

## ERGEBNISSE DER BRANDENBURGER SCHULEINGANGSUNTERSUCHUNG

# Wie wirksam ist das Netzwerk Gesunde Kinder?

### 1. Einführung Schuleingangsuntersuchungen

Die Schuleingangsuntersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) im Land Brandenburg stellen eine wichtige Datenquelle für die Beobachtung der Gesundheit, Entwicklung und Versorgung der Kinder dar<sup>1</sup>. Als gesetzlich verankerte Pflichtuntersuchung vor Schulbeginn erfasst sie alle Einschüler und Einschülerinnen in Form einer Totalerhebung. Die Schuleingangsuntersuchung besteht aus einem standardisierten Elternfragebogen, einem sozialpädiatrischen Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen/SOPESS<sup>2</sup> und einer anschließenden umfangreichen körperlichen Untersuchung. Im Elternfragebogen werden demographische Daten erhoben (Alter, Geschlecht, Muttersprache des Kindes) und Fragen zur Inanspruchnahme von präventiven Maßnahmen (Impfstatus, Früherkennungsuntersuchungen), zur Geburts- und Schwangerschaftsanamnese, zu Erkrankungen bzw. Behinderungen des Kindes sowie zur ärztlichen Versorgung bzw. Förderung des Kindes gestellt. Seit 2012/13 wird auch erfasst, ob das untersuchte Kind im Netzwerk Gesunde Kinder begleitet wurde und wenn ja, wie viele Jahre. Ziel dieser Frage ist, den gesundheitlichen Nutzen für die sogenannten Netzwerkkinder im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Landes Brandenburg bewerten zu können. Darüber hinaus werden im sozialpädiatrischen Kontext Angaben zur sozialen Lage der Eltern (Schulbildung und Erwerbsstatus getrennt nach Vater und Mutter) direkt durch die Ärzte erhoben und dokumentiert<sup>3</sup>. Für die Analyse der Befundergebnisse wurde durch das Landesgesundheitsamt ein wissenschaftlich begründeter, quantitativer Sozialindex gebildet (siehe Sozialstatus „*gesundheitsplattform.brandenburg.de*“). Auf der Grundlage dieser Daten kann die gesundheitliche Lage der Netzwerkkinder abgebildet und mit der Gesundheit aller Kinder verglichen werden.

Im Folgenden werden Ergebnisse zur Inanspruchnahme und Wirkung des Netzwerkes Gesunde Kinder für das Jahr 2014 vorgestellt, da die ersten Netzwerkkinder nun zur Einschulungsuntersuchung kommen.

### Das Netzwerk Gesunde Kinder

Das Netzwerk Gesunde Kinder besteht seit 2006 im Land Brandenburg und ist inzwischen mit insgesamt 19 Regionalnetzwerken an 38 Standorten verankert. Das Netzwerk Gesunde Kinder ist ein niedrigschwelliges Angebot für alle Familien mit Kindern von 0-3 Jahren - verbunden mit dem Ziel, Kinder in ihrer gesunden Entwicklung zu stärken. Um dies zu erreichen, werden vor Ort u. a. eine enge Zusammenarbeit aller Einrichtungen und Berufsgruppen im Gesundheitswesen initiiert, Kooperationen mit Anbietern von Familienangeboten geschaffen, Elternbildungsmaßnahmen umgesetzt und Familien durch ehrenamtlich tätige Patinnen und Paten begleitet.

Die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen ist das Herzstück des Netzwerkes Gesunde Kinder und weist auf den ressourcenorientierten und freiwilligen Ansatz des Netzwerkes hin (MASGF 2012)<sup>4</sup>. Familienpatinnen und -paten werden im Rahmen einer standardisierten Schulung auf ihre Aktivitäten vorbereitet. Im Anschluss begleiten sie Familien im Rahmen von zehn obligatorischen Besuchen durch die ersten drei Jahre ihres Kindes. Hierbei geht es insbesondere darum, Fragen und Themen der Familien aufzugreifen, wertschätzend zu interagieren sowie Informationen zu den regionalen gesundheitlichen Versorgungsangeboten zu vermitteln. Themen der Besuche sind die gesunde Entwicklung und Entwicklungsförderung des Kindes, kindliche Interaktionen, die Früherkennungsuntersuchungen, der Impfkalender, die Ernährung, Unfallverhütung und Zahngesundheit. Mit Stand von März 2015 nutzten rund 4.400 Familien die Mitgliedschaft im Netzwerk Gesunde Kinder. Zudem sind rund 1.300 Patinnen

und Paten im Netzwerk aktiv<sup>5</sup>. Das Netzwerk Gesunde Kinder hat entsprechend seiner Entstehungsgeschichte kreisbezogen eine unterschiedliche Reichweite. Daher werden nachfolgend alle Netzwerkkinder zusammengefasst betrachtet und keine standortbezogene Analyse durchgeführt.

### 2. Ergebnisse Inanspruchnahme der Netzwerke Gesunde Kinder

Untersucht wurden 23.580 Kinder zur Einschulung 2014. 92 % der Eltern machten Angaben zur Mitgliedschaft im Netzwerk Gesunde Kinder. Demnach wurden 776 Einschüler (3,6 %) in den ersten Lebensjahren ein oder mehrere Jahre durch das Netzwerk begleitet.

Die regionale Verteilung der Netzwerkkinder ist aufgrund des zeitlichen Bestehens der Netzwerke sehr unterschiedlich: zwei Drittel der Kinder (n = 495) finden sich in den Landkreisen Oberspreewald-Lausitz und Havelland. In diesen beiden Landkreisen liegt der Anteil der Netzwerkkinder an der Gruppe der Einschülerinnen und Einschüler bei 22 % (Oberspreewald-Lausitz) und 20 % (Havelland). Nahezu drei Viertel dieser Kinder waren zwei Jahre oder länger im Netzwerk.

Von allen Einschülerinnen und Einschülern haben 89 % der Eltern Angaben zum Sozialstatus gemacht. Netzwerkkinder stellen einen signifikant höheren Anteil in der niedrigen (16,5 vs. 11,8 %,  $p < 0,01$ ) und mittleren Sozialstatusgruppe (56,8 vs. 47,8 %,  $p < 0,01$ ) dar, hingegen in der hohen Sozialstatusgruppe einen deutlich geringeren Anteil (26,7 vs. 40,4 %,  $p < 0,01$ ).

### Wirkung des Netzwerkes Gesunde Kinder

#### Inanspruchnahme der U-Vorsorgeuntersuchungen U7a und U8

Die im Jahr 2008 neu eingeführte U7a sollte vor dem dritten Geburtstag (Alter 34. bis 36. Lebensmonat) erfolgen, also während des Interventionszeitraumes des Netzwerkes Gesunde Kinder.

Sie wurde von den Familien im Netzwerk mit 84,1 % statistisch signifikant ( $p < 0,05$ ) häufiger in Anspruch genommen im Vergleich zu 80,8 % der Nicht-Netzwerkkin- der. Für die Teilnahme an der U8 hingegen, die erst um den vier- ten Geburtstag ansteht, bestand kein signifikanter Unterschied (96 % vs. 95 %).

**Impfungen**

Mehr als 93,5 % aller Einschülerinnen und Einschüler wiesen eine vollständige Grundimmunisierung gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Hämophilus influenzae b (HIB) sowie zwei MMR-Impfungen auf. Auch auf diesem bereits hohen Niveau lag die Impfrate bei den Netzwerkkindern jeweils höher (Abb.1).

Einzelne Impfücken bestanden bei der Pneumokokken-, Meningokokken C-, Hepatitis B- sowie der zweiten Varizellen-Impfung. Auch hier erreichten die Netzwerkkin- der höhere Durchimmunisierungsraten (Hepatitis B 97,4 % vs. 93,9 %,  $p < 0,01$ ; Pneumokokken 89,8 vs. 88,6 %, n.s; Meningokokken C 97,3 vs. 93,5 %,  $p < 0,01$ ; Varizellen 92,3 vs. 89,6 %,  $p < 0,05$ ). Der Anteil

der Kinder, der nach dem Impfkalen- der der Ständigen Impfkommission vollständig geimpft war (ausgenom- men Rotavirus-Impfung), lag bei den Netzwerkkindern mit 84,4 % signifi- kant höher ( $p < 0,05$ ) als bei den Nicht- Netzwerkkindern (80,8 %). Darüber hinaus war auch die für das Alter von 5-6 Jahren empfohlene 1. TdPa-Auf- frischung bei Netzwerkkindern häufiger verabreicht worden (41,4 vs. 35,0 %,  $p < 0,01$ ).

**Medizinisch-therapeutische Ver- sorgung und (heil-)pädagogische Frühförderung**

Kinder, die durch das Netzwerk be- gleitet wurden, hatten signifikant häufiger vor der Einschulung eine Förde- rung erhalten (35,1 % vs. 28,6 %,  $p < 0,01$ ). Dazu gehören die heilpäda- gogische Frühförderung und/oder me- dizinisch-therapeutische Maßnahmen wie Logopädie, Ergotherapie bzw. Physiotherapie. Bezogen auf den Befund von Sprach- und Sprechstörun- gen, der bei den Netzwerkkindern hö- her lag als bei den Nicht-Netzwerkkin- dern (22,3 % bzw. 18,8 %,  $p < 0,01$ ), war ein signifikant höherer Anteil von

Netzwerkkindern bereits 12 Monate vor der Einschulung in logopädischer Behandlung im Vergleich zu den Nicht- Netzwerkkindern (72,3 % vs. 58,9 %,  $p < 0,01$ ). Entsprechend niedriger war der Anteil der Kinder mit Sprach- Sprechstörungen, die eine ärztliche Empfehlung erhielten, einen niederge- lassenen Arzt aufzusuchen (13,3 % vs. 23,3 %,  $p < 0,01$ ) bzw. bei denen noch ein spezifischer „Handlungsbedarf“ an Logopädie zum Zeitpunkt der Ein- schulung festgestellt wurde (10,4 % vs. 16,0 %,  $p < 0,05$ ).

**Unfälle**

Wie schon aus der Untersuchung der kleinen Kinder im Alter von 30-42 Mo- naten bekannt (MASF 2012)<sup>6</sup>, zeigten Netzwerkkin- der einen höheren An- teil an Unfällen, die jemals eine ärzt- liche Behandlung des Kindes erfor- derten (Lebensprävalenz), als die Ver- gleichsgruppe der Nicht- Netzwerkkin- der (30,8 % vs. 24,5 %,  $p < 0,01$ ). Im Vordergrund standen hier die häusli- chen Unfälle. Netzwerkkin- der wurden auch signifikant häufiger wegen ei- nes Unfalls in einem Krankenhaus be- handelt (14,7 % vs. 11,0 %,  $p < 0,01$ ),

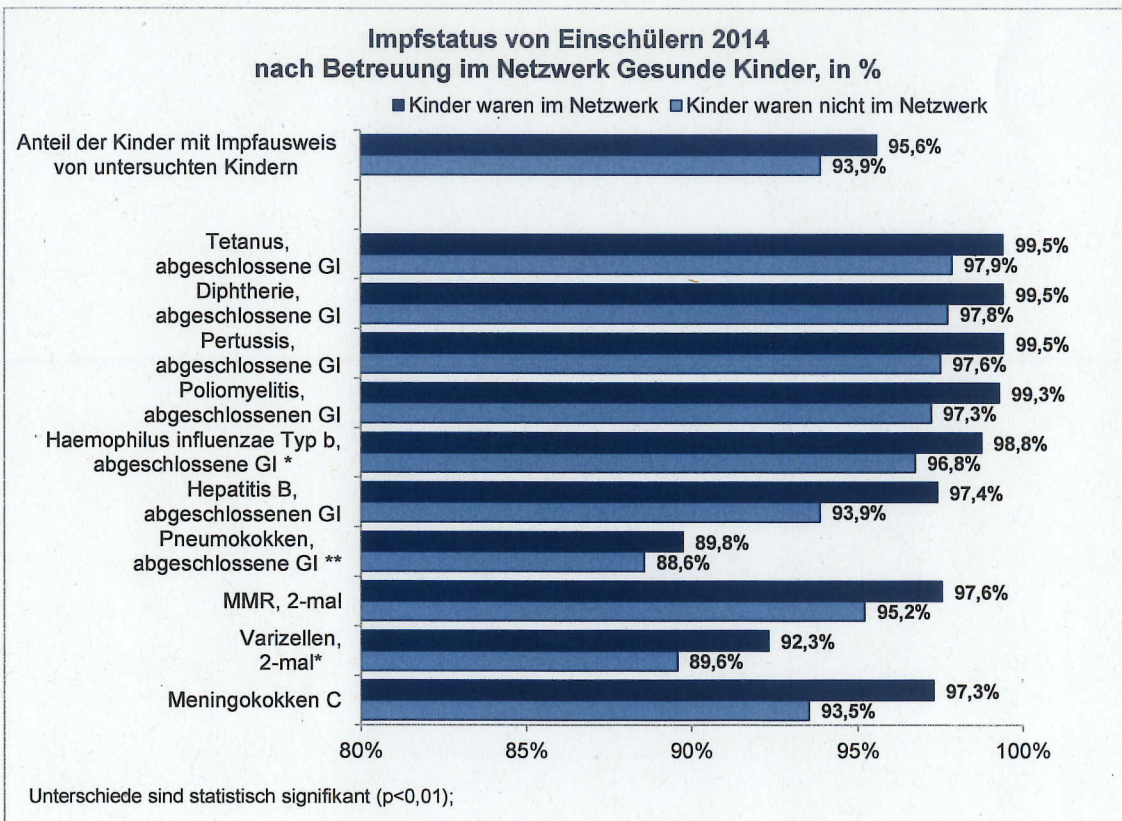


Abb. 1: %-Anteil der Impfraten bei Einschülern 2014 – Netzwerkkin- der vs. Nicht-Netzwerkkin- der

insbesondere wegen einer Gehirnerschütterung (7,6 % vs. 5,5 %,  $p < 0,01$ ) bzw. einer anderen schweren Verletzung (12,0 % vs. 8,1 %,  $p < 0,01$ ). Der höhere Anteil von Netzwerkkindern, die wegen eines Unfalls in einem Krankenhaus behandelt wurden, könnte auf einen healthy worker Effekt zurückzuführen sein. Da die Eltern zur Gefährlichkeit von Unfällen im häuslichen Bereich durch die Patinnen und Paten bei ihren Hausbesuchen aufgeklärt werden, suchen sie möglicherweise bei Unfällen ihrer Kinder sofort ein Krankenhaus auf, um eine Verletzung abklären zu lassen.

### 3. Gesundheit der Netzwerkkin- der im Spiegel der sozialen Lage

#### Inanspruchnahme der U-Vorsorgeuntersuchungen U7a und U8

Netzwerkkin- der aus allen Sozialstatusgruppen nahmen signifikant häufiger die U7a wahr als die entsprechenden Vergleichsgruppen der Nicht-Netzwerkkin- der (Abb.2).

STIKO durchimmunisiert waren. Bei den Netzwerkkin- dern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus wurden für einzelne Impfungen sogar Durchimmunisierungsraten von 100 % festgestellt (Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis, Hepatitis B, 2-mal MMR).

#### Medizinisch-therapeutische Versorgung und (heil-)pädagogische Frühförderung

Bezogen auf eine Förderung bzw. ärztliche Behandlung des Kindes in den letzten 12 Monaten vor der Einschulung hatten Netzwerkkin- der aus Familien mit mittlerem und hohem Sozialstatus diese signifikant häufiger wahrgenommen im Vergleich zu den Nicht-Netzwerkkin- dern gleicher Sozialstatusgruppe (31,4 % vs. 24,9 %,  $p < 0,01$ ). Dies konnte für den niedrigen Sozialstatus nicht festgestellt werden.

### 4. Schlussfolgerung

Durch die im Land Brandenburg etablierte Schuleingangsuntersuchung wurde über eine einzige Schlüsselfra-

wurden, könnte auf einen healthy worker Effekt zurückzuführen sein.

#### Literatur:

- <sup>1</sup> Ministerium für Umwelt Gesundheit und Verbraucherschutz (2014) Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg. Leitlinien zur einheitlichen Durchführung und Dokumentation der kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen, Potsdam
- <sup>2</sup> Daseking M, Petermann F, Röske D, Trost-Brinkhues G, Simon K, Olden- hage M (2009). Entwicklung und Normierung des Einschulungsscreenings SOPES. Gesundheitswesen 71: 648 – 655
- <sup>3</sup> Böhm A, Ellsäßer G, Lüdecke K. Der Brandenburger Sozialindex: ein Werkzeug für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung auf Landes- und kommunaler Ebene bei der Analyse von Einschülerdaten (2007) Das Gesundheitswesen 69: 555-559
- <sup>4</sup> Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie(2008) Lokale Netzwerke Gesunde Kinder im Land Brandenburg – Damit Kinder gesund aufwachsen. Zossen
- <sup>5</sup> Daten der überregionalen Koordinierungsstelle Netzwerk Gesunde Kinder
- <sup>6</sup> FB+E Forschung, Beratung+Evaluation GmbH, Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (2012) Regionale Netzwerke Gesunde Kinder im Land Brandenburg. Damit Kinder Gesund Aufwachsen. Potsdam
- <sup>7</sup> Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (2012) Infektionsreport 2012 des Landes Brandenburg. Potsdam

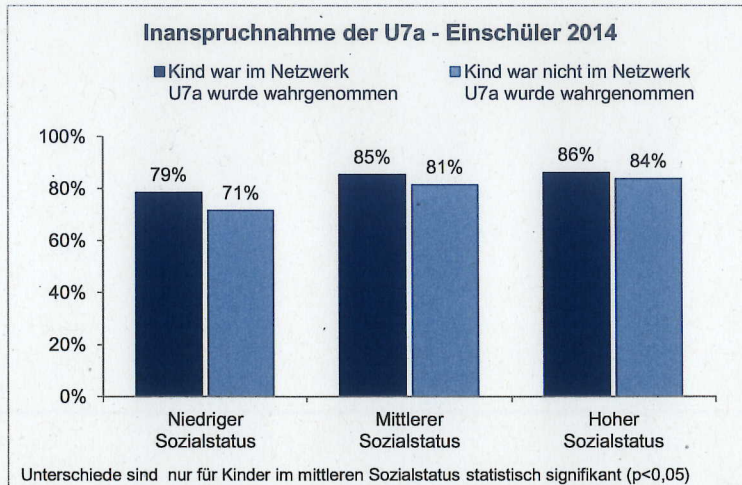


Abb.2: %-Anteil der Inanspruchnahme der U7a nach sozialer Lage – Netzwerkkin- der vs. Nicht-Netzwerkkin- der

#### Impfungen

Impfungen werden von Einschülerin- nen und Einschülern aus Familien mit hohem Sozialstatus grundsätzlich weniger in Anspruch genommen als von Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus<sup>7</sup>. Bei den Netzwerkkin- dern profitierten von der Begleitung der Familien durch Patinnen und Paten insbesondere die Kinder aus Familien mit mittlerem bzw. hohem Sozialstatus, die insgesamt häufiger vollständig nach dem Impfkalendar der

ge das landesweite Netzwerk Gesunde Kinder in seiner primärpräventiven Wirkung bewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass das Netzwerk ein niederschwelliges Angebot ist. Das Netzwerk wirkt sich positiv auf die Kindergesundheit aus. Die Netzwerkkin- der waren besser vollständig durchimmunisiert und nahmen die U7a sowie Förderangebote signifikant häufiger wahr als die Nicht-Netzwerkkin- der. Der höhere Anteil von Netzwerkkin- dern, die wegen eines Unfalls in einem Krankenhaus behandelt

#### Autoren:

Gabriele Ellsäßer, Abteilung Gesundheit im Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz  
 Erich Hedtke, Gesundheitsamt Landkreis Havelland  
 Dieter Hüseman, Kinder- und Jugendmedizin, Werner-Forßmann-Krankenhaus Eberswalde  
 Detlef Reichel, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte  
 Markus Schmitt, Pädiatrie, Evangelisches Krankenhaus Ludwigsfelde-Teltow  
 Annett Schmok, Überregionale Koordinierungsstelle Netzwerk Gesunde Kinder  
 Lucia Wocko, Kinder- und Jugendmedizin, Oberhavel Kliniken Oranienburg  
 Hendrik Karpinski, Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Niederlausitz Senftenberg