

Kommunale Präventionsketten

Nordrhein-Westfalen

ENTWICKLUNGSGRUPPE

Einbindung des Gesundheitswesens in
die kommunalen Präventionsketten

Autorinnen und Autoren:

Vera Deffte, Dr. Jörg Kohlscheen, Sabine Köhler, Dr. Joachim Hartlieb

Redaktion:

Nina Boos

Unter Mitwirkung von Vertreterinnen und Vertretern
der beteiligten Projektkommunen



ENTWICKLUNGSGRUPPE

Einbindung des Gesundheitswesens in die kommunalen Präventionsketten

Die Modellkommunen der Landesinitiative „Kommunale Präventionsketten“ haben im Rahmen des Auf- und Ausbaus von kommunalen Präventionsketten vielfältige Erfahrungen in der Zusammenarbeit zwischen der Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen gemacht. Insbesondere im Bereich der frühen Kindheit gelangen fest verankerte Gesamtsätze, die aus dem Blickwinkel der Kinder sowohl eine fallbezogene als auch eine fallübergreifende Zusammenarbeit integrieren.

Die Erfahrungen der Modellkommunen zeigen jedoch, dass sich die Einbindung des Gesundheitswesens in die kommunalen Präventionsketten vielerorts schwieriger gestaltet als die Zusammenarbeit mit anderen für die Präventionskette relevanten Bereichen. Dabei unterliegt gerade die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vielfältigen Einflüssen, die außerhalb des Wirkungsbereichs des Gesundheitswesens liegen und somit eine gelungene Zusammenarbeit umso notwendiger erscheinen lässt. Gesundes Aufwachsen sollte in jeder Präventionskette als Dimension von gelingendem Aufwachsen mitgedacht und strategisch eingeplant werden.

Im Rahmen der Entwicklungsgruppe „Strategien zur Einbindung des Gesundheitswesens“ fanden im Laufe des Jahres 2018 drei Sitzungen statt, in denen die Koordinatorinnen und Koordinatoren sowie weitere Akteure der Programmkommunen gemeinsam mit der Landeskoordinierungsstelle „Kommunale Präventionsketten“ NRW intensiv Gelingensbedingungen für eine strukturelle Einbindung des Gesundheitswesens in die kommunalen Präventionsketten erarbeitet haben.

Noch vor Beginn der Entwicklungsgruppe wurde ein Expertenhearing durchgeführt, um die wichtigsten Informationen zu Akteuren, Strukturen und Daten im Gesundheitswesen

zu bündeln. Folgend wurden auf Grundlage dieser Informationen gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern aus teilnehmenden Projektkommunen die Bereiche „Öffentlicher Gesundheitsdienst“, „Ambulantes Gesundheitswesen“ und „Stationäres Gesundheitswesen“ als drei weitestgehend unabhängig voneinander agierende Systeme analysiert und Gelingensbedingungen für deren Einbindung in die kommunale Präventionsstrategie erarbeitet. Grundlegend konnte durch die Arbeit der Entwicklungsgruppe sinnvoll beschrieben werden, warum die Einbindung des Gesundheitswesens in die kommunale Präventionskette einen großen Mehrwert für die jeweiligen Bereiche (Zielgruppe, Präventionskette, Gesundheitswesen) bringt, welche Ziele mit der Einbindung verfolgt werden und zu guter Letzt, mit welchen Akteuren und Gremien unter welchen Voraussetzungen gewinnbringende Kooperationsbündnisse geschlossen werden können.

Die folgende Handreichung soll allen eine erste Orientierungshilfe sein, die damit beginnen, das Thema Gesundheit in die kommunalen Präventionsketten vor Ort stärker zu integrieren. Wir hoffen, dass dieser Leitfaden Anregungen zur praktischen Umsetzung sowie Argumentationsgrundlagen für eine Einbindung der verschiedenen Bereiche des Gesundheitswesens in die kommunalen Präventionsketten bietet.

Für das aktive Engagement in der Entwicklungsgruppe sei allen Teilnehmenden aus den folgenden Kommunen gedankt: Stadt Aachen, Stadt Bochum, Stadt Gelsenkirchen, Stadt Herne, Stadt Köln, Stadt Leverkusen, Stadt Monheim, Rheinisch-Bergischer-Kreis, Kreis Düren, Kreis Unna, Kreis Wesel, Stadt Moers, Stadt Mönchengladbach.

Kooperation zwischen Gesundheitswesen und kommunalen Präventionsketten

Die gesundheitlichen Chancen von Kindern und Jugendlichen hängen stark von den Lebensverhältnissen ihrer Eltern ab. Die KiGGS Studie zeigt, dass es vor allem Kindern aus benachteiligten Familien in nahezu allen gesundheitlich relevanten Bereichen schlechter geht als den nicht benachteiligten Altersgenossen (RKI 2013: 14). Die unterschiedlichen Dimensionen sozialer Teilhabe stehen nicht zufällig nebeneinander, sondern häufen sich („Wenn man arm dran ist, ist man überall arm dran“). Gesundheit kann demnach längst nicht mehr als „das Fernbleiben von Krankheit“ definiert werden, sondern muss ebenso „verschiedene Aspekte jenseits der Körperlichkeit“ umfassen. (DKSB 2011: 12).

Es bedarf daher unterschiedlicher Hilfesysteme mit eigenen Ressourcen und Kompetenzen. Auf Benachteiligung, multidimensionale Ausgrenzung und derart vielfältige Einflussfaktoren auf die kindliche Gesundheit kann nicht eindimensional, sondern nur mit vernetztem Handeln und vernetzten Maßnahmen reagiert werden – es muss also eine Präventionskette unter Einschluss aller relevanten kommunalen Hilfesysteme entstehen. Mindestens die Bereiche Bildung, Förderung und Erziehung, Gesundheit, Integration, soziale Sicherung sowie Stadtplanung gehören zwingend mit dazu, um mit einem integrierten Handlungskonzept das gelingende Aufwachsen für alle Kinder zu ermöglichen.

Daher stellt die Idee der „Kommunalen Präventionsketten“ vernetztes Planen und Handeln in den Vordergrund, um förderliche Entwicklungsbedingungen für alle Kinder und Familien zu schaffen und zu stärken. Das Besondere an dem Konzept der Präventionskette ist, dass sonst getrennt voneinander arbeitende Systeme miteinander verzahnt agieren und bereitstehen, um die Familien bei den Übergängen in verschiedene Systeme aktiv zu begleiten.

Das Gesundheitswesen stellt einen wichtigen Akteur im Rahmen der kommunalen Präventionsketten dar, denn:

- die meisten Kinder werden gegenwärtig in einer Geburtsklinik geboren
- die ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen) werden von den allermeisten Familien in Anspruch genommen (Franzke/Schultz 2016: 48)
- Kinderärzt*innen übernehmen oftmals auch die hausärztliche Versorgung
- Hausärzt*innen haben in der Regel einen guten Überblick über die familiäre Situation
- Hebammen begleiten Mütter vor und nach der Geburt sehr intensiv
- Arztpraxen stellen der Jugendhilfe vielerorts Räume für Beratungsangebote zur Verfügung
- die Infrastruktur des ambulanten und stationären Gesundheitswesens zeichnet sich durch eine hohe Erreichbarkeit aus

Zum Gesundheitswesen zählen:

- die ambulante Versorgung (z. B. niedergelassene Ärzt*innen/Zahnärzt*innen, Kinder- und Jugendärzt*innen, Psychotherapeut*innen, sonstige Fachärzt*innen)
- die stationäre Versorgung (z. B. allgemeine Krankenhäuser der Grundversorgung, Geburtskliniken, Fachkliniken)
- nichtärztliche Heilberufe (z. B. Heilpraktiker*innen, Hebammen, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen)
- der öffentliche Gesundheitsdienst (z. B. das kommunale Gesundheitsamt als untere Gesundheitsbehörde)

Wenn die einzelnen Systeme und die Akteure der kommunalen Präventionskette miteinander kooperieren, ihre jeweils spezifischen Ressourcen und Kompetenzen

einbringen und eine gemeinsame Sprache finden, kann sich im Idealfall die gesundheitliche Situation der Kinder verbessern.

Leitfragen

- Warum ist Gesundheit in Ihrer Kommune als Querschnittsthema wichtig?
- Was versprechen Sie sich von einer Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen?

Das Wichtigste in Kürze ...

- ✓ Gelingendes Aufwachsen umfasst immer auch gesundes Aufwachsen.
- ✓ Das Gesundheitswesen ist ein wichtiger Akteur im Rahmen kommunaler Präventionsketten.
- ✓ Gesundheitliche Chancen von Kindern hängen sehr stark von den Lebensverhältnissen ihrer Eltern ab.



Was wirkt auf Gesundheit?

Insgesamt geht man nicht von direkten Zusammenhängen zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit, sondern eher von Folgen nicht gesundheitsfördernden Verhaltens und ebensolchen Verhältnissen aus. Zudem muss man von einem komplexen Geflecht von Risiko- und Schutzfaktoren ausgehen, die sich gegenseitig beeinflussen und je nach individueller Konstitution und Ressourcen unterschiedliche Wirkungsweisen haben. Das humanökologische Modell in Abbildung 1 stellt die Wechsel-

wirkungen zwischen gesundheitsförderlichem Verhalten und einer umweltbezogenen Gerechtigkeit dar (LZG 2016: 35).

Das Modell stellt das Individuum in den Mittelpunkt und beschreibt verschiedene Einfluss-ebenen. Es ist darauf ausgelegt, den Einfluss der Umwelt auf Gesundheit und Wohlbefinden in den Blick zu nehmen. Für den Aufbau von Präventionsketten ist dieses Modell anregend: Wie kindgerecht ist das Quartier gestaltet? Wie steht es um Umweltbelastungen durch

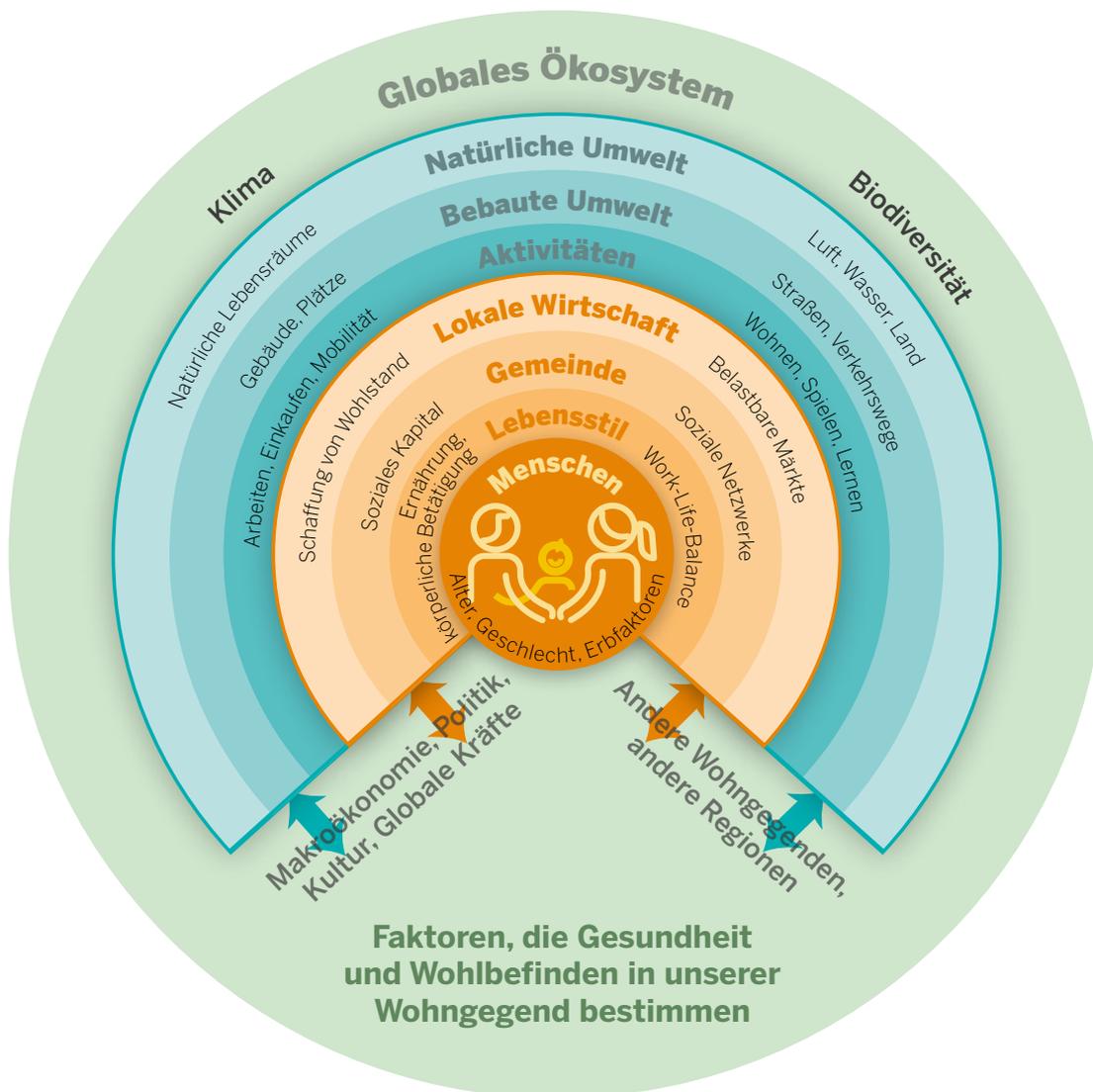


Abbildung 1: Humanökologisches Modell der Gesundheitsdeterminanten im urbanen Raum (Eigene Darstellung nach einer autorisierten Übersetzung aus Barton & Grant 2006: 252, vgl. LZG.NRW 2016:35)

Lärm und Feinstaub? Wie wohnen die Kinder in dem Quartier? Es beinhaltet aber auch Aspekte des Lebensstils, also der Ernährung etwa oder der Bewegungsaktivitäten.

Im Rahmen kommunaler Gesundheitsförderung geht es oft um Verhaltens- oder Verhältnisprävention. Verhaltensprävention zielt auf individuelle Entscheidungen ab, damit geraten meist Einstellungen, Kompetenzen und Verhaltensweisen in den Blick. Verhältnisprävention versucht den Akteuren „ungesunde“ Entscheidungen so schwer wie möglich zu machen. Die Erfahrungen zeigen, dass insbesondere Ansätze der Verhaltensprävention eine geringe Reichweite haben. Gesundheitskampagnen etwa haben nur eine geringe Wirkung auf das Gesundheitsverhalten (Nöcker 2016: 3).

Wie kommt es dazu, dass eine Änderung von gesundheitsriskantem zu gesundheitsför-

derlichem Verhalten nicht so leicht herbeizuführen ist? Zunächst sind Gewohnheiten hartnäckig und schwer zu ändern! Diese Erfahrung macht jeder, der versucht, seinen Lebensstil zu verändern, z. B. mehr Sport zu treiben oder die Ernährung umzustellen. Eine Zeit lang geht es gut – nach und nach werden die guten Vorsätze aber zugunsten alter Gewohnheiten wieder aufgegeben. Noch schwieriger wird es, wenn Gewohnheiten in einem bestimmten Milieu weitverbreitet sind. So bleiben sie stabil, da es kaum zu Irritationen kommt. Das Ganze funktioniert nach dem Prinzip der Selbstvergewisserung: Ich verhalte mich in einer bestimmten Weise, weil mein Umfeld sich ebenfalls in dieser Weise verhält und umgekehrt. Das Resultat ist eine hohe soziale Akzeptanz bestimmter Verhaltensweisen durch eine fortwährende Vergewisserung der „Richtigkeit“ des eigenen Verhaltens. „Richtig“ muss dabei nicht zwangsläufig „gesund“ heißen.

Leitfragen

- An welcher Stelle sehen Sie in Ihrer Kommune Handlungsbedarf(e)? Und was sind die Stellschrauben?
- Wo sind Kinder und Jugendliche in Ihrer Kommune besonders benachteiligt?
- Welche Zielgruppe wollen Sie mit der Einbindung des Gesundheitswesens fokussieren?
- An welchen Verhältnissen wollen Sie mit der Einbindung des Gesundheitswesens ansetzen?
- Wie kann Verhältnisprävention vermehrt im kommunalen Alltag umgesetzt werden?

Das Wichtigste in Kürze ...

- ✓ Die Gestaltung gesundheitsförderlicher Angebote und Rahmenbedingungen ist eine Querschnittsaufgabe (Stichwort: Gesundheit in allen Politikbereichen), die nur in gemeinsamer Verantwortung in ei-

nem Kontext integrierter Gesamtkonzepte kommunaler Prävention gelingen kann.

- ✓ Gesundheitsförderung bedeutet Förderung von Kompetenzen und Stärkung von Ressourcen.



Mehrwerte der Zusammenarbeit

... für die Kinder und Familien

- + Für Kinder und Eltern können durch die Einbindung des Gesundheitswesens in die Präventionskette gesundheitsfördernde Verhältnisse (Settingansatz) hergestellt werden.
- + Durch eine Vernetzung der einzelnen Bereiche kann ein besserer Informationsfluss bzgl. spezifischer Angebote gewährleistet werden – die Unterstützung für Kinder und Eltern wird passgenauer.

Am Ende der Wirkungskette stehen gesunde Kinder, die chancengerecht an Bildung, Sportangeboten, Kultur usw. partizipieren.

... für die kommunale Präventionskette

- + Eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen der Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen ermöglicht eine Erweiterung des Wissens über die eigene Angebotsstruktur hinaus. Inhaltliche Aspekte beider

Bereiche fließen in die jeweilige Handlungslogik ein.

- + Durch den zielorientierten Einsatz von Ressourcen entstehen keine Doppelstrukturen. Die Zusammenarbeit ist dadurch nicht nur effektiv, sondern auch effizient.
- + Das Gesundheitswesen bietet einen stigmatisierungsarmen Zugang zu vulnerablen Zielgruppen.
- + Die Gesundheitsberichterstattung des öffentlichen Gesundheitswesens bietet planungsrelevante Anhaltspunkte.

... für das Gesundheitswesen

- + Grundsätzlich entsteht durch Kooperation größere Transparenz und Übersichtlichkeit hinsichtlich des stationären und ambulanten Versorgungsangebotes. Dadurch werden die Wege zu den Hilfesystemen kürzer und eine schnelle Hilfe in problematischen Situationen wird wahrscheinlicher.

Leitfragen

- Welcher Mehrwert ist in Ihrer Kommune besonders relevant?
- Welche weiteren positiven Effekte können sich durch die Einbindung des Gesundheitswesens für die Präventionskette Ihrer Kommune ergeben?



Mögliche Ziele und Meilensteine

Gesundheitswesen als Türöffner und Lotse nutzen

- Das Gesundheitssystem mit seinem nicht-stigmatisierenden Zugang zu allen Kindern und Familien ist ein wichtiger Türöffner, um Familien mit präventiven Angeboten zu erreichen, die nicht durch das System Jugendhilfe oder Einrichtungen der sozialen Sicherung erreicht werden.
- Durch die Vernetzung der einzelnen Hilfesysteme werden schneller und leichter die passenden Unterstützungsangebote gefunden.
- Das Gesundheitswesen kann an dieser Stelle als Lotsen- oder Clearingstelle genutzt werden, um Präventionsangebote zu den Familien zu bringen.

Verbesserung der Gesundheit von Kindern

Die Familie ist für das Aufwachsen von Kindern prägend. Darüber hinaus gibt es noch weitere gesundheitsrelevante Aspekte:

- Verhältnisprävention in Kitas und Schulen: Insbesondere wenn die Kinder ganztägig betreut werden, bestehen wirksame Möglichkeiten, ein gesundes Umfeld zu schaffen. Dazu gehören z. B. Bewegungsangebote sowie eine ansprechende Verpflegung, die schmeckt und gesund ist.
- Verhaltensprävention durch aufsuchende Aufklärung in Kitas und Schulen, Jugendfreizeiteinrichtungen, die Kinder, Jugendliche und deren Eltern direkt erreichen.
- Berücksichtigung von städtebaulichen Aspekten: Welche Freiräume gibt es im Wohnumfeld für Kinder? Lassen sich Um-

weltbelastungen wie Verkehrslärm reduzieren? Insbesondere an Spiel-, Grün-, und Blauflächen (Gewässer) ist zu denken.

Wissensbasiertes Handeln

- Mit den Daten der Schuleingangsuntersuchung lässt sich die gesundheitliche und soziale Lage von Kindern ausführlich beschreiben. Die Schuleingangsuntersuchung ist für jeden Schulanfänger verpflichtend.
- Viele Kommunen setzen die Empfehlungen des LZG NRW um und erheben Daten zum Impfstatus, Informationen zum Entwicklungsstand und zur Teilnahme an U-Untersuchungen.
- Zusätzlich führen manche Kommunen eine freiwillige Elternbefragung durch, um Gesundheitsdaten der Schuleingangsuntersuchung beispielsweise durch sozioökonomische Daten der Eltern (z. B. Bildung) zu ergänzen.
- Insgesamt stellt die Schuleingangsuntersuchung einen wertvollen Schatz beim Aufbau eines kleinräumigen Monitorings dar, der aber nicht immer leicht zu heben ist. Hier gilt es, von Beginn an alle notwendigen Akteure einzubeziehen. Gemeinsam sind insbesondere Fragen des Datenschutzes zu klären und die Ergebnisse gemeinsam zu diskutieren.
- Eine wesentliche Datengrundlage für die kommunalen Präventionsketten bildet auch die kommunale Gesundheitsberichterstattung. Hierzu zählen Darstellungen und Bewertungen des gesamten Gesundheitsgeschehens vor Ort, aber auch (kleinräumige) Berichte zu einzelnen gesundheitsrelevanten Themen (z. B. Suchtbericht, Behindertenbericht, Psychiatriebericht etc.).

Mögliche Datensets:

- ✓ Schuleingangsuntersuchungen
- ✓ Inanspruchnahmequoten der U-Untersuchungen (Dat VO)
- ✓ Zahngesundheit ab U3
- ✓ Kita-Eingangsuntersuchungen



Lage der ärztlichen Versorgung sichern

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen ... haben die vertragsärztliche Versorgung ... sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht“ (SGB V § 75, 1).

Der Umfang entsprechender Leistungen ist im § 72, 2 SGB V geregelt.

Sollte der Versorgungsgrad von Ärzt*innen unter 100 % sinken, können die offiziellen Vertreter*innen der betroffenen Kommunen (Bürgermeister*in, Landrät*in etc.) den Versuch unternehmen, mit den Kassen(zahn)-ärztlichen Vereinigungen zu verhandeln,

um eine angemessene Versorgung auch in unterversorgten Regionen zu erreichen.

- Die Kommune sollte sich an dieser Stelle kooperativ zeigen. Denkbar wären z.B. medizinische Versorgungszentren mit sporadischen Sprechstunden durch niedergelassene Ärzt*innen oder Ärzt*innen in Krankenhäusern.
- Empfehlenswert ist eine aktive Begleitung des Prozesses durch die kommunale Gesundheitskonferenz, weil hier auch die Vertreter*innen des selbstverwalteten Gesundheitswesens einen Sitz haben und somit Beteiligte sind.
- Die Mitwirkung der kommunalen Gesundheitsämter (ÖGD) sollte eine Selbstverständlichkeit sein.

Leitfragen

- Welche konkreten Ziele werden in Ihrer Kommune verfolgt?
- Wie begründen Sie diese Zielfindung? Warum ist dieses Ziel besonders wichtig?



Akteure des Gesundheitswesens als Bündnispartner

Wenn vom Gesundheitswesen die Rede ist, dann muss stets bedacht werden, dass wir es hier mit unterschiedlichsten Akteuren und Interessen zu tun haben. Alle Heilberufe von Apothekerinnen/Apothekern, über Heilpraktikerinnen/Heilpraktiker bis hin zu (Zahn-)Ärztinnen/Ärzten, Krankenkassen und dem Gesundheitsamt vor Ort (ÖGD) gehören zum Gesundheitswesen.

Da die einzelnen Akteure nicht in allen Fällen zur Prävention verpflichtet werden können, sind Freiwilligkeit und Kooperationsbereitschaft unbedingt notwendig. Prävention ist keine Einbahnstraße, die „von oben“ verordnet werden kann. Das gilt auch für niedergelassenes ärztliches Fachpersonal.

Für die Koordination der kommunalen Präventionsketten gilt es, einen geeigneten Knotenpunkt im Netzwerk des Gesundheitswesens zu finden. Dieser sollte nach zwei Kriterien gewählt werden:

- nach den umzusetzenden Zielen und
- nach dem größten Multiplikationseffekt.

Dies zu bestimmen, ist unbedingt von den Bedingungen vor Ort abhängig. Die

örtliche Gesundheitskonferenz kann beispielsweise ein guter Ort sein, die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte anzusprechen. In anderen Kommunen kann es ratsamer sein, direkt mit dem ärztlichen Fachpersonal zu kommunizieren.

Dem öffentlichen Gesundheitsdienst sind nach § 23 ÖGDG koordinierende Leistungen verpflichtend auferlegt. Hierzu gehören schwerpunktmäßig die Koordination der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsberichterstattung. Die kommunalen Präventionsketten sollten diese Aufgabe der Gesundheitsämter nutzen.

Wer in Ihrer Kommune der passende Bündnispartner ist, bestimmt sich aus Ihren Zielen und Ihren Möglichkeiten. Je nach Größe und Struktur der Kommune kann hierbei eine lange Liste potentieller Bündnispartner zusammenkommen. Eine erste Orientierung bietet die beigefügte Tabelle, die die Akteure der einzelnen Bereiche und deren Potentiale beschreibt. Für Ihr konkretes Vorhaben können andere Akteure wichtig sein, die hier fehlen. Daher erhebt diese Liste keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Leitfragen

- Welche weiteren Akteure fallen Ihnen ein?
- An welcher Stelle ist das Gesundheitswesen in Ihrer Kommune bereits Teil der kommunalen Präventionskette? Gibt es bereits gemeinsame Gremien? Gibt es konkrete Kooperationsprojekte?
- An welcher Stelle gibt es weitere Kooperations- und Vernetzungsbedarfe?

Praxisbeispiele

Neben zahlreichen Beispielen guter Praxis der 40 Modellkommunen, die auf der Website der Landeskoordinierungsstelle

„Kommunale Präventionsketten“ abrufbar sind, finden Sie hier weitere gelungene Praxisbeispiele und Ansprechpersonen.

Öffentlicher Gesundheitsdienst

First Mover – Stadt Herne

In einem dreijährigen, durch das Landeszentrum Gesundheit NRW geförderten Modellprojekt, soll Prävention als kommunale Querschnittsaufgabe etabliert und eine integrierte kommunale Strategie auf sozialräumlicher Ebene angewendet werden. Im Pilotquartier Wanne-Süd sollen gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen angestoßen werden. Zudem werden durch gezielte Koordinierung und Steuerung bedarfsgerechte Projekte angeregt,

Parallelstrukturen abgebaut und gezielt Schnittstellen für Kooperation geschaffen.

Zielgruppe:

Bewohnerinnen und Bewohner im Quartier

Kontakt:

Marie Meinhardt
Stadt Herne – Fachbereich Gesundheit
0 23 23 / 16 4591
marie.meinhardt@herne.de

Multiprofessionelle Clearingstelle Frühe Hilfen – Stadt Köln

Die Clearingstelle berät, unterstützt und begleitet alle schwangeren Frauen, Alleinerziehende und Familien mit Kindern im Alter von 0-3 Jahren. Die Clearingstelle ist Teil des multiprofessionellen Teams der Frühen Hilfen im Gesundheitsamt der Stadt Köln (Fachärztliches Personal, Kinderkrankenschwestern/-pfleger, Familienhebammen / Familienkinderkrankenschwestern/-pfleger, Sozialarbeiter*innen). Im Rahmen der aufsuchenden Fallarbeit werden die Bedarfe der Familien ermittelt und es erfolgt die Vermittlung in andere Hilffssysteme (z.B. Anbindung an Familienhebammen, verschiedene

Beratungsstelle u.a.), in Einzelfällen erfolgt eine intensivere Betreuung.

Zielgruppe:

Schwangere und Familien mit Kindern von 0 bis 3 Jahre

Kontakt:

Dr. Andrea Eulgem
Stadt Köln – Frühe Hilfen des Gesundheitsamtes
0 22 1 / 221 35180
<https://www.stadt-koeln.de/service/produkt/fruehe-hilfen-clearingstelle-1>

Frühstart – Stadt Leverkusen

In bereichsübergreifender Kooperation zwischen Schule und Jugendhilfe wird bei jedem vierjährigen Kind der Sprachförderbedarf sowie der Förderbedarf bei Entwicklungsverzögerung/Fehlentwicklung festgestellt. Anschließend wird mit dem medizinischen Dienst abgeklärt, ob aus diesem Bereich therapeutische oder andere ärztliche Maßnahmen erforderlich

sind. Multidisziplinär wird ein individueller Förderplan für das jeweilige Kind verfasst.

Neben der individuellen Förderung wird, um den Übergang aus der Tageseinrichtung in die Schule gelingend zu gestalten, im letzten Jahr vor dem Schulbesuch sonderpädagogisches Personal aus dem schulischen Kontext in der Tageseinrichtung eingesetzt.

Zielgruppe:

- Kinder ab vier Jahren mit erhöhtem Förderbedarf in unterschiedlichen Bereichen, die im Kontext der Tageseinrichtungen für Kinder schwierig zu integrieren sind
- Kinder ab vier Jahren mit einer schwierigen Prognose für einen gelingenden Übergang in Schule
- Alle Eltern dieser Kinder, die sich aktiv für eine Mitarbeit im Projekt entscheiden

Kontakt:

Angela Hillen
Stadt Leverkusen – Fachbereichsleitung –
FB 51 Kinder und Jugend
0214 / 406 5101
angela.hillen@stadt.leverkusen.de

Die Stadt Leverkusen führt das Projekt Frühstart in Kooperation mit den teilnehmenden Kindertagesstätten und Schulen, sowie dem Medizinischen Dienst der Stadt Leverkusen, dem Diakonischen Werk des Kirchenkreises Leverkusen und der AWO Kreis Mettmann gGmbH durch.

Ambulant**Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis – NRW-Modellprojekt**

Eine Sprechstunde der Jugendhilfe in der Kinder- und Jugendarztpraxis ist Türöffner und Lotse für Familien in belastenden Situationen. Eltern werden sensibel angesprochen, beraten und dazu motiviert, Hilfe anzunehmen.

Zielgruppe:

Familien in belasteten Situationen

Kontakt:

Projektleitung:
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
Dr. Karl-Josef Eßer
030 / 308779 17

Projektkoordination:

Institut für soziale Arbeit e.V.
Milena Bücken
milena.buecken@isa-muenster.de
0251 / 20 07 9929

Das Praxisbeispiel „KiTa Eingangsuntersuchung - Stadt Düsseldorf“ ist auch als Spotlight Praxis zu finden (siehe Handbuch oder online: <https://www.kommunale-praeventionsketten.de/publikationen/spotlight-praxis/>)

Stationär**Netzwerk Kinderzukunft – Stadt Moers
Fallmanagementunterstützungs- und Qualitätsmanagementsystem**

Frühzeitiges Erkennen von psychosozialen und gesundheitlichen Belastungs- und Risikofaktoren durch das Aufsuchen sämtlicher Familien, die in Moerser Geburtskliniken entbinden. Starke Vernetzung von Gesundheitswesen und Jugendhilfe. Systematische Dokumentation eingesetzter Hilfen zur abgestimmten und nachhaltigen Unterstützung der Familien.

Zielgruppe:

Alle Kinder und Familien – Unterstützung wird bedarfsorientiert vermittelt

Kontakt:

Annette Rosanowski // Stephan Caniels
Stadt Moers
Annette.Rosanowski@Moers.de //
Stephan.Caniels@Moers.de
0 28 41 / 201 731 // 0 28 41 / 201 814
www.netzwerk-kinderzukunft.de

Weitere Beispiele sind in der Praxisdatenbank des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit zu finden: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/>

Literaturverzeichnis

DKSB (Deutscher Kinderschutzbund Bundesverband e.V.) (2011): Stärkung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Elternbildungsprogramms Starke Eltern – Starke Kinder. Berlin.

Franzke, Annette; Schultz, Annett (2016): Früh übt sich ... Bedingungen und Formen der Inanspruchnahme präventiver Angebote von Familien mit dreijährigen Kindern. Schriftenreihe Materialien zur Prävention. Gütersloh und Bochum.

Gesundheitsinformation.de – verstehen, abwägen, entscheiden (2018): Das deutsche Gesundheitssystem, online unter: <https://www.gesundheitsinformation.de/das-deutsche-gesundheitssystem.2698.de.html?part=einleitung-co>; letzter Zugriff 05.10.2018.

LZG (Landeszentrum Gesundheit NRW) (2016): Leitfaden Gesunde Stadt. Bielefeld.

Nöcker, G. (2016): Gesundheitskommunikation und Kampagnen. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. BZgA. Online: https://www.leitbegriffe.bzga.de/pdfseite.php?id=sysverz_liste_2&idx=155; letzter Zugriff 21.11.2018.

RKI (Robert Koch Institut) (Hrsg.) (2013): KiGGS – Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin.

Impressum

Herausgeber:
Landeskoordinierungsstelle „Kommunale Präventionsketten NRW“

Träger der Landeskoordinierungsstelle:
Institut für soziale Arbeit e.V.
Friesenring 40
48147 Münster

Geschäftsführender Vorstand: Ilona Heuchel

Stand: 12/2018

Autorinnen und Autoren:
Vera Deffte, Dr. Jörg Kohlscheen, Sabine Köhler, Dr. Joachim Hartlieb

Redaktion: Nina Boos

Mit finanzieller Unterstützung des Landes Nordrhein-Westfalen
und des Europäischen Sozialfonds



www.kommunale-praeventionsketten.de

Mit finanzieller Unterstützung
des Landes Nordrhein-Westfalen und des Europäischen Sozialfonds

Stand: Dezember 2018