



Gesundheitsbericht
des Kreises Heinsberg
2005
Herausgeber:
Gesundheitskonferenz
Kreis Heinsberg

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
1. Allgemeine Gesundheitsdaten.....	6
1.1 Bevölkerungsdaten	6
1.2 Altersstruktur.....	6
1.3 Mittlere Lebenserwartung	7
1.5 Geburtsgewicht.....	7
1.6 Sterblichkeit	8
1.7 Säuglingssterblichkeit	8
1.8 Teilnahme an Krankheitsfrüherkennungsprogrammen für Kinder (U1 – U9).....	9
1.9 Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren	9
1.10 Im Straßenverkehr verunglückte und getötete Personen.....	10
1.11 Arzneimittelversorgung.....	12
2. Kinder- und Jugendgesundheit.....	13
2.1 Übergewicht	13
2.2 Motorische Entwicklung der Schulneulinge	18
2.3 Impfschutz im Kreis Heinsberg – Gute Nachrichten	19
2.4 Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen im Kreis Heinsberg.....	25
2.5 Sprache und ihre Störungen	28
2.6 „Das Zappelphilipp-Syndrom“	32
2.7 Schulbegehungen durch das Gesundheitsamt	36
2.8 Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kreis Heinsberg	41
3. Sucht.....	43
3.1 Suchtprävention.....	43
3.2 Suchthilfe jugendlicher Cannabiskonsumenten	50
4. Arzneimittelimport – Nutzen und Risiken für die Bevölkerung	54

Einleitung

Herr Landrat Pusch hat in seinem vorstehenden Vorwort auf die gesundheitspolitische Bedeutung der Gesundheitsberichterstattung hingewiesen. Die Gesundheitskonferenz des Kreises Heinsberg legte im Jahr 2000 einen allgemeinen, den Anforderungen des seinerzeit noch jungen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst entsprechenden Gesundheitsbericht vor. 2001 erfolgte eine kreis- und euregionalweite systematische Befragung zum Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen, deren Ergebnisse 2002 in einem zusammenfassenden Bericht veröffentlicht worden sind. Daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen für den Kreis Heinsberg befinden sich derzeit in der Umsetzung. 2003 erschien ein Bericht zu Durchimpfungsraten bei Kindern im Kreis Heinsberg, die u.a. zu den von der 20. Gesundheitskonferenz 2004 verabschiedeten „Handlungsempfehlungen zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen“ führten.

2004 erfolgte zur Evaluation der kreiseigenen Gesundheitskonferenz durch Herrn Dr. Bernhard Zimmer, MPH, stellvertretender Amtsleiter des Gesundheitsamtes, eine Befragung von politisch-administrativen Entscheidungsträgern zum Stellenwert kommunaler Gesundheitspolitik, der Gesundheitsberichterstattung und der Kreisgesundheitskonferenz. Der jetzt vorliegende Gesundheitsbericht 2005 berücksichtigt die bei der Befragung geäußerten Wünsche der Politik an die Kreisgesundheitskonferenz nach mehr Transparenz und Information über die im Kreis Heinsberg objektivierte Kinder- und Jugendgesundheit. Die Gesundheitskonferenz als Herausgeberin der Gesundheitsberichte will damit auch dazu beitragen, die festgestellten Probleme näher zu beschreiben und zukünftige Handlungsfelder aufzuzeigen.

Berücksichtigt werden in diesem Gesundheitsbericht wichtige **Gesundheitsindikatoren**, die jetzt für die Ebene der Kreise und kreisfreien Städte flächendeckend mit Unterstützung des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst zur Verfügung stehen. Die Verabredung dazu erfolgte einvernehmlich mit der Bundes- und Landesebene 2004.

Einführend erfolgt eine **Übersicht allgemeiner Gesundheitsdaten** für den Kreis Heinsberg mit Aussagen über die zukünftige demographische Entwicklung.

Dabei bedarf die für den Kreis Heinsberg zu erwartende Zunahme der Gesamtbevölkerung, abweichend vom übrigen Landestrend, der sorgfältigen Beobachtung und Entwicklung eines Konzeptes für diese demographische Herausforderung. Beachtung finden sollte auch die Entwicklung der Fertilitätsrate im Kreis Heinsberg, die nach einem Gegensteuern nicht nur auf der kommunalen Ebene verlangt.

Den Überlegungen auf der Landesebene zur Etablierung einer gemeinsamen Sozial- und Gesundheitsberichterstattung folgend, wurden erstmals in diesem Bericht die prozentualen Anteile von Empfängern steuerlicher Geldleistungen unter den Einwohner der kreisangehörigen Gemeinden ermittelt. In den weiteren Berichten zur gesundheitlichen und sozialen Lage der Bevölkerung des Kreises werden diese Zusammenhänge weiter zu vertiefen sein. Gesundheitspolitisch bedeutsam zeigt sich in diesem Zusammenhang – erneut – die hohe **Säuglingssterblichkeit** in Gesamt-NRW. Im Kreis liegt die Sterblichkeit mit 4,5 ‰ seit 1995 deutlich unter dem Landesdurchschnitt von 5,0 auf 1.000 Neugeborene. Neben der Organisation des Vorsorgeprogramms für werdende Mütter und der Optimierung der klinischen und nachklinischen Versorgung rückt zunehmend der statistisch nachweisbare Zusammenhang zwischen der Zahl der weiblichen Sozialhilfeempfänger und der jeweiligen Säuglingssterblichkeit in den Vordergrund.

In enger Zusammenarbeit mit Straßenverkehrsamt und Kreispolizeibehörde werden die Daten für die im **Straßenverkehr verunglückten und getöteten Personen** bis zum Alter von 24 Jahren vorgestellt. Bereits eingeleitete Maßnahmen werden benannt.

Eine weitere wichtige gesundheitspolitische Schwerpunktsetzung stellt die Betrachtung der Entwicklung des **Übergewichtes bei Kindern und Jugendlichen** dar. In diesem Bericht werden alle im Kreis bekannten Aktivitäten zur Prävention kindlichen Übergewichtes zusammen geführt. Dabei sei der Hinweis erlaubt, dass das Projekt „Partizipation – Wege zur Gesundheitsförderung in der Sekundarstufe I“ 2004 den deutschen Präventionspreis unter bundesweit 449 Bewerbungen erhielt. Der Initiatorin, der Ärztin Frau Marita Stawinoga, sei an dieser Stelle herzlich gedankt. Der deutsche Präventionspreis ist ein Kooperationsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Bertelsmann-Stiftung.

Ein Gesundheitsbericht über Kinder und Jugendliche hat auch Aussagen über den **Impfschutz** zu treffen. Die 2005 erhobenen Daten im Hinblick auf die nunmehr erreichten Durchimpfungsraten gegen Masern zeigen zwar eine wesentliche Verbesserung gegenüber 2002/2003, erreichen jedoch nicht die geforderten 95 ‰ Durchimpfungsraten zur Eliminierung der Masern bundes- und europaweit.

Weitere Anstrengungen ergeben sich auch bei konkreten **Fördermaßnahmen zur Zahngesundheit**. Der Kreis ist mit dem Verein für Zahngesundheitspflege e.V. und dem Zahnärztlichen Gesundheitsdienst des Kreisgesundheitsamtes recht gut aufgestellt; sobald jedoch die Präventionsbemühungen in einer kreisangehörigen Gemeinde zugunsten einer anderen reduziert werden, lässt der Effekt unmittelbar messbar nach. Hier bedarf es weiterer Überlegungen, wie die Eigenverantwortlichkeit der Familien weiter gestärkt werden kann.

In den **Einschuluntersuchungen** des Kreisgesundheitsamtes erfolgen nach landesweit abgestimmten standardisierten Verfahren die medizinischen Feststellungen zur Schulfähigkeit und die Ermittlung des eventuell erforderlichen individuellen Förderbedarfs. Der Ihnen vorliegende Gesundheitsbericht gibt einen Überblick über die Entwicklungen der letzten Jahre im Hinblick auf motorische Fähigkeiten, Sprachentwicklung und das entstandene Netzwerk beim sogenannten Zappelphilipp-Syndrom.

Kinder- und Jugendgesundheit zeigt auch Zusammenhänge mit vorgegebenen **strukturellen Gegebenheiten im Bereich „Gesundheitsraum Schule/Kindergarten“**, sodass in diesem Bericht Ergebnisse der nach dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst durchzuführenden Schulbegehungen aufgezeigt sind.

Ausgehend vom Gesundheitsbericht 2000 kann nunmehr über die erfreuliche Weiterentwicklung der **kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung** berichtet werden, die mit der Einrichtung einer Zweigstelle der Institutsambulanz der Rheinischen Kliniken Viersen im Gesundheitsamt Erkelenz etabliert werden konnte. Dadurch erhielten die bisherigen Versorgungsstrukturen, die Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche sowie die niedergelassenen kinder- und jugendlichen Psychotherapeuten eine dringend notwendige und sinnvolle Ergänzung.

Dieser Gesundheitsbericht enthält darüber hinaus bewusst ein eigenständiges Kapitel zur **Suchtprävention**, die nach den Ergebnissen der im Jahre 2001 durchgeführten Jugendbefragung in der Euregio-Maas-Rhein der besonderen Aufmerksamkeit bedarf. Dabei wird ein umfassender Überblick über die etablierten Strukturen und **Programme zur Suchtprävention** gegeben, die einer Weiterentwicklung bedürfen. Aus aktuellem Anlass wird die Problematik des rasch zunehmenden **Cannabiskonsums** aufgezeigt, die auch den Kreis Heinsberg erfasst hat.

Den Gesundheitsbericht zu Kindern und Jugendlichen schließt ein Kapitel über Nutzen und Risiken

von Arzneimittelimporten ab, deren Gefährdungspotenzial gerade für Kinder und Jugendliche beachtet werden muss.

Alle vorstehenden Kapitel zur Gesundheitsberichterstattung berücksichtigen die **Gesundheitsziele des Landes Nordrhein-Westfalen**, deren Fortschreibung 2004 durch die Landesebene im Sinne von fünf strukturbezogenen Gesundheitszielen und fünf krankheitsbezogenen Gesundheitszielen auf der Landesebene vereinbart wurde. Die in der Gesundheitskonferenz des Kreises Heinsberg verabredeten Themenfelder stützen sich auf die Gesundheitsziele NRW und eignen sich für die systematisierte Gesundheitsberichterstattung. Das System der Gesundheitskonferenz, der Gesundheitsziele und der Gesundheitsberichterstattung bildet daher den **gesundheitspolitischen Regelkreis**, der dazu beiträgt, die Gesundheitslage der Bevölkerung durch effizienteren und effektiveren Einsatz vorhandener bzw. Erschaffung neuer Ressourcen zu verbessern. Die Diskussionen auf der Bundesebene zur Entwicklung eines Präventionskonzeptes führten in Nordrhein-Westfalen in der diesjährigen Landesgesundheitskonferenz einvernehmlich zur Verabschiedung des „Präventionskonzeptes NRW – eine Investition in Lebensqualität“. Die Präventionsaktivitäten werden landesweit weiter gebündelt und durch entsprechende Berichterstattung unterstützt.

Die von der hiesigen Gesundheitskonferenz 2004 verabschiedeten „Handlungsempfehlungen zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen“ berücksichtigen bereits den im Zielekonzept des Bundes und des Landes vereinbarten Settingansatz Familie/Freizeit, Kindergarten und Schule. In diesem Sinne wurden auch die jüngsten Bewerbungen für den Projektverbund „Gesundes Land NRW“ des Kreises eingereicht, die 2005 erneut mit den Projekten zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen und dem Projekt Partizipation Aufnahme fanden.

Zum Anstoß der für den Kreis Heinsberg zu führenden Zielediskussion können aus den nachfolgenden eingehenden Darstellungen folgende konkrete Gesundheitsziele für den Kreis Heinsberg abgeleitet werden:

1. Die Zahl der Durchimpfungsraten gegen Masern (Zweitimpfungen) wird bis 2008 auf über 90 %, bis 2010 auf 95 % erhöht.
2. Alle Schulen im Kreis Heinsberg bleiben rauchfrei.
3. Die rauchmittelbedingten Unfälle bei jungen Kraftfahrern von 18-24 Jahren werden bis 2008 um 50 % reduziert.
4. Der Anteil der fettleibigen Kinder und Jugendliche wird gegenüber 2005 bis 2008 um 25 % reduziert.

5. Der Ausbau der teilstationären Angebotsstruktur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird mit den Möglichkeiten des Kreises unterstützt.
6. Bis 2007 stehen ausreichende Angebote zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen sozialbenachteiligter Gruppen im Sinne der Sozialkompensation zur Verfügung.

Dieser weitere Gesundheitsbericht des Kreises Heinsberg wurde im Rahmen des Projektes „Gesundheitsberichterstattung 2005“ im Gesundheitsamt entwickelt. Alle Fachabteilungen waren wiederum beteiligt und haben innerhalb von 8 Monaten unter der Projektleitung von Herrn Dr. med. Hermann Freund, MPH zu dem nachfolgenden Bericht beigetragen. Dafür gebührt allen Beteiligten Dank und Anerkennung.

Für die Überlassung überregionaler Daten danken wir dem **Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst** sowie dem **Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik**.

Ansprechpartner:

Dr. Karl-Heinz Feldhoff
Leiter des Gesundheitsamtes

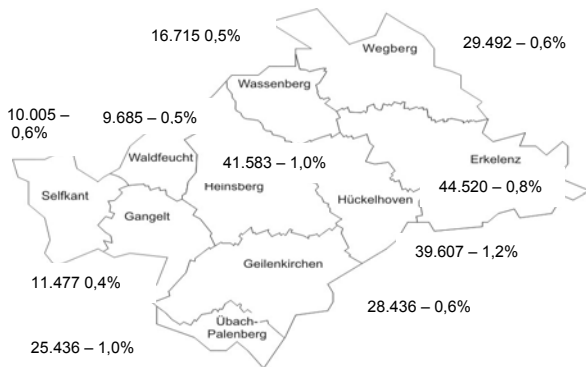
Anke Kurth
Telefon: 02452/13 53 09

1. Allgemeine Gesundheitsdaten

1.1 Bevölkerungsdaten

Zu Beginn des Jahres 2005 lebten im Kreis Heinsberg 256 956 Menschen (Grafik1), davon 130 494 weiblichen und 126 462 männlichen Geschlechts. Seit Erstellung des letzten ausführlichen Gesundheitsberichtes im Jahre 2000 ist somit eine Zunahme der Bevölkerung um 11 673 festzustellen.

Zusätzlich wird der prozentuale Anteil von Bedarfsgemeinschaften (Empfänger von steuerlichen Geldleistungen) mit Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren angegeben.



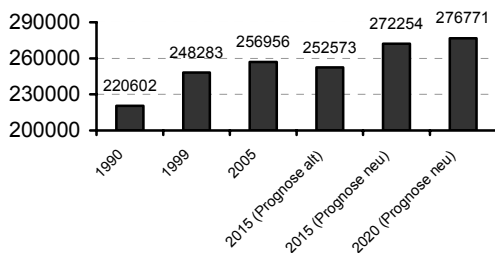
Grafik 1: Einwohnerzahlen (Stand 01.01.2005)
Quelle: LDS und Sozialämter

Während eine im Jahre 1995 erstellte Prognose über die Bevölkerungszahl für das Jahr 2015 noch davon ausgegangen war, dass dann im Kreis Heinsberg 252 573 Menschen leben würden, wird in der aktuellen Prognose, ausgehend von dem Basisjahr 2002, eine Einwohnerzahl für den Kreis Heinsberg zum 01.01.2015 von 272 254 und zum 01.01.2020 von 276 771 angegeben (Abb.1.1).

Als ursächlich für diesen Bevölkerungszuwachs ist der anhaltende Zuzug junger Familien in das Kreisgebiet anzuführen. So lag im Jahre 2003 der Zuzug neuer Einwohner mit 1410 Menschen über der Zahl der abgewanderten Bürger.

Abbildung 1.1: Bevölkerungsentwicklung

Quelle: LDS



Im Jahre 2002 betrug der Überschuss 2607 und im Jahre 2001 1972 Personen

1.2 Altersstruktur

Zum 01.01.2005 waren 46 997 Menschen jünger als 16 Jahre (18,2% der Gesamtbevölkerung); 168 931 (65,8%) waren zwischen 16 und 65 Jahren; 33 296 (13%) zwischen 66 und 80 Jahren sowie 7 732 (3%) älter als 80 Jahre.

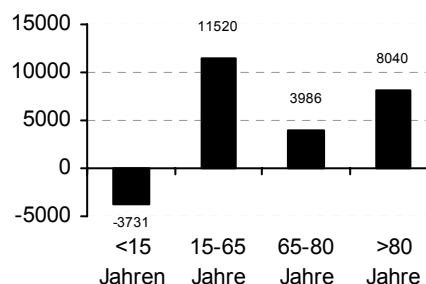
Für das Jahr 2020 wird prognostiziert, dass dann ca. 16% der Gesamtbevölkerung von 276 771 jünger als 16 Jahre alt sein werden (43 266), 65% (180 451) zwischen 16 und 65 Jahren, 13% (37 282) zwischen 65 und 80 Jahren und 6% (15 772) älter als 80 Jahre.

Es zeigt sich ein leichte prozentuale Verschiebung hin zu den hochbetagten über 80-Jährigen bei gleichzeitiger prozentualer Abnahme im Bereich der bis 15 Jahre alten Kinder und Jugendlichen.

Auf Grund der insgesamt gestiegenen Gesamtzahl der Bevölkerung bedeutet diese relativ geringe prozentuale Zunahme in den verschiedenen Altersstufen eine doch bemerkenswert deutliche Veränderung im Bereich der absoluten Zahlen. So sinkt bis zum Jahre 2020 die Anzahl der bis zu 15 Jahre alten Jugendlichen von derzeit 46 997 auf 43 266, während der Anteil über 65-Jähriger von derzeit 33 296 auf 37 282 und der Anteil der über 80-jährigen von derzeit 7 732 auf 15 772 ansteigt (Abb. 1.2). Diesem Anstieg des Anteils älterer und hochbetagter Bürger im Kreis Heinsberg ist Rechnung zu tragen. Natürlich bedeutet ein höherer Anteil älterer Menschen gleichzeitig auch einen höheren Bedarf an ambulanten und stationären Pflegeplätzen; aber darüber hinaus müssen auch im Alltagsleben zunehmend die Bedürfnisse der Älteren Berücksichtigung finden. Zum Beispiel sind altersgerechte Wohnungen und Wohnformen auf- und auszubauen, ein altersgerechtes Vereinsleben ist notwendig, der Ausbau der Seniorenarbeit ist zu unterstützen.

Abbildung 1.2: Differenz der Bevölkerungszahlen in den einzelnen Alterstufen zwischen 2005 und 2020

Quelle: LDS



1.3 Mittlere Lebenserwartung

Die mittlere Lebenserwartung der in den Jahren 2001 – 2003 geborener Kinder liegt im Kreis Heinsberg für weibliche Neugeborene bei 81,03 Jahren und für männliche Neugeborene bei 75,40 Jahren. Damit liegt sie im Bereich des Landesdurchschnittes für Nordrhein Westfalen.

Im Vergleich zu Vorzahlen aus den Jahren 1996 – 1998 ist es zu einer Zunahme der mittleren Lebenserwartung bei weiblichen Neugeborenen von 0,93 Jahren und bei männlichen Neugeborenen von 1,22 Jahren gekommen.

1.4 Geburtenhäufigkeit

Die Anzahl lebendgeborener Kinder im Kreisgebiet fällt seit 1990 kontinuierlich ab. Wurden im Jahr 1990 noch 2741 Kinder zur Welt gebracht, deren Mütter im Kreis Heinsberg ihren ersten Wohnsitz hatten, so sind es im Jahre 2004 lediglich noch 2124 Kinder.

Die **Fertilitätsrate** (Anzahl lebendgeborener Kinder je 1000 Frauen im Alter von 15 – 44 Jahren) sank in diesem Zeitraum von 57,0 ‰ auf 41,7 ‰. Im landesweiten Vergleich verzeichnen lediglich die Kreise Wesel und Viersen geringere Fertilitätsraten.

Bereits seit dem Jahre 2001 sind im Kreis Heinsberg weniger Geburten auf 1000 Frauen im Alter zwischen 15 und 44 Jahren zu verzeichnen als im Landesdurchschnitt NRW. Auch hier zeigt sich deutlich, dass der Bevölkerungszuwachs im Kreis Heinsberg nicht Folge einer hohen Geburtenziffer ist sondern Folge der Zuzüge junger Familien ins Kreisgebiet hinein.

In weiteren Untersuchungen ist zu hinterfragen, warum sich gerade in dem eher ländlich geprägten Kreis Heinsberg weniger Frauen als im Landesdurchschnitt für Kinder entscheiden.

Politisch-administrativ sollten Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es jungen Familien und Frauen erleichtern, sich für Kinder zu entscheiden (Vereinbarkeit von Familie und Beruf; Anzahl der Krippen- und Kindergartenplätze, Anzahl der Ganztagsbetreuungsangebote; Erreichbarkeit von Krippen, Kindergarten, Schule, und Arbeitsplatz).

1.5 Geburtsgewicht

Die Neugeborenen werden direkt nach ihrer Geburt untersucht, gewogen und gemessen. Kinder mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2500g werden als „untergewichtig“ bezeichnet.

Untergewichtige Neugeborene haben einen erschwerten Start ins Leben.

Die Anzahl untergewichtiger Neugeborener ist in den letzten Jahren in der Bundesrepublik Deutschland ansteigend. Einerseits bewirkt eine bessere Aufklärung über Frucht schädigende Verhaltensweisen während der Schwangerschaft (z.B. aktives/passives Rauchen oder Alkoholkonsum) und eine bessere medizinische Versorgung, dass mehr normgewichtige Kinder zur Welt kommen; andererseits sorgt gerade dieser medizinische/intensivmedizinische Fortschritt dafür, dass auch stark untergewichtige Kinder am Leben erhalten werden können.

Abbildung 1.3: Fertilitätsrate Kreis Heinsberg und NRW (Anzahl Lebendgeborener auf 1000 Frauen zwischen 15 und 45 Jahren)

Quelle: LOEGD.NRW

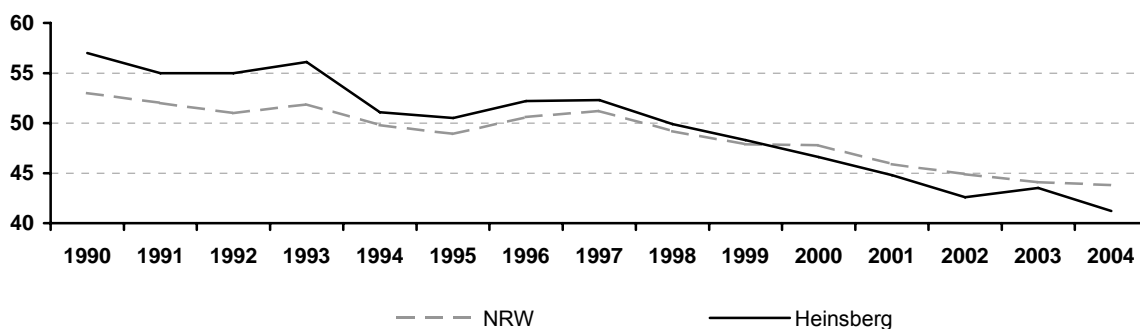


Tabelle 1.1 zeigt die Entwicklung des prozentualen Anteils untergewichtiger Neugeborener im Vergleich zu NRW seit 1996.

Es ist erkennbar, dass die Anzahl untergewichtiger Neugeborener im Kreis Heinsberg erfreulicherweise leicht unter dem Landesdurchschnitt liegt (Ausnahme: 2003).

Ort	1.500 – 2.499g /1000	< 1.500g /1000	Summe untergewichtiger Lebendgeborene /1000	Anzahl Lebendgeborene (absolute Zahlen)
Kreis Heinsberg 2004	69,2	10,4	79,6	2124
Nordrhein-Westfalen 2004	71,4	13,7	85,1	158054
Kreis Heinsberg 2003	81,3	12,5	93,8	2241
Nordrhein-Westfalen 2003	71,1	12,8	83,9	159883
Kreis Heinsberg 2002	63,0	11,4	74,4	2194
Nordrhein-Westfalen 2002	69,9	12,6	82,5	163434
Kreis Heinsberg 2001	Keine Daten vorhanden			
Nordrhein-Westfalen 2001	Keine Daten vorhanden			
Kreis Heinsberg 2000	Keine Daten vorhanden			
Nordrhein-Westfalen 2000	Keine Daten vorhanden			
Kreis Heinsberg 1999	63,3	7,7	71,0	2463
Nordrhein-Westfalen 1999	68,4	12,2	80,6	176578
Kreis Heinsberg 1998	64,1	9,1	73,2	2528
Nordrhein-Westfalen 1998	66,2	11,5	77,7	182287
Kreis Heinsberg 1997	61,9	9,4	71,3	2638
Nordrhein-Westfalen 1997	64,6	10,9	75,5	190386
Kreis Heinsberg 1996	62,7	9,2	71,9	2614
Nordrhein-Westfalen 1996	62,6	10,3	72,9	188493

Tabelle 1.1: Untergewichtige Neugeborene im Kreis Heinsberg und NRW
Quelle: LOEGD.NRW

1.6 Sterblichkeit

Mortalitätsraten geben die Anzahl gestorbener Frauen und Männer je 100 000 Einwohner desselben Geschlechtes an. Diese Zahlen weisen auf geschlechtsbezogene und regionale Unterschiede in der Sterblichkeit zwischen Kommunen oder Kreisen hin.

Diese absolute Zahl der Verstorbenen oder auch die Sterberate (Zahl der Verstorbenen/Jahr auf 100 000 Einwohner) berücksichtigt jedoch nicht die Altersstruktur der beobachteten Bevölkerung. So ist in einer „überalterten“ Kommune die Sterberate hoch und in Kommunen mit einem hohen Anteil von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen niedrig. Ein Vergleich ist dann aber nicht sinnvoll, da sich hier nur Selbstverständliches widerspiegelt. Die Sterbeziffern als Absolutzahlen sind jedoch interessant im Vergleich zu den Geburtenziffern. Wenn die Sterbeziffer gleichgroß der Geburtenziffer ist, findet kein Bevölkerungswachstum mehr statt. Ist die Sterbeziffer jedoch größer als die Geburtenziffer bedeutet dies, dass die Bevölkerung schrumpft. Hier zeigt sich für das Jahr 2003 im Kreis Heinsberg, dass 2241 Geburten 2458 Verstorbenen und im Jahre 2002 2124 Geburten 2487 Sterbefälle gegenüberstanden.

Eine Vergleichbarkeit innerhalb von NRW zwischen „überalterten“ und „jungen“ Städten und Kreisen wird durch die indirekte Altersstandardisierung auf die nordrheinwestfälische Bevölkerung erreicht. Hierdurch lassen sich die Altersstruktureffekte herausrechnen.

Für die Jahre 2002 und 2003 zeigt sich altersstandardisiert, dass im Kreis Heinsberg mehr Menschen verstarben als zu erwarten gewesen wären. Signifikante Auffälligkeiten finden sich jedoch nicht.

1.7 Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit im zeitlichen und internationalen Vergleich ist ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung in einer Region. Die Säuglingssterblichkeit bezieht sich auf die im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder je 1000 Lebendgeborene eines Kalenderjahres.

Sie beinhaltet alle lebendgeborenen Kinder, die nachgeburtlich verstorben sind. Todgeborene Kinder sind in dieser Rate nicht eingeschlossen.

Die Raten für den Kreis Heinsberg lagen noch bis zur Mitte der 90er Jahre über den vergleichbaren Dreijahresmittelwerten im Land NRW. So lag im Jahre 1995 die Säuglingssterberate bei 8,4%, während die vergleichbare Rate im Land Nordrhein Westfalen 5,8% betrug. Seit 1995 liegen die Vergleichsraten im Dreijahresmittelwert deutlich unter den Vergleichszahlen für das gesamte Land Nordrhein Westfalen.

Seit dem Jahr 2000 ist auch eine geschlechtsspezifische Betrachtung der Rate verstorbener Neugeborener möglich. Auch hier zeigt sich im Vergleich mit den Raten für das Land Nordrhein Westfalen, dass weniger männliche und weibliche Neugeborene im Kreis Heinsberg versterben als im Land Nordrhein Westfalen und dass allgemein mehr männliche Neugeborene als weibliche Neugeborene versterben. (Abb. 1.4)

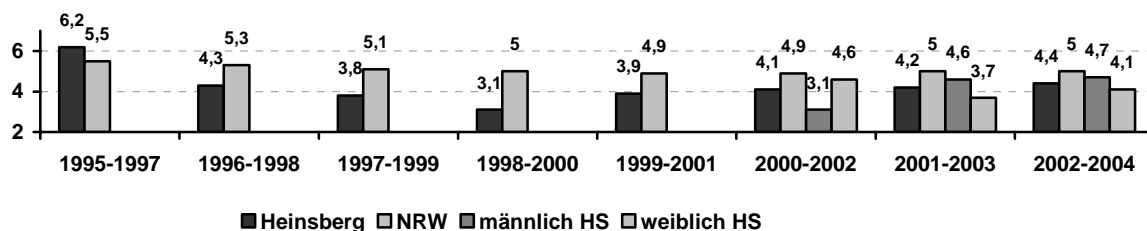
1.8 Teilnahme an Krankheitsfrüherkennungsprogrammen für Kinder (U1 – U9)

Das gesetzliche Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder ist ein Screeningprogramm, das eine möglichst frühzeitige Aufdeckung wesentlicher Entwicklungsstörungen und Erkrankungen zum Ziel hat. In der Screeninguntersuchung aufgefallene Störungen sollen schließlich einer Diagnostik zugeführt werden, und Therapiemöglichkeiten frühzeitig einsetzen. Während die U1 und U2 Untersuchung in der Regel noch in der Entbindungsklinik durchgeführt wird erfolgt das Screening bei den folgenden U-Untersuchungen durch den niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt oder durch den Hausarzt. Nehmen an der U3 Untersuchung noch knapp 90% der Kinder teil, sind es bei der U9 Untersuchung nordrheinwestfalenweit nur noch 83,7% (2003).

Die Eltern der Heinsberger Kinder sind hier landesweit vorbildlich. 88,7% im Jahre 2003 und 88,9% im Jahre 2002 der Kinder hatten an der U9 Untersuchung teilgenommen. Die Auswertung erfolgte im Rahmen der Einschuluntersuchung in den Jahren 2002 und 2003, zu denen die Eltern das gelbe Untersuchungsheft mitbringen sollten.

Abb. 1.4: Säuglingssterblichkeit/1000 Neugeborener im ersten Lebensjahr (3-Jahresmittelwert)

Quelle: LOEGD.NRW



Leider weniger vorbildlich waren die Eltern in der Wahrnehmung der U8 Untersuchung im Alter von 3,5 – 4 Jahren. Lag hier der landesweite Schnitt 2002 bei 86,7% betrug er im Kreis Heinsberg nur 80,1%. Im Jahre 2003 lag der landesweite Schnitt bei 87,6%, während die Vergleichszahl für Heinsberg nur 84,1% betrug.

Es ist zukünftig vermehrt darauf hinzuweisen und hinzuwirken, dass eine höhere Teilnahme an der U8 Untersuchung erforderlich ist, da gerade in diesem Zeitraum Sprachentwicklungsverzögerungen augenfällig werden und so sonst der Zeitpunkt verpasst wird, die Kinder frühzeitig einer Therapiemöglichkeit (z.B. Logopädie) zuzuführen.

Unerwähnt bleiben darf bei der Betrachtung der Zahlen jedoch nicht, dass bei den Einschuluntersuchungen im Jahre 2002 und 2003 jeweils ca. 15% der Eltern das Untersuchungsheft ihrer Kinder zur Einschuluntersuchung nicht vorgelegt haben.

1.9 Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren

Schwerbehinderung führt zu einer Einschränkung der gesunden Lebenserwartung und Lebensqualität der betroffenen Kinder. Als schwerbehinderte Menschen gelten Menschen, mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50. Schwerbehinderung bei Kindern ist häufig durch eine angeborene Fehlbildung bedingt.

Lag im Kreis Heinsberg 2001 die Rate schwerbehinderter je 100.000 weiblicher und männlicher Kinder unter 15 Jahren mit 915,8 und 1168,5 noch über den Vergleichsraten des Landes Nordrhein Westfalens (894,4 bei den Mädchen und 1165,3 bei den Jungen), so haben sich die Vergleichsraten zum 31.12.2003 im Kreises Heinsberg denen des Landes NRW angeglichen. Kamen landesweit auf 100 000 weibliche Kinder unter 15 Jahren 912,8 Schwerbehinderte, so waren es im Kreis Heinsberg 833,4. Bei den männlichen Kindern unter 15 Jahren waren landesweit 1199,6 schwerbehindert und im Kreis Heinsberg 1200,2.

1.10 Im Straßenverkehr verunglückte und getötete Personen

Ebenso wie die Säuglingssterblichkeit beeinflusst die Anzahl getöteter Personen in Folge von Verkehrsunfällen die allgemeine Sterberate. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass Verkehrsunfälle vermeidbar sind, sofern alle Verkehrsteilnehmer sich verantwortungsvoll-, rücksichtsvoll und situationgerecht verhalten würden. Hauptursache für Verkehrsunfälle sind im Kreis Heinsberg, wie auch landes- und bundesweit, eine unangepasste Fahrweise (überhöhte Geschwindigkeit) und Fahrten unter Alkohol- und Drogeneinfluss.

Im Kreis Heinsberg war die Anzahl getöteter Personen in Folge von Verkehrsunfällen mit Kfz-Beteiligung bis 1995 rückläufig und bleibt seitdem relativ konstant (Abb. 1.5).

Während die Zahlen der getöteten weiblichen Verkehrsteilnehmer seit 2001 jeweils zwischen 4 und 6 Getöteten pro Jahr lagen, starben jährlich 7-16 männliche Verkehrsteilnehmer.

Die Anzahl der im Straßenverkehr verunglückten Personen liegt nun seit ca. 20 Jahren zwischen 1300 und 1450 pro Jahr (Abb. 1.6).

Abb. 1.5: Getötete Personen durch Verkehrsunfälle mit Kfz-Beteiligung seit 1972
Quelle: Kreispolizeibehörde

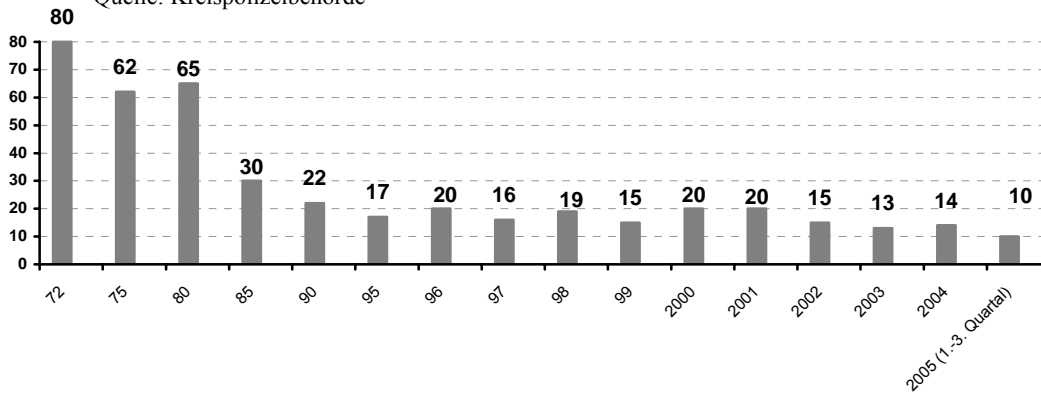
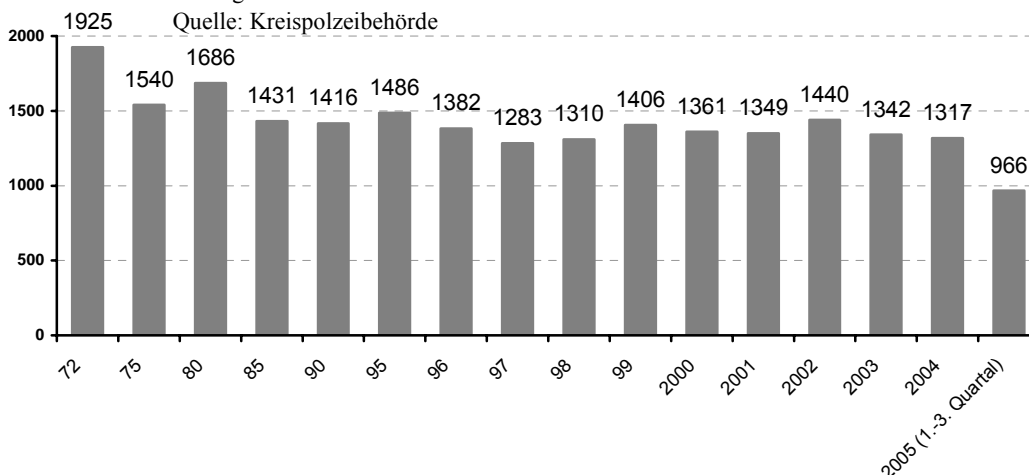


Abb. 1.6: Verunglückte Personen im Straßenverkehr
Quelle: Kreispolizeibehörde



Auffällig ist die Zunahme der Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss im Alter der 18-24jährigen Fahrer (Abb. 1.7). Der Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtzahl der Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss stieg von 1996 bis zum Jahre 2004 kontinuierlich an. Waren 1996 „lediglich“ 17% aller Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss verursacht von 18-24Jährigen lag dieser Anteil im Jahre 2004 bei 38%. In diesem Jahr wurden 52 der 137 Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss von Fahrern aus der Altersgruppe der 18-24 jährigen verursacht.

Ebenfalls auffällig ist der Anstieg der durch die Polizeibehörden eingeleiteten Maßnahmen auf Grund von BtM-Auffälligkeiten im Straßenverkehr (Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz im Straßenverkehr). Es zeigt sich eine deutliche Zunahme notwendiger Maßnahmen von 30 im Jahre 1998 auf 137 im Jahre 2004. Das Jahr 2001 mit insgesamt 447 Maßnahmen ist vor dem Hintergrund zu werten, dass in diesem Jahr eine gesonderte Aktion der Polizeibehörde durchgeführt wurde (Abb. 1.8).

Abb. 1.7: Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss im Kreis Heinsberg (in %)
Quelle: Kreispolizeibehörde

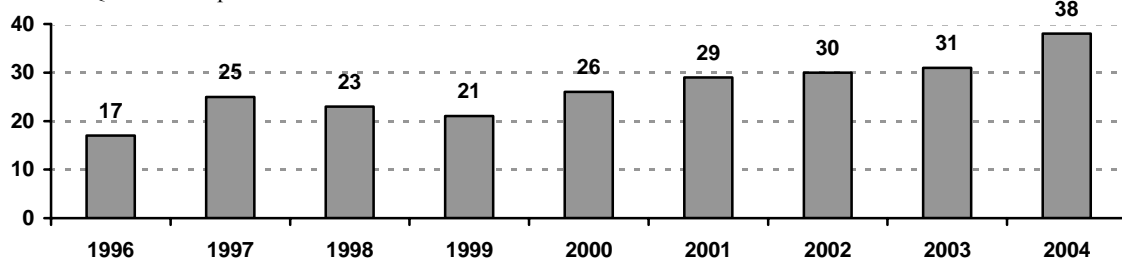
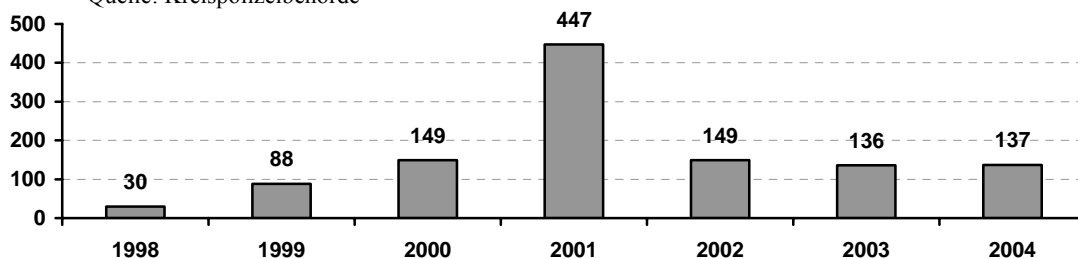


Abb. 1.8: Maßnahmen BtM
Quelle: Kreispolizeibehörde



Während es die Polizeibehörden geschafft haben, die Verkehrsunfallzahlen in der Altersgruppe der unter 15jährigen Verkehrsteilnehmern (Kinder als Beifahrer, Fußgänger oder Fahrradfahrer) zu senken und die Anzahl schwerer Verkehrsunfälle ebenfalls gesenkt werden konnte, zeigt sich in der Gruppe der 15-17Jährigen ein deutlicher Anstieg.

Hier muss zukünftig versucht werden, durch verstärkte Aufklärung und Überwachungsmaßnahmen insbesondere die jungen männlichen Fahrer zu erreichen.

Die eingeleiteten straßenbaulichen Maßnahmen haben dazu geführt, dass die Anzahl von Verkehrsunfällen mit schweren Personenschäden rückläufig ist. Bewährt hat sich hier die Einrichtung einer Unfallkommission, die von Vertretern der Kreispolizeibehörde, des Straßenverkehrsamtes und der Straßenbauleitern von Bund, Land, Kreis und Kommunen besetzt ist. In diesem Gremium wird jeder Unfallschwerpunkt vor Ort aufgesucht und gemeinsam nach sofort umsetzbaren Lösungen gesucht.

Um zukünftig eine weitere Reduktion schwerer Verkehrsunfälle mit Personenschäden zu erreichen, wird der Überwachungsdruck des fließenden Verkehrs erhöht und die Präventionsmaßnahmen in der besonders gefährdeten Risikogruppe der jungen männlichen Verkehrsteilnehmer intensiviert werden.

Als Ansprechpartner stehen Ihnen zur Verfügung

Herr Dr. Freund, Tel. 02452/13 53 44
(Gesundheitsamt)

Frau Beumers, Tel. 02452/13 53 43
(Gesundheitsamt)

Herr Oberkommissar Reischert, Tel. 02452/920631
(Kreispolizeibehörde)

Herr Wilms, Tel. 02452/ 13 36 01
(Straßenverkehrsamt)

1.11 Arzneimittelversorgung

Arzneimittel sind eine besondere Ware, daher wurden zum Schutz der Verbraucher Spezialgesetze geschaffen, die von Herstellern und Vertreibern beachtet werden müssen.

Die Sicherstellung der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung ist Aufgabe der öffentlichen Apotheken. Das Warenlager einer durchschnittlichen Apotheke enthält ca. 10.000 bis 20.000 Medikamentenpackungen.

Der Betrieb einer Apotheke bedarf der Erlaubnis der zuständigen Behörde.

Die Erlaubnis wird einem Apotheker oder einer Apothekerin erteilt.

Im Kreis Heinsberg stehen den Bürgern 59 Apotheken (Stand: Oktober 2005) für die Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln zur Verfügung. 2004 gab es zwei Apothekenneugründungen, im darauf folgenden Jahr wurde ein Apothekenbetrieb aufgelöst (Grafik 2).

Statistisch versorgt damit eine Apotheke im Kreis Heinsberg 4354 Einwohner, während für Gesamtdeutschland eine Apothekendichte von 3800 Einwohnern pro Apotheke besteht.

Auch außerhalb der Ladenöffnungszeiten ist die Arzneimittelversorgung durch die Apotheken sicherzustellen.

Im Kreisgebiet Heinsberg sind hierfür ständig, auch an Sonn- und Feiertagen sowie nachts, durchschnittlich 6 Apotheken dienstbereit. Der Apothekennotdienst ist im Kreisgebiet so organisiert, dass die Bevölkerung jederzeit in einer zumutbaren Entfernung an die benötigten Medikamente kommen kann.

Welche Apotheke aktuell Notdienst hat, kann nicht nur den Aushängen und Anzeigen im Eingangsbereich jeder Apotheke, sondern auch dem öffentlichen Gesundheitsportal der deutschen ApothekerInnen www.aponet.de und der örtlichen Tagespresse entnommen werden.

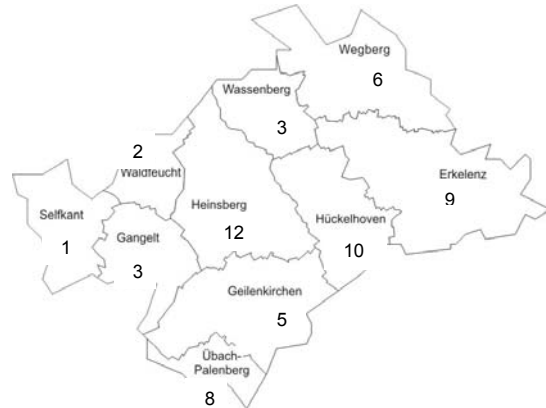
Außerdem stellen alle Apotheken jährlich für Patienten, Ärzte und Hilfsdienste einen gedruckten Notfallplan zur Verfügung.

Mit Hilfe des Apo-SMS Service, Tel.: 82872 oder über die Inlandsauskunft von T-Com Tel., 11833 kann man sich in Notfällen jederzeit und überall über die Dienstbereitschaft der Apotheken in der Nähe informieren.

Um auch bei Großschadenereignissen für die erste Hilfe zeitgerecht ausreichend Arzneimittel zur Verfügung zu haben, wird ab dem Frühjahr 2006 im Kreisgebiet ein entsprechendes Notfallpaket bereitgehalten. Diese Medikamente werden in Transportbehältern gelagert, um sie möglichst schnell an die Einsatzstelle bringen zu können.

Auf die Medikamente dieses Notfallpaketes können die leitenden Notärzte des Kreises bei Bedarf direkt zugreifen.

Grafik 2: Apotheken im Kreisgebiet
Quelle: Gesundheitsamt



Als Ansprechpartner steht Ihnen zur Verfügung:

Frau Döring, Tel. 02452/13 53 42

Vorschläge für zukünftige Maßnahmen

A. für ältere Menschen

- Überprüfung und Weiterentwicklung bereits bestehender Angebote (der Vereine, der Kirchen, der Wohlfahrtsbehörden)
- Ausbau alternativer Wohnformen
- Anpassen von Stadt- und Straßenbauplanungen
- Entwicklung von Handlungspflegen zur gesundheitlichen und sozialen Versorgung

B. für junge Familien

- Entwicklung eines Fragebogens zur Beurteilung der Familienfreundlichkeit des Kreises
- Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Weiterer Ausbau der Ganztagsbetreuung in Kindergärten und Schulen
- Ausbau der Angebote von Krippenplätzen

C. zur weiteren Reduktion von Verkehrsunfällen

- Vertiefung geschlechtsspezifischer Ansätze der Prävention
- Intensivierung der Überwachungsmaßnahmen im Bereich beliebter Treffpunkte Jugendlicher
- Aufklärung über die Folgen des Drogenkonsums

2. Kinder- und Jugendgesundheit

2.1 Übergewicht

Weltweit hat das Vorkommen von Übergewicht in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen. Deutschland und auch der Kreis Heinsberg bilden dabei keine Ausnahme. Diese Entwicklung stellt ein gravierendes Gesundheitsproblem dar, da Übergewicht die Entwicklung vieler chronischer Krankheiten begünstigen kann. Übergewicht an sich ist zunächst nicht als Krankheit anzusehen. Krankheitswertig wird es ab einem bestimmten Ausmaß insofern, als es dann ein deutlich erhöhtes Risiko für Folgeerkrankungen nach sich zieht, wie Typ-II-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gelenk- und Rückenbeschwerden, um nur einige zu nennen. Die Therapie der Adipositas gestaltet sich schwierig. Als Konsens gilt, dass Adipositas eine chronische Erkrankung ist, die durch Gesundheitsförderung und Prävention möglichst zu vermeiden ist, und, wenn sie auftritt, einer langfristigen Therapie bedarf. Die Folgen einer Adipositas im Kinder- und Jugendalter wurden bereits im Gesundheitsbericht 2000 dargestellt. Im Gegensatz dazu stellt Untergewicht, sofern es nicht durch eine Grunderkrankung bedingt wird, keinen eigenständigen Risikofaktor für Erkrankungen dar. Vielmehr gibt es Hinweise darauf, dass ein leichtes Untergewicht die Lebenserwartung erhöht.

Messmethoden

International hat sich die Bestimmung des Body-Mass-Index (BMI) durchgesetzt. Er wird nach folgender Formel berechnet: Körpergewicht (kg) / Körpergröße (m) zum Quadrat. Dabei gelten folgende Definitionen für Erwachsene: BMI von über 25 kg/m² leichtes Übergewicht, BMI von über 30 kg/m² deutliches Übergewicht (Adipositas), BMI von über 40 kg/m² Adipositas permagna. Im Kindesalter kann anhand von geschlechts- und altersspezifischen Normogrammen das Über- und Untergewicht ermittelt werden. Dabei gelten folgende Definitionen:

BMI-Wert oberhalb der 90. Perzentile: leichtes Übergewicht,

BMI-Wert oberhalb der 97. Perzentile: deutliches Übergewicht, (Adipositas)

BMI-Wert unterhalb der 10. Perzentile: leichtes Untergewicht,

BMI-Wert unterhalb der 3. Perzentile: deutliches Untergewicht, (Dystrophie)

Situation im Kreis Heinsberg

Datenquellen

Das Gesundheitsamt verfügt über Zahlen der Einschuluntersuchungen seit dem Jahr 1994.

Ferner wurden im Rahmen des Projektes „Birnen-Bert und Süsse-Susi“ im September 2004 644 Kindergartenkinder im Stadtbereich Wegberg gewogen und gemessen.

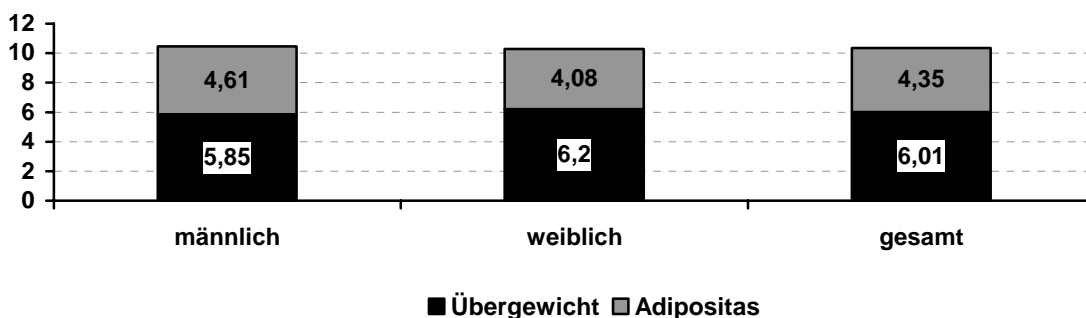
Einschuluntersuchungen

Von den 2777 Kindern, die im Sommer 2005 eingeschult wurden waren 10,4% übergewichtig (Abb. 1). Dabei bestand bei 6% der Einschulkinder ein leichtes Übergewicht und bei 4,4% eine Adipositas. Die geschlechtsspezifische Verteilung zeigte, dass 10,5% der Jungen und 10,3% der Mädchen übergewichtig waren.

Ein Vergleich mit den Zahlen der Vorjahre seit 1994 zeigt, dass der Anteil der übergewichtigen Kinder im Kreis Heinsberg in diesem Zeitraum scheinbar nicht zugenommen hat (Abb. 2). Hierbei ist jedoch zu beachten, dass in diesem Zeitraum unterschiedliche Normogramme zur Anwendung kamen, bei denen der Grenzwert zur Übergewichtigkeit nach oben verschoben wurde. Wenn unter Anwendung der korrigierten Normogramme der Anteil der übergewichtigen Kinder konstant geblieben ist, muss davon ausgegangen werden, dass das durchschnittliche Körpergewicht im genannten Zeitraum zugenommen hat.

Abb.1: Übergewichtige und adipöse Einschulkinder 2005 in % (N=2777)

Quelle: KJÄD



Der Anteil der übergewichtigen Einschulkinder lag 2001 und 2002 oberhalb der landesweiten Werte in NRW.

Die Auswertungen der Schuleingangsuntersuchungen durch das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen zeigt, dass sich der Kreis Heinsberg im kommunalen Vergleich 2003 im mittleren Bereich befindet, während er 2002 den 3 Kreisen mit auffallend hohem Anteil an übergewichtigen Kindern zu zu rechnen war.

„Birnen-Bert und Süsse-Susi“ – ein Programm zur gesunden Ernährung von Kindergartenkindern

Im Rahmen des Programms „Birnen-Bert und Süsse-Susi“ wurde in 11 von 14 Wegberger Kindergärten im September 2004 eine BMI-Bestimmung durchgeführt. Insgesamt wurden 644 Kinder gewogen und gemessen. Bezogen auf alle 949 Wegberger Kindergartenkinder entsprach dies einem Anteil von 67,2%. Der prozentuale Anteil der über- und untergewichtigen Kinder kann der folgenden Grafik entnommen werden (Abb. 3).

Bei Betrachtung der einzelnen Altersgruppen fällt auf, dass der prozentuale Anteil der untergewichtigen Kinder mit steigendem Lebensalter deutlich abfällt, während der Anteil an übergewichtigen Kinder ansteigt (Abb. 3).

Maßnahmen und Aktivitäten im Kreis Heinsberg zur Prävention und Therapie des Übergewichtes

Da Adipositas bereits oft im Kindesalter und in der frühen Jugend einsetzt und häufig über im Elternhaus erworbene Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten vermittelt wird, kommt der Prävention schon frühzeitig eine besondere Bedeutung zu. Das bedeutet, dass die primäre Prävention des Übergewichtes die Anleitung zu einer ausgewogenen Ernährung und zu sinnvollem Bewegungs- und Freizeitverhalten sowie zu einem positiven Körperbild umfasst. Bereits im Gesundheitsbericht 2000 wurde auf die Notwendigkeit einer gesundheitspräventiven Arbeit an Schulen hingewiesen.

Die nachfolgende Tabelle 1 zeigt die im Kreis Heinsberg zur Zeit laufenden Programme und Projekte zur Prävention von Übergewicht in Schulen und Kindergärten. Hierbei kam es zu einer Vernetzung der Schulen u.a. mit dem Gesundheitsamt und einer Vielzahl von außerschulischen Organisationen und Fachleuten.

Abb. 2: Adipöse und übergewichtige Einschulkinder (%) - Kreis Heinsberg und NRW
Quelle: KJÄD

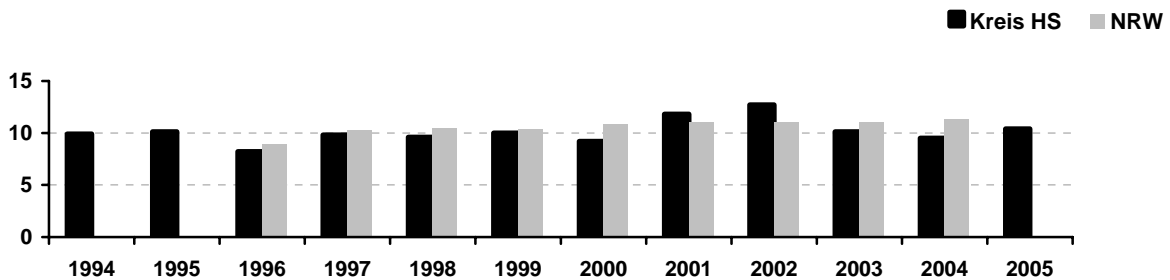
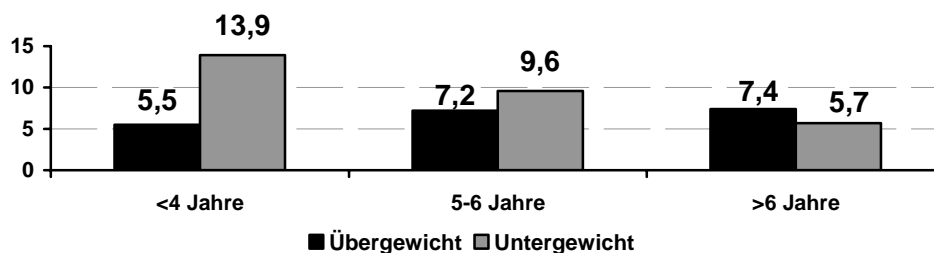


Abb. 3: Über- und untergewichtige (Wegberger) Kindergartenkinder (%) - altersspezifisch (N=644)
Quelle: KJÄD



Tab.1 Adipositasprävention in Schulen und Kindergärten mit Beteiligung des Gesundheitsamtes Heinsberg

I. Kindergärten**1. „Birnen-Bert und Süße-Susi“**

Ziel	Verbesserung des Ernährungsverhaltens von Kindergartenkindern
Multiplikatoren	Erzieherinnen
Zielgruppe	Kindergartenkinder und deren Eltern
Maßnahmen	Kindergartenaktionen und –projekte, Elternarbeit in Kindergärten, Elternfortbildungen, Multiplikatorenschulung
Anwender	2004/05 11 von 14 Wegberger Kindergärten 2005/06 alle 9 Wassenberger Kindergärten

2. „Klasse in Bewegung!“

Ziel	Bewegungsförderung unter räumlich begrenzten Bedingungen
Multiplikatoren	Erzieherinnen
Zielgruppe	Kindergartenkinder
Materialien	Bewegungskalender, zugehörige Handbücher, CD
Anwender	Das Material wurde 2002 allen Kindergärten im Kreis Heinsberg angeboten. Es kommt zur Zeit in 19 von 121 Kindergärten im Kreis Heinsberg zur Anwendung.

3. Gesundes Frühstück

Kreisweit wurde in allen Kindergärten durch den Verein für Jugendzahnpflege im Kreis Heinsberg das gesunde Frühstück eingeführt.

4. Multiplikatorenschulungen**4.1. „Wie gestalte ich ein gesundes Frühstück“ der AOK Rheinland, Regionaldirektion Kreis Heinsberg****4.2. Kreativitätsförderung im Kindergarten, Bewegungserfahrung und bildnerischer Ausdruck, Kath. Forum für Erwachsenen- und Familienbildung der Region Heinsberg****5. Regionales Opus-Netzwerk „Gesunder Kindergarten im Kreis Heinsberg“**

Zur Zeit entsteht ein Regionales Opus-Netzwerk „Gesunder Kindergarten im Kreis Heinsberg“, das Träger übergreifend arbeitet und vom Kreisgesundheitsamt Heinsberg koordiniert wird.

II. Grundschulen**1. Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung in der Schule****„Essen und Ernährung“ und „Bewegung und Entspannung“, Materialien für die Grundschule der Ärztekammer Nordrhein**

Ziel	Verbesserung des Ernährungs- und des Bewegungsverhaltens von Grundschulkindern
Multiplikatoren	GrundschullehrerInnen
Zielgruppe	Grundschulkindern und deren Eltern
Materialien	Arbeitsmappen mit Materialien für den Grundschulunterricht, Arbeitsmappen zur Durchführung von Elternabenden
Anwender	Das Programm wird allen Grundschulen des Kreises Heinsberg angeboten. Es kommt zurzeit in 20 von 59 Grundschulen im Kreis Heinsberg zur Anwendung.

2. Klasse in Bewegung!

Ziel	Kompensatorische Bewegungsförderung im Klassenraum
Multiplikatoren	GrundschullehrerInnen
Zielgruppe	Grundschulkindern
Materialien	Bewegungskalender, zugehörige Handbücher und CD
Anwender	Das Material wird allen Grundschulen im Kreis Heinsberg angeboten. Es kommt zurzeit in 26 von 59 Grundschulen im Kreis Heinsberg zur Anwendung.

3. „Sport ist mehr ...“

Ziel	Bewegungsförderung durch Förderung des kompensatorischen Sports in der Schule
Multiplikatoren	LehrerInnen aller Schulformen
Zielgruppe	Schülerinnen und Schüler aller Schulformen
Maßnahmen	Schulartspezifische Symposien und Durchführung von Sportwochen
Anwender	Das Angebot richtet sich im jährlichen Wechsel an 1.Grundschulen, 2.Haupt- und Sonderschulen und 3.Realschulen und Gymnasien

4. OPUS Netzwerk gesunder Schulen siehe unten

III. Weiterführende Schulen

1. Partizipation – Wege zur Gesundheitsförderung in der Sekundarstufe I

Ziel	Verbesserung des Gesundheitsverhaltens einschließlich des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens von SchülerInnen der Sekundarstufe I
Zielgruppe	SchülerInnen der Sekundarstufe I
Maßnahmen	Durchführung von Gesundheitswochen und Gesundheitstagen im Rahmen eines Schulprojektes
Anwender	Das Programm kommt derzeit an 3 weiterführenden und 1 berufsbildenden Schule im Kreis Heinsberg zur Anwendung

2. Starke Mädchen – Starke Jungen

Ziel	Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens von übergewichtigen SchülerInnen im Kreis Heinsberg
Projektpartner	Gesamtschule Wassenberg, Kreissportbund Heinsberg, Gesundheitsamt Heinsberg, AOK Rheinland Regionaldirektion Kreis Heinsberg
Zielgruppe	übergewichtige SchülerInnen der Sekundarstufe I
Maßnahmen	Durchführung des Programms „Starke Mädchen – Starke Jungen“ des Kreissportbundes Heinsberg im Rahmen einer Schul-AG

3. Schulsprechstunde

Ziel	Individuelle Ernährungsberatung
Multiplikatoren	Schulärztinnen und –ärzte des Kreises Heinsberg
Zielgruppe	SchülerInnen der Sekundarstufe I
Maßnahmen	Ernährungsberatung im Rahmen der Schulsprechstunde.
Anwender	Die Schulsprechstunde wird durch des schulärztlichen Dienst des Kreises Heinsberg derzeit an einer Gesamt- und einer Hauptschule angeboten.

4. Sport ist mehr...

Beschreibung siehe II.3.

5. OPUS Netzwerk gesunder Schulen

Am Opus Netzwerk gesunder Schulen nehmen im Kreis Heinsberg derzeit 1 Grundschule, 3 weiterführende Schulen und 1 berufsbildende Schule teil.

Neben den Projekten und Programmen in Schulen und Kindergärten gibt es eine Vielzahl von außerschulischen Bewegungsangeboten, für Kinder, Jugendliche und deren Eltern, die geeignet sind, einem Übergewicht vorzubeugen. Daneben wurden Informationsveranstaltungen und Kurse für Eltern von übergewichtigen Kindern und ambulante Therapiegruppen im Kreis Heinsberg angeboten.

Diese Angebote können der Anlage I zur „Handlungsempfehlung zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen im Kreis Heinsberg“ entnommen werden, die erstmals im Mai 2004 zusammengestellt wurde.

Ergebnisse

Die oben aufgeführten Projekte wurden evaluiert. Die Ergebnisevaluationen zeigten, dass Gesundheitsprävention in Schulen und Kindergärten geeignet ist, den Anteil von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen zu senken. So konnte zum Beispiel der Anteil der übergewichtigen Einschulkinder in Wegberg während der Durchführungsphase von „Birnen-Bert und Süße-Susi“ von 8,3 bis 11,8 % in den Vorjahren auf 4,7 % gesenkt werden, während in der vergleichbaren Stadt Wassenberg und kreisweit der Anteil der übergewichtigen Kinder im Bereich der Vorjahre verblieb.

Vorschläge für zukünftige Maßnahmen

Seit dem Gesundheitsbericht 2000 wurde in Kindergärten und Schulen eine Reihe von Programmen zur Adipositasprävention erfolgreich eingeführt. Es sollte versucht werden, möglichst viele Einrichtungen in die Programme einzubeziehen.

1. Kindergärten

- Das Programm Birnen-Bert und Süße-Susi wurde im Kindergartenjahr 2004/2005 in Wegberg durchgeführt. Es ist geplant, das Programm im jährlichen Wechsel einer anderen Stadt oder Gemeinde im Kreis Heinsberg anzubieten. Zurzeit wird es in den Wassenberger Kindergärten durchgeführt.
- Auch außerhalb des Programms sollten Kindergärten weiterhin auf gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung in ihrer Kindergartenarbeit achten. Es sollte deshalb versucht werden, möglichst viele Kindergärten in das regionale Netzwerk „Opus - gesunder Kindergarten im Kreis Heinsberg“ einzubeziehen.

2. Grundschulen

- Es sollte versucht werden, weitere Schulen für die dauerhaft angelegten Programme „Gesundheitsförderung und Gesundheits-erziehung in der Schule“ und „Klasse in Bewegung!“ und zur Mitarbeit beim Opus Netzwerk Gesunde Schulen zu gewinnen.
- Zusätzlich nehmen besonders im Rahmen der vermehrt angebotenen Ganztagsbetreuung in Kindergärten und Schulen immer mehr Kinder- und Jugendliche an der Mittagsverpflegung teil. Es sollte versucht werden, hierauf Einfluss zu nehmen. Vorstellbar wäre z.B. ein Beratungsangebot des Gesundheitsamtes in Verbindung mit dem Schulamt, einer Ernährungsberaterin und den Lebensmittelkontrolleuren des Kreisveterinäramtes.
- Als eine Maßnahme zur Verbesserung der Ernährungsverhaltens sollte die Schulkonferenz Einfluss nehmen auf die vorhandenen Kioskangebote (Getränke, Nahrungsmittel, etc.).
- Die in der Anlage 1 zur Handlungsempfehlung zur Gesundheitsförderung bei Kinder und Jugendlichen im Kreis Heinsberg aufgeführte Liste über außerschulische Angebote zur Adipositasprävention wird jährlich aktualisiert und sollte öffentlich zugänglich gemacht.

3. Schulen der Sekundarstufe I

- Einer wesentlichen Ausweitung der Projekte und Angebote für die Schulen der Sekundarstufe I stehen vor allem die personellen Ressourcen des Schulärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes entgegen. Diese sollten besonders sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen zur Verfügung gestellt werden.
- Deshalb sollte versucht werden, vermehrt Haupt- und Sonderschulen in das im Kreis bereits existierende Opus Netzwerk Gesunde Schulen einzubeziehen.
- Die anderen Schulen der Sekundarstufe I werden aufgerufen sich im Netzwerk gesundheitsfördernde Schule, z.B. Opus, vermehrt zu engagieren.

Als Ansprechpartner steht Ihnen zur Verfügung:

Frau Stawinoga, Tel. 02452/13 53 65
Frau Lieberenz, Tel. 02452/13 53 64

2.2 Motorische Entwicklung der Schulneulinge

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen wird die Körperkoordination orientierend durch seitliches beidbeiniges Springen über eine Linie geprüft. Das Merkmal „Körperkoordination“ lässt sich wegen seiner Komplexität nur sehr schwer mit einem oder mit wenigen verschiedenen Untersuchungsmethoden umfassend abbilden. Das seitliche Hin- und Herspringen hat sich jedoch als orientierendes Merkmal zum Screening der Körperkoordination durchgesetzt.

Der Schulneuling wird aufgefordert, seitlich mit beiden Füßen gleichzeitig über eine Linie so schnell wie möglich hin und her zu hüpfen. Zur Auswertung gelangt die Anzahl der Sprünge innerhalb von 10 Sekunden.

Schaffen Schulneulinge nicht mehr als 6 Sprünge innerhalb dieser 10 Sekunden oder führen sie die Sprünge unkorrekt durch, wird dieses als ein auffälliger Befund bewertet. Bei 7 Sprüngen wird von einem Grenzbefund gesprochen, bei mehr als 7 Sprüngen von einem unauffälligen Befund.

Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung bedürfen einer Intervention (z.B. Krankengymnastik, sportliche Betätigung, Tanzen), um zeitnahen, aber auch längerfristigen Folgen vorzubeugen. So ist aus vielen Untersuchungen bekannt, dass Kinder und Jugendliche, die motorisch ungelent sind, häufiger Verletzungen und Unfälle erleiden.

Wichtig ist zu betonen, dass die motorischen Leistungen eines Schulneulings in keiner Verbindung zu den späteren schulischen Leistungen stehen. Kinder, die motorisch geschickt sind, sind nicht intelligenter als ungeschickte Kinder.

Ein Vergleich mit Daten, die aus den vergangenen Schuleingangsuntersuchungen vorliegen, ist nur bedingt möglich, da im Jahre 2004 ein neues Schuleingangsuntersuchungsprogramm landesweit eingeführt und die untersuchten Merkmale verändert wurden.

Entsprechend der Daten vor 2004 lag die Anzahl motorisch auffälliger Kinder im Kreis Heinsberg im Jahre 1999 bei 11,1%, im Jahre 2001 bei 11,3%, im Jahre 2002 bei 7,8% und im Jahre 2003 bei 12,3%. Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung 2005 waren 12,9% der männlichen Schulneulinge und 11,9% der weiblichen Schulneulinge nicht in der Lage, mehr als 6mal innerhalb von 10 Sekunden beidbeinig seitwärts über eine Linie zu hüpfen. Als koordinationsgestört wurden von diesen 12,4% jedoch nur 5,6% (6,7% der Jungen und 4,3% der Mädchen) angesehen.

Als Ansprechpartner stehen Ihnen zur Verfügung:

Diese Diskrepanz zwischen Einschülern, die die vorgegebenen Kriterien nicht erfüllten, und Feststellung einer Koordinationsstörung durch den Schularzt liegt im wesentlichen an zwei Punkten:

1. Für das Schuljahr 2005/2006 wurde eine hohe Anzahl sehr junger Kinder, die eigentlich noch nicht zur Schule gehen müssten (so genannte „Antragskinder“) untersucht. Diese zum Teil bei der Schuleingangsuntersuchung noch nicht 5jährigen Kinder können auch bei einer normalen Entwicklung Schwierigkeiten haben, mehr als 6mal seitlich über eine Linie zu hüpfen.
2. Der Schularzt/Schulärztin beurteilt die motorischen Fähigkeiten nicht schematisch nach erreichter Punktzahl beim Seitwärtshüpfen, sondern zieht gegebenenfalls noch weitere Untersuchungsmerkmale hinzu (z.B. Einbeinstand, Einbeinhüpfen).

Vergleichszahlen liegen auf Landesebene für die Jahre 2001 – 2003 vor. Landesweit wurden bei 9,1% der Kinder im Jahre 2001, 7,9% der Kinder im Jahre 2002 und 8,7% im Jahre 2003 Koordinationsstörungen festgestellt. Im Jahre 2004 (hierzu liegen keine Kreiszahlen vor) betrug landesweit der Anteil derjenigen Kinder, die als koordinationsgestört bezeichnet wurden, 12,3%.

Es fällt zur Zeit schwer, die Anzahl der tatsächlich koordinationsgestörten Kinder zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung zu benennen. Dies ist Folge einer neu konzipierten Schuleingangsuntersuchungsform, so dass Vergleichszahlen sowohl mit anderen Kreisen und die Beurteilung einer Zeitreihe in mehreren Jahre möglich sein wird.

Koordinationsauffällige Kinder sollten speziell im schulischen, aber auch im außerschulischen Bereich gefördert werden. Die Notwendigkeit zur Verordnung krankengymnastischer und/oder ergotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen besteht nur in wenigen Fällen. Förderung der Motorik in Sportvereinen und vermehrte Aktivitäten zusammen mit den Eltern sind in den allermeisten Fällen ausreichend, Mängel in der Körperkoordination auszugleichen.

Innerhalb der Schulen finden bereits jetzt unterschiedliche Projekte und Maßnahmen statt. Genannt seien hier „Klasse in Bewegung“, „Sport ist mehr“ und die Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Nordrhein. Auch der politisch gewollte Ausbau von Nachmittagsbetreuung an Schulen bietet Möglichkeiten mit ortsansässigen Vereinen Kooperationsvereinbarungen zu treffen, so dass ein erweitertes Bewegungsangebot unter fachlicher Anleitung möglich ist.

Herr Dr. Freund, Tel. 02452/13 53 44
Frau Beumers, Tel. 02452/13 53 43

2.3 Impfschutz im Kreis Heinsberg – Gute Nachrichten

Daten für Taten

Die unterschiedlichen Initiativen und das Engagement der Mitglieder der Gesundheitskonferenz für einen ausreichenden Impfschutz der Kinder im Kreis Heinsberg haben zu erfreulichen Erfolgen geführt.

Gemeinsame Impfkationen mit Schulen, niedergelassenen Ärzten, der Apothekerschaft und Kinderärzten und des Gesundheitsamtes des Kreises Heinsberg haben die Durchimpfungsraten für die Infektionserkrankungen Masern, Mumps, Röteln und Hepatitis B deutlich um 20 – 30 % verbessert. Viele Kinder sind so vor diesen Erkrankungen geschützt und manches Kind ist vor bleibenden Schäden bewahrt worden. Dieser wichtige persönliche Schutz der Kinder steht im Vordergrund unserer Bemühungen. Daher ist der vollständige Impfschutz *aller* Kinder unser Ziel. Dieses Ergebnis ist aber immer noch nicht erreicht.

Das Ziel der ausreichenden Durchimpfung unserer Kinder deckt sich mit den Zielvorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die auch die Ausrottung der Infektionskrankheiten Kinderlähmung (Polio) und Masern bis zum Jahre 2010 erreichen will.

Wer empfiehlt die Impfungen?

Die Anwendung von Impfstoffen ist eine elegante und wenig belastende Möglichkeit, Menschen vor bestimmten Infektionserkrankungen dauerhaft zu schützen. Die jetzt bei Kindern bereits im ersten Lebensjahr routinemäßig angewandten Impfstoffe gegen Tetanus (Wundstarrkrampf), Diphtherie, Kinderlähmung, Keuchhusten, HiB (Haemophilus influenza) und Hepatitis B (Gelbsucht) und die dann im zweiten Lebensjahr gegen Masern, Mumps, Röteln und Windpocken verabreichten Impfserven bieten bei sorgfältiger Anwendung eine so große Sicherheit, dass es vernünftige Argumente gegen diese Impfungen nicht gibt.

Das Robert Koch Institut (RKI) ist die von der Bundesrepublik eingesetzte Behörde, die zu allen die Menschen betreffenden Infektionserkrankungen das Infektionsgeschehen überwacht und Maßnahmen auf dem Boden wissenschaftlich fundierter Daten empfiehlt. Die empfohlenen regelmäßigen Impfungen zählen zu diesen notwendigen Maßnahmen zum Schutz des Einzelnen, aber auch der Gesellschaft vor Krankheit, bleibenden Schäden oder sogar dem Tod. Das wissenschaftliche Gremium, das sich jährlich mehrfach mit der Impftematik beschäftigt ist, die ständige (unabhängige) Impfkommision (STIKO) des Robert Koch Institutes. Welche Impfungen den Eltern zum Schutz ihrer Kinder empfohlen werden, wird jährlich in den Empfehlungen der STIKO veröffentlicht.

Diese Empfehlungen sind die Grundlage der Beratung der Eltern zu Impfungen durch das Gesundheitsamt.

Was bewirken Impfungen?

Das Abwehrsystem eines Menschen ist in der Lage, gegen jeden fremden Organismus (z.B. Krankheitserreger), die in den menschlichen Körper eindringen, ganz spezielle Abwehrstoffe oder Abwehrzellen zu bilden, damit

- eine Erkrankung erst gar nicht ausbricht
- eine Erkrankung gemildert wird
- der Heilungsprozess in Gang kommt
- und der Körper in Zukunft vor dieser Erkrankung geschützt ist.

Gegen manche ansteckenden Erreger ist das Abwehrsystem des Menschen nicht ausreichend gerüstet. Die krankmachenden Eigenschaften der Erreger sind zu stark und/oder das Abwehrsystem ist zu schwach. Damit dennoch kein Schaden entstehen kann, hilft als Vorbeugemaßnahme eine Impfung. Als Impfstoffe werden abgetötete Erreger oder in ihren krankmachenden Eigenschaften abgeschwächte Erreger oder Teile von Erregern oder abgeschwächte Giftstoffe von Erregern in den menschlichen Körper eingebracht. Diese Impfstoffe machen selbst nicht krank, sondern stimulieren das Abwehrsystem zur Bildung von Abwehrstoffen in Form von Antikörpern oder in Form von Abwehrzellen. Kommt der menschliche Körper dann irgendwann einmal mit dem entsprechenden Krankheitskeim in Berührung, sind schon Abwehrstoffe und Abwehrzellen vorhanden und die Erkrankung wird verhindert oder deutlich abgeschwächt.

Nach der Geburt ist das Neugeborene gänzlich ohne Abwehrstoffe gegen bestimmte Krankheitserreger bzw. hat nur einen geringen „Nestschutz“ durch Abwehrstoffe, die aus dem Blut der Mutter in das Kind gelangen. Erst durch den Einsatz von Impfstoffen können seit vielen Jahren erfolgreich gefährliche Infektionen im Säuglingsalter wie Wundstarrkrampf, Diphtherie, „Kinderlähmung“, Masern, Keuchhusten und HiB verhindert werden, die früher zu vielen Todesfällen oder Dauerschäden gerade im Säuglingsalter führten.

Zahlen für den Kreis Heinsberg

Verschiedene Impfkationen zur Verbesserung der Durchimpfungsraten wurden im Kreis Heinsberg in den vergangenen Jahren durchgeführt. Der Erfolg dieser Maßnahmen ist nicht leicht zu messen. Nur wenige harte Daten wie Imp fziffern bei den Abrechnungen der Ärzte, verkaufte Impfdosen in den Apotheken und natürlich die Daten bei den Einschuluntersuchungen mit Nachschau der Impfausweise lassen eine Bewertung der Effektivität der von der Gesundheitskonferenz initiierten Impfkationen zu.

Neben den Impfkationen wurde im Jahr 2005 auch die Effizienz der Impfpfehlungen der Schuleingangsuntersuchung betrachtet.

Impfaktion 2005

Die Einschulungsuntersuchung stellt die einzige Möglichkeit dar, flächendeckend Impfdaten eines kompletten Jahrgangs zu erheben. Bei dieser Untersuchung werden die Impfausweise der Einschulkin- der von den Eltern vorgelegt, so dass die Mitarbei- terInnen des Gesundheitsamtes die hieraus ableitba- ren notwendigen Impfpfehlungen geben können. Gleichzeitig werden die Impfdaten notiert und kön- nen ausgewertet werden. Dies geschieht in NRW landesweit, um auch Impfdaten regional verglei- chen zu können.

In diesem Bericht werden die Ergebnisse der Impf- daten der Einschüler aus dem Jahre 2002 mit einer Nachschau der Impfausweise der dann Viertklässler im September 2005 zu der Frage verglichen:

Haben sich die Durchimpfungsraten seit 2002 verbessert?

Nach einer schriftlichen Information des Gesund- heitsamtes über die SchulleiterInnen und Klassen- lehrerInnen an die Eltern wurden die Impfausweise der SchülerInnen in den Schulen von den LehrerIn- nen eingesammelt und klassenweise aufbewahrt. Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes besuchten die Schulen und die Impfausweise wurden nachge- sehen. Es erfolgte eine individuelle Beratung durch eine schriftlich herausgegebene Impfpfehlung.

Im Jahr 2002 haben die Mitarbeiter/innen des Kreisgesundheitsamtes 2909 Kinder bei der Ein- schulungsuntersuchung untersucht. Von diesen Kindern lagen bei der Untersuchung 2538 (= 87%) Impfausweise vor.

Im September 2005 haben die Mitarbeiterinnen alle Grundschulen aufgesucht und dort die Impfauswei- se nachgesehen. Im Kreis Heinsberg besuchten im September 2005 2873 Schüler/innen die 4. Klasse. Von diesen Schülerinnen/n konnten 1866 Impfaus- weise nachgesehen werden (64,9 %).

Zusätzlich wurden bei der Einschulungsuntersu- chung im Jahr 2005 2889 SchülerInnen untersucht und dabei von 2557 Kindern die Impfausweise (=88,5%) durchgesehen.

Impfschutz für Diphtherie, Tetanus und Kinderlähmung

Die Durchführung der Impfungen für diese drei Er- krankungen im Kindesalter ist seit Jahren sehr gut akzeptiert und es lassen sich ausreichend hohe Durchimpfungsraten in allen Städten und Gemeinden des Kreises feststellen.

Die Grundimmunisierung ist nach drei Impfungen im 2., 4. und 11. Lebensmonat abgeschlossen.

Wird ein Kombinationsimpfstoff mit einer Keuch- hustenkomponente verabreicht, erfolgt noch eine weitere Impfung nach dem 3. Lebensmonat. Im sechsten Lebensjahr ist bei den Kindern eine Auffri- schungsimpfung für Diphtherie und Tetanus erfor- derlich.

Für die folgende Auswertung wurde ein ausreichen- der Impfschutz dann angenommen, wenn bei der Einschulungsuntersuchung 3 Impfungen mit Diph- therie, Tetanus und Kinderlähmung verabreicht wa- ren.

Bei der Impfpfpassnachschau bei den Viertklässlern wurde ein ausreichender Impfschutz dann angenom- men, wenn mindestens 4 Diphtherie- und Tetanus- und 3 Kinderlähmungsimpfungen dokumentiert waren.

Vollständigen Impfschutz hatten bei den Einschu- lungsuntersuchungen 2002 und 2005 zwischen 93,3 % und 100 % der Kinder in den Städten und Gemeinden.

Bei den Kindern in der 4. Klasse wurden nicht im- mer die Auffrischungsimpfungen für Diphtherie und Tetanus im 6. Lebensjahr vervollständigt. Nur in Wassenberg, Wegberg und der Gemeinde Selfkant lagen die Durchimpfungsraten bei 95%. In allen anderen Städten und Gemeinden lag der vollständi- gen Impfschutz für Diphtherie und Tetanus um 88%.

Impfschutz für Keuchhusten (Pertussis)

Die Impfung gegen Keuchhusten wurde in den 80ziger Jahren nicht mehr empfohlen. Erst die Ent- wicklung eines verbesserten und sehr gut verträgli- chen Impfstoffes Ende der 80er Jahre führte zu einer erneuten Impfpfehlung für Säuglinge und Klein- kinder. Die Impfung erfolgt nun meist mittels eines Kombinationsimpfstoffes, in den letzten Jahren oft als sechsfach Kombination mit Diphtherie, Tetanus, Kinderlähmung, Keuchhusten, Hepatitis B und HiB. Im ersten Lebensjahr sind vier Impfungen mit die- sem Kombinationsimpfstoff erforderlich. Ein ausrei- chender Impfschutz wurde vermerkt, wenn 4 oder mehr Impfungen verabreicht waren. In der 4. Klasse wurde gemäß den offiziellen Impfpfehlungen die Durchführung einer weiteren Auffrischungsimpfung nach dem 9. Lebensjahr empfohlen.

Tab. 1: Impfplan gemäß den Empfehlungen der ständigen Impfkommision des Robert Koch Institutes 2005

Erkrankungen	Alter in vollendeten Monaten					Alter in vollendeten Jahren			
	2 Mo.	3 Mo.	4 Mo.	11 - 14 Mo.	15 – 23 Mo.	5 – 6 Ja.	9 – 17 Ja.	ab 18 Ja.	≥ 60 Ja.
<i>Diphtherie</i>	X	X	X	X		X	X	alle 10 Jahre	
<i>Tetanus</i>	X	X	X	X		X	X	alle 10 Jahre	
<i>Keuchhusten</i>	X	X	X	X			X		
<i>Kinderlähmung</i>	X		X	X			X	nur bei Auslandsreisen	
<i>HIB</i>	X		X	X					
<i>Hepatitis B</i>	X		X	X			falls als Säugling nicht geimpft		
<i>Masern</i>				X	X				
<i>Mumps</i>				X	X				
<i>Röteln</i>				X	X				
<i>Windpocken</i>				X			falls nicht geimpft und nicht erkrankt		
<i>Pneumokokken *</i>	X*	X*	X*	X*					X
<i>Grippe * (jährlich)</i>									X

*für Kinder mit chronischen Erkrankungen wie Asthma, Diabetes mellitus, chronischen Herz-Kreislauf- oder Nierenerkrankungen, Immundefekten

Zum vorgesehenen Zeitpunkt nicht durchgeführte Impfungen sollten zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden.

Bei den Einschulungsuntersuchungen sehen wir eine erfreuliche Zunahme der Kinder mit ausreichendem Impfschutz vom Jahr 2002 mit durchschnittlich 87% bis in das Jahr 2005 mit durchschnittlich 91%.

Eine Verbesserung der Durchimpfung sehen wir in der Klasse 4 nur in den Städten und Gemeinden Übach-Palenberg, Selfkant, Waldfeucht, Wassenberg und Wegberg auf fast 90%.

Impfschutz für Hepatitis B

An einer durch Hepatitis B-Viren verursachten „Gelbsucht“ erkrankten im Laufe des Lebens durchschnittlich bis zu 5% der Bevölkerung. Viele erkrankten dann als Folge der Infektion an einer Leberzirrhose oder an einem Leberkrebs. Erst Anfang der 80er Jahre konnte ein Impfstoff entwickelt werden, der gut verträglich ist

und wirksam schützt.

Der Krankheitserreger wird fast ausschließlich über Blut (bei Verletzungen, Tätowierungen, Piercings oder Bluttransfusionen) und Geschlechtsverkehr übertragen. Besonders gefährdet waren daher bestimmte Berufsgruppen im medizinischen Bereich und Patienten, die Blut oder Blutprodukte zur Therapie erhalten mussten sowie Personen, die häufig wechselnde Geschlechtspartner hatten.

Nach den ersten offiziellen Impfempfehlungen sollten deshalb nur diese besonderen Risikogruppen geimpft werden. Studien im internationalen Vergleich mit anderen Ländern zeigten jedoch, dass nur eine flächendeckende Impfung ganzer Jahrgänge die Häufigkeit von Hepatitis B Infektionen verringern kann.

Aus diesem Grund kam es zu der Empfehlung, dass alle Kinder und Jugendliche bis zum 18ten Lebensjahr geimpft werden sollen. Da Jugendliche nur schwer für Impfungen zu erreichen sind, erfolgt die Grundimpfung nun bereits mit der Grundimmunisierung gegen Diphtherie, Tetanus, Polio, Keuchhusten und HiB. Dieses Vorgehen hat zusätzlich den großen Vorteil, dass auch Kleinkinder mit einer bereits erworbenen chronischen Hepatitis B Infektion Kindergärten und Schulen weiter besuchen können, ohne dass sich die Eltern der nicht infizierten und geimpften Kinder Sorgen um deren Gesundheit machen müssen.

Ein ausreichender Impfschutz liegt vor, wenn drei Impfungen durchgeführt wurden.

Die bisherigen Impfkampagnen im Kreis Heinsberg haben die Anzahl der Kinder mit Hepatitis B – Impfschutz deutlich erhöht. Hatten nur zwischen 41% in Erkelenz und 79% in Wassenberg der Kinder bei der Einschulung 2002 einen ausreichenden Impfschutz, so konnte bei der Impfausweinschau 2005 in der vierten Klasse ein ausreichender Impfschutz zwischen 50% in Erkelenz und 86% im Selfkant festgestellt werden.

Die Durchimpfungsraten der Einschüler 2005 lagen sogar zwischen 67,4% und 93,7%.

Impfschutz für HiB

Eine ähnliche Situation wie für Hepatitis B sieht man bei HiB. Es handelt sich bei dieser Krankheitserreger aber um ein Bakterium, das praktisch nur im Säuglings- und Kleinkindalter als Erreger von Infektionen im Nasenrachenraum verantwortlich ist und das wegen der häufigen Komplikation einer eitrigen Hirnhautentzündung gefürchtet wird. Ca. 50 % aller eitrigen Hirnhautentzündungen waren früher im Säuglings- und Kleinkindalter durch diesen Keim verursacht. Auch dieser Impfstoff ist relativ neu und wird seit Anfang der 90er Jahre in Deutschland flächendeckend empfohlen und angewandt. Durch die Kombinationsimpfstoffe liegen die Durchimpfungsraten ähnlich hoch wie bei der Hepatitis B. Durch HiB - Bakterien verursachte Hirnhautentzündungen und Mittelohrentzündungen werden aufgrund der Impfungen heutzutage praktisch nicht mehr gesehen.

Impfschutz für Masern – Mumps – Röteln (MMR)

Alle drei ansteckungsfähigen Erkrankungen werden von Viren verursacht und sind hochansteckungsfähig. Nach der Geburt haben Säuglinge noch einen Schutz durch die Abwehrstoffe der Mutter, weshalb die Impfung erst nach dem 11ten Lebensmonat Sinn macht und auch erst dann empfohlen wird.

Die *Rötelnkrankung* hat ihre besondere Bedeutung als ernsthafte Erkrankung für die ungeborenen Kinder schwangerer Frauen. Die Erkrankung kann dann nämlich zum Abbruch der Schwangerschaft (Abort) oder zu schwersten Fehlbildungen des ungeborenen Kindes führen.

Die *Mumpserkrankung* hat ihre Bedeutung als Erkrankung der Keimdrüsen. Zusätzlich spielen hier die nicht seltenen Komplikationen mit Hirnhautentzündungen und bleibenden Schäden besonders an den Ohren eine Rolle.

Die Impfungen gegen diese Erkrankungen sind nicht weniger bedeutungsvoll, dennoch sind die Impfungen gegen *Masern* besonders wichtig. Neben dem nationalen und internationalen Ziel, bis zum Jahre 2010 diese Erkrankung weltweit ausrotten zu wollen, spielt die hohe Komplikationsrate mit vielen sehr kranken und leidenden Kindern eine Rolle.

Bleibende Schäden durch komplizierte Lungenentzündungen, Hirnschäden und Augenschäden sind hier anzuführen.

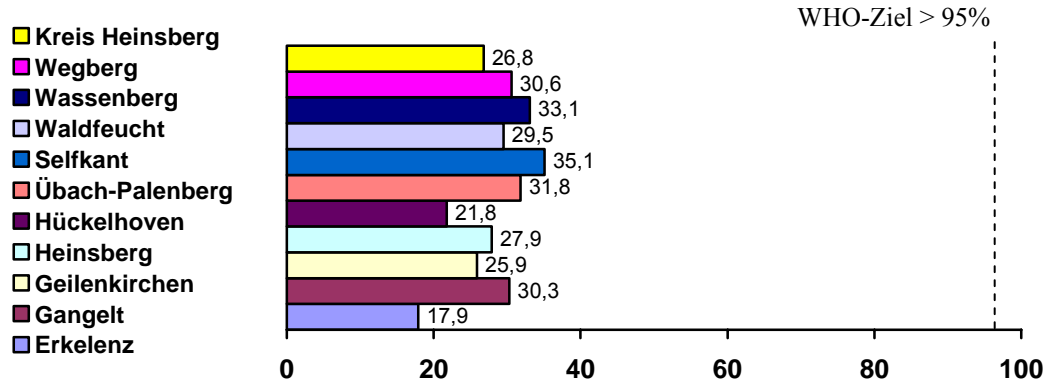
Die MMR- Impfung hat eine ausgezeichnete Schutzwirkung. Schon nach der ersten Impfung haben 95% der geimpften Kinder einen ausreichenden Schutz. Um aber die in der Bevölkerung zirkulierenden Erreger zu eliminieren, so dass auch die nicht geimpften Kinder und Schwangeren erst gar nicht mit den Erregern dieser Erkrankungen in Berührung kommen und erkranken können, müssen zwei Impfungen mit dem MMR-Impfstoff erfolgen. Für die zu 95% geschützten Kinder nach der ersten Impfung hat die Zweitimpfung weder positive noch negative Auswirkungen, aber von den 5% nicht geschützten Kindern erlangen wiederum 95% einen Impfschutz. Erst durch diese hohe Durchimpfungsrate ist ein Zirkulieren der betreffenden Erreger für Masern, Mumps und Röteln unterbrochen und Erkrankungen können in der Bevölkerung nicht mehr auftreten. Dieses Ziel ist in vielen Ländern z.B. in Skandinavien und Süd- und Nordamerika bereits seit Jahren erreicht. Wenn dort heute noch kleinere örtliche Epidemien mit Masern auftreten, sind diese Erkrankungen oft von deutschen Besuchern importiert worden und sie betreffen religiös motivierte Impfgegner. Aus internationaler Sicht und Sicht der WHO ist Deutschland und damit auch der Kreis Heinsberg, bezogen auf die Durchimpfungsraten gegen Masern, Mumps und Röteln, noch ein Entwicklungsland.

Aber es zeigen sich Erfolge. Stellvertretend auch wegen der besseren Übersichtlichkeit sind hier die Ergebnisse nur für Masern beschrieben, für Mumps und Röteln zeigen sich nur unwesentliche Abweichungen in den Durchimpfungsraten.

Ein ausreichender Impfschutz wird nach mindestens zwei Impfungen angenommen.

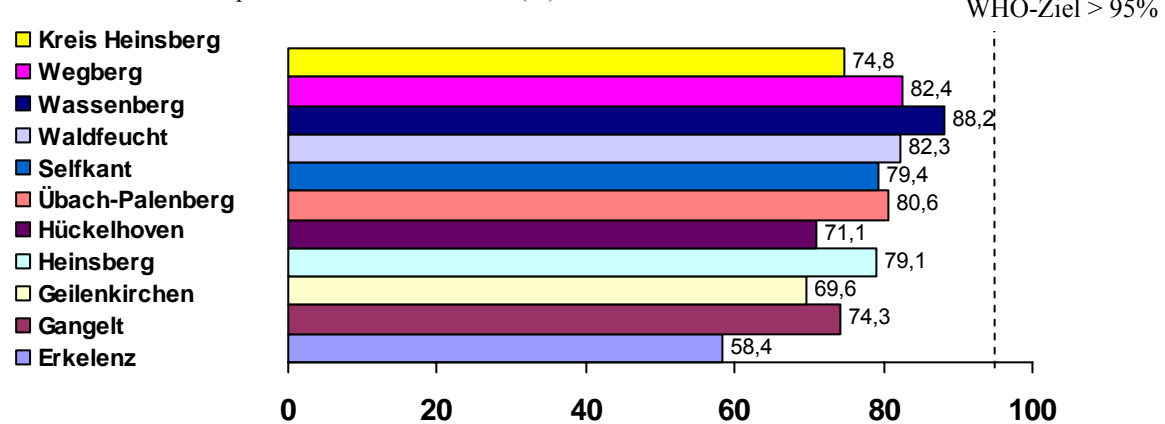
Bei der Einschulung 2002 lag der Anteil der Kinder mit 2 Masernimpfungen zwischen 17,9% und 35,1%, damit war das Ziel einer Durchimpfungsrate von 95% deutlich unterschritten.

Abb. 1: Einschulung (2002) Impfung Masern (%)



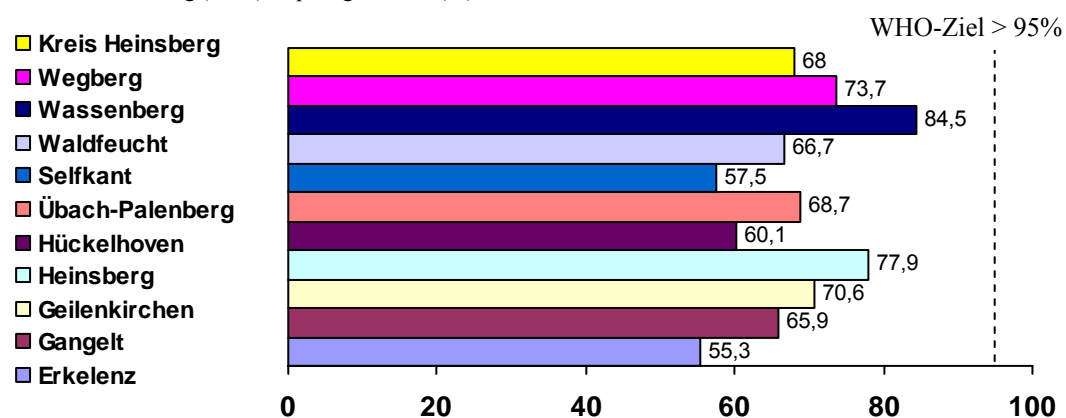
Bei der Nachschau der Impfausweise des gleichen Jahrgangs in der vierten Klasse in 2005 zeigten sich deutlich bessere Durchimpfungsraten für Masern (Angaben in %) (Abb. 2).

Abb. 2: Nachschau Impfausweise 4. Klasse 2005 (%)



Gegenüber der Einschulungsuntersuchung 2002 zeigen sich auch bei der Einschulungsuntersuchung 2005 (Abb. 3) deutlich bessere Durchimpfungsraten gegen Masern (Angaben in %) (Vergleiche Abb. 1)

Abb. 3: Einschulung (2005) Impfung Masern (%)



Eine deutlich höhere Akzeptanz der Impfungen gegen Masern ist erfreulicherweise festzustellen. Diese Akzeptanz lässt sich auch auf Röteln und Mumps übertragen. Nur bei Röteln zeigt sich in manchen Städten und Gemeinden eine um 1 bis 3 %-Punkte geringere Durchimpfungsrate als gegen Mumps und Masern. Vielleicht orientieren sich manche noch an den alten Impfempfehlungen aus den 80er Jahren, als es für Jungen noch keine Impfempfehlung für Röteln gab.

Was ist noch zu tun?

Die vielfachen Initiativen der Heinsberger Gesundheitskonferenz in den letzten Jahren zur Verbesserung des Schutzes der Kinder und der Erwachsenen vor gefährlichen ansteckungsfähigen Erkrankungen durch Impfungen zeigen Erfolge. Der individuelle Impfschutz vor Diphtherie, Tetanus und Kinderlähmung ist bereits sehr hoch.

Aus Studien ist bekannt, dass die Durchimpfung bei Erwachsenen nicht so gut ist, hier können allgemeine Kampagnen in der Öffentlichkeit und direkte Ansprache beim Hausarztbesuch durch den Hausarzt selbst oder das Praxispersonal die Durchimpfungsraten erhöhen. Die aktuelle Diskussion über Influenzaimpfung kann ein guter Anlass sein, sein Impfbuch kontrollieren zu lassen.

Für die Impfungen HiB, Pertussis und Hepatitis B zeigen sich deutliche Verbesserungen in den Durchimpfungsraten, die sich auf die Einführung des Mehrfachimpfstoffes und die Impfkampagnen zurückführen lassen. Zur Verhinderung lokaler Epidemien ist aber eine Durchimpfungsrate von 95% wünschenswert und erreichbar.

„Viel zu tun“ gibt es noch bei Masern, Mumps und Röteln. Hier zeigen sich leider große lokale Unterschiede in den Durchimpfungsraten zwischen den Städten und Gemeinden. Die Gründe für diese unterschiedlichen Durchimpfungsraten hängen sicherlich von verschiedenen Faktoren ab. Neben sozialen Faktoren und Einstellungen der Eltern zu Impfungen spielt auch das Engagement der Haus- und Kinderärzte eine Rolle. Besonders hervorzuheben ist die Stadt Wassenberg. Hier zeigt sich, dass mit Engagement sehr hohe Durchimpfungsraten erreicht werden können, die auch für Masern, Mumps und Röteln fast das Ziel von 95% erreichen. Auch bei den anderen Impfungen zeigen sich ähnliche regionale Unterschiede im Kreis Heinsberg.

In allen Städten und Gemeinden findet sich ein deutlicher Effekt der vom Gesundheitsamt herausgegebenen Impfempfehlungen im Rahmen der Einschulungsuntersuchung. Diese Empfehlungen motivieren anscheinend die Eltern, die Arztpraxis aufzusuchen, um notwendige Impfungen durchführen zu lassen.

Sehr wichtig ist, dass, unabhängig von der persönlichen Einstellung der ÄrzteInnen und anderer medizinischer Fachberufe z.B. Hebammen und Arzthelferinnen zu einzelnen Impfungen, die Empfehlungen der STIKO beim Robert-Koch-Institut als medizinischer Standard, als vorweggenommenes wissenschaftlich begründetes Gutachten zur Notwendigkeit von Impfungen akzeptiert und umgesetzt werden. Alles andere verunsichert Eltern und Patienten.

Danksagung

Die Impfkaktion 2005 mit der individuellen Impfberatung nach Durchsicht der Impfausweise war wie viele anderen Präventionsaktionen zur Verbesserung der Gesundheit nur mit Hilfe der SchulleiterInnen und KlassenlehrerInnen möglich. Besonders engagierte Klassenlehrer/innen haben es geschafft, fast 100% der Impfausweise einzusammeln. Diesem Engagement für die Gesundheit für ihre Schüler gebührt unser Dank.

An dieser Stelle sei auch den Arzthelferinnen unseres Gesundheitsamtes gedankt, die oft neben ihrer Routinearbeit mit Engagement die vielfältige Präventionsaktionen unterstützen; so haben sie z.B. bei dieser jährigen Impfkaktion den Ablauf selbst organisiert, fast 70 Grundschulen besucht, 1866 Impfausweise nachgesehen und schließlich die enormen Datenmengen zur Auswertung in den PC eingegeben.

Vorschläge für zukünftige Maßnahmen:

Es zeigt sich, dass durch eine standardisierte individuelle schriftliche Impfberatung nach Durchsicht der Impfausweise die Durchimpfungsraten verbessert werden können.

Bereits jetzt müssen alle Kinder, die einen Kindergarten besuchen, entsprechend den gesetzlichen Regelungen des Infektionsschutzgesetzes, vor dem ersten Besuch eine ärztliche Bescheinigung vorlegen, aus der hervorgeht, dass sie an keiner ansteckenden Erkrankung leiden.

Vorgeschlagen wird, dass für alle Kinder im Kreis Heinsberg ein standardisiertes Formblatt für diese Bescheinigung zum Kindergartenbesuch entwickelt wird. In dieser Bescheinigung sollen alle bisher erfolgten Impfungen eingetragen werden. Diese Impfdaten sollen dann vom Gesundheitsamt ausgewertet und den Eltern eine individuelle Impfempfehlung für ihr Kind mitgeteilt werden.

Als Ansprechpartner steht Ihnen zur Verfügung:

Herr Dr. Ziemer, Tel. 02452/13 53 02
Frau Stevens, Tel. 02452/ 13 53 12

2.4 Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen im Kreis Heinsberg

Karies – Volkskrankheit Nr. 1

Zahnkaries ist immer noch die Volkskrankheit Nr. 1. Nicht nur 99 % der Erwachsenen sind davon betroffen, sondern auch im Kindesalter ist es eine zu häufig anzutreffende Erkrankung. Diese Krankheit wäre jedoch vermeidbar, würden einige einfache Prophylaxeregeln befolgt. Durch

- zuckerarme Ernährung,
- ausreichende Mundhygiene,
- Fluoridierungsmaßnahmen und
- regelmäßige Kontrollen beim Zahnarzt

kann der Kariesentstehung erfolgreich begegnet werden.

Allein 2003 wurden 7,43 Mill. Euro in der Bundesrepublik Deutschland für die Behandlung von Zahnerkrankungen ausgegeben. Der Gesetzgeber hat schon lange erkannt, dass die Vorbeugung von Munderkrankungen eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist und gleichzeitig eine große Chance zur Kostensenkung im Gesundheitswesen darstellt. Daher ist die zahnmedizinische Vorbeugung in § 21 und § 22 des SGB V verankert. Seit einigen Jahren ist erfreulicherweise ein erheblicher Kariesrückgang zu verzeichnen. Dies ist ein Erfolg der verstärkten Aufklärungsbemühungen und der geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen.

Gerade sozial benachteiligte Kinder leiden jedoch immer noch verstärkt unter dieser Krankheit. Diesem Umstand muss zukünftig bei der Planung weiterer Aufklärungskampagnen Rechnung getragen werden, um genau diese Zielgruppe zu erreichen.

Viele Eltern nehmen allerdings aus Unwissenheit den fauligen Zerfall der Zähne ihrer Kinder, die unerträglichen Zahnschmerzen und die komplizierte zahnärztliche Behandlung hin. In seltenen Fällen können darüber hinaus Munderkrankungen, wenn sie unbehandelt bleiben, zu schwerwiegenden Blutvergiftungen und Herzmuskel- und Herzklappenentzündungen, was das Risiko von Herzinfarkt, Schlaganfall und Frühgeburten deutlich erhöht, führen

Erwähnt sei noch eine weitere teure Kariesfolge: viele behandlungsbedürftige Zahnfehlstellungen bei Jugendlichen gehen auf den frühzeitigen kariesbedingten Verlust von Milchzähnen zurück und könnten prinzipiell vermieden werden.

Wo stehen wir im Kreis Heinsberg heute

Die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe basiert im Kreis Heinsberg auf der Zusammenarbeit des zahnärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes und des Vereins Jugendzahnpflege Kreis Heinsberg e. V.

Der zahnärztliche Dienst verfügt über 2 Zahnärztinnen (1 Ganz- und 1 Halbtagskraft) sowie 2 zahnmedizinische Fachangestellte (1 Ganz- und Halbtagskraft), die als Team (Zahnarzt+ZFA) die Reihenuntersuchungen in Kindergärten und Grundschulen durchführen und mit Hilfe eines computergestützten Datenerfassungsprogramms die Zahndaten erheben und anonymisiert auswerten.

Der Verein Jugendzahnpflege verfügt über 2 Prophylaxe-kräfte (halbtags), deren Aufgabe es ist, in den Kindergärten gemeinsam mit den Helferinnen der niedergelassenen Zahnärzte, die Mundhygieneunterweisung, Ernährungsberatung und Motivation zu regelmäßigen Praxisbesuchen, flächendeckend durchzuführen.

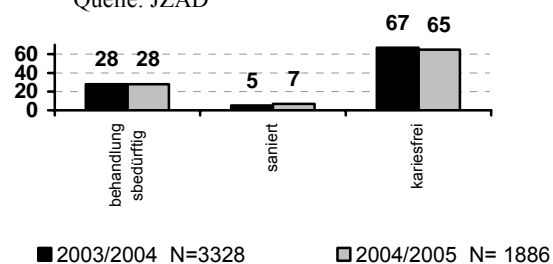
Die nachfolgenden Abbildungen 1, 2 und 3 geben einen Überblick über die Ergebnisse der Reihenuntersuchungen des zahnärztlichen Dienstes.

Im Schuljahr 2003/2004 konnten 89,2% aller Grundschüler (11009) und 39,2% der Kindergartenkinder (3328) untersucht werden.

Im darauf folgenden Jahr konnten aufgrund eines schwangerschaftsbedingten Ausfalls einer Zahnärztin nur 5563 Schulkinder und 1886 Kindergartenkinder in sozial belasteten Städten und Gemeinden untersucht werden.

Die insgesamt leicht steigende Anzahl sanierter Gebisse spricht für die gute Arbeit der Einrichtungen und zeigt den Erfolg der Zusammenarbeit von Reihenuntersuchungen und Aufklärungsarbeit.

Abb. 1: Untersuchungsergebnisse bei Kindergartenkinder (%)
Quelle: JZÄD



Zwei Drittel der untersuchten Kindergartenkinder haben demnach naturgesunde Zähne. Andererseits zeigt der hohe Anteil an behandlungsbedürftigen und nicht sanierten Milchzähnen (28% !) die weiter bestehende Notwendigkeit, Eltern und Kinder so früh wie möglich über Karies und Vorbeugemaßnahmen aufzuklären.

Abb. 2: Untersuchungsergebnisse bei **Grundschulkindern (%)**
Quelle: JZÄD

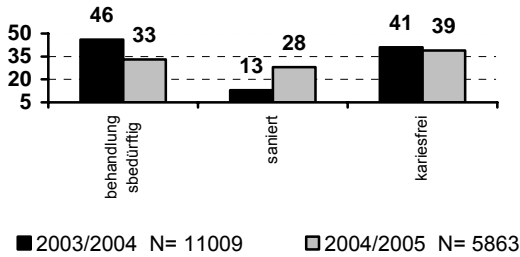
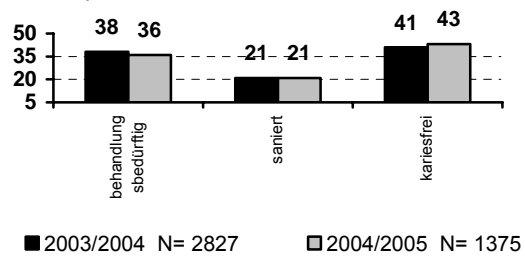


Abb. 3: Untersuchungsergebnisse bei **Schulneulingen (%)**
Quelle: JZÄD



Die Abbildung 2 zeigt eindrucksvoll, dass, bei annähernd gleich bleibender Prozentzahl naturgesunder Gebisse, der Sanierungsgrad erheblich gestiegen ist. Das liegt sowohl an dem Engagement der LehrerInnen, an der kontinuierlichen Betreuungsarbeit in den Schulen, an den regelmäßig stattfindenden zahnärztlichen Untersuchungen in den Schulen mit anschließenden Empfehlungen zur Weiterbehandlung der Kinder bei ihrem Hauszahnarzt, als auch an der Tatsache, dass zahnhygienisch gut aufgeklärte Kinder sich zahnärztlich leichter und besser behandeln lassen.

Der deutlich angestiegene Sanierungsgrad bei Schulneulingen von 21% im Vergleich zu den Kindergartenkindern von 7 % zeigt nochmals, dass die konsequente Aufklärungsarbeit Erfolge zeigt.

Der dmf-t Wert (DMF-T Wert)

Die WHO empfiehlt, das Maß der Zerstörung der Zähne anhand eines standardisierten Wertes anzugeben: dem dmf-t Wert. Kleine Buchstaben beschreiben hierbei den Zustand der Milchzähne, großgeschriebene Buchstaben den der bleibenden Zähne.

Demzufolge wird der dmf-t bzw. DMF-T Wert aus der Summe aller kariösen, gefüllten und fehlenden Zähne, geteilt durch die Anzahl der untersuchten Kinder, errechnet. Er stellt ein Untersuchungsmerkmal dar, das eine Vergleichbarkeit des Zahngesundheitszustandes auch weltweit ermöglicht.

Der **dmf-t Wert** zeigt an, wie viele Zähne

- kariös und/oder
- gefüllt (behandelt) sind und/oder
- fehlen.

Tabelle 1 verdeutlicht, dass der dmf-t Wert in den sozial belasteten Städten und Gemeinden deutlich über den Vergleichszahlen aus dem Vorjahr für alle untersuchten Gruppen liegen. Erfreulicherweise zeigt sich, dass sich dieses Ergebnis für die bleibenden Zähne nicht wiederholt (DMF-T Wert). Dieser Befund bedeutet, dass die Aufklärungsmaßnahmen in den besonders betroffenen Regionen erfolgreich sind.

Tab.1: Entwicklung des DMF-T Wertes im Kreis Heinsberg:

Heinsberg	dmf-t (Milchzähne)	DMF-T (bleibende Zähne)
1998/99 (alle Untersuchten)	2,68	0,16
2003/04 (alle Untersuchten)	1,64	0,33
2004/05 (sozial belastete Städte u. Gemeinden)	2,02	0,14
2003/04 (alle Grundschulen)	1,89	0,55
2004/05 (Grundschulen, sozial belastet)	2,46	0,27
2003/04 (alle Einschüler)	2,23	0,44
2004/05 (Einschüler, sozial belastet)	2,77	0,22

3. Risikokinder

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahn-
pflege definiert den Begriff des „Kariesrisikos“
und der „Risikokinder“ altersdifferenziert nach
folgenden Richtlinien:

- ❖ Ein 6 –7 –jähriges Kind gilt als Risikokind,
wenn der DMF-T Wert plus dmf-t Wert größer
5 ist und dabei mindestens ein bleibender Zahn
betroffen ist (z. B. vier Milchzähne und ein
bleibender Zahn kariös).
- ❖ Ein 8 –9 –jähriges Kind gilt als Risikokind,
wenn der DMF-T Wert plus dmf-t Wert größer
7 ist und dabei mindestens zwei bleibende
Zähne betroffen sind (z. B. fünf Milchzähne
und zwei bleibende Zähne kariös).

Die computergestützte Datenerfassung ermöglicht
sehr genaue Analysen der Zahngesundheit nach
unterschiedlichen Gesichtspunkten.

Die folgenden Tabellen zeigen verschiedene Aus-
wertungen zu den Risikokindern. Zukünftiges Han-
deln bei geringen personellen und materiellen Res-
sourcen erschließt sich aus diesen Tabellen fast
zwangsläufig, da genau aufgezeigt wird, an wel-
chen Stellen ein weiterer hoher Handlungsbedarf
gegeben ist.

Tab. 2: Risikokinder in **Grundschulen** pro
Stadt/Gemeinde

Stadt/Gemeinde	Prozentsatz 2003/2004
Wegberg	08,20 %
Erkelenz	08,65 %
Übach-Palenberg	14,25 %
Hückelhoven	15,17 %
Gangelt	16,37 %
Waldfeucht	16,53 %
Selfkant	18,20 %
Wassenberg	18,77 %
Heinsberg	22,22 %
Geilenkirchen	24,40 %

	2003/2004
Risikokinder/Kreis	1858
Prozentsatz/Kreis	16,88 %

Tab. 3: Risikokinder in **Kindergärten** im Kreis Heins-
berg

	2003/2004
untersuchte Kinder	3328
Risikokinder	463
Prozentsatz	13,91 %

Tab. 4: Kindergärten mit über 20 % Risikokinder

Kindergärten	Prozentzahl 2003/2004
Erkelenz Bauxhof	30,8 %
Bauchem, kath.	28,0 %
Oberbruch, städt.	28,6 %
Hilfarth	32,4 %
Hückelhoven, AWO	20,6 %
Hückelhoven, kath.	22,0 %
Boscheln, Pfarrer-Schaaf	33,3 %
Übach-Palenberg, kath.	21,2 %
Marienberg, kath.	25,4 %
Wassenberg, Apfelbaum	25,8 %
Wassenberg kath.	22,5 %

Verteilung der Risikokinder im Kreis Heinsberg
Vergleich 1999 – 2004

	1998/99	2003/04
Erkelenz	15,10 %	9,26 %
Gangelt	17,20 %	15,81 %
Geilenkirchen	18,20 %	22,45 %
Heinsberg	17,40 %	21,20 %
Hückelhoven	22,90 %	15,11 %
Selfkant	12,70 %	12,59 %
Übach-Palenberg	20,60 %	15,63 %
Waldfeucht	13,80 %	16,53 %
Wassenberg	16,50 %	18,28 %
Wegberg	11,30 %	8,14 %
Kreis Heinsberg	17,10 %	16,18 %

*Die Abnahme der Anzahl Risikokinder in sozial eher
belasteten Städten und Gemeinden ist Folge der dort in
den letzten Jahren verstärkter durchgeführter Aufklä-
rungsarbeit. Dadurch konnten die eher nicht so belaste-
ten Städte und Gemeinden aber nicht mehr so intensiv
betreut werden. In diesen ist ein Anstieg der Anzahl von
Risikokindern zu verzeichnen. Es wird hier deutlich,
dass Zahnprophylaxe immer noch kein „Selbstläufer“
ist und dass die Anstrengungen in diesem Bereich sogar
eher noch zu intensivieren sind.*

Prophylaxebetreuung 2003/2004

Im Kreis Heinsberg obliegt die Prophylaxebetreuung der
Kindergärten sowohl dem Verein für Jugendzahn-
pflege im Kreis Heinsberg e. V. als auch den niedergelassenen
Zahnärzten.

Von den 123 Kindergärten mit 8.940 werden
30 von Zahnärzten (**2.395** Kinder),
6 von Teams (**380** Kinder) und
87 durch Prophylaxekräfte (**6.165** Kinder) betreut.

15 Kindergärten wurden auf Hinweis des Zahnärztlichen Dienstes erneut besucht.

Prophylaxemaßnahmen wurden als Unterricht in drei Grundschulen (150 Kinder) und in vier Sonderschulen (370 Kinder) durchgeführt. Darüber hinaus wurde erreicht, daß in 26 Kindergärten die Kinder nach dem Mittagessen zum Zähneputzen animiert werden.

Es wurden Fluoridierungsaktionen in als Risiko-Grundschulen eingestuften Einrichtungen gestartet (in Übach-Palenberg die GGS Boscheln und die GGS in Hückelhoven).

Ausblick

Die Zahlen dieser Reihenuntersuchungen belegen deutlich: das hohe Engagement der Prophylaxekräfte, Zahnärzte, ErzieherInnen, LehrerInnen und des zahnärztlichen Dienstes führt zu einer Verbesserung der Sanierungssituation der kindlichen Gebisse.

Andererseits belegen die Zahlen auch, dass nicht alle Kinder erreichen werden können. Was langfristig dann dazu führen wird, dass nur Kinder aus langjährig bekannten sozialen Brennpunkten einer regelmäßigen Untersuchung zugeführt werden können.

Vorschläge für zukünftige Maßnahmen:

Um diesem entgegen zu wirken, sollte der Öffentlichkeitsarbeit vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt werden.

In Kindergärten und Schulen sollte der Informationsaustausch zwischen zahnärztlichem Personal und Eltern /Kinder verbessert werden, die erzieherischen Maßnahmen in Schulen sollten neu bewertet und erweitert werden.

Der Internetauftritt des zahnärztlichen Dienstes kann durch Erweiterung, durch Aufnahme weiterer aktueller Informationen zu zahnärztlichen Themen das medial orientierte Publikum besser erreichen.

Projektwochen in Schulen sollten vom zahnärztlichen Dienst mit Unterrichtsangebot und Material unterstützt werden, durch Wettbewerbe könnte man das junge Publikum an das Thema Zahngesundheit näher heranführen.

Die Individualprophylaxe ist aufzunehmen.

Als Ansprechpartner steht Ihnen zur Verfügung:

Frau Dr. Linda Weidenhaupt, Tel. 02452/13 53 62

Frau Manuela Staudt, Tel. 02452/13 53 62

Frau Gertrude Spehl, Tel. 02452/13 53 59

2.5 Sprache und ihre Störungen

„Die Menschen hatten damals noch alle dieselbe Sprache und gebrauchten dieselben Wörter. Da kam der HERR vom Himmel herab, um die Stadt und den Turm anzusehen, die sie bauten. Als er alles gesehen hatte, sagte er: „Wohin wird das noch führen? Sie sind ein einziges Volk und sprechen alle dieselbe Sprache. Wenn sie diesen Bau vollenden, wird ihnen nichts mehr unmöglich sein. Sie werden alles ausführen, was ihnen in den Sinn kommt.“ Und dann sagte er: „Ans Werk! Wir steigen hinab und verwirren ihre Sprache, damit niemand mehr den anderen versteht!“ (1. Buch Moses 11)

Sprache ist das wichtigste Mittel zwischenmenschlicher Kommunikation, Werkzeug für unser Denken („Denken ist nach innen genommenes Sprechen“ Jean Piaget), ethnisches Identifikationsmittel, Voraussetzung für sozialen Aufstieg.

Sprachgestörte werden leicht sozial isoliert, drohen zu vereinsamen, haben häufig einen schlechteren Schul- und Berufsabschluss und sind in ihrem gesellschaftlichen Fortkommen eingeschränkt.

Die Grundlagen für die Sprachentwicklung werden in den ersten Lebensjahren gelegt.

Bundesweit wird in den letzten Jahren eine Zunahme sprachauffälliger Kinder beklagt und mit einer zunehmenden „Sprachlosigkeit“ der Familien und dem gesteigerten Konsum Sprach hemmender Medien (Fernsehen, Video, Computer und Kassettenrecorder) erklärt.

Normale Sprachentwicklung

Sprache entwickelt sich durch Imitation, weshalb für eine normale Sprachentwicklung eine normale Hörfähigkeit, Sehfähigkeit und Funktionsfähigkeit der Laut bildenden Organe (Lippen, Zunge, Gaumen, Rachen, Kehlkopf) auf Seiten des Kindes sowie ein Sprach anregendes und förderndes Umfeld Voraussetzungen sind.

Nach der noch Gehör unabhängigen 1. Lallphase fängt das Kind in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres an, Silben zu wiederholen („mama“, 2. Lallphase), um mit ca. einem Jahr erste Worte gezielt einzusetzen. Bis zum vollendeten 4. Lebensjahr hat das Kind die Lautbildung meist abgeschlossen und seinen Wortschatz und die Kenntnis der Grammatik so weit erweitert, dass es sich altersgemäß und für seine Umwelt verständlich ausdrücken kann.

Da Sprache sich durch Nachahmung entwickelt, ist für die **Sprachförderung** ein gutes *Sprachvorbild* das wichtigste. Eltern sollten mit direktem Blickkontakt zum Kind in kurzen, klarverständlichen Sätzen und mit altersgemäßen Worten sprechen (keine Babysprache!).

Bilderbücher und das Begleiten der elterlichen Tätigkeiten mit Worten fördern den Wortschatz.

Wie jede höhere Hirnfunktion bedarf auch das Sprechen eines Trainings, weswegen neben dem Vorbild auch die *Sprachanregung* von Bedeutung ist. Deswegen sollten die Eltern das Gespräch mit dem Kind suchen, es ausreden lassen, auf seine Fragen antworten und Sprach hemmendes Verhalten wie Unterbrechen und ständiges Korrigieren vermeiden. Singen vermittelt Rhythmus und Melodie der Sprache.

Sprachentwicklungsverzögerungen wie Lautbildungsstörungen (Dyslalie bzw. Stammeln), nicht altersgemäßer Wortschatz und Satzbau (Dysgrammatismus) sowie ein nicht altersgerechtes Sprachverständnis sollten spätestens im Alter von 4 Jahren Anlass zu weiteren Untersuchungen geben. Ein entwicklungsabhängiges Stottern ist von einem echten Stottern zu unterscheiden.

Ursachen können neben Hör- und Sehstörungen sowie Fehlbildungen der Laut bildenden Organe auch motorische, hirnorganische und/oder intellektuelle Störungen sein. Auf die Bedeutung eines spracharmen, wenig anregenden Umfeldes wurde schon hingewiesen.

Kinder, die sich auf Grund ihrer Sprachstörung nicht verständlich machen können, reagieren schnell aggressiv in einer Großgruppe eines Regelkindergartens oder ziehen sich zurück, weigern sich zu sprechen.

In den letzten Jahren wurde zunehmend der *Hörwahrnehmung* als weitere wichtige Voraussetzung für die Sprachentwicklung, vor allem aber für den späteren Lese-Rechtschreiblernprozess Aufmerksamkeit gewidmet. Besonderes Augenmerk gilt hierbei im letzten vorschulischen Jahr der *phonologischen Bewusstheit*. Hierunter versteht man die Fähigkeit, ein Wort nach seinem Rhythmus (bestimmt durch die Silben) und seinem Klang (bestimmt durch seine Laute bzw. Lautgruppen) zu „erhören“, also zu gliedern, zuzuordnen oder zu analysieren: z. B. Wort in Silben zerlegen (Au_to_bahn), Laut verschiedenen Wörtern zuordnen (A in Apfel, Buch, Arm), Reimerkennung (Beun, Baum, Weun).

Situation im Kreis Heinsberg

Jedes Jahr führt das Gesundheitsamt Heinsberg *Einschuluntersuchungen* aller schulpflichtigen Kinder durch. Ein wesentlicher Bestandteil der Untersuchung ist ein Hör- und Sehtest sowie die Untersuchung der Sprache mittels einer Lauttabelle zur Erkennung von Stammelfehlern und einer Bildergeschichte zur Überprüfung der Grammatik, des Wortschatzes und der allgemeinen Ausdrucksfähigkeit.

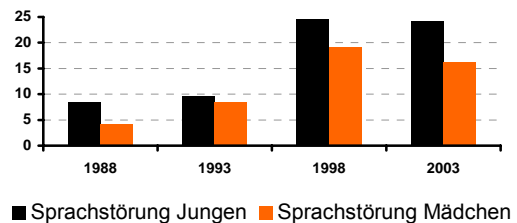
Zusätzlich wird in den letzten Jahren versucht, sich einen Eindruck von der Hörwahrnehmung des Kindes zu verschaffen. Hierzu muss das Kind vorgegebene Sätze sowie Fantasiewörter

(z. B. „maramula“, auditives Kurzzeitgedächtnis) nachsprechen und Lückenwörter (z. B. „Ele_ant“) erkennen. Diese Aufgaben sind Bestandteil eines standardisierten Untersuchungsverfahrens

(„S-ENS“), das vom Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD NRW) in Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie Köln (Prof. Döpfner) sowie den Gesundheitsämtern Köln, Bonn und Aachen erstellt wurde und sich zum Teil vom Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC) ableitet.

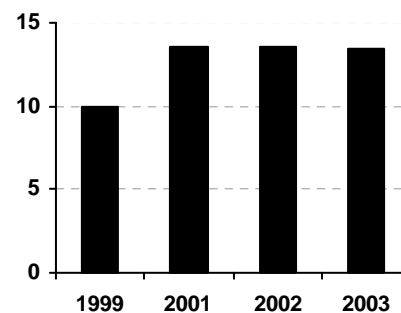
Nach den Einschuldaten im Bereich Sprache ist in den letzten fünfzehn Jahren eine deutliche Zunahme an sprachauffälligen Kindern zu verzeichnen (Abb. 1).

Abb. 1: Sprachauffällige Einschulkinder in % 1988-2003



Behandlungsbedürftig waren 1999 bis 2003 zwischen 10 und 13,6 % der Kinder (Abb. 2).

Abb. 2: Behandlungsbedürftige Sprachauffälligkeiten im Kreis Heinsberg bei Einschulung (1999-2003) in %



Hilfsstrukturen im Kreis Heinsberg

Im Kreisgebiet gibt es 17 niedergelassene *Kinder- und Jugendärzte*.

Ca. 10% der Vorsorgeuntersuchungen im Alter von 4 Jahren (U8) werden von Hausärzten durchgeführt. Zur Vorsorgeuntersuchung gehört auch die Überprüfung der Sprache.

15 *logopädische Praxen* mit unterschiedlicher Personalstärke stehen zur Verfügung. Sie arbeiten nach ärztlicher Verordnung. Die Kosten tragen die Krankenkassen.

Der Kreis Heinsberg unterhält als Eingliederungsmaßnahme nach dem 9. und 12. Buch des Sozialgesetzbuches einen *Sprachtherapeutischen Dienst*. Der Leiter ist die Sprachheilbeauftragte des Kreises (z. Z. Frau Müllenberg 02401-6028450). In Kindergärten und Schulen werden durch LogopädInnen, DiplomsprachheilpädagogInnen und SprachheillehrerInnen Diagnostik und Therapien durchgeführt.

Vorschulische Förderung von Kindern mit Sprachstörungen bietet auch die *Frühförder- und Beratungsstelle Oberbruch* an.

Vorschulische, sonderpädagogische Förderung im Rahmen der Eingliederungshilfe erfolgt in den *integrativen Kindergärten* der Lebenshilfe in Heinsberg-Oberbruch und Geilenkirchen, der Arbeiterwohlfahrt in Scherpenseel, Wassenberg und Wegberg sowie in den integrativen Kindergärten „Apfelbaum“ in Wassenberg, „Rosengarten“ in Myhl, dem Städtischen Kindergarten Heinsberg-Parkstrasse, dem katholischen Kindergarten in Kückhoven und in den heilpädagogischen Kindergartengruppen in Brachelen und Immerath.

Der Antrag auf Eingliederungshilfe muss beim Kreissozialamt gestellt werden. Vor der Entscheidung des Sozialamtes ist eine amtsärztliche Untersuchung des Kindes im Gesundheitsamt vorgesehen, um die Notwendigkeit der Maßnahme zu prüfen.

In Wegberg-Dalheim befindet sich die „Gebrüder-Grimm-Schule“, die *Schule für Sprachbehinderte* des Kreises Heinsberg. Sie fördert Kinder mit gravierenden Sprachproblemen im Grundschulbereich (Eine weiterführende Sprachschule im Sekundarbereich befindet sich in Stolberg/Rhld.). Weitere schulische Förderung sprachbehinderter Kinder findet in Förderschulen, die sich neben dem Förderschwerpunkt „Lernen“ auch den Schwerpunkt „Sprache“ gewählt haben, und in integrativen Grundschulklassen statt. Voraussetzung einer solchen schulischen sonderpädagogischen Förderung ist die Durchführung einer Begutachtung.

Auf Antrag der zuständigen Regelschule beauftragt das Schulamt einen Sonderpädagogen und das Gesundheitsamt mit der Untersuchung des Schülers/ der Schülerin und entscheidet auf Grund dieser Gutachten über den Förderbedarf und den Förderort.

Aktuelle Maßnahmen zur Verbesserung der sprachlichen Fähigkeiten Heinsberger Kinder

Am 2. Oktober 2004 fand auf Initiative der Gebrüder Grimm-Schule der erste

„Tag der Sprache“ statt. Sinn der Veranstaltung war die Vorstellung aller an der Sprachförderung der Kinder beteiligten Berufsgruppen und Institutionen sowie das gegenseitige kennen lernen.

Bei der „Nachlese“ zum Tag der Sprache am 12. April 2005 wurde die Gründung eines „*Netzwerk Sprachförderung*“ beschlossen.

Beteiligt waren an den ersten beiden Sitzungen die Gebrüder Grimm-Schule,

Logopäden,

ein sprachtherapeutisches Institut,

die Sprachheilbeauftragte des Kreises,

die Frühförder- und Beratungsstelle Oberbruch,

ein Kinderarzt,

eine Psychologin,

eine Vertreterin der Grundschulen,

Erzieherinnen,

eine Ergotherapeutin,

Elternvertreterinnen sowie

das Gesundheitsamt.

Beklagt wurde allgemein eine zu späte Erfassung und Überweisung sprachauffälliger Kinder und eine ungenügende Information der Kindergärten und der Eltern über Sprachfördermöglichkeiten und eine unbefriedigende Zusammenarbeit der einzelnen Personengruppen und Institutionen.

Entsprechend wurden als **Ziele** genannt:

Früherfassung,

Frühförderung,

Fortbildung des pädagogischen Personals,

Elterninformation,

Verbesserung der Kooperation und

begleitender Übergang sprachauffälliger Kinder

vom Kindergarten zur Schule bzw. Förderschule.

(Stand 11.08.2005)

Gemäß § 36 des *Schulgesetzes des Landes NRW* vom 15. Februar 2005 sind die Grundschulen verpflichtet, Elterninformationen in den Kindergärten sowie Sprachstandserhebungen zum Zeitpunkt der Schulanmeldungen durchzuführen und gegebenenfalls Sprachförderung anzubieten.

§ 36

Vorschulische Beratung und Förderung

(1) der Schulträger lädt gemeinsam mit den Leiterinnen und Leitern der Tageseinrichtungen für Kinder und der Grundschulen die Eltern, deren Kinder das vierte Lebensjahr vollendet haben, zu einer Informationsveranstaltung ein, in der die Eltern über vorschulische Fördermöglichkeiten beraten werden.

(2) Bei der Anmeldung stellt die Schule fest, ob die Kinder die deutsche Sprache hinreichend beherrschen, um im Unterricht mitarbeiten zu können. Die Schule kann Kinder ohne die erforderlichen Sprachkenntnisse zum Besuch eines vorschulischen Sprachförderkurses verpflichten, soweit sie nicht bereits in einer Tageseinrichtung für Kinder entsprechend gefördert werden.

Entsprechende Förderkurse werden vom Land NRW finanziell unterstützt.

Einen vorschulischen Test zur Früherkennung von Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten stellt das Bielefelder Screening (BISC) dar.

Ein entsprechendes Trainingsprogramm zur Förderung der *phonologischen Bewusstheit* ist das Würzburger Trainingsprogramm „Hören, Lauschen, Lernen“, das als Fortbildungsveranstaltung für Erzieherinnen von der Gebrüder-Grimm-Schule angeboten wird.

Hiervon abgeleitet und erweitert wurde das „Aachener Programm zur vorschulischen Sprachförderung und LRS-Prävention“, das im Kreis Heinsberg interessierten Erzieherinnen verschiedener Kindergärten durch die *Beratungsstelle für Eltern, Jugendliche und Kinder* der Caritas in Geilenkirchen und Erkelenz in Form eines kostenpflichtigen Seminars vermittelt wird.

Der Beobachtungsbogen „SISMIK“ zur Beurteilung der Sprachentwicklung von Migrantenkindern wird in verschiedenen Kindergärten angewandt. Er soll den Erzieherinnen nicht nur Aufschluss über Artikulation, Wortschatz, Grammatikkenntnissen und Sprachverständnis geben, sondern auch über die sprachliche Motivation und Aktivität in speziellen Kindergartensituationen wie Frühstück, Arbeit in Kleingruppen sowie Umgang mit und Interesse an Büchern. Aus diesen Beobachtungen sollen dann Rückschlüsse auf die notwendigen Fördermaßnahmen gezogen werden. Ein ähnlicher Bogen ist auch für deutschsprachige Kinder in Vorbereitung.

Um eine Übersicht über die vorschulische Sprachförderung in den Kindertagesstätten zu erhalten, hat das Gesundheitsamt eine **Befragung aller 123 Kindertagesstätten** durchgeführt.

109 Kindergärten hatten bis zum Zeitpunkt der Auswertung geantwortet.

	Ja	Nein
1.) Werden in Ihrer Einrichtung Kinder durch die Sprachheilambulanz des Kreises Heinsberg betreut?	32,1%	67,9%
2.) Werden Ihre MitarbeiterInnen von den behandelnden LogopädInnen der Kinder Ihrer Einrichtung in regelmäßigen Abständen hinsichtlich der Fördermöglichkeiten beraten?	57,8%	42,2%
3.) Führen Sie das Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC) in Ihrer Einrichtung durch?	6,4%	93,6%
4.) Führen Sie das „Würzburger Trainingsprogramm“ zur Förderung der phonologischen Bewusstheit durch?	33,9%	66,1%
5.) Führen Sie das „Aachener Programm zur vorschulischen Sprachförderung und LRS – Prävention“ durch?	14,7%	85,3%
6.) Arbeiten Sie mit dem Beobachtungsbogen „SISMIK“ für die Erfassung der Sprachentwicklung von Migrantenkindern?	11,9%	88,1%
7.) Benutzen Sie andere Sprachförderprogramme und wenn ja welche?		
Allg. Sprachförderung		11,9%
Kein Sprachförderprogramm		60,6%
Spez. Sprachförderprogramm		27,5%
Beispiele:		
„Wir verstehen uns gut“ Elke Schlösser, Ökotopia-Verlag		
„Leuener Modell“		
„Pepino“ Cornelsen-Verlag		
„Das bin ich“ Finken-Verlag		
„Wunderfütz“ Herder-Verlag		
8.) Werden in Ihrer Einrichtung Elternabende zum Thema Sprachförderung“ durchgeführt?	44,1%	55,9%
9.) Wünschen Sie sich mehr Fortbildung im Bereich Sprachförderung für Ihre MitarbeiterInnen?	70,6%	29,4%
10.) Sind Sie der Meinung, dass Ihre Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten der Kinder genügend berücksichtigt wird?	52,3%	47,7%

Ad 1.) Etwa ein Drittel der Kindergärten wird von Therapeuten der Sprachheilambulanz betreut, bei einem Teil erfolgt nur eine Testung durch die Sprachheilbeauftragte. Mehrere Kindergärten wünschen sich ebenfalls Kontakt zur Sprachheilambulanz, da sie mit dem ehemaligen Leiter, Herrn Feiter, gute Erfahrungen gemacht hatten.

Ad 2.) Das Ergebnis dieser Frage zeigt die Tendenz auf, dass immer mehr Logopädinnen den Kontakt zu den Kindergärten suchen und auch innerhalb der Institutionen beratend tätig werden, was von einigen Kinderärzten kritisch gesehen wird. Sie vermuten hierbei ein nicht ganz uneigennütziges Engagement. Hier sind entsprechende, vertrauensbildende Maßnahmen notwendig.

Ad 3.) bis 7.) Die Ergebnisse zu diesen Fragen besagen, dass etwa die Hälfte der Kindergärten irgendein Sprachförderprogramm benutzt. Eine weitere Gruppe betont, dass sie die vielfältigen Situationen beim Spielen für eine allgemeine Sprachförderung wahrnimmt. Ein Fünftel der Kindergärten hat bei allen fünf Fragen mit nein geantwortet, was allerdings noch nichts über die tatsächliche Arbeit der Erzieherinnen im Bereich Sprachförderung aussagt.

Ad 8.) Nicht ganz die Hälfte der Kindergärten bietet Elternabende zum Thema Sprachförderung an. Erfahrungsgemäß erscheinen zu diesen Informationsabenden aber oft die Eltern nicht, für die diese Informationen besonders nötig sind.

Ad 9.) Das Ergebnis zu dieser Frage bedeutet *nicht*, dass fast ein Drittel der Erzieherinnen keine Fortbildung wünscht. Ein Teil hiervon ist mit dem bestehenden Fortbildungsangebot zufrieden. Die Mehrheit wünscht sich allerdings mehr Hilfe und Unterstützung.

Ad 10.) Bei dieser Frage gab es die meisten „Ja“s. Probleme bestehen anscheinend mit einigen uneinsichtigen Eltern sowie mit niedergelassenen Kinderärzten, die nicht immer die Einschätzungen der Erzieherinnen teilen.

Fazit:

Tatsache ist, dass die Sprachprobleme der Kinder in den letzten Jahren zugenommen haben.

Das ist eine bundesweite Beobachtung.

Tatsache ist aber auch, dass sich Kindergärten und Schule auf diese Situation eingestellt und Maßnahmen ergriffen haben, diesem Trend entgegen zu wirken. Dieser Prozess ist durch entsprechende Fortbildungsangebote für Erzieherinnen und Pädagogen und Schwerpunktsetzung in der Ausbildung dieser beiden Berufsgruppen zu fördern.

Die Zusammenarbeit zwischen Eltern, Erzieherinnen/Pädagogen, Therapeuten und Ärzten muss verbessert werden. Es müssen kleine Netzwerke entstehen, in denen Kinder mit Sprachproblemen aufgefangen werden. Hierzu ist die Bildung des *Arbeitskreises Sprache* der erste Schritt.

Ein ganz wesentlicher Aspekt ist aber die Aufklärung der Eltern über die Bedeutung einer frühen Sprachförderung für die geistige und schulische Entwicklung und damit auch für das spätere berufliche Fortkommen.

Als Ansprechpartner stehen Ihnen zur Verfügung:

Herr Blank, Tel. 02452/135366

Frau Lintzen, Tel. 02452/135367

2.6 „Das Zappelphilipp-Syndrom“

Historie:

Die bekannteste Beschreibung eines aufmerksamkeitsgestörten, hyperaktiven Kindes mit Problemen im Sozialverhalten finden wir im 1845-47 verfassten Buch „Der Struwwelpeter“ des deutschen Kinderarztes Dr. Heinrich Hoffmann.

Der Zappel-Philipp, Hans-guck-in-die-Luft und der böse Friederich können als verbildlichte Einzelsymptome des AD(H)S gesehen werden. In der Folgezeit wurden diese Verhaltensauffälligkeiten als eigenständiges (kinder-)psychiatrisches Störungsbild erkannt und mit den unterschiedlichsten Bezeichnungen versehen:

Aufmerksamkeitsstörung mit motorischer Überaktivität und Unfähigkeit zu diszipliniertem Verhalten (W. James 1890, George F. Still 1902)

Hyperkinetisches Syndrom (Kramer u. Pollnow 1932)

Minimale zerebrale Dysfunktion (Bax u. Mckeith 1963)

Frühkindliches exogenes Psychosyndrom (Lempp 1964)

Die aktuellen Bezeichnungen sind

Einfache Aktivitäts – u. Aufmerksamkeitsstörung bzw. Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 ; international statistical classification of diseases and related health problems 10. Fassung der WHO)

und

Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitäts-Störung als vorwiegend hyperaktiv- impulsiver Typ
als vorwiegend unaufmerksamer Typ

und als kombinierter

hyperaktiver/unaufmerksamer Typ

(DSM-IV; diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association)

Die **Symptomatik** einer AD(H)S besteht in einer unterschiedlich ausgeprägten Störung der Aufmerksamkeit sowie der Aktivitäts- und Impulskontrolle, wobei die Hyperaktivität z. T., besonders oft bei Mädchen, fehlen kann (nur DSM-IV).

Symptomliste nach DSM-IV (verkürzt):

Unaufmerksamkeit

arbeitet ungenau, flüchtig
hat Mühe seine Aufmerksamkeit zu lenken
scheint oft nicht zuzuhören
führt Aufgaben nicht zu Ende
hat Probleme mit der Ordnung
kann sich schlecht länger konzentrieren
verliert oft Dinge
ist leicht abgelenkt
ist oft vergesslich

Hyperaktivität

zappelt oft herum
kann nicht länger ruhig sitzen bleiben
ist ständig auf Achse
hat Mühe geräuschlos zu spielen/arbeiten
wirkt umtriebig, wie von einem Motor angetrieben
redet oft übermäßig viel

Impulsivität

platzt oft mit Antwort heraus, bevor Frage zu Ende gestellt wurde
hat Mühe zu warten, bis er an der Reihe ist
unterbricht und stört oft andere

Wichtig ist, dass

1. das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten deutlich über dem liegt, das man in dem entsprechenden Entwicklungsalter erwarten würde,
2. die Störung länger als 6 Monate besteht,
3. in zwei oder mehr sozialen Umfeldern (Schule und Zuhause) zu beobachten ist,
4. erste Symptome schon vor dem 7. Lebensjahr registriert wurden (Schreibbaby, massive Trotzphase, Integrationsprobleme im Kindergarten),
5. eine deutliche Beeinträchtigung in den sozialen Beziehungen und im Lern-/Leistungsverhalten vorliegt.

Die Symptomatik verändert sich im Laufe der Jahre leicht (die Hyperaktivität lässt etwas nach), bleibt aber bis ins Erwachsenenalter mit mehr oder weniger Beeinträchtigung des Lebenslaufes bestehen.

Neben den Grundstörungen zeigen sich oft *Begleitsymptome (Komorbiditäten)* wie oppositionelles, aggressives Verhalten (40-60%), Depressionen (10-40%), Angststörungen (25-30%), Zwangs- u. Ticstörungen (Tourette-Syndrom, 30%), Lern- u. Teilleistungsschwächen sowie Sprach- u. Sprechstörungen (10-40%).

Positive Charakterzüge, die häufig beobachtet werden, sind *Ideenreichtum, Kreativität, Begeisterungsfähigkeit, Hilfsbereitschaft und Gerechtigkeitssinn*.

Die **Problematik** der Kinder mit AD(H)S besteht darin, dass sie trotz oft guter intellektueller Voraussetzungen eine nicht ihrem Leistungsvermögen entsprechende Schul- u. Berufslaufbahn absolvieren und auf Grund ihres schwierigen, auf Ablehnung stoßenden Verhaltens schnell zum Außenseiter werden und Gefahr laufen, ins soziale Abseits zu geraten.

Die **Häufigkeit** des AD(H)S wird in der Literatur auf Grund der unterschiedlichen Diagnosekriterien mit 2-18% angegeben. In Deutschland geht man von einer Häufigkeit von 3 – 6% aus, wobei Jungen 4 mal häufiger betroffen sind als Mädchen.

Für den Kreis Heinsberg bedeutet dies, dass bei jährlich ca. 2500 Geburten mit 75– 150 Kindern mit AD(H)S zu rechnen ist, bzw. dass 975 - 1950 Kinder von AD(H)S zwischen dem 5. und 18. Lebensjahr betroffen sind.

Die unsicheren Häufigkeitsangaben erschweren auch die Beantwortung der Frage, in wie weit eine Zunahme der Zahl AD(H)-gestörter Kinder in den letzten Jahren zu beobachten ist.

Die **Ursachen** der AD(H)S liegen nach dem Stand der letzten wissenschaftlichen Untersuchungen in einer Störung des Hirnstoffwechsels, der wiederum genetische Ursachen zu Grunde liegen, die aber auch durch vor- u. nachgeburtliche sowie umweltbedingte Faktoren beeinflusst werden. Hinweise auf die genetische Ursache ergaben Familienstudien sowie die Untersuchung getrennt aufgewachsener ein- u. zweieiiger Zwillinge. Neben Komplikationen vor, während und nach der Geburt wird besonders dem Nikotinkonsum in der Schwangerschaft ein deutliches Risikopotential für die spätere Entwicklung einer AD(H)S zugeschrieben. Aber auch ungünstige psychosoziale und sozioökonomische Umstände können die Entwicklung einer AD(H)S fördern.

Einer eventuellen chronischen Bleivergiftung sowie allergischen Reaktionen auf Nahrungsbestandteilen als Ursache einer AD(H)S wird in der medizinischen Literatur keine Bedeutung beigemessen. Hinsichtlich der nahrungsmittelallergischen Theorie gibt es allerdings abweichende Ansichten.

Im Fokus der Untersuchung des Hirnstoffwechsels stehen die Neurotransmitter *Dopamin* und *Noradrenalin*.

Neurotransmitter sind körpereigene Substanzen, die die Nervenerregung von einer Nervenzelle zur nächsten vermitteln.

Fehlen sie an der Schaltstelle zweier Nervenzellen (Synapsen) oder sind gebunden, nicht frei verfügbar, dann ist die Nervenreizübertragung gestört. Vereinfacht gesagt besteht die Hirnfunktion aus einem Zusammenspiel aktivierender und hemmender Nervenimpulse. Werden wie bei der AD(H)S *vermutet* die durch Dopamin vermittelten hemmenden Nervenimpulse in bestimmten Hirnregionen durch ein Fehlen bzw. eine zu starke Bindung von Dopamin behindert, kommt es einerseits zu einer unkontrollierten Weiterleitung äußerer Reize (Überreizung, Aufmerksamkeitsstörung), andererseits zu unkontrollierten motorischen Handlungen und emotionalen Reaktionen (Hyperaktivität, Impulsivität). Das bei der Behandlung der AD(H)S benutzte Medikament Methylphenidat erhöht die Konzentration des Dopamins im sog. synaptischen Spalt und ermöglicht dem AD(H)-gestörten Kind, wesentliche von unwesentlichen äußeren Reizen zu trennen und emotionale Reaktionen sowie motorische Abläufe besser zu kontrollieren.

Viele Zusammenhänge bei der AD(H)S sind allerdings noch unklar und bedürfen weiterer Untersuchungen.

Für die **Diagnose** einer AD(H)S setzt der *Hamburger Arbeitskreis ADS/ADHS* um Prof. Dr. med. M. Schulte-Markwort eine Dauer von ca. 5 Stunden an. Sie ist also *keine* „Blickdiagnose“, sondern setzt eine aufwendige Untersuchung durch einen entsprechend weitergebildeten Kinder- u. Jugendarzt oder Kinder- u. Jugendpsychiater voraus und ist üblicherweise nicht vor dem 5. Lebensjahr möglich. Zur Diagnosestellung berechtigt sind auch Kinder- u. Jugendpsychotherapeuten.

Ziel der Diagnostik ist es, durch eine ausführliche Befragung von Eltern bzw. Sorgeberechtigten, des Kindes sowie anderer mit der Betreuung des Kindes befassten Personen (Erzieherinnen, LehrerInnen) Ausmaß, Dauer und Zeitpunkt des Auftretens der Verhaltensauffälligkeiten sowie die bisherige Entwicklung und die genauen Lebensumstände des Kindes zu erfahren. Z. T. werden hierfür spezielle Fragebögen benutzt.

Ausgeschlossen werden sollen Umstände, die ebenfalls zu den für eine AD(H)S typischen Verhaltensauffälligkeiten führen können wie

- psychosoziale Belastungen durch schwere Krankheiten, Arbeitslosigkeit, Gewalt und Sucht in der Familie,
- Vernachlässigung,
- psychische Traumata
- primär psychiatrische Erkrankungen und
- chronische Überforderungssituationen.

Letzteres wird auch durch entsprechende standardisierte Tests (Entwicklungs- u. Intelligenztests) überprüft.

Eine körperliche, laborchemische und apparative Untersuchung (Seh- u. Hörteste, EEG) soll körperlich bedingte Ursachen ausschließen.

Die *Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin* und die *Deutsche Gesellschaft für Kinder- u. Jugendpsychiatrie und –psychotherapie* haben Leitlinien für die Diagnostik der AD(H)S herausgegeben.

Auch für die **Therapie** der AD(H)S existieren entsprechende Leitlinien.

Einigkeit besteht in der Ärzteschaft über einen multimodalen Therapieansatz, d. h. das gleichzeitige oder nacheinander geschaltete Einsetzen von informativem, pädagogischen, psychotherapeutischen und medikamentösen Maßnahmen.

Für Eltern, Erzieherinnen und LehrerInnen gibt es spezielle Trainingsprogramme für den Umgang mit Kindern mit einer AD(H)S. Je nach Alter des Kindes können psychotherapeutische Verfahren (Verhaltenstherapie, Spieltherapie, Selbstinstruktionstraining) zur Anwendung kommen.

Hilfe finden Eltern auch in Selbsthilfegruppen für Hyperaktive Kinder.

Wichtig ist in jedem Fall, dass alle mit dem Kind befassten Personen in gleichem Sinne arbeiten und gut miteinander vernetzt sind.

Reichen die genannten Maßnahmen nicht aus oder hat sich eine Situation krisenhaft zugespitzt, dann ist eine medikamentöse Behandlung unumgänglich.

Die erste Beobachtung, dass Psychostimulanzien sich positiv auf die Verhaltensproblematik von Kindern mit AD(H)S auswirkt, stammt aus dem Jahr 1937 (Charles Bradley, USA). 1944 wurde dann das dem Amphetamin verwandte *Methylphenidat (Ritalin)* vom Italiener Panizzon erstmals synthetisiert und als mildes Psychostimulanz klassifiziert.

Mittlerweile ist es das Mittel der ersten Wahl bei der medikamentösen Behandlung der AD(H)S. Es unterliegt dem Betäubungsmittelgesetz und kann nur auf entsprechenden Rezepten ärztlich verordnet werden.

Der Wirkmechanismus wurde oben angedeutet. Da die Wirkung nach ca. 3 Stunden nachlässt, gibt es mittlerweile sog. Retardmedikamente, die das Methylphenidat verzögert freisetzen und so eine mehrfache Tabletteneinnahme unnötig machen. Gravierende Nebenwirkungen wurden bisher nicht beobachtet, allerdings werden Appetitstörungen, Schlafstörungen, psychische Auffälligkeiten, Tic-Störungen sowie Magen- u. Kopfschmerzen beschrieben. Eine Abhängigkeit entwickelt sich nicht. Da die Kinder unter der Therapie sozial besser integriert sind, soll eine spätere Suchtkarriere sogar eher verhindert werden. Die Langzeitwirkung einer im Kindesalter durchgeführten Stimulanzienbehandlung muss aber noch genauer untersucht werden.

Seit März 2005 ist das Medikament Atomoxetin zur Behandlung der AD(H)S zugelassen. Seine Wirkung basiert auf einem etwas anderen Mechanismus. Erfahrungen mit diesem Medikament sind in der BRD noch gering.

Aktuelle Situation im Kreis Heinsberg

Wie oben angeführt, muss im Kreis Heinsberg nach den allgemeinen Prävalenzzahlen von 75-150 Kindern mit AD(H)S pro Jahr ausgegangen werden. Nicht alle müssen eine Stimulanzienbehandlung erhalten. Während allgemein bei kindlichen Verhaltensproblemen neben den niedergelassenen Kinder- u. Jugendärzten auch die Erziehungsberatungsstellen der Caritas in Erkelenz und Geilenkirchen und der Arbeiterwohlfahrt in Heinsberg erste Anlaufstellen sind, liegt die Diagnose „AD(H)S“ in den Händen weniger Kinder- u. Jugendärzte und der Ambulanz Erkelenz der Kinder- u. Jugendpsychiatrie Viersen. Ein Teil der Heinsberger Kinder mit vermuteter AD(H)S werden aber auch durch die umliegenden Sozialpädiatrischen Zentren, Kinder- u. Jugendpsychiatrien und niedergelassenen Kinder- u. Jugendpsychiater sowie Kinder- u. Jugendpsychotherapeuten untersucht und ggf. behandelt.

Hilfen vor Ort im Sinne von Verhaltenstherapie, Spieltherapie, Elterntraining bieten die Erziehungsberatungsstellen, die Frühförder- u. Beratungsstelle Oberbruch, einzelne Kinder- u. Jugendärzte, Ergo- u. Physiotherapeuten sowie niedergelassene Kinder- u. Jugendpsychotherapeuten an. Eine genauere Übersicht ist in Arbeit.

Im Jahre 1991 wurde auf Initiative des Landes NRW die *Arbeitsgemeinschaft Frühförderung* des Kreises Heinsberg gegründet, in der alle mit der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder befassten Berufsgruppen sowie Institutionen vertreten sind.

Auf der Sitzung am 28.4.2004 wurde die aktuelle Versorgungssituation der Kinder mit einer AD(H)S zum ersten Tagesordnungspunkt gemacht. Initiiert wurde das durch die „Elterngruppe Kevin“, einer Selbsthilfegruppe für Eltern mit hyperaktiven Kindern im Kreis Heinsberg. Die Situation wurde von den einzelnen Teilnehmern wie folgt beschrieben:

Das allgemeine Wissen um die Problematik einer AD(H)S bei Eltern, Pädagogen, z. T. auch Ärzten und Institutionen wird häufig als gering eingeschätzt. Oft werden die Verhaltensprobleme als Folge einer fehlerhaften Erziehung angesehen und nicht als eigenständiges Störungsbild mit neurobiologischem Hintergrund erkannt und damit den Eltern die Schuld für die Probleme des Kindes zugeschoben.

Unwissen gepaart mit Pseudowissen erschwert die frühzeitige Erfassung und gezielte Behandlung der betroffenen Kinder.

Die Kriterien für die Diagnose und Therapie der AD(H)S sind noch uneinheitlich. Die oben erwähnten Leitlinien der pädiatrischen Gesellschaften sind offensichtlich nicht allen Ärzten bekannt bzw. von ihnen akzeptiert. Allerdings gibt es im Bereich Aachen-Heinsberg einen von Kinder- u. Jugendärzten sowie Kinder- u. Jugendpsychiatern gebildeten Qualitätszirkel zur Erstellung verbindlicher Qualitätsstandards.

Die Zusammenarbeit und der notwendige Informationsfluss zwischen Eltern, Arzt, Therapeuten und Kindergarten bzw. Schule sei in vielen Fällen noch unzureichend. Es fehle auch oft die notwendige Langzeitbetreuung medikamentös behandelter Kinder und ihrer Eltern.

Die Beantragung von Hilfe durch Jugend- oder Sozialamt bei sozial benachteiligten Familien erfolge oft zu spät. Besonders hier wäre eine Frühintervention notwendig, um den negativen Auswirkungen der Verhaltensprobleme auf die Sozialisation entgegen wirken zu können.

Während manche Kinder und Eltern in der Kindergartenzeit zum Beispiel durch die Frühförderstelle Oberbruch noch recht eng betreut werden, entfalle diese Betreuung in der Grundschule oft. Weder seien zum Teil die Lehrpersonen auf diese Kinder vorbereitet, noch gäbe es die notwendigen reduzierten Klassengrößen. Kinder mit einer AD(H)S seien ministeriell für den gemeinsamen Unterricht nicht vorgesehen und gehören auch nicht per se zu den Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf.

Als Ergebnis der Sitzung wurde vereinbart, einen *Arbeitskreis ADS/ADHS* zum Aufbau eines Netzwerkes für AD(H)- gestörte Kinder im Kreis Heinsberg zu gründen. Dies entspricht auch den Empfehlungen, wie sie in dem *Eckpunktepapier des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung als Ergebnis der interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivität (28./29. Oktober 2002)* festgelegt sind.

An der ersten Sitzung am 14.7. 2004, die vom Gesundheitsamt organisiert und geleitet wurde, nahmen folgende Personengruppen teil:

- Kinder- u. Jugendpsychiatrie Viersen Ambulanz Erkelenz
- zwei niedergelassene Kinderärzte
- zwei Ergotherapeuten
- Vertreterinnen der Frühförder- u. Beratungsstelle Oberbruch
- eine Physiotherapeutin
- zwei Vertreter der Erziehungsberatungsstellen der Caritas Erkelenz und Geilenkirchen
- ein Sonderpädagoge als Vertreter für die Schulen bzw. das Schulamt

eine Schulsozialarbeiterin
 ein Jugendamtsleiter
 eine Vertreterin der AWO-Kindergärten
 eine Vertreterin der kath. Kindergärten
 zwei Mütter der Elterngruppe Kevin
 An den folgenden Sitzungen nahmen auch zwei
 Kinder- u. Jugendpsychotherapeutinnen und ein
 Vertreter der Tagesgruppe Hilfarth teil.

Ziel des Arbeitskreises ADS/ADHS ist es, die Erfassung und Betreuung AD(H)- gestörter Kinder im Kreis Heinsberg zu verbessern.

Als vordringlichste Maßnahme wurde die Verbesserung der Information von Eltern, Pädagogen und Institutionsmitarbeitern über die AD(H)S angesehen. Damit Eltern mit verhaltensauffälligen Kindern wissen, wo und wie ihnen weitergeholfen werden kann, wurde gerade ein **Wegweiser** fertig gestellt, der nun an verschiedensten Stellen im Kreis (Apotheken, Kindergärten, Schulen, Praxen) ausgelegt werden soll, und der die Eltern weiterleitet an Stellen, an denen sie zusätzliche, genauere Informationen erhalten können.

2.7 Schulbegehungen durch das Gesundheitsamt

Eine Aufgabe des Gesundheitsamtes ist es die Einhaltung der Hygienevorschriften an Schulen und Schulheimen zu überwachen. Darüber hinaus nimmt das Gesundheitsamt für Schulen betriebsmedizinische Aufgaben wahr. Dieses bedingt, dass bei Begehungen der Arbeitsplatz „Schule“ nicht nur nach hygienischen, sondern auch nach allgemeinen gesundheitlichen Gesichtspunkten beurteilt wird. Dazu gehören neben der Erfassung der Erste-Hilfe-Einrichtungen auch die Beurteilung von Sicherheit, Raumklima, Beleuchtung und Ergonomie der Schulmöbel.

In der Zeit von Februar 2004 bis Mai 2005 wurden 14 weiterführende Schulen im Kreis Heinsberg besichtigt.

Hierunter befanden sich drei Gesamtschulen, sieben Realschulen und vier Gymnasien.

Baujahr

Das Baujahr der besichtigten Schulen variiert zwischen 1910 und 1991, wobei an vielen Schulen neuere Erweiterungsbauten vorhanden sind. In einer Schule findet der Unterricht in so genannten „Gartenhäusern“ statt, barackenähnlichen Bauten, die den Witterungseinflüssen und Temperatureinflüssen stark ausgesetzt sind. Große Temperaturschwankungen und hohe Luftfeuchtigkeit schaffen es in derartigen Räumlichkeiten nicht, einen lernfreundlichen Arbeitsplatz für Lehrer und Schüler herzustellen.

Zu diesen Stellen gehören die Kinderarztpraxen, Erziehungsberatungsstellen, die Jugendämter, die Frühförder- u. Beratungsstelle Oberbruch, die Elterngruppe Kevin und das Gesundheitsamt. Neben weiterführenden Broschüren über die AD(H)S sollen die Eltern auch Informationen über das aktuelle Angebot im Kreis Heinsberg hinsichtlich Diagnostik und Therapie erhalten können. Eine entsprechende Sammlung ist zurzeit in Vorbereitung.

Die weitere Aufgabe des **Arbeitskreises ADS/ADHS** wird es sein, Probleme bei der Versorgung AD(H)- gestörter Kinder und ihrer Eltern zu konkretisieren und nach Lösungswegen zu suchen sowie durch eine effektive Öffentlichkeitsarbeit Verständnis für die Probleme von AD(H)- gestörten Kindern und deren Eltern in Politik und Gesellschaft zu wecken.

Als Ansprechpartner stehen Ihnen zur Verfügung:

Herr Blank, Tel. 02452/135366

Frau Lintzen, Tel. 02452/135367

Schülerzahl

Das Verhältnis von Schülern zu Schülerinnen variiert zwischen den einzelnen Schulformtypen deutlich. Kommen in den Gymnasien 80 Jungen auf 100 Mädchen, so sind es in den Gesamt- und Realschulen 100 Mädchen auf 120-130 Jungen. Bei Hauptschulen liegt dieses Verhältnis bei 100 Mädchen zu 155 Jungen und in den Sonderschulen bei 100 Mädchen zu 260 Jungen. Die durchschnittliche Schülerzahl pro Klasse ist für die Gymnasien und Gesamtschulen nicht zu ermitteln, da in den Oberstufen ein Kurssystem stattfindet und eine direkte Zuordnung nicht mehr möglich ist. Die durchschnittliche Schülerzahl pro Klasse beträgt in den Realschulen 33 Schüler.

Reinigung

Acht weiterführende Schulen werden durch eine Firma gereinigt, drei durch gemeindeeigenes Personal und eine Schule durch eine Firma und gemeindeeigenes Personal gemeinsam.

An sechs Schulen findet die Klassenreinigung an jedem 2. Schultag statt, an den übrigen acht Schulen werden die Klassen täglich gereinigt. Die Flure werden an vier Schulen jeden 2. Tag gereinigt und an den übrigen zehn Schulen täglich.

An allen Schulen findet eine tägliche Reinigung der sanitären Einrichtungen statt. Eine Grundreinigung erfolgt in den meisten Schulen einmal jährlich, einige führen in Herbst- und Osterferien noch Zwischenreinigungen durch.

Ein aussagekräftiger Reinigungsplan, in dem genau aufgeführt wird, wer, wie oft, mit welchem Mittel welche Gegenstände oder Räumlichkeiten zu reinigen hat, lag nur in zwei der vierzehn Schulen vor. In zehn Schulen war die Hygiene und Sauberkeit in den Klassenräumen ohne oder nur mit geringer Beanstandung, in vier Schulen waren geringe bis deutliche Beanstandungen anzumerken.

Anders sieht die Situation im Bereich der Toilettenhygiene aus. Bei den Lehrertoiletten stehen acht Schulen ohne oder mit geringen Beanstandungen immerhin sechs Schulen mit deutlichen Beanstandungen gegenüber. Bei den Mädchen-WCs sind an fünf Schulen deutliche Beanstandungen auszusprechen und bei den Jungen-WCs waren an zwei Schulen erhebliche Mängel zu beanstanden, an zwei weiteren deutliche Mängel und an den zehn restlichen geringe oder keine Mängel festzustellen.

Zu der Hygiene der Turnhallen gab es in lediglich drei Schulen keine Mängel und in den Sanitäranlagen der Turnhallen lediglich in vier Schulen keine oder geringe Beanstandungen.

Nach Häufigkeit und Schwere der Beanstandungen zur Sauberkeit und Hygiene besteht kein wesentlicher Unterschied zwischen der Reinigung durch eine Firma oder durch gemeindeeigenes Personal. Die Sauberkeit und Hygiene scheint eher mit der Kontrolle des Reinigungspersonals und den vertraglichen Rahmenbedingungen korreliert zu sein. Wird durch Firma, Hausmeister, Schulleitung und Schulträger ein engmaschiges Kontrollsystem etabliert, befindet sich die Schule in einem hygienisch besseren Zustand. Findet nur eine unzureichende Kontrolle statt oder sind die Verträge mit Fremdfirmen lückenhaft, leiden die Hygiene und Sauberkeit der Schule.

Erste-Hilfe-Bereich

An jeder Schule sollte ein eigener Sanitätsraum oder ein eigenes Arztzimmer vorhanden sein. Dieses sollte zentral gelegen und vom Rettungspersonal gut zugänglich sein. Neben einer Krankenliege und Erste-Hilfe-Material sind eine hygienisch einwandfreie Handwaschmöglichkeit sowie ein Tisch und Stühle vorzuhalten.

Vier der besichtigten Schulen hielt kein eigenes Arztzimmer vor. Bei den zehn Schulen, die Arztzimmer eingerichtet hatten, waren keine oder nur geringe Beanstandungen hinsichtlich der Hygiene zutreffen. Krankenliegen fanden sich in allen Schulen außer in einer Gesamtschule.

In zwei Schulen waren die Krankenliegen in einem desolaten, nicht funktionstüchtigen Zustand. Die Erste-Hilfe-Kästen waren insgesamt in allen Schulen in einer ausreichenden Anzahl vorhanden und überwiegend in einem guten Zustand.

Diese geringen Mängel bestanden meist in Form von unvorschriftsmäßiger Bestückung (z.B. wurden Medikamente in Erste-Hilfe-Kästen aufbewahrt) oder entnommenes Material war nicht wieder aufgefüllt worden.

In zwei Schulen waren die Krankenliegen in einem desolaten, nicht funktionstüchtigen Zustand. Die Erste-Hilfe-Kästen waren insgesamt in allen Schulen in einer ausreichenden Anzahl vorhanden und überwiegend in einem guten Zustand. Diese geringen Mängel bestanden meist in Form von unvorschriftsmäßiger Bestückung (z.B. wurden Medikamente in Erste-Hilfe-Kästen aufbewahrt) oder entnommenes Material war nicht wieder aufgefüllt worden.

An jeder Schule sollten mindestens 5% der dort tätigen Schüler und Lehrer in Erste-Hilfe ausgebildet sein und als Ersthelfer benannt werden. In sieben Schulen wurden keine Ersthelfer benannt und in weiteren vier waren Ersthelfer aber in einer nicht ausreichenden Anzahl benannt. Drei Schulen hatten eine ausreichende Anzahl von Ersthelfern.

Seit dem 01. Januar 2001 muss jede Schule einen auf ihre spezifischen Bedingungen abgestimmten Hygieneplan erstellen. Obwohl seit Inkrafttreten dieser gesetzlichen Bestimmung mehr als vier Jahre vergangen sind und obwohl das Gesundheitsamt alle Schulen über die Verpflichtung zum Erstellen eines Hygieneplanes informiert und auch Hilfe angeboten hatte, konnte diesen nur eine Schule vorweisen. Zwischenzeitlich wurden jedoch von weiteren Schulen entsprechende Hygienepläne in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt erarbeitet.

Ebenfalls seit dem 01. Januar 2001 muss den Eltern neu aufgenommener Schüler ein Merkblatt überreicht werden, in dem diese über Pflichten, Verhaltensweisen und das übliche Vorgehen bei ansteckenden Erkrankungen ihrer Kinder informiert wird. Derartige Belehrungsblätter wurden von sieben Schulen nicht herausgegeben.

Sanitäranlagen

Auf 15 Mädchen und auf 30 Jungen sollte je eine WC-Kabine vorhanden sein, bei den Jungen zusätzlich noch zwei Urinale auf 30 Jungen in unterschiedlicher Höhe angebracht sein. Diese Vorgaben wurden von fast allen Schulen erfüllt. Neben Toilettenpapier und Hygieneemern bei den Mädchen sind ebenfalls hygienisch einwandfreie Handwasch- und Trocknungsmöglichkeiten vorzusehen. Zudem sollten die Toilettenräume gut belüftbar und leicht zu reinigen sein.

Nicht vorschriftsmäßige Handwaschmöglichkeiten waren in acht Schulen anzutreffen. Hygieneemier fehlten auf den Mädchen-WCs in zwei Schulen. Deutliche Beanstandungen wurden bei fünf Schulen bei den Mädchen-WCs und bei vier Schulen bei den Jungen-WCs deutlich.

Die Hygiene musste wegen deutlicher Defizite in sechs der vierzehn Schulen bemängelt werden. Keine Beanstandungen gab es lediglich bezüglich der Hygiene in drei Schulen. Eine der weiterführenden Schulen beschäftigt eine eigene Reinigungskraft für den Sanitärbereich, die aus Unkostenbeiträgen der Schüler für die Toilettenbenutzung finanziert wird.

Aus Sicht des Gesundheitsamtes ist dieses Vorgehen nicht zu beanstanden, so lange auch an dieser Schule eine Toilette zur Verfügung steht, die kostenfrei benutzt werden kann und die selbstverständlich auch durch das normale Reinigungspersonal regelmäßig gereinigt wird.

Beleuchtung, Belüftung, Temperatur, Schulmobiliar

Die Beleuchtung der Klassenräume sollte gleichmäßig mit Tageslichtleuchtstoffröhren in Form von Lichtbändern ohne Blendwirkung erfolgen. Am dunkelsten Arbeitsplatz (Schreibpult) sollten zu jeder Tageszeit mindestens 300 Lux erreicht werden, wobei 500 Lux als optimal zu bezeichnen sind.

Die Temperaturen sollten zwischen 18 und 21 Grad liegen.

Die Belüftung sollte am besten in Form einer Stoßlüftung in den Pausen durchgeführt werden. Zugluft durch undichte Fenster ist zu vermeiden.

Dem Aufheizen der Klassen im Sommer durch Sonnenstrahlen ist mit einem funktionstüchtigem außen anliegenden Sonnenschutz zu begegnen.

Das Schulgestühl hat nicht nur in einem stabilen und unversehrten Zustand zu sein, sondern auch muss es den ergonomischen Bedürfnissen des einzelnen Kindes entsprechen.

Die Beleuchtung entsprach in sehr vielen Klassen nicht den Anforderungen. Dieses lag zum Teil lediglich daran, dass defekte Leuchtstoffröhren nicht ausgetauscht wurden, zum größeren Teil jedoch daran, dass veraltete Leuchtmittel in veralteten Anlagen verwendet wurden. Nicht selten wurden in einzelnen Klassenräumen Luxzahlen von unter 150 Lux gemessen. Keine Beanstandungen fanden sich lediglich in fünf Schulen, geringe bis deutliche Beanstandungen in weiteren fünf und in einer Schule sogar erhebliche Beanstandungen.

Der Zustand des Schulgestühles war überwiegend gut. Deutliche oder erhebliche Beanstandungen fanden sich nur in zwei Schulen. Die Anpassung des Schulgestühls an die Größe der Schüler war in sieben der vierzehn Schulen nicht optimal gelöst. Hier gab es geringe bis deutliche Defizite. In einer Schule gibt es sogar nur eine einzige Schulgestühlgröße, mit der dann 10 jährige genauso wie 19 jährige Schüler zu recht kommen müssen. Bezüglich des Raumklimas und des Blendschutzes gab es in einzelnen Schulen bzw. einzelnen Klassenräumen Probleme, die meistens daher rührten, dass die außen anliegende Abdunklungsmöglichkeit defekt war.

Bereits zuvor erwähnt wurde das Beispiel der „Gartenhäuser“, einfachen Holzbaracken, die bereits vor mehreren Jahrzehnten aufgestellt wurden und immer noch unverändert benutzt werden.

Turnhallen

Zwölf Turnhallen konnten besichtigt werden.

Beurteilt wurden die Sicherheit der Turnhallen, die Erste-Hilfe-Ausstattung, die allgemeine Hygiene und der Zustand der Sanitäranlagen. Die Beurteilung erfolgte nach Maßgaben der Gemeindeunfallversicherung.

Im Hinblick auf die Sicherheit fanden sich deutliche Mängel in vier Turnhallen und keine Mängel lediglich in einer. Am häufigsten fehlte der Anprallschutz an den Stirnseiten der Hallen und/oder es ragten Bauteile ungeschützt in die Turnhalle hinein. Die Turnhallenhygiene war lediglich bei drei Turnhallen nicht zu beanstanden. Erhebliche oder deutliche Mängel wurden in sechs Turnhallen festgestellt. Zu beanstanden waren hier insbesondere dreckige, ungesäuberte Böden und Flächen, zum Teil Feuchtschäden und Schimmelbefall.

Die sanitären Anlagen innerhalb der Turnhallen befanden sich in einem überwiegend schlechten bis sehr schlechtem Zustand. Keine Beanstandungen gab es lediglich in zwei Turnhallen, deutliche Beanstandungen oder erhebliche Beanstandungen in acht der besichtigten Turnhallen. Feuchtigkeitschäden, Schimmelpilzbildung, zerstörte Toiletten, nicht funktionierende Spülungen und schlechte Belüftbarkeit waren hier meistens für ein derart schlechtes Ergebnis ursächlich.

Gerade im Bereich der Turnhallen ergibt sich jedoch für die Schulen das große Problem, dass diese nachmittags und abends von weiteren Nutzern (Vereinen und Verbände) genutzt werden. Hierdurch sind klare Verantwortlichkeiten nicht mehr gegeben, so dass die Schule nur einen noch sehr geringen Einfluss auf den Zustand der Turnhallen ausüben kann. Hier ist verstärkt der Schulträger gefordert, auf alle Nutzer der Turnhalle einzuwirken, diese verantwortungsvoll zu benutzen und sauber zu hinterlassen.

Werkräume

Von den besichtigten elf Werkräumen waren bei dreien deutliche Beanstandungen vorzunehmen. Diese bezogen sich auf zu geringe Beleuchtung, unzureichend bestückte Erste-Hilfe-Kästen und nicht vorhandenen Hörschutz.

Chemieräume

Die besichtigten Chemieräume waren durchweg in einem guten Zustand. Deutliche Beanstandungen fanden sich nicht. Absaugvorrichtungen funktionierten, chemische Materialien wurden richtig gelagert und Erste-Hilfe-Möglichkeiten waren ebenfalls nicht zu beanstanden.

Physikräume

Ein durchweg positives Ergebnis ergab auch die Besichtigung der Physikräume. An acht Schulen mussten die Physikräume nicht beanstandet werden, an fünf weiteren waren lediglich geringe Beanstandungen festzustellen, ein Physikraum wies jedoch deutliche Mängel auf (Schäden am Mobiliar, Setzrisse, undichte Fenster, nicht funktionstüchtige Verdunklungsrollos).

Biologieräume

Beanstandungen gab es keine oder lediglich geringe bei dreizehn der vierzehn Schulen. Bei einer Schule war die zentrale Elektroanlage nicht funktionstüchtig, so dass es den Schülern nicht möglich war, z.B. zu mikroskopieren.

Musik- und Medienräume

Keine oder geringe Beanstandungen gab es lediglich in sechs Schulen. In den übrigen Schulen lagen geringe oder deutliche Mängel vor. Diese gründeten im wesentlichen darauf, dass Medienräume nicht zu verdunkeln gewesen sind oder dass Musikräume ohne Schallschutz ausgestattet waren. Darüber hinaus fanden sich in einigen Fällen bauliche Mängel wie z.B. Estrichbrüche und/oder Stolperfallen im Bodenbereich.

Küchen

In zehn Schulen wurden Lehrküchen besichtigt. Zwei Aspekte wurden hierbei besonders berücksichtigt:

1. Sauberkeit, Handwaschmöglichkeiten, Müllentsorgung, Raumbelüftung, Raumbelichtung und baulicher Zustand und
2. Lagerung der Lebensmittel.

Bei drei der besichtigten Lehrküchen wurden keine Beanstandungen gemacht. In fünf Lehrküchen wurden geringe Beanstandungen aufgezeigt, und lediglich bei einer Lehrküche waren deutliche Beanstandungen zu treffen. Diese Beanstandungen betrafen die Sauberkeit von Schränken und Böden sowie Feuchtigkeitsschäden, Schäden am Mobiliar und defekte elektrische Zuleitungen. Die Lebensmittel selbst waren vorschriftsmäßig gelagert.

Schulkiosk

An zwölf der vierzehn Schulen fand sich ein Kiosk. An fünf Schulen übernahm der Hausmeister allein den Verkauf, an einer Schule eine Zivilperson, an vier Schulen ausschließlich Schüler und an den restlichen Schulen sowohl Schüler mit Hausmeister zusammen. Lediglich an einer Schule wurden ausschließlich „gesunde“ Kioskwaren angeboten.

An den meisten Kiosken wurden gesunde und ungesunde Waren verkauft (achtmal) und an drei Schulen ausschließlich ungesunde Waren. Die Hygiene der Kioske selbst war in 50% der Fälle deutlich oder erheblich mit Mängeln behaftet. Keine Beanstandungen gab es in zwei der besichtigten Kiosken.

Das ausschließliche Angebot „gesunder“ Kioskwaren (belegte Brötchen, Milch, Kakao, Obst) aus einem hygienisch einwandfreien Kiosk heraus sollte eigentlich selbstverständlich sein. Kritisch zu hinterfragen ist, was mit dem Gewinn aus dem Kioskverkauf geschieht. Eine Reinvestition des Gewinnes in die Infrastruktur der Schule sollte angestrebt werden.

Auch wenn diese beiden Forderungen im Interesse des Gesundheitsamtes und der Schulen liegt, kollidierten sie häufig mit den Interessen eines großen Teils der Schüler oder aber teilweise auch der verkaufenden Hausmeister.

Verhindert werden sollte auf jeden Fall, dass Schüler das Schulgelände verlassen, um sich im nahe gelegenen Supermarkt, einer direkt am Schulgelände liegenden „Frittenbude“ oder in einem benachbarten Kiosk zu versorgen.

Mensa

An elf Schulen bestand die Möglichkeit für die Schüler, Mittagessen in einer Mensa einzunehmen. Hierbei wurden in einer Mensa deutliche Mängel sichtbar. Ansonsten befanden sich die Mensen in einem hygienisch einwandfreien Zustand. Die deutlichen Beanstandungen bezogen sich auf die allgemeine Sauberkeit, fehlerhafte Lagerung der Lebensmittel und Verstöße gegen die Arbeitsstättenverordnung. Im Rahmen einer Nachbesichtigung konnte durch das Gesundheitsamt festgestellt werden, dass diese Mängel zwischenzeitlich behoben wurden.

Computerarbeitsplätze

An allen Schulen fanden sich Schüler- und Lehrerarbeitsplätze, die mit einem Computer ausgestattet sind. Das Lernen am und mit dem Computer ist an fast allen Schulen integraler Bestandteil des Unterrichtes. An Computerarbeitsplätze sind bestimmte Anforderungen zu stellen, um zu verhindern, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen entstehen können. Hierzu gehört die ergonomische Ausstattung des Computerarbeitsplatzes, was bedeutet, dass Stuhl- und Tischhöhe an die jeweilige Körpergröße der Schüler anzupassen sind. Darüber hinaus sind Computerarbeitsplätze parallel zur Fensterfront auszurichten und sollten nicht direkt unter Lichtbändern angeordnet sein, um Blend- und Spiegelartefakte zu verhindern. Eine ausreichend hohe Luxzahl (500 Lux) ist genauso zu fordern wie verdunkelbare Fensterfronten.

Entsprechend eingerichtete Computerarbeitsplätze finden sich nur an vier Schulen. Eine Umrüstung der Computerarbeitsplätze entsprechend der vorgenannten Punkte sollte jedoch kurz- bis mittelfristig erfolgen.

Sicherheit

Im Rahmen der Besichtigung wurde auch die allgemeine Sicherheit beachtet. Insbesondere wurden die Fluchtwege und Rettungspläne, die Zugängigkeit der Notausgänge, der Zustand der Feuerlöscher, die Lagerung von Gefahrstoffen, die Brandlast und unfallgefährdende Stellen innerhalb- und außerhalb des Schulgeländes beachtet.

Die Ergebnisse hinsichtlich dieser Punkte war überwiegend sehr erfreulich. Keine oder geringe Sicherheitsmängel wurden in zwölf Schulen konstatiert. In einer Schule bestanden deutliche Sicherheitsmängel, in einer weiteren Schule erhebliche Sicherheitsmängel. Diese Sicherheitsmängel bestanden vor allem Dingen deshalb, weil Notausgänge versperrt waren, Umbaumaßnahmen an Schulen vorgenommen worden waren, der Fluchtwegeplan diesen Änderungen aber nicht mehr angepasst wurde, so dass ausgezeichnete Fluchtwege überhaupt nicht mehr benutzbar waren oder aber auch weil Fluchtwege vor einer verschlossenen, nicht zu öffnenden Tür endeten. In Einzelfällen war der Öffnungsmechanismus der Fluchtwege so schwergängig, dass Schüler mit dem Öffnen dieser Notausgänge Probleme hatten.

In fast allen Schulen fand sich eine zu hohe Brandlast. Es scheint ein Phänomen zu sein, das Schulen auch noch so alte und kaputte Lehrmaterialien, Holzische und Stühle horten und sammeln, anstatt sich hiervon nach der Ausmusterung direkt zu trennen. Derartige Räume, die teilweise nur als „Rumpelkammern“ bezeichnet werden konnten, stellen neben einem Sicherheitsproblem auch ein hygienisches Problem dar, da eine sorgfältige Reinigung nicht durchführbar ist und sich so Ungeziefer leicht ausbreiten kann.

Im Anschluss an die jeweiligen Schulbesichtigungen wurde ein Besichtigungsprotokoll erstellt, welches dem Schulleiter und dem Schulträger übermittelt wurde.

Nachfragen ergaben, dass die wesentlichen zu beanstandenden Punkte zeitnah verbessert wurden oder dass dann, wenn dieses mit hohen Kosten verbunden waren, sie in der Haushaltplanung für das nächste Jahr diese Punkte mit aufgriffen wurden.

Die Schule hat die Aufgabe, Lerninhalte an die Schüler zu vermitteln. Lerninhalte befinden sich jedoch nicht nur in Büchern und im Internet, sondern es findet auch eine Vermittlung von Einstellungen und Grundwerten statt. Der Bürger kann erwarten, dass letztlich der Staat (in Form von Schulministerium, Schulämtern, Schulträgern, Schulleitern und Lehrern) Rahmenbedingungen schafft, die es den Lehrern und Schülern erleichtern, ihre Aufgaben zu erfüllen.

Dazu gehören selbstverständlich engagierte und gut ausgebildete Pädagogen, darüber hinaus aber auch engagiertes Personal, welches im Hintergrund arbeitet und den Betrieb „Schule“ am Laufen hält (z.B. Hausmeister, Reinigungskräfte).

Dazu gehört jedoch auch eine freundliche und lernfördernde Atmosphäre:

- ausreichend helle, gut belüftbare und saubere Klassenräume,
- ein hygienisch einwandfreier Zustand der sanitären Anlagen für Lehrer und Schüler
- funktionierende Elektrik und
- ein den individuellen Ansprüche der Schüler und Lehrer angepasstes (Computer-) Mobiliar

Versteht sich die moderne Schule darüber hinaus auch als ein „Gesundheitsraum“ – dass vor dem Hintergrund, dass Eltern zumindest erwarten können, dass der Schulbesuch ihrer Kinder nicht mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko behaftet ist – muss es genauso selbstverständlich werden, dass Sicherheitskriterien erfüllt werden, dass ausschließlich gesunde Nahrungsmittel innerhalb der Schule verkauft werden und dass der Konsum von Drogen- und Suchtmitteln (Alkohol, Nikotin, illegale Drogen) nicht toleriert wird. In dieser Hinsicht sind die Änderungen des Schulgesetzes in Nordrhein Westfalen zu begrüßen, die generell den Konsum von Suchtmitteln an Schulen Lehrern, Eltern und Schülern untersagt, solange die Schulkonferenz keine Ausnahmen beschließt.

Als Ansprechpartner stehen Ihnen zur Verfügung:

Herr Dr. Freund, Tel. 02452/13 53 44
Frau Beumers, Tel. 02452/13 53 43

2.8 Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kreis Heinsberg

Die psychologische und psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie die Unterstützung ihrer Eltern basiert im Kreis Heinsberg im wesentlichen auf drei Säulen:

Am längsten tätig sind die drei Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche/junge Erwachsene in Erkelenz, Geilenkirchen und Heinsberg in der Trägerschaft von Wohlfahrtsverbänden.

In den letzten zehn Jahren haben sich außerdem neun Praxen mit nicht ärztlichen Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen etabliert.

Was immer fehlte und bereits im Gesundheitsbericht 2000 angemahnt wurde, war ein/e Psychiater/in für den kinder- und jugendlichen Bereich innerhalb des Kreises. Diese regionale Lücke wurde durch die Eröffnung der Institutsambulanz der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik Viersen in Erkelenz Ende 2002 geschlossen.

Die geleistete Arbeit dieser Institutionen soll hier dargestellt werden. Die Daten stammen dabei aus folgenden Quellen: Für die Beratungsstellen wurden die Jahresberichte 2004 ausgewertet. Die niedergelassenen PsychotherapeutInnen wurden mittels eines zugeschnittene Fragebogens erfasst. Dabei wurde nach Krankheitsbildern, Therapieformen, Anzahl der behandelten PatientInnen pro Jahr, Einzugsgebiet, Kooperation mit anderen Institutionen/Personen, der therapeutischen Ausrichtung sowie nach beobachteten Versorgungsdefiziten gefragt. Der Rücklauf betrug 100 %. Der Bericht der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz entstammt den Jahresstatistiken, wurde aber seitens der AmbulanzmitarbeiterInnen für diesen Gesundheitsbericht überarbeitet.

Beratungsstellen für Eltern, Kinder, Jugendliche/junge Erwachsene

(Nicht alle Jahresberichte weisen die gleichen Merkmale auf, so dass nicht alle Aussagen für jede der drei Beratungsstellen gemacht werden können.)

In den Beratungsstellen wurden im Jahr 2004 1854 Ratsuchende betreut. In mehr als der Hälfte der Fälle handelte es sich um Neuzugänge. Die Wartezeiten wurden folgendermaßen beschrieben: Zwei Beratungsstellen vermögen es, 75 % bzw. 90 % der Ratsuchenden innerhalb eines Monats einen Termin anzubieten, die 3. Beratungsstelle versorgt 72 % der Anfragenden innerhalb von 8 Wochen. In Notfällen erfolgt immer eine unmittelbare Versorgung.

Bei der Geschlechtsverteilung sind mehr Jungen als Mädchen betroffen mit Ausnahme der Altersgruppe zwischen 15 und 21 Jahren

Die Altersverteilung reicht vom Kleinkindesalter bis zum 27. Lebensjahr. Ein Maximum liegt bei allen Beratungsstellen zwischen dem 6. bzw. 9. und 15. Lebensjahr. Der größte Teil der betreuten Kinder besucht die Grundschule, gefolgt von Kindergartenkindern und Jugendlichen aus weiterführenden Schulen.

Bei den Wohnorten lässt sich deutlich erkennen, dass Personen aus dem Ort der Beratungsstelle selbst (also Heinsberg, Geilenkirchen und Erkelenz) und solche aus den Nachbarstädten bzw. Gemeinden besonders häufig vertreten sind. Letztendlich werden aber alle Gebiete des Kreises erfasst.

In den Beratungsstellen arbeiten – neben VerwaltungsmitarbeiterInnen – zwischen 4 und 7 Personen mit unterschiedlichen Stellenanteilen. Die größte Berufsgruppe stellen die Diplom-SozialpädagogInnen dar; daneben arbeiten Diplom-SozialarbeiterInnen, Diplom-HeilpädagogInnen und geleitet werden alle Beratungsstellen durch Diplom-Psychologen. Allen Beratungsstellen steht darüber hinaus ein/e Kinderarzt/Ärztin bzw. bei einer Beratungsstelle ein Psychiater für besondere Fragestellungen zur Verfügung.

Behandelt wird die gesamte Breite kindlicher bzw. jugendlicher Probleme und Störungsbilder. Ebenso vielfältig ist das Angebot an beratenden und therapeutischen Maßnahmen.

Darüber hinaus muss erwähnt werden, dass die Erziehungsberatungsstellen auch die Aufgabe der schulpsychologischen Beratung im Kreis wahrnehmen. Die Beratungsstellen sind über Kooperationen und Gremienarbeit vielfältig mit der Jugendhilfe vernetzt.

Die Beratung ist für die ratsuchenden Personen kostenlos. Sie ist unabhängig von Konfession und Weltanschauung. Die Beratungsstellen werden über ihre Träger (AWO, Kreisverband Heinsberg e. V., Diakonisches Werk, Caritasverband für die Region Heinsberg e. V. und den Kreis Heinsberg) und zum Teil vom Land NRW finanziert.

Niedergelassene kinder- und jugendlichen PsychotherapeutInnen

Derzeit gibt es im Kreis Heinsberg 10 niedergelassene kinder- und jugendlichen PsychotherapeutInnen. Von der Ausbildung her handelt es sich dabei sowohl um PsychologInnen als auch SozialpädagogInnen sowie einen Kinderarzt. Eine Therapeutin arbeitet derzeit nicht mit Kindern und Jugendlichen, ein Therapeut versorgt auch Erwachsene.

In den Praxen werden jährlich knapp 1000 junge PatientInnen versorgt. Die Zahlen der einzelnen Praxen schwanken aber erheblich zwischen 30 und 300 PatientInnen pro Jahr, je nach therapeutischer bzw. diagnostischer Ausrichtung.

In nahezu allen Praxen wird das gesamte Spektrum kindlicher- und jugendlicher psychischer Störungen behandelt. In einzelnen Praxen gibt es Schwerpunkte wie z. B. ADHS, andere Praxen wiederum schließen bestimmte Krankheitsbilder wie etwa Suchterkrankungen aus. Die überwiegende Zahl der TherapeutInnen ist analytisch tiefenpsychologisch orientiert, drei bieten Verhaltenstherapie an.

Behandelt werden alle Altersgruppen von Säuglingen bzw. deren Eltern bis zu jungen Erwachsenen von 21 Jahren.

Die regionale Verteilung sieht folgendermaßen aus: drei Praxen befinden sich in Erkelenz, zwei in Wegberg, zwei in Heinsberg, zwei in Geilenkirchen und eine in Übach-Palenberg. Wie bei den Beratungsstellen ist auch hier zu beobachten, dass die PatientInnen vermehrt aus dem näheren Umfeld der Praxis stammen. Letztendlich werden aber auch hier beim Einzugsgebiet alle Städte und Gemeinden des Kreises, wenn auch in unterschiedlicher Häufigkeit, genannt. Bei den Praxen wird ersichtlich, dass auch PatientInnen aus umliegenden Kreisen TherapeutInnen hier aufsuchen. Dementsprechend ist zu vermuten, dass ebenso BürgerInnen aus dem Kreis Heinsberg therapeutische Hilfe in den benachbarten Städten und Kreisen suchen.

Gefragt worden waren die niedergelassenen TherapeutInnen auch nach festen Kooperationen: Diese bestehen hauptsächlich Einzelfall bezogen. An Netzwerken, Arbeitskreisen und Qualitätszirkeln wird nur ausnahmsweise teilgenommen.

Die letzte Frage des Fragebogens zielte auf wahrgenommene Versorgungsdefizite ab. Dabei wurden zwei Missstände immer wieder erwähnt: vier TherapeutInnen bemängelten, dass es im Kreis kein/e niedergelassene/n Kinder- und JugendlichenpsychiaterInnen gibt. Fünf Praxen waren der Ansicht, dass es auch zu wenig niedergelassene TherapeutInnen gibt und dadurch die Wartezeiten für viele Anfragende zu lang (oft Monate) sind.

Die Finanzierung der Therapien erfolgt üblicherweise über die Krankenkassen.

Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz der Rheinischen Kliniken Viersen

Im Dezember 2002 eröffneten die Rheinischen Kliniken Viersen als Zweigstelle eine kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz in den Räumen des Gesundheitsamtes Erkelenz. Zuvor gab es keine regionale Versorgung in diesem Fachgebiet. Die Auslastung der Ambulanz lag schon nach wenigen Monaten an der Kapazitätsgrenze und ist seit Mitte 2003 konstant.

In der Ambulanz Erkelenz werden ca. 350-400 Kinder und Jugendliche pro Jahr zur Diagnostik / Behandlung gesehen. Im Durchschnitt kommen diese zu 4-5 Terminen.

Die Wartezeit für einen Behandlungsplatz beträgt 2-3 Monate, für begrenzte diagnostische Anfragen können meist innerhalb weniger Wochen Termine angeboten werden.

Das multiprofessionelle Team besteht aus einer Diplom-Psychologin, einer Diplom-Pädagogin und einer Ärztin unter der Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Die TherapeutInnen der Ambulanz sind in regionalen Facharbeitskreisen (z. B. Essstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen) eingebunden.

Das Angebot umfasst Diagnostik, Beratung und Therapie bei kinder- und jugendpsychiatrischen Fragestellungen. Psychotherapeutisch werden, je nach Behandlungsbedarf, Einzel-, Familien- und Gruppentherapie in sehr variabler Frequenz angeboten. Behandelt werden Kinder und Jugendliche ab ca. 5 Jahren bis zum 18. Lebensjahr. Die Altersgruppen von 6-10 Jahren (37%) und von 11-14 Jahren (39,5%) sind am stärksten vertreten. Die 15-17 jährigen Patient/innen (17,9%) stellen die drittgrößte Gruppe.

Die häufigsten Diagnosegruppen sind Reaktionen auf schwere Belastungs- u. Anpassungsstörungen, psychische Erkrankungen in Zusammenhang mit einer Aufmerksamkeitsstörung oder umschriebenen Entwicklungsstörungen, schwere Störungen des Sozialverhaltens und / oder der Emotionen, Essstörungen, Angststörungen, depressive Episoden, Einlässen oder Einkoten. Ein spezifisches Angebot für Jugendliche mit einer vorrangigen Suchtproblematik besteht in Viersen mit der Möglichkeit des stationären qualifizierten Entzuges und der medizinischen Rehabilitation.

Die gemeindebezogene Verteilung der Inanspruchnahme (in Korrelation zur Einwohnerzahl) zeigt die Relevanz der ortsnahen Versorgung / Verkehrsanbindung. Die Inanspruchnahme ist in den Gemeinden im näheren Umkreis von oder mit einer guten Verkehrsanbindung an Erkelenz höher. In abnehmender Häufigkeit der Inanspruchnahme kamen die Patient/Innen aus Wassenberg, Erkelenz, Wegberg, Hückelhoven, Waldfeucht, Heinsberg, Gangelt, Geilenkirchen, Selfkant, Übach-Palenberg.

Die Kosten der Behandlung werden üblicherweise von den Krankenkassen übernommen.

Ausblick: Der Bau einer Tagesklinik in Heinsberg verbunden mit vor- und nachstationären Behandlungsangeboten ist geplant.

Vorschläge für zukünftige Maßnahmen:

1. Ausbau der Angebote von niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und -psychologen
2. Ausbau der Vernetzung unter Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte
3. Erhöhung der Kapazität der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz als psychiatrische Regelversorgung im Kreis Heinsberg

Als Ansprechpartner stehen Ihnen zur Verfügung:

Frau Dr. Groschopp, Tel. 02452/13 53 63
Tel. 02431/9771812
Frau Arns, Tel. 02452/13 53 14
Tel. 02431/9771815

3. Sucht

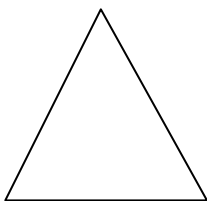
3.1 Suchtprävention

Zu den Suchtursachen

Die Motive Suchtmittel zu konsumieren sind so vielfältig wie die Menschen selbst. Auch gibt es nicht die eine typische Suchtursache. Ursachen für die Erstehung von süchtigem Verhalten sind aber in einem Bedingungsgefüge zu finden, das sich in drei miteinander zusammenhängende Bereiche gliedern lässt:

- a) das **Suchtmittel** mit seiner spezifischen Wirkung und Verfügbarkeit
- b) die **Person** mit ihren psychophysischen Fähigkeiten und Bedingungen
- c) die **gesellschaftlichen Bedingungen/Umwelt**

Suchtmittel



Person

Umwelt

Mögliche Suchtursachen lassen sich also in diesen Bereichen finden, müssen aber nicht grundsätzlich zur Sucht führen. Sie bilden vielmehr ein Bedingungsgefüge und können sich gegenseitig auf vielfältige Weisen verstärken bzw. schwächen.

Kriterien sinnvoller Suchtprävention

Analog zum Suchtursachenmodell lässt sich das Modell zur Suchtprävention ableiten. Da wir wissen, welche Faktoren eine Suchtentwicklung beeinflussen können, liegt der Umkehrschluss nahe, dass wir in der Suchtprävention ursachenorientiert diese Faktoren beachten und ihren Einfluss verringern bzw. verändern müssen.

Zwei im Auftrag der BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) durchgeführte umfangreiche Recherchen der Präventionsliteratur (IFT - Expertisen) haben herausgearbeitet, dass Prävention wirksam ist, wenn bei der Planung und Durchführung wichtige Grundhaltungen beachtet werden.

Suchtprävention...

- versucht den Einstieg in den Suchtmittelkonsum bei Kindern und Jugendlichen zu verhindern, zumindest aber das Einstiegsalter so weit wie möglich nach hinten zu verschieben.
- verfolgt das generelle Ziel, alle Kinder und Jugendliche in ihrem Weg zu einem unabhängigen, nichtsuchtigen Leben zu unterstützen.
- berücksichtigt nicht nur den Drogenkonsum, sondern den Missbrauch von Suchtmitteln allgemein.

- darf nicht als Programm für punktuelle oder permanente Krisenintervention angesehen werden, sondern muss das Ziel der psychosozialen Stabilisierung aller Kinder und Jugendlichen im Sinn haben.
- ist als ganzheitlicher und lebenslang angelegter Prozess zu sehen, eingebettet in die Gesamtheitsbemühungen für ein gesundes und sinnvolles Leben in der Gesellschaft, in der das Individuum sich wohl fühlt.
- ist wirksam, wenn sie kontinuierlich angelegt und in ein Gesamtkonzept eingebettet ist.
- ist immer ein lebendiger Prozess, nie statisch oder punktuell.
- kann nie zu früh beginnen, denn süchtige Verhaltensweisen können bereits im Kindergarten einsetzen, z.B. in Bezug auf Süßigkeiten, Essen, Fernsehen.
- sollte nicht mit der Methode Abschreckung arbeiten. Abschreckungsaufklärung ignoriert die Ursachen von Sucht, ist zu unspezifisch bezüglich der tatsächlich einstiegsgefährdenden Situationen und hat viel zu schädliche Nebenwirkungen.
- achtet verstärkt darauf, welche Funktion Suchtmittel für Kinder und Jugendliche haben (Sicherheitsbedürfnis, Neugier, Abenteuerlust, Abgrenzung, Dazugehörigkeitsgefühl, Flucht, Ablenkung...). Aus der Erkenntnis, welchen funktionellen Charakter Suchtmittel einnehmen können, lassen sich Konsequenzen für das pädagogische Handeln ziehen.
- muss suchtspezifische Inhalte (inhaltliche Beschäftigung mit dem funktionellen Charakter von Suchtmitteln), suchtspezifische Inhalte (Förderung von Schutzfaktoren und sozialen Kompetenzen, wie z.B. Genussfähigkeit, Frustrationstoleranz, Konfliktfähigkeit,...) sowie strukturelle Veränderungen berücksichtigen.
- Die Prophylaxefachkräfte stellen ein spezifisches und stets aktualisiertes Wissen über Drogen, ihre Hintergründe und die Entstehungsbedingungen von Missbrauchsverhalten und Sucht sowie deren Folgen zur Verfügung. Sie halten es für Multiplikatoren und Jugendliche bereit, setzen es je nach Situation oder auf Anfrage gezielt ein und tragen damit zur Aufklärung über die Funktion von Suchtmitteln als einer möglichen Form der Manipulation des Erlebens bei.
- Die Prophylaxefachkräfte fungieren als "Schaltstelle" für die Vermittlung Ratsuchender und zwar einerseits innerhalb der jeweiligen Einrichtung, andererseits aber auch zu anderen Stellen im psychosozialen Bereich.
- In Kooperation mit anderen in der Suchtvorbeugung tätigen Institutionen initiieren die Prophylaxefachkräfte präventive Maßnahmen auf regionaler Ebene, koordinieren und unterstützen sie oder führen sie selbst durch. Die in solchen Projekten gewonnenen Erfahrungen werden regelmäßig im "Arbeitskreis Prophylaxe" oder vergleichbaren Arbeitsgruppen ausgewertet, in die Entwicklung von praxisorientierten Konzepten überführt und über die Koordinationsstelle des Landes NRW interessierten Personen und Institutionen zur Verfügung gestellt.
- Neben der Zusammenarbeit mit der Fachöffentlichkeit besteht eine wesentliche Aufgabe der Prophylaxefachkräfte darin, die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für suchtfördernde Bedingungen, Strukturen und Mechanismen zu fördern. Dazu zählt auch eine konsequente Informations-, Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit bei politischen Entscheidungsträgern.

Für die Arbeit im Bereich der Suchtprophylaxe im Kreis Heinsberg sind diese Grundlagen leitend.

Die Aufgabenfelder der Suchtprävention

Das Land Nordrhein-Westfalen hat seit den 80er Jahren eine Organisationsstruktur für die Suchtprophylaxe entwickelt. Ihre Aufgaben und Ziele wurden in dem jeweiligen Landesprogramm gegen Sucht NRW von 1980 und 1989 beschrieben und bis heute ausgebaut.

Demnach sind die Prophylaxefachkräfte vorrangig für die Entwicklung und Durchführung suchtvorbeugender Maßnahmen im kommunalen Bereich zuständig. Die speziellen Aufgaben lassen sich in folgenden Schwerpunkten zusammenfassen:

Die Kooperation mit Einrichtungen der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe bildet eine Voraussetzung für den Erfolg der Sucht vorbeugenden Arbeit in den einzelnen Praxisfeldern. Die Arbeit der Prophylaxefachkräfte konzentriert sich in erster Linie auf die wichtigsten erzieherischen Bereiche wie Kindergarten, Schule und Jugendarbeit. Darüber hinaus werden von den Fachkräften aber auch Projekte im Öffentlichkeitsbereich sowie zu verschiedenen Schwerpunkten im Sekundärpräventionsbereich (z.B. in der Partyszene) durchgeführt (s.u.). Angebunden sind die Prophylaxefachkräfte in NRW bei den Sucht- und Drogenberatungsstellen der freien Verbände (Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Diakonie und DPWV) sowie bei Gesundheits- oder Jugendämtern. Seitens des Ministeriums erhalten die einzelnen Stellen eine Förderung in Höhe von 17.900 Euro pro Fachkraft.

Das Ziel des Landesdrogenprogramms, in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens mindestens eine Prophylaxefachkraft einzusetzen und damit ein flächendeckendes Präventionsnetz zu schaffen, ist heute nahezu erreicht. Seit 1992 wird im Kreis Heinsberg Prophylaxearbeit mit einem 100 % Beschäftigungsumfang geleistet. Diese Stelle ist im Kreisgesundheitsamt angesiedelt und im Rahmen der Beratungsstelle des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Suchtberatungsstelle zugehörig. Nach personellen und thematischen Umstrukturierungen ist nun seit Oktober 2001 Frau Yvonne Michel (Diplom-Sozialpädagogin) mit den Aufgaben der Suchtprophylaxefachkraft beauftragt.

Aufgabenbereiche der Suchtprophylaxe im Kreis Heinsberg für die Zielgruppe der 12-20jährigen und deren Bezugspersonen/ Multiplikatoren mit dem Schwerpunkt Nikotin- und Cannabisprävention

Suchtprävention an weiterführenden Schulen

Die Angebote hier richten sich an LehrerInnen, SchülerInnen sowie an Eltern:

Zielgruppe LehrerInnen:

- Planung und Durchführung von Fortbildungen (z.B. zum Lebenskompetenzmodell ALF = Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten, zum Konzept MOVE – motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen oder zum Projekt Leben ohne Qualm - LOQ)
- Einzel- oder Teamberatung und Krisenintervention
- Bereitstellung von Informationsmaterialien und Methoden zu den Themen Sucht und Suchtvorbeugung (Infothek des Gesundheitsamtes Heinsberg; regelmäßige Versendung eines Newsletters)
- Koordination und Betreuung des Wettbewerbes „Be smart – don't start“ zur Nikotinprävention in Kooperation mit der AOK Rheinland – Regionaldirektion Heinsberg
- Erarbeitung und Weiterentwicklung der Methodenmappen „Sucht hat immer eine Geschichte“ und „Nikotinprävention“ im Rahmen des Wettbewerbes „Be smart – don't start“
- Zusammenarbeit im Rahmen schulinterner Projektarbeit (z.B. Konzeptentwicklung von Aktionstagen zur Nikotinprävention mit dem Gymnasium Hückelhoven; Begleitung bei der Entwicklung von Schulvereinbarungen, z.B. bei Fragen rund um Nikotin oder Cannabis)

- Durchführung von Informationsveranstaltungen und Erfahrungsaustausch für BeratungslehrerInnen für Gesundheitserziehung und Suchtprophylaxe in Kooperation mit dem Schulamt (2 x jährlich)
- Teilnahme am Arbeitskreis OPUS – Netzwerk gesunde Schule

Zielgruppe SchülerInnen:

- Projektarbeit mit SchülerInnen
- Klassenbesuche mit Kurzvorträgen und Diskussionen zum Thema
- Einzelberatung für SchülerInnen
- Bereitstellung von spezifischen Materialien

Zielgruppe Eltern:

- Durchführung von Elternabenden
- Einzelberatung für Eltern und andere Familienangehörige
- Bereitstellung von spezifischem Informationsmaterial für Eltern

Beispiel:

Seit 2003 findet am Gymnasium Hückelhoven der Aktionstag „Nikotinprävention“ für die gesamte Jahrgangsstufe 7 statt. Im Rahmen dieses Projekttages an einem außerschulischen Ort (ev. Jugendheim), in einer anschließenden Präsentation in der Schule (Foyer d. Aula) und mit den Eltern an einem abschließenden Elternabend wird das Thema Nikotin intensiv und kreativ behandelt:

Der Projekttag beinhaltet den Einstieg in einem Plenum mit der Präsentation von Statements (z.B. Ich rauche gerne/ Jeder Mensch kann lernen, mit Nikotin kontrolliert umzugehen/ Eltern und Lehrer sind Vorbilder, die möglichst rauchfrei leben sollten/ Zigaretten schmecken nicht und stinken), die zur individuellen Auseinandersetzung mit der Thematik Nikotinsucht auffordern.

Anschließend wird im Klassenverband gefrühstückt, mit Riech- und Schmecktests zur Problematik von eingeschränkten Sinnesleistungen bei RaucherInnen in diesem Bereich übergeleitet und die spontane Bewertung der Statements unter der Leitung von so genannten Peers (ältere, speziell ausgebildete SchülerInnen) diskutiert. Daran schließen sich kreative Workshops an, in denen sich die SchülerInnen in klassenübergreifenden, selbst gewählten Projektgruppen theoretisch und praktisch mit der Thematik beschäftigen. Die Ergebnisse der Workshops werden anschließend zunächst schülerintern im Plenum und an einem der folgenden Tage bei einem Elternabend vorgestellt und diskutiert. Bei der Leitung der Workshops und in den Diskussionen nehmen die Peers eine besonders wichtige Rolle ein, da wir davon ausgehen, dass diese den 7. Klässlern nicht nur im Alter, sondern auch in den Gedanken und Verhaltensweisen näher stehen.

Peers erleichtern offene Gespräche zu Themen wie Konsum von Suchtmitteln (legal und illegal), Missbrauch und Sucht, fördern die Akzeptanz von präventiv wirksamen Botschaften und Handlungsmustern, verbessern den Zugang zu gefährdeten Jugendlichen, arbeiten näher an den aktuellen Lebenswelten Jugendlicher und wirken für Gleichaltrige glaubwürdiger. Die als Peer ausgebildete und tätige Person tritt mittels pädagogischer Methoden an die Gruppe heran (Spiele, Diskussion...), die im Rahmen einer 1 ½ - tägigen Fortbildung von Lehrkräften des Gymnasiums und der Suchtprophylaxefachkraft des Kreisgesundheitsamtes vermittelt werden.

Suchtprävention in Jugendfreizeiteinrichtungen

Diese Angebote richten sich an hauptberufliche und ehrenamtliche MitarbeiterInnen sowie an die BesucherInnen.

Zielgruppe MitarbeiterInnen

- Planung und Durchführung von Fortbildungen für MitarbeiterInnen (z.B. 2 x jährlich MOVE, Inhouse-Fortbildungen...)
- Beratung und Krisenintervention
- Bereitstellung von Informationsmaterialien und Methoden zu den Themen Sucht und Suchtvorbeugung (Infothek des Gesundheitsamtes Heinsberg)
- Zusammenarbeit im Rahmen von Projekten

Zielgruppe BesucherInnen

- Gruppenbesuche mit Kurzvorträgen
- Projektarbeit: z.B. Einsatz der Rauschbrillen, Mixen von alkoholfreien Cocktails etc.
- Entwicklung von Regelwerken zum Konsumverhalten in der Einrichtung (z.B. rauchfreies Jugendzentrum)

Beispiele:

Seit 2002 wird Multiplikatoren aus dem Bereich der Jugendhilfe und Jugendarbeit die Fortbildung „Move – motivierende Kurzintervention bei drogenkonsumierenden Jugendlichen“ angeboten. Diese dreitägige Fortbildungsmaßnahme stößt auf reges Interesse bei den MitarbeiterInnen z.B. der Schulsozialarbeit, der offenen Jugendarbeit, dem Jugendamt etc. Bisher war die Fortbildung dreimal mit je 16 Personen ausgebucht.

Das Konzept Move geht davon aus, dass jede Veränderung, also auch im Bereich des Konsumverhaltens, nicht etwa von heute auf morgen passiert, sondern ein Prozess ist, der in aufeinander folgenden Phasen verläuft. Ein zentrales Stichwort in der Beratung von konsumierenden Jugendlichen ist die Motivation. Diese gilt es im respektvollen, einfühlsamen Gespräch mit den Jugendlichen entsprechend seiner Phase zu entwickeln und voranzutreiben.

Für jede Phase gibt es brauchbare Handlungsstrategien und Gesprächstechniken, die in der Fortbildung theoretisch vermittelt und in praktischen Übungen und Rollenspielen von den TeilnehmerInnen ausprobiert werden. Daneben werden auch rechtliche Fragen, weiteres Hintergrundwissen zu Drogenkonsum und Suchtmitteln sowie Weitervermittlungsmöglichkeiten im Kreis Heinsberg thematisiert.

Das Fortbildungsangebot wird Anfang 2006 auch auf den Bereich der Schulen ausgeweitet.

Im Rahmen einer Projektreihe im Jugendzentrum „rainbow“ – Hückelhoven mit der Suchtprophylaxefachkraft stellten die Jugendlichen fest, dass Sucht nicht erst bei dem Konsum von illegalen Drogen beginnt, sondern bei den alltäglichen Konsumgütern wie Zigaretten, Alkohol, Handy etc. Von den Jugendlichen selbst kam die Idee, die Räume des Jugendzentrums rauchfrei zu gestalten. Auch nach einer 4-wöchigen Erprobungsphase sprach sich die Mehrheit der BesucherInnen für die Beibehaltung der qualmfreien Zone aus und freute sich über die bessere Luft, ihr Vorbildverhalten gegenüber anwesenden Kindern und die Reduktion ihres Zigarettenkonsums aufgrund der erschwerten Bedingungen für das Rauchen.

Im Jugendtreff „chill out“ in Baal ging es bei einem Besuch der Prophylaxefachkraft um das Thema „Rausch und Realität“. Rauscherfahrungen der Jugendlichen durch Alkohol und Cannabis wurden u.a. mit Hilfe der Rauschbrillen thematisiert. Es folgte eine Information über die genannten Substanzen sowie die Entwicklung von Alternativen zum Konsum.



Rauschbrillen simulieren eindrucksvoll einen Rauschzustand, wie er durch Alkohol oder andere das Gehirn beeinflussende Drogen hervorgerufen wird. U.a. werden das Sehen und die Koordination stark beeinträchtigt.

Suchtprävention an berufsbildenden Schulen, im Lehrbetrieb und in berufsbegleitenden Einrichtungen

Die Angebote aus diesem Bereich wenden sich zum einen an Multiplikatoren und zum anderen an SchülerInnen und Auszubildende.

Zielgruppe Multiplikatoren:

- Planung, Durchführung oder begleitende Beratung von/ bei Fortbildungen (z.B. Schulinterne LehrerInnenfortbildung des Berufskollegs Ernährung, Sozialwesen, Technik des Kreises Heinsberg)
- Beratung und Krisenintervention
- Bereitstellung von Informationsmaterialien und Methoden zu den Themen Sucht und Suchtvorbeugung (Infothek des Gesundheitsamtes Heinsberg)
- Zusammenarbeit im Rahmen schulinterner Projektarbeit (z.B. Begleitung bei der Entwicklung von Schulvereinbarungen)

Zielgruppe SchülerInnen/Auszubildende:

- Projektarbeit
- Klassen-/ Gruppenbesuche mit Kurzvorträgen und Diskussionen zum Thema

Beispiel:

In Kooperation mit dem Berufskolleg für Ernährung, Soziales und Technik des Kreises Heinsberg, dem Schulamt des Kreises Heinsberg, der AOK Rheinland – Regionaldirektion Heinsberg und dem Kreisgesundheitsamt Heinsberg entstand 2002 die Idee, angehende ErzieherInnen des Berufskollegs Ernährung, Sozialwesen, Technik des Kreises Heinsberg (1. Ausbildungsjahr) und KlassenlehrerInnen der Grundschulen für ein Projekt im Rahmen der Nikotinprävention zusammenzuführen und durch entsprechende Schulungen zu einem Tandem-Team auszubilden.

Unter der Hauptverantwortung der jeweiligen KlassenlehrerIn und der begleitenden ErzieherInnen findet seitdem kurz vor den Sommerferien eine Projektwoche zur Nikotinprävention in interessierten Grundschulen im Kreis Heinsberg statt. Teil des Konzeptes ist zusätzlich das Angebot von Elternabenden, welches auch von den meisten Schulen genutzt wird, die Ausgabe einer Methodenmappe für die angehenden ErzieherInnen und KlassenlehrerInnen, welche von der Suchtprophylaxefachkraft erarbeitet wird sowie eine ausführliche Pressearbeit. Das Konzept und das besondere Engagement der angehenden ErzieherInnen wurden im Rahmen des „Vital Gesundheitspreises 2003“ der Kath. Stiftung Marienhospital/Eurogress Aachen mit 150,- Euro honoriert. Das Projekt fand 2005 zum dritten Mal in Folge statt. Ab 2006 werden sich in Zusammenarbeit mit dem Schulamt des Kreises Aachen und der Fachstelle für Suchtvorbeugung im Kreis Aachen auch Grundschulen aus angrenzenden Regionen des Kreises Aachen beteiligen.

Suchtprävention in Kirche, Verein und Politik

Dieses Angebot richtet sich an interessierte Gruppierungen, die engagierte Jugendarbeit leisten und sich mit Fragen rund um die Themen Sucht, Konsumverhalten im Verein, Vorbildverhalten etc. auseinandersetzen möchten.

Beispiel:

In der Kooperation mit der Kreispolizeibehörde Heinsberg – Kommissariat Vorbeugung und der AOK Rheinland – Regionaldirektion Heinsberg wurde 2003 ein Fortbildungskonzept mit verschiedenen Bausteinen (Begriffsbestimmung, Alltags-süchte, Wirkung von Drogen, Stoffkunde, euregionale Jugendbefragung 2001, Suchtentstehung, Möglichkeiten der Suchtprävention...) erarbeitet und nun verschiedenen Gremien aus Politik, Kirche und Verein angeboten. Eine Seminarreihe benötigt für gewöhnlich 2-3 Abendtermine.

Maßnahmen zur Sekundärprävention

Diese Angebote richten sich an konsumerfahrene Jugendliche. Ziel kann sein, Drogen so risikoarm wie möglich zu konsumieren sowie den Konsum evtl. zu reduzieren.

Beispiele:

Leitung von 3-4 Drogenseminaren pro Jahr (jeweils 4 Abendtermine) in Kooperation mit dem SKF/M Erkelenz.

1. Abend: Begrüßung; Vorstellung; Paarinterview; Deliktrunde; Stoffsammlung
2. Abend: Drogen-Quiz mit Schwerpunkt auf Cannabis, Ecstasy und Alkohol
3. Abend: Fortführung der stofflichen Fragen (rechtliches: BtMG, Straßenverkehr oder medizinisches: Risiken, Nebenwirkungen, safer-use je nach dem, was beim Drogen-Quiz zu kurz kam); evtl. Einstellungsspiel zur Frage „Wo fängt Sucht an?“ und Erarbeitung der Definitionen zu Konsum, Genuss, Missbrauch und Sucht
4. Abend: Besuch der JVA
5. Abend: „Mit Ambivalenzen und Diskrepanzen umgehen“ (nach MOVE): Erarbeitung und Bewertung von Vor- und Nachteilen; Ausblick in die Zukunft: Wo sehe ich mich in einem halben, in 5 und in 10 Jahren? – Was muss ich tun, um meine Ziele zu erreichen? Was hat das mit meinem Drogenkonsum zu tun?; Brief an sich selbst; Verabschiedung

Regelmäßiger Einsatz des Raveshuttles in verschiedenen Discotheken im Kreis Heinsberg (1-3x pro Jahr) in Kooperation mit der AOK Rheinland – Regionaldirektion Heinsberg und dem Raveshuttle-Projekt der Suchthilfe Aachen.



Beim Einsatz des Raveshuttles in der Discothek Himmerich am 08. Juli 2005. Die BeraterInnen: Klaus Poschen (AOK), Gabi Fischer und Jan.

Suchtprävention im Betrieb

Dieses Angebot richtet sich an interessierte Betriebe und Verwaltungen und kann sowohl von betroffenen und interessierten KollegInnen oder von Führungskräften abgerufen werden.

- Informations- und Fortbildungsveranstaltungen zum Thema „Sucht im Betrieb“
- Unterstützung bei der Erarbeitung von Suchtvereinbarungen
- Bereitstellung von Informationsmaterialien zu den Themen Sucht und Suchtvorbeugung (Infothek des Gesundheitsamtes Heinsberg)

Öffentlichkeit (allgemein und Fachpublikum)

- regelmäßige Berichterstattung in der örtlichen Presse
- Auswahl, Buchung und Begleitung von Aktions- und Animationstheater
- alle 2 Jahre: Umsetzung der seit 1991 bestehenden NRW-Kampagne „Sucht hat immer eine Geschichte“ (2003: Ausstellung in Übach-Palenberg mit knapp 2000 BesucherInnen und rund 40 Rahmenveranstaltungen, 2005 kreisweite Aktionstage mit knapp 80 Veranstaltungen)
- Organisation von Fachtagungen (z.B. in 2005 Fachtagung „jugend sucht“)



Fachtagung „jugend sucht“ in der Discothek Himmerich am 14.09.2005

Arbeitskreise

- Koordination und Leitung des AK „Suchtprävention“
- Teilnahme an der AG „Euregionale Suchtprävention“ (grenzübergreifender Zusammenschluss); Mitgestaltung des Euregionalen Suchtpräventions-Monats Mai 2005
- Teilnahme an der AG „Regionale Suchtprävention“ (Zusammenschluss mit regionalen Suchtpräventionsfachkräften)
- Teilnahme an der AG „Leben ohne Qualm – LOQ“ (Expertengruppe zur Nikotinprävention; Kreis Heinsberg als Modellregion); in 2004-2005: Durchführung einer aktivierenden Befragung zum Thema „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule“ an weiterführenden Schulen; Erarbeitung von phasenspezifischen Angeboten nach MOVE und Begleitung der teilnehmenden Schulen im Kreis Heinsberg
- Teilnahme am AK „Essstörung“; in 2004-2005: Erarbeitung eines Werkkoffers zur Prävention von Essstörungen
- Teilnahme an der AG „Jugendschutz“; seit 2004 Erarbeitung und Weiterentwicklung der Kampagne „Zum wohl sein ohne hohl sein“

Infothek

- Sichtung und Verwaltung von aktuellen Informationsmaterialien (Broschüren, Literatur, Studien, Medien/Filme/Spiele)
- Entwicklung und Verwaltung von Methoden und Spielen zur Suchtprävention, die kostenlos von Interessierten ausgeliehen werden können (z.B.: Suchteinführungsspiel, Cannabis-Quiz, Experten-Quiz, Einstellungsspiel, Fit um den Sprit?!, Tabu – Thema Sucht, Alkohol-Jopardy, Rauschbrillen, ab Herbst 2005: Werkkoffer zur Nikotinprävention und zum Thema Essstörungen)
- Erarbeitung und Weiterentwicklung von Methodenmappen

Vorschläge für zukünftige Maßnahmen:

- Die Prävention im Primarbereich gilt es weiter auszubauen. Bereits Grundschulen sollten sich für die Suchtprävention verantwortlich fühlen und möglichst flächendeckend an Programmen zur Suchtprävention teilnehmen (z.B. Bilderbucharbeit mit dem Projekt „Anton und der Säbelzahn tiger“, Nikotinprävention in der Grundschule oder „Eigenständig werden“/ IFT-Nord)
- Weiterführende Schulen sollten Programme zur Suchtprävention in ihr Schulkonzept aufnehmen und ihre Bemühungen kontinuierlich und langfristig ansetzen.

Zu empfehlen ist die Einführung und/oder Weiterentwicklung des Konzeptes ALF = Allgemeine Lebenskompetenzen und –fertigkeiten in den Klassen 5 und 6 sowie die Teilnahme am Nikotinpräventions-Wettbewerb „Be smart, don't start“ (Details unter: www.besmart.info).

- Im Rahmen der Nikotinprävention und der Umsetzung des neuen Schulgesetzes seit 01.08.2005 sollten sich Schulen am 5-Schritte-Programm der Landesinitiative „Leben ohne Qualm“ (Details unter: www.loq.de) beteiligen und sich auf den Weg zu einer rauchfreien Schule machen.
- Schulen und Institutionen, in denen sich Jugendliche aufhalten, empfehlen wir im Rahmen der strukturellen Prävention die Erarbeitung von Suchtvereinbarungen (Wie gehen wir z.B. mit Cannabiskonsumenten an der Schule um?). Durch diese gewinnt die Schule und der/ die einzelne LehrerIn an Handlungssicherheit, Glaubwürdigkeit und Transparenz.

Es sollte überlegt werden, ob die Einführung des Konzeptes „check it!“ (Details unter: www.ginko-ev.de) möglich ist. Dieses Konzept richtet sich an Jugendliche in Schulen ab Klasse 8 und Freizeiteinrichtungen. Durch eine kontinuierlich angelegte Unterrichtsreihe werden das eigene Konsumverhalten reflektiert, Suchtentstehungsmodelle thematisiert, alternative Handlungsstrategien ausprobiert sowie Einrichtungen des Suchthilfesystems besucht. Ziel ist, neben der persönlichen Auseinandersetzung mit der Thematik, der Abbau der Hemmschwellen zum Suchthilfesystem.

Bausteine der Unterrichtsreihe könnten sein: eigenes Konsumprofil erstellen; Erkennen von tieferen Ursachen der Suchtentstehung; Stoffinformationen; Besuch des Kommissariats Vorbeugung mit Möglichkeit zur Klärung rechtlicher Hintergründe; Besuch einer Selbsthilfegruppe mit Möglichkeit zum Gespräch mit Betroffenen und Angehörigen; Besuch der Suchtberatungsstelle; Besuch der Gangelter Einrichtungen mit Möglichkeit zum Gespräch mit einem Fachpfleger der Suchtstation; Elternabend.

- Das Fortbildungskonzept „MOVE – motivierende Kurzintervention bei drogenkonsumierenden Jugendlichen“ gilt es weiter für den Bereich der Jugendarbeit und Schulen auszubauen.

Schulleitungen und Arbeitgeber aus dem Bereich der Jugendhilfe und Jugendfreizeit sollten hierzu ihre Mitarbeiter freistellen. (Details unter: www.ginko-ev.de)

- Der Arbeitsbereich der Suchtprophylaxe für Kinder und Jugendliche in ihrer Freizeit bedarf der weiteren Strukturierung und Koordination. In den Institutionen der offenen Jugendarbeit werden bereits diverse Einzelprojekte mit Sucht vorbeugenden Ansätzen realisiert. Es dient der Effektivität, die vielen Einzelaktionen in ein Gesamtkonzept einzubinden. Neben dem Ausbau und der Fortführung der Multiplikatorenschulungen bietet es sich an, einen Arbeitskreis zu gründen.
- Zur Sensibilisierung und Information der breiten Öffentlichkeit, zu denen im Besonderen auch Kinder, Jugendliche, deren Eltern und Multiplikatoren gehören, sollte eine Fortführung der Kampagne „Sucht hat immer eine Geschichte“ mit ihren massenmedialen Mitteln mindestens alle 2 Jahre fortgeführt und gewährleistet werden.

Allgemein ist die Einrichtung einer „Fachstelle für Suchtvorbeugung“ zu empfehlen. Anders als die Prophylaxestellen, die jeweils der Suchtberatungsstelle angegliedert sind und über eine Fachkraft verfügen, bilden die so genannten Fachstellen für Suchtvorbeugung eine eigenständige Abteilung innerhalb der Suchtberatung. Sie sind in die Landesförderung einbezogen und mit mindestens zwei oder mehreren Suchtprophylaxefachkräften besetzt.

Mit Hilfe einer Fachstelle für Suchtvorbeugung könnten wichtige Aufgaben der Suchtprophylaxe im Kreis Heinsberg differenzierter, spezialisierter und intensiver umgesetzt werden. Darüber hinaus könnten neue Arbeitsbereiche der Suchtvorbeugung, wie z.B. Konzepte zur Früherkennung und Frühintervention konsumierender Jugendliche ausgebaut werden.

Als Ansprechpartner steht Ihnen zur Verfügung:

Frau Michel, Tel. 02452/135317

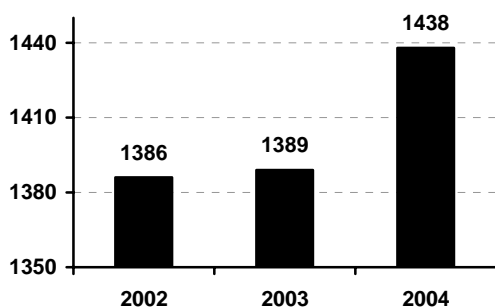
3.2 Suchthilfe jugendlicher Cannabiskonsumenten

Im Gesundheitsbericht 2000 wurde das Versorgungsnetz der Suchtkrankenhilfe im Kreis Heinsberg bereits dargestellt. Wesentliche Änderungen haben sich hier nicht ergeben:

Weiterhin finden sich im ambulanten Bereich drei Suchtberatungsstellen des Kreisgesundheitsamtes Heinsberg in Erkelenz, Geilenkirchen und Heinsberg mit insgesamt 6 Fachkräften und einer Honorarkraft. Die Beratungsstelle des Caritasverbandes und des Diakonischen Werkes für Alkohol, Medikamenten- und Drogenfragen, mit 4 Fachkräften, hat ihren Sitz in Hückelhoven. Durch diese Dezentralisierung der Beratungsstellen ist eine ortsnahe Erreichbarkeit gewährleistet.

Ein weiterer Bestandteil ambulanter Suchtkrankenhilfe sind die Selbsthilfegruppen, die im gesamten Kreisgebiet zahlreich vertreten sind.

Abbildung 1: Durchgeführte Suchtberatungen



Quelle: Drogen- und Suchtberatungsstellen im Kreis Heinsberg

- Cannabis denn Sünde sein -

(vom jugendtypischen Konsum zum problematischen Gebrauch)

Der primäre Arbeitsschwerpunkt der Suchtberatungsstellen des Kreises Heinsberg lag traditionell in der Beratung und Behandlung alkohol- und opiatkranker Menschen. In den letzten Jahren ist in der Beratungsarbeit der Suchthilfe jedoch ein deutlicher Zuwachs von Cannabiskonsumenten zu verzeichnen. Auf Grund dieser mittlerweile bedenklichen Entwicklung widmet sich der diesjährige Gesundheitsbericht ebenfalls dem Thema „Jugendliche Cannabiskonsumenten“.

Diese Klientengruppe ist bundesweit in den Focus der Fachleute des Drogenhilfesystems getreten. Auch wenn Cannabiskonsumenten in der Beratungspraxis der Drogenhilfe immer schon anzutreffen waren, spielten sie dort lange Zeit keine große Rolle.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales hat 2004 eine Studie veröffentlicht, aus der hervorgeht, dass die ambulanten Beratungsstellen innerhalb der letzten 10 Jahre eine 6-fache Zunahme von Klienten mit problematischem Cannabiskonsum und den daraus resultierenden Problemen, verzeichnen. Bei rund 5-8% dieser erfassten Konsumenten entwickelt sich eine psychische Abhängigkeit mit häufig einhergehenden psychotischen Symptomen. Die Zahl derer, die gar nicht erst im Hilfesystem auftauchen, dürfte sicher noch höher liegen. Cannabis ist mittlerweile die häufigste illegale Droge, die von Jugendlichen konsumiert wird. Dieser Trend hat auch vor dem Kreis Heinsberg nicht halt gemacht.

Bei den Konsumierenden zählen Jugendliche mit Einstieg in der Frühpubertät (12-15 Jahre) zu einer Hochrisikogruppe, weil biologische und psychosoziale Entwicklungsprozesse durch frühen und regelmäßigen THC Konsum (Suchtstoff des Cannabis) stark gestört oder sogar unterbrochen werden können. Es wird hier von der „eingefrorenen Adoleszenz“ gesprochen.

In aller Regel setzen diese Früheinsteiger Cannabiskonsum zur Bewältigung vorhandener psychosozialer Defizite ein. Gerade mit Beginn der Pubertät befinden sich Jugendliche in einer schwierigen Entwicklungsphase. In dieser Phase, in der sich Jugendliche nicht mehr als Kinder verstehen und zu den Erwachsenen gehören wollen, fühlen sie sich von den Erwachsenen und Eltern häufig missverstanden und zurückgestoßen. Genauso wie die Pubertierenden häufig ihre Eltern nicht mehr verstehen, verstehen die Eltern nicht, was in ihren „Kindern“ vor sich geht. Erschwert wird dieses Verständnis für ihre Kinder auch, weil die Pubertät sich deutlich in jüngere Jahre hin verschoben hat. Pubertierende 9-11jährige Mädchen und 10-12jährige Jungen sind mittlerweile die Regel, während die Eltern selbst noch zwei bis drei Jahre später in die Pubertät eingetreten sind. So ist es auch natürlich, dass Eltern Schwierigkeiten haben, ihre 10jährige Tochter oder ihren 12jährigen Sohn bereits als „Erwachsenen“ zu akzeptieren. Gerade diese Akzeptanz ist aber wichtig, um den pubertierenden Kindern durch die schwierige Phase der Pubertät helfen zu können, um so psychosoziale Defizite zu verringern.

Gelingt es den Eltern, Lehrern oder erwachsenen Vertrauenspersonen der Pubertierenden nicht, den emotionalen Kontakt zu halten und sich auf die veränderte Erwartungshaltung der Jugendlichen einzustellen, fühlen sich die Heranwachsenden leicht verletzt und zurückgestoßen und suchen einen Ersatz für die entstandene Lücke.

Gefüllt wird diese Lücke in einem solchen Fall nicht selten von gleichaltrigen oder älteren Jugendlichen oder sogar von bereits Erwachsenen, die jedoch Verständnis für die Situation der Heranwachsenden zeigen. Aus Protest gegenüber den Eltern und Lehrern, aber auch um das Zusammengehörigkeitsgefühl innerhalb der Gruppe zu stärken, findet dann leicht der erste Zigarettenkonsum statt. Gerade das Zigarettenrauchen eignet sich besonders gut, um Protest und Zusammengehörigkeitsgefühl zu demonstrieren, da Rauchen gleichzeitig ein Symbol für die „Erwachsenenwelt“ darstellt. Pubertierende wollen als Erwachsene gesehen werden, sehen bei den Erwachsenen häufig regelmäßigen Zigarettenkonsum und identifizieren „Erwachsenensein“ mit Zigarettenkonsum.

Vom Zigarettenkonsum ist der weitere Schritt zum Cannabiskonsum naheliegend und wird durch die einfache Verfügbarkeit von Cannabis gerade in der Grenzregion zu den Niederlanden erleichtert.

Die gesundheitlichen Folgen des regelmäßigen missbräuchlichen Cannabiskonsums zeigen sich weniger in Form schwerer körperlicher Beeinträchtigungen als vielmehr in psychischen, psychiatrischen und psychosozialen Auffälligkeiten. Die Symptome können sein:

- Depressionen
- Angstzustände
- psychotische Erlebnisse
- starke Stimmungsschwankungen
- Aggressionen
- Beziehungs- und Kontaktstörungen
- Konzentrations- und Leistungsprobleme

Beim Cannabiskonsum kommt erschwerend hinzu, dass das soziale Umfeld entstehende Probleme deutlich unterschätzt und häufig bagatellisiert und womöglich sogar verklärend an die eigenen Erfahrungen mit Cannabiskonsum vor 20, 30 Jahren zurückdenkt.

Hierbei bedenkt das soziale Umfeld nicht, dass der Wirkstoffanteil im Cannabis vor 30 Jahren gerade bei 3-5% lag und nun bis zu 30% beträgt (so dass ein heute gerauchter Joint 5 – 10 mal so stark ist wie ein damals gerauchter Joint), und dass die Eltern zum Zeitpunkt ihrer ersten Cannabiserfahrungen in der Regel deutlich älter und psychisch gereifter gewesen sind als die heute 12, 13jährigen Jugendlichen. Ein weiteres Problem der Cannabisabhängigen besteht darin, dass zwischen der Selbsterkenntnis abhängig zu sein und dem aktiven Versuch, etwas dagegen zu unternehmen, sehr oft Jahre vergehen. Hierbei handelt es sich um sehr wichtige Jahre der psychischen Reifeentwicklung, schulischen Weiterbildung und der beginnenden Ausbildung. Abbildung 2 verdeutlicht, dass der Zugang in das Suchthilfesystem häufig erst im Alter von 20-24 Jahren stattfindet.

Erst zu diesem Zeitpunkt stellen die dann jungen Erwachsenen fest, dass sie ein Drogenproblem haben, welches sie selbst nicht mehr in den Griff bekommen können.

In den Jahren davor werden die Konsumenten häufig von Eltern oder verstärkt auch von Schulen in die Beratungsstellen geschickt, ohne dass dann aber bei den Jugendlichen eine große Einsicht oder Eigenmotivation festgestellt werden kann. Die Jugendlichen erleben in dieser Altersphase ihr Konsummuster häufig als noch nicht problematisch.

Genauso wie ein gesellschaftlicher Umdenkprozess bezüglich der Gefährdungen durch regelmäßigen Cannabiskonsum bei Heranwachsenden notwendig ist, muss sich auch das bestehende Drogenhilfesystem mit den Drogenberatungsstellen (DROBS) umorientieren. Auf Grund der massiven sozialen, körperlichen und psychischen Auffälligkeiten von Alkoholikern und Heroinsüchtigen fokussierte sich das Drogenhilfesystem – auch politisch gewollt – bisher auf diese Zielgruppen und vernachlässigte hierbei die in ihrer Gefährlichkeit deutlich unterschätzten „weichen“ Drogen.

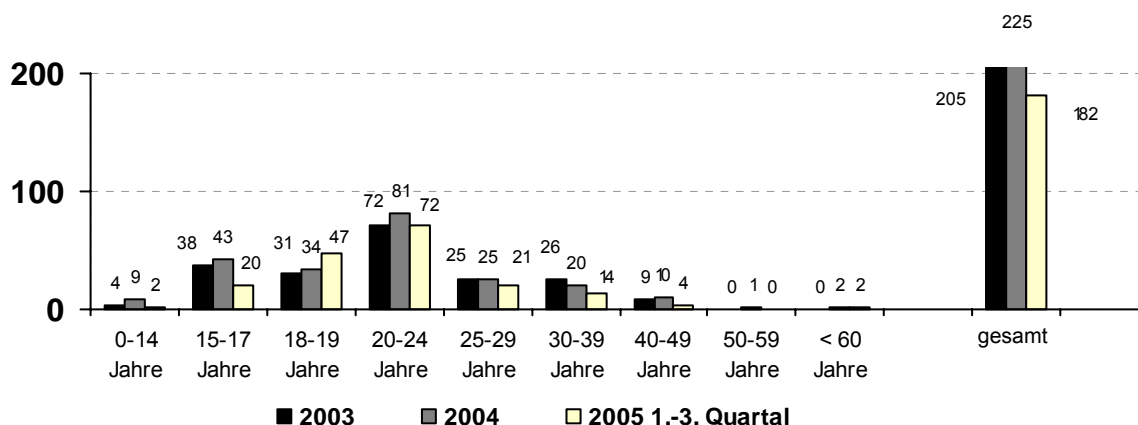


Abbildung 2: Cannabiskonsumenten in der Drogen- und Suchtberatung nach Alterstufen

Quelle: Drogen- und Suchtberatungsstellen im Kreis Heinsberg

Oft wurden so auch besorgte Eltern von „Kiffern“ vom Hilfesystem nicht ernst genommen. Einen typischen Leidensweg aus Sicht einer betroffenen Mutter schildert der nachfolgenden Bericht:

Beispiel des Leidensweges einer betroffenen Mutter:

„Nach dem Besuch der Grundschule wechselte unser Sohn auf das Gymnasium. Er war anfänglich ein guter Schüler, dies änderte sich nach ca. 2-3 Jahren. Wegen Leistungsversagen, Faulheit, Desinteresse musste er auf die Realschule wechseln, die er dann mit Mühe schaffte. Erstmals vermutete ich zum damaligen Zeitpunkt, dass er Drogen konsumierte, wollte es aber nicht wahrhaben, wusste auch nicht, wem ich mich anvertrauen konnte. Mein Sohn hatte keine Ziele, weder beruflich noch privat. Er hing mit Freunden zusammen, die kriminell waren und verwahrlost aussahen. Ich hatte keine Möglichkeit, mit ihm zu reden, er stritt alles ab, wurde wütend, schrie, verließ die Wohnung. Immer wieder fehlte Geld aus meinem Portemonnaie. Ich wusste nicht, was ich machen sollte, an wen ich mich wenden sollte. Auch unser Hausarzt konnte mir nicht weiter helfen. Immer wieder bekam ich zu hören: „Das ist doch nicht schlimm, gekifft haben wir alle mal.“

Es kam die Bundeswehrzeit, er war in der Eifel stationiert, die Hoffnung, dass alles besser wird – Fehlalarm. Nach dem Wehrdienst – mein Sohn lebte wieder bei mir – ging alles wie gehabt weiter. Er wirkte wie gehetzt, war häufig gereizt und aggressiv. In meiner Hilflosigkeit wandte ich mich an die Erziehungsberatung. Diese verwies mich an eine Suchtberatungsstelle. Erstmals fühlte ich mich mit meinen Ängsten ernst genommen, konnte mir dort Rat und Hilfe holen.

Der erste Schritt war gemacht, als mein Sohn Bereitschaft signalisierte, mit zur Drogentherapeutin zu gehen. Erstmals gab er zu, ein Drogenproblem zu haben, wollte sich helfen lassen, ging in die Beratungsstelle. Ging auch zum Hausarzt, ließ sich zur Entgiftung einweisen. Dort hielt er es ein paar Tage aus, verließ gegen ärztlichen Rat die Klinik, mit der Begründung, er passe nicht zu den „kaputten Junkies“. Alles fing wieder von vorne an. Er war die Nacht über wach, schlief bis mittags und kiffte täglich. Zwei Versuche auf weiterführenden Schulen scheiterten immer wieder daran, dass er morgens nicht aus dem Bett kam und er, wenn er überhaupt die Schule besuchte, sich nicht konzentrieren konnte. Ich durchlief ein Wechselbad aus Angst, Wut, Resignation, Hoffnungslosigkeit und Mutlosigkeit. Während dieser ganzen Zeit hielt ich konstanten Kontakt zur Beratungsstelle.

Durch die Gespräche hatte ich die Kraft, meinen Sohn zu bitten, sich eine eigene Wohnung zu suchen. Nach einem halben Jahr ging es ihm psychisch und körperlich so schlecht, dass er von sich aus kam und um Hilfe bat.

Er ging wieder in die Suchtberatung, war bereit in eine Langzeittherapie zu gehen. Im Juni 2005 war es endlich soweit. Trotz großer Angst war es eine Chance in eine neue Richtung. Ein Versuch, er wollte durchhalten. Mittlerweile sind 4 Monate vergangen, er ist noch in der Klinik.

Es ist so viel Zeit vergangen. Seit der Vermutung, dass mein Sohn Drogen nimmt. Bis zum heutigen Tag sind 5 Jahre ins Land gezogen.“

Dieses Beispiel verdeutlicht mehrere Aspekte:

1. Der Verdacht auf Drogenkonsum wird erst spät und überwiegend im Elternhaus erstmalig geäußert.
2. Die besorgten Eltern fühlen sich alleine gelassen.
3. Der Drogenkonsument zeigt über Jahre keine Krankheitseinsicht.
4. Deutliche Veränderungen des emotionalen und sozialen Verhaltens treten auf.
5. Die Folgen für den Drogenkonsument sind schwerwiegend:
 - der initial angestrebte Schulabschluss wird nicht erreicht.
 - Kontakte in ein „verwahrlostes“ und „kriminelles“ Milieu werden geknüpft.
 - eine Ausbildung wird nicht angefangen.

Unklar bleibt, welche psychischen Schäden durch den langjährigen hohen Cannabiskonsum bei diesem Jugendlichen zurückbleiben, auch wenn er nun dauerhaft ein drogenfreies Leben führen könnte.

Nachdem nun auch die Fachleute erkannt haben, dass es sich bei Cannabis durchaus nicht um eine zu verharmlosende Droge handelt, stellt sich die Frage nach dem weiteren Vorgehen.

Besonders bei jugendlichen Cannabiskonsumanten sind Glaubwürdigkeit, Vertrauen und Respekt im engsten sozialen Umfeld (zu Hause, in der Schule) die Basis für das Erkennen und Verstehen vorhandener Problemlagen. Für eine konstruktive gemeinsame Auseinandersetzung mit jugendlichen „Kiffern“ in Bezug auf die Gefahren- und Risikoeinschätzung sind drei Aspekte im Rahmen des diagnostischen Prozesses von Bedeutung:

1. Klärung des persönlichen Konsummusters. Das heißt, seit wann, wie viel, wo und in welchem Umfang wird gekifft. Je größer die Menge, je regelmäßiger der Konsum, je unangemessener die Situation, desto größer ist das Abhängigkeitsrisiko.

2. Klärung der persönlichen Motive und Funktionen des Konsums. Cannabis lässt sich aufgrund unterschiedlicher Wirkung für eine Vielzahl psychischer Bedürfnisse einsetzen. Die Wirkung kann zur Regulierung innerer Spannungen, zur Anregung von Phantasien, zur Angstbewältigung, als Antidepressiva oder Beruhigungsmittel eingesetzt werden. Jugendliche psychosoziale Motive können sein Neugier, Cool sein, Wir-Gefühl, Risikobereitschaft, Protest, etc..

3. Klärung der aktuellen Lebenssituation und Entwicklung Da besonders bei jungem Klientel das „kiffen“ zum täglichen Leben dazugehört, ist es schwierig, mit ihnen ein differenziertes Verständnis ihrer Probleme im Zusammenhang mit ihrem Konsum zu erlangen. Häufig sind es hier auch die Eltern, die den Kontakt zur Suchtberatung herstellen.

Nach Abschluss dieses diagnostischen Prozesses ist die genaue Klärung der Entwicklungssituation wichtig, um mit dem Klienten gemeinsam seine Veränderungswünsche festzulegen und Ziele zu entwickeln. Diese Ziele unterscheiden sich deutlich, je nachdem in welcher Lebenssituation sich der Konsument befindet.

Während für den Einen das Anwenden eines angeordneten Schulverweises bereits ein Ziel darstellt, ist für den Anderen das Erreichen eines regulären Schulabschlusses das Ziel, während für weitere Konsumenten der Beginn oder der Abschluss einer Ausbildung wichtig ist.

Um diese Ziele zu erreichen ist professionelle Hilfe zwingend erforderlich. Diese Hilfe muss differenziert und fallbezogen angeboten und durchgeführt werden. Können für Jugendliche familientherapeutische Ansätze zielführend sein, so sind Einzelgespräche oder Selbsthilfegruppen möglicherweise für 20-Jährige erforderlich.

Vorschlag für zukünftige Maßnahmen:

1. Fortführung und Intensivierung präventiver Maßnahmen an Schulen unter Einbeziehung der Grundschulen (siehe Bericht der „Suchtprophylaxe“)
2. Sensibilisierung der niedergelassenen Ärzteschaft für diese Problematik
3. Überarbeitung des Drogen- und Suchthilfeangebotes und Anpassen der Angebotsstrukturen an die Gruppe Jugendlicher und junger heranwachsender Konsumenten „weicher“ Drogen
4. Intensivierung der Zusammenarbeit mit der Rheinischen Landeslinik in Viersen und Vereinfachung der Zugangsmöglichkeiten dorthin
5. Entwicklung therapeutischer Konzepte für jugendliche Drogenkonsumenten im ambulanten und im stationären Bereich innerhalb des Kreisgebietes

Als Ansprechpartner steht Ihnen zur Verfügung:

Frau U. Tiebel: 02451/911190
Dipl.-Sozialarbeiterin

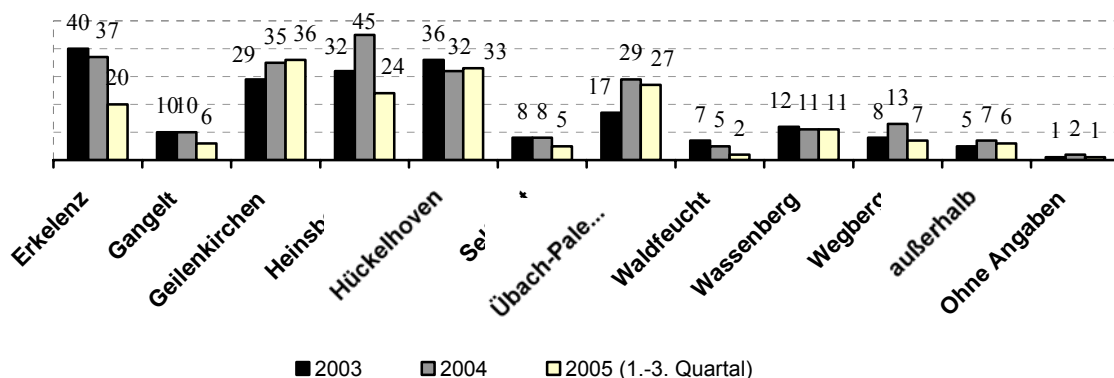


Abbildung 3: Suchtberatungen von Cannabiskonsum nach Wohnort 2003 – 2005 (1.-3. Quartal), Absolutzahlen.
Quelle: Drogen- und Suchtberatungsstellen im Kreis Heinsberg

4. Arzneimittelimport – Nutzen und Risiken für die Bevölkerung

Der Import von Arzneimitteln nach Deutschland erscheint auf den ersten Blick entbehrlich, da der deutsche Markt ca. 50.000 durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zugelassene oder registrierte Präparate bereithält.

Doch es gibt durchaus objektive, aber vor allem subjektive Gründe, die einem Import von Arzneimitteln zugrunde liegen.

Das Arzneimittelgesetz erlaubt im Einzelfall unter besonderen Bedingungen, Arzneimittel aus dem Ausland durch eine deutsche Apotheke importieren zu lassen. Diese Präparate besitzen in Deutschland keine Zulassung oder Registrierung. Im Rahmen des Reiseverkehrs dürfen Arzneimittel ebenfalls in einer für den persönlichen Bedarf üblichen Menge eingeführt werden. Das gilt auch für die Einfuhr geringer Mengen aus Ländern der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraumes, soweit keine berufs- o. gewerbsmäßige Weitervermittlung stattfindet. Wird das Arzneimittel aus einem Drittland, häufig USA oder Schweiz, importiert, so muss der Apotheke in jedem Fall eine ärztliche Verschreibung vorliegen. Für den Import aus Ländern der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraumes ist dies nur für verschreibungspflichtige Arzneimittel notwendig.

Eine sozialpharmazeutische Studie der Amsapothekerinnen und Amsapotheker in Zusammenarbeit mit dem Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein–Westfalen unter Beteiligung des Kreises Heinsberg, zeigt Schwerpunkte und Verbraucherwünsche hinsichtlich des Imports von Arzneimitteln durch Apotheken auf.

Der legale Import ermöglicht, dass innovative Arzneimittel, auch wenn diese in Deutschland noch nicht zugelassen sind oder für die kein Antrag auf Zulassung gestellt wurde (beispielsweise zur Behandlung seltener Erkrankungen), bei Bedarf verfügbar sind und eventuell auftretende Versorgungslücken geschlossen werden können.

Der Anteil, der aus diesem Grund importierten Präparate beträgt gemessen am Gesamtimport aus der genannten Untersuchung, allerdings nur 7,5 %.

Die gesetzliche Regelung bietet den Verbrauchern aber auch die Möglichkeit, alternative Therapieoptionen zu nutzen, die in Deutschland so nicht verfügbar sind. Davon wird häufig Gebrauch gemacht, mengenmäßig werden vor allem Homöopathika, Bachblüten und Weihrauchpräparate bezogen.

Die Risiken des Imports bestehen für die Verbraucherinnen und Verbraucher vor allem im eventuellen Verzicht auf anerkannte Therapien und einem Verzicht auf das deutsche Verbraucherschutzniveau.

Wenn Produkte verordnet oder abgegeben werden, die in Deutschland aufgrund ihres Risikos oder ihrer Zweckbestimmung als Arzneimittel eingestuft im Ausland aber als Lebensmittel oder Nahrungsergänzungsmittel angeboten werden, so akzeptiert man den im Ausland existierenden und teilweise niedrigeren Verbraucherschutzstandard.

Besonders risikobehaftet sind Produkte, die Melatonin oder DHEA enthalten. Diese werden als Nahrungsergänzungsmittel eingeführt und sollen den natürlichen Alterungsprozess verlangsamen. In 3,2 % aller importierten Packungen der Studie waren diese Stoffe enthalten, deren langfristige Wirkungen und Nebenwirkungen bislang nicht bekannt sind, die aber aufgrund des hormonartigen Wirkungsmechanismus nicht auszuschließen sind.

Haftungsrechtlich ist der Patient nur eingeschränkt geschützt, da bei derartigen Importen die Haftung des pharmazeutischen Unternehmers gemäß Arzneimittelgesetz entfällt. Im Schadensfall tritt die Haftpflicht der Ärztin bzw. des Arztes oder der Apothekerin bzw. des Apothekers ein und das Produkthaftungsrecht kommt zum Tragen. Diese Haftung bleibt jedoch weit hinter der Arzneimittelhaftung nach Arzneimittelgesetz zurück, die in den letzten Jahren u. a. durch Erhöhung der Haftungsbeiträge und durch Umkehr der Beweislast zu Lasten der deutschen pharmazeutischen Unternehmer eine wesentliche Vergünstigung für die Verbraucher erfahren hat.

Die importierten Arzneimittelpackungen sind in der Regel nicht in deutscher Sprache beschriftet und mit einem deutschen Beipackzettel versehen. Dies beeinträchtigt die Arzneimittelsicherheit und damit den Schutz des Verbrauchers erheblich.

Daher ist die Apothekerin bzw. der Apotheker dazu verpflichtet sich bei der Abgabe der Ware davon zu überzeugen, dass dem Kunden oder Patienten alle wichtigen Informationen zum betreffenden Produkt bekannt sind. Außerdem wird er dem Kunden bei entsprechenden Vorerkrankungen von einer Selbstmedikation abraten.

Diese Vorgehensweise dient der Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung und verhindert Krankheiten durch Falsch- oder Fehlgebrauch von Arzneimitteln.

Neben dem legalen Import von Arzneimitteln über deutsche Apotheken wird in der Arzneimittelüberwachung auch ein Anwachsen der illegalen Einfuhren von Arzneimitteln im Rahmen des Reiseverkehrs oder per Versand beobachtet. Dies betrifft nicht den Bezug in Deutschland zugelassener Arzneimittel von europäischen Versandapotheken, wenn die gesetzlichen Vorgaben eingehalten werden.

Für die Überwachung des Imports von Arzneimitteln sind die Zollbehörden und die staatliche Arzneimittelüberwachung der Bundesländer zuständig.

Die Beweggründe sich Arzneimittel im Ausland zu beschaffen und die möglichen Gesundheitsrisiken für die Bevölkerung sind vielfältig:

- Die Ausbreitung des Internets ermöglicht es Anbietern, unbegrenzt Werbung für ihre Produkte zu machen und zwar unabhängig von wissenschaftlicher Belegbarkeit oder Einschränkungen, die das deutsche Arzneimittelgesetz festlegt (Werbeverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel). Hier gibt es eine gefährliche Vermischung von Gesundheitsinformationen, die von der Bevölkerung gerne im Internet abgerufen werden, und Produktwerbung.
- Gerne suchen viele Bürger eine preisgünstige Alternative zu den als sehr teuer empfundenen deutschen Arzneimitteln.
- Verlockend ist der Bezug von Lifestyle-Präparaten (Potenzmittel, Schlankheitsmittel, Antidepressiva, Aufputzmittel etc.), die in Deutschland verschreibungspflichtig sind, die aber über den Vertriebsweg Internet ohne Rezept bestellt werden können. Dies ermöglicht dem Einzelnen die Auseinandersetzung mit dem Arzt zu vermeiden, denn die gewünschten Arzneimittel sind nicht für jeden geeignet und der Arzt würde zum Schutze des Patienten möglicherweise kein Rezept ausstellen. Es gibt heute schon Anbieter im Internet, die gegen eine „geringe Gebühr“ das Rezept gleich mitliefern. Eine solche Vorgehensweise hat nichts mit Arzneimittelsicherheit und Schutz des Patienten zu tun.

Nahrungsergänzungsmittel erfreuen sich gerade auch bei Freizeitsportlern besonderer Beliebtheit. Sie gelten in Deutschland oftmals wegen ihrer arzneilichen Zweckbestimmung und Wirkung als Arzneimittel. Akzeptiert man derartige Produkte, so verlässt man das hohe deutsche Verbraucherschutzniveau und akzeptiert den im Ausland existierenden und teilweise niedrigen Schutzstandard.

- Die Beschaffung von pflanzlichen Arzneimitteln der „Traditionell Chinesischen Medizin (TCM)“ via Internet scheint für den Verbraucher ebenfalls problemlos möglich zu sein. Allerdings ist die Einnahme pflanzlicher Arzneimittel aus fernöstlichen Quellen nicht immer unbedenklich. So konnten in untersuchten asiatischen Arzneimitteln erhöhte Konzentrationen krebserregender Inhaltsstoffe gefunden werden, weil ähnlich aussehende oder vom Namen ähnlich bezeichnete Arzneidroge verwechselt wurden.

Der Bezug aus nicht überprüfbar Kanälen birgt somit ein hohes Risiko, durch Produkte geschädigt zu werden, deren pharmazeutische Qualität, Unbedenklichkeit und Wirksamkeit in keiner Weise gesichert ist, wie dies durch unser nationales Verbraucherschutzsystem verbürgt ist.

Ein typisches Beispiel im August 2005 belegt, dass Arzneimittel auch vorsätzlich verfälscht werden und damit nach der Einnahme gefährliche Neben- und auch Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln verursachen können.

Das Landesuntersuchungsamt Rheinland – Pfalz warnt in diesem Fall vor der Einnahme chinesischer Schlankheitskapseln, die einen rezeptpflichtigen Arzneistoff zur Gewichtsabnahme enthalten.

- Der Bedarf gewisser Kreise der Bodybuilding-Szene nach Wachstumshormonen und Anabolika wird durch illegale Importe gedeckt. Das Risiko, dass es sich bei diesen Produkten wie auch bei Lifestyle-Präparaten um Arzneimittelfälschungen handeln könnte, ist hier als besonders hoch einzuschätzen.

Im Rahmen der sozialpharmazeutischen Studie konnte auch ein kleiner Einblick in das illegale Importgeschehen gewonnen werden. Eine umfassende Kontrolle des Versandverkehrs und des intensiven Reiseverkehrs findet wegen fehlender Ressourcen nicht statt. Die Zollbehörden öffnen undeklarierte Paketsendungen nur stichprobenartig und bei Verdacht, wenn diese aus einem nicht EU-Land stammen. Zur Begutachtung wird die örtlich zuständige Arzneimittelüberwachungsbehörde eingeschaltet. In Nordrhein-Westfalen nehmen die unteren Gesundheitsbehörden diese Aufgabe wahr, so wurden auch die im Kreis Heinsberg erfolgten Begutachtungen durch die Amtsapothekerin in die Studie miteinbezogen. Da es im Kreis Heinsberg keinen Flughafen gibt, bezogen sich die hiesigen Ergebnisse ausschließlich auf den Postversand.

Die Untersuchung ergab, dass 70,5 % (für den Kreis Heinsberg 90 %) aller bearbeiteten Importvorgänge im Reiseverkehr und über den Postversand wegen des Verstoßes gegen das Arzneimittelgesetz an den Absender zurückgesandt oder vernichtet werden mussten. Allein 27,2 % aller importierten Packungen enthielten verschreibungspflichtige Inhaltsstoffe. Typische Herkunftsländer im Kreis Heinsberg für illegale Importe sind die USA, Russland, Polen (ab 1.1.05 in der europäischen Union), Thailand, Kongo, Hongkong und Indien.

Schlussbetrachtung:

Das Ausmaß der illegalen Importe im Rahmen des Reiseverkehrs und der Bezug via Internet auf dem Versandwege kann aufgrund der vorhandenen Zoll- und Arzneimittelüberwachungskapazitäten nur ungenügend erfasst werden. Aber allein die in der Studie bearbeiteten Importvorgänge weisen auf ein hohes Gefährdungsrisiko der Bevölkerung durch Missachtung des deutschen Verbraucherschutzstandards durch illegale Importe hin.

Vordringliches Ziel ist es daher, Verbraucherinnen und Verbraucher über die möglichen Gefahren im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit zu informieren und sie zu ermutigen, sich von Ärzten und Apothekern beraten zu lassen.

Der Import von Arzneimitteln über Apotheken evtl. auf ärztliche Veranlassung muss auf einem hohen Verbraucherschutzniveau erfolgen. Arzt und Apotheker sind in der Pflicht für ausreichende Informationen und Aufklärung der Patientinnen und Patienten zu sorgen. Der betroffenen Bürgerin und dem betroffenen Bürger muss deutlich gemacht werden, dass er oder sie bei nicht notwendigen Importen auf das deutsche Verbraucherschutzniveau verzichtet.

**Als Ansprechpartner
steht Ihnen zur Verfügung:**

Frau Döring, Tel. 02452/13 53 42