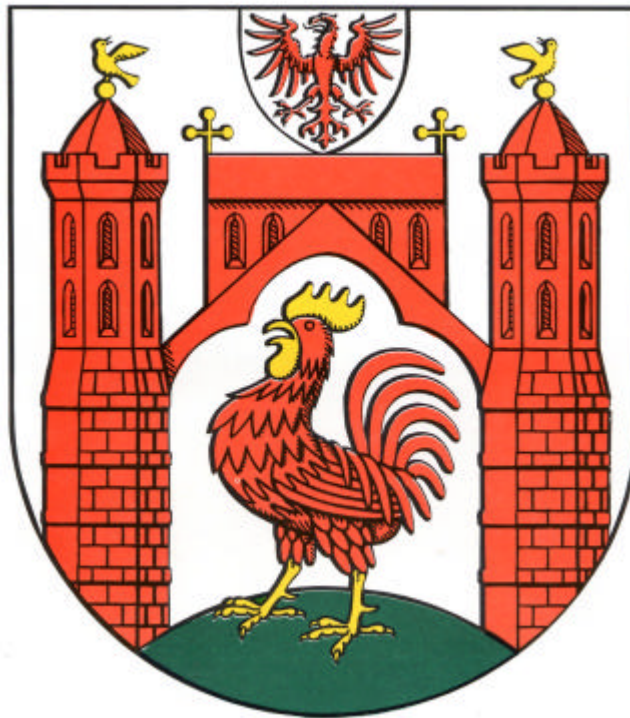


### 3. Gesundheitsbericht der Stadt Frankfurt (Oder)



### Bericht zur Gesundheit der Kinder in Frankfurt (Oder)

(Bericht über Kinder in besonderen Problemlagen - Kinderarmutsbericht Teil 2 )

Liebe Bürgerinnen und Bürger,

heute lege ich Ihnen den 3. Gesundheitsbericht zur Thematik „Bericht zur Gesundheit der Kinder in Frankfurt (Oder)“ vor.

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen steht auch in der Stadt Frankfurt (Oder) im Blickpunkt der Diskussion in unterschiedlichsten Bereichen.

Sicher stellen Kinder und Jugendliche im Vergleich zu Erwachsenen und alten Menschen die gesündere Bevölkerungsgruppe dar, aber die Weichen für ein langes und gesundes Leben werden bereits im Kindes- und Jugendalter gestellt. Früh können auftretende Entwicklungsdefizite und Gesundheitsstörungen in ein langfristiges Krankheitsgeschehen münden und somit die Lebensqualität dauerhaft einschränken.

In den letzten Jahrzehnten hat der Bevölkerungsanteil der Heranwachsenden infolge eines anhaltenden Anstiegs der Lebenserwartungen und des Rückgangs der Geburtenhäufigkeit nach und nach abgenommen. Auch in Frankfurt (Oder) ist dieser Trend zu verzeichnen. Im Jahr 2000 lebten in Frankfurt (Oder) 13 362 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, was einem Anteil von 18,8 % an der Gesamtbevölkerung entsprach. Im Jahr 2005 waren es dagegen 9 322 Kinder und der Anteil an der Gesamtbevölkerung betrug 14,8 %. Dieser Altersstrukturwandel wird sich weiter zuungunsten von Kindern verschieben. Nicht nur diese Zahlen zeigen, wie groß die Verantwortung aller gegenüber der heranwachsenden Generation ist, die so künftig auf schmalere Schultern immer größere Lasten tragen muss.

Umso problematischer ist die hohe Armutsbetroffenheit von Kindern und Jugendlichen auch vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Wandels und der damit einhergehenden Veränderungen der Armutsrisiken. Eine Armutslage in der Kindheit bedeutet einen schlechteren Start ins Leben und somit nachhaltige Auswirkungen auf die soziale und gesundheitliche Entwicklung der Betroffenen. Schon vor der Einschulung werden bei Kindern aus sozial schwächeren Familien vermehrt Sprachstörungen und Entwicklungsverzögerungen festgestellt. Diese Kinder sind des Weiteren auch häufiger von zahnmedizinischen Problemen betroffen.

Eltern können dem entgegenwirken, wenn es ihnen trotz knapper finanzieller Mittel gelingt, ein positives Familienklima herzustellen und ihren Kindern Entwicklungs- und Erfahrungsanreize zu schaffen. Kinder vor der Ausgrenzung einer benachteiligten Lebenslage zu schützen, ist am ehesten Eltern möglich, die über die entsprechenden sozialen Kompetenzen und Unterstützungspotentiale verfügen. Das gilt auch hinsichtlich gesundheitsbewusster Einstellungen und Verhaltensweisen, die maßgeblich durch elterliches Vorbild geprägt werden. Eltern sind z.B. Sprachvorbilder für ihre Kinder. Kommunikation beginnt in der Familie, z.B. bei der Unterhaltung beim gemeinsamen Abendessen, einem Spielnachmittag, beim Vorlesen einer Gute-Nacht-Geschichte.

Die Nutzung der Präventionspotentiale im Kinder- und Jugendalter und die Förderung eines gesunden Aufwachsens sind wesentliche Voraussetzungen für eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung.

Ich wünsche mir und uns allen, dass der Bericht viele interessierte Leser sowie aktive und kompetente Partner zur gemeinsamen Umsetzung der formulierten Ziele und Maßnahmen findet. Beginnen wir alle mit der Umsetzung sofort, im Interesse unserer Kinder.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Katja Wolle'.

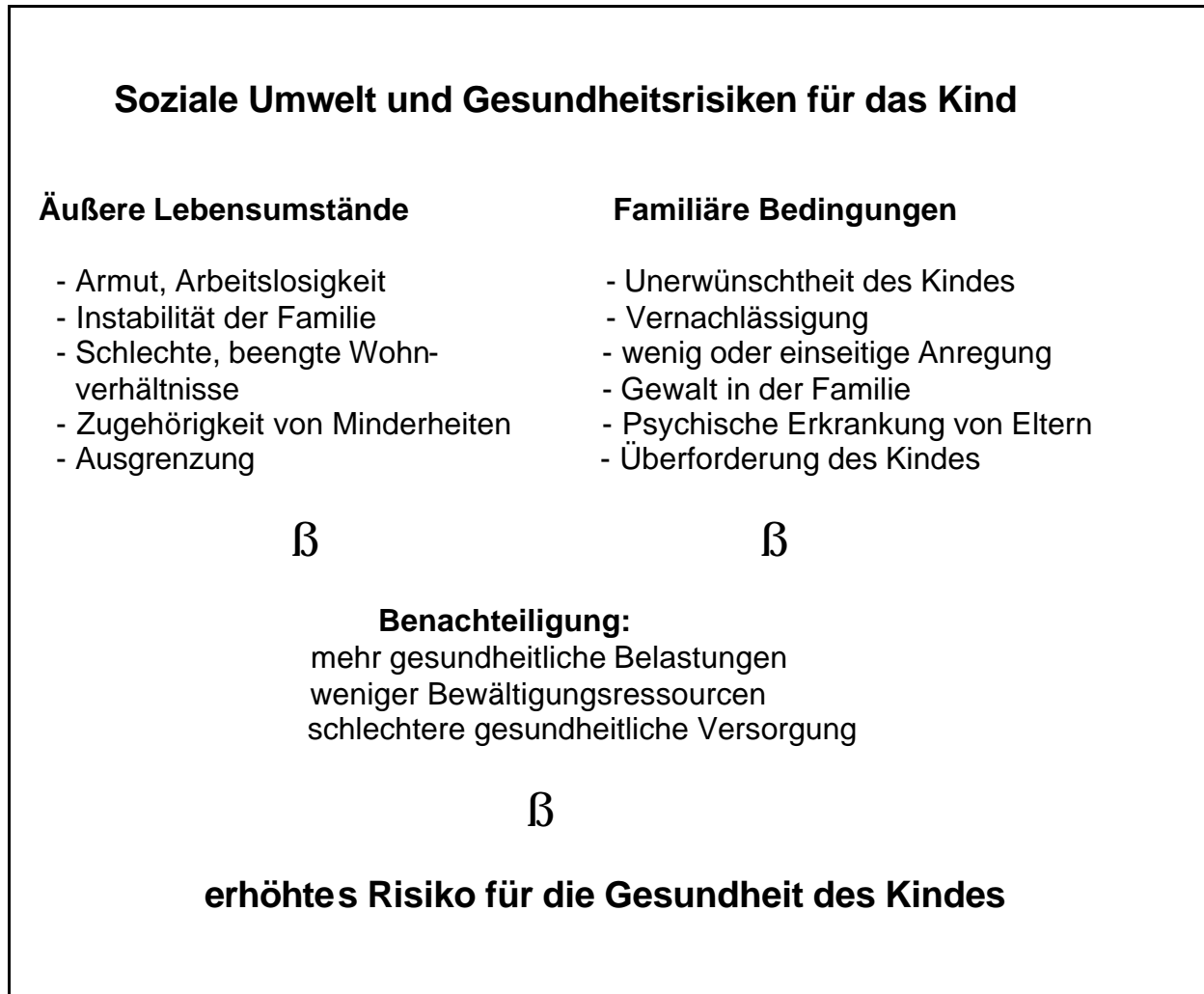
Ihre  
Katja Wolle  
Bürgermeisterin

## **Inhaltsübersicht:**

	Seite
1. Einführung	5 - 6
2. Früherkennung und Frühförderung	6 - 15
3. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen	16 - 26
4. Zahngesundheit	27 - 35
5. Ziele und Maßnahmen	36 - 37
6. Quellen und Anlagen	38 - 47

# 1. Einführung

Ziel des vorliegenden Berichtes - als Fortführung der Gesundheitsberichterstattung - ist die Darstellung der gesundheitlichen Situation Frankfurter Kinder mit spezieller Berücksichtigung ihrer sozialen Lage. Welche ungünstigen sozialen Rahmenbedingungen Benachteiligungen zur Folge und damit ein erhöhtes Risiko für die Gesundheit haben können, zeigt nachfolgende Abbildung:



Kinder sollen gesund aufwachsen. Notwendig dafür sind präventive Angebote für Eltern und Kinder, die frühzeitige Feststellung von gesundheitlichen und sozialen Risiken und die Bereitstellung rechtzeitiger Hilfen und Unterstützungsmaßnahmen.

Im Teil 2 des vorliegenden Berichtes wird zunächst die Situation von Früherkennung und Frühförderung in Frankfurt (Oder) dargestellt.

Teil 3 analysiert durch die Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen die Gesundheit jeweils eines kompletten Jahrganges Frankfurter Kinder. Besonders hier werden Zusammenhänge zur sozialen Lage der Familien deutlich.

Im Teil 4 erfolgt die Beurteilung der Zahngesundheit der Frankfurter Kindergartenkinder und Schüler. Bei der Auswertung der Daten der Schulkinder werden die Ergebnisse zum jeweiligen Schultyp in Beziehung gesetzt.

Im Rahmen der Gesamteinschätzung sind die im Gesundheitsamt vorhandenen Daten der letzten 3 Jahre zusammengefasst. Die gewonnenen Erkenntnisse dienen der Formulierung von gesundheitspolitischen Zielen und notwendigen Handlungsschritten in der Kommune für die nächsten Jahre (Sprachförderung, besonderes Augenmerk auf Kinder aus sozial benachteiligten Familien legen, Frühförderung ausbauen). Voraussetzung ist, dass alle Angebote und Hilfen ineinander greifen und alle erreichen.

Prävention und Früherkennung als Querschnittsaufgabe setzen die ressortübergreifende Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe, Kitas, Schule, Sport sowie medizinischen Fachkräften voraus.

Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter ist ein Schwerpunkt brandenburgischer Familienpolitik, der mehr ins Blickfeld der Öffentlichkeit gerückt werden muss, so Ministerin Ziegler.<sup>1</sup>

## **2. Früherkennung und Frühförderung**

Der Abschnitt Früherkennung und Frühförderung baut auf Einschätzungen und Ergebnissen bisheriger Berichte des Gesundheitsamtes zu dieser Problematik auf. Zahlreiche Ausführungen und Feststellungen müssen im engen Zusammenhang mit den Darlegungen der folgenden Teile gesehen werden.

Generelle Übereinstimmung besteht, dass wichtige Grundlagen für die Entwicklung eines Kindes in den ersten Lebensjahren gelegt werden. Ziel muss es deshalb sein, gesundheitliche Beeinträchtigungen und soziale Benachteiligungen möglichst frühzeitig zu erkennen und mit unterschiedlichsten Maßnahmen auszugleichen, um die Entwicklungschancen aller Kinder zu vergrößern. Dazu gehört, Vorschulkinder gezielt in ihrer gesundheitlichen, sozialen und emotionalen Entwicklung zu fördern, aber auch deren Eltern zu unterstützen.

Entwicklungsaufgaben in dieser frühen Lebensphase sind u.a.:

- physische und psychische Entwicklung und deren Verarbeitung,
- Entwicklung von motorischen Fähigkeiten,
- Entwicklung von Sprache und Kognition,
- Entwicklung sozialen Verhaltens.

Die positive Bewältigung dieser Entwicklungsschritte im Kindesalter ist eine wichtige Voraussetzung dafür, den späteren Anforderungen in der Jugendphase gewachsen zu sein.

Allgemein wird davon ausgegangen, dass etwa 6 % der Kinder in der Altersklasse 0 bis 6 Jahre behindert bzw. von Behinderung bedroht sind (s. „Aktionsprogramm des Landes Brandenburg – Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ S. 17).

---

<sup>1</sup> s.a. Programm für Familien- und Kinderfreundlichkeit vom 18.10.2005- [www.masgf.brandenburg.de](http://www.masgf.brandenburg.de)

Daraus abgeleitet ergibt sich für Frankfurt (Oder) bei **3018 Kindern** in dieser Altersklasse (Stand 31.12. 2005 lt. Kommunalstatistik) ein Frühförder- und Beratungsbedarf für ca. 181 Kinder.

Ziel und Inhalt aller Maßnahmen zur Eingliederung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder ist es, ihnen, entsprechend ihren persönlichen Bedürfnissen und Möglichkeiten, die Hilfe zu geben, die sie befähigen, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Dies ist nur dann in befriedigender Weise zu erreichen, wenn die eingetretene oder drohende Behinderung rechtzeitig und richtig erkannt wird. Erfahrungen zeigen, dass drohende Behinderungen oft vermieden oder eingetretene Behinderungen und ihre Folgen gemildert oder möglicherweise sogar beseitigt werden können, wenn Risiken und Beeinträchtigungen zum frühestmöglichen Zeitpunkt richtig erkannt werden und gezielte ganzheitliche Therapie und Förderung eingeleitet werden.

Leistungsfähige **Strukturen der Früherkennung und Frühförderung** sind ein dringendes sozial-, familien-, bildungs- und gesundheitliches Anliegen. Erfolgreiche Frühförderung ist nicht nur unter vorrangig humanitären, sondern auch finanzpolitischen Gesichtspunkten, wie der Vermeidung lebenslanger aufwendiger Therapien, Betreuung und Pflege, zu sehen und geboten. Stehen doch den Ausgaben der Kommune für Maßnahmen der Früherkennung und Frühförderung längerfristig in vielen Fällen vermeidbare finanzielle Aufwendungen bei Behinderung und hohe Kosten bei schweren bleibenden Behinderungen gegenüber.

**Früherkennung, Frühförderung und Frühbehandlung** von behinderten Kindern und von Behinderung bedrohter Kinder ist ein Hauptanliegen aller durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter. Je früher in der kindlichen Entwicklung eine Auffälligkeit oder Beeinträchtigung erkannt wird, desto besser kann vorgebeugt und geholfen werden, denn frühe Hilfen sind die wirksamsten Hilfen.

Die Angebote zur Früherkennung sollten Kinder aus allen gesellschaftlichen Schichten gleichermaßen erreichen.

**Frühförderung** hat sich nicht nur als Inbegriff für frühe Hilfe für entwicklungsauffällige Kinder und ihre Bezugspersonen etabliert, sondern es sind auch Einrichtungen und Dienste in Frankfurt (Oder) entstanden, die ihre Angebote mit hoher Fachlichkeit vorhalten und stets weiterentwickelt haben. Diese Hilfen bestehen aus medizinisch-therapeutischen, heilpädagogischen und sonderpädagogischen sowie sozial stützenden Maßnahmen, verstanden als ein Begriff für alle Maßnahmen in den Bereichen Diagnostik, Therapie, Beratung und pädagogische Förderung.

**Zur Früherkennung und Frühförderung** gibt es ein System von Hilfen, das von Medizinern, speziellen Diensten und Einrichtungen getragen wird. Neben der Heilmittelversorgung durch den Arzt, den Frühförder- und Beratungsstellen und den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) zählen auch Erziehungsberatungsstellen, integrative Kindergärten, niedergelassene Therapeuten (Sprachtherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) dazu.

Alle Hilfen der Früherkennung und Frühförderung orientieren sich nicht nur am einzelnen Kind, sondern auch an seiner Familie und seinem Umfeld, d.h. Eltern erhalten Hilfe in Form von Information, Anregungen, Beratung, Begleitung und Ermutigung.

In der Stadt Frankfurt (Oder) gibt es ein abgestuftes System verschiedenartiger Bausteine zur Versorgung dieses Personenkreises.<sup>2</sup>

### **Die medizinischen Vorsorgeuntersuchungen - U1 bis U9 bzw. J1**

Diese Vorsorgeuntersuchungen als Angebote<sup>3</sup> niedergelassener Ärzte (vorrangig der Kinderärzte) sind als kassenärztliche Leistung grundsätzlich geeignet, Fehlentwicklungen, Krankheiten oder Behinderungen zu erkennen und notwendige Therapien oder Fördermaßnahmen einzuleiten. Die Teilnahme an den ersten Früherkennungsuntersuchungen U 1 bis U 7 ist sehr hoch. Mit zunehmenden Alter der Kinder nimmt jedoch die Beteiligung an diesen Untersuchungen ab. In der Praxis zeigt sich, dass diese Untersuchungen nicht bzw. nicht vollständig durch die Eltern genutzt werden und dadurch nicht wenige Kinder viel zu spät an entsprechende Fachdienste überwiesen werden. Leistungen dieses wichtigen präventiven Bereiches werden so nicht ausreichend genutzt.

Studien belegen, dass Vorsorgeuntersuchungen gerade von Eltern mit niedrigem Sozialstatus seltener genutzt werden, so dass diese Vorsorgeuntersuchungen nur unzureichend jene erreichen, die auf Grund ihres Gesundheitszustandes am meisten davon profitieren könnten, denn die Teilnahmequote an diesen U-Untersuchungen ist auch ein Indikator für das gesundheitsbewusste Verhalten der Eltern.

Durch die Inanspruchnahme der o.g. Vorsorgeuntersuchungen sollten Störungen oder Krankheiten spätestens bis zur Schuleingangsuntersuchung (meist im 6. Lebensjahr) erkannt sein und längst behandelt werden, da das optimale Förder- und Behandlungsalter von 2 bis 4 Jahren bei späterem Erkennen, z.B. Feststellung bei der Schuleingangsuntersuchung, schon weit überschritten ist.

Eine Aufsplittung der Inanspruchnahme der einzelnen U 1 bis U 9 - Untersuchungen für Frankfurt (Oder) ist nicht möglich, da eine solche detaillierte Erfassung durch die Kassenärztliche Vereinigung bzw. andere Dienste bisher nicht erfolgt. Zwar werden die Teilnahmeraten erfasst, aber die Untersuchungsergebnisse selbst werden kaum evaluiert. Diese U-Untersuchungen zu ergänzen bzw. zu qualifizieren fordern z.B. viele Kinderärzte, ebenso sollten zukünftig auch die emotionale, psychosoziale und kognitive Entwicklung eines Kindes erfasst werden.

Bisher sind Aussagen zur Inanspruchnahme der U 1 bis U 7 einzeln nicht möglich. Vorgesehen ist deshalb kurzfristig durch das MASGF/Landesgesundheitsamt, den Dokumentationsbogen der Einschulungsuntersuchungen dahingehend zu qualifizieren, dass auch Einzeluntersuchungen dokumentiert werden und so eine bessere Aussage und Wertung möglich wird.

---

<sup>2</sup> Siehe Anlage mit Auflistungen

<sup>3</sup> siehe Anlage zur Erläuterung



Bei den Einschulungsuntersuchungen werden immer wieder einige Befunde entdeckt, die bereits für eine Frühförderung relevant gewesen wären (Sprachstörungen, psychomotorische Störungen und Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung). Auch hier sind Kinder aus sozial schwachen Familien besonders betroffen.

Risikogruppen für den relativ hohen Anteil des zum Zeitpunkt der Einschulung unentdeckten Frühförderbedarfs sind u. a. die sog. Hauskinder, auch jene Kinder, die vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst in der Kita nicht regelmäßig untersucht wurden und Kinder, deren Bedarf vor der Einschulung zwar erkannt wurde, die aber die Frühfördereinrichtungen, z.B. wegen einer mangelnden Kooperationsbereitschaft der Eltern, nicht erreichen.

Angemerkt sei aber auch, dass nicht bei jedem Kind, bei dem zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung ein Erstbefund mit Relevanz für die Frühförderung erhoben wird, bereits zu einem früheren Zeitpunkt ein Bedarf an Frühfördermaßnahmen gem. SGB XII oder SGB VIII vorgelegen haben muss.

Die Angebote der Frühförderung richten sich an einen unterschiedlichen Personenkreis, es sind z.B. Kinder, deren Entwicklung verzögert ist, Risikokinder, die vor, während oder nach der Geburt besonderen Gefährdungen ausgesetzt waren, Kinder mit geistigen und Mehrfachbehinderungen, Kinder mit Körperbehinderungen einschließlich der Seh- und Hörschädigungen, Kinder, deren Sprachentwicklung oder Sprachfähigkeit beeinträchtigt ist, Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten und sozial benachteiligte Kinder.

In Auswertung der Einschulungsuntersuchungen wurde deutlich, dass bei Kindern aus sozial schwachen Familien der Anteil frühförderrelevanter Befunde überdeutlich höher ist.

Abbildung: Einschüler mit Befunden mit Relevanz für Frühförderung 2003

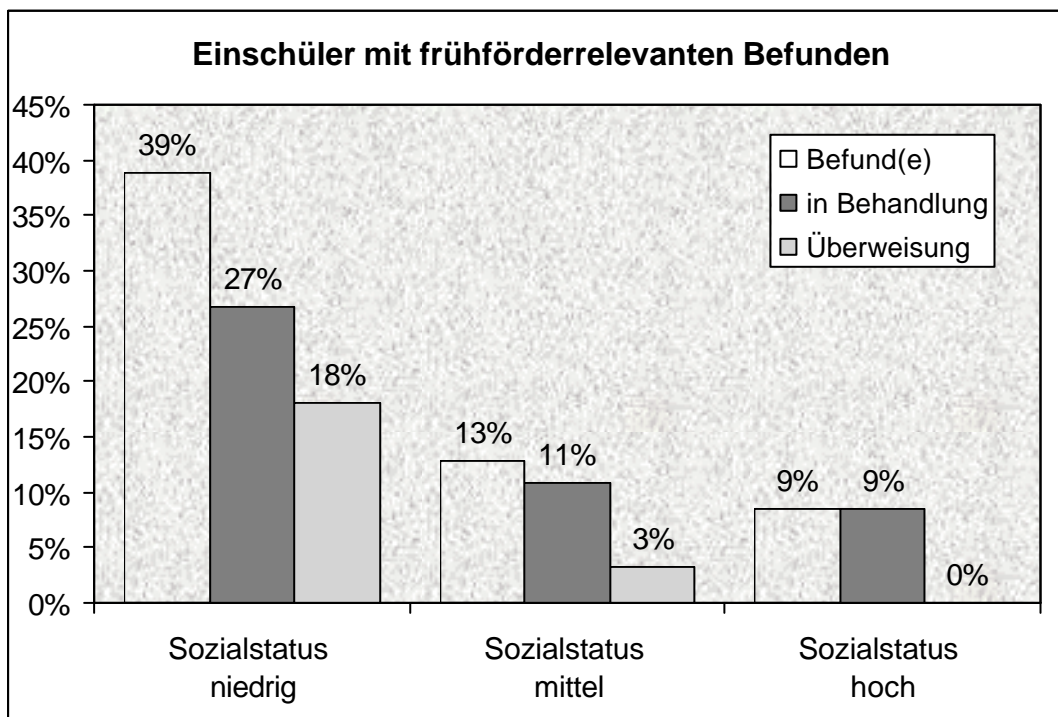


Abbildung: Einschüler mit Befunden mit Relevanz für Frühförderung 2004

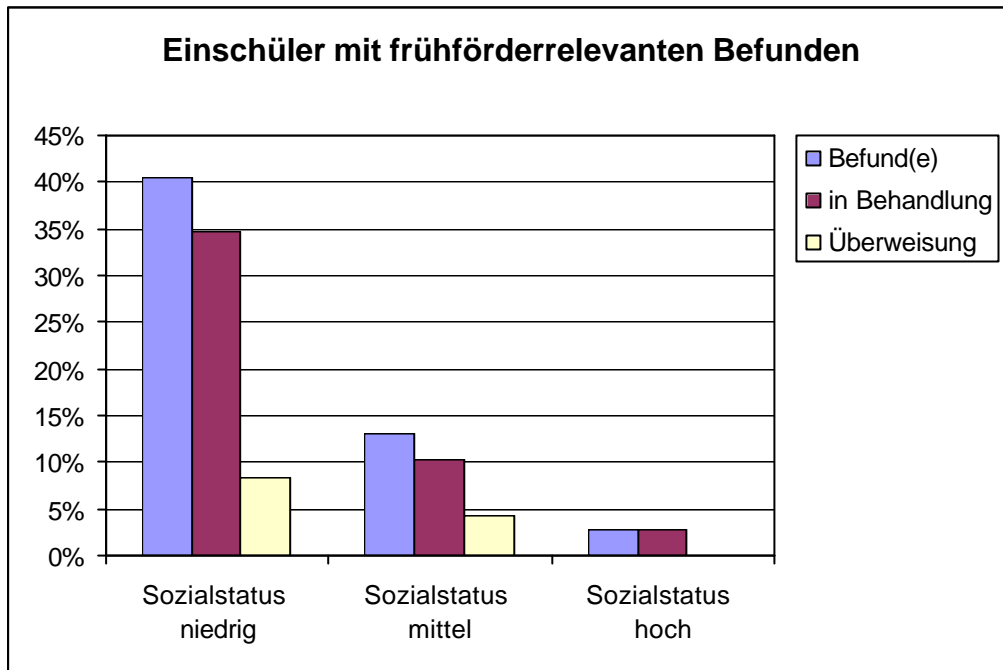
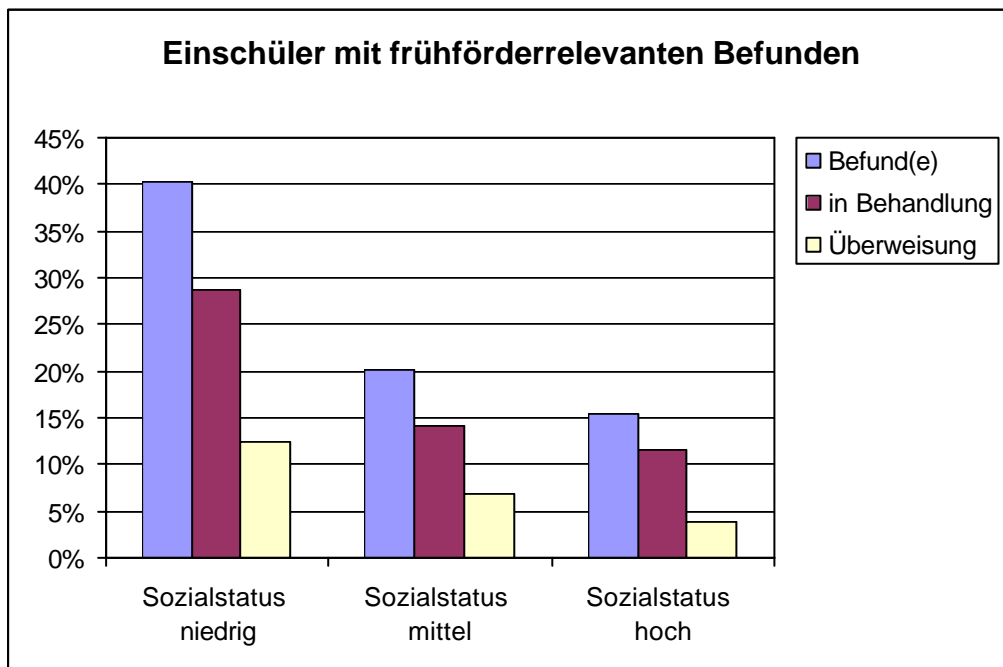


Abbildung: Einschüler mit Befunden mit Relevanz für Frühförderung 2005



Folgen, wenn eine Förderung nicht erfolgt, sind u.a.:

- Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Kindes d.h., aus einer drohenden Behinderung werden manifeste Behinderungen,
- Zunahme manifester Teilleistungsstörungen,
- Wahrnehmungsstörungen mit bedeutsamen Schulschwierigkeiten,
- Manifeste Auswirkungen (Schulverweigerung, Verhaltensstörungen) bei Kindern und Jugendlichen, bei denen Entwicklungsdefizite im Sinne von Teilleistungsstörungen und Wahrnehmungsschwächen bei leichten frühkindlichen Hirnschäden nicht rechtzeitig erkannt und therapiert wurden.

Früherkennung und Frühförderung ist pflichtige Aufgabe der Kommune; gesetzliche Grundlagen und Zuständigkeiten sind:

- für die Beteiligung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes das Brandenburgische Gesundheitsdienstgesetz – BbgGDG vom 03.06.1994,
- für medizinisch therapeutische Leistungen das SGB V,
- für heilpädagogische Leistungen das SGB IX, insbesondere §§ 26, 30,56 (alt: BSHG §§ 39,40), SGB XII §§ 53,53 und Eingliederungshilfeverordnung,
- für familienunterstützende Maßnahmen bzw. heilpädagogische Maßnahmen bei seelischer Behinderung das KJHG (§ 35 a),
- die Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV, BGBl. Jahrgang 2003 Teil 1 Nr. 28) vom 24.06.2003.

Das MASGF und das MBS des Landes Brandenburg haben 1993 gemeinsame Empfehlungen zum Aufbau von Frühförderangeboten gegeben und die Kommunen des Landes bei der Umsetzung unterstützt.

## **Die Frühförder- und Beratungsstelle**

Durch Beschluss der Stadtverordnetenversammlung Frankfurt (Oder) vom 15.06.1995 „Ausführung von Pflichtaufgaben nach §§ 39,40 Abs. 1 Ziffer 2 a BSHG sowie der Verordnung nach § 47 BSHG – Eingliederungshilfeverordnung für behinderte Kinder im Vorschulalter“ und der Vereinbarung über die Zahlungsmodalitäten gemäß o. g. Beschluss (Nr. 95/15/488) wurde die Errichtung einer Frühförder- und Beratungsstelle für die Stadt Frankfurt (Oder) festgelegt.

Träger dieses Angebotes ist seither für die heilpädagogische Frühförderung der Verein Lebenshilfe Frankfurt (Oder) e.V.. Die Frühförder- und Beratungsstelle ist fachgerecht besetzt.

Die sächliche Ausstattung der Beratungsstelle in Frankfurt (Oder) am Marktplatz 3 entspricht den Anforderungen. Soweit erforderlich und notwendig, wird die Behandlung auch mobil, d.h. aufsuchend in der häuslichen Umgebung oder in der Kindertagesstätte des betroffenen Kindes durchgeführt. Dies befördert Möglichkeiten der Unterstützung und Einflussnahme zur Mitwirkung der Eltern, nimmt aber auch den Kindern (und Eltern) Ängste, wenn die Betreuung im gewohnten Umfeld erfolgt.

Die Stadt und der Träger haben vertragliche Abstimmungen zu den Rahmenbedingungen der Durchführung der Frühförderung vorgenommen.

Das Leistungsangebot umfasst u. a. heilpädagogische Leistungen in Form der Einzelförderung, Kleingruppenförderung, Beratungen und Gespräche der/mit Eltern, Erzieherinnen u.a. Bezugspersonen, Gremien- und Netzwerkarbeit.

Betreut werden Kinder von der Geburt bis zum Schuleintritt (i. d. R. 0 bis 6 Jahre).

Der Zeitumfang einer Fördereinheit beträgt 55 Minuten. Erfahrungsgemäß erhält ein Kind i. d. R. wöchentlich eine Fördereinheit.

Die jährlichen finanziellen Haushaltsmittel werden durch das Amt für Jugend und Soziales der Stadt getragen.

Die Höhe der Finanzierung betrug in den Jahren

2003	=	88.572 €
2004	=	86.108 €
2005	=	103.832 €.

Nachfolgende Grundsätze und Prinzipien werden realisiert:

- **Ganzheitlichkeit**

das ganzheitliche Konzept orientiert sich am Kind als Gesamtpersönlichkeit in seiner sozialen Umwelt unter Berücksichtigung aller Aspekte der kindlichen Entwicklung (psychomotorische, kognitive, soziale, kommunikative und emotionale).

- **Familienorientierung**

die Zusammenarbeit mit den Eltern und deren Beratung sind besonders wichtig, dies sichert eine aktive Mitwirkung, fördert die Unterstützung und stärkt die Kompetenz (die Mitarbeiterinnen der Frühförder- und Beratungsstelle realisieren Erstgespräche mit den Eltern nach 1 - 2 Wochen). Hilfen im familiären Umfeld aber auch eine zugängliche (barrierefreie und „offene“) Beratungsstelle unterstützen dies.

Es werden sowohl die Belastbarkeit der Eltern sensibel wahrgenommen, als auch die eigenen fachlichen Grenzen beachtet. Die Zusammenarbeit mit den Eltern ist unentbehrlich, sie werden im gewissen Sinne auch befähigt, unterstützende Maßnahmen und Hilfen zukünftig eigenständig durchzuführen.

- **Regionalisierung**

bedeutet überschaubare (flächendeckende) Strukturen, die für die Stadt Frankfurt (Oder) gegeben sind.

- **Vernetzung**

Eine fachübergreifende interdisziplinäre Zusammenarbeit erfolgt, gegenseitige Abstimmungen zum Förderkonzept (im medizinischen, pädagogischen, psychologischen, sozialen Bereich) werden vorgenommen, die Weiterentwicklung von Vernetzungen (u.a. mit niedergelassenen Ärzten, SPZ, Therapeuten) sind ständige Aufgabe.

Anregungen/Zugänge und Vermittlungen zur Inanspruchnahme der Frühförderung erfolgen vorwiegend durch Überweisungen niedergelassener Ärzte, Feststellungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) des Gesundheitsamtes bei den jährlichen ärztlichen Untersuchungen in den Kindertagesstätten, durch Eigeninitiative der Eltern und auch Leiter sowie Erzieher der Kindertagesstätten.

Überweisungen /Vermittlungen an die Frühförder- und Beratungsstelle in Frankfurt (Oder) erfolgen durch:

Erzieherinnen der Kita's	=	38 %
KJGD Gesundheitsamt	=	22 %
SPZ	=	18 %
Niedergelassene Ärzte	=	10 %
Eltern, Familienhelfer, Therapeuten	=	12 %

Die Antragstellung auf eine Leistung zur Frühförderung wird beim Amt für Jugend und Soziales der Stadt vorgenommen. Das Amt für Jugend und Soziales entscheidet über die Gewährung von Leistungen als örtlicher Träger der Jugend- und Sozialhilfe in eigener Zuständigkeit. Vor einer Bewilligung mit Entscheid über die Dauer der Förderung wird u. a. eine gutachterliche Stellungnahme des Gesundheitsamtes abgefordert.

Entwicklung/Anzahl der geförderten Kinder in Frankfurt (Oder):

2003 = 59 Kinder
2004 = 47 Kinder
2005 = 55 Kinder.

Daraus ist ersichtlich, dass jährlich durchschnittlich 52 Kinder betreut werden. Gegenwärtig (Stand März 2006) werden 43 Kinder von den Mitarbeiterinnen der Frühförder- und Beratungsstelle der Lebenshilfe e. V. betreut.

Übersicht zur Altersstruktur der aktuell geförderten Kinder:

<b>Alter</b>	<b>43 Kinder</b>
bis 2 Jahre	1
2 Jahre	2
3 Jahre	4
4 Jahre	7
5 Jahre	15
über 6 Jahre	14
<b>Durchschnittsalter</b>	<b>4,74</b>

Das Durchschnittsalter der Kinder lag bei Beginn der Förderung im Jahr 2003 bei 4,6 Jahren, im Jahr 2004 bei 4,5 Jahren und im Jahr 2005 bei 4,4 Jahren.

Die Dauer der Frühförderungsmaßnahme richtet sich nach der Schwere der Beeinträchtigung des Kindes. Die durchschnittliche Förderdauer beträgt 2 Jahre, die Mindestförderung 6 Monate, in wenigen Einzelfällen ist eine längere Förderung notwendig (3 bzw. 4 Jahre). Es gibt keine Wartelisten, der Träger kann bei erhöhtem Bedarf zeitnah reagieren. Zwischen Antragstellung und Bewilligung liegen i. d. R. durchschnittlich 4 bis 6 Wochen.

Wird während der Betreuung (im Hilfeplangespräch, der ärztlichen Begutachtung, im Entwicklungs- und Sozialbericht der Frühförder- und Beratungsstelle) festgestellt, dass die bisherige Förderung bzw. die Anzahl der Fördereinheiten nicht ausreichen und eine Weiterführung der Förderung dringend angezeigt ist, erfolgt nach Prüfung eine Bewilligung zur Verlängerung. Im Durchschnitt wird im Bescheid zunächst eine Förderung für die Dauer von 12 Monaten ausgesprochen. Bei schwierigeren Beeinträchtigungen, z.B. Entwicklungsdefiziten bei Mehrfachbehinderungen, erheblichen Entwicklungsrückständen, fehlender Schulreife wird im Interesse des Kindes sogleich eine längere Förderdauer unbürokratisch bewilligt bzw. einer Verlängerung/Weiterführung zugestimmt.

Wird während der Frühförderung ersichtlich, dass die Art der Maßnahme und das Zeitvolumen der Förderung für die vorliegende Behinderung bzw. drohende Behinderung nicht ausreichen, wird eine Förderung in einer teilstationären Einrichtung (Integrationskindergarten) empfohlen und gemeinsam mit den Eltern eingeleitet.

Diese Integrationskindergärten sind als weitere Angebote zur Frühförderung zu nennen.<sup>4</sup>

### **Das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ)**

Sozialpädiatrische Zentren i.S.v. § 119 SGB V und § 4 Frühförderverordnung (FrühV) sind ermächtigte, kinderärztlich geleitete, interdisziplinär, ambulant und fachübergreifend arbeitende Einrichtungen, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen.

In Frankfurt (Oder) ist das SPZ am Klinikum Frankfurt (Oder) angesiedelt und es ist überregional tätig. Im Jahr werden rund 700 Kinder aus Frankfurt (Oder) sowie dem Umland, wie Eisenhüttenstadt, behandelt.

Die frühzeitige Erkennung, Diagnostik, Behandlung und Förderung durch das SPZ ist primär auf Kinder und Jugendliche (vom Säuglingsalter bis zum 18. Lebensjahr) ausgerichtet, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Behinderung oder einer drohenden Behinderung nicht von geeigneten niedergelassenen Ärzten, anderen medizinischen Einrichtungen oder interdisziplinären Frühförder- und Beratungsstellen behandelt werden können. Das Aufgabenspektrum umfasst die Entwicklungsrehabilitation, d. h. die Frühdiagnostik, die Frühtherapie, die Frühförderung und Frühbetreuung.

Der Zugang zum SPZ erfolgt grundsätzlich im Rahmen der Überweisungstätigkeit eines Kassenarztes. Der ärztliche Leiter ist ein hauptamtlich beschäftigter Kinderarzt mit fundierter neuropädiatrischer Zusatzausbildung. Zum multiprofessionellen Team gehören u.a.: ausgebildeter Kinderarzt, klinischer Psychologe, Physiotherapeut, Ergotherapeut, Logopäde, Kinderkrankenschwester, Sozialarbeiter.

Die apparative Ausstattung muss für Diagnostik und Therapie dem zeitgemäßen Standard entsprechen, deshalb ist die Anbindung an das Klinikum optimal.

---

<sup>4</sup> Auflistung der Integrationskindergärten mit Auslastung

Die Leistungen des SPZ werden über Fallpauschalen pro Kind und Quartal vergütet, die mit den Verbänden der Krankenkassen ausgehandelt werden, die Krankenkassen tragen 85 % und der örtliche Sozialhilfeträger trägt 15 % des Kostensatzes.

Bei Überweisungen und Terminvergabe im SPZ werden das Alter des Kindes, die (Verdachts)-Diagnose und die Dringlichkeit des Anliegens berücksichtigt.

Die Dauer zwischen der ersten umfassenden Diagnostik und dem Therapie- oder Förderbeginn ist sehr unterschiedlich, da ein Teil der Kinder und Jugendlichen ausschließlich eine eingehende (Differential)-Diagnostik benötigt. Eine medizinische Behandlung am SPZ ist oft zeitnah möglich.

### **Interdisziplinäre Frühförderstellen**

Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF) sind gem. § 3 Frühförderverordnung familien- und wohnortnahe Dienste und Einrichtungen, die die betreffenden Kinder von der Geburt bis zum Schuleintritt, i. d. R. das 6. Lebensjahr, ambulant und/oder mobil/aufsuchend diagnostizieren, behandeln und fördern. Im Rahmen eines ganzheitlichen Konzepts bieten sie umfassende Hilfen an, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und diese durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern.

Mit dem SGB IX vom 01.07.2001 hat der Gesetzgeber die Leistungen der Frühförderung auf eine neue - klarere – gesetzliche Grundlage gestellt. Gab es bisher eine gesetzliche Trennung zwischen dem Bereich der ärztlichen und medizinisch-therapeutischen Frühförderung, die entsprechend SGB V über die Krankenkassen zu finanzieren ist, und/oder pädagogischen Frühförderung, die nach SGB IX (alt BSHG) bzw. KJHG über Sozial- und Jugendhilfeträger als örtlichen Träger der Sozialhilfe finanziert wird, so werden beide Bereiche im SGB IX erstmalig zusammengefasst. Damit werden neue Akzente gesetzt, in dem fachliche Grundprinzipien aufgenommen werden und eine ganzheitliche Frühförderung als Komplexleistung gem. § 30 SGB IX gefordert und vorgehalten werden soll. Die therapeutischen und pädagogischen Leistungen in der Frühförderung werden weitgehend zu einem komplexen Versorgungsangebot der ambulanten medizinischen Rehabilitation zusammengefasst.

Die Umsetzung der **Frühförder-Verordnung** ist nicht zufriedenstellend und stagniert im Land Brandenburg. Obwohl das für die Frühförderung behinderter oder entwicklungsgestörter Kinder maßgebliche SGB IX und die Frühförder-Verordnung des Bundes seit mehreren Jahren in Kraft sind, haben sich die Kostenträger (Krankenkassen und örtlichen Träger der Sozial- und Jugendhilfe) bisher nicht auf eine Landesrahmenvereinbarung für Brandenburg verständigen können.

Die weitere Entwicklung der Früherkennung und Frühförderung zu einem interdisziplinär arbeitenden Leistungsangebot machen Vereinbarungen der zuständigen Kostenträger und Leistungserbringer erforderlich.

### 3. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen

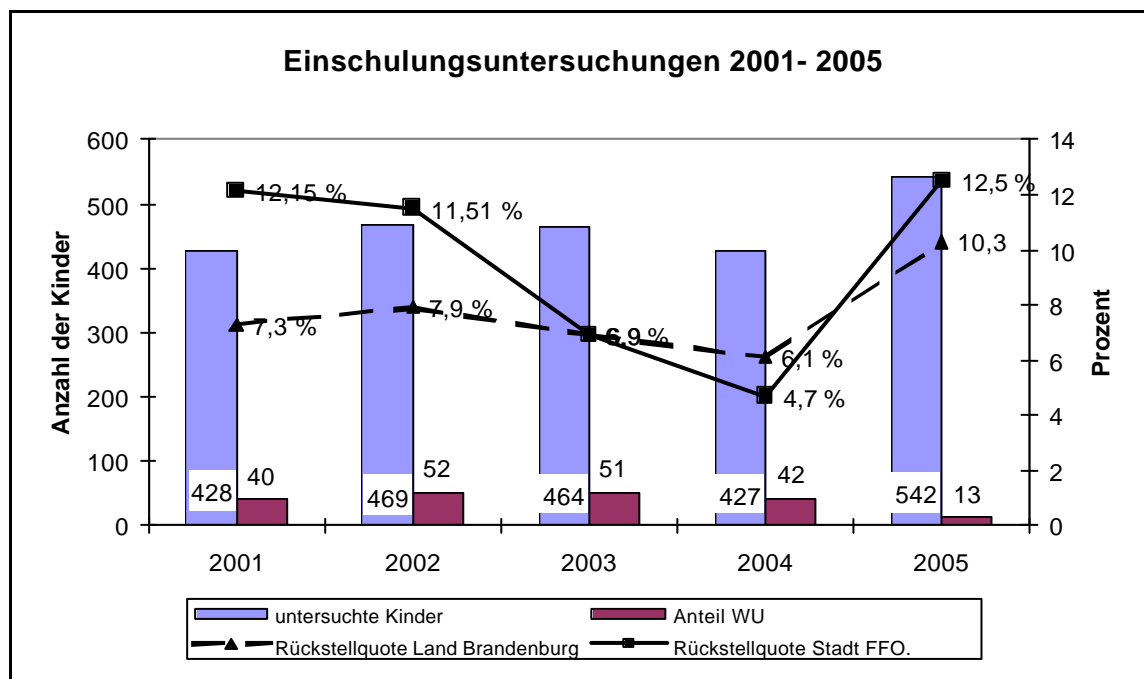
Schuleingangsuntersuchungen sind eine äußerst wichtige gesundheitspolitische Informationsquelle. Im Land Brandenburg besteht gemäß § 37 Abs. 1 des brandenburgischen Schulgesetzes für alle Kinder vor der Einschulung die Pflicht, an einer schulärztlichen Untersuchung der Gesundheitsämter teilzunehmen. Auf Grund der persönlichen Anwesenheit der Eltern bzw. eines Elternteiles können im Rahmen dieser Untersuchung auch spezielle Probleme direkt besprochen werden. Es erfolgen z. B. Beratungen zu Impfungen und gesundheitsrelevantem Verhalten ebenso wie zu möglichen Hilfeformen bei sozialen Nöten oder einer eventuellen erforderlichen zusätzlichen Förderung des Kindes.

In der vorliegenden Auswertung werden die Ergebnisse der Jahre 2003 bis 2005 teilweise auch mit denen des Landes Brandenburg verglichen. Eine einheitliche Erfassung durch den ärztlichen Dokumentationsbogen für Kinder und Jugendliche<sup>5</sup> macht dies möglich. Auf der Grundlage von Funktionsdiagnostischen Tabellen wird dieser standardisiert ausgefüllt. Die Daten werden dann verschlüsselt und anonymisiert vom Landesgesundheitsamt ausgewertet. Aufgrund dessen ist eine landesweite Vergleichbarkeit gegeben. Die Ergebnisse machen deutlich, welchen Platz unsere Kinder im Landesvergleich einnehmen.

#### Allgemeine Angaben

Im Jahre 2003 wurden durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes 464 Kinder (54,7 % Jungen und 45,3 % Mädchen) untersucht, im Jahre 2004 waren es 427 Kinder (49,4 % Jungen und 50,6 % Mädchen) und 2005 sind 547 Kinder (51,8 Jungen und 48,2 % Mädchen) untersucht worden.

Abbildung 1: Einschulungsuntersuchungen 2001 – 2005



<sup>5</sup> Dokumentationsbogen s. Anlage



Die deutliche Zunahme der zu untersuchenden Einschüler im Jahre 2005 ist durch die Änderung der Stichtagsregelung zur Schulpflicht mit dem Jahr 2005/ 2006 zu erklären. Entsprechend § 37 des Brandenburgischen Schulgesetzes beginnt die Schulpflicht für Kinder, die bis zum 30. September (vorher bis 30. Juni) das 6. Lebensjahr vollendet haben, am 1. August desselben Kalenderjahres.

Die Rückstellquote Frankfurter Einschüler ist nach deutlichem Rückgang bis 2004 drastisch angestiegen und hat erneut die Größenordnung von 2001 erreicht. Diesmal ist jedoch auch landesweit ein starker Anstieg zu verzeichnen. Ursächlich wird die oben beschriebene Schulgesetzänderung verantwortlich gemacht, da lt. Angaben des Bildungsministeriums über 50 % der zurückgestellten Kinder im Zeitraum vom 01.07. – 30.09.2005 das 6. Lebensjahr vollendeten.

Durch die Einschulungsuntersuchungen sollen Gesundheitsstörungen bzw. Fehlentwicklungen erkannt und bewertet werden, um damit die aktuelle Schulfähigkeit einzuschätzen. Eine Zurückstellung wird empfohlen, wenn das Kind aus ärztlicher Sicht auf Grund seiner körperlichen, geistigen oder seelischen Entwicklung als nicht schulfähig eingeschätzt wird und auch durch Fördermaßnahmen die Schulfähigkeit kurzfristig nicht erreicht werden kann. Die endgültige Entscheidung über die Zurückstellung vom Schulbesuch trifft in jedem Fall der Schulleiter (gemäß §§ 50,51 Abs. 1 Brandenburgisches Schulgesetz).

Bei bestehender Schulfähigkeit aber deutlicher Lern-, Leistungs- und Entwicklungsbeeinträchtigungen wird die Einleitung eines Förderausschussverfahren empfohlen. In dessen Rahmen erfolgt die Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfes sowie die Erstellung einer individuellen Bildungsempfehlung.

Tabelle 1: Beurteilung der Schulfähigkeit

	<b>2003 (%)</b>	<b>2004 (%)</b>	<b>2005 (%)</b>
Empfehlung zur Einschulung	93,1	95,3	87,5
Empfehlung zum Förderausschuss	10,3	9,6	9,2
Empfehlung zur Zurückstellung	6,9	4,7	12,5

Kinder, die in der Zeit vom 01. Oktober – 31. Dezember das 6. Lebensjahr vollenden (mit speziellem Nachweis über den Entwicklungsstand auch Kinder, die bis zum 1. Juli des folgenden Kalenderjahres das sechste Lebensjahr vollenden), können auf Antrag der Eltern vorzeitig eingeschult werden. Bisher gibt es nur sehr wenige vorzeitige Einschüler (2005 waren es 4 Kinder).

## Medizinisch relevante Befunde

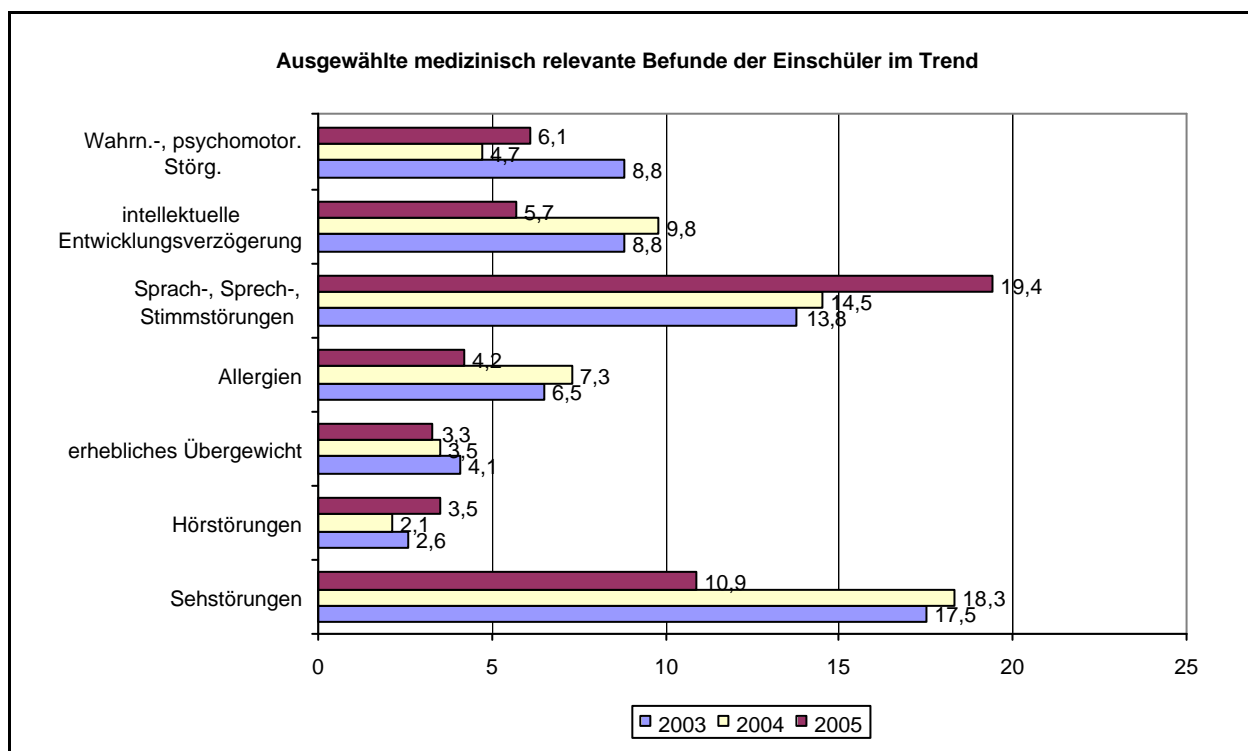
Für die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Schulanfänger standen im Jahr 2003 = 464, 2004 = 427 und 2005 = 542 dokumentierte Ergebnisse zur Verfügung. Waren 2003 nur etwa 25 % der Kinder zum Untersuchungszeitpunkt 5 Jahre alt und etwa 70 % der Kinder 6 Jahre alt, stieg die Zahl der 5-jährigen im Jahr 2005 auf knapp 45 % bei nur noch gut 50 % der 6-jährigen Kinder.

Zur Erfassung medizinisch relevanter Befunde konzentrieren sich die Untersuchungen auf:

- die Beschreibung des körperlichen Entwicklungsstandes, einschließlich chronischer Erkrankungen,
- die Diagnostik von Sehen und Hören sowie
- die Feststellung des individuellen Entwicklungsstandes in den Bereichen Motorik, Koordination, Wahrnehmung und verbale Kommunikation.

Werden im Ergebnis dieser Untersuchungen Befunde erhoben, die ernste Beeinträchtigungen für die Kinder bedeuten und aus denen sich ein medizinischer Handlungsbedarf ergibt, handelt es sich um medizinisch relevante Befunde. Hierzu gehören schwerwiegende körperliche, geistige und seelische Störungen sowie Entwicklungsverzögerungen und Behinderungen.

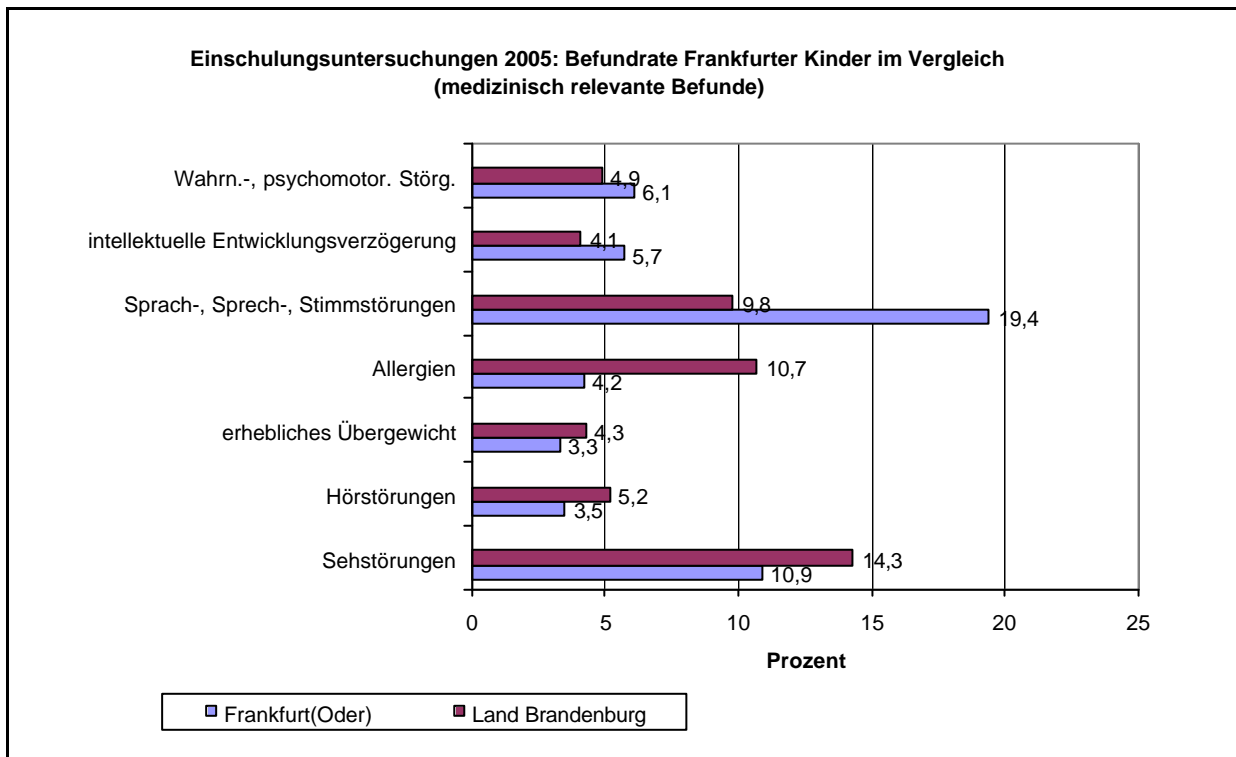
Abbildung 2: Ausgewählte medizinisch relevante Befunde



Bei mehr als jedem 3. Kind (über 40 %) wurden ernstere Beeinträchtigungen, d. h. ein oder mehrere medizinisch relevante Befunde, festgestellt. Dabei waren 2005 fast die Hälfte (19,4 %) Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen. Die Sehstörungen machten mit 10,9 % noch über ¼ der medizinisch relevanten Befunde aus. Wahrnehmungs- und psychomotorische Störungen wurden bei 6,1 % und intellektuelle Entwicklungsverzögerungen bei 5,7 % aller Kinder diagnostiziert. Der Anteil der anderen medizinisch relevanten Befunde lag unter 5 %.

Bei der Betrachtung dieser Daten im Vergleich mit denen des Landes zeigt sich, dass Einschüler aus Frankfurt (Oder) insbesondere bei den Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen weit über dem Durchschnitt des Landes Brandenburg liegen. Wahrnehmungs- und psychomotorische Störungen sowie intellektuelle Entwicklungsverzögerungen liegen nur leicht über dem Landesdurchschnitt. Alle anderen medizinisch relevanten Befunde werden 2005 in Frankfurt (Oder) seltener als landesweit diagnostiziert.

Abbildung 3: Medizinisch relevante Befunde im Vergleich



Der überdurchschnittliche Anteil der Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen bei gleichzeitigem deutlichen Anstieg von 13,8 % = 2003 über 14,5 % = 2004 auf 19,4 % = 2005 innerhalb der Stadt Frankfurt (Oder) könnte im Zusammenhang mit einer Verschlechterung der sozialen Lage der Kinder stehen (s. Punkt 5 Sozialstatus).

Diese Feststellung bedarf einer Ursachensuche sowie der weiteren Beobachtung der Entwicklung aber natürlich auch einer frühzeitigen Intervention.

In diesem Zusammenhang ist die Durchführung des bundesweiten Kinder- und Jugendsurveys<sup>6</sup> (KIGGS-Studie) unbedingt positiv zu sehen. Durch die repräsentative Studie mit einer umfangreichen verbesserten Datenlage wird es möglich sein, begründete und nachvollziehbare Aussagen zu regionalen Erhebungen zu erhalten.

## **Handlungsbedarf**

Eine notwendige Überweisung zur Logopädie, Ergotherapie, Physio- und Psychotherapie sowie die Empfehlung einer pädagogischen und psychologischen Klärung definiert in der vorliegenden Auswertung den Handlungsbedarf. Dieser besteht neben dem Bedarf einer ärztlichen Behandlung und ergibt sich aus den erhobenen medizinisch relevanten Befunden.

In den vergangenen 3 Jahren stieg der Anteil der Kinder mit Handlungsbedarf von 14,9 % (2003) über 15,9 % (2004) auf 18,3 % (2005) an. Auch wenn diese Werte unterhalb des Landesdurchschnitts liegen (23,2 % = 2005; 20,9 % = 2004; 22,0 % = 2003), sollte den möglichen Ursachen nachgegangen werden.

Zum Zeitpunkt der Einschulung müsste der größte Teil behandlungsbedürftiger Kinder bereits in Therapie sein bzw. ihre notwendige Behandlung kontinuierlich erhalten.

## **Impfschutz**

Nach den Empfehlungen der WHO sollen 95 % der Bevölkerung über einen ausreichenden Impfschutz verfügen. Impfen als die wichtigste präventive Maßnahme wird nicht nur vom Öffentlichen Gesundheitsdienst gefördert, Hausärzte sind wichtige Ansprechpartner. Wer sich impfen lässt, schützt letztendlich sich und andere.

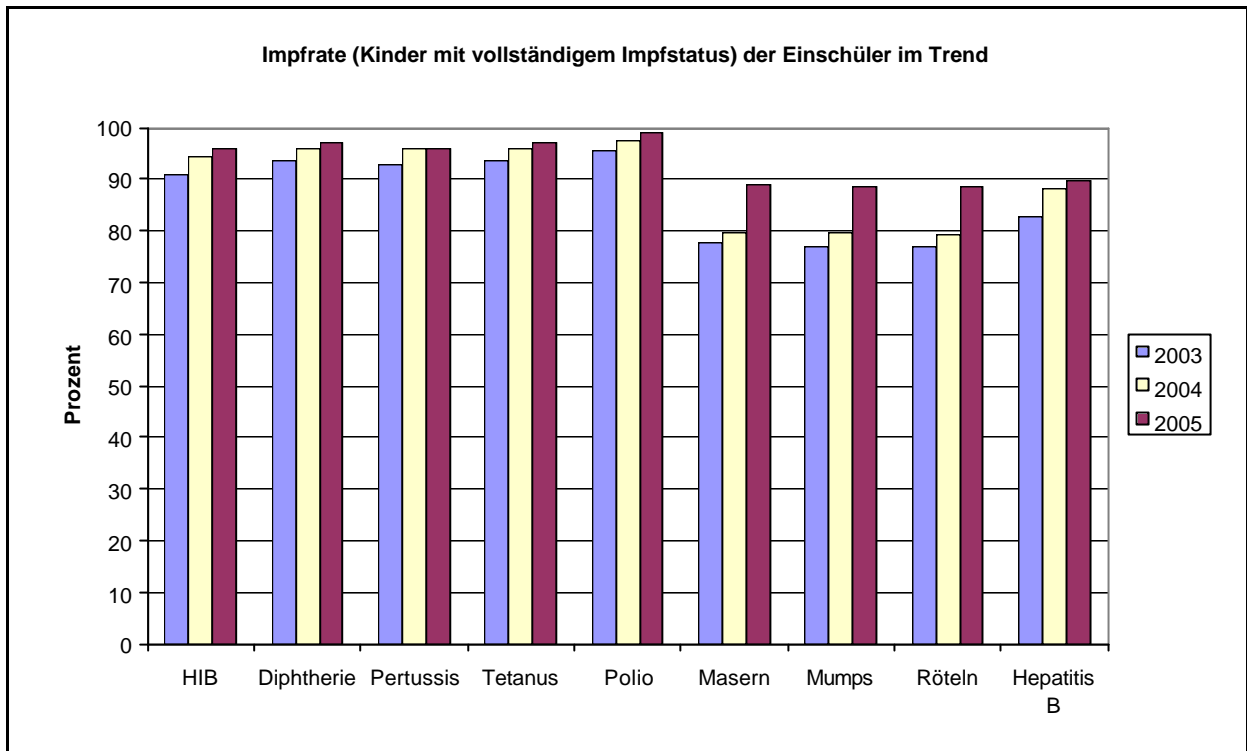
Die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen zeigen, ob den altersgerechten und zeitlichen Vorgaben der Ständigen Impfkommission (StIKO) gefolgt wird, ein entsprechender Immunschutz bei den Kindern vorliegt oder ob gezielt Impflücken geschlossen werden müssen.

Sehr gute Immunisierungsraten (> 95 %) liegen vor bei Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio und HiB. Die Rate bei Masern, Mumps, Röteln sowie Hepatitis B liegt zwischen 88,5 % und 89,7 %, wobei nach Einführung der entsprechenden STIKO-Empfehlungen ein stetiges Anwachsen der Durchimpfungen zu verzeichnen ist.

---

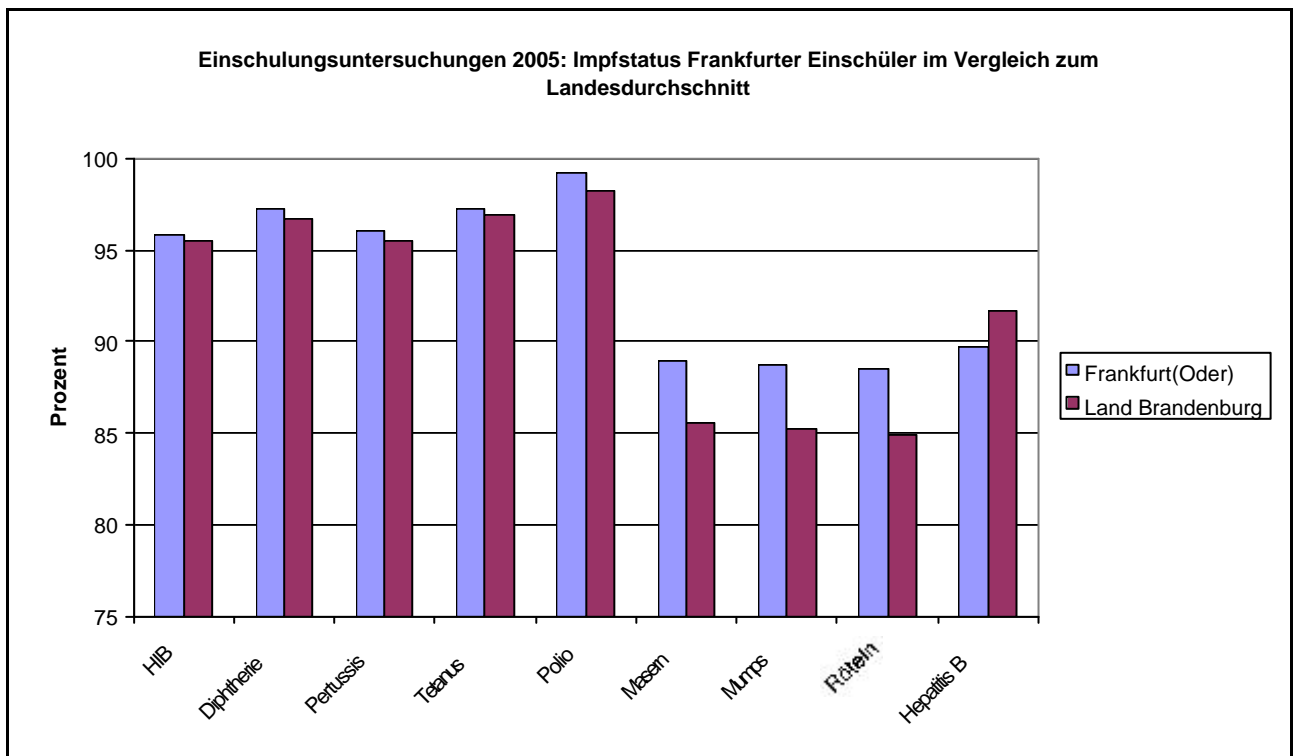
<sup>6</sup> Erläuterungen s. Anlage

Abbildung 4: Impfrate



Im Vergleich zum Land wird deutlich, dass Frankfurter Einschüler bis auf die Hepatitis B-Impfung leicht über der durchschnittlichen Immunisierungsrate liegen.

Abbildung 5: Impfstatus der Einschüler im Landesvergleich



Damit ist in Frankfurt (Oder) durch das Engagements der niedergelassenen Ärzte (Beratung der Patienten und Durchführung der Impfungen) und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes - KJGD (Überprüfung des Impfschutzes und Schließen von Impflücken) bereits ein großer Schritt hinsichtlich der Erreichung der WHO-Empfehlungen von 95 % Durchimmunisierung getan.

## **Sozialstatus**

Kinder werden in ihre soziale Situation hineingeboren und können diese weder bestimmen noch verändern. Insbesondere der Gesundheitszustand von Kindern hängt mit der Art und Qualität des sozialen Umfeldes ihrer Eltern zusammen. Vergleiche zwischen unterschiedlichen Lebensbedingungen nehmen deshalb meist Bezug auf die Familie und deren sozio-ökonomischen Status (Familieneinkommen, berufliche Stellung, Schulbildung der Eltern), wobei auch die gegenwärtigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen nicht außer acht gelassen werden dürfen.

Festzustellen ist, dass auch in Frankfurt (Oder) bei Kindern soziale Benachteiligungen mit gesundheitlichen Benachteiligungen einhergehen.

Faktoren sozialer Benachteiligung sind:

- Äußere Lebensumstände, wie niedriger Sozialstatus, Armut, unvollständige Familie, schlechte Wohnverhältnisse,
- soziale Interaktion, wie Unerwünschtheit des Kindes, Vernachlässigung, wenig oder einseitige Anregung, Gewalt in der Familie, Überforderung des Kindes.

Zur Einschulungsuntersuchung gehört im Gespräch mit den Eltern die Sozialanamnese. Auf der Grundlage freiwilliger Angaben zu Schulbildung und Erwerbstätigkeit kann nach Auswertung ein Sozialindex gebildet werden (Tabelle 2).

Damit wird eine Einteilung der Familien der Einschulungskinder hinsichtlich ihres Sozialstatus möglich.

Tabelle 2: Bildung der Variable Sozialstatus

	Punkte je Elternteil	
<b>Schulbildung</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Niedrige Schulbildung (fehlender Schulabschluss bzw. weniger als 10 Klassen)</li> </ul>	1	⇒
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mittlere Schulbildung  (10 Klassen)</li> </ul>	2	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hohe Schulbildung (mehr als 10 Klassen)</li> </ul>	3	
<b>Erwerbstätigkeit</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nicht erwerbstätig</li> </ul>	1	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Erwerbstätig (Vollzeit und Teilzeit)</li> </ul>	2	

**Hoher Sozialstatus**  
9- 10 Punkte

**Mittlerer Sozialstatus**  
7- 8 Punkte

**Niedriger Sozialstatus**  
4- 6 Punkte

Bei fehlender Angabe eines Elternteiles wird die des anderen Elternteils doppelt gewichtet, analog bei Alleinerziehenden.

Das soziale Umfeld beeinflusst die Gesundheit der Kinder, besonders aber auch veränderter Lebensstil und Freizeitverhalten (einseitige Ernährung, Bewegungsmangel) befördern Erkrankungen.

Der Sozialstatus der Frankfurter Einschüler hat sich im Zeitraum von 2003 bis 2005 deutlich verändert. Bei einem etwa gleichbleibend hohen Anteil von Familien mit niedrigem Sozialstatus (10 % über Landesdurchschnitt) hat der Anteil von Familien mit hohem Sozialstatus zugunsten der Familien mit mittlerem Sozialstatus deutlich abgenommen und lag damit im Jahr 2005 knapp 13 % unter dem Landesdurchschnitt.

Abbildung 6: Sozialstatus von Einschülern im Vergleich

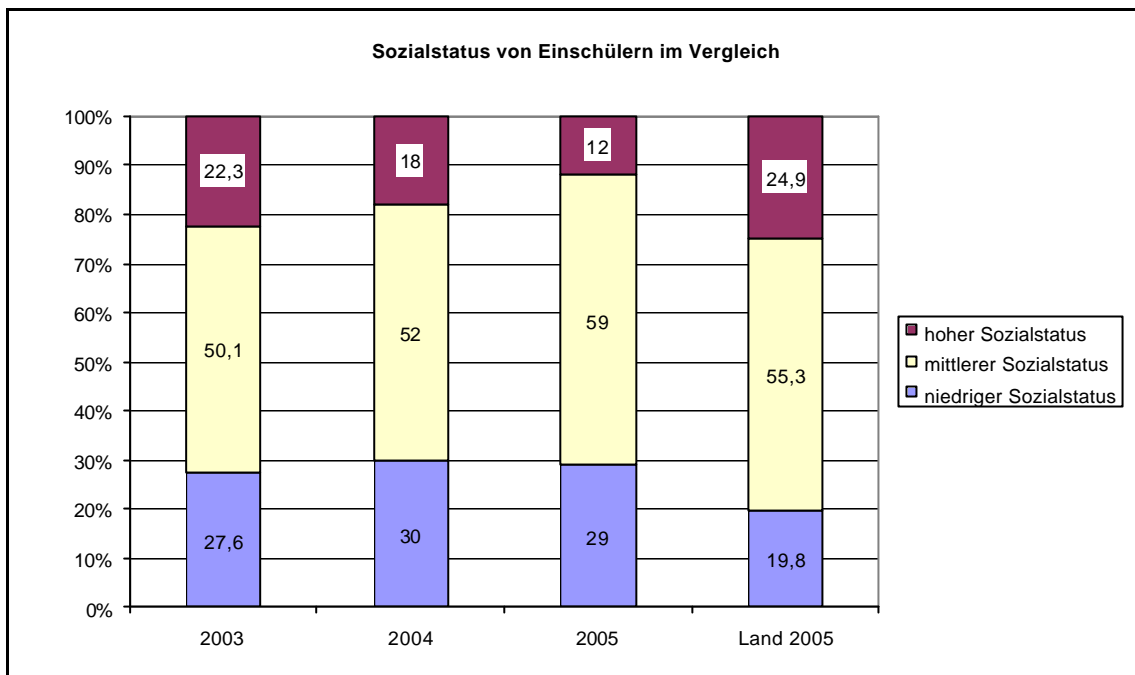
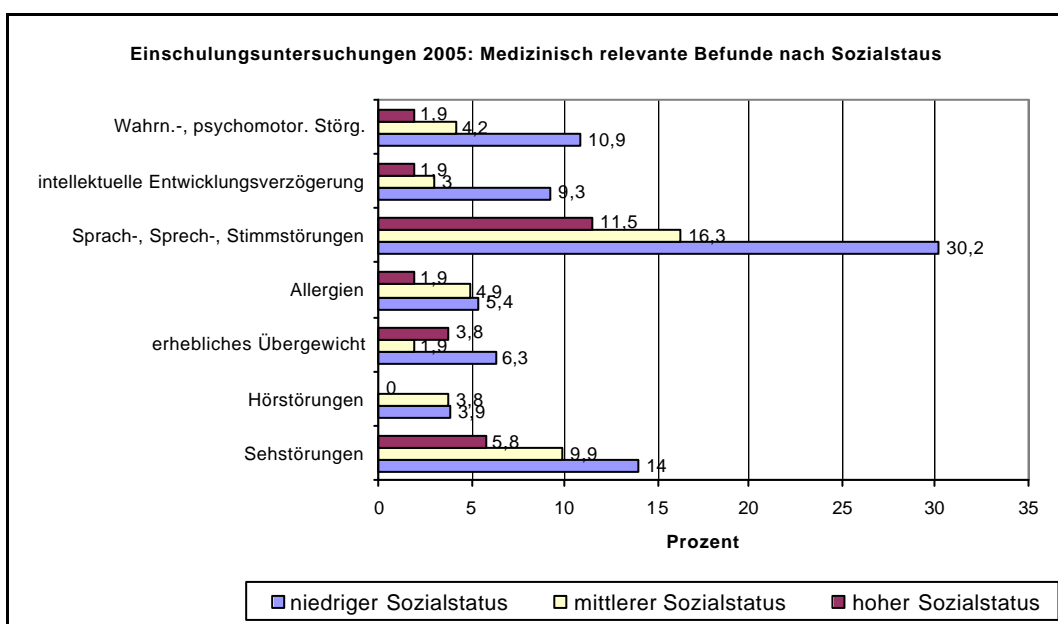


Abbildung 6 zeigt also deutlich, dass der Anteil der Familien mit niedrigem Sozialstatus 17 % (2,4-fach) über dem Anteil der Familien mit hohem Sozialstatus liegt. Gleichzeitig wird hier ein erheblicher Unterschied zum Landesdurchschnitt sichtbar, wo insgesamt der Anteil der Familien mit hohem Sozialstatus den Anteil der Familien mit niedrigem Sozialstatus mit 5 % übersteigt.

Zusammenhänge zwischen Sozialstatus und erhobenen Befunden sind überwiegend festzustellen. Es kann gezeigt werden, dass der größte Teil der Beeinträchtigungen bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus vorliegt.

Abbildung 7: Medizinisch relevante Befunde nach Sozialstatus

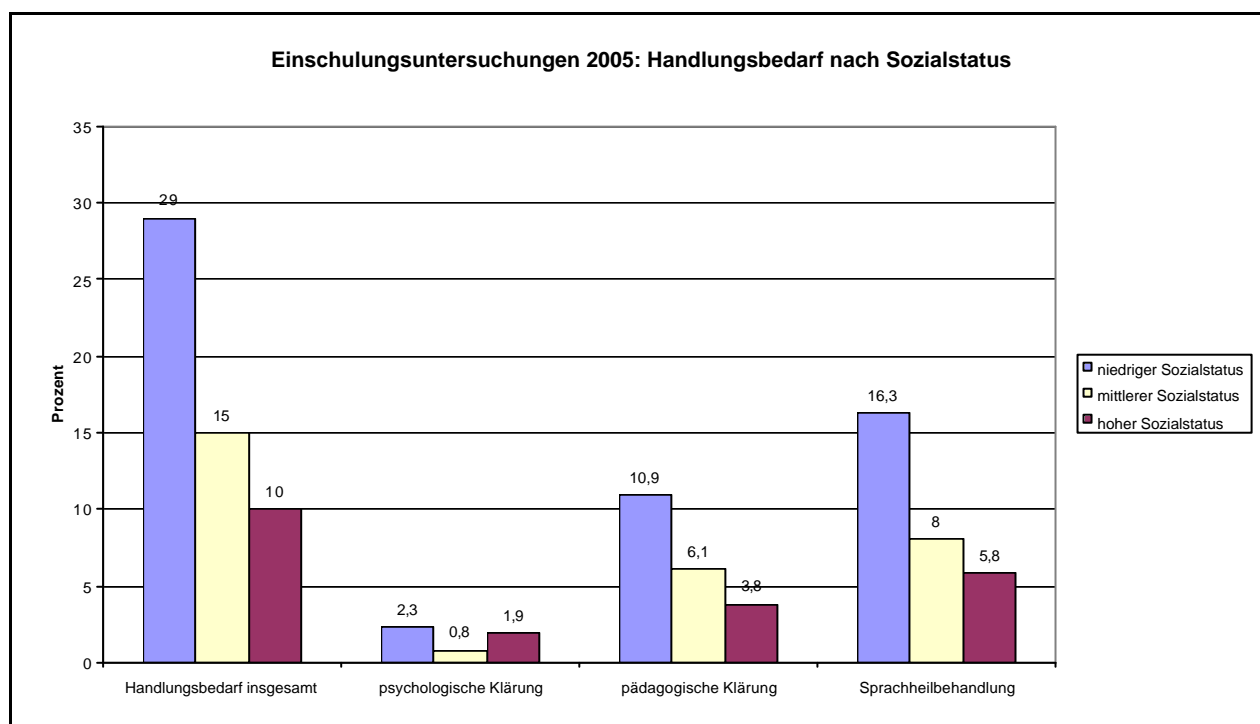




Besonders deutliche Unterschiede bestehen zwischen Kindern aus sozial benachteiligten und gut gestellten Familien im Bereich der Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen ( 30,2 % : 11,5 % ), der intellektuellen Entwicklungsverzögerungen ( 9,3 % : 1,9 % ) und der psychomotorischen und Wahrnehmungsstörungen ( 10,9 % : 1,9 % ). Aber auch Sehstörungen finden sich deutlich häufiger ( 14 % : 5,8 % ).

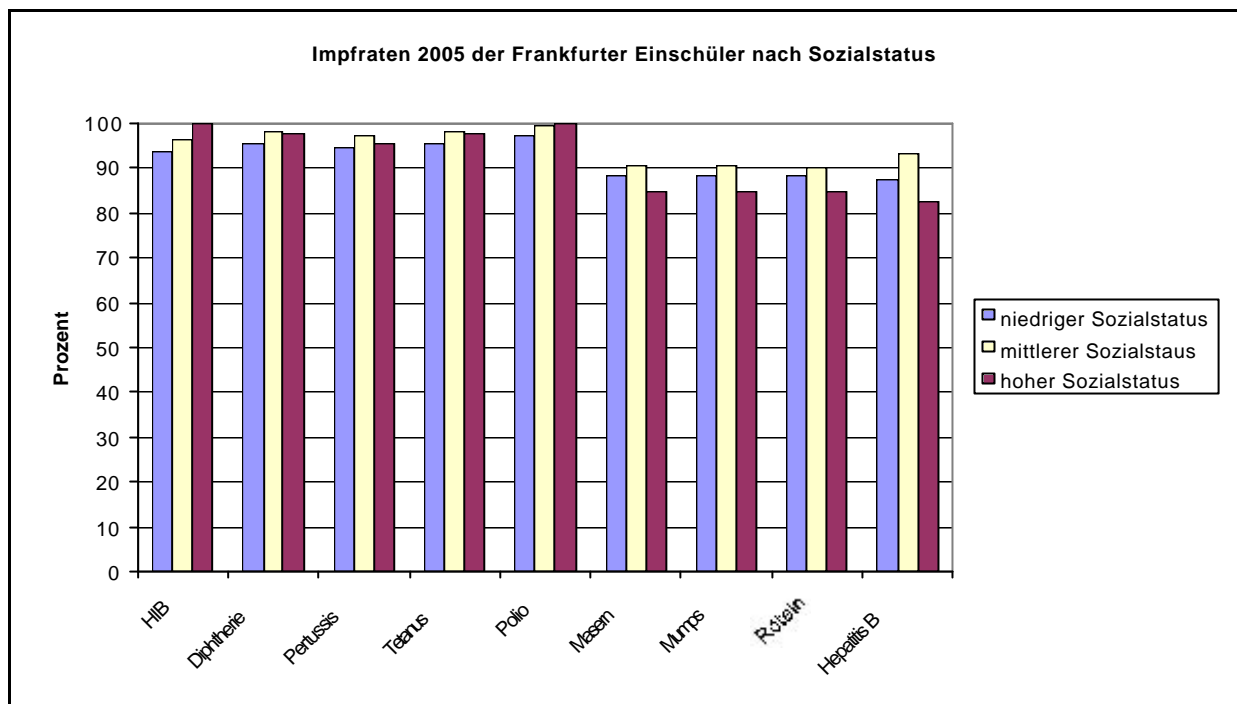
Insgesamt werden die Leistungsanforderungen an Kinder größer (z.B. auch frühere Einschulung), sie sind diesen aber nicht gewachsen, wenn ihnen die Grundfähigkeiten, wie z.B. gutes Sprechen und Sprachverständnis fehlen. Entsprechend den häufigen Befunden bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus zeigt sich auch beim festgestellten Handlungsbedarf ein deutlich höherer Anteil. Dieser ergibt sich hauptsächlich durch die Überweisungen zur Sprachheilbehandlung sowie den Empfehlungen zur pädagogischen Klärung, die in der Regel bei notwendigem schulischen Förderbedarf gegeben werden.

Abbildung 8: Handlungsbedarf nach Sozialstatus



Beim Impfschutz der Einschüler wird das soziale Gefälle nicht deutlich. Hier zeigt sich die höchste Immunisierungsrate bei Kindern aus Familien mit mittlerem Sozialstatus. Sowohl die Kinder aus Familien mit niedrigem als auch mit hohem Sozialstatus liegen leicht unter diesen Raten.

Abbildung 9: Impfraten



Die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchungen zeigen, dass gesundheitliche Unterschiede mit dem Sozialstatus der Familien zusammenhängen. Besonders deutlich ist dies 2005 bei den Kindern mit Sprachstörungen. Die eingeschränkte Kommunikation kann für das Klein- und Vorschulkind zu einer gravierenden Mangelsituation führen, die sich dann natürlich auch auf andere Entwicklungsbereiche auswirkt. Bei überwiegend vorhandenen elektronischen Spielen und Phantasiefiguren sowie hohem Fernsehkonsum ist generell ein Mangel an traditionell, kinderorientierten Beschäftigungen wie Bauen mit Bausteinen, Holzklötzen, Malen, Basteln, Schneiden, Vorlesen und Bewegungsspielen unübersehbar. Das heißt, Tätigkeiten, die vor allem die Sprache, aber auch die Feinmotorik, die Wahrnehmung sowie das Denken fördern und herausfordern, kommen zu kurz.

Neben der täglichen zunehmend intensiveren Bildung der Kinder in den Kita´s kommt vor allem auch der Familienbildung ein wesentlicher Aspekt zu.

Hinsichtlich der möglichst frühzeitigen Erkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Entwicklungsverzögerungen, vor allem auch bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien, sind die Kita-Reihenuntersuchungen eine wichtige Maßnahme. Aufgrund der guten Zusammenarbeit von Mitarbeitern des Gesundheitsamtes mit den Erziehern der Kita´s werden die personell bedingt gesunkenen Kita-Untersuchungszahlen weitgehend kompensiert, da alle in der Kita in irgend einer Form auffälligen Kinder vorgestellt werden (s. Zuweisung zur Frühförderung). Der Öffentliche Gesundheitsdienst in Form des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes leistet hier (trotz personeller Einschränkung) einen wichtigen Beitrag für die gesundheitliche Chancengleichheit bei Kindern, die ihren sozialen Status nicht selbst beeinflussen können und damit auf anwaltliche Vertretung ihrer Interessen angewiesen sind.

## 4. Zur Zahn- und Mundgesundheit

Ausgehend von der Bundesgesetzgebung mit dem § 21 SGB V wurden mit dem Gesundheitsdienst-, Kita- und Schulgesetz landesrechtliche Rahmenbedingungen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst im zahnmedizinischen Bereich als Pflichtaufgabe geschaffen.

Mundgesundheit ist Teil der Kindergesundheit und eine Kernaufgabe der Gesundheitsämter. Gesunde Zähne sind nicht nur entscheidend für Kaufunktion, Lebensqualität und Ästhetik, sondern auch für die Sprach- und Kommunikationskompetenz.

Eine flächendeckende primäre und sekundäre Prävention (Früherkennung und Frühbehandlung) trägt mit dazu bei, dass die Kinder und Jugendlichen unabhängig von ihrer Lebenssituation die Möglichkeit zur Erhaltung der oralen Gesundheit bekommen. Ihre Lebensqualität wird dadurch positiv beeinflusst.

Die beiden Teams des Zahnärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes führen jährlich in allen Kindertagesstätten und Schulen der Stadt Früherkennungsuntersuchungen, die von gruppenprophylaktischen Maßnahmen begleitet werden, durch. Die standardisiert erhobenen Befunde werden nach landeseinheitlichen Kriterien dokumentiert und anonymisiert ausgewertet.

### Erfassungsgrad

Der Zahnärztliche Dienst untersuchte in den Schuljahren

2002/2003 7.422 (90 %),  
2003/2004 7.671 (91,5 %) und  
2004/2005 7.235 (93,6 %) Kinder und Jugendliche.

Darunter wurden im Schuljahr

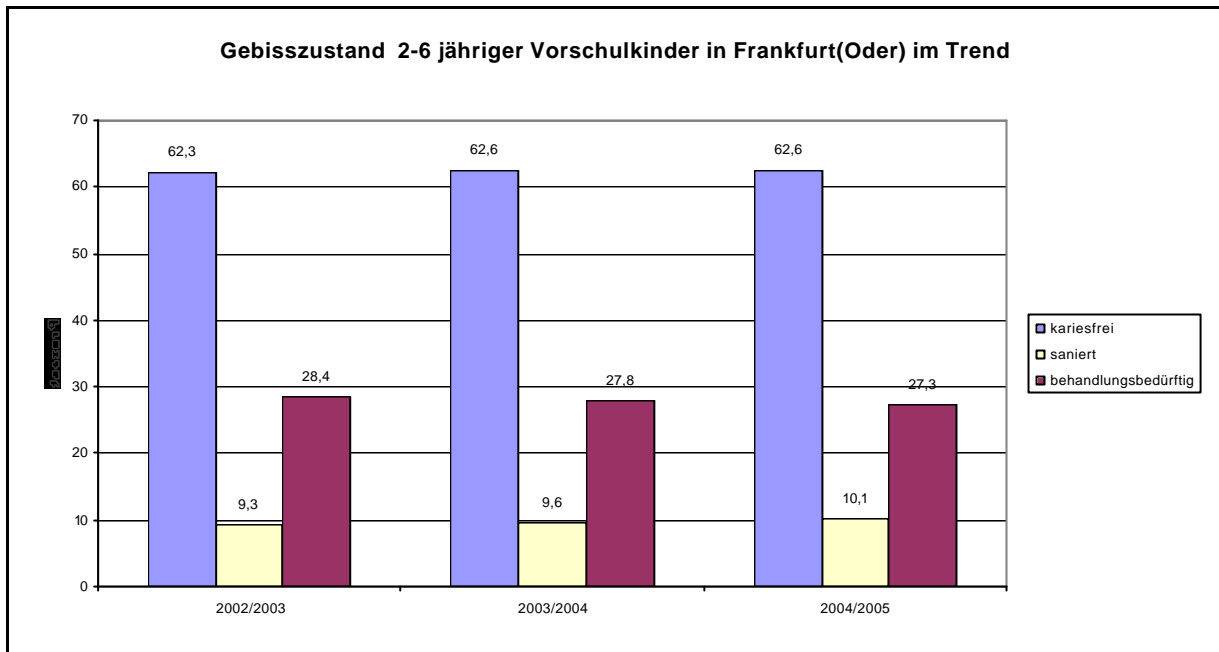
2002/2003 1.529 (81,6 %),  
2003/2004 1.626 (86,3 %) und  
2004/2005 1.708 (93 %) Kita-Kinder zahnärztlich untersucht und kariespräventiv

betreut.

### Kita-Kinder

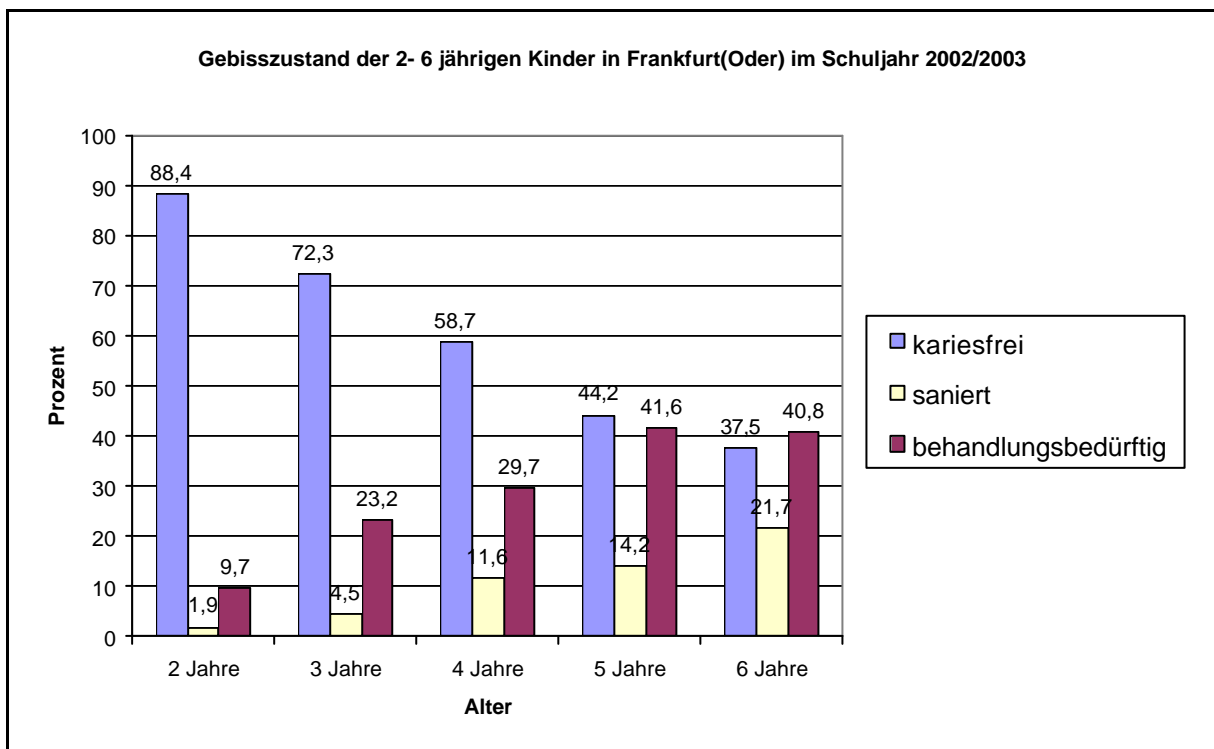
62 % der Kita- Kinder hatten im Berichtszeitraum kariesfreie Gebisse. Der Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen, die durch ihre hohe Keimbelastung eine Gefahr für das sich entwickelnde bleibende Gebiss darstellen, ist zwar um 1 % auf 27,3 % abgesunken, jedoch stellt die frühkindliche Karies in dieser Altersgruppe ein großes Problem dar (Abb.1).

Abb.1:



Betrachtet man den Gebisszustand der einzelnen Altersgruppen, wird deutlich, dass im Schuljahr 2002/2003 9,7 % der 2 Jahre alten Kinder ein behandlungsbedürftiges Gebiss aufwiesen (Abb.2). Diese Ergebnisse veranlassten den Zahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes eine Aktion zur Förderung der Mundgesundheit in den Kindertagesstätten der Stadt Frankfurt(Oder) zu initiieren, die den Namen „Kita mit Biss“ erhielt (siehe Präventive Betreuung).

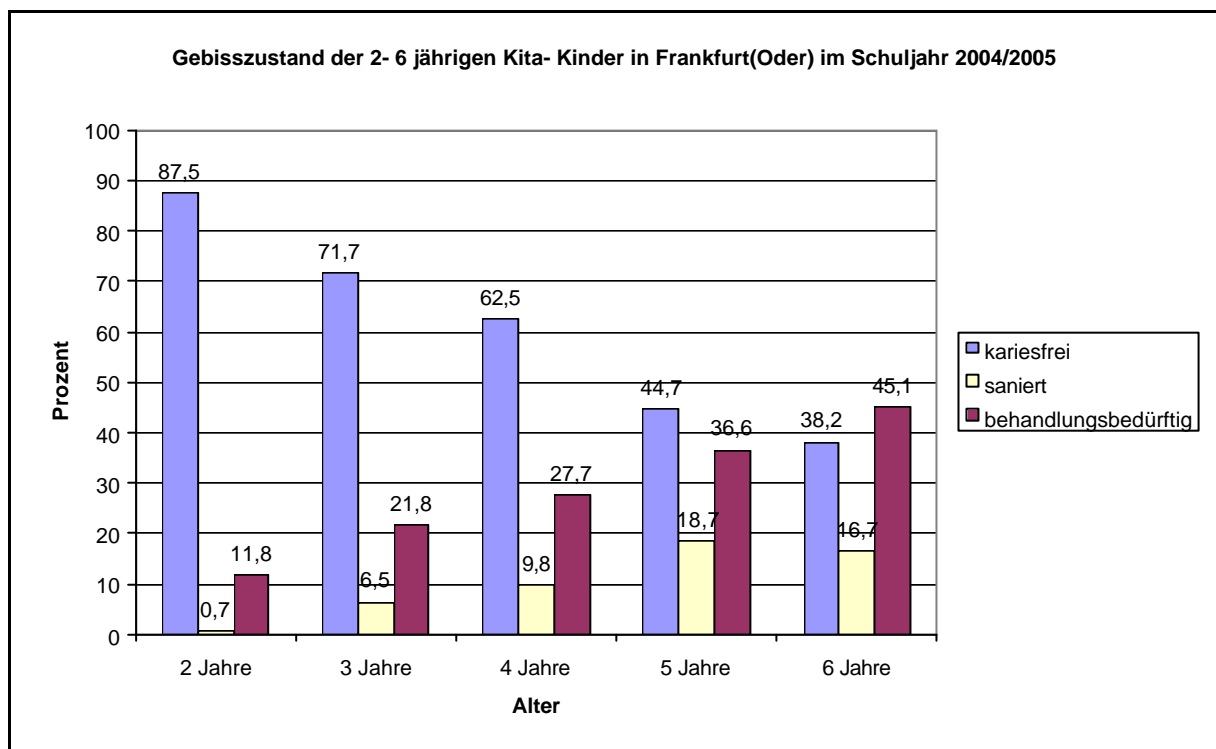
Abb.2:



Im Schuljahr 2004/2005 war der Anteil der 2 Jahre alten Kinder mit kariösen Gebissen auf 11,8 % gestiegen (Abb.3). Damit muss festgestellt werden, dass die frühkindliche Karies, hauptsächlich verursacht durch den Dauergebrauch von Nuckelflaschen bzw. Trinklerngefäßen mit süßem bzw. saurem Inhalt, noch nicht zurückgedrängt werden konnte. Dies fordert von uns, neue Wege in der Elternarbeit sowie der Öffentlichkeitsarbeit zu beschreiten (siehe Präventive Betreuung).

Betrachtet man den Gebisszustand der 3, 4 und 5 Jahre alten Kinder wird deutlich, dass in diesen Altersgruppen der Anteil der Kinder mit kariösen Gebissen im Schuljahr 2004/2005 unter den Ergebnissen des Schuljahres 2002/2003 lag, aber insbesondere in der Altersgruppe der 6 Jahre alten Kinder mit 45,1 % viel zu hoch lag. Hier ist ein Verstärken der Sanierungsbemühungen durch die niedergelassenen Zahnärzte notwendig. Der Anstieg des Anteiles der Kinder mit kariösfreien Gebissen in den Altersgruppen der 4, 5 und 6 Jahre alten Kinder zeigt, dass die präventive Betreuung erfolgreich war.

Abb.3:



Epidemiologische Untersuchungen zur Zahngesundheit haben gezeigt, dass die Karies vor allem im Kindes- und Jugendalter nicht gleichmäßig verteilt ist. Einer zunehmend größer werdenden Population mit kariösfreien Gebissen oder nur geringer sogenannter Karieslast steht eine kleinere Gruppe gegenüber, die einen Großteil aller kariösen Schäden auf sich vereint. Es sind Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko. Diese Kinder befinden sich oft in schwierigen sozialen Lebenslagen. Bundesweite Studien haben gezeigt, dass die Zahngesundheit nicht nur vom direkten Gesundheitsverhalten abhängt, sondern auch von den allgemeinen Lebensverhältnissen, wie u. a. Arbeitslosigkeit eines Elternteils, Bildungsstand der Eltern, unvollständige Familie, finanzielle Probleme, schlechte Wohnsituation.

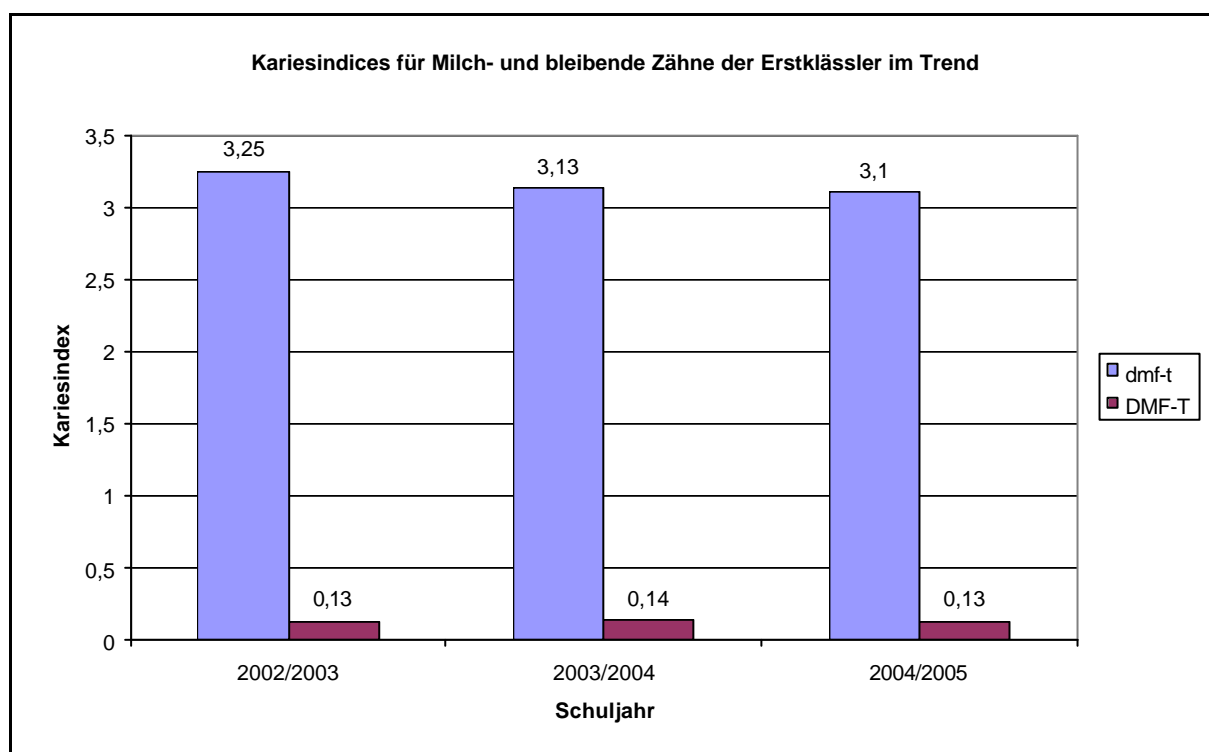
In Frankfurt (Oder) lag der Anteil der Frankfurter Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko im Schuljahr 2004/2005 bei 23 % (Landesdurchschnitt 18,3 %). Betrachtet man die Untersuchungsergebnisse im Kita-Bereich, werden die weit differierenden Ergebnisse der einzelnen Einrichtungen deutlich. In 17 Kindertagesstätten der Stadt wiesen die Kinder ein Kariesrisiko von über 20 % auf.

Diese Untersuchungsergebnisse sind die Basis für die Planung intensivprophylaktischer Programme, die in den Kindertagesstätten und Schulen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko überproportional hoch ist, entsprechend § 21 SGB V durchgeführt werden.

## Grundschüler

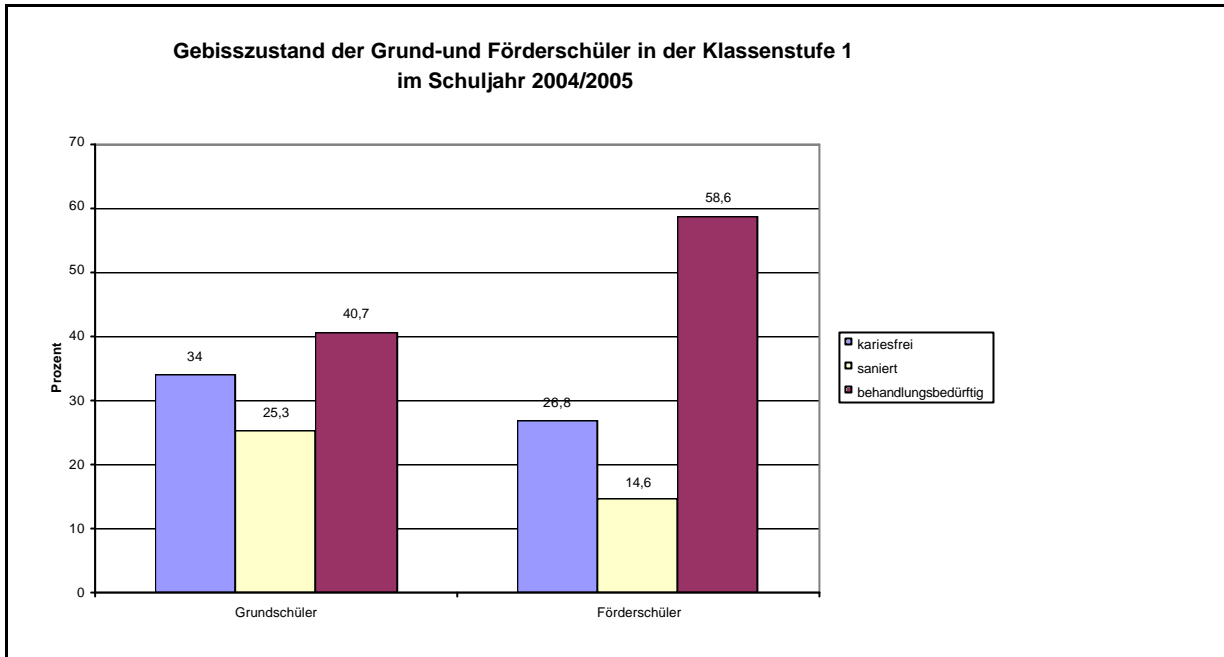
Die Milchzahnschäden pro Kind im Berichtszeitraum gingen leicht zurück, lagen aber mit einem dmf-t (Kariesindex für Milchzähne) von 3,1 (durchschnittlich 3 kariöse, gefüllte oder extrahierte Zähne pro Kind) im Schuljahr 2004/2005 deutlich zu hoch. Der Kariesindex für die bleibenden Zähne: DMF-T (Summe der kariösen, gefüllten und extrahierten Zähne pro Kind) zeigte bei den Erstklässlern keinen Trend (Abb.4).

Abb.4:



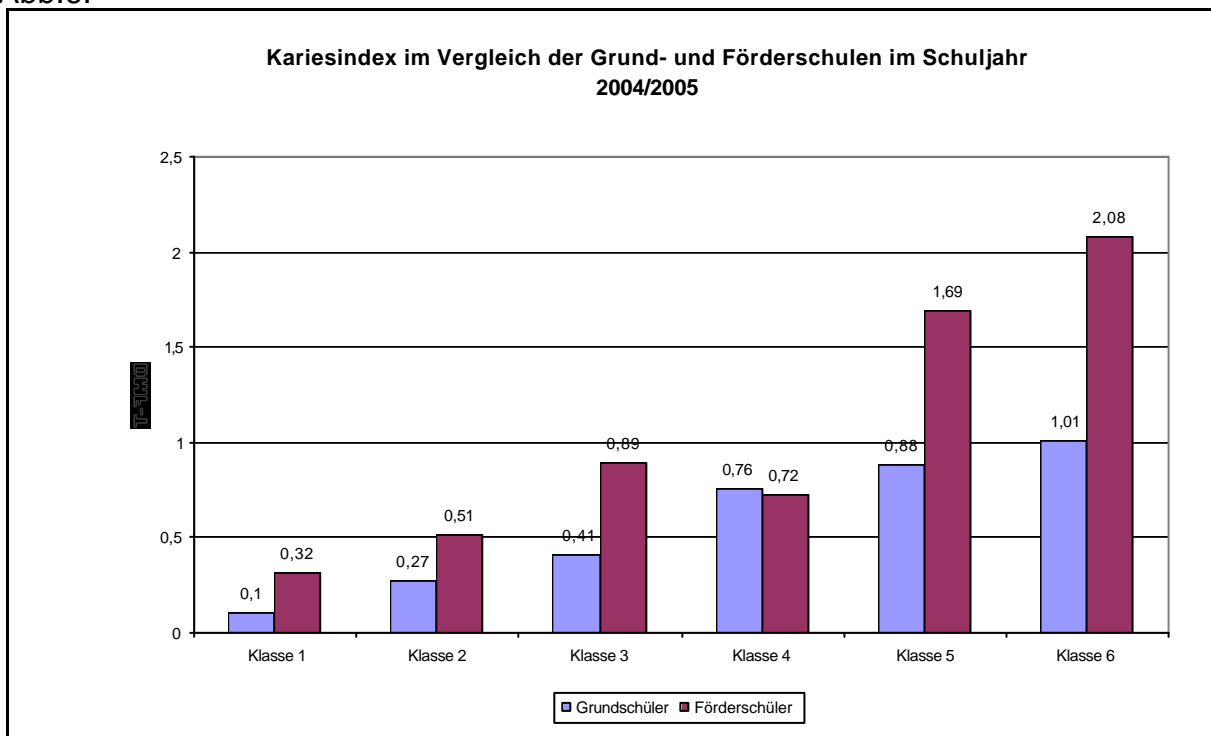
Im Schuljahr 2004/2005 hatten die Förderschüler der ersten Klassen mehr behandlungsbedürftige Gebisse (59 %) als Grundschüler (41 %) und weniger kariesfreie Zähne (Abb.5).

Abb. 5:



Der Kariesindex für die bleibenden Zähne: DMF-T (Summe der kariösen, gefüllten und extrahierten Zähne pro Kind) lag im Schuljahr 2004/2005 bei Förderschülern während der gesamten Grundschulzeit (mit Ausnahme der Klassenstufe 4) über den Ergebnissen der Grundschüler. Die Förderschüler in der Klassenstufe 6 hatten durchschnittlich 2 kariöse, gefüllte bzw. extrahierte Zähne und damit doppelt so viel wie die Grundschüler (Abb.6).

Abb.6:

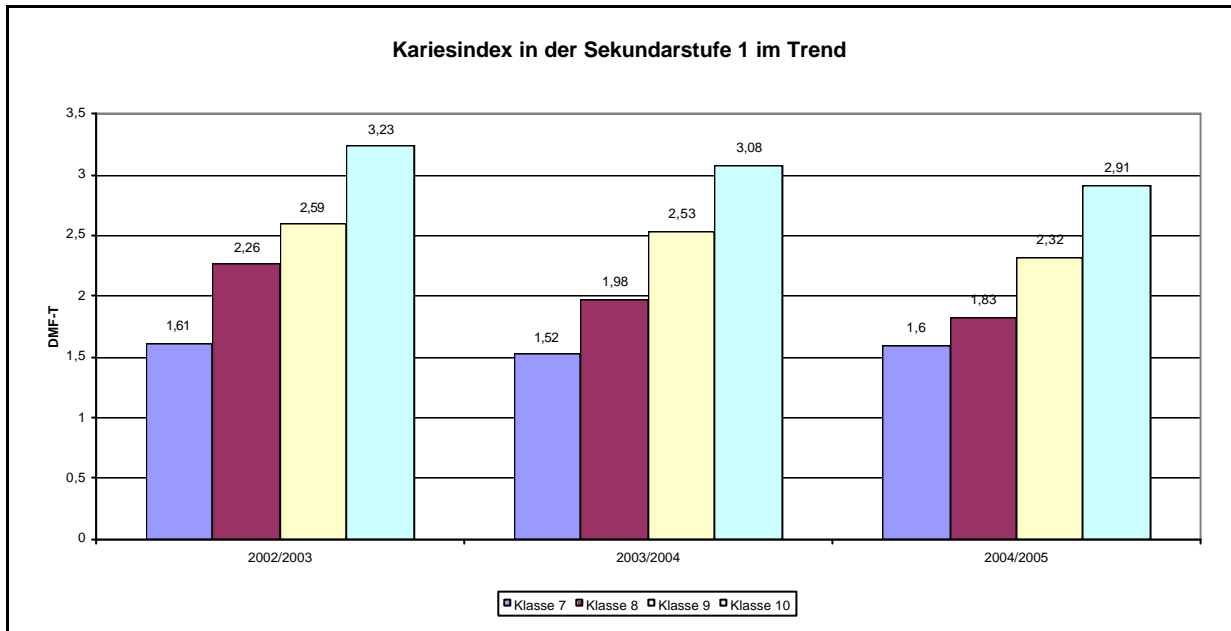


Insgesamt verbesserte sich der DMF-T der Schüler der 6. Klassen von 1,3 im Schuljahr 2002/2003 auf 1,14 im Schuljahr 2004/2005.

## Schüler der Sekundarstufe

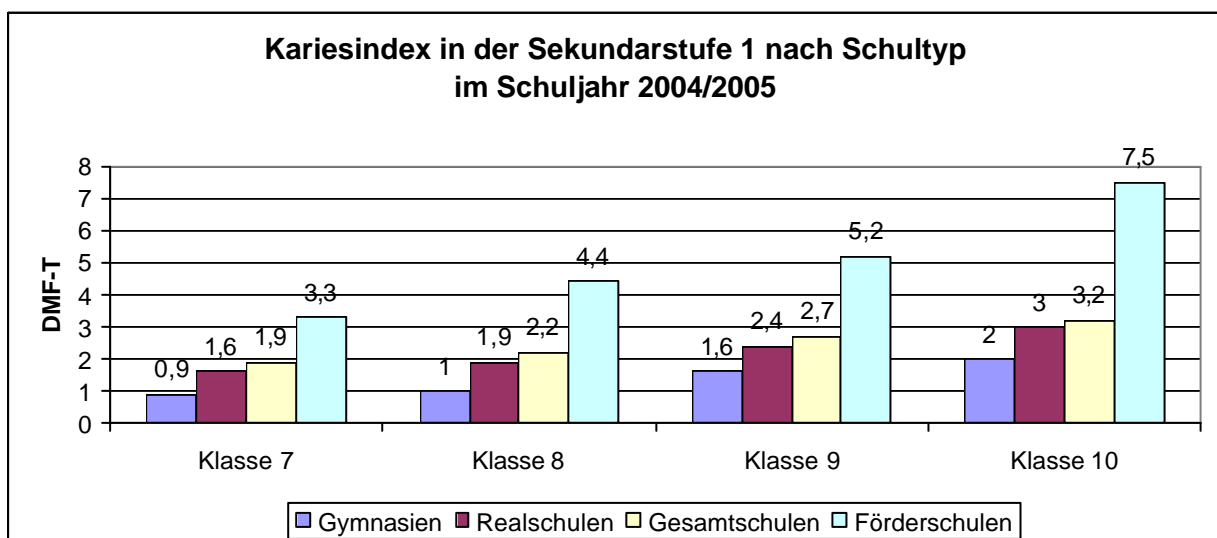
Im Berichtszeitraum wurde eine Reduzierung des Kariesindex DMF-T der Schüler der Sekundarstufe 1 festgestellt. Eine Ausnahme bilden die Siebenklässler (Abb.7).

Abb.7:



In allen Klassenstufen lag der Kariesindex DMF-T bei den Gymnasiasten im Schuljahr 2004/2005 unter den Werten der anderen Schulformen. Die Förderschüler wiesen die höchsten DMF-T- Werte auf. In der Klassenstufe 10 hatten die Schüler der Förderschulen durchschnittlich 7,5 kariöse, gefüllte bzw. extrahierte Zähne und damit fast vierfach so viel wie die Gymnasiasten (Abb.8).

Abb.8 :





Die Schulform drückt indirekt die soziale Lage der Schüler aus. Die Ergebnisse zeigen, dass die Zahn- und Mundgesundheit der Schüler in der Sekundarstufe 1 nicht gleich verteilt ist. Förderschüler beenden mit deutlich schlechterer Zahn- und Mundgesundheit die Schulzeit.

## Präventive Betreuung

Im Juli 1993 wurde zwischen dem Land Brandenburg, den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen, den kommunalen Spitzenverbänden und der Landes Zahnärztekammer die „Vereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe gem. § 21 Abs.2 SGBV, insbesondere in Kindergärten und Schulen des Landes Brandenburg“ abgeschlossen. Danach sind die Gesundheitsämter mit der flächendeckenden Durchführung der präventiven Maßnahmen beauftragt. Die Krankenkassen finanzieren die erforderlichen Sachmittel und fördern anteilmäßig die Personalkosten für die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter. Im Jahr 2005 wurden der Stadt Frankfurt (Oder) Sachmittel in Höhe von 5.897,- €, 1.516,- € für den Tag der Zahngesundheit und Personalkosten in Höhe von 9.434,- € zur Verfügung gestellt.

Die präventiven Maßnahmen in den Kindertagesstätten und Schulen der Stadt umfassen entsprechend dem Prophylaxeprogramm im Land Brandenburg:

- jährliche zahnärztliche Untersuchung aller Kinder und Jugendlichen,
- Verbesserung des Mundhygieneverhaltens (altersgerechtes angeleitetes Mundhygienetraining),
- altersgerechte Ernährungslenkung,
- Angstabbau und Motivation zum Zahnarztbesuch,
- tägliches Zähneputzen in allen Kindertagesstätten,
- Fluoridierungsprogramm (Elmex-Gelee´) für die 5 bis 6 jährigen Kita-Kinder nach Elterneinwilligung,
- biomedizinische Prävention (Fluorid- Lack- Touchierung) im Rahmen der intensiven Kariesprophylaxe in Kindertagesstätten und Schulen, in denen das Kariesrisiko überproportional hoch ist,
- Elternabende und Öffentlichkeitsarbeit.

Im Schuljahr 2004/2005 wurden 1708 Kita-Kinder und 2418 Schüler präventiv betreut. Fluorid- Lack- Touchierungen, als Maßnahme einer intensivierten Kariesprophylaxe, wurden bei 714 Kita-Kindern und 322 Förderschülern durchgeführt.



Im Jahr 2000 wurde zur besseren Verzahnung von Individual- und Gruppenprophylaxe der **Prophylaxe-Pass** der Landes Zahnärztekammer Brandenburg für Vorschul- und Schulkinder sowie für Jugendliche eingeführt.

Alle im Rahmen der gruppenprophylaktischen Betreuung durchgeführten Maßnahmen werden in die Prophylaxe-Pässe eingetragen. Dazu geben die Eltern den Prophylaxe-Pass ihren Kindern mit in die Kindereinrichtung. Dank der guten Mitarbeit der ErzieherInnen und LehrerInnen liegt der Pass-Rücklauf in den Kita's bei 65% sowie in den Schulen bei 75%. Durch Intensivierung der Elternarbeit wird angestrebt, diesen Anteil weiter zu erhöhen. Auch die Mitwirkung der niedergelassenen Zahnärzte, die ihre individuellen Prophylaxemaßnahmen ebenfalls eintragen, ist zu verstärken, um das Anliegen der Pässe noch mehr zum Tragen zu bringen.

Aufgrund der im Rahmen der zahnärztlichen Untersuchungen festgestellten hohen Zahl der kleinen Kinder mit frühkindlicher Karies initiierte der Zahnärztliche Dienst die Aktion „Kita mit Biss“ zur Förderung der Mundgesundheit in den Kindertagesstätten der Stadt Frankfurt(Oder). Schwerpunkt dieser Aktion war die Schaffung eines mundgesundheitsfördernden Umfeldes in den Kindertagesstätten in Zusammenarbeit mit den Eltern.

Gestartet wurde die Aktion mit einem Impulsreferat anlässlich der Kita- Leiterinnen-Tagung im Dezember 2003. Hier wurden den Leiterinnen der Kindertagesstätten Handlungsleitlinien zur Vermeidung der frühkindlichen Karies vorgestellt und erläutert.

Diese Leitlinien haben die Verhältnisprävention, mit der Schaffung eines mundgesundheitsfördernden Umfeldes in der Kindertagesstätte u.a. durch die Realisierung des zuckerfreien Vormittages zum Ziel. Gleichzeitig wird damit ein Beitrag zur Verhaltensprävention, die neben der frühzeitigen Zahnpflege insbesondere das Abstellen des Dauergebrauchs von Nuckelflaschen und Trinklerngefäßen beinhaltet, geleistet.

Zur Untersetzung der Aktion „Kita mit Biss“ wurde im März 2004 ein Logo-Wettbewerb durchgeführt, an dem sich ca. 40 Schüler mit ihren Zeichnungen und Kollagen beteiligten. Unter setzt mit dem neuen Logo bekamen alle Kita- Leiterinnen von der Bürgermeisterin einen Brief mit der Bitte, dieser Aktion beizutreten und die Handlungsleitlinien umzusetzen. Höhepunkt der Aktion „Kita mit Biss“ war der Frankfurter Tag der Zahngesundheit am 22. September 2003 mit den Clowns Pipo & Pipolina. 21 Kindertagesstätten, die der Aktion beigetreten waren, wurden eingeladen. Zur Unterstützung der Öffentlichkeits- und insbesondere der Elternarbeit erhielt jede „Kita mit Biss“ auf dieser Veranstaltung für ihren Eingangsbereich ein Plakat mit dem Logo.



Die Aktion „Kita mit Biss“ führte zur Verstärkung der Elternarbeit durch die Kita´s. Der Zahnärztliche Dienst wurde häufiger als in den Vorjahren zu Elternabenden eingeladen, um zur Thematik „Kariesprophylaxe im Vorschulalter“ zu informieren. Im Schuljahr 2004/2005 nahmen 275 Eltern an diesen Veranstaltungen teil. Im November 2005 wurde der Kita „Matroschka“ für ihre aktive Arbeit als „Kita mit Biss“ der Förderpreis für gesunde Kindertagesstätten im Land Brandenburg „Emmi“ (= Eltern machen mit) des MASGF und des MBSJ verliehen.



Um die Eltern so frühzeitig wie möglich auf das Problem der frühkindlichen Karies aufmerksam zu machen, wurde anlässlich des Tages der Zahngesundheit 2005 der zahnärztliche **Prophylaxepass für Mutter und Kind** vorgestellt, den alle Schwangeren von ihrem Gynäkologen mit dem Mütterpass erhalten.

Die Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen hat sich leicht verbessert. Ein Problem stellt der hohe Anteil behandlungsbedürftiger Milchzähne der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko, die sich überwiegend in belasteten Lebenssituationen befinden, dar. Kinder der Unterschicht haben dreimal so schlechte Zähne als gleichaltrige Kinder der Mittel- und Oberschicht.

Daraus wird deutlich, dass eine soziale Benachteiligung mit erhöhten gesundheitlichen Belastungen verbunden ist.

Präventive und therapeutische Maßnahmen müssen zielgruppenorientiert verstärkt werden.

Besonders durch das aktive Herantragen präventiver Leistungen an alle Kinder ist es möglich, die sozialspezifischen Unterschiede in der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen auszugleichen.

## 5. Ziele und Maßnahmen

Ausgehend von den vorliegenden Aussagen zur Gesundheit der Kinder in Frankfurt (Oder) unter Beachtung der weiteren soziodemographischen Entwicklung ergeben sich nachfolgende Schwerpunkte und Zielrichtungen:

- Sicherung einer kontinuierlichen Zusammenarbeit des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes mit den niedergelassenen Kinderärzten unter Einbeziehung der Kindertagesstätten und Tagespflegestellen zur besseren Nutzung der Vorsorgeuntersuchungen (insbesondere U7 bis U9).
- Sicherstellung der Beratung und Betreuung aller betroffener Kinder durch die Frühförder- und Beratungsstelle.
- Unterstützung und aktive Einflussnahme des Gesundheitsamtes bei der Umsetzung der Frühförder-Verordnung nach Abschluss einer Landesrahmenvereinbarung.
- Verbesserung der Öffentlichkeits- und Informationsarbeit bei den Eltern in den Kindertagesstätten und Tagespflegestellen, bei niedergelassenen Ärzten und den Therapeuten sowie bei allen Anlauf- und Beratungsstellen durch weitere Propagierung des Frühfördergedankens.
- Gewährleistung der jährlichen Untersuchungen aller Kinder in den Kindertagesstätten und der Tagespflege durch den KJGD des Gesundheitsamtes durch Sicherung seiner personellen Ausstattung.
- Breite Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen in vorschulischen Gemeinschaftseinrichtungen durch umfassende kontinuierliche Sprachförderung, gesunde Ernährung und gezielte Bewegungsförderung.
- Fortsetzung der stetigen Verbesserung des Impfschutzes durch enge Zusammenarbeit des KJGD mit den niedergelassenen Kinderärzten.

- Sicherung der intensivprophylaktischen Betreuung der Kitas in sozial schwachen Gebieten, in denen das Kariesrisiko überdurchschnittlich hoch ist sowie die Fortführung der intensiven Kariesprophylaxe an den Förderschulen.
  
- Schwerpunktsetzung der Präventionsarbeit im Rahmen der Kariesprophylaxe auf werdende und sehr junge Eltern (u. a. Zusammenarbeit mit den Hebammen, Etablierung des Prophylaxepasses für Mutter und Kind).
  
- Umsetzung neuer Impulse für die Aktion“ Kita mit Biss“, wie
  - Auswertung der Ergebnisse der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen
  - Fragebogenaktion „ Macht unsere Kita noch mit ?“
  - mobile Elternsprechstunde des ZÄD in der Kita (ab September 2006).
  
- Fortschreibung des Gesundheitsberichtes zur gesundheitlichen Lage der Kinder in der Stadt Frankfurt (Oder) und ihre wesentlichen Bestimmungsfaktoren zur Verbesserung gesundheitspolitischer Maßnahmen durch planungs- und steuerungsrelevante Orientierungsdaten für Entscheidungsträger.

## **Quellen:**

Sozialplanung der Stadt Frankfurt (Oder) 2004

Gesundheitsberichte der Stadt Frankfurt (Oder)

Programm für Familien- und Kinderfreundlichkeit des Landes Brandenburg vom 18. Oktober 2005

MASGF: Einschüler in Brandenburg: Soziale Lage und Gesundheit, 1999

MASGF: Aktionsprogramm des Landes Brandenburg – Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, 1997

2. Gesundheitsbericht der Stadt Brandenburg, Bericht „Armut und Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen in der Landeshauptstadt Potsdam“ – Sozialbericht 2004 /2005 der Stadt Potsdam und 4. Gesundheitsbericht des Landkreises Oder-Spree (2005)

Gesundheitsberichte des Bundes - Robert Koch Institut:

- „Armut bei Kindern und Jugendlichen“, Hefte 3/2001 und 4/2005
- „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“, 2004
- „Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit“, 2005 (Expertise zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung)

Das Gesundheitswesen, Schwerpunktthema: Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, (S 1 / 2002)

Materialien des jährlich stattfindenden bundesweiten Kongresses „Armut und Gesundheit“ in Berlin, insbesondere 7. Kongress 2001

**Anlagen:**

1. Erklärung der U 1 bis U 9 - Untersuchungen
2. Ärztlicher Dokumentationsbogen der Schuleingangsuntersuchung
3. Information zum Survey für Kinder und Jugendliche
4. Auflistung von Angeboten:
  - Niedergelassenen Kinderärzte in Frankfurt (Oder)
  - Logopäden
  - Integrationskindertagesstätten
  - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
  - Beratungsstelle

**Impressum:**

Gesundheitsbericht der Stadt Frankfurt (Oder)

Berichtszeitraum 2003 bis 2005 - vorgelegt am 18.04.06

Herausgeber: Stadtverwaltung, Dezernat III, Gesundheitsamt

Leipziger Straße 53, 15232 Frankfurt (Oder); Telefon: (0335) 552 5300

Nachdruck und Verbreitung des Inhaltes - auch auszugsweise - ist nur mit Quellenangabe gestattet

## Früherkennungsuntersuchungen U 1 bis U 9 und J 1

In Deutschland zählt seit dem Jahr 1971 ein bundesweites Früherkennungsprogramm für das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter zum Leistungskatalog der GKV (§ 26, SGB V). Der Umfang der Untersuchungen und die Untersuchungsintervalle sind durch Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen festgelegt. Ergebnisse der Untersuchungen bis zum 6. Lebensjahr werden im Vorsorgeheft dokumentiert, das bei den Eltern verbleibt und zu den jeweils anstehenden Untersuchungsterminen mitgebracht werden soll. Die Zeiträume der Untersuchungen sind auf wichtige Entwicklungsetappen des Kindes abgestimmt.

Sofort nach der Geburt findet die U 1 statt.

Die Untersuchungen U 3 bis U 6 werden jeweils in dreimonatigen Abständen im ersten Lebensjahr durchgeführt. Die U 7 ist eine Untersuchung am Ende des zweiten Lebensjahres, die U 8 findet am Ende des vierten Lebensjahres statt, die U 9 bei 5-Jährigen und die J 1 bei 11- bis 15-Jährigen.

- **U 1:** Neugeborenenenerstuntersuchung; erfolgt i.d.R. direkt nach der Geburt,
- **U 2:** 3. - 10. Lebenstag; Neugeborenenbasisuntersuchung,
- **U 3:** 3. - 6. Lebenswoche;
- **U 4:** 2. – 4. Lebensmonat,
- **U 5:** 6. – 7. Lebensmonat,
- **U 6:** 9. – 12. Lebensmonat,
- **U 7:** 20. – 24. Lebensmonat,
- **U 8:** 43. – 48. Lebensmonat,
- **U 9:** 60. – 64. Lebensmonat (1990 eingeführt),
- **J 1:** nach dem 10. Lebensjahr - 11 bis 15-jährigen Kinder und Jugendlichen (1997 eingeführt).

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist freiwillig. Die ersten beiden Untersuchungen werden i. d.R. in der Geburtsklinik durchgeführt, die anderen überwiegend bei den niedergelassenen Kinderärzten. Die Kosten werden von den Krankenkassen getragen.

Die Früherkennungsuntersuchungen ermöglichen eine regelmäßige Überwachung des Gesundheitszustandes und der gesunden Entwicklung der Kinder.

Die Daten zur Teilnahme zu den Früherkennungsuntersuchungen werden i.d.R. aus den Kita-Reihenuntersuchungen und Schuleingangsuntersuchungen entnommen.



**Ärztlicher Dokumentationsbogen für Kinder und Jugendliche**

Name: ..... Vorname: ..... Geb.-Datum:    .    .

1. Datum der Untersuchung:   .   .

2. Bezeichnung des Untersuchers:

3. Anlass der Untersuchung: Kindertagesstätte   
 Schuleingang, Lernerfänger   
 Wiederholung nach Zurückstellung

Schulreihe - Klasse

Schulabgang / Klasse

4. Schultyp:

5. Gemeindecennziffer der Einrichtung: 12 0

6. Geschlecht: männlich   
 weiblich

7. Körperhöhe in cm:

8. Körpergewicht in kg:

9. Geburtsgewicht in g:

10. Besonderheiten der Entwicklung:

	ja	nein	unbekannt
Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geburt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neugeborenenzeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Impfstatus: Impfdokument liegt vor wenn ja: ja  nein

Impfung	HIB	D	P	T	Po	Ma	Mu	Rö	Hep B		
Anzahl											
vollständig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nicht vollst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
keine Impf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Krankenhausaufenthalte: ja  Anzahl:    
 nein   
 unbekannt

13. Derzeitige ständige Betreuung oder Behandlung:

- keine
- ärztliche Behandlung
- Sprachheilbehandlung
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Psychotherapie
- sonstige

14. Sehtest: R-Test   
 H-Test   
 S-Test   
 nicht durchführbar

Nähe:

Hilfsmittel	V. rechts	V. links
ohne	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
mit	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Ferne:

Hilfsmittel	V. rechts	V. links
ohne	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
mit	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

	unauffällig	auffällig
Stereosehtest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Farbsehtest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Hörtest: Audiometrie   
 Flüsterprobe   
 nicht durchführbar

	unauffällig	auffällig
rechts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
links	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Urinrest: unauffällig   
 auffällig

17a. Dauer des Kita-Besuchs in Jahren:

17b. Früherkennungsuntersuchungen:

- U1-U7
- U8
- U9
- J1

17c. Anzahl der im Haushalt lebenden Personen:

- Kinder
- Erwachsene

18. Schulbildung der Mutter des Vaters:

- Abschluss < 10. Klasse:
- Abschluss 10. Klasse:
- Abschluss Abitur:
- Abschluss Hochschule:
- keine Angaben:

19. Berufstätigkeit der Mutter des Vaters:

- vollbeschäftigt:
- teilzeitbeschäftigt:
- in Schichtarbeit:
- nicht erwerbstätig:
- keine Angaben:



## **Information zum Survey von Kindern und Jugendlichen**

(aus Info\_Dienst Gesundheitsförderung 2/03)

Robert-Koch-Institut untersucht bundesweit die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

*Der bundesweite Survey für Kinder und Jugendliche (KiGGS) beginnt im Mai 2003. Auftakt ist in Berlin, Zossen und Falkensee.*

Wie gesund sind unsere Kinder und Jugendlichen? So einfach die Frage klingt, sie lässt sich derzeit nicht zuverlässig beantworten. Nachdem eine zwölf Monate dauernde Pilotphase erfolgreich abgeschlossen ist, startet das Robert-Koch-Institut am 19. Mai 2003 die Hauptphase der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. „Dieser Kinder - und Jugendsurvey soll bestehende Informationslücken zu Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten, Befindlichkeit und dem Einfluss sozialer Faktoren schließen“, sagt Dr. Bärbel-Maria Kurth, Leiterin der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung und Projektleiterin der im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie des Bundesministeriums für Bildung und Forschung durchgeführten Studie.

Insgesamt drei Teams vom Robert-Koch-Institut untersuchen circa 18.000 Kinder und Jugendliche, vom Säugling bis zum Siebzehnjährigen, an 150 Orten und ganz Deutschland. Den Auftakt des auf drei Jahre angelegten Vorhabens bilden Berlin sowie Zossen und Falkensee in Brandenburg.

Die Kinder werden medizinisch untersucht, zum Beispiel hinsichtlich Sehvermögen, Blutdruck, Schilddrüsenvolumen, Ausdauer und Koordinationsvermögen. In einem Fragebogen werden Eltern und ab elf Jahre auch die Kinder selbst unter anderem zu Unfällen, Krankheiten, Schmerzen und zum Gesundheitsverhalten befragt. Die Ergebnisse der medizinischen Untersuchung werden gleich und bei den aufwändigeren Analysen vier Wochen nach der Teilnahme mitgeteilt.

Die Gesundheitsstudie wird durch drei Zusatzuntersuchungen ergänzt. An Teilstichproben wird speziellen Fragestellungen zu gesundheitsbezogenen Umweltbelastungen, zur seelischen Gesundheit und zur motorischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen nachgegangen.

Ein wichtiger Aspekt ist die Teilnahme von Kindern und Jugendlichen nichtdeutscher Herkunft. Fast jedes fünfte Kind in der entsprechenden Altersspanne kommt aus einer Familie, die nicht aus Deutschland stammt. Daher wurden die Fragebögen in die Sprachen übersetzt, die in Deutschland häufig gesprochen werden.

Erste Ergebnisse aus der Pilotphase zeigen, dass es sich lohnt, den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen unter die Lupe zu nehmen. Obwohl zuverlässige Ergebnisse erst nach Abschluss der bundesweiten Untersuchung vorliegen, deutet sich zum Beispiel an, dass bei allgemein steigender Impfbereitschaft die Durchimpfungsraten vor allem bei Hepatitis B immer noch zu niedrig sind.

[www.kinder-jugend-gesundheit21.de](http://www.kinder-jugend-gesundheit21.de)

Nach dreijähriger Datenerhebung endet die Feldphase von KiGGS am 06. Mai 2006. Ein auswertungsfähiger Datensatz wird im September 2006 zur Verfügung stehen. Ziel ist u.a. eine möglichst schnelle Auswertung, um Problemfelder frühzeitig erkennen und Handlungsbedarf ableiten zu können.

## Ärzte für Kinderheilkunde im Stadtgebiet Frankfurt (Oder)

(Stand Januar 2006)

<u>Name</u>	<u>Spezialisierung</u>	<u>Adresse</u>	<u>Telefon-Nummer</u>
Dr. med. Broschmann, Uwe		Weinbergweg 4 15236 Frankfurt (Oder)	(0335)542295
Dr.med.Federlein,Friedhart	Humangenetik	Baumschulenweg 1c 15236 Frankfurt (Oder)	(0335)504626
Dr.med.Federlein, Gabriele			
Dipl.-Med. Heiser, Martina	Homöopathie	Jungclaussenweg 6 15232 Frankfurt(Oder)	(0335)542308
Dr. med. Nimitz-Talaska, Antje	K.-rheumatologie/immunologie K.-hämatologie/onkologie	Am Kleistpark 1 15230 Frankfurt (Oder)	(0335)533101
Oala, Monika	Allergologie Pneumologie	Jungclaussenweg 6 15232 Frankfurt (Oder)	(0335)549804
Dipl.-Med. Reichmann, Evelyn		Prager Straße 35 15234 Frankfurt (Oder)	(0335)62155
Dr. med. Zimmer, Gerd	Sonographie	Am Kleistpark 1 15230 Frankfurt (Oder)	(0335)533100
Dr. med. Horn, Wolfram	Praktischer Arzt	Goepelberg 90 15234 Frankfurt (Oder)	(0335)62071
Dipl.-Med. Pierau, Heidrun	Praktischer Arzt	Franz-Mehring-Str. 23c 15230 Frankfurt (Oder)	(0335)565080

## Logopäden in FFO

### Stand Januar 2006

<u>Name</u>	<u>Adresse</u>	<u>Telefon-Nr.</u>
<u>hauptberuflich</u>		
Hannusch, Lilli	Fürstenbergerstr. 30 15232 Frankfurt (Oder)	Tel.: 0335 / 542380
Dietrich, Gerlind	Marktplatz 3 15230 Frankfurt(Oder)	Tel.: 0335 / 530626
Thiemicke, Marina	A.-Bebel-Str. 70 15234 Frankfurt (Oder)	Tel.: 0335 / 4007985
<u>nebenberuflich</u>		
Grahl, Lothar	Sprachstörungen bei später Ertaubung	Puschkinstr. 13 15232 Frankfurt (Oder) Tel.: 0335 / 542647
Jepsen, Evelyn		Puschkinstr. 12 15232 Frankfurt(Oder) Tel.: 0335 / 542647

<b>Kindertagesstätten in Frankfurt (Oder), in denen körperlich / geistig behinderte Kinder integrativ betreut werden</b>				
				Stand: 31.12.2005
Datenquelle: Amt 50				
<b>Kindertagesstätte</b>	<b>Anschrift</b>	<b>Telefonnummer</b>	<b>Anzahl der betr. Kinder</b>	<b>Bemerkungen</b>
Hilde Coppi	Rosengasse 1	32 47 02	21	Integrationseinrichtung mit teilstationärer Anerkennung
Hort an der OS mit sozialer Integration	Richtstr. 13	6 80 16 23	7	
Hort an der FÖS II	Bergstr. 123	6 80 60 22	25*	
Hort an der FÖS I	Sabinusstr. 1	54 97 90	37*	
Finkenhäuschen	Finkensteig 31	6 80 22 48	20	Integrationseinrichtung mit teilstationärer Anerkennung
Regenbogen	Br.-Peters-Berg 8/9	6 85 19 41	20	Integrationseinrichtung mit teilstationärer Anerkennung
Horthaus für Sprachauffällige	Puschkinstr. 19b	54 22 62	89	
Am Mühlental	G.-Benn-Str. 26	54 26 74	15	Integrationseinrichtung mit teilstationärer Anerkennung
Märchenland	Stakerweg 26	54 22 18	15 *	Ausgleichsbereich- Hort
Kinderhaus am Südring	Südring 3	54 22 89	15	Integrationseinrichtung mit teilstationärer Anerkennung
Legende:				

\* Hortplätze ausschließlich für Betreuung von Kindern gem. KJHG § 35a, ohne Einzelfallprüfung durch das A50

## Beratungs- und Förderangebote

- **Frühförder- und Beratungsstelle der Lebenshilfe e.V.**  
Träger: Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. Frankfurt (Oder)  
15230 Frankfurt (Oder), Marktplatz 03  
Tel.: 0335 / 680 1511  
FAX: 0335 / 680 1511  
e-Mail: Lebenshilfe-ev-ffo@web.de
- **Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ)**  
Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH,  
Kinderzentrum - Sozialpädiatrisches Zentrum  
15236 Frankfurt (Oder), Müllroser Chaussee 07  
Tel.: 0335 / 548 –4980/4985  
e-Mail: spz@klinikumffo.de
- **Beratungsstelle für Erziehungsberatung, Ehe-, Familien- und Lebensberatung**  
Träger: Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.  
Region Brandenburg Ost  
15232 Frankfurt (Oder), Leipziger Straße 39  
Tel.: 0335 / 5654 130  
FAX: 0335 / 5654 100  
e-mail: [caritas.ffa-eb-efl@gmx.de](mailto:caritas.ffa-eb-efl@gmx.de)
- **Sonderpädagogische Förder- und Beratungsstelle**  
15230 Frankfurt (Oder), Große Oderstraße 26/27  
Tel.: 0335 / 552 4068
- **Schulpsychologische Beratungsstelle**  
15230 Frankfurt (Oder), große Oderstraße 26/27  
Tel.: 0335 / 552 4037
- **Gesundheitsamt Frankfurt (Oder)**  
Kinder- und Jugendärztlicher Dienst - KJGD  
15232 Frankfurt (Oder), Leipziger Straße 53  
Tel.: 0335/ 552 5300
- **Jugend- und Sozialamt Frankfurt (Oder)**  
Abt. Allgemeiner Sozialdienst  
15230 Frankfurt (Oder), Logenstraße 08 (Oderturm)  
Tel.: 0335 / 552 5100 oder 5000
- **Psychiatrische Instituts Ambulanz für Kinder und Jugendliche - PIA**  
Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH  
15230 Frankfurt (Oder), Heilbronner Straße 01  
Tel.: 0335 / 548 4767