Gesundheit von Kindern

Gesundheitsbericht XII

Gesundheitsamt

STADT ESSEN

Impressum

Herausgeber: Gesundheitsamt der Stadt Essen

Redaktion: Horst Heinemann
Gesundheitsplanung/Gesundheitsförderung

Autorinnen: Dr. Petra Freynik
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

KJGD

Lisa Schwermer
Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz

Gesundheitskonferenz Essen

Telefon: (0201) 88 53 102
Fax: (0201) 88 53 135

Druck: Stadt Essen, Amt für Zentralen Service, im September 2007

Auflage: 300

Inhalt

Vorwort 5

Dr. Petra Freynik:

Bestandsaufnahme, Schwerpunkte. Gesundheitliche Situation
von Kindern in Essen, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen
des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes 13

Überblick
Methodik der Einschulungsuntersuchung
Ethnien
Sozialstatus
Vorsorgen und Impfungen
Gewicht
Motorik
Sprache
Schulrelevante Auffälligkeiten
Geschlechtsspezifische Aspekte
Elternbildung und kindliche Entwicklung
Zahngesundheit in Abhängigkeit von Elternbildung und Herkunftsgruppen

Lisa Schwermer:

Handlungsvereinbarungen und Projekte der Gesundheitskonferenz
zur Kindergesundheit 25

Mitglieder der Arbeitsgruppe Kinder und Gesundheit
Ziele, Inhalte und bisherige Ergebnisse der Projekte

- Öffentliche Kommunikation zu Kindergesundheit
- Gesundheitsmonitoring
- Projekt „Sicherer Start – frühe Hilfen für junge Familien"
- Interdisziplinäre Frühförderstelle
- Kitas – Bildungsvereinbarung NRW – „Diagnose, Beratung, Förderung"
- Früherkennungsuntersuchungen – Förderung von Qualität und Nutzung
- Elternbildung und –unterstützung zu Gesundheitsthemen
- Gesundheitsförderung in Schulen
- Mundgesundheit
- Übergewichtige Kinder
- Rauchfreie Kitas und Elternhäuser

Anhang:

Versorgung mit Kinderärzten/-ärztinnen in den Essener Stadtbezirken
in den Jahren 1992, 2004 und 2006 43

Vorwort

Sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit von Kindern hängen stark davon ab, ob sie in ein vorteilhaftes soziales Umfeld hineingeboren wurden. Diesen Schluss lässt die erste umfassende bundesweite Studie zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen zu: Rund 18.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Alter bis 17 Jahre haben Ärzte an 167 Orten in Deutschland untersucht. Im Frühjahr 2007 wurde der 300-seitige Band mit den Ergebnissen dieses „Kinder- und Jugendgesundheitssurveys" (KiGGS) des Robert Koch-Instituts vorgestellt.

Zu den Ergebnissen gehört, dass mit knapp 22 Prozent mehr als jedes fünfte Kind psychische Auffälligkeiten zeigt: Unter anderem Ängste, gestörtes Sozialverhalten oder Depressionen. Die KiGGS-Forscher sprechen von 11,5 Prozent der Mädchen und 17,8 Prozent der Jungen, die verhaltensauffällig seien. Ungünstiges Familienklima und niedriger sozioökonomischer Status seien die wichtigsten Risikofaktoren.

Übergewicht, Fettleibigkeit und Essstörungen sind nach dieser Studie ebenfalls sozial ungleich verteilt. In Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status seien mit rund 28 Prozent fast doppelt so viele Kinder und Jugendliche auffällig wie in der oberen sozialen Schicht (15,5 Prozent).

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt betonte zu den Ergebnissen: "Die meisten Kinder sind sportlich aktiv, normalgewichtig und ausgeglichen. Doch leider gibt es auch das genaue Gegenteil. Dies gilt besonders für Kinder aus sozial benachteiligten Familien und Familien mit Migrationshintergrund." Bei ihnen gebe es häufiger einen ungesunden Lebensstil, ein erhöhtes Unfallrisiko, die Vorsorgeuntersuchungen würden seltener wahrgenommen.

Die KIGGS-Studie - vom Gesundheitsministerium zusammen mit dem Ministerium für Bildung und Forschung beim Berliner Robert-Koch-Institut (RKI) in Auftrag gegeben- brachte unter anderem auch diese Erkenntnisse:

- Bei den Minderjährigen in Deutschland gibt es eine Verschiebung von akuten zu chronischen Erkrankungen. Dazu zählen Fettleibigkeit, Asthma, Allergien und psychische Erkrankungen. Die häufigsten chronischen Leiden sind Bronchitis (13,3 Prozent), Neurodermitis (13,2 Prozent) und Heuschnupfen (10,7 Prozent).
- Als übergewichtig gelten 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen.
- Soziale, familiäre und personale Ressourcen sind wichtige Schutzfaktoren für Kinder und Jugendliche. Hauptschüler rauchen fünfmal häufiger als Gymnasiasten.
- Der Konsum von Süßigkeiten und süßen Getränken ist relativ hoch. Zwar isst mehr als die Hälfte der Kinder täglich auch Obst und Gemüse, doch nimmt dieser Anteil mit fortschreitendem Alter ab. Rund drei Viertel der Teilnehmer isst nur einmal im Monat Fast Food.
- Etwa drei Viertel der Jungen und Mädchen in der Altersgruppe von drei bis zehn Jahren betätigen sich mindestens einmal pro Woche sportlich. Bei den 11- bis 17-jährigen sind Sport und Bewegung ebenfalls verbreitet. An den meisten Tagen der Woche betätigt sich aber nur eine Minderheit der Kinder und Jugendlichen Teenager körperlich, obgleich Fachleute das empfehlen.

Dass auch Kinder und Jugendliche aus Einwandererfamilien entsprechend ihrem Anteil an den Minderjährigen in Deutschland mit untersucht worden sind, ist neu. Bei rund 17 Prozent der Untersuchten gab es väter- und mütterlicherseits einen Migrationshintergrund, bei weiteren 8,3 Prozent war ein Teil der Verwandtschaft eingewandert. Die beiden größten Gruppen unter den Migrantenkindern waren mit knapp 30 Prozent russlanddeutsche und mit rund 28 Prozent türkischstämmige Kinder und Jugendliche.

In einer Zusammenfassung des RKI mit den wichtigsten Aussagen der Studie heißt es zur „Subjektiven Gesundheit":

„Sowohl die Elternurteile als auch die Selbsteinschätzungen deuten auf eine gute gesundheitliche Lage der Heranwachsenden hin, jedoch sind Gruppenunterschiede nach Alter, Sozialstatus und Migrationshintergrund zu beobachten".

Zu „Unfallverletzungen bei Kindern und Jugendlichen":

„Schwerpunkte betreffen die Unfälle im Heim- und Freizeitbereich und als herausragende Altersgruppe das Säuglings- und Kleinkindalter. Bei älteren Kindern und Jugendlichen sind die Aktivitäten in der Verkehrserziehung zu verstärken, insbesondere was das Tragen von Schutzbekleidung beim Fahrradfahren und Skaten betrifft sowie Autofahren mit alkoholisierten Fahrern".

„Verhaltensprobleme und –stärken":

„Psychische Probleme im Kindes- und Jugendalter stellen gesundheitliche Beeinträchtigungen mit z. T. schwerwiegenden Konsequenzen für das individuelle Wohlbefinden sowie die alltägliche und soziale Funktionsfähigkeit dar. Häufig sind diese Probleme auch mit starken Belastungen für das soziale Umfeld verbunden. Unterschieden werden Probleme mit sich selbst (Ängste, Depressivität) und Probleme im Umgang mit anderen (Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität, aggressives oder dossoziales Verhalten).....Die Resultate betonen die Notwendigkeit, beginnende psychische Probleme frühzeitig zu erkennen und ihnen präventiv zu begegnen. Insbesondere nur schwer erreichbare Gruppen wie z. B. sozial benachteiligte oder Kinder mit Migrationshintergrund müssen hierbei berücksichtigt werden".

„Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen":

„Kinder und Jugendliche essen insgesamt weniger Brot und Getreideprodukte, Gemüse, Obst, Milchprodukte, Fisch und Beilagen wie Kartoffeln, Nudeln oder Reis als empfohlen (z. B. vom Forschungsinstitut für Kinderernährung). Dagegen ist der Konsum von Süßigkeiten, fetten Snacks und gesüßten Getränken zu hoch. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, Kinder und deren Eltern schon früh über eine gesunde Ernährungsweise aufzuklären und dafür zu sensibilisieren".

„Tabakkonsum und Passivrauchen":

„.....dass in Deutschland nach wie vor ein großer Anteil der Jugendlichen raucht oder durch Tabakrauch belastet wird. Dadurch wird die Notwendigkeit von Interventionen zur Verhinderung des Einstiegs ins Rauchen und zum Schutz vor Tabakrauch unterstrichen, die bereits bei Kindern ansetzen müssen".

„Mundgesundheitsverhalten":

„Bei fast einem Drittel der Kinder und Jugendlichen muss das Mundgesundheitsverhalten als nicht optimal eingeschätzt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem ein schicht- und kulturspezifischer Präventionsbedarf besteht...."

„Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter":

„Ziel der Früherkennungsuntersuchungen ist es, bei der Entdeckung von Gesundheits- oder Entwicklungsstörungen möglichst rasch eine Therapie oder Fördermaßnahme einzuleiten, um ein betroffenes Kind vor langfristigen Folgen für eine gesunde und altersgemäße Entwicklung zu bewahren. Im Sinne einer Versorge, die alle Kinder erreicht, ist es notwendig, Familien mit niedrigem Sozialstatus, Familien mit Migrationshintergrund sowie ältere und sehr junge Mütter bzw. Familien mit mehreren Kindern noch stärker zur Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen zu ermutigen".

Die Situation in Essen

Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Kinder und Gesundheit" der Gesundheitskonferenz hat sich ausführlich mit der Lage der Kinder in Essen befasst. Der Schwerpunkt wurde auf die Gesundheit der bis zu 14 Jahre alten Kinder gelegt. Das sind 80.000 Kinder und damit 40 Prozent weniger als vor 30 Jahren.

Aus den zusammen getragenen Fakten und aus Beiträgen von Fachleuten zu den Arbeitstreffen und zu Sitzungen der Gesundheitskonferenz geht hervor, dass Essen die Ruhrgebietsstadt mit der stärksten Abnahme der Zahl von Kindern unter 15 im Gebiet des Kommunalverbands Ruhrgebiet seit 1970 ist – und mit dem geringsten Anteil von Kindern und Jugendlichen an der Bevölkerung (nur in jedem sechsten Haushalt leben Kinder). Bedingt durch den Wegzug von Familien und durch den allgemeinen Geburtenrückgang sind Familien in diesem Zeitraum nicht kleiner, sondern weniger geworden. Der Geburtenrückgang wurde und wird in erster Linie durch die erhebliche Steigerung der Anzahl kinderloser

Frauen und Männer verursacht. Jede dritte Frau – dabei vor allem die aus besser ausgebildeten und vermögenderen Schichten – bleibt heute ohne Kinder. Ein höherer Anteil von Kindern wächst heute in weniger vermögenden und bildungsferneren Familien auf.

Für die rund 6.000 Kinder, die jedes Jahr in Essen geboren werden, gibt es "drei Säulen" der Begleitung ihrer gesundheitlichen Entwicklung. Die erste Säule ist das kostenlose Angebot von neun Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen von der Geburt bis kurz vor der Einschulung (66. Lebensmonat). Die Teilnahmequote nimmt mit zunehmendem Alter des Kindes bis auf unter 50 Prozent ab, unterschiedlich nach Stadtteil und Nationalität. Diese Angebote werden um kostenlose Impfungen gegen neun Infektionserkrankungen ergänzt – die zweite Säule. Die Quote vollständig geimpfter Kinder ist unbefriedigend und liegt – je nach Impfung und Nationalität – zwischen 92 und 54 Prozent. Auf beiden Gebieten steigen die Quoten, eine weitere Verbesserung ist notwendig. Die Schuleingangsuntersuchung aller Kinder ist die dritte Säule. Der dabei festgestellte Gesundheitszustand ist unbefriedigend: es werden zunehmende Defizite bei Motorik, Koordination, Sprache und Verhalten festgestellt.

Über 25 Prozent der 80.000 Essener Kinder im Alter von bis zu 14 Jahren haben einen Migrationshintergrund, 16 Prozent leben von staatlichen Leistungen.

In Essen bestehen im landesweiten Vergleich verhältnismäßig große Probleme: viele Arme, Arbeitslose, Überalterung, abnehmende Bevölkerung.

Der vorliegende Bericht ist das Ergebnis der Arbeit von Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes und der Arbeitsgruppe „Kinder und Gesundheit" der Gesundheitskonferenz.

Die gesundheitliche Lage von Kindern in Essen zum Zeitpunkt der Arbeitsgruppenbildung wird im folgenden Kapitel anhand ausgewählter Daten der Schuleingangsuntersuchungen 2005 näher dargestellt. Diese Daten bestätigen den langjährigen Trend immer schlechterer Untersuchungsergebnisse bei den flächendeckenden Schuleingangsuntersuchungen in Essen. Auf der Grundlage dieser Ausgangssituation wurden Handlungsempfehlungen erarbeitet, deren Auswirkungen in einem späteren Bericht mit aktuellem Zahlenmaterial zu belegen sind.

Dr. Rainer Kundt
Amtsarzt
Vorsitzender der Gesundheitskonferenz Essen

Bestandsaufnahme, Schwerpunkte

Gesundheitliche Situation von Kindern in Essen

Überblick

Die Gesundheit von Kindern rückt zunehmend ins Interesse von Öffentlichkeit und Politik. Kinder sind unsere Zukunft und bedürfen förderlicher Umfeldbedingungen, um zu gesunden und leistungsfähigen Mitgliedern unserer Gesellschaft heranzuwachsen. Deshalb sieht unser Sozialsystem zahlreiche Maßnahmen vor, um Kinder gesund aufwachsen zu lassen: Alle Kinder, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, haben einen Rechtsanspruch auf neun kostenlose Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen in den ersten sechs Lebensjahren. Voraussetzung ist allerdings, dass die Eltern ihre Fürsorgepflicht ernst nehmen und entsprechende Untersuchungstermine bei den niedergelassenen Kinderärzten vereinbaren und ihre Kinder dort vorstellen. Eine Praxisgebühr ist hierfür nicht zu zahlen, so dass finanzielle Aspekte keine Rolle spielen. Zusätzlich gibt es für alle in Deutschland empfohlenen Impfungen Vereinbarungen mit den Krankenkassen und die Kosten für diese sehr wirksame Präventionsmaßnahme müssen ebenfalls nicht von den Eltern getragen werden, jedoch obliegt es auch in diesem Fall der elterliche Sorge entsprechende Termine zu vereinbaren. Eine entsprechende Arztdichte, um weite Anfahrtswege zu vermeiden, ist mit 42 niedergelassenen Kinderärzten in Essen auch gegeben (Siehe Karte im Anhang). Zur stationären Versorgung bei schwereren Erkrankungen stehen zwei Kinderkliniken mit den unterschiedlichsten Spezialabteilungen zur Verfügung. Damit sind die wichtigsten Grundvoraussetzungen für eine optimale Versorgung aller Kinder erfüllt.

Die Realität sieht für viele Kinder jedoch ganz anders aus: Multiple psychosoziale Stressoren belasten Kinder, verringern ihre Bewältigungsressourcen und führen zu gesundheitlichen Einschränkungen und schulischen Problemen. Elterliche Fürsorge und Erziehungskompetenz sind häufig nicht stark genug ausgeprägt, um den Kindern förderliche Bedingungen und eine gute Versorgung zu bieten.

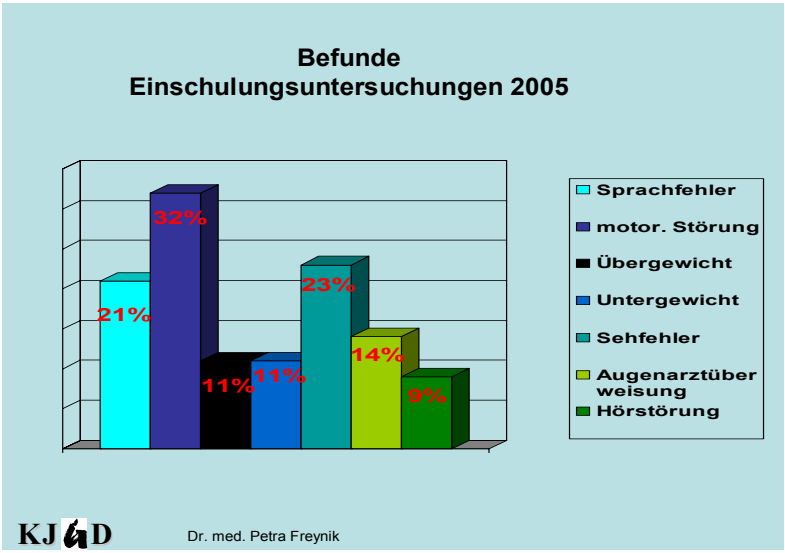
In NRW sind Untersuchungen vor der Einschulung durch den ÖGD für alle Kinder gesetzlich vorgeschrieben; die hierbei gewonnenen Ergebnisse sind die einzige Datenquelle, die Aussagen zum Gesundheitszustand ganzer Jahrgänge ermöglicht.

Zum Schuljahr 2005/2006 wurden in Essen 5.236 Kinder im Alter von 6 Jahren vor der Einschulung untersucht.

Hierbei sind schwere Infektionskrankheiten, angeborene Stoffwechselstörungen und lebensbedrohliche Allgemeinerkrankungen selten festzustellen, jedoch häufen sich Auffälligkeiten und Störungen in allen Entwicklungsbereichen: Fast die Hälfte der Kinder kann ihren Körper schlecht koordinieren, einen Stift nicht richtig gebrauchen, nur Bruchstücke von Sätzen bilden oder nicht einen Moment still sitzen und zuhören.

Jeder dritte Einschüler weist gesundheitliche Probleme auf. Diese sind nur zum Teil bekannt und häufig unzureichend therapeutisch versorgt.

Hier bietet die flächendeckende Schuleingangsuntersuchung die Möglichkeit zu intervenieren, auch und besonders bei Familien, die freiwillige Angebote wie die Vorsorgeuntersuchungen bei den niedergelassenen Ärzten nicht oder nur teilweise in Anspruch nehmen.



Jedes 3. Kind benötigte wegen erstmalig festgestellter Befunde bzw. unzureichend versorgter gesundheitlicher Einschränkungen eine Überweisung zu niedergelassenen Ärzten (Kinder, Augen, HNO, Orthopädie...).

Bei 25 % der untersuchten Kinder waren weiterführende Maßnahmen erforderlich (Nachbetreuung durch den KJGD, Fachberatungen wie ASD, Erziehungsberatungsstellen, Sprachambulanz, Kurmaßnahmen, Vermittlung von Bewegungsangeboten etc.)

Im Folgenden wird die Methodik der Einschulungsuntersuchung dargestellt und auf wichtige Untersuchungsergebnisse näher eingegangen:

- Ethnien
- Sozialstatus der Familien
- Teilnahme an Vorsorgen und Impfungen
- Gewichtsprobleme
- Störungen der Motorik
- Auffälligkeiten der Sprachentwicklung
- Schulrelevante Auffälligkeiten
- Geschlechtsspezifische Aspekte
- Elternbildung und kindliche Entwicklung

Methodik der Einschulungsuntersuchung

Bei der Einschulungsuntersuchung handelt sich um eine sozialpädiatrische Untersuchung aller Kinder eines Einschulungsjahres nach einem standardisierten Verfahren.
Die Untersuchung beinhaltet:

- Ausführliche Anamnese gestützt durch Elternfragebögen
  - Schwangerschaftsverlauf / Geburt / Meilensteine der Entwicklung /Krankheiten + Krankenhausaufenthalte / Therapien .....
- Erfassung der somatischen Entwicklung
  - anthropometrische Daten
  - körperliche Untersuchung des entkleideten Kindes
  - schulrelevante körperliche Erkrankungen mit Einschränkungen der Belastbarkeit
- Diagnostik des Sehens
  - Apparativer Sehtest zur Bestimmung der peripheren Sehfähigkeit
  - Stereosehen, Farbsehen
  - visuelle Wahrnehmung und Verarbeitung

- Diagnostik des Hörens
    - Apparativer Hörtest zur Bestimmung der peripheren Hörfähigkeit
    - phonematische Diskrimination
    - auditive Wahrnehmung und Verarbeitung
- Verhaltensbeobachtung und Einschätzung
    - kann sich auf die Untersuchungssituation einlassen
    - hört Aufgabenstellungen zu, arbeitet mit und bemüht sich um Lösungen
    - konzentriert sich auf die gestellten Aufgaben, lässt sich durch Alltagsgeräusche von draußen nicht ablenken
- Allgemeine Fertigkeiten
    - Spontaner Mengenbegriff bis 5
    - Grundfarben werden erkannt und benannt
- Screening zu Teilleistungsstörungen „S-ENS"
    - Körperkoordination, Motorik
        - Körper"wahrnehmung" / Gesamtkoordination
        - Bewegungsplanung, Bewegungsgeschwindigkeit, Kraftdosierung, Ermüdbarkeit
        - assoziierte Mitbewegungen
    - Visuomotorik / Feinmotorik
        - visuelle Perceptionsfähigkeit
        - Auge-Hand-Koordination
        - feinmotorische Bewegungskoordination
        - Kraftdosierung, Ermüdbarkeit, Arbeitsgeschwindigkeit, Ausdauer
    - Sprache
        - Artikulation
        - Sprachkompetenz, Kommunikationsfähigkeit
        - Migrationshintergrund / Deutschkenntnisse
- zahnärztliche Untersuchung und Beratung

Die Ergebnisse der Untersuchungsschritte werden ärztlich bewertet und führen zu:

- Ärztlichen Empfehlungen
    - zu den Bedingungen der Schulfähigkeit des einzelnen Kindes
    - sowie zu schulischen Fördermaßnahmen aus medizinischer Sicht
- Veranlassung und Koordination notwendiger gesundheitlicher Maßnahmen
    - in enger Kooperation mit den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten
    - Vermittlung von Jugendhilfe-Maßnahmen / Betreuung durch aufsuchende Fürsorge

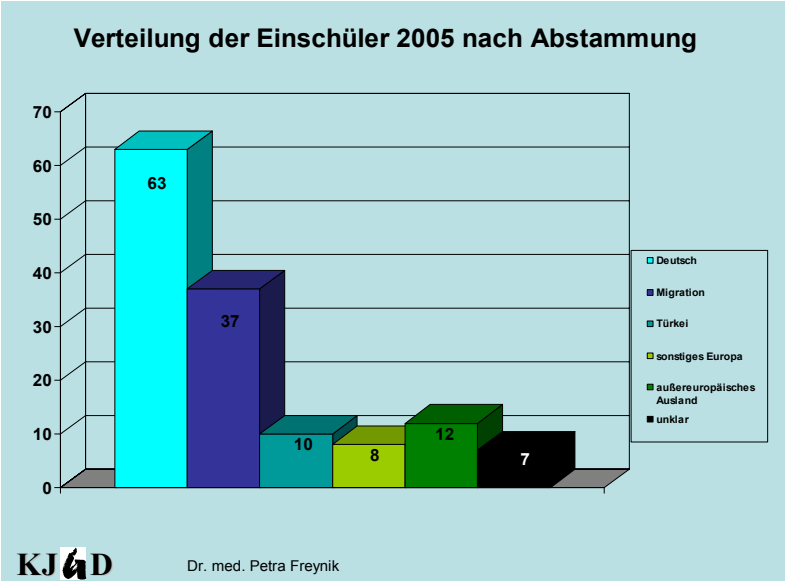
Die ermittelten Untersuchungsergebnisse aller Kinder werden anonymisiert und verschlüsselt ausgewertet für jeweils einen Einschulungsjahrgang zu unterschiedlichsten epidemiologischen Fragestellungen.

Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen

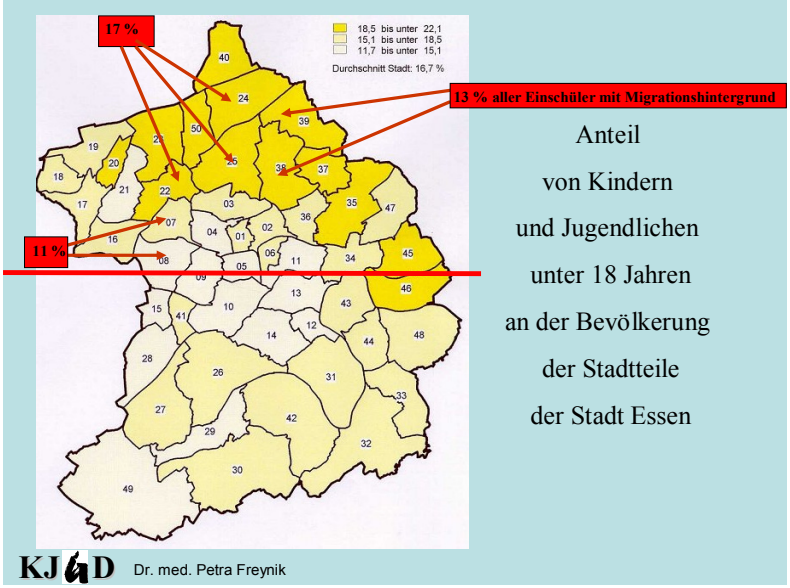
Ethnien

Wie in allen Großstädten steigt auch in Essen bei den Einschülern der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund (mindestens 1 Elternteil **nicht** in Deutschland geboren) an. 1998 stammten 29% der Einschulungskinder aus Migrantenfamilien, im Jahr 2005 waren es bereits 37 %.

Der Zustrom von Migranten aus europäischen Ländern zeigt eine eher abnehmende Tendenz, während die Zahl der aus außereuropäischen Ländern zugewanderten Familien ansteigt. Viele dieser Kinder sind in ihren Herkunftsländern unzureichend medizinisch versorgt worden und benötigen dringend therapeutische Interventionen. Oft sind den Eltern die Möglichkeiten und Angebote unseres Gesundheitssystems nicht bekannt und mögliche Hilfen werden nicht in Anspruch genommen. Eine Beratung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung – eventuell mit telefonischer Terminvereinbarung bei weiterbetreuenden Institutionen (Kinderarzt, Augenarzt, sozialpädiatrischem Zentrum, Erziehungsberatungsstelle etc.) – kann Wege zur besseren Versorgung dieser Kinder anbahnen.



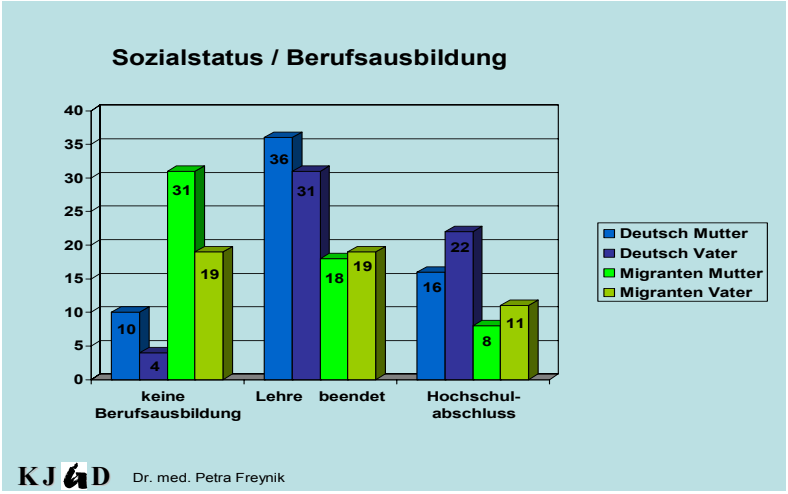
Die Migrantenfamilien leben sehr ungleich über das Stadtgebiet verteilt, in wenigen unserer 50 Stadtteile lebt insgesamt die Hälfte aller Einschüler mit Migrationshintergrund. Integration und Teilhabe an unserem Gesundheitssystem ist so nur unzureichend umzusetzen.



Sozialstatus

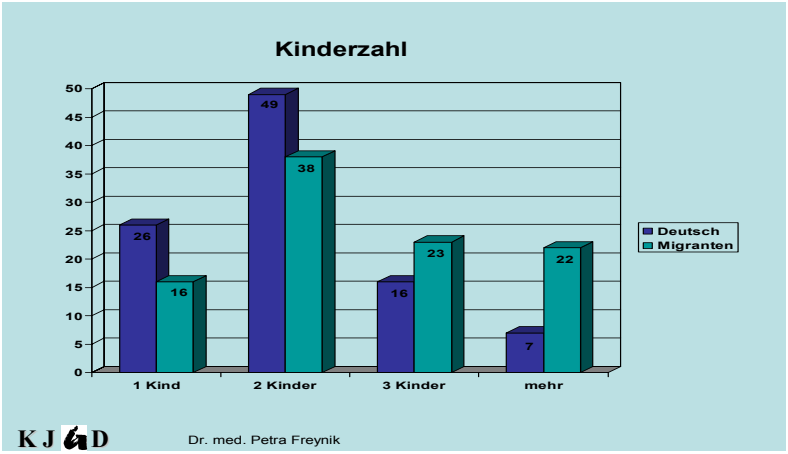
Von ~ 70 % der Mütter aus Migrationsfamilien waren Angaben zu Schulbildung, Berufsausbildung und Berufstätigkeit zu erhalten. 85 % der deutschen Familien machten Angaben zu diesen Fragen.
Dieselben Fragen zu den Vätern wurden von ~ 65 % der Migrationsfamilien beantwortet und von 75 % der deutschen Familien.

Keinerlei Schulabschluss haben 12 % der Mütter aus Migrationsfamilien und 8 % der Väter; bei deutschen Familien jeweils 1 %. Einen Hauptschulabschluss geben 20 % aller Mütter und Väter an.
Fachoberschulreife bzw. Abitur haben 18 % der Migranten/innen erreicht und 34 % der Deutschen.
In Migrantenfamilien haben häufig beide Elternteile keine abgeschlossene Berufsausbildung. Bei den deutschen Eltern sind es 10 % der Mütter und 4 % der Väter. Ein Drittel aller deutschen Eltern verfügt über eine abgeschlossene Lehre. Auch Fachhochschulabschluss bzw. Universität haben deutsche Eltern doppelt so häufig wie Migranteneltern.



Erziehungs- bzw. Elternurlaub nehmen Männer nicht (0,2 % Migranten und 0,4 % Deutsche), jedoch 4 % der Migrantinnen und 7 % der Deutschen.

Nicht berufstätig sind 40 % der Migrantinnen und 28 % der deutschen Frauen. Diese Tatsache ist vielleicht in der Familiengröße begründet, denn Migrantenfamilien sind größer als deutsche Familien.



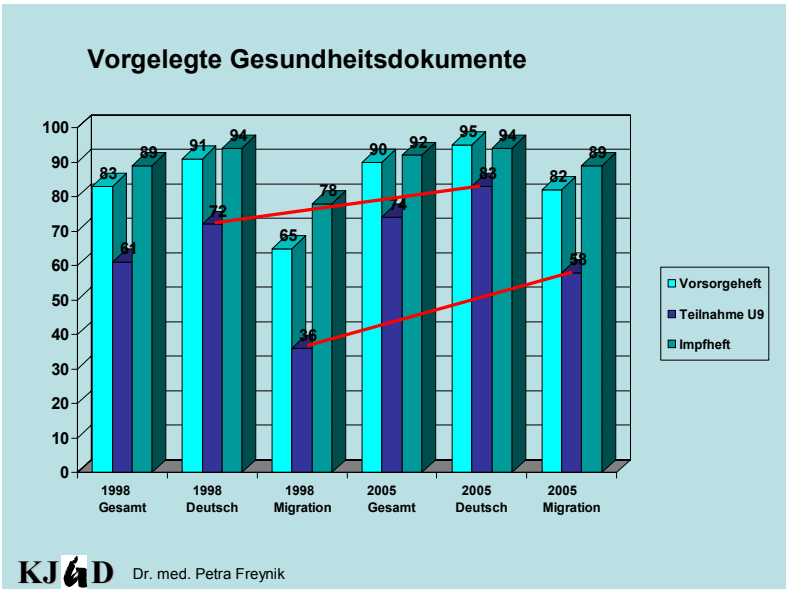
Vorsorgen und Impfungen

90 % aller Einschüler legten ein Vorsorgeheft vor. Die bewiesene Teilnahme an der U9 beträgt bezogen auf alle Einschulungskinder 74 %.

Bei den Untersuchungen 1998 legen 65 % der Familien mit Migrationshintergrund ein Vorsorgeheft vor, 2005 waren es 82 %. Dieser erfreuliche Anstieg ist vielfältigen Aktionen und Bemühungen zu verdanken z. B. Veranstaltungen zu Vorsorgeuntersuchungen mit Dolmetschern in Moscheegemeinden.

Leider beinhaltet die Vorlage des Heftes nicht die regelmäßige Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen bei den niedergelassenen Kinderärzten. 1998 konnten nur 36 % eine Teilnahme an der letzten Untersuchung (U9) belegen, 2005 waren es 58 % der Migrantenkinder. Somit zeigt sich eine Steigerung der Teilnahme, aber der erreichte Wert ist immer noch unzureichend.

92 % aller Einschüler legten ein Impfheft vor. Auch bei der Vorlage der Impfhefte gibt es bei Migranten einen Anstieg von 78 % auf 89 %.



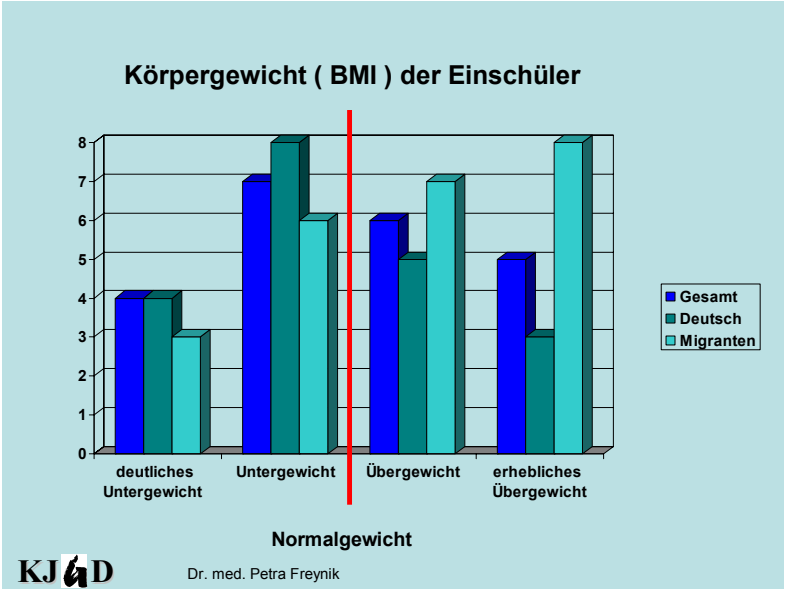
Migrantenkinder, die in Deutschland geboren sind, weisen tendenziell (3 – 4 % besser!) einen besseren Impfschutz auf (70 – 75 % komplett) als deutsche Kinder. Dieses betrifft besonders die Masern-Mumps-Röteln-Impfung und die Impfung gegen Hepatitis B, offensichtlich gibt es unter den Migrantenfamilien weniger Impfgegner bzw. für Reisen in die Herkunftsländer möchten die Eltern ihre Kinder zuverlässig geschützt wissen.

Kinder, die in ihren Herkunftsländern geboren sind und im Verlauf der ersten Lebensjahre nach Deutschland kommen, weisen erhebliche Impflücken auf, von ihnen sind nur 40 % bei der Einschulung komplett geimpft.

Gewicht

Entsprechend der in Deutschland gebräuchlichen Richtlinien der AGA (Arbeitsgemeinschaft Adipositas / Deutsche Adipositas Gesellschaft) sind 78 % aller Einschüler normalgewichtig, 11 % untergewichtig bzw. deutlich untergewichtig und 11 % übergewichtig bzw. adipös.

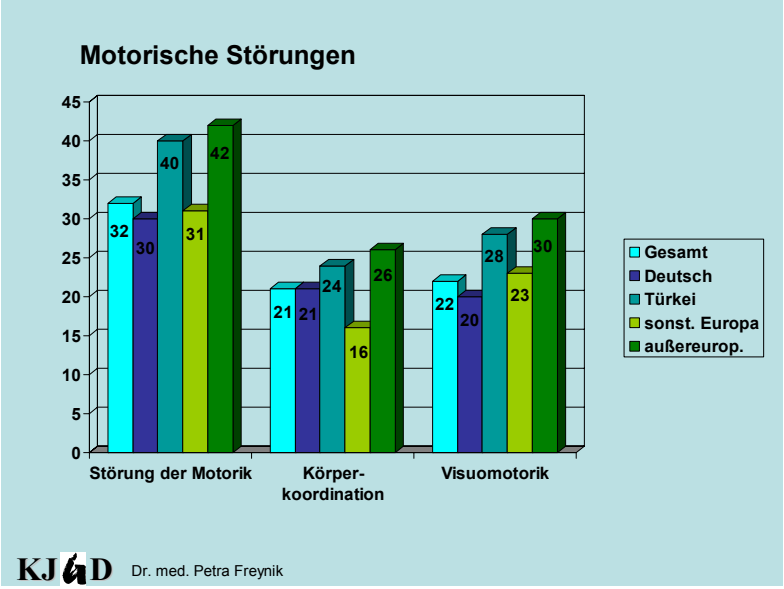
Bei türkischen Kindern, die in Deutschland geboren sind, bringen aber 18 % zuviel Gewicht auf die Waage. Die Lebens- und Ernährungsgewohnheiten dieser Gruppe scheinen sich erheblich von den Gepflogenheiten in der Türkei zu unterscheiden, da neu zugewanderte, türkische Kinder kein Übergewicht aufweisen.



Besondere Aufmerksamkeit muss in Zukunft der Gruppe der untergewichtigen Kinder zuteil werden, da im Alter von 6 Jahren die Ursache für Untergewicht nicht in falschen Schönheitsidealen zu suchen ist, sondern diese Kinder offensichtlich fehl- / unterernährt sind. Unterstützt wird diese Annahme durch Aussagen zahlreicher Erzieherinnen, dass viele Kinder erstmalig in der Gemeinschaftseinrichtung eine Mahlzeit in Ruhe an einem Tisch sitzend zu sich nehmen. Auch in den Grundschulen haben immer mehr LehrerInnen eine „Notration" Knäckebrot o. Ä. im Schrank, weil Kinder ohne Frühstück zum Unterricht erscheinen und auch für den weiteren Tagesverlauf keine Pausenmahlzeit dabei haben.

Motorik

Berücksichtigt man die Ergebnisse in allen Teilbereichen der Motorik (Körperkoordination, Feinmotorik, Visuo/Graphomotorik) so weisen 32 % aller Einschüler Defizite auf; sie können entweder nicht gut springen, balancieren oder auf einem Bein stehen oder sie können einfache Formen nicht kopieren, keine Figuren rekonstruieren.
Kinder türkischer oder außereuropäischer Herkunftsfamilien sind zu 40 % auffällig. Ganz besonders im Bereich der Visuomotorik zeigen Kinder aus nicht europäischen Herkunftsfamilien deutliche Defizite (30 % versus 20 % bei Deutschen); dieser Rückstand macht den Einstieg in die Schullaufbahn ganz besonders schwer, da der Erwerb der Kulturtechniken Schreiben und Lesen stark abhängig ist von Vorläuferfähigkeiten in diesem Bereich.

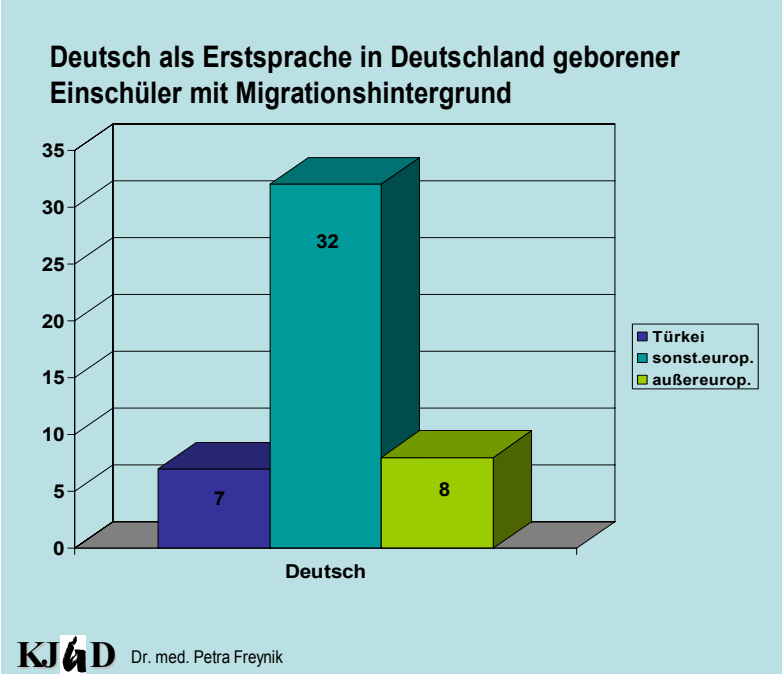


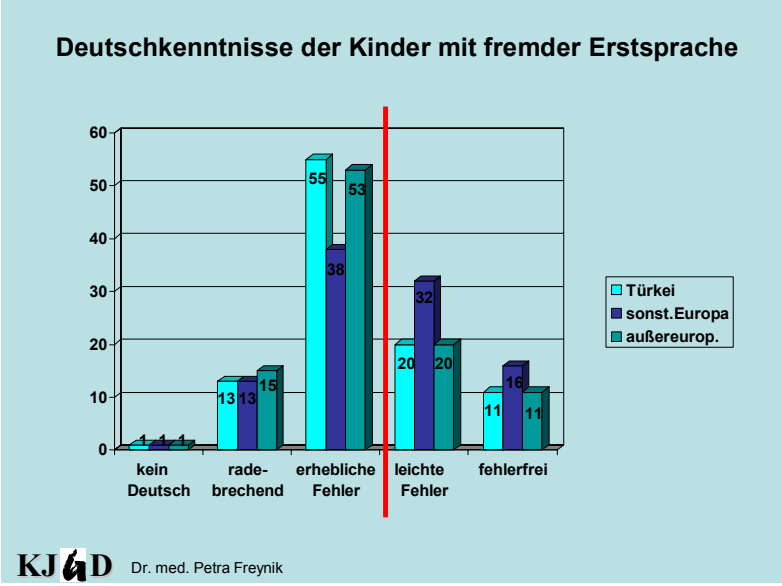
Sprache

Sprachstörungen, bei denen Beobachtungs-, Beratungs- oder Therapiebedarf besteht, haben 20 % aller Einschüler. Deutsche Kinder sind überwiegend in den erforderlichen Therapien (14 %), es sind lediglich bei 2 % Überweisungen zu den Kinderärzten erforderlich.
Bei Kindern aus Migrantenfamilien benötigen 5 – 6 % Überweisungen zu den Kinderärzten, um die erforderlichen Therapien noch vor der Einschulung einzuleiten.

Fehlende Deutschkenntnisse sind kein Grund für Überweisungen, da diese Kinder nicht Therapien benötigen, sondern eine umfassende pädagogische und familiäre Sprachförderung.

Nach Angabe der Eltern ist in 72 % aller Familien die Erstsprache bzw. Familiensprache Deutsch. Familien türkischer und außereuropäischer Herkunft sprechen mit ihren Kindern, auch wenn diese in Deutschland geboren sind, überwiegend eine andere Sprache als Deutsch (90 – 95 % der Familien), während in 30 % der Familien aus dem sonstigen europäischen Ausland Deutsch als Erstsprache gebraucht wird.





Bei Kindern mit Migrationshintergrund werden die Kenntnisse der deutschen Sprache in 5 Kompetenzstufen eingeteilt:

Stufe 1: Das Kind spricht kein Deutsch (Sachverhalte können nicht vermittelt werden)

Stufe 2: Das Kind spricht radebrechend Deutsch (einfache Sachverhalte in primitiverem Wortschatz vermitteln): *ich Tarzan du Jane*

Stufe 3: Das Kind spricht flüssig, aber mit erheblichen Fehlern (Artikel, Konjugation, Deklination fehlen weitgehend): *die große Junge wegnehmen*

Stufe 4: Das Kind spricht gut Deutsch mit leichten Fehlern (Artikel, Satzstellung, Deklination oder Konjugation): *eine große Junge auf die Spielplatz*

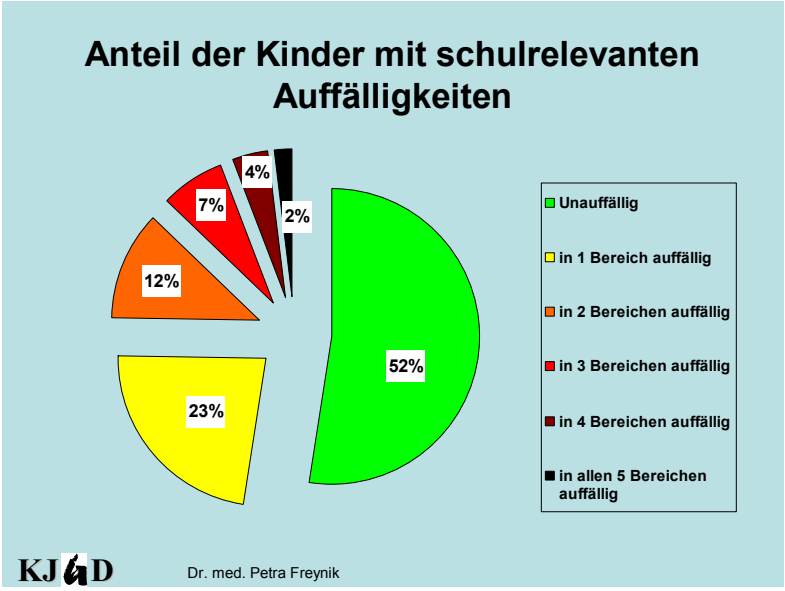
Stufe 5: Das Kind spricht fehlerfrei Deutsch (von Deutschen nicht zu unterscheiden)

Man muss davon ausgehen, dass nur Kinder der Kompetenzstufen 4 und 5 von Anfang an problemlos den schulischen Anforderungen entsprechen können.

Nur 28 % aller Kinder mit Migrationshintergrund erreichen diese Stufen. 65 % der in Deutschland geborenen türkischen und außereuropäischen Kinder haben deutlich eingeschränkte Startchancen in der Schule, bei Kindern, die selber die 1. Zuwanderungsgeneration sind, sogar 80 %, da sie nur über rudimentäre Deutschkenntnisse verfügen.

Schulrelevante Auffälligkeiten

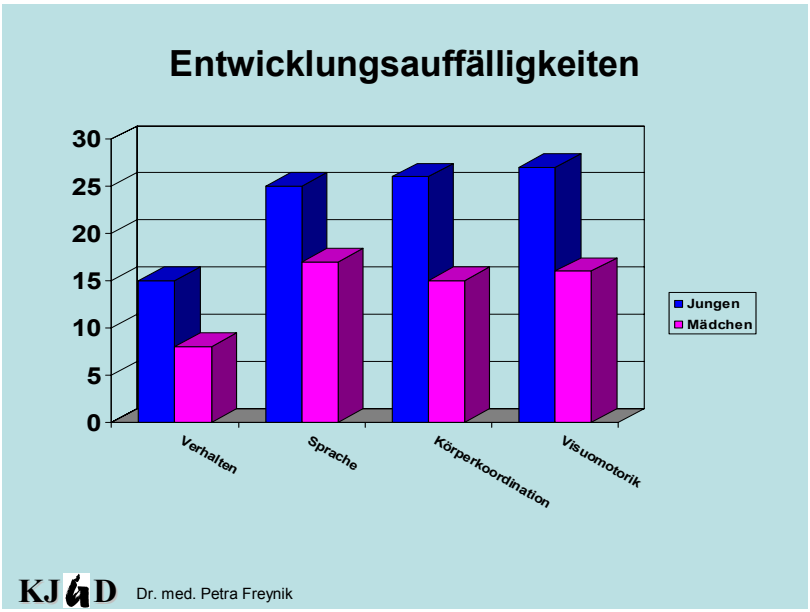
Gesundheitliche Störungen und Entwicklungsverzögerungen können zu einer Einschränkung der schulischen Leistungsfähigkeit führen. Besonders Probleme in den Bereichen Körperkoordination, Visuomotorik, visuelle Wahrnehmung und Verarbeitung, auditive Wahrnehmung und Verarbeitung, Sprache und Verhalten führen zu einer erheblichen Belastung des Kindes; der Versuch die Auffälligkeiten zu kompensieren, bindet Kraft und Konzentration, die eigentlich zur Teilnahme am Unterricht erforderlich wären. Besonders wenn Probleme in mehreren Teilbereichen der Entwicklung bestehen, ist mit erheblichen schulischen Problemen zu rechnen.



Geschlechtsspezifische Aspekte

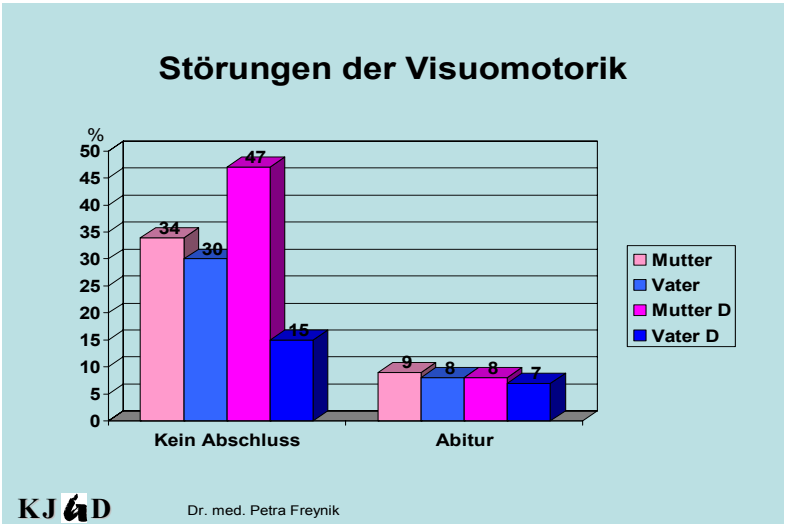
Jungen sind erheblich häufiger von gesundheitlichen Problemen und Entwicklungsauffälligkeiten betroffen als Mädchen. Bereits ab dem Zeitpunkt der Zeugung haben männliche Individuen schlechtere Chancen: Sie kommen häufiger als Fehl- oder Frühgeburten zur Welt, sind von vielen Erbkrankheiten häufiger und schwerer betroffen, versterben häufiger am plötzlichen Kindstod und sind Spitzenreiter in der Unfallstatistik.

Wenn sie diese Hürden alle genommen haben, kommt die nächste große Herausforderung für Jungen die Einschulung. Durchschnittlich hinken Jungen den Mädchen in ihrer Entwicklung ein halbes Jahr hinterher: Sie können nur schwer Regeln einhalten und abwarten bis sie an der Reihe sind, der Gebrauch von Stiften ähnelt eher einem Kraftakt, verbal sind sie unterlegen und ihren Körper können sie in komplexeren Bewegungsmustern nur schlecht koordinieren. Diese geforderten Fähigkeiten sind eine Grundvoraussetzung schulischen Lernens, so dass frühzeitig Probleme und Frustration auftreten, was darin endet, dass Jungen häufiger eine Klasse wiederholen müssen, schlechtere Schulabschlüsse machen und überproportional häufig auf Sonderschulen zu finden sind.

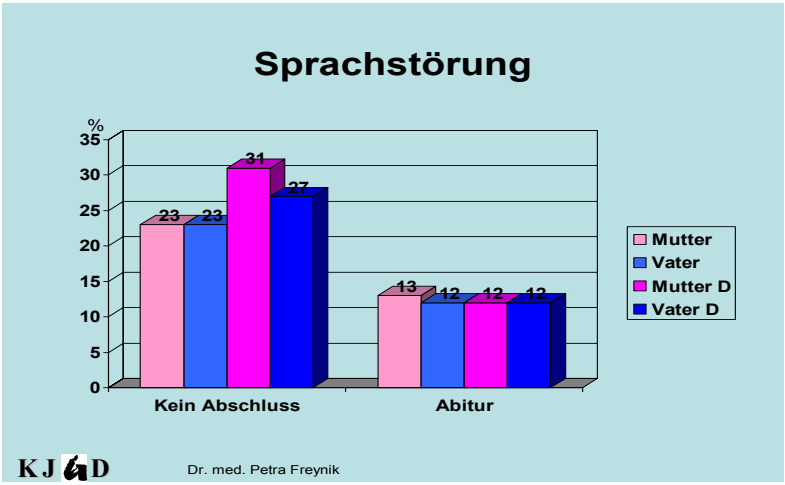


Elternbildung und kindliche Entwicklung

Kinder sind durch Bildungsferne der Eltern – insbesondere der Mutter – erheblich in ihrem Entwicklungspotential eingeschränkt. Sie starten in die Schullaufbahn mit einem Rückstand im Bereich vorschulischer Fähig- und Fertigkeiten, den sie im Schulalltag nicht ausgleichen können. Wichtige Vorläuferfähigkeiten zum Erwerb unserer Kulturtechniken Schreiben und Lesen fehlen ihnen, Schulversagen ist vorprogrammiert.



Sprache als wichtiger Bestandteil der Teilhabe am Leben, aber ganz besonders an Schulbildung, wird in vielen Familien ohne Schulabschluss der Eltern offensichtlich nur unzureichend genutzt, die Kinder weisen erhebliche Defizite in ihrer Sprachentwicklung auf.

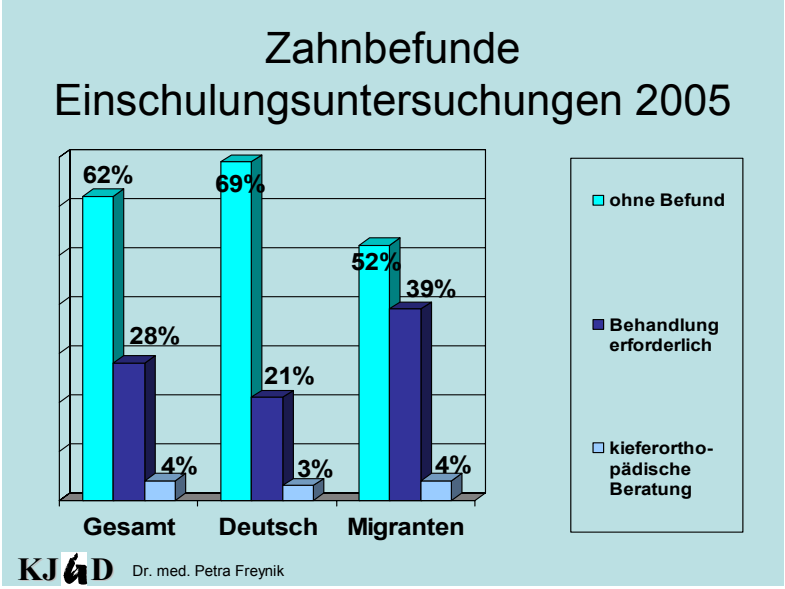


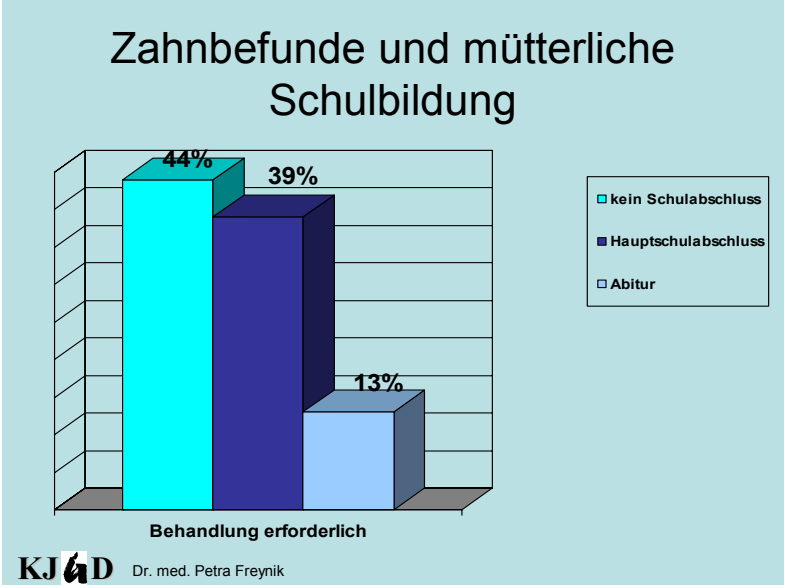
Auffällig ist, dass besonders in deutschen Familien die Bildungsferne der Mutter die Kluft zu Kindern von Eltern mit Abitur drastisch vergrößert. Frühkindliche Bildungsarbeit findet in bildungsfernen, deutschen Familien offensichtlich nicht statt, während gebildete Eltern ihren Kindern einen erheblichen Entwicklungsvorteil sichern.

Zahngesundheit in Abhängigkeit von Elternbildung und Herkunftsgruppen

Ein naturgesundes Gebiss haben leider nicht alle Kinder bei der Einschulung. Einige Kinder haben durch einen Sturz auf das Gesicht ihre Schneidezähne frühzeitig verloren, aber deutlich häufiger sieht man Kinder, die unter den verheerenden Folgen des ständigen Nuckelns am Teefläschchen leiden, ihre Zähne sind bis auf kleine schwarze Stummel abgefault und wegen der auftretenden Schmerzen mussten in Vollnarkose bereits im Kleinkindalter Zahnreste operativ entfernt werden. Der frühzeitige Verlust der Zähne führt zu Problemen mit den nachwachsenden bleibenden Zähnen, da es zu erheblichen Verschiebungen und Verkantungen in der Zahnstellung kommt. Zusätzlich erschweren fehlende bzw. fehlstehende Zähne die kindliche Aussprache. Beim Erlernen etlicher Lautbildungsprozesse sind die Zähne als geschlossene Reihe eine unverzichtbare Grenze für die Zunge, so entstehen bei diesen Kindern Artikulationsstörungen, die therapeutisch angegangen werden müssen. Bei Kieferanomalien müssen die Eltern frühzeitig für die Inanspruchnahme kieferorthopädischen Beratung und Korrektur sensibilisiert werden.

Aus diesen Gründen werden seit zwei Jahren im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen Beratungen und Kontrollen des Zahnstatus durch die Zahnärzte des Gesundheitsamtes durchgeführt.





Nur die Hälfte aller Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund haben naturgesunde Zähne und Kinder mit Karies sind schlechter betreut, denn sie benötigen deutlich häufiger Überweisungen zur Behandlung ihrer Zähne.

Mundgesundheit hängt natürlich von der Zahnpflege ab, aber auch von den Ernährungsgewohnheiten in der Familie; deshalb haben Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern deutlich häufiger kariöse Zähne als Kinder aus gebildeten Familien. Die Betreuung und Versorgung der Kinder im Elternhaus wird nach wie vor überwiegend von den Müttern geleistet, deshalb ist in besonderem Maße der Bildungsstand der Mutter für die Versorgung der Kinder relevant.

Dr. Petra Freynik

Handlungsvereinbarungen und Projekte der Gesundheitskonferenz zur Kindergesundheit

Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe der Gesundheitskonferenz tauschte Daten, Erkenntnisse, Erfahrungen und Einschätzungen zur Gesundheit von Kindern in Essen aus und gab eine Vielzahl von Handlungsempfehlungen, die in der Gesundheitskonferenz diskutiert und gewichtet wurden.
Aus der Fülle der fachlichen Empfehlungen wurden elf Projekte ausgewählt und als Handlungsvereinbarungen beschlossen, die besonders geeignet erscheinen, die Gesundheit der Essener Kinder wirksam und nachhaltig zu fördern. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der möglichst frühen und kontinuierlichen Förderung der Kinder im Elternhaus, in den Kindertagesstätten und in der Grundschule. Dabei kommt es in den einzelnen Projekte auf eine gelungene Koppelung sozialer und medizinischer Hilfen an. Besonders wichtig ist es, geeignete Unterstützungsformen für Eltern zu integrieren und diese möglichst sozialräumlich zu verankern.

Mitglieder der Arbeitsgruppe Kinder und Gesundheit

Ute Baukelmann	Kinderbeauftragte (ehem.) der Stadt Essen
Dr. Lea Bergmann	Gesundheitsamt, Zahnärztlicher Gesundheitsdienst
Rita Baltz	KiTas der Freien Träger
Karla Brennecke-Roos	Ausschuss für Arbeit, Soziales und Gesundheit
Frau Büdenbender	Schulamt, Koordination Gesundheitsförderung
Dr. Elfie Dimbeck	Essener Kinderärzte (verstorben)
Heinz D. Diste	Contilia GmbH/Träger des Elisabeth-Krankenhauses
Gudrun Dreier	ESPO, Gesundheit und Sport
Hans-Gerd Frank	Arbeitsgemeinschaft der Essener Krankenkassen
Dr. Petra Freynik	Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes
Dr. Ursula Frohne	Sozialpädiatrisches Zentrum, Elisabeth-Krankenhaus
Reinhart Harms	Jugendamt
Dr. Januszewski	Jugendamt, Arbeitskreis der Erziehungsberatungsstellen
Iris Kaplan-Meys	Büro für interkulturelle Arbeit
Engelbert Kölker	Essener Kinderärzte
Jürgen Lamm	Verein Suchthilfe direkt, Fachstelle für Suchtprävention
PD Dr. Rudolph Mallmann	Elisabeth-Krankenhaus, Klinik für Neonatologie, Kinder- und Jugendmedizin
Birgit Pammé	Kinderschutzbund
Birgit Pannenbecker	Verein Suchthilfe direkt, Fachstelle für Suchtprävention
Dr. med. H. J. Pfeifer	Kinderschutzbund
Eleonore Schnoor	Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten
Sigrid Schönberger	Ratsfrau und Kinderbeauftragte der Stadt Essen
Jürgen Schroer	Jugendamt, Kinderbüro,
Lisa Schwermer	Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz, Gesundheitsamt
Ulrich Schwier	Apothekerverband
Angela Ströter	AG Selbsthilfe Behinderter
Friedhelm Teusch	Aktionsgemeinschaft Großstadt für Kinder
Barbara Ullrich	Aktionsgemeinschaft Großstadt für Kinder

Ziele, Inhalte und bisherige Ergebnisse der Projekte

Projekt 1	Öffentliche Kommunikation zu Kindergesundheit
Projekt 2	Gesundheitsmonitoring
Projekt 3	Projekt: Sicherer Start- frühe Hilfen für junge Familien
Projekt 4	Interdisziplinäre Frühförderstelle
Projekt 5	Diagnose, Beratung und Förderung in Kitas
Projekt 6	Früherkennung: Aktion „Ich geh zur U! Und Du?
Projekt 7	Elternbildung zu Gesundheitsthemen
Projekt 8	Programme „Gesund macht Schule“ und „Klasse 2000“
Projekt 9	Aktion: Gesunde Zähne ein Leben lang
Projekt 10	Programme für übergewichtige Kinder
Projekt 11	Rauchfreie Kitas und Elternhäuser

Die Beschreibung der Ausgangslage der einzelnen Projekte bezieht sich auf die Situation 2004.

1 Öffentliche Kommunikation zu Kindergesundheit

Ziel

Aufmerksamkeit und Engagement für die gesundheitliche Situation von Kindern bei Eltern, Kindern und in der Öffentlichkeit erhöhen

Ausgangslage

Im Bereich Kinder und Gesundheit gibt es eine Vielzahl von Akteuren und Einzelprojekten, die bisher einzeln versuchen, öffentliche Aufmerksamkeit zu erzielen.

Inhalte und erwartete Ergebnisse

Die Intentionen der vielfältigen Einzelprojekte für Kinder und Eltern in Essen sollen in zentralen Aussagen gebündelt werden und in der öffentlichen Kommunikation deutlicher präsent sein. Die Aussagen sollen die Einzelprojekte im Sinne einer inhaltlichen Klammer verbinden und Eltern, Kindern und Professionellen den Wert vermitteln, der der gesunden Entwicklung von Kindern und Eltern gesamtstädtisch zukommt. Die Medien sollen so gewählt werden, dass auch bildungsferne Familien und Migrationsfamilien erreicht werden.

Stand / bisherige Ergebnisse

Zunächst wurde auf der Grundlage der Ergebnisse eines Workshops am 18.05.05 die Entwicklung eines gemeinsamen Kommunikationskonzepts für die Projekte und Themen der beiden Arbeitsgruppen „Kinder und Gesundheit" und „Kinder in Bewegung bringen" unter Beteiligung des Kommunikationsamtes, und der Initiative „Essen forscht und heilt" diskutiert.

Das Anliegen, die öffentliche Kommunikation zur Kindergesundheit zu verstärken, wurde in den „Ziel- und Maßnahmeplan Essen Großstadt für Kinder 2005-2009" aufgenommen. Im vorliegenden Konzept ist die Kommunikation mit Kindern, Eltern, Pädagogen, Verbänden und Firmen vorgesehen.

2 Gesundheitsmonitoring

Ziel

Erhebung von Stand und Trends der gesundheitlichen Situation von Kindern in Essen anhand festgelegter Indikatoren

Sozialräumliche Differenzierung auf der Grundlage der Essener Stadtteile als Basis für räumliche Schwerpunktsetzungen bei der Planung von Maßnahmen

Ausgangslage

Essen verfügt über eine gute Datenlage zur Situation von Kindern. In einigen Bereichen fehlen allerdings die Ressourcen für die zielgerichtete Auswertung der Daten (z. B. Schuleingangsuntersuchungen). Zudem mangelt es an der konzeptionellen Verknüpfung von Daten aus sozialen und medizinischen Feldern und an einem Instrument, mit dem die Entwicklung des Gesundheitszustands der Essener Kinder kontinuierlich, mit möglichst geringem Aufwand und kleinräumig beurteilt werden kann. Ein solches Monitoringsystem ist auch zum Nachweis der Wirksamkeit von Maßnahmen notwendig.

Inhalte und erwartete Ergebnisse

Entwicklung eines geeigneten Indikatorensatzes
Aufbau und Einführung eines Essener Monitoringsystems Kindergesundheit

Stand / bisherige Ergebnisse

Die Handlungsvereinbarung wurde in das Projekt des Ministeriums „Kleinräumige Gesundheitsberichterstattung Essen, Köln, Oberbergischer Kreis" eingebunden. Das Institut ZEFIR an der Universität Bochum hat vorwiegend auf der Ebene der Essener Daten der Schuleingangsuntersuchung einen geeigneten Indikatorensatz vorgelegt, der mit dem Amt für Statistik zu einem Monitoringsystem ausgebaut werden soll.

3 Projekt: Sicherer Start – frühe Hilfen für junge Familien

Ziel

Stabilisierung von werdenden Eltern und jungen Familien in absehbaren Überforderungssituationen, Unterstützung im ersten Lebensjahr

Kombination aufsuchender Hilfen als Kooperation von Hebammen, Kinderkrankenpflegediensten und sozialen Diensten, der Bedarf von Migrationsfamilien soll einbezogen werden.

Ausgangslage

Wachsende Anzahl von Frühschwangerschaften
fehlende präventive Angebote im ersten Lebensjahr
keine abgestimmten Hilfen aus dem medizinischen und sozialen Bereich

Inhalte

Aufbau eines Angebots früher lebenspraktischer Hilfen, die von jungen Familien auf freiwilliger Ebene genutzt werden. Das Projekt hat einen präventiven Charakter und richtet sich nicht an Multiproblemfamilien mit Suchterkrankungen, psychiatrischen Erkrankungen und Gewaltproblematiken.

Die Unterstützungsleistungen sollen aufgrund fachlicher Bedarfseinschätzungen von Gynäkologen, Kinderärzten, Hebammen und Sozialen Diensten durch eine Vermittlungsstelle beim Jugendamt für interessierte Familien zur Verfügung stehen.

Die Förderung einer stabilen Bindung zwischen Eltern und Kind und die Sicherung einer gesunden Entwicklung stehen im Mittelpunkt.

Stand und bisherige Ergebnisse

Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe entwickelte das Konzept „Sicherer Start - frühe Hilfen für junge Familien" und begleitet seine Umsetzung.

Im Sommer 2006 wurden 21 Hebammen und Mitarbeiterinnen der Kinderkrankenpflege für die Aufgaben im Projekt qualifiziert. Alle Hebammen, Gynäkologen und Kinderärzte, die Hausärzte im Essener Norden und die Schwangerschaftsberatungsstellen erhielten Informationen über das Projekt.

Nachdem über eine Spende zunächst die beispielhafte Bearbeitung von neun Fällen möglich wurde, startete ab September 2006 die Stufe 2 des Projekts mit 25 Fällen. Geeignete Anmelde-, Vermittlungs- und Dokumentationsverfahren und ein Informationsflyer stehen zur Verfügung. In den Geburtskliniken und in den Kinderkliniken fanden Kooperationsgespräche statt. In allen Essener Apotheken liegen Informationsflyer des Projekts aus. Die ersten 35 Fälle werden im Oktober 2007 ausgewertet.

Die Finanzierung erfolgt zur Zeit über Mittel der Krankenkassen, über Ressourcen der präventiven Jugendhilfe und über Spendengelder des Clubs „Round Table 26". Die Finanzierung der sozialen Leistungen erfordert im Schnitt pro Fall 3.000 Euro. Für die Betreuung in 25 Fällen jährlich sind somit 75.000 Euro notwendig. Das Projekt „Sicherer Start" wird Teil eines Konzepts zum Kinderschutz in Essen.

4 Interdisziplinäre Frühförderstelle

Ziel

Einrichtung einer interdisziplinären Frühförderstelle (IFF) in Essen

Vernetzung mit Kinderärzten/-ärztinnen, Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) und weiteren früh fördernden Stellen (für 0-6jährige Kinder)

Ausgangslage

Das in Essen vorhandene Angebot an früher Entwicklungsförderung ist sehr vielfältig, aber durch viele punktuelle Ansätze und die Vielzahl der Beteiligten sehr unübersichtlich. Es verfügt über zwei Sozialpädiatrische Zentren, hat aber keine Frühförderstelle. In Teilbereichen der Frühförderung entstehen Wartezeiten. Weite Teile der Früherkennung und Frühförderung sind nicht interdisziplinär konzipiert. Es fehlen weitgehend mobile Formen der Frühförderung und die Einbeziehung und Unterstützung der Eltern findet nur in einem beschränkten Umfang statt. Sozial schwache Familien werden mit den vorhandenen Formen nicht ausreichend erreicht. - Kinder mit Entwicklungsdefiziten haben nach SGB IX einen Rechtsanspruch auf Frühförderung. Die Frühförderverordnung (2003) und die Landesrahmenempfehlung (2005) sehen ein gestuftes interdisziplinäres System von Kinderärzten und überwiegend heilpädagogisch orientierten Frühförderstellen als Grundversorgung und überwiegend medizinisch orientierten Sozialpädiatrischen Zentren als spezialisierte Versorgung vor.

Inhalte und erwartete Ergebnisse

Klärung des Bedarfs an Frühförderung mit allen Beteiligten

Entwicklung eines Konzepts und eines Finanzierungsmodells für eine interdisziplinäre Frühförderstelle Planung und Durchführung der notwendigen Klärungs- und Umsetzungsschritte

Stand und bisherige Ergebnisse

Am 01.07.2006 startete die erste Interdisziplinäre Frühförderstelle der Stadt in der Helen-Keller-Straße 8-10. Sie übernimmt Diagnostik und Therapie von jährlich etwa 350 Kindern mit Behinderungen und Entwicklungsstörungen, die eine Intensivbehandlung benötigen. Sie ist an das Jugendpsychologische Institut des Jugendamtes angeschlossen und erbringt alle Leistungen unter einem Dach, so dass lange Wege für die Eltern entfallen und die Therapien aufeinander abgestimmt werden können. Zeitgleich ist auch das Sozialpädiatrische Institut des Elisabethkrankenhaus gestartet. Damit verfügt Essen über ein gestuftes System der Frühförderung mit einer Frühförderstelle, die eng mit den Kinderärzten, niedergelassenen Therapeuten, Kitas und Erziehungsberatungsstellen zusammen arbeitet und über zwei Sozialpädiatrische Zentren (an der Kindrklinik des Elisabethkrankenhauses und an der Universitäts-Kinderklinik mit überwiegend medizinischen Schwerpunkten.

Dazu waren Ausschuss- und Ratsvorlagen zum Bestand und Bedarf an Frühförderung (Frühjahr 2005) und Konzeption und Finanzierung einer IFF (Sommer 2005 und März 2006) auf der Grundlage eines Frühfördergesprächs mit allen an der Frühförderung beteiligten Stellen in Essen im März 2004, Kooperationsgesprächen der beiden SPZs im Juli 2004 und drei Treffen mit niedergelassenen Kinderärzten im Februar 2005, Juni 2005 und Mai 2006 notwendig. Ein umsetzbares Finanzierungskonzept wurde über den Wechsel des Sozialpädiatrischen Zentrums des Gesundheitsamtes zur Elisabeth-Stiftung möglich, da so vorhandene personelle und räumliche Ressourcen für die Interdisziplinäre Frühförderstelle genutzt werden konnten.

Die Verhandlungen zur Anerkennung und Finanzierung der IFF mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem örtlichen Sozialhilfeträger verliefen im Februar 2006 erfolgreich.

5 Kitas – Bildungsvereinbarung NRW – „Diagnose, Beratung, Förderung“

Ziel

Kooperation der Kitas mit Erziehungsberatungsstellen und dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Fast 100% aller Kinder im Alter zwischen 3 und 6 Jahren werden durch die Einrichtungen der Elementarerziehung erreicht (Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz). Ziel der Bildungsarbeit in Kindertageseinrichtungen und Grundschulen ist es, jedes Kind - entsprechend dessen persönlicher Voraussetzungen - möglichst optimal zu unterstützen und zu fördern. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es sinnvoll, die Entwicklung der Kinder systematisch zu begleiten und zu beobachten. Positive ebenso wie ungünstige Entwicklungen werden dadurch frühzeitig erkannt und eine differenzierte weitere Unterstützung und Förderung möglich.

Ausgangslage

Seit August 2003 sind in Nordrhein-Westfalen Kindertageseinrichtungen gehalten, die Grundsätze der Bildungsvereinbarung NRW um zu setzen. Sie tragen dazu bei, die Aspekte Betreuung, Erziehung und Bildung in der Elementarerziehung aufeinander abzustimmen und entsprechende Dokumentationen für jedes einzelne Kind anzulegen. Damit die Erwachsenen, die die Entwicklung des Kindes fördern wollen - die Eltern, andere Erziehungsberechtigte und die professionellen Pädagogen der Elementarerziehung und der Grundschule –, sich über ihren Anteil und ihre Aufgabe versichern können, wurde in der Bildungsvereinbarung eine Dokumentation des Bildungsprozesses verbindlich gemacht: „Die Grundlage für eine zielgerichtete Bildungsarbeit ist die beobachtende Wahrnehmung des Kindes, gerichtet auf seine Möglichkeiten und auf die individuelle Vielfalt seiner Handlungen, Vorstellungen, Ideen, Werke, Problemlösungen u. ä.. Dazu wird angestrebt, dass Beobachtung und Auswertung von der pädagogischen Fachkraft notiert und als Niederschrift des Bildungsprozesses des einzelnen Kindes dokumentiert werden.

Inhalte des Projekts und erwartete Ergebnisse

In allen Essener Kindertageseinrichtungen sind seit 2005 Dokumentationsbögen eingeführt worden. Zu folgenden Entwicklungsbereichen werden die Beobachtungen der sozialpädagogischen Fachkräfte dokumentiert:

- soziales Verhalten
- Emotionalität
- körperliche und gesundheitliche Entwicklung
- Sinneswahrnehmung
- Spielverhalten
- Motorik
- kognitives Verhalten
- sprachliche Entwicklung
- lebenspraktischer Bereich

Die dokumentierten Beobachtungen werden regelmäßig mit den Eltern reflektiert mit dem Ziel der Transparenz der Erziehungs- und Bildungsleistung der Institution Kita, wie auch der Anregung zur Übernahme der Erziehungsverantwortung der Eltern. Dabei werden in der Regel Vereinbarungen mit den Eltern über geeignete Fördermaßnahmen getroffen, die alle genannten Beobachtungsbereiche berücksichtigen können.

Die Dokumentationsbögen sind Grundlage für die Beratung der Eltern im Rahmen der Schulanmeldung.

Als Ergebnis wird eine auf das einzelne Kind bezogene, verbindliche und zielgerichtete Fördersystematik während der Kindergartenzeit, im Übergang zur Grundschule und aufbauend darauf in der Schulzeit erwartet. Die Verantwortung für die Entwicklung des einzelnen Kindes liegt damit auf den drei Säulen Eltern, Kita und Schule.

Bisherige Ergebnisse und Stand

Der Beobachtungsbogen für die Dokumentation der Entwicklung der einzelnen Kinder durch die Erzieherinnen ist in allen Kindertageseinrichtungen eingeführt. Verbindlich ist mit Stand 2007 die Dokumentation der Entwicklung der Kinder vor der Schulanmeldung. Die Kitas sind jedoch zusätzlich aufgefordert für die Umsetzung der Bildungsvereinbarung NRW und den damit verbundenen Elterngesprächen die Dokumentation möglichst jährlich zu erstellen.

Die katholischen Träger haben sich dem durch den Jugendhilfeausschuss zur Kenntnis genommenen Verfahren nicht angeschlossen und verwenden einen anderen Dokumentationsbogen, der allerdings ähnliche Kriterien beinhaltet.
Die Beobachtungsqualität der Erzieherinnen wird von Kinderärzten als gut und hilfreich für die eigene Diagnostik und Therapieempfehlung eingeschätzt. Ein Großteil der Eltern legt den Bogen bei der Schuleingangsuntersuchung vor, als Grundlage für die in der Grundschule weiterzuführende Fördermaßnahmen.

Die jährlichen Vor-Ort-Gespräche des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in den Kindertageseinrichtungen aller Träger können durch die Bildungsdokumentation aufgezeigten generelle Entwicklungsprobleme einer Kita aufgreifen und zum Thema weiterer Kooperationen, auch im Einzelfall, machen. Dabei können auch Einzelgespräche mit den Kinder- und Jugendärzten des Gesundheitsamtes in Aussicht gestellt werden.

Darüber hinaus bestehen systematisierte oder situative Kooperationen und Kontakte der Kindertageseinrichtungen zu den Erziehungsberatungsstellen, zur Interdisziplinären Frühförderstelle und den Sozialpädiatrischen Zentren.

Nächste Schritte

Der Dokumentationsbogen wird regelmäßig weiterentwickelt und den Erfordernissen angepasst.

Überzeugung der katholischen Träger zur Übernahme des Essener Standards.
Einbeziehung der U-Untersuchungen in den Ablauf. Dazu ist vorgesehen, dass die Kitas mit den Eltern die regelmäßige Teilnahme an den U-Untersuchungen einmal im Jahr besprechen

Systematisierung der Kooperationen zwischen den Kindertageseinrichtungen, dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und den Erziehungsberatungsstellen im Rahmen des weiteren Ausbaus von Familienzentren. Einbeziehen der neuen Frühförderstelle in die Kooperation.

6 Früherkennungsuntersuchungen – Förderung von Qualität und Nutzung

Ziel

Qualifizierung und Einbindung der Früherkennungsuntersuchungen

Steigerung der Nutzung der Früherkennungsuntersuchungen

Ausgangslage

Die Schuleingangsuntersuchung 2004 hat bei einem Drittel aller Kinder Bewegungsauffälligkeiten und bei einem Fünftel Sprachentwicklungsprobleme festgestellt. Beeinträchtigt sind Kinder weiterhin in ihren sozialen und emotionalen Kompetenzen und ihrer Konzentrationsfähigkeit. Zwischen nördlichen und südlichen Stadtteilen bestehen wesentliche Unterschiede.

Nach jahrelangem Anstieg des Anteils auffälliger Kinder war im Jahr 2005 erstmals ein Verbleib auf dem Vorjahresniveau zu verzeichnen. Oftmals werden Auffälligkeiten der Kinder erst im Rahmen der Einschulungsuntersuchung erkannt.

Mehr als ein Viertel aller Kinder hat nicht regelmäßig an den Früherkennungsuntersuchungen (U1-U9) teilgenommen.

Ein großer Teil der Kinder bleibt ohne frühe Förderung, weil Entwicklungsdefizite offensichtlich nicht oder nicht rechtzeitig erkannt werden. Es gibt weder qualitätssichernde Standards bei den U-Untersuchungen noch eine verpflichtende Teilnahme der Eltern. Besonders sozial benachteiligte Familien und Familien aus anderen Herkunftsländern nutzen die Angebote der Früherkennung nur unzureichend.

Inhalte des Projekts und erwartete Ergebnisse

Vorschläge entwickeln zur Qualitätssicherung der Früherkennungsuntersuchungen in Zusammenarbeit zwischen dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und den Obleuten der Kinderärzte (Dokumentation, Standardisierung, Auswertung)

Klären, wie im Sinne einer besseren Kooperation Befunde der Schuleingangsuntersuchungen an Kinderärzte mit Zustimmung der Eltern weiter geleitet werden können

Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen erhöhen (Teilnahme an U 9 von 71% in 2005 auf 75% in 2008 erhöhen) Muttersprachliche Materialien verwenden.

Bisherige Ergebnisse und Stand

Qualität:
Ein Qualitätszirkel der Kinderärzte diskutiert Fragen der Standardisierung und Dokumentation. Die Verbesserung der Dokumentation wird vom geplanten neuen Vorsorgeheft erwartet. Zwischen den niedergelassenen Kinderärzten und dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst finden regelmäßige Treffen statt.

Nutzung:
Seit September 2005 nehmen 37 Essener Kitas aller Träger an der Aktion der BZgA-Aktion: „Ich geh zur U! und du?" teil. Diese vernetzte Aktion von Kitas, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, niedergelassenen Kinderärzten und Jugendamt (Elterninfodienst, Allgemeiner Sozialdienst) wird in der zweiten Runde seit 01.03.2006 mit 30 Kitas weitergeführt.

Unterstützend wurde eine neue Erinnerungskarte an die U 9 für Kitas in Form einer Glückwunschkarte zum 5. Geburtstag entwickelt. Durch Elterninformationen (Flyer „Leben mit Kindern", Kindergartenpass) und Presse wurde auf die Aktion zusätzlich aufmerksam gemacht.

Das Engagement des Essener Netzwerks wurde im April 2006 mit dem 2. Netzwerkpreis der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ausgezeichnet.

Wegen finanzieller Engpässe ist die BzgA derzeit nicht in der Lage, Materialien in ausreichender Stückzahl zur Verfügung zu stellen; deshalb ruht in Essen die Teilnahme an der Aktion.

7 Elternbildung und –unterstützung zu Gesundheitsthemen

Ziel

Information, Beratung und Begleitung von Eltern zu gesundheitlichen Aspekten der Entwicklung

Integration in ein Gesamtkonzept Elternbildung

Ausgangslage

Viele Eltern zeigen auf Grund geringer Erziehungserfahrungen, mangelnder Bildung und zunehmender Armut Unsicherheit in Erziehungsfragen.

2004 wurde unter dem Dach von „Lernwelt Essen" ein Netzwerk „ElternLernwelt" aufgebaut. Ein entsprechendes gesamtstädt. Konzept unter dem Titel „Elternbildung stärkt Kinder" wurde im Mai 2005 vom Rat der Stadt verabschiedet. Relevante gesundheitsbezogene Aspekte sind in das Konzept eingebunden worden.

Inhalte des Projekts und erwartete Ergebnisse

Vernetzung aller Institutionen auf der Sozialraumebene zur Entwicklung und Abstimmung von gezielten Elternbildungsangeboten
Angebote an Elterntrainings für spezielle Zielgruppen ausweiten
Gesundheitliche Aspekte in das gesamtstädtische Konzept zur Elternbildung einbeziehen
Müttersprechstunden in ausgewählten Gebieten (Innenstadt, Katernberg) anbieten

Bisherige Ergebnisse und Stand

Gesundheitliche Aspekte sind in das Konzept von „Elternlernwelt" eingeflossen.

Im Sinne einer verbesserten und abgestimmten Elternberatung werden die Elternbriefe des Jugendamtes zukünftig auch an Kinderärzte in Praxen, Kliniken, Sozialpädiatrischen Zentren und im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst versandt. Auch die Inhalte der Kindergesundheitsbriefe und des Flyers „Leben mit Kindern" werden zukünftig miteinander abgestimmt, so dass sie sich gegenseitig verstärken. Die nächsten Themen sind: Rauchfreie Elternhäuser (erschienen), Medienkonsum und Schulstart.

Die Kinderärzte erhielten für ihre Beratung der Eltern einen ausführlichen Überblick über mögliche soziale Leistungen.

In den Stadtteilen Altendorf und Südostviertel und dem Bezirk V ist inzwischen ein System von Elternbildungskonferenzen eingeführt, an denen auch Vertreter der Gesundheitsdienste beteiligt sind.

Ein Flyer über angebotene Elterntrainings ist erschienen.

Die Einladungen zur Mütterberatung hatten bisher nur eine sehr geringe Resonanz und werden deshalb zur Zeit nicht angeboten.

8 Gesundheitsförderung in Schulen

Ziel

Integration der Gesundheitsförderung in das Programm der Essener Grundschulen. Verbreitung der Programme „Gesund macht Schule" und „Klasse 2000".

Gesundheitsbildung für Schüler/innen der 7. und 8. Klassen, ergänzend zum Curriculum

Ausgangslage

Die Schule hat als wichtiger Teil der Lebenswelt gute Chancen, Gesundheit bei Kindern und Eltern zu fördern. Mit den Programmen „Gesund macht Schule" und „Klasse 2000" stehen zwei Programme zur Verfügung, die Grundschulen bei der Umsetzung eines gesundheitsfördernden Ansatzes unterstützen und geeignete Materialien und Kooperationspartner für Unterricht und Elternarbeit zur Verfügung stellen.

Inhalte des Projekts und erwartete Ergebnisse

Weitere Verbreitung der beiden Programme an den Essener Grundschulen.
Systematische Einbeziehung gesundheitsfördernder Elemente in Unterricht und Elternarbeit während der gesamten Grundschulzeit.

Bisherige Ergebnisse und Stand

12 Essener Grundschulen nehmen am Programm „Gesund macht Schule" der Ärztekammer Nordrhein und der AOK Rheinland teil. Sie werden von acht Patenärzten betreut. Für die Schulen entstehen keine Kosten. Der Erfahrungsaustausch geschieht innerhalb von regionalen Arbeitskreisen und über einen regelmäßigen Newsletter. Zusätzlich werden Fortbildungen angeboten. Das Programm wird evaluiert.

18 Essener Grundschulen führen das Programm „Klasse 2000" durch. „Klasse 2000" ist ein bundesweit angebotenes Gesundheitsförderungsprogramm, in dem Schulen und Gesundheitsförderer zusammen arbeiten. Es wird über Patenschaften von Fördervereinen, Firmen und Organisationen finanziert. Über Spenden von zwei Essener Lions-Clubs ist die Ausweitung des Programms „Klasse 2000" auf inzwischen 71 Klassen möglich geworden.

9 Mundgesundheit

Ziel

Verbesserung der Mundgesundheit durch Vorbeugung und Behandlung von Erkrankungen im Zahn-Mund- und Kieferbereich

Förderung des Interesses an der Pflege und Gesundherhaltung der Zähne („Gesund beginnt im Mund"). Einbeziehen der Eltern in die Gesundheitsförderung und -prophylaxe

Ausgangssituation

Seit Oktober 2004 sind die zahnärztlichen Untersuchungen obligatorischer Teil der Einschulungsuntersuchungen. Dies ermöglicht eine intensive Betreuung der 5000-6000 Essener Einschulkinder unter Einbeziehung der Eltern.

Nach § 21 SGB V sollen für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko spezielle Prophylaxeprogramme im Rahmen der Gruppenprophylaxe entwickelt werden. In Essen konzentrieren sich 70-80% der Kariesfälle auf 30-35% aller Kinder. Die Abhängigkeit der Zahngesundheit von der sozialen Lage ist deutlich belegt. So gibt es einen stärkeren statistischen Zusammenhang zwischen der Zahngesundheit der Kinder und der Schulbildung der Eltern als zwischen der Zahngesundheit und dem Süßigkeitenverzehr. Daher sind zielgruppenorientierte und auf bestimmte Gebiete bezogene Maßnahmen wichtig. Die Daten des Zahnärztlichen Gesundheitsdienstes zeigen für die Stadtteile Katernberg, Karnap, Altenessen, Vogelheim, Nordviertel, Kray, Schonnebeck, Freisenbruch, Horst, Bochold und für das Ost- und Westviertel überdurchschnittliche Kariesquoten. Die Sonderschulen weisen mit einem Drittel der untersuchten Kinder den höchsten Anteil an Schüler/innen mit behandlungsbedürftigen Zähnen auf. Schüler/innen und Eltern an Sonderschulen nehmen zudem zahnärztliche Leistungen nur unzureichend wahr.

Inhalte des Projekts und erwartete Ergebnisse

Innerhalb der Einschulungsuntersuchungen erhalten Eltern und Kinder folgende Angebote:
Zahnärztliche Untersuchung mit Befunderhebung, gegebenenfalls Überweisung an niedergelassene Zahnarztärzte und Kieferorthopäden, ausführliche Beratung der Eltern zur Gesundheitsförderung, praktische Zahnputzübungen im Zahnputzraum, Ausgabe von Broschüren zu gesunder Ernährung, Zahnpflege, Kariesentstehung und zu Sanierungsmöglichkeiten. Das Einbeziehen der Eltern und die Beantwortung ihrer Fragen ist ein sehr effizienter Weg zu mehr Zahngesundheit.

Die Zahngesundheit von Sonderschüler/innen soll durch ein Fluoridierungsprojekt verbessert werden, da langjährige wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass der Zahnschmelz durch Verwendung von Fluoriden besser vor Karies geschützt werden kann.

Durch das Intensivbetreuungsprogramm soll eine Kariesreduzierung um fünf bis sieben Prozent innerhalb der nächsten drei bis fünf Jahre erreicht werden.

Bisherige Ergebnisse und Stand

Seit Oktober 2005 sind die zahnärztlichen Untersuchungen Teil der Einschulungsuntersuchungen. Damit gelingt es, die Eltern einzubeziehen und über die notwendige Pflege oder Behandlung ihrer Kinder zu informieren.
Über einen Sponsor konnte 50 Kitas fluoridiertes Salz zur Verfügung gestellt werden. In acht Sonderschulen finden Fluoridierungsaktion statt, die vor allem Schülerinnen und Schüler aus bildungsfernen Elternhäusern erreicht.
Die Salzaktion wurde durch einen Sponsor, die Fluoridierungsaktion über die AG der Essener Krankenkassen finanziert.

10 Übergewichtige Kinder

Ziel

Angebote für übergewichtige Kinder schaffen, die den Kriterien, der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung entsprechen und dadurch für viele Eltern finanzierbar sind

Ausgangslage

Nicht nur bei Erwachsenen, auch bei Kindern und Jugendlichen nimmt Übergewicht in einem alarmierenden Ausmaß zu. Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) spricht von einer globalen Epidemie.

In Deutschland ist bereits jedes zehnte deutsche Kind im Alter von sechs Jahren zu dick (11,6%), bei nicht-deutschen, sechsjährigen Kindern tritt Übergewicht sogar doppelt so häufig auf. Knapp 23 % aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland sind zu dick. Sieben bis acht Prozent werden bereits in den Bereich der Fettleibigkeit eingestuft. Die Tendenz ist steigend. Damit gilt in Deutschland übermäßiges Körpergewicht als häufigste ernährungsmitbedingte Gesundheitsstörung bei Heranwachsenden. Bei den Einschulungsuntersuchungen 2003 lag der Anteil der übergewichtigen Essener Kinder bei 6,6% und der adipösen Kinder bei 4,9%.

Immer häufiger erkranken bereits Kinder am Diabetes Typ 2, der sonst meistens erst im Alter auftritt (sog. Altersdiabetes). Fettstoffwechselstörungen, Niereninsuffizienz, Bluthochdruck, Störung der Blutgerinnung, chronische Entzündung der Gefäßwände, Haltungs- und Bewegungsschäden, orthopädische Schäden wie beispielsweise Verschleißerscheinungen der Gelenke, Atemnot, Kurzatmigkeit und Schlaf-Apnoe schließen sich an. Langfristig drohen schwerwiegende Folgen wie Schlaganfall oder Herzinfarkt. Auch psychosomatische Erkrankungen infolge der Auswirkungen der Fettleibigkeit auf die Psyche (vermindertes Selbstwertgefühl, Scham, Depressionen bis hin zur Suizidgefährdung etc.) sind bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen keine Seltenheit.

Die Gründe für die stetige Steigerung der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen in der Bevölkerung liegen in einer Fehlernährung, einher gehend mit Bewegungsmangel. Dem zu hohen Konsum an Salz, Fett und Zucker steht ein zu geringer Konsum vollwertiger Nahrung, von Säften und Obst gegenüber. Beschleunigt wird die Entwicklung durch Bewegungsmangel. Immer häufiger stehen Fernseher und Computer im Mittelpunkt jugendlicher Freizeitaktivitäten. Einschränkungen in Motorik und Ausdauer, aber auch kognitive Defizite sind die Folgen von mangelnden Bewegungserfahrungen.

Inhalte des Projekts und erwartete Ergebnisse

Um diesen Trend nachhaltig aufzufangen, müssen langfristige Programme angeboten werden, die auf dauerhafte Lebensstiländerung ausgerichtet sind und folgende Ziele verfolgen:

- Schaffung eines Problembewußtseins beim Kind und Steigerung der Motivation
- Festigung neuer Verhaltensweisen (dauerhafte Änderung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens)
- Schulung der Selbstkontrolle und Erarbeitung von Rückfallverhütungsstrategien.

Ein sinnvolles Therapieprogramm sollte die Bereiche medizinische Betreuung (ärztliche Untersuchung), Ernährungsschulung (Ernährungsberater) und Bewegungsschulung (Sportvereine u. ä.) umfassen.

Bisherige Ergebnisse und Stand

Der Essener Sportbund mit seinen Vereinen und Verbänden, das Gesundheitsamt Essen und die Arbeitsgemeinschaft Essener Krankenkassen haben das Programm „Fit Kids", bestehend aus den Modulen Bewegung und Ernährung entwickelt. Das Angebot kombiniert wöchentliche Bewegungs- und Ernährungsangebote über 12 Wochen in einer Gruppe von 15 Kindern. Die Eltern werden einbezogen. Am Beginn steht eine ärztliche Untersuchung. Die Umsetzung erfolgt in Zusammenarbeit mit der ESG-Ernährungsberatung (Institut für Ernährung) Essen.

Seit Januar 2005 bietet der Essener Sportbund in der Innenstadt, in Schonnebeck und im Sport- und Gesundheitszentrum im Revierpark Nienhausen kombinierte Kurse (Bewegungs- und Ernährungserziehung) für 9-13-jährige Mädchen und Jungen an, die an Übergewicht leiden, aber noch keine gravierenden Erkrankungen haben. Indikation für die Teilnahme ist die Empfehlung des Kinderarztes, etwas gegen das Übergewicht zu tun.

Das Angebot wird durch die meisten Krankenkassen über § 20 SGB V (Gesundheitsförderung) finanziell in unterschiedlichem Maße unterstützt, der Eigenanteil der Eltern beträgt maximal 50 Euro.

Diese speziellen Kurse können nicht die verstärkte Bewegungsförderung in Kitas, Schulen und die Förderung des Breitensports in Vereinen ersetzen.

11 Rauchfreie Kitas und Elternhäuser

Ziel

Eine rauchfreie Umgebung für Kinder, Eltern und Erzieherinnen schaffen

Schutz vor Passivrauch in Elternhäusern und Kindertagesstätten sichern

Das Nichtrauchen fördern und wirksame Hilfen zum Ausstieg anbieten

Ausgangslage

Die Hälfte aller Kinder in Deutschland wächst in Haushalten auf, in denen mindestens ein Erwachsener raucht. Auch in den meisten der 250 Essener Kindertagesstätten wird im Gebäude, auf dem Gelände oder in Abholsituationen von Eltern oder Erzieherinnen geraucht. Tabakrauch enthält mehr als vierzig krebserregende Stoffe und ist damit der bedeutendste und gefährlichste vermeidbare Innenraumschadstoff. Die Schadstoffe wirken auch über die Einrichtung, selbst wenn aktuell in den Räumen nicht geraucht wird. Der Tabakrauch verursacht vielfältige gesundheitliche Beeinträchtigungen. Kinder, die Tabakrauch ausgesetzt sind, haben ein höheres Risiko für plötzlichen Kindstod, chronische Atemwegserkrankungen, Mittelohrentzündungen.

Ein Drittel aller schwangeren Frauen raucht zu Beginn der Schwangerschaft. Viele werdende und junge Eltern sind aber zu diesem Zeitpunkt stark motiviert, das Rauchen zu beenden. Studien belegen, dass es vierzig Prozent der rauchenden Schwangeren gelingt, zumindest vorübergehend aufzuhören. Die Rückfallquote nach der Geburt ist allerdings sehr hoch.

Inhalte des Projekts

Angebote für junge und werdende Eltern entwickeln
Angebote für Kitas entwickeln

Stand und bisherige Ergebnisse

Zwei Fortbildungen für Gynäkologen, Hebammen und Kinderärzten zur Raucherberatung am 22.6.2005 und zur Motivierenden Gesprächsführung am 18./19.3.2006 haben stattgefunden, so dass motivierende Kurzinterventionen bei Schwangeren mit Partnern und jungen Eltern durch Gynäkologen/-innen, Kinderärzte/-innen und Hebammen zukünftig stärker in die Geburtsvorbereitungskurse und in die Vor- und Nachsorgeuntersuchungen integriert werden. Junge Eltern erhalten in jeder der sechs Essener Geburtskliniken mit der Entlassung den Autoaufkleber „Unser Auto rauchfrei".

Ein Konzept zur Raucherberatung und für begleitende Entwöhnungskurse während der Schwangerschaft bis nach der Geburt liegt vor und kann von Hebammen in Zusammenarbeit mit Trainern für Tabakentwöhnung durchgeführt werden.

Im Rahmen des Projekts „Nichtrauchen!" wurden bisher 49 Kitas als rauchfreie Kitas zertifiziert. In diesen Einrichtungen wird im Gebäude, auf dem Gelände und in Abholsituationen nicht geraucht. Alle 52 Kitas in städtischer Trägerschaft wurden nach einem gemeinsamen Beschluss der Leitungen zum 1.1.2006 rauchfrei. Für interessierte Kitas bietet das Projekt Unterstützung an (Infomaterialien, pädagogische Ideen zur Thematisierung mit Eltern und Kindern, Übersicht Entwöhnungsangebote).
In Zusammenarbeit mit den Kitas entstanden interessante Materialien wie die Bildermappe und –ausstellung „Mir zuliebe rauchfrei", die Kinderbilder- und aussagen zum Thema Rauchen zeigt. Die Wünsche der Kinder wurden auch auf die „Rote-Eltern-Karten", auf den Autoaufkleber und in den Kindergesundheitsbrief „Ihr Kind raucht mit" (mehrsprachig) übernommen.

In den Eckpunkten für das geplante Nichtraucherschutzgesetz NRW ist ein Rauchverbot für alle Kitas ab 1.1.2008 vorgesehen.

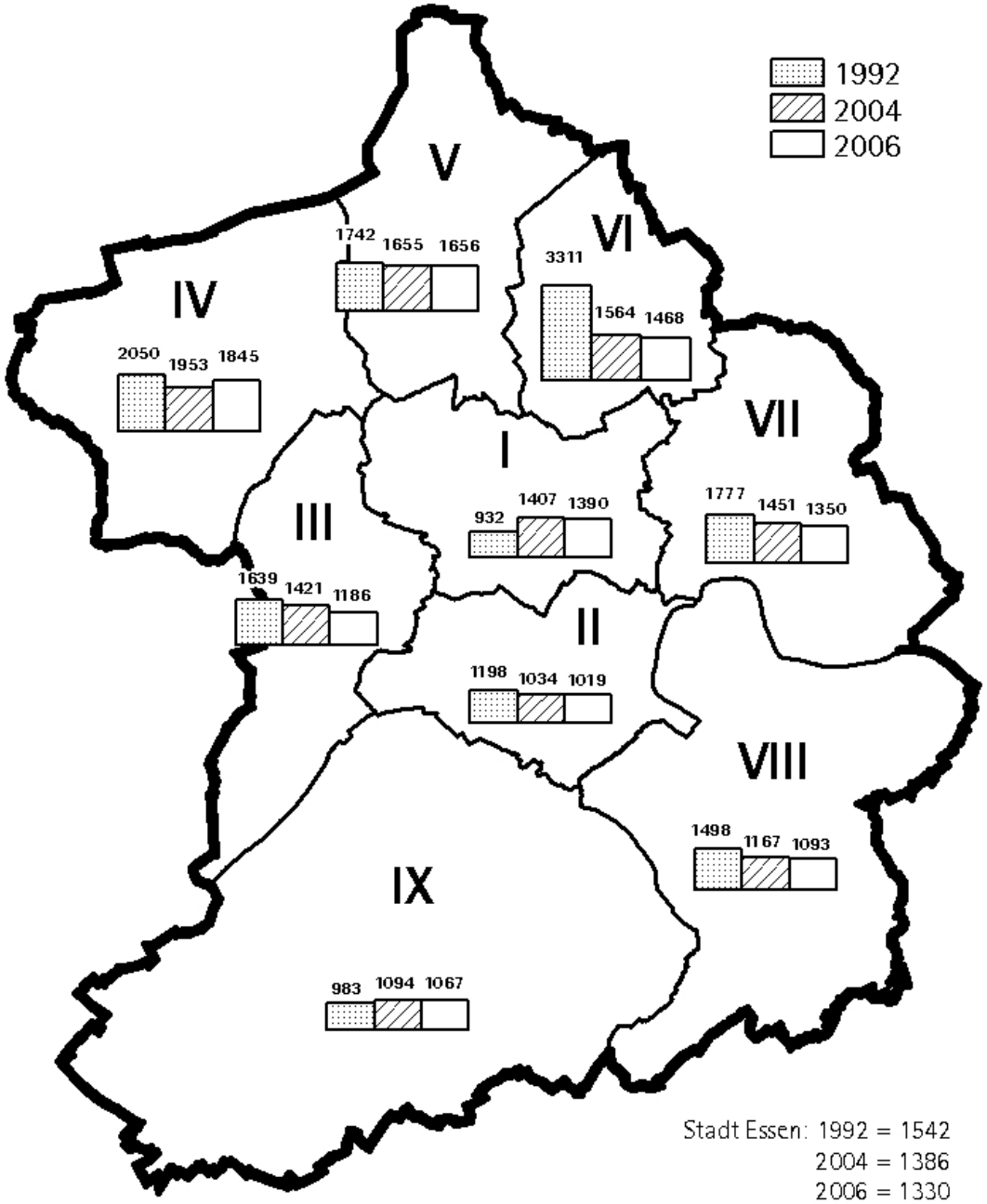
Anhang

STADT ESSEN

Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen

Versorgung mit Kinderärzten/-ärztinnen in den Essener Stadtbezirken in den Jahren 1992, 2004 und 2006

- Anzahl der Kinder bis einschließlich 10 Jahre je Kinderarzt/-ärztin -



Notizen

Notizen