



LAND
BRANDENBURG

Ministerium für Umwelt, Gesundheit
und Verbraucherschutz

Gesundheit



10 Jahre Bündnis Gesund Aufwachsen

Mehr Chancen für ein
gesundes Aufwachsen aller Kinder

Inhalt

Vorwort Anita Tack <i>Ministerin für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg</i>	1
Grußwort Dr. Rainer Hess <i>gesundheitsziele.de</i>	2
Grußwort Prof. Dr. Klaus Hurrelmann <i>Hertie School of Governance</i>	3
1 10 Jahre Bündnis Gesund Aufwachsen im Land Brandenburg	4
2 Ein Blick in den Datenmonitor zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	12
3 Die Arbeitsgruppen im Bündnis Gesund Aufwachsen	18
3.1 AG Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung	18
3.2 AG Frühe Hilfen und Pädiatrische Versorgung	20
3.3. AG Mundgesundheit	22
3.4 AG Seelische Gesundheit	24
3.5 AG Unfall- und Gewaltprävention	26
4 „Wir müssen mehr Verpflichtungsfähigkeit herstellen!“ <i>Interview mit Thomas Altgeld, Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.</i>	30
Impressum	33

Vorwort



**Liebe Leserinnen,
liebe Leser,**

binnen 10 Jahren ist das „Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg“ ein fester Bestandteil der Brandenburgischen Gesundheitslandschaft geworden. Die vernetzte Zusammenarbeit in der Landesregierung zum Wohle der Kindergesundheit

ist in Brandenburg gelebte Realität. Die beteiligten Berufsgruppen, Einrichtungen und Institutionen stellen dies regelmäßig unter Beweis. Das Bündnis leistet mit seiner wegweisenden, zielgerichteten Arbeitskultur des sachlichen Diskurses und der persönlichen Wertschätzung einen wichtigen Beitrag zum gesunden Aufwachsen aller Kinder – „Kein Kind zurücklassen!“, so das Leitbild.

Anfangs waren viele skeptisch. Dass sich eine Menge Probleme erst durch gemeinsames Handeln mit übergeordneten Zielen für alle Seiten gewinnbringend lösen lassen, musste erst einmal erprobt und bewiesen werden. Heute hat unser Brandenburger Bündnis bundesweit Vorbildcharakter. Als Herzstück des Bündnisses haben sich fünf thematische Arbeitsgruppen herausgebildet, die konkret und überprüfbar auf den Abbau von Defiziten hin arbeiten und in deren Inhalte die vorliegende Broschüre einen Einblick gibt.

Viele Erfolge des Bündnis Gesund Aufwachsen können wir anhand konkreter Zahlen belegen. Die datengestützte Zieleverfolgung im Rahmen

der Gesundheitsberichterstattung und die Abrechenbarkeit der initiierten Maßnahmen sind wichtige Grundpfeiler für die gemeinsame Arbeit. Dies verdeutlicht insbesondere das dritte Kapitel. Wir dürfen jedoch bei allen Erfolgen nicht verkennen, dass noch ein weiter Weg vor uns liegt. Hierauf wird auch das Interview mit Thomas Altgeld im letzten Kapitel eingehen. In vielen Bereichen der Kinder- und Jugendgesundheit besteht zunehmender Handlungsbedarf, zum Beispiel bei der Prävention von Entwicklungsstörungen im Sprach- oder im emotionalen Bereich. Haltungsanomalien nehmen zu. Für die zukünftige gesundheitliche Versorgung in ländlichen Regionen brauchen wir weitere innovative Lösungen. Und zur Ausgestaltung des Leitbildes einer inklusiven Gesellschaft wollen wir auch unter Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte beitragen. Gesundheitszielprozesse wie das Bündnis Gesund Aufwachsen, die von den Partnern im Land getragen werden, sind für diese wichtigen Zukunftsaufgaben unbedingt erforderlich.

Vielen Dank für Ihre Leistung und herzlichen Glückwünsch zu den ersten 10 Jahren erfolgreicher Arbeit!

Ihre

*Anita Tack
Ministerin für Umwelt, Gesundheit und
Verbraucherschutz des Landes Brandenburg*

Grußwort

*Dr. Rainer Hess,
Vorsitzender des Ausschusses
gesundheitsziele.de*



Das Gesundheitsziel „gesund aufwachsen“ wurde als eines der ersten fünf exemplarischen Gesundheitsziele für Deutschland 2003 durch den Gesundheitsziele-Ausschuss der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) eingeführt. An seiner Entwicklung und an der 2010 erfolgten Aktualisierung war das Land Brandenburg beteiligt. Bereits 2004 erfolgte darauf aufbauend die Gründung des Bündnisses Gesund Aufwachsen durch das Land Brandenburg und damit einem Gesundheitszieleprozess, der dem nationalen Gesundheitsziel sehr ähnlich

ist. Dieses Gesundheitsziel zeichnet sich gegenüber anderen Gesundheitszielen durch den Settingansatz besonders aus. Nicht nach Themen werden die Ziele primär definiert sondern für die drei Settings KiTa, Schule, Familie/Umfeld, mit denen die Zielgruppen Kinder, Jugendliche, Eltern und Multiplikatoren jeweils besonders gut zu erreichen sind. Die Gründung des Bündnisses Gesund Aufwachsen in Brandenburg ist ein besonders gutes Beispiel dafür, wie auf der Grundlage einer hohen Motivation von Beteiligten nationale Gesundheitsziele wirksam auf Länderebene umgesetzt werden können.

Zum 10. Jubiläum spreche ich diesem Bündnis für den GVG Ausschuss Gesundheitsziele deswegen unsere große Anerkennung und unseren herzlichen Glückwunsch aus. Der Kindergesundheitskonferenz Brandenburg wünsche ich einen guten und erfolgreichen Verlauf.

*Klaus Hurrelmann,
Professor of Public Health and Education an
der Hertie School of Governance Berlin*



Herzlichen Glückwunsch zu 10 Jahren Arbeit im Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg!

Mit dem Bündnis gelingt es Ihnen, verschiedene Berufsgruppen aus dem pädagogischen, sozialpädagogischen, medizinischen und aus anderen Bereichen in einen Austausch zu bringen. Das ist nicht selbstverständlich. Dass Sie auch durch verbindliche Beschlussfassungen im Bündnisrahmen gemeinsame Aktionslinien festlegen, ist genau der richtige Weg. Die gesundheitswissenschaftliche Forschung bestätigt, dass dies wahrscheinlich sogar der einzige Weg ist, der uns hilft, die heute teilweise auseinanderlaufenden Aktivitäten von Gesundheitsförderung, Prävention und medizinischer Versorgung stärker zusammenzuführen und die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zu verbessern.

Kinder brauchen ihre Familie, diese ist das Zentrum ihrer Entwicklung und das Zentrum für die Koordination aller Impulse, die für ein Kind von Bedeutung sind. Die Familien sind nicht ersetzbar, aber wir wissen auch: Sie schaffen es oft nicht alleine, die anspruchsvollen Aufgaben zu bewältigen, die heute mit der Förderung und Pflege der Entwicklung eines Kindes verbunden sind.

In meinem Beitrag auf der Kindergesundheitskonferenz Brandenburg 2012 habe ich aus Sicht der Forschung die vier wichtigsten Vor-

aussetzungen für ein gesundes Aufwachsen zusammengefasst: 1. Kinder brauchen Familien, die fest in Netzwerke eingebunden sind. Diese Strukturen zu stärken, sollte eine Maxime für die Präventionsarbeit und für die Gesundheitsförderungsarbeit der nächsten Jahre sein. 2. Die Familie und das Kind brauchen eine bürgerschaftliche, kommunale Infrastruktur. Die Erziehung der Kinder als eine öffentliche Verantwortung zu verstehen, die von den Eltern zwar privat koordiniert wird, an der sich aber die ganze Gesellschaft beteiligen muss, dieses Verständnis muss erst wachsen. 3. Die Unterstützungsstrukturen sollten vor allem auf die Familien in schwieriger sozialer Lage ausgerichtet sein, um auch ihnen beispielsweise durch einen frühzeitigen Kitabesuch positive Bildungsperspektiven zu eröffnen. Und schließlich müssen 4. die bürokratischen und finanziellen Hürden abgebaut werden, die viele Familien daran hindern, Unterstützungs- und Versorgungsangebote in Anspruch zu nehmen.

In Brandenburg machen Sie zugehende Strukturen stark, was genau der richtige Weg ist. Wir dürfen nicht darauf warten, dass Kinder und ihre Eltern Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen. Vor allem um Familien in schwieriger sozialer Lage zu erreichen, müssen diese frühzeitig und unmittelbar in ihrem Lebensumfeld angesprochen und Angebote dort platziert werden. Und das möglichst frühzeitig im Lebensverlauf. Angefangen beim Neugeborenenhörscreening, also der Diagnose von Gesundheitsstörungen, über das Netzwerk Gesunde Kinder bis zum Pilotprojekt „Schulkrankenschwester“ ist in Brandenburg vieles auf dem richtigen Weg.

Ich wünsche Ihnen viel Kraft und Erfolg für die weitere Arbeit im Bündnis Gesund Aufwachsen!

Holger Kilian, Bernd Müller-Senftleben,
Frederik Pettelkau

Gesundheitszieleprozesse im Bund und in den Ländern

Gesundheitszieleprozesse werden aktuell sowohl auf Bundesebene als auch in allen Bundesländern verfolgt. Der bundesweite Kooperationsverbund gesundheitsziele.de, dem aktuell mehr als 100 Partner aus Bund, Ländern und Kommunen angehören, hat erstmals im Jahr 2003 das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ ausformuliert. Dies wurde zuletzt 2010 aktualisiert und formuliert Präventionsziele in den Themenfeldern:

- Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen
- Körperlich-sportliche Aktivität und motorische Leistungsfähigkeit
- Ernährung
- Rahmenbedingungen und Strukturen

Den Anfang der Zieleprozesse auf Länderebene machte 1995 Nordrhein-Westfalen. Der Überblick auf der Website von gesundheitsziele.de (→ Gesundheitsziele in den Ländern → Infopool) verdeutlicht die Vielfalt von Themen und Strukturen. Gemeinsam ist allen Prozessen, dass jeweils das für Gesundheit zuständi-

ge Landesministerium eine zentrale, meist koordinierende Rolle spielt, ohne aber die Ziele vorzugeben. Diese werden von den Partnern der Zieleprozesse definiert und in gemeinsamer Verantwortung umgesetzt.

Gesundheitszieleprozesse im Land Brandenburg

Der 2003 gestartete Zieleprozess „Gesund aufwachsen“, aus dem 2004 das Bündnis Gesund Aufwachsen hervorging, war nicht der erste Gesundheitszieleprozess im Land Brandenburg. Drei Jahre zuvor war im Handlungsfeld „Onkologische Vorsorge und Versorgung“ der erste Prozess gestartet, gefolgt von den Themen „Suchtprävention“ und „HIV/AIDS“ (vgl. Abbildung 1). Fast zeitgleich wurde der Zieleprozess „Palliativversorgung/Hospizarbeit“ initiiert, der sechste Zieleprozess „Gesund älter werden“ startete 2012. Vgl. dazu auch: Carlchristian von Braunmühl (2007): Brandenburg, in: GVG (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.): Gesundheitsziele im Föderalismus, Programme der Länder und des Bundes, Schriftenreihe der GVG 55. Bonn: Nanos, S. 45-53.

Definition „Gesundheitsziele“

Gesundheitsziele sind Vereinbarungen der verantwortlichen Akteurinnen und Akteure im Gesundheitssystem. Sie intendieren die Verbesserung der Gesundheit in definierten Bereichen oder für bestimmte Gruppen. Gleichzeitig sollen Strukturen optimiert werden, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und die medizinische Versorgung haben. Auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse werden für ausgewählte Zielbereiche Empfehlungen formuliert und Maßnahmenkataloge erstellt. Die Beteiligten verpflichten sich auf freiwilliger Grundlage zur Umsetzung in ihren Verantwortungsbereichen. Die nachhaltige Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen ist als langfristiger Prozess angelegt. Zur Zielbestimmung gehört auch die Festlegung von Zeiträumen für die Umsetzung und die Messung der Wirkungen umgesetzter Maßnahmen.

Gesundheitsziele integrieren verschiedene gesundheitspolitische Aspekte: Sie bilden einen gemeinsamen Handlungsrahmen und unterstützen planmäßiges Handeln und Transparenz. Erarbeitet werden Gesundheitsziele im breiten Konsens von Vertreter(inne)n der Politik, Kostenträgern, Leistungserbringern, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen, Wissenschaft und Forschung.

Angelehnt an die Definition auf www.gesundheitsziele.de.

Handlungsfeld	Startzeitpunkt	Träger
Onkologische Vorsorge und Versorgung	Dezember 2000	Qualitätskonferenz Onkologie
Suchtprävention	September 2002	Landessuchtkonferenz
HIV/AIDS	Dezember 2002	Landesinitiative „Gemeinsam gegen Aids“
Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	April 2003	Bündnis Gesund Aufwachsen (BGA) ab 2004
Palliativversorgung/Hospizarbeit	Juni 2003	Gemeinschaftsinitiative „Menschenwürdig leben bis zuletzt“
Gesund Älter werden	März 2012	Bündnis Gesund Älter werden (BGÄw)

Abbildung 1: Start der Gesundheitszieleprozesse im Land Brandenburg (aktualisiert nach von Braunmühl 2007: 47)

Charakteristisch für alle Gesundheitszieleprozesse im Land Brandenburg ist, dass „*sich die für ein bestimmtes Handlungsfeld wichtigen Akteure auf Einladung und unter Moderation des Gesundheitsministeriums zusammenschließen, um gemeinsam etwas zu tun, was zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung beiträgt*“ (von Braunmühl 2007: 47).

„Gesund aufwachsen“: Zwei vorbereitende Tagungen

Zur ersten vorbereitenden Fachtagung eines Zieleprozesses „Gesund aufwachsen“ lädt das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (MASGF) am **13. Januar 2003** ein. Die Tagung soll Themenschwerpunkte für die weitere Arbeit bestimmen und die Eckpunkte des weiteren Prozesses abstecken. Als Beratungsergebnisse werden u. a. festgehalten, dass die Gesundheitsberichterstattung des Landes die Datenbasis für alle Zielsetzungen bereitstellt und der Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit besondere Berücksichtigung finden soll. Als mögliche Schwerpunktthemen werden folgende Themen benannt: Impfprävention; Mundgesundheit; Früherkennung und Frühförderung; Prävention von Gewalt gegen Kinder; Prävention von Unfällen im Kindesalter; Prävention von Lärmexposition im Freizeitbereich; Strukturprobleme der pädiatrischen Versorgung; seelische Gesundheit; Gesundheitsförderung/Suchtprävention in den

Settings Kita und Schule; Fehlernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht.

Nur drei Monate nach der ersten Fachtagung findet am **7. April 2003**, dem Weltgesundheitstag, die zweite Fachtagung zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Potsdam statt, begleitet von einer kleinen Ausstellung zu Aktivitäten im Land. Die Veranstaltung hat die Aufgabe, die in der Zwischenzeit von Arbeitsgruppen entwickelten Vorschläge zu Zielen, Teilzielen und Maßnahmen in den Schwerpunktbereichen zu diskutieren und den gemeinsamen Weg abzuzeichnen.

„*Der Gesundheitszieleprozess, den wir beginnen, muss einen wesentlichen Beitrag zum Abbau sozial bedingter Ungleichheit der Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen in Brandenburg leisten*“, betont Gesundheitsminister Günter Baaske in seinem Redebeitrag. Im anschließenden Beitrag „Start eines Gesundheitszieleprozesses für Kinder und Jugendliche in Brandenburg“ steckt Bernd Müller-Senftleben (MASGF) die fachlichen und konzeptionellen Orientierungsmarken für einen brandenburgischen Gesundheitszieleprozess ab. Gesundheitsziele brauchen – so betont Müller-Senftleben – „*Konstanz in der Umsetzung*“. Dies könne nur gelingen, wenn die Ziele landesweite Akzeptanz finden und als gemeinsamer Handlungsauftrag wahrgenommen werden: „*Es geht also nicht um ein staatliches Interventionsprogramm, sondern um eine gesellschaftliche Initiative. Nur in der Kooperation*

vieler Partner lässt sich ein solcher Ansatz entwickeln. Es ist deshalb wichtig, dass heute viele Teilnehmer aus dem ambulanten und stationären Bereich, der Frühförderung, den Gesundheitsämtern, den Verbänden und des Sports, des Kinderschutzes, der Landesämter und der Ministerien zu einem gemeinsamen Dialog zusammengefunden haben.“

Gesundheitsziele im Land Berlin

In Berlin hat die Landesgesundheitskonferenz (LGK) im Jahr 2007 Gesundheitsziele für Kinder formuliert und in einem Zielesystem zusammengestellt. Die Gesundheitsziele sind ausgerichtet auf die Handlungsfelder Ernährung, Bewegung und Sprachentwicklung. 2011 wurde das Gesundheitsziel „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“ ergänzt.

Weitere Informationen und Materialien:

[www.berlin.gesundheitfoerdern.de
Gesundheitsziele.1013.0.html](http://www.berlin.gesundheitfoerdern.de/Gesundheitsziele.1013.0.html)

2004: Das Bündnis Gesund Aufwachsen wird gegründet

Am **21. April 2004** ist es so weit: Im Rahmen der „3. Fachtagung zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ wird das Bündnis Gesund Aufwachsen aus der Taufe gehoben. In seinem Einleitungsbeitrag betont Gesundheitsminister Baaske, aus dem 2003 vorbereiteten Zieleprozess sei nun *„ein echtes Bündnis geworden: ein Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg. Augenscheinlich werden Gesundheitsziele allmählich ein Markenzeichen brandenburgischer Gesundheitspolitik. Alle wichtigen Akteure sind mit dabei: in den Arbeitsgruppen, im Steuerungskreis, auf dieser Fachtagung.“*

Im Anschluss an einen Fachbeitrag aus dem Robert Koch-Institut zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland stellen die neun Arbeitsgruppen ihre Beschlussvorlagen vor. Diese folgen alle einer einheitlichen Struktur, die von Oberzielen ausgeht, den Sachverhalt auf Grundlage von Daten der Gesund-

heitsberichterstattung schildert und schließlich konkrete Teilziele und Maßnahmen benennt. Abschließend formuliert jede Arbeitsgruppe Beratungsvorschläge, die von den Mitgliedern des Bündnisses abgestimmt werden und den Arbeitsauftrag an die Arbeitsgruppen bis zum nächsten Plenum darstellen.

Das Bündnis gibt sich eine Geschäftsordnung, die klare Abläufe für die weitere Arbeit festlegt: Der Vorsitz des BGA liegt bei dem oder der für Gesundheit zuständigen Minister/in. Alle zwei Jahre kommt das Plenum aller Bündnismitglieder zusammen, stimmt über die Beschlussvorlagen der Arbeitsgruppen und des Steuerungskreises ab und berät Fragen der Kinder- und Jugendgesundheit mit landesweiter Bedeutung. Der Steuerungskreis begleitet die Umsetzung der Beschlüsse und bereitet die Sitzungen des Plenums vor. Die fachliche Arbeit des Bündnisses wird wesentlich in den (derzeit fünf) Arbeitsgruppen geleistet.

Nach der Gründungsveranstaltung im April 2004 steht für das BGA zunächst die fachliche und organisatorische Konsolidierung der Arbeit auf der Tagesordnung. Wichtige Schritte zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für mehr Kindergesundheit im Land Brandenburg sind in den Jahren 2005/2006 unter anderem die Unterstützung beim Aufbau der ersten Netzwerke Gesunde Kinder und die Verankerung mehrerer Projekte im ersten familienpolitischen Programm der Landesregierung.

Die gemeinsame Arbeit: Verbindung von Gesundheitszielen und Gesundheitspolitik

Am **27. November 2006** tagt das **1. Plenum des BGA** in Potsdam. Die Tagesordnung ist dicht gedrängt: Auf das Grußwort der Gesundheitsministerin Dagmar Ziegler folgen mehrere Fachbeiträge sowie die Berichte aus den Arbeitsgruppen. Fachbeiträge aus dem Robert Koch-Institut und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stellen die brandenburgischen Entwicklungen in einen bundeswei-

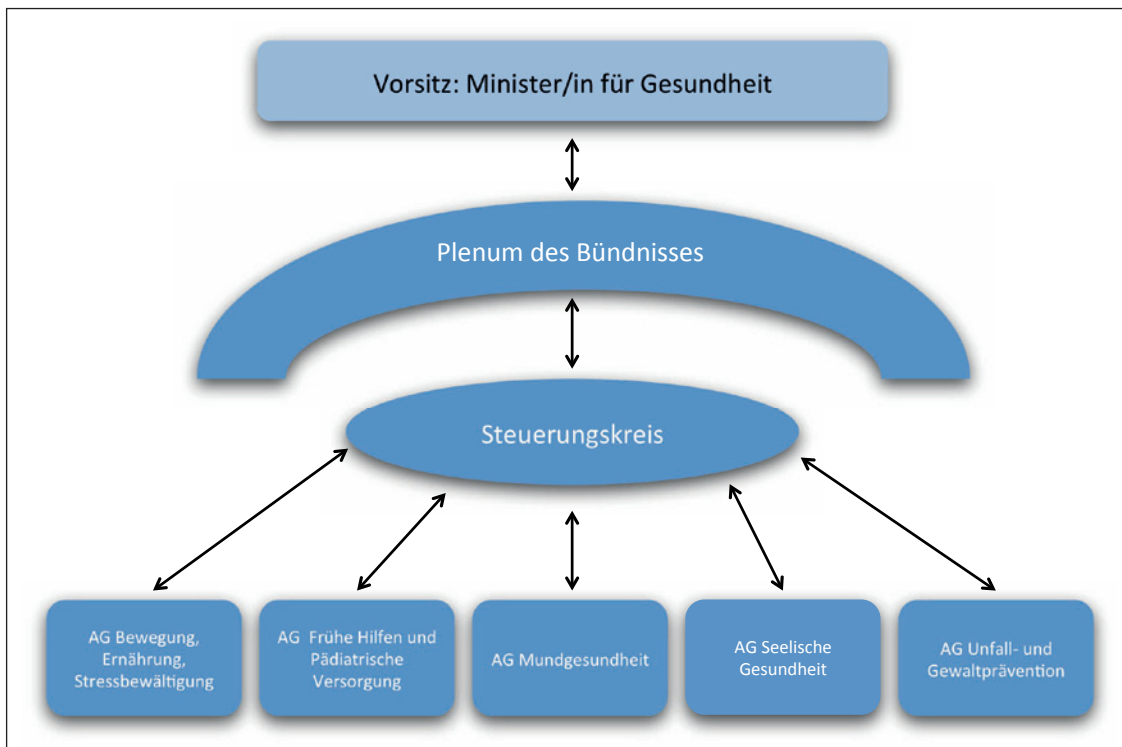


Abbildung 2: Organigramm des BGA (Quelle: www.buendnis-gesund-aufwachsen.de)

ten Kontext, bevor dann Berichterstatter/innen der Arbeitsgruppen Gesundheitsziele für insgesamt neun Handlungsfelder vorstellen. Für jedes Handlungsfeld sind zwischen einem und drei Oberzielen formuliert, deren Relevanz anschließend in Sachstandsberichten erläutert und in detaillierten Zieletabellen nach Maßnahmen, Akteuren, Maßnahmezeitraum und Indikatoren ausdifferenziert werden. Bei aller Vielfalt der Zielsetzungen ziehen sich zwei gemeinsame Elemente als „roter Faden“ durch alle Zielsetzungen: zum einen der konsequente Bezug auf die aktuelle Datenlage, der durch die Gesundheitsberichterstattung des Landes gestützt wird (vgl. auch Kapitel 4), sowie eine Orientierung der Maßnahmen an der Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen und in den strukturschwachen Regionen des Landes.

Nur acht Wochen nach dem ersten BGA-Plenum findet am **23. Januar 2007** in Potsdam der **1. Kindergesundheitsgipfel** statt. Die zeitliche Nähe ist kein Zufall: Ausgehend von den fachlich-

chen Empfehlungen des BGA-Plenums eröffnet der „Gipfel“ einen Diskussionsraum für die Akteure im Bündnis und die politischen Entscheider im Land, um gemeinsam Konsequenzen aus den Zielsetzungen zu erörtern. Der Kindergesundheitsgipfel beginnt mit einem Beitrag des Ministerpräsidenten Matthias Platzeck, der die Unterstützung von Familien und die Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen in den Mittelpunkt des vorsorgenden Sozialstaats stellt: *„Vorsorge in der Gesundheits- wie in der Sozialpolitik muss sicherstellen, dass alle Kinder in Brandenburg gute Chancen haben – in der Familie, in Vorschule und Schule bis hin zur Ausbildung. Nur so werden wir die Zukunftsfähigkeit unseres Landes sichern. Ausnahmslos jedes Kind hat Potenziale, die gefördert und gefordert werden müssen.“*

Anschließend greifen fünf Fachbeiträge die Themen Prävention und Versorgung auf. Sie stellen zum einen die Netzwerke Gesunde Kinder vor und behandeln zum anderen die Herausforderungen der ambulanten und stationären pädiatrischen Versorgung im Land. Die ab-

schließende Podiumsdiskussion mit der Ministerin und wichtigen Akteuren des Gesundheitswesens in Brandenburg zeigt wiederholt das breite Spektrum der anstehenden Herausforderungen auf, aber auch die bereits ergriffenen oder in der Vorbereitung befindlichen Maßnahmen. Intensiv diskutieren die Teilnehmer/innen beispielsweise die Frage, wie mehr Eltern und Jugendliche zur Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen („U-Untersuchungen“) motiviert werden können. Ebenfalls auf der Agenda steht die Umsetzung eines landesweiten Neugeborenen-Hörscreenings, um Hörstörungen frühzeitig erkennen und Therapiemaßnahmen rechtzeitig einleiten zu können.

Das **2. BGA-Plenum** tagt am **26. November 2008**. Im Anschluss an das Grußwort der Gesundheitsministerin und vor den Berichten aus den Arbeitsgruppen steht die Reflexion der aktuellen Entwicklung im Gesundheitszieleprozess auf dem Programm. Thomas Altgeld, Leiter der Arbeitsgruppe „Kinder- und Jugendgesundheit“ bei gesundheitsziele.de, stellt die Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ vor. Er thematisiert vor allem die Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen und stellt heraus, dass die gesundheitsfördernde Gestaltung von Lebenswelten (Settings) in diesem Zusammenhang eine Schlüsselstellung einnehme. Die nachfolgenden Berichte aus den Arbeitsgruppen weisen die gesundheitsgerechte Gestaltung der Lebenswelten Schule und Kita als wichtiges Thema für die Aktivitäten aller Arbeitsgruppen aus.

In ihrer Eröffnungsrede zum **2. Kindergesundheitsgipfel am 6. April 2009** in Potsdam führt die Gesundheitsministerin die zwei Jahre zuvor gesetzten Schwerpunkte fort: Als eine zentrale präventive Aktivität sei der Aufbau der Netzwerke Gesunde Kinder sehr positiv vorangeschritten, jetzt müsse vor allem die Qualitätsentwicklung der Angebote vor Ort zum Arbeitsschwerpunkt werden. Bei den Versorgungsfragen sei insbesondere die Versorgung des Landes mit

ambulant und stationär tätigen Pädiater(inne)n drängend. Diese Aspekte sowie die Stärkung der seelischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen haben Eingang in die Neufassung der zwei Jahre zuvor erstmals verabschiedeten **Potsdamer Erklärung** gefunden. Das Fazit der Ministerin: *„Wir haben mit unserem Bündnis Gesund Aufwachsen einen richtigen Weg eingeschlagen. Wir müssen ihn mit langem Atem, mit allen am Bündnis Beteiligten und in enger Zusammenarbeit zwischen Gesundheit, Bildung und Jugendhilfe weiter verfolgen.“*

Das **3. BGA-Plenum** findet am **24. November 2010** statt. Eingeleitet wird die Vorstellung und Diskussion der insgesamt 22 Beschlussvorlagen der Arbeitsgruppen durch zwei Fachbeiträge, die Aufgaben und Konzepte der Präventionsarbeit bei Kindern und Jugendlichen thematisieren (Prof. Raimund Geene, HS Magdeburg-Stendal) und die Herausforderungen für Gesundheitszieleprozesse in Flächenländern vor dem Hintergrund der Erfahrungen im Bundesland Sachsen diskutieren (Stefan Koesling, Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung). Die anschließende Gesprächsrunde mit Vertretern des Gesundheitsministeriums, der gesetzlichen Krankenversicherung, der LIGA der freien Wohlfahrtspflege sowie eines Verbandsvertreters der kinderärztlichen Versorgung greift unter anderem die zuvor thematisierten Herausforderungen einer bedarfsgerechten Prävention und gesundheitlichen Versorgung in den peripheren Räumen des Landes auf.

Das **4. BGA-Plenum am 7. November 2012** im Rahmen der Kindergesundheitskonferenz Brandenburg verbindet die fachlichen Impulse aus den Arbeitsgruppen, die ihre Aktivitäten und Zielsetzungen am Vormittag präsentieren, mit einer Podiumsdiskussion zu den gesundheits- und familienpolitischen Konsequenzen für das Land. Ein Fachbeitrag von Prof. Klaus Hurrelmann (Hertie School of Governance, Berlin) verbindet die beiden Veranstaltungsteile. Hurrelmann betont, der im Land Brandenburg gewählte Weg eines Bündnisses, das in umfas-

sender Perspektive die Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen in den Blick nehmen, sei der richtige Weg, die komplexen Herausforderungen in Angriff zu nehmen.

Zur Kindergesundheitskonferenz erscheint ein aktuelles *in puncto*-Fachheft zur Situation chronisch kranker Kinder, das Lösungsansätze zur Überwindung von Defiziten in der Versorgung in ländlichen Regionen thematisiert (www.buendnis-gesund-aufwachsen.de/hauptbereich/informaterialien.html). Gesundheitsministerin Anita Tack unterstreicht in ihrem Grußwort, es sei wichtig, *„Kinder mit erheblichen Gesundheitsrisiken aus sozialer Lage und Kinder mit chronischen Erkrankungen verstärkt in die vorhandenen Präventions- und Versorgungsketten einzu beziehen – damit kein Kind auf halber Strecke zurückbleibt“*. Sie betont gleichzeitig die Verantwortung des Bundes, durch Rahmensetzungen wie das Präventionsgesetz die Aktivitäten in den Bundesländern zu stärken.

Kennzeichnend für das Bündnis Gesund Aufwachsen ist, dass es gleichermaßen Themen der gesundheitlichen Prävention und Gesundheitsförderung wie auch der medizinischen Versorgung behandelt. Entsprechend breit gefächert ist das Spektrum der beteiligten Akteure, das von den Verbänden der Krankenkassen und der Freien Wohlfahrt über medizinische Fachgesellschaften und Berufsverbände, Institutionen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, die für Gesundheit, Jugend, Bildung und Soziales zuständigen Ministerien bis zu Einrichtungen und Vereinen der Leistungserbringer reicht.

Themen und Handlungsfelder des Bündnisses

Die fachliche Arbeit des Bündnisses leisten im Wesentlichen derzeit fünf Arbeitsgruppen, die ihre Themen, Aktivitäten und Herausforderungen in Kapitel 4 vorstellen:

- AG Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung (AG BEST)
- AG Frühe Hilfen und Pädiatrische Versorgung (AG FHPV)
- AG Mundgesundheit
- AG Seelische Gesundheit

■ AG Unfall- und Gewaltprävention (AG UGP)
Ein Abgleich mit den Themen des nationalen Gesundheitszieles „Gesund aufwachsen“ zeigt deutliche Überschneidungen, aber auch Unterschiede: Relativ einfach ist die Zuordnung der Themenfelder 2.2 und 2.3 des nationalen Zieleprozesses („Körperlich-sportliche Aktivität und motorische Leistungsfähigkeit“ bzw. „Ernährung“) – diese deckt im BGA die AG BEST ab. Das Themenfeld 2.4 („Rahmenbedingungen und Strukturen“), das die Bereiche Frühe Hilfen, Früherkennungsangebote und Impfen umfasst, wird im Bündnis wesentlich von der AG FHPV bearbeitet. Weniger eindeutig ist die Zuordnung des nationalen Themenfeldes 2.1, „Lebenskompetenz“. Hier geht es im Wesentlichen darum, die Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen zu entwickeln und zu stärken, damit diese möglichst aktiv und selbstbestimmt mit belastenden Lebenssituationen umgehen können. Da es hier im Kern um die *„Ermöglichung eines psychisch gesunden Aufwachsens“* (BMG 2010: 19) geht, lässt sich dieser Themenbereich im BGA der AG Seelische Gesundheit zuordnen.

Ohne Entsprechung im nationalen Zieleprozess sind die Themen der Arbeitsgruppen Mundgesundheit sowie Unfall- und Gewaltprävention. Die Prävention von Unfällen und Gewalt wird im nationalen Zieleprozess als eine positive Auswirkung zum einen von Bewegungsförderung genannt (Unfallprävention), zum anderen als Ergebnis gestärkter Lebenskompetenzen (Gewaltprävention).

Abbildung 3 dokumentiert das breite Handlungsspektrum der Themen aus den Arbeitsgruppen des BGA. Die insgesamt 22 Beschlussvorlagen für das fünfte BGA-Plenum 2014 sind in der Übersicht den drei Handlungsebenen 1) Gesundheitsförderung, 2) medizinische und nichtmedizinische Prävention sowie 3) medizinische Versorgung zugeordnet (vgl. die Begriffserläuterungen im folgenden Infokasten).

1 Einführungsbetrag „10 Jahre Bündnis Gesund Aufwachsen im Land Brandenburg“

Begriffsklärung: Gesundheitsförderung und Prävention

Der **Gesundheitsförderung** werden alle Aktivitäten zugeordnet, die darauf ausgerichtet sind, die Voraussetzungen für Gesundheit zu erhalten und zu stärken. Beiträge zur Gesundheitsförderung sind insbesondere die gesundheitsgerechte Gestaltung von Lebenswelten (beispielsweise Kitas, Schulen oder Stadtteile – etwa durch die Schaffung von Bewegungsräumen für Kinder und Jugendliche) sowie die Stärkung individueller Gesundheitskompetenzen, beispielsweise durch die Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten zur gesunden Ernährung.

Prävention zielt darauf ab, konkrete Erkrankungsursachen zu vermeiden (*primäre Prävention*), eingetretene Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln (*sekundäre Prävention*) und die Folgen von Erkrankungen möglichst umfassend zu beheben (*tertiäre Prävention*).

Vgl. auch die „Leitbegriffe der Gesundheitsförderung“ (www.bzga.de/leitbegriffe).

Ergebnisse und Erfolge des Bündnisses

Der Einsatz von Arbeitskraft und Geld in Zielprozesse lässt sich nur rechtfertigen, wenn vorzeigbare Produkte entstehen und ihre Wirkungen überprüft werden können. In Kapitel 4 stellen die Arbeitsgruppen des Bündnisses ausgewählte Ergebnisse ihrer Arbeit vor. An dieser Stelle seien beispielhaft einige der Ergebnisse benannt:

- Mindestens alle zwei Jahre bewerten die Arbeitsgruppen die Wirksamkeit der Projekte und Maßnahmen und den Grad der Zielerreichung auf Grundlage aktueller Daten des „Brandenburger Datenmonitors zur Kindergesundheit“. Dieser ist über die Website www.buendnis-gesund-aufwachsen.de verfügbar (vgl. auch die Darstellung in Kapitel 3).

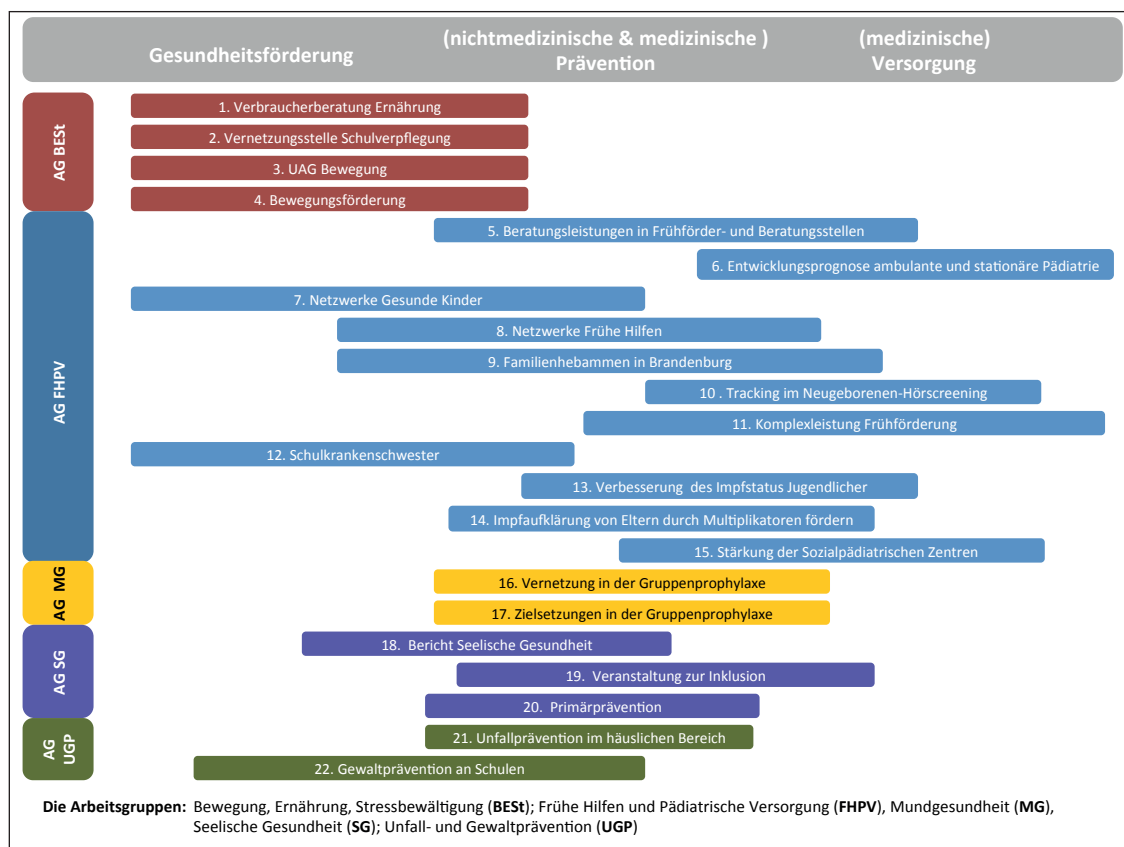


Abbildung 3: Beschlussvorlagen der BGA-Arbeitsgruppen zum 5. Plenum 2014

- Das in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und dem Bildungsministerium durchgeführte Modellprojekt „Gesundheitsförderung im Setting Schule“ wurde 2008 erfolgreich abgeschlossen.
- Alle Krankenkassen vergüten ambulant und interdisziplinär erbrachte Leistungen nach den Standards der (früheren) Sozialpsychiatrie-Vereinbarung.
- Lokale Netzwerke Gesunde Kinder sind – in enger Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie (MASF) – seit Ende 2009 nahezu flächendeckend etabliert. Niedrigschwellige Zugangswege zur Frühförderung wurden in Zusammenarbeit von regionalen Frühförderstellen mit den Netzwerken Gesunde Kinder geschaffen.
- Die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe wurde intensiviert und seit 2010 auf die Altersgruppe der unter Zweijährigen ausgeweitet.
- Die Datenbank über Verletzungen durch Unfälle oder Gewaltausübung (*Injury Data*

Base), die auch Auskunft über das Verletzungsgeschehen gibt und deshalb typische Risikoprofile erkennen lässt, ist am Klinikstandort Cottbus aufgebaut (seit 2009).

- Das Projekt „Kitas für Kitas“ fördert seit 2008 den Transfer guter, gesundheitsfördernder Praxis im Setting Kita (www.kitas-fuer-kitas.de).

Andere Projekte stehen noch am Anfang ihrer Umsetzung. Hierzu gehören die Übertragung des Modells der Vernetzungsstelle Schulverpflegung auch auf den Bereich der Kindertagesstätten, die Beschäftigung von Schulkrankenschwestern an brandenburgischen (Grund-)Schulen und die Erweiterung der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe auch auf Kinder im Kleinkindalter.

Alle hier zitierten Materialien sowie zahlreiche weitere Informationen finden Sie auf der Website des Bündnisses Gesund Aufwachsen: www.buendnis-gesund-aufwachsen.de.

*Gabriele Ellsäßer, Karin Lüdecke,
Gudrun Rojas*

Der für das Bündnis Gesund Aufwachsen bereitgestellte Datenmonitor orientiert sich an den Schwerpunkten der Arbeitsgruppen und stellt in differenzierter Form die aktuellen Ergebnisse aus der Gesundheitsberichterstattung des Landes Brandenburg zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung. In der nachfolgenden Analyse werden insbesondere Unterschiede in der gesundheitlichen Entwicklung von Mädchen und Jungen herausgearbeitet und die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen im Zusammenhang mit der sozialen Situation ihrer Familien bewertet. Die Beobachtung der bereitgestellten Indikatoren soll den Arbeitsgruppen bei der Formulierung von Schwerpunkten ihrer Arbeit und auch der Evaluation von Maßnahmen dienen. Die hier dargestellten Ergebnisse beruhen auf einer Auswahl von Indikatoren. Sie sollen insbesondere Trends beschreiben und den Einfluss von sozialen Faktoren auf die Entwicklung der Gesundheit der Kinder und Jugendlichen.

Schulrelevante Entwicklungsstörungen

Bewegungsstörungen

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Gesundheitsämter führt im Zusammenhang mit der Einschulungsuntersuchung eine standardisierte Entwicklungsdiagnostik durch, die sowohl die körperliche als auch die psychosoziale Entwicklung des Kindes umfasst. Als Bewegungsstörungen werden motorische Entwicklungsstörungen verstanden, aber auch Bewegungsstörungen als Folge von neurologischen und/oder orthopädischen Erkrankungen. Seit 2006 werden bei der Einschulungsuntersuchung Tests wie Hüpfen auf einem Bein, Gehen auf einer Linie (Seiltänzerengang) und Stehen auf einem Bein zur Feststellung von Balance, Koordination und Kraft durchgeführt. Der Anteil von Einschülern mit dem medizinischen Befund einer Bewegungsstörung hat sich seit 2006

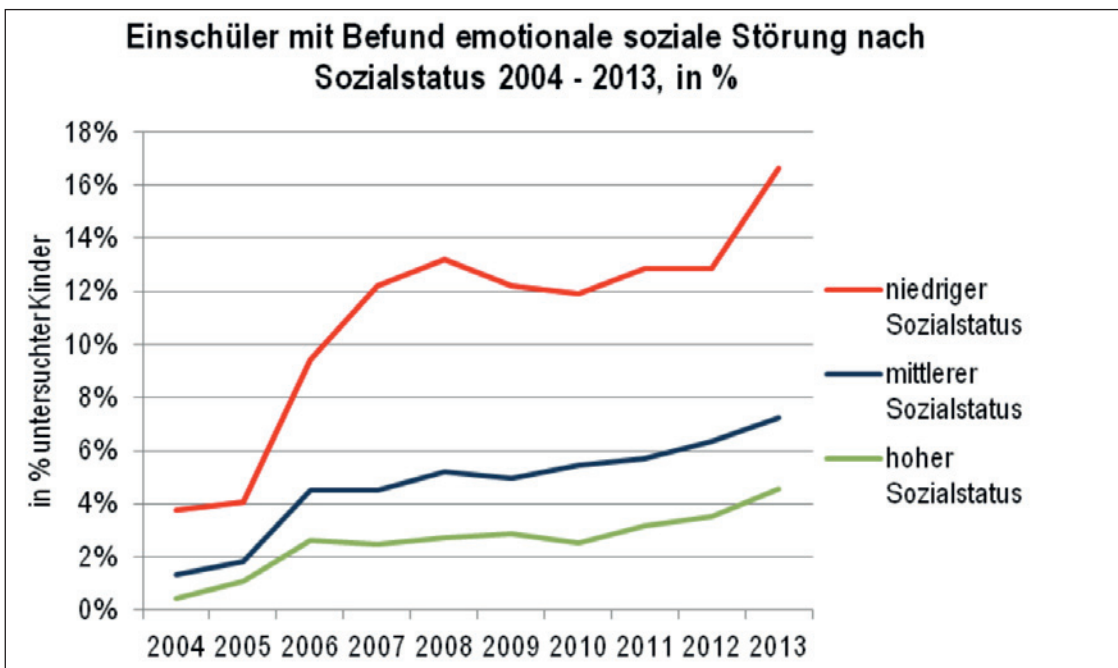
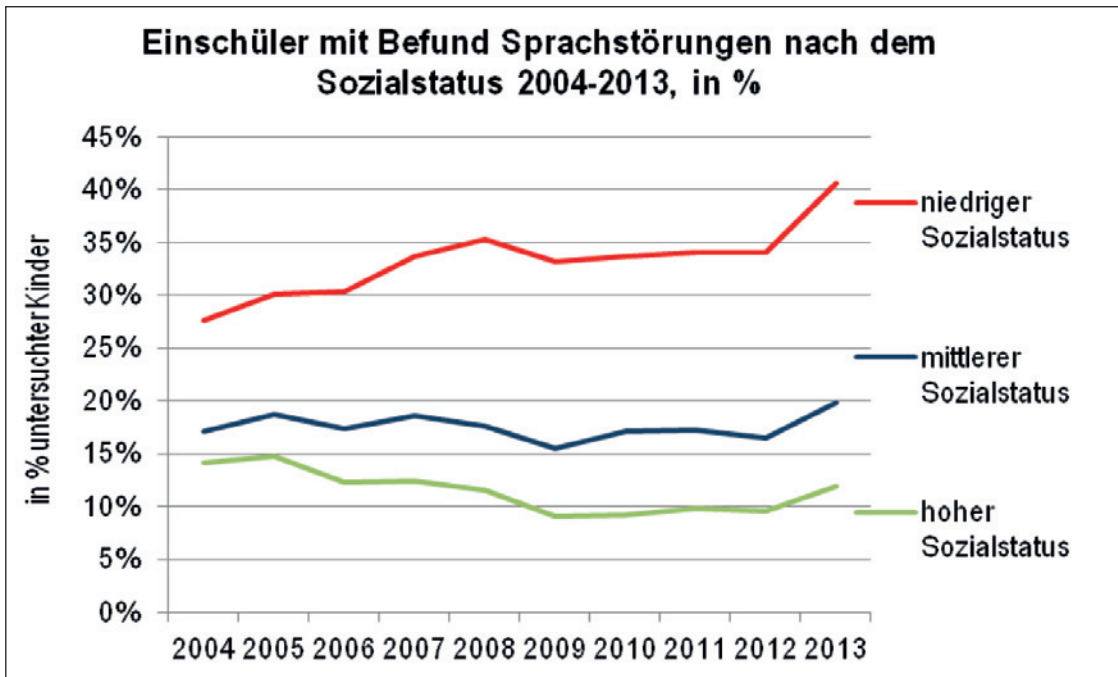
deutlich erhöht und betrifft 2013 rund 6% aller Einschüler. Regelmäßig sind Jungen mehr als doppelt so häufig betroffen wie Mädchen (2013: 9,2% vs. 3,6%). Einschüler, die länger als zwei Jahre vor der Einschulung eine Kita besucht haben, weisen seltener als Hauskinder eine grob-motorische Störung auf (2013: 6,4% vs. 8,9%). Während seit 2009 bei Einschülern aus Familien mit hohem Sozialstatus keine Zuwachsraten festzustellen sind, haben die Befundraten der Einschüler aus Familien mit niedrigem Sozialstatus seit dieser Zeit um mehr als ein Drittel zugenommen.

Sprach- und Sprechstörungen

Eine altersgerechte Entwicklung der Sprache und des Sprachverständnisses ist für den schulischen Erfolg bedeutsam. Bei fast jedem fünften einzuschulenden Kind wurde eine Sprach- und Sprechstörung im Jahr 2013 durch die Ärztinnen und Ärzte des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes festgestellt, bei Jungen häufiger als bei Mädchen (2013: 23,1% vs. 17,4%). Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus waren mehr als dreimal so häufig betroffen wie Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus. Bezogen auf die soziale Lage lässt sich im Zehnjahreszeitraum eine starke Zunahme der Befundraten bei Einschülern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus erkennen (von rund 27% auf über 40%), während sich bei Kindern aus Familien mit mittlerem Sozialstatus der Trend zwischen 15% und 20% einpendelt und bei Kindern mit hohem Sozialstatus sogar rückläufig ist. Daher sollten Sprachförderprogramme in Kitas frühzeitig etabliert werden. Denn weitergehende Analysen konnten zeigen, dass die Dauer des Kitabesuches einen positiven Effekt auf die Entwicklung der Sprachkompetenz zeigt und bei Kindern, die länger als zwei Jahre in einer Kindereinrichtung betreut wurden, Sprachstörungen seltener vorkamen als bei einer nur kurzen Betreuungsdauer von unter einem Jahr (20% vs. 30%).

Emotionale und soziale Störungen

Zu den häufigsten psychischen Störungen im Vorschulalter zählen emotionale und soziale



Störungen. Bei Brandenburger Einschülern insgesamt ist in den letzten zehn Jahren eine starke Steigerung der Befundraten auf mehr als das Doppelte - von 3,5% auf 8,2% - zu beobachten. Auch bei Kleinkindern im Alter von 30 bis 42 Monaten (Monitoring seit 2009) gibt es seit den letzten fünf Jahren eine Steigerung von 3,2% auf 4,2%. Einschüler aus Familien mit niedrigem Sozialstatus haben etwa viermal

häufiger emotionale und soziale Störungen als Einschüler aus Familien mit hohem Sozialstatus und zeigen auch im Zeitverlauf die höchsten Steigerungsraten (von rund 4% auf über 16%). Der Handlungsbedarf ist bezogen auf alle Sozialstatusgruppen erheblich. Die Arbeitsgruppen des Bündnisses Gesund Aufwachsen sollten die seelische Gesundheit stärker berücksichtigen.

Ausgewählte Indikatoren zur Gesundheit der Kinder

Adipositas (starkes Übergewicht)

Bezogen auf alle Einschüler lässt sich feststellen, dass die Häufigkeit einer Adipositas (starkes Übergewicht) in den letzten 10 Jahren relativ konstant bei drei bis vier Prozent liegt und der Geschlechtsunterschied nur gering ist. Jedoch findet sich eine starke Differenzierung nach dem Sozialstatus. Der Anteil der Einschüler mit einer Adipositas ist bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus fast viermal so hoch wie bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus (2013: 6,1% vs. 1,6%).

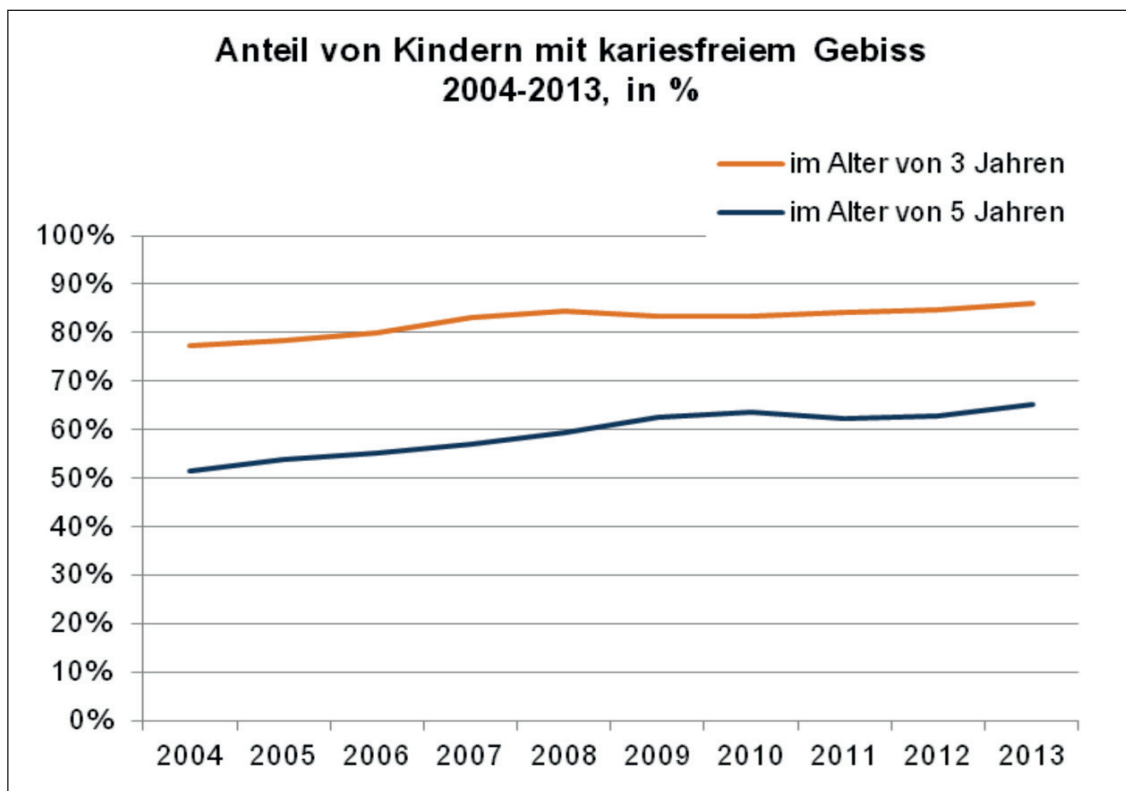
Bei den untersuchten Schülern der zehnten Klassen hingegen ist eine ganz andere Entwicklung der Adipositas-Häufigkeit zu beobachten: ein starker Anstieg von 6,6% in 2004 auf 9,5% in 2013. Auch in dieser Altersgruppe lässt sich ein sozialer Gradient anhand des besuchten Schultyps der Jugendlichen beobachten: Förderschüler sind mehr als zweieinhalbmal so häufig adipös wie Schüler in Gymnasien (2013: 14,0% vs. 5,3%). In Schulen zeigt sich daher der höchste Interventionsbedarf, um dem stark

zunehmenden Trend adipöser Schüler bis zum Jugendalter entgegenzuwirken.

Mundgesundheit

Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen werden schuljährlich von den Zahnärztlichen Diensten der Gesundheitsämter untersucht und prophylaktisch betreut. Die Ergebnisse zeigen Entwicklungstrends der Zahn- und Mundgesundheit der Heranwachsenden auf. Sie sind für die AG Mundgesundheit eine Datengrundlage für die Erarbeitung von Gesundheitszielen und Maßnahmen, wie die Entwicklung zielgruppenspezifischer Präventionsprogramme. Der Prozess der Zielerreichung wird auf dieser Grundlage auf Landes- und kommunaler Ebene gesteuert.

In Auswertung der ersten Zielstufe im Jahr 2010 wurde vereinbart, ergänzend zu den bestehenden Zielgruppen der fünf-, zwölf- und fünfzehn-Jährigen, auch die Dreijährigen als neue Zielgruppe in den Brandenburger Gesundheitszieleprozess einzubinden. Damit sollen Entwicklungstendenzen der frühkindlichen Karies beobachtet und Maßnahmen abgeleitet



werden. Diese Zielgruppe rückte in den zurückliegenden Jahren in den Vordergrund, um die frühkindliche Karies, die Auswirkungen auf die Kindergesundheit insgesamt hat, zu vermeiden. Für die drei und fünf Jahre alten Kinder haben die Akteure im Bündnis Gesund Aufwachsen formuliert, dass bis zum Jahr 2020 90% der drei Jahre und 80% der fünf Jahre alten Kinder kariesfreie Milchzähne haben. Im Jahr 2004 lag dieser Anteil bei den dreijährigen Kindern bei 77%, bei den fünf Jahre alten Kindern bei 52%. Im Schuljahr 2012/13 hatten schon 86% der Dreijährigen und 65% der Fünfjährigen naturgesunde kariesfreie Gebisse. Im gleichen Zeitraum sank der Anteil der behandlungsbedürftigen Gebisse in beiden Altersgruppen zugunsten der Kariesfreiheit. Der Anteil der sanierten Gebisse ist mit 2% bei den Dreijährigen und 11% bei den Fünfjährigen in diesem Zeitraum nahezu gleichbleibend.

Gesundheitsrisiken – mit Fokus auf den Suchtmittelkonsum

Im Auftrag der Landessuchtkonferenz wurden in den Schuljahren 2004/05, 2008/09 und 2012/13 Schüler der 10. Klassen zum Suchtmittelkonsum befragt. Zwischen den Schuljahren 2004/2005 und 2012/2013 ist, sowohl was den

Tabak- als auch den Alkoholkonsum betrifft, eine Abnahme festzustellen.

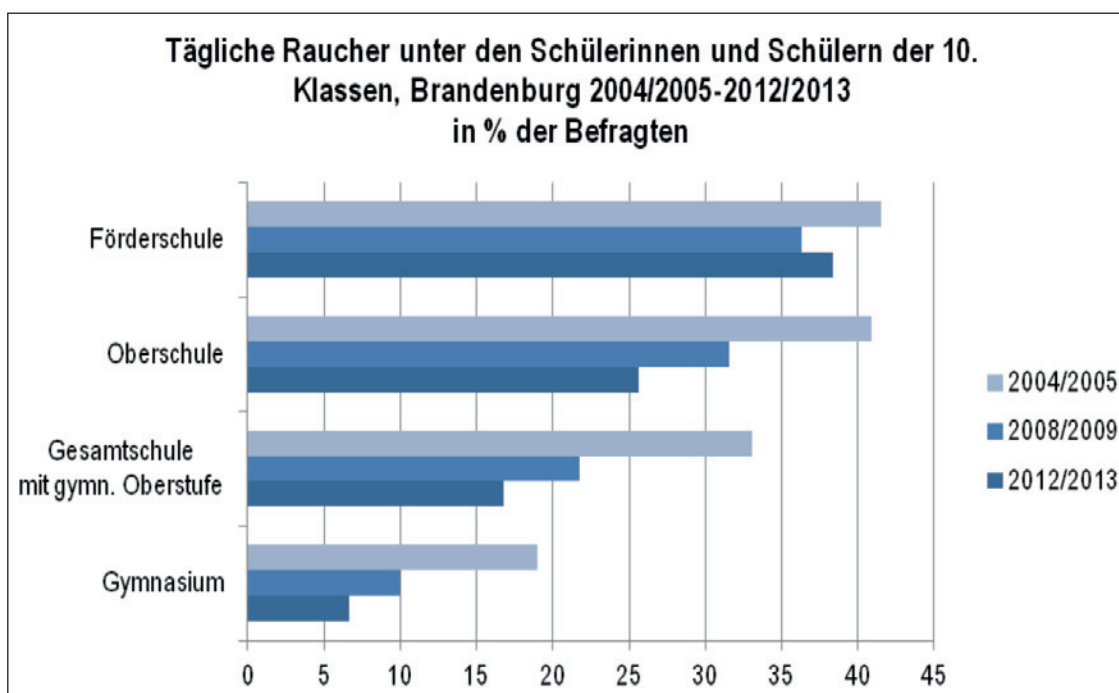
So hat bei den Schülerinnen und Schülern der 10. Klassen aller Schultypen die Zahl der täglichen Raucher abgenommen. Am deutlichsten ist der Rückgang bei den Gymnasiasten, deren Anteil an den täglichen Rauchern zwischen 2004/2005 und 2012/2013 um die Hälfte zurückgegangen ist.

Im Hinblick auf den mindestens wöchentlichen Alkoholkonsum bietet sich ein ähnliches Bild: Am stärksten ist eine Abnahme wiederum bei den Gymnasiasten zu sehen, während sich der Anteil der wöchentlichen Alkoholkonsumenten bei den Förderschülern kaum verändert hat.

Gesundheitsschutz

Impfprävention

Die Impfprävention bei den älteren Schülerinnen und Schülern, ein Schwerpunkt innerhalb des Bündnisses Gesund Aufwachsen, zeigt inzwischen Erfolge. Die Impfraten der Auffrischimpfungen gegen Tetanus, Diphtherie und Keuchhusten nahmen in letzten zehn Jahren bei den Zehntklässlern stetig zu und einen vollständigen Impfschutz gegen Keuchhusten



Ein Blick in den Datenmonitor zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

erreichten im Jahr 2013 rund 82% der Zehntklässler. Die HPV-Impfung der Mädchen in den 10. Klassen stagniert dagegen bei rund 42%. Hier sind weitere Anstrengungen notwendig, um die Impfquoten zu verbessern.

Verletzungen durch Unfälle und Gewalt

Bei den kleinen Kindern unter fünf Jahren sind Verletzungen der zweithäufigste Behandlungsanlass in einem Krankenhaus und bei den Schülern sogar der häufigste. Säuglinge und kleine Kinder sind von allen Kindern unter 15 Jahren am stärksten gefährdet. Sie zeigen seit Jahren die höchsten Raten an Krankenhausbehandlungen. Unverändert ist der häusliche Bereich Verletzungsschwerpunkt und in über 80% der Unfälle sind Produkte der Babyausstattung oder Möbel Unfallauslöser (Ellsäßer, IDB 2012). Jungen sind seit Jahren stärker betroffen als Mädchen.

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt werden Brandenburger Kinder etwas häufiger wegen einer Verletzung im Krankenhaus behandelt (Säuglinge: 3,7 vs. 3,4%; Kleinkinder 2,6 vs. 2,2%; Schulkinder 2,1 vs. 1,6%). Da die stationären Behandlungsraten von Säuglingen und kleinen Kindern seit Jahren stetig zunehmen, hat die Arbeitsgruppe Unfall- und Gewaltprävention beschlossen, ihre Maßnahmen in der

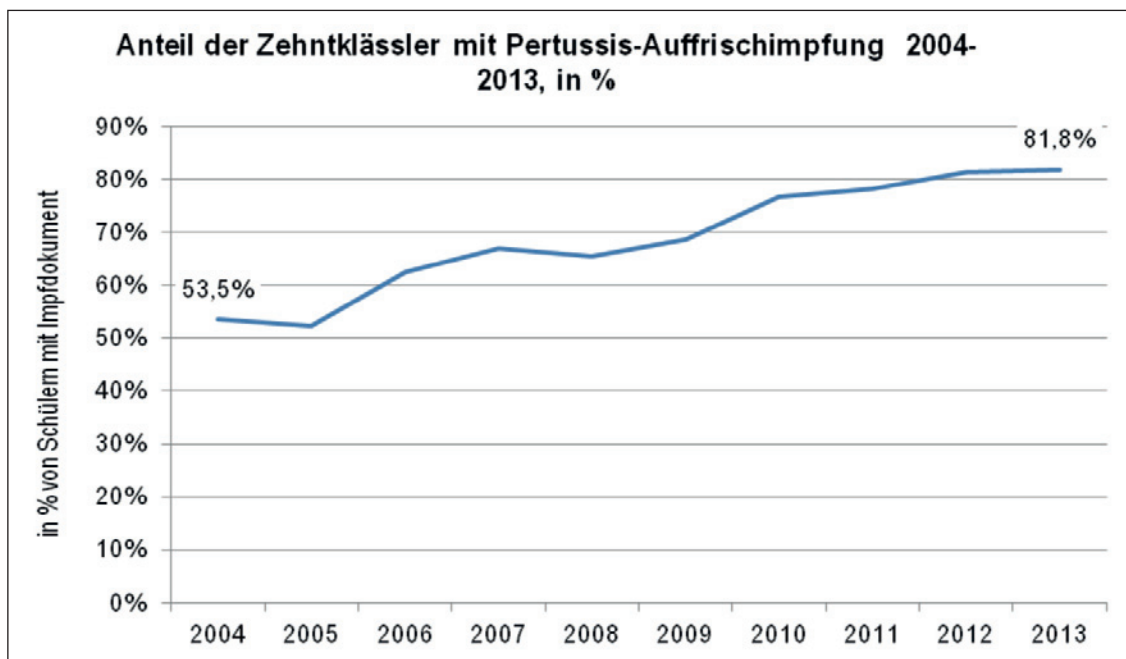
Unfallprävention für diese Altersgruppe zu intensivieren und diese mit der allgemeinen gesundheitlichen Förderung der Kinder stärker zu verzahnen.

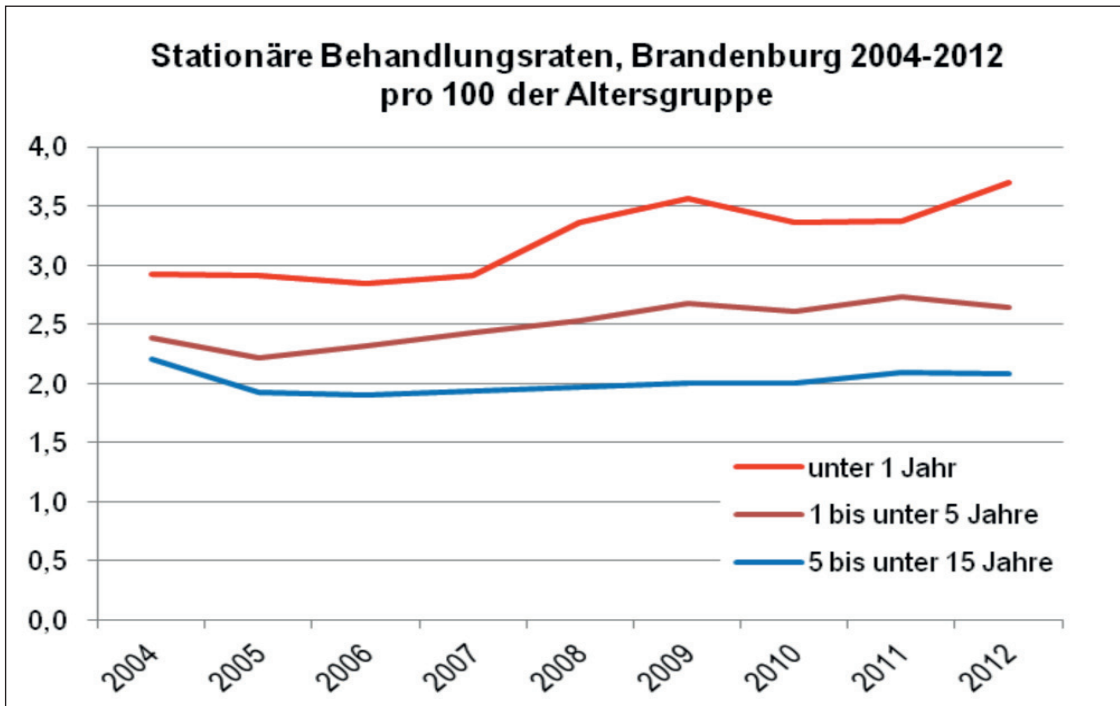
Verletzungen durch Gewalt bei Schülerinnen und Schülern

Seit 2007 wird im Land Brandenburg am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus ein europäisches krankenhausesbezogenes Verletzungsmonitoring (Injury Data Base – IDB) unter Projektleitung des Brandenburger Landesgesundheitsamtes durchgeführt. In diesem Zeitraum hat sich der Anteil der 15-bis 17-jährigen Jugendlichen, die wegen einer gewaltbedingten Verletzung im Krankenhaus behandelt werden mussten, von rund 15% auf unter 6% verringert. Ein analoger statistisch bedeutsamer Rückgang zeigte sich für die Altersgruppe der 10- bis 15-Jährigen. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die Südbrandenburger Region und verdeutlichen, dass die Maßnahmen der Gewaltprävention in Schulen nachhaltig und erfolgreich sind.

Interdisziplinäre Hilfesysteme – mit Fokus auf das Netzwerk Gesunde Kinder

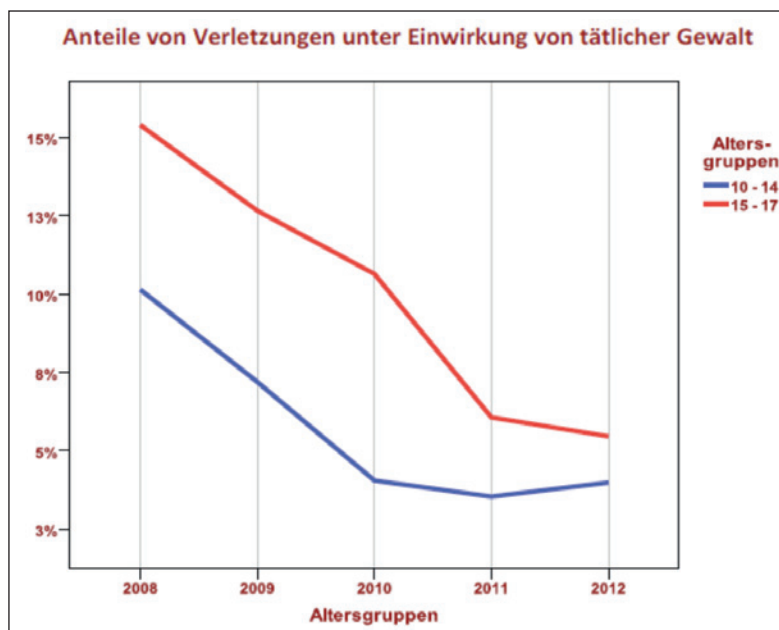
Das „Netzwerk Gesunde Kinder“ in Brandenburg orientiert sich am finnischen Prinzip: „Für jedermann und überall“. Über diese Netzwerke





erhalten junge Familien Unterstützung für eine gesunde Entwicklung ihrer Kinder. Während der ersten Lebensjahre der Kinder vermitteln geschulte, ehrenamtlich tätige Familienpaten oder Hebammen passgenau auf die Bedürfnisse der Familie zugeschnittene Angebote des Gesundheitswesens. Seit 2008/2009 werden bei der kinderärztlichen Untersuchung der zweieinhalb- bis dreieinhalbjährigen Kinder durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Angaben zur Dauer der Betreuung im Netzwerk mit erfasst. In 2013 waren 7,1% der untersuchten Kinder „Netzwerk-Kinder“. Während der Anteil nicht-erwerbstätiger Eltern bei den betreuten Netzwerk-Kindern bei 15% lag, war dieser Anteil bezogen auf alle untersuchten Kleinkinder bei 9%. Wirkungen: Die Netzwerkbetreuung führt zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen, hier insbesondere die U7a:

79% der Netzwerkinder vs. 76% in der Gesamtgruppe der kleinen Kinder. Einen vollständigen Impfstatus erreichten 2013 77% aller zweieinhalb- bis dreieinhalbjährigen Kinder, bei den Netzwerk-Kindern lag der Anteil bei 79%. Allerdings geben die Eltern von Netzwerk-Kindern häufiger an, dass ihr Kind einen ärztlich behandelten Unfall hatte.



Die folgenden Abschnitte bieten einen Einblick in die Schwerpunktthemen, Arbeitsweise und Projekte der Arbeitsgruppen des BGA. Sie wurden in Zusammenarbeit mit den Sprecherinnen und Sprechern der Arbeitsgruppen erstellt. Vielen Dank an Dr. Gudrun Borchardt und Heidrun Franke (AG Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung), Prof. Thomas Erler und Gitta Pötter (AG Frühe Hilfen und Pädiatrische Versorgung), Dr. Gudrun Rojas (AG Mundgesundheit), Wolfgang Ihle, Kathleen Krause und Ute Peters-Pasztor (AG Seelische Gesundheit) und Dr. Gabriele Ellsäßer (AG Unfall- und Gewaltprävention).

3.1 AG Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung

Die AG BEST analysiert und bewertet die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen hinsichtlich der Themen Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung auf Grundlage der aktuellen Daten des BGA-Datenmonitors (vgl. Abschnitt 3). Die Mitglieder der AG setzen sich gleichermaßen aktiv dafür ein, Bewegungsmangel bei Kindern und Jugendlichen zu reduzieren, ein gesundes Ernährungsverhalten zu fördern und die Fähigkeiten zur Stressbewältigung im Kinder- und Jugendalter auszubauen. Sie verstehen die Verknüpfung dieser Themen als eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiche ganzheitlich angelegte Prävention und Gesundheitsförderung. Übergeordnetes Ziel der AG ist die lebensphasenübergreifende Förderung eines gesunden Aufwachsens. Die in der AG diskutierten und entwickelten Maßnahmen werden von den Mitgliedern in eigener Verantwortung durchgeführt. Traditionell wird die Arbeit der AG mit Zieletabellen evaluiert, zunehmend auch durch die kontinuierliche Überprüfung des Umsetzungsstandes auf Grundlage der Plenumsbeschlüsse (vgl. Kapitel 1).

Mitgliederstruktur

Der fachliche Austausch findet landesweit unter Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Prävention und Gesundheitsförderung, Kostenträgern und Leistungserbringern statt. Weitere Akteurinnen und Akteure, zum Beispiel der Landkreise oder des Landessportbundes, runden gemeinsam mit den Akteurinnen und Akteuren der unten genannten Praxisbeispiele das multiprofessionelle Gesamtbild ab.

Aktuelle Themen und Aktivitäten

Bewegung und Ernährung sind die aktuell vorrangig behandelten Themenbereiche der AG BEST. Der Fokus liegt dabei auf Projekten und Programmen in den Lebenswelten („Settings“) Kita und Schule. Insbesondere der Ernährungsaspekt wurde in den letzten Jahren durch die zahlreichen Aktivitäten der Verbraucherzentrale Brandenburg sowie der Vernetzungsstelle Schulverpflegung mit Unterstützung der AG und einzelner AG-Mitglieder gestärkt.

Zum Thema Bewegung wurde 2013 eine Unterarbeitsgruppe (UAG) gegründet. Diese hat den Auftrag, „Bewegungsaspekte im Kinder- und Jugendalter in Brandenburg verstärkt zu thematisieren und dauerhaft in der AG zu verankern [...]. Es sollen gute Beispiele aus dem Land Brandenburg sondiert, Bedarfe ermittelt und gegebenenfalls Handlungsempfehlungen formuliert werden“ (vgl. Beschlussvorlage 3/2014). Die UAG verfolgt einen settingübergreifenden, ganzheitlichen und ressourcenorientierten Ansatz und berichtet regelmäßig in den Sitzungen der AG BEST über den aktuellen Arbeitsstand.

Der bevorstehende engere Austausch mit der AG Seelische Gesundheit (vgl. Beschlussvorlage 20/2014) ermöglicht es, das gemeinsame Handlungsfeld Primärprävention künftig auch gemeinsam zu bearbeiten. Maßnahmen zur Prävention und dem Abbau von Stress können durch die Bündelung von Expertenwissen fortan fachlich differenzierter eingeordnet werden.

Rückblick auf die ersten 10 Jahre

Während der Themenbereich „Bewegung“ anfangs fest im Arbeitsprogramm der AG verankert war, fand die Eingliederung von Ernäh-

lungsthemen einige Jahre später statt. Stressbewältigung als dritter AG-Bereich kam als letzter Handlungsschwerpunkt hinzu. Maßgeblich hierfür waren unter anderem die Unterstützung des Landesprogramms zur Schulgesundheit („Anschub.de“) sowie das Angebot „SNAKE – Stress nicht als Katastrophe erleben“ der „Techniker Krankenkasse“. Beide Angebote trugen auch dazu bei, die bis dahin überwiegende Konzentration der AG auf den Kleinkindbereich auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen beziehungsweise auf das Setting Schule zu erweitern. Das Projekt „Kitas für Kitas“ vervollständigte das behandelte Themenspektrum insbesondere über die Thematisierung der Erzieher(innen)-Gesundheit und den Aspekt gesundheitlicher Chancengleichheit. Folgende beispielhaft ausgewählte Maßnahmen und Projekte der AG-Mitglieder wurden im Lauf der vergangenen Jahre durch die AG BEST beziehungsweise durch einzelne Mitglieder auf vielfältige Weise unterstützt:

- Das „Netzwerk Gesunde Kinder“ ist ein brandenburgisches Programm zur Unterstützung junger Familien für eine gesunde Entwicklung ihrer Kinder durch ehrenamtlich tätige Familienpatinnen:
www.netzwerk-gesunde-kinder.de.
- „Anschub.de“ ist das Landesprogramm Brandenburgs zur Gesundheitsförderung im Setting Schule. Programmpartner sind alle im Land vertretenen Krankenkassen:
www.bildungsserver.berlin-brandenburg.de/2191.html.
- „Netzwerk Gesunde Kita“ – die Maßnahme zur Bewegungsförderung und gesunder Ernährung in Kindertagesstätten:
www.gesunde-kita.net.
- Die Verbraucherzentrale Brandenburg berät, informiert und vertritt die Interessen der Verbraucherinnen und Verbraucher in Gesundheitsfragen:
www.vzb.de.
- Die „Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg“ (ehemals Regionaler Knoten) ist Teil des bundesweiten Verbunds zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit:

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/brandenburg.

- „Leitfaden zur Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“. Der Leitfaden wurde 2013 mit Unterstützung der Arbeitsgruppe in vierter, erweiterter Auflage vorgelegt. Wesentliche Partner für den vom Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte Landesverband Brandenburg e.V. herausgegebenen Leitfaden waren die „Techniker Krankenkasse“ und die Fachstelle Kinderschutz:
www.buendnis-gesund-aufwachsen.de/hauptbereich/infomaterialien.html.
- „Ich lebe gesund“ ist der Name eines Programms des AWO-Landesverbandes zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in Kitas:
www.awo-brandenburg.de (→ Initiativen → Gesundheitsinitiative ICH LEBE GESUND).
- Die „Vernetzungsstelle Schulverpflegung“ ist die Landesmaßnahme zur Entwicklung schulspezifischer Lösungsansätze im Ernährungsbereich:
www.schulverpflegung-brandenburg.de.
- „Konsultationskitas im Land Brandenburg“. Ein Programm zum fachorientierten Erfahrungsaustausch mit Erzieher(inne)n:
www.bildungsserver.berlin-brandenburg.de/konsultationskitas.html.
- „Kitas für Kitas“ heißt die Maßnahme zum Austausch vorbildlicher Praxis der Gesundheitsförderung zwischen den Kitas:
www.kitas-fuer-kitas.de.
- „Fit von klein auf“ ist ein weiteres Programm zur Gesundheitsförderung in Kitas und Grundschulen:
www.fitvonkleinauf.de.

Zukünftige Aufgaben der AG

Auch in Zukunft wird es darum gehen, handelnde Personen, Projekte, Maßnahmen und Ideen miteinander zu verzahnen und einen für alle Seiten gewinnbringenden Austausch zu fördern, Kontakte zu ermöglichen und Kooperationen zu bilden. Darüber hinaus wird weiterhin nach Möglichkeiten Ausschau gehalten, die Zusammenarbeit mit den anderen Arbeitsgrup-

pen des Bündnisses auszubauen und gemeinsam Aktivitäten anzuschließen. Die Vernetzung mit der AG Seelische Gesundheit (s. o.) zeigt hier bereits einen möglichen Weg auf. In diesem Zusammenhang stellt sich immer wieder aufs Neue die Frage, welche Akteurinnen und Akteure des Landes für eine weiterhin zielgerichtete Arbeit für die AG zusätzlich gewonnen werden müssen.

Nachdem in den vergangenen Jahren ein Arbeitsschwerpunkt der AG auf der Entwicklung gesunder Arbeits-, Lebens- und Lernbedingungen in Kindertagesstätten lag, soll im nächsten Schritt aus Sicht der AG BEST das Bündnis stärker die Lebenswelt „Schule“ in den Blick nehmen. Dabei ist die gesundheitsfördernde Gestaltung des Übergangs („Transition“) von der Kita in die Schule ein wichtiges Thema.

Mehr denn je ist es aus Sicht der AG wichtig, Qualitätsentwicklung zu fördern und gute Praxis als Bestandteil verlässlicher Regelstrukturen zu verstetigen. In diesem Sinn wird in der AG-Arbeit künftig die Nachhaltigkeit, das heißt die Überführung von Projekten in den Alltag eine zunehmende Rolle spielen. Die potenziellen Partner sind aufgerufen, hierzu ein Abstimmungs- und Beratungsgremium wie die AG BEST zu nutzen. Das gilt auch für den Schulbereich, da das bisherige Landesprogramm der „guten gesunden Schule“ (Anschub.de, s. o.) stärker als bisher hinsichtlich der Steuerung regionalisiert wurde. Aber auch der vorschulische Bereich abseits der Kitas muss stärker in die AG-Arbeit einbezogen werden.

Weitere Informationen

www.buendnis-gesund-aufwachsen.de (→ AG Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung).

3.2 AG Frühe Hilfen und Pädiatrische Versorgung

Auf Grundlage der aktuellen Gesundheitsdaten des Datenmonitors beschäftigt sich die AG Frühe Hilfen und Pädiatrische Versorgung vorrangig mit der bedarfsgerechten Gestaltung von medi-

zinischen, heilpädagogischen und pflegerischen Beratungs- und Versorgungsangeboten für Familien und ihre Kinder. Besonderes Anliegen der AG ist die Unterstützung in schwierigen sozialen Lebenslagen (z. B. mit geringem Einkommen oder mit chronisch kranken, behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern) in den strukturschwachen Regionen des Landes.

Die Arbeitsgruppe entstand im Jahr 2009 aus der Zusammenlegung der beiden gleichnamigen AGs. Im Laufe der Arbeit war deutlich geworden, dass die Akteure in den Handlungsfeldern beider Arbeitsgruppen eng zusammenwirken sollten, um insbesondere Eltern mit behinderten, von Behinderung bedrohten oder chronisch kranken Kindern abgestimmte und fachlich differenzierte Unterstützungsleistungen anbieten zu können. Die AG stellt sich damit der Herausforderung, die Professionen und Kompetenzen der Frühen Hilfen, etwa Familienhebammen, Frühförderstellen und Netzwerke Gesunde Kinder, mit ärztlichen Kompetenzen wie beispielsweise den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), Kliniken oder ambulanten Arztpraxen in einen Dialog zu bringen und mit dem Ziel abgestimmter Angebote zu vernetzen. Mit der Verabschiedung des Kinderschutzgesetzes 2012 hat auch das Thema „Kinderschutz“ in der AG-Arbeit an Bedeutung gewonnen.

Eine tabellarische Agenda fasst die Themen und Problemfelder der AG zusammen. Sie ist der Ausgangspunkt für die Bestimmung neuer Aktivitäten, beispielsweise für die Gründung der Unter-AG (UAG) „Stärkung der Sozialpädiatrischen Zentren“, und hilft dabei, die Themen der Beschlussvorlagen fachlich zu verorten.

Angesichts niedriger Kinderzahlen steht eine bedarfsgerechte Entwicklung der medizinisch-pädiatrischen Versorgung im Flächenland Brandenburg vor der Herausforderung, Angebote ambulanter und stationärer Versorgung stärker miteinander zu verzahnen. Da sich die ambulanten Versorgungsstrukturen in den nächsten Jahren in berlinfernen Regionen weiter ausdünnen, müssen Versorgungsaufgaben zunehmend auch von Kliniken übernommen werden. Wenn Diagnostik und Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht alleine den

Vertragsärzt(inn)en anderer Fachrichtungen übertragen werden sollen, sind intelligente Lösungen gefragt, in denen etwa der Öffentliche Gesundheitsdienst oder auch die Kliniken im Land eine wichtige Rolle spielen. Gleichzeitig erhöht sich kontinuierlich der Altersdurchschnitt der Ärzteschaft, sodass in absehbarer Zeit ein Generationswechsel ansteht und die Frage aufwirft, wie der medizinische Nachwuchs im Land ausgebildet und vor allem für die Arbeit in den strukturschwachen Regionen des Landes gewonnen werden kann. Die Stärke der AG besteht darin, dass sie wichtige Perspektiven zusammenführt: sowohl die der ambulant und stationär tätigen Mediziner/innen, die der mobil aufsuchenden Frühförderung und/oder Frühen Hilfen als auch die der Rehabilitationsträger. Im Feld der Unfall- und Gewaltprävention ist Brandenburg insofern Vorreiter, als die Injury Data Base (IDB) es ermöglicht, epidemiologische Daten zu erheben, aufzubereiten und für die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen zu nutzen. Ein besonders gut sichtbares Beispiel ist der inzwischen mehrfach aktualisierte Leitfaden „Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“. Hier ergeben sich breite Schnittstellen zur AG „Unfall- und Gewaltprävention“.

Akteure in der AG

Die AG Frühe Hilfen und Pädiatrische Versorgung ist eine der mitgliederstärksten des Bündnisses, das Akteursspektrum der AG bildet das breite Themenfeld der Arbeitsgruppe ab. In der praktischen Arbeit müssen viele Mitglieder der AG ihre Beteiligung von der Frage abhängig machen, ob für sie relevante Themen diskutiert und behandelt werden. So ist stets nur ein Teil der derzeit circa 60 AG-Mitglieder vertreten. An der AG beteiligt sind beispielsweise Hebammen, Frühförderstellen, Netzwerke Gesunde Kinder, niedergelassene und stationär arbeitende Kinderärzte und Kinderärztinnen, Sozialpädiatrische Zentren, die LIGA der freien Wohlfahrtspflege, gesetzliche Krankenkassen und die Ministerien für Jugend, Bildung, Soziales und Gesundheit. Diese breite Auffächerung der Perspektiven und Kompetenzen – von der

Arbeit an der „Basis“ bis zu Verbänden und Ministerien – macht eine wesentliche Stärke der AG aus.

Projekte und Aktivitäten

Im Folgenden sind beispielhaft einige Aktivitäten und Projekte dargestellt, die aus der Arbeitsgruppe hervorgegangen sind.

Die medizinisch-therapeutische Versorgung chronisch kranker Kinder im Land Brandenburg ist der AG ein besonderes Anliegen, da dieses Thema zum einen ein wichtiger Indikator für die medizinische Versorgung eines Landes insgesamt ist und zum anderen eine gute Versorgung die Weichen stellt für die gesellschaftlichen Teilhabechancen der betroffenen Kinder im weiteren Lebensverlauf. Ausgangspunkt der Beschäftigung mit dem Thema war eine Fachtagung im Jahr 2009, in die auch Akteurinnen und Akteure außerhalb des Gesundheitswesens, etwa aus dem Bildungsbereich oder aus den Wohlfahrtsverbänden eingebunden waren. Die nachfolgenden Aktivitäten, insbesondere die Entwicklung des in puncto-Schwerpunkt-heftes „Zur Situation chronisch kranker Kinder und Jugendlicher im Land Brandenburg“ haben über die damit verbundenen Arbeitsschritte und Aktivitäten wie Interviews und Workshops dazu geführt, dass dieses Thema inzwischen im Bildungsbereich – nicht zuletzt auch im Rahmen der aktuellen Inklusionsdebatte – behandelt wird.

Zum Thema Allgemeine Beratungsleistungen, insbesondere Beratungsleistungen der Frühförderstellen wurde unter Federführung der LIGA und in Zusammenarbeit mit zahlreichen Akteuren, unter anderem der Überregionalen Arbeitsstelle Frühförderung, im Jahr 2012 ein Gutachten erstellt. Dieses beschreibt Zielsetzungen, Grundlagen und Wirkungen von Beratungsleistungen und formuliert abschließende Handlungsempfehlungen.

Eng damit verbunden ist die Umsetzung der Komplexleistungen Frühförderung. Dieses Thema wird im Land bereits seit der Gründung des Bündnisses diskutiert und nach Realisierungsmöglichkeiten gesucht. Die AG hebt das Problem der unzureichenden Umsetzung der

Komplexleistung im Land immer wieder auf ihre Agenda und bietet den Kostenträgern, Leistungserbringern und zuständigen Ministerien die fachliche Unterstützung aus den Reihen der AG-Mitglieder an.

In Kooperation mit Kliniken aus Berlin und Brandenburg entwickelte die AG die Eckpunkte für ein Neugeborenen-Hörscreening, das jetzt weitgehend im Land etabliert ist. Das Konzept verbindet die Kompetenzen und Zugänge der Frühförderstellen mit einem medizinischen Screening-Konzept und einer anschließenden Unterstützungsstruktur, die Eltern mit von Hörstörungen betroffenen Kindern an die relevanten Behandlungsstellen weiter verweist.

Die Förderung der Impfprävention ist ein wichtiges Anliegen der Arbeitsgruppe. Eine Unter-AG beschäftigt sich insbesondere mit der Frage, wie Jugendliche besser mit den Impfangeboten erreicht werden können.

Die AG setzt sich dafür ein, dass die Angebote der Familienhebammen im Land Brandenburg stärker mit den Aktivitäten der Frühen Hilfen vernetzt werden. Sie hat sich als eine wichtige Plattform bewährt, die Kontakte vermittelt und Zusammenarbeit fördert.

Das von der AG unterstützte Modellprojekt Innovationskonzept schuleigene Krankenpflegekräfte konnte 2013 in Trägerschaft des AWO-Kreisverbandes Potsdam seine Arbeit aufnehmen. Eingebunden in das vom Europäischen Sozialfonds (ESF) geförderte Projekt sind auch transnationale Partner aus Finnland und Polen.

Die 2012 eingerichtete UAG Stärkung der Sozialpädiatrischen Zentren im Land Brandenburg fördert den Dialog insbesondere zwischen den Leistungserbringern und Leistungsträgern, bemüht sich aber vor allem um eine fachliche Fundierung der Diskussion: Welcher Versorgungsbedarf besteht im Land, mit welchen Angeboten kann er gedeckt werden und wie sollten die Angebote der SPZ entsprechend weiterentwickelt werden?

Herausforderungen für die künftige Arbeit

Zentrale Herausforderung ist aus Sicht der Arbeitsgruppe die strukturelle Sicherstellung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen

gesundheitlichen und präventiven Versorgung für Familien und deren Kinder im Land Brandenburg. Dies umfasst sowohl die frühzeitigen, unterstützenden Angebote als auch die enge Vernetzung ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung. Dabei kommt der AG die Aufgabe zu, den für Kinder und deren Gesundheit wichtigen Akteuren eine Plattform für Austausch und gemeinsame Aktivitäten zu bieten.

Weitere Informationen

www.buendnis-gesund-aufwachsen.de (→ AG Frühe Hilfen und Pädiatrische Versorgung).

3.3. AG Mundgesundheit

Zentraler Arbeitsinhalt der AG Mundgesundheit im Bündnis Gesund Aufwachsen ist die Ausgestaltung der Regelungen des § 21 SGB V (Verhütung von Zahnerkrankungen/zahnmedizinische Gruppenprophylaxe). Dieser Paragraph beauftragt die gesetzlichen Krankenkassen im Zusammenwirken mit den Zahnärztinnen und Zahnärzten und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst „gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben“, zu fördern. Ziel ist die flächendeckende Umsetzung. Der Gesetzestext nennt Kindertageseinrichtungen, Schulen und Behinderteneinrichtungen als primäre Orte der Gruppenprophylaxe. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sollen spezifische gruppenprophylaktische Präventionsprogramme entwickelt und bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt werden.

Aktuell arbeitet die AG daran, die erreichte flächendeckende gruppenprophylaktische Betreuung der zwei- bis zwölfjährigen Kinder zu verstetigen und Jugendliche bis zum 16. Lebensjahr einzubeziehen. Seit 2010 werden Kleinkinder unter zwei Jahren gruppenprophylaktisch betreut. Hier gilt es, auch Eltern und Multiplikatoren zu gewinnen.

In der Anfangsphase der Arbeit im Bündnis ab dem Jahr 2004 war viel Überzeugungsarbeit

und Beharrlichkeit notwendig, um – nicht zuletzt auch die Partner im Bündnis Gesund Aufwachsen – für das Problem der frühkindlichen Karies zu sensibilisieren. Denn der Erfolg der Gruppenprophylaxe ist vor allem davon abhängig, ob es gelingt, in der Zusammenarbeit über die Grenzen von Zuständigkeiten und Fachdisziplinen hinweg, die Präventionsmaßnahmen in Institutionen wie Kindertagesstätten und Schulen sowie in Netzwerken zu verankern. Wichtige Partner sind beispielsweise die Netzwerke Gesunde Kinder und dort insbesondere die Familienpaten, aber auch Gynäkologen, Kinderärzte, Begrüßungsbesuchsdienste, Krankenkassen und die kommunalen Spitzenverbände.

Der AG Mundgesundheit hat in diesem Prozess deutlich gemacht, dass Mundgesundheit ein integraler Bestandteil der Kindergesundheit ist. Dies ist immer wieder in das Bewusstsein der Akteure zu bringen.

Partner in der AG

In der AG sind die Partner der Vereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe gemäß § 21 SGB V vertreten: Das Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (Abteilung Gesundheit), die Verbände der Krankenkassen im Land Brandenburg, der Landkreistag Brandenburg, der Städte- und Gemeindebund Brandenburg sowie die Landes Zahnärztekammer Brandenburg. Zusätzlich bestehen zahlreiche weitere Kooperationen, etwa mit den Teams der Zahnärztlichen Dienste (ZÄD) in den Gesundheitsämtern, mit Teams in den Zahnarztpraxen, mit Trägern von Kindertagesstätten und Schulen, mit den Jugendämtern und dem Bildungsministerium sowie mit den Verbänden der Ärzte und der Zahnärzte des ÖGD, mit Gynäkologen, mit der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Netzwerk Gesunde Kita im Land Brandenburg.

Ergebnisse und Projekte

Erstmals formulierte die AG im Jahr 2004 Mundgesundheitsziele für Brandenburger Kinder und Jugendliche mit einem Zeithorizont bis zum Jahr 2010. Auf dem dritten BGA-Plenum im November 2010 konnte die AG darstellen, dass alle Teilziele

für die Altersgruppen der fünf-, zwölf- und fünfzehn-jährigen Kinder bzw. Jugendlichen erreicht worden waren. Die daraufhin formulierten Zielsetzungen bis zum Jahr 2020 gehen von der globalen Zielsetzung aus, dass alle Kinder und Jugendlichen unabhängig von ihrer sozialen Lage „gesunde Zähne in einem gesunden Mund und gleiche Zugangschancen zu präventiven und kurativen Angeboten“ haben. Darauf bauen erweiterte Zielsetzungen für Kinder und Jugendliche der oben genannten drei Altersgruppen und zusätzlich der Dreijährigen auf (vgl. Präsentationsfolien der AG Mundgesundheit, BGA-Plenum am 24. November 2010 unter www.buendnis-gesund-aufwachsen.de).

Datenbasierung und wissenschaftliche Fundierung zur Steuerung ihrer bedarfsgerechten und zielgruppenorientierten Arbeit ist der AG ein zentrales Anliegen. So wurden im Gesundheitsbericht „Gesunde Zähne für ein fröhliches Lachen“ (2008) die Herausforderungen und Möglichkeiten dargestellt, frühkindliche Karies zu vermeiden. In der Folge entwickelte sich daraus das Kooperationsprojekt „Frühkindliche Karies und assoziierte Risikofaktoren bei Kleinkindern im Land Brandenburg“ mit der Universität Jena. Im Rahmen des Projektes wurde das Auftreten der frühkindlichen Karies bei unter dreijährigen Kindern sowie das Gesundheitsverhalten ihrer Eltern und die soziale Lage erfasst, um Aufschluss für die Ausrichtung der präventiven Betreuung und Versorgung der Kleinkinder zu erhalten. Fragestellungen des Projektes waren, wie die settingorientierte präventive Betreuung erfolgreich für diese Altersgruppe umgesetzt werden kann, welche Kooperationspartner einbezogen werden müssen und welche zahnmedizinischen und pädagogischen Aspekte zu beachten oder auch erst zu entwickeln sind.

Abgeschlossen wurde das Projekt 2012 mit einer Publikation im Bundesgesundheitsblatt und weiteren Veröffentlichungen in Fachzeitschriften sowie Vorträgen auf Kongressen, Fortbildungen und dem Deutschen Zahnärztetag 2013. Die Ergebnisse bestätigten settingorientierte interdisziplinäre präventive Betreuungsansätze und die Notwendigkeit individueller Versorgungsmaßnahmen. Eine konkrete Bestätigung leitet

sich aus den Forschungsergebnissen für das Präventionsprogramm „Kita mit Biss“ ab, das inzwischen in sieben Regionen des Landes und zwei Regionen des Landes Nordrhein-Westfalen umgesetzt wird (vgl. aktuellen Stand unter www.brandenburger-kinderzaehne.de/in-den-Regionen.806.0.html).

Mundgesundheit im vorschulischen Alter zu fördern, war von Anfang an ein besonderer Schwerpunkt der Arbeitsgruppe. 2005 wurde mit dem „Zahnärztlichen Prophylaxe-Pass Mutter & Kind“ die erste interdisziplinäre Kooperation mit den Gynäkologen vereinbart, die diesen Pass den Schwangeren zusammen mit dem Mutterpass überreichen.

Beispiele für weitere erfolgreiche Aktivitäten aus der AG heraus waren

- der landesweite Schülerwettbewerb „Tolle Zähne – na logo!“ mit dem Ziel, ein Logo für die Brandenburger Gruppenprophylaxe zu entwerfen. 1.091 Einsendungen aus 17 Landkreisen und kreisfreien Städten zeigten, dass die Brandenburger Gruppenprophylaxe bei den Kindern ankommt. Anlässlich der Jubiläumsveranstaltung zum 20. Tag der Zahngesundheit am 09.09.2010 erfolgten Preisverleihung und Vorstellung des Logos und Identifikationssymbols der Brandenburger Gruppenprophylaxe.
- der Start der Internetplattform www.brandenburger-kinderzaehne.de im Jahr 2011, die für Eltern, Kitas und Schulen umfangreiche Informationen rund um das Thema Mundgesundheit bereithält sowie die Entwicklung von Materialien für die Multiplikatoren- und Netzwerkarbeit.
- der Wettbewerb „Zähneputzen macht Schule“, den die Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen im Land Brandenburg passend zum Motto des Tages der Zahngesundheit 2013 initiiert hat. Drei Schulen, in denen diese Kariesprophylaxemaßnahme auf ganz unterschiedliche Art und Weise in den Tagesablauf integriert wird, erhielten das Zertifikat „Bei uns macht Zähneputzen Schule“.

- die Veröffentlichung des Gesundheitsberichtes „Gemeinsam für gesunde Kinderzähne – 20 Jahre Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg“ im Jahr 2013.

Perspektiven

Eine wichtige Herausforderung der Arbeit in den kommenden Jahren wird es sein, die flächendeckende präventive zahnmedizinische Betreuung in Kitas und Schulen und den Ausbau der Betreuung im Kleinkindalter und die dafür erforderlichen personellen und sächlichen Ressourcen sicherzustellen. Ergänzend zur quantitativen Ausweitung der Angebote soll auch die Qualität systematisch gesichert und weiterentwickelt werden.

Weitere Informationen

www.buendnis-gesund-aufwachsen.de (→ AG Mundgesundheit).

Allgemeine Informationen rund um das Thema Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg und die Broschüre „Gemeinsam für gesunde Kinderzähne – 20 Jahre Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg“ unter www.brandenburger-kinderzaehne.de (→ Über uns → Veröffentlichungen).

3.4 AG Seelische Gesundheit

Die Arbeitsgruppe Seelische Gesundheit analysiert und bewertet die Situation von Kindern und Jugendlichen in Bezug auf die seelische Gesundheit. In diesem Zusammenhang geht es einerseits darum, die Ressourcen zur positiven seelischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu stärken und damit die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention zu erweitern. Ein zweites zentrales Element der Arbeitsgruppe ist die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen. Grundlage für den fachlichen Austausch in der AG ist der Datenmonitor des Bündnisses,

regelmäßig aktualisiert und bereitgestellt vom Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg mit Unterstützung der Universität Potsdam. Traditionell wird die Arbeit der AG über Zieletabellen evaluiert, zunehmend auch durch die kontinuierliche Überprüfung des Umsetzungsstandes der Plenumsbeschlüsse (vgl. Kapitel 1).

Die AG verfolgt drei grundlegende, handlungsleitende Ziele, die von den Mitgliedern in eigener Verantwortung umgesetzt werden:

1. Kinder und Jugendliche wachsen seelisch gesund auf.
2. Die hierfür erforderlichen Hilfen stehen zur Verfügung.
3. Störungen der seelischen Gesundheit werden frühzeitig erkannt und behandelt.

Mitgliederstruktur

Die Mitgliederstruktur der AG setzt sich – wie für das Bündnis charakteristisch – aus Akteur(inn)en mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen zusammen, um eine multiprofessionelle Herangehensweise zu gewährleisten. In der AG sind unter anderem Vertreter(innen) aus den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (leitende Klinikärztinnen und -ärzte, Berufsverband), Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie der Jugendhilfe vertreten. Weitere Akteure kommen aus dem Bildungsbereich (z. B. Landesinstitut für Schule und Medien, LISUM), aus der Fachpolitik (Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, Ministerium für Bildung, Jugend und Sport) und dem Landesjugendamt sowie der Wissenschaft (Psychologie, Pädagogik). Akteurinnen und Akteure aus den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung sind ebenfalls vertreten.

Aktuell

Der fachliche Austausch in der AG bezweckt vor allem die Ausweitung universeller, selektiver und indizierter Präventionsangebote sowie die Sicherstellung einer bedarfsgerechten ambulanten, teil- und vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen und kinder- und jugend-

lichenpsychotherapeutischen Versorgung in allen Regionen Brandenburgs. Seelische Gesundheit sieht die AG als kontinuierliche Entwicklung vom Kindes- über das Jugendlichen bis hin zum Erwachsenenalter. Hierfür wird eine Stärkung der Kooperation zwischen Einrichtungen des Gesundheits- und Bildungswesens und der Jugendhilfe als hilfreich betrachtet und weiterhin unterstützt.

Programme und Projekte zur seelischen Gesundheit im Land Brandenburg werden in der AG diskutiert und aktuelle Entwicklungen gemeinsam beratschlagt, Lösungsvorschläge erarbeitet und gegebenenfalls Kooperationen geschlossen (s. u.).

Rückblick

Die ursprünglich formulierten Ziele (s. o.) sind weiterhin handlungsleitend. Die AG hat ihre Ansätze für das Handlungsfeld Primärprävention und Früherkennung im Laufe der Arbeit konkretisiert, verschiedene Maßnahmen wurden mitentwickelt und unterstützt (s. u.). Zukünftig wird das Handlungsfeld thematisch und personell weiter gestärkt und gemeinsam mit der AG Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung (BEST) bearbeitet (vgl. Beschlussvorlage 20 aus dem Jahr 2014). Dies erfordert nicht nur, Expertenwissen zu bündeln und fachliche Expertise zusammenzuführen, sondern die Möglichkeiten für längerfristige Verstärkungen durch einen größeren Kreis von AG-Mitgliedern zu erweitern.

Bereits im Jahr 2008 wurden primärpräventive Maßnahmen in einem Workshop präsentiert und diskutiert. 2009 folgte ein zweiter, auf den ersten aufbauender Workshop mit dem Schwerpunktthema „Seelische Gesundheit in der Schule“. Seitdem ist das Setting Schule ein Schwerpunkt in der AG und die entsprechenden Akteurinnen und Akteure bringen sich in den Sitzungen ein.

Die AG-Mitglieder unterstützen Aktivitäten zur seelischen Gesundheit und setzen sich dafür ein, diese landesweit bekannter zu machen. Beispiele für durch die AG unterstützte Projekte und Maßnahmen sind – ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

- „Verrückt? Na und!“, das Programm für die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern von 15 bis 20 Jahren:
www.verrueckt-na-und.de;
- „You'll never walk alone“ ist der Name des brandenburgischen Kooperationsprojekts von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe für die Versorgung in stationären Einrichtungen. Pressemitteilung:
www.mugv.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.311445.de;
- „Kobra.net“ ist eine Initiative aus dem Bereich Bildung und Gesundheit, die ein multiprofessionelles, gemeinsames Handeln für ein gesundes Aufwachsen fördert:
www.kobranet.de;
- „Anschub.de“ ist das Landesprogramm Brandenburgs zur Gesundheitsförderung im Setting Schule:
www.anschub.de.

Folgende weitere Aktivitäten wurden in den vergangenen Jahren von der AG oder einzelnen Mitgliedern unterstützt, vorangetrieben oder mitentwickelt:

- Unterstützung der niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie beim Abschluss von Sozialpsychiatrievereinbarungen mit den Krankenkassen,
- Unterstützung der Gründung eines ADHS-Netzes in Brandenburg,
- Bestandsaufnahme zu den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften in den Landkreisen und kreisfreien Städten,
- Erstellung eines Online-Wegweisers der verschiedenen Einrichtungen zur Prävention und Behandlung psychischer Störungen:
www.buendnis-gesund-aufwachsen.de
(→ AG Seelische Gesundheit → Wegweiser: Beratung und Behandlung),
- kartografische Darstellung der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Einrichtungen im Land Brandenburg:
www.mugv.brandenburg.de
(→ Service → Adressen → Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie),

- intensive Beschäftigung mit dem BGA-Datenmonitor und Einbringen von inzwischen umgesetzten Veränderungsvorschlägen:
www.buendnis-gesund-aufwachsen.de
(→ Datenmonitor Kindergesundheit),
- Publikation zur psychischen Gesundheit (gesundheitliche Lage und gesundheitliche Versorgung) von Kindern und Jugendlichen im Land Brandenburg (Veröffentlichung voraussichtlich 2014).

Ausblick

In Zukunft wird die AG die Verfügbarkeit und Verstetigung universeller, selektiver und indizierter Präventionsangebote psychischer Störungen weiter vorantreiben. Hierfür ist das Einbinden weiterer Mitstreiterinnen und Mitstreiter vonnöten, insbesondere aus allen Ministerien. Aber auch die Vertreter/innen der gesetzlichen Krankenkassen sind eingeladen, sich stärker zu engagieren.

In den kommenden Jahren wird sich die AG noch intensiver mit ihren Schwerpunkten in die Diskussion des Themas „Inklusion“ einbringen. Ziel ist es, für das Thema seelischer Gesundheit im schulischen und außerschulischen Kontext zu sensibilisieren und bedarfsgerechte Präventions- und Versorgungsangebote zu unterstützen.

Weitere Informationen

www.buendnis-gesund-aufwachsen.de (→ AG Seelische Gesundheit).

3.5 AG Unfall- und Gewaltprävention

Die Mitglieder der AG Unfall- und Gewaltprävention verfolgen das gemeinsame Ziel, dass Kinder und Jugendliche vor Unfällen geschützt sind und gewaltfrei aufwachsen. Handlungsgrundlage ist – wie für die anderen AGs des Bündnisses – der BGA-Datenmonitor, laufend aktualisiert bereitgestellt durch die Abteilung

Gesundheit des Landesamtes für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg. Der Datenmonitor beinhaltet auch Daten der Injury Data Base, der europaweiten Erfassung von Verletzungen durch Referenzkrankenhäuser. In Brandenburg wird in diesem Zusammenhang im Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus eine anonymisierte Datenerfassung nach europäischem Standard von Verletzungen durchgeführt, die auch den Verletzungshergang, den Verletzungsmechanismus und eine eventuelle Produktbeteiligung umfasst. Das Landesgesundheitsamt nimmt seit Jahren eine systematische Bewertung des Verletzungsgeschehens nach Hochrisikogruppen und Risikofaktoren vor und leitet die Ergebnisse auch der AG weiter. Die Maßnahmen werden gerade in dieser AG strikt datengestützt ausgerichtet und zielgruppenspezifisch gebündelt.

Die AG bietet eine Plattform für die Vorstellung und Diskussion von Maßnahmen aus dem Bereich der Unfall- und Gewaltprävention, die von den Mitgliedern in eigener Verantwortung durchgeführt werden. Traditionell wird die Arbeit der AG über sogenannte Zieletabellen untersetzt und die Erreichung der Ziele auf der Grundlage der Plenumsbeschlüsse kontinuierlich erörtert und bewertet (vgl. Kapitel 1).

Mitgliederstruktur

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe bündeln umfangreiche Kompetenzen aus den vielfältigen Handlungsfeldern und Praxisprojekten der Unfall- und Gewaltprävention. Aktuell umfasst die AG mehr als 30 Mitgliedsinstitutionen, unter anderem aus dem Gesundheits-, Bildungs-, Jugend- und Verkehrsbereich, Vereinen (z. B. Landessportbund, Hebammenverband) und den zuständigen Ministerien.

Aktuell

Aktuelle produktbezogene Analysen der Injury Data Base (siehe oben) weisen auf eine besondere Gefährdung von Säuglingen und kleinen Kindern in Verbindung mit Kindermobiliar hin: Stürze von Wickelkommoden, Kinderhochstühlen, Kinderbetten und Kinderhochbetten wurden als schwere Verletzungshergänge

identifiziert. Aufgrund der internationalen Studienlage ist bekannt, dass präventive Ansätze, die direkt im häuslichen Umfeld ansetzen und mit „Elternbildung“ verknüpft sind, besonders wirksam sind, um Unfallgefahren zu verhüten. Die AG-Mitglieder reflektieren und diskutieren, wie die Strukturen und Netzwerke in Brandenburg, die im Kontakt mit jungen Familien stehen, hier stärker eingebunden werden können, um somit die Unfallverhütung systematisch in die präventive Beratung der Eltern zu integrieren. Dabei ist es wichtig, die Unfall- und auch die Gewaltprävention nicht als „Insel-Thema“ zu betrachten, sondern als Bestandteil einer ganzheitlich ausgerichteten Gesundheitsförderung im Sinne eines gesunden Aufwachsens der Kinder. Deshalb wird im Rahmen einer Beschlussvorlage (21/2014) für August 2014 eine Veranstaltung zum Thema „Unfallprävention von Null an“ geplant, die sich insbesondere an die Multiplikator(inn)en in den familienunterstützenden Netzwerken (z. B. Netzwerke Gesunde Kinder, Netzwerke Frühe Hilfen) richtet.

Weiteren aktuellen Handlungsbedarf sehen die AG-Mitglieder, unterstützt durch die Ergebnisse des Brandenburger Verletzungsmonitorings, in der schulischen Gewaltprävention. Eine weitere Beschlussvorlage wurde deshalb auf den Weg gebracht, durch die das Bündnis die AG bittet, herausragende Projekte und Programme aus diesem Bereich zur Zertifizierung durch die WHO im Rahmen des Programms „safe schools“ vorzuschlagen.

Rückblick

Bereits 1998 entstand ein Kooperationsbündnis zur Unfallprävention unter dem Dach der Landesärztekammer, das bald um den Aspekt der Gewaltprävention erweitert wurde. Seit 2007 bringen sich die Mitglieder als offizielle „AG Unfall- und Gewaltprävention“ des Bündnisses Gesund Aufwachsen zu den Themen ihres Fachbereichs ein.

Insgesamt ging es über die Jahre begleitend immer auch um die Aufdeckung sogenannter „Präventionslücken“. So ist beispielweise das Setting Schule aktuell stärker in den Fokus gerückt, Möglichkeiten zur Unfallprävention im

Sport- und Freizeitbereich werden zunehmend aufgezeigt.

Folgende exemplarisch ausgewählte Projekte wurden seit Beitritt zum Bündnis Gesund Aufwachsen von der AG Unfall- und Gewaltprävention oder von einzelnen Mitgliedern unterstützt und weiterentwickelt:

- „Kinder sehen anders“. Die Wanderausstellung macht die Welt aus Kinderaugen auch für Erwachsene erfahrbar, zum Beispiel durch den Umgang mit „mannshohen“ Möbeln im Haushalt. Im Zusammenhang hiermit steht die Maßnahme „Riesenküche“, die aus der AG mit Unterstützung durch das Brandenburger Verkehrsministerium und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hervorgegangen ist und in Kooperation mit dem Landesgesundheitsamt betreut wird: www.bzga.de/kindersicherheit/angebote-und-anbieter/angebote/kinder-sehen-anders.
- „Leitfaden zur Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“. Der Leitfaden wurde 2013 mit Unterstützung der Arbeitsgruppe in vierter, erweiterter Auflage vorgelegt. Wesentliche Partner für den vom Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte Landesverband Brandenburg e. V. herausgegebenen Leitfaden waren die „Techniker Krankenkasse“ und die Fachstelle Kinderschutz: www.buendnis-gesund-aufwachsen.de/hauptbereich/infomaterialien.
- Der „Hebammencheck“ für Eltern von Kleinkindern zu häuslichen Gefahrenquellen war ein von 2007 bis 2009 durch den Hebammenverband des Landes Brandenburg durchgeführtes Modellprojekt, das anhand von Sicherheitschecklisten zu häuslichen Unfallgefahren für Kleinkinder sensibilisier-

te. Auf die positive Evaluation folgte die Verstärkung des Ansatzes durch dessen Aufnahme in die Ausbildung der Patinnen und Paten der Netzwerke Gesunde Kinder:

www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/media_fast/5510/Hebammencheck%20.pdf.

- Unterstützung der landesweiten Aktion „MIT-EIN-ANDER in Kita und Schule“ der Polizei Brandenburg und der Unfallkasse Brandenburg zur Gewaltprävention in Kita und Schulen. PDF: www.tinyurl.com/nox8caf.
- Die Kampagne „Bitte nicht schütteln“ des Landesgesundheitsamtes in Kooperation mit dem Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus und der „Techniker Krankenkasse“ zur Aufklärung über das Schütteltrauma bei Säuglingen: www.bitte-nicht-schuettern.de.
- Verschiedene Projekte und Maßnahmen, die die Sicherheit von Kindern im Straßenverkehr zum Ziel haben, werden seit Jahren von der AG in der Weiterverbreitung gefördert, zum Beispiel „Kleine Adler für sichere Schulwege“ des Forums Verkehrssicherheit: www.mil.brandenburg.de/sixcms/detail.php/523401.
- Die WHO-Initiative „Safe Region – Sicheres Brandenburg“ zur gemeindenahen und intersektoralen Prävention von Verletzungen durch Unfälle und Gewalt wird durch die Arbeit der AG wesentlich gestützt. Dank der gebündelten fachlichen Expertise der AG-Mitglieder und der internationalen Kooperationen des Landesgesundheitsamtes konnte die AG wesentlich zur WHO-Zertifizierung des Landes Brandenburg als Safe Region – Sicheres Brandenburg im Jahr 2009 beitragen: www.saferegion.brandenburg.de.

- Fachveranstaltungen zur Unfall- und Gewaltprävention sind ein wichtiges Instrument der AG, um die Akteurinnen und Akteure wie auch die Netzwerke in der präventiven Beratung zu unterstützen. Im Jahr 2013 wurde beispielsweise die landesweite Fachtagung „Gesund und gewaltfrei aufwachsen“ in Potsdam mit vorbereitet und unterstützt. Die Tagung fand anlässlich der Herausgabe der aktualisierten Ausgabe des Brandenburger Leitfadens zur Gewaltprävention (siehe oben) statt. Für 2014 ist eine weitere Fachtagung geplant, die für die Unfallprävention im Kleinkindalter sensibilisieren soll:

www.buendnis-gesund-aufwachsen.de/hauptbereich/veranstaltungen.

Ausblick

Die AG-Mitglieder werden sich weiter dafür einsetzen, das Thema Unfall- und Gewaltprävention in bestehende Netzwerke sowie in die anderen Arbeitsgruppen des Bündnisses einzubringen. Aktuell sind beispielsweise Mitglieder der AG BEST in die Sitzungen eingebunden. Eine wesentliche Präventionslücke sehen die AG-Mitglieder in der Unfallprävention bei älteren Kindern. Die AG will sich künftig stärker auf Gruppen mit besonderen Risiken fokussieren und die bisherige große thematische Bandbreite zugunsten besonders dringender Handlungsfelder verschlanken.

Weitere Informationen

www.buendnis-gesund-aufwachsen.de (→ AG Unfall- und Gewaltprävention).



Interview mit Thomas Altgeld, Vorsitzender der Arbeitsgruppe „Gesund aufwachsen“, gesundheitsziele.de.

Herr Altgeld, als Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen und als Vorsitzender der Arbeitsgruppe „Gesund aufwachsen“ des

Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de beschäftigen Sie sich seit vielen Jahren mit Gesundheitszielen für Kinder und Jugendliche. Warum brauchen wir überhaupt Gesundheitszieleprozesse?

Wir brauchen sie, weil sehr unterschiedliche Akteure sehr unterschiedliche Ziele verfolgen und Gesundheitsziele ein gemeinsames Leitbild für diese heterogenen Aktivitäten herstellen können. Gesundheitsziele sind also ein geeignetes Instrument, um sich auf eine gemeinsame Richtung zu verständigen und einen Gleichklang der Akteure – zumindest ansatzweise – herzustellen. Die Weltgesundheitsorganisation proklamiert Gesundheitsziele deshalb schon seit den 80er-Jahren.

Aber ist es nicht die Gesundheitspolitik, die diese Orientierungsmarken setzt?

Gesundheitspolitik ist an Legislaturperioden gebunden, Gesundheitsziele sind langfristiger als auf Vier- oder Fünfjahresrhythmen hin angelegt. Und es ist ein Zusammenwirken von staatlichen und nicht staatlichen Stellen, also gesellschaftlichen Gruppen, Sozialversicherungsträgern, Leistungserbringern. Diese lassen sich nicht unbedingt immer durch Politik verpflichten, sondern müssen eingebunden werden und ihre Vorstellungen einbringen können.

Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche sind in den Bundesländern ein „Mainstream“. Warum ist dieses Thema so geeignet für Gesundheitszieleprozesse?

Die Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen zu schaffen, ist

eine besondere gesellschaftliche Herausforderung, über die nicht alleine der Gesundheitsbereich entscheidet. Hier müssen die Träger aus anderen Handlungsfeldern hinzukommen, denn beispielsweise die Bereiche Bildung, Familie und Jugend setzen wichtige Rahmenbedingungen. Die Trägerlandschaft ist sehr zersplittert und beispielsweise zwischen Jugendhilfe, Bildung und Gesundheit gab es lange Zeit sehr wenige gemeinsame Schnittstellen und Handlungsansätze. Das ändert sich jetzt etwas mit der gesetzlichen Verankerung der Frühen Hilfen, hat sich aber auch schon vorher mit den Gesundheitszieleprozessen verändert: Wie kann man am Kind orientiert denken und nicht in Zuständigkeiten? Eine sektorenübergreifende Abstimmung ist hier viel wichtiger als beispielsweise Versorgungszielen zu Erkrankungen im Erwachsenenalter, wo wesentlich weniger Akteure involviert sind.

Im Kinder- und Jugendbereich sind Zugänge insbesondere über Kitas und Schulen einfacher als in anderen Lebensphasen, aber auch dringlicher! Denn soziale Benachteiligung ist in diesen Altersgruppen massiver ausgeprägt. Die Armutsquoten von Kindern liegen deutlich über denen von Erwachsenen, insofern ist der Handlungsbedarf auch größer.

Es ist gerade das Verdienst von Gesundheitszielen für Kinder und Jugendliche, dass sie nicht nur die Berücksichtigung der sozialen Lage als Querschnittsanforderung vorantreiben, sondern auch schon früh versucht haben, gesundheitliche Chancengleichheit in ihre Prozesse einzuflechten und Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Sie haben die Notwendigkeiten dargestellt, Gesundheitszieleprozesse als Forum für einen sektorenübergreifenden Austausch zu nutzen. Wie fällt aus Ihrer Sicht die Bilanz der teilweise langjährigen Zieleprozesse in Bund und Ländern aus?

Im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit wurden inzwischen viele Aktivitäten auf allen Ebenen – bundesweit, in den Ländern und auf kommunaler Ebene – angesprochen, deshalb ist die Bilanz durchaus positiv. Aber es ist natürlich ein langer Weg. Es ist immer die Frage, wie viele

Akteure sich auf den Zielprozess beziehen und für wie viele Akteure diese Ziele dann verbindlich und handlungsleitend werden. Alle Zielprozesse bauen auf Selbstverpflichtungen auf und sind auf Bundesebene meistens nicht mit Förderprogrammen unterlegt. Deshalb ist es dort ein schwieriges Geschäft. Die Länder haben es da ein bisschen einfacher, wenn sie im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit beispielsweise Handlungsprogramme und Förderrichtlinien angepasst haben. In der Umsetzung auf Bundesebene ist es durchaus ein Manko, dass den Zielen nicht immer das Geld hinterher folgt. Diesem Mangel kann nur ein „Präventionsgesetz“ des Bundes abhelfen, das Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definiert und alle Akteure in einen gemeinsamen Präventionsfonds einzahlen lässt.

Sie haben mit der finanziellen Untersetzung von Gesundheitszielen bereits eine wichtige Rahmenbedingung für erfolgreiche Zielprozesse genannt. Welche weiteren Bedingungen sollte insbesondere die Gesundheitspolitik schaffen, damit Zielprozesse gelingen?

Es ist eine gute Idee, Gesundheitsziele in Gesetzen zu gießen und dadurch verbindlich zu machen. Dieser Ansatz sollte unbedingt auch bei der aktuellen Entwicklung des Präventionsgesetzes wieder aufgenommen werden. Dies scheint mir besser zu sein, als den x-ten nationalen Aktionsplan mit Selbstverpflichtungen neu zu definieren. Vielmehr sollten die konsentierten Ziele als gesundheitspolitische Leitlinien ernst genommen und verlässlich verankert werden.

Sollten die Zielprozesse selbst gesetzlich verankert werden?

Nein, das nicht. Die sollten freiwillig bleiben. Aber es ist wichtig, die konsentierten Ziele als Handlungsleitfaden für Versorgung und Gesundheitsförderung ernst zu nehmen. Das wäre eine neue Qualität. Es macht die Zielformulierung zwar nicht einfacher, wenn alle Beteiligten wissen, dass sie hinterher darauf verpflichtet werden. Aber ich glaube, es ist der richtige Weg zu sagen: Die Ziele sind nicht nur gedrucktes Papier, das alle schön finden und sich in den Schrank

stellen, sondern sie müssen auch handlungsleitend für Regelfinanzierungen oder Gesetzesinitiativen sein.

Wie können diese Gesetzesinitiativen die Entscheidungen der wichtigen Player beeinflussen?

Der Bundesgesetzgeber regelt beispielsweise das SGB V. Im Koalitionsvertrag steht, dass Länderregelungen analog zum § 21 [zahnmedizinische Gruppenprophylaxe; d. Red.] gesucht werden sollen. Damit schafft der Gesetzgeber schon einen Rahmen, in dem die Akteure sich einigen müssen, und fördert die Bereitschaft, zu Länderlösungen zu kommen. Das ist ein verschränktes Vorgehen Bund-Länder, indem die gesetzlichen Regelungen auf der Bundesebene auch in die Länder einfließen.

Was sind denn, neben gesetzlichen Regelungen, Ihrer Erfahrung nach Erfolgsfaktoren für gelingende Gesundheitszieleprozesse?

Wichtig ist auch ein weicher Faktor: Die Chemie zwischen den Akteuren und die Moderation des Prozesses muss stimmen, damit sich eine Kultur des Dialogs entwickeln kann. Ganz wichtig ist die Antwort auf die Frage: Wer managt die Gesundheitszieleprozesse? Das betrifft also die Formulierung und Verabschiedung von Gesundheitszielen, aber auch die Umsetzung. Dieser zentrale Punkt ist in den Ländern sehr unterschiedlich geregelt. In wie viel Nachhaltigkeit wird hier investiert, wird jemand Kompetentes mit diesen Aufgaben betraut? Und wird Geld auf Länderebene dafür zur Verfügung gestellt? In der Regel passiert dies nicht ausreichend, auch wenn einzelne Bundesländer sich hier sehr engagieren.

Können Sie uns Beispiele für erfolgreiche Zieleprozesse nennen, die nachweisbare Ergebnisse erbracht haben?

Mecklenburg-Vorpommern ist ein gelungenes Beispiel. Dort hat man relativ schnell auf eine Übernahme auf Landesebene gesetzt, darauf aufbauend einen Landespräventionsplan ausformuliert und beispielsweise die Ausstattung von Kindertagesstätten neu geregelt. Dabei wurde gesundheitliche Chancengleichheit in Kinderta-

„Wir müssen mehr Verpflichtungsfähigkeit herstellen!“

gesstätten ernst genommen, sodass Kindertagesstätten in belasteten Stadtteilen einen besseren Ausstattungsschlüssel haben als in den anderen Stadtteilen. Dies sind dann Beispiele, wo die Themen auch in andere Politikbereiche eingeflossen sind. In Brandenburg sind dies beispielsweise die Netzwerke Gesunde Kinder, die Vernetzungsstelle Schulverpflegung oder das geplante Projekt „Schulkrankenschwester“. Insgesamt kann man sagen, dass Gesundheitszieleprozesse einen gemeinsamen Referenzrahmen schaffen, auf den sich die Akteure aus verschiedenen Ressorts beziehen können. Daraus mit unabgestimmten Einzelaktivitäten auszuscheren, ist schwerer geworden. Die Ergebnisse lassen sich nicht immer leicht messen und epidemiologisch bestimmen. Es ist vielmehr eine Frage von gemeinsamem Arbeitsklima und von gemeinsamer Orientierung als davon, wie viel Geld wo hingeflossen ist und was es tatsächlich gebracht hat, dieses Geld ausgegeben zu haben.

Entscheidend ist für Sie also der durch die Gesundheitsziele geschaffene gemeinsame Referenzrahmen?

Gerade für den Kinder- und Jugendbereich ist dies ein Referenzrahmen, der nicht mehr sektoral angelegt ist, sondern wo Brücken gebaut werden zwischen Gesundheit, Familienpolitik, Bildung und Jugendhilfesystem. Ich glaube nicht, dass die Frühen Hilfen in dieser Weise umgesetzt worden wären, wenn man nicht diese neue Denkkultur eingebracht hätte.

Jetzt ein Blick nach vorne: Was sind die Herausforderungen der kommenden Jahre im Feld der Kinder- und Jugendgesundheit?

Für die intersektorale Zusammenarbeit gibt es inzwischen viele gute Konzepte, die müssen jetzt umgesetzt werden. Diesen Slogan aus NRW „Kein Kind zurücklassen“ kann inzwischen vielleicht niemand mehr hören, aber das ist tatsächlich nach wie vor die Aufgabe, die sich

stellt. Und dies ist eine Aufgabe, die für Schnittstellenmanagement und für eine kommunale Verantwortung spricht. Hier ist in der Praxis oft die Erkenntnis noch zu wenig ausgeprägt, dass beispielsweise das Versagen im Bildungsverlauf nicht immer das Versagen der Eltern sein muss, sondern auch das Versagen der Einrichtung sein kann. Und dass diese Einrichtungen so gestaltet werden, dass auch Kinder, die nicht aus leistungsfähigen Familien stammen, dort lernen können. Darin liegen die zentralen Herausforderungen nicht nur für den Bildungsbereich, sondern auch für Jugend- und Sozialhilfeträger, Wohlfahrtsverbände – kurzum: für alle, die Verantwortung für Kinder und Jugendliche tragen. Man muss das Bildungswesen ernster nehmen, man muss auch vielleicht über eine Kindertagesstättenpflicht nachdenken statt über Betreuungsgeld. Das wäre auf jeden Fall eine verhältnispräventive Maßnahme, die relativ viele unserer Probleme abfedern könnte, wenn tatsächlich gesichert ist, dass alle unserer Kinder in Kindertagesstätten erste Bildungsstufen mitnehmen.

Abschließend Ihr Ausblick auf Zieleprozesse: Haben die eine Zukunft? Und wenn ja: Wie sollten sie aus Ihrer Sicht weiterentwickelt werden?

Also ich glaube auf jeden Fall, dass sie eine Zukunft haben. Vielleicht liegt es daran, dass ich schon so lange in diesen Prozessen stecke. Aber ich denke, das ist der Weg, sich gemeinsam zu verständigen. Und nach wie vor der vielversprechendere Weg, solange wir nichts anderes haben, etwa einen gesetzlichen Rahmen. Ich glaube, innerhalb der Gesundheitsziele müsste man sehen, wie man mehr Verpflichtungsfähigkeit herstellen kann. Damit wir nicht nur eine Plattform haben, auf der viele sich austauschen. Sondern: Wie kann man Selbstverpflichtung verbindlicher gestalten?

Die Fragen stellte Holger Kilian.

Impressum

Herausgeber

Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Heinrich-Mann-Allee 103
14473 Potsdam
Telefon: (03 31) 8 66 72 37
Fax: (03 31) 8 66 70 18
E-Mail: pressestelle@mugv.brandenburg.de
www.mugv.brandenburg.de

Redaktion

Holger Kilian, Frederik Pettelkau
Fachstelle Gesundheitsziele
im Land Brandenburg bei
Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

Bernd Müller-Senftleben
Ministerium für Umwelt, Gesundheit und
Verbraucherschutz des Landes Brandenburg

Lektorat

Dr. Malte Heidemann,
Lektoratsbüro *textbaustelle* Berlin
www.textbaustelle-berlin.de

Bildnachweise

S. 1 - Trialon / Klink
S. 2 - Rainer Hess
S. 3 - Klaus Hurrelmann
S. 29 - Thomas Altgeld

Druck

Kuss GmbH, www.kuss-potsdam.de

Satz und Layout

Connye Wolff, www.connye.com

Auflage: 750 Stück

Nachdruck mit Quellenangabe erwünscht,
Belegexemplar erbeten.

April 2014

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit des Ministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg. Sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt. Sie darf nicht für Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Broschüre dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner Gruppen verstanden werden kann.

Ministerium für Umwelt, Gesundheit und
Verbraucherschutz des Landes Brandenburg

Heinrich-Mann-Allee 103
14473 Potsdam

www.mugv.brandenburg.de

