



Gesundheitsamt
Landeshauptstadt Düsseldorf

Gesundheitsförderung & Prävention
Maßnahmen für Kinder von 0 bis 10
Jahren

Gesundheitsbericht Düsseldorf



Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Umfrage	4
2.1. Zusammenfassung	8
2.2. Bewertung der Ergebnisse vor dem Hintergrund der Aufgaben der Tageseinrichtungen für Kinder	9
3. Beschreibung von städtischen Programmen und Konzepten zur Gesundheitsförderung und Prävention	10
3.1. Präventionsprojekt "Zukunft für Kinder in Düsseldorf"	11
Die Ausgangslage	11
Präventionsprojekt "Zukunft für Kinder in Düsseldorf"	12
Die Projektziele.....	12
Die Zielgruppen (Risikokinder "Grünes Heft" und Hochrisikokinder).....	13
Einrichtung einer Clearing-Stelle	13
Das Hilfsangebot.....	13
Das „Grüne Heft“	14
Evaluation	14
"BITES Düsseldorf" - Bindungsförderndes Training für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern.....	14
Planung und Ausblick 2006	14
3.2. FuN-Projekt (Familie und Nachbarschaft).....	15
3.3. Aktion Zahngesundheit Düsseldorf.....	16
3.4. Fachstelle für Gewaltprävention.....	18
Beratung und Dienstleistung.....	18
Fortbildungen und Informationsveranstaltungen	18
Anti-Bullying.....	18
Anti-Aggressivitätstraining	19
Gewalt - Sprache - Körpersprache.....	19
Mediation / Streitschlichtung.....	19
Mobbing in der Schule.....	19
Konfliktlösungsstrategien in der Arbeit mit Mädchen.....	19
SALZ - Programm.....	20
Projekte	20
FAUSTLOS - ein Curriculum zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern im Vorschulalter und im Primarbereich.....	20
Düsseldorfer Präventionspreis.....	20
Kooperation und Vernetzung	20
3.5. Düsseldorfer Modell der Bewegungs-, Sport- und Talentförderung.....	21
Einleitung.....	21
Zusammenfassung	21
Das Düsseldorfer Modell.....	21
Check! - allgemein	22
Check! - Untersuchungsergebnisse	22
Check! - Fördermaßnahmen.....	25
Fazit	27
3.6. Entwicklungen der Tageseinrichtungen für Kinder in Düsseldorf.....	27
Haus des Kindes.....	27
Familienzentren	28
Bildungsoffensive III	28
4. Empfehlungen und Perspektiven	29
4.1. Inhalte.....	29
4.2. Rahmenbedingungen	29
4.3. Netzwerk.....	29
4.4. Kommunikation	29
4.5. Kompetenz/Qualifizierung	30
4.6. Transparenz/Qualitätssicherung	30

5. Fazit.....	30
6. Handlungsempfehlung	31
7. Ansprechpartner	31

1. Einleitung

Dr. Michael Schäfer

Prävention und Gesundheitsförderung werden häufig in einem Atemzug genannt, ohne dass die Unterschiede hinreichend bekannt sind. Prävention entstammt dem medizinisch-naturwissenschaftlichen Denken und ist krankheitsorientiert. Krankheiten sollen gezielt verhindert, früh erkannt bzw. in ihren Folgen gemildert werden. Demgegenüber fragt die Gesundheitsförderung nach den Faktoren, die gesund erhalten. Mitte der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts leitete die Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen Paradigmenwechsel dergestalt ein, dass dem vorherrschenden naturwissenschaftlich-kurativen Paradigma der klassischen Schulmedizin ein gesundheitswissenschaftliches Konzept von Gesundheit entgegen gesetzt wurde. Danach ist Gesundheit mehr als die Abwesenheit von Krankheit: "Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen" (WHO,1946). Diese Gesundheitsauffassung setzte auf Maßnahmen zur Entwicklung von individuellen Kompetenzen und zur Verbesserung einer gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebensbedingungen der Menschen.

Der internationale Grundstein des neuen Verständnisses von Gesundheitsförderung wurde 1986 in Ottawa mit der gleichnamigen Ottawa-Charta gelegt. Die 1986 abgestimmte Definition von Gesundheitsförderung lautet: "Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen" (Ottawa-Charta, 1986).

Als Voraussetzung für die Umsetzung von aktivem, gesundheitsförderndem Handeln werden aufgeführt:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- Gesundheitsförderliche Lebenswelten
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
- Persönliche Kompetenzen entwickeln
- Die Gesundheitsdienste neu orientieren

1997 wurden in Jakarta folgende vorrangige Ziele der Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert durch die WHO formuliert:

- Soziale Verantwortung für Gesundheit fördern
- Ausgaben zur Verbesserung der Gesundheit steigern
- Partnerschaften für Gesundheit konsolidieren und ausweiten
- Kompetenzen in den Gemeinden steigern und die Befähigung Einzelner fördern
- Infrastruktur für Gesundheitsförderung sichern

Gesundheitsförderung umfasst somit die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensstilen und gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen.

Gesundheitsförderung schließt nicht nur Handlungen und Aktivitäten ein, die auf die Stärkung der Kenntnisse und Fähigkeiten von Individuen gerichtet sind, sondern auch solche, die darauf abzielen, Umweltbedingungen derart zu verändern, dass diese positiv auf die individuelle und bevölkerungsbezogene Gesundheit wirken. Stärkung und Teilhabe sind wichtige Grundlagen dafür.

Demgegenüber will Vorbeugung (Prävention) Krankheit verhüten und Krankheitsfolgen minimieren.

Der Primärprävention dienen dabei alle Maßnahmen zur Verhütung von Ersterkrankungen. Unter Sekundärprävention fasst man alle Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten zusammen. Beispiele sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs, oder auch die zahnärztliche Regeluntersuchung in Kindergärten und Schulen.

Die Tertiäre Prävention hilft die Verschlimmerung von Krankheiten oder das Auftreten von Folgekrankheiten zu verhindern oder zu minimieren.

Prävention und Gesundheitsförderung sind somit zwei unterschiedliche Ansätze, die dasselbe Ziel anstreben: Das gesundheitliche Wohlbefinden der Gesamtbevölkerung soll gesteigert werden und dadurch Krankheiten weniger häufig entstehen oder verhindert werden. Mit verschiedenen Maßnahmen und Methoden wird auf das individuelle Verhalten oder/und auf Verhältnisse eingewirkt, um dieses Ziel zu erreichen.

Präventionsprojekte enthalten immer einen Informationsteil zu einem spezifischen Krankheitsthema (wie Sucht, Krebs, Karies, HIV etc.). Die Verbindung zwischen der Sachinformation und den präventiven Maßnahmen muss dabei explizit hergestellt werden (es muss beispielsweise ein Zusammenhang zwischen dem Gebrauch von Sonnenschutzmitteln und Hautkrebs aufgezeigt werden).

Gesundheitsförderungsprojekte dagegen sind thematisch breiter angelegt. Mit dem Ziel, Ressourcen zu stärken und Handlungsspielräume zu erweitern, wird eine Vielfalt von Angeboten und Maßnahmen angewandt, die auf den ersten Blick nicht direkt auf die Gesundheit des Individuums einwirken. Denn Gesundheit und Krankheit entsteht nicht nur in Abhängigkeit von den bio-physiologischen Bedingungen des Menschen, sondern auch von seinen psychologischen Ressourcen, der sozialen Unterstützung, den ökonomischen und ökologischen Lebensbedingungen, der Arbeitssituation und den Möglichkeiten der (politischen) Mitbestimmung und -gestaltung des eigenen Lebens. Deshalb werden ganze Systeme (Settings) zum Handlungsfeld für Gesundheitsförderung.

Der durch die Ottawa-Charta geförderte Settingansatz hat neue Handlungsfelder in den Vordergrund gerückt wie Schule, Arbeitsplatz und Gemeinden. Der Settingansatz ist die Kernstrategie von WHO-Programmen zur Gesundheitsförderung. Setting heißt wörtlich so viel wie Rahmen oder Schauplatz und bedeutet, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen auf den Lebensbereich der Menschen auszurichten sind. Dazu ist die multiprofessionelle Zusammenarbeit über die Grenzen verschiedener Einrichtungen, Institutionen und politischen Handlungsfelder hinaus (intersektoral) notwendig. Für Kinder stehen im Rahmen des Settingansatzes die Institutionen Kindergarten und Schule im Vordergrund.

2. Umfrage

Regina Behrendt

Es erfolgte eine schriftliche Befragung aller potenziellen Träger/Anbieter im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder von 0 - 6 Jahren in Düsseldorf. Mit Hilfe eines speziell hierzu entwickelten Fragebogens wurde nach Maßnahmen in den einzelnen Bereichen gefragt. Zu berücksichtigen ist, dass die einzelnen Anbieter nicht gesondert aufgefordert wurden, das Fehlen von Angeboten auszuweisen.

Die angeschriebenen Anbieter verteilten sich wie folgt:

1. Tab.: Angeschriebene Anbieter und Rücklaufquoten

Anbieter v. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention	Anzahl der angeschriebenen Anbieter/Rücklaufquote in %
Kindertagesstätten/Elterninitiativen	307/48,5%
Hallenbäder	12/58,3%
Sportvereine	239/7,5%

Hebammen	69/7,3%
Logopäden/Heilpraktiker	24/29,2%
Physiotherapeuten	108/8,3%
Städt. Fachbereiche	12/41,7%
Bildungsanbieter/Schulen	47/19,2%
Pfarrgemeinden	81/1,2%
Krankenhäuser/Ärztliche Einrichtungen	28/10,7%
Wohlfahrtsverbände	53/18,9%
Krankenkassen	22/0,0%
Gesamt	1002

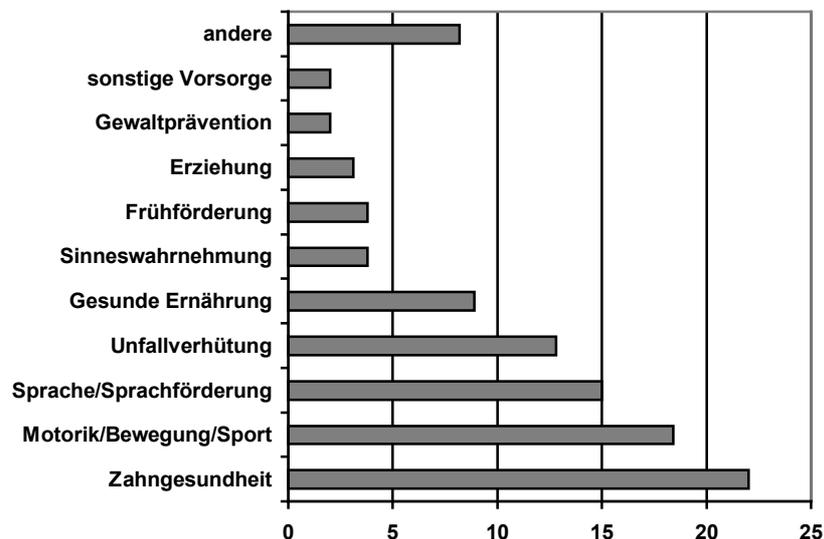
Von den insgesamt 1002 Angeschriebenen antworteten **222**.

Darunter befanden sich 149 Tageseinrichtungen für Kinder. Die Antwortquote erreichte damit für den Kindergarten nahezu 50 %, Hallenbäder antworteten zu 58%, was einem für diese Form der Erhebung guten Rücklauf entspricht.

Die Gesamtzahl der auswertbaren Fragebögen betrug 1117, von denen wiederum 915 aus den Tageseinrichtungen für Kinder stammten. Die Datenbasis kann somit keinen Anspruch auf einen repräsentativen Querschnitt aller möglichen Anbieter erheben, belastbares Datenmaterial liegt allenfalls aus dem Bereich der Kindertagesstätten und der Hallenbäder vor.

Die Abfrage war so gestaltet, dass für jede einzelne Maßnahme zur Gesundheitsförderung und Prävention jeweils 1 Fragebogen auszufüllen war (vgl. Fragebogen Frage 3). Soweit also einzelne Einrichtungen mehrere Angebote vorhalten, wurde für jedes Angebot ein Fragebogen erbeten.

Alle in den 1117 Fragebögen genannten Maßnahmen wurden kategorisiert und jeweils einem der angegebenen Sachbezüge zugeordnet:



1. Abb: Prozentuale Aufteilung der einzelnen Maßnahmen nach inhaltlichem Schwerpunkt.

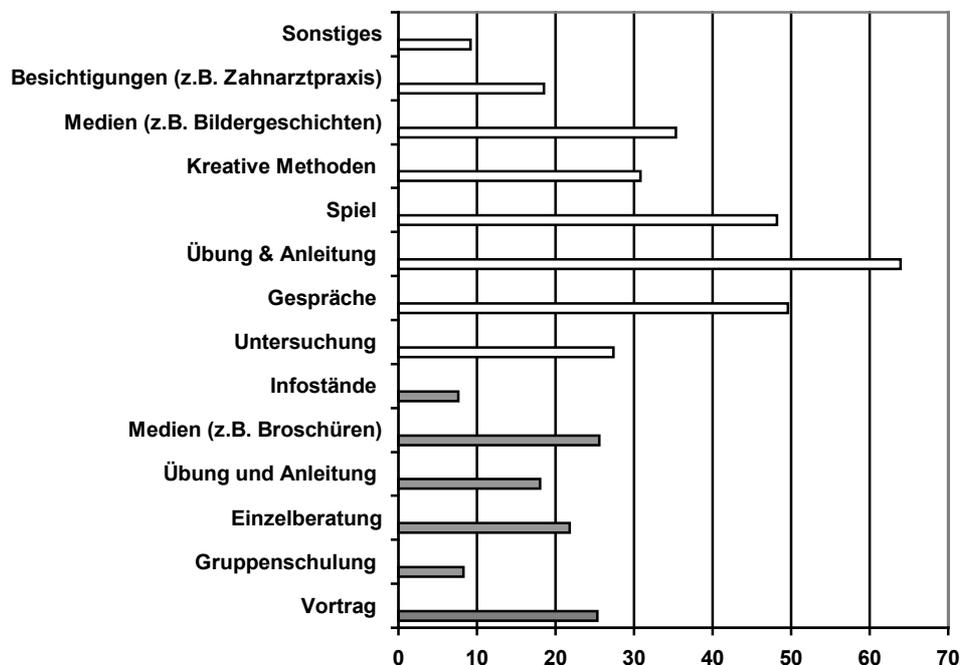
Hier wird deutlich, dass der überwiegende Teil aller hier dokumentierten Maßnahmen vorrangig der Prävention und nicht der Gesundheitsförderung im oben dargestellten Sinne zuzurechnen sind. Zahnprophylaxe, Verbesserung der Motorik und der Koordination, Sprachförderung, Unfallverhütung und gesunde Ernährung zielen auf die Vermeidung von Krankheiten und nicht primär auf die Stärkung allgemeiner Lebenskompetenzen. Themen wie

emotionale Bindung, Umgang mit Gewalt oder Stress stellen nur einen verschwindend geringen Anteil an den Maßnahmen dar. Gesundheitsförderung im Sinne der Gestaltung von Lebenswelten wurde überhaupt nicht genannt.

Bei der Umsetzung der einzelnen Intervention wurden v.a. Übungen und Anleitungen, das Spiel und das Gespräch gegenüber eher passiven Methoden wie reine Untersuchung und Besichtigung bevorzugt. Das ist zu begrüßen, weil aktive Elemente bei Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen die Wirksamkeit erhöhen. Reine Informationsangebote nutzen dagegen wenig.

Die Einbeziehung der Eltern erfolgte im Wesentlichen durch Vorträge, Medien und Einzelberatungen, weniger durch Übungen und Anleitungen für Eltern. Eine aktivere Einbeziehung der Eltern wird durch die konzeptionelle Weiterentwicklung der Tageseinrichtungen für Kinder angestrebt (vgl. Kapitel 3.6).

Nachfolgende Abbildung gibt Auskunft über die **Form der Maßnahmen**. Eine Maßnahme kann in mehreren Formen stattfinden:



2. Abb: Prozentuale Aufteilung der Maßnahmen nach Form der Maßnahmen. Weiß: für Kinder, grau: für Eltern, Mehrfachnennungen möglich, Prozentangaben addieren sich nicht zu 100%.

Mehr als drei Viertel der insgesamt 1117 Einzelmaßnahmen (77,8%) wurden für alle Kinder angeboten, 37% zusätzlich auch für die Eltern der Kinder. Maßnahmen, die sich an spezielle Zielgruppen, z.B. Migrantenkinder oder Kinder aus sozial schwachen Familien wenden, waren dagegen sehr selten. Gerade zielgruppenspezifische Angebote bieten jedoch die Möglichkeit auf spezielle Bedürfnisse einzugehen und dabei unter Umständen weniger Ressourcen zu verbrauchen.

Der Großteil der Maßnahmen (N=561) wurde für Kinder ab 3 Jahren angeboten (50,2%). Das liegt daran, dass die meisten Maßnahmen im Kindergarten stattfanden.

21,6% der Angebote (N= 241) wurden für jüngere Kinder vorgehalten. Dabei fielen relativ gesehen andere Anbieter stärker ins Gewicht.

Weitere 19,4% (N=217) richteten sich an Kinder ab 4, 5 oder 6 Jahren. Der Rest verteilte sich auf Maßnahmen für Erwachsene und fehlende Werte. Einige wenige Angebote wurden auch für ältere Kinder und Jugendliche genannt.

Zu einem hohen Anteil, nämlich 44,2%, wurden in die Durchführung der einzelnen Maßnahmen andere Anbieter einbezogen. Das sind in erster Linie Zahnärzte und Prophylaxeberater im Rahmen der Aktion Zahngesundheit, Polizisten und Feuerwehrleute bei Maßnahmen der Verkehrserziehung und Unfallverhütung sowie Logopäden bei sprachlichen Reihenuntersuchungen. Diese machten zusammen 68% der weiteren Anbieter aus.

Durch den hohen Rücklauf von Fragebögen aus den Tageseinrichtungen für Kinder bedingt, waren an vielen Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention Erzieher beteiligt (46%). Danach folgten die schon erwähnten externen Kräfte: die Zahnärzte und Prophylaxeberater mit 20,3% Beteiligung an allen Maßnahmen und Logopäden und Polizisten mit jeweils 11%. Allerdings konnte ein hoher Anteil der Mitwirkenden (20,5%) von den Ausfüllenden keiner Berufsgruppe zugeordnet werden, so dass die Prozentangaben tatsächlich etwas höher liegen dürften. 3% bis 7% der Maßnahmen führten Sozialpädagogen, Ernährungsberater, Diplom-Pädagogen, Motopäden, Sportler und Psychologen durch.

In insgesamt drei Fragen (Nrn. 11,12 und 13) sollte für jedes Angebot angegeben werden, ob schriftlich fixierte Zielsetzungen existieren, eine Überprüfung der Zielerreichung der Maßnahme vorgenommen wird und ob die Ergebnisse der Zielerreichung dokumentiert werden. Die Beantwortung aller drei Fragen mit "Ja" ist eine Voraussetzung für die Wirksamkeitsüberprüfung der Maßnahmen.

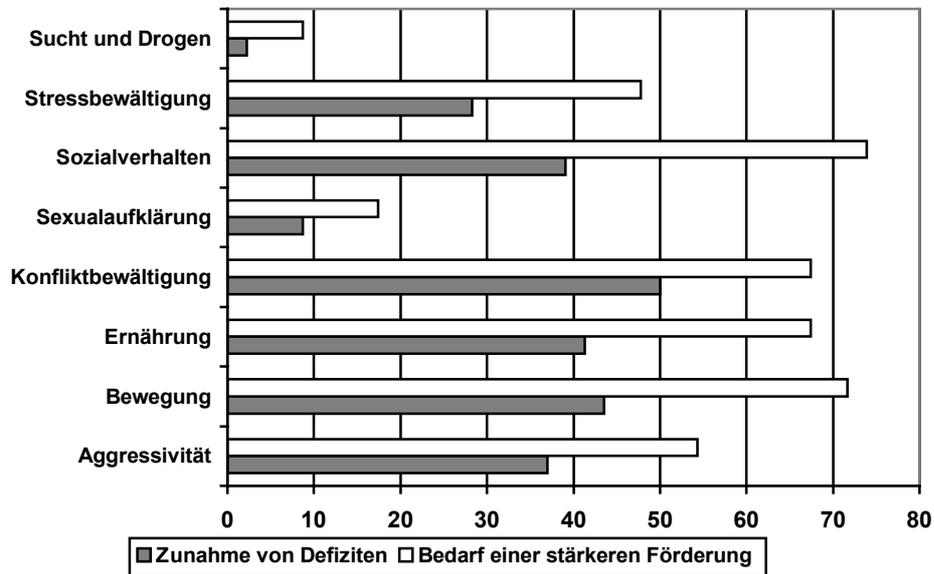
Für lediglich 31,2% (N= 348) aller Interventionen (N=1117) trafen alle drei Punkte zu.

In einer offenen Frage wurde abschließend nach dem Bedarf an weiteren Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für Kinder von 0 - 6 Jahre gefragt. Dazu lagen 315 Antworten vor.

Die Anregungen und Wünsche sprachen sich aus für

- | | |
|--|--|
| Eine Angebotsverdichtung | (kontinuierliches Angebot/kürzere Abstände in der Durchführung) |
| Eine Angebotsverbreiterung | (Maßnahmen für alle, niedrigschwellig, aufsuchende Betreuung durch Motopäden - analog zu logopädischer und zahnärztlicher Betreuung) |
| Einen zielgruppenspezifischen Zugang | (benachteiligte Familien, sozial schwache Familien, übergewichtige und motorisch beeinträchtigte Kinder) |
| Die verstärkte Einbindung der Eltern | (Elternbildung, Elternkompetenz stärken) |
| Eine Netzwerkbildung | |
| Stärkere finanzielle Förderung, um o.g. Punkte umsetzen zu können. | |

Zur Einschätzung des Bedarfs an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in den Grundschulen liegt eine Befragung des Gesundheitsamtes aus dem Jahr 2003 vor. Von allen angeschriebenen 93 Grundschulen antworteten 46. Die nachfolgende Grafik zeigt, in welchen gesundheitsrelevanten Bereichen die Grundschulen eine hohe bis sehr hohe Zunahme von Defiziten beobachteten und wie hoch sie den Bedarf einer stärkeren Förderung einschätzten.



3. Abb: Prozentualer Anteil der Grundschulen (N=46), die in verschiedenen gesundheitsrelevanten Bereichen die Zunahme von Defiziten und den Bedarf einer stärkeren Förderung hoch bzw. sehr hoch einschätzten, Umfrage des Gesundheitsamtes 2003.

Eine hohe bis sehr hohe Zunahme von Defiziten in der Konfliktbewältigung sahen 50% der Grundschulen, auch im Sozialverhalten allgemein, in der Bewegung und Ernährung wurden zunehmend Defizite beobachtet sowie ein Anstieg der Aggressivität. Entsprechend hoch bis sehr hoch wurde der Förderbedarf beim Sozialverhalten, der Bewegung, der Ernährung und dem Konfliktverhalten eingeschätzt. Einen deutlich geringeren Förderbedarf sahen die Grundschulen zum Thema Sexuaufklärung und Sucht- und Drogenprävention. Ein Grund dafür könnte sein, dass die Themen in der Grundschule noch nicht als relevant eingeschätzt wurden oder dass die Angebote in diesen Feldern als ausreichend beurteilt wurden.

2.1. Zusammenfassung

Die Auswertung aller Fragebögen macht deutlich, dass sowohl von kommunaler Seite wie auch von anderen Institutionen viele verschiedene Interventionsmaßnahmen für Kinder von 0-6 Jahren durchgeführt werden.

Als Ort der Gesundheitsförderung und Prävention kristallisierte sich im Rahmen dieser Abfrage eindeutig die Tageseinrichtungen für Kinder heraus.

Die Häufigkeit der Angebote in den Bereichen Zahngesundheit, Motorik/Bewegung/Sport, Sprachförderung, Unfallverhütung und Ernährung entsprechen den Empfehlungen früherer Berichte (Familienbericht: Gesundheit und Familie, Schulneulinge - soweit auf diese Altersklasse anwendbar), die auf Defizite der Kinder in diesen Bereichen aufmerksam machten. Die Angaben der Tageseinrichtungen für Kinder wurden zusätzlich zu den bereits geschilderten Ergebnissen auch daraufhin überprüft, ob sie sich nach Sozialräumen unterscheiden. Es zeigte sich, dass unabhängig von der sozialräumlichen Belastung Maßnahmen zur Zahngesundheit das am häufigsten genannte Angebot, Maßnahmen zur Förderung der Motorik, Bewegung und Sport am zweithäufigsten und gesunde Ernährung am fünfhäufigsten genannt wurden. Auf den Plätzen drei und vier lagen die Sprachförderung

und Unfallverhütung. In den Sozialräumen mit geringer Belastung wurden mehr Maßnahmen zur Unfallverhütung als zur Sprachförderung angeboten, bei mittlerer und hoher Belastung war es umgekehrt. Dazu ist generell anzumerken, dass die Aktion Zahngesundheit eine flächendeckende Maßnahme ist, während die mit Landesmitteln unterstützte Sprachförderung und die sprachtherapeutischen Maßnahmen des Gesundheitsamtes stärker nach Bedarf eingesetzt werden.

Ergebnisse aus einer Umfrage des Gesundheitsamtes aus dem Jahr 2003 zur Feststellung der Förderbedarfe in der Prävention und Gesundheitsförderung zeigten auf, dass besonders soziale Kompetenzen, Konfliktbewältigung und der Umgang mit Aggressivität in den Grundschulen als hoch förderungsbedürftig eingeschätzt wurden. Das Training allgemeiner Lebenskompetenzen im Rahmen eines Gesamtkonzepts zur Gesundheitsförderung muss so früh wie möglich beginnen. Bereits vorhandene und geplante Aktivitäten dazu werden in den folgenden Abschnitten beschrieben.

2.2. Bewertung der Ergebnisse vor dem Hintergrund der Aufgaben der Tageseinrichtungen für Kinder

In der vorliegenden Umfrage wurden hauptsächlich präventive Maßnahmen benannt, in den Bereichen Zahngesundheit und Sprachförderung handelt es sich um sekundärpräventive Reihenuntersuchungen, bei der Motorik, Ernährung und Unfallverhütung vor allem um primärpräventive Maßnahmen.

Angebote zur Gesundheitsförderung wurden seltener beschrieben. Ein Grund dafür könnte die schwierige Trennung von abgrenzbaren Maßnahmen und alltäglichen Verrichtungen sein. Die Aufgaben der Tageseinrichtungen für Kinder werden über das Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) und darauf aufbauend bzw. ergänzend und erweiternd durch das Gesetz über die Tageseinrichtungen für Kinder (GTK) geregelt. Demzufolge haben Kindergärten einen eigenständigen Erziehungs- und Bildungsauftrag. Dieser beinhaltet besonders die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung des Kindes und umfasst die Beratung und Information der Erziehungsberechtigten. Zur Erläuterung dieses Auftrages sind die verschiedenen Aspekte der Entwicklung unter Berücksichtigung der Lebenssituation des Kindes gesondert herausgestellt. So haben die Kindergärten generell die Aufgabe, die geistige, körperliche und emotionale Entwicklung zu fördern, die Kinder zur Selbstständigkeit, Ausbildung ihrer Interessen und schöpferischen Neigungen anzuregen und die sozialen Fähigkeiten wie partnerschaftliches, gewaltfreies und gleichberechtigtes Miteinander erlebbar zu machen. Dazu gehört die Einübung demokratischer Verhaltensweisen ebenso wie die Entwicklung von Toleranz und Integration verschiedener gesellschaftlicher Gruppen. Gesundheitsförderliche Aktivitäten gehören damit zur Alltagstätigkeit der Tageseinrichtungen für Kinder und sind häufig schwer als einzelne Maßnahmen fass- und messbar. Die Förderung des Kindes orientiert sich somit an der täglichen Lebenssituation und eröffnet sich durch vielfältige handlungs- und erlebnisorientierte Erfahrungsmöglichkeiten. Die Inhalte der Gesundheitsförderung und Prävention werden insbesondere durch

- die Gesundheitserziehung
- die Bewegungsförderung
- die Steigerung der sprachlichen Kompetenz
- die Verbesserung im Bereich Ernährung
- die Unterstützung von Selbstwirksamkeit und Sozialkompetenz
- die Förderung von Mitsprache und Selbstbestimmung und
- die Entwicklung von lebensweltorientierten Ansätzen

in der Alltags- und Regelarbeit in allen Tageseinrichtungen gefördert.

3. Beschreibung von städtischen Programmen und Konzepten zur Gesundheitsförderung und Prävention

Die Landeshauptstadt Düsseldorf führt einige breit angelegte, interdisziplinäre und sektorenübergreifende Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention durch, die bereits im Kindergarten (bzw. früher) beginnen, darüber hinaus aber auch für ältere Kinder und Jugendliche konzipiert sind. Einige davon werden wegen ihrer Bedeutung für die Gesundheit der Kinder im Folgenden exemplarisch beschrieben.

Damit sind jedoch längst nicht alle Maßnahmen für Kinder in der Elementar- und Primarstufe benannt. Eine Darstellung aller Angebote würde den Rahmen dieses Berichts überschreiten. Hinzu kommt, dass die Angebote kaum vollständig erfasst werden können. Z.B. werden in den Kindertageseinrichtungen vielfältige Präventionsprojekte in Kooperation mit verschiedenen Beratungs- und Fachstellen freier und öffentlicher Träger angeboten, von denen einige hier genannt werden:

FuN – Familie und Nachbarschaft des Evangelischen Familienbildungswerks als ein niedrigschwelliges, lebensweltorientiertes, präventiv wirkendes Familienbildungsprogramm

ERIK – Erziehungshilfe, Rat und Information im Kindergarten als Programm zur Stärkung der Erziehungskompetenz und Präventionsarbeit der Erziehungsberatung vor Ort, durchgeführt von der AWO, dem Bezirkssozialdienst und der Katholischen Erziehungsberatungsstelle

THERAPIE – mobil, Projekt des Caritasverbandes zur Prävention, Diagnostik, Therapie und Beratung im Stadtbezirk 1

DEZENTRALE BERATUNG der Evangelischen Beratungsstelle im Stadtteil Garath (Stadtbezirk 10)

STARKE ELTERN – STARKE KINDER, Förderangebot des Kinderschutzbundes

FAUSTLOS – Gewaltpräventionsprogramm zur Stärkung der sozialen und emotionalen Kompetenz

SPRACHFÖRDERUNG – Maßnahmen zur Unterstützung des Erwerbs der deutschen Sprache und interkulturellen Erziehung

In den Schulen arbeitet das Netzwerk Opus NRW mit einem umfassenden Setting-Ansatz. Die Düsseldorfer Netzwerkschulen veranstalteten 2005 Gesundheitstage zum Thema Hören unter dem Motto „Laut ist out“. Inzwischen sind auch einige Kindertagesstätten dem Netzwerk angeschlossen.

Die gesetzlichen Krankenkassen (Krankheitsfrüherkennungsuntersuchung U1-U9 und die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen eines Kindes vom 30. bis 72. Lebensmonat) bieten regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen an. Bekannt ist, dass die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 in Düsseldorf im Schnitt von 97% bei der U1 auf 84% bei der U9 sinkt (Bericht Schulneulinge 2003). Da der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst seit 1998 die Eltern vor der U9 anschreibt und an die Vorsorgeuntersuchung erinnert, ist seit dieser Zeit ein Anstieg im Inanspruchnahmeverhalten bei der U9 zu verzeichnen. In diesem Zusammenhang darf nicht unerwähnt bleiben, dass auch die sekundärpräventiven Maßnahmen durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Landeshauptstadt Düsseldorf z.B. im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung Bestandteil des Angebots für Kinder und Jugendliche sind. Den Ergebnissen aus der Schulneulingsuntersuchung ist ein eigenständiger Bericht gewidmet (Schulneulinge, Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf, 2003).

Weitere Maßnahmen werden vom Jugendamt, dem Schulverwaltungsamt, dem Gesundheitsamt und anderen durchgeführt, die nicht alle einzeln hier erläutert werden können. Einige Beispiele verdeutlichen die Aktivitäten in diesem Bereich.

3.1. Präventionsprojekt “Zukunft für Kinder in Düsseldorf”

Wilhelm Pöllen, Peter Lukasczyk

Vorsorge, Beratung und Unterstützung für Kinder und ihre Eltern

Ein Kooperationsprojekt des Jugendamtes und Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt Düsseldorf

Die Ausgangslage

Die Lebenssituation junger Menschen in der Gesellschaft hat sich in den letzten Jahren tiefgreifend verändert. Herausforderungen und Chancen, aber auch Risiken und Gefährdungen für die Entwicklungen von Kindern und Jugendlichen haben sich innerhalb nur einer Generation vervielfacht. Die als “Mannheimer Risiko-Kinder-Studie” in die Fachwelt eingegangene erste deutsche prospektive Längsschnittstudie weist eine Vielzahl von Risikofaktoren aus, die bei Kindern eine spätere bis zu dreimal häufigere Entwicklungsbeeinträchtigung ausmacht, als bei unbelasteten Kindern.

In den letzten Jahren wurden zahlreiche medizinische und psychosoziale Faktoren ermittelt, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen beteiligt sind wie z.B. frühe Geburt, chronische Krankheit oder Behinderung von Kindern, frühe Elternschaft, unerwünschte Schwangerschaft, Ein-Eltern-Familie, psychische Störungen der Eltern, Herkunft aus zerrütteten familiären Verhältnissen, familiäre Gewalt und Suchtmittelmissbrauch der Eltern. Die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder und Jugendliche ungünstige Lebens- und Entwicklungsverläufe nehmen, steigt mit der Häufung der genannten Risikofaktoren.

Mit Sorge muss die zunehmende Gewaltbereitschaft insgesamt, der Anstieg der Kinder- und Jugendkriminalität und der Anstieg der Fälle von Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch von Kindern mit den daraus folgenden häufig gravierenden gesundheitlichen und psychosozialen Langzeitfolgen, registriert werden.

In Düsseldorf werden ca. 60 - 70 Kinder im Alter bis zu 6 Jahren jährlich in Obhut genommen. Oft greifen die späten Hilfen nicht mehr ausreichend oder die Risiken für die Kinder sind nicht verantwortbar - Sorgerechtsentzüge und lange kostenintensive Fremdunterbringungen sind die Folge.

Vermehrt rückte auch ins öffentliche Bewusstsein, dass zwischen der gesundheitlichen Situation von Kindern und den materiellen Lebensbedingungen ihrer Eltern eine Wechselwirkung besteht. Sozial benachteiligte Kinder sind in besonderer Weise von Armut bedroht und haben damit schlechtere Chancen auf eine ausreichende Gesundheitsversorgung und eine positive soziale und schulische Entwicklung.

Die Säuglings- und Kindersterblichkeit ist zwar in den letzten Jahrzehnten erheblich zurückgegangen und die Infektionskrankheiten spielen heute kaum noch eine Rolle. Dafür zeigen aber viele Untersuchungen eine Verlagerung von Gesundheitsrisiken bei Kindern hin zu vermehrten Auffälligkeiten in der Motorik, der Sprache, des Verhaltens und der Wahrnehmung. Wir haben es hier mit einer Verlagerung des Krankheitsspektrums zu tun, bei dem es nicht mehr nur um die Bekämpfung von Krankheitserregern geht, sondern vermehrt um die Vorbeugung chronischer Krankheiten und riskanter Entwicklungsverläufe. Es ist zunehmend eine ungleiche Verteilung der Gesundheitsrisiken in der Bevölkerung hin zu sozialen Risikolagen zu beobachten, die es zu bekämpfen gilt.

Dazu sind alle gesellschaftlichen Ressourcen herausgefordert, gesundheitsförderliche Lebensbedingungen und eine größtmögliche Chancengleichheit für ein gesundes Leben zu schaffen.

Auswertungen der Schuleingangsuntersuchung in den Jahren 2000 und 2001 des Düsseldorfer Gesundheitsamtes zeigen eine deutliche Signifikanz bei Kindern in (hoch)belasteten Sozialräumen in den Bereichen Motorik, sprachlichem Vermögen, Häufigkeit von Krankheiten, Krankheiten mit vorübergehender Leistungsbeeinträchtigung sowie von Krankheiten mit hohem Schweregrad und langfristigen Leistungsbeeinträchtigungen.

Vor dem Hintergrund, dass die geschätzte Gesamtzahl von Risikokindern in Düsseldorf pro Jahrgang mit einem Betreuungsbedarf im Bereich Jugend- und Gesundheitshilfe ca. 800 - 1000 Einzelfälle beträgt und davon ca. 10 % Kinder sind, die als Hochrisikokinder beschrieben werden, haben das Jugend- und Gesundheitsamt in Zusammenarbeit mit der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz ein Präventionsprojekt für diese Zielgruppe entwickelt.

Präventionsprojekt "Zukunft für Kinder in Düsseldorf"

Die Arbeit der Gesundheitskonferenz entspricht wesentlichen Standards des Leitbildes des Gesunde-Städte-Netzwerks: Sie kooperiert sektorenübergreifend, und schafft Rahmenbedingungen für die Mitwirkung aller Verantwortlichen an der gesundheitlichen und sozialen Versorgung in Düsseldorf. In einer berufsgruppenübergreifenden Arbeitsgruppe wurden von erfahrenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus der Jugendhilfe und der sozialen Pädiatrie die methodischen Grundlagen für das Präventionsprojekt entwickelt.

Kinder und/oder ihre Mütter/Väter mit bestimmten medizinischen und/oder psychosozialen Risiken sind den verschiedenen Fachkräften (Frauenärzten, Krankenpflegepersonal, Fachärzten der Frauen-, Geburts- oder Kinderklinik, Kinderärzten, Hebammen, Pädagogen etc.) häufig bereits im Rahmen von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, in Schwangerschaftskonfliktsituationen, während der Geburtssituation in der Klinik oder nach der Entlassung Zuhause bekannt. Auch persönliche, soziale, familiäre, wirtschaftliche Probleme und Notlagen werden durchaus von den Fachkräften in den unterschiedlichen Kontexten erkannt. Beratung, Unterstützung und Hilfevermittlung blieben bisher oft zufällig und erfolgten nicht systematisch.

Das Projekt "**Zukunft für Kinder in Düsseldorf**" ist ein Kooperationsprojekt unter der gemeinsamen Steuerungsverantwortung des Jugendamtes und des Gesundheitsamtes in enger Zusammenarbeit mit den Düsseldorfer Geburts-, Frauen- und Kinderkliniken, den niedergelassenen Kinderärzten und Hebammen.

Die Kooperationspartner/innen haben es sich zur Aufgabe gemacht, ein frühe, fachlich und organisatorisch optimierte interdisziplinäre Vernetzung der einzelnen Fachkräfte der Jugend- und Gesundheitshilfe zu erreichen.

Die Projektziele

Durch eine individuelle, interdisziplinär abgestimmte Hilfeplanung bereits in der Schwangerschaft und/oder nach der Entlassung aus der Geburtsklinik sollen mit Hilfe gezielter Frühförderung, Jugendhilfe- und Gesundheitshilfemaßnahmen die Entwicklungsbedingungen von Säuglingen und Kleinkindern verbessert, Überforderungssituationen der Eltern vorgebeugt und spätere Kriseninterventionen vermieden werden. Die Chance hierzu ist nie wieder so groß wie nach der Geburt. Wesentliche Voraussetzung für die Erreichung der Projektziele ist daher die frühe Anmeldung der Kinder und ihrer Mütter/Väter in das Projekt. Die Teilnahme der Eltern am Projekt ist nach eingehender Projektberatung freiwillig.

Die Zielgruppen (Risikokinder “Grünes Heft” und Hochrisikokinder)

- Familien mit Kindern, die an einer chronischen Krankheit oder Behinderung leiden bzw. hiervon bedroht sind
- Kinder, die aufgrund medizinischer und/oder sozialer Fragestellungen während der ersten drei Lebensjahre in besonderer Weise fortlaufender Beobachtung bedürfen
- psychosozial besonders belastete Familien
- minderjährige Mütter
- junge Mütter und Väter (18 - 20 Jahre)
- Mütter/Väter mit psychischen Erkrankungen
- Mütter/Väter mit Suchtproblemen
- Mütter/Väter mit Gewalterfahrung und/oder die Zeugen häuslicher Gewalt wurden
- Ein-Eltern-Familien
- Mütter/Väter aus zerrütteten Familienverhältnissen

Einrichtung einer Clearing-Stelle

Die Clearing-Stelle des Projektes soll während der ersten 3 Lebensjahre für Kinder mit erhöhtem medizinischen und sozialem Risiko sowie deren Mütter/Väter das Gelingen einer koordinierten, optimalen, individuellen Nach- bzw. Vorsorge sicherstellen.

Als zentrales städtisches Angebot ist die Clearing-Stelle eine eigenständige Organisationseinheit. Die Clearing-Stelle ist personell besetzt mit einem Kinderarzt des Gesundheitsamtes und einer Sozialarbeiterin der Abteilung Soziale Dienste des Jugendamtes. Die Mitarbeiter/innen sind von ihren jeweiligen Organisationen für diese Aufgabe entsandt. Verstärkt wird das Team der Clearing-Stelle durch eine Kinderkrankenschwester. Die Anmeldung zur Teilnahme am Projekt erfolgt nach Beratung der Mütter/Väter (z.B. in der Geburtsklinik) durch einen Anmeldebogen und eine Einverständniserklärung, die an die Clearing-Stelle geschickt werden.

Die übermittelten Daten bestimmen durch welche Berufsgruppe der Erstkontakt gestaltet wird. Der in den Erstkontakten festgestellte Bedarf entscheidet über die Beratungs- und Hilfsangebote, die für die Kinder und ihre Mütter/Väter gemacht werden.

Das Hilfsangebot

Im Einzelnen stehen für die Kinder und ihre Familien folgende Beratungs- und Hilfsangebote der Jugend- und Gesundheitshilfe zur Verfügung:

Gesundheitshilfe

Sozialpädiatrische Diagnostik
und Beratung
Hebammenhilfe
Ambulante Kinderkrankenpflege
Frühförderung, Heilpädagogik
Logopädie/Spracherziehung
Mototherapie
Ernährungsberatung
Ergotherapie
Rehabilitation bei
Behinderung/Krankheit
Angehörigenberatung

Jugendhilfe

Erziehungsberatung
Lebensberatung
Trennungs- und Scheidungsberatung
Angebote der Familienbildung
Hilfen zur Erziehung
Krisenintervention
Bindungstraining für Eltern
Förderung in Familiengruppen
Angebote der Kindertageseinrichtungen
Hilfe bei Partnerschaftskonflikten

Das „Grüne Heft“

Mit diesem Instrument sichert die Clearing-Stelle allen am Projekt teilnehmenden Kindern während des ersten Lebensjahres einen verbesserten Standard bezüglich der Häufigkeit der kinderärztlichen Vorsorge-Untersuchungen und der Zuverlässigkeit bei der Wahrnehmung dieses Angebotes:

- Kinderärztliche Vorsorge-Untersuchungen finden einmal im Monat und somit in größerer Zahl als beim üblichen Vorsorge-Programm statt.
- Zu jeder dieser 12 Vorsorge-Untersuchungen enthält das Grüne Heft eine herauszunehmende Karte, in welcher der Kinderarzt die von ihm vorgenommene Vorsorge-Untersuchung dokumentiert. Durch Rücklauf-Kontrolle dieser vom Kinderarzt an die Clearing-Stelle zurückgesandten Karten wird sichergestellt, dass die im Projekt vorgesehenen Vorstellungen beim Kinderarzt tatsächlich stattgefunden haben.

Evaluation

Das Projekt wird im Rahmen eines Forschungsauftrages von Frau Dr. Ute Ziegenhain, Universitätsklinik Ulm, ärztlicher Direktor Herr Prof. Dr. med. Jörg Fegert, wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Es werden die im Hilfeprozess miteinander gemeinsam abgestimmten Maßnahmen der Jugendhilfe und der Gesundheitshilfe im Rahmen von Prozess- und Ergebnisevaluation im Hinblick auf die Zielerreichung evaluiert.

Im Bereich der Jugendhilfe richtet sich die Evaluation auf die Zielformulierungen des Projektes, Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern aus psychosozial belasteten Familien durch die koordinierte frühzeitige Etablierung interdisziplinär abgestimmter Hilfen präventiv zu reduzieren. Der Schwerpunkt der Untersuchung liegt darauf, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie effizient und wirksam die initiierten Hilfen sind.

Die Gesundheitshilfe richtet ihren Schwerpunkt auf die Frage, welche positiven Effekte durch eine frühzeitige systematische individuelle Hilfeplanung, Förderung und Betreuung bei den Zielgruppen erreicht wird. Durch die Präventionsmaßnahmen und rehabilitativen Gesundheitshilfen sollen drohende Langzeitdefizite bei den Kindern vermieden werden.

Die wissenschaftliche Begleitung des Präventionsprojektes erstreckt sich insgesamt über einen Zeitraum von 1 1/2 Jahren.

“BITES Düsseldorf” - Bindungsförderndes Training für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern

Der präventive Anspruch des Projektes setzt voraus, dass Störungen und Probleme in der frühen Eltern-Kind-Beziehung rechtzeitig erkannt und bearbeitet werden. Hier sollen im Präventionsprojekt für die Eltern besondere Angebote bereitgestellt werden, die geeignet sind, die Qualität der Eltern-Kind-Bindung zu fördern, Unsicherheiten und Sorgen der Eltern aufzufangen und das Risiko der Entwicklung von unsicheren Bindungsbeziehungen zu minimieren. Dazu initiierte das Jugendamt der Stadt Düsseldorf die Teilnahme von 16 Fachkräften der Jugend- und Gesundheitshilfe an der Weiterbildung “Entwicklungspsychologische Beratung von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern” der Universitätsklinik Ulm. Die Ausbildung dauert ca. 11 Monate; die Teilnehmer/innen erhalten ein Zertifikat.

Planung und Ausblick 2006

Das Präventionsprojekt “Zukunft für Kinder in Düsseldorf” startete am 01.06.2005 mit einer Pre-Test-Phase. Zum gleichen Zeitpunkt hat die Clearing-Stelle ihre Arbeit aufgenommen. Nach einer zweimonatigen ersten Projektphase, an der zwei ausgesuchte Düsseldorfer Stadtbezirke in Zusammenarbeit mit jeweils einer Geburtsklinik beteiligt waren, sind

zwischenzeitlich vier Stadtbezirke, drei Geburtskliniken und die niedergelassenen Hebammen in das Anmeldesystem des Projektes einbezogen worden. Die flächendeckende Ausdehnung des Präventionsprojektes auf alle Düsseldorfer Stadtbezirke und alle Geburts-, Frauen- und Kinderkliniken ist für Anfang 2006 vorgesehen.

3.2. FuN-Projekt (Familie und Nachbarschaft)

Markus Lüke

FuN ist ein niedrighschwelliges, sozialraumnahes Bildungsangebot für bildungsungewohnte Familien des Bezirkssozialdienstes in Kooperation mit Kindertagesstätten, offenen Ganztagschulen und der evangelischen Familienbildung.

Zielsetzung ist:

- Eltern und Kinder allgemein zu stärken,
- die Ausbildung von Erziehungskompetenzen,
- die Aktivierung vorhandener Ressourcen in den Familien, Selbsthilfepotentiale und
- die Herstellung von Zugängen zu institutionellen und/oder Selbsthilfe-Netzwerken

Die Unterstützung der Eltern als wichtige Erziehungspersonen und die Stärkung des Familienzusammenhaltes stehen im Zentrum der Konzeption. Hierbei erhalten die Themen Gesundheits-, Sucht- und Gewaltprävention einen besonderen Stellenwert.

Die Konzeption -FuN-, kombiniert mit einem systemischen Familienbildungsansatz, macht das Angebot zu einem präventiv sehr wirkungsvoll einsetzbaren Familienbildungsprogramm. Es können zielgenau Schlüsselprobleme im Sozialraum bearbeitet werden, z.B. Gewalt oder fehlende interkulturelle Integration, und geeignete Netzwerke innerhalb des Sozialraumes aufgebaut werden.

Familien werden durch die beteiligte Institution gezielt ausgesucht und zu einer Teilnahme am Projekt eingeladen. Sie ist freiwillig.

Im Zusammenwirken mit den Fachkräften der begleitenden Institutionen entwickelt sich im Verlauf eine vertrauensvolle Basis, die individuelle Entwicklungsschritte der einzelnen Familien möglich macht.

Folgende Kompetenzbereiche werden in Form eines Baukastensystems entsprechender Übungen, Spiele und Rituale, im Verlauf des Projektes erarbeitet:

- Familienzusammenhalt
- Selbstachtung und Achtung der Anderen
- Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Kommunikation und Kontakt
- Kooperation und Vernetzung

Das Programm ist in zwei Phasen eingeteilt.

1. Phase

Über 8 Wochen bestehendes, wöchentliches ca. dreistündiges Angebot mit strukturierten Spiel- und Übungsangeboten zur den oben benannten Feldern sowie einer gemeinsamen Mahlzeit.

Der größte Teil der Übungen und das Essen erfolgen in der eigenen Familie. Durch diese Struktur wird die Familie als Einheit gestärkt und die Personen erleben sich auf den jeweiligen Ebenen als Eltern und Kinder. Gleichzeitig findet durch familienübergreifende Zusammenkünfte eine Vernetzung mit anderen Familien und im Sozialraum statt.

2. Phase

Über 6 Monate bestehendes, begleitetes, selbstorganisiertes Familientreffen um die Selbsthilfe- und Nachbarschaftsnetzwerke aufzubauen und zu stabilisieren.

3.3. Aktion Zahngesundheit Düsseldorf

Dr. Michael Schäfer

Die Aktion Zahngesundheit ist ein Zusammenschluss der Landeshauptstadt Düsseldorf (Gesundheitsamt) mit den ortsansässigen Krankenkassen und den niedergelassenen Zahnärzten auf der Basis des § 21 Sozialgesetzbuch V (Verhütung von Zahnerkrankungen – Gruppenprophylaxe).

Die Aktion Zahngesundheit ist eine der am längsten bestehenden Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche zwischen 3 und 16 Jahren und erfüllt viele der heute an Präventionsmaßnahmen gestellten Anforderungen. Hierzu zählt u.a., dass die Maßnahmen dauerhaft angelegt sind, nicht nur informieren und aufklären, sondern darüber hinaus unter Berücksichtigung folgender Kriterien interaktiv sein sollen:

- Motivieren statt Belehren
- Reflektieren statt Bekehren
- Mitmachen statt Zuschauen
- Erleben statt Konsumieren

Ein Meilenstein für die zahnmedizinische Prävention war 1989 die normative Regelung durch die Paragraphen 21 und 22 Sozialgesetzbuch V. Im Paragraphen 21 SGB V wurde erstmalig verbindlich festgelegt, dass die Krankenkassen und Zahnärzte und die für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern haben. In Schulen und Einrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, sollen die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt werden. Die Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen durchgeführt werden.

Die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen ist in Düsseldorf nahezu die einzige relativ flächendeckend realisierte Präventionsmaßnahme. Sie erreicht Kinder und Jugendliche aus allen Bevölkerungsschichten, solche also auch, die aus vielerlei Gründen benachteiligt sind und damit einhergehend auch ein geringeres Inanspruchnahmeverhalten gesundheitsbezogener Dienste aufweisen. Erfolgreiche Gesundheitsförderung basiert auf einer abgestimmten Strategie von Aufklärung, Beratung, Kompetenzentwicklung und strukturellen Maßnahmen. Die konkreten Maßnahmen müssen vor Ort greifen und den Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld begegnen (Setting). Gesund leben, zahngesund leben muss als selbstverständliche Handlungsmaxime in den Alltag integriert werden. Dies leisten im Rahmen der Gruppenprophylaxe bereits viele engagierte Akteure an vielen Orten in Düsseldorf.

Der auf die Gruppe bezogene Ansatz umfasst dabei die Untersuchung, die Zahnschmelzhärtung (Fluoridierung), Ernährungsberatung, Dokumentation und schließlich die Gesundheitserziehung. Insbesondere durch die Fluoridierungen kann die Gruppenprophylaxe ein hohes Wirksamkeitspotenzial entfalten.

Durch die Gesundheitserziehung kann die Zahn- und Mundhygiene dauerhaft verfestigt, gleichsam als Norm etabliert werden. Über Gesundheitserziehung kann zudem ein Gesundheitsbewusstsein entwickelt werden.

Zwar ist bekannt, dass schulische Zahngesundheitserziehung keinen messbaren Einfluss auf die Effektivität des Zähneputzens anhand des Indikators Zahnbeläge hat, die Entwicklung persönlicher Fertigkeiten bei der Zahnpflege birgt jedoch ebenfalls ein hohes präventives Potenzial.

Zahnärztliche Untersuchungen in der Gruppe vermögen den Besuch einer Zahnarztpraxis zu fördern und bilden so auch eine wichtige Brücke zur Individualprophylaxe und ggf. Behandlung in der zahnärztlichen Praxis.

Die Erhebung der Indikatoren der Mundgesundheit (Dokumentation) dienen darüber hinaus einer sinnvollen und handlungsgenerierenden Gesundheitsberichterstattung.

16 Jahre nach Einführung der vom Gesetzgeber geforderten Maßnahmen zeichnet sich ein deutlicher und stabiler Kariesrückgang in der bleibenden Dentition (bleibendes Gebiss) ab. In den Düsseldorfer Grundschulen haben heute 88% aller Grundschulkinder naturgesunde, bleibende Zähne.

Im Milchgebiss zeigt die Karieshäufigkeit ebenfalls einen deutlichen Rückgang in den letzten 20 Jahren. 71% aller Kinder im Kindergarten und 55% aller 6-Jährigen sind kariesfrei.

Mit dem Rückgang der Karieshäufigkeit wird die Konzentration der Karies auf eine relativ kleine Zielgruppe innerhalb einer Jahrgangskohorte sichtbar. Doch auch für diese risikobehaftete Gruppe hat sich die Karieslast reduziert.

Der Gesetzgeber sieht für die Gruppe der Schüler, deren durchschnittliches Kariesrisiko überproportional hoch ist, vor, die oben aufgeführten Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchzuführen. Überdies gilt es hier, spezifische Programme zu etablieren (z.B. die zweimal jährliche Applikation von hochkonzentriertem Fluorid). Mit dieser zugehenden Intensivprophylaxe im Rahmen der Gruppenprophylaxe kann es gelingen, besonders kariesgefährdete Kinder und Jugendliche dauerhaft zu erreichen. Die aufsuchende Betreuung für eine Risikopopulation in Einrichtungen hat folgende Vorzüge:

- Es gibt kein Problem mit der individuellen Identifikation
- Es erfolgt keine Diskriminierung durch individuelle Identifikation
- Man erzielt einen hohen Erreichungsgrad
- Es fallen nur geringe Kosten an

Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse ist die Aktion Zahngesundheit heute in der Lage, nahezu flächendeckend im Kindertagesstätten- und Grundschulbereich zu agieren.

Für jede Kindergartengruppe stehen vier Vormittage zur Verfügung. Erarbeitet werden mit den Kindern die Themen Mundhygiene, Ernährung, Angstabbau und der Zahnarztbesuch. Die Zubereitung eines gesunden Frühstücks und die sich daran anschließende gemeinsame Frühstücksrunde sind zentraler Bestandteil im Themenbereich Ernährung.

Jedes Schuljahr werden den Grundschulen pro Klasse und Jahrgang drei Unterrichtsstunden zu den Themen Mundhygiene, Ernährung, Zahnschmelzhärtung und Zahnarztbesuch angeboten.

In Grund-, Haupt- und Sonderschulen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko überproportional hoch ist, ergänzen Maßnahmen der Zahnschmelzhärtung mittels eines hochkonzentrierten Fluoridlacks die Unterrichtsangebote. Diese Maßnahmen werden halbjährlich wiederholt und erreichen 5.500 Kinder.

Das herausragende Kennzeichen der Aktion Zahngesundheit stellt die Multiplikatorenwirkung auf Erzieherinnen und Lehrerinnen, die Vernetzung mit anderen Akteuren und die Kompetenzentwicklung bei den Kindern und Jugendlichen dar.

3.4. Fachstelle für Gewaltprävention

Ute Stratmann, Martina Kampf-Kiefer

Ein Kooperationsprojekt von Jugendamt und Schulverwaltungsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf

Die Fachstelle für Gewaltprävention ist eine zentrale Anlaufstelle für alle pädagogischen Fachkräfte aus Schule und Jugendhilfe, in Kooperation zwischen dem Jugendamt und dem Schulverwaltungsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf. Vorrangige Ziele sind die Weiterentwicklung kommunaler Zusammenarbeit, um einen Handlungsrahmen für Gewaltminderung und Gewaltvorbeugung herzustellen und der Aufbau langfristiger Konfliktkompetenz.

Der Schwerpunkt der Fachstelle für Gewaltprävention liegt im präventiven Bereich: Initiierung, Realisierung und Begleitung von Konzepten, Projekten, Maßnahmen, Fortbildungen und Fachtagungen in Form von bewährten und evaluierten Konzepten, die einer sich ständig verändernden Situation Rechnung tragen.

Aggressivität und die verschiedenen Formen von Gewalt führen langfristig zu physischen, psychischen und psychosomatischen Erscheinungen, sowohl bei Kindern und Jugendlichen, die unter Gewalt leiden als auch bei Kindern und Jugendlichen, die Gewalt ausüben. Die Erfahrungen nehmen Einfluss in das erwachsene Alter, d.h. die in der Kindheit entstandenen Defizite im Sozialverhalten wirken sich auf Wohlbefinden, Beziehungen, Schullaufbahn und Beruf aus. Es ist gesellschaftlich notwendig, bereits frühzeitig Präventionskonzepte in den Institutionen zu implementieren.

Beratung und Dienstleistung

In Kooperation mit Schulen, sozialen Einrichtungen und Fachberatungsstellen bietet die Fachstelle für Gewaltprävention Beratung bzw. Vermittlung von Beratung für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren an. Schwerpunkte sind "Faustlos" in Tageseinrichtungen für Kinder und im Primarbereich, Anti-Bullying, Mediation, Mobbing, Anti-Aggressivitäts- und Coolnesstrainings für Kinder und Jugendliche, Elternarbeit, Täter-Opfer-Ausgleich statt Schulkonferenz sowie Schulentwicklung.

Fortbildungen und Informationsveranstaltungen

Viele Pädagoginnen und Pädagogen suchen nach Konzepten, um effektive Formen gewaltpräventiver Arbeit entwickeln zu können. Hier setzt die Fachstelle für Gewaltprävention mit nachfolgenden Angeboten an:

Anti-Bullying

Viele Kinder und Jugendliche sind täglich auf dem Schulweg, in der Schule, in der Familie oder auch im Freizeitbereich verschiedenen Formen der Gewalt und Diskriminierung ausgesetzt.

Das Interventionsprogramm gegen Bullying (Schikanieren, Drangsalieren) in Schulen nach Olweus, welches auf Schul-, Klassen- und Individualebene unterschiedliche Präventionsstrategien anbietet und zu einem besseren Schulklima führt, ist erfolgreich evaluiert und wird seit 2003 umgesetzt. Es handelt sich um ein Mehr-Ebenen-Konzept mit den Zielen:

- Erhöhung der Verantwortlichkeit von Tätern, Opfern, Schülerinnen, Schülern, Lehrerinnen, Lehrern und Eltern
- Sensibilisierung gegen schikanierendes Verhalten
- Entwicklung von praktischen Handlungsschritten

Anti-Aggressivitätstraining

Mit dieser Maßnahme werden die pädagogischen Fachkräfte in den Methoden des Anti-Aggressivitäts- und Coolness-Trainings qualifiziert. Inhalte sind frühzeitige Grenzziehung und Konfrontation mit aggressiven Verhaltensweisen, um Kultivierung des unangemessenen Verhaltens sowie Eskalation zu verhindern. Ziel der berufsbegleitenden Fortbildung ist, über Selbstreflexion sowohl gezielte kommunikative Kompetenzen als auch methodisches Umgehen mit Gewalt und die entsprechende Gestaltung von Angeboten zu erlernen und zu entwickeln. Die Kombination aus praxisbezogener Reflexion, individueller Erfahrung, theoretischer Auseinandersetzung sowie konkreter sinnlicher Erfahrung leitet zu einer Strukturierung des eigenen Handlungsfeldes und der eigenen Zugangsmöglichkeit im pädagogischen Alltag an. Oberstes Ziel ist die Opfervermeidung.

Gewalt - Sprache - Körpersprache

Das Kinder- und Jugendtheater entwickelte in Kooperation mit der Fachstelle für Gewaltprävention eine theaterpädagogische berufsbegleitende Fortbildung, mit den Zielen:

- Nachbereitung der Theaterstücke - Entstehung, Erscheinungsphänomen sowie Vermeidungsmöglichkeiten von Gewalt
- Vermittlung von Sicherheiten im pädagogischen Umgang mit Kindern und Jugendlichen, die sich mobbend, gewaltbereit, bedrohend und auch effektiv gewalttätig verhalten
- Vernetzung der Bereiche Schule und Jugendhilfe
- Ausbildung von Moderatorinnen und Moderatoren

Mediation / Streitschlichtung

Mediation ist die Vermittlung in Streitfällen durch unparteiische Dritte und eine Methode der Konfliktbearbeitung, die die Konfliktparteien auch in schwierigen Streitfällen darin unterstützt, einvernehmliche Lösungen zu finden. Interessengegensätze, Probleme und Konflikte werden häufig unter Kindern und Jugendlichen erst in einer eskalierenden Phase, durch heftige und gewalttätige Konfliktaustragungen, wahrgenommen. Kinder und Jugendliche sind oft nicht vertraut mit der Mitwirkung bei Konflikt und Problemlösungen. Mediatorinnen und Mediatoren sollen die Konfliktparteien durch einen Klärungsprozess führen, der es den Kontrahentinnen und Kontrahenten ermöglicht, miteinander in ein konstruktives Gespräch zu kommen, einander zuzuhören, die eigenen Interessen und Gefühle zu erkennen und diejenigen der anderen Seite zu verstehen.

Mobbing in der Schule

Kinder, die plötzlich nicht mehr gern zur Schule gehen, sehr bedrückt oder völlig überdreht wirken, die über diffuses Unwohlsein klagen, kurz bevor sie das Haus verlassen, werden in der Schule möglicherweise ausgegrenzt oder gemobbt bzw. sind regelmäßig über einen längeren Zeitraum Hänseleien ausgesetzt. Mit dem Ziel, Schulsozialarbeiter/innen, Beratungslehrer/innen, interessierte Lehrkräfte, Schulleitungen aus Düsseldorf und Eltern für das Thema Mobbing zu sensibilisieren und Konzepte, praktische Hinweise sowie Anregungen zum Umgang mit Mobbing unter Schülern zu geben bietet die Fachstelle für Gewaltprävention regelmäßig zielgruppenspezifische Angebote an.

Konfliktlösungsstrategien in der Arbeit mit Mädchen

Die geschlechtsspezifische Konfliktbewältigung und Gewaltprävention berücksichtigt nach gender mainstream die Unterschiede der Geschlechter und zielt auf die Stärkung der

Persönlichkeit und des Selbstvertrauens, die Verbesserung des Kommunikationsverhaltens und der Sozialkompetenz, sowie die Erweiterung der körperlichen Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit bei Mädchen ab. Im Umgang mit Konflikten und gewaltbereiten Mädchen soll die professionelle Sicherheit von Pädagoginnen und deren Handlungskompetenz ausgebaut werden.

SALZ - Programm

SALZ ist das Akronym für "Soziales Ausbildungs- und Lernzentrum", umgangssprachlich auch "Trainingsraum" angelehnt an E.E.Ford.

Ein großer Teil der Aufmerksamkeit von Kindern, Jugendlichen und Lehrpersonen wird von Schülerinnen und Schülern gebunden, welche persönliche Konfliktsituationen in den Unterricht hineinragen und damit ein zielgerichtetes Arbeiten für alle anderen erheblich erschweren. Der "Trainingsraum" bietet ein Programm zur Lösung von Disziplinproblemen, um lernbereite Schülerinnen und Schüler zu schützen, um entspannter zu unterrichten und qualitativ guten Unterricht anzubieten. Den störenden Schülerinnen und Schülern wird Hilfe angeboten, die darauf ausgerichtet ist, ihr Sozialverhalten zu verbessern und soziale Schlüssel-Qualifikationen zu erwerben.

Projekte

FAUSTLOS - ein Curriculum zur Prävention von aggressivem und gewaltbareitem Verhalten bei Kindern im Vorschulalter und im Primarbereich

FAUSTLOS ist ein erfolgreich evaluiertes Curriculum zur Entwicklung pro-sozialer Verhaltensweisen. Über Übungen, Rollenspiele und die kognitive Auseinandersetzung zu Empathie, Impulskontrolle und dem Umgang mit Aggressionen sollen Kinder physisch aggressives Verhalten reduzieren und neutrales / pro-soziales Verhalten erlernen.

In Kooperation mit der Rheinischen Klinik Düsseldorf, Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und dem Förderverein für psychosomatische Medizin der Heinrich-Heine-Universität wird das Projekt seit Januar 2002 in 22 Grundschulen und 28 Kindertageseinrichtungen durchgeführt.

Düsseldorfer Präventionspreis

Der Kriminalpräventive Rat der Landeshauptstadt Düsseldorf unter Federführung der Fachgruppe "Gegen Gewalt an Schulen" beim Schulverwaltungsamt und die Fachstelle für Gewaltprävention würdigen alle zwei Jahre besondere, innovative Schulprojekte, die dem friedlichen Zusammenleben in der Schule und dem Stadtteil dienen und nachhaltige Strategien zur Förderung von Toleranz, Fairness und Solidarität entwickeln.

Die Projekte sollen nachhaltige präventive Wirkung und Akzeptanz in der Schule gefunden haben, Ursachen für gewalttätiges und ausgrenzendes Handeln analysieren und Lösungsstrategien für die konkrete Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen anbieten.

Kooperation und Vernetzung

Die Fachstelle für Gewaltprävention arbeitet auf kommunaler Ebene in den Fachgruppen des Kriminalpräventiven Rates der Landeshauptstadt Düsseldorf "Gegen Gewalt an Schulen" und "Integration" mit.

3.5. Düsseldorfer Modell der Bewegungs-, Sport- und Talentförderung

Clemens Bachmann, Knut Diehlmann

Ein Programm des Sportamtes der Landeshauptstadt Düsseldorf in Kooperation mit dem Gesundheitsamt, Jugendamt und Schulverwaltungsamt sowie dem Institut für Sportwissenschaft der Heinrich-Heine-Universität

Einleitung

Im amerikanischen und europäischen Lebensraum wird oft eine zunehmende Verschlechterung der motorischen Leistungen einhergehend mit einer starken Zunahme von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen beschrieben. Häufig wird dabei von neuen epidemiologischen Problemen und der Volkskrankheit Adipositas gesprochen. In der Tat sieht man sich auch in Deutschland und somit auch in Düsseldorf mit dieser Problematik konfrontiert, zumal hieraus eine Vielzahl von Folgeerkrankungen resultiert. Die Prognose vieler Wissenschaftler zum Gesundheitsstand der deutschen Bevölkerung in der Zukunft kann da schon erschrecken. Diese Problematik wurde vielerorts erkannt, es fand eine erhöhte Sensibilisierung zu dieser Thematik statt, wissenschaftliche Untersuchungen von verschiedenen Universitäten wurden unternommen und Präventions- und Therapiemodelle entworfen.

Zusammenfassung

Vorweggreifend kann an dieser Stelle bemerkt werden, dass in Düsseldorf über den Zeitraum von drei Jahren bisher noch keine Verschlechterung in Bezug auf Motorik und Gewicht festzustellen ist. Ein häufig in deutschen Medien publiziertes "Horrorszenario" von unbeweglichen und schwachen Kindern sowie der Epidemie Adipositas zeichnet sich demnach nicht so rasant ab. Betrachtet man diese Zahlen etwas genauer, stellt man fest, dass es nicht allgemein und für ganz Düsseldorf so schlecht aussieht, sondern insbesondere Problembereiche in sozial stark belasteten Wohnquartieren und bei Familien mit Migrationshintergrund zu finden sind.

Das Düsseldorfer Modell

Um auf die in der Einleitung beschriebene Problematik zu reagieren, aber auch aus anderen sportfachlichen Beweggründen, hat das Sportamt Düsseldorf im Jahr 2002 ein derart umfangreiches und komplexes Modell entwickelt, wie es in keiner anderen deutschen Großstadt zu finden ist. Mit dem "Düsseldorfer Modell der Bewegungs-, Sport- und Talentförderung" werden in unterschiedlichen Altersstufen verschiedene Maßnahmen zur adäquaten Förderung von Kindern und Jugendlichen ergriffen. Die Altersstufen lassen sich wie folgt einteilen:

2. Tab.: Maßnahmen (theoretisch) im Düsseldorfer Modell

Altersstufe	Ausgangsuntersuchung	Maßnahmen	Kontrollstufe
Kindergartenalter	keine	Bewegungsförderung	Schulneulingsuntersuchung
1.+2. Klasse	Schulneulingsuntersuchung	Bewegungsförderung Sportförderung	Check!
3.+4. Klasse	Check!	Bewegungsförderung Sportförderung Talentförderung	Re-Check
weiterführende Schule	Re-Check	Bewegungsförderung Sportförderung Talentförderung	Re-Check II

Wie der Name es bereits schon erahnen lässt, umfasst das Modell dabei Fördermaßnahmen für Kinder mit Defiziten, Schwächen und Gewichtsproblemen (Bewegungsförderung), Maßnahmen zur allgemeinen Sportförderung und die Förderung von sportmotorisch hochbegabten Kindern (Talentförderung).

Die Umsetzung dieses Modells lässt sich natürlich nur in einem Zusammenwirken verschiedener innerstädtischer Ämter, wie Gesundheitsamt, Jugendamt, Schulverwaltungsamt, Sportamt und weiterer Institutionen wie Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Stadt Sportbund, Bädergesellschaft und Verbänden realisieren.

Check! - allgemein

Etwas vertiefend muss an dieser Stelle der Check! vorgestellt werden, da dieser bisher im Düsseldorfer Modell eine zentrale Rolle einnimmt.

Mit Check! werden in Düsseldorf alle Zweitklässler sportmotorisch mit acht verschiedenen Testmodulen untersucht, weiterhin werden Daten zum Körperstatus erhoben. An dieser sportmotorischen Untersuchung nehmen alle 91 Grundschulen und die meisten Sonderschulen teil. Ausgewertet werden können nur die Daten von den Kindern, bei denen eine Einverständniserklärung vorliegt - die Einverständnisquote liegt bei ca 90 %. Seit dem Jahr 2003 konnte so in drei Vollerhebungen von Primärdaten von über 11.000 Kindern der zweiten Klassen Datensätze erhoben werden. Diese Daten werden auch in Beziehung zu soziokulturellen Angaben gestellt.

Check! dient dabei der wissenschaftlichen Datenerhebung als Basis für Fördermaßnahmen und der Evaluation der eingeleiteten Förderangebote.

Um eine umfangreiche Beratung der Familien und Kinder vornehmen zu können, werden über einen Kinderfragebogen verschiedene Informationen zu Sport und Freizeitverhalten erfragt.

3. Tab.: Check! Testmodule - Düsseldorfer Leistungen im Vergleich zu den Normwerten

Testmodul	Eigenschaft	Quelle	Normwerte	Düsseldorf
20 m Lauf	Schnelligkeit	AST nach Bös	Bundesweit	Schlechter
Zielwerfen	Koordination	AST nach Bös	Bundesweit	Gleich
Ball-Beine-Wand	Koordination	AST nach Bös	Bundesweit	Schlechter
Hindernislauf	Koordination Schnelligkeit	AST nach Bös	Bundesweit	Gleich
Medizinballstoßen	Kraft Koordination	AST nach Bös	Bundesweit	Gleich
Sit-ups	Kraft	KAT-S nach Bös	Bundesweit	Besser
Rumpftiefbeuge	Beweglichkeit	KAT-S nach Bös	Bundesweit	Besser
6 min-Lauf	Ausdauer	AST nach Bös	Bundesweit	Schlechter

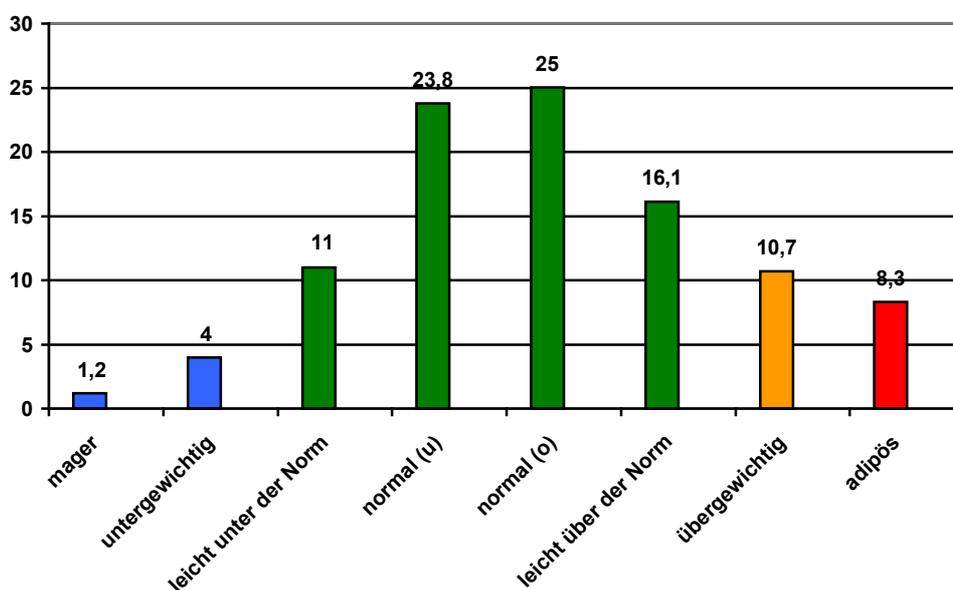
Check! - Untersuchungsergebnisse

Die Untersuchungen zeigen, dass tatsächlich die motorischen Leistungen der Düsseldorfer Kinder negativ abweichend von den zugrundeliegenden Normwerten sind. Statt 7 % (Normwert) sportlich hochbegabter Kinder (Note 1) erreichen diese Leistung nur ca 3 % der Düsseldorfer Zweitklässler und statt 7% (Normwert) bewegungsschwacher Kinder liegt die Anzahl hier bei ca 11%. Auch hinsichtlich der Frage nach Übergewicht und Adipositas zeigt "Düsseldorf" etwas schlechtere Ergebnisse. Immerhin sind ca 11% der Kinder übergewichtig und weitere 8 % adipös. Hier wäre die Hälfte dieser Prozentzahlen wünschenswert.

4. Tab.: Motorische Leistungen nach Noten; Absolutzahlen (Prozentzahlen)

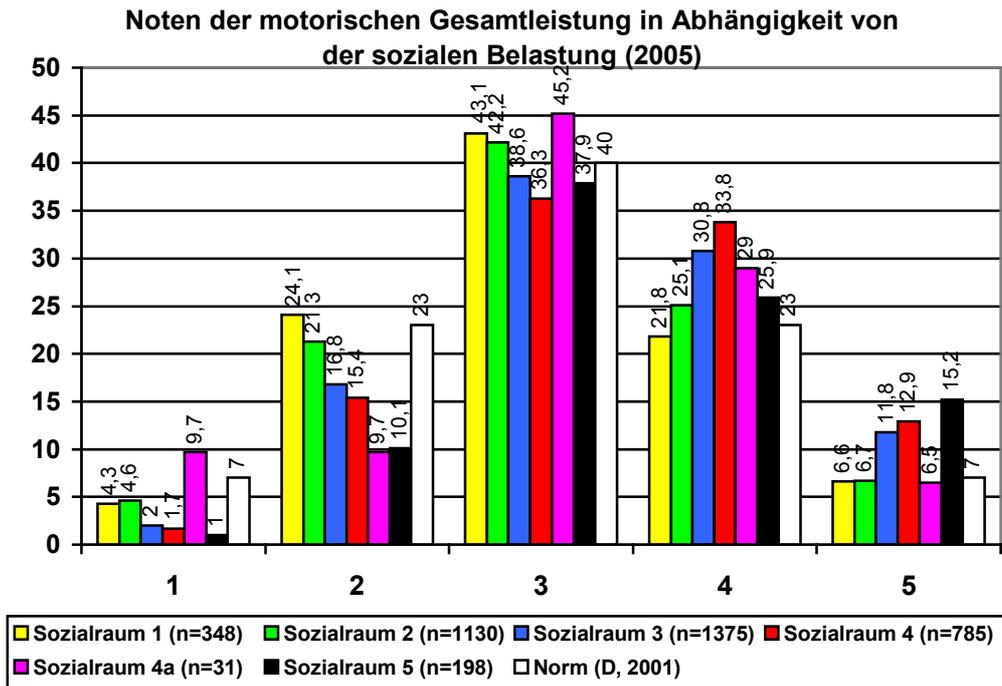
Jahr/Note	1	2	3	4	5	Gesamt
2003	90 (2,5)	640 (17,6)	1339 (36,8)	1093 (30,1)	472 (13,0)	3634
2004	149 (4,2)	722 (20,2)	1414 (39,6)	955 (26,8)	328 (9,2)	3568
2005	120 (3,0)	716 (18,0)	1577 (39,6)	1161 (29,2)	408 (10,2)	3982
Gesamt	359 (3,2)	2078 (18,6)	4330 (38,7)	3209 (28,7)	1208 (10,8)	11184
Normwert	7 %	23 %	40 %	23 %	7 %	

Anteile der BMI-Bewertung (2003-2005; n=11075)

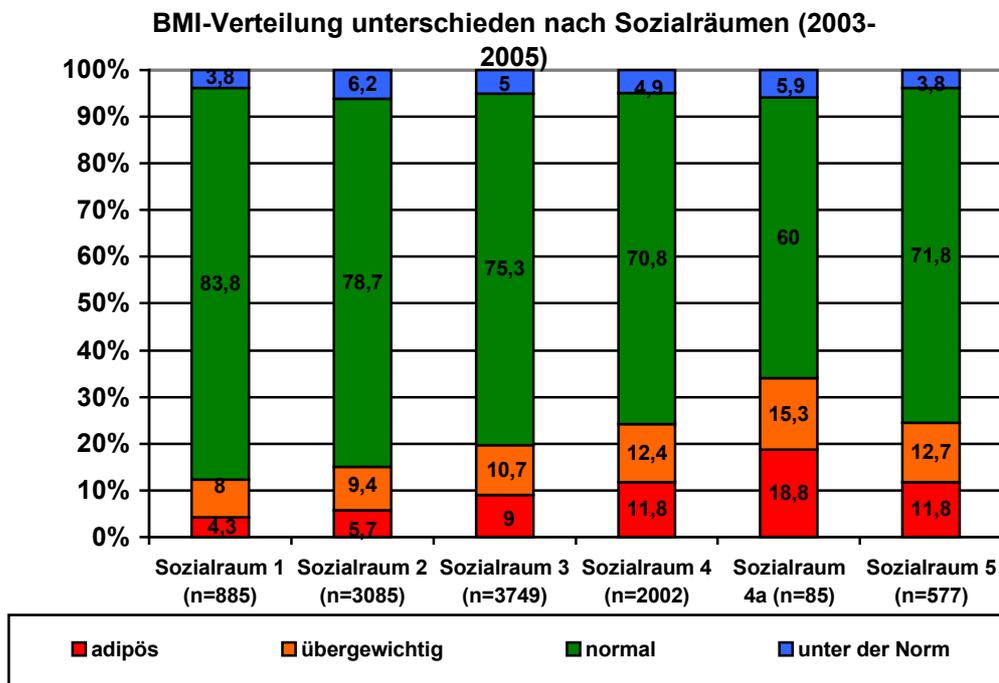


4. Abb.: Gewichtsstatus

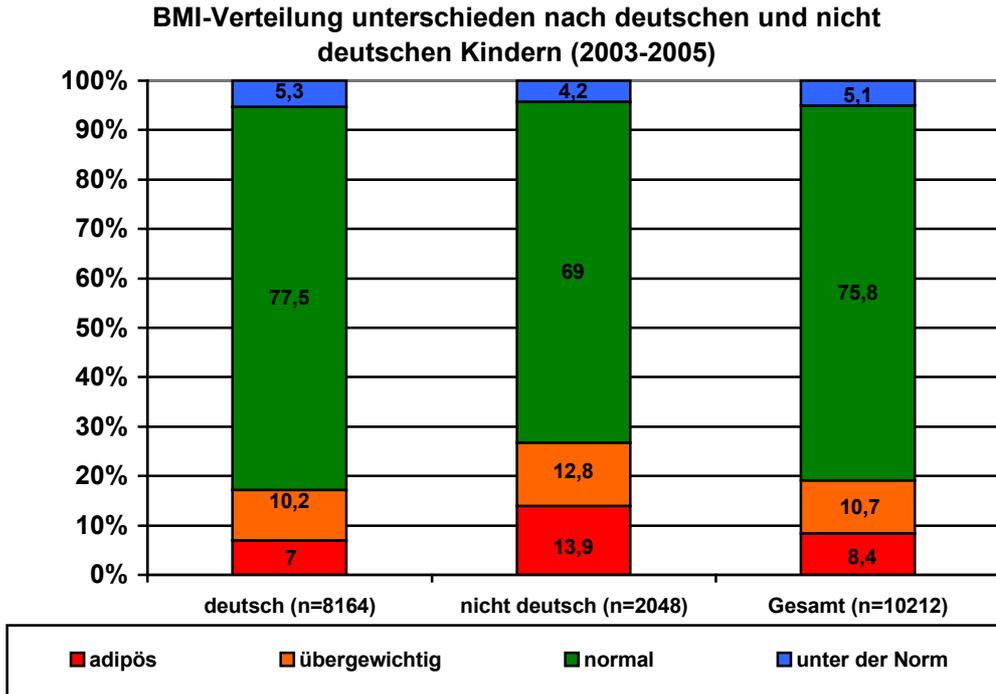
Laut sozialräumlicher Gliederung leben etwas mehr als 1/3 der getesteten Kinder in Sozialräumen mit geringer bzw. sehr geringer Belastung. Ebenfalls knapp mehr als 1/3 leben im sozialen Umfeld mit mittlerer Belastung und gut 1/4 der Kinder wohnen in hoch bis sehr hoch belastenden Sozialräumen. Die Kinder aus den gut gestellten Sozialräumen zeigen beim Check bessere Leistungen als die deutsche Norm, die Kinder aus der "Mittelschicht" entsprechen der Norm, dramatisch negativ von der Norm abweichende Ergebnisse zeigen dann allerdings die Kinder aus den "sozialen Brennpunkten". In Bezug auf den Gewichtsstatus können wir ein ähnliches Ergebnis erkennen. Das Übergewicht und die Adipositas tritt in Düsseldorf dabei auffällig verstärkt bei Kindern nichtdeutscher Herkunft auf. Die deutschen Kinder zeigen verglichen mit den Gesamtwerten in Düsseldorf (11% übergewichtig, 8 % adipös) etwas bessere Ergebnisse (10% und 7%) und verglichen mit den nichtdeutschen Kindern signifikant bessere Ergebnisse (13% und 14%). Wie auch andere deutsche Studien belegen (u.a. Universität Kiel), sind in Bezug auf Übergewicht und Adipositas die in Deutschland lebenden Kinder türkischer (15% und 17%) und griechischer (12% und 19%) Herkunft sowie Kinder, deren Migrationshintergrund im ehemaligen Jugoslawien (10% und 17%) zu finden ist, am deutlichsten vertreten.



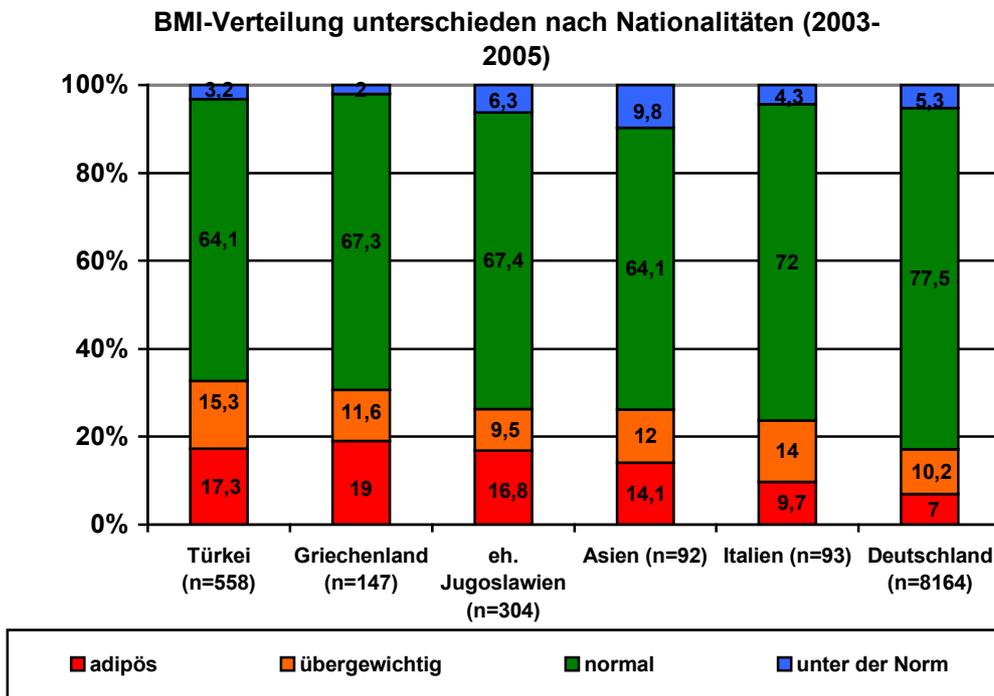
5. Abb.: Motorische Leistung in Abhängigkeit von sozialer Belastung



6. Abb.: Gewichtsstatus in Abhängigkeit von sozialer Belastung



7. Abb.: BMI-Verteilung unterschieden nach deutschen und nicht deutschen Kindern

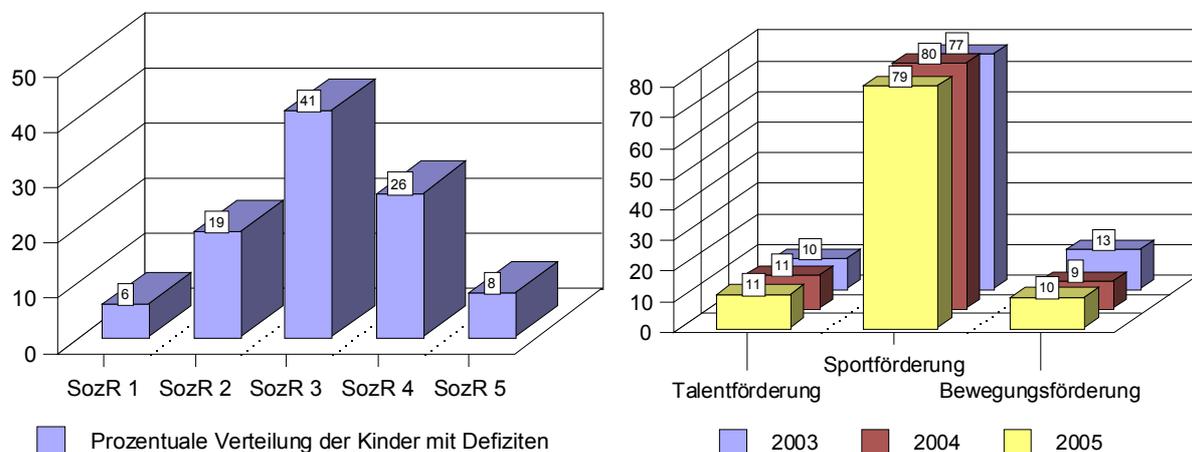


8. Abb.: BMI-Verteilung unterschieden nach verschiedenen Nationalitäten

Check! - Fördermaßnahmen

Dennoch zeigen uns die Ergebnisse einen deutlichen Handlungsbedarf auf, dem die Stadt Düsseldorf mit verschiedenen praktischen Folgen gerecht wird. Anhand der Ergebnisse bekommen alle Kinder eine individuelle Auswertung und Empfehlungen schriftlich mitgeteilt. Die Eltern können sich darüber hinaus anschließend

beraten lassen. Bewegungsschwachen Kindern werden darüber hinaus nach einer Bedarfsanalyse an auserwählten Schulen Bewegungsfördergruppen von speziell qualifiziertem Personal angeboten. Diese Förderkurse erstrecken sich über ein ganzes Schuljahr und sind in dieser Zeit für die Familien kostenfrei, mit dem Ziel, die Anbindung an Sport und Bewegung zu erreichen. Unter Berücksichtigung der sozialräumlichen Gliederung, aber auch abhängig von anderen Faktoren, wurden und werden eine Vielzahl von Fördergruppen bereits durchgeführt. Interessante Faktoren sind hierbei die Verteilung von Förderangeboten im gesamten Stadtgebiet (Stadtteil-Verteilung), da nicht außer Acht gelassen werden darf, dass zwar in sozial belasteten Wohnquartieren prozentual die Zahl der Kinder mit Defiziten besonders hoch ist, in Absolutzahlen ausgedrückt aber auch durchaus in allen Sozialräumen ein Bedarf erkennbar ist. Über 40 % der Kinder mit motorischen Schwächen leben allein im Sozialraum 3, also Wohnquartieren mit mittlerer Belastung. Ein weiterer Aspekt ist der Förderbedarf an den Schulen, hier gibt es Unterschiede von Schulen mit fast 40 % "Defizit-Kindern", und Schulen an denen nicht ein Kind mit motorischen Auffälligkeiten beobachtet werden konnte. Auch die Gesamtschülerzahlen der Schulen sind zu berücksichtigen und die bereits vorhandenen Angebote. Auch kann bei der Auswahl berücksichtigt werden, ob die Schulen "Offene Ganztagschulen" sind und schon Förderkurse vorhalten.



9. Abb: Verteilung der Kinder mit Defiziten nach verschiedenen Sozialräumen

10. Abb: Anteil (in Prozent) der Förderungen, die den Kindern angeboten wurden

Im Rahmen des Breiten- und Freizeitsports werden alle Kinder mit ihren Familien zu der Sportmesse "Kids in action" eingeladen. Hier kann die Vielfalt der Düsseldorfer Sportlandschaft aktiv erlebt und Informationen rund um den Sport gewonnen werden. "Sport und Bewegung" ist als eine der wichtigsten Präventions- und Gesundheitsfördermaßnahmen in Bezug auf Adipositas und Bewegungsmangel anzusehen. Ziel von "Kids in action" ist es, bei den Kindern mit vielen neuen altersgerechten Angeboten eine Sport- und Bewegungsbegeisterung zu wecken und so gesundheitsfördernd zu arbeiten. Die sportbegabtesten Kinder werden zu der Düsseldorfer Talentiade eingeladen, mit dem Ziel, die Talente der Kinder bestmöglich zu fördern und die Kinder auf ihrem weiteren sportlichen Weg zu begleiten.

5. Tabelle 4 Bisherige Folgemaßnahmen aus den Ergebnissen von Check

Folge maßnahme	Eingeladene Kinder	Teilnahme circa	Zielgruppe	Zielgruppe
Talentiade 2003 7 auserwählte Sportarten	352	60 %	Leistungs sport	Sportbegabte Kinder
Talentiade 2004 9 auserwählte Sportarten	395	60 %	Leistungs sport	Sportbegabte Kinder

Talentiade 2005 10 auserwählte Sportarten	446	60 %	Leistungs- sport	Sportbegabte Kinder
Sportmesse "Kids in action" 2005	3982	20 %	Breitensport- bereich	alle "Check- Kinder"
Bewegungstag "Kids in action" 2003	472	20 %	Gesundheits- sport	Kinder mit Defiziten
Bewegungsfördergruppen 2004	328	50 %	Gesundheits- sport	Kinder mit Defiziten
Bewegungsfördergruppen 2005	408	im Aufbau	Gesundheits- sport	Kinder mit Defiziten

Im Schuljahr 2005/ 2006 werden alle Schülerinnen und Schüler, die im Schuljahr 2002/2003 mit Check getestet wurden, nochmal mit dem gleichen sportmotorischen Test untersucht (Re-Check), auch hier wird der Gewichtstatus ermittelt. Mit Hilfe eines Fragebogens werden dann Fördermaßnahmen für die Schüler der weiterführenden Schule aufgebaut. Der Re-Check dient dabei auch der "Evaluation" der bisherigen Schritte, die im Düsseldorfer Modell gegangen wurden.

Fazit

Verschiedene Fördermaßnahmen wurden aufgrund der erhobenen Datenlage aufgebaut und den Kindern, die mit Check untersucht wurden, angeboten. In Bezug auf die motorische Förderung geht Düsseldorf hier bereits einen guten Weg, ausbaufähig ist dabei noch die Angebotssituation für übergewichtige und adipöse Kinder. Hier erscheint es sinnvoll, interdisziplinäre Fördermaßnahmen zu schaffen, die die Bereiche Bewegung, Ernährung, Beratung (psychologisch, pädagogisch) und kinderärztliche Versorgung umspannen. Bei allen Versorgungsfragen für Kinder mit Gewichtsproblemen, darf die Gruppe der untergewichtigen Kinder nicht vernachlässigt werden, gerade hier erscheinen interdisziplinäre Maßnahmen indiziert. Mit Fortbildungsangeboten für Erzieherinnen und Erzieher wurde aus Sicht des Sportamtes ein Anfang im Bereich der Gesundheitsförderung im Kindergartenalter gemacht, sicherlich sollte es ein Ziel sein, diese Arbeit fortzuschreiben und auszubauen. Für die Zukunft stehen nach dem Re-Check Folgemaßnahmen für die Kinder der weiterführenden Schulen an.

3.6. Entwicklungen der Tageseinrichtungen für Kinder in Düsseldorf

Klaus Kaselofsky

Planung des Jugendamtes der Landeshauptstadt Düsseldorf

Haus des Kindes

In der Landeshauptstadt Düsseldorf gibt es einige Ansätze zur Weiterentwicklung der Tageseinrichtungen für Kinder, die auf eine Ausweitung der Leistungen in den Tageseinrichtungen für Kinder durch eine bessere Vernetzung der Angebote abzielen. In den Tageseinrichtungen für Kinder werden zukünftig die Aufgaben nach dem GTK stärker mit den Angeboten der Jugendhilfe und der Familienbildung verzahnt. Das zukunftsorientierte Modell „Haus des Kindes“ bietet umfassende Hilfen und Angebote aus einer Hand. Dabei wird auf die Kooperation und Vernetzung im Sozialraum besonderer Wert gelegt. Die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Institutionen ermöglicht, dass eine breitere Palette von Hilfsangeboten zur Verfügung gestellt werden kann. Außerdem bietet es eine differenzierte Angebotsstruktur für die verschiedenen Altersgruppen in den unterschiedlichen Gruppenformen. Von Vorteil ist dabei, dass sich die Kindertagesstätten im Wohnumfeld der Kinder, die sie besuchen, befinden. Dadurch lässt sich im besonderen Maße die Arbeit an der Lebenswelt der Kinder ausrichten.

Familienzentren

In diesem Zusammenhang ist auch auf das Konzept der Familienzentren hinzuweisen, die von der Landesregierung entwickelt wurden. Danach sollen die Tageseinrichtungen für Kinder zu einem Knotenpunkt in einem Netzwerk werden, das Familien umfassend unterstützt. Familienzentren sollen einen klaren Bildungsauftrag erhalten, zu Vermittlungsagenturen für Tagesmütter und –väter werden und zu Zentren vorschulischer Sprachförderung. Sie sollen Beratung und Hilfe für Familien bündeln. Der Ansatz ist auch hier die ganzheitliche Förderung und Unterstützung der Familien. Die Umsetzungsphase beginnt im Mai 2006. Bis März können sich Tageseinrichtungen für Kinder als Pilotenrichtungen bewerben.

Bildungsoffensive III

Eng verbunden mit dem Konzept des „Haus des Kindes“ ist die Bildungsoffensive III. Nach einem Beschluss des Rates der Landeshauptstadt Düsseldorf soll damit das Ziel eines ganzheitlichen Bildungsangebotes erweitert und vertieft werden, das sich stärker an der Vorbeugung als an der Intervention orientiert. Die Bildungsoffensive III soll die Angebote von Beratungsstellen und Familienbildungswerken sowie die Bereiche von Kultur, Kunst, Musik und Sport umfassen. Die Leistungen der Sprachförderung, der Förderung besonders begabter Kinder, der Bewegungserziehung, der gemeinwesenorientierten Stadtteilangebote, der Familienförderung und –bildung sowie die Hilfen von Erziehungsberatung und Schulpsychologie, von Freizeit-, Kultur- und Sporteinrichtungen sollen lebensweltorientiert vernetzt und aufeinander abgestimmt werden. Das Ziel der Vernetzung ist, dass frühe Hilfen und Präventionsmaßnahmen sinnvoll durchgeführt werden und dass Kinder mit Fehlentwicklungen und Störungen, ihre Eltern bzw. Familien mit besonderen Belastungen passgenaue Hilfen erhalten können. Ein weiteres Ziel der Vernetzung von Tageseinrichtungen für Kinder mit anderen Diensten und Einrichtungen ist die Erweiterung der Kenntnisse von Eltern über Hilfsangebote für Kinder und Familien über die Fachkräfte oder durch die Kooperationspartner. Im Rahmen der Bildungsoffensive III besteht die Absicht, die Leistungen und Angebote verbindlich zu vernetzen und die Maßnahmen aller Träger aufeinander abzustimmen. Unter Berücksichtigung der sozialräumlichen Aspekte, dem institutionellen Umfeld und den bereits existierenden Ressourcen (Stadtbezirksteams) und Kooperationspartnern soll weiter an der Struktur dieses Netzwerkes gearbeitet werden. Durch strukturelle und personenbezogene Handlungskonzepte soll die Zusammenarbeit qualifiziert werden. Im Elementarbereich wichtige Maßnahmen wären:

- verbesserte Möglichkeiten der Früherkennung
- die frühzeitige Inanspruchnahme der Hilfen
- eine bessere Nutzung der vorhandenen Angebote
- Qualifizierung und Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen im Kindertagesstättenbereich

Die Weiterentwicklung soll sich anhand der sozialräumlichen Gliederung ausrichten und sozial belastete Gebiete mit besonderen Förderangeboten berücksichtigen. Die Umsetzung und Ausdifferenzierung der Konzeption soll projektbezogen in ausgewählten Sozialräumen erfolgen. Hierbei sollen die jeweiligen sozialräumlichen Bedingungen berücksichtigt werden, d.h. es werden insbesondere die Belastungsfaktoren und besonderen Merkmale aus der jeweiligen Sozialraumanalyse einbezogen. Für die Erprobung der Vernetzung werden drei verschiedene Regionen ausgewählt:

- Stadtbezirk 1 als urbanes Zentrum mit den Stadtteilen: Altstadt und Karlstadt, Stadtmitte, Pempelfort und Derendorf, Golzheim
- Stadtteil Wersten – Sozialraum Wersten Südost
- Stadtteil Garath

4. Empfehlungen und Perspektiven

Dr. Michael Schäfer

Unter Berücksichtigung der Frage nach einem weiteren Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen können im Ergebnis nachfolgende Empfehlungen und Perspektiven insgesamt sechs thematischen Bereichen zugeordnet werden:

4.1. Inhalte

Von zentraler inhaltlicher Bedeutung für die Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder von 0-6 Jahren sollten sein:

- die Unterstützung von Selbstwirksamkeit und Sozialkompetenz
- die Förderung von Mitsprache und Selbstbestimmung
- die Entwicklung von lebensweltorientierten Ansätzen
- die Förderung von Bewegung/Bewegungsfreude und Körpergefühl
- die Steigerung der sprachlichen Kompetenz
- die Verbesserung im Bereich der Ernährung

Alle Praxisansätze sollten die unterschiedlichen Lebenswelten von Kindern berücksichtigen, insbesondere sollten kulturspezifische und von der sozialen Schicht abhängige Gesundheitskonzepte von Kindern und deren Eltern bekannt sein und angemessen berücksichtigt werden (z.B. Ernährung).

Konzepte der Gesundheitsförderung sollten nicht nur verhaltensbezogene sondern auch verhältnisbezogene Ansätze beinhalten.

4.2. Rahmenbedingungen

Die Anbieter sollten befähigt sein, eine persönliche gesundheitsfördernde Haltung zu praktizieren. Sie dienen damit als Vorbild für die Kinder und deren Eltern.

Der strukturelle Rahmen für Gesundheitsförderung und Prävention sollte gesichert sein. Wichtig ist die Sicherung der Kontinuität von Maßnahmen und Beteiligten.

4.3. Netzwerk

Gesundheitsförderung bedarf des Aufbaus und lebt von Partnerschaften. An erster Stelle steht die Partnerschaft mit den Eltern. Hinzu kommen sollte multidisziplinäre und intersektorale Zusammenarbeit.

Die Netzwerkbildung sollte auf allen Ebenen unterstützt werden: in primären sozialen Netzwerken, z.B. in der Familie und Nachbarschaft, in sekundären Netzwerken in Form von Selbsthilfegruppen, Initiativen und Vereinen und in tertiären Netzwerken, d.h. in der Kooperation und Koordination professioneller Anbieter im Gesundheitswesen.

4.4. Kommunikation

Lokale Foren im Bereich Gesundheitsförderung sollten aufgebaut werden, in denen die Modelle guter Praxis, bewährte Methoden und Erfahrungen mit den Zielgruppen ausgetauscht werden.

Die Vorgehensweisen erfolgreicher Interventionen sollten transparent gemacht werden. Hierzu bedarf es der Öffentlichkeitswirksamkeit und der Öffentlichkeitsarbeit.

4.5. Kompetenz/Qualifizierung

Fortbildungen sollten gesundheitsfördernde Kompetenzen vermitteln und auf Selbstbestimmung, Befähigung und Partizipation hin ausgerichtet sein.

Wissen sollte praxisorientiert vermittelt werden und zur Planung und Durchführung konkreter Maßnahmen/Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention anleiten.

Besonders Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrerinnen und Lehrer sind eine wichtige Zielgruppe für Schulungen, da sie am häufigsten an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention beteiligt sind.

4.6. Transparenz/Qualitätssicherung

Das vielschichtige Angebot an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ist transparent zu machen und kontinuierlich zu verbessern.

Die gesundheitsfördernde und präventive Arbeit muss von der Zielsetzung bis zur Zielerreichung einschließlich einer Bewertung (Evaluation) dokumentiert werden. Dabei ist eine praxisnahe Bewertung aller Projekte anzustreben.

Qualitätsstandards und Indikatoren sollten für praxisnahe Konzepte, die Arbeit mit unterschiedlichen Zielgruppen, Modelle guter Praxis und die praxisorientierte Bewertung von Maßnahmen lokal entwickelt und vorgehalten werden.

Die Dokumentation und Bewertung der Programme sollte etabliert und abrufbar werden.

Eine Umsetzung der vorgenannten Empfehlungen kann nur mit Hilfe eines routinemäßigen Berichterstattungssystems zur Darstellung dieser Maßnahmen erfolgen.

Viele Interventionen sind kaum bekannt und nur sehr wenige, wie z.B. die zahnärztliche Gruppenprophylaxe und die logopädischen Untersuchungen, werden systematisch bewertet. Dies macht es schwierig, aus bereits gemachten Praxiserfahrungen zu lernen.

Unverzichtbar ist, dass jede Intervention mit einer Bewertung (Evaluation) und anschließender Dokumentation verknüpft und in einem Berichterstattungssystem erfasst wird.

In der freien Formulierung zur Frage des Bedarfes an weiteren Maßnahmen brachte es eine Institution auf den Punkt:

"Benötigt wird eine zentrale Beratungsstelle, die mit Wissen und Können die Mitarbeiter und Eltern aus den verschiedensten Düsseldorfer Einrichtungen schult, berät und Ideen zur Kombination von z.B. Sport und Ernährung etc. weitergibt..."

5. Fazit

Dr. Michael Schäfer

Das Angebot an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Vorbeugung in Düsseldorf für Kinder von 0 - 6 Jahre ist vielfältig und umfassend.

Dabei entsprechen die Schwerpunkte der Maßnahmen (Motorik/Bewegung, Sprache, Ernährung, Zahngesundheit, Unfallverhütung) den in der Schuleingangsuntersuchung festgestellten Defiziten der Kinder. Als Ort der Gesundheitsförderung und Prävention muss neben der Familie der Kindergarten angesehen werden.

Die vorgehaltenen Maßnahmen werden jedoch von den Einrichtungen als nicht ausreichend eingeschätzt. Sinnvoll wäre eine Angebotsverdichtung und -verbreiterung bereits bestehender Konzepte. Außerdem sollten mehr Maßnahmen zielgruppenorientiert angeboten werden. Eine Zieldefinition, -überprüfung und Dokumentation ist für die Beurteilung der Maßnahmen und deren Weiterentwicklung unerlässlich.

Zusätzlich wäre eine Ausweitung der konzeptionellen Ausrichtung der Maßnahmen von eher krankheitsvorbeugenden zu mehr gesundheitsfördernden anzuraten. Hierbei sind vor allem Befähigung, Vernetzung und Mitsprache wichtige Ansatzpunkte. Dabei sind die o.g. Empfehlungen und Perspektiven zu Grunde zu legen.

Eine systematische Koordination der Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention fehlt (zuständig für Beratung/Berichterstattung/Wissenstransfer/Transparenz/Fortbildungen/Kooperationen).

6. Handlungsempfehlung

Dr. Michael Schäfer

Aufbau einer stärkeren Vernetzung der Prävention und Gesundheitsförderung in Düsseldorf, die die Düsseldorfer Akteure in diesem Bereich unterstützt. Alle Angebote und Maßnahmen sollten nach definierten Kriterien routinemäßig dokumentiert werden. Es sollen Fachinformationen und Expertenwissen vermittelt werden sowie die Kommunikation der Akteure untereinander organisiert werden. Darüber hinaus müssten Informationsveranstaltungen angeboten, Fortbildungen organisiert und Standards für eine hohe Qualität gesundheitsförderlicher Maßnahmen erarbeitet werden.

7. Ansprechpartner

Zukunft für Kinder in Düsseldorf

Wilhelm Pöllen
Landeshauptstadt Düsseldorf
Gesundheitsamt
53/5 Gesundheitshilfe und Rehabilitation
Abteilungsleitung
Telefon 0211.89-9 51 83

Peter Lukasczyk
Landeshauptstadt Düsseldorf
Jugendamt
51/5 Soziale Dienste
Abteilungsleitung
Telefon 0211.89-9 52 50
Telefax 0211.89-2 93 70

FuN Projekt – Familie und Nachbarschaft

Markus Lüke
Landeshauptstadt Düsseldorf
Jugendamt
51/5 Soziale Dienste
Bezirkssozialdienst
Telefon 0211.89-2 51 37
Telefax 0211.89-3 18 42

Bezirk 23 -Bilk
Ulrike Beckmann Telefon 0211.89-9 47 69
Eveline Köbis Telefon 0211.89-9 25 88

Bezirk 26 - Rath
Ingrid Boss Telefon 0211.89-9 30 27

Kooperationspartner
Evangelische Familienbildung – efa
Hohenzollernstraße 24
40211 Düsseldorf
Telefon 0211.600282-0
Telefax 0211.600282-28

Bezirk 29 – Benrath/Holthausen/Wersten
Isabel Schmidt Telefon 0211.89-9 44 51
Bärbel Schrock Telefon 0211.89-9 44 49

Bezirk 210 – Garath
Reinhilde Küster Telefon 0211.89-9 75 08

Kindertagesstätten/Grundschulen

Aktion Zahngesundheit

Dr. Michael Schäfer
Landeshauptstadt Düsseldorf
Gesundheitsamt
53/3 Prävention und Gesundheitsförderung: Schwerpunkt Kinder und Jugendliche
Abteilungsleitung
Telefon 0211.89-9 26 41

Fachstelle für Gewaltprävention

Ute Stratmann
Landeshauptstadt Düsseldorf
Schulverwaltungsamt
40/Fachstelle Gewaltprävention
Telefon 0211.89-9 38 63
Telefax 0211.89-3 38 63

Martina Kampf-Kiefer
Landeshauptstadt Düsseldorf
Jugendamt
51/2 Fachstelle Gewaltprävention
Telefon 0211.89-9 51 05
Telefax 0211.89-3 51 05

Düsseldorfer Modell der Bewegungs-, Sport- und Talentförderung

Clemens Bachmann
Landeshauptstadt Düsseldorf
Sportamt
52/3 Sportfachabteilung
Telefon 0211.89-9 50 33
Telefax 0211.89-3 17 33

Knut Diehlmann
Landeshauptstadt Düsseldorf
Sportamt
52/3 Sportfachabteilung
Telefon 0211.89-9 50 25
Telefax 0211.89-3 50 25

Abteilung Tageseinrichtungen für Kinder des Jugendamtes

Klaus Kaselofsky
Landeshauptstadt Düsseldorf
Jugendamt
51/2 Kindertageseinrichtungen
Abteilungsleitung
Telefon 0211. 89-9 51 34
Telefax 0211. 89-3 51 34

Gesundheitsberichterstattung

Regina Behrendt
Landeshauptstadt Düsseldorf
Gesundheitsamt
53/14 Ortsnahe Koordinierung
Telefon 0211.89-9 60 22
Telefax 0211.89-2 93 84

Herausgegeben von der
Landeshauptstadt Düsseldorf
Der Oberbürgermeister
Gesundheitsamt

Verantwortlich
Prof. (BG) Dr. med. H. Schneitler

Redaktion Regina Behrendt

Gestaltung
Titel: Klemens Lummer

Druck
Stadt-Druckerei

II/06-200.
www.duesseldorf.de

Februar 2006