



Stadt Bern
Direktion für Bildung
Soziales und Sport

Medienanlass zum 100-Jahr-Jubiläum des Gesundheitsdienstes der Stadt Bern vom Montag, 11. November 2013

REFERAT VON ANNEMARIE TSCHUMPER UND RICHARD JAKOB, CO-LEITENDE DES GESUNDHEITSDIENSTES DER STADT BERN

Es gilt das gesprochene Wort

Liebe Medienschaffende

Auch wir möchten Sie zum 100-Jahr-Jubiläum des Gesundheitsdienstes der Stadt Bern herzlich begrüßen.

Wir möchten Ihnen anhand von drei Beispielen aufzeigen, wie die Arbeit des Schularztaamts und Gesundheitsdienstes die geschichtliche und gesellschaftliche Entwicklung widerspiegelt, was sich verändert hat und wie viel auch gleich geblieben ist. Das erste Beispiel ist eine eigentliche Erfolgsgeschichte der schulärztlichen Arbeit:

Die Bekämpfung von Kropf und hochgradiger Schwerhörigkeit infolge Jodmangels

Bern war stark vom Jodmangel betroffen. So hatten 1921 79% der 15-Jährigen in der Stadt Bern einen Kropf.

Die Bilder stehen elektronisch zur Verfügung und dürfen mit Quellenangabe benutzt werden.



Bild:
Buch Jugend Schule und Arzt
Ausgabe 1933

Die erste nebenamtliche Schulärztin, Dr. med. Ida Hoff, und der langjährige Leiter des Schularztsamts, Dr. med. Paul Lauener, ergriffen eine erste wirksame Massnahme: Sie gaben den Schulkindern in der Stadt Bern Jod-Malz-Tabletten ab. Die Wirkung war eindrücklich: 1936 hatten nur noch 10% der 9. Klässler einen Kropf. Dr. Lauener nutzte diese Ergebnisse zur unermüdlichen Überzeugungsarbeit für die notwendige Jodierung des Kochsalzes. Die Kochsalz-Jodierung wurde im Kanton Bern 1936 endlich eingeführt. Das Schularztamt überprüfte, ob die erhoffte Wirkung erzielt wurde. Zum Erstaunen aller nahm trotz Kochsalz-Jodierung die Häufigkeit des Kropfs in den 9. Klassen wieder auf 35% zu. Auf der Suche nach der Ursache schickte man das Lebensmittelamt auf Kontrollgang zu den Salzauswägern und stellte fest, dass erst ein Drittel des konsumierten Kochsalzes jodiert war. Viele Salzauswäger hatten noch gar kein jodiertes Salz im Angebot. «Nach drei Jahren ... Nous sommes de Berne!», schrieb das Lebensmittelamt. Jodkritiker hatten gegen die Kochsalz-Jodierung mobil gemacht und Konsumentinnen, Konsumenten und Salzauswäger verunsichert. Die Inspektion des Lebensmittelamts hat dann offenbar der Kochsalz-Jodierung zum Durchbruch verholfen.

Das Beispiel zeigt, wie schulärztliche Daten genutzt werden können, um wirksame Präventionsmassnahmen zu ergreifen, und um Lobbyarbeit für kantonale und nationale Massnahmen zu leisten. In späteren Jahren war es ähnlich mit der Tabakprävention: Nebst präventiven Kursen für Jugendliche konnten im Rahmen der Gesundheitsförderung Schulen dafür gewonnen werden, rauchfrei zu werden, was grosse Erfolge zeitigte. Die rauchfreien Restaurants und die nationale Erhöhung der Tabaksteuer trugen später ihren Anteil zum Erfolg bei.

Schulärztliche Sehtests – früher und heute eine wichtige Vorsorgemassnahme

Sehtests wurden eingeführt, weil man Ende des 19. Jahrhunderts meinte, dass der Schulbesuch den Augen schade. Später erkannte man, dass Sehfehler sich mit dem Wachstum entwickeln und meist auf einer biologischen Variabilität beruhen. Früher wie heute beeinträchtigen nicht-korrigierte Sehfehler die Lernfähigkeit der Betroffenen jedoch erheblich. Die Kinder sind oft mit der Sehstörung gross geworden und haben nie erfahren, wie die Welt mit normaler Sehschärfe aussehen würde. Somit können sie ihr Problem nicht zum Ausdruck bringen. Daher war es früher und ist es heute wichtig, dass im schulärztlichen Dienst die Augen sorgfältig geprüft werden. Auch heute werden so im Kindergarten sowie der 4. und 8. Klasse jeweils 4-5% Kinder und Jugendliche entdeckt, die über eine ungenügende oder ungenügend korrigierte

Sehschärfe verfügen. Sie erhalten dann eine Brille, bevor sie in der Schule zurück bleiben oder Beschwerden entwickeln.



Bilder: Staatsarchiv des Kantons Bern, Fotonachlass Tschirren

Mit der Diagnose ist es nicht getan. Der schulärztliche Dienst hat sich stets dafür verantwortlich gefühlt, dass die betroffenen Kinder augenärztlich untersucht werden und gegebenenfalls eine Brille erhalten. So wurden über das Schularztamt Beiträge an die Kosten der Kinderbrillen an bedürftige Familien ausgerichtet, bis später die Krankenversicherung diese Beiträge leistete. Als sie 2011 aus dem Leistungskatalog der Krankenversicherung gestrichen wurden, setzten sich die Schulärztinnen und -ärzte national dafür ein, dass dieser Entscheid rückgängig gemacht wurde. Im Sinne der Nachsorge werden Familien zudem kontaktiert, wenn auf die augenärztliche Zuweisung innert nützlicher Frist keine Rückmeldung erfolgt. Manchmal braucht es nur eine Erinnerung an den nötigen Augenarzttermin. Ab und zu zeigt sich jedoch, dass die Familie bei der Vereinbarung des Termins die Unterstützung der Schularztassistentin benötigt. Wenn das Kind später mit einer schönen Brille im schulärztlichen Dienst auftaucht, wird die Freude entsprechend geteilt.

Gesundheitliche Auswirkungen der sozio-ökonomischen Benachteiligung

Die ersten 10 Jahre des schulärztlichen Dienstes waren von grosser Armut geprägt. Der Generalstreik von 1918 und die Finanz- und Wirtschaftskrise von 1922 mit Marktdemonstrationen gegen die steigenden Lebensmittelpreise zeugen davon. Im schulärztlichen Dienst waren die Auswirkungen deutlich sichtbar: Rachitis und Tuberkulose betrafen besonders Kinder aus armen Quartieren mit dunkeln, feuchten Wohnungen. Diese Kinder waren oft unterernährt, geschwächt und blieben in ihrem Wachstum zurück. 1918 waren sie mit 11 Jahren durchschnittlich ganze 7cm kleiner als ihre Mitschülerinnen und Mitschüler aus der Oberschicht.

Auch hier reichte es nicht, nur die Beobachtungen festzuhalten. Die betroffenen Kinder musste man im Rahmen der Schülerspeisungen ernähren und ihnen gegebenenfalls die nötige Erholung zukommen lassen. Das geschah mit schulärztlich verordneten Aufenthalten in Ferienkolonien oder in der Freiluftschule Elfenau: «Gleichsam ein Freiluftgehege, wo der Unterricht zum grossen Teil im Freien stattfand und die Kinder auch ihre Liegekuren machten», wie Dr. Lauener berichtet.

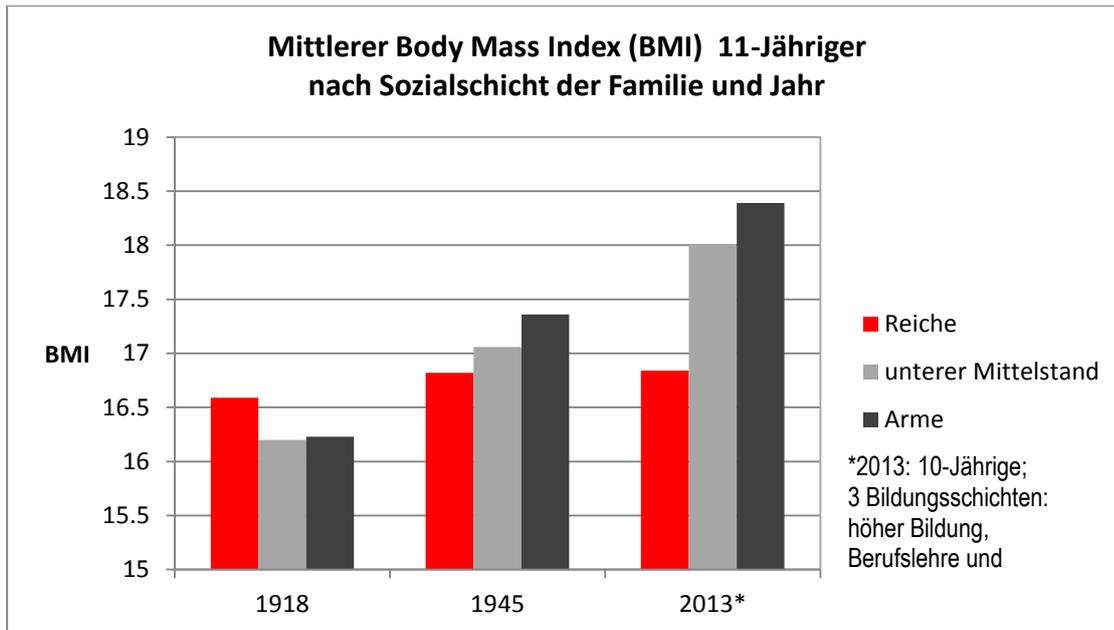


Bild: Stadtarchiv Bern

Sozio-ökonomische Benachteiligungen haben auch heute starke gesundheitliche Auswirkungen. Sie haben mit der steigenden Kinderarmut und vielen isoliert lebenden Familien, die kaum persönliche Kontakte im Umfeld haben, in neuerer Zeit leider wieder an Brisanz gewonnen.

Bei der Geburt sind Unterschichtkinder nach wie vor doppelt so häufig untergewichtig oder zu früh geboren wie Oberschichtkinder. Im Längenwachstum bleiben sie jedoch nicht mehr zurück. Sie sind dagegen stark von Übergewicht und Fettleibigkeit betroffen. Ihre Gesundheit ist damit langfristig von Folgeerkrankungen bedroht.

Der Blick in die Geschichte zeigt es: Dieser Trend zum höheren Körpergewicht in unteren Schichten ist bereits 1945 zu beobachten. Nebst Fast Food und Bewegungsmangel spielen also sicher weitere Faktoren eine Rolle, zum Beispiel der chronische Stress, der mit prekären Lebenslagen einhergeht.



Auf diese Erkenntnis folgt, dass das Thema Ernährung nicht nur mit Informationen zu gesunder Ernährung angegangen werden muss. Vielmehr geht es darum, positiv auf das psycho-soziale Umfeld der Kinder einzuwirken. So wird das gesunde Znüni aus der ZnüniBOX vor allem ein soziales Element, welches das Klassenklima positiv beeinflusst. Oder in der primano Frühförderung werden Eltern in ihrer Rolle gestärkt und positive Eltern-Kind-Interaktionen gefördert. Damit können gleichzeitig weitere Benachteiligungen reduziert werden, die aufgrund ungenügender entwicklungsförderlicher Erfahrungen in der Kleinkinderzeit entstehen. Im Pilotprojekt konnte aufgezeigt werden, dass die Kinder dank primano Frühförderung tatsächlich besser vorbereitet in den Kindergarten eintreten und mit besseren Bildungschancen in die Schule starten können. Zudem gibt es Hinweise, dass sie auch seltener bereits übergewichtig sind als Kinder ohne Frühförderung.



Projekt ZnüniBOX



primano Frühförderung