

***Die Bedeutung von Prävention und frühen Hilfen
in der Kinder- und Jugendmedizin***

von

Horst von der Hardt

Aus: Erich Marks & Wiebke Steffen (Hrsg.):
Solidarität leben - Vielfalt sichern
Ausgewählte Beiträge des 14. Deutschen Präventionstages
Forum Verlag; Auflage: 1 (10. August 2011), Seite 165-174

ISBN 3936999872 (Printausgabe)
ISBN 978-3936999877 (E-Book)

Horst von der Hardt

Die Bedeutung von Prävention in der Kinder- und Jugendmedizin

Zunächst danke ich den Organisatorinnen und Organisatoren für die Einladung, deren Zustandekommen in Verbindung mit der vorausgegangenen Tagung in der Akademie Loccum steht.

Diese Tagung, über die ich Sie zunächst zusammenfassend informieren soll, fand vom 5. bis zum 7. Juni in der evangelischen Akademie in Loccum statt unter dem Leitthema: Gefährdungen und problematische Entwicklungsverläufe von Kindern, mit dem Untertitel: Was kann frühe Prävention für den Schutz und die Integration leisten?

Zunächst wurde deutlich gemacht, dass Frühe Hilfen als eines der zentralen Instrumente in der Prävention von Vernachlässigung und Gewalt in hilfebedürftigen Familien darauf hin ausgerichtet ist, die elterliche Erziehungsfähigkeit, die gestörte Bindefähigkeit und gestörte Mutter- Kind- Interaktion wieder herzustellen. Grundsätzlich gehen Interventionen im Maßnahmenpaket der Frühen Hilfen davon aus, dass bei den Erziehungsberechtigten, in aller Regel zunächst den Müttern, ein Potential vorhanden ist, das erkannt und mit vielfältigen Interventionsbausteinen entwickelt werden muss. Wie notwendig solche Ansätze sind, belegten eindrucksvoll aktuelle neurowissenschaftliche Forschungen, mit denen unter anderem gezeigt werden konnte, welche negativen hirnstrukturellen und biochemischen Auswirkungen Vernachlässigung und Misshandlung in der frühen Gehirnentwicklung haben. Die gute Botschaft aber: wir wissen inzwischen, wie plastisch glücklicherweise unser Gehirn ist, d.h. dass Interventionen, wenn sie rechtzeitig, d.h. frühzeitig erfolgen, Regenerationsprozesse in Gang setzen.

Die Effizienz früher Hilfen lässt sich auch ganz anders, gesundheitsökonomisch berechnen, auch wenn uns das zunächst befremdlich erscheint. Was damit gemeint ist, will ich mit einigen Formulierungen verdeutlichen: Vergleicht man zunächst die spezifische Kindesentwicklung mit einem Produktionsprozess, der zu bestimmten Zeiten auch Inputs wie Zuneigung, Wärme etc. benötigt, dann entwickeln sich damit selbstproduktive Fähigkeiten, die die Voraussetzung bilden, die Wirkungen späterer Inputs zu verstärken, die damit also einen positiven Einfluss auf spätere Schritte im Produktionsprozess nehmen. Solche früh erworbenen selbstproduktiven Fähigkeiten sind z.B. die nichtkognitiven Fähigkeiten Neugier und Ausdauer, die, wenn sie frühzeitig durch entsprechende Inputs angelegt werden, die Effektivität des Schulunterrichtes später deutlich erhöhen (frei zitiert nach Heckmann). Je früher diese Inputs erfolgen, umso größer ist der Effekt auf diese selbstproduktiven Fähigkeiten, wirtschaftlich ausgedrückt, je höher ist die Rendite der früh eingesetzten Mittel. Diese Rendite ist in Studien zur Effizienz früher Hilfen in den USA tatsächlich berechnet worden, und, ich will hier keine Zahlen nennen, sie übersteigt die Renditeerwartung des aktuellen Chefs der Deutschen Bank bei weitem.

Leider konnte Professor David Olds (USA) nicht teilnehmen und die wissenschaftlichen Ergebnisse des NFT Programms darstellen. Gerade diese Ergebnisse sind überzeugend und ermutigend, in der Umsetzung Früher Hilfen nicht nur eine sinnvolle Intervention für das einzelne Kind bzw. für die einzelne Familie zu sehen, sondern auch die volkswirtschaftliche Bedeutung dieser Maßnahmen für die Gesellschaft auf kommunaler wie auch gesamtnationaler Ebene zu sehen.

Prof. Pfeiffer sprang hier ein und berichtete u.a. eindrucksvoll, welche positiven Wirkungen der Verzicht auf Gewaltanwendungen in der Erziehung auf die kindliche Entwicklung und vor allem auf das Lernverhalten und damit die Schulerfolge haben.

Die Tagung befasste sich dann mit den so wichtigen Themen: wie erkennt man hilfebedürftige Familien, dahinter verbergen sich die Frage nach dem Zugang über z.B. Screeningverfahren und wie sollten diese aussehen, oder über Meldungen durch Professionals, und welche Gefahren der Subjektivität stecken in diesem Vorgehen, insbesondere auch über die Beziehungen zwischen den Gesundheitsdiensten und den Einrichtungen der Jugendhilfen. Es wurden verschiedene Aspekte deutliche: es besteht ein hoher Forschungsbedarf dazu, mit welchen methodischen Zugangswegen die tatsächlich hilfebedürftigen Familien erreicht werden können. Hier bemüht sich insbesondere das Deutsche Jugendinstitut in München und Herr Dr. Kindler berichtete über erste Ansätze zur Entwicklung von Kriterienkatalogen zur Erkennung von Risikofaktoren. Ganz deutlich wurde, dass der Zugang zu in diesem Sinne hilfebedürftigen Personen bereits früh in der Schwangerschaft gefunden werden sollte, eine Forderung, die die besondere Stellung und damit Einbindung der Gynäkologen und der Schwangerenberatungseinrichtungen in diesem System verdeutlichte.

Neben den Fragen zum frühen Zugang hat eine besondere Bedeutung, das zog sich wie ein roter Faden durch die Tagung, die Netzwerkbildung. Denn es besteht kein Zweifel daran, dass das Konzept früher Hilfen in hilfebedürftigen Familien nur multiprofessionell und interdisziplinär angegangen werden kann. Die vier wichtigsten Akteure sind Gesundheitsdienste, Einrichtungen der Jugendhilfe, Schwangerschaftsberatungseinrichtungen sowie die Frühförderinstitutionen. Die Grundlage funktionierender Netzwerke sind Respekt vor der Professionalität des jeweils anderen Partners im Netzwerk, die Kenntnis der Handlungsmöglichkeiten des jeweiligen Partners und vor allem die Bereitschaft der Kommunikation untereinander. Hier blockieren z.T. enge gesetzliche Vorgaben wie auch Themen des Datenschutzes die gemeinsame Arbeit. Das wurde sehr lebhaft deutlich in der Wahrnehmung der Arbeit von Jugendämtern, die in den letzten Jahren durch medienwirksame Ereignisse erheblich unter Druck gekommen sind. Wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass die den Jugendämtern vorgegebenen Regularien ihnen kaum noch Spielraum lassen für professionell begründete individuelle Entscheidungen; wir müssen wissen, welche Belastungen es für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dort bedeutet, sich vor rechtlichen Konsequenzen absichern zu müssen und Verunglimpfungen in den Medien aushalten zu

müssen. Insofern hat es mich persönlich sehr angesprochen, als Frau Frank vom Amt für soziale Dienste Bremen das Leitbild des interdisziplinär ausgearbeiteten Bremer Qualitätsstandards zum Kinder- und Jugendschutz vortrug. Kurz und bündig lautet es: „Wir schützen Kinder, gemeinsam und gerne“. Beide Worte haben Gewicht: gemeinsam und gerne.

Frau Frank wies noch auf ein Thema hin, das ich für sehr nachdenkenswert halte: die zweifellos notwendige Standardisierung von Handlungsabläufen, z.B. über den Einsatz von Checklisten und schematisierten Bögen etc. birgt die Gefahr falscher Sicherheit, entmündigt die Professionalität der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und bremst die Bereitschaft, im Einzelfall notwendige individuelle Lösungen anzustreben.

Das Thema Vernetzung spielte eine zentrale Rolle in den Ausführungen von Frau Prof. Pott von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Netzwerkexpertise Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Das Thema wurde am Nachmittag aufgegriffen in einem praktischen Beispiel zur Evaluation von Netzwerkstrukturen in NRW und SH durch Mitarbeiterinnen der Uni Münster: Es ist zu erwarten, dass aus der Evaluationsforschung der Bundeszentrale sowie aus den vielfältigen regionalen Projekten Empfehlungen abgeleitet werden können, die die Grundlage für effektive und auch überschaubare Netzwerke in den verschiedenen Handlungsräumen ergeben werden, die einerseits der Politik klarere Übersichten über die notwendigen Finanzierungen solcher Netzwerke geben könnten, andererseits auch eine gewisse Standardisierung der Netzwerkangebote und damit Vergleichbarkeit auch im föderalen System erlauben könnten.

Sehr eindrücklich waren dann am Nachmittag die Präsentationen einzelner Modellprojekte Früher Hilfen, hier insbesondere des Projektes ADEBAR aus Hamburg, St. Pauli und des überregionalen Projektes Pro Kind in Bremen, Niedersachsen und Sachsen. In beiden Präsentationen wurde deutlich, welche zentrale Rolle die aufsuchende Familienbegleitung durch i.d.R. Familienhebammen hat, wobei das Projekt Pro Kind besticht durch das Vorhandensein umfangreicher Arbeitsmaterialien. Im Projekt ADEBAR wurde für mich deutlich, wie notwendig auch Wohnraumexterne Angebote insbesondere in Problemstadtteilen sind, durch die hilfebedürftige Personen, Familien, zusammengeführt, zu einem Austausch gebracht und weiter motiviert werden können.

Da leider aus Krankheitsgründen der Abendvortrag zu Finanzierungsmöglichkeiten ausfallen musste, spielte dieses Thema eine zentralere Rolle in der Podiumsdiskussion am folgenden Morgen, in der die Kommunalpolitik vertreten war durch den sehr kompetenten Sozialdezernenten des Landkreises Osnabrück wie auch durch ein Mitglied des Ausschusses für Soziales, Frauen, Familien und Gesundheit des Niedersächsischen Landtages. Auch hier nur einige Stichworte aus der Diskussion: in

der Politik ist die Botschaft von der Notwendigkeit der intensiven Kindesfürsorge angekommen, z.B. auch erkennbar an dem jetzt erfolgversprechenden Vorschlag, Kinderrechte in die Niedersächsische Verfassung aufzunehmen. Ein wichtiger Schritt als Grundlage dafür, dass auch die Finanzierungsgrundlagen für solche Rechte entsprechend geschaffen werden können. Allen Beteiligten ist bewusst, dass dem Ausbau der Kinderbetreuung in den ersten drei Lebensjahren hohe Bedeutung zukommt, auch im Sinne der Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung. Kinderbetreuung hat aber nur Sinn, wenn sie nicht nur ein Dach über dem Kopf bereit stellt, sondern wirklich Kinder gerade in diesem Alter fördert. Hier wurde nachdrücklich die Unterausstattung in den schon vorhandenen Betreuungseinrichtungen thematisiert. Ein attraktives Angebot können Familienzentren bieten, insbesondere die so wichtigen niedrigschwelligen Angebote. Ganz deutlich wurde in der Aussprache die Bedeutung von qualitätsverbessernden Maßnahmen einerseits und andererseits die intensiven Anstrengungen, viele der Aktivitäten im Sinne der Versorgungsforschung zu begleiten und zu evaluieren, um zu tragfähigen Aussagen als Grundlage zur Übernahme von Projekten in die Regelversorgung zu gewährleisten. Denn, auch darin besteht Konsens: gute Studienprojekte bringen in der Regelversorgung nur dann die aus den Studienergebnissen zu erwartenden Erfolge, wenn diese Projekte auch tatsächlich in dem geprüften Setting umgesetzt werden.

Ein weiteres Leitthema der Diskussion war dann schließlich die Stellung des Gesundheitssystems im Kontext der Frühen Hilfen, ganz konkret die Einbindung der niedergelassenen Ärzte, seien es Gynäkologen, seien es Kinderärzte und schließlich auch Hausärzte. Hier besteht ein großes Defizit, das viel zu tun hat mit der Abrechnungssituation und deutlich macht, wie sehr sich die ärztliche Seite zunehmend um Abrechnungsfragen und damit Zeitmanagement kümmern muss, als sich um Themen des familienorientierten Gesundheitsmanagements und der interdisziplinären Kommunikation.

Abschlusswort

Ich fand die Tagung bis hierher ausgesprochen anregend. Wie ein roter Faden zogen sich durch das Programm folgende Themen: Frühförderung ja, aber: wie erreichen wir die Problemfamilien im Sinne einer Prävention von Verwahrlosung und Gewalt; wie schaffen wir wirkungsvolle Netzwerke, in denen die Kompetenzen aller Akteure ernst genommen und aufeinander abgestimmt werden, welche Interventionen sind mittel- und langfristig wirkungsvoll und müssen damit in die Regelversorgung übernommen werden, und wie sichern wir die Finanzierung sowohl der Projekte wie auch die Regelversorgung.

Herr Marks bat mich nun, das Thema Prävention weg von der Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung mehr aus der Position der somatischen Pädiatrie zu beleuchten, um Ihnen Ihren Blick auf das breite Spektrum von Prävention im Gesundheitswesen zu richten.

Im Zusammenhang mit dem Humangenomprojekt und den enormen Summen, die in dieses Projekt gesteckt wurden, fiel im Rahmen einer Diskussion an der MHH die bedenkenswerte Aussage etwa wie folgt: der Nutzen der im Genomprojekt investierten Gelder wäre im Hinblick auf den zu erwartenden positiven Effekt auf die Gesundheitssituation der Bevölkerung sehr viel größer gewesen, wenn diese Gelder in Public Health Projekte geflossen wären. Public Health Projekte sind in weiten Teilen auch Präventionsprojekte. Solche Überlegungen sind eher emotional, Grundlagenforschung ist unverzichtbar, das Aufrechnen von notwendigen und verpassten Chancen ist meist nicht sinnvoll und doch lohnt es sich, immer wieder über Schwerpunkte unserer Förderpolitik selbstkritisch nachzudenken.

Mit Prävention in der somatischen Medizin verbinden wir zu nächst die Präventionen vor Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-erkrankungen, Schlaganfällen, also typischen Volkskrankheiten in der Erwachsenenmedizin. Das Thema ist uferlos.

Aber beschränke ich mich auf das Thema Prävention in der Kinder- und Jugendmedizin, dann ist selbst bei dieser Beschränkung das Spektrum sehr groß und kann im vorgegebenen Zeitrahmen nicht vollständig präsentiert werden. Ich werde mich auf Präventionsaspekte beschränken, mit denen ich in meinen eigenen klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunkten selbst zu tun hatte und habe darüber hinaus diejenigen für die heutige Präsentation ausgewählt, die gesellschaftspolitisch durchaus kontrovers betrachtet werden können und aktuell auch zu Kontroversen führen, seien es ethische Kontroversen, Konflikte mit Grundprinzipien eines freiheitlich-demokratischen Staatswesens und Konflikte mit den berechtigten Forderungen nach Datenschutz und Selbstbestimmung.

Dabei lege ich den Präventionsbegriff bewusst weit aus und vermeide die Abgrenzung von Primär- und Sekundärprävention, wenn ich definiere:

Mit Prävention sind all diejenigen Maßnahmen, Interventionen gemeint, die geeignet sind, drohende gesundheitliche Störungen verhindern zu helfen oder die bestimmten meist schwerwiegenden Folgen gesundheitlicher Störungen vorbeugen.

Dabei fasse ich den Gesundheitsbegriff nach der WHO Definition weit, schließe also das psychosoziale Wohlergehen mit ein.

Präventionsmaßnahmen zum Lebensbeginn:

Schon am Beginn unseres Lebens begegnen uns solche Präventionsmöglichkeiten und keineswegs nur im allgemeinen Konsens:

1. Die vorgeburtliche extrauterine genetische Untersuchung in den ersten Zellteilungsstadien, die Präimplantationsdiagnostik, zum Ausschluss und damit zur Prävention schwerwiegender genetischer Erkrankungen in belasteten Familien ist in Deutschland nach dem Embryonenschutzgesetz verboten und führt dazu, dass sich werdende Mütter in das europäische Ausland begeben. Der gesellschaftlich-ethische Konflikt in dieser Präventionsmaßnahme ist offensichtlich.
2. Die gesetzlich vorgeschriebenen und von den GKV somit bezahlten Vorsorgeuntersuchungen zu bestimmten Abschnitten in der Schwangerschaft haben durchaus präventiven Charakter, präventiv mit einem Beigeschmack, denn mit diesen Vorsorgeuntersuchungen ist durchaus auch die Vorstellung verbunden, dass im Falle eine nachgewiesenen Schädigung des werdenden Kindes auch die Vermeidung der Geburt, also das „Sichtbarwerden“ der Erkrankung, angestrebt werden sollte. Das Bedrückende in diesem Verfahren ist, dass vielen jungen werdenden Müttern de facto, nicht de jure, kein Entscheidungsspielraum mehr gelassen wird. Ich verweise hierzu auf einen durchaus kritischen Artikel im DÄ 2008. Die Tatsache, dass sich eine Mutter, die sich für die Geburt ihres Kindes mit intrauterin festgestellter Trisomie 21 entschieden hat, sich anschließend quasi dafür noch verantworten muss, spricht Bände für die Verlotterung unserer Einstellung zum Leben. Zur Pränataldiagnostik im Sinne einer Präventionsmaßnahme gehört auch das Recht auf Nichtwissen, das leider wenig beachtet wird. Zur Prävention kann in einem freiheitlichen Rechtsstaat niemand gezwungen werden.

Ich will dieses Problem beleuchten an Präventionsmaßnahmen im Kindes- und Jugendalter. Die Entscheidungsfreiheit des einzelnen Bürgers in dieser Gesellschaft ist ein hohes Rechtsgut, solange kein anderer dadurch zu persönlichem Schaden kommt. Wie steht es diesbezüglich mit dem Recht der Kinder? Reicht der Hinweis auf die Fürsorgepflicht der Erziehungsberechtigten?

3. Damit komme ich zum Problem der Schutzimpfungen, eines der erfolgreichsten Präventionsprogramme, die die moderne Medizin entwickeln konnte. Es gab einmal in Deutschland, auch in der freiheitlichen Bundesrepublik, eine generelle Impfpflicht gegen Pocken mit dem Ergebnis, dass die Pocken weltweit ausgestorben sind.

Ich werde das kleine dreijährige Mädchen nicht vergessen, das, weil aus ideologischen Gründen nicht geimpft, in unserer Klinik mit einer schweren Masernenzephalitis aufgenommen und von diesem Augenblick an als ein schwerst geistig behindertes Kind in das weitere Leben entlassen wurde. Wer trägt dafür die Verantwortung? Und das gilt genauso für die Polio, die Diphtherie und die Tetanu-

serkrankung. Deutschland ist von den westeuropäischen Ländern das Land mit den schlechtesten Impfraten. Eine der erfolgreichsten Präventionsstrategien der Medizin, und Finnland ist dafür ein besonderes Beispiel, ist in einem hochzivilisierten Land nicht umzusetzen. Es geht mir jetzt nicht um eine Impfdiskussion, um verständliche Ängste vor Impfschäden etc.. Sondern ich möchte an dieser Stelle deutlich machen, wie unterschiedlich wir als Gesellschaft aber auch wir als Ärzte zur Umsetzung von Präventionsmaßnahmen stehen.

4. Dieser Konflikt zwischen dem Entscheidungsrecht des einzelnen Bürgers in einem demokratischen Staat und den möglichen Konsequenzen für unsere Kinder und Jugendlichen ist auch in der Auseinandersetzung im Umgang mit den Vorsorgeuntersuchungen zu erkennen. Noch vor Jahren hat sich kaum jemand darüber erregt, dass die gesetzlich verankerten Kindervorsorgeuntersuchungen von den Eltern sehr unterschiedlich wahrgenommen wurden: der Prozentsatz derjenigen, die an der Vorsorgeuntersuchung U3 im Alter von 6 Wochen teilgenommen haben, war noch ziemlich hoch, mit zunehmendem Älterwerden bröckelte die Beteiligung aber beträchtlich. Jetzt, wo wir zunehmend öffentlich über verwaahlte und misshandelte Kleinkinder hören, wird die Teilnahme quasi verpflichtend mit Konsequenzen, wenn die Teilnahme unterbleibt. So haben einige Bundesländer eine Meldepflicht zur Beteiligung an den Vorsorgeuntersuchungen durch die niedergelassenen Kinderärzte und Kinderärztinnen eingeführt, nach schriftlicher Erinnerung der betroffenen Eltern wird das Jugendamt eingeschaltet, sofern die Teilnahme an der Untersuchung wieder nicht erfolgt. Das Jugendamt trifft dann eine Kannentscheidung. Es gibt kritische Stimmen zu diesem Vorgehen, insbesondere auch zum Thema Datenschutz etc. Die Prävention der Kindesvernachlässigung ist mit mittelfristigen Familienbetreuungskonzepten, wie das Projekt Familienhebammen, sehr viel gezielter umzusetzen, wobei ich ein großer Verfechter dafür bin, dass wir uns Anregungen suchen im englischen System mit den Social Nurses, also einer z.B. stadtteilbezogenen Kinderkrankenschwester, die in enger Kooperation mit der stadtteilbezogenen kinderärztlichen Fachpraxis in sozialen Brennpunkten tätig ist. Kinderkrankenschwestern verfügen nicht nur auf Grund ihrer Ausbildung über eine hohe und differenzierte Fachkenntnis, sondern genießen einen großen Vertrauensvorsub in der Bevölkerung insbesondere dann, wenn sie nicht primär von einem Amt kommen sondern als Kooperationspartner einer Kinderarztpraxis oder einem Verbund von Kinderarztpraxen.

Die Umsetzung von Präventionsprogrammen zur Vermeidung chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter bzw. deren weiteren Folgen auf die körperliche und psychosoziale Entwicklung ist nicht nur ein sich ausweitendes Thema, sondern zeigt auch in der Praxis die Grenzen der Umsetzbarkeit sinnvoller Maßnahmen in unserer Bevölkerung auf. Auch hierzu einige wenige Beispiele:

5. Allergische Erkrankungen haben in den hochentwickelten Ländern erheblich zugenommen. Als eine wesentliche Ursache für diese im negativen Sinne bedeutsame Entwicklung konnten die deutlich verbesserten Hygienemaßnahmen in unseren Haushalten identifiziert werden. Anders ausgedrückt, unseren Kleinstkindern fehlt gesunder Dreck. Die Hygienepräventionen schwerer bakterieller Infektionskrankheiten, deren Rückgang als ein Segen für die Kinder- und Jugendlichen zu bewerten ist, hat im Gegenzug dazu geführt, dass sich unser Immunsystem in einem einseitigen Stimulus hin zu allergischen Reaktionsmustern entwickeln kann. Diese Entwicklung wird nun noch gefördert durch den frühen Kontakt zu Kuhmilchproteinen. Neben den verlängerten Stillzeiten, die als Präventionsmaßnahme korrekt empfohlen wurden, wurden spezielle Milchnahrungen eingeführt, die Kuhmilchproteinarm, – frei sind. Die Wirkung dieser wichtigen Präventionsmaßnahme ist allerdings nur belegt für Kindern in Familien, deren beide Eltern und / oder ein weiteres Geschwisterkind an einer manifesten allergischen Erkrankung leiden. In den wissenschaftlichen Empfehlungen wurden diese Zusammenhänge immer wieder betont. In der Realität bekamen und bekommen noch viele Kleinstkinder diese kostenintensiven Spezialnahrungen, bei denen diese Indikation nicht besteht. Die an sich sinnvolle Präventionsmaßnahme ist zu einem großen Geschäft geworden und Eltern, die sich diese Nahrungen gar nicht leisten können, haben schlechtes Gewissen ihren Kindern gegenüber.
6. Als ein weiteres Beispiel spreche ich die Adipositasprävention im Kindes- und Jugendalter an. Unbestritten ist, dass die Adipositas in dieser Altersgruppe eine gesundheitspolitische Zeitbombe im Hinblick auf Morbidität und damit Kostenbelastung unseres Systems bedeutet. Die Zunahme von Diabetes Typ 2 im Jugendalter, früher weitgehend unbekannt, die Zunahme von Jugendlichen mit kritischem Bluthochdruck, mit Gefäß- und orthopädischen Problemen etc. steht in direktem Zusammenhang mit der Adipositaszunahme. Die negativ prägenden Rückwirkungen dieser körperlichen Fehlentwicklungen auf die psychosoziale Entwicklung unserer Kinder und Jugendlichen ist gar nicht bedeutsam genug einzuschätzen. Nun sind die Zusammenhänge Fehlernährung, mangelnde Bewegung und Computer- Fernsehzeiten sowie die sozioökonomischen Belastungen mit dem Phänomen Adipositas gut bekannt und wären, wenn das Problem gesundheitspolitisch für die Zukunft wirklich als so bedeutsam angesehen wird, flächendeckende und multiprofessionell organisierte Interventionsprogramme notwendig, von denen zum Beispiel eine deutlich Zunahme von Sportangeboten – nicht benoteter Leistungssport – sondern von Sportangeboten, die jungen Menschen motivieren, sich zu bewegen, besonders erfolgreich wären (siehe Skandinavien). Die Realität ist ganz anders. Das einzige, was relativ gut funktioniert, ist die Aufnahme von stark adipösen Kindern und Jugendlichen in Rehakliniken für etwa 6 Wochen, z.B. als erster Schritt einer Sekundärprävention von Folgeerkrankheiten. Alle wichtigen Studien zeigen aber, dass die guten Rehaeffekte nach 8 bis 12 Monaten weitgehend aufgehoben sind, weil es keine vernünftigen

und anhaltenden Nachsorgekonzepten vor Ort gibt. Denn gesetzlich gibt es keine Finanzierung von ambulanten RehaMaßnahmen für Kinder und Jugendliche, im Gegensatz zum Erwachsenenalter.

7. Schließlich zeigen die sehr aktuellen Präventionsnotwendigkeiten zur Prävention von Alkoholmissbrauch, Antirauchprogramme, zum Schutz vor Spiel- und Computersucht und schließlich AIDS, dass man mit diesen Programmen nur dann erfolgreich ist, wenn sie hochprofessionell und lebensbegleitend in der Kindes- und Jugendmedizin eingesetzt werden. Diese Programme müssten so attraktiv sein, vielseitig und wohnortnahe, dass sie von den Kids angenommen und auch trotz der unterschiedlichen sozioökonomischen Lebenssituationen umgesetzt werden. Das aber ist nicht die Realität, und in den Diskussionen, warum das so ist, spielen eben die Kosten, die in solche Strukturen gesteckt werden müssten, eine leider entscheidende Rolle. Der langfristige Einspareffekt ist eben weil er so langfristig ist, nicht überzeugend genug, um gegenwärtig nicht nur zu kleckern sondern zu klotzen.

Auch wenn ich Eingangs nicht so sehr trennen wollte zwischen Primär- und Sekundärprävention, so möchte ich doch abschließend zum Thema Sekundärprävention auf etwas hinweisen, was in unserer Bevölkerung wenig aktuell diskutiert wird, die Kinder- und Jugendmedizin aber sehr beschäftigt: die Auswirkungen chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter auf die Lebenschancen dieser Kinder und damit Chance auf spätere Integration im Erwachsenenleben. So hervorragend inzwischen, wenn auch immer noch nicht optimal, die Maßnahmen der Frühförderung, der frühen Hilfen etc. insbesondere bei angeborenen psycho-neuropädiatrischen Störungen z.B. durch das System der Sozialpädiatrischen Zentren, sind, und hier schließe ich die Folgen von Frühgeburtlichkeit ein, so stiefmütterlich organisiert ist die Versorgungssituation für eine Reihe chronisch-somatischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter, zu denen nicht nur der Diabetes mellitus gehört, sondern das Rheuma im Kindesalter, die Immunstörungen, selteneren Stoffwechsel- und Darmerkrankungen, Kinder mit angeborenen Herzfehlern, mit schwerwiegendem Asthma und andere, die hier nicht vollständig aufgeführt werden können. Vor einigen Jahren wurde ein Artikel in der FAZ veröffentlicht zur Lebensperspektive rheumakrankter Kinder aus sozioökonomisch schwierigen Lebenssituationen, und es wird niemanden wundern, dass ihre Lebens- und vor allem Berufschancen deutlich schlechter sind im Vergleich zu Kindern mit Rheuma aus gut situierten Schichten. Also eine doppelte Benachteiligung. Ich möchte Ihnen das beleuchten am Beispiel der Mukoviszidose, der häufigsten genetischen Stoffwechselkrankheit der weißen Bevölkerung mit tödlichem Ausgang. Etwa 90 % der Betroffenen sterben an fortschreitender Lungenzerstörung, deutlich gesprochen: sie ersticken. Früher trat dieses Ereignis meist vor dem 16. Lebensjahr auf, heute ist dank konsequenter Therapie die mittlere Überlebenszeit auf deutlich über 30 Jahre angestiegen und viele der heute mit dieser Krankheit lebenden Erwachsenen konnten auch sozioökonomisch gesprochen eine eigene Selbständigkeit und

Lebensgestaltung gewinnen. Entscheiden ist, dass mit konsequenten Interventionen präventiv gegen die fortschreitende Lungenerstörung schon im Kindesalter vorgegangen wird. Die Lebensprognose wird weitgehend bestimmt davon, wie sich die Lungenfunktion im Kindesalter entwickelt.

Nun gibt es gute Daten dafür, dass Kinder mit dieser Krankheit, die in sozial schwächeren Lebensverhältnissen groß werden, bei gleichem ärztlichen Angebot eine signifikant schlechtere Entwicklung ihrer Lungenfunktion zeigen und sie damit in ihrer Lebensprognose im Hinblick auf selbständiges Erwachsenenleben und Überlebenszeit eindeutig benachteiligt sind.

In Vorbereitung einer bundesweiten Initiative „Fit für das Leben mit Mukoviszidose“ habe ich mit Unterstützung des Mukoviszidose e.V. eine umfangreiche Voranalyse vorgenommen mit dem Ergebnis, dass ein wesentlicher Grund für den ungünstigen Krankheitsverlauf der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit einem Bruttoeinkommen/Monat von unter 2000,00 € vor allem ist, dass es an den praktischen Lösungsmöglichkeiten oder Hilfen fehlt, die aufwendige tägliche Therapie und die regelmäßigen Kontakte zu den Fachambulanzen umzusetzen. Es fehlt uns an der wohnortnahen, den Alltag chronisch kranker Kinder und ihrer Familien begleitenden bzw. unterstützenden Hilfe, die es erlauben, notwendige Maßnahmen der Primär- und Sekundärprävention an die Zielgruppen heranzutragen. Hausärztlich tätige Kinder- und Jugendärzte machen kaum noch Hausbesuche, der Facharzt für Allgemeinmedizin, der eigentliche Hausarzt, empfindet Hausbesuche häufig als finanziell unzumutbar, und für die bei chronisch-somatischen Erkrankungen notwendigen Hilfen findet er in den Frühfördereinrichtungen dafür nicht. Ich plädiere sehr dafür, dass wir in der Kinder- und Jugendmedizin ein Netz von Kinderkrankenschwestern knüpfen, die die Fachkompetenz haben, diese Versorgungslücke wenn nicht zu schließen, so doch helfen können, konkrete Hilfen wenigstens organisieren zu können. Kinderkrankenschwestern als häusliche Case Manager für diese Altersgruppe, früher nannte man das die fachbezogene Gemeindegeschwester, nur dass sie heute professioneller ausgebildet sein müsste.

Mit dieser Anregung beende ich meine Ausführungen. Ich habe sicherlich das Thema Prävention weiter ausgelegt, als Sie es gewohnt sind. Ich hoffe aber, dass deutlich geworden ist, dass ich dem Thema Prävention mit allen Unterthemen in unserer Gesellschaft gerade im Kindes- und Jugendalter hohe Bedeutung beimesse, eigentlich müsste es die höchste Priorität haben, denn es geht um die Zukunft unserer Gesellschaft.

Inhalt

Vorwort 1

I. Der 14. Deutsche Präventionstag im Überblick

Christian Wulff

Grußwort des Niedersächsischen Ministerpräsidenten und Schirmherrn 5

Deutscher Präventionstag und Veranstaltungspartner

Hannoveraner Erklärung 9

Erich Marks / Karla Schmitz

Der 14. Deutsche Präventionstag 2009 im Überblick 13

Wolfgang Schäuble

Was hält die Gesellschaft zusammen? 37

Wiebke Steffen

Gutachten für den 14. Deutschen Präventionstag:
„Solidarität leben - Vielfalt sichern“ 45

Rainer Strobl / Olaf Lobermeier

Evaluation des 14. Deutschen Präventionstages 117

II. Praxisbeispiele und Forschungsberichte

Inge Kloepfer

Aufstand der Unterschicht - was auf uns zukommt 155

Horst von der Hardt

Die Bedeutung von Prävention und frühen Hilfen in der
Kinder- und Jugendmedizin 165

Christina Storck / Thomas Duprée / Andrea Dokter

Schulische Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder –
Die Teilnahme von Grundschulen aus „sozialen Brennpunkten“ am
Programm Klasse2000 und die Akzeptanz und Umsetzung aus Sicht
der Lehrkräfte 175

| | |
|--|-----|
| <i>Romy Bartels</i> Gewalt- und Kriminalitätsprävention bei Jugendlichen durch soziale Integration und Bildung - Vom Bundesamt geförderte Maßnahmen zur Integration jugendlicher Zuwanderer | 193 |
| <i>Frank Buchheit / Safiye Erdoğan / Thomas Roos</i> Heimatland Baden-Württemberg - gemeinsam in Sicherheit leben | 211 |
| <i>Herbert Schubert / Katja Veil</i> „Nachbarschaftlichkeit“-Solidarität als Faktor der sozialräumlichen Kriminalprävention | 229 |
| <i>Heidemarie Ballasch</i> Schulversuch „Islamischer Religionsunterricht“ in Niedersachsen - Auf dem Weg zum Islamischen Religionsunterricht als ordentliches Unterrichtsfach | 247 |
| <i>Lüder Bischoff</i> „Prävention durch Partizipation in der Lebenswelt einer Schule“ | 257 |
| <i>Andrea Große-Wiesmann</i> „Vielfältige Arbeit – Präventive Effekte“ | 263 |
| <i>Kerstin Bunte / Shérif Wouloh Korodowou</i> Thérapie Sociale - ein innovativer Ansatz für gelungenes interkulturelles Zusammenleben in der Kommune | 273 |
| <i>Manuel Eisner / Denis Ribeaud</i> Was bringt universelle Frühprävention von Gewalt? Ergebnisse des Zürcher Projektes zur Sozialen Entwicklung von Kindern | 291 |
| III Autoren | 304 |