



18. Landesgesundheitskonferenz NRW.

"Für einen guten Start ins Leben:
Kindergesundheit in Nordrhein-Westfalen
verbessern"

Dezember 2009



18. Landesgesundheitskonferenz
„Für einen guten Start ins Leben:
Kindergesundheit in Nordrhein-Westfalen verbessern“
11. Dezember 2009

Inhaltsverzeichnis

Präambel

Themen

- I. Verminderung der Säuglingssterblichkeit**
- II. Verbesserte Inanspruchnahme von Kinderfrüherkennungsmöglichkeiten**
- III. Verbesserung des Impfschutzes**

Gesundes Land Nordrhein-Westfalen

Erfolgskontrolle

Präambel

Aufgabe einer verantwortlichen Gesundheitspolitik ist es, bei der Gestaltung von Lebensbedingungen und Lebenslagen junger Menschen mitzuwirken und dabei Erkenntnisse sowohl über Ressourcen als auch über Defizite zu berücksichtigen. Kinder und Jugendliche sind auch unter demografischen Gesichtspunkten eine wichtige Zielgruppe. Sie benötigen den Schutz der Gesellschaft in besonderem Maße, weil sie die gesundheitlichen Rahmenbedingungen, unter denen sie aufwachsen, noch nicht selbst gestalten können. Dies gilt sowohl für die Entwicklung von gesundheitsförderlichem Verhalten, als auch für die gesundheitliche Versorgung als solche. Die Landesgesundheitskonferenz (LGK) hat sich in der Vergangenheit mehrfach mit der Gesundheit von Kindern in Nordrhein-Westfalen befasst. Angesichts der Bedeutung dieses Themas für die Gesellschaft müssen auch zukünftig alle Beteiligten im Gesundheitswesen das bisher erreichte Niveau nachhaltig stabilisieren, bestehende Strukturen flächendeckend weiterentwickeln und darauf hinwirken, noch vorhandene Defizite auszugleichen. Dabei sollen in erster Linie Maßnahmen zum Einsatz kommen, die Eltern so weit wie möglich stärken und unterstützen, damit diese in geeigneter Weise ihrer Eigenverantwortung für das gesunde Aufwachsen ihrer Kinder gerecht werden können.

Die Verbesserung der Kindergesundheit ist eine umfassende Aufgabe, die u.a. auch unter bildungs-, familien-, sozial-, umwelt- und arbeitsmarktpolitischen Gesichtspunkten betrachtet werden muss. Für das Gesundheitswesen stehen unmittelbar gesundheitsbezogene Präventions- und Interventionsmaßnahmen im Vordergrund, die die Chancen für eine komplikationsfreie Geburt und ein gesundes Aufwachsen erhöhen.

Vor dem Hintergrund der bisherigen Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen sieht die LGK die Notwendigkeit einer Schwerpunktsetzung zur gezielten strukturellen Weiterentwicklung und damit der Hebung des Versorgungsniveaus. Der Konzentration auf besondere Zielgruppen wie z. B. Menschen in schwierigen sozialen Lagen kommt dabei eine entscheidende Rolle zu.

Die Gesundheitschancen sind in der Bevölkerung sozial bedingt und regional ungleich verteilt. Gesundheitsbezogene Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen müssen diesem Umstand Rechnung tragen. Darüber hinaus sind geschlechtsspezifische Unterschiede zu berücksichtigen. Auch die Stärkung und Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungs- und Hilfestrukturen ist angesichts der soziostrukturellen Veränderungen unserer Gesellschaft von besonderer Bedeutung. Dabei kommt präventiven Ansätzen eine Schlüsselrolle zu.

Der Focus wird daher in einem ersten Schritt auf folgende Handlungsfelder gerichtet:

- Säuglingssterblichkeit,
- Inanspruchnahme von Früherkennungsmöglichkeiten,
- Impfschutz.

Ziel ist,

- die Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen in den kommenden fünf Jahren zu reduzieren und spätestens im Jahr 2014 den Bundesdurchschnitt zu erreichen,
- die Inanspruchnahme der einzelnen Vorsorgeuntersuchungen zu erhöhen und damit auch die vollständige Teilnahme am Früherkennungsprogramm zu erreichen,
- den Impfgedanken weiter zu fördern und die Erhöhung der Durchimpfungsraten (insbesondere Masern-Mumps-Röteln – MMR) in Nordrhein-Westfalen bis 2014 zu verbessern und Impflücken gezielt zu schließen.

Die von der LGK für die genannten Themen vereinbarten Handlungsfelder versprechen positive „Nebeneffekte“ auch in anderen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung (z. B. Information über und Zugang zu Gesundheitsleistungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen). Aus diesem Grunde werden für die genannten Ziele zum Teil übergreifende Maßnahmen definiert.

Entscheidend wird die Umsetzung in den Kommunen sein. Den kommunalen Gesundheitskonferenzen kommt dabei in Zusammenarbeit mit den Jugendämtern insoweit eine besondere Steuerungs- und Managementfunktion zu. In einigen Kommunen (u.a. Dormagen, Düsseldorf, Gelsenkirchen, Münster) gibt es bereits sehr ausdifferenzierte Präventionsprogramme, die frühe Hilfen und Unterstützungsleistungen für Eltern und deren Kindern anbieten, um ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Sie können anderen Kommunen als „good practice“ dienen. Aber auch Ärzte, Therapeuten, Erzieher usw. sind als vertraute Ansprechpartner/Kontaktpersonen in der Lage, Hilfestellungen zu leisten und Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Alle zielführenden Aktivitäten – eigenverantwortete und gemeinschaftlich durchgeführte – sollten zwischen den Akteuren abgestimmt, miteinander vernetzt und öffentlichkeitswirksam dargestellt werden. Dabei gilt es, die spezifischen Zugangswege zu sozial benachteiligten Zielgruppen mit möglicherweise unterschiedlichen Formen der Informationsvermittlung anderer Ethnien und Kulturen zu berücksichtigen.

Im Hinblick auf eine umfassende Prävention und Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen sieht die LGK in den kommenden Jahren weitere notwendige Handlungsfelder insbesondere in den Bereichen

- Ernährung und Bewegung,
- seelische Gesundheit und
- Behinderungen.

Die LGK vereinbart, sich diesen Themen ab 2010 prioritär anzunehmen.

Mit der vorliegenden EntschlieÙung greift die LGK auch im Kontext der Gesundheitsziele Nordrhein-Westfalen prioritäre Handlungsfelder auf und gibt Umsetzungsempfehlungen. Basierend auf dem Selbstverständnis der LGK verpflichten sich ihre Mitglieder, die Umsetzung der nachfolgenden Handlungsempfehlungen aktiv voranzubringen.

I. Verminderung der Säuglingssterblichkeit

Ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung von Schwangeren und Neugeborenen ist die Säuglingssterblichkeit im zeitlichen und (inter-)nationalen Vergleich. Die Situation ist in Nordrhein-Westfalen im Vergleich zu anderen Bundesländern nicht befriedigend. Die Säuglingssterblichkeit lag 2008 über dem Bundesdurchschnitt und war mit 4,3 Promille die zweithöchste Säuglingssterblichkeit im Bundesvergleich (Bundesdurchschnitt 2008: 3,5 Promille, 2007:3,9 Promille). 2008 sind von 150.007 lebend zur Welt gekommenen Säuglingen in Nordrhein-Westfalen 644 im ersten Lebensjahr verstorben, davon 336 in den ersten sechs Tagen nach der Geburt.

Als Hauptursachen wurden kurze Schwangerschaftsdauer, Untergewicht und der Plötzliche Säuglingstod identifiziert. Wesentliche Einflussfaktoren für die Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen wurden durch eine Datenanalyse (LIGA.NRW, April 2009) ermittelt. Dabei ist die höchste Säuglingssterblichkeit in Regionen zu verzeichnen, die dem sog. „Armutspol“ zugeordnet werden (Duisburg, Gelsenkirchen, Herne, Oberhausen: u.a. höchste Anteile von Unterstützungsbeziehern, Arbeitslosen, Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, hohe Bevölkerungsdichte, allgemeine Finanzkraft). Es ist deutlich erkennbar, dass Familien mit niedrigem Sozialstatus und Familien mit Zuwanderungsgeschichte stärker von der Säuglingssterblichkeit betroffen sind.

Etwa 17% (Stand: 2008) der Schwangeren nehmen Vorsorgeuntersuchungen nicht in ausreichendem Maße in Anspruch. Zugleich haben diese Schwangeren ein erhöhtes Risiko von Frühgeburten und Wochenbettkomplikationen. Dazu gehören insbesondere Schwangere mit sozialer Belastung. Bei Menschen mit Zuwanderungshintergrund können die geringe Inanspruchnahme von Angeboten der präventiven und gesundheitlichen Versorgung im Bereich der Gesundheit von Schwangeren und Säuglingen, der niedrigere Stellenwert der üblichen Beratungsquellen - insbesondere auch im Bereich Säuglingspflege und Stillen - im deutschen Gesundheitswesen (Hebammen, niedergelassene Kinderärzte, Geburtskliniken, Selbsthilfe, Geburtsvorbereitungskurse) negative Einflussfaktoren sein. Auch besondere gesundheitliche Faktoren des Heimatlandes oder Auswirkungen soziokultureller Grundsätze (z.B. Verwandtenehe, Genitalverstümmelung) können das Risikopotenzial verstärken. Säuglingssterblichkeit ist auch unter geschlechtsspezifischen Aspekten zu betrachten. Im Jahre 2008 sind von den oben genannten Säuglingen in Nordrhein-Westfalen bei annähernd gleichem Geschlechterverhältnis 284 Mädchen und 360 Jungen gestorben.

II. Verbesserte Inanspruchnahme von Kinderfrüherkennungsmöglichkeiten

Das Früherkennungsprogramm für Kinder ist ein wichtiges Instrument der Gesundheitsvorsorge, das insgesamt in der Bevölkerung in hohem Maße akzeptiert ist. Allerdings sind die Beteiligungsquoten umso geringer, je älter die Kinder werden.

Für Nordrhein-Westfalen stellt sich die Inanspruchnahmequote im Jahr 2007 folgendermaßen dar:

→ Tabelle 27 **Einschulungsuntersuchung**

Untersuchte	Heft vorgelegt		U1		U2		U3		U4		U5		U6	
	abs.	abs. %	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
168 389	149 945	89,0	146 775	97,9	146 339	97,6	145 624	97,1	144 576	96,4	142 923	95,3	142 298	94,9
			U7		U8*		U9*		U1 bis U7		U3 bis U6		U8 bis U9*	
			abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
			139 208	92,8	133 110	88,8	125 316	87,1	130 565	87,1	136 542	91,1	116 371	80,9

* Bereinigt um Kinder, die wegen ihres Alters die jeweilige U-Untersuchung noch nicht haben müssen oder haben können

Quelle:

Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule), LIGA.NRW

Von besonderer Bedeutung ist die geringe Inanspruchnahme der Untersuchungen bei Familien mit niedrigem Bildungsindex sowie bei Familien mit Zuwanderungshintergrund.

Nach Auswertung der Daten der schulärztlichen Eingangsuntersuchungen (2007, LIGA.NRW) liegt demnach – bezogen auf die U1 – U7 komplett - die Inanspruchnahme bei Kindern aus Familien mit niedrigem Bildungsindex bei 60,7 %, bei hohem Bildungsindex hingegen bei 92,1 %.

Ähnliche Unterschiede werden auch erkennbar, wenn man die Inanspruchnahme bei Kindern mit Zuwanderungsgeschichte betrachtet: während die Inanspruchnahme – wieder bezogen auf die U 1 – U 7 komplett - bei Kindern, deren Erstsprache Deutsch ist, bei 91,7 % liegt, nehmen Kinder mit anderer Erstsprache die Untersuchungen nur zu 72,4 % in Anspruch. Auch die Sonderauswertung des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) 2003-2006 zu Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland hat dies eindeutig bestätigt. Allerdings macht sie auch deutlich, dass sich im Hinblick auf die insgesamt geringere Inanspruchnahme bei zugewanderten Familien auch Unterschiede feststellen lassen, je nach dem, ob ein Kind in Deutschland oder im Ausland geboren ist. Fehlende Früherkennungsuntersuchungen sind auch ein Indikator für ungenügende soziale Integration.

Umsetzung

Die Ursachen für die unter I und II beschriebenen Problemlagen sind vielfältig und komplex. Studien weisen darauf hin, dass insbesondere der Zugang (z.B. durch Ärzte, den Öffentlichen Gesundheitsdienst und Krankenkassen) zu diesen Personengruppen erschwert ist. Interventionsmaßnahmen müssen daher vorzugsweise dort stattfinden, wo die Zielgruppen am ehesten zu erreichen sind. Dazu gehören neben den zahlreichen Akteuren aus dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe unter anderem auch weitere Kooperationspartner wie die Familienzentren, die das Ziel verfolgen, Familien ein umfassendes Unterstützungsangebot in ihrer Nähe anzubieten. Mit der Bündelung von Angeboten zu vorschulischer Erziehung und Bildung, von Beratungs- und Hilfsangeboten aus unterschiedlichen Bereichen wie z.B. der Gesundheits- und Bewegungsförderung, der gesunden Ernährung und dem Kinderschutz kommt den Familienzentren eine wichtige Vermittlungs- und Multiplikatorenfunktion zu. Auch Mittler-/Lotsenfunktionen zur Informationsweitergabe an zugewanderte Bürgerinnen und Bürger, z.B. über das Projekt „Mit Migranten - für Migranten“, oder andere „migrationspezifische“ Einrichtungen stellen Erfolg versprechende Zugangswege dar. Weitere Zugangswege und geeignete Interventionsmaßnahmen sind darüber hinaus ggf. auch durch Vergabe einer Studie zu ermitteln.

Die Vernetzung aller an der Prävention und Kuration Beteiligten ist zu intensivieren.

Alle Kreise und kreisfreien Städte führen in ihre Gesundheitsberichterstattung – soweit möglich – soziodemographische und geschlechtsspezifische Indikatoren ein. Es findet ein regelmäßiger gegenseitiger Austausch der Kommunen mit den zuständigen Landesbehörden statt, um entsprechende Erkenntnisse rasch vor Ort und für Landesmaßnahmen nutzbar zu machen. Dabei sind das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit, der Landesbetrieb Information und Technik, die Ärztekammern und die Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen insbesondere bei der Verminderung der Säuglingssterblichkeit durch Datenanalyse, mit Blick auf mögliche Interventionsfelder und bei geeigneten Fortbildungsmaßnahmen gefordert, Unterstützung zu leisten.

Vorrangige Aufgabe muss es sein, über vorhandene Programme flächendeckend zu informieren, sie weiter zu entwickeln und dabei vor allem auch stärker als bisher zielgruppenspezifische Interventionsstrategien für eine Steigerung der Inanspruchnahme zügig umzusetzen. Zur Erreichung der unter I und II näher beschriebenen Ziele vereinbart die LGK insbesondere die folgenden Maßnahmen:

- Weiterentwicklung von Maßnahmen, die den besonderen Bedürfnissen der Zielgruppen Rechnung tragen (z.B. im Rahmen des MiMi-Gesundheitsprojektes – Mit Migranten für Migranten – stehen in 15 Städten und Kreisen in Nordrhein-Westfalen rund 250 Mediatoren/Lotsen für eine kultursensible Informationsweitergabe zur Verfügung. Dieses Potenzial muss genutzt werden).
- Besondere Ansprache von Familien mit niedrigem Sozialstatus. Mit Blick auf geeignete Instrumente sind die einschlägigen Erkenntnisse der Präventionsforschung zu berücksichtigen.
- Entwicklung von konkreten Interventionsmaßnahmen für Familien, die sich als schwer erreichbar herausgestellt haben und ggf. Durchführung von Modellmaßnahmen zur Erprobung weiterer Interventionsstrategien (z.B. Einbindung und Unterstützung wesentlicher Multiplikatoren, wie Mitarbeiter von Kindertageseinrichtungen, Familienzentren, Familienbildungsstätten etc.).
- Durchführung von Fortbildungsprojekten zur Vermittlung interkultureller Kompetenz für Mitarbeiter des Gesundheitswesens, der Kindertageseinrichtungen usw.
- Entwicklung und Einsatz von Medien, die von den Zielgruppen angenommen werden, zur Erhöhung der Inanspruchnahme der Untersuchungen (z.B. Videospots).
- Durchführung eigenverantworteter Maßnahmen einzelner Akteure aus den Bereichen der Verhältnis- oder Verhaltensprävention, die sich an den Standards der Landesinitiative Mutter und Kind oder Vereinbarungen der Landesgesundheitskonferenz orientieren. Ziel ist die Steigerung der Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten, zur Stillmotivation, zur Vermeidung von Alkohol- und Nikotinkonsum und zur Prävention der Frühgeburtlichkeit.
- Durchführung kommunaler Veranstaltungen bevorzugt in Regionen mit hoher Säuglingssterblichkeit.
- Fortsetzung und Ausweitung der Informationskampagne zum sicheren Babyschlaf mit dem Aktionsschwerpunkt „Babyschlafsackkampagne in Kliniken“.
- Aufklärungsmaßnahmen über Risikofaktoren und Hilfsangebote (z.B. Reanimationskurse, Maßnahmen gegen sog. „Schütteltraumata“ etc.).
- Erhöhung des Anteils von Beschäftigten mit Zuwanderungshintergrund in den Gesundheitsberufen (z.B. Hebammen).
- Durchführung von erprobten Aktionen in Stadtteilen mit besonderen sozialen Problemlagen (z.B. „Ich geh zur U!“).
- Initiativen zur Steigerung der Inanspruchnahmeraten von Früherkennungsuntersuchungen durch die einzelnen Mitglieder der LGK (z.B. Einladungsschreiben an Sorgeberechtigte durch GKV und PKV), die zusätzlich zu den Erinnerungen, die aus dem Meldeverfahren „Gesunde Kindheit“ resultieren, zur Teilnahme motivieren sollen.

- Umsetzung des Einladungs-/Meldeverfahrens, das mit dem Ziel eingerichtet worden ist, die Kinder zu ermitteln, die nicht an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen teilnehmen. Das Meldeverfahren ist Teil des Handlungskonzeptes der Landesregierung für einen besseren und wirksamen Kinderschutz in Nordrhein-Westfalen.

Die LGK unterbreitet das Angebot einer Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Institutionen des Gesundheitswesens.

III. Verbesserung des Impfschutzes

Die Durchimpfungsraten in der Bevölkerung von Nordrhein-Westfalen sind nicht ausreichend. Fehlender Impfschutz war z.B. ursächlich für zwei große Masernausbrüche in den Jahren 2006 und 2007.

Auch wenn es keine umfassenden Daten zum Impfschutz aller Bevölkerungsgruppen gibt, lassen vorhandene Erhebungen, Studien oder Ausbruchsuntersuchungen bei unterschiedlichen Zielgruppen Defizite erkennen. So weisen z.B. insbesondere Kinder und Jugendliche im Alter von etwa 10 bis 18 Jahren erhebliche Impflücken auf. Besonders relevant sind Besorgnis erregende Impflücken der Schüler an Schulen mit besonderem weltanschaulichen Hintergrund.

Die LGK hatte sich bereits 2001 mit dem Thema Impfen befasst und ein Aktionsprogramm zur Verhütung von Masern, Mumps und Röteln verabschiedet. Seitdem zeigen sich positive Entwicklungen. Die aktuell vorliegenden Ergebnisse der Erhebungen zum Impfstatus der Kinder anlässlich der Schuleingangsuntersuchungen 2007 zeigen einen ansteigenden Trend und einen insgesamt besseren Impfschutz der Schulanfänger: So liegt z. B. die Durchimpfungsrate für die 1. Impfung gegen Masern bei den Schulanfängern bei 96,4 % und für die 2. Impfung bei 88,1 %. Zum Vergleich: Im Jahr 2002 lagen diese Werte noch bei ca. 90 % und ca. 28 %.

Dennoch bleibt weiterhin gemeinsamer Handlungsbedarf bestehen, wenn Fortschritte nicht gefährdet werden sollen.

Umsetzung

Unter Experten besteht Konsens, dass folgende Maßnahmen die Basis für eine Verbesserung des Impfschutzes darstellen:

- Präzisere Ermittlung von Personengruppen mit Impfdefiziten.
- Zielgruppenspezifische Aktivitäten.
- Verstetigung der bisherigen Maßnahmen wie Catch-up - Maßnahmen und Recall-Systeme (z.B. Impfkampagnen, Einsatz des Impfmobils, finanzielle Unterstützung gezielter kommunaler Impfkationen, weitere NRW-Impftage).
- Regelmäßige (begleitende) Informations- und Öffentlichkeitsarbeit.
- Verbesserung der Koordination nicht nur innerhalb von NRW (vgl. Ergebnis der 1. Nationalen Impfkonzferenz im März 2009).

Die weitere Konkretisierung und Ausgestaltung der genannten Maßnahmen erfolgt nach Abschluss der derzeit laufenden Auswertung der Ergebnisse einer Umfrage bei den unteren Gesundheitsbehörden über die aktuelle Situation vor Ort sowie der der Landesimpfkampagne Masern-Mumps-Röteln 2007/2008.

Gesundes Land Nordrhein-Westfalen

Zur weiteren flankierenden Umsetzung dieser EntschlieÙung vereinbart die LGK, die Ausschreibung 2010 zum Wettbewerb „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen – Innovative Projekte im Gesundheitswesen“ unter das Schwerpunktthema „Für einen guten Start ins Leben: Kindergesundheit in Nordrhein-Westfalen verbessern“ zu stellen.

Die Landesinitiative „Gesundes Land NRW“ zeigt neue Ansätze der gesundheitlichen Versorgung auf, macht sie medial bekannt und vergibt Preisgelder. Herausragende Projekte werden mit dem Gesundheitspreis NRW ausgezeichnet. Dadurch werden positive Effekte für die Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen ausgelöst: Viel versprechende Projekte regen zur Nachahmung an und fördern zugleich die Entwicklung neuer, kreativer Ideen sowie die Netzwerkbildung der Akteure im Gesundheitswesen.

Erfolgskontrolle

Die LGK vereinbart, spätestens bis zum Ende des Jahres 2011 eine erste Erfolgskontrolle zur Implementierung der bis dahin initiierten Maßnahmen durchzuführen.