversorgung als Mädchen. Auch die Milchzahngesundheit war bei Jungen immer schlechter als bei gleichaltrigen Mädchen. Beim Dauergebiss waren die Verhältnisse allerdings umgekehrt: hier hatten Mädchen seltener ein naturgesundes Gebiss und hatten mehr kariessgeschädigte Zähne (vgl. Diskussion).

Die unterschiedlichen Häufigkeiten und Mittelwerte von ausgewählten Zahnindikatoren nach Schulart, Schulträger und Geschlecht zeigt Abb. 5 (weitere Daten: siehe Tab. 1).

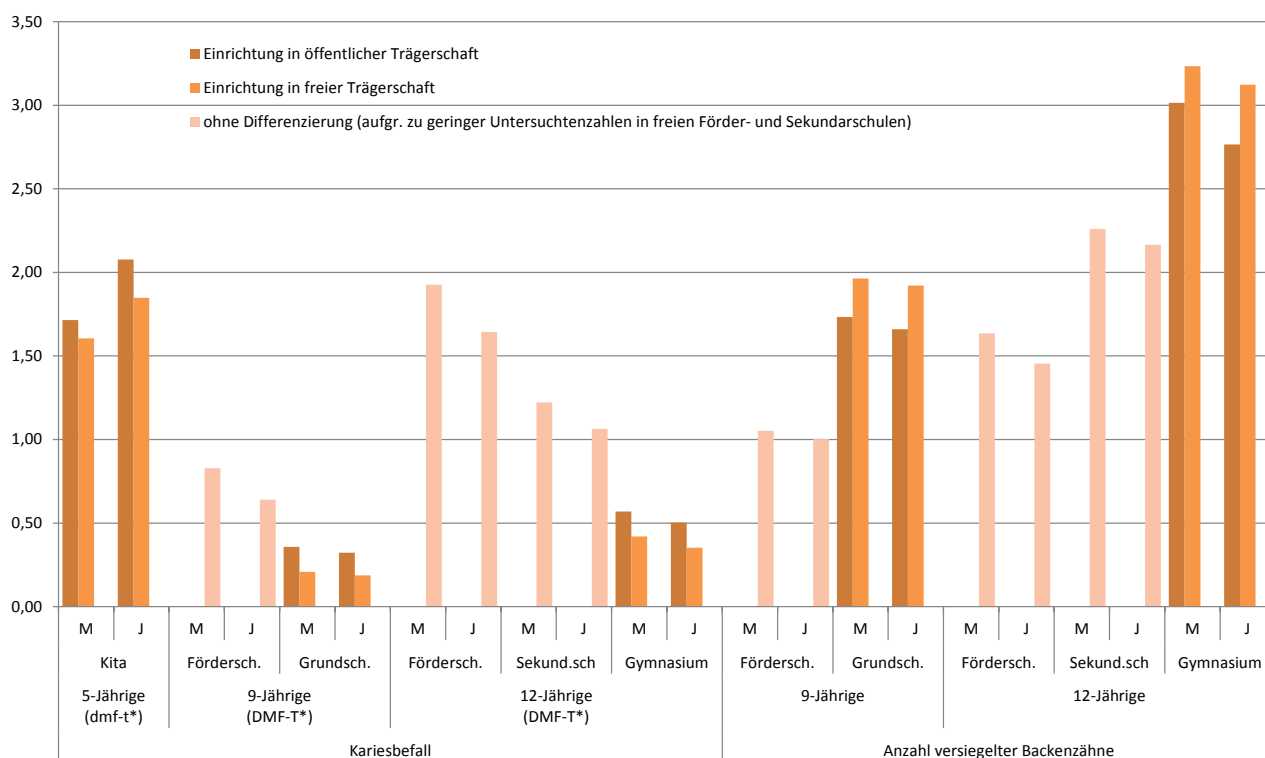
4. Diskussion

Die Schuleingangsuntersuchungen und die ärztlichen und zahnärztlichen Reihenuntersuchungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Sachsen-Anhalt sind Quasi-Totalerhebungen. Sie sind ein wichtiges Instrument der Gesundheitsfürsorge für Kinder: einerseits ermöglichen sie - ergänzend zu den U-Untersuchungen - eine vorsorgende, individualmedizinische Untersuchung auf mögliche entwicklungspsychologische und körperliche Defizite bei fast allen Kindern des betreffenden Jahrgangs und die Einleitung entsprechender Fördermaßnahmen bzw. Therapien, andererseits erlauben sie - als anonymisierter Datenpool - ein bevölkerungsbezogenes Monitoring der Kindergesundheit im Land.

Die vorliegende Analyse wurde im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung für das Land Sachsen-Anhalt erstellt und sollte die Ergebnisse des GBE-Fokusberichts „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt“ (2010) vertiefen.⁴ Sie betrachtet die möglichen Einflüsse des Sozialstatus auf die Gesundheit von Kindern im Vorschul- (Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung), Grundschul- (3. Klasse) und Sekundarschulalter (6. Klasse). Zudem wurden Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen beiden Geschlechtern untersucht. Der Vergleich der Befundhäufigkeiten und Messwerte der Untersuchungen mit anderen Bundesländern oder mit anderen Kindergesundheitsstudien war ausdrücklich nicht Ziel der vorliegenden Analyse. Ein solcher Vergleich ist besonders bei den ärztlich erhobenen Parametern schwierig, weil in den verschiedenen Bundesländern/Studien oft unterschiedliche ärztliche Variablen, Definitionen und/oder Erhebungsmethoden gelten.

Der Sozialstatus bei Einschülern wurde nach dem Brandenburger Modell ermittelt, welches einen Index aus der Erwerbstä-

4 vgl. Fußnote 1



M = Mädchen, J = Jungen, * mittlere Anzahl der kariösen (d/D) + extrahierten (m/M) + sanierten (f/F) Zähne des Milch- (dmf-t) bzw. Dauergebisses (DMF-T)

Abb. 5 Häufigkeit ausgewählter Zahngesundheitsindikatoren nach Art (und Trägerschaft) der besuchten Einrichtung und nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt, zahnärztliche Untersuchungen 2007/2008 - 2010/2011 (kumuliert)

tigkeit und der Schulbildung der Eltern bildet.⁵ Bei Schulkindern wurde der „Sozialstatus“ indirekt, über die Art der besuchten Schule (Förderschule - Regelschule bzw. Sekundarschule - Gymnasium) definiert. Hier liegt die Erkenntnis zugrunde, dass die soziale Lage der Familie maßgeblich bestimmt, welche Art der Schule ein Kind besucht: Kinder aus sozial schwachen bzw. schwächeren Familien besuchen häufiger Förder- bzw. Sekundarschulen, während Kinder aus sozial stärkeren bzw. starken Familien häufiger (Regel-)Grundschulen bzw. Gymnasien besuchen.⁶ Als weiterer indirekter Indikator des „Sozialstatus“ der Kinder wurde die Trägerschaft (öffentlich bzw. frei) der Einrichtung, die das Kind besucht, betrachtet (der Anteil von Kindern aus sozial starken Familien ist in Einrichtungen in freier Trägerschaft überdurchschnittlich hoch).

Die Ergebnisse bezüglich des Einflusses des Sozialstatus (bzw. der Art der besuchten Schule) sind vergleichbar mit denen anderer Studien.⁷ Auch in Sachsen-Anhalt wird ein klarer Zusammenhang zwischen der sozialen Lage der Kinder und den bei diesen Kindern gemessenen Entwicklungs- und Gesundheitsparametern erkennbar. Dabei ist meist eine regelhafte Stufung festzustellen: Gesundheitsdefizite sind am häufigsten bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus und am seltensten bei Kindern mit hohem Sozialstatus (negative Korrelation der Befundhäufigkeiten mit dem Sozialstatus). Es werden verschiedene Gründe für die Beeinträchtigung bei Menschen aus sozial schwachen Verhältnissen diskutiert. Sie sind erst in Ansätzen erforscht.⁸ Kinder sind negativen Einflüssen in zweierlei Hinsicht ausgesetzt: erstens übernehmen sie ungesunde Verhaltensweisen und mangelndes Vorsorgeverhalten von den Eltern, zweitens wirken ungesunde Einflüsse aus dem sozial benachteiligten Umfeld auch direkt auf sie (Umwelt- und Wohnbedingungen, eingeschränkte Teilhabe an Angeboten der Versorgung, Prävention und/oder Gesundheitsförderung).

Weniger gut untersucht sind gesundheitliche Unterschiede zwischen Kindern in öffentlichen Einrichtungen und Kindern in Einrichtungen in freier Trägerschaft. Die Daten aus Sachsen-Anhalt zeigen deutlich, dass der Gesundheitszustand und die Zahngesundheit bei Kindern in Einrichtungen in freier Trägerschaft besser sind als bei Kindern in öffentlichen Einrichtungen.

Die Untersuchung weist auch auf geschlechtsspezifische Unterschiede hin: einzuschulende Jungen waren deutlich häufiger von entwicklungspsychologischen Defiziten betroffen und erhielten in allen Alters- und Einrichtungsgruppen häufiger eine Dauermedikation. Mädchen zeigten hingegen in allen Alters- und Einrichtungsgruppen häufiger Befindlichkeitsstörungen, Haltungsschäden und einen erhöhten Blutdruck. Geschlechtsspezifische Unterschiede der Zahngesundheit müssen bei Heranwachsenden differenziert betrachtet werden: während Jungen konsistent schlechtere Zahnversorgungsparameter auf-

wiesen und (u. a. deshalb) eine schlechtere Milchzahngesundheit hatten, zeigten Mädchen trotz besserer Zahnversorgungsparameter eine schlechtere Gesundheit der bleibenden Zähne. Dies ist dadurch zu erklären, dass Mädchen vor allem im Alter von 9 - 18 Jahren einen „entwicklungsphysiologischen Vorsprung“ vor Jungen haben und damit ein „älteres“ Dauergebiss, welches statistisch schon häufiger von Karies befallen ist.⁹

Bei den meisten der hier untersuchten Merkmale der Gesundheit zeigten sich deutliche Unterschiede in den drei untersuchten Altersstufen (Vorschul-, Grundschul-, Sekundarschulalter), wobei Einschüler relativ selten, Drittklässler häufiger und Sechstklässler am häufigsten von gesundheitlichen Defiziten betroffen waren. Die „Verschlechterung“ der Gesundheitsparameter von SEU über SR3 zu SR6 kann mit zwei Hypothesen begründet werden: erstens könnte es sich um eine regelhafte Verschlechterung des individuellen Gesundheitszustandes der Kinder mit zunehmendem „Schulalter“ handeln, zweitens könnte es jedoch auch sein, dass sich die gesundheitlichen Rahmenbedingungen in Sachsen-Anhalt verbessert haben und die heutigen 5-Jährigen schon unter besseren Bedingungen aufgewachsen sind als die heutigen 12-Jährigen. In Anbetracht des relativ kurzen Zeitraumes von 7 Jahren (Altersdifferenz zwischen Sechstklässlern und Einschülern) und den relativ stabilen Rahmenbedingungen in Sachsen-Anhalt im hier ausgewerteten Zeitraum, ist es sehr wahrscheinlich, dass es sich bei den beobachteten Verschlechterungen tatsächlich und in erster Linie nicht um eine allgemeingesellschaftliche sondern um eine (schul-) altersbedingte Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Kinder handelt.

Während die altersbedingte Verschlechterung der Zahngesundheit in erster Linie der natürlichen biologischen Entwicklung geschuldet ist, liefert die zum Teil starke Zunahme der Befundhäufigkeiten der ärztlichen Indikatoren eventuell ein Hinweis auf „ungesunde Rahmenbedingungen“ des Aufwachsens. So zeigte sich z. B. eine besonders starke Zunahme der Häufigkeit von Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und Dauermedikation. Es liegt die Vermutung nahe, dass es sich hierbei in erster Linie um psychosomatische Symptome und Dauermedikationen handelt und dass die Verschlechterung dieser Indikatoren auf eine nicht kindgerechte Zunahme der schulischen, familiären und/oder gesellschaftlichen Anforderungen in der betrachteten Altersspanne zurückzuführen ist.

Einen Hinweis darauf, dass schulische, familiäre und/oder gesellschaftliche Belastungen bei Mädchen und Jungen unterschiedlich wirken bzw. dass Eltern unterschiedlich mit solchen Belastungen ihrer Kinder umgehen, je nachdem, ob es sich um Mädchen oder Jungen handelt, könnten eventuell folgende Ergebnisse geben: a) Jungen erhielten konsistent häufiger eine Dauermedikation als Mädchen, b) Mädchen hatten konsistent häufiger Bluthochdruck und Befindlichkeitsstörungen als Jungen, b) 12-jährige Mädchen an freien Gymnasien hatten besonders häufig deutliches Untergewicht.

⁹ vgl. Fußnote 1

5. Schlussfolgerungen

Die hier vorgelegten Daten sollten Anlass sein, weiterhin und noch intensiver an der Verbesserung der Rahmenbedingungen des Aufwachsens von Kindern in Sachsen-Anhalt zu arbeiten, vor allem, indem soziale Chancengleichheit angestrebt wird, indem die frühkindliche Entwicklung von Jungen gestärkt wird und indem schulische, familiäre und gesellschaftliche Belastungen von Kindern stärker beachtet werden.

- 5 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
- 6 Nold, D. (2010). Sozioökonomischer Status von Schülerinnen und Schülern 2008. Ergebnisse des Mikrozensus. Statistisches Bundesamt, Wirtschaft & Statistik, 2, 138 - 148
- 7 Ellsäßer, G et al. (2002). Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern - Ergebnisse und Konsequenzen aus den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen, Kinderärztliche Praxis (73), 248-257
Lange, D et al. (2010). Soziale Ungleichheit, Migrationshintergrund, Lebenswelten und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt 53 (2010) 7, 707 - 715
Lampert, Th., Kurth, B.-M. (2007) Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendlichensurveys (KiGGS). Deutsches Ärzteblatt 104 (2007) 43, 2944 - 2949
- 8 Lampert, Th., Mielck, A. (2008). Gesundheit und soziale Ungleichheit. Eine Herausforderung für Forschung und Politik. GGW, 8 (2008) 2, 7 - 8

Tab. 1 Ausgewertete Datensätze, ausgewählte Indikatoren und festgestellte Befundhäufigkeiten und Messwerte bei ärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen des ÖGD, Sachsen-Anhalt, Schuljahre 2007/2008 - 2010/2011 (kumuliert)

		Einschüler				Drittklässler				Sechstklässler						
		SEU				SR3				SR6						
		Sozialstatus				Grundschule				"Sek.-schule"	Gymnasium			gesamt		
		niedrig	mittel	hoch	gesamt	öffentl.	frei	gesamt	gesamt	öffentl.	frei	gesamt				
ärztliche Untersuchungen	ausgewertete Datensätze	Mädchen	3.473	9.052	4.798	17.323		13.290	618	13.908		6.770	5.752	546	6.298	13.068
		Jungen	3.806	9.765	5.425	18.996		13.805	694	14.499		7.833	5.142	543	5.685	13.518
		Beide Geschlechter	7.279	18.817	10.223	36.319		27.095	1.312	28.407		14.603	10.894	1.089	11.983	26.586
		Insgesamt	91.312													
	ausgewählte Indikatoren	kompl. Vorsorgestatus	59,9%	77,5%	81,6%	75,1%										
		Sprachstörung	45,3%	30,0%	23,8%	31,3%										
		Grobmotor. EWRST	15,0%	8,0%	5,5%	8,7%										
		Feinmotor. EWRST	25,5%	13,0%	8,4%	14,2%										
		Geistiger EWRST	14,3%	3,4%	1,1%	5,0%										
		Emot.-psych. EWRST	9,2%	4,9%	2,8%	5,2%										
		Sozialer EWRST	4,9%	1,6%	0,8%	2,0%										
		Adipositas (>97.P)	7,0%	5,3%	2,5%	4,9%		7,7%	4,2%	7,5%		11,8%	5,7%	4,0%	5,6%	9,0%
		deutl. Untergew. (<3.P)	2,0%	1,9%	2,0%	2,0%		1,9%	1,8%	1,9%		1,9%	2,2%	3,7%	2,3%	2,1%
		diastol. Bluthochdruck	8,1%	7,2%	6,0%	7,1%		13,4%	14,3%	13,4%		16,5%	16,5%	18,4%	16,6%	16,6%
		Beeinträcht. Sehschärfe	17,9%	13,5%	11,5%	13,8%		13,3%	9,3%	13,1%		18,0%	16,3%	15,0%	16,2%	17,2%
		Beeintr. Hörvermögen	8,2%	6,1%	4,6%	6,1%		2,8%	2,7%	2,8%		2,5%	1,8%	0,8%	1,7%	2,2%
pathol. Halte-/Stützapp.	5,6%	6,8%	6,4%	6,4%		9,6%	6,0%	9,5%		14,4%	14,2%	11,9%	14,0%	14,2%		
Häuf. Kopfschmerzen	1,5%	1,3%	1,1%	1,3%		8,2%	6,0%	8,1%		14,2%	10,5%	7,2%	10,2%	12,4%		
Häuf. Bauchschmerzen	2,2%	1,8%	1,5%	1,8%		5,8%	5,3%	5,7%		8,9%	5,9%	4,6%	5,8%	7,5%		
Häuf. Schlafstörungen	1,9%	1,0%	0,7%	1,1%		1,2%	0,8%	1,2%		1,8%	1,3%	1,4%	1,3%	1,6%		
Dauermedikation	2,9%	3,0%	2,2%	2,7%		6,4%	7,0%	6,4%		9,4%	6,1%	7,3%	6,2%	8,0%		
zahnärztliche Untersuchungen	ausgewertete Datensätze	5-Jährige				9-Jährige				12-Jährige						
		Kita				Förder-schule	Grundschule			Förder-schule	"Sek.-schule"	Gymnasium			gesamt	
		öffentl.	frei	gesamt	gesamt	öffentl.	frei	gesamt	gesamt	gesamt	öffentl.	frei	gesamt			
		Mädchen	15.532	4.501	20.033	1.296	22.994	1.070	24.064	1.650	6.865	5.602	364	5.966		
	Jungen	16.479	4.943	21.422	2.076	23.664	1.085	24.749	2.605	8.165	5.115	400	5.515			
	Beide Geschlechter	32.011	9.444	41.455	3.372	46.658	2.155	48.813	4.255	15.030	10.717	764	11.481			
	Insgesamt	90.268														
	ausgewählte Indikatoren	% naturges. Gebiss	54,3%	57,8%	55,1%	17,7%	27,3%	39,1%	27,8%	41,6%	55,8%	73,7%	79,3%	74,1%		
		dmf-t	1,90	1,73	1,86	3,09	2,45	1,80	2,42							
		DMF-T				0,71	0,34	0,20	0,33	1,75	1,14	0,54	0,38	0,53		
		Kariesrisiko nach DAJ	16,3%	14,5%	15,9%	14,2%	6,7%	2,7%	6,5%	11,8%	7,3%	2,2%	2,2%	2,2%		
		Zahn-Sanierungsgrad	32,2%	36,4%	33,2%	53,2%	66,3%	70,3%	66,4%	64,6%	74,5%	85,5%	91,5%	85,8%		
Anzahl versieg. Zähne				1,02	1,70	1,94	1,71	1,52	2,21	2,90	3,18	2,91				

kompl. Vorsorgestatus Teilnahme an allen empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen (je nach Alter: U2-U8 bzw. U2-U9)
 EWRST Entwicklungsrückstand
 diastol. Bluthochdruck Überschreitung der körpergrößenbezogenen 95. Perzentile der europäischen Referenzpop. nach de Man et al., 1991
 pathol. Halte-/Stützapp. pathologischer Befund bzgl. des Halte-/Stützapparates (Haltungsschwäche oder/ und Skoliose)
 Häufigere Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Schlafstörungen laut Elternangabe in einem Fragebogen
 Dauermedikation Das Kind nimmt laut Elternangabe in einem Fragebogen täglich Medikamente
 % naturges. Gebiss Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss (ohne jegliche Karieserfahrung)
 dmf-t mittlere Anzahl kariöser (m) + wegen Karies extrahierter (m) + sanierter (f) Milchzähne
 DMF-T mittlere Anzahl kariöser (D) + wegen Karies extrahierter (M) + sanierter (F) bleibender Zähne (Dauergebiss)
 Kariesrisiko nach DAJ Kariesrisiko-Kriterien nach den Grundsätzen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ)
 Zahn-Sanierungsgrad Anteil sanierter (f bzw. F) Zähne am Gesamt- dmf-t bzw. DMF-T
 Anzahl versieg. Zähne mittlere Anzahl versiegelter Backenzähne



www.gbe.sachsen-anhalt.de
www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de