

KJGD Gesundheitsbericht 2012

1. Grundlagen – Ausgangslage

Die rechtlichen Grundlagen für die Tätigkeiten im öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im LK Hildesheim sind neben dem Niedersächsischen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst NGöGD (bes. §5 und 8) und dem Niedersächsischen Schulgesetz die Sozialgesetzbücher VIII, IX und XII mit verschiedenen Verordnungen sowie das Infektionsschutzgesetz. Außerdem wurden mit den Leitlinien zu „Kindergesundheit, Kinder- und Familienförderung, Kinderschutz im LK Hildesheim) im Jahr 2008 durch die politischen Gremien die auch jetzt ebenso gültigen inhaltlichen und strukturellen Grundlagen für die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und KJGD (u.a.) beraten und beschlossen.

„Gesundheit“ bedeutet für Kinder und Jugendliche nicht nur die Abwesenheit körperlicher Erkrankungen, sondern eine gesunde und altersgemäße Entwicklung. Aktuelle Studien zur Kindergesundheit wie z.B. der KIGGS (Robert-Koch-Institut) zeigen einen Wandel der Morbidität von akuten und Infektionskrankheiten hin zu chronischen Krankheiten, Entwicklungsschwierigkeiten und psychischen und Verhaltensproblemen.

Diese Entwicklungsrisiken treffen ganz besonders Kinder aus sozial schwächeren und bildungsschwächeren Familien und verschärfen auch soziale Risiken durch unterschiedliche Lernausgangslagen bei Schulbeginn.

Die zur Zeit vorgehaltenen „Komm-Strukturen“ erreichen diese Risiko-Kinder und ihre Familien nicht gut genug. Die Gruppe der Kinder, bei denen sich in fataler Weise die Risiken für eine gesunde Entwicklung häufen, ist bemerkenswert groß, und auf ihre Bedürfnisse wird leider oftmals nicht angemessen reagiert. Da die Problemlagen weder ausschließlich dem pädagogischen noch dem medizinischen Sektor zuzuordnen sind, müssen hier die Fachleute besser als bisher kooperieren. Auch der 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung von 2009 fordert in diesem Sinne eine strukturelle und inhaltliche Verbesserung der Kooperation zwischen pädagogischen Professionen, dem Gesundheitswesen und der Fürsorge für Kinder mit Behinderungen ein, ohne die aus Sicht der Autoren die aktuelle, nicht akzeptable Situation nicht zu verbessern sein wird.

Die fatalen Folgen von ungenügenden Startchancen und somit einem erhöhten Risiko für mangelnde Ausbildung und Berufschancen tragen zunächst Kind, Familie und Schule. Aber auch die Gesamtheit der Solidarsysteme wird hier unausweichlich belastet, wenn nicht frühzeitig gegengesteuert wird. Das betrifft sowohl die individuelle Situation als auch den (auch kommunalen) Gesamtkontext.

In diesem Zusammenhang muss der öffentliche Kinder- und Jugendgesundheitsdienst subsidiär die Aufgaben übernehmen, die kein anderer erfüllen kann. Es handelt sich hier vorrangig um die zielgruppen- und lebensraumbezogene Sozialpädiatrie und um die Verbesserung der intersektoralen Kooperation. In diesem Zusammenhang muss der KJGD seine Eigenschaften als „Teil der Verwaltung“ gewinnbringend nutzen – die strukturelle Vernetzung mit anderen Behörden (Jugendhilfe, Sozialhilfe) und den pädagogischen Einrichtungen einerseits und den Entscheidungsträgern der Politik andererseits sind die Basis für diese Arbeit, die im übrigen Gesundheitswesen nicht angelegt ist.

Zu den o.g. Aufgaben gehören vor allem

- die systematische sozialpädiatrische Begleitung der Kinder in den und in dem Lebensraum Schule,
- eine sinnvolle nachgehende Gesundheitsfürsorge für Kinder und Jugendliche mit einem erkennbar erhöhten Risiko für Störungen der gesunden Entwicklung auch vor oder nach Schulbeginn, deren Eltern hier Unterstützung benötigen sowie
- die Beobachtung und Beschreibung der jeweils aktuellen Risiken für gesunde kindliche Entwicklung unter dem kommunalen, aber auch dem überregionalen Aspekt, inklusive Berichterstattung in Politik und Verwaltungsleitung.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Landkreises Hildesheim wird diesen Anforderungen in Tätigkeiten mit folgenden Aufgabenfeldern gerecht:

- Reihenuntersuchungen und Beratungen (z.B. bei Schulbeginn oder im Kindergarten)
- Individuelle Untersuchung und Beratung bei erheblichen Entwicklungsproblemen sowie Erstellung von Gutachten (in der Regel für Eingliederungshilfe)
- Mitwirkung im Bereich Infektionsschutz z.B. durch Impfkampagnen oder in Ausbruchssituationen, z.B. Tbc
- Informationen für Eltern und Institutionen im individuellen und /oder konzeptionellen Kontext, Netzwerkbildung und -Arbeit
- Berichterstattung (GBE) und Information von Bevölkerung, Politik und Verwaltung als Basis für zielgerichtetes Handeln („Daten für Taten“)

Die Leitlinien wie auch viele der bisher publizierten Berichte und Dokumentationen der Arbeit des KJGD finden sich auf der Homepage des LK Hildesheim unter: www.landkreishildesheim.de / Gesundheitsdienstlich / FD Gesundheit / Kinder- und Jugendgesundheit / Gesundheitsberichte.

2. Schuleingangsuntersuchung: „Ziele definieren Standards“, oder „Daten für Taten“

Qualitätsgesicherte Daten zur Kindergesundheit existieren bezogen auf jeweils vollständig erfasste Jahrgänge jenseits des Neugeborenenalters nur in den Ergebnisdatenbanken der SEU. Damit diese Daten – zunächst und vor allem - im kommunalen Kontext als Basis für eine zielgruppengenaue und effiziente Präventionsarbeit herangezogen werden können, müssen sie definierten Anforderungen genügen:

Sie müssen sowohl überregional vergleichbar, als auch auf den intrakommunalen Kleinraum herabzubrechen sein und immer nach den gleichen Standards erhoben werden. Nur so ermöglichen sie Aussagen über zeitliche und / oder regionale Veränderungen bezogen auf z.B. Gesundheits- oder Entwicklungsrisiken.

Daher ist die ständige Qualitätssicherung in Erhebung, Dokumentation und Analyse der Untersuchungsergebnisse zwingend erforderlich, aber nicht ausschließlich innerhalb eines Gesundheitsamtes möglich.

Deshalb haben sich in Niedersachsen nahezu alle Kinder- und Jugendgesundheitsdienste in den Anwendergemeinschaften SOPHIA (Sozialpädiatrisches Programm Hannover, Jugendärztliche Aufgaben, alte Regierungsbezirke BS, H und LÜ) oder Weser-Ems zusammengeschlossen. Der Landkreis Hildesheim ist 1998 dem SOPHIA-Verbund beigetreten.

Kernbestandteile der SOPHIA-Kooperationsvereinbarung beschreiben die Verpflichtung zur Untersuchung nach gemeinsam erarbeiteten Richtlinien, die Standardisierung der Befunddokumentation und eine interne sowie in Folge eine gemeinsame Qualitätssicherung im Sinne der Datenanalyse. Das Monitoring der Ergebnisse im überregionalen Vergleich gehört ebenso dazu wie eine ständige gemeinsame Fortbildung (siehe SOPHIA-Fachtagungen).

Seit 2008 ist vor dem Hintergrund des NGöGD beim Landesgesundheitsamt (NLGA) eine Arbeitsgruppe SEU eingerichtet (Beteiligung von Vertretern Weser-Ems, SOPHIA, des NLT, des NLGA sowie des Fachausschusses KJG im Landesverband der ÄÖGD). Dort wurden die unterschiedlichen Untersuchungsstandards der beiden Anwendergemeinschaften in weitgehend aneinander angepasst. Neben der Angleichung unterschiedlicher Grenzwerte (z.B. Hörtest und Sehtest) wurden gemeinsam neue Untersuchungsstandards entwickelt. Dies betrifft die Handmotorik und Körpermotorik sowie des Item „Psyche und Verhalten“.

In diesem Jahr (2012) wird das NLGA den ersten umfangreichen, gemeinsam erarbeiteten Jahresgesundheitsbericht mit den SEU-Daten aus 2010 publizieren.

Neben der Aufgabe der Beobachtung und Beschreibung von Entwicklungs- und Gesundheitsrisiken im zeitlichen Zusammenhang und im regionalen Kontext innerhalb der Kommune muss eine zeitgemäße SEU weitere Anforderungen erfüllen:

- Die individual-kompensatorische Funktion bei Kindern mit lückenhaften Impfstatus, lückenhaften Vorsorgestatus und unbekanntem sozialpädiatrischen Problembeurteilen
- Die Vermittlerfunktion bei schulrelevanten Gesundheits- oder Entwicklungsrisiken in die aufnehmende Schule, ganz besonders von Bedeutung in Hinsicht auf die künftig anstehende inklusive Beschulung
- Die Erkennung und Benennung von Risikofaktoren für das Lernen in Bezug auf Zielgruppen als Basis für sinnvolle Präventionskonzepte (siehe Beispiel Ohrenkönige)
- In Hinsicht auf die anstehende inklusive Beschulung eines Großteils der Schülerinnen und Schüler mit besonderen Bedürfnissen wird der beratende Anteil der SEU (für Eltern und Schulen) wesentlich an Bedeutung gewinnen und nahtlos mit der begutachtenden Fürsorge im Falle von Eingliederungshilfebedarf abgestimmt sein.
- Die steigenden Anforderungen an die Pädagogen im medizinischen „Grenzgebiet“ erfordert eine qualifizierte quasi betriebsärztliche Unterstützung zumindest der Kinder mit bekannten Gesundheits- und Entwicklungsproblemen auch im Verlauf

Weitere Informationen über das SOPHIA Programm findet man unter:

<http://www.sophia-online.org/>

Aktueller Überblick

Im Folgenden werden die Ergebnisse der aktuellsten derzeit systematisch auswertbaren Datensätze (Einschulung 2010) dargestellt und erläutert. Die Auswertung der Folgejahrgänge findet nach der vollständigen Umstellung der Erfassungs-Software statt und soll dann ebenso publiziert werden.

Im Jahr 2010 waren durch den verschobenen Stichtag die zwischen dem 1.7.2003 und dem 31.7.2004 geborenen Kinder, also Kinder aus 13 Geburtsmonaten schulpflichtig. In Stadt und LK Hildesheim sind 2838 Kinder zur SEU vorgestellt worden - das ist landesweit die viertgrößte Untersuchungspopulation!

Die folgenden Tabellen zeigen die jeweilige absolute Anzahl der Kinder bzw. den prozentualen Anteil der Kinder zu verschiedenen Fragestellungen. Die Ergebnisse aus Hildesheim werden den Ergebnissen aus der SOPHIA-Anwendergemeinschaft (siehe 2. Schuleingangsuntersuchung, knapp 50.000 Datensätze) und – soweit bekannt – auch den Zahlen der landesweiten Erhebung (gut 71.000 Datensätze) gegenüber gestellt.



2.1 Zur Gruppe der untersuchten Kinder:

Alter der Kinder bei der SEU

Im Folgenden wird die Altersverteilung der Kinder bei der SEU dargestellt. Kann-Kinder sind Kinder, die nach dem 31.7.2004 geboren wurden, aber vorzeitig zur Schule angemeldet wurden. Schulpflichtig sind alle zwischen dem 1.7.2003 und 31.7.2004 geborenen Kinder. Zurückgestellte Kinder waren im Vorjahr schulpflichtig, wurden aber durch die Schulen vom Schulbesuch zurückgestellt und daher 2010 erneut untersucht.

Tabelle 2.1: Relative Häufigkeit der Kann-Kinder, der schulpflichtigen Kinder und der zurückgestellten Kinder im Vergleich LK Hildesheim zu SOPHIA

Alter der Kinder bei der SEU		
	Hildesheim n = 2.838	SOPHIA n = 49.766
Kann-Kinder	8,30%	7,40%
schulpflichtige Kinder	78,50%	80,60%
zurückgestellte Kinder	12,90%	12,00%

Ethnische Herkunft der Kinder

Unsere Schulanfänger kommen aus unterschiedlichen sozialen und ethnischen Umfeldern (siehe 1.Grundlagen-Ausgangslagen). Aufgrund der Erhebung der Sozialdaten können Aussagen zu diesen Bereichen gemacht werden und das soziale Umfeld mit den Bedingungen in den übrigen SOPHIA-Gebieten verglichen werden.

Eine wichtige Information zur Lebenssituation der Kinder ist die ethnische Herkunft. Wir erfargen bei den Eltern, aus welchem Land die Familie stammt. Die Antwort gibt i.d. R. einen guten Anhalt für das kulturelle und sprachliche Umfeld, in dem das Kind aufwächst. Es unterscheidet sich bewusst von dem verwaltungstechnischen Begriff des „Migrationshintergrundes“ oder dem der „Staatsangehörigkeit“.

Tabelle 2.2: Darstellung der ethnischen Herkunft der Kinder in absoluten und relativen Häufigkeiten, Vergleich LK Hildesheim mit SOPHIA.

Ethnische Herkunft				
	Hildesheim n = 2.838		SOPHIA n = 49.766	
deutsch	2179	76,80%	38503	77,40%
nicht deutsch	637	22,40%	10976	22,10%
unbekannt	22	0,80%	287	0,60%

Es gibt bezüglich der Herkunftsländer der Familien große regionale Unterschiede, die sich vor allem bei der kleinräumigen Analyse, z.B. auf Ebene der Schulbezirke, zeigen. So liegt der Anteil der Familien mit einem nicht deutschen ethnischen Hintergrund in den Bezirken der Stadt HI zwischen 8 und 60%. Im LK sind die Unterschiede nicht ganz so ausgeprägt, aber auch hier liegen die Werte zwischen 4 und 33% (höhere Werte in den Städten im LK).

Sprachliche Verständigung

Ein großes Problem der Kinder mit einem nicht deutschen ethnischen Hintergrund kann die sprachliche Verständigung sein.

Die sprachliche Umgebung wird in der Untersuchung erfragt, (welche Sprache in der Familie bzw. mit dem Kind bisher gesprochen wurde und wird) und während der Untersuchung im Gespräch mit dem Kind beurteilt.

Tabelle 2.3: Darstellung der Familiensprache und Verständigung während der Untersuchung in relativer Häufigkeit. Vergleich LK Hildesheim zu Sophia

sprachliche Verständigung		
	Hildesheim n = 2.838	SOPHIA n = 49.766
1 Familiensprache Deutsch	78,10%	78,30%
2 Verständigung mit dem Kind wie 1	18,50%	19,50%
3 Verständigung eingeschränkt	3,00%	1,80%
4 keine Verständigung auf Deutsch möglich	0,30%	0,40%

2.2 Rückmeldeverfahren

Ein wesentliches Qualitätsmerkmal der SEU nach SOPHIA ist das Rückmeldeverfahren, mit dem die Zusammenarbeit mit den Kinder- und Hausärztinnen und -Ärzten auch strukturell implementiert ist.

Die Eltern erhalten bei der SEU im Falle von kontroll- oder behandlungsbedürftigen Befunden ein Anschreiben an ihre/n Arzt/Ärztin mit der Bitte um Rückantwort und Mitteilung des dortigen US-Ergebnisses. So kann die Beurteilung der erhobenen Befunde durch die Ärztinnen des KJGD mit den ÄrztInnen in der Praxis immer besser abgeglichen werden.

Erfolgt bei wichtigen Befunden keine Rückmeldung, wird der KJGD aktiv und erinnert die Eltern an das ausstehende Schreiben. Dieses durchaus aufwendige Verfahren führt zu einer großen Zahl von Rückmeldungen im zweiten Schritt und damit einer erheblichen Steigerung der Qualität. Auf diese Weise wird ein hoher Anteil der bei der SEU erhobenen Befunde durch die niedergelassenen ÄrztInnen weiter diagnostiziert und behandelt, die sonst unentdeckt geblieben wären. Als Beispiel werden die Rückmeldequoten der Befunde beim Sehtest, Hörtest und den Sprachbefunden dargestellt.

Tabelle 2.4: Darstellung der relativen Häufigkeit von Rückmeldungen der Arztanschriften und die Bestätigungsrate der Befunde

Rückmeldeverfahren		
	Rückmeldung	Bestätigungsrate
Sehtest	65%	75% Behandlung eingeleitet („B“)
		15% Kontrolle läuft („X“)
Hörtest	62%	56% Behandlung eingeleitet („B“)
Sprachbefund	58%	72% Behandlung eingeleitet („B“)
		16% Kontrolle läuft („X“)

Die Rückmelderate ist je nach Befundgruppe unterschiedlich; sie beträgt in HI in den wesentlichen Bereichen durchschnittlich etwa 60% und ist damit extrem hoch.

Die inhaltliche Bestätigung der US-Ergebnisse der SEU ist ebenfalls vergleichsweise sehr hoch und spricht für eine gute Qualität der Untersuchung. Die im Verhältnis niedrigere Bestätigungsrate beim Hörtest ist vollkommen normal, denn bei der SEU ist die Ursache der Hörstörung (Infekt??) nicht eindeutig zu klären. Eine Kontrolle ist dennoch erforderlich und dann naturgemäß häufig unauffällig.

2.3 Akzeptanz bei den Eltern

Aktuell ist die Erfassung der relevanten Sozialdaten nach Klärung mit dem Landesdatenschutz originärer Bestandteil der SEU in Niedersachsen. Bis 2010 jedoch bedurfte dies der expliziten Zustimmung der Eltern. Die Zustimmungsraten können ebenso wie die Vorlagerate der U-Hefte und der Impfpässe als Marker der grundsätzlichen Akzeptanz gewertet werden. Die in HI gemessenen Werte liegen deutlich sowohl über dem Durchschnitt in der SOPHIA-Vergleichsregion als auch über dem Landesdurchschnitt und liegen im Landesranking an Stelle 4 bzw. 5 von 44 Gebietskörperschaften!

Tabelle 2.5: Darstellung der Akzeptanz der Eltern in relativer Häufigkeit an Hand der Beispiele Zustimmung zur Sozialdatenerfassung, Vorlage des Vorsorgeheftes und Impfpässe

Akzeptanz der Eltern			
	Hildesheim n = 2.838	SOPHIA n = 49.766	Niedersachsen n = 71.388
Zustimmung zur Sozialdatenerfassung	89,10%	84,60%	?
Vorsorgeheft vorgelegt	94,80%	92,70%	93,0%
Impfpass vorgelegt	95,00%	92,50%	92,7%

2.4 Schulrelevante Befunde

Bei der SEU wird ein besonderer Schwerpunkt auf die kindlichen Entwicklungsbereiche gelegt, die mit großer Wahrscheinlichkeit für den Schulerfolg wichtig sind. Die Untersuchungen in den Bereichen Sehen – Hören– Wahrnehmung – Sprache – Bewegung und zunehmend auch Psyche und Verhalten werden standardisiert und entsprechend den 2008 aktualisierten Vorgaben durchgeführt.

Durch die Angleichung dieser Vorgaben in den Anwenderkreisen Weser-Ems und SOPHIA ist es jetzt auch möglich, die Daten landesweit zu vergleichen. Ein erster Landes-Kinder-Gesundheitsbericht ist im NLGA in Vorbereitung und soll im Sommer 2012 publiziert werden.

2.4.1 Sehvermögen

Bei der landesweiten gemeinsamen Überarbeitung der Arbeitsrichtlinien 2008 wurde die Visus-Norm für den Sehbefund verändert. Bis 2007 lag der Grenzwert bei einem Visus von 0.7; jetzt wird für Schulanfänger ein Visus von 1.0 gefordert.

Tabelle 2.6: Darstellung der Sehbefunde in relativer Häufigkeit, Ergebnisse 2010 im Vergleich zu SOPHIA („A“: Arztbrief; „B“: Behandlung läuft)

Sehbefunde		
Jahre	Hildesheim A+B	SOPHIA A+B
1999-2007	~21%	
ab 2008	~30%	
2010	28,40%	25%

2.4.2. Hörvermögen

Auch beim Hörtest kam es bei der Überarbeitung zu einer Anpassung des Grenzwertes. Seit 2008 müssen die Kinder bei der SEU bei einer Prüflautstärke von 30dB mindestens 5 von 6 angebotenen Frequenzen auf jedem Ohr hören. Andernfalls wird eine Hörtest-Kontrolle empfohlen

Tabelle 2.7: Darstellung der Hörbefunde in relativer Häufigkeit, Ergebnisse 2010 im Vergleich zu SOPHIA („A“: Arztbrief; „B“: Behandlung läuft)

Hörbefund		
Jahre	Hildesheim A+B	SOPHIA A+B
1999-2007	~12%	
ab 2008	~7,5%	
2010	6,40%	7,70%



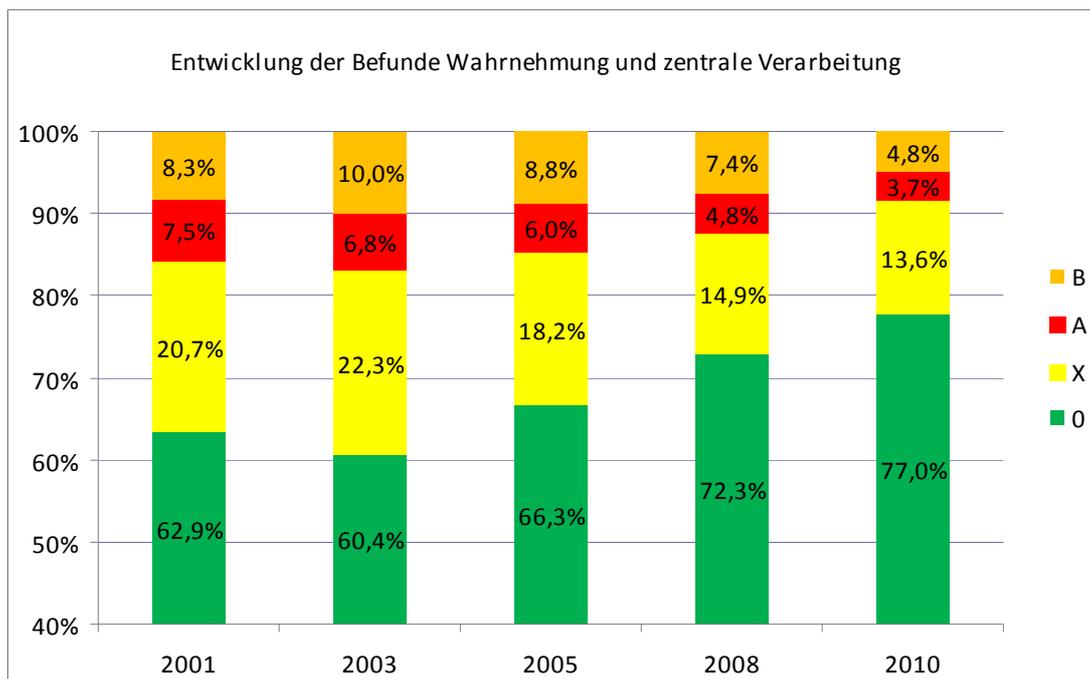
2.4.3 Zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung ZWV

Eine ganz besondere Bedeutung für das Lernen, insbesondere für die Entwicklung der Lese- und Schreibkompetenz, kommt der zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung von visuellen und auditiven Reizen und Informationen zu. Daher gaben die Ergebnisse, die in den ersten Jahren der SEU nach SOPHIA in HI erhoben wurden, Anlass zur Sorge. Über 16% der Kinder hatten im Wahrnehmungsbereich erhebliche Probleme, weitere 20% waren zumindest nicht altersgerecht unauffällig in diesem wichtigen Entwicklungsbereich.

In den Folgejahren bemühte sich daher der KJGD gemeinsam mit KiTas, VHS, UNI HI, vielen Eltern und Schulen um mehr Aufmerksamkeit für das Thema „Hörwahrnehmung“ (S. Materialien Homepage, u.a. „Ohrenkönige bei Schulbeginn“ u.a.). Diese Bemühungen haben im Lauf der Jahre deutliche Veränderungen bewirkt, und sind mit großer Wahrscheinlichkeit mit verantwortlich für die deutlich in positiver Hinsicht veränderten Zahlen.

Der Anteil der Kinder mit gravierenden Problemen (A- oder B-Befunde) sank von etwa 16% auf 8% - eine Reduktion um 8 Prozentpunkte oder um 50%. Der Anteil der speziell förderbedürftigen Kinder („X“) sank von 20 % auf 13 %. Umgekehrt stieg der Anteil der Kinder völlig altersgerechten Ergebnissen in den Wahrnehmungs-Screenings von etwa 60 % auf jetzt 77 %!

Abb. 2.1 Darstellung der Entwicklung der Befunde „Wahrnehmung und zentrale Verarbeitung“ von 2001-2010



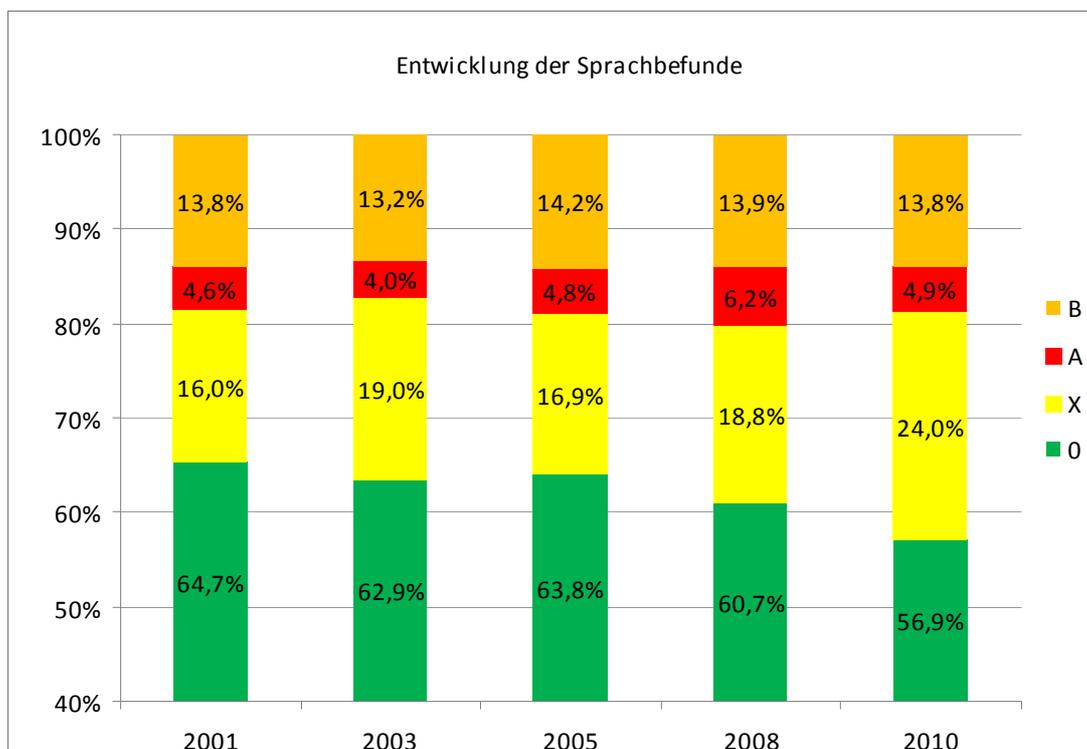
Die Broschüren zur Hörwahrnehmung / Ohrenkönige bei Schulbeginn findet man unter:
<http://www.landkreishildesheim.de/index.php?La=1&NavID=1905.83&object=tx|1905.438.1&kat=&kuo=1&sub=0>

2.4.4 Sprachentwicklung

Die Beurteilung der Sprachentwicklung erfolgt seit 1998 unverändert nach den gleichen standardisierten Kriterien, so dass hier ein guter Überblick über die zeitlichen Tendenzen in diesem wichtigen kindlichen Entwicklungsbereich entsteht. Deutlich wird, dass seit 10 Jahren der Anteil der Kinder, die in Therapie sind ("B"), und der Anteil der Kinder, bei denen eine Kontrolle durch den niedergelassenen Arzt empfohlen wurde ("A") mit insgesamt etwa 18,5% recht konstant geblieben ist.

Es fällt jedoch auf, dass im gleichen Zeitraum der Anteil der Kinder, bei denen die Sprachentwicklung nicht altersgerecht ist, sie deswegen aufmerksam beobachtet werden müssen, und bei denen zumindest ein spezifischer Förderbedarf besteht, von 16% auf 24% zugenommen hat. Hier wird die Bedeutung der schulärztlichen Beratung der Eltern zum Umgang mit Sprache, Vorlesen, Medien und Ritualen in der US-Situation einerseits deutlich, andererseits stellt sich natürlich die Frage einer sinnvollen Frühprävention dieser und anderer Entwicklungsschwierigkeiten (siehe PIAF-Programm).

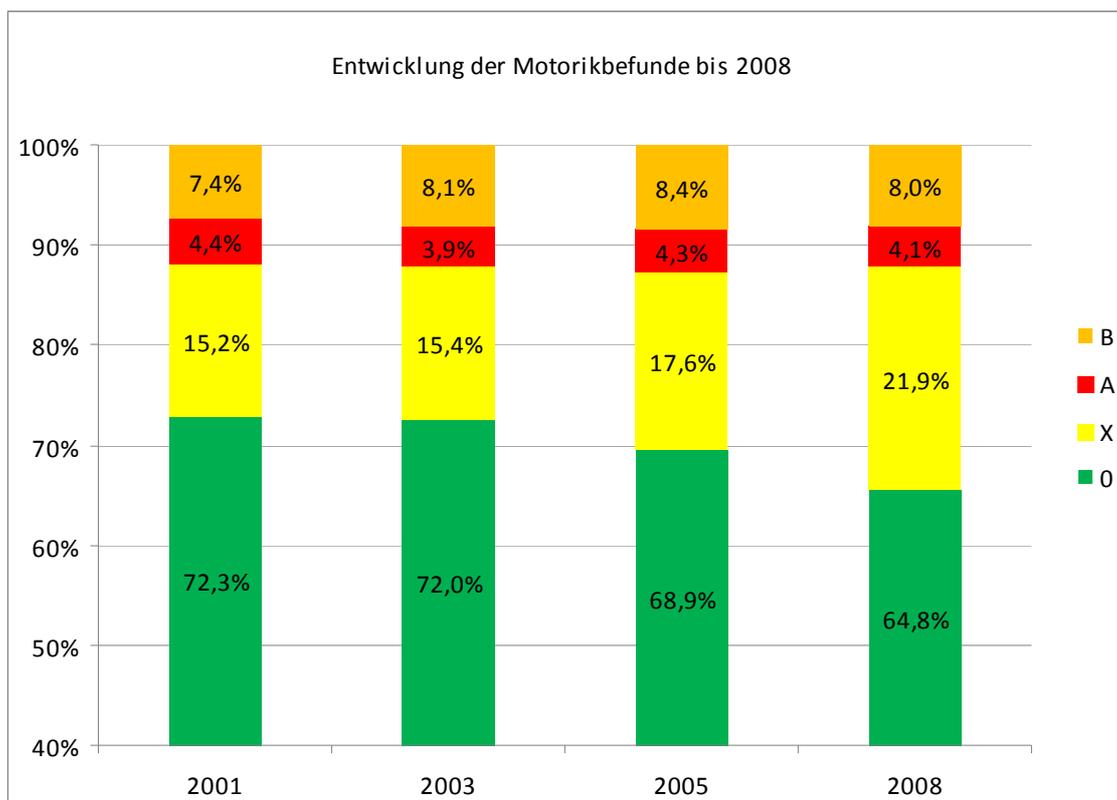
Abb. 2.2 Darstellung der Sprachbefunde SEU 2001 - 2010



2.4.5 Motorik

Bis 2008 erfolgte die Dokumentation der motorischen Untersuchungsinhalte in einer Variablen. Die relativen Häufigkeiten in diesem Bereich waren recht stabil. Bei etwa 12% der Kinder bestand ein Kontrollbedarf, oder die entsprechende Maßnahme war bereits eingeleitet. Der Anteil der Kinder mit mäßigen Problemen jedoch ist wie bei der Sprachentwicklung deutlich gestiegen (von 15% auf 22%) – das erfordert naturgemäß ebenfalls eine fundierte Beratung der Eltern.

Abb. 2.3 Darstellung der Motorikbefunde 2001 - 2008



Seit der gemeinsamen Aktualisierung der Arbeitsrichtlinien erfolgt die Beurteilung der motorischen Entwicklung differenziert nach Feinmotorik und Körpermotorik. Dabei wurden neue einheitliche Untersuchungsmethoden entwickelt, die sowohl bei SOPHIA als auch im Bereich Weser-Ems Anwendung finden. In Anlehnung an die Motorik-Module bei KIGGS und entsprechend den zur Zeit üblichen Motoriktests wird zur Testung der Feinmotorik das „Stifte-Stecken“ zusätzlich zum VSRT-Zeichentest eingesetzt.



Bei der Untersuchung der Körpermotorik wird beurteilt, wie die Kinder seitlich von einem Kästchen in ein anderes hüpfen, wie in den aktuell gängigen Koordinationstests üblich. Das Stehen und / oder Hüpfen auf einem Bein, Balancieren vorwärts und rückwärts und andere Elemente können zusätzlich untersucht werden.



Die Ergebnisse zeigen, dass nicht alle Kinder sowohl im feinmotorischen als auch im körpermotorischen Bereich Schwierigkeiten haben. Zur Beratung der Eltern und Lehrer bezüglich der Förderung der Kinder und auch zur Planung regionaler Förderangebote (mehr Bastelkurse? Oder mehr Fußballplätze?) ist die differenzierte Betrachtung der motorischen Entwicklung sicher ein Gewinn.

Tabelle 2.7: Darstellung der Motorikbefunde SEU 2010 in absoluten und relativen Häufigkeiten, Vergleich LK Hildesheim mit SOPHIA.

	Feinmotorik		Ganzkörpermotorik	
	Hildesheim n = 2.838	SOPHIA n = 49.766	Hildesheim n = 2.838	SOPHIA n = 49.766
0	80,20%	77,50%	79,20%	79,10%
X	11,20%	14,20%	11,60%	12,90%
A	2,10%	2,20%	2,60%	1,90%
B	6,10%	5,70%	5,90%	5,00%

2.5 Impfsituation bei Schulbeginn

Ein altersgerechter, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission STIKO kompletter Impfstatus ist nicht nur für das eine Kind ein wichtiges Element der individuellen Gesundheitsvorsorge, sondern trägt auch zur Gruppenimmunität und damit zum Schutz der Altersgenossen bei. Die Rate der entsprechend den o.g. Empfehlungen vollständig geimpften Kinder hat in den letzten Jahren erfreulicherweise zugenommen.

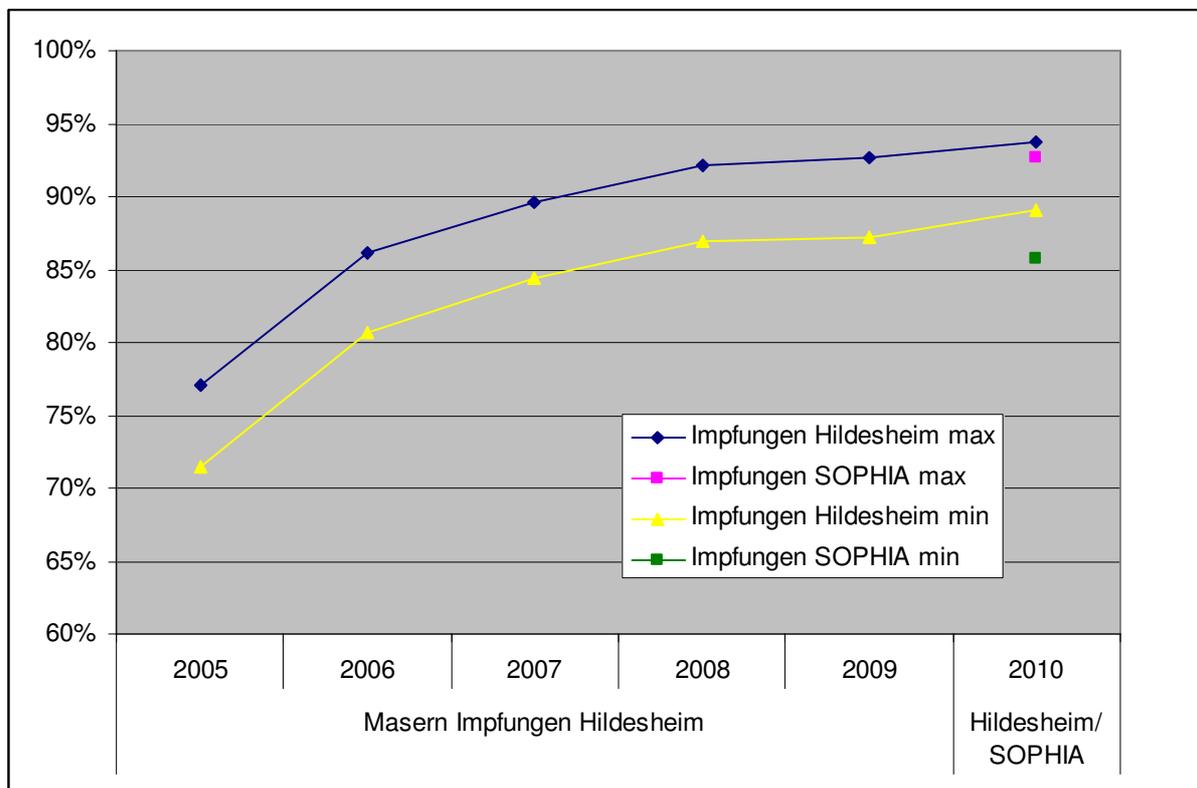
2010 waren 90% der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis bei der SEU gegen alle Krankheiten geschützt, für die es eine Impfempfehlung gab (Impf Max). Mit Bezug auf die gesamte Kinderzahl, also auch auf die Kinder ohne vorgelegtes Impfdokument, waren dies 85% der Kinder (Impf Min). Für eine Gruppenimmunität im o.g. Sinne müssen allerdings 90%, besser 95% der Kinder durch Impfung geschützt sein.

Als Beispiel wird hier, auch vor dem Hintergrund der immer wieder auftretenden Masernausbrüche, die Entwicklung der Durchimpfungsrate gegen Masern dargestellt, bei der in den letzten 5 Jahren eine beeindruckende Verbesserung zu beobachten war.

Die untere Kurve stellt den Anteil der zweimal gegen Masern geimpften von allen Kindern dar (Impfungen Hildesheim Min); die obere Kurve zeigt den Anteil der zweimal geimpften Kinder mit vorgelegtem Impfausweis (Impfungen Hildesheim Max).

Da die Kinder, deren Impfdokument nicht vorgelegt wurde, vermutlich nicht ebenso komplett geimpft sind wie ihre Altersgenossen, liegt die „echte“ Durchimpfungsrate wahrscheinlich zwischen 89 und 93% - eine positive Entwicklung, die aber aus o.g. Gründen noch zu verbessern ist. Die Hildesheimer Durchimpfungsraten liegen erfreulicherweise etwas über dem Durchschnitt im SOPHIA-Gebiet. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch auf die Informationen aus dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt.

Abb. 2.4: Durchimpfungsrate (SEU 2005 - 2010) gegen Masern



[Homepage des NLGA mit Impfinformationen:
http://www.nlga.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=6568&psmand=20](http://www.nlga.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=6568&psmand=20)

3. Präventionsprogramm PIAF: Frühzeitig – interdisziplinär - systematisch

Aus der Erfahrung heraus, dass die vorgehaltenen Hilfssysteme gerade bei Risikokindern und -Familien oft zu spät zum Einsatz kommen, erhielten der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD, FD 409) und die Erziehungsberatungsstelle (FD 405) 2005 den Auftrag von Politik und Verwaltungsleitung, ein Präventionsprogramm für Kindergartenkinder zu entwickeln. Dieses Präventionskonzept wurde zunächst (2006/07) im Sinne eines Projektes in Alfeld und Freden umgesetzt und erhielt den Namen PiAF (Prävention in Alfeld und Freden), weil die kleinräumige Analyse der Daten aus SEU in dieser Region eine deutliche Risikohäufung zeigte und auch aus dieser Region sehr deutliche Nachfragen nach Unterstützung gekommen waren.

Zwei Jahre vor der Einschulung werden gemeinsam mit Erzieherinnen, Eltern und Fachleuten aus Jugendhilfe und Gesundheitsamt alle Kinder untersucht und die Bezugspersonen beraten. Es geht vor allem darum, den Unterstützungsbedarf der Kinder und Familien und/oder der KiTas zu erkennen und bei der Entwicklung der Förderkonzepte zu unterstützen.

Das Projekt wurde stufenweise auf die Region Gronau und Elze (2009) ausgeweitet und ist seit 2011 als generelles Angebot für alle Kinder im Landkreis Hildesheim (außer Stadt Hildesheim) als Präventionsprogramm etabliert. PIAF bedeutet jetzt: Prävention in aller Frühe.

Das Programm PIAF ist für alle Beteiligten (Landkreis Hildesheim, KiTas und Familien) eine freiwillige Leistung. PIAF ist (nach hiesiger Erkenntnis) in dieser Komplexität der interdisziplinären Zusammenarbeit landesweit einmalig. Sowohl das Projekt PiAF als auch das Programm PIAF wurden und werden gefördert und begleitet vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration.

Die Begleitung und Evaluation der Bemühungen um eine Verbesserung in der systematischen Kooperation aller Beteiligten geschah durch die Universität Hildesheim, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Kompetenzzentrum frühe Kindheit.

Folgende Ziele wurden für die Projektphase formuliert und geltend auch für das PIAF-Programm:

- Erkennung von Entwicklungsschwierigkeiten und Einleitung von Fördermaßnahmen
- Erkennung und Unterstützung bei psychosozialen Risiken und Verhaltensproblemen
- Verbesserung des Vorsorge- und Impfstatus im Sinne einer verbesserten medizinischen Grundversorgung
- Verbesserung der zielgerichteten Kommunikation und Kooperation zwischen medizinischen, pädagogischen und sozialpädagogischen Fachkräften
- Einbeziehung der Eltern
- Gemeinsame Steigerung der Beobachtungskompetenz auch in den Kita's

Auf der Homepage des LK Hildesheim / Kinder- und Jugendgesundheitsdienst stehen bereits mehrere Berichte und Auswertungen sowie die Ergebnisse der Evaluation durch die Universität Hildesheim zur Einsicht und zum Herunterladen zur Verfügung.

Aktuell erfolgt mit der Ausweitung des Programms auf den gesamten Landkreis die EDV-technische Umstellung von Dokumentation und Erfassung, so dass die Auswertung der letzten beiden Untersuchungsjahrgänge noch nicht abschließend möglich ist. Diese Auswertungen werden so bald als möglich durchgeführt und veröffentlicht. Im Folgenden werden die jeweils neuesten verfügbaren Daten dargestellt.

3.1 Gruppe der untersuchten Kinder (2007 - 2010) und Empfehlungen bei PiAF

Von den Kindern im PiAF-Zieljahrgang (zwei Jahre später schulpflichtig) besuchten im Durchschnitt etwa 95% den Kindergarten. Von diesen Kindern haben **93 - 98%** an PiAF teilgenommen.

Die sogenannten „Hauskinder“ sind für unser Angebot deutlich schwerer zu erreichen: Bei den 10 - 15 Kindern pro Jahr in der Region Alfeld-Freden lag die Teilnahmerate zwischen 16 und 76%.



Neben den Kindern des jeweiligen „Zieljahrganges“ werden regelmäßig von den Einrichtungen in Absprache mit den Eltern Untersuchung und Beratung für Kinder mit besonderen Problemen erbeten (12 - 15% der jeweils durchgeführten Untersuchungen, s.u.: „Zusatzkinder“). Das Durchschnittsalter bei den Untersuchungen sinkt (von 4,5 Jahren 2007 auf 4,1 Jahre 2009). Das hat mit den veränderten Eckdaten für die Schulpflicht zu tun und bedeutet für Erzieherinnen wie PiAF-Team besonders bei den kleinen, eben drei Jahre alten Kindern manche echte Herausforderung (für die Kinder gilt dies natürlich genauso).

3.2 Akzeptanz bei den Eltern - Vorlageraten Impfpass, U-Heft, Zustimmung Sozialdatenerhebung

Selbstverständlich ist nicht nur die Teilnahme am PIAF-Projekt freiwillig. Insbesondere für die EDV-gestützte Sozialdatenerhebung wird eine gesonderte Einverständniserklärung der Eltern eingeholt. Weil sowohl diese Zustimmung als auch die Vorlage von Kinder-Untersuchungsheft und Impfpass am Untersuchungstag aus unserer Erfahrung als Marker für die Akzeptanz des gesamten Projektes bei den Eltern gelten dürfen, sind die entsprechenden Werte von besonderem Interesse. Umso erfreulicher sind die Ergebnisse: Sowohl die Zustimmungsrate zur Sozialdatenerfassung mit **93-98%** als auch die Vorlagerate der Impfbücher und Untersuchungshefte mit **94-98%** bzw. **92-98%** sind extrem hoch und sicherlich auch auf die gute Mitwirkung der Fachkräfte aus den Kindertageseinrichtungen zurückzuführen. Zum Vergleich: Bei der SEU, bei der die Eltern qua Gesetz zur Mitwirkung verpflichtet sind, und die seit Jahren gut etabliert ist, liegen die Hildesheimer Werte im niedersächsischen Vergleich im obersten Bereich, aber immer nur zwischen 90 und 92%.

Tab. 3.1: Vorlageraten Impfpass, U-Heft, Zustimmung Sozialdaten PiAF 2007-2009

	PiAF 2007 (n=139)		PiAF 2008 (n=217)		PiAF 2009 (n=197)		PIAF 2010 (n=268)		Vergleich SEU (n=19.419)
	n	%	n	%	n	%	n	%	%
Zustimmung zur Sozialdatenerhebung	136	97,8	210	96,8	184	93,4	255	95,1	91,1
Vorlage Impfpass	136	97,8	205	94,5	190	96,4	255	95,1	91,9
Vorlage U-Heft	136	97,8	211	97,2	189	95,9	249	92,9	90,5

Im Anschluss an die Untersuchung wird in einem gemeinsamen Beratungsgespräch mit anwesendem Elternteil und Erzieherin das weitere Vorgehen besprochen (schriftliches Protokoll auch für den/die behandelnde/n Kinder- bzw. Hausarzt/Ärztin). Je nach Bedarf empfehlen wir den Eltern ggf. auch, den Rat und die Unterstützung externer Fachleute einzuholen. Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht über diese Empfehlungen in den vier PiAF-Jahren:

Tab. 3.2: Empfehlungen bei PiAF 2007-2010

	PiAF 2007-2010 (n=821)	Kostenträger
Empfehlungen nach Kindern:	%	
Keine spez. Maßnahmen (MN) erforderlich	21,0%	-
Gezielte Förderung zuhause und in der KiTa	40,0%	-
Bei diesen Maßnahmen sind Mehrfachnennungen möglich		
Ärztliche Maßnahmen	28,0%	SGB V
Erziehungsberatung	4,5%	SGB VIII
Heilpädagogische Maßnahmen	11,0%	SGB XII
Maßnahmen der Jugend Hilfe im engeren Sinne	4,6%	SGB VIII

3.3 Ergebnisse bei Schulbeginn

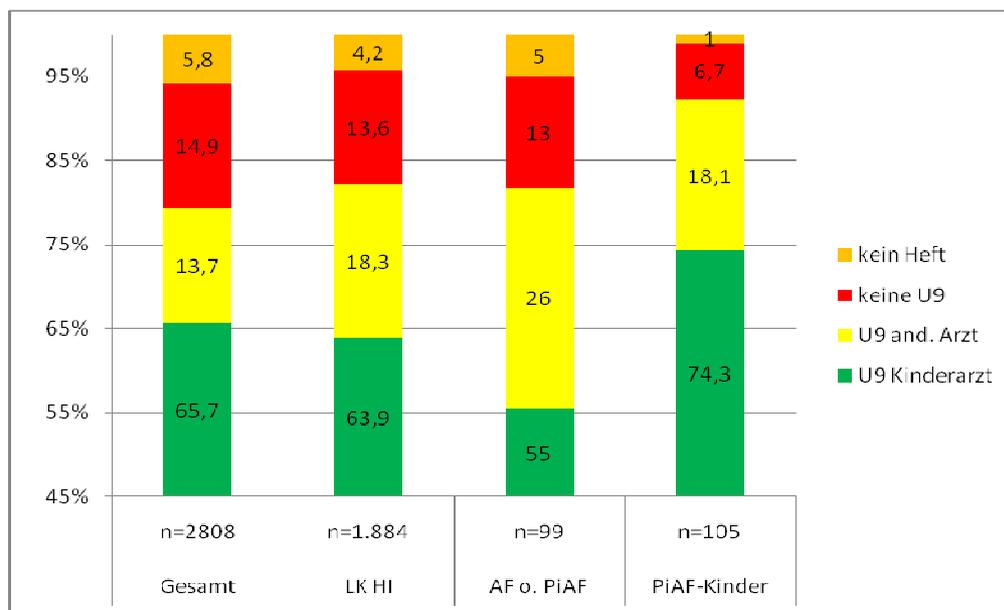
Im ersten PiAF-(Halb)-Jahr wurden von Januar bis Juli 2007 139 Kinder untersucht. Ein Teil dieser Kinder war schon älter als vier Jahre, aber 105 PiAF-Kinder sahen wir termingerecht bei der SEU 2009 wieder. Insgesamt kamen 2009 in Alfeld und Freden 204 Kinder zur SEU. Die 99 „Nicht- PiAFs“ werden für die folgenden Bewertungen der Ergebnisse als (nicht geplante, aber adäquate) Kontrollgruppe betrachtet; außerdem erfolgt der Vergleich mit den Gesamtwerten des Jahrgangs 2009 vor dem Hintergrund der im Projektkonzept formulierten Erwartungen.

3.3.1 Verbesserung der Teilnehmerate an der Vorsorge U9

Die Teilnahme an der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchung U9 (5 Jahre) zeigt, dass die Eltern für ihr Kind die vorhandenen medizinischen Angebote nutzen.

In Alfeld und Freden hatte die Teilnahme nur bei knapp 75% der Kinder gelegen. Bei der SEU 2009 fanden wir eine Teilnehmerate bei den Nicht-PiAF-Kindern von 81%, bei den PiAF-Kindern jedoch von 92,4%! Statt der geforderten Steigerung um fünf Prozentpunkte wurde eine Steigerung um 17 Punkte erreicht, und auch verglichen mit dem Landkreis-Niveau liegt jetzt die gesamte Region Alfeld-Freden deutlich über dem geforderten Durchschnitt (Alfeld-Freden: 87,3 % vs. 82,2% Landkreis).

Abb. 3.1: Teilnahme U9 (SEU 2009)

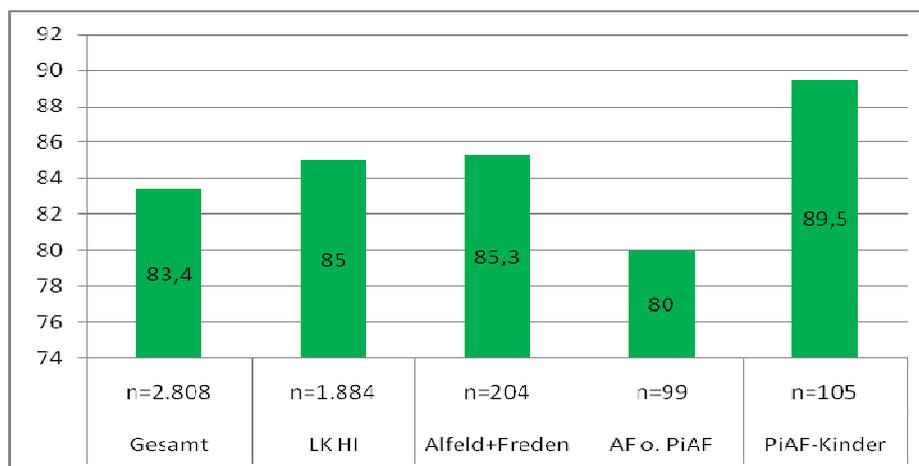


3.3.2 Verbesserung des Impfschutzes

Die Tatsache, dass unsere Kinder gemäß den von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Standards geimpft sind, ist zunächst wie die Teilnahme an der U9 ein Indikator für elterliche Kompetenz und Nutzung der vorhandenen medizinischen Angebote, zudem für das einzelne Kind eine Verbesserung der medizinischen Grundversorgung und letztlich ein Beitrag zum Gesundheitsschutz in der Altersgruppe. Daher ist die Verbesserung des Impfschutzes eines der PiAF-Ziele.

Die Daten aus der SEU 2009 zeigen: Auch der Impfschutz ist bei den PiAF-Kindern deutlich besser als bei ihren Altersgenossen. Mit 89,5% altersgerecht vollständig geimpften Kindern ist in dieser Gruppe die Versorgung deutlich besser als bei ihren Altersgenossen. Im gesamten Gebiet des Landkreises Hildesheim waren bei der SEU 2009 83,4% der Kinder vollständig geimpft; in Alfeld und Freden lag diese Quote bei den „Kontroll-Gruppe“ gar nur bei 80%. Statt der geforderten Steigerung um 5 Prozentpunkte lag der Zuwachs bei 15 Punkten und damit auch für dieses Ziel deutlich über den Erwartungen. Hier konnte durch die Summe der individuellen Präventionsmaßnahmen auch der Gesundheitsschutz der Kindergruppe definitiv verbessert werden.

Abb. 3.2: Altersgerecht vollständiger Impfstatus (Daten SEU 2009)



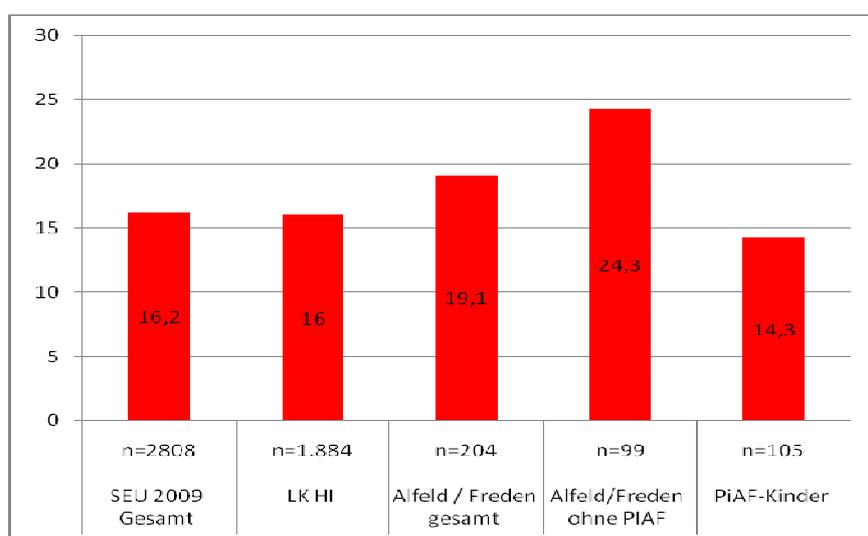
3.3.3 Dunkelfeldaufhellung, oder:

Reduktion der Rate der bis zur SEU unbekanntem, gravierenden Befunde („A-Befunde“) in schulelevanten Teilbereichen

Entwicklungsprobleme der Sinnes- und Wahrnehmungsfunktionen wie auch der Bewegungs- und der Sprachentwicklung sind natürlich für die gesamte kindliche Entwicklung hinderlich. Besonders fatale Folgen können, wenn diese Schwierigkeiten nicht oder zu spät (z.B. erst bei der SEU) erkannt werden, für den Schulerfolg und damit ebenso für die psychosoziale Entwicklung der Kinder entstehen. Daher ist es eines der zentralen Anliegen von PiAF, Schwierigkeiten in diesen Bereichen früher als bisher zu erkennen, Entwicklungsbesonderheiten von Entwicklungsproblemen unterscheiden zu helfen und vor allem, bei der angemessenen Reaktion zu unterstützen.

Im gesamten Landkreis-Gebiet mussten wir 2009 bei 16% der Schulanfänger „A“-Befunde (Befundkontrolle bzw. Therapie-Einleitung erforderlich in den Bereichen Hören, Bewegen, Wahrnehmen und Sprechen) registrieren. In der Region Alfeld-Freden lag dieser Wert erfahrungsgemäß über dem Landkreis-Durchschnitt, so auch 2009 mit 19,1%. Den Erfolg von PiAF zeigt der deutliche Unterschied innerhalb der Region: In der Kontroll-Gruppe lag diese Rate bei 24%, bei den PiAF-Kindern nur bei 14%. Der Anteil der Kinder mit „A“-Befunden wurde somit im Vergleich zum Vorbefund um etwa 10 Prozentpunkte, im Vergleich mit der Kontrollgruppe sogar um etwa 40% und auf einen Wert unterhalb des Landkreisdurchschnitts reduziert. Damit wurden die Zielvorgaben für die Projektphase in diesem zentralen Bereich eindeutig erreicht bzw. übertroffen.

Abb. 3.3: Unbekannte Problembefunde („A“) in schulrelevanten Bereichen (SEU 2009, ohne Sehtest)



Weitere Informationen zum Projekt PiAF findet man unter:

<http://www.landkreishildesheim.de/index.php?La=1&NavID=1905.83&object=tx|1905.438.1&kat=&kuo=1&sub=0>

4. Infektionsschutz/Impfsituation:

Die bei den Schuleingangsuntersuchungen entsprechend Infektionsschutzgesetz ermittelten Durchimpfungsraten der Schulanfänger waren in der Vergangenheit (1990er Jahre) deutlich unvollständiger als in den letzten Jahren. Im Rahmen der Beratungen anlässlich der SEU erhalten alle Familien für die Kinder eine individuelle Impfempfehlung entsprechend der aktuellen Empfehlung der STIKO.

Besondere Risiken im Sinne von Impflücken durch versäumte Auffrischimpfungen bestehen jedoch bei älteren Kindern und Jugendlichen. Deshalb werden ferner alle SchülerInnen der 7. Jahrgangsstufe sämtlicher Schulen in Stadt und Landkreis klassenweise während einer Impfberatungsstunde über notwendige Impfungen informiert. Ihnen wird anhand des mitgebrachten Impfausweises eine aktuelle individuelle Impfempfehlung (gemäß STIKO) ausgestellt.

In Zusammenarbeit mit der Bezirksregierung, der KVN Hildesheim, niedergelassenen Kinderärzten/Kinderärztinnen und Allgemeinärzten und dem Gesundheitsamt wurde das Impfkooperationsprojekt „Hildesheimer Modell“ ins Leben gerufen. Hierbei können nach der Be-

ratungsstunde fehlende Impfungen „vor Ort“ durch einen niedergelassenen Kollegen/ Kollegin nachgeholt werden. Dieses Impfangebot erreichte im Jahr 2011 etwa die Hälfte der 3000 SchülerInnen der 7. Klassen.

Tab. 4.1: Entwicklung der Durchimpfungsraten vor und nach der Impfkation 2006 - 2011

Jahr	2006	2007	2009*	2010	2011
Schülerzahl (Impfschulen)	1338	1255	1195	1291	1130
Impfpassvorlage	924	962	756	936	740
Vorlagerate (%)	69.1	76.6	63.3	72.5	65.5
vollständiger Impfschutz vor/nach Impfkation					
Masern	83.8 / 90.3	86.2 / 95.1	90.3 / 94.8	91.4 / 94.3	90.4 / 93.1
Hepatitis B	79.2 / 87.2	82.8 / 89.5	90.7 / 95.1	91.8 / 93.6	91.8 / 93.0
Polio	38.2 / 67.7	39.6 / 70.3	48.7 / 76.2	54.2 / 76.2	56.1 / 81.4
Meningokokken C	ø / ø	2.2 / 3.4	18.4 / 59.7	18.8 / 53.6	34.8 / 60.9

Übersicht über den prozentualen Anteil der vollständig gegen Masern, Hepatitis B, Polio sowie Meningokokken C geimpften Kinder der 6. (* ab 2009 der 7.). Jahrgangsstufe, bezogen auf die Impfpassvorlagerate; (bei vollständigem Impfschutz <50 % rote, bei einem vollständigen Impfschutz >90 % grüne Markierung)

5. Sozialpädiatrische Untersuchung und Beratung bei Entwicklungsschwierigkeiten:

Die Einzelfallbezogenen sozialpädiatrischen Untersuchungen und Beratungen erfolgen in der Regel im Zusammenhang mit gutachterlichen Stellungnahmen für Kostenträger von Eingliederungshilfeleistungen (Sozialämter, Jugendämter). Zunehmend häufig jedoch werden entsprechend § 59 SGB IX (Frage nach drohender Behinderung) Kinder und Jugendliche durchaus auch von Eltern, oft auf Veranlassungen der pädagogischen Einrichtungen, zur Untersuchung und Beratung vorgestellt.

Die Kinder und Jugendlichen mit besonderen Entwicklungsschwierigkeiten und/oder Behinderungen werden im KJGD untersucht und die Eltern, die pädagogischen Einrichtungen, ärztliche Kolleginnen und Kollegen und ggf. weitere Akteure bezüglich des Förderkonzeptes beraten. Wir ermitteln einerseits den vorliegenden Bedarf und geben andererseits Hilfestellung bei der Bedarfsdeckung in Kenntnis der gesetzlichen und regionalen Möglichkeiten.

Im KJGD kommen seit einigen Jahren standardisierte Testverfahren zum Einsatz: ET 6-6, SSV 1 und 2, SBE-2-KT, CPM und andere Entwicklungsskalen.

Dem entsprechenden Kostenträger gegenüber wird zu der erforderlichen Eingliederungshilfemaßnahme Stellung genommen. Die Begutachtung im KJGD erfolgt selbstverständlich in Kenntnis der gesetzlichen Grundlagen und der Rahmenbedingungen der jeweiligen Auftraggeber, vor allem aber gemäß dem sozialpädiatrischen Auftrag gegenüber Kind und Familie.

Mit den anderen Fachleuten und PartnerInnen im Bereich der Unterstützung von entwicklungsverzögerten Kindern und Jugendlichen erfolgt eine intensive, oftmals einzelfallbezogene, aber auch grundsätzlich systematische Zusammenarbeit, so z.B. mit den sozialpädiatrischen Zentren, sonderpädagogischen Fördereinrichtungen, Anbietern von speziellen Hilfsangeboten, etc.

Gemeinsam mit dem Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie wird die Sprachheilberatung an den Standorten Hildesheim und Alfeld durchgeführt. In 2011 wurden insgesamt 15 Sprachheilsprechtage durchgeführt. Hier geht es vor allem um die Klärung von evtl. teilstationärem oder vollstationärem Sprachheilbedarf, also der Förderung sprachentwicklungsverzögerter Kinder in Sprachheilkindergärten oder -Schulen. Die Begutachtung erfolgt durch die SprachheilberaterInnen des Landesamtes und die Kinderärztinnen und Mitarbeiterinnen des KJGD gemeinsam.

Jährlich werden durch die Mitarbeiterinnen des KJGD mit steigender Tendenz etwa 900 Gutachten erstellt. Bei etwa 100 – 120 Gutachten handelt es sich um komplexe Sozialmedizinische Stellungnahmen, die für teilstationäre Eingliederungshilfemaßnahmen wie z.B. Förderung in einem heilpädagogischen Kindergarten, erforderlich sind.

Zahlen: Gutachten im KJGD pro Jahr, in Klammern davon Sozialmedizinische Stellungnahmen für teilstationäre oder stationäre Maßnahmen.

2008: 881 (111), 2009: 887 (125), 2010: 904 (97); 2011: 926 (110).

6. Netzwerkarbeit / interdisziplinäre Kooperation / Beratung von Institutionen und Multiplikatoren / Mitwirkung in Arbeitskreisen / Lehraufgaben in Ausbildungsgängen Soziales und Pädagogik:

Wie im 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung zu Recht dringend eingefordert, darf und kann die interdisziplinäre Kooperation der pädagogischen und medizinischen Fachleute nicht nur im krisenhaften Einzelfall stattfinden. Strukturell und inhaltlich müssen ausreichende Voraussetzungen erarbeitet werden, damit kommunale Bemühungen um eine gesunde Entwicklung der Kinder und Jugendlichen gelingen können.

Der KJGD kooperiert neben den Fachdiensten für Jugend und Soziales in Stadt- und LK-Verwaltung intensiv mit den Kinderärztinnen und Kinderärzten, Hausärztinnen und Hausärzten aus der Praxis, den pädagogischen Einrichtungen, speziell mit den integrativ und sonderpädagogisch arbeitenden Einrichtungen, Anbietern von speziellen Fördermaßnahmen sowie dem Ausbildungsinstituten für Erzieherinnen und auch der Universität Hildesheim/Fachbereich Erziehungswissenschaften und anderen. Gemeinsame Fortbildungen und Arbeitskreise dienen dem fachlichen Austausch. Hinzuweisen ist auf die regelmäßig mit intensiver Hildesheimer Beteiligung durchgeführten Fachtagungen auch im überregionalen Kontext (siehe Beispiele, SOPHIA-FT, Robert-Koch-Tagung, Tagungen der Akademie für Sozialmedizin u.a.).

Einen besonderen, politisch explizit eingeforderten Schwerpunkt hat diese Netzwerkarbeit seit 2008 bekommen: Die Leitlinien Kindergesundheit – Kinder- und Familienförderung – Kinderschutz wurden in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt des Landkreises Hildesheim, dem Jugendamt der Stadt Hildesheim und dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes gemeinsam entwickelt und in den entsprechenden politischen Gremien beraten und beschlossen. Die daraus resultierenden Aufgaben sind und bleiben eine aktuelle Herausforderung.