

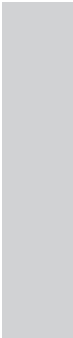
Gesundheitsberichterstattung

• Kinder und Jugendliche

Gesunde Kinder in einem
kinderfreundlichen Rhein-Erft-Kreis

Modul2:
Initiierung und Koordination von
kinderfreundlichen Gesundheitsmaßnahmen

• www.rhein-erft-kreis.de



Impressum

Der Landrat des Rhein-Erft-Kreises, Gesundheitsamt, Gesundheitsberichterstattung

Bericht: Dr. Susanne Soppart-Liese, susanne.soppart@rhein-erft-kreis.de

Gestaltung: Christian Gellhaus

1. Auflage, Bergheim 2004

Gesunde Kinder in einem kinderfreundlichen Rhein-Erft-Kreis

Maßnahmenorientierte Übersicht

I.	
Prämissen und Voraussetzungen seitens des Öffentlichen Gesundheitsdienstes	3
II.	
Warum ist Gesundheitsförderung für Kinder notwendig?	9
Landesempfehlungen MMR-Impfungen	14
Gesundheitsziele bezüglich MMR-Impfungen im Rhein-Erft-Kreis	16
Erste Maßnahmenvorschläge für Sehen, Hören und Impfen auf Kreisebene	17
III.	
Gesundheitsförderung - drei Schwerpunkte	19
Gesundheitsziele zu Koordination, Sprache, Wahrnehmung und Verhalten	22
Maßnahmen zur Koordination, Sprache, Wahrnehmung und Verhalten	23
Beispiel für eine nach Gesundheitszielen formulierte Strategie gegen Übergewicht	26
Maßnahmen zu Ernährung	27
Maßnahmen zu Bewegung (-sförderung)	28
IV.	
Gesundheitsförderung für Kinder	29
Maßnahmen zum Verfahren der Gesundheitsförderung -Einbeziehung von Akteuren	31
Maßnahmen für Modellkommunen	32
Maßnahmen zum Verfahren der Einschulungsuntersuchungen	36
Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Schulen	37
Maßnahmen zur Zusammenarbeit JÄD - Eltern	38
Maßnahmen zur Verbesserung Kooperation JÄD - niedergelassene Ärzteschaft	39
Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeit des ÖGD für Kinder Jugendliche	42
V.	
Zusammenfassung: Die Zukunft der Gesellschaft liegt in ihren Kindern	43
VI.	
Informationen	45
Abbildungsverzeichnis	45
Ausgewählte Links - mit Schwergewicht auf Gesunde Ernährung und Bewegung	47
Literaturempfehlungen zu Modul II	51
Anhang, Fragebogen Pänz in Bewegung: Angebotsstruktur Sportvereine	55

I.

Prämissen und Voraussetzungen seitens des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Gesundheitsförderung

— Koordinierung in der Region

Kinder als Zukunft der Gesellschaft

— Kinder als demographisch abnehmende Gruppe

Inhaltliche Ausrichtung der Arbeit

— Ausgrenzung entgegenwirken

— Fürsorge für das einzelne Kind

1. Prämissen und Voraussetzungen seitens des Öffentlichen Gesundheitsdienstes – Gesundheitsförderung, Prävention und Koordination

Daten zu Taten — dieser Bericht ergänzt den Bericht: Wie gesund/ krank sind Kinder des Rhein-Erft-Kreises? – Einschulung 2002.

Gesundheitsförderung für Kinder wird vorgeschlagen als Initiierung und Koordination von kinderfreundlichen Gesundheitsmaßnahmen im Rhein-Erft-Kreis. Die Maßnahmen stützen sich auf den Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Einschulungsperiode 2003 mit 2002.

Dies geschieht von Seiten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als Ländersache unter den Prämissen:

- Gesundheitsförderung als ‚praktischer Arm‘ von Gesundheitsberichterstattung: Gesundheitsförderung ist eine wesentliche Aufgabe des Gesundheitssystems insgesamt
- Personelle Verantwortlichkeit: Gesundheitsförderung könnte seitens des Gesundheitsamtes in zufriedenstellender Weise geleistet werden, wenn die personellen Möglichkeiten vorhanden wären
- Koordinative Rolle ÖGD: Gesundheitsförderung bedeutete dann insbesondere eine koordinierende Aufgabe im Sinne einer Zusammenführung von Einzelinitiativen, welche sowohl die Zerstückelung der Initiativen als auch eine Unterversorgung von Kindern verhindern könnte

Gesundheitsförderung steht in Zusammenhang mit Prävention, die als ‚vierte Säule des Gesundheitssystems‘ neben Kuration, Rehabilitation und Pflege in einem voraussichtlich Ende 2004 vorgelegtem Gesetz geregelt werden wird. Ziel ist es:

„Prävention muss zur nationalen Aufgabe werden. Und sie muss im direkten Lebensumfeld der Menschen verankert werden. Das heißt, Gesundheitsförderung und Prävention müssen in den Kindergärten und Schulen, an Arbeitsstellen, im öffentlichen Bereich unserer Städte und Gemeinden angesiedelt und auf gemeinsame Ziele ausgerichtet werden. Ziel ist, möglichst alle Bürgerinnen und Bürger mit nachhaltig wirkenden präventiven Angeboten zu erreichen.“(Ulla Schmidt, Bundesministerium für Gesundheit)

Gesundheitliche Prävention ist der Oberbegriff für alle Maßnahmen, die dazu dienen, Krankheiten zu vermeiden, sie frühzeitig zu erkennen oder ihre Folgen zu minimieren.

Begrifflich wird zwischen **primärer Prävention** (Verhütung von Ersterkrankungen), **sekundärer Prävention** (Früherkennung) und **tertiärer Prävention** (Verhütung der Verschlimmerung einer Erkrankung sowie von Folgeerkrankungen) unterschieden.

Daneben gibt es die **Gesundheitsförderung**, die den Aufbau von gesundheitlichen Kompetenzen einschließlich der Selbstbestimmung über die Gesundheit beschreibt. (Konzept der Weltgesundheitsorganisation)

http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/aktuelles/pm/bmqso4/6040_6166.cfm (21.10.2004)

Die zentrale Aufgabe der Koordination unverbunden nebeneinander bestehender Initiativen muss im Rhein-Erft-Kreis dringend in Angriff genommen werden. Dabei ist es eine zweitrangige Frage, wer diese Aufgabe im Einzelnen übernimmt. (Öffentlicher Gesundheitsdienst, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung, sonstige Institutionen, Initiativen etc.)

Orientierend im Rhein-Erft-Kreis könnte der Arbeitskreis Zahngesundheit sein, dem es mit viel Arbeit gelungen ist, den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Form des Jugendzahnärztlichen Dienstes sowie die Krankenkassen bezüglich der Zahngesundheit speziell für Kinder und Jugendliche zusammen zu bringen. Mit gezielten Maßnahmen ist nachweislich seit 20 Jahren die Zahngesundheit verbessert worden.

Die Stadt Köln sowie der Rhein-Kreis Neuss haben für Gesundheitsförderung in den Gesundheitsämtern jeweils eine Stelle eingerichtet. Die Mitarbeiter bemühen sich, auf kommunaler Ebene eine Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen, Öffentlichen Dienst und privaten Anbietern von Gesundheitsleistungen, wie Sportbund etc. zu koordinieren.

2. Kinder als Zukunft der Gesellschaft

Bezüglich der Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahre 2020 ist in allen Kreisen von NRW eine Abnahme des Jugendquotienten zu verzeichnen. Im Rhein-Erft-Kreis wird eine Abnahme um 14,2 % prognostiziert. Bei einer Steigerung der Bevölkerung insgesamt um 3,8 % wird eine Erhöhung des Altenquotienten um 43,9 % erwartet, und liegt damit um knapp 20 % höher als in NRW insgesamt. (Quelle: LÖGD, 2004) Diese Zahlen stellen sich dann nochmals differenziert für einzelne Gemeinden dar. Insgesamt handelt es sich bei Kindern und Jugendlichen bis 17 Jahre um eine abnehmende Bevölkerungsgruppe, auf der gleichwohl die Zukunft der Gesellschaft ruht. Die gesundheitlichen Risiken und Chancen dieser Gruppe bedürfen auch deshalb besonderer Fürsorge, weil es unverantwortlich ist, bei sinkender Kinderzahl die Bedingungen für Kinder kontinuierlich zu verschlechtern. (siehe Daten zu Armut und Gesundheit bei Kindern)

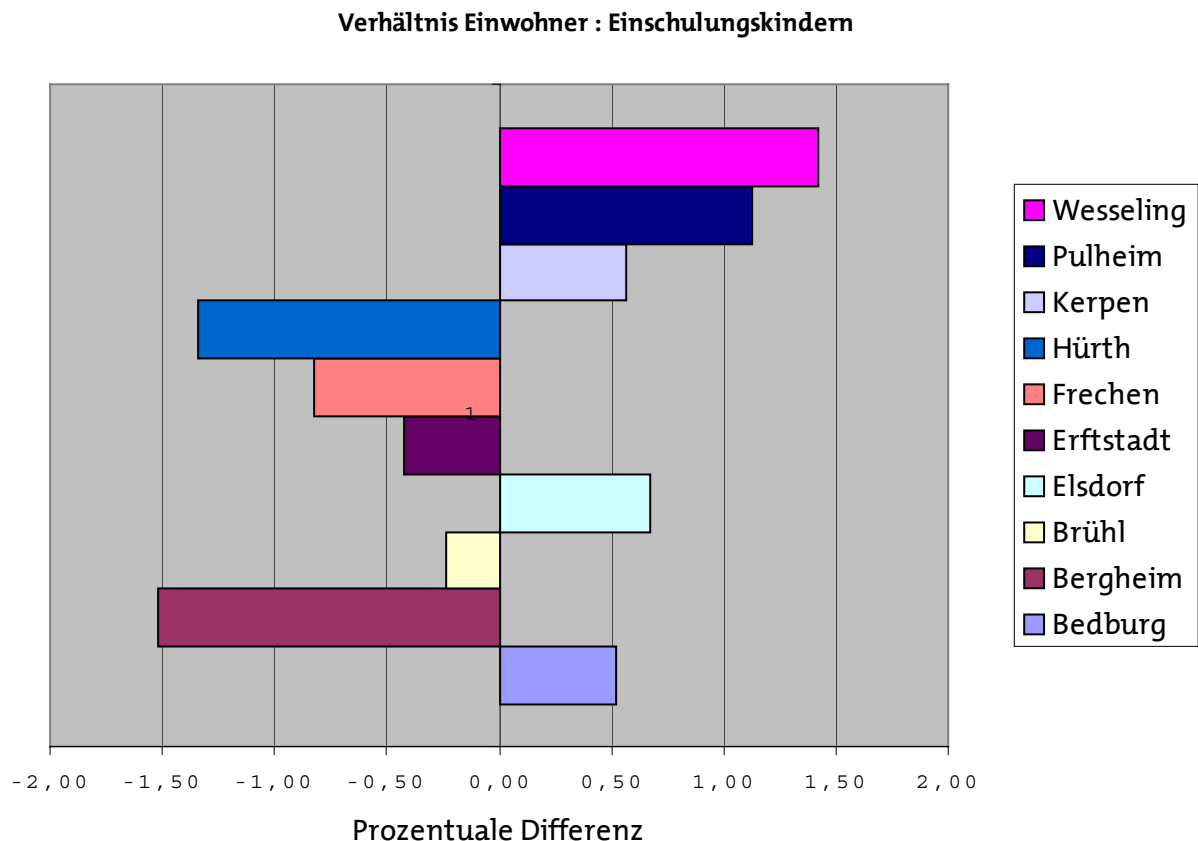


Abbildung 1: Wo gibt es (relativ) viele Kinder? – Differenz der prozentualen Anteile der Bevölkerung insgesamt des Rhein-Erft-Kreises zu den Einschulungskindern im Jahr 2002

Bei einem Vergleich der Städte und Gemeinden bezüglich ihres Anteils an der Bevölkerung insgesamt des Rhein-Erft-Kreises und ihres Anteils an den Einschulungskindern wird anhand der Graphik deutlich, dass (links der Nullachse) Hürth, Frechen, Erftstadt, Brühl, Bergheim Städte mit einem relativ höheren Anteil von Älteren, und Wesseling, Pulheim, Kerpen, Elsdorf, Bedburg die Städte mit einem relativ höheren Kinderanteil sind. (rechts der Nullachse) [siehe auch Abbildungen 21 und 22 dieses Berichtes]

3. Inhaltliche Ausrichtung der Arbeit – sozial und individuell

In den bisherigen Gesundheitsberichten sind die gesundheitlichen Lagen (von Älteren und von Kindern) übergreifend unter dem Gesichtspunkt der Inklusion/ Exklusion dargestellt worden. Die Einbeziehung von Kindern in die Systeme der gesundheitlichen Versorgung und die Verhinderung von Ausgrenzungen sind dabei u.a. Leitthemen.

Wenn nun für die Gesundheitskonferenz Ende 2004 eine Ergänzung dieses Berichtes

mit Maßnahmevorschlägen vorgelegt wird, so soll dieses soziologische Konzept ergänzt werden durch eine mehr individuell ausgerichtete Auffassung, die sich auf das einzelne Kind bezieht unter dem Gesichtspunkt der Fürsorge. Die Fragestellung kann dann präzisiert werden:

- Welche Kinder sind im besonderem Maße förderungswürdig?
Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen sind dieses Kinder, bei denen auffällige Befunde festgestellt worden sind, die einer ärztlichen Abklärung bedürfen und die sich noch nicht in Behandlung befinden.
- Welche Maßnahmen müssen ergriffen werden, um Kindern in belasteten Lebenslagen eine möglichst vollständige Inklusion in die Versorgungsstrukturen zu ermöglichen?
Anhand von Indikatoren wie Einkommen, Bildungsstand und berufliche Position der Eltern sowie Wohnungssituation, Anteil an Erwerbsleben, Versorgung mit Kindertagesstätten, gesundheitlichen Einrichtungen bis hin mit öffentlichen Verkehrsmitteln können unterschiedliche Lebenslagen identifiziert werden. Deren Auswirkung auf die Gesundheit ist gut erforscht und nachgewiesen. Spezielle Maßnahmen sollten ergriffen werden, dass trotz belasteter Lebenslage eine Ausgrenzung – hier aus der gesundheitlichen Versorgung – von Kindern verhindert wird.
- Lassen sich aus den Einschulungsuntersuchungen Hinweise auf die Gestaltung gesunder Lebensverhältnisse für alle Kinder herleiten?
Aus den vorgeschlagenen Maßnahmen für gesundheitlich problembelastete Kinder lassen sich Empfehlungen ableiten, die – frühzeitig ergriffen – Probleme gar nicht erst entstehen lassen würden. (siehe beispielsweise die Gesundheitsziele zu Ernährung oder Maßnahmen zu Impfungen)

Aus den Auswertungen der Einschulungsuntersuchungen haben sich Felder herauskristallisiert, in denen sich auffällige Befunde häufen.

Im Folgenden werden die Zahlen der Jahre 2002 – 2003 zu Sehen, Hören und Impfungen referiert (II), im Anschluss drei Schwerpunkte für Gesundheitsförderung: Sprache, Koordination, Wahrnehmung, Gewichtsprobleme und Bewegung (III) dargestellt. Die Voraussetzungen für Gesundheitsförderung werden beschrieben (IV) und zum Abschluss dieses Berichtes ein Informationsteil geboten.

In der Zusammenfassung finden sich die Antworten für die oben gestellten Fragen.

II.

Warum ist Gesundheitsförderung für Kinder notwendig?

Gesundheitliche Auffälligkeiten bei
Einschulungskindern:
– rund ein Drittel hat Probleme

Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen
streut stark:
– teilweise nur die Hälfte der Kinder nimmt teil

Demographisches Argument:
– Kinder sind die Zukunft der Gesellschaft –
abnehmende Kinderzahl erfordert optimale
Förderung der Wenigen

1. Zusammenfassung zu Befunden der Einschulungsuntersuchungen 2001 bis 2003

Wie gesund/ krank sind Kinder im REK?

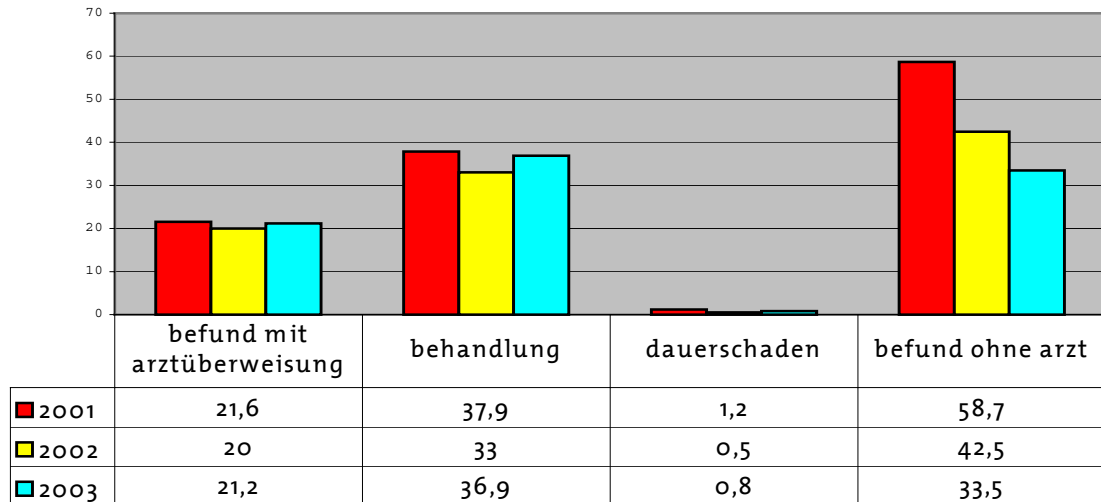


Abbildung 2: Manifeste gesundheitliche Probleme bei Einschulungskindern - fast gleichbleibender Anteil von Befunden, die abgeklärt werden sollten (= Befund mit Arztüberweisung) und gesundheitlich versorgten Kindern (= in Behandlung) / 2001 – 2003

Der Anteil an Befunden mit Arztüberweisung gibt an, dass sich bei rund einem Fünftel der Einschulungskinder Befunde ergeben haben, die (neu) abgeklärt werden sollten durch niedergelassene ÄrztInnen. Damit liegt bei Einschulungskindern dieser Anteil nur um rund 5 % niedriger als bei ähnlichen Untersuchungen Erwachsener. Bei rund einem Drittel der Einschulungskinder liegt bereits eine ärztliche Versorgung vor.

Der Anteil der Befunde ohne Arztüberweisung weist auf diejenigen Kinder hin, deren Entwicklung beobachtet werden sollte speziell in Hinblick auf die festgestellten Auffälligkeiten, die vorerst keine Arztüberweisung erfordern.

Den weitergehenden Fragen nach der Versorgungsstruktur für Kindergesundheit wird im nächsten, dritten Modul der Gesundheitsberichterstattung für Kinder nachgegangen werden.

2. Sehen und Hören

Sehen und Hören können als ‚Basisqualifikation‘ für Schulkinder gelten: bei Störungen in diesem Bereich können sie dem Unterricht (in der Regelschule) nicht hinreichend folgen.

Es ist sehr auffällig, dass bei den Einschulungsuntersuchungen seit Jahren die beiden ‚Organsysteme‘ Sehen und Hören an der Spitze der auffälligen Befunde stehen. Dabei sind beim Hören überwiegend Befunde mit Überweisungen zu verzeichnen, wohingegen beim Sehen bereits häufiger Behandlungen eingeleitet sind.

Bezüglich der Sehschärfeuntersuchung ist das Screening des ÖGD ein indirektes durch apparatives Verfahren. Ein direkter Nachweis ist bei auffälligen Befunden nur bei einer zusätzlichen augenärztlichen Untersuchung mit Einsatz eines pupillenerweiternden Medikamentes möglich.

Der Hörtest wird apparativ durchgeführt.

Jahr	Sehen	Hören	Gesamt
2002 / N= 5.087	354 = 7 %	203 = 4 %	557 = 11 %
2003 / N= 5.137	365 = 7,1 %	240 = 4,4 %	605 = 11,5 %

Abbildung 3: Häufiger als jedes 9. Kind hat einen Erstbefund mit Arztüberweisung beim Sehen oder Hören bei der Einschulungsuntersuchung im Rhein-Erft-Kreis, Vergleich 2002/ 2003

Aus der Tabelle lässt sich ersehen, dass eher als bei jedem 10. Kind Probleme beim Sehen/Hören bestehen.

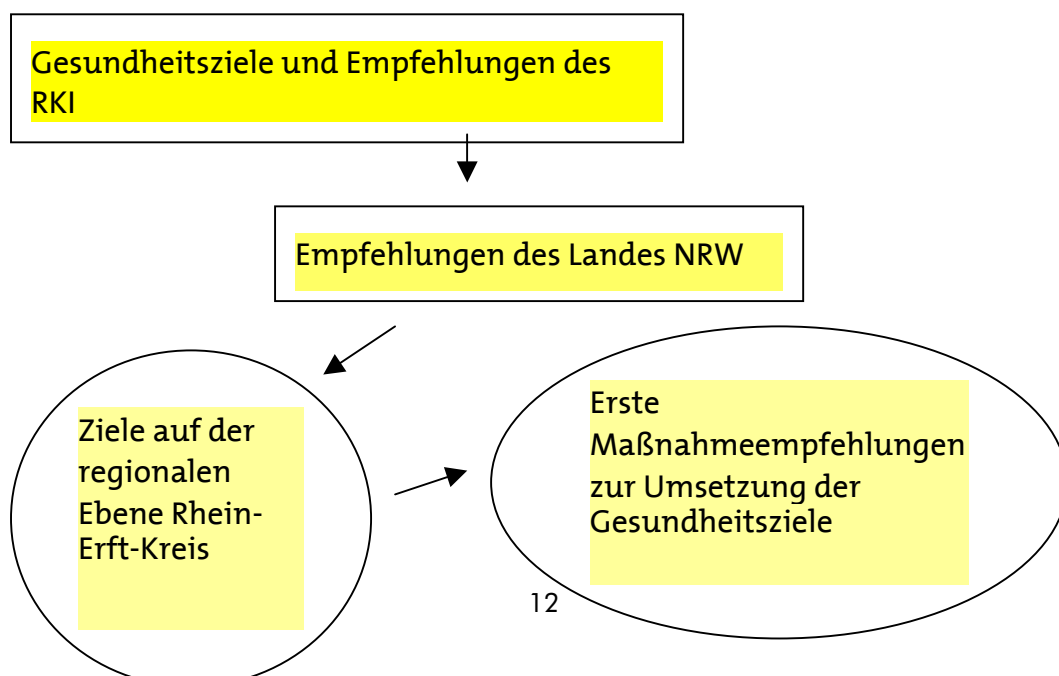
Im vorhergehenden Einschulungsbericht werden die Bereiche Sehen, Hören und Impfungen zusammengefasst als Bereiche, in denen kurzfristige Maßnahmen erfolgen können.

3. Impfen

Am Beispiel der Masern-Mumps-Röteln Impfungen wird der Handlungsbedarf zu verstärkten Impfanstrengungen deutlich; er gilt – wie die Zahlen zeigen – auch bei anderen Impfungen.

Prävention geht einher mit der Formulierung von Gesundheitszielen, aus denen Maßnahmen abgeleitet werden können.

Im Folgenden werden bezüglich der Masern-Mumps-Röteln Impfungen vorgestellt:



Am Beispiel der Masern-Mumps-Röteln Impfungen ergeben sich beispielsweise folgende Zahlen:

Nach den Gesundheitsziele des RKI wird angestrebt:

- Durchimpfung > 95 % Bevölkerung mit zwei Dosen; im Rhein-Erft-Kreis sind 7,2% der Kinder überhaupt nicht geimpft
- Nachholimpfungen für gefährdete Bevölkerungsgruppen, insbesondere Frauen
- Vorzug von MMR-Kombinationsimpfstoffen
- Ausbau Krankheitsüberwachung durch möglichst vollständige Einzelfallerfassung für Masern sowie für das CRS (=koninatales Rötelsyndrom = Embryopathie) und Bestätigung durch Laborbefund (Stadium III Infektionsüberwachung)
- Verbesserung der Fortbildung von Gesundheitsfachkräften und Öffentlichkeitsarbeit in bezug auf Nutzen und Risiken der Immunisierung gegen Masern und Röteln

Ziel: sehr hohes Niveau Masern >95% zwei Dosen. Dieses Ziel wird im Rhein-Erft-Kreis mit lediglich 32 % bei den Einschulungskindern weit unterschritten. Die Empfehlungen haben das Ziel, die Unterbrechung der Übertragung von Masern zu gewährleisten, um so eine geringe Masernanfälligkeit der Bevölkerung zu sichern.

Bei Röteln lautet die Empfehlung des RKI, mindestens eine Impfdosis bei >90% für Frauen im gebärfähigen Alter. Sie wird mit 86,2 % bei den Mädchen/ Einschulungskinder ebenfalls verfehlt. Das Ziel der geringen Rötelnanfälligkeit bei gebärfähigen Frauen, so dass die CRS-Inzidenz < 1 pro 100.000 Lebendgeburten ist, müsste durch weitere Impfungen verfolgt werden.

Auch bei anderen empfohlenen Impfungen besteht ein unterschiedlich hoher Ergänzungsbedarf.

Landesempfehlungen MMR-Impfungen

Akteure	Maßnahmen
Alle niedergelassenen Ärzte	Insbesondere die kinder- und hausärztlich Tätigen sind aufzurufen, die fehlende bzw. 2. MMR-Impfung vorzunehmen. Zum Aufbau des MMR-Impfschutzes sollen die U 7, 8, 9 und die J1 zur Komplettierung fehlender Impfungen verstärkt genutzt werden
Öffentlicher Gesundheitsdienst	Dem ÖGD werden flankierende Maßnahmen im Rahmen seiner sozialkompensatorischen Funktion aufgetragen. Die Durchimpfung der Kinder steht im Vordergrund. Der ÖGD und die Beteiligten im Gesundheitswesen organisieren gemeinsam Aktionen zur Information und Aufklärung der Bevölkerung wie öffentliche Informationsveranstaltungen.
Krankenkassen	Sie sollen die Mehrkosten für MM-Impfungen der niedergelassenen Ärzte übernehmen.
Apothekerschaft	Die Apothekerschaft hat die Aufgabe, mit den Impfstoffherstellern über eine Unterstützung des Programms zu verhandeln und auf die Absenkung der Impfstoffkosten hinzuwirken.
Apotheker-, Ärztekammern mit den Kassenärztlichen Vereinigungen	Sie organisieren gemeinsam unter Beteiligung des ÖGD Fortbildungsveranstaltungen, in die auch Fachpersonal einbezogen werden soll.
Weitere Kooperationspartner	werden in die jeweiligen kommunalen, zielgruppenorientiert gestalteten Aktionen einzubinden sein, wie sie im Masern-Interventionsprogramm genannt wurden. Dazu zählen ergänzend Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen und Lehrer und Lehrerinnen, aber auch im besonderen Medienvertreter (vgl. Epidemiologisches Bulletin, 45/1999, S.339; Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 4/1999, S.291f.)
Gemeinsame Ausrichtung aller Akteure an STIKO-Empfehlungen	Alle Akteure des Aktionsprogramms legen ihren Impf-Maßnahmen die jeweils aktuellen STIKO-Empfehlungen zugrunde, da sie in NRW als öffentlich empfohlen gelten und damit eine sichere Basis für die Arbeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und des ÖGD darstellen (Beschluss der 10. LGK, 2001, S.4.) Aktuelle Informationen und Daten sowie die neuesten STIKO-Empfehlungen gehen über die Kassenärztlichen Vereinigungen zu. Parallel gilt dies für die Apotheken durch ihre Kammern.
Evaluation der Maßnahmen und zentrale Auswertung auf Landesebene	Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die Daten über die erfolgten Impfungen zusammen. Apothekerschaft und Apothekengroßhandel werten die verkauften Impfstoffdosen aus. Der ÖGD stellt die Impfdaten aus der Schuleingangsuntersuchung zur Verfügung. Die Gesamtdaten sollen über das lögd aufbereitet und der Landesgesundheitskonferenz präsentiert werden (Beschluss der 10. LGK, 2001, S.5.

Abbildung 4: Umsetzung von Maßnahmen zur MMR-Impfungen nach Landesempfehlungen (Quelle: <http://www.oko.nrw.de/oko/index.html>, Planungshilfe C8, 12.10.04)

Die Dringlichkeit dieser Empfehlungen sowie ihrer notwendigen Umsetzung zeigen die folgenden Vergleichsdaten der Impfraten 2002 im Rhein-Erft-Kreis, im Regierungsbezirk Köln und NRW insgesamt.

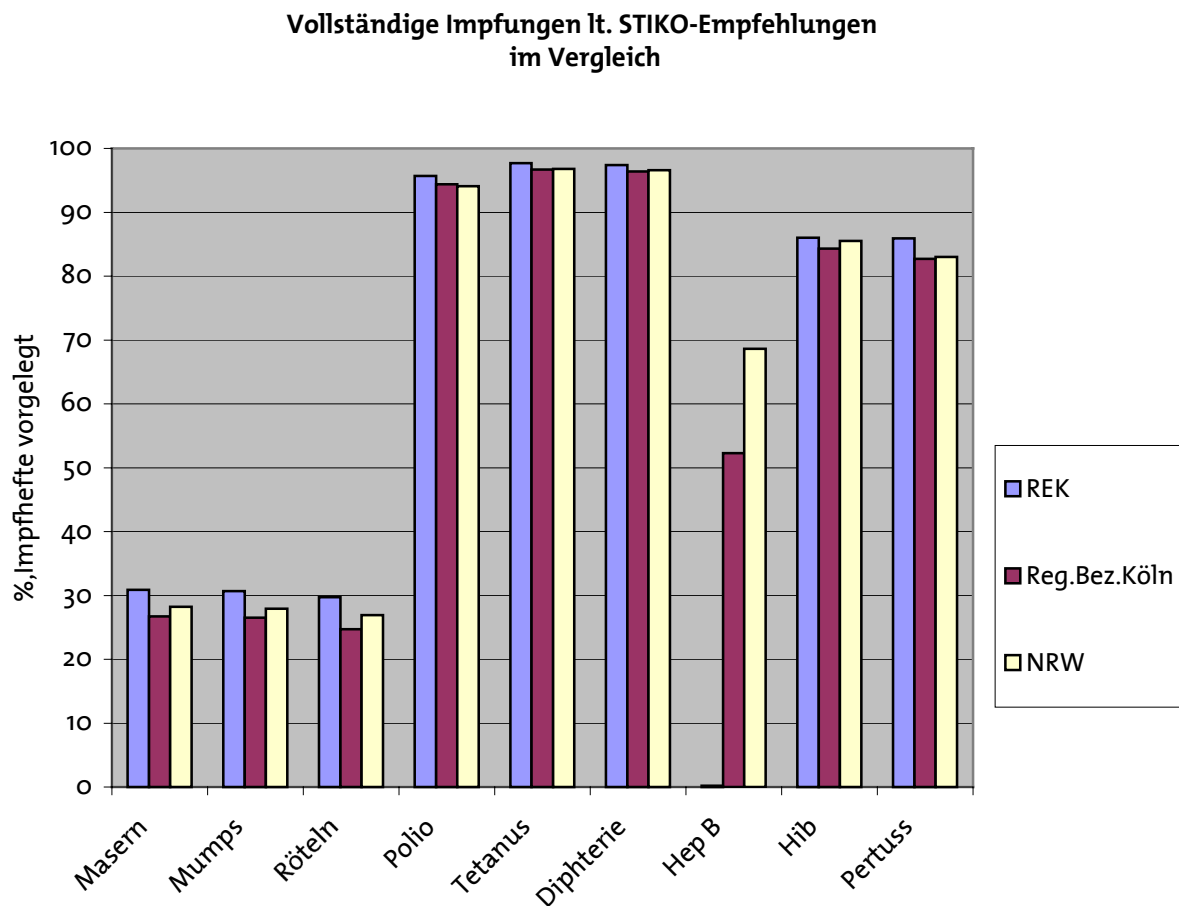


Abbildung 5: Impfquoten 2002 des Rhein-Erft-Kreises bei Einschulungskindern im Bezirks- und Landesvergleich leicht höher (außer bei Hepatitis B) – aber Impflücken insgesamt (Quelle: LÖGD, 10/2004)

Gesundheitsziele bezüglich MMR-Impfungen im Rhein-Erft-Kreis

	RKI = Sollzustand	REK – Einschulungskinder = Ist-Zustand	Gesundheitsziele
Masern	> 95 % Durchimpfung der Bevölkerung	32 %	Kontinuierliche Erhöhung der Masern-Impfungen, indem: • Reduzierung der Impfverweigerungsquote • Durchführung der 2. Impfung vor Einschulung Ziel: hohe Durchimpfungsrate der <u>gesamten</u> Bevölkerung
Mumps	> 95 % Durchimpfung der Bevölkerung	32 %	Kontinuierliche Erhöhung der Mumps-Impfungen, indem: • Reduzierung der Impfverweigerungsquote • Durchführung der 2. Impfung vor Einschulung Ziel: hohe Durchimpfungsrate der <u>gesamten</u> Bevölkerung
Röteln	> 90 % Frauen im gebärfähigen Alter	86,2 % Mädchen	Kontinuierliche Erhöhung der Röteln-Impfungen beider Geschlechter, indem: • Reduzierung der Impfverweigerungsquote • Durchführung der 2. Impfung vor Einschulung Ziel: hohe Durchimpfungsrate der <u>gesamten</u> Bevölkerung

Abbildung 6: Gesundheitsziele Rhein-Erft-Kreis bezüglich MMR-Impfungen

Hilfreich ist es dabei sicherlich, dass der Haushaltsansatz im Rhein-Erft-Kreis für Impfungen in 2004 erhöht worden ist und das Verfahren im Gesundheitsbericht 2002 beschrieben wird. (siehe dazu auch Abbildung 4)

Erste Maßnahmenvorschläge für Sehen, Hören und Impfen auf Kreisebene

Was	Wer	(voraussichtliche) Kosten in € pro Veranstaltung
Fortbildung für Fachärzte und Kinder- und Jugendärzte	Spezialisierte Wissenschaftler	500 (Honorar)
	Jugendärztlicher Dienst	250 (ca. 5 Std. Vorbereitung, Fahrt, 2 Std. Veranstaltung)
	Leiter des Gesundheitsamtes	320 (ca. 5 Std., wie oben) jeweils zuzüglich: sachliche Kosten (Raum, Hausmeister, Technik etc.)
Flyer	Gesundheitsberichterstattung	430 (ca. 10 Std.)
Auflage: 1500/ schwarz-weiss/ alternativ: farbig	Medientechnische Umsetzung	175 (ca. 5 Std.)
	Druckerei	225 / 1.275 (Druckkosten)
Gesamt Flyer		830 / 1.880

Abbildung 7: Erste Schritte zur Umsetzung der Landesempfehlungen auf Rhein-Erft-Kreis-Ebene mit voraussichtlicher Kostenberechnung

Die Kosten sind betriebswirtschaftlich gerechnet. Haushaltsmäßig in Ansatz gebracht werden müssten bei einer Umsetzung der Maßnahmen die Kosten für Honorar und Druckkosten.

III.

Gesundheitsförderung – drei Schwerpunkte

Sprache, Koordination, Wahrnehmung

– im Durchschnitt ein Fünftel der Einschulkinder mit Problemen

Gewichtsprobleme

– im Durchschnitt ein Viertel der Einschulkinder hat Probleme

Bewegung

– im Durchschnitt ein Viertel der Einschulkinder bekommt zusätzliche Sport- und Bewegungsempfehlung

1. Sprache, Koordination, Wahrnehmung

Sprache, Koordination und Wahrnehmung umfasst die gesamte Entwicklung des Kindes und sind – wenn Auffälligkeiten festgestellt werden – Arbeitsgebiete unterschiedlicher Fachgebiete.

Aufgrund der geänderten Lebensumstände wurden Störungen in diesen Bereichen bei den Einschulungskindern in den letzten Jahren sehr häufig festgestellt – wenngleich im Rhein-Erft-Kreis im Jahre 2003 gegenüber 2002 ein leichter Rückgang beobachtet werden konnte

Die wichtigen Teilbereiche der kindlichen Entwicklung bedürfen nicht erst in der Schule, sondern bereits frühzeitig(er) im Kindergarten erhöhter Aufmerksamkeit. Hier werden die Weichen für eine gesunde Entwicklung gestellt.

Trotzdem ist daran festzuhalten, dass in der Regelschule diese Bereiche verstärkte Aufmerksamkeit erhalten sollten. Es ist bei auffälligen Befunden nicht gleich an die spezialisierte Einrichtung der Schule für Erziehungshilfe zu denken. („wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist...“) Vielmehr ist dafür Sorge zu tragen, dass für diese Bereiche in den ‚Normalschulen‘ präventiv gearbeitet wird. Es wird an die Grundschulen appelliert, ihre Möglichkeiten zur präventiven Arbeit auf diesen Gebieten auszuschöpfen. (Bewegungsspiele im Unterricht, Sprech- und Singspiele, kreatives Arbeiten u.v.m.)

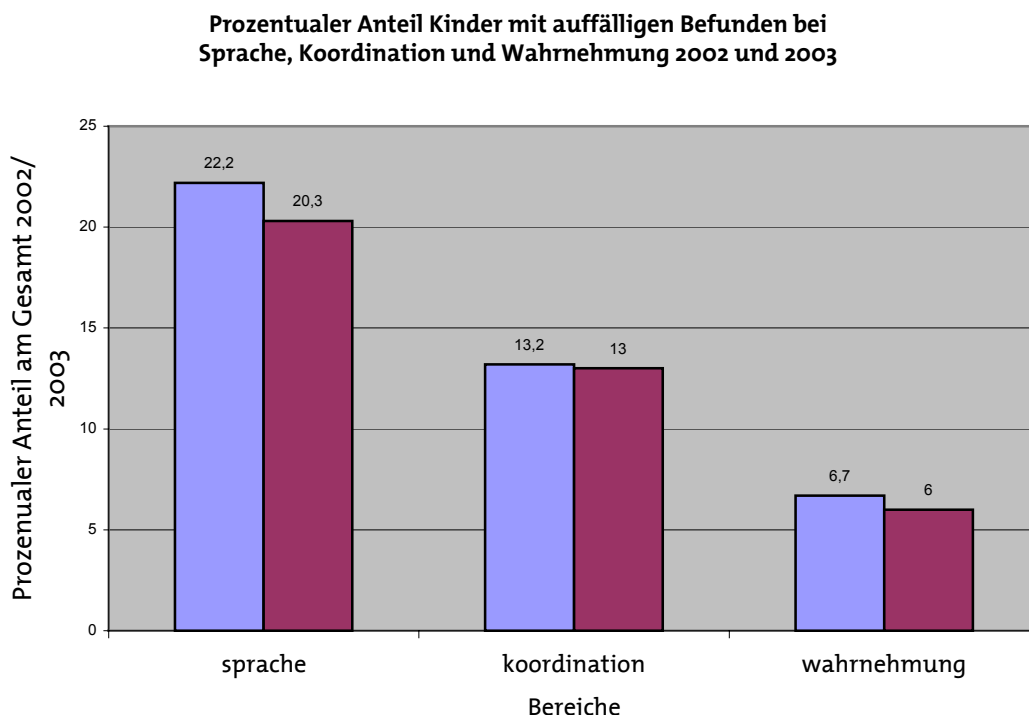


Abbildung 8: Leicht abnehmende Anteile bei auffälligen Befunden in 2003 bei Sprache, Koordination und Wahrnehmung

Der durchschnittliche Rückgang beläuft sich auf 2,3 % in allen drei Bereichen gegenüber 2002.

Gesundheitsziele zu Koordination, Sprache, Wahrnehmung und Verhalten

- Ganzheitliche Bildungsangebote für alle Kinder:
Bildungsangebote auf allen Ebenen sind so zu gestalten, dass sie in intellektueller, emotionaler und sozialer Hinsicht kindgerecht sind. Dies bedeutet beispielsweise, dass Raum für Bewegungsförderung gegeben ist, dass Arbeitsmaterialien neben den sachlichen Informationen gut gestaltet sind (eine Handreichung beispielsweise zur Schriftgestaltung findet sich unter: www.schulpsychologie.de unter dem Button: Eltern, Themen: Rechtschreibung) u.v.m..
- Frühzeitige Förderung und fachliche Diagnostik:
Bei Auffälligkeiten in den Bereichen Sprache, Koordination, Wahrnehmung und Verhalten sollten frühzeitig Angebote zur Förderung einsetzen. Dies bedeutet auch eine gezielte, hinreichende Diagnostik.
- Erreichbare Angebote:
Die Angebote zur Förderung müssen erstens vorhanden sein und zweitens ohne große ‚Schwellen‘ aufgesucht werden können. (Dies betrifft auch zeitliche Verzögerungen, beispielsweise durch Wartelisten.)
- Offene Information und Kooperation:
Informationen über Förderangebote sind zu kommunizieren
 - zwischen den Professionellen (=unterschiedliche Berufsgruppen)
 - gegenüber der Öffentlichkeit (Eltern)
 - zwischen den Institutionen (SPZ, Schulpsychologischer Dienst, Frühförderung etc.)

Maßnahmen zur Förderung von Koordination, Sprache, Wahrnehmung und Verhalten

Akteure	Maßnahmen
Sozialpädiatrisches Zentrum	Sprach-, Koordinations- und Wahrnehmungsstörungen im Fokus Infoabende zur Prävention von Störungen, resp. Wege zeigen zur Aufarbeitung von Störungen
Kindergärten — ErzieherInnen — FachberaterInnen KIGA	
Jugendämter	
Frühförderstelle	
Sozialamt	
Erziehungsberatung	
Eltern	
JÄD	Jugendärztin – regelmäßige Präsenz im Kindergarten
Ärzeschaft	Überweisungspraxis verbessern
Sprachtherapeutisches Fachpersonal	Angebote öffentlich(er) machen
Krankenkassen	Kostenübernahme kommunizieren gegenüber Öffentlichkeit und Professionellen

Abbildung 9: Auf allen möglichen und vorhandenen Hilfeebenen –Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Störungen bei Sprache, Koordination und Wahrnehmung

2. Ernährung

Die Daten der vergangenen Jahre ergeben in NRW einen kontinuierlichen Anstieg des Anteils von Kindern, die übergewichtig sind. Damit soll auf ein zentrales Problem für die Entstehung von Krankheiten aufmerksam gemacht werden, welches sich bereits im Kindesalter anbahnt.

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

In der folgenden Graphik werden die Werte für Adipositas bezogen auf alle Kinder angegeben.

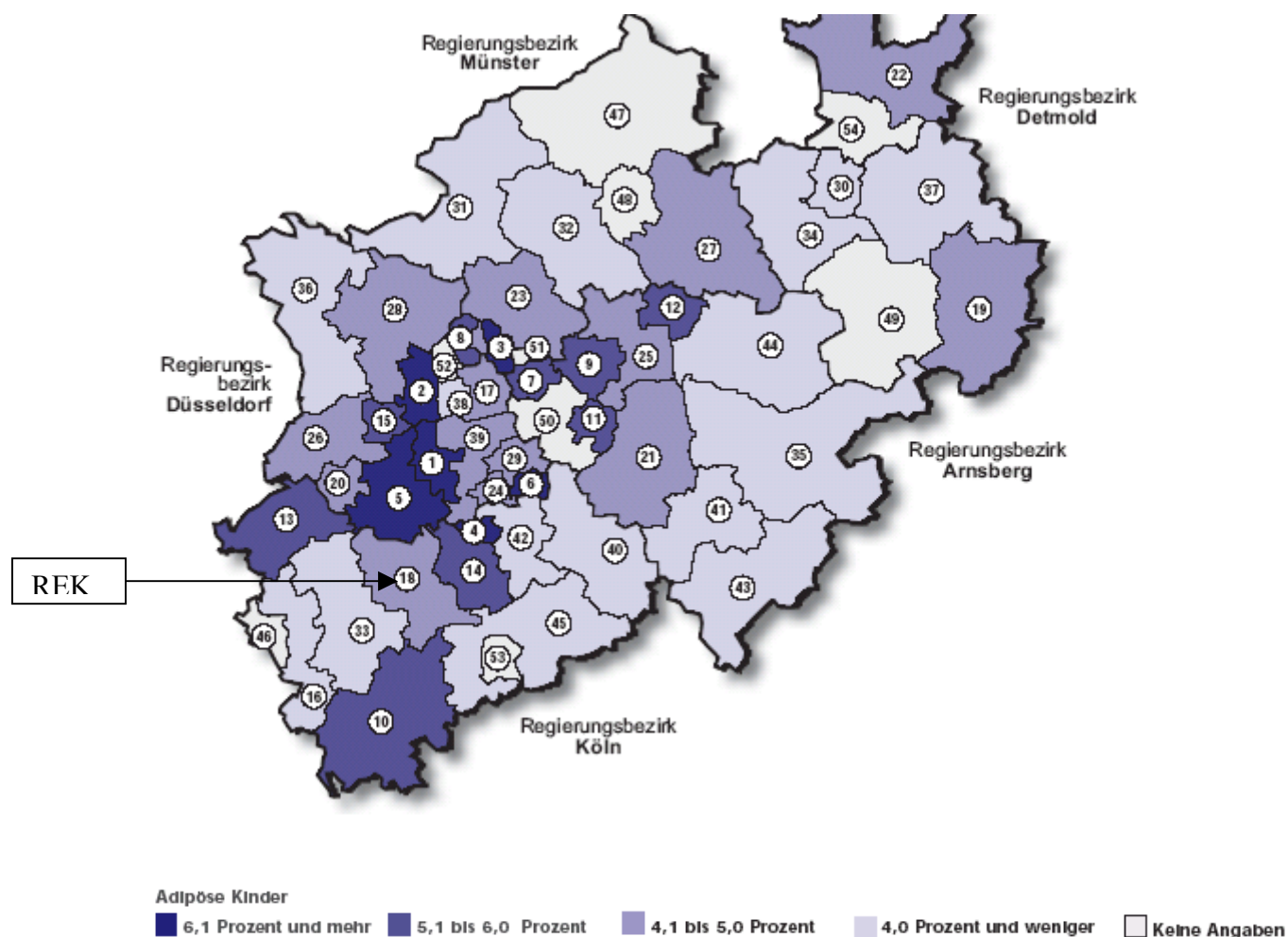


Abbildung 10: Adipöse Kinder in NRW / Schuleingangsuntersuchung 2002 – Rhein-Erft-Kreis = 18

(Quelle:

http://www.loegd.nrw.de/1pdf_dokumente/2_gesundheitspolitik_gesundheitsmanagement/dsu/jahresbericht_dsu_2002.pdf)

Von 44 (der insgesamt 54) Gesundheitsämtern in NRW liegen Daten vor. Im interkommunalen Vergleich liegt der Rhein-Erft-Kreis mit Rang 18 im ‚Mittelfeld‘ bezüglich adipöser Kinder im Jahr 2002.

Im gesamten Durchschnitt sind bei 14,1 % der Einschulungskinder Untergewicht und bei 11,1 % Übergewicht festzustellen im Jahre 2002; die entsprechenden Zahlen für 2003 sinken auf 11,9 % bei Unter- und auf 10,3 % bei Übergewicht.

In absoluten Zahlen ausgedrückt: 1.132 Kinder in 2002 und 1.140 Kinder in 2003 haben ein Gewichtsproblem.

Adipositas ist ein medizinisch ernstzunehmendes Problem, wohingegen die Daten zur Untergewichtigkeit im Einschulungsalter vernachlässigt werden können, da sie in der Regel in dieser Altersstufe kein Gesundheitsproblem darstellen, sofern keine weiteren Erkrankungen vorliegen. Die Anteile der adipösen Einschulungskinder nach Städte und Gemeinden verteilen sich wie folgt:

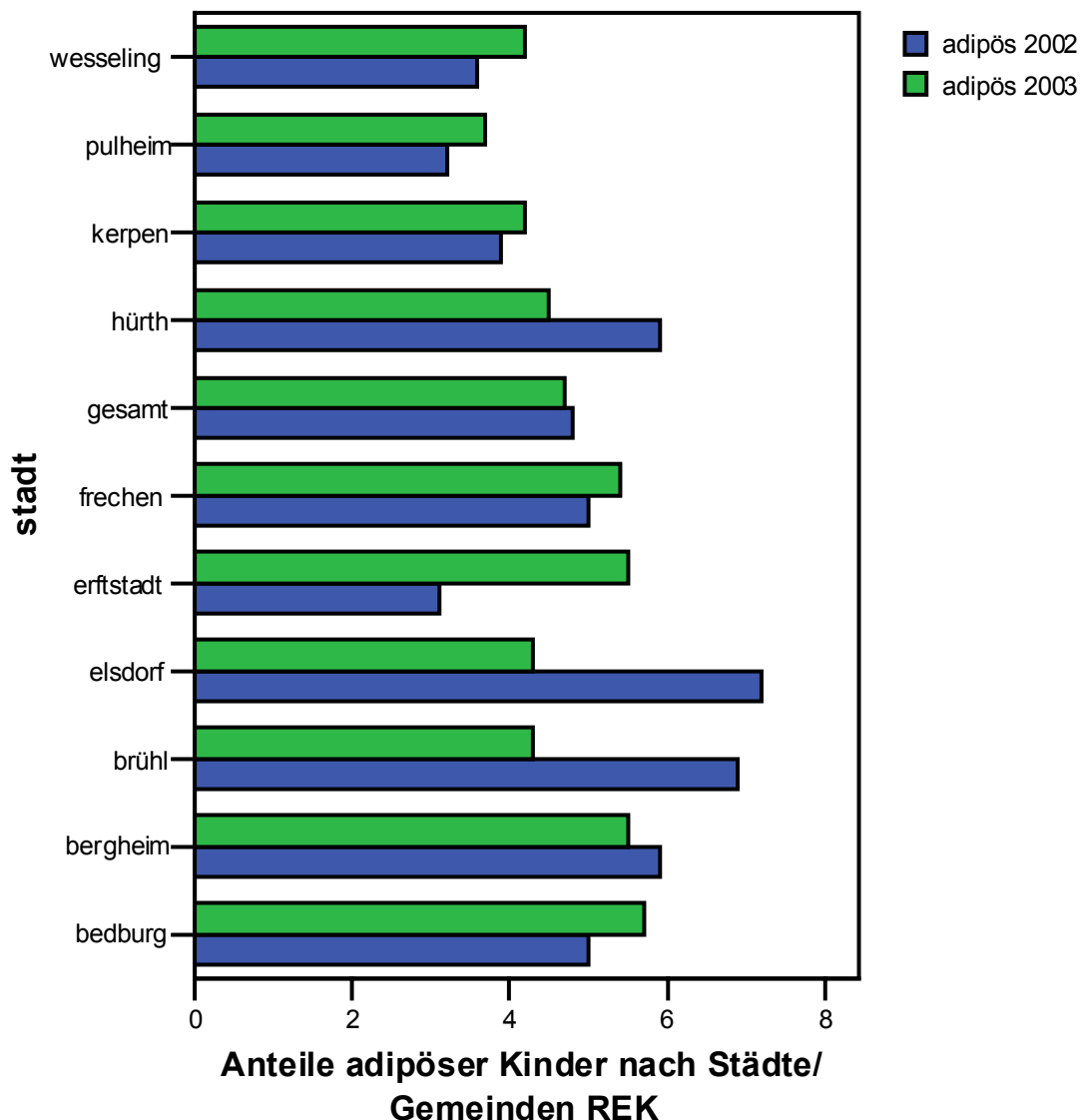


Abbildung 11: Prozentualer Anteil Adipöser an allen Einschulungskindern für die Jahre 2002 und 2003, Rhein-Erft-Kreis nach Gemeinden

Bei Betrachtung des gesamten Rhein-Erft-Kreises kann von einem leichten Rückgang insgesamt gesprochen werden. Allerdings wird bei Betrachtung nach Gemeinden/Städte deutlich, dass Adipositas ein Problem ist, welches sich unterschiedlich in den Gemeinden darstellt. In sechs Gemeinden hat sich der Anteil adipöser Einschulungskinder gegenüber 2002 in 2003 vergrößert (Wesseling, Pulheim, Kerpen, Frechen, Erftstadt, Bedburg), in vier Gemeinden ist der Anteil zurückgegangen. (Hürth, Elsdorf, Brühl, Bergheim)

Erst bei einer solchen differenzierten Betrachtung lassen sich anhand der Zahlen gemeindespezifische Gesundheitsziele bezüglich der Ernährung von Kindern formulieren nach folgendem Muster:

Beispiel für eine nach Gesundheitszielen formulierte Strategie gegen Übergewicht

Stadt	Gesundheitsziele
Rhein-Erft-Kreis	Oberziel: Der Anteil der normalgewichtigen Kinder wird kontinuierlich jährlich gesteigert Der Anteil von 77,6 % normalgewichtigen Kindern im Jahre 2003 soll im Jahre x * 90 % betragen Unterziele: • Übergewicht: Adipositas Übergewicht Adipositas sollen bis zum Jahre x * bei einem Prozentsatz von weniger als 0,5 % aller Kinder feststellbar sein Übergewicht soll bis zum Jahre x * mindestens halbiert werden *müsste jeweils definiert werden
Beispiel: Wesseling (für andere Gemeinden müssten Ziele entsprechend formuliert werden)	Der Anteil der normalgewichtigen Kinder soll im Jahre x auf den Durchschnitt des gesamten Rhein-Erft-Kreises angehoben werden (2003: 77,6 %) Dies bedeutet eine Zunahme um rund 10 % der normalgewichtigen Einschulungskinder bis zum Jahre x. Eine Senkung des Anteils von übergewichtigen Kindern (6,1 % in 2003) ist ebenfalls anzustreben.

Abbildung 12: Gesundheitsziele – werden Maßnahmen damit planbar? Werden die Planungen umsetzbar(er) mit Zielformulierungen?

Anhand der Zahlen ließen sich spezifische Sport- und Ernährungsangebote auf Gemeindeebene planen. Dabei werden auch Zahlen über die mögliche Zielgruppengröße geliefert. Problematisch erscheint an einer über Gesundheitsziele formulierten Strategie jedoch, dass

- Unterschiedliche Akteure sich auf Gesundheitsziele einigen müssen
- Diese Einigung notwendigerweise ‚auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner‘ erfolgt
- Dadurch eine relativ unspezifizierte, globale Formulierung erfolgt
- Dies widerspricht einem differenzierten, kleinräumigen und lebenslagenorientiertem Ansatz

Im folgenden wird eine Ideensammlung zu möglichen Aktionen bezüglich Ernährung vorgestellt:

Maßnahmen zu Ernährung – Ernährungsbedingte Krankheiten gar nicht erst entstehen lassen

Akteure	Maßnahmen
Thema:	Koordinierte (!) Gesundheitsförderung, (ev. durch Krankenkassen/ ÖGD) = punktuelle Aktionen koordinieren und verstetigen Falsche Ernährung als Gesundheitsproblem und als falsche Bahnung von Präferenzen in der Kindheit
Krankenkassen	Übernahme von weiteren Projekten und Aktionen auch im Rhein-Erft-Kreis
niedergelassene Professionals (Ökotrophologen, Hausärzte Gewichtsreduktionsinstitute, etc.)	Mitarbeit
Kinderärzte	Achten auf: Übergewicht u n d Untergewicht
Wirtschaft im Rhein-Erft-Kreis	Sponsoring
Öko-Landwirtschaftsbetriebe im Rhein-Erft-Kreis	Aufklärung und Sponsoring
Elterninitiativen	Frühstück Qualität der Speisen im Kindergarten und Schule (Mittagsbetreuung)
Schulen und Kindergärten	Frühstück Kochunterricht in den Schulen Hauswirtschaftsunterricht, wie Haltbarmachung und Lagerung von Lebensmitteln Qualität der Speisen im Kindergarten und Schule (Mittagsbetreuung)
Bildungsstätten (wie Anton-Heinen-Haus, VHS etc.)	Hauswirtschaftsunterricht, wie Haltbarmachung und Lagerung von Lebensmitteln
Landrat	Aktion: Rheinischer Kinderteller...
BZGA	Material für Aktionen bereitstellen

Abbildung 13: Ernährungsbedingte Krankheiten gar nicht erst entstehen lassen durch Aufklärung und Prävention in der Kindheit – Ideensammlung

In Zusammenhang mit der Reduzierung von Fettleibigkeit bei Kindern ist die Bewegungsförderung ein wesentliches Mittel.

Wenn hier Maßnahmen zur Bewegungsförderung vorgestellt werden, so ist jedoch der Anteil von Kindern, die zusätzlichen Sport (-förderunterricht) empfohlen bekommen haben bei den Einschulungsuntersuchungen, insgesamt wesentlich größer als der Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder, der dabei lediglich bei 35 % liegt. Immerhin ist damit eine spezifizierte Handlungsempfehlung für Sportangebote möglich.

Maßnahmen zu Bewegung (-sförderung)

Akteure	Maßnahmen
Kindergärten und Schulen	Bewegte Kindergärten und Schulen musische Erziehung im Kindergarten und in der Schule Hüppedötzen- Projekt (Rhein-Kreis-Neuss) übernehmen
Sportbund	Angebote für Kinder, darunter – Spezielle Angebote für bewegungsgestörte Kinder – Spezielle Angebote für übergewichtige und adipöse Kinder – Spezielle Angebote für bewegungsarme Kinder Angebote für Kinder und Eltern gemeinsam
OPUS (=Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit)	Ausweitung auf möglichst viele Schulen
CHILT (= Children's Health Interventional Trial)	Übernahme in den Rhein-Erft-Kreis
Arbeitskreis: Kompensatorischer Sport in der Schule (Schulamt)	Fortbildung der Lehrer
JÄD	Ansprechpartner für Initiierung / Koordination von unterschiedlichen Projekten benennen
GBE/ Sportbund Erftkreis	Fragebogen zur Erhebung der Mitglieder- und Angebotsstruktur von Sportvereinen im Rhein-Erft-Kreis, siehe Anhang
JÄD – GBE – Landessportbund	Konzeptentwicklung – und implementation von ‚Kinder in Bewegung‘

Abbildung 14: Angebote gibt es viele – just do it!

IV.

Gesundheitsförderung für Kinder

Koordination über die Gesundheitskonferenz

Modellkommunen: Kinderfreundliche Stadt/
Gemeinde

Kindergartenuntersuchung – Frühprävention

Einschulungsuntersuchungen – Fürsorge für Kinder

Zusammenarbeit mit:

- Schulen
- Eltern
- Niedergelassener Ärzteschaft
- Projektkooperationen im Kreis
- Projektkooperationen über den Kreis hinaus

1. Gesundheitskonferenz – Erweiterung und Bildung einer Unterkonferenz ‚Kinder und Jugendliche‘

Im Rhein-Erft-Kreis kann die Gesundheitskonferenz Anstöße zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage und Versorgung von Kindern geben, weil sie u.a. mit der Gesundheitsberichterstattung über ein daten- und analysebezogenes Instrumentarium verfügt.

Die Frage der Koordinierung von Aktivitäten kann davon losgelöst betrachtet werden. Es ist nicht zwingend, dass sie durch das Gesundheitsamt erfolgt. Auch ganz andere Konstellationen sind vorstellbar. Warum sollte die Phantasie nur bei der Sanierung der Kanalnetze funktionieren?

Maßnahmen zum Verfahren der Gesundheitsförderung – Einbeziehung von Akteuren

Die Bildung einer Unterkonferenz zur Gesundheitskonferenz – Kinder – wird vorgeschlagen. Folgende Akteure sollten einbezogen werden:

- Jugendämter und Sozialämter der Gemeinden
- Professionelle Koordinierungsgremien auf Kreisebene
- Schulamt
- Gesundheitsamt
- Kinderärzte
- Krankenkassen
- Fachberufe (Logopäden, Krankengymnasten etc.)
- Sportbund
- Selbsthilfegruppen

2. Modellkommunen – damit etwas anfängt ...

Im Rhein-Erft-Kreis sind einige Städte in der Planung mit „Kinderfreundliche Stadt“. (Wesseling und Hürth) Bergheim beteiligt sich am „City Monitoring Soziale Stadt“.

Hier sehen wir Ansatzpunkte für alle vorgeschlagenen Maßnahmen.

Bezüglich der Gesundheitsberichterstattung ist eine möglichst kleinräumige Auswertung der Daten nötig.

Folgende Zahlen am Beispiel der Vorsorgeuntersuchungen sowie des Anteils von übergewichtigen und adipösen Kindern zeigen, dass Maßnahmen eine kleinräumige

regionale Auswertung voraussetzen, wenn sie den Zusammenhang zwischen belasteten Lebenslagen und Gesundheit bei Kindern vermindern sollen:

Ort	Komplette Vorsorgeuntersuchungen in %		Übergewicht in %		Adipositas in %	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Rhein-Erft-Kreis gesamt	71,5	72,5	6,3	5,8	4,8	4,7
Beispielkommune	66,2	67,2	5,6	6,6	5,9	5,5
Teilbereich von Beispielkommune gesamt, davon:	58,6	54,2	6,6	6,0	4,8	4,5
Schule 1			9,1	1,8	-	7,1
Schule 2			5,5	9,3	6,8	4,0
Schule 3			10,3	20,0	10,3	11,4

Abbildung 15: Armut und Gesundheit: niedrigere und abfallende Werte bei kompletten Vorsorgeuntersuchungen und höhere Werte bei Übergewicht/ Adipositas in ‚belasteten‘ Stadtteilen (Quelle: Berechnungen des LÖGD 10/ 2004)

Durchschnittswerte geben einen guten Überblick über Probleme –systematische Interventionen erfordern allerdings eine möglichst kleinräumige Analyse, wie sie in der obigen Tabelle auf der Ebene Gemeindebezirke und weitergehend der Schulen in den Bezirken erfolgt. Damit könnten gezielte Eingriffe beispielsweise im Setting Schule vorbereitet werden. (siehe dazu den vorherigen Gesundheitsbericht)

Maßnahmen für Modellkommunen

Akteure	Maßnahmen
Städte und Gemeinden	Identifizierung von belasteten Stadtteilen mit Erneuerungsbedarf
Gesundheitsamt/ JÄD — GBE	Erhebung und Auswertung der Daten auf kleinräumiger Ebene
GBE	Darstellung der Daten möglichst ‚lesefreundlich‘ anhand Kartographierung
Sportbund / andere Zuwendungsempfänger von Geldern des Kreises	Fokussierung von Aktivitäten für Kinder und Jugendliche auf problembelastete Stadt-/ Gemeindeviertel

Abbildung 16: Ideen und Geld zu benachteiligten Kindern und Jugendlichen

3. Fürsorge für Kinder – Einschulungsuntersuchungen des Jugendärztlichen Dienstes

3.1 Verfahren der Einschulungsuntersuchungen

3.1.1 Items nach dem Bielefelder Modell

Das Bielefelder Modell hat sich als standardisiertes Instrumentarium bezüglich der Itembereiche bewährt. Es ist nicht sachlich zu rechtfertigen, dass einzelne Bereiche rausfallen könnten. Vielmehr sollte zusätzlich das Blutdruckmessen ausgewertet werden, weil es die Diagnostik komplettiert und individuell beraten werden kann bei Auffälligkeiten.

3.1.2 SENS

Die Hinzunahme von SENS bringt eine Spezifizierung vorhandener Items, sie ersetzt nicht die vorhandenen.

3.2 Zusammenhänge zwischen Vorsorgeuntersuchungen der (niedergelassenen) Kinder- und JugendärztInnen und den Kiga-Untersuchungen und Einschulungsuntersuchungen des Jugendärztlichen Dienstes

In dem Bericht zur Einschulungsuntersuchung 2002 wird vorgeschlagen, den Schwerpunkt auf die Kindergartenuntersuchung zu legen. Es könnte nun argumentiert werden, dass sich eine zeitliche Nähe mit den letzten Vorsorgeuntersuchungen, der Kindergartenuntersuchung sowie der Einschulungsuntersuchung ergeben könnte.

Die Untersuchungen des JÄD unterscheiden sich mit ihrer Entwicklungsdiagnostik von der individuellen medizinischen Untersuchung bei den Vorsorgeuntersuchungen (= Krankheitsfrüherkennung), so dass hier nicht das eine gegen das andere ausgetauscht oder ersetzt werden kann. Dies lässt sich an der höheren Quote der Befunde mit Arztüberweisung ablesen bei denjenigen Einschulungskindern, die nicht die letzte Vorsorgeuntersuchung bekommen haben. Da diese Gruppe sich auch weniger in Behandlung befindet, ist dies ein Hinweis auf eine gewisse Unterversorgung.

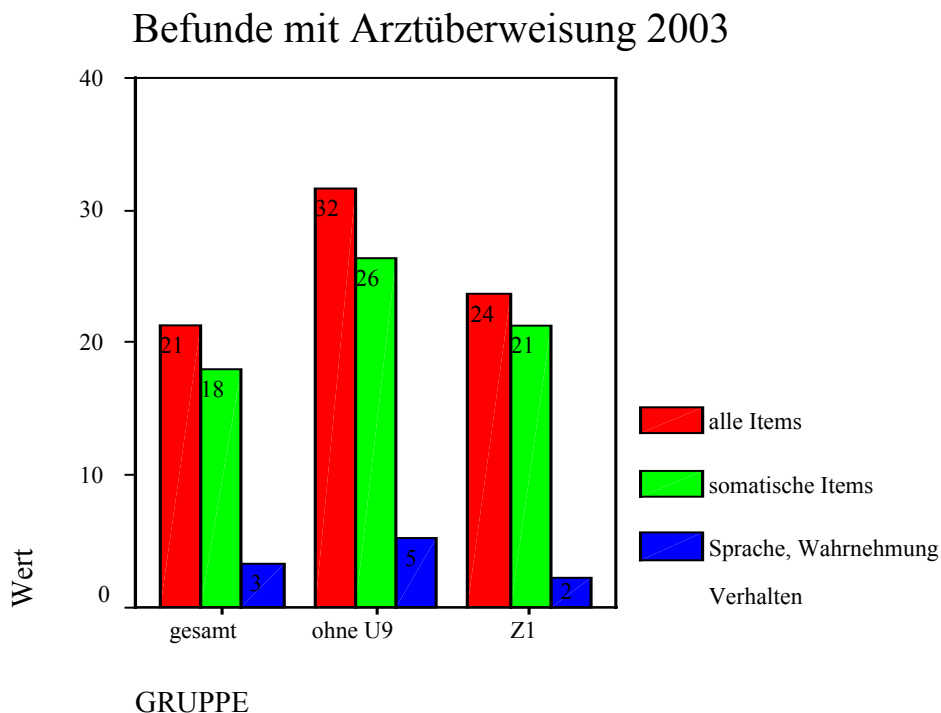


Abbildung 13: Prozentuale Anteile der Kinder mit Befunden mit Arztüberweisung über alle erfassten Items nach dem Bielefelder Modell nach Gesamtpopulation 2003(gesamt), Kinder ohne Vorsorgeuntersuchung U9 und Zusatzuntersuchung (Z 1)

Außerdem sind die Kindergartenbesuchsquoten – vor allem in Westdeutschland – nicht so hoch, dass alle Kinder erfasst würden. (23% besuchen vor Schuleintritt keinen Kindergarten) Aus früheren Untersuchungen in Kindergärten ist auch bekannt, dass sich bis zur Schuleingangsuntersuchung bei einem Prozentsatz von ca. 15 % der Kinder zusätzliche besondere Befunde ergeben haben. Daraus folgt, dass Kindergartenuntersuchungen und Einschulungsuntersuchungen ebenfalls nicht gegeneinander ausgetauscht werden können.

Möglich ist jedoch eine gewisse Schwerpunktverlagerung: bei einem flächendeckenden Untersuchen im Kindergarten (hier werden in Kürze Empfehlungen der Rheinischen LeiterInnen der Jugendärztlichen Dienste veröffentlicht werden) könnte bei den Schuleingangsuntersuchungen verstärkt die Aufmerksamkeit auf diejenigen Kinder gelegt werden, die bereits im Kindergarten mit Befunden aufgefallen sind. Auch wenn alle Kindergartenkinder untersucht würden, ergibt sich aus der Tatsache, dass bei der Einschulung immer noch zusätzliche Auffälligkeiten entdeckt werden und dass nicht alle Kinder einen Kindergarten besuchen, dass auf die Schuleingangsuntersuchung auf keinen Fall verzichtet werden darf.

3.3 EDV und Software

Die Schuleingangsuntersuchungen, die Information der Schulen und Eltern sowie die Auswertung der Daten mit modernen Softwarelösungen durchzuführen, ist leider im Rhein-Erft-Kreis noch nicht Standard, und auch in NRW besteht kein einheitliches Konzept. Hier wäre dringend Abhilfe vonnöten.

3.4 Stellenwert von Förderung

Alle Untersuchungen des JÄD ergeben letztendlich nur dann Sinn, wenn sie in einem Konzept für die Förderung von Kindern zusammenfließen.

Der Jugendärztliche Dienst berät nach den Einschulungsuntersuchungen die Eltern individuell. Bei auffälligen Befunden wird eine Empfehlung zum Aufsuchen niedergelassener ÄrztInnen und Institutionen ausgesprochen.

In gravierenden Einzelfällen erfolgt eine Benachrichtigung des Jugendamtes.

Die medizinische Wahrnehmung ist dabei zu ergänzen durch psychologische, pädagogische und soziale Wahrnehmung von Problemen, wie sie sich in einer entsprechenden Diagnostik äußern kann. Sie zu überführen in sinnvolle Fördermaßnahmen ist die Aufgabe, die nur in Zusammenarbeit auch mit den entsprechenden Fachämtern zu erfüllen ist.

Die gesetzlich vorgeschriebenen Fallkonferenzen entsprechend dem KJHG können ein Forum sein für die koordinierte Förderung vor Schuleintritt des Kindes unter Beteiligung aller Mitwirkenden (Jugendämter, Sozialämter, Gesundheitsamt, Schulamt, Frühförderung, Schulpsychologischer Dienst, Heinrich-Meng-Institut, Kinder- und Jugendärzte, Ergotherapeuten, Logopäden, Psychologen, Kindergarten und Schulen etc.)

Die Überweisungspraxis des JÄD bewegt sich bei der Überweisung zu Psychologen im Bereich von 0,2 % in 2002.

Ganz anders sieht das aus bei Empfehlungen zur Sprachbehandlung: 8,1 % in 2002, und 6,7 % aller Kinder weisen derartige Defizite aus, dass eine Maßnahme empfohlen wird. In absoluten Zahlen handelt es sich um 412 bzw. 366 Kinder.

Eine ähnliche Größenordnung erreichen die Zahlen zur Zurückstellung wegen Unreife: 7,8 % in 2002 (absolut 398) und 7,1 % (absolut 390) in 2003.

Maßnahmen zum Verfahren der Einschulungsuntersuchungen

Akteure	Maßnahmen
JÄD	Beibehaltung aller Items des „Bielefelder Modells“ und von SENS (als neuem Bereich)
JÄD	Schwerpunktverlagerung auf Kindergartenuntersuchung Verstärkte Aufmerksamkeit bei der Einschulungsuntersuchung auf Kinder mit Befunden bei der Kindergartenuntersuchung
Niedergelassene Kinder- und Jugendärzte/ JÄD	Verstärkte Nutzung der Rückmeldeformulare Auswertung der Daten
Ämter und Institutionen für Kinder mit besonderem Förderbedarf - JÄD	Gebündelter Sachverstand für Kinder mit besonderem Förderbedarf Fallkonferenzen nach KJHG Ämterkoordiniertes, interdisziplinäres Arbeiten
JÄD – Empfehlungen an außermedizinische Hilfen	Diagnostik von beispielsweise Wahrnehmung, Sprache und Verhalten bei auffälligen Verdachtsmomenten an entsprechende Fachleute geben
JÄD - EDV	Entscheidung über lauffähige Software zur Erhebung der Daten

Abbildung 17: Wie die Fürsorge für Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen verbessert werden kann

4. Zusammenarbeit mit Schulen

4.1 Zusammenarbeit mit den Schulen - sachliche Voraussetzungen

Seit Jahren ist vorschriftsmäßig eingeführt, dass für jede Schule feste jugendärztliche AnsprechpartnerInnen benannt sind.

Eine feste Sprechstunde dieser Schulärztin/ dieses Schularztes in der Schule ist wünschenswert. (wobei die räumlichen Voraussetzungen teilweise noch [oder wieder] zu schaffen sind)

Die Information der SchulleiterInnen über die (anonymisierten) Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen ihrer Schule sollte vor Schuljahresbeginn erfolgen, damit sich die Schule darauf einrichten kann, wie z.B. bei der Möblierung der Klassenräume, Einrichtung von Förderunterricht, Bewegte Schule, Ernährungserziehung, hygienischer Zustand der Schulen etc..

4.2 Zusammenarbeit mit den Schulen - personelle Voraussetzungen im JÄD

Derzeit besteht eine Teamstruktur nach regionalen, schulbezogenen Gesichtspunkten.

Sinnvoll wäre darüber hinaus eine Differenzierung nach Schulformen und Kindergartenbereich sowie nach fachlichen Gesichtspunkten.

Prioritär ist die Besetzung aller Teamstellen, welche auch wieder die Ausweitung der Kindergartenuntersuchungen möglich machen würde.

Die Einführung der festen Sprechstunde in den Schulen steht ebenfalls an.

Notwendig wäre die zusätzliche Besetzung einer Stelle Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Schließlich sollte die Schaffung einer Leitungsstelle des Jugendärztlichen Dienstes erfolgen.

Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Schulen – Kooperationsmöglichkeiten

Akteure	Maßnahmen
Schulen –JÄD - Kreis	Einrichtung fester Sprechstunde einer Schulärztin für jede Schule Bereitstellung entsprechender Räumlichkeiten
Schulpersonal -JÄD	Wahrnehmung einer betriebsmedizinischen Beratung für Lehrpersonal (lt. Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst, § 12)
Schulleitung -JÄD	Information vor Schuljahresbeginn über Daten der Einschulungsuntersuchung, die Fördermaßnahmen nötig machen
Schulleitung/ Klassenleitung -JÄD	Information über Hygiene in den Schulklassen Information über gesundheitsfördernde Pausen/ Spiele etc. Information über gesundheitsfördernde Möblierung etc. in den Klassen

Abbildung 18: Sachliche und personelle Voraussetzungen zur Verbesserung der Kooperationsmöglichkeiten Schule – JÄD

5. Zusammenarbeit mit Eltern

Die Zusammenarbeit mit den Eltern erfolgt sowohl bei der Einschulungsuntersuchung selbst als auch über die Schule im persönlichen Kontakt.

Vor Schuleintritt sollten alle Eltern über aus ärztlicher Sicht gesundheitsrelevante Fragen informiert werden wie beispielsweise: Tornister, Stühle, Läuse, Infektionskrankheiten, Toiletten. Dies könnte mit einem Informationsschreiben des Jugendärztlichen Dienstes geschehen.

Maßnahmen zur Zusammenarbeit JÄD – Eltern

Akteure	Maßnahmen
JÄD - Eltern	Beratung der Eltern — bei der Einschulungsuntersuchung: • Befunde erläutern • Impfberatung • Fördermaßnahmen empfehlen • Information über weitergehende Diagnostik • Empfehlung der Inanspruchnahme von medizinischen und nicht-medizinischen Diensten
JÄD - Eltern	Information der Eltern — vor Schulbeginn: • Informationsschreiben über gesundheitsfördernde Schule • Bereitstellung von Informationen über das Internet
JÄD-Schule	betriebsmedizinische Beratung von Kindern und Eltern — in der Schulzeit: feste Sprechstunden in der Schule

Abbildung 19: Wahrgenommene und mögliche Aufgaben zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen JÄD und Eltern

6. Zusammenarbeit mit niedergelassener Ärzteschaft

6.1 Maßnahmen – Überweisungen nach dem Hausarztmodell

Auf Verabredung mit der KV werden Überweisungen zu FachärztInnen sowie anderen Berufsgruppen nur in schwierigen Fällen direkt ausgesprochen. In der Mehrzahl der Fälle wird erst einmal wieder an den behandelnden Arzt/ an die behandelnde Ärztin überwiesen, die dann – im Sinne des Hausarztmodells – weitere Maßnahmen veranlasst und koordiniert. Dieses Verfahren entspricht der augenblicklichen Reformdiskussion im Gesundheitsbereich.

6.2 Kooperation mit KinderärztInnen

Die Propagierung und Unterstützung des Fachgebietes Kinder- und Jugendmedizin und der Früherkennungsuntersuchungen für möglichst alle Kinder sind Anliegen auch des Gesundheitsamtes.

Neben der Untersuchung findet die nachgehende Fürsorge des Jugendärztlichen Dienstes statt, insbesondere bei den Kindern mit einem Befund, der eine Arztüberweisung notwendig macht. Die Rücksendung der Befundmitteilung diene auch einer Dokumentation und Verlaufsbeobachtung zum Zwecke der internen Qualitätskontrolle.

Maßnahmen zur Verbesserung Kooperation JÄD – niedergelassene Ärzteschaft

Akteure	Maßnahmen
JÄD – Fachärzte	In der Regel Überweisung gemäss Hausarztmodell
JÄD – Kinder- und Jugendärzte	Empfehlung spezialisierter Fachärzte für Kinder und Jugendliche, vor allem für die Vorsorgeuntersuchungen
JÄD – Kinder- und Jugendärzte	Verstärkte Nutzung der Rückmeldeformulare (Befundmitteilung) Auswertung der Daten, auch für interne Qualitätskontrolle JÄD
JÄD – Kinder- und Jugendärzte	Zusammenarbeit bei Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen

Abbildung 20: Kooperationsmöglichkeiten der medizinischen Professionellen für Kinder und Jugendliche

7. Fördermöglichkeiten erschließen durch Projektkooperationen des JÄD

7.1 Projekte zur Gesundheitsförderung

Eine Vielzahl von Projekten zur Gesundheitsförderung besteht im Rhein-Erft-Kreis: CHILT, OPUS, Survey des RKI. Sie sollten miteinander koordiniert sein. Feste AnsprechpartnerInnen beim JÄD, Krankenkassen und anderen Institutionen sollten bestehen.

7.2 Öffentlichkeitswirksame Darstellung von Ergebnissen

7.2.1 Kartographierung

Für die Öffentlichkeitsarbeit des Gesundheitsamtes und insbesondere für die Internetdarstellung ist eine Aufbereitung der Daten in Graphiken und Schaubildern inzwischen Standard. Die Kartographierung der Gemeindegrenzen seitens des LÖGD ist erfolgt. Wir wünschen uns allerdings kleinräumigere Analyse- und Darstellungsmethoden (siehe oben Beispiel, Abbildung 16)

7.2.2 Projekte

Hier sind auch Projekte innerhalb der Kreisverwaltung von Interesse. (Geoserver, GIS-System)

Die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen (wie Ruhr-Universität Bochum) sowie Gemeindeverwaltungen innerhalb des Rhein-Erft-Kreises sind zu fördern. (Beispiel: Gesunde-Städte-Netzwerk, Soziale Stadt)

Ein Beispiel für Kartendarstellung, die auf einen Blick zeigt, dass Einwohnerstärke und Anteil der Einschulungskinder in manchen Gemeinden auseinandergehen, folgt auf der nächsten Seite. (siehe Beispiele Bergheim und Pulheim)

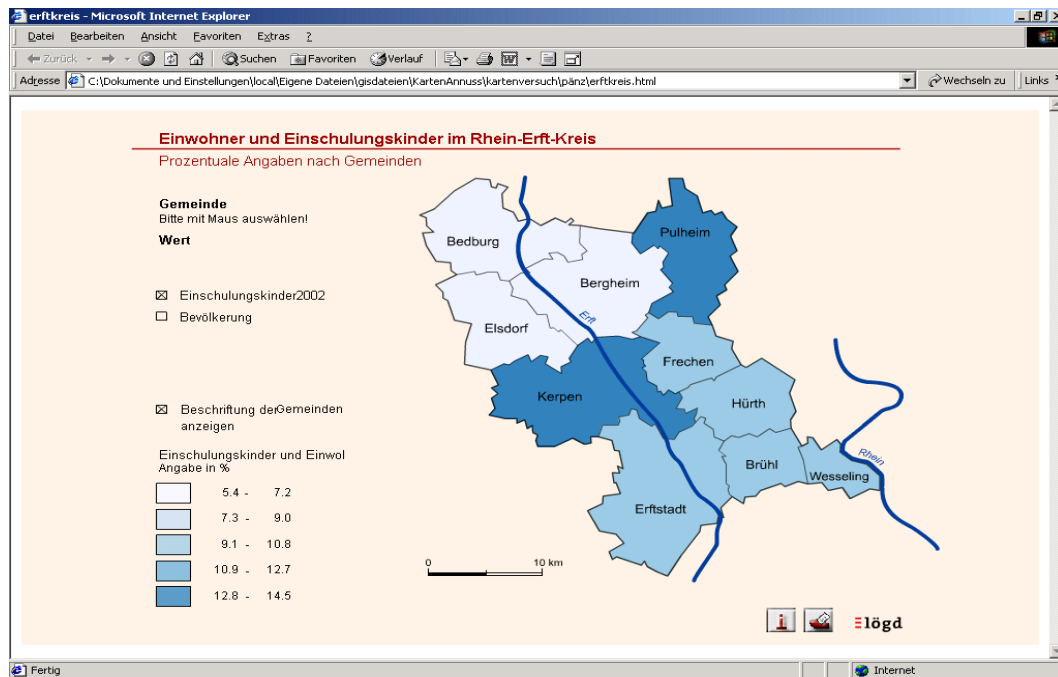


Abbildung 21: Prozentuale Verteilung der Einschulungskinder 2002 auf die Gemeinden des Rhein-Erft-Kreises (eigene Darstellung)

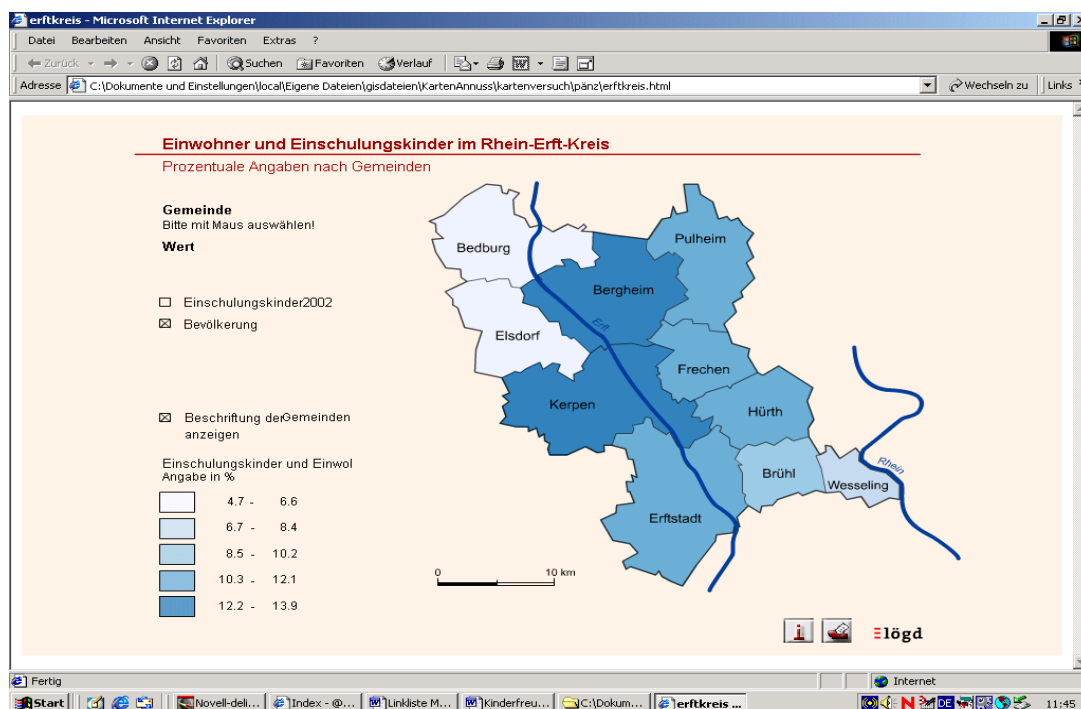


Abbildung 22: Prozentuale Verteilung der Bevölkerung auf die Gemeinden des Rhein-Erft-Kreises 2002 (eigene Berechnung)

Auf einen Blick ist zu sehen, dass Bergheim zwar prozentual bevölkerungsmässig stark, jedoch bezüglich des prozentualen Anteils von Einschulungskindern weniger

stark ist; umgekehrt verhält es sich mit Pulheim. Diese Kartendarstellungen haben den zusätzlichen Vorteil, dass sie bei der Veröffentlichung im Netz interaktiv sind.

8. Personelle Ausstattung des ÖGD

8.1 GBE und Gesundheitsförderung – einbeinig steht es sich schlecht...

Mit der Einrichtung einer halben Stelle Gesundheitsberichterstattung hat sich der Rhein-Erft-Kreis im Rahmen der NRW-Gesundheitsämter profiliert. Ungeklärt ist allerdings die Frage der Umsetzung von Maßnahmen sowie ihrer Evaluation: hier müsste das ‚zweite Standbein‘ der Gesundheitsförderung geschaffen werden, wie sie im Rhein-Kreis Neuss in der Schaffung einer Abteilung realisiert worden ist. Netzwerk Gesundheit und Projekte wie ‚Hüppedötzchen‘ sind damit realisiert worden.

8.2 Jugendärztlicher Dienst – Ausdünnung aufheben

Die Besetzung aller ärztlichen Teamstellen nebst Assistentenstellen sowie einer Stelle Kinder- und Jugendpsychiatrie steht an. Ebenso die Schaffung einer LeiterInnenstelle im Jugendärztlichen Dienst.

Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeit des ÖGD für Kinder und Jugendliche

Akteure	Maßnahmen
JÄD - Kreis	Besetzung aller Teamstellen (Arzt- und Assistentenstellen) Einrichtung einer Stelle Kinder- und Jugendpsychiatrie Einrichtung einer Leitungsstelle im JÄD
JÄD - Kreis	Einrichtung einer Stelle für Gesundheitsförderung
JÄD – GBE – Kreis – Verwaltung	Projektkooperationen suchen und ausführen GIS/ Geoserver einrichten und nutzen Stichwort: ‚lernende Organisation‘: intern
JÄD – GBE – Institute/ Universitäten/ andere Verwaltungen	Kartographierung auf kleinräumiger Ebene durch LÖGD GIS-Systeme nutzen (können) Projekte zur ‚Kinderfreundlichen‘, ‚Sozialen‘ Stadt zur Gesundheitsförderung (mit)nutzen Externen Sachverstand nutzen, Stichwort: ‚Lernende Organisation‘

Abbildung 23: Ohne Personal keine Fortschritte bei der gesundheitlichen Lageverbesserung von Kindern und Jugendlichen

V.

Zusammenfassung: Die Zukunft der Gesellschaft liegt in ihren Kindern –

sie zu fördern, auch und gerade in ihrer gesundheitlichen Entwicklung, ist eine Aufgabe, die für alle Kinder gilt. Ein Ausschluss aus der gesundheitlichen Sorge und dem damit verbundenem System ist dabei nicht (länger) tolerabel.

Welche Kinder sind in besonderem Maße förderungswürdig?

Die Daten der Einschulungsuntersuchungen zeigen deutlich:

- Gleichbleibende Anteile an Befunden:
die Anteile der Befunde, die eine Arztüberweisung notwendig machten, sind über die Jahre fast gleichbleibend konstant geblieben. (1994: 21,6 %; 2003: 21,2 %). Dies gilt auch für Hören und Sehen.
- Impfquoten:
Etwas verbessert hat sich der Anteil der geimpften Kinder – obwohl immer noch eine zu hohe Quote von unvollständigen Impfungen und nicht Geimpften festzustellen ist.
- Dauerschäden:
Zurückgegangen ist erfreulicherweise aber der Anteil der Kinder mit dauerhaften Schäden. (1994: 3,7 % auf 0,8 % in 2003)
- Steigende Anteile an Befunden:
die Bereiche Sprache, Koordination und Wahrnehmung, Gewichts- und Bewegungsprobleme zeigen steigende Befundzahlen bei durchschnittlich einem Fünftel bis zu einem Viertel der Kinder.

Damit lässt sich einer der Eingangsfrage beantworten: mindestens ein Fünftel der Kinder bedarf der besonderen Fürsorge/ Förderung, wobei die Einbeziehung in das Versorgungssystem (=Befunde mit Arztüberweisung) sowie die Förderschwerpunkte Sprache, Koordination, Wahrnehmung sowie Bewegung herausragend sind.

Welche Maßnahmen müssen ergriffen werden, um Kindern in belasteten Lebenslagen eine möglichst vollständige Einbeziehung in die Versorgungsstrukturen zu ermöglichen?

Der Entwurf ausgefeilter Maßnahmenprogramme und detaillierter Zielformulierungen für die Gesundheitsförderung kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass oftmals punktueller Aktionismus und nicht kontinuierliche und nachhaltige Förderung die Szene beherrschen.

In diesem Bericht werden konkrete Maßnahmen vorgeschlagen, die alle Kinder, unabhängig von gesellschaftlicher und sozialer Situation, ausgerichtet am individuellen Förderbedarf und unter dem Leitgedanken der Fürsorge für das einzelne Kind, in die Gesundheitsförderung einbeziehen sollen.

- Maßnahmen der konkreten Gesundheitsförderung:
Gesundheitsförderung für Kinder mit den Schwerpunkten auf Sehen, Hören, Impfungen, Sprache/ Koordination/ Wahrnehmung, Ernährung und Bewegung.
- Maßnahmen der methodisch-systematischen Intervention:
Koordinierte, zielgerichtete, lebenslagenbezogene Gesundheitsförderung auf der Grundlage einer dauerhaften Erfassung und Auswertung gesundheitlicher Daten in Institutionen wie Kindergarten und Schule.

Die Arbeit des jugendärztlichen Dienstes ist ein Baustein der gesundheitlichen Fürsorge für Kinder. Strukturelle Verbesserungen haben sich in den letzten zehn Jahren nicht ergeben:

- Personalschlüssel:
kam auf rund 1.000 Einschulungskinder eine Arztstelle in 1994, so hat sich neun Jahre später das Verhältnis sogar verschlechtert, weil rein rechnerisch auf eine volle Arztstelle rund 1.450 Einschulungskinder kommen.
- Technische Ausstattung:
Die technische Ausstattung hinkt der Entwicklung hinterher: funktionierende PCs, Laptops und Software stehen bislang nicht oder nur unzureichend zur Verfügung.

Die Erhöhung der zeitlichen Ressourcen des Jugendärztlichen Dienstes (ohne die weiteren Aufgaben im JÄD stünden rein rechnerisch weniger als eine Stunde pro Kind/ Berechnung Stand 2003 zur Verfügung) sowie der Aufbau einer funktionierenden IT-Struktur sind nötig.

Lassen sich aus den Einschulungsuntersuchungen Hinweise auf die Gestaltung gesunder Lebensverhältnisse für alle Kinder herleiten?

Die Frage ist zu bejahen, weil auffällige Befunde die Funktion eines Frühwarnsystems haben, welches anzeigt, dass kindgerechte Bedingungen für gesundes Aufwachsen verbesserungsbedürftig sind.

In diesem Bericht werden – neben individuell ansetzenden Maßnahmen – ein Bündel von gesundheitsfördernden Maßnahmen in den Institutionen Kindergarten und Schule vorgeschlagen. Damit werden in der Regel alle Kinder erreicht. Dabei ist der Grundsatz: ‚Prävention vor Therapie‘ leitend – und wenn man Therapiebedürftigkeit möglichst gar nicht erst entstehen und/oder verringern möchte, muss die Schaffung gesunder Lebensverhältnisse für alle Kinder Priorität genießen.

Wenn konstant über ein Fünftel der Kinder bereits im Einschulungsalter gesundheitliche Probleme hat, so muss auch gefragt werden, ob sich eine alternde Gesellschaft dies noch länger leisten kann – und was sie gedenkt, dagegen zu tun.

VI. Informationen

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wo gibt es (relativ) viele Kinder? – Differenz der prozentualen Anteile der Bevölkerung insgesamt des Rhein-Erft-Kreises zu den Einschulungskindern im Jahr 2002.....	7
Abbildung 2: Manifeste gesundheitliche Probleme bei Einschulungskindern - fast gleichbleibender Anteil von Befunden, die abgeklärt werden sollten (= Befund mit Arztüberweisung) und gesundheitlich versorgten Kindern (= in Behandlung) / 2001 – 2003	11
Abbildung 3: Häufiger als jedes 9. Kind hat einen Erstbefund mit Arztüberweisung beim Sehen oder Hören bei der Einschulungsuntersuchung im Rhein-Erft-Kreis, Vergleich 2002/ 2003	12
Abbildung 4: Umsetzung von Maßnahmen zur MMR-Impfungen nach Landesempfehlungen (Quelle: http://www.oko.nrw.de/oko/index.html , Planungshilfe C8, 12.10.04).....	14
Abbildung 5: Impfquoten des Rhein-Erft-Kreises bei Einschulungskindern im Bezirks- und Landesvergleich leicht höher (außer bei Hepatitis B) – aber Impflücken insgesamt (Quelle: LÖGD, 10/2004).....	15
Abbildung 6: Gesundheitsziele Rhein-Erft-Kreis bezüglich MMR-Impfungen	16
Abbildung 7: Erste Schritte zur Umsetzung der Landesempfehlungen auf Rhein-Erft-Kreis-Ebene mit voraussichtlicher Kostenberechnung	17
Abbildung 8: Leicht abnehmende Anteile bei auffälligen Befunden in 2003 bei Sprache, Koordination und Wahrnehmung	21
Abbildung 9: Auf allen möglichen und vorhandenen Hilfeebenen –Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Störungen bei Sprache, Koordination und Wahrnehmung.....	23
Abbildung 10: Adipöse Kinder in NRW / Schuleingangsuntersuchung 2002 – Rhein-Erft-Kreis = 18 (Quelle: http://www.loegd.nrw.de/1pdf_dokumente/2_gesundheitspolitik_gesundheitsmanagement/dsu/jahresbericht_dsu_2002.pdf)	24
Abbildung 11: Prozentualer Anteil Adipöser an allen Einschulungskindern für die Jahre 2002 und 2003, Rhein-Erft-Kreis nach Gemeinden	25
Abbildung 12: Gesundheitsziele – werden Maßnahmen damit planbar? Werden die Planungen umsetzbar(er) mit Zielformulierungen?	26
Abbildung 13: Ernährungsbedingte Krankheiten gar nicht erst entstehen lassen durch Aufklärung und Prävention in der Kindheit – Ideensammlung.....	27
Abbildung 14: Angebote gibt es viele – just do it!.....	28
Abbildung 15: Armut und Gesundheit: niedrigere und abfallende Werte bei kompletten Vorsorgeuntersuchungen und höhere Werte bei Übergewicht/ Adipositas in ‚belasteten‘ Stadtteilen (Quelle: Berechnungen des LÖGD 10/ 2004)	32
Abbildung 16: Ideen und Geld zu benachteiligten Kindern und Jugendlichen	32
Abbildung 17: Wie die Fürsorge für Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen verbessert werden kann	36
Abbildung 18: Sachliche und personelle Voraussetzungen zur Verbesserung der Kooperationsmöglichkeiten Schule – JÄD	37
Abbildung 19: Wahrgenommene und mögliche Aufgaben zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen JÄD und Eltern.....	38
Abbildung 20: Kooperationsmöglichkeiten der medizinischen Professionellen für Kinder und Jugendliche.....	39
Abbildung 21: Prozentuale Verteilung der Einschulungskinder 2002 auf die Gemeinden des Rhein-Erft-Kreises (eigene Darstellung).....	41
Abbildung 22: Prozentuale Verteilung der Bevölkerung auf die Gemeinden des Rhein-Erft-Kreises 2002 (eigene Berechnung).....	41
Abbildung 23: Ohne Personal keine Fortschritte bei der gesundheitlichen Lageverbesserung von Kindern und Jugendlichen.....	42

Ausgewählte Links zu Modul II – mit besonderem Schwergewicht auf Gesunde Ernährung und Bewegung

Bundesebene

<http://www.kompetenznetz-ahf.de/>

was hält Kinder herzigesund

<http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/index.html>

Plattform auf Bundesebene

<http://www.kinderwelt.org/>

Aktion Bundesgesundheitsministerium

<http://www.aid.de/>

Infodienst Verbraucherschutz, Ernährung, Landwirtschaft e.V.

<http://www.dge.de/>

Deutsche Gesellschaft für Ernährung

<http://www.bzga.de/>

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

<http://www.bzga-essstoerungen.de/>

mit aktuellem Adressenverzeichnis von Beratungsstellen und Literaturhinweisen

<http://www.dji.de/lokale-buendnisse> - Datenbank „Lokale Bündnisse für Familie“, die das Deutsche Jugendinstitut im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit Unterstützung der Europäischen Union seit 1.12.2003 durchführt

Familie und Eltern

www.familienhandbuch.de — eine Fundgrube für alle Fragen rund um Familie

www.schulpsychologie.de — praktisch orientierte ‚Handreichungen‘ für Lehrer, Kinder und Eltern

Schule und gesunde Ernährung

<http://ganztagsschule.dge.de/>

Projekt mit Wettbewerben, unterschiedliche Kommunikationsmitteln, Linklisten etc. für den Bereich der Ernährung in Schulen etc.

<http://www.klasse2000.de/> -

Projekt für Grundschulkinder, Klasse2000 - Gesundheitsförderung und Suchtvorbeugung in der Grundschule

<http://www.erlebniskiste.de/>

Unterrichtsmaterialien, Netzwerk gesunde Ernährung, ein Gremium von Ernährungsexperten, unter anderem aus dem aid Infodienst, der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen und dem Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung Deutschland e.V. (UGB). Dieses Expertengremium, das von Prof. Dr. Claus Leitzmann (Gießen) gegründet wurde, hat sich 1999 zum Ziel gesetzt, langfristig und nachhaltig die Ernährungs- und Gesundheitssituation von Kindern zu verbessern. Inzwischen erweiterte sich diese Zielsetzung. Ein wichtiger Aspekt ist die Gesundheit der LehrerInnen, deren Gesundheitsbewusstsein als Schlüssel für eine gesundheitsfördernde Schule gesehen wird. Ziel ist eine "Gesunde Schule für alle".

Forschungsinstitute – mit vielen Tipps ...

<http://www.fke-do.de/> -

Forschungsinstitut für Kinderernährung, Dortmund, Ziel der wissenschaftlichen Arbeit des FKE ist es, das Ernährungsverhalten gesunder Kinder in Deutschland zu erfassen und zu beurteilen. Auf dieser Basis leistet das FKE grundlagenorientierte Beiträge zu Fragen der Physiologie und Pathophysiologie von Ernährung, Entwicklung und Stoffwechsel im Wachstumsalter. Darüber hinaus entwickelt es Konzepte zur Verbesserung der Kinderernährung im Sinne der primären Prävention.

<http://www.fke-do.de/donaldge.html> -

DONALD steht für *DOrtmund Nutritional and Anthropometric Longitudinally Designed-Study*

Ziele:

-  Sammlung komplexer, themenorientierter, longitudinaler Daten von gesunden Kindern in Familien
-  Untersuchung komplexer Wechselwirkungen zwischen Ernährungsverhalten, Nahrungsverzehr, Wachstum, Entwicklung, Ernährungsstatus, Stoffwechsel und Gesundheit bei Individuen

 Entwicklung und Evaluation wissenschaftlich begründeter Ernährungskonzepte für Säuglinge, Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung präventivmedizinischer Gesichtspunkte und der kulturellen Tradition Deutschlands

<http://www.iud-giessen.de> -

Informations- und Dokumentationsstelle am Institut für Ernährungswissenschaft der Justus-Liebig-Universität Gießen

www.uni-giessen.de/nutriinfo

www.ugb.de

unabhängige Gesundheitsberatung

<http://www.ernaehrungswende.de> - Gemeinschaftsvorhaben des Forschungsverbundes ökoforum, ein Zusammenschluss unabhängiger, außeruniversitärer Forschungsinstitute, welche auf dem Hintergrund der Entwicklung eines integrativen Verständnisses des Handlungsfelds Umwelt-Ernährung-Gesundheit Ernährung im Alltag, Ausser-Haus, Produkte sowie Öffentlichkeit untersucht

NRW, speziell

http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/kommunale_gesundheitsindikatoren/frameset.html

- Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens

<http://www.learn-line.nrw.de/angebote/agenda21/medien/nahrung.htm#CD> -

Unterrichtsmaterialien, unterschiedliche Medienarten

<http://www.gesund-macht-schule.de/> -

Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung in der Primarstufe (u.a. Stadt Köln, Universität Bielefeld, Sporthochschule Köln, AOK Rheinland, Ärztekammer Nordrhein)

Biolebensmittel

<http://www.alnatura.de> -

Speziell Bioernährung mit vielen Hinweisen auf gesunde Ernährung, sowie Kooperationspartner

www.futureins.de

Aktion für Biolebensmittel

<http://cgi.dji.de/cgi->

[bin/inklunde.php?inklunde=9_dasdj/Thema%20Oktober/aufeinenblick.htm](http://cgi.dji.de/cgi-bin/inklunde.php?inklunde=9_dasdj/Thema%20Oktober/aufeinenblick.htm)

Programm Opstapje, frühe Förderung für Kinder in der Familie –Hausbesuche– von zwei bis vier Jahren (früherer Start ab 18 Monate geplant)

Sport

<http://www.sportbildungswerk.de/>

Angebote in Köln und Rhein-Erft-Kreis vom Landessportbund

[http://www.netzwerk-gesundheitsbildung.de/index.php?site=mitglieder -](http://www.netzwerk-gesundheitsbildung.de/index.php?site=mitglieder-)

Beispiel Köln über Mitglieder eines Netzwerkes Gesundheitsbildung

Literaturempfehlungen zu Modul II

Balster, Klaus: Kinder mit mangelnden Bewegungserfahrungen. Praktische Hilfen zur Förderung der Wahrnehmung und Bewegungsentwicklung [Jahr]

Behrendt, Regina (Redaktion): Gesundheit und Familie Familienbericht. Düsseldorf 2003.

Behrendt, Regina: Schulneulinge Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung von 1998 bis 2001. Düsseldorf 2003.

Benecke, Andrea; Vogel, Heiner: Übergewicht und Adipositas. Berlin 2003.

BZgA (Hrsg.): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Köln 2003.

Deutsches Institut für Urbanistik: Strategien für die Soziale Stadt Erfahrungen und Perspektiven - Umsetzung des Bund-Länder-Programms 'Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf - die soziale Stadt'. Bericht der Programmbegleitung (Hrsg.): Berlin 2003.

Dietmair, Iris; Simon, Klaus: Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen. Jahresbericht 2002 Bielefeld 2003.

diverse (Hrsg.): GUTDRAUF - Bewegen, entspannen, essen - aber wie! Ideenhandbuch für Jugendreisen, Offene Jugendarbeit, Schule und Sportverein. Köln o.J.

Düsterhaus, Anette: Die Gesundheit der Schulanfängerinnen und Schulanfänger in Dortmund. Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen von 1985 - 1996 Stadt Dortmund (Hrsg.): Dortmund 1997.

Frevel, Bernhard; Dietz, Berthold: Sozialpolitik kompakt. Wiesbaden 2004.

Friebe, Richard; Knoll, Gerd: Eine Katastrophe weniger. Die Fettleibigkeits-Epidemie bei Kindern in Deutschland gibt es nicht. In: FAZ, Nr.26 vom 27.6.2004.

Geene, Raimund; Halkow, Anja (Hrsg.): Armut und Gesundheit. Strategien der Gesundheitsförderung Frankfurt am Main 2004.

Gerhards, Jürgen; Rössel, Jörg: Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile. Eine empirische Studie. Köln 2003.

Gerlinghoff, Monika; Backmund, Herbert: Magersucht und andere Essstörungen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Jg.2004, H.B1-2, S.23-29.

Grobe, Thomas G.; Schwartz, Friedrich W.: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Jg.2003,

Grunow, Dieter (Hg.) (Hrsg.): Verwaltung in Nordrhein-Westfalen. Zwischen Ärmelschoner und E-Government. Münster 2003.

Hackauf, Horst; Winzen, Gerda: Gesundheit und soziale Lage von jungen Menschen in Europa. Wiesbaden 2004.

- Haffner, J.: Lebenssituation und Verhalten von Kindern im zeitlichen Wandel. Ergebnisse einer epidemiologischen Verlaufsstudie zu Lebensbedingungen, Verhalten und Problemen von Kindern zu Beginn und Ende der Grundschulzeit. Heidelberg 2001.
- Harwazinski, Assia: Kinderärztin in Kreuzberg. Interview mit Renate Schüssler In: Dr. Mabuse, 28.Jg. (2003), H.145, S.40-42.
- Hayn, Doris; Empacher, Claudia (Hrsg.): Ernährung anders gestalten. Leitbilder für eine Ernährungswende München 2004.
- Holler, Dorsi: Schlüsselkompetenz Sprache. Sprachförderung in Tageseinrichtungen für Kinder In: DJI Bulletin 66, Jg.2004, Heft Frühjahr 2004, S.3.
- Hollmann, W.; Strüder, H.K.; Tagarakis, C.V.M.: Körperliche Aktivität fördert Gehirngesundheit und –leistungsfähigkeit. Übersicht und eigene Befunde In: Nervenheilkunde, Jg.2003, H.9, S.467-474.
- Hoz, Paloma Fernández de la: Familienleben: Gesundheitsressourcen und -risiken aus der Perspektive der sozialen Inklusion. Tutzing 2003.
- Hurrelmann, Klaus; Klocke, Andreas; Melzer, Wolfgang; Ravens-Sieberer, Ulrike: WHO-Jugendgesundheitsurvey - Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland. www.uni-dresden.de (23.9.2003)
- Hurrelmann, Klaus; Klocke, Andreas; Melzer, Wolfgang; Ravens-Sieberer, Ulrike (Hrsg.): Jugendgesundheitsurvey Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO München (Juventa) 2003.
- Hutter, Claus-Peter: Das Volk der Tütenkocher In: Das Parlament, Nr.26 vom 21.6.2004.
- Kickbusch, Ilona: Das Soziale ist die beste Medizin. Vortrag Berlin Kongress Armut und Gesundheit. Berlin 2000.
- Killius, Nelson; Kluge, Jürgen; Reisch, Linda (Hrsg.): Die Zukunft der Bildung. Frankfurt am Main (Suhrkamp) 2002.
- Künast, Renate: Gute Ernährung entscheidet über Lebenschancen Regierungserklärung der Bundesministerin für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft. In: Das Parlament, Nr.26 vom 21.7.2004.
- Landesgesundheitskonferenz: Soziale Lage und Gesundheit o.O. 2000.
- Maslon, Eveline: Health Education and Health Promotion in Schools. Köln 2001.
- Mersmann, Heiner: Zur gesundheitlichen Lage der Kölner Schulanfänger. Ausgewählte Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 1995 bis 1999 Köln o.J.
- Meyer-Nürnberg, Monika (Hrsg.): 'Früh übt sich...' Gesundheitserziehung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle Köln 2002. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung)
- N.N.: gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland Köln 2003.

N.N.: OPUS NRW Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen o.O. o.J.

Nacke, Otto: Jugendärztliche Definitionen. Erweiterte Neubearbeitung der 1967 begründeten, in den Jahren 1960 -1980 bearbeiteten Manuskripten. Bielefeld 1989.

Nassauer, Alfred: Rechtssicherheit beim Impfen In: Bundesgesundheitsblatt— Gesundheitsforschung— Gesundheitsschutz, Jg.2003, Sonderheft 1, S.541-542.

o.N.: Schutzimpfungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. info@impfen-aktuell.de o.O. u. J.

Pfeiffer, Lorenz: Kinderwelt ist Bewegungswelt. 'Toben macht schlau' - ganzheitlich orientierte Bewegungserziehung beugt Defiziten vor, In: unimagazin Hannover, Jg.2004, H.1-2, S.50-53.

Rattay, Petra: Psychosoziale und medizinische Beratung in der Schule. Bedarf, Interesse und Gestaltungsmöglichkeiten In: Bundesgesundheitsblatt— Gesundheitsforschung— Gesundheitsschutz, Jg.2002, H.45, S.430-437.

Reiter, Sabine; Rasch, Gernot: Schutzimpfungen In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Jg.2004, .

RKI: Impfpräventable Krankheiten 2002: Masern, Mumps, Röteln. Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland. In: Epidemiologisches Bulletin, Jg.2003, H.17, S.336-40.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Gesundheitsförderung in der Schule. Symposium 'Jugend und Gesundheit' Berlin 2002.

Robert Bosch Stiftung: Gesundheitsförderung in der Schule. Förderprogramm 'Gesunde Schule', Beispiele gelingender Praxis Stuttgart 2000.

Robert Bosch Stiftung: Gesundheitsförderung in der Schule. Förderprogramm 'Gesunde Schule', Ergebnisse der Zwischenevaluation Stuttgart 2002.

Rosenbrock, Rolf; Geene, Raimund: Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen und Gesundheitspolitik. Berlin 2003.

STIKO: Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert-Koch-Institut o.O. 2003.

www.rki.de/GESUND/IMPFEN/HTM?/GESUND/IMPFEN/STI_NEU.HTM&1.

Wegner, Robert E.: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Köln. Zentrale Probleme — Erforderliche Maßnahmen zur nachhaltigen Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung. Köln 2003.

Anhang, Fragebogen

Fragebogen Gesundheitsberichterstattung Rhein-Erft-Kreis für
Sportbund Erftkreis (7/2004)

Pänz in Bewegung: Angebotsstruktur Sportvereine

1. Gemeinde oder Stadt (möglichst Stadtbezirk dazu benennen):

2. Ort(e) für Sportangebote

- ☐ Schulturnhalle
 - ☐ Schwimmbad
 - ☐ Gemeindezentren
 - ☐ Kindertagesstätten
 - ☐ Sonstige
-

3. Welche Sportarten werden angeboten?

4. Wieviele Mitglieder hat Ihr Verein?

Aktive Mitglieder ca.

passive Mitglieder ca.

5. Gibt es spezielle Angebote für

Kinder im Vorschulalter?

Ja

☐

nein

☐

Kinder im Grundschulalter?

Ja

☐

nein

☐

Jugendliche ab 11– 14 Jahre?

Ja

☐

nein

☐

Jugendliche 14 – 18 Jahre?

Ja

☐

nein

☐

6. Bitte nennen Sie die Angebote im Jahre 2004 für:

Kinder im Vorschulalter

Kinder im Grundschulalter

Jugendliche ab 11 – 14 Jahre

Jugendliche 14 – 18 Jahre

7. Planen Sie spezielle Angebote zur gesundheitlichen Prävention für Kinder und Jugendliche im Jahr 2005/ 2006? Ja ☐ nein ☐

8. Sind in Ihrem Verein speziell ausgebildete ÜbungsleiterInnen für Kinder und Jugendliche tätig? Ja ☐ nein ☐

9. Gibt es in Ihrem Verein eine Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen?

Ärzten Ja ☐ nein ☐

Psychologen Ja ☐ nein ☐

Ernährungswissenschaftlern Ja ☐ nein ☐

Physiotherapeuten Ja ☐ nein ☐

Sportwissenschaftlern Ja ☐ nein ☐

Sonstigen Ja ☐ nein ☐
wenn ja: welchen?

10. Unser Verein ist mehr an Sportförderung/ Wettkampf orientiert

Ja ☐ nein ☐ noch nicht ☐

11. Gesundheitssport für bestimmte Zielgruppen (wie Kinder, Ältere, Mütter, Familien, Migranten) gehört zu unserem Profil

Ja ☐ nein ☐ noch nicht ☐

wenn ja: welche Gruppen werden angesprochen?

12. Unsere Mitglieder wollen vor allem Spaß und Geselligkeit

genau ☐

schon auch, aber vor allem etwas für ihren Körper tun ☐

Unser Angebot unterscheidet sich von einem Fitness-Studio durch

(bitte erläutern)