

Gesund aufwachsen für alle! Kommunale Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche

Ein Leitfaden des Regionalen Knotens Bayern





Impressum

Herausgeber:

Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG), 2012
Regionaler Knoten Bayern zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten
Pfarrstraße 3, 80538 München
Tel. 089-6808045-06, Fax 089-6808045-13
Kordinatorin: Iris Grimm
www.lzg-bayern.de, „Regionaler Knoten“
www.knoten-bayern.de

Redaktion: Dr. med. Martina Enke
Gestaltung und Druckdaten: Manfred Dilling, Eurasburg
Titelbild: Manfred Dilling
Druck: MDV Maristen Druck & Verlag GmbH, Furth

ISBN 978-3-933725-36-3

Hinweis: Die Personenbezeichnungen in dieser Schrift beziehen sich, wenn nicht ausdrücklich differenziert, gleichermaßen auf Frauen wie auf Männer. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde jedoch darauf verzichtet, in jedem Fall beide Geschlechter zu benennen.

Gesund aufwachsen für alle!

Kommunale Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche

Dokumentation einer Fachtagung des Regionalen Knotens Bayern in der LZG
in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt der Stadt Augsburg,
Augsburg, 24. Januar 2012

Inhalt

Gesund aufwachsen für alle!	4
Grußwort Dr. Erwin Lutz, Regierung von Schwaben	
Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“	6
Grußwort Prof. Dr. Johannes Gostomzyk, Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG)	
Je früher, um so besser! Fachbereich Frühe Hilfen und Koordinierender Kinderschutz (KoKi)	10
Birgit Weindl, Amt für Kinder, Jugend und Familie der Stadt Augsburg	
Kita – Eine Chance für gesundes Aufwachsen	14
Tobias Schießler, Dachverband der Eltern-Kind-Initiativen in und um Augsburg e.V.	
Ziele, neue Formen und Wege in der Schulgesundheitspflege	18
Dr. Ulrich Storr, Gesundheitsamt der Stadt Augsburg	
Zahngesundheit in Kita und Schule: Was wirkt, was fehlt?	26
Dr. Herbert Michel, Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit (LAGZ)	
Soziale Einflüsse auf Bewegungsverhalten und Motorik von Vorschulkindern	30
Claudia Augste, Institut für Sportwissenschaft der Universität Augsburg	
Impfungen im Kindes- und Jugendalter – Indikationen und Vorbehalte	38
Dr. Martin Lang, Vorsitzender des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte in Bayern	
Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Bayern (MiMi-Bayern)	40
Ein Multiplikatorenprojekt zur gesundheitlichen Chancengleichheit Britta Lenk-Neumann, MiMi Bayern	
Ressourcen und Risiken für eine gesunde psychische/seelische Entwicklung im Kindes- und Jugendalter in einer Kommune	44
Florian Daxer, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am Josefinum, Augsburg	
„Gesund aufwachsen für alle!“ – Ein bundesweites Kooperationsprojekt	48
Stefan Bräunling, Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten / Gesundheit Berlin-Brandenburg	

Gesund aufwachsen für alle!

Dr. Erwin Lutz

Regierung von Schwaben

Sehr geehrter Herr Dr. Ullrich, sehr geehrter Herr Prof. Gostomzyk, sehr geehrter Herr Dr. Storr, sehr geehrte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LZG, die diese Veranstaltung vorbereitet haben, sehr geehrte Damen und Herren,

im Namen unseres Hausherrn, Herrn Regierungspräsident Scheufele – er kann heute leider nicht teilnehmen –, darf ich Sie hier in unserem Rokokosaal herzlich willkommen heißen. Ich freue mich, dass Ihre Tagung „Gesund aufwachsen für alle! Kommunale Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche von 0-17 Jahren“ bei uns in der schwäbischen Regierung stattfindet.

Die Kinder von heute sind die Entscheidungsträger von morgen, aber auch die Garanten unserer zukünftigen Alters- und Sozialversorgung. Deshalb ist der Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Bayern prioritäres Gesundheitsziel und auch im Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz des Freistaates Bayern verankert. So verpflichtet Artikel 14 des GDVG die Eltern, die Teilnahme ihrer Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen sicherzustellen, und die Gesundheitsämter zur Durchführung gesundheitlicher Beratungen und Untersuchungen im Kindes- und Jugendalter. Aber auch auf die Kooperation mit anderen Behörden und freiberuflich tätigen Vertretern der Gesundheitsberufe wird explizit verwiesen.

Auch wenn die meisten Jungen und Mädchen in Deutschland gesund aufwachsen: 15 bis 20% der Kinder sind gesundheitlich beeinträchtigt oder leben mit einem erhöhten Risiko, krank zu werden (Bundesministerium für Gesundheit 2010). Diese Kinder und Jugendlichen leben besonders häufig unter schwierigen sozialen Bedingungen. In ihrem Umfeld fehlt es an Gesundheitsbewusstsein, auch an Anregungen und Unterstützung für eine optimale Entwicklung.

Was bedeutet es, schlechte Gesundheitschancen zu haben? Kinder und Jugendliche, die bereits gesundheitlich beeinträchtigt sind, haben auch geringere Chancen, sich in anderen Bereichen erfolgreich zu entwickeln. Sie können weniger als andere Kinder günstige

Lebensstile und Schutzfaktoren ausbilden, die sie langfristig stärken; sie erwerben mit geringerer Wahrscheinlichkeit die nötigen Lebenskompetenzen und erlangen oft auch keinen guten Bildungsabschluss. Eine beeinträchtigte Gesundheit beeinträchtigt die Lebensperspektive.

Je früher Prävention ansetzt, desto besser hilft sie auch gegen gesundheitliche Ungleichheit, das ist wissenschaftlich belegt. Studien zeigen aber auch, dass in frühen Entwicklungsphasen entstandene gesundheitliche Handicaps auch später noch ausgeglichen oder wenigstens abgeschwächt werden können. Gesundheitsförderung und Prävention sind folglich in jedem Lebensalter sinnvoll und sie müssen auch in den verschiedensten Lebenswelten wirken. Dies kann nur mit breit gefächerten Netzwerken und Kooperationen gelingen.

Ich wünsche Ihnen jetzt eine angenehme Tagung, spannende Diskussionen und hoffe, dass sich auch noch andere Kommunen in Schwaben am Projekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung beteiligen.

Dr. Erwin Lutz
Regierung von Schwaben
Fronhof 10, 86152 Augsburg
www.regierung.schwaben.bayern.de

Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“ in Augsburg

Prof. Dr. Johannes G. Gostomzyk

Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.

Der Partnerprozess wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiiert. Dies erfolgte im Rahmen des bundesweiten Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, der 2003 gegründet wurde. Derzeit sind 55 Partnerorganisationen aus den Bereichen Gesundheit, Soziales, Wirtschaft, Sport, Politik u.a. beteiligt.

Im Herbst 2011 hat die Landeszentrale für Gesundheit in Bayern (LZG) Augsburg für den Partnerprozess vorgeschlagen, weil bekannt ist, dass in dieser Stadt bereits seit Jahren Projekte zur Förderung der Kindergesundheit erfolgreich laufen. Das kommunale Gesundheitsamt steht dabei initiiierend und moderierend im Zentrum. Kennzeichnend ist die Kooperation auch mit Partnern außerhalb der Kommunalverwaltung wie Krankenkassen, Institutionen wie der Universität Augsburg und der Ludwig-Maximilians-Universität München, der Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit (LAGZ), der Landeszentrale für Gesundheit (LZG) und dem interkulturellen Gesundheitsprojekt „Mit Migranten für Migranten“ (MiMi).

Der bundesweit konzipierte kommunale Partnerprozess richtet seine Aktivitäten auf

- Gesundheit für alle Kinder. Das ist keine Utopie. Es bedeutet vielmehr, dass alle Kinder die Chance erhalten sollen, die ihnen von ihren individuellen Anlagen her mögliche Gesundheit zu erreichen.
- Gesundheitliche Chancengleichheit für Kinder mit verminderten Gesundheitschancen aus belasteten Lebenslagen ihrer Eltern. Betroffen sind ca. 20% der Kinder in Deutschland (E. Pott, BZgA 2011). Zur sozialen Lage betroffener Kinder in Bayern wird verwiesen auf die Sozialberichte der Staatsregierung, der Wohlfahrtsverbände, der Kommunen wie Augsburg u.a. Armutsrisiko und Armut werden dabei als relative Begriffe definiert, in Relation zum (Netto-) Äquivalenzeinkommen bzw. „Wohlstandsniveau“. Sozial belastende Lebenslagen korrespondieren insbesondere mit Arbeitslosigkeit und prekären

Arbeitsverhältnissen. Belastungen für Kinder ergeben sich aus der Situation Alleinerziehender, aus Migration, Bildungsferne, süchtigem Verhalten u.a.

Rahmenbedingungen für gesunde Entwicklungen

1. In der Bundesrepublik besteht im internationalen Vergleich ein hohes Niveau in der gesundheitlichen Versorgung mit weitgehender Gleichheit der gesetzlich Krankenversicherten im Zugang zu Leistungen. Ungleichheit besteht eher im Inanspruchnahmeverhalten der Leistungsberechtigten.
2. Bezüglich der Gesundheitsrisiken bzw. der Gesundheitsförderung und Prävention besteht für die Bürger eine erhebliche Ungleichheit entlang eines Sozialgradienten (Einkommen, Bildung, Teilhabe u.a.). Ein Indikator dafür ist die Schere in der Lebenserwartung von Arm und Reich, die in den letzten 20 Jahren immer weiter auseinandergeht.
3. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt fest: Über die Hälfte der vorzeitigen Krankheitslast (Morbidität) und der vorzeitigen Sterblichkeit (Mortalität) in den entwickelten Ländern sind sozial bedingt. Die Verhältnisse dafür werden oft von der frühen Kindheit an erlebt.

Rudolf Virchow (1821-1902), Begründer der deutschen Sozialmedizin, hat vor ca. 160 Jahren die heute weiterhin gültige Feststellung getroffen: Sozial bedingte Krankheiten kann man nur mit sozialen Mitteln (sozialer Intervention) wirksam bekämpfen. Er nannte dazu „Bildung mit ihren Töchtern Freiheit und Wohlstand“. Modern formuliert geht es um Bildung und Teilhabe. Der damals als Abgeordneter im Reichstag aktive Virchow postulierte weiter: Der Staat habe die Pflicht, für die Gesundheit der Bevölkerung zu sorgen. Heute zielen die Bildungsgutscheine im Wert von 10 Euro/Monat für Musik oder Sport für Kinder offensichtlich in die gleiche Richtung.

Was bedeutet Bildung als erfolgreicher und möglicher Weg zur Gesundheit für den kommunalen Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“? Wie können wir Gesundheitsförderung im Rahmen der Frühförderung in der Familie, in Kita und Schule noch effektiv organisieren? Eine afrikanische Weisheit lautet: Es braucht ein ganzes Dorf, um ein Kind zu erziehen. Das umfasst auch die Befähigung/Erziehung zur Gesundheit.

Der kommunale Partnerprozess soll alle beteiligten Akteure zusammenbringen, lokal wichtige Gesundheitsziele definieren und den Prozess der Unterstützung nachhaltig moderierend begleiten. Ausgehend von den konkreten kommunalen Bedingungen und orientiert an den individuellen Bedarfen des einzelnen Kindes ist die Befähigung (Empowerment) aller Kinder zur Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten, zu entwickeln. Das impliziert die Ermöglichung der Teilhabe (Partizipation) an fördernden Angeboten in den jeweiligen Einrichtungen (Kita, Schule, Verein) und in der Gemeinde.

Motivation

Der Partnerprozess soll bei allen Beteiligten die Motivation zur Wahrnehmung der Lage von Kindern mit besonderem Entwicklungsbedarf stärken, Dazu gehört auch die Knüpfung eines effektiven Netzwerks zwischen den Beteiligten.

Das Prinzip Solidarität ist ein allgemein akzeptiertes Argument für die Motivation. Der Stärkere hilft dem Schwächeren/Bedürftigen. Die wirtschaftlich und politisch aktive Generation in der Kommune kümmert sich gezielt um das gesunde Aufwachsen der Kinder. In der Realität des Alltags sind die Möglichkeiten mit der Grundsicherung der Familien aber nicht ausgeschöpft. Für die tatsächliche Ausschöpfung der Fähigkeiten von Kindern aus belasteten Lebensbedingungen reicht die Förderung der Familie nach dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ offenbar nicht aus. Kritische Analysen der Bildungschancen und Abschlüsse in unserem Schulsystem verdeutlichen dies.

Das Netzwerk im Partnerprozess

Verlässliche Kommunikationswege sind Voraussetzung für gemeinsames Handeln. Jeder verfügt über eigene Erfahrungen. Dennoch soll auf einige allgemeine Aspekte eingegangen werden.

Beziehungen zwischen Personen fördern Vorhaben/ Prozesse durch gerichtete Kommunikation zwischen den Beteiligten. Unter „Vernetzung“ wird ein eher loser, niedrigschwellig zugänglicher Kontakt zwischen gleichberechtigten Partnern verstanden mit Kommunikation und Absprachen. Wissen und Ideen werden allen mitgeteilt, um gemeinsam Erfolg zu haben.

Die Vernetzung durch digitale Netzwerke erweist sich zunehmend überlegen gegenüber traditionellen Institutionen, die über ihre Informationen exklusiv verfügen und sie ggfs. nur gezielt weitergeben. Inklusion, also Partnerschaft im Netzwerk, ist häufig effektiver als exklusiver Wissenstransfer in Einzelinitiativen bzw. zwischen einzelnen Institutionen.

Die weltweiten sozialen Netzwerke (Facebook u.a.), die Kommunikation im Web zeigen einen tiefgreifenden Wandel in der Kommunikation in der Gesellschaft. Im Social Web geht es um Weiterempfehlung von Informationen durch Bewerten, Kommentieren und Weitersagen. Inbegriffen sind Spontaneität und Schnelligkeit, aber auch Subjektivität und Polemik.

Beteiligung an sozialen Netzwerken bedeutet, sich auf den Weg zu machen vom Ich zum Wir. In digitalen Netzwerken verändern sich Wahrnehmung und Verhalten. Neue Lernprozesse, Lösungswege und Abhängigkeiten werden initiiert.

Die Vernetzung im kommunalen Partnerprozess soll das Anliegen des Prozesses fördern, das geht über die Verbreitung von Information hinaus. Die Prozesspartner in den beteiligten Institutionen (Geburtskliniken, Kitas, Schulen, ÖGD, Ärzteschaft, Beratungsstellen und auch bürgerschaftliches Engagement wie Selbsthilfe u.a.) nehmen ihre spezifischen Aufgaben wahr und unterliegen in der Kommunikation Regelungen zur informationellen Selbstbestimmung und zum Datenschutz. Im Rahmen des Partnerprozesses sollen sie nunmehr auch von niedrigschwellig erreichbaren Informationen profitieren und diese bei der Wahrnehmung ihrer spezifischen Aufgaben und der gemeinsamen Ziele im Partnerprozess einbeziehen, nicht zuletzt auch zur Stärkung der eigenen Motivation im Prozess.

Gleichwohl braucht der Partnerprozess zum Gelingen beides, das niedrigschwellige Netzwerk mit losen, aber aktivierbaren Beziehungen der Partner untereinander, und feste Beziehungen zur Kommune, insbesondere zu Ämtern und Einrichtungen in den Bereichen Soziales, Bildung und Gesundheit. Kommunale Daseinsvorsorge mit für den Partnerprozess motivierten Mitarbeitern in Ämtern und Einrichtungen sind gute Voraussetzungen, die Gesundheit aller Kinder zu fördern und die Beziehung von sozialer Benachteiligung und verminderten Gesundheitschancen nachhaltig zu durchbrechen.

Ausgehend von der Basis erfolgreicher Projekte hat sich Augsburg im bundesweiten Partnerprozess als erste Kommune in Bayern auf den Weg gemacht, die mit diesem Prozess verbundenen Herausforderungen im Verbund mit anderen Kommunen in Deutschland voranzubringen.

Prof. Dr. med. Johannes G. Gostomzyk
Vorsitzender der Landeszentrale
für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG)
Pfarrstraße 3, 80538 München
Tel. 089-6808045-00
www.lzg-bayern.de

PARTNERSCHAFTSVEREINBARUNG

zwischen der

Stadt Augsburg

und dem

Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“

zur Teilnahme am

kommunalen Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“,

initiiert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Zusammenarbeit mit den kommunalen Spitzenverbänden und dem Gesunde Städte-Netzwerk.

Die Stadt Augsburg arbeitet mit dem Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ im Rahmen des kommunalen Partnerprozesses „Gesund aufwachsen für alle!“ freiwillig und partnerschaftlich zusammen. Im Mittelpunkt stehen die Entwicklung, der Aufbau und die Umsetzung kommunalspezifischer Strategien und Konzepte zur Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen.

Grundlage für alle Aktivitäten sind die vom Kooperationsverbund formulierten Handlungsempfehlungen „Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessern!“.

Der Kooperationsverbund unterstützt die Stadt Augsburg hierbei über drei Säulen:

- über seine bundesweite Netzwerkstruktur als fachlicher Rahmen
- über die Regionalen Knoten / Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung als direkte Ansprechpartner sowie
- über ein innovatives und bedarfsgerechtes Onlineangebot

Die Stadt Augsburg erklärt sich bereit,

aktiv am kommunalen Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ teilzunehmen.

Der gemeinsame Erfahrungsaustausch gestaltet sich rege und kontinuierlich.

Die Stadt Augsburg lässt über die Onlineplattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de weitere Partnerkommunen an ihren Erfahrungen bei der Umsetzung der Handlungsempfehlungen teilhaben.

Wir nehmen am kommunalen Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ teil.

Berlin, den 30. November 2011

Prof. Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Dr. Ulrich Storr
Stadt Augsburg

Nicht einzelne Projekte sind entscheidend, sondern eine verbindliche und enge Kooperation der Netzwerkpartner

Je früher, um so besser!

Fachbereich Frühe Hilfen und Koordinierender Kinderschutz (KoKi)

Birgit Weindl

Amt für Kinder, Jugend und Familie der Stadt Augsburg

„Wer Kindern (und Eltern) wirklich helfen will, darf nicht warten, bis das Problem entstanden ist, sondern muss ganz früh anfangen.“ (Dr. Klaus Neumann, Klinischer Psychologe und Supervisor)

Frühe Hilfen sind heutzutage mehr denn je notwendig – nicht weil Eltern schlechter sind als früher, sondern weil von Familien viel mehr erwartet wird. Je früher Eltern unterstützt werden, desto größer ist die Chance, Kinder in einer positiven Entwicklung zu fördern.

Frühe Hilfen – eine große Chance in der präventiven Arbeit

- Angebote für belastete Eltern und kleine Kinder
- präventive Maßnahmen und – nicht notwendigerweise – erzieherische Hilfen
- alltagspraktische Unterstützung
- Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von werdenden und jungen Eltern
- frühe Wahrnehmung von Anzeichen einer Kindeswohlgefährdung

Entscheidend für die Annahme der Unterstützungsangebote der Frühen Hilfen ist die Erreichbarkeit der werdenden und jungen Eltern. Der Schlüssel zum Erfolg sind dabei drei entscheidende Punkte:

- Zugänge für Eltern
- Motivation der Eltern
- Vernetzung von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe

Um möglichst viele belastete Familien zu erreichen, benötigen wir verschiedene Wege von Zugängen in das Hilfesystem. Als Beispiel möchte ich Ihnen hierzu Angebote aus den Frühen Hilfen der Stadt Augsburg vorstellen.

1. Angebot für (bald) alle Augsburger Familien mit Neugeborenen: „Herzlich-Willkommen-Augsburger-Kinder“

„Herzlich-Willkommen-Augsburger-Kinder“, der Hausbesuchsdienst, wird ca. 12 Wochen nach der Geburt den Familien schriftlich angeboten. Kinderkrankenschwestern besuchen die Familien, stehen für individuelle Fragen zur Verfügung und informieren über Angebote im Sozialraum. Es ist ein Kooperationsangebot von Gesundheitsamt und Jugendamt. Unser Ziel ist es, dass Familien die Besuche als Bereicherung und Hilfe erleben.

2. Vor-Ort-Angebote im Stadtteil, z.B.

- Offene, unverbindliche Treffpunkte, z.B. KoKi-Cafe
- Mütterberatung des Gesundheitsamtes in den Stadtteilen
- Kinderkrankenschwestersprechstunden

3. Angebot von Hausbesuchen

Wenn Eltern es wünschen, beraten die Sozialpädagoginnen vom Fachbereich auch bei den Eltern zu Hause.

4. Angebot bei den Netzwerkpartnern

Überregionale Eltern- und Fachkräfteberatung in enger Zusammenarbeit mit KoKi-Landkreis Augsburg und Landkreis Aichach-Friedberg im Klinikum Augsburg.

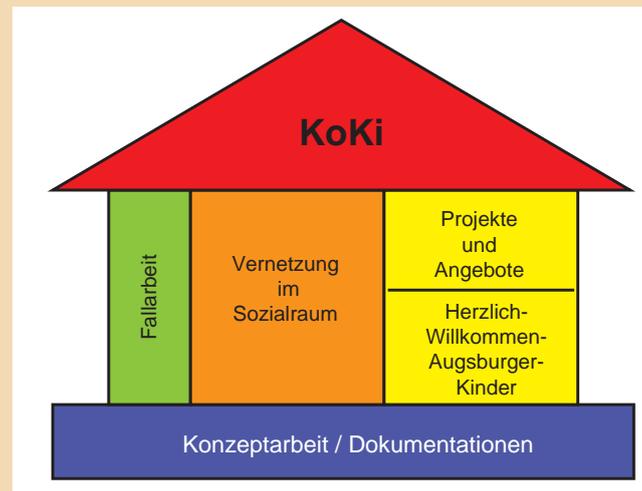
5. Internet

Seit zwei Wochen ist das Internetportal für Eltern, www.familieaugsburg.de, freigeschaltet. Federführend ist hierfür das Kompetenzzentrum Familie des Jugendamtes.

Wie können Eltern motiviert werden, überhaupt frühe Hilfe und Unterstützung anzunehmen und zweitens dabei zu bleiben, die Hilfe nicht abubrechen?

Angebotene Hilfen sollen die Eltern unterstützen – das birgt in gewisser Weise die Unterstellung, dass Eltern von sich aus nicht in der Lage dazu sind. Hilfs- und Unterstützungsangebote definieren die Nutzer/innen der Hilfe somit immer auch als „hilfsbedürftig“.

Gerade „Frühe Hilfen“ sind eine große Chance, da es um einen neuen Anfang geht: alle Eltern wollen, dass sich



Frühe Hilfen und Koordinierender Kinderschutz (KoKi) in der Stadt Augsburg

Fachbereich Frühe Hilfen und Koordinierender Kinderschutz KoKi

„Manche Türen im Leben lassen sich allein mit Freundschaft öffnen.“
(E. Ferstl)

Attribute für erfolgreiche Arbeit

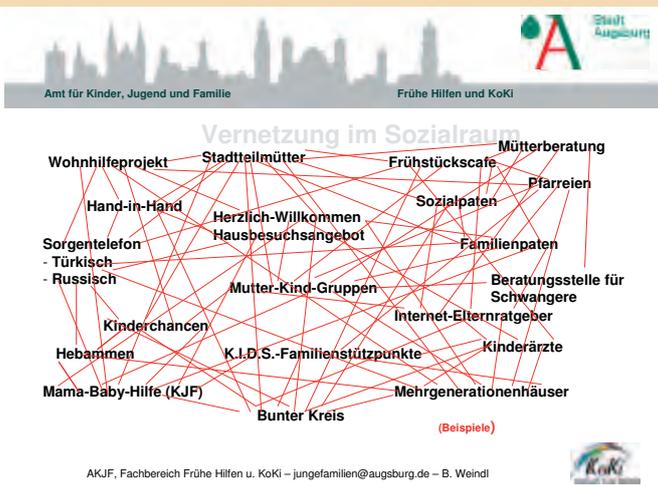
- Freiwilligkeit
- Wertschätzende Haltung
- Transparenz
- Partizipation
- Keine Ermittlungstätigkeit
- Zeit

Birgit Weindl, fruehehilfen@augsburg.de 24.01.2012

Historie

- 03/2007: Auftrag zur Entwicklung eines präventiven Angebots für junge Familien
- 10/2007: Konzeptentwicklung und Vorstellung
- 01/2008: Kooperation mit dem Gesundheitsamt
- 04/2008: Projektstart im Stadtteil Lechhausen
- 09/2008: Evaluation
- 05/2009: Konzeptmodifikation
- 01/2010: Ausweitung auf die Sozialregion Ost
- 07/2010: Einbindung der Hausbesuche in den Fachbereich Frühe Hilfen und Koki
- 03/2011: stufenweise Ausdehnung auf die Stadtteile Haunstetten, Univiertel, Hochfeld,
- 05/2011: Ausweitung auf die Region Süd

AJKF, Fachbereich Frühe Hilfen u. KoKi – jungefamilien@augsburg.de – B. Weindl



ihre Kinder positiv entwickeln. Hausbesuchsangebote für Familien mit Neugeborenen erreichen fast alle Familien, also auch Familien, die von sich aus keine Hilfe gesucht hätten, sie aber dringend brauchen. Entscheidend ist dabei, dass (zukünftig) alle Familien den Hausbesuch angeboten bekommen und keine Stigmatisierung von Eltern stattfindet.

Nicht einzelne Projekte sind entscheidend, sondern eine verbindliche und enge Kooperation der Netzwerkpartner

Kinder-, Jugend- und Gesundheitshilfen müssen aufeinander abgestimmte und sich ergänzende Maßnahmen der Prävention anbieten.

Nicht einzelne Projekte sind entscheidend für die gute Versorgung von Familien mit Unterstützungsangeboten, sondern eine verbindliche und enge Kooperation der Netzwerkpartner im Netzwerk „Frühe Hilfen“. Hierzu das Beispiel der Kooperation von Gesundheitsamt und Jugendamt in Augsburg:

- regelmäßiger fachlicher Austausch von medizinischen und pädagogischen Personal
- intensive Zusammenarbeit mit der Schwangerenberatungsstelle
- anonyme Fallberatung zwischen Kinderkrankenschwestern, Kinderärztinnen, Sozialpädagoginnen (KoKi)
- Mütterberatung des Gesundheitsamtes findet in den Räumen des Fachbereiches statt. Sozialpädagoginnen stehen für Eltern als Ansprechpartner zur Verfügung
- gemeinsame Frühe Entwicklung und Durchführung von Fortbildungsangeboten für Familien
- ständige Weiterentwicklung der Kooperation über die Steuerungsgruppe

Grundvoraussetzungen für die Arbeit der Frühen Hilfen sind Freiwilligkeit als große Chance, wertschätzende Haltung, Transparenz, Partizipation, keine Ermittlungstätigkeit und Zeit.

Beispiele aus den Frühen Hilfen

Grenzen der Frühen Hilfen sind erreicht, wenn Eltern mit den notwendigen Veränderungen allein überfordert sind, kein Antrieb der Eltern zur Veränderung der Situation

Frühe Hilfen und Koordinierender Kinderschutz in Augsburg: Vernetzung im Sozialraum



Frühe Hilfen und Koordinierender Kinderschutz in Augsburg: Verfahrensablauf

mehr besteht oder gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorhanden sind. Hier übernehmen die Frühen Hilfen die Aufgabe des Übergabemanagements mit dem Ziel einer verlässlichen und positiven Anbindung der Familie beim Sozialdienst.

Fazit

Wir müssen das schmale Zeitfenster der Schwangerschaft und der ersten Monate nutzen, in dem positiv erlebte Angebote als hilfreiche Unterstützung und nicht als kontrollierender, stigmatisierender Eingriff empfunden wer-

den. Wir benötigen einen breiten, präventiven Ansatz: früh beginnen, dort wo kein akuter Handlungsbedarf derzeit vorhanden ist.

Birgit Weindl

Amt für Kinder, Jugend und Familie der Stadt Augsburg
Fachbereich Frühe Hilfen und Koordinierender
Kinderschutz (KoKi)

Blücherstraße 90, 86165 Augsburg

Tel. 0821-32434301

E-Mail: fruehehilfen-leitung@augzburg.de

Netzwerk Frühe Hilfen und KoKi

Zielgruppen

- Schwangere
- Familien mit Babys und kleinen Kindern (junge Familien), insbesondere Familien mit hoher Benachteiligung und Belastungsfaktoren, Kerngruppe 0-3 Jahre, maximal bis zum Schuleintritt
- Netzwerkpartner und Fachkräfte aus der Kinder-, Jugend- und Gesundheitshilfe

Bausteine von KoKi

- Überblick über das vorhandene Angebot im Sozialraum
- Netzwerkaufbau und -pflege
- Angebote für Netzwerkpartner

Fokus auf Vernetzung vor Ort, Vernetzung über das Stadtgebiet hinaus bei Bedarf. Koki bietet

... für Eltern: Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern, Schwangere; Lotsenfunktion für Familien im Sozialraum

... für Fachkräfte: Funktionierende Kooperation der verschiedenen Fachdisziplinen, Information über Angebote im Bereich der Frühen Hilfen, Beratung und Fortbildung

Angebote für Netzwerkpartner

Anonyme Fallbesprechung

- ein Angebot für Fachpersonen vor allem des medizinischen Bereichs, wenn Sie sich Sorgen um die Betreuung und/oder Versorgung des Babys/ Kleinkindes machen,
- wenn Sie Ihre Eindrücke mit Fachkräften des Jugendamtes anonym besprechen möchten, um mehr Klarheit für Ihr weiteres Vorgehen zu erhalten

Präventive, niederschwellige Angebote für junge Familien

- Herzlich-Willkommen-Augsburger-Kinder: Hausbesuchsangebot für junge Familien
- Kurzberatung, Ziel: verbindliche Weitervermittlung und Anbindung der Familie. Beratungsinhalte: Unsicherheiten im Alltag im Umgang mit dem Kind, Unterstützung bei Belastungen, Entwicklungsschwierigkeiten beim Kind, Hilfe bei Kontaktaufnahmen zu Ämtern, Einrichtungen und sonstigen Formalitäten
- Kontaktaufbau zu Familien durch verlässliche Präsenz in der Sozialregion (Komm-Struktur/Geh-Struktur)
- Unterstützung der Eltern: Freiwilligkeit, Stärken fördern, Ressourcen nutzen, Sicherheit im eigenen Tun vermitteln, unbürokratisch, flexibel, transparent

Kita – Eine Chance für gesundes Aufwachsen

Tobias Schießer

Dachverband der Eltern-Kind-Initiativen in und um Augsburg e.V.

Wieso kommen wir beim Thema Gesundheit zwangsläufig zu den Kindertagesstätten? Kitas sind der erste soziale Knotenpunkt. Im Allgemeinen sind die Kinder bis zum Eintritt in die Kita „nur“ in ihrer Rolle der Familie. In der Kita wirken erstmals intensiv andere Einflüsse, Erfahrungen und Erlebnisse auf die Kinder. Sie finden als Teil einer sozialen Gruppe gleichzeitig eine neue Lebenswelt und eine bis dahin ungekannte partnerschaftlich ausgerichtete Rolle.

Dementsprechend haben Kitas großen Einfluss auf die Bildung und Entwicklung der Kinder, vermutlich den größten Einfluss nach dem der Eltern. Dies wissen die Erzieher/innen und verstehen die Kitas heute als familienunterstützende, aber zugleich auch familienergänzende Einrichtungen.

Ihre Aufgabe ist in erster Linie die Bildung und Erziehung der Kinder. Dies umfasst natürlich die Gesundheitserziehung. In besonderer Pflicht stehen die Kitas gegenüber ökonomisch und sozial benachteiligten Kindern, da die Kita wie oben erwähnt eine besonders günstige Möglichkeit hat, dort anzusetzen und Gesundheits- und Entwicklungsrisiken zu minimieren.

Auszug aus der Konzeption des Waldkindergarten Fuchsbau:

[Es geht uns darum, ...] auf gesunde und ausgewogene Ernährung und ausreichend Ruhe und Stille zu achten, Hygiene- und Körperpflegemaßnahmen einzuüben sowie sich Verhaltensweisen zur Verhütung von Krankheiten anzueignen (gesundheitliche Bildung).

Gesundheit ist körperliche Gesundheit und Wohlbefinden und beinhaltet bei Kindern auch eine altersgemäße Entwicklung.

Durch den regelmäßigen Aufenthalt an der frischen Luft wird das körpereigene Immunsystem gestärkt und die Anfälligkeit für Infektionskrankheiten verringert. Die Ansteckungsgefahr der Kinder untereinander ist geringer. Frische Luft reguliert den Appetit und den Schlaf. Die Bewegung auf unebenem und ständig wechselndem Grund kräftigt die Muskulatur, fördert die Körperbeherrschung und verhindert Haltungsschäden und Organleistungsschwächen. Durch das Ausleben ihres Bewegungsdrangs können die Kinder Aggressionen abbauen und sind körperlich fit. Sie erleben, wie gut es tut, während des Waldvormittags in Ruhe etwas Stärkendes zu essen.

Der Wald ist ideal, um Stille zu erleben und zu lauschen. Die Kinder erfahren, welche unterschiedlichen Auswirkungen Stille und Lärm auf ihren Körper und ihre Gesundheit haben [...]

Allerdings möchte ich davor warnen, besagte Kinder besonders zu behandeln, beispielsweise eigens für sie Angebote durchzuführen. Die führt über kurz oder lang zu einer Stigmatisierung und ist für eine gelingende Gesundheitserziehung kontraproduktiv. Ich vertrete hier den Gedanken der Inklusion, jedes Kind sollte Teil der Gruppe sein, ohne dass von innen oder außen eine benachteiligende Einteilung stattfindet. Natürlich werde ich in meinen Bemühungen aber auf die Bedürfnisse eines jeden Kindes eingehen, also auch den Bedarf der benachteiligten Kinder entsprechend mit planen.

Gesundheitserziehung in der Kita

Bayerns Kindertagesstätten orientieren sich am Bayerischen Bildungs- und Erziehungsplan (BayBEP). Dort findet sich ein eigenes Kapitel zum Thema Gesundheitserziehung. Beschrieben sind dort Leitgedanken, gemeinsame Ziele und einige Umsetzungsbeispiele. Das heißt konkret, in jeder Kita in Bayern findet Gesundheitserziehung statt und jede Kita ist dazu aufgefordert sich Gedanken zu machen, wie dies umgesetzt wird.

Im Weiteren möchte ich nun Leitgedanken aus dem BayBEP sowie Erziehungsziele anführen, da diese für ganz Bayern eine solide Grundlage der Gesundheitserziehung darstellen. Abschließend zeige ich noch exemplarische Möglichkeiten zum Umgang in der Praxis auf.

Welche Gedanken sind grundlegend für Gesundheitserziehung?

Erst einmal gilt es, den Begriff Gesundheit zu definieren. Gesundheit wird heute nicht mehr verstanden als das Fehlen von Krankheit, sondern es ist ein Zustand körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens.

Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der auf mehr Selbstbestimmung der Kinder abzielt, um bei ihnen die bedeutsamen Basiskompetenzen zu schulen, die für die eigene Gesundheitsentwicklung notwendig sind. Basiskompetenzen sind beispielsweise Selbstwahrnehmung, Einfühlungsvermögen, Umgang mit Stress und negativen Emotionen, Kommunikation, kritisches Denken sowie Problemlösen.

Gesundheitsförderung fordert dementsprechend von den Kindern die Übernahme von Eigenverantwortung für Körper und Gesundheit. Schließlich sollen im Kindergarten erlernte gesundheitsförderliche Verhaltensweisen auch

Gesundheitserziehung in der Kita Themenbereiche/Ziele

- Bewusst sein seiner Selbst
- Ernährung
- Körperpflege und Hygiene
- Körper- und Gesundheitsbewusstsein
- Sexualität
- Sicherheit und Schutz

auf den Rest der Lebenswelt der Kinder ausgedehnt und beispielsweise in die Ursprungsfamilie hinein transportiert werden.

Gesundheitserziehung bedeutet auch das Vermitteln von positivem und effizientem Umgang mit Stress. Es ist bekannt, dass Überforderung, Reizüberflutung sowie familiäre Probleme (Dysstress) Krankheiten begünstigen. Stress lässt sich aber nicht vermeiden, allerdings kann ein positiver Umgang damit erlernt werden (Stichwort Resilienz).

Letzter Leitgedanke ist, dass die soziale Lage der Eltern eng korreliert mit dem Gesundheitsverhalten der Kinder sowie der Krankheitsauffälligkeit.

Welche Ziele verfolgen Bayerns Kitas in der Gesundheitserziehung?

Kinder sollten sich ihrer selbst bewusst sein. Das heißt, sie nehmen Signale des eigenen Körpers wahr, sie sind sich über ihr Aussehen und die äußeren Unterschiede anderen gegenüber bewusst und lernen diese auch zu schätzen. Sie nehmen die eigenen Gefühle wahr und auch deren Auswirkungen auf den eigenen Körper. Dazu gehört auch, verschiedene Rollenvorbilder (Männer und Frauen) zu erleben. Denn so können Kinder für sich selbst eine positive Identität entwickeln und darin sicher aufgehoben fühlen.

Ein weiterer Zielbereich ist die Ernährung. Essen sollte für die Kinder ein Genuss mit allen Sinnen sein. Sie

Gesundheitserziehung in der Kita Praktische Umsetzung

- Angebote
- Projekte
- Konzeptionen
- Netzwerke
- Täglicher Alltag
- Elternarbeit und Familienbildung

sollten wissen, wo das Essen herkommt und wie man es zubereitet. Kinder sollten unterscheiden lernen: Was ist gesunde Ernährung und was ist für mich ungesund?

In der Kita sollten Kinder ein Grundverständnis über die Wichtigkeit von Körperpflege und Hygiene erwerben. Dies ist zum einen wichtig für die Krankheitsvermeidung, zum anderen fördert es aber auch das Wohlbefinden jedes Einzelnen. In der Kita erwerben Kinder die Fertigkeiten zur Pflege des eigenen Körpers, eine Kulturfertigkeit, die gerade bei benachteiligten Kindern erst noch erlernt werden muss. Gerade auch das immer Wiederkehrende, Strukturen und Rituale geben Kindern Sicherheit, wie beispielsweise das regelmäßige Händewaschen direkt vor dem Essen und nach dem Toilettenbesuch.

Im Rahmen der Entwicklung des Körper- und Gesundheitsbewusstseins ist es Ziel, dass die Kinder erfahren, was sich gut anfühlt und was nicht. Außerdem sollten sie Gliedmaßen, Organe und deren Funktionen benennen und verstehen lernen. Beides ist auch wichtig im Rahmen der Präventionsarbeit (Stichwort Verletzungsvermeidung). Außerdem sollten die Kinder insoweit in sich hineinspüren lernen, dass sie zur Ruhe kommen, wenn sie müde sind, und auch dass auf jede Anspannung wieder eine Entspannungsphase folgt. Dies ist eine von vielen wünschenswerten Methoden zum positiven Umgang mit Stress. All dies führt dazu, dass die Kinder im Laufe der Kindergartenzeit die Verantwortung für den eigenen Körper übernehmen.

Ein weiterer wichtiger Teil der Gesundheitserziehung ist die kindliche Sexualität. Diese ist nicht gleichzustellen mit der von Erwachsenen. Themen der Kinder sind: positive Geschlechteridentität, lustvolles Erleben des Körpers mit allen Sinnen, sich wohlfühlen im eigenen Körper, Wunsch nach Nähe, Geborgenheit, Vertrauen, Findung in die Geschlechterrolle, z.B. Vater-Mutter-Kind-Spiele. Zudem sollten die Kinder auch ein gewisses Grundwissen entwickeln, was Sexualität ist und dieses auch verbalisieren können. Sie sollten sich der eigenen Intimsphäre bewusst werden und positive und negative Gefühle unterscheiden können (Stichwort Prävention von Missbrauch).

Der letzte große Bereich der Ziele der Gesundheitserziehung im Kindergarten sind Sicherheit und Schutz. Je offener man mit Gefahren umgeht (ohne Kinder natürlich akut zu gefährden) und somit den Kindern den Raum lässt, selbst das Einschätzen von Gefährdungen und den Umgang mit Gefahren zu erlernen, desto mehr werden die Kinder auch lernen, mit Gefahren umzugehen und desto weniger werden Unfälle passieren. So bieten viele Kindergärten heute – wie im Waldkindergarten üblich – ebenfalls Werkstätten an, in denen gehämmert, gesägt, gebohrt und geschnitzt wird. Im Rahmen der Prävention muss man ebenfalls die Bewegung erwähnen, denn je besser Kinder lernen, mit ihrem Körper umzugehen, desto eher werden sie schwerwiegende Unfälle vermeiden können.

Wie ist dies alles in Kindergärten umsetzbar?

Für jedes der oben genannten Ziele gibt es Unterziele und jedes dieser Unterziele ist situationsbedingt auf verschiedenste Weisen erreichbar.

Praktisch jeder Kindergarten gestaltet geleitete Angebote. In der Regel orientieren sie sich an der Lebenswelt der Kinder, so dass die Kinder leicht einen Bezug herstellen können. Häufig reagieren sie auch darauf, dass die Erzieher/innen ein bestimmtes Bedürfnis bei einem oder mehreren Kindern festgestellt haben. Aus der Vielfalt der Angebote hier einige exemplarisch: Gesundes Frühstück, genderbezogene Angebote, Bewegungsbaustelle, Kimspiele (Spiele zur Schulung der Sinneswahrnehmung), Besuch der Zahnputzstube, Werkzeugführerschein, Massagen, Fußball spielen, Schminken etc.

Aus einem Angebot entwickelt sich nicht selten ein ganzes Projekt. Es kann aber auch sein, dass die Erzieherin von vornherein ein Projekt geplant hat. Projekte im Kindergarten sind zeitlich nicht begrenzt (es geht von

einer viertel Stunde bis zum Jahresprojekt), je nach Interesse der teilnehmenden Kinder. Positiv an Projekten ist, dass das Thema in der Regel intensiv behandelt wird. Auch das Einbeziehen von Fachleuten oder Eltern wird so erleichtert.

Ein Problem bei der Projektarbeit ist, dass sie extrem personenbezogen ist. Zum einen werden nur die Kinder erreicht, die erreicht werden wollen, zum anderen kommt es aber auch stark auf die Bezugsperson an. Solange ihr selbst ein Thema wichtig erscheint, wird sie dieses auch in die Kindergruppe einbringen. Erscheint es ihr nicht mehr so wichtig (z.B. weil ein anderes Thema gerade moderner ist) oder wechselt sie gar die Gruppe oder Einrichtung, findet das Projekt möglicherweise keine Fortführung. Die Nachhaltigkeit von Projekten ist ebenfalls diskutierfähig. Häufig finden Themen leider keinen weiteren Einfluss in den pädagogischen Alltag, nachdem sie in einem Projekt behandelt wurden.

Dabei sollten gesundheitsfördernde Inhalte optimalerweise Einzug finden in die Konzeptionen der Einrichtungen. Da jede Einrichtung in Bayern eine pädagogische Konzeption vorlegen muss und diese sich an den BayBEP anzulehnen hat, müsste Gesundheitserziehung ebenfalls berücksichtigt sein, schließlich widmet sich ein ganzes Kapitel des BayBEP der Gesundheitserziehung.

Vorausgesetzt, die Konzeption wird in der jeweiligen Einrichtung gelebt und auch fortgeschrieben, bleibt das Thema Gesundheitserziehung auf jeden Fall im Blick. Dann findet es auch Einzug in den pädagogischen Alltag. Indem die Erwachsenen gesundheitsfördernd leben, lernen auch die Kinder, auf die Gesundheit zu achten (Lernen am Modell). Die Kinder dürfen mit allen Sinnen erleben. Diese Art der Vermittlung ist sehr niederschwellig. Auch Kinder, die ich nicht mit einem entsprechenden Angebot oder gar Projekt erreichen würde, lernen Tag für Tag, wie man auf sich achtet und gesund lebt. Dadurch ist dies auch sehr nachhaltig, denn die Kinder nehmen das hier erlebte Verhalten über kurz oder lang mit über die Grenzen des Kindergartens hinaus. Allerdings ist es sinnvoll, regelmäßig zu reflektieren, ob alle Ziele der Gesundheitserziehung weiterhin im gemeinsamen pädagogischen Alltag abgedeckt sind, da es immer wieder vorkommt, dass man den einen oder anderen Bereich – je nach persönlichen Erfahrungen – stärker oder weniger stark in den Alltag einbringt.

Es gibt auch eine Reihe von Möglichkeiten, die Inhalte der Gesundheitserziehung weiter zu vertiefen. Dies fängt wieder recht niederschwellig an mit der Nutzung der Ressourcen im eigenen Netzwerk (z.B. der Kooperation mit dem benachbarten Sportverein), aber es gibt auch weitläufigere, offizielle Netzwerke, die bei diesem Thema unterstützen können. So bieten die TigerKids (AOK) oder auch „gesunde kitas – starke kinder“ der Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb) jede Menge Inputs und ganze Lernsequenzen, um einzelne Zielbereiche der Gesundheitserziehung zu intensivieren. Die Unfallkassen bieten Informationsmaterial zum Thema Schutz und Prävention (z.B. www.sichere-kita.de), die Sparkasse wird aktiv in Richtung Bewegung (www.knaxiade.de), die EU hat ein großes Projekt entwickeln lassen zum Thema Gender Mainstreaming (www.genderloops.eu) und die Techniker Krankenkasse bietet gar eine 5.000-Euro-Förderung für Kitas, die sich im Bereich der Gesundheitsförderung weiter entwickeln wollen (www.tk.de).

Teil des Netzwerkes einer Kita sind auch die Eltern. Zusammen mit ihnen können die Fachkräfte auf Elternabenden informieren und gemeinsam Ideen entwickeln. Einzelne Eltern können auch in den pädagogischen Alltag einbezogen werden. Im Rahmen der Bildungspartnerschaft können Elternteile Angebote im Kindergarten mit anbieten (oder zumindest annehmen). Nicht zu unterschätzen sind die gemeinsamen Kindergartenfeste, mit denen auch Familien erreicht werden, mit denen die direkte Arbeit sonst eher schwierig ist.

Weiterführende Literatur

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen und Staatsinstitut für Frühpädagogik (2006): Der Bayerische Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder in Tageseinrichtungen bis zur Einschulung. <http://www.ifp.bayern.de/projekte/laufende/bildungsplan.html>

Tobias Schießer: Gesundheitserziehung in der Erzieherausbildung, Folien sowie Mitschnitt des Vortrags, weiterführende Informationen und Links. <http://tobias-schiesser.de>

Tobias Schießer

Dachverband der Eltern-Kind-Initiativen in und um Augsburg e.V.

und Waldkindergarten Fuchsbau

E-Mail: tobias.schiesser@elterninitiativen-augsburg.de

Tel. 0821-6088571

Ziele, neue Formen und Wege in der Schulgesundheitspflege

Dr. Ulrich Storr

Gesundheitsamt der Stadt Augsburg

Zusammenfassung

In der Stadt Augsburg existieren zahlreiche Gesundheitsförderungsprojekte für Säuglinge, Kinder und Jugendliche und deren Eltern. Diese wurden in den letzten Jahren laufend ergänzt.

Ziel aller unserer Projekte ist es, soziale Benachteiligungen auszugleichen und gesundheitliche Chancengleichheit in der sich rasch verändernden Stadtfamilie ohne Stigmatisierung zu fördern. Dabei gilt es, bürgerliches Engagement zu stärken und durch die Arbeit der kommunalen Dienste / Behörden zu verstetigen.

Das Gesundheitsamt hat vor drei Jahren die Initiative zur Implementierung von mehreren Gesundheitsförderungsprojekten für Säuglinge, Kinder und Jugendliche übernommen und hierbei die Schwerpunkte Ernährung, Bewegung, Zahngesundheit und Frühe Hilfen formuliert. Seither begleitet es die entstandenen Projekte moderierend und evaluierend. So werden beginnend bei den „Frühen Hilfen“ über die Lebenswelten Kita und Schule bis hin zu den Jugendlichen professionelle Dienstleister wie Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Pflegefachkräfte, pädagogische Fachkräfte in die Konzeption und Durchführung der Aktivitäten genauso einbezogen wie die beiden Hochschulen und ehrenamtlich tätige Mitbürger/innen mit und ohne Migrationshintergrund. Die Einbindung der Eltern ermöglicht eine gesundheitliche und soziale Verhaltens- und Verhältnisprävention.

Schulgesundheitspflege

Die Durchführung der Schulgesundheitspflege ist im Freistaat Bayern durch das Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz festgelegt und in der Verordnung für Schulgesundheitspflege näher präzisiert. Als Maßnahmen der Schulgesundheitspflege werden dort aufgelistet:

- Durchführung der Schuleingangsuntersuchungen
- Impfberatung und Impfungen
- Erhebung und Dokumentation von Daten zur Gesundheitsberichterstattung
- Beratung über und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention
- Erstellung ärztlicher Zeugnisse und Gutachten

Die praktische Durchführung der Schulgesundheitspflege in Augsburg wird anhand von Beispielen geschildert.

Schulbeginn

Der Schulbeginn konfrontiert Jungen und Mädchen mit neuen Anforderungen. Je mehr sich das Kind ihnen gewachsen fühlt, je mehr es Anforderungen bewältigen und Beziehungen beispielsweise zu Gleichaltrigen eingehen kann, desto besser können die Jungen und Mädchen ihre Stärken entwickeln. Neben der familiären Unterstützung gewinnen in dieser Entwicklungsphase personale Schutzfaktoren Bedeutung. Wenn Jungen und Mädchen in ihrem Alltag Zuversicht und Vertrauen, Eigenaktivität und Selbständigkeit, Kommunikations- und Konfliktfähigkeit erwerben, so fördert dies langfristig ihre Gesundheit.

Der Einschulungsprozess beinhaltet für unsere Kinder neben pädagogischen Herausforderungen auch den Nachweis der gesundheitlichen Voraussetzungen, die für einen Schulbesuch notwendig sind. Die Inhalte einer Einschulungsuntersuchung müssen, dies ist meine Überzeugung, deshalb rasch an sich ändernde Lebensgewohnheiten angepasst werden.

So haben wir am Gesundheitsamt der Stadt Augsburg 2006 im Sinne einer erweiterten Schuleingangsuntersuchung Daten zu Muttersprache und Lebensgewohnheiten wie Fernsehkonsum, Ernährungsgewohnheiten und körperlicher Bewegung erhoben.

Bereits in den Vorjahren lag die Prävalenz von Übergewicht bei den Augsburger Einschulungskindern über der der bayerischen (Abb. 1). Abb. 2 zeigt, wie sich ein Einschulungsjahrgang in Augsburg zusammensetzt.

Türkisch ist unter den Einschulungskindern die zweithäufigste, russisch die dritthäufigste Muttersprache. Insgesamt waren Kinder mit der Angabe „nicht deutsch“ als Muttersprache etwa doppelt so häufig übergewichtig wie deutschsprechende Kinder. Kinder aus türkischsprechenden Familien, etwa 2,25 mal häufiger übergewichtig und 2,53 mal häufiger adipös als deutschsprechende Kinder. Diese Unterschiede sind statistisch signifikant. In der Gruppe der russischsprechenden Kinder trat Übergewicht am seltensten auf.

Innerhalb des Stadtgebietes ist Augsburg zur besseren Bündelung von Kompetenzen der sozialen Versorgung in vier Sozialregionen gegliedert (Abb. 3). Nach der regionalen Verteilung gab es nur geringe Unterschiede bezüglich des Auftretens von Übergewicht und Adipositi-

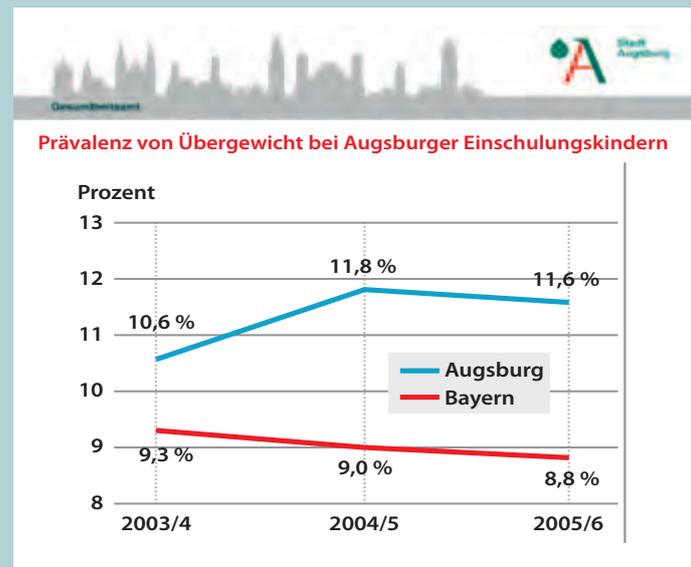


Abb. 1

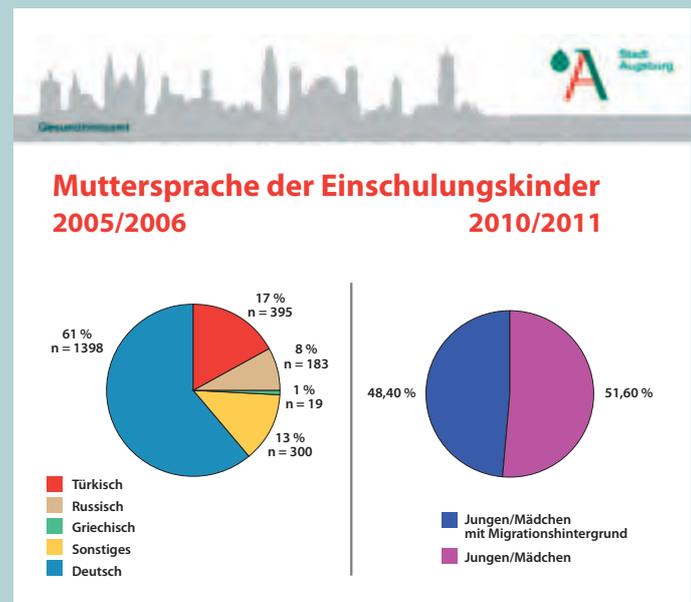


Abb. 2

Die 4 Sozialregionen der Stadt Augsburg

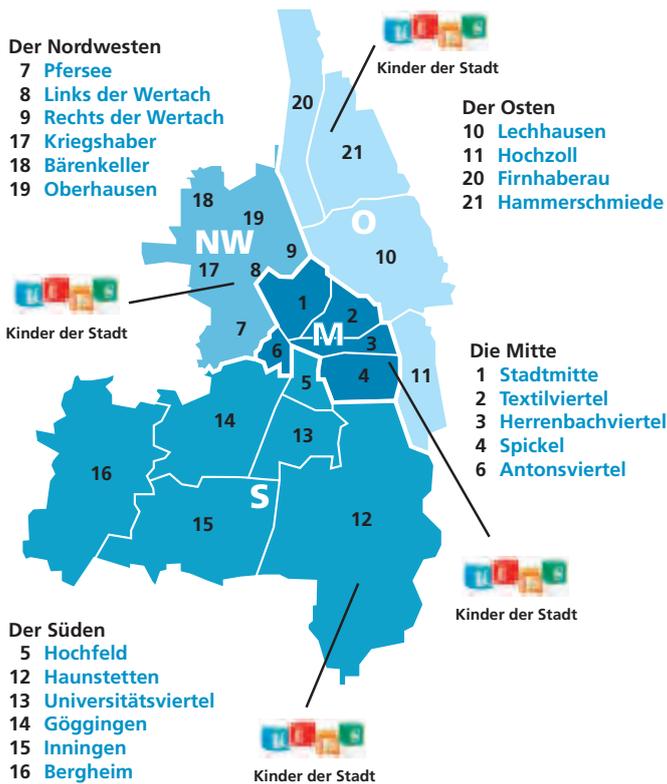


Abb. 3

tas innerhalb der untersuchten Region. Zur Evaluation des Bewegungsverhaltens haben wir die Eltern nach der Teilnahme ihrer Kinder an einer Sport- oder Tanzgruppe befragt. Über die Hälfte (50,2%) aller Kinder waren nicht in einer Sportgruppe aktiv. Von den adipösen Kindern nahmen 67% an keiner Sportgruppe teil. Dementsprechend geringer war der Anteil an wöchentlichen Trainingseinheiten bei übergewichtigen und adipösen Kindern. Betrachtet man die Ergebnisse gruppiert nach der Muttersprache, fällt auf, dass über 65% der türkischsprechenden Kinder in keiner Sportgruppe aktiv waren, ebenso wie 59% der russischsprechenden Kinder und 63,6% der Kinder mit anderen Muttersprachen.

60% aller Kinder nahmen nach den Angaben ihrer Eltern drei Mahlzeiten täglich ein, ein weiteres Drittel fünf Mahlzeiten. Von den übergewichtigen und adipösen Kindern wurden etwa von zwei Dritteln drei Mahlzeiten täglich angegeben und nur knapp ein Viertel aß fünf mal am Tag. Auf die Muttersprache bezogen, nahmen die türkischsprechenden Kinder am seltensten fünf Mahlzeiten ein (Abb. 4).

Diese Ergebnisse spiegeln sich auch in der Frage nach der Häufigkeit eines gemeinsamen Familientisches wider. Die übergewichtigen und adipösen Kinder nahmen durchschnittlich weniger Mahlzeiten über den Tag verteilt ein. In diesen Familien wurde auch weniger häufig gemeinsam gegessen. 55,3% der normalgewichtigen Kinder aßen zwei mal am Tag mit der Familie. Von den übergewichtigen bzw. adipösen Kindern waren es 43,4% bzw. 45,1%. In Bezug auf die Muttersprache aß die Mehrheit der deutschsprechenden Kinder zwei mal am Tag gemeinsam mit der Familie. Bei den Kindern mit türkischer Muttersprache wurde nur in 40% der Familien zwei mal täglich gemeinsam gegessen. Insgesamt nahmen 92 aller Erstklässler mindestens einmal am Tag einen Familientisch ein.

Die normalgewichtigen Kinder sahen größtenteils bis zu einer Stunde fern bzw. saßen vor dem Computer. Von den übergewichtigen Kindern verbrachte die Hälfte zwischen einer und drei Stunden vor dem Bildschirm, bei den adipösen Kindern traf dies für die Mehrheit zu (61,9%). Bei der Frage nach dem Fernsehkonsum in Bezug zur Muttersprache sahen etwa zwei Drittel der türkisch- und russischsprechenden Kinder täglich ein bis drei Stunden fern, doppelt so viele wie bei den deutschsprechenden Kindern. Zu diskutieren ist die Rolle des Fernsehens im Rahmen des Erwerbes der Landessprache in Familien mit Migrationshintergrund (Abb. 5).

Abb. 4

Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern in Augsburg (Einschulungsjahrgang 2006/2007)

Anzahl der Mahlzeiten pro Tag

	Kinder insgesamt	Deutsch	Türkisch	Russisch	Sonstige
n	2.306	1.398	395	183	319
2 Mahlzeiten	53 2,3%	16 1,1%	26 6,6%	4 2,2%	7 2,2%
3 Mahlzeiten	1.371 59,5%	743 53,1%	305 77,2%	115 62,8%	204 63,9%
5 Mahlzeiten	771 33,4%	585 41,8%	49 12,4%	53 29,0%	79 24,8%
über 5 Mahlzeiten	38 1,6%	23 1,6%	–	5 2,7%	9 2,8%
keine Angabe	73 3,2%	31 2,2%	15 3,8%	6 3,3%	20 6,3%

Aus der Diskussion dieser Ergebnisse hat sich eine Kooperation mit dem Institut für Sportwissenschaft der Universität Augsburg ergeben. In den Einschulungsjahrgängen 2010 und 2011 wurden über das normale Einschulungsprogramm hinaus über einen Elternfragebogen die sportliche Aktivität innerhalb und außerhalb von Vereinen, das Spielen im Freien, der Medienkonsum, die Sprache und der Bildungsstand der Eltern erhoben. Ich darf mir erlauben, ein paar Daten exemplarisch im Vergleich zu den bereits genannten herauszugreifen. So betrug der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund, erhoben anhand der Muttersprache, im Vergleich zur Untersuchung 2006 von 39% jetzt bereits 53%. Erfreulicherweise hat sich auch die sportliche Aktivität innerhalb des Vereines auf über 52% und außerhalb des Vereines auf knapp 80% gesteigert.

Aus den Daten des Gesundheitsamtes hat sich in einem Sportverein eine „Adisportgruppe“ entwickelt. Die Daten werden in den Fraktionen des Stadtrates lebhaft diskutiert.

Förderung der Zahngesundheit

Die Förderung der Zahngesundheit im Vorschul- und Schulalter ist in Augsburg seit mehr als einem Jahrzehnt ein wichtiges Gesundheitsziel (Abb. 6). Dies wird in Kooperation mit der Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit und dem Zahnärztlichen Bezirksverband Schwaben erreicht. Früher untersuchte der Schulzahnarzt des Gesundheitsamtes Kinder, die nicht beim Hauszahnarzt waren. Jetzt hat die LAGZ diese Aufgabe übernommen.

Mit Hilfe eines standadisierten Formulars wird der Zahnstatus zum Zeitpunkt der Einschulung erhoben. Den Eltern der Schulanfänger wird mit der Einladung zur Einschulungsuntersuchung ein von den Partnern des **Augsburger Kooperationsmodells Zahngesundheit** entwickeltes Befundformular mit zwei Durchschlägen zugesandt, dessen Befragungsteil die Eltern selbst beantworten müssen. Der Befundteil wird vom jeweiligen Hauszahnarzt der Kinder bei der nächsten regulären Vorsorgeuntersuchung ausgefüllt. Ein Durchschlag des Befragungsteiles und des Befundteiles wurde von den Eltern bei der Einschulungsuntersuchung im Gesundheitsamt vorgelegt und ausgewertet. Von den Eltern werden Angaben zum Geschlecht, zur Staatsangehörigkeit, zum Kindergartenbesuch, zum täglichen Putzen einschließlich der Verwendung elektrischer Zahnbürsten und zum Nachputzen durch die Eltern, zur Art der verwendeten

Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern in Augsburg (Einschulungsjahrgang 2006/2007)

Täglicher Fernsehkonsum (incl. DVD, Video, Computer)

	Kinder insgesamt	Deutsch	Türkisch	Russisch	Sonstige
n	2.306	1.398	395	183	319
< 1 Std.	1.104 47,9%	812 58,1%	122 30,9%	44 24,0%	122 38,2%
1 - 3 Std.	990 42,9%	459 32,8%	234 59,2%	126 68,9%	166 52,0%
> 3 Std.	61 2,6%	19 1,4%	21 5,3%	5 2,7%	15 4,7%
kein Fernsehen	89 3,9%	83 5,9%	3 0,8%	2 1,1%	1 0,3%
keine Angabe	62 2,7%	25 1,8%	15 3,8%	6 3,3%	15 4,7%

Abb. 5

Gesundheitsamt Stadt Augsburg - Zahnputzstube



Abb. 6

Zahnpasta und zur Einnahme von Zwischenmahlzeiten gemacht. Ein Raum für die freie Darstellung weiterer Befunde war gegeben.

Teilnahme am Augsburger Modell der Zahngesundheitserziehung

Jahr	Anteil der Schulanfänger
2001	47%
2002	68%
2003	70%
2004	69%
2005	89%
2006	81%
2007	84%
2008	87%

Über die Hälfte der in allen Untersuchungsjahrgängen erfassten Kinder wiesen naturgesunde Gebisse auf (59,8% der Deutschen, 38,2% der Kinder mit Migrationshintergrund). In allen Untersuchungsjahren zeigten nahezu konstant 60% der deutschen Kinder ein kariesfreies natur-

gesundes Gebiss. Eine stetige Zunahme der naturgesunden Gebisse konnte während des Untersuchungszeitraumes auch bei den Kindern mit Migrationshintergrund vermerkt werden. Mädchen zeigten in jedem Untersuchungsjahr deutlich gesündere Gebisse als Jungen.

Die gravierendsten Unterschiede hinsichtlich der erhobenen Parameter zeigten sich, wie schon bei der Verteilung der Häufigkeit von naturgesunden Gebissen, beim Vergleich zwischen deutschen Kindern und Kindern mit Migrationshintergrund. Deutsche Kinder waren signifikant häufiger bei einer zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung als Kinder mit Migrationshintergrund. Auch die Putzhäufigkeit lag bei deutschen Kindern deutlich höher. Bei Kindern mit Migrationshintergrund wurde häufiger ein hohes Kariesrisiko, die Notwendigkeit einer Behandlung und einer Individualprophylaxe festgestellt. In den Beobachtungsjahren konnte ein durchgängiges Absinken der schadhafte Zähne beobachtet werden.

In Zusammenarbeit mit MiMi Bayern (Mit Migranten für Migranten), FILL Augsburg – Forum interkulturelles Leben und Lernen, dem Bayerischen Roten Kreuz und der LAGZ wurden seit Dezember 2008 interessierte Augsburger Bürgerinnen und Bürger mit Migrationshintergrund zur Thematik Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen



Abb. 8 Das Augsburger Modell der Zahngesundheitserziehung

unter besonderer Berücksichtigung des Augsburger Modells geschult. Diese Laienhelfer haben als muttersprachliche Mediatoren den Kindern in den Kindertagesstätten die im Augsburger Modell vermittelten vier Säulen der Kariesprophylaxe durch Vorträge in ihren Gemeinden verbreitet. So können die Zusammenhänge zwischen Mundhygiene, Ernährung, regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchungen, Fluoridierungsmaßnahmen und der Zahngesundheit besser vermittelt werden. Die Schulungen der Eltern dienen zur Vermittlung des gleichen Wissensstandes bei Eltern und Kindern. In Augsburg wurden bisher 11 Schulungen durch Mediatoren durchgeführt. Probleme bei der Zusammenarbeit mit MiMi bestehen in der raschen Fluktuation der Mediatorengemeinde und den hohen Kosten für die Vorträge der Mediatoren.

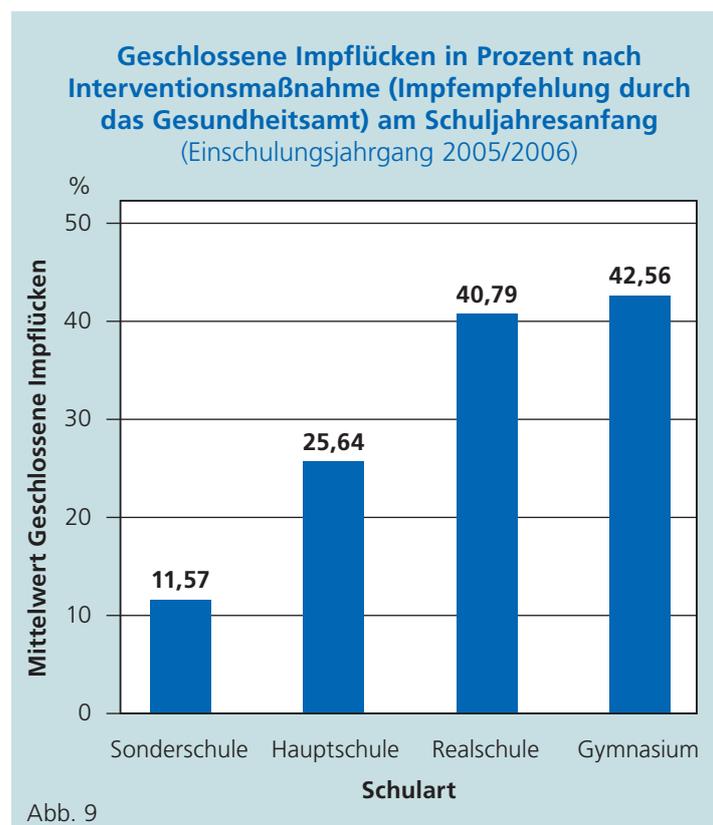
Aus den bisher erhobenen Daten ergibt sich ein Handlungsbedarf im Bereich Migrationshintergrund und Zahngesundheit, beispielsweise mit Unterstützung der Zahnpflege, Benutzung altersentsprechender Zahncreme, Einsatz elektrischer Zahnbürsten und Steigerung der Putzhäufigkeit, sowie ein Genderaspekt im Bereich der Jungenzahngesundheit. Mädchen wiesen über alle Bevölkerungsgruppen in den Beobachtungsjahren eine geringere Anzahl schadhafter Zähne, eine höhere Putzhäufigkeit und eine bessere Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen auf.

Weiterführende Schulen

Nach der Primarschule jetzt zu den weiterführenden Schulen und den Jugendlichen. Jugendliche sind von der Gesundheitsförderung bisher verhältnismäßig wenig berücksichtigt worden. Dies ist ein Defizit, denn diese Lebensphase birgt umfassende Entwicklungsaufgaben und Weichenstellungen. Die Jungen und Mädchen verändern sich körperlich stark und müssen ihre eigene Identität finden. Ihr Radius erweitert sich, sie können und wollen mehr – und suchen nach Grenzen. Das ist eine wichtige gesundheitsrelevante Entwicklungsaufgabe. Freundschaften zu Gleichaltrigen bekommen einen neuen Stellenwert. Die Bestätigung und Anerkennung, die Jugendliche in diesen Beziehungen erfahren, können frühkindliche unsichere Bindungserfahrungen kompensieren helfen. Sozial benachteiligte Jungen und Mädchen haben im Jugendalter häufig bereits eine begrenzte Perspektive, was ihre Bildungs- und Berufschancen angeht. Sie brauchen Unterstützung und Ermutigung, um einen neuen Blick auf die eigene Zukunft und Lebensperspektive zu entwickeln. Vorbilder und Vertrauenspersonen können

Jugendliche darin unterstützen, eigene Vorstellungen zu entwickeln und sie auch zu verwirklichen.

Impfungen zählen weltweit zu den wichtigsten Präventionsmaßnahmen. Leider werden sie in den Schulen kaum mehr durchgeführt. Auch Ausschreibungen für Impfstoffe fanden in den letzten Jahren nicht mehr statt. Gleichzeitig ging mit der Abschaffung der Wehrpflicht eine sozialmedizinisch bedeutsame Möglichkeit zur Durchführung von Auffrischimpfungen vor dem Eintreten in das Erwachsenenalter verloren.



Im Rahmen des gesetzlich vorgeschriebenen Handlungsfeldes „Impfberatung und Impfungen an Schulen“ hat das Gesundheitsamt der Stadt Augsburg das Gesundheitsverhalten Augsburger Jugendlicher mittels Elternfragebögen untersucht. Soziodemographische Daten zum Impfstatus, zum Wissen der Eltern über impfpräventable Krankheiten und über die Impfmotivation wurden erhoben (Abb. 9).

Folgende das Impfverhalten beeinflussende Faktoren konnten in Augsburg herausgearbeitet werden:

- Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft



Abb. 10

- Anzahl der Kinder in der Familie (ab dem vierten Kind deutlich weniger Impfungen)
- Wohnort der Familie (signifikant höhere Impfquoten in Augsburg-Land)
- Schulabschluss (Kinder von Eltern mit höherem Schulabschluss signifikant mehr Impfungen)
- Familieneinkommen (auffällig weniger Impfungen bei Familieneinkommen < 1.500 Euro)
- Ansprechpartner zum Thema Impfungen (Kinder- und Hausarzt)

Die in Augsburg ermittelten Sozialindex-orientierten und gesundheitsbezogenen Einflussfaktoren auf das Impfverhalten lassen sich mit der KiGGS-Studie, der Untersuchung des Gesundheitsamtes Stuttgart, Untersuchungen in Niedersachsen sowie in München vergleichen. Durchgängig zeigt sich in allen Untersuchungen der Migrationshintergrund der Familien der untersuchten Schülerinnen und Schülern als wichtigster Einflussfaktor auf das Impfverhalten. Die in Augsburg ermittelten Sozialindex-orientierten Faktoren wie Schularart, Wohnort, Sozialstatus, Schulabschluss der Eltern, Familienstand, Religionszugehörigkeit, Geschwisterfolge, Familieneinkommen, medizinische Überzeugung der Eltern finden sich auch durchgängig mit nur geringen Abweichungen in anderen Erhebungen. Vor allem in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen muss der Öffentliche Gesundheitsdienst seine Impfbemühungen auf Gruppen konzentrieren, die das Impfangebot bei den niedergelassenen Ärzten nicht ausreichend wahrnehmen; dies entspricht dem Grundsatz der Priorisierung im Bayerischen Impfkonzzept.

Im Rahmen der Untersuchungen der 6. Klassen wurden im Jahre 2009 die Schüler/Innen mit Fragebogen zu ihrer sportlichen Aktivität befragt. 13% der befragten Mädchen und 20,2% der Jungen waren übergewichtig oder adipös, somit betrug die Gesamtzahl der übergewichtigen/adipösen Kinder in der 6. Jahrgangsstufe 15,8%.

Übergewicht/Adipositas bei Schülern der 6. Klassen in Augsburg (2009)

gesamt	15,8%
Mädchen	13%
Jungen	20,2%



Abb. 11

60,7% der Kinder sind erfreulicherweise Mitglied in einem Augsburger Sportverein. 13,8% gaben Interesse an einer Mitgliedschaft an. Als Haupthinderungsgrund für eine fehlende Mitgliedschaft wird mangelnde Zeit angegeben. Auch hier zeigt sich eine deutliche Abhängigkeit von der Muttersprache. Kinder mit der Muttersprache „nicht deutsch“ waren zu über 45% in einem Verein aktiv. Unter den deutschen Kindern waren dies 69%. Auch hinsichtlich der Schularten findet eine deutliche Staffelung statt. Gymnasiasten sind sportlich aktiver als Realschüler und diese wiederum häufiger in Sportvereinen als Schüler von Mittelschulen.

Mitgliedschaft in einem Sportverein bei Schülern der 6. Klassen in Augsburg (2009)

gesamt	60,7%
Jungen/Mädchen mit Migrationshintergrund	45%
Jungen/Mädchen	68,6%

Ein weiteres erklärtes Ziel der Schulgesundheitspflege ist es, die Teilnahmequote an Früherkennungsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter zu fördern. Während der Schularzt/ärztin des Gesundheitsamtes Reihenuntersuchungen und Impfkationen in Schulen meist in Räumlichkeiten ohne medizinische Ausstattung durchführen muss, stehen dem niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt eine gut ausgestattete Praxis mit der Möglichkeit der Durchführung apparativer Zusatzuntersuchungen und einer Labordiagnostik zu Verfügung. Trotz der seit 1998 bestehenden Untersuchungsmöglichkeit J1 im Alter von 12 bis 14 Jahren und der zahlreichen Werbekampagnen des Berufsverbandes der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (bvkj) wird diese sinnvolle Untersuchung leider nur von 15-20% der Jugendlichen eines Jahrganges wahrgenommen. Hier unterscheidet sich Augsburg leider nicht von anderen Großstädten.

Das Ziel des derzeit laufenden Augsburger Projektes „J1 – Good for your Life“ (Abb. 10) ist es, die Vorteile des kinder- und jugendärztlichen Gesundheitsdienstes am Gesundheitsamt mit denen der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte und jugendärztlich interessierter Hausärzte zu verbinden, um Synergieeffekte zu erzielen. In einem Arbeitskreis aus Gesundheitsamt und

mehreren niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten wurde speziell für dieses Modell ein jugendgerechter Fragebogen in Anlehnung an die KiGGS-Studie kreiert. Der Projektname wurde von Schülern des Jahrganges in einem Wettbewerb erstellt. Lehrkräfte aus den verschiedenen Augsburger Schularten, die 7. Jahrgangsstufen unterrichten, und die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte haben die Schulgesundheitswoche im November 2011 in der 7. Jahrgangsstufe zum Hinweis auf das Projekt genutzt. Alle Schulleiterinnen und Schulleiter wurden unter Mithilfe des Staatlichen Schulamtes auf der Schulleiterkonferenz zu Anfang des Schuljahres 2011/12 informiert. Alle Schülerinnen und Schüler der 7. Jahrgangsstufe in allen Schulen im Stadtgebiet Augsburg erhielten vom Gesundheitsamt einen eigens angefertigten Flyer mit Informationen zur J1, der auch einen abstempelbaren Kulturgutschein enthält (Abb. 11). „Kultur auf Rezept“ war die Idee des Vorsitzenden des Landesverbandes der Kinder- und Jugendärzte in Bayern, Herrn Dr. Lang. Schülerinnen und Schüler, die die J1 absolviert haben, können mit dem von ihrem Arzt abgestempelten Gutschein eine Theatervorstellung oder Kinovorstellung ihrer Wahl in Augsburg besuchen.

Bis Dezember 2011 wurden 217 Untersuchungen durchgeführt. Die Auswertung erfolgt nach Projektende im Juni 2012 im Rahmen einer Masterarbeit der Hochschule München.

Die vorgestellten Projekte aus Augsburg sollen alle an der Entwicklung Beteiligten, insbesondere die Kolleginnen und Kollegen der Gesundheitsämter, in ihrer Arbeit bestärken und ihnen Mut machen, in ihrem Zuständigkeitsbereich kreative Maßnahmen mit den dortigen Kooperationspartnern in Gang zu setzen und moderierend zu begleiten. Projekte und Materialien gibt es hierfür genügend. Welches Projekt, welche Aktion, welche Präventionsmaßnahme jedoch in der einzelnen Stadt oder im Landkreis notwendig ist, können wir gemeinsam vor Ort erkennen und dazu den Anstoß geben.

Dr. med. Ulrich Storr
 Gesundheitsamt der Stadt Augsburg
 Hoher Weg 8, 86152 Augsburg
 Tel. 0821-324-2029
 E-Mail: gesundheitsamt.stadt@augzburg.de
www.augsburg.de

Die Untersuchungen zeigen, was zahnmedizinische Prophylaxe leisten kann, aber auch, dass es weiterhin Herausforderungen gibt, die alle Kräfte fordern

Zahngesundheit in Kita und Schule: Was wirkt, was fehlt?

Dr. Herbert Michel

Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit (LAGZ)

Die Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen ist eine tragende Säule der zahnmedizinischen Prävention und hat großen Anteil an der Reduktion der Kariesprävalenz bei Kindern und Jugendlichen. Die LAGZ, ein Zusammenschluss der zahnärztlichen Körperschaften Bayerische Landes Zahnärztekammer (BLZK) und Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB) mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen in Bayern, hat seit Januar 1984 den Auftrag der Bayerischen Staatsregierung, die Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen durchzuführen. Die bis dahin von den Gesundheitsämtern durchgeführte Jugendzahnpflege wird seitdem von der LAGZ weitergeführt. Nur in den Städten Augsburg, München und Nürnberg betreut der öffentliche Gesundheitsdienst in enger Zusammenarbeit mit der LAGZ weiterhin Kindergärten und Schulen.

§ 21 des Sozialgesetzbuchs (SGB) V ist seit 1989 die rechtliche Grundlage für alle Aktivitäten zur Verhütung von Zahnerkrankungen durch Maßnahmen der Gruppenprophylaxe.

Das Augsburger Kooperationsmodell zur Förderung der Zahngesundheit im Kindesalter seit 2001

Kooperationspartner: LAGZ, Gesundheitsamt Augsburg, Zahnärztlicher Bezirksverband Schwaben

Ziel: Senkung des Kariesrisikos und Steigerung der Anzahl naturgesunder Gebisse

Maßnahmen: Angebot zur Erhebung des Zahnstatus für alle Kinder im Einschulungsalter, Angebot eines Intensivprophylaxeprogramms beim Zahnarzt

Teilnahmequote im ersten Jahr 47%, in den Folgejahren 70%

Ergebnisse

Naturgesunde Gebisse

2001: deutsche Kinder 59,8%, Kinder mit Migrationshintergrund 35,1%

2004: deutsche Kinder 59,8%, Kinder mit Migrationshintergrund 40,7%

Dies entspricht einer Verbesserung von 5,6% innerhalb von vier Jahren bei Kindern mit Migrationshintergrund.

dmft-Index (Anzahl der zerstörten, fehlenden oder gefüllten Zähne)

dmft 2001: Deutsche Kinder 1,91, Kinder mit Migrationshintergrund 3,14

dmft 2004: Deutsche Kinder 1,83, Kinder mit Migrationshintergrund 2,87

Rückgang der Kariesprävalenz

Die Karies ist seit 30 Jahren auf dem Rückzug. 1983, im Gründungsjahr der LAGZ, hatte ein 12-Jähriger durchschnittlich acht kariöse Zähne, heute nur noch einen kariösen Zahn. Die Ergebnisse der bundesweiten epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe dokumentieren den Rückgang der Kariesprävalenz eindrucksvoll. Wie die letzte Studie aus dem Jahre 2009 zeigt, existiert das schon längere Zeit bestehende Phänomen der ungleichen Kariesverteilung, der so genannten Polarisierung, weiter fort, das heißt: ca. 20% der Kinder haben ca. 80% der Karieslast zu tragen, insbesondere Kinder in prekären sozialen Lagen und Kinder mit Migrationshintergrund.

Die aktuelle Studie zeigt auch für Bayern in den Altersgruppen der 6- bis 7-Jährigen, 12-Jährigen und 15-Jährigen einen weiteren Kariesrückgang, gleichzeitig aber auch einen besonderen Betreuungsbedarf bei den 12- bis 15-jährigen Hauptschülern und einen steigenden Behandlungsbedarf bei kariösen Milchzähnen. Die Ergebnisse der epidemiologischen Untersuchung beweisen nachdrücklich, was zahnmedizinische Prophylaxe leisten kann, zeigen aber auch, dass es weiterhin Herausforderungen gibt, die alle Kräfte fordern. Sich auf den Lorbeeren auszuruhen hieße einen Wiederanstieg der Karies zu riskieren. Es gilt nach wie vor der Satz des Präventivzahnmediziners Prof. Dr. Thomas Marthaler aus Zürich: „Karies ist wie ein gefährlicher Tiger hinter Gittern. Man muss die Gitter pflegen, sonst werden sie rostig und brechen, so dass der Tiger ausbrechen kann.“

Problemfelder

- Nuckelflaschenkaries
- Steigender Bedarf bei der Versorgung kariöser Milchzähne
- Hohe Kariesrate bei Kindern und Jugendlichen in prekären sozialen Lagen

Die Prävalenz der Karies weiter zu senken, ist zukünftig wohl nur mit sehr großem Aufwand und zusätzlichen neuen Konzepten möglich. Die LAGZ hat seit ihrer Gründung mit der Strategie der Information und Motivation zur Mundhygiene, Zahnschmelzhärtung, zahn-gesunden Ernährung und zur regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchung in der Zahnarztpraxis ein Konzept für den Gruppenprophylaxe-Unterricht entwickelt, das bis

Gruppenprophylaktische Basisarbeit





Aktion für 5./6. Klassen

100 Gewinner von Geschenkgutscheinen für Sportartikel im Werte von €30.- bis €150.-



Aktion Löwenzahn PLUS



Angebot an alle 348 Förderschulen in Bayern

- 3 Prophylaxe-Impulse pro Jahr innerhalb von 2-3 Monaten
- Praxisbesuch als Ergänzung
- Tägliches Zähneputzen im Klassenzimmer
- Munduntersuchungen
- Verweisung an die Zahnarztpraxis



Schöne Zähne sind cool

2 x täglich Zähneputzen



heute wirkt. Mit den erfolgreichen Aktionen „Seelöwe“ für Kindergärten, „Löwenzahn“ für Grundschulen, „Löwenzahn Plus“ für Förderschulen und „Mach mit!“ für Haupt- und Realschulen sowie Gymnasien werden durch Geld- und Sachpreise zusätzlich Anreize für die Kinder gegeben, die Zahnarztpraxis regelmäßig zweimal jährlich zu Kontrolluntersuchungen und zur individuellen Prophylaxe aufzusuchen. Die notwendige Verzahnung zwischen Gruppen- und Individualprophylaxe wird hierdurch zusätzlich gefördert und ermöglicht dem Kind und Jugendlichen, Eigenverantwortung zu übernehmen und von den Möglichkeiten moderner zahnmedizinischer Gesundheitsförderung in vollem Umfang zu profitieren.

Um die Erfolge der letzten drei Jahrzehnte abzusichern und um auch Kinder in sozial schwierigen Lebenssituationen zu erreichen, versucht die LAGZ verstärkt Kindergärten zu motivieren, das tägliche Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta fest zu etablieren.

Die neu eingeführten Ganztagschulen bieten die große Chance, auch hier das tägliche Zähneputzen als selbstverständliches alltägliches Routineverhalten zu praktizieren. Ein Pilotprojekt zur praktischen Durchführbarkeit hat erwiesen, dass dies problemlos möglich ist, wenn der Wille der Schule vorhanden ist. Die LAGZ begleitet in zwei weiteren Pilotprojekten das tägliche Zähneputzen an Ganztagschulen und Kindergärten wissenschaftlich. Bei erfolgreichem Abschluss der Projekte sollen möglichst viele Ganztagschulen und Kindergärten gewonnen werden das tägliche Zähneputzen im Setting zu praktizieren.

Frühkindliche Karies

Um dem Problem der zunehmenden Nuckelflaschenkaries gerecht zu werden – 7 bis 25% der 1- bis 5-jährigen Kinder leiden darunter – erweitert die LAGZ ihr gruppenprophylaktisches Programm zur Zeit auf Krabbelgruppen in den Kindertagesstätten und bietet Eltern insbesondere Informationen zur Vermeidung der frühkindlichen Karies an.

Das „Bündnis für gesunde Kinderzähne“ in Augsburg, dem auch die LAGZ angehört, informiert junge Eltern direkt nach der Geburt ihres Kindes durch Familienhebammen über die Möglichkeiten der Vermeidung von frühkindlicher Karies. Neben Zahnpflegeartikeln und Informationen zur Kariesprophylaxe und zahngesunden Ernährung wird den jungen Eltern der „Zahnärztliche Kinderpass“ der Bayerischen Landeszahnärztekammer überreicht, der neben zahlreichen Prophylaxetipps einen „Fahrplan“ für regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen und

Beratungen darstellt. Ein wesentlicher Aspekt des Bündnisses ist die enge Kooperation von Kinderärzten und Zahnärzten. So empfiehlt der Kinderarzt den regelmäßigen Zahnarztbesuch und der Zahnarzt gibt eine Rückmeldung an den Kinderarzt, ob der Besuch erfolgt ist. In diesem Netzwerk arbeiten das Gesundheitsamt Augsburg, die LAGZ, das Krankenhaus Josefinum in Augsburg, die Landeszentrale für Gesundheit (LZG), der Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Zahnheilkunde, Hebammen und der Landesverband Bayern – Bezirk Augsburg – des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte erfolgreich zusammen. Es ist nicht nur wünschenswert, sondern dringend notwendig, dass solche erfolgreiche Netzwerke sich auch in anderen Städten und Landkreisen Bayerns bilden.

Zusammenfassend können die zukünftigen Herausforderungen, Ziele und Aufgaben der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe wie folgt formuliert werden:

- Erhaltung eines kariesfreien Gebisses bei allen Kindern mit naturgesunden Zähnen
- Risikoabsenkung des Karieszuwachses bei Kindern mit bereits erkrankten Zähnen
- verstärkte Kooperation zwischen Zahnärzten, Kinderärzten, Gynäkologen und Hebammen
- risikogruppenorientierte und aufsuchende Prophylaxestrategien für sozial schwache Bevölkerungsschichten
- Verbesserung des Inanspruchnahmeverhaltens (Aufklärung, Anreize)
- Verbesserung der Behandlung von Milchzähnen (innerberuflicher Bewusstseinswandel)
- Vernetzung von Gruppen- und Individualprophylaxe
- Um Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Kariesrisiko besser zu erreichen, müssen niedrigschwellige Präventionsangebote wie z. B. aufsuchende Hebammenhilfe für 0- bis 3-Jährige flächendeckend umgesetzt werden.
- Einbeziehen weiterer Altersgruppen – Jugendliche, aber auch Säuglinge und Kleinkinder – in die gruppenprophylaktische Betreuung
- Zurückdrängen der Nuckelflaschenkaries

Pilotprojekt „Zähneputzen in Ganztagschulen“

Mundgesundheit in Ganztagschulen als gemeinsame Aufgabe von Schule und LAGZ

Die epidemiologische Studie 2009 zeigt, dass gerade in den Jahrgangsstufen 5 und folgenden die Karies wieder zunimmt. Deshalb möchte die LAGZ-Bayern mit einem dreijährigen Pilotprojekt „Zähneputzen in Ganztageschulen“ (wiss. Begleitung Prof. Dr. Dr. Norbert Krämer) ab dem Schuljahresbeginn 2011/12 Erfahrungen sammeln, ob und wie die Mittagszeit zur Verbesserung der Mundgesundheit der bayerischen Kinder genutzt werden kann. Als Zielgruppen sind die 5. und folgenden Jahrgangsstufen vorgesehen.

Ziele der Studie: Aufgrund der sog. „Polarisierung der Karies“ besteht ein besonderer Bedarf zur präventiven Betreuung von Schülern ab der 7. Jahrgangsstufe an Hauptschulen. Dies ist mit einem erheblichen Kostenaufwand verbunden. Die Pilotstudie soll daher klären, in wieweit ein personell aufwendigeres Programm tatsächlich eine Kariesreduktion bei Hauptschülern bewirken kann. Die Erfahrungen aus der Pilotstudie sollen als Grundlage dienen, in wieweit eine flächendeckende gruppenprophylaktische Betreuung von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko in Bayern umsetzbar ist.

Dr. Herbert Michel
Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft
Zahngesundheit e.V. (LAGZ)
Ludwigstrasse 11, 97070 Würzburg
Tel. 0931-15071
E-Mail: michel-wuerzburg@t-online.de
www.lagz.de

Für einen guten motorischen Entwicklungsstand müssen Kinder aller Schichten und Kulturen mit Bewegungsangeboten angesprochen werden

Soziale Einflüsse auf Bewegungsverhalten und Motorik von Vorschulkindern

Dr. Claudia Augste

Institut für Sportwissenschaft der Universität Augsburg

Einleitung

Neben kognitiven Fähigkeiten sind auch motorische Fähigkeiten als elementare Einschulungsvoraussetzungen anzusehen, die bei einem gesunden Entwicklungsstand altersgemäß ausgebildet sein sollten. Aus früheren Studien ist bekannt, dass sich die Kinder bereits im Vorschulalter bezüglich der motorischen Leistung sehr stark voneinander unterscheiden (z.B. Krombholz, 2006, Augste & Lames, 2009, Ledermüller, 2011). In der aktuellen Studie sollte untersucht werden, inwiefern soziale Faktoren das Bewegungsverhalten und die Motorik von Kindern beeinflussen.

Vorstellung der Studie

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung des Gesundheitsamtes Augsburg, an der alle 1.929 Augsburger Kinder teilnahmen, die im September 2011 schulreif waren, konnten 1.489 Kinder bezüglich ihres Bewegungsverhaltens und ihrer Motorik untersucht werden. Über einen Eltern-Fragebogen wurden viele der in dieser Studie relevanten Variablen erfasst. Die Zuordnung, ob ein Kind Migrationshintergrund hat oder nicht, wurde über die Sprache von Mutter und Vater vorgenommen. Wenn ein Elternteil nicht deutsch spricht, wurde dem Kind ein Migrationsstatus attestiert. Die soziale Herkunft wurde über den Bildungsstand der Eltern abgeleitet. Dazu wurde der höchste Bildungsabschluss von Mutter und Vater erfasst. Wenn es den Eltern aus anderen Ländern nicht möglich war, ihren Bildungsabschluss dem deutschen System zuzuordnen, hatten sie die Möglichkeit, ihren Bildungsabschluss explizit anzugeben. Das Bewegungsverhalten und der Medienkonsum der Kinder wurden jeweils auf einer Skala erfasst, auf der die Eltern zuordnen sollten, wie viel Zeit ihre Kinder an Wochentagen, an Wochenenden, im Sommer und im Winter mit Fernsehen, elektronischen Spielgeräten, Spielen im Freien oder mit sportlichen Aktivitäten innerhalb oder außerhalb eines Sportvereins verbringen.

Zur Einschätzung der Motorik wurden drei Tests durchgeführt: Als koordinative Gleichgewichtsaufgabe mussten die Kinder auf einem 6 cm breiten Holzbalken rückwärts balancieren. Von einem Startbrett ausgehend wurden die Schritte gezählt, die das Kind schafft, ohne den Boden zu berühren (maximal 8 Schritte pro Versuch) (Abb. 1). Die Schritte von zwei Versuchen wurden zusammengezählt.

Zur Bestimmung der Koordinationsleistung unter Zeitdruck mussten die Kinder 15 Sekunden lang seitlich zwischen zwei Feldern hin- und herspringen (Abb. 2). Auch hier wurden zwei Versuche durchgeführt und die Anzahl der Sprünge beider Versuche wurde addiert.



Abb. 1. Balancieren



Abb. 2. Hin-und-Herspringen



Abb. 3. Standweitsprung

Beim so genannten Standweitsprung sollten die Kinder beidbeinig aus dem Stand einen möglichst weiten Sprung machen (Abb. 3). Der bessere von zwei Versuchen wurde gewertet.

Als zusätzliche aussagekräftige Variablen für den sportmotorischen Entwicklungsstand der Kinder wurde abgefragt, ob die Kinder bereits ohne Hilfe Fahrrad fahren oder schwimmen können.

Körperliche Merkmale

Die an der Studie teilnehmenden Kinder waren zu 51,3% Jungen und zu 48,7% Mädchen. Der Altersdurchschnitt betrug 69,4 Monate, d.h. die Kinder wurden ca. zwei bis

drei Monate vor ihrem 6. Geburtstag zur Untersuchung einbestellt. Im Schnitt waren die Kinder 116 cm groß und 21,0 kg schwer. Der durchschnittliche Body-Mass-Index (BMI) der Kinder betrug 15,5 kg/m². Betrachtet man die Verteilung auf BMI-Gruppen, so fällt auf, dass mit 82% der Anteil an normalgewichtigen Kindern im Vergleich zum Trend der letzten Jahre erfreulicherweise relativ hoch ist (Abb. 4). Der Anteil an untergewichtigen bzw. stark untergewichtigen und übergewichtigen bzw. stark übergewichtigen Kindern ist mit insgesamt jeweils 9% sogar unterhalb der empirischen Norm. Dies ist durchaus ein Lichtblick, dass die gesellschaftspolitisch angestoßene Diskussion zu diesem Thema und die initiierten Maßnahmen bereits Früchte tragen.

Body Mass Index (BMI): Verteilung der BMI-Gruppen

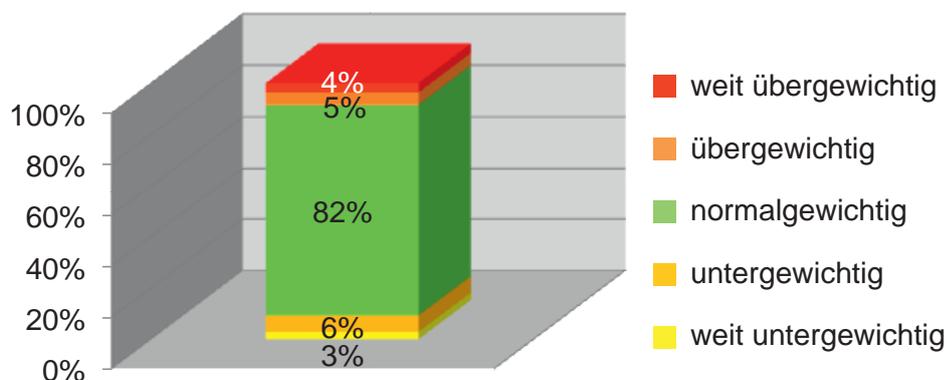


Abb. 4

Sprache der Eltern

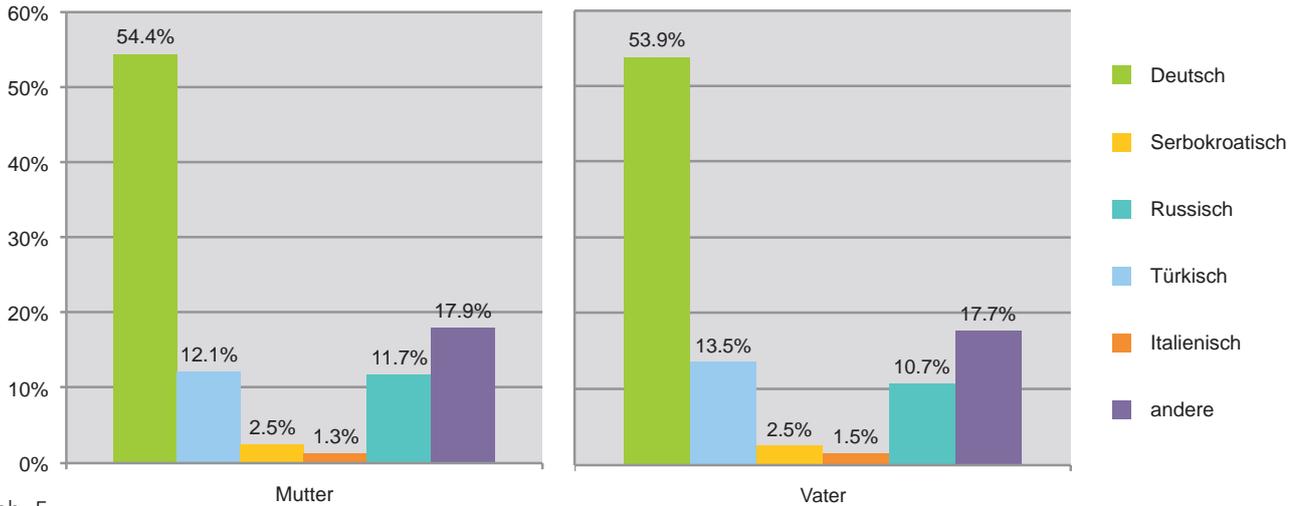


Abb. 5

Bildungsstand der Eltern

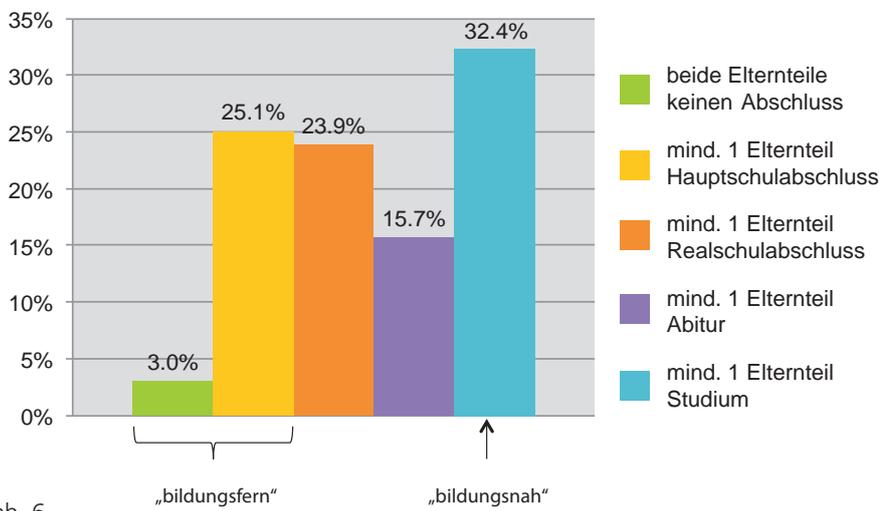


Abb. 6

Bildungsstand der Eltern unterteilt nach Migrationshintergrund

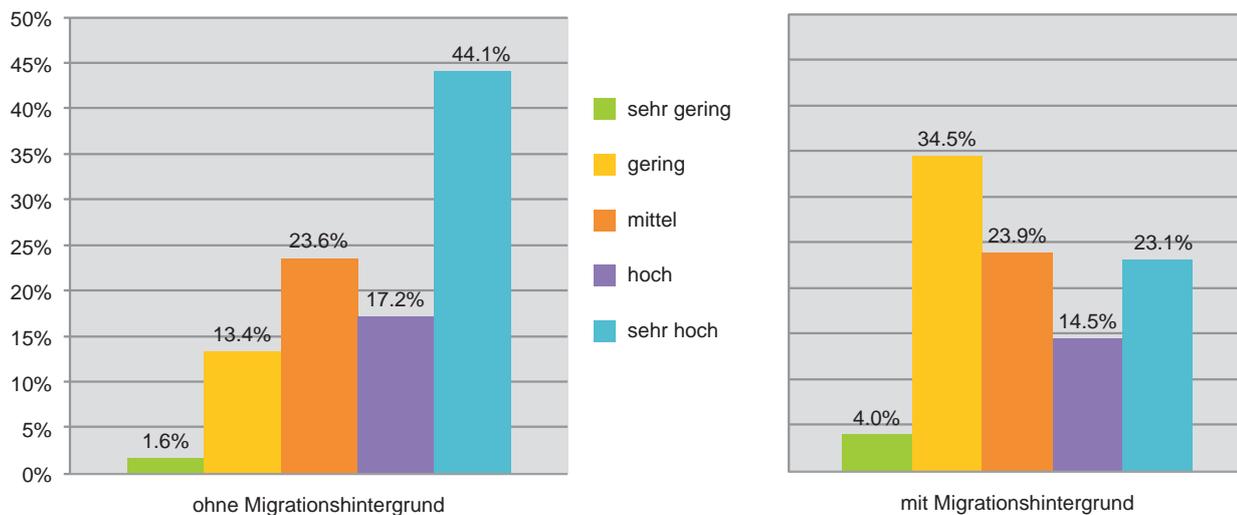


Abb. 7

Migrationshintergrund

Bei 53% der Vorschulkinder spricht mindestens ein Elternteil nicht deutsch. Diese Kinder werden im Folgenden als Kinder „mit Migrationshintergrund“ bezeichnet, auch wenn die offizielle Definition von „Migrationshintergrund“, die in einem derartigen Fragebogen kaum zu erfassen ist, davon etwas abweicht. Betrachtet man die Herkunft der Eltern von Augsburger Vorschulkindern näher, so findet man bei ca. 13% türkische und bei ca. 11% russische Wurzeln (Abb. 5). Andere Nationalitäten kommen prozentual relativ selten vor, insgesamt finden sich jedoch bei den Augsburger Eltern mehr als 70 verschiedene Sprachen.

Bildungsstand

Der Bildungsstand der Augsburger Eltern ist insgesamt relativ hoch (Abb. 6). Fast die Hälfte der Vorschulkinder hat mindestens einen Elternteil mit Abitur oder Studienabschluss. Demgegenüber steht ein Drittel der Kinder, bei denen beide Elternteile höchstens einen Hauptschulabschluss haben. Diese Kinder werden im Folgenden als „bildungsfern“ bezeichnet, Kinder mit einem studierten Elternteil als „bildungsnahe“.

Der Unterschied bei den Schulabschlüssen zwischen Müttern und Vätern ist insgesamt nicht sonderlich bedeutend und äußert sich hauptsächlich darin, dass Mütter seltener einen Hauptschulabschluss oder ein Studium vorwei-

sen, dafür aber häufiger einen mittleren Bildungsabschluss haben. Der Anteil am „Abitur“ als höchstem Abschluss ist bei Müttern um 1% höher als bei Vätern.

Beim Vergleich der Bildungsabschlüsse zwischen Eltern mit und ohne Migrationshintergrund fällt vor allem in zwei Bereichen ein großer Unterschied ins Auge. Deutlich mehr Eltern mit Migrationshintergrund haben höchstens einen Hauptschulabschluss, wohingegen bei den Eltern ohne Migrationshintergrund der Anteil an Studierten mit über 44% außergewöhnlich hoch ist (Abb. 7). Wenn im Folgenden die Ergebnisse also einerseits nach Migrationshintergrund, andererseits nach Bildungsstand differenziert werden, sollte man bei der Interpretation beachten, dass die Kinder in der bildungsfernen Schicht zu fast drei Vierteln Migrationshintergrund haben, in der bildungsnahe Schicht dagegen nur zu 37%.

Bewegungsverhalten

Die Augsburger Kinder sind körperlich recht aktiv. Im Sommer spielen mehr als 90% der Vorschulkinder jeden Tag im Freien (Abb. 8). Dass dieser Anteil im Winter geringer ist, ist nicht sehr verwunderlich. Immerhin spielt jedoch auch im Winter noch jedes dritte Kind täglich draußen. Jedoch zeigt diese Studie sehr deutlich auf, dass Kinder mit Migrationshintergrund sowie Kinder aus bildungsfernen Schichten vor allem im Winter deutlich weniger (ca. 10%) im Freien spielen (dürfen).

Anteil der Kinder, die fast jeden Tag im Freien spielen

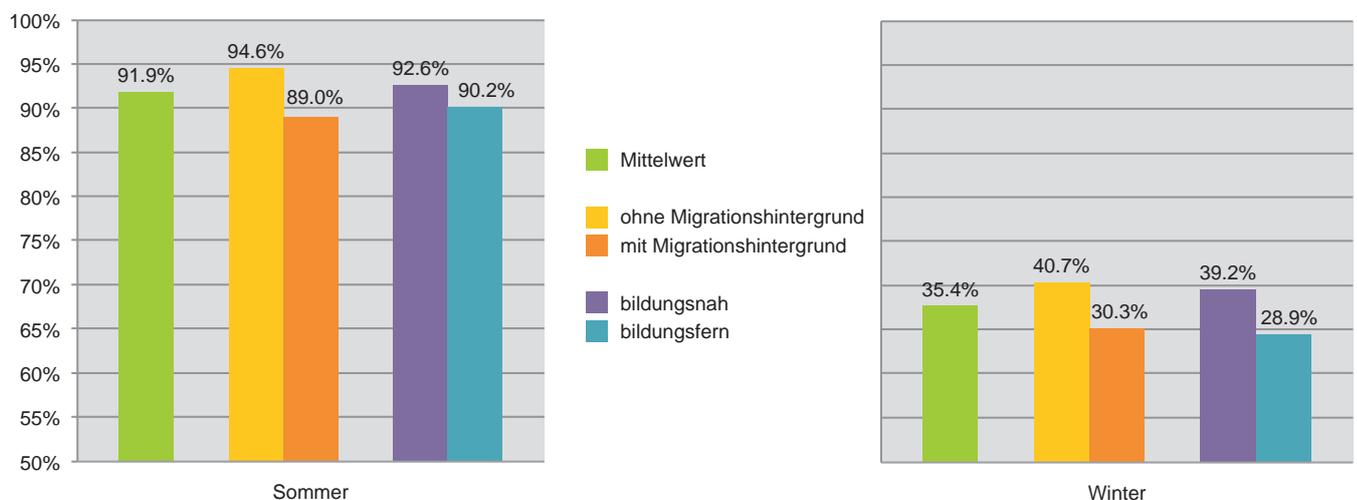


Abb. 8

Anteil der Kinder, die regelmäßig im Sportverein aktiv sind („Mein Kind ist mind. 1x/Woche im Sportverein“)

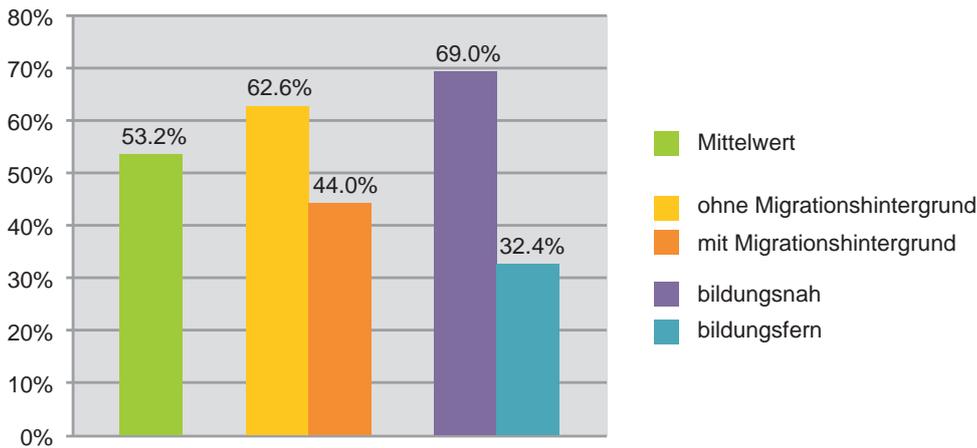


Abb. 9

Anteil der Kinder, die mindestens eine Stunde fernsehen, unterteilt in Wochentag und Wochenende („Mein Kind sieht mind. 1 Stunde fern“)

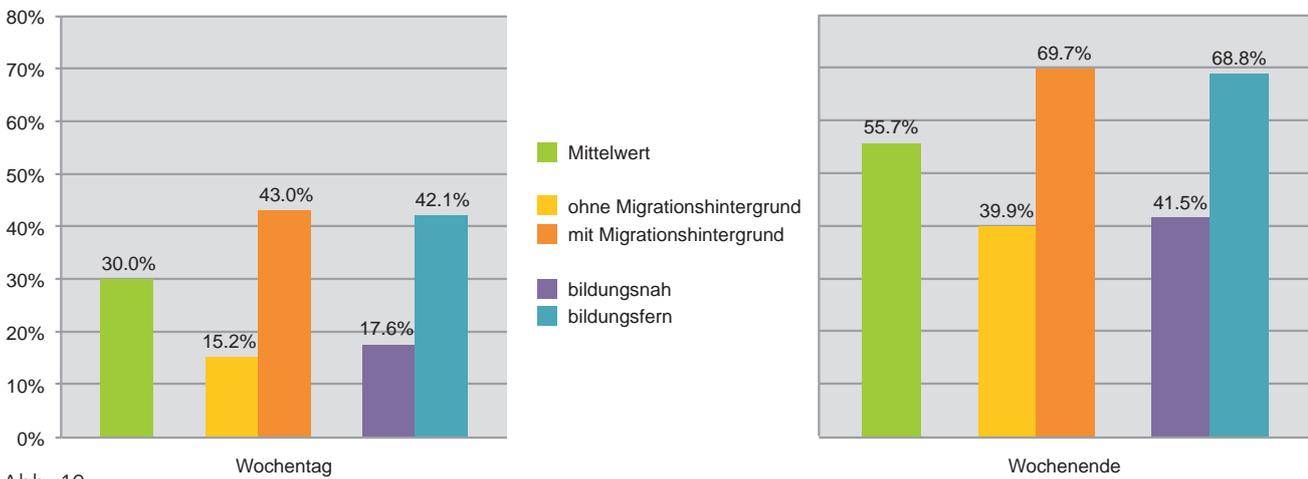


Abb. 10

Anteil der Kinder, die mindestens eine Stunde mit einem elektronischen Spielgerät spielen, unterteilt in Wochentag und Wochenende („Mein Kind nutzt mind. 1 Stunde elektronisches Spielgerät“)

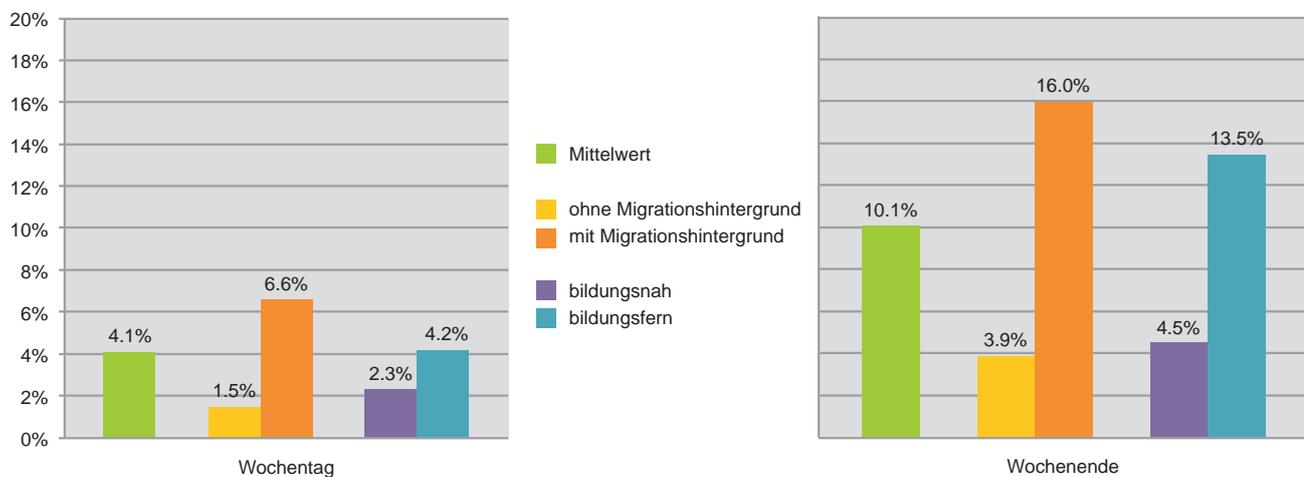


Abb. 11

Das Angebot der Augsburger Sportvereine wird bereits bei den Vorschulkindern recht gut angenommen. Mehr als die Hälfte von ihnen treibt mindestens einmal pro Woche Sport im Verein (Abb. 9). Jedoch wird das Angebot in Abhängigkeit von Schicht und Kultur sehr unterschiedlich angenommen. So sind Kinder mit Migrationshintergrund, vor allem aber Kinder aus bildungsfernen Familien weitaus seltener im Sportverein aktiv.

Medienkonsum

Während diese Kinder also ein reduziertes Bewegungsverhalten an den Tag legen, verbringen sie sehr viel mehr Zeit am Fernseher und mit elektronischen Spielgeräten (Abb. 10 und 11). Am Wochenende sehen fast 70% dieser Vorschul Kinder mindestens eine Stunde fern. Wochentags wird erwartungsgemäß insgesamt weniger ferngesehen als am Wochenende, der Unterschied zwischen Kindern mit unterschiedlicher Bildungsnähe ist hier jedoch noch größer als am Wochenende. Das Fernsehen scheint in vielen Familien ein fester Bestandteil des kindlichen Alltags zu sein.

Das Spielen mit elektronischen Geräten wie Playstation, Xbox usw. ist im Gegensatz zum Fernsehen in der untersuchten Altersklasse noch nicht sehr ausgeprägt. Vor allem Kinder ohne Migrationshintergrund und aus bildungsnahen Familien nutzen derartige Spielgeräte weder an Wochentagen noch am Wochenende sonderlich lange.

Vor allem bei Vorschulkindern mit Migrationshintergrund scheinen jedoch Elektronikspiele bereits sehr beliebt zu sein.

Motorik

Nach der Betrachtung des Bewegungs- und Spielverhaltens der Vorschul Kinder soll nun dargestellt werden, wie es um die Motorik dieser Altersgruppe bestellt ist.

Dazu wurde zunächst erhoben, ob das Kind bereits ohne Stützräder Fahrrad fahren kann. Dies trifft für über 80% der Kinder zu (Abb. 12). Das Fahrradfahren ist somit als fester Bestandteil des Bewegungsrepertoires von Vorschulkindern anzusehen. Benachteiligt sind hier wiederum einige Kinder mit Migrationshintergrund und aus bildungsfernen Familien, denen diese Form der aktiven Erkundung der näheren Umgebung in diesem Alter noch versagt ist.

Ziemlich genau die Hälfte der Kinder ohne Migrationshintergrund kann schon vor der Einschulung schwimmen, bei den Migrantenfamilien kann es nur ein knappes Viertel der Kinder (Abb. 13). Dies ist nun aber sicherlich nicht auf schlechtere motorische Fähigkeiten dieser Kinder zurückzuführen. Möglicherweise hat das Schwimmen in der deutschen Kultur einfach einen höheren Stellenwert als in anderen Kulturen. Ganz ähnlich ist die Verteilung aber auch in Familien mit geringem und hohem Bildungsstand.

Anteil der Kinder, die ohne Stützräder Fahrrad fahren können („Mein Kind kann Fahrrad fahren“)

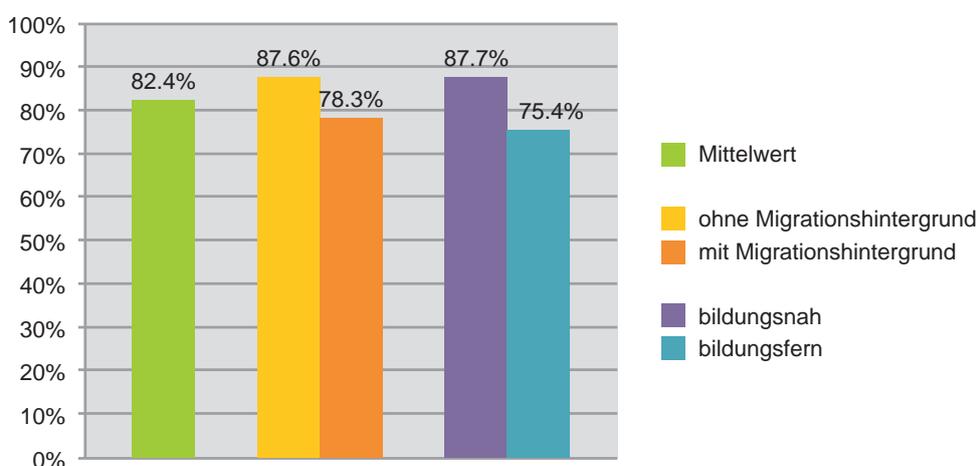


Abb. 12

Anteil der Kinder, die ohne Auftriebshilfe schwimmen können („Mein Kind kann schwimmen“)

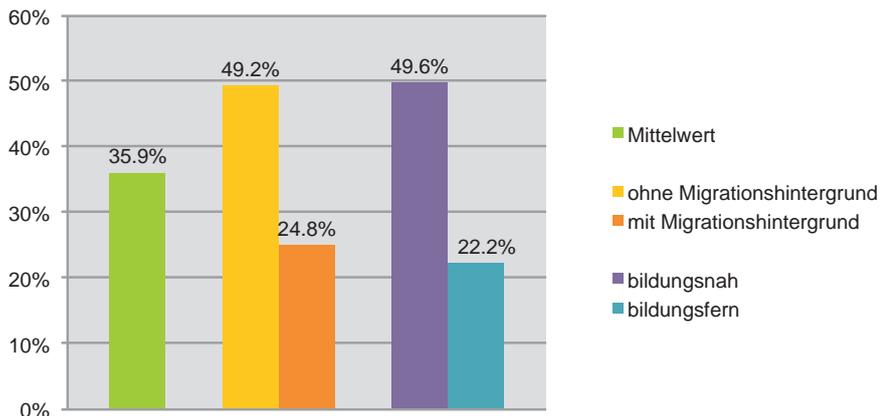


Abb. 13

Ergebnisse der Motoriktests

Balancieren rückwärts

Schnitt: 8,2 Schritte (\pm 4,9 Schritte); maximal möglich waren 16 Schritte

- 12,5% schaffen pro Versuch höchstens einen Schritt
- 4,5% schaffen keinen einzigen Schritt

Seitliches Hin-und-Herspringen

Schnitt: 28,9 Hüpfen (\pm 10,9)

Augsburger Kinder sind insgesamt besser als die Norm, aber große Leistungsunterschiede einzelner Kinder

- 19,7% sind unter ihrer Altersnorm
- 55,4% sind in der Norm
- 24,9% sind über der Norm

Standweitsprung

Schnitt: 87,3 cm (\pm 17,5 cm)

Augsburger Kinder sind insgesamt deutlich schlechter als die Norm

- 34,3% sind unter ihrer Altersnorm
- 60,2% sind in der Norm
- 5,5% sind über der Norm

Dabei muss angemerkt werden, dass kommerziell angebotene Schwimmkurse oftmals sehr teuer sind, so dass sich diese nicht jede Familie leisten kann.

Bei den verschiedenen motorischen Aufgaben liegen die Augsburger Kinder teils über, teils unter den deutschlandweiten Normwerten.

Beim Balancieren rückwärts über den 6 cm breiten Holzbalken schafften die Kinder im Schnitt 8 von möglichen 16 Schritten. Damit liegen sie insgesamt in der Norm. Auffällig ist hierbei der große Leistungsunterschied unter den einzelnen Kindern. Ca. 20% der Kinder schaffen bei einem der beiden Versuche die volle Punktzahl, während 7% der Kinder bei einem Versuch nicht einmal einen einzigen Schritt lang die Balance halten können. Weder der Migrationshintergrund noch die Bildungsnähe haben irgendeinen Einfluss auf diese motorische Testaufgabe. Jedoch sind adipöse Kinder auffällig schlechter als normalgewichtige Kinder. Auch Kinder, die nicht in einem Sportverein sind, sind in dieser Aufgabe schlechter als Sport treibende Kinder.

Beim seitlichen Hin-und-Herspringen schneiden die meisten Augsburger Vorschüler ebenfalls normgerecht ab. Es gibt allerdings auch bei dieser Aufgabe eine große Spanne innerhalb der getesteten Kinder. Ein Fünftel von ihnen liegt unter der Norm, während ein Viertel darüber liegt. Migrationshintergrund und Bildungsnähe sind hierbei keine bedeutenden Einflussfaktoren. Bessere Leistungen haben allerdings auch bei dieser Aufgabe Kinder vorzuweisen, die im Sportverein aktiv sind.



Ergebnisse



- BMI, Vereinssport und Medienkonsum beeinflussen motorische Leistung
- Signifikant erhöhter BMI bei
 - weniger Spiel im Freien im Winter
 - weniger Sport im Verein
 - höherem Fernsehkonsum
 - höherem Elektronikkonsum



Diskussion



Für guten motorischen Entwicklungsstand im Vorschulalter wichtig:

- viel Bewegung, wenig Medienkonsum
- Bewusstsein der Eltern um die Wichtigkeit von Bewegung und Sport

Aufgabe der Kommune:

- Mit Bewegungs- und Sportangeboten alle Schichten und Kulturen ansprechen

Beim Standweitsprung liegen 60% der Augsburger Kinder innerhalb der Normwerte. Über ein Drittel springt allerdings nicht die geforderte Weite. Der Standweitsprung ist die einzige motorische Testaufgabe, bei der Kinder mit Migrationshintergrund und geringerem Bildungsstand durchschnittlich schlechter abgeschnitten haben. Auch Kinder, die übergewichtig sind, die keinen Vereinssport machen und die lange fernsehen, schneiden bei dieser Aufgabe schlechter ab.

Insgesamt gesehen, ist bei den motorischen Tests die große Spannweite zwischen sehr fitten und weniger fitten Kindern sehr auffällig. Die Faktoren, die dazu führen, sind teilweise stark miteinander verflochten. Ein Faktor, der die motorische Leistung der Kinder beispielsweise stark beeinflusst, ist der Body Mass Index (BMI). Dessen Höhe wiederum weist in unserer Studie einen klaren Zusammenhang mit wenig Bewegung und viel Medienkonsum auf.

Folgerungen

Um einen guten motorischen Entwicklungsstand im Vorschulalter zu gewährleisten, muss also verstärkt darauf geachtet werden, dass explizit Kinder aller Schichten und Kulturen mit Bewegungsangeboten angesprochen werden. Ein nützlicher Schritt hierbei könnte sein, dass die Stadt Augsburg die Handlungsempfehlungen umsetzt, die aus der ASIS-Studie zum Thema Sport und Integration („Augsburger Sport- und Integrationsurvey“) in Kooperation von Stadt und Universität Augsburg hervorgegangen sind (Altenberger, Turan, Hofmann & Hildmann, 2011). Kinder aus Elternhäusern, in denen das

Bewusstsein für die Wichtigkeit von Bewegung und Sport bereits vorhanden ist, finden in Augsburg anscheinend gute Möglichkeiten vor, eine gesunde bewegungsreiche Lebensweise zu praktizieren.

Literatur

- Altenberger, H., Turan, G., Hofmann, J. & Hildmann, J. (2011). „Augsburger Sport- und IntegrationsSurvey (ASIS)“. Abschlussbericht zum Forschungsprojekt (unveröffentl.). Augsburg: Institut für Sportwissenschaft der Universität Augsburg.
- Augste, C. & Lames, M. (2009). Der Einfluss sozialer Faktoren auf die sportmotorische Leistungsfähigkeit von Kindern. In M. Krüger, N. Neuber, M. Brach & K. Reinhart (Hrsg.), *Bildungspotenziale im Sport*. 19. Sportwissenschaftlicher Hochschultag der dvs vom 16.-18. September in Münster (S.85). Hamburg: Czwalina.
- Krombholz, H. (2006). Physical performance in relation to age, sex, birth order, social class, and sports activities of preschool children. *Perceptual and Motor Skills*, 102, 477-484.
- Ledermüller, A. (2011). Sportmotorische Tests im Kindergarten. Eine Querschnittstudie in Marktoberdorf. Augsburg: Institut für Sportwissenschaft der Universität Augsburg (unveröffentl. Hausarbeit).

Dr. Claudia Augste
 Institut für Sportwissenschaft der Universität Augsburg
 Bewegungs- und Trainingswissenschaft
 86135 Augsburg
 Tel. 0821-598-2814
 E-Mail: claudia.augste@sport.uni-augsburg.de

Die Zustimmung der Patienten zu einer Impfung ist entscheidend von der Beratung des Arztes abhängig

Impfen in Deutschland – Vorbehalte gegen Impfungen

Dr. Martin Lang

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte in Bayern

Bei Impfungen im Kindesalter haben sich die Impfquoten in den vergangenen zehn Jahren deutlich erhöht. Bundesweit sind etwa 95% der Kinder gegen die gefährlichsten Infektionskrankheiten des Kleinkindalters geschützt. Krankheiten wie Diphtherie oder Kinderlähmung, die noch in der Generation unserer Eltern besonders gefürchtet waren, sind aus Deutschland verschwunden.

Ganz anders ist die Situation bei Masern. Noch immer sterben Menschen hierzulande an dieser impfpräventablen Erkrankung – immer häufiger infizieren sich auch junge, ungeschützte Erwachsene. Von Impfkritikern werden die Masern verharmlosend als Kinderkrankheit dargestellt, die man am besten durchmachen sollte. Eine fatale Fehleinschätzung. Noch Anfang dieses Jahrhunderts starben weltweit mehr als eine halbe Million Menschen an dieser Infektionskrankheit. Doch damit nicht genug. Eine gefälschte Studie, die einen angeblichen Zusammenhang zwischen der Masernimpfung und Autismus zum Inhalt hatte, führte in Großbritannien zu einem dramatischen Rückgang der Impfungen. Inzwischen gibt es auf der Insel wieder Masernausbrüche, obwohl Masern in den 1990er Jahren des vergangenen Jahrhunderts dort bereits ausgerottet waren.

Impfquoten Schuleingangsuntersuchung

Bundesweiter Impfschutz bei Schuleingang 2009 (n=678.095) sehr gut:

Diphtherie:	95,9%
Tetanus:	96,3%
Poliomyelitis	95,3%
Pertussis:	94,4%
Haemophilus influenzae Typ b :	93,8%

Größte Unterschieden in den Bundesländern bei:

Hepatitis B:	81,4% bis 96,1%	(Bayern 86,3%)
Masern:	2. Dosis: 85,8 bis 94,9%	(Bayern 85,8%)
Varizellen:	15,1% bis 70,7%	(Bayern 15,1%)
Meningokokken C:	25,8% bis 84,8%	(Bayern 34,2%)

Die Impfquote für die **2. Masernimpfung** ist deutlich gestiegen (92,6% der Schüler hatten 2009 Impfdokumente):

1999:	15% der Kinder bei Einschulung 2x geimpft
2004:	65,7%
2009:	90,2%
Ziel:	95%

25.01.2012

Dr. M. Lang

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.
Landesverband Bayern

4

Masern in Deutschland

2009: 570 Fälle
 2010: 777 Fälle
 2011: 1.575 Fälle in den ersten 42 KW
 davon 429 Fälle in Bayern,
 524 in Baden-Württemberg,
 davon 1 Todesfall (München), 2 SSPE-Todesfälle

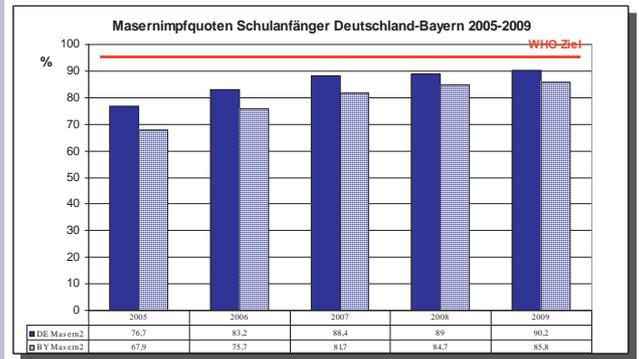
Komplikationen der Masern

- Pneumonie, Laryngobronchitis, Otitis media: häufigste Komplikationen (5 bis 15%)
- Enzephalitis (1/1.000 Erkrankte) mit Letalität von ca. 15% und neurologischen Folgen bei ca. 25% insbesondere bei jüngeren Kindern und im Erwachsenenalter
- Subakute Sklerosierende Panenzephalitis (SSPE): seltene, tödlich verlaufende degenerative Erkrankung des Zentralnervensystems (ZNS), verursacht durch persistierende ZNS-Infektion (1/10.000 bis 1/100.000 Masernfälle), im Durchschnitt sieben Jahre nach Masernerkrankung

Die Zustimmung der Patienten für eine Impfung ist entscheidend von der Beratung des jeweiligen Arztes abhängig. Wir Fachleute haben daher eine besondere Verantwortung, um diese effektive Präventionsmaßnahme einzusetzen. Jede Impfung schützt nicht nur den Einzelnen – die so genannte Herdenimmunität bietet auch denjenigen Schutz, die selbst nicht geimpft werden können. Dieser gesellschaftlichen Aufgabe sollten wir uns stellen.

Dr. med. Martin Lang
 Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Bayern (BVKJ)
 Bahnhofstraße 4, 86150 Augsburg
 Tel. 0821-38383
 E-Mail: Dr.Lang@jugendmedizin.de,
 bvkj@jugendmedizin.de
 www.jugendmedizin.de, www.bayern.bvkj.de

BVKJ-Geschäftsstelle München:
 Tegernseer Landstraße 138, 81539 München
 Tel. 089-64209585



Quelle: Weber, S. u. Post-Kornhuber, C.: Aktuelle Erstdiagnosen Impfbereiten und -pflichtigen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Broughton mit beigefügten 11, 2008 (2008)

25.01.2012 Dr. M. Lang

Impfvorbehalte:

Forsa-Umfrage 5/2011: „Impfen im Kindesalter“*

Befragung von 3.002 Eltern bundesweit:

ohne Vorbehalte: 64 % - **mit Vorbehalten 35%** - Impfgegner: 1%

Auswirkung der Impfskepsis	ges.
6-fach Impfung abgelehnt	34%
Impfzeitpunkt bewußt auf später verschoben	26%
Impfbuchkontrollen werden abgelehnt	9%
„Masern sind ungefährlich“	38%
„Kinderkrankheiten sind gut für die Entwicklung“	63%

Impfvorbehalt (Skepsis) 35% - Impfgegner: 1%

Eltern-Begründung	gesamt
Impfen ist unnötig	18%
zu starke körperliche Belastung	15%
Angst vor Nebenwirkungen / Impfschäden	14%
Im Alltags-Trubel „vergessen“	11%
Arzt hat abgeraten	15%
Hebamme hat abgeraten	2%

Impfvorbehalt (nach Bildung):

	Eltern-Begründung	gesamt	Hauptschule	Abitur
1.	Impfen ist unnötig	18%	16%	22%
2.	zu starke körperliche Belastung	15%	13%	20%
3.	Angst vor Nebenwirkungen	14%	12%	18%
4.	Im Alltags-Trubel „vergessen“	11%	13%	10%
	Arzt hat abgeraten	15%	13%	18%
	Hebamme hat abgeraten	2%	2%	2%

* Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Elternbefragung zum Thema „Impfen im Kindesalter“, Ergebnisbericht Mai 2011 (www.bzga.de)

Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Bayern (MiMi-Bayern)

Ein Multiplikatorenprojekt zur gesundheitlichen Chancengleichheit

Britta Lenk-Neumann

MiMi Bayern

Trotz der steigenden Zahl und des zunehmenden Anteils der Migranten an unserer Gesellschaft sind viele von ihnen nach wie vor in einer benachteiligten Position in Bezug auf ihre Gesundheitschancen. Sprachliche und kulturelle Barrieren, Belastungen aufgrund der Migration, der komplizierte Aufbau des deutschen Gesundheitssystems sowie ein bevorzugt auf die Mehrheitsgesellschaft ausgerichtetes Gesundheitsangebot erschweren Migranten den Zugang zum hiesigen Gesundheitssystem. Diese Faktoren führen unter anderem zu einer geringeren Inanspruchnahme von psychosozialer Beratung und Psychotherapie, Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen sowie weiteren Präventionsangeboten.

Um dem zu begegnen, hat das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. 2003 das Gesundheitsprojekt „Mit Migranten für Migranten“ (MiMi) entwickelt, das bundesweit an über 50 Standorten und an sechs weiteren Standorten in Europa implementiert wurde. 2009 hat die WHO in einer Case Study das MiMi-Projekt als Best-Practice-Modell zur interkulturellen Gesundheitsförderung und Prävention ausgezeichnet.

In Augsburg wird das Projekt „Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Bayern (MiMi-Bayern)“ seit 2008 in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Roten

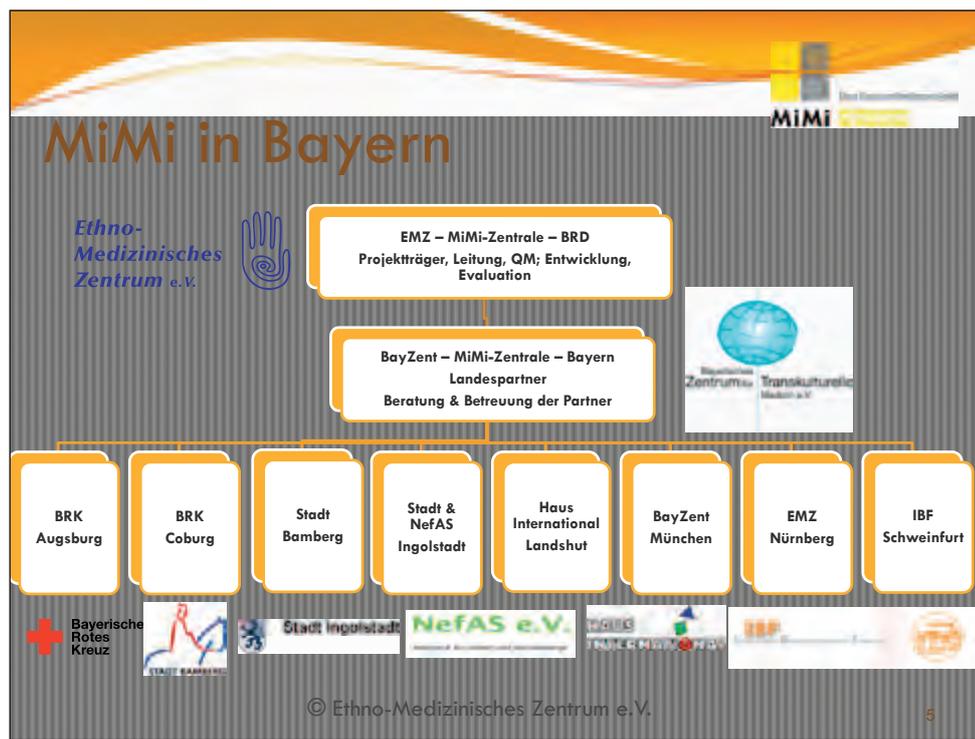


Die MiMi-Mediatorengruppe Ingolstadt



MiMi-Mediatorin Nigora Mirzoeva, München

Kreuz, Kreisverband Augsburg-Stadt, als lokalem Projektträger umgesetzt. Es ist als einer von inzwischen acht Standorten in Bayern Teil des größten Projekts zur Gesundheitsprävention für Migranten, welches durch das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit und die Betriebskrankenkassen in Bayern gefördert wird. An den weiteren Standorten in Bamberg, Coburg, Ingolstadt, Landshut, München, Nürnberg und Schweinfurt sind jeweils im interkulturellen Bereich aktive Vereine, Wohlfahrtsverbände oder die Städte lokale Projektpartner.



Ziel ist es, gut integrierte und engagierte Migrantinnen und Migranten zu interkulturellen Gesundheitsmediatoren auszubilden, damit diese ihre Landsleute über Aufbau und Dienste des hiesigen Gesundheitswesens sowie zu wichtigen Präventionsthemen kultursensibel und mehrsprachig informieren. Bayernweit wurden bisher 182 engagierte Migrantinnen und Migranten zu interkulturellen Gesundheitsmediatoren geschult, die in 558 mehrsprachigen Informationsveranstaltungen mehr als 6.800 Personen direkt erreicht haben. Schlüssel des Projekts sind dabei die Ressourcenorientierung, sowohl in Bezug auf die Multiplikatoren als auch auf die Teilnehmer der Informationskampagnen, und ein kultursensibler Setting-Ansatz. Die Mediatoren verfügen über ein hohes Bildungsniveau, z.B. finden sich unter ihnen mehrere in ihren Herkunftsländern ausgebildete Ärzte, die in Deutschland keine Approbation besitzen. Sie sind mit ihrem Wissen eine große Bereicherung und fühlen sich gestärkt, wenn sie dieses einbringen können. Auch die Ressourcen der Teilnehmer lassen sich in den Informationskampagnen sehr gut nutzen. So kann beispielsweise in Veranstaltungen zu Ernährung und Bewegung auf im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung häufig bessere Fertigkeiten im Kochen zurückgegriffen werden. Die Multiplikatoren, die mit den Ernährungsgewohnheiten und speziellen Nahrungsmitteln ihrer Landsleute vertraut sind, können ihre Veranstaltungen entsprechend anpassen, Informationen und Ratschläge werden besser angenommen.

Die von den Mediatoren durchgeführten Informationsveranstaltungen sind das Herzstück des Projekts. Gerade bei den verstärkt mit Tabus besetzten und auch sehr intimen Themen wie „Seelische Gesundheit“ oder „Schwangerschaft und Familienplanung“ ist die kultursensible Vermittlung, die Kenntnis der Strukturen im Herkunftsland und damit verbundener Erwartungen und nicht zuletzt das Gespräch mit gut integrierten und engagierten Mediatoren in der Muttersprache enorm hilfreich. Dankbar sind die Teilnehmer der Veranstaltungen aber auch für die Möglichkeit, sich mit Personen, die sich in ähnlicher Lage befinden, auszutauschen.

Wie sich aus der Evaluation der Veranstaltungen ableiten lässt, werden hierbei zahlreiche Personen erreicht, die durch schlechte Deutschkenntnisse sowie ein niedriges Bildungsniveau als schwer erreichbar gelten. Der Großteil der Teilnehmer sind Frauen, die meisten von ihnen zwischen 30 und 50 Jahren. Diese haben wiederum meist zwei oder mehr Kinder, für deren Gesundheit und Gesunderhaltung sie sich als Mütter einsetzen möchten.

Die Themenschwerpunkte von MiMi-Bayern richten sich nach der Gesundheitsinitiative „Gesund.Leben. Bayern.“, den jeweiligen lokalen Gegebenheiten und Schwerpunkten der Standorte, Anregungen aus dem Fachbeirat des Projekts, aber auch den Wünschen der Kampagnenteilnehmer und Rückmeldungen der

Migration und Gesundheit

Erschwerter Zugang der Migranten zur Regelversorgung aufgrund von ...

- Sprachbarrieren
- kulturellen Hintergründen / Einstellungen / Krankheitskonzepten
- Belastungsfaktoren in der Migration
- kompliziertem Aufbau des deutschen Gesundheitswesens
- Ausrichtung der Dienste auf die Mehrheitsgesellschaft

Folglich nehmen Migranten Dienste und Angebote des Gesundheitssystems weniger in Anspruch, das zeigt sich z.B. in

- geringer Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen
- geringer Inanspruchnahme von psychosozialer Beratung oder Psychotherapie
- geringer Inanspruchnahme von Präventionsangeboten

Mit Migranten für Migranten

MiMi als Best Practice Programm zur Integration der Migranten in das Gesundheitssystem (WHO, 2009)

- Ausbildung von interkulturellen Gesundheitsmediatoren
- kultursensibler Settingansatz
- Ressourcenorientierung (Mit Migranten!)
- Implementierung des Projekts seit 2003, inzwischen über 50 Standorte in Deutschland und sechs in Europa
- Austausch und Vernetzung zwischen Migranten und Diensten

MiMi in Bayern

Im Rahmen der Landesinitiative „Gesund.Leben. Bayern.“ steht MiMi seit 2008 für kultursensible Gesundheitsförderung und Prävention in Bayern

- 8 Projektstandorte:
 - Augsburg
 - Bamberg
 - Coburg
 - Ingolstadt
 - Landshut
 - Nürnberg
 - München
 - Schweinfurt
- 182 ausgebildete Gesundheitsmediatoren
- 558 durchgeführte Informationsveranstaltungen
- 6.841 Teilnehmer
- 2 mehrsprachige Wegweiser zur Vorsorge und Prävention sowie zur Psychotherapie

Ausgewählte Ergebnisse

Beliebteste Themen:

- „Vorsorge und Früherkennung“
- „Ernährung und Bewegung“
- „Deutsches Gesundheitssystem“
- „Mundgesundheit“

Teilnehmer der Veranstaltungen:

75% Frauen,
über 50% von ihnen haben mehr als zwei Kinder, über 30% haben keine berufliche Ausbildung und üben derzeit keine Beschäftigung aus

Meist aufgesuchte Veranstaltungsorte:

- Kultur- und Begegnungszentren
- religiöse Einrichtungen
- Sprachschulen

Mediatoren. Themen, für die sich die Teilnehmer der MiMi-Veranstaltungen besonders interessieren, sind neben Informationen zum „Deutschen Gesundheitssystem“ auch „Vorsorge und Früherkennung“, dem Schwerpunktthema der Projektphase 2008/2009, und „Seelische Gesundheit“ sowie „Seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen“, worauf 2010/2011 der Fokus lag. Zu den vorgenannten drei Themen sind im Rahmen des Projekts, neben dem bundesweiten Wegweiser „Gesundheit Hand in Hand“ zum deutschen Gesundheitssystem, der bayerische Leitfaden „Bleiben Sie gesund – Früherkennung und Vorsorge für Kinder und Erwachsene“ und der „Wegweiser Psychotherapie“, jeweils mit einem für Migranten relevanten Adressteil entstanden, sehr benutzerfreundliche Leitfäden in zahlreichen Sprachen (siehe hierzu www.ethno-medizinisches-zentrum.de).

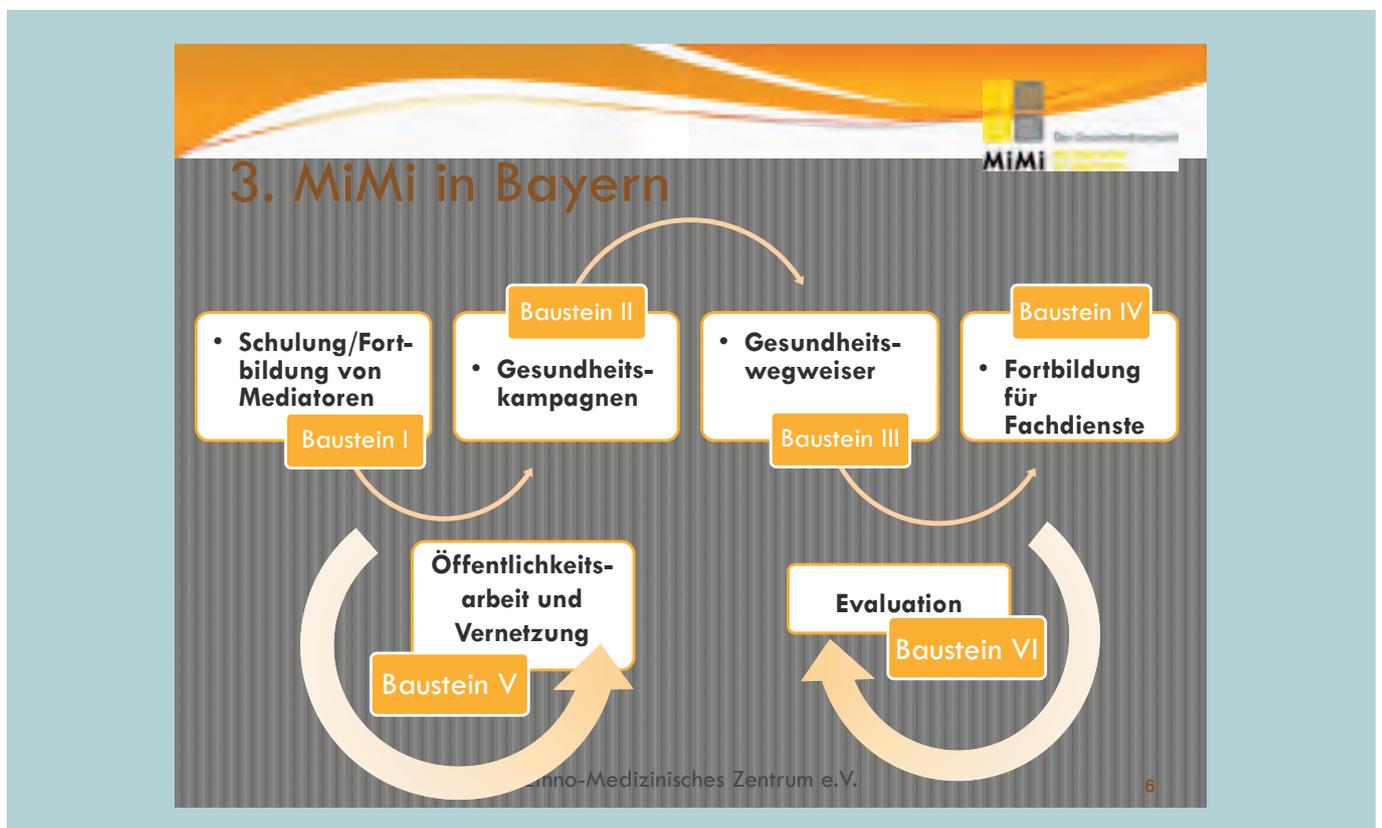
In der psychosozialen Versorgung, die in Deutschland ein breites Hilfeangebot bietet, sind Migranten unterrepräsentiert. Gründe hierfür sind, neben den bereits erwähnten Verständigungsschwierigkeiten und der unzureichenden Kenntnis des Gesundheitssystems sowie der unterschiedlichen Angebote, unter anderem auch die zwar angestreb-

te, aber noch nicht durchgehend erfolgte Öffnung der vorhandenen Dienste und Einrichtungen.

Um hier einen Beitrag zu leisten, wurden im Rahmen des MiMi-Projekts in Bayern in interkulturellen Trainings Mitarbeiter der Fachdienste für die speziellen Bedürfnisse von Migranten sensibilisiert und dabei unterstützt, den aktuellen Erfordernissen im Bereich der interkulturellen Gesundheitsversorgung und Prävention erfolgreich zu begegnen.

Für die nächste Projektphase wird in Absprache mit den Projektpartnern ein besonderer Fokus auf die Themen „Kindergesundheit“, „Brustkrebs“, „Alkohol- und Suchtprävention“ und „Kommunikation mit Migranten im Krankenhaus“ gelegt werden.

Britta Lenk-Neumann
 MiMi-Projektbüro Bayern
 Bayerisches Zentrum für Transkulturelle Medizin e.V.
 Sandstraße 41, 80335 München
 Tel. 089-43909028
 E-Mail: Lenk-Neumann@bayzent.de



Ressourcen und Risiken für eine gesunde psychische/seelische Entwicklung im Kindes- und Jugendalter in einer Kommune

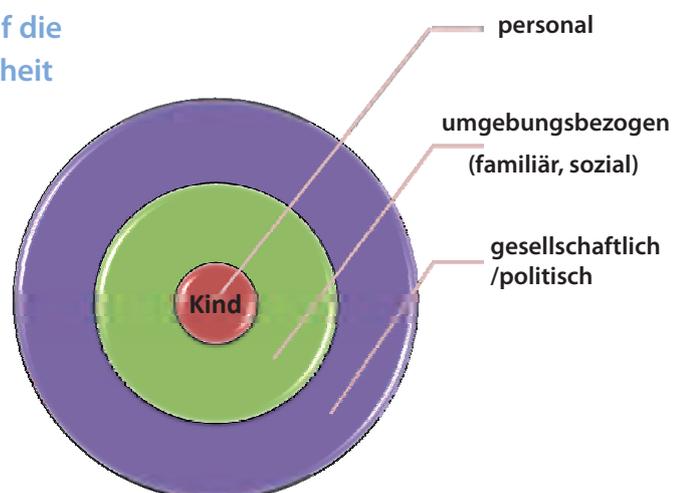
Florian Daxer

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am Josefinum, Augsburg

Die Gegenüberstellung von Schutz- und Risikofaktoren ist aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht ein wesentlicher Bestandteil bei der Prognose der Entwicklung unserer Kinder.

Der Begriff Salutogenese oder Gesundheitsentwicklung steht als Antonym zur Pathogenese und beschreibt die Gesundheit als dynamisches Gleichgewicht, das ständig verschiedenen Stör- und Schutzfaktoren ausgesetzt ist. Gesundheit und Krankheit werden dementsprechend als entgegengesetzte Pole eines Kontinuums gesehen (Antonovsky 1987). Gesundheit ist damit neben den individuellen Faktoren stark abhängig von umgebungsbedingten Faktoren, die im jeweiligen Lebenskontext des Einzelnen zu sehen sind. Psychische Gesundheit ist also eingebettet in einen biopsychosozialen Kontext. Im Mittelpunkt steht dabei das Kind/der Jugendliche mit seinen personalen Einflussfaktoren, wiederum beeinflusst durch umgebungsbezogene (familiäre/soziale) und gesellschaftliche/politische Einflussfaktoren. Gesundheit ist als aktiver Prozess laufend positiven und negativen Einflüssen ausgesetzt. Mit anderen Worten ist der Mensch ständig Belastungen ausgesetzt, die er mit seinen Ressourcen auszugleichen versucht. Dies führt zu einer Anpassung oder Fehlanpassung. Die kindliche Entwicklung mit ihren zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben ist dabei als eine Abfolge von Phasen erhöhter Vulnerabilität für positive und negative Faktoren zu sehen.

Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit



Schutz- und Risikofaktoren

Sowohl Schutz- als auch Risikofaktoren lassen sich in personen- und umgebungsbezogene (familiäre und soziale) Größen unterteilen. Zu den überwiegend angeborenen personalen Ressourcen zählen unter anderem gute Intelligenz, positives Temperament, Kongruenzsinn (die Erwartung, dass Erlebensereignisse verstehbar, erklärbar und bewältigbar sind), ein dispositioneller Optimismus (die generalisierte globale und zeitlich stabile Ergebniserwartung, dass „alles gut gehen wird“) sowie die intrapersonellen Möglichkeiten des Kindes, sich mit entwicklungsfördernden Reizen aktiv auseinanderzusetzen. Zu den familiären Schutzfaktoren zählt man z.B. einen guten familiären Zusammenhalt, Herzlichkeit, Harmonie oder gemeinsame Unternehmungen. Unter den sozialen Schutzfaktoren subsumiert man alle protektiven Faktoren im sozialen Umfeld (z.B. Freunde, Vereinszugehörigkeit, Schule, Religionsgemeinschaft).

Neben den biologischen Risikofaktoren (z.B. Frühgeburtlichkeit, genetische Belastung, niedrige Intelligenz, schwieriges Temperament) tragen familiäre wie ein psychisch erkrankter Elternteil, Broken-Home-Situation oder beengte Wohnverhältnisse und soziale Risikofaktoren,

etwa ein niedriger sozioökonomischer Status, maßgeblich zu einer Beeinträchtigung der psychischen Entwicklung bei. Insgesamt entsteht durch die zunehmende Beschleunigung aller Lebensvollzüge in der heutigen Zeit ohne ausreichende Bewältigungskompetenzen der Kinder und Jugendlichen eine Imbalance zwischen Risikofaktoren und Ressourcen.

Resilienz (Widerstandsfähigkeit) ist definiert als „Fähigkeit, sich von den nachteiligen Folgen früherer Erfahrungen schnell zu erholen oder angesichts belastender Lebensumstände ohne offensichtliche psychische Schäden zu bestehen und Bewältigungskompetenz zu entwickeln“ (Petermann et al., 1998). Resilienz ist kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal, sie kann in der Entwicklung variieren und ist das Ergebnis des Zusammenwirkens individueller und sozialer Faktoren. Daraus resultiert, dass sie förderbar ist, sie kann unmittelbar auf Seiten des Kindes und mittelbar z.B. durch Steigerung der elterlichen Erziehungskompetenz beeinflusst werden.

„Neue Morbidität“

Die so genannte „Neue Morbidität“ beschreibt die seit den 1950er Jahren beobachtete Verschiebung der

Risiko- und Schutzfaktoren

Risikofaktoren

Biologische Risikofaktoren:

- Genetische Belastung
- Frühgeburtlichkeit
- Niedrige Intelligenz
- Schwieriges Temperament

Familiäre Risikofaktoren:

- Psychisch erkrankter Elternteil
- Broken-Home-Situation, alleinerziehender Elternteil
- Beengte Wohnverhältnisse

Soziale Risikofaktoren:

- Niedriger sozioökonomischer Status
- Migration



Schutzfaktoren

Personale Ressourcen:

- Gute Intelligenz
- Positives Temperament
- Kohärenzsinn
- Dispositioneller Optimismus
- Aktive Auseinandersetzung mit Entwicklungsreizen

Familiäre Schutzfaktoren:

- Familiärer Zusammenhalt
- Herzlichkeit/Harmonie
- Gemeinsame Aktivitäten

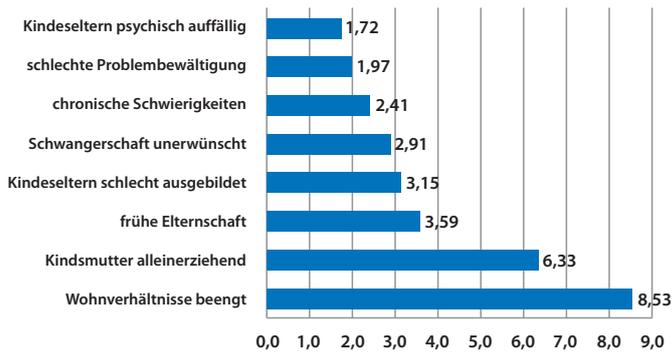
Soziale Schutzfaktoren:

Alle unterstützenden Faktoren im sozialen Umfeld (z.B. Schule, Freunde, Vereinszugehörigkeit, Religionsgemeinschaft)

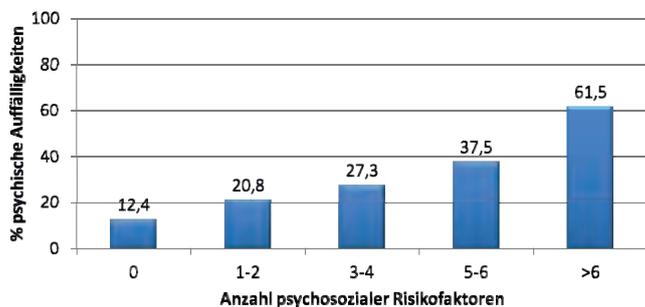


Mannheimer Risikokinderstudie

Rel. Risiko für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten



Kumulation von Risikofaktoren



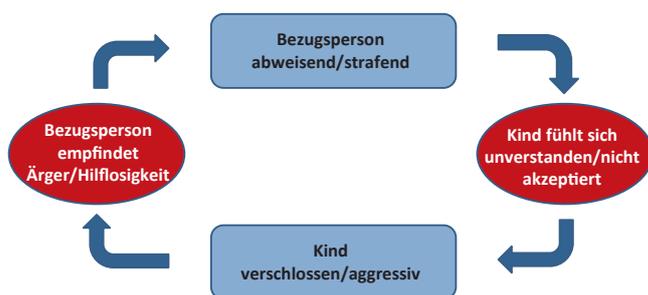
Krankheitsbilder von akut zu chronisch (z.B. Asthma, Allergien, Adipositas) und von somatisch zu psychisch (Verhaltens- und Entwicklungsstörungen z.B. motorische und sprachliche Entwicklungsverzögerung, ADHS, Sozialverhaltensstörungen, Depression). Hierfür ist eine Vielzahl individueller und gesellschaftlicher Ursachen verantwortlich. Der Wandel ist stark bestimmt durch den Lebensstil und die Lebensverhältnisse des Einzelnen.

Einflussfaktoren auf die psychische Entwicklung

In verschiedenen Studien wurden die Einflussfaktoren auf die psychische Entwicklung im Kindes- und Jugendalter untersucht. Hervorzuheben ist zum einen die Mannheimer Risikokinderstudie, eine Längsschnittstudie, bei der 384 Kinder von Geburt bis zum 19. Lebensjahr untersucht wurden. Ziele waren die Identifikation von Gruppen von Kindern, deren Entwicklung gefährdet ist („Risikokinder“), und die Identifikation von Lebensumständen, die eine Entwicklungsgefährdung darstellt („Risikofaktoren“). Hier konnte u.a. gezeigt werden, dass die personalen Ressourcen sowie eine positive frühe Eltern-Kind-Beziehung eine besondere Bedeutung innerhalb der erwähnten Schutzfaktoren haben, während die Risikokinder eine hohe interindividuelle Variabilität bezüglich der Reaktion auf Belastungen zeigen, d.h. bei weitem nicht alle Auffälligkeiten zeigen. Psychische Auffälligkeiten manifestieren sich häufig bereits im Kleinkindalter, weisen eine hohe Persistenz auf und es etabliert sich in der Interaktion meist bereits in der frühen Kindheit ein Muster wechselseitiger Negativität. Die Kumulation von Risikofaktoren erhöht den prozentualen Anteil psychischer Auffälligkeiten drastisch.

Die zweite wesentliche Studie zu diesem Thema ist der Kinder- und Jugend-Gesundheitssurvey (KiGGS), an dem insgesamt 17.641 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren in 167 repräsentativ ausgewählten Orten der Bundesrepublik Deutschland teilnahmen. Hier wies fast jedes siebte Kind psychische Auffälligkeiten auf, Jungen insgesamt häufiger als Mädchen. Ein Blick auf die personalen Ressourcen zeigte, dass Mädchen, Jugendliche mit Migrationshintergrund und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus häufiger defizitäre personale Ressourcen aufweisen. Bei den sozialen Ressourcen sind es Jungen, Jugendliche mit Migrationshintergrund und Jugendliche aus den Familien mit niedrigem Sozialstatus, die häufiger defizitäre soziale Ressourcen zeigen. Im Bereich der familiären Ressourcen sind es Mädchen und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus mit gehäuft defizitären Ressourcen.

Negative Gegenseitigkeit (Teufelskreis):



nach Schneewind 1998

Der Vergleich demografischer Merkmale zwischen Migranten und Nicht-Migranten zeigte, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund überproportional häufig aus Familien mit niedrigem Sozialstatus stammen, die Hauptschule besuchen und die Eltern wesentlich häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Der Fokus liegt damit zunehmend auf der sozialen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund, kulturelle und ethnische Aspekte treten dagegen in den Hintergrund, besonders bei Zweit- und Drittgenerationsmigranten. Jugendliche mit defizitärem Familienklima rauchten etwa doppelt so häufig, tranken vermehrt Alkohol und konsumierten häufiger illegale Drogen. Hauptschüler, Jungen, Kinder aus unteren Sozialschichten und Jugendliche mit Migrationshintergrund fanden instrumentelle Gewalt, also den Einsatz von Gewalt um ein Ziel zu erreichen, am ehesten akzeptabel.

Aus dem KiGGS-Kollektiv wurden im Rahmen der BELLA-Studie 2.942 Kinder und Jugendliche genauer bezüglich psychischer Auffälligkeiten, Risiko- und Schutzfaktoren sowie ihrer Lebensqualität untersucht. Insgesamt zeigten hier 21,9% psychische Auffälligkeiten, davon 2,2% Anzeichen für eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS), 5,4% für Depression, 7,6% für eine Störung des Sozialverhaltens und 10% für eine Angststörung. Als Risikofaktoren wurden niedriger sozioökonomischer Status, konfliktbeladene Familien bzw. Erziehende, die ihre eigene Kindheit/Jugend nicht als harmonisch empfanden, unglückliche Partnerschaft der Erziehenden, psychische Erkrankung eines Elternteils und das Aufwachsen in einem Ein-Eltern-Haushalt identifiziert. Auch im Rahmen dieser Auswertung wirkten Risikofaktoren kumulativ, psychisch unauffällige Kinder wiesen deutlich häufiger personale, familiäre und soziale Ressourcen auf. Psychische Auffälligkeiten gingen auch mit einer deutlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität einher und nur ca. 50% der Kinder mit psychischen Erkrankungen befanden sich in psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung.

Wesentliche Ergebnisse der KiGGS-Studie sind, dass sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche und solche mit Migrationshintergrund ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten zeigen, in einem ungünstigeren Familienklima aufwachsen, eine höhere Gewaltbelastung und -bereitschaft aufweisen, häufiger psychische Auffälligkeiten zeigen, insgesamt geringere personale, familiäre und soziale Ressourcen aufweisen und seltener dem Arzt oder Psychotherapeuten vorgestellt werden. Damit ist zu

konstatieren, dass sie Belastungen besonders schlecht ausgleichen können.

Präventions- und Interventionsziele

In der Zusammenschau der Forschungsergebnisse können folgende Präventions- und Interventionsziele formuliert werden:

- Reduktion von Risikoeinflüssen (z.B. Primärprävention zum Substanzmissbrauch bereits in der Grundschule)
- Minimierung der Stress- und Belastungswahrnehmung beim Kind/Jugendlichen
- Kompetenzerhöhung der Bezugspersonen (Konflikt-/ Stressbewältigung, Modellverhalten, konstruktive Kommunikation, autoritativer Erziehungsstil)
- Förderung der kindlichen Kompetenzen (Problemlösungsfähigkeit, Verantwortungsübernahme, Selbstwirksamkeit, positive Selbsteinschätzung, soziale Kompetenz, Stressbewältigungsstrategien)
- Verbesserung interpersoneller (familiärer und sozialer) Strukturen

Dazu bedarf es einer engen Vernetzung und Kooperation aller Leistungsträger einer Kommune, eines niederschweligen Angebots für schwer erreichbar Familien, aufsuchender Dienste (möglichst bereits ab der Schwangerschaft), guter Aus- und Weiterbildungsangebote sowie an den besonderen Bedürfnissen von Risikogruppen orientierte Hilfsangebote. Der Förderung der kindlichen Resilienz sowie personaler, familiärer und sozialer Schutzfaktoren kommt hierbei eine besonderen Bedeutung zu, besonders wenn Eltern ihren Erziehungsaufgaben nicht mehr (ausreichend) nachkommen können.

Florian Daxer
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie
Josefinum
Kapellenstrasse 30, 86154 Augsburg
Tel. 0821-2412-435
E-Mail: daxer.florian@josefinum.de

„Gesund aufwachsen für alle!“ – Ein bundesweites Kooperationsprojekt

Ein Prozess des gemeinsamen Lernens mit Kommunen, bezogen auf die Umsetzung der Handlungsempfehlungen des Kooperationsverbands „Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessern!“

Stefan Bräunling

Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten /
Gesundheit Berlin-Brandenburg

Der Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ nimmt die aus den Good Practice-Beispielen zusammengetragene Expertise in den Handlungsempfehlungen „Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessern!“ zur Grundlage, um eine Umsetzung auf kommunaler Ebene und den gemeinsamen Erfahrungsaustausch darüber zu verstärken. Als Zusammenschluss der relevanten Institutionen und Organisationen in der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung bietet der bundesweite Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ den fachlichen Rahmen und unterstützt den Prozess als Schnittstelle zwischen Praxis, Wissenschaft und politischer Entscheidungsebene. Die Online-Umsetzung wird den Partnerprozess transparent und nachvollziehbar flankieren und schafft die hierfür notwendige Infrastruktur zum Austausch, zur Darstellung, Dokumentation sowie Evaluation des gemeinsamen Lernprozesses.

Die Handlungsempfehlungen

Die sieben Handlungsempfehlungen im Einzelnen:

- **Blick auf die Lebenswelt:** Damit wirklich das „ganze Dorf“ die Bedingungen für gesundes Aufwachsen bereitstellt, sollten alle Aktivitäten in der Perspektive auf die Lebenswelt Kommune geplant und gestaltet werden (Setting-Ansatz). Individuelle Informations-, Unterstützungs- und Bildungsangebote für Eltern, Kinder und Jugendliche sollten immer mit Ansätzen verbunden werden, die die belastenden und unterstützenden Lebensbedingungen in den Blick nehmen und gestalten: Beispielsweise mehr Bewegungsräume im Quartier schaffen oder erweiterte, regelmäßige Beteiligung bei Entscheidungen ermöglichen.
- **Partnerschaftlich zusammen arbeiten:** Die gesundheitsfördernde Ausrichtung der gesamten Kommune kann nur gelingen, wenn Partner über Verwaltungs- und Zuständigkeitsgrenzen hinweg zusammen arbeiten. Dazu gehören der Gesundheitsbereich, aber natürlich auch die Bereiche Jugendhilfe, Bildung oder Soziales.
- **Wertschätzende und befähigende Haltung:** Die Partner sollten über Verwaltungs- und Zuständigkeitsgrenzen hinweg ein gemeinsames Selbstverständnis teilen, das den jungen Familien wertschätzend begegnet und darauf ausgerichtet ist, deren Lebens- und Erziehungskompetenzen zu stärken (Empowerment).

- **Niedrigschwellige Angebote schaffen:** Um die jungen Familien auch wirklich zu erreichen, müssen alle Unterstützungs- und Beteiligungsangebote niedrigschwellig angelegt sein. Für die Professionellen ist dies oft ein Perspektivwechsel, denn es gilt zu reflektieren, welche Faktoren die Eltern, Kinder oder Jugendlichen daran hindern können, diese auch wahrzunehmen.
- **Multiplikatoren einbinden:** Um beispielsweise Familien mit Migrationshintergrund zu erreichen, hat es sich als hilfreich erwiesen, Multiplikatoren einzubinden. Diese kennen sich in ihrer Community aus, können Themen und Unterstützungsangebote oft viel lebensnäher vermitteln als die Professionellen und sind oft die Türöffner für weiterführende Unterstützungsangebote.
- **Ehrenamtliche qualifizieren und unterstützen:** Im Rahmen von Multiplikatorenkonzepten, aber auch darüber hinaus können Ehrenamtliche eine wichtige Rolle bei der Unterstützung junger Familien spielen. Um diese dauerhaft einzubinden und zu motivieren, müssen sie für ihre Arbeit qualifiziert und anerkannt werden.
- **Beteiligung auf allen Ebenen sicherstellen:** Alle diese Ansätze dürfen nicht über die Köpfe der betroffenen Eltern, Kinder und Jugendlichen hinweg entschieden und umgesetzt werden. Für regional passende und dauerhaft wirksame Lösungen müssen sich nicht nur die betroffenen Verwaltungen abstimmen, sondern sollten stets auch die Bewohnerinnen und Bewohner der betroffenen Quartiere an der Planung, Entscheidungsfindung und -umsetzung beteiligt werden.

Der kommunale Partnerprozess

Bei der Umsetzung der Handlungsempfehlungen werden gemeinsame Erfahrungen gesammelt, der Austausch ermöglicht und für eine weitergehende Vertiefung des Handlungsfeldes genutzt. Das generierte Wissen findet Anschluss in die Entwicklung von kommunalen Strategien für die Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen – insbesondere bei Kindern und Jugendlichen!

In vielen Städten, Gemeinden und Kreisen gibt es bereits Erfolg versprechende Ansätze, aber auch Interesse von Kommunen, dieses Thema stärker in den Fokus der eigenen Aktivitäten zu rücken. Am Partnerprozess teilneh-

BZrA

GRUPPENTHERAPIE UND SOZIALBEMACHTERLEISTEN
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Prävention, die wirkt – Kooperationsverbund bündelt Erfahrungen

- Erfahrungswissen gesammelt: Was Kinder und Jugendliche in schwierigen Lebenslagen stärkt
- 57 Good Practice-Projekte und -Programme identifiziert
- Handlungswissen mit Expertinnen und Experten ausgewertet
- Erkenntnisse in Handlungsempfehlungen gebündelt
- Veröffentlicht auf: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-bei-kindern-und-jugendlichen

Abb. 1

Konzept der Handlungsempfehlungen

Ziele:

- Nachhaltige Verbesserung der Gesundheitschancen **aller Kinder und Jugendlichen**
- Entwicklung und Umsetzung **integrierter Handlungskonzepte** in den Kommunen



Abb. 2

Lösungsansatz: Kommunale Präventionsketten

Praktische Erfahrungen sprechen für die **Realisierung von kommunalen Präventionsketten:**

- 1 • Gesundheitsförderung und Prävention sind Teil jeder Entwicklungs- und Lebensphase
- 2 • Unterstützung und Hilfe so früh wie möglich
- 3 • Alle Akteurinnen und Akteure arbeiten professionsübergreifend zusammen
- 4 • Ressourcen unterschiedlicher Sektoren werden zielgerichtet für ein gesundes Aufwachsen genutzt
- 5 • Übergänge werden als Chancen für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche gestaltet – bestehende Hürden reduziert

Abb. 3

Beispiel für kommunale Präventionsketten: Dormagen



Willkommen im Leben

Abb. 4

men kann nicht nur, wer schon über ausdifferenzierte Strukturen für die Gesundheitsförderung verfügt, sondern auch, wer sich auf den Weg zu einem kommunalen Gesamtkonzept macht!

Initiiert wurde der Partnerprozess durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Zusammenarbeit mit den kommunalen Spitzenverbänden, dem Gesunde Städte-Netzwerk (GSN) und der Techniker Krankenkasse. Die zentrale Vermittlungsstruktur in jedem Bundesland bildet der Regionale Knoten.

1. Der Partnerprozess ist partizipativ angelegt. Es werden gemeinsame Erfahrungen erarbeitet, die in einen lernenden Prozess einfließen sollen.
2. Dabei wird auf eine bestehende Online-Plattform (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) als auch auf eine bestehende Community von Experten (Regionale Knoten und Gesunde Städte-Netzwerk) und weiteren Akteuren zurückgegriffen.
3. Die Online-Tools sollen diesen Prozess systematisch begleiten und unterstützen. Die Expertise aus dem Kooperationsverbund wird hier genutzt und praktisch verknüpft.
4. Insbesondere ein fachlicher Dialog zwischen den Kommunen sowie weiteren Partnern (Experten, Organisationen usw.) wird angestoßen.
5. Es wird gemeinsames Wissen generiert und auf die Plattform integriert. Die Online-Werkzeuge können

dabei ganz nach den Wünschen der Kommunen umgesetzt und entwickelt werden. Es muss die Unterschiedlichkeit bei den Voraussetzungen beachtet werden (bspw. räumliche Distanzen, fehlende Zuständigkeiten).

Erste Erfolge der Präventionskette der Stadt Dormagen am Rhein

- Über 99% der Eltern empfangen uns beim Hausbesuch
- Rückgang der stationären Hilfen von 1999 bis 2004 um die Hälfte, seitdem stabil! Zunahme der ambulanten Hilfen im gleichen Zeitraum
- Seit 2005 Zunahme der frühen und präventiven Hilfen
- Seit 2007 starker Rückgang der Inobhutnahmen bei Kindern unter sechs Jahren
- Verbesserte Bildungschancen bei Kindern, die am Prokita-Programm teilnehmen
- Rückgang der Sorgerechtsentzüge
- Starke Steigerung der Teilnahme an Elternbildungsangeboten/Elternkompetenztrainings
- Verbesserung der Infrastruktur für Familien

Vgl. Abb. 4, Quelle: Präsentation von Martina Hermann-Biert, Jugendamt Dormagen, 30.11.2011

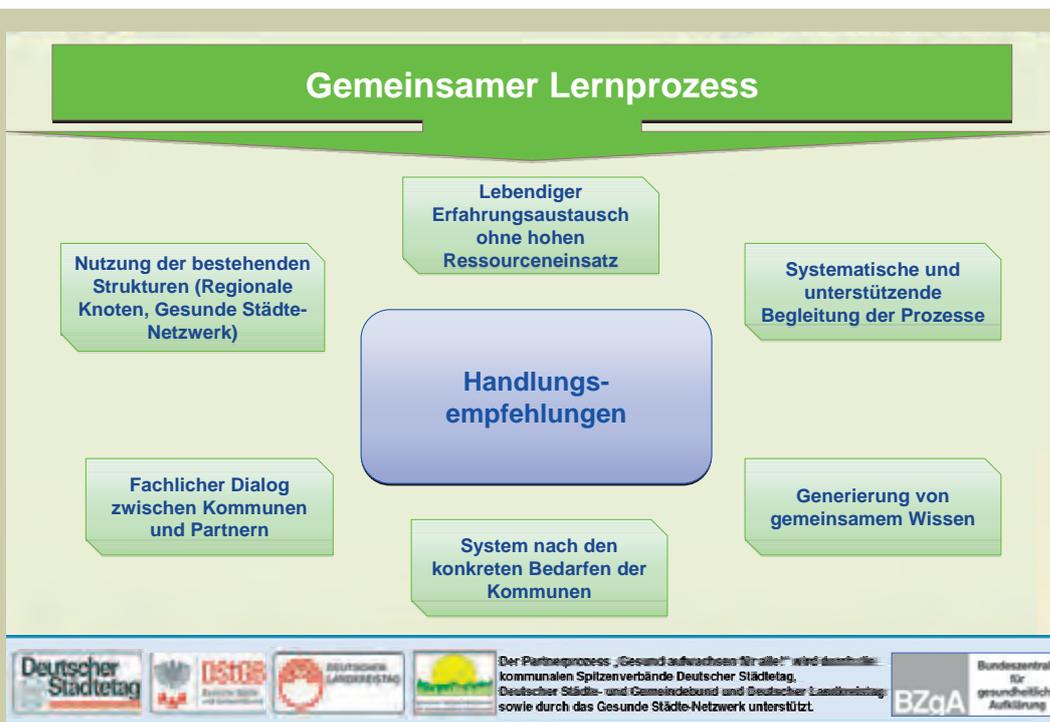


Abb. 5

Webtools für den Partnerprozess

Als unterstützende Infrastruktur für den gemeinsamen Erfahrungsaustausch werden den Kommunen bedarfsgerechte Webtools auf der Internetplattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de zur Verfügung gestellt. Sie bieten einen niedrigschwelligen Zugang zu den bereits bestehenden kommunalen Erfahrungen und ermöglichen es, unkompliziert eigene Beiträge in den Partnerprozess einzubringen.

Die **Online-Visitenkarte** für Kommunen und Nutzer/innen des Portals gibt Auskunft über die eigenen Aktivitäten, Erfahrungen und Interessen. Damit verbunden sind passgenaue und aktuelle Angebote aus dem Partnerprozess und den teilnehmenden Partnerkommunen. Alle Partner bleiben hierüber auf dem aktuellen Stand und werden eingeladen, sowohl ihre Expertise als auch ihre Interessens- und Arbeitsgebiete zu präsentieren. Eine Eintragung ist schnell und einfach zu handhaben. Sie bietet attraktive Möglichkeiten im Partnerprozess.

Die **Online-Matrix der Handlungsempfehlungen** stellt die fachliche Strukturierung des Partnerprozesses dar. Sie bietet den einfachen und unkomplizierten Einstieg in die Handlungsempfehlungen, dessen mögliche Ansatzpunkte und ihre jeweiligen Lebensphasen. Anhand dessen können sowohl eigene Erfahrungen als auch Interessenschwerpunkte zugeordnet werden. Dabei wird die Tabelle durch die Nutzer/innen der Kommunen mit Erfahrungen, Dokumenten, Präsentationen, Links, Kommentaren und mehr gefüllt. Das Beisteuern von Materialien wird unkompliziert ermöglicht und gut nachvollziehbar präsentiert.

Durch die **gemeinsame Bearbeitung** können Erfahrungen und der partnerschaftliche Austausch verdichtet werden. Das Webportal gesundheitsliche-chancengleichheit.de und die Webtools des Partnerprozesses bieten die Möglichkeit, mit anderen Nutzer/innen Beiträge zu verfassen, diese zu veröffentlichen und auf Wunsch (offen oder geschlossen) zu diskutieren. Die Nutzer/innen veröffentlichen ihre Artikel darüber hinaus öffentlichkeitswirksam und bauen den gemeinsamen Erfahrungsschatz auf.

Die Online-Instrumente stehen allen kommunalen Akteuren offen, die einen Beitrag zur Verringerung der Folgen von sozialer Benachteiligung und Kinderarmut, insbesondere mit Blick auf die Gesundheit, leisten wollen und hierfür Inspiration, Materialien und Austauschmöglichkeit

Was bieten der Partnerprozess und seine Online-Angebote den kommunalen Akteuren?

- Teilhabe am gemeinsamen Prozess zur kommunalen Umsetzung der Handlungsempfehlungen
- Unterstützung für alle interessierten Kommunen über die Online-Instrumente der Plattform
- Ein Forum, um Erfahrungen, Materialien, Werkzeuge und mehr miteinander auszutauschen
- Passgenaue und aktuelle Informationen für die eigenen Aktivitäten und Interessen
- Die Möglichkeit, sich und die eigenen Aktivitäten öffentlichkeitswirksam abzubilden und zu präsentieren
- Zugang und Kontakt zu wichtigen und hilfreichen Partnern

Die zugrunde liegenden Handlungsempfehlungen „Gesundheit sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher nachhaltig verbessern!“ finden Sie unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-bei-kindern-und-jugendlichen/handlungsempfehlungen

im Rahmen des Angebotes auf dem Portal bekommen. Gleichzeitig soll der Aufbau eines integrierten kommunalen Gesamtkonzeptes (bspw. Präventionsketten) unterstützt werden. Partnerkommunen, die hier ihre Aktivitäten intensivieren, werden über das Portal in den Fokus gerückt, so dass ihre Erfahrungsberichte ein zentrales Element im Rahmen des Partnerprozesses werden!

Stefan Bräunling
Geschäftsstelle Kooperationsverbund
Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten
Gesundheit Berlin-Brandenburg
Friedrichstraße 231, 10969 Berlin
Tel. 030-44319060
E-Mail: braeunling@gesundheitsbb.de

Regionaler Knoten Bayern Präventionsstützpunkt Gesundheitliche Chancengleichheit

Der Regionale Knoten Bayern ist Koordinierungs- und Vernetzungsstelle für Gesundheitsförderung bei sozialer Benachteiligung in Bayern. Zielsetzung ist die Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen.

Ungleiche Gesundheitschancen durch materielle und soziokulturelle Ungleichheit sind eine Herausforderung für Politik, Gesellschaft und das Gesundheitssystem. Soziale Benachteiligung mindert Gesundheitschancen und Lebenserwartung. Als Gegengewicht will der Regionale Knoten Bayern gezielt gesundheitsbezogene Prävention stärken.

Aufgaben des Regionalen Knotens sind u.a. die Förderung von Kooperationen und Vernetzung zur Gesundheitsförderung auf Landesebene, die Unterstützung einer praxisorientierten Qualitätsentwicklung, interdisziplinäre Fachtagungen, Fortbildungen und Arbeitsgruppen sowie Öffentlichkeitsarbeit. Dazu kommt die Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“

Der Regionale Knoten ist in die Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG) integriert. Er wird durch die Initiative Gesund.Leben.Bayern. des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit gefördert.

Der vorliegende Leitfaden für Kommunen entstand im Rahmen des bundesweiten Partnerprozesses „Gesund aufwachsen für alle!“. Er basiert auf einer Tagung des Regionalen Knotens in Augsburg und zeigt auf, wie kommunale Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen umgesetzt werden kann.

www.lzg-bayern.de, „Regionaler Knoten“



Bayerisches Staatsministerium für
Umwelt und Gesundheit

