

Landesgesundheitskonferenz Berlin 2007

Zielesystem zur Entwicklung von Gesundheitszielen

Strategisches Ziel:

- **Oberziel:** „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen“
- **Zielgruppe:** Kinder in der Altersgruppe 0 – 6 Jahre; Maßnahmen beziehen sich insbesondere auf „Problemgruppen“ und /oder Kinder mit Migrationshintergrund
- **Handlungsfelder:** Motorik, Ernährung und Sprache
- **Setting:** Familie, Kindertagesstätte, Stadtteil

Struktur- und Prozessziele

- Gesundheitsberichterstattung zur Kinder- und Jugendgesundheit erhalten, stärken und bedarfsgerecht ausbauen; Sozialstrukturatlas fortschreiben und bedarfsgerecht anpassen.
- Gesundheitsförderung im Setting (Sozialraum) weiter ausbauen, bzw. entwickeln und stärken
- Bestehende Netzwerke ausbauen und stärken
- Eigenverantwortung entwickeln und verbessern
- Migrationsspezifische Angebote verbessern und ausbauen
- Projekttransparenz herstellen
- Qualität abbilden
- Beteiligung ermöglichen
- Evaluation sicherstellen

Ergebnisziele:

- 0. Gesundheitliche Ungleichheiten zwischen benachteiligten und nicht benachteiligten Zielgruppen sind reduziert.**
1. Kinder ernähren sich regelmäßig und vollwertig: Ernährungsbildung, Speiseplangestaltung und Esskultur fördern ihre gesunde Entwicklung.
2. Kinder bewegen sich regelmäßig; motivierende Bewegungsanlässe fördern ihre gesunde Entwicklung.
3. Kinder verfügen vor Schuleintritt als wichtigem Schritt zu mehr Chancengerechtigkeit über eine ausreichende Kompetenz in deutscher Sprache.

Einleitende Bemerkungen von Frau Dr. Bettge, SenGUV, Ref. I A

Auswahl der bearbeiteten Ziele: Aus der Tabelle „Zielesystem zur Entwicklung von Gesundheitszielen“ habe ich zur Konkretisierung nur die Unterziele ausgewählt, die sich mit Daten der Einschulungsuntersuchungen in Berlin messen und evaluieren lassen. Nur für diese Unterziele liegen mir Daten zur Ausgangslage vor, anhand derer quantitative Zielvorgaben entwickelt werden können. Für alle Unterziele mit Kita-Bezug (Unterziele 1.2, 1.3, 1.4, 2.1, 2.2, 2.3, 3.3) und das Unterziel 3.1 (Kinder nicht deutscher Herkunft mit Sprachförderbedarf) erscheint es sinnvoll, wenn die Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung hierfür quantitative Zielvorgaben formuliert. Die Unterziele mit Bezug auf Eltern (Unterziele 1.5 und 2.4) lassen sich mangels hierzu erhobener Daten und wegen noch nicht entwickelter Instrumente zur Messung derzeit keine quantitativen Zielvorgaben entwickeln. Das Unterziel 1.6 (Kinder mit naturgesunden Zähnen) könnte vom Zahnärztlichen Dienst konkretisiert werden. In der Einschulungsuntersuchung werden Angaben zum Zahnpflegezustand erhoben, die aber nicht die Präzision eines durch Fachleute erfassten Gebisszustandes nach dem dmft-Index erreichen.

Zeitlicher Bezug: Als Ausgangsdaten für die Zielformulierung wurden die Daten der Einschulungsuntersuchung 2005 in Berlin verwendet. Für die Zielerreichung wurde jeweils ein Zeitraum bis 2011 vorgegeben. Diese recht kurzfristige Zeitperspektive erscheint aus folgenden Gründen sinnvoll:

- Zu Beginn des Gesundheitsziele-Prozesses sollte keine zu langfristige Perspektive gewählt werden, weil dies ein Nachsteuern erschwert.
- Die laufende Legislaturperiode endet 2011, welche politischen und strukturellen Änderungen anschließend eintreten, lässt sich nicht vorher-sagen. Die Evaluation der Zielerreichung scheint dadurch nach 2011 unsicher.

Die Festsetzung des zeitlichen Bezugs auf den Zeitraum 2005 bis 2011 bedeutet für die verwendbaren Daten, dass zur Überprüfung der Zielerreichung die Daten der Einschulungsuntersuchung 2010 herangezogen werden können, die im Frühjahr 2011 vorliegen werden. Für die Konzipierung und Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und Intervention bedeutet dies jedoch, dass nur ein kurzer Zeitraum für den Planungsvorlauf bis zur Implementierung verbleibt. Zu berücksichtigen ist, dass Maßnahmen ja teilweise bereits eingeleitet sind – wenn auch mehrheitlich nicht mit Schwerpunkt auf dem Abbau von Benachteiligung –, die in diesem Zeitraum ebenfalls in ihren Auswirkungen auf die Erreichung der Gesundheitsziele evaluiert werden können.

Innerhalb des gewählten Zeitraums ist eine jährliche Zwischenkontrolle möglich und empfehlenswert, um schon vor Ablauf der Frist zu beurteilen, ob eine Entwicklung in die angestrebte Richtung stattfindet und die Erreichung des angestrebten Gesundheitsziels realistisch erscheint, ob weitere Anstrengungen zur Zielerreichung erforderlich sind oder ob das Ziel modifiziert werden muss.

Maßnahmen: Je nach der Zielgruppe (alle Kinder in Berlin, Kinder nichtdeutscher Herkunft, sozial benachteiligte Kinder, Kinder in bestimmten Stadtteilen) müssen Maßnahmen auch auf die speziellen Bedürfnisse dieser Zielgruppe zugeschnitten werden. Es genügt beispielsweise nicht, bereits entwickelte mittelschichtorientierte Informationskampagnen schwerpunktmäßig in Bezirken mit sozialen Brennpunkten durchzuführen. Stattdessen müssen in jeder Zielgruppe die Voraussetzungen und Begleiterscheinungen vorhandener gesundheitlicher Probleme und Gefährdungslagen betrachtet und durch die Maßnahmen angegangen werden. Beispielsweise ist bei Maßnahmen für Kinder aus sozial benachteiligten Familien jeweils eine Komponente der Stärkung von Ressourcen (Selbstwert, Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, elterliche Kompetenz etc.) vorzusehen

Zielesystem

Ernährung

	Unterziele	Messgrößen	Indikatoren	Zeitlicher Bezug	Messung durch / Recherche vorh. Daten
1.1	Der Anteil der Kinder mit Normalgewicht ist erhöht.	Körpergröße Körpergewicht Lebensalter Geschlecht	Body-Mass-Index (BMI)-Perzentile nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)	von 2005 bis 2011 um 2 Prozentpunkte (von 81 % auf 83 %)	KJGD im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung
1.1.1	Der Unterschied im Anteil normalgewichtiger Kinder zwischen Kindern deutscher und nichtdeutscher Herkunft ist verringert.	s. o. Herkunft	s. o.	von 2005 bis 2011 auf die Hälfte (von 6 Prozentpunkten auf 3 Prozentpunkte)	s. o.
1.1.2	Der Unterschied im Anteil normalgewichtiger Kinder zwischen Kindern der unteren sozialen Schicht und Kindern der mittleren und oberen sozialen Schicht ist verringert.	s. o. soziale Schicht	s. o.	von 2005 bis 2011 auf die Hälfte (von 6 Prozentpunkten auf 3 Prozentpunkte)	s. o.
1.2	Der Anteil der Kitas mit besonderem gesundheitsförderndem Profil ist erhöht.		Anzahl der Kitas mit speziellen Angeboten	laufend	Parameter aus der <i>Qualitätsentwicklung Tageseinrichtungen</i>
1.3	Die Erzieherinnen der Kitas sind in Hinsicht auf gesunde Ernährung qualifiziert.	Nachgewiesene Teilnahme	Anzahl	bis 2010	Reguläre Evaluation Fortbildungen Bildungsinhalte Ernährung
1.4	Eine gesunde Ernährung ist - wie in der <i>Qualitätsentwicklung Tageseinrichtungen</i> dargelegt –integraler Bestandteil in jeder Berliner Kita.	Umsetzungsgrad	Standards*	laufend	Berichte der „Vernetzungsstelle Kitaverpflegung“ (neu einzurichten) Stichproben der Kita-Träger in Kitas
1.5	Eltern setzen regelmäßig eine gesunde Kinderernährung um. Gesunde Ernährung und gesunde Esskultur ist Thema in Elternkursen und -beratung rund um die Geburt	Erreichungsgrad der Eltern	Gesundheitszustand der Kinder	laufend	U8/9-Untersuchungen (Auswertung notwendig!!, Berichterstattung)
1.6	Anteil der Kinder mit (natur)gesunden Zähnen ist erhöht.	- Zahngesundheit der Kleinkinder Zahngesund der 6-Jährigen Kinder (vollendetes 6. LJ)	Zahnstatus nach dmft und DMFT	laufend	Zahnärztlicher Dienst Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen

Bewegung

2.1	Der Anteil der Kinder mit unauffälligen motorischen Entwicklungsbefunden ist erhöht.	- S-SENS-Subtest Körperkoordination - S-ENS-Subtest Visuomotorik		von 2005 bis 2011 um 7 Prozentpunkte (von 68 % auf 75 %) von 2005 bis 2011 um 4 Prozentpunkte (von 73 % auf 77 %)	KJGD im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung
2.1.1	Der Unterschied im Anteil der Kinder mit unauffälligen motorischen Entwicklungsbefunden zwischen Kindern deutscher und nichtdeutscher Herkunft ist verringert.	- S-SENS-Subtest Körperkoordination - S-ENS-Subtest Visuomotorik Herkunft	s. o.	von 2005 bis 2011 auf die Hälfte (von 4 auf 2 Prozentpunkte) von 2005 bis 2011 auf die Hälfte (von 12 auf 6 Prozentpunkte)	s. o.
2.1.2	Der Unterschied im Anteil der Kinder mit unauffälligen motorischen Entwicklungsbefunden zwischen Kindern der unteren und Kindern der mittleren und oberen sozialen Schicht ist verringert.	- S-SENS-Subtest Körperkoordination - S-ENS-Subtest Visuomotorik soziale Schicht	s. o.	von 2005 bis 2011 auf die Hälfte (von 6 auf 3 %punkte) von 2005 bis 2011 auf die Hälfte (von 19 auf 9,5 %punkte)	s. o.

	Unterziele	Messgrößen	Indikatoren	Zeitlicher Bezug	Messung durch / Recherche vorh. Daten
2.2	Der Anteil der Kitas mit besonderem gesundheitsförderndem Profil ist erhöht.	Parameter aus der <i>Qualitätsentwicklung Tageseinrichtungen</i>	Zahl der Kitas mit speziellen Angeboten	laufend	Parameter aus der <i>Qualitätsentwicklung Tageseinrichtungen</i>
2.3	Die LeiterInnen und ErzieherInnen der Kitas sind über die wichtige Bedeutung von Bewegung im Kindes -und Jugendalter informiert und aufgeklärt. Sie sind in Hinsicht auf Bewegung sowohl theoretisch als auch praktisch qualifiziert.	Nachgewiesene Teilnahme an Fortbildungen in Theorie und Praxis (durch LSB, SJB, BTB und andere durch gezielte Informationsveranstaltungen und praxisbezogene Workshops). Nachweis über Besuch der Fortbildungen entweder durch Teilnahmebestätigungen oder ein Nachweis des Lernerfolgs durch ein Zertifikat. Zusätzliche Qualifizierungsmöglichkeiten der ErzieherInnen: Zertifikat nach Ablegung einer Lehrprobe im Bereich Bewegungserziehung (z.B. Zertifikatskurs Psychomotorik) In jeder Kita muss mindestens eine Erzieherin zusätzlich für den Bereich Bewegungsförderung qualifiziert sein.	Anteil der Teilnahme, Anzahl der Einrichtungen mit einem gesundheitsorientierten Profil bzw. einem bewegungsorientierten Ansatz.	In jeder Kita müssen pro Jahr mindestens zwei Erzieherinnen an einer Fortbildung im Bereich Bewegungsförderung teilnehmen.	Einrichtung einer zentralen Koordinierungsstelle, um anhand der Daten (Teilnahme nachweis, Kompetenznachweis anhand von Lehrproben) die Umsetzung und Entwicklung verfolgen zu können.
2.4	Eltern ermöglichen regelmäßig vielfältige Bewegungsanlässe für die Kinder.				
2.5	Im Wohnumfeld gibt es vielfältige Bewegungsanlässe für Kinder	Anzahl der Kinderspielplätze; Anzahl verkehrsberuhigter Zonen;		Sukzessive ab sofort	

Sprachentwicklung

	Unterziele	Messgrößen	Indikatoren	Zeitlicher Bezug	Messung durch / Recherche vorh. Daten
3.1	Der Anteil von Kindern nicht deutscher Herkunft mit Sprachförderbedarf ist verringert.			Festlegung durch SenBild-Wiss,	spezifische Parameter im vorschulischen Sprachtest.
3.2	Der Anteil von Kindern mit unauffälligen sprachlichen Entwicklungsbefunden ist erhöht.	<ul style="list-style-type: none"> - S-ENS-Subtest Pseudowörter - S-ENS-Subtest Wörter ergänzen S-ENS-Subtest Sätze nachsprechen 		von 2005 bis 2011 - um 3 Prozentpunkte (von 75 % auf 78 %) - um 2 Prozentpunkte (von 69 % auf 71 %) um 4 Prozentpunkte (von 71 % auf 75 %)	KJGD im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung
3.2.1	Der Unterschied im Anteil der Kinder mit unauffälligen sprachlichen Entwicklungsbefunden zwischen Kindern deutscher und nichtdeutscher Herkunft ist verringert.	<ul style="list-style-type: none"> - S-ENS-Subtest Pseudowörter - S-ENS-Subtest Wörter ergänzen - S-ENS-Subtest Sätze nachsprechen Herkunft	s. o.	von 2005 bis 2011 - auf die Hälfte (von 6 auf 3 Prozentpunkte) - auf die Hälfte (von 28 auf 14 Prozentpunkte) auf die Hälfte (von 40 auf 20 Prozentpunkte)	s. o.
3.2.2	Der Unterschied im Anteil der Kinder mit unauffälligen sprachlichen Entwicklungsbefunden zwischen Kindern der unteren sozialen Schicht und Kindern der mittleren und oberen sozialen Schicht ist verringert.	<ul style="list-style-type: none"> - S-ENS-Subtest Pseudowörter - S-ENS-Subtest Wörter ergänzen - S-ENS-Subtest Sätze nachsprechen soziale Schicht	s. o.	von 2005 bis 2011 - auf die Hälfte (von 14 auf 7 Prozentpunkte) - auf die Hälfte (von 23 auf 11,5 Prozentpunkte) auf die Hälfte (von 28 auf 14 Prozentpunkte)	s. o.
3.3	Möglichst alle Kinder besuchen während der 2 Jahre vor Schuleintritt regelmäßig eine Kita.	Anzahl der Kinder		Festlegung durch SenBild-Wiss,	Kita-Statistik
3.4	Die Bedeutung der sprachlichen Kommunikation für die Sprachentwicklung der Kinder ist Bestandteil der Fortbildungsangebote rund um die Geburt	Modul o.ä. in Konzeption der Angebote			