

## 5. Gesundheitsbericht der Stadt Frankfurt (Oder)



**Bericht über die Gesundheit der Kinder in Frankfurt (Oder)**

**Herausgeber:**

Gesundheitsamt Frankfurt (Oder)  
Logenstr. 6  
15230 Frankfurt (Oder)

**Ansprechpartner:**

Oliver Fahron  
Amtsarzt und Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt (Oder)  
Tel.: 0335/552 5300  
Email: oliver.fahron@frankfurt-oder.de

Dr. Petra Haak  
Abteilungsleiterin Zahnärztlicher Dienst  
Tel.: 0335/ 552 5314  
Email: petra.haak@frankfurt -oder.de

René Pankow  
Sachbearbeiter Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung  
Tel.: 0335/ 552 5304  
Email: rene.pankow@frankfurt-oder.de

**Coverfoto:**

Stadt Frankfurt (Oder)

**Hinweis:**

Um die Lesbarkeit zu vereinfachen wird in diesem Bericht auf die zusätzliche Formulierung der weiblichen Form verzichtet. Es wird darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form explizit als geschlechtsunabhängig verstanden werden soll

Redaktionsschluss: 23.05.2016

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	4
<b>2. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen</b> .....	6
2.1 Allgemeine Erläuterungen .....	6
2.2 Schulärztliche Empfehlungen .....	8
2.3 Darstellung ausgewählter Befunde .....	13
2.4 Darstellung der Impfquoten .....	19
2.5 Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 – U9 .....	24
2.6 Darstellung der Unfallsituation .....	28
<b>3. Zur Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen</b> .....	31
3.1 Allgemeine Erläuterungen .....	31
3.2 Präventive Betreuung .....	33
3.3 Die Mundgesundheit Frankfurter Kitakinder .....	38
3.4 Die Mundgesundheit Frankfurter Schulkinder .....	43
<b>4. Ziele und Maßnahmen</b> .....	47
<b>5. Anlagen und Quellenangaben</b> .....	49
5.1 Anlage „Ärztliche Dokumentation für Kinder und Jugendliche“ .....	49
5.2 Anlage „Kariesrisiko nach DAJ- Kriterien“ .....	51
5.3 Quellenangaben .....	52

# 1. Einleitung

Das Anliegen dieses Berichtes ist die Darstellung der gesundheitlichen Situation der Kinder der Stadt Frankfurt (Oder). Als Fortführung der Gesundheitsberichterstattung dient er der Information der kommunalen Entscheidungsträger sowie der Bevölkerung und versteht sich als Teil II der zweiten Fortschreibung des „Berichtes über Kinder in besonderen Problemlagen aus Perspektiven der Jugendhilfe“.

Die Einwohnerentwicklung der Stadt Frankfurt (Oder) zeigt auf, dass sich die Anzahl der Kinder und Jugendlichen (Altersgruppe 0 – 17 Jahren) wieder stetig erhöht, obwohl die Entwicklung der Gesamtbevölkerung einen negativen Trend aufweist:

Jahr	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Altersgruppe 0-17 Jahre</b>	7228	7336	7427	7510	7540	7585
<b>Gesamtbevölkerung:</b>	59889	59616	59244	58700	58237	57990

Stand jeweils per 31.12.; Datenquelle: Kommunale Statistikstelle Frankfurt (Oder)

Es ist davon auszugehen, dass sich dieser Trend weiter fortsetzen wird. Um diesen Kindern und Jugendlichen ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen, sind vielfältige Maßnahmen und Angebote notwendig. Neben Früherkennungs- und Frühfördermaßnahmen sowie medizinischen und vorsorgenden Angeboten müssen auch gesundheitsfördernde Lebenswelten (Settings) bereit gestellt und weiter entwickelt werden, um Chancengleichheit zu ermöglichen und die nationalen Gesundheitsziele, basierend auf den Zielen der Ottawa-Charta, zu realisieren.

*„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“*

Auszug aus der Ottawa-Charta (Beschlussfassung auf der 1. Internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung 1986 in Ottawa)

Zunächst werden in diesem Bericht die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen der Jahre 2012 bis 2014 dargestellt. Dabei werden neben den schulärztlichen Empfehlungen auch ausgewählte Befunde, die Impfquoten, die Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 sowie die Unfallsituation näher beleuchtet und in Bezug zum sozialen Kontext gesetzt. Des Weiteren erfolgt hier auch ein Vergleich einzelner Ergebnisse mit den entsprechenden Durchschnittsergebnissen des Landes Brandenburg, bei denen auch teilweise weitere Vorjahre einbezogen werden.

Im nächsten Teil dieses Berichtes wird auf die Mundgesundheit der Frankfurter Kita- und Schulkinder eingegangen. Die längerfristige Entwicklung findet dabei genauso Berücksichtigung wie die derzeitige Situation. Bei den etwas älteren Kindern bzw. Jugendlichen, d. h., bei den zwölfjährigen und insbesondere bei den fünfzehnjährigen, erfolgt hier über die Schulform auch eine indirekte Bezugnahme auf die soziale Lage in diesen Altersgruppen.

## 2. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen

### 2.1 Allgemeine Erläuterungen

Für alle Kinder des Landes Brandenburg besteht gemäß § 37 Abs. 1 des Gesetzes über die Schulen im Land Brandenburg (Brandenburgisches Schulgesetz – BbgSchulG) im der Einschulung vorausgehenden Jahr die Pflicht zur Teilnahme an einer schulärztlichen Untersuchung sowie an einer Sprachstandsfeststellung durch die Gesundheitsämter. Der Schwerpunkt der standardisierten Untersuchungen (SOPESS, nähere Erläuterung Seite 13) liegt hierbei auf Aspekten, die für eine erfolgreiche Teilnahme am Unterricht entscheidend sind, wie z. B. Hören, Sehen, Sprachentwicklung, Motorik/ Koordination, Verhalten usw. Erfasst werden dabei auch Körpergewicht und -größe, der Impfstatus sowie der Umfang der besuchten Früherkennungsuntersuchungen.

Durch diese Untersuchungen sollen Gesundheitsstörungen bzw. Fehlentwicklungen erkannt und bewertet werden sowie eine Einschätzung der Schulfähigkeit der Kinder erfolgen. Die Einschätzung des Gesundheitsamtes über die Schulfähigkeit stellt aber nur eine Empfehlung dar, die endgültige Entscheidung über die Zulassung bzw. Zurückstellung vom Schulbesuch trifft gem. §50 i. V. m. §51 Abs. 1 BbgSchulG immer der Schulleiter.

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 wenn absehbar ist, dass selbst durch kurzfristige individuelle Fördermaßnahmen die Schulfähigkeit nicht erreicht werden kann. Sofern deutliche Lern-, Leistungs- oder Entwicklungsbeeinträchtigungen des Kindes vorliegen, aber dennoch die Schulfähigkeit festgestellt wird (Handlungsbedarf), erfolgt die Einleitung eines Förderausschussverfahrens. In diesem wird der sonderpädagogische Förderbedarf festgelegt und eine individuelle Bildungsempfehlung erstellt.

Die schulärztliche Untersuchung erfolgt unter der persönlichen Anwesenheit der Eltern bzw. eines Elternteils oder eines Vormundes. Daher können spezielle Probleme direkt besprochen und zum Beispiel Beratungen zur Impfung bzw. Impfempfehlungen gegeben sowie der Sozialstatus erhoben werden.

Der Sozialstatus basiert auf freiwilligen Angaben der Eltern zur Schulbildung und Erwerbstätigkeit und führt nach Auswertung zu einem Sozialindex, der die Betrachtung der Untersuchungsergebnisse der Kinder nach ihrem Sozialstatus ermöglicht.

Dabei gilt:

- **Hoher Sozialstatus**  
9 – 10 Punkte
- **Mittlerer Sozialstatus**  
7 – 8 Punkte
- **Niedriger Sozialstatus**  
4 – 6 Punkte

Die Ermittlung der Punktzahl bei der Erhebung des Sozialstatus wird durch die folgende Tabelle verdeutlicht. Bei Alleinerziehenden sowie bei fehlender Angabe des anderen Elternteils wird die Angabe doppelt gewichtet:

<b>Schulbildung</b>	Punkte (je Elternteil)
· Niedrige Schulbildung ( <i>fehlender Schulabschluss bzw. weniger als 10 Klassen</i> )	1
· Mittlere Schulbildung (10 Klassen)	2
· Hohe Schulbildung ( <i>mehr als 10 Klassen</i> )	3
<b>Erwerbstätigkeit</b>	
· nicht erwerbstätig	1
· erwerbstätig ( <i>Vollzeit und Teilzeit</i> )	2

[Bildung des Sozialindex]

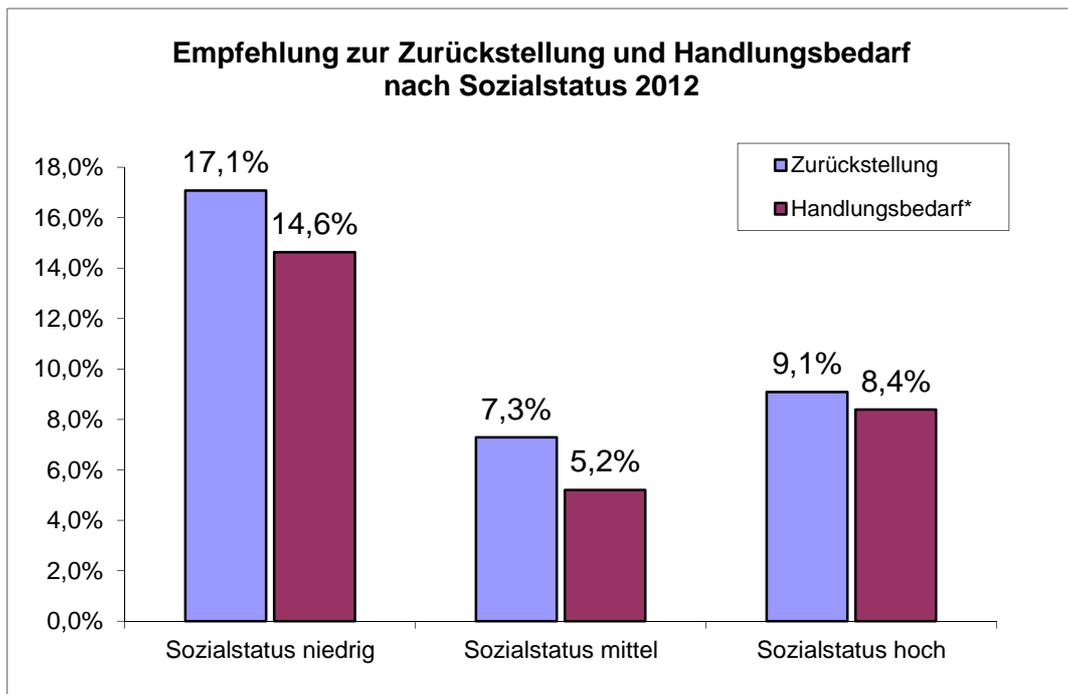
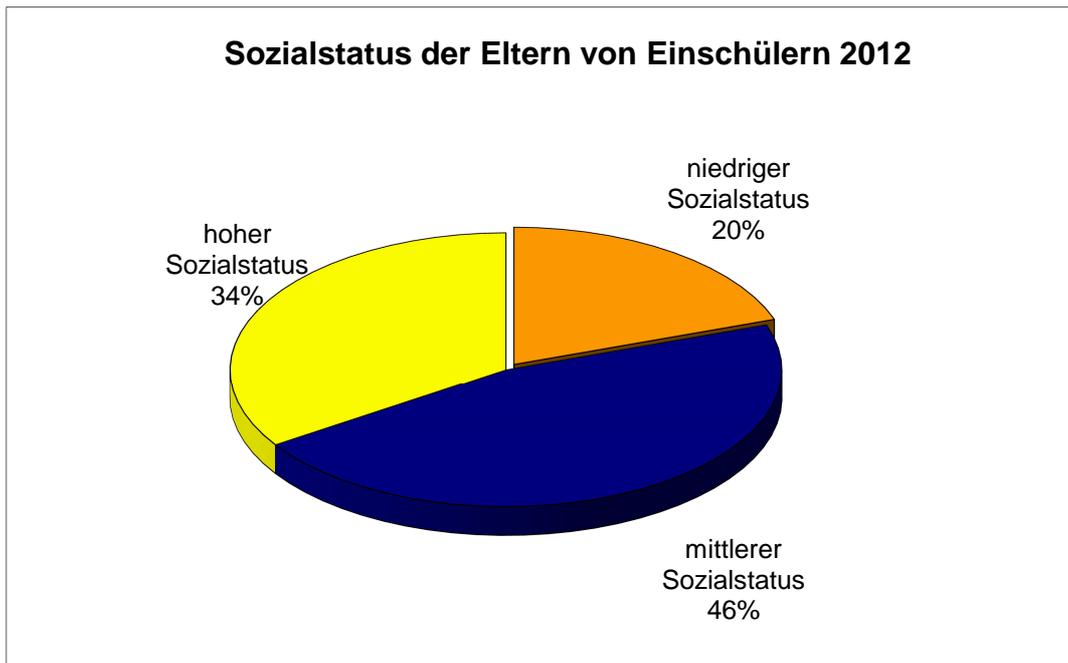
Die Ergebnisse der Untersuchungen werden einheitlich auf einem standardisierten Dokumentationsbogen (siehe Anlage) erfasst. Die Daten werden verschlüsselt und anonymisiert vom Landesgesundheitsamt ausgewertet, wodurch eine landesweite Vergleichbarkeit gegeben ist.

<b>Hinweis:</b>	Die folgenden Daten basieren auf eigenen Erhebungen sowie auf Daten des Landesamtes für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, Abt. Gesundheit (LUGV), sofern nicht anders angegeben
-----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 2.2 Schulärztliche Empfehlungen

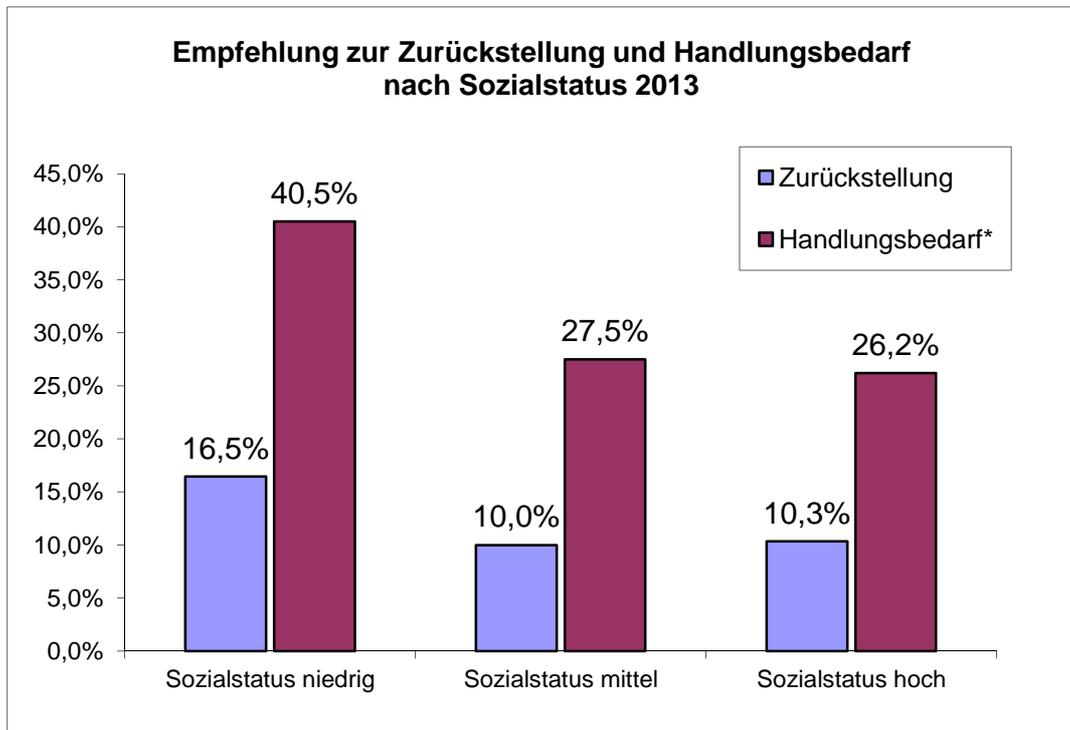
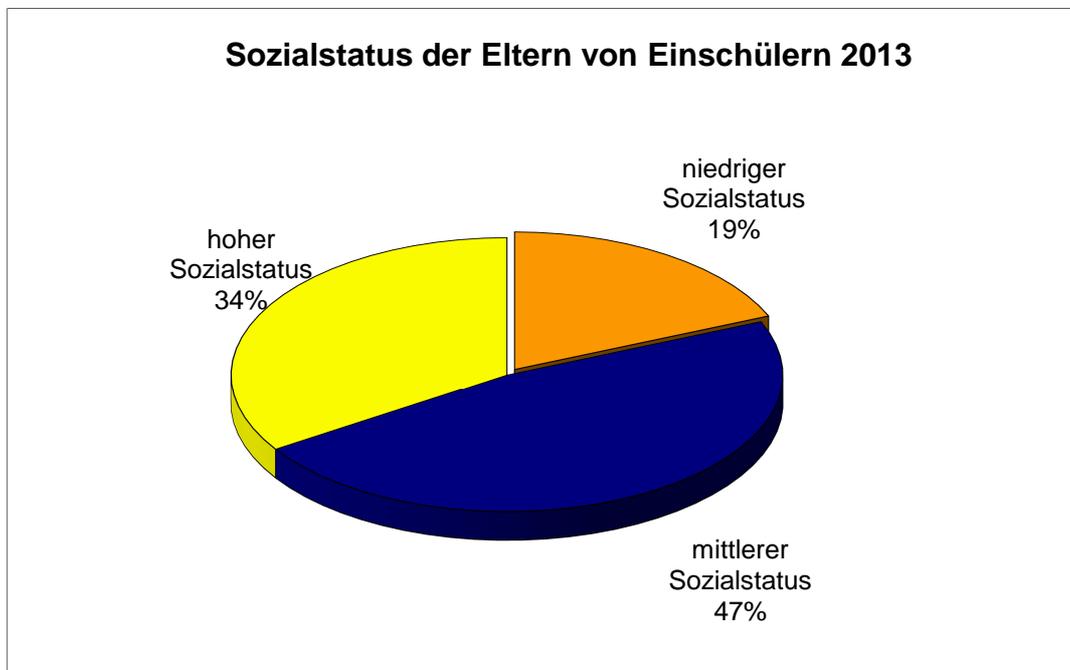
Im Jahre 2012 sind vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes Frankfurt (Oder) 471 Kinder untersucht worden (davon 48,6% Jungen und 51,4% Mädchen). Dabei wurde bei 52 Kindern (11,0%) die Zurückstellung empfohlen und bei 44 Kindern (9,3%) Handlungsbedarf angezeigt.

Bei 88,5% der untersuchten Kinder lag der Sozialstatus vor, aus der sich folgende Verteilungen ergeben:



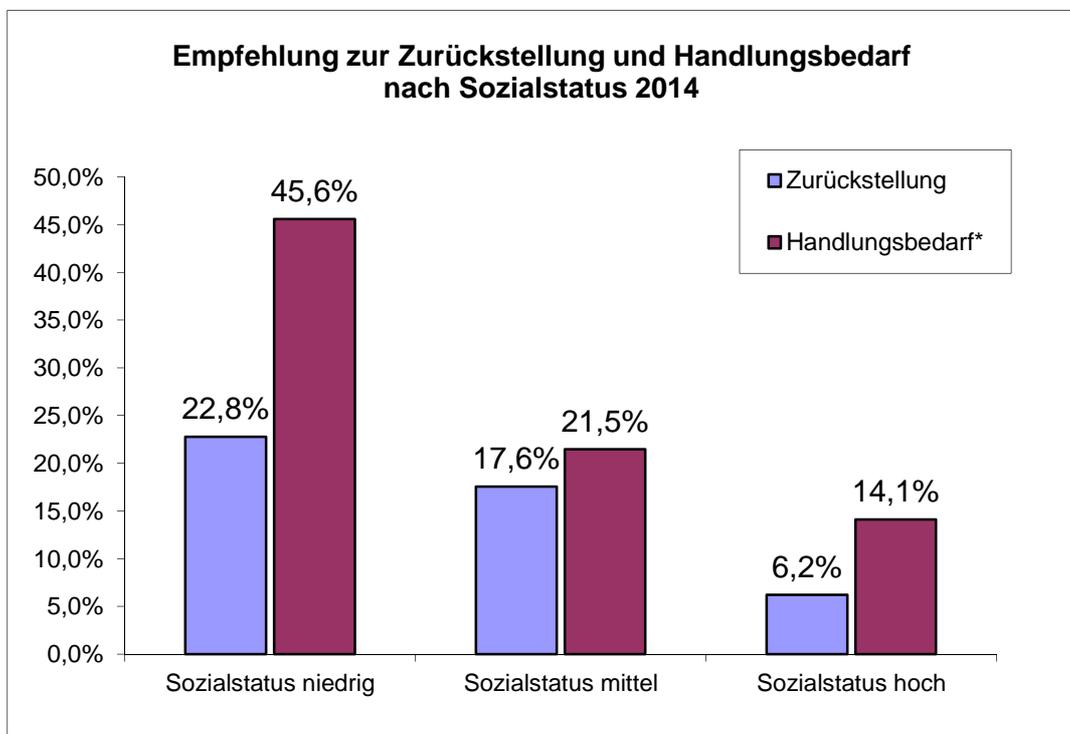
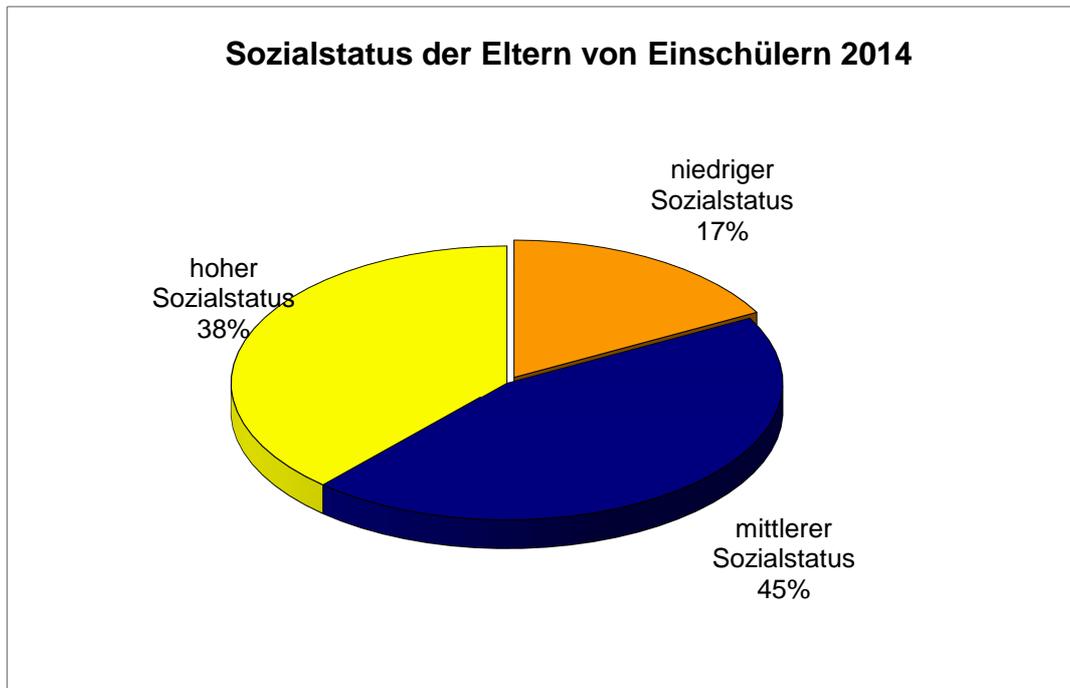
\* dazu gehören: Psychologische Klärung, Pädagogische Klärung, Sprachheilbehandlung, Physiotherapie, Ergotherapie, Frühförderung, Sprachförderung in der Kita, Sonderpädagogik

Im Jahr 2013 sind durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst bereits 507 Kinder (54,8% Jungen und 45,2% Mädchen) untersucht worden. Dabei wurde bei 63 Kindern (12,4%) die Zurückstellung empfohlen und bei 154 Kindern (30,4%) zeigte sich Handlungsbedarf. Bei 424 von den 507 (83,6%) untersuchten Kindern haben Sozialdaten vorgelegen.



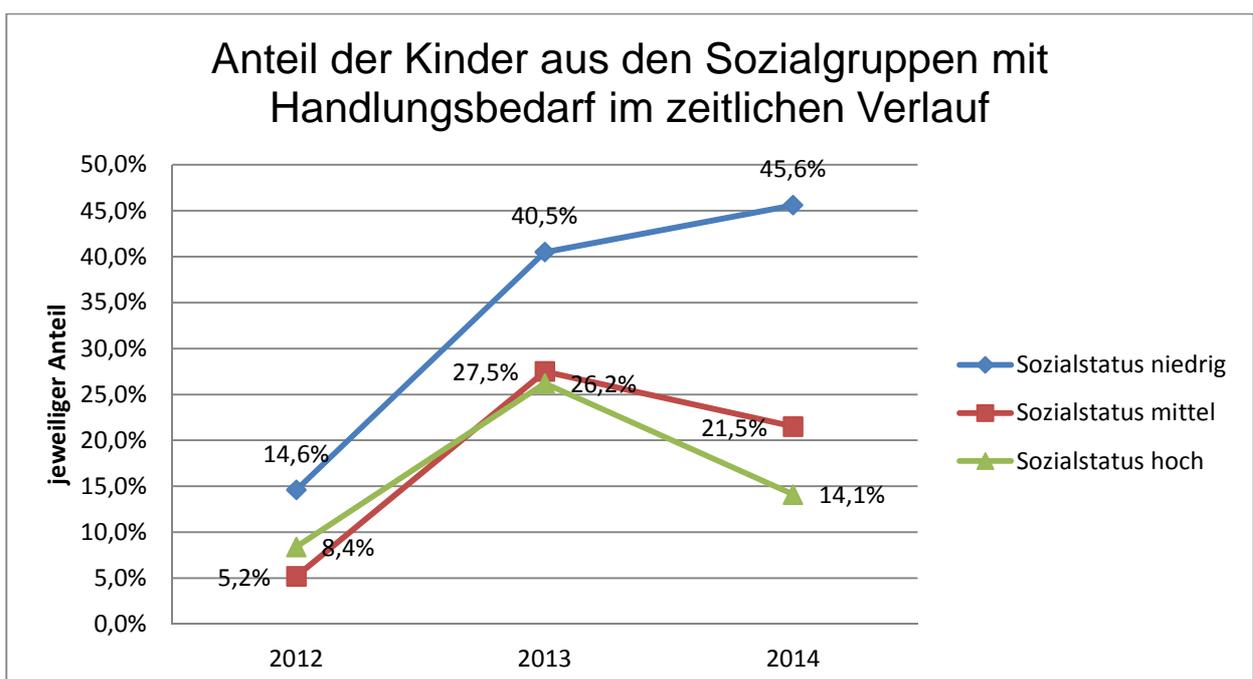
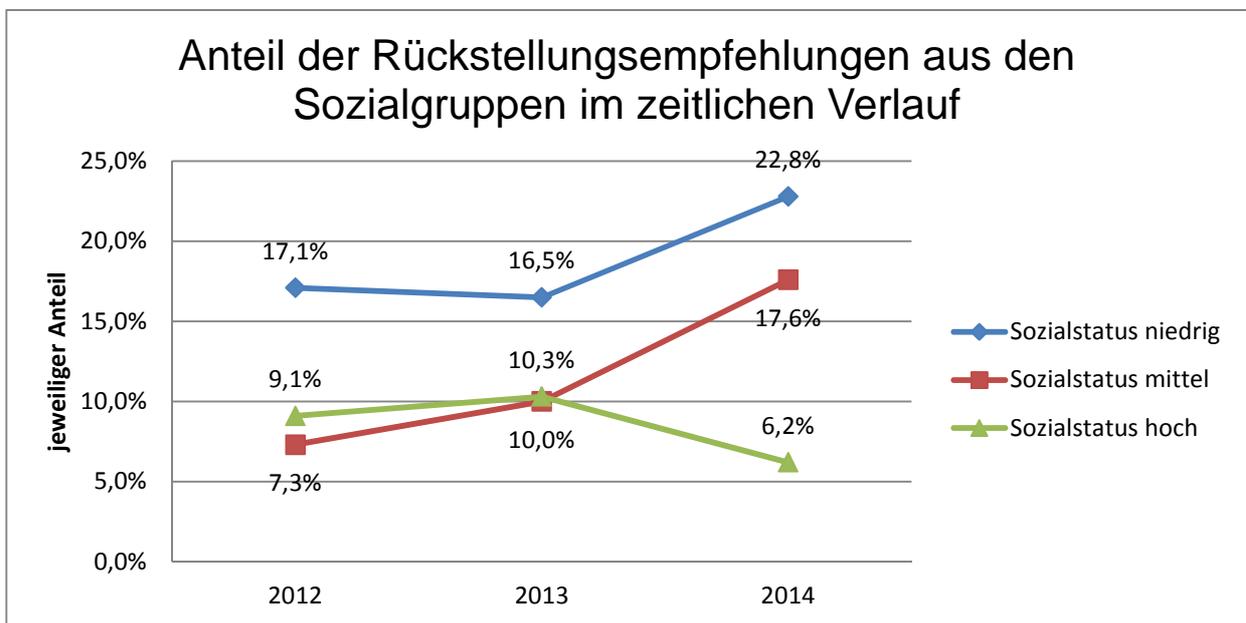
\* dazu gehören: Psychologische Klärung, Pädagogische Klärung, Sprachheilbehandlung, Physiotherapie, Ergotherapie, Frühförderung, Sprachförderung in der Kita, Sonderpädagogik

Im Jahr 2014 stieg die Anzahl der untersuchten Kinder auf 520 (53,3% Jungen und 46,7% Mädchen). Die Zurückstellung wurde dabei in 79 Fällen (15,2%) empfohlen und in 127 Fällen (24,4%) Handlungsbedarf erkannt. Im Jahre 2014 lagen die Sozialdaten von 461 Kindern (88,7%) vor, bei denen die Zurückstellungsempfehlungen und der Handlungsbedarf nach Sozialstatus wie folgt verteilt waren:

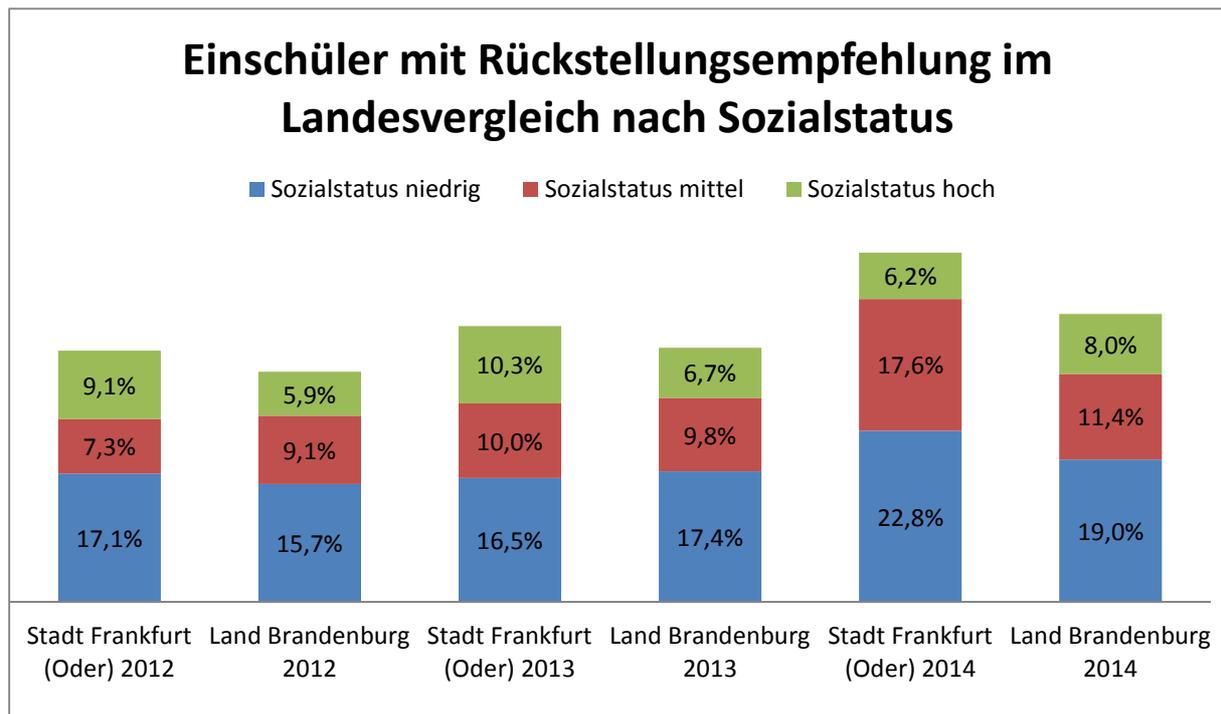


\* dazu gehören: Psychologische Klärung, Pädagogische Klärung, Sprachheilbehandlung, Physiotherapie, Ergotherapie, Frühförderung, Sprachförderung in der Kita, Sonderpädagogik

Der Zusammenhang zwischen Sozialstatus und der gesundheitlichen Entwicklung der Kinder ist hierbei deutlich zu erkennen. Obwohl unter allen untersuchten Kindern mit bekanntem Sozialstatus der Anteil der Elternhäuser von Einschülern mit niedrigem Sozialstatus abnehmend ist, so stammt doch ein wachsender Teil der untersuchten Kinder mit Rückstellungsempfehlung aus dieser Gruppe. So wiesen im Jahr 2014 17 Prozent der Elternhäuser mit Einschülern einen niedrigen Sozialstatus auf, was unter den betrachteten Jahren der geringste Anteil ist. Allerdings wurde bei 22,8 Prozent der Kinder dieser Gruppe die Rückstellung empfohlen – der höchste Wert der betrachteten Jahre. Das bedeutet in absoluten Zahlen, dass von 79 untersuchten Kindern mit niedrigem Sozialstatus 18 Kinder eine Rückstellungsempfehlung bekamen. Bei den Kindern mit hohem Sozialstatus betraf dies dagegen nur 11 von 177 Kindern.

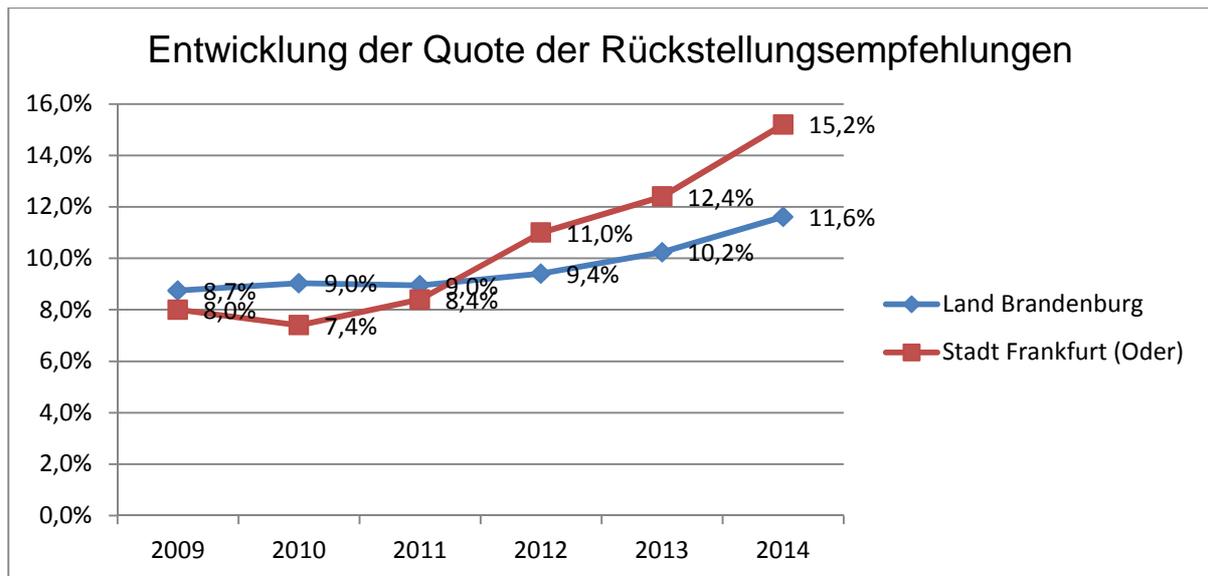


Der signifikante Anstieg von Kindern mit Handlungsbedarf im Jahre 2013 gegenüber dem Vorjahr ist erklärbar durch die Einführung des sozialpädiatrischen Screenings für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS). Hierbei werden zusätzlich Daten, u. a. Vorläuferfähigkeiten, welche ggf. Vorhersagen über den späteren Erwerb von Lesen, Schreiben und Rechnen ermöglichen, erhoben. Durch dieses Verfahren mit erweiterten Indikatoren werden, der Zielsetzung entsprechend, mehr Handlungsbedarfe erkannt.



Im Vergleich zum Landesdurchschnitt wird Frankfurter Einschülern etwas überdurchschnittlich die Rückstellung empfohlen. Der allgemeine Trend zu einer höheren Zahl an Rückstellungsempfehlungen ist auch landesweit zu erkennen. Auffällig ist der Anstieg der Rückstellungsempfehlungen im Jahre 2014 in den Gruppen mit niedrigem (von 16,5% im Jahr 2013 auf 22,8%) und mittlerem (von 10,0% im Jahr 2013 auf 17,6%) Sozialstatus, während der Anteil der Rückstellungen in der Gruppe mit hohem Sozialstatus von 10,3% auf 6,2% sank.

Unter Berücksichtigung aller untersuchten Kinder, also auch jenen mit unbekanntem Sozialstatus, ergibt sich folgende Entwicklung bei den Quoten zur Empfehlung der Rückstellung:



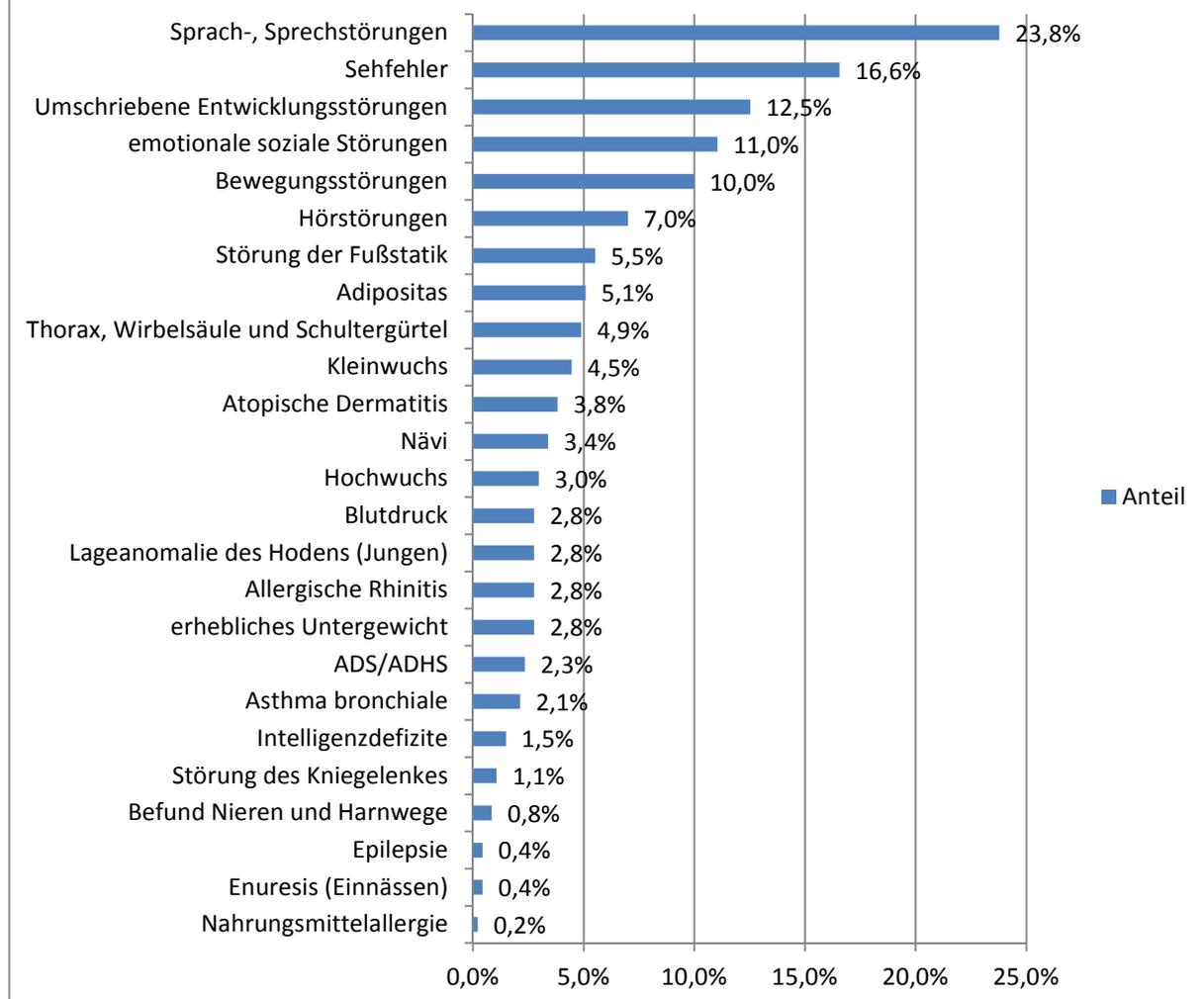
Auch landesweit nehmen die Empfehlungen zur Rückstellung zu. Derzeit besteht allerdings in Frankfurt (Oder) ein zunehmender Abstand zum Landesdurchschnitt. Insbesondere der Anstieg um 2,8 Prozent im Jahr 2014 gegenüber dem Vorjahr ist sehr markant und doppelt so hoch wie der Anstieg im Landesdurchschnitt im gleichen Zeitraum. Wie oben schon beschrieben wurde, spielt die soziale Situation hierbei eine große Rolle.

### 2.3 Darstellung ausgewählter Befunde

Für eine gezielte Maßnahmenentwicklung und -erweiterung zugunsten einer positiven gesundheitlichen Entwicklung und für gesundheitliche Chancengleichheit ist das Wissen um die gesundheitlichen Einschränkungen bzw. Risiken der Frankfurter Einschüler notwendig. Daher werden im Folgenden die in den Untersuchungen erhobenen Befunde dargestellt. Die hierbei verwendeten Indikatoren sind landesweit einheitlich geregelt.

Im Jahr 2012 wurden bei 471 untersuchten Kindern 617 Befunde erhoben, wobei 206 Kinder (43,7 Prozent) keinen Befund aufwiesen. Diese Befunde verteilen sich wie folgt:

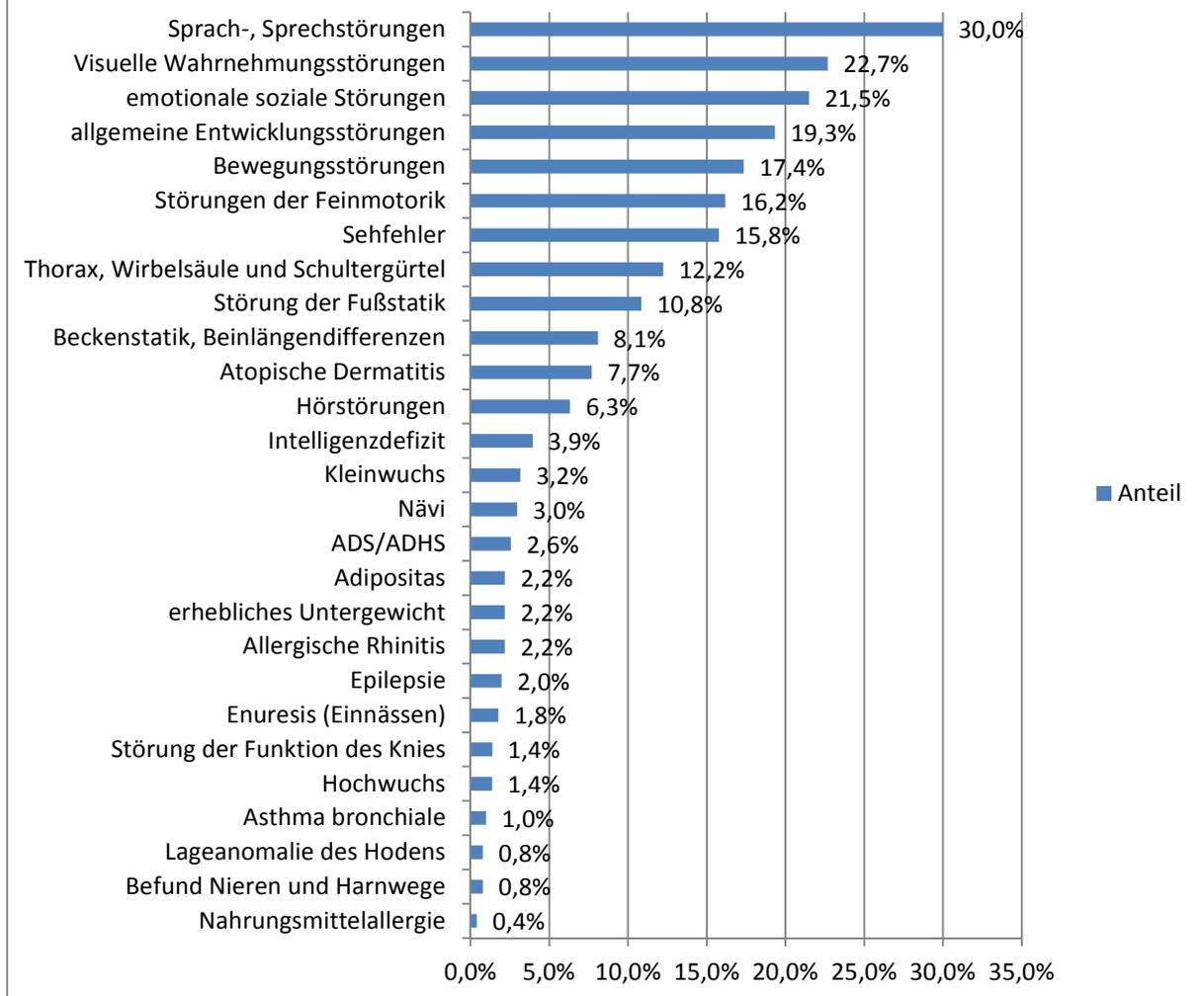
## Rangfolge der Befunde 2012



Mit deutlichem Abstand stehen die Sprach- und Sprechstörungen an führender Position. Das ist auch im landesweiten Durchschnitt der Fall, hier betrug der Anteil an den Befunden im Jahre 2012 allerdings nur 16,9 Prozent. Bei Betrachtung der sozialen Situation fällt auf, dass 39 Prozent der Kinder aus der Gruppe mit niedrigem sozialen Status Sprach- und Sprechstörungen aufwiesen. Aus der Gruppe der Kinder mit mittlerem sozialem Status waren es 19,8 Prozent und aus der Gruppe mit hohem sozialem Status waren es 15,4 Prozent. Ein deutlicher Unterschied zeigt sich hier auch bei der getrennten Betrachtung der Geschlechter: Während 32,3 Prozent der Jungen Befunde aufwiesen, waren es bei den Mädchen nur 15,7 Prozent.

Im Jahre 2013 wurden, u.a. durch die Einführung des sozialpädiatrischen Screening für Einschulungsuntersuchungen (SOPESS), einige spezielle Indikatoren hinzugefügt bzw. weiter ausdifferenziert. Dies betrifft vor allem die Indikatoren visuelle Wahrnehmung, Störungen der Feinmotorik sowie allgemeine Entwicklungsstörungen. Die Rangfolge der Befunde für das Jahr 2013, in denen insgesamt 1098 Befunde bei 507 Untersuchungen erhoben wurden, stellt sich folgendermaßen dar:

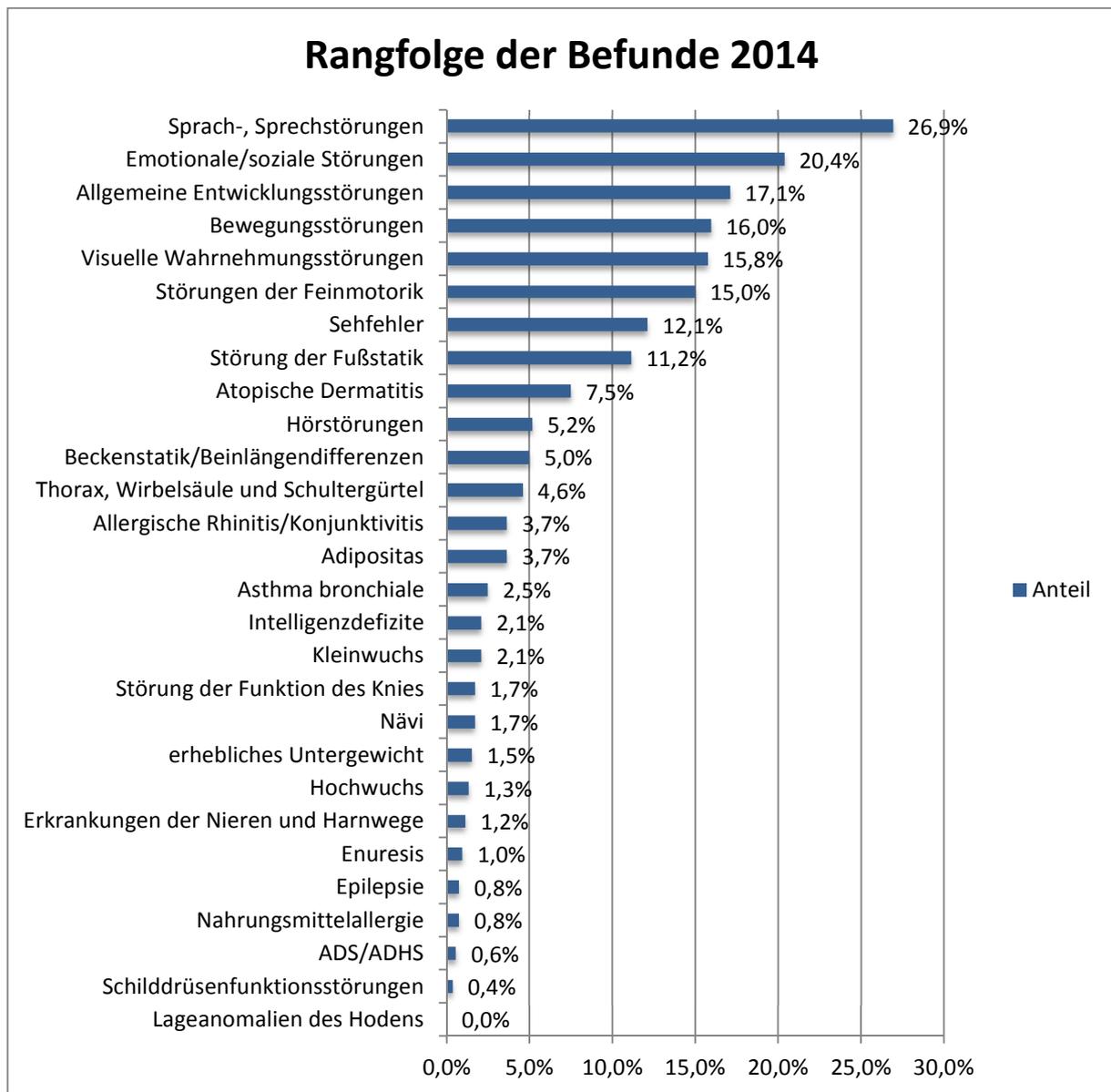
## Rangfolge der Befunde 2013



Die Sprach- und Sprechstörungen erreichten im Jahr 2013 den Höchstwert von 30 Prozent. Das heißt, fast ein Drittel der untersuchten Kinder in Frankfurt (Oder) hatte unter gesundheitlichen Einschränkungen zu leiden, welche maßgeblich den Schulerfolg und somit den gesamten Lebensverlauf beeinträchtigen können. Im Landesdurchschnitt betraf das im Jahr 2013 etwa ein Fünftel aller Einschüler und Einschülerinnen (20,6 Prozent).

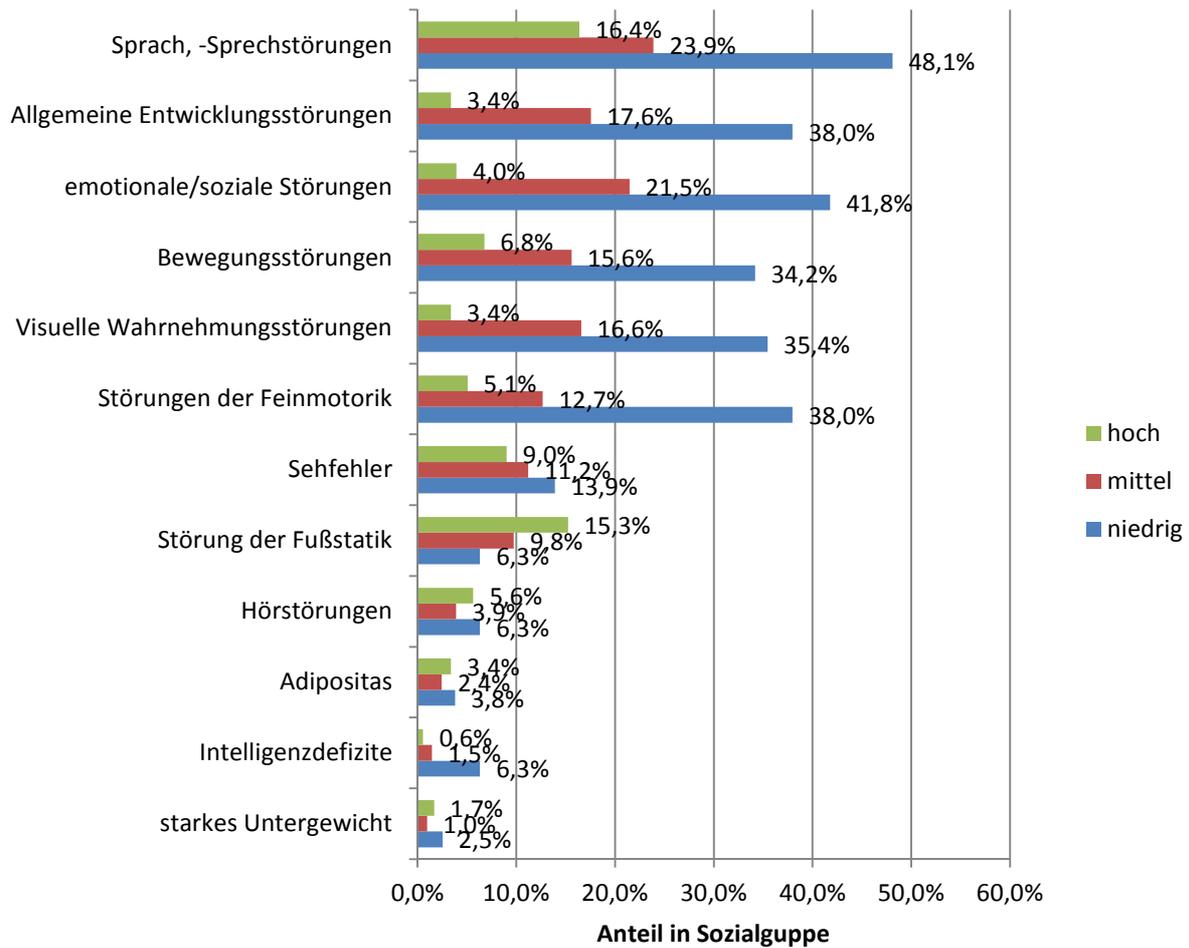
Aus der Gruppe von Kindern mit niedrigem sozialem Status wurden vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst 45,6 Prozent mit diesem Befund eingestuft, während es bei der Gruppe mit mittlerem sozialem Status 29,5 Prozent und bei der Gruppe mit hohem sozialem Status 16,6 Prozent waren. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern fielen 2013 nicht mehr so deutlich aus wie im Vorjahr. Während mit 32,4 Prozent der Anteil aus der Gruppe der Jungen gegenüber dem Vorjahr annähernd gleich blieb, stieg bei den Mädchen die Rate mit Befund auf 27,1 Prozent.

Bei den Einschulungsuntersuchungen im Jahre 2014 ging die Anzahl der Befunde auf 945 bei 520 untersuchten Kindern zurück. Die Rangfolge der Befunde für das Jahr 2014 zeigt folgende Abbildung:



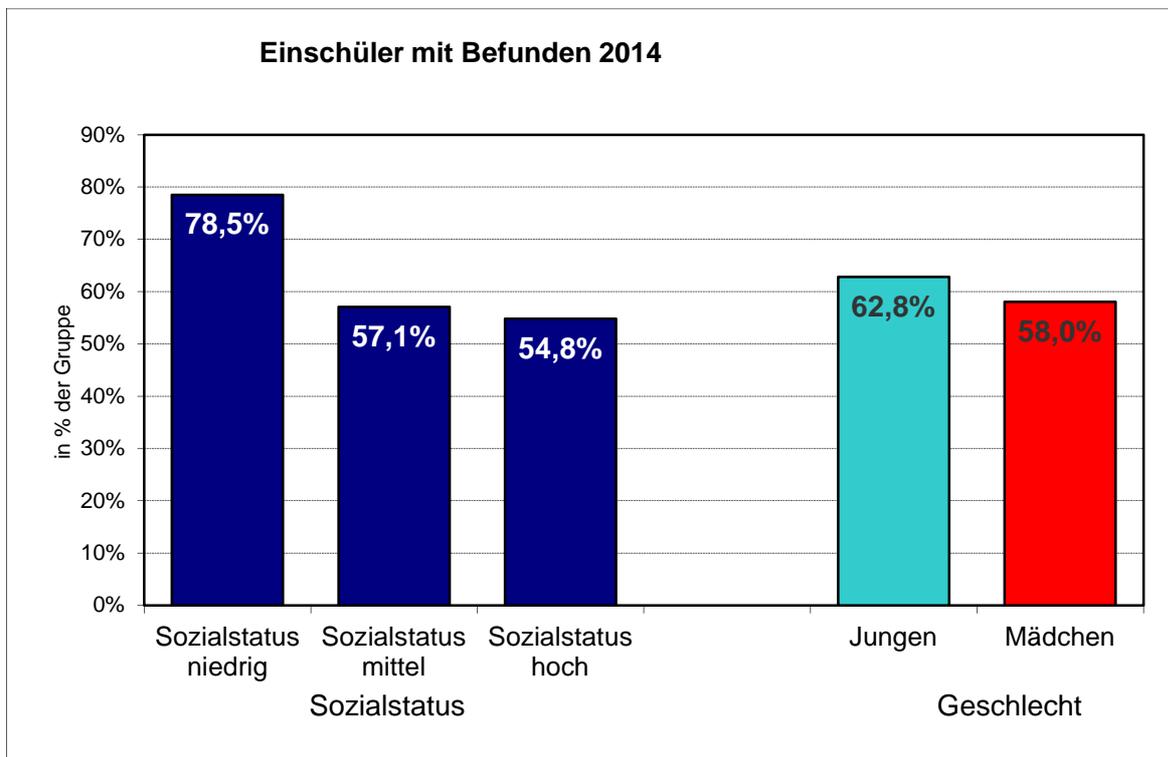
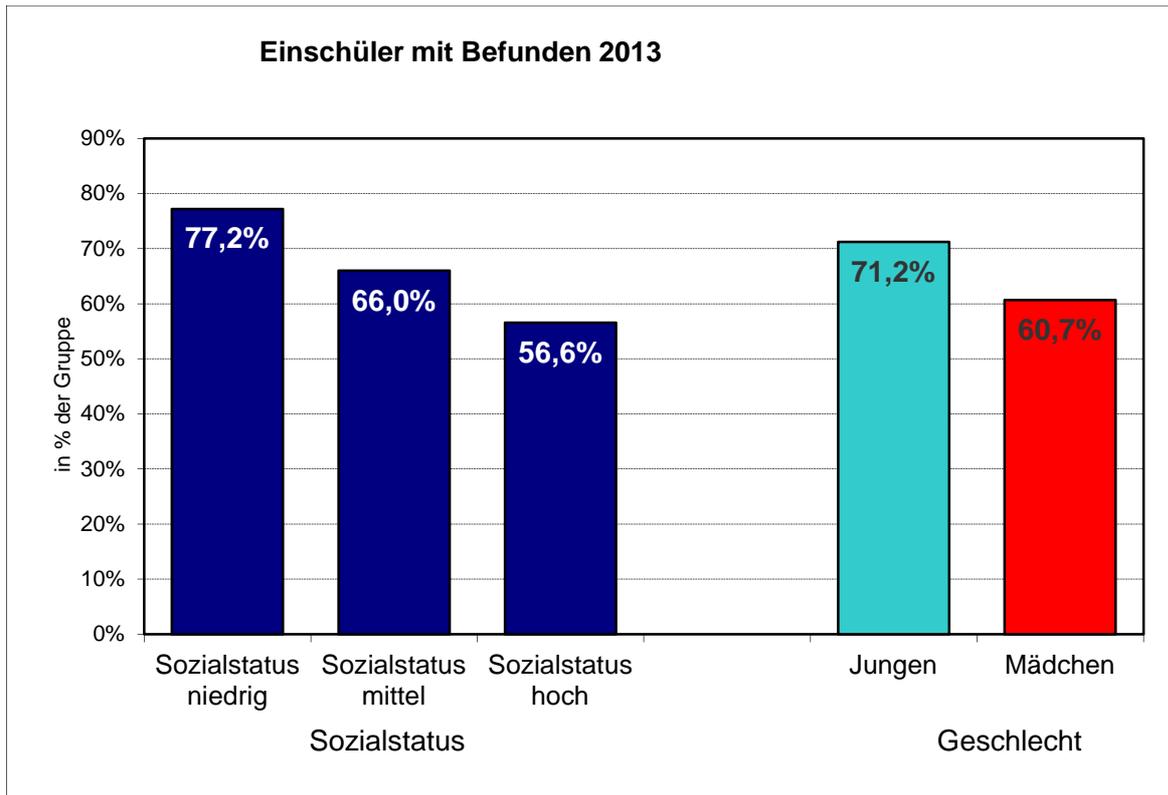
Unter Berücksichtigung des Sozialstatus lässt sich der Zusammenhang zwischen niedrigem Sozialstatus und einem höheren Risiko für eine gesundheitliche Beeinträchtigung deutlich aufzeigen: Bei den Sprach- oder Sprechstörungen erhielt fast jedes zweite Kind mit niedrigem Sozialstatus einen Befund, während es aus der Gruppe mit mittlerem Sozialstatus rund jedes vierte und aus der Gruppe mit hohem Sozialstatus in etwa jedes sechste Kind war. Auch bei anderen relevanten Befunden zeigen sich diese großen Unterschiede zwischen den sozialen Gruppen. Die folgende Abbildung gibt dies für das Jahr 2014 für einige ausgewählte Befunde im Detail wieder:

## Einschüler 2014 - Befunde nach Sozialstatus



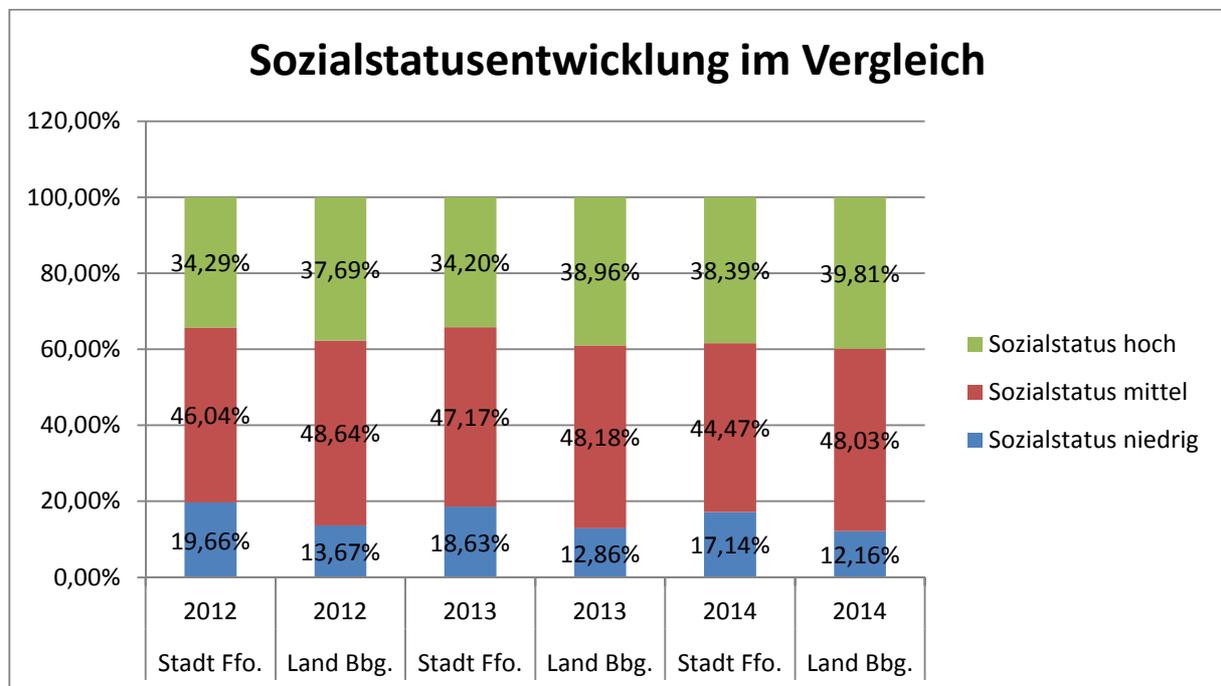
Bis auf den Befund „Störungen der Fußstatik“ weist die Gruppe mit niedrigem Sozialstatus die größten Defizite gegenüber den anderen Gruppen auf. Hierbei sind die Abstände bei den schulrelevanten Befunden zu den anderen Sozialgruppen besonders deutlich.

Auch unter Berücksichtigung aller Befunde zeigt sich, dass mit niedrigerem Sozialstatus die Risiken einer gesundheitlichen Beeinträchtigung steigen. Aufgrund der Einführung von SOPESS im Jahr 2013 ist eine direkte Vergleichbarkeit unter Berücksichtigung aller Befunde mit den Vorjahren nicht mehr möglich, daher wurde hier von einer Auswertung für das Jahr 2012 abgesehen.



Der Zusammenhang, dass ein niedriger sozialer Status mit einem höheren Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen einhergeht, lässt die Schlussfolgerung zu, dass bei gleichbleibender sozialer Entwicklung auch zukünftig über dem Landesdurchschnitt liegende Rückstellungsempfehlungen ausgesprochen werden. Nicht unerwähnt bleiben darf dabei aber die Tatsache, dass auch in Frankfurt (Oder)

derzeitig eine Tendenz zu einer Abnahme der Elternhäuser mit niedrigem Sozialstatus besteht. Weiterhin gleichen sich hierdurch die Durchschnittswerte des Landes Brandenburg gegenüber der Kreisstadt Krankfurt (Oder) weiter an, wie die folgende Abbildung zeigt:



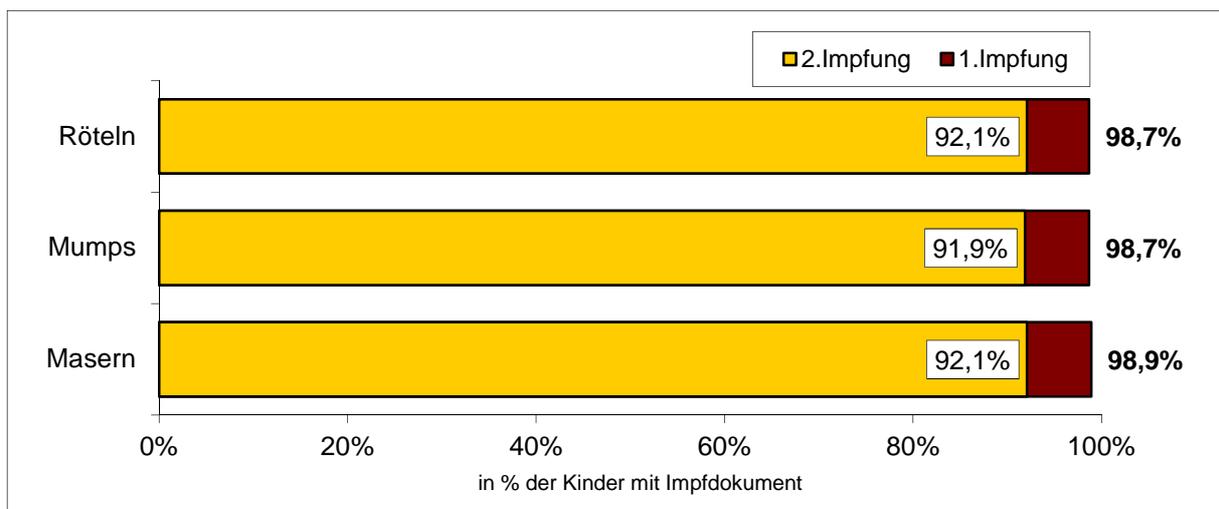
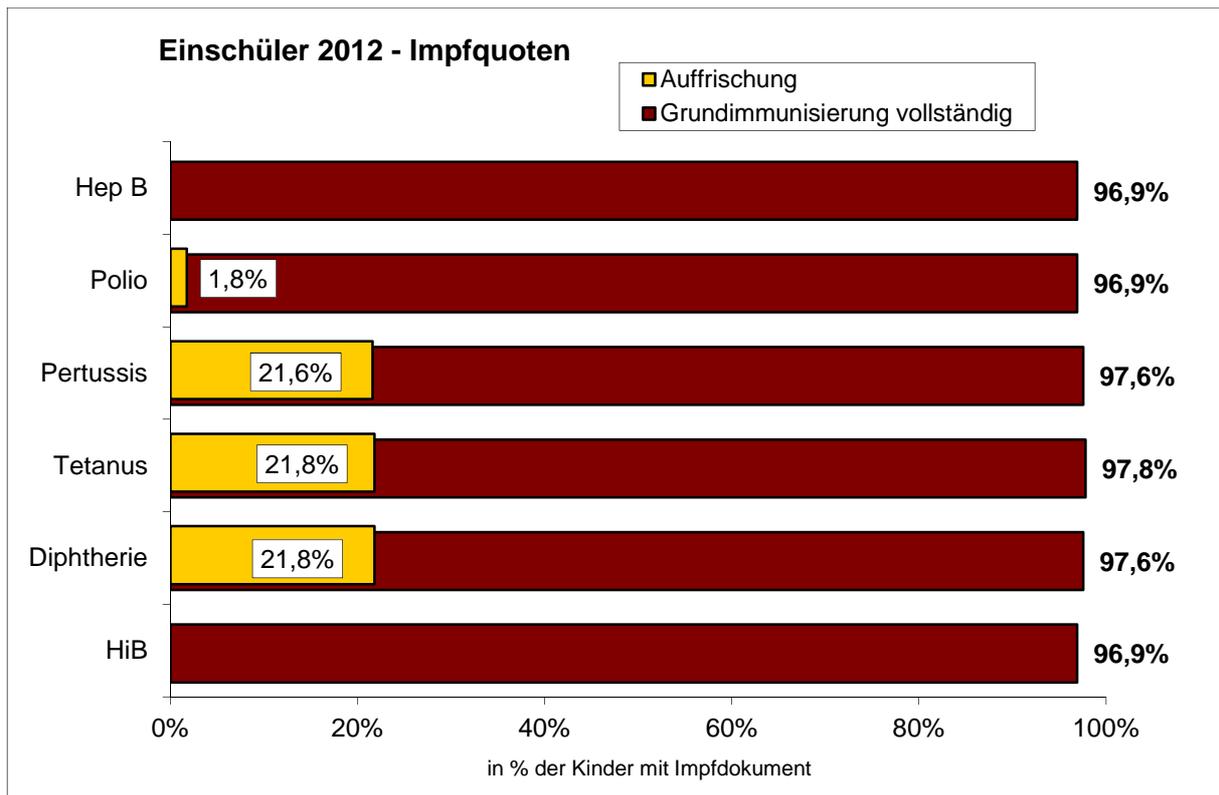
## 2.4 Darstellung der Impfquoten

Das Impfen zählt zu den wichtigsten und effektivsten medizinischen Präventionsmaßnahmen. Für den Einzelnen bedeutet dies unter anderem eine Stärkung des natürlichen Abwehrsystems gegen eindringende Erreger und somit letztendlich die Verhinderung einer Erkrankung und möglicherweise in deren Folge auch die Verhinderung des Eintretens einer bleibenden Behinderung oder des frühzeitigen Todes.

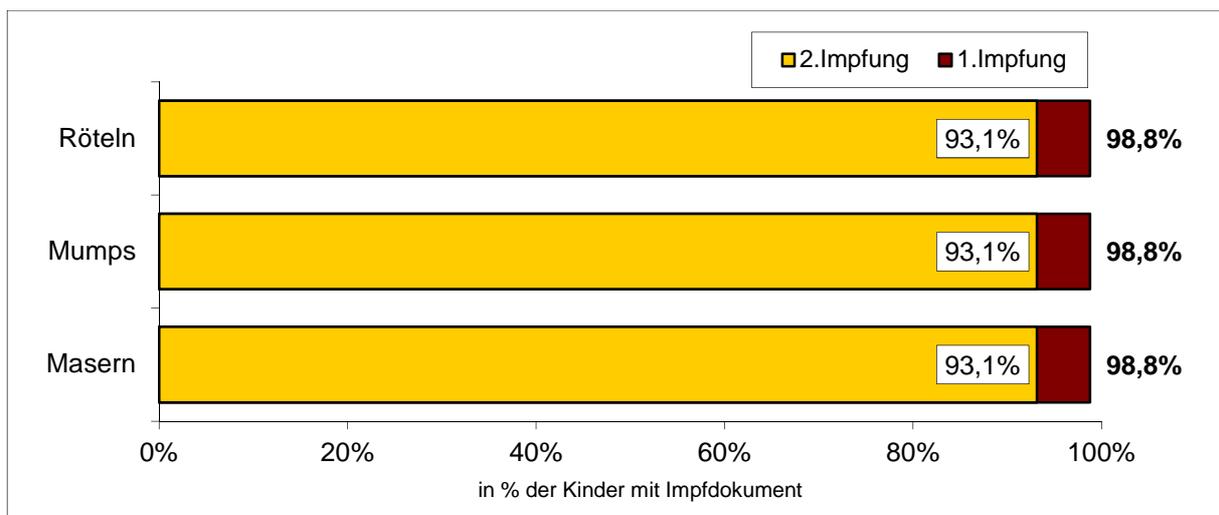
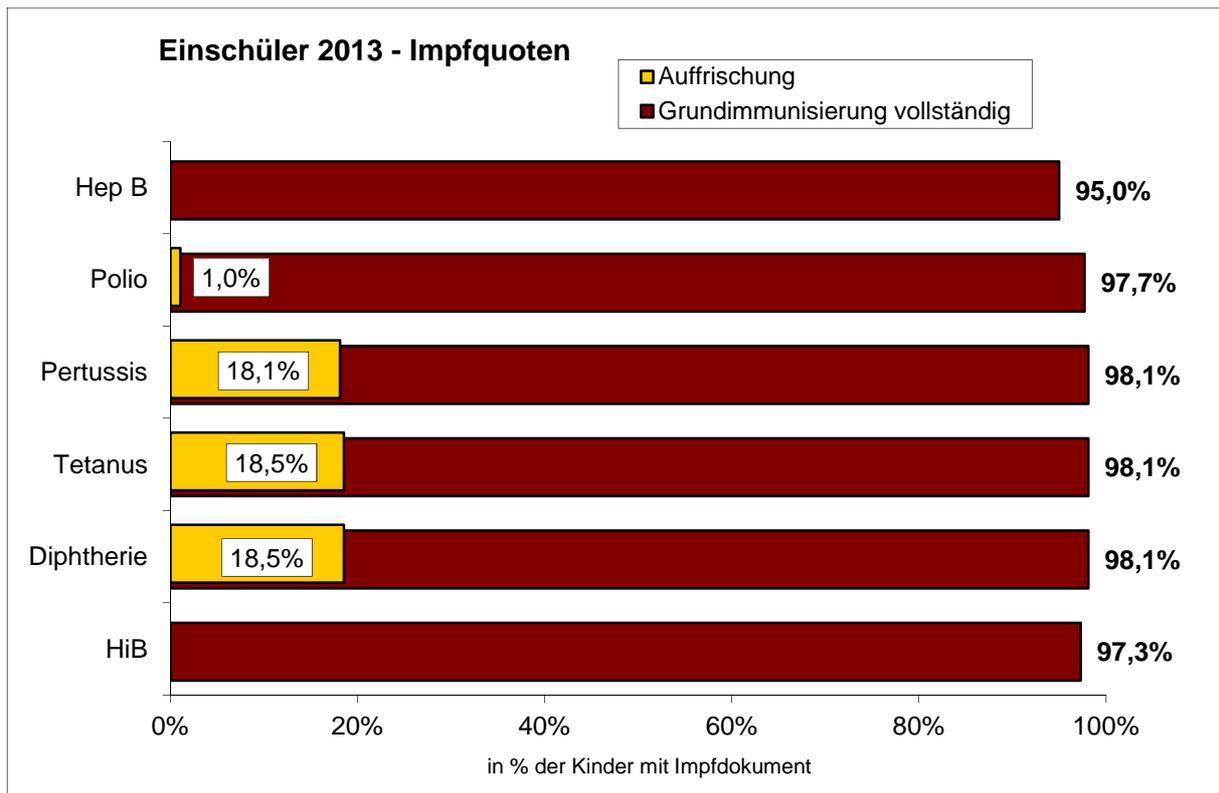
Darüber hinaus bietet eine hohe Impfquote auch eine bedeutende Schutzwirkung für die Gesamtbevölkerung. Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt eine Durchimpfungsrate von mindestens 95 Prozent, um eine solide Schutzwirkung der Bevölkerung zu erreichen („Herdenimmunität“). Dadurch lässt sich ein aufkommendes Infektionsgeschehen regional begrenzen und rasch eindämmen.

Ob den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (StIKO), einem unabhängigen Expertengremium, welches durch das Robert-Koch-Institut koordiniert wird, gefolgt wird und wie hoch die Impfbereitschaft bei der Elternschaft und den niedergelassenen (Kinder-) Ärzten ist, lässt sich an den Ergebnissen der Schulinganguntersuchungen ablesen.

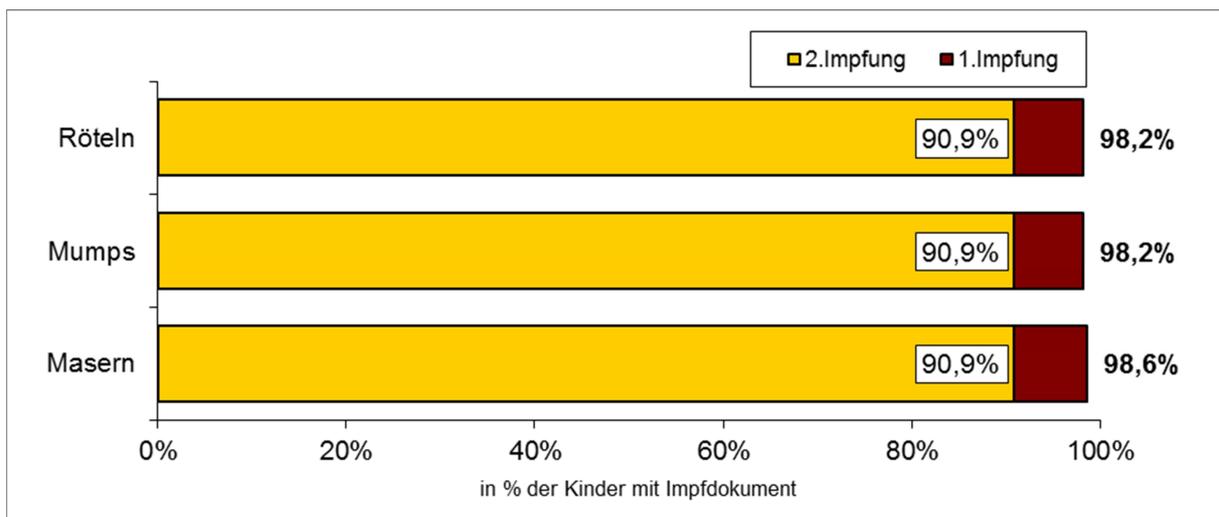
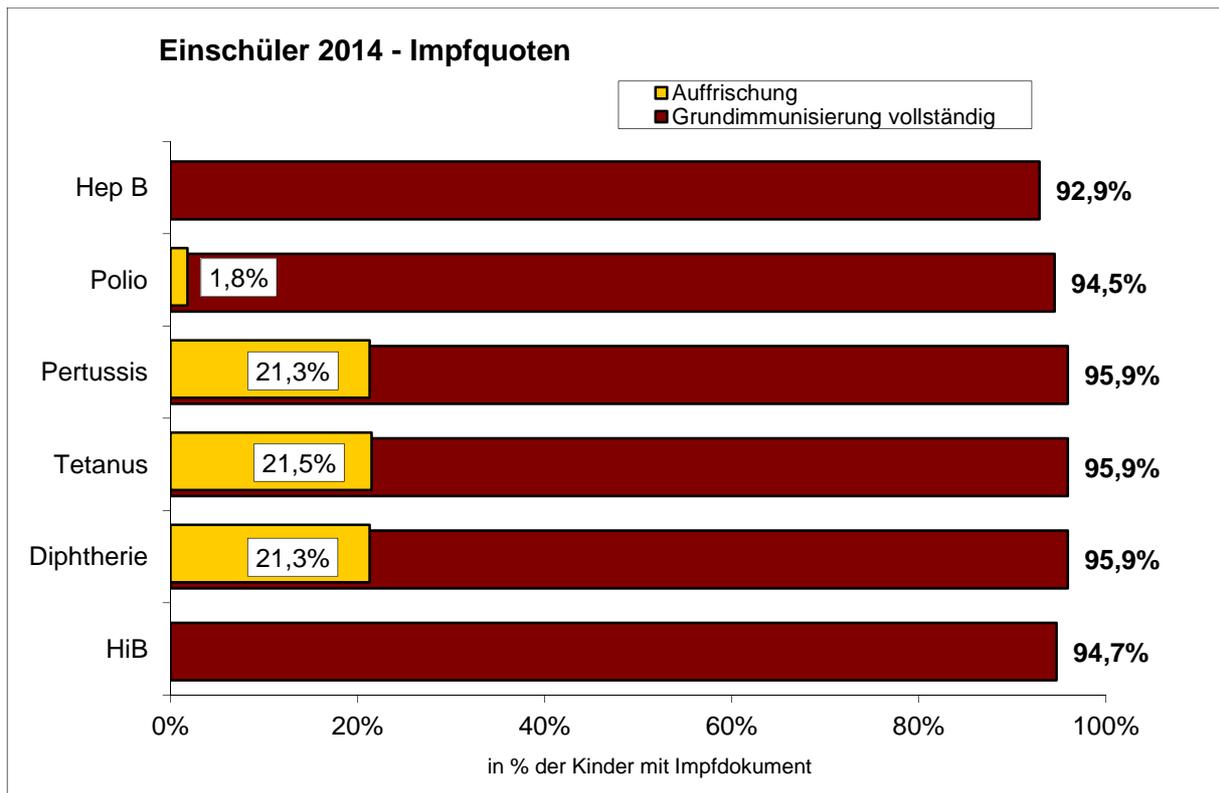
Im Jahre 2012 verfügten von den 471 untersuchten Kindern 96,4 Prozent über einen Impfausweis. Das ist ein guter Wert, der über dem Landesdurchschnitt liegt (2012 bis 2014 jeweils 93,2 Prozent).



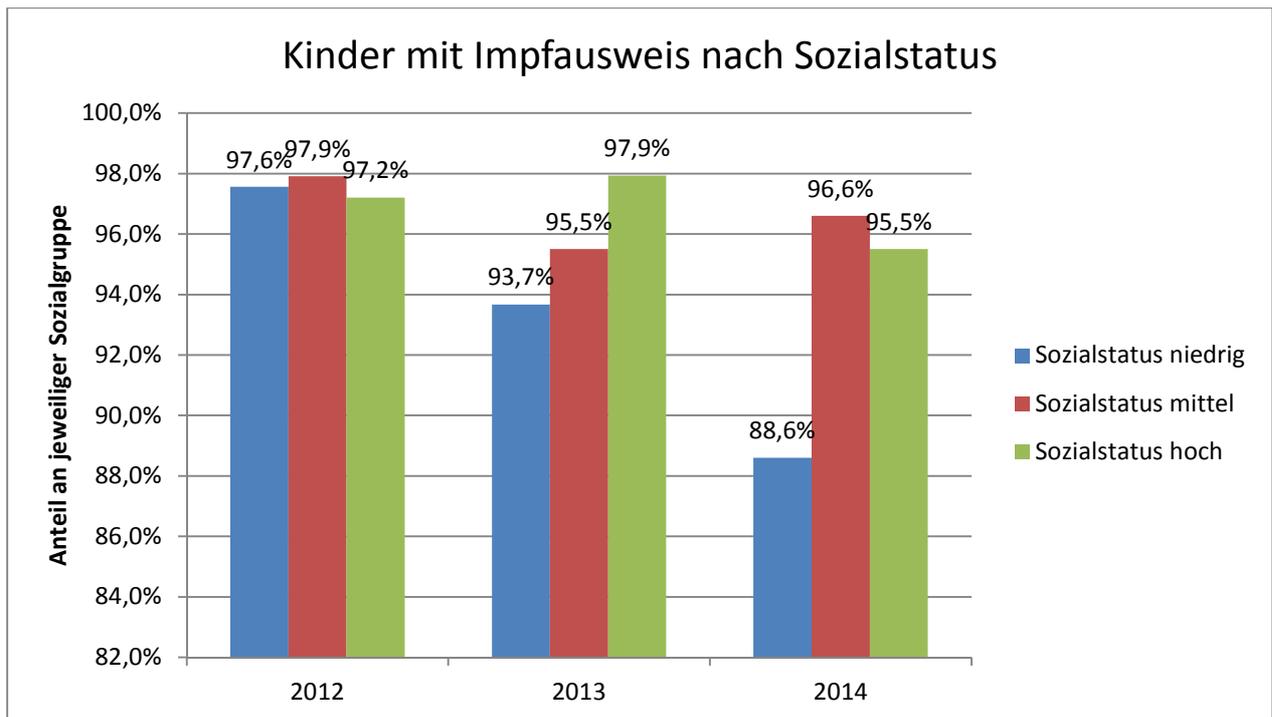
Im Jahr 2013 betrug der Anteil der untersuchten Kinder (507), welche über einen Impfausweis verfügten, 94,7 Prozent. Dabei sind nur geringe Veränderungen in der Impfquote, gegenüber dem Vorjahr, zu beobachten:



Auch im Jahr 2014 zeigt sich eine hohe Impfbereitschaft. Hier legten von insgesamt 520 untersuchten Kindern 94,8 Prozent einen Impfausweis vor.



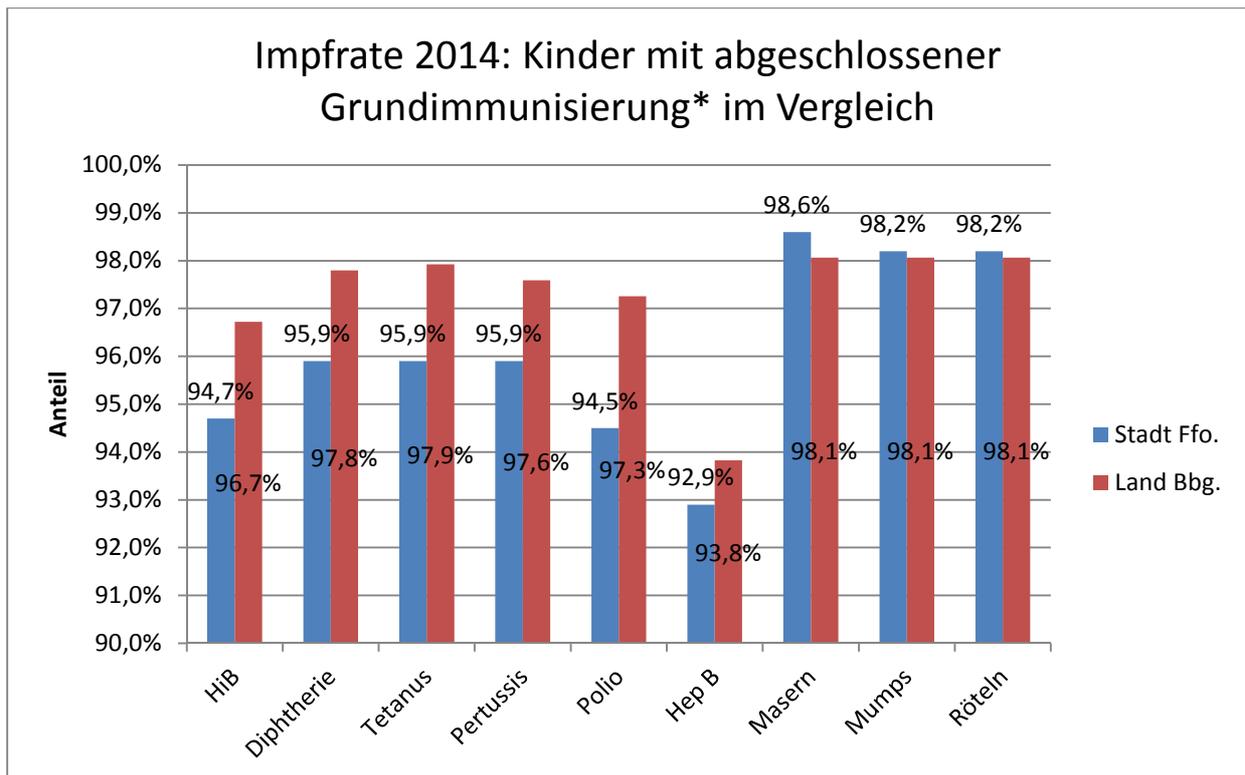
Nach dem jeweiligen Sozialstatus betrachtet ist die Impfquote in den Sozialstatusgruppen annähernd gleich hoch. Ein etwas anderes Bild ergibt sich aber, wenn man sich die Verteilung der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis nach Sozialstatus betrachtet. Berücksichtigt man, dass die Ausstellung des Impfausweises, insbesondere bei Verlust des ersten, in vielen Fällen kostenpflichtig ist, so lässt sich, neben ungenügender Aufklärung der Eltern, eine Erklärung für folgende Darstellung finden:



Während im Jahr 2012 der Sozialstatus nicht unbedingt entscheidend für den Besitz eines Impfausweises war, so zeigt doch der Trend Benachteiligungen von Kindern mit niedrigem Sozialstatus. Es ist davon auszugehen, dass Kinder, welche nicht im Besitz eines Impfausweises sind, auch nicht über alle empfohlenen und notwendigen Vorsorgeimpfungen verfügen. Ein Rückgang um 9 Prozent im Jahre 2014 (88,6%) gegenüber dem Jahr 2012 (97,6%) ist auffällig und erklärt auch, warum im Jahr 2014 die von der WHO empfohlene Impfquote von 95 Prozent teilweise nicht ganz erreicht wurde.

Anzunehmen ist aber auch, dass sich der hier aufgezeigte Trend nicht fortsetzen wird, da die Stadt Frankfurt (Oder) mit der Einrichtung des Baby-Besuch-Dienstes (BBD) im Jahre 2009 bereits über eine geeignete Strategie verfügt, um solchen Tendenzen entgegen zu treten. In seinem Gründungsjahr führte der Baby-Besuch-Dienst bereits 357 Hausbesuche bei insgesamt 448 geborenen Kindern durch und informierte dabei u. a. auch über die notwendigen Schutzimpfungen. Die im Jahr 2009 geborenen Kinder erreichen zum Großteil im Jahr 2015 das Schulalter, so dass sich zukünftig positive Effekte erkennen lassen sollten. Weiterhin ist durch das am 01.08.2015 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) die Kostenübernahme für Impfausweise durch die gesetzlichen Krankenkassen vorgesehen.

Ein Vergleich der Impfquote aller untersuchten Kinder mit Impfausweis für das Jahr 2014 für Frankfurt (Oder) und Land Brandenburg zeigt, dass diese, gemessen an der 95 Prozent WHO-Empfehlung, gut ist. Aber es bestehen durchaus noch Möglichkeiten für Verbesserungen. Auch hier sind, insbesondere durch die Arbeit des Baby-Besuch-Dienstes, zukünftig positive Effekte zu erwarten.



\* bei Masern, Mumps und Röteln: Vorhandensein der 1. Impfung

## 2.5 Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9

Die Früherkennungsuntersuchungen sind ein wichtiger, gesetzlich verankerter Baustein der Gesundheitsvorsorge, um frühzeitig gesundheitliche Risiken oder Krankheiten, welche die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes gefährden, festzustellen und eine weiterführende medizinische Behandlung zu ermöglichen. Die Untersuchungen werden von niedergelassenen Ärzten (insbesondere Kinderärzten) durchgeführt, welche bei Auffälligkeiten oder entsprechendem Verdacht in Abstimmung mit den Eltern weiterführende Schritte zur genauen Diagnose und gezielten Behandlung einleiten. Die Teilnahme an den Untersuchungen ist freiwillig.

Es ist erforderlich, dass die Untersuchungen in den vorgegebenen Zeiträumen stattfinden. Der Entwicklungsstand des Kindes wird genau für den Zeitraum geprüft, in dem die Untersuchung vorgesehen ist. Einige Erkrankungen können nur in einer bestimmten Altersspanne erfolgversprechend behandelt werden. Ein rechtzeitiges Erkennen der Krankheit oder Entwicklungsauffälligkeit ist daher erforderlich.

Angeborene Störungen können zwar nicht geheilt, gravierende Folgen aber vermieden oder zumindest gemindert werden.

Folgende Untersuchungszeiträume sind vorgesehen:

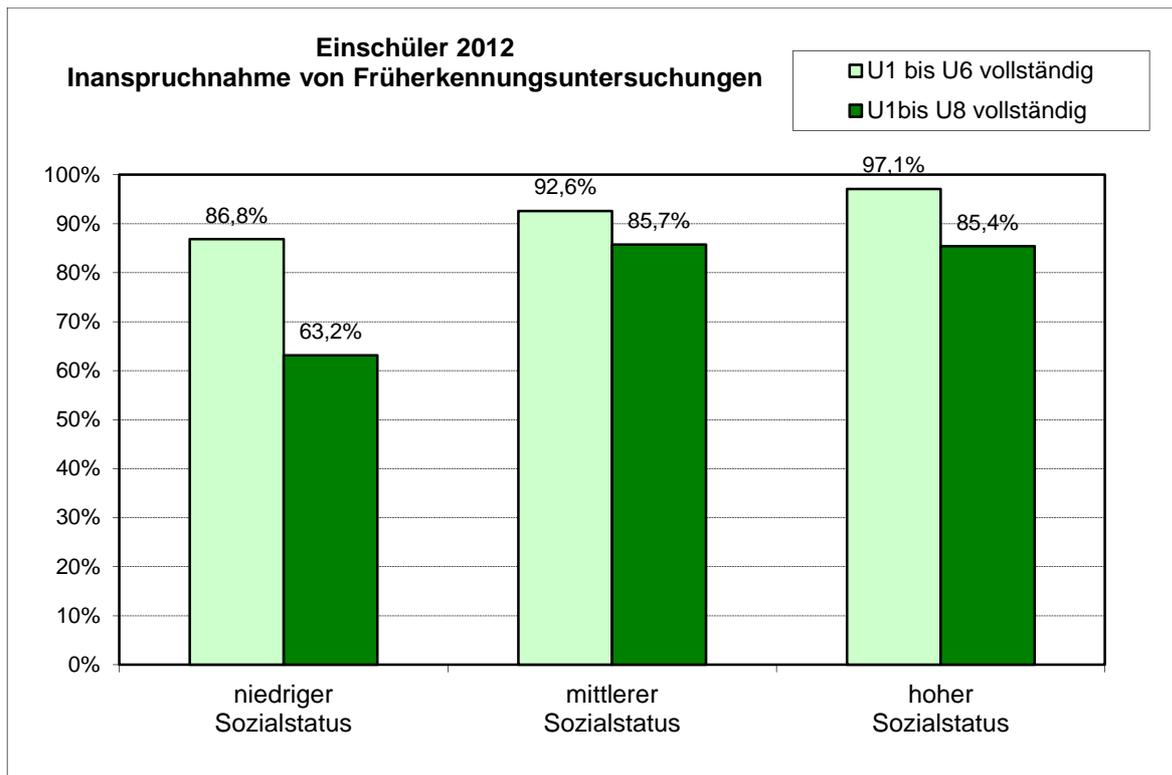
U1	direkt nach der Geburt
U2	3. - 10. Lebenstag
U3	4. - 5. Lebenswoche
U4	3. - 4. Lebensmonat
U5	6. - 7. Lebensmonat
U6	10. - 12. Lebensmonat
U7	21. - 24. Lebensmonat
U7a	34. - 36. Lebensmonat
U8	46. - 48. Lebensmonat
U9	60. - 64. Lebensmonat

Die durchgeführten Untersuchungen werden von den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten in einem Untersuchungsheft (U-Heft) dokumentiert, welches bei den Einschulungsuntersuchungen ausgewertet wird.

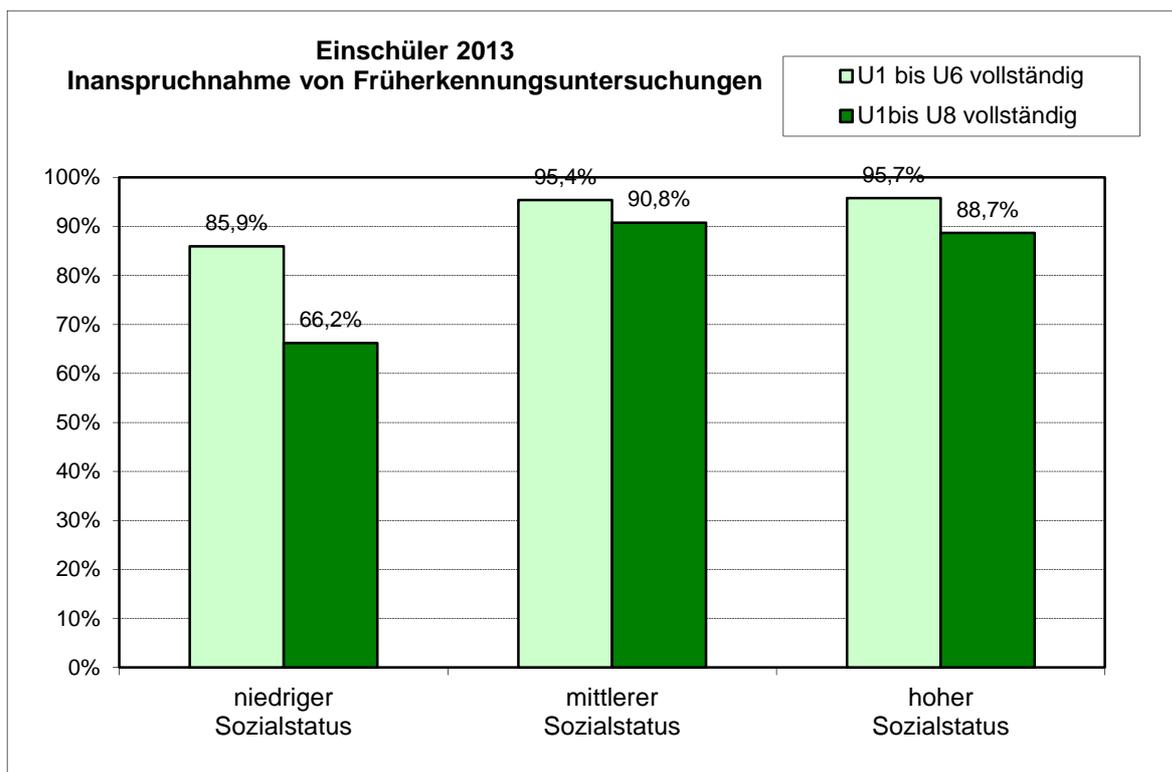
Für die U6, U7 und U8 besteht ein gesetzlich verpflichtendes Rückmeldesystem (Zentrales Einlade- und Rückmeldesystem – ZER) für die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte. Dabei werden die Daten der Kinder, bei denen nicht bekannt ist, ob eine Teilnahme an der U6, U7 oder U8 erfolgte, vom Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (LUGV) an die Landkreise und kreisfreien Städte weitergeleitet. Die Gesundheitsämter verfolgen dann diejenigen Einzelfälle, bei denen keine Rückmeldung vorliegt oder wenn generell unbekannt ist, ob die Eltern diese Untersuchungen mit ihren Kindern wahrgenommen haben.

In Frankfurt (Oder) trifft eine Sozialarbeiterin in engem Zusammenwirken mit den Eltern der Kinder, Kinderarztpraxen, Kindertagesstätten sowie den Trägern der öffentlichen Jugend- und Sozialhilfe geeignete und angemessene Maßnahmen, um auf eine erhöhte Teilnehmerrate an den Früherkennungsuntersuchungen hinzuwirken. Im Jahr 2012 sind dabei vom LUGV insgesamt 295 Fälle gemeldet worden, während es im Jahr 2013 316 Fälle und im Jahr 2014 331 Fälle waren. Es sind hier also steigende Fallzahlen zu beobachten.

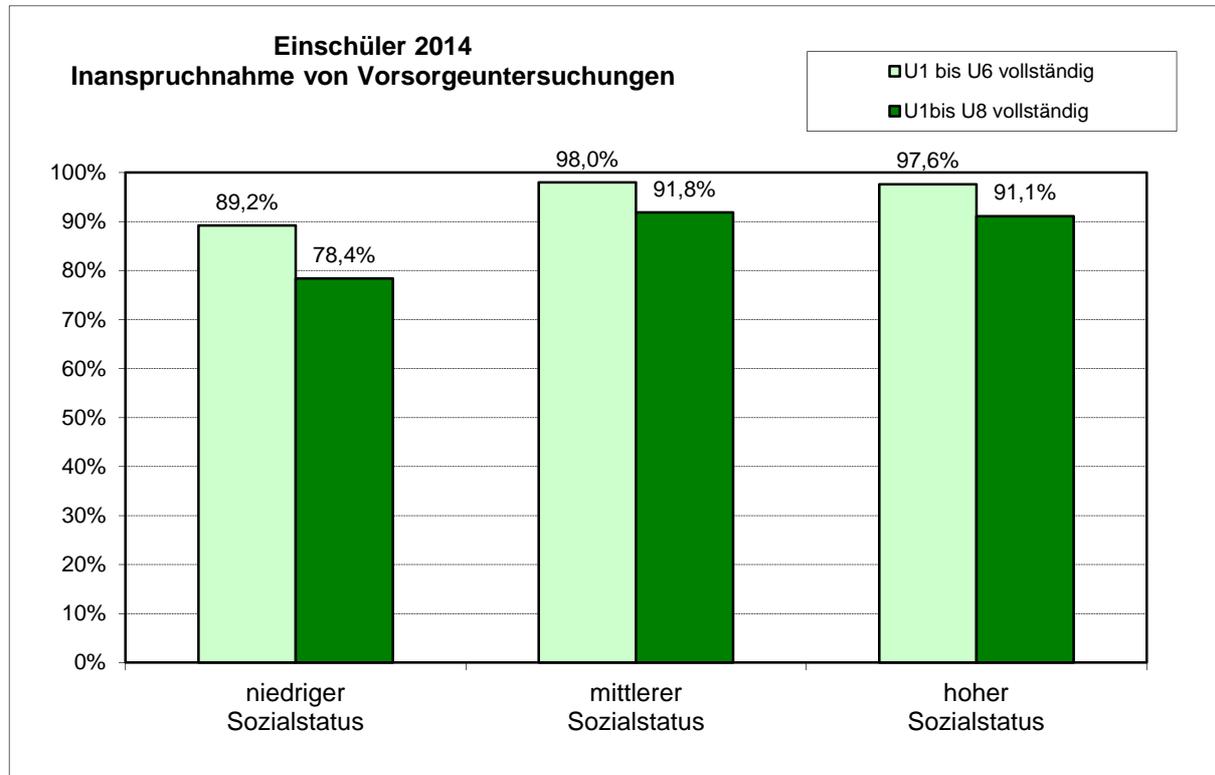
Im Jahr 2012 hat bei den Einschulungsuntersuchungen das U-Heft von 95,1 Prozent aller untersuchten Kinder vorgelegen. Von diesen waren, nach jeweiligem Anteil aus der entsprechenden Sozialstatusgruppe, die Untersuchungen wie folgt in Anspruch genommen worden:



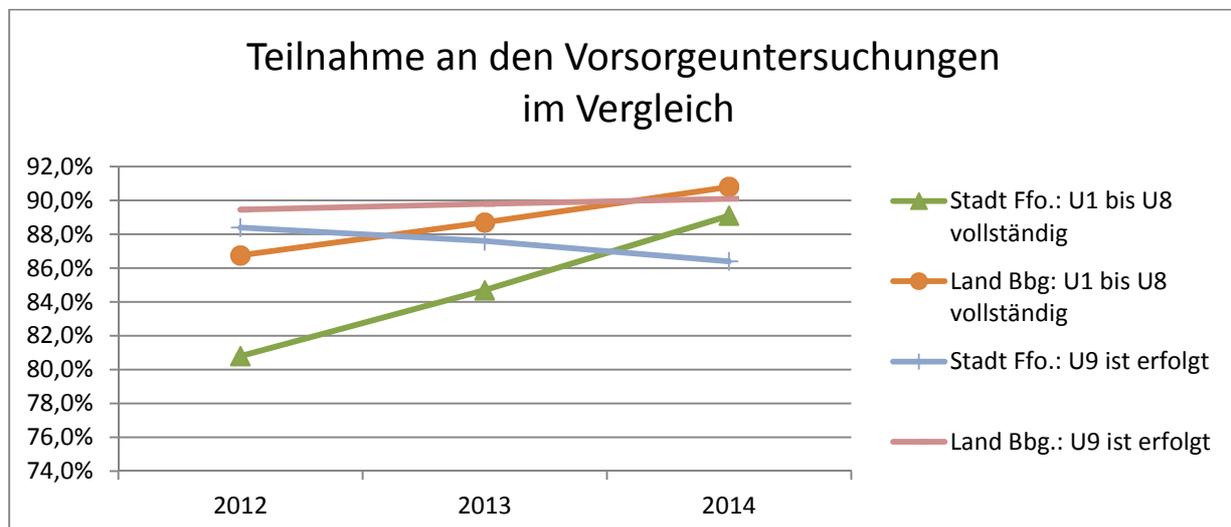
Erkennbar ist deutlich, dass aus der Gruppe mit niedrigem sozialem Status die Untersuchungen weniger in Anspruch genommen werden als in den anderen beiden Gruppen. Auch im Jahr 2013, in dem von 95,7 Prozent aller untersuchten Kinder das U-Heft vorlag, bestand diese Auffälligkeit.



Die Auswertung für das Jahr 2014 zeigt, dass zwar generell mehr Untersuchungen in Anspruch genommen wurden, aber immer noch am wenigsten von denjenigen Eltern, deren Kinder sehr wahrscheinlich am meisten davon profitieren könnten:



In Frankfurt (Oder) wurden in den Einschulungsuntersuchungen mehr Untersuchungshefte vorgelegt als im Landesdurchschnitt. So lagen im Jahr 2012 von 95,1 Prozent der untersuchten Kinder die U-Hefte vor (Landesdurchschnitt 93,6 Prozent), 2013 waren es 95,7 Prozent (Landesdurchschnitt 93,8 Prozent) und im Jahr 2014 waren es 95,0 Prozent (Landesdurchschnitt 93,1 Prozent). Dennoch lagen die tatsächlich in Anspruch genommenen Untersuchungen unter denen im Landesdurchschnitt:

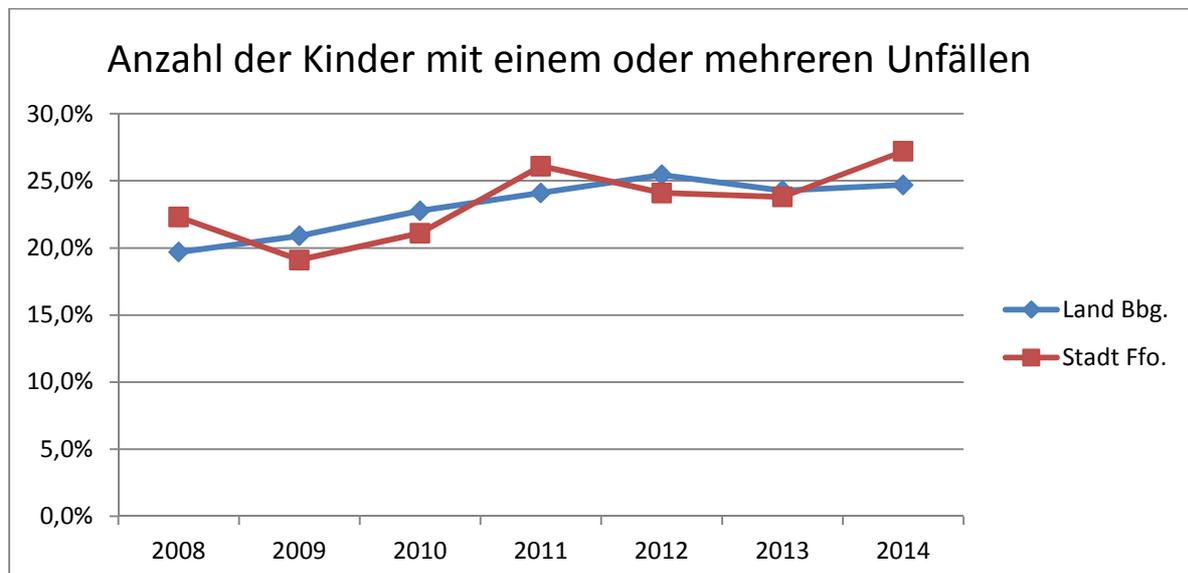


Der Trend geht bei den Untersuchungen U1 bis U8 zu deutlich mehr wahrgenommenen Untersuchungen und nähert sich auch hier dem Landesdurchschnitt an. Die Quote für die im 60. bis 64. Lebensmonat vorgesehene Untersuchung U9 ist allerdings, entgegen dem Landestrend, derzeit rückläufig.

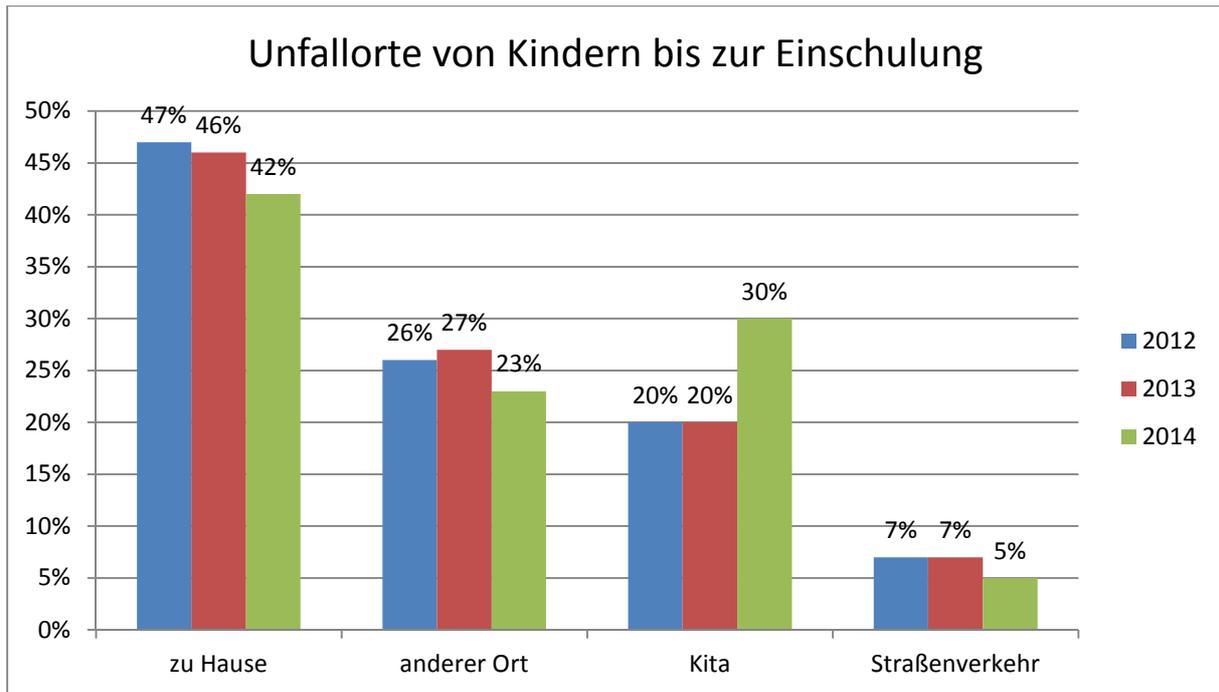
## 2.6 Darstellung der Unfallsituation

Ab einem Alter von etwa 4 Jahren entwickelt ein Kind anhand seiner Erfahrungen und durch Hinweise der Eltern zunehmend ein Bewusstsein für Gefahren. Der Erwerb neuer Fähigkeiten, die natürliche Neugier, ein anderes Seh- und Hörvermögen im Vergleich zu Erwachsenen sowie diverse andere Fähigkeiten, welche erst noch entwickelt werden bzw. heranreifen müssen, lassen Kinder leichter zu Opfer von Unfällen werden. Unfallbedingte, das betrifft sowohl vorübergehende als auch dauerhafte Gesundheitsbeeinträchtigungen, können und müssen durch Beseitigung etwaiger Gefahren verhindert werden.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen werden auch standardisierte Daten zum Unfallgeschehen erhoben. Der Langzeitvergleich mit dem Landesdurchschnitt zeigt, dass hierauf besonderes Augenmerk gelegt werden muss:

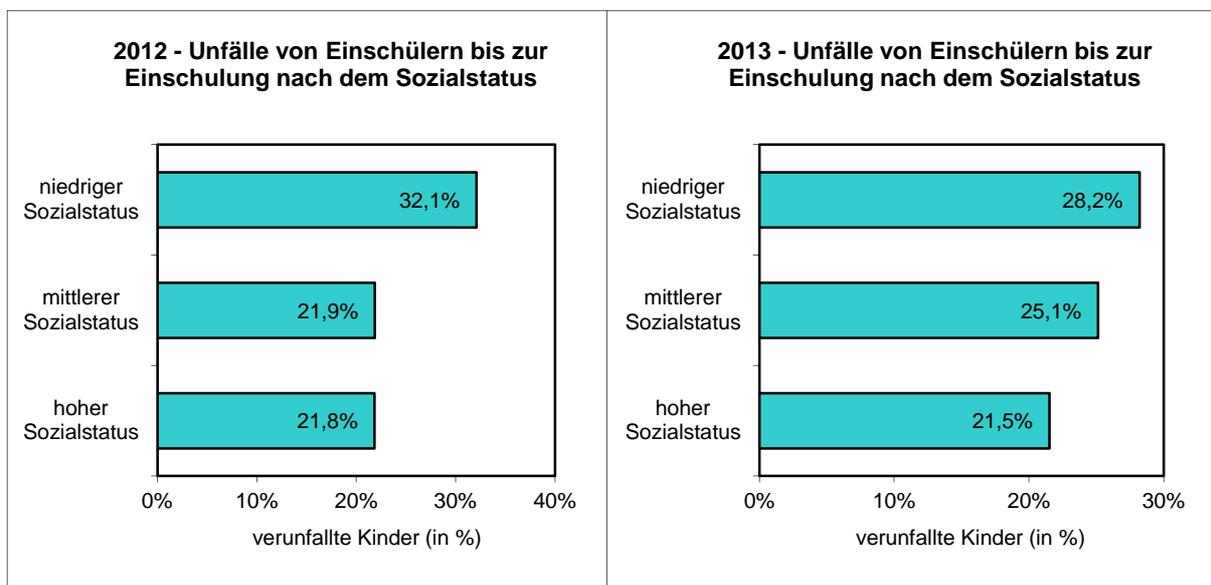


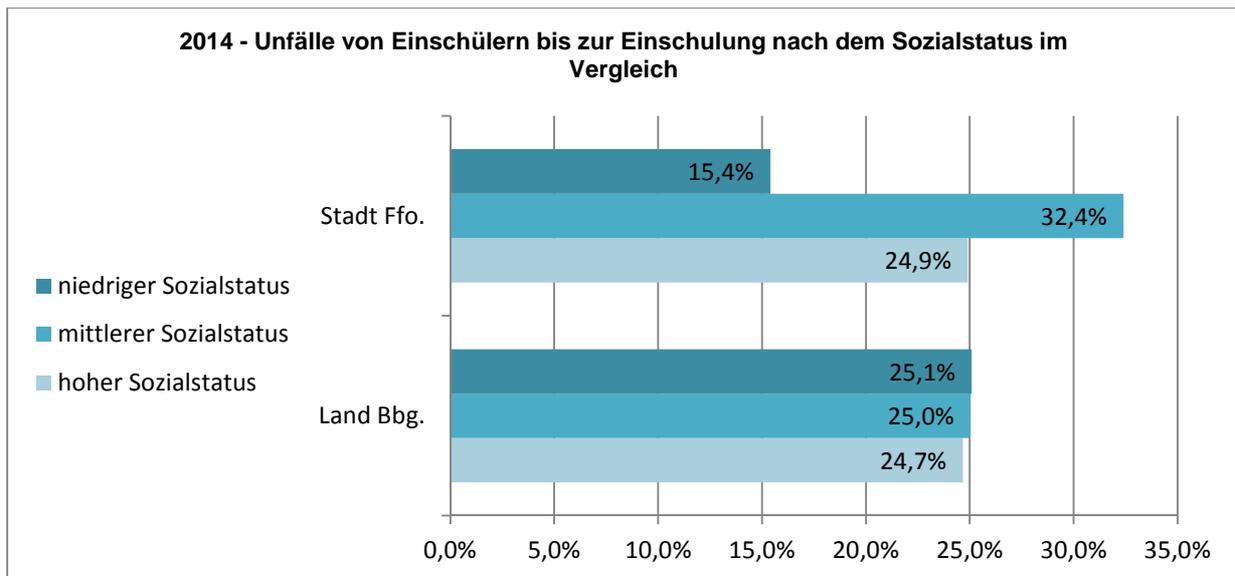
Aufgrund der steigenden Tendenz, auch landesweit, sind die Bemühungen zur Prävention von Kinderunfällen offenbar nicht ausreichend. In welchen Lebenswelten gehäuft Unfälle auftreten, zeigt nachfolgende Abbildung:



Es ist klar zu erkennen, dass die meisten Unfälle nach wie vor im häuslichen Umfeld passieren, auch wenn sich hier eine abnehmende Tendenz zeigt. Markant ist der Anstieg der beschriebenen Unfälle in der Lebenswelt „Kita“ im Jahr 2014. Ob es sich dabei um eine tatsächliche Entwicklung oder um einen statistischen Ausreißer handelt, muss in den nächsten Jahren weiter beobachtet werden. Dabei sollte beachtet werden, dass auch im Landesdurchschnitt die Lebenswelt „Kita“ der zweihäufigste Unfallort ist (28 Prozent im Jahr 2014).

Die Betrachtung der verunfallten Kinder nach ihrem jeweiligen Sozialstatus zeigen folgende Darstellungen:





Bemerkenswerterweise verunfallten in den Vorjahren von den 2014 einzuschulenden Kindern mit mittlerem Sozialstatus 32,4 Prozent, während es aus der Gruppe mit niedrigem Sozialstatus 15,4 Prozent waren. Interessant ist auch, dass im Landesdurchschnitt der Sozialstatus für das Unfallrisiko kaum eine signifikante Rolle spielt. Dabei sollte aber beachtet werden, dass es auch bezüglich des sozialen Kontextes durchaus eine Rolle spielt, in welcher Lebenswelt sich die Kinder vorrangig aufhalten. Wie oben gezeigt haben Kinder, welche eine Kindereinrichtung besuchen, ein geringeres Unfallrisiko als Kinder, die sich überwiegend zu Hause aufhalten. Dabei sind innerhalb aller drei Gruppen durchaus breite Streuungen möglich.

### 3. Zur Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen in Frankfurt (Oder)

#### 3.1 Allgemeine Erläuterungen

Ausgehend von der Bundesgesetzgebung mit dem § 21 SGB V sind die landesrechtlichen Rahmenbedingungen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst im zahnmedizinischen Bereich im Gesundheitsdienst-, Kita- und Schulgesetz als Pflichtaufgabe verankert.

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 zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in Kitas und Schulen trägt mit dazu bei, dass die Kinder und Jugendlichen unabhängig von ihrer Lebenssituation erreicht werden und die Benachteiligung von Kindern aus sozial schwächeren Schichten ausgeglichen werden kann. Ihre Lebensqualität wird dadurch positiv beeinflusst.

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

Bei Feststellung einer Behandlungsbedürftigkeit erfolgt eine Information an die Eltern. Ein besonderes Augenmerk erfordern die Kinder und Jugendlichen, die auffällige zahnmedizinische Befunde aufweisen. Besteht über einen längeren Zeitraum eine umfangreiche Behandlungsbedürftigkeit wie z.B. kariös stark zerstörte Zähne, Infektionen oder Traumata sowie ein erhöhtes Kariesrisiko, ist gemäß dem Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz § 6 Abs.3 ein **Betreuungscontrolling** durchzuführen. Ziel ist es, dass diese Kinder und Jugendlichen zahnärztlich behandelt werden und die orale Gesundheit wiederhergestellt wird. Für Kinder mit einem auffälligen Befund wird den Eltern ein gesondertes Schreiben auf dem Postweg geschickt mit der Bitte um Veranlassung der notwendigen Behandlung sowie der Bestätigung dieser durch die Zahnarztpraxis und Rücksendung des Formblattes an das Gesundheitsamt. Geht innerhalb von 6 Wochen keine Rückmeldung ein, übernimmt die Sozialarbeiterin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) das Betreuungscontrolling und meldet sich zum Hausbesuch an. Im Schuljahr 2013/ 2014 wurden 20 Kinder und Jugendliche mit auffälligen Befunden betreut.

**Bericht der Sozialarbeiterin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes zum zahnärztlichen Betreuungscontrolling im Schuljahr 2013/2014:**

*6 von 20 Sorgeberechtigten hatten 2013/14 nach dem ersten Anschreiben zum Betreuungscontrolling innerhalb von 9 Wochen den Beginn der zahnärztlichen Behandlung zurück gemeldet.*

*Für die übrigen 14 Familien wurde ein klärendes Gespräch zu Hause geplant. In 5 Familien konnten im persönlichen Gespräch die Ursachen der fehlenden zahnärztlichen Behandlung thematisiert werden. 4 Familien waren zu dem angekündigten Termin nicht zu Hause. Ihnen wurde ein Schreiben mit der Bitte um Rückmeldung hinterlassen. 5 Familien hatten sich bereits vor dem angekündigten Hausbesuch bei der Sozialarbeiterin des KJGD telefonisch gemeldet und über den Stand der zahnärztlichen Behandlung berichtet. Bis zum tatsächlichen Beginn der zahnärztlichen Behandlungen erfolgten jetzt Erinnerungsschreiben, Telefonate und in vier Fällen Rücksprachen mit den behandelnden Zahnarztpraxen. So konnten 10 weitere Fälle des Betreuungscontrollings abgeschlossen werden. In vier Fällen musste die Sozialarbeiterin des KJGD den Sorgeberechtigten mitteilen, dass sie sich nun infolge ihres Nichthandelns mit dem Jugendamt beraten wird. Mit Hilfe der Kolleginnen des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) konnten drei weitere Kinder zahnärztlich behandelt werden.*

*Bei einem jetzt 16-jährigen Jungen ist das Betreuungscontrolling bisher nicht abgeschlossen. Weder die Sozialarbeiterin des KJGD noch die Schulsozialarbeiterin bzw. die Sozialarbeiterin des ASD haben es bisher geschafft, ausreichend auf den sorgeberechtigten Vater und den Jugendlichen einzuwirken. Der Sorgeberechtigte wird dennoch weiterhin an die erforderliche zahnärztliche Behandlung seines Sohnes erinnert.*

*Im Schuljahr 2013/2014 konnte bei 19 von 20 Kindern und Jugendlichen (95%) das Betreuungscontrolling mit dem Beginn der zahnärztlichen Behandlung erfolgreich abgeschlossen und damit die Mundgesundheit verbessert werden.*

Die zahnärztlichen Untersuchungen haben unter dem Gesichtspunkt des Kinderschutzes und Kindeswohls einen wichtigen Stellenwert. So sind die Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes inzwischen die einzige medizinische Profession, die Kinder und Jugendliche regelmäßig in Kindertagesstätten und Schulen

untersucht, dabei Anhaltspunkte für Gefährdungen erkennen kann und entsprechende Maßnahmen einleitet.

### **3.2 Präventive Betreuung**

Mit der im Juli 1993 zwischen dem Land Brandenburg, den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen, den kommunalen Spitzenverbänden und der Landes Zahnärztekammer abgeschlossenen „Vereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe gem. § 21 Abs.2 SGB V, insbesondere in Kindergärten und Schulen des Landes Brandenburg“ wurden die Gesundheitsämter mit der flächendeckenden Durchführung der präventiven Maßnahmen beauftragt.

Für die Planung, Organisation, Umsetzung, Dokumentation und Erfolgskontrolle auf kommunaler Ebene sind die Zahnärztlichen Dienste verantwortlich.

Die Krankenkassen finanzieren die erforderlichen Sachmittel und fördern anteilmäßig die Personalkosten für die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter. Im Schuljahr 2013/2014 wurden der Stadt Frankfurt (Oder) Sachmittel in Höhe von ca. 6.000,- €, für den Tag der Zahngesundheit 1.443,75 € und Personalkosten in Höhe von 14.313,06 € zur Verfügung gestellt.

Eine Basis für die Umsetzung der präventiven Maßnahmen in den Kindertagesstätten und Schulen der Stadt Frankfurt (Oder) ist das „Prophylaxeprogramm für das Land Brandenburg“, das die Partner der Vereinbarung regelmäßig aktualisieren.

#### ***Auszug aus dem Prophylaxeprogramm für das Land Brandenburg:***

##### ***Basisprophylaxe:***

*Die Maßnahmen werden ab dem 2. Lebensjahr schuljährlich durchgeführt.*

##### ***Der 1. Prophylaxeimpuls beinhaltet:***

- *zahnärztliche Untersuchungen,*
- *altersgerechtes Mundhygienetraining,*
- *Ernährungslenkung,*
- *Fluoridierungsmaßnahmen und*
- *Motivation zum regelmäßigen Zahnarztbesuch.*

*Der 2. **Prophylaxeimpuls** baut ein halbes Jahr später bedarfsgerecht*

*darauf auf mit folgenden Inhalten:*

- *weitere Verbesserung des Mundhygieneverhaltens,*
- *fortgeführte Ernährungslenkung,*
- *Fluoridierungsmaßnahmen und*
- *erneute Motivation zum regelmäßigen Zahnarztbesuch.*

### **Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit im**

**Kleinkindalter** umfassen:

- *Zahnärztliche Untersuchungen sowie*
- *Informationen zur altersgerechten Kariesprävention für Bezugspersonen und pädagogisches Personal*

**Spezifische Prophylaxeprogramme** in **Schwerpunkteinrichtungen** (Intensivprophylaxe) beinhalten:

- *Lokale Fluoridierungsmaßnahmen und*
- *Einbeziehung der beteiligten Fachkräfte.*

**Entscheidende Bestandteile des Programms** sind:

- *Multiplikatorenschulungen (Informationsveranstaltungen für Eltern, Erzieherfortbildungen u.a.) und*
- *Öffentlichkeitsarbeit.*

Spezifische Programme für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko werden halbjährlich in den Kindertagesstätten mit überproportional hohem Kariesrisiko und in den Frankfurter Förderschulen bis zur Klassenstufe 10 durchgeführt.

Im Schuljahr 2013/2014 wurden 2166 Kita-Kinder und 2709 Schüler kariespräventiv betreut (Grundschüler bis zur Klassenstufe 6, Förderschüler bis zur Klassenstufe 10). 832 Kitakinder und 178 Förderschüler erhielten einen 2. Prophylaxeimpuls.

Zur besseren Verzahnung von individuellen und gruppenprophylaktischen Maßnahmen werden die Zahnärztlichen **Prophylaxe-Pässe für Vorschul- und Schulkinder** landesweit eingesetzt. Alle im Rahmen der gruppenprophylaktischen sowie individualprophylaktischen Betreuung durchgeführten Maßnahmen werden in die Prophylaxe-Pässe eingetragen. Um die Eltern schon vor der Geburt ihres Kindes auf die Kariesprävention aufmerksam zu machen, wurde 2005 der zahnärztliche **Prophylaxe-Pass für Mutter und Kind** eingeführt, den alle Schwangeren von ihrem Gynäkologen mit dem Mütterpass erhalten.



Abb.1: Zahnärztliche Prophylaxe-Pässe

Die frühkindliche Karies ist in Deutschland seit vielen Jahren ein Problem. In Frankfurt (Oder) diagnostizierte das Team des Zahnärztlichen Dienstes Jahr für Jahr einen hohen Anteil von Kindern mit frühkindlicher Karies. Diese Ergebnisse aus der Gesundheitsberichterstattung wurden zum Anlass genommen, für die Kindertagesstätten präventive Strategien zu entwickeln, die zur Förderung der Mundgesundheit und Vermeidung der frühkindlichen Karies sowie zur Entwicklung eines guten, die Mundgesundheit fördernden Umfeldes in Zusammenarbeit mit Kita-Teams und Eltern beitragen sollten. Gemeinsam mit Erzieherinnen und Erziehern entwickelte der Zahnärztliche Dienst Frankfurt (Oder) ein Aufklärungs- und Ernährungsprogramm für Kindertagesstätten, das 2004 unter dem Namen „**Kita mit Biss**“ eingeführt wurde. Dafür stellte der Zahnärztliche Dienst des Gesundheitsamtes Frankfurt (Oder) den Kita-Leiterinnen die praktikablen Handlungsleitlinien für einen zahnfreundlichen Kita-Alltag (Abb.2) vor und motivierte sie zur Teilnahme.

**Die „Kita mit Biss“ ...**

... unterstützt und begleitet die tägliche Zahnpflege mit fluoridhaltiger Zahnpasta. Die Zahnputzsystematik Kauflächen, Außenflächen, Innenflächen (KAI) wird nach dem Entwicklungsstand der Kinder gelernt und nach der Hauptmahlzeit umgesetzt.

... verzichtet auf Nuckelflaschen und Trinklerngefäße, sobald die Kinder aus der Tasse trinken können.

... fördert das Abstellen von Lutschgewohnheiten spätestens zum 3. Geburtstag.

... bietet ein gesundes Frühstück an.

... reicht vorwiegend kauintensive Obst- und Gemüsezwischenmahlzeiten



... bietet den Kindern ungesüßte Getränke an. Dazu eignen sich Mineralwasser, Früchte- oder Kräutertees. Um die Kinder an diese Getränke zu gewöhnen, sollte der Zuckeranteil schrittweise reduziert werden. Fruchtsäfte sollten selten und nur verdünnt (1/3 Fruchtsaft und 2/3 Wasser oder Tee) angeboten werden.

... gestaltet den Vormittag zuckerfrei. Bei Kindergeburtstagen werden zusätzlich nach der Feier die Zähne geputzt.

Abb.2 Handlungsleitlinien für Kindertagesstätten

Diese Leitlinien haben die Verhältnisprävention u.a. durch die Realisierung des zuckerfreien Vormittages mit einem zahngesunden Frühstück und dem Anbieten von ungesüßten Getränken zum Ziel. Gleichzeitig wird damit ein Beitrag zur Verhaltensprävention, die neben dem Zähneputzen nach der Hauptmahlzeit insbesondere das frühzeitige Abgewöhnen der Nuckelflasche beinhaltet bei Kindern, die schon aus der Tasse trinken können, geleistet.

Hatte sich eine Kindertagesstätte entschlossen, eine „Kita mit Biss“ zu werden, erklärte sie schriftlich ihren Beitritt und bekam als Bestätigung ein Zertifikat- Poster (Abb.3) mit einem von Kindern gestalteten Logo des Programms. Im Eingangsbereich der Kindereinrichtung angebracht, trägt es zur Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit bei und belegt, dass das Kita-Team diesen Qualitätsstandard umsetzt.



Abb.3: Das aktualisierte Zertifikat-Poster für die „Kita mit Biss“

Bis auf eine Kita sind in Frankfurt (Oder) alle Kindertagesstätten eine „Kita mit Biss“ und auch der überwiegende Teil der Tagespflegeeinrichtungen setzt inzwischen diese Standards um.

Die Ergebnisse der im Rahmen der zweiten Evaluation im Schuljahr 2010/2011 durchgeführten Befragung der Kita- Leiterinnen zeigten, dass in Frankfurt (Oder) die Identifikation mit der „Kita mit Biss“ und die damit einhergehende Ausrichtung auf ein gesundheitsförderliches Profil insgesamt eine positive Veränderung in der Lebenswelt der Kinder bewirkt hat. Darüber hinaus erreichen die mundgesundheitsförderlichen Impulse auch die Eltern. Unterstützt werden die Kita-Teams durch die aktive Mitwirkung des Zahnärztlichen Dienstes bei der Elternarbeit. So wurde der Zahnärztliche Dienst im Schuljahr 2013/2014 zu 18 Elterninformationsveranstaltungen zur Thematik „ Mundgesundheit von klein auf an“ eingeladen, 246 Eltern nahmen teil.

Um die Elternarbeit der „Kitas mit Biss“ darüber hinaus zu unterstützen, wurde ein Eltern-Flyer entwickelt, der die wichtigsten Informationen für Eltern bereithält und den die Eltern bei der Aufnahme in die Kita erhalten (Abb.4). Er wird den „Kitas mit Biss“ in deutscher, polnischer, russischer und türkischer Sprache zur Verfügung gestellt.



Abb.4: Eltern-Flyer „Kita mit Biss“

Schwerpunkt der Zusammenarbeit mit den Erzieherenteams der „Kitas mit Biss“ sind die jährlich nach der zahnärztlichen Untersuchung der Kita-Kinder stattfindenden Auswertungsgespräche. Hier stellt der Zahnärztliche Dienst den Leiterinnen bzw. den Kita- Teams die Untersuchungsergebnisse vom Start des Präventionsprogramms „Kita mit Biss“ bis zur aktuellen Untersuchung vor. Anschließend werden gemeinsam weitere kariespräventive Maßnahmen zielgerichtet geplant. Im Schuljahr 2013/2014 nahmen an 32 Beratungen 50 Erzieherinnen und Erzieher teil. Zusätzlich veranstaltete der Zahnärztliche Dienst eine Fortbildung für interessierte pädagogische Fachkräfte der Kitas.

Das Frankfurter Präventionsprogramm „Kita mit Biss“ hat über die Stadt- und Landesgrenze hinaus Aufmerksamkeit geweckt und zum Nachahmen angeregt. Mittlerweile wird in 386 Kitas (Stand: 31.12.2015) des Landes Brandenburg sowie in Regionen in Nordrhein- Westfalen, Baden- Württemberg, Niedersachsen und Mecklenburg- Vorpommern dieses intersektorale Aufklärungs- und Ernährungsprogramm umgesetzt.

Im November 2015 belegte das praxisnahe und bewährte Präventionsprogramm „Kita mit Biss“ den 3. Platz beim „Präventionspreis Frühkindliche Karies“, ausgeschrieben von der „Initiative für eine mundgesunde Zukunft in Deutschland“.

Eine 2012 veröffentlichte Studie zur frühkindlichen Karies des Universitätsklinikums Jena und des Landes Brandenburg (unter Mitarbeit des Zahnärztlichen Dienstes Frankfurt (Oder)) ergab, dass sich der Kariesbefall auf eine kleine Gruppe von Kindern konzentriert. Hauptrisikofaktoren sind die nächtliche Fläschchengabe, gefolgt vom Sozialstatus und dem Alter der Kinder. Beratungen und Präventionsprogramme, wie z.B. „Kita mit Biss“, sollten daher so früh wie möglich beginnen und so ausgerichtet sein, dass die gesundheitliche Benachteiligung von Kindern mit niedrigem Sozialstatus kompensiert wird.

Vor allem Angebote der zugehenden Betreuung durch Begrüßungsbesuche bei Familien mit Neugeborenen bieten gute Zugangsmöglichkeiten zu diesen Zielgruppen, auch im Hinblick auf die Vermeidung der frühkindlichen Karies.

Hierzu ist das in Frankfurt (Oder) seit November 2009 bestehende gemeinsame Angebot des Babybesuchsdienstes und des Zahnärztlichen Dienstes hervorzuheben: der „**Zähntreff im Gesundheitsamt**“. Die Mitarbeiterinnen des Babybesuchsdienstes laden die jungen Familien beim Erstbesuch zwischen der sechsten und neunten Lebenswoche der Kinder zu einer Informationsveranstaltung über das Thema „Mundgesundheit im frühen Kindesalter“ ein. Dieses viermal jährlich stattfindende Angebot wurde im Schuljahr 2013/2014 von 51 Müttern bzw. Vätern angenommen.

### 3.3 Die Mundgesundheit der Frankfurter Kitakinder

Die kariespräventive Vorsorge im Rahmen der Gruppenprophylaxe erreichte im Schuljahr 2013/2014 2166 Kinder von 2317 gemeldeten Kitakindern und damit einen Betreuungsgrad von 93,5%.

Neben den im Rahmen des Präventionsprogramms „Kita mit Biss“ umgesetzten Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention im Setting Kita wirken sich die Prophylaxeimpulse (im Rahmen Basis- und Intensivprophylaxe) des Zahnärztlichen Dienstes sowie die Früherkennungsuntersuchungen der Hauszahnärzte (so diese in Anspruch genommen werden) präventiv auf die Mundgesundheit der Frankfurter Kita- Kinder aus.

Als Indikator für die Mundgesundheit und Versorgungsqualität wird in Abbildung 5 der Gebisszustand der 2-5 Jahre alten Kitakinder im Schuljahr 2013/2014 dargestellt. Deutlich wird der Sanierungsbedarf der kariösen Milchzähne in allen Altersgruppen, wobei im Alter von 5 Jahren jedes vierte Kind unbehandelte kariöse Milchzähne aufwies.

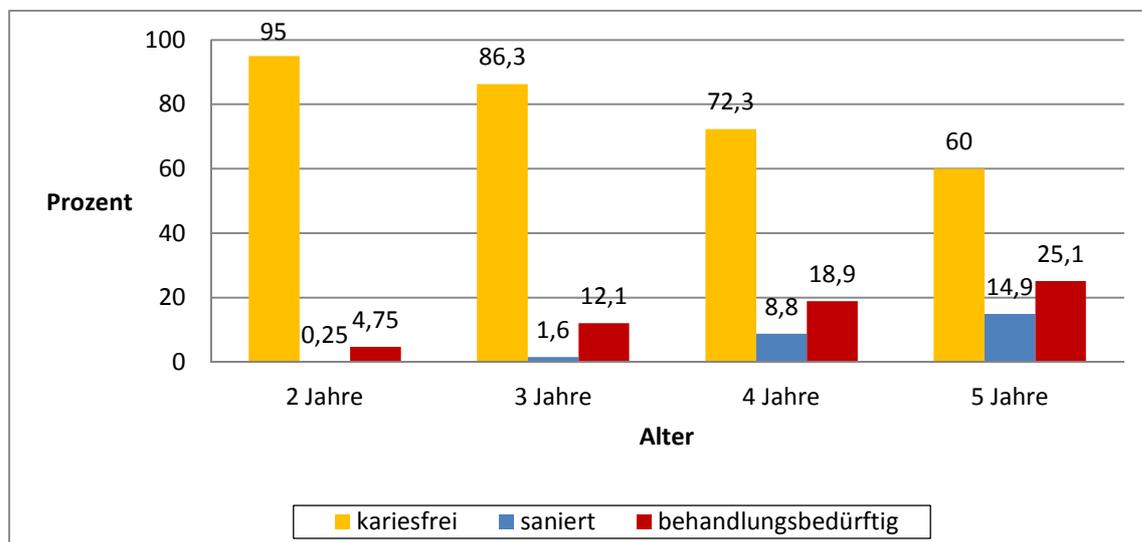


Abb.5: Gebisszustand der 2- 5 Jahre alten Kinder in Frankfurt (Oder) im Schuljahr 2013/2014 (Quelle: Gesundheitsamt Frankfurt (Oder))

Abbildung 6 zeigt, dass innerhalb von 10 Jahren der Anteil der 3 Jahre alten Kinder mit kariesfreien Gebissen um 14,3 % angestiegen ist.

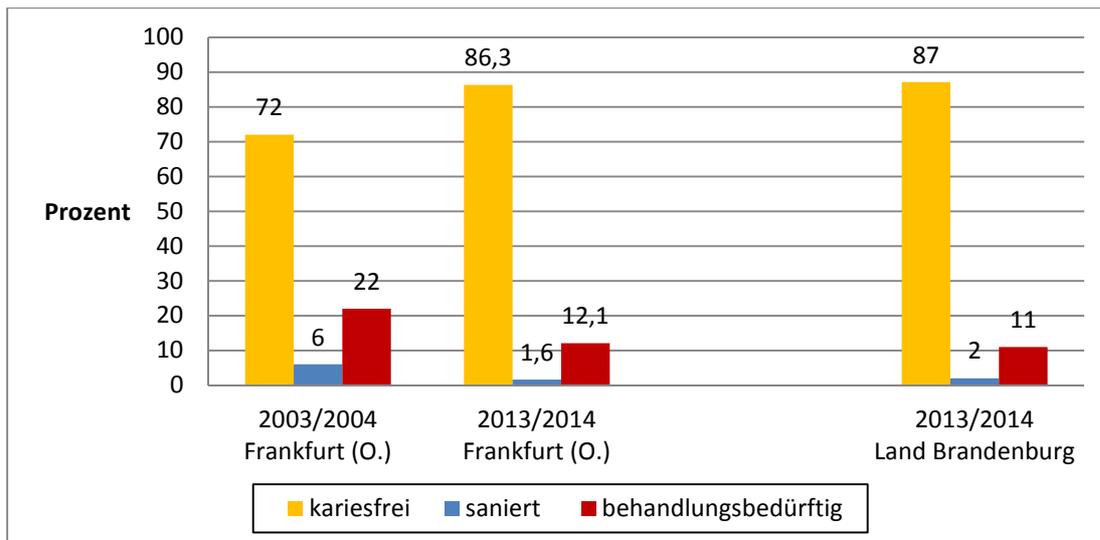


Abb.6: Gebisszustand der 3 Jahre alten Kitakinder im Vergleich  
(Quelle: Gesundheitsamt Frankfurt (Oder) und LUGV Brandenburg)

In dieser Altersgruppe unterscheidet sich der Gebisszustand der Frankfurter Kitakinder im Schuljahr 2013/2014 nur geringfügig vom Landesdurchschnitt.

In der Altersgruppe der 5 Jahre alten Kitakinder ist ebenfalls nach 10 Jahren ein erheblicher Mundgesundheitsgewinn zu verzeichnen, hier hat sich der Anteil der Kinder mit kariesfreien Gebissen um 13,3% erhöht (Abb.7).

60 % der 5 Jahre alten Frankfurter Kita- Kinder hatten im Schuljahr 2013/2014 kariesfreie Gebisse. Der Landesdurchschnitt lag in dieser Altersgruppe bei 65,5 %. Der Anteil der Frankfurter Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen, die durch ihre hohe Keimbelastung eine Gefahr für das sich entwickelnde bleibende Gebiss darstellen, lag über dem Landesdurchschnitt.

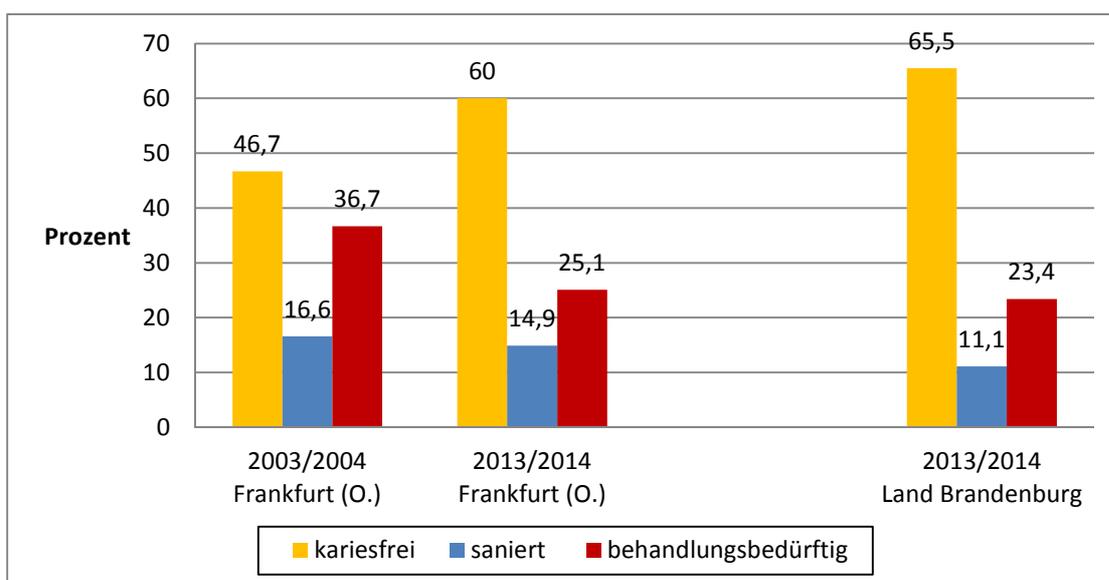


Abb.7: Gebisszustand der 5 Jahre alten Kitakinder im Vergleich  
(Quelle: Gesundheitsamt Frankfurt (Oder) und LUGV Brandenburg)

Das **Bündnis „Gesund Aufwachsen in Brandenburg“** ist ein Gesundheitszieleprozess zur Förderung der Kindergesundheit.

*„Unabhängig von ihrer sozialen Herkunft haben Kinder und Jugendliche gesunde Zähne in einem gesunden Mund und gleiche Zugangschancen zu präventiven und kurativen Angeboten.“*

- so lautet das globale Mundgesundheitsziel, das im Land Brandenburg bis zum Jahr 2020 erreicht werden soll.

Dabei wird für die Altersgruppe der Kitakinder folgende Zielsetzung beschrieben:

*90 Prozent der 3 und 80 Prozent der 5 Jahre alten Kinder haben kariesfreie Milchzähne. Das Auftreten der frühkindlichen Karies wird vermieden. Milchzahnkaries wird rechtzeitig erkannt und behandelt.*

Anhand dieser Zielsetzung wird deutlich, dass die frühkindliche Karies in der Stadt Frankfurt (Oder) immer noch ein großes Problem darstellt. Einerseits sind die kariespräventiven Anstrengungen auf jeden Fall fortzuführen, um weitere Verbesserungen zu erzielen, andererseits sind die Sanierungsbemühungen zu verstärken.

Ein von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlener Indikator für die Mundgesundheit, hier speziell für die Kariesbelastung der Milchzähne, ist der dmft-Index. Er dient zur Dokumentation der Ausprägung des durchschnittlichen Kariesbefalls in Bevölkerungsgruppen Gleichaltriger und ist definiert als die Summe aus kariösen (d), fehlenden (m) und gefüllten (f) Milchzähnen (t) pro Kind. Abbildung 8 stellt den dmft-Index der 2, 3, 4 und 5 Jahre alten Kitakinder in Frankfurt (Oder) im Trend seit dem Schuljahr 1999/2000 dar.

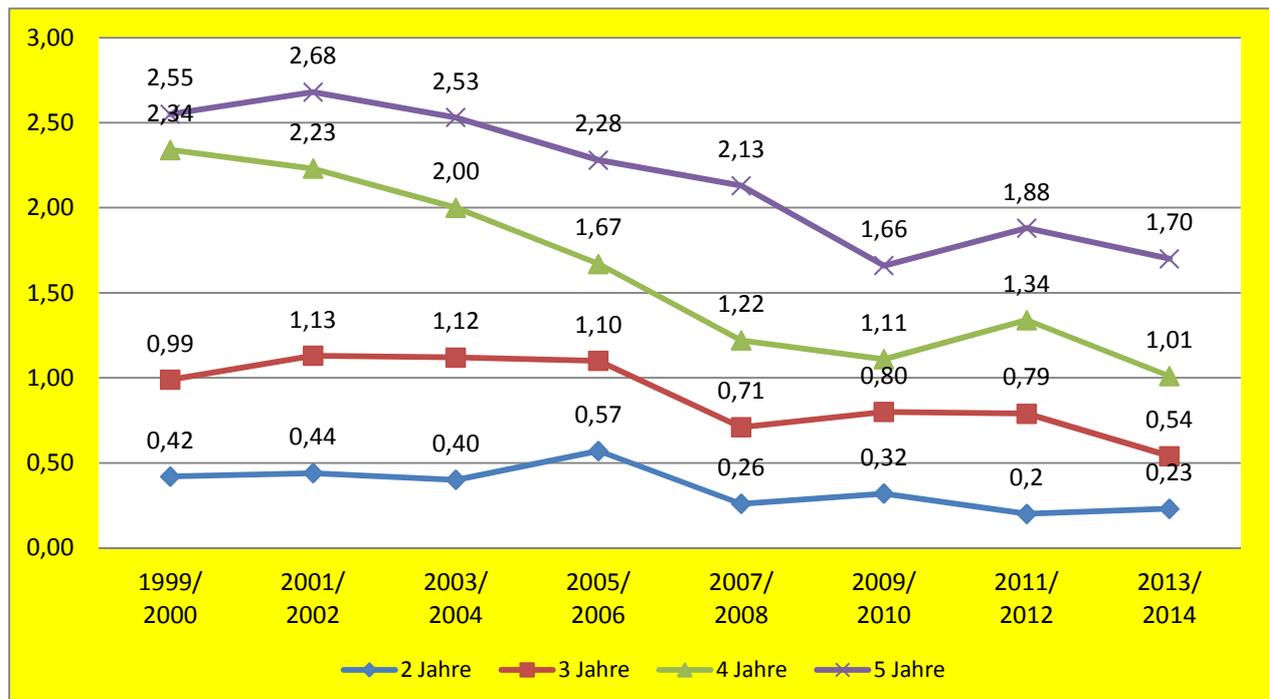


Abb.8: dmft-Index 2 bis 5 Jahre alter Kitakinder in Frankfurt (Oder) im Trend  
(Quelle: Gesundheitsamt Frankfurt (Oder))

Betrachtet man den dmf-t-Index der einzelnen Altersgruppen, wird deutlich, dass sich die Mundgesundheit der Kitakinder seit dem Schuljahr 1999/2000 in allen Altersgruppen verbessert hat. Beim Vergleich mit den Landeswerten im Schuljahr 2013/2014 lag der dmf-t-Index der Frankfurter Kinder in der Altersgruppe der 3 Jahre alten Kinder mit 0,54 über dem Landeswert von 0,48. Bei den 5 Jahre alten Frankfurter Kindern lag der dmf-t-Index bei 1,7 und damit deutlich über dem dmf-t-Index im Land Brandenburg von 1,38.

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 kariesfreien 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 (Anhang). 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.

Die Probleme der Frankfurter Kinder spiegeln sich in den vergangenen Jahren stets in den Ergebnissen der zahnärztlichen Untersuchungen wieder, da diese im Vergleich zu den Landesdaten deutlich schlechter waren. Abbildung 9 bestätigt dies. Der Anteil der Frankfurter Kitakinder mit erhöhtem Kariesrisiko lag im Schuljahr 2013/2014 in jeder Altersgruppe über dem Landesdurchschnitt.

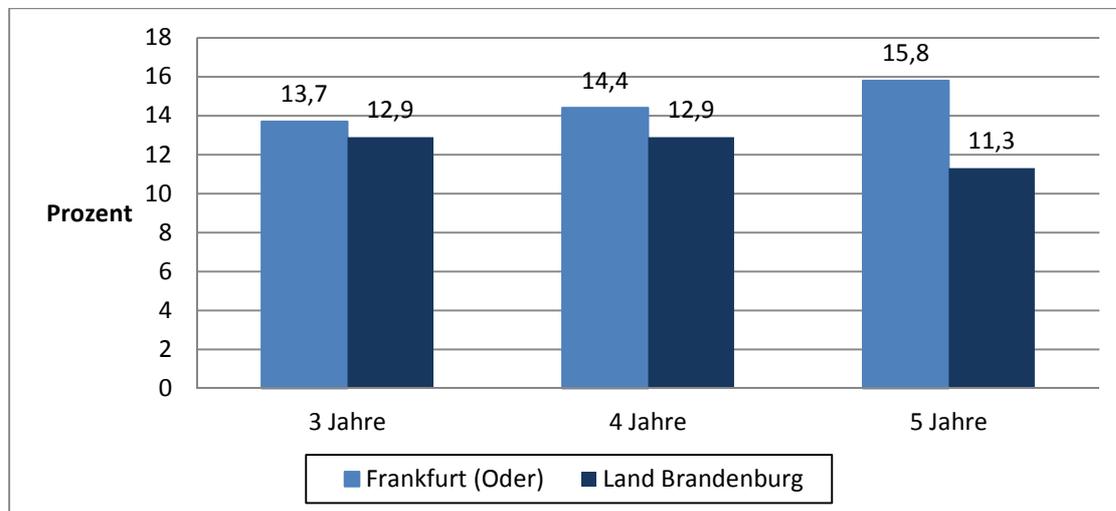


Abb.9: Anteil der Frankfurter Kitakinder mit erhöhtem Kariesrisiko im Vergleich zum Landesdurchschnitt im Schuljahr 2013/2014 (Quelle: LUGV Brandenburg)

Betrachtet man die Untersuchungsergebnisse im Kita-Bereich, werden die weit differierenden Ergebnisse der einzelnen Einrichtungen deutlich. In 14 Kindertagesstätten der Stadt wiesen die Kinder ein Kariesrisiko von über 10 % auf.

Diese Untersuchungsergebnisse sind die Basis für die Planung spezifischer Prophylaxeprogramme, die in den Kindertagesstätten und Schulen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko überproportional hoch ist, entsprechend § 21 SGB V

durchgeführt werden. In diesen Kitas wird im Rahmen der Intensivprophylaxe halbjährlich die Fluoridlacktouchierung durchgeführt. Im Schuljahr 2013/2014 wurden so 578 Kitakinder intensivprophylaktisch betreut.

Die Abbildung 10 stellt den Anteil der 2-6 Jahre alten Kita-Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko seit dem Schuljahr 2000/2001 dar. Erfreulich ist, dass der Anteil der Kita-Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko gerade in dem Zeitraum, in dem sowohl die gesundheitsfördernde Veränderung des Lebensumfeldes der Kinder in den Kindertagesstätten im Rahmen des im Schuljahr 2004/2005 gestarteten Präventionsprogramms „Kita mit Biss“ als auch die zugehende sozialkompensatorische intensivprophylaktische Betreuung durch die Teams der Zahnärztlichen Dienste erfolgte, erheblich (um ca. 10 %) abgesunken ist.

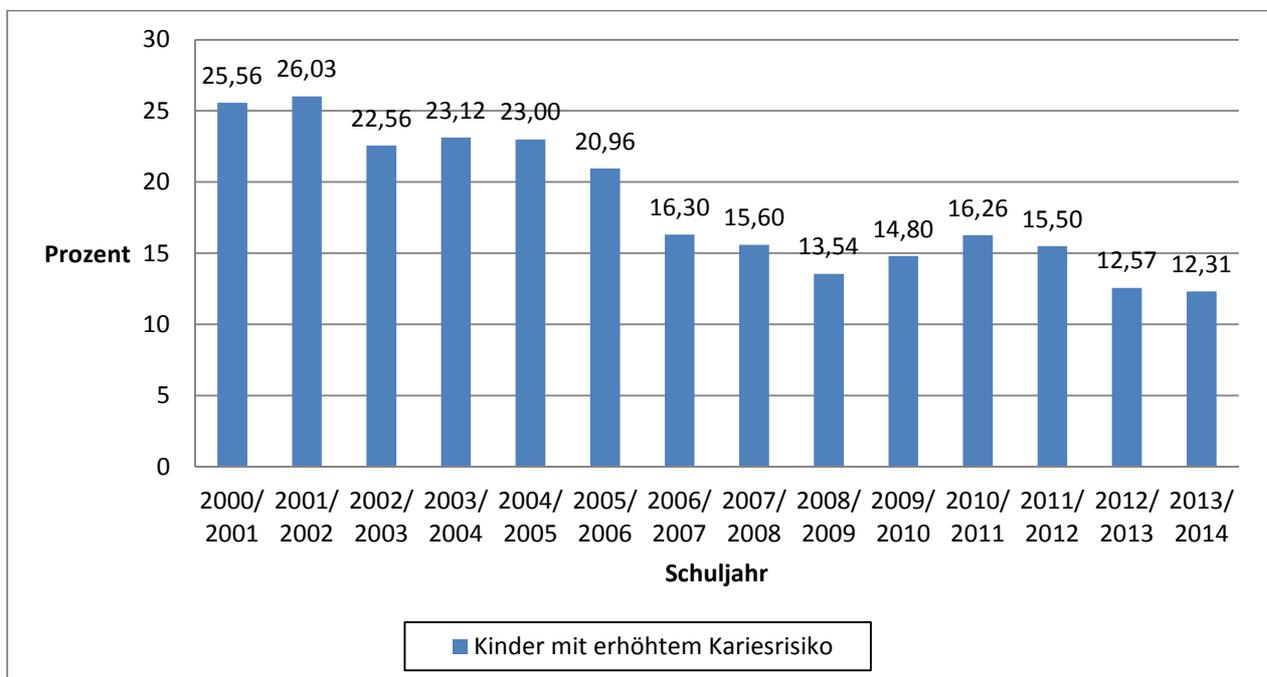


Abb.10: Anteil der 2-6 Jahre alten Frankfurter Kitakinder mit erhöhtem Kariesrisiko im Trend (Quelle: Gesundheitsamt Frankfurt (Oder))

Durch intersektorale Zusammenarbeit, eine begleitende Gesundheitsförderung mit Elternschulungen und das settingorientierte Präventionsprogramm „Kita mit Biss“ ist es gelungen, Kinder unabhängig von ihrer Lebenssituation präventiv zu erreichen und dazu beizutragen, typische sozialspezifische Unterschiede der Inanspruchnahme präventiver Leistungen auszugleichen sowie die gesundheitliche Benachteiligung der Heranwachsenden aus Familien mit niedrigem Sozialstatus zu verringern.

### 3.4 Die Mundgesundheit der Frankfurter Schulkinder

Im Schuljahr 2013/2014 wurden 4243 Schüler der Frankfurter Schulen und damit 86,2 % zahnärztlich untersucht.

Im Rahmen der Zielsetzungen des **Bündnisses „Gesund Aufwachsen in Brandenburg“** bis 2020 lautet das Teilziel 2 für die Altersgruppe der 12 Jahre alten Schüler(innen):

*Reduzierung des DMF-T-Index auf einen Wert unter 1*

Betrachtet man die Untersuchungsergebnisse für die 12 Jahre alten Schülerinnen und Schüler in Frankfurt (Oder) im Schuljahr 2013/2014 ist erfreulicherweise festzustellen, dass das Mundgesundheitsziel für das Jahr 2020 in Frankfurt (Oder) wie auch im Land Brandenburg bereits erreicht wurde. Der Kariesindex für die bleibenden Zähne: DMF-T (Summe der kariösen, gefüllten und extrahierten Zähne pro Kind) der 12 Jahre alten Frankfurter Schüler(innen) lag mit 0,41 deutlich unter dem Landeswert von 0,56.

In Abbildung 11 wird der Gebisszustand der 12 Jahre alten Frankfurter Schulkinder im Schuljahr 2013/2014 mit dem Schuljahr 2003/2004 verglichen. Es ist eine deutliche Verbesserung der Mundgesundheit (Zunahme der Schüler(innen) mit kariesfreien Gebissen innerhalb von 10 Jahren um 22,4%) in dieser Altersgruppe zu verzeichnen. Der Gebisszustand der Frankfurter Schulkinder war 2013/2014 besser als der Landesdurchschnitt.

Sowohl die gruppenprophylaktischen Maßnahmen in allen Grundschulen bis zur Klassenstufe 6 als auch die individualprophylaktische Betreuung durch die niedergelassenen Zahnärzte haben dazu beigetragen, die Mundgesundheit der Frankfurter Grundschüler zu verbessern.

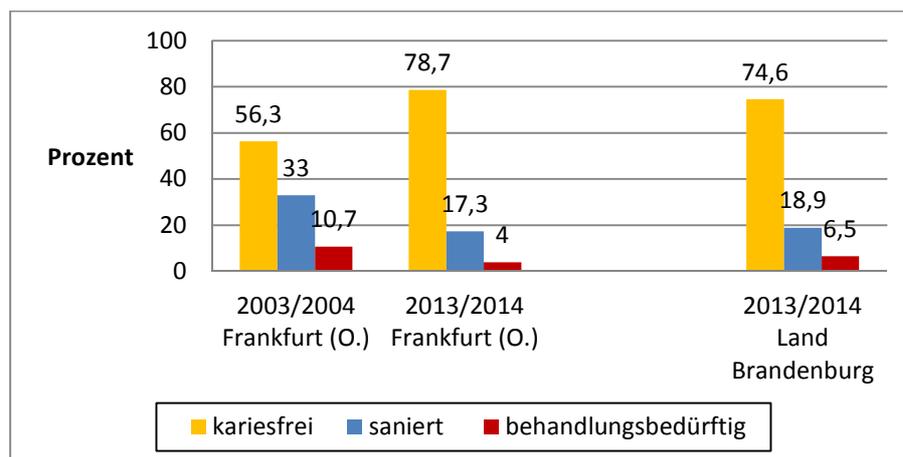


Abb.11: Gebisszustand der 12 Jahre alten Schüler im Vergleich  
(Quelle: Gesundheitsamt Frankfurt (Oder) und LUGV Brandenburg)

Vergleicht man die Mundgesundheit der 12 Jahre alten Frankfurter in Grund- und Förderschulen (Abb.12) wird der bessere Gebisszustand der Frankfurter Grundschüler deutlich. Die Förderschüler dieser Altersgruppe hatten durchschnittlich 1 kariösen, gefüllten bzw. extrahierten Zahn, wogegen der DMF-T- Index der

Grundschüler bei 0,39 lag. Diese Ergebnisse zeigen, dass die kontinuierliche Durchführung der intensivprophylaktischen Maßnahmen im Förderschulbereich weiterhin notwendig ist. Im Schuljahr 2013/2014 erhielten 170 Schüler der Frankfurter Förderschulen halbjährlich im Rahmen der Intensivprophylaxe eine Fluorid-Lack-Applikation.

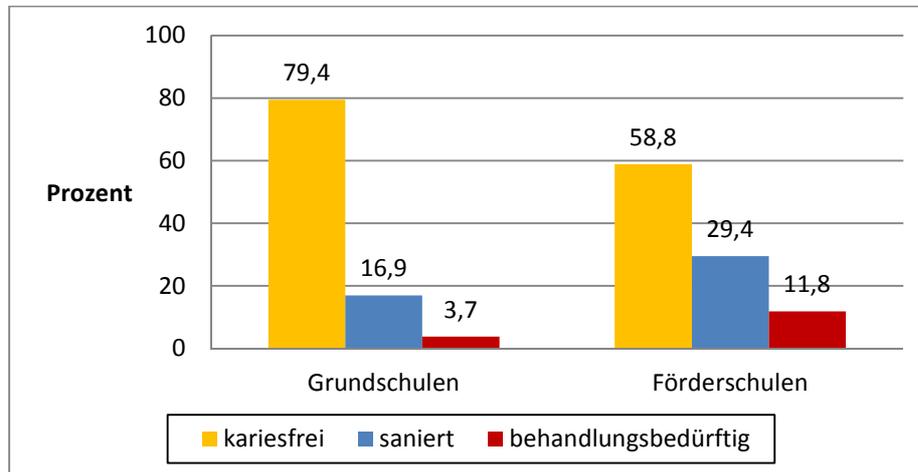


Abb.12: Gebisszustand der 12 Jahre alten Grundschüler im Vergleich zu den Förderschülern in Frankfurt (Oder) im Schuljahr 2013/2014 (Quelle: Gesundheitsamt Frankfurt (Oder))

Das Teilziel 3 bis 2020 des **Bündnisses „Gesund Aufwachsen in Brandenburg“** bezieht sich auf die Altersgruppe der 15 Jahre alten Jugendlichen:

*Reduzierung des DMF-T- Index auf einen Wert unter 1,5.*

Auch dieses Ziel wurde im Schuljahr 2013/2014 sowohl in Frankfurt (Oder) als auch im Land Brandenburg bereits erreicht. Dabei lag der DMF-T-Index der Frankfurter Jugendlichen mit 1,17 unter dem Landeswert von 1,31.

Bei der Betrachtung des Gebisszustandes der 15 Jahre alten Frankfurter Jugendlichen (Abb.13) ist festzustellen, dass sich die Mundgesundheit der 15 Jährigen erheblich verbessert hat. Es ist ein Anstieg der Schüler mit kariesfreien Gebissen um 26% zu verzeichnen. Der Vergleich mit dem Landesdurchschnitt zeigt einen besseren Gebisszustand der Frankfurter Jugendlichen dieser Altersgruppe.

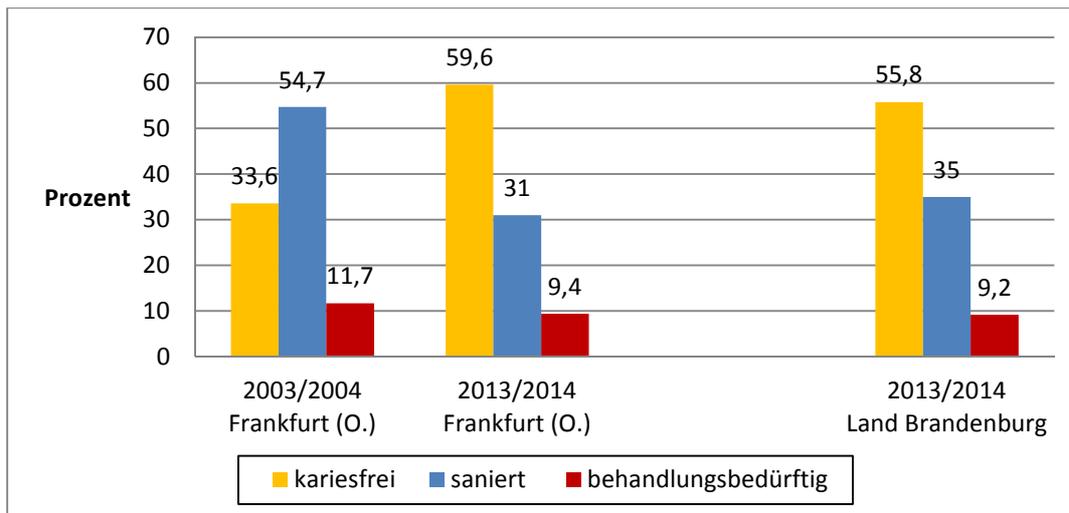


Abb.13: Gebisszustand der 15 Jahre alten Schüler im Vergleich (Quelle: Gesundheitsamt Frankfurt (Oder) und LUGV Brandenburg)

Die Schulform drückt indirekt die soziale Lage der Schüler aus. Die Ergebnisse zeigen, dass die Zahn- und Mundgesundheit der 15 Jahre alten Schüler nicht gleich verteilt ist. Gymnasiasten beenden mit deutlich besserer Mundgesundheit die Schulzeit (Abb.14).

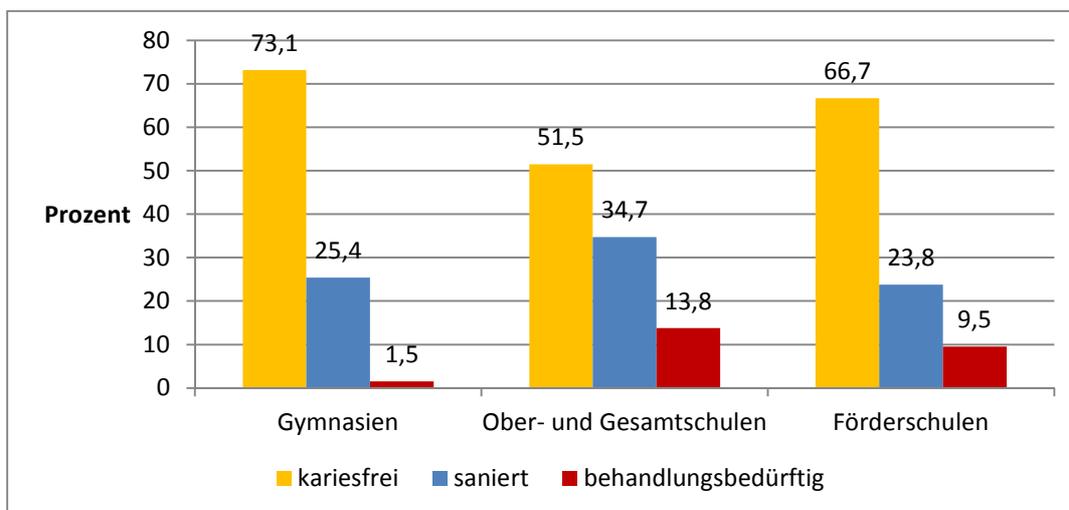


Abb.14: Gebisszustand der 15 Jahre alten Frankfurter Schüler nach Schultyp im Schuljahr 2013/2014 (Quelle: Gesundheitsamt Frankfurt (Oder))

In dieser Altersgruppe hatten die Schüler der Ober- und Gesamtschulen durchschnittlich 1,6 kariöse, gefüllte bzw. extrahierte Zähne und damit fast vierfach so viel wie die Gymnasiasten (DMF-T-Index 0,44). Sowohl der Gebisszustand als auch die Kariesbelastung (DMF-T-Index 1,05) der Förderschüler weist darauf hin, dass die zielgerichtete intensivprophylaktische Betreuung der Förderschüler über ihre gesamte Schulzeit zu einer Verbesserung ihrer Mundgesundheit geführt hat.

Die Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen in Frankfurt (Oder) hat sich deutlich verbessert. Der Kariesrückgang im Milchgebiss fällt geringer aus als im bleibenden Gebiss.

Die Kariesprävention vom ersten Zahn an ist in Frankfurt (Oder) beispielhaft. In Zusammenarbeit mit Baby- Besuchsdienst und Kindertagesstätten werden frühzeitig Eltern von Kindern, die noch keine Kita besuchen, Informationsangebote unterbreitet. Mit dem Kitabesuch profitieren die Kinder zusätzlich zur gruppenprophylaktischen Betreuung durch den Zahnärztlichen Dienst von den Maßnahmen der Verhältnis- und Verhaltensprävention in den „Kitas mit Biss“. Mit diesem Präventionsprogramm haben die Frankfurter Kindertagesstätten und der Zahnärztliche Dienst bundesweit eine Vorreiterrolle gespielt.

Durch das aktive Herantragen flächendeckender gruppenprophylaktischer Maßnahmen an alle Kinder ist es möglich, die sozialspezifischen Unterschiede in der Inanspruchnahme präventiver Leistungen auszugleichen. Vom allgemeinen Kariesrückgang profitieren auch Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus.

Unter dem Aspekt des Kinderschutzes hat die regelmäßige aufsuchende Betreuung einen weiteren wichtigen Stellenwert.

## 4. Ziele und Maßnahmen

- Ressourcenerweiterung durch den Beitritt in das „Netzwerk gesunde Kinder“ unter Beibehaltung bisheriger aufgebauter und bewährter Strukturen, insbesondere unter Integration des Baby-Besuchs-Dienstes
- Steigerung der Professionalisierung bei der Planung, Durchführung und Evaluation von Präventions- und Gesundheitsförderprojekten und damit einhergehender Vermeidung unzweckmäßiger Maßnahmen
- Ausbau der Vernetzung und Nutzung vorhandener Ressourcen (u.a. über städtische Arbeitsgruppen, Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., dem Gesunde-Städte-Netzwerk usw.)
- Intensivierung der Zusammenarbeit mit anderen städtischen Abteilungen, (insbesondere auch mit jenen, welche gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen und Lebenswelten planen (z. B. Abt. Stadtentwicklung))
- Gewährleistung der Sicherung der Aufgabenerfüllung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes des Gesundheitsamtes (insbesondere auch die Gewährleistung der jährlichen Untersuchungen aller Kinder in den Kindertagesstätten und in der Tagespflege) durch Sicherstellung seiner personellen Ausstattung
- breite Umsetzung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen in vorschulischen Gemeinschaftseinrichtungen (u. a. Sprachförderung, gesunde Ernährung und Bewegungsförderung)
- Fortsetzung der Verbesserung des Impfschutzes durch enge Zusammenarbeit des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes mit den niedergelassenen Kinderärzten
- Sicherung der Kontinuität und Flächendeckung der gruppenprophylaktischen Betreuung insbesondere der zahnmedizinischen Intensivprophylaxe in Kitas mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko sowie die Fortführung der intensiven Kariesprophylaxe an den Förderschulen
- Steigerung des Anteils der Kita- Kinder mit sanierten Gebissen durch Verstärkung der Milchzahnsanierung
- Anpassung der kariespräventiven Betreuung an die jeweiligen Bedingungen, um den Trend der Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen weiter fortzusetzen

- Weiterhin Schwerpunktsetzung der Präventionsarbeit im Rahmen der Kariesprophylaxe auf werdende und sehr junge Eltern, Weiterentwicklung der Netzerkennung und interdisziplinären Zusammenarbeit
- Qualitätssicherung im Rahmen der Umsetzung des Präventionsprogramms „Kita mit Biss“ durch eine dritte Evaluation

# 5. Anlagen und Quellenangaben

## 5.1 Anlage „Ärztliche Dokumentation für Kinder und Jugendliche“

### Ärztliche Dokumentation für Kinder und Jugendliche

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

**0. Anamnesebogen**  ja  nein

1. Datum der Untersuchung: \_\_\_\_\_

2. Bezeichnung des Untersuchers: \_\_\_\_\_

3. Anlass der Untersuchung:

Kita/Tagespflege  O<sub>1</sub>

Hauskind  O<sub>2</sub>

Schuleingang  O<sub>3</sub> vorzeitig

O<sub>4</sub> rechtzeitig

O<sub>5</sub> wiederholt

**ärztliches Gutachten**  O<sub>6</sub>

Schulreihe – Klasse \_\_\_\_\_

Schulabgang – Klasse \_\_\_\_\_

Nachuntersuchung  ja  nein

4. Einrichtungstyp: \_\_\_\_\_

5. Gemeindegenn. der Einrichtung: 1 2 0 5 3 0 0 0

6. Geschlecht:  m  w

7. Körperhöhe in cm: \_\_\_\_\_

8. Körpergewicht in kg: \_\_\_\_\_

9. Geburtsgewicht in g: \_\_\_\_\_

10. Geburtslänge in cm: \_\_\_\_\_

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

Impfung	HIB	D	P	T	Po	HB	Ma	Mu	Ra	Var	Pn	MB	MC	HPV	RV	Infl
Anzahl Impfungen vollst.																
Grundim. begonnen																
1. Auffr.																
2. Auffr.																

12. In den letzten 12 Monaten in Förderung oder Behandlung:
- keine**  ärztliche Behandlung
  - Diagnostik/Behandlung im SPZ:
    - O<sub>1</sub> Brandenburg  O<sub>2</sub> Berlin  O<sub>3</sub> Mecklenb.-Vorpommern
    - O<sub>4</sub> Sachsen  O<sub>5</sub> Sachsen-Anhalt  O<sub>6</sub> anderes
  - ambulante/ambulant mobile Förderung über Frühförder- und Beratungsstellen
  - Förderung in einer Integrationskita
  - Logopädie  Ergotherapie
  - Physiotherapie/ Krankengymnastik
  - Psycholog./psychiatrische Behandlung  sonstige

13. **Erhält das Kind Leistungen der Frühförderung** (§ 30 SGB IX), Eingliederungshilfe nach § 54ff SGB XII oder nach § 35a SGB VIII (ggf. vergl. Leistung nach §§ 27 ff SGB VIII) oder sind sie beantragt worden?  
 ja  nein  unbekannt

**14a) Kita-Alter**

	30-36 Monate	37-42 Monate							
		unauffällig	auffällig	Test nicht durchgeführt	Test nicht möglich				
GM Hüpfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hüpfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zehengang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einbeinstand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laufen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Treppengang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FM Turmbau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Brücke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umblättern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3-Fingergriff	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinderschere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stifhaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Spr	3-Wortsatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5-Wortsatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Objekte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Plural	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Bewegung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Antworten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	verst. „auf“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Geschlecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	30-38 M		39-48 M					
VW	Scheiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mensch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Würfel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Treppenbau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Quadrat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Linien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**14b) Einschüler**

Tests:	unauffällig	auffällig	Test nicht durchgeführt	Test nicht möglich
Präposition	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>
Pluralbildung	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>
Pseudowörter/ Mottiertest	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>
Lkw, Zelt, Pfeil	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>
Matrizen (Zug)	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>
Zählen 1:1	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>
Mengen	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>
Gesichter abstreichen	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>
Einbeinhüpfer	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>
Einbeinstand	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>
Seiltänzergang	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>
Händigkeit	<input type="radio"/> O <sub>1</sub> rechts <input type="radio"/> O <sub>2</sub> links <input type="radio"/> O <sub>3</sub> noch nicht festgelegt			

**15. Sehtest mit**

LEA-Sehtafel	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	ETDRS-Tafeln	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	
andere	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	Test nicht durchgeführt	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	Test nicht möglich <input type="radio"/> O <sub>5</sub>

Fernvisus: V. rechts \_\_\_\_\_ V. links \_\_\_\_\_

ohne Brille \_\_\_\_\_

mit Brille \_\_\_\_\_

Kontaktlinsen \_\_\_\_\_

	unauffällig	auffällig	Test nicht durchgeführt	Test nicht möglich
Stereosehtest	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>
Coverttest	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>
Motilitätstest	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>
Farbsinntest	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>

16. **Audiometrie:**

	unauffällig	auffällig	Test nicht durchgeführt	Test nicht möglich
rechts	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>
links	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>

17. **Urintest**  O<sub>1</sub>  O<sub>2</sub>  O<sub>3</sub>

18. **Blutdruck** \_\_\_\_\_

19. Dauer des **Kita-Besuchs** in Jahren \_\_\_\_\_

20. Früherkennungsuntersuchung **U-Heft** liegt vor  ja  nein

wenn ja:

U1  U2  U3  U4  U5

U6  U7  U7a  U8  U9

**J1 durchgeführt:**  ja  nein  unbekannt

21. Anzahl der im Haushalt lebenden Personen:

**Kinder** \_\_\_\_\_ **Erwachsene** \_\_\_\_\_



## 5.2 Anlage „Kariesrisiko nach DAJ- Kriterien“

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) hat nachfolgende Empfehlungen zur Bestimmung des Kariesrisikos auf der Basis der bestehenden Karieserfahrung des Kindes in Abhängigkeit vom Alter formuliert:

<b>Altersgruppe</b>	<b>Erhöhtes Kariesrisiko</b>
bis 3 Jahre	dmf-t > 0
4 Jahre	dmf-t > 2
5 Jahre	dmf-t > 4
6-7 Jahre	dmf-t/DMF-T > 5 oder D-T > 0
8-9 Jahre	dmf-t/DMF-T > 7 oder D-T > 2

### 5.3 Quellenangaben:

- eigene Datenerhebungen
- Kommunale Statistikstelle der Stadt Frankfurt (Oder)
- Daten des Landesamtes für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, Abt. Gesundheit (LUGV), GBE-Service
- 3. Gesundheitsbericht der Stadt Frankfurt (Oder)
- Informationen der Ständigen Impfkommission (StIKO) unter Koordination des Robert-Koch-Instituts
- Weltgesundheitsorganisation (WHO), Charta der Konferenz in Ottawa 1986
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Pressemitteilung vom 23.07.2015
- Deichsel M., Rojas G., Lüdecke K., Heinrich- Weltzien R. (2012): Frühkindliche Karies und assoziierte Risikofaktoren bei Kleinkindern im Land Brandenburg. Bundesgesundheitsblatt 55: 1504-1511
- Haak P., Rojas, G.: Die „Kita mit Biss“- von der Aktion zum Programm Prophylaxe Impuls 2/2014
- Haak P. (2011): Evaluation des Präventionsprogrammes „Kita mit Biss“ des Zahnärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes Frankfurt (Oder) im Schuljahr 2010/2011  
<http://www.frankfurt-oder.de/index.php?object=tx|2616.11&ModID=10&FID=2616.530.1>  
Zugriffsdatum 14.01.2016
- Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, Abteilung Gesundheit- Referat Gesundheitsberichterstattung: Gesundheitsberichterstattung Zahnärztlicher Dienst, Untersuchungsergebnisse im Schuljahr 2013/2014 Land Brandenburg
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (2015): Leitfaden für Zahnärztliche Dienste der Gesundheitsämter im Land Brandenburg
- Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (2013): Gemeinsam für gesunde Kinderzähne. 20 Jahre Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (2008): Gesunde Zähne für ein fröhliches Lachen. Zur Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg