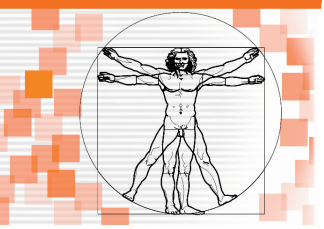
Rhein-Erft-Kreis

Gesundheits-
amt



Gesundheitsberichterstattung

• Kinder und Jugendliche

Vom Knacks zur Barriere?
- Entwicklungsauffälligkeiten

Modul 3:
Hilfen für entwicklungsauffällige Kinder
im Rhein-Erft-Kreis

• www.rhein-erft-kreis.de

Bildnachweis

Luftbildaufnahme Titel:
Frank Graes
Bewegungskindergarten Titel:
Petra Bremke

Impressum

Der Landrat des Rhein-Erft-Kreises, Gesundheitsamt, Gesundheitsberichterstattung
Bericht: Dr. Susanne Soppart-Liese, susanne.soppart@rhein-erft-kreis.de
Gestaltung: Christian Gellhaus

2. korr. Auflage, Bergheim 2006

Vom Knacks zur Barriere?-Entwicklungsauffälligkeiten Hilfen für entwicklungsauffällige Kinder im Rhein-Erft-Kreis Gesundheitsberichterstattung für Kinder, Modul 3

1. Einleitung und Zusammenfassung

I. Gesundheitsberichterstattung für Kinder - Familien- und Kinderfreundlichkeit als Gestaltung des demographischen Wandels (SOPPART-LIESE)

II. Struktur des Berichtes

III. Zusammenfassungen der einzelnen Kapitel

IV. Weiterführende Anregungen (nicht nur) für Fachleute

2. Bereiche der Entwicklungsstörungen

2.1 Hören, Sehen (STOCK)
2.2 Motorik und Koordination (RÖHRL-KÖPPEN)
2.3 Sprache (GÜLERYÜS, KLATT, RÖHRLl-KÖPPEN)
2.4 Wahrnehmung und Konzentration (NETTERSHEIM)
2.5 Psychosoziale Entwicklung und Verhalten (MOOS)
2.6 Ernährung und Koordination (SOPPART-LIESE)
2.7 Behinderungen (SOPPART-LIESE,STOCK)
2.8 AIDS und Kinder (PELZER)

3. Screening und Prävention

3.1 Beratungsstellen für Schwangerschaft, Familienplanung und Sexualität (LÜBBERT)
3.2 Schwangerenvorsorge (SOPPART-LIESE)
3.3 Pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen (MOOS)
3.4 Kindergartenuntersuchungen (RÖHRL-KÖPPEN)
3.5 Schuleingangsuntersuchungen (RÖHRL-KÖPPEN)
3.6 Untersuchungen im 4. Schuljahr (MOOS)
3.7 Untersuchung der Schulabgänger, Hauptschule (MOOS)
3.8 Sonderpädagogischer Förderbedarf
- 3.8.1 Untersuchung zum sonderpädagogischen Förderbedarf (MOOS)
- 3.8.2 Situation der Förderschulen im Rhein-Erft-Kreis (LUCKFIEL)
- 3.8.3 Exemplarisch: Förderschule in Pulheim (LINDBERG-PORTIG)

4. Weitere Abklärung - Spezialisierte Diagnose- und Versorgungseinrichtungen

4.1 Fachärzte(SOPPART-LIESE, STOCK)
4.2 Niedergelassene Kinderpsychiater und Kinderpsychotherapeuten (SOPPART-LIESE, STOCK)
4.3 Sozialpädiatrisches Zentrum Rhein-Erft-Kreis (LÜDICKE)
4.4 Schulpsychologischer Dienst und Hochbegabung (ZECH)
4.5 Erziehungsberatung (SOPPART-LIESE)

5. Fördermöglichkeiten

5.1 Mutter-Kind-Stiftung (SOPPART-LIESE)

5.2 Frühförderzentrum des Rhein-Erft-Kreises (KAMPS-WANNEGAT)

5.3 Heilpädagogische Kindertagesstätten, Integrative Einrichtungen (RÖHRL-KÖPPEN)

5.4 Nicht-Medizinische ambulante Versorgungsstruktur (SOPPART-LIESE)
- 5.4.1 Psychologische Psychotherapie
- 5.4.2 Logopädie
- 5.4.3 Ergotherapie (FISCHER)

5.5 Fördermöglichkeiten im Rahmen der Jugendhilfe
- 5.5.1 Kommunale Trägerschaft - Jugendamt (LIINDBERG-PORTIG)
- 5.5.2 Ambulante Erziehungshilfe - Wohlfahrtsverband (ZEPP)

5.6 Behinderte Kinder und Jugendliche - Hilfen im Gesundheitsamt und Sozialamt
- 5.6.1 Behindertenberatung im Gesundheitsamt(TUCHSCHERER)
- 5.6.2 Sprechstunde des Jugendärztlichen Dienstes (STOCK)
- 5.6.3 Eingliederungshilfe des Rhein-Erft-Kreises (SOPPART-LIESE)

6. Beispielhafte Aktivitäten bei Kindertagesstätten im Rhein-Erft-Kreis

6.1 Spielstube, Kindertagesstätte, Hort - Stadt Hürth (TITZ)

6.2 AWO-Kindertagesstätten als Orte und Teile eines Sozialen Frühwarnsystems (DREINER-TÖNNES)

6.3 Bewegte Kindertagesstätte - Stadt Kerpen (BREMKE)

7. Beispielhafte Aktivitäten im Rhein-Erft-Kreis - Sportverein, Schulsozialarbeit, Lebenshilfe, Kinderschutzbund, Betreuungsverein und Netzwerkarbeit

7.1 Gesundheitsorientierter Sportverein - Elsdorf (SCHNITZLER)

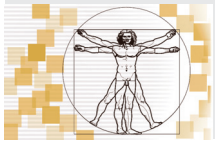
7.2 Schulsozialarbeit/ Mobile Jugendarbeit - Bedburg ((MAMIER)

7.3 Lebenshilfe im Rhein-Erft-Kreis (WEHLING)

7.4 Kinderschutzbund Rhein-Erft-Kreis (KÖNIGSFELD)

7.5 Perspektive - Betreuungsverein für Behinderte (NASE)

7.6 Psychosozialer Arbeitskreis Kinder, Jugendliche und Familien (LÜDICKE)



8. Listen zur fachärztlichen und nicht-ärztlichen Versorgung

8.1 KinderärztInnen
8.2 HNO-ÄrztInnen
8.3 AugenärztInnen
8.4 Niedergelassene Kinderpsychiater und Kinderpsychotherapeuten im Rhein-Erft-Kreis nach Gemeinden
8.5 Stationäre Einrichtungen, Kinderkliniken
8.6 Kinder- und Jugendpsychiatrische Einrichtungen in NRW
8.7 Sozialpädiatrische Zentren
8.8 Erziehungsberatungsstellen im Rhein-Erft-Kreis
8.9 Psychologische Psychotherapie im Rhein-Erft-Kreis
8.10 Logopädie im Rhein-Erft-Kreis
8.11 Ergotherapie im Rhein-Erft-Kreis
8.12 Heilpädagogische Kindertagesstätten, Integrative Einrichtungen im Rhein-Erft-Kreis

9. Abkürzungsverzeichnis

10. AutorInnenverzeichnis

1. Gesundheitsberichterstattung für Kinder – Familien– und Kinderfreundlichkeit als Gestaltung des demographischen Wandels

Einleitung

Die Gesundheitsberichterstattung für Kinder folgt auf die für Ältere: gemeinsam ist beiden thematischen Berichterstattungen der Bezug auf die demographische Entwicklung. Es wurde sowohl im Bericht zur Gerontopsychiatrie als auch in den beiden vorangegangenen Modulen zur Berichterstattung über Kinder, (Modul I: Wie gesund/ krank sind Kinder im Rhein-Erft-Kreis? und Modul II: Maßnahmenbericht) die für manche Gemeinden absehbare recht dramatische Verschiebung zuungunsten jüngerer MitbürgerInnen dargestellt.
Die Gesundheitsberichterstattung ist somit ein Teil des Versuches, notwendige Planungen und Entscheidungen – hier in Bezug auf das Ziel: „Kinderfreundlicher Rhein–Erft–Kreis" mit datengestützten Analysen zu begleiten.
Bereits in Modul II ist die Frage gestellt worden, ob es weiterhin hinnehmbar ist, wenn bei Einschulungsuntersuchungen rund ein Fünftel der Kinder Befunde aufweisen, die eine Arztüberweisung notwendig machen. Pointierter kann gefragt werden, ob sich aus dieser langjährig konstanten Feststellung ein Hinweis auf ein strukturelles Versorgungsdefizit von Kindern ableiten lässt.

Eine Antwort auf die nicht rückläufigen Befundraten bei Einschulungsuntersuchungen wäre, dass durch ein wiederaufgenommenes Screening in Kindertagesstätten einerseits die Zahl der Auffälligkeiten bei den gesetzlich vorgeschriebenen Einschulungsuntersuchungen reduziert werden könnten, weil eine frühzeitige Prävention einsetzen könnte. Andererseits ist ein solch frühzeitiges Screening auch aufgrund der Art der Befunde absolut notwendig: die meisten Auffälligkeiten ergeben sich beim Sehen und Hören, wobei beim Sehen das Zeitfenster für therapeutische Interventionen mit dem 6./ 7. Lebensjahr für manche Sehstörungen geschlossen ist.

Der demographische Wandel mit der abnehmenden Anzahl von Kindern verlangt, dass diese besser versorgt werden müssen.
Die unübersehbaren Schwachstellen im Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereich für Kinder verlangen nach Maßnahmen, die sich nicht in einem Abbau von Leistungen darstellen, sondern wenn schon nicht in einem Ausbau, dann wenigstens in einem sachgerechten Umbau der Leistungen.

Beispiele für Veränderungen liegen beispielsweise in den ‚Bündnissen für Familien'. Ein anderes Beispiel für das verstärkte Augenmerk auf benachteiligte Familien und Kinder ist die Einrichtung eines ‚Frühwarnsystems', um bei Schwierigkeiten möglichst frühzeitig Hilfen anbieten zu können. Diese Initiativen sind von mehreren Kommunen im Rhein-Erft-Kreis bereits initiiert worden.
Auch die Betreuung von Kindern unter drei Jahren in Kindertagesstätten sowie der Ausbau von Betreuung durch Tageseltern sind hier ebenso zu nennen wie die Errichtung von Ganztagsschulen.

Bei allen Formen der Betreuung von Kindern bildet deren gesundes Aufwachsen ein grundlegendes Ziel. Dieses Modul zu Entwicklungsstörungen bei Kindern soll dazu beitragen, dass die (möglichen) Probleme bei der Entwicklung von Kindern deutlich(er) werden, Wege zur Lösung dieser Probleme dargelegt werden (= Versorgungsstruktur) und schließlich soll mit der exemplarischen Dokumentation von Leistungen für Kinder im Rhein–Erft–Kreis dazu angeregt werden, deren Umbau und Ausbau fortzuführen.

Diagnostik und Förderung – kooperative Arbeit und Berichterstellung

Nicht alle Kinder wachsen gesund auf: es gibt Entwicklungsstörungen und es gibt Möglichkeiten ihrer Handhabung. Ziel ist es, dass Abweichungen von der Norm sich nicht zu unüberwindlichen Grenzen bei der Entwicklung von Kindern und ihrer Teilnahmemöglichkeiten an Bildung und Sozialisation auswachsen. Anders ausgedrückt: der (scheinbar) kleine Knacks im Kindesalter soll nicht zur (lebenslangen) Barriere werden.
In diesem Modul III der Gesundheitsberichterstattung für Kinder geht es um die Darstellung ausgewählter Entwicklungsstörungen sowie der damit befassten Versorgungsstruktur für Kinder im Rhein-Erft-Kreis.

Im Idealfall passen die einzelnen Elemente von Screening, Diagnose und Förderung wie in einem Puzzle zueinander. Ob im Rhein-Erft-Kreis die Versorgungsstruktur für entwicklungsauffällige Kinder ausreichend ist und ob und wie Verbesserungen erreicht werden sollten, ist das Anliegen dieser Gesundheitsberichterstattung. Sie ist eine der Grundlagen, um das Ziel: Kinderfreundlicher Rhein-Erft-Kreis (angemessener) zu erreichen. Dabei soll die Darstellung von ausgewählten Aktivitäten im Rhein-Erft-Kreis auch als Anregung gelten.

So wie viele Fachleute fachübergreifend an der Diagnostik und Förderung der entwicklungsauffälligen Kinder beteiligt sind, so ist auch dieser Gesundheitsbericht aus der Zusammenarbeit insbesondere zweier Abteilungen des Gesundheitsamtes – Gesundheitsberichterstattung und Jugendärztlicher Dienst – sowie einer Vielzahl von externen KooperationspartnerInnen entstanden. (siehe: Liste der AutorInnen und Inhaltsverzeichnis)
Die Koordination innerhalb des Jugendärztlichen Dienstes hat Frau Dr. Stock übernommen, für die Koordination mit PartnerInnen außerhalb der Kreisverwaltung sowie Gesamtkoordination ist Frau Dr. Soppart-Liese verantwortlich.
Wir danken allen Beteiligten sehr herzlich für ihre Bereitschaft, an diesem Gesundheitsbericht mitzuwirken, für ihre Professionalität und ihre Geduld, Nachfragen zur weiteren Präzisierung ihrer Beiträge umzusetzen. Ein besonderer Dank geht hier an Herrn Dreser für Gespräche, Material sowie Kooperation, auch innerhalb der Kollegenschaft der Erziehungsberatungsstellen des Rhein-Erft-Kreises sowie Dr. Lüdicke, der umfassend und schnell sowohl institutionelle als auch netzwerkartige Versorgungsstrukturen dargestellt hat.
Frau Böll hat umsichtig die Texte des Jugendärztlichen Dienstes umgesetzt; Herrn Gellhaus sind wir für die Gestaltung des Titelblattes sowie des Layouts des Textes zu Dank verpflichtet.

Mit der Leitung des Gesundheitsamtes – Dres. Bohm und Henzel – hat es einen Review-Prozess dieses Berichtes gegeben.
Für die Inhalte der Beiträge, die nicht von MitarbeiterInnen des Gesundheitsamtes gezeichnet sind, liegt die Verantwortung allein bei den jeweiligen AutorInnen.

Wir werden bei der Veröffentlichung verschiedene Wege einschlagen: eine Kurzfassung wird als Druckversion erscheinen.
Eine knappe Ergebnisfassung (Mängel, Folgerungen, Handlungsempfehlungen) wird zusammen mit einer CD, auf welcher sich die Langfassung neben der Kurzfassung befindet, veröffentlicht.
Alles wird außerdem – wie die bisherigen Gesundheitsberichte - auf den Webseiten des Rhein-Erft-Kreises öffentlich zugänglich werden.

II. Struktur des Berichtes

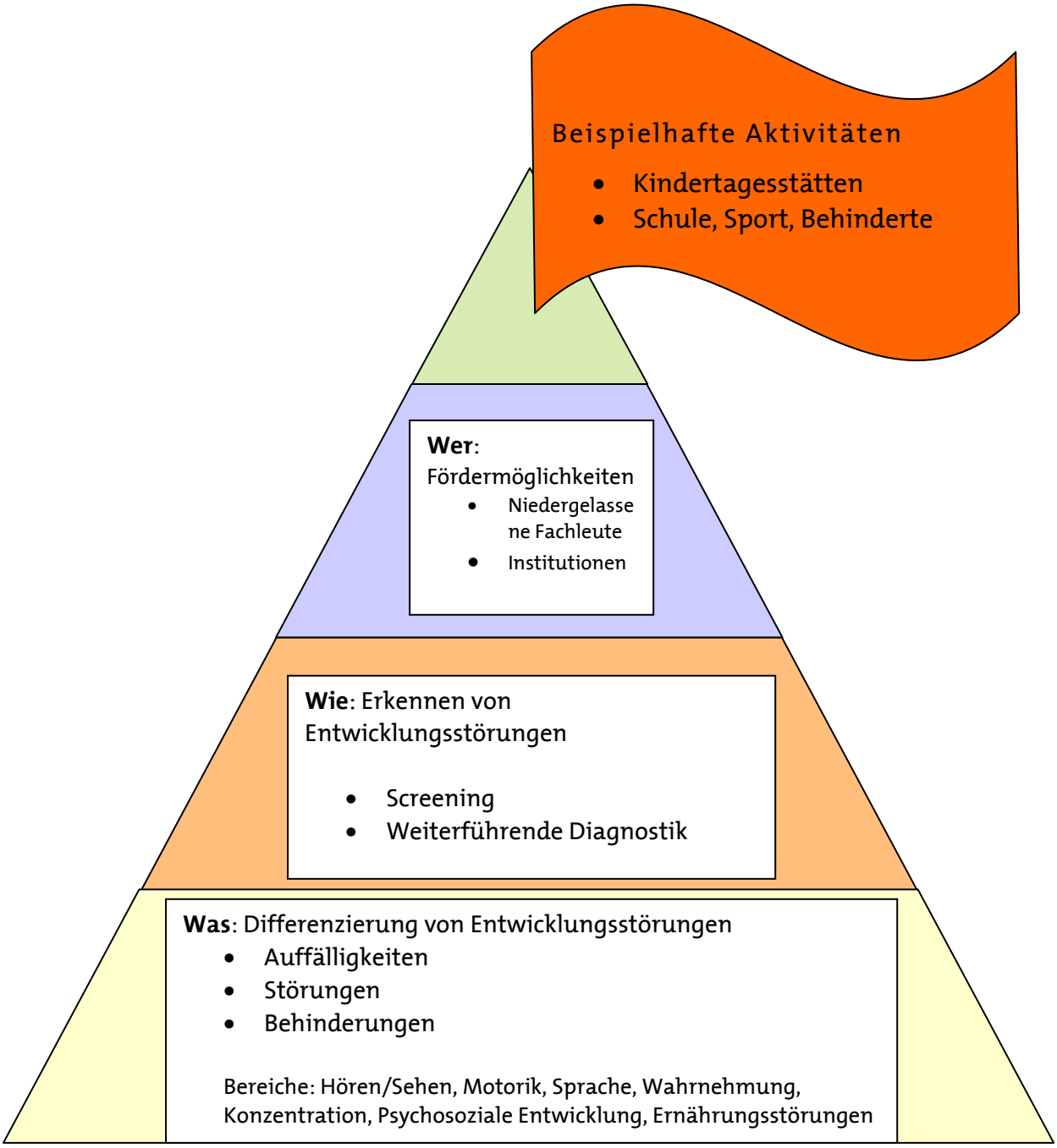


Tabelle 1: Struktur des Gesundheitsberichtes für Kinder, Modul 3 - Entwicklungsauffälligkeiten

1. Was ist ‚Entwicklungsstörung'?

Nach dieser Einleitung werden im zweiten Teil ausgewählte Bereiche, in denen Entwicklungsstörungen auftreten, vorgestellt. Dabei erfolgt eine Differenzierung von Entwicklungsstörung in Auffälligkeit, Störung und Behinderung als Klassifizierung des Ausmaßes der Abweichung vom normalen Entwicklungsstand.

2. Wann, wo und wozu wird eine Entwicklungsstörung festgestellt?

Über die gesunde Entwicklung eines Kindes wird bereits im Mutterleib entschieden – dementsprechend beginnt der dritte Teil des Berichtes mit der Darstellung der Hilfen, welche die Beratungsstellen für Schwangerschaft, Familienplanung und Sexualität anbieten. Die Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen und die Mutterschutzregularien werden beschrieben. Es folgen die Möglichkeiten zur Erkennung von Entwicklungsstörungen im Setting von Kindertagesstätte (Kita) und Schule, wie es durch das Screening seitens des Jugendärztlichen Dienstes erfolgt. (derzeit nur in der Schuleingangsuntersuchung flächendeckend) Die Zielsetzung dieses Screenings hat sich weiterentwickelt insbesondere zur Feststellung von Förderbedarf beim einzelnen Kind.

3. Wie wird eine Entwicklungsstörung genauer diagnostiziert?

Spezifizierte Diagnostik wird bei Feststellung von Abweichungen eingeleitet. Sie wird von unterschiedlichen Professionen im medizinischen Bereich sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt. Bei psychischen und sozialen Auffälligkeiten sind psychologische Professionen für die Diagnostik gefragt. (Vierter Teil)

4. Wie und von wem wird eine Entwicklungsstörung behandelt?

Die Förderung von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten wird im fünften Teil dargestellt. Hier werden eine ganze Palette von Unterstützungsmöglichkeiten sowohl von staatlicher Seite, von verbandlichen Trägern und von niedergelassenen TherapeutInnen vorgestellt. Die Multiprofessionalität von Förderleistungen wird deutlich.

5. Welche beispielhaften Fördermöglichkeiten gibt es im Rhein–Erft–Kreis?

Im letzten Teil werden beispielhafte Aktivitäten vorgestellt, die es im Rhein-Erft-Kreis gibt. Wir haben besonders die Kindertagesstätten (Kita) mit drei Beiträgen in diesen Bericht hereingenommen, weil im Sinne der Primärprävention das Setting Kita geeignet ist, frühzeitig Auffälligkeiten zu erkennen und einer ‚Behandlung' zuzuführen, damit sie nicht zu einer Barriere für das spätere Leben werden. Im Fall einer dauerhaften Auffälligkeit kommt es darauf an, dass eventuelle Barrieren handhabbar(er) werden.
Dass gesundes Aufwachsen auch abhängig ist von gesunden Lebenswelten und den darin bestehenden (institutionellen) Angeboten, wird exemplarisch deutlich an dem Beitrag über Schulsozialarbeit sowie dem Beitrag über einen Sportverein.

Diese exemplarisch vorgestellten Aktivitäten geben einen Einblick und Ausblick auf die Reformanstrengungen, die in den Kitas, in den Vereinen, in den Schulen und bei der Jugendhilfe unternommen werden.
Mit diesem Bericht wird diesen Reformanstrengungen auch ein Forum gegeben, um eine größere Öffentlichkeit zu erreichen. Gleichzeitig wird deutlich, mit welchem Elan sich Professionelle den sich wandelnden Anforderungen stellen.
Ein reiner Kürzungsdiskurs mit Hinweis auf finanzielle Probleme wäre absolut kontraproduktiv. Gleiches gilt auch für einen Kürzungsdiskurs mit Hinweis auf die abnehmende Kinderzahl.
Die Anstrengungen verdienen vielmehr Würdigung, Ermutigung und Respekt.

III. Zusammenfassung

1. Auffälligkeiten, Störungen, dauerhafte Beeinträchtigungen

Das menschliche Leben ist ein Entwicklungsprozess, der sich als Wachstum (quantitativer Prozess) und als Differenzierung und Vernetzung (qualitativer Prozess) darstellt. In der Kindheit sind diese Prozesse am ausgeprägtesten und werden durch angeborene Eigenschaften und äußere Umstände geprägt. Störungen können differenziert werden in Abweichungen, Normvariationen, Entwicklungsverzögerungen, Entwicklungsstörungen und Behinderungen in körperlicher, geistiger und seelischer Hinsicht.

Über die Zahl entwicklungsgestörter und behinderter Kinder im Rhein-Erft-Kreis gibt es keine verlässlichen Zahlen. Erst bei der Frage der Einschulung – und einer eventuellen Förderung in einer Sonderschule – kann durch die Schuleingangsuntersuchung des Jugendärztlichen Dienstes für jeweils einen Jahrgang ein Rückschluss auf die Zahl behinderter Kinder gezogen werden.

2. Bereiche der Entwicklungsstörungen

2.1 Hören und Sehen

Die beiden ersten Lebensjahre sind besonders sensitiv für die Entwicklung des Hörens und Sehens als wichtige Grundvoraussetzungen für die störungsfreie Entwicklung des Kindes. Taube oder schwerhörige Kinder sollten deshalb möglichst frühzeitig im Säuglingsalter entdeckt und mit Hörgeräten versorgt werden. Später einsetzende Behandlungen können oftmals keine optimalen Ergebnisse mehr erzielen. Störungen beim Hören haben gravierende Folgen für die Sprachenwicklung, Sehstörungen haben beispielsweise Auswirkungen auf die Motorik und Koordination.
Auch haben Kinder mit Sehstörungen oder Hörstörungen mit Problemen zu kämpfen, die sie sozial behindern. Die frühzeitige Entdeckung und Behandlung von Seh- und Hörstörungen muss in den ersten beiden Lebensjahren erfolgen, weil die Sensitivität für eine gute Entwicklung danach rapide abnimmt. Beispielsweise kann sich auch ein minimales kindliches Schielen zu einer lebenslänglichen Amblyopie entwickeln.

Bei den Einschulungsuntersuchungen 2005 sind bei 4,6 % (= 225 Kinder) der Kinder Hörstörungen festgestellt worden, die so gravierend waren, dass eine fachärztliche Abklärung empfohlen worden ist. Beim Sehen lag diese Prozentrate mit 5,5 % (= 272 Kinder) noch höher.
Zusammengenommen haben sich bei 5,9 % der Kinder Hörprobleme, und bei 13,9 % der Kinder Sehprobleme ergeben. (Befunde mit Arztüberweisung, in Behandlung befindliche Kinder, dauerhafte Beeinträchtigung und Befunde ohne Arztüberweisung zusammengenommen)

2.2 Motorik und Koordination

Die koordinierten Bewegungsleistungen sind abhängig vom Reifezustand des Nervensystems und von psychosozialen Beeinflussungen. Störungen sollten auch hier so früh wie möglich erkannt und behandelt werden, um die Basis für eine störungsfreie Entwicklung zu legen.

Die Gesamtzahl der Befunde zur gestörten Motorik lagen im Jahr 2005 bei 15,1 % auffällige (2004: 14 %), und bei 9,9 % grenzwertige Befunde. (2004: 11 %)

Die Befunde aus der Einschulungsperiode 2005 haben bei insgesamt 18,1 % der Kinder Probleme bei der Koordination ergeben. (Befunde mit Arztüberweisung: 3,2 %; in Behandlung: 6,4 %; Befund ohne Arztüberweisung: 8,3 %)

2.3 Sprache

Sprachentwicklungsstörungen (SES) sind Abweichungen vom normalen Spracherwerb. Die häufigsten Abweichungen sind Störungen der Sprache. Daneben gibt es Störungen im Sprachablauf und Stimmstörungen. Rund ein Drittel der Kinder haben sprachliche Probleme unterschiedlicher Ausprägung.

Bei den Einschulungsuntersuchungen 2005 lag die Rate der Befunde mit Arztüberweisung bei 5,4 %, in Behandlung befinden sich 15 % der Kinder, Befunde ohne Arztüberweisung lagen bei 14,2 % der Kinder vor. Zusammen mit der dauerhaften Beeinträchtigung erreichen die Sprachprobleme damit einen Spitzenplatz' mit 34,8 % bei den Befunden, sowie eine Steigerung um 3,1 % zum Jahre 2004.

Ein besonderes Problem ist die ‚Doppelte Halbsprachigkeit' bei Kindern mit Migrationshintergrund, die weder die Muttersprache noch die Zweitsprache korrekt gelernt haben. Rund 55 % der Kinder mit einer anderen Erstsprache als Deutsch wurde 2004 ein Deutschförderkurs empfohlen; davon sind 22 % der Kinder mit ‚radebrechend' und ‚ohne Deutschkenntnisse' eingeschätzt worden. (= 194 Kinder)

Sprachentwicklungsstörungen, die zum Einschulungszeitpunkt noch bestehen, sind ein wesentliches Zeichen für eine schlechte schulische und soziale Prognose der davon betroffenen Kinder.

2.4 Wahrnehmung und Konzentration

Wahrnehmungsstörungen beruhen auf mangelhafter Integration unterschiedlicher Wahrnehmungsreize, so dass beispielsweise Wichtiges nicht von Unwichtigem unterschieden werden kann. So entstehen trotz ausreichender Intelligenz psychische und soziale Probleme. Auch hier ist – wie beim Hören und Sehen, bei Motorik und Koordination – ein frühzeitiges Eingreifen vor Schulbeginn notwendig.
Die Rate der auffälligen Befunde bei visueller Wahrnehmung und Informationsverarbeitung lag 2005 bei 11,4 %, die Rate der grenzwertigen Befunde bei 9,5 %.

2.5 Psychosoziale Entwicklung und Verhalten

Die wechselseitige Beeinflussung von psychischer Entwicklung mit der sozialen Lebenswelt verlangt nach Aufmerksamkeit für gesamtgesellschaftliche Entwicklungen, welche die Integration von Kindern und Jugendlichen fördern.

Die Schuleingangsuntersuchung erfasst auch Verhaltensauffälligkeiten. Die Befunde hier sind fast doppelt so häufig bei Jungen vermerkt: insgesamt 175 (=6,9 %) Jungen gegenüber insgesamt 77 (= 3,2 %) Mädchen.

2.6 Ernährungsstörungen und Körperkoordination

Wenn mehr als jedes 10. Kind Probleme mit Übergewicht/ Adipositas hat, so waren das in absoluten Zahlen 535 Kinder im Rhein–Erft–Kreis bereits bei der Einschulung. (2004, N= 5.222) Die Zahlen von 2005 liegen insgesamt nicht niedriger.

Jedes 4. Kind hat Probleme bei der Koordination.
Qualitätsgeprüfte präventive Gesundheitsförderung im Setting Kita/ Schule mit Ernährungsumstellung, Bewegungsförderung und Verhaltenstherapie können einer Reihe von (späteren) Krankheiten entgegenwirken.
Weiterführend wird auf eine verbesserte Datenerfassung bei der Schuleingangsuntersuchung verwiesen, ein leicht handhabbarer Indikatorensatz zur Erfassung der Lebenssituation von Kindern sowie eine für alle kindliche Auffälligkeiten nötige koordinierte Prävention vorgeschlagen.

2.7 Behinderungen

Behinderung kann dreierlei bedeuten: eine Schädigung, eine Unfähigkeit infolge einer Schädigung sowie die Benachteiligung wegen einer Schädigung. Uneinheitlich sind die rechtlichen Bestimmungen des Sozialgesetzbuches für Eingliederungshilfen und der schulischen Bestimmungen über Förderbedarfe. Ziel ist immer die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.
Der Jugendärztliche Dienst wirkt durch sozialmedizinische Gutachten sowie der Bestimmung des Förderbedarfs im Rahmen der Schule daran mit. Dies ist im Jahr 2005 bei 249 Fällen (2004: 363 Fällen) durchgeführt worden; der Prozentsatz ist demnach von 7 % im Jahre 2004 auf rund 5 % im Jahre 2005 bezogen auf die Kinder des jeweiligen Einschulungsjahrganges gesunken.

Es sind nur grob altersgruppierte Zahlen über Schwerbehinderte des Rhein-Erft-Kreises für das Jahr 2003 veröffentlicht:

Rhein-Erft-Kreis gesamt: 31. 186		Altergruppe bis unter 6 Jahre	6 – 15 Jahre	15-25
Weiblich	Männlich			
13. 849	17. 337	217	548	656

Tabelle 2: Kinder und Jugendliche im Rhein-Erft-Kreis haben einen Anteil von 4,6 % bei Schwerbehinderten im Jahre 2003 (Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik [LDS] 3.2006)

Präzisere und aktuellere Zahlen zu Behinderungen bei Kindern sind derzeit nicht erhältlich. Dabei wäre u.a. die Fragestellung interessant, wie viele (schwer-) behinderte Kinder im Rhein-Erft-Kreis selbst ‚beschult' werden.

2.8 AIDS und Kinder

Es kann keine Entwarnung gegeben werden: liegt die Zahl an AIDS erkrankter Kinder im Rhein–Erft–Kreis zwar bei zehn Fällen, so ist doch perspektivisch auch mit einer höheren Zahl von "AIDS-Waisen" zu rechnen, d.h. (unversorgten) Kindern von an AIDS erkrankten Eltern.
Der Beitrag des AIDS-Koordinators des Gesundheitsamtes des Rhein-Erft-Kreises stellt die wesentlichsten Informationen zu AIDS inklusive der Betroffenheit von Kindern dar. Die Koordination der beteiligten Akteure im Hilfenetz liegt hier beim Gesundheitsamt.

3. Screening und Prävention

Das Leben eines Kindes beginnt im Mutterleib. Erste Präventionsmaßnahme gegen mögliche Störungen ist der Untersuchungszyklus im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen. Ist das Kind auf die Welt gekommen, sind Vorsorgeuntersuchungen in regelmäßigen Abständen bei niedergelassenen KinderärztInnen ein Angebot für die Beurteilung der regelgerechten Entwicklung des Kindes und ermöglichen ein frühzeitiges Eingreifen bei Abweichungen.

Bei Übergängen des Kindes von der Familie in erzieherische Institutionen werden Gesundheitsuntersuchungen vorausgesetzt, etwa beim Eintritt in die Kindertagesstätte.

Zu Beginn und während der schulischen Laufbahn gibt es Untersuchungen in Hinblick auf die gesundheitliche, psychische und soziale Reife des Kindes für den Schulbesuch sowie daraus abgeleiteten eventuell notwendigen Fördermaßnahmen. Diese sollen dem Kind eine seinen Möglichkeiten entsprechende Bildung ermöglichen. Dabei ist nur die Schuleingangsuntersuchung eine gesetzlich verpflichtende Untersuchung, die alle Kinder umfasst.
Dass darüber hinausgehende Untersuchungen in der vierten Klasse, bei der Entlassung aus der Hauptschule sowie das Angebot einer schulärztlichen Sprechstunde in den Schulen sinnvoll und notwendig sind, belegen Daten aus Münster. (2002)
Im internationalen Vergleich schätzen deutsche Jugendliche ihren körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes weniger gut ein und sind teilweise in das medizinische Versorgungssystem wenig einbezogen. Umso mehr wäre eine schulärztliche Sprechstunde als sozialärztliches Beratungsangebot in der Schule nötig.
Die gesundheitlichen Untersuchungen seitens des Jugendärztlichen Dienstes sind auch ein Baustein zur Chancengerechtigkeit bei Bildung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen.

3.1 Schwangerenberatung

Die sogenannte Schwangerenkonfliktberatung umfasst neben der Beratung im Fall der ungewollten Schwangerschaft auch die Beratung zu Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung sowie möglicher Hilfen im Fall der Schwangerschaft.

3.2 Schwangerenvorsorgeuntersuchungen

Die Schwangerenvorsorgeuntersuchungen im Verlauf der Schwangerschaft und die Mutterschutzregelungen werden beschrieben.
Die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen sowie die Geburtenzahlen, Schwangerschaftsabbrüche und Risiken unter der Geburt werden referiert. Da Lücken vorhanden sind sowohl bei der zeitlichen Abfolge der Inanspruchnahme von Schwangerschafsvorsorge-untersuchungen – sie erfolgt in mindestens 10 % der Fälle zu spät – als auch der Intensität der Inanspruchnahme – in rund 9 % der Fälle keine/ nicht dokumentierte Inanspruchnahme – ergeben sich daraus Empfehlungen für eine verstärkte Inanspruchnahme.

Das Kapitel endet mit Daten zur rückläufigen Geburtenentwicklung auch im Rhein–Erft–Kreis.

3.3 Pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen

Von der Geburt bis zum 5. Lebensjahr des Kindes sowie dann noch einmal im 12. - 16. Lebensjahr werden kinderärztliche Untersuchungen angeboten durch niedergelassene ÄrztInnen. (‚U–J1 Untersuchungen') Die Untersuchungsschwerpunkte variieren nach Lebensalter.
Sie sind Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und unterliegen nicht der Praxisgebühr.
Trotzdem ist rund ein Fünftel der Kinder im Rhein–Erft–Kreis nicht zu allen Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt worden.

3.4 Kindergartenuntersuchung

Die Kindergartenuntersuchung ist als Screening mit hohen und für jedes Kind einheitlichen Standards versehen. Sie umfasst einen anamnestischen Teil per Fragebogen an die Eltern, eine Überprüfung der Sinnesorgane, körperliche Untersuchung, neurologische Untersuchung, Verhaltensbeobachtung und Überprüfung der Sprachentwicklung. Die Beratung der Eltern über Auffälligkeiten sowie Fördermöglichkeiten ist Bestandteil der Kindergartenuntersuchung mit dem Hinweis, den niedergelassenen Arzt zu konsultieren.

Auch infolge der Nichtinanspruchnahme der U9 von einem Fünftel der Kinder (2004) sollte die Kindergartenuntersuchung wieder flächendeckend im Rhein-Erft-Kreis eingeführt werden. Sie kann Fehlentwicklungen verhindern helfen sowie solchen immensen Schäden entgegenwirken, die entstehen, wenn die Zeitfenster für Therapien, beispielsweise beim kindlichen Schielen, bei Hörstörungen etc. nicht genutzt werden.

3.5 Schuleingangsuntersuchung

Da die Schuleingangsuntersuchung für alle Kinder gesetzlich verpflichtend ist, ist dies die einzige Untersuchung, die wirklich jedes Kind in Deutschland erreicht. Sie beantwortet die Fragen nach der Schulfähigkeit des Kindes. Bei auffälligen Befunden erfolgt die Beratung der Eltern zur Förderung resp. weitergehender Diagnostik. Die Befundraten liegen konstant seit Jahren bei rund 20 %.
Hier wird ein ergänzender Untersuchungsschritt vorgestellt zum Entwicklungsstand des Kindes sowie der schulärztliche Stellungnahmebogen. [Zu Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen auch der vorangehenden Jahre vgl. Modul I und II der Gesundheitsberichterstattung über Kinder]

3.6 Schuluntersuchung 4. Klasse

Da rund 20% der letzten Vorsorgeuntersuchung (U9) und nur eine schlechte Inanspruchnahme der Jugenduntersuchung J1 zu verzeichnen ist, kommt der Untersuchung im 4. Schuljahr eine besondere Bedeutung zu.
Sie wird aus Personalmangel im Rhein–Erft–Kreis derzeit nicht mehr angeboten.

3.7 Untersuchung der Schulabgänger, 10. Klasse Hauptschule

Da der Zusammenhang von Gesundheitszustand und –versorgung mit dem Sozialstatus erwiesen ist, wurden -– nach personeller Verfügbarkeit des Jugendärztlichen Dienstes – SchülerInnen einiger Hauptschulen in ein Screening einbezogen.
Exemplarische Darstellungen von Untersuchungsergebnissen aus 1997 und 2000 belegen, dass beispielsweise im Jahre 2000 bei 53 % der HauptschülerInnen ein kontrollbedürftiger Befund vorliegt, der weiterer diagnostischer Maßnahmen bedarf.
Die Befunde beziehen sich vor allem auf die Komplettierung des Impfschutzes, Fehlsichtigkeit, Übergewicht und Wirbelsäulenbefunde.
Die Ausweitung des Screenings auf alle Hauptschulen im Rhein-Erft-Kreis wird empfohlen.

3.8 Sonderpädagogischer Förderbedarf

3.8.1 Untersuchung zum sonderpädagogischen Förderbedarf

Aufgabe des Jugendärztlichen Dienstes ist die Differenzierung erhöhten schulischen Förderbedarfs aus medizinischen Gründen.

3.8.2 Situation der Förderschulen im Rhein-Erft-Kreis

Der Verfahrensweg zur Förderung und zum Förderort wird dargelegt.
Die Abfrage vom Ist-Zustand sowie den Wünschen der Förderschulen bei der Förderung belegt das breite Angebot zur Förderung – und den Grad der Abweichung vom Möglichen.

Exemplarisch: Förderschule in Pulheim

Beispiele gelungener Förderung im schulischen Rahmen (Förderschule Pulheim) werden exemplarisch vorgestellt. Sie machen deutlich, dass Jugendhilfe insgesamt kein Luxus ist. Sie ist vielmehr eine Investition, die insbesondere dann, wenn sie rechtzeitig und präventiv erfolgt, erhöhte Folgekosten fehlgeleiteter Entwicklung vermeiden kann.

4. Weitere Abklärung – Spezialisierte Diagnose – und Versorgungseinrichtungen

Werden bei den vorgenannten Präventionsmaßnahmen oder Screening-Untersuchungen Auffälligkeiten festgestellt, dann sind in der Regel zusätzliche Untersuchungen erforderlich, um den erhobenen Befund genauer abzuklären.
Der jugendärztliche Dienst verweist hierzu die Kinder zunächst an den betreuenden Kinderarzt/ betreuende Kinderärztin. DieseR führt die weitere Diagnostik durch beziehungsweise veranlasst sie, falls ein Kollege oder eine Kollegin aus einer anderen Fachrichtung hinzugezogen werden muss. (Ausnahmen: bei auffälligen Sehtestbefunden wird meist direkt an eine augenärztliche Praxis verwiesen) Der Pädiater/ die Pädiaterin verordnet, falls erforderlich, auch die sich aus der Diagnostik ergebenden notwendigen Behandlungs- oder Fördermaßnahmen.

Ambulante und stationäre medizinische Versorgungsinstitutionen sowie psychosoziale Einrichtungen übernehmen bei weiterer spezialisierter Diagnostik und Förderung von Entwicklungsauffälligkeiten unterschiedliche Aufgaben.

Hier werden die im Rhein–Erft–Kreis vorhandenen Angebote vorgestellt, welche aufgesucht werden sollten, wenn sich Auffälligkeiten ergeben haben.

4.1 Fachärzte

Die Daten zu den Hausarzt- und Facharztgruppen im Rhein-Erft-Kreis werden bezogen auf Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre in einer Gemeinde dargestellt. Obwohl alle kassenärztliche Facharztsitze für Kinderheilkunde im Rhein–Erft–Kreis besetzt sind, zeigt sich eine unterschiedlich hohe Dichte der Ärzteverteilung in den einzelnen Gemeinden. Eine Liste der KinderärztInnen nach Gemeinden im Rhein-Erft-Kreis ist beigefügt.

4.2 Kinder- und Jugendpsychiatrische Einrichtungen

Die Versorgung des Rhein-Erft-Kreises mit stationären Einrichtungen der Kinderheilkunde (Kinderklinik) und Kinderpsychiatrie erfolgt durch umliegende Städte und Kreise.
Eine Liste mit kinder- und jugendtherapeutischen niedergelassenen ÄrztInnen und PsychologInnen ist beigefügt. Eine Linkliste zur Eigenrecherche nach Hilfsmöglichkeiten im psychiatrisch-psychotherapeutischen ambulanten und stationären Bereich komplettiert dieses Kapitel zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung.

4.3 Sozialpädiatrische Zentren

Der Text des Leiters vom Heinrich-Meng- Institut wird im Original wiedergegeben.
Derzeitige Strukturen und Arbeitsweisen sowie zukünftige Aufgaben und Ziele – wie vereinfachter Zugang und Qualitätsverbesserung in der Versorgung und bei der Organisation – zeigen das Sozialpädiatrische Zentrum im medizinischen und psychosozialem Versorgungsnetz des Rhein–Erft–Kreises.
Eine Ergänzung liefert der Teil: Sozialpsychiatrische Zentren in der Umgebung.

4.4 Schulpsychologischer Dienst

Der Erfahrungsbericht des Leiters des Schulpsychologischen Dienstes belegt einen hohen schulpsychologischen Bedarf. Ein spezieller Tätigkeitsschwerpunkt liegt im Rhein-Erft-Kreis auf der Diagnose und Förderung von Hochbegabung.

4.5 Erziehungsberatung

Empfehlungen zur Anzahl von Erziehungsberatungsstellen werden ausgesprochen anhand der Bevölkerungszahl: für den Rhein-Erft-Kreis liegen sie bei neun (UNESCO) bzw. 13 Erziehungsberatungsstellen lt. Bundesarbeitsgemeinschaft der Erziehungsberatung. Tatsächlich sind acht Erziehungsberatungsstellen vorhanden.
Die Fallzahlen bei der Erziehungsberatung machen anteilig 35 % aller Hilfen zur Erziehung aus. Bei der institutionellen Beratung liegt der Anteil der Erziehungsberatung bei 93%.
Die Problematiken bei der Erziehungsberatung liegen zu über der Hälfte bei Familienproblemen; Familien mit Migrationshintergrund sind überproportional vertreten. Gesundheitliche Probleme (Psychomotorik und Psychosomatik) liegen in rund einem Viertel der Fälle vor.

5. Fördermöglichkeiten

In den vorherigen Kapiteln sind die Arten von Entwicklungsauffälligkeiten (bis hin zu dauerhaften Entwicklungsstörungen), ihre Diagnosemöglichkeiten (vom Screening bis zur spezialisierteren Untersuchung) sowie die hierfür vorhandenen ambulanten und stationären Institutionen vorgestellt worden.

In diesem Kapitel geht es um weitere Fördermöglichkeiten, die im nicht–medizinischen Bereich bereitgestellt werden.

Auf Hilfen für Kinder mit dauerhaften Entwicklungseinschränkungen wird gesondert eingegangen. Beim Gesundheitsamt sind die Behindertenberatung, der Jugendärztliche Dienst und der Amtsärztliche Dienst zuständig. Im Sozialamt der Kreisverwaltung wird die Eingliederungshilfe bewilligt.

5.1 Mutter-Kind-Stiftung: Mutter-Kind-Hilfen für Schwangere in Notlagen

Sozialkompensatorische Hilfen für werdende Mütter werden im Gesundheitsamt geleistet mit finanziellen Überbrückungshilfen im Rahmen der Bundesstiftung Mutter und Kind. Beratung zur Schwangerschaft, zur Geburt und zum Umgang mit dem Kind, Hilfe und Begleitung zu Ämtern und Vermittlung zu bestehenden Hilfesystemen sind weitere Hilfen.

5.2 Frühförderzentrum des Rhein-Erft-Kreises

Frühförderung sollte in den ersten Lebensjahren erfolgen. Gleichwohl kommen nur ein Viertel der Kinder rechtzeitig, – d.h. unter drei Jahren und damit vor Eintritt in einen Kindergarten – in die Frühförderstelle. Hier werden die Kinder und ihre Familien interdisziplinär unterstützt bei der Integration des entwicklungsgestörten Kindes. Dies geschieht in Kooperation mit u.a. Kinderärzten, Fachärzten, Kliniken, Gesundheitsamt, Jugendamt, Kindergärten, Sozialpädagogische Familienhilfen, Sozialpädiatrischen Zentren, niedergelassenen Praxen (Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie) sowie Schulen.
Ca. 300 Kinder werden jedes Jahr neu aufgenommen, speziell Kinder aus dem Nordkreis aufgrund der räumlichen Lage des Frühförderzentrums. Eine Erweiterung und damit Ermöglichung von dezentraler Förderung in allen Gemeinden ist nach Einschätzung der Leiterin der Frühförderstelle wünschenswert.

5.3 Heilpädagogische Kindertagesstätten

Entwicklungsverzögerte oder behinderte Kinder werden in heilpädagogischen Tagesstätten oder in Integrativen Kindergärten betreut. Erklärtes Ziel des Landschaftsverbandes ist die Förderung behinderter Kinder in Integrativen Tagesstätten. Mit Pädagogik, Motopädie und Logopädie werden individuelle Förderpläne erstellt.
Wartelisten belegen, dass das Angebot an Plätzen im Rhein-Erft-Kreis bei weitem nicht ausreichend ist. Das bedeutet beispielsweise für Elsdorf/ Bedburg im Jahre 2005, dass die vorhandenen Plätzen (41) um über Zweidrittel (28) ausgebaut werden müssten, um alle Kinder zeitnah versorgen zu können. Es sind also 41 % der behinderten Kinder im Nordkreis nicht versorgt. Im Südkreis liegt die Unterversorgung bei 33%, nachweislich der Warteliste der Heilpädagogischen Tagesstätte der Lebenshilfe in Hürth. (siehe Kapitel 7.3)

5.4 Nicht-medizinische ambulante Versorgungsstruktur

Psychologische Therapie ist in einer Reihe von Entwicklungsauffälligkeiten das Mittel der Wahl. Stimm– und Sprachstörungen sind das Aufgabengebiet von LogopädInnen.

Ergotherapie ist insbesondere bei basalen Störungen, wie Wahrnehmungsstörungen angezeigt. Listen der jeweiligen Berufsgruppen, gegliedert nach Gemeinden, sind beigefügt.

5.5 Fördermöglichkeiten im Rahmen der Jugendhilfe

5.5.1 Kommunale Trägerschaft - Jugendamt

Die differenzierten Möglichkeiten der Jugendhilfe, von ihren gesetzlichen Grundlagen über die vielfältigen fünf individuellen Hilfsmöglichkeiten bis zu der Zusammenarbeit beispielsweise mit dem medizinischen Versorgungssystem werden vorgestellt.
Darüber hinaus gibt der Beitrag einen Eindruck von den Wandlungsprozessen in der Jugendhilfe, wie sie sich in der Diskussion um Sozialraumorientierung und Setting-Ansatz manifestieren. (Beispiel: Gesundheitsförderung in Kitas)

(vgl. auch Kapitel 3.8.3: Förderschule Pulheim als Beispiel von Förderung im schulischen Rahmen)

5.5.2 Ambulante Erziehungshilfe – Trägerverbund Wohlfahrtsverbände

Ergänzend wird die Ambulante Erziehungshilfe, wie sie ein Trägerverbund von Wohlfahrtsverbänden in Frechen betreibt, vorgestellt. Dieser Trägerverbund unterhält auch ein Sozialpädagogisches Zentrum.

5.6 Behinderte Kinder und Jugendliche – Hilfen im Gesundheitsamt, Jugendamt und Sozialamt

Innerhalb der Kreisverwaltung des Rhein-Erft-Kreises befasst sich neben dem Jugendamt auch das Gesundheitsamt mit der Beratung und Förderung Behinderter mit dem Jugendärztlichen Dienst, teilweise auch mit dem sozialärztlichen Dienst und der Behindertenberatung.
Das Sozialamt ist mit der Bewilligung der Eingliederungshilfe für behinderte Kinder und Jugendliche befasst. Dabei liegt die Zuständigkeit (insbesondere für die Kostenübernahme) für seelische und soziale Störungen beim Jugendamt, die für körperliche und geistige Behinderung ist beim Sozialamt angesiedelt.
Angesichts der Schwierigkeit, Behinderungsarten im Einzelfall sauber voneinander zu trennen, ist durch diesen Kompetenzwirrwarr für die Eltern und ihre Kinder oft keine eindeutige Zuständigkeit von Ämtern erkennbar.

6. Beispielhafte Aktivitäten im Rhein–Erft–Kreis bei Kindertagesstätten

Kindertagesstätten sind derzeit die Orte, für die besondere Anstrengungen gemacht werden: legen doch Ergebnisse beispielsweise von PISA es nahe, das Augenmerk auf frühkindliche Förderung zu legen nach der alltagspraktischen Erkenntnis, dass Kinder zu fördern sind, bevor sie in den sprichwörtlichen Brunnen fallen.

Im Laufe der Erstellung dieses Moduls des Gesundheitsberichtes wurden eine Reihe von Initiativen im Rhein–Erft–Kreis gefunden, welche geeignet erscheinen, als Beispiel, wenn nicht sogar als Vorbild, zumindest aber als Anregung für andere zu gelten.

Es handelt sich einmal um ein Pädagogisches Konzept für eine Kita: an ihm kann gesehen werden, wie präzise eine gute Betreuung geplant werden kann. (Hürth)

Dass diese Betreuungsaktivitäten planbar und überprüfbar sein können, und wie das gemacht werden kann, zeigt der Beitrag über Kitas als Teil eines sozialen Frühwarnsystems in der Region. (AWO)

Alle Welt spricht von ‚Bewegung': wie sieht ein ‚Bewegter Kindergarten' aus? (Kerpen)

6.1 Spielstube, Kindertagesstätte, Hort - Stadt Hürth

Sind Horte noch zeitgemäß? Am Beispiel des seit 30 Jahren bestehenden Hortes, in welchem insbesondere Kinder aus einkommensschwachen Familien betreut werden, wird deutlich, dass es einen Bedarf gibt.
Wie auf diesen Bedarf reagiert wird – z.B. mit Netzwerkarbeit, Nutzung von umliegender städtischer Infrastruktur, ausgefeilten Sportangeboten – zeigt, dass es familienunterstützende Maßnahmen gibt, die auch dann noch wirken, wenn das Kind schon (halb) „in den Brunnen gefallen ist".

6.2 AWO-Kindertagesstätten als Orte und Teile eines Sozialen Frühwarnsystems

Wie können Kindertagesstätten zu sozialen Frühwarnsystemen gestaltet werden, so dass kleine(re) Probleme sich nicht zu Großen auswachsen?
In diesem Beitrag wird ein methodischer Leitfaden vorgestellt – ein Viererschritt von Wahrnehmen, Warnen, Handeln und Evaluieren – der ergänzt wird durch Darstellung der Mittel, die nötig sind zur Umsetzung.

Umfassende Kommunikation der täglichen Arbeit, in welcher die Wahrnehmung von Bedürfnissen der Kinder im Mittelpunkt steht, der Einbezug von Eltern in die Arbeit und externe Unterstützung des Personals sind die drei Hauptbestandteile. Allerdings: Widerstand gegen ein solches Konzept ist auch vorhanden.

6.3 Bewegte Kindertagesstätte – Stadt Kerpen

Wie können eine gesundheitsorientierte Kindertagesstätte und Hort geschaffen werden? Es wird eine Einrichtung vorgestellt, die in einer ‚besseren Wohngegend' angesiedelt ist: die Kinder sind verbal orientiert, bekommen zusätzliche Angebote, es gibt Elternmitarbeit/ Förderverein. Der Personalschlüssel wird eingehalten, die Qualifikation des Personals ist hoch und wird durch Weiterbildung gefördert, das räumliche Angebot ist gut.
Diese guten Rahmenbedingungen vereinfachen das Ausprobieren neuer Schritte: Auflösung von Regelgruppen zugunsten von altersgemischten Stammgruppen, Einrichtung von Funktionsräumen mit Betonung auf ‚Bewegung', gesunde Ernährung auch durch Zubereitung und Kontrolle des Essens

in der Einrichtung, Öffnung des Kindergartens durch Zusammenarbeit mit Landessportbund, Sponsoren etc. sowie selbstbewusste Vertretung nach außen, wie gegenüber der Stadt und der Politik. Es fehlt noch die regelmäßige Zusammenarbeit mit dem Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes. (Kindergartenreihenuntersuchung)

7. Beispielhafte Aktivitäten im Rhein–Erft–Kreis - Sportverein, Schulsozialarbeit, Lebenshilfe, Kinderschutzbund, Betreuungsverein und Netzwerkarbeit

Die Beispiele für gelungene Anstrengungen für Kinder sind vielfältig – hier sollen sechs Bereiche vorgestellt werden, die sich als (private) Initiative bemühen, Kindern mit Entwicklungsstörungen bis hin zu Behinderungen eine Teilhabe an der Gesellschaft zu erleichtern, respektive im Vorfeld Entwicklungsstörungen vorzubeugen.

Ein Sportverein bietet Kindern mit und ohne Handicaps integrative Angebote.

Das Beispiel der Schulsozialarbeit zeigt Wege, wie die Schule als unterstützender Ort verstanden werden kann.

Die Lebenshilfe wendet sich behinderten Kindern und ihren Eltern zu.

Der Kinderschutzbund versteht sich als Lobby für Kinder und macht gezielte Angebote.

Der Betreuungsverein für (geistig) Behinderte unterhält eine Beratungsstelle, einen Freizeittreff und bietet Betreutes Wohnen an.

Das Netzwerk ist auf psychosoziale, medizinische und (sonder-) pädagogische Förderung ausgerichtet.

Vielleicht wird aus den Berichten der Aktiven deutlich, welches Engagement hinter der Arbeit steckt, die es wert ist, weiter (auch finanziell) gefördert und verbreitert zu werden.

7.1 Gesundheitsorientierter Sport im Verein

Wie können Vereine sich zu Zentren des Gesundheitssports weiterentwickeln? Gesundheitssport im Verein wendet sich an alle Altersgruppen und schließt ausdrücklich behinderte Kinder nicht aus. Das Angebot ist ‚modern' (Jazztanz, Tae-kwon-do etc.) und für die Finanzierung werden andere als Mitgliedsbeiträge erschlossen. (Reha über Krankenkassen, Prävention) Das spricht für ein bewegliches Vereinsmanagement.
Problem ist auch hier, dass z.B. vonseiten der Gemeinde Hallennutzungsgebühren beschlossen worden sind, die ein kostengünstiges Turnen für alle Kinder behindern können.

7.2 Schulsozialarbeit

Weiterführende Schulen – Haupt- und Realschule – sind das Feld der hier vorgestellten Sozialarbeit, die sich an SchülerInnen, Eltern und LehrerInnen wendet mit niederschwelligen Beratungsangeboten und Projektarbeit auch im Bereich der Gesundheit, wie Suchtprävention, Sexualaufklärung oder auch der Gewaltprävention.

7.3 Heilpädagogische Tagesstätte der Lebenshilfe

Auch diese heilpädagogische Tagesstätte (siehe entsprechend Bedburg/ Elsdorf) hat eine Warteliste, so dass für jedes dritte Kind der Förderanspruch nicht erfüllt wird. (2005) Da auch integrative Kindergärten dieses Problem haben, liegt hier ein Versorgungsmangel für behinderte Kinder im Rhein-Erft-Kreis vor, welcher im Nordkreis mit 41 % höher ist als im Südkreis mit 33 %.

Es werden die besonderen Angebote einer heilpädagogischen Einrichtung beschrieben, die multiprofessionelle Spiel- und Lernangebote für behinderte Kinder schaffen. Die Herstellung von Akzeptanz für Anders-Sein schließt das Ziel ein, eine möglichst große Verselbständigung des behinderten Kindes zu erreichen.
Dazu gehört auch ein modernes Sozialmanagement, um gegenüber der Öffentlichkeit für das Klientel zu werben (beispielsweise durch Einwerben von zusätzlichen Fördermitteln), um eine qualitätsgerechte Arbeit leisten zu können.

7.4 Kinderschutzbund

Der Kinderschutzbund versteht sich als Lobby für Kinder. Seine Aktivitäten im Rhein–Erft–Kreis liegen im sozialkompensatorischen Bereich für benachteiligte Kinder: (neue) Migrantenkinder, junge (Teenager–) Mütter, gehandicapte Kinder. Dieses Angebot wird ergänzt durch Beratung und Kursangebote für Eltern. Auch hier erfolgt alles unter prekären Finanzierungsbedingungen.

7.5 ‚Perspektive' – Betreuungsverein für Behinderte

Eine Beratungsstelle, Betreutes Wohnen sowie einen Freizeittreff mit vielfältigen Angeboten bietet der Verein ‚Perspektive' in Elsdorf für (geistig) behinderte Menschen an. Die Finanzierung der Angebote ist – außer bei den Freizeitangeboten – gesichert; die Freizeitangebote sind auf Spenden angewiesen.

7.6 Psychosozialer Arbeitskreis für Kinder, Jugendliche und Familien innerhalb der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Rhein–Erft–Kreis

Hier wird ein Beispiel für Netzwerkarbeit im Rhein–Erft–Kreis vorgestellt, welche sich mit der medizinischen, psychosozialen und (sonder–) pädagogischen Förderung für Kinder und Jugendliche beschäftigt. In dem thematischen Netzwerk sind AkteurInnen eingebunden ungeachtet ihrer beruflichen sektoralen Anbindung.
Ziele sind sowohl die professionelle Abstimmung untereinander als auch die Organisation von Lobbyarbeit für Kinder und Jugendliche speziell in institutionalisierten Strukturen, wie Gesundheitskonferenz und Fachausschüssen des Kreises sowie der Städte und Gemeinden.

8. Informationsteil zur Versorgungsstruktur

Ausgewählte fachärztliche und nicht–medizinische Versorgungsstruktur sowie stationäre und institutionelle Beratungs– und Hilfeeinrichtungen gegliedert nach Städten/ Gemeinden des Rhein–Erft–Kreises sowie ihrer Erreichbarkeit komplettieren diesen Gesundheitsbericht.

IV. Weiterführende Anregungen
(nicht nur) für Fachleute ...

Der gesamte Gesundheitsbericht steht in dem größeren Zusammenhang einer Förderung von Familien, verstanden als Verantwortungsgemeinschaft für Kinder.

Siehe zur Familienförderung:
www.kommaff.de/links.html – eine Übersicht über **familienpolitische Akteure**, die (auf regionaler Ebene) eine Förderung von Familien verfolgen.
(Zusammenstellung von Komma„FF = Kommunales Management für Familien, ZEFIR, Ruhr–Universität Bochum und ISA, Institut für Soziale Arbeit, Münster)

Speziell zu **Tageseinrichtungen** siehe:

http://www.tageseinrichtungen.nrw.de/index_frame.html

http://www.kindergartenpaedagogik.de/

2. Entwicklungsstörungen und Behinderungen

Begriffliche Differenzierung: Von der Normvariation bis zur Entwicklungsstörung

Von der Befruchtung der Eizelle bis zum Tod unterliegt der Mensch einem Entwicklungsprozess. Der Wandel betrifft die quantitativen Veränderungen (Wachstum) sowie die Differenzierung der Organsysteme und ihre Vernetzung. (Entwicklung) Diese Vorgänge werden bestimmt durch die individuellen genetischen Anlagen und durch deren Prägung durch äußere Bedingungen. Zu den äußeren Bedingungen zählen Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, schwere Erkrankungen, Unfälle, die Umstände, unter denen ein Kind aufwächst, und die Einflüsse, die auf den Erwachsenen einwirken. Während der Kindheit sind die Entwicklungsprozesse am ausgeprägtesten. Sie erstrecken sich auf die Ausreifung der körperlichen Merkmale sowie die Ausprägung der geistigen Fähigkeiten und der persönlichen Eigenschaften.

Diese Veränderungen sind quantitativ und zeitlich messbar, so dass Abweichungen vom „Normalen“ erfasst werden können. Die Beurteilung solcher Abweichungen (Auffälligkeiten) ist eine wichtige Voraussetzung zur Einschätzung der Prognose und zur Festlegung eines eventuellen Behandlungsbedarfs. Sie hat zu berücksichtigen, dass es sowohl für die meisten Parameter der körperlichen Entwicklung als auch für die geistige Entwicklung und das Verhalten eine enorm große Variabilität des Normalen gibt. So sehen wir Entwicklungsverzögerungen, die später als beim durchschnittlichen Kind zum gleichen Endergebnis wie bei diesem führen, und Normvariationen, die von der Qualität her in ihren Auswirkungen für das Kind belanglos sind. Sie sind von Entwicklungsstörungen zu unterscheiden, die das Kind in seiner weiteren Entwicklung und in seiner Lebensqualität beeinträchtigen und deshalb behandelt werden müssen.

Eine schwere Entwicklungsstörung kann einer Behinderung gleich kommen, also einer dauerhaften Einschränkung, die dem Menschen die Teilnahme am Leben in der Gesellschaft erschwert.

Bereiche der Entwicklungsstörungen

Die Bedeutung des Wortes "Behinderung" variiert je nach dem Zusammenhang, in dem es verwendet wird. Folgende Unterscheidungen sind wichtig:

- Neben körperlichen Behinderungen versteht man unter einer Behinderung eine Einschränkung des Wahrnehmungs-, Denk- Sprach-, Lern- und Verhaltensvermögens.
- Verschiedene Bedeutungsfelder des deutschen Ausdrucks "Behinderung" werden von der WHO differenziert betrachtet und benannt. Man unterscheidet zwischen impairment (Schädigung), also einem Mangel, der sowohl körperliche wie geistige oder psychische Strukturen beziehungsweise Funktionen betreffen kann, disability (Unfähigkeit), also einer Funktionsbeeinträchtigung auf Grund einer solchen Schädigung, und handicap (Benachteiligung), also den Nachteilen, die einer Person aus solchen Beeinträchtigungen entstehen.
- Rechtlich gelten Menschen dann als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung zu erwarten ist. (§ 2 Abs. 1 SGB IX, Neufassung des § 35a SGB VIII) Es wird nach körperlichen, geistigen und seelischen Behinderungen unterschieden. Auch Mehrfachbehinderungen kommen vor, wenn etwa neben den geistigen auch die sprachlichen Leistungen, das Hör- und /oder das Sehvermögen beeinträchtigt sind oder zusätzlich Verhaltensauffälligkeiten oder ein Anfallsleiden bestehen. Die Schwere der Behinderung wird seitens des Versorgungsamtes nach einheitlichen Gesichtspunkten gemessen. (§ 3 SchwbG) Behinderte Menschen haben nach dem Bundessozialhilfegesetz (SGB XII) Anspruch auf Eingliederungshilfe.
- Im schulischen Bereich gibt es spezifische Festlegungen für das Vorliegen von Körperbehinderung, geistiger, seelischer Behinderung oder Lernbehinderung, da sie einen sonderpädagogischen Förderbedarf begründen können. (§ 52 SchulG - AO-SF) Auch Sprachbehinderung, Erziehungsschwierigkeit, Autismus, Hör- und Sehschädigung finden hier Berücksichtigung sowie eine eigene Definition der Schwerstbehinderung, die nicht mit derjenigen des Sozialgesetzbuches identisch ist.

Behinderungen können angeboren sein oder erworben. Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen, Unfälle und schwere Erkrankungen können eine Behinderung zur Folge haben. Auch schwere Vernachlässigung kann ein Kind so stark in seiner Entwicklung beeinträchtigen, dass sie beispielweise in eine seelische oder eine Lernbehinderung mündet.

Es gibt Kinder, die nicht behindert im oben beschriebenen Sinne, aber durch eine **chronische Krankheit** dennoch in ihrer Lebensqualität wesentlich beeinträchtigt sind. Hierzu zählen zum Beispiel Kinder mit schweren Allergien, Hautkrankheiten, Asthma bronchiale, Herzfehlern, Diabetes und anderen Stoffwechselkrankheiten, rheumatischen Erkrankungen oder mit zerebralem Krampfleiden. Diese Kinder nehmen vielfach am normalen Alltagsleben in Kindergarten und Schule erfolgreich teil. Sie sind aber oft nicht beschwerdefrei, müssen sich regelmäßigen Behandlungsmaßnahmen unterziehen, bestimmte Speisen oder körperliche Belastungen vermeiden oder fallen durch ihr Aussehen auf. Sie können zwar am Leben in der Gesellschaft teilhaben, tragen aber trotzdem eine schwere Bürde.

Berichterstellung anhand der Parameter der Einschulungsuntersuchung

Eine **Einteilung** von Entwicklungsstörungen oder Behinderungen nach Organsystemen oder in körperliche, geistige und seelische Störungen ist immer willkürlich. Häufig sind bei einem Menschen mehrere Bereiche betroffen. Außerdem wird z. B. eine schwere Störung im körperlichen Bereich, etwa eine Gehbehinderung, im Allgemeinen auch Auswirkungen auf die Wahrnehmung und die psychische Entwicklung haben, das heißt, die ganze Persönlichkeit ist in Mitleidenschaft gezogen.

Trotzdem mussten wir uns aus Gründen der Übersichtlichkeit für eine Untergliederung des umfangreichen Stoffes entscheiden. In diesem Bericht orientieren wir uns bei der Darstellung der beobachteten Störungen an den Parametern, die bei der Einschulungsuntersuchung überprüft werden. Hier liegen uns Zahlen zum Vergleich vor, die von jeweils einem kompletten Jahrgang von Kindern anlässlich ihrer Untersuchung vor Schuleintritt ermittelt wurden.

ROTRAUT STOCK

2.1 Hören, Sehen

Die beiden ersten Lebensjahre sind besonders sensitiv für die Entwicklung des Hörens und Sehens als wichtige Grundvoraussetzungen für die störungsfreie Entwicklung des Kindes. Taube oder schwerhörige Kinder sollten deshalb möglichst frühzeitig im Säuglingsalter entdeckt und mit Hörgeräten versorgt werden. Später einsetzende Behandlungen können oftmals keine optimalen Ergebnisse mehr erzielen. Störungen beim Hören haben gravierende Folgen für die Sprachenwicklung, Sehstörungen haben beispielsweise Auswirkungen auf die Motorik und Koordination.
Auch haben Kinder mit Sehstörungen oder Hörstörungen mit Problemen zu kämpfen, die sie sozial behindern.
Die einwandfreie Funktion dieser beiden Sinne ist eine der Grundvoraussetzungen für die störungsfreie Entwicklung des Kindes. Ihre Diagnose und Therapie muss in den ersten beiden Lebensjahren erfolgen.
Zusammengenommen haben sich bei 5,9 % der Kinder Hörprobleme, und bei 13,9 % der Kinder Sehprobleme ergeben. (Summe: Befunde mit Arztüberweisung, in Behandlung befindliche Kinder, dauerhafte Beeinträchtigung und Befunde ohne Arztüberweisung)

2.1.1 Hören

Die Fähigkeit zum Hören setzt, wie man heute weiß, schon lange vor der Geburt ein. Bereits um die 20. - 22. Schwangerschaftswoche beginnt das Ungeborene zu hören. Allerdings ist das Gehör zu dieser Zeit noch nicht fertig ausgebildet. Die endgültige Entwicklung des Gehörs einschließlich der zentralen Hörzentren im Gehirn und der Nervenbahnen, die sie mit dem Ohr verbinden, kann sich nur vollziehen, wenn die Sinneszellen des Innenohrs regelmäßig normale Hörreize aufnehmen. Dies muss während der ersten beiden Lebensjahre passieren (sensible Phase), damit das Kind ausreichend hören lernen kann. Taube oder schwerhörige Kinder sollten deshalb möglichst frühzeitig, am besten im Säuglingsalter, entdeckt und mit Hörgeräten versorgt werden.

Es gibt verschiedene Formen der Schwerhörigkeit. Nach dem Ort der Störung unterscheiden wir zwischen Schallleitungsschwerhörigkeit und Schallempfindungsschwerhörigkeit. Erstere liegt vor, wenn die Weiterbildung des Schallimpulses durch den Gehörgang und das Mittelohr bis zum Innenohr, in dem die Sinneszellen liegen, behindert ist, z. B. durch einen Ohrpfropf oder durch einen Tubenkatarrh. Von Schallempfindungsschwerhörigkeit sprechen wir, wenn die Funktion der Sinneszellen oder des Hörnervs gestört ist.

Durch physikalische, medikamentöse oder operative Behandlungsmaßnahmen kann meist das normale Hörvermögen wiederhergestellt werden. Ist dies nicht der Fall, dann wird versucht, unter Ausnutzung vorhandener Hörreste den Hörverlust so weit wie möglich auszugleichen, indem man Hörgeräte verwendet.

Ohne Behandlung entwickeln sich neben der Schwerhörigkeit oder Taubheit Störungen in verschiedenen Bereichen: Wahrnehmung, Sprache, Denken, die Fähigkeit zur Kommunikation mit anderen sowie die Emotionalität können betroffen sein. In der Schule werden die Kinder in der Umgebung normal hörender Mitschüler leicht zu Außenseitern, weil sie fälschlich für dumm gehalten werden.

Für hörgeschädigte Kinder wurden spezielle Frühfördermaßnahmen entwickelt, mit denen schon im Kleinkindalter Entwicklungsdefizite in Folge der fehlenden oder verminderten Hörreize vorgebeugt werden sollen. Durchgeführt werden sie von den Schulen für Hörgeschädigte.

Bei den Einschulungsuntersuchungen 2005 sind bei 4,6 % (= 225 Kinder) der Kinder Hörstörungen festgestellt worden, die so gravierend waren, dass eine fachärztliche Abklärung empfohlen worden ist.

Kinder aus dem Rhein-Erft-Kreis werden in der Regel betreut durch die:

Rheinische Schule für Hörgeschädigte Köln

Frühförderung, Kindergarten und Grundschule:

Rheinische Schule für Hörgeschädigte

Biggestraße 3 - 5

50931 Köln

Tel.: 0221-940760

Fax: 0221-94076138

E-Mail: rsfhg-koeln@lvr.de

Hauptschule:

Rheinische Schule für Hörgeschädigte

Gronewaldstraße 1

50931 Köln

Tel.: 0221-4307570

Fax: 0221-430757199

E-Mail: rsfhg@lvr.de

2.1.2 Sehen

Das Sehen ist das Ergebnis sehr komplexer Vorgänge. Sie sind im Modul I der Gesundheitsberichterstattung des Rhein-Erft-Kreises über Kinder und Jugendliche im Anhang unter der Überschrift "Warum das Sehen so wichtig ist" näher erläutert. An dieser Stelle sollten daher folgende Hinweise genügen: Das Sehorgan Auge funktioniert als optischer Apparat, mit dessen Hilfe ein gesehenes Objekt auf der Netzhaut abgebildet wird. Hier werden die Lichtreize in den Sinneszellen umgewandelt in Nervenreize, um dann über den Sehnerv in die Sehzentren des Gehirns weitergeleitet zu werden. Erst hier entstehen die Seheindrücke, die inneren Bilder, die der Mensch von seiner Umgebung bekommt. (visuelle Wahrnehmung)

Wie für das Hören, so ist auch für das Sehen bekannt, dass eine wesentliche Reifung der Funktionen noch nach der Geburt stattfindet. Besonders intensiv ist die Entwicklung im Verlauf des ersten Lebensjahres, vorausgesetzt, es treffen genügend scharfe Bilder auf die Netzhaut. Während der ersten beiden Lebensjahre lässt sich das Sehvermögen des Kindes durch entsprechende Behandlungsmaßnahmen (Sehschule) noch sehr gut positiv beeinflussen, es besteht noch eine hohe Sensitivität. Nach dem zweiten Lebensjahr nimmt die Sensitivität für die Entwicklung eines guten Sehvermögens rapide ab. So ist auch bei einem minimalen kindlichen Schielen die Gefahr einer lebenslangen Sehstörung (Amblyopie) gegeben. Behandlungen, die erst im Einschulalter beginnen, können daher oft keine optimalen Ergebnisse mehr erzielen.

Beim Sehen lag die Prozentrate der Befunde mit Arztüberweisung im Jahre 2005 mit 5,5 % (= 272 Kinder) noch höher als beim Hören.

Unerkannte Sehstörungen führen beim Kind gerade in der Phase des Lesen- und Schreibenlernens zu Problemen, wenn es zum Beispiel Buchstaben und Wörter an der Tafel nicht erkennt. Es muss sich vermehrt anstrengen, um dem Unterricht folgen zu können. Dies kann eine Überforderung zur Folge haben mit Auswirkungen wie Kopfschmerzen, Nachlassen der Konzentration, Leistungsabfall in der Schule bis hin zu Schulunlust und Verhaltensauffälligkeiten.

Kinder mit starker Beeinträchtigung des Sehens und blinde Kinder müssen in ihrer Entwicklung durch spezielle Frühfördermaßnahmen unterstützt werden. Die optimale schulische Förderung und Vorbereitung auf ein möglichst selbständiges Leben mit ihrer Behinderung wird ihnen in der Regel in Schulen für Sehbehinderte und Blinde geboten, die auch für die Frühförderung verantwortlich sind.

Kinder aus dem Rhein-Erft-Kreis werden von folgenden Schulen betreut:

Rheinische Förderschule, Förderschwerpunkt Sehen, Aachen

Vetschauer Straße 16-18

52072 Aachen

Tel.: 0241-9382811

Fax: 0241-93828277

E-Mail: rsfsh-aachen@lvr.de

Rheinische Förderschule, Förderschwerpunkt Sehen, Düren

Meckerstraße 1-3

52353 Düren

Tel.: 02421-4072-0

Fax: 02421-40782-299

Dieser Schule ist ein Internat angeschlossen.

Rheinische Förderschule, Förderschwerpunkt Sehen, Köln

Weberstraße 37

50676 Köln

Tel.: 0221-310810

Fax: 0221-3308131

E-Mail: rsfsh-koeln@lvr.de

severinschule-koeln@lvr.de

ANETTE RÖHRL-KÖPPEN

2.2 Motorik und Koordination

Die koordinierten Bewegungsleistungen sind abhängig vom Reifezustand des Nervensystems und von psychosozialen Beeinflussungen. Störungen sollten auch hier so früh wie möglich erkannt und behandelt werden, um die Basis für eine störungsfreie Entwicklung zu legen.
Ein Viertel der Kinder hat Probleme bei der Koordination, knapp ein Fünftel bei der Motorik.

1. Motorik und Koordination – ' Meilensteine' ihrer Entwicklung im Kleinkindalter

Mit „Motorik“ bezeichnet man sämtliche bewusste (z.B. Stehen, Gehen, Schreiben) und unbewusste (z.B. Mimik, Gestik, Körperhaltung) Bewegungsleistungen des Menschen.
Unter „Koordination“ versteht man die Steuerung und Regulation von Teilbewegungen zu Bewegungsabläufen.

Die motorische Entwicklung verläuft in Entwicklungsschritten: auf die Ausbildung der Halte- und Stützmotorik (Kopfkontrolle) im Säuglingsalter folgt im Kleinkindalter die Fähigkeit sich fortzubewegen (sog. Grobmotorik) und schließlich die Ausbildung von differenzierten Bewegungen der Hand. (sog. Feinmotorik)

Ob das Kind sich motorisch altersgemäß entwickelt, wird bei den Vorsorgeuntersuchungen überprüft. Man spricht von den sog. „Meilensteinen“ der motorischen Entwicklung, beispielsweise:

- sollte ein Säugling im vierten Monat den Kopf im Sitzen kontrollieren können
- sich im sechsten Monat umdrehen können und
- mit spätestens 18 Monaten frei laufen können.

Für die feinmotorischen Fähigkeiten gibt es ebenso bestimmte „Etappenziele", die in einem bestimmten Alter erreicht werden müssen: so sollte das Kind beispielsweise

- mit 6 Monaten ein Spielzeug von einer Hand in die andere geben können
- mit 10 Monaten den „Pinzettengriff“ beherrschen, will heißen: der Daumen steht in Opposition zum gestreckten Zeigefinger und das Kind kann einen Gegenstand wie mit der Pinzette greifen.

Im Zuge der weiteren Entwicklung wird diese Koordinationsfähigkeit immer weiter perfektioniert, so dass hochkomplexe Bewegungsabläufe wie Schneiden oder Schreiben möglich werden.

2. Zusammengehörigkeit von Reifezustand, Sensomotorik, Psychomotorik und Soziomotorik

Alle motorischen Fähigkeiten sind abhängig vom Reifezustand des Nervensystems, aber auch immer von Sinneseindrücken („Sensomotorik"), Gefühlen („Psychomotorik") und der sozialen Situation („Soziomotorik") beeinflusst.
Motorik ist eben nicht nur Fortbewegung, sondern eng verzahnt mit den Sinneswahrnehmungen und der psychosozialen Befindlichkeit, wobei sich die Bereiche gegenseitig beeinflussen. Wenn ich beispielsweise während eines Spiels einen Ball fangen und zurückwerfen will, muss ich ihn sehen und abschätzen können, mit welcher Wucht er mich treffen wird, damit meine Muskulatur sich entsprechend einstellen kann; meine visuelle Wahrnehmung und meine Orientierung im Raum müssen also gut funktionieren; meine motorische Koordinationsfähigkeit muss so gut ausgebildet sein, dass ich den Ball festhalten und zielgerichtet zu meinem Mitspieler zurückwerfen kann; ich muss außerdem bereit sein, überhaupt mitzuspielen d.h. ich interagiere mit meinen Mitmenschen durch Mimik, Gestik und Körperhaltung. Wenn in einem der Bereiche Defizite vorhanden sind, werde ich nicht angemessen mitspielen können und beim nächsten Mal wahrscheinlich außen vor bleiben.

Störungen der Motorik und Koordination können, neben der oben angedeuteten sozial-familiären, sehr unterschiedliche und vielfältige Ursachen haben. Sie zeigen sich durch eine Verzögerung des Entwicklungsverlaufs, aber auch durch von der Norm abweichende Bewegungsmuster.
Es gehören hierzu einmal die Bewegungsstörungen infolge angeborener oder erworbener Schäden des Hirns, des Rückenmarks oder der peripheren Nerven; zum anderen die motorischen Entwicklungsstörungen, die ohne erkennbare Läsion des Nervensystems und ohne erhebliche Intelligenzminderung auftreten.
Diese zweite Gruppe ist die weitaus größere und umfasst die meisten der Kinder, die in unseren Untersuchungen auffallen. Die Befundraten zum Zeitpunkt der Einschulung lagen im Jahr 2005 bei 15,1 % auffällige Befunde (2004: 14 %) und bei 9,9 % grenzwertige Befunde (2004: 11 %).

3. Frühe motorische Förderung von Kindern

Altersgemäße motorische Entwicklung ist also keine Nebensache, sondern ein zentraler Punkt der kindlichen Gesamtentwicklung.
Motorische Förderung setzt idealerweise im Säuglingsalter ein und bietet dem Kind bis ins Schulalter jeweils dem Entwicklungsstand angemessene Bewegungsmöglichkeiten.
Dies setzt bei den Bezugspersonen entsprechende Kenntnisse und Einsicht voraus. Sitzen vor dem Fernseher oder Computer sind für die motorische Entwicklung nicht so hilfreich wie Springen, Laufen und Klettern.

Wichtig ist es, Störungen so früh wie möglich zu erkennen und zu behandeln, möglichst bevor es aufgrund der retardierten motorischen Entwicklung zu Eingliederungsproblemen und mangelndem Selbstwertgefühl kommt.

Als Beispiel sei die Handgeschicklichkeit angeführt. Sie ist die Basis für das Erlernen von Kulturtechniken. Kinder, deren Fähigkeiten hier mangelhaft sind, verwenden so viel Konzentration und Energie auf die feinmotorischen Anforderungen z.B. beim Schreiben, dass sie dem Schulunterricht nicht mehr folgen können. Dadurch sind Misserfolge und Demotivierung vorprogrammiert.
Eltern, Erzieherinnen und Kinderärzte/innen sind gefordert, dies durch sorgfältiges Beobachten und frühzeitiges Eingreifen zu verhindern.

YASEMIN GÜLERYÜS, DAGMAR KLATT, ANETTE RÖHRL–KÖPPEN

2.3 Sprache

Sprachentwicklungsstörungen (SES) sind Abweichungen vom normalen Spracherwerb. Die häufigsten Abweichungen sind Störungen der Sprache. Daneben gibt es Störungen im Sprachablauf und Stimmstörungen. Rund ein Drittel der Kinder haben sprachliche Probleme unterschiedlicher Ausprägung. Sprachentwicklungsstörungen, die zum Einschulungszeitpunkt noch bestehen, sind ein wesentliches Zeichen für eine schlechte schulische und soziale Prognose der davon betroffenen Kinder. Ein besonderes Problem ist die ‚Doppelte Halbsprachigkeit' bei Kindern mit Migrationshintergrund, die weder die Muttersprache noch die Zweitsprache korrekt gelernt haben. Rund 55 % der Kinder mit einer anderen Erstsprache als Deutsch wurde ein Deutschförderkurs empfohlen; davon sind 22 % der Kinder mit ‚radebrechend' und ‚ohne Deutschkenntnisse' eingeschätzt worden. (= 194 Kinder)

1. Störungen der Sprache

Von den 4.860 Einschulkindern des Jahres 2004 im Rhein-Erft-Kreis hatten 3.149 Kinder (= 66,9%) einen unauffälligen Sprachbefund und 727 (= 13,4%) leichte sprachliche Auffälligkeiten, die nicht behandlungsbedürftig waren. 658 Kinder (13,6%) befanden sich in sprachtherapeutischer Behandlung. 226 Kinder (= 4,7%) wurden wegen des Verdachts auf eine Sprachentwicklungsstörung an den behandelnden Kinderarzt zur genaueren Überprüfung und gegebenenfalls Einleitung einer Sprachtherapie verwiesen.

Bei den Einschulungsuntersuchungen 2005 lag die Rate der Befunde in allen Bereichen leicht höher: mit Arztüberweisung bei 5,4 %, in Behandlung befinden sich 15 % der Kinder, Befunde ohne Arztüberweisung lagen bei 14,2 % der Kinder vor. Zusammen mit der dauerhaften Beeinträchtigung erreichen die Sprachprobleme damit einen ‚Spitzenplatz' mit 34,8 % bei den Befunden, und damit eine Steigerung zu 2004 um 3,1 %.

Bei Kindern kommen unterschiedliche Störungen der Sprache, des Sprechens und der Stimme vor. Man unterscheidet bei Störungen der Sprache Artikulationsstörungen, Dysgrammatismus, Wortschatzdefizite und Sprachverständnisstörungen.

1.1 Artikulationsstörungen

- Sigmatismus: Das /s/ wird falsch gebildet oder ersetzt.
- Schetismus: Das /sch/ wird falsch gebildet oder ersetzt.
- Chitismus: Das /ch/ wie in Milch wird falsch gebildet oder ersetzt.
- Kappazismus: Das /k/ wird falsch gebildet oder ersetzt.
- Gammazismus: Das /g/ wird falsch gebildet oder ersetzt.
- Rhotazismus: Das /r/ wird falsch gebildet oder ersetzt.
- Dyslalie: je nach Anzahl der betroffenen Laute unterteilt man in:
  - partielle Dyslalie: ein bis zwei Laute sind betroffen
  - multiple Dyslalie: mehr als zwei Laute sind betroffen
  - universelle Dyslalie: fast alle Laute sind betroffen, das Sprechen ist nahezu unverständlich

Ursächlich können sein: Schwächen der Mundmuskulatur, Hörstörungen, mangelndes auditives Unterscheidungsvermögen für ähnlich klingende Laute trotz normalen Gehörs, organische Fehlbildungen wie Kiefer- oder Gaumenspalten.

1.2 Dysgrammatismus

Hierunter versteht man Störungen in Grammatik und Satzbau: Sätze können entweder gar nicht oder nur in verdrehter Stellung gebildet werden, Artikel werden falsch eingesetzt, Verben falsch konjugiert, Zeiten können nicht ausgedrückt werden.
Am Beginn der Sprachentwicklung sind grammatikalische Fehler normal; spätestens mit fünf Jahren sollte das Kind aber übliche Sätze grammatikalisch richtig sprechen können.
Die Ursachen für eine dysgrammatische Störung sind vielfältig: mangelhaftes Sprachvorbild, anregungsarme Familiensituation, Schwächen im Sprechrhythmus oder bei der Hör-Merk-Spanne, Hörstörungen und Wahrnehmungsstörungen.

1.3 Wortschatzdefizite

Der Wortschatz ist zu gering, z.B. „late talker“. (weniger als 50 Wörter im Alter von zwei Jahren)
Bei Einschulungskindern fällt auf, dass sie eine Bildergeschichte nur mit wenigen Worten und wenigen „ausschmückenden“ Worten wiedergeben können. Der Wortschatz ist auch hier abhängig vom sprachlichen Vermögen und Umgang mit Sprache in der Familie.

1.4 Sprachverständnisstörungen

Das Kind versteht Sprache nicht altersgemäß, kann beispielsweise Anweisungen nicht befolgen und Fragen nicht beantworten.
Häufige Ursache ist eine auditive Wahrnehmungsstörung, die trotz intakten Gehörs das Kind daran hindert, das Gehörte zu verstehen und umzusetzen.

Jede dieser vier Störungen kann einzeln auftreten. Am häufigsten ist die Artikulation gestört, gefolgt von Störungen der Grammatik, Wortschatz- und Sprachverständnisstörungen. Letztere treten selten isoliert auf.

Bestehen mindestens zwei der Störungen gleichzeitig, spricht man von einer Sprachentwicklungsstörung. (SES)

2. Sprachentwicklung und ihre körperlichen Voraussetzungen

Die Sprachentwicklung beginnt ca. im neunten Lebensmonat mit dem Aneinanderreihen von Silbenketten, die dann zunehmend sinnvoll verwendet werden. (MAMA)
Mit einem Jahr kann das Kind ein Wort gezielt einsetzen und die Wortmelodie nach Frage oder Feststellung modulieren.
Mit zwei Jahren spätestens sollte es zwei Wörter sinnvoll zu Sätzen verbinden können, mit drei Jahren drei.
Dann schreitet die normale Entwicklung sehr rasch voran, bis die Kinder mit etwa fünf Jahren überwiegend korrekt sprechen.

Die Entwicklung des Sprachverständnisses beginnt wahrscheinlich etwas früher und ist ebenfalls bis zum fünften Jahr abgeschlossen. Bei Zweisprachigkeit kann dieser Ablauf verlangsamt sein.

Damit Sprache sich überhaupt entwickeln kann, muss das Kind über ein funktionierendes Gehör verfügen; schon im frühen Säuglingsalter muss deshalb sorgfältig auf Anzeichen einer Hörstörung geachtet werden.

Ein hohes Risiko für die Ausbildung einer SES tragen die sog. late talker. (s.o.)

3. Diagnose der Sprachentwicklungsstörung / Therapiefestlegung

Wenn eine SES festgestellt wird, muss das Kind weitergehend untersucht werden, um eine isolierte SES von einer Störung im Rahmen einer allgemeinen Entwicklungsverzögerung, einer Störung der Intelligenz/ Kognition oder einer anderen Grunderkrankung abzugrenzen. Nach der Diagnosestellung muss baldmöglichst eine angemessene Behandlung beginnen. Dies kann eine logopädische Behandlung sein; es kann aber auch eine Sprach-Frühförderung in Kindergärten und Tagestätten sinnvoll sein. Welcher Therapieansatz der richtige ist, muss in jedem Einzelfall entschieden werden.

Sprachentwicklungsstörungen, die zum Einschulungszeitpunkt noch bestehen, sind ein wesentliches Zeichen für eine schlechte schulische und soziale Prognose der davon betroffenen Kinder.

4. Störungen des Sprechens (Sprachflussstörungen)

Oft ist es schwierig, das "echte" Stottern von den physiologischen Sprechunflüssigkeiten abzugrenzen. Folgende Unterschiede bestehen:

Poltern:

- Kinder sprechen hastig und übereilt
- Sprechtempo ist zu schnell und oft ungleichmäßig
- Artikulation ist insgesamt undeutlich und verwaschen
- Silben oder manchmal auch ganze Wörter werde "verschluckt"
- Kein Störungsbewusstsein, kein Vermeideverhalten,
- keine Sprechanstrengung
- Keine Sekundärsymptome

Stottern:

- Wiederholung mit Sprechanstrengung
- Blockierungen und Dehnungen
- Sekundärsymptome (Mitbewegungen, Grimassen, Rotwerden, Störungsbewusstsein, Vermeideverhalten)

5. Stimmstörungen: Juvenile hyperfunktionelle Dysphonie

Kinder mit Stimmstörungen haben eine raue, heisere oder gepresste Stimme und oft eine unnatürlich hohe oder tiefe Stimmlage. Solche Stimmstörungen bei Kindern werden verursacht durch ungünstigen Gebrauch der Stimme, z. B. häufiges Schreien, langes, zu lautes oder angestrengtes Reden. Es besteht die Gefahr, dass sich Verdickungen auf den Stimmbändern bilden, so genannte Schreiknötchen, welche ein gleichmäßiges Schwingen der Stimmbänder verhindern und dadurch die Stimme heiser klingen lassen.

6. Beide Sprachen nicht richtig gelernt – „Die doppelte Halbsprachigkeit“

Wenn ein ausländisches Kind weder die Muttersprache noch die deutsche Sprache richtig beherrscht, spricht man von der sogenannten *„Doppelten Halbsprachigkeit"*. Das Kind hat vor allem Schwierigkeiten, die beiden Sprachen voneinander zu trennen. Es wechselt von der einen in die andere Sprache, ohne es selbst zu bemerken. Es hat in beiden Sprachen einen geringen Wortschatz und kann sich in beiden Sprachen schlecht ausdrücken.

Kinder aus Zuwandererfamilien kommen meist im Kindergarten erstmalig mit der deutschen Sprache in Kontakt. Günstigenfalls lernen sie innerhalb weniger Monate, sich in der für sie neuen Sprache zu verständigen, und bis zum Einschulalter, sich die Grundbegriffe des Deutschen in ausreichendem Maße anzueignen - allein durch ihre regelmäßige Teilnahme an den Aktivitäten der Kindergartengruppe. Dies gelingt umso besser, je sicherer sie bereits die Muttersprache beherrschen, je regelmäßiger sie den Kindergarten besuchen können und je mehr sie Gelegenheit haben, dort mit deutschsprachigen Kindern zusammen zu sein.

Beherrscht ein Kind die Muttersprache nicht ausreichend, bevor es die Zweisprachigkeit erlernt, dann fehlen ihm wichtige Grundlagen zum Verständnis sprachlicher Regelsysteme. Es kommt zur doppelten

Halbsprachigkeit, das heißt, das Kind spricht keine Sprache altersgemäß. Es hat Schwierigkeiten, die beiden Sprachen voneinander zu trennen, und wechselt von der einen in die andere Sprache, ohne es selbst zu bemerken. Es hat in beiden Sprachen einen geringen Wortschatz und kann sich in beiden Sprachen schlecht ausdrücken.

Hat ein Kind bis zum Vorschulalter nicht ausreichend Deutsch gelernt, um in der ersten Klasse dem Unterricht folgen zu können, so muss die Zeit bis zur Einschulung genutzt werden, um seine Sprachkenntnisse zu verbessern. Zu diesem Zweck wurden Deutschförderkurse eingerichtet, die im letzten Halbjahr vor der Aufnahme von Schulneulingen in die Schule deren Deutschkenntnisse auf einen möglichst einheitlichen Stand bringen sollen. Diese Kurse liegen in der Verantwortung der Kommunen und finden in den kommunalen Kindergärten statt. Kinder, die dazu keinen Zugang haben, sollen die Deutschförderung vor der Einschulung in der Schule erhalten.

Die Frage, ob ein Kind mit Migrationshintergrund, das nicht gut Deutsch spricht, lediglich zu wenig Gelegenheit hatte, die deutsche Sprache zu erlernen, oder ob bei ihm eine Sprachentwicklungsstörung vorliegt, ist oft nicht ohne weiteres zu klären. Machen die Eltern bei der Untersuchung des Kindes keine Angaben über eventuelle Defizite auch in der Muttersprache, dann ist es bei der Schuleingangsuntersuchung manchmal schwierig, eine Sprachentwicklungsstörung bei einem ausländischen Kind aufzudecken. Hierfür ist im Verdachtsfall eine eingehende Sprachdiagnostik erforderlich.

Von den 4.860 Kindern, die den Jugendärztinnen des Gesundheitsamtes zur Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr 2004/2005 vorgestellt wurden, hatten 950 Kinder (= 19,7%) nicht Deutsch als Muttersprache gelernt. Von 887 dieser Kinder liegt eine schulärztliche Einschätzung ihrer Deutschkenntnisse vor. 24 Kinder (= 2,7%) hatten keine Deutschkenntnisse, 170 Kinder (= 19,2%) sprachen radebrechend Deutsch, 293 Kinder (= 33%) sprachen flüssig, aber mit erheblichen Fehlern Deutsch. Das heißt, dass 487 Kinder, also 54,9% der Kinder mit einer anderen Erstsprache als Deutsch, nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügten, um am Unterricht voraussichtlich erfolgreich teilnehmen zu können. Diesen Kindern, das sind mehr als 10% aller Einschulkinder des Rhein-Erft-Kreises, wurde die Teilnahme am Deutschförderkurs empfohlen.

Die Zahlen vom nächsten Einschulungsjahrgang liegen ebenfalls vor: im Jahr 2005 haben 418 Kinder keine oder kaum und fehlerhafte Deutschkenntnisse.

Diese Zahlen sind in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst:

	2004	2005
% bezogen auf alle Kinder N= 4.866 / N= 4.716	10,3	8,9
% bezogen auf Kinder mit Migrationshintergrund N= 950 / N= 914 / missings jeweils miteinberechnet	51,2	45,7
Absolute Zahlen von Kindern, die Deutschunterricht dringend nötig haben bei der Einschulung	**487**	**418**

Tabelle 3: Deutschkenntnisse bei Einschulkindern im Rhein-Erft-Kreis, bezogen auf alle Kinder des Einschulungsjahrganges sowie bezogen auf die Kinder, die nicht Deutsch als Muttersprache gelernt haben/ Vergleich der Jahre 2004 und 2005

Es ist eine leichte Verbesserung in den Deutschkenntnissen zu sehen: die Marge von über 10 % aller Einschulungskinder, die kein/ radebrechendes/ erheblich fehlerhaftes Deutsch spricht, ist leicht gesunken. Betrachtet man die Zahlen bei den Kinder mit Migrationshintergrund, so sind auch hier die Prozentsätze leicht fallend, jedoch mit fast 46 % immer noch sehr hoch.
Die absoluten Zahlen zeigen, dass im Rhein–Erft–Kreis über 400 Kinder noch bei der Einschulung voraussichtlich dem Unterricht nicht werden folgen können, weil sie die Lehrkräfte und ihre MitschülerInnen nicht ausreichend verstehen und selber nicht in Deutsch kommunizieren können.

SABINE NETTERSHEIM

2.4 Wahrnehmung, Konzentration

Wahrnehmungsstörungen beruhen auf mangelhafter Integration unterschiedlicher Wahrnehmungsreize, so dass beispielsweise Wichtiges nicht von Unwichtigem unterschieden werden kann. So entstehen trotz ausreichender Intelligenz psychische und soziale Probleme. Auch hier ist – wie beim Hören und Sehen, bei Motorik und Koordination – ein frühzeitiges Eingreifen vor Schulbeginn notwendig. Die Rate der auffälligen Befunde bei visueller Wahrnehmung und Informationsverarbeitung lag 2005 bei 11,4 %, die Rate der grenzwertigen Befunde bei 9,5 %. [neuer Dokumentationsbogen S–ENS in 2005]

Die Anzahl der Kinder, die unter Wahrnehmungsstörungen leiden, nimmt immer mehr zu. Ursache für Wahrnehmungsprobleme ist weniger eine Fehlfunktion der Sinnesorgane, sondern die mangelnde Fähigkeit des Gehirns, Reize auszuwählen, wichtige von unwichtigen zu unterscheiden, sie mit anderen Informationen aus der Wahrnehmung oder dem Gedächtnis zu verknüpfen, richtig einzuordnen und zu deuten. In der Regel handelt es sich um eine Kombination aus Störungen in verschiedenen Wahrnehmungsbereichen. J. Ayres bezeichnet das Zusammenwirken der Sinne als **sensorische Integration,** wodurch eine sinnvolle und angemessene Auseinandersetzung des Menschen mit seiner Umgebung möglich ist.

Kinder mit Störungen der **taktilen Wahrnehmung** suchen bei Unterfunktion des Tastsinnes ständig nach Berührungsreizen, sind sich ihrer Körpergrenzen nicht bewusst und fallen durch Distanzlosigkeit sowie fehlende soziale Hemmschwelle auf. Bei Überfunktion des Tastsinnes vermeiden sie als unangenehm empfundene Berührungsreize.

Bei Störungen der **propriorezeptiven** oder **kinästhetischen Wahrnehmung** (Tiefensensibilität und Bewegungsempfindung) haben Kinder kein differenziertes Körperschema, können Bewegungsabläufe nicht gezielt steuern und haben Schwierigkeiten bei der Kraftdosierung. (z. B. verkrampfte Stifthaltung, fehlendes Linieneinhalten beim Malen)

Damit kombiniert treten häufig Störungen der **vestibulären Wahrnehmung** (Gleichgewicht) und dementsprechend der Bewegungskoordination auf. (s. Kapitel 2.2 dieses Berichtes: Motorik und Koordination) Kinder mit verminderter Fähigkeit der Bewegungsplanung haben auch Probleme mit der Handlungsplanung. (z. B. beim Lösen schulischer Aufgaben)

Grundvoraussetzung für ungestörte visuelle und akustische Wahrnehmung ist die Fähigkeit, sich auf Gesehenes bzw. Gehörtes zu konzentrieren.

Visuelle Wahrnehmungsstörungen können unterschiedliche Qualitäten haben. Bei Störungen der Figur-Grund-Wahrnehmung misslingt das Herausfiltern wesentlicher Reize vor einem unwesentlichen Hintergrund. Die Wahrnehmungskonstanz ermöglicht das Wiedererkennen eines Gegenstandes aus verschiedenen Perspektiven und Abständen. Bei Störungen der Raum-Lage-Wahrnehmung entstehen Schwierigkeiten bei der Rechtschreibung (richtige Buchstabenreihenfolge, räumliche Orientierung der einzelnen Buchstaben) sowie in Mathematik. (Zahlenreihenfolge)

Auch im **akustischen** Bereich ist die Fähigkeit zum Herausfiltern wichtiger Reize Grundvoraussetzung für eine ungestörte Wahrnehmung. Andernfalls resultiert eine extrem hohe Ablenkbarkeit durch akustische Störgeräusche, vergleichbar mit der Ablenkbarkeit bei visuellen Wahrnehmungsstörungen durch visuelle Reize.

Störungen der optischen Gliederung sowie der Differenzierung und Gliederung von Lauten führen u. a. zu Problemen bei der Rechtschreibung und beim Lesen. Häufig haben wahrnehmungsgestörte Kinder eine Einschränkung des visuellen sowie akustischen Gedächtnisses.

Die zuerst genannten Wahrnehmungsarten (taktile, kinästhetische und vestibuläre Wahrnehmung) werden auch als die drei Grundwahrnehmungssysteme bezeichnet und stellen zusammen mit dem Geschmackssinn und dem Geruchssinn die Nahsinne dar. Ihnen stehen die beiden Fernsinne, das Hören und das Sehen, gegenüber. Alle diese Sinnessysteme stehen in engem Zusammenhang miteinander und mit motorischen Funktionen und beeinflussen sich gegenseitig.

Eine altersgemäße, normale Kindesentwicklung ist jedoch nur möglich, wenn die Funktion der Körpernahsinne (der "basalen Bereiche") in ausreichendem Maße gegeben ist.

Wahrnehmungsstörungen werden bei Kindern mit Hirnschädigungen beobachtet und bei Kindern, deren Gehirn nach heutigem Kenntnisstand der Medizin keine Auffälligkeiten zeigt. Ebenso wie körperliche Ursachen können auch psychisch-emotionale Störungen die Ursache für Wahrnehmungsbeeinträchtigungen sein.

Die Störungen können sich auf sehr unterschiedliche Weise äußern. So finden sich Probleme des Zusammenspiels von Muskelgruppen (grob- und feinmotorische Koordination), oft verbunden mit einer Gleichgewichtsstörung. Die Sprachentwicklung ist häufig beeinträchtigt. Viele Kinder haben Schwierigkeiten, still zu sitzen oder sich auf eine bestimmte Sache zu konzentrieren. Beim Zeichnen fällt auf, dass sie noch keine altersgemäße Vorstellung von ihrer Umgebung haben.

Werden Wahrnehmungsstörungen, auch Teilstörungen einzelner Bereiche, nicht rechtzeitig erkannt und behandelt, resultieren trotz ausreichender Intelligenz schulische Probleme. Mangelnde Verarbeitung der Sinnesreize erschwert Konzentration und Gedächtnisleistungen, woraus oft *Lernstörungen* entstehen. Wahrnehmungsgestörte Kinder haben ein geringes Selbstbewusstsein und können darüber hinaus *sekundäre Verhaltensauffälligkeiten* in Form von Aggression oder auch vermehrter Ängstlichkeit und Überempfindlichkeit entwickeln.

Wahrnehmungsstörungen sollten deshalb möglichst früh erkannt und behandelt werden. Zur Behandlung steht in erster Linie die Ergotherapie („Spieltherapie“) zur Verfügung. Dabei wird nach verschiedenen Behandlungsansätzen vorrangig versucht, die basalen Bereiche zu fördern. (siehe auch 5.4.3 und 8.10)

Bei der Schuleingangsuntersuchung wird im Rhein-Erft-Kreis seit Jahren ein besonderes Augenmerk auf diese Störungen gelegt. Dabei bestand früher eine Schwierigkeit darin, verlässliche Anhaltspunkte für eine Störung dieser komplexen Funktionen in der relativ kurzen, zur Verfügung stehenden Zeit zu finden. Seit der Aufnahme des Screenings des Entwicklungsstandes bei Einschuluntersuchungen (S-ENS) in unser Untersuchungsschema, steht uns ein Instrumentarium zur Verfügung, mit dem einige Wahrnehmungsfunktionen aus den Bereichen Grobmotorik, Fein-/Visuomotorik, visuelle Wahrnehmung, auditive Wahrnehmung und Sprachkompetenz standardisiert und überregional vergleichbar beurteilt werden können. (vgl. Kapitel 3.5)

Die nachstehende Tabelle zeigt beispielhaft die Ergebnisse der schulärztlichen Befundbewertung des Untersuchungsparameters „visuelle Wahrnehmung und Informationsverarbeitung“ bei den Einschulungskindern des Jahres 2004:

Jahr/ N	**auffällig in %**	**grenzwertig in %**
2004/ N= 5.222 / missings: 2,5 %	12,1	10,1
2005/ N= 4,933/ missings: 1,2 %	11,4	9,5

Tabelle 4: Befunde zu Visueller Wahrnehmung und Informationsverarbeitung der Einschulungskinder im Rhein-Erft-Kreis 2004 und 2005

Literatur: Renate Zimmer, Handbuch der Sinneswahrnehmung

Annette Ostermann, Lernvoraussetzungen von Schulanfängern

Antje Zimmermann, Ganzheitliche Wahrnehmungsförderung bei Kindern mit Entwicklungsproblemen, Verlag Modernes Lernen, Dortmund, 2. Aufl. 2000

KARIN MOOS

2.5 Psychosoziale Entwicklung und Verhalten

Die wechselseitige Beeinflussung von psychischer Entwicklung mit der sozialen Lebenswelt verlangt nach Aufmerksamkeit für gesamtgesellschaftliche Entwicklungen, welche die Integration von Kindern und Jugendlichen fördern.

Die Schuleingangsuntersuchung erfasst auch Verhaltensauffälligkeiten. Die Befunde 2005 sind fast doppelt so häufig bei Jungen vermerkt: insgesamt 175 (=6,9 %) Jungen gegenüber insgesamt 77 (= 3,2 %) Mädchen.

Ist die Entwicklung eines Kindes in den ersten Lebensjahren in einem hohen Maße von Hauptbezugspersonen (Mutter/ Vater) abhängig, so spielen schon vom zweiten Lebensjahr an die das Kind umgebenden psychosozialen Bedingungen (seine Lebenswelt) eine ausschlaggebende Rolle für mögliche Entwicklungsstörungen.

> „Die Erfüllung der psychischen Grundbedürfnisse des Kindes ist abhängig von der Interaktion mit seinen Bezugspersonen, und die Interaktion wird wesentlich bestimmt durch die Lebensumstände der Eltern und der Kinder selbst." (1)

So können selbst organisch bedingte Entwicklungsrisiken durch günstige soziale Bedingungen kompensiert werden. (2)

Entwickelt das Kind jedoch als Reaktion auf ungünstige Umwelt und/oder Familiensituation Störungen in seinem Verhalten, trägt es wiederum sekundär zu nachteiliger Interaktion bei.

Eine Studie von Esser aus dem Jahre 1994 belegt die enge wechselseitige Durchdringung und Beeinflussung von psychosozialer Belastung und ungünstiger Erziehungs- und Interaktionsweise, sowie dem direkten Zusammenhang zwischen psychosozialen Risiken und belastenden Lebensereignissen.

Danach beeinflussen gesamtgesellschaftliche Entwicklungen (Zeiten hoher Arbeitslosigkeit, Broken-Home-Familien etc.) die psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in erheblichem Maße.

Beobachtet werden Störungen von Verhalten u./ o. Emotionen wie z. B. nach der BELIND Klassifikation:

- Impulsivität
- Aufmerksamkeitsstörung
- Hyperaktivität
- Aggressives oder zerstörendes Verhalten
- Emotionale Labilität
- Ungeduld
- Angstsyndrom
- Depression

Aber auch Essstörungen, Schlafstörungen, Enuresis, Enkopresis, Nägelkauen, Tics, Daumenlutschen, Sprachflussstörungen. Häufig sind für die o. g. Entwicklungsstörungen Alters- und oder Geschlechtsspezifitäten auszumachen. So sind z. B. häufig Mädchen im pubertären Alter von Essstörungen im Sinne von Bulimie oder Anorexie betroffen.

Eine ADHS-Störung hingegen wird häufiger bei Jungen diagnostiziert. Zusammenhänge zwischen Verhaltensstörungen und Leistungsstörungen sind bereits für das Vorschulalter nachweisbar. Insbesondere die Visuomotorik konnte als diskriminierende Leistungsvariable im Alter von fünf Jahren zwischen verhaltensauffälligen und verhaltensunauffälligen Kindern herausgestellt werden. Die Verminderung des psychosozialen Risikos durch ein Mindestmaß an gesellschaftlicher Integrationsmöglichkeit sollte ein hohes politisches Ziel sein.

Items des Risikoindex

1 **Niedriges Bildungsniveau der Eltern**
(keine abgeschlossene Berufsausbildung)

2 **Beengte Wohnverhältnisse**
(>1.0 Personen/Raum bzw. ≤50 m² Gesamtwohnfläche)

3 **Psychische Störung der Eltern**
(gemäß Forschungskriterien der ICD-10/DSM-III R)

4 **Kriminalität/Herkunft aus zerrütteten familiären Verhältnissen**
(aus Anamnese der Eltern)

5 **Eheliche Disharmonie**
(häufiger und langanhaltender Streit, Trennung, emotionale Kühle)

6 **Frühe Elternschaft**
(Alter ≤ 18 Jahre bei Geburt bzw. Dauer der Partnerschaft < 6 Monate Konzeption)

7 **Ein-Eltern-Familie**
(bei Geburt des Kindes)

8 **Unerwünschte Schwangerschaft**
(von Seiten der Mutter und/oder des Vaters)

9 **Mangelnde soziale Integration und Unterstützung**
(wenig soziale Kontakte und wenig Hilfe bei der Betreuung des Kindes)

10 **Ausgeprägte chronische Schwierigkeiten**
(mit einer Dauer von mehr als einem Jahr wie z. B. Arbeitslosigkeit, chronische Krankheit)

11 **Mangelnde Bewältigungsfähigkeiten**
(im Umgang mit den Lebensereignissen des letzten Jahres wie z. B. Verleugnung, Rückzug, Resignation, Dramatisierung)

Keine	: Risikoindex= 0
Leichte	: Risikoindex= 1 oder 2
Schwere Risikobelastung	: Risikoindex= > 2

Tabelle 5: Items des Risikoindexes

Literatur:

H. G. Schlack: "Sozialpädiatrie" 1995, Fischer Verlag
Esser u. a. : Studie 1995 "Early Childhood"

SUSANNE SOPPART–LIESE

2.6 Ernährungsstörungen und Körperkoordination

"Du musst nicht nur mit dem Munde, sondern auch mit dem Kopfe essen, damit dich nicht die Naschhaftigkeit des Mundes zugrunde richtet." Friedrich Nietzsche

Wenn mehr als jedes 10. Kind Probleme mit Übergewicht/ Adipositas hat, so waren das in absoluten Zahlen 535 Kinder im Rhein–Erft–Kreis bereits bei der Einschulung. (2004, N= 5.222; 533 Kinder in 2005) Jedes 4. Kind hat Probleme bei der Koordination.
Qualitätsgeprüfte präventive Gesundheitsförderung im Setting Kita/ Schule mit Ernährungsumstellung, Bewegungsförderung und Verhaltenstherapie könnten einer Reihe von (späteren) Krankheiten entgegenwirken.

Weiterführend wird auf eine verbesserte Datenerfassung bei der Schuleingangsuntersuchung verwiesen, ein leicht handhabbarer Indikatorensatz zur Erfassung der Lebenssituation von Kindern sowie eine für alle kindliche Auffälligkeiten nötige koordinierte Prävention vorgeschlagen.

1. Ernährung – süße Pummelchen oder Frühverfettung?

Die Diskussionen um ‚gesunde Ernährung' haben in den zwei vergangenen Jahren noch einmal deutlich zugenommen, und werden immer mehr in Zusammenhang mit ‚Bewegung' geführt. Eine Vielzahl von Projekten ist neu begonnen worden, und Ableger sind auch im Rhein-Erft-Kreis an Schulen und in Kitas zu finden. Allerdings fehlt leider immer noch eine Koordination dieser Aktivitäten, die eine flächendeckende Versorgung mit Gesundheitsförderung für alle Kinder ermöglichen würde.
Daten der vergangenen Jahre ergeben nicht nur in NRW einen kontinuierlichen Anstieg des Anteils von Kindern, die übergewichtig sind. Damit soll auf ein zentrales Problem für die Entstehung von Krankheiten aufmerksam gemacht werden, welches sich bereits im Kindesalter anbahnt.

Die Frage, ob es sich bei dicken Kindern um süße Pummelchen oder um Frühverfettung handelt, ist in vielen Fällen eine kultur- und schichtspezifische Interpretationssicht. In diesem Bericht werden die Referenzwerte nach den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2001) zugrundegelegt. Sie ermittelt aus dem Body– Mass– Index (BMI) eine altersgruppenspezifische Verteilungshäufigkeit, die in Perzentilen dargestellt wird. Danach liegt ein deutliches Untergewicht bis unter 3. Perzentil vor, Untergewicht vom 3. bis unter 10. Perzentil; Übergewicht bei größer 90. bis 97. Perzentil, Adipositas bei größer 97. Perzentil. (siehe www.a-g-a.de/Leitlinie.doc) Diese Werte sind statistische Festlegungen, sie gelten für deutsche Kinder.

Adipositas ist ein medizinisch ernstzunehmendes Problem, wohingegen die Daten zur Untergewichtigkeit im Einschulungsalter vernachlässigt werden können, da sie in der Regel in dieser Altersstufe kein Gesundheitsproblem darstellen, sofern keine weiteren Erkrankungen vorliegen.

Die Daten der Schuleingangsuntersuchungen belegen, dass eine Vielzahl von Kindern Gewichtsprobleme haben. Auf der Basis der Anzahl der erstmalig untersuchten Kinder ergibt sich folgendes Bild für Übergewicht und Adipositas zusammen in den Jahren 2001 – 2005:

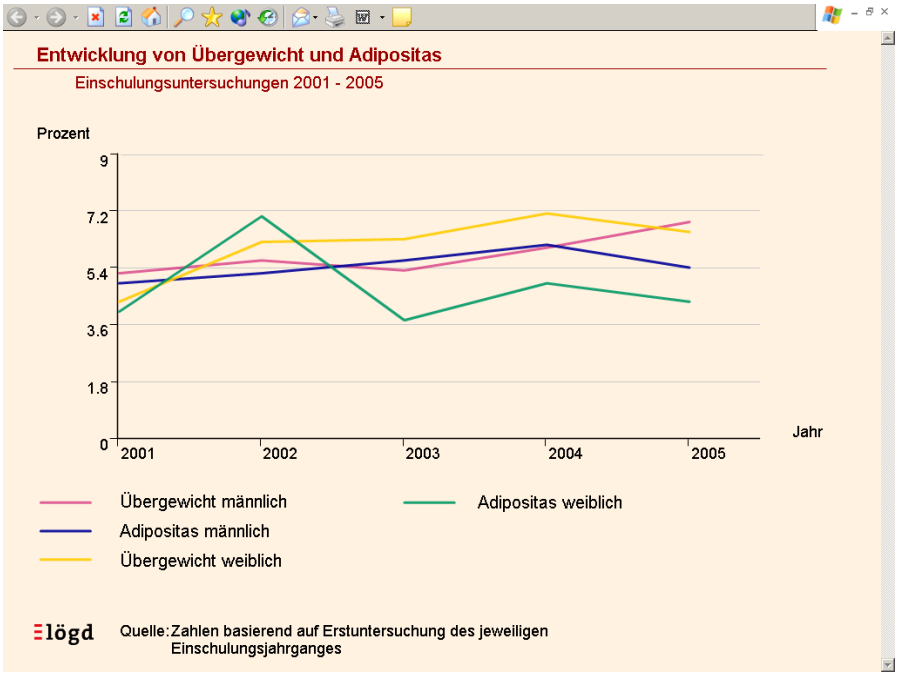


Abbildung 1: Prozentzahlen der übergewichtigen und adipösen Kinder nach Geschlecht, 2001 – 2005 im Rhein-Erft-Kreis

Eine genauere Aufschlüsselung nach Übergewicht und Adipositas zeigt, dass jeweils leichte Abnahmen bei Übergewicht und Adipositas bei Mädchen festzustellen sind und ebenfalls bezüglich Adipositas bei Jungen. Beim männlichen Geschlecht ergibt sich eine leichte Zunahme beim Übergewicht.
Die Rede der ‚zunehmenden Verfettung von Kindern' ist also geschlechtsspezifisch differenzierter zu sehen. Bezüglich der Werte sollte beachtet werden, dass sich ein Übergewicht nicht zwangsläufig zur Adipositas entwickeln muss.

2. Maßnahmen im Rhein-Erft-Kreis – koordinierte Gesundheitsförderung für Kinder

In Modul II sind sowohl Gesundheitsziele als auch Vorschläge für Maßnahmen zu Ernährung und Bewegung dargestellt.
Das Gesundheitsamt befindet sich mit verschiedenen Akteuren in abschließenden Gesprächen über die Umsetzung von Maßnahmen, welche von der Gesundheitskonferenz Ende 2003 in Auftrag gegeben worden sind.
Dabei geht es vor allem um die Finanzierung von Maßnahmen zur präventiven Gesundheitsförderung über eine koordinierte Poolfinanzierung für Kinder bis 10 Jahre. Sie umfassen – neben Sehen und Impfen – auch Bewegung und Ernährung, für welche Modellprojekte ausgearbeitet worden sind. Sie beinhalten den Zusammenhang von Ernährungsumstellung, Bewegungsförderung und Verhaltenstherapie, wie er von der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie für jede Art von Bekämpfung von Übergewicht als konstitutiv angesehen wird. (DGE-newsletter 13.7.2005)

vgl.:
Datenbank für ambulante und stationäre Therapie von Adipositas
http://www.A-G-A.de
http://www.ernaehrungswende.de/fr_aktu.html – siehe insbesondere : Simshäuser, Ulla, Appetit auf Schule – Leitlinien für eine Ernährungswende im Schulalltag, 2005
www.bzga–kinderuebergewicht.de (u.a. mit dem Konsenspapier der Gesetzlichen Krankenkassen zur Prävention)
www.fitamball.de (Initiative der Deutschen Sporthochschule Köln)

3. Defizite bei der Körperkoordination

Abbildung 2: Wie fit sind unsere Einschüler?

Im Zusammenhang mit Übergewicht ist die Zunahme von Bewegungsstörungen und Körperkoordination zu sehen. Die Zahlen von 2005 sind hier noch einmal gestiegen auf 15,1 % bei auffälligen, und leicht gesunken auf 9,9 % bei grenzwertigen Befunden.

4. Daten zu Taten

4.1 Neue Dokumentation der Schuleingangsuntersuchungen

Ab dem Einschulungsjahrgang 2006 – also ab September 2005 – wird ein besser strukturierter und übersichtlicherer Dokumentationsbeleg seitens des LÖGD zur Verfügung gestellt.

Da der Jugendärztliche Dienst bislang noch keine Software zur Verfügung hat, wird weiterhin mit der Papierversion gearbeitet werden müssen.

Neu an der Dokumentation sind

- Daten zum Geburtsgewicht
- Angaben Antragskind
- Angaben zur Soziodemographie und Lebenssituation des Kindes
- Wegfall einiger Befundfelder, Maßnahmen und Beurteilungen
- Präzisierungen, speziell bei Impfungen

4.2 Präzisierungsmöglichkeiten zur Lebenssituation des Kindes

Die Daten der Schuleingangsuntersuchungen sind im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung in den zwei Modulen:

- Wie gesund/ krank sind Einschulungskinder im Rhein-Erft-Kreis?
- Gesunde Kinder – kinderfreundlicher Rhein-Erft-Kreis

analysiert worden. In der nachfolgenden Zeit sind sowohl seitens der Gesundheitskonferenz als auch vom Sozialausschuss Initiativen angefordert worden, von den Daten zu Taten zu kommen. Die Maßnahmeumsetzung kann nur kleinräumig geschehen und sollte an den Orten stattfinden, an denen Kinder und Jugendliche sich aufhalten. Dieses sind Kindertagesstätten und Schulen. (= Setting-Ansatz)

Um kleinräumige Problemgebiete ermitteln zu können, sind zusätzliche Daten vonnöten, die nicht im Gesundheitsamt anfallen, sondern im Sozialamt. Es bietet sich demnach eine Zusammenarbeit auf der Ebene der Datenerhebung an.

Vom Gesundheitsamt in Münster liegt ein sehr handhabbarer Indikatorenvorschlag vor, um kleinräumige Problemgebiete identifizieren zu können. Der ‚Münsteraner Sozialressourcenscore' beinhaltet lediglich vier Indikatoren, denen jeweils ein Punktwert zugeordnet wird.

	3 Punkte	1 Punkt	0 Punkte
Elterliche Förderung	Schwimmen *oder* Sportverein *oder* Musik	–	*Kein* Schwimmen Sportverein Musik
Migration und Deutschkenntnisse	–	*kein* Migrationshintergrund *oder* Migrationshintergrund und *gute* Deutschkenntnisse	Migrationshintergrund, Deutschförderung *erforderlich*
Anzahl Erwachsene im Haushalt	–	*Zwei* oder mehr Erwachsene	*Ein* Erwachsener
Sozialhilfeschlüssel des Wohnbezirks	–	Sozialhilfequote *niedrig bis mittel*	Sozialhilfequote *hoch*

Tabelle 1: Münsteraner Sozialressourcenscore. Zusammensetzung und Gewichtung der Einzelfaktoren

Abbildung 3: Münsteraner Indikatorenvorschlag zur Identifizierung von Problemgebieten und -Familien

4.3 Koordinierte Prävention für Kinder

Die Umsetzung von Maßnahmen kann nur in einer Koalition von Ämtern, wie Sozialamt, Jugendamt, Gesundheitsamt, Professionellen (Ärzten, Apotheker, Krankenkassen etc.) sowie den Einrichtungen (ErzieherInnen, LehrerInnen, SozialarbeiterInnen etc.) und schließlich den Eltern selbst gelingen.
Dies gilt für alle Präventionsmaßnahmen, und nicht nur für Ernährung und Bewegung/ Koordination.

Speziell weiterführend zur Ernährung:
http://www.verbraucherbildung.de/projekt01/media/pdf/Dossier_Fehlernaehrung_2003.pdf

Zum Zusammenhang von Armut und Gesundheit:
http://www.verbraucherbildung.de/projekt01/media/pdf/TextRichter.pdf

ROTRAUT STOCK/ SUSANNE SOPPART-LIESE

2.7 Entwicklungsstörungen und Behinderungen

Das menschliche Leben ist ein Entwicklungsprozess, der sich als Wachstum (quantitativer Prozess) und als Differenzierung und Vernetzung (qualitativer Prozess) darstellt. In der Kindheit sind diese Prozesse am ausgeprägtesten und werden durch angeborene Eigenschaften und äußere Umstände geprägt. Störungen können differenziert werden in Normvariationen, Entwicklungsverzögerungen, Entwicklungsstörungen und Behinderungen in körperlicher, geistiger und seelischer Hinsicht.

Über die Zahl entwicklungsgestörter und behinderter Kinder im Rhein-Erft-Kreis gibt es keine verlässlichen Daten. Erst bei der Frage der Einschulung – und einer eventuellen Förderung in einer Sonderschule – kann durch die Schuleingangsuntersuchung des Jugendärztlichen Dienstes für jeweils einen Jahrgang ein Rückschluss auf die Zahl behinderter Kinder gezogen werden.

1. Begriffliche Differenzierung: Von der Normvariation bis zur Entwicklungsstörung

Von der Befruchtung der Eizelle bis zum Tod unterliegt der Mensch einem **Entwicklungsprozess.** Der Wandel betrifft die quantitativen Veränderungen (Wachstum) sowie die Differenzierung der Organsysteme und ihre Vernetzung. (Entwicklung)Diese Vorgänge werden bestimmt durch die individuellen genetischen Anlagen und durch deren Prägung durch äußere Bedingungen. Zu den äußeren Bedingungen zählen Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, schwere Erkrankungen, Unfälle, die Umstände, unter denen ein Kind aufwächst, und die Einflüsse, die auf den Erwachsenen einwirken. Während der Kindheit sind die Entwicklungsprozesse am ausgeprägtesten. Sie erstrecken sich auf die Ausreifung der körperlichen Merkmale sowie die Ausprägung der geistigen Fähigkeiten und der persönlichen Eigenschaften. (1)

Diese Veränderungen sind quantitativ und zeitlich messbar, so dass Abweichungen vom „Normalen" erfasst werden können. Die Beurteilung solcher Abweichungen **(Auffälligkeiten)** ist eine wichtige Voraussetzung zur Einschätzung der Prognose und zur Festlegung eines eventuellen Behandlungsbedarfs. Sie hat zu berücksichtigen, dass es sowohl für die meisten Parameter der körperlichen Entwicklung als auch für die geistige Entwicklung und das Verhalten eine enorm große Variabilität des Normalen gibt. So sehen wir **Entwicklungsverzögerungen**, die später als beim durchschnittlichen Kind zum gleichen Endergebnis wie bei diesem führen, und **Normvariationen**, die von der Qualität her in ihren Auswirkungen für das Kind belanglos sind. Sie sind von **Entwicklungsstörungen** zu unterscheiden, die das Kind in seiner weiteren Entwicklung und in seiner Lebensqualität beeinträchtigen und deshalb behandelt werden müssen. (2)

Eine schwere Entwicklungsstörung kann einer **Behinderung** gleich kommen, also einer dauerhaften Einschränkung, die dem Menschen die Teilnahme am Leben in der Gesellschaft erschwert.

Die Bedeutung des Wortes „Behinderung“ variiert je nach dem Zusammenhang, in dem es verwendet wird. Folgende Unterscheidungen sind wichtig:

- Neben körperlichen Behinderungen versteht man unter einer Behinderung eine Einschränkung des Wahrnehmungs-, Denk- Sprach-, Lern- und Verhaltensvermögens.
- Verschiedene Bedeutungsfelder des deutschen Ausdrucks „Behinderung" werden von der WHO differenziert betrachtet und benannt. Man unterscheidet zwischen impairment (Schädigung), also einem Mangel, der sowohl körperliche wie geistige oder psychische Strukturen beziehungsweise Funktionen betreffen kann, disability (Unfähigkeit), also einer Funktionsbeeinträchtigung auf Grund einer solchen Schädigung, und handicap

(Benachteiligung), also den Nachteilen, die einer Person aus solchen Beeinträchtigungen entstehen.

- Rechtlich gelten Menschen dann als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung zu erwarten ist. (§ 2 Abs. 1 SGB IX, Neufassung des § 35a SGB VIII) Es wird nach körperlichen, geistigen und seelischen Behinderungen unterschieden. Auch Mehrfachbehinderungen kommen vor, wenn etwa neben den geistigen auch die sprachlichen Leistungen, das Hör-und/oder das Sehvermögen beeinträchtigt sind oder zusätzlich Verhaltensauffälligkeiten oder ein Anfallsleiden bestehen. Die Schwere der Behinderung wird seitens des Versorgungsamtes nach einheitlichen Gesichtspunkten gemessen. (§ 3 SchwbG) Behinderte Menschen haben nach dem Bundessozialhilfegesetz (SGB XII) Anspruch auf Eingliederungshilfe.
- Im schulischen Bereich gibt es spezifische Festlegungen für das Vorliegen von Körperbehinderung, geistiger, seelischer Behinderung oder Lernbehinderung, da sie einen sonderpädagogischen Förderbedarf begründen können. (§ 52 SchulG - AO-SF) Auch Sprachbehinderung, Erziehungsschwierigkeit, Autismus, Hör- und Sehschädigung finden hier Berücksichtigung sowie eine eigene Definition der Schwerstbehinderung, die nicht mit derjenigen des Sozialgesetzbuches identisch ist.

Behinderungen können angeboren sein oder erworben. Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen, Unfälle und schwere Erkrankungen können eine Behinderung zur Folge haben. Auch schwere Vernachlässigung kann ein Kind so stark in seiner Entwicklung beeinträchtigen, dass sie beispielweise in eine seelische oder eine Lernbehinderung mündet.

Es gibt Kinder, die nicht behindert im oben beschriebenen Sinne, aber durch eine **chronische Krankheit** dennoch in ihrer Lebensqualität wesentlich beeinträchtigt sind. Hierzu zählen zum Beispiel Kinder mit schweren Allergien, Hautkrankheiten, Asthma bronchiale, Herzfehlern, Diabetes und anderen Stoffwechselkrankheiten, rheumatischen Erkrankungen oder mit zerebralem Krampfleiden. Diese Kinder nehmen vielfach am normalen Alltagsleben in Kindergarten und Schule erfolgreich teil. Sie sind aber oft nicht beschwerdefrei, müssen sich regelmäßigen Behandlungsmaßnahmen unterziehen, bestimmte Speisen oder körperliche Belastungen vermeiden oder fallen durch ihr Aussehen auf. Sie können zwar am Leben in der Gesellschaft teilhaben, tragen aber trotzdem eine schwere Bürde.

2. Daten über (dauerhafte) Entwicklungsstörungen

2.1 Daten zu Fehlbildungen in NRW

Die Datenlage zu angeborenen Fehlbildungen erlaubt nur eine ungefähre Abschätzung kindlicher Behinderungen. Es werden lediglich solche Fehlbildungen erfasst, die bereits bis zur Entlassung/Verlegung aus der geburtshilflichen Abteilung diagnostiziert wurden. Insbesondere schwerwiegende Fehlbildungen, die häufig mit einer frühen Verlegung in eine neonatologische Abteilung verbunden sind, werden ebenso wie Hausgeburten und Totgeborene nicht berücksichtigt. Dazu kommt, dass die Daten während des Aufenthaltes der Mutter in der Klinik dokumentiert wurden, so dass Fehlbildungen, die später festgestellt werden, nicht in diese Zahlen eingehen. Es werden angeborene Fehlbildungen des Nervensystems, des Kreislaufsystems, des Muskel– und Skelettsystems, Lippen–Kiefer–Gaumenspalten und Chromosomenanomalien dokumentiert.

Die tatsächliche Häufigkeit von Fehlbildungen wird durch diese Statistik voraussichtlich unterschätzt.

Jahr	Gesamt Geburten	Angeborene Fehlbildungen	je 100.000 Lebendgeburten
2001	96 884	573	591
2002	146 435	757	517
2003	147 488	974	660
2004	148 920	909	610

Tabelle 6: Fehlbildungen in den Jahren 2001-2004 NRW, bezogen auf Gesamtzahl der Geburten (Quelle: 19.09.2005, lögd/Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung Indikator (K) 3.52) Eigene zusammenfassende Berechnung

Spezifizierte Zahlen für den Rhein–Erft–Kreis liegen nicht vor.

2.2 Schwerbehinderte Erwachsene und Kinder im Rhein-Erft-Kreis

Dem Versuch, einen Überblick über die **Anzahl** entwicklungsgestörter oder behinderter Kinder und Jugendlicher im Rhein-Erft-Kreis zu gewinnen, stellen sich einige Schwierigkeiten in den Weg. Es handelt sich ja nicht um eine einheitliche Gruppe, die an irgendeiner Stelle zentral registriert wäre. Die Betroffenen werden von unterschiedlichen Einrichtungen und Personen betreut. Entsprechend unterschiedlich sind auch die Blickwinkel und die Begrifflichkeiten der verschiedenen Stellen, die mit behinderten Kindern und Jugendlichen befasst sind. Hinzu kommt eine gewisse Zurückhaltung mancher Ämter und Institutionen, ihre diesbezüglichen Zahlen zur Verfügung zustellen.

Es sind nur grob altersgruppierte Zahlen über Schwerbehinderte des Rhein-Erft-Kreises für das Jahr 2003 veröffentlicht:

Rhein-Erft-Kreis gesamt: 31. 186		**Altergruppe bis unter 6 Jahre**	**6 – 15 Jahre**	**15-25**
Weiblich	Männlich			
13. 849	17. 337	217	548	656

Tabelle 7: Kinder und Jugendliche im Rhein-Erft-Kreis haben einen Anteil von 4,6 % bei Schwerbehinderten im Jahre 2003 (Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik [LDS] 3.2006

Präzisere und aktuellere Zahlen zu Behinderungen bei Kindern sind derzeit nicht erhältlich. Dabei wäre u.a. die Fragestellung interessant, wie viele (schwer-) behinderte Kinder im Rhein-Erft-Kreis selbst ‚beschult' werden.

3. Daten des Gesundheitsamtes: Sprechstunde des Jugendärztlichen Dienstes, Einschulungsuntersuchungen und Behindertenberatung

In der Sprechstunde des jugendärztlichen Dienstes wurden 489 Untersuchungen im Jahr 2005 (2004: 420) zu sozialmedizinischen Fragen durchgeführt. Der Prozentsatz ist demnach von 7 % im Jahre 2004 auf rund 5 % im Jahre 2005 gesunken, bezogen auf die Kinder des jeweiligen Einschulungsjahrganges.
Dabei ging es um Fragen der Frühförderung, der Aufnahme in eine heilpädagogische oder integrativ arbeitende Kindergartengruppe, um Kosten für Transporte oder die Bereitstellung von Zivildienstleistenden, um Heimunterbringungen, Pflegegeld und anderes.
Die Frage, ob das betreffende Kind der Gruppe der Behinderten nach § 2 Abs. 1 SGB IX zuzuordnen, das heißt, als behindert oder von Behinderung bedroht einzustufen sei, wurde in den meisten Fällen positiv beantwortet. Einige Kinder wurden mit verschiedenen Fragestellungen mehrmals vorgestellt.

Im schulischen Bereich waren die Jugendärztinnen im Jahr 2005 mit der Untersuchung von 4.933 (2004: 5.222) Einschulkindern befasst. Im selben Jahr wurden 249 Kinder (2004: 363) unterschiedlichen Alters untersucht, für die ein Verfahren zur Überprüfung des sonderpädagogischen Förderbedarfs eingeleitet worden war.
Hier ging es um die Frage der Aufnahme in eine Sonderschule, des Wechsels von einer Schulart in eine andere Schulart oder der integrativen Förderung in der Regelschule.

In der Behindertenberatung des Rhein-Erft-Kreises im Gesundheitsamt wurden 1.780 Vorgänge im Jahre 2004 bearbeitet, die sich mit Problemen behinderter Menschen aller Altersgruppen befassten. im Jahre 2005 waren es 1.822 Vorgänge. Davon betreffen rund 70% Kinder, Jugendliche und junge Menschen bis unter 25 Jahren.

4. Einrichtungen außerhalb des Gesundheitsamtes: Frühförderzentrum, Heilpädagogische Einrichtungen, Sozialpädiatrisches Zentrum, Ambulanter Bereich

Von einigen **Einrichtungen außerhalb** des Gesundheitsamtes erhielten wir die folgenden Informationen über die Zahl der bei ihnen betreuten Kinder.

- Frühförderzentrum:
  Das Frühförderzentrum des Rhein-Erft-Kreises nimmt jedes Jahr ca. 150 Kinder neu in ein Förderprogramm auf. Etwa die gleiche Anzahl wird dort lediglich untersucht und anschließend von auswärtigen Stellen gefördert.
- Heilpädagogische Einrichtungen:
  64 Kinder werden im Jahr 2005 in heilpädagogischen Einrichtungen betreut, 197 weitere auf Plätzen zur integrativen Förderung in Kindertagesstätten. Über 50 Kinder stehen auf Wartelisten, etliche besuchen Einrichtungen außerhalb des Kreises. Die zur Verfügung stehende Zahl von heilpädagogischen Plätzen reicht also noch immer bei weitem nicht aus. Seit diesem Jahr gibt es deshalb eine steigende Zahl von Plätzen für die Einzelintegration von Kindern in Regeleinrichtungen.
- Sozialpädiatrisches Zentrum:
  Im SPZ des Heinrich-Meng-Institutes werden jährlich durchschnittlich 700 bis 800 Kinder und Jugendliche behandelt. Manche Behandlungen dauern nur kurz, andere erstrecken sich über mehrere Jahre.
- Ambulanter Bereich:
  Eine uns nicht vorliegende Zahl von Kindern besucht ambulant die Praxen von Ergotherapeuten und Logopäden oder von Kinderpsychologen und -therapeuten.

Bei der Bewertung dieser Zahlen ist zu beachten, dass die Zahlenangaben der verschiedenen Einrichtungen nicht addiert werden können, um die Gesamtzahl der geförderten Kinder zu bestimmen, weil es Überschneidungen gibt. Es kann zum Beispiel vorkommen, dass ein Kind zuerst im Frühförderzentrum vorgestellt, anschließend zur genauen kinderneurologischen Diagnostik ins Heinrich-Meng-Institut geschickt und noch im selben Jahr in einen heilpädagogischen Kindergarten aufgenommen wird.

(1) Von Harnack und Koletzko, Kinderheilkunde, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1997

(2) H.G. Schlack (Hrsg.), Entwicklungspädiatrie, Hans Marseille Verlag GmbH, München, 2004

GUIDO PELZER

2.8 AIDS und Kinder

Es kann keine Entwarnung gegeben werden: liegt die Zahl an AIDS erkrankter Kinder im Rhein–Erft–Kreis zwar bei zehn Fällen, so ist doch perspektivisch auch mit einer höheren Zahl von "AIDS-Waisen" zu rechnen, d.h. (unversorgten) Kindern von an AIDS erkrankten Eltern.
Der Beitrag des AIDS-Koordinators des Gesundheitsamtes des Rhein-Erft-Kreises stellt die wesentlichsten Informationen zu AIDS inklusive der Betroffenheit von Kindern dar. Die Koordination der beteiligten Akteure im Hilfenetz liegt hier beim Gesundheitsamt.

1. Informationen zu HIV und AIDS kompakt

HIV:

(Humanes Immundefekt-Virus), Auslöser von AIDS.

Wer mit dem HI-Virus infiziert ist, ist nach heutigem Erkenntnisstand von Anfang an und zeitlebens (wenn auch in wechselndem Ausmaß) ansteckend, auch wenn er selbst davon nichts spürt. Das Virus lässt sich nicht mehr aus dem Körper entfernen.

AIDS:

(Acquired Immune Deficiency Syndrome)
Stadium der Erkrankung durch die HIV-Infektion.

Das Immunsystem ist inzwischen so stark geschädigt, dass es wehrlos gegen viele, ansonsten eher problemlose Infektionskrankheiten ist. Daneben können auch bösartige Tumore auftreten. Ohne Behandlung führt dies dann unweigerlich zum Tode, mit einer Behandlung lässt sich heute das tödliche Ende oft um viele Jahre hinausschieben. Heilbar ist eine AIDS-Erkrankung bis heute nicht.

Die **Infektion** erfolgt am ehesten durch ungeschützten Geschlechtsverkehr. Dabei können die stark virushaltigen Körperflüssigkeiten durch die Schleimhäute des Partners aufgenommen werden. HI-Viren befinden sich hauptsächlich im Blut, im Sperma und in der Scheidenflüssigkeit.

Alle anderen Körperflüssigkeiten enthalten zwar auch HI-Viren, jedoch in so geringen Mengen, dass sie für eine Infektion nicht ausreichen.

Im Alltag besteht daher keine Infektionsgefahr beim Umarmen, Händeschütteln, Husten, Niesen; auch die gemeinsame Benutzung von Besteck oder Gläsern sowie von Toiletten, Bädern oder Saunen ist gefahrlos. Auch die Übertragung durch Mückenstiche oder beim Küssen kann ausgeschlossen werden.

Die **Diagnose** der Infektion erfolgt zunächst durch den Elisa-Suchtest, einem Screening- Verfahren, mit dem nach Antikörpern gesucht wird, die sich gegen das Virus bilden. Weil diese Bildung von Antikörpern einige Zeit in Anspruch nimmt (bis zu sechs Monate), werden HIV- Tests erst nach mindestens drei Monaten für sinnvoll erachtet.

Wenn dann das Ergebnis negativ ist, kann mit über 99-prozentiger Sicherheit davon ausgegangen werden, dass das Ergebnis zutrifft. Bei unklaren Ergebnissen bzw. bei positiven Ergebnissen wird grundsätzlich zu einer Kontrolluntersuchung geraten.

Bei einer Kontrolluntersuchung sollte in jedem Fall ein zusätzlicher Bestätigungstest (wie z.B. „western blot“-Test; p24-Test) zur Absicherung des Ergebnisses mit durchgeführt werden.

Infektionen können ausschließlich durch Safer-Sex-Praktiken, die Benutzung von Kondomen oder durch partnerschaftliche Treue vermieden werden. Eine Übertragung durch Blutkonserven oder Blutprodukte kann in europäischen Breiten seit 1985 so gut wie ausgeschlossen werden.

Die **Therapie** setzt seit einigen Jahren bereits im Stadium der Infektion an, nicht erst im Stadium der AIDS- Erkrankung.

Die drei Typen von Medikamenten haben folgende Hilfestrategien:

1. Die Hülle des Virus wird massiv attackiert, so dass das Virus geschädigt wird.
2. Die Vermehrung des Virus wird massiv behindert.
3. Die Einnistung des Virus bzw. das Andocken an Wirtszellen werden massiv behindert.

Diese verschiedenen Vorgehensweisen können auch kombiniert werden, daher der Name „Dreifach- oder Kombinationstherapie".

Weil das Virus zwei Rezeptoren zum Andocken an eine Zelle benötigt, werden ca. 10 Prozent der HIV-Infizierten nie erkranken, da ihre Zellen nur einen Rezeptor haben. Trotzdem sind diese Menschen als dauerhaft infektiös anzusehen.

Eine **Impfung** gibt es weltweit noch nicht.

2. Verbreitung weltweit

Das HI-Virus ist seit ca. 25 Jahren beim Menschen bekannt, wahrscheinlich ist es aber (insbesondere in Affenpopulationen) schon viel älter.

Weltweit sind heute ca. 45 Millionen Menschen infiziert, davon über 25 Millionen im südlichen Afrika.

In **Deutschland sind im Jahre 2005 ca. 45.000 Menschen** mit HIV infiziert, **und** jedes Jahr infizieren sich mehr als 2.000 Menschen **in Deutschland neu mit HIV.**

Die Gesamtzahl der **Neuinfektionen** steigt seit ca. 4 Jahren wieder langsam und kontinuierlich an, prozentual gesehen vor allem im heterosexuellen Bereich; die Zahl bei homosexuellen Männern ist stagnierend bis leicht fallend; die Zahl bei intravenös Drogenabhängigen ist stabil in einem eher niedrigen Bereich.

Die **Rechtssituation** in Deutschland gestaltet sich zurzeit derart, dass niemand, der HIV-positiv oder an AIDS erkrankt ist, verpflichtet ist, dies einer anderen Person mitzuteilen.

Ausnahmen sind:

- der Betroffene muss seine Sexualpartner **vorher** informieren,
- der Betroffene muss seinen behandelnden Arzt in Praxis oder Krankenhaus in **Bayern** ebenfalls vor einer Behandlung informieren.
- Es gibt **keine personenbezogene Meldepflicht,** nur eine anonyme Laborberichtspflicht an das Robert-Koch-Institut in Berlin.

3. Die Betroffenheit von Kindern

HIV-positive Kinder gibt es fast ausschließlich durch HIV-positive Eltern bzw. Mütter. Jedes Kind, das von einer HIV-positiven Mutter zur Welt gebracht wird, ist von Geburt an HIV-positiv; dies bedeutet jedoch nicht, dass dieses Kind auch das Virus in sich trägt, sondern zunächst nur, dass es die mütterlichen Antikörper gegen das Virus in sich trägt.

Erst nach ca. 18 Monaten kann definitiv gesagt werden, ob ein Kind auch Virusträger ist oder nicht. Daher betreffen die nachfolgenden Zahlen vornehmlich Kinder ab dem 2. Lebensjahr.

Die Zahl der in Deutschland lebenden **HIV-positiven Kinder** wird auf ca. 400 geschätzt, davon leben ca. 70 bis 90 in Nordrhein-Westfalen. In NRW betreut die Universitätsklinik in Düsseldorf schwerpunktmäßig viele HIV-infizierte Kinder.

In München ist von einer höheren Zahl HIV-positiver Kinder aus Rumänien, in Berlin von einer höheren Zahl HIV-positiver Kinder durch den hohen Ausländeranteil bzw. den hohen Anteil intravenöser Drogengebraucher auszugehen.

Kinder HIV-positiver Mütter bleiben heutzutage nur zu ca. **zwei Prozent HIV-positiv** (d.h. selbst infiziert), sofern alle Möglichkeiten einer das Kind schützenden Geburtsdurchführung (Kaiserschnitt, Blutaustausch, Vermeidung von zusätzlichen Kontaminationen) ausgeschöpft werden.

An den Kliniken gibt es bedauerlicherweise keine speziellen HIV-Ambulanzen für Kinder, nur Sprechstunden. Das eine Mal sind diese an der Kinderklinik angesiedelt, das andere Mal an der Tagesklinik oder an der Onkologie. Hier gibt es bundesweit kein einheitliches Vorgehen bzw. keine feste Zuordnung.

Bei vielen Kindern wirken die Medikamente so gut, dass die Viruslast häufig unter die Nachweisgrenze gedrückt wird.

In zunehmendem Maße sind in Deutschland Schwarzafrikaner bzw. Migranten betroffen; es gibt aber hierzu keine detaillierten Zahlen.

Die allgemeine Zunahme an Neugeborenen bei Schwarz-Afrikanerinnen in den letzten 2 Jahren führte auch zu einer relativen Zunahme von HIV-positiven Kindern dieser Klientel.

Wenn wir hier auf die „direkt betroffenen“ Kinder geschaut haben, so müssen wir aber auch zusätzlich als betreuenswert die **„indirekt betroffenen Kinder“** betrachten, also diejenigen, die selbst als HIV-negativ mit einem oder zwei HIV-positiven Elternteilen aufwachsen.

Diese Kinder werden in absehbaren Zeiträumen Waisen oder Halbwaisen und stellen damit eine zusätzliche Herausforderung für die jeweiligen Familien, die beratenden Mediziner und Psychologen bzw. für die Kommunen dar.

Wenn sich der Gesundheitszustand der Eltern kontinuierlich entsprechend dem Krankheitsverlauf verschlechtert, wird die Grundversorgung dieser Kinder immer weniger gesichert sein. Schon über die Anzahl dieser Kinder bzw. der betroffenen Familien gibt es keine gesicherten Daten. Schätzungen belaufen sich auf bis zu 20.000 Familien, die möglicherweise betroffen sind.

Die direkt wie indirekt von HIV betroffenen Kinder besuchen Kindertagesstätten und Schulen; Erzieherinnen wie Lehrer sind zwar über das Virus, das Auftreten, den Infektionsschutz oder Risikofaktoren im Erwachsenenbereich möglicherweise hinreichend informiert, selten jedoch über den Umgang mit den von HIV betroffenen Kindern und deren Familien. Erst recht wissen sie oft nicht, ob sie erhaltene Informationen an andere (Erzieherinnen, Lehrer, Hofaufsicht, Schulbehörde, Schularzt,

besorgte Eltern, Pfarrer, nachmittägliche Betreuung, Erziehungsberatungsstellen, schulpsychologische Dienste ...) weitergeben dürfen.

Kurz und knapp:
Niemand darf die ihm im Vertrauen mitgeteilten persönlichen Daten unbefugt an Dritte weitergeben.

(Grundlage hierfür sind diverse rechtliche Vorschriften, so z.B. für medizinisch bzw. psychotherapeutisch Tätige der § 203 Abs. 1 Strafgesetzbuch, für andere im öffentlichen Bereich Tätige die Vorschriften des Datenschutzes über den Umgang mit personenbezogenen Daten, für Mediziner zusätzlich das Standesrecht.)

Bezüglich der Versorgung im Notfall vor Ort gilt für beteiligten HelferInnen, dass auf jeden Fall Latex-Einmalhandschuhe für den Fall der offenen Wundversorgung vorhanden sein müssen. Auf diese Weise wird zum einen der Helfer, aber auch das Unfallopfer vor Infektionen allgemein (wie z.B. vor Hepatitis B) geschützt. Dabei steht nicht einmal der Schutz vor HIV unbedingt im Vordergrund, wenn man bedenkt, dass eine Infektion mit Hepatitis B-Viren fast 1000fach leichter geschieht als die Infektion mit dem HI-Virus.

LehrerInnen sollten wissen, dass eine Gefährdung von Mitschülern oder Lehrern durch ein HIV-positives Kind so gut wie ausgeschlossen werden kann, dass jedoch das HIV-positive Kind durch Infektionserkrankungen anderer Mitschüler stark gefährdet ist, so dass sie in diesem Falle den Eltern des HIV-Kindes ein kurzzeitiges Fernbleiben vom Schulbesuch anraten sollten. Das gleiche gilt für den Bereich der Kindertagesstätten und Betreuungseinrichtungen. Bei tätlichem und aggressivem Verhalten von HIV-positiven Kindern muss jeweils der Einzelfall der Gefährdung vor Ort mit gezielter Beratung durch das zuständige Gesundheitsamt betrachtet werden.

4. Perspektiven für die Zukunft

HIV und AIDS werden in den nächsten Jahrzehnten als eine besonders tückische und lebensbedrohliche Infektionskrankheit bestehen bleiben. Das Problem wird vielleicht eine gewisse Akzeptanz als Lebensrisiko und Teil der gesellschaftlichen Realität wie Multiple Sklerose oder diverse Formen behandelbarer, aber unheilbarer Krebserkrankungen erfahren, aber die Bedrohlichkeit für Leib, Leben und Wohlbefinden bleibt erhalten.

Dabei wird sich die Ausbreitung in Deutschland auf einem stabilen, niedrigen Niveau aufgrund der allgemein guten Lebens-, Hygiene- und Aufklärungssituation bewegen.

Eine veränderte Betrachtung des Problems **„AIDS und KINDER“** ist in naher Zukunft jedoch notwendig: die Zahlen dieses Klientels werden ansteigen, aus Kindern werden Jugendliche und junge Erwachsene werden, die veränderter Beratungsbedingungen und -methoden bedürfen, wobei die aus Kindertagen aufgebaute Vertrauenssituation zu den Beratern/Beraterinnen nicht aufgegeben werden darf. Beratungszentren werden neue Schwerpunkte entwickeln müssen, einerseits für den Umgang mit den sich entwickelnden Ängsten der durch die schwere Erkrankung Betroffenen, andererseits aber auch für die realen und irrealen Ängste der Menschen aus der Lebensumgebung. Es werden Lebensperspektiven der HIV-positiven Kinder und der Kinder HIV-positiver Eltern zu entwickeln sein, es werden frühzeitig Kontakte zu Pflegefamilien aufgenommen werden müssen, um die spätere Vermittlung in diese Pflegefamilien vorzubereiten.

Im Rahmen der Veränderung zu einer globalisierten Welt mit allen Reisefreiheiten und Freiheiten partnerschaftlicher Bindungen, im Rahmen einer besonders schnellen EU-Erweiterung in Richtung Osten sollten die heute vorherrschenden Präventions-, Beratungs- und Aufklärungsstrategien noch einmal grundsätzlich auf ihre Ziele und die Methoden hin überprüft und verstärkt werden.

Der **Rhein-Erft-Kreis** ist durch eine strukturelle Vielfalt im System gut aufgestellt:

Drogenabhängige Jugendliche und Erwachsene sowie Eltern von Abhängigen werden von der „Drobs - Drogenhilfe Köln e.V.“ betreut; Drogen- und Aidsprävention im allgemeinen Jugend- und Schulbereich wird mit gestalteten Unterrichtsreihen (auch zur Sexualaufklärung) im wesentlichen von der Arbeiterwohlfahrt Rhein-Erft übernommen.
Alle anderen Bereiche, von der psychotherapeutischen oder medizinischen Einzelberatung (kostenlos und anonym) mit HIV-Testuntersuchung auf Wunsch des Ratsuchenden, von Multiplikatorenschulungen jeder Art sowie Großveranstaltungen bis hin zur Aufklärung anderer Zielgruppen oder der Allgemeinbevölkerung sowie Medienarbeit werden vom Gesundheitsamt des Rhein-Erft-Kreises übernommen. Dabei obliegt die Gesamtkoordination der verschiedenen Tätigkeitsbereiche zum Thema HIV und Aids ebenfalls dem Gesundheitsamt. Auch zur Fachstelle „AIDS und Kinder“ (Düsseldorf) bestehen enge Verbindungen. Medizinische HIV-Untersuchungen von Kindern werden allerdings in der Regel an hierzu geeignete Krankenhäuser im Einzelfall delegiert.
Im Rhein-Erft-Kreis sind bisher nur wenige Kinder (weniger als zehn) von einer dauerhaften HIV-Infektion im Kindergartenalter bzw. im Schulalter betroffen. Hier konnte den Eltern bzw. jeder betroffenen Einrichtung fachgerecht, umfassend und diskret weitergeholfen werden.

Tabelle 1: Struktur des Gesundheitsberichtes für Kinder, Modul 3 - Entwicklungsauffälligkeiten 1

Tabelle 2: Kinder und Jugendliche im Rhein-Erft-Kreis haben einen Anteil von 4,6 % bei Schwerbehinderten im Jahre 2003 (Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik [LDS] 3.2006) 6

Tabelle 3: Deutschkenntnisse bei Einschulkindern im Rhein-Erft-Kreis, bezogen auf alle Kinder des Einschulungsjahrganges sowie bezogen auf die Kinder, die nicht Deutsch als Muttersprache gelernt haben/ Vergleich der Jahre 2004 und 2005 15

Tabelle 4: Befunde zu Visueller Wahrnehmung und Informationsverarbeitung der Einschulungskinder im Rhein-Erft-Kreis 2004 und 2005 18

Tabelle 5: Items des Risikoindexes 20

Abbildung 1: Prozentzahlen der übergewichtigen und adipösen Kinder nach Geschlecht, 2001 – 2005 im Rhein-Erft-Kreis 22

Abbildung 2: Wie fit sind unsere Einschüler? 23

Abbildung 3: Münsteraner Indikatorenvorschlag zur Identifizierung von Problemgebieten und -Familien 24

Tabelle 6: Fehlbildungen in den Jahren 2001-2004 NRW, bezogen auf Gesamtzahl der Geburten (Quelle: 19.09.2005, lögd/Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung Indikator (K) 3.52) Eigene zusammenfassende Berechnung 27

Tabelle 7: Kinder und Jugendliche im Rhein-Erft-Kreis haben einen Anteil von 4,6 % bei Schwerbehinderten im Jahre 2003 (Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik [LDS] 3.2006 28

3. Screening und Prävention

Das Leben eines Kindes beginnt im Mutterleib. Erste Präventionsmaßnahme gegen mögliche Störungen ist der Untersuchungszyklus im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen. Ist das Kind auf die Welt gekommen, sind Vorsorgeuntersuchungen in regelmäßigen Abständen bei niedergelassenen KinderärztInnen ein Angebot für die Beurteilung der regelgerechten Entwicklung des Kindes und ermöglichen ein frühzeitiges Eingreifen bei Abweichungen.

Bei Übergängen des Kindes von der Familie in erzieherische Institutionen werden Gesundheitsuntersuchungen vorausgesetzt, etwa beim Eintritt in die Kindertagesstätte.

Zu Beginn und während der schulischen Laufbahn gibt es Untersuchungen in Hinblick auf die gesundheitliche, psychische und soziale Reife des Kindes für den Schulbesuch sowie daraus abgeleiteten eventuell notwendigen Fördermaßnahmen. Diese sollen dem Kind eine seinen Möglichkeiten entsprechende Bildung ermöglichen. Dabei ist nur die Schuleingangsuntersuchung eine gesetzlich verpflichtende Untersuchung, die alle Kinder umfasst.

Entwicklungsauffälligkeiten lassen sich umso leichter, schneller und kostengünstiger behandeln, je früher die Behandlung einsetzt. Deshalb wurden Screening–Programme entwickelt, bei denen die Kinder nach bestimmten, festgelegten Standards untersucht werden, um Auffälligkeiten möglichst frühzeitig festzustellen.
Kinder, bei denen Entwicklungsauffälligkeiten oder Hinweise auf behandlungsbedürftige Erkrankungen gefunden werden, müssen in der Regel zur Diagnosesicherung bzw. weiteren Abklärung und Behandlung an niedergelassene Ärzte weitergeleitet werden. Beispiele für Screening-Untersuchungen durch das Gesundheitsamt sind die Reihenuntersuchung im Kindergarten und die Einschulungsuntersuchung.
Dass darüber hinausgehende Untersuchungen in der vierten Klasse, bei der Entlassung aus der Hauptschule sowie das Angebot einer schulärztlichen Sprechstunde in den Schulen sinnvoll und notwendig sind, belegen Daten aus Münster. (2002)
Daneben gibt es durch die gesetzlichen Krankenkassen finanzierte Vorsorgeuntersuchungen, etwa die Schwangerenvorsorge und die vom niedergelassenen Kinderarzt durchgeführten pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen. Auch diese Untersuchungen werden nach einem festgelegten Schema durchgeführt, haben aber einen deutlicheren individualmedizinischen Charakter.

Im internationalen Vergleich schätzen deutsche Jugendliche ihren körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes weniger gut ein und sind teilweise in das medizinische Versorgungssystem wenig einbezogen. Umso mehr wäre eine schulärztliche Sprechstunde als sozialärztliches Beratungsangebot in der Schule nötig.
Die gesundheitlichen Untersuchungen seitens des Jugendärztlichen Dienstes sind auch ein Baustein zur Chancengerechtigkeit bei Bildung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen.

KARIN MOOS

Schulen sind ein zentraler Bestandteil der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen während der entscheidenden Jahre ihrer Persönlichkeitsentwicklung. Unsere Kinder besuchen nach derzeitiger Schulpflicht die Schule in der Regel ab ihrem 6. Lebensjahr. Die Dauer variiert je nach Schullaufbahn und gewählter Schulform.

Schulabgänger bewegen sich in den Altersgruppen der 15-20 jährigen. Während dieser Zeit erreichen Schulen gleichzeitig mittelbar auch viele Familienangehörige.

Die Schulen können eine zentrale Rolle für Präventionsmaßnahmen einnehmen, da sie neben der Wissensvermittlung auch soziale und institutionsspezifische Angebote an Arbeitsverhalten, sportlicher Aktivität, Ernährungsverhalten, Hygiene und Gestaltung von Tagesrhythmen als Ordnungsprinzip vermitteln können.

Schulärztliche Untersuchungen bzw. Schulsprechstunden können im Sinne einer „Bring-Struktur“ dazu verhelfen, dass unterprivilegierte Schichten und deren Kinder an den Leistungen des Gesundheitssystems partizipieren.

Die Etablierung eines medizinischen (sozialmedizinischen) Beratungsangebotes für Kinder und Jugendliche im „originären Lebensraum Schule“ ist notwendig, da gerade ältere Kinder und Jugendliche medizinische Hilfen im Bereich der ärztlichen Primärversorgung selten in Anspruch nehmen bzw. medizinische Hilfe meiden.

Jugendliche nennen dafür im wesentlichen drei Gründe:

- Sorge und Scham vor Bekanntwerden eines Problems (ca. 70%)
- Angst vor Einbeziehung der Eltern (ca. 50%)
- Befürchtung der Datenweitergabe (ca. 16%)

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst garantiert Anonymität, bezieht von sich aus die Eltern nicht ein und gibt auch keine personenbezogenen Daten weiter, es sei denn, die Jugendlichen wünschen es und sehen eine ärztliche Vermittlung an andere Fachdienste, Institutionen usw. als sinnvoll an. (Daten aus einem Kurzreferat zur Schulsprechstunde von Herrn Dr. Guggenmos, GA Münster 15. Mai 2002)

Das Angebot der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchung endet mit dem 5. Lebensjahr (U9).

Eine zusätzliche Vorsorgeuntersuchung, die J 1, richtet sich an die Altersgruppe der 12- bis 14-Jährigen. Seit ihrer Einführung 1998 liegt ihre Akzeptanz noch unter 50%. Zur Zeit besteht somit kein regelmäßiges Vorsorgeangebot für die Altersgruppen ab 6 Jahren bis zur Volljährigkeit. Ältere Schüler und Jugendliche sind eine medizinisch besonders unterversorgte Gruppe.

Gleichzeitig fallen aber gerade in diesen Zeitraum wesentliche Entwicklungsschritte körperlicher und seelischer Art, die zu Fehlentwicklungen führen und häufig bei Frühintervention vermieden oder vermindert werden könnten.

Dazu gehören: Verhaltensstörungen, Anpassungsstörungen, chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus (mit steigender Inzidenz für beide Typen speziell in diesem Altersgruppen), Adipositas, Pubertät, Suchtmittelgebrauch u. a. (siehe Anhang: Dokumentation der Jugendärztlichen Untersuchung)

Zur Veranschaulichung im folgenden zwei Darstellungen über Gesundheitsempfinden- und verhalten der hier beschriebenen Altersgruppe, aus einem Referat des Gesundheitsamtes Münster, Herrn Dr. Guggenmos 2002:

Die Universität Bielefeld nahm seit 1993/94 an einer internationalen Studie der WHO über das Gesundheitsverhalten 10 - 18 jähriger Jugendlicher in Schulen teil. An dieser von Kopenhagen aus zentral durchgeführten Erfassung des Gesundheitszustandes der Jugendlichen beteiligten sich 23 europäische Staaten sowie Kanada.

Er handelt sich hier um eine repräsentative Stichprobe von Schülerinnen und Schülern der 5., 7. und 9. Klassen für die angegebene Altersgruppe in den einzelnen Staaten einschließlich in ganz Deutschland.

Im Vergleich zu Frankreich oder Schweden nehmen deutsche Jugendliche ihren Gesundheitszustand deutlich weniger positiv wahr. Sie erleben sich auch weitaus weniger glücklich als gleichaltrige französische oder schwedische Jugendliche.

Internationale Studie (HBSC) der WHO zur Gesundheit von Schulkindern

(10-18 jährige) **1993/1994**

(Study of Health Behvior in School Children)

subjektive Einschätzung des		DE	Fr	Swe
Gesundheitszustands:	*sehr positiv.....*	37,6	52,9	67,9
Wohlbefindens:	sehr glücklich.....	30,0	48,3	56,1

De = Deutschland Fr = Frankreich Swe= Schweden

Abbildung 1: HBSC-Studie 1993/94

Leistungserbringung und subjektive Befindlichkeit bedingen sich gegenseitig. Insofern sollte die Schule als Schnittstelle auch ein Ort für primäre gesundheitliche Vorsorge sein.

Ein Angebot des jugendärztlichen Dienstes neben der gesetzlich vorgeschriebenen Schuleingangsuntersuchung war die Durchführung von Reihenuntersuchungen in der vierten Klasse, also der Abgangsklasse der Grundschulen, sowie eine Reihenuntersuchung der Schulabgänger in den Hauptschulen.

Damit konnten die folgenden Altersklassen erreicht werden:

- 6 - 7 jährige in der Einschulungsuntersuchung
- 10 – 12 jährige in den Reihenuntersuchungen der 4. Klasse
- 10 – 16 jährige in den Reihenuntersuchungen der 9. Klasse

Erste Ergebnisse der Sozialpädiatrischen Schulsprechstunde aus Münster, die mit den entsprechenden Forschungsergebnissen aus dem Sonderforschungsbereich an der Universität Bielefeld korrespondieren:

Nach einem halbjährigen Vorlauf in einem der vier Münsteraner Schularztbezirke führten zwei Fachärztinnen für Kinderheilkunde und Jugendmedizin jeweils an den Haupt- und Realschulen ihres Schulbezirkes im Schuljahr 2000/2001 Schulsprechstunden durch.

Die **Ergebnisse sind zu übergeordneten Themenfeldern** zusammengefasst.

- zu 40% sprachen die Jugendlichen körperliche Probleme an
- in 32% wurden Sozialisationskonflikte thematisiert
- der psychosomatische und psychiatrische Formenkreis war zu insgesamt 20% vertreten
- und das Konsumverhalten insgesamt zu 8% Gesprächsgegenstand der sozialpädiatrischen Sprechstunde.

Überrascht hat beim Durchlauf in einem ganzen Schuljahr der doch hohe Sprechstundenanteil zum Bereich körperliche Beschwerden. Im zweiten Jahr hat sich dieser Anteil zugunsten der übrigen Bereiche verringert.
Der Zulauf zur Sozialpädiatrischen Schulsprechstunde im Schuljahr 2001/2002 war weiterhin gleichbleibend hoch.

Im Rhein-Erft-Kreis kann die Untersuchung in den 4. Klassen seit mehr als 12 Jahren aus personellen Gründen nicht mehr durchgeführt werden. Die Untersuchung der 9. Klassen der Hauptschulen findet unregelmäßig je nach ärztlicher Besetzung in den letzten Jahren statt.

Literaturangaben:

H. G. Schlack u. a. , Sozialpädiatrie, Fischer Verlag 1995
Keller/Wiskott, Lehrbuch der Kinderheilkunde, Thieme Verlag 1984
Dr. J. Guggenmos, Kurzreferat Schulsprechstunde 2002

AOK | LKK | BKK | IKK | VdAK | AEV | Knappschaft

geb. am

Datum

Geschlecht weiblich ☐ männlich ☐

Anamnese

	ja	nein
Bekannte Gesundheitsstörungen		
1. chronische Erkrankung	☐	☐
2. körperliche Behinderung	☐	☐
3. seelische Störung	☐	☐
Impfstatus und Jodprophylaxe		
4. Impfschutz vollständig	☐	☐
5. Jodprophylaxe wird durchgeführt	☐	☐
Familie		
6. besondere Familiensituation	☐	☐
7. Hinweis auf familiäre Hypercholesterinämie	☐	☐
Schulische Entwicklung		
8. Schulleistungsprobleme	☐	☐
9. Besuch einer weiterführenden Schule	☐	☐
Gesundheitsverhalten		
10. regelmäßige Medikamenteneinnahme ohne ärztliche Verordnung	☐	☐
11. Rauchen	☐	☐
12. Alkoholkonsum	☐	☐

falls ja, wie häufig: selten ☐ mehrmals/Woche ☐ täglich ☐

13. Drogenkonsum	☐	☐

falls ja, wie häufig: selten ☐ mehrmals/Woche ☐ täglich ☐

Motorik/Visuomotorik		
14. motorische/visuomotorische Auffälligkeiten	☐	☐
Seelische Entwicklung/Verhalten		
15. dissoziales Verhalten	☐	☐
16. Eßstörungen	☐	☐
17. affektive Störung	☐	☐
Pubertätsentwicklung		
18. Knaben: Stimmbruch	☐	☐
19. Mädchen: Thelarche	☐	☐
Menarche	☐	☐
20. Sexualkontakte	☐	☐

SCHÜTZ DRUCK, 30159 Hannover, Marktstr. 49, Tel. (05 11) 32 73 44

Jugendgesundheitsuntersuchung

Teil a (mit der Abrechnung der KV zuleiten)

Körperliche Untersuchung

21. Größe (cm) ☐☐☐ 22. Gewicht (kg) ☐☐☐

Blutdruck

23. RR-Werte ☐ *normal* ☐ *kontrollbedürftig*

Labor

24. Gesamtcholesterin* ☐☐☐ mg/dl

*(*nur bei familiärer Hypercholesterinämie)*

Tanner-Stadien

25. Knaben ☐ G ☐ PH

26. Mädchen ☐ B ☐ PH

(nach: TANNER)

Befunde	ja	nein
Hals/Thorax/Bauchorgane		
27. Struma	☐	☐
Skelettsystem		
28. Fehlhaltung (Matthiaß-Haltungstest):		☐
Grad I ☐ Grad II ☐		
29. Skoliose – auffälliger Vorbeugetest	☐	☐
30. Bewegungseinschränkung der Hüfte	☐	☐
Sonstige		

31. _____

32. _____

33. _____

Zahl der Arztkontakte in den letzten 12 Monaten ☐☐

Veranlaßte Maßnahmen

wegen: *(bitte Ziffern 1 - 33 eintragen!)*

Weitere Diagnostik	☐☐	☐☐	☐☐
Weitere Beratung	☐☐	☐☐	☐☐
Überweisung	☐☐	☐☐	☐☐

Impfung veranlaßt ☐ *ja* ☐ *nein*

Arztstempel

Version 2.0

Abbildung 2: Dokumentation der Jugendärztlichen Untersuchung – J 1 Formular

CLAUDIA LÜBBERT

Ein weit reichendes Beratungsangebot können Bürgerinnen und Bürgerinnen bei den sogenannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen in Anspruch nehmen. Das Angebot dieser Stellen, die auch als Beratungsstellen für Schwangerschaft, Familienplanung und Sexualität bezeichnet werden, umfasst deutlich mehr als die verschiedenen Themenaspekte eines Schwangerschaftskonflikts.

3.1 Schwanger? Homosexuell? Partnerkonflikte? - Beratungsstellen für Schwangerschaft, Familienplanung und Sexualität

1. Von der Adoption bis zur Verhütung – allgemeine Beratung

So zielt das „Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG)“ aus dem Jahr 1995 zum einen auf die gesundheitliche Vorsorge der Bürgerinnen und Bürger und zum anderen auf die Vermeidung und Lösung von Schwangerschaftskonflikten. Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers umfasst der Anspruch auf Beratung (§2 SchKG) Informationen über

- Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung
- familienfördernde Leistungen
- Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft und die Kosten der Entbindung
- soziale und wirtschaftliche Hilfen für Schwangere
- Hilfsmöglichkeiten für behinderte Menschen, die vor und nach der Geburt eines eventuell ebenfalls in der Gesundheit geschädigten Kindes zur Verfügung stehen
- Methoden eines Schwangerschaftsabbruchs, physische und psychische Folgen eines Abbruchs und die damit verbundenen Risiken
- Lösungsmöglichkeiten für psychosoziale Konflikte im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft
- rechtliche und psychologische Gesichtspunkte im Zusammenhang mit einer Adoption

Daneben geht es auch um konkrete Hilfen und das Gesetz legt fest, dass die Beratungsstellen Schwangere bei der Geltendmachung von Ansprüchen und bei der Wohnungssuche sowie bei der Suche nach einer Betreuungsmöglichkeit für das Kind und bei der Fortsetzung der Ausbildung unterstützen.

Darüber hinaus gehört zum Angebotsspektrum auch die Nachbetreuung nach einem Schwangerschaftsabbruch oder nach der Geburt eines Kindes.

2. Beratung im Schwangerschaftskonflikt

Die Beratungsstellen stehen Frauen und ihrem Partner zur Verfügung, wenn es um eine ungewollte Schwangerschaft geht. Die Beratung zu einem Schwangerschaftskonflikt bei einer solchen Beratungsstelle oder alternativ bei einer dafür speziell ausgebildeten Ärztin oder ausgebildetem Arzt ist u.a. eine Voraussetzung für die Straffreiheit eines Schwangerschaftsabbruchs. Die Ratsuchenden erhalten medizinische, rechtliche und soziale Informationen zu einem Schwangerschaftsabbruch und auch zur Möglichkeit die Schwangerschaft fortzusetzen. (§§5,6,7 SchKG)

3. Für jedermann und jedefrau

Alle Bürgerinnen und Bürger, die Beratung zu einem oder mehreren der o.g. Themen benötigen, haben einen Anspruch auf diese Beratungsleistungen – unabhängig von ihrem Alter, ihrem Geschlecht, ihrer Nationalität und ihrer Religion.

Die Länder haben sicher zu stellen, dass es ein ausreichendes Angebot an Beratungsstellen gibt, das für die Bürgerinnen und Bürger wohnortnah vorhanden sein soll und bei dem die Ratsuchenden die Möglichkeit haben sollten, zwischen verschiedenen weltanschaulichen Ausrichtungen wählen zu können. (§3 Schwangerschaftskonfliktgesetz)

Zu den bekanntesten Beratungsstellen gehören die Einrichtungen von pro familia, die evangelischen Beratungsstellen, die katholischen Stellen von donum vitae, die für Frauen im Schwangerschaftskonflikt auch Beratungsbescheinigungen ausstellen, die ebenfalls katholischen Beratungsstellen von esperanza, die zwar Frauen im Schwangerschaftskonflikt beraten, hierüber jedoch keine Bescheinigung ausstellen, was jedoch Bedingung für einen straffreien Schwangerschaftsabbruch ist. Vielerorts gibt es weltanschaulich und konfessionell neutrale städtische Beratungsstellen, die häufig im Gesundheitsamt angesiedelt sind.

Neben den persönlichen Beratungen, welche die Beratungsstellen realisieren, wird auch sexualpädagogisch-präventive Gruppenarbeit angeboten. Sie wendet sich vor allem an Jugendliche in Schulen und an Multiplikatoren, wie Lehrerinnen und Lehrer sowie Erzieherinnen und Erzieher.

4. Beratungsstellen im Rhein–Erft–Kreis

Im Rhein-Erft-Kreis gibt es derzeit drei Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, die auch einen Beratungsschein ausstellen.

- AWO, Kerpen-Horrem, Hauptstr. 140, Tel. 02273/56521
- Donum vitae, Bergheim, Hauptstr. 61, Tel. 02271/759390
- Der Paritätische, Frechen, Franz-Hennes-Str. 3, Tel. 02234/18570

Der Sozialdienst Kath. Frauen (Esperanza) stellt keinen Beratungsschein für einen eventuellen Schwangerschaftsabbruch aus. Er ist unter folgenden Adressen zu erreichen:

- 50354 Frechen, An St. Severin 11Tel. 02234/6039811
- 50169 Kerpen, Heerstr. 89, Tel. 02237/658513
- 50126 Bergheim, Kirchstr. 1a, Tel. 02271/492714
- 50321 Brühl, Steinweg 6, Tel. 02232/213810

http://www.donum-vitae-rhein-erft.de/

SUSANNE SOPPART-LIESE

3.2 Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen

Im folgenden werden der Verlauf der Schwangerschaft und die Schwangerenvorsorgeuntersuchungen sowie die Mutterschutzregularien beschrieben.
Die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen sowie die Geburtenzahlen, Schwangerschaftsabbrüche und Risiken unter der Geburt werden referiert.
Daraus ergeben sich Empfehlungen für die verstärkte Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen.
Das Kapitel endet mit Daten zur rückläufigen Geburtenentwicklung im Rhein–Erft–Kreis.

Abbildung 3: Logo Mutterpass in Deutschland

1. Schwangerenvorsorge

Formen der Vorsorge

Alle werdenden Mütter werden beraten in der präventiven Schwangerenberatung. Hier werden insbesondere der Verzicht auf Alkohol- und Nikotinkonsum, Einhalten einer richtigen Ernährung sowie die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen nahegelegt.
Bei Vorliegen bestimmter Risikofaktoren – wie höheres Alter der Mutter, Vorerkrankungen Geschwisterkind etc. – erfolgt zusätzlich eine genetischen Beratung während der Schwangerschaft.
Die Vorsorgeuntersuchungen sind in den Richtlinien zur pränatalen Diagnostik der Bundesärztekammer geregelt.

http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Richtidx/Praediag.html

Jede Schwangere sollte unbedingt regelmäßig die Schwangerenvorsorgeuntersuchungen wahrnehmen. Nur so lassen sich mögliche Risiken erkennen und therapieren.

2. Zeitlicher Ablauf der Schwangerschaft

Physiologischerweise beträgt die normale Schwangerschaftsdauer ca. 40 Wochen. Man unterscheidet zwei Phasen:

- Embryonalphase (1. – 3. Monat)
  In ihr bilden sich alle Organe in der Anlage heraus. Deshalb ist das werdende Leben besonders stark durch schädigende Einflüsse gefährdet.
  Insbesondere Nikotin, Alkohol und Medikamente sollte die Schwangere in dieser Zeit möglichst gar nicht konsumieren.
  Auch bestimmte Infektionen (z. B. Röteln und Toxoplasmose) können in der Embryonalzeit besondere Schädigungen bewirken.
  Auch Stress und Sorgen der Mutter können sich ungünstig auf das werdende Leben auswirken. Soweit umsetzbar, sollte jede Schwangere belastende Stresssituationen und übermäßigen körperlichen Anstrengungen aus dem Wege gehen.
  Man weiß heute, dass das Kind im Mutterleib erstaunlich vieles aus der Umwelt aufnehmen kann. So kann es Licht und Dunkelheit voneinander unterscheiden und Geräusche (z. B. Stimmen) wahrnehmen.
- Fetalstadium (ab 13 – 40. Woche)
  Wachstum und Reifung der Organe finden in dieser Phase statt. In der 18. bis 20. Schwangerschaftswoche werden die ersten Kindsbewegungen erspürt. Im Laufe der Schwangerschaft sollte die Frau je nach Größe des Kindes ca. 10 bis 13 kg zunehmen. In den letzten Wochen vor dem Geburtstermin kommt es gelegentlich zu sogenannten unkoordinierten Wehen, bei denen sich die Gebärmutter zusammenzieht. Setzen die Wehen heftiger und regelmäßig ein, so beginnt in Kürze die Geburt.

(angelehnt an:http://www.endometriose.de/info/porostaglandine-zystitis/Schwangerschaft.htm)

3. Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft

Sie dienen der Reduktion der perinatalen Mortalität und der Abwendung von Schäden (Morbidität) von Mutter und Kind.

Im Mutterpass werden sowohl alle wichtigen Daten und Ergebnisse (Befunde) einer Schwangerschaft dokumentiert (wie Blutgruppe, Rhesusfaktor, Röteln-Titer) sowie weiterführende Diagnostik. (z.B. Ultraschall, CTG) als auch Geburt und Verlauf des Wochenbettes sowie die Untersuchungsbefunde des Neugeborenen.
In den Mutterschaftsrichtlinien sind die Untersuchungen gesetzlich geregelt. Die Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft können sowohl von einer Frauenärztin/einem Frauenarzt als auch von einer Hebamme durchgeführt werden.
Idealerweise findet die Betreuung der Schwangeren in Kooperation statt.

4. Mutterschutz und Mutterschutzgesetz

4.1 Mutterschutz

Der Schutz der werdenden Mutter ist in Deutschland im Mutterschutzgesetz (MuSchG) geregelt. Es dient dem gesundheitlichen Schutz von Mutter und Kind sowie der Arbeitsplatzsicherung. Es stellt die gesetzliche Grundlage für den Versuch dar, die Frau vor beruflichen und sozialen Nachteilen zumindest teilweise zu bewahren, die durch eine Schwangerschaft entstehen können.

Es umfasst:

- **Fristen**
  Mindestens 14 Wochen insgesamt beträgt die Mutterschutzfrist, in der Regel 6 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin und 8 Wochen nach der Geburt mit einem uneingeschränktes Beschäftigungsverbot. (Frühgeburten/ Mehrlingsgeburten Verlängerung auf 12 Wochen nach der Geburt)
- **Informationspflicht**
  Die werdende Mutter ist verpflichtet, ihren Arbeitgeber von der Schwangerschaft in Kenntnis zu setzen und ihm den voraussichtlichen Entbindungstermin mitzuteilen.
- **Pflichten des Arbeitgebers**
  Hier sind Informationspflichten gegenüber der Aufsichtsbehörde sowie die Sicherstellung der Auflagen zu den Arbeitsplatzbedingungen, Arbeitszeiten, etc. geregelt. (Gebote und Verbote)
  Ein Arbeitgeber, der vorsätzlich oder fahrlässig die Vorschriften des Mutterschutzgesetzes missachtet, macht sich strafbar. (Ordnungswidrigkeit oder Straftat)
- **Kündigungsverbot – Kündigungsschutz**
  Während der Schwangerschaft und bis 4 Monate nach der Geburt darf keine Kündigung ausgesprochen werden. Bei Inanspruchnahme des Erziehungsurlaubes verlängert sich der Kündigungsschutz über die Zeit der Schutzfristen hinaus bis zum Ende des Erziehungsurlaubes.
- **Mutterschaftsgeld** - Zuschuss zum Mutterschaftsgeld
- **Sonstige Leistungen**
  wie ärztliche Betreuung, Pflege etc.
- **Aufsichtsbehörden**
  In der Regel die Gewerbeaufsichtsämter – Mutterschutzbeauftragte. Hier ist auch schriftliche Information erhältlich. (Staatliches Amt für Arbeitsschutz Köln, Schanzenstrasse 38, 51063 Köln, Tel.: 0221-962770, Fax: 0221-96277455, E-Mail: poststelle@stafa-k.nrw.de
  Im Mutterschutzgesetz, zuletzt geändert 2003, sind die Rechte und Pflichten kodifiziert:

http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/muschg/gesamt.pdf
Eine Sammlung sämtlicher Gesetze und Vorschriften, auch für Beamtinnen, findet sich unter:

http://www.arbeitsschutz.nrw.de/bp/good_practice/BesondereZielgruppen/musch.html

5. Inanspruchnahme Schwangerenvorsorgeuntersuchungen

Bundesebene

Der Rückgang der Geburtenzahlen kann auf Bundesebene nachvollzogen werden mit den Anzahl der Leistungsfälle bei Schwangerschaft und Mutterschaft der gesetzlich Krankenversicherten.

2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993
612.528	616.926	664.784	683.419	700.465	721.208	691.019	723.012	714.716	728.831

Tabelle 1: Abnehmende Geburtenzahlen in Deutschland - Leistungsfälle bei Schwangerschaft und Mutterschaft gemäß §§ 200, 200 b RVO und §§ 29, 31 KVLG der Versicherten (Jahre, Kassenart, Versichertengruppe), Bundesgebiet insgesamt (Quellen: www.gbe-bund.de vom 1.2005 und 5.2006)

NRW

Für NRW liegen neuere Daten bis zum Jahre 2004 vor einmal über die Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen nach erster Inanspruchnahme nach Schwangerschaftswochen und Teilnahmehäufigkeit insgesamt.

Jahr/ % entbundene Schwangere	SW *4-8	SW 9-12	SW 13-16	SW 17 und später	Nicht dokumentiert
2002	52,3	35,2	5,8	4,1	2,6
2003	50,7	34,1	5,5	3,76	6,0
2004	48,9	33,5	5,3	3,8	8,5

Tabelle 2: Zu späte Inanspruchnahme - Schwangerenvorsorgeuntersuchungen in NRW 2002 – 2004 nach Zeitpunkt der ersten Inanspruchnahme in der Schwangerschaftswoche (*SW)
(Quelle: www. loegd.nrw.de; Indikator K 7.4, 5.2006)

Die Zahlen belegen einen leichten Rückgang der Inanspruchnahme in den ersten drei Monaten auf 82,4 % - damit werden im Jahre 2004 fast die gleichen Werte wie 1990 erreicht von 81,5 %. Mindestens ein knappes Fünftel der Schwangeren (bei den nicht dokumentierten Fällen sind wahrscheinlich auch Nicht-Inanspruchnahmen versteckt) haben demnach in der Embryonalphase als besonders sensibler Phase für Organanlagen und Infektionen keine Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung aufgesucht.

Die Zahl der Inanspruchnahmen liegt lt. Mutterschaftsrichtlinien bei minimal 12 Untersuchungen im Laufe der Schwangerschaft. Auch hier liegen rückläufige Zahlen der ausreichenden Inanspruchnahme vor.

Jahr/ % der entbundenen Frauen	0-7	Nicht dokumentiert	8-12	13 und mehr
2002	7,8	4,8	64,3	23,1
2003	9,0	7,7	61,3	22,0
2004	7,1	10,6	60,4	22,0

Tabelle 3: Zu geringe Teilnahmehäufigkeit bei Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen in NRW, 2002 – 2004
(Quelle: www. loegd.nrw.de; Indikator K 7.3, 5.2006)

6. Geburten in NRW

Es liegen Daten der stationären Krankenhausentbindung vor für die Jahre 2000/01 sowie für 1990/91.

Fachabteilung Geburtshilfe	Je Fachabteilung	Je 10.000 Einwohner	Verweildauer in Tagen	Zum Vergleich: Verweildauer in allgemeinen Krankenhäusern/ Tage
1990	207 736	120,5	7,5	13,9
1991	210 673	120,9	7,4	-
2000	193 982	107,7	6,0	9,7
2001	186 894	103,7	6,0	9,4

Tabelle 4: Geburtshilfe in Krankenhäuser NRW, Vergleich 2000 – 2001 und 1990- 1991, Indikator 7.16 und 7.26 (Quelle: LÖGD)

Der Geburtenrückgang in NRW in den letzten 15 Jahren ist begleitet von einem leichten Rückgang der Verweildauer bei der stationären Entbindung in Krankenhäusern. Diese liegt bei Entbindungen um die Hälfte (1990) resp. ein Drittel niedriger als bei sonstigen stationären Aufenthalten. Für nicht-stationäre Entbindungen liegen keine speziellen NRW- Daten vor, wobei der Prozentsatz dieser Entbindungen sich ebenfalls im Bundestrend von unter 5 % bewegen dürfte.

Im Jahr 2003 kamen in Deutschland 706 700 Kinder lebend zur Welt. Davon wurden 697 300 Kinder (98,7%) im Krankenhaus geboren. 99,6% aller Krankenhausgeburten waren Lebendgeburten. Damit blieb dieser Anteil seit 1993 konstant. (Quelle: www.gbe-bund.de, 5.4.2005) Wie das Statistische Bundesamt mitteilt, wurde bei 25,5% dieser Frauen ein Kaiserschnitt durchgeführt. Zehn Jahre zuvor lag der Anteil noch bei 16,9%.

Für den Rhein-Erft-Kreis liegen keine Daten vor. Hier bedürfte es einer Primärerhebung, wobei Daten der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung miteinzubeziehen wären. Eine entsprechende Anfrage an die KVNO führte leider zu keinen Ergebnissen.

7. Schwangerschaftsabbrüche

Den Zahlen zu Schwangerschaftsabbrüchen liegen die Daten von Frauen zwischen 15 bis 44 Jahren zugrunde. Sie beziehen sich auf die in Krankenhäusern und Arztpraxen durchgeführten Eingriffe.

Jahr	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**
Bundesgebiet	134.609	134.964	130.387	128.030	129.650	124.023
NRW	27.255	27.240	26.642	25.858	25.852	25.174

Tabelle 5: Zahlen Schwangerschaftsabbrüche, Bundesgebiet insgesamt 2000 – 2005 (Quelle: www.gbe-bund.de, 4.2005) sowie Statistisches Bundesamt 4.2006

Insgesamt sind im Jahre 2004 30,1 Schwangerschaftsabbrüche auf 10.000 Frauen zu verzeichnen, wobei die Abbrüche bei Mädchen unter 15 Jahren 1,34 betrugen. (Quelle: www.ZEFIR–Datenpool, Sozialberichterstattung vom 20.9.2005)

8. Daten zu Risiken

Es liegen Daten vor über Risiken während der Geburt von Einlingen; sie stammen zuletzt aus dem Jahre 1999.

Risiko	**Prozentsatz Geburten in Krankenhäusern**
Schlechte Herztöne	15,1
Verzögerte Geburt	14,3
Beckenendlage	4,7
Kaiserschnitt	22,0
Frühgeburt vor Ende 37. Schwangerschaftswoche	8,3
Frühgeburt vor Ende 32. Schwangerschaftswoche	1,4

Tabelle 6: Verteilung der Risiken für das Jahr 1999, Krankenhausentbindungen, Bundesgebiet (http://www.gbe-bund.de/)

Knapp ein Drittel aller Entbindungen ist risikofrei. (31,7 %)

Bei Betrachtung der kindlichen Risiken sowie den daraufhin erfolgenden Todesfällen ergibt sich folgendes Bild für Einlinge:

Risiko	**Prozentsatz Kinder**	**Davon: Todesfälle**
Atemstörungen	2,1	1,8
Fehlbildungen	1,9	3,6
Infektionen	1,7	0,8

Tabelle 7: Kindliche Risiken bei der Geburt und darauf folgende Todesfälle, 1999 Bundesgebiet

Für die Folgejahre sind die Statistiken in dieser Gliederung nicht weitergeführt worden, sondern es wird mit neuen Indikatoren gearbeitet, die von der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (http://www.bqs-online.de) ausgewertet werden.

9. Zusammenfassung

Die Arbeits- und Lebensbedingungen für das Kinderkriegen in Deutschland sind gesetzlich geregelt, insbesondere in gesundheitlicher und arbeitsrechtlicher Hinsicht. Ziel ist die Sicherung der Gesundheit von Mutter und Kind.

Aus den gesundheitlichen Regulierungen lassen sich eindeutige Empfehlungen für Schwangere ableiten. Hier sollen speziell die Empfehlungen zur Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge-untersuchungen betrachtet werden.

Ziel	**Umgesetzt (Stand:2004)**	**Maßnahme**
Feststellung der Schwangerschaft möglichst früh = hochsensible Embryonalphase	82,4 % aller Schwangeren bis zur 12. Woche 87,7 % bis zur 16. Woche	Propagierung der möglichst frühzeitigen Feststellung der Schwangerschaft Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorgeunter-suchungen durch alle Frauen Aufklärung über Spezifika der Embryonalentwicklung Nikotin, Alkohol und Medikamente streichen mindestens in den ersten drei Monaten Infektionen, wie Röteln und Toxoplasmose unbedingt vermeiden = Rötelnimpfungen propagieren im Kindesalter für Jungen und Mädchen = Umgang mit Haustieren (Katzen) kontrollieren = Ernährungsempfehlungen (wie Vermeidung von rohem Fleisch) aussprechen Stress und körperliche Überbeanspruchung vermeiden
Bis zur 32. Schwangerschaftswoche mindestens eine Untersuchung alle vier Wochen = 8 Untersuchungen Ab der 32. Schwangerschaftswoche mindestens alle zwei Wochen eine Untersuchung = 4 Untersuchungen Gesamt: minimal 12 Untersuchungen	7,1 % der entbundenen Frauen in NRW haben 0 – 7 Untersuchungen; bei 10,6 % keine Dokumentation über Inanspruchnahme = insgesamt 17,7 % 60,4 % haben 8 – 12 Untersuchungen = ausreichende Inanspruchnahme 22 % haben 13 und mehr Untersuchungen	Rate von geschätzt einem Achtel der Nichtinanspruchnahme von Schwangeren-vorsorgeuntersuchungen reduzieren Rate von 2/3 der Schwangeren mit ausreichender Inanspruchnahme steigern Knapp ein Viertel der Schwangeren haben eine gute Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen

Tabelle 8: Lücken in der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorgeuntersuchungen, NRW 20004

Aus den vorliegenden Daten für NRW ergeben sich klare Mängel in der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorgeuntersuchungen bei der

- zeitlichen Abfolge der Inanspruchnahme – sie erfolgt in mindestens 10 % der Fälle zu spät
- Intensität der Inanspruchnahme – in rund 9 % der Fälle keine/ nicht dokumentierte Inanspruchnahme.

Im Bundesdurchschnitt wird (berechnet auf der Basis der Leistungsfälle bei gesetzlich versicherten Schwangeren/ 2000) jede fünfte Schwangerschaft gewollt nicht ausgetragen

Risikofrei während der Geburt sind – Datenstand 1999 – knapp ein Drittel. (31,7 %)
Die Risikorate wegen Kaiserschnitt lag bei 22% im Jahre 1999, und stieg bis 2004 auf 25 %.

Wegen kindlichem Risiko wie schlechten Herztönen und verzögerter Geburt lag bei jeweils rund 15 % vor, Frühgeburt vor Ende 37. Schwangerschaftswoche bei rund 8 %, Beckenendlage rund 5 % und Frühgeburt vor Ende der 32. Schwangerschaftswoche bei 1,4 % . (Stand: 1999)

Interessant wäre die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Risikogeburt und Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorgeuntersuchungen. Die hier verfügbare Datenlage erlaubt keine Analyse.

Dass Risiko während der Geburt nicht unbedingt auch Krankheitsrisiko für das Kind bedeutet – oder gar Tod – belegen die Zahlen zu Atemstörungen, Fehlbildungen und Infektionen mit 2,1 %, 1,9 % und 1,7%. Davon enden tödlich bei Atemstörungen 1,8 %, bei Fehlbildungen 3,6 % und bei Infektionen 0,8 %. Dies bedeutet, dass von 10.000 Geburten 9.994 mit einem lebenden Kind enden.

10 Geburten im Rhein-Erft-Kreis

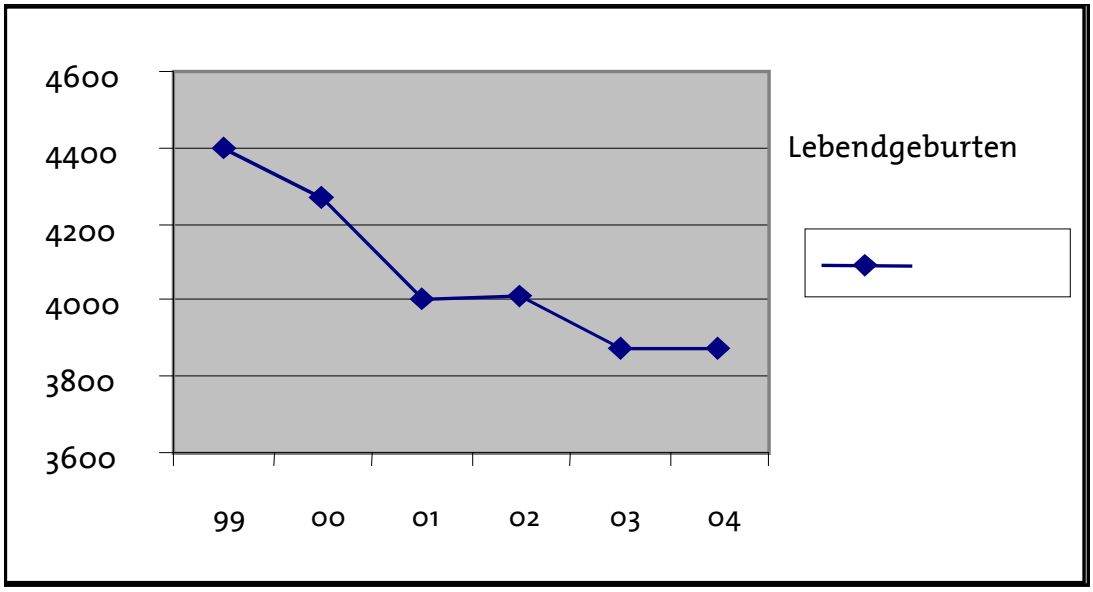


Abbildung 4: Lebendgeborene im Rhein-Erft-Kreis in den Jahren 1999 – 2004 (Quelle: LÖGD 4.2006)

Die Geburtenrate im Rhein-Erft-Kreis ist in den vergangenen fünf Jahren rückläufig von 47 Geburten im Jahre 1999 auf 41,8 Geburten im Jahre 2004. (je 1000 Frauen von 15 – 44 Jahren)

Der Trend der rückläufigen Geburten sowie der steigenden Lebenserwartung führt zu dem prognostizierten demographischen Wandel. Er umfasst sowohl eine relative Steigerung der älteren Generation als auch eine generelle Abnahme der Bevölkerung in unterschiedlichen Ausmaßen (– 4,2 bis fast - 21%) in den einzelnen Gemeinden des Rhein–Erft–Kreises. (außer Hürth)

Links:

http://www.arbeitsschutz.nrw.de/bp/good_practice/BesondereZielgruppen/musch.html

http://www.bqs-online.de

http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Richtidx/Praediag.html

http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/muschg/gesamt.pdf

http://www.familienwegweiser.de

http://www.gbe-bund.de/

http://www.geburtskanal.de/

http://www.endometriose.de/info/porostaglandine-zystitis/Schwangerschaft.htm

http://www.loegd.nrw.de

KARIN MOOS

Von der Geburt bis zum 5. Lebensjahr des Kindes sowie dann noch einmal im 12. - 16. Lebensjahr werden kinderärztliche Untersuchungen angeboten durch niedergelassene ÄrztInnen. („U–J1-Untersuchungen") Die Untersuchungsschwerpunkte variieren nach Lebensalter.
Sie sind Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und unterliegen nicht der Praxisgebühr. Trotzdem ist rund ein Fünftel der Kinder im Rhein–Erft–Kreis nicht zu allen Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt worden.

3.3 Pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen

Von ursprünglich acht (seit 1971) ist die Anzahl der angebotenen Vorsorgeuntersuchungen in Deutschland mittlerweile auf zehn angestiegen. Zuletzt wurden sie 1998 durch die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 (U10) im 12.-14. Lebensjahr ergänzt.

Die ersten Untersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung sollten insbesondere Kinder mit angeborenen oder früh erworbenen Störungen durch Screening – Untersuchungen identifizieren. Die ersten sechs Vorsorgetermine liegen alle im ersten Lebensjahr. Daran schließen sich Untersuchungen im 2., 4. und 5. Lebensjahr an, abschließend ergänzt durch die J1.

Alle Vorsorgeuntersuchungen beinhalten die Inspektion und ärztliche Ganzkörperuntersuchung.

Wird bei den Vorsorgeuntersuchungen U1- U6 besonders auf den Ausschluss von Stoffwechselstörungen und das Erreichen der Meilensteine der motorischen Entwicklung geachtet, verschieben sich die Schwerpunkte der späteren Untersuchungen auf die Kontrolle der altersgerechten Entwicklung von differenzierten Leistungen, wie Sprache, Feinmotorik, Wahrnehmung und Verhalten. Dabei kommt der Einbeziehung der Fremdanamnese durch die Eltern eine immer größere Bedeutung zu. (Sind die Eltern zufrieden mit der Entwicklung ihres Kindes? Fallen ungewöhnliche Verhaltensweisen oder Bewegungsmuster auf?)

Jede Vorsorgeuntersuchung schließt die Kontrolle des bestehenden Impfschutzes ein. So früh wie möglich sollten Störungen der Sinneswahrnehmung wie Hören und Sehen ausgeschlossen werden.

Der J1 als bisher einzige Vorsorgeuntersuchung beim Heranwachsenden kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Sie kann vom Jugendlichen ohne Eltern wahrgenommen werden. Ihr Ziel ist, die körperliche und mentale Entwicklung zu fördern und damit einen wesentlichen Beitrag zur präventiven medizinischen Versorgung der bisher unterversorgten Gruppe der Jugendlichen zu leisten.

Die erweiterte Vorsorge beinhaltet zusätzlich anamnestische Fragen und Beratungen zu den Themen:

- Pubertätsentwicklung/Kontrazeption
- Prävention übertragbarer Erkrankungen
- Essgewohnheiten/Ernährung
- Medikamenten/Drogengebrauch
- Schulische Entwicklung
- psychosomatische Erkrankungen

Ein großer Teil der sog. Zivilisationserkrankungen (Diabetes mellitus Typ 1, Übergewicht, Herz-Kreislauferkrankungen) wäre durch eine frühzeitig bei Kindern und Jugendlichen einsetzenden Gesundheitsvorsorge bzw. - erziehung vermeidbar und damit ein volkswirtschaftlicher Gewinn!

Eine Forderung aus den Reihen der Kinder und Jugendärzte ist demzufolge die Ergänzung der Vorsorgeuntersuchungen durch Präventionsangebote für die bisher nicht versorgten aber gefährdeten Altersgruppen der 10/11 sowie 16/17 jährigen.

Alle in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen tätigen Einrichtungen/Therapeuten/Betreuer sollten auf die Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen hinwirken, da die Akzeptanz insbesondere zu den Untersuchungen des späteren Kleinkind- und Jugendlichenalters abnimmt.

Zeiträume:

- U 1: Unmittelbar nach Geburt, häufig durch Geburtshelfer durchgeführt (Apgar-Schema, genaue Inspektion)
- U 2: 3. - 10. Lebenstag. Neugeborenenbasisuntersuchung inklusive neurologischer Untersuchung
- U 3: 4. - 6. Lebenswoche
- U 4: 3.- 4. Lebensmonat
- U 5: 6. - 7. Lebensmonat
- U 6: 10. - 12. Lebensmonat
- U 7: 21. - 24. Lebensmonat
- U 8: 43. - 48. Lebensmonat
- U 9: 60. - 64. Lebensmonat
- J 1: 12. - 14. Lebensjahr

ANETTE RÖHRL-KÖPPEN

3.4 Kindergarten-Untersuchung

Die Kindergartenuntersuchung ist als Screening mit hohen und für jedes Kind einheitlichen Standards versehen. Sie umfasst einen anamnestischen Teil per Fragebogen an die Eltern, eine Überprüfung der Sinnesorgane, körperliche Untersuchung, neurologische Untersuchung, Verhaltensbeobachtung und Überprüfung der Sprachentwicklung. Die Beratung der Eltern über Auffälligkeiten sowie Fördermöglichkeiten ist Bestandteil der Kindergartenuntersuchung mit dem Hinweis, den niedergelassenen Arzt zu konsultieren.
Auch infolge der Nichtinanspruchnahme der U9 von einem Fünftel der Kinder (2004) sollte die Kindergartenuntersuchung wieder flächendeckend im Rhein-Erft-Kreis eingeführt werden.

Die Kindergartenuntersuchung sollte idealerweise einmal jährlich statt finden. Sie dient dazu, alle Bereiche der kindlichen Entwicklung auf ihre altersgemäße Ausprägung hin zu überprüfen und Störungen jedweder Art so zeitig wie möglich zu erkennen. Da die für dieses Alter angebotene Vorsorgeuntersuchung durch die niedergelassenen Ärzte (U9) nur von ca. 80% (2004) eines Jahrganges wahrgenommen wird, kommt einer Untersuchung möglichst aller Kindergartenkinder eine besondere Bedeutung zu. Denn viele Gesundheitsstörungen können nicht mehr, nicht mehr vollständig oder nur mit erheblich mehr zeitlichem und finanziellem Aufwand behoben werden, wenn sie erst ein oder zwei Jahre später bei der Einschulungsuntersuchung festgestellt werden. Dies sind insbesondere Störungen der Sinnesorgane, der Sprache, der motorischen und koordinativen Fähigkeiten und in zunehmendem Maß des Verhaltens und der sozialen Fähigkeiten.
Alle diese Störungen sind häufig nicht so offensichtlich, dass sie von Eltern und Betreuern als solche erkannt werden, und deshalb wird eine Veranlassung für eine Vorstellung beim Kinderarzt nicht gesehen. Hat das Kind Husten, Fieber oder Hautausschlag, wird meist umgehend der Arzt aufgesucht. Hat es jedoch einen äußerlich nicht erkennbaren Sehfehler, z. B. eine Übersichtigkeit oder ein kindliches Schielen, so ist dieser nur durch eine gezielte Untersuchung festzustellen.

Wenn diese nicht erfolgt, kann die notwendige Behandlung nicht rechtzeitig beginnen und dem betroffenen Kind erwächst durch eine bleibende Sehschwäche ein immenser Schaden. (siehe auch Kapitel 2.1.)
Solche Fehlentwicklungen können durch die Untersuchung in der Kindertagesstätte vermieden werden. Besonders wichtig ist sie für diejenigen Kinder dieser Altersstufe, die aus unterschiedlichsten Gründen nicht regelmäßig kinderärztlich betreut werden. Und deren Zahl ist mit ca. 20% beträchtlich.

Die Untersuchung ist als Screening mit hohen und für jedes Kind einheitlichen Standards versehen. Dadurch ist nicht nur ein individueller Nutzen gegeben, sondern auch das frühzeitige Erkennen von „Trends“ für bestimmte Entwicklungsstörungen möglich, welche dann gezielt durch vorbeugende und/oder gesundheitlichpolitische Maßnahmen angegangen werden können.

Bestandteil der Untersuchung

Erhebung der Anamnese

Den Eltern wird bereits vor der Untersuchung ein Fragebogen ausgehändigt, auf dem sie Angaben zu früheren Erkrankungen, zur Entwicklung und zu besonderen Auffälligkeiten des Kindes machen können. Der Impfstatus wird überprüft, noch fehlende Impfungen werden gemäß den öffentlichen

Empfehlungen besprochen. Machen sich die Eltern über einen Entwicklungsbereich oder eine Erkrankung besondere Sorgen, können sie dies hier bereits äußern.

Apparative Überprüfung der Sinnesorgane

Durchgeführt wird ein monokularer Sehtest am Gerät, eine Überprüfung des räumlichen Sehvermögens (TNO-Test) und eine Überprüfung des Farbsehvermögens mittels kindgerechter Farbtafel. Jede Abweichung von der Altersnorm wird dem Augenarzt zur weiteren Abklärung bzw. Behandlung zugewiesen. Besonders wichtig ist das Erkennen eines - nicht immer offensichtlichen - Schielfehlers, da später eine Behandlung nicht mehr erfolgreich ist. Eine verspätete Diagnosestellung oder Nichtbehandlung führt zur funktionellen Erblindung des betroffenen Auges. (Amblyopie)

Das Gehör wird im Frequenzbereich 250 bis 8000 Hz bei 30 dB überprüft. Auffälligkeiten müssen sorgfältig beobachtet und engmaschig kontrolliert werden. Nicht erkannte Hörstörungen, auch für einzelne Frequenzen, führen zu Schwierigkeiten bei der Sprachentwicklung und zu massiven Problemen in der Wahrnehmung der Umwelt.

Körperliche internistisch-kinderärztliche Untersuchung

Hierzu zählt neben der Untersuchung der Organsysteme auch die Feststellung der regelrechten körperlichen Entwicklung, das Erstellen der Gewichtskurve, die Beurteilung der Körperhaltung und der Ausschluss von Wirbelsäulen- und Fußfehlstellung.

Neurologische Untersuchung

Dieser Untersuchungsteil umfasst zunächst die Untersuchung des Kopfes. (z. B. Pupillenreaktion, Augenmuskeln, Zunge, Mundmotorik, Rachenring)
Dann folgt die Beurteilung der Körperbeherrschung sowie der grob- und feinmotorischen Koordination. Hierbei werden bestimmte motorische Fähigkeiten, z. B. Stehen auf einem Bein oder Finger-Daumen-Versuch beim Kind überprüft und mit den dem Alter zugeordneten Normwerten verglichen. Des weiteren wird die Wahrnehmungsfähigkeit für optische, akustische und taktile Reize geprüft. Der Mensch-Zeichen-Test gibt Aufschluss über die Entwicklung des Körperschemas.

Eine ungestörte und altersgemäße Entwicklung der Motorik und der Wahrnehmungsfähigkeit sind unabdingbare Lernvoraussetzungen. Rückstände in diesen Bereichen müssen schnellstmöglich erkannt, eingehend untersucht und behandelt werden.

Verhaltensbeobachtung

Dieser Punkt wird nur aus Gründen der Übersichtlichkeit extra aufgeführt. Die Beobachtung des Verhaltens läuft mit allen Untersuchungsteilen parallel. Das Verhalten des Kindes gegenüber dem Untersucher, der Mutter und der Kindergärtnerin gibt Aufschluss über seine emotionale Befindlichkeit; seine Art, die gestellten Aufgaben anzugehen und zu bewältigen, lässt Rückschlüsse auf die Aufmerksamkeit, die Konzentrationsfähigkeit und die Lernhaltung zu. Das Verhalten in der Kindergruppe zeigt deutlich den sozialen Entwicklungsstand. Auffälligkeiten im Verhalten, die längere Zeit bestehen, müssen stets sorgfällig abgeklärt werden, evtl. auch durch eine eingehende kinderpsychologische Untersuchung.

Sprachentwicklung

Es werden Sprachverständnis, Artikulation, Wortschatz, Satzbildung und Grammatik überprüft. Das Kind erzählt eine Bildergeschichte mit einfachem Zusammenhang, Sprachrhythmus und Satzmelodie werden beobachtet.

Beratung

Am Schluss der Untersuchung werden die erhobenen Befunde mit der Begleitperson besprochen. Falls weitere Untersuchungen oder Behandlungen notwendig sind, wird sie hierüber verständlich informiert. Fragen werden beantwortet, spezielle Therapiemöglichkeiten oder Hilfestellungen werden vermittelt.

ANETTE RÖHRL-KÖPPEN

3.5 Schuleingangsuntersuchung

Da die Schuleingangsuntersuchung für alle Kinder gesetzlich verpflichtend ist, ist dies die einzige Untersuchung, die wirklich jedes Kind in Deutschland erreicht. Sie beantwortet die Fragen nach der Schulfähigkeit des Kindes. Bei auffälligen Befunden erfolgt die Beratung der Eltern zur Förderung resp. weitergehender Diagnostik. Die Befundraten liegen konstant seit Jahren bei rund 20 %.
Hier wird ein ergänzender Untersuchungsschritt vorgestellt zum Entwicklungsstand des Kindes sowie der schulärztliche Stellungnahmebogen.
[Zu Ergebnissen vergangener Schuleingangsuntersuchungen vgl. Modul I und II der Gesundheitsberichterstattung über Kinder sowie Daten zu den Schuleingangsuntersuchungen 2005 in diesem Bericht.]

Jeder Schulanfänger hat einen gesetzlichen Anspruch auf eine ärztliche Untersuchung und Beratung. Nach der aktuellen Verordnung über den Bildungsgang in der Grundschule erstreckt sich diese schulärztliche Untersuchung auf den körperlichen Entwicklungsstand und die allgemeine, gesundheitlich bedingte Leistungsfähigkeit einschließlich der Sinnesorgane des Kindes. Sie hat zu klären, ob das Kind die erforderlichen körperlichen und geistigen Voraussetzungen für einen erfolgreichen Schulbesuch hat und sein Sozialverhalten ausreichend entwickelt ist.

Da die Schuleingangsuntersuchung für alle Kinder verpflichtend ist, ist dies die einzige Untersuchung, die wirklich jedes Kind erreicht. Besonders die zunehmende Zahl medizinisch schlecht betreuter Kinder kann dadurch von uns erfasst werden. Dies ist ein wichtiger sozialkompensatorischer Effekt.

Zusätzlich hat die in weiten Teilen standardisiert durchgeführte Untersuchung den Vorteil, dass dank zentraler Auswertung die Daten verschiedener Jahre und verschiedener Regionen verglichen werden können. Gesundheitliche „Trends“ können so erfasst werden, Zu- oder Abnahme von gesundheitlichen Störungen und Entwicklungsauffälligkeiten können über mehrere Jahre verglichen, gewertet und eingeordnet werden. Gesundheitsberichterstattung und kommunale Gesundheitsplanung können diese Daten nutzen; für die epidemiologische Forschung sind sie eine gute Grundlage.

Die Schuleingangsuntersuchung war bereits Thema in den Modulen I und II; dabei lag der Schwerpunkt auf der Darstellung der erhobenen Befunde am Beispiel einer Untersuchungsperiode. (2002)

Der Ablauf der Untersuchung wurde zwar ebenfalls bereits beschrieben (Anhang 1 Modul I), soll aber nochmals kurz dargestellt werden, da die bisherige Durchführung und Dokumentation nach dem „Bielefelder Modell“ durch ein weiteres Modul erweitet wurde. Es handelt sich hierbei um das „Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen“, kurz S-ENS genannt. Dieses Verfahren zur Erfassung von Entwicklungsstörungen wurde von einer Arbeitsgruppe der Gesundheitsämter Aachen, Bonn und Köln entwickelt, von einer Forschungsgruppe an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindesalters der Universität Köln weiter vertieft, auf Validität geprüft und modifiziert.

Seit der Untersuchungsperiode 2003/2004 wird das Verfahren in unserer Einschulungsuntersuchung standardisiert angewandt. Es werden überprüft:

- Körperkoordination
- Visuomotorik
- Visuelle Wahrnehmung und Informationsverarbeitung
- Sprache (unter Berücksichtigung des Migrationshintergrundes)
- Sprachkompetenz und auditive Informationsverarbeitung
- Artikulation

Eine altersgemäße Entwicklung in diesen Bereichen ist eine Grundvoraussetzung für schulischen Erfolg. Wenn grenzwertige oder auffällige Befunde erhoben werden, kann die Untersuchung durch weitere Überprüfung noch ergänzt werden. Falls dann nach schulärztlichem Urteil der Verdacht auf eine Störung besteht, muss das Kind zu einer fachärztlichen Untersuchung weitergeschickt werden.

Dies trifft genauso zu für die weiteren Untersuchungsteile der Einschulungsuntersuchung, die hier kurz nochmals erwähnt werden. Es handelt sich um

- Anamneseerhebung (Elternfragebogen, persönliche Befragung bei Bedarf)
- Erfassung somatischer Daten (Größe, Gewicht, BMI) und für die Schule relevanter körperlicher Erkrankungen
- Seh- und Hörprüfung
- Impfstatuserhebung und -beratung
- körperliche Untersuchung (innere Organe, Blutdruckmessung, Skelettsystem, grobneurologische Befunderhebung)
- Verhaltensbeobachtung

Aus allen erhobenen Befunden setzt sich das „Puzzle" zusammen, das man unter Schulfähigkeit versteht. Dabei werden die Fähigkeiten des Kindes mit den Altersnormalwerten verglichen. Fehlen Teile im Puzzle, hat die Schulärztin dies unter Berücksichtigung des Gesamtentwicklungsstandes des Kindes zu bewerten. Wenn weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen notwendig erscheinen, wird sie diese empfehlen und einleiten, in Zusammenarbeit mit den Eltern, den behandelnden Fachärzten und der Schule. Das Ziel ist, jedem Kind den Schulstart so leicht wie möglich zu machen.

Bei schwerwiegenden Bedenken hinsichtlich der Schulfähigkeit oder Zweifel daran, ob das Kind den Anforderungen einer Regelschule gewachsen ist, muss die Überprüfung des sonderpädagogischen Förderbedarfs empfohlen werden. In seltenen Fällen kann auch eine Rückstellung vom Schulbesuch erfolgen, wenn zu erwarten ist, dass das Kind in einem Jahr seine Defizite aufgeholt haben wird.

Alle Befunde werden der Begleitperson des Kindes erläutert und deren Fragen beantwortet. Der Schuleintritt ist sowohl für das Kind als auch für die Eltern in vielen Fällen mit Unsicherheit oder sogar Angst verbunden, so dass das Gesprächsangebot meist dankbar angenommen wird. Insbesondere behinderte oder entwicklungsverzögerte Kinder und deren Eltern bedürfen der einfühlsamen Beratung.

Besonders wichtig ist die Schuluntersuchung für schlecht betreute Kinder aus sozial schwachen Familien; dies wurde oben bereits erwähnt. Die Möglichkeit, durch diese Pflichtuntersuchung solche Kinder zu erreichen, kann nicht hoch genug geschätzt werden. In manchen Fällen ist die Schuluntersuchung die erste kinderärztliche Untersuchung seit der Säuglingszeit.

Im Rahmen der sogenannten nachgehenden Fürsorge können wir überprüfen, ob die vorgeschlagenen Maßnahmen von den Eltern auch umgesetzt wurden. Falls nicht, ist weiteres Eingreifen notwendig, evtl. unter Einbeziehung familienbetreuender Dienste oder des Jugendamtes.

Beim Vergleich der Untersuchungsergebnisse der Jahre 2001 bis 2004 hat sich eine konstante Zahl von auffälligen Befunden ergeben. Sie liegt bei ca. 20%. Entwicklungsverzögerungen, welche die Schulfähigkeit wesentlich beeinträchtigen, wurden bei ca. 8% der Kinder gefunden.

Diese Werte können nur dahingehend interpretiert werden, dass regelmäßige sozialpädiatrische Betreuung und vorschulische Bildung einen deutlich höheren Stellenwert bekommen müssen, um für alle Kinder eine erfolgreiche Schullaufbahn zu ermöglichen.

(Quelle: S-ENS-Handanweisung des lögd NRW)

KARIN MOOS

3.6 Untersuchung im 4. Schuljahr

Da rund 20% der letzten Vorsorgeuntersuchung (U9) und nur eine schlechte Inanspruchnahme der Jugenduntersuchung J1 zu verzeichnen ist, kommt der Untersuchung im 4. Schuljahr eine besondere Bedeutung zu.
Sie wird aus Personalmangel im Rhein–Erft–Kreis derzeit nicht mehr angeboten.

Diese Reihenuntersuchung richtet sich an 10 – 11 jährige Schüler und Schülerinnen der 4. Grundschulklasse.

In dieser Altersgruppe liegt die letzte empfohlene Präventionsuntersuchung mit der U 9 im 5. Lebensjahr bereits fünf bis sechs Jahre zurück.

Ihre psychosoziale Situation ist geprägt durch den Schuleintritt, den bevorstehenden Wechsel in eine weiterführende Schule, sowie den Gestaltwandel zum Jugendlichen und den Eintritt in die Pubertät.

Nachdem bis zu einem Drittel der Einschulkinder in den Schuleingangsuntersuchungen der letzten Jahre Auffälligkeiten in ihrer Gesamtentwicklung aufwiesen, ist eine solche Verlaufskontrolle am Ende der Grundschulzeit aus präventiver Sicht sinnvoll und empfehlenswert.

Neben der Erhebung einer sozialmedizinischen Anamnese beinhaltet die jugendärztliche Untersuchung eine Kontrolle von:

- somatischen Daten (Größe/Gewicht/BMI/Geschlecht)
- Blutdruck
- Hörleistung im Bereich von fünf Frequenzen
- Sehleistung einschließlich der Farbsinn- und Stereoprüfung (TNO, Verlhagen/ Rodenstock)
- Skelettsystem
- Anamnestische Erhebung zu allergischen Erkrankungen
- Zahnstatus
- Haut
- Brustorgane
- Pubertätsstadien
- Impfstatus

Im Anschluss an die Untersuchung erfolgt eine Beratung zu auffälligen Befunden und/oder zu speziellen Fragen. Ergänzungsimpfungen können angeboten werden.

Diese Altersgruppe ist häufig betroffen von chronischen Erkrankungen, seelischen Störungen, Schulleistungsstörungen, Schulverweigerung und Drogenkonsum. In der Beratungssituation bietet sich eine Vermittlung bzw. Weiterleitung an professionelle Hilfsorganisationen an.

Die Untersuchung konnte in den letzten Jahren aus Personalmangel leider nicht mehr durchgeführt werden, so dass derzeit keine Untersuchungszahlen vorliegen.

KARIN MOOS

3.7 Untersuchung der Schulabgänger, Hauptschule

Da der Zusammenhang von Gesundheitszustand und –versorgung mit dem Sozialstatus erwiesen ist, wurden -– nach personeller Verfügbarkeit des Jugendärztlichen Dienstes – SchülerInnen einiger Hauptschulen in ein Screening einbezogen.
Exemplarische Darstellungen von Untersuchungsergebnissen aus 1997 und 2000 belegen, dass beispielsweise im Jahre 2000 bei 53 % der HauptschülerInnen ein kontrollbedürftiger Befund vorliegt, der weiterer diagnostischer Maßnahmen bedarf.
Die Befunde beziehen sich vor allem auf die Komplettierung des Impfschutzes, Fehlsichtigkeit, Übergewicht und Wirbelsäulenbefunde.
Die Ausweitung des Screenings auf alle Hauptschulenim Rhein-Erft-Kreis wird empfohlen.

Da die medizinische Versorgung von Hauptschülern im Schulvergleich der weiterführenden Schulen schlechter ist, verbunden mit einem höheren Risikopotential zur Ausbildung von körperlichen und seelischen Erkrankungen (1), wurde zunächst, nach personeller Verfügbarkeit des jugendärztlichen Dienstes, die Hauptschule in diese Reihenuntersuchung einbezogen.

Für die Untersuchung der Schulabgänger aus den 9. Klassen liegt eine Arbeitsvereinbarung zur gemeinsamen Dokumentation innerhalb des Regierungsbezirkes Köln vor. Die Reihenuntersuchung ist ein Angebot und setzt freiwillige Teilnahme voraus.

Es wird eine sozialmedizinische Anamnese erhoben. Bei der körperlichen Untersuchung der sich vorstellenden Jugendlichen durch eine Jugendärztin/ Jugendarzt werden regelmäßig folgende Befunde erhoben:

- somatische Daten (Größe/Gewicht/BMI/Geschlecht)
- Blutdruck
- Hörleistung im Bereich von sechs Frequenzen
- Sehleistung einschließlich der Farbsinn- und Stereoprüfung (TNO/Ishihara/Rodenstock)
- Skelettsystem
- Anamnestische Erhebung zu allergischen Erkrankungen, insbesondere zu Asthma bronchiale, Neurodermitis

Nicht standardisiert untersucht werden:

- Zahnstatus
- Haut
- Brustorgane
- Pubertätsentwicklung

Der Impfstatus wird erhoben mit dem Angebot einer Ergänzungsimpfung bei Bedarf.

Die Untersuchung schließt mit einer Beratung zu auffälligen Befunden und/ oder zu speziellen Fragen ab. Falls notwendig werden mittels Arztüberweisung Kontrolluntersuchungen eingeleitet. Über berufseinschränkende Befunde wird aufgeklärt.

Ergebnisse einer Reihenuntersuchung von Schulabgängern einer Hauptschule in Bergheim (1997/2000)

1997 wurde eine Reihenuntersuchung von Schulabgängern der 9. Klasse einer Hauptschule in Bergheim wie oben beschrieben durchgeführt. (Untersuchung und Befunderhebung Dr. Karin Moos/Ch. Unrein/Ch. Wosniak, Amt53/3)

Einige Ergebnisse aus den beiden Untersuchungsjahren werden referiert:

Die Teilnahme an der Untersuchung lag 1997 bei 79%, 2000 bei 88,4%.

1997 war im Anschluss an die Untersuchung bei 92% der untersuchten Hauptschüler eine Beratung hinsichtlich auffälliger Befunde notwendig. Dabei stand im Vordergrund der Empfehlung der Rat zur Vervollständigung des inkompletten Impfstatus. (50%) Aber auch Überweisungen zur augenärztlichen Kontrolle bei 18% unterstreichen die Sinnhaftigkeit des Untersuchungsansatzes.

2000 wurde bei 53% der Schulabgänger ein kontrollbedürftiger Befund erhoben. Ein inkompletter Impfstatus macht zu dem Zeitpunkt noch 39% aus. Diese Verringerung zum Untersuchungsergebnis von 1997 drückt sehr schön die verbesserte Impfberatung in den letzten Jahren auch über die Kinder- und Hausärzte aus.

Allerdings wurde bei 29,3% der Rat zur Kontrolle einer Fehlsichtigkeit notwendig. 17,1% fielen durch Übergewicht auf. Bei 12,1% empfahlen wir eine orthopädische Kontrolle der Wirbelsäule.

Die Schule wurde abschließend über die Häufigkeit von Befunden informiert. Auf eine bestehende Impfsprechstunde im Gesundheitsamt wurde hingewiesen.

Insbesondere auf die Bedeutung von augenärztlichen Kontrolluntersuchungen wiesen wir im Hinblick auf die zunehmende Ausbildung in Berufen mit Bildschirmtätigkeit und den hohen Anforderungen an das Sehvermögen im Straßenverkehr hin.

Die frühzeitige Behandlung einer Wirbelsäulenfehlhaltung, vor Eintritt von behandlungsbedürftigen Beschwerden, wurde thematisiert.

(1) H. G. Schlack, Sozialpädiatrie, 1995, Fischer Verlag

Rhein-Erft-Kreis
Der Landrat
53/3 –Gesundheitsamt -JÄD

Schulärztliches Gutachten

Name des Kindes, Geburtsdatum, Alter bei Untersuchung

Ergebnis der schulärztlichen Untersuchung zur Einschulung:

☐ Es bestehen keine erheblichen gesundheitlichen Bedenken gegen die Aufnahme in die Grundschule

☐ Es bestehen erhebliche gesundheitliche Bedenken gegen die Einschulung

☐ Die Überprüfung des sonderpädagogischen Förderbedarfs wird empfohlen

☐ von der Einschulung des noch nicht schulpflichtigen Kindes wird abgeraten

Information über relevante Untersuchungsergebnisse:

Sehfähigkeit ☐ o.B. ☐ das Kind trägt eine Brille
☐ auffällig ☐ ärztliche Kontrolluntersuchung empfohlen

Hörfähigkeit ☐ o.B. ☐ ärztliche Kontrolluntersuchung empfohlen

---

Das Kind befindet sich in:
☐ Frühförderung ☐ logopädischer Therapie
☐ motorischer Förderung ☐ .....
☐ Ergotherapie ☐ Deutschförderung

Das Kind benötigt Förderung bzw. Zeit zur weiteren Entwicklung im Bereich:

☐ Grobmotorik/Körperkoordination ☐ Sprache
☐ Fein-/Visuomotorik ☐ auditive Wahrnehmung/Merkfähigkeit
☐ visuelle Wahrnehmung ☐ körperliche Entwicklung
☐ psychosoziale Entwicklung ☐ Konzentration und Ausdauer

Um die Beachtung folgender gesundheitlicher Besonderheiten im Schulalltag wird gebeten:

Bemerkungen:
☐ Deutschförderunterricht empfohlen
☐ Sportförderunterricht empfohlen

Ort, Datum **Unterschrift des Arztes**

gesetzliche Grundlage: Verordnung über den Bildungsgang in der Grundschule vom 14. November 1996
Schulrechtsänderungsgesetz vom 8. Juli 2003

Abbildung 5: Dokumentationsbogen des schulärztlichen Gutachtens zur Einschulung

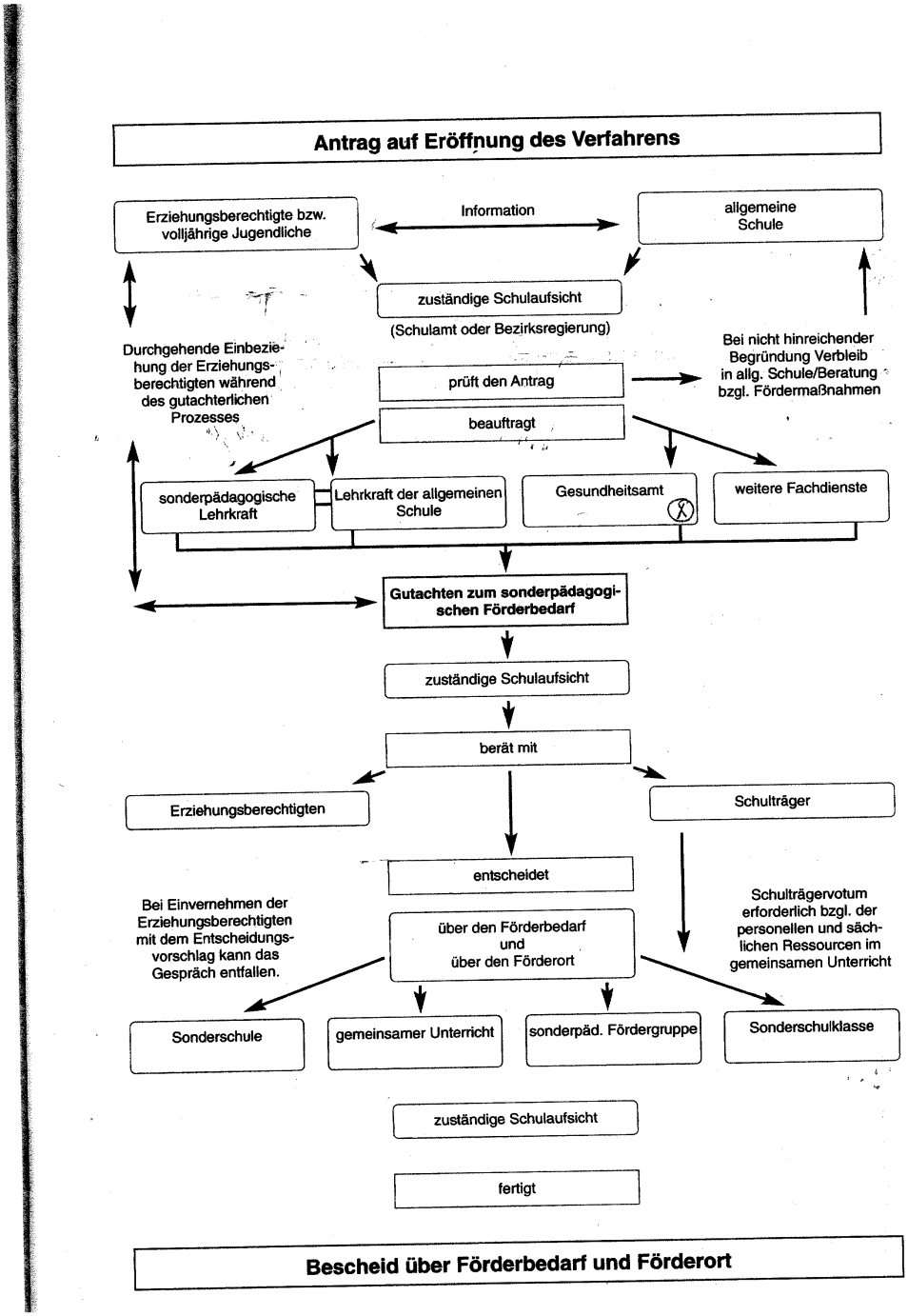
KARIN MOOS

3.8 Sonderpädagogischer Förderbedarf

Aufgabe des Jugendärztlichen Dienstes ist die Differenzierung erhöhten schulischen Förderbedarfs aus medizinischen Gründen. [vgl. Kapitel 2.7, 3. Daten des Gesundheitsamtes]

Im Rahmen der Verordnung über die Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs und die Entscheidung über den schulischen Förderort wird durch die zuständige Schulaufsicht, neben pädagogischen Gutachten, ein schulärztliches Gutachten an das Gesundheitsamt in Auftrag gegeben (§12 Abs. 3 AO-SF)

Verfahrensweg zur Förderung des Kindes:



3.8.1 Medizinische Untersuchung zum sonderpädagogischen Förderbedarf

Das schulärztliche Gutachten für Grundschüler bzw. Schüler weiterführender Schulen versucht durch Diagnostik unter Einbeziehung von vorhandener Vordiagnostik (Frühförderzentren, Sozialpädagogische Zentren, Kinder- Jugendpsychiatrie, schulpsychologische Dienste und andere Beratungsstellen, Fach- und Hausärzte) medizinische Gründe für Schulversagen und/ oder erhöhten schulischen Förderbedarf zu differenzieren bzw. auszuschließen. Die Informationen aus dem schulärztlichen Gutachten sollen die Schulaufsichtsbehörde in Ihrer Entscheidungsfindung zum geeigneten Förderort für das betroffene Kind bzw. den Jugendlichen unterstützen. Das schulärztliche Gutachten beinhaltet neben der Kontrolle von Hör- und Sehleistung sowie der Erhebung von somatischen Daten Untersuchungen zur Entwicklung von:

- Grobmotorik und Körperkoordination
- Fein- und Visuomotorik
- Visueller Wahrnehmung und Informationsverarbeitung
- Sprachentwicklung und auditiver Wahrnehmung
- neurologischem Reflexstatus

Fakultativ finden Beurteilungen zu Verhalten, seelischer Gesundheit, Aufmerksamkeit und Konzentration statt. Darüber hinaus stellt es Informationen aus sozialer und medizinischer Anamnese zur Verfügung. Eine Abstimmung mit den sonderpädagogischen Gutachten und den darin bereits durchgeführten Untersuchungsverfahren erscheint in jedem Falle sinnvoll. Insbesondere sollte jede Doppeldiagnostik im Interesse des Kindes bzw. Jugendlichen vermieden werden. Das schulärztliche Gutachten sollte auf noch fehlende, aber notwendige weitere Fachdiagnostik hinweisen bzw. diese veranlassen.

HEIDE LUCKFIEL

3.8.2 Die Situation der Förderschulen im Rhein-Erft-Kreis

Der Verfahrensweg zur Förderung und zum Förderort wurde in 3.8.1 dargelegt. Die Abfrage vom Ist-Zustand sowie den Wünschen der Förderschulen im Rhein–Erft–Kreis bei der Förderung belegt das breite Angebot zur Förderung – und den Grad der Abweichung vom Möglichen.

Im Schuljahr 2005/06 werden 2.203 Schülerinnen und Schüler an Förderschulen im Rhein-Erft-Kreis unterrichtet und gefördert. 204 Schülerinnen und Schüler erhalten die sonderpädagogische Förderung im gemeinsamen Unterricht an allgemeinen Schulen. Dabei handelt es sich hauptsächlich um Grundschulen.

Im Rhein-Erft-Kreis gibt es **18 Förderschulen** mit den Förderschwerpunkten:

- drei mit dem Förderschwerpunkt „Geistige Entwicklung"
  (früher: Schulen für Geistigbehinderte)
- eine mit dem Förderschwerpunkt „Körperliche und motorische Entwicklung"
  (früher: Schule für Körperbehinderte)
- zwei mit dem Förderschwerpunkt „Sprache"
  (früher: Schulen für Sprachbehinderte)
- drei mit dem Förderschwerpunkt „Soziale und emotionale Entwicklung"
  (früher: Schulen für Erziehungshilfe)
- fünf mit dem Förderschwerpunkt „Lernen"
  (früher: Schulen für Lernbehinderte)
- vier mit dem Förderschwerpunkt „Sprache, Lernen, soziale und emotionale Entwicklung"
  (früher: Verbundschulen oder Förderschulen)

Die geistig und körperlich behinderten Schülerinnen und Schüler benötigen neben der sonderpädagogischen Förderung zusätzlich therapeutische Maßnahmen wie Krankengymnastik, Sprachtherapie, Ergotherapie, Psychomotorik.

Diese Therapiemaßnahmen müssen in der Regel von den niedergelassenen Ärzten verordnet werden. Die Therapien werden in den Räumlichkeiten der Schulen angeboten. Durch die Gesundheitsreform können Verordnungen nicht immer im notwendigen Umfang ausgestellt werden. Einige Schülerinnen und Schüler erhalten deshalb kein ausreichendes Angebot mehr, andere müssen pausieren, ehe die Anschlusstherapie verordnet werden kann.

Insbesondere an den Schulen mit dem Förderschwerpunkt „Geistige Entwicklung" könnten Schulen und Therapeuten zum Wohle der Kinder besser kooperieren, wenn die Therapeuten an diesen Schulen fest angestellt wären. Wegen der Abrechnungsmodalitäten ist dort eine Beratung der Schulen stark eingeschränkt.

Aus unterschiedlichen Gründen hat die Zahl der pflegebedürftigen und schwer mehrfachbehinderten Schülerinnen und Schüler an den Schulen mit dem Förderschwerpunkt „Geistige Entwicklung" deutlich zugenommen. Es gibt inzwischen einen vergleichbaren Bedarf an therapeutischem Personal und geschulten Pflegekräften wie an den Schulen mit dem Förderschwerpunkt „Körperliche und Motorische Entwicklung". Diesem Bedarf wird aufgrund der geltenden gesetzlichen Regelungen nicht entsprochen.

Für die Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt „Lernen, Sprache, soziale und emotionale Entwicklung" gilt: Findet die verordnete Therapie nicht in der Schule statt, wird sie in den Praxen in der Regel nicht zuverlässig in Anspruch genommen.

Alle Förderschulen kooperieren mit fachärztlichen und therapeutischen Praxen, mit dem sozialpädiatrischen Zentrum, dem Frühförderzentrum, den heilpädagogischen und integrativen Kindergärten.

Ebenfalls kooperieren alle Förderschulen mit den zuständigen Einrichtungen der Jugendhilfe. Die vorrangige Frage der Zuständigkeiten steht noch zu oft der gemeinsamen Verantwortung für die Kinder und Jugendlichen im Wege.

Alle Förderschulen halten den Einsatz von Schulsozialarbeit vor Ort für eine vordringliche Ergänzung des schulischen Angebotes. Eine Reihe von Jugendämtern hat dementsprechend Mitarbeiter des Jugendamtes (z. T. auch in Teilzeit) an die Schulen abgeordnet.

Die Angebote der einzelnen Schulen und ihre Wünsche beziehungsweise Kommentare dazu sind in der folgenden Tabelle zusammengestellt.

Schultyp und Schule	Angebote	Wünsche, Kommentare
Förderschwerpunkt „Geistige Entwicklung" (früher: Schulen für Geistigbehinderte)		
Peter-Petersenschule, Bergheim	• Förderung der Autisten • Gestützte Kommunikation • Tägliche Sprachtherapie (externe Therapeuten) • Krankengymnastik (externe und interne Therapeut/innen, täglich 2 Gruppen, Warteliste • 2-mal wöchentlich Ergotherapie durch externe Therapeuten	• Musikangebote für Autisten *Seit der Gesundheitsreform ist die Regelung der Verordnungen schwieriger geworden. Es können nicht mehr für alle Schüler die notwendigen Therapien kontinuierlich angeboten werden.*
Maria-Montessori-Schule, Brühl	• Gestützte Kommunikation • Logopädie • Krankengymnastik	• Ergotherapie • Mototherapie
Paul-Kraemer-Schule, Frechen-Buschbell	• Krankengymnastik (Teilzeitkraft des Kreises, zwei externe Therapeutinnen) • Sprachtherapie (4 externe Therapeutinnen, Warteliste) • Gestützte Kommunikation	• Erweiterung des Angebotes an Krankengymnastik • Ergotherapie • Pflegekräfte für die steigende Zahl von schwerstmehrfach Behinderten (Anfallsleiden, Sondenernährung, Medikamentierung) • Einarbeitung von Lehrern und Hilfskräften durch die Pflegekräfte

Schultyp und Schule	Angebote	Wünsche, Kommentare
Förderschwerpunkt „Körperliche und motorische Entwicklung" (früher: Schule für Körperbehinderte)		
Donatusschule, Pulheim-Brauweiler	• Physiotherapie (umfasst: Diagnostik, Therapie, Lagerung im Unterricht, Austausch mit den Pädagogen; in Einzeltherapie werden 93 Kinder 1-4x wöchentlich behandelt) • Ergotherapie (1-2x wöchentlich, Einarbeitung der Hilfskräfte) • Logopädie (1-2x wöchentlich) • Kooperation mit SPZ, Autismuszentrum Köln, therapeutischen Praxen, Kinder- und Jugendpsychiatrien	***Die Angebote decken nicht den Bedarf.*** *Eigentlich müssten sie durch außerschulische Angebote ergänzt werden.* *Hier ist aber erstens die Initiative der Eltern für zusätzliche Therapien gefordert, von der oft nicht in ausreichendem Maße ausgegangen werden kann.* *Zweitens reicht die Belastbarkeit der Schüler nach der Ganztagsschule im allgemeinen nicht mehr aus, um einen guten Erfolg zusätzlicher Therapien zu gewährleisten.* • Schulsozialarbeit • Psychotherapeutische Angebote für die Schüler • Berufsbegleitende therapeutische Angebote für die Mitarbeiter
Förderschwerpunkt „Sprache" (früher: Schulen für Sprachbehinderte)		
Michael-Ende-Schule, Elsdorf- Berrendorf und Milos-Sovak-Schule, Hürth	• Unterrichtsimmanente Sprachförderung • Förderung in kleinen Gruppen • Psychomotorik • Sensorische Integration • Percussion • Heilpädagogisches Voltigieren (SB Elsdorf) • Logopädie (SB Elsdorf, 1x Wöchentlich)	• Psychotherapeutische Behandlung (bei zunehmenden Verhaltensauffälligkeiten) außerhalb der Schulen nur sehr begrenzt möglich, lange Wartezeit) • Spieltherapie (dringend notwendig) • Ergotherapie (dringend notwendig)

Schultyp und Schule	Angebote	Wünsche, Kommentare
Förderschwerpunkt „Soziale und emotionale Entwicklung" (früher:Schulen für Erziehungshilfe)		
Primarstufe; Heinrich-Böll-Schule, Frechen	• Entwicklungspädagogischer Unterricht	• Förderung in den Bereichen Lese-Rechtschreib-Schwäche und Dyskalkulie • Mototherapie • Logopädie • Ergotherapie
Sekundarstufe 1: Jakob-van-Gils-Schule, Bergheim	• Unterrichtsimmanente Angebote, um Entwicklungsrückstände im Verhalten auszugleichen • Tiergestützte Pädagogik • Reiten • Musiktherapeutische Angebote • Sportförderangebote • Schülerfirmen • Enge Kooperation mit Jugendhilfe • 13 + (Betreuung nach 13.00 Uhr)	• Ergotherapie *Die Teilnahme der Schüler an Krankengymnastik in Praxen erfolgt meist nicht zuverlässig.*
Albert-Einstein-Schule, Frechen	• Coolnesstraining • Enge Kooperation mit SPZ • Kooperation mit therapeutischen Einrichtungen • Unterstützende Angebote der Jugendämter • Kooperation mit Drogenberatungsstelle und Polizei • OPUS- Schule	

Schultyp und Schule	Angebote	Wünsche, Kommentare
Förderschwerpunkt „Sprache, Lernen, soziale und emotionale Entwicklung“ (früher: Verbundschulen oder Förderschulen)		
Pestalozzischule, Brühl	• Sprachförderung • Psychomotorik (Honorarkraft) • Schulsozialarbeit • Mediation • Schülerfirma „Fitte Kids" • OPUS- Schule • Kooperation mit SPZ	• Angebote für Migranten • Ausweitung der Schulsozialarbeit • Sozialtrainings-raum (*denkbar als Anlaufstelle in Brühl)*
Verbundschule Frechen	• Voltigieren • Klettern • Kooperationen mit Dr. Koch, Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, mit EB, Logopäden, Ergotherapeuten, Krankengymnast/innen, Einzelfallhelfern	• Schulsozialarbeit • Psychologische Begleitung der Schüler in der Schule • Psychomotorik-Angebote in der Schule
Dr. Kürten-Schule, Hürth	• Schulsozialarbeit • Streitschlichter	
Förderschule Pulheim	• Ergotherapie und Sprachtherapie (Verordnung durch niedergelassene Ärzte) • Sportförderunterricht	• Wiederaufnahme Heilpädagog. Voltigieren • Erlebnis-Pädagogik • „Waldschule" • Ausbau Sportförder-unterricht • Drogenberatung

Schultyp und Schulen	Angebote	Wünsche, Kommentare
Förderschwerpunkt „Lernen“ (früher: Schulen für Lernbehinderte)		
Lernbehinderten-Schule, Bergheim	Schulsozialarbeit	
Martin-Luther-Schule, Elsdorf	• Logopädie (über Verordnungen) • Wahrnehmungsförderung/ Kinesiologie (Elternbeiträge) • Coolnesstraining/Konfliktbewältigung	• Schulsozial-arbeit • Ergotherapie
Don Bosco-Schule, Erftstadt-Friesheim	Kooperation mit • therapeutischen Praxen • Erziehungsberatung • SPZ • Frühförderzentrum	• Schulsozial-arbeit • Logopädie • Ergotherapie
Martinusschule, Kerpen	• Schulsozialarbeit • Ganztagsschule • OPUS-Schule	• Ergotherapie • Logopädie • Kranken-gymnastik • Psychothera-peutische Angebote
Fröbelschule, Wesseling	• Schulsozialarbeit • Ergotherapie (über Verordnung) • Physiotherapie (Sonderetat der Stadt Wesseling)	

Tabelle 9: Bestehende Angebote und Wünsche sowie Kommentare von Förderschulen des Rhein-Erft-Kreises, Stand 2005

MARION LINDBERG–PORTIG

3.8.3 Förderschule in Pulheim

Beispiele gelungener Förderung im schulischen Rahmen (Förderschule Pulheim) werden exemplarisch vorgestellt. Sie machen deutlich, dass Jugendhilfe insgesamt kein Luxus ist. Sie ist vielmehr eine Investition, die insbesondere dann, wenn sie rechtzeitig und präventiv erfolgt, erhöhte Folgekosten fehlgeleiteter Entwicklung vermeiden kann.

1. Rahmenbedingungen und Förderschwerpunkte

Die Förderschule Pulheim fördert alle Pulheimer Schülerinnen und Schüler, die sonderpädagogischen Förderbedarf benötigen und die nicht im Gemeinsamen Unterricht einer allgemeinen Schule hinreichend gefördert werden können. Förderschwerpunkte sind: Lernen, emotionale und soziale Entwicklung und Sprache.

- Die Förderschule Pulheim ist eine Halbtagsschule.
- Zur Zeit besuchen ca. 100 Schülerinnen und Schüler die Schule.
- An vier Wochentagen wird Nachmittagsbetreuung im Anschluss an den Schulunterricht angeboten.
- Die Schülerzahl pro Klasse beträgt 10 – 13 Schülerinnen und Schüler. Die Zusammensetzung der Klassen erfolgt jahrgangs- und förderschwerpunktmäßig übergreifend, entsprechend des Leistungsstandes der Schülerinnen und Schüler.
- Schulwechsel zur allgemeinen Schule in Grund- und Hauptschule ergeben sich häufig und werden flexibel gehandhabt.
- Alle Schülerinnen und Schüler der Förderschule sollen als junge, selbstbewusste Persönlichkeiten die Schule verlassen, insofern fühlt sich die Schule ihrem Motto verpflichtet:

„Fit für das Leben und den Beruf“

2. Zu den einzelnen Förderschwerpunkten

Förderschwerpunkt „Lernen“:
Lernbehinderung liegt vor, wenn die Lern- und Leistungsausfälle schwerwiegender, umfänglicher und langdauernder Art sind und durch Rückstand der kognitiven Funktionen oder der sprachlichen Entwicklung oder des Sozialverhaltens verstärkt werden.

Förderschwerpunkt „Emotionale und soziale Entwicklung“:
Erziehungsschwierigkeit liegt vor, wenn sich eine Schülerin oder ein Schüler der Erziehung so nachhaltig verschließt oder widersetzt, dass sie oder er im Unterricht nicht oder nicht hinreichend gefördert werden kann und die eigene Entwicklung oder die seiner Mitschülerinnen und Mitschüler erheblich gestört oder gefährdet ist.

Förderschwerpunkt „Sprache“:
Sprachbehinderung liegt vor, wenn der Gebrauch der Sprache nachhaltig gestört und mit erheblichem, subjektivem Störungsbewusstsein sowie Beeinträchtigungen in der Kommunikation verbunden ist, so dass sie durch schulbegleitende oder zeitlich begrenzte stationäre Maßnahmen nicht behebbar ist.
(siehe §5 neue AO – SF)

3. Schulabschlüsse der einzelnen Förderschwerpunkte

Lernen:

Die Klasse 10 führt zum Abschluss des Bildungsganges zum Förderschwerpunkt Lernen.
In einem gesonderten Bildungsgang führt die Klasse 10 zu einem dem Hauptschulabschluss (nach Klasse 9) gleichwertigem Abschluss.
Dazu existieren Leistungsvoraussetzungen.

Emotionale und soziale Entwicklung:

Der Unterricht führt zu den Abschlüssen der allgemeinen Schulen oder des Förderschwerpunktes Lernen.

Sprache:

Der Unterricht führt zu den Abschlüssen der allgemeinen Schulen oder des Förderschwerpunktes Lernen.

4. Additive Angebote der Schule

Ergotherapie und Sprachtherapie, Heilpädagogisches Voltigieren können zur Zeit aus Kostengründen nicht angeboten werden. (hier tritt der Förderverein der Schule als Kostenträger ein)

Betreuung nach Schulschluss:
Zur Zeit findet an vier Tagen/ Woche eine Betreuung statt, Personal stellt das „Kinderhaus Rapunzel e.V.“

Abbildung 1: HBSC-Studie 1993/94 ... 2

Abbildung 2: Dokumentation der Jugendärztlichen Untersuchung – J 1 Formular ... 4

Abbildung 3: Logo Mutterpass in Deutschland ... 7

Tabelle 1: Abnehmende Geburtenzahlen in Deutschland - Leistungsfälle bei Schwangerschaft und Mutterschaft gemäß §§ 200, 200 b RVO und §§ 29, 31 KVLG der Versicherten (Jahre, Kassenart, Versichertengruppe), Bundesgebiet insgesamt (Quellen: www.gbe-bund.de vom 1.2005 und 5.2006) ... 10

Tabelle 2: Zu späte Inanspruchnahme - Schwangerenvorsorgeuntersuchungen in NRW 2002 – 2004 nach Zeitpunkt der ersten Inanspruchnahme in der Schwangerschaftswoche (*SW) (Quelle: www. loegd.nrw.de; Indikator K 7.4, 5.2006) ... 10

Tabelle 3: Zu geringe Teilnahmehäufigkeit bei Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen in NRW, 2002 – 2004 (Quelle: www. loegd.nrw.de; Indikator K 7.3, 5.2006) ... 10

Tabelle 4: Geburtshilfe in Krankenhäuser NRW, Vergleich 2000 – 2001 und 1990- 1991, Indikator 7.16 und 7.26 (Quelle: LÖGD) ... 11

Tabelle 5: Zahlen Schwangerschaftsabbrüche, Bundesgebiet insgesamt 2000 – 2005 (Quelle: www.gbe-bund.de, 4.2005) sowie Statistisches Bundesamt 4.2006 ... 12

Tabelle 6: Verteilung der Risiken für das Jahr 1999, Krankenhausentbindungen, Bundesgebiet (http://www.gbe-bund.de/) ... 12

Tabelle 7: Kindliche Risiken bei der Geburt und darauf folgende Todesfälle, 1999 Bundesgebiet ... 13

Tabelle 8: Lücken in der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorgeuntersuchungen, NRW 20004 . 14

Abbildung 4: Lebendgeborene im Rhein-Erft-Kreis in den Jahren 1999 – 2004 (Quelle: LÖGD 4.2006) .. 15

Abbildung 5: Dokumentationsbogen des schulärztlichen Gutachtens zur Einschulung ... 28

Tabelle 9: Bestehende Angebote und Wünsche sowie Kommentare von Förderschulen des Rhein-Erft-Kreises, Stand 2005 ... 37

4. Weitere Abklärung, Spezialisierte Diagnose- und Versorgungseinrichtungen

Werden bei den vorgenannten Präventionsmaßnahmen oder Screening-Untersuchungen Auffälligkeiten festgestellt, dann sind in der Regel zusätzliche Untersuchungen erforderlich, um den erhobenen Befund genauer abzuklären. Der jugendärztliche Dienst verweist hierzu die Kinder zunächst an den betreuenden Kinderarzt. Dieser führt die weitere Diagnostik durch beziehungsweise veranlasst sie, falls ein Kollege oder eine Kollegin aus einer anderen Fachrichtung hinzugezogen werden muss. (Ausnahmen: bei auffälligen Sehtestbefunden wird meist direkt an eine augenärztliche Praxis verwiesen) Der Pädiater verordnet, falls erforderlich, auch die sich aus der Diagnostik ergebenden notwenigen Behandlungs- oder Fördermaßnahmen.

Ambulante und stationäre medizinische Versorgungsinstitutionen sowie psychosoziale Einrichtungen übernehmen bei weiterer spezialisierter Diagnostik und Förderung von Entwicklungsauffälligkeiten unterschiedliche Aufgaben.

Hier sollen die im Rhein–Erft–Kreis vorhandenen Angebote vorgestellt werden, welche aufgesucht werden sollten, wenn sich beim Screening Auffälligkeiten ergeben haben.

ROTRAUT STOCK/ SUSANNE SOPPART–LIESE

4.1 Fachärzte

Die Daten zu den Hausarzt- und Facharztgruppen im Rhein-Erft-Kreis werden bezogen auf Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre in einer Gemeinde dargestellt.
[Diese Darstellungen in Form von interaktiven Graphiken finden sich auf der CD sowie der Internetversion. In dieser Printversion ist ein Beispiel eingefügt über die kinderärztliche Versorgung, bezogen auf bis zu sechsjährige Kinder nach Gemeinden des Rhein–Erft–Kreises.]
Obwohl alle kassenärztliche Facharztsitze für Kinderheilkunde im Rhein–Erft–Kreis besetzt sind, zeigt sich eine unterschiedlich hohe Dichte der Ärzteverteilung in den einzelnen Gemeinden.
Eine Liste der KinderärztInnen nach Gemeinden im Rhein-Erft-Kreis ist unter 8.1 beigefügt.

Die Kinder und Jugendlichen im Rhein-Erft-Kreis werden durch 29 niedergelassene Kinderärzte und Kinderärztinnen versorgt. Einige Eltern lassen ihre Kinder, vor allem wenn sie bereits im Schulalter sind, auch vom Allgemeinarzt oder dem internistischen Hausarzt betreuen. Es sind 218 Allgemeinärzte und 40 Internisten im Rhein-Erft-Kreis gemeldet. Internisten werden auch mit besonderen medizinischen Fragestellungen konsultiert, etwa bei allergischen Erkrankungen und Asthma.

Es gibt 25 Augenarztpraxen, von denen allerdings nur neun über eine Sehschule verfügen. Die Sehschule ist eine Einrichtung, in der unter augenärztlicher Leitung schielende und sehschwache Kinder von Orthoptistinnen betreut werden und die notwendige Übungsbehandlung erhalten.

21 HNO-Ärzte und -Ärztinnen stehen zur Verfügung, aber keine Praxis für Phoniatrie und Pädaudiologie. Kinder mit Stimmstörungen und besonders solche mit Verdacht auf eine auditive Wahrnehmungsstörung werden deshalb in den entsprechenden Kliniken oder Praxen der benachbarten Städte Köln, Düsseldorf, Aachen oder Mönchengladbach untersucht.
Ferner sind mit der Betreuung der Kinder im Rhein-Erft-Kreis 26 Orthopäden befasst sowie 17 Hautärzte und 16 Neurologen.

Auch die 53 Gynäkologen haben mit Jugendlichen und Kindern zu tun sowie die 29 Chirurgen, 220 Zahnärzte und 15 Kieferorthopäden.

Eine weitere Facharztgruppe stellen die Kinderpsychiater und -psychiaterinnen dar. Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter gewinnen seit Jahren eine zunehmende Bedeutung in unserer Gesellschaft. Deshalb steigt auch der Bedarf an kinderpsychiatrischer und -therapeutischer Versorgung. Es gibt im Rhein-Erft-Kreis derzeit zwei niedergelassene Kinder -und Jugendpsychiaterinnen und eine niedergelassene Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Außerdem praktizieren sieben niedergelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und -therapeutinnen im Rhein-Erft-Kreis.

Beispiel:
Verteilung von Kinderarztpraxen auf die Gemeinden des Rhein–Erft–Kreises, bezogen auf Kinder bis 6 Jahren/ Stand: 2004

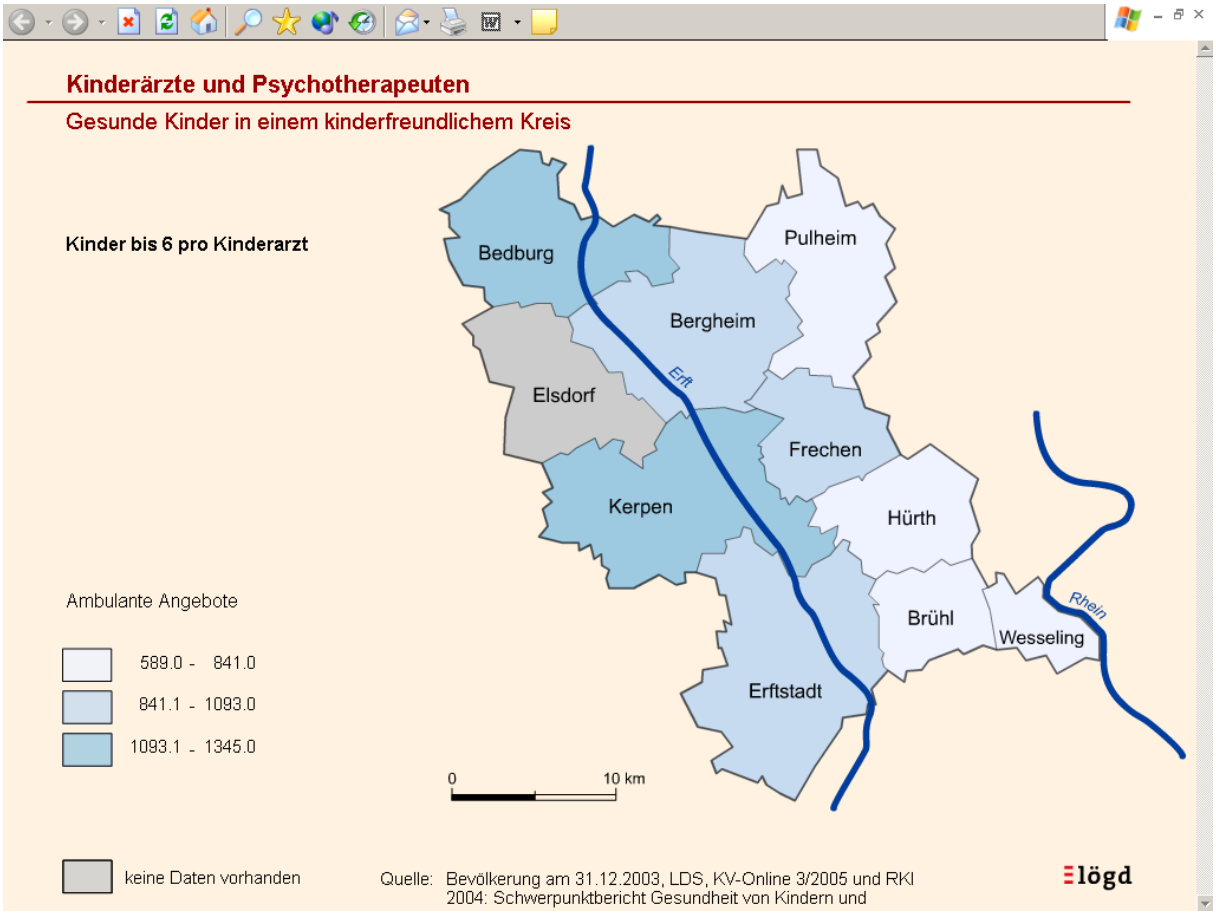


Abbildung 1: Unterschiedliche Dichte des ambulanten kinderärztlichen Angebotes im Rhein–Erft–Kreis (eigene Berechnung)

Da in Elsdorf keine Kinderarztpraxis besteht, dürften Wanderungsbewegungen nach Bergheim stattfinden, so dass auch diese Gemeinde ‚dunkelblau' ist , d.h. eine Kinderzahl über rund 1.100 pro Praxis aufweist.
Die Dreiteilung des Kreises in drei Zonen ist ersichtlich: Zone 1 angrenzend an Köln (außer Frechen), Zone 2 – Frechen und Erftstadt, Zone 3 – Bergheim, Kerpen, Bedburg (und Elsdorf) als ‚Nordkreis' mit jeweils steigender Kinderzahl pro Kinderarztpraxis.

SUSANNE SOPPART–LIESE/ ROTRAUT STOCK

Die Versorgung des Rhein-Erft-Kreises mit stationären Einrichtungen der Kinderheilkunde (Kinderklinik) und Kinderpsychiatrie erfolgt durch umliegende Städte und Kreise.
Eine Liste mit kinder- und jugendtherapeutischen niedergelassenen ÄrztInnen und PsychologInnen ist beigefügt. (8.4)
Eine Linkliste zur Eigenrecherche nach Hilfsmöglichkeiten im psychiatrisch-psychotherapeutischen ambulanten und stationären Bereich komplettiert dieses Kapitel zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung.(siehe unten, weiterführend: 8.6)

4.2 Kinder- und Jugendpsychiatrische Einrichtungen

1. Stationäre Einrichtungen

Der Rhein-Erft-Kreis gehört zum Planungsgebiet Fünf (= Stadt Köln, Rhein–Erft–Kreis, Stadt Leverkusen, Rheinisch–Bergischer Kreis, Oberbergischer Kreis).
In Kreisgebiet selbst befindet sich keine stationäre kinderpsychiatrische Kinderklinik, so dass die Versorgung in und mit den umliegenden Kinderkliniken erfolgt sowie mit dem Heinrich-Meng-Institut als nicht-stationärer Einrichtung.

Die beiden Kliniken in Köln mit Kinder– und Jugendpsychiatrie – Universitätsklinik und Klinik Holweide – haben lt. einer Besprechung im August 2005 im Versorgungsgebiet Fünf die Pflichtversorgung aufgeteilt und mit dem Landschaftsverband Rheinland vertraglich geregelt.
Für den Rhein–Erft–Kreis ist die Universitätsklinik zuständig. Das Wahlrecht der BürgerInnen für jede Klinik ist aber nicht eingeschränkt.

Rehabilitationskliniken für Kinder sind in Schmallenberg-Fredeburg und Lippspringe.

Eine komfortable Möglichkeit der Suche nach Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken bietet der Berufsverband unter:

http://www.bkipp.de/scripts/searchkliniken.pl

Die Liste unter 8.6 zeigt die Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen.

2. Ambulante Versorgungsstruktur im Rhein–Erft–Kreis: Kinder- und Jugendtherapeutisch tätige ÄrztInnen und PsychologInnen im Rhein-Erft-Kreis

Im Rhein–Erft–Kreis befinden sich zwei Praxen Kinder– und Jugendpsychiatrie sowie eine Praxis Kinder- und Jugendpsychiatrie- und psychotherapie.

Psychologische Kinder– und Jugendlichenpsychotherapie wird von sieben Praxen angeboten.

Die Liste unter 8.4 zeigt diese Praxen nach Gemeinden.

HARALD LÜDICKE

Der Text des Leiters vom Heinrich-Meng- Institut wird im Original wiedergegeben
Er ist von Frau Dr. Stock ergänzt worden durch den Teil: Sozialpädiatrische Zentren in der Umgebung, die von Eltern und Kindern des Rhein–Erft–Kreises aufgesucht werden. (siehe Liste der Zentren unter 8.7)

4.3 Sozialpädiatrisches Zentrum Rhein- Erft- Kreis (Heinrich- Meng- Institut gGmbH)

Das Sozialpädiatrische Zentrum im medizinischen und psychosozialen Versorgungsnetz

1. Grundlagen

1.1 Gesetzliche Grundlagen

Das Sozialpädiatrische Zentrum Rhein- Erft- Kreis ist eine Einrichtung der gehobenen Versorgungsstufe und in § 119 des Sozialgesetzbuches V als eine besondere Form ambulanter Krankenbehandlung aufgeführt. Die Verantwortung und Leitung obliegt einem speziell ausgebildeten Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit entsprechender Zusatzausbildung in Sozialpädiatrie und Neuropädiatrie.

Das Sozialpädiatrische Zentrum (im weiteren abgekürzt SPZ) ist zuständig für die Untersuchung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen, drohenden und schon vorhandenen Behinderungen sowie mit Verhaltens- oder seelischen Störungen jeglicher Ursache im Kontext ihres sozialen Umfeldes. Zu den Aufgaben zählt auch die Beratung und Anleitung der Bezugspersonen.

1.2 Finanzierung

Das SPZ wird ausschließlich auf Überweisung eines niedergelassenen Facharztes (Arzt für Kinder- und Jugendmedizin, Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Arzt für Neurologie) tätig. Die Finanzierung erfolgt überwiegend durch die Krankenkassen, zu einem kleinen Teil auch über den zuständigen örtlichen Sozialhilfeträger.

2. Strukturen und Arbeitsweisen

2.1 Personalausstattung

Das SPZ ist als eine ambulant arbeitende Einrichtung konzipiert.

Vom Gesetzgeber ist der Zuständigkeitsbereich für ein SPZ auf die Inanspruchnahme eines Bevölkerungsanteils von 500.000 – 1.000.000 Einwohner ausgelegt.

Die Voraussetzung und das Charakteristikum des SPZ ist die multiprofessionelle personelle Ausstattung. Im SPZ arbeiten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in hochqualifizierten Teams zusammen, diese bestehen aus:
Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin (3), Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie (1), Diplompsychologen und Psychotherapeuten(4), daneben Therapeuten folgender Fachrichtungen: Ergotherapie, Heilpädagogik, Logopädie, Motopädie, Physiotherapie, Sozialpädagogik und Sozialarbeit (insgesamt 9 Therapeuten). Ergänzt wird das Team durch medizinisch- technische Assistenz (Kinderkrankenschwester und EEG-Assistenz) (1) und Verwaltungs- und Schreibkräfte (6).

Derzeit sind im SPZ insgesamt 24 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tätig. Das multiprofessionelle Team wirkt in der interdisziplinären Arbeit im Rahmen der Diagnostik, Beratung, Behandlungsplanung und Therapie zusammen.

2.2 Aufgaben und Ziele

Aufgabe und Ziel ist die ärztlich verantwortete interdisziplinäre Diagnostik, Behandlungsplanung und Therapie von Säuglingen, Kleinkindern, Schulkindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen, drohenden und schon vorhandenen Behinderungen sowie mit Verhaltens- oder seelischen Störungen jeglicher Ursache zum frühestmöglichen Zeitpunkt an. Zu den Aufgaben zählt auch die diagnostische Abklärung bei Verdacht auf die genannten Krankheitsbilder.

Es erfolgt eine Koordination ärztlicher, psychologischer, therapeutischer, sozialer und pädagogischer Tätigkeiten. Bei chronischen Erkrankungen erfolgen Verlaufsuntersuchungen und Begleitungen des Patienten und seiner Familie im Rahmen einer Langzeitbehandlung.

Das Ziel der Behandlung ist einerseits eine Beseitigung oder zumindest eine Begrenzung einzelner körperlicher und psychischer Probleme des Patienten, andererseits die Ermöglichung eines Zuwachses an Lebensqualität und Selbständigkeit sowie die Stabilisierung der Beziehung zur Umwelt, damit der Patient sich seinen Möglichkeiten gemäß entfalten kann.

Die Behandlung schließt die Stärkung der familiären Ressourcen zur Verbesserung des Krankheitsbewältigungsprozesses und der Lebensqualität für die betroffenen Familien mit ein.

2.3 Behandelte Krankheitsbilder

Das Spektrum der sozialpädiatrischen Krankheitsbilder ist vielfältig. Folgende Krankheitsbilder behandelt:

- Neurologische Erkrankungen
- Cerebrale Bewegungsstörungen, Mehrfachbehinderungen
- Globale Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderungen
- Epilepsien, muskuläre und neurodegenerative Erkrankungen,
- Kopfschmerzen und Migräne.

Umschriebene Entwicklungsstörungen:

- umschriebene Entwicklungsstörungen der Motorik und Sprache einschließlich
- schulischer Teilleistungsstörungen.

Verhaltens- und emotionale Störungen:

- Verhaltensregulationsstörungen
- Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen
- Störungen des Sozialverhaltens und emotionale Störungen.

Störungen des sozialen und familiären Umfeldes:

- Familiäre Interaktionsstörungen
- Vernachlässigung
- Misshandlung und sexueller Missbrauch.

2.4 Vernetzung

Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und Therapeuten, Krankenhäusern, mit Kindergärten, Schulen, Frühförderstellen und kommunalen Einrichtungen. (Gesundheits-, Jugend- und Sozialamt)

Ziel dabei ist, zur Optimierung der sozialen Integration des Kindes oder Jugendlichen in Familie und Umfeld beizutragen.

3. Aktuelle Ergebnisse und Veränderungen

3.1 Altersverteilung

Im Sozialpädiatrischen Zentrum werden Kinder von der Neugeborenenzeit bis ins Erwachsenenalter behandelt. Der Schwerpunkt der sozialpädiatrischen Arbeit liegt derzeit zwischen dem 3. und 15. Lebensjahr.

Die Überlappung mit der Altersgruppe der Kinder in Frühfördereinrichtungen ergibt sich im Kindergarten- und Vorschulalter durch die im SPZ in besonderem Maße vorhandenen kinderneurologischen und neuropsychologischen Ressourcen, die bei der Untersuchung von Kindern mit allgemeinen Entwicklungsstörungen, Wahrnehmungs- und Verhaltensstörungen sowie bei besonderen neurologischen Fragestellungen erforderlich sind.

3.2 Anzahl der Patienten

Im SPZ wurden in den letzten Jahren durchschnittlich 700 – 800 Kinder und Jugendliche pro Jahr behandelt. Teilweise werden die Kinder nur kurz, teilweise auch aufgrund ihrer chronischen Erkrankungen über mehrere Jahre behandelt.

3.3 Diagnosen

Die Verteilung der erhobenen Diagnosen ergibt für die beiden letzten Jahre Schwerpunkte bei den Sprach-, allgemeinen Entwicklungs- und Wahrnehmungs-, Bewegungs- und Verhaltensstörungen, gefolgt von Teilleistungsstörungen im schulischen Bereich, Epilepsien und speziellen neurologischen Krankheitsbildern.

3.4 Diagnostik mit Erstellung eines Behandlungsplanes

Die Sozialpädiatrische Diagnostik ist mehrdimensional und erfasst in Anamnese und Untersuchung die kinderneurologische, kognitive und sozio- emotionale Entwicklung des Kindes bzw. des Jugendlichen sowie psychosoziale Entwicklungsbedingungen. Ergänzt wird die sozialpädiatrische Diagnose durch eine umfassende Analyse der Ressourcen des Kindes, der Familie und des psychosozialen Umfeldes. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse wird, unter Berücksichtigung des Entwicklungsverlaufes und prognostischer Faktoren, der individuelle Förder- und Behandlungsplan, unter Einbeziehung der Eltern, mit Festlegung des Therapiezieles und der Therapiedauer erstellt. Mit den Eltern wird besprochen, ob die therapeutischen Hilfen im SPZ selbst erfolgen oder Hilfen außerhalb vermittelt werden.

In den neuropsychologischen Untersuchungen werden die verschiedenen Leistungs-, Verhaltens- und Erlebnisbereiche in ihrer Vielfalt mit Stärken und Schwächen erfasst. Die angebotenen psychologischen und psychotherapeutischen Hilfen sind kind- und familienorientiert. Spezielle psychotherapeutische Angebote sind vorhanden.

4. Wichtige Aufgaben und Ziele der Zukunft

4.1 Vereinfachter Zugang

In den letzten Jahren zeigte sich eine zunehmende Tendenz, dass Kinder und Jugendliche vermehrt von den Eltern nicht mehr primär Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin, sondern praktischen Ärzten bzw. Ärzten für Allgemeinmedizin, die als Hausärzte für die ganze Familie fungieren, vorgestellt werden.

Hier besteht die Gefahr, dass diese Kinder aufgrund der Zugangsbeschränkung zum SPZ (siehe 1.2) nicht mehr den direkten Weg ins SPZ finden und somit ggf. erst verspätet einer fachgerechten Diagnostik und frühzeitigen Förderung zugeführt werden können.

Zu fördern ist hier durch Kontakte mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein eine Öffnung des Zugangs und der Überweisungsmöglichkeit für alle Vertragsärzte.

4.2 Vermehrte Inanspruchnahme

Das SPZ hatte bis zum Juni 2004 seinen Standort in Brühl und ist seit dem 01.07.2004 in Kerpen-Neubottenbroich ansässig. Dies bedeutet eine deutlich verbesserte Erreichbarkeit aus allen Teilen des Rhein- Erft- Kreises.

Damit verbunden waren Verbesserungen bei innerbetrieblichen Prozessabläufen, die zu deutlich verkürzten Anmelde- und Wartezeiten von 4 bis 6 Wochen geführt haben.

Die Ursache einer vermehrten Inanspruchnahme liegt aber auch ganz entscheidend an der Prävalenz der Entwicklungsstörungen insgesamt.

Hier sei auf das Modul I der Gesundheitsberichterstattung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Einschulungsuntersuchung 2002 verwiesen. Es konnte festgestellt werden, dass „42,3 % der Einschulungskinder Probleme bei Sprache, Wahrnehmung und Koordination haben“.

Hier ist es besonders bei den neu entdeckten Störungen (im Jahr 2002 immerhin bei 216 Kindern) die Aufgabe eines spezialisierten Kompetenzzentrums, wie dem SPZ, in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Vertragsärzten, die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einzuleiten und zu koordinieren.

4.3 Qualitätsverbesserung in der Versorgung

Die Versorgung von Kindern mit Entwicklungsstörungen und Behinderungen soll durch die seit Juni 2003 bestehenden Frühförderungsverordnung und die dazu vorhanden Rahmenempfehlungen von März 2005, besonders für die Kinder bis zur Einschulung, verbessert werden. Im Gesetz sind gehobene Qualitätsstandards bei der Erbringung der Leistungen der medizinischen Rehabilitation und der heilpädagogischen Leistungen für die Leistungserbringer festgelegt, welche sich auf die personelle und räumliche Ausstattung beziehen.

Das SPZ als eine fachübergreifende Einrichtung erfüllt alle im Gesetz vorgesehenen Anforderungen, so dass das SPZ ohne Zeitverzögerung diese neuen Verpflichtungen in der Betreuung der betroffenen Kinder in geforderter Qualität übernehmen kann.

4.4 Frühzeitige Förderung, besonders sprachlicher Kompetenzen

Aus dem Modul I der Gesundheitsberichterstattung ist zu entnehmen, dass besonders die Sprachstörungen mit 18,2% bei Mädchen bzw. 25,7 % bei den Jungen an erster Stelle stehen. Dies entspricht auch den Erfahrungen aus dem SPZ. Auch hier bilden die Diagnosen der verschiedenen Arten der Sprachstörungen einen Schwerpunkt.

Neben den Sprachstörungen bestehen sicherlich bei den Einschulungskindern erhebliche Defizite in der sprachlichen Kompetenz (Deutschkenntnisse). Ein erster Schritt in die richtige Richtung sind hier die nach dem neuen Schulrechtsänderungsgesetz verpflichtenden Sprachkurse, 6 Monate vor der Einschulung. Es bleibt zukünftigen Evaluationen vorbehalten, zu entscheiden, ob ein Zeitraum von 6 Monaten ausreichend ist, teilweise gravierende Sprachstörungen und/ oder Defizite der sprachlichen Kompetenz aufzuholen.

Eher erscheint es sinnvoll, durch frühzeitigere Untersuchungen im Kindergarten schon im Alter von vier Jahren durch die Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes die Kinder frühzeitiger zu identifizieren, bei denen eine spezielle Sprachtherapie und/ oder ein Sprachkurs veranlasst werden sollte.

Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersungen U8 und U9 im Alter von 4 bzw. 5 Jahren nur bei ca. 80 bzw. 85% liegt.

4.5 Kooperation und Vernetzung

Die Zusammenarbeit, der offene Informationsaustausch und die Kooperation von allen Institutionen, die an der Diagnostik und frühzeitigen Förderung von Kindern mit Entwicklungsstörungen und Behinderungen beteiligt sind, ist zu fordern.

Im Rahmen der „Gesundheitskonferenz des Rhein- Erft- Kreises“ sollten die wesentlichen Institutionen eingebunden werden, um aktuelle Erfahrungen mitzuteilen und Vorschläge und Maßnahmen zu beschließen, welche in die politischen Entscheidungsgremien und die Öffentlichkeit transportiert werden müssen.

verfasst: Kerpen, 06.06.2005
Copyright: Dr. med. Harald Lüdicke

ROTRAUT STOCK

5. Weitere Sozialpädiatrische Zentren in der Umgebung

Von den Kindern und Jugendlichen aus dem Rhein- Erft- Kreis werden weitere sozialpädiatrische Zentren außerhalb des Kreises in Düren und in den Städten Köln, Bonn, Düsseldorf und Aachen in Anspruch genommen.

Dafür gibt es mehrere Gründe. Sie reichen von der geographischen Nähe zum Wohnort der Eltern (das gilt etwa für die Kerpener Ortsteile Blatzheim, Buir, Manheim in bezug auf das SPZ in Düren) über die jeweils kürzeste Wartezeit bis zu gewissen ‚Familientraditionen', die bei mehreren auffälligen Kindern in der Familie ein besonderes Vertrauensverhältnis der Eltern zu den Betreuern in einer Einrichtung haben wachsen lassen.
Oder die Kinder wurden nach einem stationären Aufenthalt in der Neugeborenenzeit in das Risikovorsorgeprogramm des SPZ aufgenommen, das mit der Geburtsklinik zusammenarbeitet.

Aber auch das spezielle Angebot der Einrichtung an diagnostisch/ therapeutischen Möglichkeiten spielt eine Rolle wie auch die Frage, ob in besonders gelagerten Fällen Kind und Mutter für eine eingehende Diagnostik im gleichen Hause gemeinsam stationär aufgenommen werden können.

(siehe Liste 8.7)

THOMAS ZECH

Der Erfahrungsbericht des Leiters des Schulpsychologischen Dienstes belegt einen hohen schulpsychologischen Bedarf sowie einen Tätigkeitsschwerpunkt auf die Hochbegabung im Rhein-Erft-Kreis.

4.4 Schulpsychologische Dienste - Erfahrungsbericht der Regionale Schulbetreuungsstelle (RSB) und Hochbegabten-Zentrum (HBZ)

1. Altersgruppierung

Im Hoch-Begabten-Zentrum reicht die Altersstreuung von 3 Jahren bis ca. 20 Jahre. In der Regionalen Schulbetreuungsstelle werden ebenfalls Kinder im Vorschulalter angemeldet, etwa ab dem Alter von viereinhalb Jahren an; die Altersstreuung reicht bis zum Alter von 23-24 Jahren. Von den Kindern die bei uns angemeldet werden, befinden sich etwa 20 % im Vorschulalter, ca. 50 % im Grundschulalter sowie 30 % im Alter von 10 Jahren und darüber.

2. Vorstellungsgründe

Bis zum Alter von 18 Jahren können die Kinder und Jugendlichen nur durch ihre Eltern bzw. die Erziehungsberechtigten angemeldet werden. Die Empfehlung zur Anmeldung kommt in 60 - 70 % der Fälle aufgrund der Empfehlung der Lehrerinnen und Lehrer zustande; die übrigen Anmeldungen gehen auf Anraten von Kinderärzten, Erziehungsberatungsstellen, der Unteren und Oberen Schulaufsicht, Gesundheits- und Jugendämter, teilweise auch Kindergärten und Institutionen der Begabtenförderung zurück.

3. Vorstellungsgründe im HBZ

Annahme einer Hochbegabung, Frage der Einschulung, Gestaltung der Schullaufbahn, schulische und außerschulische Fördermöglichkeiten, soziale und emotionale Entwicklungsstörungen, Schulleistungsschwierigkeiten und Schulversagen.

4. Vorstellungsgründe in der RSB:

Frage der Einschulung, Schulleistungsschwierigkeiten im Bereich des Lesens, Schreibens und Rechnens, Schullaufbahnberatung - z. B. Übergang von der Grundschule zur weiterführenden Schule oder Sonderbeschulung -, Störung des Sozialverhaltens in Schulen und Elternhaus, Begabung/Hochbegabung und schulische wie außerschulische Fördermöglichkeiten.

5. Symptomatik und Diagnosen

Folgende Symptome ergeben sich aus den Anamnesen und psychologischen Untersuchungen sowie mit den Konsilien der beteiligten Fachleute und werden zu entsprechenden Diagnosen zusammengefasst: Einnässen, Einkoten, Störungen im Bereich der optischen und akustischen Wahrnehmung, in der Grob- und Feinmotorik, in der Koordination, Teilleistungsschwächen im Sinne der Legasthenie und Dyskalkulie, Sprachentwicklungsstörungen, ängstlich- unsichere Kinder und Jugendliche, Schülerinnen und Schüler mit ADS und solche mit einem HKS, Störung der emotional-sozialen Entwicklung auf dem Hintergrund von Ehe- bzw. Familienproblemen. Wie üblich treten häufig mehrere der Symptome gleichzeitig auf, so ist zu beobachten, dass z. B. Schulleistungsschwierigkeiten, etwa im Bereich des Lesens und Schreibens einhergehen mit

Störungen der Lern- und Leistungsmotivation, die verstärkt werden durch mangelnde elterliche und teilweise auch schulische Förderung. Es liegt keine Statistik über die einzelnen Symptome vor. Allerdings kann festgestellt werden, dass bei über 80 % der erstellten schulpsychologischen Diagnosen die o. a. Entwicklungsauffälligkeiten zu beobachten sind, die einen erheblichen Anteil an der Persönlichkeitsentwicklung der Kinder und Jugendlichen sowie deren Entwicklung in Schule und Ausbildung ausmachen.

Im HBZ werden z. Z. etwa 150 bis 200 Kinder pro Jahr vorgestellt, in der Regionalen Schulberatungsstelle ca. 950 Kinder und Jugendliche aus dem Rhein-Erft-Kreis. Setzt man diese Zahlen mit den prozentualen Angaben bezüglich der Entwicklungsauffälligkeiten und Diagnosen in Verbindung, so ist festzustellen, dass z. B. in der Regionalen Schulberatungsstelle nur ein geringer Teil der vorgestellten Kinder und Jugendlichen **keine** Entwicklungsauffälligkeiten aufweist; mit anderen Worten: Es besteht ein **hoher** Bedarf an **schulpsychologischer Diagnostik, Beratung** und **Behandlung** im Rhein-Erft-Kreis.

SUSANNE SOPPART-LIESE

Empfehlungen zur Anzahl von Erziehungsberatungsstellen werden ausgesprochen anhand der Bevölkerungszahl: für den Rhein-Erft-Kreis liegen sie bei neun (UNESCO) bzw. 13 Erziehungsberatungsstellen lt. Bundesarbeitsgemeinschaft der Erziehungsberatung. Tatsächlich sind acht Erziehungsberatungsstellen vorhanden.
Die Fallzahlen bei der Erziehungsberatung machen anteilig 35 % aller Hilfen zur Erziehung aus. Bei der institutionellen Beratung liegt der Anteil der Erziehungsberatung bei 93%.
Die Problematiken bei der Erziehungsberatung liegen zu über der Hälfte bei Familienproblemen; Familien mit Migrationshintergrund sind überproportional vertreten. Gesundheitliche Probleme (Psychomotorik und Psychosomatik) liegen in rund einem Viertel der Fälle vor. [siehe auch Kapitel 5.5.1, Fördermöglichkeiten im Rahmen der Jugendhilfe]

4.5 Erziehungsberatung

1. Erziehungsberatungsstellen im Rhein-Erft-Kreis – Struktur

Erziehungsberatung ist eine der vielen Möglichkeiten der Hilfen zur Erziehung, welche die Jugendhilfe für entwicklungsauffällige, - gestörte, -abweichende Kinder und Jugendliche und ihre Erziehungsberechtigten bereithält. Sie hat eine besondere Stellung, weil die Hilfesuchenden sich ohne den Umweg über das Jugendamt direkt und aus eigener Initiative an die Erziehungsberatung wenden können.

Träger der Erziehungsberatungsstellen im Rhein-Erft-Kreis sind:

Öffentliche Träger	**Freie Träger**
fünf, davon: Vier kommunal (Bergheim, Hürth, Pulheim, Wesseling) eine kreiseigene (Bedburg/ Elsdorf)	drei, davon: zwei katholisch eine evangelisch

Tabelle 1: Unterschiedliche Träger der insgesamt neun Erziehungsberatungsstellen im Rhein-Erftkreis/ 2006 – siehe Anhang 8.8 mit Adressen und Telephonnummern

Die UNESCO empfiehlt eine Erziehungsberatungsstelle je 50.0000 EinwohnerInnen mit insgesamt drei Mitarbeitern; die Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft Erziehungsberatung lautet auf vier Mitarbeiter pro 10.000 Kinder/ Jugendliche. Der Rhein–Erft–Kreis wäre damit mindestens um eine Erziehungsberatungsstelle unterversorgt.

Die Richtlinien des Landes NRW sehen vor, dass pro Erziehungsberatungsstelle mindestens Fachkräfte im Umfang von 3 Vollzeitstellen und einer Verwaltungskraft vorgehalten werden.

Ferner gibt es seit 2005 eine bis 2007 umzusetzende Empfehlung, dass die Erziehungsberatungsstellen Kooperationsvereinbarungen mit anderen Sozialeinrichtungen schließen müssen. Zielgruppenarbeit ist eine weitere Auflage.

Diese werden infolge der Mischfinanzierung der Erziehungsberatungsstellen durch kommunale Träger und dem Land praktiziert. Dabei gibt es bei den Erziehungsberatungsstellen die Besonderheit, dass sie nicht nach Fallaufkommen, sondern nach Personalstelle gefördert werden.

2. Entwicklung der Fallzahlen

Rein quantitativ ist die Erziehungsberatung das ‚größte Stück' bei den Hilfen zur Erziehung insgesamt. Bei den Fallzahlen ist darauf hinzuweisen, dass es sich nur um die Abschlüsse handelt. 2002 wurden beispielsweise in der Erziehungsberatung Erftstadt mehr als 50 % der Fälle ins Folgejahr übernommen, so dass die tatsächliche Fallzahl doppelt so hoch ist.

Ebene	Fallzahlen insgesamt	weiblich	männlich	Je 1000 junge Menschen/ Hilfen	Davon Erziehungsberatung	Gesamt junge Menschen
NRW	78.151	33.057	45.100	15	72.447	5.257.405
REK	1.622	742	920	13	1.509	131.579

Tabelle 2: Mehr männliche Kinder/ Jugendliche – jedoch weniger als im Durchschnitt NRW - brauchen institutionelle Beratung– Quelle: LDS, per mail 4.5.05

Bei der institutionellen Beratung macht die Erziehungsberatung im Rhein-Erft-Kreis 93 % der Fälle aus. Bei Betrachtung der Hilfen zur Erziehung insgesamt liegt der Anteil der Erziehungsberatung bei rund 35 %.

Bei den anderen vier Formen der Hilfe entfallen auf die Hilfen außerhalb der Familie 28,7 %, auf die Sozialpädagogische Familienhilfe rund 5,4 %, auf In-Obhut-Name 3,8 % und Einzelbetreuung rund 2,6 % der Fälle. (absolute Gesamtzahl: 2.723 in 2003)

Bezüglich der Kosten der Jugendhilfe sind folgende Zahlen/ € darstellbar:

Ausgaben insgesamt	114 694 427	
Ausgaben für Einzel- und Gruppenhilfe	34 745 798	
Ausgaben für Einrichtungen	76 385 395 Gesamt	21.535.635 ohne Kitas
Personalausgaben für Jugendhilfeverwaltung	3 563 234	
Einnahmen insgesamt	15 689 175	Davon: 13 371 010 von Einrichtungen
Reine Ausgaben insgesamt	99 005 252	
Darunter: reine Ausgaben für Kitas	23 915 834 (öffentliche Träger) 30 933 926 (freie Träger)	Gesamt: 54.849.760
Reine Ausgaben pro EinwohnerIn	215	

Tabelle 3: Darstellung der Kosten für Jugendhilfe, Rhein-Erft-Kreis 2003/ Quelle: LDS

Die Zahlen belegen, dass rund 14 % der Kosten durch Einnahmen gedeckt werden, so dass als reine Ausgaben pro Einwohner für die Jugendhilfe Kosten von 215 € bestehen. Die Verwaltungsausgaben liegen bei rund 3 %.

Die Ausgaben für Einzel- und Gruppenhilfen und Einrichtungen ohne Kitas machen insgesamt nach Abzug der anteiligen Einnahmen 53.963.267 € aus. Das bedeutet, dass die reinen Ausgaben für Kitas und die Ausgaben für die sonstige Jugendhilfe fast gleichhoch sind.

3. Erziehungsprobleme – Symptomatiken und Auffälligkeiten

Unstreitig ist es äußerst schwierig, eine klare Abgrenzung von Symptomatiken und Auffälligkeiten zu erstellen. In der Realität hängen die Probleme zusammen. Zum Zwecke der Statistik/ Berichterstattung hat die Erziehungsberatungsstelle Erftstadt folgenden Katalog von Symptomatiken erstellt:

Symptomatik	Emotionale Auffälligkeiten	Probleme im Sozialverhalten	Arbeits- und Leistungs-störungen	Psycho–somatische Probleme	Entwicklungs–rückstand	Sucht-problematiken
In % der Fälle	70,9	60,1	56,8	23,2	16,8	4,2

Tabelle 4: Psychische, soziale, arbeitsbezogene und gesundheitliche Probleme bilden die Anlässe für Erziehungsberatung (Quelle: Erziehungsberatung Erftstadt, 2003)

Hilfe bei der Erziehung von Kindern wird in Notsituationen nachgefragt. Wie können diese beschrieben werden? Belastete Familien sind gekennzeichnet durch geringe Bildung, berufliche Instabilität, unzureichende ökonomische Mittel und Wohnraum. Anhand des Berichtes der Erziehungsberatungsstelle von Erftstadt soll exemplarisch eine Annäherung versucht werden: Gesundheitliche Probleme und/oder soziale Netzwerke sind brüchig. Dies kann auch durch Tod oder Scheidung passieren.
Die Fallzahlen für Probleme bei Partnerschaft/ Trennung/ Scheidung liegen bei 363; dies bedeutet, dass über die Hälfte (fast 54 %) der Erziehenden in den familiären Konstellationen Probleme haben.

In den Statistiken der Erziehungsberatung spiegeln sich das auch wider durch eine hohe Quote von ‚Besonderen Familiensituationen' von 48 % der Klientel:

Jahr	Alleinerziehend		Neuer Partner		Allein lebend	Pflege/Adoptiv/ Großeltern	Heim
	Mutter	Vater	Mutter	Vater			
2002	51,7	7,6	21	6,3	6	4,7	2,5
2003	51,7	7,6	26,7	7,1	5,4	4,7	2,9

Tabelle 5: Nur noch etwas mehr als die Hälfte der Kinder leben in der Familienkonstellation mit beiden leiblichen Eltern (52%)

Man kann nicht davon ausgehen, dass alle Beteiligten bei ‚besonderen Familienkonstellationen' auch Partnerschaftsprobleme haben. Hier müssten die Daten weitergehend ausgewertet werden. Es kann nur grob davon gesprochen werden, dass auch in ‚normalen' Familienkonstellationen Partnerschaftsprobleme auftreten, welche den größten interpersonale Belastungsfaktor darstellen.

Kinder mit Migrationshintergrund aus Erftstadt sind bei der Einschulung mit insgesamt 5,4 % vertreten, bei der Erziehungsberatung beträgt der Anteil der Kinder, deren Eltern nicht aus Deutschland stammen 12 %. (Stand: 2003, die Zahl für 2002: 11,4 %)

4. Maßnahmen – wer sich wie beraten lässt ...

Erziehungsberatung scheint ein Geschäft für Mütter zu sein: mit 72,3 % (2001: 65,9 %) liegt die Einzelberatung der Mütter auf Platz 1, gefolgt von Einzelterminen mit den Kindern zu rund 38 %. Immerhin gibt es eine Steigerung der Einzelberatung mit Vätern von 14,8 % auf 17,5 %. Der Anteil von Elternpaarberatungen ist mit minus 3,7 % auf 28 % rückläufig, ebenso ist die Familienberatung zurückgegangen um 4,9 % auf gut ein Viertel der Beratungssettings. Im Verlauf einer Beratung kommen dabei auch unterschiedliche Settings im gleichen Fall zum Tragen.

Im hier speziell interessierenden gesundheitlichen Symptomatiken liegen die Fallzahlen bei rund 1,3 % (psychomotorische Abklärung, Behandlung), bei psychosomatischen Problemen beträgt die Fallzahl 23,2 %.

5. Entwicklungsperspektiven

Die Kooperation mit anderen Sozialinstitutionen wird von der Erziehungsberatung aktiv gesucht, und äußert sich beispielsweise in einer Zusammenarbeit mit Schulen. Beispielhaft in Erftstadt ist das Projekt FAUSTLOS, welches in drei Grundschulen läuft. Hier hat die Aufstockung von trägereigenen Mitteln um 15% bei einer Stelle es ermöglicht, dass das Konzept in den Normalunterricht integriert werden konnte.

Fallbesprechungen mit Erzieherinnen als Gruppenangebot bestehen bereits, und sollen auf LehrerInnen ausgeweitet werden.

Das Internet wird als Medium der Öffentlichkeitsarbeit und für ein Onlineberatungsangebot genutzt.

Weiterführend ist das Themenportal zu frühkindlicher Erziehung:

http://www.wissen–und–wachsen.de/

Abbildung 1: Unterschiedliche Dichte des ambulanten kinderärztlichen Angebotes im Rhein–Erft–Kreis (eigene Berechnung) 2

Tabelle 1: Unterschiedliche Träger der insgesamt neun Erziehungsberatungsstellen im Rhein-Erftkreis/ 2006 – siehe Anhang 8.8 mit Adressen und Telephonnummern 13

Tabelle 2: Mehr männliche Kinder/ Jugendliche – jedoch weniger als im Durchschnitt NRW - brauchen institutionelle Beratung– Quelle: LDS, per mail 4.5.05 14

Tabelle 3: Darstellung der Kosten für Jugendhilfe, Rhein-Erft-Kreis 2003/ Quelle: LDS 15

Tabelle 4: Psychische, soziale, arbeitsbezogene und gesundheitliche Probleme bilden die Anlässe für Erziehungsberatung (Quelle: Erziehungsberatung Erftstadt, 2003) 16

Tabelle 5: Nur noch etwas mehr als die Hälfte der Kinder leben in der Familienkonstellation mit beiden leiblichen Eltern (52%) 16

5. Fördermöglichkeiten

In den vorherigen Kapiteln sind die Arten von Entwicklungsauffälligkeiten (bis hin zu dauerhaften Entwicklungsstörungen und Entwicklungseinschränkungen), ihre Diagnosemöglichkeiten (vom Screening bis zur spezialisierteren Untersuchung) sowie die hierfür vorhandenen ambulanten und stationären Institutionen vorgestellt worden, die auch Therapien anbieten.

In diesem Kapitel geht es einmal um Fördermöglichkeiten, die im nichtmedizinischen Bereich bereitgestellt werden. Es handelt sich um Psychologische Psychotherapie, Logopädie und Ergotherapie.

Ferner stehen im Rahmen der Jugendhilfe weitgefächerte Fördermöglichkeiten im Rahmen der kommunalen Jugendhilfe bereit.

Auf Hilfen im Gesundheitsamt sowie die Finanzierung der Eingliederungshilfe durch das Sozialamt der Kreisverwaltung für Kinder mit dauerhaften Entwicklungseinschränkungen wird gesondert eingegangen.

SUSANNE SOPPART–LIESE

Sozialkompensatorische Hilfen für werdende Mütter werden im Gesundheitsamt wahrgenommen. Finanzielle Überbrückungshilfen im Rahmen der Bundesstiftung Mutter und Kind, Beratung zum Umgang mit dem Kind, Hilfe und Begleitung zu Ämtern und Vermittlung zu anderen Hilfesystemen sind weitere Aufgaben.

5.1 Mutter und Kind – Stiftung

1. Hilfen in besonderen Notlagen für werdende Mütter und ihre Kinder

Nach § 11 des ÖGD-Gesetzes ist es Aufgabe des Gesundheitsamtes, Mütter- und Schwangerenberatung anzubieten.

Es handelt sich hierbei um individuelle Hilfen mit sozialkompensatorischen Aspekten.
[Die derzeitigen (Stand: November 2006) Leistungen für die Hilfe zum Lebensunterhalt werden nach dem SGB II als auch nach dem SGB XII nach Regelsätzen bemessen (345 € für einen Haushaltungsvorstand); zusätzlich werden die angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung berücksichtigt. Die Richtlinien des Rhein-Erft-Kreises sehen darüber hinaus pauschale Beihilfen für die Erstausstattung des Säuglings (derzeit 150 €) und die Erstausstattung eines Kinderzimmers (einschließlich Kinderwagen derzeit 330 €) sowie Bekleidungsbeihilfen bei einem evtl. Totalverlust vor.]

Es finden Beratungen statt insbesondere für Frauen mit Kind/ Kindern. Diese Beratung umfasst Hilfe und Anleitung bei gesundheitlichen und familiären Angelegenheiten. Es wird dabei versucht, Lösungen zu finden, auch in Zusammenhang mit anderen Beratungsstellen und Behörden.

2. Aufgabenstellungen der Mitarbeiterinnen

2.1 Finanzielle Hilfen

Eine sozialmedizinische Assistentin ist Ansprechpartnerin zu allgemeinen sozialmedizinischen Fragen. Es geht dabei auch um Fragen der Finanzierung und des Wohnens. Beispielsweise ist manchmal bereits die Finanzierung von Verhütungsmitteln schwierig.

Außerdem ist sie zuständig für die Beratung und Vergabe von finanziellen Mitteln, die im Rahmen der *Bundesstiftung Mutter und Kind* bereitstehen. Für die Vergabe dieser Mittel müssen besondere Antragsunterlagen ausgefüllt werden, wobei die Mitarbeiterin berät. Es gibt keinen Rechtsanspruch auf diese Mittel der Bundesstiftung, die während der Schwangerschaft und maximal drei Monate nach der Entbindung beantragt werden kann. Die Hilfe umfasst einmalig 500- 1000 €, wobei die Einkommensgrenze von 1.300 € bei einem Paar zu beachten ist.
Wenn man nun weiß, dass die Sozialhilfe Vorrang hat, und diese maximal 600 € als Zuschuss bei der gesamten Schwangerschaft beträgt, wird deutlich, dass der Verweis auf die Bundesstiftung für manche Paare einen ‚Notnagel' darstellt. Es wird bei einem Hausbesuch festgestellt, was fehlt.

Auch im Rahmen von Hausbesuchen werden Ratschläge gegeben in bezug auf verschiedene soziale und medizinische Probleme. (ein Beispiel: physische und psychische Gewalt in einer Beziehung)
Bei Bedarf wird an andere Beratungsstellen vermittelt und auch Begleitung zu Ämtern angeboten.

2.2 Medizinische Hilfen für Mutter und Kind

Eine Hebamme ist Ansprechpartnerin für alle Fragen/ Probleme, die mit einer Schwangerschaft und Geburt auf eine Frau zukommen. Es gibt ein Recht auf Hebammenhilfe vor und bei der Geburt und zur Nachsorge. Frau Stuckmann hat eine Liste der Hebammen im Rhein-Erft-Kreis. Sie untersucht nicht selbst und macht auch keine Nachsorge, sondern berät und vermittelt, bei Bedarf auch im Rahmen von Hausbesuchen.
Auf besondere Anfragen anderer Beratungsstellen gibt sie ihren Sachgebieten entsprechend Auskunft. Sie begleitet bei Bedarf auch zu Ämtern und Ärzten.

Eine Kinderkrankenschwester ist Ansprechpartnerin bei allen gesundheitlichen Fragen und Problemen, die mit dem Baby oder Kind zusammenhängen.

Auch sie besucht zu Hause, schaut nach der Wohnung, dem Umgehen mit dem Kind und seinem Zustand. Sie gibt praktische Ratschläge beispielsweise bei Ernährungs- und Pflegefragen. Dieses Angebot wird speziell von Erstgebärenden und sehr jungen Müttern in Anspruch genommen. Bei Bedarf auch hier Begleitung zu Ämtern, Kliniken und Ärzten.

2.3 Kompensatorisches Angebot im Netzwerk

Alle Beratungsangebote sind vertraulich und kostenlos. Sie ersetzen nicht ärztliche Untersuchungen oder Hilfe durch Andere. (z.B. niedergelassene Hebamme)

Sie haben vielmehr das Ziel, denjenigen, die noch nicht oder nicht mehr von den Angeboten des sozialen und medizinischen Systems erreicht werden und keinen Zugang dazu haben, mithilfe der Beratungen in diese Systeme hineinzuführen Es geht auch darum, an bestehende Systeme weiterzugeben, beispielsweise an die Jugendhilfe. Dabei werden sowohl Hinweise z.B. vom Jugendamt auf die Beratungsstelle gegeben, als auch die Mütter das Angebot von sich aus wahrnehmen.
Dies geschieht jährlich bei ca. 230 Beratungen und ungefähr 150 Anträgen bei der Bundesstiftung. Für diese wichtigen Aufgaben sind eine Vollzeit- und zwei Teilzeitstellen im Gesundheitsamt ausgewiesen.

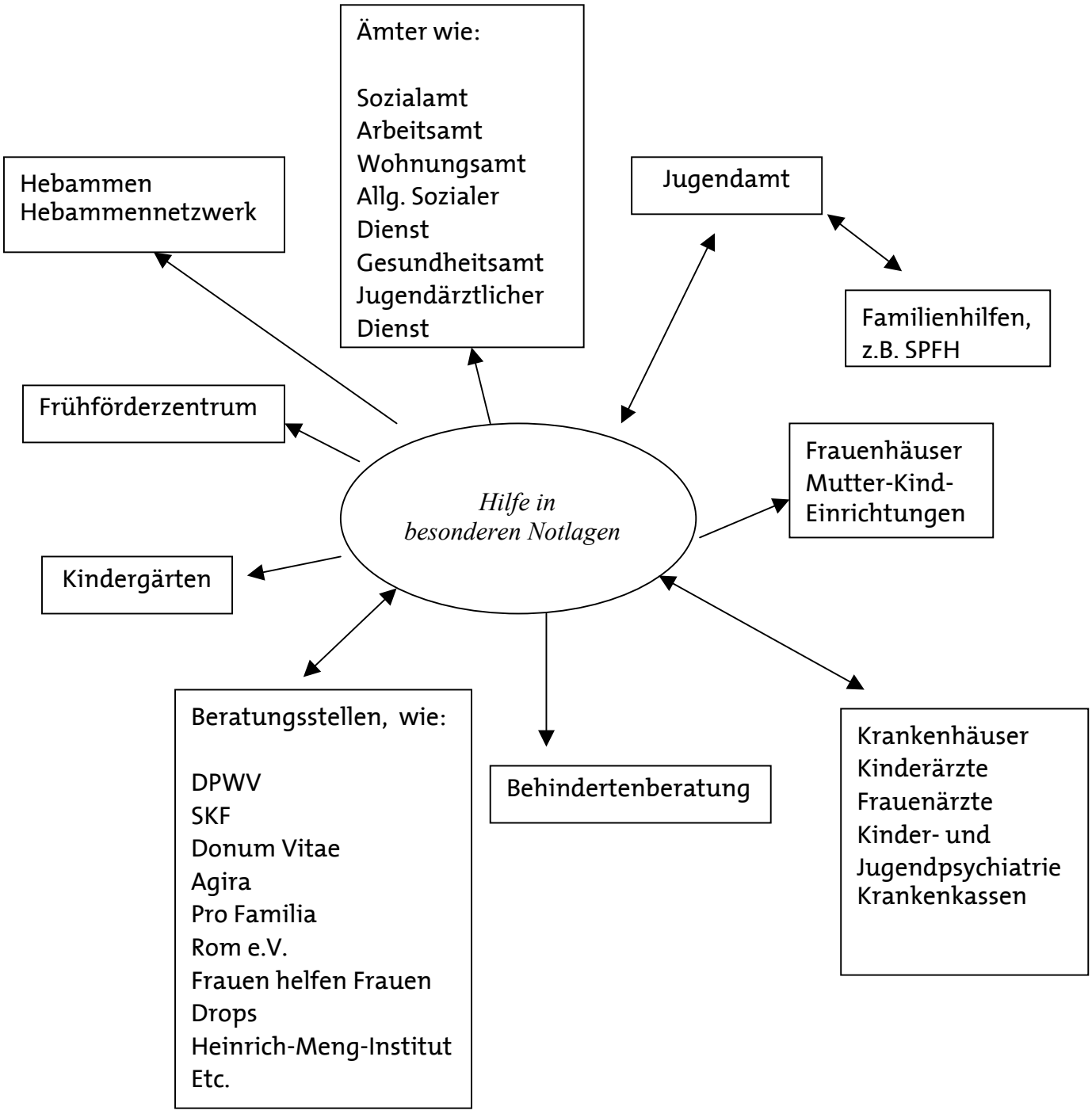


Abbildung 1: Arbeiten im Netzwerk für Eltern in besonderen Notlagen – Darstellung: Simone Dahm

Ansprechpartnerinnen im Gesundheitsamt:

Marlene Zimmermann, Sozialmedizinische Assistentin	Tel. 02271-83-4340
Simone Dahm, Kinderkrankenschwester	Tel. 02271-83-4544
Sabine Stuckmann, Hebamme	Tel. 02271-83-4555

Dienstorte: Rhein-Erft-Kreis, Gesundheitsamt, Nebenstelle, Friedrich-Ebert-Strasse 11, 50345 Hürth

Rhein–Erft–Keis, Gesundheitsamt, 50126 Bergheim, Willy–Brandt–Platz 1
(Das Beratungsteam steht nach vorheriger telefonischer Vereinbarung unter den Telefon-Nummern: 02271/83 42 40 und 02271/83 43 56 dienstags, mittwochs und donnerstags zur Verfügung)

DOROTHEE KAMPS–WANNEGAT

Frühförderung sollte in den ersten Lebensjahren erfolgen. Gleichwohl kommen nur ein Viertel der Kinder rechtzeitig, - d.h. unter drei Jahren und damit vor Eintritt in einen Kindergarten - in die Frühförderstelle. Hier werden die Kinder und ihre Familien interdisziplinär unterstützt bei der Integration des entwicklungsgestörten Kindes. Dies geschieht in Kooperation mit u.a. Kinderärzten, Fachärzten, Kliniken, Gesundheitsamt, Jugendamt, Kindergärten, Sozialpädagogische Familienhilfen, Sozialpädiatrische Zentren, niedergelassene Praxen (Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie) sowie Schulen.
Ca. 300 Kinder werden jedes Jahr neu aufgenommen, speziell Kinder aus dem Nordkreis. Eine Erweiterung und damit Ermöglichung von dezentraler Förderung in allen Gemeinden ist nach Einschätzung der Leiterin der Frühförderstelle wünschenswert.

5.2 Zentrum für Pädagogische Frühförderung und Beratung

Kinder, die Entwicklungsauffälligkeiten zeigen und noch nicht schulpflichtig sind, können bei uns vorgestellt und gefördert werden.

Wir sind ein orts- und familienorientiertes Frühförderungs- und Beratungszentrum.

Unser Einzugsgebiet ist der gesamte Rhein-Erft-Kreis.

1. Entstehung

Ein freier und gemeinnütziger Trägerverein gründete im Jahr 1978 das Frühförderzentrum.

- bis 1995 ansässig in Bergheim-Glessen
- bis 2002 ansässig in Bergheim-Oberaußem
- zurzeit ansässig in Bergheim - Gewerbepark Paffendorf

Bereits im ersten Jahr hatte das Frühförderzentrum seine Arbeit auf alle 10 Städte und Gemeinden des Rhein–Erft–Kreises ausgedehnt.

2. Chancen der Frühförderung (Prinzip der Rechtzeitigkeit)

Die ersten Lebensjahre sind für die kindliche Entwicklung von entscheidender Bedeutung. Wie in keiner späteren Lebensphase entwickeln sich biologische Grundvoraussetzungen (Gehirn, Nervensystem) und Reifungsprozesse in Wechselwirkung mit dem Angebot aus der Umwelt. Gerade in den ersten Lebensjahren ist das Kind für Entwicklungsangebote besonders aufnahmefähig. Es ist von großer Bedeutung, die „sensiblen Phasen“, in denen das Kind besonders schnell und intensiv lernt, pädagogisch zu erkennen und zu nutzen.

3. Angebote (Prinzip der Regionalisierung)

Frühförderung muss für alle erreichbar sein, um Chancengleichheit auch für Alleinerziehende, kinderreiche oder sozial benachteiligte Familien zu gewährleisten.

Der Schwerpunkt unserer Arbeit liegt deshalb im Bereich der mobilen Hausfrühförderung. Für ambulante Angebote steht ein Fahrtdienst zur Verfügung.

In den Räumen des Frühförderzentrums finden statt:

- pädagogisch-psychologische Diagnostik
- sonderpädagogische Sprachentwicklungsförderung
- gruppenpädagogische Förderung mit den Schwerpunkten:
    - Kindergartenvorbereitung
    - Psychomotorik
    - Schulvorbereitung
    - Eltern- Kind-Spielgruppe
    - Selbstregulation
- Elternkurse
- Fortbildung/Informationstreffen für Erzieherinnen und Therapeutinnen

4. Familienorientierung

Die Frühförderung geschieht personenzentriert im familialen System unter Einbezug der näheren sozialen Gesellschaft. Die Kompetenz der Eltern und ihr Wissen um die Besonderheiten ihres Kindes dienen als Grundlage.

Die Frühförderung begleitet die Eltern im Umgang mit ihrem Kind und unterstützt sie, das Kind in die Familie zu integrieren. Dabei sollen alle günstigen Entwicklungsbedingungen im sozialen Umfeld verstärkt werden.

Des weiteren wird auch Unterstützung hinsichtlich Hilfsmittelversorgung, Pflegegeld, Kindergarten und Schule angeboten.

5. Ganzheitlichkeit

Die Frühförderung ist eine ganzheitliche und personenorientierte Entwicklungsförderung. Sie geht von individuellen Kompetenzen des Kindes aus und berücksichtigt alle Dimensionen der Entwicklung. Frühförderung soll dem Kind Möglichkeiten bieten, vielfältige Erfahrungen mit sich und der Welt zu machen.

Das Spiel bietet den Kontext und das Medium, um selbstgesteuertes Lernen zu fördern. Die Neugier, mit dem Drang zu handeln, zu erfinden und zu gestalten, steht im Mittelpunkt. Dabei werden Aufmerksamkeit, zielorientiertes Handeln, Probleme und Bewältigungsstrategien je nach Entwicklungsalter erprobt. Gleichzeitig findet eine Erweiterung der Symbolisations- und Sprachfunktionen statt in wiederholbaren Spielroutinen im Miteinander eines vermittelnden Spielpartners.

Die Spiel- und Lernangebote werden auf die häusliche Lebensumwelt abgestimmt. Zu Hause fühlen sich besonders die kleinen Kinder wohler und sicherer, um Neues dazuzulernen. Die Eltern werden zeitlich und organisatorisch entlastet.

6. Offene Anlaufstelle

Zunächst ist das Frühförderzentrum eine **offene Beratungsstelle** für nicht schulpflichtige Kinder, die Entwicklungsprobleme haben. Die Eltern können ihr Kind telefonisch oder schriftlich anmelden. Sie benötigen zunächst keine Überweisung eines Arztes.

Im Ersttermin stehen zwei Fachkollegen/innen zur Verfügung. Ein(e) Kollege(in) befasst sich intensiv mit dem Kind und versucht Entwicklungsdaten über das Kind zu ermitteln. Dabei können verschiedene Verfahren herangezogen werden wie z.B.:

- Funktionelle und standardisierte Entwicklungstests
- Informelle Verfahren (z.B. Spontansprachbeobachtungen, allgemeine Verhaltensbeobachtungen bspw. in Bezug auf die Aufmerksamkeit)
- Verhaltens- und Interaktionsbeobachtungen
- Screenings bzw. orientierende Verfahren
- Überprüfung einzelner Leistungsbereiche (z.B. Sprachdiagnostik, motorische Entwicklung)
- Überprüfung unter spezifischer Fragestellung wie Kindergarteneintritt oder Schuleintritt

Ein(e) Kollege(in) spricht mit den Eltern (meistens den Müttern) über die bisherige Entwicklung des Kindes. (Entwicklungsanamnese)

Mit einbezogen werden weiterhin - vorausgesetzt es liegt eine Schweigepflichtentbindung vor - medizinische, vor allem kinderärztliche Ergebnisse und Erkenntnisse sowie Erfahrungen und Beobachtungen aus dem weiteren sozialen Umfeld. (Kindergarten, Spielgruppe, Familienhilfe, Therapeuten)

7. Gesamtförderplan

Mit den Eltern wird dieser gemeinsam erstellte Förderplan besprochen und an die örtlichen sowie familialen Ressourcen angepasst. (Überförderung vermeiden)

Der behandelnde Kinderarzt verantwortet den medizinischen Entwicklungsbereich, der als Grundlage des Förderplans dient. Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes begutachtet das Kind und die empfohlenen Fördermaßnahmen.

8. Interdisziplinarität

Die Arbeit in der Frühförderung muss interdisziplinär sein, um den verschiedenen Bedürfnissen gerecht werden zu können. Der Schwerpunkt im Frühförderzentrum liegt im heilpädagogischen Bereich. Im Team sind die Bereiche Heil-, Sonder- und Sozialpädagogik sowie Sozialarbeit, Sprachtherapie/Logopädie und Psychologie vertreten.

Der Austausch mit dem medizinischen Bereich extern (z.B. behandelnder Kinderarzt, Klinikarzt, Gesundheitsamt) ist unabdingbare Grundlage.

Alle Mitarbeiter sind zur regelmäßigen Supervision, Fort- und Weiterbildung verpflichtet. Weiterbildungskompetenzen bestehen u.a. in Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, Spieltherapie, Bobath-Handling, Trauerbegleitung, Psychomotorik, sensorische Integration, Behandlung nach Castillo-Morales.

9. Kooperation und Koordination

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der wechselseitigen Abstimmung aller an der Frühförderung beteiligter Fachleute. Diese interdisziplinäre Kooperation ist nicht selbstverständlich, sondern erfordert ein intensives und persönliches Bemühen der Fachleute. Kooperationspartner sind u.a. Kinderärzte, Fachärzte, Kliniken, Gesundheitsamt, Jugendamt, Kindergärten, Sozialpädagogische Familienhilfen, Sozialpädiatrische Zentren, niedergelassene Praxen (Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie) sowie Schulen.

10. Personenkreis

Wie nicht nur dem Pressebericht des DGSPJ (Dt. Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin) zu entnehmen ist, steigen die Gesundheitsrisiken von Kindern und den daraus resultierenden Entwicklungsstörungen auf Grund der Veränderungen im gesellschaftspolitischen und sozioökonomischen Leben. Jedes fünfte Kind in Deutschland leidet an Verhaltens- und Entwicklungsstörungen.

Im Kinderreport 2004 ist von 2,5 Millionen Kindern und Jugendlichen die Rede, die zukünftig unter geringen wirtschaftlichen und weit unter dem Durchschnitt liegendem Einkommen leben müssen. Der Armutsbericht der Bundesregierung weist auf 1,1 Millionen Kinder hin, die auf Sozialhilfe angewiesen sind.

Entwicklungsstörungen bei Kindern in sozial schwachen Verhältnissen, aber auch in Migrantenfamilien sind vermehrt. Die soziale Benachteiligung steht damit in engem Zusammenhang mit den kindlichen Entwicklungsrisiken.

Dies trifft auch auf den Rhein-Erft-Kreis zu: Durchschnittlich werden jedes Jahr 300 Kinder neu im Frühförderzentrum angemeldet. Die Hälfte der Kinder erhält nach der Diagnostik sowohl heilpädagogische als auch therapeutische Frühförderung und gehört zum Personenkreis §§ 53, 54 SGB XII.

Für die andere Hälfte wird ein externer Förderplan erstellt, der durch niedergelassene Therapeuten abgedeckt wird.

In diesem wie auch im vergangenen Jahr wird eine qualitative Steigerung in Bezug auf das Störungsbild der Kinder festgestellt. Die überprüften Kinder haben Entwicklungsprobleme nicht nur in einem Bereich, sondern in kombinierter Form. Dabei bleibt die Ursachenforschung häufig ohne Ergebnis bzw. Befund.

Eine große Gruppe unserer „Frühförderkinder“ sind die Frühgeborenen (ab der 23. SSW) mit vielfältigen prä- und postpartalen Problemen.

Kinder mit den unterschiedlichsten Syndromen (Down-Syndrom, Rett-Syndrom, Wolf-Hirschhorn-Syndrom) bilden eine weitere Fördergruppe.

Zunehmend treffen wir auf Familien mit vielfältigen sozialen Problemen, die eine deutliche Zunahme von psychisch und physisch vernachlässigenden Faktoren für die Kinder nach sich zieht. (ca. 24 %)
Auf Grund unseres niedrigschwelligen Angebotes konnten wir die Familien offenbar gut erreichen und anbinden. Dies gilt auch für Migrantenfamilien (ca. 21 %), die sowohl aus Ost- als auch aus Südeuropa stammen.

Erfreulicherweise werden zunehmend *Kinder unter drei Jahren* angemeldet. (ca. 25%)
Der Schwerpunkt der Anmeldungen liegt nach wie vor bei den vier- bis sechsjährigen mit ca. 45 %.

Leider sehen wir auch immer noch Kinder, die im nächsten oder gleichen Jahr schulpflichtig sind und einen hohen Förderbedarf haben, der im vorschulischen Bereich nicht mehr gedeckt werden kann.

Seit Bestehen des Zentrums werden zwei Drittel Jungen und ein Drittel Mädchen angemeldet.

Bevorzugt melden sich Familien aus dem Norden und der Mitte des Rhein-Erft-Kreises an. Dies ergibt sich aus der Wohnortnähe zum Frühförderzentrum. Mit den mobilen Angeboten vor allem zu Hause wird auch der Südkreis erreicht.

11. Recht auf Frühförderung

Ein Recht auf Frühförderung haben entwicklungsauffällige Kinder, die behindert oder von Behinderung bedroht sind und zum Personenkreis §§ 53,54 SGB XII gehören. Die Frühförderung endet mit dem Eintritt in die Schule oder dem Besuch eines integrativen/heilpädagogischen Kindergartens.

12. Ausblick

Während dieser Bericht verfasst wurde, war noch nicht abschließend geklärt, ob und wie eine Landesrahmenempfehlung Frühförderung für NRW am 01.04.2005 verfasst wird.

Für die Frühförderstellen in NRW bedeutet diese Verordnung, dass ein weiterer Kostenträger, nämlich die Krankenkasse, verstärkt in die Kostenfrage miteinbezogen werden soll.

Bestehende Rahmenverträge, welche die Frühförderstellen in ihrer hoch qualifizierten Arbeit materiell und qualitativ abgesichert haben, verlieren ihre Gültigkeit.

Wenn auch das SGB XII die Frühförderung in ihren Grundsätzen und essentiellen Bestandteilen wie z.B. die Familien und Umweltorientierung als auch die „umfassende Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ trotz Behinderung bestätigt, wissen wir nicht, wie die Umsetzung aussehen wird.

Die Versorgung des Rhein-Erft-Kreises im Bereich Frühförderung darf durch diese Umsetzung der neuen Rahmenempfehlung nicht gefährdet, sondern allenfalls verbessert werden:

Die offene Anlaufstelle als niederschwelliges Angebot muss erhalten bleiben, um Ausgrenzung zu verhindern und Chancengleichheit zu ermöglichen. Ein Kontakt zur Frühförderung muss zunächst auch ohne ärztliche Überweisung stattfinden können. Auch den Eltern, die anonym bleiben möchten, darf der Zugang für eine erste Beratung nicht verwehrt bleiben.

Die bestehenden Wartezeiten dürfen sich keinesfalls ausweiten, um Rechtzeitigkeit der Hilfe zu gewährleisten.

Dies bedeutet eine Erweiterung des interdisziplinären Teams und nicht dessen Reduktion.

Bestehende Strukturen, die sich als soziales Netzwerk seit über 25 Jahren bewährt haben, müssen bestehen bleiben und dürfen nicht zerschlagen werden. Die gut funktionierende Kooperation mit den Kinderärzten des Rhein–Erft–Kreises, dem Gesundheitsamt, den Jugendämtern, den Kindergärten, den Schulen, den niedergelassenen Therapeuten, den Sozialpädiatrischen Zentren und den Fachkliniken darf neuen Finanzierungsmodalitäten nicht geopfert werden. Die Familien benötigen dringend schnelle und effektive Hilfen in einem vernetzten System.

Der Rhein-Erft-Kreis ist ein weiter Landkreis mit 10 Städten und Gemeinden, der eine dezentrale Versorgung mit bewährten Kooperationspartnern in der Frühförderung benötigt. Die Mobilität und Flexibilität des Frühförderzentrums sind dafür unerlässlich.

Der bestehende Verwaltungsaufwand darf nicht überdimensional erhöht werden. Bei allem Verständnis für Sparsamkeit und Qualitätsmanagement darf die Arbeit mit den betroffenen Kindern und deren Familien dadurch nicht beeinträchtigt werden und gar zu weiteren Wartezeiten führen.

Dramatische Wartezeiten wie vor einigen Jahren sind mit Hilfe der Verwaltung des Rhein-Erft-Kreises abgebaut worden, auch wenn sie nicht ganz ausgeräumt werden konnten. Eine räumliche und personelle Erweiterung im interdisziplinären Sinne wäre wünschenswert, um die hohe Qualität der Frühförderung nicht nur bevorzugt im Norden des Rhein-Erft-Kreises zu sichern.

Zentrum für Pädagogische Frühförderung und Beratung Erftkreis e.V.
Friedrich-Bessel-Str. 2
50126 Bergheim
02271/58107

http://www.fruehfoerderstellen.de/

http://www.familienratgeber.de/

http://www.kindernetzwerk.de

ANETTE RÖHRL-KÖPPEN

Entwicklungsverzögerte oder behinderte Kinder werden in heilpädagogischen Tagesstätten oder in Integrativen Kindergärten betreut. Erklärtes Ziel des Landschaftsverbandes ist die Förderung behinderter Kinder in Integrativen Tagesstätten. Mit Pädagogik, Motopädie und Logopädie werden individuelle Förderpläne erstellt.
Wartelisten belegen, dass das Angebot an Plätzen im Rhein-Erft-Kreis bei weitem nicht ausreichend ist. Das bedeutet beispielsweise für Elsdorf/ Bedburg im Jahre 2005, dass die vorhandenen Plätzen (41) um über Zweidrittel (28) ausgebaut werden müssten, um alle Kinder zeitnah versorgen zu können. Es sind also 41 % der behinderten Kinder im Nordkreis nicht versorgt. Im Südkreis liegt die Unterversorgung bei 33%, nachweislich der Warteliste der Heilpädagogischen Tagesstätte der Lebenshilfe in Hürth. (siehe Kapitel 7.3)

5.3 Heilpädagogische Kindertagesstätten, integrative Einrichtungen

Entwicklungsverzögerte oder behinderte Kinder bedürfen der besonderen Förderung. Wenn sie in den Regeleinrichtungen nicht ausreichend betreut werden können, gibt es zwei Möglichkeiten: sie besuchen eine heilpädagogische Tagesstätte, oder sie besuchen eine Gruppe, in der sie mit gesunden Kindern gemeinsam, also integrativ betreut werden. Diese Gruppen sind meist den Regelkindergärten angegliedert. Eine Auflistung der zur Zeit im Rhein-Erft-Kreis bestehenden Einrichtungen ist unter 8.12 zu finden.

Die Ausstattung eines heilpädagogisch arbeitenden Kindergartens unterscheidet sich in vielem von der einer Regeleinrichtung. Schon die baulichen Voraussetzungen müssen den Behinderungen der Kinder angepasst, also beispielsweise barrierefrei und rollstuhlgängig sein. Das Spielmaterial muss den heilpädagogischen Erfordernissen entsprechen; es wird mehr Personal benötigt, da die Gruppen kleiner sind; das Personal muss eine heil- oder sonderpädagogische Ausbildung haben; es sind für Sprachtherapie, Krankengymnastik und Motopädie ausgebildete Fachkräfte nötig.

Die Kinder, die in einer solchen Gruppe betreut werden, gehören alle zum Personenkreis der Behinderten nach § 2 Abs. 1 SGB IX und haben Anspruch auf Eingliederungshilfe.

Am Beispiel einer Heilpädagogischen Tagesstätte soll hier kurz dargestellt werden, welche Arbeit geleistet wird.

In der Einrichtung werden 16 behinderte Kinder betreut, die in zwei Tagesgruppen aufgeteilt sind. Die Behinderungen sind sehr unterschiedlicher Art: Entwicklungsverzögerungen, geistige, körperliche oder Mehrfachbehinderungen, teilweise schwersten Grades. Die Kinder können zwischen 7.30 Uhr und 14.30 Uhr in der Tagesstätte betreut werden.

Mit den Kindern arbeiten sechs pädagogische Fachkräfte, eine Motopädin und eine Logopädin. Falls Krankengymnastik indiziert ist, wird diese zusätzlich von externen Therapeuten durchgeführt. Außerdem sind Teilzeitkräfte tätig, z. B. im hauswirtschaftlichen und Küchenbereich.

Die **pädagogische Arbeit** ist auf die Gesamtförderung der Kinder ausgerichtet; für jedes Kind wird seinem Entwicklungsstand gemäß ein individueller Förderplan erstellt und mit entsprechenden Angeboten durchgeführt.

Die **therapeutische Arbeit** richtet sich ebenfalls nach den Bedürfnissen der Kinder; Bewegungs-, Wahrnehmungs- und Verhaltensstörungen werden behandelt, ebenso Störungen der Sprache und der Kommunikation. Bei den schwerst mehrfachbehinderten Kindern gehören auch Mund- und Esstherapie zum Behandlungsumfang.

Einen weiteren wichtigen Pfeiler stellt die **Elternarbeit** dar. Die Einrichtung wird familienergänzend und -unterstützend tätig; dazu sind regelmäßige Gespräche, Hausbesuche und gemeinsame Aktivitäten (Ausflüge, Ferien) eingeplant. Außerdem haben die Eltern jederzeit die Möglichkeit, in den Gruppen zu hospitieren.

Die Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen wie Frühförderstellen, Ambulanzen, Schulen gewährleisten eine optimale Betreuung und Förderung dieser besonders schutzbedürftigen Kinder. Das Ziel der heilpädagogischen Arbeit ist es, größtmögliche Selbständigkeit zu erreichen und die Kinder für ihr späteres Leben zu befähigen.

Leider ist das Angebot an heilpädagogischen Plätzen im Rhein-Erft-Kreis bei weitem nicht ausreichend. Als Beispiel sei der Bezirk der Bezirk Elsdorf/Bedburg, angeführt. In diesem Kindergartenjahr (2005) stehen dort 41 heilpädagogische Plätze in vier Einrichtungen zur Verfügung; davon sind drei integrative Kindergärten, eine ist eine heilpädagogische Tagesstätte. Deren Einzugsbereich umfasst auch Teile von Bergheim. Obwohl sämtliche Plätze besetzt sind, stehen immer noch 28 Kinder auf der Warteliste und können nicht angemessen gefördert werden.

Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

Quellen: Jahresbericht Kindertagesstätte 03
Festschrift zum 25. Jubiläum der Heilpädagogischen Tagesstätte St. Egilhard

SUSANNE SOPPART–LIESE

Psychologische Therapie ist in einer Reihe von Entwicklungsauffälligkeiten das Mittel der Wahl.
Stimm– und Sprachstörungen sind das Aufgabengebiet von LogopädInnen.
Ergotherapie ist insbesondere bei basalen Störungen, wie Wahrnehmungsstörungen angezeigt.
Listen der jeweiligen Berufsgruppen, gegliedert nach Gemeinden, sind beigefügt.

5.4 Nicht–medizinische TherapeutInnen

5.4.1 Psychologische Psychotherapie

Psychologische Therapie ist in einer Reihe von Entwicklungsauffälligkeiten das Mittel der Wahl.
Die Liste befindet sich unter 8.9, gegliedert nach Gemeinden.

5.4.2 Logopädie

Stimm– und Sprachstörungen sind das Aufgabengebiet von LogopädInnen.
Die Liste befindet sich unter 8.10, gegliedert nach Gemeinden.

5.4.3 Ergotherapie

Ergotherapie wird bei vielfältigen Störungen eingesetzt.
Exemplarisch wird am Beispiel der Ergotherapie ein Therapieverlauf beschrieben von einer Therapeutin.
Die Liste befindet sich unter 8.11, gegliedert nach Gemeinden.
Alle Listen dieser drei Berufsgruppen sind anhand der verschiedenen Berufsverbände ermittelt worden, und insoweit können Abweichungen von der Zahl der tatsächlich niedergelassenen TherapeutInnen auftreten.

MARITA FISCHER

Ergotherapie ist eine mögliche Behandlungsform bei Entwicklungsverzögerungen. Der Zugang zur Ergotherapie und was bei ihr geschieht, wird an zwei Beispielen exemplarisch erläutert.

5.4.4 Beispiel Ergotherapie

1. Was ist Ergotherapie?

Ergotherapie gehört zu den Heilmittelberufen, wie auch Logopädie und Physiotherapie. Ergotherapie hat zum Ziel, den Patienten in seiner Handlungskompetenz zu fördern und zu bestärken. Ein größtmögliches Maß an Selbstständigkeit soll im Rahmen der Behandlung erreicht werden.

> „Ergotherapie begleitet, unterstützt und befähigt Menschen, die in ihren alltäglichen Fähigkeiten eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Diesen Menschen soll es ermöglicht werden, für sie bedeutungsvolle Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer Umwelt durchführen zu können. Ziel der Ergotherapie ist es, Betätigung zu erreichen. Gleichzeitig wird Betätigung als therapeutisches Medium eingesetzt."

Ergotherapie im Bereich Pädiatrie hat somit zum Ziel, dem Kind bzw. Jugendlichen ein Höchstmaß an Entwicklungsförderung zu geben, um die Integration in Familie, Schule und Umfeld – wie Umgang mit Gleichaltrigen – zu ermöglichen.

2. Wie bekommt man Ergotherapie?

Die Patienten werden aufgrund ihrer Diagnose vom zuständigen Arzt zur ergotherapeutischen Behandlung überwiesen. Dies geschieht mittels Behandlungsrezept. In der Regel beinhaltet ein Rezept 10 Termine. Nach der Erstverordnung entscheidet der zuständige Arzt die Folge- bzw. Langfristverordnung je nach Indikation und Zielsetzung der Behandlung. Die Behandlungsdauer kann zwischen 10 und 60 Einheiten betragen.
Der Ergotherapeut leistet mittels Bericht an den Arzt eine Rückmeldung seiner inhaltlichen Therapiemaßnahmen und formuliert eine Prognose für die weitere Behandlung. Die Kosten der Rezepte werden von den zuständigen Krankenkassen übernommen. Die einzelnen Behandlungssätze sind festgesetzte Beträge, die der Verband der Ergotherapeuten (DVE) mit den Krankenkassen aushandelt.

Die Dauer einer Behandlung umfasst 30 bzw. 45 Minuten je nach Heilmittelmaßnahme, die vom Arzt ausgewählt wurde. Die Kostensätze einer Behandlung liegen zwischen 35 und 45 Euro. Somit liegt eine durchschnittliche Behandlung von 30 Einheiten bei ca. 1000 Euro.

3. Wie sieht eine ergotherapeutische Praxis aus?

Unsere Praxis für Ergotherapie besteht seit 1998 in Kerpen mit dem Einzugsgebiet gesamter Rhein-Erft-Kreis. Das Team unserer Praxis besteht aus vier Mitarbeitern und zwei Praxisinhabern. Jeder Mitarbeiter ist staatlich geprüfter Ergotherapeut und führt die Therapiebehandlungen eigenständig aus. Neben den Behandlungsterminen gehören Teamsitzung und Reflektionsgespräche, Organisation zum Tagesablauf. Die Räumlichkeiten unserer Praxis umfassen fünf speziell ausgestattete Therapieräume und ein Büro.

Die Behandlungsräume sind nach Behandlungsschwerpunkten gestaltet.
Für den Bereich der Bewegungsförderung sind zwei Räume mit unterschiedlichen Bewegungsmedien ausgestattet, besonders spezielle Schaukelgeräte regen die Gleichgewichtsfähigkeiten an, die eine wichtige Basis für eine sichere Motorik sind. Des weiteren stehen zwei Räume für Tätigkeiten am Tisch zur Verfügung. Hier werden unterschiedliche Materialien, wie Ton, Stein, Farbe, Papier, Holz u.a. eingesetzt, die besonders die haptische Erfahrung fördern und die Fingergeschicklichkeit und Visuomotorik der Kinder verbessern. Hinzu kommt bei der Auseinandersetzung mit den Medien die Förderung der Konzentrationsfähigkeit, Handlungsplanung und Selbstständigkeit.

4. Welche Störungen werden behandelt?

Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt eine Verschiebung der Behandlungsschwerpunkte im Bereich der Diagnose „Entwicklungsverzögerung“.

Sind 1999 vorwiegend die entwicklungsauffälligen Kinder vom Kinderarzt zur Ergotherapie überwiesen worden mit so genannten klassischen Auffälligkeiten, wie Entwicklungsstörung in der Grob – und Feinmotorik sowie in der Wahrnehmungsverarbeitung, zeigt der Vergleich zu 2005 eine deutliche Zunahme von Überweisungen vom Facharzt. (Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie)
Diese an uns überwiesenen Kinder zeigen neben den genannten Problemen auch im sozioemotionalen Bereich Entwicklungsauffälligkeiten, wie störendes, schwieriges Verhalten im Kindergarten oder Schule und wenig Kompetenz im Umgang mit Gleichaltrigen. Die Kinder zeigen wenig Bereitschaft für Lerninhalte, weichen Anforderungen aus. Aus dem Alltag berichten die Eltern von Problemen in der Erziehung, es gibt viele Stresssituationen, das Kind macht ihnen viel Mühe. Sie machen sich Sorgen um seine Entwicklung.

Diese Kinder bedürfen einer intensiveren Aufmerksamkeit und Zuwendung bzw. einer gezielten Unterstützung, um mit Erfolg zum Lernen angeregt zu werden und um auch neue Kompetenzen im Sozialverhalten zu erlangen.

Somit beinhaltet die ergotherapeutische Behandlung dieser Kinder neben der gezielten Förderung von Grundlagenfertigkeiten (s. Tabelle) einerseits die Verbesserung der sozio-emotionalen Fähigkeiten und andererseits auch die Anleitung der Eltern, um ihnen neue Handlungsmöglichkeiten für Alltagssituationen mit ihrem Kind zu vermitteln.

Ein Vergleich der klassischen Behandlungsinhalte der Ergotherapie bei Entwicklungsverzögerung mit denen, die mit einer Störung im sozio–emotionalen Bereich einhergehen, zeigt, dass letztere den Einschluss des sozialen Umfeldes erfordert.

Klassische Behandlungsinhalte der Ergotherapie bei Entwicklungsverzögerung	**Behandlungsinhalte bei Entwicklungsverzögerung und Störung im sozio-emotionalen Bereich**
Förderung der altersgerechten sensomotorischen Fähigkeiten (Körperkoordination, Wahrnehmungsverarbeitung)	Förderung der altersgerechten sensomotorischen Fähigkeiten (Körperkoordination, Wahrnehmungsverarbeitung)
Förderung der Visuomotorik und der feinmotorischen Geschicklichkeit	Förderung der Visuomotorik und der feinmotorischen Geschicklichkeit
Förderung der höheren kognitiven Fähigkeiten, wie Konzentration, Ausdauer, Handlungsplanung	Förderung der höheren kognitiven Fähigkeiten, wie Konzentration, Ausdauer, Handlungsplanung
Förderung der Spiel- und Lernfähigkeit	Förderung der Spiel- und Lernfähigkeit
	Erlernen von adäquaten Verhaltensstrategien zur Förderung der Integration
	Erarbeiten von Ressourcen und Erleben von Können, Stärkung des Selbstwerts
	Förderung des Umgangs mit Gleichaltrigen in gezielten Partnersituationen, Kleingruppe
	Elternanleitung
	Beratung Kindergarten/Schule

Tabelle 1: Umfangreichere Behandlungsschritte bei Entwicklungsverzögerungen mit sozio–emotionalen Störungen

Die Elternanleitung umfasst:

- Teilnahme an den Behandlungsstunden, um das Kind in der Förderungssituation zu erleben
- Konkretes Einüben von Förderungsmöglichkeiten unter Anleitung der Therapeutin
- Eltern in ihren Stärken im Umgang mit dem Kind bestärken
- In Gesprächen aktuelle Schwierigkeiten herausarbeiten und Ziele formulieren
- Entwicklung/Fortschritte aufzeigen

Des weiteren ist eine Zusammenarbeit mit Kindergarten oder Schule von Vorteil, um den Transfer der Therapieinhalte zu gewährleisten und gemeinsam Fördermöglichkeiten für das Kind zu erarbeiten.

Die Erfahrung zeigt bei kooperativer Zusammenarbeit der Eltern, Kindergarten, Schule Therapeuten und Arzt, dass eine sehr individuelle Förderung der Entwicklung erreicht werden und eine Veränderung im sozio-emotionalen Bereich des Kindes schneller und langfristiger erzielt werden kann.

Zwei Behandlungsbeispiele sollen den aufgezeigten Unterschied bzw. die Verschiebung der Behandlungsschwerpunkte verdeutlichen:

5. Zwei Fallbeschreibungen

5.1 Klassischer Fall

Luca, 5 ½ Jahre, kommt seit vier Monaten zur Ergotherapie. Im Rahmen der Schultestung war aufgefallen, dass er nicht gut balancieren und auf einem Bein stehen kann. Bei Aufgaben am Tisch rutscht er auf dem Stuhl hin und her. Den Stift wechselt er noch von der rechten in die linke Hand.

Luca lernt nun in der Ergotherapie über spielerische Bewegungsangebote, sein Gleichgewicht besser zu halten. Auf einem schwingenden Brett muss er „Fische fangen“ und ist mit viel Ehrgeiz und Konzentration bei der Aufgabe. Er fällt nicht ins „Wasser“ und hat somit gut mit seinem Gleichgewicht gearbeitet. Im Verlauf der Behandlung werden die Anforderungen natürlich schwieriger, aber die spannenden Aufgaben, die Luca zu bewältigen hat, lassen die Anstrengung in den Hintergrund treten. Nach so einer Aufgabe gelingt das Sitzen und die Arbeit am Tisch auch viel besser. Da Luca sich nun sicherer spürt, ist seine Konzentration auch gesteigert. Im Umgang mit Ton und anderen Werkmaterialien erfährt Luca, dass die rechte Hand am besten die Führung übernimmt.

Die gemachten positiven Erfahrungen werden im Gehirn abgespeichert und im Verlauf der Behandlung mehr und mehr als Grundlage abgerufen. Die Mutter von Luca berichtet aus dem Alltag, dass Luca nun gerne auf dem Spielplatz turnt, auf Mauern balanciert. In seinem Zimmer hat er allein eine Blume aufgemalt und ausgeschnitten und ihr geschenkt.

Die Behandlung wird bei weiterem positivem Verlauf bald abgeschlossen werden.

5.2 Fall mit Störung im sozio-emotionalen Bereich

Dennis, 4,5 Jahre, kommt seit drei Monaten zur ergotherapeutischen Behandlung. Im Kindergarten haben sich im letzten halben Jahr die Probleme zugespitzt. Dennis ist nicht in der Lage mit anderen Kindern zu spielen, er sprengt eher die Spielsituation, indem er den Clown spielt oder Brettspiele/Bauecke verwüstet. Die Aufforderungen der Kindergärtnerin scheint er häufig nicht zu verstehen, lässt sich nicht lenken, macht das, was er möchte. Die Mutter schildert, dass Dennis sich nicht alleine beschäftigen kann und ständig Aufmerksamkeit von ihr fordert. Auch zu Hause zerstöre er viel und sei sehr umtriebig. Auf dem Spielplatz möchte kein Kind mit ihm spielen.

Die Entwicklungsanamnese von Dennis zeigt eine verzögerte Entwicklung in der Motorik, Spielverhalten, Sprache und Kontakt zu Gleichaltrigen.

In einem ersten Gespräch wurden gemeinsam mit der Mutter die aktuellen Schwierigkeiten aufgelistet und nach Priorität geordnet.

Die Diagnostik des Facharztes ergab eine allgemeine Entwicklungsverzögerung, auch der höheren kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration und Ausdauer und eine Störung des Sozialverhaltens.

In den Therapiestunden wurde nun mit Dennis erarbeitet, was er kann, wo sein Entwicklungsstand einzuordnen ist. In der Einzelsituation und bei ganz geringer, klar strukturierter Anforderung war es Dennis möglich sich einzulassen. (z.B. ein Puzzle mit drei Teilen fertig stellen, eine Seite eines Bilderbuches anschauen, im Bewegungsraum einen Vorschlag annehmen, ein Teil mit aufräumen) Die ersten Therapiestunden zeigten deutlich, dass Dennis schnell in einer Überforderungssituation war, aufgrund seiner nicht altersgerechten Entwicklung und als Strategie entwickelt hatte, sich destruktiv zu verhalten.

Über neue Erfahrungen, die Dennis nun angeboten wurden und jeder kleine Erfolg mit viel Lob verstärkt wurde, zeigt Dennis innerhalb der Stunden nach sechs Wochen eine Veränderung in seinem Verhalten: er kann sich schon 15 Minuten mit einer Sache beschäftigen und probiert mit Ehrgeiz das

Lauffahrrad aus und lässt sich nicht entmutigen, nimmt seitens der Therapeutin Vorschläge besser an und verweigert sich nicht mehr so stark. Das destruktive Verhalten zeigt sich bei 30 Minuten Behandlung nur noch zum Ende.

Der Mutter wird in einem zweiten Gespräch verdeutlicht, was ihr Sohn leisten kann und wann er überfordert ist. Sie beobachtet die Stunden hinter der Beobachtungsscheibe und ihr ist klar, dass sie im Alltag die Anforderungen an Dennis stark zurückschrauben muss.

Der Kindergarten ermöglicht, dass Dennis vorerst eine Stunde am ruhigen Nachmittag kommt, um gezielter auf ihn eingehen zu können und positives Verhalten zu verstärken.

Derzeitiger Stand nach drei Monaten Behandlung ist eine deutliche Veränderung der Situation:

Die Kindergartensituation ist entspannter, Dennis schafft drei Stunden am Nachmittag teilzunehmen. Er sei aufmerksamer, beschäftige sich mit Spielen oder Puzzeln am Tisch, spiele in kleinen Sequenzen mit jüngeren Kindern, sei weniger streitsüchtig. Die Kindergärtnerinnen können aufgrund eines Beratungsgespräches Dennis bei Überforderung gezielter unterstützen und sein destruktives Verhalten schneller eingrenzen.

Die Mutter von Dennis berichtet ebenfalls von positiven Veränderungen, hier zeigte ein Hausbesuch, dass es nötig war das Kinderzimmer zu verändern, weniger Möbel, weniger Spielzeug. Eine klare Ordnung bietet Dennis weniger Reizüberflutung. Die Mutter hat mit Dennis einige Spiele geübt und begleitet, die er nun alleine spielen kann.

In der Behandlung sind für Dennis die Wiederholungen von Erlerntem wichtig, er fühlt sich darüber sehr bestätigt.

Im Verlauf ist zu wünschen, dass Dennis Lernanforderung gegenüber offen bleibt, sein positives Verhalten sich stabilisiert. Dennis zeigt bis jetzt, dass er Spaß an konstruktiver Anforderung entwickeln kann und sich über sein Können freut, kooperativer und spielfähiger wird.

Die Mutter und der Kindergarten wünschen sich eine weiterführende Begleitung im Umgang mit Dennis, um die positive Entwicklung weiter unterstützen zu können.

Ebenso wird eine erneute Überprüfung beim Facharzt wichtig sein zur Abtestung der Entwicklungsfortschritte.

Somit wird deutlich, dass die Dauer der Behandlung langfristiger anzusetzen ist, um eine Grundlage für Dennis zu schaffen, die ihm ermöglicht, in seinem Tempo und in seinem Rahmen zu lernen, so dass er sich in seinem Elternhaus und in seinem Umfeld positiv und eigenständig einbringen kann.

MARION LINDBERG-PORTIG

Die differenzierten Möglichkeiten der Jugendhilfe, von ihren gesetzlichen Grundlagen über die vielfältigen fünf individuellen Hilfsmöglichkeiten bis zu der Zusammenarbeit beispielsweise mit dem medizinischen Versorgungssystem werden vorgestellt.
Darüber hinaus gibt der Beitrag einen Eindruck von den Wandlungsprozessen in der Jugendhilfe, wie er sich u. a. in der Diskussion um Sozialraumorientierung und Settingansatz manifestiert. (Beispiel: Gesundheitsförderung in Kitas)

Der Beitrag von Frau Lindberg-Portig wird ergänzt um die Ambulante Erziehungshilfe, wie sie ein Trägerverbund von Wohlfahrtsverbänden in Frechen betreibt. Ein solcher Trägerverbund unterhält auch ein Sozialpädagogisches Zentrum.
Auf Erziehungsberatung als Teil der Jugendhilfe wird im Kapitel 4.5 gesondert eingegangen.

5.5 Fördermöglichkeiten im Rahmen der Jugendhilfe

„Es ist normal, verschieden zu sein“
(eine Aussage, die für alle Bereiche der Jugendhilfe zutreffend ist)

5.5.1 Jugendhilfe in kommunaler Trägerschaft – hier: Pulheim

1. Das Kinder- und Jugendhilfegesetz

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) ist ein Instrument zur Vorbeugung, zur Hilfestellung und zum Schutz von Kindern und Jugendlichen. Die grundlegenden Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe werden in § 1 Abs. 3 des Gesetzes beschrieben:

Danach soll sie:

- junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen
- Eltern bei der Erziehung beraten und unterstützen
- Kinder- und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen
- dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familie sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.

Dabei ist die Kinder- und Jugendhilfe grundsätzlich für alle jungen Menschen zuständig. Für geistig und körperlich behinderte Kinder kommen vorrangig Eingliederungshilfen, die sie zur Überwindung behinderungsbedingter Nachteile erhalten, nach dem Bundessozialhilfegesetz (§ 53 SGB XII) in Betracht.

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz sieht diese spezielle Hilfeform der Gewährung von Eingliederungshilfemaßnahmen nur für die Kinder und Jugendlichen vor, die seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind.

Diese unterschiedlichen Zuordnungen durch den Gesetzgeber führen in der Praxis häufiger zu Rechtsstreitigkeiten der Kostenträger untereinander.

2. Individuelle Hilfen

Das Jugendamt ist als Jugendhilfeträger nach Maßgabe des Sozialgesetzbuches - Achtes Buch (Kinder- und Jugendhilfe) - gesetzlich verpflichtet, eine Reihe individueller Hilfen zu gewähren. Sie umfassen die Hilfen zur Erziehung für Minderjährige und junge Volljährige sowie die Hilfen, die das Kinder- und Jugendhilfegesetz als ‚andere Aufgaben' definiert. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die wesentlichen, im Kinder- und Jugendhilfegesetz definierten individuellen Hilfen.

Hilfen zur Erziehung, Hilfen für junge Volljährige §§ 27-41 KJHG	**Andere Aufgaben** **§§ 42-60 KJHG**
§ 27 Hilfe zur Erziehung	§ 42 Inobhutnahme
§ 28 Erziehungsberatung	§ 43 Erlaubnis zur Kindertagespflege
§ 29 Soziale Gruppenarbeit	§ 44 Erlaubnis zur Vollzeitpflege
§ 30 Erziehungsbeistandschaft/Betreuungshelfer	§ 45 Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung § 46 Örtliche Prüfung
§ 31 Sozialpädagogische Familienhilfe	§ 50 Mitwirkung in den Verfahren vor den Vormundschafts- und den Familiengerichten
§ 32 Erziehung in einer Tagesgruppe	§ 51 Beratung und Belehrung in Verfahren zur Annahme als Kind, Adoptionsverfahren
§ 33 Vollzeitpflege	§ 52 Mitwirkung in Verfahren nach dem Jugendgerichtsgesetz
§ 34 Heimerziehung, sonstige betreute Wohnformen	§ 53 Beratung und Unterstützung von Pflegern und Vormündern § 54 Erlaubnis zur Übernahme von Vereinsvormundschaften §§ 55-56 Beistandschaft, Amtspflegschaft und Amtsvormundschaft
§ 35 Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung	§§ 59-60 Beurkundungen

Tabelle 2: Individuelle Hilfsmöglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe

Die Zuständigkeit des Jugendamtes erstreckt sich sowohl auf die tatsächlichen fachlichen Hilfen als auch auf die Finanzierung der Maßnahmen. Diese sind an unterschiedliche Voraussetzungen geknüpft.

Die Tabelle im Anhang liefert einen Überblick über die wesentlichen Aufgaben der Jugendhilfe nach der Systematik des Kinder- und Jugendhilfegesetzes.

2.1 Hilfen zur Erziehung

Die Hilfen zur Erziehung sind als ein gesetzlich verankertes Leistungsangebot für Familien konzipiert, die eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung ohne Hilfe nicht gewährleisten können. Für die Personensorgeberechtigten besteht gegebenenfalls ein einklagbarer Rechtsanspruch auf die Hilfen. (§27 KJHG)
Art und Umfang der Hilfen orientieren sich am erzieherischen Bedarf des Einzelfalls. Das soziale Umfeld des Kindes oder des Jugendlichen, unter anderem die Familie, die Schule, die Nachbarschaft, und die hier problemverursachenden oder -verschärfenden Faktoren, sollen ebenfalls berücksichtigt werden.
Die verschiedenen Hilfeformen sind insbesondere in den Paragraphen 28 bis 35 des KJHG festgeschrieben. Die Festschreibung der Hilfeformen ist jedoch nicht abschließend, das heißt, grundsätzlich können auch andere pädagogische und therapeutische Maßnahmen entwickelt und gewährt werden.

Dabei nehmen die sogenannten flexiblen Hilfen, die in der Regel ein niederschwelliges, sehr individuelles Angebot beinhalten, einen immer breiteren Raum ein. Die Entwicklung, Vermittlung und fachliche Begleitung dieser Hilfen ist für das Jugendamt zeitaufwändiger, aber in entsprechenden Fällen oft effektiver als die „klassischen“ Hilfen zur Erziehung.

Ein weiterer Effekt ist, dass sie häufig kostengünstiger sind als die nach den Paragraphen 28 KJHG und folgende beschriebenen Leistungen der Jugendhilfe. Die einzelnen Hilfeformen (§§ 28 bis 35 KJHG) sind als Hilfen mit jeweils eigenen fachlichen sozialpädagogischen Wirkungsmöglichkeiten anzusehen und auf Bestimmte familiäre und / oder individuelle Problemkonstellationen ausgerichtet.
Eine Rangfolge in dem Sinne, dass eine intensivere Hilfe eine weniger intensive Hilfeform voraussetzt, gibt es nicht. Sie können einander aber ergänzen oder miteinander verzahnt werden. Entscheidend ist, dass sie konkret gewählte Hilfe im Einzelfall pädagogisch geeignet und notwendig ist. Die Hilfen werden als ambulante, stationäre oder teilstationäre Hilfen gewährt und unterscheiden sich wiederum in familienunterstützende, familienergänzende und familienersetzende Hilfen. Die folgende Tabelle liefert eine Übersicht über die Kategorien der Hilfen zur Erziehung.

Hilfen zur Erziehung	stationäre Hilfen	ambulante Hilfen
familienersetzende Hilfen	Heimerziehung	Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung
	Vollzeitpflege	Betreutes Wohnen (nur über Tag)
familienergänzende Hilfen	gemeinsame Wohnformen für Mütter / Väter und Kinder	Tagesgruppe/ Familienpflege
familienunterstützende Hilfen		Erziehungsberatung
		Erziehungsbeistandschaft / Betreuungshelfer
		Flexible Hilfen
		Soziale Gruppenarbeit
		Sozialpädagogische Familienhilfe

Tabelle 3: Formen der Erziehungshilfen

Alle Hilfen zur Erziehung erfordern ein **Hilfeplanverfahren**. Im Rahmen dieses Verfahrens verständigen sich alle Betroffenen (dies sind die Eltern, die Kinder, das Jugendamt und die freien Träger) regelmäßig über Zielsetzung, Art und Umfang der Hilfe. Die Erziehungshilfe wird als Dienstleistung verstanden, in der Familien, Kinder und Jugendliche als gleichberechtigte Partner bei der Realisierung von Leistungen anzusehen sind.

2.2 Erziehungsberatung

Die Erziehungsberatung unterstützt Kinder, Jugendliche und Eltern bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und bei der Lösung von Erziehungsfragen. Sie begleitet die Eltern beim Prozess der Familienbildung, bei Problemen eines Kindes selbst, ebenso wie bei Schwierigkeiten, die Eltern mit ihrem Kind haben. Erziehungsberatung rückt methodisch die Interaktion innerhalb der Familie in das Zentrum der Aufmerksamkeit.

Im Jugendamt Pulheim bietet das Beratungszentrum die Erziehungsberatung in städtischer Trägerschaft an.

2.3 Erziehungsbeistandschaft

Die Erziehungsbeistandschaft unterstützt Kinder oder Jugendliche bei der Bewältigung von Entwicklungsproblemen und fördert unter Erhaltung des Lebensbezugs zur Familie ihre Verselbständigung. Dabei wird das soziale Umfeld miteinbezogen.
Erziehungsbeistandschaften sind in der Regel längerfristig angelegt. Stehen bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen die Beziehungen zwischen Eltern und Kindern bzw. Jugendlichen, schulische Probleme des Kindes oder des Jugendlichen sowie andere soziale Bezüge des Minderjährigen, beispielsweise der Freundeskreis, im Mittelpunkt der regelmäßigen Beratungs- und Betreuungskontakte, so zielt die Arbeit mit älteren Jugendlichen vorwiegend auf eine Verselbständigung ab.
Im Jugendamt Pulheim bietet das Beratungszentrum die Erziehungsbeistandschaften in städtischer Trägerschaft an.

2.4 Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH)

Die Sozialpädagogische Familienhilfe unterstützt Familien bei der Bewältigung von Alltagsproblemen und der Lösung von Konflikten und Krisen durch intensive Betreuung und Begleitung und fördert die Selbsthilfe. Sie ist in der Regel auf einen längeren Zeitraum angelegt und erfordert die Mitarbeit der Familien. Die Sozialpädagogische Familienhilfe versteht sich als eine sehr intensive Form der ambulanten Hilfen zur Erziehung. Sie fördert die ganze Familie in Ihrem Lebensalltag und vollzieht sich im alltäglichen Umfeld der Familie.
Im Jugendamt Pulheim bietet das Beratungszentrum die Sozialpädagogische Familienhilfe in städtischer Trägerschaft an.

2.5 Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (INSPE)

Die INSPE hat die Verselbständigung von Jugendlichen zum Ziel und die Integration in Schule und Ausbildung. Das Jugendamt Rhein-Erft-Kreis ist Träger der Maßnahmen.

3. Der Hilfebedarf im Wandel

3.1 Steigender Förderbedarf

Deutlich zu nimmt der Hilfebedarf von Kinder, die nicht behindert im Sinne der Legaldefinition sind, sondern aus anderen Gründen einer besonderen Förderung bedürfen. Nach einer Verlautbarung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin nehmen die Gesundheitsrisiken von Kindern und Jugendlichen in Deutschland und daraus resultierende Entwicklungsstörungen wegen dramatischer gesellschaftspolitischer und sozioökonomischer Veränderungen zu. Besonders alarmierend sei, dass bei immer mehr Kindern Sprachdefizite, motorische Störungen, Verhaltensprobleme, Entwicklungsstörungen, aber auch komplexe Erkrankungen aufgespürt werden.

Belegt ist demnach mittlerweile auch, dass Entwicklungsauffälligkeiten und Störungen gerade bei Kindern aus sozial schwachem und unterversorgten Milieu oder auch bei Kindern aus Migrantenfamilien drastisch zunehmen. Bei diesen „Risiko“- Familien führe die in vielen Fällen vorhandene soziale Benachteiligung auch zu einer Zunahme an emotionalen Störungen und psychischen Erkrankungen. (Quelle: Fachdienst der Lebenshilfe 1/05) Hinzu kommen Kinder- und Jugendliche in belasteten Lebenssituationen, deren Familien Unterstützungsangebote der Jugendhilfe benötigen. (unverschuldetes Versagen der Eltern, Vernachlässigung, Gewalt, sexueller Missbrauch)

Die jüngsten Forschungsergebnisse, vor allem die 13. und 14. Shell-Jugendstudie und die nordrhein-westfälische Jugendstudie „Null Zoff und voll busy" beschreiben die Generation der jungen Menschen als eine, die eher pragmatisch und zielorientiert an ihre Zukunft herangeht und weitgehend optimistisch in ihre persönliche Zukunft blickt. Sie setzen auf gute Bildungsabschlüsse und verfügen über eine hohe Kommunikations- und Kontaktfähigkeit. Ihre eigenen Zukunftserwartungen werden von ambivalenten Gefühlen und Hoffnungen bestimmt. Sie akzeptieren zwar erwachsene Vorbilder und Experten, trauen aber Autoritäten der Erwachsenen-Generation nicht viel zu. Wichtig ist ihnen die private Welt der Familie. Aus eigener Erfahrung wissen sie, dass diese Ordnung auch sehr eng und zerbrechlich sein kann. Sie genießen einerseits das Jungsein, verbunden mit Erlebnis- und Lebenslust; andererseits sehen sie aber auch, wie gefährdet sie als Individuum sind und berichten von Stress, psychosomatischen Störungen, chronischen Krankheiten, von Situationen als soziale Außenseiter, Leistungsversagen etc..

3.2 Agenda 2010

Die Sozialreformen der Agenda 2010 verändern Rahmenbedingungen und Organisationsformen berufsbezogener Jugendsozialarbeit und kündigen einen Wandel in den beschäftigungsorientierten Fördersystemen an, der weitgehende Auswirkungen auf die Gestaltung und Organisationsstrukturen der berufsbezogenen Förderung von jungen Menschen haben wird. Im Kern führen die Sozialreformen im Bereich der Förderung von benachteiligten Jugendlichen dazu, dass ein stärkerer Bezug zu den Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt hergestellt und das Lernen stärker mit betrieblichen Realitäten verbunden wird.
Für die Organisation der Bildungsprozesse im Rahmen der Jugendsozialarbeit bedeutet dies, ihre Scharnierfunktion für Benachteiligte an der Schnittstelle Schule/Beruf zu überprüfen bzw. neu zu definieren. Hierbei ist vor allem anderen erforderlich, in der aktuellen Phase der Umsetzung der gesetzlichen Regelungen in einen intensiven Diskussionsprozess mit den Verantwortlichen für die Bereiche Schule, Arbeitsmarktpolitik und Wirtschaft einzutreten. Aufgrund der Zielstellung, die Sozialreformen an den Bedürfnissen vor Ort praktisch auszurichten, kann es keine generell gültige Aussage darüber geben, wie sich der jugendhilfeorientierte Teil der Jugendsozialarbeit vor Ort in Kooperation mit den anderen Partnern platziert. Aus Sicht der Landesregierung kann festgestellt werden, dass es auch zukünftig eines eigenständigen Jugendhilfeangebots im Übergang von der Schule in den Beruf bedarf und dass dieses eine stark präventive Ausrichtung haben sollte.

3.3 Armut und Exklusion

Für einen Teil der Kinder und Jugendlichen sind die Lebenslagen durch kumulierte soziale Teilhabebeschränkungen geprägt. Sie wachsen in erheblich belasteten sozialen Verhältnissen auf, ein gesellschaftlich integriertes Leben mit Zukunftschancen ist für sie deutlich eingeschränkt. Häufig handelt es sich um Multiproblemlagen, die zu einem „sozialen Ausschließungszirkel“ führen. Auch für Nordrhein-Westfalen gilt, dass Kinder und Jugendliche bis zum 17. Lebensjahr im Vergleich zu anderen Altersgruppen ein deutlich höheres Armutsrisiko haben, insbesondere Kinder nicht-deutscher Staatsbürgerschaft. Armut steht häufig in einem engen Zusammenhang zu bestimmten Familienformen. Zu den besonderen Risikogruppen gehören Kinder und Jugendliche aus Familien mit drei und mehr Kindern und Kinder von Alleinerziehenden.

In der Jugendhilfe zeigen sich die Multiproblemlagen beispielsweise in der Prophylaxe zur Jugendgerichtshilfe, dort ist eine Steigerung von fast 90 % angegeben (absolute Zahlen: von 38 auf 72 Fälle/ 2003 – 2004.) Bei der Trennung- und Scheidungsberatung beträgt der Zuwachs von 2003 auf 2004 absolut 59 Fälle (=42,5%).

Besonders auffällig ist die Zunahme der Sozialhilfefälle von Kindern und Jugendlichen bis 21 Jahre im Vergleich 2003 / 2004: durchschnittlich für Gesamt Pulheim liegt eine Steigerung von 24,8 % vor, wobei eine stadtteilspezifische Streuung von 11 – 74 % zu verzeichnen ist.

Demgegenüber ist Pulheim die Kommune im Rhein-Erft-Kreis mit der geringsten Arbeitslosenquote: absolut sind die Zahlen von 1.377 im Jahre 2002 auf 1.641 und im Jahr 2004 mit 1.667 Arbeitslosen in der Stadt Pulheim um lediglich 157 gestiegen, wobei der Anteil der Arbeitslosenhilfequote sogar leicht zurückgegangen ist von 31,8% auf 30,7 %. (Quelle: Agentur für Arbeit: 2003)

Diese Zahlen können dahingehend interpretiert werden, dass Kinderarmut ein steigendes Problem auch in relativ gutsituierten Kommunen wird.

Die Folgen von Armut sind für Kinder gravierend und sie selbst sind hilflos. Deshalb bedarf es eines kindgerechten Armutsbegriffs, der unterschiedliche Dimensionen von Armut einbezieht. Er muss sowohl die materielle, immaterielle, seelisch-emotionale, geistig-kulturelle Armut als auch die mangelhafte Basisversorgung und Bildungsbenachteiligung umfassen. Auch erleben Kinder Gewaltbeziehungen, erfahren selbst Gewalt oder werden sexuell missbraucht. Dabei ist eine Belastung dieser Kinder oft in mehrfacher Hinsicht gegeben.

3.4 Zusammenarbeit mit dem medizinischen Versorgungssystem

Weniger im Blick aktueller Entwicklungen, dennoch aber eine zentrale Schnittstelle im Alltag der Kinder- und Jugendhilfe ist die Zusammenarbeit mit dem medizinischen Versorgungssystem. Erfahrungen, z. B. in der Drogenberatung, liegen seit langem vor. Vor dem Hintergrund der Bedeutung einer Früherkennung und der Abwendung einer drohenden seelischen Behinderung gewinnt das Zusammenwirken in diesem Bereich zunehmend an Wichtigkeit. So ist das medizinische Versorgungssystem in der Regel das erste Unterstützungssystem, mit dem Eltern und Kinder in Kontakt kommen. Bei den gesetzlich geregelten Vorsorgeuntersuchungen U-1 bis U-9 wird ab der Geburt regelmäßig untersucht, ob das Kind sich altersgerecht entwickelt. In Nordrhein-Westfalen nehmen an den ersten sechs Untersuchungen die überwiegende Zahl der Kinder teil, bei den späteren Untersuchungen lässt die Teilnahme allerdings nach. Durch ein Zusammenwirken, insbesondere zwischen den Tageseinrichtungen für Kinder und den pädiatrischen Diensten, können frühzeitig Entwicklungsauffälligkeiten oder körperliche Störungen erkannt und auf entsprechende Hilfsmöglichkeiten hingewiesen bzw. angeboten werden. Hier besteht nach Auffassung der Landesregierung aber noch intensiver Handlungsbedarf, insbesondere in der Zusammenarbeit mit den Kinderärzten.

Mit der Einfügung des §35a „Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche“ in das SGB VIII wurde die Notwendigkeit zur Kooperation der Kinder und Jugendhilfe mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch gesetzlich verankert. Danach soll, wenn gleichzeitig Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfen nach § 35a erforderlich sind, bei der Aufstellung und Änderung des Hilfeplanes sowie bei der Durchführung der Hilfe gemäß § 36 Abs. 3 SGB VIII auch eine Ärztin bzw. ein Arzt mit besonderer Erfahrung in der Hilfe mitwirken. Gerade in jüngster Zeit zeigt sich immer deutlicher, dass eine Zusammenarbeit auf diesem Gebiet zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen unerlässlich ist. Vor allem das Entstehen von Störungen im Prozess des Aufwachsens (so z. B. das sog. ADHS-Syndrom) erfordert rechtzeitige und zielgenaue Hilfe, die die Kinder - und Jugendhilfe oder die Schule allein nicht sicherstellen kann.

3.5 Tageseinrichtungen als Orte der präventiven Gesundheitsförderung

Auch zur Arbeit der Erzieherinnen in den Tageseinrichtungen gehört es zunehmend, Kinder in schwierigen Lebenslagen zu unterstützen. Kinder müssen stark gemacht werden, damit sie sich mit den ihnen begegnenden Risiken auseinandersetzen können. Hierfür werden im Kindergarten wichtige Grundlagen gelegt. Als wachsende Herausforderung hat sich die Gesundheitserziehung herausgebildet. Es gibt kaum eine Tageseinrichtung, die sich dem Thema nicht widmet. Wenn Kinder in ihren körperlichen, psychischen und sozialen Ressourcen gestärkt werden sollen, ist die Gesundheitsförderung eine zentrale Bedingung. Die richtige Ernährung, der Abbau von Bewegungsarmut, die Förderung einer gesunden Lebensweise sind Anforderungen, die zum Gesamtkonzept des Kindergartens gehören.

Unterstützt wird dieser Prozess insbesondere durch das Landesprogramm OPUS, das sich inzwischen zum „Netzwerk Bildung und Gesundheit“ entwickelt hat. In einer gemeinsamen Broschüre des Netzwerkes und des MSJK „Gesunde Kinder in NRW. Gesundheitsförderung im Elementarbereich“, die im Herbst 2004 erschienen ist, werden Erzieherinnen und Erzieher in Tageseinrichtungen über die Möglichkeiten der Gesundheitserziehung informiert. (Quelle: 8. Kinder- und Jugendbericht der Landesregierung Nordrhein-Westfalen, März 2005)

4. Wandel der Arbeit im Jugendamt – Neue Kooperationsformen mit Sozialraumorientierung

Im Jugendamt spiegeln sich die beschriebenen Erkenntnisse in der Zunahme von Fallzahlen wieder, die trotz „demografischem Wandel" zu verzeichnen sind. Hinzu kommt das Erfordernis, immer mehr Angebote zu vernetzen.

Damit einher gehen auch neue Möglichkeiten (z. B. „Soziale Frühwarnsysteme“) für die Arbeit mit Familien zu finden. Sozialraumorientierte Konzepte, auch als Vernetzung zwischen Jugendhilfe, Schulen, Gesundheitsdiensten, Polizei, Sportverbänden, sind eine wesentliche Grundlage für Prophylaxe-Maßnahmen. Während in größeren Städten Stadtteilbüros einen organisatorischen Mittelpunkt bilden, werden vom Jugendamt Pulheim Stadtteilkonferenzen durchgeführt.

Zunehmend an Bedeutung gewinnt das Kooperationsprojekt zwischen Schule und Jugendhilfe „Offene Ganztagsschule im Primarbereich“. Beide Systeme fangen an, sich zu öffnen und aufeinander zuzugehen.
Die Angebotsstruktur der Schulen hat direkte Auswirkung auf die Kinder- und Jugendhilfe. Teilweise werden Schulen im sozialpädagogischen Bereich durch Schulsozialarbeit unterstützt.
In Pulheim hat die enge Zusammenarbeit mit der Förderschule vor Ort dazu geführt, dass in Einzelfällen Heimunterbringungen von Kinder vermieden werden konnten. [unter dem Kapitel: Sonderpädagogischer Förderbedarf ist unter 3.8.3 die Schulbeschreibung zu finden]

In anderen Fällen sind Kinder nicht mehr in der Lage, im größeren Klassenverband der Regelschule dem Unterricht zu folgen, so dass Hilfe zur Erziehung im anerkannten Tagesinternat für Jugendliche mit besonderer Problematik in den Bereichen des Lernens und der Beziehung gezielt zeitliche befristet einsetzt. Das Konzept umfasst erzieherische, psychologische und therapeutische Hilfen in einer Einrichtung aus einer Hand.

Eine andere Form der Hilfe zur Erziehung, die Tagesgruppe, fördert Kinder, deren Eltern eine ausreichende Erziehung, Versorgung und Entwicklungsförderung nicht sicherstellen können und zu

deren Unterstützung ambulante Hilfen nicht ausreichen. Bei Kindern, Jugendlichen und deren Familien in besonders schwierigen Lebenssituationen ist die Hilfe in einer heilpädagogischen Tagesgruppe erforderlich. In Einzelfällen, in denen die teilstationäre Ergänzung zum Besuch der Regelschule oder der Sonderschule nicht oder nicht mehr ausreicht, bietet die vollstationäre Unterbringung an fünf oder sieben Tagen in einem Heim die einzige Möglichkeit, eine ausreichende Förderung zu gewährleisten. Jede Hilfe zur Erziehung wird unter Berücksichtigung fachlicher Aspekte in einem Hilfeplanverfahren von allen Beteiligten entwickelt. Dabei steht bei jeder vollstationären Hilfeleistung als Ziel entweder die Rückführung ins Elternhaus oder die Verselbständigung im Vordergrund. Beispielhaft ist die Kurzfassung der Leistungsbeschreibung des Hauses St. Gereon, der einzigen Jugendhilfeeinrichtung im Rhein-Erft-Kreis. [Im Kapitel 3.8.3 zu finden]

5. Leitlinie: Frühzeitige Förderung - auch zur Kostenersparnis

Hilfe und Unterstützung frühzeitig zu entwickeln ist der einzig mögliche Weg, um Kinder optimal zu fördern.

Das Jugendamt Pulheim sucht den ersten Kontakt zu jungen Eltern nach der Geburt eines Kindes durch das Übersenden von „Elternbriefen“ und einem Wegweiser mit den Angeboten des Jugendamtes. Für Kinder unter drei Jahren besteht ein breites Angebot an Spiel- und Krabbelgruppen; dabei werden von dem freien Träger „Hand in Hand“ auch behinderte Kinder in der Spielgruppe aufgenommen. Die Zusammenarbeit mit den Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren im Rhein-Erft-Kreis und in Köln führt dazu, dass frühzeitig zu den integrativen Gruppen der Kindertageseinrichtungen mit Beginn des Kindergartenalters vermittelt wird. Da Reihenuntersuchungen in den Kindertageseinrichtungen vom Gesundheitsamt nicht durchgeführt werden können, hat das Jugendamt Pulheim jetzt angeregt, Sprechstunden durch den Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes in den Kindertagesstätten anzubieten.
Die pädagogische Arbeit der Entwicklungsförderung in den Kindertagesstätte wird im Rahmen der Bildungsvereinbarung dokumentiert sowie Sprachförderung für Kinder mit Migrationshintergrund vor der Einschulung gezielt angeboten.

Im Rhein-Erft-Kreis sollte die Abstimmung von Maßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit sowie die Zusammenarbeit der Beratungsstellen zu Unterstützung von Menschen mit (drohender) Behinderung und ihren Familien verbessert werden. Die sachliche Zuständigkeit liegt überwiegend im Bereich der Rhein-Erft-Kreis -Verwaltung (Sozialamt und Gesundheitsamt) und bei der gemeinsamen Servicestelle (im Rhein-Erft-Kreis der Bundesknappschaft zugeordnet), so dass es wünschenswert ist, wenn von dort aus die örtlichen Jugendämter einbezogen würden.
Der Ausbau der kinder- und jugendpolitischen Infrastruktur hat in den letzten 20 Jahren die Kostenentwicklung in der Kinder- und Jugendhilfe stark beeinflusst. Der Ausbau der Plätze für Kinder in Tageseinrichtungen, stärkere Inanspruchnahme der Hilfen zur Erziehung und auch die Entwicklung in den Hilfeleistungen nach § 35 a SGB VIII haben z. T. zu einer Überforderung der Kommunen geführt. Viele Kommunen sind an die Grenze ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit geraten.
Die Notwendigkeit der Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe wird daher auch unter diesem Aspekt eingeschätzt werden müssen. Dabei wird aber ebenso wichtig sein deutlich zu machen, dass Investitionen in die Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere in der Prävention und Bildungs- und Erziehungsförderung, auch letztlich ein kostenentlastender Faktor sind, die sich an anderer Stelle auszahlen werden.

(Quelle: 8. Kinder - und Jugendbericht der Landesregierung NW/März 2005)

Anhang: Überblick über die wesentlichen im Kinder- und Jugendhilfegesetz definierten Aufgaben der Jugendhilfe

Leistungen der Jugendhilfe §§ 11 – 41				Andere Aufgaben der Jugendhilfe §§ 42 - 60				
Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit, Erzieherischer Kinder- und Jugendschutz §§ 11 - 15	Förderung der Erziehung in der Familie §§ 16 - 21	Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Kindertagespflege §§ 22 – 24a	Hilfe zur Erziehung, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, Hilfe für junge Volljährige §§ 27 - 41 (s. Seite)	Vorläufige Maßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen § 42	Schutz von Kindern und Jugendlichen in Kindertagespflege, Vollzeitpflege und in Einrichtungen §§ 43 - 49	Mitwirkung in gerichtlichen Verfahren §§ 50 - 52	Beistandschaften Pflegschaften Vormundschaften für Kinder und Jugendliche, Auskunft über Nichtabgabe von Sorgeerklärungen §§ 52 - 58	Beurkundungen, Beglaubigung, vollstreckbare Urkunden §§ 59 – 60
Jugendarbeit § 11 Förderung der Jugendverbände § 12 Jugendsozialarbeit § 13 Erziehe-rischer Kinder- und Jugendschutz § 14 Landesrechtsvorbehalt § 15	Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie § 16 Beratung in Fragen der Partnerschaft Trennung und Scheidung § 17 Beratung und Unterstützung bei der Ausübung der Personensorge und des Umgangsrechts § 18 Gemeinsame Wohnformen für Mütter/ Väter und Kinder § 19 Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen § 20 Unterstützung bei notwendiger Unterbringung zur Erfüllung der Schulpflicht § 21	Grundsätze der Förderung § 22 Förderung in Tageseinrichtungen § 22a Förderung in Kindertagespflege § 23 Inanspruchnahme von Tageseinrichtungen und Kindertagespflege § 24 Übergangsregelung für die Ausgestaltung des Förderungsangebots § 24a	Hilfe zur Erziehung §§ 27-35 Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche § 35a Gemeinsame Vorschriften §§ 36-40 Hilfe für junge Volljährige, Nachbetreuung § 41	Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen § 42	Erlaubnis zur Kindertagespflege § 43 Erlaubnis zur Vollzeitpflege § 44 Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung § 45 Örtliche Prüfung § 46 Meldepflicht § 47 Tätigkeitsuntersagung § 48 Sonstige betreute Wohnformen § 48a Landesrechtsvorbehalt § 49	Mitwirkung in Verfahren vor den Vormundschafts- und den Familiengerichten § 50 Beratung und Belehrung in Verfahren zur Annahme als Kind § 51 Mitwirkung in Verfahren nach dem Jugendgerichtsgesetz § 52	Beratung und Unterstützung bei Vaterschaftsfeststellungen und Geltendmachung von Unterhaltsansprüchen § 52a Beratung und Unterstützung von Pflegern und Vormündern § 53 Erlaubnis zur Übernahme von Vereinsvormundschaften § 54 Beistandschaft, Amtspflegschaft und Amtsvormundschaft § 55 - 56	Beurkundungen und Beglaubigungen § 59 Vollstreckbare Urkunden § 60

Tabelle 4: Überblick über die im Kinder- und Jugendhilfegesetz definierten Aufgaben der Jugendhilfe

Hilfe zur Erziehung, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, Hilfe für junge Volljährige §§ 27 - 41			
Hilfe zur Erziehung §§ 27 - 35	Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche § 35a	Gemeinsame Vorschriften für die Hilfe zur Erziehung und die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche §§ 36 - 40	Hilfe für junge Volljährige, Nachbetreuung § 41
Hilfe zur Erziehung (einschließlich individueller Hilfen) § 27 Erziehungsberatung § 28 Soziale Gruppenarbeit § 29 Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer § 30 Sozialpädagogische Familienhilfe § 31 Erziehung in einer Tagesgruppe § 32 Vollzeitpflege § 33 Heimerziehung, sonstige betreute Wohnformen § 34 Intensive Sozialpädagogische Einzelbetreuung § 35	Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche § 35a	Mitwirkung, Hilfeplan § 36 Zusammenarbeit bei Hilfen außerhalb der eigenen Familie § 37 Vermittlung bei der Ausübung der Personensorge § 38 Leistungen zum Unterhalt des Kindes oder des Jugendlichen § 39 Krankenhilfe § 40	Hilfe für junge Volljährige, Nachbetreuung § 41

Tabelle 5: Hilfe zur Erziehung, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, Hilfe für junge Volljährige

WILLI ZEPP

Die differenzierten Möglichkeiten der Jugendhilfe, von ihren gesetzlichen Grundlagen über die vielfältigen fünf individuellen Hilfsmöglichkeiten bis zu der Zusammenarbeit beispielsweise mit dem medizinischen Versorgungssystem wurden im vorangehenden Kapitel 5.5.1 vorgestellt.
Einen weiteren Eindruck von den Wandlungsprozessen in der Jugendhilfe, wie er sich in der Diskussion um Sozialraumorientierung und Setting-Ansatz manifestiert (Beispiel: Gesundheitsförderung in Kitas) gibt der folgende Beitrag. Hier wird die Ambulante Erziehungshilfe, wie sie ein Trägerverbund von Wohlfahrtsverbänden in Frechen betreibt, vorgestellt. Dieser Trägerverbund unterhält auch ein Sozialpädagogisches Zentrum.

5.5.2 Jugendhilfe in verbandlicher Trägerschaft

1. Ambulante Erziehungshilfen im Rhein-Erft-Kreis – Beispiel Frechen

In enger Zusammenarbeit mit den zuständigen Jugendämtern unterstützen die ambulanten Erziehungshilfen Familien in Krisen und bei unterschiedlichen Problemlagen:

- Stress in der Familie
- Erziehungsprobleme
- Schulprobleme
- Trennungssituationen
- Schwierigkeiten mit Behörden,
- Finanzen, Arbeitsplatz,
- Frust mit Ausbildung und Freizeit

Hierbei stehen immer die Bedürfnisse und Perspektiven der Kinder und Jugendlichen im Mittelpunkt.

2. Gesetzliche Grundlagen

- SGB III / KJHG - §§ 27 – Hilfen zur Erziehung
- § 30 – Erziehungsbeistandschaft
- § 31 – Sozialpädagogische Familienhilfe
- § 34 – Betreutes Wohnen
- § 32 – Tagesgruppe

3. Trägerschaft / Organisationsform

3.1 Trägerverbund bei der Familienhilfe Frechen:

- Caritasverband für den Rhein-Erft-Kreis
- Der Paritätische für den Rhein-Erft-Kreis
- Lazarus-Hilfswerk in Deutschland e.V.
- Sozialdienst Kath. Frauen und Männer für den Rhein-Erft-Kreis

3.2 Trägerverbund beim Sozialpädagogischem Zentrum:

- Amt für Diakonie Köln
- Arbeiterwohlfahrt im Rhein-Erft-Kreis
- Der Paritätische für den Rhein-Erft-Kreis

4. Die Familienhilfe Frechen und das Sozialpädagogische Zentrum bieten folgende Leistungen an:

Ambulante Erziehungshilfen

- Beratung in sozialen Problemlagen
- Konkrete Unterstützung bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben und Krisen
- Unterstützung von Jugendlichen beim Übergang zum Erwachsenwerden/ Betreutes Wohnen
- Familientherapeutische Beratung/ Gespräche mit den Familien, Paaren und Einzelnen
- Verschiedene Gruppenangebote, z.B. Kinder-, Frauen- und Mutter-Kindergruppe

Das Sozialpädagogische Zentrum unterhält zusätzlich eine Tagesgruppe:

- Aufnahme von Kindern im Alter von 7 -12 Jahren, wenn ambulante Beratung und Unterstützung nicht ausreichen
- Ganztagsbetreuung (Mo-Fr) mit Einzel- und Kleingruppenförderung
- Neues Lernfeld für Kinder
- Intensive Elternarbeit
- Zeitweilige Entlastung der Familie, um neue Problemlösungsmöglichkeiten zu erarbeiten
- Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld, besonders den Schulen

Die Tagesgruppe ist nicht nur eine Betreuung des Kindes über Tag, sondern eine Hilfe für die ganze Familie.

Betreut werden die Familien von Frauen und Männern mit

- Ausbildungen in der Diplom-Sozialarbeit, Diplom-Sozialpädagogik, Diplom-Pädagogik und Erzieher (Tagesgruppe)
- unterschiedlichen therapeutischen Zusatzausbildungen (die meisten in Familientherapie)
- vielfältigen Fortbildungen
- einem breiten Feld an Berufserfahrungen
- in unterschiedlichem Alter

Adressen / Kontaktaufnahme:

Familienhilfe Frechen

Koordinationsbüro beim Paritätischen Wohlfahrtsverband für den Erftkreis
Franz Hennes Straße 3
50226 Frechen
Telefon: 02234 185721
Telefax: 02234 185711
E-mail: zepp@paritaet-nrw.org

Sozialpädagogisches Zentrum

Adenauer Str. 23a
50169 Kerpen
Telefon: 02273 - 940623 – 24
Telefax: 02273 - 940625

Tagesgruppe

Ichendorfer Str. 3
50169 Kerpen
Tel. und Fax: 02273 - 941673

Alle Beratungen sind für die Familien kostenlos und vertraulich.

5.6 Hilfen im Gesundheitsamt und Sozialamt der Kreisverwaltung

Innerhalb der Kreisverwaltung des Rhein-Erft-Kreises befasst sich das Gesundheitsamt mit der Förderung Behinderter neben dem Jugendamt und mit dem Jugendärztlichen Dienst. (teilweise auch mit dem amtsärztlichen Dienst)
Das Sozialamt ist mit der Bewilligung der Eingliederungshilfe für behinderte Kinder und Jugendlicher befasst. Dabei liegt die Zuständigkeit (insbesondere für die Kostenübernahme) für seelische und soziale Störungen beim Jugendamt, die für körperliche und geistige Behinderung ist beim Sozialamt angesiedelt.
Angesichts der Schwierigkeit, Behinderungsarten im Einzelfall sauber voneinander zu trennen, ist durch diesen Kompetenzwirrwarr für die Eltern und ihre Kinder oft keine eindeutige Zuständigkeit von Ämtern erkennbar. (Zu weiteren Auswirkungen – Rechtsstreitigkeiten der Kostenträger – vgl. Marion Lindberg-Portig im Kapitel 5.5)

Ein nicht zu unterschätzender Teil der Arbeit dürfte die Beratung und die Abstimmung darüber sein, wer zuständig ist. Der Dokumentationsbogen im Anhang zeigt, in welcher Weise die MitarbeiterInnen wiederum kontrolliert werden.

JANINA TUCHSCHERER

5.6.1 Behindertenberatung im Gesundheitsamt

1. Behindertenberatung als Pflichtaufgabe im Gesundheitsamt

Die Behindertenberatung des Gesundheitsamtes zwecks Heil- und Eingliederungsmaßnahmen ist eine Pflichtaufgabe lt. ÖGD- Gesetz und leitet sich wesentlich aus den §§ 125 und 126 des BSHG ab.

1.1 Behinderung nach dem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)

Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

1.2 Aufgaben

Die Behindertenberatung des Rhein-Erft-Kreises im Gesundheitsamt berät Behinderte und ihre Angehörigen und sucht nach individuellen Lösungswegen unter anderem bei:

- Integrationsmöglichkeiten
- zukunftsorientierter Lebensplanung
- allgemeinen Eingliederungshilfen
- medizinischen Heil- und Hilfsmitteln
- Früh- und schulischer Förderung
- beruflichen Eingliederungshilfen
- Vermittlung von Hilfsangeboten Dritter
- Fragen nach Finanzierungswegen
- behindertengerechten Wohnmöglichkeiten und Umbauten
- Unterbringungsmöglichkeiten (ambulant, stationär)
- Koordinierung von Mehrfachhilfen
- allgemeiner Beratung zur Pflegebedürftigkeit

Dieses ist nur ein Teil der Beratungsangebote. Wir kooperieren für die Behinderten mit verschiedenen Ämtern und Einrichtungen, z. B. Sozialamt, Jugendamt, sozialärztliche Diensten, Fachärzten, Sonderschulen, Sonderkindergärten, Kurkliniken, Rehabilitationseinrichtungen, Fachkliniken, BfA, LVA, Versicherungsämtern etc..

Wir bieten bedarfsorientierte Hilfen und Unterstützungen von Selbsthilfegruppen, Vereinen, Einrichtungen, Institutionen und Förderung ehrenamtlicher Aktivitäten zur Integration von Menschen mit Behinderung.

Da die Zahl der Hilfebedürftigen durch Behinderung und der zahlreichen Hilfs- und Förderangebote für Menschen mit Behinderung stetig steigt, ist die Behindertenberatung des Gesundheitsamtes bemüht, die Anliegen der Hilfebedürftigen, welche die Behindertenberatung aufsuchen, von dieser Stelle aus zu koordinieren, um den Hilfebedürftigen einen Weg durch verschiedene Ämter und Einrichtungen zu ersparen.

ROTRAUT STOCK

5.6.2 Sprechstunde des jugendärztlichen Dienstes

In der Sprechstunde des jugendärztlichen Dienstes werden regelmäßig Kinder mit Entwicklungsstörungen oder Behinderungen vorgestellt. Ein großer Teil dieser Untersuchungen erfolgt auf Anfragen der zuständigen Sozialämter hin. Dabei geht es meist um Kostenübernahmen für Maßnahmen der Eingliederungshilfe (§a53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII), z. B. eine Betreuung durch das Frühförderzentrum oder die Aufnahme in eine heilpädagogische oder integrativ arbeitende Tagesstätte. Zur Beurteilung werden nach Möglichkeit bereits vorhandene Befunde anderer Untersucher wie Kinderkliniken, dem betreuenden niedergelassenen Kinderarzt oder einem SPZ mit herangezogen. In diesem Zusammenhang finden selbstverständlich auch Beratungen zur notwendigen Förderung statt sowie bei Kindern vom Schulalter an solche zur Schullaufbahn.

Für einige Kinder wird von den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten ein Antrag auf Pflegegeld gestellt, da ihre Behinderung oder eine chronische Krankheit einen deutlich höheren Pflegeaufwand erforderlich machen, als er für gesunde gleichaltrige Kinder notwendig ist. Auch die hierfür notwendigen Gutachten werden in der Regel vom jugendärztlichen Dienst erstellt.

Aus der nachfolgenden Tabelle geht die Anzahl der **sozialmedizinischen Untersuchungen** hervor, die im Jahre 2004 in den Sprechstunden des jugendärztlichen Dienstes durchgeführt wurden.

Frühförderung	173
Aufnahme in heilpädagogische oder integrative Gruppe	108
Kosten für Transporte, Zivildienstleistende	43
Heimunterbringung	15
Pflegegeld	5
Sonstige	76
Summe der Untersuchungsvorgänge	**420**

Tabelle 6: Sozialmedizinischen Untersuchungen des JÄD des Rhein-Erft-Kreises in Jahre 2004

Kann ein Kind in der Regelschule nicht adäquat gefördert werden, weil es einen besonderen Förderbedarf hat, dann wird es im Auftrag des Schulamtes im Rahmen der Überprüfung des **sonderpädagogischen Förderbedarfs** nach der AO-SF (Ausbildungsverordnung gemäß § 52 SchulG) in der schulärztlichen Sprechstunde untersucht. Die AO-SF ist eine Weiterentwicklung der Verordnung über die Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs und die Entscheidung über den schulischen Förderort (VO-SF) und hat diese am 29.04.2005 abgelöst.

Hier geht es um die Aufdeckung eventueller medizinischer Ursachen für eine schulische Leistungseinschränkung und die Empfehlung der aus ärztlicher Sicht notwendigen Fördermaßnahmen. (vgl. Kapitel 5.2)

Im Jahre 2004 wurden im schulärztlichen Dienst 363 Kinder im Zusammenhang mit einem VO-SF-Verfahren untersucht. Im Jahr 2005 waren es 249 Kinder, die mit einem AO–Sf –Verfahren untersucht wurden.

Die Summe der in diesem Abschnitt genannten Zahlen gibt Auskunft über die Anzahl der Untersuchungsvorgänge. Einige Kinder wurden unter verschiedenen Aspekten mehrfach untersucht.

SUSANNE SOPPART-LIESE

5.6.3 Eingliederungshilfe im Sozialamt

1. Schwierigkeit der Differenzierung von Behinderungsformen

Die Finanzierung der Hilfen für Kinder mit besonderem Förderbedarf ist nicht ganz einfach zu verstehen, weil für unterschiedliche Behinderungsformen auch unterschiedliche Ämter zuständig sind. Andererseits ist eine ‚saubere' Trennung von Behinderungsformen ebenfalls in den seltensten Fällen durchzuführen, so dass Konfliktpotential vorprogrammiert ist.

2. Bereiche, die gefördert werden

Im Rhein-Erft-Kreis können drei große Bereiche unterschieden werden, welche gefördert werden:

- Frühförderung
- Leistungen des Sozialpädiatrischen Zentrums
- Kinder aus dem Rhein-Erft-Kreis mit Handicaps, die entweder nach ihrer Art im Kreis nicht gefördert werden können, weil kein Angebot besteht (Autismus) oder, wenn sie wohnortnäher außerhalb der Kreisgrenzen gefördert werden können

3. Diagnostik der Handicaps

Die Diagnostik erfolgt über niedergelassene Kinder- und Jugendärzte, in Einzelfällen auch über Kinder- und Jugendpsychiater.

Die Fragestellung lautet: Ist das Kind von körperlicher oder seelischer Behinderung bedroht? Die einschlägigen Paragraphen des Sozialgesetzbuches XII sind hier anzuwenden. (§ 53, 54)

Die Diagnostik wird in der Regel dann über das Sozialpädiatrische Zentrum veranlasst, wenn eine Finanzierung über die Eingliederungshilfe erfolgen soll.

4. Eingliederungshilfen

Es gibt unterschiedliche Zuständigkeiten: für geistig- und körperbehinderte Kinder und Jugendliche ist das Sozialamt, für seelische und soziale Störungen sind die Jugendämter zuständig.
Dies bedeutet konkret für den Rhein-Erft-Kreis, dass für geistige und körperliche Behinderung das Kreisjugendamt tätig wird, während für seelische und soziale Behinderungen dann insgesamt neun Jugendämter potentiell zuständig sind.
Die Koordination (sowie die Abgrenzung von Behinderungsarten) ist nicht immer ganz leicht und teilweise auch strittig.

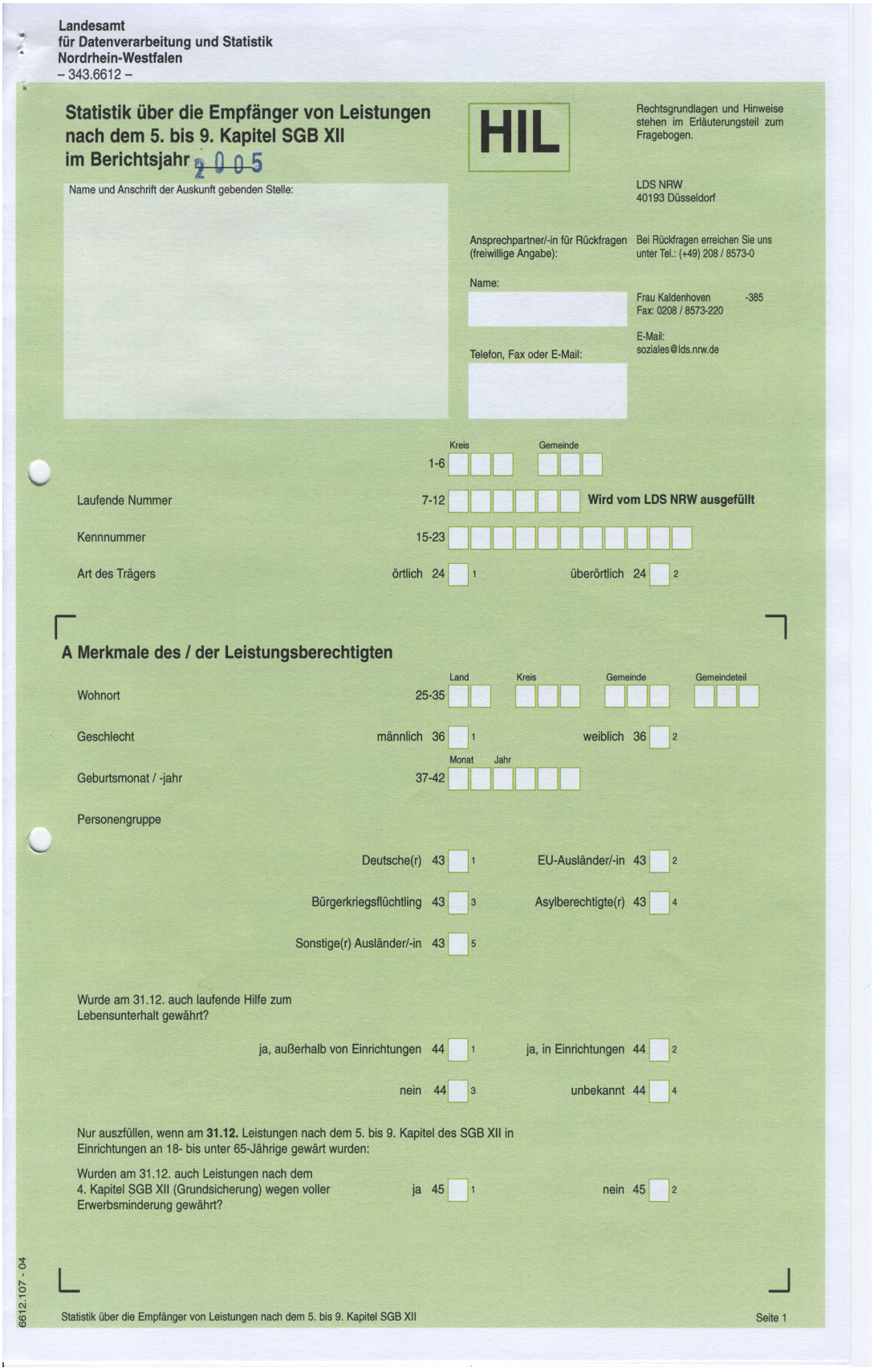
Die Finanzierung von Eingliederungshilfen ist ebenfalls bezüglich der Eigenbeteiligungen von Erziehungsberechtigten in SGB XII geregelt (§ 92 ff), wobei die Frühförderung von behinderten Kindern grundsätzlich für die Eltern ohne Kostenbeteiligung erfolgt.

5. Daten

Es liegen im Hause vonseiten des Sozialamtes keine Kopien von Daten vor, die an das Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik weitergemeldet worden sind. (Stand: 2004) Es ist für diesen Bericht darauf verzichtet worden, Nachforschungen beim LDS anzustellen über Daten des Rhein-Erft-Kreises von geistig und körperlich behinderten Kindern, die Eingliederungshilfen erhalten.

Das Kreissozialamt hat einen nunmehr (seit 2005) vierseitigen Bogen für jeden Hilfeempfänger auszufüllen, welcher den einseitigen Bogen (bis 2004) abgelöst hat. In dem neuen Bogen werden detailliert die Leistungen abgefragt, welche als Eingliederungshilfen für behinderte Menschen nach dem SGB erfolgen können. (siehe Anhang)

Anhang: Eingliederungshilfe



Landesamt
für Datenverarbeitung und Statistik
Nordrhein-Westfalen
– 343.6612 –

Statistik über die Empfänger von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII im Berichtsjahr 2005

HIL

Rechtsgrundlagen und Hinweise stehen im Erläuterungsteil zum Fragebogen.

LDS NRW
40193 Düsseldorf

Name und Anschrift der Auskunft gebenden Stelle:

Ansprechpartner/-in für Rückfragen (freiwillige Angabe):

Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter Tel.: (+49) 208 / 8573-0

Name:

Frau Kaldenhoven -385
Fax: 0208 / 8573-220

E-Mail:
soziales@lds.nrw.de

Telefon, Fax oder E-Mail:

Kreis Gemeinde

1-6 Laufende Nummer

7-12 **Wird vom LDS NRW ausgefüllt**

15-23 Kennnummer

Art des Trägers: örtlich 24 1 überörtlich 24 2

A Merkmale des / der Leistungsberechtigten

Land Kreis Gemeinde Gemeindeteil

Wohnort 25-35

Geschlecht: männlich 36 1 weiblich 36 2

Monat Jahr

Geburtsmonat / -jahr 37-42

Personengruppe

Deutsche(r) 43 1 EU-Ausländer/-in 43 2

Bürgerkriegsflüchtling 43 3 Asylberechtigte(r) 43 4

Sonstige(r) Ausländer/-in 43 5

Wurde am 31.12. auch laufende Hilfe zum Lebensunterhalt gewährt?

ja, außerhalb von Einrichtungen 44 1 ja, in Einrichtungen 44 2

nein 44 3 unbekannt 44 4

Nur auszufüllen, wenn am **31.12.** Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel des SGB XII in Einrichtungen an 18- bis unter 65-Jährige gewärt wurden:

Wurden am 31.12. auch Leistungen nach dem 4. Kapitel SGB XII (Grundsicherung) wegen voller Erwerbsminderung gewährt? ja 45 1 nein 45 2

6612-107 - 04

Statistik über die Empfänger von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII Seite 1

B Angaben zu den Hilfeleistungen

Hilfen zur Gesundheit (5. Kapitel SGB XII)

Unmittelbar vom Sozialamt erbrachte Leistungen:	im Laufe des Berichtsjahres		am Jahresende	
	außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen	außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen
Vorbeugende Gesundheitshilfe (§ 47 SGB XII)	46	47	48	49
Hilfe bei Krankheit (§ 48 SGB XII)	50	51	52	53
Hilfe zur Familienplanung (§ 49 SGB XII)	54	55	56	57
Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 50 SGB XII)	58	59	60	61
Hilfe bei Sterilisation (§ 51 SGB XII)	62	63	64	65

Bestand Anspruchsberechtigung auf Krankenbehandlung nach § 264 Abs. 2 SGB V?

ja, im Laufe des Berichtsjahres einschließlich Jahresende 66 1

ja, im Laufe des Berichtsjahres aber nicht mehr am Jahresende 66 2

nein 66 3

Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (6. Kapitel SGB XII)

Beginn der Hilfegewährung: 67-72 Monat Jahr

Ende der Hilfegewährung: 73-78 Monat Jahr

Gesamtkosten der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Laufe des Berichtsjahres 79-84 Euro

Wurde im Laufe des Berichtsjahres Eingliederungshilfe in Form eines Persönlichen Budgets oder als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets gewährt? ja 85 1 nein 85 2

Falls ja, dann bitte die folgenden Fragen beantworten:

Beginn der Leistungsgewährung in Form eines Persönlichen Budgets 86-91 Monat Jahr

Falls diese Form der Leistung wieder eingestellt wurde: Ende der Leistungsgewährung in Form eines Persönlichen Budgets 92-97 Monat Jahr

Handelt es sich um ein trägerübergreifendes Perönliches Budget, d.h. sind weitere Leistungsträger hieran beteiligt? ja 98 1 nein 98 2

Leistungen	im Laufe des Berichtsjahres		am Jahresende	
	außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen	außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII i .V.m. § 26 SGB IX)	99	100	101	102
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII i .V.m. § 33 SGB IX)	103	104	105	106
Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (§ 54 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. § 41 SGB IX)		107		108

noch zu Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen:

Kosten im Laufe des Berichtsjahres — Euro — 109-114

Gelang der Übergang des/der Beschäftigten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt? — ja 115 [1] — nein 115 [2]

Leistungen	im Laufe des Berichtsjahres		am Jahresende	
	außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen	außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 SGB IX), davon				
Hilfsmittel - ohne die Hilfsmittel nach §§ 26, 31 und 33 SGB IX (§ 55 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX)	116		117	
Heilpädagogische Leistungen für Kinder (§ 55 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX)	118	119	120	121
Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten (§ 55 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX)	122	123	124	125
Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt (§ 55 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX)	126	127	128	129
Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung (§ 55 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX)	130	131	132	133
Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten (§ 55 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX), und zwar in ...				
... einer eigenen Wohnung (=ambulant betreutes Wohnen)	134		135	
... einer Wohngemeinschaft (=ambulant betreutes Wohnen)	136		137	
... einer Wohneinrichtung (einschl. Außenwohngruppen)		138		139
Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben (§ 55 Abs. 2 Nr. 7 SGB XI)	140	141	142	143
hierzu: Kosten im Laufe des Berichtsjahres: — 144-149 — Euro				
Hilfen zu einer angemessenen Beruf Schulausbildung (§ 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XII)	150	151	152	153
Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschl. des Besuchs einer Hochschule (§ 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XII)	154	155	156	157
Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit (§ 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB XII)	158	159	160	161
Hilfe in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten nach § 56 SGB XII (§ 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB XII)		162		163
Nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztl. und ärztl. verordneten Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben (§ 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB XII)	164	165	166	167
Sonstige Leistungen der Eingliederungshilfe (§ 54 Abs. 1 Satz 1, § 54 Abs. 2 SGB XII)	168	169	170	171

Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII)

Beginn der Hilfegewährung: 172-177 Monat Jahr

Ende der Hilfegewährung: 178-183 Monat Jahr

Gesamtkosten der Hilfe zur Pflege im Laufe des Berichtsjahres 184-189 Euro

Wurden im Laufe des Berichtsjahres auch Pflegeleistungen eines Sozialversicherungsträgers gewährt? ja 190 1 nein 190 2

Wurde im Laufe des Berichtsjahres Hilfe zur Pflege in Form eines Persönlichen Budgets oder als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets gewährt? ja 191 1 nein 191 2

Falls ja, dann bitte die folgenden Fragen beantworten:

Beginn der Leistungsgewährung in Form eines Persönlichen Budgets 192-197 Monat Jahr

Falls diese Form der Leistung wieder eingestellt wurde: Ende der Leistungsgewährung in Form eines Persönlichen Budgets 198-203 Monat Jahr

Handelt es sich um ein trägerübergreifendes Perönliches Budget, d.h. sind weitere Leistungsträger hieran beteiligt? ja 204 1 nein 204 2

Leistungen außerhalb von Einrichtungen	im Laufe des Berichtsjahres	am Jahresende	Kosten im Laufe des Berichtsjahres in Euro
Pflegegeld bei erheblicher Pflegebedürftigkeit (§ 64 Abs. 1 SGB XII)	205	206	207-212
Pflegegeld bei schwerer Pflegebedürftigkeit (§ 64 Abs. 2 SGB XII)	213	214	215-220
Pflegegeld bei schwerster Pflegebedürftigkeit (§ 64 Abs. 3 SGB XII)	221	222	223-228
angemessene Aufwendungen der Pflegeperson (§ 65 Abs. 1 Satz 1, Halbsatz 1 SGB XII)	229	230	
angemessene Beihilfen (§ 65 Abs. 1 Satz 1, Halbsatz 2 SGB XII)	231	232	
Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson / bes. Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung (§ 65 Abs. 1 und 2 SGB XII)	233	234	
Kostenübernahme für Heranziehung einer bes. Pflegekraft (§ 65 Abs. 1 Satz 2 SGB XII)	235	236	
darunter: Finanzierung des sog. Arbeitgebermodells	237	238	239-244
Hilfsmittel (§ 61 Abs. 2 Satz 1 SGB XII)	245	246	

Leistungen in Einrichtungen	im Laufe des Berichtsjahres	am Jahresende	Kosten im Laufe des Berichtsjahres in Euro
Teilstationäre Pflege (§ 61 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB XII i.V.m. § 28 Abs. 1 Nr. 6 SGB XI)	247	248	249-254
Kurzzeitpflege (§ 61 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB XII i.V.m. § 28 Abs. 1 Nr. 7 SGB XI)	255	256	257-262
Stationäre Pflege (§ 61 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB XII i.V.m. § 28 Abs. 1 Nr. 8 SGB XI)	263	264	265-270

Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (8. Kapitel SGB XII) und Hilfe in anderen Lebenslagen (9. Kapitel SGB XII)

Leistungen	im Laufe des Berichtsjahres		am Jahresende	
	außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen	außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen
Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schrierigkeiten (§§ 67 bis 69 SGB XII)	271	272	273	274
Hilfe zur Weiterführung des Haushalts (§ 70 SGB XII)	275	276	277	278
Altenhilfe (§ 71 SGB XII)	279	280	281	282
Blindenhilfe (§ 72 SGB XII)	283	284	285	286
Hilfe in sonstigen Lebenslagen (§ 73 SGB XII)	287	288	289	290
Bestattungskosten (§ 74 SGB XII)	291		292	

Seite 4 Statistik über die Empfänger von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII

Abbildung 2-5: Dokumentationsbogen Eingliederungshilfe

Abbildung 1: Arbeiten im Netzwerk für Eltern in besonderen Notlagen – Darstellung: Simone Dahm 3

Tabelle 1: Umfangreichere Behandlungsschritte bei Entwicklungsverzögerungen mit sozio–emotionalen Störungen.... 16

Tabelle 2: Individuelle Hilfsmöglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe 20

Tabelle 3: Formen der Erziehungshilfen 22

Tabelle 4: Überblick über die im Kinder- und Jugendhilfegesetz definierten Aufgaben der Jugendhilfe 28

Tabelle 5: Hilfe zur Erziehung, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, Hilfe für junge Volljährige 29

Tabelle 6: Sozialmedizinischen Untersuchungen des JÄD des Rhein-Erft-Kreises in Jahre 2004.... 35

Abbildung 2-5: Dokumentationsbogen Eingliederungshilfe 42

6. Beispielhafte Aktivitäten bei Kindertagesstätten im Rhein–Erft–Kreis

Kindertagesstätten sind derzeit die Orte, für die besondere Anstrengungen gemacht werden: legen doch Ergebnisse (in letzter Zeit nicht nur) von PISA es nahe, das Augenmerk auf frühkindliche Förderung (und Bildung) zu legen – nach der alltagspraktischen Erkenntnis, dass Kinder zu fördern sind, bevor sie in den sprichwörtlichen Brunnen fallen.

Im Laufe der Erstellung dieses Moduls des Gesundheitsberichtes wurde eine Reihe von Initiativen im Rhein–Erft–Kreis gefunden und kennen gelernt, die geeignet erscheinen, als Beispiel, vielleicht sogar als Vorbild, zumindest aber als Anregung für Umsetzungsschritte hin zu einem 'Kinderfreundlichen Kreis' zu gelten, der es mit der Förderung seiner jüngsten BürgerInnen ernst meint.

Es werden vorgestellt:

Pädagogisches Konzept für eine Kindertagesstätte:
an ihm sieht man, wie präzise eine gute Betreuung geplant werden kann. (Hürth)

Kindertagesstätten als Teil eines Sozialen Frühwarnsystems: (AWO)
der Beitrag zeigt, dass diese Betreuungsaktivitäten planbar und überprüfbar sein können, und wie das gemacht werden kann.

‚Bewegung':
alle Welt spricht von Bewegung. Und wie sieht ein ‚Bewegter Kindergarten' eigentlich aus? (Kerpen)

ANNE TITZ

Sind Horte noch zeitgemäß? Am Beispiel des seit 30 Jahren bestehenden Hortes, in welchem insbesondere Kinder aus einkommensschwachen Familien betreut werden, wird deutlich, dass es einen Bedarf gibt.
Wie auf diesen Bedarf reagiert wird – z.B. mit Netzwerkarbeit, Nutzung von umliegender städtischer Infrastruktur, ausgefeilten Sportangeboten – zeigt, dass es familienunterstützende Maßnahmen gibt, die auch dann noch wirken, wenn 'das Kind schon (halb) in den Brunnen gefallen ist'.

6.1 Spielstube, Kindertagesstätte, Hort - Stadt Hürth, Spielstubenkids

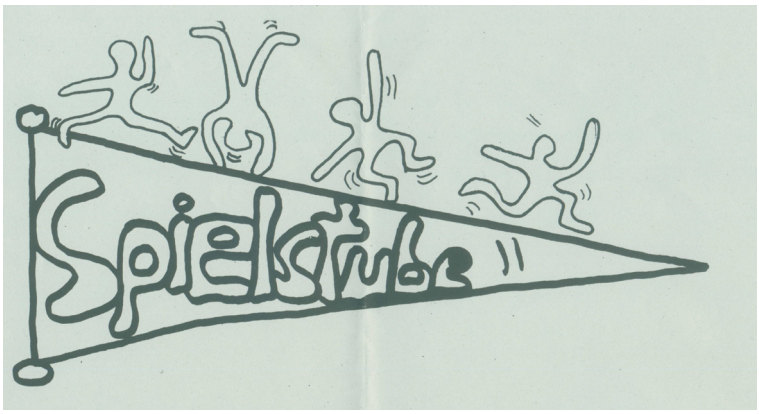


Abbildung 1: Logo Spielstube Hürth

1 Rahmenbedingungen

1.1 Gesetzliche Vorgaben und Auftrag der Stadt Hürth

Die ‚Spielstube' ist ein städtischer Hort, der auf der Grundlage nach § 22, Abs. 1-3 KJHG und §3, Abs. 1-3 des GTK geführt wird.

Darüber hinaus hat die Kindertagesstätte ‚Spielstube' eine erweiterte Aufgabe: Kinder in schwierigen Lebenslagen mit Defiziten im kognitiven und besonders im psychomotorischen und emotionalen Bereich werden durch soziales Lernen in der Gruppe, Begleitung der schulischen Lernprozesse und Elternarbeit gefördert. Der weitere Verbleib des Kindes in der Familie wird unterstützt mit in Einzelfällen intensiver Beratung der Eltern, beispielsweise bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, Begleitung bei Kontakten zu Ämtern und Institutionen. Bei den Hilfemaßnahmen ist abzuwägen, ob pädagogisches und beraterisches Arbeiten ausreicht, oder andere Hilfen (wie z.B. psychiatrische) einzuleiten sind.

1.2. Struktur der Einrichtung

Es werden ab mittags (12.30) an drei Tagen bis 17h, und an einem Tag bis 19h insgesamt 20 Grundschüler von 6 – 12 Jahren betreut. Hierfür stehen zwei Vollzeitstellen (Sozialpädagogin, Erzieherin) plus Praktikantinnen zur Verfügung.

Neben der pädagogischen Arbeit, die von 12.30 h bis 17 h stattfindet, werden alle anderen Tätigkeiten überwiegend im Vormittagsbereich durchgeführt.

1.3 Infrastruktur und Räumlichkeite

Die umliegende Infrastruktur wird mitgenutzt. Ein öffentlicher Spielplatz, ein Bolzplatz sowie die Turnhalle einer Grundschule, das öffentliche Schwimmbad sowie der Jugendkeller der katholischen Kirche stehen dem Hort mit zur Verfügung. Mit der KVB, dem Kleinbus (Neunsitzer) der Stadt Hürth oder/und mit privaten PKWs werden zahlreiche Institutionen in der näheren Umgebung besucht.

Im Frohnhof sind zwei Wohnungen mit einer Fläche von 172 Quadratmetern von der Stadt Hürth gemietet worden. Hier befinden sich Toiletten, Küche, Gruppenräume und Büro.

1.4 Finanzierung

Die Finanzierung erfolgt über das Gesetz über Tageseinrichtungen für Kinder des Landes NRW und über Elternbeiträge

Seit dem 1. August 2003 werden, aufgrund einer Vorgabe durch das Gemeinderechnungs-prüfungsamt, nach Jahreseinkommen gestaffelte Elternbeiträge erhoben. Für Sorgeberechtigte, die auf ihren Antrag hin ‚Hilfen zur Erziehung' erhalten, ist die Betreuung in der Spielstube weiterhin kostenlos.

2. Zielgruppe

2.1 Zielgruppe ab 1968

Mit der Institution Spielstube sollte es für weniger privilegierte Familien eine Chancengleichheit im Bildungsbereich geben. Im Jahr 1968 wurde die erste Spielstube als Projekt von StudentInnen ins Leben gerufen, um soziale Benachteiligung auszugleichen. Von insgesamt vier Projekten hat das in Fischenich überlebt. Die Spielstube wurde im Jahr 1980 als Hort vom Landesjugendamt anerkannt.

2.2 Zielgruppen 2003/04

Auch heute sehen die Mitarbeiterinnen es als ihre Aufgabe an, den Kindern weniger privilegierter Familien mit einem unterstützenden Angebot pädagogisch in ihrer Entwicklung zu helfen. Sie arbeiteten eng mit den Eltern und sozial integrierenden Institutionen zusammen. Außerdem bietet die Sozialpädagogin den Eltern Hilfen bei Behörden und in Erziehungsfragen an. Eltern erhalten bei familiären Problemen eine systemische Beratung.

Die Erziehungsberechtigten werden nicht aus ihrer Erziehungsverantwortung entlassen, sondern ihre Verantwortungsbereitschaft soll weiterentwickelt und genutzt werden.

Daraus geht hervor, dass diese Arbeit über die klassische Hortarbeit hinausgeht:
Um dem Auftrag gerecht zu werden, wird die Spielstube durch eine Sozialpädagogin geleitet. Die Pädagoginnen betreuen bis zu 10 Kinder mit starken sozialen Auffälligkeiten und unterstützen den Verbleib der Kinder in ihren Familien. Durch unsere Öffnungszeiten kommt die Spielstube nicht für alle Familien in Frage. Vorraussetzung ist eine Betreuungsmöglichkeit für die Kinder vor 12.30h von montags bis donnerstags und für Freitag nachmittags.
Aufgrund der Einführung der Elternbeiträge im August 2003 meldeten einige Familien ihre Kinder in der Spielstube ab, die freigewordenen Plätze konnten neu belegt werden. Es wurden auch Kinder mit gut verdienenden Eltern in die Spielstube aufgenommen

2.3 Akquisition

Die Kinder kommen in den Hort aufgrund unterschiedlicher „Empfehlungen“:

- Jugendamt
- Mundpropaganda: Schule, Kindergarten, FreundInnen, NachbarInnen
- SpielplatzbesucherInnen
- Geschwister
- Öffentlichkeitsarbeit: Elternabende in Schulen und Kindergarten, Trödelmarkt der Spielstube, Medien (Internet usw.)

2.4 Bedarf

2.4.1 Nachfrage der Eltern:

- Das Kind hat keine, oder nicht altersgemäße Geschwister oder Freunde.
- Die Eltern sind mit der Erziehung des Kindes überfordert.
- Die Eltern möchten die Kinder aus zeitlichen Gründen fremd unterbringen.
- Die Eltern sind mit den Hausaufgaben überfordert.
- Die Kinder haben Sprachentwicklungsverzögerungen.
- Die Kinder sollen Deutsch lernen.
- Probleme mit Gleichaltrigen.
- Probleme in der Schule.
- Die Kinder sollen sich nicht auf der Straße aufhalten.
- Die Kinder sollen motorisch, kognitiv und künstlerisch gefördert werden.
- Das Jugendamt, bzw. der Allgemeiner Sozialer Dienst, vermittelt beispielsweise verwahrloste, aggressive oder gefährdete Kinder, sowie Kinder mit sozialen Ängsten.

2.4.2 Aktuelle Gruppensituation

- In der Spielstube waren 2003 sieben Kinder, deren Familien vom Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) betreut wurden.
- Ein weiteres Kind, das nicht vom ASD betreut wird, lebt in einer „Multiproblemfamilie“.
- Von zwanzig Kindern leben vierzehn an der unteren Einkommensgrenze.
- Von zwanzig Kindern gehen drei zur Lernbehinderten Schule und drei Kinder, welche die Regelschule besuchen, sind auch sehr leistungsschwach.
- Von zwanzig Kindern haben sechs Kinder Sprachentwicklungsverzögerungen.
- Zwei Kinder haben starke grobmotorische Entwicklungsverzögerungen.
- Akzeleration: zwei Kinder sind für ihr Alter zu groß.
- Ein Kind geht zur Kinder- und Jugendtherapeutin.
- Vier Kinder gehen zur Logopädin.
- Sechs Kinder gehen zusätzlich zum Sportunterricht.
- Acht Kinder von zwanzig sind ausländischer Abstammung, davon sind sechs aus der Türkei. Diese Kinder sprechen unterschiedlich gut deutsch.

3. Die pädagogische Arbeit

In der Spielstube können bis zu zehn ‚Problemkinder' aufgenommen werden. Besonders Kinder mit sozialen Auffälligkeiten brauchen einen klaren, strukturierten Tagesablauf mit Regeln, die das Miteinander vereinfachen. In Einzelkontakten und bei Aktivitäten in der Gruppe sowie in Kleingruppen lernen beide Gruppen, die mit guten sozialen Fähigkeiten und die mit weniger entwickelten sozialen Fähigkeiten gegenseitig voneinander. Die Kinder lernen durch Grenzüberschreitungen der anderen, selbstbewusst für ihre Bedürfnisse einzustehen. Dies wird mit einem Sozialtraining unterstützt.

Unterschiedliche Aktivitäten werden angeboten:

- Hausaufgabenbetreuung
- Freispiel
- Kochen/ Backen
- Projekte
- Sport
- Feste
- Ferienprogramm
- Ferienfahrt

Am Beispiel der Sportaktivitäten soll die Planung beispielhaft erläutert werden. Sie gliedert sich jeweils in Arbeitsschwerpunkte, Ziele, Angebote und Maßnahmen sowie Fachcontrolling mit den Instrumenten dafür.

Sport

Arbeits-schwerpunkt	Bewegung ist ein Elementarbedürfnis des Kindes und Grundlage zur aktiven Lebensbewältigung. Die Förderung der motorischen Fähigkeiten bedeutet auch die Förderung der Lernbereitschaft auf anderen Gebieten. Mittwochs findet wechselweise ein Schwimm- und ein Sportangebot statt. Sowohl beim Turn- als auch beim Schwimmangebot lernen die Kinder, rücksichtsvoll mit anderen umzugehen. (z.B. gegenseitige Hilfestellung) In der Sporterziehung können Kinder toben, ihre Probleme und Nöte ausleben, sich entspannen, ihren eigenen Körper und ihre Psyche erleben und Erfolgserlebnisse erfahren. Insbesondere erleben dies Kinder mit motorischen Entwicklungsverzögerungen, und sie werden somit handlungsfähiger. Zum Turnen wird die Sporthalle der Grundschule genutzt. Da die Interessen von Mädchen und Jungen im Grundschulalter stärker auseinander gehen, findet ein geschlechtsspezifisches Angebot statt. Mit diesen Kleingruppen sind eine individuelle Betreuung und Förderung möglich. Die Wünsche und Bedürfnisse der Mädchen und der Jungen werden gezielter umgesetzt. Beim Schwimmangebot (in einem öffentlichen Schwimmbad) sind die Bedürfnisse der Mädchen und Jungen gleich, so dass alle gleichzeitig daran teilnehmen.
Ziele	Förderung der Entwicklung in den Bereichen: • Selbstvertrauen • Motorik • Sozialkompetenz • Geschlechtsspezifik • Gleichgewicht • Ausdauer • Reaktionsvermögen • Denken und Bewegen • Wahrnehmungsfähigkeit • Entspannung • Konzentration • Schwimmtechnik
Angebote und Maßnahmen	Turnen: • Turnen mit Alltagsmaterialien • Turnen mit Geräten • Bewegungsspiele • Turnen in der Kleingruppe • Paarübungen • Turnen mit Musik • Bewegungsgeschichten • Sozialtraining Schwimmen: • Lernen von Schwimmtechniken • zwei Schwimmprüfungen nach unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden • Bewegungsspiele • Sozialtraining
Fachcontrolling und Instrumente	• Motivation • Atmosphäre • Beobachtungen • Reflexionen

Tabelle 1: Planung der pädagogischen Arbeit im Hort – Beispiel Sport

4. Kontakte und Vernetzung

Die Spielstubenarbeit steht in Kooperation mit allen städtischen Kindertageseinrichtungen und der Erziehungsberatungsstelle.

Eine weitere Zusammenarbeit findet statt mit:

- Schulen
- LogopädInnen
- Kinder- und JugendtherapeutInnen
- kath. Kirchengemeinde

Zur Qualitätssicherung finden Fortbildungen, regelmäßige Teamgespräche etc. statt sowie Unterstützungsleistungen des Jugendamtes.

5. Fazit

Nach dreißig Jahren Spielstube richtet sich die Konzeption weiterhin an den Bedarf für sozial benachteiligte Familien. Gerade in unserer heutigen Zeit nimmt die Arbeitslosigkeit zu. Familien geraten vermehrt in soziale Notlagen.

‚Spielstubenkids' betreut überwiegend Familien, die an der unteren Einkommensgrenze liegen. Diese finanziellen Sorgen wie auch andere psychosoziale Probleme werden oft aus einem Peinlichkeitsgefühl verheimlicht. Von daher ist die Schwellenangst hoch, die Familien leicht zu irritieren.

„Multiproblemfamilien" (z.B. Sucht, Gewalt, Trennung, Armut) verfügen oft über wenige Ressourcen Hilfsangebote wahrzunehmen. Über die Arbeit in der Spielstube kann das pädagogische Personal einen Zugang zu diesen Familien finden und ihnen präventiv und familienunterstützend behilflich sein.

BEATE DREINER-TÖNNES

Wie können Kindertagesstätten zu sozialen Frühwarnsystemen gestaltet werden? So dass kleine(re) Probleme sich nicht zu Großen auswachsen?
In diesem Beitrag wird ein methodischer Leitfaden vorgestellt – ein Viererschritt von Wahrnehmen, Warnen, Handeln und Evaluieren – der ergänzt wird durch Darstellung der Mittel, die nötig sind zur Umsetzung.

Es entsteht der Eindruck einer umfassenden Kommunikation der täglichen Arbeit, in dem die Wahrnehmung von Bedürfnissen der Kinder im Mittelpunkt stehen. Eltern werden in die Arbeit einbezogen, und auch das Personal bekommt Unterstützung - von außen. Allerdings: Widerstand gegen ein solches Konzept ist auch vorhanden (siehe tabellarische Auswertung: ¼ keine Angabe) - die Mehrzahl zieht jedoch mit.

6.2 AWO-KiTas als Orte und Teile eines sozialen Frühwarnsystems

1. Beobachtung und Analyse als Grundlage für Gesundheitsförderung von Kindern in Kitas

Die Arbeiterwohlfahrt Rhein-Erft e.V betreibt im Rhein-Erft-Kreis 16 Tageseinrichtungen für Kinder (KiTas), die im Verbund mit insgesamt 76 KiTas aus sieben Kreisverbänden (Aachen-Stadt, Aachen-Land, Euskirchen, Köln, Rhein-Erft und Rhein-Sieg) zusammengeschlossen sind im Fachverband der AWO im Bezirk Mittelrhein e.V.. Alle sind zertifiziert nach DIN EN ISO 9001 und den AWO-Qualitätskriterien.

Aus Sicht der AWO kommt den KiTas eine wesentliche Rolle innerhalb sozialer Frühwarnsysteme zu. Die Fachkräfte in den Kitas sind oftmals die ersten, die problematische Lebenssituationen von Kindern wahrnehmen können und somit individuelle Risiken. Gleichzeitig haben sie neben dem Kontakt zu den Kindern regelmäßigen und längerfristigen Kontakt zu den Eltern.

Das Ziel ist, dass kleinere Probleme oder Auffälligkeiten bei Kindern nicht zu großen Problemen oder lebenslangen Beeinträchtigungen auswachsen.

2001 entschied die AWO Rhein-Erft im Verbund mit den insgesamt 76 KiTas, den Anforderungen nach einer

- konsequenten und überprüften Umsetzung des Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsauftrages der KiTas und
- der Anforderung an KiTas als Orte und Teile des sozialen Frühwarnsystems

mit einem – für alle MitarbeiterInnen – verbindlichem System zu begegnen.
Mit diesem – seit 2002 – gelebten und zertifizierten System setzen die AWO-KiTas auch die Erkenntnisse aus dem Modellprojekt „Soziales Frühwarnsystem in NRW“ um, bestehend aus den Elementen:

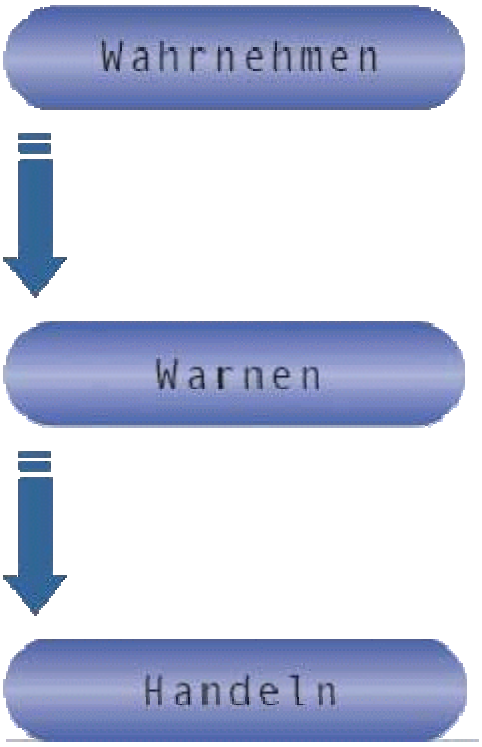


Abbildung 2: Der geschlossene Reaktionskreislauf eines Sozialen Frühwarnsystems (Quelle: www.soziales-fruehwarnsystem.de)

Hinzu kommt die Evaluierung aller Maßnahmen.

2. Umsetzung in den AWO-KiTas.

2.1 Wahrnehmen und Deuten

Wir unterscheiden zwischen wahrnehmender und systematischer Beobachtung. Diese beiden Formen der Beobachtungen dienen der Sammlung von Informationen zu den Kindern als Grundlage für die pädagogische Arbeit. Es werden zwei Instrumente eingesetzt, welche ein situationsorientiertes Wahrnehmen im Alltag durch die ErzieherInnen anhand von Beobachtungsbögen umfasst sowie eine systematische Beobachtung nach dem Leuvener Modell.[1]

[1] Ferre Laevers u.a., Beobachtung und Begleitung von Kindern, Leuven 1999 (deutsche Fassung), Übersetzung Klara Schlömer

2.1.1 Situationsanalyse

In der Situationsanalyse werden wesentliche Aspekte zur Situation der einzelnen Kinder und der Gesamtgruppe analysiert und dokumentiert. Sie erfolgt fortlaufend und wird mindestens siebenmal jährlich in den Auswertungs- und Planungsbesprechungen durch die Erzieherinnen aktualisiert.

Aspekte der Situationsanalyse sind beispielsweise:

- Interessenslagen, Neigungen, derzeitige Aktivitäten der Kinder in der Gruppe
- Äußerungen und Erzählungen /Berichte der Kinder
- Fragen und Wünsche der Kinder
- Beobachtung der pädagogischen MitarbeiterInnen
- wenig/viele Konflikte; ruhige/unruhige Spielsituationen; Gruppengefüge
- Bevorzugte Spielbereiche und Materialien
- Überlegungen der pädagogischen MitarbeiterInnen hinsichtlich zukünftiger Lebenssituationen der Kinder
- Äußerungen und Wünsche von Eltern/ Personensorgeberechtigten

Aus der Auswertung dieser Daten werden die pädagogischen Ziele abgeleitet, bzw. begründet, pädagogische Interventionen für einzelne Kinder festgelegt, Projektthemen definiert und Angebote und Aktivitäten geplant.
Auch bei der Gestaltung der Räume und Außenanlagen werden die Ergebnisse aus der Situationsanalyse berücksichtigt.

2.1.2 Beobachtungsverfahren – situationsorientiert und systematisch

Beobachtungen durchzuführen zählt zu den fachlichen Kompetenzen aller Erzieherinnen. Beobachtungen sind die Grundlage für die Planung der pädagogischen Prozesse und damit für die Förderung der Kinder.

Ein Grundproblem aller Beobachtungsverfahren ist es, dass sie niemals unabhängig von dem Beobachter sind, und daher nie völlig „objektiv“ sind.

Systematische Verfahren, die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und der Austausch mit den Kolleginnen sind deshalb unverzichtbare Instrumente, um dem „subjektiven Faktor“ entgegenzuwirken.

Die situationsorientierte, wahrnehmende Beobachtung der Kinder erfolgt im Gruppenalltag und wird dokumentiert durch z.B. kindbezogene Aufzeichnungen in Beobachtungsbögen (zweimal jährlich), Fotos, oder Kurzbeschreibungen auf der Rückseite von Kinderzeichnungen. (sporadisch)

Systematische Beobachtungen werden darüber hinaus zweimal jährlich nach dem wissenschaftlich anerkannten Leuvener Beobachtungsmodell durchgeführt. Sie erfassen die Interaktionen der Kinder, die Ausprägung ihrer Stärken und Fähigkeiten in der Wechselwirkung mit der erzieherischen Umwelt. Es werden alle Kinder beobachtet.

Bei diesem Beobachtungsmodell werden anhand von „Signalen“ die Indikatoren „Engagiertheit“ und „Emotionales Wohlbefinden“ durch die Erzieherinnen eingeschätzt.

Dieses prozessorientierte Beobachtungssystem hat zum Ziel, ErzieherInnen bei der regelmäßigen Analyse ihrer Gruppe und jedes einzelnen Kindes zu unterstützen:

- Kinder herauszufinden, die besondere Aufmerksamkeit benötigen
- die Problematik einzelner Kinder genauer beobachten und analysieren zu können
- entsprechende Ziele für die weitere pädagogische Arbeit abzuleiten und
- mögliche Handlungsansätze zu entwickeln

2.1.2.1 Signale / Merkmale von emotionalem Wohlbefinden

„Das Ausmaß an Wohlbefinden bei Kindern zeigt, wie es ihnen gefühlsmäßig geht. Sind sie bedrückt aufgrund emotional belasteter Erfahrungen oder fühlen sie sich „wohl in ihrer Haut“? „Ist ihre gefühlsmäßige Entwicklung ungehindert?“ (1)

- Offenheit
- Flexibilität
- Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl
- Durchsetzungsvermögen
- Vitalität
- Entspannung und innere Ruhe
- Genießen können
- Im Einklang mit sich selber sein

2.1.2.2 Signale / Merkmale von Engagiertheit

„Das Ausmaß, mit dem Kinder sich auf ihre Gruppe und ihre Umgebung einlassen, sich engagieren (oder nicht) deutet darauf hin, wie sie sich entwickeln. Sind Fortschritte erkennbar oder sind sie auf einem Stillstand? Werden sie vom Angebot der Einrichtung erreicht oder lässt es sie unberührt?“ (1)

- Konzentration
- Energie
- Komplexität, Vielschichtigkeit und Kreativität
- Gesichtsausdruck und Körperhaltung
- Ausdauer
- Genauigkeit
- Reaktionsbereitschaft
- Verbale Äußerung
- Zufriedenheit

Alle Erzieherinnen in den AWO-KiTas wurden durch Fortbildungen und Fachtagungen zur Durchführungen dieses Beobachtungssystems qualifiziert. Geregelte bedarfsorientierte Schulungen und Fachberatung sichern fortwährend den richtigen Einsatz dieses Beobachtungssystems.

Die Beobachtungsergebnisse werden in Beziehung gesetzt zu den in NRW festgelegten Bildungsbereichen (vgl. Bildungsvereinbarung NRW) und in einem spezifischen Beobachtungsbogen dokumentiert, der hierfür – in Abstimmung mit Prof. Laevers, Universität Leuven – durch den Fachverband der AWO im Bezirk Mittelrhein e.V. entwickelt wurde. Dieser Beobachtungsbogen wird von den Erzieherinnen auch zur Erstellung der Bildungsdokumentation genutzt.

2.1.2.3 Verlauf der systematischen Beobachtung:

- Dreiwöchige Beobachtungsphase (Gruppenscreening: alle Kinder werden beobachtet)
- In der vierten Woche Reflexion und Auswertung der Beobachtungen in der Kleinteamsitzung (Besprechung auf Gruppenebene) einerseits im Hinblick auf die Gesamtgruppe und andererseits im Hinblick auf alle Kinder und insbesondere auf die Kinder, bei denen nur wenige bzw. schwach ausgeprägte Signale (Kinder mit erhöhtem Förderbedarf) beobachtet wurden.
- In der fünften und sechsten Woche gezielte Beobachtung der Kinder mit erhöhtem Förderbedarf anhand von weitergehenden Beobachtungsbögen.

2.2 Warnen und Handeln

2.2.1 Operationalisierte Ziele für Kinder mit Förderbedarf

In der darauffolgenden Kleinteamsitzung wird zunächst geprüft, ob weitere Fachdienste einbezogen werden sollten, z.B. Frühförderstelle, Erziehungsberatungsstelle, Heinrich-Meng- Institut etc..
Danach werden Ziele und Maßnahmen für die Kinder mit erhöhtem Förderbedarf festgelegt: welche Erzieherin tut was, mit welchem Ziel, wann und wie oft. Die festgelegten Ziele werden konkret, d. h. operationalisiert, überprüfbar und messbar formuliert. Die Maßnahmen werden ebenso konkret und im Sinne einer Handlungsanleitung festgelegt und dokumentiert.

2.2.2 Elternsprechtage für Entwicklungsgesprächen

Anschließend werden Elternsprechtage für alle Eltern mit dem Angebot von Entwicklungsgesprächen durchgeführt. Hier werden die Ergebnisse der Beobachtungen und die pädagogischen Maßnahmen der Erzieherinnen den Eltern vorgestellt und mit ihnen besprochen. Eventuell werden den Eltern zusätzlich therapeutische oder Fördermaßnahmen durch andere Fachdienste empfohlen.

Die Elterngespräche verlaufen in drei Schritten:

- Schritt 1: Gegenseitiges informieren
  Vorstellen der Beobachtungsergebnisse und sich von den Eltern über das Kind informieren lassen
- Schritt 2: Weiteres Vorgehen: mögliche Interventionen/ Maßnahmen
  Vorstellen der konkreten Ziele und Maßnahmen, die die Erzieherinnen geplant haben
- Schritt 3: Gemeinsames Vorgehen

Übereinstimmung für die Maßnahmen, die in der KiTa umgesetzt werden sollen erzielen und gemeinsam überlegen und abstimmen, welche Maßnahmen noch durch die Eltern erfolgen können.

2.2.3 Überprüfung der Maßnahmen

In der Folgezeit erfolgen Wirksamkeitsprüfungen in den Kleinteamsitzungen, d.h. die Mitarbeiterinnen überprüfen kontinuierlich, ob die unterstützenden Maßnahmen, die sie umsetzen, entwicklungsfördernde Wirkungen bei den Kindern zeigen; dies wird ebenfalls dokumentiert.

Wenn Maßnahmen nicht wirksam sind, werden andere Maßnahmen festgelegt.

Die nächsten Beobachtungen -ein halbes Jahr später- zeigen dann zudem, ob die Maßnahmen wirksam waren und ob die Ziele erreicht wurden.

3. Evaluation – Selbstevaluation, Fremdevaluation und Gesamtauswertung

Auch die Evaluation erfolgt zweischrittig als Selbstevaluation durch die MitarbeiterInnen der Einrichtung und Fremdevaluation durch Fachberatung und Gesamtauswertung der Ergebnisse auf Bezirks- und Fachebene.

3.1 Selbstevaluation

Die einmal jährlich stattfindende Evaluation beinhaltet im ersten Schritt die Selbstevaluation, d.h. die Bewertung der pädagogischen Arbeit durch die Mitarbeiterinnen der Einrichtungen. Für diesen - wie für alle anderen Prozesse - gibt es einen Bewertungsbogen, in denen die MitarbeiterInnen ihre fachliche Bewertung eintragen. In Evaluationszirkeln wird das Ergebnis dieser fachlichen Bewertungen in der KiTa analysiert, sich daraus ergebende Verbesserungspotenziale besprochen und im Sinne qualitativer Weiterentwicklung festgelegt.

Der nachfolgende Auszug eines Bewertungsbogens zeigt, wie die Evaluationsinstrumente aufgebaut sind.

Entwicklungsbeobachtung /Maßnahmen	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft nur teilweise zu	Trifft nicht zu.	**Besser wäre, wenn ...**
Der Zeitraum für die Beobachtungsphase wurde eingehalten.	☺	☺	😕	☹	
Das Beobachtungsinstrument konnte ich sicher einsetzen.	😀	☺	😕	☹	
Meine Ziele waren überprüfbar.	😀	☺	😕	☹	
Meine Maßnahmen waren wirksam.	😀	☺	😕	☹	

Tabelle 2: Bewertungsbogen Selbstevaluation

3.2 Fremdevaluation durch Fachberatung

Im zweiten Schritt erfolgt die Fremdevaluation durch die Fachberatung. Die Einrichtungsleitungen leiten die Ergebnisse der einrichtungsinternen Evaluationen und die Maßnahmeplanung an die Fachberatung weiter. Dies erfolgt unmittelbar nach dem in der Einrichtung durchgeführten Evaluationszirkel. Die Fachberatung bewertet aus ihrer Sicht die festgelegten Maßnahmen in bezug auf die Auswertungen und berät das Einrichtungsteam. Die abschließend festgelegten Maßnahmen werden umgesetzt und fließen im nächsten Jahr wieder in die Evaluation ein.

3.3 Fremdevaluation auf der Ebene des Fachverbandes Mittelrhein

Die Fremdevaluation auf der Ebene des Kreisverbandes und des Fachverbandes stellt darüber hinaus eine übergreifende Zusammenfassung aller Ergebnisse aus den 76 Tageseinrichtungen für Kinder dar.

Diese Gesamtauswertungen in den Kreisverbänden, ebenso wie im Fachverband, geben Aufschluss darüber, ob die Prozesse wirksam umgesetzt werden oder welche grundsätzlichen Probleme bzw. Verbesserungspotenziale vorhanden sind. Daraus resultierend werden Maßnahmen zur Verbesserung der Prozesse festgelegt und umgesetzt.

Das nachfolgende Beispiel zeigt eine tabellarische Auswertung der 76 KiTas in 2004:

1. Der Zeitraum für die Beobachtungsphase wurde eingehalten
2. Das Beobachtungsinstrument konnte ich sicher einsetzen.
3. Meine Ziele waren überprüfbar.
4. Meine Maßnahmen waren wirksam.
5. Die fallbezogenen Besprechungen fanden regelmäßig statt.
6. Die Eltern wurden informiert und beraten.

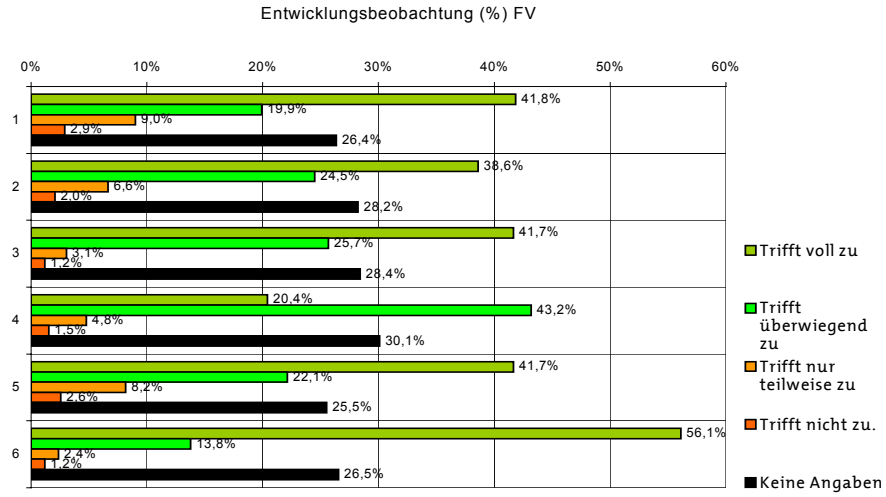


Abbildung 3: Tabellarische Auswertung der Fremdevaluation in 2004

Daraus resultierend werden Maßnahmen festgelegt. In dem o.g. Ergebnis wurden Verbesserungspotenziale bei drei Fragen deutlich und folgende Maßnahmen vom Träger ergriffen:

- Unterstützung der Einrichtungen bei der Jahresplanung mit dem Ziel, den Ablauf in den Beobachtungsphasen so zu organisieren, das die Mitarbeiterin Zeit zum Beobachten haben, z.B. durch Abstimmungen der Beobachtungsphasen mit der Urlaubsplanung und Fortbildungsplanungen sowie der Feste- und Projektplanung in der KiTa.
- Beratung der Einrichtungen bei der Dienstplangestaltung mit dem Ziel, die wöchentlichen einstündigen Besprechungen eingehalten werden können.
- Weitere Fortbildungen – zusätzlich zu den zweitägigen Grundfortbildungen – zu dem Beobachtungsinstrument mit dem Ziel, einen sichereren Umgang mit dem Beobachtungsinstrument zu erreichen.
- Fallbezogene Beratung durch die Kolleginnen, die Leiterin und / oder die Fachberaterin - auf Anforderung der KiTa- und Fortbildungen Interventionen / Maßnahmen bei Kindern mit erhöhtem Förderbedarf mit dem Ziel, die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit dieser Maßnahmen zu erhöhen.

4. Erfahrungen

4.1 Gezielte Beobachtungen führen zu unmittelbaren pädagogischen Handlungsperspektiven

Durch gezieltes und regelmäßiges Beobachten können individuelle und soziale Risiken bei Kindern in der KiTa rechtzeitig erkannt werden.

Durch zeitnahes Handeln können Risiken gemindert werden. Das Leuvener Beobachtungssystem ist als ein zielführendes Instrument zu bewerten und eröffnet schnell und unmittelbar pädagogische Handlungsperspektiven.

Darüber hinaus eröffnet es konkrete Chancen, ausgehend von den Interessen der Kinder, interne Qualitätsentwicklung aus dem Team der Einrichtung heraus zu betreiben. Das Erkennen und pädagogische Handeln werden durch verbindliche Beobachtungssysteme, festgelegte Verfahren, Dokumentationsvorgaben und Evaluationen effektiver und effizienter.

Erzieherinnen werden dadurch sicherer im Umgang mit Kindern, in der Zusammenarbeit mit Eltern und Fachdiensten.

4.2 Eltern werden als Erziehungspartner verstanden

Die Beobachtungen sind eine gute Grundlage auch für das Gespräch mit den Eltern, sie helfen Elterngespräche zu strukturieren, und stärken die Professionalität.

Eltern werden stärker und konkreter in die „Arbeit am Kind“ einbezogen und erfahren dadurch Beratung, Unterstützung und eine Erziehungspartnerschaft mit den ErzieherInnen.

Die Eltern von Beginn der Kindergartenzeit an in den Prozess einzubeziehen lohnt sich. Eltern haben meistens Zeit und eine einigermaßen vertraute Person nötig, sich an die Idee zu gewöhnen, dass ein Problem vorliegen könnte.

Regelmäßige Elternsprechtage sind als effektiv zu bewerten und werden von vielen Eltern angenommen. Besonders die Eltern, bei deren Kindern ein erhöhter Förderbedarf festgestellt wird, erleben Elternsprechtage oft als Befreiung, die schwierige Situation mit dem Kind wird angesprochen, sie stehen nicht mehr allein mit ihren Sorgen und Vermutungen, dass etwas nicht stimmt.

Die Elterngesprächsstruktur (o. g. drei Schritte) ist sowohl für Erzieherin, als auch für Eltern förderlich. Oft ist auch das Bestreben der Eltern „etwas zu tun“, es fehlt ihnen aber an Handlungsideen und auch an Unterstützung bei der Umsetzung. Die konkreten Ziele und Maßnahmen der Einrichtungen versetzt Eltern oft in die Lage, Handlungsideen zu entwickeln, z.T. sehen sie die Chance, die von der Erzieherin geplanten Maßnahmen ebenfalls im Elternhaus umzusetzen oder sie überlegen mit der Erzieherin zusammen, in welcher geänderten Form sie die Maßnahme im Elternhaus umsetzen können. In jedem Fall bietet der tägliche Kontakt Eltern die Möglichkeit, sich in den „Tür- und Angelgesprächen“ über die Umsetzung der gemeinsam verabredeten Maßnahmen kurz auszutauschen, Zuspruch oder einen kleinen Tipp zu holen, die kleinen Erfolge zu berichten und bestärken zu lassen.

4.3 Steigerung der Professionalität von ErzieherInnen

Regelmäßige und konkrete Beobachtungsergebnisse, dokumentierte Team- und Elterngesprächsprotokolle, Bildungs- und Entwicklungsbiografien der Kinder aus der KiTa ermöglichen einen guten Einstieg für die Fachdienste, steigern die Effizienz der Zusammenarbeit zwischen Eltern, KiTa und den Fachdiensten.

Der Dokumentationsaufwand wurde zunächst von den Erzieherinnen kritisch und als aufwendig gesehen. Der Nutzen für die eigene Arbeit, die Zusammenarbeit mit den Eltern und den Fachdiensten überzeugte nach einiger Zeit die MitarbeiterInnen.

Fachberatung und Fortbildungen der Erzieherin zum Beobachtungsmodell, zu Interventionen bei erhöhtem Förderbedarf sind unabdingbare Elemente des Systems.

Der Zusammenschluss von mehreren Trägern zu einem Verbund ermöglichte den Aufbau dieses Systems. In dem Verbund können Kompetenzen gebündelt werden, das hat ein breiteres Wissens- und Erfahrungsspektrum zur Folge und eine Schonung der -sowieso knappen- Ressourcen bei Fachberatungen und MitarbeiterInnen in den Einrichtungen.
Zudem ermöglicht es ein Wissensmanagement und viele partizipieren an dem Wissen und den Erfahrungen anderer.

4.4 Widerstände gegen das Instrumentarium und ihre Überwindung

Die Umsetzung der beschriebenen Systematik und Steuerung der fachlichen Arbeit erforderte in den AWO-KiTas einen erheblichen Umdenkungsprozess und zunächst auch einen hohen Zeitaufwand, der mit großem Engagement und großer Bereitschaft aller MitarbeiterInnen geleistet wurde. Dabei gab es verständlicherweise zunächst auch Vorbehalte, Missverständnisse und Widerstände zu bearbeiten.
Die Sicht vieler Erzieherinnen war vorher, dass sie Ihren Auftrag gut erfüllen, wenn sie ihre verfügbare Zeit für die „Arbeit am Kind“ verwenden und nicht für Beobachtung, Analyse, Planung, Auswertung und Dokumentation.

Mittlerweile haben sich das Bewusstsein und die Handlungskompetenzen spürbar verstärkt wie folgende Statements aus der Praxis zeigen:

Wir sammeln konsequenter und gezielter Erkenntnisse zu den Kindern als früher und können damit die Kinder und die Eltern rechtzeitig unterstützen. Dabei fallen auch Dinge auf, die schnell behoben werden können, aber zu großen Problemen werden, wenn man sie nicht rechtzeitig angeht, z.B. Bewegungsstörungen durch Schuhe, die zu klein sind, Sprachschwierigkeiten durch schlechtes Hören.

Die Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit macht unserer Arbeit nachhaltiger und führt damit auch zu einer höheren Zufriedenheit und Sicherheit.

Durch die Situationsanalysen und Beobachtungen sehen wir selber „was Sache ist“.

Früher musste jede KiTa alles selber machen, heute sind wir vernetzt und profitieren von dem Wissen und den Erfahrungen der anderen 76 KiTas und den sieben Fachberatungen in unserem Verbund. Das macht Spaß und erleichtert die Arbeit.

Wir überprüfen selber kontinuierlich unsere Interventionen/Maßnahmen und wissen dadurch, ob unser Handeln auch etwas bei den Kindern bewirkt. Die Teamarbeit ist strukturierter, es gibt fest vereinbarte Kommunikationswege, Zuständigkeiten und Fallbesprechungen.

5. Perspektiven

Verbundsysteme sind sicher – im Zuge immer knapperer Mittel – zukunftsweisend.

Wenn kleinere Probleme und Auffälligkeiten bei Kindern in den KiTas durch die Mitarbeiterinnen auch selbst gelöst werden können, brauchen Kinder zu einem späteren Zeitpunkt u.U. nicht an kostenintensive Hilfemaßnahmen durch andere Fachdienste weiterverwiesen werden.

Vgl. auch:
http://www.kinder-frueher-foerdern.de/cps/rde/xbcr/SID-0A000F0A-3A99EB0A/kiff/Straetz.pdf

PETRA BREMKE

Wie können eine gesundheitsorientierte Kindertagesstätte und Hort geschaffen werden? Es wird eine Einrichtung vorgestellt, die in einer ‚besseren Wohngegend' angesiedelt ist: die Kinder sind verbal orientiert, bekommen zusätzliche Angebote, es gibt Elternmitarbeit/ Förderverein. Der Personalschlüssel wird eingehalten, die Qualifikation des Personals ist hoch und wird durch Weiterbildung gefördert, das räumliche Angebot ist gut.

Diese guten Rahmenbedingungen erlauben das Ausprobieren neuer Schritte: Auflösung Regelgruppen zugunsten von altersgemischten Stammgruppen, Einrichtung von Funktionsräumen mit Betonung auf ‚Bewegung', gesunde Ernährung auch durch Zubereitung und Kontrolle des Essens in der Einrichtung, Öffnung des Kindergartens durch Zusammenarbeit mit Landessportbund, Sponsoren etc. sowie selbstbewusste Vertretung nach außen, wie gegenüber der Stadt und der Politik. Es fehlt noch die regelmäßige Zusammenarbeit mit dem Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes. (Kindergartenreihenuntersuchung)

6.3 Bewegte Kindertagesstätte in Kerpen

1. Situationsanalyse

Die städtische Einrichtung liegt am Stadtrand der ländlich gelegenen Stadt Kerpen mit ca. 65 000 Einwohnern.

Der größte Teil der Kinder, die unsere Einrichtung besuchen, lebt in einem ca. 1,5 km entfernten Neubaugebiet, einer ruhigen Wohnsiedlung, die von Spielstraßen durchzogen ist.
Viele Eltern dieser Kinder sind beide berufstätig. Einkindfamilien sind eher selten. Derzeit (Stand 6/2005) besuchen 114 Kinder im Alter von 3 – 6 Jahren die Kita, und 22 Kinder im Alter von 7 – 14 Jahren den Hort. Alleinerziehend sind 17 % der Eltern, in rund 40 % sind beide Eltern berufstätig. Geschwister haben rund 80 % der Kinder, die restlichen 20 % haben keine Geschwister.
Ein geringerer Anteil der Kinder wohnt zum Einen im alten Stadtkern und zum Anderen in einer Wohnsiedlung mit Mehrfamilienhäusern. Diese Kinder können aus verkehrstechnischen Gründen in der Regel nicht allein auf der Straße spielen und kommen mit einem großen Bewegungsbedürfnis in die Tagesstätte.

Einige Familien wohnen direkt in unmittelbarer Nähe der Einrichtung.

Aus einem ca. 5 km entfernten Vorort der Stadt kommen Kinder, die aus pädagogischen Gründen unsere Einrichtung besuchen.

40 Kinder im Alter von 3-6 Jahren verbringen den ganzen Tag in der Einrichtung, 20 besuchen die Einrichtung nach der Schule und in den Ferien ganztags. Diese Kinder sind alle von berufstätigen Eltern.

2. Vorerfahrungen der Kinder

- Überwiegend sprachliche Form der Auseinandersetzung
- Kinder werden gefragt, sie dürfen mitentscheiden und vieles wird mit ihnen ausgehandelt
- Die Freizeit der Kinder wird zunehmend verplant
- Zusätzlich zum Kindergarten besuchen die Kinder weitere Angebote mit pädagogischen Inhalten unter Anleitung von Erwachsenen. (Musikschule, Judo, Ballett, Englischkurse usw.)
- Trotz ländlicher Umgebung bleibt oft nur wenig Raum für spontanes und selbstorganisiertes Spiel; Grund hierfür ist die Angst der Eltern vor zunehmender Gewalt an Kindern, aber auch die Vorstellung von „Schöner Wohnen“ und „Schöner Garten.“ Das Spiel der Kinder wird zu Hause den ästhetischen Ansprüchen der Eltern untergeordnet
- Verabredungen in den Familien werden häufig auf zwei Kinder beschränkt, damit das „Chaos“ spontan spielender Gruppen eingegrenzt wird

3. Rahmenbedingungen

3.1 Personalbestand

In „PANAMA“ arbeiten 15 Erzieher/Innen, eine Erzieherin im Anerkennungsjahr, eine Vorpraktikantin, zwei Reinigungskräfte und eine Küchenkraft, die bei einer Cateringfirma angestellt ist.

- Eine Erzieherin/ Sozialfachwirtin arbeitet als freigestellte Leitung mit einem Stundenumfang von 34,5 Std.
- Eine Erzieherin steht mit 30 Fachkraftstunden der Leitung zur Seite und leitet Fördergruppen im Bereich Rhythmik, autogenes Training, Entspannungsmethoden usw.
- 6 Erzieher/innen als vollbeschäftigte Fachkräfte
- 1 Erzieherin als teilzeitbeschäftigte Fachkraft (30 Std.)
- 3 Erzieherinnen als vollbeschäftigte Ergänzungskräfte
- 3 Erzieherinnen als teilzeitbeschäftigte Ergänzungskräfte (19,25 Std., 25,5 Std., 27,75 Std.)
- zusätzlich 5 Ergänzungskraftstunden für die Durchführung des Sprachprogramms

3.2 Qualifikation der Mitarbeiterinnen

Drei Mitarbeiterinnen haben die Zusatzqualifikation im Bereich Psychomotorik absolviert, eine Mitarbeiterin hat ein abgeschlossenes Sportstudium, und vier Mitarbeiterinnen beginnen im Herbst mit einer Zusatzausbildung zur Bewegungserzieherin im Bereich der Elementarpädagogik.

3.3 Räume und Außengelände

Es gibt keine Regelgruppen mehr, sondern Stammgruppen mit Kindern gemischten Alters.

Seit der Änderung unserer pädagogischen Arbeit seit Februar 2003 in den sogenannten „offenen Kindergarten“ haben wir als Konsequenz dieser Arbeit auch unsere Räume umstrukturiert. Aus den bislang herkömmlichen Gruppenräumen mit Puppenecke, Bauecke, Tobe-Ecke, Frühstückstisch usw. haben wir Räume geschaffen, die jeweils nur einer Funktion zugeordnet sind.
Wir verfügen über einen Bauraum, einen Rollenspielbereich, einen Spiele- und Bücherraum, einen Kreativraum, einen Sinnesraum (mit Balancierkreisel, Spiegel, Farbprojektor usw.) und eine Cafeteria. Um dem Bewegungsbedürfnis entgegenzukommen, welches bei nahezu allen Kindern stark ausgeprägt ist, haben wir das Foyer und die Turnhalle den Bedürfnissen der Kinder angepasst. Im Foyer steht ein Klettergerüst und ein Bällebad; in der Turnhalle wechselnde Bewegungsbaustellen, deren Schwierigkeitsstufen die Kinder nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand bewältigen können. Arbeitsmaterialien aus dem Bereich der Psychomotorik wie ein Karussell, Therapiekreisel, große und kleine Schaumstoffwürfel, Schwungtücher, Heulrohre, eine Malschaukel, Rollbretter, Schaukeln, Trapeze und vieles mehr sind von uns in den vergangenen zwei Jahren angeschafft worden, um die Kinder fordern und fördern zu können. Alle diese Materialien haben wir von unserem Budget angeschafft. Dazu haben wir eine Zeitlang gespart, der Förderverein hat dazugelegt. Insgesamt sind die Kosten von rund 4000 € auch noch durch Sponsoring zusammengekommen.

Zu dem großzügigen Außengelände gibt es eine kleine Geschichte: ursprünglich war geplant, sie um ca. ein Drittel kleiner zu bemessen. Nachdem sich ein Elternteil über die gesetzlich vorgeschriebene Mindestfläche für einen deutschen Schäferhund sachkundig gemacht hat, ist mit diesem Argument (‚Sollen die Kinder weniger Fläche zur Verfügung haben?’) die Freifläche seitens der Stadt mit der ursprünglichen Grundstücksgröße erworben worden. Sie trägt ebenfalls dazu bei, dem Bewegungsbedürfnis und dem Entdeckungs- und Forschungsdrang der Kinder Rechnung zu tragen. Hier können sie nach Herzenslust laufen, springen, schaukeln, klettern, Roller-, Fahrrad-, Dreiradfahren, Fußballspielen, Tischtennisspielen, buddeln und den Berg in unterschiedlichen Schwierigkeitsstufen erklimmen, sich verstecken - kurz gesagt: ihrer Bewegungsfreude sind keine Grenzen gesetzt, sofern sie sich nicht gefährden.

Im Sommer wird noch eine Matschanlage angeschafft werden, die vom Förderverein bezahlt wird. Ein solcher Förderverein, mit einem jährlichen Mindestbeitrag von 12 € im Jahr, wird von rund einem Drittel der Eltern unterstützt. Er ist ebenso nützlich wie Sponsoring durch Firmen, Vereine und Einnahmen durch Tombola etc..

4. Bewegung – der Schlüssel für die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes

Bewegung und Wahrnehmung ist für uns das zentrale Thema, um die Kinder optimal auf das Leben vorbereiten zu können.

Bewegung ist für die kindliche Entwicklung unverzichtbar, den sie ist das fundamentale Mittel zum gefühlsmäßigen Erleben, zur Verständigung, zur Einordnung des Einzelnen in die Gemeinschaft, zur Erkenntnisgewinnung und zur Persönlichkeitsentfaltung.

Eine Vernachlässigung der Bewegung führt zur Unterdrückung der kindlichen Bedürfnisse und zu motorischen Defiziten. Sie hat nachteilige Folgen für die Entwicklung der Persönlichkeit.

Eine eingeschränkte Bewegungserfahrung behindert das körperliche Wohlbefinden und die Gesundheit, die soziale Integration, die Selbstsicherheit, das Selbstvertrauen und die Erkenntnisgewinnung der uns anvertrauten Kinder.

5. Ernährung - zahngesund und fettreduziert

Weiterhin ist es für uns ganz wichtig, dass die Kinder sich in der Zeit, die sie in der Einrichtung verbringen, gesund ernähren. Die Eltern bezahlen bei uns einen monatlichen Obolus von 5 € und wir kaufen für ein tägliches Frühstücksbuffet ein, das zahngesunde Ernährung garantiert.

Die Kinder können zwischen verschiedenen Brotsorten (Körnerbrot und Graubrot), Wurst, Schnitt- und Streichkäse, Quark, Naturjoghurt, Müsli, Milch, Tee, Mineralwasser, verschiedenen Fruchtsäften ohne Zuckerzusatz und Rohkosttellern (Möhren, Paprika, Gurken, Tomaten, Äpfel, Weintrauben, Kiwi, Bananen usw.) wählen.

Durch dieses Buffet, das von uns bestückt wird, ist es uns gelungen, Milchschnitten, Nutella, Fruchtzwerge u.ä. aus dem Frühstücksplan der Kinder zu verbannen und sie nehmen das „zahngesunde“ Frühstück sehr gut an.

Das Mittagessen wird von einer Cateringfirma in der Einrichtung zubereitet. Es kostet pro Kind 46 € Eigenbeteiligung im Monat. Auch hierbei achten wir darauf, dass die Zusammensetzung der Mahlzeiten den Anforderungen der deutschen Gesellschaft für Ernährung entspricht. Dazu hat es Gespräche zwischen Kindergartenleiterin, Elternvertreterin und dem Vertriebsleiter der Catering-Firma gegeben, um die Standards zu definieren. Es gibt nur wenig paniertes Fleisch oder Fisch, nur zweimal pro Woche Fleisch, dafür mehr Beilagen wie Kartoffeln und Gemüse.

Salat und „Knabbergemüse“ (Rohkost) gibt es zweimal pro Woche und als Nachtisch gibt es häufig Quark oder Naturjoghurt mit frischen Früchten. Der Fettanteil beträgt pro Essen in der Woche durchschnittlich nicht mehr als 8 %.

6. Gesundheitsförderung auch für das Personal

Noch eine kurze Anmerkung: Wir sorgen in unserer Einrichtung nicht nur dafür, dass sich die Kinder bewegen können und sich gesund ernähren; auch den Teammitgliedern ist es wichtig, fit zu bleiben. Einige joggen in ihrer Freizeit, andere walken, fahren Rad, schwimmen usw..

Auch die Betriebsausflüge stehen unter dem Zeichen der Bewegung: vor zwei Jahren haben wir eine Radtour gemacht, letztes Jahr waren wir zum Kanufahren und in diesem Jahr gehen wir zum Bogenschießen.

Ein Teil des Teams hat sich nach der Dienstbesprechung Mittwochs abends zu einem Fitnesstraining in unserer Mehrzweckhalle getroffen.

7. Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt - Qualitätsentwicklung

Wir würden es begrüßen, wenn die vielfältigen Anstrengungen zum „Bewegten Kindergarten“ unterstützt würden von Seiten des Gesundheitsamtes: regelmäßige Reihenuntersuchungen wären sinnvoll.

Der Kindergarten ist vom Landessportbund als Bewegungskindergarten anerkannt. Dies bedeutet dann auch, dass in Fortbildungen zur Bewegungserziehung alle ErzieherInnen eingebunden werden. Bislang ist eine Sportwissenschaftlerin als Erzieherin beschäftigt sowie drei Erzieherinnen haben eine Fortbildung in Psychomotorik absolviert.

Abbildung 4: Luftbildaufnahme von Frank Graes (übermittelt 7.2005)

Abbildung 1: Logo Spielstube Hürth 1

Tabelle 1: Planung der pädagogischen Arbeit im Hort – Beispiel Sport 7

Abbildung 2: Der geschlossene Reaktionskreislauf eines Sozialen Frühwarnsystems (Quelle: www.soziales-fruehwarnsystem.de) 10

Abbildung 3: Tabellarische Auswertung der Fremdevaluation in 2004 15

Abbildung 4: Luftbildaufnahme von Frank Graes (übermittelt 7.2005) 23

7. Beispielhafte Aktivitäten im Rhein–Erft–Kreis - Sportverein, Schulsozialarbeit, Lebenshilfe, Kinderschutzbund, Betreuungsverein, Netzwerkarbeit

Die Beispiele für gelungene Anstrengungen für Kinder sind vielfältig – hier sollen sechs Bereiche vorgestellt werden, die als (private) Initiativen sich bemühen, Kindern mit Entwicklungsstörungen bis hin zu Behinderungen eine Teilhabe an der Gesellschaft zu erleichtern respektive im Vorfeld Entwicklungsstörungen vorzubeugen.

Im Sportverein können gezielt Angebote gemacht werden, die Kindern mit beschriebenen Entwicklungsstörungen helfen.

Das Beispiel der Schulsozialarbeit zeigt Wege, wie die Schule als unterstützender Ort verstanden werden kann.

Die Lebenshilfe wendet sich behinderten Kindern und ihren Eltern zu.

Die Projektbereiche des Kinderschutzbundes im Rhein–Erft–Kreis weisen auf kindliche und familiäre Nöte hin, die bearbeitet werden.

Das Beispiel von ‘Perspektive’, einem Betreuungsverein, zeigt, mit welchen Mitteln eine bessere Integration von Behinderten machbar ist.

Das Netzwerk ist auf psychosoziale, medizinische und (sonder-) pädagogische Förderung ausgerichtet.

Vielleicht wird aus den Berichten der Aktiven deutlich, welches Engagement hinter der Arbeit steckt, die es wert ist, weiter (auch finanziell) gefördert und verbreitert zu werden.

ANDREA SCHNITZLER

Wie können Vereine sich zu Zentren des Gesundheitssports weiterentwickeln? Gesundheitssport im Verein wendet sich an alle Altersgruppen und schließt ausdrücklich behinderte Kinder nicht aus. Das Angebot ist ‚modern' (Jazztanz, Taek–wan–do etc.) und für die Finanzierung werden andere als Mitgliedsbeiträge erschlossen. (Reha über Krankenkassen, Prävention)
Das spricht für ein bewegliches Vereinsmanagement.
Problem ist auch hier, dass z.B. vonseiten der Gemeinde Hallennutzungsgebühren beschlossen worden sind, die ein kostengünstiges Turnen für alle Kinder behindern können.

7.1 Gesundheitsorientierter Sport für Kinder im Verein

1. Allgemeine Sport-Gemeinschaft Elsdorf e. V.

Unser Verein ist die Abteilung Behinderten-, Familien- und Seniorensport, der Gesundheitssport in der ASG Elsdorf e. V., in 13 verschiedenen Gruppen Sport für Kinder und Jugendliche anbietet. Um in unseren Gruppen teilnehmen zu können, müssen die Kinder aus versicherungsrechtlichen Gründen Mitglied in unserer Abteilung sein. Vorher ist ein einmaliges Probeturnen zum Kennenlernen der Gruppe möglich.

2. Integrative Sportgruppenangebote

Zur Zeit sind bei uns ca. 200 Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre angemeldet: ca. 80 Jungen und ca. 120 Mädchen. Unsere Sportstunden finden nachmittags in den Turnhallen in Elsdorf, Berrendorf und Esch jeweils für 90 Minuten statt.

Die Kleinsten (ein-drei Jahre) beginnen in unserer Mutter-Vater-Kind-Gruppe. Diese Gruppe ist mit ca. 20 Familien zur Zeit gut besucht. Die etwas älteren Kinder (drei-sechs Jahre) kommen ohne Elternteil zum Turnen. Für diese Altersgruppe bieten wir drei verschiedene Gruppen an. Es nehmen jeweils ca. 15-20 Kinder teil. Zudem arbeiten diese sowie alle unsere Gruppen integrativ. Das heißt, es sind behinderte und nicht-behinderte Kinder in der gleichen Sportgruppe.

Des weiteren haben wir zwei Gruppen für Kinder ab sechs bis ca. neun Jahre. In der einen Gruppe liegt der Schwerpunkt auf Jazztanz und in der anderen Gruppe auf Rückentraining mit jeweils bis zu 20 Teilnehmer/innen.

Dann gibt es noch zwei Tae-kwon-do-gruppen für Kinder ab acht Jahren. In diesen Gruppen sind drei Viertel der Teilnehmer Jungen und nur wenige Mädchen. In allen anderen Gruppen ist es jedoch genau umgekehrt.

Eine weitere Gruppe ist die integrative Sportgruppe für die Jugendlichen ab 14 Jahren bis ca. 18 Jahre, an der zahlreiche geistig- und lernbehinderte Jugendliche teilnehmen.

Zur Hallenbadzeit bieten wir in Berrendorf eine Wassergewöhnungs-/Schwimmgruppe für alle Kinder an. In unserer Familiensportgruppe bewegen sich geistig- und körperlich behinderte Kinder und Jugendliche zusammen mit einem Elternteil gemäß ihren Möglichkeiten.

Seit einigen Jahren gibt es unsere integrativen Mädchen- und Jungentanzgruppen, die moderne Hits tänzerisch interpretieren.

3. Rahmenbedingungen – Qualifikation, Angebote, Finanzierung

Unsere Gruppen werden ausnahmslos von qualifizierten Übungsleitern/innen geführt mit Zusatzqualifikation im Rehabilitationsbereich. Einige Übungsleiter/innen sind zudem Gymnastiklehrerinnen, Sozialpädagoginnen und Erzieherinnen. Unser Taek-kwon-do Trainer ist Europameister seines Fachs.

Außer den Gruppen selbst bieten wir unseren Mitgliedern in der Kindergruppe auch Ausflüge an, z. B. ins Theater, in die Eissporthalle, in Tierparks usw., sowie regelmäßige vereinseigene Sport- und Spielfeste.

Unsere Mitgliedsbeiträge sind sehr gering, damit auch sozial schwache Familien an unserem Angebot teilnehmen können. So zahlt das erste Kind einer Familie 24 Euro /Jahr, das zweite die Hälfte und die Mitgliedschaft weiterer Kinder einer Familie ist beitragsfrei. In Härtefällen wird auch manchmal der gesamte Beitrag erlassen. Daher sind wir natürlich auf Spenden und Zuschüsse angewiesen.

Da unsere Übungsleiter durch ihre Zusatzausbildungen für Rehasport mit den Krankenkassen abrechnen dürfen, erhalten wir Zuschüsse von diesen, sofern die Teilnahme ärztliche verordnet ist.

4. Zukunftspläne

Leider ist es jedoch so, dass die Kinderärzte den Kindern nur selten die Teilnahme an einer Sportgruppe, in der sie optimal gefördert werden könnten, verordnen. Die Eltern bekommen meist nur gesagt, dass sie mit ihrem Kind zum Turnen gehen sollen, aber ohne konkreten Hinweis auf unsere speziellen Gruppen!

Zudem wird bei vielen Kindern bei der Einschulungsuntersuchung festgestellt, dass sie Sonderturnen benötigen. Da dies aus Kostengründen oder Lehrermangel an den meisten Grundschulen nicht mehr angeboten wird, wird hier dann auch nichts weiter unternommen. Auch haben wir die Feststellung gemacht, dass die Bewegungserziehung und das Turnen in vielen Kindergärten vernachlässigt werden oder oft sogar ganz ausfallen.

Daher wünschen wir als Verein für die Zukunft eine engere Zusammenarbeit mit den Kinderärzten, Schulärzten, Kindergärten und Krankenkassen.

Da einige unserer Angebote für die Kinder vom Deutschen Turnerbund mit dem "Pluspunkt Gesundheit" ausgezeichnet worden sind, berechtigt uns dies, präventive Kurse für Kinder in verschiedenen Bereichen (z. B. Rückenschule) anzubieten.

Inwieweit diese Planungen realisiert werden können, hängt von der finanziellen Entwicklung unseres Vereins in den nächsten Jahren ab. Aufgrund unserer niedrigen Mitgliedsbeiträge (die nicht so leicht erhöht werden können) benötigen wir dringend Zuschüsse von den Krankenkassen, der Gemeinde u.s.w..

Stattdessen müssen wir [dies ist 2006 erfolgt] befürchten, dass die Gemeinde kurzfristig Turnhallengebühren von uns fordern wird.

Es ist ein großer Handlungsbedarf gegeben. Wir haben viele Ideen und möchten unseren hohen Standard halten, im Interesse der Gesundheit unserer Kinder.

EVA MAMIER

Weiterführende Schulen – Haupt- und Realschule – sind das Feld der hier vorgestellten Sozialarbeit, die sich an SchülerInnen, Eltern und LehrerInnen wendet mit niederschwelligen Beratungsangeboten und Projektarbeit auch im Bereich der Gesundheit, wie Suchtprävention, Sexualaufklärung, Gewaltprävention.

7.2 Schulsozialarbeit/ Mobile Jugendarbeit am Schulzentrum Bedburg

1. Schulsozialarbeit - Vermittlung zwischen Kindern, Eltern, Schule und Institutionen

Schulsozialarbeit bezieht sich auf junge Menschen, die Schule und die LehrerInnen sowie die Eltern. Jeder junge Mensch hat das Recht auf Förderung der eigenen Entwicklung und auf Erziehung. Die Schulsozialarbeit soll helfen, dieses Recht zu verwirklichen. Hierzu gehören

- Hilfestellungen beim Aufbau und der Stabilisierung von Eigenverantwortung, Selbstständigkeit, sozialer Kompetenz und Konfliktfähigkeit
- Unterstützung bei Lebenskrisen in Schule, Familie und im Freundeskreis
- erfolgreiche Bewältigung beim Übergang zwischen Schule und Beruf.

Bezogen auf die Schule liegen die Ziele in einer Verbesserung des Lernklimas und der Atmosphäre der Schule, sowie die psychosoziale Entlastung der Lehrerinnen und Lehrer.
Im Hinblick auf die Eltern soll Schulsozialarbeit die Bereitschaft zur Zusammenarbeit zwischen Schule und Elternhaus fördern, Schwellenängste von Eltern gegenüber der Schule abbauen helfen, sowie die Erziehungskompetenzen der Eltern fördern.
Zudem steht die Schulsozialarbeit als Vermittler zwischen den Bereichen Hilfe zur Erziehung, dem Jugendschutz, der Berufsvorbereitung sowie des Freizeitbereiches.

2. Problembearbeitung durch Schulsozialarbeit

Im Schulzentrum Bedburg steht der Schulsozialarbeit ein Stundenumfang von 19,25 Wochenstunden zur Verfügung. Schwerpunktmäßig liegt die Arbeit der Schulsozialarbeit an Haupt- und Realschule.

Viele Kinder und Jugendliche sind vor allem in ihrem familiären Umfeld mit zahlreichen Problemen konfrontiert. Scheidungen und die oft damit verbundene Entstehung neuer Familienkonstellationen, Arbeitslosigkeit, aber auch manche berufliche Situation einiger Eltern und die oft beengte Wohnsituation sind nur Beispiele, die bei den Schüler/innen psychischen Stress auslösen können. Aufgrund dieser und anderer Nöte sind zahlreiche Schüler/innen auf eine Anlauf- und Beratungsstelle angewiesen. Hierfür eignet sich besonders die Schule. Das Beratungsangebot muss den Schüler/innen leicht zugänglich (niederschwellig) sein, alle Bereiche der Lebenswelt Jugendlicher abdecken und die Schweigepflicht wahren, um ein Vertrauensverhältnis zu diesen aufbauen zu können. Es werden in de Haupt- und Realschule offene Sprechzeiten für alle SchülerInnen vormittags angeboten, sowie ein Termin speziell für Mädchen.

Ausgehend von der Beratung der Schülerinnen und Schüler werden gegebenenfalls Gespräche mit den Eltern, den Lehrerinnen und Lehrern, dem Jugendamt, unterschiedlichen Beratungsstellen (z.B. Drogenberatung, Mädchenberatung), dem Schulpsychologischen Dienst vereinbart, und die Jugendlichen zu diesen Gesprächen begleitet.

3. Projektarbeit

Ein weiter wichtiger Bereich von Schulsozialarbeit ist die Projektarbeit. Hierzu zählen insbesondere präventive Projekte im Bereich Suchtprävention, Gewaltprävention und Gesundheitsförderung. Im Rahmen dieser Projektarbeit laufen im Schulzentrum Bedburg folgende regelmäßige Angebote:

- Projektwoche Suchtprävention:
  Sie wird jährlich im 6. Jahrgang durchgeführt. Diese Projektwoche läuft in Kooperation von Haupt- und Realschule.
  Die Schulsozialarbeiterin unterstützt die Lehrerinnen bei ihrer Arbeit, die Ansprechpartnerinnen zum Thema „Suchtprobleme und Prävention“ an der Schule sind.
- Mädchencafé:
  Wöchentlich öffnet an einem Nachmittag das Mädchencafé. Das Mädchencafé leistet einen Beitrag zur Förderung einer Entwicklung des gleichberechtigten Miteinanders der Geschlechter und zum Abbau struktureller Benachteiligung.
  Insgesamt 12 Lehrerinnen unterstützen die Arbeit des Mädchencafés ehrenamtlich. Zusätzliche Unterstützung findet das Mädchencafé durch Mitarbeiterinnen der Caritas-Jugendzentren.
  Zusätzlich wird einmal im Jahr eine Frauenärztin eingeladen, um für altersspezifische Fragen der Mädchen hinsichtlich physischer und psychischer Veränderungen zur Verfügung zu stehen.
- Ausbildung SchulbusbegleiterInnen:
  Schulbusbegleiter/innen sind Schüler/innen, die durch angeleitete Zivilcourage die Sicherheit auf dem Schulweg erhöhen. Zum Beispiel sorgen sie für das geordnete und sichere Einsteigen in den Bus, achten darauf, dass einzelne Schüler/innen nicht geärgert werden und setzten sich für einen gepflegten Umgang mit dem Inventar des Busses ein. Kommt es zu Gewaltübergriffen oder zu Vandalismusschäden, hat sowohl der Busfahrer, als auch die Polizei und die Schule geeignete Ansprechpartner in Form der Busbegleiter/innen.
  Jedes Jahr werden in allen drei Schulformen SchulbusbegleiterInnen ausgebildet. Die Schulsozialarbeit übernimmt hierbei die Ausbildung an der Haupt- und Realschule.

Die Schulsozialarbeiterin steht Schülerinnen und Schülern und deren Eltern in der Schulzeit täglich von 8.30 – 12.00 Uhr zur Verfügung. Telefonisch können Termine darüber hinaus bis ca. 17.00 Uhr unter 01 72 – 24 39 587 vereinbart werden.

Siehe auch:
http://www2.bedburg.de/city_info/display/cms/frame/index.cfm?region_id=225&id=97

FRANZ WEHLING

7.3 Lebenshilfe im Rhein-Erft-Kreis

Auch diese heilpädagogische Tagesstätte (siehe entsprechend Bedburg/ Elsdorf) hat eine Warteliste, so dass für jedes dritte Kind der Förderanspruch nicht erfüllt wird. (2005) Da auch integrative Kindergärten dieses Problem haben, liegt hier ein Versorgungsmangel für behinderte Kinder im Rhein-Erft-Kreis vor, welcher im Nordkreis mit 41 % höher ist als im Südkreis mit 33 %.

Es werden die besonderen Angebote einer heilpädagogischen Einrichtung beschrieben, die multiprofessionelle Spiel- und Lernangebote für behinderte Kinder schaffen. Die Herstellung von Akzeptanz für Anders-Sein schließt das Ziel ein, eine möglichst große Verselbständigung des behinderten Kindes zu erreichen. Dazu gehört auch ein modernes Sozialmanagement, um gegenüber der Öffentlichkeit für das Klientel zu werben (beispielsweise durch Einwerben von zusätzlichen Fördermitteln), um eine qualitätsgerechte Arbeit leisten zu können.

1. Rahmenbedingungen

Die beiden Heilpädagogischen Kindertagesstätten der Lebenshilfe e.V. OV Frechen, in Hürth-Gleuel und in Frechen- Buschbell betreuen jeweils 24 Kinder in drei Gruppen zu acht Kindern, die entwicklungsverzögert bis schwerstmehrfachbehindert sind.
Aufnahmealter ist das dritte Lebensjahr und betreut werden die Kinder bis zum Schulalter im sechste. bzw. siebte. Lebensjahr. Die Kinder kommen aus dem südlichen bzw. nördlichen Rhein-Erft-Kreis.

Nach wie vor gibt es zu wenig Plätze für Kinder mit Behinderungen. Auf unserer Warteliste stehen zur Zeit immer noch 12 Kinder mit den unterschiedlichsten Behinderungen, die ab August 2005 keinen Förderplatz haben. (Erläuterungen siehe Punkt 2) Alle Kinder kommen aus dem Kreisgebiet.
Es gibt alternative Möglichkeiten in integrativen Einrichtungen, wobei in ihnen nur Kinder der entsprechenden Kommune untergebracht werden. Auch die integrativen Einrichtungen haben Wartelisten. [vgl. 5.3 Heilpädagogische Kindertagesstätten mit dem gleichen Befund, dass die Plätze nicht ausreichend sind.]

Der Besuch der Kindertagesstätte ist kostenfrei, da durch Eingliederungshilfe SGB XII, finanziert. (Kostenträger LVR)
Ein eingerichteter Zubringerdienst nach Bedarf und Notwendigkeit ist ebenfalls kostenfrei.
Betreuungszeiten sind von 8.00 Uhr - 14.00 Uhr.

2. Probleme/Behinderungsformenarten

Man unterscheidet verschiedene Formen und Schweregrade von Behinderungen bzw. die Bedrohung von Behinderungen. Dazu gehören:

- Entwicklungsverzögerungen
- Sprachentwicklungsverzögerungen und -störungen
- Verhaltensauffälligkeiten und -störungen,
- genetischen Syndromen unterschiedlichster Form und Art
- AD(H)S Probleme
- autistischen Schwierigkeiten
- psychischen Störungen

Diagnosen lauten beispielsweise: Tiefgreifende Entwicklungsstörung, frühkindliche Hirnschädigung, Anfallsleiden, Epilepsie mit komplex-fokalen und generalisierten tonisch-klonischen Anfällen, Cerebralparesen, Strabismus convergens, Konnataler Hydrocephalus, schwere statomotorische Entwicklungsretardierung etc..

Bei der Förderung, der Pflege und Begleitung kommen heilpädagogische, sprachheiltherapeutische, krankengymnastische und psychomotorische Methoden zum Einsatz. (Siehe folgenden Absatz.)

3. Ganzheitliche qualitätsgesicherte Förderung

In den Heilpädagogischen Kitas stehen die Entwicklungschancen und Entwicklungsfähigkeiten eines Kindes im Mittelpunkt einer ganzheitlichen Förderung, Pflege und Begleitung in seinem Anders-Sein. Dies bedeutet, dass jedes Kind in der Kindertagesstätte als eine eigenständige Persönlichkeit betrachtet und in seiner Gesamtentwicklung mit seinen Stärken und Schwächen gesehen wird.

Die Förderung der Kinder in ihren unterschiedlichsten Behinderungsformen geschieht durch:

- heilpädagogischen Übungsbehandlungen (HPÜ),
- Spiel- und Lernangebote durch die unterschiedlichsten Spielformen und -arten innerhalb der Gruppe, aber auch in ihrem Sozialverhalten
- Förderungen im Wahrnehmungsbereich aller Sinne, vor allem auch im taktil-kinästhetischen Bereich
- Psychomotorische Übungsbehandlungen (auch Voijta und Bobath)
- Sprachheiltherapie, wie Lautanbahnungen, mundmotorischen Übungen, orofaciale Übungen etc.

Ziel ist immer eine größtmögliche Verselbständigung in allen Entwicklungsbereichen des Kindes.

Die in der Kindertagesstätte tätigen Pädagogen und Therapeuten erarbeiten und überprüfen gemeinsam Förder- und Therapiekonzepte.
Ausgehend vom individuellen Entwicklungsstand des Kindes und seinen speziellen Interessen, Begabungen und Stärken werden gezielte Spiel- und Lernangebote geschaffen. Wenn auch Pädagogen und Therapeuten dabei ein konkretes Ziel für das Kind verfolgen, so soll es sich für das Kind immer um eine natürliche und spielerische Situation handeln.
Um dem Gesamtkonzept der Einrichtung auf der Grundlage der Satzung Rechnung zu tragen, werden im Rahmen von Qualitätsmanagement und -sicherung regelmäßige Überprüfungen und

Fortschreibungen initiiert. Die Lebenshilfe e.V. Frechen-Hürth-Kerpen-Pulheim hat ein Handbuch zum Qualitätsmanagement auf die entsprechenden Einrichtungen abgestimmt, in dem alle einrichtungsspezifischen Dienstleistungen schriftlich niedergelegt, mit Kernprozessen beschrieben und mit Überprüfungskategorien und Verfahrensabläufen erläutert sind.

4. Leistungen/ Inanspruchnahme

Alle Leistungen für die hier betreuten Kinder werden nach der Eingliederungshilfe SGB XII, Kostenträger LVR, finanziert. Lediglich Frühstücksgeld und Mittagessensverpflegung sind von den Personensorgeberechtigten selber aufzubringen. Der Zubringerdienst wird nach Notwendigkeit und Bedarf eingerichtet, Tendenz soll aber schon sein, das die Personensorgeberechtigten ihre Kinder selber in die Kita bringen.

5. Ressourcen/Ausgaben/Finanzen

Das Fachpersonal besteht aus drei ErzieherInnen mit einer Heilpädagogischen Zusatzausbildung und/ oder Heilpädagogen, drei KinderpflegerInnen, eine Verfügungskraft, eine Krankengymnastin, eine Sprachheiltherapeutin und eine Leitung.
Die Leitung kann ein Dipl. Sozialpädagoge sein, aber auch Heilpädagoge mit Erfahrung im Behindertenbereich. Aufgabe der Leitung ist es, die fachliche Leitung zu gewährleisten, Anleitung- und Beratung von MitarbeiterInnen und Eltern, vernetzte Zusammenarbeit mit anderen fachbegleitenden Diensten, Personal- und Betriebsführung, Öffentlichkeitsarbeit und Fundraising, Qualitätsüberwachung und Innovation; sprich, alle wesentlichen Inhalte einer Führungskraft im Sozialmanagement. Die Leitung ist freigestellt.

Die Betriebskosten werden zum größten Teil vom Kostenträger finanziert

Auf Grund der Deckelung durch den Kostenträger (1995) entstehen immer wieder finanzielle Defizite, die zu Lasten des Trägers gehen.
Beispiel: Die Personalkosten erhöhen sich um 2%, während der Kostenträger eine jährliche Steigerung der Betriebskosten von 1% vorsieht.
In unserem Selbstverständnis der Lebenshilfe – der qualifizierten Förderung der Kinder - haben wir in jeder Gruppe eine Vorpraktikantin. Erweitertes Förder- Therapiematerial und die Instandhaltungen müssen von uns selbst übernommen werden.
Wir sind definitiv auf Freunde, Förderer und Spender unserer Einrichtung der Lebenshilfe Frechen angewiesen. Zu diesem Zweck ist das Ressort Fundraising eröffnet worden.

6. Gesellschaft

Öffentlichkeitsarbeit in den unterschiedlichsten Formen, Arten und Gremien - vor allem auf politisch-kommunaler Ebene - ist für uns enorm wichtig. Ziel hierbei ist es immer, die entsprechenden Personen auf die Belange der Menschen mit Behinderungen sensibel und aufmerksam zu machen. Dazu nutzen wir alle Bereiche, wie Presse, Funk, Fernsehen, Schriften, Flyer, Präsentationen, Feste, Feiern, Veranstaltungen diverser Art etc..

7. Integration

Nach unserem Verständnis sollte Integration so geschehen, dass die betroffenen Menschen mit Behinderungen in der Gesellschaft so normal wie möglich in ihrem Anders-Sein integriert werden. Dieses sollte in der kleinsten Gemeinschaft, der Familie, der Nachbarschaft und der Öffentlichkeit erfolgen. Dazu gehört ebenso das soziale Umfeld von Kindergarten, Schule, Beruf, Freizeit, bis zum Älterwerden.

Da wir in einer Leistungsgesellschaft leben, kann eine Integration von Menschen mit geistiger Behinderung nicht erfolgen, weil eine Leistungsbewertung im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung nicht statt finden kann. (Schule)
Nach wie vor muss im Umgang mit Menschen, die von Behinderung betroffen sind, ein Umdenken und Bewusstseinswandel in unserer Gesellschaft erfolgen. Beispielsweise kann man noch nicht von Integration sprechen, solange Gerichte sogar noch Wertminderungen von Urlaubsreisen aussprechen, weil Menschen mit Behinderungen am Nachbartisch im Restaurant am Urlaubsort Platz nehmen. Andere Länder, wie z.B. Schweden, Dänemark und die Niederlande machen es uns vor. Die Akzeptanz der Menschen mit Behinderungen ist weitaus größer. (Integration)
Beispielsweise sind dort behindertengerechte Sanitäreinrichtungen weitaus mehr verbreitet.

KAROLIN KÖNIGSFELD

Der Kinderschutzbund versteht sich als Lobby für Kinder. Seine Aktivitäten im Rhein–Erft–Kreis liegen im sozialkompensatorischen Bereich für benachteiligte Kinder: (neue) Migrantenkinder, junge (Teenager–) Mütter, gehandicapte Kinder. Dieses Angebot wird ergänzt durch Beratung und Kursangebote für Eltern. Auch hier erfolgt alles unter prekären Finanzierungsbedingungen.

7.4 Kinderschutzbund im Rhein–Erft–Kreis

Abbildung 1: Logo des Deutschen Kinderschutzbundes

Der Kinderschutzbund in Hürth hat derzeit sieben Arbeitsbereiche, die überblicksartig dargestellt und anschließend genauer einzeln erläutert werden.

Außerdem wird die Arbeit begleitet von Aktions- und Infoständen bei Veranstaltungen, Beratung und Lobby–Arbeit bei Kinder- und Jugendpolitik sowie einem Kleinbusverleih.

Arbeitsbereich	**Zielgruppe**	**Methoden**	**Umfang/ Ort**
1. Integrationsmaß-nahmen • Integration und Förderung von Migrantenkindern • Niedrig-schwellige Vermittlung von weiteren Hilfen für die Familien	Kinder aus Familien mit Migrationshinter-grund Alter : 5-13 Jahre Anzahl : 12-15 Kinder, 4-5 Mütter/Väter	Offene Spielnachmittage Hausaufgabenhilfe Elternfrühstück	1x /wöchentlich Spielnachmittag 1x wöchentlich Hausaufgabenhilfe 14-tägig Elternfrühstück Räume Kinderschutzbund
2. Sozialpädagogische Schülerhilfe (Kooperation mit Förderschule)	Kinder/Jugendliche aus der 6.-8. Klasse der Förderschule Alter: 12-16 Jahre Anzahl: 12-15 Kinder	Hausaufgabenhilfe Einzel- und Gruppenförderung	2x /wöchentlich Hausaufgabenhilfe, sozialpädagogische Förderung Städtisches Jugendzentrum
3. Psychomotorik (Kooperation mit Förderschule)	Kinder/Jugendliche aus der 4.-7. Klasse der Förderschule Alter: 10-15 Jahre Anzahl: 20 Kinder in zwei Gruppen	2 Psychomotorik-gruppen	20 Plätze in 2 Gruppen Förderschule Dr. Kürten
4. Ferienfahrten	Kinder/Jugendliche, besonders aus einkommens-schwachen Familien, Alter : 10-15 Jahre Anzahl : 35 Kinder	Kinder- und Jugenderholung, 2-wöchige Ferienfahrt Freizeitgestaltung am Ferienort, sport- und erlebnispädagogischer Schwerpunk Erholung und Entspannung für Kinder und Jugendliche Gruppenerfahrungen Förderung der sozialen Kompetenz, Bewegungsförderung Kompensation von	1 x pro Jahr, 2 Wochen, 35 Plätze Europäisches Ausland

		Alltagsbelastung	
5. Müttertreff für junge Mütter (17-24 Jahre) und ihre Kleinkinder	4-5 junge Mütter (17-24 Jahre) und ihre Kinder (0-3 Jahre) mit Vernachlässigungs-risiko	Müttertreff, Kooperation mit dem Jugendamt Hürth sozialpädagogische Anleitung und Beratung junger Mütter Praxisorientierte, situative Anleitung im Umgang mit dem Kind Förderung des Erfahrungsaustauschs der Mütter untereinander Stärkung von erzieherischer Kompetenz und Selbstwertgefühl Aufbau von Motivation, Hilfsangebote anzunehmen Informations-vermittlung zur Säuglingspflege, kindlichen Entwicklung Gesundheitsvorsorge Erziehung, Förderung und Betreuung der Kinder Anleitung zum Spielen	5 Mütter, 6-7 Kleinkinder Räume Kinderschutzbund
6. Systemische Familienberatung	Kinder, Jugendliche und Familien mit Beratungsbedarf	Erziehungsberatung systemische Familienberatung Elternabende Institutionsberatung Kooperation mit Kindergärten	Familieneinzelberatung nach Bedarf (10-15 Familien pro Jahr) 1-2 Elternabende, div. Kontakte zu Fachdiensten und Institutionen Räume Kinderschutzbund
7. Elternkurse/- workshops	Eltern im Stadtgebiet Hürth	Informations-veranstaltungen Workshops zum Erziehungsalltag Kooperation mit dem Jugendamt Hürth	1x pro Jahr, 2-3 Blöcke am Wochenende (Sa/So) Städtisches Jugendzentrum

Tabelle 1: Übersicht über die Arbeiten des Kinderschutzbundes in Hürth - mit einem Finanzrahmen von ca. 23.000 € Eigenmitteln

1. Integrationsmaßnahmen

Kinder aus Flüchtlings-, Asylbewerber- und Spätaussiedlerfamilien haben nach ihrer Ankunft in der neuen Umgebung eine veränderte Lebenssituation zu bewältigen.
Neben den Anforderungen, sich in einer fremden Sprache zu verständigen und den schulischen Anforderungen zu genügen, müssen sie sich an neue Alltagsabläufe gewöhnen, die vorhandene Infrastruktur kennen lernen und neue Freunde finden. Die Familien leben oft zunächst in städtischen Unterkünften, die den Kindern wenig Raum zum Spielen, Bewegen und die persönliche Entfaltung bieten.

Während die Kinder zumeist recht schnell die deutsche Sprache erlernen, fällt dies den Eltern schwerer. Um sie hier zu unterstützen und auch Ihnen Integrationshilfen zu vermitteln, bietet der Kinderschutzbund ein Elternfrühstück an.

1.1 Leistungen und Inanspruchnahme

Angebot:
Gesellschaftsspiele, Basteln, Kochen, Backen, Feste feiern, Ausflüge, bei Bedarf Vermittlung weiterer Hilfs- und Unterstützungsangebote, Sprachförderung.

Inanspruchnahme:
Es nimmt eine feste Gruppe von Kindern regelmäßig an den Angeboten teil, sie bringen gelegentlich Freunde und Klassenkameraden mit. Teilweise werden die Kinder von den Eltern gebracht und abgeholt, so dass hier am Rande der Spielaktion auch Kontakte und Beratungen möglich sind. Es besteht Kontakt zu den Migrantenberatungsstellen des Sozialamtes der Stadt Hürth, über die auch eine Vermittlung der Teilnehmer in die Angebote erfolgt.

1.2 Ressourcen und Versorgung

Der Spielnachmittag wird von zwei Studentinnen (Sozialarbeit, Sonderpädagogik) auf Honorarbasis geleitet. Es stehen Mittel für die Beschaffung von Spiel- und Beschäftigungsmaterial sowie Programmmittel zur Verfügung.

Die Hausaufgabenhilfe wird von drei ehrenamtlich tätigen erfahrenen Müttern geleitet, die auch abwechselnd das Elternfrühstück leiten.

Die Räumlichkeiten sind dem Zweck entsprechend ausgestattet. Sie werden von einer Putzkraft in Ordnung gehalten.

1.3 Ökonomie

Der Kinderschutzbund gibt im Bereich der Integrationsmaßnahmen ca. 4.000 € aus.
Es werden 1.000 € städtische Aktivitätszuschüsse eingesetzt. Landesmittel für den Bereich unserer Integrationsmaßnahmen wurden ab 2005 gestrichen

1.4 Zusammenfassung

Die Arbeit mit Migrantenkindern und -familien gehört zum Kernbereich der Kinderschutzbundarbeit in Hürth. Die weggefallene Förderung durch Landesmittel für diese wichtige Arbeit wird von uns sehr bedauert. Es ist uns jedoch in 2005 gelungen, die fehlenden Mittel durch Spenden auszugleichen.

In jedem Fall wollen wir die Angebote aufrechterhalten und die Zusammenarbeit mit Kindergärten, Schulen und Beratungseinrichtungen intensivieren.

2. Sozialpädagogische Schülerhilfe (Kooperation mit Förderschule)

Die Schülerinnen und Schüler benötigen aufgrund individueller Problematiken und Schwächen spezielle Unterstützung bei den Hausaufgaben und der Freizeitgestaltung.

Probleme sind: Lern- und Leistungsschwächen, Verhaltensprobleme, Unterstützungsbedarf hinsichtlich Entwicklung sozialer Kompetenzen, Selbstwertgefühl, mangelnde Ressourcen/Unterstützung seitens des Elternhauses.

2.1 Leistungen und Inanspruchnahme

Angebot:
2 x wöchentlich stattfindende Hausaufgabenhilfe, Einzel- und Gruppenförderung, Lernspiele, PC- gestütztes Lernen, gemeinsame Freizeitgestaltung, Heranführung an die Angebote des Jugendzentrums

Inanspruchnahme:
Es nimmt eine feste Gruppe von Kindern regelmäßig an dem Förderangebot teil. Die Auswahl der Schüler erfolgt durch die Lehrkräfte und die Schulsozialarbeiterin der Förderschule.

2.2 Ressourcen und Versorgung

Die sozialpädagogische Schülerhilfe wird von der Schulsozialarbeiterin der Förderschule und zwei Studentinnen (Sozialarbeit, Sonderpädagogik) auf Honorarbasis geleitet.
Der Kinderschutzbund finanziert eine der beiden Honorarkräfte.
Für die Schülerhilfe wendet der Kinderschutzbund Hürth ca. 900 € auf.

2.3 Zusammenfassung

Das Kooperationsprojekt läuft nun schon seit drei Jahren erfolgreich.
Der Kinderschutzbund leistet so einen Beitrag zur Förderung und sozialen Integration benachteiligter Kinder und Jugendlicher.

3. Psychomotorik (Kooperation mit Förderschule)

Die Schülerinnen und Schüler benötigen aufgrund individueller Problematiken und Schwächen eine gezielte psychomotorische Förderung. Sie trägt dazu bei, Wahrnehmung, Grob- und Feinmotorik, Soziale Kompetenz und Körpergefühl zu entwickeln. Probleme sind: Lern- und Leistungsschwächen, Verhaltensprobleme, Unterstützungsbedarf hinsichtlich Entwicklung sozialer Kompetenzen, Selbstwertgefühl, mangelnde Ressourcen/Unterstützung seitens des Elternhauses

Die lern-, sprachbehinderten und/oder erziehungsschwierigen Schüler können von der psychomotorischen Förderung auf vielen Ebenen ihrer Persönlichkeitsentwicklung profitieren.

Es werden psychomotorische Projekte mit verschiedenen Präventionsschwerpunkten realisiert (Suchtprävention, Gewaltprävention, etc.)

3.1 Leistungen und Inanspruchnahme

Angebot:
1 x wöchentlich stattfindende Psychomotorik-Stunde pro Gruppe, 2 Gruppen à 10 Kinder

Inanspruchnahme:
Es nimmt eine feste Gruppe von Kindern regelmäßig an dem Förderangebot teil. Die Auswahl der Schüler erfolgt durch die Lehrkräfte und die Schulsozialarbeiterin der Förderschule.

3.2 Ressourcen und Versorgung

Die Psychomotorikgruppen werden von einem Sonderpädagogen mit psychomotorischer Zusatzqualifikation auf Honorarbasis geleitet.

3.3 Ökonomie

Für die Schülerhilfe wendet der Kinderschutzbund Hürth ca. 2.100 € auf.
Die themenorientierten Präventionsprojekte werden durch das Jugendamt der Stadt Hürth gefördert.

3.4 Zusammenfassung

Das Kooperationsprojekt läuft nun schon seit fünf Jahren erfolgreich. Der Kinderschutzbund leistet auch hier einen Beitrag zur Förderung und sozialen Integration benachteiligter Kinder und Jugendlicher.

Die psychomotorische Förderung bietet ideale Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten für die Zielgruppe der Sonderschüler.

4. Ferienfahrten

Sie werden durchgeführt als Prävention im Hinblick auf Armutsfolgen.
Für die Kinder ist es wichtig, neue Erlebnisse und Eindrücke zu sammeln, den belasteten Alltag für ein paar Wochen hinter sich zu lassen und sich zu erholen. Von besonderer Bedeutung für ihre Entwicklung ist die gemeinsame Gestaltung des Gruppenalltages, Freundschaften, die geschlossen werden und eigene Fähigkeiten, die ausprobiert und entdeckt werden können.
Einkommensschwachen Familien können aus Mangel an finanziellen Ressourcen oft keine Reisen mit ihren Kindern unternehmen. Durch besondere Bezuschussung will der Kinderschutzbund diesen Kindern eine Urlaubsfahrt ermöglichen.

4.1 Leistungen und Inanspruchnahme

Angebot:
2-wöchige Ferienfahrt mit 35 Kindern mit pädagogisch geschultem Personal.

Inanspruchnahme:
Die Ferienfahrten des Kinderschutzbundes wird offen ausgeschrieben, über den Sozialen Dienst des Jugendamtes werden besonders Familien angesprochen, die eine Ferienfahrt ohne besondere Unterstützung nicht finanzieren könnten und/oder ein besonderer pädagogischer Bedarf besteht.

4.2 Ressourcen und Versorgung

Die Ferienfahrt wird ehrenamtlich von einem Betreuerteam (6-8 Personen) organisiert und geleitet. Sie werden durch Betreuerfortbildung geschult und auf ihre Aufgabe vorbereitet.

Die Kosten für die Ferienmaßnahme belaufen sich auf ca. 14.000 €, hiervon werden ca. 12.500 € durch Teilnehmerbeiträge und städtische Zuschüsse refinanziert.

4.3 Zusammenfassung

Der Kinderschutzbund bietet sei elf Jahren erfolgreich Ferienfahrten für Kinder und Jugendliche an. Bis 2004 konnten Landesmittel für einkommensschwache Familien beantragt und an die Zielgruppe weitergegeben werden. Diese entfallen seit den Kürzungen im Landeshaushalt, was eine Verteuerung der Fahrten für die Familien zur Folge hat. Diese kann nur zum Teil aus Spendenmitteln aufgefangen werden.

Aus unserer Erfahrung steigt die Zahl der einkommensschwachen Familien, so dass das Angebot in Zukunft noch stärker nachgefragt werden wird.

5. Müttertreff für junge Mütter (17-24 Jahre) und ihre Kleinkinder

Junge Mütter, die selbst aus problematischen Familienverhältnissen stammen und selbst als Kind nicht adäquat betreut und gefördert wurden, benötigen spezielle Unterstützung, um den Bedürfnissen ihrer Kinder gerecht werden zu können.
Förderung der Erziehungskompetenz der jungen Mütter, Förderung der Entwicklung von Basiskompetenzen der Babys/Kleinkinder und Gesundheitsprävention sind Ziele dieser Aktivität.

5.1 Leistungen und Inanspruchnahme

Angebot:
1 x wöchentlich stattfindende Gruppentreffen mit Müttern und Kindern, pädagogische Beratung und Anleitung, Kinderbetreuung, Fahrdienst und Vermittlung flankierender Hilfen durch die Mitarbeiterin des Jugendamtes, Fachbereich Prävention, Kooperation mit dem Gesundheitsamt im Bereich der Zahnprophylaxe, Gesundheitsvorsorge, Säuglingspflege, Entwicklungsförderung.

Inanspruchnahme:
Es nimmt eine feste Gruppe Müttern und Kindern teil, die Vermittlung erfolgt durch den sozialen Dienst des Jugendamtes. (Soziales Frühwarnsystem)

5.2 Ressourcen und Versorgung

Das Müttertreff wird durch die Familienberaterin des Kinderschutzbundes (Diplom–Pädagogin, Zusatzausbildung in systemischer Familienberatung) geleitet. Es findet eine Kooperation mit dem Jugendamt statt und es werden Praktikanten eingesetzt.

5.3 Ökonomie

Für das Müttertreff wendet der Kinderschutzbund pro Jahr ca. 4.000 € auf. Eine teilweise Refinanzierung über öffentliche Fördermittel wird angestrebt.

5.4 Zusammenfassung

Das Müttertreff ist ein neues Angebot des Kinderschutzbundes und wurde im Jahr 2005 aufgebaut. Es erreicht junge Mütter mit schwierigen Biographien zu einem frühen Zeitpunkt ihrer Erziehungstätigkeit und soll ihre Kompetenzen stärken. Das Angebot wird gut angenommen und nachgefragt. es besteht Bedarf für mindestens zwei weitere Gruppen.

Die Kooperation mit anderen Institutionen, Fachdiensten und Einrichtungen rund um das Kind und die Familie soll im Rahmen des in Hürth im Aufbau befindlichen Sozialen Frühwarnsystems intensiviert werden.

6. Systemische Familienberatung

Sie bietet eine Ergänzung des Angebotes städtischer Erziehungsberatung und die Ankopplung einer Beratungsmöglichkeit an andere Hilfs- und Unterstützungsangebote des Kinderschutzbundes, die vorbeugende Hilfestellung bei Erziehungsfragen und möglichen Überforderungssituationen

6.1 Probleme/ Lage

Eltern und Familien sind in ihrem Alltag vielfältigen Anforderungen ausgesetzt, die es zu koordinieren gilt. Unterschiedliche Bedürfnisse sind in Einklang zu bringen, Freiräume für die Familienmitglieder zu schaffen und Konflikte adäquat zu lösen, damit ein harmonisches und angenehmes Zusammenleben möglich wird.

6.2 Leistungen und Inanspruchnahme

Angebot:
1 x wöchentlich stattfindende Sprechzeit (Mittwoch, 12-14 Uhr), Einzelberatung nach Absprache.

Inanspruchnahme:
Das Beratungsangebot wird im Schnitt von 2-3 Familien über unterschiedliche Zeiträume hinweg wahrgenommen, pro Jahr können 10-15 Familien einzeln beraten werden.

6.3 Ressourcen und Versorgung

Es ist eine Familienberaterin (Diplom–Pädagogin, Zusatzausbildung in systemischer Familienberatung) auf Honorarbasis 3 Std. pro Woche tätig.

6.4 Ökonomie

Dem Kinderschutzbund entstehen durch die Familienberatung 3.600,00 € pro Jahr an Kosten. Sie werden aus Vereinsmitteln aufgewendet, eine öffentliche Bezuschussung erfolgt nicht.

6.5 Zusammenfassung

Die Familienberatung besteht inzwischen seit sieben Jahren. Sie wird auf Honorarbasis geleistet. Wünschenswert wäre eine Ausweitung des Angebotes und eine stärkere Ankopplung an Dienste und Einrichtungen im Stadtteil. (ggf. Kooperation mit Familienzentren)

7. Elternkurse/-workshops

Es besteht bei Eltern ein zunehmender Bedarf an Information und Orientierung in bezug auf Erziehungsfragen.

7.1 Probleme/ Lage

Aktuelle Probleme und Konfliktfelder des Erziehungsalltages können gemeinsam mit anderen Eltern beleuchtet werden. Der thematische Input durch Fachkräfte der Erziehungs- und Familienberatung fördert den Erfahrungsaustausch der Eltern und hilft ihnen, neue lösungsorientierte Ideen zu entwickeln.

7.2 Leistungen und Inanspruchnahme

Angebot:
Elternseminar in Workshop-Form, mehrere Wochenendblocks bearbeiten verschiedene Aspekte eines Themenkomplexes. Es findet dabei eine Kinderbetreuung statt.

Inanspruchnahme:
25 Eltern/Alleinerziehende, ca. 30 Kinder

7.3 Ressourcen und Versorgung

In Kooperation mit dem Jugendamt der Stadt Hürth findet die Planung, thematische Erarbeitung und Organisation des Elternworkshops statt.
Beteiligt ist seitens des Kinderschutzbundes die Familienberaterin, des weiteren werden Honorarkräfte zur Kinderbetreuung bereitgestellt

7.4 Ökonommie

Der Kinderschutzbund wendet jährlich für diesen Arbeitsbereich 500 – 1.000 € auf.

7.5 Zusammenfassung

Elternworkshops führt der Kinderschutzbund seit Jahren erfolgreich in Kooperation mit dem Jugendamt durch. Sie bilden ein wichtiges Element unserer Arbeit, weil auf diese Weise die Erziehungsfähigkeit in der Familie gut gefördert werden kann und somit ein Betrag zum Kinderschutz geleistet wird.

Deutscher Kinderschutzbund Hürth e.V.,
Severinusstr. 8, 50354 Hürth
Tel.: 02233 – 400262,
Fax: 02233 – 401128

info@kinderschutzbund–huerth.de

http://www.kinderschutzbund–huerth.de/

GABRIELE NASE

Der Verein Perspektive Rhein-Erft-Kreis e. V. bietet für Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung einen Freizeittreff, eine Beratungsstelle sowie Betreutes Wohnen an. Sowohl die Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstelle als auch das Betreute Wohnen sind finanziell abgesichert. Die Angebote im Freizeitbereich dagegen sind auf Spenden angewiesen.

7.5 Perspektive Rhein-Erft-Kreis e. V. – Verein für Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung

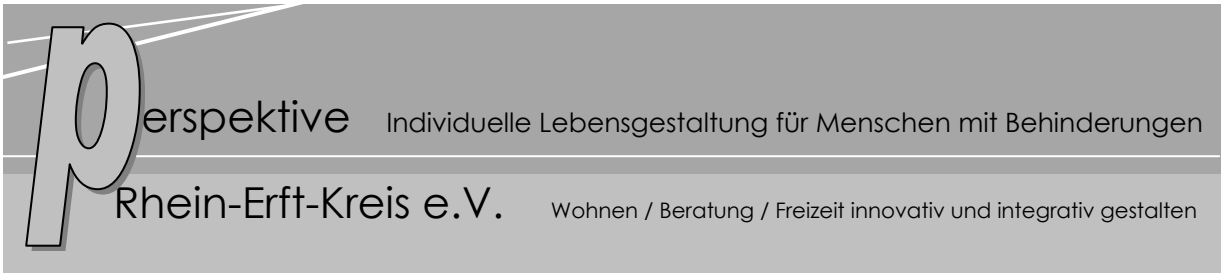


Abbildung 2: Logo des Vereins ‚Perspektive' im Rhein-Erft-Kreis

1. Arbeitsbereiche und Zielsetzungen des Vereins

Perspektive Rhein-Erft-Kreis e.V. ist ein Verein mit langjähriger Erfahrung im Bereich von Hilfen für Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung.
Drei Arbeitsbereiche werden von dem Verein wahrgenommen:

- Träger einer „Kleine Offene Tür" im Freizeitbereich
  Vorrangiges Ziel ist es, den Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung zu einer größtmöglichen Selbständigkeit zu führen und ihn zu befähigen, seine freie Zeit soweit wie möglich selbstständig zu organisieren. Bei der Arbeit orientiert sich der Verein am Grundsatz: „Hilfe zur Selbsthilfe".
- Träger einer Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstelle
  Der Verein möchte Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung ein weitgehend selbstbestimmtes Leben in ihrem sozialen Umfeld ermöglichen. Durch die Vernetzung bestehender und den Aufbau neuer Angebote im Rhein-Erft-Kreis will er die erforderlichen Hilfen gewährleisten.
- Leistungsanbieter im „Betreuten Wohnen" für Menschen mit Behinderungen
  Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung möchte der Verein eine weitgehend selbstständige Lebensführung in der eigenen Wohnung oder in kleinen Wohngemeinschaften ermöglichen und sichern.

Arbeitsbereich	**Methoden**	**Umfang/ Personal/ Ort**
Kleine offene Tür	montags bis freitags in den Nachmittags- und Abendstunden: 1,5 – 2,5 Std. Gruppen für Jugendliche und junge Erwachsene Frauen-Treff Kindergruppe Gruppe „Kochlöffel und Bleistift“ Anleitung zum selbstständigen Kochen Männer-Treff Gruppe für Rollstuhlfahrer Samstags-/Sonntagsangebote ca. 3,5 – 6 Std. = Wochenendaktionen (richten sich nach den Wünschen der Teilnehmer) wie: Minigolf, Kegeln, Fußballspielen, Gesprächskreis, Einkaufen und Kochen/Backen, Ausflug in die Kölner Altstadt, Besuch von Eishockey-/Fußballspielen, Konzerten, Theatern, Tierparks, Kino, Zoobesuch, Schiffstour auf dem Rhein und vieles mehr Urlaubsfahrten Ferienspiele	zur Zeit 55 Personen In der Regel zwei Betreuer pro Gruppenangebot Ahornweg 28 50189 Elsdorf Tel.: 02274 – 700073 Fax: 02274 - 7058091

Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstelle (seit November 2004)	Gesprächs- und Beratungsangebote für Menschen mit Behinderung sowie ihre Angehörigen und Bezugspersonen Unterstützung bei der Erstellung von Hilfeplänen Angebote zur Ermöglichung sozialer Kontakte und zur Freizeitgestaltung Unterstützung beim Ermitteln der geeigneten Betreuungsform/Wohnform Koordinierung und Vernetzung der bestehenden Angebote vor Ort Beratung in Lebenskrisen Koordinierung von Selbsthilfe- und Angehörigenkreisen Informationsveranstaltungen	Beratung auf Anfrage Nollstraße 13 50189 Elsdorf Tel.: 02274-938421 Fax: 02274 –938422 (auch: Tel.: 02274 – 700073 Fax: 02274 – 7058091)
Betreutes Wohnen	Individuelle Betreuung in bezug auf Lebensführung und Alltagsunterstützung unter Berücksichtigung der Gewohnheiten jedes Einzelnen Förderung und Stärkung sozialer Beziehungen Hilfen in der Konflikt- und Krisenbewältigung Hilfen in den Bereichen Arbeit, Freizeit und Gesundheit Gewährleistung hoher professioneller Standards durch pädagogische Fachkräfte Kooperation mit den individuellen Hilfesystemen des Klienten, wie gesetzlichen Betreuern, Angehörigen, Fachberatungsstellen	Zwei geschlechtsspezifische Wohngemeinschaften in Elsdorf mit jeweils zwei Personen eine Einzelbetreuung in Bedburg Ahornweg 28 50189 Elsdorf Tel.: 02274 – 700073 Fax: 02274 - 7058091

Tabelle 2: Die drei Angebotsbereiche des Vereins ‚Perspektive

2. Ressourcen und Probleme bei der Arbeit

2.1 Kleine Offene Tür

Zehn Mitarbeiter arbeiten derzeit stundenweise im Freizeitbereich. Ihre Ausbildung: Erzieher, Sozialpädagogen, Studenten der Sozial- und Heilpädagogik, Heilpädagogen. Jeweils ein bis zwei Mitarbeiter betreuen als Honorarkräfte im Rahmen der Übungsleiterpauschale Menschen mit geistigen und/oder mehrfachen Behinderungen

Im Monat stehen etwa durchschnittlich 50 Stunden für die Gruppenangebote (incl. der zwei Wochenendangebote) zur Verfügung.

Es erfolgt eine Mischfinanzierung aus Kreismittelzuschüssen (ca. 51 %), Mitgliedsbeiträgen (ca. 8 %) und Spenden. (ca. 41 %)

2.2 Koordinierungs-, Kontakt– und Beratungsstelle

Die Beratungsstelle wird von einer Diplom-Heilpädagogin geleitet. Das Beratungsangebot ist kostenlos und wird vom Landschaftsverband Rheinland finanziert.

2.3 Betreutes Wohnen

Für die Aufnahme ins Betreute Wohnen ist die Kostenzusage des Landschaftsverbandes notwendig. Eine Kostenbeteiligung des Klienten ist abhängig von dessen Einkommensverhältnissen und wird vom Landschaftsverband Rheinland ermittelt und festgelegt.

Sechs Mitarbeiter arbeiten im Betreuten Wohnen. (Erzieher, Sozialpädagogen, pflegerische Fachkräfte, Heilpädagogen) Das Betreute Wohnen wird vom Landschaftsverband Rheinland je Klient mit 47,50 € pro ermittelte Fachleistungsstunde bezahlt. Die Anzahl der Fachleistungsstunden wird nach der Hilfeplanerstellung durch den Anbieter des „Betreuten Wohnens“ vom Landschaftsverband bzw. von der Hilfeplankonferenz für den einzelnen Klienten festgelegt. Die Anzahl der Fachleistungsstunden wird für jeden ambulant Betreuten individuell festgelegt.

Probleme gab es anfänglich mit der Akzeptanz dieser Wohnform in der Nachbarschaft.

3. Generelle Probleme und Besonderheiten

Die Ausgaben im Betreuten Wohnen und in der Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstelle sind zur Zeit vom Landschaftsverband Rheinland sichergestellt.

Im Freizeitbereich gibt es erheblich finanzielle Probleme, da die Einnahmen die Ausgaben nicht decken. Damit das Angebot weiter wie im bisherigen Umfang weitergeführt werden kann, ist der Verein auf weitere Spenden und Zuschüsse angewiesen. Auch Fördermitglieder sind jederzeit herzlich willkommen und eine große Hilfe.

www.perspektive-rhein-erft-kreis.de

Telefon 0 22 74 / 70 00 73
Telefax 0 22 74 / 7 05 80 91
info@perspektive-rhein-erft-kreis.de

HARALD LÜDICKE

Ein Beispiel für Netzwerkarbeit ist der Psychosoziale Arbeitskreis für Kinder, Jugendliche und Familien innerhalb der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft des Rhein–Erft–Kreises.
In das thematische Netzwerk sind Akteure eingebunden, die sich mit der medizinischen, psychosozialen und (sonder–) pädagogischen Förderung beschäftigen, ungeachtet ihrer beruflichen sektoralen Anbindung.

7.6 Psychosozialer Arbeitskreis für Kinder, Jugendliche und Familien (innerhalb der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Rhein-Erft-Kreis)

1. Organisation der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft

Der Psychosoziale Arbeitskreis für Kinder, Jugendliche und Familien ist einer von sieben Arbeitskreisen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft im Rhein- Erft- Kreis.
(Vorstand: Frau Dr. S. Schreckling, Ärztin für Neurologie und Psychiatrie)

Laut §5 der Vereinbarung der PSAG „Organe und Einrichtungen“ vom 21.10.2004 bestehen sieben Arbeitskreise:

- Erwachsenenpsychiatrie
- Körperlich und geistig Behinderte
- Gerontopsychiatrie
- Arbeitskreis Alkoholerkrankungen
- Arbeitskreis Wohnen für psychisch kranke Menschen
- Arbeitskreis Arbeit für psychisch erkrankte Menschen
- Arbeitskreis für Kinder, Jugendliche und Familien

2. Mitglieder des Arbeitskreises Kinder, Jugendliche und Familien

In dem Arbeitskreis für Kinder, Jugendliche und Familie sind vertreten:

- Sozialpädiatrisches Zentrum des Rhein- Erft- Kreises
- Vertragsärzte und Psychotherapeuten
- Vertreter der Kommunen und des Kreises (Gesundheitsamt, Erziehungsberatungsstellen Jugendämter, Sozialamt und Schulamt)
- Vertreter von Wohlfahrtsverbänden (Caritas, AWO, Paritätischer Wohlfahrtsverband)
- Vertreter von Kindergärten und Schulen
- Vertreter von Fördereinrichtungen
- Interessierte Einzelpersonen.

Der Sprecher des Arbeitskreises ist Herr Dr. Harald Lüdicke, Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer des Sozialpädiatrischen Zentrums Rhein- Erft- Kreis Heinrich-Meng-Institut gGmbH.
Der Arbeitskreis trifft sich zweimal im Jahr, abwechselnd in verschiedenen Einrichtungen, zuletzt im Sozialpädiatrischen Zentrum in Kerpen bzw. in den Räumen des Kreishauses in Bergheim.

3. Ziele des Arbeitskreises

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft hat die Aufgabe, die Lebenssituation und die Hilfsangebote für Menschen mit Behinderungen im Rhein- Erft- Kreis zu verbessern und zu fördern (§2 Nr.1 Aufgaben und Ziele, aus: Vereinbarung der PSAG).

Konkret gilt für den Arbeitskreis Kinder, Jugendliche und Familien:

Vernetzung der verschiedenen Institutionen, die an der medizinischen, psychosozialen und (sonder-) pädagogischen Versorgung der Kinder, Jugendlichen und ihrer Familien im Rhein- Erft- Kreis beteiligt sind.

Inhaltliche Auseinandersetzung mit für alle Beteiligten interessanten Fragestellungen und Themen.

In den beiden letzten Sitzungen richtete der Arbeitskreis seinen Blick auf die derzeitige Versorgung und mögliche Präventionsmaßnahmen für Kinder psychisch kranker Eltern. Einige Zahlen dazu: Jedes 30. Kind hat einen psychisch erkrankten Elternteil, insgesamt ca. 500.000 Kinder in Deutschland.

Als wichtig erkannt wurde in den Sitzungen, dass eine Verbesserung der Vernetzung zwischen Erwachsenenpsychiatrie, Beratungsstellen und Jugendhilfe erforderlich ist, um den Familien den notwendigen Zugang für die schon vorhandenen Hilfen zu ermöglichen.

Der Arbeitskreis versteht sich als Sprachrohr der Kinder und Jugendlichen, um deren Interessen gegenüber der Politik zu vertreten. Hier bieten sich im Rhein-Erft-Kreis als institutionalisierte Strukturen besonders die Gesundheitskonferenz und die entsprechenden Ausschüsse (Jugend- und Sozialausschüsse) des Kreises und der Städte an.

Abbildung 1: Logo des Deutschen Kinderschutzbundes 9

Tabelle 1: Übersicht über die Arbeiten des Kinderschutzbundes in Hürth - mit einem Finanzrahmen von ca. 23.000 € Eigenmitteln 11

Abbildung 2: Logo des Vereins ‚Perspektive' im Rhein-Erft-Kreis 19

Tabelle 2: Die drei Angebotsbereiche des Vereins ‚Perspektive 21

8. Informationsteil zur Versorgungsstruktur

Ausgewählte fachärztliche und nichtmedizinische Versorgungsstruktur sowie stationäre und institutionelle Beratungs- und Hilfeeinrichtungen gegliedert nach Städten/ Gemeinden des Rhein–Erft–Kreises sowie ihrer Erreichbarkeit komplettieren diesen Gesundheitsbericht.

Wir haben Listen einiger von Kindern häufig in Anspruch genommener Fachrichtungen der Versorgungsstruktur erstellt. Dies sind:

- Kinderarztpraxen
- Hals–Nasen–Ohren–Praxen
- Augenarztpraxen
- Kinder– und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie–Praxen
- Kinderkliniken in der näheren Umgebung des Rhein–Erft–Kreises
- Kinder– und Jugendpsychiatrische Einrichtungen in NRW
- Sozialpädiatrische Zentren innerhalb und außerhalb des Rhein–Erft–Kreises
- Erziehungsberatungsstellen im Rhein–Erft–Kreis
- Psychologische Psychotherapie–Praxen im Rhein–Erft–Kreis
- Logopädische Praxen im Rhein–Erft–Kreis
- Ergotherapeutische Praxen im Rhein–Erft–Kreis
- Heilpädagogische Kindertagesstätten, Integrative Einrichtungen im Rhein–Erft–Kreis

8. Listen einiger häufig von Kindern in Anspruch genommener Fachrichtungen

8.1 Kinderärzte im Rhein-Erft-Kreis

Gemeinde	**Name**	**Straße**	**PLZ/Ort**	☎
Erftstadt	Dr. med. Adams-Schönefelder, Eleonore	Bonnerstraße 50-52	50374 Erftstadt-Lechenich	02235-72211
	Dr. med. Decker, Isolde	Grachtstr. 23	50374 Erftstadt-Liblar	02235-3774
	Dr. med. Kuß, Vinzenz Allergologie, Neonatologie	Am Schießendahl 7	50374 Erftstadt-Liblar	02235-2401
Pulheim	Dr. med. Baysal-Güls, Ayse	Pestalozzistr. 1	50259 Pulheim	02238-7616
	Dr. med. Freifrau von Heereman, Brigitta und Freiherr von Heereman, Nikolaus	Auf dem Driesch 32	50259 Pulheim	02238-59909
	Dr. med. Reinermann, Dorothea	Friedhofsweg 21	50259 Pulheim	02234-84087
	Dr. med. Schoberth, Peter	Wolfshelmstr. 6	50259 Pulheim	02234-986818

Bergheim	Dr. med. Dederichs, Marlene Psychotherapie	Köln-Aachener-Str. 166-170	50127 Bergheim-Quadrath-Ichendorf	02271-798760
	Justen, Thomas	Paulusstr. 4	50129 Bergheim-Niederaußem	02271-51026
	Dr. med. Peters, Dirk	Bethlehemer Str. 44	50126 Bergheim	02271-64422
	Dr. med. Siepen, Heinrich	Südweststr. 7	50126 Bergheim	02271-43883
Wesseling	Dr. med. Dolfen, Beatrix	Flach-Fengler-Str. 120	50389 Wesseling	02236-83143
	Dr. med. Kaas, Peter	Westring 14	50389 Wesseling	02236-43183
	Dr. med. Ring, Daniel	Ludewigstr. 2	50389 Wesseling	02236-42808
Hürth	Floss, Werner	Nibelungenstr. 3	50354 Hürth-Hermülheim	02233-72223
	Dr. Univ. Leuven Lück, Antje und Dr. med. Middelhoff, Birgit	Krankenhausstr. 109 A	50354 Hürth-Hermülheim	02233-77027
	Dr. med. Sickel-Jakubowski, Birgit	Theresienhöhe EKZ	50354 Hürth-Hermülheim	02233-76422 oder 02233-78822
	Dr. med. Vielhaber, Karl	Theresienhöhe EKZ	50354 Hürth-Hermülheim	02233-76422 oder 02233-78822
Brühl	Gattung, Bruno	Rodderweg 19	50321 Brühl	02232-22122
	Dr. med. Pelzer, Heinz-Wilhelm	Balthasar-Neumann-Platz 28	50321 Brühl	02232-941001

Kerpen	Frau Dr. Witzel	Heerstr. 85	50169 Kerpen-Türnich	02237-8055
	Groß, Ralf	Berliner Ring 1 a	50170 Kerpen-Sindorf	02273-57909
	Dr. med. Wallraf, Rolf Allergologie	Marienstr. 3	50171 Kerpen	02237-922354
Frechen	Dr. med. Jachertz, Bruno	Haupstr. 19-21	50226 Frechen	02234-16002
	Dr. med. Tinschmann, Peter	Haupstr. 19-21	50226 Frechen	02234-16002
	Wallenstein, Heinz	Haupstr. 154	50226 Frechen	02234-55262
Bedburg	Dr. med. Werth, Peter	Arnold-Freund-Str. 15	50181 Bedburg	02272-3063

8.2 Hals-Nasen-Ohren-ÄrztInnen im Rhein-Erft-Kreis

Gemeinde	Name	Straße	PLZ / Ort	☎
Brühl	Dr. med. Abel, Udo	Uhlstraße 133	50321 Brühl	02232-44350
	Dr. Papp, Barna	Kölnstr. 111	50321 Brühl	02232-43700
	Schiller, Artur	Balthasar-Neumann-Platz 1	50321 Brühl	02232-44031
Hürth	Dr. med. Univ. Baselides, Peter	Luxemburger Str. 348	50354 Hürth-Hermülheim	02233-75065
	Dr. med. Behrens, Klaus	Theresienhöhe EKZ	50354 Hürth-Hermülheim	02233-75065
Pulheim	Dr. med. Beyer, Nils	Venloer Str. 100	50259 Pulheim	02238-7051
	Dr. Sehrbundt Bernhard und Dr. Serbundt, Hans-Joachim	Sinnersdorfer Str. 35	50259 Pulheim	02238-53335
Wesseling	Boegner, Miroslawa	Flach-Fengler-Str. 75	50389 Wesseling	02236-44222
	Reichel, Anna	Westring 14	50389 Wesseling	02236-45852
Frechen	Dr. med. Denfeld, Christian	Matthiasstr. 2	50226 Frechen	02234-53567
	Flunkert, Carsten	Hauptstr. 157	50226 Frechen	02234-16601
	Dr. med. Kesseler, Klaus	Haupstr. 157	50226 Frechen	02234-16601
	Prof. Dr. med. habil. Dr. med. Lenz, Hermann	Aachener Str. 577	50226 Frechen	02234-20 1677
Bergheim	Dr. med. Hövelmann, Bernhard	Zeppelinstr. 7	50126 Bergheim-Kenten	02272-41440

	Dr. med. Schauss, Freddy	Köln-Aachener-Str. 166-170	50127 Bergheim-Quadrath-Ichendorf	02271-97776
Bedburg	Dr. med. Mertens, Hans	Lindenstr. 4 a	50181 Bedburg	02272-930290
Kerpen	Dr. med. Neffgen, Richard	Kölner Str. 21-25	50171 Kerpen	02237-54171
	Schaumburg, Annette	Rathausstr. 1	50169 Kerpen-Horrem	02273-4399
Erftstadt	Schindler, Sinikka	Frenzenstr. 22	50374 Erftstadt-Lechenich	02235-5056
	Dr. med. Uhlmann, Christoph	Carl-Schurz-Str. 103	50374 Erftstadt-Liblar	02235-43394

8.3 AugenärztInnen im Rhein-Erft-Kreis

(Die mit einem * gekennzeichneten Praxen verfügen über eine orthoptische Abteilung)

Gemeinde	Name	Straße	PLZ/Ort	☎
Erftstadt	Dr. med. Behrens, Christa *	Am Holzdamm 8-18	50374 Erftstadt	02235-42046
	Dr. med. Schmitz-Marcic, Angela	Bonnerstr. 19	50374 Erftstadt-Lechenich	02235-5505
	Dr. med. Seinhaus, Marcus	Bonnerstr. 19	50374 Erftstadt-Lechenich	02235-5505
Frechen	Dimitrow, Annetta*	Haupstr. 135	50226 Frechen	02234-12101
	Dr. med. Ehring, Karsten *	Haupstr. 163	50226 Frechen	02234-56163
	Dr. med. Soudavar, Ferial	Haupstr. 163	50226 Frechen	02234-56163
Kerpen	Dr. med. Eichel, Wilhelm-Josef	Berliner Ring 1a	50170 Kerpen-Sindorf	02273-55096
	Dr. med. Engelen, Sigrun*	Rathausstr. 1	50169 Kerpen-Horrem	02273-8202
	Dr. med. Meyer-Stoll, Thomas	Marienstr. 15	50171 Kerpen	02237-2852
Hürth	Gering, Friedbert	Theresienhöhe EKZ	50354 Hürth-Hermülheim	02233-75011
	Dr. med. Klose, Angelika *	Krankenhausstr. 109 a	50354 Hürth-Hermülheim	02233-700240
	Dr. med. Tauchert, Andreas	Hans-Boeckler-Str. 18	50354 Hürth-Hermülheim	02233-777111
Pulheim	Dr. med. Gnisa, Horst-Dieter	Nordring 32	50259 Pulheim	02238-55444
	Dr. med. Runge, Joachim	Auf dem Driesch 34	50259 Pulheim	02238-81856

Wesseling	Hensen, Franz	Flach-Fengler-Str. 75	50389 Wesseling	02236-40863
	Dr. med. Weiss, Christian	Flach-Fengler-Str. 74	50389 Wesseling	02236-41991
Bergheim	Dr. med. Holstege, Hans *	Südweststr. 7-9	50126 Bergheim	02271-41159
	Dr. med. Waehning, Alexander *	Kölner Str. 6-10	50126 Bergheim-Kenten	02271-43493
Elsdorf	Dr. med. Kaesberg, Paul	Nollstr. 40	50189 Elsdorf	02274-905573
Bedburg	Dr. Kusen-Mahac, Jasna	Lindenstr. 4 i	50181 Bedburg	02272-7917
Brühl	Dr. med. Linke, Ursula	Balthasar-Neumann-Platz 28-30	50321 Brühl	02232-13180
	Dr. med. Maschke, Karl-Heinz	Richard-Bertram-Str. 12	50321 Brühl	02232-42463
	Dr. med. Mattern, Angelika	Markt 23	50321 Brühl	02232-941423
	Dr. med. Schlieszus, Rainer *	Kölnstr. 52	50321 Brühl	02232-43494

8.3 Ärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Gemeinde	**Name**	**Straße**	**PLZ / Ort**	☎
Erftstadt	Dr. med. Edelmann, Katrin	Schloss-Str. 18	50374 Erftstadt-Lechenich	02235-68 88 08
Frechen	Koch, Michaela Kinder- und Jugend-psychotherapie	Dr. Tusch-Str. 22-24	50226 Frechen	02234-240660
Kerpen	Dr. med. Peters-Wallraf, Birgitta	Marienstr. 3	50171 Kerpen	02237-922354

8.5 Kinderkliniken in der näheren Umgebung des Rhein-Erft-Kreises

Aachen Kinderklinik
Kinderklinik des Universitätsklinikums Aachen
Leitung: Univ.-Prof. Dr. med. Gerhard Heimann

Pauwelsstraße 30
52074 **Aachen**
☎ 0241-80 88 700

Bonn Uniklinik
Friedrich-Wilhelm Universität Bonn, Kinderklinik
Leitung: Prof. Dr. med. Michael J. Lentze
Adenauerallee 119

53113 **Bonn**
☎ 0228-287 3408

Düren St. Marienhospital, Kinderklinik
Kinderklinik St. Marienhospital Düren
Leitung: Dr. Karl-Josef Esser, Dr. Frank Wegner

Hospitalstr. 44
52353 **Düren**
☎ 02421- 80 53 95

Düsseldorf Uniklinik - Klinik für Allgemeine Pädiatrie
Klinik für Allgemeine Pädiatrie (Schwerpunkte: Stoffwechsel, Infektologie, Neurologie und Neonatologie)
Leitung: Univ.-Prof. Dr. med. E. Mayatepek

Moorenstraße 5
40225 **Düsseldorf**
☎ 0211-811 76 40 (Direktionsbüro)
0211-811 76 87 (Pforte)
0211-811 77 02 (Ambulanz)

Köln Kinderkrankenhaus
Kinderkrankenhaus Köln
Leitung: Prof. Dr. med. Michael Weiß

Amsterdamer Straße 59
50735 **Köln**
☎ 0221-8907 5201/5200

Köln Krankenhaus Porz
Krankenhaus Porz am Rhein, Akademisches Lehrkrankenhaus an der Universität zu Köln Kinderklinik
Leitung: Chefarzt Dr. Alfred Wiater

Urbacher Weg 19
51149 **Köln**
☎ 02203-566-1354

Köln Universitäts-Kinderklinik
Klinik und Poliklinik für allgemeine Kinderheilkunde
Leitung: Univ.-Prof. Dr. med. Dietrich V. Michalk

Kerpenerstraße 62
50937 **Köln**
☎ 0221-4784350

Köln, Kinderonkologie
Zentrum für Kinderonkologie und – hämatologie
Leitung: Prof. Dr. Frank Berthold

Joseph-Steltzmann-Str. 9
50924 **Köln**
☎ 0221-478 43 80

8.6 Stationäre Kinder–und Jugendpsychiatrie in NRW

Kliniken / Institutionen	**Straße**	**PLZ / Ort**	**☎**	**Fax**
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule (RWTH) Aachen	Neuenhofer Weg 21	52074 Aachen	0241-8088-737	0241-8888-544
Abt. für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Rheinischen Landesklinik Bedburg-Hau	Bahnstr. 6	47551 Bedburg-Hau 1	02821-810 oder 02821-81-1142	02821-81-4098
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie am St. Josefs-Hospital Bochum-Linden	Axstr. 35	44879 Bochum	0234-418-206	0234-418-624
Rheinische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	Kaiser-Karl-Ring 20	53111 Bonn	0228-551-2586/7	0228-551-2673
Außenstelle der Westfälischen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der Haard: Tagesklinik Borken	Bocholter Str. 5	46325 Borken	02861-9424-0	02861-9424-30
Institut für Psychohygiene, Heinrich-Meng-Institut des Erftkreises, Beratungs- und Behandlungszentrum für Kinder, Jugendliche und Eltern	Buchenweg 9-11	50169 Kerpen-Neubottenbroich	02273-91570	02273-915722
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Vestischen Kinder- und Jugendklinik der Universität Witten/Herdecke	Dr. Friedrich-Steiner-Str. 5	45711 Datteln	02363-975-470	02363-975-448

Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung der Elisabeth-Klinik	Marsbruchstr. 162a	44287 Dortmund	0231-913019-0	0231-913019-511
Psychosomatische Klinik (Kinder- und Jugendpsychiatrie) der Städtischen Kliniken Duisburg	Zu den Rehwiesen 9	47055 Duisburg	02065-2583	02065-258-312
Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am St. Marien- Hospital	Hospitalstr. 44	52353 Düren	02421-805-6711	02421-805-6725
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Psychiatrischen Klinik der Heinrich-Heine-Universität Rheinische Landesklinik Düsseldorf	Bergische Landstraße 2	40629 Düsseldorf	0211-922-4500/4501	0211-922-2020
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Rheinischen Kliniken Essen	Virchowstr. 174	45147 Essen	0201-7227-466	0201-7227-302
Tagesstätte für neurotische Kinder im Schulalter im jugendpsychiatrischen Institut der Stadt Essen	Papestraße 1	45147 Essen 1	0201-8851330	
Jugendpsychiatrisches Institut der Stadt Essen	Papestr. 1	45147 Essen 1	0201-8851330	
Jugendpsychiatrische Abteilung des Evangelischen Krankenhauses Essen-Werde	Pattbergstr. 1-3	45239 Essen	0201-4089-0	0201-40892888

Rheinische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Bonn, Außenstelle Euskirchen	Gottfried-Disse-Str. 38 e	53881 Euskirchen	02251-9871-0	
Westfälisches Institut für Kinder- und Jugend-psychiatrie, Psychotherapie und Heilpädagogik	Heithofer Allee 64	59071 Hamm	02381-893-0	02381-893-202
Gemeinnütziges Gemeinschaftskrankenhaus, Psychiatrische Abteilung für Jugendliche und junge Erwachsene	Gerhart-Kienle-Weg 4	58313 Herdecke	02330-62-3909	02330-62-3624
Außenstelle der Westfälischen Klinik für Kinder- und Jugend-psychiatrie und Psycho-therapie in der Haard: Tagesklinik Herne	Ludwigstraße 14	44549 Herne		02325-9894-30
Tagesklinik Pionierstraße, Klinik und Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie	Pionierstr. 19	50735 Köln	0221-9765160	0221-97651640
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln	Robert-Koch-Str. 10	50931 Köln	0221-478-5337	0221-478-34128
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderzentrum am Kreiskrankenhaus Lüdenscheid Akademisches Lehrkrankenhaus	Hohfuhrstr. 25	58509 Lüdenscheid	Sekratariat: 02351-463801	02351-463907

St. Johannes-Stift, Westfälische Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Bredelarer Str. 33	34431 Marsberg 1	02992-60104	02292-601-1399
Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde, Bereich Psychosomatik der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster	Domagkstr. 3 b	48149 Münster	0251-83-6407	0251-8356440
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugenpsychiatrie der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster	Schmeddingstr. 50	48149 Münster	0251-83-56673	0251-83-56249
Außenstelle der Westfälischen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der Haard: Tagesklinik Recklinghausen	Herner Str. 22	45657 Recklinghausen	02361-9243-0	02361-9243-30
Sana-Klinikum Remscheid GmbH, Zentrum für Seelische Gesundheit des Kindes- und Jugendalters, Klinik und Poliklinik Remscheid	Burger Str. 211	42859 Remscheid	02191-13-3805	02191-13-4690
Sana-Klinikum Remscheid GmbH, Zentrum für Seelische Gesundheit des Kindes- und Jugendalters, Institutsambulanz Sonlingen	Gotenstraße 1 Haus 16	52653 Solingen	0212-59446-11	0212-59446-19
Rheinische Landesklinik Viersen, Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie	Horionstr. 14	41749 Viersen	02162-965406	

St. Laurentius Heim Heilpädagogisches Behindertenzentrum mit Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Stiepenweg 70	34414 Warburg	05641-930	05641-93101
Heilpädagogisch-Psychotherapeutisches Zentrum Fachklinik für Kinder und Jugendpsychiatrie der Bergischen Diakonie Aprath	Otto-Ohl–Weg 10	42489 Wülfrath	0202-2729-0	
Sana-Klinikum Remscheid GmbH, Zentrum für Seelische Gesundheit des Kindes- und Jugendalters, Tagesklinik Wuppertal	Weststraße 103	42119 Wuppertal	0202-75845-0	0202-75845-99
Kinder- und Jugendpsychiatrie Köln-Holweide	Neufelder Str. 32	51067 Köln	0221-8907-2343	0221-8907-2558

ROTRAUT STOCK

8.7 Sozialpädiatrische Zentren innerhalb und außerhalb des Rhein–Erft–Kreises

Von den Kindern und Jugendlichen des Rhein-Erft-Kreises werden weitere sozialpädiatrische Zentren außerhalb des Kreises in Düren und in den Städten Köln, Bonn, Düsseldorf und Aachen in Anspruch genommen.

Dafür gibt es mehrere Gründe. Sie reichen von der geographischen Nähe zum Wohnort der Eltern (das gilt etwa für die Kerpener Ortsteile Blatzheim, Buir, Manheim in Bezug auf das SPZ in Düren) über die jeweils kürzeste Wartezeit bis zu gewissen „Familientraditionen", die bei mehreren auffälligen Kindern in der Familie ein besonderes Vertrauensverhältnis der Eltern zu den Betreuern in einer Einrichtung haben wachsen lassen.

Oder die Kinder wurden nach einem stationären Aufenthalt in der Neugeborenenzeit in das Risikovorsorgeprogramm des SPZ aufgenommen, das mit der Geburtsklinik zusammen arbeitet. Aber auch das spezielle Angebot der Einrichtung an diagnostisch / therapeutischen Möglichkeiten spielt eine Rolle wie auch die Frage, ob in besonders gelagerten Fällen Kind und Mutter für eine eingehende Diagnostik im gleichen Haus gemeinsam stationär aufgenommen werden können.

8.7.1 Sozialpädiatrisches Zentrum im Rhein–Erft–Kreis

Sozialpädiatrisches Zentrum des Rhein–Erft–Kreises
– Heinrich–Meng–Institut –

Buchenweg 9–11
50169 **Kerpen–Neubottenbroich**
02273 – 9157 –0

8.7.2 Sozialpädiatrische Zentren außerhalb des Kreises

Sozialpädiatrisches Zentrum der Universitäts- Kinderklinik Aachen

Kullenhofstraße 50
52074 **Aachen**
☎0241 808-9666 oder – 9665
E-Mail: spzac@ukaachen.de

Kinderneurologisches Zentrum-
Rheinische Kliniken Bonn-
Gustav- Heinemann- Haus

Waldenburger Ring 46
53119 **Bonn**
☎ 0228-6 68 31 30
E-Mail: KNZ.Bonn@lvr.de

Sozialpädiatrisches Zentrum an der Kinderklinik der St. Marien-Hospital gGmbH

Hospitalstraße 44
52353 **Düren**
☎ 02421-805 – 370
E-Mail: spz.smh-dn@clinet.de

Sozialpädiatrisches Zentrum Kinderkrankenhaus

Amsterdamer Str. 59
50735 **Köln**
☎ 0221-8907-5567
E-Mail: spz@kliniken-koeln.de

Sozialpädiatrisches Zentrum der Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde der Universität zu Köln

Joseph-Stelzmann-Str. 9
50924 **Köln**
☎ 0221-478 – 5900
E-Mail: spz@uk-koeln.de

8.8 Liste der Erziehungsberatungsstellen im Rhein-Erft-Kreis / 2006

Erziehungsberatung für Elsdorf und Bedburg

Willy–Brandt–Platz 1/ K.T. Kreishaus
50126 **Bergheim**
02271 – 83 – 1730
(Träger: Landkreis)

Erziehungsberatung und Familientherapie

Rathaus der Stadt Bergheim / Bethlehemer Str. 9–11
50126 **Bergheim**
(0 22 71) – 89 – 0
(Träger: kommunal)

Beratungsstelle Schloßstraße, Erziehungs- und Familienberatung

Schloßstr. 1a
50374 **Erftstadt**
(0 22 35) 60 92
(0 22 35) 6 71 51
www.eb-erftstadt.de
info@eb-erftstadt.de
(Träger: Caritas)

Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Blindgasse 6
50226 **Frechen**
(0 22 34) 1 70 25
(0 22 34) 1 45 24
(Träger: Evangelische Kirche)

Erziehungs- und Familienberatung

Rosellstr. 25
50354 **Hürth**
(0 22 33) 8 05 60
(Träger: Stadt)

Beratungsstelle Mittelstraße

Mittelstr. 1
50169 **Kerpen**-Horrem
(0 22 73) 82 06
(0 22 73) 24 33
www.eb-kerpen.de
info@eb-kerpen.de
(Träger: Caritas)

Beratungszentrum Johannisstr. 38

Johannisstr. 38
50259 **Pulheim**
(0 22 38) 80 81 18
(Träger: Stadt)

Brühl-Wesselinger Erziehungs- und Familienberatungsstelle

Kölner Str 38
50389 **Wesseling**
Tel 02236-39470
Fax 02236-394720
rlinnartz@wesseling.de

In **Brühl** gibt es zusätzlich eine Anlaufstelle in der Kindertagesstätte Merseburger Straße. Hier können Ratsuchende aus Brühl und Umgebung jeden Mittwoch von 15 bis 18 Uhr ein erstes Beratungsgespräch haben.
(Träger: Stadt)

8.9 Psychologische PsychotherapeutInnen imRhein–Erft–Kreis

Gemeinde	Name	Straße	PLZ / Ort	☎	Fax
Bedburg	Dipl.-Psych. Corinna Heil	Gemaniastr. 2	50181 Bedburg-Lipp	02272-930236	02272-938453
	Dipl.-Psych. Michael Wescher	Germaniastr. 2	50181 Bedburg-Lipp	02272-930236	
Bergheim	Dipl.-Psych. Angelika Halboth	An der Abtsmühle 21	50129 Bergheim-Glessen	02238-942449	02238-942449
	Dipl.-Psych. Hannelore Mangen	Auf der Leck 2	50126 Bergheim	02271-42308	02271-496631
	Dipl.-Psych. Karen O'Brien	Carl-Bosch-Str. 10	50126 Bergheim-Zieverich	02271-63699	02271-66054
Brühl	Dipl.-Psych. Reiner Borowski	Kaiserstr. 21	50321 Brühl	02232-49791	02232-410419
	Dipl.-Psych. Beate Dieck	Heinrich-Esser-Str. 31	50321 Brühl	02232-760132	
	Dipl.-Psych. Sonja Fentner	Markt 21	50321 Brühl	02232-411288	02232-411290
	Dipl.-Psych. Anja Hloch	Markt 21	50321 Brühl	02232-411288	02232-411290
	Dipl.-Psych. Silke Hoffmann	Wallstr. 5	50321 Brühl	02232-42433	
	Dipl.-Psych. Susanne Königs-Wieland	Haupstr. 87	50321 Brühl-Vochem	02232-942808	02232-760176
	Dipl.-Psych. Rita Maiwald	Balthasar-Neumann-Platz 28	50321 Brühl	02232-760351	02232-760352
	Dipl.-Psych. Evi Meyer	Berliner Ring 51	50321 Brühl	02232-35561	
	Dipl.-Psych. Barbara Opfermann-Rost	Wallstr. 5	50321 Brühl	02232-42433	

	Dipl.-Psych. Eva-Sabine Poluda-Korte	Kaiserstr. 34	50321 Brühl	02232-46447	
	Dipl.-Psych. Bettina Schärr	Markt 21	50321 Brühl	02232-411288	02232-411290
	Dipl.-Psych. Hans Schmitz	Kierberger Str. 93a	50321 Brühl-Kierberg	02232-922076	02232-922077
	Priv. Doz. Dr. päd. Dipl.-Psych. Heidi Schoenmackers	Steinweg 8	50321 Brühl	02232-760442	
	Dipl.-Psych. Klaus Wieland	Hauptstr. 87	50321 Brühl-Vochem	02232-760170	02232-760176
Elsdorf	Dipl.-Psych. Doris Jacobs-Strack	Aher Kirchweg 11	50189 Elsdorf-Heppendorf	02271-767499	02271-767498
Erftstadt	Dr. phil. Dipl.-Psych. Hermann-Josef Berger	Blessemer Str. 6	50374 Erftstadt-Liblar	02235-67667	02235-690761
	Dipl.-Psych. Anke Berger von Oesen	Blessemer Str. 6	50374 Erftstadt-Liblar	02235-77642	02235-690761
	Dipl.-Psych. Eva-Maria Horn-Teka	Franz-Xaver-Mauer-Str. 32	50374 Erftstadt-Ahrem	02235-76025	02235-76035
	Dr. phil. Dipl.-Psych. Diana Klassa	Willy-Brandt-Str. 32	50374 Erfstadt-Liblar	02235-17148	
	Dr. phil. Dipl.-Psych. Helga Knobloch	Am Vogelsang 38	50374 Erftstadt-Liblar	02235-463042	
	Dipl.-Psych. Heidi Rommelrath	Bonner Str. 55	50374 Erftstadt-Lechenich	02235-67040	02235-67040
	Dipl.-Psych. Ursula Schäfer-Poppe	Bertholt-Brecht-Str. 101	50374 Erftstadt-Liblar	02235-42566	02235-42566
	Dipl.-Psych. Ursula Schubert	Graf-Edmundus-Str. 23	50374 Erftstadt-Friesheim	02235-77866	02235-690047

	Dipl.-Psych. Hans Weyhing	Schlunkweg 38	50374 Erftstadt-Liblar	02235-413890	02235-413889
	Dr. Katrin Edelmann	Schloss-Str. 18	50374 Erftstadt-Lechenich	02235-688808	
Frechen	Dipl.-Psych. Gerhard Bublitz	Beyerhahnstr. 6	50226 Frechen-Königsdorf	02234-691855	02234-691855
	Michaela Koch, Kinder -und Jugend-psychotherapie	Dr. Tusch-Str. 22	50226 Frechen	02234-240660	
	Dipl.-Psych. KLaus Gremmler	Antoniterstr. 2	50226 Frechen	02234-922956	02234-929221
	Dr. phil. Dipl.-Psych. Tilo Grüttner	Sebastianusstr. 13	50226 Frechen-Königsdorf	02234-201672	02234-659278
	Dr. phil. Dipl. Psych. Ursula Hein	Weidenpesch 2	50226 Frechen-Königsdorf	02234-657004	02234-201873
	Dipl.-Psych. Christine Hilbert	Allee zum Sportpark 12	50226 Frechen	02234-14089	02234-14089
	Dipl.-Psych. Hans-Peter Münch	Aachener Str. 581	50226 Frechen-Königsdorf	02234-657324	02234-657325
	Dipl.-Psych. Hannelore Noack	Aachener Str. 699	50226 Frechen-Königsdorf	02234-691565	02234-691366
	Dipl.-Psych. Claudia Quernheim	Bahnstr. 21	50226 Frechen	02234-17480	02234-17480

Hürth	Dipl.-Psych. Monika Dreiner	Sonnenwinkel 2	50354 Hürth-Efferen	02233-965002	02233-686990
	Dr. paed. Dipl.-Psych. Ruth Filus-Schneider	Gernotstr. 13	50354 Hürth-Hermülheim	02233-978262	02233-978263
	Dipl.-Psych. Gerhard Karl	Sonnenwinkel 2	50354 Hürth-Hermülheim	02233-965009	02233-686990
	Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Katrin Schewe	Luxemburger Str. 376	50354 Hürth-Hermühlheim	02233-376387	02233-376388
	Dipl.-Psych. Johannes Schramm	Kaulardstr. 21	50354 Hürth-Efferen	02233-965471	02233-965472
	Dipl.-Psych. Elke Schulz-Hölscher	Brunhildstr. 5	50354 Hürth-Hermülheim	02233-708541	02233-708551
Kerpen	Dipl.-Psych. Lothar Bresges	Beethovenstr. 25	50171 Kerpen	02237-2208	02237-51940
	Dipl.-Psych. Eva Gierens	Auf dem Postberg 3	50169 Kerpen-Horrem	02273-941414	
	Dipl.-Psych. Gisela Reinartz	Alte Landstr. 33	50171 Kerpen	02237-55834	02237-55834
	Dipl.-Psych. Univ. Birgitta Volkert	Kölner Str. 21-25	50171 Kerpen	02237-925858	02237-925800
	Dipl.-Psych. Tobias Faedrich	Kölner Str. 21-25	50171 Kerpen	02237-925858	02237-925800
	Dr. med. Peters-Wallraf, Birgitta	Marienstr. 3	50171 Kerpen	02237-92254	

Pulheim	Dipl.-Psych. Hermann Linnenschmidt	Abteigasse 1	50259 Pulheim-Brauweiler	02234-899222	02234-899223
	Dipl.-Psych. Maria-Theresia Mennel	Ehrenfriedstr. 38	50259 Pulheim-Brauweiler	02234-801091	02234-82498
	Dipl.-Psych. Renate Mohos	Aurikelweg 98	50259 Pulheim	02238-58419	02238-964645
	Dipl.-Psych. Stefanie Wiese	Aurikelweg 134	50259 Pulheim	02238-52962	
	Dipl.-Psych. Elke Willke	Königsberger Str. 60	50259 Pulheim-Brauweiler	02234-986198	02234-986199
Wesseling	Dipl.-Psych. Ulrike Burkert	Sperlingsweg 36	50389 Wesseling-Keldenich	02236-44792	
	Dipl. -Psych. Margret Schlingensief	An St. Germanus 13	50389 Wessling	02236-842829	

(Quelle: www.aekno.de, Stand: 7/2005)

8.10 LogopädInnen im Rhein-Erft-Kreis

Gemeinde	Name	Straße	PLZ / Ort	☎	Fax
Bedburg	Annegret Landmesser	Garf-Salm-Str. 10	50181 Bedburg	02272-409469	02272-409475
	Jutta Pollmeyer juttapollmeyer@gmx.de	Graf-Salm-Str. 10	50181 Bedburg	02272-409469	02272-409475
	Dipl.-Log. (NL) Femke Van den Broek-Linnartz	Schmelenheide 1	47551 Bedburg-Hau	02821-813470	
Bergheim	Anja Follmann sprachtherapie-bergheim@web.de	Bahnstr. 1	50126 Bergheim	02271-986734	02271-986734
	Monika Kruljac monika.kurljac@gmx.de	Betlehemer Str. 2	50126 Bergheim	02271-496112	02271-496113
	Maria MÜller	Klosterstr. 2	50126 Bergheim	02271-43797	
Brühl	Uta Bentlage Katja Schwarze praxis@sprachtherapie-bruehl.de www.sprachtherapie-bruehl.de	Bahnhofstr. 9	50321 Brühl	02232-411499	02232-411427
	Elisabeth Dahm	Rodder Weg 8	50321 Brühl	02232-502970	02232-502971
	Rita Dokter	Pingsdorfer Str. 89	50321 Brühl	02232-48439	02232-48439
	Hanna Engelmann	Kaiserstr. 6	50321 Brühl	02232-70730	02232-7073
	Susanne Jüsten	Pingsdorfer Str. 89	50321 Brühl	02232-48439	
	Herbert Kerz	Pingsodorfer Str. 89	50321 Brühl	02232-48439	
	Dorothea Kussel	Pingsdorferstr. 89	50321 Brühl	02232-48439	02232-48439

	Gertrude Küpper	Kaiserstr. 6	50321 Brühl	02232-70730	0228-93399019
	Silke Lange-Breitkreuz	Pingsdorfer Str. 89	50321 Brühl	02232-48439	02222-937273
	Maria Leven sprachtherapie@web.de	Eibenweg 11	50321 Brühl	02232-24817	
	Sibille Reinkemeier	Sophie-Scholl-Str. 2	50321 Brühl	02232-159775	02232-159777
Elsdorf	Katharina Kamrath Heusel info@sprachtherapie-elsdorf.de www.sprachtherapie-elsdorf.de	Mittelstr. 80-82	50189 Elsdorf	02274-938383	02274-938382
Erftstadt	Martina Freuser & Andrea Siegmeyer info@Feuser-Siegmeyer.de	Bliesheimerstr. 3	50374 Erftstadt	02235-464300	02235-464301
	Karin Remmler	Bliesheimer Str. 3	50374 Erftstadt-Liblar	02235-464300	02235-464301
	Martina Rick-Engels sprachheilpraxis@aol.com www.sprachheilpraxis-rick-engels.de	Gymnicher Hauptstr. 42	50374 Erftstadt-Gymnich	02235-691616	02235-691617
Frechen	Birgitta Damm	Norkstr. 62	50226 Frechen	02234-52496	
	Kerstin Deckstein	Werner-Erkens-Str. 12-14	50226 Frechen	02234-922380	02234-922382
	Stefanie Grotenhöfer	Augustinusstr. 7	50226 Frechen	02234-279422	02234-279456
	Jennifer Krampe	Lindenstr. 14	50226 Frechen	02234-933878	02542-2846
	Andrea Schaible-Suhr	Kapellenstr. 1-5	50226 Frechen	02234-502667	02234-502512
	Sonja Utikal	Werner-Erkens-Str. 12-14	50226 Frechen	02234-922380	02234-922382

	Sarah von Ameln sarahvonameln@gmx.de	Augustinusstr. 7	50226 Frechen-Königsdorf	02234-279422	02234-279456
	Christiane Voß-Angermaier	Lindenstr. 14	50226 Frechen	02234-933878	02234-55199
	Saskia Werner	Werner-Erkens-Str. 12-14	50226 Frechen	02234-922380	02234-922382
Hürth	Michaela Cortes	Krankenhausstr. 38-40	50354 Hürth-Hermülheim	02233-613361	02233-613414
	Nicolette Bourtscheidt	Innungsstr. 19	50354 Hürth-Gleuel	02233-935080	02233-933066
	Petra Georgina Friese	Heinrich-Hoene-Str. 2	50354 Hürth	02233-377641	02233-377642
	Carmen Mettiling praxis@logopaedie-information.de	Innungsstr. 19	50354 Hürth-Gleuel	02233-935080	02233-933066
	Dr. Monika Rausch mrausch@smail.uni-koeln.de	Von-Geyr-Ring 65	50354 Hürth	02233-933750	02233-933718
	Monika Tillmanns-Karus Tillmanns-Karus@t-online.de www.sprachtherapie-huerth.de	Nibelungenstr. 32	50354 Hürth	02233-707627	02233792887
Kerpen	Melanie Kremers	Kölner Str. 21-25	50171 Kerpen		
	Esther Kuba	Kölner Str. 21-25	50171 Kerpen	02237-925755	02237-925756
	Heike Oberheidt	Kerpener Str. 146	50170 Kerpen-Sindorf	02237-953939	02237-599939
	Ulrike Striker stricke@logopaedie-kerpen.de	Kölner Str. 21-25	50171 Kerpen	02237-925755	02237-925756
	Werner von Davier	Taunusstr. 44	50169 Kerpen	02237-63530	02620-902093

	Martina Fischer und Dieter Schönhals www.Logo-FiSch.de	Kerpener Str. 146	501710 Kerpen	02273-953939	
	Martina Fischer und Dieter Schönhals	Geschwister-Scholl-Str. 1	50171 Kerpen	02237-609192	
Pulheim	Ilka Königs	Auf dem Driesch 32	50259 Pulheim	02238-840085	
	Petra Lichtenthäler	Wolfhelmstr. 36	50259 Pulheim-Brauweiler	02234-801093	02234-801093
	Iris Mentzel	Venloer Str. 100	50259 Pulheim	02238-840974	02238-570818
	Martina Vickermann martina.vickermann@kdt.de	Auf dem Driesch 32	50259 Pulheim	02238-840085	02238-840085
	Susanne Sauer & Marion Morfis info@sprachtherapie-online.de www.sprachtherapie-online.de	Bruchstr. 21	50259 Pulheim	02238-925423	02238-925424
	Kerstin Schramm Margrit Heimbach praxis@wort-bewegung.de www.wort-bewegung.de	Rommerskirchener Straße 21	50259 Pulheim	02238-475200	02238-475209
	Petra Winther	Wolfhelmstr. 36	50259 Pulheim-Brauweiler		
Wesseling	Marina Schneider	Flach-Fengler-Str. 62-64	50389 Wesseling	02236-747600	0228-241621
	Klaus Wächtler	Flach-Fengler-Str. 62-64	50389 Wesseling	02236-747600	02241-331511
	Elfi zur Hörst visavis@logopaediwesseling.de	Flach-Fengler-Str. 62-64	50389 Wesseling	02236-747600	02236-747640
	Silvia Klein S.Klein@sprachtherapie-am-rhein.de	Bonner Str. 31	50389 Wesseling	02236-46390	02236-46390

Quellen: http:// www.dbl-ev.de [8.6.2005] und http://www.dbs-ev.de/index2.htm. [26.10.05]

Diese beiden Bundesverbände - Bundesverband für Logopädie und der Bundesverband der Akademischen Sprachtherapeuten – sind Dachorganisationen. Die im letzteren organisierten TherapeutInnen des Rhein-Erft-Kreises habe ich mit * gekennzeichnet.

Anmerkung: „die Datenlage ist schlecht. Es gibt keine Statistik darüber, wie viele (berufstätige bzw. in berufsfähigem Alter) Logopädinnen es insgesamt in Deutschland gibt. Sicher ist, dass nicht alle LogopädInnen bei uns organisiert sind. Nach unserer Einschätzung ist jedoch die weit überwiegende Mehrzahl der LogopädInnen in unserem derzeit 9500 Mitglieder starken Verband, der ja der einzige Berufsverband für LogopädInnen ist. Ob es nun jedoch 75 oder 85 Prozent sind oder sogar mehr, kann ich Ihnen nicht sagen.“ Frau Margarete Feit, Deutscher Bundesverband für Logopädie, Bundesgeschäftsstelle Frechen, per e-mail vom 8.6.05

8.11 ErgotherapeutInnen im Rhein-Erft-Kreises, Mitglied im DVE*

Gemeinde	Name	Straße	PLZ/Ort	☎
Bedburg	Blumbott-Görner, Ulrike	Haupstr. 77	50181 Bedburg	02272-81889
Bergheim	Lomme, Kristin	An der Stadtmauer 1	50126 Bergheim	02271-755250
Brühl	Scheven, Johann	Rheinstr. 10	50321 Brühl	02232-43322
Erftstadt	Engelbrecht, Ghislaine	Holzdamm 5	50374 Erftstadt	02235-464029
	Klein, Carolina	Holzdamm 5	50374 Erftstadt	02235-464029
	Stickelmann, Uta	Käthe-Kollwitz-Weg 7A	50374 Erftstadt	02235-67822
Frechen	Leckel, Michael	Haupstr. 138	50226 Frechen	02234-52777
	Pusch, Gabi	Kölner Str. 7	50226 Frechen	02234-12209
Hürth	Schaven, Johann	Krankenhausstr. 38-40	50354 Hürth	02233-813430
Kerpen	Bessems-Gerards, Birgit	Geschwister-Scholl-Str. 1	50171 Kerpen	02237-53837
	Fischer, Marita	Kölner Str. 21-25	50171 Kerpen	02237-925725
	Hammers-Flucken, Nancy	Geschwister-Scholl-Str. 1	50171 Kerpen	02237-53837
Pulheim	Stalmach, Johanna	Auf dem Driesch 32	50259 Pulheim	02238-55858
Wesseling	Windhuhn-Meyrahn, Elke	Rathausplatz 1	50389 Wesseling	02236-45521

***** Quelle: Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. - lt. Aussage eines Vereinsmitgliedes gibt es im Rhein-Erft-Kreis 3-4 Praxen, die nicht in diesem Verband Mitglieder sind. (e-mail vom 14.12.2005 an Soppart–Liese))

8.12 Tageseinrichtungen für Kinder mit integrativen und/oder heilpädagogischen Gruppen

8.12.1 Integrative Kindertagesstätten

Ort	Integrative Einrichtung	Straße	PLZ / Ort	Telefonnummer	Anzahl Plätze
Bedburg	AWO-Kinderhaus Pusteblume	Am Pützbach 2 a	50181 Bedburg	02272-83468	10
	Kath. Kindergarten St. Antonius	Muchhauser Str. 21	50181 Bedburg	02272-4107	5
Bergheim	Kath. Kindergarten St. Remigius	Kirchstr. 1c	50126 Bergheim	02271-42825	5
	Städt. Kindergarten	Dänischer Weg	50126 Bergheim	02271-62741	5
	Städt. Kindergarten Ahe	In der Spitze	50127 Bergheim	02271-91118	5
	Städt. Kindergarten Thorr	Zum Römerturm 18	50127 Bergheim	02271-63137	5
	Kindergarten Flohkiste e. V.	Lombardring 8	50127 Bergheim	02271-94553	5
	Städt. Kindergarten Niederaußem	Im Euel 2-4	50129 Bergheim	02271-53059	5
Brühl	Städt. Kindertagesstätte	Sophie-Scholl-Str. 2	50321 Brühl	02232-159775	10
	Städt. Kindergarten Kierberg	Mühlenbach 65	50321 Brühl	02232-159778	5
Elsdorf	AWO-Kinderhaus Sternschnuppe	Bussardweg 45	50189 Elsdorf	02274-705093	10
Erftstadt	Städt. Kindergarten Friesheim	Bolzengasse 12	50374 Erftstadt	02235-952236	10
	Städt. Kindergarten Lechenich-Süd	Pestalozzistr. 31	50374 Erftstadt	02235-952248	10

	Kath. Kindergarten St. Lambertus	Marienstr. 7	50374 Erftstadt	02235-2521	2
Frechen	Integrative KiTa Lebenshilfe e. V.	Im Klarenpesch 16	50226 Frechen	02234-202566-10	10
	Integrative KiTa St. Maria Königin	Kirchweg 1	50226 Frechen	02234-53654	10
Hürth	Kath. Kindergarten "Löwenzahn"	Hermülheimer Str. 253	50354 Hürth	02233-74803	5
Kerpen	AWO KiGa Sonnenblume	Taunusstr. 44-46	50169 Kerpen	02237-63530	10
	Montessori Kinderhaus Sindorf	Goethestr. 23	50170 Kerpen	02273-55892	10
	Kath. Kindergarten St. Michaell	Neuer Weg 34	50170 Kerpen	02275-446	5
Pulheim	Städt. Kindergarten Brauweiler	Helmholtzstr.	50259 Pulheim	02234-81166	5
	Städt. Kindergarten	Gustav-Heinemann-Str. 23	50259 Pulheim	02238-54871	5
	Städt. Kindergarten	Bodelschwinghstr.	50259 Pulheim	02238-83565	10
Wesseling	Kath. Kindergarten St. Marien	Taunusstr. 1	50389 Wesseling	02236-45751	5
	Städt. Kindergarten	Lahnstr.	50389 Wesseling	02236-327692	8
	Städt. Kindergarten	Im Stockental 24	50389 Wesseling	02236-839171	5
	AWO Kindertagesstätte	Fuchsweg 6	50389 Wesseling	02236-840896	10

8.12.2 Heilpädagogische Kindertagesstätten

Ort	Heilpädagogische Einrichtung	Straße	PLZ / Ort	Telefonnummer	Anzahl Plätze
Elsdorf	HPT St. Egilhard	Desdorfer Str. 16	50189 Elsdorf	02274-81308	16
Hürth	HPT Lebenshilfe	Hermülheimer Str. 11-14	50354 Hürth	02233-32028	24
Frechen	HPK Lebenshilfe	Römerstr. 1-3	50226 Frechen	02234-52931	24

9. Abkürzungsverzeichnis

Viele Abkürzungen sind in den Texten selbst erläutert; hier eine Zusammenfassung zur schnelleren Orientierung.

10. AutorInnenverzeichnis

Die AutorInnen, die Beiträge zu diesem Modul verfasst haben, werden mit ihren derzeitigen beruflichen Positionen und einem kurzen Abriß ihrer Ausbildung vorgestellt.
Die Nennung der beruflichen Interessenschwerpunkte rundet ihr Profil.

9. Abkürzungsverzeichnis

AD(H)S	**A**ufmerksamkeits-**D**efizit-(**H**yperaktivitäts) -**S**yndrom
AIDS	**A**quired **I**mmune **D**eficiency **S**yndrome (erworbene Immunschwäche)
AO-SF	Ausbildungsverordnung zur Überprüfung des sonderpädagogischen Förderbedarfs
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BfA	(ehemalige) Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, seit 10.2005 Deutsche Rentenversicherung
BMI	Body Mass Index
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
CTG	Cardiotokographie (Herztonwehenschreiber)
DGSPJ	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
DIN EN 9001	Norm für ein umfassendes Qualitätsmanagement
DPWV	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
DROPS	Drogenpräventionsstelle
GTK	Gesetz über Tageseinrichtungen für Kinder
HBSC	(Internationale) **H**ealth **B**ehaviour in **S**chool-aged **C**hildren(-Studie)
HBZ	Hochbegabtenzentrum
HIV	**H**umanes **I**mmundefekt **V**irus
HPÜ	Heilpädagogische Übungsbehandlung
INSPE	Intensive Sozialpädagogische Einzelbetreuung
J-Untersuchung	Jugend-Untersuchung (12.- 16. Lebensjahr)
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
LDS	Landesamt für Statistik
LVA	regionale Landesversicherungsanstalten der Deutschen Rentenversicherung
MuSchG	Mutterschutzgesetz
OPUS	Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
RSB	Regionale Schulberatungsstelle
S-ENS	Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungskindern
SGB	Sozialgesetzbuch
SKF	Sozialdienst Katholischer Frauen
SPFH	Sozialpädagogische Familienhilfe
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
TNO	Test für stereoskopisches Sehen
U-Untersuchung	Vorsorgeuntersuchung im Säuglings- und Kleinkindalter
VO-SF	Verordnung über die Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs
WHO	Weltgesundheitsorganisation (Word Health Organization)

10. Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Name, Funktion, Ausbildung	**Besondere berufliche Interessen**
Bremke, Petra, 1954 komm. Leiterin der städt. Kindertagesstätte „PANAMA" in Kerpen seit 2001 Ausbildung zur Erzieherin Fachschule für Sozialpädagogik in Unna mit staatl. Anerkennung 1975, 2002 Ausbildung zur Sozialfachwirtin (Ipso) mit staatlicher Anerkennung, 2005 Abschluss der Zusatzqualifikation Psychomotorik an der Rheinischen Akademie im Förderverein Psychomotorik in Bonn	• Bewegungsförderung • Umsetzung der Bildungsvereinbarung im offenen Konzept
Dreiner–Tönnes, Beate, 1953 Fachbereichsleiterin „Beratung und Erziehung“,Kreisverband der Arbeiterwohlfahrt Rhein-Erft Diplom-Pädagogin (Universität Bonn, Schwerpunkt Vorschulische Erziehung) berufstätig seit: 1981 berufstätig als: 1981 - 1986 Weiterbildungsreferentin 1986-1991 Leiterin der AWO-Familienbildungsstätte	• Qualitätsmanagement • Evaluationen
Dreser, Walter, 1951 Leiter der Erziehungs- und Familienberatungsstelle des Caritasverbandes in Erftstadt Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut berufstätig seit: 1976 als Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut	• Erziehungsberatung • Jugendhilfe

Fischer, Marita, 1966 Praxisinhaberin 1993 staatlich geprüfte Ergotherapeutin FH München; Fort- und Weiterbildung in Sensorischer Integration, Kindesentwicklung, ADHS, Autismus 1993-1999 Angestellte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderkrankenhaus Wilhelmstift Hamburg und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikum Aachen; seit 1999 Tätigkeit in eigener Praxis als Ergotherapeutin	• Therapieschwerpunkte ADHS • Verhaltensauffälligkeiten • Autismus • Teamleitung
Güleryüs, Jasmin, 1966 seit Februar 2003 beim Rhein-Erftkreis als Jugendärztin beschäftigt, z.Zt. in Elternzeit Medizinstudium in Köln 1986-1993 Weiterbildung im Bereich der Kinderheilkunde in Krefeld, Köln, Düsseldorf und Leverkusen	
Kamps–Wannegat, Dorothee, 1956 pädagogische Leitung im Zentrum für pädagogische Frühförderung und Beratung. Dipl. Sozialpädagogin FH Niederrhein 1981, Dipl. Pädagogin heilpädagogische Fakultät Universität zu Köln 1987, Heilpraktikerin (Sprachtherapie) 1999 Seit 1981 berufstätig in der Jugendhilfe, seit 1987 in der Behindertenarbeit	• Früher Spracherwerb • Personenzentrierte Entwicklungspädagogik

Klatt, Dagmar, 1964 Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Ärztin im Jugendärztlichen Dienst, Gesundheitsamt Rhein-Erft-Kreis Studium Humanmedizin an der Universität zu Köln, Facharztausbildung an der Uni-Kinderklinik Bonn, Praxistätigkeit berufstätig seit: Juni 1992 ÄIP	
Königsfeld, Karolin, 1963 seit 2005 Stadt Hürth, Jugendamt, ambulante Hilfen und Prävention, Soziales Frühwarnsystem 1993 stellv. Vorsitzende Dt. Kinderschutzbund, Ortsverband Hürth e.V., seit 1997 Vorsitzende DKSB, OV Hürth e.V. (ehrenamtlich) 1987 Staatl. Fachhochschule Köln, Dipl. Sozialarbeiterin berufstätig seit/als: 1985 Stadt Hürth, Sozialamt, 1987 Stadt Hürth, Jugendamt, ASD, 1992 Stadt Hürth, Jugendamt, Erziehungsbeistandschaft und Soziale Gruppenarbeit,	• Organisation früher Hilfen für Familien • Vermeidung/Abbau von Kindesvernachlässigung
Lindberg–Portig, Marion, 1948 Amtsleiterin Jugendamt Pulheim Verwaltungsfachwirtin mit Zusatzqualifikationen in Heilpädagik, Organisation und Mediation/ Wirtschaftsmediation	• Eingliederungshilfe für behinderte Menschen aus rechtlicher und pädagogischer Sicht • Konfliktmanagement Fachbuchautorin, zeitweise nebenberuflich Dozentin FH

Lübbert, Claudia, 1961 seit 2005 Gesundheitsbericht-erstattung und Risikokommunikation, Gesundheitsamt der Stadt Köln Journalistin (Dipl.) 1992 Journalistin (u.a. WDR, DLF), 5 Jahre PR-Beraterin bei der Düsseldorfer PR-Agentur Kohtes & Klewes, 3 Jahre Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit bei der KGSt in Köln	
Luckfiel, Heide, 1945 Schulamtsdirektorin Examen Sonderpädagogik Berufstätig seit 1968	
Lüdicke, Harald, Dr. med., 1954 Leiter des Sozialpädiatrischen Zentrums, Rhein–Erft–Kreis Approbation 1983 Arzt für Kinder- und Jugendmedizin 1990 Promotion: 1991 Seit 1983 berufstätig als Arzt	• Sozialpädiatrie • Neuropädiatrie mit dem Schwerpunkt: Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen und Behinderungen jeglicher Art
Mamier, Eva, 1976 Schulsozialarbeiterin und Mobile Jugendarbeiterin in Bedburg 2002 Beendigung der Ausbildung zur Diplom–Sozialpädagogin	• Beratung von Jugendlichen

Moos, Karin, Dr. med., 1953 Ärztin im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Rhein-Erft-Kreises Dipl. Sozialarbeiterin 1974, Fachhochschule Düsseldorf 1983/84 Approbation, Promotion Universität Düsseldorf Kassenärztliche Tätigkeit in hausärztlicher Praxis Angestellte Ärztin im öffentlichen Gesundheitsdienst	Weiterbildung und Zusatzbezeichnungen: • Sportmedizin • Naturheilverfahren • Sozialmedizin • Umweltmedizin • Kinder und Jugendmedizin
Nase, Gabriele, 1955 Geschäftsführendes Vorstandsmitglied im Verein Perspektive Rhein-Erft-Kreis e. V. (seit 2000) Heilpädagogin seit 30 Jahren Vor der derzeitigen Funktion berufstätig als: Heilpädagogin in Leitungsfunktion	• Auf- und Ausbau von alternativen Angeboten in der Behindertenarbeit in den Bereichen Freizeit, Wohnen, Beratung und Arbeit im Rhein-Erft-Kreis
Nettersheim, Sabine , Dr., 1961 Ärztin im Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes (2005) Medizinisches Staatsexamen 1986 und Promotion 1990, Universität Köln Weiterbildungszeiten in Chirurgie und Dermatologie, Zusatzbezeichnung Homöopathie	
Pelzer, Guido, 1947 AIDS-Koordination Rhein-Erft-Kreis, Gesundheitsamt Lehrer, Diplom-Pädagoge, Psychotherapeut (DGVT), Approbation, Supervisor berufstätig seit 1972 als Berater	• Ganzheitliches, vernetztes Denken • Aufbau von kooperativen Netzwerken

Röhrl–Köppen, Anette, 1948 Jugendärztin Rhein-Erft-Kreis – Gesundheitsamt seit 1987 Staatsexamen in Bonn 1974, internistische Weiterbildung nach Assistenzzeit	• Neurologie • Ganzheitliche Medizin
Schnitzler, Andrea, 1966 Öffentlichkeitsarbeit für Abteilung Familien- und Behindertensport im ASG Elsdorf Bürokauffrau und Fachübungsleiterin Rehasport, (Orthopädie, Herzsport)	• Herzsport • Rückenschule • Kinderturnen
Soppart–Liese, Susanne, Dr. rer. soc., 1948 Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsamt Rhein–Erft–Kreis, seit 2000 Diplom–Sozialwissenschaftlerin, Ruhr–Universität Bochum 1974 Promotion FernUniversität Hagen 1997 Berufstätig seit 1974 in Lehre, Forschung , Ausbildung und Verwaltung (Allg. Studienberatung)	• Empirische Sozialforschung • Sozial- und Gesundheitsberichterstattung • Bildungsberatung Thematisch: Kinderfreundlichkeit, Generationen- und Geschlechtergerechtigkeit
Stock, Rotraut, Dr., 1950 Jugendärztin beim Gesundheitsamt des Rhein-Erft-Kreises seit 1983 Medizinisches Staatsexamen u. Promotion: 1974, Universität Köln 1974-76: Assistenzärztin im Kreiskrankenhaus Mechernich 1976-78: Assistenzärztin in der Kinderklinik der Städtischen Krankenanstalten Krefeld	• alle Aspekte der kindlichen Entwicklung
Titz, Anne, 1964 Leiterin einer Kindertagesstätte Dipl. Sozialpädagogin	• systemische Familienberaterin (DGSF)

Tuchscherer, Janina, 1955 Beratungsstelle für Behinderte des Gesundheitsamtes des Rhein-Erft-Kreises seit 1992 1983 Abschluss als Diplompädagogin Universität Köln 1984 – 1992 Leiterin des Sozialdienstes der Reha-Betriebe	• Individuelle Problemlösungen für geistig und körperlich Behinderte
Wehling, Franz, 1961 Leiter der Heilpädagogischen Kita d. Lebenshilfe im REK e.V. Erzieher, Heilpäd. Zusatzausbildung, Studium Sozialpädagogik. Zusatzausbildung Sozialmanagement Seit 1985 durchgehend berufstätig	• Versorgung und therapeutische Förderung der Kinder mit Behinderungen, vor allem der schwerstmehrfachbehinderten Kinder • Qualitätsmanagement • Fundraising
Zech, Thomas, Dr., 1940 Leiter der Regionalen Schulberatungsstelle des Rhein-Erft-Kreises und des Hoch-Begabten-Zentrums für das Rheinland Lehramtsprüfung Grund- und Hauptschulen, Diplom in Psychologie Berufstätig seit 1970 als Diplompsychologe (Schulpsychologie)	• Schulpsychologie • Klinische Psychologie • Hochbegabtenförderung
Zepp, Willi, 1949 Koordinator der Familienhilfe Frechen Diplom Sozialarbeiter / Familientherapeut seit 1963 Handwerker: Maler und Lackierer, seit 1974 Sozialarbeiter: Offene Jugendarbeit, Therapeutisches Jugendheim, Ambulante Erziehungshilfe	