



Konzeption

**des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes
Kreisgesundheitsamt Nienburg/ Weser**

JANUAR 2007

Herausgeber

Kreisgesundheitsamt Nienburg/Weser
Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
Triemerstr. 17
31582 Nienburg

Berichterstellung

Dr. Martin Haas (Amtsleiter)
Dr. Susanne Hagner (stell. Amtsleiterin)
Dr. Heide Köchy (Leiterin des KJÄD)
Christine Kolweyh (Sachgebiet Kindergarten und Schule)
Karen Mehlhop (Behindertenfürsorge)
Regina Mönch (Sachgebiet Kindergarten und Schule)
Ursula Munzke (Schreibdienst)
Sabine Potratz (Sachgebiet Kindergarten und Schule)
Michael Siegel (Moderator)

Noch ein Wort vorweg

Von März 2006 bis Januar 2007 hat sich der Kinder- und Jugendärztliche Dienst in zahlreichen Arbeitsgruppensitzungen mit seiner zukünftigen Arbeit auseinandergesetzt. Es ist dem hohen andauernden Engagement der Gruppe zu verdanken, dass diese umfangreiche Arbeit in dieser Zeit abgeschlossen werden konnte.

Das vorliegende Papier wurde unter Leitung von Herrn Ltd. Medizinaldirektor Dr. Haas erarbeitet und kann nunmehr den Entscheidungsträgern in der Verwaltung und Politik vorgestellt werden.

Dieses Konzept beruht auf folgenden gesetzlichen Grundlagen:

1. Niedersächsisches Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGÖGD)
2. Infektionsschutzgesetz
3. Niedersächsisches Schulgesetz

Inhalt

Noch ein Wort vorweg!	- 3-
1. Vorwort	- 5-
2. Ist-Zustand	- 6-
3. Personalbestand und Einsatz nach Art der Aufgabe	- 7-
3.1. Kindergartenuntersuchung	- 7-
3.2. Schuleingangsuntersuchung	- 7-
3.3. Behindertenfürsorge.....	- 7-
3.3.1. SEU im Förderbereich.....	- 7-
3.3.2. Eingliederungshilfe	- 8-
3.3.3. Sprachheilfürsorge	- 8-
3.3.4. Körperbehindertenfürsorge	- 8-
4. Ziele, Visionen, Ideen	-10-
4.1. Situations- und lebenslagenorientierte Gesundheitsförderung initiieren	-11-
4.2. Zentrale Gesundheitsprobleme beseitigen	-11-
4.3. Gesundheitsförderungskompetenz erwerben	-12-
4.4. Aufsuchende Arbeit verstärken	-14-
4.5. Schuleingangsuntersuchung und Zahngesundheitspflege	-15-
4.6. Qualitätsstandards entwickeln u. evaluieren	-16-
4.7. Personelle Besetzungen	-17-
5. Schlussbetrachtung	-18-
Anhang	-22-

1. Vorwort

„Gesundheit“ bedeutet für Kinder und Jugendliche nicht die Abwesenheit von Erkrankungen, sondern eine gesunde, altersgemäße Entwicklung im körperlichen, seelischen und sozialen Bereich. Die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen und damit auch ihre Chance auf Gesundheit und ihre Fähigkeiten, diese zu erhalten, wird im besonderen Maße von ihrer Familie, dem sozialen Umfeld sowie den Umweltbedingungen, unter denen sie aufwachsen, beeinflusst.

Die Anzahl der Kinder mit erheblichen Risiken nimmt zu und ganz besonders trifft dies auf die Kinder aus sozial schwächeren und bildungsferneren Elternhäusern zu. Gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen nehmen zu, Gesundheit schützende Aktivitäten nehmen ab. Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst (KJÄD) sieht seine zukünftige Aufgabe darin, Menschen zu befähigen, selbst Einfluss auf die Erhaltung und Verbesserung ihrer Gesundheit zu nehmen. Ziel soll es sein, die zu einer Krankheit oder drohenden Behinderung führenden Verhaltensweisen und Verhältnisse zu verändern. Die Risikokommunikation soll in den Hintergrund treten zu Gunsten von Maßnahmen zur Ressourcenentwicklung. Hierin liegt der salutogenetische Ansatz mit dem Ziel der Entwicklung und Stärkung von Kompetenzen, die für den konstruktiven und erfolgreichen Umgang mit alltäglichen Anforderungen und Problemen wichtig sind und Gesundheit schützende Lebensstile unterstützen. Das neue Niedersächsische Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst, das zum 01.01.2007 in Kraft tritt, nimmt sich in stärkerem Maße dieser Problematik an und formuliert diesbezüglich eindeutige kommunale Aufgabenstellungen.

Aus diesem Grunde sieht der KJÄD die Notwendigkeit der strukturellen Veränderung und zeigt mit diesem Papier die Wege dahin auf.

2. Ist-Zustand

Aufgrund gesetzlicher Regelungen (3. DVO zum Vereinheitlichungsgesetz von 1934) war eine der Hauptaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die gesundheitliche Entwicklung der Bevölkerung zu beobachten und hieraus Längs- und Querschnitte von der Kindergartenzeit bis zum Berufseintritt zu entwickeln, früher beginnend im Rahmen der Mütter- und Säuglingsberatung.

Durch Ausbau der ärztlichen Versorgung sind einige dieser Aufgaben in den Bereich der allgemeinärztlichen Versorgung übergegangen, werden aber erfahrungsgemäß nicht in der Breite angenommen, z.B. Mütter- und Säuglingsberatung (ersetzt durch die Vorsorgeuntersuchungen U 1 bis U 9 und J 1), Jugendarbeitsschutzuntersuchungen und Impfungen bis zum 18. Lebensjahr. Heute werden aus personellen Gründen durch den KJÄD nur noch Untersuchungen in Kindergärten, zur Einschulung und eingeschränkt auch im Rahmen der Eingliederungshilfe Behinderter sowie BGJ- Untersuchungen durchgeführt.

Hauptaugenmerk des KJÄD ist das frühzeitige Erkennen von Defiziten, um diese bei entsprechender Förderung zu mildern oder zu beheben, zumindest aber entsprechend dem Krankheitsbild zu begleiten und damit für die Betroffenen möglichst ein Leben ohne Behinderung und Einschränkung zu erreichen.

Die Standardisierung der Schuleingangsuntersuchungen als Qualitätssteigerungsmaßnahme ist auf der anderen Seite mit einer erheblichen zeitlichen und personellen Inanspruchnahme verbunden, so dass andere Untersuchungen aufgrund dann fehlender Kapazitäten nicht mehr geleistet werden können (z.B. Untersuchungen der 4.Klassen und Schulentlassungsklassen, siehe Nds. Schulgesetz, § 57 Abs.1 u. 2 - ab dem 01.08.07 §71 Teilnahme an den Maßnahmen der Schulgesundheitspflege).

Dadurch ergab sich eine Schwerpunktbildung der Aufgaben des KJÄD im Bereich Kindergarten (KIGA), Einschulung und Behindertenfürsorge. Des weiteren werden Aufgaben im Bereich der Infektionsprophylaxe (Impfungen), außerhalb der oben genannten Aufgabenbereiche liegende Gutachtenfragen, der Öffentlichkeitsarbeit, der Gesundheitsberichterstattung (GBE) und Maßnahmen der Fortbildung wahrgenommen.

3. Personalbestand und Einsatz nach Art der Aufgabe

S t e l l e n a n t e i l	P r o f e s s i o n e n
1 , 4 0	A r z t (1 P l a n s t . - 0 , 4 N e b e n v e r t r a g
1 , 0 0	S o z . - m e d . A s s i s t e n t i n (S M A)
2 , 2 5	A r z t h e l f e r i n (A H)
0 , 7 5	S c h r e i b k r a f t (s c h w e r b e h .)
5 , 4	G E S A M T

3.1 Kindergartenuntersuchungen (KIGA)

Heute werden alle Kinder 2 Jahre vor der Einschulung in den Kindertagesstätten untersucht. Hierbei werden zwischen 85% und 90% der Kinder eines Jahrgangs erfasst (ca. 1.100 bis 1.400 Kinder).

Personaleinsatz: Arzt/ Arzthelferin

3.2 Schuleingangsuntersuchung (SEU)

Diese Untersuchungen sind seit 01.01.2007 Pflichtaufgabe der Kommunen und werden traditionell in den schulischen Einrichtungen, zum Teil auch im Gesundheitsamt durchgeführt.

Im Regelbereich werden pro Jahrgang ca. 1.400 bis 1.700 Kinder untersucht.

Personaleinsatz: Arzt/ Arzthelferin

3.3 Behindertenfürsorge

Im Bereich der Behindertenfürsorge werden Kinder mit erkennbaren Defiziten und Behinderungen erfasst, begleitet und hinsichtlich ihres weiteren Behandlungs- und Förderungsbedarf untersucht.

3.3.1 SEU: Förderbereich

Hier werden ausschließlich Kinder mit bereits bekannten Behinderungen, die schon einen vorschulischen Förderbedarf begründet haben, auf ihre spezielle Schulperspektive hin untersucht.

Personaleinsatz: Arzt/ Arzthelferin/SMA

3.3.2 Eingliederungshilfe

Erst- und Wiederholungsuntersuchungen zur Feststellung einer Behinderung und Entwicklung / Fortschreibung eines Hilfeplans.

Personaleinsatz: Arzt/ SMA

3.3.3 Sprachheilfürsorge

Siehe 3.3.2. Hier jedoch unter spezieller Berücksichtigung von Sprachentwicklungsstörungen. Zusätzlich werden hier Beratungseinheiten durch den Fachberater für Hör und Sprachgeschädigte des Landes Niedersachsen durchgeführt.

Personaleinsatz: Arzt/SMA

3.3.4 Körperbehindertenfürsorge

siehe 3.3.2, hier jedoch unter spezieller Berücksichtigung von Körperbehinderungen. Ergänzend werden Beratungseinheiten durch den Landesarzt für Körperbehinderte durchgeführt.

Personaleinsatz: Arzt/ SMA

Im Übrigen werden die im vorherigen Kapitel genannten weiteren Aufgaben wahrgenommen. Die zeitliche und personelle Bindung durch Reihenuntersuchungen in Kindergärten und Schulen sowie eine deutliche Steigerung der Feststellungen von drohenden oder manifesten Behinderungen im vorschulischen Bereich haben zu einer erheblichen Überlastung des KJÄD geführt. Die Ressourcen für den Bereich der Behindertenfürsorge sind dadurch soweit eingeschränkt worden, dass die hierzu notwendigen Untersuchungen zunehmend durch die Lebenshilfe Nienburg GmbH mit der Einrichtung des dortigen Früherkennungsdienstes übernommen worden sind. Dieses Verfahren ist durch die Sozialhilfe so anerkannt worden, ohne gleichzeitig auch den KJÄD des Hauses mit der entsprechenden Fragestellung zu befassen. Dies hat zwar zu einer deutlichen Entlastung des KJÄD geführt, auf der anderen Seite aber die Entwicklung der Zahlen und der Kosten in der Eingliederungshilfe mit nach oben getrieben, weil die Kontroll- und Steuerungsfunktion hierunter gleichzeitig verloren gegangen ist. Heute bereitet die kontinuierliche Steigerung dieser Kosten im Kreishaushalt erhebliche Sorgen und Probleme, so dass im Rahmen der Entwicklung operativer Ziele sich eine Arbeitsgruppe der Fachbereiche 31, 36 und 41 gerade hierum bemüht mit dem Ziel, dass die Kosten der Eingliederungshilfe in diesem Bereich zumindest nicht weiter steigen und künftig möglichst zurückgeführt werden können. Im Ergebnis wird diese Arbeitsgruppe die Empfehlung geben, ein

Fach-/Kompetenzteam im KJÄD als ersten Ansprechpartner für betroffene Eltern Behinderter oder von Behinderung bedrohten Kindern sowie der in der Versorgung dieser Klientel Beteiligten einzurichten.

Die künftige Aufgabenbewältigung aufgrund geänderter gesetzlicher Rahmenbedingungen ist mit dem bisherigen Personalbestand nicht mehr zu leisten. Im Stellenplan des Gesundheitsamtes ist im KJÄD nur 1 Arztstelle eingebracht, die ärztliche Tätigkeit der Vertragsärztin ist nach BGB-Vertrag außerhalb des Stellenplans geregelt. Die Vergütung beträgt nach Vorgabe des Kommunalen Arbeitgeberverbandes (KAV) derzeit 25,60 Euro/Std. Dieses Nebeneinkommen muss von der Vertragsärztin/ dem Vertragsarzt bei der Renten- und Krankenversicherung entsprechend angegeben, nachversichert und versteuert werden. Unter diesen Bedingungen ist die Stelle - gerade auch wegen des momentan bestehenden Ärztemangels - nicht mehr dauerhaft im Nebenvertrag zu besetzen. Eine Chance wäre die Umwandlung in eine im Stellenplan aufzuführende Angestellten-Stelle.

Derzeit werden durch 2 Teams in der Zeit von Januar bis Juli des Jahres Schuleingangsuntersuchungen (SEU) im Regel- und Behindertenbereich durchgeführt, von August bis Dezember des Jahres die Reihenuntersuchungen in den Kindergärten. Durch den Weggang der Vertragsärztin aus Altersgründen und die Unbesetzbarkeit dieser Stelle wäre die Fachdienstleitung nebst Mitarbeiter/Innen als dann einziges zur Verfügung stehendes Team ganzjährig mit SEU belastet, wobei der frühe Einstieg in die SEU die in den letzten Monaten stattfindende, z. T. auch rasante Entwicklung bis zur Schulreife der Kinder nicht mehr berücksichtigen kann. Hierzu sind bereits auch erste Bedenken seitens der umliegenden Kindergärten an den Landrat herangetragen worden. Die gegenwärtige Umbruchsituation des KJÄD ist natürlich auch in den Kindertagesstätten und sonstigen Einrichtungen bekannt. Eine weiterhin verlässliche Untersuchung des Entwicklungsstandes und Beurteilung der gesundheitlichen Schulreife bereitet insofern große Sorgen. Die Untersuchungen in den Kindertagesstätten müssten praktisch vollständig entfallen. Damit wäre auch die Chance einer frühen Entdeckung und Bewertung von Entwicklungsstörungen nicht mehr vergleichbar gegeben. Notwendige Hilfen würden nicht in dem erforderlichen Umfang, zu spät oder gar nicht eingeleitet, um bis zur Einschulung drohende Behinderungen oder Handicaps zu minimieren bzw. auszugleichen, damit

den Kindern ein möglichst ungestörter zielgleicher Eintritt in die Regelschule ermöglicht werden kann und damit eine gedeihliche gesamtgesundheitliche Entwicklung.

Des Weiteren muss darauf hingewiesen werden, dass auch die Fachdienstleitung im August 2007 in den Altersruhestand eintritt. Das laufende Ausschreibungsverfahren sollte auch unter diesem Gesichtspunkt forciert betrieben werden, um einen möglichst komplikationsfreien Übergang zu erreichen.

Weitergehend müssen Überlegungen zu einer Entflechtung von Arbeitsabläufen führen und die beteiligten Mitarbeiterinnen, Ärzte, AH und SMA unter Umständen auch in getrennten Untersuchungsabläufen Ressourcen orientiert und Aufgaben bezogen arbeiten. Dies bedingt auch eine konzeptionelle Umorientierung mit dem Ziel einer Zielgruppen- und Lebensraum bezogenen Arbeit des KJÄD.

4. Ziele, Visionen, Ideen

Das Niedersächsische Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGÖGD) tritt zum 01.01.2007 in Kraft. Hierbei beschreibt insbesondere der § 5 die Aufgaben des KJÄD.

§ 5 Abs. 1:

Die Landkreise und kreisfreien Städte schützen und fördern besonders die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Dazu sollen sie insbesondere gemeinsam mit Tageseinrichtungen für Kinder und Schulen Zielgruppen und Lebensraum bezogen auf die Prävention und auf eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hinwirken.

Gesundheit ist ein elementarer Bestandteil von Wohlbefinden, Lebensqualität und Leistungsfähigkeit. Das Kindes- und Jugendalter sind sensible Perioden für die Entstehung und Stabilisierung gesundheitlichen Risikoverhaltens. Die Familie ist der entscheidende Ort, an dem gesundheitsfördernde wie auch Gesundheit gefährdende Verhaltensweisen gelehrt und gefestigt werden. Für Kinder und Jugendliche bestimmt Gesundheit nicht nur das aktuelle Wohlbefinden, sondern ist darüber

hinaus eine zentrale Bedingung für ein gelingendes Aufwachsen im Sinne positiver Entwicklung und Entfaltung zu eigenverantwortlicher, leistungsfähiger und leistungsbereiter Persönlichkeit.

4.1 Situations- und Lebenslagenorientierte Gesundheitsförderung initiieren

In diesem Sinne werden vom KJÄD künftig insbesondere Kinder aus sozial benachteiligten Familien und Familien mit Migrationshintergrund sowie auch Kinder mit besonderen gesundheitlichen Problemen in den Kindertagesstätten, Schulen oder auch in ihrem direkten sozialen Umfeld untersucht und gegebenenfalls bei entsprechendem Förderungsbedarf die Eltern und Familie entsprechend beraten und begleitet. Dieses Vorhaben erfordert andere Zugangs- und Angebotskonzepte für schwer erreichbare Zielgruppen.

Darüber hinaus wird eine enge Zusammenarbeit mit den beteiligten Einrichtungen wie Schule und Kindertagesstätten angestrebt, um durch die Entwicklung gemeinsamer präventiver Maßnahmen die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (körperlich-organisch, seelisch und sozial) zu fördern. Dies geschieht mit dem Ziel einer auf Situations- und Lebenslagenorientierten Verhaltens- und Verhältnisänderung ausgerichteten Gesundheitsförderung unter sozial-infrastrukturellen Aspekten (Gesundheitsbewusstsein schaffen, gesundheitsrelevante Verhältnisse/Lebensweisen beeinflussen, Gesundheitskompetenz von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern und Familien stärken).

4.2 Zentrale Gesundheitsprobleme beseitigen

Hierbei sollen besonders auch **zentrale Gesundheitsprobleme** im Kinder- und Jugendalter berücksichtigt werden, wie auch in den *niedersächsischen Gesundheitszielen* formuliert. Hierzu zählen:

im Kindesalter

- Defizite in der motorischen Entwicklung, Koordinationsstörungen
- verzögerter Spracherwerb, Hörstörungen, Sehstörungen
- Adipositas und problematisches Ernährungsverhalten
- Konzentrationsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Aggressivität
- Unfälle
- Misshandlungen
- zu geringe Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen im Säuglingsalter und vor allem im Kindesalter
- nicht ausreichende Impfbereitschaft

im Jugendalter

- psychomotorische Beschwerden
- Verletzungen und Vergiftungen, häufig auch Risikoverhalten
- Verletzungen durch Verkehrsunfälle
- Misshandlungen
- Selbstschädigungen und Suizid
- hohe Gesundheitsbelastung durch Alkohol, Nikotin und Drogenmissbrauch,
- Essstörungen (Bulimie und Anorexie), insbesondere bei Mädchen
- ungewollte Schwangerschaften

4.3 Gesundheitsförderungskompetenz erwerben

Hierzu ist nicht ausschließlich die ärztliche Kompetenz gefragt, sondern insbesondere auch die gesundheitsberaterische Kompetenz der entsprechend weitergebildeten Gesundheitsfachberufe, z.B. der in der Betreuung und Beratung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder tätigen SMA und der im Hause bereits vorhandenen Gesundheitsmanagerin. Auch die AH wollen und müssen ihre Kompetenz weiterentwickeln und in ein solches Konzept einbringen, müssen sich insofern verstärkt mit dem Aspekt der „Gesundheit“ vertraut machen und intensiver mit Kenntnissen und Methoden der Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung ausgestattet und fortgebildet werden.

In diesem Stadium wird die Erfassung von Störungen der kindlichen Entwicklung in den Einrichtungen und auch dem psychosozialen Umfeld zu einem großen Teil von diesen Mitarbeiterinnen geleistet, eine ärztliche Untersuchung und Bewertung nach entsprechenden Vorarbeiten eingeleitet werden, wobei die Beratung und Begleitung entsprechend dem ärztlichen Votum erfolgen kann. Hierdurch wird die ärztliche Kapazität nur noch streng Zielgruppen orientiert eingesetzt und steht unter Berücksichtigung des Wegfalls einer umfänglicheren Arbeitszeitbindung durch Reihenuntersuchungen somit auch für andere Aufgabenwahrnehmungen z.B. im Bereich der Eingliederungshilfe behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder zur Verfügung.

Angestrebt wird hierbei ein intensiver Austausch mit Jugendamt, Sozialamt und Lebenshilfe gGmbH sowie anderen Anbietern von Hilfen. Die daraus resultierenden Synergieeffekte könnten unter anderem auch zu einer Kostenminimierung im Bereich der Eingliederungshilfe führen. Die angestrebte Kooperation mit dem Jugendamt nimmt hier eine besondere Stellung ein. Wir wissen dass das Bonding (Bindungsfähigkeit zwischen Eltern und Kind, Erfahrungen von körperlicher und emotionaler Nähe) in der Phase nach der Geburt am besten zu fördern ist. Aus diesem Grunde plant der Landkreis Nienburg unter Führung des Jugendamtes den Einsatz von Familienhebammen im ersten Lebensjahr des Kindes. Dementsprechend wird eine Aufgabe des KJÄD die intensive Zusammenarbeit mit diesen Fachkräften sein, um eine evtl. notwendige Hinführung der Familie zum KJÄD ohne Vertrauensabbruch zu gewährleisten und die Hilfen und Fördermaßnahmen fortzuführen.

In diesen Aufgabenkontext gehört auch gemäß § 14 und 20 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) die Impfberatung und Durchführung von Schutzimpfungen. Besondere Bedeutung hat diese Aufgabe deshalb, weil es zum Bevölkerungsschutz vor Infektionskrankheiten darauf ankommt, eine möglichst hohe Durchimpfungsrate der Bevölkerung zu erreichen und diese am ehesten bei dem für die Empfänglichkeit jeglicher Erkrankungen schwächsten Personenkreis der Säuglinge und Kleinkinder bereits zu beginnen. Erfahrungsgemäß werden in diesen Altersgruppen noch

ausreichende Durchimpfungsraten von zum Teil über 90% erreicht. In den späteren Altersgruppen sinkt dieser Anteil gefährlich ab, sodass es immer wieder zu Krankheitsdurchbrüchen kommt, aktuell jetzt abklingend die Masern Epidemie in Nordrhein-Westfalen 2006. Entsprechende Aufklärungs- und Impfkampagnen sind wegen der Impfmüdigkeit der Bevölkerung insofern dringend geboten, können aber bei den engen personellen Ressourcen des KJÄD trotz vorhandener Beratungskompetenz (Impfberaterin) zur Zeit nicht durchgeführt werden.

4.4 Aufsuchende Arbeit verstärken

Während im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung überwiegend „Komm-Strukturen“ vorherrschen, hierdurch auch die Gefahr begründet ist, Entwicklungsstörungen, allgemeine gesundheitliche und psychosoziale Probleme nicht oder nicht rechtzeitig zu erkennen, weil die Betroffenen normale Versorgungsstrukturen meiden oder nicht in Anspruch nehmen, kann der KJÄD seine sozialkompensatorische Aufgabe durch konsequente Installation einer aufsuchenden Arbeit umsetzen. Hierzu sollen auch örtliche Hilfsstrukturen bis hin zur Nachbarschaftshilfe, aber auch die örtlichen Verwaltungen, mit in Anspruch genommen werden. Insofern wird sich die Arbeit des KJÄD mehr zu einem beratenden und begleitenden Aufgabenspektrum als zur lediglich feststellenden Arbeit entwickeln.

Ein besonderer Aufgabenschwerpunkt wird bei der Früherkennung und Entwicklung von Hilfsstrukturen im Rahmen der Eingliederungshilfe liegen. Hierzu soll ein Fach-/Kompetenzteam im KJÄD unter Leitung einer/eines in der Beurteilung von Entwicklungsstörungen und frühen Behinderungsbildern erfahrenen und/oder weitergebildeten Ärztin/Arztes beitragen, das auch nach Vorstellung der Arbeitsgruppe der Fachbereiche 31, 36 und 41 eingerichtet werden sollte. Hierdurch wäre einerseits der betroffenen hilfsbedürftigen Klientel gedient, andererseits wären in diesem unmittelbaren Zusammenhang für die Entscheidung des Kostenträgers wesentliche Kriterien mit zu berücksichtigen und zu erfüllen. Somit plädiert diese Arbeitsgruppe für einen personellen Ausbau des KJÄD.

Unter Berücksichtigung zentraler Gesundheitsprobleme im Kindes- und Jugendlichenalter wird die künftige Entwicklung eines KJÄD auch hin zu einem beratenden Betriebsarzt in Schulen und Kindertagesstätten gehen müssen, um den pädagogischen Prozess durch medizinische Kompetenz zu begleiten, aber auch den gesetzlichen Auftrag und gesundheitspolitische Zielsetzungen umzusetzen und mitgestalten zu können. Projekte im und um den Alltag in Schulen und Kindertagesstätten sowie die Verzahnung schulischer und außerschulischer Aktivitäten sind wie auch die Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange (Krankenkassen, Vereine, Unternehmen) ein neues Aufgabenfeld in der künftigen Arbeit des KJÄD.

4.5 Schuleingangsuntersuchungen und Zahngesundheitspflege

Keine wesentlichen gestalterischen Freiheiten bietet der Bereich der Schuleingangsuntersuchung (SEU), die nach § 5 Abs. 2 NGÖGD Pflichtaufgabe der Landkreise und kreisfreien Städte ist und durch die Anwendung eines standardisierten Untersuchungsmodells den KJÄD in erheblichem Umfang bindet.

NGÖGD § 5 Abs.2:

Die Landkreise und kreisfreien Städte untersuchen die Kinder rechtzeitig vor der Einschulung ärztlich auf gesundheitliche Beeinträchtigungen, die geeignet sind, die Schulfähigkeit zu beeinflussen (Schuleingangsuntersuchung).

..... Das Landesgesundheitsamt kann einheitliche fachliche Anforderungen für die Durchführung der Schuleingangsuntersuchung empfehlen.

Von der konzeptionellen Entwicklung des KJÄD bleibt der Bereich der Zahngesundheitspflege weitgehend unberührt und kann in der bisherigen Form fortgeführt werden (NGÖGD § 5 Abs. 3).

4.6 Qualitätsstandards entwickeln und evaluieren

Unverzichtbare Voraussetzungen für eine Qualitätssicherung und Evaluation sind die Qualifizierung der Mitarbeiter/Innen, der kollegiale Fachaustausch auch über die Region hinausreichend, sowie die Dokumentation.

Die Qualifizierung von Mitarbeitern bildet die praktische Basis für eine erfolgreiche Umsetzung der vielfältigen Veränderungen und hohen Anforderungen dieser Konzeption wie unter Punkt 4.1 bis 4.5 beschrieben. Neben einer fundierten Berufsausbildung bedarf es hierzu als weiterer Voraussetzung auch eines hohen Maßes an Lebens- und Berufserfahrung sowie einer personellen Kontinuität und Akzeptanz.

Im Fachdienst sind bereits folgende Qualifikationen zur Umsetzung der neuen Konzeption vorhanden:

Eine Mitarbeiterin ist extern an der Fachhochschule Magdeburg zur „Gesundheitsmanagerin im Bereich kommunale Gesundheitsförderung“ mit finanzieller Unterstützung des Landkreises im Rahmen seiner fachspezifischen Fortbildungsmittel des Fachbereichs 41 berufsbegleitend weitergebildet worden (Zertifizierter Studiengang -angewandte Gesundheitswissenschaften).

Eine weitere Mitarbeiterin wird zurzeit an der hiesigen Volkshochschule berufsbegleitend zur „Gesundheitsberaterin“ ebenfalls mit finanzieller Unterstützung aus fachspezifischen Fortbildungsmitteln des Fachbereichs 41 weitergebildet. Diese Mitarbeiterin ist bereits auch zertifizierte „Impfberaterin“.

Darüber hinaus sind alle Mitarbeiter/Innen des Fachdienstes motiviert und bereit, an entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen zur Erfüllung der konzeptionellen Anforderungen teilzunehmen.

Zu den neu entstehenden Angebotstandards gehören Aufgaben wie:

Vorträge, Seminare, Präventionsberatung, Kooperation, Vernetzung und Koordination von Aktivitäten auch außerdienstlicher Anbieter. Hierbei ist Ziel die Verbesserung der Information und Kommunikation sowohl unter den

Aktionspartnern als auch in die zu betreuende Klientel hinein. Erwartet werden kann hierdurch eine Steigerung der Kompetenzen gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen.

Konzeptionelle Ebene der neuen Angebote:

Informationsvermittlung, Kompetenzförderung, Normenbildung, Früherkennung-/ Intervention, Struktur gestaltende Maßnahmen.

Setting der Angebote:

Familie, Kindergarten, Schule (Grund-Haupt-Real-Gesamt- Sonder-Berufsbildende Schulen, Gymnasium).

Zielgruppen-Ebene:

unspezifisch ,altersspezifisch, geschlechtsspezifisch, sozialgruppenspezifisch, Eltern, Multiplikatoren.

Evaluation:

Multiperspektive Analyse, Bedarfe im Landkreis und in der Region ermitteln, Gesundheitsberichtserstattung für die überregionale Entwicklungsanalyse.

4.7 Personelle Besetzungen

zukünftiges Personalkonzept:	vorhandenes Personal:
1 Arzt (Planstelle)	1 Arzt (Planstelle)
1 Arzt (Planstelle neu)	0,4 Arzt (im Nebenvertrag)
1 SMA / Vollzeit	1 SMA/Vollzeit
1 Gesundheitsberaterin/dito	1 Arzthelferin /Vollzeit
1 Gesundheitsmanagerin/dito	1 Arzthelferin /75%
1 Arzthelferin/ 50%	1 Arzthelferin / 50%
1 Arzthelferin/ 50% (neu)	
1 Verwaltungskraft / 50%	1 Verwaltungskraft / 75%

5. Schlussbetrachtung

Hinsichtlich der Aufgaben und Ziele gesundheitsfördernder Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen hat sich in den letzten Jahrzehnten ein deutlicher Wandel vollzogen. Zunächst wurden Präventionsprogramme nach einer *pathogenetischen Orientierung* (vor dem Hintergrund von Krankheitsbildern oder krankmachenden Prozessen) konzipiert mit dem Ziel, die Entwicklung Verhaltensbezogener und sozialer Probleme sowie die Herausbildung und Stabilisierung gesundheitsriskanten Verhaltens zu verhindern. Risikofaktoren für pathologische Entwicklungsverläufe sollten gemindert bzw. durch Interventionen kompensiert werden. Unter anderem in Forschungen zur Resilienz bzw. Widerstandsfähigkeit zeigte sich allerdings, dass Risikofaktoren allein nicht entscheidend sind für gesundheitliche Entwicklungen. Es gibt beispielsweise Kinder und Jugendliche, die trotz erheblicher psychischer, sozialer oder gesundheitlicher Belastungen Widerstandsfähigkeit beweisen, robust bleiben und positive Entwicklungstrends zeigen. Für diese Resistenz werden Ressourcen als Schutzfaktoren für psychische und körperliche Gesundheit verantwortlich gemacht, deren Gesundheitserhaltende Bedeutung in weiteren entwicklungs- und gesundheitspsychologischen Studien unterstrichen werden konnten. Kinder und Jugendliche mit starken sozialen Ressourcen (z.B. soziale Unterstützung, gute Beziehungsqualität zu Gleichaltrigen) und persönlichen Ressourcen (z.B. positives Selbstkonzept, Selbstsicherheit) neigen vergleichsweise weniger zu Risikoverhaltensweisen, entwickeln seltener psychosoziale Störungsbilder und kommen auch mit chronischen Erkrankungen besser zurecht. Wegen des hohen Stellenwertes solcher protektiven Faktoren hat sich in den letzten Jahren mit dem Ziel der Gesundheitserhaltung eine *salutogenetische Orientierung* (*Erklärung: siehe Anlage*) durchgesetzt. Danach besteht die Aufgabe von Gesundheitsförderung und Prävention darin, persönliche und soziale Ressourcen zu stärken, indem Lebenskompetenzen und Fähigkeiten gefördert bzw. vermittelt werden, die es Kindern und Jugendlichen ermöglichen, sich für eine „gesunde“ Lebensweise zu entscheiden und angemessen mit Problemen und Entwicklungsaufgaben auseinandersetzen zu können (vgl. WHO 1998, Badura. B 2003).

Im Kontext veränderter zivilisatorischer, ökologischer und sozialer Lebensbedingungen vollzieht sich eine Veränderung des Krankheitsspektrums, das dominant von multikausal bedingten, weitgehend auch verhaltens- und verhältnis-abhängigen Erkrankungen geprägt ist.

Es ergibt sich eine enge Beziehung zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit mit der Tendenz einer zunehmenden sozialen Polarisierung: Soziale Benachteiligung beeinträchtigt Gesundheit, fehlende Gesundheit wiederum minimiert Entwicklungspotenziale und Ressourcen und erhöht damit nachhaltig den Grad an sozialer Benachteiligung (Bildung, Integration, Partizipation, usw.) Folglich sind Schutz und Förderung weit über den medizinischen Kontext hinaus kommunalpolitische Aufgaben, die verstärkt neben der gesundheitspolitischen Verantwortung auch auf sozialpolitischen und sozialkulturellen Handlungsebenen Strategien herausfordern.

In diesem Sinne empfiehlt die Landesregierung aktuell auch eine verstärkte Kooperation und einen zuverlässigen Datenaustausch zwischen Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen sowie den zuständigen Stellen des Gesundheitswesens, um z.B. Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch frühzeitig zu erkennen bzw. zu verhindern. Diesem Ziel dient neben diversen vom Land geförderten Projekten die ab dem 01. Januar 2007 geltende Verpflichtung der Landkreise und kreisfreien Städte zur flächendeckenden SEU und die Unterstützung einer Bundesratsinitiative zur verstärkten Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen U 1 bis U 9. Gleichwohl sieht die Landesregierung bei Fragen der Kindswohlgefährdung die Hauptverantwortung bei den Kommunen als eine ihrer Aufgaben der Selbstverwaltung des eigenen Wirkungskreises.

Hierzu gehört auch die Verpflichtung des § 5 Abs. 1 NGÖGD, nach der die Landkreise und kreisfreien Städte besonders die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen schützen und fördern, und zwar durch zielgruppen- und Lebensraumbezogene präventive Maßnahmen. Hieran hat sich das vorliegende Konzept unter Punkt 4 „Ziele, Visionen und Ideen“ orientiert. Die Umsetzung dessen verlangt eine fachliche und personelle Anpassung an die veränderten Aufgaben und Zugangsweisen.

Ziel all dieser Maßnahmen ist zum einen, die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen nachhaltig zu fördern und damit Gesundheitskosten – auch in der Eingliederungs-, Jugend- und Sozialhilfe - in der Zukunft einzusparen. Zum anderen soll durch die veränderte Zugangsweise die originäre und beraterische Funktion kinder- und jugendärztlicher Tätigkeit wieder aufgenommen und in den Vordergrund gestellt werden. Verloren gegangene Beratungsanteile, insbesondere im Behindertenbereich, die zwischenzeitlich von expandierenden und zum Teil auch aggressiv werbenden auf dem freien Wirtschaftsmarkt etablierten Anbietern wahrgenommen werden, müssen zurück gewonnen werden. Dies kann nur gelingen, wenn sowohl die Betroffenen und ihre Familien als auch z.B. die Lebenshilfe, die ohne Zweifel eine gute und anerkennenswerte Arbeit mit und für die Behinderten leistet, den KJÄD als kompetenten Partner in Diagnostik und Beratung erleben und anerkennen.

Voraussetzung hierfür ist nach außen zunächst die Kompetenz des Kinder- und Jugendarztes in der Beurteilung von Entwicklungsstörungen und Behinderungen im Kinder- und Jugendalter, insgesamt aber die Kompetenz des Teams in der Untersuchungs- und Beratungssituation.

In Umsetzung der konzeptionellen Überlegungen ist es deshalb vordringlich, für die bisher im Nebenvertrag nach BGB wahrgenommenen Tätigkeiten und neuen Aufgaben nach dieser Konzeption eine neue Arztstelle in den Stellenplan des Fachdienstes 41 einzustellen und diese Stelle entsprechend auszuschreiben.

Des Weiteren ist ein Weiterbildungsbedarf im Sinne der Qualitätsstandards (siehe Pkt. 4.6) in der beratenden und begleitenden Tätigkeit für die nichtärztlichen Mitarbeiter resp. Arzthelferinnen begründet, der - zumindest mittelfristig – umgesetzt werden muss. Für die Wahrnehmung der im Konzept aufgeführten Tätigkeiten und Aufgaben des KJÄD ist auch in diesem Bereich eine Ergänzung um eine halbe Stelle für eine Arzthelferin erforderlich, um z.B. den präventiven Infektionsschutz (Impfberatung, ggf. auch Durchführung von Impfkampagnen und Impfungen), aber auch die vom Gesetz geforderte GBE erfüllen zu können.

Durch diese Investitionen in einen zukunftsorientierten und kompetenten KJÄD ist erwartbar, dass sich bei Umsetzung des Konzeptes mittelfristig die Kosten im

Bereich der Eingliederungshilfe für Behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche senken werden, wobei eine Bezifferung naturgemäß hier nicht realistisch erfolgen kann. Zweifelsfrei ist aber, dass sich die Kosten durch intensive Beratung und Begleitung im sozialen Umfeld („Lebensraum bezogen“) senken lassen, indem auch dort vorhandene oder entwicklungsfähige Hilfsstrukturen genutzt werden, im Nebeneffekt hier auch zu einer psychosozialen Integration betroffener Familien in das gemeindliche Umfeld beitragen. Der Verweis auf „Therapien“ als Maß der Hilfen könnte sich unter solchen Bedingungen im Lebensraum der Betroffenen zu natürlichen sich entwickelnden Niederschweligen Hilfen verändern. Ebenso ist denkbar, dass sich unter solchen veränderten Strukturen und Bedingungen der Anteil stationärer und teilstationärer Maßnahmen hin zu ambulanten Hilfen entwickelt und somit auch dem Vorrang „ambulant vor stationär“ Rechnung getragen wird.

Denkbar ist auch eine – zumindest teilweise – Refinanzierung der neu einzurichtenden Arztstelle im KJÄD. Soweit diese/r Arzt/Ärztin im Beratungs- und Früherkennungsteam installiert und beteiligt sein sollte, wird nach der Frühförderverordnung die ärztliche Leistung im Rahmen der durchzuführenden Diagnostik zu 80% von den Krankenkassen übernommen. In diese Richtung hat auch die Arbeitsgruppe der Fachbereiche 31, 36 und 41 bei der Bearbeitung des operativen Zieles „keine Kostensteigerung in der Eingliederungshilfe für Behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche“ ihre Empfehlungen zum personellen Konzept und zum Verwaltungsverfahren entwickelt.

Das weiterentwickelte und den neuen Anforderungen an den KJÄD angepasste Aufgabenspektrum könnte zeitgleich mit Inkrafttreten des NGÖGD zum 01.01.2007 umgesetzt werden. In diesem Zusammenhang wäre auch eine entsprechende Umbenennung zu empfehlen in Fachdienst

„Gesundheitsförderung für Kinder, Jugend und Familie“.

Anhang

Das Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky

Das Konzept der **Salutogenese** wurde vom Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923 -1994) entwickelt.

Antonovsky diente im zweiten Weltkrieg auf der Seite der Amerikaner. Nach seinem Militärdienst begann er mit dem Studium der Soziologie, das er mit dem Dokortitel abschloss. Mit seiner Frau Helen Antonovsky emigrierte er 1960 nach Jerusalem, Israel.

Während seiner Zeit am Applied Social Research Institute beschäftigte sich Antonovsky mit Studien von Frauen, die in Zentraleuropa zwischen 1914 und 1923 geboren wurden. Einige von ihnen waren Überlebende aus Konzentrationslagern. Dabei fiel ihm auf, dass 29 % der ehemals internierten Frauen sich trotz der extremen Stressoren, denen sie während ihres Lebens ausgesetzt waren, sich in einem guten mentalen Zustand sahen. Dies führte ihn zu der Fragestellung, was Menschen gesund hält, aus der letztlich das Konzept der **Salutogenese** hervorging. Das Konzept der **Salutogenese** entwickelte Antonovsky während der 1970er Jahre und erregte 1979 große Aufmerksamkeit mit der Veröffentlichung seines Buches *Health, stress, and coping*.

In *Unraveling the mystery of health* (dt.: "Zur Entmystifizierung der Gesundheit" 1997) beschreibt Antonovsky das Konzept der Salutogenese anhand der Metapher eines Flusses. Die *pathogenetische* Herangehensweise, die sich ausschließlich mit der Entstehung und Behandlung von Krankheiten beschäftigt, gleicht im Bild von Antonovsky dem Versuch, Menschen mit hohem Aufwand aus einem reißenden Fluss zu retten, ohne sich Gedanken darüber zu machen wie sie dort hinein geraten sind und warum sie nicht besser schwimmen können. Die **Salutogenese** sieht den Fluss als Strom des Lebens: „Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, das ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen als auch im herkömmlichen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: "Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?"

Nach Antonovsky gibt es keinen absoluten Gesundheits- bzw. Krankheitszustand, sondern der Mensch kann mehr oder weniger gesund oder krank sein. Er bewegt sich in einem Kontinuum entweder in Richtung eines Gesundheits- oder Krankheitspols.

Ob jemand unter bestimmten Stressfaktoren eher gesund bleibt oder krank wird, hängt von seinen Widerstandsressourcen ab. Sie wiederum sind abhängig vom materiellen Status, vom Bildungsstand, von seinem Selbstbewusstsein, von der Integration in sein kulturelles und soziales Umfeld, von seinem Lebensstil und von der Ausgewogenheit zwischen Über- und Unterforderung. Eine der wichtigsten Widerstandsressourcen ist nach Antonovsky das **Kohärenzgefühl** (Sense of Coherence- SOC). Es besteht in dem Vertrauen darauf, dass man die Umwelt angemessen versteht, dass man die Fähigkeit hat, sie zu kontrollieren und zu beeinflussen, und dass man ihre Anforderungen als Herausforderungen begreift, die eine engagierte Anstrengung lohnen.

Literatur:

- *Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well-being*, San Francisco 1979
- *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.*, San Francisco 1987
- *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Expanded German Edition by A. Franke*, Tübingen 1997

Januar 2007

Christine Kolweyh