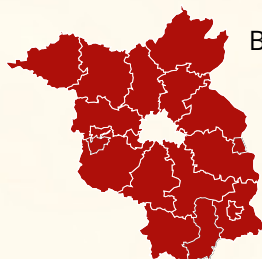


Wie geht es der jungen Generation?

Kinder- und Jugendgesundheitsbericht
des Landes Brandenburg



Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 10





Inhalt

1 Warum dieser Bericht?	8
2 Was beinhaltet der Bericht?	12
3 Was ist zu den Lebensverhältnissen der Kinder und Jugendlichen bekannt?	14
3.1 Sozial bedingte Lebensverhältnisse	15
3.2 Schulformen	19
3.3 Geburtsland und gesprochene Sprache	20
4 Wie ist der Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen?	22
4.1 Wie steht es um die körperliche Gesundheit der Kinder und Jugendlichen?	24
4.1.1 Körpergewicht	25
4.1.2 Funktionsdiagnostische Befunde bei der Schuleingangsuntersuchung	30
4.1.3 Stationäre Behandlungen	33
4.1.4 Sterbefälle und ihre Ursachen	39
4.1.5 Mundgesundheit	41
4.2 Wie beurteilten Kinder und Jugendliche ihre eigene Gesundheit?	49
4.3 Wie steht es um die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen?	51
4.3.1 Psychische Auffälligkeiten	52
4.3.2 Psychische Befunde bei der Schuleingangsuntersuchung	56
4.3.3 Stationäre Behandlungen	58
4.4 Wie verhalten sich Kinder und Jugendliche bezogen auf ihre Gesundheit?	62
4.4.1 Körperliche Aktivität	63
4.4.2 Ernährung	66
4.4.3 Substanzkonsum	69
4.4.4 Medienkonsum	73
4.4.5 Früherkennungsuntersuchungen	77
4.4.6 Impfstatus	80
4.5 Im Fokus: Wie verlief die COVID-19-Pandemie bei Kindern und Jugendlichen?	86
4.5.1 SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen	87
4.5.2 Schutzmaßnahmen	89
4.5.3 COVID-19-Erkrankungsschwere	90
4.5.4 Impfquoten	91
4.5.5 Auswirkungen auf andere meldepflichtige Infektionserkrankungen	92
4.5.6 Subjektive Einschätzung zu den Auswirkungen auf das eigene Leben	93
4.5.7 Einordnung	94

5 Woher kommen die Daten und Ergebnisse?	96
5.1 Daten aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)	97
5.1.1 Schuleingangsuntersuchung (SEU)	99
5.1.2 Schulabgangsuntersuchung (SAU)	100
5.1.3 Zahnärztliche Untersuchungen	101
5.1.4 Meldedaten nach Infektionsschutzgesetz (IfSG)	102
5.1.5 Digitales Impfquotenmonitoring (DIM)	103
5.2 Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum (BJS)	104
5.3 HBSC-Studie	106
5.4 Replikation der COPSYS-Studie in Brandenburg	107
5.5 Amtliche Statistiken	108
5.5.1 Krankenhausdiagnosestatistik	109
5.5.2 Todesursachenstatistik	109
5.6 Zentrales Einladungs- und Rückmeldewesen (ZER)	110
6 Was sind die zentralen Ergebnisse?	112
7 Welche Taten folgen aus den Daten? Was wollen wir für Kindergesundheit umsetzen?	120
8 Abbildungsverzeichnis	134
9 Tabellenverzeichnis	137
10 Abkürzungsverzeichnis	138
11 Literaturverzeichnis	140



Vorwort

**Vorwort der Ministerin
für Gesundheit und Soziales**



Seit dem letzten Bericht im Jahr 2018 haben sich das Gesundheitsverhalten und die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen deutlich verändert. Die zunehmende Digitalisierung führt zu weniger körperlicher Bewegung und einem stark gestiegenen Medienkonsum. Gleichzeitig nehmen Übergewicht, psychische Erkrankungen und psychosoziale Belastungen zu – Entwicklungen, die durch die Corona-Pandemie noch verstärkt wurden.

Liebe Leserinnen und Leser,

jedes Kind in Brandenburg soll gesund und fröhlich aufwachsen können. Die Gesundheit unserer Kinder zu schützen und zu fördern, ist nicht nur ein zentrales Anliegen der Landesregierung, sondern liegt mir als Gesundheits- und Familienministerin besonders am Herzen.

Der vorliegende Kinder- und Jugendgesundheitsbericht des Landes Brandenburg liefert auf der Grundlage umfangreicher und aktueller Daten einen umfassenden Überblick über die gesundheitliche Situation der rund 421.000 Kinder und Jugendlichen in unserem Land. Die Daten stammen dabei sowohl aus Quellen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und aus wissenschaftlichen Erhebungen als auch aus amtlichen Statistiken und Daten der Krankenkassen.

Als Teil der regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung bietet der Bericht nicht nur eine fachlich fundierte Einschätzung durch Expertinnen und Experten, sondern berücksichtigt auch die Sichtweisen der Kinder und Jugendlichen selbst. Zugleich ordnet er die zusammengetragenen Daten und Fakten bundesweit ein.

Insgesamt ergibt sich so ein umfassendes und differenziertes Bild der Kinder- und Jugendgesundheit im Land Brandenburg. Damit schafft der Bericht eine fundierte Grundlage für politische Entscheidungsträger, für die Arbeit der Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und für alle anderen Akteure im Land, die im Bereich der Kindergesundheit tätig sind.

Umso wichtiger ist es, mit gezielter Prävention frühzeitig gegenzusteuern und die gesundheitlichen Ressourcen von Kindern und Jugendlichen zu stärken. Gesundheitsförderung muss dort ansetzen, wo junge Menschen leben, lernen und aufwachsen – in der Familie, in der Kita, in der Schule und im sozialen Umfeld.

Bewegung macht nicht nur Spaß – sie ist auch gesund! Das erleben zum Beispiel über 10.000 Kita-Kinder bei der landesweiten Bummi-Olympiade, die das Gesundheitsministerium in diesem Jahr unterstützt hat. Spielerisch entdecken Kinder die Freude an Bewegung und lernen dabei Sportvereine aus ihrer Region kennen, was die Chance erhöht, dass sie auch später noch regelmäßig aktiv bleiben.

In Brandenburg gibt es ein starkes Netz von Unterstützungsangeboten und Initiativen – darunter das Bündnis Gesund Aufwachsen, die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg oder der Arbeitskreis Kinderarmut. Diese Strukturen wollen wir weiter stärken und ausbauen, um noch mehr Kinder und Familien zu erreichen.

Gesundheit ist die Grundlage dafür, dass Kinder sich gut entwickeln, lernen und glücklich aufwachsen. Nachhaltige Perspektiven entstehen durch gemeinsames Engagement, gezielte Förderung und den Ausbau von präventiven Angeboten.

**Ihre
Britta Müller**

Ministerin für Gesundheit und Soziales
des Landes Brandenburg

Vorwort

**Vorwort der stellvertretenden Präsidentin
des Landesamtes für Arbeitsschutz,
Verbraucherschutz und Gesundheit**



Das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) ist ein wichtiges Bindeglied zwischen dem Ministerium für Gesundheit und Soziales und den Gesundheitsämtern der Kreise und Kreisfreien Städte. So ist es unter anderem eine wichtige Aufgabe des LAVG, Daten über die gesundheitliche Situation der Menschen und vor allem der Kinder im Land Brandenburg zu sammeln, diese zu verarbeiten und so aufzubereiten, dass politische Entscheidungsträger fachlich beraten und die Bevölkerung sowie Fachkreise umfassend informiert werden können. Denn ohne verlässliche Daten können keine fundierten Entscheidungen getroffen werden. Dieser Aufgabe, ganz im Sinne des Credo: „Daten für Taten“, widmen sich die Mitarbeitenden der Abteilung Gesundheit jeden Tag und erstellen nach den aktuellen und anerkannten Methoden der Epidemiologie in der Gesundheitsberichterstattung anschauliche Berichte, Graphiken und Darstellungen. Ziel ist es auch, die komplexen Zusammenhänge so verständlich wie möglich darzustellen.

Dieser Bericht ist ein Produkt unserer Arbeit und soll einen detaillierten Einblick in die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen des Landes Brandenburg geben. Es wurden verschiedene Daten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der amtlichen Statistiken sowie aus Landes- und Bundesstudien berücksichtigt. Der Bericht umfasst sowohl Auswertungen zum körperlichen wie psychischen Gesundheitszustand als auch zum Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen unter Berücksichtigung von Gesundheitsdeterminanten, wie der sozialen und ökonomischen Situation, dem Migrationsstatus und regionaler Unterschiede. Hieraus werden Maßnahmen und

Handlungsempfehlungen abgeleitet, um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg weiter zu stärken.

Wir hoffen, dass die dargestellten Daten einen anschaulichen und umfassenden Überblick geben und interessante sowie neue Perspektiven eröffnen.

Katarina Weisberg

Stellvertretende Präsidentin des Landesamtes für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit



1 Warum dieser Bericht?

Im Jahr 2023 lebten in Brandenburg 420.953 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis unter 18 Jahren. Das entspricht einem Anteil von 16,3 % der Gesamtbevölkerung von 2.581.667 lebenden Menschen in Brandenburg (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2011).

Damit ist mehr als eine von zehn in Brandenburg lebenden Personen ein Kind oder eine jugendliche Person.

Anteil Kinder und Jugendliche an der Bevölkerung in Brandenburg 2023



Kinder und Jugendliche sowie ihre Familien stehen unter besonderem Schutz des Staates:

„(1) Junge Menschen haben ein Recht auf Achtung, Schutz und Förderung [...]“ und „(3) Familien genießen einen besonderen Schutz der staatlichen Gemeinschaft. [...]“. (Vgl. § 6 Absatz (1) und (3), Brandenburgisches Kinder- und Jugendgesetz – BbgKJG)

Der Gesundheitsschutz stellt einen wesentlichen Bestandteil des Kinder- und Jugendschutzes dar. So haben Kinder gemäß der UN-Kinderrechtskonvention ein **Recht auf Gesundheit** (Artikel 24 UN-KRK), welches es durch die beteiligten Staaten umzusetzen gilt.

Kinder haben ein Recht auf Gesundheit.

Dabei sind Kinder in der UN-KRK gemeint als „[...] jeder Mensch, der das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, soweit die Volljährigkeit nach dem auf das Kind anzuwendenden Recht nicht früher eintritt.“ (**Artikel 1** UN-KRK).

§ 6 BbgGDG Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

(1) Die Landkreise und kreisfreien Städte schützen und fördern die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Sie wirken gemeinsam insbesondere mit den Sorgeberechtigten und Einrichtungen der gesundheitlichen, sozialen und pädagogischen Betreuung auf eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hin.

Das **Brandenburgische Gesundheitsdienstgesetz** (BbgGDG) greift den Aspekt des Gesundheitsschutzes von Kindern und Jugendlichen explizit auf (§ 6 BbgGDG), formuliert Aufgaben gegenüber den kommunalen Trägern des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und sieht eine regelmäßige Berichterstattung zur gesundheitlichen und sozialen Lage der Kinder und Jugendlichen auf Landesebene (§ 9 BbgGDG in Verbindung mit § 3 Absatz 6 KJGDV) vor.

Jugendschutzgesetz (JuSchG)

§ 1 Begriffsbestimmungen

(1) Im Sinne dieses Gesetzes

1. sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind,
2. sind Jugendliche Personen, die 14, aber noch nicht 18 Jahre alt sind.

Der **Gesundheitsberichterstattung** (GBE) – nicht nur in Brandenburg – kommt die Schlüsselrolle zu, über die gesundheitliche Situation und Trendentwicklungen der Bevölkerung, aber auch über ausgewählten Bevölkerungsgruppen wissenschaftlich fundiert zu berichten. „Das Themenspektrum der Berichte, Artikel, Faktenblätter und Online-Daten reicht von der gesundheitlichen Lage über das Gesundheitsverhalten und Präventionsmöglichkeiten bis hin zur Gesundheitsversorgung. Die Informationen werden auf unterschiedlichen Ebenen publiziert: in den Kommunen (Gesundheitsämter), in den Ländern, auf Bundesebene (Robert Koch-Institut und Statistisches Bundesamt) sowie durch internationale Gremien (EU, WHO und OECD) (Saß, et al., 2024)“. Einen guten Überblick über die GBE des Landes und ihre Produkte liefert die Website des Landesamtes für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG): <https://lavg.brandenburg.de/lavg/de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/>.

Junge Menschen haben ein Recht auf Schutz.

Den letzten umfassenden **Bericht zur Kindergesundheit** mit dem Titel „Gesundheit und Gesundheitschancen für Kinder im Land Brandenburg“ legte das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie im Jahr 2018 vor. Seitdem sind 7 Jahre vergangen, in denen sich die gesellschaftlichen Bedingungen durch verschiedene äußere und innere Umstände verändert haben.

In der Zeit der **COVID-19-Pandemie** erlebten Kinder und Jugendliche sowie ihre Familien wie die Gesundheit durch ein unbekanntes Virus plötzlich bedroht wird und erlebten starke Einschränkungen, die sich zum Teil auf die körperliche und mentale Gesundheit ausgewirkt haben. Wie sich diese Auswirkungen darstellen, wird in diesem Bericht insbesondere Gegenstand eines Fokuskapitel sein.

Es gibt aktuell verschiedene Berichte und Veröffentlichungen von Daten, auch außerhalb der GBE der Kommunen, des Landes und des Bundes, welche die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen für das Land Brandenburg beschreiben und insbesondere die Entwicklungen in Zusammenhang mit der Pandemie darstellen. Der Bericht wertet verschiedene Datenquellen aus und vergleicht diese, da wo es methodisch möglich ist. Dabei soll ein umfängliches und differenziertes Bild zur **gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen** im Land Brandenburg gezeichnet werden. Die verschiedenen Daten bieten eine gute Basis, um aktuelle Trends der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen abzuleiten. Sie weisen wesentliche Handlungsfelder für die Akteure und Akteurinnen im Gesundheits- und Sozialwesen im Land auf.

Es sollen zudem **unterschiedliche Akteursperspektiven** Beachtung finden: die der Tätigen im Gesundheitswesen, der Forschenden und der Kinder und Jugendlichen selbst. Der Bericht soll einerseits dabei helfen, die vielen Daten und Datenquellen objektiv einzuordnen, Evidenzen herauszuarbeiten, Ergebnisse zusammenzufassen und Erkenntnisse abzuleiten. Primärdaten aus dem ÖGD und aus der Wissenschaft sowie Sekundärdaten, z. B. amtliche Statistiken und Daten der Krankenkassen, dienen dafür als Grundlage. Andererseits unterstützt der Bericht dabei, der

Kinder- und Jugendgesundheitsforschung sowie den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten im – zuweilen hektisch geführten – öffentlichen Diskurs eine evidenzbasierte und hörbare Stimme zu geben.

Und last but not least ist die Einordnung der **Kinder- und Jugendgesundheit im Land im Vergleich zum Bund** von Interesse: Brandenburg lag im Jahr 2019 laut Ländersteckbrief zum Kinderrechte-Index für die Umsetzung des Rechts auf Gesundheit im Bundesdurchschnitt (Deutsches Kinderhilfswerk, 2019). Ist das Ergebnis gut oder schlecht, ist das Glas der Kindergesundheit im Land halb voll oder halb leer? Was hat sich seitdem getan? Darauf gibt der Bericht fundierte Antworten.





2 Was beinhaltet der Bericht?

Gegenstand dieses Berichts ist eine datenbasierte Darstellung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Brandenburg. Dabei werden verschiedene Aspekte der körperlichen sowie psychischen Gesundheit betrachtet, aber auch gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, die zeitliche Entwicklung sowie das SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen und die gesundheitlichen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie betrachtet.

Zu der **körperlichen Gesundheit** zählen wichtige Indikatoren wie das Körpergewicht und die damit verbundene Einordnung in Übergewicht und Untergewicht, funktionsdiagnostische Befunde wie Sprach- und Sprechstörungen, Bewegungsstörungen, allgemeine Entwicklungsstörungen, allergische Erkrankungen und stationär behandelte Erkrankungen.

Die Betrachtung der **psychischen Gesundheit** beinhaltet Indikatoren wie Einsamkeit, Ängstlichkeit, depressive Symptome oder stationär behandelte Fälle psychischer Erkrankungen. Auch emotionale-soziale Störungen als funktionsdiagnostischer Befund bei Einschülerinnen und Einschülern werden beschrieben.

Eine Erkrankung, eine Diagnose oder auch ein Befund stellt aber immer das Gesundheitsoutcome – das Ergebnis dar, welches häufig durch **gesundheitsrelevante Verhaltensweisen** beeinflusst werden kann. Daher werden auch die wichtigsten Verhaltensweisen wie Medien- und Substanzkonsum, körperliche (In-)Aktivität, Ernährung und die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen betrachtet.

Ein besonderes Augenmerk soll in einem **Fokuskapitel** auf die Zeit der **COVID-19-Pandemie** gerichtet werden, in dem es um das Infektionsgeschehen sowie die Auswirkungen von Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie auf Kinder und Jugendliche geht.

Der Bericht basiert auf Daten aus standardisierten Erhebungsmethoden, die den objektiven und

subjektiven Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen beschreiben. Durch **Zitate** von verantwortlichen Personen aus dem öffentlichen Gesundheitswesen und der Gesundheitsforschung werden die Ergebnisse ergänzt. Diese spiegeln die subjektive Wahrnehmung der Expertinnen und Experten wider.

In jedem Kapitel werden die Ergebnisse zudem in den **Kontext der individuellen und allgemeinen Lebensumstände**, wie Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Wohnort oder besuchte Schulform gesetzt. Dabei werden die Ergebnisse zu den einzelnen Indikatoren der Gesundheit wenn möglich zeitlich sowie im Vergleich zum Bundesdurchschnitt eingeordnet.

Die sogenannten kontextbezogenen **Determinanten von Gesundheit**, die wiederkehrend Berücksichtigung finden, werden zu Beginn des Berichts erläutert.

Anschließend an die Kapitel der Ergebnisdarstellungen werden die **Datengrundlagen** beschrieben. Hier wird erklärt, aus welchen Datenquellen die Daten und damit die dargestellten Ergebnisse stammen und wie diese einzuordnen sind.

Abschließend werden die wichtigsten „Daten für Taten“ zusammengefasst und Maßnahmen und Handlungsempfehlungen aus der Perspektive des Ministeriums für Gesundheit und Soziales und dem Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit abgeleitet, deren Umsetzung das **gesundheitliche Kindeswohl künftig weiter stärken** sollen.

Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen

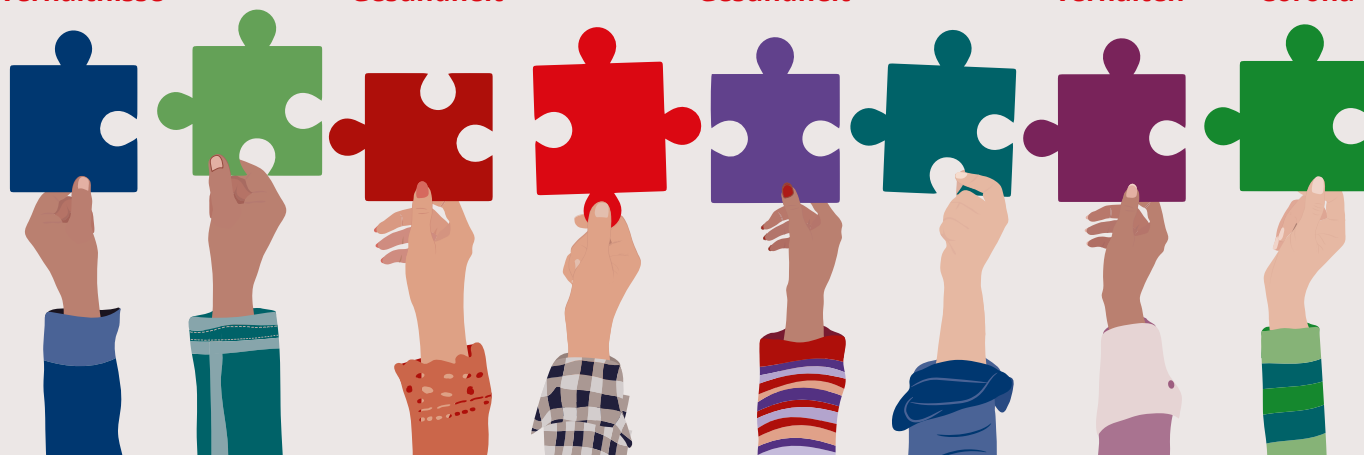
Lebens-
verhältnisse

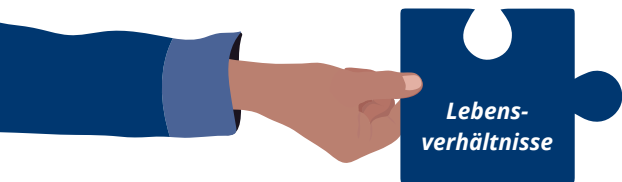
Körperliche
Gesundheit

Psychische
Gesundheit

Gesundheits-
verhalten

Corona





3 Was ist zu den Lebensverhältnissen der Kinder und Jugendlichen bekannt?

Die jeweiligen Lebensverhältnisse, in denen Kinder und Jugendliche aufwachsen, haben einen maßgeblichen Einfluss auf deren Gesundheitszustand.

Beziehen sie sich auf den individuellen Lebensstil, handelt es sich um sogenannte **verhaltensbezogene Gesundheitsdeterminanten**, wie die körperliche Aktivität oder der Konsum von Tabak. Betreffen diese die Lebensumwelt und -umstände, die nur schwer durch Veränderungen des Lebensstils beeinflussbar sind, handelt es sich um sogenannte verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten, wie Bewegungsangebote in Wohnortnähe oder die Verkehrsinfrastruktur. In diesem Kapitel sollen die Lebensverhältnisse und somit die **verhältnisbezogenen Gesundheitsdeterminanten** betrachtet werden.

Studien zeigen, dass u.a. die soziale Lage (Hoebel, et al., 2024) sowie der Migrationshintergrund (Bartig, et al., 2023) den größten Einfluss auf die Gesundheit haben. Deshalb werden nachfolgend die sozioökonomische Deprivation (Benachteiligung) und der individuelle Sozialstatus, die Verteilung nach Schulformen sowie der Migrationshintergrund der brandenburgischen Bevölkerung beschrieben.



3.1 Sozial bedingte Lebensverhältnisse

Im Folgenden werden zwei verschiedene Möglichkeiten der Einordnung in die sozialen Lebensverhältnisse vorgestellt:

- Einordnung der Lebensumwelt und damit des Wohnorts der Familien anhand von sozioökonomischen Merkmalen (sozioökonomische Deprivation mit dem GISD) und
- der individuelle Sozialstatus der Familien mit Angaben der Eltern auf Basis der Schuleingangsuntersuchung (SEU)

Um gesundheitliche Ungleichheiten sichtbarer zu machen, hat das Robert Koch-Institut (RKI) 2017 den **German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD)** entwickelt (Kroll, et al., 2017). Der GISD misst, wie stark eine Region in Deutschland sozial und wirtschaftlich benachteiligt – also depriviert – ist. Er ist als Indikator ebenfalls Teil der Präventionsberichterstattung der Länder (Oberwöhrmann, et al., 2022).

Weitere Informationen zur SEU sind in Kapitel 5.1.1 zu finden.

Der German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) bildet das relative Ausmaß regionaler sozioökonomischer Deprivation in deutschen Regionen multidimensional auf Bevölkerungsebene über die drei gleich gewichteten Dimensionen Bildung, Beruf und Einkommen ab.



Die Berechnung mit der Revision im Jahr 2022 basiert auf nunmehr neun Indikatoren aus der Datenbank „Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung“ (INKAR) zu den oben genannten drei Dimensionen. Die Einteilung der Indexwerte in fünf gleich große Gruppen zu je 20 % (Quintile) ist auf Ebene der Landkreise und Gemeindeverbände möglich. Durch die bundeseinheitliche Definition ist eine Vergleichbarkeit gegeben (Kroll, et al., 2017; Michalski, et al., 2022). Der Wertebereich liegt zwischen 0 und 1, wobei **niedrige Werte für eine geringe Benachteiligung stehen, während hohe Werte eine größere sozioökonomische Benachteiligung bedeuten**. Ebenso verhält es sich mit den Quintilen: Q1 steht für eine niedrige, Q3 für eine mittlere und Q5 für eine hohe sozioökonomische Deprivation.

Die Veröffentlichungen zum GISD aus 2017 sowie 2022 zeigen, dass im Bundesvergleich Brandenburg zu den hoch deprivierten, also benachteiligten Regionen in Deutschland zählt und innerhalb Brandenburgs die Landkreise oder kreisfreien Städte nur vereinzelt davon abweichen.

Interessant ist auch: Das Phänomen ist 35 Jahre nach der Wiedervereinigung nach wie vor in allen ostdeutschen Ländern anzutreffen! Die folgende Kartendarstellung zeigt, dass Brandenburg als Bun-

desland insgesamt dem höchsten Quintil zugeordnet wird, genauso wie Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

Aus den Darstellungen nach Kreisen und nach Gemeindeverbänden wird aber auch eine Differenzierung innerhalb Brandenburgs ersichtlich, die insbesondere in Teilen des Südens und Süd-Westens Regionen mit geringer Deprivation ausweist. Dabei scheint ein Zusammenhang zwischen der Nähe zum Bundesland Berlin und dem Grad der Deprivation vorzuliegen: Die Regionen des Berliner Umland scheinen eine geringere sozio-ökonomische Deprivation aufzuweisen als die Regionen des weiteren Metropolraums. Landkreise, welche in Teilen dem Berliner Umlands zugerechnet werden, weisen durchschnittlich niedrigere GISD-Scores auf als Landkreise, die ausschließlich dem weiteren Metropolraum zuzuordnen sind.

Unterschiede hinsichtlich des GISD-Scores können auf Ebene der Gemeindeverbände auch innerhalb eines Landkreises vorliegen und somit unterschiedliche sozialbedingte Lebensverhältnisse vorherrschen. Dies lässt sich insbesondere in den Landkreisen Barnim, Märkisch-Oderland oder Teltow-Fläming erkennen. Für die kreisfreien Städte ist nur eine Gemeinde-Nummer vorhanden und nur eine Einordnung über

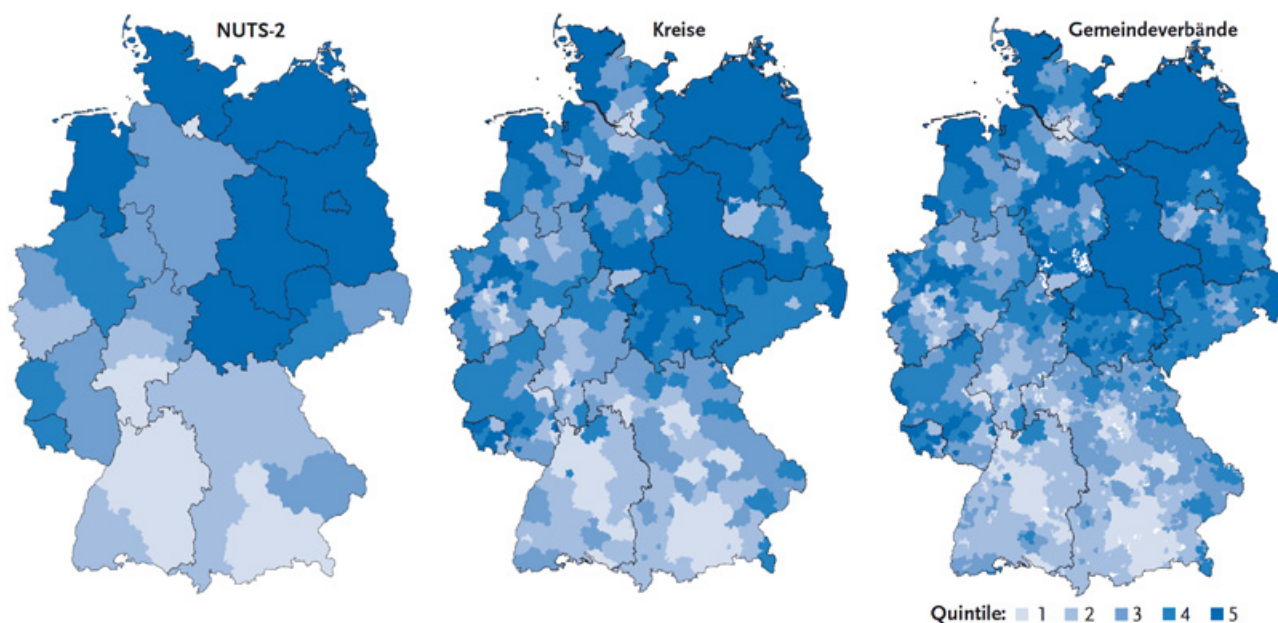


Abbildung 1: Zuordnung der Quintile des German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) nach Bundesreferenz und unterschiedlicher räumlicher Gliederung; Quelle: Michalski N et al. 2022, JoHM 7 (S5)



die gesamte Stadt möglich. Dabei zeigt die kreisfreie Stadt Potsdam, welche gänzlich im Berliner Umland liegt, mit einem GISD-Score von 0,41902 (Jahr 2019) die niedrigste sozioökonomische Deprivation und die Stadt Brandenburg an der Havel mit 0,79678 (Jahr 2019) die höchste (GISD-Release vom 03.01.2024).

Die Landkreise mit der höchsten Deprivation sind die Prignitz und die Uckermark. Gleichwohl ist aus anderen Datenquellen, die einen kleinräumigen Gemeindegemeinschaft oder die Postleitzahl anwenden, bekannt, dass die sozio-ökonomischen Verhältnisse sich in den Stadtbezirken und -teilen sehr wohl unterscheiden. Diesem Umstand widmet sich u.a. das Projekt RESILIENT aus Dresden (Landeshauptstadt Dresden).

Neben der Betrachtung und Einordnung der Regionen Brandenburgs nach dem GISD im deutschlandweiten Vergleich wird im Folgenden der individuelle Sozialstatus anhand der Erhebungen aus der brandenburgischen SEU dargestellt. Dieser wird aus Angaben der Eltern zu deren Schulbildung sowie Erwerbstätigkeit gebildet (Böhm, et al., 2007).

Er zeigt, dass im Jahr 2023 10 % der Familien in Brandenburg mit einem Kind im Einschulungsalter der niedrigen Sozialstatusgruppe zuzuordnen waren und nahezu die Hälfte aller Einschülerinnen und Einschüler (49 %) in Familien mit hohem Sozialstatus lebten. Im Berliner Umland war diese Zuordnung häufiger als im weiteren Metropolenraum.

Der Sozialstatus hat sich über die Zeit in den Familien in Brandenburg verändert, sodass nun mehr Familien einen hohen Sozialstatus aufweisen und dafür weniger einen mittleren oder niedrigen Sozialstatus (Abbildung 3). Das kann insbesondere durch die höheren Schulabschlüsse erklärt werden, die Teil der Berechnung des Index sind und diesen somit erhöhen.

Definition: Der **individuelle Sozialstatus** wird als additiver Index aus der Schulbildung und Erwerbstätigkeit jedes Elternteils gebildet: niedrig (4 bis 6 Punkte), mittel (7 bis 8 Punkte) und hoch (9 bis 10 Punkte) (Böhm, et al., 2007).

Schulbildung je Elternteil

- niedrige Schulbildung (fehlender Schulabschluss, Förderschulabschluss, Hauptschulabschluss und Berufsbildungsreife)

1 Punkt

- mittlere Schulbildung (Erweiterte Berufsbildungsreife (EBR), Fachoberschulreife (FOR), Realschulabschluss, MSA, 10. Klasse-Abschluss, mittlere Reife)

2 Punkte

- hohe Schulbildung (Abitur, Fachhochschulreife, Fachabitur)

3 Punkte

Erwerbstätigkeit je Elternteil

- nicht erwerbstätig

1 Punkt

- erwerbstätig (Voll- oder Teilzeit)

2 Punkte



Anteil mit niedrigem Sozialstatus (%)

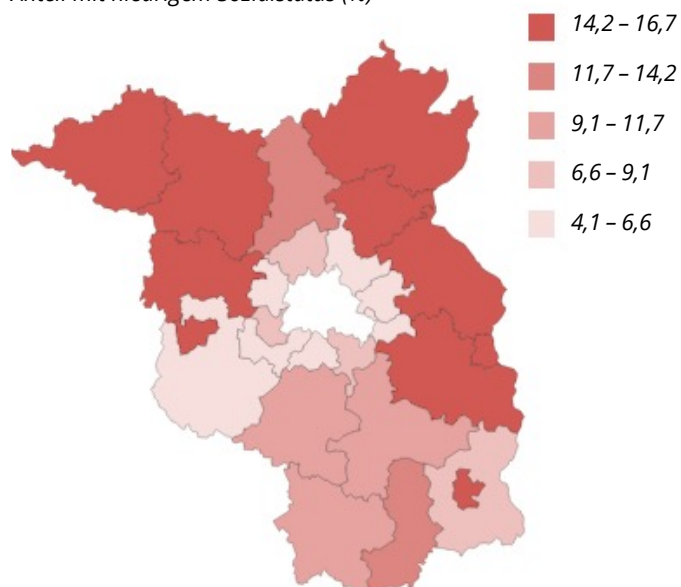


Abbildung 2: Anteil Einschülerinnen und Einschüler im Jahr 2023 mit niedrigem Sozialstatus

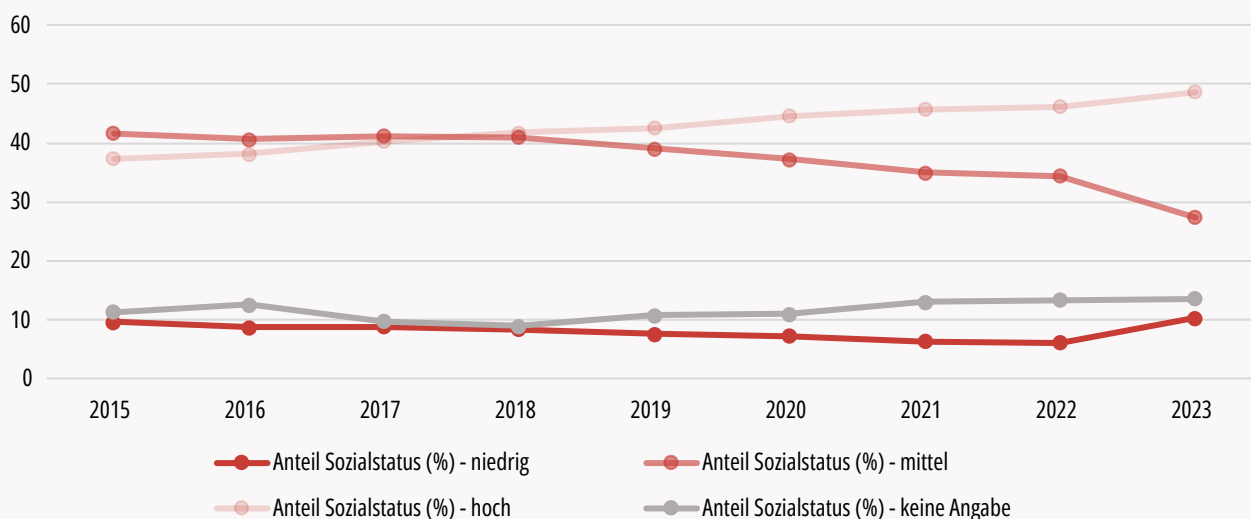


Abbildung 3: Anteil Einschulkinder in Sozialstatusgruppen nach Jahren

Der Vergleich verdeutlicht, dass ein Kontextfaktor wie der GISD und der individuell erhobene Sozialstatus verschiedene Aspekte der sozial bedingten Lebensverhältnisse abbilden und dadurch auch zu unterschiedlichen Aussagen kommen können. Das ergab auch eine Studie des RKI (Kroll, et al., 2017).

Auch die gemeinsame Auswertung zeigt keinen eindeutigen Zusammenhang. Die Korrelation ist niedrig ($r = -0,143$) und es kann keine eindeutige Übereinstimmung des Wohnorts mit dem individuellen Sozialstatus beobachtet werden. Familien mit hohem Sozialstatus leben auch in Regionen mit hoher sozio-ökonomischer Deprivation (36 %) und Familien mit niedrigem Sozialstatus leben ebenfalls in Regionen mit niedriger sozio-ökonomischer Deprivation (8 %).



3.2 Schulformen

In Brandenburg gibt es insgesamt sieben Schulformen, die unterschieden werden: Grundschule, Oberschule, Gesamtschule, Gymnasium, Förderschule, Zweiter Bildungsweg und die Berufliche Schule. Diese liegen sowohl in freier als auch öffentlicher Trägerschaft. Im Jahr 2023 waren es insgesamt 930 Schulen, davon 742 in öffentlicher und 188 in freier Trägerschaft (Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, 2023).

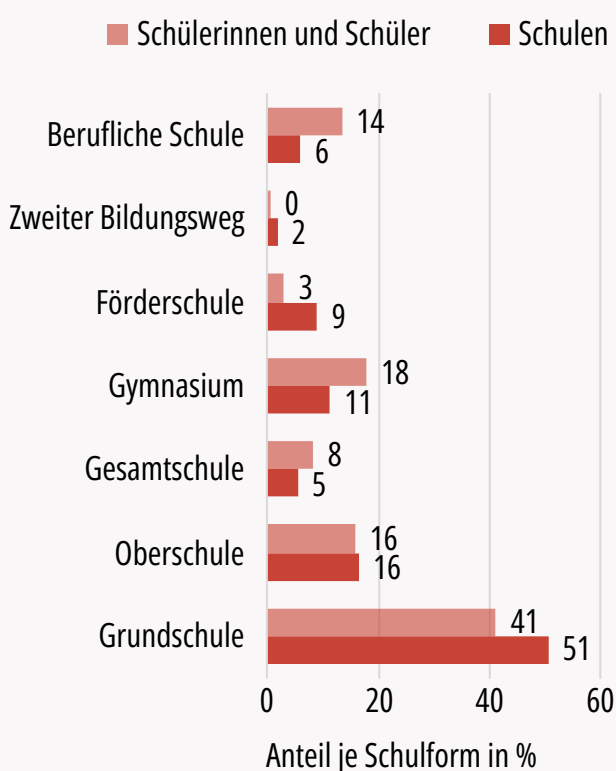


Abbildung 4: Verteilung der Schulen und Schülerinnen und Schüler nach Schulform in Brandenburg im Jahr 2023

Die häufigste Schulform war mit 51 % die Grundschule, gefolgt von der Oberschule (16 %), Gymnasium (11 %) und Förderschule (9 %). Von den insgesamt 310.293 Schülerinnen und Schüler, verteilt auf 930 Schulen im Land Brandenburg, besuchten im Jahr 2023 41 % Grundschulen, 18 % Gymnasien, 16 % Oberschulen und 14 % Berufliche Schulen.

Die häufigste Schulform in Brandenburg nach der Grundschule ist die **Oberschule**

Eine differenzierte Betrachtung von Gesundheitsfaktoren nach Schulform kann ein Anhaltspunkt für den sozialen Kontext der Kinder und Jugendlichen sein (sogenannter Proxymarker), wenn keine Informationen zum individuellen Sozialstatus oder der Lebensumwelt vorhanden sind.

In Brandenburg ist die am häufigsten vertretene Gruppe die der Grundschulkinder und damit die Altersgruppe von 6 bis 12 Jahren.



3.3 Geburtsland und gesprochene Sprache

In der SEU für das Jahr 2023 wurden zum ersten Mal detaillierte Informationen zur Bestimmung des Migrationshintergrunds der Familien in Brandenburg mit Kindern im Einschulungsalter erfasst.

Durch die Stratifizierung der Daten nach Migrationshintergrund können Daten zur gesundheitlichen Lage von Einschülerinnen und Einschüler aus Familien mit Migrationshintergrund generiert werden. Die Berücksichtigung des Migrationshintergrundes in der Gesundheitsberichterstattung ist wichtig, um gesundheitliche Ungleichheiten zu erkennen und gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit zu entwickeln. Dabei ist zu beachten, dass es weitere Faktoren in Zusammenhang mit Migration gibt, die einen Einfluss auf Gesundheitsaspekte haben können und die Auswertung nach Migrationshintergrund nur eine grobe Einordnung geben kann.

In Anlehnung an den Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS 2003 bis 2006) wurden Angaben zum Geburtsland sowie der Staatsangehörigkeit der Eltern und des Kindes erfasst.

Definition:

Ein einseitiger Migrationshintergrund besteht, wenn ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist und/oder eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit aufweist.

Ein beidseitiger Migrationshintergrund hingegen besteht, wenn beide Eltern in einem anderen Land geboren sind und/oder eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit aufweisen oder wenn das Kind selbst aus einem anderen Land zugewandert ist und mindestens ein Elternteil im Ausland geboren wurde.

Die Definition des Migrationshintergrundes nach KiGGS ermöglicht den Vergleich mit repräsentativen Daten für Deutschland.

In Brandenburg liegt für 72 % der Einschülerinnen und Einschüler im Jahr 2023 kein Migrationshintergrund vor. Der Anteil der Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund liegt bei 5,9 %, der Anteil der Kinder mit einem beidseitigen Migrationshintergrund bei 11 % (keine Angaben: 12 %). Damit liegt der Anteil unter dem Bundesdurchschnitt, der laut Ergebnissen der zweiten Welle der KiGGS-Studie (2014 bis 2017) für Familien mit 11- bis 17-jährigen bei insgesamt etwa einem Viertel liegt (einseitig 9,1 % und beidseitig 17 %) (Koschollek, et al., 2019).

17 % der Einschülerinnen und Einschüler in Brandenburg im Jahr 2023 weisen einen Migrationshintergrund auf.

Ein Vergleich der SEU ist nur eingeschränkt mit den Ergebnissen des Mikrozensus möglich.

So besteht laut Erhebung des Mikrozensus ein Migrationshintergrund, wenn eine Person selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist.

Die vorläufigen Ergebnisse des Mikrozensus 2023 ergeben für die brandenburgische Bevölkerung einen Anteil an Personen mit Migrationshintergrund von ca. 12 %. Davon sind 8,5 % der Personen unter 45 Jahren und 3,7 % über 45 Jahre. Somit weist der jüngere Teil der Bevölkerung einen höheren Anteil an Personen mit Migrationshintergrund auf, welche auch eher in der betrachteten Bevölkerungsgruppe der Einschulungskinder vorzufinden ist (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2024).

Betrachtet man die Ergebnisse der SEU regional differenziert, findet man den höchsten Anteil an Kindern mit einseitigem und beidseitigem Migrationshintergrund in den kreisfreien Städten Frankfurt (Oder) (insgesamt 32 %), Cottbus (insgesamt 27 %) und Potsdam (insgesamt 27 %). Am geringsten ist der



Anteil der Kinder mit einseitigem und beidseitigem Migrationshintergrund hingegen in den Landkreisen Oberspreewald-Lausitz, Elbe-Elster, Spree-Neiße und Märkisch-Oderland mit jeweils insgesamt 12 %.

Die zuhause gesprochene Sprache ist bei Familien der Einschulungskinder 2023 zu 86 % Deutsch, wobei nur für 15.693 der 24.366 untersuchten Kinder mit ausgefülltem Elternfragebogen Angaben zu anderen zuhause gesprochenen Sprachen vorliegen. Von diesen gaben 16 % an, dass zuhause auch eine andere Sprache gesprochen wird. Die häufigsten waren mit absteigender Häufigkeit Russisch, Englisch, Polnisch, Arabisch, Ukrainisch, Persisch und Türkisch. Ausschließlich Deutsch wurde bei 76 % der Familien gesprochen, Deutsch und eine andere Sprache bzw. mehrere Sprachen bei 9,8 % und ausschließlich eine andere Sprache bei 5,8 %.





4 Wie ist der Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen?

In diesem Kapitel werden die zentralen Aspekte zur Gesundheit der Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg beleuchtet.

Dabei werden:

- die körperliche Gesundheit,
- die Beurteilung der eigenen Gesundheit,
- die psychische Gesundheit,
- gesundheitliche Verhaltensweisen,
- die COVID-19-Pandemie

mit verfügbaren Daten unterlegt und mittels Indikatoren ausgewertet.

Ein besonderes Augenmerk wird in dem Fokuskapitel auf die Zeit der COVID-19-Pandemie gerichtet – und die beobachteten direkten kurzfristigen sowie indirekten und zum Teil langfristigen Auswirkungen.

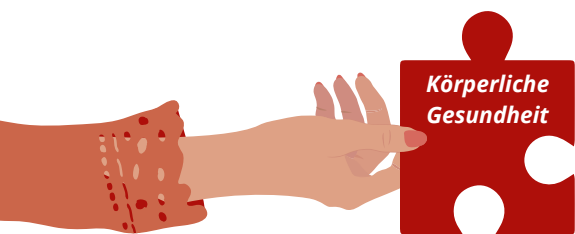
Für jeden Bereich werden unterschiedliche Bevölkerungsgruppen oder auch unterschiedliche Lebensverhältnisse betrachtet, um eine Aussage zur gesundheitlichen Chancengleichheit im Land zu ermöglichen. Insbesondere die Entwicklungen über den zeitlichen Verlauf in den Ergebnisdarstellungen sind maßgeblich, um den Einfluss der COVID-19-Pandemie auf zeitliche Trends beurteilen zu können.



„Den meisten Kindern und Jugendlichen in Deutschland geht es gesundheitlich gut. Sie wachsen in einem relativ sicheren Land auf, haben Zugang zu Bildung, Kultur, Sport und medizinischer Versorgung. Ein abgestimmtes Programm zur Früherkennung von Krankheiten und etwaigen Entwicklungsstörungen begleitet ihre Entwicklung, und ein umfassendes Impfprogramm, zumeist kostenfrei, schützt sie vor schweren Infektionserkrankungen.“

(Detlef Reichel, Vorsitzender der Landesstelle des Berufsverbands für Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in Brandenburg)





4.1 Wie steht es um die körperliche Gesundheit der Kinder und Jugendlichen?

Die körperliche Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist eine zentrale Voraussetzung für ihre Entwicklung und ihr Wohlbefinden.

Eine wichtige Datengrundlage zur Betrachtung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen bilden die Ergebnisse der jährlichen Untersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Diese basieren auf den Schuleingangs- und Schulabgangsuntersuchungen, die gemäß Handbuch für den



Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (https://mgs.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/2025_Handbuch_KJGD_Endversion_geschwaerzt.pdf) standardisiert durchgeführt und erfasst werden. Sie geben einen Überblick über den Gesundheits- und Entwicklungsstand von Kindern und Jugendlichen. Dabei werden u.a. die sprachliche, motorische und psychosoziale Entwicklung untersucht.

Weitere Informationen zu den Untersuchungen des ÖGD sind in Kapitel 5.1 zu finden.



4.1.1 Körpergewicht

Das Körpergewicht hat einen großen Einfluss auf die Gesundheit. Insbesondere Übergewicht und Adipositas werden mit zahlreichen Erkrankungen in Verbindung gebracht. So weisen Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas häufiger weitere Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie einen erhöhten Blutdruck, Fettstoffwechselstörungen und Störungen des Glukose-Stoffwechsels / Diabetes Typ-2 auf (Friedemann, et al., 2012). Zusätzlich entwickeln betroffene Kinder und Jugendliche aufgrund häufiger Gewichtsstigmatisierung zum Teil Depressionen, Angstzustände, ein geringes Selbstwertgefühl, Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und verringerte schulische Leistungen (Puhl, et al., 2013).

Aber auch (starkes) Untergewicht kann negative gesundheitliche Folgen mit sich bringen, wie ein erhöhtes Risiko für Infektionserkrankungen und im Erwachsenenalter ein höheres Risiko für Osteoporose bedingte Frakturen (Johansson, et al., 2014).

Eine Einordnung des Körpergewichts erfordert die Berücksichtigung der Körpergröße. Dies erfolgt über die Berechnung des sogenannten Body-Mass-Index (BMI):

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht (in kg)}}{\text{Körpergröße (in m)}^2}$$

Für die Definition von Übergewicht und Adipositas sowie (starkem) Untergewicht wurden die alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile des BMI nach Kromeyer-Hauschild herangezogen (siehe Infobox) (Kromeyer-Hauschild, et al., 2001).

Grundlage für die Darstellung und Einordnung des Körpergewichts bei Kindern und Jugendlichen bilden die Daten der Schuleingangs- und Schulabgangsuntersuchungen. Hier werden Körperhöhe und Körpergewicht erfasst.

Übergewicht (inkl. Adipositas) bei Einschulkindern im Jahr 2023

10 %



Im Jahr 2023 wiesen rund 82 % der Mädchen und Jungen zum Zeitpunkt der **Schuleingangsuntersuchung** (SEU) Normalgewicht und ca. 10 % Übergewicht (inkl. Adipositas) auf. 4,3 % der Mädchen bzw. 3,9 % der Jungen wiesen dabei Adipositas auf. Untergewicht wurde bei ca. 9 % der Jungen und Mädchen beobachtet. Der Anteil von starkem Untergewicht lag für beide Geschlechter unter 3 %.

BMI-Referenzsystem nach Kromeyer-Hauschild (2001):

Definition gemäß Studienpopulation (Kinder und Jugendliche aus Deutschland im Zeitraum 1985 bis 1999)

Übergewicht (inkl. Adipositas): oberhalb der 90. Perzentile

Adipositas: oberhalb der 97. Perzentile

Normalgewicht: 10. bis 90. Perzentile

Untergewicht (inkl. starkes Untergewicht): unterhalb der 10. Perzentile

Starkes Untergewicht: unterhalb der 3. Perzentile



Betrachtet man Übergewicht und Adipositas bei Einschulkindern im Zeitverlauf bis 2019, zeigen sich die jeweiligen Anteile stabil (Abbildung 5). Während der Zeit der COVID-19-Pandemie zwischen 2019 und 2021 stieg der Anteil an Mädchen mit Übergewicht (inkl. Adipositas) um 2,4 Prozentpunkte und bei den Jungen um 3,6 Prozentpunkte an.

Der Anteil der Mädchen mit Adipositas stieg um 1,3 Prozentpunkte und bei den Jungen um 1,4 Prozentpunkte. Zwischen 2021 und 2023 näherten sich Übergewicht sowie Adipositas bei Mädchen und Jungen dem Niveau von vor der COVID-19-Pandemie wieder an.

Während der COVID-19-Pandemie **stieg der Anteil an Einschulkindern mit Übergewicht und Adipositas an**. Nach der Pandemie konnte das **Vorpandemieniveau wieder erreicht** werden.

Daten des Adipositasmonitorings des Robert Koch-Instituts (RKI) (2020a) ergaben, dass im Jahr 2019 je nach Bundesland zwischen 8,1 % bis 13 % der Einschulungskinder von Übergewicht (inkl. Adipositas) und zwischen 2,8 % und 6,0 % der Einschulungskinder von Adipositas betroffen waren. Die Kinder in Brandenburg lagen im bundesweiten Vergleich mit ihren Anteilen für Übergewicht (Bereich: 10 bis 11 %) und Adipositas (4,0 bis 4,9 %) im mittleren Bereich.

Aufgrund der eingeschränkten Untersuchungsdurchführung in vielen anderen Bundesländern zur Zeit der Pandemie liegen keine aktuelleren bundesweiten Vergleichszahlen vor.

Bei der **Schulabgangsuntersuchung (SAU)** hatten im Jahr 2023 rund 64 % der weiblichen Jugendlichen und rund 61 % der männlichen Jugendlichen ein Normalgewicht nach der Definition von Kromeyer-Hauschild (2001). 29 % der weiblichen Jugendlichen und 31 % der männlichen Jugendlichen waren im Jahr 2023 übergewichtig (inkl. Adipositas) (Abbildung 6).

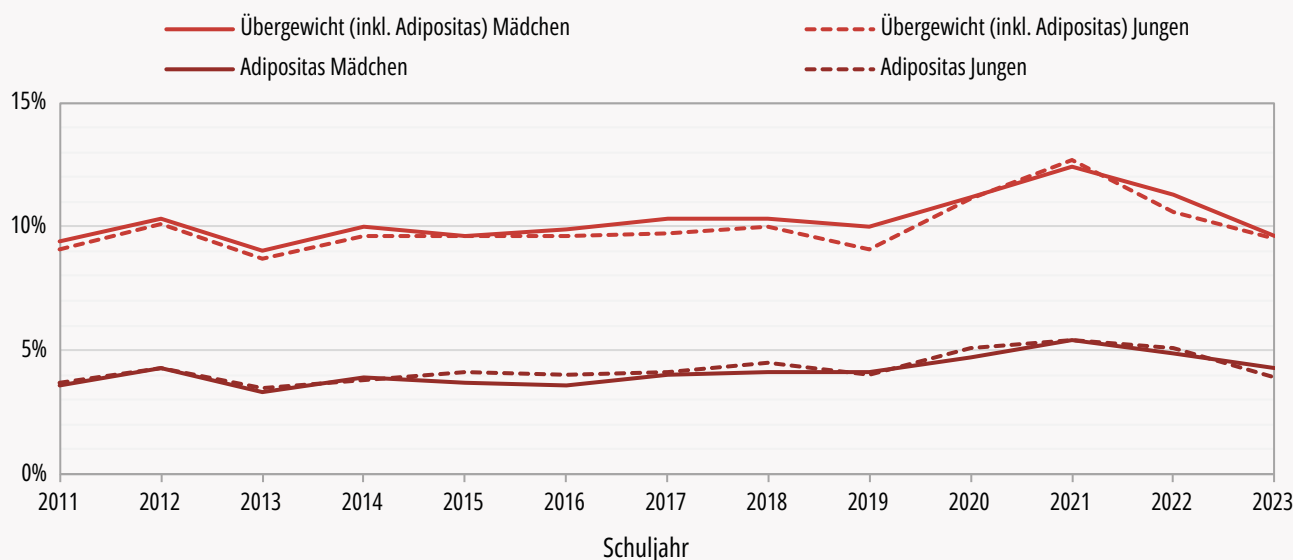


Abbildung 5: Übergewicht (inkl. Adipositas) sowie Adipositas bei Einschulkindern im Zeitverlauf





„Seit der Pandemie ist bei Schülerinnen und Schülern ein deutlicher Anstieg des Übergewichts zu verzeichnen, was wohl am ehesten auf veränderte Bewegungsgewohnheiten und die vermehrte Nutzung digitaler Medien zurückzuführen ist.“

(Dr. Simone Daiber, Amtsärztin, Oberhavel)

Die Prävalenz von Adipositas lag bei 18 %. Die Prävalenz von Untergewicht lag bei den weiblichen Jugendlichen im Jahr 2023 bei 6,8 % und bei den männlichen Jugendlichen bei 8,4 %. 2,3 % der weiblichen Jugendlichen und 3,0 % der männlichen Jugendlichen waren dabei von starkem Untergewicht betroffen.

Übergewicht (inkl. Adipositas) bei Schulabgängerinnen und -abgängern im Jahr 2023



Übergewicht und Adipositas nehmen bei Jugendlichen der SAU im Zeitverlauf seit 2014 stetig zu. Dies gilt insbesondere für den Zeitraum der COVID-19-Pandemie, bei dem ein verstärkter Anstieg beobachtet werden konnte.

Bei männlichen Jugendlichen stieg der Anteil an Übergewicht (inkl. Adipositas) während der Pandemie mit +4,5 Prozentpunkten deutlich stärker als bei den weiblichen Jugendlichen mit +2,8 Prozentpunkten. Der Anteil mit Adipositas hingegen stieg bei weiblichen Jugendlichen während der Pandemie mit +3,4 Prozentpunkten etwas stärker an, als bei männlichen Jugendlichen mit +3,1 Prozentpunkten.

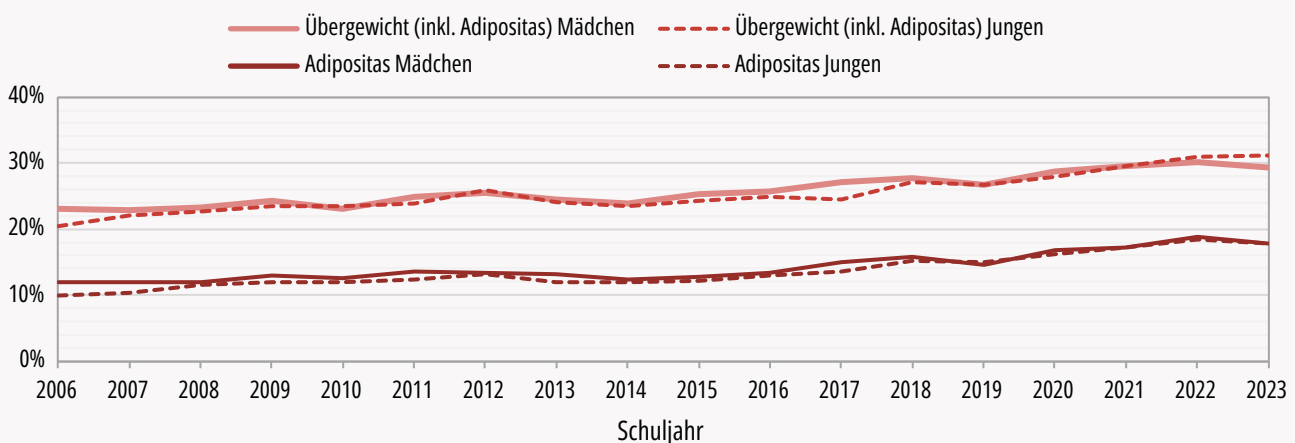


Abbildung 6: Übergewicht (inkl. Adipositas) sowie Adipositas bei Schulabgängerinnen und Schulabgängern im Zeitverlauf



Eine vergleichbare Entwicklung zu den Ergebnissen aus der SEU ist damit nicht zu beobachten.

Jedoch sind die Anteile der weiblichen Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas sowie der Anteil der männlichen Jugendlichen mit Adipositas von dem Jahr 2022 auf 2023 leicht gesunken. Es bleibt abzuwarten, ob sich diese Entwicklung weiter fortsetzt. Bei männlichen Jugendlichen ist der Anteil mit Übergewicht auch im Jahr 2023 weiter angestiegen.

Für einen **deutschlandweiten Vergleich** liegen Zahlen aus der KiGGS Welle 2 (2014 bis 2017) des RKI vor. Demnach hatten in Deutschland 16 % der Mädchen und 19 % der Jungen im Alter von 14 bis 17 Jahren Übergewicht und 7,7 % der Mädchen sowie 9,2 % der Jungen im selben Alter Adipositas (Robert Koch-Institut, 2020a). Damit liegen die Prävalenzen in Brandenburg im bundesweiten Vergleich bereits für das Jahr 2017 höher.

Aktuelle bundesweite Vergleichszahlen liegen derzeit nicht vor. Ein Vergleich ist ohnehin nur eingeschränkt möglich, da in der SAU in der Regel nur diejenigen Jugendlichen untersucht werden, die vor dem vollendeten 18. Lebensjahr ins Berufsleben starten.

Die zeitliche Entwicklung hinsichtlich der Prävalenz von Untergewicht zeigt ab 2011 bei Einschulkindern einen um rund 3 Prozentpunkte sinkenden Trend und bei Schulabgängerinnen und -abgängern einen um rund 2 Prozentpunkte steigenden Trend.

Hinsichtlich der **räumlichen Zuordnung** zeigte sich, dass die Prävalenz von Übergewicht regional sehr unterschiedlich ist. Die Anteile der Kinder und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas sind im Berliner Umland geringer als im weiteren Metropolenraum des Landes Brandenburg.

Eine Betrachtung nach **Sozialstatus** ergab einen Zusammenhang zwischen der Prävalenz von Übergewicht sowie Adipositas und dem individuellen Sozial-

status. Anhand der Daten der SEU kann dargestellt werden, dass mit steigendem Sozialstatus der Einschulkinder der prozentuale Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder abnimmt. So wiesen im Jahr 2023 15 % der Einschulkinder mit niedrigem Sozialstatus Übergewicht (inklusive Adipositas) auf. Der Anteil an Adipositas betrug 7,8 %. Bei Einschulkindern mit hohem Sozialstatus hingegen wiesen nur 6,7 % Übergewicht (inklusive Adipositas) bzw. nur 2,3 % ausschließlich Adipositas auf.

Übergewicht (inkl. Adipositas) bei Einschulkindern im Jahr 2023 nach Sozialstatus



Abbildung 7: Übergewicht (inkl. Adipositas) bei Einschulkindern im Jahr 2023 nach Sozialstatus

Ein Blick auf die Prävalenz von Übergewicht nach **Sozialstatus** im Zeitverlauf macht deutlich, dass sich die Differenz zwischen niedrigem und hohem Sozialstatus während der Pandemiejahre 2020 bis 2022 nochmal vergrößert hat, nach der Pandemie aber wieder kleiner geworden ist (Abbildung 8).



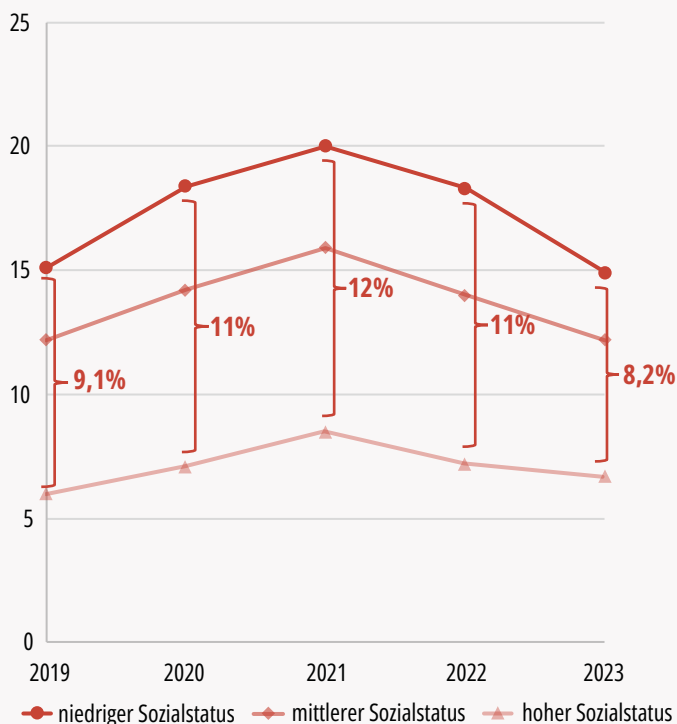


Abbildung 8: Übergewicht (inkl. Adipositas) bei Einschulkindern in den Jahren 2019 bis 2023 nach Sozialstatus

Eine Betrachtung von Übergewicht und Adipositas im Kontext der sozialen Lebensverhältnisse kann bei Schulabgängerinnen und -abgängern aufgrund der Datenerfassung nur nach dem **GISD**¹ erfolgen. Für 2023 zeigte sich, dass in Regionen mit steigendem Grad sozialer Deprivation (also Benachteiligung) die Anteile der Jugendlichen mit Übergewicht sowie Adipositas ebenfalls höher sind.

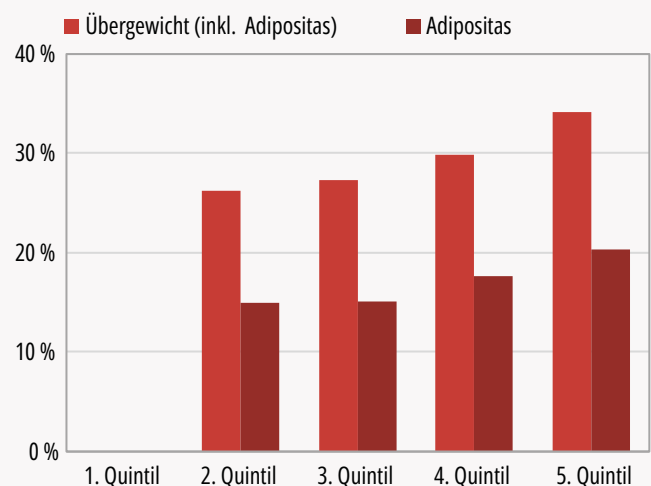


Abbildung 9: Übergewicht (inkl. Adipositas) sowie Adipositas bei Schulabgängerinnen und -abgängern im Jahr 2023 nach sozioökonomischer Deprivation (Quintile)

Für den **Migrationshintergrund** zeigten die Ergebnisse der SEU für Einschulkindern, dass Übergewicht mit 12 % etwas häufiger bei Kindern mit Migrationshintergrund auftrat im Vergleich zu Kindern ohne Migrationshintergrund (9,0 %). Dies war auch für die Prävalenz von Adipositas zu beobachten.



¹ Hinweis: Unter Anwendung des GISD auf Bundeslandebene ist das niedrigste Quintil (Q1) und damit auch die Kategorie „niedrige Deprivation“ für Brandenburg nicht besetzt – siehe Kapitel 3.1.1.

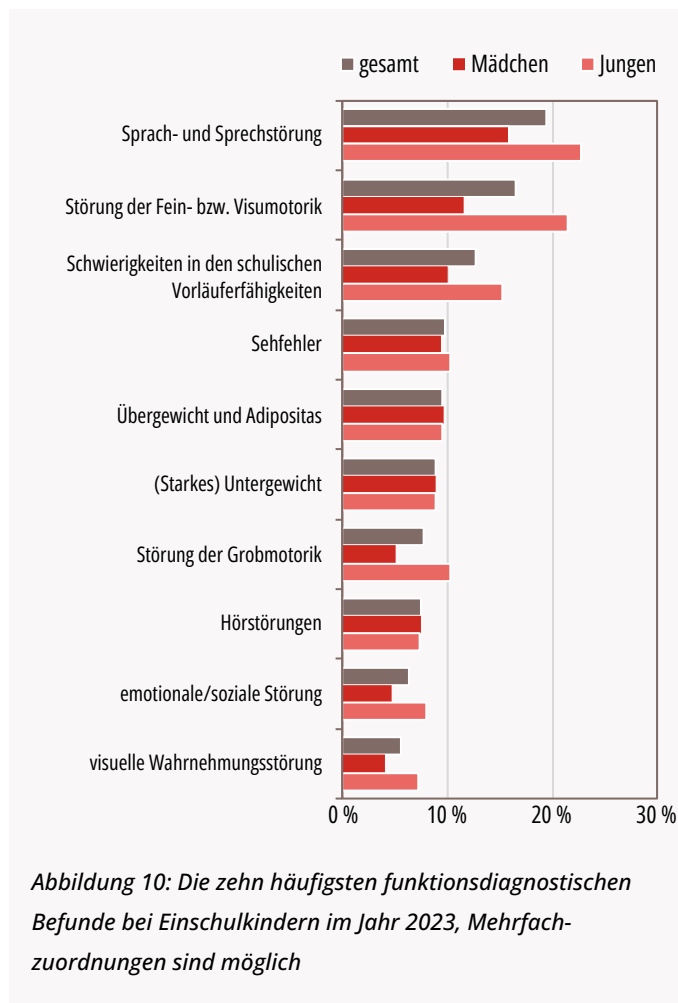


4.1.2 Funktionsdiagnostische Befunde bei der Schuleingangsuntersuchung

Ein wichtiger Bestandteil der Schuleingangsuntersuchungen (SEU) durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) der Gesundheitsämter ist die Erfassung sogenannter Funktionsdiagnostischer Befunde, welche auf spezifischen standardisierten Testverfahren basieren. Diese beziehen sich auf Bereiche der Entwicklung wie Sprache, Motorik und sozial-emotionales Verhalten (nähere Informationen beinhaltet das Kapitel 5 sowie das KJGD-Handbuch  (https://mgs.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/2025_Handbuch_KJGD_Endversion_geschwaerzt.pdf). Anders als die Diagnosen gemäß der ICD-10-Systematik orientiert sich die Befundung im Kontext der SEU an der Systematik International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) und dient damit der Bestimmung funktioneller Beeinträchtigungen und gesundheitlicher Risiken von Kindern und Jugendlichen, welche Auswirkungen auf den Alltag des Kindes (z. B. in Familie, Kita oder Schule) haben können. Sie fungieren andererseits aber auch als Indikator für mögliche zukünftige Funktionseinschränkungen.

In diesem Kapitel wird ein Blick auf die häufigsten funktionsdiagnostischen Befunde der Kinder im Einschulungsalter geworfen. So ergaben die Daten der SEU 2023 für Brandenburg die in der folgenden Abbildung 10 aufgeführten zehn am häufigsten dokumentierten funktionsdiagnostischen Befunde. Dabei kann ein Kind mehrere Befunde aufweisen.

Es ist deutlich zu erkennen, dass die drei häufigsten funktionsdiagnostischen Befunde einen relevanten Bezug zur gesundheitlichen Schulfähigkeit haben: Sprach- und Sprechstörung (19 %), Störung der Fein- bzw. Visuomotorik (17 %) und/oder Schwierigkeiten in den schulischen Vorläuferfähigkeiten (13 %) (siehe Infobox).



Mit ca. **2 von 10 Kindern** ist die **Sprach- und Sprechstörung** der häufigste Befund im Jahr 2023.

Dabei waren Jungen deutlich häufiger betroffen als Mädchen: Sprach- und Sprechstörung (Mädchen: 16 % und Jungen: 23 %), Störung der Fein- bzw. Visuomotorik (Mädchen: 11,5 % und Jungen: 21 %), Schwierigkeiten in den schulischen Vorläuferfähigkeiten (Mädchen: 10 % und Jungen: 15 %). Ein derartiger Geschlechterunterschied war bei weiteren vier Befunden zu beobachten, insbesondere auch bei einer Störung der Grobmotorik (Mädchen: 5,0 % und Jungen: 10 %) (Abbildung 10).

Übergewicht und Adipositas sowie (starkes) Untergewicht werden im Kapitel „4.1.1 Körpergewicht“ beschrieben.

Die Emotionale/soziale Störung wird im Kapitel „4.3.2 Psychische Befunde bei der Schuleingangsuntersuchung“ beschrieben.

Jungen sind im Einschulungsalter deutlich **häufiger** betroffen von **entwicklungsbezogenen Störungen** als Mädchen.

Im **10-Jahrestrend** zeigt sich der Großteil der funktionsdiagnostischen Befunde auf gleichbleibendem Niveau.

Allerdings zeigt sich bei den Visuellen Wahrnehmungsstörungen im Zeitraum 2014 bis 2023 eine Abnahme um ca. 5,5 Prozentpunkte (2014: 11 % und 2023: 5,6 %). Auch der Anteil der Kinder mit dem Befund einer Hörstörung sank im Jahr 2021 auf 4,6 % ab und stieg dann bis 2023 wieder um 2,8 Prozentpunkte an auf 7,4 %.

Betrachtet man die ausgewählten funktionsdiagnostischen Befunde nach dem **Sozialstatus** der Eltern, so fällt ein deutlicher Sozialgradient auf. Bei Einschulkindern, deren Eltern einen niedrigen Sozialstatus aufweisen, werden deutlich häufiger funktionsdiagnostische Befunde festgestellt als bei Kindern, deren Eltern über einen mittleren oder hohen Sozialstatus verfügen (Abbildung 11). Besonders groß sind die Unterschiede für die Befunde Sprach- und Sprechstörung (Kinder mit niedrigem Sozialstatus: +29 Prozentpunkte), Schwierigkeiten in den schulischen Vorläuferfähigkeiten (Kinder mit niedrigem Sozialstatus: +25 Prozentpunkte) und Störungen der Fein- bzw. Visuomotorik (Kinder mit niedrigem Sozialstatus: +23 Prozentpunkte).

Bei Kindern, deren Eltern einen **niedrigen Sozialstatus** aufweisen, werden **häufiger Funktionsdiagnostische Befunde** festgestellt.

Erläuterungen zu den häufigsten funktionsdiagnostischen Befunden:

Sprach- und Sprechstörung

- beinhaltet den expressiven Sprachbereich (Störungen des Sprechens, Sprachausdruck, Wortschatz und Grammatik) sowie den rezeptiven Sprachbereich (Sprachverständnis) (Langen-Müller, et al., 2011)

Störung der Fein- bzw. Visuomotorik

- bezieht sich auf die Fähigkeit, visuelle Informationen aufzunehmen und sie in motorische Handlungen umzusetzen. Eine Störung der Fein- bzw. Visuomotorik kann zu Problemen beim Schreiberwerb führen (Feder, et al., 2007)

Schwierigkeiten in den schulischen Vorläuferfähigkeiten

- Fähigkeiten, die Kinder bereits vor dem Schuleintritt entwickeln auf denen spätere Schulleistungen (Lesen, Schreiben und Rechnen) aufbauen, wird in der SEU seit dem Jahr 2016 erfasst

Sehfehler

- Hyperopie (Weitsichtigkeit), Myopie (Kurzsichtigkeit), Astigmatismus (Zerr- oder Stabsichtigkeit), Schielen oder Farbsinnstörungen (häufig Rot-Grün-Schwäche)

Störungen der Grobmotorik

- werden sichtbar in einem verzögerten Erwerb motorischer Fertigkeiten (z. B. spätes Laufen lernen), in der Bewegungssteuerung bei zielgerichteten Aktionen, in der Koordination von Bewegungsabläufen, der Gleichgewichtsbewahrung und der Imitation (Schlack, et al., 2009)

Hörstörungen

- können zu Störungen der Sprachentwicklung und des Wissenserwerbes führen

Störungen der visuellen Wahrnehmung und Verarbeitung

- können zu Beeinträchtigungen der motorischen Entwicklung, des Wortschatzerwerbs, der kognitiven Entwicklung (Gedächtnis, Aufmerksamkeit, exekutive Funktionen) und im weiteren Verlauf auch der akademischen Fertigkeiten (Lesen, Schreiben, Rechnen) führen (Weber, et al., 2017)



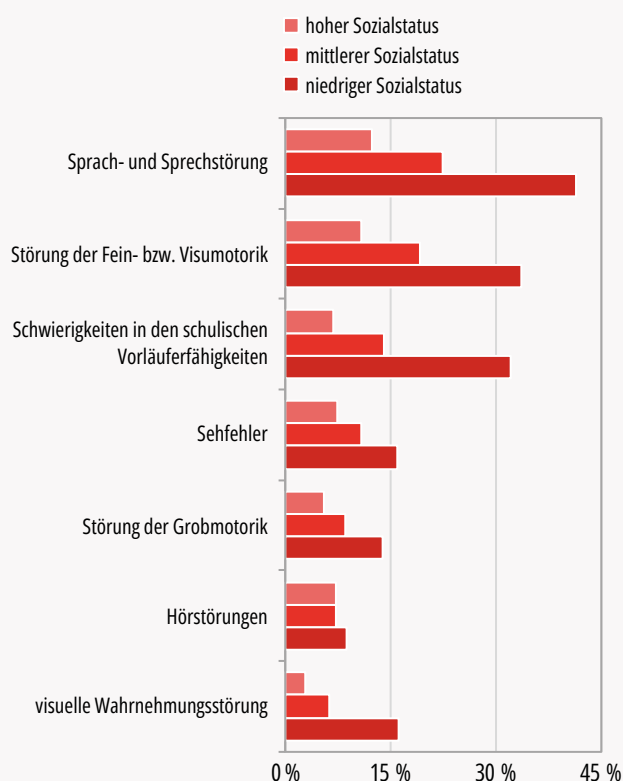


Abbildung 11: Ausgewählte funktionsdiagnostische Befunde bei Einschulkindern im Jahr 2023 nach Sozialstatus

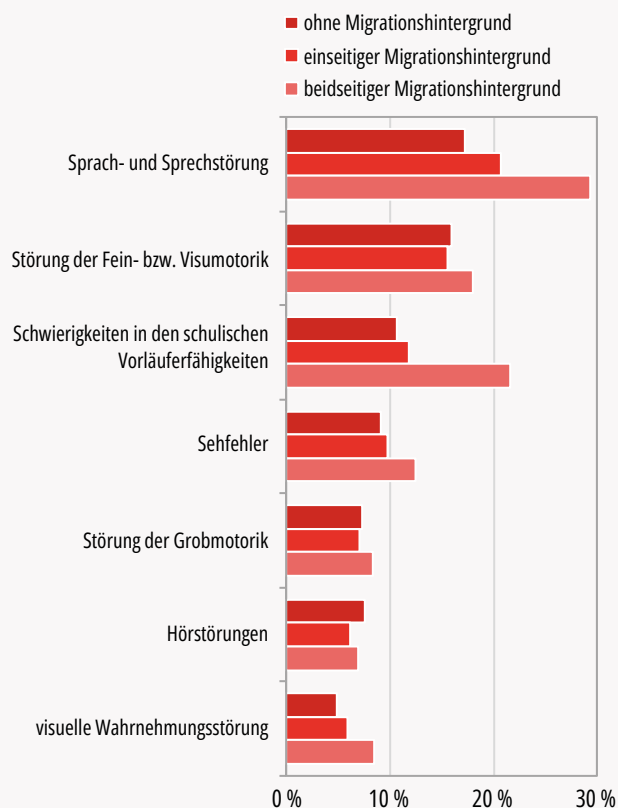


Abbildung 12: Ausgewählte funktionsdiagnostische Befunde bei Einschulkindern im Jahr 2023 nach Migrationshintergrund

Vergleicht man Einschulkindern ohne und mit Migrationshintergrund miteinander, so lässt sich folgendes feststellen: Einschulkindern mit beidseitigem Migrationshintergrund haben im Vergleich zu Kindern ohne und mit einseitigem Migrationshintergrund häufiger den Befund einer Sprach- und Sprechstörung sowie Schwierigkeiten in den schulischen Vorläuferfähigkeiten. Für die weiteren Befunde liegen die Abweichungen bei unter vier Prozentpunkten (Abbildung 12). Bezüglich der häufigeren Befundung einer Sprach- und Sprechstörung bei Kindern mit einseitigem oder beidseitigem Migrationshintergrund gilt es zu beachten, dass es bei Kindern, die zwei- oder mehrsprachig aufwachsen häufig schwer zu differenzieren ist, ob eine Sprachentwicklungsstörung vorliegt oder ob es sich um erwerbsbedingte Sprachschwierigkeiten handelt.

Ein direkter Vergleich mit Bundesdaten ist auf Grund der unterschiedlichen Durchführung der SEU nicht möglich. Um jedoch eine Einordnung vorzunehmen, können für einige Befunde die Daten des Kinderatlas der Barmer (BARMER, 2023) genutzt werden (Abbildung 13). Hierin werden gesicherte dreistellige Diagnosen der ambulanten Versorgung nach Altersgruppen und Geschlecht beschrieben. Ein Vergleich der Daten aus der SEU mit den Daten des Barmer Kinderatlas zeigt, dass sich Störungen im Bereich der Sprache und des Sprechens (ICD-10 F80) und der Motorik (ICD-10 F82) auf einem annähernd gleichen Niveau befinden. Sehstörungen (ICD-10 H53) zeigen sich bei Brandenburger Kindern seltener als im Bundesdurchschnitt. Wobei darauf hinzuweisen ist, dass die Störungen mit unterschiedlich Methodiken diagnostiziert wurden.



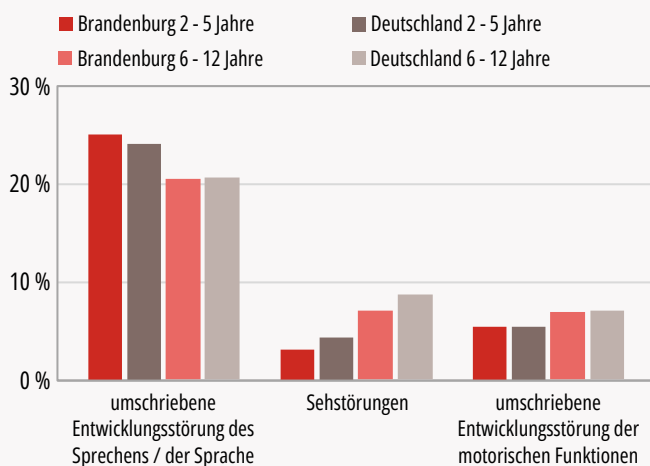


Abbildung 13: Vergleich Gesamtdeutschland mit Brandenburg anhand von Daten des Barmer Kinderatlas



4.1.3 Stationäre Behandlungen

Mittels der Daten der Krankenhausdiagnosestatistik des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg (AfS) können die Häufigkeit sowie die Diagnosen für die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen betrachtet werden.

Weitere Informationen zu den Untersuchungen des ÖGD sind in Kapitel 5.5.1 zu finden.



2023 wurden insgesamt 43.152 Krankenhausbehandlungen bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren dokumentiert. 53 % der Behandlungen entfielen

dabei auf Jungen und 47 % auf Mädchen. Die häufigsten stationären Behandlungen wurden mit 43 % für Kinder unter 5 Jahren dokumentiert (Abbildung 14).

Einen Überblick zu den häufigsten stationär behandelten Erkrankungsarten bei Kindern und Jugendlichen liefert ein Ranking der International Classification of Diseases (ICD)-10-Diagnosegruppen. 2023 wurden bei unter 18-jährigen am häufigsten Diagnosen aus der Diagnosegruppe „Verletzungen des Kopfes“ (S00-S09) mit 3.121 Fällen dokumentiert. Mit Abstand und 2.375 Fällen waren Behandlungen von „Infektiösen Darmkrankheiten“ (A00-A09) am zweithäufigsten. „Sonstige Erkrankungen der oberen

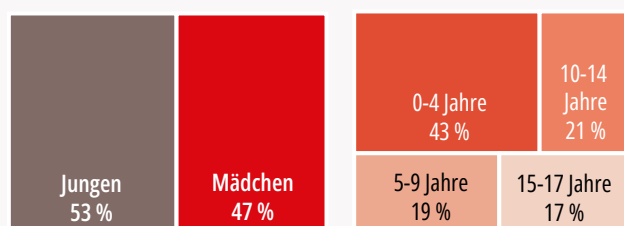


Abbildung 14: Anteile stationärer Behandlungsfälle von unter 18-Jährigen in Brandenburg nach Alter und Geschlecht für das Jahr 2023

Bei unter 18-jährigen wurden **Kopfverletzungen, infektiöse Darmkrankheiten und Erkrankungen der oberen Atemwege** im Jahr 2023 am häufigsten stationär behandelt.



Atemwege“ (J30-J39) kamen mit 2.131 Behandlungen am dritthäufigsten vor. Abbildung 15 zeigt die rohe Rate der 10 häufigsten Diagnosekapitel je 100.000 der unter 18-Jährigen.

Vier der zehn am häufigsten dokumentierten Diagnosegruppen im Jahr 2023 gehörten zum Diagnosekapitel X – „Krankheiten des Atmungssystems (X)“ mit insgesamt 7.138 Behandlungsfällen bei den unter 18-Jährigen – dies umfasste rund 17 % aller Diagnosefälle. Fast ebenso viele Behandlungen, nämlich 7.082, wurden dem Kapitel XIX „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ zugeordnet (16 %). Hierzu zählt unter anderem die Diagnosegruppe „Verletzungen des Kopfes“ (S00-S09).



Abbildung 15: rohe Raten (Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) der 10 häufigsten Diagnosegruppen stationärer Behandlungsfälle nach ICD-10 von unter 18-Jährigen für das Jahr 2023.



Werden die häufigsten Diagnosegruppen nach Altersgruppe betrachtet, zeigten sich Unterschiede. In Tabelle 1 sind für die Altersgruppen der unter 5-Jährigen, der 5- bis 9-Jährigen, der 10- bis 14-Jährigen und der 15- bis 17-Jährigen jeweils die fünf am häufigsten dokumentierten Diagnosegruppen für das Jahr 2023 dargestellt.

Kleinkinder **unter 5 Jahren** wurden am häufigsten aufgrund von „Störungen in Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum“ (P05-P08) stationär behandelt. „Verletzungen des Kopfes“ (S00-S09) waren die am zweithäufigsten gestellte Diagnose. Es folgten „Akute Infektionen der unteren Atemwege“ (J00-J06). Die jeweilige Fallzahl je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner kann Tabelle 1 entnommen werden.

Bei den Kindern im **Alter von 5 bis 9 Jahren** wurden im Jahr 2023 am häufigsten Diagnosen der Gruppe „Sonstige Erkrankungen der oberen Atemwege“ (J30-J39) stationär behandelt, dabei war die Einzeldiagnose „Chronische Erkrankung der Gaumen- und Rachenmandeln“ (J35) mit einer Rate von 487 je 100.000 Kinder am häufigsten in dieser Diagnosegruppe dokumentiert. Die zweithäufigste Diagnosegruppe war „Verletzungen des Kopfes“ (S00-S09), am dritthäufigsten wurden „Infektiöse Darmkrankheiten“ (A00-A09) behandelt (Tabelle 1).

Bei den **10- bis 14-Jährigen** entfielen im Jahr 2023 die meisten stationären Behandlungsfälle auf die Diagnosegruppe „Verletzungen des Kopfes“ (S00-S09). Es folgten Fälle der Diagnosegruppe „Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems“ (G40-G47). Innerhalb dieser Diagnosegruppe wurde mit 247 Behandlungsfällen je 100.000 Kindern am häufigsten die Einzeldiagnose „Epilepsie“ (G40) gestellt.

Bei den **15- bis 17-jährigen** Jugendlichen wurden im Jahr 2023 am häufigsten „Affektive Störungen“ (F30-F39) und „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (F10-F19) stationär behandelt.

Die altersspezifische Betrachtung der Diagnosen für eine stationäre Behandlung bei Kindern und Jugendlichen zeigt eine inhaltliche Verlagerung: Während bei

Tabelle 1: rohe Raten (Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) der jeweils fünf häufigsten Diagnosegruppen stationärer Behandlungsfälle nach ICD-10 bei unter 18-Jährigen für das Jahr 2023 – stratifiziert nach der Altersgruppe.

Gruppe	Bezeichnung der ICD-10 Gruppe	Rohe Rate	Gruppe	Bezeichnung der ICD-10 Gruppe	Rohe Rate
Kinder unter 5 Jahre			Kinder 5 bis 9 Jahre		
P05-P08	Störungen i.Z.m. der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum	1.821	J30-J39	Sonst. Krankheiten der oberen Atemwege	556
S00-S09	Verletzungen des Kopfes	1.483	S00-S09	Verletzungen des Kopfes	535
J00-J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege	1.287	A00-A09	Infektiöse Darmkrankheiten	501
J20-J22	Sonst. akute Infektionen der unteren Atemwege	1.195	G40-G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	372
A00-A09	Infektiöse Darmkrankheiten	1.169	S50-S59	Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	266
Kinder und Jugendliche 10 bis 14 Jahre			Jugendliche 15 bis 17 Jahre		
S00-S09	Verletzungen des Kopfes	468	F30-F39	Affektive Störungen	625
G40-G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	371	F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	609
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	355	S00-S09	Verletzungen des Kopfes	499
S50-S59	Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	323	F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	439
R10-R19	Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	278	R50-R69	Allgemeinsymptome	390

den unter 5-jährigen 25 % der stationären Fälle aus dem Bereich der Atemwegserkrankungen (Kapitel X) und 23 % aus dem Bereich von Zuständen der Perinatalperiode, dem Zeitraum rund um die Geburt, (Kapitel XVI) zuzuordnen waren, waren es bei den 5- bis 9-jährigen Verletzungen, Vergiftungen und sonstige äußere Ursachen (Kapitel XIX) mit einem Anteil von 21 % und von 18 % Erkrankungen des Atmungssystems (Kapitel X). Ab einem Alter von 10 Jahren veränderte sich die Rangfolge erneut und am häufigsten wurden in der Altersgruppe der 10- bis 14-jährigen im Jahr 2023 mit 21 % Erkrankungen aus dem Kapitel XIX – „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ behandelt. Bei den 15- bis 17-jährigen Jugendlichen entfielen 2023 rund 22 % der Behandlungen auf Erkrankungen aus dem Kapitel V – „Psychische und Verhaltensstörungen“ und etwa 16 % auf Erkrankungen aus dem Kapitel XIX – „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“.

Aufgeschlüsselt nach dem **Geschlecht** der behandelten Kinder und Jugendlichen zeigten sich teilweise Unterschiede bei den häufigsten Diagnosegruppen. Im Jahr 2023 waren 56 % der stationären Behandlungsfälle bei den unter 10-jährigen männlich und damit waren auch die rohen Raten überwiegend höher als bei den Mädchen (Abbildung 16). Bei den 10- bis 17-jährigen lag der Anteil bei den Mädchen mit 54 % höher.

Ein sichtbar höherer Anteil an Behandlungsfällen bei den unter 10-jährigen Jungen zeigte sich für die Diagnosegruppen „Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege“ (J30-J39) und der Diagnosegruppe der „Akuten Infektionen der oberen Atemwege“ (J00-J06) (Abbildung 16).



Häufigste Diagnosegruppen bei unter 10-Jährigen nach Geschlecht

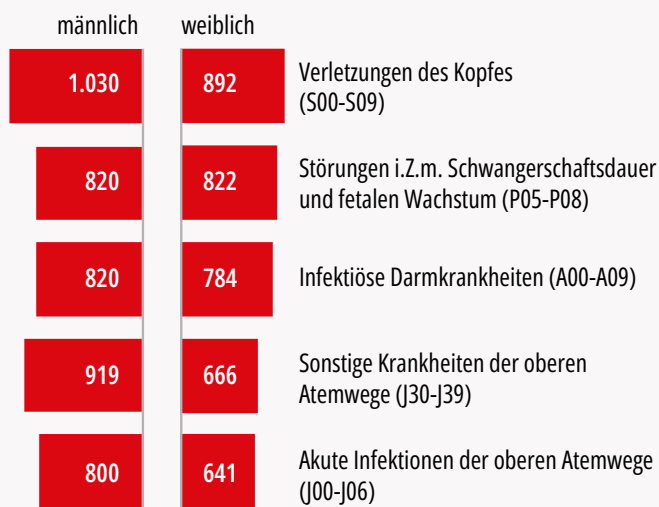


Abbildung 16: rohe Raten (Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) der fünf häufigsten Diagnosegruppen bei Kindern unter 10 Jahren in Brandenburg für das Jahr 2023 – stratifiziert nach dem Geschlecht.

Bei den 10- bis 17-Jährigen konnten deutliche Unterschiede bei den Diagnosegruppen „Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen“ (R10-R19) sowie den „Affektiven Störungen“ beobachtet werden, bei denen Mädchen deutlich häufiger betroffen waren. Dies zeigt Abbildung 17.

Häufigste Diagnosegruppen bei unter 10-Jährigen nach Geschlecht

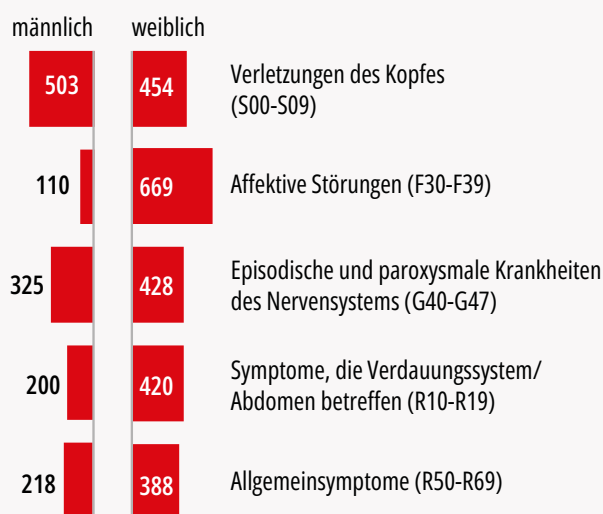


Abbildung 17: rohe Raten (Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) der fünf häufigsten Diagnosegruppen bei Kindern und Jugendlichen von 10 bis 17 Jahren in Brandenburg für das Jahr 2023 – stratifiziert nach dem Geschlecht.

Auch die Betrachtung der stationären Behandlungsfälle **nach sozioökonomischer Deprivation**² ergab Unterschiede.

Insgesamt wurden stationäre Behandlungen häufiger bei den unter 18-Jährigen in Regionen mit hoher sozioökonomischer Deprivation (12.155 je 100.000) beobachtet als in Regionen mit mittlerer sozioökonomischer Deprivation (9.690 je 100.000) (Abbildung 18).

Stationäre Behandlungen von unter 18-Jährigen sind in sozioökonomisch hoch deprivierten Wohnortumgebungen 25 % häufiger als in Wohnorten mit geringerer Benachteiligung.

Der größte Unterschied hinsichtlich der sozioökonomischen Deprivation zeigte sich bei der Diagnosegruppe „Infektiöse Darmkrankheiten“ (A00-A09). Kinder und Jugendliche aus Regionen mit hoher sozioökonomischer Benachteiligung wurden in etwa 1,5-mal häufiger aufgrund einer infektiösen Darmkrankheit stationär behandelt (Abbildung 18) als aus Regionen mittlerer sozioökonomischer Benachteiligung.

Bei der Betrachtung der **zeitlichen Entwicklung** von stationären Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen in Brandenburg wird deutlich, dass die rohe Rate stationärer Behandlungsfälle (Fälle pro 100.000 der Altersgruppe) bei den unter 18-Jährigen in Brandenburg bereits seit Mitte der 2000er Jahre kontinuierlich leicht abnahm, aber insbesondere während der COVID-19-Pandemie gegenüber den Vorjahren deutlich gesunken ist (Abbildung 19). 2019 lag der Wert bei knapp über 13.000 Behandlungen je 100.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre. In 2021 sank der Wert auf unter 10.000 je 100.000. Seit 2022 steigt die Behandlungsrate wieder leicht an und lag 2023 bei rund 10.300 je 100.000 der unter 18-Jährigen.

² Hinweis: Unter Anwendung des GISD auf Bundeslandebene ist das niedrigste Quintil (Q1) und damit auch die Kategorie „niedrige Deprivation“ für Brandenburg nicht besetzt – siehe Kapitel 3.1.1.

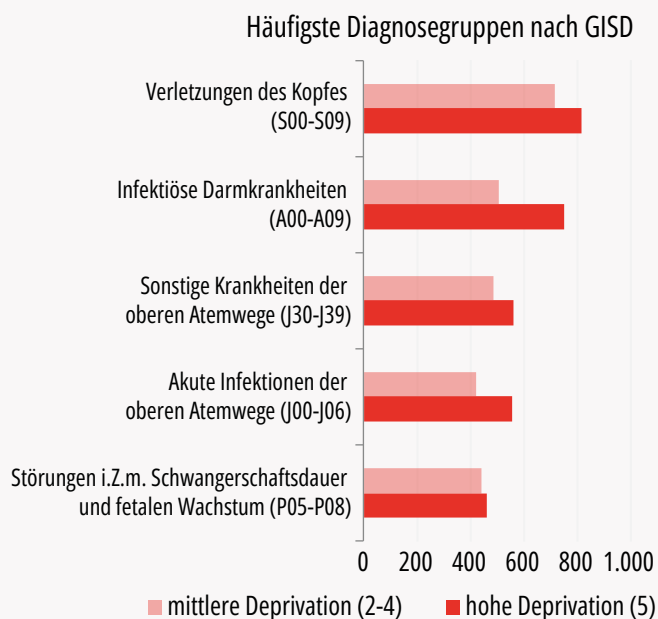


Abbildung 18: rohe Raten (Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) der fünf häufigsten Diagnosegruppen bei unter 18-Jährigen in Brandenburg für das Jahr 2023 – stratifiziert nach dem GISD auf Bundeslandebene.

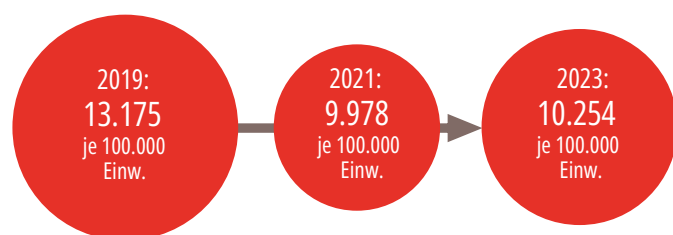


Abbildung 19: Entwicklung der rohen Rate (Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) aller stationärer Behandlungen bei unter 18-Jährigen in Brandenburg.

Stationäre Behandlungen aufgrund von COVID-19 werden im Kapitel XXII – Schlüsselnummern für besondere Zwecke – verschlüsselt. Die Behandlungsrate lag hier für Kinder und Jugendliche stets unter 10 pro 100.000 Personen. Bei Diagnosen aus anderen Kapiteln, z. B. aus dem Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems – kann ebenfalls ein Zusammenhang mit einer COVID-19-Infektion bestehen.

Weitere Informationen zu Hospitalisierungen im Zusammenhang mit COVID-19 werden im Kapitel 4.5 dargestellt.

Abbildung 20 zeigt die Entwicklung der stationären Behandlungsraten bei den unter 18-Jährigen seit 2014 aufgeschlüsselt nach Altersgruppen. Am auffälligsten war die Entwicklung in der Altersgruppe der 5- bis 9-jährigen Kinder mit dem prozentual höchsten Abfall der Behandlungsfälle um 32 % von 2019 zu 2021. Die Raten stationärer Behandlungen nach der Pandemie stiegen differenziert nach Altersgruppen teilweise wieder leicht an.

Die **Anzahl stationärer Behandlungen** von Kindern und Jugendlichen ist bis zum Jahr 2023 **nicht mehr auf das Vor-Corona-Niveau** angestiegen.

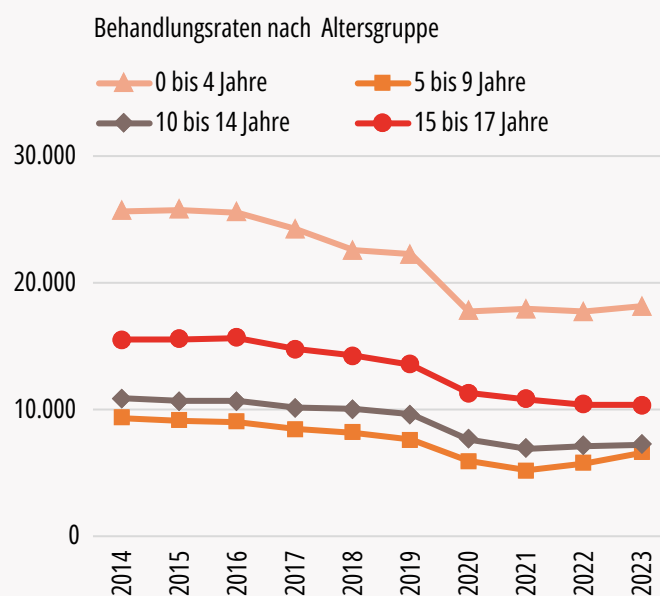


Abbildung 20: Entwicklung der rohen Raten (Fälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) stationärer Behandlungen bei unter 18-jährigen in Brandenburg – stratifiziert nach Altersgruppen.

Auffällig für die zeitliche Entwicklung hinsichtlich der Diagnosekapitel war, dass „Krankheiten des Atmungssystems“ (X) und „Bestimmte infektiöse



und parasitäre Krankheiten“ (I) eine sprunghafte Abnahme der Behandlungsfälle während der COVID-19-Pandemie verzeichneten. Diese endete aber im Jahr 2022 und die zeitliche Entwicklung näherte sich dem allgemeinen leicht sinkenden Trend an. Studien zeigen, dass während der COVID-19-Pandemie auf-schiebbare Operationen, wie beispielsweise Mandeloperation bei Kindern und Jugendlichen, seltener durchgeführt wurden (WIdO, 2022). Die Häufigkeit stationärer Behandlungsfälle von chronischen Mandelerkrankungen bei unter 18-Jährigen hat sich 2023 daher gegenüber 2022 fast verdoppelt und nähert sich wieder dem Niveau von 2019 an. Auch bundesweit ist dieser Trend zu beobachten.

Auffällig war außerdem, dass die Entwicklung der stationären Behandlungsfälle des Kapitels XVI – bestimmte Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode unbeeinflusst von der Pandemie zu sein scheint. Es ist davon auszugehen, dass die sinkenden stationären perinatalen Behandlungsfälle zumindest teilweise in Zusammenhang mit dem Absinken der Geburtenrate in Brandenburg stehen. Die Anzahl der jährlichen Geburten sank von 2014 bis 2023 von 19.339 auf 15.885 (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2025).

Behandlungsraten nach Diagnosekapitel

- Krankheiten des Atmungssystems (X)
- ▲ Verletzungen, Vergiftungen u.b.a. Folgen äußerer Ursachen (XIX)
- bestimmte Zustände, d. ihren Ursprung in d. Perinatalperiode haben (XVI)
- ◆ bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (I)
- psychische und Verhaltensstörungen (V)

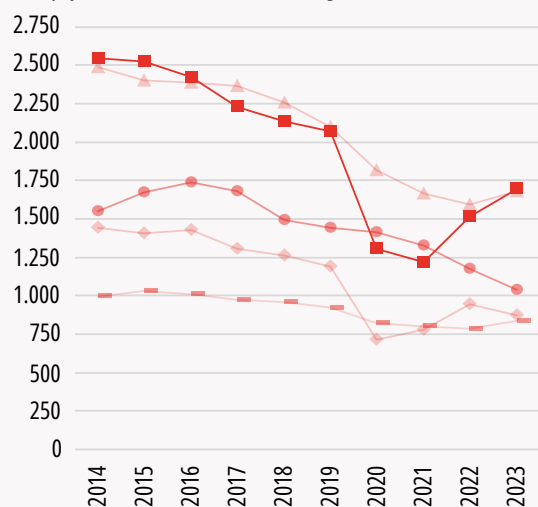


Abbildung 21: Entwicklung der rohen Raten (Fälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) stationärer Behandlungen von 2014–2023 bei unter 18-Jährigen in Brandenburg. Dargestellt sind die fünf Diagnosekapitel mit den meisten Fällen im Jahr 2023.

Ein **Vergleich mit den Bundesdaten** zeigte eine im Jahr 2014 deutlich höhere rohe Rate für stationäre Behandlungen in Brandenburg von rund 3.500 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Der seit 2016 stetig sinkende Trend der rohen Raten in Brandenburg und insbesondere der deutliche Rückgang während der COVID-19-Pandemie resultierte in einer Annäherung der Rate an das Niveau für Deutschland. Im Jahr 2023 lag sie in Brandenburg mit 10.254 Behandlungen je 100.000 nur noch geringfügig höher als in Deutschland insgesamt, wo 2023 9.065 Behandlungen je 100.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre durchgeführt wurden. Auch für Deutschland ist ein stetig leicht absteigender Trend der Behandlungsrate sichtbar, der während der COVID-19-Pandemie kurzzeitig durch ein sprunghaftes Absinken verstärkt wurde (Abbildung 22).

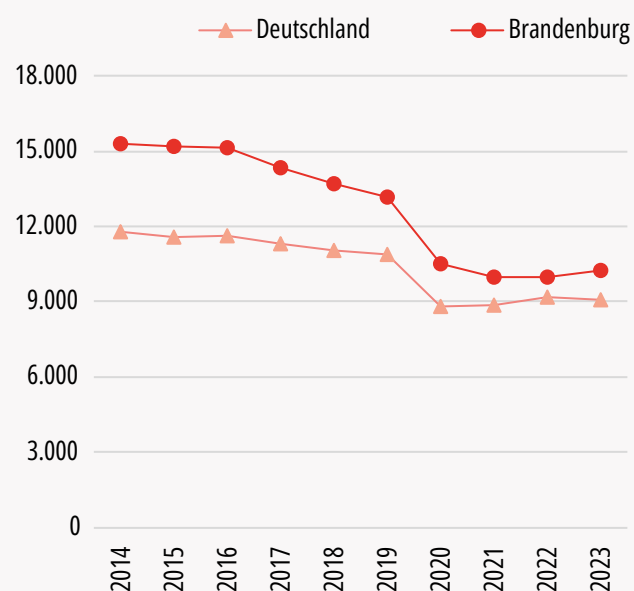


Abbildung 22: Entwicklung der rohen Raten (Fälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) aller stationärer Behandlungen bei unter 18-Jährigen von 2014 bis 2023 – in Brandenburg und Deutschland gesamt

Die Diagnosekapitel mit den höchsten Fallzahlen im Jahr 2023 in Brandenburg weichen nicht von der Verteilung für Deutschland ab. Es ist jedoch auffällig, dass in Brandenburg anteilig weniger Diagnosen aus dem Kapitel XVI – „Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“ (10 %) – behandelt wurden als im Bundesvergleich (13 %). Diagnosen aus mehreren anderen Kapiteln waren

dagegen in Brandenburg anteilig etwas häufiger, u.a. Diagnosen aus den Kapiteln „Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten“ (I), „Psychische und Verhaltensstörungen“ (V), „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde“ (XVIII) und „Krankheiten des Nervensystems“ (VI).



4.1.4 Sterbefälle und ihre Ursachen

Im Jahr 2023 sind insgesamt 90 Kinder und Jugendliche im Land Brandenburg laut Todesursachenstatistik aufgrund von Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen wie beispielsweise Verletzungen verstorben (Statistisches Bundesamt, 2025).



Weitere Informationen zur Todesursachenstatistik sind in Kapitel 5.5.2 zu finden.

Davon fallen insgesamt 52 auf die Altersgruppe der unter 1-Jährigen und zählen damit zur Säuglingssterblichkeit. Im Alter von einem bis unter 15 Jahren sind 28 Kinder und Jugendliche verstorben. Die restlichen 10 Verstorbenen waren unter Jugendlichen der Altersgruppe 15 bis unter 18 Jahren zu beobachten. Das macht insgesamt einen Anteil von 0,2 % an allen Sterbefällen im Land Brandenburg im Jahr 2023 aus.



Die rohen Raten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner der Altersgruppen zeigten im **Vergleich zum Bundesdurchschnitt** vergleichbare Werte: Mit 310,5 Fällen je 100.000 Kinder unter 1 Jahr lag diese nur geringfügig höher als für Deutschland mit 309,5. Für Kinder und Jugendliche zwischen 1 und unter 15 Jahren (BB 8,6 vs. DE 11,4) und für die Altersgruppe der 15- bis unter 18-Jährigen (14,4 in BB vs. 19,1 in DE) lag sie jeweils sogar darunter.

Die zeitliche Entwicklung in Abbildung 23 zeigte insgesamt für die Säuglingssterblichkeit auf Bundesebene einen fallenden Trend. In Brandenburg war die Säuglingssterblichkeit von Schwankungen betroffen. Die Sterblichkeit der 1- bis unter 15-Jährigen war in den vergangenen 10 Jahren stabil. Die Sterblichkeit der 15- bis unter 18-Jährigen war im Land Brandenburg im Vergleich zur Bundesebene von größeren Schwankungen betroffen.

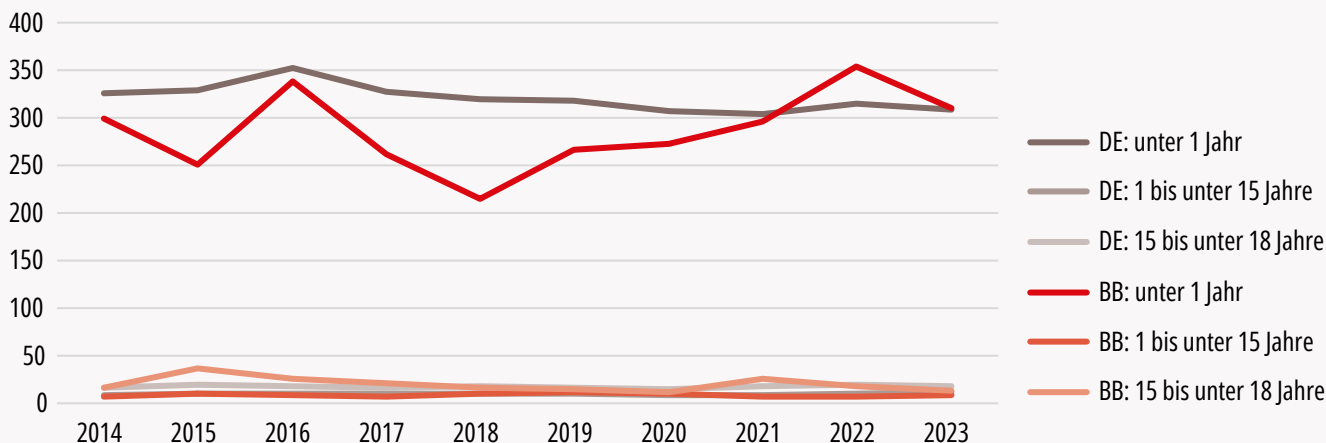


Abbildung 23: rohe Rate der Sterbefälle in Brandenburg (BB) und Deutschland (DE) nach Jahr für die Altersgruppe unter 1 Jahr und 15 bis 17 Jahre

Im Jahr **2023** verstarben insgesamt **90 Kinder und Jugendliche**. Knapp 3 von 5 Kindern waren **unter 1 Jahr alt**.

Ein genauer Blick auf die Ursachen ist aufgrund der geringen Fallzahl nur eingeschränkt möglich, dennoch soll eine Einordnung für das Jahr 2023 stattfinden. Für die Säuglingssterblichkeit zeigte sich mit einem Anteil von 78,8 % insbesondere eine Dominanz von Todesursachen der Diagnosegruppen rund um die Geburt (P00-P96 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben und Q00-Q99 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien).

In der Altersgruppe der 1- bis unter 15-Jährigen traten im Jahr 2023 die Diagnosegruppen Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99) und Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen als häufigste Todesursachen auf (Abbildung 24).

Häufigste Todesursache bei 15- bis unter 18-Jährigen ist der Diagnosegruppe der Verletzungen, Vergiftungen und anderen äußeren Ursachen zugeordnet.

Bei der Altersgruppe der 15- bis unter 18-Jährigen waren am häufigsten Verletzungen, Vergiftungen und andere äußere Ursachen zu beobachten sowie nachfolgend auch Sterbefälle mit den Diagnosegruppen Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99) und Neubildungen (C00-D48) (Abbildung 25).

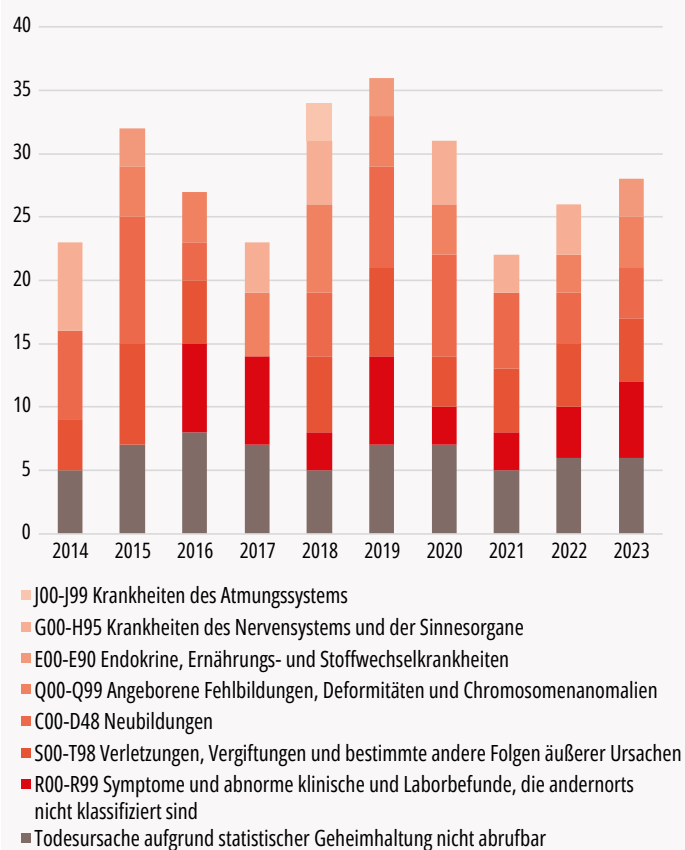


Abbildung 24: Sterbefälle je Diagnosegruppen der Todesursachen bei 1- bis unter 15-Jährigen im Zeitverlauf in Brandenburg (2014 – 2023)

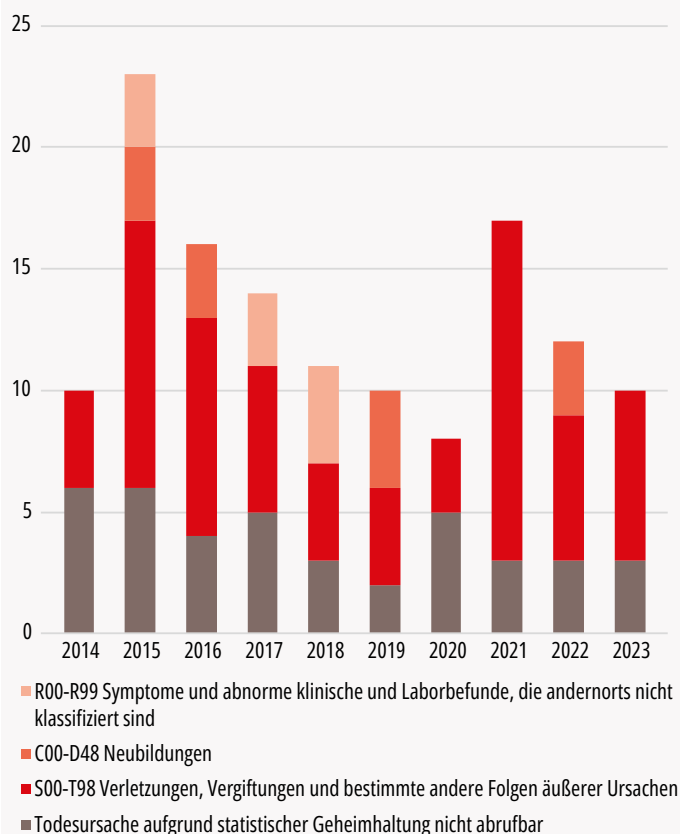


Abbildung 25: Sterbefälle je Diagnosegruppen der Todesursachen bei 15- bis unter 18-Jährigen im Zeitverlauf in Brandenburg (2014 – 2023)

4.1.5 Mundgesundheit

Die Mundgesundheit beschreibt den Status der Gesundheit der Gebisse sowie der weiteren Strukturen in der Mundhöhle, wie Zahnfleisch und Zunge.

Weitere Informationen zu den Zahnärztlichen Untersuchungen sind in Kapitel 5.1.3 zu finden.



Seit über 30 Jahren werden auf Basis der „Vereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe gemäß § 21 Abs. 2 SGB V insbesondere in Kindergärten und Schulen des Landes Brandenburg“ in Verbindung mit § 6 Absatz 3 BbgGDG Kinder und Jugendliche von den Zahnärztlichen Diensten (ZÄD) im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) betreut. Die Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen werden als flächendeckende Gruppenprophylaxe bei Kindern, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, durchgeführt. Darüber hinaus erhalten Kinder und Jugendliche mit

erhöhtem Kariesrisiko über die Altersgrenze hinaus Prophylaxeangebote. Neben gruppenprophylaktischen, präventiven Maßnahmen enthält diese auch eine zahnärztliche Untersuchung. Die Untersuchung wird digital dokumentiert und im Rahmen der Umsetzung der Gesundheitsberichterstattung des Landes jährlich ausgewertet und auf der Gesundheitsplattform des Landes Brandenburg veröffentlicht.



Im **Jahr 2023** wurden im Land Brandenburg 183.960 Kinder im Alter von 0 bis 16 Jahren durch die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter in den 14 Landkreisen und 4 kreisfreien Städten untersucht. Der Anteil erreichter Kinder in diesen Altersgruppen – bezogen auf die Bevölkerungszahlen – lag 2023 je nach Landkreis / kreisfreier Stadt zwischen 46 % und 79 % der Kinder in diesem Alter.

Im Jahr 2023 wurden landesweit **183.960 Kinder im Alter von 0 bis 16 Jahren** durch die Zahnärztlichen Dienste untersucht.

Gebisszustand

naturngesund: ein dem Entwicklungsstand des Kindes entsprechend von Karies und ihren Folgeerkrankungen freies bezahntes Gebiss

behandlungsbedürftig: Vorhandensein kariöser Zähne

saniert: alle kariösen Läsionen sowie deren Folgezustände sind therapeutisch definitiv versorgt

dmf-t-Index bzw. DMF-T-Index

von der WHO empfohlener Indikator zur Beschreibung der Zahngesundheit. Für die Milchzähne werden Kleinbuchstaben (dmf-t) und für bleibende Zähne Großbuchstaben (DMF-T) verwendet:

d/D = decayed (kariös)

m/M = missing (fehlend wegen Karies)

f/F = filled (gefüllt wegen Karies)

t/T = tooth (Zahn)

Im Gegensatz zum Gebisszustand ist der dmf-t-Index bzw. DMF-T-Index ein Indikator, welcher die Zähne individuell betrachtet und nicht das Gebiss als Ganzes. Er gibt die Summe der Zähne an, welche durchschnittlich bei einer Person der betrachteten Population kariös, fehlend oder gefüllt sind.

Ein dmf-t-Indexwert = 0 bedeutet ein naturngesundes Milchgebiss, ein DMF-T-Indexwert = 0 bedeutet, dass noch kein bleibender Zahn eine Karieserfahrung gemacht hat.



Insgesamt wurden im Jahr 2023 63 % aller in Kindertagesstätten zu untersuchenden Kinder in diesem Setting erreicht, 59 % der zu untersuchenden Grundschüler und 27 % der Jugendlichen der weiterführenden Schulen in den Klassen 7 – 10. In den Förderschulen wurden 75 % aller zu untersuchenden Schülerinnen und Schüler erreicht.

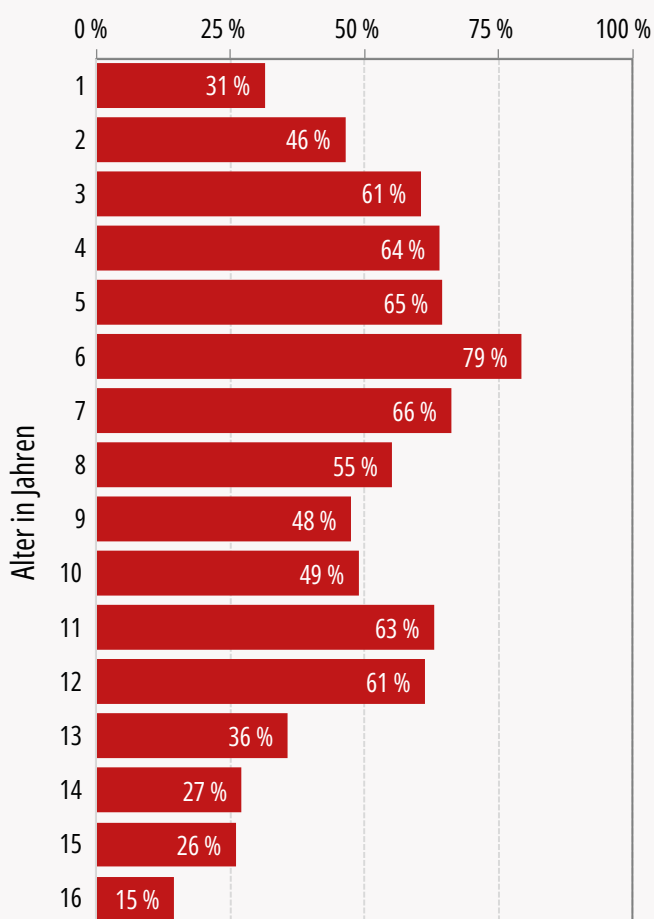


Abbildung 26: Anteil durch ZÄD untersuchter Kinder und Jugendlicher 2023 an der Bevölkerung am 31.12.2022 nach Alter

Als Ergebnis aus diesen Untersuchungen wird die Mundgesundheits anhand des Gebisszustandes sowie des dmft-t/DMF-T-Index beschrieben. Der Gebisszustand gibt den prozentualen Anteil an naturgesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebissen an. Der dmft-t-Index im Milchgebiss (1 bis 6 Jahre) sowie der DMF-T-Index im bleibenden Gebiss (11 bis

16 Jahre) werden als Indikator zur Beschreibung der Zahngesundheit und Ermittlung des individuellen Kariesrisikos verwendet. Für das Wechselgebiss (6 bis 10 Jahre) werden beide Indizes angegeben. Die Gebissentwicklung bei Kindern und Jugendlichen kann allerdings individuell variieren.

Betrachtet man den **Gebisszustand nach Alter**, war für das Jahr 2023 zu beobachten, dass der Anteil naturgesunder Gebisse kontinuierlich in der Altersgruppe von 1 bis 9 Jahren sinkt: je älter das Kind, desto größer die durchschnittliche Karieserfahrung. Analog dazu stieg der Anteil sanierter und behandlungsbedürftiger Gebisse mit steigendem Alter an.

Kinder im Alter von 3 Jahren wiesen noch einen Anteil von 92 % naturgesunder Milchgebisse auf, Behandlungsbedürftigkeit bestand bei 7 % und 2 % der Gebisse waren bereits saniert.³

Danach sank der Anteil der naturgesunden Gebisse bis zum Alter von 8 Jahren in jeder Altersstufe um je 6 bis 11 Prozentpunkte auf einen prozentualen Anteil von 48 % und stagnierte dann bis zum Alter von 9 Jahren auf ähnlichem Niveau. Das heißt, 5 von 10 Kindern weisen naturgesunde Gebisse auf.

Damit einhergehend veränderte sich der Anteil an behandlungsbedürftigen Gebissen: Dieser stieg kontinuierlich in den jeweiligen Altersstufen von 7 % in der Altersgruppe der 3-Jährigen auf 30 % in der Altersgruppe der 9-Jährigen. Ebenso verhielt es sich für den Anteil der sanierten Milchgebisse, der im Alter von 3 Jahren 1 % betrug und bis zum Alter von 9 Jahren auf 24 % angestiegen ist.

Beim Übergang vom Milchgebiss zum bleibenden Gebiss kommt es zu einem Zahnwechsel, bei dem auch die Milchzähne mit Karieserfahrung verloren gehen. Dies führt dazu, dass bei der Betrachtung der bleibenden Zähne ab einem Alter von 10 Jahren der Anteil an naturgesunden Gebissen im Jahr 2023 wieder höher lag, und zwar bei 85 %. 10 % der bleibenden Gebisse waren in dieser Altersgruppe saniert

³ Rundungsbedingt können in der Summe der Anteile minimale Abweichungen von 100 % entstehen.



und 6 % behandlungsbedürftig. Auch im bleibenden Gebiss ist der Anteil an naturgesunden Gebissen mit zunehmendem Alter kontinuierlich bis zum Alter von 16 Jahren auf 61 % gesunken.

Der Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse ist nur geringfügig, dafür kontinuierlich, in den Altersgruppen der 10- bis 16-jährigen – von 6,0 % im Alter von 10 Jahren auf 12 % im Alter von 16 Jahren gestiegen.

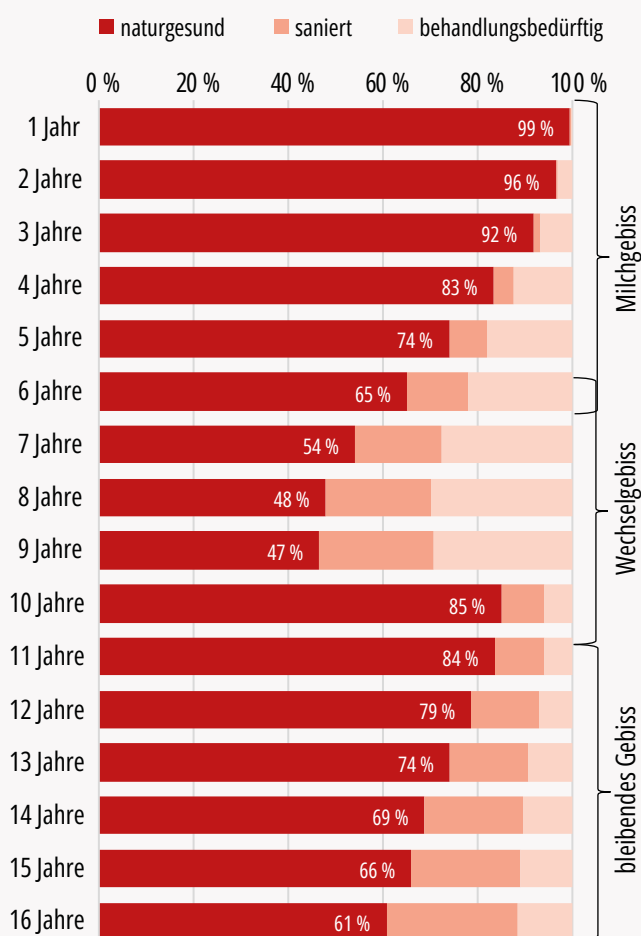


Abbildung 27: durch den ZÄD festgestellter Gebisszustand nach Alter mit Anteilen naturgesunder, sanierter und behandlungsbedürftiger Gebisse im Jahr 2023

Bei der Betrachtung nach **Geschlecht** ist festzustellen, dass der Behandlungsbedarf bei Jungen in allen Altersgruppen geringfügig höher ausfiel als bei Mädchen. Vor allem in den Altersgruppen der 8- und 9-jährigen, mit jeweils 3 und 5 Prozentpunkten, sowie der 14- bis 16-jährigen, mit ca. 3 Prozentpunkten, waren die Unterschiede am größten.

Im **regionalen Vergleich** zwischen dem Berliner Umland und dem weiteren Metropolenraum ist festzustellen, dass der Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse im weiteren Metropolenraum in allen Altersgruppen höher war als im Berliner Umland (Abbildung 28).

Für die Betrachtung nach **Schultypen** werden folgend die Schülerinnen und Schüler der Klassenstufen 7 bis 10 berücksichtigt.

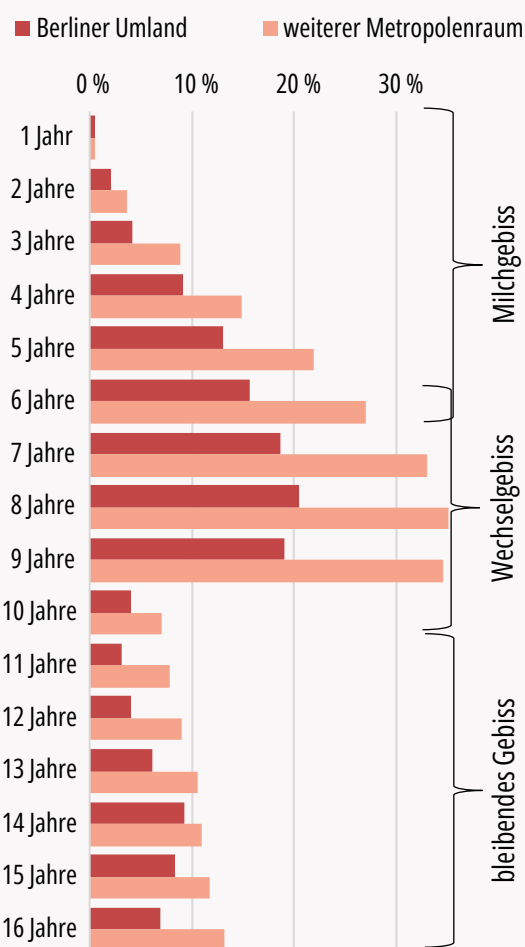


Abbildung 28: durch den ZÄD festgestellte behandlungsbedürftige Gebisse nach Alter und Region im Jahr 2023



Die im Jahr 2023 untersuchten Schülerinnen und Schüler an Gymnasien wiesen mit 81 % den höchsten Anteil an naturgesunden Gebissen auf, gefolgt von Schülerinnen und Schülern aus Gesamt- und Oberschulen mit 68 %. Der Anteil an naturgesunden Gebissen lag bei Schülerinnen und Schülern aus Förderschulen mit 56 % am niedrigsten.

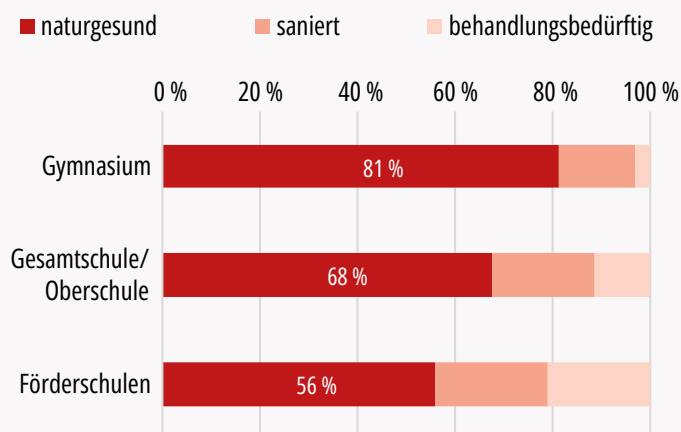


Abbildung 29: durch den ZÄD festgestellter Gebisszustand in den Klassen 7 bis 10 der weiterführenden Schulen im Jahr 2023

Betrachtet man die Behandlungsbedürftigkeit nach der **sozioökonomischen Deprivation (GISD)**⁴, so zeigten sich für die Altersgruppe der 3- und 5-Jährigen in Regionen mit höherer Deprivation auch höhere Anteile behandlungsbedürftiger Gebisse als in Regionen mit niedriger Deprivation. Dieser Trend ist bei den 12-Jährigen nicht eindeutig erkennbar (Abbildung 30).

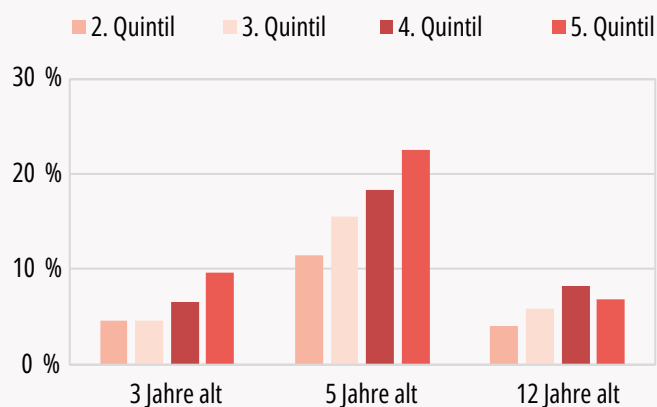


Abbildung 30: durch den ZÄD festgestellte behandlungsbedürftige Gebisse nach Alter und GISD (Referenz Bund, 2023)

Bezogen auf den Einrichtungstyp ist nur für Kindertagesstätten und Grundschulen ein Anstieg behandlungsbedürftiger Gebisse nach GISD zu beobachten (Abbildung 31).

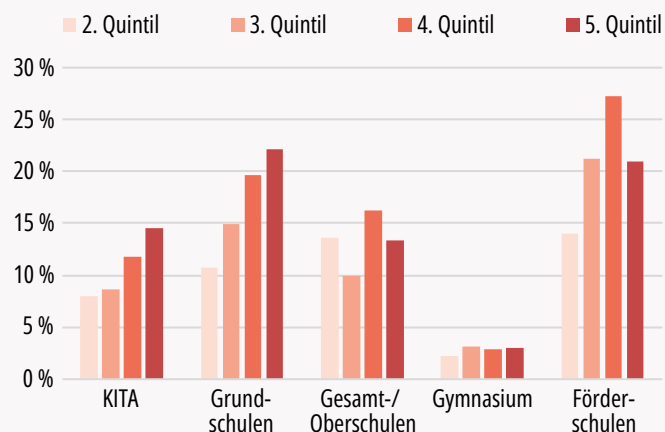


Abbildung 31: durch den ZÄD festgestellte behandlungsbedürftige Gebisse nach Einrichtungstyp und GISD (Referenz Bund, 2023)

Anhand des **dmf-t-Index** wird die Karieserfahrung aller Milchzähne beschrieben. Allgemein zeigten die Untersuchungen, dass der Wert dieses Indizes mit dem Alter kontinuierlich steigt. Im Jahr 2023 lag der dmf-t-Index für 6-jährige Kinder bei 1,32. Das bedeutet, dass durchschnittlich pro Kind etwas mehr als ein Milchzahn eine Karieserfahrung (kariös oder saniert) hat.

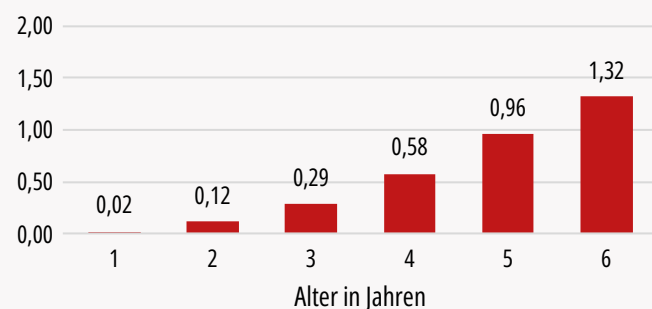


Abbildung 32: dmf-t-Index im Milchgebiss bei 1- bis 6-jährigen Kindern auf Basis des im Jahr 2023 durch die ZÄD dokumentierten zahnärztlichen Befunde

⁴ Hinweis: Unter Anwendung des GISD auf Bundeslandebene ist das niedrigste Quintil (Q1) und damit auch die Kategorie „niedrige Deprivation“ für Brandenburg nicht besetzt – siehe Kapitel 3.1.1.

Ab einem Alter von 6 Jahren befinden sich die Kinder in der beginnenden Wechselgebissperiode. Daher wird nun ebenfalls **der DMF-T-Index** für die bleibenden Zähne betrachtet. Die Ergebnisse der Untersuchungen im Jahr 2023 zeigen, dass der dmf-t-Index bis zur Altersgruppe bis 8 Jahre weiter bis zu einem Wert von 1,86 angestiegen ist und sich während des Zahnwechsels dann rückläufig entwickelt hat. Anhand der Werte des DMF-T-Index hingegen spiegelt sich mit zunehmendem Alter eine steigende Karieserfahrung wieder und erreichte in der Altersgruppe der 10-jährigen einen Wert von 0,28.

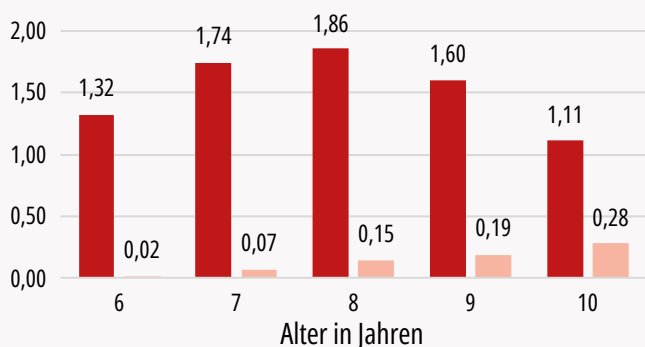


Abbildung 33: dmf-t- und DMF-T-Index im Wechselgebiss bei 6- bis 10-jährigen Kindern auf Basis des im Jahr 2023 durch die ZÄD dokumentierten zahnärztlichen Befunde

Seit 1999 hat sich die **Mundgesundheit** der Kinder im Land Brandenburg **deutlich verbessert**.

Ab einem Alter von 11 Jahren werden mit dem DMF-T-Index ausschließlich die bleibenden Zähne betrachtet. Auch hier zeigte sich ein steigender Trend der Werte des DMF-T-Index mit zunehmendem Alter von 0,33 bei den 11-jährigen auf einen Wert von 1,19 bei den 16-jährigen. Für die 15- und 16-jährigen Jugendlichen bedeutet das mit 0,95 bzw. 1,19, dass pro Jugendliche/r in diesen Altersgruppen durchschnittlich an ungefähr einem bleibenden Zahn eine Karieserfahrung vorhanden war.

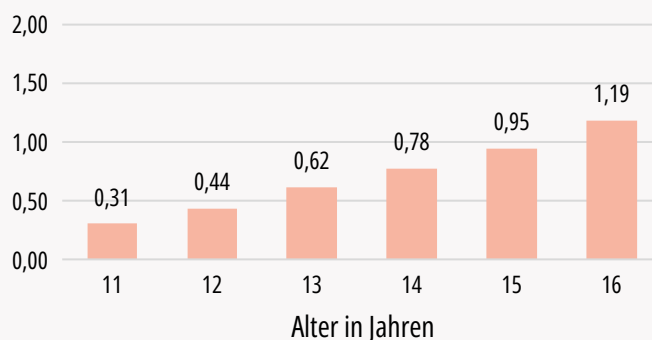


Abbildung 34: DMF-T-Index im bleibenden Gebiss bei 11- bis 16-jährigen Kindern auf Basis des im Jahr 2023 durch die ZÄD dokumentierten zahnärztlichen Befunde

Für die Einordnung der Ergebnisse zur Mundgesundheit ist ebenfalls eine Betrachtung der **zeitlichen Entwicklung** der Betreuungssituation durch die ZÄD erforderlich.

Während in den Jahren vor der COVID-19-Pandemie der durchschnittliche **Betreuungsgrad** der 2- bis 12-jährigen Kinder im Land Brandenburg stabil bei über 80 % lag, kam es während der COVID-19-Pandemie zu einem deutlichen Rückgang, da Kinderbetreuungseinrichtungen, einschließlich Kindertagespflegen, zeitweise geschlossen waren und anschließend teilweise Betretungsverbote für Externe galten. Zudem waren viele Mitarbeitende der ZÄD ganz oder teilweise im Bereich des Infektionsschutzes der Gesundheitsämter oder in kommunalen Krisenstäben zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie eingesetzt. Für die Jahre 2021 und 2022 liegen daher keine repräsentativen Daten zur Mundgesundheit vor. Im Jahr 2023 konnte trotz einer deutlichen Steigerung das Vorpandemieniveau der Untersuchungszahlen und Betreuungsgrade noch nicht wieder erreicht werden.

Im Folgenden wird die Entwicklung der Mundgesundheit exemplarisch für die Altersgruppen der 3-, 5- und 12-jährigen Kinder dargestellt, da diese die Zielgruppen der Brandenburger Mundgesundheitsziele darstellen.



Ein befürchteter **Einbruch bei der Mundgesundheit** von Kindern und Jugendlichen während und nach der Pandemie konnte **nicht festgestellt** werden.

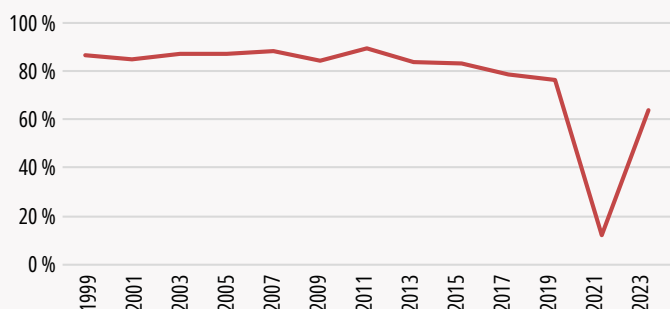


Abbildung 35: Anteil untersuchter Kinder im Alter von 2 bis 12 Jahren im Zeitraum von 1999 – 2023

Die **Entwicklung der naturgesunden Gebisse** zeigt bei den **3-jährigen Kindern** im Land Brandenburg einen stetigen Aufwärtstrend der Zahngesundheit. Der Anteil von Kindern mit naturgesunden Milchgebissen stieg seit 1999 von 78 % auf 92 %. Der dmft-Index ist über den gesamten Betrachtungszeitraum bis zum Jahr 2023 von 0,84 auf 0,29 gesunken.

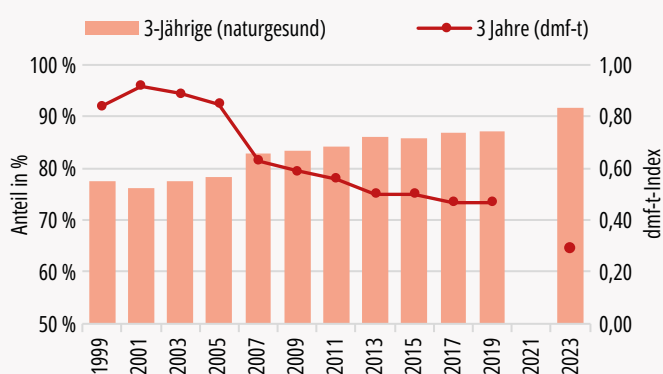


Abbildung 36: Anteil naturgesunder Gebisse und dmft-Index bei 3-jährigen im Zeitraum vom Jahr 1999 – 2023

In der **Altersgruppe der 5-Jährigen** zeigt sich der Anstieg noch deutlicher: Seit 1999 ist der Anteil naturgesunder Gebisse von 53 % auf 74 % gestiegen und gleichermaßen positiv entwickelte sich der dmft-Index von 2,07 auf 0,96.

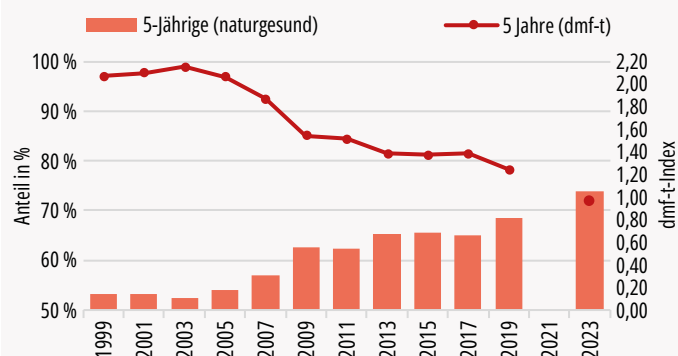


Abbildung 37: Anteil naturgesunder Gebisse und dmft-Index bei 5-jährigen im Zeitraum vom Jahr 1999 – 2023

Für die Altersgruppe der älteren Kinder ist eine ähnliche Entwicklung zu beobachten. So ist der Anteil naturgesunder bleibender Gebisse bei den **12-Jährigen** seit 1999 deutlich von 37 % auf 79 % im Jahr 2023 gestiegen. Der DMF-T-Indexwert ist in diesem Betrachtungszeitraum deutlich von 1,99 im Jahr 1999 auf 0,44 im Jahr 2023 zurückgegangen.

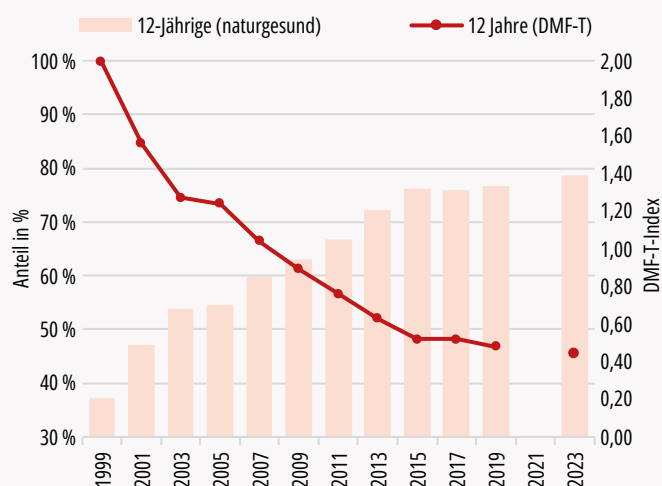


Abbildung 38: Anteil naturgesunder Gebisse bei 12-jährigen und DMF-T-Index im Zeitraum vom Jahr 1999 – 2023



Für eine umfassende Betrachtung der Mundgesundheit ist ebenfalls eine Betrachtung der **Mundhygiene** erforderlich. So gehört das **tägliche Zähneputzen**

mit altersgerecht dosierter, fluoridierter Zahnpasta neben gesunder Ernährung mit reduziertem Zuckerkonsum und regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchungen zu den Maßnahmen zur Vermeidung von Zahnerkrankungen und Erhaltung der Mundgesundheit (Geurtsen, et al., 2016; Hellwig, et al., 2013; Marinho, et al., 2003; Moynihan, et al., 2014; Scheinin, et al., 1976; Zimmer, et al., 2025).

Eine gute Zahnpflege im Kindesalter schafft ein gutes Körpergefühl, sensibilisiert für das weitere Leben, eine gesunde Selbstfürsorge zu entfalten und trägt wesentlich dazu bei, ein Leben lang die Mundgesundheit zu erhalten (Herbert, 2023). Diese zusammen mit einer regelrechten Zahn-, Gebiss- und Kieferentwicklung ist u.a. wichtig für die altersentsprechende Sprachentwicklung (Grabowski, et al., 2008) und sollte daher durch entsprechende Maßnahmen gefördert werden.

Diese können nicht nur im häuslichen Umfeld, sondern insbesondere in Betreuungseinrichtungen wie den Kindertages- und Kindertagespflegestätten umgesetzt werden. Die ZÄD haben einen Überblick über die Anzahl an Kindertagesstätten, die tägliches Zähne putzen als verhältnispräventive Maßnahme umsetzen. Diese Daten zeigen für Brandenburg, dass im Jahr 2023 63 % der Kitas im Land Brandenburg ein tägliches Zähneputzen angeboten haben. 10 Jahre zuvor waren es noch 89 % und im Vorpandemiejahr 2019 82 %. Somit ist der Anteil an Kitas, in denen tägliches Zähneputzen durchgeführt wird, insgesamt um 26 Prozentpunkte gesunken und liegt weiterhin deutlich unter dem Vorpandemieniveau.

2023 wurde in gut **6 von 10 Kitas das tägliche Zähneputzen** mit den Kindern geübt. Vor der COVID-19-Pandemie waren es gut 8 von 10 Kitas.

In den Jahren 2021, 2022 führten die ZÄD kompensierende präventive Maßnahmen für die Einrichtungen zum Thema Mundgesundheit durch, wie telefonische oder schriftliche Informationen zum täglichen Zähne

putzen, dem Einsatz von fluoridierter Zahnpasta und gesunder Ernährung mit reduziertem Zuckerkonsum. Prophylaxemittel und Informationsmaterial wurden per Post versandt oder zur Abholung bereitgestellt. Mit der schrittweisen Wiederaufnahme der Tätigkeiten der ZÄD im letzten Drittel der COVID-19-Pandemie konnten Unterweisungen mit Flexibilität und Einfallsreichtum unter den jeweils gültigen Bedingungen mit geteilten Gruppen oder im Freien auf dem Spielplatz der Einrichtungen durchgeführt werden. (Ministerium für Gesundheit und Soziales, 2023). Es bleibt festzustellen, dass trotz des Rückgangs der Kitas mit täglichen Zahnputztraining und dem zeitweiligen Einbruch der Untersuchungszahlen während der Pandemie die Mundgesundheit der Kinder in dem Folgejahr 2023 weiter angestiegen ist. Die jahrelange Betreuung der Kindereinrichtungen durch die ZÄD der Gesundheitsämter und das Verständnis für die Wichtigkeit von Mund- und Zahngesundheit in der frühen Kindheit bleibt scheinbar auch bei einer zeitlich begrenzten Betreuungspause erhalten.

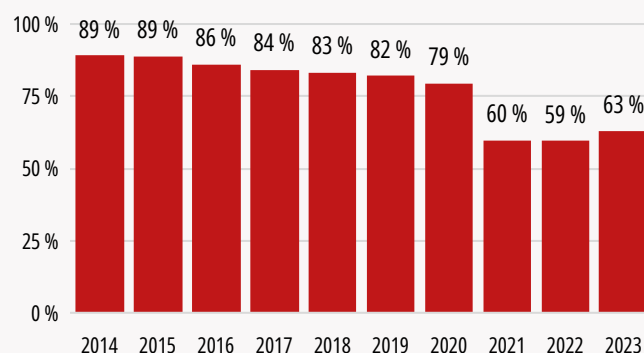


Abbildung 39: Anteil an Brandenburger Kindertagesstätten mit täglichem Zahnputztraining im Zeitraum vom Jahr 2014 – 2023

Für das Land Brandenburg wurden im Rahmen der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studien 2018 und 2022 jeweils in einem eigenen Fragebogenteil das Zahnhygieneverhalten von Schülerinnen und Schülern erfragt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Intensität des täglichen Zahnhygieneverhaltens von 2018 bis 2022 insgesamt gesunken ist. Während im Jahr 2018 noch 79 % der befragten Schülerinnen



und Schüler im Alter von 11, 13 und 15 Jahren häufiger als 1-mal täglich Zähne putzten, taten dies im Jahr 2022 nur noch 68 %. Der Anteil an Schülerinnen und Schülern, welche nur 1-mal täglich putzen, stieg von 16 % auf 19 % und der Anteil, welche weniger als 1-mal täglich Zähne putzen von 2 % auf 4 %.

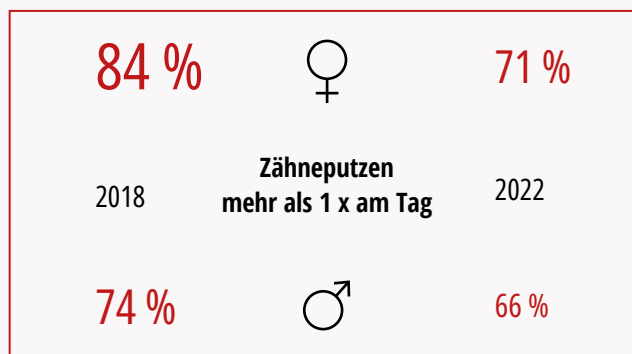
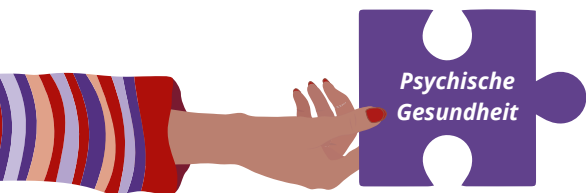


Abbildung 40: Anteil an täglichem Zähneputzen bei Teilnehmenden der HBSC-Studie im Jahr 2018 und 2022

Die Ergebnisse zeigen, welche Bedeutung kontinuierliche Betreuung und Informationen zur Mund- und Zahngesundheit in den Lebenswelten von Kindern hat.





4.2 Wie beurteilten Kinder und Jugendliche ihre eigene Gesundheit?

Die Beurteilung ihrer eigenen Gesundheit durch Kinder und Jugendliche gibt Einblicke in das Wohlbefinden und die Lebensqualität dieser Altersgruppe. Wichtige Daten liefert die etablierte Studie der World Health Organisation (WHO) „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC), die in Deutschland seit nunmehr 30 Jahren durchgeführt wird. Brandenburg kann auf zwei Erhebungswellen in den Jahren 2018 und 2022 zurückblicken. Das Ziel dieser Studie war eine Bestandsaufnahme des Gesundheitszustands und des Gesundheitsverhaltens der Kinder und Jugendlichen – selbst eingeschätzt durch die Zielgruppe. Damit erhalten Kinder und Jugendliche eine Stimme, welche in diesem Kapitel besonders gehört werden soll (Moor, et al., 2024).

Weitere Informationen zur HBSC-Studie sind in Kapitel 5.3 zu finden.

Die subjektive Einschätzung der Gesundheit betrifft im Sinne eines mehrdimensionalen Ansatzes neben körperlichen Aspekten auch soziale Komponenten des Wohlbefindens sowie die psychische Verfassung (Kaman, et al., 2020). Für die repräsentative Brandenburger Stichprobe wurden Schülerinnen und Schüler in der 5., 7. und 9. Klasse an Grundschulen, Oberschulen, Gesamtschulen, Gymnasien und Förderschulen befragt, was in der Regel Kindern und Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren entspricht. Die letzte **Erhebung in Brandenburg fand im Frühling und Sommer 2022** – also während des Abflachens der fünften Welle der COVID-19-Pandemie – statt.



Im Jahr 2022 berichteten 84 % der Brandenburger Kinder und Jugendlichen der untersuchten Klassenstufen von einer guten bis ausgezeichneten Gesundheit („eher guter“ Gesundheitszustand). Jungen gaben dabei mit 38 % häufiger einen ausgezeichneten Gesundheitszustand an als Mädchen (27 %). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einer „eher schlechten“ Einschätzung der eigenen Gesundheit lag bei 15 % („einigermaßen“ bis „schlecht“).

Im Vergleich zur präpandemischen Erhebung der HBSC-Studie im Jahr 2018 sank der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die ihre Gesundheit als gut bis ausgezeichnet einschätzten von 88 % um rund 5 Prozentpunkte. Der Rückgang fiel bei Mädchen mit 6 Prozentpunkten auf 81 % deutlich höher aus als unter den Jungen mit einem Rückgang von rund 2 Prozentpunkten auf 87 %. Bei Schülerinnen und Schülern mit diverser Geschlechtsidentität kann keine Differenz angegeben werden, da eine Unterteilung erst seit 2022 erhoben wird. Im Jahr 2018 schätzten 11 % der befragten Schülerinnen und Schüler ihre Gesundheit als „eher schlecht“ ein („einigermaßen“ 10 %; „schlecht“ 1 %).

Insgesamt sank der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die ihre **subjektive Gesundheit als „eher gut“ beschrieben** von 2018 zu 2022 leicht auf 84 %.



Neben Geschlechterunterschieden sind auch Unterschiede zwischen den Klassenstufen zu beobachten. Lag der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einer ausgezeichneten subjektiven Gesundheit in der 5. Klasse noch bei 38 %, waren es unter den 9. Klassen noch 28 %. Weiterhin zeigen sich Unterschiede zwischen den Schulformen. Unter den Schülerinnen und Schülern an Grundschulen berichteten fast 40 % einen ausgezeichneten Gesundheitszustand. Bei den anderen Schulformen berichteten Förderschülerinnen und -schüler diesen am seltensten (23 %). Auch anhand des Migrationshintergrundes lassen sich Unterschiede beobachten (Abbildung 41).

Die **bundesweiten Ergebnisse** zeigten im Jahr 2022 eine vergleichbare Einschätzung: Der Anteil an Heranwachsenden mit einer Einschätzung der subjektiven Gesundheit als „eher schlecht“ lag mit 16 % geringfügig höher als in Brandenburg. Im Jahr 2018 lag auch bundesweit der Anteil noch niedriger mit rund 11 % (Kaman, et al., 2020).

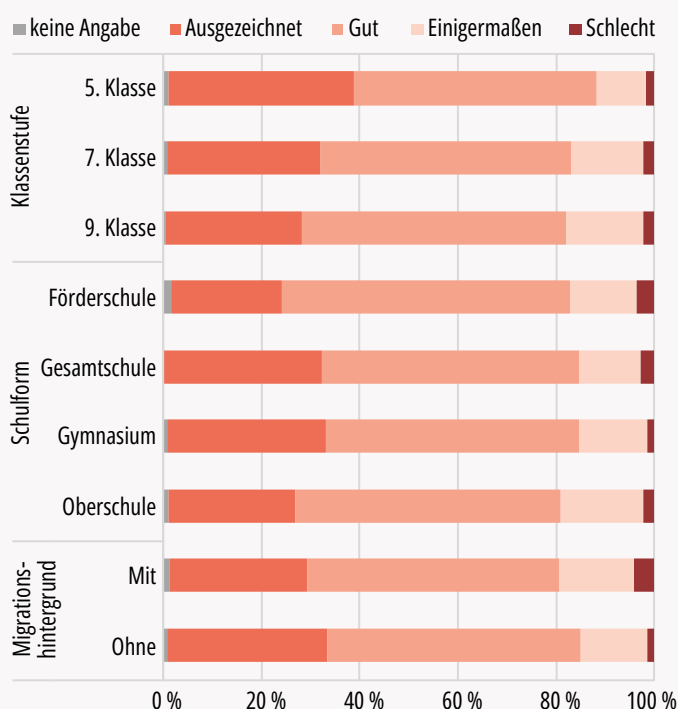


Abbildung 41: subjektiver Gesundheitszustand nach Klassenstufe, Schulform und Migrationshintergrund auf Basis der HBSC-Studie 2022



4.3 Wie steht es um die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen?

Bereits die Definition des Begriffes „Gesundheit“ der World Health Organisation (WHO) als ein „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ (World Health Organization, 2020a) hebt die Bedeutung der psychischen Gesundheit hervor. Im folgenden Kapitel wird die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg anhand verschiedener Aspekte beschrieben. Grundlage bilden hierfür Befragungsdaten aus Studien wie der Befragung Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum (BJS), der Brandenburger Replikation der Studie COrona & PSYche (COPSY) und der Brandenburger Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Aber auch die Daten der Schuleingangsuntersuchungen (SEU) aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) sowie Daten der amtlichen Statistiken zur Zahl stationärer Behandlungsfälle werden einbezogen.

Weitere Informationen zu den Datenquellen sind in Kapitel 5 zu finden.



„Bei Jugendlichen werden immer häufiger Probleme wie Ängste, Depressionen oder selbstverletzendes Verhalten benannt. Mobbing spielt außerdem eine große Rolle.“

(Ärztin 1, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Landkreises Barnim)



4.3.1 Psychische Auffälligkeiten

Im Rahmen der HBSC-Studie schätzen die befragten Kinder und Jugendlichen ihre **Lebenszufriedenheit** von 0 „das denkbar schlechteste Leben“ und 10 „das denkbar beste Leben“ ein. Ab einem Skalenwert von mindestens sechs wird von einer höheren Lebenszufriedenheit gesprochen (Kaman, et al., 2020).

Definition: Die Lebenszufriedenheit spiegelt kognitive Aspekte des subjektiven Wohlbefindens eines Menschen in seiner jeweiligen Lebenslage wider und wird unter anderem durch besondere Lebensereignisse beeinflusst (Diener, et al., 1985).

Insgesamt lag die mittlere Lebenszufriedenheit im Jahr 2022 während des Abklingens der fünften Welle der COVID-19-Pandemie mit einem Wert von 7,6 hoch. Mädchen (7,4), Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund (7,3) und Schülerinnen und Schüler an Oberschulen (7,3) und Gymnasien (7,4) zeigten im Jahr 2022 eine etwas niedrigere mittlere Lebenszufriedenheit. Im Vergleich zur mittleren Lebenszufriedenheit der präpandemischen Erhebung im Jahr 2018 konnte nur ein geringfügiger Rückgang um 0,1 festgestellt werden.

Die **zeitliche Entwicklung** der Lebenszufriedenheit bei 15- bis 16-jährigen Schülerinnen und Schüler lässt sich auch anhand von Daten der BJS-Studie beschreiben.

Insgesamt berichtete im Jahr 2021 mehr als die Hälfte der Jugendlichen in der fünften Welle der BJS zufrieden bzw. sehr zufrieden zu sein – darunter war mehr als ein Viertel der Jugendlichen sehr zufrieden (28 %). Dennoch berichtete mit 17 % auch ein substantieller Anteil davon, unzufrieden zu sein. Auffallend ist der Unterschied von 3 Prozentpunkten zwischen Mädchen und Jungen, der sich bei der BJS5 – also

der Erhebung während der zweiten Welle der COVID-19-Pandemie im Winter 2020/2021 – zeigte (vgl. Abbildung 42).

Bei Betrachtung der **Schulformen** zeigt sich der höchste Anteil unzufriedener Jugendlicher unter Gesamtschülerinnen und -schülern (19 %) und der niedrigste Anteil unter Gymnasiastinnen und Gymnasiasten (15 %). Im Jahr 2005 waren noch 11 % also knapp einer von zehn Jugendlichen unzufrieden. In der späteren Welle im Jahr 2017 waren es bereits 15 %.

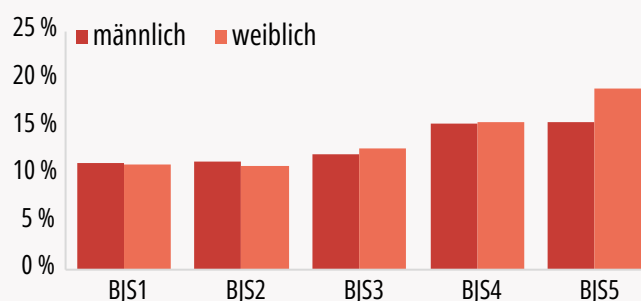


Abbildung 42: Anteile der unzufriedenen bis sehr unzufriedenen Schülerinnen und Schüler der 10. Klassen nach Geschlecht im Zeitverlauf auf Basis der BJS-Studie

Bereits vor der Pandemie war ein Anstieg des Anteils unzufriedener Jugendlicher zu beobachten.

Insgesamt waren die Ergebnisse der BJS5 im Vergleich zu den **bundesweiten Daten** der HBSC-Studie im Jahr 2022 vergleichbar: Diese zeigten für einen Großteil der Heranwachsenden eine hohe Lebenszufriedenheit und gleichzeitig geringere Werte unter Mädchen und Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund (Reiß, et al., 2024).



Bei der HBSC-Studie werden Kinder und Jugendliche auch zu **psychosomatischen Symptomen** befragt. Die Symptome wie beispielsweise Kopf- oder Bauchschmerzen, aber auch Gereiztheit treten oft gemeinsam auf und entstehen durch psychische und physiologische Wechselwirkungen, ohne eine organische Grunderkrankung (Brill, et al., 2001).

Insgesamt berichteten im Jahr 2022 38 % der Schülerinnen und Schüler keinerlei psychosomatische Beschwerden. Dennoch waren 40 % mehrmals wöchentlich von mindestens zwei Beschwerden betroffen. Der Anteil lag in der vorangegangenen Erhebung im Jahr 2018 mit 29 % noch deutlich niedriger. Am häufigsten wurden neben Gereiztheit Einschlafprobleme berichtet (vgl. Abbildung 43).

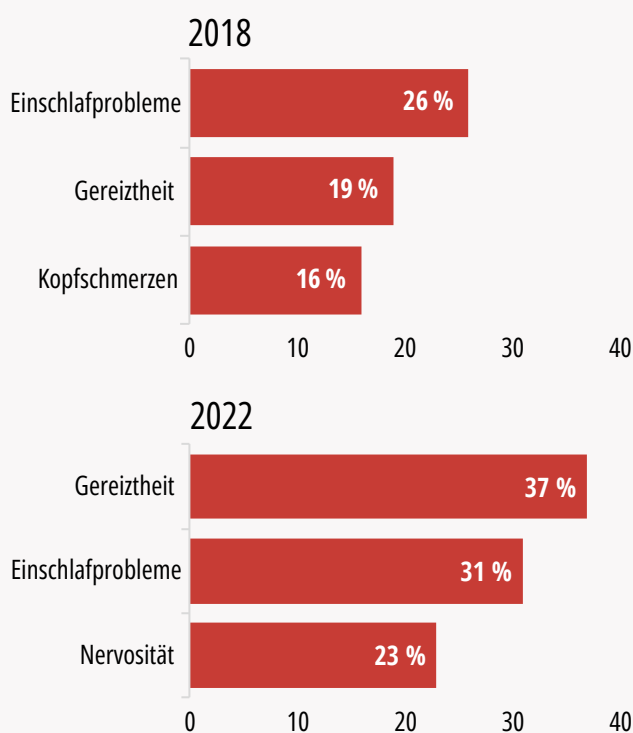
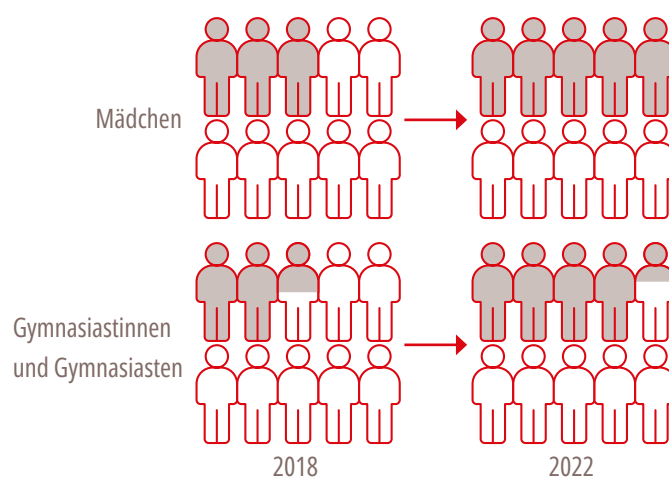


Abbildung 43: die drei häufigsten psychosomatischen Symptome unter Kindern und Jugendlichen im Zeitvergleich (Datenquelle: HBSC-Studie, eigene Berechnungen)

Während im Jahr 2018 35 % der Mädchen mindestens zwei psychosomatische Beschwerden mindestens wöchentlich berichteten, waren es im Jahr 2022 51 %.

Der Anstieg fiel bei den Jungen von 24 % auf 29 % niedriger aus. Auch über die Schulformen hinweg lässt sich ein Anstieg beobachten – besonders von steigenden Werten betroffen waren aber Schülerinnen und Schüler an Gymnasien (2018: 23 %; 2022: 42 %). Weiterhin wies mit 44 % ein höherer Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu jenen ohne Migrationshintergrund (40 %) psychosomatische Beschwerden auf.

Anteil Mädchen und Schülerinnen und Schüler an Gymnasien, die über mindestens zwei psychosomatische Beschwerden mindestens wöchentlich berichteten (HBSC-Studie)



Typische depressive Symptome sind depressive Stimmung z. B. in Form von Hoffnungslosigkeit, Interessensverlust sowie der Verlust des Antriebs. Weiterhin können auch Konzentrationsschwierigkeiten oder sozialer Rückzug auftreten.

Die Werte im Land Brandenburg lagen damit geringfügig unter den bundesweiten Ergebnissen der HBSC-Studie – hier berichteten 42 % der Befragten multiple psychosomatische Beschwerden (Brandenburg: 40 %) (Reiß, et al., 2024).

Depressive Symptome sind vielfältig und betreffen sowohl die emotionale, kognitive, verhaltensbezogene aber auch die körperliche Ebene (Mehler-Wex, et al., 2008).



In der im Winter 2021/2022 während der vierten Welle der COVID-19-Pandemie durchgeführten Befragung im Rahmen der Brandenburger Replikation der COPSY-Studie wiesen fast 20 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren Anzeichen für eine depressive Symptomatik auf. Das sind knapp 2 von 10 Kindern und Jugendlichen. Damit lag der Anteil bei Brandenburger Schülerinnen und Schülern deutlich über dem Wert, der bei der zuvor stattgefundenen bundesweiten COPSY-Studie Welle 3 im September und Oktober 2021 ermittelt wurde. Hier lagen lediglich für 11 % der Befragten Hinweise für eine depressive Symptomatik vor.

Weitere Informationen zur COPSY-Studie sind in Kapitel 5.4 zu finden.

Bei der HBSC-Studie erfolgt die Einschätzung der depressiven Symptomatik anhand von 10 Einzelmerkmalen und wird auf einer Skala von 0 „geringste Depressivität“ bis 10 „höchste Depressivität“ abgebildet. Auch diese Ergebnisse zeigten für Brandenburg bei der Einschätzung der depressiven Symptomatik einen leichten Anstieg von 2018 (2,8) auf 2022 (3,2). Die Werte von Mädchen (3,6) fielen höher aus als die der Jungen (2,8) sowie die der höheren Klassenstufen (7. Klasse: 3,2; 9. Klasse: 3,4). Hinsichtlich der Schulform berichteten Kinder und Jugendliche aus Oberschulen (3,4) und Förderschulen (3,9) die höchsten Werte. Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund zeigten eine größere Belastung mit depressiven Symptomen mit einem mittleren Wert von 3,4 als ihre Mitschülerinnen und -schüler ohne Migrationshintergrund (3,2).

Im Jahr 2022 gaben 75 % der im Rahmen der HBSC-Studie befragten Kinder und Jugendlichen an, dass sie sich nicht bzw. an weniger als drei Tagen der vergangenen Woche einsam fühlten. Dennoch lag der Anteil derer, die sich an mindestens drei Tagen in der vergangenen Woche einsam fühlten mit 18 % höher als noch im Jahr 2018 (11 %).

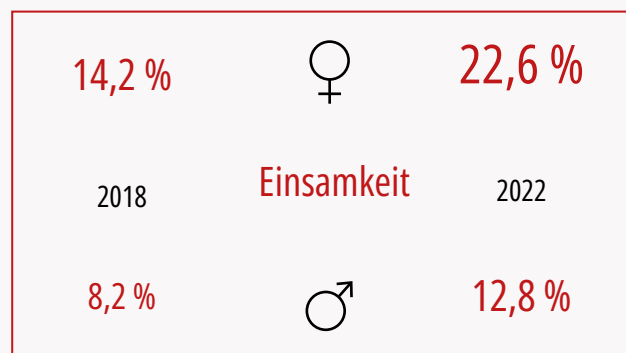


Abbildung 44: Häufigkeit der Schülerinnen und Schüler, die sich an mindestens drei Tagen der vergangenen Woche einsam fühlten auf Basis der HBSC-Studie

Sowohl im Jahr 2018 als auch im Jahr 2022 waren größere Anteile unter den Mädchen betroffen als unter den Jungen (Abbildung 44).

Darüber hinaus waren Kinder und Jugendliche mit steigender Klassenstufe und somit höherem Alter häufiger von **Einsamkeit** betroffen. Bereits in der Grundschule berichteten 14 % der Kinder, dass sie sich an mindestens drei Tagen der vergangenen Woche einsam fühlten. Auch zwischen den übrigen Schulformen waren Unterschiede zu beobachten (Abbildung 45).

Im Winter 2021/2022 fühlte sich **mehr als jede/r fünfte befragte Schüler/in** einer 9. Klasse an mindestens drei Tagen der vergangenen Woche **einsam**.



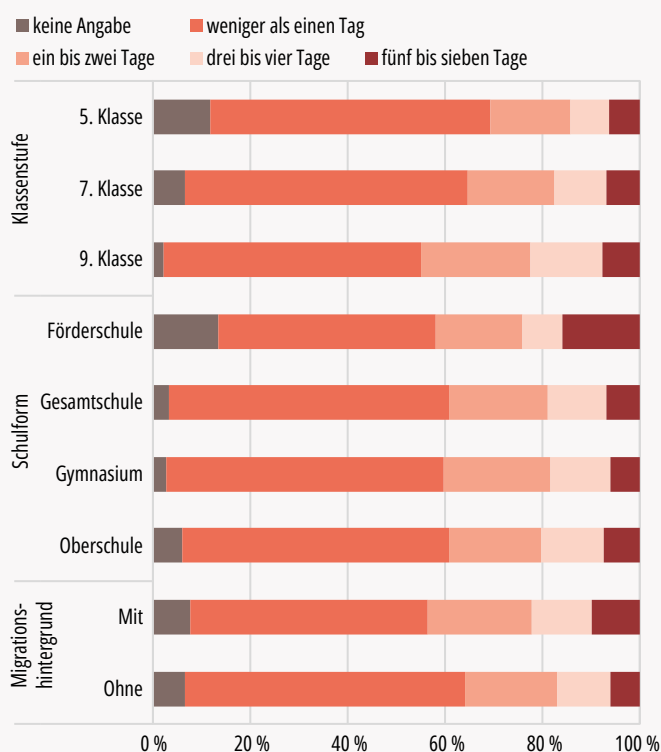


Abbildung 45: Anzahl der Tage, an denen sich Kinder und Jugendliche im Jahr 2022 einsam fühlten, nach Klassenstufe, Schulform und Migrationshintergrund auf Basis der HBSC-Studie 2022

Im Jahr 2022 empfanden 22 % der Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund an drei oder mehr Tagen pro Woche Einsamkeit – unter ihren Mitschülerinnen und -schülern ohne Migrationshintergrund waren es 17 %.

Zu **weiteren psychischen Auffälligkeiten** in Zeiten der Pandemie kann für 11- bis 17-Jährige auf die Daten der COPSY-Studie Brandenburg aus dem Winter 2021/2022 zurückgegriffen werden. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die selbstberichtete Anzeichen für eine **generalisierte Angststörung** zeigten, lag in Brandenburg mit 37 % deutlich höher als im gesamten Bundesgebiet (27 %). Aus der **Perspektive der Eltern** wurde eine Prävalenz psychischer Auffälligkeiten von insgesamt 30 % berichtet (Deutschland: 27 %). Emotionale Probleme lagen in Brandenburg nach Elternangaben bei 29 % vor, bundesweit in COPSY Welle 3 waren es nur 25 %.

Im Winter 2021/2022 berichteten 37 % der 11- bis 17-Jährigen von Anzeichen, die auf eine generalisierte Angststörung schließen lassen (Vergleich Bund: 27 %).

In Brandenburg berichteten 72 % der Kinder und Jugendlichen, dass sie die Veränderungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie als etwas bis äußerst belastend empfanden. In der bundesweiten COPSY Welle 3 wenige Monate zuvor lag der Anteil mit 82 % noch deutlich höher.



4.3.2 Psychische Befunde bei der Schuleingangsuntersuchung

Für jüngere Kinder bieten die Ergebnisse der SEU wertvolle Einblicke, denn neben somatischen Befunden werden hier auch Befunde zur psychischen Gesundheit gestellt. Diese sind Aufmerksamkeitsdefizitstörungen und Hyperaktivitätsstörungen (ADS/ADHS), Intelligenzminderungen, emotionale-soziale Störungen und Harninkontinenz (nicht organischer, unwillkürlicher Harnverlust).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Prävalenz psychischer Befunde zum Zeitpunkt der SEU im Jahr 2023 mit weniger als 1 von 10 betroffenen Kindern eher niedrig ausfällt. Der am häufigsten gestellte psychische Befund in der SEU im Jahr 2023 war die emotionale-soziale Störung mit einem Anteil von 6,3 % der erstuntersuchten Einschulkinder. Gefolgt wurden diese von den Befunden Harninkontinenz (3,0 %), ADS/ADHS (1,1 %) und Intelligenzminderungen (0,6 %). Der Höchstwert festgestellter emotionaler-sozialer Störungen in den vergangenen 10 Jahren lag mit 7,3 % im Jahr 2019. Seither war der Anteil bis einschließlich 2022 leicht rückläufig. Der Anteil festgestellter Intelligenzminderungen nahm von 1,2 % im Jahr 2014 auf 0,5 % im Jahr 2022 ab (Abbildung 46).

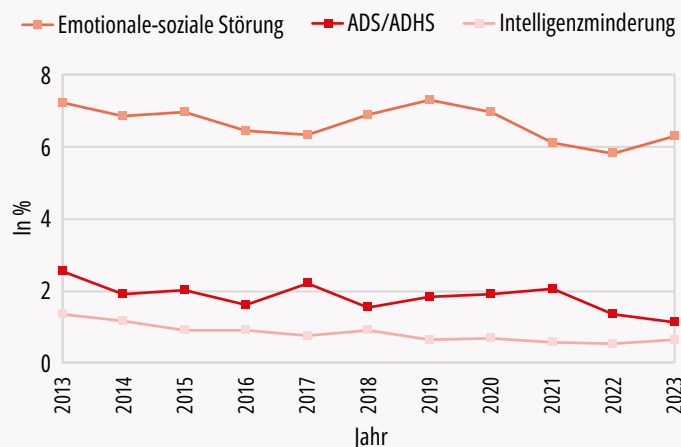


Abbildung 46: Anteil der psychischen Befunde bei erstuntersuchten Einschulkindern im Zeitverlauf

In den vergangenen 10 Jahren wurden insgesamt für etwa **1 von 10 Kindern im Einschulungsalter ein psychischer Befund** gestellt.

ADS/ADHS ist kurz gefasst gekennzeichnet durch eine Aufmerksamkeitsstörung und/oder Impulsivität und Hyperaktivität.

Intelligenzminderungen gehen mit individuellen Beeinträchtigungen

- der konzeptionellen (z. B. Sprache, Lesen),
- der sozialen (z. B. Empathie, Kommunikation) sowie
- der praktischen Domäne (z. B. Selbstmanagement) einher.

Emotionale-soziale Störungen beschreiben

- Angststörungen (z. B. Trennungsangst),
- depressive Störungen,
- Zwangsstörungen oder auch
- Störungen des Sozialverhaltens.

Nicht organische (funktionelle) Harninkontinenz bezeichnet einen unwillkürlichen Harnverlust nach Ausschluss struktureller Anomalien des Harntrakts, epileptischer Anfälle, neurologischer oder anderer nicht psychiatrischer Erkrankungen bei einem Kind ab dem chronologischen Alter von 5 Jahren.



Bei allen psychischen Befunden der SEU wurde bei Jungen häufiger eine Auffälligkeit festgestellt als bei Mädchen. So erhielten im Jahr 2023 3,7 % der Jungen und 2,2 % der Mädchen den Befund „Harninkontinenz“. Auch bei den am häufigsten auftretenden emotionalen-sozialen Störungen waren Jungen mit 7,9 % häufiger betroffen als Mädchen (4,6 %).

Die Betrachtung der Befundhäufigkeiten nach dem **Migrationshintergrund** zeigte im Jahr 2023 lediglich bei Intelligenzminderungen mit 0,9 % einen höheren Anteil an Befunden bei Kindern mit Migrationshintergrund als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (0,5 %). Die anderen Befunde wurden bei Kindern mit Migrationshintergrund seltener gestellt.

Höhere Anteile mit Befunden in Abhängigkeit der **sozioökonomischen Deprivation** (GISD)⁵ zeigten sich mit Ausnahme der Harninkontinenz im Jahr 2023 bei allen psychischen Befunden. Intelligenzminderungen wurden in stark deprivierten Regionen fast doppelt so häufig festgestellt wie in weniger stark benachteiligten Regionen.

Für die Befunde ADS/ADHS, Intelligenzminderungen und emotional-sozialen Störungen zeigten sich im Jahr 2023 deutlich höhere Anteile bei Einschulkindern aus Regionen mit hoher sozioökonomischer Benachteiligung.

Auch bei emotionalen-sozialen Störungen lag der Anteil der Befunde in Regionen mit hoher Deprivation im Vergleich zu Regionen mit mittlerer sozioökonomischer Deprivation 1,4-mal so hoch. Ein noch differenzierteres Bild zum Zusammenhang von Befundhäufigkeiten und sozioökonomischer Deprivation bietet die Betrachtung nach den Quintilen des GISD (Abbildung 47).

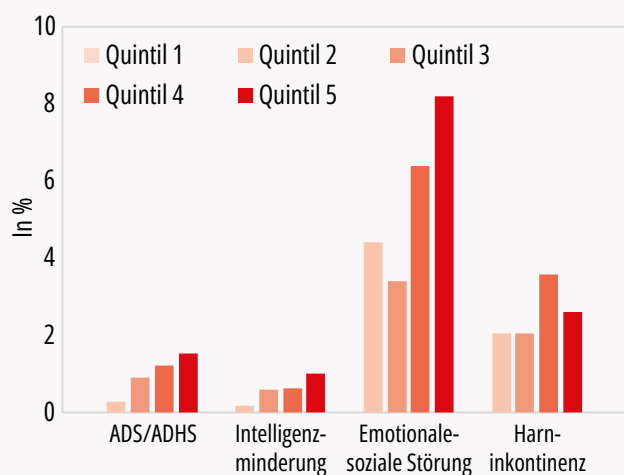


Abbildung 47: Befundhäufigkeiten der erstuntersuchten Einschul Kinder nach sozioökonomischer Deprivation (GISD) im Jahr 2023



⁵ Hinweis: Unter Anwendung des GISD auf Bundeslandebene ist das niedrigste Quintil (Q1) und damit auch die Kategorie „niedrige Deprivation“ für Brandenburg nicht besetzt – siehe Kapitel 3.1.1.



4.3.3 Stationäre Behandlungen

Neben dem Blick auf epidemiologische Befunde zu psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen wird auch ein Blick auf die Entwicklung der stationären Behandlungen auf Basis der Daten der Krankenhausdiagnosestatistik des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg geworfen.

Weitere Informationen zur Krankenhausdiagnosestatistik sind in Kapitel 5.5.1 zu finden.

Insgesamt wurden im Land Brandenburg im Jahr 2023 8,1 % der stationär behandelten Kinder und Jugendlichen – also insgesamt 3.515 von 43.152 Fällen – aufgrund einer psychischen und Verhaltensstörung (Diagnosekapitel V) behandelt. Zehn Jahre zuvor lag der Anteil mit 6,5 % noch niedriger. Bundesweit wurden im Jahr 2023 7,4 % also 95.836 von rund 1,3 Millionen der stationären Fälle aufgrund einer Diagnose aus dem Kapitel V behandelt.

Im Alter von 0 bis 9 Jahren spielen stationäre Behandlungen aufgrund von psychischen Störungen noch eine untergeordnete Rolle. Häufiger sind stationäre Behandlungsfälle hingegen ab 10 Jahren (Abbildung 48).

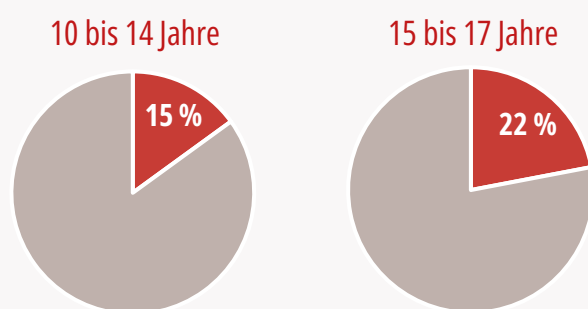


Abbildung 48: Anteile der stationären Behandlungsfälle aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen an allen stationären Behandlungen von unter 18-Jährigen im Jahr 2023



Besonders hoch liegen die rohen Raten bei **Mädchen von 15 bis 17 Jahren** – im Jahr 2023 wurden insgesamt 1.062 Fälle (3.159 je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) aufgrund einer Diagnose aus dem Diagnosekapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ behandelt. Nach einem von 2015 bis 2022 beobachtbaren rückläufigen Trend, stiegen die rohen Raten im Jahr 2023 wieder deutlich an. Im Gegensatz zu den Mädchen waren Jungen von 15 bis 17 Jahren mit 510 Fällen (1.405 je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) im Jahr 2023 nur halb so stark betroffen. Der Trend ist unter Jungen dieser Altersgruppe außerdem seit 2018 rückläufig (Abbildung 49).

Die **rohe Rate** bezieht die Zahl der Behandlungsfälle auf die tatsächliche Bevölkerungsgruppe, aus der die Anzahl der in diesem Fall Krankenhausfälle bestimmt wird.
Rohe Rate = Behandlungsfälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern

Bei jüngeren **Mädchen im Alter von 10 bis 14 Jahren** lagen die rohen Raten stationärer Behandlungen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen bis auf einen Rückgang im Jahr 2020 (1.265 je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) konstant bei mehr als 1.350 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Bei Jungen in dieser Altersgruppe ist – wie auch schon bei den männlichen Jugendlichen festgestellt – ein rückläufiger Trend zu beobachten (Abbildung 49). Ähnliche Entwicklungen waren auch auf Bundesebene zu beobachten, mit dem Unterschied, dass bei den Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren bereits ab 2021 ein Anstieg der stationären Behandlungsfälle aufgrund von Diagnosen aus dem Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ zu beobachten war.

Stationäre Behandlungen psychischer Erkrankungen waren am häufigsten in der **Altersgruppe der 15- bis 17-jährigen Mädchen** (insbesondere depressive Episoden). Bei gleichaltrigen Jungen wurden vor allem psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol behandelt.

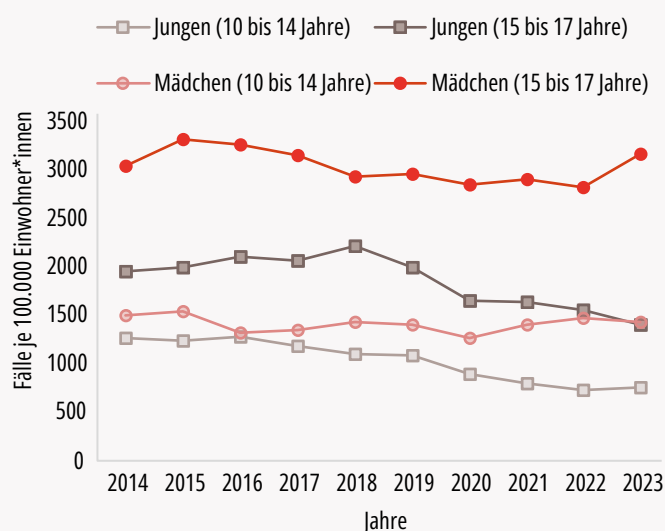


Abbildung 49: rohe Raten der stationären Behandlungsfälle aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen in Brandenburg im Zeitverlauf

Die stationären Behandlungen bei Mädchen ab 10 Jahren erfolgten im Land Brandenburg vorrangig aufgrund von depressiven Episoden, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (z. B. Posttraumatische Belastungsstörungen, akute Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen) sowie Essstörungen (z. B. Anorexia nervosa, Bulimie) (Abbildung 50).

Bei **Mädchen zwischen 15 bis 17 Jahren** haben sich die stationären Behandlungsfälle aufgrund von depressiven Episoden im Vergleich zu 2014 mit 472 je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern im Jahr 2023 mit 910 je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern nahezu verdoppelt (Abbildung 50).

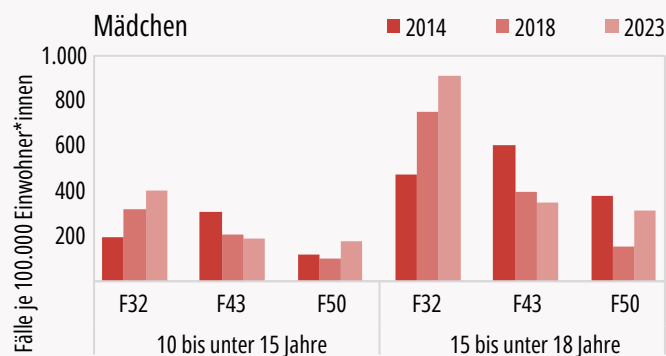


Abbildung 50: rohe Raten der drei häufigsten stationären Behandlungsfälle aus dem Diagnosekapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ im Dreijahresvergleich bei Mädchen: F32 Depressive Episode; F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen; F50 Essstörungen

Jungen zwischen 10 und 14 Jahren wurden am häufigsten aufgrund von hyperkinetischen Störungen (z. B. Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen), einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen sowie Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen behandelt. Die rohen Raten sind bei diesen Störungen über die vergangenen Jahre hinweg recht stabil bis rückläufig (Abbildung 51).

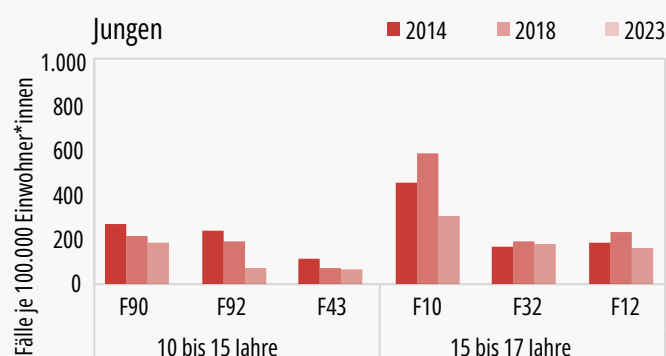


Abbildung 51: rohe Raten der drei häufigsten stationären Behandlungsfälle aus dem Diagnosekapitel Psychische und Verhaltensstörungen im Dreijahresvergleich bei Jungen: F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol; F12 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide; F32 Depressive Episode; F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen; F90 Hyperkinetische Störungen; F92 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

Bei **Jungen im Alter von 15 bis 17 Jahren** spielten alkoholassoziierte psychische und Verhaltensstörungen, die Behandlung depressiver Episoden sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide eine übergeordnete Rolle (Abbildung 51).

Bundesweit waren im Jahr 2023 bei Mädchen zwischen 10 und 14 Jahren identische Diagnosen zu beobachten wie in Brandenburg. Allerdings lagen die rohen Raten für depressive Episoden, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen sowie Essstörungen in Brandenburg höher.

Bei den Mädchen zwischen 15 und 17 Jahren waren im Bundesvergleich im Jahr 2023 ähnlich hohe rohe Raten an stationären Behandlungsfällen für depressive Episoden zu beobachten (916 je 100.000 Einwohnerinnen). Essstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen waren in Brandenburg aber häufiger Anlass für stationäre Behandlungen als im Bundesdurchschnitt mit 297 bzw. 284 Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern).

Regionen im Land Brandenburg mit **hoher sozioökonomischer Deprivation** zeigen **höhere Raten stationärer Behandlungsfälle**.

Auch bei Jungen lagen die rohen Raten stationärer Behandlungen der ausgewählten Diagnosen in Brandenburg höher als in Gesamtdeutschland. Eine Ausnahme bildeten die stationären Behandlungen depressiver Episoden – diese wurden bei 15- bis 17-jährigen Jungen in Brandenburg seltener stationär behandelt als im Bundesdurchschnitt mit 251 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (Abbildung 52).

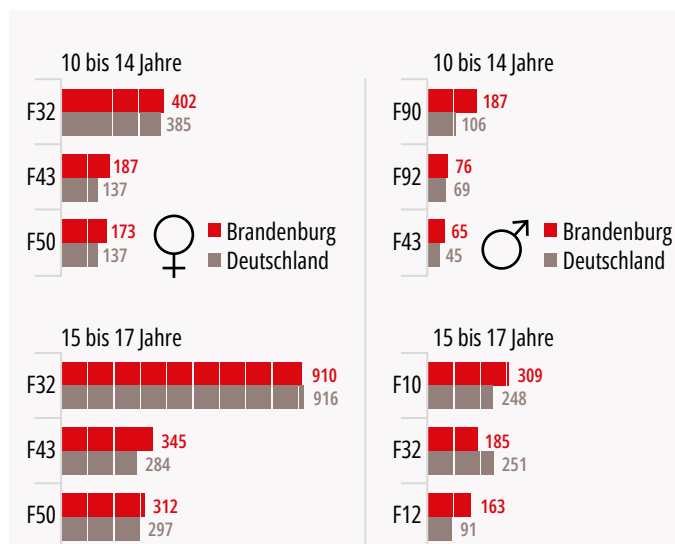


Abbildung 52: rohe Raten der drei häufigsten stationären Behandlungsfälle aus dem Diagnosekapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10-GM bei Jungen und Mädchen in Brandenburg im Vergleich zu Deutschland im Jahr 2023

Die Betrachtung nach **sozioökonomischer Deprivation** – definiert mittels GISD – zeigt höhere Werte stationärer Behandlungsfälle aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen in Regionen Brandenburgs mit hoher Deprivation. Im Jahr 2023 lag die rohe Rate der stationären Behandlungsfälle bei Kindern unter 18 Jahren in Regionen mit mittlerer Deprivation bei 772 und in Regionen mit hoher Deprivation bei 1.047 je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Bei Jungen zwischen 10 und 14 Jahren lag die rohe Rate mit 1.085 je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern in Regionen mit hoher Deprivation 1,6-mal so hoch wie in den Vergleichsregionen. Bei älteren Jungen und unter den Mädchen fallen die Unterschiede nach sozioökonomischer Deprivation geringer aus.

Ein differenzierteres Bild zum Zusammenhang von stationären Behandlungen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen und sozioökonomischer Deprivation bietet die Betrachtung nach den Quintilen des GISD⁶ (Abbildung 53).

⁵ Hinweis: Unter Anwendung des GISD auf Bundeslandebene ist das niedrigste Quintil (Q1) und damit auch die Kategorie „niedrige Deprivation“ für Brandenburg nicht besetzt – siehe Kapitel 3.1.1.



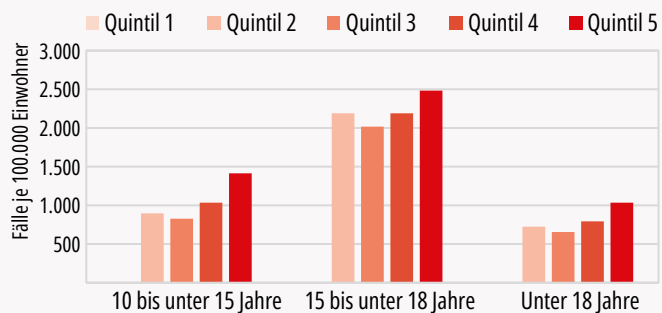


Abbildung 53: rohe Raten aller stationär behandelter psychischer und Verhaltensstörungen nach sozioökonomischer Deprivation der Landkreise/kreisfreien Städte (GSD) im Jahr 2023



„Ein differenzierterer Blick auf die Realität der Versorgungssituation zeigt aber, dass Chancen und Teilhabe ungleich verteilt sind und ganz wesentlich von der sozialen und ethnischen Herkunft, dem Bildungsstand der Eltern und den realen Möglichkeiten vor Ort abhängen.“

(Detlef Reichel, Vorsitzender der Landesstelle des Berufsverbands für Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in Brandenburg)





4.4 Wie verhalten sich Kinder und Jugendliche bezogen auf ihre Gesundheit?

Es gibt Verhaltensweisen, die in direktem Zusammenhang zur Gesundheit stehen. Körperliche Aktivität und Ernährung beeinflussen beispielsweise das Körpergewicht. Im folgenden Kapitel werden Ergebnisse zu Verhaltensweisen beschrieben, die einen Zusammenhang zur körperlichen aber auch zur psychischen Gesundheit aufweisen und die durch Eltern, Kinder und Jugendliche günstig beeinflusst werden können.

Weitere Informationen zu den Datenquellen sind in Kapitel 5 zu finden.



„Im Rahmen der HBSC-Studie Brandenburg werden alle vier Jahre repräsentativ zwischen 3.000 und 4.000 Schülerinnen und Schüler zu ihrer Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten befragt. Die Daten der letzten HBSC-Erhebung von 2022 zeigen, dass die Krisen der letzten Jahre für Kinder und Jugendliche in Brandenburg herausfordernd waren und es bei fast allen Gesundheitsindikatoren ungünstigere Ausprägungen gibt als vier Jahre zuvor. Das betrifft insbesondere die psychische Gesundheit, das Sozialverhalten, den Substanzkonsum und problematische Konsummuster im Zusammenhang mit sozialen Medien. Jetzt kommt es darauf an, die weitere Entwicklung im Blick zu behalten.“

(Prof. Dr. Ludwig Bilz, Studienleiter der HBSC-Studie und Professor für Pädagogische Psychologie an der BTU-Cottbus-Senftenberg in Brandenburg)



4.4.1 Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität beschreibt Bewegungen des Körpers, die mit einem bestimmten Energiemindestverbrauch in Verbindung steht (siehe Infobox). Damit ist sowohl die sportliche Aktivität als auch die Aktivität zur Fortbewegung im Sinne von Radfahren, Rollerfahren, Laufrad fahren, zu Fuß gehen als auch Spielen auf dem Spielplatz gemeint.

Die **Weltgesundheitsorganisation** (WHO) empfiehlt für Kinder und Jugendliche einen Umfang von mind. 60 Minuten körperlicher Aktivität am Tag (World Health Organisation, 2020b). Die nationalen Empfehlungen liegen mit mind. 180 Minuten/Tag höher (Rütten, et al., 2017).

Definition: Körperliche Aktivität wird als jede körperliche Bewegung aufgefasst, die durch die Skelettmuskulatur erzeugt wird und einen Energieverbrauch – messbar in Kalorien – hervorruft (Caspersen, et al., 1985).

Für die Beschreibung des Umfangs körperlicher Aktivität wurden Daten der Schuleingangsuntersuchung (SEU) und Schulabgangsuntersuchung (SAU) aus dem Jahr 2023 sowie Daten der HBSC-Studie für Brandenburg aus den Jahren 2018 und 2022 ausgewertet.

Für die **Altersgruppe der Einschulkinder** wurden erstmalig im Jahr 2023 Daten zur Aktivität im Rahmen der SEU erhoben. Allerdings liegen nur für 2.996 Kinder (12 %) im Einschulungsalter vollständige Angaben vor.

Für das Schuljahr 2024/ 2025 wurden die Fragen zur körperlichen Aktivität im Elternfragebogen bereits angepasst, was zu einem höheren Rücklauf der Antworten führen soll.

Da nur für **12 %** der Kinder im Einschulungsalter vollständige Angaben zum Umfang ihrer körperlichen Aktivität gemacht wurden, lag für 2023 keine aussagekräftige Datengrundlage vor.

Ebenso gibt es für die Bundesebene seit der zweiten Welle der KiGGS-Studie von 2014 bis 2017 keine aktuellen Daten zur körperlichen Aktivität von Kindern im Vorschulalter. Deutschlandweit erreichten hier 43 % der 3- bis 6-jährigen Mädchen und 49 % der Jungen in der Welle von 2014 – 2017 die WHO-Empfehlung (Robert Koch-Institut, 2020a).

Für die Daten der Brandenburger HBSC-Studie wurde eine Einordnung in die WHO-Empfehlungen vorgenommen. Beide Befragungswellen in **5., 7. und 9. Klassen** beinhalteten die Frage nach der Anzahl an Tagen mit mind. 60 Minuten körperlicher Aktivität in der letzten Woche. Die folgende Abbildung 54 zeigt die Antworten im Vergleich der Befragungswellen.

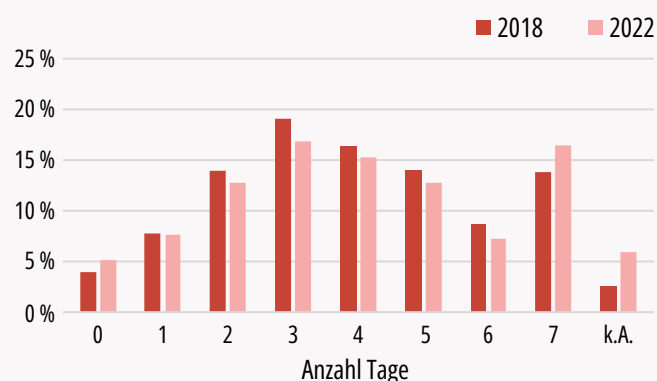


Abbildung 54: Häufigkeit der Angaben zur Frage „Während der letzten 7 Tage: An wie vielen Tagen hast du dich für mindestens 60 Minuten körperlich angestrengt?“ nach Befragungswelle.

In beiden Erhebungsjahren ist die Verteilung der Häufigkeiten vergleichbar, wobei am häufigsten angegeben wurde, sich an 3 Tagen der Woche mindestens 60 Minuten pro Tag bewegt zu haben. Insgesamt ist die Anzahl an Tagen mit mindestens 60 Minuten körperlicher Aktivität von 2018 auf 2022 gesunken, allerdings war der Anteil der 11- bis 15-jährigen im Jahr 2022, welche täglich für mind. 60 Minuten körperlich aktiv waren, mit 16 % höher.





„Viele Aspekte im Zusammenhang mit körperlicher Aktivität sind stark von der sozialen Herkunft abhängig. Es gelingt sozial starken Familien beispielsweise besser, die Angebote der Sportvereine wahrzunehmen. Bildungsferne Elternhäuser berichten zwar, dass die Kinder „immer draußen“ sind, trotzdem fehlen ihnen in vielen Fällen Kraft, Balance und Ausdauer.“

(Ärztin 1, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Landkreises Barnim)

Der Anstieg der Einhaltung der Empfehlungen, also mindestens 60 Minuten körperliche Aktivität pro Tag an 7 Tagen der letzten Woche,

durch eine kleine Gruppe von Schülerinnen und Schülern konnte immerhin in allen Schulformen beobachtet werden. Dieser wurde am stärksten bei den Befragten der Förderschulen sichtbar. Am wenigsten konnten die 11- bis 15-jährigen der Gymnasien die Empfehlung der WHO einhalten. In Grundschulen war ein Anstieg von 16 % auf 18 % zu beobachten.

Damit wird zum einen deutlich, dass die Mehrheit der betrachteten Kinder und Jugendlichen in Brandenburg die Empfehlungen der WHO nicht einhalten kann, zum anderen, dass dieser Anteil aber immerhin von 2018 zu 2022 gesunken ist. Diejenigen, die die WHO-Empfehlungen erreichten, waren insbesondere Jungen (20 von 100 Befragten) und die 11-jährigen (19 von 100 Befragten) (Abbildung 55).

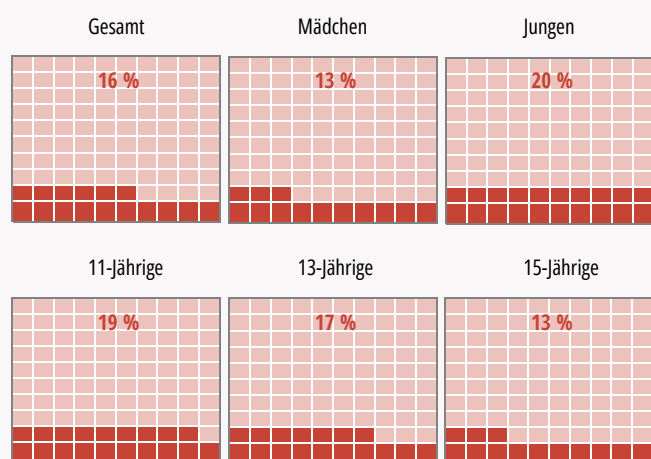


Abbildung 55: Häufigkeit des Erreichens der internationalen Empfehlung zum Umfang körperlicher Aktivität auf Grundlage der HBSC-Studie 2022.

Erreichen der WHO-Empfehlung zum Umfang körperlicher Aktivität nach Schulform

	Oberschule	Gymnasium	Gesamtschule	Förderschule
2018	13,3	11,8	12,7	20,6
2022	15,4	13,7	17,8	39,9

Abbildung 56: Anteil Schülerinnen und Schüler, die die WHO-Empfehlung zur körperlichen Aktivität laut HBSC-Studie erreichen nach Schulform

Hinsichtlich des Migrationshintergrundes konnten keine Unterschiede festgestellt werden.

Diese Häufigkeiten sind mit den HBSC-Studienergebnissen für Deutschland vergleichbar und nur minimal geringer – 10 % der Mädchen und 21 % der Jungen erreichen die Empfehlungen (Bucksch, et al., 2024).

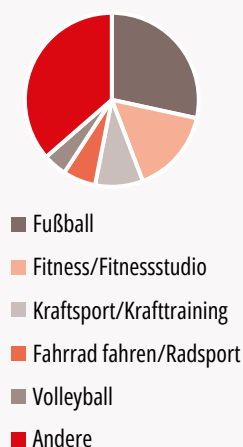
Anhand der Daten der SAU zeigte sich für die überwiegend in zehnten Klassen untersuchten Jugendlichen, dass eine uneingeschränkte Teilnahme am Schulsport für 82 % (85 % Jungen und 79 % Mädchen) möglich war. Andere regelmäßige sportliche Betätigung wurde von 43 % der Jugendlichen (50 % Jungen und 34 % Mädchen) in Brandenburg angegeben.



Die fünf am häufigsten genannten Sportarten bei Jungen waren Fußball, Fitness, Kraftsport, Radfahren und Volleyball mit einer Häufigkeit von ca. zwei Dritteln.

Weitere Informationen zur Anamnese in der Schulabgangsuntersuchung und den Datenquellen sind in Kapitel 5.1.2 zu finden.

Sportarten bei Jungen



Sportarten bei Mädchen

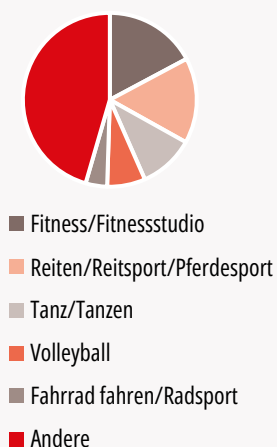


Abbildung 57: Häufigkeit der Angaben der Schulabgängerinnen und -abgänger zu den fünf am häufigsten genannten Sportarten, die regelmäßig ausgeübt wurden, im Jahr 2023 nach Geschlecht.

Die Mädchen gaben Fitness, Reitsport, Tanzsport, Volleyball und Radfahren am häufigsten an mit etwas mehr als der Hälfte.

Mehr als 50 % der Schulabgängerinnen und -abgänger berichteten, dass sie keiner sportlichen Betätigung außerhalb des Schulsports nachgehen.

Eine Betrachtung der Häufigkeiten nach besuchter Schulform deutet darauf hin, dass Jugendliche aus Ober- und Förderschulen seltener außerschulischen körperlichen Aktivitäten nachgehen.

⁷ Hinweis: Unter Anwendung des GISD auf Bundeslandebene ist das niedrigste Quintil (Q1) und damit auch die Kategorie „niedrige Deprivation“ für Brandenburg nicht besetzt – siehe Kapitel 3.1.1.

Andere regelmäßige sportliche Betätigung

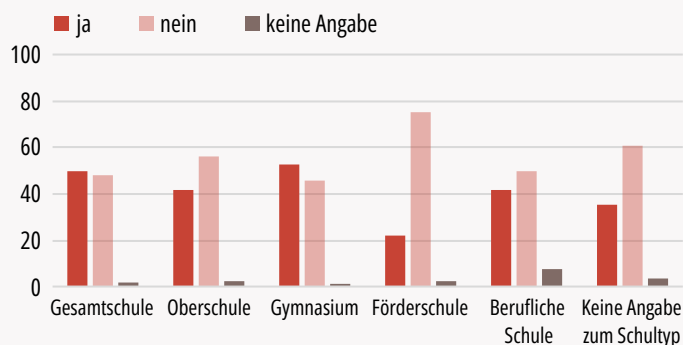


Abbildung 58: Häufigkeit außerschulischer körperlicher Aktivität in der Schulabgangsuntersuchung im Jahr 2023 nach Schulform

Eine Betrachtung nach sozioökonomischer Deprivation (GISD)⁷ zeigte, dass Schulabgängerinnen und -abgänger aus sozioökonomisch benachteiligten Regionen eine geringere Anzahl außerschulischer Betätigungen angegeben haben (Abbildung 59).

Andere regelmäßige sportliche Betätigung

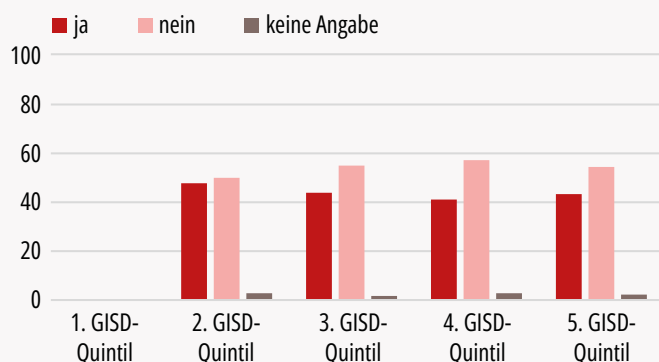


Abbildung 59: Häufigkeit außerschulischer körperlicher Aktivität in der Schulabgangsuntersuchung im Jahr 2023 nach Quintil des German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD)

Weitere Informationen zu der HBSC-Studie sind in Kapitel 5.3 zu finden.



4.4.2 Ernährung

Eine gesunde Ernährung im Kindes- und Jugendalter ist wichtig für gesundes Aufwachsen und für die Vermeidung von Krankheiten, die in Zusammenhang zur Ernährung stehen, wie beispielsweise Übergewicht und Adipositas.



Eine Orientierung für eine gesunde Ernährung geben die **Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung** (DGE) für die gesunde erwachsene Bevölkerung ab 18 Jahren, die im Jahr 2024 ausgehend von den 10 Regeln der DGE auf 11 Regeln aktualisiert wurden (Deutsche Gesellschaft für Ernährung). Diese beziehen sich insbesondere auf die empfohlenen Verzehrshäufigkeiten von Lebensmittelgruppen wie beispielsweise Getränken, Fetten, Milchprodukten, Vollkornprodukten, Fleisch und Fisch, aber auch auf die Form des Verzehrs und den Lebensstil im Sinne von körperlicher Aktivität.

Mit spezifischen Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen beschäftigt sich das Forschungsinstitut für Kinderernährung. Hier ist insbesondere auf das Konzept der „**Optimierten Mischkost**“ hinzuweisen. Dem Konzept liegen drei Regeln zu Grunde: Pflanzliche Lebensmittel und Getränke sollen reichlich konsumiert werden, Lebensmittel tierischen Ursprungs mäßig und fett- und zuckerhaltige Lebensmittel sparsam (Alexy, et al., 2008).

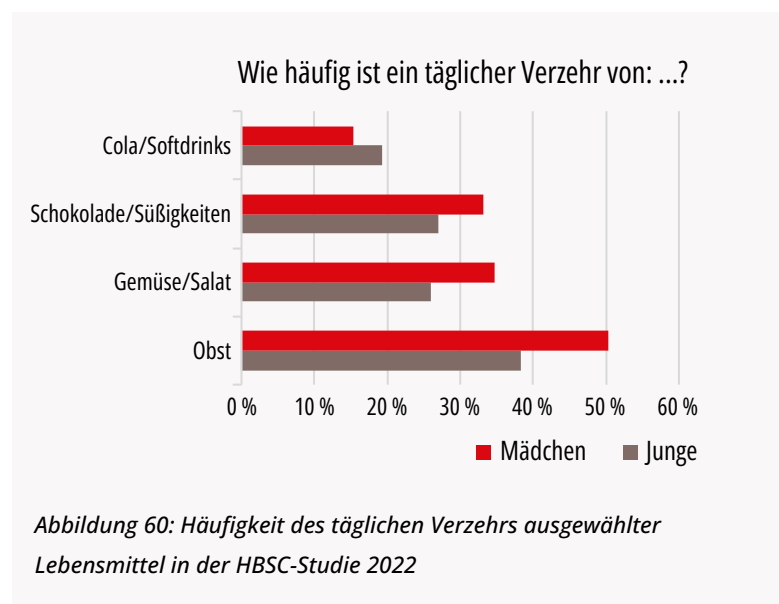
Eine Einschätzung zum Ernährungsverhalten der Kinder und Jugendlichen in Brandenburg können die Daten der HBSC-Studie für die **Altersgruppe der 11, 13, und 15-Jährigen** geben. Hierfür werden Angaben zu ausgewählten verzehrten Lebensmitteln sowie dem Verzehrmuster ausgewertet.

Für 2022 zeigte sich, dass rund die Hälfte (44 %) der Schülerinnen und Schüler einmal am Tag oder häufiger angibt Obst zu essen, rund ein Drittel (30 %) greift



täglich zu Gemüse – gleichzeitig gehören für ebenso viele auch Süßigkeiten (30 %) und für 18 % täglich Softdrinks zum Alltag.

Jungen (19 %) gaben im Vergleich zu Mädchen (15 %) häufiger einen Konsum von zuckerhaltigen Getränken wie Cola und Softdrinks an und dafür seltener den Verzehr wie Obst oder Gemüse. Mädchen gaben dafür häufiger an, täglich Schokolade und Süßigkeiten zu verzehren (33 %) im Vergleich zu Jungen (27 %) (Abbildung 60).



Insbesondere der tägliche Verzehr von Getränken wie Cola oder Softdrinks zeigte Unterschiede hinsichtlich der Schulform: Kinder und Jugendliche in Gymnasien berichteten am wenigsten einen täglichen Verzehr und Schülerinnen und Schüler in Förderschulen am häufigsten.



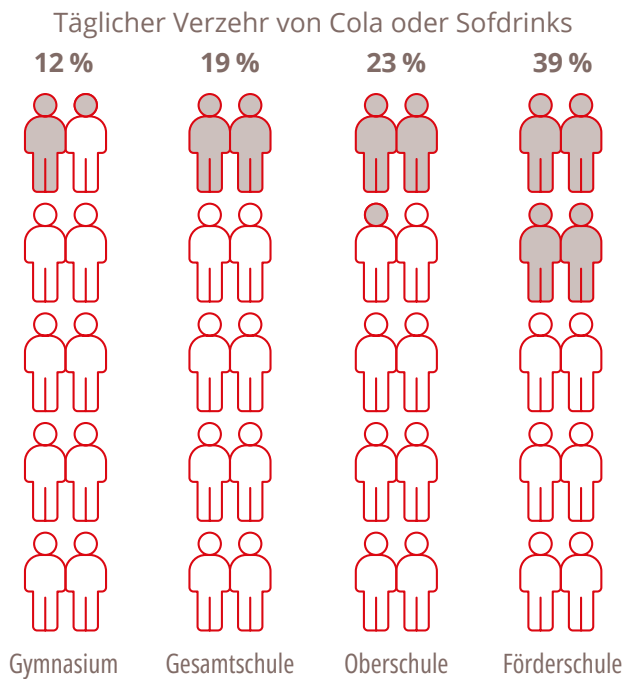


Abbildung 61: Häufigkeit des täglichen Verzehrs von Cola oder Softdrinks in der HBSC-Studie 2022 nach Schulform

Unterschiede hinsichtlich eines Migrationshintergrundes waren nicht zu beobachten.

Weniger als die Hälfte der 11- bis 15-jährigen frühstücken an allen fünf Schultagen und fast ein Drittel sogar nie.

Regelmäßiges Frühstück steht in Zusammenhang mit der Entwicklung von Körpergewicht und der Ernährungsqualität im Kindes- und Jugendalter. Das Auslassen vom Frühstück begünstigt u.a. die Entwicklung von Übergewicht (Ricotti, et al., 2021). Die Angaben zum Frühstück zeigen, dass tägliches Frühstück bei mehr als der Hälfte der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schüler in Brandenburg nicht stattfindet. Am Wochenende wird bei zwei von drei Befragten an beiden Tagen gefrühstückt. Mädchen frühstücken dabei seltener und essen auch generell seltener gemeinsam mit der Familie: 37 % der Mädchen essen normalerweise täglich zusammen mit der Familie im Vergleich zu 41 % der Jungen.

Wie häufig ist folgendes Ernährungsverhalten?

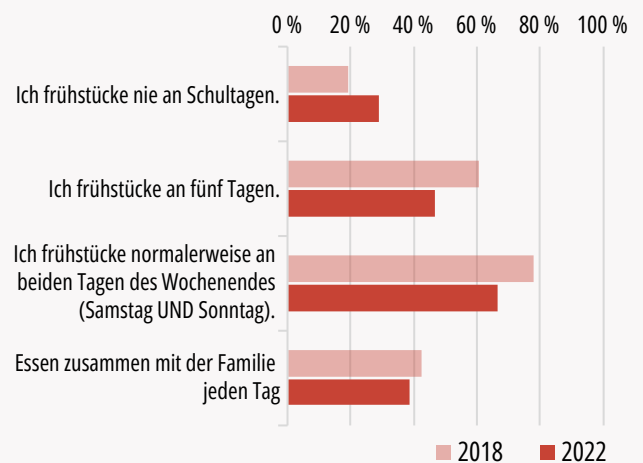


Abbildung 62: Häufigkeit des Ernährungsverhaltens Frühstück und gemeinsame Familienmahlzeiten

Nur knapp 4 von 10 der 11- bis 15-jährigen essen täglich zusammen mit der Familie.

Einen starken Unterschied für Kinder und Jugendliche mit bzw. ohne Migrationshintergrund scheint es hinsichtlich des gemeinsamen Essens in der Familie und des Frühstücksverhaltens nicht zu geben.

Bezüglich der Schulform zeigte sich für Kinder und Jugendliche aus Oberschulen, dass sie seltener angeben regelmäßig zu frühstücken und an Familienessen teilzunehmen. Schülerinnen und Schüler aus Förderschulen gaben am häufigsten ein tägliches gemeinsames Essen mit der Familie an.

Insgesamt hat sich das Ernährungsverhalten sowie die Ernährung hinsichtlich der beschriebenen Faktoren von 2018 zu 2022 verändert. So sind die Häufigkeiten eines regelmäßigen Frühstücks gesunken und der Verzehr von Lebensmitteln wie Schokolade oder Süßigkeiten und zuckerhaltigen Getränken gestiegen.



Wie häufig ist ein täglicher Verzehr von: ...?

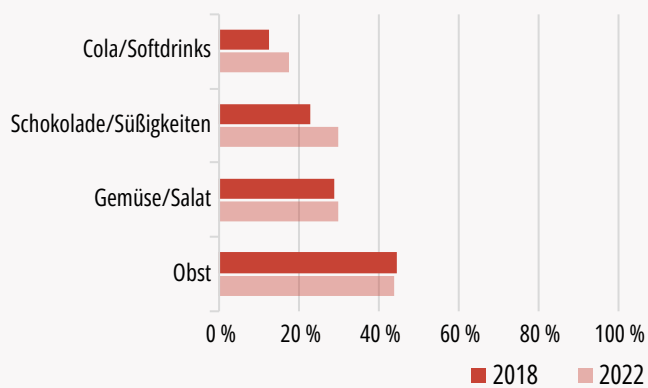


Abbildung 63: Häufigkeit täglich verzehrter Lebensmittel nach Erhebungswelle der HBSC-Studie

Der tägliche Verzehr ist dabei vergleichbar mit den Ergebnissen aus dem Ernährungsbericht 2024 des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL), in dem 24 % der befragten Personen angaben, täglich Süßigkeiten oder herzhafte Knabberien zu verzehren. 71 % gaben den täglichen Verzehr von Obst und Gemüse an. Allerdings ist der Altersbereich der Befragten bei der durch das forsa-Institut durchgeführten Umfrage von ca. 1.000 Personen ab 14 Jahren und das Design ebenfalls nicht identisch. Ein Vergleich ist nur eingeschränkt möglich.

Eine Veränderung des Verbrauchs, gekennzeichnet durch einen Verbrauchsrückgang von Obst und einer -zunahme von Softdrinks, ist ebenfalls auf Basis der Agrarstatistik zu beobachten (15. DGE Ernährungsbericht).

Für die Bundesebene gibt es seit der zweiten Welle der KiGGS-Studie von 2014 bis 2017 keine aktuellen Daten zur Ernährung von Kindern im Vorschulalter. Laut 15. DGE Ernährungsbericht (2024) ist auch bundesweit zu beobachten, dass Kinder und Jugendliche insgesamt einen zu niedrigen Verzehr von Obst und Gemüse in der Altersgruppe ab 10 Jahren aufweisen, insbesondere in armutsgefährdeten Familien.



„Immer wieder müssen wir in Gesprächen feststellen, dass bei Kindern/Jugendlichen und leider häufig auch bereits bei der Elterngeneration kein ausreichendes Wissen über gesunde Ernährung vorliegt. Mahlzeiten werden teilweise komplett ausgelassen und abends zu viel Fastfood gegessen. Besonders beunruhigend ist dabei auch der unlimitierte Konsum zuckerhaltiger Getränke.“

(Ärztin 2, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Landkreises Barnim)

4.4.3 Substanzkonsum

Substanzkonsum beschreibt den Gebrauch von bestimmten Stoffen mit zum Teil schädlichen Auswirkungen auf das Bewusstsein sowie auf die körperliche und psychische Gesundheit (vgl. Orth, et al., 2022). Folgende Substanzen sind für den Altersbereich der Jugendlichen (14 bis unter 18 Jahre) relevant: Alkohol, Tabak, Cannabis und weitere illegale Substanzen sowie stimmungsbeeinflussende Medikamente. Diese können zu Abhängigkeiten führen und stellen daher einen Risikofaktor für die körperliche sowie psychische Gesundheit dar.

Weitere Informationen zur SAU sind in Kapitel 5.1.2 zu finden.

Die **Befragung Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum (BJS)** alle vier Jahre verfolgt das Ziel, die Konsumhäufigkeiten von verschiedenen Substanzen bei Zehntklässlerinnen und -klässlern zu monitoren, ein risikantes Ausmaß zu identifizieren und Empfehlungen für die Prävention auszusprechen. Die nachfolgenden Ergebnisdarstellungen basieren auf dieser Befragung.

Weitere Informationen zur BJS-Studie sind in Kapitel 5.2 zu finden.



Zunächst werden die legalen Substanzen betrachtet, für die der regelmäßige Konsum am weitesten verbreitet ist: **Alkohol und Tabak.** Dabei ist zu beachten, dass Alkoholtrinken im Beisein einer sorgeberechtigten Person frühestens ab 14 Jahren, der Erwerb und Konsum von niedrigprozentigen Alkoholprodukten frühestens ab 16 Jahren gesetzlich erlaubt sind (siehe Infobox zu Alkoholischen Getränken).

Für den Erwerb und Konsum von Tabakprodukten, einschließlich E-Zigaretten und Shishas, gilt eine Altersfreigabe ab 18 Jahren. Ungeachtet dessen ist festzustellen, dass der Konsum von Alkohol und Tabakprodukten unter Brandenburger Jugendlichen verbreitet ist.

Regelmäßiges Rauschtrinken berichteten 2021 fast **2 von 10 Jugendlichen**.

Laut der fünften Erhebungswelle der BJS-Studie haben im Jahr 2021 immerhin 3 von 4 Brandenburger Jugendlichen (74 %) angegeben, dass sie nie oder selten Alkohol konsumieren. Ähnliche Ergebnisse zeigt die Schulabgangsuntersuchung (SAU) für 2023: mehr als 3 von 4 Jugendlichen (78 %) berichteten keinen Alkoholkonsum. Ein regelmäßiger mindestens wöchentlicher Konsum von Alkohol wurde laut BJS5 von etwas mehr als 1 von 10 Jugendlichen und regelmäßiges Rauschtrinken (Definition siehe Infobox unten) immerhin von fast 2 von 10 Jugendlichen berichtet.

Jugendschutzgesetz (JuSchG) § 9 Alkoholische Getränke

(1) In Gaststätten, Verkaufsstellen oder sonst in der Öffentlichkeit dürfen

1. Bier, Wein, weinähnliche Getränke oder Schaumwein oder Mischungen von Bier, Wein, weinähnlichen Getränken oder Schaumwein mit nichtalkoholischen Getränken an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren,

Der regelmäßige, mindestens wöchentliche Konsum scheint dabei häufiger bei Jungen als bei Mädchen und häufiger bei Jugendlichen in Oberschulen als bei Jugendlichen in anderen Schulformen zu sein.



Die Daten der SAU 2023 zeigten, dass ein gelegentlicher Alkoholkonsum am häufigsten für Gymnasien und am seltensten für Förderschulen berichtet wurde, wobei der Anteil der Gymnasiastinnen und Gymnasiasten unterrepräsentiert ist.

Betrachtet man die zeitliche Entwicklung der Ergebnisse aus der BJS-Studie über die letzten 16 Jahre, ist ein stetig sinkender Trend des Alkoholkonsums von Jugendlichen zu beobachten (vgl. Hoffmann, et al., 2021).

Regelmäßiges Rauschtrinken bedeutet: Konsum von mehr als 5 alkoholischen Getränken an mindestens 3 Tagen im Monat

Über die letzten 16 Jahre ist ein **stetig sinkender Trend** des Alkoholkonsums von Jugendlichen zu beobachten: **3 von 4 Jugendlichen konsumierten 2021 nie oder nur selten Alkohol.**

Rauschtrinken erfasst wurde. Rauscherfahrungen haben laut HBSC-Studienergebnissen seit 2018 zugenommen.

Weitere Informationen zu HBSC-Studie sind in Kapitel 5.3 zu finden.

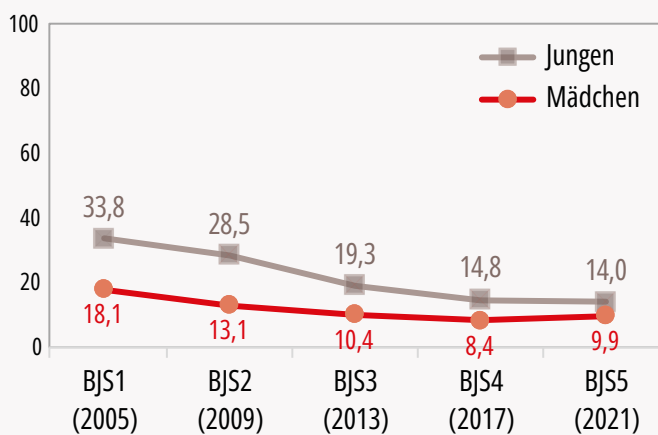


Abbildung 64: mindestens wöchentlicher Alkoholkonsum bei Jugendlichen in Brandenburg nach Erhebungswelle und Geschlecht; Befragung Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum (BJS)

Bundesweit sind laut Ergebnissen des Alkoholsurveys (Orth, et al., 2022) zu Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), vormals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), rückläufige Tendenzen des Alkoholkonsums bei Jugendlichen zu beobachten. Regelmäßiger Alkoholkonsum nahm demnach seit 2007 stetig ab und lag 2021 bei 8,7 %. Auch der Anteil jugendlicher, die episodisches Rauschtrinken praktizieren, ging bundesweit zurück und lag 2021 bei 9,4 %. Damit liegt die Häufigkeit des riskanten Alkoholkonsums bzw. des Rauschtrinkens bei Brandenburger Jugendlichen deutlich höher als im Bundesvergleich, wobei leichte Unterschiede in der Definition des Konzepts Rauschtrinken berücksichtigt werden müssen. Alkohol zählt neben Tabak auch deutschlandweit zu den unter Jugendlichen am häufigsten konsumierte psychoaktiven Substanzen.

Auch die Ergebnisse der HBSC-Studie 2022 zeigen vergleichbare Häufigkeiten beim Alkoholkonsum und der Verteilung der Schulform. Bei den Angaben zum Rauschtrinken ist aber zu beachten, dass in der HBSC-Studie Rauscherfahrungen bei Jugendlichen der 9. Klassenstufe und nicht das regelmäßige

Jugendschutzgesetz (JuSchG)

§ 10 Rauchen in der Öffentlichkeit, Tabakwaren

(1) In Gaststätten, Verkaufsstellen oder sonst in der Öffentlichkeit dürfen Tabakwaren und andere nikotinhaltige Erzeugnisse und deren Behältnisse an Kinder oder Jugendliche weder abgegeben noch darf ihnen das Rauchen oder der Konsum nikotinhaltiger Produkte gestattet werden.



Beim **Tabakkonsum bzw. dem Rauchen** zeigten sich im zeitlichen Verlauf ähnliche abnehmende Tendenzen: Die Mehrheit der befragten Jugendlichen rauchte 2021 weniger als 1 Mal pro Woche (85,1 %). In der ersten Befragung der BJS-Studie im Jahr 2005 waren es noch 60,6 %.

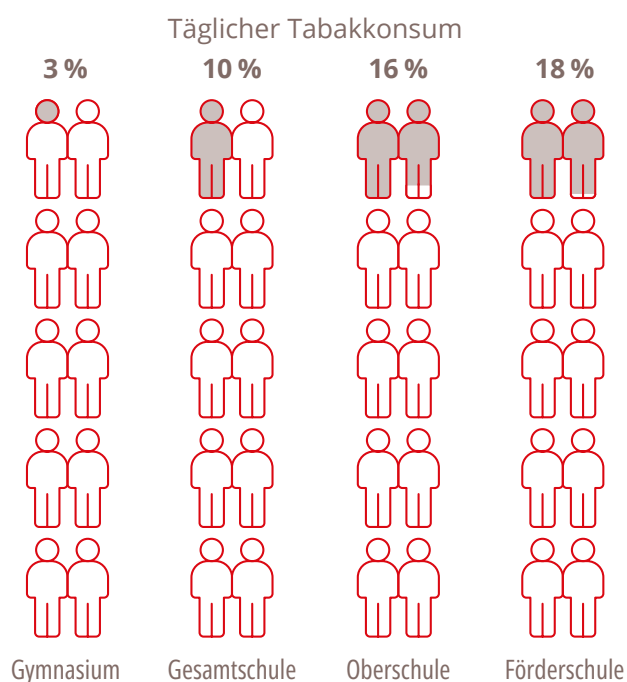


Abbildung 65: Anteil Schülerinnen und Schüler mit täglichem Tabakkonsum nach Schulform im Jahr 2021 (BJS5)

Dabei sind für das Jahr 2021 Unterschiede nach Schulform, mit dem häufigsten Tabakkonsum in Förderschulen und dem niedrigsten in Gymnasien, festzustellen.

Auch die Ergebnisse der SAU aus dem Jahr 2023 spiegeln diesen Trend wider. Hiernach gaben 8 der 10 befragten Jugendlichen an, nicht zu rauchen. 2 von 10 gaben an, täglich oder gelegentlich zu rauchen. Das gelegentliche oder tägliche Rauchen wurde am häufigsten von Jugendlichen aus Förderschulen (28 %) berichtet und am seltensten von Jugendlichen aus Gymnasien (12 %), wobei diese Gruppe bei der SAU eher unterrepräsentiert ist.

⁸ Vergleiche Datenportal des Beauftragten der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen: <https://datenportal.bundesdrogenbeauftragter.de/nikotin>, aufgerufen am 15.05.2025

Das bedeutet also, dass sich zumindest unter den befragten Jugendlichen der überwiegende Anteil an die gesetzlichen Vorgaben hält.

Die Ergebnisse der HBSC-Studie zeigten einen vergleichbar geringen regelmäßigen Tabakkonsum sowie vergleichbare Unterschiede nach Schulform mit dem höchsten regelmäßigen bis täglichen Konsum in Ober- und Förderschulen (Schütz, et al., 2023). Bei der zeitlichen Entwicklung sind allerdings Unterschiede zu beobachten: Bei den Daten der HBSC-Studie ist eine Zunahme des regelmäßigen wöchentlichen oder täglichen Konsums festzustellen.

Im Vergleich zu bundesweiten Prävalenzen sind ähnlich sinkende Trends wie in der BJS zu beobachten, wobei der angegebene Konsum in Brandenburg bei Jugendlichen insgesamt höher zu liegen scheint (7 % im Bundesdurchschnitt und 10 % in Brandenburg im Jahr 2021)⁸.

Weniger als 1 von 100 Jugendlichen berichteten 2021 einen Konsum von illegalen Substanzen wie Ecstasy / Kokain / Heroin / LSD oder Amphetaminen



Die nachfolgenden Erhebungen zeigen, wie sich der Trend weiterentwickelt. Für den Bereich der illegalen Substanzen spielt insbesondere der Konsum von Cannabis eine Rolle und weiterhin der Konsum stimmungsbeeinflussender Medikamente. Der Konsum von Ecstasy / Kokain / Heroin / LSD oder anderen sowie Amphetaminen lag bei Jugendlichen in Brandenburg im Jahr 2021 laut Ergebnissen der BJS-Studie unter 1 % und ist damit für die Auswertung zu vernachlässigen.



Cannabis wurde 2021 laut Selbstangaben der Zehntklässlerinnen und -klässler in Brandenburg von 84 % noch nie oder nur einmal konsumiert und von 4 % regelmäßig (wöchentlich). Jungen zeigten einen leicht höheren, mindestens wöchentlichen Konsum (5 %) als Mädchen (3 %) sowie Jugendliche an Oberschulen (4 %) und an Gesamtschulen (5 %) im Vergleich zu Jugendlichen an Gymnasien und an Förderschulen (beide 3 %). Insgesamt ist ein Anstieg zwischen 2005 und 2017 zu beobachten. Seither ist kein weiterer Anstieg ersichtlich (vgl. Hoffmann, et al., 2021).

Die Erkenntnisse aus der BJS-Studie sind mit denen der HBSC-Studie vergleichbar: Auch die Daten der HBSC zeigen überwiegend keine Erfahrungen bei Neuntklässlerinnen und -klässlern im Cannabis-konsum. Wenn, dann wurden diese am ehesten in Oberschulen beobachtet. Jedoch zeigten die Ergebnisse zur zeitlichen Entwicklung in der HBSC-Studie einen Anstieg des Konsums, bezogen auf den letzten Monat. Bundesweite Beobachtungen belegen einen geringen rückläufigen Trend beim Konsum im letzten Jahr⁹. Unterschiede sind ggf. durch unterschiedliche Methoden der Erfassung erklärbar.

Zu berücksichtigen ist, dass der Konsum von Cannabis seit 2024 für Personen ab 18 Jahre gemäß Konsumcannabisgesetz (KCanG) legal ist. Die hier dargestellten Daten wurden vor Inkrafttreten des Gesetzes erhoben.

Stimmungsbeeinflussende Medikamente wurden laut Angaben der BJS5-Befragung von insgesamt 2,5 % täglich und 5,2 % gelegentlich bis regelmäßig eingenommen. Dabei lag der Anteil bei Mädchen höher als bei Jungen und bei Jugendlichen aus Förderschulen höher als bei Jugendlichen aus Gymnasien.

Die zeitliche Betrachtung ergab, dass die mindestens wöchentliche regelmäßige Einnahme insbesondere bei Mädchen von 2017 auf 2021, um fast 2 Prozentpunkte angestiegen ist (Abbildung 66). Ein Vergleich mit Daten auf Bundesebene ist an dieser Stelle nicht möglich.

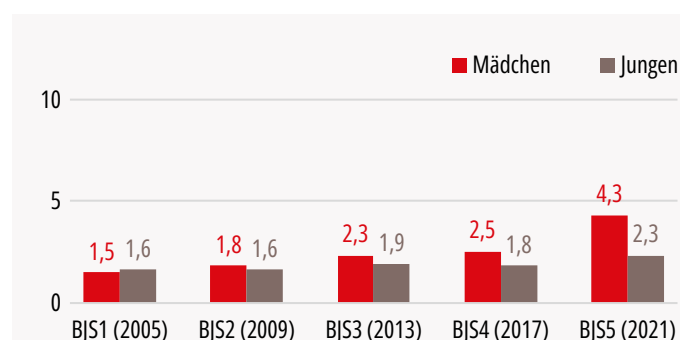


Abbildung 66: Prävalenz einer mind. wöchentlichen Einnahme stimmungsbeeinflussender Medikamente nach Geschlecht und Erhebungswelle (Jahr); Datenquelle: BJS



„Wir beobachten einen deutlich erhöhten Medienkonsum. Kritisch ist, dass dieser auch schon in jungen Jahren unbegleitet und damit meist ungefiltert ist.“

(Ärztin 2, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Landkreises Barnim)



⁹ Vergleiche Datenportal des Beauftragten der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen: <https://datenportal.bundesdrogenbeauftragter.de/cannabis>, aufgerufen am 15.05.2025

4.4.4 Medienkonsum

Der Konsum von Medien kann als Gesundheitsverhalten in Zusammenhang mit der körperlichen Aktivität bzw. Inaktivität sowie im Kontext von Suchtverhalten betrachtet werden. Ein Anstieg muss nicht per se einen negativen Einfluss auf die Gesundheit bedeuten. Aus diesem Grund wird in Studien zu digitalen Medienzeiten oder Medienkonsum auch ein problematischer Konsum von sozialen Medien betrachtet. Abbildung 71 stellt die Fragen dar, von denen ein problematischer Konsum sozialer Medien in der HBSC-Studie abgeleitet wird.

In diesem Kapitel werden Medienzeiten sowie das (problematische) Konsumverhalten anhand von Studiendaten beschrieben.

Der **Umfang des Medienkonsums** wird anhand von Empfehlungen zu digitalen Medienzeiten nach Altersgruppe des BIÖG (2022) bewertet:

- 4- bis 5-jährige maximal 30 Minuten/Tag
- 6- bis 8-jährige maximal 45 Minuten/Tag
- 9- bis 11-jährige maximal 1 Stunde/Tag
- 12-jährige und älter maximal 2 Stunden/Tag

Dabei fließen laut den Empfehlungen unter anderem der Konsum von Fernseher, Streaming, Video, DVD, Blu-ray, Computer, Spielekonsole, Tablet, Handy und Smartphone mit in die Medienzeit ein. Die Nutzung digitaler Medien für die Schule wird dabei nicht mitgezählt. Für die jüngeren Altersgruppen können Daten der Schuleingangsuntersuchung (SEU) aus dem Jahr 2023 herangezogen werden, da die Kinder zur Zeit der SEU überwiegend 5 oder 6 Jahre alt sind und daher in beide Altersgruppen der oben genannten Empfehlungen fallen.

Die Ergebnisse zeigen, dass bereits im Vorschulalter nur knapp zwei Drittel die Empfehlung bis zu einem Alter von 8 Jahren erfüllen. Bei einer differenzierten Betrachtung zeigt sich, dass ein Drittel diese Empfehlung unter der Woche und am Wochenende sogar zwei Drittel übersteigen.

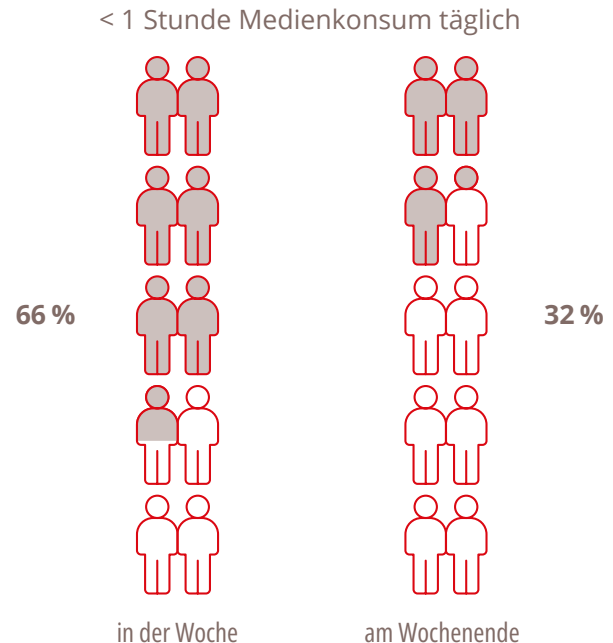


Abbildung 67: Anteil Einschulkinder mit weniger als 1 Stunde Medienkonsum täglich in der Woche und am Wochenende in der SEU

Die Empfehlungen bei Kindern von Eltern mit höherem Sozialstatus werden häufiger eingehalten. In allen Sozialstatusgruppen ist die Medienzeit am Wochenende höher als unter der Woche.

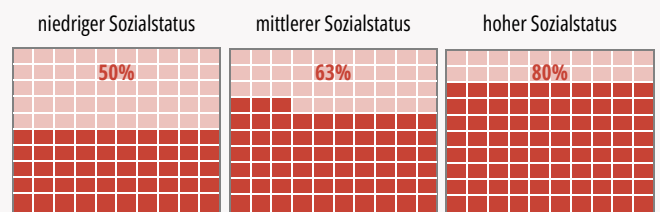


Abbildung 68: Anteil Einschulkinder, für die die empfohlene Medienzeit eingehalten wird nach Sozialstatus in der SEU

Ebenso zeigt sich bei Familien mit Migrationshintergrund, dass die Medienzeit in der Woche bei beidseitigem Migrationshintergrund höher und damit die Einhaltung der Empfehlungen geringer ist.



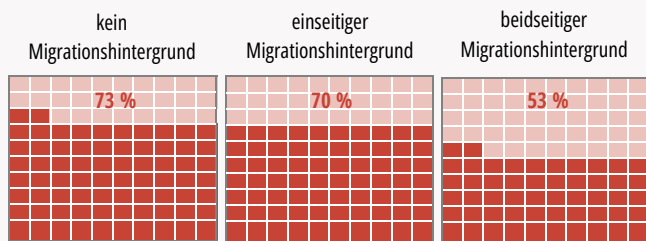


Abbildung 69: Anteil Einschulkinder, für die die empfohlene Medienzeit eingehalten wird nach Migrationshintergrund in der SEU

In der BJS-Studie wird erfragt, welche Medien die Jugendlichen täglich verwenden und wie lange sie diese nutzen. Dabei wird unterschieden zwischen:

- Fernsehen und Video/DVD (auch über PC/Laptop oder Smartphone)
- Spielekonsole oder Computerspiele (auch über Smartphone)
- Sonstige Computernutzung und Internet (auch über Smartphone)
- Bücher lesen

Es zeigten sich deutliche Unterschiede in der Verbreitung und Dauer der durchschnittlichen täglichen Nutzung der verschiedenen Medien unter Jugendlichen. So war die tägliche Nutzung von Fernsehen/Video/DVD sowie auch die Computer und Internetnutzung (z. B. über das Smartphone) mit einem Anteil von jeweils 91 % insgesamt sehr weit verbreitet. Etwas weniger verbreitet zeigte sich das Spielen auf Konsolen, Computern oder dem Smartphone mit 71 %. Schlusslicht in der Mediennutzung bildete das Lesen von Büchern – 44 % der Jugendlichen gaben an, täglich Bücher zu lesen.

Die Nutzungsdauer von bis zu einer Stunde lag bei digitalen Medien bzw. Bildschirmmedien in der Welle 5 (2021) der BJS-Studie bei 21 % für jeweils Fernsehen bzw. Videokonsum sowie das Spielen von Spielen beispielsweise auf Konsolen oder Smartphones. Für jeweils ein Viertel der Jugendlichen lag die sonstige Computer-/Internetnutzung (inkl. Smartphones) bei

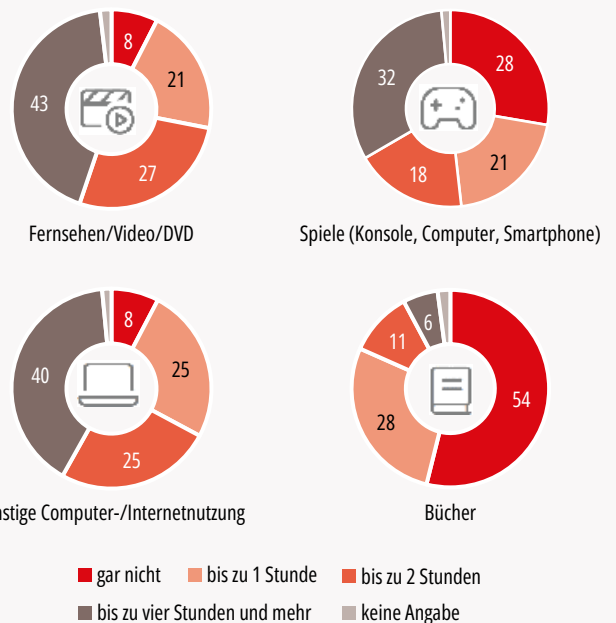


Abbildung 70: Dauer der Nutzung verschiedener Medien unter Jugendlichen in % auf Basis der BJS5 (2021)

bis zu einer Stunde bzw. bei bis zu zwei Stunden (je 25 %). Je nach Medium nutzten circa 30 bis 40 % der Jugendlichen täglich bis zu vier Stunden oder länger das Internet, sahen fern bzw. schauten Videos oder spielten Spiele auf einer Konsole oder dem Smartphone. Deutlich geringer fiel die durchschnittliche Dauer beim Lesen von Büchern aus (Abbildung 70).

Besonders auffallend ist der Unterschied in der durchschnittlichen Mediennutzung pro Tag zwischen Jungen und Mädchen beim Spielen auf der Konsole, dem Computer oder dem Smartphone – bei den Jungen spielten 75 % und bei den Mädchen lediglich 26 % mehr als eine Stunde pro Tag. Aber auch bei Büchern konnten Geschlechterunterschiede beobachtet werden. Mit 23 % lasen mehr als doppelt so viele Mädchen wie Jungen (10 %) mehr als eine Stunde am Tag.

Weiterhin bestehen auch Unterschiede zwischen den Schulformen. Bei Schülerinnen und Schülern an Gymnasien lag die Dauer der Mediennutzung tendenziell unter der Dauer der anderen Schulformen. So lag beispielsweise der Anteil der Schülerinnen und Schüler an Gymnasien, die durchschnittlich täglich mehr als eine Stunde fernsahen oder Videos schauten bei 64 %, an Oberschulen und Gesamtschulen bei



über 70 % und an Förderschulen bei 80 %. Gemeinsam haben die Schulformen den deutlich geringeren Anteil an Schülerinnen und Schülern, die durchschnittlich täglich für mehr als eine Stunde Bücher lasen. Der Anteil lag mit 18 % an Gymnasien und 19 % an Förderschulen nur geringfügig höher als an Gesamtschulen (16 %) und Oberschulen (15 %).

Im Vergleich zur BJS4 (2017) lag der Anteil der Jugendlichen, die Fernsehen/Video bzw. DVD für mehr als eine Stunde am Tag nutzten (71 % vs. 70 %) sowie für die sonstige Computer- bzw. Internetnutzung (65 % vs. 66 %) auf einem ähnlichen Niveau. Die Anteile derer, die Spiele auf Konsolen, Computern oder dem Smartphone für mehr als eine Stunde am Tag spielten, sind leicht angestiegen (47 % zu 50 %). Für Bücher lag der Anteil bei der BJS5 mit 16 % 2 Prozentpunkte niedriger als in der vorherigen Erhebungswelle.

Die Fragen der HBSC-Studie Brandenburg fokussieren auf die Häufigkeit der Online-Kommunikation mit sozialen Medien sowie damit zusammenhängendes (problematisches) Verhalten.

So zeigte sich in beiden Wellen (2018 und 2022), dass bei 62 – 63 % der 11- bis 15-jährigen eine Kommunikation über soziale Medien mit engen Freundinnen und Freunden stattgefunden hat, gefolgt von Freundinnen und Freunden eines größeren Freundeskreises und anderen Personen wie Familienmitgliedern, Lehrkräften mit ca. 40 %. Hierbei war auffällig, dass ca. 2 von 10 Kindern und Jugendlichen fast den ganzen Tag soziale Medien nutzten, um mit engen Freundinnen und Freunden zu kommunizieren. Davon berichteten unter den weiterführenden Schulen am häufigsten Schülerinnen und Schüler an Förderschulen (24 %) und am seltensten Schülerinnen und Schüler an Gymnasien (17 %).

Am häufigsten gaben Jugendliche aus Förderschulen an, **soziale Medien** fast den ganzen Tag zu nutzen – am wenigsten Jugendlichen an Gymnasien.

Aus den Ergebnissen geht aber auch hervor, dass im Vergleich der Jahre 2018 und 2022 in der aktuellen Befragung häufiger negative Gefühle oder Unzufriedenheit mit der Mediennutzung bzw. der vermeintlich zu geringen Dauer berichtet und laut Angaben der Befragten auch andere Aktivitäten zugunsten der Medienzeiten vernachlässigt wurden. Auch gaben im Jahr 2022 die Kinder und Jugendlichen deutlich häufiger an, soziale Medien genutzt zu haben, um negativen Gefühlen zu entfliehen (21 % in 2018; 33 % in 2022).

Diese Angaben (Abbildung 71) werden im Rahmen der HBSC-Studie zusammengefasst, um daraus eine problematische Mediennutzung abzuleiten: So zeigte sich ein Anstieg von 6,4 % im Jahr 2018 auf 10 % im Jahr 2022. Die Ergebnisse aus 2022 zeigten dabei einen Unterschied nach der besuchten Schulform, wobei Förderschulen höhere Anteile problematischen Konsums aufwiesen, gefolgt von Gesamt- und Oberschulen. Gymnasien wiesen die geringsten Anteile auf (Schütz, et al., 2023).

Bei der zeitlichen Betrachtung der Ergebnisse ist zu beachten, dass sich das Medienangebot und die Nutzung in der Gesellschaft maßgeblich verändert haben.



Im vergangenen Jahr, hast du...

■ 2022 ■ 2018

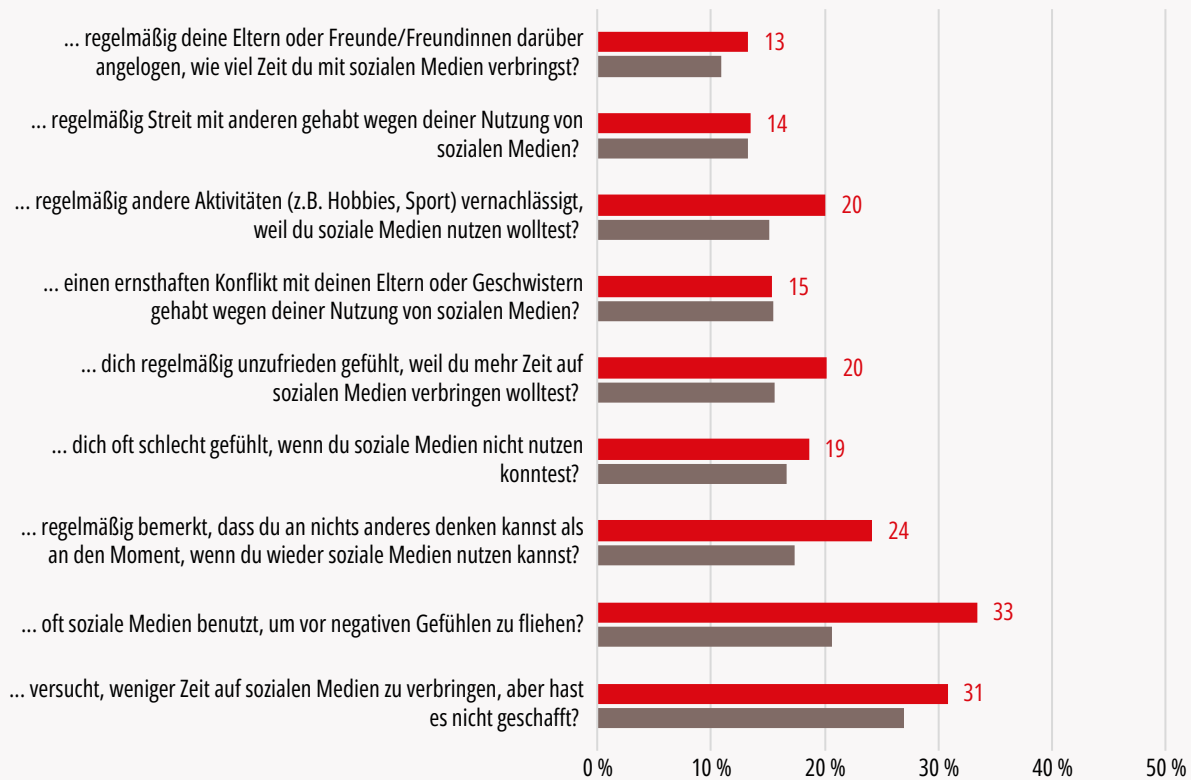
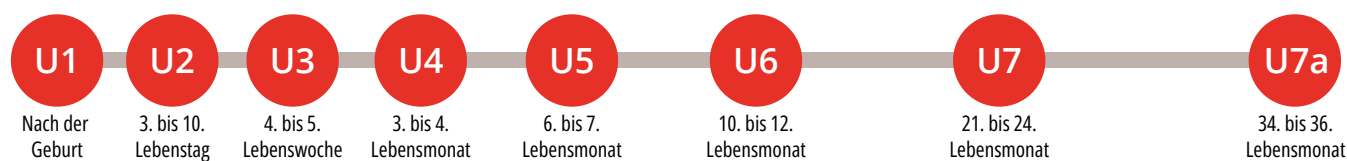


Abbildung 71: Antwortverhalten zum Umgang mit sozialen Medien im vergangenen Jahr aus der HBSC-Studie nach Jahr in Prozent



4.4.5 Früherkennungsuntersuchungen



Die Früherkennungsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter bilden einen wichtigen Baustein für die gesunde kindliche Entwicklung. Sie dienen der frühzeitigen Erkennung von Erkrankungen und Entwicklungsstörungen, damit diese rechtzeitig behandelt werden können und zählen somit zu den bedeutendsten präventiven Maßnahmen im Kindesalter. Zur Förderung der präventiven Maßnahmen wurde im Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz im Jahr 2008 das **Zentrale Einladungs- und Rückmeldewesen (ZER)** eingeführt, um die Eltern auf das Angebot der Früherkennungsuntersuchungen hinzuweisen und damit die Teilnahmerate zu erhöhen.



Das ZER lädt alle Brandenburger Kinder in den relevanten Altersbereichen für die U6, U7, U7a, U8, U9 und J1 zu den Früherkennungsuntersuchungen ein. Im Jahr 2023 wurden insgesamt 117.569 **Einladungen zu den Früherkennungsuntersuchungen** durch die Zentrale Stelle versandt. Dabei fielen 57.019 Einladungen auf die rückmeldepflichtigen Früherkennungsuntersuchungen U6, U7 und U8 für Kinder in den Altersbereichen von einem, zwei und vier Jahren.

Weitere Informationen zum ZER sind in Kapitel 5.6 zu finden.

Erfolgt keine entsprechende Rückmeldung zu diesen Untersuchungen, werden **Erinnerungen** verschickt. Dies war in den vergangenen 10 Jahren jährlich durchschnittlich bei 32.829 Kindern der Fall.

Darüber hinaus wurden im Mittel 20.009 Kinder aufgrund weiterhin nicht erfolgter Rückmeldung einer durchgeführten Untersuchung **an die Gesundheitsämter im Land gemeldet**. Diese leiten angemessene

und geeignete Maßnahmen zur Teilnahme ein. Die Entwicklung der Anzahl der Einladungsschreiben richtet sich hierbei nach der Kinderzahl in den relevanten Altersbereichen im Land Brandenburg und ist somit abhängig von der Geburtenrate sowie von Zu- oder Wegzügen.

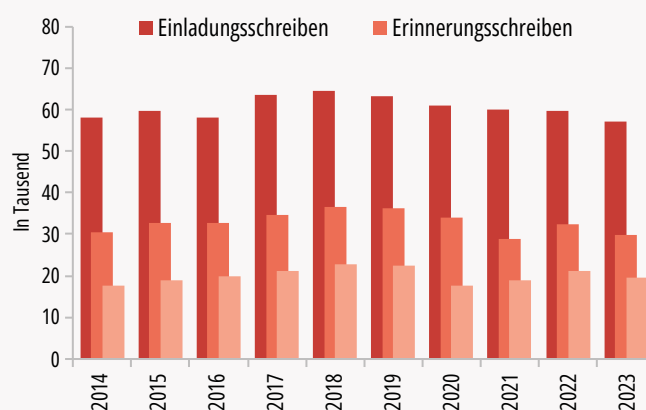


Abbildung 72: Gesamtzahl der Einladungen zur U6, U7 und U8 pro Jahr entspricht der Anzahl der Kinder im entsprechenden Altersbereich im Land Brandenburg

Insgesamt lagen die **Teilnahmeraten** auf Basis der geprüften Gelben Vorsorgehefte bei den Schuleingangsuntersuchungen (SEU) in den vergangenen 10 Jahren für die Vollständigkeit der U1 bis U6 bei circa 95 %, für die U7 bei über 96 % und für die U8 wiederum bei circa 95 %. Die nicht rückmeldepflichtige U9 wurde gemäß der SEU-Daten in den vergangenen 10 Jahren jährlich von circa 90 % aller Kinder ab einem

Weitere Informationen zur SEU sind in Kapitel 5.1.1 zu finden.



Alter von 5 ½ Jahren wahrgenommen. Bei jüngeren Kindern kann auch nach der SEU eine U9 noch wahrgenommen werden.

Besonders hervorzuheben ist die zeitliche Veränderung der Teilnahmerate der U7a, die seit Juli 2008 als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherungen für Kinder am Ende des dritten Lebensjahres erbracht wird. Bereits in 2012 lag der Anteil der Kinder bei der SEU, die an der U7a teilgenommen hatten, bei 56 %. In den nachfolgenden Jahren erfolgte ein Anstieg der Teilnahmerate der U7a auf 81 % in 2014. Diese ist seit 2017 relativ konstant bei über 90 % geblieben (Abbildung 73).

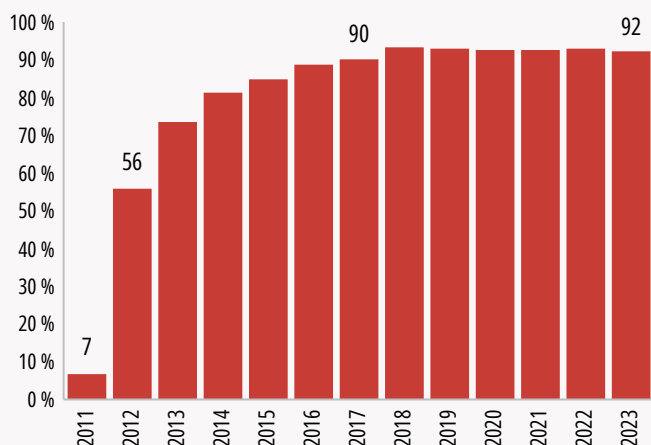


Abbildung 73 Anteile der bei der SEU erstuntersuchten Kinder, die an der U7a teilgenommen haben nach Jahren

Anhand der Daten der SEU können Unterschiede in der Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen nach elterlichem Sozialstatus beobachtet werden. Während die Unterschiede bei der U1 (direkt nach der Geburt) noch gering waren, scheint sich im weiteren Lebensverlauf ein sozialer Gradient zu manifestieren. So lag im Jahr 2023 die Teilnahmerate für vollständig durchgeführte U2 bis U6 bei 96,8 % für Einschulkinder mit hohem und bei 96,5 % mit mittlerem Sozialstatus; für Einschulkinder mit niedrigem Sozialstatus lag diese nur bei 87,4 %. Der soziale

Kinder aus Familien mit **niedrigem Sozialstatus** weisen eine **niedrigere Inanspruchnahme** der Früherkennungsuntersuchungen auf.

Gradient ist ebenso bei der U7, U7a sowie U8 zu beobachten (Abbildung 74). Diese Unterschiede waren noch deutlicher für die nicht-rückmeldepflichtige U9.

Die Unterschiede in Bezug auf die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen bleiben auch bestehen, wenn man nur in Deutschland geborene Kinder betrachtet. An der U1 nahmen gemäß der Daten der SEU im Jahr 2023 noch 98,8 % der in Deutschland geborenen Kinder mit niedrigem, 99,3 % der Kinder mit mittlerem und 99,5 % der Kinder mit hohem Sozialstatus teil. Betrachtet man die Vollständigkeit der Durchführung der U2 bis U6 liegt der Anteil der Kinder mit niedrigem Sozialstatus bei 89,4 % und damit 7,7 Prozentpunkte unter denen mit mittlerem Sozialstatus und 8,5 Prozentpunkte unter den Kindern mit hohem Sozialstatus (mittlerer Sozialstatus: 97,1 %, hoher Sozialstatus 97,9 %).

Insgesamt lagen die Anteile der Kinder mit Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen unter Kindern mit Migrationshintergrund bei der

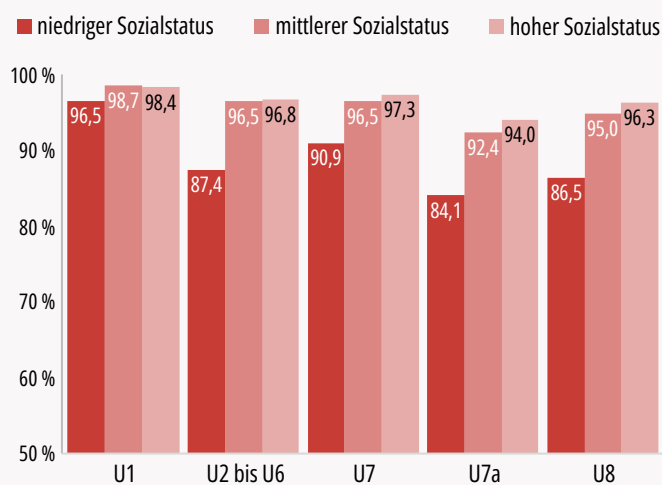


Abbildung 74 Anteile der bei der SEU im Jahr 2023 erstuntersuchten Kinder, die an U1, U2 bis U6, U7, U7a und U8 teilgenommen haben, nach sozialer Lage



SEU im Jahr 2023 circa 7,5 % unter den Anteilen der Inanspruchnahme von Kindern ohne Migrationshintergrund.

Bei der Erhebung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der SEU ist allerdings zu beachten, dass hier nur Angaben von Kindern einfließen können, deren Gelbes Vorsorgeheft bei der Untersuchung vorgelegt wurde. Im Vergleich von 2014 zu 2023 sank der Anteil der vorgelegten Vorsorgehefte um 5,1 % auf 88,2 %. Da dieser Rückgang vor allem bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus festgestellt wurde, lässt sich die Teilnahmequote nicht ohne Weiteres auf alle Kinder verallgemeinern.

Abschließend ist festzuhalten, dass sich die Rahmenbedingungen für die Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter aufgrund der COVID-19-Pandemie änderten, indem z. B. die Fristen für die Durchführung der Untersuchungen verlängert wurden. Maßgebliche Veränderungen aufgrund der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Teilnahmeraten konnten insgesamt im Land Brandenburg dennoch bisher nicht beobachtet werden.



4.4.6 Impfstatus

Impfungen sind wichtige und wirksame medizinische Maßnahmen, um Infektionskrankheiten, die einen schweren Verlauf nehmen oder sogar zum Tod führen können, zu vermeiden oder deren Verlauf abzumildern (Robert Koch-Institut, 2025a). Brandenburg folgt mit seinen Empfehlungen den Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut¹⁰.

Weitere Informationen zur SEU sind in Kapitel 5.1.1 zu finden.

Bei 11 der 13 von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen besaßen laut Daten der Schuleingangsuntersuchung (SEU) über 90 % der **Einschulkinder** in Brandenburg im Jahr 2023 eine vollständige Grundimmunisierung und somit einen altersgerechten Impfstatus. Zum Untersuchungszeitpunkt umfasste der Impfkalendar für Säuglinge und Kinder Impfungen zum Schutz vor Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Haemophilus influenzae Typ b (HiB), Hepatitis B, Poliomyelitis, Pneumokokken, Meningokokken C, Rotaviren sowie Masern, Mumps, Röteln und Varizellen (Ständige Impfkommission, 2023). Lediglich bei den Schutzimpfungen gegen Pneumokokken und Rotaviren lag 2023 mit 82 % bzw. 78 % bei weniger als 90 % der Einschulkinder eine vollständige Grundimmunisierung vor (Abbildung 75).



„In Brandenburg ist der vollständige Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR) erfreulich hoch. Allerdings ist ein Rückgang beim vollständigen Impfstatus gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis (Keuchhusten) zu verzeichnen. Diese Entwicklung unterstreicht die Notwendigkeit, die Impfbereitschaft in der Bevölkerung zu fördern, um den Schutz vor diesen potenziell schweren Erkrankungen aufrecht zu erhalten“

(Dr. Simone Daiber, Amtsärztin, Oberhavel)

¹⁰ Vergleiche Öffentlich empfohlene Schutzimpfungen für das Land Brandenburg (Runderlass des Gesundheitsministeriums vom 7. Juli 2020): https://bravors.brandenburg.de/verwaltungs-vorschriften/schutzimpfungen_2020 (Stand: 28.02.2025)



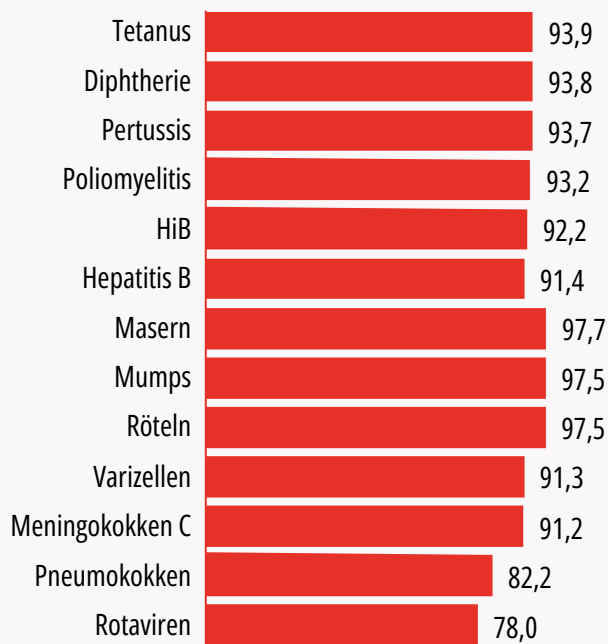


Abbildung 75: Anteil vollständig grundimmunisierter Einschulkinder in Brandenburg im Jahr 2023 nach STIKO-Empfehlung (Ständige Impfkommission, 2023).

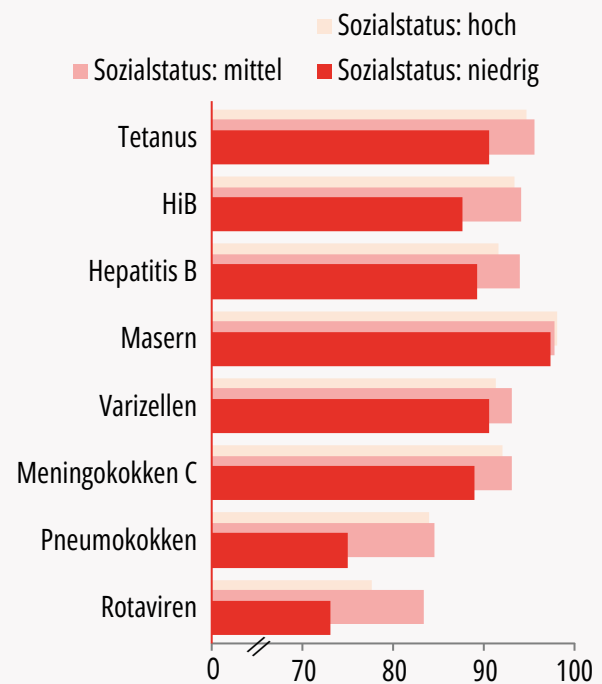


Abbildung 76: Anteil vollständig grundimmunisierter Einschulkinder in Brandenburg im Jahr 2023 aufgeteilt nach dem Sozialstatus (Auswahl).

Kinder aus Familien mit einem niedrigen **Sozialstatus** besaßen einen tendenziell niedrigeren Impfschutz als Kinder mit einem mittleren oder hohen Sozialstatus. Starke Unterschiede zeigten sich bei der vollständigen Grundimmunisierung gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis. Diese besaßen 2023 rund 91 % der Kinder mit niedrigem Sozialstatus, aber rund 95 % der Kinder mit mittlerem und hohem Sozialstatus (Abbildung 76). Der Anteil der gegen Pneumokokken immunisierter Kinder mit niedrigem Sozialstatus (75 %) lag sogar 9,6 Prozentpunkte unter der Impfquote der Kinder mit mittlerem Sozialstatus. Bei der Immunisierung gegen HiB lag die Impfquote bei den Kindern mit niedrigem Sozialstatus (88 %) rund sechs Prozentpunkte unter der Quote bei Kindern mit mittlerem oder hohem Sozialstatus. Es zeigte sich aber auch umgekehrt, dass Kinder mit einem hohen Sozialstatus bei einigen Impfungen eine leicht niedrigere Impfquote als Kinder mit mittleren Sozialstatus aufwiesen. Dies war am deutlichsten bei der Immunisierung gegen Rotaviren ausgeprägt (Abbildung 76). Lediglich bei der Immunisierung gegen Masern, Mumps und Röteln zeigten sich fast keine Abweichungen zwischen den Sozialstatusgruppen. Die Impfquote lag in allen Sozialstatusgruppen bei über 97 %.

Stärkere Unterschiede ergaben sich bei der Betrachtung nach dem **Migrationshintergrund**. Es zeigte sich, dass Kinder mit einem beidseitigen Migrationshintergrund eine niedrigere Impfquote besaßen als Kinder mit einem einseitigen Migrationshintergrund oder Kinder ohne Migrationshintergrund (Abbildung 77). Hervorzuheben ist, dass auch der Schutz gegen Masern, Mumps und Röteln auf den der Sozialstatus der Kinder kaum Einfluss nimmt, bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund niedriger liegt (< 94 %).



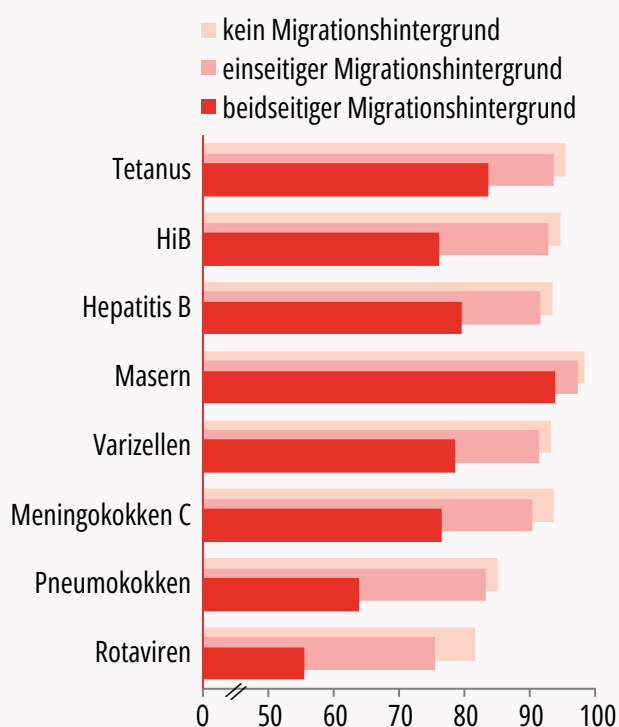


Abbildung 77: Anteil vollständig grundimmunisierter Einschul-kinder in Brandenburg im Jahr 2023 aufgeteilt nach dem Migrationshintergrund der Eltern (Auswahl).

Dabei spielt insbesondere das Geburtsland der Kinder eine wesentliche Rolle. Kinder, die außerhalb von Deutschland geboren sind, besitzen gemäß den STIKO-Empfehlungen zum Zeitpunkt der Schulein-gangsuntersuchung Impfvlücken. Am geringsten fällt der Unterschied zwischen in Deutschland und im Ausland geborenen Kindern bei der Masern-schutzimpfung aus, denn 2023 besaßen 98 % der in Deutschland geborenen und 87 % der im Ausland geborenen Einschulkinder einen altersgerechten Masernschutz. Bei den Impfquoten gegen Rotaviren, Pneumokkoken, HiB, Meningokokken C und Varizel-len fallen die Abweichungen mit -40 bis -60 Prozent-punkten zwischen in Deutschland und im Ausland geborenen Kindern dagegen deutlich größer aus.

2020 trat das bundesweite **Masernschutzgesetz** (siehe Infobox) in Kraft. Gemäß § 20 Abs. 8 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) muss seitdem beim Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung (z. B. Kinder-

tagesstätte, Schule) ein ausreichender Impfschutz oder eine Immunität gegen Masern bestehen¹¹. In Brandenburg steigerte sich der Anteil vollständig gegen Masern grundimmunisierter Einschulkinder nach dem Gesetzeserlass von 95,5 % in 2020 auf 97,7 % in 2023. Hohe Impfquoten sorgen für eine so-genannte Herdenimmunität. Es kann bei Masern da-von ausgegangen werden, dass bei einer Immunität in der Bevölkerung von etwa 95 % bereits Personen geschützt werden, die (noch) nicht geimpft werden können, wie zum Beispiel Säuglinge, Personen mit einer Immunschwäche oder ungeschützte schwange-re Frauen (Robert Koch-Institut, 2025b). Auch bei der Immunisierung gegen Mumps und Röteln war nach Gesetzeserlass ein Anstieg der Impfquoten zu beob-achten. Die Masern-Impfung wird von der STIKO als MMR-Kombinationsimpfung (Masern-Mumps-Röteln) empfohlen (Ständige Impfkommission, 2023).

Die Betrachtung der **zeitlichen Entwicklung** der Impfquoten bei den übrigen Schutzimpfungen zeigt bei den Kindern im Einschulungsalter dagegen einen leicht absteigenden Trend. Dies ist unter anderem bei den Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis zu beobachten. Hier ist der Anteil vollstän-dig immunisierter Einschulkinder in den letzten 10 Jahren leicht gesunken. Beispielsweise besaßen 2014

Auszug aus dem Masernschutzgesetz (§ 20 Abs. 8 IfSG)

(8) Folgende Personen, die nach dem 31. Dezember 1970 geboren sind, müssen entweder einen nach den Maßgaben von Satz 2 ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder ab der Vollendung des ersten Lebensjahres eine Immunität gegen Masern aufweisen:

1. Personen, die in einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut werden,
2. Personen, die bereits vier Wochen
 - a) in einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 Nummer 4 betreut werden oder
 - b) in einer Einrichtung nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 untergebracht sind, und
3. Personen, die in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 tätig sind.

¹¹ Vergleiche Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Bevölkerungsstatistikgesetzes, des Infektionsschutzgesetzes, personenstands- und dienstrechtlicher Regelungen sowie der Medizinprodukte-Abgabeverordnung vom 17. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 190) geändert worden ist



rund 98 % der Kinder einen vollständigen Impfschutz gegen Tetanus – 2023 lag der Wert jedoch bei rund 94 %. Diese Entwicklung ist bei allen Sozialstatusgruppen zu beobachten, jedoch bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus am stärksten (Abbildung 78).

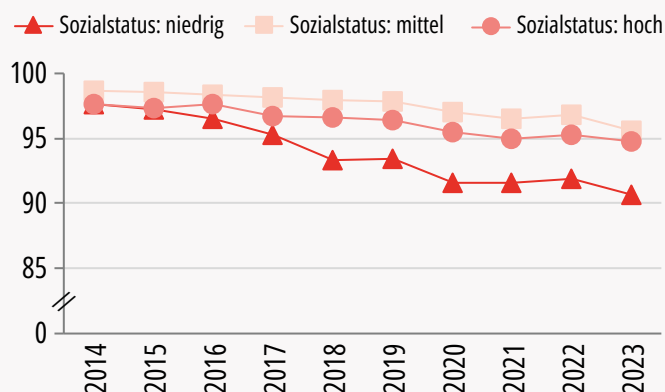


Abbildung 78: Anteil Einschulkinder mit vollständiger Tetanus-Grundimmunisierung in Brandenburg nach Jahr und Sozialstatus.

Auch die Impfquote bei Diphtherie und Pertussis sank bei den Einschulkindern von knapp 98 % im Jahr 2014 auf rund 94 % im Jahr 2023. Die Impfquote gegen Pertussis fiel im Jahr 2022 mit 93,4 % auf den niedrigsten Wert der letzten 10 Jahre. 2023 war wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Ebenso nahm der Anteil vollständig grundimmunisierter Einschulkinder gegen Polio, Meningokokken C, HiB und Hepatitis B in den letzten 10 Jahren tendenziell ab. Ein deutliches Absinken zeigte sich bei der Schutzimpfung gegen Pneumokokken: Die Impfquote lag seit 2014 durchgehend über 86 %, sank 2023 jedoch auf 82 %. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass sich das Schema der vollständigen Grundimmunisierung bei der Pneumokokken-Impfung 2022 geändert hat. Ein vollständiger Impfschutz besteht nach der Gabe von mindestens drei Impfdosen und nicht, wie zuvor definiert, ab der Gabe der 2. Impfdosis.

Eine nachweislich gute Wirksamkeit hat die Rotaviren-Schutzimpfung, die seit 2013 von der STIKO empfohlen wird, denn die gemeldeten Fallzahlen von Rotaviren-Infektionen bei den unter 18-jährigen haben sich seit der Einführung der Schutzimpfung verringert. Trotz jährlicher Schwankungen zeigen die Fallzahlen der Rotaviren-Infektionen insgesamt seit

2014 einen absteigenden Trend. Der Anteil an vollständig gegen Rotaviren grundimmunisierter Kinder lag 2014 noch bei rund 16 %, im Jahr 2023 waren bereits 78 % der Einschulkinder altersentsprechend geschützt.

Insgesamt kann auch bei den jugendlichen Schulabgängerinnen und -abgängern ein hoher Impfschutz verzeichnet werden. Bei 9 der 11 von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen für Jugendliche lag bei über 90 % der Schulabgängerinnen und -abgänger im Jahr 2023 ein altersgerechter Impfschutz vor (Abbildung 79). Bei 4 der empfohlenen Impfungen (Masern, Mumps, Röteln, Polio) lag die Impfquote sogar bei über 95 %. Ein vollständiger Schutz gegen Masern lag 2023 für 98 % der Schulabgängerinnen und -abgänger vor, was für die Auswirkung des Masernschutzgesetzes in dieser Altersgruppe spricht. 88 % der Jugendlichen besaßen in 2023 eine abgeschlossene Grundimmunisierung gegen Varizellen als Ergebnis eines steigenden Trends. Gegen Humane Papillomviren (HPV) lag 2023 bei 54 % der untersuchten Jugendlichen ein altersgerechter Impfstatus vor, wobei Mädchen mit rund 68 % eine höhere Impfquote aufwiesen als Jungen mit rund 42 %. Für Mädchen wird die HPV-Impfung bereits seit 2007 empfohlen, für Jungen erst seit 2018, jeweils im Alter von 9 bis 15 Jahren.

Bei 9 von 11 empfohlenen Schutzimpfungen besaßen über **90 % der Schulabgängerinnen und -abgänger einen altersgerechten Impfschutz.**

Ein altersgerechter Impfschutz gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis liegt für Schulabgängerinnen und -abgänger vor, wenn mindestens die erste Auffrischungsimpfung erfolgt ist. Dies war 2023 bei jeweils 92,1 % für den Schutz gegen Tetanus und Diphtherie bzw. 91,6 % bei Pertussis der Fall. Für den altersgerechten Schutz gegen Polio muss bei den



Schulabgängerinnen und -abgänger mindestens die abgeschlossene Grundimmunisierung vorliegen, was 2023 für 95,3 % der Fall war. Im Alter von 9 bis 16 Jahren empfiehlt die STIKO eine erste Auffrischung des Polio-Impfschutzes, die 2023 bereits 75,4 % der Schülerinnen und Schüler bei der Schulabgangsuntersuchung nachweislich hatten. Noch nicht erfolgte Auffrischungsimpfungen zum Schutz gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis sowie Polio sollten gemäß den STIKO-Empfehlungen bis zum 18. Geburtstag in Anspruch genommen werden.

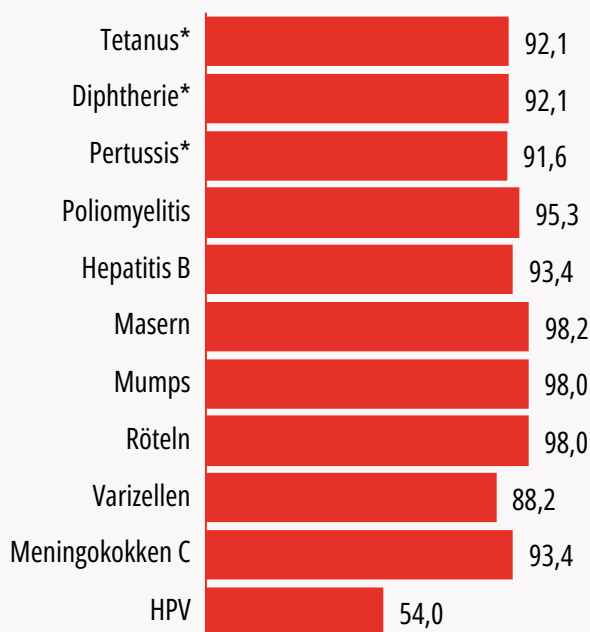


Abbildung 79: Impfquoten bei Schulabgängerinnen und -abgängern in Brandenburg im Jahr 2023 nach STIKO-Empfehlung (Anteil mit vollständiger Grundimmunisierung bzw. *erste Auffrischung).

Bei den Schulabgängerinnen und -abgängern ist bei den meisten empfohlenen Impfungen kein sinkender Trend über die Zeit zu beobachten. Eine Auffrischung gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis ist dagegen in den letzten zehn Jahren seltener geworden.

Werden die Schulabgängerinnen und -abgänger nach der besuchten Schulform unterschieden, zeigt sich, dass Schülerinnen und Schüler der Oberschule eine

höhere Impfquote aufweisen als Schülerinnen und Schüler der Gesamtschule. Die Abweichungen fallen mit 0,2 bis 2,7 Prozentpunkten jedoch insgesamt gering aus. Am stärksten sind sie bei der Immunisierung gegen Hepatitis B und Varizellen ausgeprägt.

Bei Betrachtung der Impfquote anhand der sozioökonomischen Deprivation des Lebensortes – definiert mittels GISD¹² – der Jugendlichen zeigen sich keine eindeutigen Unterschiede. Lediglich bei der Impfquote gegen HPV lag ein Unterschied von 3,4 Prozentpunkten von mittlerer (53,1 %) zu hoher Deprivation (56,5 %) vor. Dies bedeutet, dass Jugendliche, welche in einer sozioökonomisch benachteiligten Region leben, in diesem Fall eine leicht höhere HPV-Impfquote aufweisen.



Anhand der Daten der **bundesweiten Impfsurveillance der Kassenärztlichen Vereinigung** (KV-Impfsurveillance) ist ersichtlich, dass die Impfquoten in Brandenburg bei vielen von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen für Säuglinge, Kinder und Jugendliche auf oder über dem Bundesdurchschnitt lagen (Abbildung 80). Bereitgestellt werden diese Daten über das VacMap-Dashboard des RKI.

Insbesondere Impfungen, welche erst seit den letzten 20 Jahren durch die STIKO allgemein empfohlen werden, weisen im Land Brandenburg eine höhere Impfquote als im Bundesdurchschnitt auf. Dazu gehört die Immunisierung gegen Rotaviren (seit 2013 empfohlen), gegen HPV (seit 2007 bzw. 2018 empfohlen) sowie gegen Varizellen (seit 2004 empfohlen). Auch bei den Schutzimpfungen gegen Pneumokokken sowie Masern, Mumps und Röteln liegen die Impf-

Bei 9 von 14 für Kinder und Jugendliche empfohlenen Schutzimpfungen war **Brandenburgs Impfquote** höher oder gleich dem Bundesdurchschnitt.

¹² Hinweis: Unter Anwendung des GISD auf Bundeslandebene ist das niedrigste Quintil (Q1) und damit auch die Kategorie „niedrige Deprivation“ für Brandenburg nicht besetzt – siehe Kapitel 3.1.1.





Das **VacMap-Dashboard** zum Impfgeschehen in Deutschland RKI ermöglicht den Vergleich der Impfquoten in Brandenburg mit anderen Bundesländern und mit Deutschland insgesamt. Die Daten basieren auf der Impfsurveillance der Kassenärztlichen Vereinigungen und umfassen Abrechnungsdaten niedergelassener Ärztinnen und Ärzte zu den Impfleistungen (Robert Koch-Institut, 2025c). Mit Hilfe dieser Daten, welche die Leistungen gegenüber gesetzlich Krankenversicherten widerspiegeln, lassen sich Impfquoten repräsentativ abschätzen.

Mehr Informationen: <https://www.rki.de/vacmap>

quoten der Brandenburger Kinder über dem Bundesdurchschnitt. Leicht unter dem Bundesdurchschnitt liegt Brandenburg bei der HiB-Schutzimpfung sowie bei Diphtherie, Tetanus, Polio und Pertussis.

Werden die Daten aus der KV-Impfsurveillance mit denen der SEU verglichen, zeigt sich, dass die Anteile der grundimmunisierten Kinder bei den meisten Schutzimpfungen zur SEU im Alter von 5 bis 6 Jahren deutlich höher liegen als in den Daten der KV-Impfsurveillance für Kinder im Alter von 24 Monaten. Dies bedeutet, dass ein Teil der Kinder erst zwischen dem 2. und dem 6. Lebensjahr immunisiert wird, obwohl eine frühere Immunisierung bis zum Alter von 24 Monaten bei den meisten Impfungen von der STIKO empfohlen wird. Am Beispiel der Polio-Schutzimpfung konnte nachgewiesen werden, dass die Grundimmunisierung bei Kindern meist zu einem späteren Zeitpunkt, als durch die STIKO empfohlen, abgeschlossen wird, was auch für Brandenburg zutrifft (Rieck, et al., 2024).

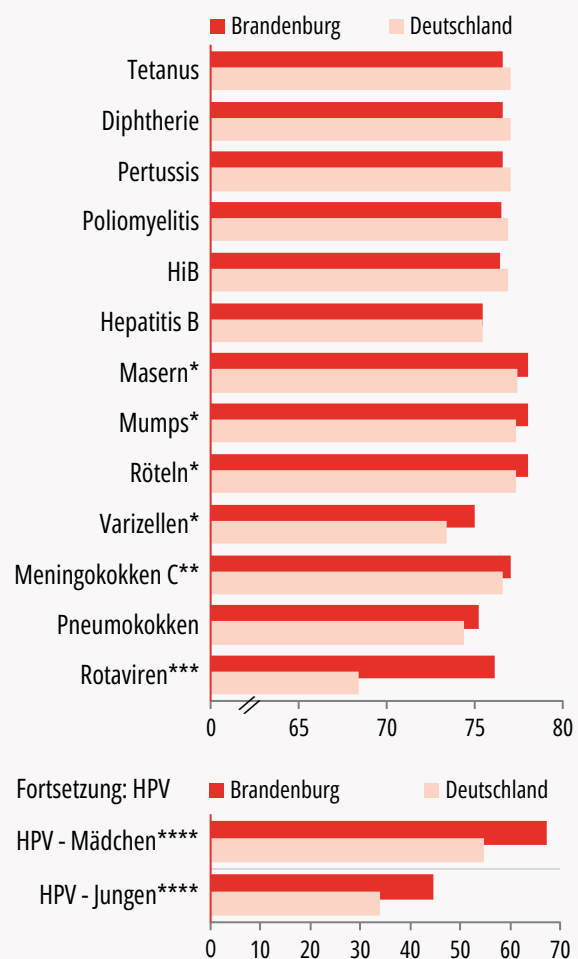
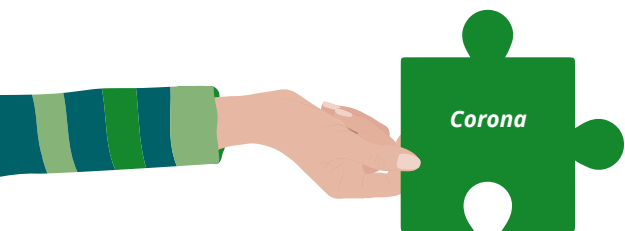


Abbildung 80: Vergleich des Anteils vollständig grundimmunisierter Kinder im Alter von 24 Monaten in Brandenburg mit dem Anteil in Deutschland (Geburtsjahr: 2021; *2. Dosis erhalten; **1. Dosis erhalten; ***Alter: 32 Wochen; ****Alter: 15 Jahre; 2023). KV-Impfsurveillance (Datenhalter: RKI).



4.5 Im Fokus: Wie verlief die COVID-19-Pandemie bei Kindern und Jugendlichen?

Im Dezember 2019 berichtete China erstmals von einer Häufung atypischer Lungenentzündungen, welche vom neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 verursacht wurde. Schnell verbreitete sich dieses Virus weltweit, sodass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im März 2020 das Geschehen zu einer internationalen Pandemie erklärte.

Epidemie: Räumliche und zeitlich begrenzte Häufung von Fällen einer Infektionskrankheit

Pandemie: Häufung von Fällen einer Infektionskrankheit über Ländergrenzen hinweg

In diesem Monat wurde auch im Land Brandenburg das Virus erstmals nachgewiesen. Das nachfolgende Kapitel untersucht das SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg zwischen 2020 und 2023 sowie die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf deren wesentliche Lebensbereiche. Zudem wird betrachtet, wie sich die Corona-Schutzmaßnahmen auf das Auftreten anderer Infektionskrankheiten auswirkte.

Datengrundlagen dafür sind zum einen Meldedaten aus dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem digitalen Impfquotenmonitoring (DIM) sowie Daten aus dem zweiten Teil der Studie „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) in Brandenburg, die Erkenntnisse zum Umgang der Kinder mit der Pandemie liefern.

Weitere Informationen zu den IfSG-Meldedaten sind in Kapitel 5.1.5 zu finden.



4.5.1 SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen

Im gesamten Verlauf der COVID-19-Pandemie – von Januar 2020 bis April 2023 – wurden im Land Brandenburg insgesamt 220.466 COVID-19-Fälle bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren gemeldet. Während unter den Säuglingen und Kleinkindern nur etwa jedes vierte bis fünfte Kind von COVID-19 betroffen war, erkrankten bis zu drei Viertel der Kinder im schulpflichtigen Alter (Abbildung 81).

Im Verlauf der COVID-19-Pandemie infizierten sich **bis zu drei von vier Kindern im schulpflichtigen Alter mit SARS-CoV-2.**

Zwischen **Jungen und Mädchen** war der Anteil der Fälle mit 51 % und 49 % relativ gleich verteilt.

Kinder und Jugendliche aus Landkreisen mit der höchsten **sozioökonomischen Deprivation, bzw. Benachteiligung**¹³ wiesen im Vergleich zu den Gruppen mit niedrigerer sozioökonomischer Benachteiligung eine etwas stärkere Betroffenheit auf (Abbildung 81).

Der zeitliche Verlauf der wöchentlichen Inzidenzen sowie der Hospitalisierungsinzidenz von Kindern beginnend mit dem ersten COVID-19-Fall im Land Brandenburg im März 2020 bis zur Aufhebung der COVID-19-Schutzmaßnahmen durch das Bundesministerium für Gesundheit und damit dem Ende der Pandemie in Deutschland im April 2023 wird in Abbildung 82 dargestellt. Nach einem ruhigen Beginn des SARS-CoV-2-Infektionsgeschehens bei Kindern stiegen die wöchentlichen Inzidenzen ab Mitte Oktober 2020 deutlich an und gipfelten Mitte Dezember mit 125 Neuinfektionen je 100.000 Kinder.

Nach dem Abflachen der zweiten Infektionswelle, stieg die Zahl der Neuinfektionen mit dem Aufkommen der neuen Virusvariante („Variant of concern“, VOC) Alpha ab Mitte Februar bis Mitte März **2021** erneut auf das Niveau der vorherigen Infektions-

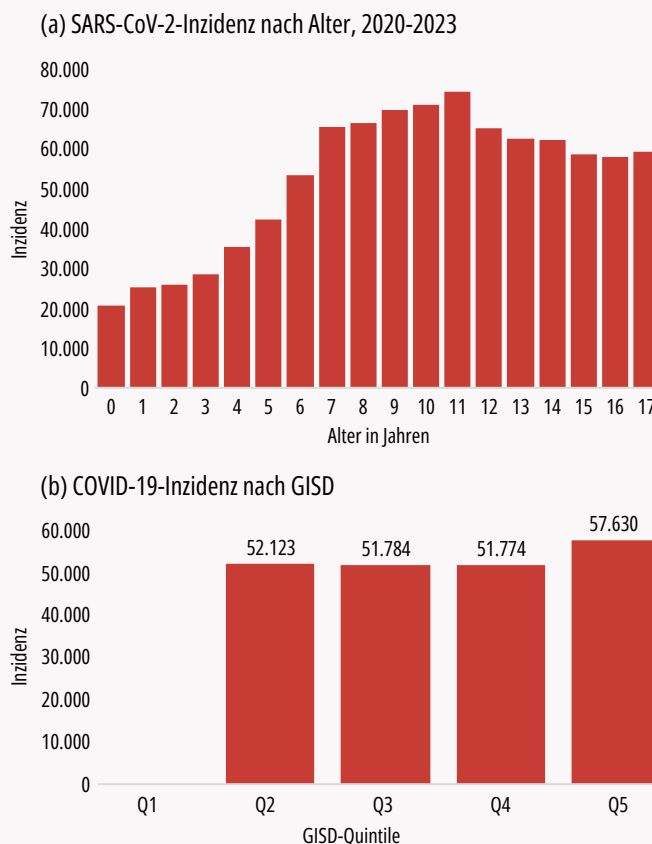


Abbildung 81: COVID-19-Inzidenz je 100.000 Kinder und Jugendliche der Altersgruppe im Land Brandenburg nach (a) Alter und (b) Quintilen sozioökonomischer Deprivation (GSD), KW11/2020 – KW14/2023; Q1=niedrig, Q3=mittel, Q5=hoch

(Hospitalisierungs-)Inzidenz: Anzahl neu gemeldeter Infektionen bzw. Hospitalisierungen je 100.000 Personen in einer ausgewählten Bevölkerungsgruppe über einen ausgewählten Zeitraum

¹³ Hinweis: Unter Anwendung des GISD auf Bundeslandebene ist das niedrigste Quintil (Q1) und damit auch die Kategorie „niedrige Deprivation“ für Brandenburg nicht besetzt – siehe Kapitel 3.1.1.



Zeitlicher Verlauf der SARS-CoV-2-(Hospitalisierungs-)Inzidenz im Land Brandenburg

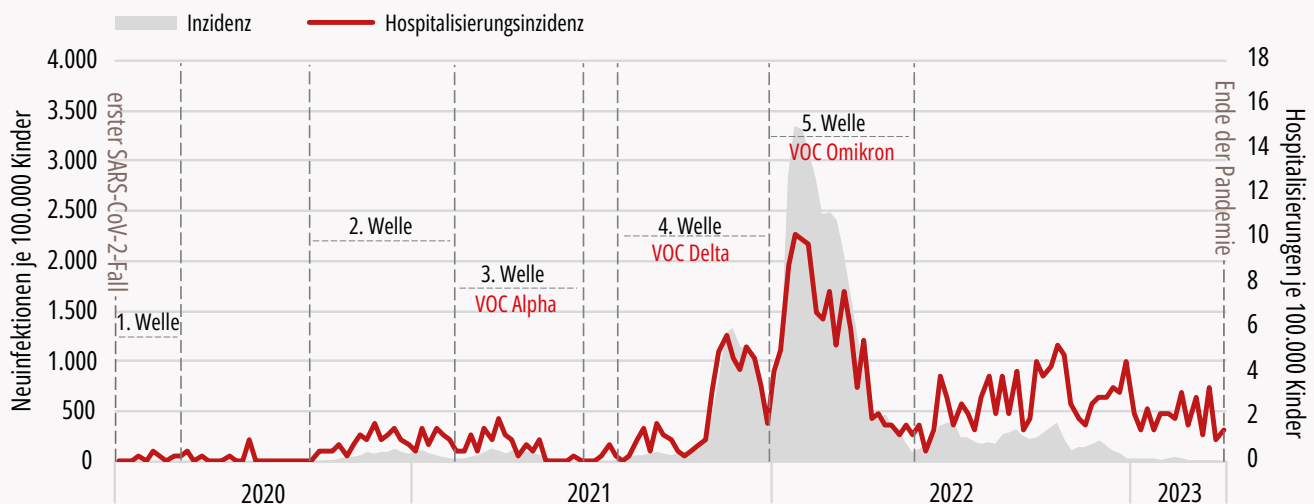


Abbildung 82: Zeitlicher Verlauf der wöchentlichen COVID-19-(Hospitalisierungs-)Inzidenz bei Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg von Beginn bis Beendigung der COVID-19-Pandemie KW11/2020 bis KW 14/2023, VOC: Variant of Concern (besorgniserregende Virusvariante)

welle an. Nach einem Rückgang der Fallzahlen bis Ende Juni war unter Dominanz der neuen VOC Delta nochmals ein mäßiger Anstieg der Inzidenzen auf 102 Neuinfektionen je 100.000 Kinder zu verzeichnen. Ab Mitte Oktober 2021 stieg die Zahl der Neuinfektionen rasant an und gipfelte Ende November im bisherigen Höchstwert von 1.331 Neuinfektionen je 100.000 Kinder. Damit waren Kinder erstmals in der COVID-19-Pandemie stärker betroffen als Erwachsene. In diesem Zeitraum war die größte Betroffenheit unter Kindern bei den 10- bis 14-Jährigen (Höchstinzidenz: 1.849) und den 5- bis 9-Jährigen (Höchstinzidenz: 1.565) zu beobachten. Die Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen lag mit einer Höchstinzidenz von 523 deutlich unter diesem Niveau.

Der starke Anstieg der Fallzahlen unter Kindern setzte sich auch in der unmittelbar folgenden Infektionswelle mit der Virusvariante Omikron weiter fort. So verfünffachte sich die Inzidenz zu Beginn des Jahres 2022 innerhalb von 4 Wochen auf einen neuen Höchstwert von 3.352 Neuinfektionen je 100.000 Kinder. Auch hier lagen die 5- bis 9-Jährigen (Höchst-

inzidenz: 4.380) und die 10- bis 14-Jährigen (Höchstinzidenz: 4.276) deutlich über der Gesamtinzidenz, während die 0- bis 4-Jährigen mit einem Höchstwert von 1.714 Neuinfektionen je 100.000 Kinder erneut die niedrigsten Inzidenzen unter den Kindern und Jugendlichen aufwiesen. Anschließend nahmen die Fallzahlen bis Ende Mai ab. Bis Ende des Jahres 2022 waren weiterhin kleinere Infektionswellen der VOC Omikron zu beobachten, die mit Höchstinzidenzen von bis zu 392 Neuinfektionen je 100.000 Kinder unter dem Niveau der ersten Omikron-Welle bzw. der letzten Delta-Welle blieben. Ab Anfang Dezember verliefen die Fallzahlen bis zum Übergang in die endemische Phase Anfang April 2023 auf konstant niedrigem Niveau von < 50 Neuinfektionen je 100.000 Kinder.

Im Verlauf der COVID-19-Pandemie waren **Kinder und Jugendliche am stärksten in den Infektionswellen 4 und 5 (Jahreswechsel 2021/2022) unter der Dominanz der Virusvarianten Delta und Omikron betroffen**. Hierbei wiesen die 5- bis 14-Jährigen die höchsten Fallzahlen auf.



4.5.2 Schutzmaßnahmen

Zur Eindämmung des SARS-CoV-2-Infektionsgeschehens wurden im Verlauf der Pandemie zahlreiche Schutzmaßnahmen durchgeführt. Diese beeinflussten nahezu alle Lebensbereiche und umfassten unter anderem Hygienemaßnahmen, wie das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes bzw. einer FFP2-Maske, aber auch Einschränkungen des sozialen Lebens, beispielsweise durch „Social Distancing“, Kontaktbeschränkungen oder Kita- und Schulschließungen.

Weitere Informationen zur HBSC-Studie sind in Kapitel 5.3 zu finden.

Im Rahmen der HBSC-Studie im Jahr 2022 wurden Schülerinnen und Schüler während des Abflachens der fünften und stärksten Pandemiewelle befragt, wie häufig sie während der COVID-19-Pandemie die Schutzmaßnahmen einhielten. Etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen gaben an, dass sie sich sehr oft bzw. immer an die Maßnahmen zur Kontaktbeschränkung, wie das Halten von Abstand zu anderen Menschen, hielten (51 %, Abbildung 83). Ebenso vermieden mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen sehr oft bis immer den Kontakt zu Risikopersonen wie älteren Verwandten (55 %). Auch Gruppentreffen wurden von 42 % gemieden.



Abbildung 83: Anteil der Kinder und Jugendlichen, die sich an einzelne Corona-Schutzmaßnahmen hielten, HBSC-Studie Brandenburg, 2022

Fast 3 von 4 Schülerinnen und Schüler gaben außerdem an, dass sie sehr oft bzw. immer Masken trugen (72 %). Hierbei ist der Begriff „Maske“ jedoch nicht genauer spezifiziert, sodass es sich neben einem medizinischen Mund-Nasen-Schutz oder einer FFP2-Maske auch beispielsweise um selbstgenähte Stoffmasken oder andere Mund-Nasen-Bedeckungen handeln kann.



4.5.3 COVID-19-Erkrankungsschwere

Eine Aussage zur **Erkrankungsschwere** von Kindern und Jugendlichen kann mit Hilfe der Anzahl hospitalisierter bzw. verstorbener Fälle getroffen werden. So mussten zwischen 2020 und 2023 0,7 % der SARS-CoV-2-infizierten Kinder im Land Brandenburg im Zusammenhang mit der Infektion im Krankenhaus behandelt werden. Während die wöchentliche Hospitalisierungsinzidenz zwischen 2020 und Mitte 2022 stets parallel, jedoch auf deutlich niedrigerem Niveau zu den Infektionsfallzahlen verlief, wurde nach Mitte 2022 eine konstant erhöhte Hospitalisierungsinzidenz bei relativ niedrigen Infektionsfallzahlen beobachtet (Abbildung 84).

Die Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen war trotz vergleichsweise sehr niedriger Fallzahlen und unabhängig von der vorherrschenden Virusvariante am stärksten von Hospitalisierungen betroffen (Abbildung 84). Demnach hatten die 0- bis 4-Jährigen im Mittel eine 2,5-fach höhere Hospitalisierungsinzidenz als die anderen Altersgruppen. Der Großteil der Hospitalisierungen in dieser Altersgruppe ist jedoch auf die <1-Jährigen zurückzuführen, die mit 2.612 Hospitalisierungen je 100.000 Kinder am stärksten betroffen waren. Die 5- bis 9-Jährigen zeigten insgesamt die niedrigsten Hospitalisierungsinzidenzen (Abbildung 84).

Unter Kindern und Jugendlichen war **die Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen, insbesondere jedoch die Gruppe der <1-Jährigen, am stärksten von Hospitalisierungen** im Zusammenhang mit einer SARS-CoV-2-Infektion **betroffen**.

¹⁴ Hinweis: Unter Anwendung des GISD auf Bundeslandebene ist das niedrigste Quintil (Q1) und damit auch die Kategorie „niedrige Deprivation“ für Brandenburg nicht besetzt – siehe Kapitel 3.1.1.

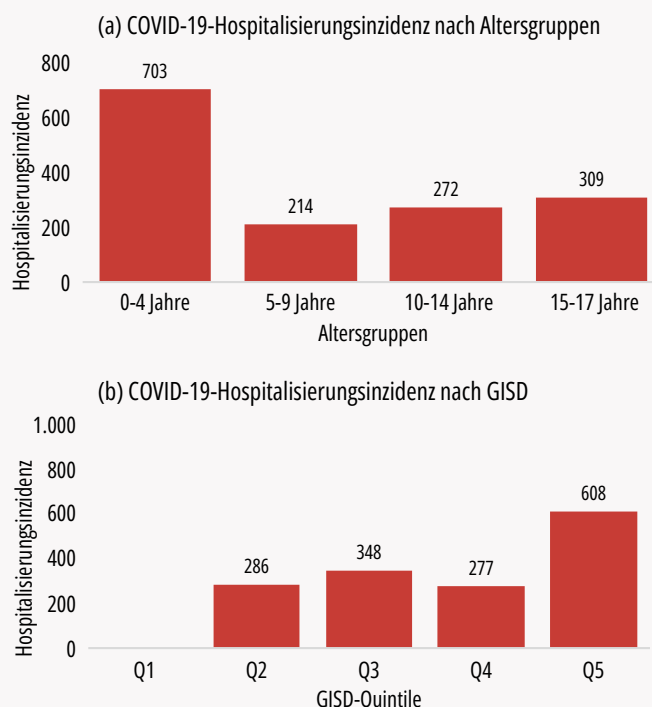


Abbildung 84: COVID-19-Hospitalisierungsinzidenz je 100.000 Kinder und Jugendliche der Altersgruppe nach (a) Altersgruppen und (b) Quintilen sozioökonomischer Deprivation (GISD), KW11/2020 – KW 14/2023; Q1=niedrig, Q3=mittel, Q5=hoch

Bezüglich des Geschlechts waren die Hospitalisierungen, wie bereits die Infektionen, relativ gleich zwischen Jungen (51 %) und Mädchen (49 %) verteilt.

Kinder und Jugendliche, die in Landkreisen mit der höchsten sozioökonomischen Deprivation¹⁴, bzw. Benachteiligung, lebten, zeigten eine bis zu zweifach höhere Hospitalisierungsinzidenz im Vergleich zu denen, die in Wohnumgebungen von niedrigerer Deprivation und damit geringerer sozioökonomischer Benachteiligung lebten (Abbildung 84).

Im Land Brandenburg sind **weniger als 5 Kinder im Verlauf der COVID-19-Pandemie** im Zusammenhang mit ihrer SARS-CoV-2-Infektion **verstorben**.

4.5.4 Impfquoten

In Europa wurden im Dezember 2020 die ersten COVID-19-Impfungen zum Schutz vor einem schweren Krankheitsverlauf zugelassen, sodass Ende Dezember auch in Deutschland mit der nationalen Impfkampagne gestartet werden konnte. Ende Mai 2021 wurde erstmalig ein Impfstoff für Kinder und Jugendliche zwischen 12 und 15 Jahren zugelassen, der im Juni schließlich von der ständigen Impfkommission (STIKO) für 12- bis 17-Jährige mit erhöhtem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf empfohlen wurde. Diese Impfempfehlung wurde im Verlauf der Pandemie auf Kinder ohne Vorerkrankungen sowie auf jüngere Kinder sukzessive ausgeweitet (Abbildung 85).

Verlauf der COVID-19-Impfempfehlungen für Kinder und Jugendliche



Abbildung 85: zeitlicher Verlauf der COVID-19-Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI für Kinder und Jugendliche, 2021 – 2023

Bis Ende 2023 wurden im Land Brandenburg insgesamt 216.382 COVID-19-Schutzimpfungen bei Kindern und Jugendlichen verabreicht. Den Großteil (84 %) dieser Impfungen erhielt die Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen, gefolgt von den 5- bis 11-Jährigen (16 %) und den 0- bis 4-Jährigen (< 0,1 %). Die Impfquoten der 5- bis 11-Jährigen sowie der 12- bis 17-Jährigen im zeitlichen Verlauf sind in der Abbildung 86 dargestellt. Da für die Kinder im Alter von 6 Monaten bis 4 Jahren die Impfung ausschließlich bei Vorerkrankungen empfohlen wurde und unklar ist, wie viele Kinder zu dieser Zielgruppe gehören, kann für diese Altersgruppe keine Impfquote berechnet werden.

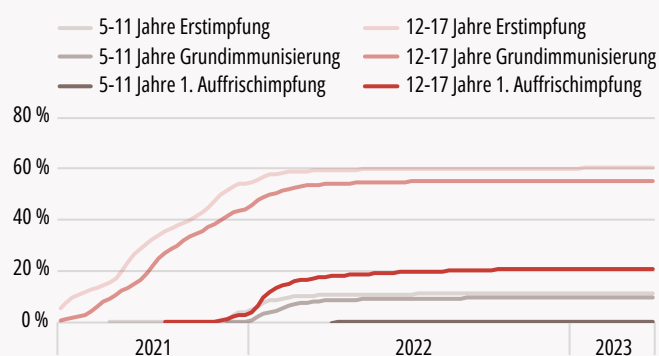


Abbildung 86: Verlauf der COVID-19-Impfquoten bei 5- bis 11-Jährigen und 12- bis 17-Jährigen im Land Brandenburg zwischen der ersten Impfempfehlung der STIKO für Kinder und Jugendliche (KW 23/2021) und Ende der COVID-19-Pandemie (KW 14/2023)



4.5.5 Auswirkungen auf andere meldepflichtige Infektionserkrankungen

Zur Eindämmung des SARS-CoV-2-Virus wurden während der COVID-19-Pandemie wie vorher beschrieben zahlreiche Public-Health-Maßnahmen, wie das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes oder FFP2-Masken sowie Social Distancing eingesetzt. Diese Maßnahmen hatten jedoch nicht nur auf das SARS-CoV-2-Virus Einfluss, sondern auch auf das Auftreten von anderen Infektionserkrankungen.

In den fünf prä-pandemischen Jahren (2015 – 2019) wurden bei Kindern im Mittel jährlich 6.284 Fälle von Infektionserkrankungen gemeldet. Nach Beginn der COVID-19-Pandemie sank die Fallzahl von Infektionserkrankungen außer COVID-19 auf 4.414 Fälle im Jahr 2020 und auf 1.951 Fälle im Jahr 2021. Dies entspricht einem Rückgang von 30 % (2020) bzw. 69 % (2021) im Vergleich zur prä-pandemischen Fallzahl. Dieser Rückgang erstreckte sich über alle Altersgruppen (Abbildung 87).

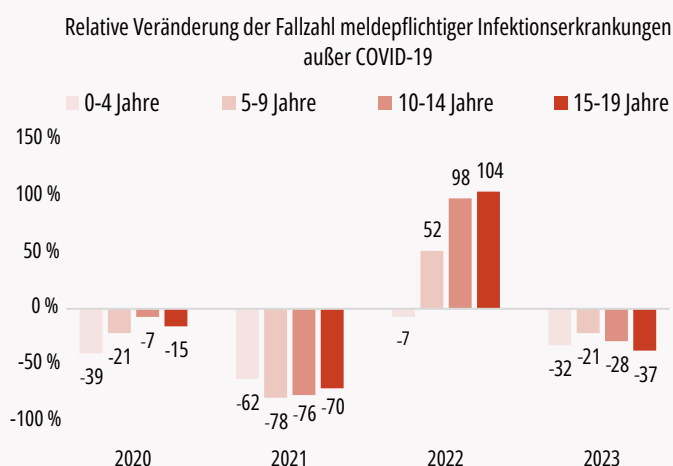


Abbildung 87: Relative Veränderung der Fallzahlen meldepflichtiger Infektionserkrankungen außer COVID-19 im Vergleich zum Median der fünf prä-pandemischen Jahre (2015 – 2019), nach Altersgruppe und Meldejahr

Im Jahr 2022 konnte ein deutlicher Anstieg der Meldefälle beobachtet werden. Auffällig hierbei war der enorme Anstieg der Influenza-Fallzahlen von nur 9 Meldefällen im Jahr 2021 auf 5.298 im Jahr 2022. Somit machten die Influenza-Fälle zwei Drittel der insgesamt im Jahr 2022 übermittelten Meldefälle bei Kindern im Land Brandenburg aus. Für die unterschiedlichen Altersgruppen war insbesondere bei den Kindern im schulpflichtigen Alter (5 bis 17 Jahre) ein Anstieg der Fallzahlen von Infektionskrankheiten zu beobachten, während die Meldefälle bei den 0- bis 4-Jährigen weiterhin rückläufig waren, jedoch auf deutlich niedrigerem Niveau als in den beiden Vorjahren.

Im Meldejahr 2023 wurde schließlich erneut ein Rückgang der Fallzahlen von meldepflichtigen Infektionserkrankungen im Vergleich zum prä-pandemischen Wert um 38 % verzeichnet. In den Altersgruppen der 15- bis 17-Jährigen und der 0- bis 4-Jährigen war der Rückgang am stärksten.



4.5.6 Subjektive Einschätzung zu den Auswirkungen auf das eigene Leben

Die subjektiven Einschätzungen der **Auswirkungen der Corona-Schutzmaßnahmen** auf das eigene Leben aus der Perspektive der Kinder und Jugendlichen fiel im Rahmen der HBSC-Studie im Jahr 2022 eher positiv aus. Während 18 % angaben, dass sich die Maßnahmen insgesamt negativ („ziemlich negativ“ bis „sehr negativ“) auf das eigene Leben auswirkten, gaben 34 % positive („ziemlich positiv“ bis „sehr positiv“) Veränderungen an. Für mehr als ein Drittel der Kinder und Jugendlichen ergaben sich nach eigener Einschätzung weder positive noch negative Veränderungen (37 %). In Bezug auf die **eigene Gesundheit** berichteten 39 % positive und 15 % negative Veränderungen (35 % weder positiv noch negativ, Abbildung 88).

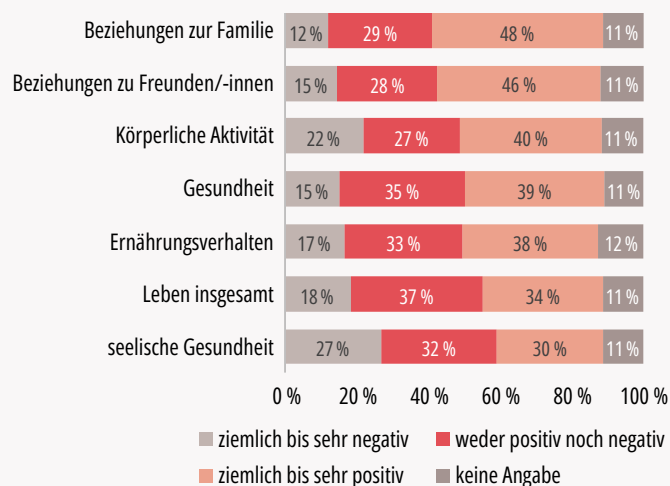


Abbildung 88: subjektive Einschätzung der Auswirkungen der Corona-Schutzmaßnahmen auf das eigene Leben

Aufgrund der geltenden Kontaktbeschränkungen sind besonders auch Auswirkungen auf **persönliche Beziehungen** der Kinder und Jugendlichen von Interesse. Mit 48 % berichtete die Hälfte der Jugendlichen positive Veränderungen der Beziehungen innerhalb der Familie. Positive Auswirkungen auf Beziehungen zu Freunden resümierten 46 %. Circa 12 % berichteten negative Auswirkungen auf die Beziehungen zur Familie und 15 % auf Beziehungen zu Freunden. Knapp 30 % stellten keine Veränderungen in der Beziehung zu Familie und Freunden fest.



In Bezug auf die **seelische Gesundheit** – also beispielsweise den Umgang der Schülerinnen und Schüler mit ihren Gefühlen oder auch Stress – berichteten 32 % weder positive noch negative Auswirkungen. Mit 30 % gaben etwas mehr Kinder und Jugendliche positive als negative Auswirkungen an (27 %).

Während 40 % positive Auswirkungen auf ihre **körperliche Aktivität** (z. B. Spazierengehen) bzw. ihr Ernährungsverhalten feststellten, gaben knapp 20 % negative Auswirkungen in beiden Bereichen an.

Limitierend zu erwähnen ist, dass die stark einschränkenden Maßnahmen zum Zeitpunkt der Befragung bereits ein bis zwei Jahre zurücklagen, da die Befragung im Winter 2021/2022 durchgeführt wurde. Es ist nicht selten, dass die Erinnerungen dadurch ein verändertes Bild ergeben oder sogar ein positiveres als es zu der eigentlichen Zeit war. Weiterhin schwächt diese Einschätzung die Ergebnisse zu den objektiven Auswirkungen nicht ab.



4.5.7 Einordnung

Während die COVID-19-Pandemie bei Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg zu Beginn der Pandemie eher ruhig verlief, stieg die Betroffenheit mit dem Aufkommen der Alpha Variante erstmals deutlich an. Die leichter übertragbaren Virusvarianten Delta und Omikron führten im weiteren Verlauf zu enormen Anstiegen der Infektionsfallzahlen, sodass sich bis Ende 2022 ein Großteil der Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg, insbesondere im schulpflichtigen Alter, mindestens einmal mit SARS-CoV-2 infizierte. Diese Ergebnisse decken sich mit dem bundesweiten Pandemiegeschehen bei Kindern und Jugendlichen (Loenenbach, et al., 2021; 2023). Schwere bzw. tödliche Erkrankungsverläufe bei Kindern und Jugendlichen blieben im Land Brandenburg mit weniger als 5 Fällen über den gesamten Pandemieverlauf hinweg selten. Die zunehmende Diskrepanz zwischen der Anzahl Neuinfizierter und der Hospitalisierungsinzidenz im Verlauf des Jahres 2022 ist auf den Wegfall erster Public-Health-Maßnahmen, wie kostenlose PCR-Bürgerstestungen, zurückzuführen. Demnach ließen sich deutlich weniger Bürgerinnen und Bürger mit mildem Verlauf mittels PCR-Untersuchung testen, sodass sich der Fokus bei den Testungen zunehmend auf schwere Krankheitsverläufe, die in der Regel im Rahmen einer stationä-

ren Behandlung nachgewiesen wurden, verlagerte. Somit handelt es sich hier eher um eine Änderung im Testverhalten der Bevölkerung als um einen tatsächlich so starken Rückgang der Inzidenz mit gleichzeitig schwerer verlaufenden Erkrankungen.

Um der Verbreitung von SARS-CoV in der Bevölkerung entgegenzuwirken, folgten kurz nach Ausbruch der Pandemie umfangreiche Eindämmungsmaßnahmen, die zu deutlichen Einschränkungen in vielen Lebensbereichen, wie Kita, Schule, Freizeitvereine und Veränderungen des Alltags führten. Während nur etwas mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg im Jahr 2022 berichteten, dass sie sich sehr oft oder immer an die Kontaktbeschränkungen bzw. die Vermeidung von Kontakten mit Risikogruppen hielten, gaben fast drei Viertel der Kinder und Jugendlichen an, dass sie sehr oft bzw. immer Masken zum Schutz vor einer Übertragung trugen.

Eine mögliche Erklärung für diesen Unterschied könnte sein, dass im Pandemieverlauf die Wahrnehmung bei Kindern und Jugendlichen, dass das Virus nicht so gefährlich sei, zu einer verringerten Bereitschaft zur Einhaltung von für Kinder und Jugendliche

„Long COVID“ bezeichnet längerfristige, gesundheitliche Beeinträchtigungen im Anschluss an eine SARS-CoV-2-Infektion, die über die akute Krankheitsphase von vier Wochen hinaus vorliegen (siehe S1-Leitlinie Long/Post-COVID). Die Beschwerden beginnen entweder bereits in der akuten Erkrankungsphase und bleiben längerfristig bestehen, oder treten im Verlauf von Wochen und Monaten nach der Infektion neu oder wiederkehrend auf.

Vom „Post-COVID-Zustand“ oder „Post-COVID-Syndrom“ (siehe vorläufige Falldefinition der WHO) spricht man, wenn Beschwerden mindestens 12 Wochen und länger nach der akuten Infektion entweder noch vorhanden sind oder nach diesem Zeitraum neu auftreten und nicht anderweitig erklärt werden können (Robert Koch-Institut, 2025e).

Die Myalgische Enzephalomyelitis/das Chronische Fatigue Syndrom (ME/CFS) stellt einen Subtyp dar. Die für ME/CFS charakteristischen Symptome werden von einem bedeutsamen Teil der Long-COVID-Erkrankten berichtet (Deutsche Gesellschaft für ME/CFS).

Das „Post-Vac-Syndrom“ beschreibt unterschiedliche, länger andauernde Beschwerden nach einer COVID-19-Impfung. Die Symptome sind teilweise ähnlich wie bei Long- oder Post-COVID. Bisher konnte jedoch kein ursächlicher Zusammenhang zwischen den Symptomen und der COVID-19-Impfung bestätigt werden (Robert Koch-Institut, 2025f).



stark einschränkenden Maßnahmen, wie der Reduktion sozialer Kontakte, im Vergleich zu subjektiv als weniger einschränkend empfundenen Maßnahmen, wie dem Tragen einer Maske, geführt haben. Diese Hypothese bedarf jedoch weiterer Untersuchungen.

Insgesamt erlebten die Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg diese Ausnahmesituation nach subjektiver Wahrnehmung zum Zeitpunkt der vierten bis fünften Welle als eher positiv. Dies bestätigt auch die bundesweit eher positive subjektive Einschätzung seitens der Kinder und Jugendlichen (Reiß, et al., 2025). Dennoch berichtete ein Drittel negative Auswirkungen der Maßnahmen auf die seelische Gesundheit. Die Hälfte der Jugendlichen nahmen positive Veränderungen auf ihre körperliche Aktivität wahr, wohingegen ein Viertel von Beeinträchtigungen in diesem Lebensbereich berichtete. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass der Einbezug der subjektiven Einschätzung zwar eine Perspektiverweiterung der Forschung ermöglicht, aber auch Verzerrungen wie Erinnerungsfehlern unterliegen kann. Außerdem kann es zu einer nachträglichen Beschönigung von negativen Erfahrungen kommen. Aus diesem Grund sollte die subjektive Einschätzung nicht isoliert von objektiven Indikatoren betrachtet werden (Reiß, et al., 2025).



Mit den dargestellten Daten ist insbesondere eine Aussage zum akuten Infektionsgeschehen und darüber hinaus zu der Einschätzung der Konsequenzen durchgeführter Maßnahmen möglich. In Zukunft sollte aber auch die Prävalenz von chronischen Erkrankungszuständen in Zusammenhang mit COVID-19 nachverfolgt werden. Hierbei sind Formen der Erkrankung wie Post-COVID oder Long-COVID zu nennen, aber auch das Post-Vac-Syndrom.

Eine systematische valide und für Brandenburg repräsentative Datengrundlage für die Prävalenz der genannten Krankheitsbilder existiert zum jetzigen Zeitpunkt nicht. Lediglich einzelne Studien oder Auswertungen wurden zu diesen Krankheitsbildern veröffentlicht. Mit dem Projekt des Robert Koch-Institut (RKI) RKI – COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2) – Projekt „Postakute gesundheitliche Folgen von COVID-19“ (Post-COVID-19) können perspektivisch Daten

für eine Einschätzung zur Verfügung stehen (Robert Koch-Institut, 2025d).

Aus den Routinedaten können aktuell nur die Daten der amtlichen Statistiken herangezogen werden, welche aber für Brandenburg für Kinder und Jugendliche nur einen lückenhaften Einblick in die Krankheitslast bieten können, da die Diagnosestellung aufgrund der Symptomatik nicht immer eindeutig ist und nur die stationäre Behandlung betrachtet werden kann.

Für die Altersgruppe unter 18 Jahren zeigte sich in den Jahren 2021 bis 2023 auf Basis der Krankenhausdiagnosestatistik, dass nur Fälle mit der Diagnose U10.9 Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19 nicht näher bezeichnet stationär behandelt wurden. Dies umfasste insgesamt 50 Fälle in Brandenburg über die Jahre 2021 bis 2023 (Abbildung 89).

Stationäre Behandlungsfälle, die dem Post-Vac-Syndrom zugeordnet werden könnten, sind von 2020 bis 2023 mit U12.9 Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen nicht näher bezeichnet, nicht dokumentiert worden.

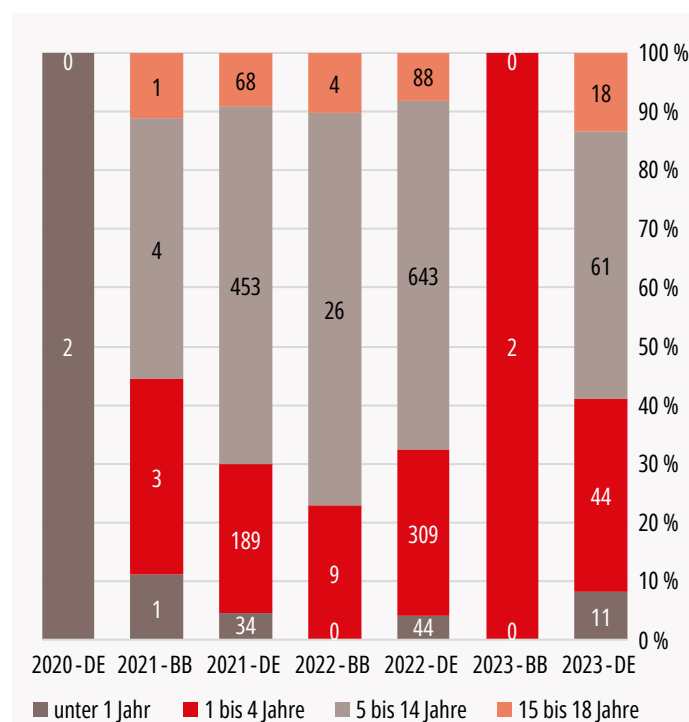


Abbildung 89: Anzahl stationärer Behandlungsfälle für die Diagnose U10.9 Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet nach Alter, Jahr und Region (BB = Brandenburg, DE = Deutschland)



5 Woher kommen die Daten und Ergebnisse?

Im folgenden Kapitel werden die methodischen Grundlagen der Datenerhebungen für die Auswertungen der Daten in diesem Bericht beschrieben. Dabei werden Untersuchungsdaten aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) sowie Studien, die als Primärdaten verarbeitet werden, und Daten aus amtlichen Statistiken, die als Sekundärdaten verarbeitet werden, unterschieden.

Im vorliegenden Bericht wurden die Daten für die Geschlechter weiblich/männlich stratifiziert. Eine Auswertung für die Ausprägung divers ist aufgrund von fehlenden Angaben oder zu geringen Fallzahlen nicht möglich.

5.1 Daten aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)

Ziel des ÖGD ist es, die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen, zu bewahren und zu verbessern sowie die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen (Tinnemann, et al., 2020). Der ÖGD umfasst Einrichtungen auf der Bundes-, Landes- und der kommunalen Ebene (Reisig, et al., 2020). Auf kommunaler Ebene sind die Gesundheitsämter die zuständigen Einrichtungen. Auf Landesebene ist dies in Brandenburg das Ministerium für Gesundheit und Soziales (MGS) sowie das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG). Die gesetzlichen Aufgaben der Brandenburgischen Gesundheitsämter sind im Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG) und in der Kinder- und Jugendgesundheitsdienstverordnung (KJGDV) geregelt.

Aufgabe der Brandenburger Gesundheitsämter ist neben der Durchführung der Untersuchung der Kleinkinder im Alter von 30 bis 42 Monaten, die Schuleingangsuntersuchung (SEU), die Untersuchung

der Schulquereinsteigenden (SQE), die Schulabgangsuntersuchung (SAU) sowie weitere Untersuchungen durch die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD). Auch die Durchführung zahnärztlicher Untersuchungen und die Gruppenprophylaxe durch die Zahnärztlichen Dienste (ZÄD) gehören dazu. Die Daten der jeweiligen Untersuchungen werden stichtagsbezogen jährlich an das LAVG übermittelt. Dort erfolgt die landesweite Zusammenführung und Qualitätssicherung der Daten sowie die Datenaufbereitung und -auswertung zum Zwecke der Gesundheitsberichterstattung.

Die Untersuchung der Kleinkinder ist für diese nicht verpflichtend und findet nicht flächendeckend statt – zur Zeit der COVID-19-Pandemie konnte sie nur in geringem Umfang durchgeführt werden. Damit sind die Daten über die Jahre nicht vergleichbar und werden deshalb in diesem Bericht nicht weiter betrachtet.

„Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) in Brandenburg bietet durch Reihenuntersuchungen wie den Schuleingangs- und -abgangsuntersuchungen wichtige Einblicke in die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen. Die pandemiebedingten Einschränkungen haben diese Entwicklungen deutlich beeinflusst. Als bevölkerungsmedizinischer Partner ergänzt der ÖGD die individualmedizinische, ambulante und stationäre Versorgung. Er kann Maßnahmen initiieren und koordinieren, die auf die spezifischen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen zugeschnitten sind, und so langfristig zur Förderung der Gesundheit und Chancengleichheit beitragen.“

(Dr. Simone Daiber, Amtsärztin, Oberhavel)



Auch Kinder und Jugendliche (in der Regel im Alter von 8 bis 17 Jahren), die erstmalig ab der zweiten Jahrgangsstufe in Deutschland eine Schule besuchen sollen, sind nach § 37 des BbgSchulG verpflichtet, an einer schulärztlichen Untersuchung durch die KJGD der Gesundheitsämter teilzunehmen. Daten der SQE-Untersuchungen werden nur anlassbezogen übermittelt. Erhöhte Untersuchungszahlen von 3.836 Kindern und Jugendlichen wurden im Jahr 2022 aufgrund der Vielzahl geflüchteter Menschen als Folge des Konfliktes in der Ukraine festgestellt. Zum Jahr 2023 nahm die Anzahl der durch die KJGD an das LAVG übermittelten Kinder und Jugendlichen mit 2.729 bereits ab und ist weiter rückläufig. Aufgrund der sinkenden Untersuchungszahlen und schwierigen Vergleichbarkeit über die Jahre wurde von der Auswertung der SQE-Daten abgesehen.

Die übrigen genannten Untersuchungen werden nachfolgend beschrieben.

Dabei ist zu beachten, dass die Untersuchungen schuljahresweise durchgeführt, dokumentiert und an das LAVG übermittelt werden. Angeben wird im Bericht das letztgenannte Jahr, z. B. das Jahr 2023 für das Schuljahr 2022/2023.



5.1.1 Schuleingangsuntersuchung (SEU)

Im Land Brandenburg werden nach § 37 des Brandenburgischen Schulgesetzes (BbgSchulG) Kinder, die bis zum 30. September eines Kalenderjahres das sechste Lebensjahr vollenden, im selben Jahr schulpflichtig. Vor Beginn der Schulpflicht wird bei diesen Kindern verpflichtend eine schulärztliche Untersuchung durch den KJGD des zuständigen Gesundheitsamtes durchgeführt. Die sogenannte SEU hat gemäß § 6 BbgGDG das Ziel, den Gesundheits- und Entwicklungszustand des Kindes sowie schulrelevante Fähigkeiten und ggf. vorhandene Förderbedarfe festzustellen.

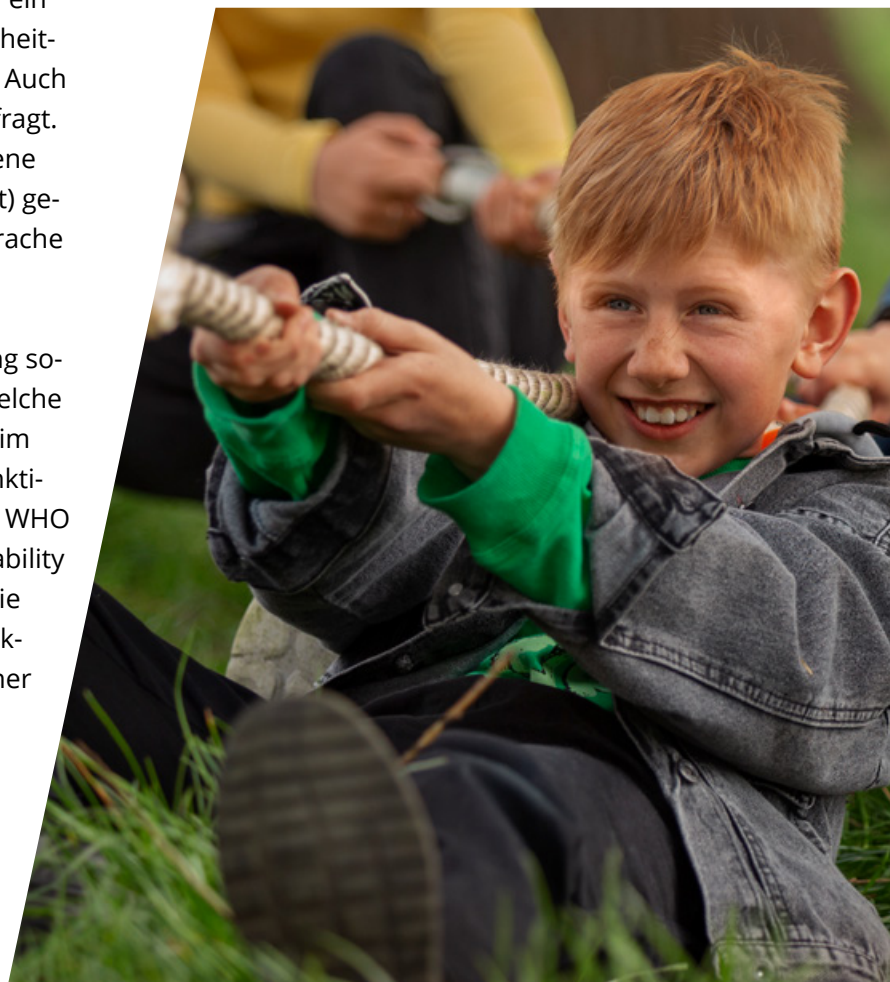
Um bei der SEU eine einheitliche qualitätsgesicherte Untersuchungsdurchführung und Dokumentation zu erreichen, werden der Ablauf der Untersuchung, durchzuführende Tests und Dokumentationsbögen im **Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg** (KJGD-Handbuch) beschrieben. Zum Jahr 2023 erfolgte eine umfangreiche Überarbeitung dieser Inhalte (Ministerium für Gesundheit und Soziales, 2020 und 2022).

Im Vorfeld der SEU wird den Sorgeberechtigten ein Fragebogen zu Vorerkrankungen sowie gesundheitlichen Auffälligkeiten des Kindes ausgehändigt. Auch der soziodemographische Hintergrund wird erfragt. Während der Untersuchung werden verschiedene körperliche Parameter (z. B. Größe und Gewicht) gemessen und schulrelevante Fähigkeiten wie Sprache und Motorik getestet.

Im Rahmen der SEU erfolgt zudem die Erfassung sogenannter funktionsdiagnostischer Befunde, welche auf dem Konzept der funktionalen Gesundheit im Sinne der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) beruhen. Die ICF ermöglicht die Erfassung bio-psycho sozialer Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung verschiedener Kontextfaktoren.

Außerdem werden das Untersuchungsheft zu den Früherkennungsuntersuchungen (gelbes Vorsorgeheft), Impfdokumente und ggf. vorhandene medizinische Befunde berücksichtigt. Die Sorgeberechtigten erhalten Kenntnis von der schulärztlichen Stellungnahme nach § 4 Absatz 5 Grundschulverordnung, welche eine Empfehlung zur Einschulung oder Rückstellung vom Schulbesuch beinhaltet. Die Empfehlung ist durch die Schulleitung der zuständigen Schule zu berücksichtigen. Die Entscheidung zur Einschulung kann jedoch in Einzelfällen von der Empfehlung abweichen.

In den vergangenen Jahren wurden je nach Jahr circa 24.000 bis 27.100 Kinder durch die KJGD der Brandenburger Gesundheitsämter untersucht. Im Jahr 2023 waren es inklusive der im Vorjahr zurückgestellten Kinder insgesamt 27.100 Kinder. Einschränkend ist anzumerken, dass aufgrund des Einsatzes der Gesundheitsämter im Infektionsschutz zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie nicht alle Untersuchungsjahre zwischen 2020 und 2022 wie angestrebt als Vollhebung umgesetzt werden konnten.



5.1.2 Schulabgangsuntersuchung (SAU)

Jugendliche, die vor Erreichen des 18. Lebensjahres eine berufliche Tätigkeit aufnehmen wollen, haben verpflichtend an der Schulabgangsuntersuchung gemäß § 32 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG) teilzunehmen. Bei der Untersuchung wird beurteilt, ob eine gesundheitliche Einschränkung für die Ausübung der beruflichen Tätigkeit vorliegt. Die Untersuchungsinhalte sowie die Dokumentation der SAU sind in § 37 JArbSchG und der Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung (JArbSchUV) bundesgesetzlich geregelt.

Die Durchführung der Untersuchung zählt in Brandenburg gemäß § 6 Absatz 2 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG) zu den Aufgaben der KJGD der Landkreise und kreisfreien Städte. Die Daten werden schuljahresweise an das LAVG übermittelt und dort verarbeitet. In Brandenburg wurde im Jahr 2023 im KJGD-Handbuch erstmalig neben der ärztlichen Dokumentation auch der Erhebungsbogen für die Erstuntersuchung nach JArbSchG erfasst. Zu den Inhalten der Untersuchung zählen u.a. körperliche Untersuchungen zu Körpergröße, -gewicht, Blutdruck und Befunde wie beispielsweise zum Stütz- und Bewegungsapparat sowie anamnestische Fragen zu Vorerkrankungen oder zum Impfstatus.

Im Rahmen der SAU wurden in der Vergangenheit durchschnittlich etwa 11.000 Jugendliche pro Jahr untersucht, die überwiegend die 10. Klassen der Oberschulen und Gesamtschulen besuchten und 15 bis 17 Jahre alt waren.



5.1.3 Zahnärztliche Untersuchungen

Die Zahnärztlichen Dienste (ZÄD) im Land Brandenburg untersuchten im Jahr 2023 183.960 Kinder und Jugendliche in Schulen, Kitas und Tagespflegestellen bis zur Vollendung des 12. Lebensjahrs und bei erhöhtem Kariesrisiko auch Jugendliche bis zum 16. Lebensjahr. Zusätzlich erfolgen altersorientiert gruppenprophylaktische Maßnahmen. Als gesetzliche Grundlagen dienen

- §6 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG), §45 Brandenburgisches Schulgesetz (BbgSchulG), §11 Kindertagesstättengesetz (KitaG), sowie
- das Rundschreiben des Gesundheitsministeriums des Landes Brandenburg zu Aufgaben der Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter der Landkreise und kreisfreien Städte im Land Brandenburg und
- die 1993 geschlossene Vereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe gemäß § 21 Abs. 2 SGB V.

Das von den Partnern der Vereinbarung beschlossene Prophylaxeprogramm für das Land Brandenburg beinhaltet präventive Maßnahmen mit dem Ziel, Zahn-, Mund-, und Kiefererkrankungen zu verhüten sowie eine gesunde Kau-, Abbeiß- und Sprechfunktion herzustellen. Die Verbesserung der Mundgesundheit und der mundgesundheitslichen Kompetenz soll überall im Land ankommen.

Als gruppenprophylaktische Maßnahmen werden bestimmte Prophylaxeimpulse definiert und gemäß den Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege durchgeführt und  dokumentiert. Diese sind im **Leitfaden für Zahnärztliche Dienste des Landes Brandenburg** beschrieben (Ministerium für Gesundheit und Soziales, 2021).

Der erste Prophylaxeimpuls besteht aus der zahnärztlichen Untersuchung eines jeden Kindes und mindestens einer weiteren Prophylaxemaßnahme in Gruppen oder im Klassenverband. Dabei umfasst die zahnärztliche Untersuchung die visuelle Inspektion der Mundhöhle mit Befundung des Zahnstatus und kieferorthopädischer Anomalien sowie die Feststellung etwaiger Behandlungsbedarfe und Mitteilung dieser an die Erziehungsberechtigten. Die weiteren gruppenprophylaktischen Maßnahmen beinhalten Ernährungsempfehlungen, mundgesundheitsliche Aufklärung und Motivation, Zahnputztraining sowie Fluoridierungs- und andere präventive Maßnahmen zur Verbesserung der Mundgesundheit. In einem zweiten Prophylaxeimpuls werden bedarfsgerecht vorwiegend gruppenprophylaktische Maßnahmen zur Verbesserung des Mundhygieneverhaltens und der Ernährung durchgeführt und dokumentiert. Für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko gibt es spezifische Prophylaxeprogramme und die Möglichkeit der erweiterten präventiven Betreuung.



5.1.4 Meldedaten nach Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Zur Überwachung des Infektionsgeschehens in Deutschland regelt das Infektionsschutzgesetz (IfSG), welche Infektionskrankheiten (§ 6 IfSG) und Nachweise von Krankheitserregern (§ 7 IfSG) meldepflichtig sind. Die infektionsepidemiologische Surveillance soll somit ermöglichen, schnellstmöglich die zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung notwendigen Maßnahmen, wie Maßnahmen zur Eindämmung und Verbreitung, einzuleiten sowie (über-)regional auftretende Krankheitsausbrüche frühzeitig zu erkennen. Demnach sind Ärztinnen und Ärzte, Tierärztinnen und -ärzte, Leitungen von medizinischen Laboratorien, Angehörige anderer Heil- oder Pflegeberufe und Leitungen von Gemeinschaftseinrichtungen, wie Schulen und Kitas, zur Meldung von Krankheiten bzw. Krankheitserregern verpflichtet. Das IfSG legt außerdem fest, welche Angaben (§§ 9-10 IfSG) von den meldepflichtigen Personen gemeldet werden müssen und über welchen Meldeweg

diese Daten an das Robert Koch-Institut (RKI) als zentrales Bundesinstitut für die Überwachung des Infektionsgeschehens in Deutschland übermittelt werden müssen. Hierbei wird zwischen namentlich und nicht-namentlich meldepflichtigen Meldetatbeständen unterschieden. Namentlich meldepflichtige Erkrankungen und Krankheitserreger werden von den meldepflichtigen Personen an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet und von dort ohne personenidentifizierende Daten über die zuständige Landesstelle an das RKI übermittelt (§ 11 IfSG). Als zuständige Landesstelle im Land Brandenburg überprüft das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) diese Meldungen hinsichtlich ihrer Datenqualität, fasst diese zusammen und wertet sie aus. Nicht-namentlich meldepflichtige Krankheitserreger sind von den meldepflichtigen Personen direkt und anonymisiert an das RKI zu melden (§ 10 IfSG, Abbildung 90).

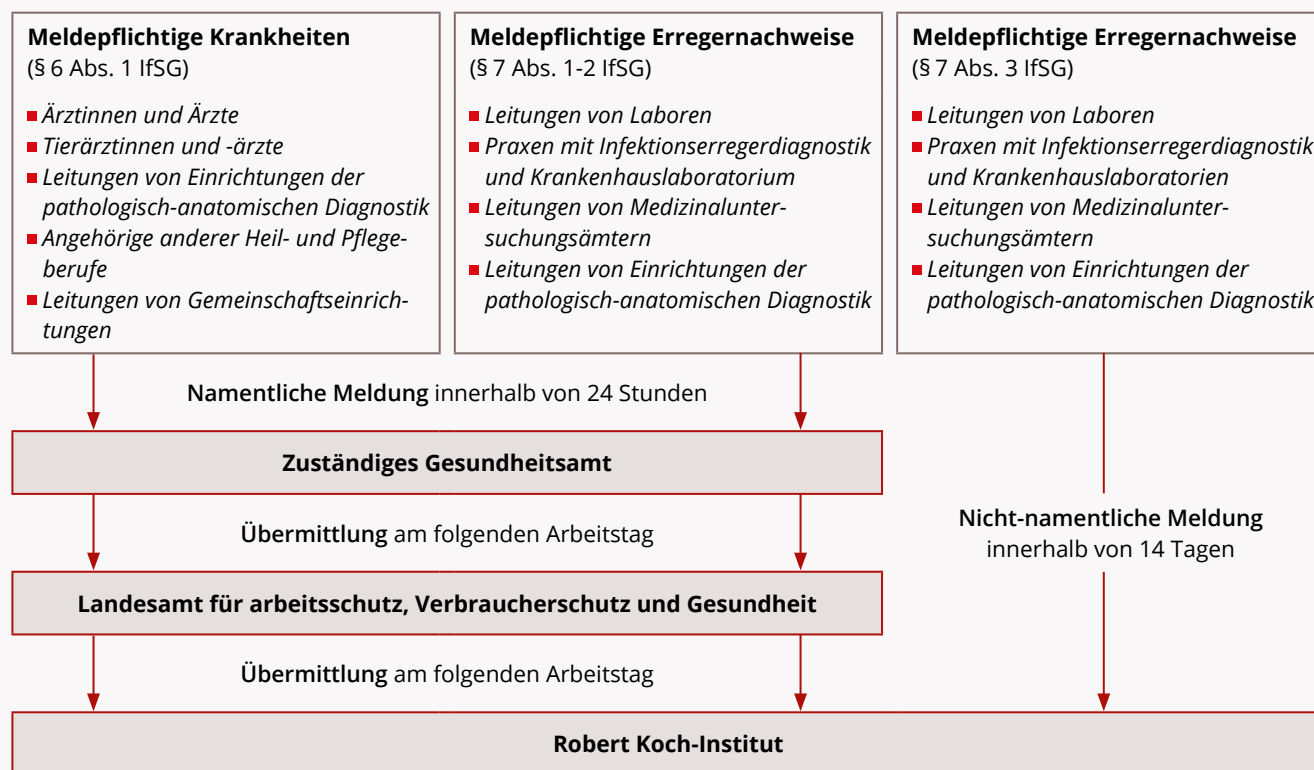


Abbildung 90: Meldewege für (nicht-)namentlich meldepflichtige Infektionskrankheiten und Krankheitserreger nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) im Land Brandenburg

5.1.5 Digitales Impfquotenmonitoring (DIM)

Das Digitale Impfquotenmonitoring (DIM) wurde im Kontext der nationalen Impfstrategie gegen die COVID-19-Pandemie entwickelt und stellt ein eigenes Meldesystem zur Erfassung der COVID-19-Impfungen und -Impfquoten in Deutschland dar. Ziel des DIM war es, tagesaktuell und bundesweit die Impfdaten aus allen Meldeportalen zu erfassen und aufbereitet darzustellen, um zeitnah Impfquoten und damit auch den Verlauf der COVID-19-Impfkampagne zu analysieren (Robert Koch-Institut, 2024).

Grundlage des DIM war die verpflichtende tägliche Übermittlung von Impfdaten zu den COVID-19-Schutzimpfungen durch alle Leistungserbringer, wie Impfzentren, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder Apotheken, an das Robert Koch-Institut (RKI)

gemäß §7 der Coronavirus-Impfverordnung (CoronalmpfV). Um eine inhaltliche Konsistenz der Daten zu gewährleisten, regelte die CoronalmpfV auch die von den Leistungserbringern zu jeder geimpften Person zu übermittelnden Informationen. Diese Rohdaten wurden im Verlauf der COVID-19-Pandemie arbeitstäglich durch das RKI aufbereitet, zusammengeführt und für die Öffentlichkeit publiziert.

Die Inhalte der CoronalmpfV wurden mit dem Übergang in die endemische Phase in die COVID-19-Vorsorgeverordnung übernommen. Mit dem außer Kraft treten der COVID-19-Vorsorgeverordnung Ende Juni 2024 lief auch die Grundlage für die Übermittlung der Impfdaten der COVID-19-Schutzimpfungen aus.



5.2 Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum (BJS)

Die Befragung Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum (BJS) ist als Vollerhebung in den zehnten Klassen Brandenburger Schulen angelegt. Erstmals wurde die Befragung auf Anregung der Landessuchtkonferenz und hier insbesondere des Arbeitskreises Daten und Berichterstattung im Jahr 2005 in Kooperation mit den Schulen durchgeführt. Seither findet die Befragung alle vier Jahre statt. Für diesen Bericht konnten die Daten der fünften Befragungswelle herangezogen werden. Diese wurden zur Zeit der zweiten Welle der COVID-19-Pandemie und den damit einhergehenden umfangreichen Schulschließungen bzw. dem Aussetzen der Präsenzpflicht im Jahr 2020 / 2021 erhoben.

Die Befragung wird in den teilnehmenden Schulen organisiert und teilweise durch lokale Beteiligte wie Gesundheitsämter oder Suchtpräventions- und Suchtberatungsstellen unterstützt. Die Befragung findet im Klassenverband statt und die anwesende Lehrkraft führt eine sogenannte Klassenliste, um Teilnahmequoten berechnen zu können.

Die Befragung ist freiwillig und anonym und dauert ca. 10 Minuten. Gegenstand der Befragung ist der Substanzkonsum der Jugendlichen in den zehnten Klassen, welcher sich auf die häufigsten Substanzen Tabak, Alkohol, Cannabis, illegale Substanzen und stimmungsbeeinflussende Medikamente konzentriert. Außerdem werden Verhaltensweisen erfragt, die potenziell süchtig machen, wie Glücksspiel und hoher Medienkonsum. Ergänzend sind auch Fragen zum Thema Cybermobbing und Lebenszufriedenheit enthalten.

Die Teilnahme an den Wellen 1 bis 5 fand nicht flächendeckend in Brandenburg statt, sodass die Aussagekraft für einzelne Landkreise und kreisfreie Städte eingeschränkt ist. Für das Land Brandenburg insgesamt sind aber Aussagen zur zeitlichen Entwicklung des Substanzkonsums und von Verhaltenssüchten über alle fünf Wellen hinweg möglich. Eine differenzierte Betrachtung der Ergebnisse nach Schulform ist möglich.

Eine Übersicht über die Teilnahme nach Landkreisen bzw. kreisfreier Stadt stellt Tabelle 2 dar.



Die Inhalte der Fragebögen für die Befragungswellen 1 bis 5 sowie weitere Informationen sind u.a. in den Ergebnisberichten zu der jeweiligen Befragungswelle zu finden (Hoffmann, et al., 2021; Böhm, et al., 2018).

Im Jahr 2025 wurden zum sechsten Mal Zehntklässlerinnen und -klässler in Brandenburg zum Substanzkonsum und zu Verhaltensweisen befragt, erstmalig als **Online-Erhebung**. Die Datenauswertungen lagen zum Redaktionsschluss des Kinder- und Jugendgesundheitsberichtes noch nicht vor. Diese sollen zeitnah mit einem Ergebnisbericht veröffentlicht werden.



Tabelle 2: Anzahl teilnehmender Schülerinnen und Schüler nach Befragungswelle und Landkreis / kreisfreier Stadt

Landkreis / kreisfreie Stadt / Region	BJS 1 (2005)	BJS 2 (2009)	BJS 3 (2013)	BJS 4 (2017)	BJS 5 (2021)
Brandenburg an der Havel	785	323	384	509	
Cottbus	1.015		594	376	460
Frankfurt (Oder)	660	325		358	104
Potsdam	1.591	881	1.143	823	1.010
Barnim		761	749		513
Dahme-Spreewald	1.638	670	938	972	667
Elbe-Elster	1.296	538	681	685	97
Havelland	797	768	1.181	1.188	1.088
Märkisch-Oderland		573		194	143
Oberhavel		1.069	1.003	785	
Oberspreewald-Lausitz	1.414	574	523	540	161
Oder-Spree		838		721	350
Ostprignitz-Ruppin	809			467	
Potsdam-Mittelmark				473	
Prignitz		439	435	464	
Spree-Neiße			436	346	470
Teltow-Fläming		726	849	1.020	
Uckermark	1.697	735	739	621	780
Brandenburg Süd	3.725	1.112	2.234	1.947	1.188
Berliner Umland (BU)				3.499	2.661
weiterer Metropolenraum (w. M.)				6.883	3.182
Land Brandenburg	11.702	9.220	9.655	10.542	5.843
Teilnahmequote bezogen auf alle Zehntklässlerinnen und -klässler in Brandenburg je Erhebungsjahr*	33 %	49 %	57 %	50 %	28 %

* Datenbasis: Schuldatenerhebung (SDE) des Vorjahres, z. B. wurden für BJS1 im Schuljahr 2004/2005 die Daten der SDE aus dem Schuljahr 2003/2004 herangezogen

5.3 HBSC-Studie

Bei der Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) handelt es sich um eine internationale Studie zum subjektiven Gesundheitsverhalten und Wohlbefinden von Jugendlichen in den Altersgruppen der 11, 13 und 15-Jährigen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstützt das kooperative Forschungsvorhaben seit über 40 Jahren. Die HBSC-Studie ist inzwischen die weltweit größte Studie im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit und wird in mehr als 50 Ländern im Abstand von vier Jahren durchgeführt. Bundesweite Erhebungen gibt es für Deutschland seit 2010.

Brandenburg beteiligte sich bereits zum zweiten Mal mit einer repräsentativen Erhebung für das Land an der HBSC-Studie. Die Studienleitung hat die Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg inne, in den ersten beiden Wellen mit den Kooperationspartnern AOK Nordost, Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBS) sowie dem Ministerium für Gesundheit und Soziales (MGS). Die Erhebungen bei den Brandenburger Jugendlichen fanden in den Jahren 2018 sowie 2022 unter Schülerinnen und Schülern der 5., 7. und 9. Klasse statt. Erhoben wurden jeweils Daten zur körperlichen und psychischen Gesundheit, dem gesundheitsbezogenen Verhalten sowie der subjektiven Wahrnehmung von Schule, Familie und Gleichaltrigen durch die Jugendlichen. Dabei beinhaltet der Schülerfragebogen international vorgegebene Kernfragen, bundeseinheitliche Schwerpunkte und eine Erweiterung für das Land Brandenburg. Für die Erhebung im Jahr 2022 wurden zusätzlich Fragen in Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie und besonderen Herausforderungen wie beispielsweise dem Homeschooling ergänzt. Weiterhin werden die Daten separat nach dem familiären Wohlstand sowie den verschiedenen Schulformen ausgewertet.

Die Stichprobenziehung erfolgte jeweils geschichtet nach Schulformen, um innerhalb der Stichprobe die allgemeinbildenden Schulformen entsprechend abbilden zu können. Die Teilnahme ist für die Schülerinnen und Schüler freiwillig unter der Voraussetzung

der schriftlichen Einverständniserklärung der Eltern bzw. Sorgeberechtigten.

Im Jahr 2018 konnten in Brandenburg Angaben von 3.057 Schülerinnen und Schüler aus 55 Schulen und im Jahr 2022 von 3.801 Schülerinnen und Schüler aus 87 ausgewertet werden. Dies entsprach 2018 einer Rücklaufquote von 34,8 % auf Schulebene und 66,1 % auf Schülerebene (John, et al., 2020), 2022 lag die Quote auf Schulebene pandemiebedingt auf einem niedrigeren Niveau (23,6 %), auf Schülerebene mit 66,3 % auf dem gleichen Niveau wie in der vorherigen Erhebung (Schütz, et al., 2023).

Die bisherigen Studienberichte sind hier zu finden:



Für das Jahr 2026 ist eine 3. Befragungswelle in Vorbereitung. Die Ergebnisse werden voraussichtlich im Jahr 2027 vorliegen.



5.4 Replikation der COPSY-Studie in Brandenburg

Die Studie COrona und PSYche (COPSY) ist eine Längsschnittstudie, welche die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Gesundheit sowie Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland darstellt. Durchgeführt wurde die COPSY-Studie von der Abteilung Child Public Health am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. In mehreren Erhebungen wurden in unterschiedlichen Wellen der COVID-19-Pandemie repräsentative Stichproben von 11- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen sowie von den Eltern von 11- bis 17-jährigen Kindern zum Umgang mit der Krisensituation, zu den Bereichen Schule, Familie und Freunde, psychische und psychosomatischen Auffälligkeiten durchgeführt. Anwendung fand das Befragungsinventar der repräsentativen und längsschnittlichen BELLA-Studie („BEfragung zum seeLischen WohLbefinden und Ver-halten“), die ein Zusatzmodul der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) darstellt. Um eine zusätzliche Vergleichbarkeit mit präpandemischen Daten auf Bundesebene zu erreichen, lehnte man sich an Inhalte aus der internationalen HBSC-Studie (vergleiche Kapitel 5.3) an (Ravens-Sieberer, et al., 2021a) (Ravens-Sieberer, et al., 2021b).

Die erste Erhebung der bundesweiten COPSY-Studie fand zwischen Mai und Juni 2020, die erste Folgebefragung von Dezember 2020 bis Januar 2021 (Welle 2) und die zweite Folgebefragung von September bis Oktober 2021 statt (Welle 3). Zwei weitere Wellen der Befragung wurden einmal im Februar 2022 und einmal im Herbst 2022 durchgeführt (Ravens-Sieberer et al., 2021). Neben der bundesweit repräsentativen Stichprobe wurden auch gezielt Befragungen von Hamburger Kindern und Jugendlichen im Rahmen der COPSY Hamburg-Studie durchgeführt (Fertmann, et al., 2023).

Als Ergebnis der Arbeit im Gesundheitszieleprozess Bündnis Gesund Aufwachsen (BGA) und direkte Reaktion auf die vielfach diskutierten Herausforderungen für Kinder und Jugendliche im Zusammenhang mit



der COVID-19-Pandemie wurde eine Replikation der COPSY-Studie durch das Ministerium für Gesundheit und Soziales (MGS) in Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC Brandenburg) als Studienleitung in Auftrag gegeben. Hiermit sollte das Wohl Brandenburger Kinder und Jugendlichen in den Blick genommen und mit Daten belegt werden. Hierfür wurde mit Unterstützung des Landesamts für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) eine bevölkerungs- und melderegisterbasierte Zufallsstichprobe der 11- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen mit ihren Familien gezogen. Dadurch sollte eine repräsentative Aussage für Familien mit Kindern in dem entsprechenden Alter ermöglicht werden. Insgesamt zogen 194 Meldeämter jeweils 6,4 % der 11- bis 17-jährigen, sodass 7.091 Familien angeschrieben werden konnten. Durchgeführt wurde die für Brandenburg als Querschnittsbefragung angelegte Replikation der COPSY-Studie als Onlinebefragung im Dezember 2021 und Januar 2022. Dadurch sind Vergleiche zur zweiten Welle der bundesweiten COPSY-Erhebung möglich. Insgesamt konnten die Daten von 592 Eltern bzw. 365 Eltern-Kind-Paaren ausgewertet werden.

Die Datenauswertung ist hier verlinkt:



5.5 Amtliche Statistiken

Für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) werden jährlich Routinedaten der amtlichen Statistik verwendet, die in diesen Bericht einfließen. Diese werden durch das statistische Bundesamt vom Inhalt und der Struktur her vorgegeben. Die Umsetzung erfolgt durch die statistischen Landesämter. Für Brandenburg werden bestimmte Daten dem Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (AfS) übermittelt (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2021 und 2021) welches diese verarbeitet und u.a. in Berichten veröffentlicht. Die GBE erhält ausgewählte Daten je Berichtsjahr in aggregierter Form; dazu zählen die Bevölkerungsstatistik, Krankenhausdiagnosestatistik und Todesursachenstatistik. Es handelt sich dabei um Routinedaten, die überwiegend in immer gleicher Weise und nicht für Studienzwecke erhoben werden. Daher ist der Umfang der Daten begrenzt und insbesondere Risikofaktoren oder sozioökonomische Faktoren sind nicht vollumfänglich enthalten.

Die Bevölkerungsstatistik dient insbesondere als Grundlage für die Berechnung von Kennzahlen, um Raten in Bezug zur Brandenburgischen Bevölkerung berechnen zu können.



5.5.1 Krankenhausdiagnosestatistik

Die Krankenhausdiagnosestatistik enthält alle Daten von vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die im entsprechenden Jahr aus der stationären Behandlung entlassen wurden. Die gesetzliche Grundlage für diese Vollerhebung stellt die Krankenhausstatistikverordnung (KHStatV) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) dar. Die Daten werden in anonymisierter Form durch die stationären Einrichtungen an das AfS übermittelt und beinhalten jeweils die als ursächlich für den stationären Aufenthalt benannte Hauptdiagnose, der Patientinnen und Patienten sowie allgemeine soziodemografische Merkmale wie Alter, Geschlecht und Wohnort (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2023).



Für die GBE in Brandenburg werden die Daten aggregiert verarbeitet und liegen auf Ebene der Landkreise/kreisfreien Städte, nach Geschlecht, Altersgruppe und bis 2019 auf vierstelliger und ab 2020 auf dreistelliger Ebene der ICD-10-Klassifikation (10. Version der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“) vor. Für die Interpretation der Daten ist es wichtig, darauf hinzuweisen,

dass es sich bei den Fällen um die Anzahl stationärer Behandlungen zu einer bestimmten Diagnose handelt. Eine Person taucht bei mehrfacher stationärer Behandlung mit der selben Diagnose somit mehrfach in den Daten auf. Es wird daher bei den Krankenhausdiagnosedaten nicht die Anzahl an Personen mit einer bestimmten Diagnose, sondern die Anzahl der Fälle betrachtet.



5.5.2 Todesursachenstatistik



Die Todesursachenstatistik ist eine Vollerhebung über Sterbefälle, die nach einer einheitlichen Systematik klassifiziert und dokumentiert wird. Grundlage hierfür sind die Todesbescheinigungen, die durch die Gesundheitsämter an das AfS gemäß dem Gesetz über die Statistik der Bevölkerungsbewegung und die Fortschreibung des Bevölkerungsstandes (BevStatG) übermittelt werden. Die Todesursache wird nach ICD-10 klassifiziert und seit 2017 auch mittels elektronischem Kodiersystem IRIS übermittelt.

Bei der Todesursachenstatistik ist zu beachten, dass diese unikausal aufbereitet wird, d.h. dass lediglich das Grundleiden als Todesursache übermittelt wird, welches hauptsächlich zum Tode geführt hat. Weitere Krankheitszustände, die innerhalb der Kausalkette dokumentiert wurden, werden dabei nicht übermittelt (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2021).

Für die GBE in Brandenburg werden die Daten der Todesursachenstatistik in aggregierter Form verarbeitet und liegen auf Ebene der Landkreise / kreisfreien Städte, nach Geschlecht, Altersgruppe und bis 2019 auf vierstelliger und ab 2020 auf dreistelliger Ebene der ICD-10-Klassifikation vor.

5.6 Zentrales Einladungs- und Rückmeldewesen (ZER)

Das Zentrale Einladungs- und Rückmeldewesen (ZER) gemäß § 7 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG) zu den nach § 26 SGB V vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern wurde zum 1. Juni 2008 im Land Brandenburg eingeführt. Das ZER dient dem Zweck, auf eine Erhöhung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen (auch U-Untersuchungen genannt) der Kinder hinzuwirken. Mit Hilfe der Früherkennungsuntersuchungen sollen Erkrankungen, welche die geistige und körperliche sowie psycho-emotionale Entwicklung der Kinder gefährden, erkannt und eine weitere medizinische Behandlung empfohlen werden.



Am Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) ist hierfür eine **Zentrale Stelle**

eingerrichtet, die alle Kinder im entsprechenden Alter zu den nach § 26 SGB V vorgesehenen ärztlichen Untersuchungen einlädt. Im Land Brandenburg sind dies die Untersuchungen U6 bis U9 sowie für Jugendliche die J1. Nach § 7 Abs. 2 BbgGDG handelt es sich bei der U6, U7 und U8 um für Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte rückmeldepflichtige Früherkennungsuntersuchungen. Die Arztpraxen sind verpflichtet, unverzüglich eine Bestätigung der Untersuchungsdurchführung an die Zentrale Stelle, das LAVG, zu senden.

Erfolgt keine Rückmeldung an die Zentrale Stelle wird ein Erinnerungsschreiben versandt. Sollte stichtagsbezogen einen Monat nach der erfolgten Erinnerung keine Untersuchungsbestätigung bei der Zentralen Stelle eingegangen sein, werden die Daten des Kindes für ggf. weitere Maßnahmen nach § 7 Absatz 4 BbgGDG an das zuständige Gesundheitsamt des jeweiligen Landkreises bzw. der jeweiligen kreisfreien Stadt weitergeleitet (<https://lavg.brandenburg.de/lavg/de/gesundheit/einladungs-und-rueckmeldewesen-zer/>).





6 Was sind die zentralen Ergebnisse?

Kinder und Jugendliche sind unterschiedlich von Erkrankungen betroffen – das zeigen die Ergebnisse in diesem Bericht.

Bei Einschülerinnen und Einschülern spielen insbesondere Entwicklungsstörungen wie Sprach- und Sprechstörungen, Bewegungsstörungen oder schulische Vorläuferfähigkeiten eine Rolle und dies insbesondere bei Jungen und Kindern mit Eltern eines niedrigen Sozialstatus. Für diesen Altersbereich muss ein Befund aber noch nicht als manifest betrachtet werden, da im Laufe der Entwicklung sowie mit entsprechenden Maßnahmen noch Veränderungen stattfinden können. Jugendliche dagegen sind eher von Übergewicht und/oder Adipositas betroffen oder leiden unter psychischen Erkrankungen.



Für die körperliche Gesundheit ist u.a. zu beobachten, dass **Übergewicht** und hiervon insbesondere **Adipositas** stetig zunehmen, was bei Kindern im Einschulungsalter eher auf die Jahre der Pandemie beschränkt zu sein scheint, sich insbesondere bei männlichen Jugendlichen aber weiter fortführt. Die Entwicklung des Körpergewichts der Einschulungskohorten zu Pandemiezeiten sollte daher perspektivisch weiter beobachtet werden, z. B. in zukünftigen Studien oder Untersuchungen wie der HBSC-Studie oder der Schulabgangsuntersuchung.

In Zusammenhang mit der Entwicklung von Kindern im Einschulungsalter sind **Sprach- und Sprechstörungen**, die als Teil einer allgemeinen Entwicklungs-

störung gelten und im zeitlichen Verlauf konstant bleiben, mit nahezu zwei von zehn Kindern eine häufige gesundheitliche Störung. Zwar ist Brandenburg damit nicht stärker betroffen als es bundesweite Einschätzungen zulassen, das mindert aber nicht die Relevanz dieser Erkenntnis.

Betrachtet man die **stationären Behandlungsfälle von Erkrankungen**, so ist hervorzuheben, dass im Jahr 2023 auf 10 Kinder und Jugendliche ein Behandlungsfall kam. Zwar ist ein sinkender Trend zu beobachten, der durch die Pandemie verstärkt wurde, allerdings liegt Brandenburg weiterhin über dem Bundesdurchschnitt. Wer also wird am häufigsten mit welcher Ursache stationär behandelt? Es sind vermehrt Jungen und Kinder unter 5 Jahren, die aufgrund von Kopfverletzungen, infektiösen Darmkrankheiten und Erkrankungen der oberen Atemwege stationär behandelt wurden. Ab einem Alter von 10 Jahren wurden Kinder und Jugendliche häufig aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen stationär behandelt.

Für die kindliche **Mundgesundheit** kann Brandenburg auf eine deutliche Verbesserung bereits seit 1999 blicken. Auch ein befürchteter Einbruch bei der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen während und nach der Pandemie konnte nicht festgestellt werden. Insgesamt ist festzuhalten: Mehr als die Hälfte der untersuchten Kinder und Jugendlichen hatten 2023 naturgesunde Gebisse. Die Karieserfahrung nimmt mit steigendem Alter zu. Der Zahnwechsel hat einen bedeutenden Einfluss auf die Mundgesundheit.



„Die Kinder weisen teilweise heute noch Auffälligkeiten auf, die durch die pandemiebedingte reduzierte Betreuung in Kitas oder angespannte Lagen in den Familien entstanden sind.“

(Ärztin, Arbeitsgruppenleitung KJGD, Potsdam)

Zahngesundheit und **Zahnhygieneverhalten** stehen im Zusammenhang. Daher ist ein gutes Zahnhygieneverhalten wichtig. Dieses kann durch das tägliche Zähneputzen in Kitas unterstützt werden, allerdings kam es hier seit 2014 zu einem deutlichen Rückgang um fast 3 von 10 Kitas, in denen tägliches Zähneputzen nun nicht mehr durchgeführt wird. Dieser Rückgang zeigte sich in der Pandemie verstärkt. Das Vorpandemieniveau konnte nicht wieder erreicht werden. Auch für die Altersgruppen

der 11-, 13- und 15-Jährigen hat sich eine Verschlechterung des täglichen Zahnhygieneverhaltens gezeigt. Umso wichtiger ist eine kontinuierliche Arbeit zur gesundheitlichen Aufklärung in den Settings Kita und Schule.



Weitere **gesundheitsrelevante Verhaltensweisen** zeigen eine unterschiedliche Ausprägung je nach Altersgruppe. Beim **Medienkonsum** lässt sich bereits im Einschulungsalter ein eher ungünstiges Verhalten feststellen, was sich mit zunehmendem Alter noch verstärkt und sich sogar in problematischem Verhalten im Umgang mit sozialen Medien zeigt. Bei drei von zehn Kindern im Einschulungsalter zeigt sich, dass ihr Medienkonsum über den Empfehlungen des Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), vormals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), von zwei Stunden täglich liegt. Im Jugendalter ist festzustellen, dass sich allein der Konsum von sozialen Medien bei zwei von zehn Jugendlichen fast über den gesamten Tag erstreckt. Ob bei diesem ausgeprägten Mediennutzungsverhalten noch genug Zeit am Tag für ausreichende körperliche Aktivität verbleibt, ist fraglich.

Denn auch das zeigen die Ergebnisse der HBSC-Studie von 2022: Der von der World Health Organisation (WHO) empfohlene Umfang **körperlicher Aktivität** wird von der Mehrheit der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 bis 15 Jahren in Brandenburg nicht erreicht. Daten der Schulabgangsuntersuchung (SAU) belegen, dass ungefähr die Hälfte der Jugendlichen in ihrer Freizeit Sport treiben. Zur Betrachtung der Kinder im jüngeren Alter liegen derzeit keine aktuellen und repräsentativen Daten auf Bundes- oder Landesebene vor.

Beim **Ernährungsverhalten** veranschaulichen die Daten, dass sich sowohl in den Gewohnheiten wie dem täglichen Frühstück sowie dem gemeinsamen Essen in der Familie als auch bei der Auswahl von Lebensmitteln das Verhalten seit 2018 verschlechtert hat. So ist die Häufigkeit eines regelmäßigen Früh-



stücks gesunken und der Verzehr von Lebensmitteln wie Schokolade oder Süßigkeiten und zuckerhaltigen Getränken gestiegen. Gemeinsam mit einem tendenziell bewegungsarmen Lebensstil und erhöhtem Medienkonsum kann ein Zusammenhang mit der Entwicklung von steigendem BMI (Body Mass Index) in Brandenburg vermutet werden. Aber ein kausaler Zusammenhang wurde im Rahmen dieses Berichtes nicht untersucht.

Beim **Substanzkonsum** der Jugendlichen in Brandenburg ist insbesondere der Alkohol- und Tabakkonsum zu erwähnen, wobei der Tabakkonsum über die Zeit stark zurückgegangen ist. Beim Alkoholkonsum ist vor allem das regelmäßige Rauschtrinken bei fast zwei von 10 Jugendlichen auffällig. Insbesondere Jungen im Alter von 15 bis 17 Jahren mussten im Jahr 2023 wegen einer psychischen und Verhaltensstörung durch Alkohol, wozu u.a. die Alkoholvergiftung zählt, stationär behandelt werden. Das zeigt wie wichtig eine an ihrer Lebenswelt orientierte Präventionsarbeit ist.

Illegale Substanzen wie Cannabis, Ecstasy oder Kokain wurden laut der Selbstangaben der Jugendlichen nur von wenigen konsumiert und auch einen Anstieg des Konsums hat es nicht gegeben. Allerdings steigerte sich der Konsum von stimmungsbeeinflussenden Medikamenten bei Mädchen – insbesondere von 2017 auf 2021. In diesem Zusammenhang wäre eine spezifische Aufschlüsselung der Medikamente hilfreich, um eine bessere Einordnung vornehmen zu können. Hierzu können absehbar die Ergebnisse der 6. Befragungswelle der Schülerbefragung Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum (BJS) herangezogen werden.

Ein weiterer Indikator, der eine gesundheitsrelevante Verhaltensweise beschreibt, ist die **Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen**. Hier ist erfreulicherweise in Brandenburg über den Zeitraum der vergangenen 10 Jahre ein hohes Niveau für die Vollständigkeit der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen mit circa 95 % oder mehr zu verzeichnen.

Damit eng verbunden ist die Wahrnehmung von **Impfungen**. Im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen werden die Eltern gemäß Impfkalender der Stiko über empfohlene Impfungen aufgeklärt und bei Einverständnis wird entsprechend geimpft. Auch hier ist für die Kinder und Jugendlichen in Brandenburg ein hohes Niveau an Impfquoten festzustellen und für 9 von 14 Schutzimpfungen liegen diese höher oder gleich dem Bundesdurchschnitt. Bei Kindern im Einschulungsalter ist ein altersgerechter Impfstatus für 11 von 13 und bei Jugendlichen für 9 von 11 empfohlenen Impfungen mit einer Häufigkeit von mehr als 90 % zu verzeichnen. Für Masern, Mumps und Röteln liegt die Impfquote bei Einschulkindern sogar über 95 %, was als Zielwert für das Erreichen der Herdenimmunität gilt. Ein altersgerechter Impfstatus von geringerer Häufigkeit ist für die HPV-Impfung, Rotaviren, Pneumokokken und Varizellen festzustellen. Der Rückgang der Impfquote von Diphtherie, Tetanus und Pertussis (DTP-Impfquote) wird weiter beobachtet, um bei einem weiteren Absinken entsprechende Maßnahmen zu beraten.



Neben der körperlichen Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten ist aktuell insbesondere die **mentale bzw. psychische Gesundheit** von Kindern und Jugendlichen ein Thema von öffentlichem Interesse. Betrachtet man die Ergebnisse zur Situation in Brandenburg, wird deutlich, dass die psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen angestiegen ist. Der Anstieg von stationär behandelten Fällen aufgrund einer psychischen oder Verhaltensstörung insbesondere bei Mädchen, die schlechtere Einschätzung der subjektiven Gesundheit und die noch

einmal deutlichere Abnahme der Lebenszufriedenheit während der Pandemie sind deutliche Warnsignale. Ursächlich für die beobachteten psychischen Belastungen basierend auf Studien aus Deutschland waren unter anderem erhöhte Anforderungen an das Familienleben z. B. durch Homeschooling und die Kontaktbeschränkungen zur Eindämmung der Verbreitung des Corona-Virus.

Dabei sind die gestiegenen psychischen Auffälligkeiten während der COVID-19-Pandemie, hier vor allem Ängstlichkeit und depressive Symptome, nur teilweise überwunden und mit Blick auf weitere globale Krisen nicht als einzige Belastung zu betrachten.

Auch **Einsamkeit** ist bei Jugendlichen offenbar kein seltenes Gefühl. Veränderungen waren aber bereits vorher zu beobachten, die Pandemie kann als eine Art Verstärker auf die Entwicklung Einfluss genommen haben. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass bei der stationären Versorgung von psychischen Erkrankungen postpandemisch höchstwahrscheinlich Nachholeffekte zum Tragen kommen (Schlack, et al., 2023).



Während Kinder zu Beginn der **COVID-19-Pandemie** noch relativ niedrige Erkrankungszahlen aufwiesen, waren sie insbesondere in der vierten und fünften Welle stark vom Infektionsgeschehen betroffen. Die zum Teil sehr hohen Fallzahlen bei einem gleichzeitig geringem Anteil hospitalisierter bzw. verstorbener Kinder zeigen, dass schwere Krankheitsverläufe eher selten auftraten und tödliche COVID-19-Erkrankungsverläufe bei Kindern eine Ausnahme darstellen. In diesem Kontext konnte auch in einer Studie gezeigt werden, dass selbst bei hospitalisierten Kindern und insbesondere auch bei den am stärksten von Hospitalisierungen betroffenen Säuglingen und Kleinkindern oftmals nur milde bis moderate Verläufe diagnostiziert wurden, die mit einer besseren Prognose als bei Erwachsenen einhergehen (Streng, et al., 2020). Kinder mit (chronischen) Grunderkrankungen, wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder

Übergewicht, weisen ein deutlich erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf auf, sodass die Ständige Impfkommission (STIKO) für diese Kinder die Grundimmunisierung mit einem für Kinder zugelassenen COVID-19-Impfstoff sowie die jährliche Auffrischungsimpfung im Herbst empfiehlt (Robert Koch-Institut, 2020b).

Die COVID-19-Pandemie zeigte auch Auswirkungen auf das Auftreten anderer Infektionskrankheiten. So konnten deutliche Rückgänge der jährlichen Fallzahlen von Infektionserkrankungen außer COVID-19 bei Kindern im Land Brandenburg verzeichnet werden. Dieser Rückgang ist vielschichtig und könnte einerseits durch einen Rückgang in der Inanspruchnahme bzw. der eingeschränkten Verfügbarkeit einiger gesundheitlicher Versorgungsleistungen erklärt werden (Mangiapane, et al., 2021; Simões, et al., 2020). Andererseits haben ein verändertes Reiseverhalten sowie die im Zuge der COVID-19-Pandemie getroffenen Public-Health-Maßnahmen (z. B. Händewaschen, Maske tragen, Abstand halten) wahrscheinlich auch zu einem tatsächlichen Rückgang der Erkrankungszahlen beigetragen (Ullrich, et al., 2021). Demnach blieben die erwarteten Influenzasaisons in den ersten beiden Pandemiewintern nahezu vollständig aus, sodass mit den Lockerungen der Maßnahmen Mitte 2022 erstmalig wieder eine Influenzawelle im Land Brandenburg beobachtet werden konnte, die die Bevölkerung mit außerordentlich hohen Fallzahlen traf.

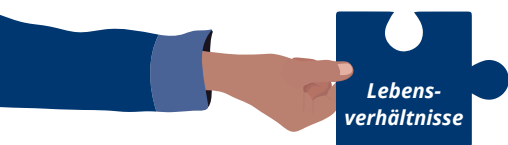
Diese Entwicklung wurde auch für andere respiratorische Erkrankungen zum Übergang in die endemische Phase beobachtet. Studien gehen hier von sogenannten Nachholeffekten aus, die sich aufgrund einer erhöhten Empfänglichkeit in der Allgemeinbevölkerung mit erhöhten Fallzahlen zeigen (Singer, et al., 2024).

Die Pandemie-Schutzmaßnahmen trafen laut Angaben der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 bis 15 Jahren auf eine eher hohe Akzeptanz. Mindestens die Hälfte der Befragten gaben an, Risikopersonen durch Kontaktbeschränkung zu schützen, regelmäßig Schutzmasken zu tragen und Hygieneregeln einzuhalten. Das ist insbesondere für diese Altersgruppe ein beachtliches Ergebnis, da soziale Interaktion mit Freunden und der Familie so wichtig sind.

Die subjektive Einschätzung der Kinder und Jugendlichen zur Pandemiezeit fiel insgesamt eher positiv aus und es wurden sogar Verbesserungen im Familien- und Sozialleben berichtet, wie auch im Gesundheitsverhalten z. B. mit mehr Bewegung. Aber auch die genannten negativen Auswirkungen dürfen nicht vernachlässigt und sollten als Auswirkungen der Pandemie benannt werden. Es handelt sich dabei u.a. um den Umgang mit den eigenen Gefühlen oder auch Stress.

Dies zeigt die komplexen und vielschichtigen Auswirkungen der monate- oder sogar jahrelangen realen Einschränkungen auf das gesunde Aufwachsen für diese betroffene Alterskohorte. Das sollte uns als Gesellschaft nachdenklich stimmen.





Wie kann man den Einfluss der Pandemie auf die Kinder- und Jugendgesundheit bewerten?

Es ist offensichtlich, dass es direkte und kurzfristige Auswirkungen gegeben hat, die ihren Ausdruck in einem starken SARS-CoV2-Infektionsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen und in einem Rückgang anderer Infektionskrankheiten sowie in weniger stationären Behandlungen von Erkrankungen fand.

Einen indirekten Einfluss der Pandemie kann anhand der Daten bei der Zunahme des BMI im Einschulungsalter und dem vermehrten Auftreten von Ängsten und Depressivität besonders unter Jugendlichen vermutet werden. Diese Veränderungen sind aber zeitlich begrenzt und nähern sich dem Vorpandemieniveau an, um anschließend dem allgemeinen zeitlichen Trend wieder zu folgen.

Daneben hat sich insbesondere im Bereich der mentalen Gesundheit die Lebenszufriedenheit deutlich verschlechtert und die stationären Behandlungen von psychischen und Verhaltensstörungen sind angestiegen. Auch Einsamkeitserleben hat sich als Problem entwickelt und ein deutlich gestiegenes ungünstiges Verhalten hinsichtlich Medien- und Substanzkonsum wurde beobachtet. Eine weitere Betrachtung der psychischen Gesundheit in den folgenden Jahren wird als erforderlich angesehen.

Ferner ist ein konstanter Anstieg von entwicklungsbezogenen gesundheitlichen Störungen im Einschulungsalter zu konstatieren. Für die Gruppe der Jugendlichen ist der Anstieg des Übergewichts, inklusive Adipositas zu nennen, die bereits länger einen ungünstigen Trend erkennen lässt, aber auch durch die Pandemie verstärkt wurde. Gemeinsam mit den Entwicklungen zu einem ungünstigen Gesundheitsverhalten (siehe Entwicklung Ernährungsweisen, körperliche Aktivität, Medienkonsum, Zahnhygiene) ist hier frühzeitig zu intervenieren.

Auf welche Gruppen von Kindern und Jugendlichen sollte ein besonderes Augenmerk gelegt werden?

Welche Gruppen von Kindern und Jugendlichen sind am häufigsten von körperlichen oder psychischen gesundheitlichen Störungen betroffen oder weisen sehr ungünstige gesundheitliche Verhaltensweisen auf?

Die dargestellten Ergebnisse nach Merkmalen der Lebensumwelt, wie sozioökonomischer Deprivation, der besuchten Schulform und der Region des Wohnortes, zeigen eine deutliche Dominanz an Ausprägungen der körperlichen Gesundheit sowie beim Gesundheitsverhalten. So ist bei **Kindern und Jugendlichen**, die:

- im **weiteren Metropolenraum** oder
- in **höher sozioökonomisch benachteiligten Wohnumgebungen** leben oder
- die **Schulformen Ober- und Förderschule** besuchen,

die Prävalenz von Übergewicht und stationären Behandlungen häufiger sowie die Mundgesundheit bei Kindern unter sechs Jahren schlechter. Damit einher geht ein eher ungesunder Lebensstil mit Verhaltensweisen wie geringerer körperlicher Aktivität, höherer Konsum von zuckerhaltigen Getränken oder vermehrter Konsum von Substanzen wie Alkohol oder Tabak.

Dass die gesundheitlichen Chancen aber auch stark von individuellen Determinanten abhängen, ist für Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem **niedrigen Sozialstatus oder mit Migrationshintergrund** ersichtlich: Sie sind besonders häufig von körperlichen Gesundheitsrisiken und -störungen wie Übergewicht und entwicklungsbezogenen funktionsdiagnostischen Befunden im Einschulungsalter betroffen. Auch bei der Gesundheitsvorsorge ist für

diese Kinder zu beobachten, dass Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen weniger häufig in Anspruch genommen werden.

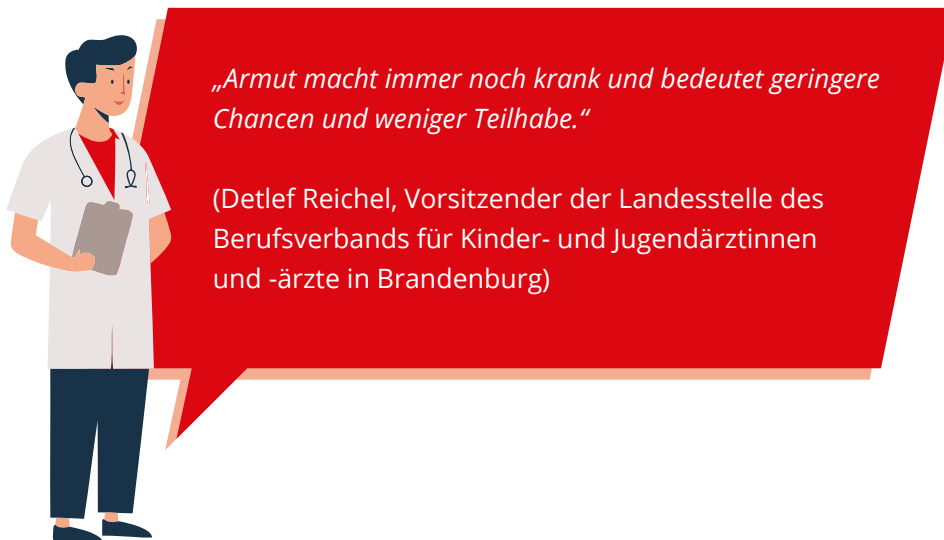
Allerdings sind auch die **psychische Gesundheit** betreffende Aspekte wie Einsamkeit, Lebenszufriedenheit, die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands und psychische Befunde im Einschulungsalter oder Diagnosen der stationären Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit Wohnort in hoch deprivierten Regionen oder mit Migrationshintergrund häufiger als bei Kindern und Jugendlichen, bei denen andere Lebensverhältnisse herrschen.

Insbesondere bei der Betrachtung des Geschlechts zeigt sich, dass **Mädchen** häufiger unter psychischen Auffälligkeiten und psychischen Störungen leiden. Das betrifft sowohl die häufiger vorkommenden stationären Diagnosen im Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen sowie die geringere Lebenszufriedenheit oder subjektive Gesundheit, eine stärkere Tendenz zu depressiver Symptomatik und Einsamkeitserleben in der Pandemiezeit. Auch der höhere Konsum stimmungsbeeinflussender Medikamente kann hiermit in Zusammenhang stehen. Die stationären Behandlungen von jugendlichen Mädchen betreffen vor allem Diagnosen in Zusammenhang mit depressive Episoden, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen sowie Essstörungen. Hinsichtlich des Gesundheitsverhalten weisen Mädchen eher eine geringere körperliche Aktivität

auf und seltener ein tägliches Frühstück und gemeinsame Mahlzeiten mit der Familie.

Für **Jungen** stellt sich die gesundheitliche Lage etwas anders dar. Bei ihnen ist im Vergleich zu den Mädchen die körperliche und verhaltensbezogene Gesundheit eher ungünstig ausgeprägt. Das betrifft insbesondere die schlechtere Mundgesundheit und höhere Prävalenz an Übergewicht (bezogen auf Jugendliche) sowie einen höheren Konsum ungesunder Lebensmittel (Schokolade, Softdrinks), längere Medienzeiten (insbesondere an der Spielekonsole) und ein schlechteres Zahnhygieneverhalten. Psychische Störungen oder entwicklungsbezogene Befunde sind bei Jungen im Einschulungsalter häufiger zu beobachten und bei stationären Behandlungen psychischer und Verhaltensstörungen sind bei älteren Jungen am ehesten Diagnosen in Zusammenhang mit Substanzkonsum (Alkohol, Cannabis) oder depressive Episoden dokumentiert.

Die Ergebnisse des Berichts zeigen somit, dass Kinder und Jugendliche in Brandenburg in verschiedenen Lebensaltern und nach Geschlecht unterschiedlich gesund aufwachsen. Auch das sozioökonomische Wohnumfeld, der individuelle Sozialstatus der Familien und zum Teil auch der Migrationshintergrund haben einen Einfluss darauf. Es bleibt eine verantwortungsvolle staatliche und gesamtgesellschaftliche Aufgabe, gute Rahmenbedingungen für ein gesundes und zufriedenes Aufwachsen zu gewährleisten.



„Armut macht immer noch krank und bedeutet geringere Chancen und weniger Teilhabe.“

(Detlef Reichel, Vorsitzender der Landesstelle des Berufsverbands für Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in Brandenburg)





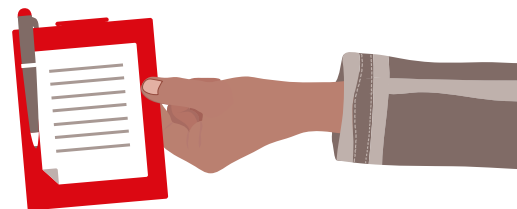
7 Welche Taten folgen aus den Daten? Was wollen wir für Kindergesundheit umsetzen?

Kinder und Jugendliche haben laut UN-Kinderrechtskonvention ein Recht auf gesundes Aufwachsen. Das sollte Maßstab und Ziel zugleich sein. Und es impliziert: Es soll und darf kein Kind zurückgelassen werden.

Eine wirksame Strategie für ein chancengerechtes Aufwachsen sowie gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen sollte daher:

- auf Basis einer soliden Gesundheitsberichterstattung Antworten auf die aktuell dringenden gesundheitlichen Problemstellungen bei Kindern und Jugendlichen liefern,
- einen breiten Wirkungsradius bieten,
- besonders auch vulnerable Zielgruppen erreichen und
- dabei verschiedene staatliche und nicht-staatliche Ebenen adressieren.

Im Folgenden werden aufbauend auf den berichteten Daten und Ergebnissen wesentliche gesundheitsförderliche Strukturen, staatliche Aufgaben, beteiligte Akteurinnen und Akteure und deren Arbeitsweisen im Land überblicksartig beschrieben. Daran anknüpfend sollen anhand der sich aus der Datenlage aufdrängenden gesundheitlichen Herausforderungen (erste) Lösungsansätze sowie Projekte benannt werden, die ein gesundes Aufwachsen unterstützen.



1. Gesundheitliche Prävention für Kinder und Jugendliche – das Präventionsgesetz, die Umsetzungsstrukturen und weitere rechtliche Grundlagen gemeinsam weiterentwickeln

Im Rahmen der 98. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) setzten die Ministerinnen und Minister und Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder im Juni 2025 mit Beschluss des Leitantrages 6.1 ein starkes Signal für die Stärkung der gesundheitlichen Prävention, mit folgenden Schwerpunkten:

- Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit
- Gesundheit in allen und für alle Politikbereiche – Health in/for All Policies (HiAP/HfAP)
- Finanzierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) zur Umsetzung von HiAP/HfAP
- kommunale Gesundheitsförderung stärken
- Präventionsgesetz weiterentwickeln
- Forschung beim Wirkungsnachweis komplexer Interventionen

Zum **Präventionsgesetz** wird der Bund aufgefordert, dieses gemeinsam mit den Trägern der **Nationalen Präventionskonferenz (NPK)** weiterzuentwickeln. Dabei sollen eine stärkere Verankerung von Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die Einbindung der relevanten Akteure und eine ausreichende Finanzierung berücksichtigt werden. Die GMK unter Beteiligung des Landes Brandenburg wird hierfür konkrete Vorschläge vorlegen (Gesundheitsministerkonferenz, 2025a).

Aber auch auf untergesetzlicher Ebene wirkt das Land Brandenburg, vertreten durch das Ministerium für Gesundheit und Soziales (MGS), aktiv an den Umsetzungsstrukturen für gesundheitliche Prävention auf Bundesebene mit, denn diese haben Strahlkraft in die Länder und Kommunen. In 2025/2026 wird der Evaluationsprozess der NPK und der Beitrag der Länder für den Bericht der NPK unterstützt.



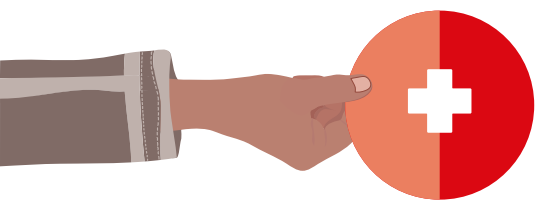
Im **Forum Gesundheitsziele** arbeitet das MGS neben verschiedenen Organisationen von Bund, Ländern, Kommunen, Bundesbehörden, Selbstverwaltungsorganisationen, Kostenträgern, Leistungserbringenden, Fachverbänden, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbänden, Industrie und Wissenschaft an der Formulierung von pluralistisch entwickelten Gesundheitszielen in Deutschland mit. Das Forum Gesundheitsziele ist eine Austausch- und Beratungsplattform für verschiedene Akteurinnen und Akteure im Bereich Public Health und leistet nach dem Grundsatz „Health in All Policies“ einen wichtigen Beitrag, dass die Gesundheitsziele evidenzbasiert weiterentwickelt werden – aktuell mit einer Schwerpunktsetzung auf die Prävention gegen Einsamkeit und Gesundheit rund um die Geburt (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.).

Die **Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß §20f SGB V im Land Brandenburg** (LRV Brandenburg) wurde 2017 zwischen dem Land Brandenburg, vertreten durch das für Gesundheit zuständige Mitglied der Landesregierung, und den Sozialversicherungsträgern der Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen in Brandenburg geschlossen. Sie schafft den Rahmen, um bewährte Ansätze und Kooperationen der Prävention und Gesundheitsförderung fortzuführen und auszubauen sowie neue Initiativen gemeinsam ins Leben zu rufen. So haben sich im Land Brandenburg verlässliche Strukturen der Zusammenarbeit, wie die Bündnisse Gesund Aufwachsen und Gesund Älter werden, der Arbeitskreis Arbeit und Gesundheit sowie verbindliche Kooperationen, wie beispielsweise das Landesprogramm für die gute gesunde Schule, etabliert. Ein Fokus liegt besonders auf der Vermeidung sozial bedingter, geschlechtsbezogener und regionaler Ungleichheit von Gesundheitschancen. Die Brandenburger Konferenz zur LRV tagt mindestens jährlich und trifft einschlägige Verabredungen. Nach § 20f SGB V beteiligt sich die Bundesagentur für Arbeit – Regionaldirektion Berlin-Brandenburg – der LRV Brandenburg. Daneben sind auch die Kommunalen Spitzenverbände eingeladen, der Rahmenvereinbarung beizutreten.



Die **Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg** (KGC Brandenburg) unterstützt die Partnerinnen und Partner der Landesrahmenvereinbarung Brandenburg durch ihre Expertise und organisiert öffentliche Veranstaltungen für Entscheidungsträger und Fachkräfte aus dem Land Brandenburg. Die inhaltlichen Schwerpunkte werden gemeinschaftlich unter Berücksichtigung von Erkenntnissen aus der Gesundheitsberichterstattung, getroffen. Als konkreter Handlungsansatz für die kommunale Ebene berät und unterstützt die KGC Brandenburg beim Aufbau und der Pflege kommunaler Präventionsketten. Denn mit verlässlichen gesundheitsförderlichen Strukturen vor Ort kann schnell und wirksam auf sich abzeichnende oder bereits virulente gesundheitliche Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen reagiert werden.

Viele wichtige gesundheitsrelevante Regelungen werden auf Bundesebene getroffen. Umso wichtiger ist es, bei spezifischen Fehlentwicklungen als Länder abgestimmt aufzutreten. Der Zugang zu Alkohol, als die – neben Tabakerzeugnissen – auch im Land Brandenburg am häufigsten konsumierte Droge im Jugend- bzw. jungen Erwachsenenalter, sollte beschränkt werden. So setzt sich das MGS im Länderkanon dafür ein, das begleitete Trinken ab 14 Jahren abzuschaffen. Die GMK bekräftigte dies in ihren Beschluss zu TOP 11.2 aus der 98. GMK und wies erneut auf die gravierenden gesundheitlichen Folgen frühzeitigen Alkoholkonsums sowie den Bedarf an präventiven Maßnahmen zur Reduzierung des Konsums von Alkohol bei Jugendlichen hin (Gesundheitsministerkonferenz, 2025b). Der Position wird auch in Zukunft Nachdruck verliehen.



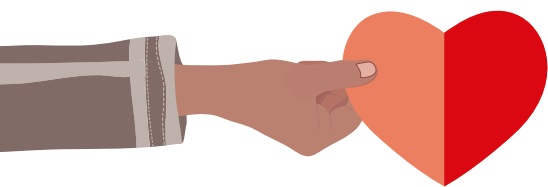
2. Gesundheitsförderung und -hilfen, Schutz der Gesundheit und Zentrales Einladungs- und Rückmeldewesen – Den Beitrag des Öffentlichen Gesundheitsdienstes nachhaltig sichern

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) in Brandenburg, allen voran die Gesundheitsämter der Landkreise und kreisfreien Städte, sind eine tragende Säule für die Kindergesundheit. Mit den vielfältigen **Aufgaben nach dem Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz** erfüllen die Gesundheitsämter damit auch einen wichtigen Auftrag für die kommunale Daseinsvorsorge. Sie organisieren gesundheitsförderliche Angebote in Kitas, Schulen, Familienzentren und anderen Einrichtungen. Auch für bereits erkrankte Kinder und Jugendliche werden Gesundheitshilfen vorgehalten.

Im Rahmen von **Untersuchungen** der Gesundheitsämter zum gesundheitlichen Entwicklungsstand und zur Mund- und Zahngesundheit im Speziellen werden eine Vielzahl von Kindern und Jugendlichen im Land erreicht und ärztlich sowie zahnärztlich in Augenschein genommen, um frühzeitig Entwicklungsauffälligkeiten und Erkrankungen feststellen und den Eltern Empfehlungen für eine fachärztliche Abklärung und für hilfreiche Therapien geben zu können. Dabei leisten die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste und die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter auch einen unverzichtbaren Beitrag zum Kinderschutz, indem Auffälligkeiten festgestellt und die Hilfestrukturen bei Kindeswohlgefährdung aktiviert werden. Eine weitere Funktion ergibt sich für die Teilhabe an Bildung, Ausbildung und Arbeit. Bei den Schuleingangs- und Schulabgangsuntersuchungen wird die Schulbereitschaft bzw. Ausbildungs- und Arbeitsfähigkeit festgestellt und eventuelle Hemmnisse dokumentiert.

Das **Zentrale Einladungs- und Rückmeldewesen** (ZER) zur Förderung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen nach § 26 SGB V für Kinder und Jugendliche, den sogenannten U-Untersuchungen, wird seit 2008 mit Novellierung des BbgGDG im Land umgesetzt. Für die Durchführung des gesamten Verfahrens wurde im Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) eine zentrale Stelle eingerichtet, mit der auch die Gesundheitsämter zusammenarbeiten. Das ZER soll als Verfahren digitalisiert und damit modernisiert werden.

Mit dem **Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst** wurde als Reaktion auf die COVID-19-Pandemie 2020 ein nationales Programm zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheitsdienste in den Ländern und Kommunen ins Leben gerufen. Die Corona-Pandemie hat gezeigt, wie wichtig gerade der ÖGD ist, um eine Schadens- oder Gefahrenlage dieses Ausmaßes und ihre Auswirkungen auf alle Bereiche des täglichen Lebens wirksam in den Griff zu bekommen. Die Corona-Krise hat aber auch allen vor Augen geführt, dass eine nachhaltige Verstärkung des ÖGD als eine unverzichtbare Säule des Gesundheitswesens dringend geboten ist (Bundesministerium für Gesundheit). So sollten laut Zuweisung des Bundes mit dem Programm im Land Brandenburg mindestens 138 Vollzeitäquivalente in den Gesundheitsämtern geschaffen und besetzt werden. Die Landkreise und kreisfreien Städten schafften sogar 210 Vollzeitäquivalente, von denen mehr als 180 schon besetzt werden konnten und das ganz überwiegend unbefristet. Das Land Brandenburg, das ebenfalls Träger des ÖGD ist, setzte 15 Vollzeitäquivalente in der Landesverwaltung um. Die personelle Stärkung ist unter anderem in den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten, den Zahnärztlichen Diensten, bei den Sozialpsychiatrischen Diensten, im Infektionsschutz, bei der Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung angekommen. Die Stellen sollten – soweit möglich – nachhaltig für den ÖGD über die Paktlaufzeit bis Ende 2026 hinaus gesichert bleiben, sodass die anspruchsvollen Aufgaben der Träger des ÖGD auch künftig qualitativ hochwertig und quantitativ angemessen erfüllt werden können.



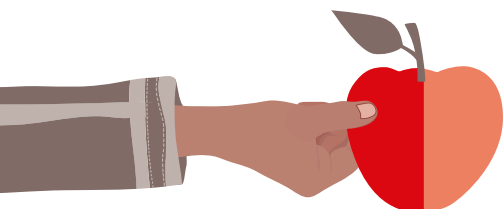
3. Armutsprävention und gesundheitliche Prävention als zwei Seiten einer Medaille – Für soziale und gesundheitliche Chancengleichheit vernetzt zusammenarbeiten

Es gibt eine bundesweite Evidenz zur gesundheitlichen Ungleichheit, die konsequent in die Öffentlichkeit getragen werden muss. Befunde zeigen mit großer Übereinstimmung für Deutschland, dass Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status deutlich häufiger von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und schwerwiegenden chronischen Erkrankungen betroffen sind als jene mit höherem sozioökonomischem Status (Robert Koch-Institut, 2017). Auch im Land Brandenburg konnten im vorliegenden Bericht in verschiedenen Bereichen Unterschiede im Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand in Abhängigkeit des individuellen sozialen Status oder der sozioökonomischen Deprivation beobachtet werden.

Der **Kongress Armut und Gesundheit** setzt sich bundesweit für gesundheitliche Chancengleichheit ein – wissenschaftlich fundiert, politisch wirksam und sozial engagiert. Der Kongress unter der Ägide von Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. ist die Public Health-Veranstaltung in Deutschland. Das MGS gehört seit vielen Jahren zu den fördernden Institutionen. Die Kinder- und Jugendgesundheit wird alljährlich mit Forschungsexpertisen, Projektvorstellungen und Wissenschaftstalks beleuchtet (<https://www.armut-und-gesundheit.de/>). Dabei geht es stets darum, auf Evidenzbasis den „Finger in die Wunde“ zu legen und auf Augenhöhe zwischen Wissenschaft, Politik und Verantwortungsträgern aus Sozial- und Gesundheitswesen Nachbesserungen zur Armutsprävention und Gesundheitsförderung anzumahnen. Das MGS will den Kongress auch künftig unterstützen.

Unter der Federführung des MGS hat sich auch in der neuen Legislaturperiode ein **ressortübergreifender Arbeitskreis Kinderarmut** unter Beteiligung des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport (MBJS) und dem Ministerium für Wirtschaft, Arbeit, Energie und Klimaschutz zum Thema Kinderarmut gebildet, der über die Umsetzung der Handlungsempfehlungen aus dem Runden Tisch gegen Kinderarmut berichtet, Bilanz zieht und gemäß des Auftrages aus dem Koalitionsvertrag 2024 bis 2029 ein Landeskonzept zur (Kinder-)Armutsprävention unter Berücksichtigung der Schnittstellen zum Präventionsgesetz entwickelt. Das Landeskonzept wird dabei unterstützen, gemeinsame Handlungsfelder, -erfordernisse und Maßnahmen zu identifizieren. Bereits erfolgreiche Programme und Projekte wie das „Bündnis Gesund Aufwachsen“, die „Landesinitiative – Kindeswohl im Blick“, „Stark vor Ort – Soziale Integration von armutsbedrohten Kindern und ihren Familien“, die Förderung der Familienzentren, die Netzwerke Frühe Hilfen und die Netzwerke Gesunde Kinder arbeiten auch künftig eng verzahnt, weitere Aktivitäten werden ergänzt.

Die **Integrierte Sozial- und Gesundheitsberichterstattung** hat Ende des Jahres 2022 ein wichtiges Onlineangebot an den Start gebracht: das Monitoring zur sozialen und gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg. Spezielle Problemlagen, insbesondere benachteiligter Kinder und Jugendlicher, können besser identifiziert werden, und es ermöglicht eine zielgenauere Unterstützung bei der Prävention und Bekämpfung von Kinderarmut. Dazu wurde eine webbasierte Nutzeroberfläche mit ausgewählten Indikatoren entwickelt und unter <https://sozialmonitoring.brandenburg.de> der (Fach-) Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Im Ergebnis steht ein Instrument zur Datenanalyse gesellschaftlicher Entwicklungen von Kindern und Jugendliche zur Verfügung, dass zur sozial- und gesundheitspolitischen Steuerung auf kommunaler und Landesebene genutzt werden kann. Wie bei allen Datenprodukten ist das Instrument nur so gut wie seine Aktualität. Deswegen machen wir es uns zur Aufgabe, das Monitoring weiterzuentwickeln und weiterzupflegen.



4. Gemeinsam erreichen wir mehr – Gesundheitsziele mit dem „Bündnis Gesund Aufwachsen“ schärfen

Um Kindern und Jugendlichen ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen, braucht es gemeinsame Ziele. Davon sind die Partnerinnen und Partner überzeugt, die seit 2004 im **Bündnis Gesund Aufwachsen** (BGA) mitarbeiten. Die Akteurinnen und Akteure im BGA, aus verschiedenen Bereichen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen, arbeiten auf freiwilliger Basis zusammen. Die Umsetzung der gemeinsam vereinbarten Ziele erfolgt in ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen und in Eigenverantwortung.

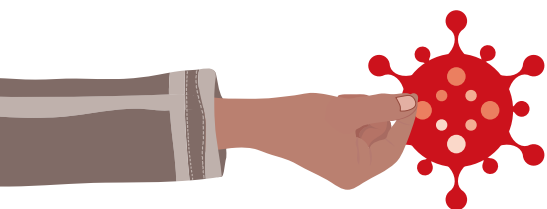
Das BGA versteht sich als Plattform, die die beiden wesentlichen Grundlagen für wirkungsvolle Gesundheitsziele, die Datenbasis und die Handelnden, zusammenführt. Als Gemeinschaftsinitiative schafft das BGA insbesondere in seinen Arbeitsgruppen und mit seinen Fachveranstaltungen Rahmenbedingungen, die den offenen Dialog und die interdisziplinäre Zusammenarbeit für Kindergesundheit befördern ([https:// www.buendnis-gesund-aufwachsen.de/](https://www.buendnis-gesund-aufwachsen.de/)).

Am 7. Mai 2025 ist das Plenum des BGA zusammengekommen und verabschiedete neun Beschlüsse, die das Arbeitsprogramm des BGA bis 2027 konkretisieren und die Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg verbessern sollen. Stichworthaft seien hier genannt: Beteiligung von Kindern und Jugendlichen, Gesundheit rund um die Geburt, Komplexeleistung Frühförderung, Zusammenarbeit der Netzwerke, Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen und/oder Abhängigkeitserkrankungen, Krankenpflege für Kinder und Jugendliche, Unfall- und Gewaltprävention, Medienkompetenz, Ernährungs- und Einkaufskompetenz (Bündnis Gesund Aufwachsen, 2025a). Die Umsetzung erfolgt laufend und stetig. So konnte bereits am 2. Juli 2025 eine Kindergesund-



heitskonferenz zu einem der Fokusthemen durchgeführt werden: „Smarte Klicks, starke Kids – Medienkompetenz von Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg stärken“ (Bündnis Gesund Aufwachsen, 2025b). Auch dieser Gesundheitsbericht zeigt, dass digitale Medien einen hohen Stellenwert im Leben besonders von Jugendlichen haben.

In Reflexion der vorliegenden Daten wird das BGA die Gesundheitsziele begleiten und weiter schärfen.



5. Auf die COVID-19-Pandemie wirksam reagieren – Die Landesinitiative „Kindeswohl im Blick“

Der vorliegende Bericht zeigt eindrücklich, dass die Pandemie bei Kindern und Jugendlichen gesundheitliche Spuren hinterlassen hat, ob bei der körperlichen oder psychischen Gesundheit, bei der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchung, bei der Impfbereitschaft, oder bei gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen wie Medienkonsum und Ernährung.

Schon zu Beginn der Pandemie, während erste Isolationsmaßnahmen und Kontaktbeschränkungen in Kraft traten, fasste das BGA im November 2020 im Rahmen des 8. Plenums einen weitblickenden Beschluss unter dem Titel „Gesundheits- und soziallagenbezogene Herausforderungen der Corona-Pandemie“. Darin wurden Lösungsstrategien und konkrete Handlungsempfehlungen vorgelegt, pandemiebedingte Belastungen von Kindern und Familien aufgezeigt und eine koordinierte, präventiv ausgerichtete Reaktion des Landes gefordert.

Im Mai 2021 verabschiedete der Brandenburger Landtag den Beschluss „Kindeswohl im Blick behalten – Kindergesundheit stärken“. Der Beschluss war eine landespolitische Reaktion auf die Belastungen von Kindern und Jugendlichen durch die Corona-Pandemie und markierte den Startschuss für eine ressortübergreifende Initiative, die das Kindeswohl stärker in den Mittelpunkt rücken und die Zusammenarbeit im Land intensivieren sollte. Dies bildete den Ausgangspunkt für die „**Landesinitiative Kindeswohl im Blick (LiK)**“.

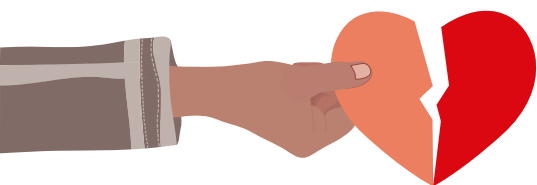
Unter dem Dach der Landesinitiative setzen sich gesetzliche Krankenkassen, Renten- und Unfallversicherungsträger, das Ministerium für Gesundheit und Soziales, das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg sowie Gesund-

heit Berlin-Brandenburg e.V. und die Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V. dafür ein, das Recht von Kindern und Jugendlichen auf ein gutes, gesundes Aufwachsen zu stärken. Den Rahmen für die intensivierte Zusammenarbeit bildet eine Kooperationsvereinbarung, die (zunächst) bis März 2027 abgeschlossen wurde.

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung des Landes und weiterer Untersuchungen, etwa der Krankenkassen, wurde der Arbeitsschwerpunkt in den Jahren 2024 und 2025 auf der Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gelegt. Es werden verschiedene Projekte angestoßen, wie eine landesweite Übersicht von Akteurinnen und Akteuren und Angeboten aus den Bereichen Gesundheitsförderung und Sozialpsychiatrie. Ziel ist es, die vorhandenen Strukturen durch eine gezielte Kategorisierung, u.a. nach Zielgruppen, übersichtlich darzustellen, um Bürgerinnen und Bürgern sowie Fachkräften mehr Orientierung und Vernetzungsmöglichkeiten zu bieten. Das LAVG setzt das Vorhaben mit einer Anschubfinanzierung aus Mitteln des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst um.

Welche Schwerpunkte in der Landesinitiative „Kindeswohl im Blick“ anschließend gesetzt werden, vereinbaren die Partnerinnen und Partner der Landesinitiative in bewährter Weise im Steuerungsgremium und beraten durch die vorliegende Gesundheitsberichterstattung sowie durch das BGA.





6. Wo die Not groß ist – vulnerable Kinder, Jugendliche und besondere Risikogruppen erreichen

Der vorliegende Bericht zeigt auf, dass sich viele Kinder und Jugendliche in Brandenburg gut und gesund entwickeln. Er weist aber auch Kinder und Jugendliche aus, die einem erhöhten Risiko für gesundheitliche Belastungen und Erkrankungen ausgesetzt sind. Einflussreiche Determinanten je nach Alter, Untersuchungsformat oder Befragung sind das Geschlecht, die sozioökonomische Deprivation nach Wohnlage (Berliner Umland vs. weiterer Metropolenraum), der individuelle Sozialstatus der Familie und ein möglicher Migrationshintergrund.

Insbesondere bei der **psychischen Gesundheit** von Kindern und Jugendlichen während und nach der COVID-19-Pandemie sind auffällige Gruppenunterschiede festzustellen. Zu den psychisch belasteten oder erkrankten jungen Menschen kommen Kinder und Jugendliche, die in einer Familie mit mindestens einem sucht- oder psychisch erkrankten Elternteil aufwachsen. Die Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (BLS) geht davon aus, dass etwa jede/r sechste Minderjährige im Land davon betroffen ist. Diese Kinder und Jugendlichen sind besonders gefährdet, selbst eine psychische Erkrankung und/oder eine Suchterkrankung zu entwickeln.

In enger Zusammenarbeit der BLS, des GKV-Bündnisses für Gesundheit, der Auridis Stiftung, dem MGS und einer landesweiten Arbeitsgruppe wurde das **Projekt „selbstbestimmt – Prävention für Kinder aus sucht- und psychisch belasteten Familien“** konzipiert. Die Umsetzung soll von 2025 bis 2028/2029 erfolgen. Dabei handelt es sich um ein Projekt mit zwei Projektschwerpunkten, das im Wesentlichen durch die zwei Fördermittelgeber GKV-Bündnis und Auridis finanziert und durch die BLS umgesetzt wird:

- selbstbestimmt – Qualifikation und Kommunikation und
- selbstbestimmt – Kommunale Gesamtkonzepte in drei Modellregionen.

Als ein weiteres überregionales Projekt wird unter dem Dach der Landesinitiative das Projekt **„You’ll never walk alone 4.0 – Primärpräventive Arbeit von Fachkräften in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“** des GLG Martin-Gropius Krankenhaus gefördert, das eine Primärprävention für psychische Gesundheit in Schulen und Einrichtungen der Jugendhilfe in der Region Nordwestbrandenburg anbietet, gefördert durch das GKV-Bündnis für Gesundheit.

Darüber hinaus finanziert das **GKV-Bündnis für Gesundheit zielgruppenspezifische Interventionen** im Rahmen ihres Kommunalen Förderprogramms. In Brandenburg unterstützt es insbesondere die Landesinitiative „Kindeswohl im Blick“ und begrüßt Projekte mit dem Ziel „Gesund Aufwachsen in Brandenburg“. Derzeit werden insgesamt 31 Projekte für Kinder, Jugendliche und Familien in 12 Landkreisen und kreisfreien Städten finanziert, davon:

- 12 Projekte im Bereich psychische Gesundheit und Suchtprävention,
- 10 Projekte im Bereich Bewegungsförderung,
- 4 Projekte für besondere Zielgruppen, wie Menschen mit Migrationshintergrund (3) und Kinder mit Behinderungen (1),
- 3 übergreifende Präventionsprojekte,
- 2 Projekte zum Hitzeschutz.¹⁵

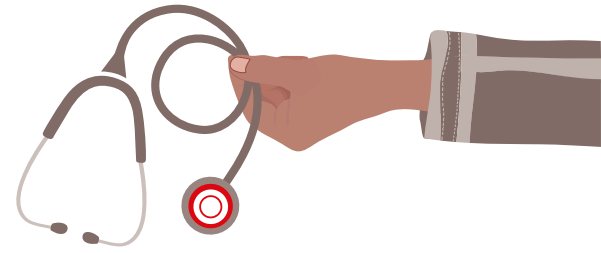
Die Fokussierung der Projekte auf Bewegungsförderung, neben denen zur psychischen Gesundheit, kommt nicht von ungefähr. Bewegungsarmut bei Kindern und Jugendlichen ist ein zunehmendes Phänomen und betrifft alle Geschlechter. In der vorliegenden Datenanalyse waren gerade auch Jungen betroffen. Es ist festzuhalten, dass die Datenlage zum Bewegungsverhalten im Land Brandenburg insgesamt verbessert werden sollte, um künftig die Bewegungsaktivität von Kindern und Jugendlichen

¹⁵ https://www.gkv-buendnis.de/buendnisaktivitaeten/wir_in_den_laendern/brandenburg/arge_bb/arge_bb.html

in Brandenburg genauer abbilden und ins Verhältnis mit den nationalen Bewegungsempfehlungen und denen der WHO setzen zu können.

Im Zusammenhang mit Bewegungsarmut steht Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen, welches in Brandenburg präsent ist. War es bei Kindern im Einschulungsalter eher auf die Jahre der Pandemie beschränkt, so scheint es sich jedoch insbesondere bei männlichen Jugendlichen fortzusetzen. Untersuchungen belegen, dass mit zunehmendem Jugendalter die Korrelation zwischen dem BMI im Jugendalter und dem BMI im Erwachsenenalter ansteigt (Simmonds, et al., 2016). Demnach besteht das Risiko, dass sich bei Personen, welche die Pandemie im Jugendalter durchlebt haben, das Körpergewicht bzw. der BMI auch nach der Pandemie langfristig auf höherem Niveau verbleibt, mit allen damit verbundenen gesundheitlichen Risiken.

Umso wichtiger ist es, Präventionsangebote zur Bewegungsförderung evidenzbasiert und wirkungsstark auszurichten. Das GKV-Bündnis für Gesundheit hat daher begleitet durch das BGA eine **Evaluation kommunaler Ansätze der Bewegungsförderung** in Auftrag an die Universität Bremen gegeben. Die geförderten Konzepte zur kommunalen Bewegungsförderung sollen zum Ende des Jahres 2025 analysiert werden. Ziel ist eine Ist-Stand-Erhebung positiver und hinderlicher Elemente für kommunale Bewegungsförderung im Land Brandenburg sowie Schlussfolgerungen für zukünftige Evaluationsfelder.



7. Was wir nicht wissen, können wir nicht anpacken – Gesundheitsberichterstattung, Public-Health- und Versorgungsforschung für Kinder und Jugendliche stärken

Die Gesundheitsberichterstattung beschreibt die gesundheitliche Lage der Bevölkerung, analysiert Problemlagen und zeigt Handlungsbedarfe für die Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche auf. Sie soll auch künftig eine rationale Grundlage für partizipative Prozesse und gesundheitspolitische Entscheidungen der Landesregierung liefern.

Der vorliegende Bericht verdeutlicht, dass es neben den Inhalten, gute, vergleichbare Daten und eine gut ausgebaute verlässliche Dateninfrastruktur braucht. Eine wichtige Rolle spielt zudem die Datenqualität, an der in der Landesgesundheitsverwaltung gemeinsam mit den Gesundheitsämtern stetig gearbeitet wird. Um als Land umfassend und valide auskunftsfähig zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung oder einzelner Gruppen zu sein, werden die folgenden Fragen zur Ausrichtung der Landesgesundheitsberichterstattung in einem eigenen Prozess – unter Beachtung verfügbarer Ressourcen – zu beantworten sein:

- Was ist zu tun, um Datenlücken zu schließen und die Datenlage zu verbessern?
- Welche Studien werden durch das Land ggf. auf Initiative der Gesundheitszieleprozesse weitergeführt, um Daten fortschreiben zu können und Entwicklungen langfristig zu beobachten? (z. B. HBSC/BJJS)
- Welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung besonders im Bereich der Daten des ÖGD werden empfohlen oder bereits umgesetzt?
- Welche Möglichkeiten zur Präsentation und Dissemination von Daten und Berichten gibt es bereits und gilt es fortzuführen (z. B. Gesundheitsplattform, „GBE im Fokus“ als besonderes Format für Kurzberichte, GBE-Newsletter)?

Die **Gesundheitsplattform** beim LAVG soll stetig weiterentwickelt und um Daten zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung insgesamt und von Kindern und Jugendlichen ergänzt werden. Auch die Suchtberichterstattung wird mit der Fortführung der Schülerbefragung Brandenburger Jugendlicher und der Substanzkonsum (BJS) fortentwickelt. Dabei wird auch ein Augenmerk darauf zu legen sein, ob und wie sich die Teillegalisierung von Konsumcannabis mit Inkrafttreten des Konsumcannabisgesetz (KCanG) im Jahr 2024 auf das Konsumverhalten von Jugendlichen unter 18 Jahre auswirkt.

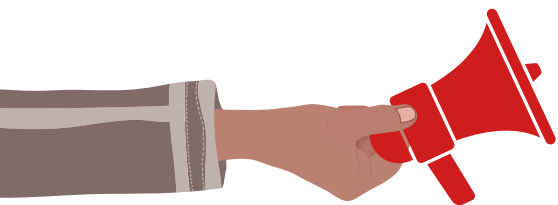
Insgesamt sollte die Verzahnung von Wissenschaft und ÖGD sowie die Forschung im und über den ÖGD gestärkt werden – eine Ableitung, die sich für die Landesebene stellt, aber auch für die anderen staatlichen Ebenen relevant sein dürfe. Im Rahmen des Pakts für den ÖGD wurde im Mai 2025 eine **Gastprofessur zum Öffentlichen Gesundheitsdienst an der Medizinischen Hochschule Brandenburg „Theodor Fontane“** eingerichtet, um die Rolle des ÖGDs in Lehre und Forschung zu stärken. Ziel ist es, die Attraktivität des vielfältigen Arbeitsfelds zu erhöhen, Nachwuchs gezielt anzusprechen und wissenschaftlich fundierte Antworten auf aktuelle Herausforderungen, wie Versorgungsgerechtigkeit, Krisenfestigkeit und gesundheitliche Teilhabe, zu entwickeln – und das immer auch mit einem Augenmerk auf die Kinder- und Jugendgesundheit. Damit etablierte das Land Brandenburg nach München, Leipzig,

Dresden, Köln und Frankfurt a.M. einen weiteren wichtigen wissenschaftlichen Anker für den ÖGD.

Das Arbeitsprogramm der Gastprofessorin, Dr. med. Susanne Pruskil, M.Sc. Public Health, bis Ende 2026 sieht unter anderem eine stärkere Sichtbarkeit des ÖGD in medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Curricula, die Entwicklung neuer Austauschformate sowie anwendungsorientierte Forschungsprojekte mit Gesundheitsämtern als Praxispartner vor. Brandenburg kann so zu einem Modellraum für eine neue Wissenschafts-Praxis-Kultur im ÖGD werden.

Andere Wissenschaftskooperationen der Landesverwaltung sollen ebenfalls (weiter) gepflegt werden. So beteiligt sich das MGS seit 2021 an dem Projekt des Robert Koch-Institutes „AdiRaum – Adipositas und Übergewicht – Nutzung von Daten der Schuleingangsuntersuchungen für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und die NCD Surveillance“ (Surveillance nichtübertragbarer Erkrankungen). Ziel des Projekts ist es, eine nachhaltige Struktur zur Nutzung und digitalen Zusammenführung der Daten der Schuleingangsuntersuchungen des ÖGD der Länder zu Übergewicht und Adipositas zu entwickeln. Außerdem kooperiert das LAVG mit der Universität Potsdam im Projekt EMOTIKON – Erfassung der motorischen Leistungsfähigkeit in der Jahrgangsstufe 3 zur kontinuierlichen Evaluierung des Schulsports und einer diagnosebasierten Systematisierung der Sport- und Bewegungsförderung.





8. Junge Menschen als Expertinnen und Experten in eigener Sache – Kinder- und Jugendliche bei der Entwicklung von Gesundheitszielen und -maßnahmen beteiligen

Artikel 12 der UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK) sichert Kindern das Recht zu, ihre Meinung in allen sie betreffenden Angelegenheiten zu äußern, und verpflichtet, dieser Meinung entsprechend dem Alter und der Reife des Kindes angemessenes Gewicht zu verleihen. Wir wollen Artikel 12 der UN-KRK ernst nehmen und bei dem Gesundheitszieleprozess des Landes Brandenburg, dem Bündnis Gesund Aufwachsen, Kindern und Jugendlichen eine Stimme geben.

Das Plenum des BGA hat am 7. Mai 2025 in seinen **Beschluss 1 „Beteiligung von Kindern und Jugendlichen fördern“** ein klares Bekenntnis zur künftigen Partizipation getroffen und erste Aktivitäten mit der Kontaktaufnahme zur Kinderbeauftragten des Landes und dem Kompetenzzentrum Kinder- und Jugendbeteiligung Brandenburg e.V. begonnen.

Außerdem soll die Perspektive der Kinder und Jugendlichen bei Erhebungen zur Kindergesundheit weiterhin Berücksichtigung finden. Erst durch **Befragungen von Kindern und Jugendlichen** selbst, wie bei der HBSC Brandenburg, der Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum (BJS) oder der COPSy Brandenburg, können gesundheitsfördernde und -schädliche Verhaltensweisen bei der Zielgruppe erfragt und die Wahrnehmung von körperlicher und mentaler Zufriedenheit aber auch von Belastungen ermittelt werden. Die Perspektive der Kinder und Jugendlichen in der Gesundheitsberichterstattung ist dabei wesentlich.

Zusammengefasst heißt das:

In Brandenburg ist es bewährte Praxis, dass die Akteurinnen und Akteure im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung partnerschaftlich zusammenarbeiten, sich regelmäßig synchronisieren und Kräfte und Ressourcen bündeln. Auf diesem Weg wollen wir gemeinschaftlich voranschreiten und die Ergebnisse und Erkenntnisse aus diesem Bericht gemeinsam auswerten, um konkrete Aktivitäten und Maßnahmen im Sinne des gesunden Aufwachsens vereinbaren zu können. Das Gesundheitsministerium wird als für die Koordinierung von Health in All Policies zuständiges Ressort Impulse für die Handlungsebene im Rahmen der Veröffentlichung des Berichtes einbringen.



„Nach wie vor sind Gesundheit und Krankheit von den sozialökonomischen Verhältnissen, in den die Kinder und Jugendlichen leben, abhängig vom Bildungsstand ihrer Eltern und gerade Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund bzw. aus Flüchtlings- und asylsuchenden Familien erreichen wir nur mit Mühe und zu gering.“

(Detlef Reichel, Vorsitzender der Landesstelle des Berufsverbands für Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in Brandenburg)

Die TOP 5 greifbarer Handlungsoptionen, die auf die Probleme aus dem Bericht direkt reagieren, sind:



I. Früher erkennen, besser fördern

- Sprachstand- und Entwicklungsschecks vor der Einschulung landesweit etablieren, Eltern klar informieren und bei Bedarf zu Förderangeboten lotsen



II. Mehr Bewegung im Alltag

- Landesprogramme ausweiten und Kooperationen mit Sportvereinen verstärken; Schon kleine Anreize (z. B. Zertifikate, Wettbewerbe) bringen Schulen in Bewegung.



III. Psychische Gesundheit sichtbar machen

- Hilfeangebote in den Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen mit dafür benannten Multiplikatoren platzieren; Parallel werden vorhandene Hotlines und Online-Beratungen stärker bekannt gemacht.



IV. Medienkompetenz stärken

- landesweite Aktionswochen zu „Smarte Klicks, starke Kids“: Workshops für Kinder, Eltern und Lehrkräfte, Pilotprojekte mit „medienfreien Tagen“ in Kitas und Schulen



V. Gesundheit fairer machen

- in Regionen mit hoher Belastung gezielt Projekte fördern (z. B. Zahn- oder Ernährungsprävention, Elterncafés); Informationsmaterialien werden mehrsprachig bereitgestellt.



Wichtige Daten und Fakten aus dem Bericht



In gut **6 von 10 Kitas** wird das **tägliche Zähneputzen** mit den Kindern geübt.



Im Verlauf der COVID-19-Pandemie infizierten sich **bis zu drei von vier Kindern im schulpflichtigen Alter mit SARS-CoV-2**.

Brandenburg
den hoch
Ausmaß
Bildu



Für **10% der Familien** liegt 2023 ein niedriger Sozialstatus vor.

17% der Kin
im Jahr 2023



Bei über **90 % der Kinder im Einschulungs-** **alter lag 2023 ein altersgerechter Impfschutz** für 11 von 13 empfohlenen Impfungen vor.



Nur knapp **4 von 10** der 11- bis 15-Jährigen essen täglich zusammen mit der Familie.



Weniger als die Hälfte der 11- bis 15-Jährigen frühstücken an allen fünf Schultagen und fast ein Drittel sogar nie.



Ca. 5 von 10 der untersuchten Kinder und Jugendlichen hatten 2023 naturgesunde Gebisse.



Mit ca. **2 von 10 Kindern** ist die Sprach- und Sprechstörung der häufigste Befund im Jahr 2023.



30% der Jugendlichen im Schulabgangsalter wiesen 2023 Übergewicht (inkl. Adipositas) auf.



2 von 10 Jugendlichen nutzen fast den ganzen Tag soziale Medien.



Weniger als 1 von 100 Jugendlichen berichteten 2021 einen Konsum von illegalen Substanzen wie Ecstasy / Kokain / Heroin / LSD oder Amphetaminen.



Im Jahr 2023 verstarben insgesamt **90 Kinder und Jugendliche**. Knapp 3 von 5 Kindern waren unter 1 Jahr alt.



Ca. **1 von 10** in Brandenburg lebenden Kindern und Jugendlichen im Jahr 2023 wurde stationär behandelt (v.a. Kopfverletzungen, infektiöse Darmkrankheiten und Erkrankungen der oberen Atemwege).



Für **3 von 10 Kindern** lag der tägliche Medienkonsum im Einschulungsalter **bereits in der Woche höher als für die Altersgruppe empfohlen**.

Der em
Aktivität
Kinder u
11, 13 u
im



In Brandenburg leben 420.953 Kinder und Jugendliche.



Brandenburg zählt laut German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) zu den **am stärksten benachteiligten Regionen in Deutschland**. Der GISD misst das Ausmaß der sozioökonomischen Benachteiligung anhand von Informationen der Arbeitslosenquote, Beschäftigungs- und Einkommenssituation in Kommunen.



Die häufigste Schulform in Brandenburg nach der Grundschule ist die **Oberschule**.



Über **13% der Jugendlichen im Einschulungsalter** in Brandenburg weisen einen Migrationshintergrund auf.



Bei **9 von 11 empfohlenen Schutzimpfungen** besaßen über **90% der Jugendlichen im Schulabgangsalter** einen altersgerechten Impfschutz.



Mit **ca. 95%** und mehr liegt ein hohes Niveau für die **Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen** für die U1 bis U6, U7 und U8 vor.



10% der Kinder im Einschulungsalter wiesen 2023 **Übergewicht** (inkl. Adipositas) auf.



84% der Kinder und Jugendlichen beschrieben ihre **subjektive Gesundheit** als „eher gut“.



Weniger als 1 von 10 **Kinder im Einschulungsalter** zeigten einen psychischen Befund in den letzten 10 Jahren.



Der empfohlene Umfang körperlicher Aktivität wird von der **Mehrheit der Kinder und Jugendlichen** im Alter von 6 bis 15 Jahren in Brandenburg im Jahr 2022 nicht erreicht.



3 von 4 Jugendlichen konsumierten 2021 nie oder nur selten Alkohol; fast **2 von 10 Jugendlichen** berichteten von regelmäßigem Rauschtrinken.

8 Abbildungs- verzeichnis



Abbildung 1: Zuordnung der Quintile des German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) nach Bundesreferenz und unterschiedlicher räumlicher Gliederung; Quelle: Michalski N et al. 2022, JoHM 7 (S5).....	16
Abbildung 2: Anteil Einschülerinnen und Einschülern im Jahr 2023 mit niedrigem Sozialstatus.....	17
Abbildung 3: Anteil Einschulkinder in Sozialstatusgruppen nach Jahren.....	18
Abbildung 4: Verteilung der Schulen und Schülerinnen und Schülern nach Schulform in Brandenburg im Jahr 2023	19
Abbildung 5: Übergewicht (inkl. Adipositas) sowie Adipositas bei Einschulkindern im Zeitverlauf	26
Abbildung 6: Übergewicht (inkl. Adipositas) sowie Adipositas bei Schulabgängerinnen und Schulabgängern im Zeitverlauf	27
Abbildung 7: Übergewicht (inkl. Adipositas) sowie Adipositas bei Einschulkindern im Jahr 2023 nach Sozialstatus	28
Abbildung 8: Übergewicht (inkl. Adipositas) bei Einschulkindern in den Jahren 2019 bis 2023 nach Sozialstatus	29
Abbildung 9: Übergewicht (inkl. Adipositas) sowie Adipositas bei Schulabgängerinnen und -abgängern im Jahr 2023 nach sozioökonomischer Deprivation (Quintile).....	29
Abbildung 10: Die zehn häufigsten funktionsdiagnostischen Befunde bei Einschulkindern im Jahr 2023, Mehrfachzuordnungen sind möglich	30
Abbildung 11: Ausgewählte funktionsdiagnostische Befunde bei Einschulkindern im Jahr 2023 nach Sozialstatus	32
Abbildung 12: Ausgewählte funktionsdiagnostische Befunde bei Einschulkindern im Jahr 2023 nach Migrationshintergrund.....	32
Abbildung 13: Vergleich Gesamtdeutschland mit Brandenburg anhand von Daten des Barmer Kinderatlas	33
Abbildung 14: Anteile stationärer Behandlungsfälle von unter 18-Jährigen in Brandenburg nach Alter und Geschlecht für das Jahr 2023	33
Abbildung 15: rohe Raten (Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) der 10 häufigsten Diagnosegruppen stationärer Behandlungsfälle nach ICD-10 von unter 18-Jährigen für das Jahr 2023.....	34

Abbildung 16: rohe Raten (Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) der 5 häufigsten Diagnosegruppen bei Kindern unter 10 Jahren in Brandenburg für das Jahr 2023 – stratifiziert nach dem Geschlecht.	36
Abbildung 17: rohe Raten (Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) der fünf häufigsten Diagnosegruppen bei Kindern und Jugendlichen von 10 bis 17 Jahren in Brandenburg für das Jahr 2023 – stratifiziert nach dem Geschlecht.	36
Abbildung 18: rohe Raten (Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) der fünf häufigsten Diagnosegruppen bei unter 18-Jährigen in Brandenburg für das Jahr 2023 – stratifiziert nach dem GISD auf Bundeslandebene.	37
Abbildung 19: Entwicklung der rohen Rate (Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) aller stationärer Behandlungen bei unter 18-Jährigen in Brandenburg.	37
Abbildung 20: Entwicklung der rohen Raten (Fälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) stationärer Behandlungen bei unter 18-Jährigen in Brandenburg – stratifiziert nach Altersgruppen.	37
Abbildung 21: Entwicklung der rohen Raten (Fälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) stationärer Behandlungen von 2014 bis 2023 bei unter 18-Jährigen in Brandenburg. Dargestellt sind die fünf Diagnosekapitel mit den meisten Fällen im Jahr 2023.	38
Abbildung 22: Entwicklung der rohen Raten (Fälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) aller stationärer Behandlungen bei unter 18-Jährigen von 2014 bis 2023 – in Brandenburg und Deutschland gesamt.	38
Abbildung 23: rohe Rate der Sterbefälle in Brandenburg (BB) und Deutschland (DE) nach Jahr für die Altersgruppe unter 1 Jahr und 15 – 17 Jahre.	39
Abbildung 24: Sterbefälle je Diagnosegruppen der Todesursachen bei 1- bis unter 15-Jährigen im Zeitverlauf in Brandenburg (2014 – 2023)	40
Abbildung 25: Sterbefälle je Diagnosegruppen der Todesursachen bei 15- bis unter 18-Jährigen im Zeitverlauf in Brandenburg (2014 – 2023)	40
Abbildung 26: Anteil durch ZÄD untersuchter Kinder und Jugendlicher 2023 an der Bevölkerung am 31.12.2022 nach Alter	42
Abbildung 27: durch den ZÄD festgestellter Gebisszustand nach Alter mit Anteilen naturgesunder, sanierter und behandlungsbedürftiger Gebisse im Jahr 2023.	43
Abbildung 28: durch den ZÄD festgestellte behandlungsbedürftige Gebisse nach Alter und Region im Jahr 2023	43
Abbildung 29: durch den ZÄD festgestellter Gebisszustand in den Klassen 7 bis 10 der weiterführenden Schulen im Jahr 2023	44
Abbildung 30: durch den ZÄD festgestellte behandlungsbedürftige Gebisse nach Alter und GISD (Referenz Bund, 2023)	44
Abbildung 31: durch den ZÄD festgestellte behandlungsbedürftige Gebisse nach Einrichtungstyp und GISD (Referenz Bund, 2023)	44
Abbildung 32: dmf-t-Index im Milchgebiss bei 1- bis 6-jährigen Kindern auf Basis des im Jahr 2023 durch die ZÄD dokumentierten zahnärztlichen Befunde.	44
Abbildung 33: dmf-t- und DMF-T-Index im Wechselgebiss bei 6- bis 10-jährigen Kindern auf Basis des im Jahr 2023 durch die ZÄD dokumentierten zahnärztlichen Befunde	45
Abbildung 34: DMF-T-Index im bleibenden Gebiss bei 11- bis 16-jährigen Kindern auf Basis des im Jahr 2023 durch die ZÄD dokumentierten zahnärztlichen Befunde.	45
Abbildung 35: Anteil untersuchter Kinder im Alter von 2 bis 12 Jahren im Zeitraum von 1997 – 2023.	46
Abbildung 36: Anteil naturgesunder Gebisse und dmf-t-Index bei 3-jährigen im Zeitraum vom Jahr 1999 – 2023	46
Abbildung 37: Anteil naturgesunder Gebisse und dmf-t-Index bei 5-jährigen im Zeitraum vom Jahr 1999 – 2023	46
Abbildung 38: Anteil naturgesunder Gebisse bei 12-jährigen und DMF-T-Index im Zeitraum vom Jahr 1999 – 2023.	46
Abbildung 39: Anteil an Brandenburger Kindertagesstätten mit täglichem Zahnputztraining im Zeitraum Jahr 2014 bis 2023	47
Abbildung 40: Anteil an täglichem Zähneputzen bei Teilnehmenden der HBSC-Studie im Jahr 2018 und 2022.	48
Abbildung 41: subjektiver Gesundheitszustand nach Klassenstufe, Schulform und Migrationshintergrund auf Basis der HBSC-Studie.	50
Abbildung 42: Anteile der unzufriedenen bis sehr unzufriedenen Schülerinnen und Schüler der 10. Klassen nach Geschlecht im Zeitverlauf auf Basis der BJS-Studie	52
Abbildung 43: die drei häufigsten psychosomatischen Symptome unter Kindern und Jugendlichen im Zeitvergleich (Datenquelle: HBSC-Studie, eigene Berechnungen)	53
Abbildung 44: Häufigkeit der Schülerinnen und Schüler, die sich an mindestens drei Tagen der vergangenen Woche einsam fühlten auf Basis der HBSC-Studie.	54
Abbildung 45: Anzahl der Tage, an denen sich Kinder und Jugendliche im Jahr 2022 einsam fühlten, nach Klassenstufe, Schulform und Migrationshintergrund auf Basis der HBSC-Studie	55
Abbildung 46: Anteil der psychischen Befunde bei erstuntersuchten Einschulkindern im Zeitverlauf.	56
Abbildung 47: Befundhäufigkeiten der erstuntersuchten Einschulkinder nach sozioökonomischer Deprivation (GISD) im Jahr 2023	57
Abbildung 48: Anteile der stationären Behandlungsfälle aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen an allen stationären Behandlungen von unter 18-Jährigen im Jahr 2023	58

Abbildung 49: rohe Raten der stationären Behandlungsfälle aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen in Brandenburg im Zeitverlauf.....	59
Abbildung 50: rohe Raten der drei häufigsten stationären Behandlungsfälle aus dem Diagnosekapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ im Dreijahresvergleich bei Mädchen: F32 Depressive Episode; F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen; F50 Essstörungen.....	59
Abbildung 51: rohe Raten der drei häufigsten stationären Behandlungsfälle aus dem Diagnosekapitel Psychische und Verhaltensstörungen im Dreijahresvergleich bei Jungen: F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol; F12 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide; F32 Depressive Episode; F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen; F90 Hyperkinetische Störungen; F92 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen.....	59
Abbildung 52: rohe Raten der drei häufigsten stationären Behandlungsfälle aus dem Diagnosekapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10-GM bei Jungen und Mädchen in Brandenburg im Vergleich zu Deutschland im Jahr 2023.....	60
Abbildung 53: rohe Raten aller stationär behandelte psychischer und Verhaltensstörungen nach sozio-ökonomischer Deprivation der Landkreise/kreisfreien Städte (GISD) im Jahr 2023.....	61
Abbildung 54: Häufigkeit der Angaben zur Frage „Während der letzten 7 Tage: An wie vielen Tagen hast du dich für mindestens 60 Minuten körperlich angestrengt?“ nach Befragungswelle.....	63
Abbildung 55: Häufigkeit des Erreichens der internationalen Empfehlung zum Umfang körperlicher Aktivität auf Grundlage der HBSC-Studie 2022.....	64
Abbildung 56: Anteil Schülerinnen und Schüler, die die WHO-Empfehlung zur körperlichen Aktivität laut HBSC-Studie erreichen nach Schulform.....	64
Abbildung 57: Häufigkeit der Angaben der Schulabgängerinnen und -abgänger zu den fünf am häufigsten genannten Sportarten, die regelmäßig ausgeübt wurden, im Jahr 2023 nach Geschlecht.....	65
Abbildung 58: Häufigkeit außerschulischer körperlicher Aktivität in der Schulabgangsuntersuchung im Jahr 2023 nach Schulform.....	65
Abbildung 59: Häufigkeit außerschulischer körperlicher Aktivität in der Schulabgangsuntersuchung im Jahr 2023 nach Quintil des German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD).....	65
Abbildung 60: Häufigkeit des täglichen Verzehrs ausgewählter Lebensmittel in der HBSC-Studie 2022.....	66
Abbildung 61: Häufigkeit des täglichen Verzehrs von Cola oder Softdrinks in der HBSC-Studie 2022 nach Schulform.....	67
Abbildung 62: Häufigkeit des Ernährungsverhaltens Frühstück und gemeinsame Familienmahlzeiten.....	67
Abbildung 63: Häufigkeit täglich verzehrter Lebensmittel nach Erhebungswelle der HBSC-Studie.....	68
Abbildung 64: mindestens wöchentlicher Alkoholkonsum bei Jugendlichen in Brandenburg nach Erhebungswelle und Geschlecht; Befragung Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum (BJS).....	70
Abbildung 65: Anteil Schülerinnen und Schüler mit täglichem Tabakkonsum nach Schulform im Jahr 2021 (BJS5).....	71
Abbildung 66: Prävalenz einer mind. wöchentlichen Einnahme stimmungsbeeinflussender Medikamente nach Geschlecht und Erhebungswelle (Jahr); Datenquelle: BJS.....	72
Abbildung 67: Anteil Einschulkinder mit weniger als 1 Stunde Medienkonsum täglich in der Woche und am Wochenende in der SEU.....	73
Abbildung 68: Anteil Einschulkinder, für die die empfohlene Medienzeit eingehalten wird nach Sozialstatus in der SEU.....	73
Abbildung 69: Anteil Einschulkinder, für die die empfohlene Medienzeit eingehalten wird nach Migrationshintergrund in der SEU.....	74
Abbildung 70: Dauer der Nutzung verschiedener Medien unter Jugendlichen in % auf Basis der BJS5 (2021).....	74
Abbildung 71: Antwortverhalten zum Umgang mit sozialen Medien im vergangenen Jahr aus der HBSC-Studie nach Jahr in Prozent.....	76
Abbildung 72: Gesamtzahl der Einladungen zur U6, U7 und U8 pro Jahr entspricht der Anzahl der Kinder im entsprechenden Altersbereich im Land Brandenburg.....	77
Abbildung 73: Anteile der bei der SEU erstuntersuchten Kinder, die an der U7a teilgenommen haben nach Jahren.....	78
Abbildung 74: Anteile der bei der SEU im Jahr 2023 erstuntersuchten Kinder, die an U1, U2 bis U6, U7, U7a und U8 teilgenommen haben, nach sozialer Lage.....	78
Abbildung 75: Anteil vollständig grundimmunisierter Einschulkinder in Brandenburg im Jahr 2023 nach STIKO-Empfehlung (Ständige Impfkommission, 2023).	81
Abbildung 76: Anteil vollständig grundimmunisierter Einschulkinder in Brandenburg im Jahr 2023 aufgeteilt nach dem Sozialstatus (Auswahl).....	81
Abbildung 77: Anteil vollständig grundimmunisierter Einschulkinder in Brandenburg im Jahr 2023 aufgeteilt nach dem Migrationshintergrund der Eltern (Auswahl).	82
Abbildung 78: Anteil Einschulkinder mit vollständiger Tetanus-Grundimmunisierung in Brandenburg nach Jahr und Sozialstatus.....	83
Abbildung 79: Impfquoten bei Schulabgängerinnen und -abgängern in Brandenburg im Jahr 2023 (Anteil mit vollständiger Grundimmunisierung bzw. *erste Auffrischung). Werte sind gerundet.....	84

Abbildung 80: Vergleich des Anteils vollständig grundimmunisierter Kinder im Alter von 24 Monaten in Brandenburg mit dem Anteil in Deutschland (Geburtsjahr: 2021; *2. Dosis erhalten; **1. Dosis erhalten; ***Alter: 32 Wochen; ****Alter: 15 Jahre; 2023). Quelle: KV-I.....85

Abbildung 81: COVID-19-Inzidenz je 100.000 Kinder und Jugendliche der Altersgruppe im Land Brandenburg nach (a) Alter und (b) Quintilen sozioökonomischer Deprivation (GISD), 2020 – 2023; Q1=niedrig, Q3=mittel, Q5=hoch.....87

Abbildung 82: Zeitlicher Verlauf der wöchentlichen COVID-19-(Hospitalisierungs-)Inzidenz bei Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg von Beginn bis Beendigung der COVID-19-Pandemie Januar 2020 bis März 2023, VOC: Variant of Concern (besorgniserregende Virusvariante)88

Abbildung 83: Anteil der Kinder und Jugendlichen, die sich an einzelne Corona-Schutzmaßnahmen hielten, HBSC-Studie Brandenburg, 2022.....89

Abbildung 84: COVID-19-Hospitalisierungsinzidenz je 100.000 Kinder und Jugendliche der Altersgruppe nach (a) Altersgruppen und (b) Quintilen sozioökonomischer Deprivation (GISD), 2020 – 2023; Q1=niedrig, Q3=mittel, Q5=hoch.....90

Abbildung 85: zeitlicher Verlauf der COVID-19-Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI für Kinder und Jugendliche, 2021 – 2023.....91

Abbildung 86: Verlauf der COVID-19-Impfquoten bei 5- bis 11-Jährigen und 12- bis 17-Jährigen im Land Brandenburg zwischen der ersten Impfpflichtempfehlung der STIKO für Kinder und Jugendliche (KW 23/2021) und Ende der COVID-19-Pandemie (KW 14/2023).....91

Abbildung 87: Relative Veränderung der Fallzahlen meldepflichtiger Infektionserkrankungen außer COVID-19 im Vergleich zum Median der fünf prä-pandemischen Jahre (2015 – 2019), nach Altersgruppe und Meldejahr92

Abbildung 88: subjektive Einschätzung der Auswirkungen der Corona-Schutzmaßnahmen auf das eigene Leben93

Abbildung 89: Anzahl stationärer Behandlungsfälle für die Diagnose U10.9 Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet nach Alter, Jahr und Region (BB = Brandenburg, DE = Deutschland)95

Abbildung 90: Meldewege für (nicht-)namentlich meldepflichtige Infektionskrankheiten und Krankheitserreger nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) im Land Brandenburg 102

9 Tabellenverzeichnis



Tabelle 1: rohe Raten (Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) der jeweils fünf häufigsten Diagnosegruppen stationärer Behandlungsfälle nach ICD-10 bei unter 18-Jährigen für das Jahr 2023 – stratifiziert nach der Altersgruppe.35

Tabelle 2: Anzahl teilnehmender Schülerinnen und Schüler nach Befragungswelle und Landkreis / kreisfreier Stadt..... 105

10 Abkürzungs- verzeichnis



Abkürzung	Langfassung	Abkürzung	Langfassung
ADS/ADHS	Aufmerksamkeitsdefizitstörungen und Hyperaktivitätsstörungen	BELLA-Studie	BEfragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten
AfS	Amt für Statistik Berlin-Brandenburg	BevStatG	Bevölkerungstatistikgesetz
BbgGDG	Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz	BGA	Bündnis Gesund Aufwachsen
BbgKJG	Brandenburgisches Kinder- und Jugendgesetz	BIÖG	Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit, vormals BZgA
BbgSchulG	Brandenburgisches Schulgesetz	BJS	Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum

Abkürzung	Langfassung
BMEL	Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft
BMI	Body-Mass-Index
BStatG	Bundesstatistikgesetz
BU	Berliner Umland
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
COPSY	COrona&PSYche
CoronaImpfV	Coronavirus-Impfverordnung
COVID-19	Coronavirus Disease-19
DGE	Deutschen Gesellschaft für Ernährung
DIM	Digitale Impfquotenmonitoring
dmf-t-Index bzw. DMF-T-Index	d/D = decayed (kariös); m/M = missing (fehlend wegen Karies); f/F=filled (gefüllt wegen Karies); t/T = tooth (Zahn) Index
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GISD	German Index of Socioeconomic Deprivation
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HiB	Haemophilus influenzae Typ b
HPV	Humane Papillomviren
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IfSG	Infektionsschutzgesetzes
INKAR	Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung
JArbSchG	Jugendarbeitsschutzgesetz
JArbSchUV	Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung
JuSchG	Jugendschutzgesetz
KGC Brandenburg	Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit
KHStatV	Krankenhausstatistikverordnung

Abkürzung	Langfassung
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
KitaG	Kindertagesstättengesetz
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
KJGDV	Kinder- und Jugendgesundheitsdienstverordnung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LAVG	Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit
LRV Brandenburg	Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß §20f SGB V im Land Brandenburg
MBJS	Ministerium für Bildung, Jugend und Sport
MGS	Ministerium für Gesundheit und Soziales
NPK	Nationale Präventionskonferenz
ÖGD	Öffentlichen Gesundheitsdienstes
RKI	Robert Koch-Institut
SARS-CoV-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2
SAU	Schulabgangsuntersuchung
SEU	Schuleingangsuntersuchung
SGB	Sozialgesetzbuch
SQE	Untersuchung der Schulquereinsteigenden
STIKO	Ständige Impfkommision
UN-KRK	United Nations-Kinderrechtskonvention
VacMap	Dashboard zum Impfgeschehen in Deutschland
VOC	Variant of concern
w.M.	weiterer Metropolenraum
WHO	World Health Organisation / Weltgesundheitsorganisation
ZÄD	Zahnärztliche Dienste
ZER	Zentrales Einladungs- und Rückmeldewesen

11 Literatur- verzeichnis



Alexy, U, Clausen, K und Kersting, M. 2008. Die Ernährung gesunder Kinder und Jugendlicher nach dem Konzept der Optimalen Mischkost. In: Ernährungs Umschau, 03/08.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. 2011. Bevölkerungsstand, Basis: Zensus 2011. [Online] 2011. [Zitat vom: 11. 06 2025.] <https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/datenportal/mats-bevoelkerungsstand>.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. 2021. Todesursachen. Metadaten Todesursachenstatistik, EVAS: 23211, Berichtsjahr: ab 2020. Potsdam.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. 2023. Krankenhausstatistik. Metadaten Diagnosen der Krankenhauspatientinnen und -patienten, EVAS: 23131, Berichtsjahr: 2022. Potsdam.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. 2024. Ergebnisse des Mikrozensus im Land Brandenburg 2023 (Erstergebnisse). https://download.statistik-berlin-brandenburg.de/555f212f56216314/02725aa0e2e4/SB_A01-10-00_2023j01_BB.pdf.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. 2025. Bevölkerung. Demografie. Geburten, Sterbefälle, Eheschließungen. <https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/a-ii-1-j>, aufgerufen am 11.03.2025.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. 2025a. Bevölkerung der kreisfr. Städte und Landkreise im Land Brandenburg 2024. Bevölkerungsforschung auf Basis Zensus 2022. https://download.statistik-berlin-brandenburg.de/1fc1c123294c58da/a375e9ceccd9/SB_A01-03-00_2024j01_BB.pdf.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. 2025b. Zensus 2022 in Brandenburg. Leben und Wohnen im Berliner Umland und darüber hinaus. <https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/news/2025/zensus-umland>, abgerufen am 12.06.2025.

BARMER, Institut für Gesundheitsforschung (bifg). 2023. Kinder mit ambulant dokumentierten Diagnosen nach Top-ICD-10-Dreistellern. <https://www.bifg.de/publikationen/reporte/arztreport/arztreport-kinderatlas-ambulante-diagnosen-nach-top-icd-10-dreistellern>, aufgerufen am 21.02.2025.

Bartig et al. 2023. Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland: Ergebnisse der Studie GEDA Fokus. J Health Monit 8(1): 7–35. DOI 10.25646/11089.

Böhm, A.; Ellsäßer, G. und Lüdecke, K. 2007. Der Brandenburger Sozialindex: ein Werkzeug für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung auf Landes- und kommunaler Ebene bei der Analyse von Einschülerdaten. Gesundheitswesen, 69, 555-559.

Böhm, A.; Gundermann, B. und Hardeling, A. 2018. Konsum von Tabak, Alkohol und illegalen Substanzen bei Brandenburger Jugendlichen 2005 bis 2017. Das Gesundheitswesen. DOI 10.1055/a-0719 – 520.

Brill, S.; Patel, D. und MacDonald, E. 2001. Psychosomatic disorders in pediatrics. Indian journal of pediatrics, 68(7), 597–603. DOI 10.1007/BF02752270.

Bucksch, J. et al. 2024. Bewegungsverhalten von älteren Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse der HBSC-Studie 2022 und Zeitverläufe seit 2009/10. J Health Monit 9(1):68–85. DOI 10.25646/11873.

Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit, (BfÖG), vormals BZgA. 2022. Köln. Medien und Digitales - Elterninfo.

Bundesministerium für Gesundheit. Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Wortlaut. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/OEGD/Pakt_fuer_den_OEGD.pdf, abgerufen am 23.07.2025.

Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft. 2024. Deutschland, wie es isst. Der BMEL-Ernährungsreport 2024. https://www.bmleh.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/ernaehrungsreport-2024.pdf?__blob=publication-File&v=4.

Bündnis Gesund Aufwachsen. 2025a. Beschlüsse des BGA-Plenums am 7. Mai 2025. https://www.buendnis-gesund-aufwachsen.de/fileadmin/user_upload/BGA/Unsere_Veranstaltungen/Aktuelle_Veranstaltung/10._Plenum_2025/25-05-13_Beschluesse_BGA_2025-2027.pdf, abgerufen am 23.07.2025.

Bündnis Gesund Aufwachsen. 2025b. Kindergesundheitskonferenz 2025: „Smarte Klicks, starke Kids - Medienkompetenz von Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg stärken“. <https://www.buendnis-gesund-aufwachsen.de/veranstaltungen/2025/kindergesundheitskonferenz>, abgerufen am 23.07.2025.

Caspersen, C.; Powell, K. und Christenson, G. 1985. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Reports 100(2): 126-131.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung. 2024. 15. DGE-Ernährungsbericht. <https://www.dge.de/fileadmin/dok/wissenschaft/ernaehrungsberichte/15eb/15-DGE-Ernaehrungsbericht.pdf>. https://msgiv.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/2022-11-01_Handbuch-KJGD_geschaerzt.pdf.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung. Gut essen und trinken – die DGE-Empfehlungen. <https://www.dge.de/gesunde-ernaehrung/gut-essen-und-trinken/dge-empfehlungen/>, aufgerufen am 07.07.2025.

Deutsche Gesellschaft für ME/CFS. Was ist Long COVID? Häufigkeit und Verlauf. <https://www.mecfs.de/longcovid/#HaeufigkeitundVerlauf>.

Deutsches Kinderhilfswerk. 2019. Zusammenfassung der Pilotstudie „Kinderrechte Index“. https://www.kinderrechte.de/fileadmin/Redaktion-Kinderrechte/1_Kinderrechte/1.2_Kinderrechteindex/Kinderrechte-Index_Zusammenfassung.pdf, aufgerufen am 25.07.2025.

Diener, E. et al. 1985. The Satisfaction With Life Scale. Journal of personality assessment, 49(1), 71–75. DOI 10.1207/s15327752jpa4901_13.

Feder, K. und Majnemer, A. 2007. Handwriting development, competency, and intervention. Developmental Medicine and Child Neurology, 49: 312-317. <https://doi.org/10.1111/j1469-8749.2007.00312.x>.

Fertmann, R. und Kloster, T. 2023. Psychosoziale Gesundheit von Hamburger Kindern und Jugendlichen im Frühsommer 2022 - Follow-up zur Erhebung im Corona-Frühsommer 2020. https://epub.sub.uni-ham-burg.de/epub/volltexte/2023/159994/pdf/copsy_bericht_2.pdf.

Friedemann, C. et al. 2012. Cardiovascular disease risk in healthy children and its association with body mass index: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2012 Sep 25;345:e4759. doi: 10.1136/bmj.e4759.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. Forum Gesundheitsziele. https://vgv.org/de/topic/174_forum-gesundheitsziele.html, abgerufen am 22.07.2025.

Gesundheitsministerkonferenz. 2025a. Beschlüsse der GMK 11.06.2025 - 12.06.2025. TOP: 6.1 Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung (Leitantrag). <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1697&jahr=2025>, abgerufen am 22.07.2025.

Gesundheitsministerkonferenz. 2025b. Beschlüsse der GMK 11.06.2025 - 12.06.2025. TOP: 11.2 Reduzierung juvenilen Alkoholkonsums. <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1710&jahr=2025>, abgerufen am 22.07.2025.

Geurtsen, W.; Hellwig, E. und Klimek, J. 2016. S2k-Leitlinie Kariesprophylaxe bei bleibenden Zähnen – grundlegende Empfehlungen AWMF-Registernummer: 083-021.

GKV-Bündnis für Gesundheit. ARGE Brandenburg - Kommunale Projektförderungen im Land Brandenburg. https://www.gkv-buendnis.de/buendnisaktivitaeten/wir_in_den_laendern/brandenburg/arge_bb/arge_bb.html, abgerufen am 24.07.2025.

Grabowski, R. und Stahl, F. 2008. Die offene Mundhaltung im Kindesalter – Häufigkeit und Folgewirkungen. Informationen aus Orthodontie & Kieferorthopädie. 40. 101-109. DOI 10.1055/s-2008-1004785.

Hellwig, E. et al. 2013. S2K- Leitlinie Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe. AWMF Register Nr. 083-001.

Herbert, C. 2023. Oral health and mental health in healthy adults, a topic of primary prevention and health care, empirical results from two online studies. *Current psychology*, 1–15. <https://doi.org/10.10>.

Hoebel, J. und Müters, S. 2024. Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Datenlage, Befunde und Entwicklungen in Deutschland. *WSI* 77(3):172–179. DOI 10.5771 / 0342-300X-2024-3-172.

Hoffmann, E.; Mühlenbruch, K. und Jatzkowski, S. 2021. Substanzkonsum bei Jugendlichen - Ergebnisse der fünften Welle der Befragung Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum (BJS5). www.lsk-brandenburg.de/service.

Johansson, H. et al. 2014. A meta-analysis of the association of fracture risk and body mass index in women. *J Bone Miner Res* 29(1):223–233. DOI 10.1002/jbmr.3218.

John, N. und Bilz, L. 2020. Kinder- und Jugendgesundheit in Brandenburg – Ergebnisse der HBSC-Gesundheitsstudie 2018 im Auftrag der WHO. Pabst Science Publishers. <https://www-docs.b-tu.de/fg-paedagogische-psychologie/public/Forschung/HBSC-BB/eBook-Version.pdf>. https://www-docs.b-tu.de/fg-paedagogische-psychologie/public/Forschung/HBSC-Brandenburg_2022.pdf.

Kaman, A. et al. 2020. Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse der HBSC-Studie 2017/18. *Journal of Health Monitoring* 5(3): 7–21. DOI 10.25646/6891.

Koschollek, et al. 2019. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring* 4(3): 7–29. DOI 10.25646/6070.

Kroll, L. et al. 2017. Regionale Unterschiede in der Gesundheit – Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(2): 103 – 120. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-035.2.

Kromeyer-Hauschild, K.; Wabitsch, M. und Kunze, D. 2001. Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschr Kinderheilkd* 149, 807–818 (2001). Doi: 10.1007/s001120170107.

Landeshauptstadt Dresden. Gesundheitsindex - Projekt zur Erfassung und Verbesserung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung. https://www.dresden.de/de/leben/gesundheit/gesundheitsfoerderung/gesundheitsindex.php?pk_kwd=gesundheitsindex, aufgerufen am 05.02.2025.

Langen-Müller, U, Kauschke, C und Kiesel-Himmel. 2011. S2k-Leitlinie: Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES). AWMF-Register-Nr.: 049-006.

Loenenbach, A. et al. 2023. COVID-19-Raten unter Kindern und Erwachsenen basierend auf den Ergebnissen aus dem bevölkerungsbasierten Online-Portal GrippeWeb. *Epid Bull* 2023;13:3-13. DOI 10.25646/11292.

Loenenbach, A. et al. 2021. SARS-CoV-2 variant B.1.1.7 susceptibility and infectiousness of children and adults deduced from investigations of childcare centre outbreaks, Germany, 2021. *Euro Surveill.* 2021;26(21). DOI 10.2807/1560-7917.ES.2021.26.21.2100433.

Mangiapane, S. et al. 2021. Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.

Marinho, V. et al. 2003. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2003(1), CD002278. DOI 10.1002/14651858.CD002278.

Mehler-Wex, C. und Kölch, M. 2008. Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt*, 105(9), 149-155.

Michalski, et al. 2022. German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD): Revision, Aktualisierung und Anwendungsbeispiele. *J Health Monit* 7(S5): 2–24. DOI 10.25646/1064.

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. 2018. Gesundheit und Gesundheitschancen im Land Brandenburg. Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 8. https://lavg.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/Brb%20MASGF_Gesundheit_Kinder_2018.pdf.

Ministerium für Bildung, Jugend und Sport. 2023. Zeitreihe: Anzahl der Schulen nach Schulform und Trägerschaft in den Schuljahren seit 2006/07. <https://mbjs.brandenburg.de/bildung/daten-und-statistiken/zahlen-schulen.html>, aufgerufen am 05.09.2024.

Ministerium für Gesundheit und Soziales. 2020. Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg. Leitlinien zur einheitlichen Durchführung und Dokumentation der kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen.

Ministerium für Gesundheit und Soziales. 2021. Brandenburger Leitfaden für Zahnärztliche Dienste der Gesundheitsämter. https://mgs.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/Leitfaden_ZD-2022-20.pdf.

Ministerium für Gesundheit und Soziales. 2022. Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg. Leitlinien zur einheitlichen Durchführung und Dokumentation der kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen. https://msgiv.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/2022-11-01_Handbuch-KJGD_geschwaerzt.pdf.

Ministerium für Gesundheit und Soziales. 2023. 30 Jahre gemeinsam für gesunde Kinderzähne. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung Nr.10. https://lavg.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/30-Jahre-Gruppenprophylaxe_2023.4378547.pdf.

Moor, I.; Weber, M. und Richter, M. 2024. Kinder- und Jugendgesundheit – Ressourcen und Potenziale der internationalen Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). *J Health Monit* 9(1): 3–6. DOI 10.25646/11865.

Moynihan, P. und Kelly, S. 2014. Effect on caries of restricting sugars intake: systematic review to inform WHO guidelines. *Journal of dental research*, 93(1), 8–18. DOI 10.1177/0022034513508954.

Oberwöhrmann, S. et al. 2022. Entwicklung eines Indikatorensystems für die Präventionsberichterstattung der Länder. Diskussionspapier der Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren. DOI 10.13140/RG.2.2.35066.77769.

Orth, B. und Merkel, C. 2022. Der Substanzkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2021 zu Alkohol, Rauchen, Cannabis und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. DOI 10.17623/BZGA:Q3-ALKSY21.

Puhl, R. und King, K. 2013. Weight discrimination and bullying. *Best Practice & Research Clinical*. DOI 10.1016/j.beem.2012.12.002.

Ravens-Sieberer, U. et al. 2021a. Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 879-889. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>.

Ravens-Sieberer, U.; Kaman, A.; Erhart, M.; Otto, C. und Devine, J. et al. 2021b. Quality of life and mental health in children and adolescents during the first year of the COVID-19 pandemic: results of a two-wave nationwide population-based study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-14.

Reisig, V. und Kuhn, J. 2020. Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung. BzGA. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i081-2.0>.

Reiß, F. et al. 2024. Subjektive Gesundheit und psychosomatische Beschwerden von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der HBSC-Studie 2009/10 – 2022. *J Health Monit* 9(1): 7–24. DOI 10.25646/11867.

Reiß, F. et al. 2025. Auswirkungen der Corona-Maßnahmen auf das Leben von Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der bundesweiten HBSC-Studie 2022. *J Health Monit*. 2025;10(1):e12954. DOI 10.25646/12954.

Ricotti, R. et al. 2021. Breakfast Skipping, Weight, Cardiometabolic Risk, and Nutrition Quality in Children and Adolescents: A Systematic Review of Randomized Controlled and Intervention Longitudinal Trials. *Nutrients*. 2021; 13(10):3331. DOI 10.3390/nu13103331.

Rieck, T.; Badenschier, F. und Rau, C. 2024. Poliomyelitis-Impfquoten bei Kindern in Deutschland. *Epid Bull* 2024;50:11-16. DOI 10.25646/12955.

Robert Koch-Institut. 2017. Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin. 2017.

Robert Koch-Institut. 2020a. AdiMon-Themenblatt: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Stand: 29. Juni 2020). www.rki.de/adimon.

Robert Koch-Institut. 2020b. Impfung bei Kindern und Jugendlichen (Stand: 26.9.2024). https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/Impfen/COVID-19/FAQ_Liste_Impfung_Kinder_Jugendliche.html#.

Robert Koch-Institut. 2024. COVID-19-Impfungen in Deutschland. Verfügbar unter: https://github.com/robert-koch-institut/COVID-19-Impfungen_in_Deutschland. 2024.

Robert Koch-Institut. 2025a. Impfen. <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/impfen-node.html>, aufgerufen am 24.02.2025.

Robert Koch-Institut. 2025b. Antworten auf häufige gestellte Fragen zur Schutzimpfung gegen Masern. https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/Impfen/MMR/FAQ_Uebersicht_MSG.html#entry_16871034, aufgerufen am 24.02.2025.

Robert Koch-Institut. 2025c. KV-Impfsurveillance. <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Impfquoten/KV-Impfsurveillance/kv-impfsurveillance-node.html>, abgerufen am 24.02.2025.

Robert Koch-Institut. 2025d. Projekt „Postakute gesundheitliche Folgen von COVID-19“ (Post-COVID-19). <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/C/COVID-19/Long-COVID/Projekt-Post-COVID.html?nn=16911046#t1>.

Robert Koch-Institut. 2025e. Informationsportal des RKI zu Long COVID. <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/C/COVID-19/Long-COVID/Inhalt-gesamt.html?nn=16911046>.

Robert Koch-Institut. 2025f. COVID-19 und Impfen: Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQ). <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/Impfen/COVID-19/gesamt.html>, aufgerufen am 28.08.2025.

Rütten, A. et al. 2017. Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Saß, A. und Ziese, T. 2024. Gesundheitsberichterstattung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i028-2.0>.

Scheinin, A.; Mäkinen, K. und Ylitalo, K. 1976. Turku sugar studies. V. Final report on the effect of sucrose, fructose and xylitol diets on the caries incidence in man. *Acta odontologica Scandinavica*, 34(4), 179–216. DOI 10.3109/00016357608997711.

Schlack, H.; Thyen, U. und Kries, R. 2009. Sozialpädiatrie: Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag. Berlin/Heidelberg: Springer.

Schlack, R. et al. 2023. Veränderungen der psychischen Gesundheit in der Kinder- und Jugendbevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie-Ergebnisse eines Rapid Reviews.

Schütz, R. und Bilz, L. 2023. Aufwachsen in Krisenzeiten (2022), Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Brandenburg 2018 – 2022 - Ergebnisse der HBSC-Gesundheitsstudie 2022 im Auftrag der WHO.

Simmonds, M. et al. 2016. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity reviews*, 17(2), 95-107.

Simões, D. et al. 2020. The EuroTEST COVID-19 impact assessment consortium of partners Impact of the COVID-19 pandemic on testing services for HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections in the WHO European Region, March to August 2020. *Euro Surveill*, 25(47). DOI 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.47.2001943.

Singer, R. et al. 2024. Anstieg invasiver Infektionen durch respiratorisch übertragbare Bakterien in Deutschland 2022/2023. *Deutsches Ärzteblatt*. DOI 10.3238/arztebl.m2023.0261.

Ständige Impfkommision. 2023. Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) beim Robert-Koch-Institut. *Epid Bull* 2023;4:3- 68. DOI 10.25646/10829.

Statistisches Bundesamt. 2025. Sterbefälle, Sterbeziffern (ab 1998). Sterbefälle, Sterbeziffern (ab 1998). GBE - Gesundheitsberichterstattung des Bundes. https://www.gbe-bund.de/443/gbe/isgbe.archiv?p_indnr=6&p_archiv_id=7050843&p_sprache=D&p_action=A, aufgerufen am 13.08.2025.

Streng, A.; Hartmann, K. und Armann, J. 2020. COVID-19 bei hospitalisierten Kindern und Jugendlichen. *Monatsschr Kinderheilkd* 168, 615–627. DOI <https://doi.org/10.1007/s00112-020-00919-7>.

Tinnemann, P. und Teichert, U. 2020. Der Öffentliche Gesundheitsdienst. Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen. <https://akademie-oeffentliches-gesundheitswesen.github.io/OeGD/screen-pdf/oegd-v1.pdf>.

Ullrich, A.; Schranz, M. und Rexroth, U. et al. 2021. ., Impact of the COVID-19 pandemic and associated non-pharmaceutical interventions on other notifiable infectious diseases in Germany: An analysis of national surveillance data during week 12016 week 322020, *The Lancet Regional Health - Europe*. DOI 10.1016/j.lanepe.2021.100103.

UN-Kinderrechtskonvention. Texte in amtlicher Übersetzung vom 20. November 1989, am 26. Januar 1990 von der Bundesrepublik Deutschland unterzeichnet (Zustimmung von Bundestag und Bundesrat durch Gesetz vom 17. Februar 1992 - BGBI. II S.121) am 6. März 1992. Hinterlegung der Ratifikationsurkunde beim Generalsekretär der Vereinten Nationen, am 5. April 1992 für Deutschland in Kraft getreten (Bekanntmachung vom 10. Juli 1992 - BGBl. II S. 990).

Weber, P. et al. 2017. S2k-Leitlinie: Visuelle Wahrnehmungsstörungen. AWMF-Register-Nr.: 022-020.

Wido, Wissenschaftliches Institut der AOK. 2022. Pressemitteilung - Mandeloperationen: Pandemie ließ Fallzahlen deutlich und dauerhaft sinken. <https://www.wido.de/news-presse/pressemitteilungen/2022/mandeloperationen-pandemie-liess-fallzahlen-deutlich-und-dauerhaft-sinken/>, aufgerufen am 10.03.2025.

World Health Organization. 2020a. Basic Documents, Forty-ninth edition. Geneva: WHO.

World Health Organisation. 2020b. WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: WHO.

Zimmer, S. et al. 2025. Positionspapier des wissenschaftlichen Beirates der Informationsstelle für Kariesprophylaxe (IfK): Fluoride in der Kariesprophylaxe – Handlungsempfehlungen für die Praxis und fachliche Bestandsaufnahme. *Zahnmed Forsch Versorg*. 2025. Doi: <https://dx.doi.org/10.23786/2025-5-01>.

Impressum

Herausgeber

Landesregierung Brandenburg
Ministerium für Gesundheit und Soziales
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Henning-von-Tresckow-Straße 2-13
14467 Potsdam
E-Mail: presse@mgs.brandenburg.de
Internet: mgs.brandenburg.de

Stand

November 2025

Gestaltung

JUNG Kommunikationsdesign

Bildrechte

Titelbild: [cartoon-IT/stock-adobe.com](https://www.cartoon-IT.com/);
Seite 8 und 125: Shutterstock;
Seite 13: [melita/stock.adobe.com](https://www.melita.com/);
Seite 108 und 137: Pexels;
Seite 2, 5, 11, 12, 14, 15, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 27,
29, 31, 33, 39, 41, 48, 50, 51, 54, 55, 56, 57, 58, 61, 62,
64, 66, 68, 72, 75, 76, 79, 80, 81, 85, 86, 89, 91, 92, 93,
94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 106, 107, 109,
111, 112, 113, 114, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 126,
129, 130, 131, 134, 138 und 140: Freepik

ISSN-Nummer: 1619-568x



Diese Veröffentlichung ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit des Ministeriums für Gesundheit und Soziales des Landes Brandenburg. Sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt. Sie darf nicht für Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Unabhängig davon, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Broschüre dem Empfänger zugegangen ist, darf sie, auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl, nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte. Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers.