

Landschaftsverband Rheinland · Dez. 4 · 50663 Köln

Stadtverwaltungen
Kreisverwaltungen
-Jugendamt / Gesundheitsamt –
im Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland

Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege
Kommunale Spitzenverbände

nachrichtlich:
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Ministerium für Schulen und Weiterbildung
Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und
Integration

Dezernat 4 – Schulen, Jugend

Landesjugendamt
Amt für Kinder und Familie

Datum und Zeichen bitte stets angeben

16.11.2006
42.21-

Frau Dix
Tel.: (02 21) 8 09- 62 90
Fax: (02 21) 82 84- 14 58
waltraud.dix@lvr.de

Rundschreiben Nr. 42/495/2006

Handreichungen „Untersuchungen in Kindertageseinrichtungen“

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Anlage übersende ich Ihnen ein Schreiben des deutschen Städtetages Nordrhein-Westfalen mit der in einer Arbeitsgruppe erstellten Handreichung zu „Untersuchungen in Kindertageseinrichtungen“ mit der Bitte um Kenntnisnahme.

Ich würde es sehr begrüßen, wenn Sie diese Unterlagen an Interessierte im Jugendhilfe- und Gesundheitsbereich weiter leiten könnten.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

gez. Dr. Schneider

Städtetag NRW · Postfach 51 06 20 · 50942 Köln
An die

- a) Mitglieder der Arbeitsgruppe
„Untersuchungen in Kindertageseinrichtungen“
- b) Mitglieder des Arbeitskreises
„Kinder- und Jugendhilfe“

Marienburg
Lindenallee 13 - 17
50968 Köln

15.11.2006/mos

Telefon +49 221 3771-0
Durchwahl 3771-305
Telefax +49 221 3771-177

E-Mail

lutz.decker@staedtetag.de

heike.pape@staedtetag.de

Bearbeitet von
Edeltraud Mossemann

Aktenzeichen

53.06.18 N
51.21.27 N

Handreichung „Untersuchungen in Kindertageseinrichtungen“

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Anlage übersenden wir Ihnen die von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der kommunalen Spitzenverbände unter Beteiligung der Landesjugendämter und kommunaler Praktiker aus der Jugendhilfe und dem Gesundheitsbereich erarbeitete Handreichung „Untersuchungen in Kindertageseinrichtungen“ zu Ihrer Information.

Den Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Untersuchungen in Kindertageseinrichtungen“ möchten wir auf diesem Wege herzlich für die konstruktive Mitarbeit danken.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag



Lutz Decker



Heike Pape

Anlage

Handreichung
Untersuchungen in Kindertageseinrichtungen
2006

Städtetag
Nordrhein-Westfalen



Ergebnis der Arbeitsgruppe „Untersuchungen in Kindertageseinrichtungen“
Stand: Oktober 2006

Herausgeber: Städtetag Nordrhein-Westfalen
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen
Landkreistag Nordrhein-Westfalen
Landesjugendamt Rheinland
Landesjugendamt Westfalen-Lippe

1 Ausgangslage und Arbeitsauftrag	4
2 Bedeutung und Konsequenzen einer fördernden Entwicklung für Kinder – Die Rolle der Kommune	5
3 Vorhandene Instrumentarien, Ressourcen und ihre Nutzung.....	8
3.1 GKV-Ressourcen	8
3.2 Kommunale Ressourcen aus dem Bereich der Jugendhilfe.....	11
3.3 Kommunale Ressourcen aus dem Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes	12
4 Bewährte Projekte	15
4.1 Allgemeine Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Setting	15
4.2 Früherkennung von Entwicklungsrisiken	19
4.3 Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen.....	28
4.4 Steigerung der Durchimpfungsraten	29
4.5 Zahngesundheit	29
4.6 Betriebsmedizinische Betreuung.....	31
5 Vernetzung der Akteure	32
6 Fazit.....	36

1 Ausgangslage und Arbeitsauftrag

Im Verlaufe des Jahres 2005 haben die Landesjugendämter gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden die Situation der medizinischen Untersuchungen in Tageseinrichtungen für Kinder mehrfach erörtert. Sowohl den Landesjugendämtern als auch den Geschäftsstellen der kommunalen Spitzenverbände war im Vorfeld jeweils von gesundheitlichen Defiziten bei Kindern berichtet worden, die erst bei den Schuleingangsuntersuchungen auffallen würden. In zunächst hierzu stattgefundenen Gesprächen ging es dabei auch um die Frage, ob die bisherigen gesetzlichen Grundlagen im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (§ 12 ÖGDG) und im Gesetz über Tageseinrichtungen für Kinder (§ 15 GTK) ausreichen, um festgestellten Defiziten durch frühzeitiges Intervenieren umfassend genug begegnen zu können. Im Ergebnis der Beratungen wurde dann zunächst das Ziel vereinbart, Möglichkeiten zur Situationsverbesserung und gute, bereits praktizierte Projekte und Beispiele auf Basis der bestehenden rechtlichen Regelungen aufzuzeigen und vorzustellen. Hierzu wurde eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die von kommunaler Seite und von Seiten der Landesjugendämter besetzt wurde.

Als Ergebnis dieser Arbeitsgruppe wurde das vorliegende Dokument erarbeitet. Hierin sollen Möglichkeiten zur Optimierung der Untersuchungssituation von Kindern im vorschulischen Alter aufgezeigt werden, die eine Verbesserung deren gesundheitlicher Situation und Entwicklung zum Ziel haben. Dabei spielt der Aspekt einer verbesserten Zusammenarbeit der beteiligten Akteure eine besondere Rolle. Das vorliegende Dokument mit seinen Hinweisen und der Vorstellung von guten Beispielen muss dabei zwar einen unverbindlichen Rechtscharakter besitzen; es kann jedoch durchaus als empfehlende Handreichung verstanden werden. Seitens der Autoren, der Landesjugendämter und der kommunalen Spitzenverbände empfehlen wir es zur Lektüre und hoffen, dass es dort, wo Bedarfe bestehen, Anregungen für ein weitergehendes Tätigwerden zur Verbesserung der Gesundheitssituation von Kindern geben kann.

Köln, im Oktober 2006

2 Bedeutung und Konsequenzen einer fördernden Entwicklung für Kinder – Die Rolle der Kommune

Kinder sind heute eher seltener krank als noch vor etwa 50 Jahren. Zurückgegangen sind insbesondere Infektionskrankheiten, Mangelkrankheiten und akut behandlungsbedürftige Störungen. Allerdings ist eine relative Zunahme von chronischen Erkrankungen (darunter auch Allergien), Behinderungen und Suchterkrankungen und vor allem auch von Entwicklungsstörungen im Leistungs-, Wahrnehmungs- und sozial-emotionalen Bereich zu beobachten. Kinder und Jugendliche weisen insgesamt heute häufiger als früher Störungen auf, die weniger der landläufigen Auffassung von behandlungsbedürftiger Erkrankung entsprechen, jedoch z. B. Schulerfolg und Sozialverhalten in einem Maße nachteilig beeinflussen, dass hinsichtlich der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eine Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Die Familie ist der früheste und aussichtsreichste Ort für die Prägung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen. Sie ist ebenso der Ort, wo Fehlentwicklungen erkannt und alternative Lösungen entwickelt werden können. Im Elften Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung heißt es dazu: „Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist daher einerseits Teil der (elterlichen) Erziehungsverantwortung und damit gleichzeitig auch integrativer Bestandteil aller Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe). Darüber hinaus gehört die Förderung der Gesundheit bzw. die Aufklärung über Einflüsse, die die Gesundheit gefährden, zu den Aufgaben des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes nach § 14 SGB VIII. Daher ist es erforderlich, die Aufgabe der Gesundheitsförderung verstärkt in der allgemeinen Zielbeschreibung der Kinder- und Jugendhilfe zu verankern.“¹ Pädagogischer Kinder- und Jugendschutz setzt nicht bei den einzelnen Gefährdungspotentialen an, sondern bei allen Personen. Kinder, Jugendliche und Erziehungsverantwortliche sollen in die Lage versetzt werden, mögliche Gefahren zu erkennen und ihnen adäquat zu begegnen (Suchtprävention, Vernachlässigung, Missbrauch usw.). Im Vordergrund stehen pädagogische Ansätze der Jugendhilfe für Kinder, Jugendliche und Eltern.

¹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ; Hrsg.) (2002): Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – Elfter Kinder- und Jugendbericht – mit der Stellungnahme der Bundesregierung. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Bundestagsdrucksache 14/8181. Bonn, S. 21

Kinder und Jugendliche gehören zu den Bevölkerungsgruppen, die ihre gesundheitliche Versorgung bzw. ihre sozialversicherungsrechtlichen Ansprüche nicht ohne fremde Hilfe sichern können. Die bestehenden Angebote zur gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland sind überwiegend in „Komm-Strukturen“ organisiert; sie setzen somit die Initiative und die Eigenverantwortung der Eltern bei der Inanspruchnahme der Angebote und Institutionen des Gesundheitswesens voraus, die nicht immer gegeben sind. Deshalb ist auf kommunaler Ebene eine langfristig angelegte intensive Zusammenarbeit der beteiligten Akteure unter Einbeziehung der Eltern erforderlich, um Kinder und Jugendliche vor vermeidbaren gesundheitlichen Problemen und Gefahren zu schützen.

Derzeit ist über die (besonders von sozial benachteiligten und gesundheitlich besonders gefährdeten Kindern viel zu wenig in Anspruch genommenen) Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen durch niedergelassene Ärzte hinaus nicht sichergestellt, dass sich anbahnende Gesundheits-, vor allem aber auch körperliche, seelische und geistige Entwicklungsstörungen bei allen Kindern rechtzeitig erkannt werden. Eine Behandlung oder entsprechende Förderung müsste so rechtzeitig einsetzen, dass es in der Schule nicht zu Versagenserfahrungen, zur Zuweisung von Außenseiterpositionen und zu sekundären neurotischen Entwicklungen kommt, durch die der Schulerfolg gefährdet und der spätere Übergang ins Erwerbsleben erschwert werden können.

Hierzu bedarf es einer regelmäßigen und ausreichenden kinder- und jugendärztlichen Untersuchung und Beratung der Kinder bzw. ihrer Sorgeberechtigten bereits im Kindergartenalter. Aber auch während der Schulzeit müssen gesundheitlich bedingte Fehlentwicklungen rechtzeitig erkannt und ggf. behandelt werden.

Sofern Eltern aus den unterschiedlichsten Gründen hierzu nicht in der Lage sind, sind es oftmals Erzieherinnen oder Lehrer, die als Erste derartige Störungen bemerken. Sie benötigen dann kompetente und verbindliche ärztliche Ansprechpartner, an die sie sich wenden können. Eine solche kompetente und institutionalisierte ärztliche Unterstützung wird in Kindergärten und Schulen, aber auch in zahlreichen anderen Zusammenhängen von den Betreuenden und Unterrichtenden benötigt und eingefordert. Das Spektrum reicht hierbei vom Verdacht auf Vernachlässigung bis hin zu Verwahrlosung, Verdacht auf Gewaltanwendung bis hin zum Missbrauch bis hin zu Auffälligkeiten aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen Formenkreis. Eine verstärkte Einbeziehung niedergelassener Kinderärzte ist aufgrund gesetzlicher und struktureller Vorgaben für diese Aufgaben kaum möglich.

Schul- und Gesundheitsgesetze weisen diese Aufgabe der Kommune bzw. bei den explizit ärztlichen Aufgabenanteilen deren Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD) zu. Wenn die Entwicklung zur Desintegration betreuerischer, pädagogischer und gesundheitlicher Aufgaben sowie zum Verzicht auf frühzeitige Erkennung und Behandlung sich anbahnender Gesundheits- und Entwicklungsstörungen aufgehalten werden soll, bedarf es eines doppelten Ansatzes: Zum einen muss eine stärkere und institutionalisierte Zusammenarbeit der für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen Verantwortlichen v. a. auf Stadtteilebene erfolgen. Zum anderen bedarf es regelmäßiger Beratungen der Kindertageseinrichtungen durch die kommunalen Kinder- und Jugendgesundheitsdienste.

Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind nicht allesamt kostenneutral realisierbar, sondern können einen höheren Aufwand bei den kommunalen Gesundheitsleistungen für Kinder und Jugendliche erforderlich machen. Angesichts der Bedeutung der Kindergesundheit für die Gesellschaft sollten jedoch Anstrengungen unternommen werden, noch vorhandene Defizite in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, aber auch Kuration und Rehabilitation auszugleichen. Dies entspricht auch der EntschlieÙung der Landesgesundheitskonferenz von 1999 (Gesundheit für Kinder und Jugendliche in Nordrhein-Westfalen) sowie dem nach der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen vom 20.11.1989 geforderten Recht auf Leben und Entwicklung sowie auf das in einer Gesellschaft erreichbare Höchstmaß an Gesundheit für Kinder und Jugendliche.

Es besteht offensichtlich auf verschiedenen politischen Ebenen übereinstimmend die Überzeugung, dass angesichts der Veränderungen im Spektrum der gesundheitlichen Auffälligkeiten und Defizite bei Kindern und Jugendlichen Maßnahmen ergriffen werden müssen. Andernfalls ist zu befürchten, dass sich die bereits in den vergangenen zehn Jahren Besorgnis erregende Zunahme psychosozialer und anderer gesundheitlicher Probleme von Kindern und Jugendlichen weiter beschleunigt. Dies hat nicht nur Folgen für die Zukunftschancen der nachwachsenden Generation, sondern auch für die Zukunftsfähigkeit der Gesellschaft insgesamt. Die Kommunen dürfen allerdings bei der Begegnung dieses gesamtgesellschaftspolitischen Problems und auch seiner Finanzierung nicht allein gelassen werden.

Die Tatsache, dass die Auswirkungen öffentlichen Handelns oder Nicht-Handelns in den Bereichen Erziehung, Bildung und Gesundheit oft erst viele Jahre später spürbar werden, wird auch anhand der an 15-jährigen Schülern durchgeführten PISA-Studie deutlich, in deren Konsequenz derzeit Veränderungen im Vorschulbereich diskutiert und geplant werden.

Es ist davon auszugehen, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen und Investitionen für eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen insgesamt „hochrentabel“ sind. Mittel, die für gesundheitliche Vorsorge bei Kindern und Jugendlichen ausgegeben werden, zahlen sich jedoch nicht unmittelbar aus und nicht in jedem Fall für denjenigen, der investiert hat. Darüber hinaus ließen sich manche unnötigen Ausgaben vermeiden, die durch wirkungslose, nicht indizierte oder langwierige, weil zu spät begonnene Therapien entstehen. Stattdessen sollte eine frühzeitige Erkennung von gesundheitlichen Gefährdungen und die rechtzeitige Einleitung einer gezielten Förderung bzw. Therapie ermöglicht werden.

3 Vorhandene Instrumentarien, Ressourcen und ihre Nutzung

3.1 GKV-Ressourcen

3.1.1 Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen

Versicherte Kinder haben Anspruch auf kostenlose Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen dürfen nur durchgeführt werden, um Krankheiten zu erkennen, die

- diagnostisch sicher zu erfassen sind und
- effektiv (d. h. kurativ) zu behandeln sind.

Vom Bundesausschuss der Krankenkassen wird eine Kosten (der Früherkennung) - Nutzen (Kostensparnis der Erkrankung) - Bilanz gefordert, und der Aufwand bei der Krankheitssuche bzw. dem Screening muss in einem vertretbaren Verhältnis zum Ergebnis stehen.

Als Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen im Kindesalter wird die U7 im Zeitraum 21. - 24. Lebensmonat durchgeführt, die U8 ist für den 43. - 48. Lebensmonat vorgesehen, die U9 für den 60. - 64. Lebensmonat. Es gibt jeweils vor und nach der angegebenen Zeit eine Zeitspanne, in welcher der Kinder- und Jugendarzt die Untersuchung schon oder noch durchführen darf: außerhalb dieser Zeitkorridore ist eine Krankheitsfrüherkennungsuntersuchung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen nicht erlaubt.

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist freiwillig. Die Inanspruchnahme und Ergebnisse dieser Früherkennungsuntersuchungen werden im Vorsorgeheft im Ankreuzverfahren bzw. im Freitext dokumentiert.

Bei den Früherkennungsuntersuchungen wird als sekundäre Prävention nach ersten Anzeichen definierter Krankheiten (s.o.) gesucht, deren Symptome von den Eltern noch nicht erkannt

wurden und die daher noch keiner medizinischen und therapeutischen Behandlung zugeführt wurden.

Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung.

Aus diesen Ausführungen des SGB V wird deutlich, dass die **Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen** keineswegs einen allgemeinen gesundheitsförderlichen, also primärpräventiven Charakter haben, sondern **eine Suche nach Symptomen von Krankheitswert** darstellen.

3.1.2 Heil- und Hilfsmittel

Die krankenversicherten Kinder haben Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind, um

- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken,
- Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (§ 21 Abs. 1 SGB V).

Die verordnenden Ärzte haben dabei entsprechend der sog. „WANZ – Regel“ vorzugehen, eine Verordnung von Heilmitteln, also z.B. einer Logopädie oder einer Ergotherapie darf nur entsprechend der Heilmittelrichtlinien vorgenommen werden und muss **wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig** sein. Die maximale Verordnungsmenge ist stark begrenzt, Folgeverordnungen sollen soweit möglich vermieden werden.

„Heilmittel dürfen bei Kindern nicht verordnet werden, wenn an sich störungsbildspezifische heilpädagogische / sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung der Schädigung geboten sind. Sind heilpädagogische / sonderpädagogische Maßnahmen nicht durchführbar, **dürfen Heilmittel nicht an deren Stelle** verordnet werden. Neben heilpädagogischen / sonderpädagogischen Maßnahmen dürfen Heilmittel nur bei entsprechender medizinischer

Indikation außerhalb dieser heilpädagogischen / sonderpädagogischen Maßnahmen verordnet werden.“²

Trotz dieser sehr restriktiven Heilmittelrichtlinien erhalten nach den Daten der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste dennoch mindestens 15 % der Kinder bis zur Einschulung zumindest einmal eine erforderliche Behandlung (Logopädie und / oder Ergotherapie und / oder Krankengymnastik).

Eine allgemeine und sicher wünschenswerte Sprachförderung / Logopädie im Gruppen-Setting und in den Kindertageseinrichtungen ist zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen nach den Heilmittelrichtlinien nicht erlaubt. Auch dürfen Therapeuten für ihre Leistungen nicht werben; die Träger und Leiter/innen von Kindertageseinrichtungen sollten dieses an deren Stelle nicht übernehmen. In einigen Kommunen werden kooperierende Projekte (mischfinanziert nach SGB V und SGB XII) zur Besserung z.B. der Sprachkompetenz in Kindergärten und Primarstufe für Einrichtungen mit besonderen Problemlagen durchgeführt. Unbenommen davon darf jeder niedergelassene Kinder- und Jugendarzt sich außerhalb der Finanzierung durch die Krankenkassen an primärpräventiven Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen beteiligen, sei es in Form von Vorträgen, z.B. zu Bewegung, Ernährung, Kinderkrankheiten, Impfungen, oder bei Fortbildungen insgesamt. Teilweise werden diese Maßnahmen auch durch die Ärztekammern unterstützt. Als Ansprechpartner steht der Kinder- und Jugendarzt bei entsprechender örtlicher Nähe auch bei Notfällen in der Einrichtung zur Verfügung.

In Kenntnis der „Gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 10.2.2006“ können lokale gesundheitsfördernde Projekte jedoch sehr wohl von Krankenkassen finanziert werden. Als Kooperation zwischen Jugendhilfe, Sozialhilfe und dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst kann es gelingen, sich gemeinsam als ein verlässlicher Partner in der Primärprävention für die Krankenkassen darzustellen, um langfristig die Möglichkeiten zur Finanzierung über das Präventionsgesetz bzw. § 20 SGB V zu erschließen. Einem Teil der Projekte, die später aufgeführt werden, kommt bereits zumindest eine Teilfinanzierung durch Krankenkassen zugute.

² Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien) in der Fassung vom 01.12.2003/16.03.2004, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 106a vom 09.06.2004, zuletzt geändert am 21.12.2004, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 6: S. 4995 vom 01.04.2005, in Kraft getreten am 02.04.2005.

3.2 Kommunale Ressourcen aus dem Bereich der Jugendhilfe

Der Jugendhilfe, insbesondere dem Jugendamt, kommt eine besondere Aufgabe zu, für gesundheitliche Prävention im Tageseinrichtungsbereich Sorge zu tragen.

Von nachstehenden Leitgedanken wird dabei ausgegangen:

- Wenn frühere Steuerung stattfindet und Maßnahmen bezogen auf präventive Gesundheitserziehung und – bildung von Eltern und Kindern greifen, werden Kosten gespart.
- Präventive Maßnahmen bezüglich dieser Thematik und insbesondere die Rolle des Jugendamtes müssten erkannt und genutzt werden.
- Je früher dieser Prozess erkannt und eingeleitet wird, je erfolgversprechender bzw. nutzbringender ist die Wirkung.
- Die bestehenden Kooperationsstrukturen zwischen Kindertageseinrichtungen und dem Jugendamt sind für diese Thematik besonders nutzbar zu machen und qualitativ zu verbessern.
- Dazu ist es erforderlich, eine Kommunikationsstruktur zu schaffen, Arbeitszusammenhänge zu erkennen und Kooperationen zu fördern, terminlich abzustimmen, kontinuierlich aufrechtzuerhalten und ggf. auch Wirkungen zu evaluieren.
- Präventive Gesundheitserziehung betrifft dabei den gesamten Menschen in seiner körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Komplexität. In diesem Zusammenhang ist der Bildungsbegriff entsprechend weit auszulegen.
- Eine bestimmte Person im Jugendamt erhält den Auftrag, sich für Prävention im Bereich der Kindertageseinrichtungen verantwortlich zu fühlen. Dies kann ggf. durch Zielvereinbarungen mit der Leitung gestaltet werden.
- Ein Institutionen übergreifendes, multiprofessionelles Zusammenwirken mit anderen Bereichen und deren Fachleute ist unabdingbar (Gesundheitsamt, Geburtsstationen, Kinderärzte, Beratungsstellen, Krankenkassen, Therapeuten etc.).
- Im Zusammenhang mit dem im § 8 a SGB VIII formulierten Schutzauftrag könnte auch der Aufbau dieser Struktur und dieser Aufgabenwahrnehmung eine weitere Ergänzung für ein Frühwarnsystem darstellen.

3.3 Kommunale Ressourcen aus dem Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes

In NRW besteht eine große Heterogenität in Bezug auf die Struktur der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD) in den Unteren Gesundheitsbehörden. Insofern sind verbindliche Aussagen darüber, welche Aufgaben in welchem Ausmaß übernommen werden generalisiert nicht möglich. Letztlich sind sie abhängig vom Bedarf, der finanziellen Situation und der politischen Diskussion in der jeweiligen Kommune.

Grundsätzlich gibt es mehrere Möglichkeiten des Tätigwerdens:

1. KJGDs führen selbst **Untersuchungen** von Kindern in Tageseinrichtungen durch und vermitteln bzw. veranlassen notwendige Maßnahmen.
2. KJGDs verbessern die gesundheitliche Versorgung der Kinder in Tageseinrichtungen, indem sie lokale, im System vorhandene Angebote **vernetzen und koordinieren**.
3. KJGDs stärken Erzieherinnen und Erzieher in ihrer Kompetenz, Gesundheitsbeeinträchtigungen und Entwicklungsbeeinträchtigungen frühzeitig zu erkennen und damit umzugehen (**Multiplikatoren-schulung**).
4. KJGDs unterstützen und ergänzen die Elternarbeit zu gesundheitsbezogenen Themen (Elternnachmittage, Aktionstage, Projekte etc.).
5. KJGDs initiieren und moderieren „**Runde Tische zur Kindergesundheit**“. Dort arbeiten lokale Akteure in der gesundheitlichen, pädagogischen und sozialen Versorgung der Vorschulkinder zusammen. Probleme werden identifiziert, Lösungsstrategien entwickelt und gemeinsam verbindlich umgesetzt.
6. KJGDs nehmen ihren **betriebsmedizinischen Auftrag** für Tageseinrichtungen aktiv wahr; sie erfüllen ihn auch darin, dass sie aktiv mit Erziehern, Kindern und Eltern eine gesundheitsförderliche Umgebung gestalten, die dem hohen gesellschaftlichen Stellenwert von Gesundheit, vorschulischer Entwicklungsförderung, Erziehung und Bildung gerecht wird.

Diese verschiedenen Handlungsfelder schließen sich natürlich nicht gegenseitig aus, sondern ergänzen sich. Sie werden in den Kommunen Nordrhein-Westfalens mit unterschiedlichen Akzenten und Prioritäten umgesetzt.

Sozialpädiatrische Kompetenzen und Erfahrungen sind jedoch - gleich an welcher Stelle - wesentliche Voraussetzungen und Merkmale, die Mitarbeiter der KJGDs in ihre Arbeit ein-

bringen. Weitere Merkmale der Strukturqualität von KJGDs sind Systemkenntnis und Kenntnis sozialleistungsrechtlicher Hintergründe und Zusammenhänge.

Gesundheitsberichtserstattung ist ein unverzichtbarer, integraler Teil des Tätigkeitsspektrums, das der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) hier nutzbringend einbringen kann. Einschulungsuntersuchungen werden in fast allen Kommunen des Landes einem gleichen Modell folgend durchgeführt; die Befunde werden weitgehend standardisiert erfasst, dokumentiert und bewertet. Das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst in Bielefeld übernimmt die Datenauswertung, so dass solide, aussagekräftige interkommunale Vergleiche des Gesundheits- und Entwicklungszustands der Einschulungskinder möglich sind. Nicht zuletzt auf dieser Basis können prioritäre Handlungsbedarfe in der Kommune - auch kleinräumig - identifiziert werden. So wird es ermöglicht, Interventionen und Projekte in der Kommune bedarfsorientiert zu implementieren; die Allokation von Ressourcen vor Ort kann verantwortlich und zielorientiert erfolgen. Darüber hinaus kann der ÖGD, eine ausreichende Personalausstattung vorausgesetzt, örtliche Interventionen und Maßnahmen evaluieren und durch Nachsteuerung in ihrer Effektivität steigern.

Zur Strukturqualität der KJGDs gehört in der Regel eine **multidisziplinäre Ausstattung**, die sich in einer Vielzahl von Professionen niederschlägt: Kinderärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Kinderkrankenschwestern/sozialmedizinische Assistentinnen, Sprachberater, Psychologen, Sprachvermittler und andere mehr. Das Kompetenznetz erweitert sich um die Fachbereiche und Professionen, die innerhalb einer unteren Gesundheitsbehörde - allerdings in unterschiedlichem Umfang - vorhanden sind: Sozialpsychiatrische Dienste, Fachleute des Infektions- und Gesundheitsschutzes, Ernährungsberater, Gesundheitsförderer, psychologische und Entwicklungs-Beratungsstellen etc.

So können z.B. sozialpsychiatrische Dienste **niedrigschwellig Hilfe leisten**, wenn sich herausstellt, dass Entwicklungsprobleme eines Kindergartenkindes ursächlich in einer psychischen Krankheit oder Suchtmittelabhängigkeit der Eltern begründet sind. Sozialmedizinische Assistentinnen (in der Regel Kinderkrankenschwestern mit einer sozialmedizinischen Zusatzausbildung an der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf) haben die Möglichkeit der aufsuchenden Versorgung. Sie können im Rahmen von Hausbesuchen **nachsorgend betreuen** und so weitgehend sicherstellen, dass Hilfen für Eltern und Kinder dort ansetzen, wo sie gebraucht werden; im Einzelfall kann das lediglich die Organisation eines Kinderarzttermins sein, in anderen Konstellationen eine langfristige Begleitung. Viele in

dieser Form und diesem Umfang Unterstützung benötigende Familien sind dem örtlichen Jugendamt als (Hoch-)Risikofamilien bereits bekannt oder werden von dort vermittelt. Für Eltern kranker und behinderter Kinder oder für aus anderen Gründen stark belastete, überforderte Eltern kann zusammen mit dem örtlichen Sozialamt eine sozialpädagogische Familienhilfe oder ein Familien unterstützender Dienst bereitgestellt werden, wenn es die Situation erfordert. Grundsatz bleibt stets, möglichst viel Elternkompetenz zu mobilisieren, aufzubauen und zu erhalten, die Elternverantwortung zu stärken, zu unterstützen oder zu ergänzen und nur dann zu ersetzen, wenn dies unvermeidbar ist.

Eine Kernaufgabe des KJGDs setzt an der wichtigen Schnittstelle des Übergangs von vor-schulischer zu schulischer Betreuung und Bildung an. Zunächst denkt man hier an die Durchführung der schulärztlichen Einschulungsuntersuchung mit ihren vielfältigen Funktionen: **individualmedizinisch, betriebsmedizinisch (Schule als Arbeitsplatz des Kindes) und epidemiologisch**. Darüber hinaus ist der KJGD oft Beteiligter und Moderator von individuellen oder systembezogenen Entscheidungsprozessen. Dazu prädestinieren ihn sein Erfahrungshorizont, bewährte, vertrauensvolle Kooperationsstrukturen und eine gute Kenntnis von aktuellen (schul-)rechtlichen Rahmenbedingungen und pädagogischen Leitlinien.

Eine enge **Abstimmung mit den niedergelassenen Kinder- und Hausärzten** der Familien stellt eine weitere wesentliche Ressource der KJGDs dar. Auf der Grundlage eines Konsensuspapiers, das die Zuständigkeiten der Vertragskinder- und Jugendärzte und der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst voneinander abgrenzt und sinnvoll aufeinander abstimmt, gelingt die systemübergreifende Zusammenarbeit vor Ort in der Regel gut. Sie kommt den Kindern und Familien im Einzelfall genauso zugute wie der Gesamtbevölkerung, da auch in Qualitätszirkeln und anderen Gremien public health- orientiert zusammengearbeitet wird.

Die **Kenntnis von und die Zusammenarbeit mit den lokalen Akteuren in der gesundheitlichen, pädagogischen und sozialen Versorgung** von Kindern und Familien stellt eine wesentliche Ressource der KJGDs dar. Multiplikatoren und Angebote vor Ort sind in der Regel bekannt, **Kommunikations- und Kooperationsstrukturen** sind aufgebaut und werden genutzt. Der Gemeinwesenbezug wird in der Arbeit der KJGDs zum Nutzen der Kinder und Familien in der Kommune gelebt und gestaltet. Hier seien insbesondere die vielen Projekte zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung genannt, bei denen der öffentliche Gesundheitsdienst häufig Initiator, oft Koordinator, zumeist aktiver Partner war und ist.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der öffentliche Gesundheitsdienst über eine breite Palette von Kompetenzen, Handlungsmöglichkeiten, Zugangswegen, epidemiologischen Daten, Planungsgrundlagen, Qualitätsmerkmalen und Ideen verfügt, derer sich eine Kommune nutzbringend bedienen kann.

4 Bewährte Projekte

4.1 Allgemeine Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Setting

4.1.1 Vorbemerkungen

In fast allen Kommunen wird die Frage, welche Rahmenbedingungen erforderlich sind, damit Kinder sich als Individuum und Teil einer Gemeinschaft optimal entwickeln können, intensiv diskutiert. Ohne Zweifel können nur gut vernetzte multiprofessionelle Ansätze die gesundheitlich-somatischen, sozial-interaktiven, psycho-emotionalen und pädagogisch-kognitiven Optionen des jeweiligen Kindes sichern. Diese kommunalen Hilfen müssen zielgerichtet bedürftige Kinder erreichen – und das sind Kinder, in deren Ursprungsfamilien z.B. Bildungsferne, Langzeitarbeitslosigkeit, chronische Krankheit oder Behinderung zu besonderen Entwicklungsrisiken geführt haben.

Je jünger die Kinder sind, desto vorrangiger ist unbeeinträchtigte Gesundheit als Voraussetzung für gelingendes Lernen. Deshalb wurden bereits 1995 die Gesundheitsziele des Landes NRW beschrieben und jetzt erneut als „Präventionskonzept NRW – eine Investition in Lebensqualität“ bestätigt. Insbesondere wurden Präventionsstrategien mit spezifischen und niederschweligen Zugangswegen in das Blickfeld gerückt und als eine Gemeinschafts- und Querschnittsaufgabe des selbst verwalteten Sozial- und Gesundheitswesens sowie der Jugendhilfe angesehen.

Als Beispiele multiprofessioneller Konzepte, die von kooperierenden unterschiedlichen überörtlichen Organisationen getragen werden, sind das Forum Gesundheitsziele Deutschland - „gesundheitsziele.de“ -, das Landesprogramm Opus NRW und die Plattform für Ernährung und Bewegung e.V. „peb“ zu nennen. Nähere Informationen sind unter www.gesundheitsziele.de, www.opus-nrw.de und www.ernaehrung-und-bewegung.de zu erhalten.

4.1.2 Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Netzwerk

Kommunale Gesundheitskonferenzen als etabliertes Netzwerk haben häufig Initiativen zu den unterschiedlichsten Themen der Gesundheitsförderung – nicht zuletzt auch in Kindertageseinrichtungen - initiiert und/oder koordiniert. Wo erforderlich und möglich, werden die angestoßenen Maßnahmen aktiv ärztlich begleitet.

In zahlreichen Kommunen existieren zudem spezielle Arbeitskreise zur Kinder- und Jugendgesundheit, die die Ideen und Arbeitsweise der Gesundheitskonferenz durch eine überschaubare Anzahl von Akteuren und themen- oder zielgruppenfokussiert in kleinerem und effektiven Rahmen umsetzen. Viele der aufgelisteten Projekte entstammen solchen „Runden Tischen“ zur Kindergesundheit. Daraus sind Initiativen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen insgesamt entstanden, aber auch Netzwerke zur psychosozialen Versorgung unter Beteiligung z.B. von Jugend-, Sozial- und Gesundheitsamt, niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten, Kinder- und Jugendpsychiatern, Beratungsstellen, Psychologen, Elternschulen, Therapeuten, Frühförderzentren und anderen. Von vielen Kommunen werden diese Arbeitskreise auch bei politischen Entscheidungen genutzt und gehört.

In einigen Kommunen existieren verbindliche gesundheitsförderliche Gesamtkonzepte, die von den Jugendämtern in Kooperation mit den Gesundheitsämtern - teilweise auch in umfassenderen Netzwerken - schon seit Jahren im Alltag von Tageseinrichtungen für Kinder etabliert sind. Das „Empowerment“ engagierter Erzieherinnen und auch von Eltern soll hier betont werden. Dabei zielen sämtliche Maßnahmen gleichermaßen auf die Schaffung gesundheitsförderlicher Faktoren, die Stärkung gesunderhaltender Faktoren, eine umfassende Vernetzung sowie das Ziel, Kinder und Eltern zu eigenverantwortlichem Handeln zu befähigen. Dort wo Eltern für ihre Kinder diese Eigenverantwortung nicht oder nicht in ausreichendem Maße wahrnehmen können, erhalten sie die notwendigen Hilfen.

Die im Folgenden beispielhaft vorgestellten Projekte verfolgen in der Regel umfassende Ziele:

- Ausgleich von sozialer Benachteiligung als Risikofaktor
- Früherkennung von Entwicklungsrisiken sowie
- allgemeine Gesundheitsförderung und Primärprävention u.a. mit

- gezielten Maßnahmen zur Veränderung des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens und
- spezifischen Fördermaßnahmen von Entwicklungsauffälligkeiten im Setting

- „ProKita“ im Rhein-Kreis-Neuss (Deutscher Präventionspreis 2004)

ProKita beinhaltet die regelmäßige Kooperation der kommunalen Strukturen und der Systeme vor Ort sowie die Bildung eines Kompetenznetzes mit Kinder- und Jugendärzten, Erziehern, Therapeuten, Pädagogen, Eltern, Wissenschaftlern, Migrationsdiensten und der kommunalen politischen Ebene. Durch die Kinderärzte der Unteren Gesundheitsbehörde erfolgt eine differenzierte Diagnostik von Entwicklungsauffälligkeiten und Störungen in Stadtteilen mit besonderem Handlungsbedarf. Damit lassen sich Entwicklungsverzögerungen bereits im Vorfeld des als Krankheit zu bezeichnenden Stadiums identifizieren, sowie gezielte Förderungs- und Therapiemaßnahmen einleiten. Gleichzeitig werden Verbesserungen der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen erreicht. Obligat ist die Einbeziehung der Eltern, um die Erziehungskompetenz durch „Triple P ®“ zu verbessern. Wesentliche Bausteine sind darüber hinaus die Anwerbung und Ausbildung von „Stadtteilmüttern“ mit Migrationshintergrund und die Weiterbildung von Erzieherinnen, um nachhaltig vielen entwicklungsauffälligen Kindern entsprechende Förderangebote zukommen lassen zu können.

- „Hüpfdötchen“ (Gesundheitspreis NRW 2000)

„Hüpfdötchen“ ist ein gemeinsames Projekt zur lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung von Kindertageseinrichtungen des Rhein Kreises Neuss und der Sporthochschule Köln.

- „Mo.Ki“ (Deutscher Präventionspreis 2004)

„MoKi“ heißt „Monheim für Kinder“ und ist ein gemeinsames Modellprojekt der Arbeiterwohlfahrt Niederrhein und der Stadt Monheim zur Förderung von Kindern und Familien. Ziel ist insbesondere die Reduktion negativer Auswirkungen von familiärer Armut auf die Lebenslagen und die Entwicklungschancen der Kinder, die in einem Stadtteil mit besonderem Erneuerungsbedarf aufwachsen. Gesundheitliches Ziel ist die Verbesserung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen und den Impfungen.

- Lott-Jonn (Kreis Mettmann)

Im Auftrag der kommunalen Gesundheitskonferenz entwickelte die Arbeitsgruppe „Übergewicht und Bewegungsmangel bei Kindern und Jugendlichen“ das Projekt

LOTT-JONN als Synonym für „Kindergarten in Bewegung“. Es erfolgte eine wissenschaftliche Begleitung durch die Sporthochschule Köln. Durch die Gewinnung von Sponsoren, wie z.B. den Krankenkassen, konnte das Projekt auch unter dem Motto „Bewegung ist das Tor zum Lernen“ auf den ganzen Kreis ausgedehnt werden.

- AGIL

„Aktiver, gesünder is(s)t leichter“ in der Stadt Aachen. Kinderschutzbund, Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ernährungsberater, Psychologen, der KJGD sowie die kommunalen Partner aus Jugend und Schule gründeten ein Netzwerk zur Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens u.a. in Kindertageseinrichtungen mit besonderen Problemlagen (Bildungsferne, Migrationshintergrund,...). Nach Stärkung der Elternkompetenz durch „Starke Eltern, starke Kinder ®“ werden Maßnahmen zu Verhaltensänderungen und Verhältnisverbesserungen durchgeführt.

- „Wie Kleine gesund groß werden“

Das Projekt aus Bonn, konzipiert durch den Kinderschutzbund und das Jugendamt, wird getragen durch Sozialpädagogen und ergänzt durch niedergelassene Kinder- und Jugendärzte, Zahnärzte, Ernährungsberater, Stadtsportbund, Behindertensportbund, Frühförderung der Lebenshilfe und Logopäden. Kinder aus Stadtteilen mit besonderem Erneuerungsbedarf werden im Alter von 0 – 3 Jahren stundenweise in einer Kleingruppe betreut und gefördert. Den Eltern werden Angebote zum altersgemäßen Spiel mit den Kindern, zur Gewaltprävention, zur Förderung von Sprache, Motorik und Sozialverhalten ebenso wie Gespräche und Rollenspiele zur Verbesserung der Erziehungskompetenz angeboten. Das Projekt ist dem niederländischen „*opstapje*“ angelehnt. Ergänzt und wesentlich unterstützt wird dieses Projekt durch das regelmäßige kommunale Untersuchungsangebot für entwicklungsauffällige Kinder in Tagesstätten, die von ihren Eltern aus welchen Gründen auch immer nicht zur kassenärztlichen Früherkennungsuntersuchung vorgestellt werden.

- „PEP / PEP-ER“ (Prävention expansiven Problemverhaltens)

Das Projekt „PEP“ wird seit 2001 in Kooperation zwischen der Uniklinik Köln und den städtischen Kindertageseinrichtungen Köln durchgeführt. Die Projektleitung liegt bei Prof. Dr. M. Döpfner und Prof. Dr. G. Lehmkuhl, Kinder- und Jugendpsychiatrie Klinikum der Universität zu Köln. Hier stehen Kinder mit Problemverhalten im Fokus, d.h. sehr unruhige Kinder wie auch solche, die sich nicht an Regeln halten können. Das Projekt PEP-ER (ER steht für Erzieher/in) bietet ein Training für pädagogisches

Personal an. Ziel dieser Prävention ist, ein intensives Fortbildungsangebot an Erzieherinnen von Kindergartenkindern heranzutragen, das handlungsorientiert ist und direkt an der Praxis ansetzt. Im Zentrum des Trainings steht die Vermittlung von Grundstrategien im Umgang mit expansiven Verhalten bei Kindern. Die Erzieher/innen werden in die Lage versetzt, zu einer Verringerung der Verhaltensprobleme beizutragen. Von der Maßnahme profitieren Erzieher/innen, die betroffenen Kinder und andere Kinder aus den Gruppen. Bis 2005 wurden mit „Triple - P“ auf dieser Grundlage auch Eltern von Kindergartenkindern geschult.

- „Zukunft für Bonn – Eine Aktion Bonner Bürger für Bonner Kinder“
Projekt zur Sprachförderung von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund durch Qualifizierung des pädagogischen Fachpersonals. Vermittlung von Grundlagenwissen zum Spracherwerb, Beratung der Eltern mit Migrationshintergrund, Sprachstandserfassung und Ableitung eines individuellen Förderplanes, begleitende Sprachförderung im Kindergartenalltag, insbesondere für Risikokinder Sprachförderprogramm nach Prof. Zvi Penner (KonLab).

Weitere Projekte werden hier genannt, jedoch nicht ausführlich beschrieben:

- derzeit laufende Kindergesundheitsstudie zu Verhaltensauffälligkeiten, Befragung und Intervention des KJGD der Stadt Hagen in Kooperation mit der Universität Witten-Herdecke
- spezifische Angebote zur Ernährungsberatung (Düsseldorf)
- Apfelklops & Co (Kinderliedertour der BzGA) zu Ernährung und Bewegung (Hamm)
- „Richtig essen & trinken mit Kasimir“ Wanderausstellung des *aid* Infodienstes Verbraucherschutz, Ernährung, Landwirtschaft e.V. mit Begleitmaterial (Hamm)
- „Rucksack“ ein Projekt zur Sprachförderung und Elternbildung im Elementarbereich (RAA in NRW, gemeinsam mit Jugendamt, teilweise auch mit Gesundheitsamt)
- Elternschule (Aachen, Hamm, Gelsenkirchen)

4.2 Früherkennung von Entwicklungsrisiken

Die kindliche Entwicklung, die durch täglich neue Lernprozesse gesteuert wird, ist aufgrund der ungeheuren Ressourcen und Optionen für jeden, der Kinder begleitet, beeindruckend und begeisternd. Diese Lernprozesse werden überwiegend durch vielfältige Interaktion mit der Außenwelt möglich und durch die Qualität dieser Kommunikation maßgeblich beeinflusst.

Daher sind die psychosozialen und -emotionalen Rahmenbedingungen in den prägenden Phasen der frühen Kindheit so entscheidend für den späteren Lebensweg. Eine Vorbedingung besteht aber noch darüber hinaus: Die Systeme der Wahrnehmungsaufnahme, -Weiterleitung, -Verarbeitung und Reaktion müssen ausreichend funktionsfähig sein. Daher dient die frühe und begleitende kinderärztliche Betreuung zumindest bis zum Beherrschen der Grundfähigkeiten unserer Kinder (etwa bis zum Alter von ca. 8 Jahren) einer wesentlichen Absicherung und Unterstützung dieses Lebensabschnitts. Bei Problemen können Hilfen ursachengerecht und fokussiert eingeleitet werden, um krankhafte Veränderungen zu behandeln oder im Fall nicht veränderbarer Störungen kompensatorische Alternativen zu entwickeln. Daher ist die entwicklungsdiagnostische Begleitung von Kindern in den ersten 8 Lebensjahren ebenso entscheidend für deren spätere Zukunft wie geeignete fördernde pädagogische Angebote. Daraus ergibt sich der Sinn einer engen Kooperation von Pädagogik und Pädiatrie, wie sie in anderen Ländern (Finnland) ja auch etabliert ist.

Auf der Grundlage der Bildungsvereinbarung NRW – Vereinbarung zu den Grundsätzen über die Bildungsarbeit - soll jeder Träger eine Bildungsdokumentation für Kinder von 3 Jahren bis zum Beginn der Schulpflicht erarbeiten. Diese Dokumentation wird - die Zustimmung der Sorgeberechtigten vorausgesetzt - einmal jährlich für jedes Kind ausgefüllt. Hiermit wird der Entwicklungsstand der Kinder in allen Bildungsbereichen schriftlich festgehalten. Die Mitarbeiter/innen in den Kindertageseinrichtungen können die Dokumentation als Grundlage für Entwicklungsgespräche mit den Sorgeberechtigten und anderen Institutionen als auch für die pädagogische Arbeit nutzen.

Die Grundlagen hierfür wurden entweder von den einzelnen Kommunen erarbeitet oder von überörtlichen Initiativen oder Einrichtungen (z.B. Sozialpädagogisches Institut NRW, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik) erstellt. Zusätzlich hat das Land NRW weitere Projekte zur Professionalisierung frühkindlicher Bildung gefördert, z.B. die „Arbeitsgruppe Bildungsvereinbarungen“ u.a. mit Prof. Dr. Gerd Schäfer.

- Ein an anerkannten Standards orientiertes Verfahren der Entwicklungsbeobachtung wurde in Dortmund aus verschiedenen Bereichen zusammengestellt: „Früh erkennen, was sich gut entwickelt“ aus „Grenzsteine der Entwicklung – Infans“ (u.a. Prof. Michaelis), „Entwicklungs-Screening für 3 jährige – (EsKi)“ (Arbeitskreis Kindergesundheit, AG Sprache und Hören) sowie der „SISMIK Beobachtungsbogen zur Sprachstandsfeststellung von Kindern mit Migrationshintergrund“ (Institut für Frühpädagogik, München)

- Recklinghauser Erziehungsbeobachtungsbogen zur Vorlage bei den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen U8 und U9: Als Ergebnis einer Netzwerkarbeit unter Federführung des KJGD zur Erfassung von psychischen und physischen Auffälligkeiten wurde ein standardisierter Beobachtungsbogen entwickelt, der die Entwicklungsbeurteilung des Kindes durch die Erzieherinnen unter Einbindung der Eltern zur Weiterleitung an den behandelnden Kinder- und Jugendarzt zusammenfasst. Eine landesweite Nutzung dieses Instrumentariums ist durch die Kooperation der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte möglich. (Nähere Informationen sind beim Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Kreisgesundheitsamtes Recklinghausen, Tel.: 02361/53-4120 bzw. 53-4134 erhältlich).

Die (inzwischen eingestellte) Auswertung der Ergebnisse der Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 durch die Krankenkassen zeigte übereinstimmend mit den Daten der unteren Gesundheitsbehörden, dass ein Anteil von 25% - 30% der Kinder (je nach Kommune) nicht zu den für die Eltern kostenlosen Untersuchungen vorgestellt wird. Da sich nach Datenlage des ÖGD genau aus dieser präventiv nicht erfassten Gruppe aber 94% der späteren Sonderschüler rekrutieren, ist hier die **subsidiäre Versorgung** durch den KJGD unverzichtbar. Verschiedene Modelle werden dazu – jeweils den lokalen Gegebenheiten angepasst – durchgeführt, und zwar in Ablösung der früheren, flächendeckenden Reihenuntersuchungen durch Indikationsuntersuchungen. Zu den Indikationen gehört dabei ein psychosozial belastendes Umfeld, welches z.B. ein regelmäßiges Untersuchungsangebot in Stadtteilen mit besonderem Erneuerungsbedarf sinnvoll erscheinen lässt. Auch kann, in Absprache mit den Sorgeberechtigten, die Beurteilung von Kindern mit Migrationshintergrund, die manchmal der Differenzierung psychokultureller und organmedizinisch definierter Entwicklungshemmnisse bedürfen, sinnvoll sein. Ebenfalls kann in Absprache mit den Sorgeberechtigten, aber auf Initiative der Erzieher/innen, eine Diagnostik sozial-interaktiver Kommunikations- und Verhaltensveränderungen *im* Lebensumfeld der Kinder angezeigt sein, die aus rechtlichen Gründen aber nur der ÖGD durchführen darf.

Viele Kommunen ergänzen dieses subsidiäre Angebot durch offene Sprechstunden – meist zu spezifischen Fragestellungen. Diese dienen neben der individuellen Beratung und Vermittlung von Förderangeboten (inklusive ggf. der Weiterleitung an die kassenärztliche Versorgung),

gleichzeitig aber auch der problemorientierten Datenerfassung als Grundlage für gezielte kommunale Präventionsplanung.

In vielen Kommunen wird eine ambulante Sprachheilambulanz vorgehalten, die eine sprachheilpädagogische oder sprachtherapeutische Behandlung von sprachauffälligen bzw. sprachbehinderten Vorschulkindern in den Kindertageseinrichtungen durchführt. Eine enge Kooperation mit den Kindertageseinrichtungen und dem KJGD ist gegeben, die Maßnahme wird i.d.R. durch die Eingliederungshilfe in Sonderverträgen mit den Krankenkassen finanziert.

Die Gesundheitsberichterstattung des KJGD leistete einen unverzichtbaren Beitrag zur Ermittlung prioritärer Handlungs- und Interventionsbedarfe. In Zeiten knapper Ressourcen können diese möglichst bedarfsgerecht eingesetzt und Projekte, Initiativen, Interventionen dort implementiert werden, wo sie am nötigsten sind. Diese wiederum lassen sich hinsichtlich ihrer Effektivität und Effizienz überprüfen, wenn man die Möglichkeiten der Gesundheitsberichterstattung zur Evaluation dieser Maßnahmen gezielt einsetzt.

Zum einen stehen also verlässliche horizontale Daten zur gesundheitlichen Situation der Kinder z.B. aus der flächendeckend und nach einheitlichen Qualitätsstandards durchgeführten Schuleingangsuntersuchung zur Verfügung. Zum anderen ist überall dort, wo eine EDV-gestützte Datenerhebung stattfindet, eine vertikale Verlaufsbeobachtung einzelner Kinder oder kriteriendefinierter Gruppen möglich. Dies lässt auch Möglichkeiten zu, z.B. politischen Entscheidungsträgern Rückmeldungen über den Verlauf von Maßnahmen und Projekten zu geben, der Grad der Zielerreichung kann überprüft und ggf. nachgesteuert werden.

Alle bedarfsbeschreibenden Projekte, so unterschiedlich und in der fachlichen Fokussierung different sie auch sein mögen, haben folgende Grundlagen gemeinsam:

- die Identifizierung von Risikokindern durch (Sozial-)Pädagogen;
- die Ausschöpfung regelpädagogischer Hilfen durch Erzieher/innen und/oder Lehrer/innen;
- das sozialpädiatrische Screening der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste;
- die Vermittlung (und Konzeption) von Förderangeboten;
- die Verweisung zu weiterer kassenärztlicher Diagnostik und Therapie.

Dieses gestaffelte Vorgehen zur Feststellung des Hilfebedarfs und der geeigneten Maßnahme(n) ist effektiv, ausreichend, synergistisch und ökonomisch. Es bedient sich vorhandener kommunal und nicht kommunal etablierter Strukturen.

Zur Umsetzung von Förderangeboten kann z.B. durch Einbindung von privaten Anbietern oder Sponsoren flexibel auf punktuellen und/oder zeitbegrenzten Bedarf reagiert werden. Eventuell ist auch die komplette Delegation von klar definierten Förderangeboten sinnvoll. Die Konzeption und Kontrolle dieser Angebote ist jedoch kommunal anzusiedeln – hierfür kommt in der Regel bei überwiegend pädagogisch orientierten Maßnahmen das Jugendamt, bei überwiegend medizinisch definierten Maßnahmen das Gesundheitsamt in Betracht.

Sämtliche Maßnahmen zielen gleichermaßen darauf ab, gesundheitsförderliche Faktoren zu schaffen, gesunderhaltende Faktoren zu stärken, umfassend zu vernetzen, sowie darauf, Kinder und Eltern zu eigenverantwortlichem Handeln zu befähigen. Dort wo Eltern für ihre Kinder diese Eigenverantwortung nicht oder nicht in ausreichendem Maße wahrnehmen können, erhalten sie die notwendigen Hilfen zur Selbsthilfe. Erzieherinnen können im Sinne von Multiplikatoren einen wesentlichen Beitrag zur Nachhaltigkeit der Initiativen leisten.

Im Folgenden werden beispielhaft entsprechende Konzeptionen zur Erfassung von Entwicklungsrisiken mit unterschiedlichen Schwerpunkten und unterschiedlichen Kooperationen aus den verschiedenen Kommunen (in alphabetischer Reihenfolge) beschrieben:

- Kreis Aachen: Diagnostik und Förderangebote des Sprachheilpädagogisches Zentrums (SHZ) als umfassendes Netzwerk zum Thema **Sprache und Sprachentwicklungsstörungen**, aktuelle Untersuchung zur Sprachdiagnostik bei 5-Jährigen in Baesweiler im Kreis Aachen. Förderung in Einrichtungen mit dem „Würzburger/Aachener“ Sprachförderungsprogramm zum phonologischen Bewusstsein. Das Netzwerk wird u.a. von Sprachwissenschaftlern, Neurolinguisten, Logopäden, Sprachheilpädagogen sowie Kinder- und Jugendärzten getragen.
- Stadt Aachen: „Kommunale Konsequenzen aus PISA“: **Subsidiäre** entwicklungsdiagnostische Screening - **Untersuchungen** durch den KJGD in Kindertageseinrichtungen mit besonderem Bedarf.

- Stadt Aachen: „**PEK - präventive Entwicklungsförderung in Kindergärten**“ (Präventionspreis NRW) durch den Förderverein des SPZ – privates Sponsoring!
In gemeinsam von Jugendamt und KJGD ausgewählten Kindertagsstätten mit besonderen Problemlagen und nach spezifischer Diagnostik durch den KJGD erfolgt eine umfassende Förderung dieser benachteiligten Kinder durch Heilpädagogen, Logopäden und Ergotherapeuten, im Auftrag und finanziert durch den Förderverein des Sozialpädiatrischen Zentrums Aachen sowie eine Zuführung zum kassenärztlich versorgenden System. Durch die enge Anbindung an den KJGD und eine etwa einjährige Begleitung der Erzieherinnen in den Kindertageseinrichtungen zu Diagnostik und insbesondere Förderarbeit mit den betroffenen Kindern wurde ein nachhaltig wirkendes Präventionsangebot zur Verbesserung der Entwicklungschancen von Kindern geschaffen.
- Stadt Aachen: In derzeit 16 ausgewählten Kindergärten mit einem hohen Anteil an Migranten wird eine Sprachförderung nach „**KonLab**“ durchgeführt.
- Bonn: In Bonn wurden vergleichende Studien durchgeführt um festzustellen, wo und in welcher Form eine kommunale Prävention notwendig ist. Zunächst wurde der leicht modifizierte „Gelsenkirchener Beobachtungsbogen“ zur Verlaufsbeobachtung durch Erzieherinnen in den kommunalen Kindertageseinrichtungen etabliert. Anschließend wurde durch den KJGD nachgewiesen, dass die **Identifikation von Risikokindern** durch Erzieherinnen ausreichend gelingt. Seitdem ist folgendes Modell etabliert: Erzieherinnen empfehlen nachdrücklich die Teilnahme an U8 und U9. Kinder, die daran trotzdem nicht teilnehmen sowie Kinder, die trotz unauffälliger U8 / U9 aus pädagogischer Sicht entwicklungs auffällig scheinen, werden in Absprache mit den Sorgeberechtigten dem KJGD gemeldet und dann in der Einrichtung entwicklungsdiagnostisch untersucht. Differierende Ergebnisse zu den U-Untersuchungen erklären sich durch die Möglichkeit, Störungen der sozialen, emotionalen und verbalen Interaktion mit Gleichaltrigen deutlicher feststellen und damit frühzeitiger intervenieren zu können. Fördermaßnahmen erfolgen immer in enger Abstimmung mit den niedergelassenen Kinderärzten, evtl. therapeutische Interventionen unterliegen dem SGB V. Zur flächendeckenden Sprachförderung von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund wurde inzwischen „**KonLab**“ mit großem Erfolg etabliert.
- Kreis Borken: **Präventionsprojekt „young!**“ ein Bündnis für Eltern und Kinder von Geburt bis ins Schulalter zu verschiedenen Themen. Als Teil davon „**BEN**“ Beglei-

tung und Beobachtung der Entwicklung bei 4-5 jährigen Kindern in Kooperation u.a. mit der Erziehungsberatungsstelle Borken. www.young-borken.de

- Bottrop: Entwicklungsdiagnostische **Untersuchung** der Vierjährigen, Kindergarten-**sprechstunde**
- Kreis Coesfeld: **Screeninguntersuchung** der Sprache einschließlich Hörtest
- Dortmund: Umfangreiche **Entwicklungsbeobachtung**
- Düsseldorf: Betreuung von 100 Kindertageseinrichtungen durch einen aufsuchenden **logopädischen** Dienst, teilweise Unterstützung durch eine türkischsprachige Kinder- und Jugendärztin auch in Kombination mit einer „**Sprechstunde**“
- Düsseldorf: Aufsuchende Versorgung der Kindergärten aus einem Sozialraum mit besonderem Bedarf mit dem „**Gesundheitsmobil**“
- Duisburg: Entwicklungsdiagnostische Kindergarten**untersuchungen** in etwa 50 % der Einrichtungen
- Essen: „**Gesundheitskarte**“: Bei Aufnahme in die Tageseinrichtung wird eine Karteikarte zum Gesundheitszustand und Impfstatus des Kinder vom behandelnden Arzt ausgefüllt und mitgebracht; diese Karte wird im Verlauf der nächsten Kindergartenjahre um die anfallenden Vorsorgeuntersuchungen und durchgeführten Impfungen ergänzt.
- Essen: „**Gesund von Anfang an**“, der KJGD bietet den Kindertageseinrichtungen einmal jährlich **Beratungen** zu Problemen an. An die Teilnahme zur Vorsorge und an Schutzimpfungen wird erinnert. Erzieherinnen können Eltern mit entwicklungsauffälligen Kindern zur weiteren Abklärung zum KJGD schicken. Ein Beobachtungsbogen zur kindlichen Entwicklung (Auftrag der Kindertageseinrichtungen gemäß Bildungsvereinbarung) wurde in enger Kooperation von Lernwelt Essen, Kindertageseinrichtungen, Grundschulen und Gesundheitsamt entwickelt.
- Essen: **Vorträge** für Erzieherinnen und Eltern zu Themen Ernährung, Bewegung, Infektionskrankheiten, Impfungen, kindliche Entwicklung, Erziehungsprobleme. Die Eltern jedes Kindergartenkindes erhalten im Verlauf von idealerweise drei Kindergartenjahren sechs **Kindergesundheitsbriefe** (Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Allergien, Ernährung, Bewegung, Schulstart).
- Gelsenkirchen: Offene **Sprechstunde** in den Tageseinrichtungen mit weitergehenden Empfehlungen und gezielte Untersuchungsangebote.
- Gelsenkirchen: „**Gelsenkirchener Entwicklungsbegleiter**“

- Stadt Gronau: „**Fit von klein auf**“ Gesundheitsförderungsprogramm der AWO Unterbezirk West-Münsterland und der BKK Gesundheit in Zusammenarbeit mit Jugendhilfe und ÖGD.
- Köln: Subsidiäre **Untersuchungen** in Kindertageseinrichtungen durch den KJGD in sozial benachteiligten Stadtbezirken in Abstimmung mit der Jugendhilfeplanung.
- Köln: **FAKIR** Förderangebote für Kinder in Regionen mit erhöhtem Hilfebedarf **Früherkennung, Aktivierung, Kariesprophylaxe, Impfberatung, Reden lernen**
- Köln: **Ernährungsberaterin** des Gesundheitsamtes zur Multiplikatorenschulung in Kindertageseinrichtungen freier Träger.
- Kreis Mettmann: Umfassende entwicklungsdiagnostische **Untersuchungen** in Kindergärten insbesondere in Stadtgebieten mit hoher sozialer Benachteiligung, **Vorträge und Veranstaltungen** zu diversen gesundheitlichen Themen, besonders Ernährung und Bewegung.
- Kreis Minden-Lübbecke: **Screeninguntersuchungen** und Schulungen von Erzieherinnen mit dem **BISC** zur Prophylaxe der Lese- und Rechtschreibschwäche im letzten Kindergartenjahr. Durchführung entsprechender **Förderprogramme**.
- Kreis Minden-Lübbecke: **Fortbildungscurriculum** für Erzieherinnen zur Sprachentwicklung und Sprachförderung im Kindergarten unter Kooperation der Logopädin des KJGD und der Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Sprache.
- Kreis Minden-Lübbecke: **Elternabende** in Kindertageseinrichtungen zu diversen gewünschten Themen wie Entwicklung, Impfen, Infektionskrankheiten.
- Mülheim an der Ruhr: „Konzept zur Verbesserung der **Früherkennung** von Entwicklungsverzögerungen, Teilleistungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten“ Handlungsempfehlungen des Arbeitskreises „Kinder- und Jugendgesundheit“ mit Bestandsaufnahme von auffälligen Kindern, verbesserte Früherkennung und verstärkte Elternarbeit.
- Stadt Münster: **Psychomotorisches / motopädisches Präventionsprojekt**
Der KJGD identifiziert Kindertageseinrichtungen, die einen hohen Anteil psychomotorisch auffälliger Kinder betreuen. Diese Einrichtungen werden wöchentlich von einer Motopädin zum Teamcoaching und zur Durchführung motopädischer Fördereinheiten für Kinder, die nicht bereits durch Heilmittel oder Eingliederungshilfen gefördert werden, betreut. So soll das bisher schon laufende pädagogische Engagement der einzelnen Erzieherin bzw. der Einrichtung gezielt unterstützt werden.

- Stadt Münster: Familien mit entwicklungsauffälligen oder behinderten Kindern und Jugendlichen können sich mit ihren vielfältigen Fragestellungen und Problemen an die **Beratungsstelle für Entwicklungsfragen im Kindes- und Jugendalter** (BfE) wenden. Das Team der Beratungsstelle ist **multidisziplinär** besetzt (Sozialpädiatrie des KJGD, Logopädie, Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Psychologie), ca. 200 Kinder pro Jahr werden von den Kitas zur interdisziplinären Entwicklungsdiagnostik zugewiesen, für die unter Beteiligung des KJGD ein Behandlungs- und Förderplan erstellt wird. In die Beratungsstelle für Entwicklungsfragen ist die einzige **Frühförderstelle** in der Stadt Münster integriert mit den Aufgabenbereichen Früherkennung (Diagnostik) und Frühberatung/-förderung für Kinder ab der Geburt bis zum Schuleintritt (derzeit ca. 600 Vorschulkinder, von denen 1/3 von Kindergärten zugewiesen werden).
- Stadt Neuss/ Rhein-Kreis Neuss: Außer den genannten Projekten: **Netzwerk gesunde Kindergärten** und Schulen mit OPUS NRW sowie weitere aktuelle Maßnahmen des Arbeitskreises Kinder- und Jugendgesundheit bei der Gesundheitskonferenz des Kreises Neuss.
- Kreis Recklinghausen: Fortbildungscurriculum: Entwicklungsauffälligkeiten im Kindergartenalter: Erzieher stark machen im Erkennen, Einschätzen und Handeln
- Wuppertal: Aufsuchende Versorgung der Kindergärten stadtteilbezogen, „Sprechstunden“ zur Förderbedarfsklärung.

Ähnliche Angebote wie in Wuppertal genannt finden sich in zahlreichen Kommunen im Sinne **subsidiärer** entwicklungsdiagnostischer **Untersuchungen** und der Beratung der Erzieherinnen und der Eltern der Kinder durch den KJGD in Kindertageseinrichtungen mit besonderem Bedarf, so z.B. in Hagen, Recklinghausen und Münster.

Besondere Maßnahmen zur Diagnostik von **Sprachentwicklungsstörungen** z.B. durch Sprachheilambulanzen, Sprachheilzentren, Fördervereine oder logopädische Dienste werden in vielen Kommunen mit unterschiedlicher personeller Besetzung und mit unterschiedlicher Intensität durchgeführt. Die Anbindung erfolgt in der Regel an den KJGD.

Prävention und Förderung kommen auch behinderten Kindern zugute. Hier versucht der KJGD, die Versorgungslücken, die zwischen SGB V und SGB XII vor allem bezüglich der gemischt therapeutisch-pädagogischen Hilfen bestehen, zu schließen. Die Vermittlung in heilpädagogische oder heilpädagogisch-integrative Vorschuleinrichtung, die Skizzierung ei-

nes langfristigen Förderplans, die Verlaufsbeobachtung mit Aktualisierung und Anpassung der sozialen und therapeutischen Hilfen und Hilfsmitteln, die Einleitung von Familienentlastungen, die Begleitung der Eltern auf dem Weg ihres Kindes in die geeignete Schule und Beschreibung der dort notwendigen und sinnvollen Rahmenbedingungen sind natürlich auch Aufgabe des KJGD. Darüber hinaus sind zu diesen Fragestellungen auch Entscheidungshilfen aus ärztlicher Sicht für die Träger der Integrationshilfen vorzubereiten.

4.3 Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen

Wie bereits erwähnt, hat die Nicht-Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 einen hoch prädikativen Wert für die spätere Schullaufbahn. Deshalb bedarf es intensiver Anstrengungen von Seiten der Kommune, möglichst alle Kinder dieser kassenärztlichen (für die Eltern kostenfreien) Untersuchung zuzuführen. Dazu gibt es viele regionale Initiativen u.a. durch die unteren Gesundheitsbehörden. Stellvertretend seien genannt:

- Ich geh zur U! – und Du? (BzGA), die z.B. in den Kommunen Kreis Aachen, Duisburg, Essen, Gelsenkirchen, Hamm, Leverkusen, Mettmann oder Recklinghausen durchgeführt wird.
- Gesundheitskarte (Essen): Nach erfolgter U8 und U9 werden die Eintragungen auf der „Gesundheitskarte“ regelmäßig ergänzt, auf die Teilnahme wird hingewirkt, z.B. mit der „Geburtstagsmaus“-Karte.
- Geburtstagskarte (Leverkusen): Allen Kindern wird eine Gratulationskarte zum Geburtstag mit dem Hinweis auf die anstehende Vorsorgeuntersuchung geschickt.
- Geburtstagskarte des LÖGD „Geburtstagsmaus“ (Hamm): Auch das LÖGD stellt eine entsprechende Geburtstagsgratulationskarte mit Hinweis auf die Vorsorge zur Verfügung, die über die Kindertageseinrichtungen den Kindern zum 5. Geburtstag überreicht wird (mit Übersetzung in Türkisch und Russisch)
- Informationsfaltblätter zu U8 und U9 in deutscher und türkischer Sprache (Gelsenkirchen)
- „Elternbriefe“ mit Hinweisen auf die Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen (diverse Kommunen)
- Broschüre zur U9: Alles klar für die Schule (Unna – Königsborn)
- Erinnerung an die Impfungen und Vorsorgen jeweils im Herbst des Jahres (Essen)

- **„Dr. Schnupper – Gesundheitsförderung für Kinder“** eine Initiative der AWO, des BKK Bundesverbandes und des Deutschen Forums Prävention mit Broschüren und einem Fabelkinderbuch in 6 Sprachen zur Steigerung der Teilnahme an den Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen

4.4 Steigerung der Durchimpfungsraten

Gerade im Frühjahr 2006 zeigte der „Masernausbruch“ erneut die Notwendigkeit von Impfungen gegen nicht kausal behandelbare Viruserkrankungen auf. Die Erkrankungen verliefen in ungewöhnlicher Fallzahl so schwer, dass viele Kinder entweder stationär behandelt oder aber von ihren Eltern über einen längeren Zeitraum zu Hause gepflegt werden mussten. Die volkswirtschaftlichen Auswirkungen sind enorm. Hier gilt es, durch Informationen und Impfkampagnen die Fehleinschätzung vieler Bürger bezüglich „harmloser Kinderkrankheiten“ zu korrigieren und das Bewusstsein für impfpräventable, nicht behandelbare Erkrankungen zu stärken. Auch dazu seien stellvertretend einige Initiativen genannt:

- Jährliche Impfkaktionen (Dortmund und andere)
- Impfleitfaden (Flyer Kreis Aachen)
- „Multi-Kulti“ Tage der multikulturellen Begegnung im Stadtgebiet mit besonderem Erneuerungsbedarf u.a. mit Broschüren zum Impfen (Stadt Aachen)
- LÖGD Impfmobil in verschiedenen Kommunen
- Aufbereitung der Impfdaten aus den Schuleingangsuntersuchungen in Münster und Rückmeldung an die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte und andere Niedergelassene, so dass der einzelne Impfarzt einen unmittelbaren Vergleich seiner eigenen Impfstrategie mit dem Durchschnitt in der Kommune hat. Dies hat sich als impfmotivierend ausgewirkt, eine Zunahme der Durchimpfungsraten wurde nachgewiesen. Der KJGD fördert damit die Durchimpfungsraten in Kindertageseinrichtungen, ohne selber (zeitaufwendige) Impfkaktionen durchführen zu müssen.

4.5 Zahngesundheit

Nachdem die großen kariesepidemiologischen Studien zwischen 1994 und 2004 zeigten, dass der Anteil der 6-Jährigen mit kariesfreien Milchzähnen stetig gestiegen ist, zeigt sich jedoch bei differenzierterer Betrachtung, dass der Anteil der Kinder mit typischen Milchzahnerkrankungen des sog. Nursing-Bottle-Syndroms steigt. Dabei handelt es sich um die Fortsetzung eines seit 25 Jahren in Deutschland bekannten Problems der bevorzugten Schädigung der

Milchschnidezähne im Oberkiefer, das zunächst als "Babytee-Karies", später als "Nursing-Bottle-Syndrom" bekannt wurde.

Ursachen sind die verlängerte und exzessive Trinkzufuhr aus Saugerflaschen und Schnabelfläßen, die gefüllt sind mit zuckrigen und/oder säurehaltigen Getränken und überwiegend zwischen den Hauptmahlzeiten, beim Einschlafen und in nächtlichen Weckphasen zur Verfügung gestellt werden und die nachlassende Fokussierung von Eltern und Kindertageseinrichtungen auf diesen (nicht mehr problembelastet erscheinenden) Bereich.

Gemeinsame Aktionen der kommunalen zahnärztlichen Dienste mit niedergelassenen Zahnärzten sowie den Akteuren der Gruppenprophylaxe stärker zu delegieren, kann dazu beitragen, größeren volkswirtschaftlichen Schaden abzuwenden und die individuellen Konsequenzen möglichst gering zu halten bzw. zu vermeiden. Aktionen am „Weltkindertag“ oder dem „Tag der Zahngesundheit“ oder ein „Kariestunnel“ können dazu erste Aufmerksamkeit entstehen lassen. Gerade die kommunale Zahnprophylaxe zeigt jedoch, wie sehr der Dauererfolg an intensive und permanente Angebote geknüpft ist. Zahngesundheit ist durch repetitive Prävention zu erhalten.

- „**Arbeitskreise (zur) Zahngesundheit**“ und eine entsprechende Mischfinanzierung der **Prophylaxefachkräfte** unter Beteiligung der Krankenkassen gibt es in allen Kommunen von NRW, die Intensität der Maßnahmen ist jedoch nicht überall gleich.
- In Gronau wurde durch den Arbeitskreis Zahngesundheit auch das Thema gesunde Ernährung in die Konzeption der Kindertageseinrichtungen aufgenommen.
- In Düsseldorf wird zusätzlich zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe durch den zahnärztlichen Dienst eine kinderzahnärztliche Sprechstunde für Kinder ab 3 Jahre und deren Eltern angeboten.
- „Zahnboxen“ für ausgefallene / ausgeschlagene Zähne z.B. in Recklinghausen.
- Dauer- bzw. Wanderausstellung zu Kindernahrungsmitteln Kreis Minden - Lübbecke
- In Münster finanziert der Arbeitskreis Zahngesundheit u.a. auch Personalkosten für Prophylaxe-Fachkräfte sowie eine **Honorarkraft für Ernährungsberatung, die gemeinsam** Kindergartengruppen in den Kindergärten und im Gesundheitsamt fachspezifisch präventiv anleiten.

4.6 Betriebsmedizinische Betreuung

Eine weitere Aufgabe der kommunalen Kinder- und Jugendärzte besteht darin, die Bedingungen in Kindertageseinrichtungen, Schulen, OGS und ähnlichen kommunalen Angeboten gesundheitsfördernd zu gestalten. „Hygiene“ beschreibt den Bedarf an Belüftung, Belichtung, Raumklima, aber auch an für das Lebensalter geeignetem Mobiliar, an notwendiger Verpflegung, dem Entwicklungsstand angepasster Tagesstrukturierung und den Möglichkeiten zur Bewegungsförderung. Dies betrifft auch die sanitären Einrichtungen. Zum Beispiel steht oft genug der Zustand sanitärer Einrichtungen in direktem Verhältnis zu Harnverhaltungen bei Kindern. Wickelräume unterliegen besonderen hygienischen Anforderungen, die peinlich genau einzuhalten sind, um Schmutz-Schmier-Infektionen nicht aufkommen zu lassen.

Besonders problematisch und gesetzlich nicht abschließend geregelt ist die Frage der Betreuung chronisch oder akut kranker Kinder in öffentlichen Einrichtungen. Wenn auch die gesetzlichen Vorgaben zur Verabreichung von Medikamenten eindeutig sind, so ist die Frage der Umsetzung im Einzelfall doch oft problematisch und eine Lösung nur in Zusammenarbeit zwischen Träger der Einrichtung, Gesundheitsamt und ggf. dem behandelnden Arzt möglich. Letztendlich bleibt in einigen Fällen die Entscheidung über Aufnahme und Betreuung chronisch kranker, nicht-behinderter Kinder (und die machen ca. 5% eines Jahrgangs aus) in Regeleinrichtungen in gemeinsamer Verantwortung von Jugend- und Gesundheitsamt.

Unfallschutzmaßnahmen und (gebäude-)technische Sicherungen zur Gefahrenabwendung erfolgen natürlich überwiegend durch GUV und Feuerwehr. Häufig werden jedoch wegen spezieller Fragestellung in Bezug auf Kinder die Ärzte des KJGD einbezogen. Daraus sind einige lokale Aktionen zu Unfallvermeidung, Schulwegssicherheit und Verhalten im Brandfall entstanden, wie z.B. Brandschutzerziehung und Evakuierungsübungen mit der Feuerwehr (Kreuztal, Ferndorfer Knirpse), Soforthelferkurse für Kinder, um diese entsprechend ihren Möglichkeiten zur Mitverantwortung heranzuziehen und die Beteiligung zu erhöhen.

Besonders erwähnt werden soll an dieser Stelle z.B. die „Infektionsschutz-Hotline für Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder“ in Münster:

Für alle Fragen rund um den Infektionsschutz und für Meldungen nach IfSG steht eine zentrale Telefonnummer bereit. Unkompliziert sind damit Anfragen rund um die Themen Infektionsschutz / Hygiene / Impfschutz / Medikamentengabe etc. an das GA möglich. Alle Meldungen und Anfragen über die Hotline werden mit den nötigsten Informationen standardisiert, in einem eigens entwickelten Software-Programm erfasst und in eine Datenbank

eingespeist. Auf diese Weise ist jederzeit ein Überblick über das infektiologische Geschehen in Kindertageseinrichtungen in Münster möglich. Die Akzeptanz der Hotline bei den Einrichtungen ist sehr hoch, das Gesundheitsamt und der KJGD sind u.a. durch diese Serviceleistung in den Einrichtungen präsent.

5 Vernetzung der Akteure

Die im Institut für medizinische Soziologie der Heinrich-Heine-Universität (Siegrist) erschienene Publikation „Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche – Eine Bestandsaufnahme der Aktivitäten der kommunalen Kinder- und Jugendgesundheitsdienste in Nordrhein-Westfalen“ weist eine große Zahl an Kooperationspartnern aus. Dabei konnte durch eine schriftliche Befragung und zusätzliche Telefoninterviews auf eine Vollerhebung aus allen 54 Städten und Landkreisen in Nordrhein-Westfalen (23 Städte – 31 Landkreise) zurückgegriffen werden. Folgende Kooperationspartner wurden von den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten genannt:

1. Eltern

2. Ämter und Institutionen in der Kommune

Jugendamt, Schulverwaltungsamt, Schulamt, Sportamt, Schulpsychologische Beratungsstelle/Schulsozialdienst

3. Körperschaften und Verbände

Gesetzliche Krankenversicherungen, Ärztekammer, Apothekerkammer, Gemeindeunfallversicherung, Bertelsmann-Stiftung, Stadt-, Kreissportbund, Deutscher Turnerbund, Landeselternschaft, Wohlfahrtsverbände

4. Medizinischer Bereich

Niedergelassene Kinderärzte, Kinderkliniken einschl. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Geburtskliniken, Hebammen, Motopäden, Logopäden, Ernährungsberatung, Frühfördereinrichtungen

5. Kindertagesstätten

6. Schulen

7. Kirche, Familienberatungsstellen, Sportvereine

8. Universitäten, Fachhochschulen

9. Selbsthilfegruppen

10. Ausländerbeirat

Als Plattform mit besonderer Bedeutung für die Kommunikation und Kooperation verantwortlicher Institutionen hat sich die kommunale Gesundheitskonferenz herausgestellt.

Gesundheitskonferenz – Transparenz, Koordination und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung

Was charakterisiert die Gesundheitskonferenz?

Die kommunale Gesundheitspolitik kann nur erfolgreich sein, wenn Gesundheit als Gemeinschaftsaufgabe verstanden wird!

Die Gesundheitskonferenz führt Sachverständige, Politiker und interessierte Bürgerinnen und Bürger zusammen. Es steht damit ein Forum zur Verfügung, auf dem aktuelle gesundheitspolitische Probleme und zukünftige Herausforderungen öffentlich angesprochen werden können, zu deren Bewältigung die Anstrengung aller am Gesundheitswesen direkt und indirekt Beteiligten erforderlich ist.

Die Gesundheitskonferenz ist eine freiwillige Form der Zusammenarbeit, mit der die örtlichen Akteure des Gesundheitswesens die Verbesserung der Versorgungssituation und der gesundheitlichen Lebensbedingungen anstreben.

Die Zusammenführung des örtlichen Fachwissens erfolgt mit dem Ziel, gemeinsame, auf die spezifische Situation der Städte oder Kreise zugeschnittene Handlungsperspektiven zu erarbeiten. Die Gesundheitskonferenz strebt bei ihren Empfehlungen Einvernehmen an und will Wege zu ihrer Umsetzung bahnen.

Welche Ziele verfolgt die Gesundheitskonferenz?

Die Gesundheitskonferenz strebt die Optimierung der gesundheitlichen Versorgungsstruktur an. Vorhandene Zuständigkeiten und Aufgaben werden dabei grundsätzlich nicht in Frage gestellt. Die Zusammenführung der unterschiedlichen im Gesundheitswesen vorhandenen Kräfte erfolgt unter der Prämisse, die gesundheitlichen Angebote wirkungsvoller einzusetzen und zielgerichteter zu bündeln. In diesem Sinne führt die Konferenz das örtliche Fachwissen der Experten, die verschiedenen Arbeitsbereiche des Gesundheitswesens sowie das Bürger- und Selbsthilfewissen zusammen.

Somit besteht die Chance, die Sichtweisen verschiedener Professionen und Institutionen zu artikulieren, Übereinstimmungen sowie gegensätzliche Standpunkte und unterschiedliche Zuständigkeiten aufzuzeigen und Möglichkeiten der Zusammenarbeit zu entwickeln. Im Einzelnen kann die Gesundheitskonferenz auf der Grundlage einer gemeinsamen Informationsbasis Folgendes anstreben:

- Die Transparenz und Übersichtlichkeit im gesundheitlichen Versorgungsfeld soll verbessert werden.
- Das Gespräch zwischen den Trägern, Einrichtungen und Diensten einerseits und den Nutzern der gesundheitlichen Angebote andererseits soll gefördert werden.
- Die Zusammenarbeit der gesundheitlichen und sozialen Einrichtungen und Dienste soll verstärkt werden.
- Lücken im gesundheitlichen Versorgungsfeld sollen geschlossen werden.
- Möglichkeiten der Selbsthilfe sollen erweitert werden.
- Die gesundheitliche und soziale Lage von benachteiligten Bevölkerungsgruppen soll stärker berücksichtigt werden.
- Aktiven Bürgerinnen und Bürgern soll eine bessere Beteiligung in gesundheitlichen Fragen ermöglicht werden.

Mit dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG), das zum 01.01.1998 in Kraft getreten ist, wurde die Durchführung der kommunalen Gesundheitskonferenz nunmehr gesetzlich verankert. Es hat sich gezeigt, dass diese Form der Kooperation und Koordination auf kommunaler Ebene geeignet ist, effektive und effiziente Verbesserungen der gesundheitlichen und sozialen Versorgungssituation zu ermöglichen.

Die Gesundheitskonferenz kann für die Bearbeitung spezieller Themen Arbeitsgruppen einsetzen, in denen alle mit der Fragestellung befassten Fachleute zusammenkommen und verbindlich zusammenarbeiten. Im Vordergrund steht die Erörterung konkreter Probleme und die Entwicklung von Lösungen, die wiederum der Gesundheitskonferenz vorgestellt werden.

Ausgewählte kommunale Beispiele illustrieren die Zusammenarbeit auf den unterschiedlichen Ebenen und belegen die praktische Umsetzung des Vernetzungsgedankens:

- **Kommunikation zwischen den Ämtern**

Zweimal jährlich bzw. regelmäßig finden Kooperationsgespräche zwischen dem Jugendamt und dem Gesundheitsamt statt (Dortmund/Düsseldorf)

- **Kommunikation mit anderen Akteuren des Gesundheitsamtes**

Verschiedene Arbeitskreise (Kinder- und Jugendgesundheit, Gesundheitsberichterstattung Kinder und Jugendliche, Hochrisikokinder) sind eigenständig der Gesundheitskonferenz des Kreises bzw. der Stadt zugeordnet (Rhein-Kreis Neuss/ Stadt Neuss, Düsseldorf).

- **Kommunikation mit den Tageseinrichtungen für Kinder/Kommunikation mit den Eltern**

Stadt Essen - Zu Beginn eines neuen Kindergartenjahres bietet der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst allen Einrichtungen einen Besuch an. Ziel ist es, Eltern an ausstehende Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zu erinnern und den Leitungen der Kindertageseinrichtungen die Möglichkeit zu geben, problematische Fälle zu besprechen und Lösungswege zu erarbeiten.

Stadt Dortmund - Liegen mehr als drei Fälle mit sprachlichen Auffälligkeiten in einem Kindergarten vor, besucht eine Sprachberaterin diese Einrichtung. In Einzelfällen werden die Eltern ins Gesundheitsamt eingeladen.

Stadt Gelsenkirchen – Die „Offene Sprechstunde“ wird in Gelsenkirchen seit 2001 in **allen** (120) Tageseinrichtungen für Kinder trägerübergreifend angeboten. In Verbindung mit der Erkennung der Entwicklungsauffälligkeiten durch die Erzieher/Innen (Gelsenkirchner Entwicklungsbegleiter) werden neben der Ermittlung der Vorsorge- und Impfdaten und des BMI, alle Kinder entwicklungsneurologisch untersucht einschließlich der Sinnesorganprüfung. Bei Kindern mit Entwicklungsdefiziten werden geeignete Förder- und Therapiemaßnahmen empfohlen (z.B. heilpädagogische Maßnahme, Sprachtherapie, Ergotherapie, Erziehungsberatung) und Beratungen zur Förderung der Kinder im Kindergarten und insbesondere in der Familie durchgeführt.

Stadt Düsseldorf – Bezogen auf besondere Anlässe wird zu Fragen des Gesundheitsschutzes das System der Tageseinrichtungen für Kinder genutzt, um über gezielte Informationen, z.B. zur Masernimpfung, Eltern und Fachkräfte zu informieren bzw. aufzuklären. Mit Hilfe von Rundschreiben kann hierdurch unmittelbar, schnell und zielgerichtet informiert werden.

6 Fazit

Durch das vorliegende Dokument wurde versucht, ein Schlaglicht auf die Möglichkeiten zu werfen, die unter Zugrundelegung der bestehenden Rechtsgrundlagen des § 12 ÖGDG und des § 15 GTK derzeit bereits zur Verbesserung der Untersuchungssituation von Kindern in Kindertageseinrichtungen durchgeführt werden. Die Autoren sind zuversichtlich, dass es bei entsprechenden Bedarfen möglich ist, bereits durch Ausschöpfung von Möglichkeiten und Durchführung von Projekten, ähnlich den hier vorgestellten, die Untersuchungssituation in Kindertageseinrichtungen signifikant zu verbessern. Wir hoffen, dass das vorliegende Dokument Anregung und Hilfe bei der Erreichung dieses Ziels ist. Für Rückfragen und Anmerkungen stehen die Landesjugendämter und die kommunalen Spitzenverbände zur Verfügung.