

1. Gesundheitsbericht



GESUNDHEIT IN EMDEN

2003

Impressum

Herausgeber:

Stadt Emden
Gesundheitsamt Emden
Gesundheitsberichterstattung

Redaktion und Gestaltung:

Almut Bungenstock
Kommunale Gesundheitsberichterstattung
Am Alten Binnenhafen 2, 26721 Emden

Telefon 04921 / 87-1659
Fax 04921 / 87-1668
Email bungenstock@emden.de

Druck:

Hausdruckerei

Juni 2003

– Nachdruck (auch auszugsweise) bitte nur mit Quellenangabe –

in Zusammenarbeit
mit

AG Gesundheit
Expertenrunde Gesundheit
AG Unfallchirurgie
Tagesaufenthalt für
wohnungslose Menschen
Schule Grüner Weg

Inhalt

Grußwort

Vorwort

	Seite
1	Einleitung 6
1.1	Was hat dieser Bericht mit Gesundheit zu tun? 6
1.2	Was steht in diesem Bericht? 8
1.3	„Geschichte“ der Gesundheitsberichterstattung (GBE) in Emden 11
2	Zusammenfassung 14
3	Kleiner soziodemografischer Überblick 17
3.1	Bevölkerungsentwicklung in Emden 17
3.1.1	Einwohnerzahlen 17
3.1.2	Bevölkerungsentwicklung 17
3.1.3	Wanderungsbewegungen 18
3.1.4	Geburten und Sterbefälle 19
3.1.5	Prognose Bevölkerungsentwicklung 19
3.1.6	Bevölkerungspyramide 20
4	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am HSK 22
5	Medizinische Basisversorgung für wohnungslose Menschen in Emden 29
5.1	Soziale Ungleichheit wirkt sich auf die Gesundheit aus 29
5.2	Wann gilt man in Deutschland als arm? 30
5.3	Wer ist von Armut betroffen? 31
5.4	Gibt es Arme in Emden? – Zur sozialen Lage in Emden 32
5.4.1	Sozialdaten 32
5.5	Wohnungslosigkeit als Ausdruck echter Armut 35
5.5.1	Wohnungslosigkeit in Deutschland 35
5.5.2	Wohnungslosigkeit in Emden 37
5.5.3	Emder Daten 38
5.6	Wohnungslosigkeit und Gesundheit 40
5.6.1	Sterbestatistik des Emder Tagesaufenthaltes 40
5.7	Projekt medizinische Basisversorgung wohnungsloser Menschen 43

6	Gesundheitsförderung für Kinder im Grundschulalter	47
6.1	Einschulungsuntersuchungen	47
6.1.1	Gesetzliche Grundlagen	47
6.1.2	Was sind Einschulungsuntersuchungen und warum sind sie so wichtig?.....	47
6.1.3	Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2002	48
6.1.3.1	Vorsorgeuntersuchungen.....	49
6.1.3.2	Impfungen	49
6.1.3.3	Sehschwächen und Hörminderungen	52
6.1.3.4	Haltungsschwäche und Übergewicht	53
6.1.3.5	Grob- und Feinmotorik.....	55
6.1.3.6	Kompensatorischer Sport	59
6.1.3.7	Verhaltensauffälligkeiten	60
6.1.3.8	Sprachauffälligkeiten	63
6.1.4	Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen der Einschulungsuntersuchungen...	68
6.1.5	Kariesprophylaxe	70
6.2	Psychomotorikprojekt - Bewegungsförderung für Grundschul Kinder.....	72
6.2.1	Warum psychomotorische Förderung wichtig ist !?	72
6.2.2	Das Pilotprojekt.....	73
7	Klasse 2000 – Projekt für Suchtprävention	76
7.1	Gesundheitsförderungsprojekt „Klasse 2000“	77
7.2	„Klasse 2000“ in Emden	78
8	Schlusswort	83
9	Anhang	84
9.1	„Ostfriesen ärmer als andere“, Artikel in der Ostfriesenzeitung vom 11. 02. 2003.....	85
9.2	Tabellen:.....	85
9.2.1	Sprachförderunterricht für sprachauffällige Kinder an Emden Grundschulen .	85
9.2.2	Förderunterricht „deutsche Sprache“ für Aussiedler- und ausländische Kinder	86
9.3	Schreiben des Gesundheitsamtes :.....	87
9.3.1	Information für Kindergärten / Kindertagesstätten / Lehrerinformation	87
9.3.2	Elterninformation	87
9.4	Was können Eltern tun um Sucht vorzubeugen ?.....	88
9.4.1	7 Regeln gegen Sucht.....	89
9.4.2	Prävention im erzieherischen Alltag	96
9.5	Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen	97
9.5.1	Tabellen.....	97
9.5.2	Abbildungen	97
9.6	Literaturverzeichnis.....	98

Hinweis: Damit der Bericht leichter zu lesen ist, wurde bei Personenbezeichnungen meistens die männliche Form gewählt. Es sind trotzdem immer Männer **und** Frauen gemeint, wenn es nicht ausdrücklich anders erwähnt ist.

Grußwort



Liebe Bürgerinnen und Bürger,
liebe Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen der Stadt Emden,

einhalb Jahre nach Einrichtung der Stelle für Kommunale Gesundheitsberichterstattung am Emdener Gesundheitsamt liegt nun der erste Gesundheitsbericht für die Stadt Emden vor.

Er ist der erste Abschnitt einer Berichterstattung, mit der wir im Laufe der Jahre den gesundheitlichen Zustand und die Versorgungsbedingungen der Emdener Einwohnerinnen und Einwohner darstellen und gleichzeitig Forderungen und erste Vorschläge für notwendig erscheinende Verbesserungen benennen wollen.

Kommunale Gesundheitsberichterstattung wird bislang in einigen eher größeren Städten praktiziert. Emden kann stolz darauf sein, dass es eine Vorreiterrolle für Städte mit einer geringeren Einwohnerzahl übernimmt und eine zukunftsorientierte Entwicklung bereits aufgegriffen hat.

Ich hoffe, dass dieser Bericht Anstöße gibt und zur Diskussion beiträgt. Er soll interessierten Bürgerinnen und Bürgern Informationen und Anregungen zu verschiedenen gesundheitsrelevanten Fragestellungen geben und Entscheidungsträgern nützen. Besonders soll er aber auch ermutigen, Probleme in der gesundheitlichen Versorgung der Emdener Bürgerinnen und Bürger durch die Zusammenarbeit der daran beteiligten Fachleute zu lösen.

Dem Bericht wünsche ich eine zahlreiche Leserschaft und danke allen Beteiligten für ihre Mitwirkung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Brinkmann', written in a cursive style.

Alwin Brinkmann
Oberbürgermeister

Vorwort

Liebe Emderrinnen und Emdler,

Sie halten den **1. Gesundheitsbericht der Stadt Emden** in den Händen.

Warum gibt es diesen Gesundheitsbericht?

- Hätte nicht die Fortführung der traditionellen Medizinal-Statistik an zentraler Stelle ausgereicht? -

Der Aussagewert dieser Statistiken im herkömmlichen Stil kann den Gesundheitsproblemen unserer Zeit nicht mehr gerecht werden. Ihnen fehlt der wichtige lokale (kommunale) Bezug. Sie waren auf die Erfassung von infektiologischen Sachverhalten ausgerichtet und hierfür auch durchaus geeignet.

Die Spannbreite der Gesundheitsprobleme, mit denen der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) heute konfrontiert wird, ist erheblich größer geworden. Zwar spielen Infektionskrankheiten (HIV, SARS, TBC, Masern, Mumps, Röteln, Influenza, usw.) oder die Angst vor erneuten Ausbrüchen von längst besiegt geglaubten Erregern (Pocken, Milzbrand, etc.) weiterhin eine wichtige Rolle für den ÖGD, jedoch sind zahlreiche weitere Themenfelder hinzugekommen (einen Überblick über das derzeitige Tätigkeitsfeld des Emders Gesundheitsamtes finden Sie unter www.emden.de: Bürgerinfo: Gesundheit und Soziales). Das ständig wachsende Aufgabenfeld wird immer unübersichtlicher. Deshalb ist es wichtig, in regelmäßigen Abständen gesundheitliche Problem-Schwerpunkte der Stadt Emden zu analysieren, zu priorisieren und dann die wesentlichen Erkenntnisse und Aktivitäten zu präsentieren.

Dieser Bericht soll u.a. auch der Kommunalpolitik als Handlungsgrundlage für zukünftige gesundheitspolitische Planungen und Weichenstellungen dienen. Wir haben für diesen ersten Gesundheitsbericht vier ausgesuchte Schwerpunkte näher beleuchtet. Damit erheben wir aber keinesfalls den Anspruch auf eine umfassende Darstellung der Gesundheits-Aktivitäten oder vollständige Erfassung der Gesundheits-Probleme in Emden.

Bei der Erstellung von Gesundheitsberichten sind wir auf eine gute Zusammenarbeit mit den unterschiedlichsten lokalen Institutionen unseres Gesundheitssystems angewiesen und wünschen diese konstruktive Zusammenarbeit ausdrücklich. Erst die Einbeziehung vieler Akteure, die sich dem Thema „Gesundheit“ widmen, macht die Qualität eines solchen Berichtes aus. Deshalb möchte ich an dieser Stelle zugleich denjenigen danken, die zu dem vorliegenden Bericht beigetragen haben und an alle anderen Akteure des Gesundheitswesens in Emden appellieren, zukünftig mit ihrem Fachwissen und ihren Erfahrungen an der Erstellung von Gesundheitsberichten mitzuwirken und zum Gelingen dieser Berichte beizutragen.

Dr. med. Ubbo Decker
Leiter des Fachdienstes Gesundheit

1 Einleitung

1.1 Was hat dieser Bericht mit Gesundheit zu tun?

Oder: Daten für Taten!

„Gesundheit ist eines der bedeutensten Güter des Menschen“. Diese Einschätzung wird immer wieder bei Befragungen von der Mehrheit der Menschen bestätigt.

Gesundheit ist aber kein feststehender Begriff. Jeder versteht etwas anderes darunter. Der Eine meint, es sei das Fehlen von Krankheiten, ein Anderer meint seinen jetzigen Zustand, in dem er mit seiner Zuckerkrankheit so gut wie möglich auf seine Medikamente eingestellt ist.

Wie immer man sie versteht: Die Gesundheit wirkt sich auf das Verhalten des Menschen und damit auf die Gestaltung seines Lebensumfeldes aus. Zum Lebensumfeld eines Menschen gehören z.B. seine Familie und Freunde, das Haus, in dem er wohnt, die Nachbarschaft, der Stadtteil und die Stadt. Wer sich gesund und wohl fühlt, kann hier z.B. andere unterstützen. Umgekehrt hat das Lebensumfeld aber auch Einfluss auf die Gesundheit. Wer in einer feuchten Wohnung leben muss, wird leichter krank. Auch das Verhalten hat Einfluss auf die Gesundheit: Wer zuviel isst, erhöht z.B. sein Risiko, an Bluthochdruck zu erkranken.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass zur Gesundheit körperliche, seelische und soziale Aspekte gehören und es alltägliche Lebensbedingungen sind, die Gesundheit und Krankheit beeinflussen.

In unserer Gesellschaft bekommen Gesundheit und Krankheit immer dann eine besondere Bedeutung, wenn sich daraus wichtige Konsequenzen für die Gemeinschaft ergeben. Zur Zeit stellt sich immer wieder die Frage, wie es mit unserem Krankheitsversorgungssystem weitergehen soll. Durch die knapper werdenden finanziellen Mittel kann in Zukunft nicht mehr unbedingt die gleiche Versorgung wie in den letzten Jahren bereitgestellt werden, jedenfalls nicht, ohne mehr Zuzahlungen von Seiten der Patienten. Es stehen deshalb jetzt vermehrt auch Maßnahmen im öffentlichen Interesse, die auf die Verhütung von Krankheit und die Förderung von Gesundheit gerichtet sind.

Für die kommunale Gesundheitspolitik und die kommunale Verwaltung bedeutet dies, dass die Gesundheitsvorsorge auch in die politischen Beratungen und Verwaltungsentscheidungen einbezogen werden muss. Hierzu brauchen Politik und Verwaltung Kenntnisse über die tatsächlichen Gesundheitsprobleme der Bevölkerung und über die regionalen gesundheitlichen Versorgungsmöglichkeiten.

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) liefert hier Informationen. Sie findet schon seit einigen Jahren auf Bundes- und Landesebene statt, wo sie ein realistisches Bild der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung, der Krankheiten, deren Folgen und möglichen

Gesundheit ist das höchste Gut

Gesundheit und Umfeld hängen zusammen

Zur Gesundheit gehören körperliche, seelische und soziale Aspekte

Krankheit ist ein Problem der gesamten Gesellschaft

Verhütung von Krankheit ist auch Sache der Politik

Einschätzung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung = Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung(GBE)

Ursachen, Kosten und deren Finanzierungen aufzeigt. Die gesammelten Informationen werden jeweils so dargestellt, dass medizinische, soziale und wirtschaftliche Sachverhalte themenübergreifend in einen Zusammenhang gesetzt und beurteilt werden können. Diesen Bewertungen folgen Handlungsvorschläge. Die bei der Umsetzung der Handlungsansätze entwickelten Aktivitäten und die daraus gewonnenen Erkenntnisse gehen wiederum in die Berichte ein und werden so auch wieder zur Informationsquelle. GBE wird damit auch zu einem Element der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.

GBE entwickelt Handlungsvorschläge

Die Stadt Emden hat jetzt eine **kommunale** Gesundheitsberichterstattung eingerichtet, weil es besonders die Lebensbedingungen in den Kommunen sind, die die Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen. Die kommunale Gesundheitsberichterstattung wird federführend vom Gesundheitsamt durchgeführt, das zur Bewältigung dieser umfassenden Aufgabe eng mit dem Studiengang Gesundheitswissenschaften (Public Health) der Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven, Standort Emden und anderen Fachleuten des Gesundheitswesens wie z.B. Ärzten, Krankenhaus, Krankenkassen und Selbsthilfegruppen zusammenarbeitet.

Gesundheit in Emden

Das Ziel der kommunalen GBE ist es, mittel- und langfristig zur Verbesserung der Gesundheit und der gesundheitlichen Versorgung der Emdener Einwohnerinnen und Einwohner beizutragen.

Will man den Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessern, heißt das zunächst, Fähigkeiten und Mängel im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich nicht nur einzelner Personen sondern ganzer Bevölkerungsgruppen zu erkennen und zu beschreiben. Durch diese Informationen sollen so früh und gezielt wie möglich Schäden und Gefahren erkannt und entsprechende Maßnahmen ergriffen werden.

Früherkennung von Schäden und Gefahren

Leider können niemals sofort und auf einmal alle erkannten Missstände beseitigt und nicht alle Menschen, obwohl es notwendig wäre, erreicht werden. Zunächst müssen aus den vorgelegten Ergebnissen die drängendsten Probleme aufgegriffen werden. Im Anschluss daran, müssen Vorschläge zu deren Verbesserung gemacht werden, die als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen dienen können.

Verbesserungsvorschläge für die dringlichsten Probleme

Politik braucht Informationen, um gute Entscheidungen treffen zu können. Kommunale Gesundheitsberichterstattung, die Informationen über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in der Stadt liefert, ist damit nach dem Motto: „Daten für Taten“ eine wichtige Voraussetzung für zukünftige gesundheitspolitische Planungen - und damit auch für Handlungs- und Hilfeansätze.

Politiker entscheiden auf der Basis der GBE

Grundsätzlich wäre es zu wünschen, dass auch allgemeine kommunalpolitische Belange vor Entscheidungen durch die

„Gesundheitsbrille“ betrachtet werden, d.h. die Gesundheit der Bevölkerung in allen Entscheidungen immer auch Berücksichtigung findet.^{I II III IV V VI}

(Hinweis: die hochgestellten römischen Zahlen verweisen auf die entsprechende Literaturangabe im Anhang.)

1.2 Was steht in diesem Bericht?

Der vorliegende Bericht wendet sich an die Emdener Politiker, die Emdener Bevölkerung und die Fachöffentlichkeit.

Er ist ein Teil der Emdener Gesundheitsberichterstattung und wird als erster Schritt eines zu gehenden Weges betrachtet, der das gemeinsame Zusammenwirken vieler Beteiligter erfordert.

In Zukunft sollen immer wieder die dringlichsten Missstände im Gesundheitsbereich thematisiert, diskutiert und darüber berichtet sowie Verbesserungsvorschläge erarbeitet werden. Das heißt, die Gesundheitsberichterstattung wird fortgeschrieben, so dass über die Jahre ein immer umfassenderes Bild über die Gesundheit der Menschen und über gesundheitliche Risiken in der Stadt Emden entsteht und entsprechende Maßnahmen ergriffen werden können.

Der Bericht für das Jahr 2003 beschäftigt sich mit ausgewählten Themen, die von Emdener Gesundheitsfachleuten in der „Expertenrunde Gesundheit“, die im Mai 2002 zum ersten Mal tagte, als besonders wichtig und dringend bewertet wurden:

Unter der Überschrift „Unfall und Wiederherstellungschirurgie“ wird über die Problematik des beinahe Verlustes der Weiterbildungserlaubnis berichtet. Es wird hierbei deutlich, wie wichtig diese Abteilung des Emdener Krankenhauses für die Stadt Emden ist und welche Konsequenzen eine Einschränkung hier gehabt hätte. Die Arbeitsgruppe, die sich für die Unfall- und Wiederherstellungschirurgie eingesetzt hat, ist ein gutes Beispiel dafür, wie durch den Zusammenschluss verschiedener Interessenvertreter eine positive Entwicklung gefördert werden kann.

Einen weiteren Schwerpunkt setzt dieser Bericht bei dem Thema gesundheitliche Hilfen für sozial Benachteiligte; in diesem Fall: eine medizinische Basisversorgung für wohnungslose Menschen. Zwischen Gesundheit und Armut besteht ein eindeutiger wechselseitiger Zusammenhang. Soziale Benachteiligungen und gesundheitliche Risiken und das oft für die Betroffenen verhängnisvolle, sich gegenseitig verstärkende Zusammentreffen verschiedener Bedingungen müssen beseitigt oder zumindest gemildert werden. Dabei geht es auch darum, geeignete Zugangswege zu den und für die Betroffenen zu finden.

Das nächste Kapitel in diesem Bericht beschäftigt sich mit der Gesundheit von Kindern.

Dieser Bericht ist für die Emdenerinnen und Emdener, die Politik und Fachleute

Er ist nur ein Teil der GBE

Es wird immer mehr zur Gesundheit in Emden zusammengetragen

Inhalt dieses Berichtes:

Situation der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Emdener Krankenhaus

Medizinische Basisversorgung für wohnungslose Menschen

Der Grundstein für die Gesundheit im späteren Leben wird bereits in Kindheit und Jugend gelegt. Viele Gesundheitsprobleme der Erwachsenen haben ihren Ursprung im Kindes- und Jugendalter.

Mit den Einschulungsuntersuchungen hat das Gesundheitsamt die Möglichkeit, sich einen Überblick über die Gesundheit eines ganzen Jahrganges zu verschaffen. Wir möchten Ihnen gern einige Ergebnisse aus diesen Untersuchungen vorstellen, die sich besonders mit schulrelevanten Auffälligkeiten einzuschulender Kinder beschäftigen.

Um Lösungen aufzuzeigen, berichten wir auch über zwei Projekte zur Gesundheitsförderung für Kinder im Grundschulalter. Das erste bietet Hilfe für bewegungs- und verhaltensauffällige Kinder und deren Eltern, das zweite strebt eine frühzeitige, altersangemessene Suchtprävention an.

Diesen drei Themenkomplexen vorangestellt ist ein kleiner soziodemografischer Überblick über die Emdener Bevölkerung.

In jedem Berichtsteil finden Sie einen „Handlungsansatz für Emden“. Dieser Vorschlag ist je nach Sachlage eine mehr oder weniger konkrete Idee, was zur Lösung der angesprochenen Probleme getan werden könnte.

Abschließend finden Sie im Anhang Erläuterungen, Verzeichnisse der Tabellen und Abbildungen u.ä..

Ich möchte an dieser Stelle allen ganz herzlich danken, die zum Erscheinen des ersten Emdener Gesundheitsberichtes beigetragen haben. Das sind besonders die Fachleute, die im Laufe des Berichtes genannt werden, aber auch KollegInnen im Gesundheitsamt sowie Familie und Freunde, die die Arbeit tatkräftig unterstützt haben.

Wir wünschen uns viele interessierte Leserinnen und Leser und würden uns auch über Anregungen und Kritik freuen. Hiermit können Sie sich an das Gesundheitsamt wenden. Ansprechpartner, (E-mail-) Adresse, Telefon finden Sie auf der Rückseite des Deckblattes.

*Probleme von
Grundschulkindern*

+

2 Lösungen

*Bevölkerungs-
statistik*

*Vorschläge für
Handlungen*

Anhang

*Danke an alle
Beteiligten*

*Anregungen und
Kritik bitte an das
Gesundheitsamt*

Beim Lesen des Gesundheitsberichtes sollte immer mal wieder daran gedacht werden, dass in und hinter den Zahlen und Daten (geschützt) die Schicksale und Lebensläufe von Menschen verborgen sind. Sie werden selbst nur auf diese Weise sichtbar.

Übrigens:

Für den Bereich Psychiatrie gibt es einen eigenen Bericht: Der Sozialpsychiatrische Verbund hat 2001 den ersten „Sozialpsychiatrischen Plan“ der Stadt Emden herausgegeben. Er bietet jeweils eine Einführung in die verschiedenen Bereiche der Psychiatrie, beschreibt Versorgungsmöglichkeiten und zeigt Mängel auf. Darüber hinaus macht er Vorschläge zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in der Region und verschafft einen Überblick über die psychiatrischen Hilfeangebote der Stadt. Er ist zu beziehen über den Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Emden, Bolardusstraße 20, 26721 Emden Telefon: 04921/874450.

1.3 „Geschichte“ der Gesundheitsberichterstattung (GBE) in Emden

Das Gesundheitsamt

Seit Oktober 2001 gibt es am Emdener Gesundheitsamt eine 25-Std.-Stelle für kommunale Gesundheitsberichterstattung.

Notwendig geworden ist diese neue Art von Berichterstattung durch Veränderungen in Umwelt- und Lebensbedingungen der Bevölkerung. Als noch vor allem Infektionskrankheiten die Gesundheit bedrohten, war es wichtig, durch Impfungen, Hygienekontrollen usw. Krankheitsrisiken zu senken. Heute reicht das zum Schutz der Gesundheit nicht aus. Die Probleme sind komplexer geworden, es gibt vielfältige Zusammenhänge zwischen Umwelt, Lebensstil und Krankheiten. Um all diese Aspekte in der Gesundheitsplanung zu berücksichtigen, dürfen die hierzu vorhandenen Daten nicht ohne Zusammenhang nebeneinander stehen, sondern müssen inhaltlich miteinander verknüpft werden. Hier ist u.a. auch das öffentliche Gesundheitswesen gefordert und die Gesundheitsämter, die direkt im Kontakt mit der Bevölkerung stehend, müssen ihren Blick in Zukunft auf zusätzliche Arbeits- und Problemfelder erweitern.

Die Fachhochschule Oldenburg \Ostfriesland \Wilhelmshaven (FH OOW)

Mit „ganzheitlichen“ Sichtweisen der Gesundheit, der Entstehung von Gesundheitsstörungen und auch in der Behandlung, beschäftigt sich der Studiengang „Gesundheitswissenschaften“ (Public Health) der FH OOW am Standort Emden. Hier wird z.B. auch gelehrt und gelernt, wie durch die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen und die Zusammenführung verschiedener Aspekte - anders als in der Regel üblich -, Gesundheitsprobleme betrachtet werden können.

Die Zusammenarbeit

Durch die besondere Situation in Emden mit ihrer gewachsenen Beziehung zwischen Gesundheitsamt und Fachhochschule wurde es möglich, die oben genannten Diskussionen aufzugreifen und umzusetzen. Herr Prof. Dr. Schaub, Initiator des Studienganges, und Herr Dr. Heeren, damaliger Amtsleiter des Gesundheitsamtes, haben sich sehr für die Einrichtung einer Gesundheitsberichterstattung engagiert, um New-Public-Health-Aspekte im Gesundheitsamt Emden einzuführen. Gemeinsam mit der jetzigen Stelleninhaberin, Frau Almut Bungenstock, wurde ein erstes Konzept erarbeitet, das den immer gravierender werdenden Problemen im Gesundheitsbereich eine fortschrittliche Methode zur Verbesserung der Situation entgegensetzen soll. Aus dieser „Keimzelle“ entstand später die **„Arbeitsgruppe (AG) Gesundheit“**. Hier wurde inzwischen die Zusammenarbeit engagiert und erfolgreich noch weiter ausgebaut.

Die wissenschaftliche Begleitung

Gesundheitsberichterstattung ist ein wichtiges Instrument der Gesundheitsplanung. Damit ihre Einrichtung in Emden auch wirklich erfolgreich verläuft, wird diese durch ein Projekt der Fachhochschule aus dem Studienbereich Gesundheit wissenschaftlich begleitet und zur Qualitätssicherung evaluiert.

Die bisherige Arbeit

Seit der Einrichtung der Stelle für Gesundheitsberichterstattung (GBE) sind schon einige Anstöße in dem langfristigen Prozess zur Verbesserung der Gesundheit und der gesundheitlichen Versorgung der Emdener Bürger gegeben worden.

Expertenrunde Gesundheit

Im Rathaus fand am 29. Mai 2002 auf Einladung der „AG Gesundheit“ ein erstes Treffen zur Diskussion der Situation in Emden und der künftigen Kooperationsmöglichkeiten statt. Fachleute aus 16 verschiedensten Einrichtungen des Gesundheitssektors waren eingeladen (z.B. Krankenhaus, Krankenkassen, niedergelassene Ärzte, Öffentliches Gesundheitswesen, Wohlfahrtsverbände, Kirchen und Stadtverwaltung). Die Idee einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung wurde von den Expertinnen und Experten mit Interesse aufgenommen.

Es bildeten sich zwei Arbeitsgruppen, die akute Emdener Probleme im Gesundheitsbereich bearbeiten wollen.

AG Krankenhaus

Die erste Arbeitsgruppe beschäftigte sich mit der damals aktuellen Problematik der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie im Hans-Susemihl-Krankenhaus, um deren langfristige Existenz sichern zu helfen (siehe Bericht der AG, S. 22). Ihre Arbeit wurde bereits erfolgreich abgeschlossen.

AG Prävention

Eine zweite Arbeitsgruppe der GBE zum Thema „Prävention“ traf sich im August 2002 zum ersten Mal. Vertreter der Krankenkassen, der niedergelassenen Ärzte, der städtischen Jugendförderung, des Jugendschutzes, des Präventionsrates, des Gesundheitsamtes sowie der Sozialplaner der Stadt erörterten, in welchen Bereichen Prävention in Emden geleistet wird und in welchen Bereichen Präventionsmaßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Emdener Bevölkerung noch entwickelt werden sollten.

Die Arbeitsgruppe spaltete sich in zwei Untergruppen. Die erste befasst sich mit dem Thema Sprachförderung und besteht aus Mitarbeitern der Stadtjugendförderung und dem Gesundheitsamt (s. S. 63). Die zweite Arbeitsgruppe traf sich im Mai 2003 zum ersten Mal und beschäftigt sich mit psychiatrischer Prävention sowie der psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Emden. Teilnehmer waren ein niedergelassener Nervenarzt sowie Vertreter aus psychiatrischem Verbund, Krankenkassen, Jugendförderung und Gesundheitsamt.

Die AG Gesundheit

Die „AG Gesundheit“ besteht z.Zt. aus Herrn Dr. Decker, Leiter des Gesundheitsamtes, Frau de Vries und Frau Lamschus, beide Ärztinnen des Gesundheitsamtes, Frau Bungenstock von der Gesundheitsberichterstattung, Herrn Prof. Dr. Schaub, Frau Prof. Dr. Koppelin, Frau Dr. Rothenburg, Frau Prof. Dr. Bieritz-Harder und Frau Prof. Dr. Haas von der Fachhochschule, Fachbereich Sozialwesen / Studienschwerpunkt „Gesundheit“ (Public Health).

Die „AG-Gesundheit“ bündelt die Ergebnisse der Arbeitsgruppen. Es wurden hier aus der Vielzahl der Emdener Gesundheitsthemen einige wichtige ausgewählt und die Inhalte des Ihnen vorliegenden Gesundheitsberichtes festgelegt. Der Bericht zeigt Emdener Probleme im Zusammenhang mit Gesundheit auf und schlägt Lösungsansätze vor. Sowohl die

Problembeschreibungen als auch die Handlungsempfehlungen sind Resultate der Zusammenarbeit verschiedener Fachleute aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Tätigkeitsbereichen und repräsentieren so mehr als die Meinung einer einzelnen Institution und Person.

Die AG begleitet die Arbeit der Gesundheitsberichterstattung fachlich. Zu besonderen Themen werden weitere Fachleute eingeladen.

Die Zukunft

Für zukünftige Berichte ist die Bearbeitung weiterer Themen geplant. Deren Durchführung ist aber auch wesentlich davon abhängig, auf welche Weise die unterschiedlichen Gesundheitsbereiche sich selbst organisieren, das Gesundheitsamt ansprechen und Entwicklungsschritte vornehmen wollen.

Die „AG Gesundheit“ wünscht sich gute Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Gesundheitsbereiche, da der Aufbau einer Gesundheitsplanung den Kernbereich der kommunalen Gesundheitsberichterstattung darstellt. Wenn es gelingt, die Zusammenarbeit und Abstimmung der an der Gesundheitsversorgung Beteiligten zu verbessern, die vorhandenen Kompetenzen zusammenzuführen und gemeinsam neue Wege zu finden, kann dies eine Entwicklung im Gesundheitswesen unterstützen, die die fachliche Qualität der Versorgung verbessert, auf soziale Gerechtigkeit an der Teilhabe der Versorgung achtet und gleichzeitig auch die notwendigen Kosten für diese Versorgung senken kann.

2 Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht ist der 1. Teil der vor eineinhalb Jahren neu eingeführten kommunalen Gesundheitsberichterstattung (GBE) für die Stadt Emden.

In einer Einleitung wird aufgezeigt, weshalb die GBE ein wichtiges Instrument zur Einschätzung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung der Stadt darstellt und die Kenntnis der besonderen gesundheitlichen Probleme in der Kommune wiederum eine wichtige Voraussetzung für fundierte Entscheidungen im gesundheitspolitischen Bereich ist: Ohne Zahlen keine rationale Gesundheitspolitik

Im ersten Kapitel wird zunächst ein Einblick in die bisherige Arbeit der Emder GBE gegeben. Dem folgen einige wenige bevölkerungsstatistische Rahmenbedingungen wie z.B. Einwohnerzahlen, Altersverteilung, denn ohne Wissen über Alters- und Sozialstrukturen könnte die gesundheitliche Lage der Bevölkerung nicht richtig eingeschätzt werden. Im Anschluss daran, werden verschiedene Gesundheitsprobleme der Emder Bevölkerung vorgestellt sowie Ansätze zu ihrer Lösung vorgeschlagen.

Zuerst wird über die Arbeit der auf Initiative der Gesundheitsberichterstattung gebildeten Arbeitsgruppe „Unfall- und Wiederherstellungschirurgie“ berichtet. Durch einen Zusammenschluss der betroffenen Klinik, des Gesundheitsamtes, der Fachhochschule, verschiedener Industriebetriebe sowie der Industrie- und Handelskammer konnte erreicht werden, dass die Weiterbildungsermächtigung im Fachgebiet Unfallchirurgie wieder erteilt wurde. Deren Fehlen hätte mittelfristig eine Auflösung der für Emden als Industriestandort so wichtigen Unfall- und Wiederherstellungschirurgie bedeutet.

Im Zusammenhang mit der Diskussion um den möglichen Abbau dieser wichtigen Station am Emder Hans-Susemihl-Krankenhaus wird im Handlungsansatz für die Stadt Emden angeregt, mit Hinblick auf die Zukunft und Rücksicht auf notwendige Sparmaßnahmen, gemeinsame Planungen der verschiedenen Interessenvertreter zu initiieren. Es sollten langfristige Strategien entworfen werden, die für die bestmögliche Qualität der Krankenhausversorgung der Emder Einwohnerinnen und Einwohner sorgt.

Das nächste Kapitel befasst sich mit gesundheitlichen Hilfen für sozial benachteiligte Emderinnen und Emder. Der Zusammenhang zwischen „Armut“ und Gesundheit wird beschrieben und anhand von Emder Daten belegt, dass es auch in unserer Stadt arme Menschen gibt. Am Beispiel von wohnungslosen Emder Bürgern, deren Armut meist für alle sichtbar ist, wird deutlich gemacht, dass hier besondere Hilfe notwendig und sogar aus Kostengründen zu empfehlen ist. Ein neues Emder Projekt zur medizinischen Basisversorgung dieser Bevölkerungsgruppe wird vorgestellt. Es berücksichtigt die besondere Situation wohnungsloser Menschen, die z.B. aufgrund von Schamgefühlen und Ausgrenztheit nicht in eine normale Arztpraxis gehen können und sorgt durch eine spezielle Sprechstunde im Emder Tagesaufenthalt für Menschen in Wohnungsnot dafür, dass die notwendige Behandlung auch tatsächlich wahrgenommen werden kann.

Im folgenden Kapitel geht es um die Gesundheit der Emder Grundschul Kinder. Durch die im Gesundheitsamt stattfindenden Einschulungsuntersuchungen haben wir die einmalige Möglichkeit, uns ein Bild über die Gesundheit jeweils eines gesamten Jahrganges zu machen.

Da in Kindheit und Jugend der Grundstein für die spätere Gesundheit gelegt wird und Störungen im Kindesalter die ganze spätere Entwicklung beeinflussen, ist es so bedeutsam, mögliche Auffälligkeiten zu erkennen und durch geeignete Maßnahmen Abhilfe zu schaffen.

Es gibt jedoch Probleme in der Versorgung. Bei den Sprachauffälligkeiten z.B., reichen die vorhandenen Fördermöglichkeiten im vorschulischen und schulischen Bereich nicht aus. Durch eine Änderung im niedersächsischen Schulgesetz werden einige konkrete Maßnahmen demnächst umgesetzt. Zusätzlich wurden in Emden von unterschiedlichen Institutionen Daten zur Problematik sprachauffälliger Kinder und deren Versorgung erhoben, und verschiedene Einrichtungen erarbeiten bereits Handlungsvorschläge zur Verbesserung der Situation.

Besonders viele Kinder in Emden fallen durch Störungen im Bereich der Bewegung auf (Grob- und Feinmotorik) bzw. durch Störungen, die sich auf die Bewegung auswirken (Haltungsschäden, Übergewicht, Verhalten). Größtenteils handelt es sich nur um „milde“ Befunde. Dies bedeutet, es ist keine medizinische Behandlung, sondern eine *Förderung* notwendig. Trotzdem darf das Problem nicht unterschätzt werden: die körperliche, die geistige und die seelische Entwicklung eines Kindes stehen in unmittelbarem Zusammenhang! Die Bewegung des Körpers wirkt sich auch auf die „Beweglichkeit des Geistes“ aus und beeinflusst so die Lernfähigkeit der Kinder. So entwickeln sie z.B. durch Körpererfahrungen ein Raumgefühl, das wiederum beim Schreibenlernen gebraucht wird.

Obwohl diese Zusammenhänge schon lange bekannt sind, werden sie teilweise wenig berücksichtigt. Zwar gibt es z.B. jeweils einige Stunden regulären Sportunterricht in den Schulen, aber besondere Förderung für bewegungsauffällige Kinder ist kaum vorhanden. Auch haben wir in Vereinen und Fortbildungsstätten viele außerschulische Sport- und Förderangebote, aber oft haben gerade die Kinder keine Möglichkeit daran teilzunehmen, die einen Ausgleichsport dringend benötigen. Schon hier gilt die Regel: Soziale Benachteiligung wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus. Familien mit weniger Einkommen können sich Vereinssport nicht leisten oder durch auf Grund mangelnder Information ist nicht bekannt, wie wichtig Gesundheitsfürsorge ist.

Die Auswertung der Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen nach Stadtteilen zeigt einen Zusammenhang zwischen erhöhten Zahlen in Bezug auf Auffälligkeiten bei den untersuchten Kindern und einem gehäuften Auftreten sozial eher schlechter gestellten Familien. Das bezieht sich ebenfalls auf die Nutzung von Vorsorgeangeboten wie z.B.

Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen.

Hier wäre es wichtig, geeignete Hilfekonzepte und Zugangswege zu schaffen, die diese Kinder auch erreichen. Nur so bekommen auch Emdener Kinder aus sozial benachteiligten Verhältnissen bessere Startchancen für ihr Leben.

Wie erfolgreich Vorsorge und rechtzeitige Behandlung sein können, zeigt der Abschnitt über Kariesprophylaxe. Durch eine einzige Kraft am Gesundheitsamt, die gemeinsam von den Krankenkassen finanziert wird, war es von 1996 bis 2002 möglich, die Zahngesundheit der einzuschulenden Kinder erheblich zu verbessern.

Vorsorge ist auf Dauer billiger als Behandlung und erhöht außerdem die Lebensqualität. Im Gesundheitsbericht werden zwei gesundheitsfördernde Projekte für Grundschul Kinder beschrieben. Das erste ist ein Psychomotorikprojekt mit begleitender Elternberatung. In Zusammenarbeit zwischen Grundschule, Gesundheitsamt und Fachhochschule Ostfriesland soll durch gezielte Bewegungsförderung ein positiver Einfluss auf die Gesamtentwicklung von Kindern (Bewegung, Wahrnehmung, Sprache, Sozialverhalten) ausgeübt werden. Das zweite Projekt ist das Suchtpräventionsprojekt Klasse 2000, dass im Gegensatz zu vielen anderen Maßnahmen bereits in der ersten Klasse beginnt und so die Chance wahrnimmt, bereits **vor** einem Kontakt mit Suchtmitteln, die Kinder spielerisch in einer positiven

Einstellung zur Gesundheit und zum Leben zu bestärken. Dies gilt als beste Vorbeugung gegen Sucht.

Wir hoffen und wünschen uns, dass der erste Gesundheitsbericht auf Interesse stößt. Er dient dazu, wichtige Informationen zur gesundheitlichen Versorgung in Emden weiterzugeben und Zusammenhänge aufzuzeigen. Ferner will die GBE dazu beitragen, weitere und weitreichendere Kooperationen der Beschäftigten im Gesundheitswesen und der Politik zu initiieren und damit Sorge zu tragen, dass soziale Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung trotz Sparmaßnahmen gesichert wird.

Almut Bungenstock, Gesundheitsamt Emden, Gesundheitsberichterstattung

3 Kleiner soziodemografischer Überblick

(soziale und bevölkerungsstatistische Rahmenbedingungen)

Kenntnisse über den Aufbau und die Entwicklung der Bevölkerung einer Stadt sind die Basis von kommunalen Gesundheitsberichten. Sie sind wichtig, da nur durch den Bezug zur Bevölkerung eine sinnvolle Interpretation der Verteilung von Krankheiten, Versorgungsleistungen usw. möglich ist. Das liegt daran, dass die gesundheitliche Situation der Bevölkerung mit der Alters- und Sozialstruktur in Verbindung steht und Anzahl und Aufbau der Bevölkerung wiederum großen Einfluss auf die Angebote und Leistungsnachfrage im Gesundheitssektor hat.

Diesem Bericht werden deshalb einige allgemeine Daten vorangestellt.

3.1 Bevölkerungsentwicklung in Emden

3.1.1 Einwohnerzahlen

Tab. I: Emdener Einwohner* nach Geschlecht und Herkunft 1999 und 2001

	1999	2001
Emden gesamt	54.653	54.024
Männlich	27.023	26.629
Weiblich	27.630	27.395
davon Ausländer	2.842	2.763
Männlich	1.723	1.661
Weiblich	1.119	1.102

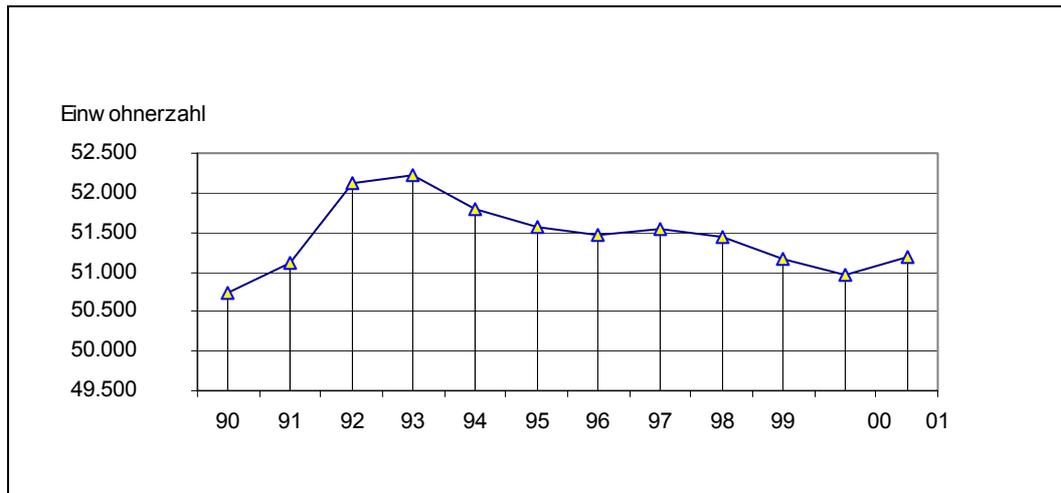
Quelle: Nds. Landesamt für Statistik ^{VII}

* Einwohner sind mit erstem oder zweitem Wohnsitz gemeldete Personen

1999 waren in Emden 54.653 Menschen mit erstem oder zweitem Wohnsitz gemeldet. Davon waren 5,2% ausländischer Herkunft. Bis zum Jahr 2001 sanken die Einwohnerzahlen auf 54.024 mit einem Ausländeranteil von 5,1%. In beiden Jahren hatte Emden mehr weibliche als männliche Einwohner, der Anteil ist von 1999 auf 2001 um 65 Personen gestiegen, obwohl die Einwohnerzahl insgesamt um 629 abgenommen hat.

3.1.2 Bevölkerungsentwicklung

Betrachtet man die Bevölkerungszahlen (das sind nur die mit erstem Wohnsitz gemeldeten Personen) in der Zeitreihe von 1980 bis 2001 (Abb. 1) ist festzustellen, dass es keine bedeutenden Schwankungen gibt.

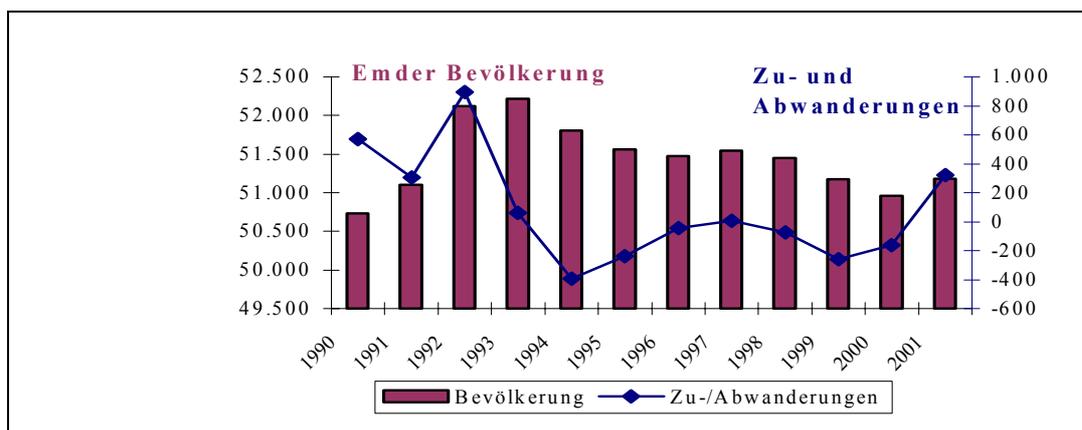
Abb. 1: Bevölkerungsentwicklung in Emden 1990 - 2001

Quelle: Nds. Landesamt für Statistik

Die Bevölkerungszahl liegt im Durchschnitt bei 51.443, mit der niedrigsten Zahl 1990 mit 50.735 und der höchsten im Jahr 1993 mit 52.216.

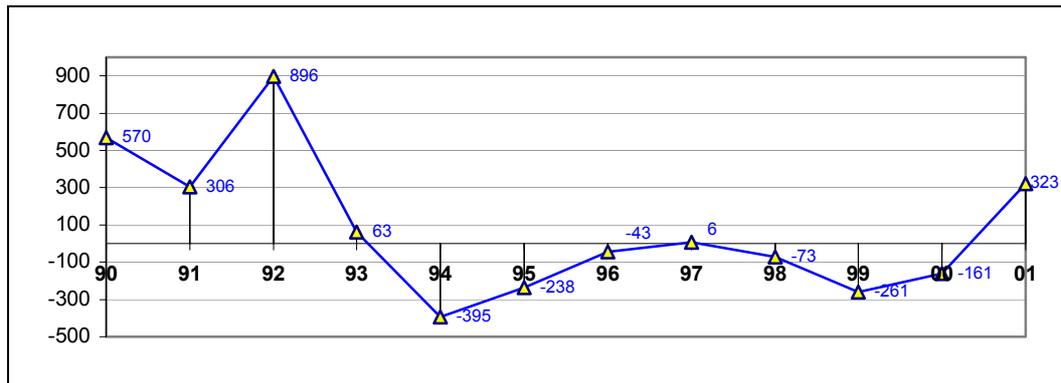
3.1.3 Wanderungsbewegungen

Anstieg und Abfall der Bevölkerungszahlen hängen insbesondere mit Wanderungsbewegungen zusammen.

Abb. 2: Bevölkerungsentwicklung zwischen 1990 - 2001 im Zusammenhang mit Zu- und Abwanderungen

Quelle: Nds. Landesamt für Statistik

In der Abb. 2 zeigt die blaue Linie die jeweiligen Zahlen der Zu- und Abwanderungen. Dahinter liegt in roten Balken die Anzahl der Einwohner in der Zeit von 1990 bis 2001. Deutlich zu sehen ist der Zusammenhang zwischen höheren Bevölkerungszahlen in Jahren, in denen Zuzüge zu verzeichnen sind. Auch bei den Wegzügen zeigt sich der Zusammenhang durch eine Abnahme der Bevölkerungszahl.

Abb. 3: Zu-/Abwanderungen 1990-2001

Quelle: Nds. Landesamt für Statistik

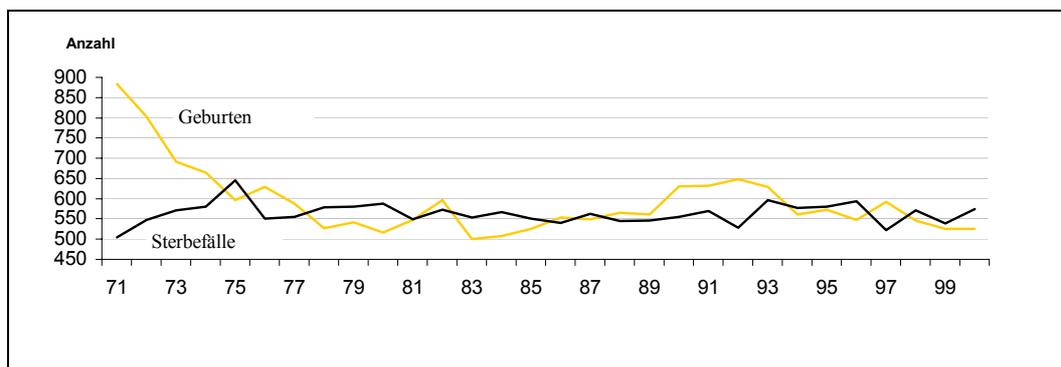
Von 1990 – 1993 gab es mehr Zu- als Wegzüge. Gründe hierfür sind z.B.: Öffnung der Grenze, Zuzug von Aussiedlern (1992 wurde Wohnraum für Aussiedler in Larrelt geschaffen, was die höchste Anzahl von Zuzügen von Aussiedlern in diesem Jahr erklärt). Trotzdem sind nur etwa ein Drittel der zugezogenen Personen Aussiedler.

Von 1994 - 2000 überwiegen die Abwanderungen aus Emden. Hierfür könnte es Erklärungen durch Wirtschaftsfaktoren wie z.B. die Schließung von Firmen geben.

Erst 2001 liegt die Zahl der Zugezogenen wieder über der der Weggezogenen (s. Abb. 3).

3.1.4 Geburten und Sterbefälle

Schwankungen in der Bevölkerungszahl hängen auch mit den Geburten- und Sterbeziffern zusammen (s. Abb. 4).

Abb. 4: Geburten und Sterbefälle in Emden 1971-2000

Quelle: Nds. Landesamt für Statistik

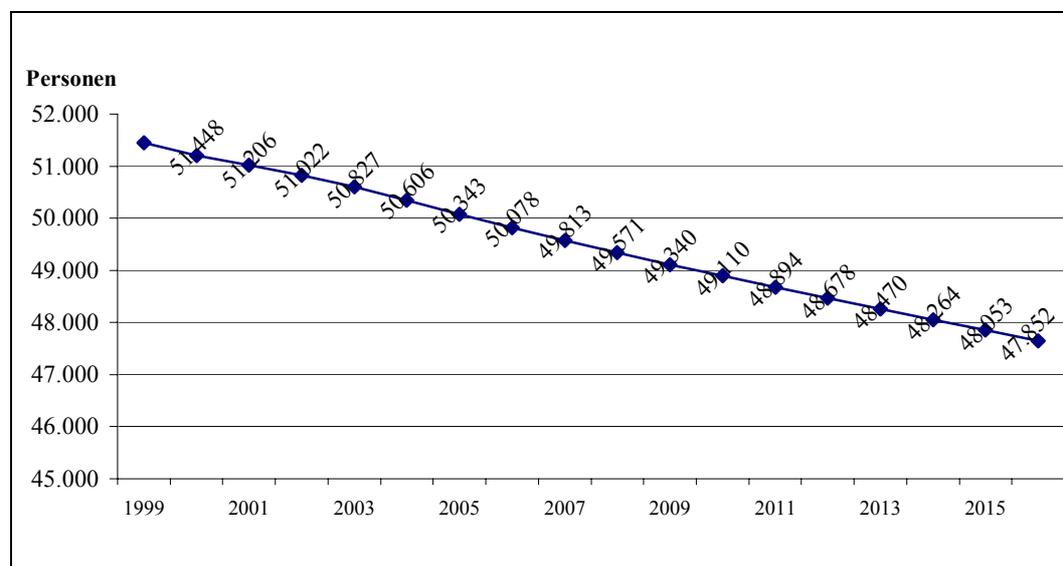
1971 lag die Zahl der Geburten viel höher als die der Sterbefälle. In den nächsten Jahren halten die Zahlen sich ungefähr die Waage. 1990 bis 1993 hatten wir wieder etwas mehr Geburten und seit 1998 überwiegt die Zahl der Todesfälle.

3.1.5 Prognose Bevölkerungsentwicklung

Aus den verschiedenen Faktoren, die die Bevölkerungszahl beeinflussen, lassen sich Bevölkerungsprognosen errechnen. Nach Schätzung des Landesamtes für Statistik wird die

Bevölkerungszahl in Emden wie auch im gesamten Deutschland zurückgehen. Für 2016 wurde eine Bevölkerungszahl von 47.648 Personen errechnet (s.Abb.5).

Abb. 5: Vorrasschätzung der Bevölkerungsentwicklung bis 2016



Quelle: Nds. Landesamt für Statistik

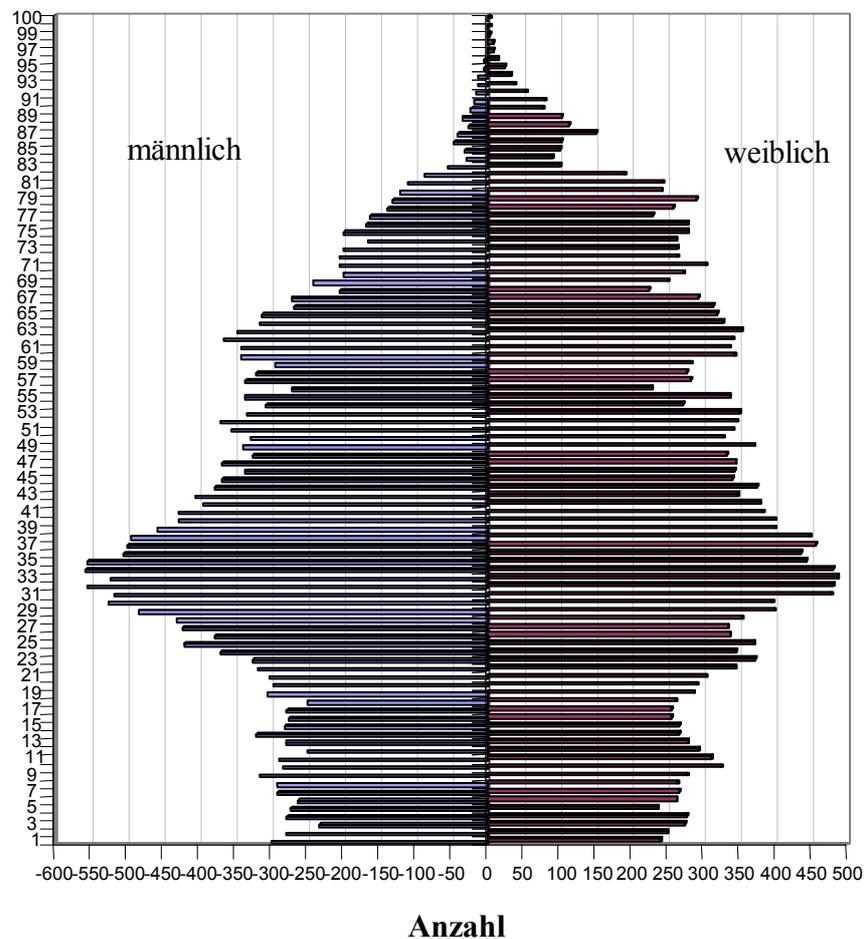
Trotz dieser sinkenden Bevölkerungszahlen muss Emden nicht befürchten, in Kürze seine Eigenständigkeit als kreisfreie Stadt zu verlieren: Allein die Studentinnen und Studenten gewährleisten Zuwanderungsraten. Außerdem werden bei dieser Berechnung auch die mit zweitem Wohnsitz gemeldeten Einwohner gezählt, womit die Zahlen jeweils um einige tausend höher liegen.

3.1.6 Bevölkerungspyramide

Die Alterspyramide (s. Abb. 6) bezieht sich auf die mit erstem und zweitem Wohnsitz gemeldeten Einwohner Emdens und zeigt deutliche Unterschiede in der Besetzung einzelner Altersgruppen zwischen Männern und Frauen.

In den einzelnen Altersgruppen unterliegt Emden dem gleichen Trend wie die gesamte Bundesrepublik. Die weiterhin steigende Lebenserwartung und der Rückgang der Geburten führt insgesamt zu einer Überalterung der Bevölkerung. Die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter wird im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung weiter abnehmen, so dass deren Belastung damit immer weiter zunimmt. Dieser Trend wird dadurch verstärkt, dass zur Zeit nur noch 40% aller Frauen und Männer im Alter von über 55 Jahren in Arbeit und Lohn stehen.^{VIII}

(Daten zu Arbeitslosigkeit, Sozialhilfe etc finden Sie im Kapitel 5, Sozialdaten, S.32.)

Abb. 6: Einwohnerpyramide der Stadt Emden 2001**Lebensalter**

Quelle: Nds. Landesamt für Statistik

Die Bevölkerungsentwicklung wird Emden vor große Herausforderungen stellen. Die Anfänge der Problematik sind bereits spürbar. In einem der nächsten Gesundheitsberichte wird diese Thematik sicherlich aufgegriffen.

Handlungsansatz für Emden

Die Themen **Gesundheit und Versorgung im Alter** sollten von entsprechenden Fachleuten gemeinsam mit dem Ziel bearbeitet werden, konkrete Maßnahmen zu erarbeiten, z.B. zu selbstbestimmtem Wohnen, zu ambulanter häuslicher Versorgung und deren Qualitätssicherung.

In der Versorgung muss es darum gehen, über die existentielle Grundsicherung alter Menschen hinaus, für ihr **Wohlbefinden** und für **Lebensqualität** Sorge zu tragen.

4 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am HSK

Bericht aus der AG Unfallchirurgie/Gesundheitsberichterstattung

„Die Zukunft der Emdener Unfall-Chirurgie ist ungewiss, ihr Fortbestehen ist gefährdet.“

Im letzten Jahr gingen Meldungen dieser Art durch die Presse und verursachten große Aufregung.

Die hinter den Meldungen stehende Problematik soll in diesem Bericht erklärt und der Weg zu ihrer Lösung beschrieben werden.

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Die Unfall- und Wiederherstellungschirurgie ist eine der wichtigen Abteilungen am Emdener Hans-Susemihl-Krankenhaus (HSK) und besteht seit mehr als 20 Jahren.

Die Klinik versorgt ca. 9.500 Patienten im Jahr. Die Behandlung umfasst die Versorgung akuter Unfallverletzter und auch die Betreuung von Folgeerkrankungen nach Verletzungen sowie – in großer Zahl – Verschleißerkrankungen der großen Gelenke. Im Durchschnitt werden etwa 50 Betten durch die Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie belegt. Durchgeführt werden im Jahr mehr als 2.600 Eingriffe (Stand 2002).

Am Hans-Susemihl-Krankenhaus ist eine Rettungsstelle vorhanden, Leitstelle und auch Fahrzeugpark sind am Krankenhausgelände angesiedelt. Die Notarztversorgung wird zum großen Teil durch das ärztliche Personal des HSK sichergestellt.

Daten der Industrie

Emden ist Ostfrieslands Industrieschwerpunkt. Die Industrie- und Handelskammer für Ostfriesland und Papenburg (IHK) belegt dies mit folgenden Zahlen aus ihrem Bezirk:

- 46% der Industriebeschäftigten haben in Emden ihren Arbeitsplatz (mehr als 13.000 Personen)
- mehr als die Hälfte aller Löhne und Gehälter im industriellen Sektor werden in Emden ausgezahlt (über 500 Millionen Euro pro Jahr)
- fast 60% der Industrieumsätze werden in Emden erzielt (jedes Jahr beinahe 3 Milliarden Euro)
- der Anteil der Beschäftigten in der Industrie je 1.000 Einwohner (Industriedichte) liegt in Emden bei 256 (das ist sehr hoch im Vergleich zum gesamten IHK-Bezirk = 58, Niedersachsen = 71, Deutschland = 78)
- mehr als ein Fünftel (nämlich 28.000 Personen) aller im IHK-Bezirk sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sind in der Stadt Emden beschäftigt
- in Emden gibt es 2.175 Gewerbebetriebe. Hinzu kommen 270 Unternehmen im und um das Handwerk sowie etwa 100 landwirtschaftliche Betriebe
- der Emdener Hafen bietet fast 3.000 Personen Arbeit, entweder direkt durch den Stückgutumschlag oder durch die hafengebundene Industrie

Emden ist die größte Stadt in der ländlichen und Randregion Ostfriesland und der Standort der meisten Industriearbeitsplätze.

Leider gibt es einen Zusammenhang zwischen Arbeit und Arbeitsunfällen.

Obwohl die Arbeitsschutzvorkehrungen in den Betrieben stark verbessert wurden, bleibt die Anzahl der Arbeitsunfälle annähernd gleich. Zurückzuführen ist dies wohl auf risikoreiche Arbeiten vor allem auf den Werften, in der Hafenwirtschaft sowie in der Bau- und Automobilindustrie.

Jedes Jahr werden im HSK mehr als 2.000 Patienten behandelt, deren Verletzungen durch Arbeitsunfälle entstanden sind.

Gesetzliche Grundlagen

In den zurückliegenden Jahren haben sich die maßgeblichen Bestimmungen für die Zulassung zur Versorgung arbeitsunfallverletzter Personen geändert. In der neueren Sozialgesetzgebung (Sozialgesetzbuch VII) wurde ab 1998 zusätzlich zu den bisherigen Zulassungsbestimmungen eine mindestens zweijährige Weiterbildungsermächtigung der Klinik gefordert. Die entsprechenden Übergangsfristen enden mit dem 31.12.2003. Die Anerkennung des sog. Verletzungsartenverfahrens (früher: Schwerverletztenverfahren / §6) ist für die Versorgung des vorgenannten Personenkreises in einer Stadt mit einem hohen industriellen Aufkommen unbedingt notwendig. Wenn sie nicht vorhanden ist, wird den entsprechenden Krankenhäusern von den Berufsgenossenschaften die Auflage gemacht, den betreffenden Verletzten unverzüglich in eine andere, entsprechend zugelassene Klinik zu verlegen.

Dies wäre für die Stadt Emden in bezug auf die Versorgungsqualität von Notfällen mit weitreichenden Folgen verbunden. Möglich wäre nur eine Erstversorgung im Krankenhaus selbst, die Verlegung in umliegende Häuser – mit z.T. weiten Anfahrtswegen – wäre zwingend notwendig. Der bisher mögliche hohe Versorgungsstandard wäre dann nicht mehr zu gewährleisten. Für Verlegungsfahrten in andere Krankenhäuser würden hier Rettungswagen und auch Personal benötigt, d.h. auch die Struktur des Rettungsdienstes wäre betroffen.

Die Weiterbildungsermächtigung ist auch für die personelle Ausstattung der Unfall- und wiederherstellungschirurgischen Station mit ärztlichen Mitarbeitern notwendig. Nur weil die Weiterbildungszeit auf die ärztliche Ausbildung angerechnet wird, sind Ärztinnen und Ärzte zur Mitarbeit zu gewinnen. Auch der Notdienst für den Rettungsdienst wäre ohne Assistenzärzte nicht mehr abgedeckt, da sie außer zur Arbeit auf der Station auch im Rettungsnotdienst eingesetzt werden.

Von großer Bedeutung ist die Weiterbildungsermächtigung im Teilgebiet Unfallchirurgie auch für die personelle Ausstattung der Klinik. Nur so kann die Weiterbildungszeit der Assistenten auf die Gesamtausbildung angerechnet werden. Der sich immer mehr verschärfenden Personalsituation in den Krankenhäusern kann man begegnen, wenn dort nicht ausschließlich die entsprechenden Weiterbildungsinhalte (Operationstechniken / Untersuchungsmöglichkeiten) vermittelt werden, sondern auch die damit verbundenen Anerkennungen der Weiterbildung vorhanden sind.

Die Weiterbildungsermächtigung ist also für den Fortbestand der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie im HSK am Wirtschaftstandort Emden unerlässlich.

Problembeschreibung

Mit dem 01.01.2001 wechselte die Leitung der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Hans-Susemihl-Krankenhauses Emden. Mit einem Wechsel des Chefarztes ist immer die Überprüfung bzw. Neubearbeitung des Schwerverletzten-Verfahrens (VAV) für die Berufsgenossenschaften verbunden. Die jeweils neusten

Zulassungsbestimmungen finden dann ihre Anwendung. Mithin war, abgesehen von den sonstigen fachlichen Voraussetzungen und einer Neubewertung des Operationsaufkommens, die Anerkennung einer mindestens zweijährigen Weiterbildung im Fachgebiet Unfallchirurgie erforderlich. Im Bundesland Niedersachsen ist – abweichend von der Regelung in anderen Bundesländern – zunächst die Anerkennung des Schwerpunktes Unfallchirurgie durch die zuständige Stelle im Sozialministerium in Hannover notwendig. Hier war bereits im Vorfeld die Erteilung eines ablehnenden Bescheides signalisiert worden, Grundlage dieser Entscheidung waren negative Stellungnahmen der Ärztekammer Niedersachsen und auch des Landesverbandes der Ortskrankenkassen. Im März 2002 erteilte das Niedersächsische Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (Sozialministerium) dann einen rechtsmittelfähigen Ablehnungsbescheid. Gegen diesen Bescheid wurde vom Krankenhaus vor dem Verwaltungsgericht Oldenburg Klage eingereicht, diese Klage hatte keine aufschiebende Wirkung. Es bestand somit die Gefahr, dass die Unfallchirurgie zum 31.12.2003 die Zulassung zum Verletztenartenverfahren der Berufsgenossenschaften verlieren würde.

Die endgültige Ablehnung der Weiterbildungsermächtigung für die Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie hätte mittelfristig für diese eine Auflösung bedeutet. Ursache wäre zum einen ein erheblicher Rückgang der Patientenzahlen gewesen, zum anderen wären die hohen Standards der Versorgungsqualität, die von den Berufsgenossenschaften zur Auflage gemacht werden, nicht weiterhin notwendig gewesen.

Da mit dem Jahre 2001 die Belegungszahlen der Klinik ganz erheblich zugenommen hatten und auch das Operationsaufkommen entsprechend gestiegen war, waren die Ablehnungen der zuständigen Stellen nicht verständlich. Eine Problemlösung wurde wegen der im vorliegenden Fall ablaufenden Frist zum 31.12.2003 dringlich notwendig.

Problemlösung

Entschießung des Emders Ärztevereins:

Die Situation in der Unfallchirurgischen Klinik wurde in einer Versammlung des Emders Ärztevereins dargestellt. Die Emders Ärzteschaft bekundete ein großes Interesse am Weiterbestehen der Klinik und verfasste eine entsprechende Resolution, die der Ärztekammer Niedersachsen in Hannover zuzuging.

Expertenrunde Gesundheit

Die Situation der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie wurde in der Expertenrunde zur Gesundheitsberichterstattung am 29.5.2002 angesprochen. Sie wurde als aktuelles Emders Problem eingeschätzt, mit der Gefahr, dass sich die Versorgungsstrukturen unserer Stadt erheblich verschlechtern, wenn die Arbeit der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie nicht gesichert ist. Da dringender Handlungsbedarf vorlag, gründete sich eine Arbeitsgruppe unter der Leitung des Chefarztes Herrn Dr. Hirthe, zur Erarbeitung von Handlungsansätzen zur Lösung des Problems. Die Gesundheitsberichterstattung des Gesundheitsamtes organisierte die Arbeitstreffen.

Zeitgleich nahm das Gesundheitsamt Kontakt zu den Betriebsärzten von VW und den Thyssen Nordseewerken auf, um diese an der Lösung der problematischen Situation zu beteiligen. Da gerade auch für Arbeitsunfälle in der Industrie die Unfall- und Wiederherstellungschirurgie genutzt wird, war es dem Gesundheitsamt sehr wichtig, die Industrie von Anfang an mit einzubeziehen. Ohne die entsprechende Weiterbildungsermächtigung für die Unfallchirurgie wäre auch die berufsgenossenschaftliche

Ermächtigung für das sogenannte D-Arzt-Verfahren entfallen. Dies hätte zur Folge gehabt, dass die Emder Opfer von Arbeitsunfällen in die Krankenhäuser der weiteren Umgebung gebracht werden müssten. Das wäre bei der hohen Industriedichte in Emden ein untragbarer Zustand gewesen.

AG Unfallchirurgie/Gesundheitsberichterstattung

Folgende Institutionen aus Industrie und Gesundheitsbereich (alphabetisch geordnet) beteiligten sich an der Arbeitsgruppe:

Cassenswerft:

Geschäftsleitung (Herr Hohagen)
Fachkraft für Arbeitssicherheit (Herr Ysker)

EVAG:

Vorstand (Herr Sonnenberg)
Prokurist (Herr Hambach)

Fachhochschule Ostfriesland:

Studiengang Public Health (Herr Prof. Dr. Schaub)

Gesundheitsamt Emden:

Leiter des Gesundheitsamtes (Herr Dr. Decker)
Gesundheitsberichterstattung (Frau Bungenstock)

Hans-Susemihl-Krankenhaus:

Verwaltungsleitung (Herr Alberts, Herr Meiners)
Chefarzt der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie (Herr Dr. Hirthe)
Ärztlicher Direktor des Hans-Susemihl-Krankenhauses (Herr Prof. Dr. Trabert)

Industrie- und Handelskammer Ostfriesland und Papenburg:

Hauptgeschäftsführer (Herr Dr. Kolck)
Geschäftsführer (Herr Hegewald)

Rettungsdienst Emden:

Leiter (Herr Wiers)

Thyssen Nordseewerke:

Betriebsrat (Herr Niemeier)
Betriebsarzt (Herr Dr. Mücher)
Geschäftsführer (Herr Stellamanns)
Leiter der Personalwirtschaft (Herr Schnittka)

Volkswagen Emden:

Betriebsarzt (Herr Dr. Weiss)
Werksleiter (Herr Joos)
Personalleiter (Herr Dr. Penzek)

Alle Beteiligten waren sich darüber einig, dass eine angemessene ärztliche Versorgung insbesondere unfallverletzter Patientinnen und Patienten am Industriestandort von großer Bedeutung ist. Darum setzten sich die Vertreter der einzelnen Institutionen das Ziel, die Erteilung der Weiterbildungsermächtigung im Fach Unfallchirurgie zu erreichen. Ein Aktionsplan mit mehreren Stufen wurde entwickelt:

Stufe I

1. Der Verwaltungsleiter des Krankenhauses und der leitende Arzt der Klinik für Unfall und- Wiederherstellungschirurgie treffen sich mit den Mitgliedern des Emder Ärztevereins. Es sollen weitere Gespräche mit der Ärztekammer in

Niedersachsen (Weiterbildungsausschuss) geführt werden, um dort das ausdrückliche Votum des Ärztevereins in Emden für die Erteilung der Weiterbildungsermächtigung zu bekräftigen.

2. Den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen werden die neuen Belegungszahlen vorgelegt. Es wird dabei seitens des Krankenhauses um eine erneute Stellungnahme bzw. Entscheidung gebeten.
3. Herr Prof. Dr. Schaub / Fachhochschule Ostfriesland teilt den Kassen mit, dass eine Erteilung der Weiterbildungsermächtigung im Hinblick auf den von der Landesregierung genehmigten Modellstudiengang Physiotherapie notwendig sei und eine Nichterteilung sich hindernd auf den Forschungsverbund zwischen Fachhochschule und Hans-Susemihl-Krankenhaus auswirke.
4. Der Leiter der Unfallchirurgischen Klinik führt Gespräche mit dem Landesverband Nordwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften in Hannover. Es sollte dann auch von dieser Seite auf die Notwendigkeit einer adäquaten Unfallversorgung in der Stadt Emden – insbesondere unter der Berücksichtigung von Arbeitsunfällen – hingewiesen werden.

Folgende Überlegungen waren Grundlage der geplanten Handlungen:

Wenn sowohl die Krankenkassen als auch die Ärztekammer ihre negative Einschätzung zurücknehmen würden, könnte das Ministerium die Ablehnung der Zulassung erneut überdenken und den Antrag ggf. abändern. Es könnte dann seitens des HSK die Klage zurückgezogen werden.

Um noch mehr Argumente zur Verfügung zu haben, stellte Herr Hegewald von der IHK Daten zusammen (z.B. Zahlen der Industriearbeitnehmer in Emden bzw. ganz Ostfriesland), die belegen, dass Emden als Ostfrieslands Industrieschwerpunkt wirtschaftlich einen sehr hohen Rang einnimmt.

Herr Dr. Mücher von den Thyssen Nordseewerke gab die Informationen über die Gefährdung der Unfallchirurgie an den Betriebsrat, Herrn Niemeier, weiter, um zu gewährleisten, dass die Betroffenen sich für ihre Belange einsetzen können und damit auch das HSK unterstützen.

Herr Dr. Weiss, Betriebsarzt des VW-Werkes Emden, teilte mit, dass er gemeinsam mit der Werksleitung einen Brief an die Sozialministerin formuliert.

Falls diese Maßnahmen nicht zum gewünschten Erfolg führen würden, waren folgende weitere Schritte geplant:

Stufe II:

1. Die einzelnen Interessengemeinschaften (Einrichtungen, die in der AG vertreten sind, AG als Ganzes, Betriebsräte der großen Industrien) richten „Statements“ an das Sozialministerium (persönlich, schriftlich, fernmündlich) für die Notwendigkeit der Weiterbildungsermächtigung
2. Über die Betriebsräte informieren die Versicherten die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) über die Situation und treten für die Weiterbildungsermächtigung ein
3. Einbeziehung und Aktivierung der Norddeutschen Metall-Berufsgenossenschaft als größter Unfallversicherer für Emders Berufsunfälle und eventuell anderer

Berufsgenossenschaften (auch auf Landesebene), da sie immer Motor waren für eine qualifizierte Patientenversorgung.

Falls auch diese Maßnahmen versagen, war in einer 3. Stufe die nachstehend aufgeführte Verfahrensweise geplant:

Stufe III:

Frau Ministerin Trauernicht wird eingeladen, die Zustände vor Ort anzusehen und um Unterstützung gebeten.

Alle geplanten Maßnahmen der Stufe I sind umgesetzt worden. Darüber hinaus legte der Chefarzt der Abteilung, Herr Dr. Hirthe, der zuständigen Stelle im Sozialministerium in Hannover die neuesten Leistungsdaten der Klinik vor. Der Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften/Nordwest teilte dem Ministerium in Gesprächen mit, dass er ein großes Interesse an der Weitererteilung des Verletzungsartenverfahrens habe. Seitens des VW-Werkes in Emden, der Industrie- und Handelskammer und auch der Fachhochschule Ostfriesland sind Schreiben an die zuständigen Stellen gerichtet worden, zusätzlich wurde auch auf politischer Ebene auf das Problem hingewiesen [Herr Niemeier (Betriebsrat Nordseewerke) / Herr Haase (MdL)]. Die vorgenannten Schreiben und auch die Resolution des Emdener Ärztevereins haben sämtlich zu einer positiven Resonanz bei den entscheidenden Stellen geführt (Niedersächsisches Sozialministerium, Ärztekammer / Krankenkassen).

Ergebnis

Im September 2002 ist durch das Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales in Hannover der Schwerpunkt Unfallchirurgie HSK in Emden anerkannt worden, damit wurde der Weg für den entscheidenden Antrag auf Anerkennung der Weiterbildungsermächtigung Unfallchirurgie freigemacht. Der Weiterbildungsausschuss der Ärztekammer in Hannover hat dann in Kenntnis der neuen Leistungszahlen ebenfalls positiv entschieden und eine zweijährige Weiterbildungsermächtigung „Unfallchirurgie“ Ende Dezember 2002 anerkannt.

Damit war das Fortbestehen der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Hans-Susemihl-Krankenhaus in Emden und der Fortbestand der entsprechenden Zulassungen durch die Berufsgenossenschaften gesichert.

Die vorstehend geschilderte Verfahrensweise soll als Beispiel dienen, wie hier eine bereits gefestigte Entscheidung, die letztlich auch die medizinische Versorgungsstruktur einer Stadt erheblich verändert hätte, revidiert werden musste.

Wir danken an diesen Stellen allen Beteiligten ganz ausdrücklich für ihr Engagement.

Emden, den 28.04.2003

Dr. med. C. Hirthe
Chefarzt der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
Hans-Susemihl-Krankenhaus

Almut Bungenstock
Gesundheitsberichterstattung
Gesundheitsamt Emden

Handlungsansatz für Emden

Durch Veränderungen der finanziellen Situation, der Bedarfslage, der gesetzlichen Vorschriften u.ä. sind Umorganisationen auch im Emdener Krankenhaus unvermeidlich. Zuletzt war die Sorge vieler Emderrinnen und Emderer um eine mögliche Schließung der Kinder- und der Frauenklinik Diskussionsthema.

Damit nicht bestimmte Patientengruppen unter notwendigen Sparmaßnahmen leiden müssen und die Qualität der Versorgung erhalten bleibt, muss eine **sinnvolle langfristige Entwicklungsplanung** veranlasst werden, die die *unterschiedlichen* Interessen berücksichtigt, die Kostenseite gegen die Versorgungsseite abwägt und entscheidet, wo Kooperationen möglich und notwendig sind. Hierzu sollten die verschiedenen Interessenvertreter (Verwaltung, Politik, Krankenhaus und Betroffene) an einem Tisch sitzen.

Nur durch **gemeinsame Planung und langfristige Strategien** können die besten umsetzbaren Möglichkeiten gefunden werden.

5 Medizinische Basisversorgung für wohnungslose Menschen in Emden

Gemeinsames Projekt von



Einleitung

Seit dem 01.04.2003 wird im Tagesaufenthalt der evangelisch reformierten Kirche in Emden von einer Ärztin des Gesundheitsamtes und einer Krankenschwester eine medizinische Sprechstunde für wohnungslose Menschen angeboten. Es handelt sich hierbei um ein Kooperationsprojekt der Stadt Emden und der evangelisch reformierten Kirche mit dem Hauptziel, die gesundheitliche Versorgung und damit den Gesundheitszustand wohnungsloser Menschen in Emden zu verbessern.

Warum ist ein solches Projekt für Emden wichtig?

Um diese Frage zu beantworten, werden zunächst einige Ausführungen zum Thema Armut, Gesundheit und Wohnungslosigkeit gemacht und deren Zusammenhang beschrieben. Anschließend wird das Projekt vorgestellt.

5.1 Soziale Ungleichheit wirkt sich auf die Gesundheit aus

Die soziale Lage von Menschen hat verschiedenste Einflüsse auf ihren Gesundheitszustand, auf ihr Gesundheitsverhalten, auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und auf ihre Sterblichkeit.

Die soziale Lage – oder besser: der sozioökonomische Status – einer Person lässt sich mit den Merkmalen Einkommen, Bildung und beruflicher Status beschreiben. Diese sind gleichzeitig Merkmale einer sozialen Ungleichheit, d.h., sie lassen eine Unterteilung der Bevölkerung in untere und obere Schichten zu. Beispielsweise sind untere Schichten u.a. gekennzeichnet durch mangelnde Bildung, was oft zu schlechterer Berufsausbildung führt. Der Beruf hat dann wiederum einen schlechteren Status und geringeres Einkommen zur Folge.

Der Zusammenhang zwischen einer sozialen und ökonomischen Benachteiligung und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit ist unbestritten:

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung wird beurteilt nach Sterblichkeit (Mortalität) und Krankheitsanfälligkeit (Morbidität). Viele wissenschaftliche Untersuchungen der letzten Jahre ergaben, dass soziale Ungleichheit auch zu gesundheitlicher Ungleichheit führt. So belegen z.B. Studien zur Sterblichkeit,

- dass Erwachsene ohne Abitur eine kürzere Lebenserwartung haben als Erwachsene mit Abitur (Männer im Durchschnitt 3, Frauen 4 Jahre),
- dass Un- und Angelernte durchschnittlich früher sterben als Angestellte,
- dass in unteren Einkommensgruppen die vorzeitige Sterblichkeitsrate höher ist als in oberen,
- dass die Überlebenszeit nach einem Herzinfarkt bei Erwachsenen mit geringem beruflichen Status kürzer ist als bei Erwachsenen mit höherem beruflichen Status.

Studien zur Krankheitsanfälligkeit belegen,

- dass Erwachsene mit Haupt- oder Realschulabschluss häufiger einen Herzinfarkt erleiden als Erwachsene mit Fachabitur oder Abitur,
- dass die Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) in Bezug auf psychische Störungen bei Erwachsenen mit niedrigem beruflichen Status größer ist als bei Erwachsenen mit höherem beruflichen Status,
- dass die Zahngesundheit in den unteren Bildungsgruppen erheblich schlechter ist als in den oberen (sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen).

Mit anderen Worten heißt das:

der sozioökonomische Status bestimmt den Gesundheitszustand oder plakativ formuliert:

Armut macht krank!

Die Untersuchungen zeigen gleichzeitig, dass die Bevölkerungsschichten, die das größte Risiko tragen, zu erkranken oder vorzeitig zu sterben, auch über die geringsten Mittel zur Kontrolle ihrer Lebensumstände und zur Selbsthilfe verfügen. Gemeint sind damit Ressourcen, wie politischer Einfluss, Wissen, Selbstbewusstsein, Erholungsmöglichkeiten, Unterstützung durch soziale Netze usw. ^{IX, X}

5.2 Wann gilt man in Deutschland als arm?

Unter absoluter Armut versteht man die Bedrohung der physischen Existenz durch Hunger und Unterernährung. Es besteht aber Einvernehmen darüber, dass Armut innerhalb Deutschlands ein anderes Gesicht hat. Bei uns wird Armut und soziale Ungleichheit anhand des Einkommens definiert.

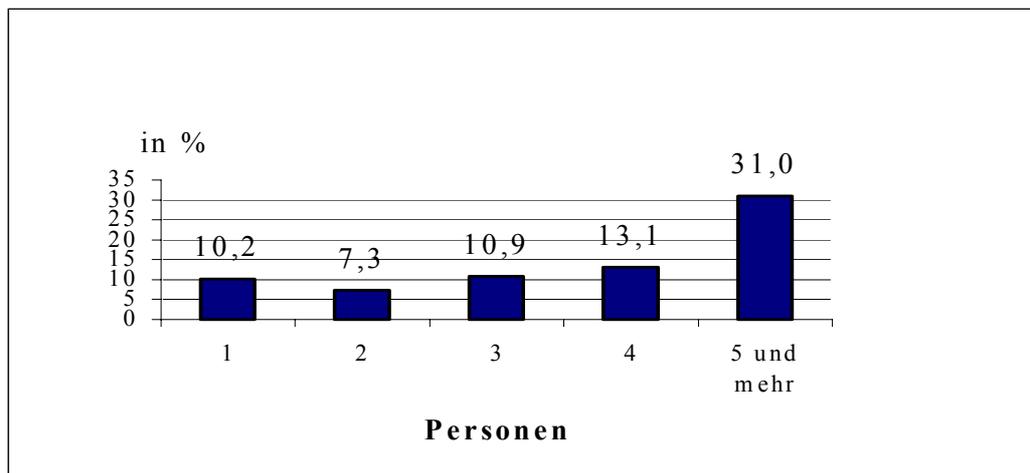
Nach Aussage der EU-Kommission ^{XI} gilt jemand als arm, wenn sein Einkommen 50% des Landes-Durchschnittseinkommens (= 1.200 Euro in Deutschland ^{XII}) beträgt. Damit wird in Deutschland ein relativer und kein absoluter Armutsbegriff verwendet.

Statt bestimmte Armutsgrenzen festzulegen, die sich auf die Einkommensverteilung in einer Gesellschaft beziehen, kann man zur Bestimmung von Armut auch das Mindesteinkommen verwenden, unterhalb dessen ein Anspruch auf staatliche Unterstützungsleistungen in Form von Sozialhilfe besteht. Nach dieser Definition gibt das politisch festgelegte Mindesteinkommen – die Sozialhilfe – die Schwelle der Existenzsicherung an. Hiernach ist derjenige arm, der tatsächlich Sozialhilfe bezieht oder das Recht darauf hätte. ^{XIII}

Zur sozialen Ungleichheit und Armut in Ostfriesland und Niedersachsen zeichnet ein Artikel aus der Ostfriesenzeitung vom 11.02.2003 ein sehr aufschlussreiches Bild. Danach gibt es in Ostfriesland mehr Armut als in anderen Teilen Niedersachsens. Hier ist die Quote der Arbeitslosen und Sozialhilfeempfänger überdurchschnittlich hoch. Leer steht an der Spitze

mit 5,5 Arbeitslosen auf 100 Einwohner. In Bezug auf Sozialhilfeempfänger haben Emden, Leer, Aurich, Wittmund und Norden die höchsten Zahlen mit über 5%. Ein Zusammenhang besteht zwischen der Größe des Haushaltes und dem Einkommen. Je größer ein Haushalt, desto größer ist das Armutsrisiko (s. Abb. 7). Zweipersonenhaushalte sind häufig kinderlose Doppelverdiener und haben die geringste Armutsquote. Fast ein Drittel aller Haushalte mit fünf und mehr Personen fällt jedoch unter die Armutsquote.^{XIV}

Abb. 7: Armutsquote in Niedersachsen nach Haushaltsgrößen



Quelle: Nds. Landesamt für Statistik

Den gesamten Artikel finden Sie im Anhang (s. Anhang, S.85).

5.3 Wer ist von Armut betroffen?

Armut und Reichtum sind keine Zustände, die sich gleichmäßig über die Bevölkerung verteilen. Für einige soziale Gruppen ist die Wahrscheinlichkeit Armut zu erleben, wesentlich höher als für andere.

Besonders hoch ist das Risiko arm zu sein für:

- Arbeitslose (besonders Langzeitarbeitslose),
- Sozialhilfeempfänger,
- Überschuldete,
- ältere allein stehende Frauen,
- kinderreiche Familien,
- Kinder und Jugendliche,
- allein erziehende Mütter,
- Zuwanderer, Ausländer, Asylbewerber,
- mobile Gruppen und Wohnungslose,
- chronisch kranke und behinderte Menschen,
- Anstaltsinsassen (Gefängnisinsassen, physisch und psychisch kranke Menschen sowie Menschen in Pflege- oder Altenheimen).

Die oben genannten Lebenslagen gelten als Hinweise auf Armut und alle diese Lebenslagen stehen wiederum mit dem Thema Gesundheit in enger Verbindung.^{XV, XVI}

5.4 Gibt es Arme in Emden? – Zur sozialen Lage in Emden

Wenn man die soziale Lage der Menschen in einer Stadt beschreiben will, kann man das mit Hilfe von Daten über z.B. Arbeitslosigkeit, Inanspruchnahme von Sozialhilfe und Wohngeld sowie Obdachlosigkeit tun.

5.4.1 Sozialdaten

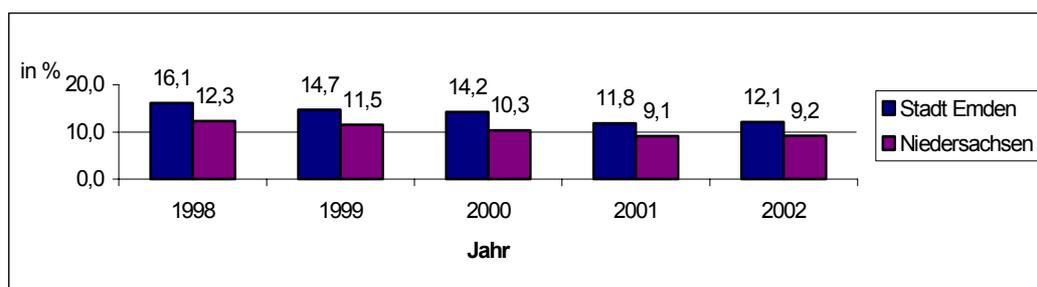
Die folgenden Statistiken geben Hinweise auf sozial benachteiligte Menschen in Emden:

Arbeitslosigkeit

Der lokale Arbeitsmarkt ist ein wichtiger Einflussfaktor in Bezug auf die Entwicklung der Sozialhilfebedürftigkeit.

Die durchschnittliche Arbeitslosenquote über ein Jahr gerechnet, liegt in der Stadt Emden um durchschnittlich 3,3% höher als im gesamten Land Niedersachsen. Zwar sind sowohl die Emden als auch die Landeszahlen von 1998 bis 2001 gesunken, steigen jedoch 2002 wieder an (s. Abb. 8).

Abb. 8: Arbeitslosenquoten im Jahresdurchschnitt



Quelle: Nds. Landesamt für Statistik

Aufgrund der momentanen wirtschaftlichen Prognosen, den Einsparmaßnahmen im öffentlichen Dienst und in der Industrie sowie den gehäuften Schließungen von mittelständischen Betrieben wegen Insolvenz ist davon auszugehen, dass die allgemeinen Arbeitslosenzahlen weiter steigen werden. Auch hier wird Emden, als Stadt in einer Randregion, besonders betroffen sein.

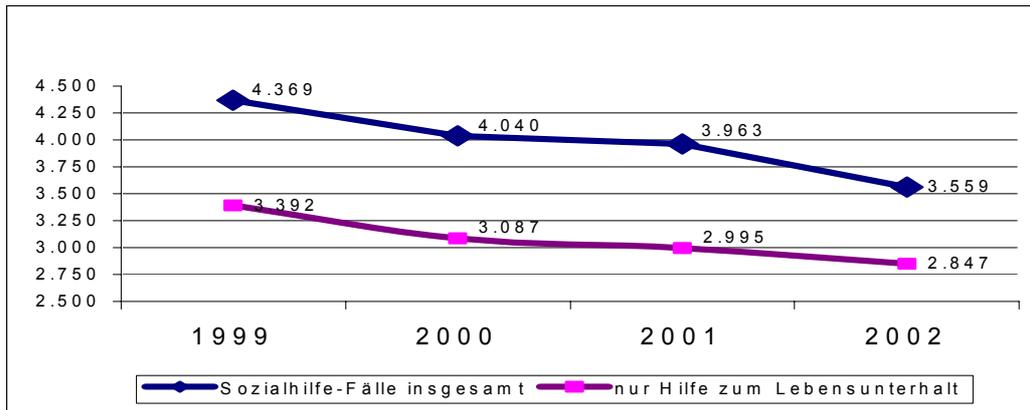
Sozialhilfe

„Sozialhilfe soll finanzielle Probleme unterdrücken oder persönliche Notlagen überwinden helfen. Die einzelnen Leistungen der Sozialhilfe sollen dabei nicht nur das bloße Existenzminimum absichern, sondern ein menschenwürdiges Leben garantieren“ (Gesundheitsrahmenbericht Münster).^{XVII}

Seit 1978 hat ein durchschnittlicher Sozialhilfeempfänger weniger als 50% des Durchschnittseinkommens und liegt damit unter der Armutsgrenze, definiert nach dem Einkommen.^{XVIII}

Es gibt verschiedene Arten von Sozialhilfe:

Im folgenden konzentrieren wir uns auf die „Hilfe zum Lebensunterhalt“. Diese Hilfe bekommen Personen, die ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht vollständig sichern können, weil das eigene Einkommen oder Vermögen dazu nicht ausreicht.

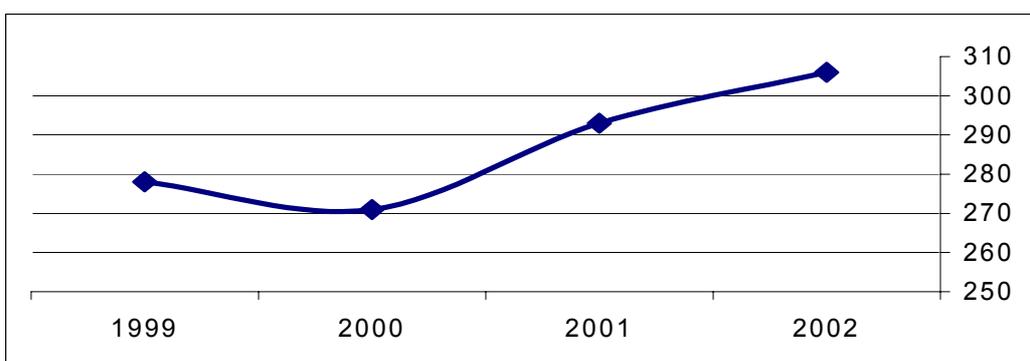
Abb. 9: Entwicklung der Sozialhilfeleistungen in Emden

Quelle: Stadt Emden Fachdienst Sozialverwaltung

Die Abb. 9 zeigt sowohl die Anzahl der Empfänger aller Arten von Sozialhilfe (obere Linie), als auch Zahl der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt. Die Zahlen in beiden Bereichen sind von 1999 bis 2002 gesunken. Diese Erfolge sind zu einem Teil auf die Bemühungen der Stadt Emden zurückzuführen, z.B. durch das Jugendbüro, Maßnahmen wie „Hilfe zur Arbeit“, AB-Maßnahmen, BSHG-Maßnahmen usw. Menschen in Arbeit zu vermitteln. Leider verlangt der Arbeitsmarkt heute hohe Qualifikationen und Spezialisierungen, die Sozialhilfeempfänger in der Regel nicht mitbringen, weshalb sie in ihrer Vermittlungsfähigkeit eingeschränkt sind.

Mit der Zuspitzung der Wirtschaftskrise und den damit einhergehenden steigenden Arbeitslosenzahlen muss befürchtet werden, dass ein Anstieg der Sozialhilfeempfänger ebenfalls ansteht. Weitere Gründe für ein Steigen der Sozialhilfeempfängerzahlen sind die Verteuerung des Wohnraumes, besonders der Nebenkosten, sowie immer wieder neue Sozialhilfefälle durch Menschen, die berufs- oder erwerbsunfähig geworden sind.

Auch Alleinerziehende sind aufgrund von Trennung und fehlenden oder nicht ausreichenden Unterhaltszahlungen besonders häufig auf soziale Unterstützung angewiesen. Genaue Zahlen, wie viele alleinerziehende Sozialhilfeempfänger es in Emden gibt, liegen nicht vor. Einen ersten Anhalt bekommt man, wenn man die Anzahl der Fälle mit Mehrbedarf zu Rate zieht: Mehrbedarf bekommen Alleinerziehende mit einem Kind unter 7 oder zwei und mehr Kindern unter 16 Jahren. Die Zahlen lagen 2000 mit 271 auf dem niedrigsten Stand und sind bis 2002 auf 306 gestiegen (s. Abb. 10). Die tatsächliche Anzahl alleinerziehender Sozialhilfeempfänger liegt jedoch höher.

Abb. 10: Fälle mit Mehrbedarf für Alleinerziehende

Quelle: Stadt Emden Fachdienst Sozialverwaltung

Ein großer Anteil der Menschen, die von Sozialhilfe leben, sind Kinder und Jugendliche. Geht man davon aus, dass der Empfang von Sozialhilfe mit Armut gleichgesetzt werden kann, bedeutet dies, dass im Jahr 2002 von den mehr als 9.000 in Emden lebenden Kinder und Jugendlichen bis 17 Jahre, fast 15% in Armut lebten (s. Tabelle II) Quelle: Stadt Emden, Sozialplanung, Hochrechnung zum 31.12.2001.

Tab. II: Sozialhilfeempfänger unter 17 Jahren

	1999	2000	2001	2002
Sozialhilfeempfänger unter 17 Jahren	nicht erfasst	nicht erfasst	nicht erfasst	1.376

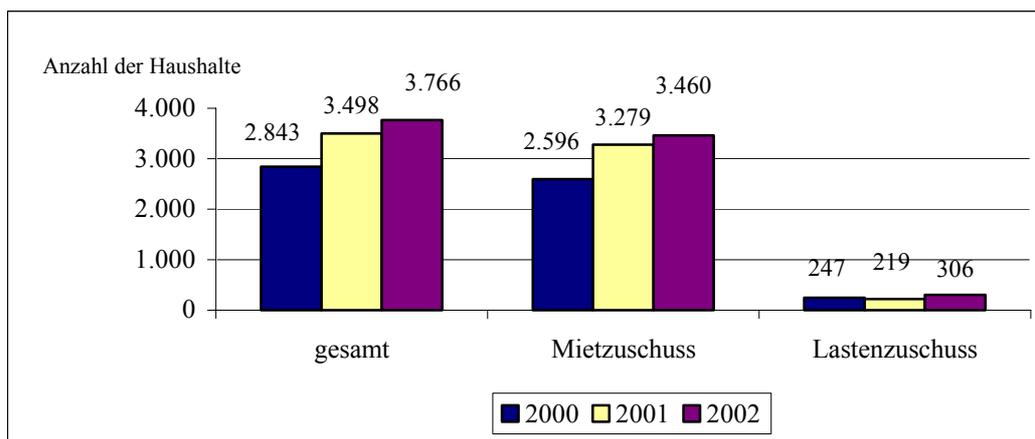
Quelle: Stadt Emden Fachdienst Sozialverwaltung

Wohngeld

Wohngeld bekommen Menschen mit niedrigem Einkommen – bei einer Mietwohnung als Mietzuschuss, bei Eigentum als Lastenzuschuss.

Die Höhe des Anspruchs wird jeweils nach der individuellen Lage errechnet. Die unter Abb. 11 aufgeführten Wohngeldempfänger schließen *nicht* die Sozialhilfeempfänger ein. Deren Wohngeldanspruch wird intern mit dem Sozialamt verrechnet.

Abb. 11: Wohngeldempfänger



Quelle: Stadt Emden Fachdienst Wohnen

Die Anzahl der Wohngeldberechtigten steigt. Dies wird mit der allgemein schlechten Wirtschaftslage erklärt, d.h. die Einkommen steigen wenig, die Lebenshaltungskosten dagegen mehr. Ein weiterer Aspekt sind die gestiegenen Nebenkosten, die teilweise „eine zweite Miete“ darstellen.

Grundsicherung

Zum 01.01.2003 wurde die Grundsicherung eingeführt. Anspruch haben Menschen über 65 Jahre mit geringem Einkommen und Menschen ab dem 18. Lebensjahr, wenn sie als voll erwerbsgemindert gelten. Die Grundsicherung kann z.B. als Zuzahlung zu einer kleinen Rente oder als „Ersatz“ für Sozialhilfe gezahlt werden und wird individuell berechnet.

Seit Januar sind bei der Stadt Emden 1.053 Anträge schriftlich eingegangen. 537 mal wurden telefonische Anfragen beantwortet, die nicht zu schriftlichen Anträgen führten.

Von den bislang bearbeiteten Anträgen wurden 217 bewilligt und 254 abgelehnt (Quelle: Stadt Emden, Sozialamt).

Aussage der vorgestellten Daten

Die Auswertung der Emdener Sozialdaten zeigt, dass in Emden nach den für Deutschland geltenden Armutsdefinitionen über 8.000 Menschen leben, auf die die Definition der relativen bzw. der politisch-normativen Armut zutrifft. Nicht eingerechnet sind die Empfänger von Arbeitslosenhilfe und –geld, die mit ihrem Einkommen knapp oberhalb der Grenze liegen, ab der ihnen eine Beihilfe wie ergänzende Sozialhilfe oder Wohngeld zusteht.

Darüber hinaus gibt es in Emden, wie in jeder anderen Stadt, auch noch eine Dunkelziffer von Menschen mit „verschämter“ und „verdeckter“ Armut. Diese Menschen beantragen aus Scham oder Unkenntnis die ihnen zustehenden Hilfen nicht und tauchen deshalb in unseren Statistiken nicht auf.

Fazit: Die Eingangsfrage des Kapitels, ob es Arme in Emden gibt, muss damit eindeutig mit ja beantwortet werden. Dies bedeutet aufgrund des zu Beginn hergestellten Zusammenhanges auch, dass diese Gruppe der Emdener Bürgerinnen und Bürger besondere gesundheitliche Probleme hat.

Wir wollen uns im folgenden Berichtsabschnitt mit Wohnungslosigkeit als einer besonderen Form von Armut und den daraus folgenden Gesundheitsstörungen auseinandersetzen.

5.5 Wohnungslosigkeit als Ausdruck echter Armut

Einkommensarmut geht häufig einher mit lang andauernder Arbeitslosigkeit, hoher Verschuldung, schlechten und ungesicherten Wohnverhältnissen, sozialer Ausgrenzung, chronischen Erkrankungen und psychischen Problemen. Eine der schlimmsten Auswirkungen von Einkommensarmut ist der Verlust der eigenen Wohnung.

Wohnungslos ist, wer nicht über einen mietvertraglich abgesicherten Wohnraum verfügt. Hierzu zählen Menschen,

- die aufgrund ordnungsrechtlicher Maßnahmen ohne Mietvertrag, d.h. lediglich mit Nutzungsverträgen in Wohnraum eingewiesen oder in Notunterkünften untergebracht werden,
- die sich in Heimen, Anstalten, Notübernachtungen, Asylen, Frauenhäusern aufhalten,
- die als Selbstzahler auf Dauer in Billigpensionen leben,
- die bei Verwandten, Freunden oder Bekannten vorübergehend unterkommen,
- die ohne jegliche Unterkunft sind, „Platte machen“ (auf der Straße schlafen)^{XIX}

5.5.1 Wohnungslosigkeit in Deutschland

Wohnen ist Lebensqualität

Die individuelle Lebensqualität von Menschen wird wesentlich durch ihr "Wohnen" bestimmt. Wohnproblematik trifft Menschen in zentralen Bedürfnissen und in ihrer Vernetzung. Die Wohnraumproblematik bildet oft den Auftakt zur Verarmung. Wohnungsnot betrifft zuerst gesellschaftliche Randgruppen und einkommensschwache Schichten – darüber hinaus aber zunehmend einen wachsenden Anteil der Gesamtbevölkerung.

Es gibt drei Gruppen von "Wohnungsnotfällen":

Wohnungsnotfälle sind gegeben, wenn Personen

- unmittelbar von Obdachlosigkeit bedroht sind, d.h. ein Verlust der Wohnung unmittelbar bevorsteht und sie ohne institutionelle Hilfe nicht in der Lage sind, ihren Wohnraum auf Dauer zu erhalten oder sich ausreichenden Ersatzwohnraum zu beschaffen
- aktuell von Obdachlosigkeit betroffen sind, d.h. sie ohne Wohnung und nicht in einem Heim, einer Anstalt o.ä. untergebracht sind
- in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben oder außergewöhnlich beengten Wohnraum bewohnen, untragbar hohe Mieten zahlen oder eskalierte Konflikte im Zusammenleben mit anderen haben.

Ursachen von Wohnungsnot

Wohnungsnot hat viele Ursachen. Oft hängt sie mit fehlenden Wohnraumangeboten in unteren Preisklassen zusammen und ist ein Ausdruck von sozialen und finanziellen Notlagen. Menschen werden obdachlos durch

- Mietschulden
- Arbeitslosigkeit
- Rechtliche Unkenntnis bei Modernisierung/Sanierung von Wohnungen
- Verwahrlosung
- Suchtmittelabhängigkeit
- Trennung von Ehe- oder Lebenspartner
- psychische Erkrankung
- Entlassung aus dem Gefängnis

Einschätzungen zur Wohnungslosigkeit

In Deutschland gibt es keine bundeseinheitliche Wohnungsnotfall-Berichterstattung.

Jährlich legt die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.(BAG) Schätzungen zur Zahl der Wohnungslosen vor.

Für das Jahr 2002 schätzt die BAG die Zahl der Wohnungslosen auf 410.000, im Jahr 2000 betrug die Schätzung noch 500.000 Menschen.

Dazu führt die BAG folgendes aus:

„Der anhaltende Rückgang der Wohnungslosenzahlen in den westdeutschen Bundesländern ist ein Erfolg der Anstrengungen von Kommunen und freien Trägern der Wohnungslosenhilfe bei der Verhinderung von Wohnungsverlusten. So haben [...] (letztere) in den letzten Jahren ihr ambulantes Betreuungsangebot ausgebaut und damit auch die Vermittlung in Wohnraum erleichtert. Zahlreiche Kommunen konnten durch Mietschuldenübernahmen den Wohnungsverlust verhindern. Allerdings wird durch die Abschwächung des Rückgangs deutlich, dass die positiven Wohnungsmarkteffekte, die auf die hohe Rate fertiggestellter Wohnungen in den Jahren 1994-1999 zurückzuführen waren, weiter auslaufen. Angesichts der eingebrochenen Baukonjunktur und stark rückläufiger Fertigstellungszahlen könnte sich in den nächsten Jahren – trotz regionaler Leerstände – wieder ein Wohnungsdefizit ergeben.

Mit Blick auf die Zukunft kann nicht von einer Entwarnung bei der weiteren Entwicklung der Wohnungslosigkeit gesprochen werden. Es muss wieder mit einem Anstieg der Wohnungslosenzahlen gerechnet werden, da in den kommenden Jahren der verfügbare Sozialwohnungsbestand, auf den einkommensschwache Haushalte angewiesen sind, weiter rückläufig sein wird.

Auch die Zahl der akut Wohnungslosen steigt seit 2002 insbesondere in einzelnen Großstädten wieder deutlich an. Diese Entwicklung könnte sich 2003 auch in anderen Städten fortsetzen.

Wichtigste Gründe für diese Entwicklungen sind die Langzeitarbeitslosigkeit vieler Haushalte und die damit einhergehende steigende Sozialhilfebedürftigkeit“ (BAG, 2003).

Mit der zunehmenden Arbeitslosigkeit dringt die Armut immer mehr in die Mitte der Gesellschaft vor, d.h.: Wohnungsnot ist nicht länger ein Problem von Randgruppen: Sie kann jeden treffen.

5.5.2 Wohnungslosigkeit in Emden

Es ist nicht bekannt, wie viele wohnungslose Menschen es derzeit insgesamt in Emden gibt. 1993 recherchierte der Tagesaufenthalt Emden durch Zusammentragen der Zahlen verschiedener Einrichtungen, dass insgesamt 135 Personen ohne Wohnung waren^{XX}. Für das Jahr 2002 wird die Zahl von 68 alleinstehenden wohnungslosen Emdern angegeben plus 52 Personen, die von Wohnungslosigkeit bedroht sind bzw. unter derart schlechten Bedingungen leben, dass von „Wohnen“ nicht gesprochen werden kann.

Es besuchen allerdings nicht alle Wohnungslosen den Tagesaufenthalt. Man muss daher von einer Dunkelziffer und „verdeckter“ Wohnungslosigkeit ausgehen. Verdeckte Wohnungslose sind Menschen, die vorübergehend bei Freunden, Verwandten Unterkunft finden. Dabei suchen sie, trotz dringender Hilfebedürftigkeit keine Hilfeinrichtungen auf, da sie sich nicht trauen, ihre Notlage zuzugeben.

„Ferner ist das volle Ausmaß der Wohnungslosigkeit von Frauen nicht bekannt. Verdeckte Wohnungslosigkeit ist in erster Linie ein frauenspezifisches Merkmal. Weibliche Scham sowie Angst vor Diskriminierung sind unter anderem Gründe dafür, dass Frauen sich auf prekäre Wohnverhältnisse einlassen. Sie finden vorübergehend Unterschlupf bei Bekannten oder gehen unklare bzw. unsichere Beziehungen ein. Vielfältige Abhängigkeiten sind häufig die Folge“ (Tagesaufenthalt, 2003).^{XXI}

Um die genaue Zahl der von Wohnungslosigkeit bedrohten Emdern zu ermitteln, stellte die Gesundheitsberichterstattung in Vorbereitung zu diesem Bericht folgende Fragen bei verschiedenen Emder Einrichtungen:

1. Wie viele Haushalte sind verschuldet?
2. Wie viele Alleinstehende bzw. Familien sind wohnungslos?
3. Wie viele Menschen sind von Wohnungslosigkeit bedroht?
4. Steigt die Anzahl?

Die mit dem Problem Wohnungslosigkeit konfrontierten Institutionen konnten zum größten Teil keine konkreten Aussagen machen. Die Antworten reichten von: es gibt immer wieder Einzelfälle; über: es liegen keine Unterlagen über Mietschulden bzw. über die Art der Schulden vor; eine Statistik hierüber wird nicht geführt; bis: unser Klientel gehört nicht zu den typischen Obdachlosen.

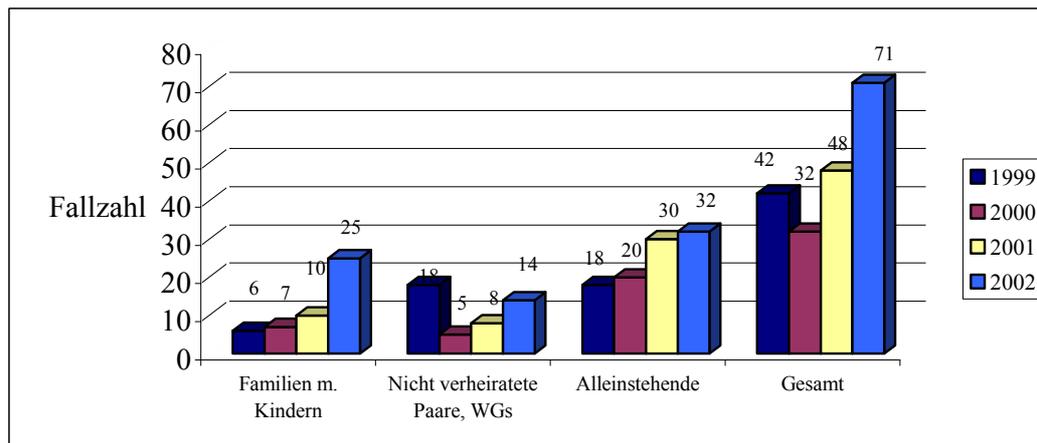
Über das Sozialamt, das darlehnsweise Mietschulden nach §15a BSHG übernimmt, könnten die Fragen über bestimmte Haushaltsstellen ausgewertet werden. Diese Auswertung ist aber erst für das Jahr 2003 geplant und lag noch nicht vor.

5.5.3 Emdener Daten

Wie dargestellt, werden Daten über Wohnungslosigkeit in Emden bislang nur am Rande erfasst. Die genaue Zahl wohnungsloser Emdener kennen wir nicht. Hinweise auf bestehende oder drohende Wohnungslosigkeit geben Statistiken über Räumungsklagen, Übernachtungen in der Obdachlosenunterkunft etc.

Räumungsklagen

Abb. 12: Räumungsklagen



Quelle: Stadt Emden, Fachdienst Wohnen

Die Gesamtzahl der Räumungsklagen hat sich seit dem Jahr 2000 mehr als verdoppelt (s. Abb. 12).

Nicht alle Klagen führen zu tatsächlichen Räumungen. Manchmal werden Räumungen verhindert, weil z.B. in Einzelfällen die Stadt Mietschulden übernimmt, bestehende Konflikte zwischen Vermieter und Mieter gelöst werden konnten oder andere Wohnungen gefunden wurden. Viele Menschen gehen in die „verdeckte Wohnungslosigkeit“, d.h. sie übernachten bei Freunden oder leben in ungesicherten Wohnverhältnissen, z.B. ohne Mietvertrag usw.

Zuständig für Hilfe bei Wohnungsverlust ist bei Familien und Kindern und Jugendlichen der Soziale Dienst der Stadt Emden, bei alleinstehenden Personen der Tagesaufenthalt für Menschen in Wohnungsnot der ev.-ref. Kirche.

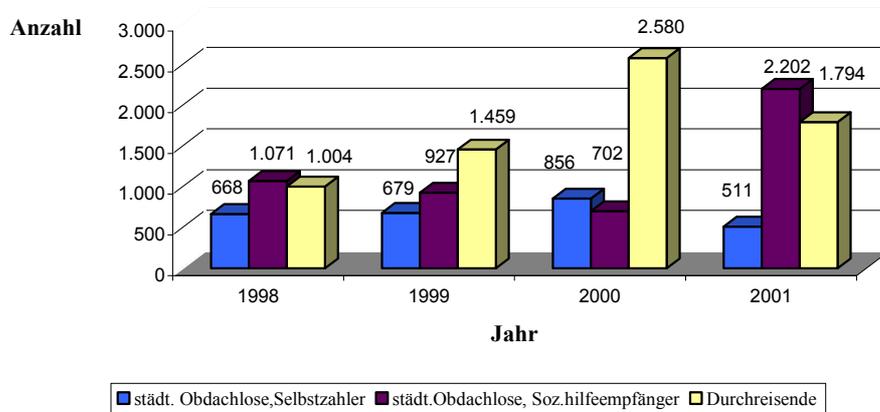
Die Datenlage über tatsächliche Wohnungsräumungen ist mangelhaft. Das Gericht kann z.B. keine Auskunft geben, weil Klagen nicht nach Kategorien erfasst werden.

Übernachtungen

Alleinstehende wohnungslose Menschen haben die Möglichkeit, sicher in einer Übernachtungseinrichtung zu schlafen. In Emden ist dies die „Alte Liebe“. Träger dieser Einrichtung ist die ev.-ref. Kirche, Kostenträger die Stadt Emden.

Die Anzahl der Übernachtungen in der „Alten Liebe“ wird von der Sozialverwaltung, unterschieden nach Selbstzahlern, das sind städtische Obdachlose, die ein eigenes Einkommen haben (z.B. Rente), städtischen Obdachlosen, die Sozialhilfe beziehen und Durchreisenden, festgehalten.

Abb. 13: Gesamtzahl der Übernachtungen "Alte Liebe" 1998 - 2001

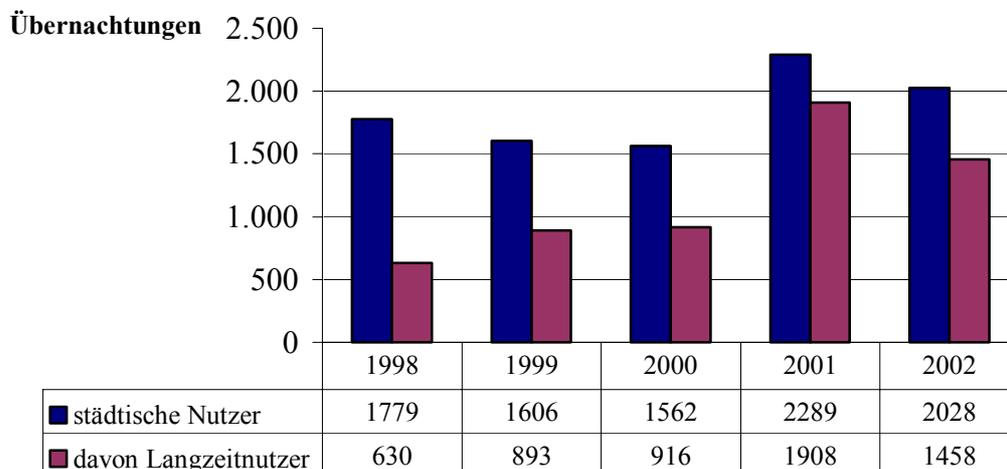


Quelle: Stadt Emden, Sozialverwaltung

Es ist ein deutlicher Anstieg der Übernachtungen zu erkennen, wobei die besonders hohe Zahl der Durchreisenden im Jahr 2000 darin begründet liegt, dass die Übernachtung in Leer zeitweise geschlossen war und viele Durchreisende nach Emden ausweichen mussten. Der Anteil der Selbstzahler ist von 1998 bis 2000 bemerkenswert hoch. 2002 verändert sich das Verhältnis, und der Anteil der Sozialhilfeempfänger steigt überproportional an. Ursachen hierfür können wir zur Zeit nicht nennen.

Besorgnis erregend ist der hohe Anstieg der Übernachtungen städtischer Obdachloser (nach §2 DVO zum §72 BSHG). Aufgrund der Entspannung am Wohnungsmarkt könnte man niedrigere Zahlen erwarten. Hier kommt zum Tragen, dass gerade im Jahr 2001 viele chronisch mehrfach geschädigte Alkoholranke, die aus den verschiedensten Gründen nicht in Unterkünfte oder stationäre Einrichtungen vermittelbar sind, in der Alten Liebe übernachteten (s. Abb.14). „Seit Jahren wird die Übernachtung Alte Liebe von Hilfesuchenden genutzt, die aufgrund ihrer jahrelangen Suchtkrankheit erhebliche Folgeerscheinungen haben. Es handelt sich dabei um 8-10 chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitsranke pro Jahr“ (Tagesaufenthalt, 2003). 2001 kamen 8 Personen auf 1.995 Übernachtungen; die Gesamtzahl von 2.202 Übernachtungen verteilte sich auf insgesamt 80 Personen.

Abb. 14: Langzeitnutzer der Wohnungslosenübernachtung



Quelle: Tagesaufenthalt, 2003

Die Übernachtungsmöglichkeit verhindert für chronisch mehrfach geschädigte Alkoholranke oft eine Einweisung in ein Krankenhaus, da in der Alten Liebe noch die beste, mögliche Hilfe geleistet wird und die Menschen nicht auf der Straße übernachten müssen.

Eine Vermittlung in ein Heim gelingt oft nicht, da einerseits aufgrund der Schädigungen die Selbsteinschätzung nicht mehr funktioniert und die Menschen sich deshalb nicht als hilfebedürftig einschätzen, andererseits besteht die Angst, durch einen Umzug in ein Heim auch die letzten noch vorhandenen sozialen Kontakte zu verlieren. Nicht zuletzt besteht das Problem jedoch darin, dass entsprechende Heimplätze für schwer geschädigte Alkoholranke in Ostfriesland nicht vorhanden sind. In Altenheimen sind diese Menschen nicht adäquat untergebracht.

5.6 Wohnungslosigkeit und Gesundheit

Das Leben auf der Straße ist hart.

Wer auf der Straße lebt, ist selten gesund und wer auf der Straße erkrankt, wird nur sehr langsam oder nie wieder gesund. Sowohl Körper als auch Psyche erleiden schwere Schäden. Die gravierendsten Veränderungen passieren oft schon im ersten halben Jahr des Lebens auf der Straße.

Neunzig Prozent der in Wohnungslosigkeit lebenden Menschen gelten als dringend behandlungsbedürftig.

Untersuchungen zur Sterblichkeit wohnungsloser Menschen deuten darauf hin, dass das durchschnittliche Sterbealter 10 bis 15 Jahre unter dem der Normalbevölkerung liegt.^{XXII}

Hier zeigt sich besonders extrem, wie soziale Ungleichheit zu gesundheitlicher Ungleichheit führt (siehe Abschnitt 5.1). Untermuert wird dieser Sachverhalt auch durch die Sterbedaten des Emders Tagesaufenthaltes.

5.6.1 Sterbestatistik des Emders Tagesaufenthaltes

In den Jahren von 1993 bis 2002 starben von den Besuchern des Tagesaufenthaltes 64 Männer und eine Frau. Die MitarbeiterInnen des Tagesaufenthaltes dokumentierten intern Informationen zu Lebensumständen, Alter und Tod dieser Besucher.

Demnach starben 12 Besucher außerhalb Emdens, 6 in Einrichtungen (Heim, Justizvollzugsanstalt usw.). Für die einzelnen Jahre ergibt sich folgendes Bild:

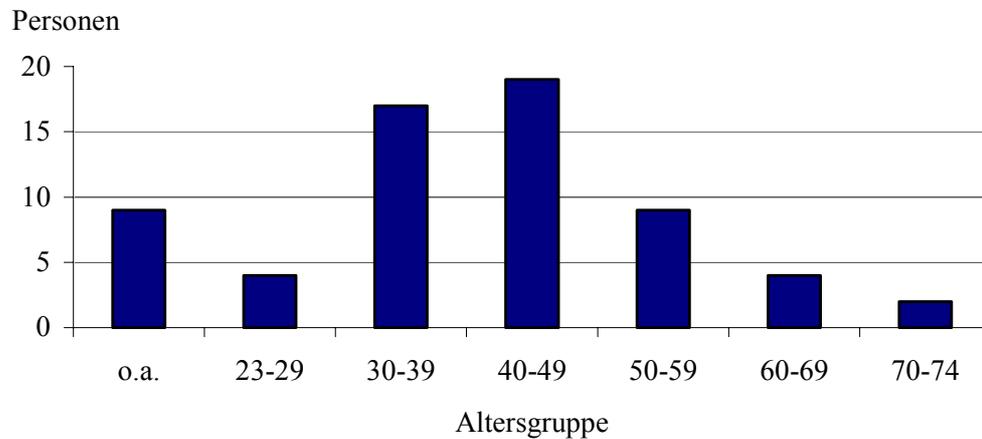
Tab. III: gestorbene Tagesaufenthaltsbesucher im Jahresvergleich

Sterbejahr	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Personenanzahl	6	6	8	4	8	4	7	6	10	6

Von den 65 Menschen waren 42 alkoholkrank, zu den bereits mehrfach geschädigten Alkoholabhängigen zählten 26, drogenabhängig waren 11. Viele hatten weitere schwere Krankheiten: Diabetes, Epilepsie, TBC, Krebs, psychische Erkrankungen.

Der Großteil starb im Alter von 30 bis 50 Jahren (s. Abb. 15)

Abb. 15: gestorben von 1994-2002 nach Altersgruppe



Die Sterbeorte waren:

Tab. IV: Sterbeort

Krankenhaus	Wohnung	Heim/andere Einrichtung	draußen	unbekannt
5	7	10	6	37

35 Personen waren wohnungslos, 6 Durchwanderer, 6 hatten eine juristische Betreuung (früher Vormundschaft).

Die Liste der Todesursachen ist bedrückend, besonders wenn man das jeweilige Alter dazu betrachtet (die Liste ist unvollständig):

Tab. V: Sterbealter und Todesursachen

Sterbealter	Todesursache
36	Krampfanfall
38	Krebs
o.A:	Unfall
38	Leberzirrhose
58	Mord
65	Herzversagen
23	Tod nach Drogenkonsum
28	Brand
45	Leberzirrhose
o.A:	Suizid
o.A:	Todesursache unklar

47	Krampfanfall
45	Unfall
35	Krampfanfall
45	Leberzirrhose
59	Krampfanfall
o.A:	Krampfanfall
37	Leberzirrhose
35	tot aufgefunden
62	Krampfanfall
53	Ursache unklar
40	Treppensturz
43	Organversagen
o.A:	Hirntumor
49	vom Zug erfasst
52	Bauchspeicheldrüse
34	tot aufgefunden
58	Im Kanal tot aufgefunden
39	tot aufgefunden
41	Überdosis
47	tot aufgefunden
41	Überdosis Tabletten
26	tot aufgefunden
36	Ursache unklar
24	Ursache unklar
68	Krebs
74	nicht bekannt
45	Krebs
39	Krebs
38	Ursache unklar
43	tot auf Gleisen aufgefunden
56	Leberzirrhose
36	tot aufgefunden
o.A:	Suizid auf Gleisen
39	Mord
54	Suizid
67	Lungenentzündung
53	tot aufgefunden
43	Krampfanfall
32	Alkoholkonsum

Quelle: Tagesaufenthalt Emden; Bearbeitung: Gesundheitsamt

5.7 Projekt medizinische Basisversorgung wohnungsloser Menschen

In den Jahren 2000 bis 2002 wurde parallel sowohl durch das Gesundheitsamt der Stadt Emden und als auch durch den Tagesaufenthalt für Menschen in Wohnungsnot der ev. ref. Kirche eine zunehmende Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes wohnungsloser Menschen in Emden beobachtet:

Von 361 Besuchern im Jahr 2001 des Tagesaufenthaltes waren 69 besonders auffällig durch das gleichzeitige Auftreten mehrerer Erkrankungen (Multimorbidität) und deren Schwere.

Im gleichen Zeitraum fielen für 20 städtische Wohnungslose Kosten in Höhe von ca. 160.000 Euro für stationäre Behandlung an.

Bedeutung dieser Beobachtungen:

Das Leben auf der Straße wird härter, z.B. durch Zunahme von Gewalt gegen und unter Wohnungslosen, Zunahme von Drogenkonsum, Ausgrenzung aus den Stadtzentren.

Krankheiten verlaufen auf der Straße komplizierter, langwieriger und werden oft chronisch. So kann sich z. B. eine einfache Erkältung auf der Straße leicht zu einer Lungenentzündung entwickeln.

Wohnungslose haben besonders häufig folgende gesundheitliche Probleme:

- Hauterkrankungen
- Atemwegserkrankungen
- Frakturen (Brüche)
- neurologische/psychiatrische Erkrankungen
- Sucht
- Verletzungen
- Gefäßerkrankungen
- Herz-Kreislaufkrankungen
- Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates

Ein besonderes Problem liegt darin, dass wohnungslose Menschen oft aus Scham und Angst nicht zum Arzt gehen, denn das medizinische Versorgungssystem ist nicht auf dieses Klientel eingerichtet. Es wird als zu hochschwellig erlebt. Umgekehrt sehen die Ärzte Wohnungslose als nicht „wartezimmerfähig“ und meist schwierige Patienten an.

Als Folge konsultieren Wohnungslose bei gesundheitlichen Problemen entweder gar keinen Arzt oder nicht rechtzeitig. Notwendige Behandlungen setzen erst ein, wenn die medizinischen Probleme gravierender oder sogar irreparabel geworden sind bzw. begonnene Behandlungen können nicht konsequent zu Ende geführt werden. Meist bleibt als einzige Behandlungsoption ein kostenintensiver Krankenhausaufenthalt.

Konzeptentwicklung

Um die Situation städtischer und durchreisender Wohnungsloser zu verbessern, wurde ein Projekt für eine niedrighschwellige medizinische Basisversorgung initiiert, um

- die Gesundheitspflege von Wohnungslosen zu unterstützen und zu fördern
- Wohnungslosen den Weg zum eigenen Arzt bzw. zum Facharzt zu erleichtern
- einer Verschleppung von Krankheiten entgegenzuwirken und damit evtl. Krankenhausaufenthalte zu vermeiden

- eine Unterstützung für wohnungslose chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke zu bieten
- dem Krankenhaus-Drehtür-Effekt entgegenzuwirken
- kostendämpfend zu wirken, insbesondere bei nicht krankenversicherten Personen.

Die Leistung soll formlos und ohne Vorleistungen durchgeführt werden.

Die Basisversorgung soll kein Ersatz für das bestehende medizinische Versorgungssystem sein.

Zielgruppe

Zielgruppe der niedrigschwelligen medizinischen Versorgung sind Stammbesucher und Besucher des Tagesaufenthaltes Emden, die in freiwilliger Betreuung durch die MitarbeiterInnen des Hauses sind.

Dies sind:

- Städtische Wohnungslose nach §2 DVO zum §72 BSHG
- Verdeckte Wohnungslose
- Ehemalige Wohnungslose
- Durchreisende Wohnungslose nach §4 DVO zum §72 BSHG

Personelle Ausstattung

Das Angebot wird von einer Ärztin und einer Krankenschwester durchgeführt.

Darüber hinaus werden die durch die SozialarbeiterInnen des Tagesaufenthaltes schon geschaffenen Angebote und Strukturen für das Projekt genutzt.

Bei der Versorgung von wohnungslosen Menschen müssen besondere Beziehungsfaktoren und -ebenen beachtet werden, die für das gewohnte Arzt- Patientenverhältnis nicht typisch sind.

Ein wichtiges Element der Beziehungsebene ist z.B. die Akzeptanz des Klientels mit seinen Besonderheiten, wie Verwahrlosung, schmutzige Kleidung, strenge Gerüche, Suchtmittelgebrauch und eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten.

Angebotsschwerpunkte

Seit April 2003 gibt es 2x wöchentlich eine Sprechstunde im Tagesaufenthalt Emden, die abwechselnd von der Ärztin und der Krankenschwester angeboten wird. Der Schwerpunkt der Beratung und Behandlung liegt auf:

- Basisversorgung und evtl. Notfallbehandlung
- Erstdiagnose und Weitervermittlung zum praktischen Arzt, Facharzt oder ins Krankenhaus
- Kooperation mit dem Hausarzt (wenn vorhanden)
- Ausstellung von notwendigen Formularen (Rezepte, Überweisungen etc.)
- Krisenintervention
- Zusammenarbeit mit den Pflegediensten
- Motivation und Anleitung zur Gesundheitspflege

Zusammenarbeit mit der Sozialarbeit des Tagesaufenthaltes

Eine enge, interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Sozialarbeit des Tagesaufenthaltes Emden ist unabdingbar. Regelmäßige Fall- und Dienstbesprechungen sind nötig. Die Sozialarbeit übernimmt dabei folgende Aufgaben, ohne die das medizinische Angebot nicht gelingen kann:

- Motivationsarbeit für Hilfesuchende, die medizinische Sprechstunde zu nutzen
- Sicherstellen der Anbindung an das bestehende Versorgungssystem
- Herstellen des Kontaktes zu den niedergelassenen Ärzten
- Hilfe zum Erreichen der unterschiedlichen medizinischen Ziele

Vernetzung mit anderen Institutionen

Die medizinische Grundversorgung erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Institutionen und Personen. Wichtige Kooperationspartner sind das Sozialamt und das Gesundheitsamt Emden.

Darüber hinaus kann nur durch eine enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Emdener Ärzten die Integration von Wohnungslosen in die Regelversorgung sichergestellt werden.

Das Projekt wird durch die Fachhochschule Oldenburg / Ostfriesland / Wilhelmshaven, Studiengang Public Health / Gesundheitswissenschaften beratend unterstützt.

Kostenträger und Finanzierung

Das Projekt wird zur Zeit durch eine Poolfinanzierung getragen. Sie setzt sich zusammen aus Geld- und Sachspenden, Abrechnungen über Krankenscheine, Krankenhilfe des Sozialamtes nach BSHG sowie kirchliche Mittel.

Abschlussbemerkungen

Angesichts des sehr schlechten Gesundheitszustandes Wohnungsloser und der damit verbundenen sehr hohen Kosten für medizinische Behandlungen, stellt ein Projekt zur niedrigschwelligen medizinischen Grundversorgung einen sinnvollen Versuch dar, die Gesundheitssituation Wohnungsloser zu verbessern und damit in Zukunft auch eine Kostenreduzierung zu erzielen. Ein besonderes Ziel des Projektes ist, durch frühere Erstbehandlung und konsequente Sicherstellung der Weiterbehandlung spätere stationäre Aufenthalte vermeiden zu helfen. Besonders wichtig ist aber, dass mit diesem Projekt ein erster Schritt zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Wohnungslose getan ist.

Es muss kein „Krankentourismus“ wohnungsloser Menschen nach Emden befürchtet werden. Die Erfahrungen aus anderen Städten, in denen gleichartige Angebote bereits seit langem bestehen, belegen, dass keine „Magnetwirkung“ entsteht.

Da es sich in Emden um einen kleinen, überschaubaren und bekannten Personenkreis handelt, das Projekt im Tagesaufenthalt angesiedelt ist und damit sehr niedrigschwellig ist, stehen die Chancen für eine Realisierung der angestrebten Ziele sehr gut.

Handlungsansatz für Emden

Da erste Gesundheits- und Einsparungserfolge frühestens in zwei Jahren sichtbar werden, muss die **Finanzierung des Projektes** durch Absprache der beteiligten Partner für mindestens diesen Zeitraum gesichert werden. Danach sollte nach einer Auswertung der Ergebnisse über das weitere Vorgehen entschieden werden.

Zum Schluss soll festgehalten werden, dass das Projekt nicht nur der unmittelbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes der Wohnungslosen dienen soll, sondern gleichzeitig einen kleinen Beitrag zum Ausgleichen der gesundheitlichen Ungleichheit leisten möchte. Dies wird angestrebt, indem versucht wird, verlorengegangene bzw. verborgene Ressourcen Wohnungsloser (wieder) zu aktivieren bzw. sie zu motivieren, auch neue zu erlernen. Durch die Vermittlung von Wissen und Zusammenhängen, sowohl über gesundheitliche als auch soziale Belange, angepasst an das Niveau des jeweilig Hilfesuchenden, soll den betroffenen Menschen wieder zu mehr Kontrolle über die eigenen Lebensumstände verholfen werden. Dieser Ansatz bedeutet **Hilfe zur Selbsthilfe** und hat den Vorteil, auch längerfristig zu wirken. ^{XXIII, XXIV, XXV, XXVI}

Heike de Vries
Ärztin
Gesundheitsamt

Almut Bungenstock
Gesundheitsberichterstattung
Gesundheitsamt

Florian Müller-Goldenstedt
Tagesaufenthalt für Menschen in Wohnungsnot
ev.-ref. Kirche

6 Gesundheitsförderung für Kinder im Grundschulalter

6.1 Einschulungsuntersuchungen

Im Zentrum dieses Abschnitts steht die Gesundheit der Schulanfänger/innen. Diese Kinder hören häufig den Satz: „Mit der Schule fängt der Ernst des Lebens an“. Es stimmt: Mit Beginn der Schulzeit tritt das Kind mehr als bisher aus der Familie und dem vertrauten Rahmen zu Hause heraus und muss sich behaupten. Leistung wird ein wichtiges Thema. Die möglichen auftretenden Belastungen in der Schule und durch die Schule sind für jedes einzelne Kind sehr unterschiedlich. Nicht jedes durchschnittlich 6 Jahre alte Kind hat den gleichen Entwicklungsstand. Die körperliche Entwicklung, die Entwicklung der Wahrnehmung, das Arbeits- und Sozialverhalten beeinflussen aber maßgeblich die Schullaufbahn und somit auch den späteren Lebensweg eines jeden Kindes. Je besser die Voraussetzungen sind, die die Kinder zur Einschulung mitbringen, desto leichter wird es ihnen fallen, den neuen Anforderungen gewachsen zu sein. Es ist deshalb sehr wichtig, neben gesundheitlichen Einschränkungen auch Einschränkungen in der Wahrnehmung und im Sozialverhalten *vor* der Einschulung zu erkennen und Fördermaßnahmen einzuleiten, damit das Kind nicht für seinen späteren Lebensweg durch abwendbare Störungen behindert wird.

Wir möchten Ihnen in diesem Kapitel nach einer kleinen Einführung in das Thema einige Ergebnisse zur Gesundheit der Schulanfänger 2002 präsentieren. Daran anschließend erfahren Sie etwas über ein Psychomotorikprojekt für Kinder an der Grundschule Grüner Weg, dass sich mit einer umfassenden Förderung von Kindern beschäftigt.

6.1.1 Gesetzliche Grundlagen

Die Zuständigkeit für die Gesundheitsfürsorge durch den öffentlichen Gesundheitsdienst ist in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlich geregelt. In früheren Jahren waren Schuleingangsuntersuchungen gesetzlich vorgeschrieben und eine grundlegende Voraussetzung zum Feststellen der Schulreife. Seit 1978 können die örtlichen Schulbehörden selbst entscheiden, ob Schuleingangsuntersuchungen durchgeführt werden. In Emden und fast überall in Niedersachsen werden auch weiterhin die Schuleingangsuntersuchungen durch den jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter durchgeführt.

6.1.2 Was sind Einschulungsuntersuchungen und warum sind sie so wichtig?

Im Laufe der letzten Jahre haben sich die Einschulungsuntersuchungen verändert. Neben der individualmedizinischen Beurteilung werden schulrelevante Entwicklungsbereiche besonders berücksichtigt und schulärztliche Empfehlungen über mögliche Hilfen und Fördermaßnahmen gegeben.

Bei unseren Schuleingangsuntersuchungen erfolgen nach der Erhebung der persönlichen Daten des Kindes und der Eltern folgende Untersuchungen:

- Hör- und Sehtest
- Körperliche Untersuchung mit Feststellung von Größe und Gewicht unter Berücksichtigung von Wirbelsäule und Haltung
- Grobmotorik und Koordination

- Feinmotorik und Auge-Hand-Koordination
- Überprüfung der Wahrnehmungsbereiche
- Sprachentwicklung
- Aufgabenverständnis, Arbeitsverhalten
- Verhalten

Die Schuleingangsuntersuchungen sind Reihenuntersuchungen des öffentlichen Gesundheitswesens und die einzige Untersuchung, bei der ein gesamter Jahrgang der Bevölkerung umfassend medizinisch untersucht wird.

Zum Einen können die Einschulungsuntersuchungen bei Kindern, die nicht an den Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) teilgenommen haben, mögliche Krankheiten, Auffälligkeiten, Impflücken und Defizite aufgedeckt werden, zum Anderen haben sie die wichtige Aufgabe, die Beurteilung der Kinder für den Arbeitsplatz „Schule“ vorzunehmen. Dieser Aspekt ist in den Vorsorgeuntersuchungen nicht vorgesehen. Somit ist die Schuleingangsuntersuchung nicht nur für die Kinder wichtig, die nicht an der U9 (letzte Vorsorgeuntersuchung vor der Einschulung) teilgenommen haben, sondern für alle schulpflichtigen Kinder. Sie stellt eine einzigartige Möglichkeit dar, alle Kinder mit besonderem Förderbedarf vor der Einschulung herauszufinden.

In Emden werden die Einschulungsuntersuchungen standardisiert nach dem Weser-Ems-Modell durchgeführt. Die Daten werden anonym ausgewertet. Aus den Ergebnissen erhält man Aussagen zum Gesundheitszustand und zum Gesundheitsverhalten (z.B. die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen) aller schulpflichtigen Kinder eines kompletten Jahrganges.

Ohne die standardisierte Schuleingangsuntersuchung aller schulpflichtigen Kinder hätten wir keine Möglichkeiten mehr, differenzierte, vergleichbare Aussagen über die gesundheitlichen und psychosozialen Verhältnisse eines gesamten Jahrganges zu erstellen. Empfehlungen hinsichtlich Fördermaßnahmen sowie weiterer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen könnten dann nicht mehr gewährleistet werden.

Durch die standardisierte Untersuchung *aller* Kinder haben wir die Möglichkeit, uns mit anderen Kommunen zu vergleichen. Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen stellen somit auch eine wichtige Grundlage für bevölkerungs- und gesundheitspolitische sowie auch kommunale Entscheidungen dar (z.B. als Planungsgrundlage).

6.1.3 Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2002

Seit 1992 führen wir jährlich bei 550 - 800 Kindern (abhängig von der Jahrgangsstärke) standardisierte Einschulungsuntersuchungen durch.

Die Ergebnisse für das Jahr 2003 liegen noch nicht vor, weil die Untersuchungen für dieses Jahr noch nicht abgeschlossen sind. Wir wollen nachfolgend einen kurzen Überblick über die Befunde aus dem Jahr 2002 geben und auf einige Themen näher eingehen.

Hinter den Zahlen für das Jahr 2002 finden Sie in Klammern die Zahlen von 2001. Im Text, in den Tabellen und Diagrammen sind oft die Ergebnisse aus dem Regierungsbezirk Weser-Ems angegeben, damit durch den Vergleich eine bessere Einschätzung der Bedeutung der Emdener Zahlen möglich wird.^{xxvii} (Sollte die Summe der prozentualen Anteile manchmal nicht

genau 100% ergeben, liegt dieses daran, dass nach dem Komma auf-, bzw. abgerundet wurde.)

Im Jahr 2002 wurden insgesamt 547 Kinder untersucht (574), 274 Jungen (301) und 273 Mädchen (273).

Bei den Einschulungsuntersuchungen kommt es besonders darauf an, Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen, die Einfluss auf das Lernen und das Verhalten in der Schule haben können. So sind z.B. Fähigkeiten wie gutes Seh- und Hörvermögen Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Teilnahme im Unterricht und damit den späteren Lernerfolg. Hören ist auch für die Sprachentwicklung der Schulanfänger wichtig, Sprach- und Sprechstörungen behindern ein Kind in seinen Lernerfolgen.

6.1.3.1 Vorsorgeuntersuchungen

Der größte Teil der Emdener Kinder ist medizinisch gut versorgt. Ein Vorsorgeheft (U-Untersuchungen) wurde 2002 bei fast 91 % (87%) aller Kinder vorgelegt.

Die Teilnahme an den Untersuchungen nimmt jedoch ab, je älter die Kinder werden. Bei der U1 am Tag der Geburt wurden nur zwei Kinder nicht untersucht, bei der U9, die mit fünf Jahren erfolgt, waren es schon 130 Kinder. Das heißt, dass 23,8% der Kinder, die ein Vorsorgeheft vorgelegt hatten, keine U9 hatten und belegt die Wichtigkeit der Einschulungsuntersuchung. Für diese Kinder, die nicht an der letzten Vorsorgeuntersuchung vor der Einschulung teilgenommen haben, stellt die Einschulungsuntersuchung ein Auffangnetz dar, um eventuelle Erkrankungen, Impfücken oder Defizite aufzudecken.

Wir konnten bei der Vorlage der Untersuchungshefte feststellen, dass die Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern aus sozialen Brennpunktgebieten deutlich weniger (10%) in Anspruch genommen wurden.

6.1.3.2 Impfungen

Warum impfen?

Impfungen werden zum Schutz vor einer Vielzahl von Erkrankungen durchgeführt, die überwiegend durch Bakterien, Bakteriengifte oder Viren verursacht werden.

Zum großen Teil handelt es sich bei diesen Erkrankungen um sehr aggressive, hoch ansteckende Infektionskrankheiten, so dass man bei fehlendem Impfschutz meistens bereits im Kindes- oder Jugendalter erkrankt. Deshalb werden diese Erkrankungen fälschlicherweise auch Kinderkrankheiten genannt. Es ist ein großer Irrtum, dass es sich bei den Kinderkrankheiten um harmlose Erkrankungen handelt, die nur Kinder befallen. Diese Infektionskrankheiten können erhebliche, vor allem auch bleibende Schäden, bis hin zu Todesfällen verursachen.

Impfungen dienen der Verhütung bzw. Ausrottung bestimmter Erkrankungen. Sobald ein ausreichend großer Anteil der Bevölkerung geimpft ist, wird die Infektionskette unterbrochen, die Erkrankung kann sich nicht weiter ausbreiten und möglicherweise, wie bei der Pockenerkrankung, vollständig ausgerottet werden.

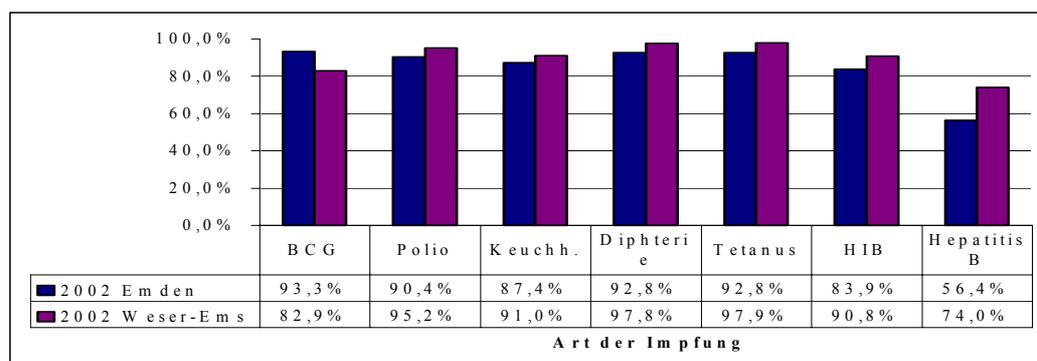
Das Risiko einer schwerwiegenden Schädigung durch eine Impfung ist außerordentlich selten und steht in keinem Verhältnis zu der Häufigkeit schwerer, eventuell auch dauerhafter Schäden durch die Erkrankung.

In Deutschland werden die Impfempfehlungen von der Ständigen Impfkommission (STIKO) regelmäßig überarbeitet und veröffentlicht.

Eine Impfberatung findet durch den impfenden Arzt/Ärztin statt. Die Entscheidung über eine Impfung treffen die Eltern. Bei Unsicherheiten der Eltern und in Ausnahmefällen, in denen ein Kind nicht geimpft werden sollte, muss das Für und Wider einer Impfung genau besprochen werden.

91% der untersuchten Kinder hatten bei der Einschulungsuntersuchung ein Impfheft dabei (87%). Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Kinder mit vorgelegtem Impfheft einen vollständigen Impfschutz besitzen. Der Impfschutz muss für jede einzelne Impfung betrachtet werden und ist sehr unterschiedlich: so gibt es einen deutlich höheren Impfschutz z.B. bei Diphtherie und Tetanus (s. Abb. 16) – einen schlechteren bei der Kombinationsimpfung Masern/Mumps/Röteln und bei der Hepatitis-B-Impfung.

Abb. 16: vollständiger Impfschutz im Vergleich



Quelle: Gesundheitsamt Emden, Schuleingangsuntersuchungen 2002, alle untersuchten Kinder mit vorgelegtem Impfheft
Landesgesundheitsamt Hannover: Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen 2002^{XXVIII}

BCG	= Tuberkulose
Polio	= Kinderlähmung
Pertussis	= Keuchhusten
Diphtherie	= schwere Infektion der oberen Luftwege
Tetanus	= Wundstarrkrampf
HIB	= bakterielle Erkrankung bei Säuglingen und Kleinkindern
Hepatitis B	= Leberentzündung, Gelbsucht, hervorgerufen durch das Hepatitis B Virus

Die Masern/Mumps/Röteln-Impfung muss gesondert betrachtet werden, weil nach einer einmaligen Impfung nicht in jedem Fall ein ausreichender Impfschutz vorhanden ist. Es wird deshalb eine zweite Masern/Mumps/Röteln-Impfung empfohlen, um Impflücken zu schließen.

Wir möchten zu den Folgen niedriger Impfraten ein aktuelles Beispiel darstellen:

2001 fiel in Emden bei den Schuleingangsuntersuchungen die niedrige Masern/Mumps/Röteln-Impfquote der untersuchten Kinder auf. Emden lag ca. 20% unter dem Landesdurchschnitt: 72,2% aller untersuchten Kinder waren mindestens einmal gegen Masern und Mumps geimpft und nur 3,2% zweimal. Im Weser-Ems-Gebiet waren 91,2% der Kinder mindestens einmal gegen Masern und Mumps, davon 31,6% zweimal geimpft.^{XXIX}

Tab. VI: Geimpfte Schulanfänger in Emden

Impfung	2001		2002	
	1. Impfung	2. Impfung	1. Impfung	2. Impfung
Masern	69,0%	3,2%	51,4%	27,5%
Mumps	69,2%	3,0%	51,6%	27,5%
Röteln	59,2%	2,2%	45,0%	26,3%

Quelle: Gesundheitsamt Emden, Schuleingangsuntersuchungen 2002, alle untersuchten Kinder mit vorgelegtem Impfheft

Im Jahre 2001 kam es in Emden dann auch zu einem Masernausbruch mit über 287 Erkrankungen (zum Vergleich: im Jahr 2002 waren es nur 35!). Betroffen waren vor allem Kinder im Kleinkind- und Vorschul- sowie im Grundschulalter.

Masern

Masern sind eine hochansteckende Viruserkrankung, die aufgrund häufig auftretender Komplikationen seit einer Gesetzesänderung 2001 meldepflichtig ist. Nicht geimpfte Personen erkranken im Fall eines Kontaktes zu 95 - 100%.

Die Krankheit hält ca. 2 Wochen an, mit typischen Symptomen wie Fieber und Hautausschlag am ganzen Körper. Neben der schweren Beeinträchtigung durch die Erkrankung kommt es in 10 - 20% der Erkrankungen zu Komplikationen. Diese reichen von Mittelohrentzündung über Lungenentzündung bis hin zu Gehirnentzündung. Etwa 10 - 20% der Gehirnentzündungen enden tödlich, etwa 20 - 30% hinterlassen dauerhafte Schäden.

Die Gefahr schwerer bleibender Schäden nach einer Masernerkrankung ist um ein vielfaches höher als eine Impfkomplication.

In Emden mussten ca. 10% der erkrankten Kinder im Krankenhaus behandelt werden, da sie besonders schwerwiegende Symptome aufwiesen.

Weil die Impfung gegen Masern im Allgemeinen in Kombination mit Mumps und Röteln stattfindet, ist bei dem schlechten Durchimpfungsgrad darüber hinaus davon auszugehen, dass es auch zu einem erhöhten Ausbrechen dieser Krankheiten kommen kann.

Da Mumps und Röteln jedoch nicht meldepflichtig sind, liegen uns keine Zahlen vor.

Für Gesamtniedersachsen lag der Durchimpfungsgrad der einzuschulenden Kinder im Jahr 2000 zum ersten Mal für Masern bei über 90%. In Emden, Leer und Lüchow-Dannenberg wurden die niedrigsten Durchimpfungsraten für Masern beobachtet. In diesen Regionen kam es 2001 zu Masernausbrüchen, was sich mit den niedrigen Durchimpfungsquoten deckt (Impfreport, 2002). Bei den Masern muss eine sehr hohe Durchimpfungsquote erreicht werden (über 95%), um eine vollständige Ausrottung zu erreichen.

2002 lag die Impfquote in Emden für Masern und Mumps noch 10% niedriger, für die Hepatitis-B-Impfung 15% niedriger als der Durchschnitt des Regierungsbezirks Weser-Ems.

Um eine Verbesserung der Impfquoten bei den Emdener Kindern zu erreichen, fand im Mai 2002 ein gemeinsames Treffen mit den niedergelassenen Kinderärzten sowie den Kinderärzten aus dem Emdener Krankenhaus statt, bei dem ein gemeinsames Vorgehen und konkrete Maßnahmen besprochen und zum Teil auch schon umgesetzt wurden (z.B. Information von Erzieherinnen und Erziehern, Lehrkräften sowie aller Eltern in Kindertagesstätten und Grundschulen. (Die Informationsschreiben finden Sie im Anhang, S.87)

Schutzimpfungen sind, wenn sie umfassend durchgeführt werden, eine der effizientesten Maßnahmen zur Prävention zahlreicher Infektionskrankheiten. Sie haben einen hohen Kosten-Nutzen-Effekt.

Trotz großer Erfolge sind weitere und gezielte Maßnahmen zur Steigerung der Impfquoten erforderlich, wie auch in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes festgestellt wurde (s. Gesundheitsberichterstattung des Bundes)^{xxx}

Handlungsempfehlung für Emden

- Regelmäßige Aufklärung der Bevölkerung über den Nutzen und die Notwendigkeit von Schutzimpfungen
- Sensibilisierung der Träger vorschulischer Einrichtungen für die Notwendigkeit von Impfungen mit dem Ziel, vor Aufnahme der Kinder in die Einrichtung auf den Impfstatus zu achten
- Informationsveranstaltungen in den vorschulischen Einrichtungen
- Informationsveranstaltungen für Erzieherinnen, Hebammen und Kinderkrankenschwestern u.a. über den aktuellen Stand der Impfempfehlungen

6.1.3.3 Sehschwächen und Hörminderungen

Sehen

Bei der Überprüfung des Sehvermögens zeigten 26,3% (ca. 33%) aller untersuchten Kinder Sehschwächen.

Tab. VII: Sehprüfungen bei Schulanfängern 2002

Befunde		Weser-Ems	Emden	
		in %	in %	Anzahl der Kinder
Gesamtzahl		100%	100%	547
Normalbefund		78,0%	72,9%	399
Untersuchung nicht möglich		0,0%	0,7%	4
auffälliger Befund		21,0%	26,3%	144
Davon	Milder Befund	1,0%	2,2%	12
	Abklärung / Überweisung	10,0%	11,5%	63
	Behandlung	10,0%	12,1%	66
	Leistungsminderung	-	0,5%	3

Quelle: Landesgesundheitsamt Hannover: Schuleingangsuntersuchungen 2002 Weser-Ems
Gesundheitsamt Emden: Schuleingangsuntersuchungen 2002

Milder Befund	= Minimalbefund, Kind ist in augenärztlicher Kontrolle, z.Zt. keine Behandlung erforderlich (Sehhilfe)
Abklärung \ Überweisung	= ärztliche Abklärung erforderlich
Behandlung	= Kind ist in augenärztlicher Behandlung mit ausreichender (Brillen-)Versorgung
Leistungsbeeinträchtigung	= Sehbehinderung im Sinne der Eingliederungshilfe liegt vor, besondere technische Hilfen \ sonderpädagogischer Förderbedarf in der Schule ist erforderlich

Die Tabelle zeigt, dass bei 11,5% der Kinder (= 63 Kinder) eine augenärztliche Untersuchung empfohlen wurde. Bei den Einschulungsuntersuchungen werden immer wieder Sehauffälligkeiten bei Kindern festgestellt, die sich bei der Untersuchung beim Augenarzt häufig bestätigen. Sehschwächen haben erhebliche Auswirkungen auf den schulischen Erfolg und wären ohne die Einschulungsuntersuchungen voraussichtlich erst sehr viel später bemerkt worden.

Hören

22,1% der untersuchten Kinder hatten einen auffälligen Befund beim Hörtest (ca. 20%). Als Ursache hierfür lag allerdings bei mehr als der Hälfte der auffälligen Befunde eine Minderbelüftung des Mittelohrs im Rahmen einer akuten Infektion vor, d.h. diese Kinder konnten wegen einer Erkältung zur Zeit der Untersuchung schlecht hören.

Tab. VIII: Hörprüfungen bei Schulanfängern 2002

Befunde		Weser-Ems	Emden	
		in %	in %	Anzahl der Kinder
Gesamtzahl		100%	100%	547
Normalbefund		92,0%	75,9%	415
Untersuchung nicht möglich		0,0%	2,0%	11
auffälliger Befund		7,0%	22,1%	121
Davon	Milder Befund	1,0%	13,1%	72
	Abklärung / Überweisung	4,0%	4,8%	26
	Behandlung	2,0%	4,2%	23
	Leistungsminderung	0,0%	0,0%	0

Quelle: Landesgesundheitsamt Hannover: Schuleingangsuntersuchungen 2002 Weser-Ems
Gesundheitsamt Emden: Schuleingangsuntersuchungen 2002

- Milder Befund = Minimalbefund, kontrollbedürftig, z. Zt. keine Therapie erforderlich
 Auffälliger Befund = ärztliche Abklärung erforderlich
 Behandlung = Kind ist bereits in Behandlung
 Leistungsbeeinträchtigung = gehörlose Kinder bzw. sonderpädagogische Förderung notwendig

Bei 26 Kindern wurde eine Abklärung des auffälligen Befundes empfohlen.

6.1.3.4 Haltungsschwäche und Übergewicht

Haltungsschwäche

Eine Haltungsschwäche wird anhand des Armvorhalteversuchs (aufrechte Körperhaltung mit vorgestreckten Armen über 30 Sekunden), der allgemeinen Körperhaltung und der muskulären Körperspannung beurteilt.

Der Anteil der Kinder mit Haltungsschwäche ist in Emden relativ hoch (s. Tab. IX)

Tab. IX: Haltungsschwäche bei Schulanfängern 2002

Befunde		Weser-Ems	Emden	
		in %	in %	Anzahl der Kinder
Gesamtzahl		100%	100%	547
Normalbefund		92,0%	84,1%	460
Untersuchung nicht möglich		0,0%	0,6%	3
auffälliger Befund		8,0%	15,4%	84
Davon	Milder Befund	7,0%	14,1%	77
	Abklärung / Überweisung	0,0%	0,4%	2
	Behandlung	0,0%	0,7%	4
	Leistungsminderung	0,0%	0,2%	1

Quelle: Landesgesundheitsamt Hannover: Schuleingangsuntersuchungen 2002 Weser-Ems
Gesundheitsamt Emden: Schuleingangsuntersuchungen 2002

Zur Verbesserung von Haltungsschwächen wird von der Schulärztin oft Bewegungsförderung („kompensatorischer Sport“) empfohlen (hierzu siehe S.59).

Übergewicht und Adipositas

Immer mehr Kinder bekommen Probleme durch Übergewicht, d.h. sie sind für ihre Größe zu schwer.

Zur Feststellung von Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) wird der Body Mass Index (BMI) = Körpergewicht / Körpergröße² (kg/m²) nach den Tabellen von Kromeyer-Hauschild herangezogen.

Adipositas bedeutet nicht einfach nur „Dicksein“ als anderes äußeres Erscheinungsbild. Die Kinder erleiden oft seelische Folgen, weil sie wegen ihrer Figur gehänselt werden. Außerdem kann Adipositas zu mechanischen Überlastungen führen, weil das Kind viel Gewicht mit sich trägt. Es kann unter Atemnot leiden und bewegt sich weniger gern, weil ihn sein Körper behindert.

Übergewichtige Kinder sind meist auch als Erwachsene dick. Als Folgeerscheinungen von Adipositas stellen sich später häufig massive körperliche Probleme ein, wie z.B. Herzerkrankungen, Zuckerkrankheit, Gicht und Gelenkerkrankungen.^{XXXI}

2002 waren 16,8% (20,7%) aller Emdener Kinder bei der Einschulungsuntersuchung übergewichtig (s. Tab. X).

Kinder mit Übergewicht bekommen immer die Empfehlung, Ausgleichssport zu treiben. Bei Kindern mit Adipositas ist, falls noch nicht erfolgt, eine diagnostische Abklärung vom Arzt und eine Diätberatung erforderlich.

Auch hier empfehlen wir als Maßnahme zur gezielten sportlichen Förderung kompensatorischen (ausgleichenden) Sport, privat oder auch in der Schule. Allerdings sind sportliche Fördermöglichkeiten in den Schulen derzeit kaum vorhanden. Neben schulischer Förderung wäre für viele Kinder auch außerschulische Bewegungsförderung dringend notwendig.

Tab. X: Übergewicht bei Schulanfängern 2002

Befunde		Weser-Ems	Emden	
		in %	in %	Anzahl der Kinder
Gesamtzahl		100%	100%	547
Normalbefund		92,0%	82,4%	451
Untersuchung nicht möglich		0,0%	0,2%	1
auffälliger Befund		8,0%	17,4%	95
Davon	Milder Befund	6,0%	12,2%	67
	Abklärung / Überweisung	1,0%	4,8%	26
	Behandlung	1,0%	0,2%	1
	Leistungsminderung	0,0%	0,2%	1

Quelle: Landesgesundheitsamt Hannover: Schuleingangsuntersuchungen 2002 Weser-Ems
Gesundheitsamt Emden: Schuleingangsuntersuchungen 2002

6.1.3.5 Grob- und Feinmotorik

Für die kindliche Entwicklung sind vielfältige Sinnesreize notwendig. Dazu gehören Sehen, Hören, Schmecken und Riechen sowie Bewegungserfahrungen, wie Rennen, Hüpfen und Rad fahren. Ausreichende Tast- und Bewegungserfahrungen sind für die spätere Entwicklung höherer geistiger Fähigkeiten unendlich wichtig, z.B. für die Raumorientierung und die Rechenfähigkeit.

Durch eine Überlastung mit optischen und akustischen Reizen (z.B. Fernsehen, Nintendo, Computer, Walkman etc.) und einem Mangel an Tast- und Bewegungserfahrungen werden die körperfernen Sinne, wie Sehen und Hören überstimuliert und die körpernahen Sinne, wie Fühlen und Bewegung vernachlässigt.^{XXXII}

Es ist also ernst zu nehmen und darauf zu achten, dass Kinder nicht zu viel Zeit vor elektronischen Medien verbringen und Möglichkeiten zum Spielen, Toben und aktiven Tun haben.

Die Rahmenbedingungen in den Wohnungen und im Umfeld der Kinder behindern dieses häufig. Deshalb ist gezielte Bewegungsförderung sehr wichtig (s. auch S.72, Psychomotorikprojekt).

Grobmotorik

Bei den Einschulungsuntersuchungen werden Auffälligkeiten in der Grobmotorik und der Körperkoordination mit Hilfe des ‚Einbein-Stand-Testes‘ und / oder des ‚Einbein-Hüpf-Testes‘ festgestellt. Zusätzlich werden, wenn es notwendig ist, Grätschsprung, Scherensprung, seitliches Hüpfen, Balancieren auf einer Linie und Ballübungen herangezogen. Eine gute Grobmotorik ist wichtig für das Gleichgewicht und für Tätigkeiten wie Roller und Rad fahren, Ballspiele usw.

16,8% (17,4%) aller Kinder zeigten Auffälligkeiten im Bereich der Grobmotorik.

Tab. XI: Grobmotorik bei Schulanfängern 2002

Befunde		Weser-Ems	Emden	
		in %	in %	Anzahl der Kinder
Gesamtzahl		100%	100%	547
Normalbefund		84,0%	82,8%	453
Untersuchung nicht möglich		0,0%	0,4%	2
auffälliger Befund		15,0%	16,8%	92
Davon	Milder Befund	10,0%	12,8%	70
	Abklärung / Überweisung	1,0%	1,7%	9
	Behandlung	4,0%	1,5%	8
	Leistungsminderung	0,0%	0,9%	5

Quelle: Landesgesundheitsamt Hannover: Schuleingangsuntersuchungen 2002 Weser-Ems
Gesundheitsamt Emden: Schuleingangsuntersuchungen 2002

Bei der Grobmotorik ist anzumerken, dass die Jungen mehr als doppelt so häufig auffällige Befunde zeigten wie die Mädchen.

Feinmotorik

Feinmotorik ist die gezielte und koordinierte Bewegung der Hände, wie sie beim Aus- und Anziehen, beim Malen und Schreiben benötigt wird. Sie zeigt sich in der Hand- und Fingergeschicklichkeit.

Untersuchungsmethoden:

Auffälligkeiten in der Feinmotorik und Auge-Hand-Koordination werden u.a. durch das Einhanddrehen in Augenhöhe, den Daumen-Finger-Oppositions-Versuch und im Zeichenversuch mit der Beurteilung der Stifthaltung festgestellt.

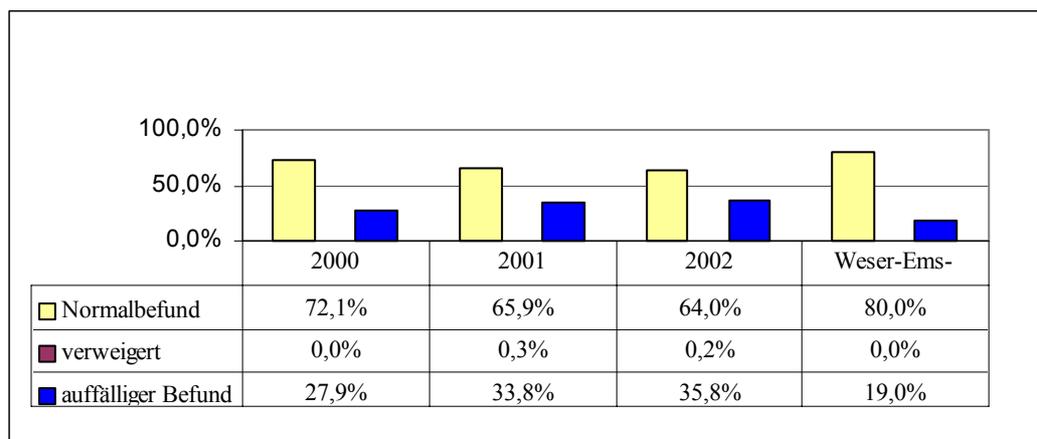
Die Schreibbewegung ist eine komplizierte Koordinationsleistung des Menschen und als Voraussetzung hierfür, benötigen wir eine gute Feinmotorik.

Feinmotorische Koordinationsprobleme, Schwierigkeiten in der Auge-Hand- Koordination, der Raum-Lage-Wahrnehmung und der Wahrnehmung der räumlichen Beziehung, können sich ungünstig auf den Prozess des Schreibenlernens auswirken.

Die Feinmotorik hängt ganz entscheidend von der Bewegungssteuerung und der Verarbeitung der Sinneswahrnehmungen eines jeden Kindes ab.

Grobmotorik, Feinmotorik sowie die Sinneswahrnehmungen beeinflussen sich gegenseitig.

2002 zeigten 35,8% (33,8%) aller Emdener Kinder Auffälligkeiten in der Feinmotorik (s. Abb. 17). Dieses sind 196 Kinder (194). 28,3% (29,3%) dieser Kinder zeigten einen milden Befund. Auch hier waren wieder die Jungen überproportional häufig betroffen.

Abb. 17: Feinmotorik im Vergleich

Quelle: Landesgesundheitsamt Hannover: Schuleingangsuntersuchungen 2002 Weser-Ems
Gesundheitsamt Emden: Schuleingangsuntersuchungen 2002

Im Vergleich zum Regierungsbezirk Weser-Ems stellten wir in Emden im Bereich der Feinmotorik deutlich höhere Auffälligkeiten fest. Diese Auffälligkeiten beziehen sich zwar ausschließlich auf den Bereich der milden Befunde, d.h. hier ist keine medizinische Behandlung erforderlich, erfahrungsgemäß fallen die Kinder mit einem milden Befund aber häufig in der Schule mit Problemen beim Schreibenlernen auf und benötigen gezielte Bewegungsförderung und übende Maßnahmen.

Die Ergebnisse für den Bereich Weser-Ems setzen sich aus den Durchschnittswerten der einzelnen Kommunen zusammen und haben eine entsprechend große Streubreite. Emden hat mit die höchste Prozentzahl an Kindern, die einen milden Befund aufweisen, aber auch einzelne andere Kommunen weisen ähnlich hohe Auffälligkeitsraten in dem Bereich der Feinmotorik auf.

Das Wissen um die große Anzahl Emder Kinder mit Beeinträchtigungen in der Feinmotorik ist besonders auch für die vorschulischen Einrichtungen wichtig. Bereits hier sollte mit einer gezielten Bewegungsförderung begonnen werden. Denn auch von den Erzieherinnen wird zunehmend festgestellt, dass die Kinder keine Fäden in Nadeln mehr einfädeln können, keine Knoten und keine Schleifen mehr binden können.

Zusammenhang zwischen Kindergartenbesuch und Feinmotorik

Aus der Tabelle unten sehen wir, dass sich die Dauer des Kindergartenbesuchs positiv auf die feinmotorische Entwicklung auswirkt. (s. Tabelle XII).

Tab. XII: Zusammenhang Feinmotorik / Kindergartenbesuch 2002

	Auffälligkeiten in der Feinmotorik				
	Anzahl der Kinder	in Zahlen		in Prozent	
Dauer des Kindergartenbesuchs		Normalbefund	auffälliger Befund	Normalbefund	auffälliger Befund
kein Besuch	49	24	25	49,0%	51,0%
unter 3 Monate	2	1	1	50,0%	50,0%
3-12 Monate	48	21	27	44,0%	56,0%
bis 2 Jahre	110	72	38	65,0%	35,0%
bis 3 Jahre	261	174	87	66,6%	33,3%
bis 4 Jahre	62	48	14	77,4%	22,6%
bis 5 Jahre und mehr	14	10	4	71,4%	28,6%

Quelle: Gesundheitsamt Emden: Schuleingangsuntersuchungen 2002

Unter den Kindern, die keinen Kindergarten besucht haben oder dort nur kurze Zeit waren (bis 1 Jahr), zeigten sich bei bis zu 56% Auffälligkeiten in der Feinmotorik. Bei länger andauerndem Kindergartenbesuch sinkt der Anteil der auffälligen Kinder auf bis zu 28,6% (5 Jahre und mehr).

Das bedeutet, Feinmotorik und andere Fähigkeiten können außer im häuslichen Bereich auch in vorschulischen Einrichtungen gefördert werden. In anderen EU-Ländern wird das bereits bewusst genutzt. In Belgien z.B. lernen Vorschulkinder in der *École maternelle* spielend Fremdsprachen, Lesen und Schreiben. Kindergärten sind ein fester Teil des Schulsystems, da „die Jahre vor der offiziellen Einschulung [...] zu wichtig (sind), um sie allein mit Spielen, Basteln und Kuscheln zu verbringen.“ (Die Zeit, 2003) In den Vorschulen werden spielend erste Lese- und Schreibfertigkeiten geübt. Die Kinder können noch nicht wirklich schreiben, aber sie üben, den Bleistift richtig zu führen, denn das müssen sie in der Schule ja können. In angeleiteten Runden, die immer wieder von freiem Spiel unterbrochen werden, sollen die Kinder neben der Fingerfertigkeit auch Konzentration lernen, aber ohne Leistungsdruck und ohne Ergebnisse, die vorgelegt werden müssen. Kinder im Vorschulalter *wollen* lernen. ^{XXXIII}

In den Kindertagesstätten und auch in vielen Familien wird die geistige und psychosoziale Entwicklung der Kinder bereits umfassend gefördert. Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen fordern jedoch darüber hinaus eine intensive Förderung speziell von auffälligen Kindern, besonders der Handmotorik, aber auch der Ganzkörpermotorik, dem expressiven Spracherwerb, der kognitiven Entwicklung und der sozialen Kompetenz. Hierzu sind einfache Empfehlungen und Handreichungen für die Eltern notwendig, denn ohne die Eltern geht es nicht.

Handlungsansatz für Emden

- Information der Eltern über die Entwicklung von Kindern
- Übungsanleitungen für Eltern, Spielanleitungen
- Information der Kindertagesstätten über die Auffälligkeiten
- Präventive Maßnahmen in Kindertagesstätten und Grundschulen (Gesundheit, Ernährung)

6.1.3.6 Kompensatorischer Sport

Bei auffälligen Befunden in den Bereichen Haltungsschwäche, Adipositas und in der motorischen Entwicklung wird von der Schulärztin häufig die Empfehlung „kompensatorischer Sport“ gegeben. Hierbei handelt es sich um eine Empfehlung zur Bewegungsförderung.

Bei den Einschulungsuntersuchungen 2001 erhielten 168 Kinder (29,3%) aller untersuchten Kinder eine Empfehlung zu „kompensatorischem Sport“, 2002 waren es 141 (25,8%) Kinder.

Das Sportangebot der örtlichen Vereine ist recht groß, erreicht häufig jedoch nicht die Kinder mit Übergewicht und Koordinationsproblemen.

Hier sind zusätzliche Förderkonzepte notwendig.

Schulische Angebote erreichen viele Kinder und vor allem gerade die, die keine Möglichkeit haben, an außerschulischen Angeboten teilzunehmen. Oft sind es nämlich gerade diese Kinder, die einen erhöhten Bedarf an zusätzlicher Bewegungsförderung haben.

In der Tabelle (s. Tab. XIII) finden Sie die Anzahl der Kinder, die kompensatorischen Sport benötigen nach ihrer unterschiedlichen Verteilung auf die einzelnen Schulen.

Tab. XIII: Kompensatorischer Sport empfohlen, nach Schulen

Schule	2001			2002		
	Anzahl der untersuchten Kinder	Kompensatorischer Sport empfohlen		Anzahl der untersuchten Kinder	Kompensatorischer Sport empfohlen	
		Anzahl der Kinder	in Prozent		Anzahl der Kinder	in Prozent
Gesamt	574	168	29,3	406	141	25,8
davon in der:						
Emsschule	51	20	39,2	42	12	22,2
Früchteburgschule	72	23	31,9	56	16	22,2
Herrentorschule	62	14	22,6	37	9	19,6
Schule Constantia	-	-	-	24	7	22,6
Schule Grüner Weg	65	18	27,7	47	17	26,6
Schule Larrelt	99	25	25,3	25	14	35,9
Schule Nesserland	47	13	27,7	15	15	50
Schule Petkum / Widdelswehr	30	7	23,3	22	3	12
Schule Wolthusen	40	12	30,0	43	13	23,2
Schule Wybelsum	27	9	33,3	18	11	37,9
Westerburgschule	80	26	32,5	74	23	23,7

Quelle: Gesundheitsamt Emden: Einschulungsuntersuchungen 2002

Eine Umfrage des Gesundheitsamtes an allen Emdener Grundschulen Anfang 2003 hat ergeben, dass zusätzliche Bewegungsförderung in den Schulen außerhalb des regulären Sportunterrichtes nur an 2 Grundschulen gegeben ist.

An der Grundschule Grüner Weg findet jahrgangsübergreifend für 6 Stunden wöchentlich eine zusätzliche Bewegungsförderung statt, außerdem gibt es einen Kooperationsvertrag mit einem Verein, der Fußballspielen anbietet. An der Grundschule Wolthusen gibt es auch eine zusätzliche jahrgangsübergreifende Bewegungsförderung für 2 Wochenstunden. Auch hier besteht zusätzlich ein Kooperationsvertrag mit einem Sportverein.

An den anderen Grundschulen wäre eine zusätzliche Bewegungsförderung ebenfalls äußerst wünschenswert.

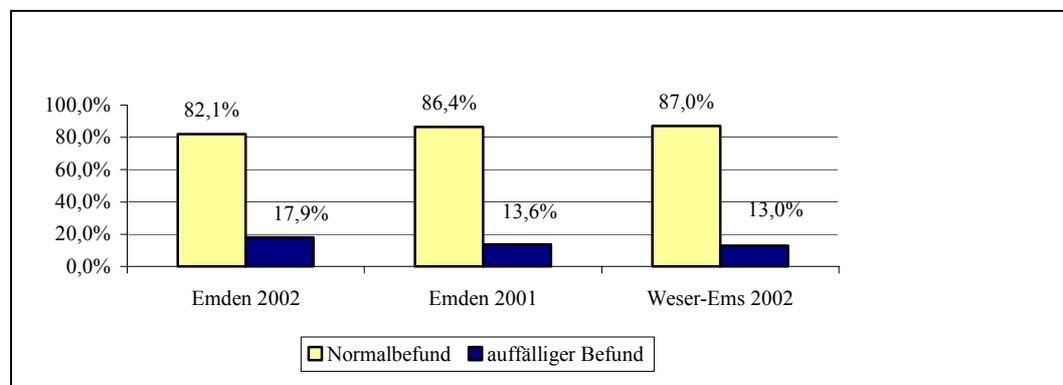
6.1.3.7 Verhaltensauffälligkeiten

Unter Verhaltensauffälligkeiten verstehen wir sozial störendes Verhalten, erhebliche Aggressivität oder mangelnde Lenkbarkeit, fehlende Einordnungsfähigkeit in der Gruppe, häufiges Überschreiten sozialer Regeln, sehr starke Bewegungsunruhe, erhöhte Ablenkbarkeit, emotionale Störungen, frühkindliche Bindungsstörungen, Distanzlosigkeit, Verlust emotionaler Bindungsfähigkeit, Einnässen (außer organischen Formen), Einkoten, Essstörungen, stereotype Bewegungsstörungen.

Die Beurteilung, Erhebung und Erfassung der Auffälligkeiten erfolgt im Rahmen der Untersuchung und durch die Befragung der Eltern. Zusätzlich dazu verwenden wir seit 2002 in Emden, wie in einigen anderen Kommunen, einen Elternfragebogen zu den Stärken und Schwächen der Kinder. Er kann freiwillig von den Eltern ausgefüllt werden und dient als Gesprächsgrundlage. Dieser Fragebogen wird in verschiedenen Ländern Europas eingesetzt und es gibt ihn in 49 Übersetzungen. Fünf verschiedene Verhaltensaspekte mit je 5 Fragen zu den Bereichen Verhaltensauffälligkeiten, Sozialverhalten, emotionale Probleme, Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit sowie Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen werden berücksichtigt.

Die Akzeptanz des Fragebogens ist bei den Eltern sehr hoch. Mit seiner Hilfe sind Auffälligkeiten besser festzustellen. Durch den Einsatz des Fragebogens ist aus unserer Sicht der Anstieg bei den Verhaltensauffälligkeiten 2002 zu erklären: 17,9 % aller untersuchten Kinder zeigten Verhaltensauffälligkeiten (13,4%) (s. Abb. 18).

Abb. 18: Verhaltensauffälligkeiten



Quelle: Landesgesundheitsamt Hannover: Schuleingangsuntersuchungen 2002 Weser-Ems
Gesundheitsamt Emden: Schuleingangsuntersuchungen 2002

In den einzelnen Kommunen der Regierungsbezirkes Weser-Ems findet derzeit noch keine einheitliche Beurteilung des Verhaltens der Kinder statt. Dadurch kommt es zu unterschiedlichen Einschätzungen, die einen Vergleich erschweren und unseres Erachtens dazu führen, dass die Emdener Zahlen um ungefähr 5% höher liegen.

Verhaltensauffälligkeiten nach Stadtteilen

Wenn man die Emdener Daten nach Stadtteilen betrachtet, werden deutliche Unterschiede ersichtlich. Der Anteil auffälliger Kinder reicht von 0% bis 30,8%.

In der Tabelle wurden nur die Stadtteile mit mehr als 12 untersuchten Kindern berücksichtigt, um zufällige Ergebnisse zu vermeiden.

Tab. XIV: Verhaltensauffälligkeiten nach Stadtteilen

Stadtteil	untersuchte Kinder	Anteil auffälliger Kinder in %
Barenburg	78	17,9%
Borssum	92	20,7%
Conrebbersweg	41	14,6%
Constantia	20	5,0%
Herrentor	24	16,7%
Larrelt	45	22,2%
Petkum	13	30,8%
Port Arthur/Transvaal	49	28,6%
Stadtzentrum	55	12,7%
Widdelswehr/Jarssum	15	13,3%
Wolthusen	46	10,9%
Wybelsum	28	17,9%
Emden gesamt	547	17,7%

Quelle: Gesundheitsamt Emden: Schuleingangsuntersuchungen 2002

Borssum, Larrelt, Port Arthur/Transvaal und Petkum liegen deutlich über dem städtischen Durchschnitt, wobei die untersuchte Menge der Kinder in Petkum sehr klein ist, so dass hier auch der Zufall eine Rolle spielen mag.

Die Stadtteile mit den erhöhten Zahlen gehören zu den sogenannten sozialen Brennpunkten, die dadurch gekennzeichnet sind, dass es eine Vielzahl von sozialen Problemlagen gibt, wie z.B. hohe Arbeitslosigkeit, Probleme in den Bevölkerungsstrukturen, hoher Anteil ausländischer Wohnbevölkerung, mangelhafte Infrastrukturen usw. Barenburg, als *der* soziale Brennpunkt unserer Stadt, liegt 2002 nur leicht über dem Durchschnitt der Stadt Emden, 2001 mit 18,4% jedoch deutlich über dem Durchschnitt von damals 13,4%.

Stellt man die Durchschnittszahlen der Stadtteile, in denen viele Familien mit eher niedrigem Sozialstatus leben, den Stadtteilen mit vielen Familien mit einem höheren Sozialstatus gegenüber, ergibt sich ein Durchschnitt von 21,6% verhaltensauffälliger Kinder zu einem Durchschnitt von 12,4%. Hierbei ist die Zuordnung des Stadtteils Barenburg eindeutig (s. Tab. XV).

Tab. XV: Verhaltensauffälligkeiten nach Stadtteilen mit unterschiedlichem Sozialstatus

Stadtteil	untersuchte Kinder	Anteil auffälliger Kinder in %	Anzahl auffälliger Kinder
Barenburg	78	17,9%	14
Borssum	92	20,7%	19
Larrelt	45	22,2%	10
Petkum	13	30,8%	4
Port Arthur/Transvaal	49	28,6%	14
Wybelsum	28	17,9%	5
Durchschnitt eher schlechter gestellte Stadtteile	305	21,6%	66

Constantia	20	5,0%	1
Herrentor	24	16,7%	4
Wolthusen	46	10,9%	5
Conrebbersweg	41	14,6%	6
Stadtzentrum	55	12,7%	7
Widdelswehr/Jarssum	15	13,3%	2
Durchschnitt eher besser gestellte Stadtteile	201	12,4%	25

Quelle: Gesundheitsamt Emden: Schuleingangsuntersuchungen 2002

Handlungsansatz für Emden

Da das Verhalten von Kindern großen Einfluss auf ihre erfolgreiche Teilnahme am Unterricht hat, brauchen Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten besondere Förderung. Wenn sich die Verhaltensauffälligkeiten in Gebieten mit einer großen Anzahl sozial benachteiligter Familien häufen, müssen dort besondere Förderungskonzepte entwickelt werden. So wie im Projekt „Soziale Stadt Barenburg“, z.B.

Gemeinwesenprojekte initiiert werden, müssen auch die Besonderheiten in anderen Stadtteilen Berücksichtigung finden. Hier ist insbesondere auch eine Zusammenarbeit mit der Stadtjugendförderung wichtig.

Bessere Bedingungen könnten geschaffen werden z.B. durch

- Verbesserung der Infrastruktur,
- Spielräume,
- Angebote für Kinder und Eltern,
- Entlastende Angebote für Eltern
- Elterngruppen
- Professionelle Unterstützung der Eltern (z.B. sozialpädagogische Familienhilfe)
- Ausbau von Fördermaßnahmen (z.B. Motorikprojekt)

6.1.3.8 Sprachauffälligkeiten

Zum Zeitpunkt des Schuleintritts können Kinder normalerweise gut sprechen. Gute sprachliche Fertigkeiten sind die Voraussetzung für eine gute Kommunikationsfähigkeit und stellen die Grundlagen für den Erfolg beim Lesen- und Schreibenlernen dar. Sprach-, Sprech- und Redeflussstörungen sowie mangelhafte sprachliche Kompetenz verhindern oft eine erfolgreiche Teilnahme am Unterricht. Wie auch die Pisa-Studie nahe legt, brauchen viele Kinder eine Sprachförderung, um die Schulleistungen zu steigern.

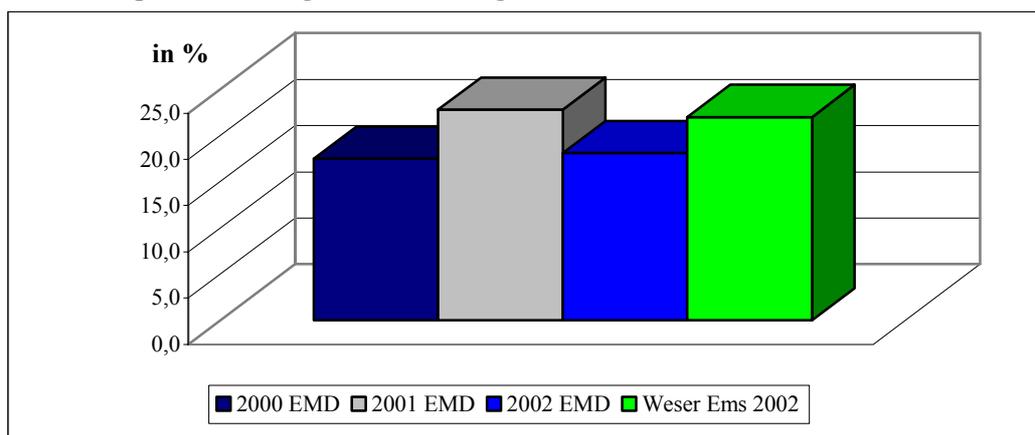
Die Beurteilung der Sprache, des Sprechens und der Stimme geschieht bei den Schuleingangsuntersuchungen hauptsächlich im Gespräch mit dem Kind und unter Zuhilfenahme von einheitlichen Bewertungsbögen.

Eine Sprach-, Sprech- oder Stimmstörung liegt vor, wenn mindestens eine der folgenden Störungen nachweisbar ist:

- Dysgrammatismus (unvollständig oder falsch gebildete Sätze)
- Stammeln (einzelne Laute werden ausgelassen, falsch gebildet oder durch andere ersetzt)
- Lispeln *nach* Abschluss des Frontzahnwechsels
- Poltern (Störung des Sprachrhythmus)
- Stottern (Störung des Sprachflusses)
- Artikulationsstörungen (Dysarthrie)
- Näseln
- Heiserkeit

Im Jahre 2002 zeigten 99 = 18,1% (131 = 22,8%) aller untersuchten Kinder in Emden Sprachauffälligkeiten. Im Bereich Weser-Ems waren 22% aller untersuchten Kinder sprachauffällig (21%).

Abb. 19: Sprachauffälligkeiten im Vergleich



Quelle: Landesgesundheitsamt Hannover: Schuleingangsuntersuchungen 2002 Weser-Ems, Gesundheitsamt Emden: Schuleingangsuntersuchungen 2002

In der nachfolgenden Tabelle sehen Sie auch die unterschiedlichen Schweregrade der festgestellten Störungen.

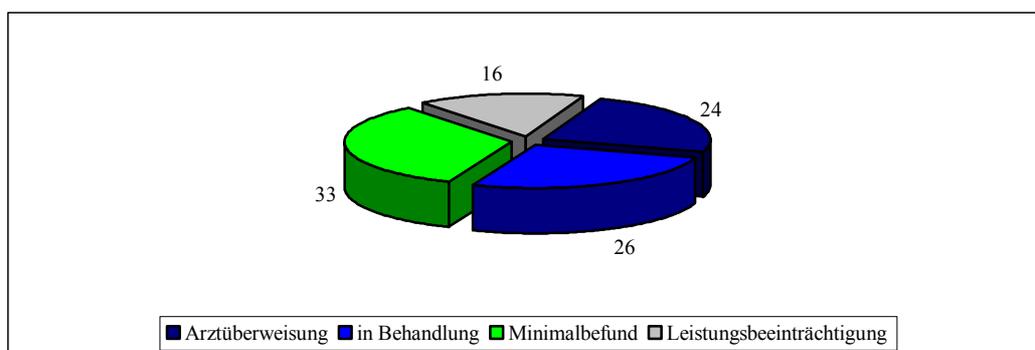
Tab. XVI: Auffälligkeiten im Bereich Sprache bei Einschulungsuntersuchungen

	Emden			Weser-Ems
	2000	2001	2002	2002
abklärungsbedürftiger Befund	2,9%	5,8%	4,4%	3,0%
in Behandlung	6,0%	6,00%	4,8%	7,0%
Minimalbefund	7,1%	8,6%	6,0%	11,0%
Leistungsbeeinträchtigung	1,0%	2,6%	2,9%	1,0%
Gesamt	17,5%	22,8%	18,1%	22,0%

Quelle: Gesundheitsamt Emden: Schuleingangsuntersuchungen 2002

Milder Befund	= Minimalbefund, kontrollbedürftig, z.Zt. keine Therapie erforderlich (z.B. isolierte Dyslalie, leichter Dysgrammatismus)
Auffälliger Befund	= ärztliche Abklärung erforderlich
Behandlung	= Kind ist bereits in Behandlung
Leistungsbeeinträchtigung	= Befunde, die eine Regelbeschulung nicht ermöglichen oder sonderpädagogischer Förderbedarf ist erforderlich

In Zahlen ausgedrückt, wurde von den 18,1% sprachauffälligen Kindern im Jahr 2002 bei 24 Kindern eine weitere Abklärung der bei der Einschulungsuntersuchung festgestellten Sprachauffälligkeit eingeleitet (s. Abb. 20). Alle Rückmeldungen der Arztüberweisungen haben sich bestätigt, d.h. nahezu alle Kinder, denen wir eine Abklärung beim Arzt oder Fachberater für Hör- und Sprachgeschädigte beim Niedersächsischen Landesamt für zentrale soziale Aufgaben empfohlen hatten, benötigten eine Sprachtherapie. Hierbei handelt es sich *nicht* um Kinder ausländischer Herkunft, die ausschließlich eine Förderung in der deutschen Sprache benötigen.

Abb. 20: Sprachauffälligkeiten: Befunde 2002: Anzahl der Kinder (= 99)

Quelle: Gesundheitsamt Emden: Schuleingangsuntersuchungen 2002

26 Kinder erhielten zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits eine Sprachtherapie, von denen ein großer Anteil im ersten Schuljahr auf Förderunterricht im Fach „Deutsch“ angewiesen sein wird, da sie sonst den Unterrichtsstoff nicht bewältigen können.

2002 hatten 16 Kinder eine schwere bleibende Leistungsbeeinträchtigung und können aufgrund ihrer Sprachbehinderung ohne sonderpädagogische Förderung nicht eingeschult werden.

2001 hatten wir in Emden 15 Kinder mit einer solchen Leistungsbeeinträchtigung, die spezielle Förderangebote brauchen und auch in Zukunft brauchen werden.

Förderangebote in Grundschulen

Es gibt in Emden bislang keine spezielle Sprachheilklasse, obwohl der Bedarf eindeutig vorhanden ist. Eine Sprachheilklasse gibt es in Leer an der Hohenellernschule. Es können hier nur Kinder aufgenommen werden, für die durch eine Überprüfung ein entsprechender sonderpädagogischer Förderbedarf festgestellt wurde. Da es sich um eine Einrichtung des Landkreises Leer für den Landkreis Leer einschließlich der Stadt Leer handelt, werden Kinder von dort bevorzugt aufgenommen. Die Emdener Kinder, die wegen ihrer Sprachauffälligkeiten keine Grundschule besuchen können, sind auf stationäre Behandlungen in Internaten außerhalb Emdens angewiesen. Kommt für diese Kinder weder eine Grundschule noch eine stationäre Maßnahme in Frage, z.B. weil die Eltern ihr Kind nicht in ein Internat geben möchten, werden sie in der Sonderschule in Emden eingeschult.

An den Grundschulen sind die Möglichkeiten zur Förderung stark sprachauffälliger Kinder unzureichend. Fördermaßnahmen für sprachauffällige Kinder, gerade auch für Kinder mit mildereren Befunden sind in Regelschulen sehr knapp, wenn überhaupt vorhanden, weil die notwendigen Lehrerstunden fehlen. Die Kinder, die zwar sprachauffällig sind aber derzeit keine sprachtherapeutische Behandlung benötigen, sind häufig die Kinder, die Probleme in der Grundschule beim Lesen und beim Schreiben bekommen.

Eine Umfrage des Gesundheitsamtes an allen Emdener Grundschulen über vorhandene Sprachfördermaßnahmen hat ergeben, dass Förderangebote für sprachauffällige Kinder lediglich in 5 von 11 Grundschulen vorhanden sind. Hiervon haben nur 2 Grundschulen mehr als 2 Wochenstunden für alle Grundschüler zur Verfügung (s. Tab. XVII).

Tab. XVII: Sprachförderunterricht für sprachauffällige Kinder an Grundschulen

	Schuluntersuchungen: Anzahl sprachauffälliger Kinder		Sprachförder unterricht vorhanden	Anzahl der Förderstd. pro Woche und Klasse	Anzahl der Förderstd. jahrgangsübergreifend
	2001	2002			
Gesamt	131	99			
Emsschule	9	5	nein	0	-
Früchteburg	12	7	nein	0	-
Herrentor	15	8	ja	0	1
Grüner Weg	22	19	ja	0	6 + 4 (individueller Unterricht mit halber Schülerzahl)
Larrelt	21	14	ja	0	4
Nesserland	14	9	nein	0	-
Petkum/Widdelswehr	6	1	nein	0	-
Wolthusen	9	9	ja	0	2
Wybelsum	7	6	nein	0	-
Westerburg	16	20	nein	0	-
Constantia	-	1	ja	0	2

Quelle: Gesundheitsamt Emden: Umfrage über Sprachförderangebote an Emdener Grundschulen

Die Zahlen der auffälligen Kinder aus 2001 und 2002 müssen zusammen betrachtet werden, da die Kinder beider Jahrgänge Sprachförderung brauchen. Darüber hinaus sind auch in den 3. und 4. Klassen der Grundschulen sprachauffällige Kinder, die Förderung benötigen.

Neben der Sprachförderung für Kinder mit Sprachauffälligkeiten ist auch Förderung im Fach „deutsche Sprache“ für viele Kinder notwendig. Förderunterricht „deutsche Sprache“ für ausländische Kinder und Kinder aus Aussiedlerfamilien findet derzeit in 6 Schulen statt. Hier

hat die Grundschule Grüner Weg, die mit Abstand den höchsten Anteil ausländischer Kinder unterschiedlichster Nationalitäten hat, das größte Förderangebot (Tabelle siehe Anhang, S.86).

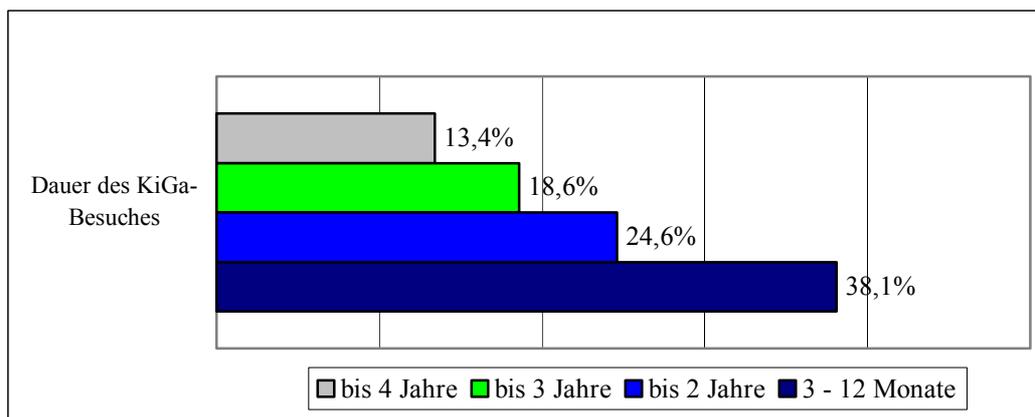
Die Erfahrung zeigt, dass auch Kinder mit leichteren und mittelschweren Sprachauffälligkeiten innerhalb der ersten Grundschuljahre erhebliche Schulschwierigkeiten haben, die häufig ein Wiederholen der Klasse oder auch gelegentlich den Wechsel auf die Schule für Lernbehinderte zur Folge haben. Hiervon sind sowohl Kinder mit Sprachstörungen betroffen, als auch Kinder, die die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrschen.

Was hilft vorbeugend als Sprachförderung?

Kindergarten und Sprachauffälligkeiten

Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen zeigen einen Zusammenhang zwischen der Dauer des Kindergartenbesuches und der Abnahme von Sprachauffälligkeiten. Die Untersuchung 2002 ergab folgende Zahlen (s. Abb. 21):

Abb. 21: Sprachauffällige Kinder in Emden nach Dauer des Kindergartenbesuches



Quelle: Gesundheitsamt Emden: Schuleingangsuntersuchungen 2002

Das bedeutet, dass Kinder, die in den Kindergarten gehen, weniger Sprachauffälligkeiten aufweisen, je länger sie die Einrichtung besuchen.

Zur Verbesserung der Situation in Emden

Um die Situation in Emden für Vorschul- und Grundschul Kinder zu verbessern, gibt es bereits vielfältige Aktivitäten, die auch einrichtungsübergreifend stattfinden:

1. Um sich intensiver mit dem Förderbedarf im vorschulischen und schulischen Bereich zu befassen und die Situation in Emden zu verbessern, hat sich im September 2002 aus der Arbeitsgruppe „Prävention“ der kommunalen Gesundheitsberichterstattung heraus, ein Arbeitskreis „Sprache“ gebildet. Sie besteht zur Zeit aus der Stadtjugendförderung und dem Gesundheitsamt.

2.

- a) Im Auftrag der Jugendförderung der Stadt Emden, wurde eine Fragebogenaktion zur Sprachentwicklung von Kindern im Elementarbereich an Emder Kindertageseinrichtungen durchgeführt. Hierbei wurde erhoben, wie viele Kinder in

den 21 Kindertageseinrichtungen in Emden Probleme mit der Sprache haben. Die Beurteilung erfolgte nach den Einschätzungen der Erzieherinnen.

- b) Es wurde eine Arbeitsgruppe „Sprachförderung“ für den Kindertagesstättenbereich gegründet (TeilnehmerInnen: Kindertagesstättenleiterinnen / Jugendförderung).

Die Zahlen der Kindertagesstätten differieren teilweise von denen der Einschulungsuntersuchungen, bei denen standardisiert nach medizinischen Aspekten untersucht wird, stützen aber die Ergebnisse des Gesundheitsamtes, dass eindeutig Sprachförderungsangebote fehlen. Deutlich wurde bei der Befragung, dass in den Kindergärten ein Bedarf an Fort- und Weiterbildungen für die ErzieherInnen zu Sprachentwicklung, Sprachstörungen und Sprachförderung besteht.

- c) Eine Vernetzung von Kindergarten und Grundschule wird durch das Kooperationsprojekt Kindergarten und Grundschule von Prof. Hübner / Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven, Bereich Sozialwesen angestrebt.

3. Ab dem 01.08.2003 tritt eine Schulgesetzänderung in Kraft, die im niedersächsischen Schulgesetz festgeschrieben ist. Es findet ein Verfahren zur Feststellung des Sprachstandes 10 Monate vor der Einschulung statt. Dieses Sprachfeststellungsverfahren muss von den Lehrkräften der Grundschulen durchgeführt werden. Das niedersächsische Schulgesetz schreibt vor, dass Kinder deren Deutschkenntnisse nicht ausreichen, um erfolgreich im 1. Schuljahr mitarbeiten zu können, im letzten Halbjahr vor der Einschulung an Sprachfördermaßnahmen teilnehmen müssen. Im Schuljahr 2003/04 wird es solche Sprachfördermaßnahmen erstmals geben.

4. Im Februar 2003 fand ein gemeinsames Treffen mit allen niedergelassenen Emdener Kinderärzten, Emdener Logopäden, der Sonderschule in Emden, Leiterinnen der Kindertagesstätten, der Leiterin des Sprachheilkindergartens, Gesundheitsamt und Jugendförderung statt. Hier ging es um den aktuellen Stand in Bezug auf Sprachauffälligkeiten im Vorschulbereich, Kooperationsmöglichkeiten und Fördermaßnahmen.

5. Die Sonderschule führte eine Erhebung über Sprachauffälligkeiten in den Grundschulen und über vorhandene Fördermöglichkeiten in den einzelnen Schulen durch.

Aus den oben aufgelisteten Aktivitäten ergibt sich, dass folgende Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in Emden beitragen würden:

Handlungsansatz für Emden

- Entwicklung eines **gemeinsamen kommunalen Sprachförderungskonzeptes** zur Verbesserung der Situation in Emden
- Einrichtung einer **Sprachheilklasse**
- **Sprachförderung an Grundschulen und in Kindertagesstätten**
- Verstärkte **Zusammenarbeit** zwischen Therapeuten / Ärzten / Kindergarten / Schule / Eltern / Gesundheitsamt / Jugendförderung
- **Fortbildungen** für ErzieherInnen und LehrerInnen zur Sprachförderung

6.1.4 Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen der Einschulungsuntersuchungen

Viele Kinder zeigen bei den Einschulungsuntersuchungen Auffälligkeiten. Handelt es sich um körperliche Störungen wie Sehschwächen oder ein vermindertes Hörvermögen kann relativ leicht Abhilfe geschaffen werden. Das Kind bekommt z.B. eine Brille und hat dann die gleichen Chancen wie ein Kind ohne Auffälligkeit der Augen, erfolgreich am Unterricht teilzunehmen. Schwieriger ist es bei anderen Störungen: bei einem Kind, das sich auffällig verhält, schlecht spricht oder Auffälligkeiten im Bereich der Körperhaltung und der Bewegungen zeigt, hoffen die Eltern, „das wird sich schon auswachsen“. Manchmal passiert das tatsächlich; oft genug können sich Probleme aber auch verschlimmern, wenn nicht frühzeitig eingegriffen wird.

Darum ist uns Früherkennung und Förderung so wichtig. Förderung zielt darauf ab, Schwächen auszugleichen und damit spätere Schäden zu vermeiden. Wenn ein Kind z.B. vor der Schule selten einen Stift in der Hand gehabt oder andere Tätigkeiten ausgeführt hat, bei denen „Fingerspitzengefühl“ gefordert ist, ergeben sich oft Schwierigkeiten beim Schreibenlernen: zusätzlich zu dem Erfassen der Buchstaben, muss das Kind lernen, mit dem Stift umzugehen.

Wir wünschen uns, dass Kinder viel Freiraum haben, sich und ihre Fähigkeiten auszuprobieren. Gleichzeitig möchten wir auch, dass ein Kind, welches bestimmte Sachen nicht kann und sie deshalb eventuell besonders meidet, in spielerischer Art zum Ausführen dieser Tätigkeiten angehalten wird. Das heißt aber auf keinen Fall, dass Eltern vor der Schule mit dem Kind Buchstaben schreiben sollen! Es kann aber z.B. heißen, das Kind aufzufordern, zu malen, seine Schleife selbst zu binden und statt Schuhen mit Klettverschluss, Schuhe mit Schnürsenkeln zu kaufen. Ein Kind, das z.B. Schleifebinden kann, geht später auch leichter mit einem Stift um, weil seine Feinmotorik geschult ist.

Wir können an dieser Stelle keine Tipps geben, wie ein Kind zu fördern ist, denn jedes Kind hat besondere Vorlieben und Abneigungen, Stärken und Schwächen. Wir möchten Ihnen statt dessen eine Kolumne von Herrn Dr. Jo Kanders, freier Medizinerjournalist und Mitglied im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, erschienen in der Ostfriesenzeitung, ans Herz legen:

„Sport ist auch Gehirnjogging

Neue Lehrer braucht das Land! Die neue Landesregierung plant, an die 2.000 neue Lehrer einzustellen. Hoffentlich sind Sportlehrer dabei. Das wünschen wir Ärzte uns. Denn: Sport ist Bewegung. Kinder wie Erwachsene bewegen sich aber zu wenig. Zivilisationskrankheiten wie Herz-/Kreislaufbeschwerden nehmen zu, die Zahl der Herzerkrankungen und die der Stoffwechselstörungen steigt weiter, selbst Kinder haben schon Diabetes Typ II, ein Diabetes, den wir bisher nur als Alterszucker kannten.

Dabei könnte durch mehr Bewegung im Alltag auch Bewegung in die Finanzmisere der Gesetzlichen Krankenkassen kommen. Mehr Sport, mehr Bewegung bedeutet nicht nur mehr Fitness, Gesundheit und Vorbeugen. Es bedeutet auch – und das hat der Gründer der Kölner Sporthochschule und frühere Rektor Prof. Dr. med. Wildor Hollmann in Studien nachgewiesen – mehr Intelligenz, bessere intellektuelle Leistungsfähigkeit.

Kinder, die sich bewegen, die Sport treiben, so die Studie, haben bessere Schulnoten, lernen konzentrierter, sind weniger schnell müde und träge. Kurz: Sie sind körperlich und geistig fitter als ihre bewegungsarmen Altergenossen.

„Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr“ gilt auch für den Sport. Der Schulsport gehört leider zu den Fächern, die mit am ehesten dem Rotstift zum Opfer fallen. Sport ein

Luxus? Im Gegenteil. Durch Sport wird Luxus durch medizinische Vorbeugung erst möglich. Was heute beim Sportunterricht eingespart wird, muss später bei der Behandlung von Krankheiten teuer bezahlt werden. Oder: Wer jetzt in den Sportunterricht investiert, wer Kinder und Jugendliche körperlich fit macht, spart künftige Behandlungskosten. Hinzu kommt: Wer Sport treibt, geht häufiger zum Arzt, um sich checken zu lassen. Vor allem bei Jugendlichen, die so gut wie nie den Arzt aufsuchen, können bei dieser Gelegenheit Krankheiten früher entdeckt werden.

Sport hat darüber hinaus für Kinder und Jugendliche auch eine sozialmedizinische Seite. Durch Sport werden Eigenschaften wie Erfahrungen mit Sieg und Niederlage, Gruppenerfahrung bei Wettbewerben, Verlässlichkeit und Gemeinsinn vermittelt, Erfahrungen, die Kinder und Jugendliche sonst nirgendwo machen können. Sportler sind weit weniger anfällig für Drogen, auch für Gesellschaftsdrogen wie Alkohol oder Tabak.

Deshalb fordern Deutschlands Kinder- und Jugend- und die Sportärzte, den Schulsport nicht länger stiefmütterlich zu behandeln. Es gab vielversprechende Ansätze mit dem Modell ‚Bewegte Schule‘ – aus Kostengründen in Niedersachsen eingestellt. Grundschüler konnten durch Bewegungspausen im Unterricht ihren Bewegungsdrang besser ausleben und nachweislich um so konzentrierter lernen. Mundhalten – Stillsitzen heißt es nur noch.“^{XXXIV}

Herr Dr. Jo Kanders stellt unserer Ansicht nach sehr gut dar, wie überaus wichtig Bewegung für die gesamte Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ist. Wir möchten uns seinen Ausführungen anschließen, denn er trifft genau den Punkt, um den es auch uns in Bezug auf die dargestellten Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen geht.

Christiane Lamschus
Ärztin im Gesundheitsamt
Jugendärztlicher Dienst

Almut Bungenstock
Gesundheitsamt Emden
Gesundheitsberichterstattung

6.1.5 Kariesprophylaxe

Zahngesundheit in Emden: 1996 - 2002

1996 wurde in Emden in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft der Emdener Krankenkassen eine Stelle für die Zahngruppenprophylaxe im Gesundheitsamt der Stadt Emden eingerichtet. Die eingestellte Zahnarzhelferin begann zunächst mit einer Arbeitszeit von 20 Wochenstunden, um festzustellen, ob dieses Angebot in den Emdener Einrichtungen Erfolg hat und angenommen wird. Bereits in den ersten Monaten wurde deutlich, dass wir mit dem Einrichten dieser Stelle einen Treffer gelandet hatten. So gelang es im ersten Jahr bereits, 2.460 Kinder im Rahmen der Zahn-Gruppenprophylaxe zu erreichen. Die Resonanz war derartig groß, dass im April 1997 die Stelle auf 38,5 Stunden aufgestockt wurde. Somit war 1997 eine Steigerung der erreichten Kinder um fast 100% möglich (4.911 Kinder). Mittlerweile werden pro Jahr ca. 7.500 Kinder über Art und Ursachen von Zahnerkrankungen auf spielerische Art und Weise aufgeklärt. In den Emdener Spielkreisen, Kindergärten, Fördergruppen, Grundschulen und Behinderteneinrichtungen sind diese Termine mindestens ein Mal pro Jahr schon lange zu einem festen Bestandteil geworden.



1998 wurde die Zahn-Gruppenprophylaxe um die Beratungsstelle für Erwachsene erweitert. Alle Emdener Bürger hatten ab sofort die Möglichkeit, sich kostenlos über die richtige Zahnpflege persönlich oder auch telefonisch beraten zu lassen. Auch dieses Programm wurde ein fester Bestandteil der Prophylaxe. Im ersten Halbjahr 1998 wurden bereits 142 Erwachsene beraten. Mittlerweile sind es pro Jahr ca. 350 Erwachsene, die dieses Angebot in Anspruch nehmen.

Aber nicht nur die regelmäßigen Prophylaxeimpulse in den Emdener Einrichtungen und die Beratung der Erwachsenen sorgten für den großen Erfolg, sondern auch die jährlichen Aktionstage zum Tag der Zahngesundheit, Gesundheitswochen in den Kindergärten, Fortbildungen für Erzieherinnen und Erzieher sowie diverse Elternabende tragen dazu bei, dass sich die Zahngesundheit der Emdener Bürger von Jahr zu Jahr verbessert.

Vergleichen wir die Zahnbefunde, die während der Schuleingangsuntersuchung jährlich erfasst werden, wird ganz schnell deutlich, wie wichtig und sinnvoll diese Aufklärungsarbeit ist.

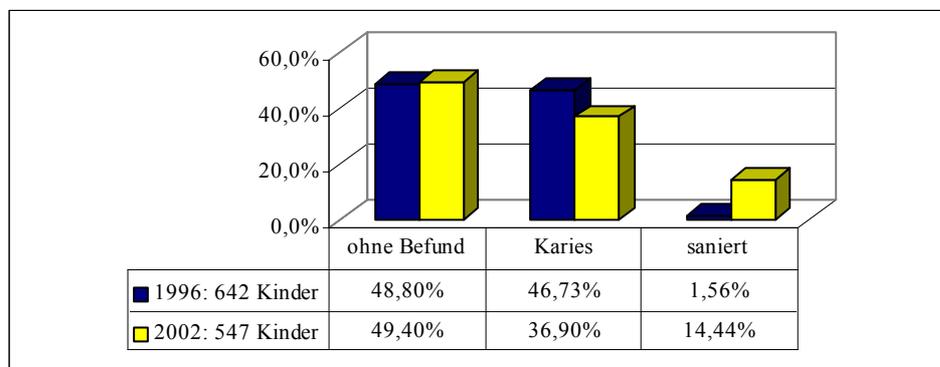
Zahnbefunde im Vergleich: 1996 und 2002:

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung **1996** wurden von **642** Kinder die Zahnbefunde erhoben. **48,80%** der untersuchten Kinder konnten ein **naturgesundes Gebiss** vorweisen. Bei **46,73%** wurden **kariöse Defekte** festgestellt und **1,56%** hatten **sanierte (behandelte) Zähne**.

Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2002:

Von **547** untersuchten Kindern hatten **49,4%** ein **naturgesundes Gebiss**. Die Zahl der Kinder mit **kariösen Befunden** sank auf **36,9%** und die **Sanierung der Zähne stieg** auf **14,44%**.

Abb. 22: Auswertung der Zahnbefunde im Vergleich 1996 und 2002



Quelle: Gesundheitsamt Emden: Zahn-Gruppenprophylaxe

Die Auswertung zeigt, dass durch die regelmäßigen Prophylaxeimpulse das Zahnbewusstsein in der Bevölkerung einen höheren Stellenwert bekommen hat. Betrachtet man die einzelnen Säulen des Diagramms, so wird deutlich, dass fast **13,00%** der Kinder zwar ein behandeltes, jedoch **gesundes Gebiss** ohne Kariesläsionen vorzuweisen haben.

Die Steigerung von positiven Befunden könnte durch die Einführung der Fluoridierung in den Emdener Grundschulen jedoch noch deutlich verbessert werden. Hierbei wird bei vorliegender Einverständniserklärung der Eltern auf die Zähne aller Kinder der Klassen 1 - 4 ein Fluoridlack aufgetragen, der den Zahnschmelz härtet und so besser gegen Karies schützt. Vorher erfolgt eine gründliche Zahnreinigung durch gemeinsames Zähneputzen.

In den Niederlanden werden die Fluoridierungsmaßnahmen bereits seit einigen Jahren erfolgreich durchgeführt, und es sind große Erfolge im Bereich der Zahngesundheit zu verzeichnen. Betrachten wir die präventiven Maßnahmen der Zahngesundheit in der Schweiz, so können wir feststellen, dass hier bis zu 90% kariesfreie Gebisse vorhanden sind. Dieses Ziel streben wir auch an. Wünschenswert für die Stadt Emden wäre die Einführung der Fluoridierung in allen Emdener Grundschulen, um auch hier dafür zu sorgen, dass sich in den nächsten Jahren die Zahngesundheit der Emdener Kinder noch weiter verbessert.

Handlungsansatz für Emden

Fluoridierung in Emdener Grundschulen

6.2 Psychomotorikprojekt - Bewegungsförderung für Grundschul Kinder

Pilotprojekt zur psychomotorischen Förderung mit begleitender Elternberatung

Kooperationspartner:

Grundschule Grüner Weg / Gesundheitsamtes Emden / Fachhochschule

Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven am Standort Emden – Studiengang Physiotherapie



Bewegung als Dreh- und Angelpunkt der Entwicklung

Psychomotorische Entwicklungsförderung und Therapie ist ein Ansatz zur Förderung der Gesamtentwicklung von Kindern über spielerische kindzentrierte Bewegungsangebote. Der Begriff „Psychomotorik“ beschreibt die enge Wechselwirkung von psychischen, motorischen und sozialen Prozessen. Die Bedeutung und Erfahrung dieser entwicklungsrelevanten Zusammenhänge wird in der wissenschaftlichen Disziplin „Motologie“ erforscht und für therapeutische und pädagogische Fragestellungen nutzbar gemacht.

6.2.1 Warum psychomotorische Förderung wichtig ist !?

Kinder erfahren ihr Wissen über die Welt und die eigene Person durch aktives Handeln. Kinder werden handelnd kompetent. Sie lernen sich selbst, ihre Grenzen und Möglichkeiten kennen (Körpererfahrung). Sie entdecken die Gegebenheiten der Welt (materiale Erfahrung) und erproben sich im Umgang mit Gleichaltrigen (soziale Erfahrung).

Psychomotorik als Basis des Lernens

Körpererfahrungen ermöglichen das Kennenlernen des eigenen Körpers und der eigenen Fähigkeiten. Die Orientierung am eigenen Körper legt den Grundstock (Körperschema), um zu wissen wo oben, unten, rechts und links sind. Dieses Raumschema kann beim Schreibenlernen auf das Papier übertragen werden.

Kinder benötigen konkrete, handelnde Erfahrungen, um die Welt zu begreifen und Begriffe zu bilden. Das Spüren und Setzen der Körpergrenzen und das Erfahren von Geborgenheit und Entspannung über Körperkontakt sind wichtig für die Entwicklung.

Wie die Welt funktioniert, muss erprobt und praktisch erfahren werden. Logisches Denken erfordert elementare Erfahrungen von Ursache und Wirkung.



Tätigkeit vertieft das Lernen und fördert Planungsfähigkeit.

Auch der Umgang mit Anderen muss gelernt werden. Die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten braucht den Vergleich. Eigene Grenzen müssen spürbar und Kompromisse ausgehandelt werden.

Die Notwendigkeit von Regeln leuchtet ein, wenn ein gutes Gruppenklima dies erfordert. Gruppenerfahrungen bedeuten Konfliktmanagement lernen, sich anpassen oder auch ‚mal Chef‘ sein dürfen.

Kindlicher Alltag – heute

Kindheit heute bedeutet „Medienkindheit“. Mehrere Stunden täglich vor dem Fernseher, Computer oder Gameboy sind keine Seltenheit mehr. Kleine Wohnungen, langweilige Spielplätze, gefährliche Strassen, vorgefertigtes Spielzeug verhindern das natürliche Forscherdasein von Kindern. Zeitmangel der Eltern und Mangel an Gleichaltrigen verführen zu Medienmissbrauch.

Kinder – heute – sehen und hören zu viel. Sie leiden an einem Überfluss an Input und Mangel an Output. Bewegungsmangelkrankheiten wie z.B. Haltungs- und Rückenprobleme, Herz-Kreislaufkrankungen und Übergewicht treten bei immer jüngeren Menschen auf.

Elternsein – heute – eine schwere Aufgabe?!

Die ‚Normalbiographie‘ ist nicht mehr normal. Mehrfachbelastungen engen die Zeit für die Kinder ein, „entladen die Batterie“ oder überfordern die Erwachsenen. Funktionierende Großfamilien gibt es kaum noch – kleine soziale Netzwerke müssen selbst entwickelt werden. Die Unsicherheit darüber, was in der Erziehung richtig oder falsch ist, nimmt zu. Idealbilder in den Medien suggerieren im Gegensatz dazu die heile Familienwelt. Wer ist da für die Eltern ?

6.2.2 Das Pilotprojekt

Im Oktober 2002 wurde das von Herrn Prof. Dr. Schaub, Arzt für Neurologie und Psychiatrie sowie Psycho- und Familientherapeut von der Fachhochschule Oldenburg/ Ostfriesland/ Wilhelmshaven (FH OOW), und Frau Lamschus, Schulärztin im Gesundheitsamt Emden, initiierte Projekt zur Förderung verhaltens- und bewegungsauffälliger Kinder mit Begleitung der Eltern in der Grundschule Grüner Weg im Stadtteil Barenburg begonnen.

Frau Prof. Dr. Haas, Motologin und Sportwissenschaftlerin an der FH OOW, konnte für dieses Projekt gewonnen werden, so dass für die Kinder eine qualifizierte psychomotorische Entwicklungsförderung, abgestimmt auf den Förderbedarf der einzelnen Kinder, angeboten wird.

Anlass dieses Projektes unter Einbeziehung der Eltern und Lehrer waren die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen des Gesundheitsamtes. Danach gab es im Laufe der Jahre eine deutliche Zunahme der Auffälligkeiten bei den einzuschulenden Kindern in den Bereichen Fein- und Grobmotorik, Sprache und Verhalten.

Ziel des Projektes ist es, nachzuweisen, dass sich psychomotorische Entwicklungsförderung positiv auf die Gesamtentwicklung (Bewegung, Wahrnehmung, Sprache, Sozialverhalten) der Kinder auswirkt.

Das Pilotprojekt arbeitet vernetzt in enger Kooperation zwischen der Schule, den Eltern und dem Studiengang Physiotherapie der Fachhochschule. Die zentralen Bausteine des Projektes sind die wöchentliche psychomotorische Förderung, eine Elterngruppe und regelmäßiger Austausch mit der Schule.

Nachdem die Voruntersuchungen der Kinder zur Ermittlung der speziellen Förderplanung durch Frau Lamschus und Frau Prof. Dr. Haas durchgeführt wurden, konnte mit der psychomotorischen Förderung der Kinder begonnen werden. Die Förderung der Kinder wird in Kleingruppen mit jeweils 5 Kindern durch Studierende des Studienganges Physiotherapie

in Emden (Britta Ibsen, Antje Klemm, Rike Anders) unter Anleitung und Supervision von Frau Prof. Dr. Ruth Haas durchgeführt.

Wie sieht psychomotorische Förderung aus?

Die Förderung der Kinder setzt am Entwicklungsstand, den Bedürfnissen und Stärken der Kinder an und ermöglicht durch die Kleingruppen ein gezieltes, individualisiertes Vorgehen. Bewegungs- und Erfahrungsräume werden angeboten, um die Kinder zu Selbsttätigkeit anzuregen. Es geht nicht um Üben, sondern um Entdecken! Spielräume mit klaren Regeln und Strukturen schaffen den Rahmen für selbstständiges Lernen.

Psychomotorische Förderschwerpunkte als Basis des Lernens und der Entwicklung höherer geistiger Fähigkeiten sind:

- Förderung von Grob- und Feinmotorik (Handgeschicklichkeit)
- Förderung der Koordination der Gesamtkörperbewegung und Bewegungsplanung
- Förderung der taktil-kinästhetischen und vestibulären Wahrnehmung (Tastwahrnehmung, Körperspannung, Gleichgewicht)
- Förderung des Sozialverhaltens
- Förderung der Raumorientierung und Körperwahrnehmung
- Förderung der Entspannungsfähigkeit

Begleitend zu den Förderstunden für die Kinder finden mit den betroffenen Eltern Gruppengespräche statt, die neben Frau Lamschus und Frau Prof. Dr. Haas auch von Herrn Prof. Dr. Schaub geleitet werden. Diese Gespräche ermöglichen die Klärung von Fragen und Konflikten sowie die Absprache von Förderschwerpunkten.

Ein regelmäßiger Austausch mit den betroffenen Lehrern bildet die Grundlage für intensive, vernetzte Arbeit.

Die Ergebnisse der Förderung werden durch eine sehr differenzierte Diagnostik (Grobmotorik, Sprache, Denken, Wahrnehmung, Stärken und Schwächen der Kinder im Verhalten) vor Beginn und nach dem Ende des Projektes überprüft (Lamschus, Haas). Teile der Untersuchung und konzeptionellen Überlegungen münden in Abschlussarbeiten der Physiotherapeutinnen im Rahmen des Studienganges Physiotherapie.

Die sich anschließende Auswertung der Maßnahme soll die Wirksamkeit der psychomotorischen Förderung nachweisen, um weitere vergleichbare Angebote im Raum Emden, möglicherweise an Grundschulen, etablieren zu können.

Dieses Projekt bietet durch die Einbeziehung von Eltern und Lehrern einen besonderen, da vernetzten, Hilfeansatz. Aus den Daten der Schuluntersuchungen der letzten Jahre geht jedoch deutlich hervor, dass noch weit mehr Hilfemöglichkeiten geschaffen werden müssen, um den zunehmenden Auffälligkeiten im Bereich Verhalten, Motorik und Sprache entgegenzutreten.

Handlungsansatz für Emden

Weiterführung der psychomotorischen Entwicklungsförderung

Entwicklung eines **Netzwerkes** zur psychomotorischen Förderung.

Christiane Lamschus
Ärztin im Gesundheitsamt
Jugendärztlicher Dienst

Prof. Dr. Ruth Haas
Professorin an der FH OOW
Motologin, Sportwissenschaftlerin

Almut Bungenstock
Gesundheitsamt Emden
Gesundheitsberichterstattung

7 Klasse 2000 – Projekt für Suchtprävention

Jeden Tag berichten Presse, Funk und Fernsehen über Drogen, Sucht und Süchtige. Wir könnten uns fast daran gewöhnen, müssten wir nicht Angst haben, dass auch die eigene Familie oder Freunde betroffen sein könnten. Viele von uns haben das Gefühl, der steigende Drogenkonsum ist eine Entwicklung, die sich kaum noch stoppen lässt. Auch Experten befürchten, dass die Drogenwelle in den kommenden Jahren weiter ansteigen wird. Und dabei sind nicht nur die harten Drogen wie Heroin und Kokain gemeint. Auch Alkohol, dessen Gefährlichkeit nach wie vor unterschätzt wird, macht immer mehr Jugendliche und Kinder krank und süchtig. Ganz zu schweigen von der Nikotinsucht. Alkohol und Zigaretten gehören zum „täglichen Leben“ dazu, sind bereits kleinen Kindern vertraut. In der Pubertät gewinnen sie als Attribut des „Erwachsenseins“ verstärkt Anziehung. Der Einfluss der Clique wirkt oft verstärkend beim Griff zu Flasche oder Zigarette.

Was kann man tun, damit Kinder und Jugendliche nicht süchtig werden?

Forschungsergebnisse legen nahe, dass es kein vielversprechender Ansatz wäre, die Herstellung und Verteilung von Drogen stoppen zu wollen. Es geht nicht um die **Bekämpfung von Drogen** sondern um die **Verhinderung von Sucht**. Die beste Methode zur Verhinderung von Sucht ist nicht Behandlung von Suchtkranken oder das Verbot von Drogen, sondern Vorsorge. Es ist zwar immer noch nicht ganz klar, wie Sucht entsteht und was ihre genauen Ursachen sind, aber man weiß, dass es einige „Schutzfaktoren“ gibt, die Kinder und Jugendliche gegen Sucht stärken (s.u.). Es ist inzwischen auch sicher, dass eine erfolgreiche Vorsorge gegen Sucht sehr viel früher beginnen kann und soll, als man bisher vermutet hat. Auch wenn der Schutz nicht hundertprozentig ist: er senkt das Risiko!

Der Einfluss der Familie

Den ersten und wahrscheinlich wichtigsten Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Kinder sowie deren späteren Umgang mit Drogen hat die Familie. Eltern können deshalb viel dafür tun, dass ihre Kinder sich zu gesunden Erwachsenen entwickeln, die ihr Leben positiv und ohne Drogen bewältigen können: Seelisch ausgeglichene, selbstbewusste und kreative Kinder haben bessere Chancen, später ein suchtmittelfreies und unabhängiges Leben zu führen.^{XXXV} (Einige Anhaltspunkte für Eltern, was hilft, Kinder stark gegen Sucht zu machen, finden Sie im Anhang, S.88)

Die Rolle der Schule

Manchmal kann das Elternhaus den Kindern nicht das geeignete Klima bieten, sich selbstbewusst zu entwickeln. Eltern mangelt es zum Teil auch an Wissen oder an den Möglichkeiten suchtpreventiv einzuwirken. Nicht zuletzt sind Eltern unter Umständen selbst in Suchtproblematiken verwickelt.

Neben dem Elternhaus ist daher die Schule der wichtigste Ort, an dem Maßnahmen zur Suchtprävention stattfinden können. Besonders im Grundschulalter sind Kinder empfänglich und nachhaltig beeindruckbar.^{XXXVI}

7.1 Gesundheitsförderungsprojekt „Klasse 2000“

Früher waren Gesundheitsprogramme besonders für Jugendliche konzipiert und setzten vor allem auf Information und Abschreckung. Die letzten Jahrzehnte haben aber gezeigt, dass die meisten Schülerinnen und Schüler gesundheitliche Risiken wenig beachten. Die Kultusministerkonferenz stellte fest, dass „bloße Sachinformation über Suchtstoffe und Drogenwirkung [...] vor allem bei Jugendlichen eher zur Vergrößerung der Konsumbereitschaft führen (können), anstatt sie abzubauen“. Moderne Präventionsprogramme setzen daher auf eine Verbesserung der Lebenskompetenz und Gesundheitsförderung, um vor Drogenmissbrauch und Abhängigkeit zu schützen.^{XXXVII}

Denn: Süchte entstehen nicht von heute auf morgen. Sie entwickeln sich, genauso wie ein verantwortlicher Umgang mit Gesundheit, über einen längeren Zeitraum. Eine erfolgreiche Vorbeugung muss daher frühzeitig, möglichst vor dem ersten Kontakt mit Suchtmitteln, einsetzen (nach Untersuchungen von „Klasse 2000“ hat in der 1. Klasse bereits jeder 10. Schüler Raucherfahrungen) sowie die Kinder und Jugendlichen über längere Zeit begleiten.

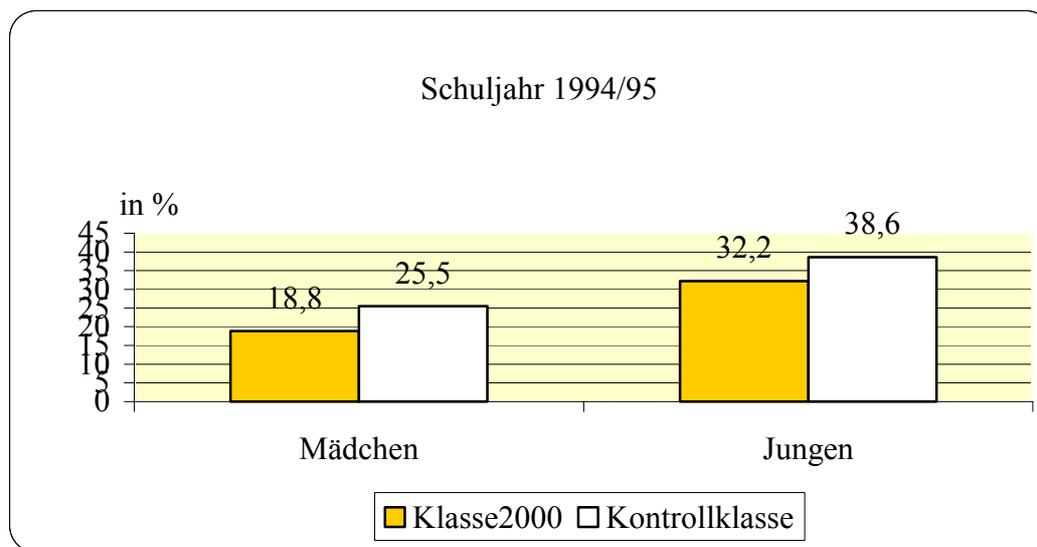
Das Projekt „Klasse 2000“ beginnt bei den 6-7jährigen Kindern in der ersten Klasse der Grundschule und begleitet sie bis zum Ende der Grundschulzeit. Es führt Gesundheitsförderung im ganzheitlichen Sinne durch. Dabei wird nicht mit dem erhobenen Zeigefinger gearbeitet und die Risiken betont, sondern die sozialen Kompetenzen der Kinder, ihr Selbstwertgefühl und ihre positive Einstellung zur Gesundheit werden gestärkt. Eine positive, lebensbejahende Haltung führt zu Lebenskompetenz und der Verantwortungsbereitschaft für die eigene Gesundheit. Das ist zugleich die wirksamste Vorbeugung gegen Sucht.



Außer Emden Kindern nehmen in Deutschland weitere ca. 100.000 Kinder an dem „Klasse 2000-Projekt“ teil, das 1991 vom „Institut für Präventive Pneumologie“, einem gemeinnützigen Verein am Klinikum Nürnberg, ins Leben gerufen wurde. Die Erfahrungen zeigen, dass die meisten Kinder sich sehr mit dem Thema identifizieren. Sie haben offensichtlich Freude am Programm und können, was sie gelernt haben, mühelos wiedergeben.

Erste bundesweite Auswertungen haben ergeben, dass nach vier Jahren Gesundheitsförderung „Klasse 2000-Schülerinnen und Schüler“ z.B. weniger häufig zur Zigarette greifen als andere Kinder. Im Vergleich zu Kontrollklassen haben 7% der „Klasse 2000-Schüler“ weniger Raucherfahrung. Das Verhalten differiert bei Mädchen und Jungen leicht. Mädchen der Kontrollklassen haben zu 26% Raucherfahrung, „Klasse 2000-Mädchen“ nur zu 18%. Die Jungen der Kontrollklassen haben zu 38% Raucherfahrung, die „Klasse 2000-Jungen“ zu 32% (s. Abb. 23).

Damit greifen nach vier Jahren Teilnahme am Projekt 8% weniger Mädchen und 6% weniger Jungen zur Zigarette. Diese Zahlen weisen darauf hin, dass die Mädchen besser mit dem Projekt erreichbar sind, Jungen hingegen stärkeren Gruppenzwängen unterworfen sind.

Abb. 23: Raucherfahrung in der 4. Klasse

Quelle: Klasse 2000: ein Programm zur Gesundheitsförderung, 5. Auflage, S.11

7.2 „Klasse 2000“ in Emden

Bereits seit September 2002 wird das bundesweite Gesundheitsförderungsprojekt „Klasse 2000“ auch in einer Klasse an der Grundschule „Grüner Weg“ in Emden - Barenburg durchgeführt. Es ist eine gemeinsame Aktion der Grundschule „Grüner Weg“, des Gesundheitsamtes und der Deutschen BKK Emden und Wiesmoor (vormals BKK VW).

Zu den einzelnen Themenkomplexen unterrichtet der Leiter des Emdener Gesundheitsamtes, Dr. Ubbo Decker, die GrundschülerInnen der jetzigen Klasse 2 mit jeweils ein bis vier Stunden. Der Unterricht erfolgt dabei vorrangig handlungs- und bewegungsorientiert. Die SchülerInnen der Klasse 2b erwarten „ihren“ Dr. Decker sehnsüchtig und nehmen mit Begeisterung am Unterricht teil. Die weiteren Stunden zur Erarbeitung und Vertiefung der Inhalte führt die Klassenlehrerin, Frau Ilona Gerdes, durch. Immer dabei ist „Klaro“ (bzw. Klara) die Identifikationsfigur des Programms.



Das sind die unsere selbstgebastelten Klaro-Püppchen

Das Anliegen des ganzheitlichen Konzeptes von „Klasse 2000“ ist die frühzeitige Förderung einer positiven Gesundheitseinstellung und die Stärkung der allgemeinen Lebenskompetenzen. Damit gewinnt das Programm einen suchtpreventiven Einfluss auf das Verhalten der Kinder. Dr. Decker vom Gesundheitsamt erklärte das gegenüber der Presse so: „Bei ‚Klasse 2000‘ lernen die Kinder schon früh ihren Körper kennen. Sie erfahren und üben, was sie Gutes für ihre Gesundheit tun können (z.B. gesunde Ernährung, Bewegung, Entspannung). Wir sprechen mit ihnen nicht über Krankheiten, gesundheitliche Katastrophen

oder Drogensüchtige. Wir drohen nicht mit Unheil. Wir bringen den Kindern nahe, wie schön es ist, gesund zu sein.“ XXXVIII XXXIX

Im Einzelnen heißt das:

1. Förderung der Körperwahrnehmung und einer positiven Einstellung zur Gesundheit

Die Kinder werden spielerisch mit ihrem Körper und seinen wichtigsten Grundfunktionen vertraut gemacht (z.B. Atmen und Bewegung / Sinne erfahren / Wirbelsäule – „die wichtigste Säule der Welt“). Sie lernen, was sie selbst tun können, um gesund zu bleiben und erleben, dass „gesund sein“ Freude macht.

Im ersten Schuljahr wurde den Kindern die Atmung nahegebracht. Die SchülerInnen erfuhren z.B. auf einem (gedachten) Abenteuerpfad durch vielfältige Bewegung, wie dringend ihr Körper die Luft benötigt. Sie konnten ihr Lungenvolumen messen lassen.



Diese Erfahrung wiederholten die SchülerInnen der Klasse 2b nun zunächst durch vielfältige Übungen mit dem Schwungtuch.



Begeistert „flogen“ die SchülerInnen durch die Pausenhalle der Grundschule.

Im Anschluss wird nun – das rahmenrichtlinienkonforme – Thema „Die Sinne“ behandelt. Das unterrichtsbegleitende Heft „Klaro verreist“ betont auch hier wieder den Aspekt der gesunden Luft.

Dank der Unterstützung durch die Deutsche BKK konnten Frau Gerdes und ihre Klasse in den Heseler Wald „verreisen“ (für sechs der Schüler ihre erste Begegnung mit einem Wald) und dort ihre Sinne intensiv erfahren:

Dann mussten wir den Platz mit unseren Augen fotografieren und die Luft war sehr gut. (Albert)

Und wir mussten 15-mal ein und ausatmen. Das fand ich am besten, weil die Luft so gut roch. Das war schön. (Jasmin)

Dann haben wir die Luft eingeatmet und wieder aus. Die Luft war herrlich. (Willi)

Die Augen waren zu und ich habe die Luft genossen. (Christina)

Quelle: handschriftliche Schülertexte der Klasse 2b der Grundschule Grüner Weg

2. Stärkung des Selbstwertgefühls und der sozialen Kompetenz

Die Kinder werden angeregt, sich als eigenständige und wertvolle Personen wahrzunehmen, ihre Meinungen zu vertreten und Konflikte positiv zu bewältigen, andere zu respektieren und mit ihnen zu kooperieren.



3. Schulung eines kritischen Umgangs mit Genussmitteln und Alltagsdrogen

Die Kinder sollen den verantwortlichen Umgang mit Genussmitteln und die Fähigkeit des „Nein-Sagens“ in Gruppendruck-Situationen lernen. Hier geht es vor allem um Alkohol und Tabak. So entwickeln die Kinder ihre eigenen Persönlichkeiten und lernen, die Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen.

4. Schaffung eines gesundheitsfördernden Umfeldes

Für eine gesunde Entwicklung der Kinder sind die „Verhältnisse“, in denen sie leben, genauso wichtig wie ihr eigenes „Verhalten“. Deshalb integriert „Klasse 2000“ Schüler, Lehrer, Eltern, Gesundheitsförderer und Paten im Engagement für eine kindgerechte und gesundheitsfördernde Lebensumwelt.

Da die enge Zusammenarbeit von Elternhaus, Schule, Gesundheitsexperten und Umfeld so wichtig ist, erfolgt die Begleitung der Kinder und die Unterstützung bei einer gesunden und suchtfreien Entwicklung über folgende Ansätze:

- Aktive Pädagoginnen und Pädagogen aus dem Grundschulbereich, Eltern, Mediziner u.a. haben ein **ganzheitliches Unterrichtskonzept** entwickelt und altersgerecht aufgebaute Schulungs- und Unterrichtsmaterialien erstellt. Die Schulungsunterlagen sind von den Lehrkräften im Unterricht umsetzbar und enthalten auch weiterführende Unterrichtsvorschläge.
- Zur Programmeinführung werden **Elternabende und Informationsveranstaltungen** angeboten. Die Eltern werden durch Elternbriefe und einen „Ratgeber gegen Sucht“ über das Programm informiert.
- In jedem Schuljahr werden in den Schulklassen bei der Umsetzung bestimmter Themenbereiche **Gesundheitsexperten** (Ärzte oder Gesundheitspädagogen) beteiligt. Diese besonderen Unterrichtsstunden erhöhen die Aufmerksamkeit der Kinder, da die Gesundheitsförderer durch ihr spezielles Wissen die Thematik besonders glaubwürdig machen.
- Die Finanzierung erfolgt über das **Patenschaftsprinzip**: Krankenkassen, Institutionen, Versicherungen, Vereine, Firmen und Privatpersonen können für Schulklassen Patenschaften übernehmen. Pate und Patenklasse erfahren wechselseitig voneinander und der Name des Paten wird in die Unterrichtsmaterialien eingetragen. Die **Patenschaft** für eine Schulklasse beträgt pro Schuljahr **nur 280,-Euro**, das sind etwa 11,- Euro für ein Kind,

(steuerbegünstigt) und finanziert alles Unterrichts- und Anschauungsmaterial sowie die Schulung durch die Gesundheitsförderer.



Für die Emdener Klasse in der Grundschule „Grüner Weg“ hat die **Deutsche BKK Emden** die Patenschaft übernommen und bis zur 4. Klasse zugesichert. Die Trägerschaft des Projektes liegt beim „Institut für Präventive Pneumologie“, einem gemeinnützigen Verein am Klinikum Nürnberg.

Emden ist einer der Standorte in Ostfriesland, an denen die Deutsche BKK Emden und Wiesmoor die Patenschaft für eine Klasse übernommen hat. Ihr Ziel ist es, 10 Klassen von der 1. bis zur 4. Klasse zu betreuen. Diese Klassen werden jedoch nicht ausschließlich in Emden sein, da die Deutsche BKK die vorhandenen Finanzmittel aufgrund ihres weit über die Stadt hinausreichenden Zuständigkeitsgebietes nicht nur am Standort Emden verwenden kann.

Es herrscht unter Emdener Gesundheitsexperten allerdings die einhellige Meinung, dass mehr Emdener Grundschulklassen an „Klasse 2000“ teilnehmen sollten. Um dieses zu erreichen, müsste eine Person oder Einrichtung Sponsoren werben. Die Emdener Beratungsstellen und Einrichtungen, die „Klasse 2000“ befürworten, können diese aufwendige Suche nicht neben ihrer Arbeit bewältigen.

In anderen Kommunen setzt sich z.B. der Lions Club für die Sponsoren-Akquisition ein bzw. stellt selbst die Mittel für „Klasse 2000“ zur Verfügung. Es gibt auch Modelle, in denen z.B. ein Wirtschaftsunternehmen eine Agentur beauftragt und bezahlt, die Sponsoren für ein Projekt ausfindig macht.

Neben Herrn Dr. Decker, dem Leiter des Gesundheitsamtes, wird jetzt eine weitere Emdener Expertin in Gesundheitsförderung für das Projekt „Klasse 2000“ geschult. Demnächst gibt es dann also zwei ausgebildete „Klasse2000“-Fachleute.

Handlungsansatz für Emden

- 1. Schulen, die bei „Klasse 2000“ mitmachen möchten, sollten ihr Interesse deutlich machen.**
- 2. Personen und Einrichtungen, die eine Patenschaft übernehmen möchten, sollten sich melden.**
- 3. Wer Sponsoren werben möchte, sollte sich ebenfalls melden.**

Ansprechpartner:

Herr Dr. Decker
Gesundheitsamt
Am Alten Binnenhafen 2
26721 Emden
Tel: (04921) 87 1650

Lions-Klasse2000-Beauftragter, Nds. Nord / Bremen:
Herr Lucas, Nienburg, Tel:
(0 50 21) 1 52 12
Fax: (0 50 21) 6 45 39

Frau
Ilona Gerdes
GS Grüner Weg
26721 Emden
Tel. (04921) 87 4350

Regionale Koordinationsstelle Nds. Nord / Bremen:
Iris Kluge
Schlesierstr. 65
49356 Diepholz

Weitere Informationen über das Projekt „Klasse 2000“ finden Sie:

im Internet unter www.klasse2000.de
beim Klasse 2000-Team in Nürnberg:
Sekretariat Paten und Schulen: Frau Menz, Telefon 09 11 / 389-3768

für interessierte Lehrkräfte:
Ilona Gerdes, Grundschule Grüner Weg, Theodor- Fontane Straße, 26721 Emden, Tel.:
04921/ 223 35

Resümee

Das Gesundheitsamt der Stadt Emden ist von dem Konzept, das hinter dem Projekt „Klasse 2000“ steht, überzeugt.

Seit einem Jahr wird mit Erfolg der Unterricht an einer Emdener Grundschulklasse durchgeführt. Unsere hierbei gesammelten Erfahrungen sind ausgesprochen positiv. Daher werden wir alle Ansätze und Anstrengungen unterstützen, die sich um eine Fortführung bzw. Ausweitung des Klasse2000-Projektes bemühen, soweit dies unsere personellen und finanziellen Kapazitäten zulassen.

Ilona Gerdes
Lehrerin
Grundschule Grüner Weg

Almut Bungenstock
Gesundheitsberichterstattung
Gesundheitsamt

Dr. Ubbo Decker
Leiter des Gesundheitsamtes
Gesundheitsamt

8 Schlusswort

Viele Kinder in unserer Wohlstandsgesellschaft weisen gesundheitliche Störungen auf. Dabei geht es oft gar nicht um gravierende medizinische Probleme, sondern um Beeinträchtigungen, die eine zusätzliche Förderung von Kindern notwendig machen. Für die meisten Kinder geht es einfach nur darum, ihnen genügend Raum für Erfahrungen zu geben, um zum sich auszuprobieren und entwickeln zu können, damit Störungen gar nicht erst auftreten.

Die Entwicklung eines Kindes ist prägend für sein weiteres Leben. Leider sind unsere heutigen Lebensbedingungen nicht immer förderlich für unsere Gesundheit. Wir achten nicht immer genügend darauf, dass wir selbst die Verantwortung für das Wohlergehen unseres Körpers haben. Wir gehen nicht immer sorgsam damit um, uns gesund genug zu ernähren und uns in ausreichendem Maße zu bewegen. Und manchmal erwarten wir zu eindringlich, dass die medizinische Versorgung eine „Pille“ für jede Störung bereitstellt und gesundheitliche Schäden repariert werden können, die wir uns durch unseren Lebensstil zugefügt haben.

Wir wünschen uns deshalb, dass das Thema „Gesundheit“ noch mehr in den Vordergrund tritt. In Emden bieten die Krankenkassen, die Volkshochschule, die evangelische Familienbildungsstätte und andere Einrichtungen bereits verschiedenste Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen an. Es gibt Schulungen, gesundheitsfördernde Maßnahmen und Vorsorgeuntersuchungen. Die Emdener Sportvereine machen vielfältige Angebote für diverse Zielgruppen: – wir sollten die eigene Verantwortung für unsere Gesundheit erkennen und die Angebote nutzen.

Um besondere Probleme der Gesundheitsversorgung in Emden gezielt aufgreifen zu können, ist es darüber hinaus wichtig, über neue Zugangswege zu Informationen über die gesundheitliche Lage und Versorgung nachzudenken. So gilt es auch zu berücksichtigen, dass Menschen aus benachteiligten sozialen Verhältnissen oft größere gesundheitliche Probleme und weniger Möglichkeiten haben, Informationen und Hilfen zu nutzen. Dies gilt auch für viele ausländische Bürger, die wegen mangelnder Sprachkenntnisse eingeschränkt sind.

Für Kinder lassen sich häufig am ehesten Verbesserungen durchsetzen. Da Gesundheitsstörungen gerade auch bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien häufiger auftreten als im Durchschnitt und damit die Spirale:

schlechtere Vorsorge → schlechtere Gesundheit → schlechtere Lernfähigkeit → schlechtere Startchancen → schlechtere Berufsaussichten → schlechterer beruflicher Status → schlechtere Lebensqualität

in Gang setzen kann, sollten Förderangebote entwickelt werden, die die betroffenen Menschen auch wirklich erreichen. Es kann damit beginnen, aufzuklären über die Wichtigkeit von gesunder Ernährung, Bewegung und anderen Aspekten, die den Lebensstil beeinflussen. Das Gesundheitsamt, die Kindergärten, Kinderärzte, Schulen, Krankenkassen und andere mit Gesundheit und deren Störungen befasste Fachleute sollten dazu zusammen arbeiten.

9 Anhang

Inhalt

9.1 „Ostfriesen ärmer als andere“, Artikel in der Ostfriesenzeitung

9.2 Tabellen:

9.2.1 Sprachförderunterricht für sprachauffällige Kinder an Emden Grundschulen

9.2.2 Förderunterricht „deutsche Sprache“ für Aussiedler- und ausländische Kinder

9.3 Schreiben des Gesundheitsamtes :

- deutliche Häufung von Masernerkrankungen in der Stadt Emden -

9.3.1 Information für Kindergärten / Kindertagesstätten / Lehrerinformation

9.3.1 Elterninformation

9.4 Was können Eltern tun um Sucht vorzubeugen ?

9.4.1 7 Regeln gegen Sucht

9.4.2 Prävention im erzieherischen Alltag

9.5 Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

9.5.1 Tabellen

9.5.2 Abbildungen

9.6 Literaturverzeichnis

9.1 „Ostfriesen ärmer als andere“, Artikel in der Ostfriesenzeitung

vom 11. 02. 2003

Ostfriesen ärmer als andere

Statistik: Zahl der armen und der reichen Menschen in Niedersachsen steigt seit 1998 stetig

Als arm gilt jemand, der weniger als die Hälfte des Durchschnittseinkommens zur Verfügung hat.

In Ostfriesland/Hannover. In Ostfriesland gibt es mehr Armut als in anderen Teilen Niedersachsens. Das berichtet das Niedersächsische Landesamt für Statistik. Im Jahr 2001 waren 965 000 oder 12,4 Prozent der Menschen in Niedersachsen arm – 0,1 Prozentpunkte mehr als im Vorjahr. 371 000 oder 4,8 Prozent der Niedersachsen wurden 2001 statistisch als reich eingestuft (Vorjahr: 4,6 Prozent). Sowohl der Anteil der Armen als auch der Anteil der Reichen steigt seit 1998 stetig, wobei es bundesweit mehr Arme und auch mehr Reiche als in Niedersachsen gibt.

Entsprechende Werte werden nicht für einzelne Regionen erhoben. Dennoch spricht einiges dafür, dass in Ostfriesland die Armut größer ist als anderswo. Die Quote der Arbeitslosen und Sozialhilfeempfänger ist in Ostfriesland überdurchschnittlich hoch, ebenso in Großstädten sowie

im südlichen und östlichen Niedersachsen. Im ostfriesischen Vergleich hält die Stadt Leer einen Negativ-Rekord: Nirgendwo sonst kommen mehr als 5,5 Arbeitslose auf 100 Einwohner. Die Spitzenposition der Sozialhilfequote teilen sich Leer, Aurich, Emden, Wittmund, Norden und Hesel (alle mehr als 5 Prozent).

Als relativ arm gilt in der internationalen Armutsfor-

schung jemand, dessen Einkommen mindestens 50 Prozent unter dem Durchschnitt liegt, als relativ reich jemand, dessen Einkommen mindestens doppelt so hoch wie das Durchschnittseinkommen ist. „Es werden also streng genommen nicht Armut und Reichtum dargestellt, sondern die Ungleichverteilung von Einkommen“, erklärt Lothar Eichhorn vom Landesamt für Statistik.

Für die Statistik wird das Haushalts-Nettoeinkommen zu Grunde gelegt, zu dem sämtliche Einkünfte aller Familienmitglieder zählen. Da ein Dreipersonenhaushalt nicht dreimal so viel Geld braucht wie ein Einpersonenhaushalt, wird die Summe der Einkünfte nicht einfach durch die Zahl der Familienmitglieder geteilt, sondern das Pro-Kopf-Einkommen wird nach einem bestimmten Schlüssel errechnet. Wessen Pro-Kopf-Einkommen nach dieser Rechnung in Niedersachsen unter 541 Euro im Monat liegt, der gilt als arm. Als reich gilt jemand, dessen Einkommen über 2 166 Euro liegt.

Zwischen Haushaltsgröße und Einkommen besteht ein enger Zusammenhang. Vereinfacht gesagt: Je größer der Haushalt, desto größer das Armutsrisiko (siehe Grafik). Zweipersonenhaushalte – häufig kinderlose Doppelverdiener – haben die geringste Armuts- und die höchste Reichtumsquote. Fast ein Drittel aller Haushalte mit fünf und mehr Personen fällt unter die Armutsgrenze.

9.2 Tabellen:

9.2.1 Sprachförderunterricht für sprachauffällige Kinder an Emdener Grundschulen

Schule	Sprachförderung für sprachauffällige Kinder		Anzahl der Förderstunden pro Woche / pro Klasse	Anzahl der Förderstunden pro Woche / pro Jahrgang	Anzahl der Förderstunden jahrgangsübergreifend	Zusätzliche Informationen
	ja	nein				
Emsschule		X				
Früchteburgschule		X				
Herrentorschule	X		0	0	1	
Schule Constantia	X		0	0	2	
Schule Grüner Weg	X		0	0	6	zusätzlich 4 Std. indiv. Unterricht mit 1/2 Schülerzahl

Schule Larrelt	X		0	0	0	4 Wochenstunden Sprachheilunterricht im Rahmen der Kooperation mit der Sonderschule
Schule Nesserland		X				
Schule Petkum / Widdelswehr		X				
Schule Wolthusen	X		0	0	2	ca. 6 Kinder werden 2 x für ca. 15 Min. einzeln betreut durch Sonderpädagogen der Pestalozzischule
Schule Wybelsum		X				
Westerburgschule		X				

Quelle: Gesundheitsamt Emden; Umfrage über Sprachförderangebote an Emdener Grundschulen

9.2.2 Förderunterricht „deutsche Sprache“ für Aussiedler- und ausländische Kinder

Schule	Förderung der deutschen Sprache für ausländische Kinder und Kinder aus Aussiedlerfamilien		Anzahl der Förderstunden pro Woche / pro Klasse	Anzahl der Förderstunden pro Woche / pro Jahrgang	Anzahl der Förderstunden jahrgangsübergreifend	Zusätzliche Informationen
	ja	nein				
Emsschule		X				
Früchteburgschule		X				
Herrentorschule		X				
Schule Constantia	X		0	0	1	
Schule Grüner Weg	X		2 x 14 = 28 Std.	5 x 4 = 20 Std.	10 + 25 = 35 Std.	Seiteneinsteiger 3 Std. Nachmittagsangebote 18 Std.
Schule Larrelt	X		0	0	0	14 Std/Wo, unterschiedlich auf die Jahrgänge verteilt, je nach Bedarf
Schule Nesserland	X		0	0	2	
Schule Petkum / Widdelswehr	X		2	2	0	
Schule Wolthusen		X				
Schule Wybelsum		X				
Westerburgschule	X		0	0	5	

Quelle: Gesundheitsamt Emden; Umfrage über Sprachförderangebote an Emdener Grundschulen

9.3 Schreiben des Gesundheitsamtes :

- deutliche Häufung von Masernerkrankungen in der Stadt Emden -

9.3.1 Information für Kindergärten / Kindertagesstätten / Lehrerinformation

- deutliche Häufung von Masernerkrankungen in der Stadt Emden -

Sehr geehrte Erzieherinnen, sehr geehrte Erzieher \
Sehr geehrte Lehrerinnen, sehr geehrte Lehrer,

im letzten Jahr (2001) sind in Emden über 270 Masernerkrankungen gemeldet worden. Deutliche Erkrankungsgipfel zeigten sich im Kleinkind- und Kindergartenalter sowie im Grundschulalter. Auch ältere Schüler und junge Erwachsene erkrankten. In diesem Jahr sind uns bis jetzt über 30 Masernerkrankungen gemeldet worden, weitere Erkrankungen sind zu befürchten.

Der Durchimpfungsgrad der Schulanfänger in Emden für Masern sowie für Mumps und Röteln liegt ca. 20% unter dem Landesdurchschnitt. Weiterhin ist zu erwarten, dass es aufgrund dieser Impfsituation auch zu einer Häufung von Mumps- und Rötelninfektionen kommen wird.

Wir möchten erreichen, dass Kinder, die nicht gegen Masern, Mumps und Röteln geschützt sind, von den Eltern beim Kinderarzt / Hausarzt vorgestellt werden, um sie gegebenenfalls impfen zu lassen.

Daher möchten wir Sie herzlich bitten, die beiliegenden Informationsschreiben an alle Eltern der Kinder in Ihrer Einrichtung auszuhändigen und sichtbar für alle in Ihrer Einrichtung anzubringen / an alle Schülerinnen und Schüler Ihrer Schule zu verteilen, mit der Bitte, diese an die Eltern weiterzugeben.

Im Auftrag

Lamschus
Ärztin im Gesundheitsamt

Im Auftrag

Dr. Decker
Leiter des Gesundheitsamtes

9.3.2 Elterninformation

- deutliche Häufung von Masernerkrankungen in der Stadt Emden -

Im letzten Jahr (2001) sind in Emden über 270 Masernerkrankungen gemeldet worden. Deutliche Erkrankungsgipfel zeigten sich im Kleinkind- und Kindergartenalter sowie im Grundschulalter. Auch ältere Schüler und junge Erwachsene erkrankten. In diesem Jahr sind uns bis jetzt über 30 Masernerkrankungen gemeldet worden, weitere Erkrankungen sind zu befürchten.

Der Durchimpfungsgrad der Schulanfänger in Emden für Masern sowie für Mumps und Röteln liegt ca. 20 % unter dem Landesdurchschnitt. Bei dieser schlechten Durchimpfung muss auch mit dem Ausbruch von Mumps- und Rötelerkrankungen gerechnet werden.

Wir möchten erreichen, dass Kinder, die nicht gegen Masern, Mumps und Röteln geschützt sind, von den Eltern beim Kinderarzt / Hausarzt vorgestellt werden, um sie gegebenenfalls impfen zu lassen.

Kann Masern für Kinder gefährlich sein?

Masern sind eine hochansteckende Viruserkrankung. Die Krankheit hält ca. 2 Wochen an, mit typischen Symptomen wie Fieber und Hautausschlag am ganzen Körper. Neben der schweren Beeinträchtigung durch die Erkrankung kommt es in 10-20% der Erkrankungen zu Komplikationen. Diese reichen von Mittelohrentzündung über Lungenentzündung bis hin zu einer Gehirnentzündung, welche dauerhafte Schäden hinterlassen können. Auch Todesfälle kommen vor. Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Komplikationen steigt mit dem Alter an.

Wie können Kinder vor Masern geschützt werden?

Mit einer **Impfung**, die sehr gut wirksam und verträglich ist, kann man sich gegen Masern schützen. Die Impfung gehört zu den Standardimpfungen, die die „Ständige Impfkommission für Deutschland (STIKO)“ – kombiniert mit einer Mumps- und Rötelnimpfung – empfiehlt. Eine zweimalige Impfung ist empfohlen. Die zweite Masern-Mumps-Röteln-Impfung kann bereits vier Wochen nach der ersten Impfung erfolgen.

Die Gefahr schwerer bleibender Schäden nach Masernerkrankung ist um ein vielfaches größer als eine Impfkomplication. Zuckerkrankheit, Asthma und Neurodermitis sind keine Impfkomplicationen.

Falls Kinder noch nicht, oder nur einmal gegen Masern geimpft sind, sollten sie jetzt geimpft werden, um sie zu schützen und eine Weiterverbreitung der Masern zu verhindern. Dies gilt für Schüler aller Altersgruppen.

Wo kann man sich impfen lassen?

Aufgrund der geschilderten Situation rät das Gesundheitsamt dringend zur Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln. Die Impfung ist kostenlos. Wenden Sie sich dazu bitte an Ihren Kinderarzt / Hausarzt oder bei weiteren Fragen auch an das Gesundheitsamt der Stadt Emden, Am Alten Binnenhafen 2, 26721 Emden, unter der Telefonnummer 04921 – 87 16 50. Dort können Sie auch weitere Informationen erhalten.

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung.

Im Auftrag

Lamschus
Ärztin im Gesundheitsamt

Im Auftrag

Dr. Decker
Leiter des Gesundheitsamtes

9.4 Was können Eltern tun um Sucht vorzubeugen ?

Sucht hat viele Gesichter und eine lange Vorgeschichte. Oft werden die Weichen bereits in der Kindheit gestellt: bei Kindern, die seelisch gesund und zufrieden sind, ist das spätere Suchtrisiko geringer. Eltern können also viel dafür tun, dass ihre Kinder sich zu gesunden Erwachsenen entwickeln, die ihr Leben positiv und ohne Drogen bewältigen.

Viel ist daher schon gewonnen, wenn die Bedürfnisse von Kindern erkannt und nachempfunden werden. Für Kinder ist die seelische Sicherheit von größter Bedeutung: sie wollen sich der Liebe und Zuneigung ihrer Eltern und nahestehende Personen sicher sein und dies auch ganz konkret erfahren. Kinder brauchen dieses Grundvertrauen zu anderen Menschen, um Vertrauen zu sich selbst zu entwickeln. Sie brauchen einen Menschen, der sie in den Arm nimmt. Kinder, die sich ihrer selbst sicher sind und die es erfahren haben, Zuflucht bei nahe stehenden Personen zu finden, müssen später nicht in die Sucht fliehen.

Was können wir für die Gesundheit unserer Kinder tun, wie können Süchte und Abhängigkeiten erfolgreich vermieden werden ?

Ein Patentrezept gibt es zwar nicht, aber es sollen doch einige Grundsätze beschrieben werden, die helfen, Kinder und Jugendliche besser vor der Entstehung von Sucht zu schützen.

Das Projekt Klasse 2000 gibt für Eltern Vorschläge gegen Sucht, die von der Vorsorge-Initiative im Auftrag der Aktion Sorgenkind entwickelt wurden.

9.4.1 7 Regeln gegen Sucht

Regel 1: Kinder brauchen seelische Sicherheit

Diese Regel ist die wichtigste Voraussetzung für eine gesunde seelische Entwicklung Ihres Kindes - und damit für seinen späteren Schutz gegen Sucht.

Kinder brauchen seelische Sicherheit: Das bedeutet konkret, dass sie sich der Liebe und Zuwendung ihrer Eltern und der ihnen nahestehenden Erwachsenen sicher sein wollen.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang vor allem eines: Es genügt nicht, wenn man sein Kind einfach nur liebt. Man muss ihm diese Liebe auch zeigen. Und zwar so, dass das Kind sie auch tatsächlich spürt. Es geht also um Gefühle, und Kinder haben ihre eigene Art, mit Gefühlen umzugehen.

Je nach Altersstufe äußern sich die emotionalen Bedürfnisse von Kindern unterschiedlich. Bereits das ungeborene Kind hört die Stimme seiner Eltern und kann wahrscheinlich sogar ihre Zuneigung spüren. Bei Säuglingen und Kleinkindern ist der direkte Hautkontakt sehr wichtig. Auch ältere Kinder wollen schmusen und in den Arm genommen werden. Eltern sollten sich also Zeit nehmen und auf das kindliche Bedürfnis nach zärtlichem Kontakt eingehen. Mit der Zeit zeigt das Kind seinen Eltern dann selbst, ob und wie lange es ihre körperliche Zuwendung braucht.

Kinder brauchen einen Menschen, der sie in den Arm nimmt. Vor allem nach einem Streit: Sie sollten versöhnungsbereit sein und einlenken – selbst wenn Sie im Moment davon überzeugt sind, im Recht zu sein! Es tut einem Kind weh, wenn Eltern sich ihm über Stunden hinweg verweigern oder es ohne Versöhnung ins Bett schicken.

Seelische Sicherheit heißt:

Auch wenn ich im Stress bin, im Augenblick keine Zeit für dich habe oder wir uns streiten - du kannst trotzdem immer sicher sein, dass ich dich, so wie du bist, lieb habe.

Regel 2: Kinder brauchen Anerkennung und Bestätigung

Kinder leben ihre Emotionen normalerweise direkter und heftiger als Erwachsene aus - was nicht selten zu Auseinandersetzungen führt. Sie sollten sich davon nicht beirren lassen. Viele Eltern haben viele Tage – und so manche Nacht – das Gefühl, hoffnungslos von ihren Kindern überfordert zu werden. Nicht immer bringt man die nötige Geduld und Nachsicht mit.

Hundertprozentig perfekte Eltern gibt es nicht und kann es auch nicht geben. Solange Streit und Krach zwischen Eltern und Kindern nicht dauernd auf der Tagesordnung stehen und nicht in massives Anbrüllen oder gar Prügeln ausarten, ist alles halb so schlimm.

Es gibt allerdings eine entscheidende Situation, in der Sie auf jeden Fall das Richtige tun sollten: Wenn ein Kind in Ihre Arme will, sollten Sie es ohne zwingenden Grund nicht zurückweisen.

Es gibt heute einige Erziehungsgrundsätze, die noch vor einer Generation umstritten waren. Inzwischen werden sie jedoch von allen Fachleuten und der Mehrzahl der Eltern vertreten. Heute ist man sicher, dass man Kinder nicht schlagen darf. Ein anderer Grundsatz lautet, dass Lob besser als Strafe ist. Wir alle wissen, dass Kinder Lob brauchen. Wenn wir uns aber einmal ehrlich fragen, wie oft wir loben und wie häufig wir tadeln, zeigt sich, dass der Tadel

in der Regel überwiegt. Vielleicht sollten wir uns also beim nächsten mal die übliche Kritik verkneifen und stattdessen lieber auf die Gelegenheit für ein Lob warten.

Erwachsene sollen nicht nur die Leistungen von Kinder loben.
Noch viel wichtiger ist es, schon die Bemühungen zu loben.

Die Unterscheidung von Leistung und Bemühung mag im ersten Moment spitzfindig erscheinen. Sie ist es aber nicht. Ein Problem, mit dem heute sehr viele Eltern zu kämpfen haben, ist der ständig wachsende Leistungsdruck auf sie und ihre Kinder. Das beginnt bereits im Kindesalter:

Es gibt immer Kinder, die noch etwas jünger und dabei schon sauber sind. Oder sie können schon besser laufen, sprechen oder spielen. Im Kindergarten wird die Konkurrenz oft noch größer. Und mit dem Eintritt in die Schule geht es dann erst richtig los. Die Erfahrung zeigt, dass sich viele Kinder gerade in der Umbruchphase während der ersten und zweiten Grundschulklasse seelisch allein gelassen fühlen.

Eltern wollen für ihre Kinder nur das Beste. Das bekommen sie aber nicht, wenn sie ihr Kind permanent überfordern und es nur auf Leistung hin trimmen wollen. Gerade unter diesem Gesichtspunkt ist es wichtig, nicht nur die Leistung eines Kindes, sondern auch vor allem sein Bemühen zu loben. Kinder haben ein Grundrecht auf Anerkennung - sie brauchen es sich nicht erst zu verdienen.

Sie benötigen ganz einfach die Grunderfahrung, dass ihre Eltern und andere Erwachsene viel von ihnen halten und ihnen etwas zutrauen. Und sie ohne irgendwelche Vorbehalte anerkennen.

Was hat das alles mit Suchtvorsorge zu tun?

Ganz einfach: Lob und Anerkennung, die ein Kind erfährt, stärken sein Selbstvertrauen - auch gegen Sucht.

Regel 3: Kinder brauchen Freiraum und Beständigkeit

Kinder müssen eigene Erfahrungen machen. Das hört sich einfach an, ist aber schwer zu bewerkstelligen. Oft wissen wir eben nicht, ob wir die lieben Kleinen nun ausgerechnet auf dem höchsten Klettergerüst weit und breit herumturnen lassen sollen oder ob es vielleicht nicht doch besser ist, sie schnellstens von dem bedrohlichen Gerät herunterzuholen. Es ist klar, dass uns in so einem Fall niemand die Entscheidung abnehmen kann. Wir müssen uns auf unser eigenes Gefühl, auf unsere „innere Stimme“ verlassen.

Allerdings: Dieser Ratschlag gilt tatsächlich nur für bedrohliche Situationen. Ansonsten sollte der Freiraum für Kinder wirklich Platz für eigenes Erleben, selbständiges Forschen, für Spielen und Rennen, Bewegen und Toben bieten.

Freiraum ist für Kinder deshalb so wichtig, weil sie hier lernen, die Realität selbst zu begreifen und zum ersten Mal Erfolgserlebnisse haben.

Beides: eigene Realitätserfahrung wie auch Erfolgserlebnisse kann einem Kind niemand abnehmen – die Eltern nicht, andere Erwachsene nicht und das Fernsehen schon gar nicht. Daher sollten Sie Ihr Kind bei jeder sich bietenden Gelegenheit so frei wie möglich schalten und walten lassen.

Wenn es dabei Ihre Hilfe sucht, unterstützen Sie es. Es ist aber falsch, ihm dauernd zeigen zu wollen, wie man es richtig macht. Also: Wenn es unbedingt die Dose vom höchsten

Küchenregal haben will und selber nicht herankommt, stellen Sie sie zwei Regale tiefer. Aber welcher Deckel nun richtig dazu passt, muss es schon selber herausfinden.

Eltern, die Kindern alles abnehmen wollen, verhindern damit, dass Kinder wirklich erwachsen werden. Diese Kinder werden Opfer eines übertriebenen Beschützerdrangs und werden es später um so schwerer haben, auf eigenen Beinen zu stehen und selbständig und unabhängig zu werden.

Manche Eltern vertreten demgegenüber die Auffassung, dass die moderne Erziehung doch zu freizügig sei. Man lasse die Kinder über alle Maßen gewähren und würde ihnen keine Grenzen mehr setzen. Kein Wunder, wenn sie später Drogen nähmen.

Fachleute halten diese Sicht der Dinge für verkehrt – und für unrealistisch. Wenn man sich einmal anschaut, wie Kinder heute aufwachsen, kann man ernstlich nicht von einem Übermaß an Freiraum reden. Sicher: Erziehung war früher strenger. Dafür hatten die Kinder aber auch mehr eigenen Erfahrungsraum. Sie konnten auf die Straße, sie spielten stundenlang ohne Aufsicht vor der Haustür, sie hatten ihre Geheimnisse, Verstecke und Kinderbanden, von denen die Eltern meistens überhaupt nichts wußten. Und heute? Unsere Kinder wachsen größtenteils ganz anders auf als die Generationen vor ihnen. Ihre Kindheit ist „verhäuslicht“, und viele leben schon im frühen Alter mit einem Terminkalender, der sie zwar jeden Nachmittag in eine andere, dafür aber immer eng eingegrenzte Umgebung führt.

In Wirklichkeit sind Kinder heute stärker organisiert, beaufsichtigt, begrenzt und eingeeengt denn je. So gesehen ist ein Freiraum, in dem sie in Ruhe eigene Erfahrungen sammeln können, für ihre seelische Entwicklung so wichtig wie nie zuvor.

Keine Frage: Kinder brauchen Grenzen. Ihre Freiheit hört da auf, wo sie die Freiheit anderer zu sehr einschränken. Dieses „Grenzen setzen“ erfordert von den Eltern durchaus Konsequenz – sie müssen hierfür auch schon mal einen Konflikt mit ihrem Kind riskieren. Allerdings sollten diese Grenzen Halt geben und nicht unnötig einengen.

Es hat keinen Sinn, alles mit Verboten regeln zu wollen. Früher war man der Ansicht, dass Verbote die beste Orientierungshilfe für Kinder seien. Heute weiß man, dass es bessere Möglichkeiten gibt. Das beste Mittel in dieser Hinsicht lautet: Beständigkeit. Zum Beispiel, dass die Familie am Abend gemeinsam ist und dabei Zeit füreinander hat. Oder dass jeden Abend vor dem Zubettgehen eine Viertelstunde vorgelesen wird. Oder dass der Vater am Samstag die Kinder auf den Sportplatz begleitet. Das alles klingt selbstverständlich, ja fast schon etwas langweilig. So selbstverständlich und langweilig, dass wir es nur zu oft vergessen.

Freiraum und Beständigkeit ermöglichen Kindern Erfolgserlebnisse und positive Orientierung. Sie schützen Kinder auch später als Jugendliche und Erwachsene davor, sich Ersatzbefriedigungen zu suchen - zum Beispiel in Form von Suchtmitteln.

Regel 4: Kinder brauchen realistische Vorbilder

Unsere ersten drei Vorschläge für eine Erziehung gegen Sucht haben die seelische Entwicklung von Kindern zum Thema. Und das aus gutem Grund: Seelische Sicherheit und Geborgenheit, Anerkennung und Bestätigung sowie Freiraum und Beständigkeit sind nach Ansicht der Experten eben die wichtigsten Voraussetzungen, um Kinder später vor Sucht zu bewahren.

Wie aber verhält es sich mit guten und schlechten Vorbildern, die häufig als der Hauptauslöser für oder gegen Sucht angesehen werden? Natürlich orientieren sich Kinder in ihrem Fühlen, Denken und Verhalten an den Erwachsenen. Sie bewundern das große Vorbild und wollen ebenso stark sein.

Eltern sind die prägenden Vorbilder, die von ihren Kindern sehr genau beobachtet werden. So genau, dass sie Kinder sehr früh sehr genau unterscheiden können, was ihre Eltern so alles erzählen und wie sie sich in Wirklichkeit verhalten.

Wohl nirgendwo ist dieser Widerspruch zwischen unseren guten Worten und bösen Taten so groß wie bei unseren eigenen Süchten.

Wir sagen unseren Kinder (mit Recht), dass Alkohol ungesund und gefährlich ist – und trinken ihn doch häufig bei jeder sich bietenden Gelegenheit. Wir schimpfen auf Zigaretten, kommen aber oft selbst nicht davon los. Wir reden vom gesunden Leben und neigen doch nicht selten dazu, bei jedem leichten Unwohlsein sofort eine Tablette einzunehmen.

Eltern brauchen sich nicht einzubilden, dass sie ihre Süchte vor ihren Kindern verstecken könnten. Was also tun mit unseren eigenen Suchtproblemen?

Man kann sie natürlich leugnen – frei nach dem Motto, ich rauche und trinke gern und süchtig sind immer nur die anderen. Nur: Ihre Kinder werden Ihnen bestenfalls nicht glauben oder schlimmstenfalls selbst in die Suchtfalle gehen. So gesehen spricht alles dafür, unsere eigene Sucht in den Griff zu bekommen.

Und wenn es uns nicht gelingt?

In diesem Fall hilft nur Ehrlichkeit.

Es ist besser, seinem Kind zu erklären, dass Rauchen ungesund und schädlich ist, als die Zigarette zu verharmlosen. Dasselbe gilt für den Alkohol. Es liegt auf der Hand, dass dann sofort die Frage kommt, warum man es trotzdem tut. Und da hilft nichts anderes als das Eingeständnis, dass man auch selbst seine Fehler und Schwächen hat. Sicher, das gibt niemand gerne zu. Und vor seinem eigenen Kind schon gar nicht. Aber alles andere wäre unaufrichtig.

Kinder brauchen Vorbilder. Und die sollten realistisch sein. Weil nur realistische Vorbilder eine wahre und richtige Vorstellung von unserer Welt vermitteln können. Es kostet nicht nur Zeit und Mühe, Kinder auf das Leben vorzubereiten. Manchmal ist auch das Eingeständnis nötig, dass wir selber nicht so stark und unfehlbar sind, wie wir das unseren Kindern so gerne vorspielen.

Regel 5: Kinder brauchen Bewegung und richtige Ernährung

Dass Kinder viel Bewegung nötig haben, ist eine Binsenweisheit. Jeder weiß es, jeder sagt es, jeder nickt dazu. Allerdings wäre es nicht das erste Mal, dass wir gerade die Selbstverständlichkeiten im Umgang mit unseren Kindern einfach übersehen.

Ein Grund, weshalb es immer schwieriger wird, den natürlichen Bewegungsbedürfnissen unserer Kinder entgegenzukommen, ist die bereits erwähnte „Verhäuslichung“ der Kindheit. Kinder wollen toben, sich bewegen, haben sichtlich Spaß an der körperlichen Anstrengung. Doch dazu brauchen sie ausreichend Platz. Die Wohnungen sind in der Regel zu klein dafür – oder für tobende Kinder nicht eingerichtet. Auf der Straße können sie auch nicht spielen, weil das wegen der vielen Autos zu gefährlich ist.

Und auch so manche Spielplätze hemmen den Bewegungsdrang von Kindern eher als ihn zu begünstigen. Was hat das mit Sucht zu tun? Um ein simples Beispiel zu nennen: Wer sich körperlich betätigt, wird von selbst wohliger müde und braucht kein Schlafmittel.

Kinder müssen die Erfahrung machen, dass körperliches Wohlfühlgefühl und seelische Zufriedenheit miteinander zusammenhängen.

Wir meinen nicht, dass ein gesunder Körper alle Suchtprobleme wie von selbst bewältigt. Man sollte aber das enge Zusammenspiel von Körper und Seele nicht unterschätzen.

Entscheidend für eine gute körperliche Verfassung ist neben der ausreichenden Bewegung die richtige Ernährung.

Mittlerweile leben ganze Industriezweige von Lebens- und Genussmitteln, die speziell für Kinder produziert werden. Die Werbung, die für diese Unzahl von Schoko-Riegeln und Vitamin-Getränken gemacht wird, verspricht Gesundheit und Leistungssteigerung. Das sind, gelinde gesagt, reichlich vollmundige Aussagen. Die Leistungssteigerung, die hier vorgegaukelt wird, lädt zu dem Glauben ein, mit den richtigen Mitteln ließen sich Konzentrationsschwäche und Überbelastung aus der Welt schaffen. Wenn Werbung für Heroin erlaubt wäre, würde sie nach dem gleichen Strickmuster arbeiten.

Wer Kinder und ihren Heißhunger auf Süßigkeiten kennt, wird sich manchmal nur schwer des Gefühls erwehren können, dass hier Sucht geradezu gelernt wird.

Auf jeden Fall sollten Erwachsene unbedingt auf einen verantwortlichen Umgang mit Süßigkeiten achten. Es ist falsch, sie Kindern dann zu geben, wenn sie beruhigt oder getröstet werden sollen.

Und es ist genauso unverantwortlich, Süßigkeiten anstelle eigener emotionaler Zuwendung zu verabreichen.

Immer mehr Kinder bekommen heute Beruhigungs- und Stärkungsmittel.

Das kann unter bestimmten Voraussetzungen und in Absprache mit einem Arzt notwendig sein. Fast immer aber werden solche Mittel zur „Leistungssteigerung“ gegeben. Oder die Kinder sollen auf chemischen Knopfdruck beruhigt werden. Beides ist unsinnig und gefährlich.

Die Parallelen zum Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch liegen auf der Hand: Sucht beginnt da, wo ein Mittel anstelle eines vertrauten Menschen dazu dient, über ein Stimmungstief hinwegzuhelfen. Das kann eine ganze Weile scheinbar gutgehen. Aber irgendwann wird klar: Stoffe, gleich welcher Art, können die positiven Gefühle, die man eigentlich sucht, nicht ersetzen.

Regel 6: Kinder brauchen Freunde und eine verständnisvolle Umwelt

Kinder wachsen heute anders auf als in allen früheren Generationen. Fernsehen, Video und Computerspiele sind für sie eine Selbstverständlichkeit. Dafür sind Geschwister nicht mehr unbedingt die Regel. Und auch die Familie, in der sie groß werden, hat sich in den letzten Jahrzehnten sehr verändert: Früher lebten drei Generationen und mehr unter einem Dach. Deshalb konnten sich z. B. auch die Großeltern noch um die Enkel kümmern. Die heutige „Normalfamilie“ besteht aus den Eltern – häufig beide berufstätig - mit einem oder zwei Kindern. Eine Folge davon ist, dass viele Kinder viel zu häufig allein zu Hause sind und niemanden haben, der ihnen hilft und mit dem sie reden können.

Deshalb sollten beide Elternteile bei ihrer beruflichen und persönlichen Zeitplanung auch immer die Interessen ihrer Kinder berücksichtigen.

Dass das Ende der Schrumpfung der Familie noch immer nicht erreicht sein dürfte, zeigt sich in den Großstädten. Hier wohnen immer mehr Erwachsene alleine. Und immer mehr dieser Erwachsenen erziehen auch ihr Kind alleine. Weil die Familien immer kleiner werden, werden die Krabbelstuben, Kindergärten und Kindertagesstätten immer wichtiger. So verlagert sich auch die seelische Entwicklung der Kinder, die sich früher in erster Linie innerhalb der Familie abspielte, Schritt für Schritt in die Kindertagesstätten. Hier kommen Kinder regelmäßig zusammen und können Freundschaften schließen.

Hier lernen sie, mit anderen Kindern vernünftig auszukommen und ihre Aggressionen zu steuern. Und hier treffen sie auch zum ersten Mal intensiv mit anderen Erwachsenen zusammen, die sich Zeit für sie nehmen. Es wird Zeit, dass wir uns bewusst machen, welche zentrale Rolle die Schulen heute für die seelische Gesundheit unserer Kinder – und damit auch für die Suchtvorsorge – spielen.

Kinder brauchen Freunde. Und das in dreifachem Sinn: Sie brauchen gleichaltrige Freunde, mit denen sie gemeinsam etwas unternehmen können. Sie brauchen ferner Erwachsene außerhalb ihres engsten Familienkreis, auf die sie sich seelisch beziehen und an denen sie sich orientieren können. Untersuchungen an Kindern und Jugendlichen aus Großstädten in den USA zeigen, wie wichtig so ein „zweiter Erwachsener“ für die Entwicklung von Kindern sein kann. Und Kinder brauchen schließlich Menschen, die sich für sie einsetzen. Damit sie in einer Umwelt aufwachsen, in der auf sie und ihre Bedürfnisse mehr Rücksicht genommen wird.

Für die Kinder sind nicht nur die Eltern, Lehrer, Ärzte und Erziehungsberater da. Sondern alle Erwachsenen.

Das Verständnis, die Geduld, die Lernbereitschaft und die Toleranz jedes einzelnen von uns entscheiden mit darüber, in welchem emotionalen Klima unsere Kinder aufwachsen. So gesehen, liegt es an jedem von uns, wie viele Kinder sich in unserer Welt angenommen fühlen und wie viele später zu Drogen greifen werden.

Regel 7: Kinder brauchen Träume und Lebensziele

Der langfristig beste Schutz gegen Sucht und Drogen sind seelisch ausgeglichene, selbstbewusste und ich-starke Kinder, die sich zu selbständigen, realitätstüchtigen und kritikfähigen Jugendlichen und Erwachsenen entwickeln.

Unsere Vorschläge für eine Erziehung gegen Sucht betreffen in erster Linie das emotionale Klima in Familie und Gesellschaft. Wenn dieses Klima freundlich, offen und positiv ist, kann sich darin ein zeitgemäßer Erziehungsstil entwickeln. Er ist persönlich, kindgemäß, rücksichtsvoll, partnerschaftlich und baut nicht mehr auf starren Regeln auf. Er setzt auf Lob und nicht auf Strafe. Er engt die Kinder nicht unnötig ein, sondern vermittelt ihnen stattdessen Sicherheit und Geborgenheit. Er sagt, wenn immer es geht, gern und deutlich „ja“. Und wenn es sein muss, klar und bestimmt „nein“. Diese Art von Erziehung ist natürlich für die Eltern anspruchsvoller und aufwändiger als die bloße Überwachung von starren Regeln und Verboten.

Wie gesagt: Ein Freiraum ohne dauernde Einmischung der Eltern ist für Kinder heute wichtiger denn je. Es gibt jedoch auch Bereiche, in denen man die Kinder nicht einfach sich selbst überlassen sollte - zum Beispiel vor dem Fernsehapparat. Mit dem Fernsehen kommt die Welt direkt in die Familie. Doch es ist immer nur ein bestimmter Teil, eine eingeeengte Sichtweise der Welt. Es kann die wirkliche Vielfalt unserer Wirklichkeit, ihre Lebendigkeit, ihren Erfahrungsreichtum nicht ersetzen. Auf jeden Fall sollte man das Gerät nicht als Babysitter oder Kinderfrau missbrauchen.

Wenn es geht, sollten sich Kinder und Eltern oder Erzieher bestimmte Sendungen aussuchen und gemeinsam anschauen. Und darüber reden, was sie gesehen haben.

Wer Dauerberieselung durch die Glotze zulässt, tut seinem Kind keinen Gefallen - in diesem Punkt sind sich alle Experten einig. Aber zum Glück hat ja jeder Fernseher einen Schalter, mit dem man ihn nicht nur an-, sondern auch ausstellen kann.

Wenn man sich mit Kindern ernsthaft unterhält, zeigt sich ihr starkes Bedürfnis, die Welt als Ganzes zu verstehen. Sie interessieren sich lebhaft dafür, wie die Welt entstanden ist, welche Rolle Gott dabei spielt, ob es ihn gibt oder nicht. Vielen Erwachsenen ist der Zugang zu solchen grundsätzlichen Fragen verlorengegangen - sie können damit nichts mehr anfangen. Ähnlich ist es mit den Phantasiewelten, die sich Kinder gerne und gründlich ausmalen und vor denen wir Erwachsenen nicht selten in einer Mischung aus Erstaunen und Ablehnung stehen. Zweifellos ist es richtig, sich mit seinen Kindern über Gott und die Welt zu unterhalten. Und wer dabei genau zuhört, kann vielleicht sogar noch etwas lernen: Kinder sehen viele Dinge nicht nur anders, sondern auch klarer als wir. Jedenfalls sollten wir die Erklärungen unserer Welt nicht einfach nur dem Fernsehen überlassen.

Es wird heute von vielen Erwachsenen beklagt, dass Kinder und Jugendliche keine vernünftigen Lebensziele hätten und in ihrem Leben keinen Sinn sehen würden. Diese innere Leere versuchten sie dann durch Suchtmittel zu überwinden. Zweifellos greift eine solche Erklärung wissenschaftlich zu kurz. Trotzdem ist sie nicht einfach von der Hand zu weisen. Das Bedürfnis, die Welt zu begreifen, ist allem Anschein nach ein menschlicher Urtrieb, der bereits in unseren Kindern angelegt ist. Wir sollten auf dieses Bedürfnis eingehen – wie wir das ja bei anderen seelischen Grundbedürfnissen heute ebenfalls tun.

ELTERN KÖNNEN SICH ZUSÄTZLICH DAFÜR EINSETZEN, DASS GESUNDHEITSFÖRDERUNG AUCH IN DER SCHULE IHRER KINDER ZUM THEMA WIRD, ZUM BEISPIEL DURCH DAS PROGRAMM „KLASSE2000“.

Sie können

- den Elternbeirat, die Lehrkräfte, die Schulleitung und andere Eltern über das Programm informieren
- dabei mithelfen, einen Paten für Klasse2000 an ihrer Schule zu finden
- selbst einen Teil des Patenschaftsbetrags übernehmen

9.4.2 Prävention im erzieherischen Alltag

Prävention stellt eigentlich gar keine „Arbeit“ bzw. Sonderaufgabe dar, sondern bedeutet vielmehr eine Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenshaltung und Wertigkeit.

Selbstverständlich spielen Beeinflussungen durch Umwelt, Schule, Freundeskreis, Umgebung und Lebenssituation ebenfalls eine Rolle.

In der Familie jedoch entwickeln Kinder eine Grundeinstellung gegenüber Genussmitteln und lernen, wie man sich entspannt: durch Naschen, Joggen, den Fernsehkrimi, Musik, ein warmes Bad oder die gesellige Runde Memory. Zu Hause erleben Kinder den Umgang mit Drogen hautnah: wann wird Alkohol konsumiert und wie viel? Wer trinkt und was sind die Folgen?

Fragen, die Eltern sich zur individuellen Auseinandersetzung stellen können:

- Welche Lebenseinstellung habe ich und welches Weltbild vermittele ich meinem Kind?
- Wie gehe ich mit meiner Gesundheit um?
- Welche Einstellung habe ich zu meinem Körper?
- Wie lebe ich meine Bedürfnisse?
- Wie gehe ich mit Stress um?
- Wie werden eigene Probleme und Probleme in der Familie gelöst?
- Wird das Kind ermutigt, gelobt, im Selbstwert gestärkt?
- Nehme ich mir Zeit, höre ich zu?
- Bin ich echt / ehrlich, lasse ich eigene Gefühle zu?
- Wie gehe ich mit Grenzen um?
- Kinder brauchen Freiräume, haben sie diese (nicht die ganze Woche verplanen)?
- Werden berechnete kindliche Wünsche respektiert?
- Dürfen Kinder „nein“ sagen?
- Wurde der Umgang mit Langeweile gelernt?
- Haben Kinder genug Vertrauen, um ihre Probleme erzählen zu können?
- Bin ich überängstlich / gleichgültig (wirkt sich negativ aus)?
-

Was kann dazu beigetragen werden, dass das Umfeld der Kinder möglichst stärkend und positiv auf sie einwirkt?

9.5 Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

9.5.1 Tabellen

	Seite
Tab. I: Emdener Einwohner* nach Geschlecht und Herkunft 1999 und 2001	17
Tab. II: Sozialhilfeempfänger unter 17 Jahren.....	34
Tab. III: gestorbene Tagesaufenthaltsbesucher im Jahresvergleich	40
Tab. IV: Sterbeort.....	41
Tab. V: Sterbealter und Todesursachen	41
Tab. VI: Geimpfte Schulanfänger in Emden.....	51
Tab. VII: Sehprüfungen bei Schulanfängern 2002.....	52
Tab. VIII: Hörprüfungen bei Schulanfängern 2002	53
Tab. IX: Haltungsschwäche bei Schulanfängern 2002	54
Tab. X: Übergewicht bei Schulanfängern 2002	55
Tab. XI: Grobmotorik bei Schulanfängern 2002	56
Tab. XII: Zusammenhang Feinmotorik / Kindergartenbesuch 2002	58
Tab. XIII: Kompensatorischer Sport empfohlen, nach Schulen	59
Tab. XIV: Verhaltensauffälligkeiten nach Stadtteilen	61
Tab. XV: Verhaltensauffälligkeiten nach Stadtteilen mit unterschiedlichem Sozialstatus.....	62
Tab. XVI: Auffälligkeiten im Bereich Sprache bei Einschulungsuntersuchungen.....	64
Tab. XVII: Sprachförderunterricht für sprachauffällige Kinder an Grundschulen.....	65

9.5.2 Abbildungen

	Seite
Abb. 1: Bevölkerungsentwicklung in Emden 1990 - 2001	18
Abb. 2: Bevölkerungsentwicklung zwischen 1990 - 2001 im Zusammenhang mit Zu- und Abwanderungen	18
Abb. 3: Zu-/Abwanderungen 1990-2001	19
Abb. 4: Geburten und Sterbefälle in Emden 1971-2000	19
Abb. 5: Vorrasschätzung der Bevölkerungsentwicklung bis 2016	20
Abb. 6: Einwohnerpyramide der Stadt Emden 2001	21
Abb. 7: Armutsquote in Niedersachsen nach Haushaltsgrößen	31
Abb. 8: Arbeitslosenquoten im Jahresdurchschnitt	32
Abb. 9: Entwicklung der Sozialhilfeleistungen in Emden	33
Abb. 10: Fälle mit Mehrbedarf für Alleinerziehende	33
Abb. 11: Wohngeldempfänger	34
Abb. 12: Räumungsklagen	38
Abb. 13: Gesamtzahl der Übernachtungen "Alte Liebe" 1998 - 2001	39
Abb. 14: Langzeitnutzer der Wohnungslosenübernachtung	39
Abb. 15: gestorbenen von 1994-2002 nach Altersgruppe	41
Abb. 16: vollständiger Impfschutz im Vergleich	50
Abb. 17: Feinmotorik im Vergleich	57
Abb. 18: Verhaltensauffälligkeiten	60
Abb. 19: Sprachauffälligkeiten im Vergleich	63
Abb. 20: Sprachauffälligkeiten: Befunde 2002: Anzahl der Kinder (= 99)	64
Abb. 21: Sprachauffällige Kinder in Emden nach Dauer des Kindergartenbesuchs	66
Abb. 22: Auswertung der Zahnbefunde im Vergleich 1996 und 2002	71
Abb. 23: Raucherfahrung in der 4. Klasse	78

9.6 Literaturverzeichnis

- ^I **Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (1996):** Gesundheitsrahmenbericht
- ^{II} **Kreis Aachen (2002):** Basisgesundheitsbericht. Zusammenstellung ausgewählter Basisdaten zum Gesundheitszustand der Bevölkerung im Kreis Aachen und umliegender Kommunen
- ^{III} **A. Brandenburg, A., Schäfer, W. (1990):** Kommunale Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitskonferenz - Ein pragmatischer Einstieg in die kommunale Gesundheitsplanung, in: Gesellschaft für Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (Hrsg.): Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung; Band 2, Heft 2, Bielefeld 1990; S. 48 - 53
- ^{IV} **Gesprächskreis Arbeit und Soziales der Friedrich –Ebert-Stiftung (2002):** Eckpunkte einer neuen Gesundheitspolitik, Expertenpapier, dokumentiert in: Dr. med. Mabuse, 27. Jahrgang, Nr. 137, Mai/Juni 2002, 49 – 52
- ^V **von Ferber, Ch., Brandenburg, A. (1991):** Kommunale Gesundheitsberichterstattung, in: Kommission „ÖGD 2000“ (Hrsg.): Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes NRW-Notwendigkeiten und Perspektiven, Schlussbericht; Düsseldorf 1991, 21-28
- ^{VI} **Schröder, WF., Diekmann,F., Neuhaus, R., Rampelt, J. (1986):** Kommunale Gesundheitsplanung. Birkhäuser Verlag, Basel, Boston, Stuttgart
- ^{VII} **Niedersächsisches Landesamt für Statistik:** NLS-online:
<http://www.nls.niedersachsen.de/index.html>
- ^{VIII} **Kleen, R:** Fachdienstleiter „Sozialverwaltung“, in: Bericht des Fachbereiches 500, 2001,
- ^{IX} **Mielck, A.:** Die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen als Aufgabe für Public Health; in: Bundesgesundheitsblatt Jahrgang 44, Heft 8 August 2001
- ^X **Dr. Elisabeth Pott,** Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), beim 8. Kongress „Armut und Gesundheit, Berlin, 6.12. 2002)
- ^{XI} **Kommission der Europäischen Gemeinschaft:** Die Gemeinschaft im Kampf gegen die Armut. Stichwort Europa, 4 1987, Brüssel 1987
- ^{XII} **Tenbrock, Chr.:** „Arbeit für 4,90 Euro, in: Die Zeit, Nr. 22, 22.5.2003, S. 19)
- ^{XIII} **Kiebel, Hannes:** Obdachlose Menschen in Deutschland
In: Der Architekt. Zeitschrift des Bundes Deutscher Architekten. Heft 6 - Orte der Ausgrenzung. Juni 1994, S. 325 - 330.
- ^{XIV} „Ostfriesen ärmer als andere“, in: Ostfriesenzeitung vom 11.2.03
- ^{XV} **Isengard, Bettina:** „Machbarkeitsstudie zur Erhebung einkommensschwacher und einkommensstarker Haushalte im Sozio-Oekonomischen Panel (SOEP)“, DIW Berlin; Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Juni 2002

-
- ^{XVI} **Böhnke, Petra; Delhey, Jan:** „Lebensstandard und Armut im vereinten Deutschland“, Veröffentlichungen der Abteilung Sozialstruktur und Sozialberichterstattung des Forschungsschwerpunktes Sozialer Wandel, Institutionen und Vermittlungsprozesse des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung, Juni 1999
- ^{XVII} **Gesundheitsrahmenbericht für die Stadt Münster,** Gesundheitsbericht, Band 11
- ^{XVIII} <http://www.wahle.de/radio/arm1.htm>
- ^{XIX} <http://www.bag-wohnungslosenhilfe.de>
- ^{XX} **Tagesaufenthalt Emden:** Zur Situation Alleinstehender Wohnungsloser in Emden, 1993
- ^{XXI} **Tagesaufenthalt Emden:** „Leben sitzt noch drin!“ Eine Bilanz der Arbeit von Tagesaufenthalt und Übernachtung Emden (1998-2002). Emden, Juni 2003
- ^{XXII} **Trabert, G.:** Armut und Gesundheit: Soziale Dimension von Krankheit vernachlässigt, in Dt. Ärzteblatt 96, Heft 12, 26.3.1999, S. A-757
- ^{XXIII} **Bistrich, Andrea:** Obdachlosigkeit in Deutschland-die sichtbare Form echter Armut
- ^{XXIV} **Rosenbrock, R.:** Was ist Public Health, in: Bundesgesundheitsblatt, Jahrgang 44, Heft 8, August 2001
- ^{XXV} **Hohenschönhausen:** Gesundheit und soziale Lage, Gesundheitsbericht 97
- ^{XXVI} **Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (Hrsg.):** „Leben auf der Strasse“ Beiträge zur Gesundheitsförderung, Hannover 2000
- ^{XXVII} **Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales:** Niedersächsischer Kinder- und Jugend-Gesundheitsbericht, 2002
- ^{XXVIII} **Niedersächsisches Landesgesundheitsamt Hannover:** Zusammengestellte Auswertungen der Schuleingangsuntersuchungen 2002; Rohdaten
- ^{XXIX} **Niedersächsisches Landesgesundheitsamt Hannover(Hrsg.):** Impfreport 2002, Hannover 2002
- ^{XXX} **Robert Koch Institut:** „Schutzimpfungen“, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 01/00
- ^{XXXI} **Der Bundes-Gesundheitssurvey-** Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch Institut 2002.
- ^{XXXII} http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Kindliche_Entwicklung.html
- ^{XXXIII} „Helle in der Maternelle“ Gibt es im Kindergarten Ansatzpunkte für Förderung im Vorschulbereich? In: Die Zeit, Nr. 13; 20. März 2003, S. 34:

-
- xxxiv **Kanders; Dr. J.:** Sport ist auch Gehirnjogging“ in: Ostfriesenzeitung, 31.05.2003
- xxxv **Schiffer, Eckhard:** „Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde“; Beltz Verlag
- xxxvi **Institut für Präventive Pneumologie Nürnberg (Hrsg.):** „Klasse 2000: ein Programm zur Gesundheitsförderung und Suchtvorbeugung an Grundschulen“, 5. Auflage
<http://www.klasse2000.de>
- xxxvii „Gesundheitserziehung in Schulen“ in: test 7/2001, S. 87-91
- xxxviii „Damit Kinder Drogen widerstehen“; in: Emdener Zeitung vom 30.11.2002
- xxxix „Klasse 2000“: Mit Klaro fit für ein gesundes Leben“; in: Ostfriesenzeitung vom 30.11.2002