



Hennef

DER BÜRGERMEISTER

Sehr geehrte Damen und Herren,

nachträglich erhalten Sie zu meiner Einladung folgende Dokumente:

Zu TOP 1.9

Mittagessen/Mahlzeiten für bedürftige Kinder

- die Beschlussvorlage der Verwaltung,
- die Beschlussvorlage der Verwaltung aus der Einladung zur Sitzung des Rates am 22.03.2010 sowie einen Auszug aus der Niederschrift dieser Sitzung und
- gemeinsame Handlungsempfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) und des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte zum Thema „Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen – Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe“.

Die Tagesordnung ist beigelegt.

Hennef, 19.05.2010

Mit freundlichen Grüßen

Bernhard Schmitz
Ausschussvorsitzender

Gremium

Jugendhilfeausschuss

Wochentag

Datum

Uhrzeit

Mittwoch

26.05.2010

17:00

Sitzungsort

Rathaus, Historischer Ratssaal, Frankfurter Straße 97, 53773 Hennef

Tagesordnung		
TOP	Beratungsgegenstand	Anlagen
	Öffentliche Sitzung	
1	Beschlussvorlagen	
1.1	Bestellung einer Schriftführerin	1
1.2	Vorstellung des allgemeinen sozialen Dienstes (ASD)	Mündlicher Bericht
1.3	Bericht der Jugendgerichtshilfe	2
1.4	Einrichtung eines Arbeitskreises "Integrative Bildung in Hennef" Bürgerantrag des Vereines "Schule für alle e.V." vom 11.05.2009 Auftrag des Jugendhilfeausschusses vom 09.03.2010	3
1.5	Bericht aus der AG "Jugendhilfe und Schule" am 26.01.2010	4
1.6	2. Satzungsänderung der Satzung der Stadt Hennef über die Erhebung und Festsetzung von Elternbeiträgen für den Besuch von Tageseinrichtungen vom 09.06.2008	5
1.7	Einrichtung eines Kinder- und Jugendparlamentes Antrag der SPD-Fraktion und der Jusos Hennef vom 01.03.2010	6
1.8	Weitere Ausbaustufen von Kindertageseinrichtungen zu Familienzentren	7
1.9	Mittagessen/Mahlzeiten für bedürftige Kinder	8
2	Anfragen	
3	Mitteilungen	
3.1	Namensgebung der integrativen Kindertageseinrichtung Bröl, Flutgraben 25	9
3.2	Bericht des Streetworks	10
3.3	Bericht des städtischen Jugendzentrums	11
3.4	Arbeitslosenzahlen Februar bis April 2010	12
	Nicht öffentliche Sitzung	
4	Anfragen	
5	Mitteilungen	

Beschlussvorlage

Amt: Amt für Kinder, Jugend und Familie

TOP: _____

Vorl.Nr.: V/2010/1884

Anlage Nr.: _____

Datum: 19.05.2010

Gremium	Sitzung am	Öffentlich / nicht öffentlich
Jugendhilfeausschuss	26.05.2010	öffentlich

Tagesordnung

Mittagessen/Mahlzeiten für bedürftige Kinder

Beschlussvorschlag

Der Jugendhilfeausschuss beschließt die Einrichtung eines Fonds zur Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit i. H. v. 10.000,00 €.

Zweck dieses Fonds soll die Schulung der Eltern und Kinder im Hinblick auf gesunde Ernährung und die Sensibilisierung für die Notwendigkeit gesunden Essens sein sowie Hilfemöglichkeiten für bedürftige Kinder zu schaffen.

Die Mittel sind erstmalig in den Haushalt 2011 einzustellen.

Begründung

In allen Schulen und Kindertageseinrichtungen in der Stadt Hennef wird gesundes Essen angeboten.

Die städtischen Jugendeinrichtungen (Jugendpark und Jugendzentrum) beteiligen sich an den Aktionen „Tut mir gut“ und „Gut drauf“.

Die Mitarbeiter/innen der Jugendeinrichtungen werden entsprechend geschult.

Aus Sicht der Kinder-, Jugend-, Familien- und Gesundheitshilfe ist es unstrittig, ("Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen, Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe, gemeinsame Handlungsempfehlungen", beigefügt), dass gesundheitsfördernde Kompetenzen besonders bei den Eltern zu fördern sind, am besten in gemeinsamer Aktion mit Kindern. Prävention und Gesundheitsförderung beinhalten Ernährung und Bewegung als wesentliches Aufgabenspektrum, nicht mehr die Behandlung der fehlenden Ernährung, sondern „falsche Ernährung“.

Daraus resultierende Folgen sind ernährungsbedingte Krankheiten, Essstörungen und Entwicklungsverzögerungen.

Da die sozioökonomischen Faktoren der Eltern die Gesundheit und Lebensstile ihrer Kinder maßgeblich mitbestimmen, sind geplante Projekte stets gemeinwesenorientiert und bedürfnisangemessen zu gestalten.

Die Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen spricht sich mit ihrer 18. Entschließung vom Dezember 2009 dafür aus, „die Eltern so weit wie möglich zu stärken und zu unterstützen,

damit diese in geeigneter Weise ihrer Eigenverantwortung für das gesunde Aufwachsen ihrer Kinder gerecht werden können.“

Wichtige Multiplikatoren sind dabei die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kindertageseinrichtungen, Familienzentren und Familienbildungsstätten, Schulen, Jugendeinrichtungen usw. Sie können durch Informations- und Aufklärungsmaßnahmen sowie Angebote der Gesundheits- und Familienbildung in den Stadtteilen dazu beitragen, die Lebensqualität für Familien zu verbessern.

Hilfreich sind „neue“ Formen der Eltern- und Familienbildung im Sinne des § 16 SGB VIII, zum Beispiel: "Wie ernähre ich mein Kind richtig" (siehe auch Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die aktuelle Datenlage Ziff. 2, S. 5 ff der oben genannten gemeinsamen Handlungsempfehlungen).

- Wie bereits in der Beschlussvorlage zur Ratssitzung am 22.03.2010 dargestellt, besteht bereits jetzt ein umfassendes Angebot an regelmäßiger Verpflegung und Mahlzeiten für Kinder in den unterschiedlichsten Institutionen, Gebäuden und Räumen, Schulen, Kindertageseinrichtungen, Jugendzentrum, Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung.
- Neben den Einrichtungen besteht ein Netzwerk „Kinder brauchen unseren Schutz“ in Hennef, in denen Kinderärzte, Hebammen, Schulen, Kindertageseinrichtungen, Polizei und weitere Institutionen zusammenarbeiten.
- Durch die U-Untersuchungsverordnung ist darüber hinaus gewährleistet, dass Kinderärzte oder Einrichtungen, zum Beispiel bei Mangelerscheinungen die Jugendämter rechtzeitig und regelmäßig informieren.
- Die Schulen und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sind verpflichtet, bei jedem Anschein von Vernachlässigung oder bei Gefährdungen von Kindern im Sinne des § 8a SGB VIII und § 42 Abs. 6 Schulgesetz NRW die Jugendämter zu informieren.
- In Kindertageseinrichtungen wird neben einem gesunden Mittagessen auch im Alltag darauf geachtet, dass Kinder zum Beispiel ein Frühstück, verlässliches Essen und Trinken erhalten. Getränke sind ebenso wichtig wie Essen. Turn und Bewegungsangebote sind Standard jeder Einrichtung.
- Familienbegleitende Hilfen werden durch das Amt für Kinder, Jugend und Familie für 81 Kinder geleistet (Stand 30.4.2010).
- In den Familienzentren werden Elterncafés und Beratungsmöglichkeiten angeboten.

Alle sieben Grundschulen in Hennef bieten im Rahmen der Ganztagsbetreuung ein Mittagessen an und verfügen über die notwendigen Küchen/Mensen. Derzeit stehen an den Grundschulen und der Förderschule insgesamt 614 OGS-Plätze zur Verfügung. 25 weitere Plätze stehen ab dem kommenden Schuljahr in der Gemeinschaftsgrundschule Hanftal zur Verfügung.

Die Kosten für ein Mittagessen liegen zwischen 43,00 € und 43,50 € pro Monat. Im Rahmen des Landesfonds „Kein Kind ohne Mahlzeit“ besteht die Möglichkeit, für finanziell schwächer gestellte Familien den monatlichen Betrag auf 40 % zu reduzieren. Für das Schuljahr 2009/2010 wurden Fördergelder aus diesem Landesfonds für 150 Schüler beantragt, tatsächlich nutzen derzeit nur 105 Schüler diese Möglichkeit.

Die Mahlzeiten sind derzeit ausschließlich für Kinder in der Ganztagsbetreuung verfügbar.

Bei den weiterführenden Schulen verfügen die Gesamtschule und die Realschule bereits über eine Mensa. Beim städtischen Gymnasium soll im kommenden Jahr die bereits vorhandene kleine Mensa durch eine dem Ganztagsbetrieb entsprechende Mensa ersetzt werden. Die Hauptschule verfügt über ein Schülercafé, welches auch warme Speisen im Verkauf anbietet. Die Förderschule verfügt zurzeit über eine Ausgabeküche für die OGS. Eine Mensa ist jedoch bereits in Planung und soll im kommenden Schuljahr realisiert werden.

Zudem sind die Kopernikus-Realschule, die Hauptschule, die Gesamtschule und die Förderschule mit „Lehrküchen“ (z.B. für den Hauswirtschaftsunterricht) ausgestattet. An einigen Schulen finden auch Koch-AG's auf Eigeninitiative hin statt.

Die Förderschule in der Geisbach nimmt am EU-Schulobstprogramm NRW teil. Die Schulen, die am EU-Schulobstprogramm teilnehmen, bekommen seit 2010 frisches Obst oder Gemüse geliefert. Diese Schüler/innen kommen also täglich in den Genuss einer Extra-Portion Obst oder Gemüse. Ein ähnliches Projekt läuft an der Gemeinschaftsgrundschule Siegtal. Hier wird das Schulobstprogramm allerdings in Eigenregie unter Mithilfe der Eltern durchgeführt.

Vor dem Hintergrund des vorgenannten dargestellten umfassenden „Versorgungssystems“ kann nur eine Situationsanalyse erfolgen.

Es ist Alltag, dass manche Eltern den Essensbeitrag für ihr Kind, zum Beispiel der Kindertagesstätte oder Schule, in der Regel durchschnittlich 2,50 € pro Tag nicht leisten können oder wollen.

In diesen Fällen hilft, nur das Wohl des Kindes zu sehen und unkompliziertes Vorgehen in der Institution.

Parallel dazu ist ein nachdrücklicher Appell an die Elternverantwortung notwendig.

Der Fonds würde helfen, diese Situation zu verbessern.

Zusammengefasst die Bedarfe in Hennef:

- Elternverantwortung.
- Elternschulung.
- Schaffung von Problembewusstsein der Notwendigkeit eines warmen Mittagessens, auch am Wochenende.
- Kochfrauen, die wie Familienhelfer in den Familien mit den Eltern und Kindern gemeinsam kochen, Ziel: Hilfe zur Selbsthilfe.
- Hilfestellung und Begleitung durch Schulen und Kindertageseinrichtungen sowie freie Träger der Jugendhilfe.
- Weitere Thematisierung der Gesundheitsförderung und Ernährung im Netzwerk „Kinder brauchen unseren Schutz“ der Stadt Hennef.

Des Baues eines neuen Gebäudes für eine „Kindermensa“ bedarf es nicht.

Stattdessen sind die Möglichkeiten in den bestehenden Institutionen Schulen und Einrichtungen der Jugendhilfe auszubauen zum Beispiel auch durch begleitete selbstorganisierte Angebote am Wochenende für Eltern und Kinder.

So können sich die Jugendlichen, Kinder aber auch die Eltern unter Anleitung mit einer gesunden und kostengünstigen Mahlzeit selbst versorgen.

Gleichzeitig dient das notwendige Erlernen des Kochens neben der Zusammenstellung bei der Ernährung auch dem Generieren lebenspraktischer Fähigkeiten.

Daneben wird erreicht, dass mit einer „gesunden“ Mahlzeit in Kooperation mit anderen Einrichtungen am Wochenende diverse Freizeit- und Beratungsangebote entstehen können.

Für Kinder, deren Eltern nicht in der Lage sind, an Schulen das Mittagessen zu bezahlen, können bereits jetzt durch Zuschüsse (Land und Stadt) die Kosten des Mittagessens auf 1,00 € pro Kind pro Tag für die Eltern reduziert werden.

Die Einrichtung eines Fonds für Mittagessen für Kinder und Förderung der Eltern i. H. v. ca. 10.000,00 € durch die Stadt Hennef als „Grundstock“, aufgestockt durch zweckgebundene Spenden, könnte wesentlich dazu beitragen, den Kindern ein (verbessertes) Mittagessen zu ermöglichen.

Auswirkungen auf den Haushalt

☐ Keine Auswirkungen	☒ Kosten der Maßnahme		
	Sachkosten: 10.000,00 €		
☐ Jährliche Folgekosten	Personalkosten:	€	
☐ Maßnahme zuschussfähig	Höhe des Zuschusses	€ %	
☐ Ausreichende Haushaltsmittel vorhanden,	HAR:	€	
Haushaltsstelle:	Lfd. Mittel:	€	
☐ Bewilligung außer- oder überplanmäßiger Ausgaben erforderlich	Betrag:	€	
☐ Kreditaufnahme erforderlich	Betrag:	€	
☐ Einsparungen	Betrag	€	
☐ Jährliche Folgeeinnahmen	Art:		
	Höhe:	€	
☒ Bemerkungen			
Erstmalig im Haushalt 2011			

Bei planungsrelevanten Vorhaben

Der Inhalt des Beschlussvorschlages stimmt mit den Aussagen / Vorgaben

des Flächennutzungsplanes	☐ überein	☐ nicht überein (siehe Anl.Nr.)
der Jugendhilfeplanung	☐ überein	☐ nicht überein (siehe Anl.Nr.)

Mitzeichnung:

Name:	Paraphe:	Name:	Paraphe:
Joerdell, 40			
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Hennef (Sieg), den 19.05.2010
In Vertretung

Meyer
Erster Beigeordneter

„Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen – Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe“

Gemeinsame Handlungsempfehlungen

**Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ
und Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte¹**



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Kontakt: Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ, Mühlendamm 3,
10178 Berlin, Tel.: (030) 400 40 200, E-Mail: agj@agj.de

¹ Die in diesem Papier ausgeführten fachlichen Grundlagen für eine gelingende Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe wurden unter Mitwirkung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erarbeitet.

Inhalt

Vorbemerkung

I. Ausgangslage – einleitende Feststellungen

1. Der Gesundheitsbegriff
2. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Die aktuelle Datenlage
3. Die Schlüsselbegriffe: Prävention und Gesundheitsförderung
4. Kinderschutz als gemeinsame Aufgabe von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen
5. Konzeptionelle Ansätze zur Verbesserung der Gesundheitsförderung

II. Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen im Aufgabenspektrum von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe

1. Gesetzlicher Rahmen für Prävention und Gesundheitsförderung
2. Leistungen des Medizin- bzw. Gesundheitssystems zur Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter
3. Für Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in Frage kommende Institutionen und Berufsgruppen des Gesundheitswesens
4. Prävention und Gesundheitsförderung durch die Kinder- und Jugendhilfe

III. Zentrale Handlungsbedarfe

1. Gesundheitsförderung durch Stärkung lebensweltbezogener Strategien
2. Besondere Anforderungen an die Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher sowie junger Menschen und Familien mit Migrationshintergrund
3. Bündnisse für gesunde Kinder und Jugendliche – Systemübergreifende Vernetzung und Kooperation als Perspektive

Vorbemerkung

Die Gesundheit und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen spielt eine immer größere Rolle im gesamtgesellschaftlichen Kontext. Gesundheit ist eines der wichtigsten Zukunftsthemen sowohl aus der Perspektive der einzelnen Menschen wie auch aus dem Blickwinkel der Gesamtgesellschaft. Eine Gesellschaft, die zukunftsfähig sein will, ist auf die Gesundheit der nachwachsenden Generationen angewiesen. Gelingendes Leben steht in engem Zusammenhang mit gesundheitlichem Wohlbefinden.

Ausgehend vom Recht aller Kinder und Jugendlichen auf bestmögliche Förderung der Gesundheit² und der sich infolge wandelnder Lebensbedingungen und Lebensstile ergebenden neuen gesundheitlichen Risiken und Beeinträchtigungen für die nachwachsenden Generationen ist eine effektive Gesundheitsförderung, die möglichst alle Kinder und Jugendliche erreicht und nachhaltig wirkt, nur als gesamtgesellschaftliche Aufgabe realistisch.

Da Gesundheit insbesondere bei Kindern und Jugendlichen in hohem Maß verhaltens- und verhältnisabhängig ist, kann ihre Förderung umfassend verstanden nur als Querschnittsaufgabe unter Ausnutzung vielfältiger Ressourcen und durch die Erfüllung vielfältiger Verantwortungen auf den verschiedenen politischen Ebenen und in nahezu allen Verwaltungs- und Politikbereichen effektiv geleistet werden. Dabei sind die Verbesserung von Prävention und Schutz vor Gefährdungen ebenso in den Blick zu nehmen wie die aktive Einflussnahme auf gesundheitsförderliches Verhalten und die Gestaltung gesunder Lebens- und Umweltbedingungen. Gesundheitsförderung bei jungen Menschen setzt auf Aufklärung, Motivation und den Erwerb von Schlüsselkompetenzen der Kinder, Jugendlichen und ihrer Eltern.

Die zentralen Verpflichtungen gezielter Gesundheitsförderung sind im Gesundheitswesen verankert und dort systematisch weiterzuentwickeln und auszubauen, müssen aber in Zukunft weit stärker auch im Kontext der für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen relevanten Systeme, insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe, wirksam gemacht werden.

Aus diesem Grunde haben die Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) gemeinsame Empfehlungen erarbeitet, die sich insbesondere an die örtliche Ebene der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens richten. Ziel ist es, Zuständigkeiten transparenter zu machen und den Professionen übergreifenden fachlichen Austausch von Ansätzen und Erfahrungen zur Gesundheitsförderung junger Menschen, verbunden mit konkreten Schritten und fachpolitischen Forderungen zur weiteren Vernetzung von Organisationen und Initiativen sowie der Entwicklung von Bündnissen zu unterstützen. Die vielfältigen Potentiale der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens sind zu nutzen, damit Gesundheit junger Menschen nachhaltig wirksam und möglichst präventiv gefördert werden kann.

Kurzfassung der Empfehlungen:

1. Gesundheitsförderung muss als politische Querschnittsaufgabe verstanden werden. Die systematische Zusammenarbeit und Vernetzung von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe sollte als Prinzip und Perspektive politisch manifestiert und auf die politische Tagesordnung der Kommunen genommen werden.
2. Die ressortübergreifende Kooperation und Vernetzung ist zu fördern und auszubauen. Es sind lokale und regionale Bündnisse bzw. Netzwerke „Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche“ zu schaffen, die die Leitungs- und Arbeitsebene der zuständigen Professionen einbeziehen. Dabei sollten bereits

² Siehe Artikel 24 UN-Kinderrechtskonvention.

bestehende Strukturen der Zusammenarbeit und Netzwerkorganisationen berücksichtigt und eingebunden werden.

3. Die Information über bereits bestehende gesundheitsfördernde Angebote von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe vor Ort ist zu fördern. Vorhandene Hilfesysteme, Angebote und konkrete Ansprechpartner sollten für die Bürgerinnen und Bürger und die beteiligten Professionen transparent gemacht werden.
4. Die Forschung und die professionelle Vermittlung von Forschungsergebnissen zur Prävention und Gesundheitsförderung, insbesondere zur Wirksamkeit von Maßnahmen in diesen Bereichen, sind mit angemessenen Ressourcen auszustatten und auszubauen.
5. Ein ressortübergreifendes Berichtswesen ist aufzubauen – auch und insbesondere auf der lokalen Handlungsebene. Die körperliche, seelische und geistige Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sollte nicht nur in den Gesundheitsberichten, sondern auch in den Kinder- und Jugendberichten, Bildungsberichten, Sozialberichten, Armutsberichten und Sportberichten thematisiert und aufeinander bezogen werden.
6. Kinder und Jugendliche in prekären Lebenslagen sind durch zielgruppen- und bedarfsgerechte Prävention und Gesundheitsförderung zu fördern. Ein besonderer Akzent ist auf die Förderung von Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus und Migrationshintergrund zu legen.
7. Die Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen gemäß § 26 SGB V sollen künftig durch ein verbindliches Einladungswesen gesteigert werden. Darüber hinaus ist es erforderlich, die Eltern gezielt über Notwendigkeit und Nutzen dieser kinderärztlichen Untersuchungen, die Bedürfnisse und Bedingungen des gesunden Aufwachsens des Kindes sowie die Prävention von Erkrankungen und Risikofaktoren zu informieren. Eine gesetzlich festgeschriebene Pflicht zur Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen und Sanktionen bei Nichtwahrnehmung werden abgelehnt.
8. Gesundheitsfördernde Kompetenzen sollten stärker in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller beteiligten Professionen berücksichtigt werden. Eine bereichsübergreifende curriculare Aus-, Fort- und Weiterbildung sollte insbesondere für Fachkräfte im Bereich von Kinder- und Jugendhilfe, Schule, Bildung und Gesundheitswesen gefördert werden.
9. Die systematische Erarbeitung gemeinsamer Handreichungen bzw. Empfehlungen für eine gemeinsame Gesundheitsförderung insbesondere auf lokaler Ebene sollte im Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe gefördert werden. Dabei sollen die regionalen Gesundheitsrisiken und Ressourcen herausgearbeitet und die Organisation gemeinsamer Gesundheitszielprozesse sowie die Planung von Interventionen nach verbindlichen Qualitätskriterien und die Überprüfung ihrer Ergebnisse besonders in den Blick genommen werden.
10. Die systematische Beteiligung der betroffenen Institutionen und Organisationen und die verbindliche Zusammenarbeit der öffentlichen Ämter, insbesondere zwischen Gesundheitsämtern und Jugendämtern sind zu fördern.
11. Zur Unterstützung der o. g. Empfehlungen wäre ein gesetzlicher Rahmen für Prävention und Gesundheitsförderung wünschenswert. Ein solches Präventionsgesetz muss einen besonderen Fokus auf Kinder und Jugendliche legen und auf lokaler Ebene die Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe fördern.

I. Ausgangslage - einleitende Feststellungen

1. Der Gesundheitsbegriff

Es gibt unterschiedliche Definitionen von Gesundheit als elementarem Bestandteil von Wohlbefinden, Lebensqualität und Leistungsfähigkeit. Durch sie werden die einzusetzenden Mittel zur Vermeidung und Behandlung von Krankheiten und Gesundheitsförderung beeinflusst. Sie entscheiden auch darüber, in welchem Maße den Menschen Selbstverantwortung für ihr Gesundheitsverhalten übertragen werden kann oder soll. Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet Gesundheit einen Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohls und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit. Dieser Definition entspricht ein Gesundheitsverständnis, das neben medizinisch-biologischen Aspekten auch psychische, soziale und ökologische Gesichtspunkte einbezieht.

Eine in den Gesundheitswissenschaften verbreitete Definition beschreibt Gesundheit als ein Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch der äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Vor diesem Hintergrund wird ein Großteil der gesundheitlichen Störungen im Kindes- und Jugendalter in einen engen Zusammenhang mit veränderten Lebensbedingungen, unterschiedlichen schwierigen Lebenslagen und den darin begründeten Risikofaktoren gebracht, die das Herstellen dieses Gleichgewichts erschweren.

2. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Die aktuelle Datenlage

Den o. g. Gesundheitsbegriff zugrunde gelegt sind Kinder und Jugendliche insgesamt im Vergleich zu anderen Altersgruppen relativ gesund. Viele der früher mit Kindheit und Jugend verbundenen Krankheiten (z. B. Infektionskrankheiten wie Masern, Röteln, Mumps, Keuchhusten, Kinderlähmung, Pocken, Scharlach) konnten durch allgemein verbesserte Lebensbedingungen und den Ausbau der medizinischen Versorgung deutlich eingedämmt werden. Schutzimpfungen, Hygienemaßnahmen, systematische Diagnoseverfahren und verbesserte Behandlungsmöglichkeiten haben die Gesundheitslage junger Menschen ebenfalls verbessert.

Welches Krankheitsspektrum und welche Gesundheitsprobleme Kinder und Jugendliche heute aufweisen, ist dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Institutes zu entnehmen. Hierin werden bundesweit repräsentative Informationen zu vielen wichtigen Facetten der gesundheitlichen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter bereitgestellt. An der Studie haben zwischen 2003 und 2006 insgesamt 17.641 Mädchen und Jungen im Alter von 0 – 17 Jahren sowie deren Eltern aus 167 Studienorten teilgenommen. Zu den Themenschwerpunkten der Befragung zählten die körperliche und psychische Gesundheit, das subjektive Befinden, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung.

Die 2007 vorgelegten Ergebnisse des Surveys verdeutlichen, dass sich infolge veränderter zivilisatorischer, ökologischer und sozialer Lebensbedingungen neue Krankheiten und gesundheitliche Risiken für Kinder und Jugendliche entwickelt haben:

- *Psychische und psychosomatische Störungen* nehmen zu (z.B. Essstörungen, emotionale Angeschlagenheit, Hyperaktivitäts-Probleme, Aggression, Angst, Depression und gestörtes oder dissoziales Verhalten). Insgesamt weisen 21,9 % aller Kinder und Jugendlichen Symptome für psychische Störungen auf.

- Der Mangel der *motorischen Leistungsfähigkeit* der 4- bis 17- Jährigen ist bedenklich, ca. ein Drittel der Kinder und Jugendlichen kann nicht zwei oder mehr Schritte auf einem Balken von 3 cm Breite rückwärts balancieren und 43 % erreichen bei Rumpfbeugen nicht das Fußsohlenniveau. Bei den 4 bis 17- Jährigen konnte seit 1976 ein Rückgang der Kraftfähigkeit (Leistungsfähigkeit der Muskeln) um 14 % durch die Ergebnisse im Standweitsprung festgestellt werden. Von den 3 bis 10- Jährigen treiben 76,6 % der Jungen und 75 % der Mädchen mindestens einmal in der Woche Sport. Die Daten zeigen auch für diese Altersgruppe, dass jedes vierte Kind nicht regelmäßig Sport treibt und jedes achte Kind gar keinen.
- *Unfälle* stellen ein erhebliches Gesundheitsrisiko im Kindes- und Jugendalter dar. Sie sind die häufigste Todesursache für Kinder nach dem ersten Lebensjahr, auch wenn die Zahl der tödlichen Unfälle seit 1990 kontinuierlich zurückgegangen ist. Gestiegen ist dagegen die Zahl schwerer Verletzungen infolge eines Unfalls. Laut KiGGS-Studie erlitten 15,2 % der 1- bis unter 18-Jährigen innerhalb eines Jahres mindestens einen Unfall, 13,3 % der unfallbedingten Verletzungen mussten im Krankenhaus behandelt werden. Das höchste Risiko, an den Folgen eines Unfalls zu sterben oder schwere Verletzungen zu erleiden, tragen Säuglinge und Kleinkinder.³ Entsprechend weisen Kleinkinder mit 17,1 % die höchste stationäre Behandlungsrate auf. 60 % der Unfälle im Kleinkindalter ereignen sich zu Hause (einschließlich der nahen Wohnumgebung wie Hof und Garten). Stürze bilden mit einem Anteil von 60,4 % in allen Altersgruppen die mit Abstand häufigste Unfallart. Die höchste Rate der Sturzunfälle aus der Höhe liegt im Kleinkindalter (35,8 %). Unfallverletzungen sind im Kleinkindalter der zweithäufigste, im Schulalter der häufigste Einweisungsgrund in ein Krankenhaus.
- *Übergewicht und Adipositas* stellen in allen Altersgruppen ein ernst zu nehmendes Problem dar. Auf Basis der Referenzdaten von 1985-1999⁴ ist der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher um 50 % gestiegen, die Zahl der an Adipositas erkrankten Kinder und Jugendlichen hat sich verdoppelt, bei Jugendlichen ab 14 Jahren nahezu verdreifacht. Insgesamt sind 9 % der 3- bis 17-Jährigen übergewichtig (BMI oberhalb des 90. Perzentils), 6,3 % leiden unter Adipositas (BMI oberhalb des 97. Perzentils). Bemerkenswert ist, dass der Anstieg mit dem Eintritt in die Grundschule beginnt: Von 9 % bei den 3- bis 6-Jährigen steigt der Anteil der Übergewichtigen auf 15 % bei den 7- bis 10-Jährigen bis hin zu 17 % bei den 14- bis 17-Jährigen. Ähnlich verhält es sich bei der Adipositas: Von den 3- bis 6-Jährigen sind 2,9 % adipös, bei den 7- bis 10-Jährigen steigt der Anteil auf 6,4 % und bei den 14- bis 17-Jährigen schließlich auf 8,5 %.⁵
- Das Auftreten von Schmerzen wie Kopf-, Bauch- oder Rückenschmerzen ist ein ernst zu nehmendes Problem bereits im Kindes- und Jugendalter. Wie die Ergebnisse von KiGGS zeigen, hatten nach Auskunft der Eltern 64,5 % der 3- bis 10-Jährigen in den vergangenen drei Monaten Schmerzen, insbesondere Bauchschmerzen (69%), Kopfschmerzen (56%), und Halsschmerzen (48%). Von den 11- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen gaben 71,7 % an, in den letzten drei Monaten Schmerzen gehabt zu haben. Hier waren die häufigsten Schmerzlokalisationen Kopfschmerzen (78 %), Bauchschmerzen (60 %), und Rückenschmerzen (49 %).⁶ Auch wenn hierunter akute oder chronische Erkrankungsfälle erfasst wurden, lassen sich die

³ Ellsäßer Gabriele, Epidemiologie von Kinderunfällen in Deutschland. Expertise für die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Mehr Sicherheit für Kinder e.V., Berlin 2004.

⁴ Referenzwerte nach Kromeyer-Hauschild K., Wabitsch M. et al., Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschr. Kinderheilkd. 2001, 149:807–818.

⁵ Kurth B.-M., Schaffrath Rosario A., Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007, 50:736–743.

⁶ Ellert U., Neuhauser, A., Roth-Isigkeit, A. Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Prävalenz und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007, 50:711–717.

Angaben dieses Ausmaßes vermutlich nicht allein hierauf zurückführen, sondern können als Indiz für die Zunahme allgemeiner Befindlichkeitsstörungen, beispielsweise infolge von Stress, gewertet werden, wie sie auch in anderen Studien (z. B. HBSC-Studie⁷) bereits konstatiert wurden.

- Die *Zahngesundheit* von Kindern und Jugendlichen hat sich in den vergangenen Jahrzehnten infolge präventiver Maßnahmen (Empfehlungen zu einer ausgewogenen Ernährung, Aufklärung über richtige Zahn- und Mundpflege, Hinweise zur Vermeidung kariogener Keime, Anwendung von Fluoriden, zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen und Gruppenprophylaxe) deutlich verbessert. Vor dem Hintergrund dieser grundsätzlich positiven Entwicklung zeichnen sich die bestehenden Defizite besonders deutlich ab: Die Kariesbelastung – Nuckelflaschenkaries, niedriger Sanierungsgrad der Milchzähne, hoher Wert kariöser, extrahierter oder gefüllter Zähne – konzentriert sich auf eine immer kleinere Gruppe.⁸ Besonders betroffen sind Kinder und Jugendliche in sozial benachteiligter Lage. Die KiGGS-Ergebnisse zum Mundgesundheitsverhalten bestätigen, dass Zahnpflegegewohnheiten wie auch die Inanspruchnahme der zahnärztlichen Vorsorge in Abhängigkeit von sozialen Faktoren variieren. Beide Aspekte weisen eine Schichtabhängigkeit auf, wobei sich das größte Risiko eines ungünstigen Mundgesundheitsverhaltens mit einem Migrationshintergrund verbindet (nur einmal täglich oder weniger Zähneputzen nach Schichtzugehörigkeit: niedrig: 39 %, mittel: 28 %, hoch: 22 %, bei Kindern mit Migrationshintergrund: 45 %).⁹
- Problematische Gesundheitsentwicklungen bei Kindern und Jugendlichen sind darüber hinaus gekennzeichnet durch einen signifikant ansteigenden Anteil chronischer Erkrankungen, wie Neurodermitis (z. B. Lebenszeitprävalenz bei 0- bis 17-Jährigen: 13,1 %¹⁰) Allergien (z. B. Lebenszeitprävalenz mindestens einer atopischen Erkrankung: 22,9 %¹¹), Asthma, Rheuma, Bronchitis, und Diabetes.
- Vor allem durch Alkohol, Nikotin, illegale Drogen und durch Arzneimittel hervorgerufene Suchtkrankheiten haben zu einer wachsenden Zahl von abhängigen Kindern und Jugendlichen und hohen Gesundheitsbelastungen geführt. So raucht nach den KiGGS-Ergebnissen z. B. aktuell gut ein Fünftel der 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen, wobei die höchsten Raten ab 16 Jahren zu verzeichnen sind (Jungen 43,3 %, Mädchen 36,4 %).¹²
- Insgesamt wird auch durch die KiGGS-Studie belegt, dass die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien häufig schlechter ist als die ihrer sozial besser gestellten Altersgenossen. Junge Menschen aus sozial schwachen Familien und Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund weisen deutlich höhere Risikofaktoren auf, und zwar in allen Bereichen. Sie ernähren sich ungesünder (erhalten meist weniger gesunde Lebensmittel), haben ein erhöhtes Risiko für Übergewicht und Adipositas, sind häufiger von Essstörungen betroffen (doppelt so hoch wie bei höherem sozioökonomischen Status), bewegen sich weniger, putzen sich seltener die Zähne, gehen seltener zum Arzt und haben ein erhöhtes Unfallrisiko bei Straßenverkehrsunfällen und Verbrühungen. Die Teilnahme

⁷ Vgl. Hurrelmann K., Klocke A., Melzer, W., Ravens-Sieberger, U. (Hrsg.) Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Juventa Verlag Weinheim und München 2003: 41ff.

⁸ Vgl. Pieper K, Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2000. Gutachten. Bonn: DAJ, 2001: 127f.

⁹ Schenk L., Knopf H. Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007, 50:653–658.

¹⁰ Kamtsiuris P., Atzpodi K., Ellert U., Schlack R., Schlaud M. Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007, 50:686–700.

¹¹ Schlaud M., Atzpodi K., Thierfelder W. Allergische Erkrankungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007, 50:701–710.

¹² Lampert T., Thamm, M. Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007, 50:600–608.

an den Früherkennungsuntersuchungen sinkt bei Familien mit niedrigem Sozialstatus auf unter 80 % bei der U9. Bei Familien mit Migrationsstatus, die bereits bei der U3 eine deutlich niedrigere Teilnahmequote von 81,3 % haben, sinkt die Teilnahme kontinuierlich sogar bis auf lediglich 67,9 % bei der U9. 14 % der Kinder mit Migrationshintergrund haben sogar keine der Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch genommen.¹³ Auch bei der psychischen Gesundheit ist ein niedriger sozialer Status ein Risikofaktor. Personale, familiäre und soziale Ressourcen gelten als Schutzfaktoren und stehen bei Familien in schwierigen Lebenslagen häufig nicht ausreichend zur Verfügung. Von Verhaltensauffälligkeiten sind Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund häufiger betroffen als Kinder von Nicht-Migranten.

3. Die Schlüsselbegriffe: Prävention und Gesundheitsförderung

Das frühzeitige Erkennen und Fördern positiver Gesundheits- und Entwicklungspotentiale sind zentrale Herausforderungen, wenn es um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen geht. Gesundheitsförderung und Prävention müssen bereits im frühen Kindesalter beginnen. In dieser Phase werden sowohl gesundheitsfördernde als auch gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen geprägt.

Prävention zielt auf Krankheitsverhütung und umfasst alle Maßnahmen und Aktivitäten, die darauf gerichtet sind, bestimmte, als gesundheitsschädlich erkannte Sachverhalte oder Verhaltensweisen einzudämmen oder zu verhindern, um gesundheitlichen Schädigungen und Erkrankungen zuvor zu kommen. Es werden drei Arten von Prävention unterschieden:

- *Primärprävention* setzt bereits vor jeder Schädigung oder Krankheit an und fokussiert auf das Vermeiden potentieller Risikofaktoren.
- *Sekundärprävention* knüpft an der frühzeitigen Erfassung von besonderen, bereits erkennbaren gesundheitlichen Risiken und Schädigungen an, um gezielt die Risikodisposition zu mindern und weiteren Schädigungen vorzubeugen.
- *Tertiärprävention* zielt auf die Verhinderung eines Wiedererstarkens oder einer Verschlechterung einer bereits erfolgten Erkrankung (Konzept der Risikofaktoren, pathogenetische Orientierung).

Gesundheitsförderung setzt im Gegensatz zur Prävention nicht an krankheitsverursachenden Belastungen oder Risiken an, sondern bezieht sich auf gesellschaftliche und personenbezogene Ressourcen, die die Gesundheit stärken, bzw. Verhaltensweisen unterstützen, die für eine gesunde Lebensweise erforderlich sind. Mit dem gemeinsamen Ziel, die Gesundheit des Einzelnen wie auch der gesamten Bevölkerung oder von Bevölkerungsgruppen zu verbessern, überschneiden und ergänzen sich die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention in vielen Bereichen. Insbesondere im Bereich der Primärprävention ist von einer engen Verzahnung mit dem Ansatz der Gesundheitsförderung auszugehen: In den meisten Fällen kommt es nicht nur darauf an, tatsächliche oder mögliche Gesundheitsbelastungen zu beeinflussen, sondern vor allem im Hinblick auf Interventionen kommt es gleichzeitig auch darauf an, gesundheitsdienliche Ressourcen des Einzelnen bzw. der betroffenen Zielgruppe zu stärken und zu vermehren.

Gesundheitsförderung setzt also – sowohl in Bezug auf das Individuum wie auch in Bezug auf alle gesellschaftlichen Ebenen – vor allem bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und Gesundheitspotenziale an.

Es erweist sich als sinnvoll den Zielbereich, Verbesserung von Bedingungsfaktoren und Rahmenbedingungen (wie z. B. die Familie, das familiäre Umfeld, die individuellen

¹³ Kamtsiuris P., Bergmann E., Rattay P., Schlaud M. Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007, 50:836–850.

Lebensstile, die sozialstrukturellen Rahmenbedingungen) der Gesundheitsförderung zuzuordnen. Gesellschaftlich relevante, individuelle gesundheitliche Probleme und Verhaltensweisen werden dagegen als Zielthemen der Prävention gesehen, deren Maßnahmen und Aktivitäten auf eine bestimmte gesundheitliche Schädigung abzielen, die es zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zeitlich zu verzögern gilt¹⁴.

4. Kinderschutz als gemeinsame Aufgabe von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen

Der Schutz von Kindern vor Gefahren für ihr Wohl stellt eine besondere Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe dar. Immer wieder werden in der Öffentlichkeit Fälle schwerer Misshandlung, Vernachlässigung und sogar Tötung von Kindern in der Familie bekannt. Frühe Warn- und Hilfesysteme dienen dem rechtzeitigen Erkennen von Hilfebedarfen und sind systematisch verknüpft mit geeigneten Angeboten früher Hilfen. Der Aufbau dieser Systeme ist eine Querschnittsaufgabe, die von unterschiedlichen Professionen und Berufsgruppen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe wahrgenommen werden muss.

Ein solches personell und materiell ausreichend ausgestattetes und in der Kommune gut vernetztes frühes Warn- und Hilfesystem sollte sich besonders auf die Zeit der ersten Lebensjahre konzentrieren, da Kinder in dieser Entwicklungsphase besonders gefährdet und Eltern besonders aufgeschlossen für Beratung und Hilfe sind. Zielperspektive ist eine integrierte, koordinierte Versorgung, die bereits in der Schwangerschaft beginnt, die Geburtsphase begleitet und in den ersten Lebensjahren auch mit aufsuchenden Angeboten einhergeht. Die Zahl der aufsuchenden Angebote - etwa durch Sozialpädagoginnen und -pädagogen, fachlich qualifizierte Kinderkrankenschwestern, -pfleger und Familienhebammen - kann sich in der Regel auf wenige Besuche beschränken, wenn das weitere Vorgehen risikoadaptiert erfolgt. Dies bedeutet, dass bei Familien, in denen erhebliche psychosoziale Belastungen und Risiken festgestellt werden, zahlreiche und engmaschige Besuche erfolgen und unterstützende Hilfen angeboten werden.

Die Etablierung eines staatlichen Kontrollsystems ohne die Bereitstellung wirksamer Hilfen ist rechtlich und ethisch problematisch. Die mit einem allgemeinen bevölkerungsweiten „Screening“ zur Prävention von Kindesmisshandlung und -gefährdung ohne begleitende Hilfe verbundene Stigmatisierung der betroffenen Familien würde diese weiter isolieren und die Kinder einer noch größeren Gefahr aussetzen. Denn ein gezieltes Screening auf Kindesmisshandlung bzw. auf Risikofaktoren für Kindesmisshandlung würde verlangen, dass die Eltern im Sinne eines „informed consent“ vor der Untersuchung über diese Untersuchungsinhalte informiert werden. Dies kann dazu führen, dass gerade bei relevanten Gruppen die Teilnahme zurückgeht, weil die Kinderfrüherkennungsuntersuchung nicht mehr als Vorsorgeangebot, sondern eher als Kontrollinstrument wahrgenommen wird¹⁵.

Aus den bislang vorliegenden systematischen Übersichtsarbeiten kann keine Empfehlung für ein bevölkerungsbasiertes Screening auf Kindesmisshandlung oder auf Risikofaktoren für Kindesmisshandlung abgeleitet werden. Es gibt keinerlei wissenschaftlich belegte Hinweise darauf, dass durch verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen Kindesmisshandlung verhindert werden kann¹⁶.

¹⁴ Walter U / Schwartz FW / Hoepner-Stamos F (2001): Zielorientiertes Qualitätsmanagement und aktuelle Entwicklungen in Gesundheitsförderung und Prävention. In: BZgA (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Köln: BZgA, 18–37 (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 15).

¹⁵ Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Kinder-Richtlinien: Screening auf Kindesmisshandlung / Kindesvernachlässigung / Kindesmissbrauch, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 3 (18.01.2008).

¹⁶ Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Kinder-Richtlinien: Screening auf Kindesmisshandlung / Kindesvernachlässigung / Kindesmissbrauch, a.a.O.

Eine gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme an den kassenfinanzierten Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche oder geistige Entwicklung von Kindern gefährden (§ 26 SGB V), ist abzulehnen¹⁷. Kinderfrüherkennungsuntersuchungen sind ein wichtiger Baustein in einem interdisziplinären und vernetzten System früher Prävention und früher Hilfen¹⁸. Eine möglichst vollständige Teilnahme der vorgesehenen Altersgruppen an allen neun Untersuchungen ist von großer Bedeutung für die Erhaltung der Gesundheit von Kindern und das rechtzeitige Erkennen von Gesundheits- und Entwicklungsstörungen. Früherkennungsuntersuchungen für Kinder sollten jedoch auch weiterhin ein freiwilliges Vorsorgeangebot bleiben und durch entsprechende Maßnahmen zur Steigerung der Teilnahmeraten flankiert werden. Es sind Instrumente zu entwickeln und weiterzuentwickeln, mit denen einer sinkenden Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen mit zunehmendem Alter des Kindes entgegengewirkt und die Teilnahmequote insgesamt und im Besonderen in sozial benachteiligten Familien und Familien mit Migrationshintergrund gesteigert werden kann. Nicht durch Sanktionen, sondern durch intensive Information, Beratung und Unterstützung ist die Akzeptanz der Kinderuntersuchungen zu erhöhen. Die Balance zwischen Unterstützung und Kontrolle muss sich im Hilfesystem wiederfinden und gelingt nur in einer guten Kooperation verschiedener Dienste. Nicht eine verpflichtende Vorsorge, sondern eine Pflicht zur Kooperation der beteiligten Dienste und Einrichtungen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereichs schützt Kinder besser vor Gefährdungen.

Frühe Förderung von Kindern und Familien ist eine Investition in die Zukunft der gesamten Gesellschaft. Ein effektives frühes Warn- und Hilfesystem erfordert ein inhaltlich abgestimmtes und finanziell, organisatorisch und personell tragfähiges Gesamtkonzept. Unterstützende Hausbesuche nach der Geburt eines Kindes und Trainingsangebote für Erstelterne sollten ebenso dazugehören wie etwa Programme zur Stärkung der motorischen, kognitiven und sozioemotionalen Fähigkeiten der Kinder in den Tageseinrichtungen sowie Bildungsprogramme in Schulen zur Vorbereitung der Jugendlichen auf Elternschaft und Familie.

5. Konzeptionelle Ansätze zur Verbesserung der Gesundheitsförderung

Ausgehend von dem oben dargestellten Verständnis von Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung haben folgende Handlungsansätze zentrale Bedeutung bei der Stärkung und Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

a) Das Konzept der Entwicklungsaufgaben hat sich - insbesondere für das Verständnis von psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter - als hilfreich erwiesen und weitgehend durchgesetzt. Danach hat das Individuum während seiner gesamten Lebensspanne jeweils alterstypische Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Vor allem im Kindes- und Jugendalter, in dem sich die wesentlichen physischen und psychischen Entwicklungsschritte vollziehen und die grundlegende Sozialisierung stattfindet, stellt sich eine Vielzahl an Entwicklungsaufgaben, deren Bewältigung sowohl unmittelbar als auch mittelbar über die Beeinflussung von (gesundheitsrelevanten) Verhaltensweisen maßgeblichen Einfluss auf den Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen hat.

b) Der Förderung und Stärkung von Lebenskompetenzen im Sinne von zentralen Lebensfertigkeiten (life skills), wie sie die WHO (1994) für unseren Kulturkreis definiert, kommt große Bedeutung zu:

¹⁷ Siehe auch „Frühe Förderung gefährdeter Kinder – Besserer Schutz von Kindern im Vorschulalter“ Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ, Juni 2006 und „Frühe Förderung und Hilfe für Kinder und Familien im Fokus der Jugendhilfe“ Herausforderungen und Perspektiven aus Sicht der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ, Februar 2007; ebenso etwa die Positionierungen verschiedener Bundesländer in den vergangenen Monaten.

¹⁸ Wie die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführte Bestandsaufnahme zeigt, liegt die Teilnahmerate bei Kinderfrüherkennungsuntersuchungen in Deutschland im internationalen Vergleich sehr hoch („Bestandsaufnahme“ der BZgA, www.kindergesundheit-info.de/1931.0.html).

- Fähigkeit der Selbstwahrnehmung
- Fähigkeit der Empathie
- Kreatives Denken
- Kritisches Denken
- Fertigkeit, Entscheidungen zu treffen
- Fertigkeit, Probleme zu lösen
- Fertigkeit effektiver Kommunikation
- Interpersonale Beziehungsfertigkeiten
- Gefühlsbewältigung
- Stressbewältigung.

c) In jüngster Zeit erfährt angesichts der Bedeutung kultureller, psychosozialer und sozialstruktureller Einflussfaktoren auf das individuelle Verhalten zudem ein auf der gegenwärtigen Sozialstrukturanalyse beruhendes **Lebensstilkonzept** verstärkte Aufmerksamkeit. Es orientiert sich weniger an der sozioökonomischen Strukturebene der Gesellschaft (Schicht und Klasse), als vielmehr daran, wie Individuen ihr Leben typischerweise gestalten. Als ein „Bündel von Verhaltensmustern der Alltags- und Freizeitgestaltung“ erhalten die individuellen Lebensstile, die sich an unterschiedlichen Gruppierungen und Wertemustern orientieren, wesentlichen Einfluss auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen vor allem bei Jugendlichen.

d) Die Forderung nach Stärkung und Förderung gesunder **Settings**, wie Familie, Kindertagesstätte, Schule, Betriebe und Sport- und Freizeiteinrichtungen sowie gesundem Wohnumfeld in Stadtteilen oder Gemeinden (Sozialraum) hat auch zu einer Debatte um die Verfahren und Methoden der Gesundheitsförderung geführt. Um Ziele und Teilziele (s. ausführlich www.gesundheitsziele.de) umzusetzen, Familien und Individuen in ihrem kommunalen Umfeld und Setting überhaupt zu erreichen, müssen die Kompetenzen von Multiplikatoren gestärkt und die zuständigen Institutionen und Organisationen auf kommunaler-, Landes- und Bundesebene eingebunden werden. Verschiedene theoretische Ansätze beschreiben diesen Prozess im Einzelnen und seine wesentlichen Erfolgskriterien: Empowerment und Partizipation.

e) Zur **Qualitätssicherung** gehören eine Gesundheitsberichtserstattung, eine Analyse von Bedarfen und vorhandenen Angeboten, eine zielgerichtete Maßnahmenplanung und die Maßnahmenevaluation. Eine so verstandene Qualitätssicherung ist heute integraler Bestandteil von Konzepten und Strategien zur Prävention und Gesundheitsförderung. In der aktuellen Diskussion wird häufig gefordert, dass Prävention und Gesundheitsförderung einen zumindest gleichrangigen Stellenwert neben der kurativen Medizin und Rehabilitation erhalten müssen (vgl. Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom Juli 2003). Derzeit werden die Prävention und die Gesundheitsförderung vielfach als vierte Säule im Gesundheitssystem - neben der kurativen Medizin (stationär und ambulant), der Rehabilitation (individualmedizinische Aufgaben) und dem öffentlichen Gesundheitsdienst (bevölkerungsmedizinische Aufgaben) - beschrieben. Zur Zeit gibt es bundesweit aber weder einen rechtlichen - noch einen klaren institutionellen Rahmen für Prävention und Gesundheitsförderung, der auch nur annähernd der Breite und Tiefe der Institutionen für die erste und zweite Säule im Gesundheitswesen entspricht.

Die Durchführung erfolgreicher Programme setzt daher nicht nur voraus, dass alle unter a) bis e) genannten konzeptionellen Elemente berücksichtigt und integriert werden, sondern auch, dass sie von vornherein kooperativ angelegt werden.

Vor diesem Hintergrund geben die bestehenden gesundheitspolitischen Konzepte und Initiativen eine Rahmung und ein gewisses Maß an Zielorientierung in dem sehr heterogenen Feld von Prävention und Gesundheitsförderung. Wichtig sind hier u. a. die folgenden Initiativen:

- Aktionsplan Allergieprävention
- Aktionsplan Ernährung und Bewegung, BMG
- Aktionsplan „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“, BMFSFJ
- Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit (APUG), BMG
- BAG – Kindersicherheit
- Diskurs um Früherkennungsuntersuchungen (landesgesetzliche Regelungen)
- Forum www.gesundheitsziele.de – Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung
- GMK-Entschießung zur Förderung der Kindergesundheit
- Nationaler Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland, BMFSFJ
- Plattform Ernährung und Bewegung, BMELV, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, DOSB / dsj
- WHO, z. B. MMR–Eradikation.

II. Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen im Aufgabenspektrum von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe

„Gesundheit“ spielt bislang in den Systemen Bildung sowie Kinder- und Jugendhilfe eine untergeordnete Rolle. Gesundheit ist in den Aufgaben- und Leistungsbestimmungen des Kinder- und Jugendhilferechts sowie des Bildungsrechts nur peripher angesprochen. Umgekehrt wird Kindern und Jugendlichen im Gesundheitssystem (Versorgung, Prävention, Förderung, Arzneimittelrecht usw.) keine angemessene Aufmerksamkeit gewidmet. Kinder und Jugendliche sind in den gesundheitsrechtlichen Schutz- und Leistungsbestimmungen (von einigen Sonderregelungen abgesehen) systematisch nicht besonders berücksichtigt. Im Gesundheitswesen bestehen zwar vielfältige Versorgungs- und Präventionsangebote (siehe unten Punkt 2 a-c), diese sind aber vielfach nicht systematisch miteinander verknüpft und folgen eher den Partialinteressen mancher Leistungsanbieter.

1. Gesetzlicher Rahmen für Prävention und Gesundheitsförderung

Die Schaffung eines gesetzlichen Rahmens für Prävention und Gesundheitsförderung wird begrüßt. Ziel des geplanten Präventionsgesetzes ist es, beide Elemente zu einer eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung auszubauen und die Kooperation und Koordination von Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Qualität präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen übergreifend und unbürokratisch zu verbessern. Dabei wird Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention als gemeinsame Aufgabe unterschiedlicher Akteure und Professionen verstanden und ein breiter, situations- und lebensweltorientierter Präventions- und Förderbegriff zugrunde gelegt.

Bei der Entwicklung gesetzlicher Rahmenregelungen sollte ein besonderer Fokus auf Kinder, Jugendliche und Familien gelegt werden. Für Kinder und Jugendliche relevante Settings (Familie, Kindertagesstätten, Familienbildungsstätten, Sport- und Freizeiteinrichtungen, Schule usw.) und die regelhafte Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe sollten besondere Berücksichtigung finden. Die Zielgruppe und die Verantwortlichen für das Setting aus der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. Kita-Leitung und Fachkräfte in den Einrichtungen) sollten an der Planung und Durchführung der präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen beteiligt werden.

2. Leistungen des Medizin- bzw. Gesundheitssystems zur Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter

Beim Leistungsspektrum des Medizin- bzw. Gesundheitssystems für die Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter gilt es, verschiedene Bereiche zu unterscheiden:

- die Generierung von Erkenntnissen und deren Vermittlung zu Prävention und Gesundheitsförderung,
- Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung, die von den Krankenkassen vergütet werden können,
- die Leistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) auf Landes- und kommunaler Ebene für Prävention und Gesundheitsförderung.

a) Generierung und Vermittlung von Wissen zur Prävention und Gesundheitsförderung

Die Chancen einer effektiven Prävention und Gesundheitsförderung werden wesentlich auch durch Forschung und von einer professionellen Vermittlung von Forschungsergebnissen bestimmt. Das kausale Verstehen über Entstehung und Verlauf von Krankheiten ist nicht allein für Diagnostik und Therapie wichtig, sondern eröffnet vielfach auch neue Möglichkeiten zur Prävention. Sowohl über Grundlagenforschung (z. B. Genetik oder Resilienz) als auch über klinische Forschung liegt heute z. B. ein wesentlich umfassenderes Wissen über Risikogruppen oder Risikofaktoren für bestimmte Krankheiten vor, das es erlaubt, wesentlich gezielter präventive Maßnahmen anzuwenden und zu verfolgen.

Die Versorgungsforschung und die Public Health-Forschung stellen Ergebnisse zur Verfügung, die sich auf die Teilhabe von Bevölkerungsgruppen an der Gesundheitsversorgung beziehen, die bevölkerungsgruppenspezifische Risiken aufdecken und die auf besondere gruppenbezogene Bedarfe der Prävention und Gesundheitsförderung hinweisen. Dies ist insbesondere für die Gruppen Kinder und Jugendliche besonders wichtig, weil diese zumeist nicht in Eigenverantwortung die Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen können. Im Rahmen von Public Health und Versorgungsforschung werden aber auch viele neue Ansätze zur Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt und erprobt, die ggf. neue Wege in diesen Bereichen weisen können.

Unverzichtbar ist weiterhin die epidemiologische Forschung, die uns Erkenntnisse sowohl über den Gesundheitsstatus von Bevölkerungsgruppen liefert als auch Belege für gruppenbezogene gesundheitliche Risikofaktoren gibt. Erst eine auf epidemiologischen Daten aufbauende Gesundheitsberichterstattung kann die knappen verfügbaren gesellschaftlichen Ressourcen auf die vordringlichen Bedarfssfelder lenken. Neben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, die das Robert Koch-Institut (RKI) im Zusammenwirken mit dem Statistischen Bundesamt leitet, verfügen heute auch viele Bundesländer und auch mehr und mehr die Kommunen über eine eigene Gesundheitsberichterstattung, um landesspezifische bzw. kommunalspezifische Bedarfe erkennen und bei begonnenen Maßnahmen auch in ihrer Wirksamkeit verfolgen zu können. Gegenwärtig stellt insbesondere der vom RKI durchgeführte Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS) aktuelle epidemiologische Daten zur Kinder- und Jugendgesundheit bereit (s. o.). Auch wenn hier schon viele Daten verfügbar sind, ist die Auswertung bei Weitem noch nicht abgeschlossen.

Forschung ist für Prävention und Gesundheitsförderung weiterhin im Hinblick auf Studien unverzichtbar, die eine verlässliche Prüfung der Wirksamkeit von Programmen und Maßnahmen zu erbringen in der Lage sind. Studien, die den modernen methodischen Ansprüchen genügen und die heute bei der Zulassung neuer Medikamente unverzichtbar

und bei der Einführung neuer Verfahrensweisen in der Medizin zunehmend unabweisbar sind, werden in Prävention und Gesundheitsförderung noch zu wenig durchgeführt. Neue Ansätze in Prävention und Gesundheitsförderung sollten die jeweiligen Träger daher auch in wissenschaftlichen Studien evaluieren lassen. Ohne verlässlichen Wirksamkeitsnachweis verbleiben viele interessante und vielleicht auch in der Breite aussichtsreiche Interventionen rein lokale und oft auch zeitlich eng begrenzte Ereignisse.

Neues Wissen ohne eine professionelle Verbreitung des Wissens bleibt nutzloses Wissen. Die Vermittlung neuen Wissens an die Leistungserbringer ist schon in der hoch institutionalisierten und professionalisierten kurativen Medizin ein großes Problem. Viele Patienten werden bei ihren Erkrankungen nicht nach dem neuesten Stand des Wissens behandelt. Hier soll u.a. die Verpflichtung zur ärztlichen Weiterbildung und auch die Entwicklung und Anwendung von Leitlinien Abhilfe schaffen.

Die Leitlinien, die überwiegend von den medizinischen Fachgesellschaften erarbeitet werden, sollen den neuesten wissenschaftlichen Stand zur Diagnostik und Therapie in einer Erkrankung wiedergeben und den Arzt in seinen Entscheidungen unterstützen. Viele Leitlinien enthalten auch heute schon das gesicherte Wissen hinsichtlich präventiver Ansätze in dem jeweiligen Krankheitsfeld. Dennoch gibt es für Prävention und Gesundheitsförderung noch zu wenig Instrumente, die den Handelnden vor Ort ausreichend Einblick in den Stand des Wissens und der jeweils nachgewiesenen Evidenz geben können.

b) Entgeltfähige Leistungen der Krankenkassen zu Prävention und Gesundheitsförderung

Das SGB V enthält im 3. Kapitel einen kurzen dritten Abschnitt: „Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Förderung der Selbsthilfe“.

Hervorzuheben ist dabei insbesondere § 20 SGB V, der allgemeine Regelungen zur Prävention und Selbsthilfe enthält, die von der GKV vergütet werden können, § 20d „Primäre Prävention durch Schutzimpfungen“ und § 21 zur Verhütung von Zahnerkrankungen, der die Beteiligung der Krankenkassen an Maßnahmen der Gruppenprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen bis zum 12. und bei erhöhtem Risiko bis zum 16. Lebensjahr regelt.

Der Vierte Abschnitt im SGB V über „Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten“ regelt insbesondere in § 26 das Recht auf die „Kinderuntersuchung“, d.h. die Vergütungen der Früherkennungsuntersuchungen U1 – U9. Für die einzelnen Schwerpunkte ergibt sich folgendes Bild:

• Schwangerenvorsorgeuntersuchungen (§ 92 SGB V)

90 % der schwangeren Frauen in Deutschland nehmen die geregelte Schwangerschaftsvorsorge wahr. Demnach bleiben 10 % der Schwangeren ohne regelmäßige Betreuung. In der Regel gehören zu dieser Gruppe Einwanderinnen, die im deutschen Kulturkreis nicht integriert sind und die Möglichkeit der Vorsorge nicht kennen, und minderjährige Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft. Zahlreiche Studien belegen den Zusammenhang zwischen psychosozialen Faktoren und geburtshilflichem „Outcome“. Dabei zeigt sich, dass eine besondere Gefährdung der Mütter und Kinder aus belasteten Schwangerschaften auch an ein deutliches Defizit in der Schwangerenvorsorge gekoppelt ist¹⁹.

• Früherkennungsuntersuchungen (§ 26 SGB V)

Hier gibt es eine relativ hohe Beteiligung. 81 % nehmen alle Untersuchungen in Anspruch und 16 % nur einen Teil. Vor allem in Familien mit Migrationshintergrund und in Familien mit niedrigem Sozialstatus geht aber die Inanspruchnahme deutlich zurück. Bedauerlicherweise

¹⁹ Simoes, E, Kunz, S., Bosing-Schwenkglens, M., Schmahl, F. (2004) in: www.thieme-connect.com/ejournal/html/psychoneuro/doi/10.1055/s-2004-829

gibt es keine Auswertungen mehr über Ergebnisse der Früherkennungsuntersuchungen und keine Evaluation der primär- und sekundärpräventiven Wirkungen, die aus den Untersuchungen gezogen werden. Zurzeit werden in einem Unterausschuss Prävention des Gemeinsamen Bundesausschusses, der für die „Freigabe“ aller von den Krankenkassen vergüteten Leistungen zuständig ist, die Überarbeitung und Modernisierung des gesamten Früherkennungsprogramms und eine Neufassung der Kinderrichtlinien geprüft.

- **Prävention durch Schutzimpfungen**

Die Auswertungen der KiGGS-Studie zeigen relativ hohe Impfquoten der Kinder bei der Grundimmunisierung, allerdings mit deutlich niedrigeren Impfquoten für die vollständig abgeschlossene Grundimmunisierung. Deutliche Defizite zeigen sich bei Schulkindern nach der Schuleingangsuntersuchung. Mit zunehmendem Alter werden die Impflücken größer. Die Impflücken sind bei Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund und aus Familien mit niedrigem sozialen Status besonders gravierend. Die Ergebnisse zeigen, dass hier für eine breite Prävention ein bloßes von der Solidargemeinschaft getragenes Impfangebot (§ 20d SGB V, seit Frühjahr 2007 Pflichtleistung der GKV) nicht ausreichend ist.

- **Gruppenprophylaxe Zahngesundheit**

Die Gruppenprophylaxe Zahngesundheit wird zumeist auf regionaler Ebene in Arbeitsgruppen unter Beteiligung von Zahnärzten, der Gesundheitsämter und der Schulen organisiert und von der GKV gefördert (§ 21 SGB V). Zusammen mit den Maßnahmen zur Individualprophylaxe zeigen sich beim Kariesbefall verbesserte Ergebnisse (70 % der 12-Jährigen sind kariesfrei²⁰). Aber auch hier bestehen noch Defizite, die wieder bei niedrigem Sozialstatus und in Familien mit Migrationshintergrund besonders ausgeprägt sind²¹.

- **Förderung der Prävention (§ 20 SGB V)**

Die Grundsätze der Förderung sind in einem Positionspapier der Spitzenverbände der Krankenkassen niedergelegt²². In der aktuellen Version dieses Positionspapiers wird der Settingansatz für Fördermaßnahmen priorisiert. Die Fördermaßnahmen werden aber auf der Basis der gemeinsamen Vereinbarungen von den Einzelkassen durchgeführt. Dabei spielen u. U. Gesichtspunkte der Profilbildung der jeweiligen Kasse neben dem Beitrag der Maßnahmen zur Gesamtversorgung eine wichtige Rolle. Entsprechend gibt es auch große Unterschiede zwischen den Kassenmaßnahmen, kaum einen Gesamtüberblick und viel zu selten wirklich verlässliche Evaluationen, die Beiträge zu einer evidenzbasierten Prävention liefern könnten.

- **Förderung der Selbsthilfe (§ 20 SGB V)**

Die Grundsätze der Förderung sind ebenfalls in einem Positionspapier der Spitzenverbände der Krankenkassen niedergelegt²³. Der Förderung sind enge inhaltliche und institutionelle Grenzen gesetzt. So muss z. B. für die Förderung ein enger Zusammenhang mit medizinischen Erfordernissen gegeben sein, d.h. es können nur Organisationen mit der Ausrichtung auf Sekundär- und Tertiärprävention unterstützt werden. Zugleich gilt ein Katalog bestimmter Krankheitsbilder, für die allein eine Förderung gewährt wird.

Darüber hinaus gelten einschränkende Bestimmungen hinsichtlich regionaler Präsenz, institutioneller Verfasstheit und gesundheitsbezogener Professionalisierung.

Dennoch hat der Gedanke der Selbsthilfe in den vergangenen Jahrzehnten stark an gesellschaftlicher Akzeptanz gewonnen, und heute wird mit (allerdings nicht stimmberechtigten) Patientenvertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss und einer Patientenbeauftragten der Bundesregierung dem aktiven Einbeziehen, Eigenverantwortung

²⁰ Pressemeldung der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen zum Tag der Zahngesundheit am 07.09.07.

²¹ Bundesgesundheitsblatt, Band 50, Band 5/6, Mai/Juni 2007, S. 653 ff.

²² „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006“.

²³ „Gemeinsame und einheitliche Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20 Abs. 4 SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 11. Mai 2006.“

und Dialog etwas mehr Raum gegeben. Spezifische gesundheitsförderliche Maßnahmen oder Programme z. B. für chronisch kranke Kinder stehen noch aus. Kinder und Jugendliche werden in § 20 SGB V nicht ausdrücklich genannt.

c) Die Leistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen

Der ÖGD untersteht jeweils den Gesundheitsministerien der Länder. Unterhalb dieser Ebene ist er zumeist auf der Ebene der Regierungspräsidien und auf der Ebene der Städte bzw. der Landkreise vertreten. Soweit es für den ÖGD gesetzliche Rahmenseetzungen gibt, sind diese in den Ländern unterschiedlich und in Gesundheitsdienstgesetzen festgeschrieben. Aufgabenschwerpunkte sind Prävention, Gesundheitsberichterstattung, Hygiene, Seuchenbekämpfung, amtsärztliche Gutachten und jugendärztliche Aufgaben²⁴.

Die Aufgaben haben sich in den letzten Jahren von der überwiegend hoheitlich überwachenden Tätigkeit hin zu mehr Beratung und Hilfestellung für die Bürger gewandelt²⁵. Damit rücken auch präventive Elemente in allen Bereichen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in den Vordergrund. Angebote für Bedürftige und sozial Benachteiligte werden besonders unterstützt.

Für die Kinder- und Jugendgesundheit werden schwerpunktmäßig folgende Aufgaben beschrieben:

- die Gesundheitsförderung in Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche
- das Hinwirken auf eine gesunde, altersgerechte Entwicklung durch Feststellung der individuellen Förder- oder Therapiebedarfe mittels Untersuchungen bei Kindern in Kindertagesstätten (je nach Personalausstattung)
- flächendeckende Einschulungsuntersuchungen, jährliche Auswertung und Gesundheitsberichterstattung
- weitere Untersuchungen und Beratungen der Kinder und Jugendlichen in Schulen z. B. Seh- und Hörteste, Impfberatungen, Schulsprechstunden ... (je nach Personalausstattung)
- die Reduzierung der Folgeschäden bei Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen, chronischen Erkrankungen und Behinderungen durch sozialpädiatrische Hilfen (auch aufsuchend), um die Teilhabe und Integration zu sichern (im Rahmen der Eingliederungshilfe)
- die Beratung der öffentlichen Entscheidungsträger u. a. in Form der Gesundheits- (und Sozial-)Berichterstattung (public health).

Darüber hinaus sind die speziellen Aufgabenbereiche in den Gesundheitsämtern sehr unterschiedlich, so dass es schwierig ist, einen bundesweiten Überblick zu bekommen. Einzelne Gesundheitsämter sind gerade im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst sehr engagiert und personell relativ gut ausgestattet, in anderen Ämtern ist dies nicht der Fall. Insgesamt litt der ÖGD in den vergangenen Jahren unter einem massiven Stellenabbau.

Viele Kinder- und Jugendärzte des ÖGD sind auch im BVKJ organisiert, so dass hier eine gute Zusammenarbeit auf Verbandsebene (Kongresse, Fortbildungen) und auch auf kommunaler Ebene erfolgt. Der ÖGD übernimmt daher, sofern es die Ausstattung erlaubt, durchaus wichtige Funktionen bei den in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten entstandenen Gesundheitskonferenzen und lokalen Netzwerken, in die häufig Kliniken, niedergelassene Pädiater, Sozialpädiatrische Zentren u. a. eingebunden sind.

²⁴ Vgl. K. Walter: Was ist der ÖGD, was kann der ÖGD in Deutschland? In Bundesgesundheitsblatt, Band 48, Okt. 2005, S. 1095ff.

²⁵ R. E. Wegner: Aufgaben des ÖGD im Rahmen der Kinder- und Jugendgesundheit, in Bundesgesundheitsblatt, Band 48, Heft 10, Okt. 2005, S. 1096

3. Für Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in Frage kommende Institutionen und Berufsgruppen des Gesundheitswesens

Es gibt eine Vielzahl für Prävention und Gesundheitsförderung zuständige Institutionen des Gesundheitswesens. Gerade weil es in diesem Bereich keine exklusiv zuständigen Institutionen gibt und in dem gleichen Sinne wie für die kurative Medizin und Rehabilitation auch nicht geben kann, ist es wichtig, sich vor Augen zu führen, welche Institutionen bzw. Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen für Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen überhaupt in Betracht kommen.

A) Berufsgruppen und Institutionen der gesundheitlichen Versorgung (jeweils Auswahl):

- Ergotherapeuten / -innen
- Frühförderzentren, SPZ, kinderneurologische Zentren
- Geburtskliniken / Kinderkliniken
- Gynäkologen / -innen
- Hebammen / Geburtshelfer
- Kinder- und Jugendärzte / -innen
- Kinder- und Jugend- Psychotherapeuten / -innen
- Kinder- und Jugend- Psychiater / -innen
- Logopäden / -innen
- Notfallambulanzen

B) Institutionen des Bundes, der Länder und der Kommunen (jeweils Auswahl):

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Öffentlicher Gesundheitsdienst der Länder (ÖGD) mit Institutionen auf der Ebene der Regierungspräsidenten und auf der Ebene der Kreise bzw. Städte
- Robert-Koch-Institut (RKI)

C) Sonstige Institutionen (jeweils Auswahl):

- Krankenkassen
- Nichtregierungsorganisationen (NGOs)
- Selbsthilfeorganisationen
- Stiftungen.

4. Prävention und Gesundheitsförderung durch die Kinder- und Jugendhilfe

Gesundheit ist ein zentraler Bestandteil von Kindeswohl. Eine lebenslagenorientierte, auf Stärkung von Gesundheitsressourcen ausgerichtete Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta ist weitgehend kongruent mit einer auf Kindeswohlschutz und -förderung verpflichtenden Kinder- und Jugendhilfe.

Eine gesetzliche Verankerung von Gesundheitsförderung im Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) gibt es allerdings nicht. Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung werden im SGB VIII nicht ausdrücklich als Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe genannt und sind insbesondere nicht in deren Leistungskatalog in § 2 SGB VIII aufgenommen. Lediglich die Hilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII) und die Krankenhilfe (§ 40 SGB VIII) sind als Aufgaben nach § 2 Abs. 2 Nr. 4 und 5 SGB VIII als Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe benannt.

Dem Kinder- und Jugendschutz kommt eine besondere gesundheitliche Bedeutung zu, der Begriff der Prävention ist zentrales Element des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes (§ 14 SGB VIII). Im Kontext einer stärkeren Einbeziehung der Gesundheitsförderung in das gesetzliche Aufgabenprogramm des SGB VIII forderte der 11. Kinder- und Jugendbericht

Angebote für gesundheitsfördernde Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen als gesetzlich festgeschriebene Aufgabe des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes²⁶.

Das SGB VIII geht nur in drei Fällen ausdrücklich auf „Gesundheit“ bzw. „Gesundheitshilfe“ ein und regelt nur in einer Norm, dass die Kinder- und Jugendhilfe über geeignete Arbeitsmethoden eine gesundheitsförderliche Praxis zu leisten habe:

- In § 8a Abs. 4 SGB VIII wird das Jugendamt in Fällen, in denen effektiver Kinderschutz nicht mit den rechtlichen Befugnissen und fachlichen Kompetenzen des Jugendamtes erreicht werden kann, verpflichtet, die Eltern auf die Inanspruchnahme anderer Einrichtungen und Dienste hinzuweisen oder bei Gefahr im Verzug diese Einrichtungen und Dienste selbst einzuschalten. Einrichtungen der Gesundheitshilfe werden in § 8a Abs. 4 S. 1 SGB VIII ausdrücklich genannt; was unter Einrichtungen der Gesundheitshilfe zu verstehen ist, legt der Gesetzgeber nicht fest. In Betracht kommen in erster Linie niedergelassene Ärzte/innen bzw. Fachärzte/innen, Krankenhäuser, der öffentliche Gesundheitsdienst sowie sonstige Einrichtungen der Gesundheitshilfe.
- In § 11 Abs. 3 Nr. 1 SGB VIII werden die gesundheitliche Bildung als thematischer Schwerpunkt der außerschulischen Jugendbildung und ein spezifischer Auftrag der Jugendarbeit zur Stärkung des individuellen Gesundheitsverhaltens festgelegt.
- In § 81 Pkt. 3 SGB VIII wird die enge Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und den Einrichtungen sowie Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes verbindlich gemacht. Damit sind insbesondere die Gesundheitsämter und deren übergeordnete Dienststellen, aber auch spezialisierte Einrichtungen im Bereich der Mütterberatung, der Schulgesundheitspflege sowie der Kinder- und Jugendberufshilfe gemeint. Ziel der Zusammenarbeit ist einerseits die Aufklärung und Beratung, andererseits die Erweiterung sozialpädagogischer Fachkompetenz im Hinblick auf einen ganzheitlichen Hilfeansatz sowie die Koordinierung von Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitshilfe.

Obwohl das SGB VIII Gesundheit und Gesundheitsförderung nicht ausdrücklich als Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe benennt, wird die Mitarbeit der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich der Gesundheitsförderung von deren grundsätzlichen Ziel- und Aufgabenbestimmungen mit den Begriffen „Entwicklung“, „Erziehung“ und „Förderung“ umschrieben (vgl. § 1 Abs. 3 SGB VIII).

Gesundheitsförderung ist daher eine in der Kinder- und Jugendhilfe generell zu beachtende Querschnittsaufgabe, die vor allem im Sinne von Schutz vor gesundheitlichen Gefahren und positiv im Sinne des Aufbaus gesundheitsfördernder Kompetenzen und Potenziale zu verstehen ist. „Eine lebenslagenbewusste, auf Stärkung von Gesundheitsressourcen ausgerichtete Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta steht in weitgehender Kongruenz mit einer auf Kindeswohlschutz und -förderung ausgerichteten Kinder- und Jugendhilfe. Die bezogen auf Kinder und Jugendliche definierten Gesundheitsziele²⁷ zeigen einen hohen Grad an Übereinstimmung mit den Schutz- und Förderzielen der Kinder- und Jugendhilfe und lassen sich operativ in ihrem direkten Bezug auf Kinder, Jugendliche und ihre Familien auch nur unter maßgeblicher Mitarbeit der Kinder- und Jugendhilfe realisieren²⁸“.

²⁶ 11. Kinder- und Jugendbericht „Aufwachsen in öffentlicher Verantwortung“, Bundestagsdrucksache 14/8181, S. 227.

²⁷ vgl. www.gesundheitsziele.de

²⁸ Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugendbehörden zum Beschluss der Jugendministerkonferenz „Kinder und Gesundheit“ vom 12./13. Mai 2005, Hrsg.: Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz, S. 25.

Auch wenn die gesundheitliche Entwicklung im SGB VIII nicht besonders ausgewiesen ist, muss sie doch als wesentlicher Aspekt gelten, der sowohl allgemein und strukturell im Sinne von § 1 Abs. 3 Nr. 4 SGB VIII als auch fachlich und operativ in den einzelnen Handlungs- und Leistungssegmenten der Kinder- und Jugendhilfe eine bewusstere, kompetentere und auch systematisch ausgewiesener Rolle spielen muss (Jugendhilfeplanung und -berichterstattung).

Für den Gesundheitsbereich relevante Akteure und Ansprechpartner der Kinder- und Jugendhilfe sind sowohl Träger der öffentlichen als auch der freien Kinder- und Jugendhilfe. Die vielfältigen Einrichtungen und Dienste der Jugendhilfe verfügen über unterschiedliche zur Gesundheitsförderung nutzbare Ressourcen (Fachlichkeit, Zugänge, soziale Reichweite, Räume usw.). Zentrale Akteure der Kinder- und Jugendhilfe, die für eine intensive Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen in Frage kommen, sind insbesondere Einrichtungen der Eltern- und Familienbildung und der Jugendarbeit, der Allgemeine Sozialdienst, die sozialpädagogische Familienhilfe, die Erziehungs- und Familienberatungsstellen, sowie die Kindertagesstätten.

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse von KiGGS spielen Sport, Spiel und Bewegung für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen eine wichtige Rolle. Durch Bewegung wird eine ganzheitliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gefördert. Bewegung, Spiel und Sport unterstützen die körperliche Entwicklung (Durchblutungsförderung, Stärkung des Immunsystems, Stärkung des Bewegungsapparats, Unterstützung der Stoffwechselaktivitäten, die emotionale Entwicklung (Steigerung des Selbstvertrauens, Entwicklung eines realistischen Selbstkonzeptes), die soziale Entwicklung (Förderung der Kooperationsfähigkeit, Entwicklung von Konfliktfähigkeit, Zurückstellen eigener Bedürfnisse) und die kognitive Entwicklung (Erweiterung des Vorstellungsvermögens und des Bewegungsgedächtnisses, Intensivierung der Informationsverarbeitung, Förderung der Handlungskreativität). Hier unterbreiten die Jugendverbände, insbesondere die Sportvereine und ihre Jugendabteilungen ein flächendeckendes, qualifiziertes Angebot an sportlichen und kulturellen Maßnahmen für Kinder und Jugendliche, das die Bewältigung von notwendigen Entwicklungsaufgaben in der Biografie von Kindern und Jugendlichen unterstützen soll und im Sinne eines umfassenden Gesundheitsbegriffs einen wichtigen Beitrag zur Vermittlung motorischer, sozialer, emotionaler und kognitiver Kompetenzen leistet.

Die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugendbehörden hat im Mai 2005 in ihrem Bericht „Kinder und Gesundheit“ besonders relevante Aspekte für die Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe bezogen auf einzelne Angebote und Leistungen herausgearbeitet:

„1. Eltern- und Familienbildung (§ 16 SGB VIII)“

Sie hat die zentrale Bedeutung für die Förderung der unter anderem auf Gesundheit bezogenen elterlichen Erziehungs- und Familienkompetenz. Kindergesundheit steht positiv wie negativ dominant in Abhängigkeit zum Alltagsverhalten der Eltern und zu ihrer Bereitschaft und Fähigkeit, die Gesundheit ihrer Kinder zu fördern (unter anderem Ernährung während der Schwangerschaft, Geburtsvorbereitung, Vorsorgeuntersuchungen vor und nach der Geburt, Stillen, Früherkennung, Impfschutz...). Die im Jugendministerkonferenzbeschluss vom Mai 2003 „Stellenwert der Eltern- und Familienbildung - Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern“ dargestellten Prinzipien einer Familienbildung für alle, frühzeitig, möglichst niedrigschwellig an vielen Orten hat gerade für den Gesundheitsaspekt besondere Bedeutung. Die Familienbildungsreferentinnen und -referenten der Länder sind derzeit damit befasst, hierzu eingehendere Umsetzungsvorschläge zu erarbeiten, die gegebenenfalls auch in die zu entwickelnden Konzepte einer umfassenden Gesundheitsförderung im Sinne des Präventionsgesetzes eingebracht werden können. Besonders wichtig dabei sind die Entwicklung niedrigschwelliger Zugänge und integrierter Angebotsformen an Orten, die Familien vertraut sind und sie verständlich in ihrer realen Lebenssituation ansprechen.

2. Familienfreizeit und -erholung (§ 16 SGB VIII)

Insbesondere die öffentlich geförderten Familienerholungsmaßnahmen können noch stärker für Familienbildung und in diesem Rahmen auch für die Förderung elterlicher und familiärer Gesundheitskompetenz genutzt werden. Sie erreichen unter günstigen Bedingungen informeller Bildung insbesondere die Familien, bei denen gesundheitliche Risiken wegen prekärer Lebensbedingungen besonders relevant sind.

3. Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit (§§ 11 und 13 SGB VIII)

Gesundheit, gesundheitsbewusstes Verhalten sollten insgesamt auf der Grundlage eines gesundheitsfördernden Leitbildes konsequenter zum Inhalt der Jugendarbeit gemacht werden. Besonders zielgruppenbezogene Projekte wie Arbeits- und Beschäftigungsförderungsmaßnahmen für Jugendliche mit Integrationsproblemen – oft verbunden auch mit gesundheitsrelevanten Defiziten – lassen sich mit gesundheitsfördernden Elementen flankieren.

4. Hilfen zur Erziehung (§ 27 ff. SGB VIII)

Nahezu alle Fälle von Hilfen zur Erziehung sind mit gesundheitsrelevanten Indikationen verbunden. Es ist notwendig, immer auch die gesundheitliche Verfassung und Lebenslage und den Förderungsbedarf zum Gegenstand einer qualifizierten Hilfeplanung zu machen und hierbei mit den entsprechenden Gesundheitsdiensten und Fachberufen zusammenzuarbeiten.

5. Soziale Beratung, insbesondere Erziehungsberatung sowie Trennungs- und Scheidungsberatung (§§ 16, 17, 28 SGB VIII)

Auch im Kontext der vielfältig veranlassten sozialen Beratungen in den genannten Fachbereichen sollte im Einzelfall immer auch der Gesundheitszustand betroffener Kinder, Jugendlicher und ihrer Familien in den Blick genommen werden. Dies ermöglicht Früherkennung und rechtzeitige Vermittlung medizinischer Versorgung und verstärkt zugleich die Effizienz der eigenen Beratungsarbeit. Auch hier ist Kooperation mit den entsprechenden Gesundheitsfachdiensten nahe gelegt.

6. Maßnahmen der Betreuung in besonderen Situationen (§§ 19, 20)

Bestimmte Familiensituationen, z. B. Ein-Elternschaft, sind häufig mit gesundheitsbelastenden sozialökonomischen und sozialpsychologischen Bedingungen verbunden. Deshalb ist es gerade auch hier besonders wichtig, gesundheitliche Belange zu beachten.

7. Jugendschutz (§ 14 SGB VIII)

Sowohl der gesetzliche als auch der erzieherische Jugendschutz haben eine besondere gesundheitliche Bedeutung. Hier sollten Maßnahmen eines angebotsorientierten Jugendschutzes verstärkt werden. Neben präventiven und repressiven Aktivitäten gegenüber dem Gebrauch legaler und illegaler Suchtmittel kommt dem Jugendschutz bei der altersgerechten Verfügbarkeit von Produkten der Medienindustrie, einschließlich von PC-Spielen, eine stärker werdende Bedeutung zu.

8. Suchtprävention

Über Aufklärung hinaus müssen im Sinne einer effektiven Suchtprävention unter anderem in der Jugendarbeit (vgl. § 11 Abs. 3 "gesundheitliche Bildung") Bewältigungskompetenz, Ich-Stärke, Umgang mit Frustration sowie Handlungspotenziale, die von Suchtrisiken wegführen, gefördert werden. Besonders relevant sind Kinder und Jugendliche aus Familien mit entsprechenden Suchtverhalten.

Kindertagesstätten (§§ 22 ff. SGB VIII) als besonders relevante Einrichtungen

Ein besonderer, umfassender und breitenwirksamer Beitrag ist von der Kindertagesbetreuung gemäß §§ 22 ff. SGB VIII zu leisten. Den Einrichtungen der Kindertagesbetreuung kommt als „schichtübergreifende“ Institutionen mit einer besonderen sozialen Reichweite familienergänzende und -unterstützende Bedeutung auch auf dem

Gebiet der Gesundheitsförderung zu. Gesundheitsbewusstsein, der Aufbau gesundheitsfördernder Potenziale und Kompetenzen bezogen auf Kinder sowie auch auf Eltern im Rahmen einer intensiven Elternarbeit sind notwendigerweise integraler Bestandteil der Erziehungs- und Bildungsarbeit im Rahmen der Kindertagesbetreuung. Diese Bedeutung wurde von der Jugendministerkonferenz und der Kultusministerkonferenz im "Gemeinsamen Rahmen der Länder für die frühe Bildung in den Kindertageseinrichtungen" betont. Dort sind gesundheitliche Bildung für den Alltag von Kindertageseinrichtungen als durchgängiges Prinzip herausgestellt; der Zusammenarbeit mit den Eltern und anderen Kooperationspartnern kommt dabei große Bedeutung zu.

Gesundheit der Kinder in der Kindertagesstätte ist zudem eine wichtige Voraussetzung für die Effizienz der eigenen pädagogischen Förderarbeit. Deshalb ist die Beobachtung und gegebenenfalls Klärung individueller Gesundheitszustände von Kindern sowie die Beteiligung am "Frühwarnsystem" im Interesse von Früherkennung und rechtzeitiger gesundheitlicher Versorgung und Förderung eine äußerst bedeutsame Aufgabe von Kindertagesstätten, der sie zunehmend und zum Teil bereits in vorbildlicher Weise in Kooperation mit den Gesundheitsdiensten nachkommen."

III. Zentrale Handlungsbedarfe

1. Gesundheitsförderung durch Stärkung lebensweltbezogener Strategien

Problematische Gesundheitsentwicklungen bei jungen Menschen sind gekennzeichnet durch eine deutliche Zunahme chronischer und psychosomatischer Erkrankungen und Entwicklungsstörungen (s. o.) und haben einen überwiegend verhaltens- und verhältnisabhängigen Hintergrund. Folglich lässt sich diesen Entwicklungen nur durch lebensweltbezogene Strategien begegnen, die die gesundheitsförderlichen Ressourcen in unserer Gesellschaft aktivieren und gesundheitsgefährdende Bedingungen möglichst eindämmen.

Förderung von Gesundheit ganzheitlich verstanden hat ihren primären Ort im Gesundheitswesen, muss jedoch aufgrund ihrer umfassenden inhaltlichen und kausalen Dimension in enger Verknüpfung und Kooperation mit anderen Politikbereichen und Leistungssystemen realisiert werden. Egal ob es um den Schutz und die Förderung von Kindeswohl, die Verantwortung für Bildung, die soziale und kulturelle Integration, die Gestaltung von Wohnraum, den Schutz der Umwelt, die Arbeitswelt oder Freizeit geht, die Gesundheit und ganz besonders die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen (Schutz und Förderung) ist stets ein besonders zu berücksichtigender Gesichtspunkt.

2. Besondere Anforderungen an die Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher sowie junger Menschen und Familien mit Migrationshintergrund

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird zunehmend zu einer sozialen Frage, dies wird durch zahlreiche wissenschaftliche Studien belegt. Sie steht - wie auch Bildung - in einem hohen Maß in Abhängigkeit zu sozialer Herkunft und Lebenslage (siehe KIGGS-Studie). Belastete Lebensbedingungen durch niedriges Einkommen, schlechten Zugang zur Bildung, mangelhafte Wohnsituation oder Arbeitslosigkeit haben Auswirkungen auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten. Sozial benachteiligten Menschen fehlt es an Möglichkeiten, Belastungen zu bewältigen und ihre Gesundheit zu fördern. Sie sterben früher, werden häufiger krank oder erkranken schwerer. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sind weniger eingeübt und ärztliche Versorgung wird weniger effektiv genutzt; auch Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen werden seltener in Anspruch genommen. Allerdings sind auch am Bedarf orientierte Angebote, z. B. in sozialen Brennpunkten, seltener vorhanden.

Auch Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund sind, was ihre Gesundheit angeht, benachteiligt. Aufgrund ihrer Migrationsgeschichte gehören Migrantinnen und Migranten zum einen zu einem überproportionalen Anteil den Bevölkerungsschichten in sozial schwierigeren

Lebenslagen an. Hinzu kommt, dass trotz aller Fortschritte von einer umfassenden und systematischen Berücksichtigung der Belange von Migrantinnen und Migranten im Gesundheitswesen noch keine Rede sein kann. Nach wie vor bestehen Barrieren, die den Zugang zu den Gesundheitsdiensten erschweren²⁹.

Es kommt daher darauf an, dass Gesundheitsförderung Methoden und Zugänge entwickelt, um insbesondere die benachteiligten Zielgruppen wirksam zu erreichen. Folglich muss Gesundheitsförderung niederschwellig, informell, funktional und integriert organisiert werden.

Es ist sicherzustellen, dass, soweit durch und mit Eltern bzw. der Familie - auch in Formen zugehender und offensiver Angebote - ein ausreichendes Maß an Gesundheit nicht gewährleistet werden kann, dies im Rahmen öffentlicher Verantwortung für das gesunde Aufwachsen von Kindern durch elternunabhängige Leistungen geschieht. Hierzu wiederum ist es notwendig, vorhandene Zugänge zu diesen Kindern und Familien zu nutzen und Gesundheitsförderung integriert zu leisten; d. h. aufsuchend sowie an Orten, die ohnehin von ihnen frequentiert werden, wie Kindertagesstätten, Schulen, Freizeiteinrichtungen oder Sozialleistungsbehörden.

Präventive und gesundheitsfördernde Angebote müssen so ausgestaltet sein, dass sie den Unterschieden kultureller Diversität gerecht werden. Notwendig ist eine integrierende Berücksichtigung der Belange von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und ihrer Familien in den Regelangeboten. Interkulturelle Kompetenzen und persönliche Haltungen der Fachkräfte müssen sowohl in der Kinder- und Jugendhilfe als auch im Gesundheitswesen entwickelt bzw. weiterentwickelt werden (Fort- und Weiterbildung). Es gibt noch zu wenig verbindliche Praxis interkultureller Qualifizierung der Fachkräfte, Verfahren und Instrumente. Wünschenswert wäre darüber hinaus in beiden Bereichen eine verstärkte Beschäftigung von Fachkräften mit Migrationshintergrund und anderer kultureller Prägung.

3. Bündnisse für gesunde Kinder und Jugendliche - Systemübergreifende Vernetzung und Kooperation als Perspektive

Gesundheitsförderung ist eine Querschnittsaufgabe, die alle sozialen und gesellschaftlichen Lebensbereiche durchdringt. Sie findet in allen Lebensbereichen und Handlungsfeldern, insbesondere auf lokaler Ebene, in den Kommunen statt. Breitenwirksamkeit, Nachhaltigkeit und vor allem soziale Reichweite und Zielgenauigkeit lassen sich auch im Bereich der Gesundheitsförderung nur durch Vielfalt unterschiedlicher Akteure und darüber hinaus durch deren Vernetzung realisieren. Systemübergreifende Zusammenarbeit von Einrichtungen, Diensten und Professionen insbesondere in den Bereichen Gesundheitswesen, Kinder- und Jugendhilfe sowie Bildung und soziale Infrastruktur müssen kultiviert und systematisch organisiert werden.

Eine erfolgreiche Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche braucht daher Partner auf verschiedenen Ebenen. Dies sind zuallererst die Kinder, Jugendlichen und deren Familien selbst, die in dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe tätigen Organisationen und Institutionen. Es kommt vor allen Dingen darauf an, die Potentiale der Eltern und deren Kinder zu nutzen. Dies ist nur durch deren aktive Beteiligung möglich.

Insgesamt handelt es sich bei der kommunalen Gesundheitsförderung um ein sehr dynamisches Politikfeld, in dem die lokalen Handlungsansätze noch vergleichsweise wenig rechtlich normiert sind und viele Impulse von Programmen anderer staatlicher Ebenen, aber auch von Stiftungen und anderen zivilgesellschaftlichen Akteuren ausgehen. Trotz aller überregionalen Anstrengungen vollzieht sich das Geschehen zur Gesundheitsförderung lokal

²⁹ Sechster Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 2, Berlin 2005, S. 141.

und regional differenziert. Gesundheitsförderung ist deshalb in erster Linie ein lokales Ereignis, also etwas, was kommunal zu gestalten ist.

Lokale Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche braucht erkennbare Prioritäten. Sie sollte sich auf zentrale Bereiche konzentrieren, die auch lokal beeinflusst werden können. Dies sind frühe Förderung, Teilhabe an den Leistungen des Gesundheitswesens, individuelle Förderung zum Abschluss des höchstmöglichen allgemeinen Bildungsabschlusses, Ausbildung und Beschäftigung, Freizeit, Sport und Kultur.

Monitoring und Evaluation sind zentrale Instrumente einer erfolgreichen Gesundheitsförderung. Um angemessene Strategien zu entwickeln sind auch die erforderlichen Integrationsprozesse zu planen und zu steuern. Ein Monitoring allgemeiner institutioneller Prozesse ist ebenso notwendig wie eine Evaluation spezifischer Gesundheitsförderungsstrategien und Maßnahmen für Kinder und Jugendliche. Auf lokaler Ebene sollten alle wesentlichen gesundheitsspezifischen Institutionen, Angebote und Ansprechpartner in der Kommune zusammengetragen werden. Eltern, aber auch die Kinder und Jugendlichen sollten mit einem gesundheitsspezifischen „toolkit“ (Grundinformationen über die Kommune und ihre Institutionen, Verhaltensorientierungen, Adressen, Telefonnummern etc.) ausgestattet werden, das sie in die Lage versetzt, selbst zu handeln. Information ist die Grundlage von Partizipation.

Kriterien einer gelingenden Kooperation und Netzwerkarbeit auf lokaler Ebene:

- **Ressortübergreifendes Handeln**

Das ressort- und berufsgruppenspezifische Denken und Handeln bestimmt nach wie vor die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens. Die Struktur der Ressortierung in „zuständige“ Fachämter, die getrennten Verantwortlichkeiten von z. B. Schule, Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie oder Stadtplanung ist ein ernsthaftes Problem, weil diese Ressortorientierung eher Zusammenarbeit verhindert als fördert. Überdacht werden sollten daher andere organisatorische Zuordnungen, wie sie in manchen Kommunen auch bereits praktiziert werden. Auch sollte in der Gesundheitsplanung, Jugendhilfeplanung, Schulplanung und Sozialplanung versucht werden, Daten und den Zuschnitt der Planungsräume sowie die Versorgungsangebote miteinander abzustimmen.

- **Sozialraumorientierung**

Die Zukunft der Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe liegt in sozialräumlichen Ansätzen. Auf der Grundlage von abgestimmten Planungsdaten, Bedarfs- und Beteiligungsanalysen gilt es, Bürgerinnen und Bürger sowie alle beteiligten Träger und vorhandenen Angebote mit dem Ziel einer optimalen Unterstützung für Kinder und Familien zu vernetzen. Bei der Gesundheitsförderung sind Angebote und Programme notwendig, bei denen die Grenzziehungen, z. B. für Förderungen, flexibel sind und die jeweiligen Lebensbezüge der Kinder und ihrer Familien berücksichtigt werden. Notwendig sind aber auch institutionalisierte Formen der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen vor Ort (z. B. in kommunalen Gesundheitskonferenzen oder interdisziplinären und -sektoralen Arbeitsgruppen).

- **Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger**

Bürgerbeteiligung ist für die Entwicklung gesundheitsfördernder kommunaler Prozesse von zentraler Bedeutung; gerade bei marginalisierten Bevölkerungsgruppen müssen besondere Anstrengungen unternommen werden, um eine Beteiligung zu gewährleisten. Bürgerbeteiligung funktioniert immer dann, und gerade bei marginalisierten Gruppen, wenn erstens die Kommune es formell beschließt (z. B. in Leitlinien), wenn es zweitens öffentlich unterstützt und anerkannt wird, und es drittens hinreichend Nutzen stiftet.

- **Beteiligung der lokalen Akteure**

Lokale Netzwerkstrukturen aller intermediären, zivilgesellschaftlichen Akteure, die bereit sind, sich mit dem Ziel der Stärkung und des Ausbaus von Prävention und Gesundheitsförderung zu organisieren, sind zu fördern. Der politische Wille, dafür Voraussetzungen zu schaffen, ist dabei grundlegend. Die verknüpften Strukturen sollen zwischen den verschiedenen Institutionen und Ressorts wirken und deren Zusammenarbeit erleichtern.

- **In Netzwerken arbeiten**

Handlungs- und Praxisansätze zur Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche sind in hoher Zahl, großer Vielfalt und unterschiedlicher Qualität vorhanden, es fehlt jedoch eine Koordination, Vernetzung, Abstimmung und Qualitätssicherung der Angebote. Auch im Bereich der Gesundheitsförderung sind daher der Aufbau und die Weiterentwicklung von Netzwerken, die diese Aufgaben übernehmen, zu fördern. Netzwerke bringen Akteure aus dem öffentlichen Sektor, der Zivilgesellschaft und der Wirtschaft zu einem bestimmten Problemfeld zusammen. Netzwerke bestehen aus Gruppen, die bislang häufig gegeneinander und aneinander vorbeigearbeitet haben. Netzwerkarbeit als Methode hat die Aufgabe, Wissen und andere Ressourcen der verschiedenen Akteure zusammenzutragen, in einen neuen übergreifenden Kontext unterschiedlicher Problemwahrnehmungen und Interessen einzubringen, ggf. zu überbrücken und über Sektorengrenzen hinweg neue Lösungsansätze zu entwickeln. Nur wenn alle Beteiligten an einem solchen Netzwerk dieser Rolle zugestimmt haben, kann überhaupt von „Netzwerkarbeit“ gesprochen werden.

Um Netzwerke in Zukunft als Methode zur Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene besser nutzen und ihr Potential auch ausschöpfen zu können, sollten öffentliche und private Institutionen ihren Beitrag zur Netzwerkarbeit als einen eigenen Lernprozess begreifen, organisieren und einbringen. Dieser Wandel der Organisationskultur ist zentrales Element von Netzwerkarbeit. Es sind Schnittstellenkompetenzen gefragt. Akteure in Netzwerken müssen zwischen verschiedenen Sektoren und Akteursgruppen auf verschiedenen Ebenen vermitteln und Koalitionen bilden, ferner Fähigkeiten besitzen, eigene Kompetenzen und Ressourcen realistisch einschätzen und kontinuierliche „Netzwerkpflege“ betreiben können. Netzwerkarbeit als kooperatives Lernmodell verlangt deswegen die Begleitung gezielter Kennenlern-, Fortbildungs- und Qualifizierungsprozesse.

Wichtig ist, dass dieser Kommunikations-, Entwicklungs- und Vernetzungsprozess initiiert und organisiert wird. Den Gesundheitsämtern bzw. dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den kommunalen Diensten und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe kommt hier eine besondere Rolle als Initiatoren und Koordinatoren solcher gesundheitsfördernder Netzwerke zu. Von ihnen ist auch in besonderem Maße zu erwarten, die laufende Vernetzungsarbeit im Interesse der Erhaltung und Weiterentwicklung entsprechender Verbundsysteme zu leisten.



Beschlussvorlage

Amt: Amt für Kinder, Jugend und Familie
Vorl.Nr.: V/2010/1813
Datum: 18.03.2010

TOP: 2.9
Anlage Nr.: 9A

Gremium	Sitzung am	Öffentlich / nicht öffentlich
Rat	22.03.2010	öffentlich

zur Info

Tagesordnung

Investitionskostenzuschuss zum Neubau einer Kindermensa des Mutter und Kind Hauses
Antrag der Fraktion "BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN" vom 12.03.2010

Beschlussvorschlag

Der Rat der Stadt Hennef nimmt die Sachverhaltsdarstellung zur Kenntnis.

Begründung

In der Sitzung des Haupt-, Finanz- und Beschwerdeausschusses am 08.03.2010 wurde der Bürgerantrag des Fördervereins Mutter & Kind Haus Hennef e.V. Hennef vom 17.02.2010 auf einen Zuschuss von 100.000 € zu den Bau- und Einrichtungskosten der Hennefer Kindermensa beraten.

Frau Balansky (Fraktion BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN) beantragte in dieser Sitzung, entsprechende finanzielle Mittel bereitzustellen, um die Hennefer Kindermensa zu unterstützen.

Der Haupt-, Finanz- und Beschwerdeausschuss beschloss mehrheitlich, den Antrag abzulehnen.

Mit Datum vom 12.03.2010 wurde der anliegende Antrag zur Beschlussfassung in der Ratssitzung am 22.03.2010 eingereicht.

Ein Zuschuss der beantragten Art ist haushaltsrechtlich als Investition anzusehen, da die Gewährung mit entsprechenden (einklagbaren) Gegenleistungsverpflichtungen, hier dem Betrieb einer Kindermensa, für einen bestimmten Zeitraum verknüpft sein würde.

Zur Zeit bestehen in folgenden Einrichtungen Möglichkeiten des Mittagessens für Kinder und Jugendliche:

Für Kinder bis zum Alter von etwa 10 Jahren (ganz überwiegend):

- Offene Ganztagsgrundschulen	575 Plätze
- Kindertageseinrichtungen	1.425 Plätze
- Kindertagespflege	88 Plätze
- Kinder in Vollzeitpflege	19 Plätze
- Kinder in der Tagesbetreuung des Jugendzentrums	15 Plätze
- Tagesgruppe St. Ansgar	7 Plätze

Insgesamt: 2.129 Plätze

Für Schülerinnen und Schüler in den weiterführenden Schulen

Schule	Typ	Derzeitige Schülerzahl	Ausstattung
- Gesamtschule	Ganztagsschule	rd. 1.400	große Mensa vorhanden
- Gymnasium	Halbtagschule - 6. - 10. Jhrg. Ganztagsschule im Aufbau - seit 2009/2010 mit 5. Jhrg.	rd. 1.200	kleine Mensa vorhanden; große Mensa in Planung
- Förderschule	Halbtagschule	rd. 210	Mensa geplant für dieses Jahr
- Hauptschule	Halbtagschule	rd. 600	Schülercafe
- Realschule	Halbtagschule	rd. 800	Mensa fertig gestellt

Das gemeinschaftliche Mittagessen (insbesondere in der Kindertageseinrichtung) ist eine wertvolle Bildungszeit, bei dem die Kinder nicht nur das Umgehen mit Löffeln, Gabeln und Messern und feinmotorische Möglichkeiten erfahren, sondern auch beim Austausch mit der Erzieherin viel Wissenswertes über die Herstellung von Speisen oder die Herkunft der Nahrungsmittel.

Hinzu kommt, dass immer mehr Kinder ein Essen in der Gemeinschaft, mit der Familie aus den verschiedensten Gründen immer weniger erleben.

Essen ist wesentlicher Bestandteil des Gruppenerlebens und des sozialen Lernens.

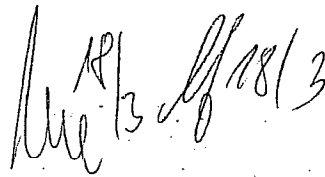
Aus dieser Erfahrung heraus wurde ab 2001 ein Angebot im Städtischen Jugendzentrum entwickelt. Hier wird neben dem Angebot einer intensiven erzieherischen Tagesbetreuung auch ein (inzwischen) kostenfreies Mittagessen, oft als einziges „Highlight des Tages“, angeboten. Es ist meist die einzige warme Mahlzeit am Tag für die Kinder.

Im Bereich der Kindertageseinrichtungen haben sich für Kinder, deren Eltern das Mittagessen nicht bezahlen können oder wollen, Fördervereine oder auch Spender gefunden, die die Kosten gegebenenfalls übernehmen.

Für die Kinder in den Offenen Ganztagsgrundschulen besteht seit Herbst 2007 das Landesprogramm "Kein Kind ohne Mahlzeit", das in Hennef in Anspruch genommen wird. Pro Essen beträgt der Landeszuschuss 1,00 €, 0,50 € werden durch Spenden finanziert, die Kinder bzw. Eltern zahlen 1,00 €.
Zur Zeit werden die Essen für etwa 100 Kinder bezuschusst.

Hennef (Sieg), den 18.03.2010


Klaus Pipke
Bürgermeister





Auszug aus der Niederschrift

Der Rat der Stadt Hennef hat in seiner Sitzung am 22.03.2010 folgenden Beschluss gefasst:

TOP	Beratungsgegenstand
2.9	Mittagessen/Mahlzeiten für bedürftige Kinder Antrag der Fraktion "BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN" vom 12.03.2010

Frau Balansky (Bündnis 90 / Die Grünen) begründete den Fraktionsantrag und beantragte die Sperrung der 100.000 € bis der zuständige Fachausschuss über den Fraktionsantrag beraten hat. Sie schlug vor, das Konzept des Mutter-Kind-Hauses im Jugendhilfeausschuss vorstellen zu lassen.

Herr Spanier (SPD – Fraktion) beantragte, dass die Verwaltung erst eine Bedarfsanalyse vornimmt und dann die Ergebnisse im zuständigen Fachausschuss beraten lässt. Er schlug der Verwaltung vor die Schulen mit einzubeziehen und folgende Fragen zu klären:

- Wieviele Kinder und in welchem Alter kämen für eine Mittagsverpflegung in Frage?
- Wieviele Kinder vom Zentralort und wieviel Kinder von ausserhalb wären betroffen?
- Wie kann die Erreichbarkeit der Mensa für die Kinder geregelt werden?

Herr Schmitz (CDU – Fraktion) stimmte Herrn Spanier zu und beanstandete auch, dass kein schlüssiges Konzept für die Investition von 100.000 € vorliegt. Er schlug eine Verweisung des CDU – Fraktionsantrages in die Beratung eines zuständigen Fachausschusses vor.

Frau Deisenroth-Specht (SPD – Fraktion) erwähnte nochmal den Antrag auf Einrichtung einer Kindertafel und schlug vor, dass dieser Antrag mit in die Beratung einbezogen werden sollte.

Herr Naylor (Fraktion „Die Linke“) würde begrüßen, wenn jedes Kind nach dem Sommerferien ein Mittagessen bekommen würde.

Herr Nardemann (Die Unabhängigen) schlug vor, die Anträge auf Einrichtung einer Hennefer Kindertafel, den Zuschuss für den Neubau der AWO und den Zuschuss zum Bau der Kindermensa des Mutter-Kind-Hauses nach den Beratungen in den Fachausschüssen zusammenzufassen und diese in die Haushaltsberatungen 2011 aufzunehmen.

Der Bürgermeister wies darauf hin, dass der Zuschuss für die Baukosten für ein



Hennef

DER BÜRGERMEISTER

von der AWO zu errichtendes Haus für die Hennefer Tafel bereits bei den letzten Haushaltsberatungen beschlossen wurde.

Herr Pipke ließ zuerst über den weitergehenden Antrag der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen abstimmen.

Beschluss – Nr. 70:

Der Rat der Stadt Hennef lehnte mehrheitlich, mit den Stimmen der Fraktionen Bündnis 90 / Die Grünen und „Die Linke“ und gegen die Stimmen der restlichen Fraktionen, den Antrag der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen vom 12.03.2010 ab.

Danach ließ der Bürgermeister über den geänderten Beschlussvorschlag abstimmen.

Beschluss – Nr. 71:

Der Rat der Stadt Hennef beschloss einstimmig den Antrag des Herrn Spanier (SPD – Fraktion) auf Durchführung einer Bedarfsanalyse und die Verweisung des Antrages der CDU – Fraktion vom 19.03.2010 in den zuständigen Fachausschuss. Die Sachverhaltsdarstellung der Verwaltung wurde zur Kenntnis genommen.

Abstimmungsergebnis: mehrere Beschlüsse zu diesem TOP

Hennef, den 29.04.2010

Schriftführerin
Monika Frey

Michaela Balansky
Bismarckstr. 11
53773 Hennef
02242 1414
michaela.balansky@gmx.de

E= 12.03.2010

An den
Bürgermeister Klaus Pipke
Rathaus

Hennef, den 12.03.2010

16/3

Sehr geehrter Herr Bürgermeister,

hiermit stellen wir folgenden Antrag zur Beschlussfassung in der Ratssitzung am 22.3.2010:

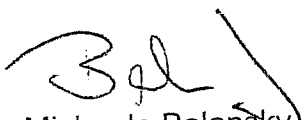
Der Neubau einer Kindermensa des Mutter- und Kindhauses in Hennef wird von der Stadt mit einem Investitionskostenzuschuss über 100.000 € unterstützt. Eine Abstimmung mit dem Träger über das Konzept findet im nächsten Jugendhilfeausschuss statt.

Begründung:

Im Hauptausschuss am 08.03.2010 beantragte die Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen einen Teil, der durch die verringerte Erhöhung der Kreisumlage eingesparten Haushaltsmittel, für die Bezuschussung der Kindermensa zu verwenden.

Der Bürgermeister behauptete das sei rechtlich nicht möglich. Nach Rücksprache mit einem Wirtschaftsprüfer und der Gemeindeprüfungsanstalt wurde diese Aussage nicht bestätigt.

Mit freundlichen Grüßen


Michaela Balansky
Stellvertr. Bürgermeisterin


Matthias Ecke
Fraktionsvorsitzender

**BÜNDNIS 90
DIE GRÜNEN**

Tischvorlage zu TOP: 2.9
Anlage Nr.: 9A

In Hennef.



CDU-Fraktion Hennef · Postfach 11 23 · 53 758 Hennef

Herr
Bürgermeister Klaus Pipke
Rathaus

53773 Hennef

Eingang:
19.03.2010

CDU-Fraktion im Rat der Stadt Hennef

Postfach 11 23

53 758 Hennef

E-Mail: cdu@hennef.de

URL: <http://www.hennefpartei.de>

Unser Fraktionsbüro:

Frankfurter Straße 97

Historisches Rathaus

Zimmer 25, 1. Etage

53 773 Hennef

Tel.: (0 22 42) 888 - 297 oder - 295

Fax: (0 22 42) 888 - 296

Hennef, den 19.03.2010

Sehr geehrter Herr Bürgermeister,

angesichts der Beratung in der Sitzung des Haupt-, Finanz und Beschwerdeausschusses am 8. März 2010 und des Antrags von Bündnis 90 /Die Grünen vom 12.03.2010 stellen wir zur Beratung in der kommenden Sitzung des Stadtrates namens der CDU-Fraktion folgenden Antrag mit der Bitte, ihn im Rahmen des Beratungspunktes zur Kindermensa zu berücksichtigen:

Einrichtung eines Hilfs- und Spendenfonds "Essen für Kinder" im Städtischen Haushalt

Der Rat der Stadt Hennef beschließt die Einrichtung eines Fonds, der es allen bedürftigen Kindern in Hennef ermöglicht, ein Mittagessen zu erhalten. Dieser zweckgebundene Fond soll als Grundstock 10.000,00 € betragen und unmittelbar für die direkte Mittagsverpflegung verwandt werden.

Begründung:

Für die derzeit ca. 580 Kinder in der Offenen Ganztagschule wurde die Aktion des Ministerpräsidenten NRW „Kein Kind ohne Mahlzeit“ im Herbst 2007 eingeführt. Für die Verpflegung in den Kindertagesstätten, ca. 1.450 Plätze, und anderen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe fehlt eine ähnliche Regelung, ebenso wie für andere in Not befindliche Kinder.

Ein gemeinsames Essen und eine warme Mahlzeit sind wichtig für die Sozialisation und Ernährung im Leben eines Kindes. Leider sehen sich aber immer weniger Eltern in der Lage, für eine warme Mittagsverpflegung ihres Kindes zu sorgen.

In Hennef haben sich für diese Kinder in den meisten Kindertageseinrichtungen Fördervereine oder auch Spender im Einzelfall gefunden, die dies finanzieren. Um diese bereits bestehenden Hilfen und Hilfsmöglichkeiten auszubauen, soll dieser Fond eingerichtet werden.

Der Fond in Höhe von 10.000,00 € ist direkt und unmittelbar für die Verpflegung zu verwenden. Baukosten, Einrichtungskosten, Verwaltungs- und Personalkosten werden daraus nicht bestritten. Der Fond wird so gestaltet, dass alle Bürger diesen mit Spenden unterstützen und erweitern können.

Die Prüfung der Bedürftigkeit sollte ähnlich, wie dies bisher beispielsweise in Zusammenarbeit mit der Kolpingfamilie und dem Kinderschutzbund Hennef praktiziert wird, vom Amt für Kinder, Jugend und Familie erfolgen.

Darüber hinaus wird die Verwaltung aufgefordert, zu prüfen, wie bestehende Angebote der Mittagsverpflegung, zum Beispiel im Städtischen Jugendzentrum, ausgebaut werden können.

Mit freundlichen Grüßen



Bernhard Schmitz
Stellv. Fraktionsvorsitzender



Ralf Offergeld
Fraktionsvorsitzender