

Gesundheitsbericht 2004



Kreis
Gütersloh

Therapeutische und pflegerische
Versorgung von Kindern
und Jugendlichen
im Kreis Gütersloh



Impressum

Herausgeber: Kreis Gütersloh- Der Landrat – Abteilung Gesundheit
Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz
Christel Kunz
Herzebrocker Straße 140
33324 Gütersloh
Telefon: 05241 / 851660
Telefax: 05241 / 851717
e-mail: Christel.Kunz@gt-net.de
in Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst und
einer interdisziplinären Arbeitsgruppe

Titelseite: Grafische Gestaltung: Mirjana Grundei
Titelbild: Timm Kunz
Druck: Hausdruckerei Kreis Gütersloh

Druck: Mediacopy, 33330 Gütersloh
www.mediacy.de

1. Auflage
Gütersloh im Mai 2005

Vorwort

Im Kreis Gütersloh leben mehr Kinder und Jugendliche als im Bundes- und Landesdurchschnitt. Aktuelle Prognosen zeigen, dass die Einwohner im Kreis Gütersloh auch in Zukunft im Durchschnitt jünger sein werden als die Einwohner in Deutschland.

Kindheit und Familien haben sich in unserer Gesellschaft gravierend verändert. Vielfältige, oft auch wechselnde Familienformen nehmen zu. Die Zahl der Kinder, die mit Hilfe zum Lebensunterhalt aufwachsen, steigt ebenfalls. Belastete und gestörte familiäre Beziehungen, schädigende Einflüsse des sozialen Umfeldes sind Risiken für Kinder und vermindern ihre Chance auf eine gesunde Entwicklung.



Gesundheit ist eine wesentliche Bedingung für die Entwicklung individueller Potentiale. Im Gegensatz zu früher sind die Kinder heutzutage weniger von Infektionskrankheiten bedroht. Es sind jetzt eher Störungen des Immunsystems, des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens und der Belastungsbewältigung, die zu Beeinträchtigungen der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen führen.

Eine Mehrzahl von psychischen und körperlichen Problemen im Erwachsenenalter deuten sich bereits im Vorschul- und Grundschulalter an. Es gilt darum, solche Anzeichen frühzeitig zu erkennen und dem Kind zu helfen, sich positiv entfalten zu können und die eigenen Gesundheitspotentiale zu aktivieren. Dies erfordert rechtzeitiges und zielgerichtetes Handeln.

Mit dem vorliegenden Gesundheitsbericht soll den gesundheitlichen Problemen von Kindern und Jugendlichen mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Der Bericht zum Thema „Therapeutische und pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Kreis Gütersloh“ analysiert die Versorgungsstruktur und stellt erstmals aktuelle Daten zur gesundheitlichen Situation der Zielgruppe vor.

Der Bericht bietet damit eine gute Grundlage, vordringliche Problembereiche zu erkennen. Ich würde mich daher freuen, wenn dieser Bericht zu einem verstärkten fachlichen Austausch der an der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen Beteiligten beiträgt und zu konkreten Verbesserungen im Kreis Gütersloh führt.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'S.-G. Adenauer'.

Sven-Georg Adenauer

Landrat

Inhalt

Einleitung	
1	Demographische Basisdaten..... 7
2	Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen..... 9
2.1	Mortalität und Morbidität von Kindern und Jugendlichen in NRW 9
2.2	Verfügbare Daten auf Kreis- und Gemeindeebene 11
2.2.1	Zahngesundheit 11
2.2.2	Konsum psychoaktiver Substanzen 16
2.2.3	Psychische Beeinträchtigungen..... 18
2.2.4	Krebserkrankungen 20
2.2.5	Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 21
3	Die Versorgungsstruktur im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit..... 28
3.1	Ambulante ärztliche Versorgung..... 28
3.2	Stationäre Versorgung 29
3.3	Psychiatrische Versorgung 30
3.4	Pflege 30
3.5	Sprachheilberatung und Sprachtherapie 31
3.6	Beratungsstellen 32
3.7	Beratung, Therapie und Sprachförderung für Migrantinnen und Migranten 33
3.8	Kindergesundheitswegweiser für den Kreis Gütersloh 34
4	Zielgruppenorientierte Analyse der Versorgungsstruktur 35
4.1	Akut und chronisch kranke Kinder und Jugendliche..... 35
4.2	Entwicklungsauffällige und behinderte Kinder und Jugendliche..... 36
4.3	Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen 37
4.4	Kinder und Jugendliche mit reaktiven Auffälligkeiten 37
4.5	Empfehlungen der Arbeitsgruppe und Schwerpunktsetzung 38
5	Frühförderung 40
5.1	Handlungsempfehlung mit dem Schwerpunkt Frühförderung 41
5.2	Aktueller Stand der Umsetzung der Frühförderungsverordnung im Kreis Gütersloh 43
6	Ausblick 44

Anhang

Stellungnahmen der Arbeitsgruppe „Therapeutische und pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Kreis Gütersloh“

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammensetzung der interdisziplinären Arbeitsgruppe	5
Abbildung 2: Vergleich des Bevölkerungsanteils von Kindern und Jugendlichen im Kreis Gütersloh mit den entsprechenden Altersklassen in NRW	8
Abbildung 3: Frühgeborene in Ostwestfalen (Datenauswertung der Ärztekammer Westfalen-Lippe).....	10
Abbildung 4: Ergebnisse der jugendzahnärztlichen Untersuchungen im Kreis Gütersloh 2003/2004 .	12
Abbildung 5: Kreisdiagramm – Regionale Verteilung des zahnärztlichen Behandlungsbedarfs bei Grundschulern im Kreis Gütersloh	12
Abbildung 6: Zeitreihe der jährlich versendeten Elternbriefe von 2001 - 2004	13
Abbildung 7: Überblick über die Angaben der Schülerinnen und Schüler zum Konsum psychoaktiver Substanzen	16
Abbildung 8: Ambulante Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder – Fallzahlen der laufenden Hilfen im Jahr 2004	18
Abbildung 9: Stationäre Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder, Jugendliche und Volljährige.....	18
Abbildung 10: Fallzahlen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulanz in Rheda-Wiedenbrück im Jahr 2004 nach Altersklassen	19
Abbildung 11: Übergewichtige und adipöse Kinder zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung..	22
Abbildung 12: Übergewichtige und adipöse Schulanfängerinnen und Schulanfänger 2004	23
Abbildung 13: Mangelhafter Impfschutz bei Masern, Mumps und Röteln.....	25
Abbildung 14: Anteil der Kinder, die nicht gegen Masern geimpft wurden	26
Abbildung 15: Anteil der Kinder, die nicht gegen Mumps geimpft wurden.....	26
Abbildung 16: Anteil der Kinder, die nicht gegen Röteln geimpft wurden	26
Abbildung 17: Behandlungsbedürftige Sprachstörungen bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern 2004	27
Abbildung 18: Anteil von Schulanfängerinnen und Schulanfängern mit Migrationshintergrund	27

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einwohner (Stand 31.12.2003).....	7
Tabelle 2: Einwohner nach Städten und Gemeinden (Stand 01.01.2005).....	7
Tabelle 3: Bevölkerungsprognose.....	7
Tabelle 4: Geburtenentwicklung (im Vergleich zum Bevölkerungsstand).....	7
Tabelle 5: Kinder und Jugendliche im Kreis Gütersloh nach Altersklassen und Ausländeranteil.....	8
Tabelle 6: Patientenstatistik der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulanz - Verteilung der Hauptdiagnosen 2004	19
Tabelle 7: Impfkalender nach Empfehlungen der ständigen Impfkommission (STIKO)	24
Tabelle 8: Übersicht über die Angebote im Kindergesundheitswegweiser	34

Einleitung

Die Kommunale Gesundheitskonferenz des Kreises Gütersloh hat in ihrer Sitzung am 15.05.2002 beschlossen, das Thema "Therapeutische und pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Kreis Gütersloh" zu bearbeiten. Es wurde vereinbart, zunächst eine Bestandsaufnahme zum Thema vorzunehmen. Für diese Aufgabe wurde eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe eingerichtet, an der u.a. Kinderärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Pädagogen, Vertreter des Jugendhilfebereiches sowie der Abteilung Arbeit und Soziales teilnehmen (Abb. 1).

Abbildung 1: Zusammensetzung der interdisziplinären Arbeitsgruppe



Die Arbeitsgruppe "Therapeutische und pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Kreis Gütersloh" führt seit September 2002 regelmäßige Arbeitssitzungen durch.

In der Sitzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz am 7. Mai 2003 wurde die Bestandsaufnahme vorgestellt und beschlossen, an den folgenden Themen schwerpunktmäßig weiter zu arbeiten und bei Bedarf Handlungsempfehlungen zu entwickeln:

- Ein Ausbau niedrigschwelliger Angebote im Sinn des „sozialen Frühwarnsystems“ ist erforderlich.
- Der Zugang zu Hilfen muss vereinfacht werden.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe identifizierten den prioritären Handlungsbedarf im Bereich der Früherkennung und Frühförderung. Viele der Mitglieder dieser Expertenrunde berichteten von Fällen, wo für die Kinder die Förderung viel zu spät zum Einsatz kam. Auch die Zugangswege zu den unterschiedlichen Förderungen wurden häufig als verwirrend und hinderlich beschrieben.

In der Sitzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz am 16.06.2004 wurden die Arbeitsergebnisse in einem Berichtsentwurf vorgestellt und eine Handlungsempfehlung zum Thema Frühförderung beraten und verabschiedet.

Änderungs- und Ergänzungswünsche wurden in den Entwurf eingearbeitet, so dass zur Gesundheitskonferenz am 1. Juni 2005 der fertige Bericht vorgelegt werden kann.

Im Gesundheitsbericht 2004 werden zunächst Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen vorgestellt. Daten auf der Ebene der Städte und Gemeinden konnten mit Hilfe des neuen Grafikprogramms gbeMAP in räumlicher Gliederung dargestellt werden. Das Programm wurde speziell für die Gesundheitsberichterstattung entwickelt und den Gesundheitsämtern in NRW zur Verfügung gestellt. Grundlage bilden Karten der Katasterämter. Mit den kartographischen Darstellungen lassen sich die Unterschiede auf kommunaler Ebene besonders anschaulich aufzeigen.

Das dritte Kapitel gibt einen Überblick über die Versorgungsstruktur im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit. Im anschließenden Kapitel wird eine differenzierte zielgruppenorientierte Analyse der Versorgungsstruktur vorgenommen.

Das fünfte Kapitel greift das als vordringlich ermittelte Thema Früherkennung und Frühförderung auf.

Abschließend wird der aktuelle Stand der Umsetzung der Handlungsempfehlung zum Thema Frühförderung dargestellt. Das letzte Kapitel enthält eine kurze Zusammenfassung und Vorschläge für die Gesundheitsberichterstattung.

Ein besonderer Dank gilt an dieser Stelle den Mitgliedern der Arbeitsgruppe, die mit großem Engagement und hoher Fachlichkeit an der Erarbeitung des Berichtes mitgewirkt haben. Gleichzeitig möchte ich mich bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung Gesundheit bedanken, die zur Erstellung des Gesundheitsberichtes unterstützend beigetragen haben.

Nicht zuletzt möchte ich mich auch bei den Einrichtungen bedanken, die Daten für diesen Bericht zur Verfügung gestellt haben.

Christel Kunz
Leiterin der Geschäftsstelle
Der Kommunalen Gesundheitskonferenz

1 Demographische Basisdaten

Im Folgenden wird anhand von demographischen Basisdaten die Bevölkerungsstruktur des Kreises Gütersloh dargestellt:

Tabelle 1: Einwohner (Stand 31.12.2003)

nach Angaben des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik NRW		
Kreis Gütersloh insgesamt	350.528	
davon männlich	172.730	49,28%
davon weiblich	177.798	50,72%

Tabelle 2: Einwohner nach Städten und Gemeinden (Stand 01.01.2005)

	Einwohner	Einwohner pro km2
Borgholzhausen	8.899	159,36
Gütersloh	96.294	859,84
Halle (Westf.)	21.345	308,05
Harsewinkel	24.436	243,27
Herzebrock-Clarholz	16.366	206,43
Langenberg	8.679	226,55
Rheda-Wiedenbrück	47.338	546,38
Rietberg	29.035	263,20
Schloß Holte-Stukenbrock	26.202	388,64
Steinhagen	20.276	360,91
Verl	24.811	347,69
Versmold	21.101	248,80
Werther (Westf.)	11.757	332,87
Gesamt:	356.539	369,13
nach Angaben der Städte und Gemeinden		

Tabelle 3: Bevölkerungsprognose

	2004	2010	2015
Kreis Gütersloh	350.528	367.800	378.500
Reg.-Bez. Detmold	2.071.803	2.118.200	2.151.200
NRW	18.079.686	18.073.500	18.046.000

Tabelle 4: Geburtenentwicklung (im Vergleich zum Bevölkerungsstand)

Kreis Gütersloh	Geburten	Einwohner	in % zur Bevölkerungszahl
31.12.00	3.865	345.379	1,12
31.12.01	3.656	347.954	1,05
31.12.02	3.628	349.688	1,04
31.12.03	3.533	350.528	1,01

Wie der Bevölkerungsprognose (Tabelle 3) zu entnehmen ist, wird die Bevölkerung des Kreises Gütersloh bis zum Jahr 2015 durchschnittlich mehr als die Bevölkerung in OWL und NRW anwachsen, wenn auch die Geburtenentwicklung (Tabelle 4) in der Tendenz rückläufig ist.

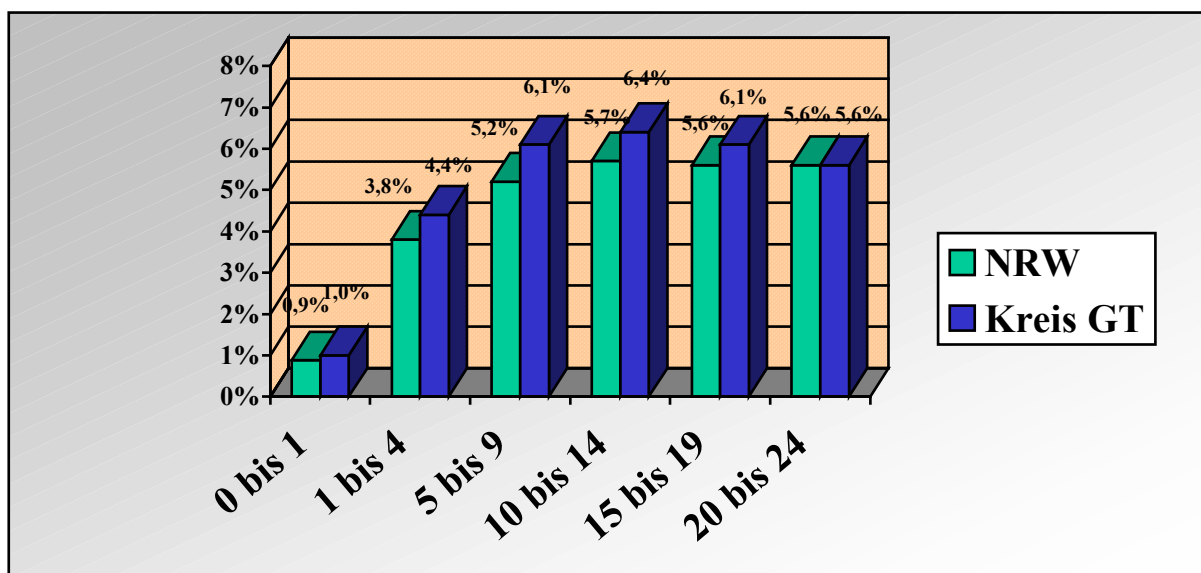
Tabelle 5: Kinder und Jugendliche im Kreis Gütersloh nach Altersklassen und Ausländeranteil

(Stand 31.12.2003)

Alter von ... bis... Jahren	weiblich	männlich	insgesamt	Darunter: Ausländer
0 - 1	1.757	1.787	3.544	147
1 - 4	7.529	8.005	15.534	1.099
5 - 9	10.481	10.997	21.478	2.175
10 - 14	10.909	11.720	22.629	2.294
15 - 19	10.440	11.035	21.475	2.102
20 -24	9.473	10.147	19.620	2.675

(nach Angaben des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik NRW)

Abbildung 2: Vergleich des Bevölkerungsanteils von Kindern und Jugendlichen im Kreis Gütersloh mit den entsprechenden Altersklassen in NRW



Wie der Vergleich der Altersgruppen von 0 – 24 Jahren zeigt, lag der Kreis Gütersloh Ende 2003 bei fast allen Altersklassen über den Werten von NRW. Nur in der Altersklasse der 20 bis 24-Jährigen lagen die Werte bei beiden Bevölkerungsgruppen bei 5,6 %. Aus den Angaben ist zu entnehmen, dass im Kreis Gütersloh mehr Kinder und Jugendliche leben als im Landesdurchschnitt.

2 Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen

2.1 Mortalität und Morbidität von Kindern und Jugendlichen in NRW

Mortalität von Kindern und Jugendlichen in NRW

Verglichen mit der Sterblichkeitsrate im ersten Lebensjahr ist die Sterblichkeit bei Vorschulkindern relativ gering. Lag 1998 die Quote der im ersten Lebensjahr Verstorbenen bei 554,2 Jungen (pro 100.000 Einwohner der Altersgruppe) und 444,4 Mädchen, so waren es im Alter von 1 bis 4 Jahren noch 29,5 Jungen und 19,8 Mädchen je 100.000 Einwohner der Altersgruppe. In der Altersgruppe der 5- bis 9-Jährigen waren es noch 12,6 Jungen und 9,2 Mädchen¹.

Im Jahr 1998 verstarben insgesamt 114 Jungen und 73 Mädchen im Alter von 1 bis 4 Jahren. Seit 1995 haben sich diese Raten nicht wesentlich verändert. Nach wie vor ist die Sterblichkeit unter den Jungen deutlich höher als unter den Mädchen. Die häufigste Todesursache sind unfallbedingte Verletzungen und Vergiftungen.

Die Mortalitätsraten sind für Kinder im Schulalter (7 bis 17 Jahre) seit den 80er Jahren auch in NRW gesunken. Allerdings ist das Sterberisiko innerhalb dieser jungen Population nicht gleich verteilt. Generell ist die Rate bei Jungen etwas höher als bei den Mädchen.

Während für Mädchen und Jungen das Risiko in den Altersgruppen von fünf bis neun Jahren etwa gleich hoch liegt, zeigt sich für die männlichen 15- bis 19-Jährigen eine um das Dreifache erhöhte Rate. Dieses Verhältnis ist seit den 80er Jahren fast unverändert. Auch im Schulalter ist der Unfalltod die häufigste Todesursache. An zweiter Stelle der Todesursachen stehen bösartige Neubildungen, an dritter Stelle angeborene Fehlbildungen und an vierter Stelle Krankheiten des Kreislaufsystems.

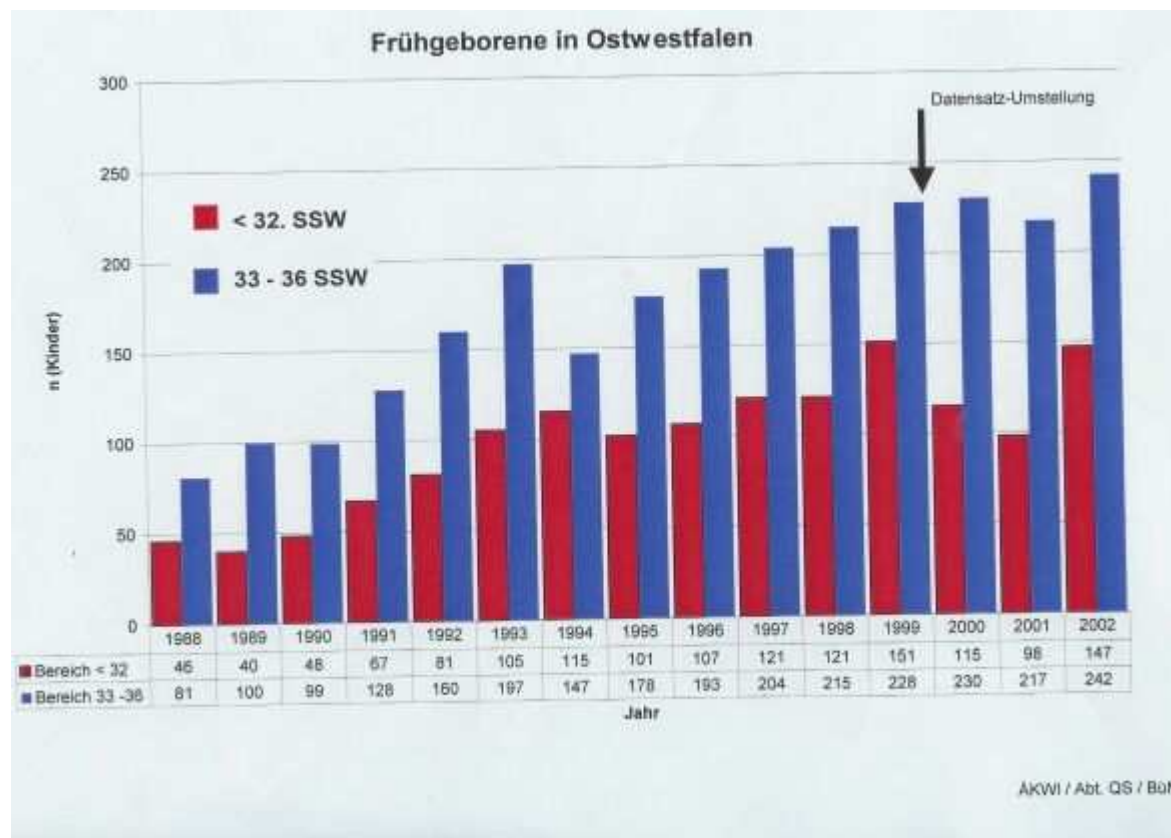
Auch die Suizide spielen eine zunehmende Rolle für die Jugendlichen. Bundesweit waren 1998 in der Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen etwa 7,6% der Todesfälle auf Selbstmord zurückzuführen. In der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen waren es sogar ca. 13,6%.

¹ Vgl. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht 2002. Herausgegeben vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen., lögd Bielefeld 2002

Morbidität von Kindern und Jugendlichen in NRW

Das größte Sterbe- und Erkrankungsrisiko für Säuglinge ergibt sich aus Frühgeburtlichkeit. Als früh geboren werden Säuglinge bezeichnet, die vor der Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche zur Welt kommen. Der Anteil der frühgeborenen Kinder in OWL zeigt eine steigende Tendenz (Abb. 3)

Abbildung 3: Frühgeborene in Ostwestfalen (Datenauswertung der Ärztekammer Westfalen-Lippe)



Nach Vollendung des ersten Lebensjahres bestehen die typischen Gesundheitsprobleme neben den Verletzungen und Vergiftungen überwiegend in Infektionen. Vorschulkinder machen i.d.R. die sogenannten Kinderkrankheiten durch. Außerdem werden zunehmend Hauterkrankungen diagnostiziert. Ergebnisse der Kindergartenuntersuchungen in NRW für das Jahr 2000 zeigen eine auffällige Zunahme von Sprachstörungen. Psychomotorische Koordinationsstörungen wurden ebenfalls mit erschreckender Häufigkeit gefunden. Die Ergebnisse machen deutlich, dass ein nicht unbedeutender Teil der Kinder unter mittleren bis schweren funktionellen Störungen oder Teilleistungsschwächen leidet bzw. von Entwicklungsverzögerungen betroffen ist. Eine rechtzeitige Entdeckung und eine eingehende Beratung der Eltern sowie das Einleiten kompensatorischer Behandlung führt gerade in dieser Altersgruppe zu gutem Erfolg.

Die Morbidität von Kindern und Jugendlichen im schulpflichtigen Alter ist weitgehend geprägt durch drei Gruppen von Erkrankungen. Zum einen handelt es sich um die für das Schulkindalter typischen akuten Erkrankungen (z.B. Erkältungskrankheiten). Ein zunehmender Anteil der Kinder ist zudem von chronischen Erkrankungen betroffen, wie etwa Asthma und verschiedene Ausprägungen von Allergien. Zum Dritten sind es verschiedene Befindlichkeitsstörungen, die sich als psychosomatische Reaktion auf Stress in der Lebenswelt der Kinder ergeben. Weitere Hinweise auf den Gesundheitszustand von Schülerinnen und Schülern ergeben sich aus den Schuleingangsuntersuchungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wie im folgenden Kapitel näher ausgeführt wird.²

² Vgl. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht 2002. Herausgegeben vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen.

2.2 Verfügbare Daten auf Kreis- und Gemeindeebene

2.2.1 Zahngesundheit

Übersicht über die Tätigkeiten des jugendzahnärztlichen Dienstes des Kreises Gütersloh³

Das Konzept der Kinder- und Jugendzahnpflege des Kreises Gütersloh basiert auf drei Pfeilern:

1. Individualmedizinische Betreuung der Kinder und Jugendlichen durch zahnärztliche Reihenuntersuchungen.
2. Gesundheitsförderungsprogramme an Grundschulen, Beratung von Lehrern und Erziehern zu Fragen der Zahn- und Mundgesundheit.
3. Zusammenarbeit mit niedergelassenen Zahnärzten und Krankenkassen im Rahmen der Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit.

In diesem Betreuungskonzept wurden die zahnärztlichen Reihenuntersuchungen an folgenden Einrichtungen⁴ durchgeführt:

- Kindergärten und Kindertagesstätten (alle Gruppen, n = 10.154)
- Grundschulen (2. und 4. Schuljahr, n = 9.016)
- Hauptschulen bis einschließlich 10. Schuljahr (n = 3.273)
- Gesamtschulen (5. und 6. Schuljahr, n = 698)
- Sonderschulen bis zu den Abschlussklassen (n = 1.167)

Bedingt durch den niedrigen Behandlungsbedarf in den Realschulen und Gymnasien, werden in diesen Einrichtungen die jährlichen Untersuchungen als Angebotsveranstaltung auf Wunsch der Schulen im Rahmen von Gesundheitsprojekten durchgeführt.

Entsprechend der Auswertung der Untersuchungsergebnisse können gezielt Gruppenprophylaxeangebote für die Einrichtungen geplant oder eine Intensivbetreuung von Kariesrisikokindern ermöglicht werden. Neben der individualmedizinischen Betreuung durch systematische Reihenuntersuchungen wird den Grundschulen ein Gesundheitsförderungsprogramm angeboten, in dem altersgerecht nach Absprache mit den Lehrern Themen zur Gesunderhaltung des Zahn-, Mund- und Kieferbereiches sowie Ernährung vermittelt werden können. Im Jahr 2004 wurden 98 Veranstaltungen durchgeführt, wobei eine weiterhin steigende Nachfrage zu verzeichnen ist.

Der dritte Pfeiler des Konzeptes der Jugendzahnpflege ist die Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft (AG) Zahngesundheit, die im Bereich der Gruppenprophylaxe durch die niedergelassenen Zahnärzte und deren Praxispersonal die Kindergärten betreut.

Der Jugendzahnärztliche Dienst der Abteilung Gesundheit konnte anhand der für die Jahre 2003/2004 ausgewerteten Befunde und Daten eine erfolgreiche Bilanz seiner Tätigkeiten ziehen:

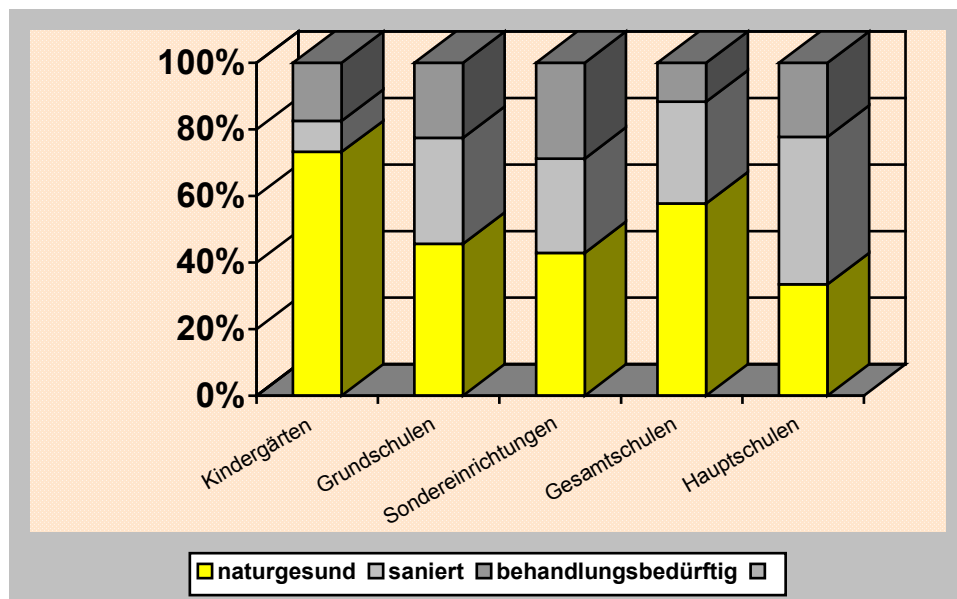
In dem Betreuungskonzept „Zahnärztliche Reihenuntersuchungen“ wurden in diesem Zeitraum 28.851 Kinder und Jugendliche untersucht. Bei ca. 70 % der Kindergartenkinder im Kreis Gütersloh konnten naturgesunde Zähne festgestellt werden. Dieser Anteil sinkt jedoch im Laufe der Schulzeit insbesondere bei Schülerinnen und Schülern in Haupt- und Sonderschulen (siehe Abb. 4), während in Realschulen und Gymnasien diese Entwicklung nicht zu beobachten ist.

³ Die Angaben zum Abschnitt Zahngesundheit wurden vom Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst des Kreises Gütersloh und der Geschäftsstelle der AG Zahngesundheit erstellt.

⁴ Die Gesamtzahl der nach dem modifizierten Konzept der untersuchten Kinder und Jugendlichen beträgt 24.308 (siehe Abb. 4).

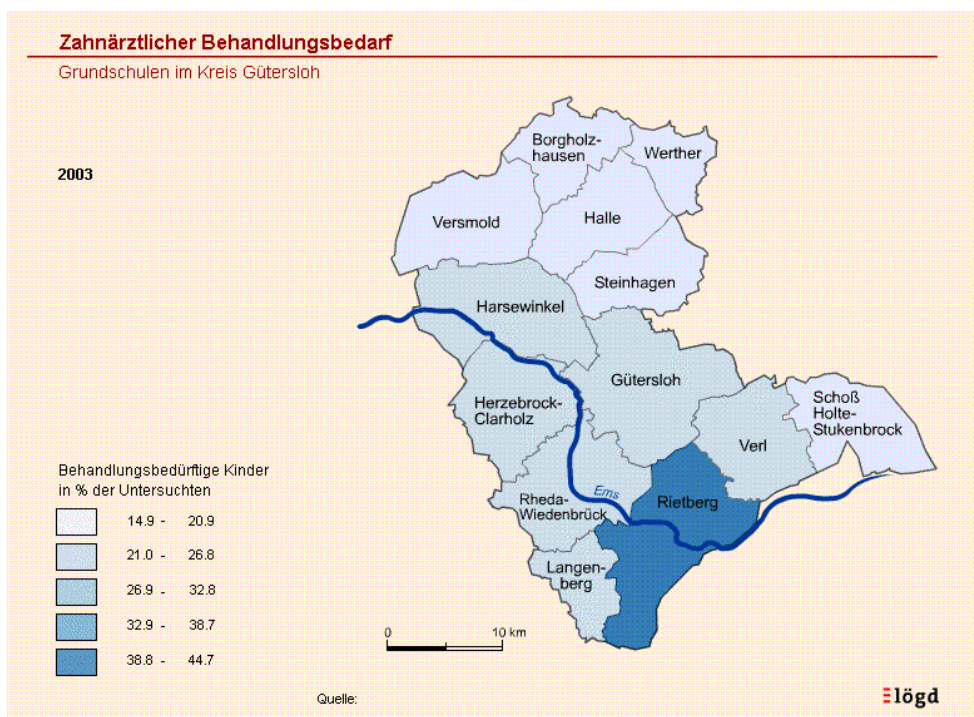
In die für den Zeitraum 2003/2004 angegebene Gesamtzahl der Untersuchungen von 28.851 fließen die Untersuchungen für die Pieper DAJ - Studie und die Untersuchungen der Realschulen und Gymnasien, die im 1. Halbjahr noch durchgeführt wurden, ein.

Abbildung 4: Ergebnisse der jugendzahnärztlichen Untersuchungen im Kreis Gütersloh 2003/2004



Regional sind jedoch gerade in Grundschulen große Unterschiede vorhanden, aber auch lokal gibt es z.B. in Kindergärten Unterschiede beim Behandlungsbedarf zwischen 9 % und 30 % (2 und 49 % im Jahr 2004).

Abbildung 5: Kreisdiagramm – Regionale Verteilung des zahnärztlichen Behandlungsbedarfs bei Grundschulern im Kreis Gütersloh



An Hand der Grafik (Abb. 5) ist ein deutliches „Nord – Süd “ Gefälle hinsichtlich des Behandlungsbedarfes zu erkennen.

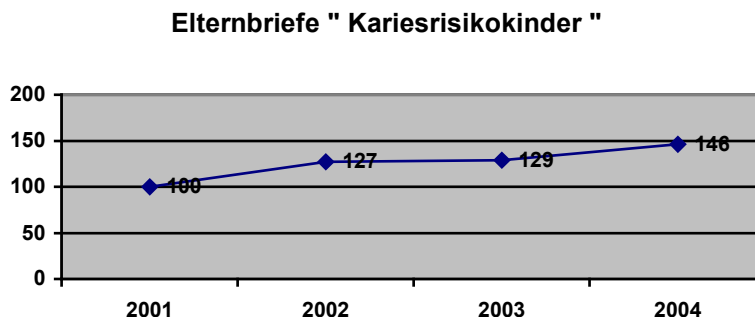
Insbesondere im Bereich Rietberg ist ein vermehrter Handlungsbedarf im Bereich der zahnärztlichen Prophylaxe erforderlich. Vernetzte Therapieansätze und aufsuchende Therapieangebote, wie sie bereits im Konzept der Jugendzahnpflege für den Kreis Gütersloh vorgesehen sind, sollten daher von allen an der zahnärztlichen Prävention beteiligten Gruppen (Kindergärten und Schulen, sowie der Jugendzahnärztliche Dienst, niedergelassene Zahnärzte und Krankenkassen) angestrebt werden.

Zudem zeigen sich erste Hinweise auf einen erneuten Wiederanstieg der behandlungsbedürftigen Gebisse. Gerade vor dem Hintergrund sozialer Veränderungen und den durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz geänderten Zuzahlungsmodalitäten muss diese Entwicklung vom Jugendzahnärztlichen Dienst sehr kritisch beobachtet und begleitet werden. Ähnliche Trends lassen sich auch bundesweit beobachten.

Mit Hilfe der Untersuchungen gelingt es, „Kariesrisikogruppen“ herauszufiltern und gesonderte Programme für diesen Personenkreis anzubieten. So werden z.B. neben den jährlich stattfindenden Untersuchungen „Kariesrisikopatienten“ mit erheblichen Defiziten im Bereich der Zahngesundheit vom jugendzahnärztlichen Dienst zusammen mit Schulen und Sozialdiensten besonders betreut.

In den Jahren 2001-2004 wurden kreisweit 446 „Kariesrisikopatienten“, die bei den jugendzahnärztlichen Untersuchungen durch einen erheblichen Behandlungsbedarf oder durch nicht eingeleitete Therapiemaßnahmen auffielen, zusätzlich durch den jugendzahnärztlichen Dienst angeschrieben⁵. In den Anschreiben wurde auf die dringende Behandlungsbedürftigkeit bei den betroffenen Kindern hingewiesen.

Abbildung 6: Zeitreihe der jährlich versendeten Elternbriefe von 2001 - 2004



Bei 372 Kindern und Jugendlichen konnten so mit Hilfe der jährlich stattfindenden Untersuchungen und den schriftlichen Erinnerungen zahnärztliche Behandlungen eingeleitet werden.

Ausgehend von der Gesamtzahl der Patienten wurden 74 Kinder und Jugendliche teilweise wiederholt angeschrieben, ohne dass eine Therapie erfolgte. Daher wird jetzt zusätzlich versucht über die Sozialbetreuer in den Familien in einem auf ein Jahr und einige Orte des Kreises begrenzten Projekt bei diesen Patienten eine Therapie zu beginnen.

Weiter ist festzustellen, dass in dieser Gruppe von Patienten der Zusammenhang zwischen dem erhöhten Behandlungsbedarf und dem schwierigen sozialen Umfeld besonders deutlich wird. Hier kann man von einer deutlichen Polarisierung des Kariesbefalls sprechen.

⁵ Bei 446 Schülern wurde im Zeitraum 2001 bis 2004 notiert, dass eine zahnärztliche Behandlung notwendig ist, $dmf-t / DMF-T > 2$. Diese Schüler/innen wurden schriftlich aufgefordert. 74 Schüler davon wurden bereits 2 und mehrfach angeschrieben. In 372 Fällen ist die Behandlung erfolgt.

Hinsichtlich des Migrationshintergrundes der Patienten kann festgestellt werden, dass von den 74 angeschriebenen Kindern und Jugendlichen 32 eindeutig Migrationsfamilien angehörten. Von der Gesamtzahl der zwischen 2001 und 2004 angeschriebenen 446 Personen stammen 213 aus Migrantenfamilien.

Außerdem wird an Grundschulen ein Gesundheitsförderungsprogramm als Angebotsveranstaltung durchgeführt. Dieses Programm wird auf der Basis der erhobenen Untersuchungsdaten insbesondere in Schulen und Einrichtungen mit erhöhtem Kariesrisiko in enger Zusammenarbeit mit den Pädagogen eingesetzt und weiterentwickelt. Der Besuch der im Kreishaus befindlichen Behandlungseinheit kann in diesem Zusammenhang ebenfalls „mitgebucht“ werden, um u.a. Ängste vor dem Zahnarztbesuch abzubauen.

Man kann feststellen, dass die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und die Prophylaxetätigkeit des Jugendzahnärztlichen Dienstes, insbesondere mit den zugehenden Angeboten für Risikokinder eine elementare Grundlage für die weiteren Präventionsmaßnahmen in der Gruppen- und Individualprophylaxe sind.

Für die Gruppenprophylaxe in den Kindergärten trägt dabei der Arbeitskreis Zahngesundheit Sorge, in dem neben dem Kreis die Krankenkassen und die niedergelassenen Zahnärzte aktiv zahngesundes Verhalten fördern.

Das Konzept des Arbeitskreises Zahngesundheit im Kreis Gütersloh



Im Rahmen des Gesamtkonzeptes Gruppenprophylaxe wurde der Arbeitskreis Zahngesundheit gemeinschaftlich von den niedergelassenen Zahnärzten des Kreises Gütersloh, den ortsansässigen gesetzlichen Krankenkassen und dem Kreis Gütersloh, Abteilung Gesundheit, im Jahr 1998 gegründet.

Unter zahnmedizinischer Gruppenprophylaxe versteht man nach § 21 SGB V die flächendeckende Durchführung von Maßnahmen durch Zahnärzte und zahnärztliches Fachpersonal zur Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Mundgesundheit.

Die Kinder und Jugendlichen werden gruppenweise in Kindergärten, und Grundschulen in Kooperation mit anderen Sozialpartnern, insbesondere Erziehern, Lehrern und Eltern, angesprochen.

Der Arbeitskreis Zahngesundheit möchte durch seine Arbeit die Kinder- und Jugendlichen motivieren, zum lebenslangen Erhalt ihrer Zähne selbst beizutragen. Dafür ist das Lernen in der Gruppe, z.B. Kindergarten oder Grundschule sehr wirkungsvoll.

Um die zahnmedizinische Vorsorge in Kindergärten, Kindertagesstätten und Grundschulen umsetzen zu können, bietet der Arbeitskreis Zahngesundheit im Kreis Gütersloh seine Unterstützung durch verschiedene Angebote an:

- * Vermittlung zwischen Betreuungspraxen und Kinderbetreuungseinrichtungen
- * Fortbildung und Informationsveranstaltungen für Zahnarztpraxen, Kindergartenpersonal und Lehrern
- * Öffentlichkeitsarbeit (Aktionstage)
- * Bereitstellung von Medien und Materialien zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in den Kindergärten/Tagesstätten und Grundschulen.



- * Vor allem zur Durchführung der Gesundheitserziehung im Bereich des Kindergartens und der Grundschule verfügt die AG über eine umfangreiche Mediothek mit Büchern, Arbeitsunterlagen, Diaserien, Videofilmen, Demonstrationsmodellen und vielem mehr.

Informationen über die Aktivitäten sind zu erhalten über die Webadresse www.ak-zahn-gt.de.

2.2.2 Konsum psychoaktiver Substanzen

Die folgenden Daten stammen aus der Untersuchung „Jugendliche und Drogenkonsum“, einer empirischen Untersuchung von 2151 Schülerinnen und Schüler im Kreis Gütersloh - Befragungszeitraum November 1999 - Januar 2000.⁶

Es wurden Jugendliche im Alter von 10 - 21 Jahren aus 83 Schulklassen in Kreis und Stadt Gütersloh befragt:

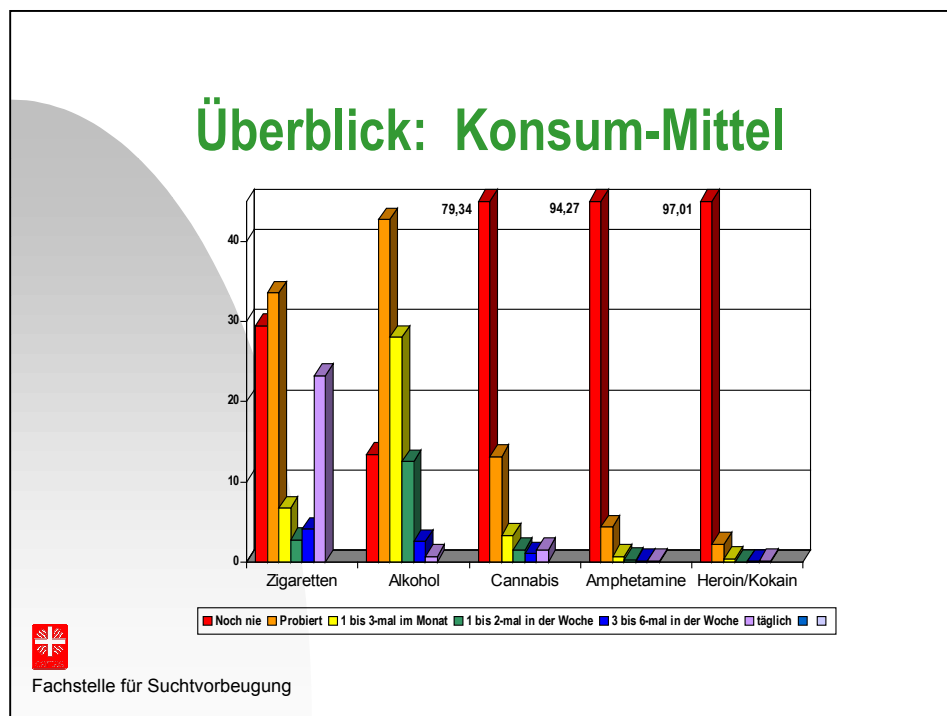
- 2 Sonderschulen (2 Klassen)
- 7 Hauptschulen (17 Klassen)
- 9 Realschulen (19 Klassen)
- 10 Gymnasien (20 Klassen)
- 2 Gesamtschulen (6 Klassen)
- 5 Berufskollegien (19 Klassen)

Durchführung der Untersuchung

Die Untersuchung wurde von der Fachstelle für Suchtvorbeugung in Kreis und Stadt Gütersloh des Caritasverbandes in Kooperation mit der Katholischen Fachhochschule Münster und der Arbeitsgruppe Prophylaxe NRW durchgeführt.

Das Ziel der Umfrage bestand darin, regional gültige, aussagekräftige und aktuelle Daten zum Drogenkonsum Jugendlicher zu erhalten. Die Erhebung sollte Aufschluss über das Verhältnis des Konsums von legalen und illegalen Drogen Aufschluss geben. Die Erfassung des Konsumverhaltens sollte zur Planung adäquater und effizienter Präventionsmaßnahmen führen.

Abbildung 7: Überblick über die Angaben der Schülerinnen und Schüler zum Konsum psychoaktiver Substanzen



⁶ Vgl.: Gesundheitsbericht 2001 „Sucht- und Krisenbewältigung im Kreis Gütersloh“, Herausgeber: Kreis Gütersloh, Abt. Gesundheit - Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz, September 2001, S. 12-18.

Die Untersuchungsbereiche bezogen sich auf den Konsum von:

- Zigaretten
- Alkohol
- Medikamente
- Cannabis
- Amphetamine
- Heroin/Kokain

Folgerungen

- Männliche Jugendliche hatten eine geringere Distanz zu Suchtmitteln, besonders zu illegalen Suchtmitteln als Mädchen;
- Zigaretten und Alkohol waren die mit Abstand am meisten konsumierten bzw. missbrauchten Drogen, Nikotin stand als Alltagsdroge an erster Stelle (23,26% konsumieren täglich);
- der Probierkonsum von illegalen harten Substanzen war höher als erwartet;
- es zeigte sich ein ausgesprochen geringes Problembewußtsein gegenüber der Substanz Alkohol;
- das Einstiegsalter für legale Drogen lag zwischen 10 und 13 Jahren;
- Cannabis war die am häufigsten konsumierte illegale Droge.

Es wurden die folgenden Ziele für die zukünftige Prävention im Kreis Gütersloh formuliert:

- Im Mittelpunkt aller Präventionsbemühungen sollten die legalen Drogen stehen;
- Präventionsmaßnahmen sollten bereits im Kindesalter einsetzen;
- Eine substanzspezifische Suchtprävention ist nur im Alkohol- und Nikotinbereich gerechtfertigt;
- Sekundärprävention ist im Bereich Nikotin am dringlichsten erforderlich.

2.2.3 Psychische Beeinträchtigungen

Kinder und Jugendliche, die seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, haben Anspruch auf Eingliederungshilfe. Diese wird im Sozialgesetzbuch VIII geregelt.

Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall

- in ambulanter Form,
- in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen,
- durch geeignete Pflegepersonen und
- in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen geleistet.

Im Rahmen der Jugendhilfeplanung des Kreises Gütersloh wurden für die ambulante Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und für die stationäre Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder, Jugendliche und Volljährige die folgenden Fallzahlen im Jahr 2004 ermittelt⁷:

Abbildung 8: Ambulante Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder – Fallzahlen der laufenden Hilfen im Jahr 2004

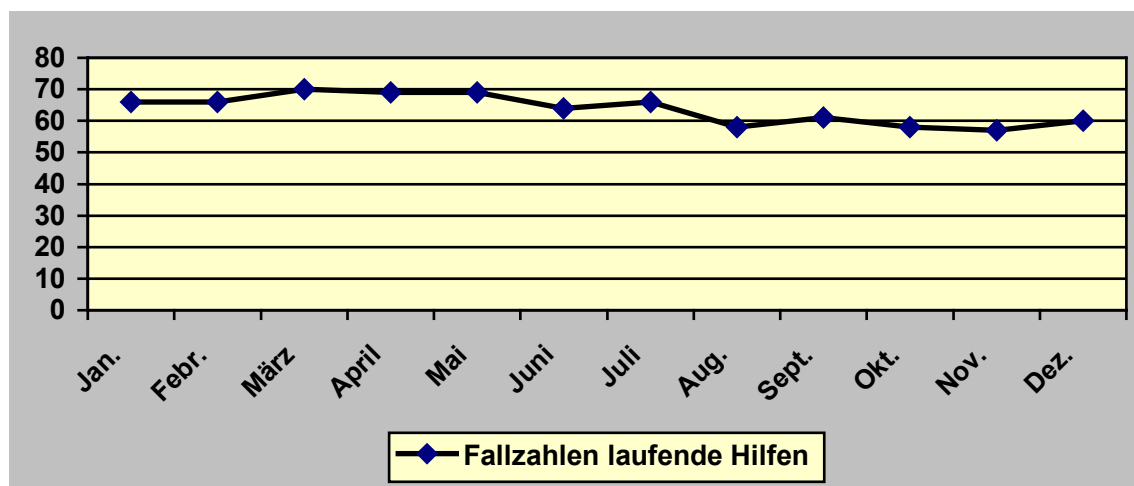
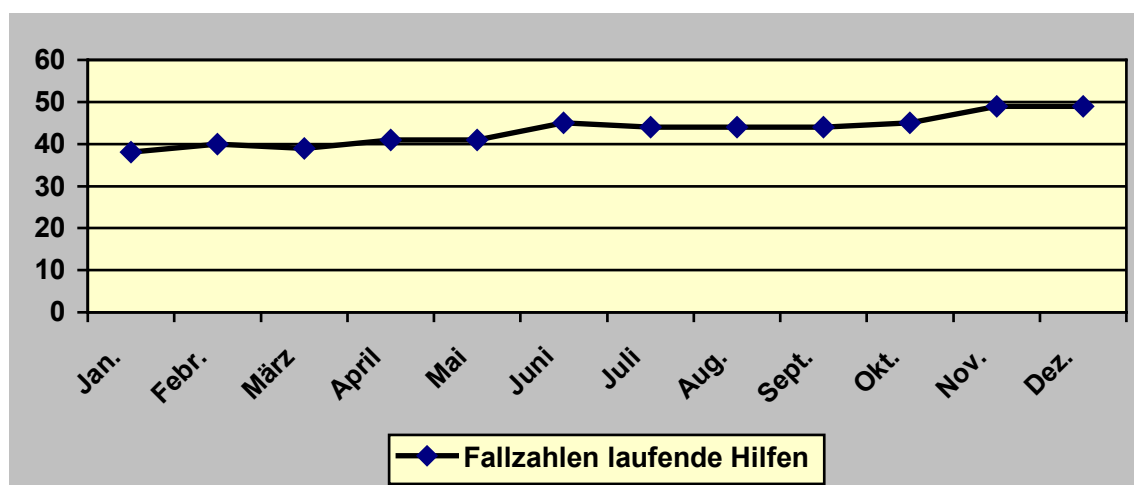


Abbildung 9: Stationäre Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder, Jugendliche und Volljährige



⁷ Die Daten wurden von der Abteilung Jugend, Familie und Sozialer Dienst des Kreises Gütersloh zur Verfügung gestellt.

Während die Fallzahlen für die ambulante Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder im Jahr 2004 leicht gesunken sind, weisen die Fallzahlen für die stationäre Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder, Jugendliche und Volljährige eine kontinuierlich steigende Tendenz auf⁸.

In der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz in Rheda-Wiedenbrück waren im Jahr 2004 insgesamt 799 Kinder in Behandlung, davon waren 486 männlichen und 313 weiblichen Geschlechts⁹. Die Altersstreuung lag zwischen drei und 18 Jahren, in begründeten Einzelfällen wurden auch junge Erwachsene behandelt. Ausschlusskriterien für die Behandlung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz sind akute Psychosen und sehr stark magersüchtige sowie akut suizidale Kinder und Jugendliche, bei denen zur Unterbrechung des Störverlaufs meist zunächst eine unmittelbare stationäre Behandlung erforderlich ist. Nach stationärer Entlassung kann die nachfolgende ambulante Behandlung wieder wohnortnah erfolgen.

Die Behandlungsdauer ist von der individuellen Problematik abhängig. Die Abrechnung erfolgt über Krankenversicherungskarte. Pro Termin steht (incl. der Dokumentation) ca. eine Stunde Zeit zur Verfügung. Bei der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz handelt es sich nicht um eine Notfallambulanz, sondern um eine Bestellambulanz. Akuten Notfallpatienten wird während der Öffnungszeiten möglichst zeitnah ein Vorstellungstermin angeboten.

Der folgenden Abbildung ist die Altersverteilung der Patienten in der Ambulanz zu entnehmen.

Abbildung 10: Fallzahlen der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz in Rheda-Wiedenbrück im Jahr 2004 nach Altersklassen

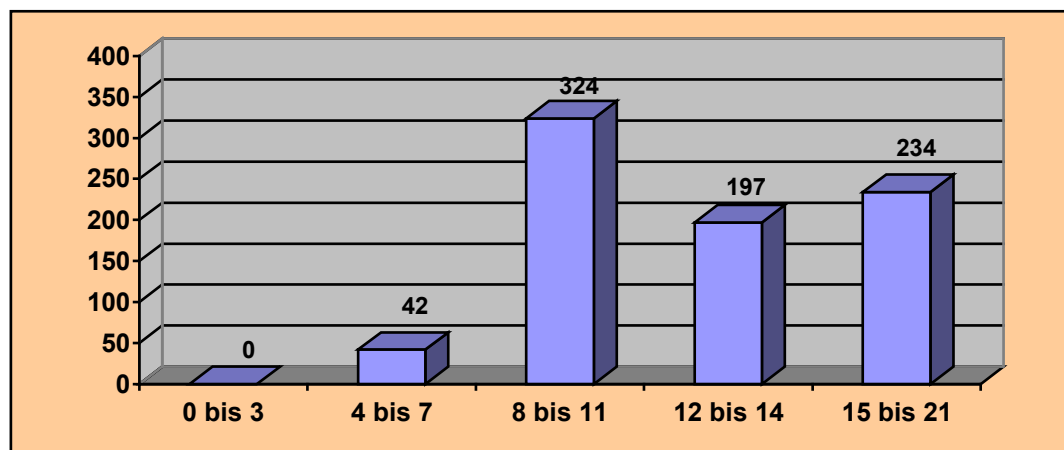


Tabelle 6: Patientenstatistik der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz - Verteilung der Hauptdiagnosen 2004

Hauptdiagnosen	ICD-10-Code	in %
Affektive Störungen	F30 – F39	1,36
Neurot. Belastungs- u. somatoforme Störungen	F40 – F49	10,51
Verhaltensauffälligkeiten	F50 – F59	3,78
Intelligenzminderung	F70 – F79	1,02
Entwicklungsstörungen	F80 – F89	7,32
Verhaltens- u. emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F90 – F98	37,04
Adipositas	E66	3,10
(Mehrfachdiagnosen enthalten - n =1841)		

Als häufigste Diagnosen wurden Verhaltensstörungen und emotionalen Störungen festgestellt.

⁸ Bei den Fallzahlen des Kreisjugendamtes Gütersloh ist zu berücksichtigen, dass die Daten der Stadt Gütersloh nicht enthalten sind (das Jugendamt der Stadt Gütersloh führt eine eigene Datenerfassung durch).

⁹ Die Auszüge aus der Patientenstatistik 2004 wurden von der Ambulanz und Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Rheda-Wiedenbrück zur Verfügung gestellt.

2.2.4 Krebserkrankungen

Das Kinderkrebsregister Mainz ist die derzeit die einzige gesicherte Datenquelle. Es werden etwa 95% der kindlichen Leukämien erfasst. Aus dem Kreis Gütersloh wurden dem Kinderkrebsregister in den Jahren 1991 bis 2000 insgesamt 85 Kinder unter 15 Jahren mit einer Krebserkrankung, davon 28 Leukämien, gemeldet¹⁰. Bezogen auf die Bevölkerung sind das 14,2 Fälle pro 100.000 Kinder und 4,6 Leukämiefälle pro 100.000. Verglichen mit dem bundesdurchschnitt wären knapp 84 Fälle, davon gut 28 Leukämien, zu erwarten gewesen. Nach Auskunft des Kinderkrebsregisters sind die Werte statistisch unauffällig.

Auch bei den übrigen Diagnosegruppen fanden sich keine auffälligen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt. Im Verlauf der 10 betrachteten Jahre gab es insgesamt keinen Trend oder eine Häufung in bestimmten Jahren.

Auch die Werte von Nordrhein-Westfalen lagen bezüglich jeder Diagnosegruppe in einem Bereich von plus-minus 4% des Bundesdurchschnitts und waren damit völlig unauffällig.

Am 5. April 2005 wurde das Gesetz zur Einrichtung eines flächendeckenden bevölkerungsbezogenen Krebsregisters in Nordrhein-Westfalen (EKR-NRW) verkündet, das am 1. Juni 2005 in Kraft tritt.

Das Epidemiologische Krebsregister NRW erfasst alle neu aufgetretenen Fälle von Krebs in ganz Nordrhein-Westfalen. Das Krebsregister wird von den für die Krebsbekämpfung in Nordrhein-Westfalen verantwortlichen Institutionen gemeinsam getragen. Das Krebsregister wird in der Aufbau-phase gemeinsam vom Land Nordrhein-Westfalen sowie der Deutschen Krebshilfe finanziert.

Ausgangspunkt der bevölkerungsbezogenen Krebsregistrierung in Nordrhein-Westfalen bildete das Krebsregistergesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KRG NW) vom 12. Februar 1985. Die zugehörige Verordnung zum Krebsregistergesetz vom 24. April 1985 beschränkte die Registerpopulation auf die Bevölkerung des Regierungsbezirks Münster.

Das neue Krebsregistergesetz Nordrhein-Westfalen legt die Führung eines landesweiten, also flächendeckenden Krebsregisters fest. Die Registerpopulation umfasst folglich etwa 18 Millionen Einwohner, die in 54 Kreisen und kreisfreien Städten leben.

Das Krebsregister wird von den für die Krebsbekämpfung in Nordrhein-Westfalen verantwortlichen Institutionen gemeinsam getragen, die hierzu durch freiwilligen Beitritt die Epidemiologische Krebsregister gGmbH gründen (§2 KRG NRW).

Gesellschafterinnen sind:

- die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen in NRW (gemeinsam) als GbR
- die Ärztekammern / Zahnärztekammern in NRW (gemeinsam) als GbR
- die Kassenärztlichen Vereinigungen in NRW (gemeinsam)
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
- Krankenhausgesellschaft NW als e.V.
- Krebsgesellschaft NRW als e.V.

Die Gesellschaft verfolgt ausschließlich gemeinnützige Zwecke. Die Tätigkeit der Epidemiologischen Krebsregister gGmbH wird von einem Aufsichtsrat und einem Fachbeirat begleitet. Im Fachbeirat sind Patientenvertretungen, Vertretungen aus Wissenschaft und Forschung, der Einrichtungen der onkologischen Qualitätssicherung und der Krankenhäuser beteiligt.

Es ist davon auszugehen, dass in absehbarer Zeit auch für den Kreis Gütersloh valide Daten über das Auftreten von Krebserkrankungen vorliegen, die für die kommunale Gesundheitsberichterstattung genutzt werden können.

¹⁰ Quelle: Antwort des Kinderkrebsregisters Mainz auf eine Anfrage des Onkologischen Schwerpunktes Bielefeld-Gütersloh vom 20.11.2001.

2.2.5 Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen

Die Schuleingangsuntersuchungen bilden eine gute Datenquelle, da alle Kinder im Rahmen der Einschulung vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst ärztlich untersucht werden.

Gesetzliche Grundlage für die Durchführung der schulärztlichen Untersuchungen in NRW sind § 3 (2) der Verordnung über den Bildungsgang in der Grundschule und § 12 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW. Hiernach führen die Unteren Gesundheitsbehörden die schulische Eingangsuntersuchung und - soweit erforderlich - weitere Regeluntersuchungen durch.

Im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Kreises Gütersloh wird die Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen nach dem „Bielefelder Modell“ durchgeführt. Ein großer Teil der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste in NRW orientiert sich an diesem Modell.

Die nach diesem Modell zu dokumentierenden Befunde beziehen sich auf:

- Körpermaße
- Befunde des Kopfes
- Befunde der inneren Organe
- Befunde des Skeletts und der Haut
- Befunde der Konstitution, der Harnorgane und andere
- Befunde des Zentralen Nervensystems und des Verhaltens
- Befunde spezieller Behinderungen

Wenn ein Befund vorliegt, dann wird festgehalten

- ob es sich um einen Minimalbefund bzw. nicht mehr behandlungsbedürftigen oder –fähigen Befund handelt,
- ob sich das Kind bereits in ärztlicher Behandlung befindet,
- ob eine weitere Abklärung durch den niedergelassenen Arzt erforderlich ist,
- ob eine erhebliche Leistungsbeeinträchtigung vorliegt.

Darüber hinaus werden die Empfehlungen für nichtärztliche Maßnahmen erfasst. Es wird der Impfstatus und die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 festgehalten. Für die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste besteht die Möglichkeit, weitere Befunde nach eigenen Vorgaben zu untersuchen oder einen zusätzlichen Fragebogen einzusetzen.

Ab Herbst 2003 wurde das Bielefelder Modell durch ein entwicklungsdiagnostisches Modul erweitert, das Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen (S-ENS).

Somit werden seit Herbst 2003 die schulärztlichen Untersuchungen der Abteilung Gesundheit des Kreises Gütersloh mit dem Screening S-ENS standardisiert durchgeführt.

Mit dem Screening können Auffälligkeiten in den schulrelevanten Teilleistungsbereichen

- Körperkoordination,
- Visuomotorik,
- visuelle Wahrnehmung und Informationsverarbeitung,
- Sprachkompetenz und auditive Informationsverarbeitung
- sowie Artikulation

identifiziert werden.

Übergewicht und Adipositas

Unter Adipositas versteht man eine übermäßige, über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts. Die Ermittlung von Übergewicht und Adipositas erfolgt auf der Grundlage des Body-mass-Index (BMI) und orientiert sich an den Referenzwerten der deutschen Adipositasgesellschaft aus dem Jahr 2000. Von Übergewicht spricht man bei einem BMI zwischen dem 90. und dem 97. Perzentil, von Adipositas spricht man bei einem BMI über dem 97. Perzentil¹¹.

In der Regel führt eine über einen längeren Zeitraum bestehende Adipositas zu sekundären Erkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes oder Gelenkschäden. Zudem leiden übergewichtige Kinder und Jugendliche auch häufig an psychischen Störungen.

Wie in Abbildung 11 dargestellt, waren zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung im Jahr 2003 im Kreis Gütersloh 6,1 Prozent der Kinder übergewichtig und 4,8 % adipös.

Abbildung 11: Übergewichtige und adipöse Kinder zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung

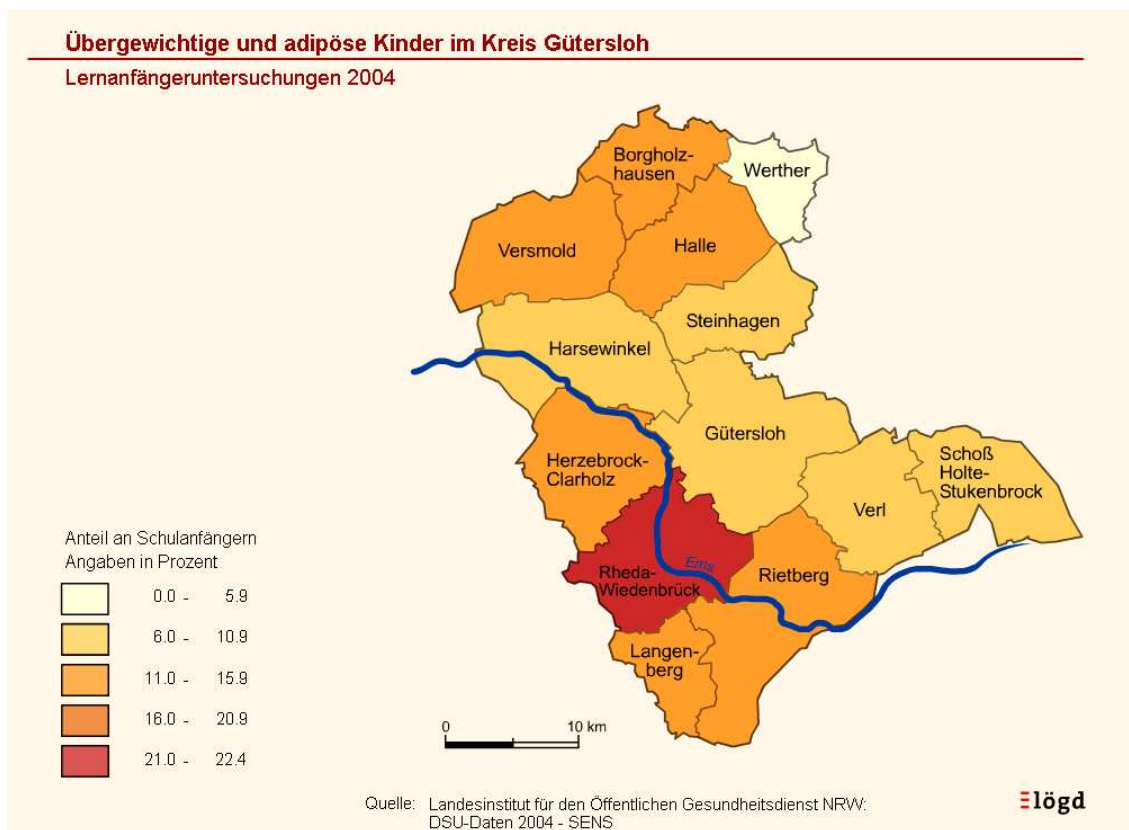


Wie der Vergleich der Daten von 2002 und 2003 in der Abbildung 8 zu entnehmen ist, gibt es bei übergewichtigen Kindern im Kreis Gütersloh eine zunehmende Tendenz.

¹¹ Der BMI wird als Quotient aus dem Gewicht (kg) und der Körpergröße zum Quadrat ermittelt. Als Maßstab für Übergewicht und Adipositas wird der alters- und geschlechtsspezifische 90%- bzw. 97%-Perzentilwert der Normalstichprobe verwendet.

Das Auftreten von Adipositas und Übergewicht verteilt sich unterschiedlich auf die Städte und Gemeinden des Kreises Gütersloh. So lag der Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder bei den Schulanfängerinnen und Schulanfängern im Jahr 2004¹² in der Stadt Werther mit 1,8 % am niedrigsten und in der Stadt Rheda-Wiedenbrück mit 22,4 % am höchsten.

Abbildung 12: Übergewichtige und adipöse Schulanfängerinnen und Schulanfänger 2004



Behandelt wird Übergewicht und Adipositas in der Regel mit einer Reduktionsdiät und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen zur Veränderung der Essgewohnheiten sowie mit körperlicher Bewegung.

Da das Ernährungsverhalten der Eltern auch einen Einfluss ausübt, wird empfohlen, die Eltern an den Programmen des Esstrainings zu beteiligen.

¹² Im Jahr 2004 wurden im Kreis Gütersloh insgesamt 4.276 Schulanfängerinnen und Schulanfänger im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Kreises Gütersloh untersucht.

Impfen

Schutzimpfungen zählen zu den wirksamsten präventiven Maßnahmen der medizinischen Versorgung bei der Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die aktuellen Empfehlungen der ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut.

Tabelle 7: Impfkalender nach Empfehlungen der ständigen Impfkommission (STIKO)

Impfkalender nach STIKO (1) ¹³									
Impfung gegen	vollendeter Lebensmonat (2)					vollendetes Lebensjahr (2)			
	2	3	4	11-14	15-23	5-6	9-17	ab 18	ab 60
Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Hepatitis B, Kinderlähmung, Haemophilus influenzae Typ b (Hib), mögl. mit 6fach Kombinationsimpfstoff	1. Impfung	2. Impfung	3. Impfung	4. Impfung		Auffrisch-impfung Tetanus und Diphtherie	Auffrisch-impfung Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Kinderlähmung	Auffrisch-impfung alle 10 Jahre Tetanus und Diphtherie	Auffrisch-impfung alle 10 Jahre Tetanus und Diphtherie
Masern, Mumps Röteln mögl. mit Kombinationsimpfstoff				1. Impfung (3,4)	2. Impfung (3,4)				
Windpocken				Impfung (4,6)			Impfung (4,6)		
Hepatitis B							Grundimmunisierung (7)		
Pneumokokken									Impfung alle 6 Jahre
Grippe (Influenza)									jährliche Impfung

1 Modifiziert nach den Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO).
Stand: Juli 2004, Quelle: Epidemiologisches Bulletin 30/2004, Robert Koch-Institut.

2 Gleichbedeutend mit dem Beginn des folgenden Lebensmonats/-jahrs

3 Mindestabstand zwischen den Impfungen 4 Wochen

4 Versäumte Impfungen sollten möglichst bald nachgeholt werden

5 Impfung entsprechend Herstellerangaben

6 Ungeimpfte ohne durchgemachte Windpockenerkrankung

7 Grundimmunisierung für bisher nicht geimpfte Kinder und Jugendliche

¹³ Erstellt in Anlehnung an den Impfkalender der Internetseite www.gesundes-kind.de

Neben dem Individualschutz für die geimpfte Person gewährleisten Schutzimpfungen bei entsprechend hoher Durchimpfung der Bevölkerung auch einen Kollektivschutz und damit auch einen Schutz für Nichtgeimpfte. Von besonderer Bedeutung ist daher der Kollektivschutz bei Personen, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können. Zudem können durch hohe Durchimpfungsraten Infektionsketten unterbrochen werden bis hin zum Eliminieren von Infektionserkrankungen.

Im Infektionsschutzgesetz (IfSG), das am 01.01.2001 in Kraft getreten ist, wurde festgeschrieben, dass der Impfstatus bei Erstaufnahme in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule zu erheben ist. Die anonymisierten Daten werden über die oberste Landesgesundheitsbehörde an das Robert Koch-Institut übermittelt. Grundlage für die ermittelten Imp fzahlen sind die vorgelegten Impfausweise¹⁴.

Abbildung 13: Mangelhafter Impfschutz bei Masern, Mumps und Röteln



Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die Eliminierung von Masern bis zum Jahr 2007 als Ziel erklärt. Dieses Ziel kann erreicht werden, wenn die Durchimpfungsrate von Masern 95% erreicht.

¹⁴ Da der Impfstatus der Kinder, die bei der Untersuchung ihr Impfheft nicht vorgelegt haben, unbekannt ist, besteht die Möglichkeit der Verzerrung der Daten.

Die nachfolgenden kartografischen Darstellungen zur Impffhematik beruhen auf den Daten der Schuleingangsuntersuchung 2004 und geben einen Überblick über die Impfsituation in den 13 Städten und Gemeinden des Kreises Gütersloh für Masern, Mumps und Röteln.

Abbildung 14: Anteil der Kinder, die nicht gegen Masern geimpft wurden

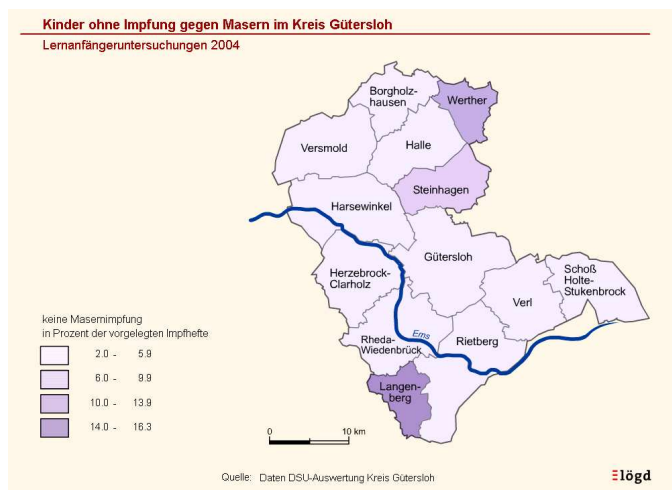


Abbildung 15: Anteil der Kinder, die nicht gegen Mumps geimpft wurden

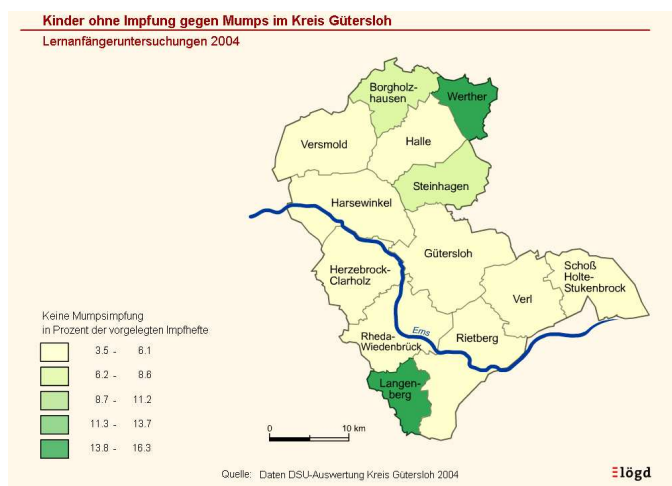
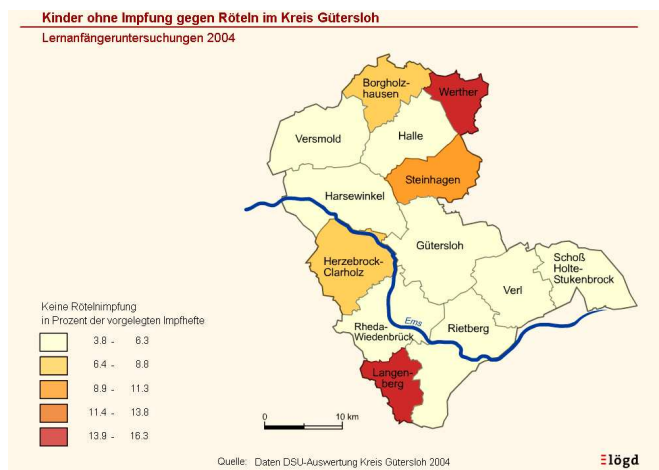


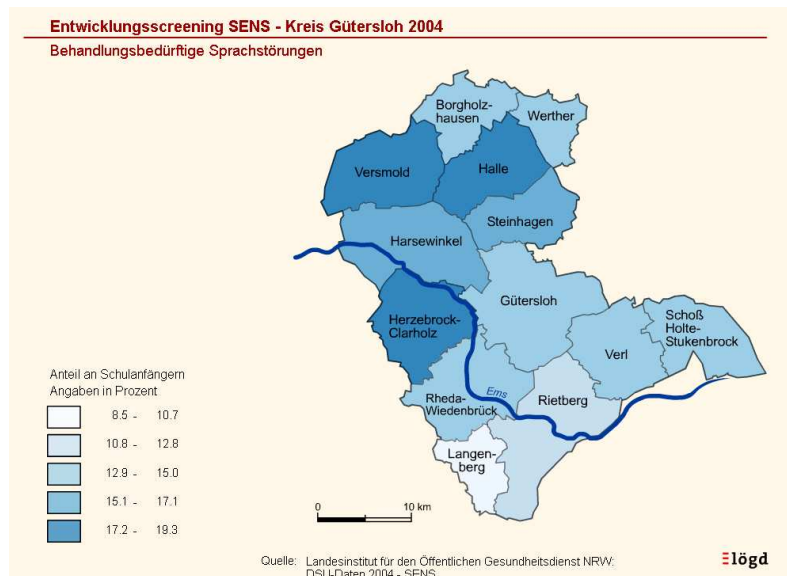
Abbildung 16: Anteil der Kinder, die nicht gegen Röteln geimpft wurden



Sprachstörungen und Sprachförderbedarf

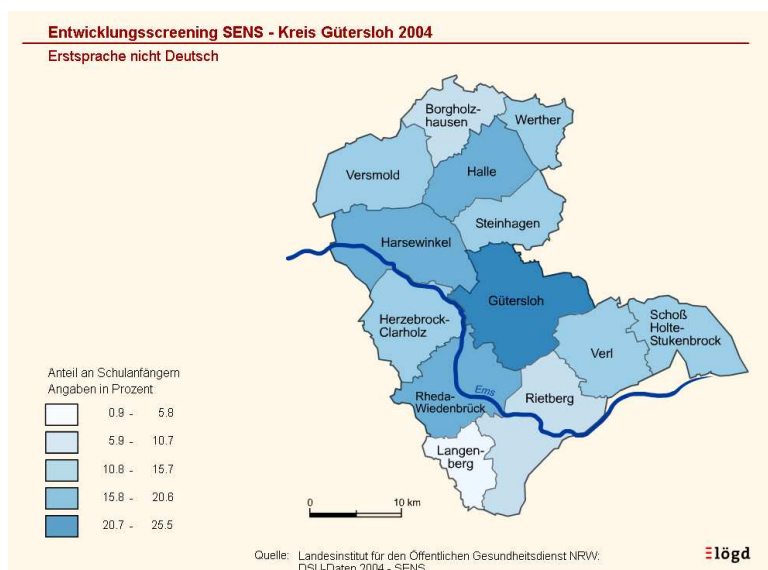
Besonders auffällig waren die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung bei den behandlungsbedürftigen Sprachstörungen. Bei 15,5 % der Schulanfängerinnen und Schulanfänger im Jahr 2004 wurde eine behandlungsbedürftige Sprachstörung festgestellt. Die Werte lagen in Herzebrock-Clarholz (19,3 %), in Versmold (18,8 %) und Halle (17,9 %) am höchsten. In Langenberg (8,5 %) und in Rietberg (11%) war der Anteil an Kindern mit behandlungsbedürftigen Sprachstörungen am niedrigsten.

Abbildung 17: Behandlungsbedürftige Sprachstörungen bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern 2004



Die folgende Grafik zeigt den Anteil an Schulanfängerinnen und Schulanfängern mit Migrationshintergrund. Im Durchschnitt lag der Anteil der Kinder, deren Erstsprache nicht Deutsch ist, bei 16,8 %. Mit 25,5 % lag der Anteil in der Stadt Gütersloh am höchsten und in Langenberg mit 0,9 % am niedrigsten. Die Beurteilung der Deutschkenntnisse der Kinder, die Deutsch nicht als Erstsprache erwarten, ergab, dass 19,4 % keine Deutschkenntnisse hatten oder nur radebrechend sprechen konnten.

Abbildung 18: Anteil von Schulanfängerinnen und Schulanfängern mit Migrationshintergrund



Diese Ergebnisse belegen, dass sowohl bei der Behebung von Sprachstörungen als auch bei der Sprachförderung von Migrantenkindern ein hoher Handlungsbedarf besteht.

3 Die Versorgungsstruktur im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit

3.1 Ambulante ärztliche Versorgung¹⁵

Die niedergelassenen Kinderärzte sind i.d.R. die ersten Ansprechpartner für die Eltern bei gesundheitlichen Problemen ihrer Kinder.

Die Kinderarztdichte ist regional sehr verschieden. Die von der Kassenärztlichen Vereinigung empfohlenen Bedarfsplanungsdaten gehen von einer Einwohner-Arzt-Relation bei Kinderärzten von rund 14.000 Einwohnern je Arzt in Kernstädten und rund 28.000 Einwohnern je Arzt in ländlichen Kreisen aus.

Insgesamt läßt sich die Kinderarztdichte für 350.528 Einwohner im Kreis Gütersloh als ausreichend bewerten. Allerdings gibt es in der Stadt Borgholzhausen und in den Gemeinden Herzebrock-Clarholz und Langenberg keine Kinderarztpraxis.

Anzahl der Kinderärzte (Kinderarztpraxen) pro Stadt/Gemeinde im Kreis Gütersloh (Stand Juni 2004):

Gütersloh	10	(7 Praxen)
Halle	2	(1 Praxis)
Harsewinkel	2	(2 Praxen)
Rheda-Wiedenbrück	3	(3 Praxen)
Rietberg	1	
Schloß Holte-Stukenbrock	1	
Steinhagen	1	
Verl	2	(2 Praxen)
Versmold	1	
Werther	1	

Inanspruchnahme

Um Unter- oder Überversorgung und Zugangsprobleme zu erkennen, sind repräsentative Daten nötig, die sowohl durch Primärerhebungen (z.B. Surveys) als auch durch Sekundäranalysen von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen (z.B. Versichertenstichprobe) gewonnen werden.

Seit Mai 2003 wird ein bundesweiter Kinder- und Jugendgesundheitssurvey vom Robert Koch-Institut durchgeführt, kurz KIGGS genannt. Über einen Zeitraum von drei Jahren untersuchen drei ärztlich geleitete Teams eine repräsentative Stichprobe von ca. 18.000 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren an 150 Orten. KIGGS soll bestehende Informationslücken zu Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten, Befindlichkeit und dem Einfluß sozialer Faktoren schließen. Auch im Kreis Gütersloh wurden per Zufallsauswahl Teilnehmer für die Studie ausgewählt. In der Zeit vom 22. Juni bis zum 3. Juli 2004 untersuchte ein Team des Robert Koch-Institutes Kinder und Jugendliche in der Gemeinde Herzebrock-Clarholz. Weitere Informationen sind über die Internetadresse www.kiggs.de zu erhalten.

Die Daten der gesetzlichen Krankenkassen sind derzeit nur in äußerst begrenztem Umfang verfügbar. Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003) sieht jedoch die Bildung eines Datenpools von Daten der gesetzlichen Krankenversicherung vor.

Während für die Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen Versorgung zum Teil auf Versichertenstichproben zurückgegriffen werden kann, liegen vergleichbare Informationen für die zahnärztliche Versorgung und Gesundheitsdienstleistungen, wie z.B. Krankengymnastik (Physiotherapie) und Logopädie, nicht vor.

¹⁵ Für Informationen über Einrichtungen und Angebote im Bereich Kindergesundheit, die in diesem Kapitel nicht aufgeführt sind, wird auf den Kindergesundheitswegweiser verwiesen. Eine Übersicht über die Inhalte des Kindergesundheitswegweisers ist unter Punkt 3.8 aufgeführt.

Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung

Von den Kinderärzten werden vor allem Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren betreut. Die Praxiskontakte nehmen mit zunehmenden Alter ab.

Ab dem 15. Lebensjahr gehen die Jugendlichen eher zu den Allgemein- oder Fachärzten.

Der überwiegende Teil der Kinder- und Jugendlichen sucht mindestens einmal im Jahr einen Arzt auf. Die geringste Kontaktdichte liegt bei der Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, und hier insbesondere bei den jungen Männern.

3.2 Stationäre Versorgung

Die stationäre Versorgung wird durch Kinderkliniken und Kinderabteilungen an Krankenhäusern sowie von kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen sichergestellt.

Bundesweite Daten belegen, dass in den Jahren 1991 bis 2001 ein Rückgang der pädiatrischen Betten um knapp 33 % zu verzeichnen ist. Die Zahl der Betten in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie hat sich nach Angaben des RKI sogar fast halbiert, während die Zahl der Fälle im gleichen Zeitraum um ca. 46 % zunahm. Dabei sank die durchschnittliche Verweildauer von 126 auf 47 Tage¹⁶.

Inanspruchnahme stationärer Versorgung

Die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen hängt vom Alter und den damit verbundenen typischen Erkrankungen ab. So bilden Kinder unter einem Jahr nach Angaben des Statistischen Bundesamtes von 1999 die größte Gruppe. In den übrigen Altersgruppen lag die Behandlungshäufigkeit deutlich niedriger.

Auffällig war, dass Jungen im Alter von unter einem Jahr deutlich häufiger stationär behandelt wurden als Mädchen. Allerdings wird dieser geschlechtsspezifische Unterschied mit zunehmenden Alter geringer und kehrt sich in der Altersgruppe 15 bis unter 25 Jahre um.

Bei den Säuglingen waren perinatale bzw. neonatale Erkrankungen und Erkrankungen der Atemwege Grund für die Hälfte der stationären Aufenthalte.

Bei Kleinkindern im Alter von 1 bis unter 5 Jahren waren Erkrankungen der Atmungsorgane und Verletzungen und Vergiftungen der häufigste Anlaß für eine stationäre Behandlung.

Verletzungen (Gehirnerschütterungen, Frakturen und Prellungen) und Vergiftungen waren in der Altersgruppe von 5 bis unter 15 Jahren die häufigste Ursache für eine Krankenhausbehandlung.

Im Kreis Gütersloh gibt es keine Kinderklinik und keine Kinderabteilungen an Krankenhäusern sowie keine kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik oder Abteilung.

Die nächstgelegenen Kinderkliniken befinden sich in Bielefeld-Bethel, Lippstadt, Osnabrück, Münster und Paderborn.

¹⁶ Vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2004) Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Robert Koch-Institut Berlin.

3.3 Psychiatrische Versorgung

Für die psychiatrische Versorgung sind in erster Linie Kinder- und Jugendpsychiater zuständig. Im Jahr 2001 betrug der Anteil der Kinder- und Jugendpsychiater an den berufstätigen Ärzten im Bundesgebiet knapp 0,4 %.

Zudem sind an der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen psychotherapieberechtigte Ärzte und meist nichtärztliche psychologische Psychotherapeuten beteiligt. Seit Anfang 1999 sind Kinder- und Jugendpsychotherapeuten aufgrund des Psychotherapeutengesetzes in die vertragsärztliche Versorgung integriert.

Eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit kam zu dem Ergebnis, dass nur rund 71 % der Kinder und Jugendlichen bzw. deren Eltern, die eine Therapie suchten, eine Therapie erhielten (davon nur 40 % bei einem Kinder- und Jugendpsychotherapeuten). Die Hinweise auf eine Unterversorgung gingen einher mit Informationen über lange Wartezeiten, sowohl für Erstkontakte wie auch für Therapien. Nach neueren Bedarfsschätzungen wird davon ausgegangen, dass mindestens ca. 0,4 % der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Kinder und Jugendlichen (0 bis unter 15 Jahren) als psychotherapeutisch behandlungsbedürftig eingeschätzt werden können.

Im Jahr 2004 waren im Kreis Gütersloh 5 Kinder- und Jugendpsychotherapeuten tätig. Seit November 2002 gibt es im Kreisgebiet eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulanz und Tagesklinik mit Sitz in Rheda-Wiedenbrück¹⁷.

3.4 Pflege

Nach Angaben des Robert Koch-Institutes¹⁸ (RKI) nehmen rund 5 von 1.000 Kindern (bis unter 15 Jahre) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in Anspruch. Die Leistungen werden von Jungen häufiger als von Mädchen in Anspruch genommen. Die pflegebedürftigen Kinder werden überwiegend zu Hause gepflegt (von 66.648 pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen wurden im Jahr 2001 insgesamt 257 in Heimen gepflegt).

Ursachen von Pflegebedürftigkeit im Kindes- und Jugendalter sind vor allem angeborene Anomalien sowie Folgezustände perinataler Schädigungen.

Die häusliche Kinderkrankenpflege wird ärztlich verordnet. Die Kosten werden von den Krankenkassen, den Pflegekassen sowie vom Sozialamt übernommen.

Kranke und behinderte Kinder haben nach den Bestimmungen der sozialen Pflegeversicherung (Sozialgesetzbuch XI) Anspruch auf häusliche Pflege. Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeitsstufe ist bei Kindern der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

Durch die häusliche Kinderkrankenpflege soll eine selbstbestimmte Lebensführung der kranken Kinder und ihrer Familien gewährleistet werden. Zudem sollen durch die häusliche Pflege Krankenhausaufenthalte vermieden bzw. abgekürzt und die ärztliche Therapie zu Hause gesichert werden.

Nach Angaben des RKI gibt es in privater und freigemeinnütziger Trägerschaft ca. 100 Pflegedienste in Deutschland, die sich auf Kinderkrankenpflege spezialisiert haben. Zur Übernahme der Kosten müssen die Pflegedienste mit den Pflegekassen einen Versorgungsvertrag abschließen. Zu den Aufgaben der Pflegedienste gehört auch Stärkung der elterlichen Pflegekompetenz. Darüber hinaus sollen sie bei Bedarf weitere Hilfen organisieren und Kontakte zu Beratungsstellen, speziellen Förderrichtungen und Selbsthilfegruppen herstellen.

¹⁷ Weitere Informationen über die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kreis Gütersloh sind dem Kapitel 3.7 des Psychiatrieberichtes 2003 „Psychiatrieplanung ohne Ende – oder das Ende der Enthospitalisierung“ zu entnehmen. Einen Überblick über die Versorgungsangebote gibt das im Januar 2005 erschienene Psychosoziale Adressbuch. Beide Veröffentlichungen können über die Sucht- und Psychiatriekoordinatorin bezogen werden: Tel.: 05241/851659, E-Mail: doris.schlüter@gt-net.de.

¹⁸ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2004) Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Robert Koch-Institut Berlin: 188 f.

Es gab 2004 zwei spezialisierte Pflegedienste, die ihren Sitz in der Stadt Bielefeld haben und Kinder im Kreis Gütersloh versorgen. Betreuung und Pflege für kranke und behinderte Kinder und Jugendliche bieten im Kreis Gütersloh auch die familienunterstützenden Dienste, Kurzzeitpflegehäuser und Heime für behinderte Kinder und Jugendliche an.

Darüber hinaus gibt es Angebote im Bereich Patientenschulung und –beratung, wie z.B. für Asthma oder Übergewicht. Die BIGS (Bürgerinformation Gesundheit und Selbsthilfekontaktstelle im Kreis Gütersloh) hat eine Erhebung der ambulanten Patientenschulungsangebote im Kreis Gütersloh durchgeführt und im November 2004 die Angebote in einer Broschüre veröffentlicht¹⁹.

Information und Beratung bieten die örtlichen Pflegeberatungsstellen an. Die Kontaktadressen und weitere Informationen sind über die Internetadresse www.pflege-gt.de zu erhalten.

3.5 Sprachheilberatung und Sprachtherapie

Der Kreis Gütersloh bietet in einem sich stetig den veränderten Rahmenbedingungen angepasstem Umfang Sprachheilberatung und Sprachtherapie an und stellt damit in Ergänzung des Angebots durch kassenzugelassene logopädische Praxen die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner des Kreises Gütersloh sicher. Grundlage hierfür bildet die im Jahr 1999 mit den Krankenkassen ausgehandelte Modifikation des Abkommens über die Abgrenzung der Leistungspflicht bei ambulanter Sprachheilbehandlung²⁰.

Ende 2004 existierten 18 logopädische Praxen im Kreisgebiet (6 in Gütersloh, 1 in Halle, 1 in Harsewinkel, 2 in Rheda-Wiedenbrück, 1 in Rietberg, 3 in Schloß Holte-Stukenbrock, 1 in Steinhagen, 1 in Verl, 1 in Versmold, 1 in Werther). Im Jahr 2004 waren drei logopädische Praxen in Schloß-Holte-Stukenbrock und eine logopädische Praxis in Gütersloh hinzugekommen. In Borgholzhausen, Herzebrock-Clarholz und Langenberg haben sich keine logopädischen Praxen angesiedelt. Hier sind in größerem Ausmaß als in anderen Orten die im Auftrag des Kreises Gütersloh tätigen Mitarbeiterinnen im Einsatz. Im Jahr 2004 standen dem Kreis Gütersloh 17 Honorarkräfte, die von den Krankenkassen als Behandler anerkannt sind, zur Verfügung. In Absprache mit den Vertretern der Krankenkassen wurden ausschließlich nur Kinder im Vor- und Grundschulalter therapiert.

Angesichts der Unterversorgung des Kreises Gütersloh durch kassenzugelassene logopädische Praxen und der noch bestehenden beachtlichen Wartezeiten in den logopädischen Praxen ist die Fortführung der ambulanten Sprachheilbehandlung durch Honorarkräfte, die im Auftrag des Kreises Gütersloh tätig sind, dringend geboten. Darüber hinaus kommt ein Großteil der Kinder, die von diesen Honorarkräften behandelt werden, nicht als potentiell Klientel logopädischer Praxen in Betracht. Viele dieser Kinder stammen aus sozial benachteiligten Familien, die aus organisatorischen und persönlichen Gründen nicht in einer logopädischen Praxis behandelt werden könnten.

Im Jahr 2004 wurden insgesamt 655 (Vorjahr 657) Sprachheilberatungen durchgeführt. Auffällig im Vergleich zum Vorjahr war eine Zunahme an Terminen um 30 % im letzten Quartal des Jahres. In insgesamt 395 (Vorjahr 361) Beratungsfällen wurde von der Sprachheilbeauftragten eine Therapieempfehlung ausgesprochen. Prozentual bedeutet dies eine Steigerung von 53,3% auf 60%. 264 Kinder waren schulpflichtig, d. h. diese Kinder wurden in den nächsten 3-10 Monaten eingeschult. Auch in diesen Fällen lag die Therapieempfehlung bei 60%. 74 Eltern gaben an auf Empfehlung der schulärztlichen Untersuchung die Sprachheilberatung in Anspruch zu nehmen.

Seit Ende Oktober 2004 wurde das Angebot der Sprachheilberatung auf Erziehungsberechtigte von Kindern mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen ab zwei Jahren erweitert. Die Beratungen und Untersuchungen werden in einer eigens für dieses Klientel eingerichteten Sprechstunde im Kreishaus Wiedenbrück durchgeführt.

Am 01.01.2004 befanden sich 146 Kinder in Behandlung der Honorarkräfte, die im Auftrage des Kreises Gütersloh tätig sind. Im Laufe des Jahres wurden 181 Kinder neu in die Behandlung aufgenommen. Bis zum Jahresende konnten insgesamt 147 Behandlungen erfolgreich abgeschlossen werden. Das bedeutet, dass am 31.12.2004 180 Kinder bei diesen Honorarkräften in Behandlung waren, die

¹⁹ Der Wegweiser „Patientenschulungen & Beratungsangebote“ ist in der BIGS, Tel.: 05241/823586, E-Mail: biggs@gtelnet.net erhältlich.

²⁰ Die folgenden Angaben wurden von der Sprachheilbeauftragten des Kreises Gütersloh zur Verfügung gestellt.

im Jahr 2005 fortgesetzt werden muss. Die Behandlungen werden vollständig von den Krankenkassen übernommen.

3.6 Beratungsstellen

Im Kreis Gütersloh gibt es verschiedene Beratungsstellen, die Familien- und Erziehungsberatung anbieten. Die Angebote befinden sich in Gütersloh, Halle, Rheda-Wiedenbrück und Schloß Holte-Stukenbrock.

Erziehungsberatungsstellen bieten Familien Beratung und Therapie bei Fragen zur Entwicklung und Erziehung ihrer Kinder an. Hierzu zählen u.a. Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsverzögerungen, psychosomatische Beschwerden, Einnässen sowie Ess- und Schlafstörungen.

Besondere Beratungsangebote mit speziellen Schwerpunkten bietet der Kinderschutzbund mit u.a. einer Trennungs- und Scheidungskindergruppe. Zudem gibt es drei Beratungsangebote in Gütersloh für Kinder und Jugendliche mit Hörschädigungen.

Spezielle Jugendberatung bietet die Arbeiterwohlfahrt und Pro Familia in Gütersloh an.

Die Anlaufstelle Wendepunkt bietet Hilfe bei sexuellem Missbrauch an Kindern und Jugendlichen.

Zwei Drogenberatungsstellen und eine Beratungsstelle für legale Süchte des Caritasverbandes in Gütersloh und Rheda-Wiedenbrück beraten in Suchtfragen, die Fachstelle für Suchtvorbeugung des Caritasverbandes in Rheda-Wiedenbrück führt Präventionsprojekte durch. Die Suchtberatungsstelle des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Kreises Gütersloh hat einen Arbeitskreis für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien initiiert.

Der Kreis Gütersloh verfügt über eine Bildungs- und Schulberatungsstelle im Kreishaus Gütersloh. Bei schulischen Fragen und Problemen wird persönliche Beratung, Information und Hilfe angeboten. Das Angebotsspektrum umfasst u.a. die schulpsychologische und pädagogische Diagnose, Beratung und therapeutische Intervention sowie die Entwicklung von Orientierungs-, Entscheidungs- und Handlungshilfen.

3.7 Beratung, Therapie und Sprachförderung für Migrantinnen und Migranten

Ärztliche Versorgung – fremdsprachige Ärzte²¹

Ein aktuelles Verzeichnis der Ärzte und Psychotherapeuten der kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe ist mit Angabe der Sprachen unter der Internetadresse www.gesundheit.nrw.de zu erhalten.

Eine Liste fremdsprachiger Ärzte ist als Anlage im Gesundheitsbericht 2003 „Psychiatrieplanung ohne Ende - oder das Ende der Enthospitalisierung“, S. 80 f aufgeführt²².

Psychosoziale Versorgung

In der Ausgabe des Psychosozialen Adressbuches des Kreises Gütersloh von Januar 2005 sind unter Kapitel 1.3 „Psychosoziale Beratung für Migrantinnen und Migranten“ therapeutische und Beratungsangebote aufgeführt²³.

Überregionale Anlaufstellen / Beratungsstellen für Fachkräfte und Migrantinnen und Migranten

Ethnomedizinische Zentren

Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge PSZ
Düsseldorf

Tel: 0211/353315
E-Mail: psz.ddorf@mail.isis.de

Ethnomedizinisches Zentrum e.V. Hannover

Tel: 0511/447653
www.ethno-medizinisches-zentrum.de

Migrantensprechstunde im sozialpsychiatrischen
Dienst Gesundheitsamt Bielefeld

Tel.: 0521/510

Sprachförderung im Elementarbereich

Hallo, Hola, Ola
Sprachförderung in Kindertagesstätten
Sozialpädagogisches Institut SPI NRW

über: Beauftragte der Bundesregierung für
Ausländerfragen, Bonn
www.bundesauslaenderbeauftragte.de

Wie Kinder sprechen lernen

über: Ministerium für Gesundheit, Soziales,
Frauen und Familie NRW
www.mgsff.nrw.de

Projekt „Rucksack“/Griffbereit – „Hokus und Lotus“
Im Kindergarten

über: Hauptstelle RAA
Tel: 0201/8328-304
www.hocus-lotus.edu

Sprachförderung in der Schule

Projekt KOALA
Die koordinierte Alphabetisierung im Anfangsunterricht
Ein Konzept zum zweisprachigen Unterricht

über: Hauptstelle RAA NRW
Interkulturelles Lernen und Mehrsprachigkeit
in der Schule
Tel: 0201/8328-306

²¹ Im Folgenden werden nur einige gesundheitliche Angebote für Migrantinnen und Migranten aufgezeigt. Eine Abfrage über die gesundheitlichen Angebote für Migrantinnen und Migranten im Kreis Gütersloh wird im Sommer 2005 durch die Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz durchgeführt.

²² Der Psychiatriebericht kann über die Sucht- und Psychiatriekoordinatorin bezogen werden: Tel.: 05241/851659, E-Mail: doris.schlüter@gt-net.de.

²³ Der Psychosoziale Wegweiser ist ebenso über die Sucht- und Psychiatriekoordinatorin zu beziehen.

3.8 Kindergesundheitswegweiser für den Kreis Gütersloh

Der erste Kindergesundheitswegweiser für den Kreis Gütersloh ist im Juli 2004 erschienen. Herausgeber ist der Kinder- und Jugendärztliche Dienst der Abteilung Gesundheit²⁴. Der Wegweiser ist ein Adressverzeichnis von Anbietern rund um den Bereich Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die im Wegweiser aufgeführten Adressen:

Tabelle 8: Übersicht über die Angebote im Kindergesundheitswegweiser

Kapitel	Unterthemen
Notdienste und Krankenhäuser	Kinderärztlicher Notdienst, Kinderkliniken, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Allgemeiner Notdienst, Krankenhäuser, Schutzstelle – Zufluchtstätte, Sorgentelefon für Kinder und Eltern, Vergiftungszentralen
Ärzte	Kinder- und Jugendärzte, Fachärzte, Zahnärzte mit Narkosemöglichkeit
Sozialpädiatrische Zentren	Sozialpädiatrische Zentren, Fachkliniken und Spezialambulanzen
Therapeuten – Förderstellen – Hilfsmittel	Therapeuten: Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie Frühförderstellen: Heilpädagogik, Psychomotorische Förderstelle, Förderstellen mit besonderen Schwerpunkten Hilfsmittel: Orthopädische Hilfsmittel, Hörgeräte
Betreuung und Pflege bei Krankheit und Behinderung	Familienunterstützende Dienste, Kurzzeitpflege, Heime für behinderte Kinder und Jugendliche, Kinderhospize, Pflegeberatungsstellen, ambulante Pflegedienste
Hilfen für Familien	Regionalteams und Regionalstellen von Kreis und Stadt Gütersloh; Ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfen, Weitere Hilfen (Haushaltshilfe, Hilfen für nicht deutschsprachige Familien)
Beratungsstellen	
Psychologen und Psychotherapeuten	
Patientenschulung und Selbsthilfegruppen	Patientenschulung/Patientenberatung und Selbsthilfegruppen
Kinderbetreuung	Betreuungsangebote, Kindergärten, Kindertageseinrichtungen, Sonderkindergärten, Schulen
Sportangebote, Hebammen und Kurse für Eltern	Verzeichnis der Sportangebote und Sportvereine, Verzeichnis der Hebammen, Kurse für Eltern
Behörden, MDK und Krankenkassen	Abteilung Gesundheit, Schulamt, Abteilung Schule, Bildungsberatung und Sport, Jugendamt, Abteilung Arbeit und Soziales, Polizei, Versorgungsamt, Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK), Krankenkassen

²⁴ Der Wegweiser Kindergesundheit ist beim Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Abteilung Gesundheit erhältlich: E-Mail: sabine.kloss@gt-net.de.

4 Zielgruppenorientierte Analyse der Versorgungsstruktur

Es bestand Konsens unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Arbeitsgruppe, dass die Bestandsaufnahme der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zielgruppenorientiert erfolgen soll. Daher wurde vereinbart, folgende Zielgruppen zu differenzieren:

- akut somatisch kranke Kinder und Jugendliche;
- chronisch kranke Kinder und Jugendliche;
- entwicklungsauffällige und behinderte Kinder und Jugendliche;
- psychisch kranke Kinder und Jugendliche;
- Kinder und Jugendliche mit reaktiven Entwicklungsauffälligkeiten.

Die Bewertung und Kommentierung der Angebote erfolgte anhand der folgenden Fragestellungen:

Wie sind die Zugangswege zu den Angeboten; gibt es Zugangshindernisse?
Wo übersteigt der Bedarf in nicht vertretbarem Maß das Angebot (Wartezeiten)?
Welche Angebote werden als besonders qualifiziert eingeordnet?

4.1 Akut und chronisch kranke Kinder und Jugendliche

Lediglich in der Stadt Gütersloh gibt es einen kinderärztlichen Notdienst, der durch die Kinderärzte im Stadtgebiet organisiert wird, nicht aber in den anderen Städten und Gemeinden des Kreises.

Der kinderärztliche Notdienst in der Stadt Gütersloh ist mittwochs von 18 – 19 Uhr, an Wochenenden und Feiertagen von 10 – 12 und von 16 – 18 Uhr erreichbar. Außerhalb der angegebenen Zeiten erfolgt die Notfallversorgung über den allgemeinen ärztlichen Notdienst oder über die Notfallambulanz Bielefeld bzw. die Kinderkliniken in Bielefeld-Bethel und Lippstadt.

Im Kreis Gütersloh gibt es keine Kinderklinik, so dass die stationäre Versorgung über die Kinderkliniken Bielefeld-Bethel oder Lippstadt mit entsprechend weiten Anfahrtswegen erfolgen muss. Ein genügend breites Angebot z.B. an Mutter-/Vater-Kind-Einheiten sowie der Ausbau des Elternhauses für die begleitenden Eltern ist daher erforderlich.

Akute kinderpsychiatrische Notfälle werden direkt zur Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik in Hamm überwiesen.

Bei suizidalen Jugendlichen erfolgt die stationäre Versorgung in den regionalen Kliniken, wenn primär körperliche Symptome behandelt werden müssen (z.B. Tablettenintoxikation), bei primär psychiatrischer Symptomatik ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie Hamm zuständig.

Die Angebote für übergewichtige und essgestörte Kinder und Jugendliche sind im Kreis Gütersloh deutlich zu wenig. Derzeit gibt es lediglich zwei Angebote zur qualifizierten Ernährungsberatung und ein Angebot zur Patientenschulung im Kreis Gütersloh für ca. 1.000 adipöse Kinder zwischen 6 und 14 Jahren (ausgehend von den Erhebungen der Einschulungsuntersuchung).

Als besonders qualifizierte Angebote mit überregionaler Bedeutung für chronisch kranke Kinder wurden die Kinderkardiologie des Herzzentrums Bad Oeynhausen, die Beratungsstelle und Epilepsieklinik Bethel, die Kinderrheumatologie des St. Josef-Stift Sendenhorst und das Sprachheilzentrum Werscherberg eingeordnet. Die nächste Universitätsklinik mit entsprechend qualifizierten Angeboten und spezialisierten Abteilungen ist die Universitätsklinik Münster.

4.2 Entwicklungsauffällige und behinderte Kinder und Jugendliche

Es wurde von der Expertenrunde als Nachteil angesehen, dass es im Alter von 3 Jahren keine Vorsorgeuntersuchung gibt. Der Abstand der Vorsorgeuntersuchung U7 mit 2 Jahren und der Vorsorgeuntersuchung U8 mit 4 Jahren ist zu groß. Entwicklungsstörungen, die in dem Lebensalter zwischen dem zweiten und vierten Lebensjahr auffällig werden, werden u.U. zu spät erkannt und eine entsprechende diagnostische Abklärung und notwendige Therapie und Förderung verzögert.

In der Kinderarztpraxis ist ressourcenbedingt lediglich ein „Screening“ hinsichtlich Entwicklungsauffälligkeiten möglich (z.B. BUEVA-Test von Esser). Dies kann die differenzierte Entwicklungsdiagnostik, wie sie in einem (interdisziplinären) sozialpädiatrischen Zentrum geleistet wird, nicht ersetzen. Gleichzeitig wurde auch auf den versorgungsstrukturellen Aspekt hingewiesen: nicht nur Kinderärzte haben eine Schlüsselstellung zum Erkennen von Therapie- und Förderungsbedarf, sondern auch die Kindergärten, Jugendhilfeeinrichtungen und der öffentliche Gesundheitsdienst.

Es wurde beklagt, dass das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) in Bielefeld Bethel eine sehr lange Wartezeit habe und die Übersendung der ausführlichen Berichte oft noch weiteren Zeitraum in Anspruch nimmt.

Für Familien aus ländlichen Gebieten des Kreises Gütersloh ist es aus fahrtechnischen Gründen schwieriger, Angebote zur Diagnostik oder zur Therapie wahrzunehmen.

Die Beratung der Familien hinsichtlich Entwicklungsauffälligkeiten ihres Kindes kann durch Frühförderstellen und heilpädagogische Praxen nur in sehr begrenztem Umfang geleistet werden. Der Grund hierfür wird darin gesehen, dass von Kostenträgerseite lediglich die Kosten der Förderung übernommen, jedoch nicht die Diagnostik und Beratungstätigkeit vergütet werden.

Als positiv wurde bewertet, dass die Schuleingangsuntersuchungen im Kreis Gütersloh in den Kindergärten stattfinden. Hierzu erfolgte auch eine schriftliche Befragung von Eltern, die sich zu über 90 % für den Untersuchungsort „Kindergarten bzw. Kindertagesstätten“ aussprachen. Durch die Untersuchung der Kinder in den Einrichtungen ist eine enge Kooperation des kinder- und jugendärztlichen Dienstes mit den Kindertageseinrichtungen möglich.

Der Schulung von Erzieherinnen und Erziehern hinsichtlich Entwicklungsauffälligkeiten kommt eine besondere Bedeutung zu, da sie die Kinder mehrere Stunden am Tag sehen.

Die im Kindertagesstättengesetz geforderte jährliche ärztliche und zahnärztliche Untersuchung der in die Tageseinrichtungen aufgenommenen Kinder²⁵, für die die örtliche Jugendhilfe Sorge zu tragen hat, wird derzeit nicht durchgeführt.

Darüber hinaus wurde auf das Problem der Budgetierung hingewiesen. Mit der neuen Heilmittelverordnung seit 1.7.2001 haben sich die Rahmenbedingungen für die ärztlichen Verordnungen geändert. Seitens der niedergelassenen Ärzte gibt es Befürchtungen über Regressforderungen durch die kasernenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe. Einzelne Kinderärzte im Kreis Gütersloh haben bereits Regressforderungen erhalten. Dies beeinflusst bzw. verschlechtert die Verordnungspraxis.

Es wurde zudem darauf hingewiesen, dass auch die Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sowie die Schul- und Bildungsberatung des Kreises Gütersloh mit entwicklungsauffälligen Kindern zu tun haben, jeweils mit Wartezeiten zwischen einem halben bis zu einem Jahr.

Im Kreisgebiet gibt es keinen Facharzt für Pädaudiologie und Phoniatrie. Bei Kindern mit Hörwahrnehmungsstörungen ist zusätzlich zur zentralen Hördiagnostik eine neuropsychologische Untersuchung bzw. Intelligenz- und Entwicklungsdiagnostik (z.B. in einem SPZ) erforderlich. In der Hörberatungsstelle Bielefeld werden Kinder ab dem Alter von 4 Jahren betreut. Für Hörbehinderte und ihre Angehörigen gibt es das Angebot der Hörberatungsstelle Kolpingstraße in Gütersloh (Einsatz von Gebärdensprache).

²⁵ Siehe: Gesetz über Tageseinrichtungen für Kinder – GTK vom 29.10.1991, 4. Abschnitt § 15 (1)

Das Angebot der Sprachheilambulanz im Kreis Gütersloh wurde als nicht ausreichend bewertet. Die Sprachheilberatung wird nicht mehr flächendeckend einmal im Jahr in allen Kindertageseinrichtungen durchgeführt, sondern nur noch in den Regionen, in denen keine logopädische Praxis oder Sprechstunde vor Ort ist.

Da es sich bei der Sprachüberprüfung in den Kindertageseinrichtungen um ein niederschwelliges Angebot handelt, hat sich die Zugangsmöglichkeit zur Sprachförderung und –therapie zu Ungunsten von Kindern aus unteren sozialen Schichten verschoben. So fallen zunehmend häufig Sprachstörungen bei Kindern erst in der flächendeckend durchgeführten Einschulungsuntersuchung auf, zumal wenn die Vorsorgeuntersuchungen mit 4 und 5 Jahren nicht in Anspruch genommen wurden.

Die Zugangsmöglichkeiten zu einer sprachtherapeutischen Versorgung sind erschwert. So haben logopädische Praxen lange Wartezeiten von i.d.R. mehreren Monaten. Die Verordnung von Sprachtherapie erfolgt zum Teil eingeschränkt, d.h. nur bei organischen Gründen, wie Stimmstörungen, aber nicht bei Sprachauffälligkeiten.

Die Möglichkeit der niederschweligen mobilen Frühförderung von entwicklungsauffälligen und behinderten Kindern in den Kindertageseinrichtungen ist eingeschränkt und nur in Einzelfällen (Härtefallregelung) möglich.

Wissenschaftlich umstrittene therapeutische Angebote werden von den Krankenkassen i.d.R. nicht übernommen, d.h. sie müssen von den Eltern selbst bezahlt werden und sind dadurch für Kinder aus unteren sozialen Schichten nicht oder nur schwer zugänglich. Beispiele hierfür sind die nicht medikamentöse gruppentherapeutische Behandlung von Kindern mit Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom und die hippotherapeutische Behandlung von behinderten Kindern.

4.3 Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen

Aus Sicht der Mitglieder der Expertenrunde gibt es zu wenig Kinder- und Jugendpsychotherapeuten im Kreis Gütersloh. Da deshalb die Wartezeiten unverträglich lang sind, wird hier ein besonders dringlicher Handlungsbedarf gesehen. Zudem gibt es keinen niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater im Kreis Gütersloh. Zu lange Wartezeiten werden auch für die stationäre kinderpsychiatrische Aufnahme beanstandet.

Die Notrufversorgung bei psychischen Auffälligkeiten ist in der Stadt und im Kreis Gütersloh unterschiedlich geregelt. Außerhalb der Dienstzeit ist die Abteilung Jugend, Familie und Sozialer Dienst des Kreises Gütersloh unter der Notrufnummer Tel: 01707849511 zu erreichen. Die Stadt Gütersloh verfügt über eine eigene Rufbereitschaft. GEBAL betreibt eine Jugendschutzstelle, die gemeinsam von der Stadt und dem Kreis Gütersloh getragen wird. Auch das Mädchenhaus ist Tag und Nacht für Notfälle erreichbar.

Der Zugang zu heilpädagogischen Maßnahmen für Kinder mit (drohender) seelischer Behinderung ist zum Teil durch sehr lange Wartezeiten erschwert (in Einzelfällen bis 18 Monaten).

Als sehr positiv für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen/psychiatrischen Erkrankungen wird die Kinder- und Jugendpsychiatrische Tagesklinik und Ambulanz bewertet, die im November 2002 in der Stadt Rheda-Wiedenbrück eröffnet wurde.

4.4 Kinder und Jugendliche mit reaktiven Auffälligkeiten

Es wurde vereinbart, eine Zielgruppe „Kinder und Jugendliche mit reaktiven Auffälligkeiten“ zu bezeichnen, da hier die Auffälligkeiten vorrangig mit der sozialen Umgebung in Zusammenhang stehen.

Verschiedene Studien belegen, dass die Verbreitung von psychisch und sozial beeinflussten Gesundheitsstörungen zunimmt. Sie können auf die unzureichende Verarbeitung und Bewältigung der Entwicklungsaufgaben zurückgeführt werden²⁶. Zu den Störungen zählen u.a. Fehlernährung und Über-

²⁶ vgl. Hurrelmann, K.: Psycho- und somatische Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In: Bundesgesundheitsblatt Jahrgang 45 Heft 11 November 2002.

gewicht, mangelnde Bewältigung von psychischen und sozialen Belastungen sowie der Konsum von psychoaktiven Substanzen.

Zu nennen sind hier insbesondere Kinder suchtkranker und psychisch kranker Eltern, Kinder und Jugendliche mit Mißbrauchserfahrungen sowie Kinder aus sozial benachteiligten Familien.

Bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch gibt es kein Angebot einer kindergynäkologischen Sprechstunde. Die geografisch nächsten Einrichtungen mit kindergynäkologischer Sprechstunde sind eine gynäkologische Praxis in Bielefeld und die Gynäkologie der Krankenanstalten Gilead in Bielefeld sowie Angebote in Düsseldorf, Essen und Kassel. Bei akutem Bedarf erfolgt die Untersuchung durch regional erreichbare gynäkologische Abteilungen.

Für den Gesundheitsbericht 2001 „Sucht- und Krisenbewältigung im Kreis Gütersloh“²⁷ hat die AG Prävention u.a. die folgenden beiden Handlungsempfehlungen entwickelt, welche bisher noch nicht umgesetzt werden konnten und auch für die vorliegende Bestandsaufnahme von Bedeutung sind:

„Es ist eine wirksame präventive Maßnahme, wenn es gelingt, Jugendlichen, die sich in Krisensituationen (Trennung, Trauer etc.) befinden, leichten Zugang zu kompetenten Beratungs- und Hilfsangeboten zu ermöglichen. Deshalb ist es notwendig, das Angebot in diesem Bereich zu verbessern und auch öffentlich transparenter zu machen (Telefonnummern, Broschüren, Treffpunkte, Anlaufstellen etc.).“

„Nachweislich sind Kinder aus suchtbelasteten Familien erheblich gefährdet, selbst abhängig zu werden. Sie sind deshalb wichtige Zielgruppe der Suchtprävention. Leider werden für diese spezifische Zielgruppe derzeit keine Präventionsangebote bereitgehalten. In Zusammenarbeit mit der Beratung durch die Schulsozialarbeit und den Regionalstellen/teams sollte auf lokaler Ebene soziale Gruppenarbeit für die Kinder dieser Familien angeboten werden.“

Das Kinderschutz-Zentrum Gütersloh e.V. bietet neben seiner Einrichtung der Erziehungsberatungsstelle auch die Sozialpädagogische Familienhilfe an. Sozialpädagogische Familienhilfe soll durch intensive Betreuung und Begleitung Familien in ihren Erziehungsaufgaben und bei der Lösung von Konflikten und Krisen unterstützen sowie Hilfe zur Selbsthilfe geben.

Es ist aufgrund der bisherigen Entwicklung davon auszugehen, dass Kinder und Jugendliche, die dieser Zielgruppe zuzuordnen sind, in den nächsten Jahren zahlenmäßig zunehmen werden und das Hilfesystem darauf abzustimmen ist.

4.5 Empfehlungen der Arbeitsgruppe und Schwerpunktsetzung

In der Sitzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz am 7. Mai 2003 wurde die Bestandsaufnahme zum Thema „Therapeutische und pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Kreis Gütersloh“ vorgestellt und die folgenden Empfehlungen bzw. Problembereiche erläutert und diskutiert:

Ein Ausbau niedrigschwelliger Angebote im Sinn des „sozialen Frühwarnsystems“ ist erforderlich.

Beispiele sind:

- Elternberatungsstellen im gesamten Kreisgebiet
- Untersuchungen und Förderung in den Kindertageseinrichtungen
- Flächendeckende Sprachheilberatung und –förderung
- Angebot der jährlichen Untersuchung aller Kinder im Rahmen der Vorsorge
- Mobile Frühförderung in den Kindertagesstätten

Lange Wartezeiten verzögern Diagnostik und Therapie bzw. Förderung.

Beispiele sind:

- Sozialpädiatrisches Zentrum
- Sprachtherapie

²⁷ Gesundheitsbericht 2001 „Sucht- und Krisenbewältigung im Kreis Gütersloh“, Kreis Gütersloh, Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz, 2001

- Kinder- und Jugendpsychotherapie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Pädaudiologie
- Familienberatungsstellen

Der Zugang zu Hilfen muss vereinfacht werden.

Beispiele sind:

- Transparenz der Angebote und Verfahrenswege – wo und wie sind Hilfen zu erhalten?
- Gesundheitswegweiser und Adressverzeichnis im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit
- Koordination der Hilfen an den Schnittstellen von Versorgungs- und Lebensbereichen
 - Soziale Hilfen – Jugendhilfe – Gesundheitsbereich
 - Kindergarten – Schule – Berufsausbildung
 - Familie – Gesundheits- und Sozialsystem

Im Anschluss an die Präsentation der Ergebnisse wurde von der Kommunalen Gesundheitskonferenz beschlossen, zu den folgenden Themen schwerpunktmäßig weiter zu arbeiten und Handlungsempfehlungen zu entwickeln:

- Ein Ausbau niedrigschwelliger Angebote im Sinn des „sozialen Frühwarnsystems“ ist erforderlich.
- Der Zugang zu Hilfen muss vereinfacht werden.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe identifizierten den prioritären Handlungsbedarf im Bereich der Frühförderung. Die Vertreterinnen und Vertreter der verschiedenen Berufsgruppen in der Arbeitsgruppe haben Stellungnahmen zum Thema Frühförderung erstellt. Die Stellungnahmen der verschiedenen Berufsgruppen sind im Anhang im Original beigelegt.

5 Frühförderung

Frühförderung ist die früheste Förderung von Kindern. Sie kann in den ersten Lebenswochen beginnen und endet spätestens mit Schulbeginn. Kinder mit Entwicklungsproblemen und Behinderungen zeigen oft schon in den ersten Lebensjahren Auffälligkeiten in ihrer sensorischen, motorischen, kognitiven, sprachlichen sowie emotionalen und sozialen Entwicklung.

Die Förderung in dieser frühkindlichen Phase gibt dem Kind in der spielerischen Auseinandersetzung mit sich selbst und seiner Umwelt wichtige Lernerfahrungen, auf denen späteres Lernen aufbaut. Frühförderung arbeitet familienorientiert und ist ausgerichtet an den speziellen Bedürfnissen und Problemen der betroffenen Kinder und ihrer Familien.

Die Aufgaben der Frühförderstellen bestehen in der Förderung von Wahrnehmung, Bewegung, Interaktion und Sprache der Kinder, insbesondere behinderter Kinder und von Behinderung bedrohter Kinder. Es werden Kompensationstechniken bei Behinderung und lebenspraktische Fähigkeiten vermittelt. Zu den Aufgaben gehört auch die Beratung der Eltern über weitere Hilfen.

In Interdisziplinären Frühförderstellen arbeiten verschiedene Berufsgruppen zusammen, z.B. Heilpädagogen, Krankengymnasten und Ergotherapeuten.

Die Frühförderstellen verfügen z.T. über einen mobilen Dienst, damit auch bei Kindern, bei denen ein Aufsuchen der Frühförderstelle nicht sichergestellt werden kann, eine Frühförderung möglich ist. Dies geschieht entweder in der häuslichen Umgebung der Kinder oder in ihren Kindertageseinrichtungen.

Träger der Frühförderstellen sind i.d.R. Vereine bzw. Wohlfahrtsverbände. Die Finanzierung erfolgt durch Krankenkassen und Sozial- und Jugendämter.

Nach Angaben des RKI liegen derzeit zur regionalen Verteilung und Dichte der Frühförderstellen keine aufbereiteten Daten vor. Es wird eine regional sehr unterschiedliche Dichte angenommen.

Im Kreis Gütersloh gibt es zwei Frühförderstellen. Darüber hinaus wird Frühförderung von der psychomotorischen Förderstelle und von heilpädagogischen Praxen geleistet.

In der Sitzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz am 16.06.2004 wurden die Arbeitsergebnisse in einem Berichtsentwurf vorgestellt und die folgende Handlungsempfehlung mit dem Schwerpunkt Frühförderung beraten und verabschiedet.

5.1 Handlungsempfehlung mit dem Schwerpunkt Frühförderung

Handlungsempfehlung zum Thema

Therapeutische und pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Kreis Gütersloh

1. Gesundheitspolitische Zielsetzung

Die gesundheitliche Versorgung für Kinder und Jugendliche im Kreis Gütersloh soll optimiert werden durch

- eine verbesserte Transparenz der Angebote und Zugangswege
- die Erprobung einer interdisziplinären, unabhängigen Diagnostik und Behandlungsplanung im Bereich Frühförderung in einem zu etablierenden Expertennetzwerk in einer Modellregion des Kreises Gütersloh.

Die Einrichtung von interdisziplinärer, anbieterunabhängiger²⁸ Diagnostik und von Fallkonferenzen soll auch die Versorgungsqualität verbessern.

2. Konkretisierung durch Einzelziele anhand der Bestandsaufnahme

Die Transparenz der Angebote und Zugangswege soll durch die Herausgabe des Wegweisers „Kindergesundheits“ verbessert werden (Veröffentlichung August 2004).

Durch zeitnahe und niedrigschwellige Beratung und Diagnostik soll die Früherkennung gefördert werden. Zudem sollen durch das Modellprojekt Wartezeiten verkürzt sowie rechtzeitige und adäquate Hilfen ermöglicht werden.

Nach interdisziplinärer Diagnostik und Fallbesprechung wird ein Förder- und Behandlungsplan erstellt. Durch Verlaufskontrollen d.h. interdisziplinäre Fallbesprechungen im laufenden Förderprozess könnte eine flexible, bedarfsorientierte und schnelle Anpassung des Förderkonzeptes (Effizienzsteigerung der Förderung) erreicht werden.

Im Rahmen von Fallkonferenzen können z.B. Therapeuten, Pädagogen und Ärzte Kinder vorstellen und von der jeweiligen Sichtweise der anderen Fachkompetenz in ihrer praktischen Arbeit profitieren.

3. Die Maßnahmen und deren zuständige Träger

Der Arbeitskreis „Therapeutische und pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Kreis Gütersloh“ entwickelt das Konzept für die Umsetzung in Zusammenarbeit mit den Kostenträgern.

Der Arbeitskreis sieht den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) des Kreises Gütersloh als die geeignete Stelle für die interdisziplinäre Diagnostik und die Fallkonferenzen. Dabei soll eine enge Zusammenarbeit mit allen Beteiligten insbesondere mit den Frühförderstellen und den niedergelassenen Kinderärzten stattfinden. Externe, unabhängige Beratung und Kooperation (z.B. über das Bielefelder Institut für frühkindliche Entwicklung/Abt. Entwicklungspsychologie Universität Bielefeld und die FH Neubrandenburg Bereich Frühförderung) sichert die Konzeption hinsichtlich der notwendigen qualitativen, fachlichen Anforderungen ab.

4. Das Verfahren für die Umsetzung

Es handelt sich um eine Handlungsempfehlung, die ausschließlich die örtliche Zuständigkeit betrifft und deshalb in kommunaler Verantwortung umzusetzen ist.

Nach Verabschiedung der Handlungsempfehlung müssen Abstimmungsgespräche mit allen Beteiligten geführt werden. Fragen der Kostenträgerschaft und der Kostenteilung unter den Kostenträgern werden von dieser Handlungsempfehlung nicht berührt und sind getrennt zu verhandeln.

²⁸ Die Arbeitsgruppe „Therapeutische und pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Kreis Gütersloh“ hat vorgeschlagen, den Begriff „anbieterunabhängig“ mit dem Begriff „unabhängig“ zu ersetzen.

5. Kriterien für das Controlling

Die mit der Durchführung beauftragte Stelle entwickelt in Abstimmung mit dem interdisziplinären Expertenteam ein Dokumentationssystem für die Ergebnisse der Fallkonferenzen.

Es sollte spätestens nach einem Jahr fallspezifisch eine Beurteilung über die Ergebnisse der Förderung erfolgen und im Rahmen des Controlling dokumentiert werden.

6. Termine für die Berichte der mit der Geschäftsführung beauftragten Stelle über die Umsetzung an die Kommunale Gesundheitskonferenz

Über die Umsetzung der Empfehlung ist der Kommunalen Gesundheitskonferenz jährlich zu berichten.

7. Vorschlag über die Veröffentlichung

Die Handlungsempfehlung soll im Rahmen des Gesundheitsberichtes 2004 veröffentlicht werden.

5.2 Aktueller Stand der Umsetzung der Frühförderungsverordnung im Kreis Gütersloh

Die Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung -FrühV) vom 24. Juni 2003 führt aus, dass interdisziplinäre Frühförderstellen im Sinne dieser Verordnung familien- und wohnortnahe Dienste und Einrichtungen sind, die der Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern dienen. Ziel ist es, in interdisziplinärer Zusammenarbeit von qualifizierten medizinisch therapeutischen und pädagogischen Fachkräften eine drohende oder eine bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern.

Über die Aufteilung der Entgelte für Komplexleistungen schließen die Rehabilitationsträger auf der Grundlage der Leistungszuständigkeit nach Spezialisierung und Leistungsprofil des Dienstes oder der Einrichtung Vereinbarungen, wobei regionale Gegebenheiten berücksichtigt werden. Die Aufteilung der Entgelte kann pauschaliert werden.

Auf der Ebene des Landes Nordrhein-Westfalen tritt rückwirkend zum 01.04.2005 die Rahmenempfehlung zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung vom 24.06.2003 in Kraft. Auch in dieser Rahmenempfehlung wird betont, dass die Rehabilitationsträger die Rahmenbedingungen für die Erbringung für die Komplexleistungen vor Ort vereinbaren.

Der Abschluss von Verträgen mit geeigneten Leistungserbringern erfolgt nach gemeinsamer Prüfung und einvernehmlicher Entscheidung durch die vor Ort vertretungsberechtigten Rehabilitationsträger. Ferner vereinbaren die Rehabilitationsträger die berücksichtigungsfähigen Gesamtkosten vor Ort. Unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der interdisziplinären Frühförderstelle ist eine individuelle Abrechnungspauschale vor Ort zu ermitteln.

Bereits seit Ende 2003 finden Gespräche zwischen den Rehabilitationsträgern (AOK Westfalen-Lippe, die Vereinte IKK Gütersloh, Barmer Ersatzkasse, DAK und BKK Bertelsmann, der Abteilung Arbeit und Soziales des Kreises Gütersloh, der Abteilung Gesundheit des Kreises Gütersloh sowie den Anbietern (Verbund der interdisziplinären Frühförderstellen im Kreis Gütersloh -Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Kreisvereinigung Gütersloh e.V. und Verein für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. im Kreis Gütersloh)) zum Thema Neukonzeptionierung der Frühförderung sowie Finanzierung unter Federführung von Herrn Kreisdirektor Jung statt.

Bei der Konzeptentwicklung werden derzeit inhaltlich die Diagnostikkonzepte des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes des Kreises Gütersloh sowie des Verbundes der interdisziplinären Frühförderstellen im Kreis Gütersloh, die Dauer einer Behandlungseinheit, die Frage der berücksichtigungsfähigen Gesamtkosten vor Ort, der Aufteilung der Kosten auf die verschiedenen Rehabilitationsträger sowie Qualitätssicherung und Evaluation diskutiert.

Diese Konzepterarbeitung hat dabei nicht nur regionale Aspekte zu berücksichtigen, sondern ist von überregionaler Bedeutung, da der Abschluss im Kreis Gütersloh bislang als ein „Modellabschluss“ angesehen wird.

6 Ausblick

Der vergleichsweise hohe Anteil von Kindern und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung stellt an die Gesundheits- und Sozialpolitik besondere Anforderungen. Die Bevölkerungsprognose der Bezirksregierung Detmold kommt sogar zu dem Schluss, dass der Kreis Gütersloh und OWL in Zukunft die jüngsten Regionen in Deutschland sein werden.

Wie die Ergebnisse der Datenanalyse und Erfahrungen aus dem Expertenwissen der beteiligten Arbeitsgruppe aufzeigen, gibt es für die gesundheitlichen Probleme von Kindern und Jugendlichen im Kreis Gütersloh unterschiedliche (Be)Handlungsbedarfe.

Die Problemlagen sind über die Städte und Gemeinden unterschiedlich verteilt. So gibt es in Rietberg einen hohen Behandlungsbedarf bei der Zahngesundheit, die Schulanfängerinnen und Schulanfänger in Rheda-Wiedenbrück haben vermehrt Gewichtsprobleme, bei den Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln gibt es in Werther und Langenberg noch Nachholbedarf.

Diskussionsbedürftig sind die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung bei den behandlungsbedürftigen Sprachstörungen. Am häufigsten wurden behandlungsbedürftige Sprachstörungen in Herzebrock-Clarholz und Versmold festgestellt. Problematisch ist auch, dass die Störungen erst zu diesem späten Zeitpunkt festgestellt werden, denn die Sprachprobleme bedeuten für die Kinder einen erschwerten Start ins Schulleben.

Der vergleichsweise hohe Migrantenanteil an den Schulanfängerinnen und Schulanfängern erfordert eine hohe Integrationsleistung für die Schulen. Auch hier sind dringend zusätzliche Sprachförderangebote erforderlich, um die soziale Integration zu unterstützen. Eine zukünftige Aufgabe wird darin bestehen, mehr Erkenntnisse über die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Migrantinnen und Migranten zu erhalten.

Ein weiterer Handlungsschwerpunkt ergibt sich aus der steigenden Anzahl seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher und der Zunahme von Kindern mit Verhaltensstörungen und emotionalen Störungen.

Das komplexe Themenfeld „Therapeutische und pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Kreis Gütersloh“ erfordert in einigen Bereichen eine weitere Vertiefung. So sollte der Zusammenhang von Armut und Gesundheit näher beleuchtet werden. Es gibt Hinweise auf eine zunehmende Armut bei Kindern im Kreis Gütersloh, so dass beispielsweise die Gütersloher Suppenküche ihr Angebot um einen weiteren Öffnungstag für die Zielgruppe Kinder erweitert hat.

Prävention und Gesundheitsförderung sind bereits im Kindesalter wichtig, um Krankheiten vorzubeugen und die Gesundheitspotentiale zu entwickeln. Im Kreis Gütersloh gibt es viele gute Beispiele für vorbildliche Präventionsarbeit und Gesundheitsförderungsangebote. Das Landesprogramm OPUS NRW-Netzwerk Bildung und Gesundheit für Schulen wird in diesem Jahr erweitert für Kindertageseinrichtungen. Damit besteht eine Chance für Kindertageseinrichtungen, Fördermittel für Gesundheitsförderung im Elementarbereich zu erhalten. Kinder- und Jugendgesundheitstage sind beispielsweise eine gute Möglichkeit, diese Zielgruppe zu erreichen, vorbildliche Projekte vorzustellen und über Gesundheitsthemen zu informieren.

Diesem thematischen Basisbericht werden deshalb Kurzberichte zu den beschriebenen Themenbereichen ebenso wie Berichte zu aktuellen Versorgungsdefiziten folgen.

Anhang



Interdisziplinäre Frühförderstelle des Vereins
für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.
im Kreis Gütersloh



Interdisziplinäre Frühförderstelle
der Lebenshilfe
-Kreisvereinigung Gütersloh e.V.

Statements der Frühförderstellen im Kreis Gütersloh für die Kommunale Gesundheitskonferenz

Aktuelle Situation

- Beratung in Einzelgesprächen erhalten nur Familien, die voraussichtlich zum Klientel der Frühförderstellen gehören. Beratungen, die nicht zu einer Aufnahme in eine Frühförderstelle führen, werden nicht finanziert.
- Die Umsetzung der interdisziplinären Diagnostik ist bei den derzeitigen Strukturen nur begrenzt möglich. Der Austausch über diagnostische Ergebnisse erfolgt kaum.
- Die „Frühförderlandschaft“ ist für die Nutzer nicht ausreichend transparent.
- Zeitgleiche Förderangebote für ein Kind bei verschiedenen Anbietern sind selten gut koordiniert, erfolgen wegen mangelnder Zeitbudgets und Finanzierung allenfalls telefonisch.
 - Daraus ergeben sich für Eltern folgende Probleme:
 - Widersprüchliche Aussagen bezüglich der Entwicklung und Förderung führen zu Verunsicherung
 - Konträre Forderungen an die Eltern und die Kinder verhindern eine positive Entwicklung
 - Unkoordinierte Fördermaßnahmen fördern nicht immer die Entwicklung des Kindes und verursachen den Kostenträgern unnötige Kosten.
- Durch bestehende Wartelisten und –zeiten (bis zu 10 Monate) gehen wichtige Entwicklungsphasen und –chancen verloren.



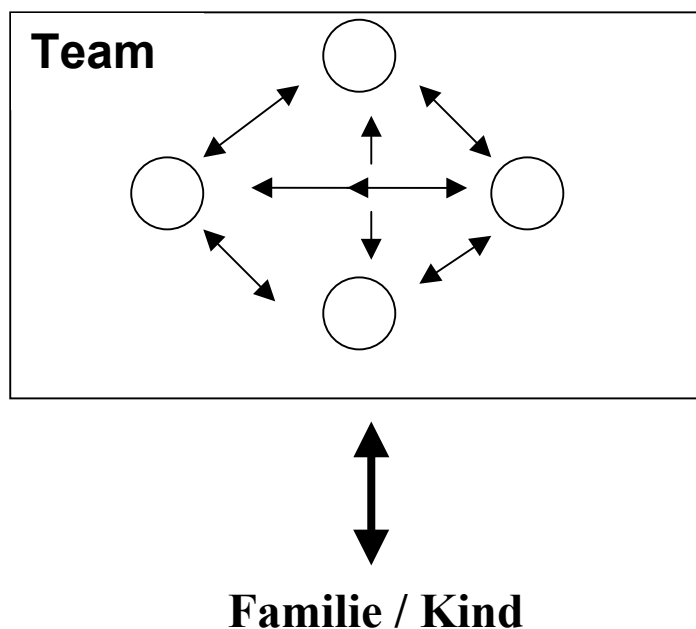
Interdisziplinäre Frühförderstelle des Vereins
für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.
im Kreis Gütersloh



Interdisziplinäre Frühförderstelle
der Lebenshilfe
-Kreisvereinigung Gütersloh e.V.

Notwendige Veränderungen:

**Miteinander planen
Miteinander handeln**



(Darstellung in Anlehnung an M. Pretis “Frühförderung planen, durchführen, evaluieren“)



Interdisziplinäre Frühförderstelle des Vereins
für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.
im Kreis Gütersloh



Interdisziplinäre Frühförderstelle
der Lebenshilfe
-Kreisvereinigung Gütersloh e.V.

Dazu gehören:

- Ein offenes Beratungsangebot als niederschwelliger Zugang zur interdisziplinären Frühförderung für die Erziehungsberechtigten
 - „Der Frühförderstelle obliegt die Gewährleistung der ganzheitlichen Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen einschließlich eines offenen Beratungsangebotes“.
(Stellungnahme des Bundesrates zu § 3 FrühV)
- Gut koordinierte interdisziplinäre Diagnostik (siehe Anlage)
- Gemeinsame Förder- und Behandlungsplanung unter Einbeziehung der Erziehungsberechtigten.
- Enge Kooperation der beteiligten Professionen während des Förderprozesses.
- Möglichst frühzeitige Aufnahme der Kinder, Abbau der Wartelisten.



Interdisziplinäre Frühförderstelle des Vereins
für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.
im Kreis Gütersloh



Interdisziplinäre Frühförderstelle
der Lebenshilfe
-Kreisvereinigung Gütersloh e.V.

Zielvorstellungen

Die Umsetzung der neuen Rechtsgrundlage für interdisziplinäre Frühförderstellen nach SGB IX (2001) und der Frühförderverordnung vom 01.07.03

- Interdisziplinäre Frühförderstellen sind familien- und wohnortnahe Institutionen, die Kinder ab ihrer Geburt bis zum Schuleintritt ambulant und mobil/ aufsuchend diagnostizieren, fördern und behandeln.
- Die Frühförderstellen entwickeln sich dahingehend, die interdisziplinäre Diagnostik unter ärztlicher Verantwortung durchzuführen.
- Entsprechend den gesetzlichen Grundlagen wird in Absprache mit den Erziehungsberechtigten ein Förder- und Behandlungsplan erstellt, der dem Kostenträger eingereicht wird.
- Der Förder- und Behandlungsplan wird spätestens nach 12 Monaten oder prozessorientiert fortgeschrieben
- Die in der interdisziplinären Frühförderstelle betreuten Kinder erhalten die gesetzlich geforderte **KOMPLEXLEISTUNG FRÜHFÖRDERUNG**
 - In der Komplexleistung werden die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die heilpädagogischen Leistungen konzeptionell integriert und organisatorisch zusammengeführt.
Alle psychosozialen, pädagogischen und medizinisch/therapeutischen Maßnahmen werden zum Wohle des Kindes koordiniert.

1. Kurzbeschreibung des Trägers

Die Psychomotorische Förderstelle Gütersloh ist eine Fachabteilung in dem gemeinnützigen Verein „Sozialpädagogisches und Psychomotorisches Institut Gütersloh“.

Der Verein ist anerkannter Träger der freien Jugendhilfe nach § 75 KJHG und Mitglied im DPWW.

2. Vorstellung des Psychomotorischen Instituts

Das Psychomotorische Institut sieht seine Aufgabe in der Förderung von behinderten, entwicklungsverzögerten und –gestörten Kindern und Jugendlichen, deren soziales Verhalten und/oder motorische/gesamtpersönliche Entwicklung als auffällig bezeichnet wird.

Auf der Grundlage eines speziellen, mehrdimensionalen psychomotorischen Konzepts wird die psychomotorische Förderung in Form eines mobilen Dienstes vorwiegend ambulant in Kleingruppen durchgeführt. Die Kinder werden in der Regel wohnortnah oder in ihrer Einrichtung (Kindergarten/Schule) gefördert.

Wir sehen unsere Arbeit als einen umfassend familienorientierten Ansatz, in dem nicht nur das Kind mit seinen Auffälligkeiten stehen soll. Die Eltern- und Umfeldarbeit ist deshalb ein unverzichtbarer Bestandteil der psychomotorischen Arbeit.

Die Psychomotorische Förderstelle arbeitet im gesamten Stadt- und Kreisgebiet Gütersloh. Unsere Maßnahmen werden im Rahmen der Frühförderung § 39 BSHG und durch Jugendhilfeleistungen § 27 ff, § 35a KJHG finanziert.

Zur Zeit werden 71 Kinder durch Mittel der Frühförderung und 31 Kinder durch Mittel der Jugendhilfe finanziert.

Neben der pädagogischen/therapeutischen Arbeit bieten wir im Rahmen unseres Fortbildungsinstituts auch Fortbildungen für pädagogisches Fachpersonal an.

3. Antrags- und Aufnahmeverfahren

a) Frühförderung (Vorschulkinder)

In der Regel wenden sich die Eltern telefonisch an uns. Im Rahmen eines Anamnese-gesprächs wird das Anliegen der Eltern ermittelt. Ergeben sich auf Grund des Ge-sprächs mit den Eltern, in der Regel ein Gespräch mit Einrichtung in der sich das Kind befindet und eventuellen diagnostischen Gutachten die Hinweise auf eine Förderung wird ein Antrag auf Überprüfung des Förderbedarfs bei der Abteilung Arbeit und Sozi-ales gestellt. Daraufhin findet eine diagnostische Stellungnahme der Abteilung Ge-sundheit statt.

In der Regel werden Bewilligungen innerhalb von 8 Wochen ausgesprochen.

b) Kinder- und Jugendhilfe (Schulkinder)

Um eine Förderung im Rahmen des KJHG § 35a zu bekommen ist in der Regel ein kinder- und jugendpsychiatrisches Gutachten notwendig. In bestimmten Fällen wird eine Förderung im Rahmen des § 27 (Hilfen zur Erziehung) bewilligt.

Oft melden sich die Eltern telefonisch vor Antragstellung in der Psychomotorischen Förderstelle.

Eine Antragstellung erfolgt durch die Eltern bei der zuständigen Fachkraft eines Regi-onalteams beim Jugendamt.

Nach Vorlage aller erforderlichen Unterlagen entscheidet das Jugendamt innerhalb von 6 Wochen ob einer Maßnahme zugestimmt wird.

4. Erfahrungen und Empfehlungen

Insgesamt gesehen kann das bisherige „Hilfssetting“ als zufriedenstellend bewertet werden.

Hinsichtlich der Zugangswege für die psychomotorische Förderung gibt es starke Unterschiede sei-tens der Kostenträger.

Viele Eltern haben nach wie vor starke Berührungsängste vor dem Kostenträger Jugendamt. Dies wird verstärkt durch die Zugangsvoraussetzungen um die Hilfe in Anspruch zu nehmen. Der

Gang zu einem Kinder- und Jugendpsychiater „verschreckt“ und wird als hohe Hürde empfunden. Die Diagnostik durch die Ärztinnen des Gesundheitsamtes wird selten als Hindernisgrund genannt, warum Eltern keine Hilfe beantragen.

Ein bedeutsames Dilemma steckt in der Tatsache, dass Eltern zwischen 4 und 12 Monaten auf eine Diagnose warten müssen (SPZ/Kinder- und Jugendpsychiater). Dieses Problem führt dazu, dass die Eltern eine ambulante Hilfe u. U. erst nach mehrmonatiger Wartezeit beantragen können.

Hier sollte diskutiert werden inwiefern andere Zugangswege ermöglicht werden können.

Eine weitere Problematik zeigte sich in den letzten Jahren beim Wechsel der Kostenträger. In den letzten Jahren haben wir immer wieder Kinder betreut, die nach Beendigung der Frühförderung einen weiteren Hilfebedarf aufweisen. Ein Problem stellt hier der Übergang von dem Kostenträger Sozialamt auf den Kostenträger Jugendamt dar.

Im Rahmen der Frühförderung (§ 39 BSHG) führen die Ärztinnen des Gesundheitsamtes eine Diagnostik durch und entscheiden ob ein Förderbedarf besteht. Im Rahmen der Jugendhilfe (§ 27/§ 35a KJHG) kommt es zu unterschiedlichen Voraussetzungen und Einschätzungen welche Gutachten bzw. Stellungnahmen die Eltern für eine Antragstellung vorlegen müssen.

In der Regel reichen dem Jugendamt beim Wechsel der Zuständigkeit nicht die Ausführungen des Gesundheitsamtes bzw. werden auch keine Fachgutachten dort angefordert.

Eine sehr praktikable (zeitsparende) und kostensparende Möglichkeit wäre hier, die Kompetenzen der Abteilung Gesundheit in Anspruch zu nehmen. Die Kinder sind hier bekannt und müssten nicht noch einmal durch eine weitere „Diagnostikmühle“ laufen.



Stellungnahme zur Situation der therapeutischen Versorgung von Kindern im Kreis Gütersloh

von Hedda Zeitzen, Praxis für Kinder und Physiotherapie

A. Momentane Situation

Die Situation der therapeutischen Versorgung von Kindern im Kreis Gütersloh stellt sich mir folgendermaßen dar:

1. Durch die unterschiedlichen Gesundheitsstrukturen und den damit verbundenen Budgetierungen der (Kinder-)Ärzte entstand explizit in Gütersloh bei den Kinderärzten die Meinung, dass die Heilmittel (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) stark begrenzt werden, obwohl die neuen Heilmittelrichtlinien seit Mitte 2001 Rechtssicherheit gewährleisten, wenn im dort beschriebenen Rahmen verordnet wird. Und der sieht keine Begrenzungen bei Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten oder schwerwiegenderen Fällen vor.

Die Folge war, dass Kinder mit Problemen möglichst dem Sozialhilfeträger oder dem Jugendhilfeträger „zugeschoben“ wurden, um das eigene (Krankenkassen) Budget nicht zu belasten. Damit wurde der Zugang zu therapeutischen Hilfen deutlich erschwert.

2. Durch uneinheitliche Informationen durch die kassenärztliche Vereinigung (KV) in Westfalen-Lippe kam es in Gütersloh zu der Situation, dass Kinder, bei denen Langzeitverordnungen nötig wurden, immer erst von einem SPZ begutachtet werden müssen, vor allem wenn es sich um Entwicklungsauffälligkeiten und nicht um manifeste Behinderungen handelte. Das hatte zur Folge, dass das SPZ in Bethel hoffnungslos überlastet war, Therapien unterbrochen werden mussten, bis Kinder einen Termin bekamen und auch aus dem Grund versucht wurde, sie beim Sozialhilfeträger unter zu bringen.

3. Der Zugang zu therapeutischen Maßnahmen (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie) erfolgt ausschließlich über die niedergelassenen Kinderärzte. Ein Zugang über die therapeutischen Praxen besteht nicht. Der Kostenträger dieser Maßnahmen ist die Krankenkasse.

Der Zugang zu heilpädagogischen Maßnahmen wird über die Frühförderstellen oder die psychomotorische Förderstelle ermöglicht, die auch im pädagogischen Bereich befunden. Kostenträger ist die Abt. Arbeit und Soziales, die den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst beauftragt, zu diesen Befunden eine Stellungnahme ab zu geben. Diese geschieht in der Mehrzahl der Fälle nach Aktenlage. Der KJGD hat trotz seiner unbestritten hohen fachlichen Qualifikation, die mit einer neuropädiatrischen Ausbildung die der niedergelassenen Kinderärzte übersteigt, nicht die Möglichkeit, Kinder therapeutischen Hilfen, die von der Krankenkasse finanziert werden, zu führen.

Damit ist eine Verschiebung der Hilfen vom therapeutischen in den pädagogischen Bereich stark begünstigt, ebenso wie die wirtschaftliche Verschiebung weg vom Krankenkassenbereich hin zum Sozialhilfeträger. Dieses ist fachlich sowie wirtschaftlich nicht sinnvoll.

B. Möglichkeiten der Frühförderung in der Praxis für Kinder- und Physiotherapie

Frühförderung findet sinnvollerweise interdisziplinär und interprofessionell statt. Interprofessionalität drückt sich in meiner Praxis für Kinderphysiotherapie dadurch aus, dass es ein umfassendes Angebot von Methoden gibt, die sämtlichen Kindern zur Verfügung stehen:

1. Fachliches Angebot:

Im Bobath-Konzept vereinigen sich

- differenzierte Befundung
- prognostische Einschätzung und Zielsetzung
- Erstellung eines mit Eltern, Therapeuten und Arzt koordinierten Therapieplanes
- sensomotorische Förderung
- neuromotorische Förderung
- psychomotorische Förderung
- kognitive und Wahrnehmungsförderung
- Hilfen zur Alltagsbewältigung
- Elternanleitung
- interdisziplinäre Schnittstellenarbeit
- Dokumentation

Unter www.bobath-vereinigung.de ist nach zu lesen, wie komplex und interdisziplinär das Bobath-Konzept ist.

Dieses Konzept wird ergänzt durch das Konzept der

- Psychomotorik, der
- manuellen Therapie und anderen.

Außerdem gibt es ein

- Präventionsangebot, das sich an Kinder in Tagesstätten im Alter von 4-6 Jahren richtet und auf die Stabilisierung der motorischen Entwicklung abzielt.

Es gibt also viele fachliche Überschneidungen mit anderen in der Frühförderung tätigen Professionen und Disziplinen.

2. Wartezeiten:

In den letzten 18 Jahren zwischen zwei Wochen und zwei Monaten, je nach Alter und Dringlichkeit.

3. Kostenträger

Das oben genannte Angebot wird von den Krankenkassen problemlos finanziert, sobald es verordnet ist.

4. Bemerkung

Allen therapeutischen Berufsgruppen ist es gemein, dass sie den berechtigten Anspruch erheben, ganzheitlich mit Kindern zu arbeiten. Jede Berufsgruppe hat allerdings ihren speziellen Eingang und Förderschwerpunkt. Wichtig ist es, durch gute Diagnostik, Aufklärung und Einbindung der Eltern und unter Berücksichtigung ihrer Ressourcen sicher zu stellen, dass das Kind seiner Hauptproblematik entsprechend gefördert wird, und nicht von einer maximalen Menge an Therapeuten.

C. Verbesserungsvorschlag:

Einrichtung einer zentralen, übergeordneten, qualifizierten Diagnostikstelle für den Kreis Gütersloh.

Begründung:

Durch differenzierte Diagnostik ist es möglich, gezielte Therapiemaßnahmen ein zu leiten, sodass es nicht mehr Laien (Eltern) überlassen bleibt, heraus zu finden, welche Maßnahme für ihr Kind hilfreich ist. Damit werden die bisher abgegebenen, ungezielten Maßnahmen verhindert und Ressourcen geschont.

Durch einen Diagnose orientierten Förderplan kommt es zu einer fachlich orientierten Verteilung der Kosten, sodass kein Kostenträger über belastet wird.

Eine zentrale Stelle kann schnell auch den Charakter einer Koordinationsstelle für Betroffene bekommen, da ihr die lokalen Anbieter mit ihren Möglichkeiten eher bekannt sind, als z.B. dem SPZ in Bielefeld. Die Möglichkeit für interdisziplinäre Arbeit könnte an einer solchen Stelle angesiedelt werden.

Voraussetzungen für die breite Akzeptanz einer solchen Stelle wäre meiner Meinung nach:

- 1.Hohe fachliche Qualifikation
- 2.Fähigkeit, interdisziplinär und kooperativ zu arbeiten mit Ärzten, Therapeuten . Kostenträgern und Betroffenen
- 3.Strikte Trennung von Diagnostik und Anbieter
- 4.Kenntnisse der Finanzierungsstrukturen
- 5.Berücksichtigung lokaler Strukturen

Diese fachlichen Voraussetzungen sehe ich beim neuropädiatrischen Fachpersonal des KJGD schon jetzt gegeben. Befürwortungen für Förder- oder Therapiemaßnahmen können bisher jedoch meiner Erfahrung nach nur für Maßnahmen des Sozial- oder Jugendhilfeträgers ausgesprochen werden. Sollte diese zentrale Diagnosestelle allerdings den Stellenwert eines SPZ bekommen, würden ihre Empfehlungen sich auch auf die Leistungen anderer Kostenträger ausdehnen lassen und damit auf das gesamte Spektrum der therapeutischen Angebote.

Sicherlich ist es sinnvoll, als Kostenträger für diese Stelle die Krankenkassen mit ein zu beziehen.

Die genaue Umsetzung muss sicherlich differenziert betrachtet und gehandhabt werden, ich hoffe aber mit meinem Abriss einen wichtigen Aspekt und dessen mögliche Lösung verdeutlicht zu haben.

Hedda Zeitzen
Praxis für Kinder- und Physiotherapie
Fröbelstraße 32
33330 Gütersloh
Tel.:05241/33660
[hedda.zeitzen@owl-](mailto:hedda.zeitzen@owl-physio.de)
www.physio-zeitzen.de

??

Arbeitskreis Freie Heilpädagogische Praxen im Kreis Gütersloh

**Heilpädagogische Ambulanz im
Jugendwerk Rietberg**

Heilpädagogische Praxis Andrea Hünneke

Heilpädagogische Praxis SPIELKISTE

Stellungnahme zur Situation der Förderung von Kindern im Kreis Gütersloh aus Sicht des Arbeitskreises

A. Kurzvorstellung der Heilpädagogischen Praxen

Leistungsprofil

Die heilpädagogischen Praxen bieten die Förderung von Kindern im Vorschulalter mit Entwicklungsauffälligkeiten nach dem BSHG §§ 39, 40 und die Förderung von Kindern im Schulalter auf der Grundlage des KJHG § 27 und § 35 a an.

Wir verstehen die Förderung in der Heilpädagogischen Praxis als eine bedarfsorientierte Maßnahme der Sozialen Rehabilitation. Grundlage unserer Arbeit ist zum einen die systemische Einbeziehung von Familie und sozialpädagogischer Einrichtung sowie ein interdisziplinärer methodischer Ansatz.

Die Förderungen werden auf den individuellen Bedarf des Kindes und seiner Familie abgestimmt. Wir bieten unsere Leistungen in unserer Praxis und im mobilen Dienst in Kindergärten, Schule oder häuslichem Umfeld an.

Die Kinder werden durch die sozialpädagogischen Einrichtungen, Schulen, den Schulamtsärztlichen Dienst, niedergelassene Ärzte, SPZ, Beratungsstellen, Therapeuten des Gesundheitswesens (v. a. Logopädie) und Frühförderstellen an uns verwiesen. Es kommen auch immer wieder Menschen auf private Empfehlung.

Qualitätssicherung, Berufsverbandliche Anerkennung

Die Heilpädagogische Ambulanz, die Heilpädagogische Praxis Hünneke und die Heilpädagogische Praxis SPIELKISTE sind durch den Berufsverband der Heilpädagogen (BHP) anerkannt. Grundlage des Anerkennungsverfahrens sind Qualitätskriterien zu den Praxisräumlich-

keiten, der Ausstattung und der beruflichen Qualifikation (Ausbildung, Fortbildung, Supervision).

Alle drei Jahre werden die Praxen vom BHP erneut überprüft, ob die Anerkennungsgrundlagen weiterhin erfüllt werden.

Abrechnung der Leistungen

Die Leistungen werden nicht als Komplexleistung abgerechnet. Vom Leistungsempfänger werden die erbrachten Leistungen schriftlich bestätigt. Auf dieser Grundlage erfolgt eine Rechnungstellung. Der derzeit vereinbarte Kostensatz findet sich im Anhang.

B. Beschreibung des Antrags- und Bewilligungsverfahrens

Antragsverfahren auf der Rechtsgrundlage des BSHG (Kinder im Vorschulalter)

Die Familie wendet sich an die Praxis. Es wird eine detaillierte Diagnostik mit Anamnesegespräch mit der Familie, Kontakt zu den sozialpädagogischen Einrichtungen und den Therapeuten hergestellt.

Auf dieser Grundlage findet eine Elternberatung zu einer adäquaten Förderung statt. Gegebenenfalls vermittelt die heilpädagogische Praxis an andere Förderbereiche weiter.

Es wird eine heilpädagogische Befunderhebung erstellt und diese mit dem Antrag der Eltern an die Kreisverwaltung, Abt. Arbeit und Soziales, gesandt. Vor einer Bewilligung wird das Kind noch durch die Abt. Gesundheit ärztlich begutachtet.

Aus unserer Sicht ist das Antrags- und Bewilligungsverfahren für die betroffenen Kinder und Eltern angemessen und leistbar. Von der Vorstellung in der Praxis bis zur Bewilligung der Förderung vergehen ca. 2 - 3 Monate.

Antragsverfahren auf der Rechtsgrundlage des KJHG (Kinder im Schulalter)

Zur Antragsstellung müssen die Hilfeempfänger das Gutachten eines Kinder- und Jugendpsychiaters (inkl. Diagnostik und Förderbedarf), Zeugnissen und einem Bericht der Schule vorlegen.

Daraufhin erfolgt eine Überprüfung der Unterlagen durch die Vorprüfstelle und eine Weitergabe mit Empfehlung in die Erziehungshilfekonferenz in der jeweiligen Regionalstelle. Hier wird über den Antrag beraten und über die Fördermaßnahmen ein Beschluss gefasst.

Das Antragsverfahren ist aus unserer Sicht zu lang und aufwendig. Zum Teil sind mehrfache Diagnostiken und Gutachten gefordert, so dass die Kinder und Eltern, die ohnehin schon unter Leidensdruck stehen, sich noch stärker stigmatisiert fühlen. Bis zu einer Bewilligung der Förderung ist die soziale Situation manchmal schon eskaliert.

C. Änderungs- und Verbesserungsvorschläge der freien Praxen:

Heilpädagogische Förderung als niederschwelliges Angebot

Kinder mit Auffälligkeiten werden häufig recht spät erkannt, bzw. zu spät werden die Eltern auf Probleme des Kindes aufmerksam gemacht. Es zeigt sich immer wieder, dass Fördermaßnahmen besonders gut greifen, wenn sie frühzeitig begonnen werden können.

Wir halten es deshalb für erforderlich, dass die Bemühungen um eine Erhöhung der Fachlichkeit und Kompetenz bei der Erkennung von Auffälligkeiten in Schule und Kita weiter vorangetrieben werden. Wünschenswert wäre dabei auch die Erweiterung von niederschwelligen Beratungsangeboten in Kindergärten und Schulen.

Verbesserung Übergang Kindergarten/Schule

Derzeit endet die heilpädagogische Maßnahme auf der Grundlage des BSHG mit Eintritt in die Schule. Für einige Kinder und Familien ist es notwendig, dass sie über die Einschulung hinaus für einen gewissen Zeitraum (z. B. 6 Monate) die vertraute Begleitung durch die heilpädagogische Förderung erhalten.

Durch den Wechsel zwischen den Kostenträgern entsteht beim Schuleintritt praktisch immer eine „Zwangspause“ die den Erfolg der Förderung gefährdet.

Vereinfachung des Antragsverfahren für Schulkinder

Das Verfahren zur Klärung des Förderbedarfs für Kinder über sechs Jahren ist für die Kinder belastend und für die Eltern teilweise kaum zu durchschauen. Es sollte verkürzt und vereinfacht werden.

Aus unserer Sicht sollte verstärkt die Abteilung Gesundheit, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, als Gutachter der Anträge für die heilpädagogische Förderung einbezogen werden. Dies könnte das Antragsverfahren, besonders für Schulanfänger, vereinfachen.

Verkürzung der Wartezeiten

Die Wartezeiten für Plätze in der Frühförderung und bei den heilpädagogischen Praxen sind lang (bis zu 6 Monaten). Es gibt bei dem derzeitigen Bedarf zu wenig Plätze.

Verbesserung des Angebotes an spezifischer medizinischer Diagnostik im Kreis GT

Die Wartezeiten zur Diagnostik im SPZ in Bethel und in der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rheda-Wiedenbrück, sind sehr lang.

In Gütersloh fehlt ein Kinder- und Jugendpsychiater, sowie ein Pädaudiologe, der sich auf auditive Wahrnehmungsstörungen spezialisiert hat.

Zusammenarbeit verschiedener Anbieter/Förderliche Pluralität und Konkurrenz

Es wäre wünschenswert, die fachliche Zusammenarbeit und den Austausch zwischen den Anbietern zu intensivieren um die Förderung der betroffenen Kinder so bedarfsgerecht wie möglich zu gestalten.

Der derzeitige Verfahrensweg zur Feststellung des Förderbedarfes von Kindern unter 6 Jahren hat sich bewährt.

Bei der Diagnostik ist sicherzustellen, dass eine anbieterunabhängige Empfehlung ausgesprochen wird.

Wir halten die Abt. Gesundheit, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, für diese unabhängige Stelle, die unabhängig von den Anbietern den Bedarf der Hilfeempfänger prüfen kann.

Wahlrecht der Eltern

Es ist wichtig, dass Eltern weiterhin die freie Entscheidung und Verantwortung behalten, wo die Diagnostik und Förderung ihres Kindes stattfinden soll. Die persönliche Entscheidung für eine Förderstelle trägt entscheidend zum Engagement bei und verbessert damit die Rahmenbedingungen der Förderung und vergrößert die Erfolgsaussichten.

Im Auftrag der Heilpädagogischen Praxen

Halle/W., den 30.03.2004

Sabine Weber

C. Anhang (Stand 03.2004)

Anzahl geförderter Kinder

	Nach BSHG	Nach KJHG
Heilpädagogische Ambulanz	44	4
Heilpädagogische Praxis Hünneke	5	
Heilpädagogische Praxis SPIELKISTE	25	8

Wartezeiten

Monate

Heilpädagogische Ambulanz	6
Heilpädagogische Praxis Hünneke	0
Heilpädagogische Praxis SPIELKISTE	6

Berufliche Qualifikationen im Team

Heilpädagogische Ambulanz

Heilpädagoginnen mit Zusatzqualifikationen (Psychomotorik, systemische Beratung, Heilpädagogisches Voltigieren, Sozialmanagement)

Heilpädagogische Praxis Hünneke

Diplom-Pädagoginnen mit Zusatzqualifikationen (Klinische Linguistik MA, Sprachtherapie, Psychomotorik, Verhaltenstherapie)

Heilpädagogische Praxis SPIELKISTE

Heilpädagoginnen mit Zusatzqualifikationen (Systemische Beratung, Spieltherapie, SI-Pädagogik, Psychomotorik)

Sonderpädagogin

Diplom-Pädagogin (Zusatz: Montessoripädagogik., Arbeit am Tonfeld®)

Kurzvorstellung des Berufsbildes **LogopädIn**

Neben der Behandlung von Sprach-, Sprech- und Stimmproblemen im Jugend- und Erwachsenenalter fallen ca. 60% des Tätigkeitsbereichs der LogopädInnen auf die Behandlung von Kinder im Alter von 0-6 Jahren. In diesem Lebensabschnitt können verschiedene Probleme im Sprachbereich auftreten.

Innerhalb der Logopädie werden u.a. folgende Bereiche auf medizinischen-therapeutischem Hintergrund basierend behandelt:

- Redeflusstherapie (Stottern)
- Sprachanbahnung unter Einbeziehung der gesamten Körpermotorik
- Mutismus
- Autismus
- CP – motorisch bedingte Sprachstörungen
- Wahrnehmungsstörungen mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung
- Organische Sprechstörungen (z.B. Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten)
- Sprachsystematische Störungen (z.B. Dysgrammatismus)
- Semantisch bedingte Störungen
- Wortschatzdefizite
- Orofaziale Therapie (z.B. bei Ess- und Schluckstörungen)
- Periphere und zentrale Hörstörungen

Elternberatungen und Anleitungen finden ebenso wie der ständige Austausch mit anderen behandelnden Berufsgruppen begleitend statt.

Unter Einbeziehung aller Wahrnehmungsbereich wird sowohl im rezeptiven als auch im expressiven Bereich mit den Kindern gemeinsam gearbeitet. Dafür wird kindgerechtes Material eingesetzt.

Um den unterschiedlichen Komponenten (phonologischer, phonetischer, zentral auditiver, organischer Aspekt) gerecht zu werden, kommen ganzheitliche, anerkannte und fundierte Konzepte zum Einsatz (z.B. R.C. Morales).

Bei der Behandlung aller Therapiebereiche steht die Persönlichkeit des Patienten und die individuelle Förderung unter Einbeziehung des familiären Umfeldes im Vordergrund.

Zur Qualitätssicherung dienen u.a. folgende Kriterien:

- Diagnostiken nach standardisierten Testverfahren
- Regelmäßige Teilnahme an Fortbildungen (mindestens die vorgeschriebene Anzahl pro Jahr im Bereich Logopädie, sowie freiwillige Fortbildungen, die auch Einblick in andere angrenzende Bereiche ermöglichen)
- Erfüllung der Zulassungsbedingungen (Einhaltung der vorgeschriebenen Raumgröße und Ausstattung, Urkunde zur Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung einer von den Krankenkassen zugelassenen und anerkannten Berufsgruppe etc.):
- Regelmäßige Supervisionen

Momentane Schwierigkeiten durch den fehlenden Anteil der Logopädie in der Frühförderung:

Viele Ärzte verordnen Logopädie erst ab dem fünften Lebensjahr, da dann die komplette Sprachentwicklung abgeschlossen ist. Bei stark ausgeprägten Sprachentwicklungsverzögerungen, großen Schwierigkeiten in der Mundmotorik oder z.B. stark eingeschränktem Wortschatz ist dies jedoch viel zu spät, da es sinnvoll ist erkennbare Schwächen auch vor Abschluss der Sprachentwicklung zu behandeln, um größere Auffälligkeiten einzudämmen oder sogar zu vermeiden.

Wünsche an die Frühförderung:

Unsererseits wird ein noch engerer Kontakt zu den Frühförderstellen begrüßt, da eine interdisziplinäre Zusammenarbeit für alle Beteiligten den Blick über den Tellerrand schult. Probleme können gemeinsam noch eher erkannt werden. Die Behandlung kann eher beginnen. Einer Manifestierung der Probleme kann vorgebeugt werden. So kann es zu einer Kosteneinsparung kommen, die allen von Nutzen ist.

Im Sinne und zum Wohl des Kindes möchten wir daher gerne unser Können und Wissen mit einbringen, wenn es darum geht eine sinnvolle Frühförderung im Kreis aufzubauen.

Statement zum Thema „Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder“

- **Ist-Stand:**

Es besteht weitgehend Konsens in den verschiedenen Fachdisziplinen, dass Entwicklungsstörungen bei Kindern selten in nur einem Bereich zu diagnostizieren sind. Die Störungsbilder und Störungszusammenhänge bei den Kindern sind i. d. R. komplexer und multifaktoriell bedingt. Selten sind ätiologische Zusammenhänge linear und direkt kausal aufzuzeigen. Diese Tatsache führt zu einer erhöhten Verunsicherung bei den Eltern bzw. Angehörigen. Das trifft auch auf die Kinder mit Sprachbehinderungen bzw. Sprachentwicklungsstörungen und deren Angehörigen zu. Eine große Anzahl benötigt neben der Sprachtherapie zusätzlich Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie und/oder heilpädagogische Förderung. Um die Kinder angemessen in ihrer Entwicklung zu unterstützen, müssen die Bezugspersonen mehrere Behandler verschiedener Disziplinen aufzusuchen. Derzeit kann eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der Behandler aus organisatorischen und wirtschaftlichen Gründen nur sehr begrenzt erfolgen.

Im Kreis Gütersloh gibt es sowohl hinsichtlich der logopädischen/ sprachheilpädagogischen Diagnostik und Beratung als auch der sprachtherapeutischen Behandlung des betroffenen Klientels grundsätzlich **zwei Wege**:

Der niedergelassene behandelnde Arzt stellt die Sprachstörung des Kindes fest und verordnet Maßnahmen der Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie. Im anderen Fall nimmt die betroffene Familie das Angebot der Sprachheilberatung des Kreises Gütersloh in Anspruch. Die Sprachheilbeauftragte erstellt den sprachheilpädagogischen Befund, berät die betroffenen Eltern und bittet die Eltern im Falle einer Therapieempfehlung den behandelnden Arzt aufzusuchen, um eine Heilmittelverordnung erhalten zu können.

Die ambulante Sprachtherapie kann in einer der 14 logopädischen Praxen im Kreis Gütersloh bzw. in einer Praxis außerhalb des Kreises oder durch eine der 19 Sprachtherapeutinnen, die auf Honorarbasis im Auftrag des Kreises Gütersloh tätig sind, durchgeführt werden. Sofern eine Heilmittelverordnung vorliegt, werden die Kosten zu 100% von den Krankenkassen getragen.

In einem Informationsaustausch im März 2004 haben die LeiterInnen der logopädischen Praxen geäußert, dass die Einleitung einer ambulanten Sprachtherapie in vielen Fällen zu spät, d. h. nach der Früherkennungsuntersuchung U 9 bzw. nach der Schuluntersuchung erfolge. Genaue repräsentative statistische Angaben wurden der Sprachheilbeauftragten nicht mitgeteilt. Diese Behauptung der kassenzugelassenen Logopäden/ Logopädinnen lässt sich anhand von statistischen Daten der Einschulungsuntersuchung der Abt. Gesundheit und der Beratungs-tätigkeit der Sprachheilbeauftragten belegen. In den ersten fünf Monaten des letzten Jahres wurde nahezu die Hälfte der Sprachheilberatungstermine, d. h. 103 von 238 Terminen, von Eltern schulpflichtiger Kinder in Anspruch genommen. Mehr als 50% dieser vorgestellten schulpflichtigen Kinder brauchten dringend eine Sprachtherapie.

- **Bedarf:**

Zurzeit existieren 14 logopädische Praxen im Kreisgebiet (5 in Gütersloh, 1 in Halle, 1 in Harsewinkel, 2 in Rheda-Wiedenbrück, 1 in Rietberg, 1 in Steinhagen, 1 in Verl, 1 in Versmold, 1 in Werther). In den Städten und Gemeinden Borgholzhausen, Herzebrock-Clarholz, Langenberg und Schloß Holte-Stukenbrock haben sich keine logopädischen Praxen angesiedelt. Hier sind in größerem Ausmaß als in anderen Orten die im Auftrag des Kreises Gütersloh tätigen Mitarbeiterinnen im Einsatz. Nach statistischen Berechnungen besteht für den Kreis Gütersloh ein weiterer Bedarf von mindestens 2-3 Sprachtherapeuten in freien Praxen, um die Versorgung sicherzustellen. Angesichts der Unterversorgung des Kreises Gütersloh durch kassenzugelassene logopädische Praxen und der noch bestehenden beachtlichen Wartezeiten in den logopädischen Praxen ist die Fortführung der ambulanten Sprachheilbehandlung durch Honorarkräfte, die im Auftrag des Kreises Gütersloh tätig sind, dringend geboten. Darüber hinaus kommt ein Großteil der Kinder, die von diesen Honorarkräften behandelt werden, nicht als potentielles Klientel logopädischer Praxen in Betracht. Viele dieser Kinder stammen aus sozial benachteiligten Familien, die aus organisato-

rischen und persönlichen Gründen nicht in einer logopädischen Praxis behandelt werden könnten. Der zurzeit bestehenden Unterversorgung im Bereich der Logopädie/ Sprachheilpädagogik könnte durch die Einrichtung einer interdisziplinären Frühförderstelle mit der Beteiligung von Sprachtherapeuten (s. Zukunftsvisionen/ Wünsche) ansatzweise begegnet werden. Darüber hinaus könnte die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Interesse der betroffenen Kinder und deren Angehörigen intensiviert werden.

- **Zukunftsvisionen/ Wünsche:**

Nach § 2 der Frühförderungsverordnung vom 24. Juni 2003 sollen die Früherkennung und Frühförderung „unter Inanspruchnahme von fachlich geeigneten interdisziplinären Frühförderstellen und sozialpädiatrischen Zentren ... ausgeführt“ werden. Im Kreis Gütersloh wäre eine zentrale Stelle zur Diagnoseerstellung sowie zur Förder- und Behandlungsplanung wünschenswert, um den Zugang zu Hilfen für die betroffenen Personen zu vereinfachen. Ggf. sollte diese zentrale Stelle auch mobil arbeiten. Außerdem wäre durch eine zentrale Stelle eine fachliche Kontrolle gewährleistet und den Kostenträgern ein Steuerungspotenzial ermöglicht. Hier sollten bereits vorhandene bewährte Strukturen Berücksichtigung finden. Sowohl die Früherkennung als auch die Frühförderung sollte von einem interdisziplinären Team geleistet werden, das aus Fachkräften folgender Disziplinen bestehen sollte: Medizin, Pädagogik, Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie und Psychologie. Das Arbeiten im interdisziplinären Team trägt dem erhöhten Beratungsbedarf der Angehörigen von Kindern mit einer Mehrfachbehinderung Rechnung.

Grundsätzlich sind folgende Berufsausbildungen für den Bereich der **Sprachtherapie** geeignet: Logopäden, Diplom-Pädagogen mit dem Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik, medizinische Sprachheilpädagogen, staatl. anerkannte Sprachtherapeuten, staatl. anerkannte Atem-, Sprech- und Stimmlehrer, klinische Linguisten.

Dr. Maike Klein
Gartnischer Weg 96
33790 Halle

Stellungnahme zur Frühförderung aus kinderärztlicher Sicht

Die Aufgabe des niedergelassenen Kinderarztes besteht vor allem darin, frühzeitig eine Entwicklungsstörung oder Behinderung eines Kindes zu erkennen. Die vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 dienen dabei als Eckpunkte. Leider werden vor allem die U8 mit 4 Jahren und die U9 mit 5 Jahren nicht mehr in solch einem hohen Maße wahrgenommen wie die Untersuchungen im 1. Lebensjahr. Zudem ist zwischen dem 24. und 48. Monat keine Vorsorgeuntersuchung vorgesehen. Gerade in diesem Zeitfenster werden jedoch Entwicklungsstörungen oft erst deutlich und fallen dann erst bei der Vorsorge mit 4 Jahren auf. Fördermaßnahmen können so erst zeitverzögert begonnen werden.

Eine weitere Vorsorgeuntersuchung zwischen der U7 und der U8 wäre wünschenswert. Problematisch bleibt weiter für den Kinderarzt, daß er viele Kinder nicht erreicht, weil sie ihm nicht vorgestellt werden. Dies betrifft vor allem Kinder aus sozial benachteiligten Familien. Hier ist eine gute Zusammenarbeit mit den Kindergärten und Tageseinrichtungen besonders wichtig, um auch diesen Kindern einen Zugang zu Hilfen zu ermöglichen.

Eine Frühfördermaßnahme kann vom Kinderarzt nur angeregt werden. Die Frühförderstellen legen großen Wert darauf, daß sich die Eltern selbständig bei Ihnen melden. Manchmal ist es für den Kinderarzt recht mühsam, herauszufinden, ob sich die Eltern gekümmert haben und ob das "Verfahren" in Gang gesetzt wurde.

Wünschenswert wäre es, mehr Informationen sowohl vom kinder- und jugendärztlichen Dienst bezüglich dessen Einschätzung des Kindes als auch von den Frühförderstellen bezüglich eines Förderplanes zu bekommen. Oft erfährt man nur von den Eltern, welche Fördermaßnahme beschlossen worden ist. Gerade bei sozial schwierigen Familien wäre eine bessere Kommunikation notwendig, weil der Kinderarzt oft nicht weiß, ob und in welchem Maße die Familie die Fördermaßnahme in Anspruch nimmt.

Eine bessere Zusammenarbeit auf dieser Ebene mit einer koordinierten Diagnose- und Therapieplanung könnte den Kindern Doppeluntersuchungen ersparen und eine frühzeitig eingeleitete effektive Therapie ermöglichen.

Die Einrichtung eines zusätzlich zum SPZ in Bethel interdisziplinär arbeitenden Zentrums im Kreis Gütersloh wäre zu begrüßen. Eine neuropädiatrische Diagnostik und Therapieempfehlung könnte auch dem niedergelassenen Kinderarzt helfen, seine Verordnungen zur Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie besser gegenüber den Kostenträgern zu begründen und sich so auch vor Regressen besser schützen zu können.

Bielefeld, den 23.05.2004

Maike Klein

Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder nach §39 BSHG im Kreis Gütersloh

Stellungnahme aus Sicht des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes KJGD Kreis GT

Aufgaben und Rolle des KJGD bzgl. Frühförderung

Ziel der Untersuchungen im KJGD ist die ärztliche Feststellung zur Zugehörigkeit eines Kindes zum Personenkreis nach §39 BSHG. Hieraus ergeben sich zudem beratende Aufgaben (für Eltern, Kindergärten, Förderstellen) und ggf. Einleitung weiterer Massnahmen in Kooperation mit anderen Stellen im Gesundheitssystem (Kinderärzten, Diagnostikstellen etc.). Kontrolluntersuchungen (in der Regel nach 1 Jahr, z.T. nach ca. 6 Monaten) erlauben eine Einschätzung, ob für das Kind die Fördermaßnahme bezüglich seiner Schwierigkeiten bzw. Behinderung effektiv war und die Lebensqualität des Kindes und der Familie verbessert wurde (im Sinn einer Qualitätsüberprüfung). Durch Verlaufsbeobachtungen ergeben sich Synergieeffekte zu schulärztlichen Untersuchungen (Schuleingangsuntersuchung, Untersuchung bei sonderpädagogischem Bedarf).

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Kreises Gütersloh wird vom Kostenträger der Frühförderung (Abt. Arbeit und Soziales) beauftragt eine „amtsärztliche Stellungnahme“ zur Zugehörigkeit des Kindes zum Personenkreis nach §39 BSHG und Notwendigkeit einer Frühfördermaßnahme zu erstellen.

Im Jahr 2003 wurden dem KJGD 760 Aufträge zur amtsärztlichen Stellungnahme bei Antrag auf Frühförderung erteilt. Bei 436 der Aufträge (57%) lagen aktuelle aussagekräftige ärztliche Berichte über das Kind aus einem sozialpädiatrischen Zentrum oder einer Kinderklinik vor, die eine ärztliche Stellungnahme bezügl. Zugehörigkeit zu §39 BSHG anhand der vorhandenen Unterlagen ermöglichten. In 324 Fällen war eine Stellungnahme nach Aktenlage nicht möglich und die Kinder wurden im Kreishaus Gütersloh kinderärztlich untersucht.

Die ärztliche Untersuchung im KJGD erfolgt durch qualifizierte Fachkräfte (Kinderärztin mit neuropädiatrischer Zusatzqualifikation und Ärztinnen jeweils mit langjähriger Erfahrung/Tätigkeit in Kinderkliniken, sozialpädiatrischen Zentren und im kinder- und jugendärztlichen Dienst). Im Rahmen dieser Untersuchung werden anamnestische Daten erhoben (Elternfragebogen, Vorsorgeheft, Arztbriefe etc), Sehtest und Hörtest (bei kleineren Kindern als Hörscreening mit otoakustischen Emissionen OAE), eine körperliche Untersuchung sowie die Einschätzung des Entwicklungsstandes mit Hilfe von Screeningverfahren durchgeführt. Seh- und Hörtestung, Bestimmung der Körpermaße erfolgt durch Arzhelferinnen (Dauer ca. 20 Minuten), Anamnese, Untersuchung und Entwicklungsscreening, Beratung und Dokumentation durch Ärztinnen (Dauer ca. 75 Minuten). Die Entwicklungsuntersuchung erfolgt unabhängig von vorliegenden Überprüfungen durch Förderstellen (Frühförderstellen, heilpädagogische Praxen, niedergelassene Kinderärzte) im Sinn einer „neutralen Begutachtungsstelle“. Als Instrumente zur Entwicklungseinschätzung werden aktuelle von den Fachgesellschaften anerkannte Verfahren/Tests eingesetzt: die essentiellen Grenzsteine der Entwicklung nach Michaelis, der Entwicklungstest ET 6-6 (nach Petermann), Griffith-Entwicklungsskalen (nach Brandt), Entwicklungsgitter nach Kiphard. Sprachdiagnostik erfolgt mit den Sprachtests SETK 2 (für 2-3-jährige Kinder) und SETK 3-5 (für 3-5-jährige Kinder) von Grimm bzw. für bis 2-jährige Kinder mit Hilfe von Elternfragebögen (ELFRA 1 und 2). Eine detaillierte entwicklungspsychologische Testdiagnostik bzw. Intelligenzdiagnostik wird nicht durchgeführt, da der KJGD nicht mit hierfür qualifizierten Fachkräften (Entwicklungspsychologen, die entsprechende i. d. R. mehrstündige Diagnostik durchführen) besetzt ist.

Erfahrungen und Einschätzung zu Frühfördermaßnahmen

Aus unserer Sicht hat sich die Frühförderung als unentbehrliches System der Hilfen für behinderte und von Behinderung bedrohte Säuglinge, Klein- und Vorschulkinder etabliert. Die Fördermaßnahmen sind effektiv, ermöglichen Verbesserungen der spezifischen Schwierigkeiten des Kindes und erleichtern die soziale Integration und Kompetenz. Insbesondere bei Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten, die in schwierigen sozialen Verhältnissen aufwachsen und Kindern mit „leichter mentaler Retardierung“ (d.h. nicht nur bei schwerstbehinderten Kindern) ist durch Verlaufsbeobachtungen offensichtlich, dass sie durch eine familienbezogene Intervention wie die Frühförderung in ihrer Entwicklung wirksam unterstützt werden. Diese Beobachtung entspricht Angaben aus der Literatur über die Wirksamkeit früher Interventionsprogramme (Brooks-Gunn '92). Durch die feste Einbindung von Eltern unterstützt die Frühförderung die „familiäre Bewältigung“ der Schwierigkeiten und Behinderung des Kindes und ist sozial-stabilisierend. Die Rückmeldung der betroffenen Eltern wie auch anderer Stellen (z.B. Kindergarten, Kinderärzte) zur Frühförderung ist durchweg positiv, die Zufriedenheit hoch. Eltern, die durch Fachkräfte (Kinderarzt, Kindergarten, Beratungsstelle) auf Beeinträchtigungen ihres Kindes hingewiesen wurden bzw. in ihrer Befürchtung, dass das Kind Entwicklungsauffälligkeiten zeigt, bestätigt wurden, haben anfangs oft Schwierigkeiten dies zu akzeptieren und Hilfeangebote „für behinderte Kinder“ anzunehmen. Durch das niederschwellige Beratungsangebot der Förderstellen, enge Begleitung und Einbeziehung der Eltern als integraler Bestandteil der Frühförderung kann diese Hemmschwelle abgebaut und dem Kind die notwendige Hilfe zuteil werden. Die Möglichkeit mobiler Förderung (zu Hause, im Kindergarten) erlaubt, dass entsprechende Hilfe auch für sozial schwache Familien oder Familien in besonderen Belastungssituationen erreichbar wird.

Schwierigkeiten und Verbesserungsvorschläge

Schwierig ist aus unserer Sicht ein noch häufig „zu später Beginn“ von Fördermassnahmen sowohl in Bezug auf (heil)pädagogische wie auch medizinisch-rehabilitative Förderung bzw. Therapie (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie). Oft werden Entwicklungsdefizite des Kindes erst im Rahmen von Schuleingangsuntersuchungen aufgedeckt, zumal gesetzliche kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen zwischen dem 2. und 4. Lebensjahr nicht vorgesehen sind und Vorsorgeuntersuchungen im 4. und 5. Lebensjahr in 20-30% nicht wahrgenommen werden. Termine zur ausführlichen Diagnostik eines entwicklungsauffälligen Kindes in einem sozialpädiatrischen Zentrum setzen lange Wartezeiten von ca. 9 Monaten voraus.

Nach Rückmeldung von niedergelassenen Kinderärzten erhielten einige Praxen Regressforderungen (wie auch aus der Presse zu entnehmen im Fall eines Kinderarztes in Höhe von 80 000€) und nachträgliche ausführliche Auflagen zur Dokumentation und Begründung der Behandlungsnotwendigkeit nach „überdurchschnittlicher“ Verordnung (z.B. von Physiotherapie). Dies setzt niedergelassene Kollegen wie auch die betroffenen Kinder und ihre Familien erheblichen Belastungen und Barrieren aus, um die notwendige Hilfe zu erreichen. Die neuen und revidierten Heilmittelrichtlinien sorgen zudem für Unsicherheit bei den verordnenden Kinderärzten.

Der gesetzlich vorgesehene Anspruch auf Frühförderung nach §39 BSHG endet mit dem Schuleintritt. Durch die aktuellen Änderungen im Schuleingangsgesetz, die bei entwicklungsauffälligen Kindern eine Rückstellung und den Besuch des Schulkindergartens in Kürze nicht mehr möglich machen, sind somit die Grundlagen für Frühfördermaßnahmen (die bisher „neben“ dem Besuch des Schulkindergartens möglich waren), nicht mehr gegeben. Der erhöhte Förderbedarf dieser Kinder muss dann durch schulische Massnahmen geleistet werden. Da die dafür notwendige personelle Aufstockung mit entsprechenden Fachkräften in der Schuleingangsphase nicht vorgesehen ist, ist zu befürchten, dass sich die Förderbedingungen der betroffenen Kinder verschlechtern.

Bislang werden die seit 1.7.03 bestehenden gesetzlichen Vorgaben zur „Komplexleistung Frühförderung“ nicht umgesetzt. Durch diese Vorgaben sind verbesserte Möglichkeiten interdisziplinärer Zusammenarbeit (ärztlich, psychologisch, medizinisch-therapeutisch, pädagogisch) bei Diagnostik und Erstellung von Förderplänen vorgesehen. Die bisher übliche Praxis wie auch die strukturellen, zeitlichen und finanziellen Bedingungen sehen keine fest etablierte interdisziplinäre Zusammenarbeit z.B. in Form von „Fallkonferenzen“ oder (wie in der Jugendhilfe) „Hilfeplankonferenzen“ vor. So finden von den im KJGD untersuchten Kindern lediglich bei ca. 20% (meist telefonische) Fallbesprechungen mit der Förderstelle oder dem behandelnden Arzt statt bzw. werden seit kurzem niedergelassene Kinderärzte durch Kurzformulare über die Untersuchungen im KJGD informiert.

Eine Einrichtung von interdisziplinären Fallkonferenzen wäre aus unserer Sicht notwendig und würde nicht zuletzt durch den „interdisziplinären Lernprozess“ die Versorgungsqualität verbessern. Allerdings dürfte dies in Zeiten enger finanzieller, personeller und zeitlicher Ressourcen und den kreisspezifischen strukturellen Bedingungen (Flächenkreis) vermutlich schwierig umsetzbar sein. Im Rahmen dieser Fallbesprechungen könnten Therapeuten, Pädagogen oder Ärzte die Möglichkeit haben, Kinder bzw. auch „Problemfälle“ vorzustellen und von der jeweiligen Sichtweise der anderen Fachkompetenz in ihrer praktischen Arbeit zu profitieren. Durch Verlaufskontrollen d.h. interdisziplinäre Fallbesprechungen im laufenden Förderprozess könnte eine flexible, bedarfsorientierte und schnelle Anpassung des Förderkonzeptes (Effizienzsteigerung der Förderung) erleichtert werden.

Im Namen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, Abt. Gesundheit, Kreis Gütersloh

Dr. Sabine Kloß