

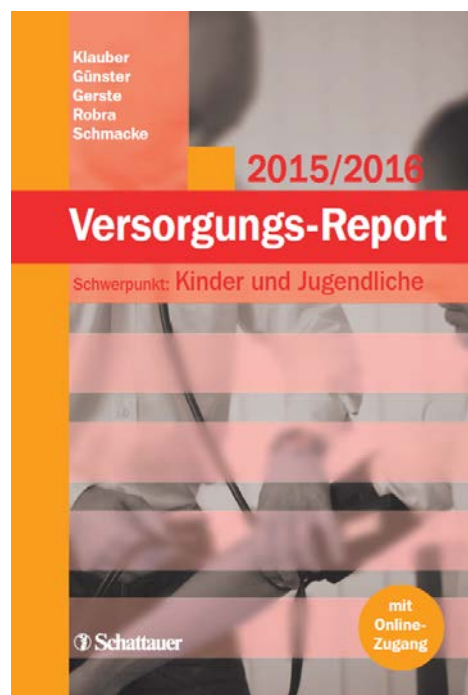
# Versorgungs-Report 2015/2016

## „Kinder und Jugendliche“

Jürgen Klauber / Christian Günster /  
Bettina Gerste / Bernt-Peter Robra /  
Norbert Schmacke (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 281-296



<b>13</b>	<b>Entwicklungsförderung sozial benachteiligter Kinder am Beispiel einer Region.....</b>	<b>281</b>
	<i>Gabriele Trost-Brinkhues, Thilo Koch, Gabriele Ellsäßer</i>	
13.1	Beschreibung der Region: Die StädteRegion Aachen .....	281
13.2	Bedeutung einer frühen Entwicklungsförderung .....	283
13.3	Datenlage in der StädteRegion Aachen .....	284
13.4	Zusammenhänge von Entwicklungsauffälligkeiten der Kinder und elterlicher Bildung .....	286
13.5	Gesundheitsförderliche Entwicklungsbedingungen in einer Region.....	289
13.5.1	Konsentierete Gesundheitsziele .....	289
13.5.2	Bedarfsorientierte strukturelle Angebote .....	291
13.5.3	Vernetzung der beteiligten Akteure .....	293
13.5.4	Multiplikatorenschulungen .....	293
13.6	Fazit.....	294

# 13 **Entwicklungsförderung sozial benachteiligter Kinder am Beispiel einer Region**

Gabriele Trost-Brinkhues, Thilo Koch, Gabriele Ellsäßer

## **Abstract**

Die Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen der StädteRegion Aachen zeigen seit Jahren, welcher Handlungsbedarf sozialräumlich, bildungs- und zielgruppenspezifisch bei Vorschulkindern besteht. Die Ergebnisse werden sowohl auf politischer Ebene als auch auf Fachebene genutzt, um Gesundheitsziele und Maßnahmen abzuleiten. Ein Schwerpunkt liegt auf der frühzeitigen Entwicklungsförderung von Kindern mit besonderen gesundheitlichen und psychosozialen Unterstützungsbedarfen. Im Rahmen eines mehrdimensionalen Ansatzes wird sozialräumlich vorgegangen, in strukturelle Angebote investiert, intersektoral vernetzt kooperiert und es werden gezielt Multiplikatoren fortgebildet.

For many years, data of the yearly school-entrance examination within the StädteRegion (urban region) Aachen show what socio-geographical, educational and target group specific actions are needed for preschool children. The results are used both on the political as well as the expert level to derive health objectives and interventions. High emphasis is placed on early developmental fostering of children with special health and psycho-social needs. The approach is a multidimensional one with a socio-geographical orientation, investing in structural services, cooperating in intersectoral-networks and a targeted training of multipliers.

13

## **13.1 Beschreibung der Region: Die StädteRegion Aachen**

Die StädteRegion Aachen ist ein Gemeindeverband und besteht aus den Städten Aachen, Alsdorf, Baesweiler, Eschweiler, Herzogenrath, Monschau, Stolberg und Würselen sowie den Gemeinden Simmerath und Roetgen. Dabei ist die Stadt Aachen – in der Rechtsstellung einer kreisfreien Stadt – mit etwa 236 000 Einwohnern die weitaus größte Kommune der StädteRegion Aachen ([www.staedteregion-aachen.de](http://www.staedteregion-aachen.de)) (Abbildung 13–1).

Die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes wurden mit Gründung der StädteRegion Aachen im Oktober 2009 in einem gemeinsamen Gesundheitsamt zusammengeführt, das sich mit ca. 120 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen um die öffentliche Gesundheit der rund 570 000 Menschen in der Region (Stand 31.12.2013) kümmert. Hierzu gehören eine Vielzahl von Aufgaben im Rahmen des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung: Die Surveillance von Infektionserkrankun-

Abbildung 13-1



gen verbunden mit Maßnahmen des Infektionsschutzes (IfSG), eine bedarfsbezogene Vernetzung der sozialpsychiatrischen einschließlich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, die lebensphasenbezogene Gesundheitsförderung mit Fokus auf Kinder und Jugendliche, ältere Menschen und Migranten (Naidoo und Wills 2010), die Vernetzung von niederschweligen gesundheitsbezogenen Angeboten für Familien in prekären gesundheitlichen bzw. sozialen Lebenslagen, die Gesundheitsbeobachtung der Bevölkerung und daraus ableitend die Handlungsbedarfe in der Region.

In der StädteRegion Aachen leben rund 90 000 Kinder und Jugendliche, darunter rund ein Drittel aus Migrantenfamilien (definiert über „nicht deutsche Muttersprache“) (Gesundheitsamt). Sie wachsen in der StädteRegion Aachen unter sehr unterschiedlichen sozialen Voraussetzungen auf. Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit lebten im Juni 2014 20% der Kinder unter 15 Jahren im SGB-II-Bezug. Die soziale Ungleichheit beginnt bereits bei den Kleinsten (< 4 Jahre) und ist in der StädteRegion regional sehr unterschiedlich verteilt. Die niedrigsten Werte von rund 8% werden in den Eifelgemeinden beobachtet, während in einzelnen Stadtteilen Höchstwerte von 32% erreicht werden.

Rund 50 niedergelassene Kinder- und Jugendärzte, zehn Kinder- und Jugendpsychiater in sieben Praxen, die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie an der RWTH Aachen sowie die beiden Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin (RWTH Aachen und Stolberg) mit den angeschlossenen Sozialpädiatrischen Zentren gewährleisten die medizinische Versorgung für die Kinder in der Region. Dabei zählt die Uniklinik der RWTH Aachen als Krankenhaus der Maximalversorgung. Zusätzlich sind zahlreiche weitere Fachdisziplinen im ambulanten und stationären Bereich eingebunden; als Beispiel werden das Audiologische Zentrum und die Pädaudiologie benannt. Interdisziplinäre und sektorenübergreifende Kooperationen in Arbeitskreisen vernetzen die medizinische und sozialpädiatrische Versorgung zwischen dem ambulanten, stationären und kommunalen Bereich. Der öffentliche Gesundheitsdienst hat dabei eine wichtige Initiatoren- und Moderatorenrolle (Trost-Brinkhues 2005).

Entsprechend dem Paradigmenwechsel von der Kuration zur Prävention bei verändertem Erkrankungsspektrum bei Kindern und Jugendlichen bedarf es gemäß der Ottawa-Charta von 1986 einer sektorenübergreifenden Kooperation. In der StädteRegion Aachen ist es gelungen, politische Beschlüsse und Verwaltungshandeln an einer „gesundheitsförderlichen“ Gesamtstrategie auszurichten. Dabei entwickelten die Akteure die Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen ziel- und lebensweltbezogen. Hierbei konnten die Erfahrungen des Gesundheitsamtes aus dem Beirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen, der Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder (Ellsäßer et al. 2011) sowie aus dem beratenden Arbeitskreis des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit genutzt werden.

## 13.2 Bedeutung einer frühen Entwicklungsförderung

Die Basiserhebung des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (Kurth 2006) und die 2015 veröffentlichte telefonische Folgebefragung (Lampert et al. 2015) konnten zeigen, dass sich die soziale Ungleichheit der Lebensbedingungen und Teilhabechancen in der Gesundheit der Kinder widerspiegeln. So berichten die Autoren in der Publikation mit dem Titel „Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu?“, dass „bereits frühe Gesundheitsstörungen und Entwicklungsstörungen vermehrt bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien festgestellt“ werden. Zu analogen Ergebnissen kommen die jährlichen im Internet veröffentlichten Analysen des Landes Brandenburg zur gesundheitlichen und sozialen Lage von kleinen Kindern ([www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de)). Die 2014

veröffentlichte Stellungnahme der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina mit zwei weiteren Wissenschaftsakademien fasst den derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand aus Sicht verschiedener Disziplinen zur Bedeutung der frühkindlichen Entwicklung für eine lebenslange gesundheitliche Prägung wie folgt zusammen: „In der frühen Kindheit gibt es kritische und sensible Phasen, in denen zwingend bestimmte Umwelterfahrungen gemacht werden müssen. Nur dann können sich wichtige Strukturen des Nervensystems und die daran gekoppelten Fähigkeiten und Verhaltensweisen in voller Ausprägung entwickeln. Werden diese kritischen Phasen nicht mit den erforderlichen Umwelteinflüssen „bedient“, so bleibt die neuronale Entwicklung unvollständig und bestimmte Verhaltensweisen können gar nicht oder nur mit Einschränkungen erworben werden. Diese Defizite sind irreversibel. Sie bleiben ein Leben lang bestehen und können auch durch ein intensives Training in späteren Lebensphasen selten vollständig, manchmal gar nicht mehr ausgeglichen werden. [...] Aus der Lebensverlaufsperspektive ist es daher besonders sinnvoll, Bildungsinvestitionen für die frühe Kindheit bereitzustellen.“ (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V. et al. 2014, S. 8). Darüber hinaus stellen neuere Studien zum erhöhten Medienkonsum fest, dass dieser eine erhebliche Auswirkung auf die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit und später auch auf die schulischen Leistungen der Kinder hat (Kleimann und Mößle 2006; Pfeiffer et al. 2007). Die Analysen der Daten der Einschulungskinder in der Städte-Region Aachen zeigen analoge Zusammenhänge (Gesundheitsamt).

Basierend auf der eigenen langjährigen Datenlage und dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand zur Bedeutung der sozialen Lage der Familien für die gesundheitliche Entwicklung der Kinder haben die Akteure in der Region Aachen zahlreiche Angebote entwickelt. Der Fokus wurde dabei auf Maßnahmen der primären wie sekundären Prävention gelegt – insbesondere für sozial- und bildungsbenachteiligte Kinder ab Geburt bis zum Schulbeginn (Mielck et al. 2012). Des Weiteren flossen in die Entwicklung der Angebote eine in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt durchgeführte Langzeitbeobachtung (1968 bis 1999) zur Gewichtsentwicklung von Aachener Kindern (Böhle 2004) ein sowie spezifische Gesundheitsanalysen zu Binge-Eating-Störungen bei Einschulungskindern (Herpertz-Dahlmann et al. 2003; Lamerz et al. 2005 a, b) und sozialräumliche Erhebungen zu Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern zum Zeitpunkt der Einschulung (Trost-Brinkhues 2014).

### 13.3 Datenlage in der StädteRegion Aachen

Die Schuleingangsuntersuchung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) stellt eine wichtige Datenquelle für die Beobachtung der Kindergesundheit dar. Als gesetzlich verankerte Pflichtuntersuchung vor Schulbeginn erfasst sie alle Einschüler in Form einer Totalerhebung. Die Schuleingangsuntersuchung wird in Aachen nach dem in NRW etablierten „Bielefelder Modell“ standardisiert durchgeführt, dokumentiert und bewertet (LZG 2013). Kleinräumige Vergleiche sowohl zwischen den Städten und Gemeinden der StädteRegion als auch zwischen den einzelnen Lebensräumen der Stadt Aachen werden den Akteuren über die Gesundheitsberichterstattung des Gesundheitsamtes kartografisch und als Zeitreihen zeitnah zur Verfügung gestellt.

Diese Erkenntnisse zur gesundheitlichen und sozialen Lage werden genutzt, um im Sinne des „Public Health Action Cycle“ Handlungsbedarfe abzuleiten, diese in den Arbeitskreisen bzw. auf kommunalen Gesundheitskonferenzen mit den Akteuren zu besprechen und den Bedarf an Maßnahmen abzustimmen.

Das Gesundheitsamt in der StädteRegion Aachen untersucht jedes Jahr rund 4 800 Kinder im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung. Diese Untersuchung beinhaltet eine Elternbefragung zu soziodemografischen Parametern. Abgefragt werden dabei unter anderem der höchste Bildungsstand bzw. Berufstätigkeit – getrennt nach Mutter und Vater –, Familienstand der Eltern, Geschlecht des Kindes, Muttersprache des Kindes, Betreuungsdauer in einer Kindertagesstätte, Medienkonsum, Entwicklung des Kindes, bisherige Erkrankungen bzw. Behinderungen, therapeutische Versorgung oder schulrelevante Betreuungsnotwendigkeiten. Die ärztliche Untersuchung besteht aus einem **Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreening** für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS) (Daseking et al. 2009; LZG 2009; Petermann et al. 2009) (Kasten 1) und einer anschließenden umfangreichen körperlichen

Kasten 1

### Schulrelevante Vorläuferfähigkeiten und ihre möglichen Auswirkungen

Eine ressourcenorientierte Gesundheitsförderung schließt auch die individuelle und angemessene Förderung aller Kinder in Zusammenarbeit mit den Pädagogen ein; hier ist es sinnvoll, Stärken und Schwierigkeiten eines Kindes zu realisieren und soziokulturelle Einflüsse zu beachten. Die schulärztliche Untersuchung bezieht sich daher auch auf schulrelevante Vorläuferfähigkeiten:

- „Störungen der Motorik bzw. der Körperkoordination“ können sich auf die psychosoziale Entwicklung auswirken.
- Eine medizinisch relevante „Sprachentwicklungsstörung“, die nicht ausreichend beachtet und therapiert wird, kann zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Gesamtentwicklung des Kindes führen. Zusammenhänge zum Schriftspracherwerb sind nachgewiesen.
- Für den Erwerb der Kulturtechniken Lesen, Schreiben und Rechnen stellen das „Visuelle Wahrnehmen und Schlussfolgern“ grundlegende Fähigkeiten dar.
- Die „Visuomotorik“ bzw. Auge-Hand-Koordination gilt als eine der Vorläuferfertigkeiten für das Erlernen des Schreibens. Entwicklungsstörungen in diesem Bereich stellen große Anforderungen an die Anstrengungsbereitschaft, an Ausdauer und Konzentrationsfähigkeit und an die Frustrationstoleranz eines Kindes.
- „Mengen- und Zahlenvorwissen“: Eine medizinisch relevante Rechenstörung, die nicht ausreichend therapiert wird, kann zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Kindes führen, die später nicht oder nicht vollständig aufgeholt werden kann.
- Die „selektive Aufmerksamkeit“ ist eine Grundfähigkeit für alle Lernprozesse und kognitiven Anforderungen; sie beschreibt zudem die Fähigkeit, sich auf eine Aufgabe konzentrieren zu können. Serielle Prozesse geben zudem Hinweise auf Schwierigkeiten für den Erwerb von Kulturtechniken.
- Fernsehkonsum: Hoher Fernsehkonsum hat Auswirkungen auf die Sprachentwicklung und die allgemeinen kognitiven Fähigkeiten, führt nicht selten zu Bewegungsmangel und zeigt einen negativen Einfluss auf das Körpergewicht.
- Eigener Fernseher/Spielekonsole im Kinderzimmer: Kinder mit eigenem Fernsehgerät/eigener Spielekonsole zeigen einen höheren Konsum und schlechtere Fähigkeiten/Fertigkeiten in allen Entwicklungsbereichen.

Untersuchung (LZG 2013). Liegt ein Befund vor, so wird festgehalten, ob es sich um einen Minimalbefund handelt, ob sich das Kind bereits in ärztlicher und/oder therapeutischer Behandlung befindet, ob eine Überweisung zum Arzt notwendig ist oder ob eine erhebliche Leistungsbeeinträchtigung vorliegt. Es werden auch Informationen zum Impfschutz und zu den wahrgenommenen Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9) dokumentiert. Da Entwicklungsstörungen zu den häufigsten Gesundheitsproblemen bei Kindern dieser Altersgruppe gehören, wird eine detaillierte Beurteilung der schulrelevanten Teilleistungsbereiche vorgenommen.

Im Folgenden werden die soziale Lage und die gesundheitliche Versorgung von Kindern bis zum Schulbeginn beschrieben, um ihre Entwicklungsbedingungen zu verdeutlichen. Die hieraus abgeleiteten gesundheitsförderlichen Maßnahmen sind in diesen Kontext einzuordnen.

### 13.4 Zusammenhänge von Entwicklungsauffälligkeiten der Kinder und elterlicher Bildung

Aus den Antworten der Eltern zur schulischen bzw. beruflichen Bildung wird auf Grundlage der Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Epidemiologische Methoden“ der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie (DAE), der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) ein achtstufiger Bildungsindex berechnet (Tabelle 13–1). Dieser lässt sich zunächst getrennt für jedes Elternteil ermitteln. Der jeweils höhere Index-Score wird dann dem Haushalt zugeordnet, in dem das Kind lebt (Jöckel et al. 1998).

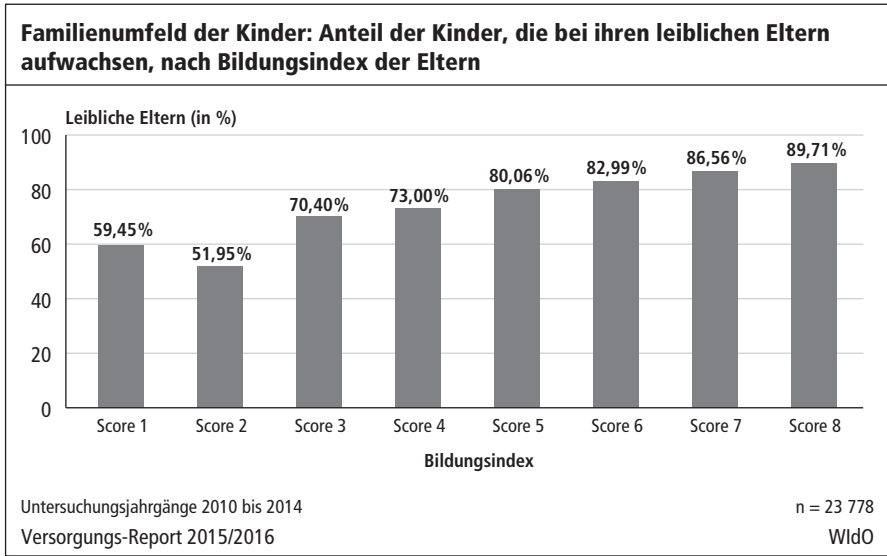
Betrachtet man zudem, welche Kinder in einem Haushalt mit ihren leiblichen Eltern zusammenleben, besteht auch hier ein deutlicher Unterschied zwischen den Haushalten mit niedrigem Bildungsindex (Score 1 und 2) und den Haushalten mit hohem Bildungsindex (Score 7 und 8): unter 59 % vs. 87 bis 90 % (Abbildung 13–2).

Tabelle 13–1

#### Berechnung der Punktwerte 1 bis 8 des Bildungsindex NRW

Berufsausbildung	Schulabschluss					
	Kein Abschluss	8./9. Klasse	10. Klasse	Bedingt Abitur	12./13. Klasse	Anderer Abschluss
Kein Abschluss	1	2	3	5	6	1
Berufsausbildung/Lehre	3	3	4	5	6	3
Fachschule	–	4	5	6	6	4
Fachhochschule	–	–	7	7	7	7
Universität	–	–	8	8	8	8
Anderer Abschluss	–	3	4	5	7	3

Abbildung 13-2



Im Folgenden werden exemplarisch einige Ergebnisse des Entwicklungsscreenings der letzten fünf Jahrgänge bei einer Gesamtzahl von 23 778 Kindern in der Städte-Region Aachen in Abhängigkeit vom Bildungsindex dargestellt (Abbildung 13-3). Es besteht eine erhebliche Spanne bei den unauffälligen Befunden in den einzelnen

Abbildung 13-3

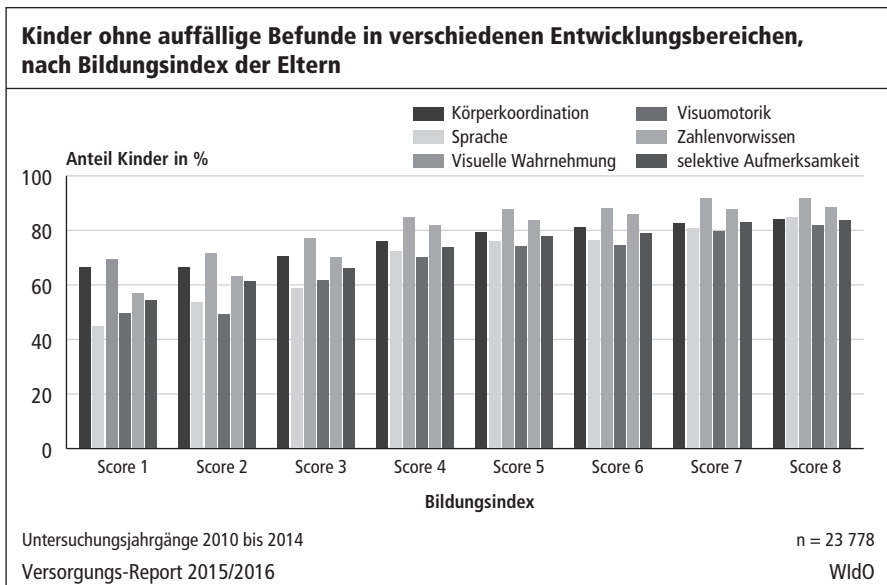
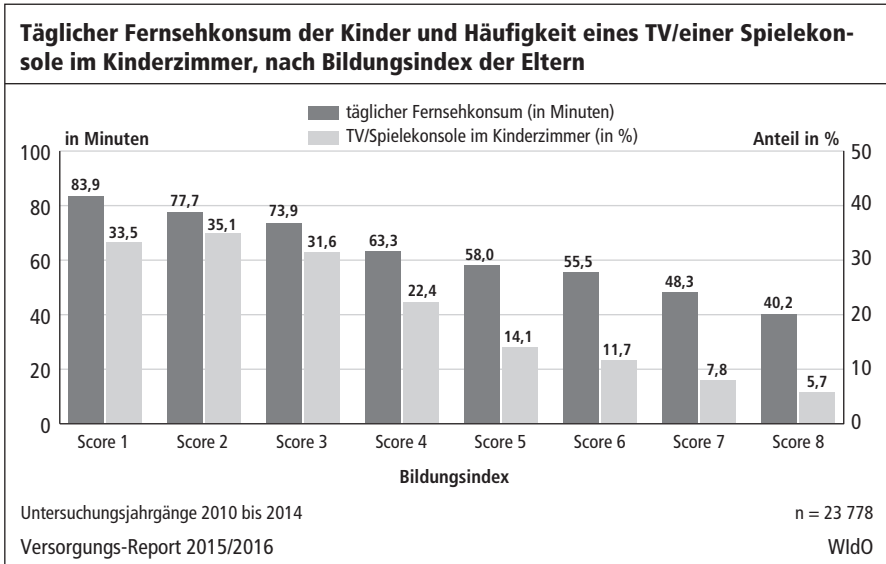


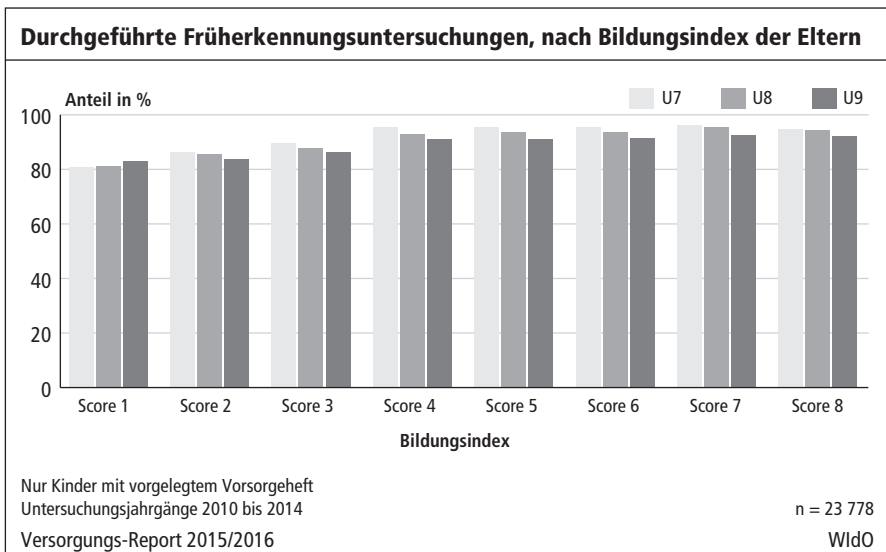


Abbildung 13–4



Entwicklungsbereichen zwischen dem untersten Bildungsscore (1) und dem höchsten Bildungsscore (8): Körperkoordination (66,4 % vs. 84,1 %), Sprache (44,5 % vs. 84,6 %), visuelle Wahrnehmung (69,2 % vs. 91,9 %), Visuomotorik (49,5 % vs. 81,8 %), Zahlenvorwissen (56,8 % vs. 88,5 %) und selektive Aufmerksamkeit (54,4 % vs. 83,7 %). Dies hat zur Folge – so die Erfahrungen aus den Einschulungs-

Abbildung 13–5



untersuchungen dieser Kinder – dass viele Befunde weiter diagnostisch abgeklärt und therapeutische Maßnahmen initiiert werden müssen.

Ein umgekehrter Zusammenhang mit dem Bildungsstatus der Eltern lässt sich beim durchschnittlichen Fernseh- bzw. PC-Spielekonsum beobachten (Abbildung 13–4). Schulanfänger aus bildungsfernen Familien sitzen durchschnittlich 84 Minuten pro Tag vor den Geräten, im Vergleich zu 40 Minuten in bildungsnahen Familien.

Die Teilnahmequote an den Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen U7, U8 und U9 zeigt analog eine Abhängigkeit vom Bildungsscore der Eltern. Obwohl in NRW die Überprüfung der Teilnahme über ein Erinnerungsverfahren landesweit gesetzlich verankert ist, sind deutliche Unterschiede erkennbar (Abbildung 13–5).

## 13.5 Gesundheitsförderliche Entwicklungsbedingungen in einer Region

Zur Verbesserung der Gesamtsituation wird seit Jahren ein mehrdimensionaler Ansatz gewählt, den der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen ([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)) 2009 als besonders wirksam bewertet hat. Die Dimensionen umfassen konsentiertere Gesundheitsziele (Gesundheitskonferenzen), bedarfsorientierte strukturelle Angebote, Vernetzung der Akteure und Multiplikatorenschulungen.

### 13.5.1 Konsentiertere Gesundheitsziele

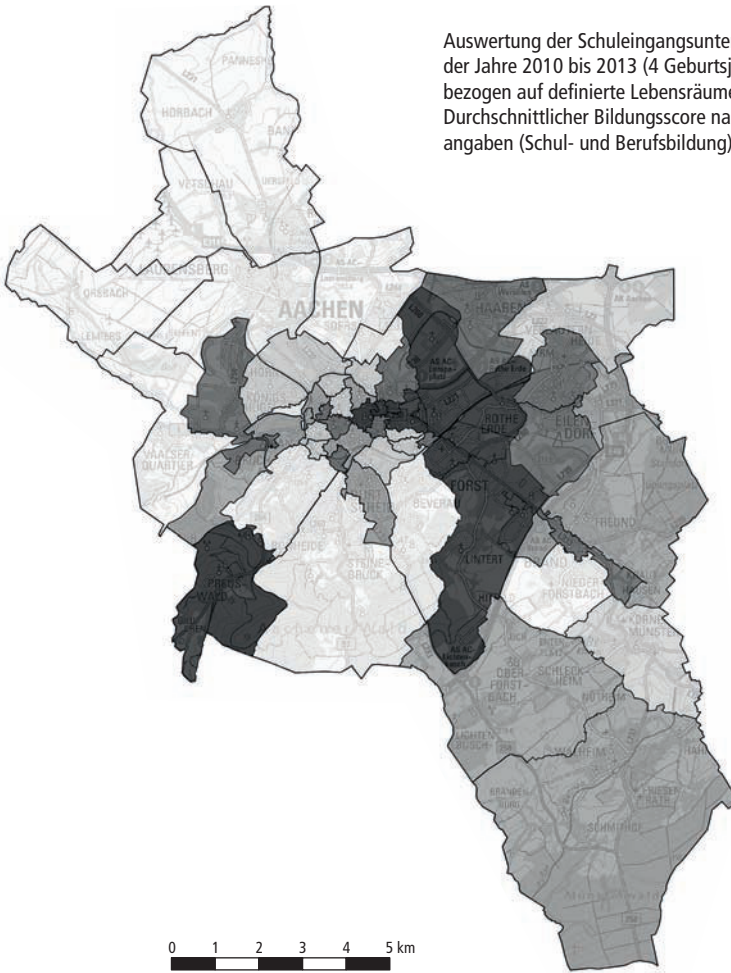
Die folgenden Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche wurden mit den Akteuren der StädteRegion Aachen auf den Gesundheitskonferenzen (seit 1999) abgestimmt. Die Umsetzung der Gesundheitsziele wurde unter Nutzung des Bildungsindex als Leitindikator nach den besonders benachteiligten Sozialräumen mit hohem Interventionsbedarf priorisiert, die sich über die Gesundheitsberichterstattung der StädteRegion Aachen identifizieren ließen (Abbildung 13–6). Im Einzelnen sind dies:

- Frühe Hilfen mit Angeboten für Schwangere, aufsuchende Betreuung von Müttern in Entbindungskliniken und Begleitung von benachteiligten Familien
- Frühe Entwicklungsförderung besonders benachteiligter Kinder (insbesondere in der Sprache)
- Adipositasprävention:
  - Vermeidung von Fehlernährung, z. B. durch genussvolle Esserziehung und Verbesserung der Gemeinschaftsverpflegung
  - Bewegungsförderung, z. B. Etablierung von Bewegungsräumen in Kitas mit hohem Interventionsbedarf, Angebote von Bewegung und Psychomotorik
  - Förderung von Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit
- Verbesserung der psychischen Gesundheit
- Unterstützung bei den Übergängen Kindergarten/Schule, Grundschule/Sekundarstufe, Schule/berufliche Ausbildung sowie
- „Fachplan Gesundheit“ (Welteke 2014) mit dem Ziel, in allen kommunalen Handlungsfeldern das Thema Gesundheit mit zu verankern (Health in All Policies)

Abbildung 13-6

### Durchschnittlicher Bildungsindex nach Lebensräumen in der Stadt Aachen

Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen der Jahre 2010 bis 2013 (4 Geburtsjahrgänge), bezogen auf definierte Lebensräume. Durchschnittlicher Bildungsscore nach Elternangaben (Schul- und Berufsbildung)



Bildungsscore (1 = niedrig bis 8 = hoch)

■ bis 4,95   ■ bis 5,68   ■ bis 6,11   ■ bis 6,73   □ über 6,73

Datenquelle: StädteRegion Aachen, Gesundheitsamt; Dokumentation der Schuleingangsuntersuchungen Versorgungs-Report 2015/2016

WIdO

## 13.5.2 Bedarfsorientierte strukturelle Angebote

Bedarfsorientierte, niedrighschwellige Angebote wurden in der StädteRegion über politische Beschlüsse langfristig verankert. Mischfinanzierungsmodelle spiegeln die Beteiligung der verschiedenen Sektoren und Akteure wider.

### **Versorgung durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst – KJGD (systematisch verankert)**

Im Sinne der gesetzlich verankerten betriebsmedizinischen Betreuung kümmert sich der KJGD sozialräumlich fokussiert um Kindertagesstätten und Schulen mit benachteiligten Kindern. Er führt Beratungen zu vielfältigen Themen des Gesundheitsschutzes und der gesundheitlichen Prävention sowohl einrichtungs- als auch kindbezogen durch (z.B. zu Impfungen und impfpräventablen Infektionserkrankungen, zu Hygienestandards, zur Entwicklungsförderung oder auch zur Unfallprävention (Ellsäßer et al. 2013)). Ist eine weitere Diagnostik bzw. Therapie erforderlich, vermittelt der KJGD an die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte, um die medizinische Versorgung zu initiieren bzw. zu gewährleisten.

### **Spracheilambulanz mit Sprachheilbeauftragten (seit 2000)**

Zu den besonderen Initiativen für die Region gehört die Entwicklungsförderung der kleinen Kinder rund um das Thema Sprache. Neben der gezielten Förderung von Mehrsprachigkeit und Deutsch als Zweitsprache gibt es Angebote zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen, u.a. durch die Sprachheilambulanz:

- Untersuchung von jährlich rund 1 000 Kita-Kindern aus Familien mit besonderen sozialen Problemlagen verbunden mit der Beratung der Eltern und Einrichtungen zur Förderung des Kindes bei Entwicklungsauffälligkeiten; Vermittlung an niedergelassene Kinder- und Jugendärzte zur weiteren Entwicklungsdiagnostik sowie ggf. Einleitung von therapeutischen Maßnahmen
- Nachrangige spezifische Angebote mit therapeutischer Versorgung von jährlich rund 250 Kindern aus Familien, die durch das ambulante pädiatrische/therapeutische Versorgungssystem nicht erreicht werden können. Hier ließ sich eine Mischfinanzierung mit den Krankenkassen etablieren

### **Sozialmedizinischer Beratungsdienst (seit 2006)/Familienhebammendienst (seit 2012)**

Bereits 2006 hat das Gesundheitsamt der StädteRegion Aachen einen „sozialmedizinischen Beratungsdienst“ zur Vermittlung von Hilfen für im ehemaligen Kreisgebiet entbindende Mütter etabliert. Dieser wurde 2012 im Auftrag von acht der zehn Jugendämter der Region in Form eines „Familienhebammendienstes“ ausgebaut. Das Gesundheitsamt erhielt koordinierende Netzwerkfunktionen und entsprechende Finanzmittel zur Beschäftigung von Familienhebammen und Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Trost-Brinkhues 2013a). In der Folgezeit lag der Schwerpunkt der frühen Hilfen im Abbau von Zugangsbarrieren zum Hilfesystem, indem sich die zahlreichen Akteure vor Ort ([www.imblick.info](http://www.imblick.info)) vernetzten. In besonderen Fällen erhalten die Familien eine videogestützte Beratung, um die Bindungs- und Interaktionsfähigkeit der Mütter bzw. Eltern mit ihrem Kind zu fördern (Marte-Meo-Konzept). Inhaltlich und fachlich wird auf die Beteiligung im

Bundeskoordinierungsgremium der Bundesinitiative Frühe Hilfen und die fachliche Expertise aus dem Beirat des NZFH zurückgegriffen.

### **AGIL® = Aktiver, gesünder is(s)t leichter (seit 2006)**

AGIL® ist ein Gemeinschaftsprojekt/Programm des Kinderschutzbundes Aachen e. V. und des Gesundheitsamtes. Aachen wurde mit AGIL® in einem Wettbewerb des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) 2006 als eine von 24 Modellregionen aus 500 Bewerbern ausgewählt (In Form 2015). Das praxisnahe Programm ist nach wissenschaftlichen Erkenntnissen aufgebaut und wurde durch das Max-Rubner-Institut in wesentlichen Bereichen evaluiert. Zudem erfüllt es auch die Förderkriterien der Krankenkassen für Prävention und Gesundheitsförderung im Setting.

Ziel des Programms AGIL® ist es, die Einrichtungen hinsichtlich der Gesundheitsförderung zu entwickeln. Das Programm fokussiert auf drei Gesundheitsthemen: Bewegungsförderung, Ernährungsbildung und Steigerung der Lebenskompetenz bzw. psychischen Gesundheit der Kinder (Trost-Brinkhues und Tramm-Werner 2014). Die Einrichtungen (Kindertagesstätten und Grundschulen) werden jeweils über zwei Jahre wöchentlich vor Ort durch Fachmoderatoren begleitet. Pädagogen und Eltern sind intensiv in das Programm einbezogen. Das Programm AGIL® zeichnet sich durch einen sowohl verhältnispräventiven als auch verhaltenspräventiven Ansatz aus.

### **Präventive Entwicklungsförderung im Kindergarten (seit 2005)**

Auf Initiative des Gesundheitsamtes engagiert sich der Förderverein des Sozialpädiatrischen Zentrums durch Angebote einer „Präventiven Entwicklungsförderung im Kindergarten (PEK)“. Der Verein finanziert Heilpädagogen oder Therapeuten, die in den Einrichtungen mit hohem Interventionsbedarf die Erzieherinnen unterstützen, indem sie eine spezifische Anleitung zur Förderung von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten geben (präventiv und über mindestens ein Jahr).

### **Der „Bunte Kreis in der Region Aachen e.V.“ (seit 2005)**

Er leistet die Nachsorge für schwerkranke Kinder und ihre Familien; Case-Manager unterstützen und begleiten die Familien von schwerkranken Kindern. Zudem stehen sie beispielsweise nach einem lebensverändernden Krankenhausaufenthalt für die Nachsorge und Beratung der Eltern zur Verfügung. Der Verein arbeitet eng mit dem KJGD des Gesundheitsamtes zusammen – dies gewährleistet eine auf das einzelne Kind abgestimmte ortsnahe sozialpädiatrische Versorgung.

### **Angebote für Kinder psychisch kranker und/oder suchtkranker Eltern**

Das Gesundheitsamt (Sozialpsychiatrischer Dienst & Kinder- und Jugendgesundheitsdienst) hat für Kinder psychisch kranker Eltern z. B. gemeinsam mit dem Kinderschutzbund vernetzte Beratungsangebote (AkiSiA: „Auch Kinder sind Angehörige“) etabliert. Auch in einzelnen psychiatrischen Krankenhäusern konnten Mutter-Kind-Einheiten geschaffen werden. Analoge Angebote für Kinder suchtkranker Eltern wurden politisch und finanziell in der Region auf den Weg gebracht („Feuervogel“, Präventionspreis NRW 2011).

### Interdisziplinäre Frühförderung und sozialpädiatrische Zentren

Ein flächendeckendes und systematisch verankertes Angebot einer „Interdisziplinären Frühförderung“ (Lebenshilfe Aachen e.V.) wurde zur intensiven Begleitung entwicklungsauffälliger und entwicklungsgestörter Kinder bis zum sechsten Lebensjahr geschaffen. Die Sozialpädiatrischen Zentren der Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin des Uniklinikums Aachen und des Bethlehem Gesundheitszentrums Stolberg leisten die spezifische Versorgung entwicklungsauffälliger und chronisch kranker bzw. behinderter Kinder und Jugendlicher. Beide Angebote sind unter Beteiligung des KJGD als Komplexleistung in Mischfinanzierung von SGB XII und SGB V gesichert.

### 13.5.3 Vernetzung der beteiligten Akteure

In Arbeitsgruppen werden zielgerichtet die Angebote von Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Sozialhilfe und Bildung miteinander verzahnt. Die über Jahre bestehende gute Zusammenarbeit ermöglicht, Versorgungslücken zu identifizieren und diese zielgerichtet über politische Beschlüsse und Verwaltungshandeln zu schließen. Die Vorgehensweise zur Etablierung der Netzwerkstruktur orientiert sich im Hinblick auf Projektentwicklung, Durchführung sowie Projektmanagement an den europäischen Empfehlungen zur Qualitätssicherung gesundheitsfördernder Maßnahmen und Projekte. Beispiele sind:

1. Fachbezogene Arbeitsgruppen zwischen Jugendhilfe, Sozialhilfe, Schule sowie Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, die notwendige Unterstützungs- und Förderangebote für behinderte Kinder und Jugendliche identifizieren und zu treffende Maßnahmen miteinander abstimmen.
2. Konferenzsystem seit 2011 zur Verbesserung des Übergangs von der Kindertagesstätte in die Schule (ElPri: Übergang von der **EL**ementar- in die **Pr**imarystufe).
3. Dauerhafte AG der Gesundheitskonferenz zum Thema Frühe Hilfen und Lenkungsforum „Frühe Hilfen – Familienhebammendienst“ zur Steuerung der Weiterentwicklung von passgenauen Unterstützungsangeboten für Familien.
4. Zahlreiche Netzwerke zu spezifischen Gesundheitsthemen des Kindes- und Jugendalters (z.B. Versorgung von Kindern mit ADHS, Autismus, Impfprävention, Unfallprävention).
5. Vernetzte Qualitätszirkel zwischen der Kinder- und Jugendmedizin und der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus Praxis und Klinik, die über den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst koordiniert und/oder moderiert werden.

### 13.5.4 Multiplikatorenschulungen

Als besonders nutzbringend in der täglichen Arbeit und nachhaltig in Hinblick darauf, mehrere Kindergenerationen zu erreichen, haben sich die Fortbildung und strukturierte Begleitung von Erzieherinnen zur altersgerechten Entwicklungsförderung der Kinder bewährt. Durch Angebote auch für Tagesmütter, Tagespflegestellen, Dauerpflegestellen und andere Betreuungseinrichtungen für Kinder bereits im ersten Lebensjahr konnten gemeinsam mit der Jugendhilfe die Bedingungen für eine anregende und sehr frühe entwicklungsförderliche Kinderbetreuung verbessert werden. Als Teil der Qualitätsentwicklung für das Betreuungspersonal entwickelt

das Gesundheitsamt seit mehr als zehn Jahren fortlaufende Seminarreihen. Dabei werden aktuelle Fragestellungen berücksichtigt und die Inhalte regelmäßig an zuvor erfragte Erwartungen angepasst. Des Weiteren führt das Gesundheitsamt regelmäßig interne Evaluationen durch. In den letzten acht Jahren ließen sich mehr als 2 500 Teilnehmende in den folgenden Seminarreihen erreichen:

- Seminarreihe „Kindergesundheit“ zu Themen wie: Bewegungsförderung, Sprachentwicklung und -förderung, Mehrsprachigkeit, psychische Gesundheit, Vorbeugung von Infektionskrankheiten, Unfallprävention, Medikamentengabe etc.
- Seminarreihe „Die Kleinen kommen“ (als Reaktion auf den Ausbau der Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern sowie zur Erhöhung der Betreuungsqualität) u. a. zu den Themen Ernährung, Bewegung, Sprachanbahnung, Unfallprävention, Entwicklungsförderung
- „Heidelberger Training für Erzieherinnen“ (zur frühen Sprachförderung in Kitas, zur altersgerechten Sprachanregung und Kompensation mangelnder familiärer Sprachvorbilder) und „Sprachreich“ zur logopädisch orientierten Sprachförderung im Alltag

## 13.6 Fazit

Die Art und Vielzahl der entwickelten Angebote zeigen einen allgemeinen präventiven Ansatz in der Vermittlung früher, „alltäglicher“ entwicklungsförderlicher Unterstützungsmaßnahmen mit dem besonderen Augenmerk auf die sozial und bildungsbenachteiligten Kinder der Region und stellen auch eine hochprofessionelle selektive Intervention mit individuellen Therapie- bzw. Förderangeboten dar.

Durch die strukturierte, systematisierte Kooperation des Gesundheitssystems mit Sozialdiensten, Jugendhilfe und weiteren Partnern werden institutionelle Ressourcen frühzeitig genutzt bzw. Unterstützung vermittelt. Die StädteRegion Aachen ist damit auf einem guten Weg, in der täglichen Arbeit die Entwicklung der Kinder früh zu fördern, die Familien bedarfsbezogen zu unterstützen und ebenso die Betreuungseinrichtungen gesundheitsförderlich auszurichten.

## Literatur

- Böhle C. Veränderungen des Body Mass Index bei Kindern der Einschulungsjahrgänge der Stadt Aachen von 1968 bis 1999. Dissertation, Aachen 2004.
- Daseking M, Petermann F, Röske D, Trost-Brinkhues G, Simon K, Oldenhage M. Entwicklung und Normierung des Einschulungsscreenings SOPESS. *Gesundheitswesen* 2009; 71 (10): 648–55.
- Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V., acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften e. V., Union der deutschen Akademien der Wissenschaften e. V. (Hrsg) *Frühkindliche Sozialisation. Biologische, psychologische, linguistische, soziologische und ökonomische Perspektiven*. Halle (Saale) 2014.

- Ellsäßer G, Albrecht M, Abel M, Trost-Brinkhues G. Unfallprävention bei kleinen Kindern. Expertise zur Epidemiologie, evidenzbasierten Maßnahmen und Empfehlungen. Unveröff. Manuskript, BAG Mehr Sicherheit für Kinder.
- Ellsäßer G, Albrecht M, Trost-Brinkhues G. Unfallprävention bei kleinen Kindern – ein Thema für Frühe Hilfen? Daten zu Unfällen in Deutschland, Einflussfaktoren und wirksame Aufklärung von Eltern. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)/Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut e.V. und Technische Universität Dortmund, Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik AKJ (Hrsg): Datenreport Frühe Hilfen. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2013; 17–27.
- Herpertz-Dahlmann B, Geller F, Böhle C, Khalil C, Trost-Brinkhues G, Ziegler, A, Hebebrand J. Secular trends in body mass index measurements in preschool children from the city of Aachen, Germany. *European Journal of Pediatrics* 2003; 162: 104–9.
- In Form 2015. AGIL: Aktiver Gesünder Is(s)t leichter. <https://www.in-form.de/profiportal/in-form-erleben/projekte/projektdatenbank/projekte/agil-aktiver-gesuender-isst-leichter.html?ansicht=jkyomgjdrc> (18. Mai 2015).
- Jöckel KH, Babitsch B, Bellach BM, Bloomfield K, Hoffmeyer-Zlotnik J, Winkler J, Wolf C. Messung und Quantifizierung soziographischer Merkmale in epidemiologischen Studien. In: Ahrens W, Bellach BM, Jöckel KH (Hrsg) Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. RKI-Schrift 1/98, München: MMV Medizin Verlag 1998.
- Kleimann M, Möhle T. Der Fernseher im Kinderzimmer. Über den Zusammenhang von Medienkonsum und Schulleistungen. *Funk Korrespondenz* 11/2006. Bonn 2006. <http://www.mediaculture-online.de> (18. Mai 2015).
- Kurth BM. Symposium zur Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 2006; 49 (10): 1050–58.
- Lamerz A, Küpper-Nybelen J, Wehle C, Bruning N, Trost-Brinkhues G, Brenner H, Hebebrand J, Herpertz-Dahlmann B. Social class, parental education, and obesity prevalence in a study of six-year-olds children in Germany. *International journal of obesity and related metabolic disorders* 2005a; 29: 373–89.
- Lamerz A, Küpper-Nybelen J, Bruning N, Wehle C, Trost-Brinkhues G, Brenner H, Hebebrand J, Herpertz-Dahlmann B. Prevalence of obesity, binge eating, and night eating in a cross-sectional field survey of 6-year-old children and their parents in a German urban population. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005b; 29: 385–93.
- Lampert T, Kuntz B, KiGGs Study Group. Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? Robert Koch-Institut (Hrsg) GBE kompakt 6 (1). Berlin 2015. [www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt) (01. März 2015).
- Landeszentrum Gesundheit – LZG NRW. Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schulinganguntersuchungen (SOPESS). Theoretische und statistische Grundlagen zur Testkonstruktion, Normierung und Validierung. Düsseldorf 2009.
- Landeszentrum Gesundheit – LZG NRW: Jugendärztliche Definitionen. Eine Loseblattsammlung für die schulärztlichen Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen. Bielefeld 2013.
- Mielck A, Lungen M, Siegel M, Korber K. Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung 2012.
- Naidoo J, Wills J. Lehrbuch der Gesundheitsförderung, 2. Aufl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg) 19 Planung gesundheitsfördernder Maßnahmen. Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung: Qualitätskriterien. Bonn 2010; 427–52.
- Petermann F, Daseking M, Oldenhage M, Simon K. Sozialpädiatrisches Screening für Schulinganguntersuchungen. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg). Düsseldorf 2009.
- Pfeiffer C, Möhle T, Kleimann M, Rehbein F. Die PISA-Verlierer – Opfer ihres Medienkonsums. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN) 2007.
- Trost-Brinkhues G. Der öffentliche Gesundheitsdienst als Partner im Netzwerk Jugendmedizin. In: Stier B, Weissenrieder N. (Hrsg) Jugendmedizin – Gesundheit und Gesellschaft. Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2005.
- Trost-Brinkhues G. Institutionelle Verortung der (Familien)-Hebammen und Kinderkrankenschwestern beim Gesundheitsamt in der StädteRegion Aachen. Dokumentation der Fachtagung am



13.12.2013: Familienhebammen und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger in den Frühen Hilfen – Kompetenzprofile und Rahmenbedingungen. 2013a, Köln. <http://www.isa-muenster.de/veranstaltungen/tagungsdokumentation/fachtagung-familienhebammen-2013.html> (23. März 2015).

Trost-Brinkhues, G. Gesund leben – gut lernen in Kitas und Schulen: ElPri-Fachtag zur Gestaltung des Übergangs in gemeinsamer Verantwortung und strukturierter Kooperation. Dokumentation zum Fachtag am 16.10.2013. 2013b, Aachen. [http://grundschule-brander-feld.de/media/Aktuelles/2013-elprifachtag/Dokumentation\\_des\\_Fachtags.pdf](http://grundschule-brander-feld.de/media/Aktuelles/2013-elprifachtag/Dokumentation_des_Fachtags.pdf) (23. März 2015).

Trost-Brinkhues G. Phonetische sowie phonetisch-phonologische Störungen. In: Rodens K, FAI Healthcare GmbH, Fegeler U, Szagun G, Trost-Brinkhues G. Leitfaden zur Beurteilung der Sprachentwicklung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis. Rationale Indikationshilfe für Beobachtung, Sprachförderung und Sprachtherapie. Köln, Berlin: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. 2014.

Trost-Brinkhues G, Tramm-Werner S. Der „AGILE“ Weg zur Gesundheit bei Kindern. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/deragileweg/> (18. Mai 2015).

Welteke R. Fachplan Gesundheit – ein Ansatz zur Stärkung der Gesundheitsbelange im kommunalen Kontext. Gesunde Städte Nachrichten 2014; 1: 8–9.