

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Weiterbildungsstudiengang „Master of Science“, Public Health

Beauftragter der Medizinischen Fakultät: Univ.-Prof. Dr. N. Dragano

„J1 – JA KLAR?!“

Ergebnisevaluation einer Maßnahme des ÖGD zur Anhebung der Inanspruchnahme der Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) im Rhein-Erft-Kreis (NRW) im Zeitraum von 2010 bis 2013.

Masterarbeit

zur

Erlangung des akademischen Grades

„Master of Science (MSc)“

vorgelegt von

Dr. med. Karin Moos

Morbacherstr. 27

50935 Köln

Matrikelnummer:1978241

Abgabedatum

03. März 2015

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Weiterbildungsstudiengang „Master of Science“, Public Health

Beauftragter der Medizinischen Fakultät: Univ.-Prof. Dr. N. Dragano

„J1 – JA KLAR?!“

**Ergebnisevaluation einer Maßnahme des ÖGD zur Anhebung der
Inanspruchnahme der Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) im
Rhein-Erft-Kreis (NRW) im Zeitraum von 2010 bis 2013.**

Masterarbeit

zur

Erlangung des akademischen Grades

„Master of Science (MSc)“

vorgelegt von

Dr. med. Karin Moos

Morbacherstr. 27

50935 Köln

Matrikelnummer:1978241

Abgabedatum

03. März 2015

**Angenommen von der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf am**

Dekan: Univ.-Prof. Dr. J. Windolf

Studienbeauftragter: Univ.-Prof. Dr. N. Dragano

Referent: Univ.- Prof. Dr. N. Dragano

Coreferent: Prof. Dr. J. Gardemann

I. Zusammenfassung

16 Jahre nach der Einführung der Vorsorgeuntersuchung J1 für Jugendliche zwischen 12 und 15 Jahren liegt die Teilnahmerate an dieser Untersuchung bundesweit im Mittel noch unter 45%. Nach einer Studie des Zentralinstituts der KV in Berlin von 2010 besteht eine regionaler Range zwischen 21% und 69,7%. In diesem Zusammenhang formulierten das Robert-Koch-Institut und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung einen Handlungsbedarf zur Anhebung der Inanspruchnahme und eine Handlungsempfehlung zur Zusammenarbeit mit den Schulen. Der öffentliche Gesundheitsdienst hat nach dem ÖGD Gesetz einen Auftrag zum Gesundheitsschutz, zur Gesundheitsförderung und -vorsorge sowie zur Beratung der Bevölkerung beizutragen. Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes übernimmt diese Aufgabe für Kinder und Jugendliche. Für Kinder in Kindertagesstätten und Grundschulen existieren bereits vielfältige Angebote und Programme zur Gesundheitsförderung von unterschiedlichen Anbietern. Für ältere Schüler und Jugendliche in den weiterführenden Schulen fehlen entsprechende Angebote. Die für diese Altersgruppe vorgesehene Vorsorgeuntersuchung J1 wird deutlich weniger als die frühen Vorsorgeuntersuchungen genutzt, obwohl sie schon seit 1998 regelhafte kassenärztliche Leistung zur Krankheitsfrüherkennung, Prävention und Gesundheitsförderung ist. Im Rahmen seiner Aufgabenwahrnehmung plante der KJGD im Rhein-Erft-Kreis nach den Empfehlungen des RKI und der BZgA, ein auf diese unterversorgte Altersgruppe zugeschnittenes Projekt unter dem Arbeitstitel:

„J1 – JA KLAR ?!“

Zur Klärung der Fragestellung, ob eine Vorsorgeuntersuchung in dieser Altersgruppe notwendig ist und ob die Teilnahme an der Untersuchung durch eine Intervention in den Schulen beeinflusst werden kann, plante der KJGD ein Projekt in den weiterführenden Schulen des Kreises. Um Informationen über den Gesundheitszustand von SchülerInnen der durch die J1 angesprochenen Altersgruppe zu erhalten, untersuchten Mitarbeiterinnen des KJGD im Herbst 2009 im Rahmen einer Feldstudie alle SchülerInnen der 5. und 6. Klassen der Haupt- und Förderschulen. Bei 917 SchülerInnen wurden Hör- und Sehtestungen, Impfpasskontrollen und Beratungen durchgeführt. Der hohe Anteil von kontrollbedürftigen Untersuchungsbefunden bei der Untersuchung wurde als Hinweis für die Notwendigkeit einer Vorsorgeuntersuchung in dieser Altersgruppe gewertet. Durch eine Schülerbefragung von 4180 SchülerInnen wurde im Frühjahr 2010 in allen 9. Klassen der weiterführenden Schulen im Rhein-Erft-Kreis die Ausgangslage zur J1 Teilnahme erhoben. Von 2010 bis 2013 setzte der KJGD eine Intervention in allen 6. Klassen der Haupt-, Förder- Real- und Gesamtschulen zur Bewerbung der J1 Untersuchung um. 2013 wurde

in einer Follow-Up Befragung in den 9. Klassen der weiterführenden Schulen die Wirkung der dreijährigen Intervention bei insgesamt 3907 SchülerInnen überprüft.

Das Ergebnis der Fragebogenauswertung wies eine Steigerung der Inanspruchnahme an der J1 Untersuchung von 37% in 2010 auf 44,4% in 2013 aus. Immer noch nehmen mehr als die Hälfte aller anspruchsberechtigten SchülerInnen nicht daran teil. Der KJGD plant nach Bewertung der bisherigen Interventionsmaßnahme für den Rhein-Erft-Kreis:

1. Eine Intensivierung der Werbungsmaßnahmen unter Einbeziehung weiterer Kooperationspartner.
2. Die Fortführung von Reihenuntersuchungen und Informationsveranstaltungen zur J1 ab der 6. Klasse in den weiterführenden Schulen.
3. Ein Follow-Up zur Überprüfung der nachhaltigen Wirksamkeit der Intervention 2016.

Eine Optimierung des Einladungsverfahrens auf Landesebene und die Anpassung des Vorsorgeangebotes an die Bedürfnisse und Vorstellungen der Zielgruppe durch die durchführenden niedergelassenen Praxen werden als empfehlenswerte flankierende Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme der Jugendvorsorgeuntersuchung empfohlen.

II. Abkürzungsverzeichnis

AföG	Akademie für öffentliches Gesundheitswesen
ÄGGF	Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörde
BELLA	Studie zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
BMI	Body-Mass-Index
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
GBE	Gesundheitsberichterstattung
HBSC	Health Behavior School Children
IFT	Institut für Therapie und Gesundheitsforschung
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
DJI	Deutsches Jugendinstitut
ESPAD	Europäische Schülerstudie zu Alkohol u.a. Drogen
EU	Europäische Union
KIGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LZG	Landeszentrum Gesundheit NRW
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
RKI	Robert Koch Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SOC	Sense of Coherence
STIKO	Ständige Impfkommission des Robert Koch Institutes
VB	Verbraucherzentrale
WHO	World Health Organization

III. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Demographietypen der Kommunen im Rhein-Erft-Kreis	25
Abbildung 2: Public – Health – Action – Cycle (B. Ruckstuhl, Schweiz)	27
Abbildung 3: Sehtest R 21/ Sehtestscheibe 130	31
Abbildung 4: Schüler einer 6. Klasse mit Hör- und Sehtestmaterialien.....	33
Abbildung 5: Informationsflyer der BZgA zur J1 Untersuchung	34
Abbildung 6: Grundmuster eines Evaluationsdesigns (Øvretveit 2002:67)	37
Abbildung 7: Organigramm „J1-JA KLAR!“ KJGD Rhein-Erft-Kreis	42
Abbildung 8: TeilnehmerInnen an der J1 Untersuchung nach Schulform 2010 und 2013.	47
Abbildung 9: Angaben der Schüler der 9. Klassen zu den Fragen 5, 9, 10, 11 und 12 der Fragebogenerhebung in den Jahren 2010 und 2013 in Prozent.....	48
Abbildung 10: Auffällige Sehtestbefunde (%) in den Jahren 2011-2013 nach Schulen	52
Abbildung 11: Auffällige Hörtestbefunde in den Jahren 2011-2013.....	52
Abbildung 12: Inkompletter Impfstatus nach Ausweiskontrolle in den Jahren 2011-2013 nach Schulen.....	54
Abbildung 13: Teilnahme an der J1 Untersuchung nach Schultyp in den Jahren 2010 und 2013 (n/%)	56

IV. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vorsorgeuntersuchungen nach den Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen 1998 (Quelle BZgA).....	16
Tabelle 2: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen im Rhein-Erft-Kreis in Prozent	17
Tabelle 3: Ergebnisse der Hör- und Sehtestungen an den Haupt- und Förderschulen 2009	40
Tabelle 4: Schulliste der 2010 (2013) an der Befragung teilnehmenden 47 (46) Schulen	44
Tabelle 5: Basisauswertung der Befragung 2010 in den 9. Klassen der Schulen	45
Tabelle 6: Basisauswertung der Befragung 2013 in den 9. Klassen der Schulen	45
Tabelle 7: Auswertung der Fragen 6, 9, 10, 11 und 12 des Fragebogens	47
Tabelle 8: Frage 6: Wie hast du von der Untersuchung erfahren?	49
Tabelle 9: Frage 8: Bei welchem Arzt hast du dich untersuchen lassen?	50
Tabelle 10: TeilnehmerInnen an den Reihenuntersuchungen in den Schulen während der Intervention 2011 bis 2013 (Haupt- und Förderschulen HS/FS; Real- und Gesamtschulen RS/GS)	51
Tabelle 11: Jährliche Befunde (n) der Reihenuntersuchungen nach Schulen	51
Tabelle 12: Vorgelegte Impfausweise (anteilig an Teilnehmerzahl) und davon mit komplettem Impfstatus in Prozent	53

V. Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Gesundheit von Jugendlichen im Kontext von Prävention, Gesundheitsförderung und Vorsorge – Stand der Forschung	3
2.1	Jugendgesundheit in Deutschland und Europa.....	5
2.2	Grundkonzepte von Prävention und Gesundheitsförderung.....	9
2.2.1	Prävention	10
2.2.2	Gesundheitsförderung	11
2.3	Vorsorgeuntersuchungen und ihre Bedeutung für den Gesundheitsschutz von Kindern und Jugendlichen	14
2.3.1	Angebote, Rechtslage und Akzeptanz in Deutschland.....	14
2.3.2	Die Jugendgesundheitsuntersuchung J1	20
2.4	Formulierung der Forschungsfrage.....	22
3	Material und Methoden	22
3.1	Der Rhein-Erft-Kreis	24
3.2	Projektentwicklung.....	27
3.3	Intervention.....	29
3.4	Instrumente und Materialien	30
3.4.1	Sehtestung:	31
3.4.2	Hörtestung.....	32
3.4.3	Impfberatung	34
3.4.4	Informationsmaterial	34
3.4.5	Fragebogen	35
3.5	Projektbegleitung/ Evaluation	37
3.6	Projektdurchführung	39
4	Ergebnisse.....	43
4.1	Ergebnisse der Fragebogenerhebung.....	43
4.2	Ergebnisse der Reihenuntersuchungen	51

5	Diskussion	54
6	Limitationen	60
7	Schlussfolgerungen	61
8	Literaturverzeichnis.....	63
9	Anhang	70

1 Einleitung

Auf Grund einer zu niedrigen Teilnahmerate an der J1 Jugendgesundheitsuntersuchung formulierte das Robert-Koch-Institut (RKI) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Dezember 2008 zum Thema Gesundheit und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems einen dringenden Handlungsbedarf. Unter Hinweis auf die Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit wurden entsprechende Handlungsstrategien empfohlen (Robert Koch Institut & BZgA 2008:131–132). Dazu gehörten altersgerechte Strategien zur Bewerbung der J1 Untersuchung in Zusammenarbeit mit den Schulen unter Nutzung der kommunalen Strukturen und in Kooperation mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und den niedergelassenen Ärzten. Alle Interventionen zur Steigerung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen sollten verstärkt auf ihre Wirksamkeit überprüft werden. Auf der Grundlage dieser Empfehlung plante der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) des Gesundheitsamtes im Rhein-Erft-Kreis 2009 die prospektive Evaluierung einer dreijährigen Intervention an den weiterführenden Schulen im Rhein-Erft-Kreis zur Steigerung der Inanspruchnahme der Jugendgesundheitsuntersuchung mit dem Arbeitstitel „J1 JA-KLAR!?!“. Der Titel wurde gewählt in Anlehnung an eine im Jahr 2007 vorausgehende Impfkaktion des Gesundheitsamtes im Rhein-Erft-Kreis in weiterführenden Schulen unter dem Titel „Impfen JA-Klar!“.

Die Planung und Evaluierung eines Interventionsprogramms wurde dabei als Projekt der Abteilung KJGD neben den originären Pflichtaufgaben des GA durchgeführt.

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) hat die Aufgabe, zum Gesundheitsschutz, zur Gesundheitsförderung, zur Gesundheitsvorsorge und Beratung der Bevölkerung beizutragen, methodisch durch Beobachtung und Erfassung der gesundheitlichen Verhältnisse, durch Hinwirkung auf angemessene gesundheitliche Vorsorge und Aufklärung der Bevölkerung sowie durch Aufsicht und Koordination von gesundheitlichen Planungen, Maßnahmen und Leistungen. Der KJGD der Gesundheitsämter übernimmt diese Aufgabe für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen (Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes NRW 1997 §§ 1, 2, 3, 6, 7,12). Programme und Aktionen zur Prävention und Gesundheitsförderung existieren aktuell schwerpunktmäßig im Bereich der Kindertagesstätten zu den Themenschwerpunkten: Vorsorgeuntersuchungen, Ernährungsplanung, Bewegungs- und Sprachförderung. Diese werden von den Gesundheitsämtern selbst, aber auch von der BZgA, den Verbraucherzentralen und den Krankenkassen angeboten. Ihr Umfang reduziert sich schon in den Grundschulen und fehlt weitestgehend in den weiterführenden Schulen. Die frühen Vorsorgeuntersuchungen U1 – U9, von Geburt bis zum fünften Lebensjahr, sind in hohem Maße etabliert und werden im Rhein-Erft-Kreis zu mehr als 90% wahrgenommen (s. Kap. 2.3). Auch die KIGGS Studie weist 2006 hohe Teilnah-

meraten an den frühen Vorsorgeuntersuchungen bundesweit aus (Kamtsiuris u.a. 2007 S:838). Die einzige Vorsorgeuntersuchung für Jugendliche der weiterführenden Schulen ab 12 Jahren, die J1, wird deutlich weniger genutzt, obwohl sie bereits seit 1998 ein regelhaftes kassenärztliches Leistungsangebot zur Prävention und Krankheitsfrüherkennung für die Altersgruppe ist. Der KJGD des Gesundheitsamtes im Rhein-Erft-Kreis plante im Rahmen seiner Aufgabenwahrnehmung zum Gesundheitsschutz und zur Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche, eine auf diese unterversorgte Altersgruppe zugeschnittene Intervention zur Steigerung der Teilnahmerate an der J1 in Zusammenarbeit mit den Schulen.

Schulen sind zunehmend zentraler Bestandteil der Lebenswelten von Kindern, Jugendlichen und deren Familien. Ihr primäres Ziel ist es Wissen zu vermitteln, darüber hinaus haben sie die Möglichkeit, sozialintegrativ und gesundheitsrelevant zu wirken. Spezifische Gesundheitsprogramme für chronisch kranke Kinder werden zunehmend an Schulen eingerichtet. Beispielhaft sind Schulungsprogramme für Lehrer und Schüler im Zusammenhang mit Erkrankungen wie Diabetes mellitus und Asthma bronchiale, oder Sonderturnen bei verschiedenen Indikationen in Verbindung mit spezifizierten Sportverbänden zu nennen. Auch die beginnende flächendeckende Einrichtung sozialarbeiterischer Kompetenz an den Schulen kann im positiven Fall Einfluss nehmen auf die soziale Interaktion. Präventive als auch gesundheitsfördernde Maßnahmen finden hier einen Platz und mögliche Kooperationspartner wie Lehrer, Eltern, ÖGD, Haus- und Kinderärzte. Es ist absehbar, dass durch die nach dem aktuellen Schulrahmengesetz NRW vorgesehene Inklusion an den Schulen gesundheitsbezogene Aktivitäten und Wissensvermittlung in den Folgejahren im Setting Schule zunehmen werden, um den Ansprüchen und Notwendigkeiten, welche sich durch inklusive Beschulung ergeben, zu genügen. Dazu gehören Lehrpläne, welche Wissensvermittlung über gesunde Lebensstile beinhalten. Information über bestehende Vorsorgeangebote im Gesundheitssystem, wie zum Beispiel die Jugendgesundheitsuntersuchung, wären gut einsetzbar. Hier bietet sich eine Chance für Setting bezogene Gesundheitsförderung im Lebensraum Schule, vorbehaltlich einer entsprechenden Ausstattung mit personellen und strukturellen Ressourcen.

Unter dem Public Health Gesichtspunkt der Wechselwirkung zwischen medizinischen Versorgungssystemen und dem Gesundheitszustand von Bevölkerungsgruppen, recherchiert die vorliegende Arbeit Informationen zum Gesundheitszustand von Jugendlichen in der Bevölkerung und den Möglichkeiten, die durch Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung für diese Altersgruppe nutzbar sind, in einschlägiger Fachliteratur, deutsch- und englischsprachigen Datenbanken, dem Internet, in Sekundärliteratur und Rechtsverordnungen. Zur Einordnung der Bedeutung

einer Vorsorgeuntersuchung für Jugendliche im Alter zwischen 12 und 15 Jahren werden zentrale Begriffe zum Verständnis des Zusammenhangs zwischen Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheit, Jugend, Vorsorgeuntersuchung definiert und erläutert. Eine inhaltliche Zusammenfassung dieser Recherche findet sich im Kapitel zwei der Arbeit wieder. Nach Formulierung der Forschungsfrage, beschreibt Kapitel drei das methodische Vorgehen, die Durchführung der Intervention und der Befragung. Die Wirkung (Outcome) des Projektes nach dreijähriger Intervention unter Bezug auf die Fragestellung wird in Kapitel vier durch eine deskriptive Auswertung der Ergebnisse beschrieben. Daran schließt sich eine Diskussion zu den Ergebnissen der durchgeführten Maßnahmen und deren Limitationen in den Kapiteln fünf und sechs an. Im abschließenden Teil der Arbeit werden schlussfolgernd Wirkung, Nachhaltigkeit, Benefit, Sideeffects, sowie die Möglichkeiten einer Weiterentwicklung und Optimierung des Projektes diskutiert und in die Zukunft weisende Vorschläge erarbeitet. Inhaltlich bauen die einzelnen Kapitel der Arbeit aufeinander auf. Zuvor gewonnene Ergebnisse fließen in die jeweils nächsten Überlegungen und Folgekapitel ein.

2 Gesundheit von Jugendlichen im Kontext von Prävention, Gesundheitsförderung und Vorsorge – Stand der Forschung

Neben den Daten der KIGGS Studie fand sich wenig verfügbares Material zum Thema Jugendgesundheit und Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen für Jugendliche, sowie Entsprechungen zu anderen europäischen Ländern aus Studien. Vergleiche sind wegen unterschiedlicher Vorgehensweisen im Bereich der Jugendvorsorge zwischen europäischen Nachbarländern schwierig und selbst zwischen den Bundesländern nur bedingt möglich. Für einen europäischen Vergleich zur Gesundheit von Jugendlichen wurden die nachfolgenden Quellen verwandt (Hackauf & Winzen 2004; Hackauf & Winzen 1999; Curri C. et al.eds. 2009/2010)

- On the state of young people´s health in the European Union. München 1999
- European Commission: Report on the state of young people´s health in the European Union, General Health, Consumer Protection, Health promotion, Health monitoring injury prevention. Luxembour 2000
- IARD: Study on the State of Young People and Youth Policy in Europe. 2001

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit seit 1947 wie folgt:

„Health is not merely the absence of disease, but a state of complete physical, psychological and sozial well-beeing“ (Bowling & Ebrahim 2005 S:20).

Hurrelmann modifiziert diese sehr weit gefasste Definition von Gesundheit 1994:

„Ein Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils äußeren Lebensbedingungen befindet“ (Hurrelmann 1994 S: 16). Danach entsteht Gesundheit für das Individuum durch balancierte Verarbeitungsmöglichkeit o.g. Bereiche und ist abhängig von gesellschaftlichen Lebensbedingungen ein dynamischer Prozess.

Jugend wird im Folgenden bezogen auf eine Altersgruppe zwischen 12 und unter 18 Jahren, welche gekennzeichnet ist durch die beginnende Ablösung vom Elternhaus sowie die schrittweise Übernahme von verantwortlichen sozialen und gesellschaftlichen Funktionen. Hinsichtlich der biopsychosozialen Entwicklung und den gleitenden Veränderungen im kognitiven, emotionalen und sozialen Bereichen, wird in der Pädiatrie unterschieden zwischen früher Adoleszenz ab dem 10. Lebensjahr, mittlerer Adoleszenz ab 14 und später Adoleszenz ab 17 Jahren. Jugend beschreibt eine Lebensphase, welche geprägt ist durch tiefgreifende Umgestaltung der Selbstwahrnehmung, des abstrakten Denkens und der Auseinandersetzung mit sozialen Einflüssen von Familie, Schule, Peers, Medien und materieller Umwelt, dem Suchen nach einer eigenen Position in der Welt, einem eigenen Muster der Lebensführung unter Nutzung des vorhandenen Handlungsspielraumes und in Abhängigkeit von eigenen Ressourcen. In dieser Altersphase finden weitreichende biologische Veränderungen statt. Äußerlich sichtbare Veränderungen wie Größenwachstum, Ausprägung sekundärer Geschlechtsmerkmale und Geschlechtsreife in Kombination mit einem Umbau von Gehirnstrukturen (Wietasch 2007:123–137). Dieser Übergang zum Erwachsenenalter ist unter unterschiedlichen Gesichtspunkten, insbesondere aber auch unter gesundheitlichen, von prägender Bedeutung für die weitere Lebensplanung und -entwicklung. Eigene Entscheidungen werden hier bedeutend (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009 S.116-139, Stier & Weissenrieder 2006 S: 3-31).

2.1 Jugendgesundheit in Deutschland und Europa

Junge Menschen befinden sich in einer Lebensphase mit entscheidenden Entwicklungsaufgaben, die sie auf den Status des Erwachsenen vorbereiten. Gesundheitsrelevantes Verhalten in der Jugend beeinflusst den Lebensstil im Erwachsenenalter. In den modernen Industrieländern hat sich der Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen grundsätzlich durch verbesserte Lebensumstände hinsichtlich Hygiene und Infektionsprophylaxe verbessert. Die Mehrheit der jungen EuropäerInnen ist und fühlt sich gesund. (Hackauf & Winzen 2004:181-187) Allerdings entwickeln sich zunehmend gesundheitsgefährdende Lebensstile und Umweltbedingungen, von denen Kindern und Jugendliche in ihrer Entwicklung betroffen sind. Schlack spricht hier von neuer Morbidität (Schlack & Andler 2000:80–87). Zunehmenden Freiheitsgraden eigenen Handelns stehen geringere Notwendigkeiten zur gesellschaftlichen Einordnung und damit auch zur Orientierung entgegen (Fend 1988). Gleichzeitig sind die objektiven Gestaltungsspielräume ungleich verteilt. Zu den neuen Risiken gehören auch in den entwickelten Ländern Europas wieder Armut und soziale Ungleichheit sowie deren Folgen für Wohnraumversorgung, Ernährung und Bildung. Zum Thema soziale Ungleichheit beschreibt Wilkinson: „unter den entwickelten Ländern weisen nicht die reichsten den besten Gesundheitszustand auf, sondern jene, in denen die Einkommensunterschiede zwischen Arm und Reich am geringsten sind.“ (Wilkinson 2001:XIX). Unter anderem resultieren daraus qualitative Veränderungen des Krankheitsspektrums. Beobachtet werden eine Zunahme von chronischen Erkrankungen wie Asthma bronchiale, Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Diabetes mellitus, aber auch Übergewicht, psychische Auffälligkeiten wie Depressionen, Essstörungen und gesundheitsrelevantes Risikoverhalten sowie eine Abnahme von Körperkondition und Beweglichkeit mit Folgen für die Gesamtkonstitution. Diese Entwicklung ist in allen europäischen Ländern von erheblicher gesundheitspolitischer und Public Health Bedeutung (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009:78–81).

Zwischen Oktober 1997 und Dezember 1998 erstellte das Deutsche Jugendinstitut, unterstützt durch die Europäische Union, einen Bericht über den gesundheitlichen Status junger Menschen in der Europäischen Union (Hackauf & Winzen 1999). Darin wird darauf verwiesen, dass grundsätzlich ein Mangel an EU-weit vergleichenden Studien zum Gesundheitszustand dieser Altersgruppe unter Einbeziehung ihrer jeweiligen sozialen Lage, Lebens-, Umwelt- und Ressourcensituation besteht. Informationen zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen finden sich in der WHO Cross-National Study (HBSC) aus den Jahren 2000 bis 2012, welche ebenfalls die Entwicklung zu sich verändernden Krankheitsbildern beschreibt (Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., Todd, J. 2000; Ravens-Sieberer 2009:151–159). Die von Hackauf schon 1999

in seinem Bericht festgestellten und fortbestehenden gesundheitsrelevanten Tendenzen, welche eine Grundlage für Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung darstellen, werden im Folgenden skizziert:

- Die Mehrheit der jungen EuropäerInnen ist gesund. Es gibt Unterschiede hinsichtlich geographischer Herkunft, sozialem Status, sozialer Ressourcen und Geschlecht.
- Gesundheitstrends weisen auf weiter steigende Lebenserwartung hin.
- Zunahme von chronischen Erkrankungen
- Verschlechterung der sozial-ökonomischen Lage
- Vergrößerung der Kluft zwischen Bevölkerungsgruppen und Ländern
- Demographische Entwicklung (Schrumpfung und Überalterung)
- Arbeitsmarkt und Gesundheitsrisiko
- Gruppenprofile mit hohem Gesundheitsrisiko
- Risikoverhalten (Verkehrsunfälle, Verletzungen)
- Psychische Gesundheit (Suizide)
- Sexualität (Erkrankungen/ungewollte Schwangerschaften)
- Ernährungsverhalten
- Bewegungsverhalten
- Medienkonsum
- Drogengebrauch

Der Survey zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) des Robert Koch-Institutes (RKI) gilt als Meilenstein der kinder- und jugendmedizinischen Datensammlung zur Gesundheit der heranwachsenden Bevölkerung in Deutschland. 17.641 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 – 17 Jahren aus 167 Orten der Bundesrepublik haben gemeinsam mit ihren Eltern von Mai 2003 bis Mai 2006 daran teilgenommen. Die Studie wurde durch ein interdisziplinäres Forscherteam durchgeführt und qualitätsüberprüft. Ziel der Studie war u.a. eine qualifizierte Datensammlung für eine umfassende Gesundheitsberichterstattung über Kinder und Jugendliche in Deutschland. Sie ist Public Health orientiert und bildet eine Grundlage für gesundheitspolitische Schwerpunktsetzung auf dem Gebiet von Prävention, Intervention und Gesundheitsförderung bei Kin-

dern und Jugendlichen. Der 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung aus dem Jahre 2009 über die Lebenssituation junger Menschen in Deutschland bezieht sich wesentlich auf die Ergebnisse des Surveys (Robert Koch Institut). Der Bericht identifiziert die im Folgenden benannten Schwerpunktthemen als Risiko für die Altersstufe der 12 – 18 Jährigen:

- Tabak, Alkohol und Drogen: Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit
- Nutzung elektronischer Medien
- Übergewicht und Adipositas
- Sexualität und sexuelles Risikoverhalten
- Schwangerschaft Minderjähriger
- Essstörungen
- Depressive Erkrankungen
- Suizidalität
- Gewalterfahrung

Durch den modularen Aufbau des Surveys ermöglichen sich Vergleiche mit Ergebnissen o.g. europäischen Studien. So ist nach Selbsteinschätzung von 11 – 17 Jährigen ihre Lebensqualität zu 96% sehr gut oder gut. Unterschiede ergeben sich im Zusammenhang mit sozialem Status und Herkunft. Verschiedene chronische Erkrankungen weisen unterschiedliche Lebenszeitprävalenzen auf. Eine Tendenz zur Abnahme akuter somatischer Erkrankung sowie eine Zunahme von chronischen Erkrankungsbildern wird belegt. Für die Altersgruppe der 11 - 17 Jährigen werden relevante Anstiege bei den Wirbelsäulen- und Schilddrüsenerkrankungen sowie bei der Entwicklung von Asthma bronchiale nachgewiesen. Diese letztgenannte Atemwegserkrankung führt in der Regel durch ihre unmittelbare Symptomatik zur schnellen Diagnose und Therapie, wohingegen Veränderungen der Wirbelsäulenstatik oder der Schilddrüsenfunktion sich zunächst symptomlos entwickeln, lange Zeit unentdeckt bleiben und damit häufig erst bei bereits eingetretenen Folgeschäden und Beschwerden zu einem Arztbesuch führen. Zur Identifizierung von psychischer Gesundheit dieser Altersgruppe wurden sowohl soziale Ressourcen als auch persönliche Schutz- und Risikofaktoren untersucht. Dabei wiesen mehr als ein Viertel der untersuchten 11 – 17 Jährigen Defizite im Bereich persönlicher Schutzfaktoren auf, sozialer Status und Herkunft beeinflussen die Ergebnisse. Die angeschlossene Studie Bella zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wies 21,9% der Untersuchten im Alter von 7 -17 Jahren, in Abhängigkeit von ihrem sozioökonomischen Status, psychische Auf-

fälligkeiten wie Ängste, Depressionen und Störung des Sozialverhaltens zu. Sie empfiehlt, die Stärkung von persönlichen Ressourcen zum wesentlichen Ziel von Prävention und Intervention zu etablieren (BELLA STUDIE:871-878). 20% der untersuchten 11 – 17 Jährigen rauchen (Lampert & Thamm 2007:600–608). 21,9% dieser Altersgruppe werden in Abhängigkeit ihres sozialen Status und ihrer Herkunft mit Essstörungen identifiziert (Hölling & Schlack 2007:794–799). Das Ernährungsverhalten ändert sich mit zunehmendem Alter und entfernt sich von den Empfehlungen für eine gesunde Mischkost der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE). In Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status, Herkunft und Eltern erhöht sich der BMI. 18% der 14 – 17 Jährigen sind übergewichtig, 8,5% adipös (Kurth & Schaffrath Rosario 2007:736–743). Hier wird ein Zusammenhang mit der Zeit des täglichen Mediengebrauchs und der außerschulischen sportlichen Betätigung belegt. Mehr als 20 % der 11 – 17 Jährigen nutzen mehr als drei Stunden täglich Medien wie TV, Video oder PC. Täglichen Sport von mindestens einer Stunde betreiben nur ein Viertel aller 11 – 17 jährigen Jungen und nur ein Sechstel aller Mädchen, mit der Folge eingeschränkter motorischer Leistungsfähigkeit (Opper u.a. 2007:879–888). Die WHO empfiehlt für Kinder und Jugendliche eine körperliche Aktivität von mindestens 60 Minuten täglich (WHO Geneva 2010 Global recommendations on physical activity for health, Schmidt, W., Hartmann-Tews, I. 2003). Im Bereich des Infektionsschutzes wird eine ausreichende Grundimmunisierung auf empfohlene Durchimpfungsraten der ständigen Impfkommision (STIKO) für Kinder bis zur Einschulung dokumentiert. Danach fallen Defizite für einen kompletten Impfschutz durch fehlende Auffrischungsimpfungen insbesondere bei 14 – 17 Jährigen auf (Poethko-Müller, Kuhnert & Schlaud 2007:851–862). Durch altersspezifisches Risikoverhalten weist die Gruppe der 15 – 18 Jährigen die höchste Rate an Unfällen und Verletzungen auf (Kahl, Dortschy & Ellsäcker 2007:718–727). Ergebnisse der ersten Folgebefragung KIGGS Welle 1 aus den Jahren 2009 – 2012 wurden im Juli 2014 im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht (Robert Koch Institut 2014), darin bestätigen sich im Wesentlichen o.g. Ergebnisse zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Allerdings konnte eine Reduzierung des Tabakkonsums beobachtet werden. Für die nächste Folgebefragung in den Jahren von 2014 – 2016 KIGGS Welle 2 ist vorgesehen, neben den Eltern auch Teilnehmer ab 11 Jahren zu befragen. Wie in der Basiserhebung wird die Teilnahme an der J1 Untersuchung noch nicht spezifisch erfasst.

Maßnahmenempfehlungen auf der Ebene nationaler und internationaler Gesundheitspolitik zur Verbesserung der Jugendgesundheit / Förderperspektiven:

- Verbesserung von Qualität und Vergleichbarkeit der europäischen und nationalen GBE

- Entwicklung von Vergleichsindikatoren für Gesundheit
- Einbeziehung von psychischen, sozialen und kulturellen Aspekten
- Berücksichtigung von Altersstrukturen
- Analyse der strukturellen Faktoren für soziale und regionale Ungleichheit
- Besondere Beachtung der psychischen Gesundheit
- Vernetzung von Akteuren und Institutionen des Gesundheitswesens
- Entwicklung präventiver Ansätze und bedarfsangepasster Angebote im Setting

2.2 Grundkonzepte von Prävention und Gesundheitsförderung

Zur Skizzierung der Grundbegriffe von Prävention und Gesundheitsförderung beziehe ich mich im Folgenden wesentlich auf den 13. Bericht der Bundesregierung über die Lebenssituation junger Menschen in Deutschland vom 30.04.2009 (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009 S:50-76). Darin wird das Ziel gesundheitsbezogener Prävention in der nachhaltigen Reduktion von Belastungen zur Vermeidung von Erkrankungen gesehen und das der Gesundheitsförderung in der Verbesserung der Ausstattung mit Bewältigungsressourcen. Wesentlicher Unterschied zwischen beiden ist der Bezug der Prävention auf den nachvollziehbaren Zusammenhang zwischen Identifizierung (z. B. Screening) einer Erkrankung oder eines Risikos, die Einleitung einer entsprechenden Intervention zur Vermeidung dieser gesundheitlichen Belastungen und der mögliche Abschluss der Maßnahme nach Zielerreichung. Wohingegen das Ziel der Gesundheitsförderung, wie sie aktuell verstanden wird, ein lebenslanges Konzept zur Verbesserung von Ressourcen ist. Nach Hurrelmann et.al. können Prävention und Gesundheitsförderung als Grundkonzepte zur Steigerung der Gesundheit verstanden werden (Hurrelmann 2012). In der internationalen und nationalen gesundheitsbezogenen Fachdiskussion wird die positiver besetzte Gesundheitsförderung favorisiert bzw. die Verknüpfung belastungssenkender (präventiver) und ressourcensteigernder (gesundheitsförderlicher) Ansätze (Rosenbrock& Michel 2007). Dem Thema der vorliegenden Arbeit entsprechend versuche ich im Folgenden, insbesondere auf Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche zu fokussieren.

2.2.1 Prävention

Prävention hat ein definiertes Ziel und versucht Mittel, zum Beispiel Interventionen, zu dessen Erreichung zu entwickeln. Im Gesundheitsbereich sind die definierten Ziele von Prävention Krankheitsverhütung bzw. die Minderung oder Heilung von schon eingetretenen Erkrankungen (primäre, sekundäre, tertiäre Prävention). Nach Erreichung des Ziels kann sie beendet oder abgeschlossen werden und sich neuen Zielen zuwenden. Die Ziele von Präventionsmaßnahmen sind hinsichtlich der Definition von Normverhalten und Risikoverhalten diskutierbar. Für Kinder und insbesondere für Jugendliche ist der Begriff der Normalität und des normalen oder konformen, gesellschaftlich gewünschten Verhaltens nicht immer eindeutig. Die Positionen von Experten zum Thema Gesundheit bzw. Krankheitsprävention und die Sichtweise von Jugendlichen zu dem Thema können sich erheblich unterscheiden. Geringe Akzeptanz von Präventionsempfehlungen oder -maßnahmen wiederum gefährden die Effektivität ihrer Umsetzung und damit das Erreichen des Präventionsziels. Homfeldt und Sting sprechen in dem Zusammenhang vom Problem der impliziten Normativität (Homfeldt & Sting 2006:161-162). Insofern sollten Ziele präventiver Interventionen, wenn sie sich an Kinder und Jugendliche richten, die vorherrschenden normativen und sozialstrukturellen Rahmenbedingungen berücksichtigen und deren sozial und kulturell bedingte Lebensstile einbeziehen. In der klassischen Definition von Caplan wird nach dem Zeitpunkt, zu dem eine Intervention stattfindet, unterteilt in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention (Caplan 1964). Dabei soll primäre Prävention ganz allgemein und unspezifisch dem Auftreten von gesundheitlichen Störungen vorbeugen. Im Kontext der Kinder- und Jugendgesundheit entspricht dies dem Screening und der Beratung in den Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche. Sekundäre Prävention versteht sich als frühzeitige, spezifische, unterstützende, heilende bzw. Belastungen vermindern Intervention. Die Frühförderung von entwicklungsauffälligen Kindern ist hier ein Beispiel. Bei schon vorhandenen Erkrankungen greifen Maßnahmen der tertiären Prävention um die Folgen der Erkrankung zu mindern, zum Beispiel durch Rehabilitation und Hilfsmittelversorgung. Gordon differenziert Prävention, indem er trennt zwischen universaler, selektiver und indizierter Prävention. Hierbei richtet sich die universale Prävention mit Interventionen wie Reihenimpfungen, Medienkampagnen oder Schulprogrammen an die Gesamtbevölkerung, um Neuerkrankungen oder Störungen zu vermindern. Selektive Prävention richtet sich mit gleichem Ziel an identifizierte Risikogruppen, wie zum Beispiel minderjährige Schwangere mit Programmen der Frühen Hilfen. Die indizierte Prävention richtet sich an Personen mit bereits vorhandenen gesundheitlichen Problemen, um Begleiterkrankungen zu verhindern. Schulprogramme für übergewichtige oder suchtmittelabhängige Jugendliche sind hier beispielhaft (Gordon 1983 :107-109). Im Rahmen von Verhaltensprä-

vention sollen die handelnden Personen befähigt werden, eigenes gesundheitsschädigendes Verhalten wie Rauchen, ungesunde Ernährung, mangelnde Bewegung oder ungeschützter Sexualverkehr, zu verändern. Verhältnisprävention hingegen zielt auf die Veränderung ungünstiger Lebensverhältnisse, wie Wohn- und Verkehrssituationen, mangelnde Schulsportangebote, unausgewogene Ernährungsangebote innerhalb der Ganztagsbetreuung von Kindern und Jugendlichen. Die Sinnhaftigkeit von Präventionsmaßnahmen für Einzelpersonen unter Berücksichtigung und Verknüpfung ihres sozialen Kontextes wird dabei thematisiert.

Vorsorgeuntersuchungen von Kindern und Jugendlichen können für die meisten der oben definierten Präventionsarten wirksam sein, als Beratungsangebot vorbeugend und unspezifisch, in der Identifizierung von Risiken und Erkrankungen und deren Behandlung kurativ und in der fortlaufenden Kontrolle auch chronischer Erkrankungen rehabilitativ. Durch die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche werden allen Teilnehmern universal, neben Impfungen nach Empfehlungen der Bundesimpfkommission (STIKO), auch Beratungen zu verhaltenspräventiven Maßnahmen angeboten. Als Angebotsuntersuchung hängt ihre Wirksamkeit in diesem Bereich allerdings maßgeblich von der Inanspruchnahme durch die Zielpersonen und deren Familien ab.

2.2.2 Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung orientiert sich an dem ganzheitlichen und positiven Gesundheitsbegriff der WHO. Ist das gesundheitspolitische Leitbild der Prävention noch die Krankheitsverhütung, steht hier die Förderung von Gesundheit im Vordergrund. Sie zielt sowohl auf die individuelle Steigerung von Schutzfaktoren wie Persönlichkeitsbildung und positivem Selbstwertgefühl, um damit eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen, als auch im gesamtgesellschaftlichen Kontext auf die Reduktion gesellschaftlich ungleich verteilter Risiken, Stressoren und Belastungen. Im Hintergrund der Konzeptentwicklung zur Gesundheitsförderung stehen die Programme von New Public Health zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Gesamtbevölkerung. Wesentlich ist dabei die stärkere Hinwendung zu gesellschaftlichen Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit, Policy-Ansätze staatlicher Instanzen, Neuorientierung der Gesundheitsdienste, sowie die Einbeziehung von Bereichen wie Bildung, Ökologie und Sozialpolitik. MacDonald beschreibt den Ansatz von New-Public-Health als konsequente Umsetzung der Prinzipien der Gesundheitsförderung (MacDonald 1998). Der Zusammenhang von Gesundheit und Lebensbedingungen wurde erstmalig 1986 auf der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung durch die Ottawa-Charta festgeschrieben. Die Ottawa-Charta

wurde 1986 von der Weltgesundheitsorganisation als Konzept zur Gesundheitsförderung entwickelt. „In ihrer weitreichenden Definition von Gesundheit wird ausdrücklich die Verantwortung für Gesundheitsförderung allen Politikbereichen zugewiesen. Sie bietet ein inhaltliches und methodisches Modell an, dessen gesundheitspolitisches Leitbild als Paradigmenwechsel von der Verhütung von Krankheiten zur Förderung von Gesundheit beschrieben werden kann“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009:55-56). Sie ist global angelegt und formuliert allgemeine Ziele und Strategien, die spezifischen nationalen Bedingungen anzupassen sind, um allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung zu ermöglichen und sie zu gesundheitsförderndem Verhalten zu befähigen. Um in diesem Sinne wirksame Strategien entwickeln zu können, werden darin Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Ökosystem, die Schonung der vorhandenen Naturressourcen sowie soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit vorausgesetzt. Darin eingebettet ist die Gesundheit als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als Lebensziel (Ruckstuhl, B., Somaini, B., Twisselmann W. 2008 :5).

Es werden drei Handlungsstrategien unterschieden:

1. Anwaltschaftliches Eintreten für Gesundheit
2. Befähigen und Ermöglichen (Chancengleichheit)
3. Vermitteln und Vernetzen

Zu realisieren in fünf Handlungsbereichen:

1. Die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
2. Die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten
3. Die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
4. Die Unterstützung und Förderung von persönlichen Kompetenzen
5. Die Neuorientierung der Gesundheitsdienste

2005 wird in der Bangkok-Charta die Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche gesondert betrachtet und die Zunahme der Gesundheitsgefährdungen für Kinder und Menschen mit Behinderungen betont. Ausdrücklich werden darin besondere Anstrengungen zu deren Gesundheitsförderung eingefordert (http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf, 05. 01. 2015). Der Medizinsoziologe Antonovsky beschäftigt sich in seinem Modell der Salutogenese seit

1979 mit der Frage, was den Menschen zu einer gesunden psychischen und physischen Entwicklung befähigt (Antonovsky & Franke 1997; Franke 1993:1-16). Sein Modell wird als konzeptuelle Rahmentheorie für Gesundheitsförderung diskutiert und sein Instrument zur Messung des Kohärenzgefühls, sense of coherence (SOC), wird weltweit mittlerweile in 20 Ländern angewendet. Es stellt die verfügbaren Ressourcen in den Mittelpunkt und knüpft damit an die von der WHO beschriebenen Strategien und Handlungsbereiche zur Gesundheitsförderung an. In seinem Konzept der Salutogenese bewegt sich der Mensch, in Abhängigkeit von seinen Widerstandsressourcen, zwischen den beiden Polen Gesundheit und Krankheit. Die Widerstandsressourcen sind dabei sowohl im Individuum angesiedelt als auch in seinem persönlichen Umfeld, auf gesellschaftlicher und kultureller Ebene. Der Mensch steht durch diese Sichtweise mit seiner Biografie im Mittelpunkt. Seine Persönlichkeitsorientierung, sein Bewusstsein zukünftigen Herausforderungen gewachsen zu sein, kann gesundheitliche Beeinträchtigungen vermindern. Widerstandsdefizite hingegen würden die Wahrscheinlichkeit gesundheitlicher Beeinträchtigung erhöhen. Antonovsky bezeichnet Widerstandsressourcen mit Kohärenz. Andere Autoren bezeichnen Kohärenz auch mit Handlungsbefähigung (Vertrauen in die eigene Kraft). Eine finnische Übersichtsstudie von Erikson / Lindström 2007 über 458 wissenschaftliche Arbeiten kommt zu dem Ergebnis, dass das Kohärenzgefühl unabhängig vom Alter, Geschlecht, Nationalität und Studiendesign stark mit psychischer Gesundheit, Wohlbefinden, Lebensqualität und Lebenszufriedenheit korreliert. Dies gilt für Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Familien. Jugendliche mit höherem Kohärenzgefühl leiden deutlich weniger unter psychosomatischen Stresssymptomen und psychischer Belastung. Sie zeigen weniger Risikoverhaltensweisen und sind mit ihrem Leben deutlich zufriedener (Erikson & Lindström 2007:1-34). Unter Resilienz (Robustheit) wird „die Fähigkeit verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen“ (Welter-Enderlin 2006 : 7-19). Wie im Konzept der Salutogenese (Widerstandsressourcen), bezieht sich auch Resilienz (Schutzfaktoren) auf die psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken und nimmt damit Abstand vom klassischen Blick auf den Begriff Krankheit. Die Resilienzforschung ergänzt das Modell der Salutogenese nach Antonovsky, ebenso wie das nach Sen und Nussbaum entwickelte Capability Konzept. Capability zielt, wie in der Ottawa-Charta beschrieben, auf den inneren Zusammenhang der Handlungsbefähigung der Subjekte mit den objektiv gegebenen Verwirklichungschancen und thematisiert die Verteilungs- und Gerechtigkeitsproblematik im globalen und nationalem Rahmen (Nussbaum).

2.3 Vorsorgeuntersuchungen und ihre Bedeutung für den Gesundheitsschutz von Kindern und Jugendlichen

2.3.1 Angebote, Rechtslage und Akzeptanz in Deutschland

Durch langjährige Tätigkeit im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst eines Gesundheitsamtes und durch den in den letzten Jahren zunehmenden Zuzug von Familien aus anderen Staaten nach Deutschland, hatte die Verfasserin Gelegenheit, Einblick zu nehmen in die unterschiedlichen Vorsorgedokumente, welche die Eltern oft als einzige vorhandene Unterlage zu den Aufnahmeuntersuchungen für Schulen und Kindergärten in der jugendärztlichen Sprechstunde des Gesundheitsamtes vorlegen. Weltweit werden in vielen Ländern von den dortigen Gesundheitssystemen Vorsorgeangebote für Kinder oft bis zum vierten Lebensjahr oder bis zum Zeitpunkt ihrer Einschulung vorgehalten. Neben unterschiedlicher Dokumentation für Entwicklungsschritte und Beratungen, die aus sprachlichen Gründen nicht immer nachvollziehbar waren, wurden dort immer erkennbar sowohl Impfungen als auch somatische Daten in Größen- und Gewichtsperzentilen festgehalten. Ein iranisches Vorsorgeheft wies darin, für Analphabeten beispielhaft nutzbar, entsprechend der Wachstumsperzentilen die jeweiligen Empfehlungen für den Nahrungsaufbau in den ersten Lebensjahren in Bildern aus. In den europäischen Ländern sind die Inhalte der Untersuchungen häufig identisch, hingegen ist die Kombination mit anderen, zum Beispiel sozialpolitischen Maßnahmen, dem Ort der Durchführung und die Dokumentation länderspezifisch. In Österreich wird die Vorsorge von Kindern bis zum fünften Lebensjahr mit dem Mutterpass verbunden. Der Nachweis von lückenlosen Vorsorgeuntersuchungen wird mit der Gewährung von Kinderbetreuungsgeld verbunden (HELP.gv.a). In den Niederlanden gibt es eine über ein Einladungsverfahren geregelte zentrale Basisversorgung bis zum vierten Lebensjahr in zentralen Instituten der Gesundheitsbehörden, welche Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen einschließt. Dadurch wird eine zentrale Dokumentation erleichtert. Die Schweiz bietet ihren Familien kassenpflichtige vorschulische Vorsorgeuntersuchungen an und empfiehlt drei weitere kostenpflichtige Untersuchungen im Schulalter (Schweizer Gesellschaft für Pädiatrie 1993 in Schlack Sozialpädiatrie: 152-159). Die Altersgruppe der Schüler und insbesondere der Jugendlichen ist mit einem flächendeckenden Angebot von Vorsorgeuntersuchungen weit weniger abgedeckt. In einigen skandinavischen Ländern besteht dazu ein Angebot durch schulinterne Krankenschwestern als aufsuchendes Vorsorgeangebot. In der Bundesrepublik Deutschland sind Vorsorgeuntersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung bei Kindern seit 1971 Pflichtleistungen der Krankenkassen. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beschloss, gemäß § 26 Abs.2 i.V.m. §92 Abs. 1 und 4 des SGB V, Richtlinien zu Erfordernissen ärztlicher Maß-

nahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen und setzte sie in Kraft (Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 2008). Erfasste das Vorsorgeuntersuchungsprogramm zunächst nur das erste Lebensjahr, wurden 1979 bereits acht Vorsorgeuntersuchungen bis zum vierten Lebensjahr angeboten. Seit 1991 gibt es mit den Untersuchungen U1 – U9 in allen Bundesländern ein einheitliches Vorsorgeprogramm für Kinder bis zum fünften Lebensjahr. 2010 wurden die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres weiter aktualisiert, sodass eine Lücke im Untersuchungsspektrum zwischen dem zweiten und dritten Lebensjahr durch die Einführung der U7a geschlossen werden konnte. Gleichzeitig wurde das Screening zur Identifizierung von Stoffwechselstörungen im ersten Lebensjahr ausgeweitet, ein Hörscreening in den ersten drei Monaten festgeschrieben und das Untersuchungsschema zur Sonografie der Säuglingshüfte genauer definiert. Die Mütter aller Neugeborenen erhalten zum Zeitpunkt der Geburt ein Vorsorgeheft, in dem die erste Vorsorgeuntersuchung U1 bereits nach der Geburt dokumentiert wird. Dieses Heft bleibt in den Familien und wird zu den folgenden Vorsorgeuntersuchungen, deren Reihenfolge zeitlich auf dem Deckblatt des Heftes ausgewiesen ist, in der gewählten Artpraxis vorgelegt und weitergeführt. Die bei Einführung der Vorsorgen durchgeführte zentrale Erfassung der Ergebnisse dieser Untersuchungen über die kassenärztlichen Abrechnungsstellen wurde 1998 eingestellt. Zwischen 1992 und 1993 erstellte der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte ein Konzept zu einer neu einzuführenden Jugendgesundheitsuntersuchung. Diese Untersuchung wurde zunächst privat versicherten Jugendlichen im Alter zwischen 13 und 14 Jahren angeboten. Erst am 01.10.1998 beschloss der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gemäß §26 Abs. 2 i.V.m. §92 Abs.1 und 4 des SGB V, ein kostenloses Vorsorgeuntersuchungsangebot für alle gesetzlich versicherten Jugendlichen zwischen dem vollendeten 13. und vollendeten 14. Lebensjahr. Damit gehörte erstmalig eine Jugendvorsorgeuntersuchung J1 zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Sie wird überwiegend in pädiatrischen Praxen durchgeführt, aber auch Hausärzte, wie praktische Ärzte, Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Fachärzte können sie durchführen und abrechnen (Stier & Weissenrieder 2006:132–138).

Bestandteile der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder bis zum 15. Lebensjahr

Zeitpunkt der Untersuchung	Untersuchungsschwerpunkte / Zielkrankheiten	Ergänzende Maßnahmen
U 1 Geburt	Beurteilung von Vitalität, Reifezeichen und Fehlbildungen	Hörscreening, Stoffwechselscreening
U 2 3.-10. Lebenstag	Stoffwechselscreening, Erfassung von Fehlbildungen, Ernährungsberatung	Impfberatungen
U3 4.-6. Woche	Gedeihen und altersgerechte Entwicklung, Untersuchung der Hüftgelenke, Unfallverhütung	Impfberatungen
U 4 3.-4. Monat	Altersgerechte Entwicklung und Beweglichkeit, Ernährung und Verdauung	Impfungen
U 5 6.-7. Monat	Altersgerechte Entwicklung und Beweglichkeit, Hör- oder Sehstörungen, Ernährungsberatung, Zahnpflege	Beratung zur Unfallverhütung
U 6 10.-12. Monat	Stato- und psychomotorische Entwicklung, Sprachentwicklung, Ernährungsberatung, Hör- und Sehvermögen, Zahnpflege	Impfungen
U7 21.-24. Monat	Altersgerechte Entwicklung, Hör- und Sehvermögen, Kontrolle der Beweglichkeit Körperbeherrschung, Sprachentwicklung, Verhaltensprobleme	Impfungen
U 7a 34.-36. Monat	Körperliche und geistige Entwicklung, Hör- und Sehvermögen, Verhaltensprobleme, Zahngesundheit	Impfberatungen
U 8 42.-48. Monat	Altersgerechte Entwicklung, Hör- und Sehvermögen, mögliche Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung, Beweglichkeit und Geschicklichkeit	Impfberatungen
U 9 60.-64. Monat	Körperliche und geistige Entwicklung, Hör- und Sehvermögen, mögliche Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung, Beweglichkeit und Geschicklichkeit Verhaltensprobleme, Zahngesundheit	Impfungen
J1 12 – 15 Jahren	orientierende körperliche Untersuchung, fakultative Blutuntersuchungen und Untersuchungen der Sinnesorgane. Beratungsangebot	Impfungen

Tabelle 1: Vorsorgeuntersuchungen nach den Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen 1998 (Quelle BZgA)

Die 11 Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche sind ein Angebot zur Früherkennung von Erkrankungen, das Familien kostenlos in Anspruch nehmen können. Bei den frühen Vorsorgeuntersuchungen bis zum vierten Lebensjahr ist die Akzeptanz und entsprechend die Wahrnehmung der Untersuchungen sehr hoch, danach nimmt die Inanspruchnahme ab. Für die Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 existiert eine gute Dokumentation durch die pflichtigen Schuleingangsuntersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste der regionalen Gesundheitsämter. Die Familien der schulpflichtigen Kinder werden anlässlich dieser Untersuchungen dazu aufgefordert, die Vorsorgehefte und Impfausweise vorzulegen. Im Rhein-Erft-Kreis konnten in dem Zusammenhang in den Jahren zwischen 2010 und 2013 zwischen 91,6 % und 93,8 % der Untersuchungshefte und Impfausweise eingesehen werden. Auf Landesebene werden die Daten der Schuleingangsuntersuchung ebenfalls ausgewertet, sodass auch hier ein Nachweis wahrgenommener Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen durch vorgelegte Untersuchungshefte und Impfausweise möglich wird (Landeszentrum Gesundheit NRW 2014).

Vorsorgeuntersuchungen	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U7a	U8	U9	Vorlage Hefte n (%)
2010	98,2	98,2	97,8	97,5	96,5	96,2	93,7	2,9	89,2	88,8	4527 (92,8)
2011	97,8	97,8	97,8	97,5	96	95,5	94,5	15,1	90,6	93,1	4707 (93,8)
2012	97,9	97,6	97,7	97	96	95,3	94,1	51,6	95,4	94,1	4128 (93,1)
2013	97,6	97,7	97,4	97,7	96,1	96,2	95,6	91,1	96,3	95,7	4125 (91,6)

Tabelle 2: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen im Rhein-Erft-Kreis, Angabe in Prozent. (n, absolute Häufigkeit; %, relative, prozentuale Häufigkeit)

(Quelle: Einschulungsuntersuchung KJGD R-E-K)

Durch die KIGGS Studie wurden 2007 aussagekräftige bundesweite Zahlen zur Wahrnehmung der 10 frühen Vorsorgeuntersuchungen vorgelegt. Danach wurden die Vorsorgeuntersuchungen bis zur U7 im zweiten Lebensjahr über 90 % beansprucht. Bei der U8 im vierten und bei der U9 im fünften Lebensjahr verringerte sich die Teilnahme auf 89% bzw. 86,4%. Insgesamt wird in der Studie die Datenlage aus amtlichen Statistiken und der Versicherungsträger zur Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen im Kindes- und Jugendalter als sehr begrenzt beschrieben. Die Untersuchungsdokumentationen für die J1 verbleiben in den Arztpraxen. Die durchgeführte Untersuchung wird als Abrechnungsziffer an die Kassenärztlichen Vereinigungen rückgemeldet. Insbesondere lassen sich keine Rückschlüsse auf Gründe zur Nichtteilnahme ziehen. Aus Mangel an verwertbaren

Daten wurde die J1 in die Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurveys 2007 nicht einbezogen. In vorliegenden Untersuchungen der letzten Jahre dazu wird die Wahrnehmung der Jugendgesundheitsuntersuchung 16 Jahre nach ihrer Einführung in einem Bereich zwischen 30% und 44% beschrieben (Hagen & Strauch 2011:180–186; Mangiapane 2014:215–223).

Zur Verbesserung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen existiert in einigen Bundesländern ein verbindliches Einladungswesen mit Reminder. In anderen Bundesländern werden die Jugendämter dazu aufgefordert, Familien zu kontaktieren, welche die Vorsorgeuntersuchungen U1 – U9 nicht zeitgerecht wahrnehmen. In NRW gilt seit dem 24.07.2010 die Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen an das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit. Die Verordnung schließt die J1 Untersuchung nicht ein. Der Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte bietet unter www.kinderundjugendaerzteimnetz.de ein Recallsystem an. Nach Anmeldung dort erhalten die Familien Erinnerungen zur Wahrnehmung der Vorsorgetermine. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bietet unter info.bzga.kindergesundheit.de ebenfalls eine Terminierung der anstehenden Vorsorgetermine im Internet bis zur U9 an. Das Forum Kindervorsorge am Klinikum der Johann- Wolfgang- Goethe- Universität in Frankfurt am Main arbeitet an einer Zusammenfassung der Einladungs- und Erinnerungsverfahren zu den Vorsorgeuntersuchungen in den einzelnen Bundesländern (Hock, Berchner & Blankenstein 2013:143–147), Kontakt info@kindervorsorgezentrum.com. Auch hier ist die J1 Untersuchung nicht berücksichtigt. Bei insgesamt unzulänglicher Qualität der Datenerfassung zur Inanspruchnahme, Durchführung und Effizienz der Vorsorgeuntersuchungen, versuchen einige aktuelle Arbeiten dazu Aussagen zu generieren. Eine Literaturrecherche beschäftigte sich 2012 mit der Frage der Relevanz von Vorsorgeuntersuchungen jenseits des Neugeborenenalters, ohne Berücksichtigung der Jugendvorsorgeuntersuchung J1 (Deutsches Ärzteblatt, Jg. 109, Heft 24, 15. Juni 2012 : 431-435) und kommt darin, unter Hinweis auf die Schwierigkeit von heterogenen und durch konfundierende Variablen schwer abschätzbaren Evidenzniveaus, zu der Schlussfolgerung, dass kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen eine zunehmend evidenzbasierte Relevanz aufweisen. Gleichwohl weisen die Autoren auf die Notwendigkeit weiterer epidemiologischer Studien und auf die mögliche Nutzung der vorliegenden Daten des Kinder und Jugendsurveys (KIGGS) hin. Zu den Kernaussagen der Arbeit gehört, dass antizipatorische Beratung innerhalb der Vorsorgeuntersuchungen nachweislich die Erziehungskompetenz der Eltern verbessert und in der Folge positive Effekte auf Bereiche wie Unfallprävention, Sprachkompetenz, Schlafverhalten und Adipositasprävention zeigt. Für viele Entwicklungsbereiche, insbesondere bei Verwendung standardisierter Untersuchungsinstrumen-

te, können auffällige Entwicklungsverläufe früh identifiziert und entsprechende Interventionen eingeleitet werden. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass Vorsorgeuntersuchungen sowohl gesundheitsfördernde Aspekte als auch eine Kombination verschiedener Präventionsebenen beinhalten (Weber & Jenni 2012:431–436). 2011 wird in einer Arbeit des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung Köln der Erkenntnisgewinn aus der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 hinterfragt (Hagen & Strauch 2011:180–186). Wiederrum unter Nutzung der Daten des Kinder und Jugendsurveys (KIGGS) wurde in der Arbeit u.a. versucht, Unterschiede hinsichtlich der Diagnosehäufigkeiten spezifischer Erkrankungen zwischen J1 Teilnehmern und Nichtteilnehmern zu eruieren. Die Verfasser gehen in ihrer Arbeit von einer Inanspruchnahme der J1 von 32% aus und beziehen sich dabei einerseits auf Zahlen des Zentralinstitutes der Kassenärztlichen Versorgung von 1998 und des Fachbuchs „Jugendmedizin“ von Weissenrieder und Stier aus dem Jahr 2006. Sie kommen schlussfolgernd zu den folgenden Ergebnissen: nur 30 Prozent der Untersuchungen werden ohne therapierelevante Befunde abgeschlossen. Jugendliche welche zum Zeitpunkt des Untersuchungsanspruches noch von einem Kinderarzt betreut wurden nahmen signifikant häufiger an der J1 teil. Jugendliche mit Migrationshintergrund beteiligten sich signifikant seltener an der J1. Eine frühe Diagnosestellung und damit die Chance zur Einleitung einer effektiven Therapie bei Skoliose oder einer Schilddrüsenerkrankung wird durch die Teilnahme an der J1 begünstigt. Die Autoren empfehlen die konsequente Bewerbung unter Nutzung des Zeitfensters der kinderärztlichen Betreuung, insbesondere auch zur Früherkennung von für diese Altersgruppe spezifischen Erkrankungen und Risiken. Am 26.04.2013 veröffentlicht das Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland das Ergebnis einer retrospektiven Kohortenstudie zur Teilnahme an der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 in Deutschland auf Basis der Abrechnungsdaten der Jahre 2007 bis 2010 gemäß §295 SGB V (Riens B. & Mangiapane S. 2013:1–11). Sie ermittelt eine bundesweit kumulierte Inanspruchnahmerate an der Jugendgesundheitsuntersuchung für die 15 Jährigen des Jahres 2010 von 43,4%. In der differenzierten Betrachtung beschreibt sie allerdings starke Variationen, sowohl auf Kreisebene als auch auf Ebene der KV Regionen, welche sich in einem Range für die Kreisebene von 21% bis 69,7% und für die Ebene der KV-Regionen von 35,5% bis 52,6% ausdrücken. Bei nur geringfügigen geschlechtsspezifischen Unterschieden (Jungen 43,8%, Mädchen 43,0%) beteiligen sich Jugendliche im ländlichen Raum oder Umland seltener an der J1 Untersuchung als Jugendliche im verdichteten Umland oder in Kernstädten. Eine Korrelation der J1 Teilnahmerate mit der Dichte der Kinder- und Jugendärzte konnte nicht gezeigt werden. 62% der Untersuchungen wurden von Kinder- und Jugendärzten durchgeführt. Jugendliche mit Migrationshintergrund konnten durch die Art der Datenerfassung nicht differenziert werden. Die erheblichen Unterschiede der Teilnahme in einzelnen Bundesländern

werden im Zusammenhang gesehen mit einem Einladungsverfahren, zum Teil mit Reminder (Rheinland Pfalz 48,9%, Mettmann in NRW 69,7%), aber auch mit langjährigen verstärkten Aktivitäten des jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes in den Schulen (Bremen 52,6%). Schlussfolgernd wird eine vermehrte Aufklärung durch vernetzte Aktionen der beteiligten Akteure Gesundheitsämter, Schulen, Ärzte, Krankenkassen und KVen sowie die direkte Ansprache der Jugendlichen empfohlen.

2.3.2 Die Jugendgesundheitsuntersuchung J1

Die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 ist seit 1998 ein bundesweites Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenkassen. Sie schließt sich an die Vorsorgeuntersuchungen U1 – U9 für Kinder bis zum 5. Lebensjahr an. Anspruchsberechtigt sind Jugendliche zwischen dem „vollendeten 13. und vollendeten 14. Lebensjahr“ (Abrechnungsvarianz 12 – 15 Jahre). Sie beinhaltet eine klinisch-körperliche Untersuchung zur Früherkennung von Erkrankungen und Fehlentwicklungen, fakultativ ein labormedizinisches Screening, eine ausführliche Anamnese zu bestehenden Erkrankungen, Gesundheitsverhalten sowie seelischen und schulrelevanten Entwicklungen. Die Beratung der Jugendlichen zu ihrer Lebenssituation, insbesondere zu den Veränderungen im Zusammenhang mit ihrer Pubertätsentwicklung, und die Vermittlung gesundheitsbezogener Informationen sind wesentliche Bestandteile des Angebotes durch die J1. Damit ist die J1, ebenso wie die frühen Vorsorgeuntersuchungen ein kombiniertes Angebot von Gesundheitsförderung und Prävention.

Leistungserbringer sind dabei, nach den Richtlinien des Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, Ärzte, welche die vorgesehen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnis und Erfahrung erbringen können, nach dem Berufsrecht dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen. Hierzu zählen Fachärzte für Allgemeinmedizin und praktische Ärzte, sowie Fachärzte für Kinderheilkunde und Fachärzte für Innere Medizin, die sich nach §73 Abs. 1a SGB für die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung entschieden haben (Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 2008).

„Die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 wird Jugendlichen zu einem biographischen Zeitpunkt angeboten, der lebensgeschichtlich von bedeutsamen Veränderungen und Entwicklungsaufgaben geprägt ist. Dazu gehören u.a. die Ablösung vom Elternhaus, die Entwicklung einer Rollenidentität und der Umgang mit einem veränderten Körperschema. Im Zuge der Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben stellen jugendliches Risikoverhalten, die Orientierung zu Gruppen Gleichaltriger und die Distanzierung gegenüber Erwachsenen notwendige Bewältigungsstrategien zur Identitätsfindung dar.“ (Bundeszentrale für

gesundheitliche Aufklärung). In dieser Phase bietet die J1 Untersuchung Jugendlichen die Möglichkeit, fachkompetente medizinische Beratung auch außerhalb und unabhängig vom Elternhaus aufzusuchen. Dabei ist der Arzt im Interesse seiner minderjährigen, einwilligungsfähigen Patienten gegenüber deren Eltern zur Verschwiegenheit verpflichtet. Neben der Früherkennung von Erkrankungen liegt die Bedeutung der J1 in der Chance, auf verhaltensbedingte Gesundheitsgefährdungen Einfluss zu nehmen (Verhaltensprävention), sowie durch Information und Wissensvermittlung Weichen zu stellen für ein gesundheitsförderndes Verhalten bis ins Erwachsenenalter. Fachkompetente Ärzte haben darüber hinaus die Möglichkeit, durch Unterstützung von persönlichen Ressourcen zur Kohärenz- und spezifischen Persönlichkeitsentwicklung im Sinne von Gesundheitsförderung einen erheblichen Beitrag zu leisten.

Bestandteile der J1 – Untersuchung

- Familien- und Eigenanamnese einschließlich Störungen des Fettstoffwechsels
- Impfanamnese und die Frage nach einer Jodprophylaxe
- Fragen zu Medikamenteneinnahme (ohne ärztliche Verordnung), Alkohol, Nikotin- und Drogenkonsum
- Fragen zur schulischen Entwicklung
- Fragen zur seelischen Entwicklung und Verhaltensauffälligkeiten
- Fragen zu Essgewohnheiten
- Fragen zur Pubertätsentwicklung und zu Sexualkontakten
- Untersuchungen:
 - der somatischen Entwicklung (Somatogramm mit BMI, Blutdruck, Pubertätsstadien nach Tanner)
 - des Skelettsystems und der Muskulatur
 - der Haut, Schleimhäute und inneren Organe, soweit sie von außen palpierbar oder auskultierbar sind (z.B. Struma)
 - Fakultativ: Blut- und Urinuntersuchungen, Ultraschalldiagnostik, EKG, apparative Hör- und Sehteste, die, obwohl sie nicht zum Untersuchungsumfang gehören, in vielen Fällen ergänzend erforderlich sind
- Beratung

Zu allen relevanten oben aufgeführten Bereichen aus der Anamnese und Untersuchung, wenn ein auffälliger Befund erhoben wurde, zu notwendigen Impfungen, zur Vermittlung von gesundheitsbezogenem Wissen, zum Einüben von gesundheitsgerechtem Handeln (Stier & Weissenrieder 2006 S:132).

Zur Untersuchung gehört ein Elternfragebogen, welcher neben Beobachtungen zum Kind insbesondere Fragen zur Familienanamnese enthält. Die Untersuchung wird in einem standardisierten Untersuchungsbogen dokumentiert, der in der Praxis verbleibt.

2.4 Formulierung der Forschungsfrage

Kann eine dreijährige Intervention des KJGD des Gesundheitsamtes, bestehend aus einem Informations- und Untersuchungsangebotes in den weiterführenden Schulen des Rhein-Erft-Kreises, zur Bewerbung der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 die Inanspruchnahme der Untersuchung durch die angesprochene Zielgruppe der Untersuchung erhöhen?

3 Material und Methoden

Zur Fragestellung wird durch eine Arbeitsgruppe des KJGD des Gesundheitsamtes im Rhein-Erft-Kreis, unter Leitung der Autorin der Arbeit, eine Interventionsstrategie für das Setting Schule entwickelt. Zur Durchführung der Maßnahmen wird eine Projektstruktur über einen definierten Zeitraum von drei Jahren gewählt. Die Zielgruppe sind SchülerInnen der Altersgruppe von 12 bis 15 Jahren. Deren Teilnahme an dem vorhandenen Angebot der Prävention und Gesundheitsvorsorge durch die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 soll durch eine gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktion in der Schule gefördert werden. Die Maßnahme ist in die Lebenswelt der SchülerInnen integriert. Schule und ÖGD agieren kooperativ. Das Angebot soll alle SchülerInnen der durch die J1 angesprochenen Altersgruppe in den weiterführenden Schulen erreichen. Informationen zur J1 richten sich dabei neben den SchülerInnen auch an deren LehrerInnen und Eltern. Bei der Planung werden sowohl eigene Erfahrungen des KJGD aus vorausgegangen Projekten zu Impfkationen und Reihenuntersuchungen in den Abschlussklassen von Hauptschulen berücksichtigt, als auch Informationen den im Folgenden beschriebenen Initiativen zur Förderung der Jugendgesundheitsuntersuchung.

1. Die Gesundheitskonferenz der Stadt Oberhausen hatte 2009 ein Informations- und Motivationskonzept zu den Früherkennungsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter entwickelt mit dem Ziel, vor allem die Inanspruchnahmerate der U8 und U9 zu erhöhen.

„Die noch relativ unbekanntere J1 Untersuchung sollte in die Überlegungen mit einbezogen werden“ (Turra-Ebeling & Hill 2000:1–22). Dazu wurden Multiplikatoren wie Schulen und Krankenkassen durch Veranstaltungen über die geplanten Aktivitäten informiert. Angesprochen werden sollten die Schüler der 6. und 7. Klassen der weiterführenden Schulen. Die Ausgangslage zur J1 Untersuchung wurde über einen Fragebogen in den 9. und 10. Klassen erhoben. Einige konzeptuelle Ideen wurden nach telefonischem Austausch mit der durchführenden Abteilung des KJGD in Oberhausen in das Interventionsprogramm des KJGD für den Rhein-Erft-Kreis integriert.

2. Informationen aus einem 2011 entwickelten Projekt einer Initiative zur Förderung der Jugendgesundheit in Frankfurt (Initiative zur Förderung der Jugendgesundheit) unter dem Slogan „J1 – damit du Bescheid weißt“ wurden ebenfalls im Rahmen der eigenen Projektentwicklung diskutiert.

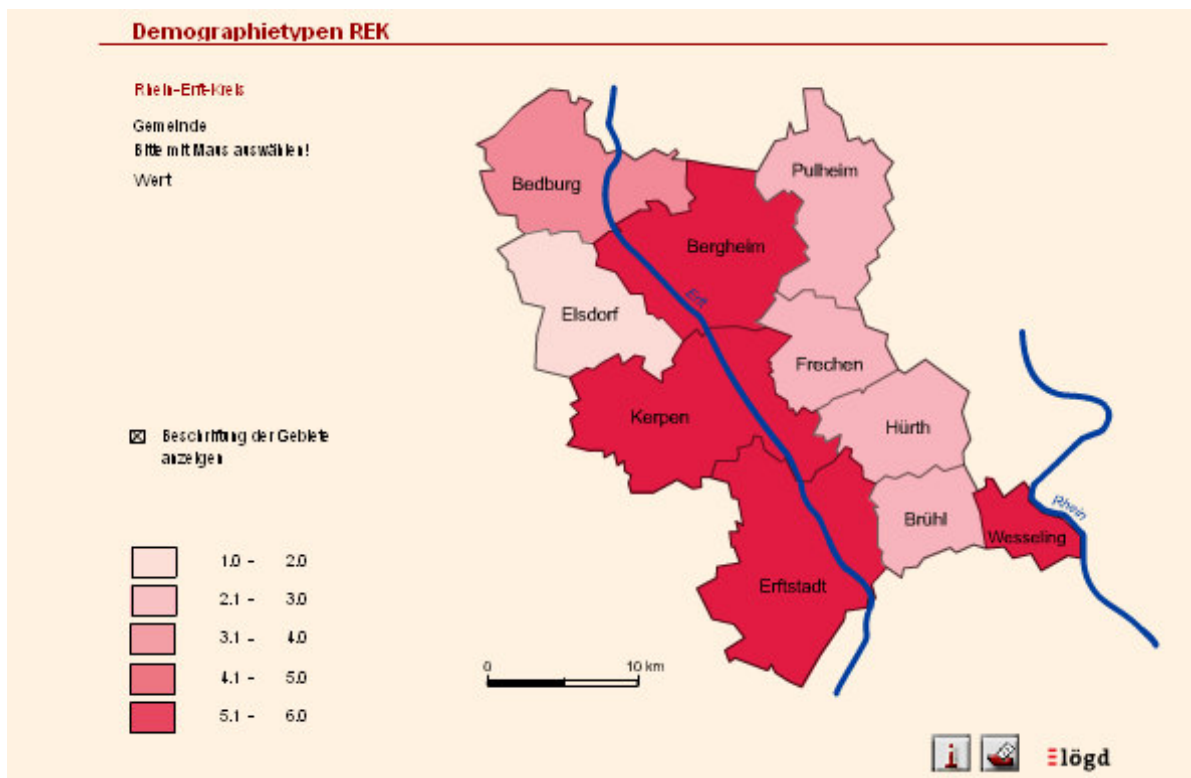
Beide Angebote richten sich an Schulklassen weiterführender Schulen mit Informationen zur Jugendgesundheitsuntersuchung und bestehen fort. Dazu werden in Oberhausen Projektschulen ausgesucht und in Frankfurt kann das Angebot von Schulen kostenfrei angefordert werden. In diesen beiden Projekten werden die weiterführenden Schulen noch nicht flächendeckend erreicht. Nach den Angaben der Frankfurter Initiative wurden bis Herbst 2014 15 % der hessischen Schulen besucht. Angaben über das fortlaufende Programm in Oberhausen liegen aktuell nicht vor.

3. Eine weitere Initiative der ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung wurde ebenfalls in die Vorüberlegung zur Projektplanung miteinbezogen, da sie Angebote an den weiterführenden Schulen ab der 5. Klasse mit hoher Akzeptanz bei den angesprochenen SchülerInnen platziert, in denen die J1 Untersuchung explizit beworben wird (ÄGGF).

Identifizierte Zugangsbarrieren aus dem Vergleich von Interventionsprojekten zur Steigerung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen sind ein niedriger Sozialstatus, mangelnde Sprachkenntnisse, ein allgemeines Informationsdefizit, empfundene soziale Distanz zum Anbieter medizinischer Leistungen und die nicht bekannte ärztliche Schweigepflicht für die J1 bei Jugendlichen. Zugangschancen hingegen werden gesehen in der Steigerung der Information für Eltern und Jugendliche, in der Nutzung des Settingansatzes und durch Informationsangebote im Internet. (Meurer & Siegrist 2005:28–51). Basierend auf diesen Vorkenntnissen und unter Berücksichtigung der lokalen Gegebenheiten im Rhein- Erft- Kreis plante der KJGD seine Intervention zur J1 Bewerbung im Setting Schule.

3.1 Der Rhein-Erft-Kreis

Der Rhein-Erft-Kreis liegt in Nordrhein-Westfalen im Städtedreieck Köln-Bonn-Aachen mit direkter Ostgrenze zur Stadt Köln. Er gehört zu den wirtschaftsstarke Kreisen in NRW insbesondere durch die im rheinischen Revier lagernden, größten zusammenhängenden Braunkohlevorkommen des europäischen Kontinents. Mehr als die Hälfte seiner 705 km großen Fläche wird landwirtschaftlich genutzt. Neben den Flächen landwirtschaftlicher Nutzung gibt es städtische Strukturen mit industrieller Verdichtung durch Bergbau- und Kraftwerkstechnik (RWE Power) sowie dem Chemiepark Knappsack. Die meisten Beschäftigten verzeichnen die Branchen verarbeitendes Gewerbe, Handel, Dienstleistungen und Verkehr. Die Arbeitslosenquote betrug im September 2013 7,6 %. Die zehn Kommunen des Kreises variieren hinsichtlich ihrer sozioökonomischen Situation und ihrer damit verbundenen Bevölkerungszusammensetzung erheblich. Veröffentlichungen des Kreises weisen für Dezember 2012 eine Einwohnerzahl innerhalb des Kreisgebietes von 467.455 und eine Bevölkerungsdichte von 663 je qkm aus. Innerhalb des Kreises gibt es sowohl ländliche Wohnlagen und ländliches Umland als auch verdichtetes Umland und Kreisstädte. 11,8 % dieser Bevölkerung sind Kinder und Jugendliche in einem Alter zwischen 6 bis unter 18 Jahren (Rhein-Erft-Kreis 2014).



Demographietyp							
1 =	Kleinere stabile ländliche Städte und Gemeinden						
2 =	Sozial heterogene Zentren der Wissensgesellschaft						
3 =	Prosperierende Kommunen im Umfeld dynamischer Wissenschaftszentren						
4 =	Stabile Kommunen im weiteren Umfeld größerer Zentren						
5 =	Städte und gemeinden in strukturschwachen ländlichen Räumen						
6 =	Mittelgroße Kommunen geringer Dynamik im Umland von Zentren und im ländlichen Raum						
7 =	Urbane Zentren mit heterogener wirtschaftlicher und sozialer Dynamik						
8 =	Alternde kleinere Kommunen mit Anpassungsdruck						
9 =	Stark schrumpfende Kommunen mit besonderem Anpassungsdruck						

Abbildung 1: Demographietypen der Kommunen im Rhein-Erft-Kreis

(Quelle Bertelsmannstiftung www.wegweiser-kommune.de 15.12.14)

Für den Rhein-Erft-Kreis werden die folgenden Demographietypen zugeordnet:

1 Elsdorf

kleine stabile ländliche Gemeinde

3 Brühl, Frechen, Hürth, Pulheim

prosperierende Kommune im Umfeld dynamischer Wissenschaftszentren

4 Bedburg

stabile Kommune im weiteren Umfeld größerer Zentren

5 Bergheim, Ertstadt, Kerpen

mittelgroße Kommune mit geringer Dynamik im Umland von Zentren und im ländlichen Raum

Bildungsangebote bestehen durch folgende Schulformen:

Grundschulen	74
Hauptschulen	13
Realschulen	15
Gesamtschulen	5
Gymnasien	14
Berufskollegs	5
Freie Waldorfschule	1

Förderschulen mit den Schwerpunkten:

Lernen	4
Körperliche und motorische Entwicklung	1
Geistige Entwicklung	3
Emotionale und soziale Entwicklung	3
Sprachliche Entwicklung	2
Lernen, Sprache, Entwicklung	4

Schülerzahlen im Schuljahr 2010/11

Schultyp	Insgesamt	Männlich. %	Ausländer%
Grundschulen	16.844	50.3	6,0.
Hauptschulen	4.382	55.7	25,7
Realschulen	8.855	50.5	8,6
Gesamtschulen	3.918	49.7	10.1
Gymnasien	16.953	48.4	3,7

Quelle: www.rhein-erft-kreis.de/Themen/wirtschaft-region-mobilität/zahlen-daten-fakten

In NRW ist kein gesetzliches Einladungs- und Meldeverfahren für die Vorsorgeuntersuchungen von Kindern und Jugendlichen etabliert. Die niedergelassenen Praxen und Jugendämter nehmen am Rückmeldeverfahren zu den Vorsorgeuntersuchungen U1 – U8 der Landesregierung NRW von 2010 teil. Auch im Rhein-Erft-Kreis existiert kein einheitliches Einladungsverfahren zu den Vorsorgeuntersuchungen. Die Information zu dem bestehenden Vorsorgeangebot für Kinder und Jugendliche an die Familien erfolgt über die 370 pädiatrisch oder hausärztlich tätigen Praxen im Rhein-Erft-Kreis und die gesetzlichen Krankenkassen unterschiedlich. Die Kommunikation mit beiden Anbietern zu der geplanten Intervention ist im Projekt vorgesehen.

3.2 Projektentwicklung

Der KJGD des GA im Rhein-Erft-Kreis hat in den letzten Jahren zu verschiedenen Themen der Kinder- und Jugendgesundheit zeitlich begrenzte Interventionen geplant und durchgeführt. Vor diesem Erfahrungshintergrund wird zum methodischen Vorgehen bei der geplanten Intervention eine Projektstruktur unter inhaltlicher Orientierung an Elementen des Programms „quint-essenz“ des Schweizer Institutes für Qualität, Evaluation und Gesundheitsförderung (Ackermann, G., Studer, H. 2006) und des Leitfadens für Praktiker in NRW des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit NRW (LZG NRW) gewählt. Die Strukturierung des Projektes sowie die Umsetzung von zielkompatiblen Maßnahmen erfolgt unter Nutzung des Prozessmodells Public Health Action Cycle und unter Orientierung an den SMART Kriterien (Ruckstuhl, B., Somaini, B., Twisselmann W. 2008).

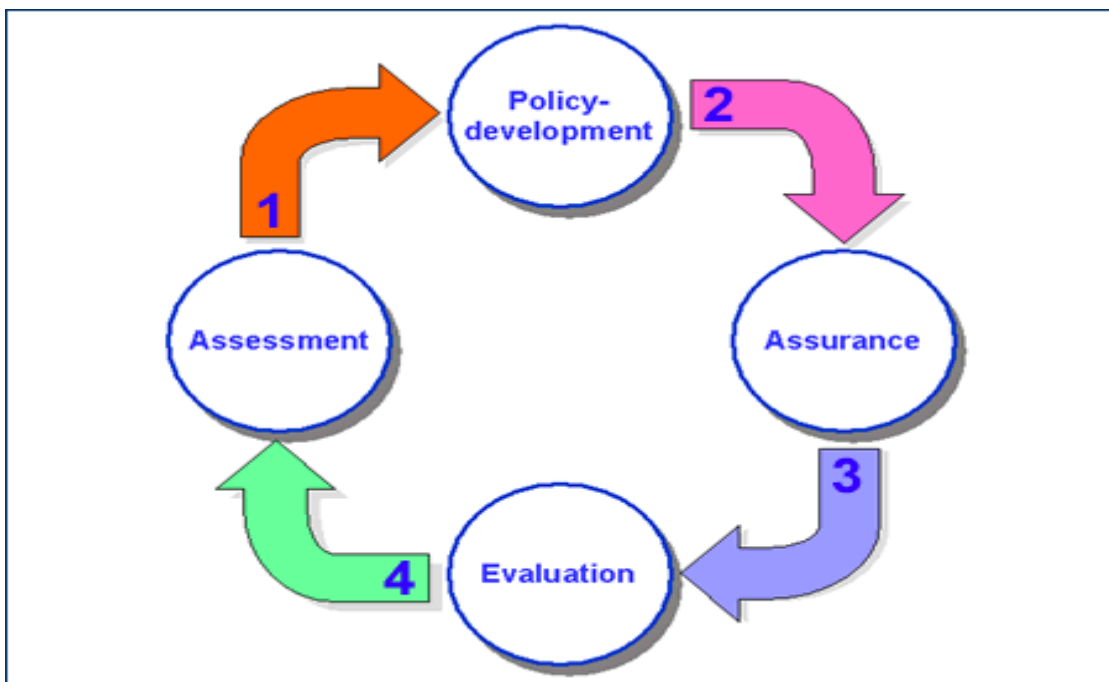


Abbildung 2: Public – Health – Action – Cycle nach Brigitte Ruckstuhl Schweiz

1. Problembestimmung (Assessment): niedrige Teilnahme an der J1 Untersuchung
2. Strategieformulierung (Policy development): Konzeptentwicklung/Intervention
3. Umsetzung (Assurance): Dreijährige Intervention /Fragebogenerhebung
4. Bewertung (Evaluation): Auswertung der Fragebögen vor und nach der Intervention.

Die SMART Kriterien **S**pezifisch **M**essbar **A**kzeptiert **R**ealistisch **T**imely werden im Projektmanagement zur eindeutigen Definition von Zielen im Rahmen von Zielvereinbarungen verwandt. Sie bedeuten in der deutschen Übersetzung, dass Ziele **S**pezifisch **M**essbar **A**kzeptiert **R**ealistisch **T**erminiert sind.

Die Bekanntheit lokaler Strukturen im Rhein-Erft-Kreis und der bereits bestehende Kontakt zu den weiterführenden Schulen durch vorangegangene Projekte des Gesundheitsamtes kann dabei genutzt werden. Zielgruppe sind die SchülerInnen der 6. Klassen aller weiterführenden Schulen im Rhein-Erft-Kreis, da für sie die altersbedingte Anspruchsbeziehung für das Angebot der J1 beginnt. Da SchülerInnen zu einem wesentlichen Teil ihres Tagesablaufes im Setting Schule erreichbar sind, können Untersuchungen und Informationen dort direkt angeboten werden. Die Klassen wurden in Anlehnung an das Auswahlverfahren der HBSC Studie gewählt. Die Studie wählt für ihre Befragungen die 5., 7. und 9. Klassen aus und erwartet damit eine Alterszuordnung von 11, 13 und 15 Jahren (HBSC Team Deutschland 2011). Den 10 Kommunen des R-E-K sind jeweils Teams des KJGD des Gesundheitsamtes, bestehend aus einer Ärztin und zwei Arzthelferinnen, zugeordnet. Diese Teams sind Ansprechpartner für Schulen und Kindertagesstätten in den Kommunen zum Thema Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, sie nehmen dort auch betriebsärztliche Aufgaben wahr. Die verpflichtenden Einschulungsuntersuchungen in den Schulen und die angebotenen Kindergartenreihenuntersuchungen werden vor Ort in den Einrichtungen durchgeführt. Durch Gutachten zu Fragestellungen im Zusammenhang mit Schulversäumnissen, Sportbefreiungen, durch Impfaktionen und durch regelmäßig durchgeführte Zahnreihenuntersuchungen, ist der KJGD des GA auch an weiterführenden Schulen ein bekannter Akteur und Kooperationspartner. Diese den Kommunen zugeordneten Teams des KJGD führen die vorgesehenen Interventionen an den Schulen durch und sind deren Ansprechpartner.

Für das Projekt gilt folgende Zeitplanung:

- 2009 Feldstudie
- 2010 Baseline Erhebung
- 2011 bis 2013 Intervention
- 2013 Follow-Up Erhebung und Evaluation

Ein Projektantrag wurde im August 2009 gestellt, im September 2009 bewilligt und ist dem Anhang beigelegt.

Die SMART Kriterien wurden berücksichtigt

- Spezifisch Erhöhung der Inanspruchnahme der J1
- Messbar Teilnahmerate
- Akzeptiert als Reihenuntersuchung in der Schule
- Realistisch Ressourcen und Ausführung

Abbruchkriterien:

Keine Anhebung der Inanspruchnahme nach Laufzeit des Projektes 2013

3.3 Intervention

Durch eine Projektgruppe des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes im Rhein-Erft-Kreis wurde eine Intervention zur Anwendung in den weiterführenden Schulen entwickelt, welche die Aufmerksamkeit von Schülern, Lehrern und Eltern auf das Angebot der Jugendvorsorgeuntersuchung lenken soll. Bei der Planung wurden die Erfahrungen und Ressourcen der Abteilung berücksichtigt. Zusätzliche finanzielle Mittel für die Intervention standen nicht zur Verfügung. Die Intervention wurde in die Jahresplanung zwischen den Regelaufgaben der Abteilung integriert, dazu wurden anteilige Zeitkontingente für die Kindergartenreihenuntersuchungen gekürzt. Die Projektgruppe profitierte von ihren langjährigen Erfahrungen in der Planung von Reihenuntersuchungen in Schulen und Kindergärten. Eine Bewerbung der J1 Untersuchung in den Schulen sollte für die angesprochene Altersgruppe mit möglichst attraktiven Begleituntersuchungen kombiniert werden, unter Berücksichtigung der knappen Ressourcen. Dazu wurde ein Screening, bestehend aus Sehtestung, Hörtestung und Impfberatung, entwickelt, welches als Reihenuntersuchung in den 6. Klassen der weiterführenden Schulen angeboten werden kann. Die standardisierten Untersuchungssitems Seh- und Hörvermögen wurden ausgewählt, da sie zeiteffektiv in Reihenuntersuchungen angeboten werden können und zudem schulleistungsrelevant sind (Chancengleichheit). Die Messung des Body-Mass-Index als alternativer und praktikabel messbarer Gesundheitsparameter wurde verworfen, da diese Messung erfahrungsgemäß in Reihenuntersuchungen durch die Gruppensituation bei vorpubertären SchülerInnen nicht akzeptiert und gewünscht wird. Der Impfstatus soll überprüft werden, da in diesem Alter üblicherweise Impfauffrischungen anfallen, deren Kontrolle auch in der Jugendvorsorgeuntersuchung vorgesehen ist. Die Intervention an den Schulen wurde geplant als Informationsveranstaltung zur J1 Untersuchung für Schü-

lerInnen und LehrerInnen, und dem begleitenden Angebot einer Reihenuntersuchung mit für die Altersgruppe relevanten Untersuchungsisitem. Im besten Fall soll die Jugendvorsorgeuntersuchung J1 von den Schülern durch ausreichende Information und Beratung sowie durch Ergebnisse der Reihenuntersuchung als anstrebenwertes, attraktives, weil nützliches Ziel erkannt werden. Zum Beispiel durch den Erkenntnisgewinn, dass Impfungen vor Erkrankung schützen können, Sehfähigkeit Einfluss nehmen kann auf Berufswunsch, Fahrtüchtigkeit und Führerscheinerwerb und individuelles Hörvermögen durch Dauerbelastung, zum Beispiel durch Kopfhörer, beeinträchtigt werden kann. Die Durchführung der Intervention wird für den Zeitraum von April 2011 bis August 2013 geplant. Ihre Wirksamkeit soll durch eine Fragebogenerhebung zu Beginn und zum Ende der Intervention gemessen werden. Die Eltern werden über das Angebot in der Schule schriftlich informiert.

Für die jährlichen Interventionen stehen dem KJGD begrenzte personelle Ressourcen zur Verfügung. Für die geplanten Interventionen an den weiterführenden Schulen werden 16 Arzthelferinnen halbtags an insgesamt acht Arbeitstagen im Jahr eingesetzt. Diese Mitarbeiterinnen nehmen in der Zeit nicht an Kindergartenreihenuntersuchungen teil. Alle beteiligten Mitarbeiterinnen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes sind im Untersuchungsgang und Planung von Reihenuntersuchungen routiniert. Zur Durchführung standardisierter Hör- und Sehtestungen in verschiedenen Altersgruppen wurden sie durch Schulungen an der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (AföG) qualifiziert. Vor jeder Intervention wurde durch eine Inhouseschulung der Wissensstand zu den Inhalten der J1 Untersuchung vertieft. Wesentliche Grundlage dazu war die Informationsbroschüre der BZgA „Die J1“ Informationen für Ärzte. Die Fragebogenerhebung wurde durchgeführt von sechs Mitarbeiterinnen der Projektgruppe J1. Im Vorfeld wurden dazu in Vorgesprächen Inhalte der Gesprächsführung und Interviewtechnik vorgestellt, diskutiert und geprobt. Die Fragebogenerhebung wurde 2010 und 2013 von den gleichen Mitarbeiterinnen durchgeführt. Die Auswertung der Ergebnisse wurde von zwei Mitarbeiterinnen mit Zusatzqualifikationen durchgeführt. Die Finanzierung einer externen Evaluation war nicht vorgesehen.

3.4 Instrumente und Materialien

Alle genutzten apparativen Untersuchungsinstrumente gehören zum Inventar des Kinder- und Jugendärztlichen Gesundheitsdienstes. Sie werden jährlich gewartet und geeicht und gehören zur Grundausrüstung aller Teams.

3.4.1 Sehtestung:

Die Sehtestung besteht aus einer apparativen Visusprüfung mit dem Sehtestgerät Rodenstock R 21, mit der für das jugendärztliche Screening von der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen empfohlenen Sehtestscheibe 130 (angegeben der DIN Norm 58220-5 bzw. internationaler Normen EN ISO 8596 und 8597). Ausgeschlossen werden sollen Anisometrie (Ungleichsichtigkeit), Myopie (Kurzsichtigkeit) und Hyperopie (Weitsichtigkeit). Insbesondere Myopien sind anlagebedingt und treten häufig erst ab dem 10. Lebensjahr auf. Hyperopien hingegen sind insbesondere bei jüngeren Kindern häufigster Sehfehler. Für die Testdurchführung besteht eine standardisierte Vorgabe. Brillenträger werden mit und ohne Brille getestet. Testbereiche 0,15 bis 1,0 dpt. Die Mindestanforderung ab dem Alter von 9 Jahren ist ein Fernvisus von 1,0 dpt. beidseits. Eine Testung auf Hyperopie schließt sich mit Vorschaltlinsen + 1,5 dpt. obligat an und ist in der Bewertung auffällig, wenn gleich gutes oder besseres Sehen erreicht wird.



Abbildung 3: Sehtest R 21/ Sehtestscheibe 130

Einschränkungen oder Fehlen des räumlichen Sehens, der Tiefensehschärfe, der Fähigkeit, die dritte Dimension von Objekten, ihre Tiefe im Raum visuell wahrzunehmen, wird meist verursacht durch Störungen der beidäugigen Sehfunktion, zum Beispiel durch Amblyopie. Im Kleinkindalter häufig noch gut therapierbar, besteht schon ab dem sechsten Lebensjahr und Abschluss der sensitiven Phase kaum die Möglichkeit einer erfolgrei-

chen Behandlung. Allerdings können Einschränkungen oder auch das Fehlen des räumlichen Sehens gegenüber den Anforderungen des täglichen Lebens und auch in der Schule überwiegend gut kompensiert werden. Bei auffallenden Ungeschicklichkeiten der Visuomotorik, Feinmotorik und im Sportunterricht sollte allerdings die Möglichkeit einer solchen Störung zum Nachteilsausgleich ausgeschlossen werden. Eine Testung auf stereoskopisches, binokulares oder räumliches Sehens wird durch Nutzung des TNO Testes durchgeführt, ein Stereotest mit mittlerem Dissoziationsgrad, der die Simulation eines stereoskopischen Sehens ausschließt und für Kinder und Erwachsenen geeignet ist. Er besteht aus drei Grobtesttafeln, einem Suppressionstest und sechs Tests zur quantitativen Prüfung mit Rot/Grün Brille. Mindestanforderung ab 8 Jahren zum Ausschluss einer Störung des beidäugigen Sehens sind das Erkennen der oberen Reihen auf den Tafel V 480 Bogensekunden und VI 120 Bogensekunden in der quantitativen Untersuchung. Das Ergebnis ist insbesondere wesentlich für Überlegungen zur späteren Berufswahl.

Farbenfehlsichtigkeit ist eine vererbte Schwäche überwiegend im Grünbereich. Selten besteht ein völliger Ausfall der Wahrnehmung von Rot oder Grün. Sehr selten ist der Blaubereich betroffen. Da Y chromosomal lokalisiert, sind mit 8% überwiegend Männer betroffen, der Anteil der Frauen liegt bei 0,4 %. Ein Ausgleich bzw. eine Therapie ist nicht möglich. In der Schule können je nach Ausprägungsgrad dadurch Schwierigkeiten im Bereich der visuellen Wahrnehmung entstehen. Wesentlich ist die Diagnose in der Konsequenz für die spätere Berufswahl.

Die Farbsinntestung mittels der Farbtafeln nach Ishihara schließt die Überprüfung der Sehfähigkeit ab. Die Prüfung erfolgt beidäugig, bei Brillenträgern mit Brille. Die Ishihara Tafeln sind zur Testung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen geeignet. Mindestanforderung für normal/farbtüchtig ist das Erkennen der Tafeln 1-8 und 10 und 11 ((Dude A. 2013:1–33).

3.4.2 Hörtestung

Die Hörtestung wird durch eine apparative Tonaudiometrie mit dem Hortmann Audiometer Selector SL 01 und dem schallisoliertem Kopfhörer vom Typ 8103 gemäß DIN ISO 8253 durchgeführt. Die Tonschwellenaudiometrie dient der subjektiven Erfassung des Hörvermögens durch Ermittlung der Hörschwelle. Im Screening vor Ort, in Schulen oder Kindertagesstätten kann dabei nicht auf schallisolierte Räume zurückgegriffen werden. Die Untersuchung erfolgt mittels schallhemmender Kopfhörer. Eine solche Prüfung per Luftleitung in schallisolierten Räumen oder per schallhemmender Kopfhörer entspricht dem natürlichen Hören. Eine Differenzierung bezüglich Schalleitungs- und Innenohrschwerhörig-

keit ist dabei nicht möglich. Maßeinheit für die Lautstärke ist Dezibel (dB). Bei sehr gutem Hörvermögen liegt die Hörschwelle im schallisolierten Raum bei einem dB. Im Alter nimmt die Hörfähigkeit insbesondere für hohe Töne ab, Lärmschwerhörigkeit betrifft ebenfalls zunächst hohe Töne. Die Lautstärke von Umgangssprache liegt zwischen 30 – 60 dB. Maßeinheit für die Tonhöhe/Frequenz ist Hertz (Hz) bzw. Kilo Hertz (kHz). Als Hauptsprachbereich wird ein Bereich von 500 – 4000 Hz definiert.

Für die Kinder- und Jugendärztlichen Untersuchungen sind durch die Fortbildungen der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf folgende Prüfbereiche festgelegt:

Prüffrequenzen	250	500	1000	2000	4000	6000	Hertz (Hz)
Prüflautstärke	20	30	40	50	60		Dezibel (dB)

Prüftöne **Sinus**-, Puls- oder Wobbelton

Das Ergebnis wird in einem Audiogramm eingetragen. Unter Berücksichtigung der Gegebenheiten im Screening wurden für die Untersuchungen des KJGD in NRW durch das LZG als Normwert für die Prüflautstärke 30 dB als keine relevante Hörstörung und damit negativer Screeningbefund benannt. Kriterien für ein kontrollbedürftiges Ergebnis sind mehr als eine erhöhte Prüflautstärke, also ab 40 dB auf einer Seite (Dude A. 2014:1–30).



Abbildung 4: Schüler einer 6. Klasse mit Hör- und Sehtestmaterialien

3.4.3 Impfberatung

Impfungen sind schon lange fester Bestandteil der medizinischen Versorgung und Krankheitsprävention. In Deutschland empfiehlt ein unabhängiges Gremium aus ExpertenInnen, die ständige Impfkommission (Stiko), welche Impfungen in welchem Lebensalter sinnvoll sind. Die Kosten dieser Impfungen werden i.d.R. von allen Krankenkassen übernommen. Die meisten Impfeempfehlungen fallen in die Zeit des Kleinkindalters. Für Jugendliche ab 12 Jahren gibt es Empfehlungen zu Auffrischungsimpfungen, damit ein in der frühen Kindheit angelegter Impfschutz sicher bestehen bleibt. Diese Impftermine werden bei unbeeinträchtigter allgemeiner Gesundheitslage häufig vergessen. Die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 bietet hier eine gute Möglichkeit, den Impfstatus kontrollieren und entsprechend anpassen zu lassen. Die KIGGS Basiserhebung weist einen signifikanten Zusammenhang zwischen der vollständigen Immunisierung gegen Hepatitis B und der J1 Untersuchung nach. Für die Hepatitis B Immunisierung von Jugendlichen war die Teilnahme an der J1 Untersuchung der stärkste protektive Faktor. Bezüglich der HPV Immunisierung hätten Allgemein- und Kinderärzte zum Zeitpunkt der J1 Untersuchung die Gelegenheit einer frühzeitigen Realisierung der empfohlenen Immunisierung (BGB 57 (7) KIGGS Welle1, S.869-877). Im Zusammenhang mit der Altersempfehlung der Stiko wurde die HPV Impfung zum Zeitpunkt der Impfpasskontrollen während der Intervention nicht gewertet (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2014).

3.4.4 Informationsmaterial

Im Rahmen der Intervention werden nach Information und Beratung die Informationsflyer der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGÄ) in Form der Flyer „Infos zur Jugendgesundheitsuntersuchung“ persönlich an jeden Schüler übergeben. Das Material wird von der BZgÄ kostenlos zur Verfügung gestellt.



Abbildung 5: Informationsflyer der BZgÄ zur J1 Untersuchung

Inhalt/ Abstract

Du siehst gesund aus, fühlst dich fit und bist gut drauf? Warum also zum Arzt gehen? Ein Beispiel: Durch die Vervollständigung deines Impfschutzes kannst du vermeiden, dich mit gefährlichen Krankheiten anzustecken.

So, wie du dich durch rechtzeitiges Impfen vor Infektionskrankheiten schützt, kann die ärztliche Untersuchung mögliche Risiken für deine Gesundheit erkennen, BEVOR sie zum Problem wird.

Damit du fit und gesund bleibst, hast du bei der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 die Möglichkeit, dich kostenlos und unverbindlich - und vor allem vertraulich - untersuchen und beraten zu lassen.

Die J1 ist für 12 bis 14 Jährige. Du kannst sie beim Kinder- und Jugendarzt, beim Allgemeinarzt oder Internisten machen. Kostenlos, ohne Praxisgebühr - alles was du brauchst, ist deine Krankenversicherungskarte.

Diese Broschüre gibt dir Informationen, wie die Untersuchung abläuft und wie du den richtigen Arzt in deiner Nähe finden kannst. Außerdem ist ein Test enthalten, mit dem du feststellen kannst, ob du für die J1 reif bist (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2012).

3.4.5 Fragebogen

Der Fragebogen zur Erhebung der Ausgangssituation und zum Follow-Up sowie die Informations- und Einladungsschreiben für Schulen, Schüler und Eltern werden durch die Planungsgruppe des KJGD erstellt, da auf keine vorbestehenden Vorlagen zur gewünschten Fragestellung zurückgegriffen werden konnte. Die Fragen mussten dem Alter der Schüler angepasst und in der Schule innerhalb einer Schulstunde zu erklären und anschließend zu beantworten sein. Die 12 Fragen des Fragebogens sind überwiegend geschlossen gestellt oder in Kategorien mit Einfachnennungen aufgeteilt um eine spätere quantitative Auswertung zu erleichtern. Sie beziehen sich auf die Themenbereiche:

- Geschlecht
- Migrationshintergrund
- Teilnahme an der J1
- Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes
- Arztwahl zur Vorsorgeuntersuchung
- Informationen zur J1

Zur Definition des Migrationshintergrundes benutzt der KJGD seit 2009 eine Version des Landeszentrums Gesundheit Nordrhein-Westfalen für seine standardisierte Datenerhebung bei Untersuchungen. Zum Zeitpunkt der Erstbefragung 2010 erfolgte die Zuordnung entsprechend der Definition zum Migrationshintergrund durch die klassische Definition von Max Weber im Sinne einer gemeinsamen Kultur, nach Erstsprache in den ersten vier Lebensjahren (Weber 1972:234–240). Diskutiert wurde auch zum damaligen Zeitpunkt schon die zusätzliche Erfassung des Migrationshintergrundes im Sinne von Zuwanderung durch die Erfassung des Geburtslandes der Eltern. Im Fragebogen wird sowohl 2010 als auch 2013 ein Migrationshintergrund dann gewertet, wenn ein Elternteil in einem anderen Land geboren wurde, oder zu Hause eine andere Sprache gesprochen wird. Ab dem Erfassungsjahr 2013/14 wird für die schulärztliche Eingangsuntersuchung die aktuelle Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörde (AOLG) zur Erfassung des Migrationshintergrundes genutzt. Sie ist orientiert an dem Vorgehen des Robert-Koch-Institutes und ermöglicht neben einer bundesweiten Vergleichbarkeit der schulärztlichen Untersuchungen auch eine Vergleichbarkeit mit der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen KIGGS (AG GPRS der AOLG: Einheitliche Erfassung des Migrationshintergrundes bei den Einschulungsuntersuchungen. Berlin Februar 2013 S:7). Dieser Definition hat sich 2013 neben dem LZG NRW auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Sozialpädiatrischen Zentren angeschlossen. Da der Fragebogen 2010 entsprechend der früher gültigen Definition ausgewertet wurde, wird bei der Auswertung 2013 ebenso vorgegangen. Die Durchführung der Befragung vor Ort durch geschulte Mitarbeiterinnen des KJGD wurde zur Erhöhung der Rücklaufquote gewählt. Die Instruktion zum Fragebogen wird in der Klasse durchgeführt. Jeder Fragebogen ist mit einer Schulnummer versehen und ansonsten anonymisiert. Zur Auswertung werden die Antworten ausgezählt und die Häufigkeit in Prozentzahlen umgerechnet. Ein Pretest wurde in einer 9. Klasse einer Hauptschule und einer Förderschule durchgeführt. In der Hauptschule erschienen die Fragen verständlich und konnten nach vorangehender Erklärung im vorgestellten Zeitrahmen einer Schulstunde beantwortet werden. In der Förderschule war die Bearbeitung aus unterschiedlichen Gründen in der vorgegebenen Zeit nicht möglich. Durch die Projektgruppe wurde entschieden, die Förderschulen in der Intervention zu belassen, aber nicht an der Befragung zu beteiligen. (Fragebogen im Anhang einsehbar)

3.5 Projektbegleitung/ Evaluation

Über die Entwicklung der durchgeführten Intervention in den weiterführenden Schulen sollen systematisch Information gesammelt werden, um die Bedeutung des Projektes kritisch beurteilen zu können. Dazu werden jährliche Dokumentationen die Projektentwicklung begleiten und insbesondere das Erreichen der Zielgruppe bewerten. Zum Ende des Projektes soll das Ergebnis einer Fragebogenerhebung vor und nach der Intervention verglichen werden. Die daraus abgeleiteten Informationen können Grundlage für weitere Handlungsempfehlungen sein.

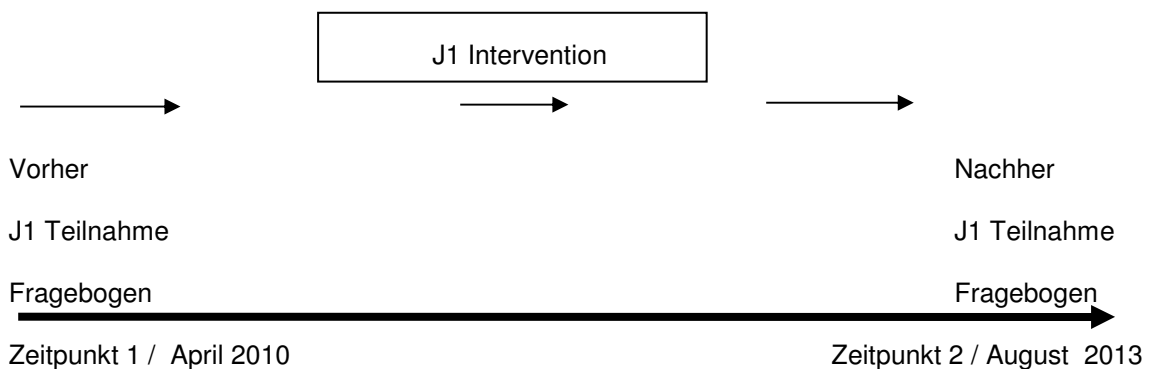


Abbildung 6: Grundmuster eines Evaluationsdesigns (Øvretveit 2002:67)

Die Ergebnismessung findet über die Auswertung der Fragebögen vor und nach der Intervention statt. Sie beinhaltet den Vergleich mit den nicht an der Intervention teilnehmenden Gymnasien in Annäherung an ein quasi-experimentelles Design (Øvretveit 2002:62). Dabei ist die abhängige Variable die Teilnahme an der J1 Untersuchung. Weitere unabhängige Variablen wurden nicht berücksichtigt. Neben der Auswertung des Fragebogens werden Dokumentationen zu den Untersuchungsergebnissen der Reihenuntersuchungen während der Intervention erstellt. Die Informationen der Evaluation sollen zur Erarbeitung von Modifikationen oder Implementierungen genutzt werden. Nutzer und Adressaten können neben dem Auftraggeber, der durchführenden Abteilung, den Schulen und den beteiligten SchülerInnen auch politische Entscheidungsträger, Forschende, andere Projektdurchführende und Medien sein. Die Evaluation des durchgeführten Interventionsprojektes fokussiert den Output und damit die Teilnahme an der J1 Untersuchung. Folgende weitere elementaren Aspekte werden beurteilt (Bundesamt für Gesundheit 1997:20):

- Relevanz Ist das Projekt für die Zielgruppe von Bedeutung
- Verlauf Tut das Projekt das, was es beabsichtigte

- Wirksamkeit Sind die Aktivitäten zur Zielerreichung geeignet
- Effizienz Setzt es seine Ressourcen effizient ein

Die Evaluation wird als prospektive Selbstevaluation durchgeführt. Ein definiertes Evaluationsbudget besteht nicht. Es entstehen Betriebskosten und Zeitkontingente bei Mitarbeiterinnen, welche anderen Aufgaben des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes entzogen werden. Konkret werden dadurch an sechs Vormittagen keine Kindergartenreihenuntersuchungen angeboten, das betrifft eine Anzahl zwischen 500 und 600 Kindergartenkinder im gesamten Kreis. Darüber hinaus anfallende Überstunden, insbesondere der Arbeitsgruppe und während der Auswertung und Berichtserstellung, werden als Gleizeit verrechnet. Betriebskosten fallen an durch Druck- und Versandkosten, jährlicher Berichte an alle weiterführenden Schulen mit Intervention. Zur Öffentlichkeitsarbeit über die Ergebnisse der Fragebogenerhebung 2010 und 2013 werden Informationsflyer erstellt und an alle beteiligten Schulen verschickt. Die Information an die niedergelassenen Praxen erfolgte kostenneutral über die Quartalspost der KV Nordrhein, die Information an die Sozial und Gesundheitsausschüsse über den Postverteiler des Kreishauses.

Kommunikationskonzept:

In der Abteilung fanden regelmäßige Dienstbesprechungen für alle Mitarbeiterinnen statt. Zunächst 2009, um über den Projektbeginn, und 2010, um über das Ergebnis der ersten Befragung zu informieren. Vor und nach den jährlichen Interventionen in den Schulen wurden Dienstbesprechungen durchgeführt, um einen Austausch der Teams über den Ablauf der Aktivitäten zu ermöglichen und Schwierigkeiten bei der Durchführung zu besprechen. (Feed back, Qualitätskontrollen) Projektgruppensitzungen zur Vorbereitung, Bewertung und vorausschauenden Planung der jährlichen Interventionen fanden fünfmal jährlich mit allen sieben beteiligten Mitarbeiterinnen statt. Die Berichterstellung wird durch zwei Mitarbeiterinnen der Projektgruppe in zwei weiteren jährlichen Terminen erarbeitet.

Nach außen werden Zwischenergebnisse kommuniziert:

- Jährliche Ergebnismitteilungen an alle Schulen zu den Ergebnissen der Reihenuntersuchungen verbunden mit dem Hinweis, in den Klassen auf die Möglichkeiten der J1 Untersuchung zu verweisen.
- Jährliche Einstellung aller Zwischenergebnisse auf der Homepage des KJGD (<http://www.rhein-erft-kreis.de>)
- Jährliche Mitteilung an die Eltern über individuelle Untersuchungsergebnisse ihrer Kinder aus der schulischen Reihenuntersuchung.

- Elternbriefe zur Information über die Interventionen
- Vorstellung des Projektes 2010 und des Ergebnisberichtes 2013 auf der Gesundheitskonferenz und im Sozialausschuss des Rhein-Erft-Kreises
- Informationen über die Intervention und die Ergebnisse mit der Quartalspost der KV Nordrhein an 350 niedergelassene Praxen im Rhein-Erft-Kreis, welche J1 Untersuchungen durchführen.
- Präsentation der Ergebnisse 2013 auf der Dienstbesprechung der leitenden Jugendärzte der Regierungsbezirke Köln/Aachen

3.6 Projektdurchführung

Der Projektdurchführung ging 2009 eine Feldstudie voraus, um die Durchführbarkeit in der vorgesehenen Zeit im Setting der weiterführenden Schulen in der vorgesehenen Altersstufe zu erproben. Es sollte überprüft werden, ob die Reihenuntersuchung wie geplant und insbesondere im gesetzten Zeitrahmen mit den vorgesehenen personellen Ressourcen durchgeführt werden kann oder Modifikationen notwendig werden. Die Screeningergebnisse sollten Aussagen zum Gesundheitszustand der untersuchten SchülerInnen ermöglichen und damit zur Relevanz einer Vorsorgeuntersuchung in dieser Altersgruppe beitragen. 917 SchülerInnen der 5. und 6. Klassen an 14 Haupt- und Förderschulen wurden von geschulten ärztlichen Mitarbeiterinnen des KJGD des Gesundheitsamtes über die Möglichkeiten der für die Altersgruppe vorgesehene J1 Untersuchung informiert, anschließend hinsichtlich ihrer Hör- und Sehfähigkeit untersucht und zu Ihrem Impfstatus beraten. Vielen SchülerInnen und auch ihren LehrerInnen war das Angebot der J1 Untersuchung unbekannt. Bei 201 Schülerinnen fanden sich pathologische Sehtestbefunde bei der Visusprüfung, dem räumlichen Sehen und/oder Farbsinnstörungen. Bei 56 SchülerInnen fanden sich pathologische Hörtestbefunde für Tonschwellenbereiche über 30 dB. Diese Ergebnisse waren den betroffenen SchülerInnen vor der Untersuchung nicht bekannt. Viele der vorgelegten Impfausweise wiesen Lücken im Impfschutz auf. Die betroffenen SchülerInnen wurden auf die Notwendigkeit einer fachärztlichen Kontrolle ihrer Befunde hingewiesen. Die beobachtete Häufigkeit von kontrollbedürftigen Untersuchungsbefunden und nicht ausreichendem Impfschutz wird als Hinweis für die Sinnhaftigkeit einer Vorsorgeuntersuchung in dieser Altersstufe gewertet. Diese SchülerInnen würden von einer Vorsorgeuntersuchung profitieren.

Feldstudie 2009

untersuchte Schüler	auffällige Sehteste	auffällige Hörteste
917	219	56
(%)	23,9	6,1

Tabelle 3: Ergebnisse der Hör- und Sehtestungen an den Haupt- und Förderschulen 2009. (Angaben in absoluten Zahlen und prozentualer Häufigkeit)

Bei der Durchführung der Intervention ergaben sich keine Schwierigkeiten. Die Schulen waren für den Organisationsablauf gut vorbereitet, sodass die Untersuchung und Beratung im vorgesehenen Zeitrahmen mit den eingesetzten Mitarbeiterinnen wie geplant durchgeführt werden konnte. Da die Intervention in den Unterricht integriert wurde, nahmen nur die an dem Tag fehlenden Schüler nicht teil. Sie erhielten später durch ihre KlassenlehrerInnen Informationen zur J1 Untersuchung. Die Intervention konnte somit in der vorgesehenen Form ohne Modifikationen durchgeführt werden.

Hauptakteure

- Mitarbeiterinnen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes
- Schulleitungen der weiterführenden Schulen
- Ansprechpartner, Organisatoren an den Schulen während der Intervention
- KlassenlehrerInnen der 6. und 9. Klassen
- SchülerInnen der 6. und 9. Klassen

Eine nachfolgende Kontaktaufnahme zur Information aller Schulen über die geplanten weiteren Interventionen war problemlos möglich. Die Zielsetzung wurde ausnahmslos von allen Schulen begrüßt und unterstützt. Vorbereitende Gespräche mit den SchulleiterInnen und die Information der Eltern über die für die Jahre 2010 bis 2013 geplanten Befragungen, Untersuchungen und Beratungen in den Schulen gingen den jährlichen Intervention jeweils voraus. In jedem Jahr wurden die Schulleitungen über die bevorstehende Intervention zur Terminabstimmung frühzeitig informiert. Eine Woche vor der Intervention erhielten die Schulen ein Plakat mit der Ankündigung der Aktion zur Information der Schüler (Eye-catcher).

Zu Beginn wurde 2010 durch eine Fragebogenerhebung an allen weiterführenden Schulen die Ausgangslage der Teilnahme an der J1 Untersuchung im Rhein-Erft-Kreis festgestellt. Dazu wurden die über 15 Jährigen der neunten Klassen ausgewählt. Sie hatten durch ihr Alter keinen Anspruch mehr auf die J1 Untersuchung. Damit wurde eine nicht

vorliegende Basisgröße festgestellt um den Effekt oder die Wirksamkeit einer sich anschließenden Interventionsmaßnahme überprüfen zu können. Sechs Mitarbeiterinnen besuchten innerhalb von zwei Wochen alle weiterführenden Schulen im Rhein-Erft-Kreis. Die Schüler waren zum Befragungszeitpunkt älter als 15 Jahre. Sie wurden in den Klassen zum Fragebogen informiert. Der Fragebogen wurde ausgeteilt und sofort bearbeitet. Bei Fragen standen die Mitarbeiterinnen während des Ausfüllens der Bögen zur Verfügung. Anschließend wurden die Fragebögen in der Klassen eingesammelt. Da der Fragebogen innerhalb des Schulunterrichtes mit Unterstützung der KlassenlehrerInnen angeboten wurde, nahmen nur die an diesem Tag fehlenden SchülerInnen nicht an der Befragung teil.

2010 wurden insgesamt 4180 SchülerInnen in den 9. Klassen aller 47 weiterführenden Schulen befragt. Nach der dreijährigen Intervention konnten 2013 in den 9. Klassen der weiterführenden Schulen 3907 Schüler an insgesamt 46 Schulen befragt werden. In der Zwischenzeit war eine Hauptschule geschlossen worden. Die Durchführung der Befragung erfolgte 2010 und 2013 mit dem gleichen Personal. Die SchülerInnen der Gymnasien nahmen in einem quasi-experimentellem Design an der zweiten Befragung als Kontrollgruppe ohne Intervention teil.

Im Zeitraum von April 2011 bis August 2013 setzte der KJGD an den weiterführenden Schulen die geplante standardisierte Intervention um. Dazu suchten ärztliche Mitarbeiterinnen des KJGD einmal jährlich die 6. Klassen der Haupt- Real-, Gesamt und Förder-schulen auf. Zu Beginn fand in den Klassen eine ausführliche Information durch die Mitarbeiterinnen des KJGD zur Jugendvorsorgeuntersuchung und zum Angebot der Reihenuntersuchung in der Schule statt. Die anschließende Reihenuntersuchung mit Hör- und Sehtestung sowie einer persönlichen Impfberatung wurde anschließend in Kleingruppen in Räumen der Schule durchgeführt. Jede(r) SchülerIn erhielt im Anschluss sein/ihr persönliches Untersuchungs- und Beratungsergebnis zusammen mit einer Information für die Eltern und einem Informationsflyer der BZgA mit Zugangswegen zur J1 Untersuchung. Die SchülerInnen der aufgesuchten Klassen entsprachen dem Einstiegsalter für die J1 Untersuchung. An den Gymnasien wurde keine Intervention durchgeführt. Nach dem Follow-Up im Herbst 2013 wurden die Befragungsergebnisse der Schüler zur Teilnahme an der J1 Untersuchung ausgewertet.

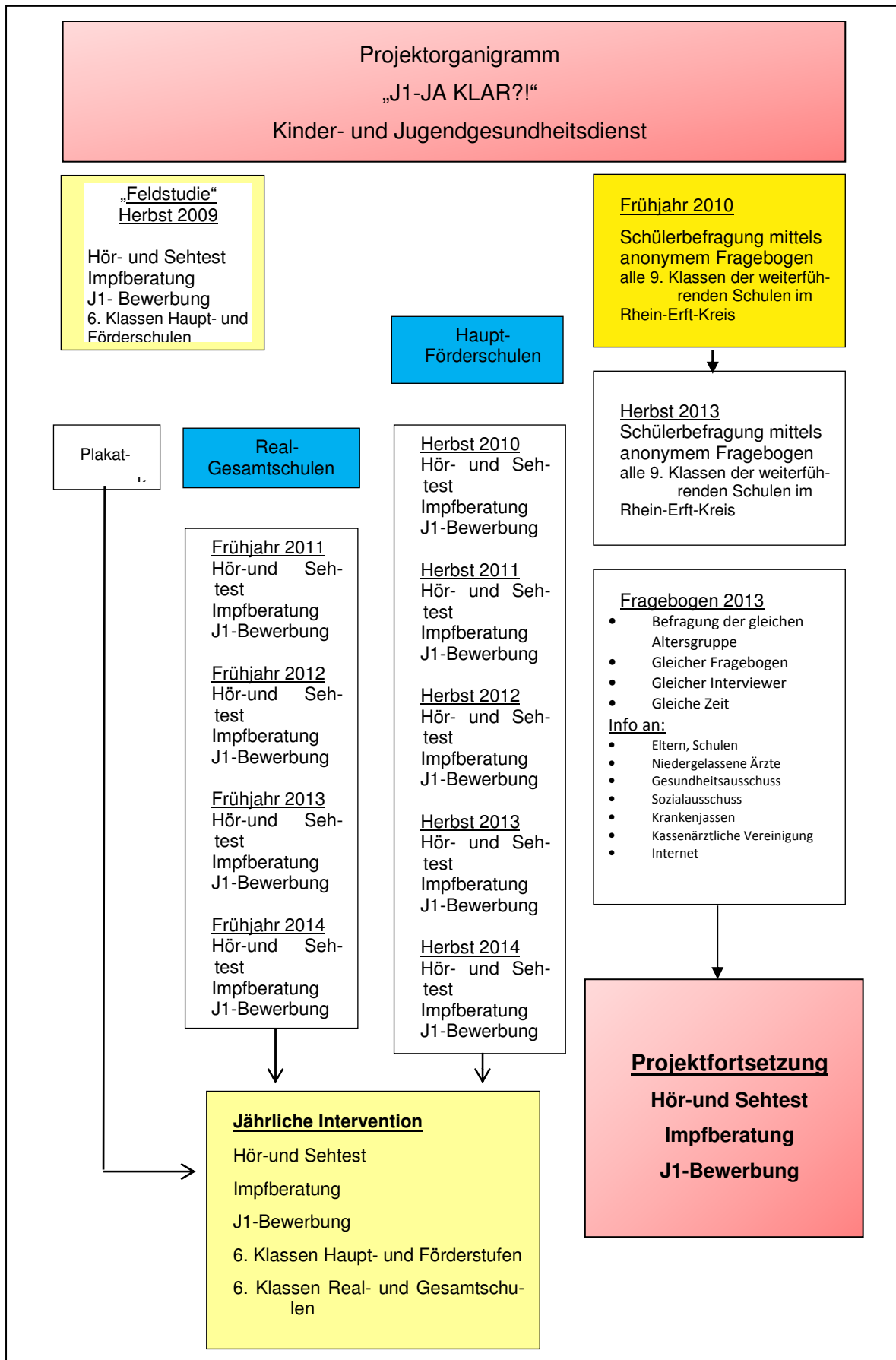


Abbildung 7: Organigramm „J1-JA KLAR?!“ KJGD Rhein-Erft-Kreis

4 Ergebnisse

Nach einer dreijährigen Intervention des KJGD des Gesundheitsamtes im Rhein-Erft-Kreis an weiterführenden Schulen werden die Ergebnisse einer Schülerbefragung zur Teilnahme an der Jugendgesundheitsuntersuchung zu Beginn (T0) und nach Abschluss der Intervention (T1) deskriptiv dargestellt. Die Ergebnisse dienen einer vergleichenden Beurteilung des Wertes der Intervention, um informierte Entscheidungen über eine mögliche Implementierung treffen zu können. Die Untersuchungsergebnisse der jährlichen Reihenuntersuchung während der Intervention stellen die Befundhäufigkeit der untersuchten Items Sehfähigkeit, Hörfähigkeit und Impfstatus dar und dienen der Diskussion über die Chancen und Möglichkeiten einer Vorsorgeuntersuchung in dieser Altersstufe.

4.1 Ergebnisse der Fragebogenerhebung

2010 erfolgte die erste Befragung aller SchülerInnen der 9. Klassen der Haupt-, Real-Gesamtschulen und der Gymnasien im Rhein-Erft-Kreis. Damit sollten Basisdaten zur Inanspruchnahme der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 gewonnen werden. Die Befragung wurde in den Klassen während des Unterrichtes durchgeführt, um eine hohe Rücklaufquote der beabsichtigten Vollerhebung zu erreichen. Die nachfolgende Tabelle 5 listet die Schulen auf welche an der Fragebogenerhebung teilnahmen.

Bei der Follow-Up Befragung 2013 war die Hauptschule Carl-Schurz* in Ertfstadt bereits geschlossen, sodass 2013 noch 46 Schulen an der Befragung teilnahmen.

Kommune	Hauptschule	Realschule	Gymnasium	Gesamtschule
Bedburg	Gem. HS Arnold-von-Harff	Städtische RS	Silverberg- Gymnasium	
Bergheim	Erich-Kästner- HS Paulusschule	Geschwister- Scholl-RS Albert-Einstein- RS	Gutenberg- Gymnasium Erftgymnasium	GS Quadrath- Ichendorf
Brühl	Städt. Gem. HS Clemens-August	Elisabeth-von- Thüringen RS Erich-Kästner- RS	Max-Ernst- Gymnasium St. Ursula Gym- nasium	GS Brühl
Elsdorf	Gem. HS Reu- schenberg	Eugen-Langen- RS		

Kommune	Hauptschule	Realschule	Gymnasium	Gesamtschule
Erfstadt	Theodor-Heuss- HS Carl-Schurz-HS*	Gottfried-Kinkel- RS Städtische RS	Gymnasium Le- chenich Ville-Gymnasium	
Frechen	HS Herbertskaul	Realschule Fre- chen	Gymnasium Fre- chen	
Hürth	Gem. HS Ken- denich Gem. HS Her- mühlheim	Friedrich-Ebert- RS	Ernst-Mach- Gymnasium Albert- Schweitzer- Gymnasium	
Kerpen	Gem. HS Hor- rem Adolph-Kolping HS	Mädchen RS Mater Salvatoris RS Horrem- Sindorf	Europaschule- Kerpen	Willy-Brandt-GS
Pulheim	Gem. HS Pul- heim	Marion-Dönhoff- RS Arthur- Koeppchen-RS	Geschwister- Scholl- Gymnasium Abteigymnasium	Papst-Johannes- XXIII-GS
Wesseling	Wilhelm-Busch- HS	Albert-Einstein- RS	Käthe-Kollwitz- Gymnasium	

Tabelle 4: Schulliste der 2010 (2013) an der Befragung teilnehmenden 47 (46) Schulen

Die Tabellen 5 und 6 listen die Ergebnisse der Fragbogenerhebung nach Schulform für die Items Schülerzahl, Schulen, Geschlecht und Migrationshintergrund auf, im Fragebogen erhoben durch die Fragen eins bis vier.

Die Frage sieben „Hast du an der J1 Untersuchung teilgenommen“ wird hier als zentrale Aussage für die Forschungsfrage erfasst.

Die nachfolgenden Fragen des Fragebogens (5,6 und 8 bis 12), gehören primär nicht zur Forschungsfrage, ihre Auswertung ist jedoch für die geplante weitere Projektentwicklung wichtig.

5. Weißt du was die J1 Untersuchung ist?
6. Wie hast du von der J1 Untersuchung erfahren?
8. Bei welchem Arzt hast du dich untersuchen lassen?
9. Hat dir die Untersuchung etwas gebracht?
10. Wurdest du aufgrund der Untersuchung ärztlich behandelt?
11. Hast du gesundheitliche Probleme?
12. Würdest du die Untersuchung an jüngere Schüler weiterempfehlen?

2010					
Schulform	Hauptschule	Realschule	Gesamtschule	Gymnasium	Gesamt
Schulen	14	15	4	14	47
Schüler	841	1373	409	1557	4180
männlich	452	753	236	679	2120
%	53,7	54,8	57,7	43,6	50,7
Migration	443	355	89	295	1182
%	52,7	25,8	21,8	19	28,3
Teilnehmer J1 (Frage 7)	171	492	135	750	1548
%	20,3	35,8	33	48,1	37

Tabelle 5: Basisauswertung der Befragung 2010 in den 9. Klassen der Schulen

2013					
Schulform	Hauptschule	Realschule	Gesamtschule	Gymnasium	Gesamt
Schulen	13	15	4	14	46
Schüler	689	1372	463	1383	3907
männlich	374	685	229	681	1969
%	54,2	49,9	49,4	49,2	50,4
Migration	374	466	130	323	1293
%	53,7	34	28	23,4	33
Teilnehmer J1 (Frage 7)	208	655	202	672	1737
%	30,1	47,7	43,6	48,6	44,4

Tabelle 6: Basisauswertung der Befragung 2013 in den 9. Klassen der Schulen

Die Tabelle 5 zur Fragebogenerhebung 2010 weist die Gesamtzahl der Schüler mit 4180 an 47 Schulen aus. Die Ergebnisse der Befragung zu Geschlecht, Migrationshintergrund und J1 Teilnahme sind ihr zu entnehmen. Die Hälfte der befragten Schüler, 50,7%, ist männlich. An den Gymnasien ist der Anteil weiblicher Schülerinnen mit 57,4% am höchsten. 28,3% der befragten SchülerInnen haben einen Migrationshintergrund, die meisten davon besuchen die Hauptschulen des Kreises. Am geringsten ist ihr Anteil an den Gymnasien. Insgesamt haben 37% aller befragten SchülerInnen an der J1 Untersuchung teilgenommen. Große Unterschiede ergeben sich dabei nach Schultyp: 48,1% der befragten Gymnasiasten haben an der J1 Untersuchung teilgenommen, bei den befragten Hauptschülern waren es nur 20,3%, Real- und Gesamtschulen lagen in einem Teilnahmebereich zwischen 33% und 35,8%.

2013 wurde in den weiterführenden Schulen eine Follow-Up Befragung durchgeführt, um die Inanspruchnahme nach dreijähriger Intervention an den Schulen zu bewerten. An dieser Befragung nahmen, bis auf die genannte Hauptschule, wieder alle o.g. weiterführenden Schulen teil, die Gymnasien als Kontrollgruppe ohne Intervention. Wie der Tabelle 6 zu entnehmen ist, wurde beim Follow-Up eine Gesamtschülerzahl von 3907 SchülerInnen an 46 Schulen befragt. Die Gesamtschülerzahl hat in den Jahren zwischen 2010 und 2013 abgenommen. Davon sind die Hauptschulen und die Gymnasien betroffen. Die Schülerzahl an den Realschulen veränderte sich nicht. An den Gesamtschulen stieg die Schülerzahl an. Der weibliche und männliche Anteil an den Schulformen ist nahezu gleich, nur an den Hauptschulen ist der Anteil männlicher Schüler mit 54,2% höher. Der Anteil an Schülern mit Migrationshintergrund ist insgesamt von 28,3% im Jahr 2010 auf 33% im Jahr 2013 angestiegen. Wie 2010 ist deren Anteil an den Hauptschulen mit 53,7% am höchsten und an den Gymnasien mit 23,4% am niedrigsten. Insgesamt nahmen 44,4% aller befragten SchülerInnen an der J1 Untersuchung teil, das sind 7,4% mehr als zum Zeitpunkt der Erstbefragung 2010 und vor der dreijährigen Intervention des Gesundheitsamtes. Es bestehen Unterschiede in der prozentualen Teilnahme nach Schultyp. Die Gymnasien hatten 2010 mit 48,1% die höchste Teilnehmerate unter den Schultypen, auch 2013 erreichten sie wieder eine Teilnehmerate in ähnlicher Höhe. Allerdings ist bei allen anderen Schultypen eine Steigerung der Inanspruchnahme der J1 Untersuchung zu beobachten, an den Hauptschulen von 20,3 % auf 30,1%, an den Realschulen von 35,8% auf 47,7% und an den Gesamtschulen von 33% auf 43,6%. Die nachfolgende Abbildung 8 verdeutlicht die Veränderungen zwischen den beiden Fragebogenerhebungen zur Teilnahme an der J1 Untersuchung an den verschiedenen Schultypen.

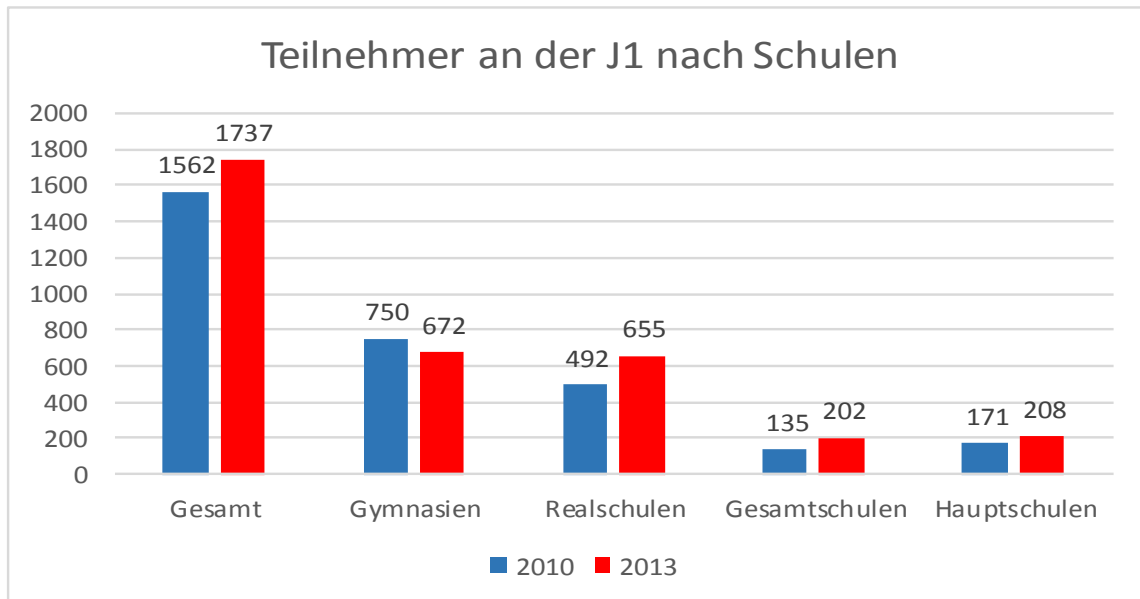


Abbildung 8: TeilnehmerInnen an der J1 Untersuchung nach Schulform 2010 und 2013. (Angaben in absoluten Zahlen)

Die Ergebnisse der Auswertung der im Fragebogen zusätzlich gestellten Fragen dienen der möglichen Zielformulierung für eine weitere Projektplanung. Das bisherige Angebot richtete sich an alle Schüler der 6. Klassen, ein Migrationshintergrund wurde nicht spezifisch berücksichtigt. Die Fragen 6 und 8 waren Auswahlfragen und werden in den Tabellen 8 und 9 dargestellt.

	2010	2013
Zusatzfragen	Ja (%)	Ja (%)
5 Weißt du was die J1 Untersuchung ist	51,2	61
9 Hat dir die J1 etwas gebracht	34,9	35,8
10 Wurdest du ärztlich behandelt	14,8	9,8
11 Hast du gesundheitliche Probleme	15,3	14,4
12 Weiterempfehlung	33,5	40,8

Tabelle 7: Auswertung der Fragen 6, 9, 10, 11 und 12 des Fragebogens.(Angaben in Prozent)

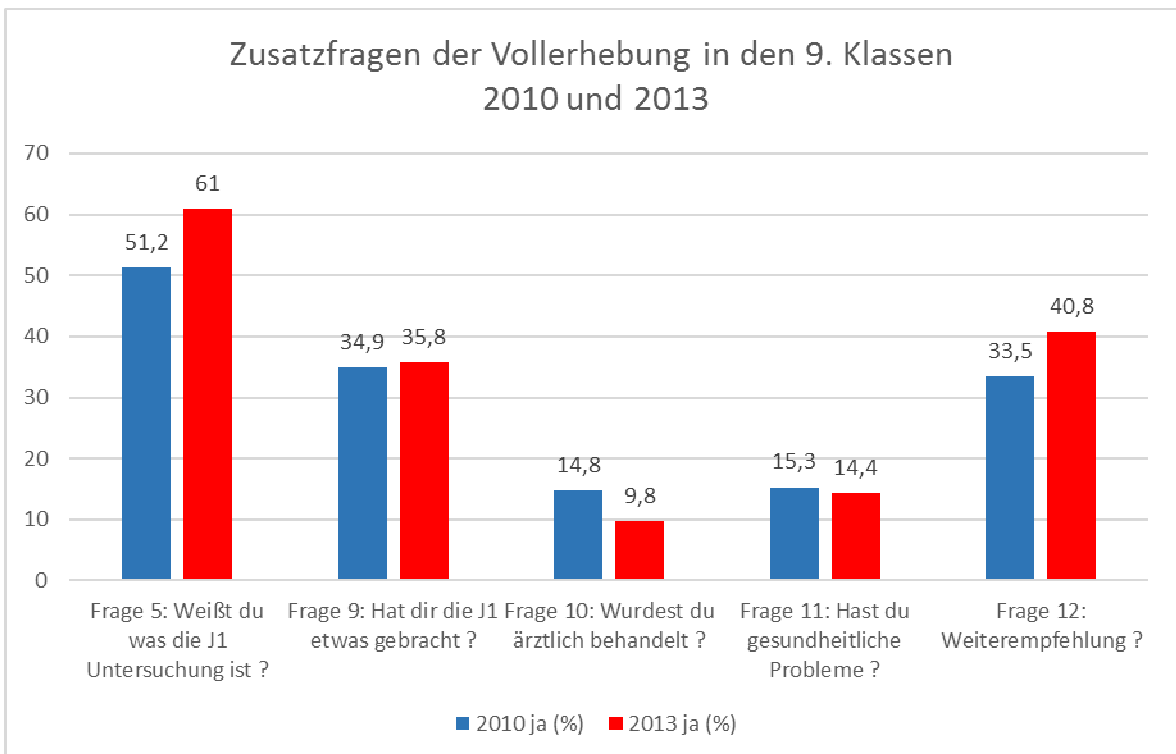


Abbildung 9: Angaben der Schüler der 9. Klassen zu den Fragen 5, 9, 10, 11 und 12 der Fragebogenerhebung in den Jahren 2010 und 2013. (Angaben in Prozent)

Frage 5: Der Informationsstand zur J1 Untersuchung hatte sich bei der Follow-Up Befragung um 10% erhöht. Die Intervention des KJGD an den Schulen bestand aus einer Informationsveranstaltung in den Klassen und einer anschließenden Reihenuntersuchung. Die 2010 befragten SchülerInnen konnten davon noch nicht profitieren.

Frage 9: Diese Frage beantworteten 2010 und 2013 nur 35 % der Teilnehmer an der Untersuchung mit ja. Ein bedeutender Hinweis zur Attraktivität der Untersuchung für die Altersgruppe und den Nutzen, den sie ihr zuweist. In der Konsequenz auch ein Hinweis darauf, dass es nicht ausreicht, die Jugendgesundheitsuntersuchung mit allen ihren potentiellen Möglichkeiten zu bewerben, sondern auch die J1 Untersuchung selbst hinsichtlich ihres Angebotes und einer jugendgemäßen Durchführung qualitätsgeprüft werden sollte.

Frage 10: Die Notwendigkeit von ärztlicher Behandlung nach erfolgter J1 Untersuchung wird zu einem Prozentsatz zwischen 14,8% (2010) und 9,8% (2013) angegeben. In der Fragebogenerhebung wurde versäumt, bei der Frage zwischen Behandlung und Impfung zu differenzieren.

Frage 11: Hier wird 2010 und 2013 in einer Größenordnung von 15% ein Störungsbeusstsein für den eigenen Gesundheitszustand angegeben. 85% der befragten Schüle-

rInnen bringen damit zu Ausdruck, dass sie für sich keine gesundheitlichen Probleme sehen. Vergleichende Studien wie KIDSCREEN für Europa und die von 2006 - 2010 durchgeführte HBSC Studie für Deutschland beschreiben in vergleichbaren Größenordnung zwischen 85% und 91% einen selbsteingeschätzten guten Gesundheitszustand der Altersgruppe (Rajmil et.al.2013,HBSC 2006-2010 KiGGS Welle 1: 803 – 806).

Frage 12: Zwischen den Befragungszeiträumen ist der Anteil von SchülerInnen, welche die Untersuchung an jüngere Schüler weiterempfehlen würden, von 33,5% auf 40,8% gestiegen. Mehr als die Hälfte der befragten 15 Jährigen würde sie allerdings nicht weiterempfehlen. Das bedeutet auch, dass nicht alle Teilnehmer an der J1 die selbsterfahrene Untersuchung später weiterempfehlen würden. Diese Tendenz drückt sich auch in dem geringen Anteil aus, den Freunde und Bekannte an der Information zur J1 haben (Frage 6; Tabelle 8). Für diese Altersgruppe sind jedoch Informationen und Lebenskonzepte über Peers von besondere Bedeutung. Eine unterstützende Bewerbung aus dieser Gruppe heraus kann nur gelingen, wenn der Untersuchung von der Zielgruppe ein Nutzen zugeordnet wird. Die Beantwortung dieser Frage verdeutlicht sehr genau, dass die Inanspruchnahme der Jugendgesundheitsuntersuchung nur zu einem Teil von Information und Werbemaßnahmen beeinflusst werden kann. Die Attraktivität der Untersuchung ist für die Altersgruppe von ganz erheblicher Bedeutung. Hier sind die durchführenden Praxen gefordert, ihre Untersuchung an die Bedürfnisse und Vorstellungen von Jugendlichen anzupassen und ihnen damit Angebote zu machen, welche sie gerne annehmen möchten.

Frage 6: wie hast du von der J1 erfahren	2010	2013
	Anzahl (%)	Anzahl (%)
Krankenkassen	75 (1,8)	104 (2,9)
Ärzte	559 (13,4)	628 (16,1)
Eltern	962 (23)	1148 (29,4)
Freunde/Bekannte	311 (7,4)	219 (5,6)
gar nicht	1529 (36,5)	1155 (29,5)
Gesundheitsamt	286 (6,9)	139 (3,6)
Geschwister	46 (1,1)	17 (0,4)
Schule	412 (9,9)	497 (12,7)

**Tabelle 8: Frage 6: Wie hast du von der Untersuchung erfahren?
(Anzahl, absolute Häufigkeit; %, relative, prozentuale Häufigkeit)**

Geschwister und Krankenkassen spielen bei den Angaben der Jugendlichen zur Information über die J1 eine deutlich untergeordnete Rolle. Informationen der Krankenkassen gehen dabei möglicherweise auch in die Angaben über Elterninformation mit ein. Eine deutliche Steigerung findet sich bei den Angaben zu den Informationen über Eltern, Ärzte und Schulen. Die Information über das Gesundheitsamt wird im Jahr 2013 geringer angegeben als 2010, obwohl in der Zwischenzeit jährliche Angebote in den Schulen zur Bewerbung der J1 durchgeführt wurden. Hier mag eine mögliche Erklärung sein, dass das Angebot in den Schulen als schulische Information gewertet wurde. Die hohen Angaben zur Zuordnung der Antwortmöglichkeit „gar nicht“ (36,5% und 29,5%) weisen auf einen weiter bestehenden Informationsmangel hin. Der Gesamtanteil ist zwar um 6% gesunken, wird aber auch 2013 noch von fast einem Drittel der Befragten gewählt, obwohl diese SchülerInnen in der Schule ab 2011 einmal jährlich Zugang zu Informationsmaterial über diese Untersuchung hatten. Der gestiegene Elternanteil an der Information kann in der Gesamtsumme durch Bewerbung und Information von Arztpraxen, Krankenkassen, Schule und Gesundheitsamt interpretiert werden. Darüber verdeutlicht sich auch die zentrale Rolle der Familieninformation, die in der weiteren Planung entsprechende Berücksichtigung finden sollte.

Frage 8	2010	2013
Arztwahl	Anzahl (%)	Anzahl (%)
Kinder- und Jugendarzt	1107 (71,5)	1285 (74)
Hausarzt	426 (27,5)	449(25,8)
Andere	14 (1)	3 (0,2)

Tabelle 9: Frage 8: Bei welchem Arzt hast du dich untersuchen lassen?

(Anzahl, absolute Häufigkeit; %, relative , prozentuale Häufigkeit)

Die Beantwortung dieser Frage wird durch die Angaben in der aktuellen Literatur bestätigt. Zur Durchführung der J1 Untersuchung werden am häufigsten Kinder- und Jugendärzte aufgesucht. Eine Kernaussage in der Auswertung der KIGGS Basisdaten durch Hagen und Strauch 2011 ist eine signifikant häufigere Teilnahme an der J1 Untersuchung durch Jugendliche, welche noch von einer Kinderarztpraxis betreut werden. Dieser Zusammenhang verdeutlicht, dass insbesondere die Kooperation mit Kinder- und Jugendärzten für weitere Interventionen an den Schulen angestrebt werden sollte.

4.2 Ergebnisse der Reihenuntersuchungen

Einmal jährlich wurden in allen 6. Klassen der Haupt- und Förderschulen und in den Gesamt- und Realschulen im Zusammenhang mit der J1 Bewerbung begleitend Reihenuntersuchungen angeboten. Diese fanden jeweils aus organisatorischen Gründen für die Schultypen zeitversetzt statt. Entsprechend wurden die Befunde getrennt nach Schultypen erfasst. Die Tabelle 10 weist die Teilnehmerzahlen an den angebotenen Reihen- und Informationsveranstaltungen im Interventionszeitraum aus.

Datum der Untersuchung	Schulen	Schüler n	Teilnehmer n (%)
Herbst 2013	HS/FS	729	619 (85)
Frühjahr 2013	RS/GS	1899	1756 (92,5)
Herbst 2012	HS/FS	852	758 (89)
Frühjahr 2012	RS/GS	1982	1823 (92)
Herbst 2011	HS/FS	891	891 (100)
Frühjahr 2011	RS/GS	2048	1781 (87)

Tabelle 10: TeilnehmerInnen an den Reihenuntersuchungen in den Schulen während der Intervention 2011 bis 2013, Haupt- und Förderschulen HS/FS; Real- und Gesamtschulen RS/GS.(n, absolute Häufigkeit; %, relative, prozentuale Häufigkeit)

Durch die Einbettung der Intervention in die Unterrichtszeit konnten in jedem Jahr der Intervention zwischen 85% und 100% der Schüler in den 6. Klassen untersucht werden. Alle diese SchülerInnen hatten vor der Untersuchung eine ausführliche Information zur Jugendgesundheitsuntersuchung in ihren Klassen erhalten.

Jahr	Haupt- und Förderschulen	Hörtestbefunde Anzahl (n)	Real- und Gesamtschulen	Hörtestbefunde Anzahl (n)
	Sehtestbefunde Anzahl (n)		Sehtestbefunde Anzahl (n)	
2011	176	45	292	49
2012	245	44	255	10
2013	100	25	401	38

Tabelle 11: Jährliche Befunde der Reihenuntersuchungen nach Schulen Anzahl. (n, absolute Häufigkeit)

Die Abb. 10 und 11 stellen die prozentualen Befundhäufigkeiten bei den Seh- und Hörtestungen während der Intervention an den Schulen getrennt nach Haupt- und Förderschulen sowie Real- und Gesamtschulen dar.

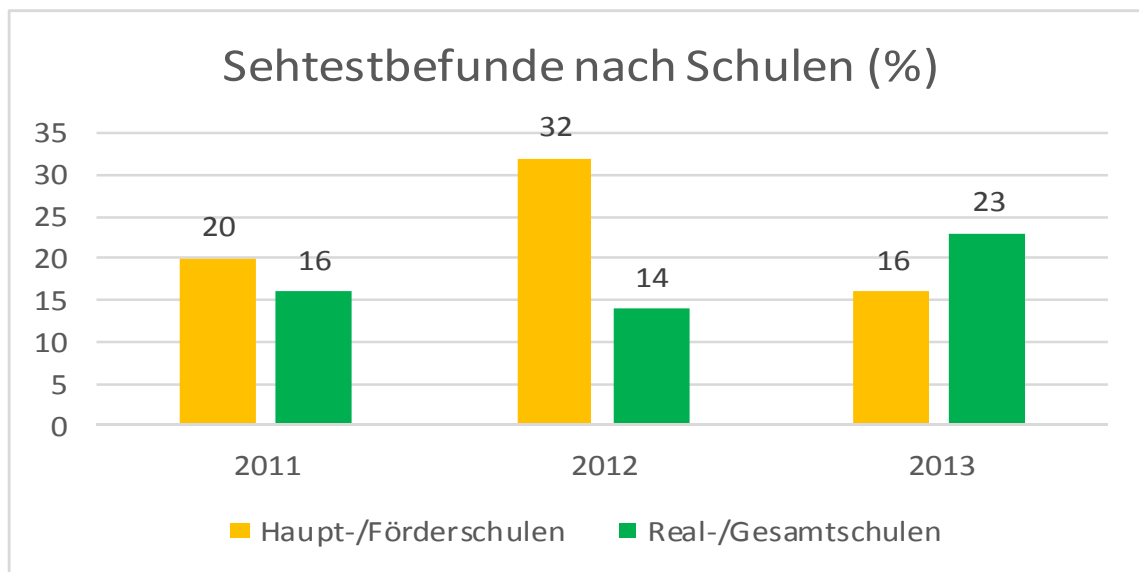


Abbildung 10: Auffällige Sehtestbefunde in Prozent in den Jahren 2011-2013 nach Schulen

An den Haupt- und Förderschulen hatten bei den Reihenuntersuchungen in den Jahren 2011 bis 2013 zwischen 100 und 245 SchülerInnen auffällige Sehtestergebnisse. Bezogen auf die Schülerzahl liegt die prozentuale Befundhäufung an diesen Schulen zwischen 16% und 32%. An den Real- und Gesamtschulen wurden in den drei Jahren der Intervention zwischen 255 und 401 auffällige Sehtestergebnisse gemessen. Bezogen auf die Schülerzahlen dort liegt die prozentuale Häufung zwischen 14% und 23%. Anteilig finden sich häufiger pathologische Untersuchungsbefunde bei den untersuchten SchülerInnen der Haupt- und Förderschulen.

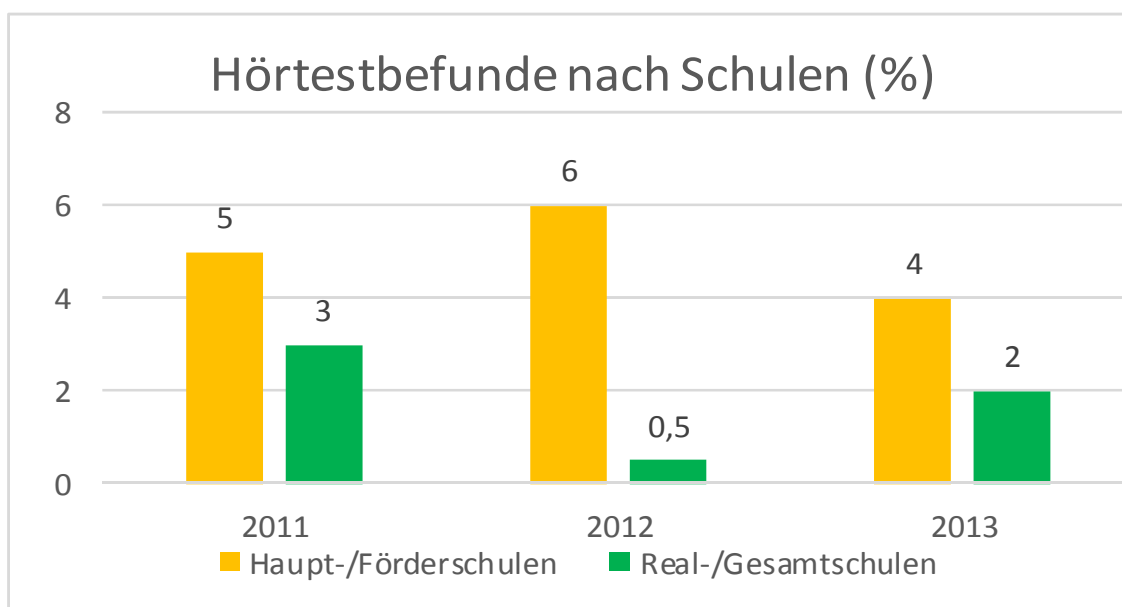


Abbildung 11: Auffällige Hörtestbefunde in Prozent in den Jahren 2011-2013 nach Schulen

Im Rahmen der Hörtestungen fallen wenige pathologische Befunde in den drei Untersuchungsjahren auf. Allerdings haben auch hier zwischen 25 und 45 Schüler der Haupt- und Förderschulen kontrollbedürftige Befunde und zwischen 10 und 49 an den Real- und Gesamtschulen. Prozentual liegen die Haupt- und Förderschulen zwischen 4% und 6%, die Real- und Gesamtschulen zwischen 1% und 3% Befundhäufigkeit.

Die Kontrolle des Impfstatus ist abhängig von der Vorlage der Impfausweise. Die Interventionen an den Schulen werden jeweils durch den KJGD angekündigt und über die SchulleiterInnen an die Klassen- oder KontaktlehrerInnen weitergegeben. Das Mitbringen der Impfausweise zur Vorlage in der Untersuchung hängt dabei sehr stark von der Aktivität dieser letztgenannten LehrerInnen und der Kooperation der Eltern ab. Wie in Tabelle 11 ersichtlich, war die Vorlage der Ausweise während der dreijährigen Intervention sehr unterschiedlich.

Jahr	Haupt- und Förderschulen	komplett %	Real- und Gesamtschulen	komplett %
	Anzahl vorgelegter Impfpässe (%)		Anzahl vorgelegter Impfpässe (%)	
2011	412 (46)	46	1046 (58)	48
2012	383 (50)	53	566 (31)	62
2013	260 (42)	42	700 (39)	68

Tabelle 12: Vorgelegte Impfausweise (anteilig an Teilnehmerzahl) und davon mit komplettem Impfstatus in Prozent. (Anzahl, absolute Häufigkeit; %, relative, prozentuale Häufigkeit)

Während der dreijährigen Intervention konnten bei den untersuchten SchülerInnen zwischen 31% und 58% der Impfausweise eingesehen werden. Die jeweils vorgelegten Ausweise wiesen häufig erhebliche Impflücken auf. Bei den Haupt- und Förderschülern bestand ein kompletter Impfstatus zwischen 42% und 53%. An den Real- und Gesamtschulen hatten zwischen 48% und 68% einen kompletten Impfschutz. Fehlende Impfungen sind dabei v.a. Auffrischungsimpfung gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis und Polio, aber auch häufig eine zweite Masern, Mumps, Röteln und Varizellenimpfung oder die Dreifachimpfung gegen Hepatitis. Die HPV Impfung wurde aus den in Kapitel 3.4.3 beschriebenen Gründen nicht gewertet. Alle SchülerInnen mit auffälligen Befunden erhielten nach der Untersuchung eine individuelle Beratung zum Nutzen einer fachärztlichen Befundkontrolle bzw. zur Nachimpfung. Die Eltern wurden darüber schriftlich informiert.

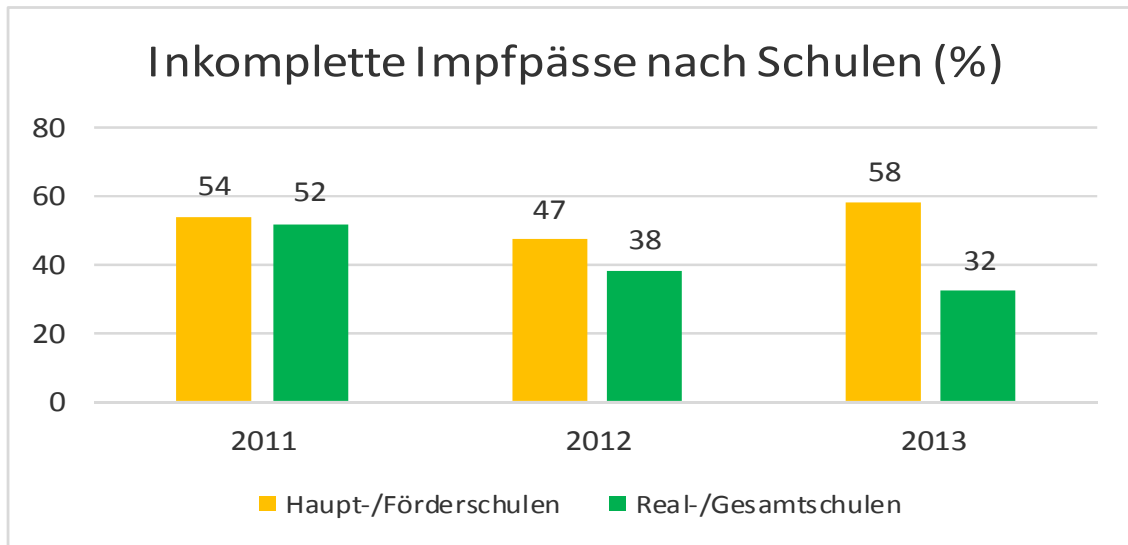


Abbildung 12: Inkompletter Impfstatus nach Ausweiskontrolle in Prozent in den Jahren 2011-2013 nach Schulen

Die Abbildung 12 verdeutlicht den Bedarf an Nachimpfungen zur Komplettierung des Impfschutzes bei den untersuchten Schülern der 6. Klassen in den unterschiedlichen Schultypen.

Betrachtet man die Befundhäufigkeit nach Schultyp, fällt auf, dass die Haupt- und Förderschulen anteilig in allen drei überprüften Items jeweils die häufigsten Befunde aufweisen. Gleichzeitig ist die Inanspruchnahme der J1 Untersuchung bei Hauptschülern am geringsten (Tabellen 5 und 6).

In den Jahren der Intervention wurden jährliche Zwischenberichte über die Ergebnisse der Reihenuntersuchungen gefertigt und auf der Homepage des KJGD veröffentlicht. Die Schulen wurden jeweils zur Befundhäufigkeit in ihren Klassen informiert.

5 Diskussion

Das Ziel der Arbeit war die Messung der Wirksamkeit einer Intervention zur Anhebung der Teilnahme von Jugendlichen an der für sie vorgesehenen Jugendvorsorgeuntersuchung J1. Die Intervention wurde vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes im Rhein-Erft-Kreis für Jugendliche in ihrem Lebensraum Schule geplant und in den Jahren zwischen 2010 und 2013 an Haupt-Förder- Real- und Gesamtschulen durchgeführt. Die Intervention bestand in einer Information über die Vorsorgeuntersuchung im Klassenverband und einer anschließenden Untersuchung der Seh- und Hörfähigkeit und der Kontrolle vorgelegter Impfausweise. Das Angebot der Untersuchung sollte die aus

anderen Projekten bekannte niedrige Attraktivität von reinen Informationsveranstaltungen erhöhen. Die Jugendlichen nahmen an einer persönlichen Untersuchung teil und erhielten direkt im Anschluss ihr Untersuchungsergebnis. Mögliche Behandlungen und Konsequenzen, auch für Schulleistungen, Berufswahl und Führerschein, wurden abschließend besprochen und mit den Möglichkeiten der angebotenen Vorsorgeuntersuchung J1 verknüpft. Die Höhe der Inanspruchnahme wurde vor der Intervention 2010 und nach der Intervention 2013 durch Fragebogenerhebung in den Haupt-, Real-, Gesamtschulen und Gymnasien festgestellt. Die SchülerInnen der Gymnasien nahmen dabei nur an der Befragung, nicht an der Intervention teil. Alle SchülerInnen konnten wie geplant zu einem hohen Prozentsatz erreicht werden, da sowohl die Fragebogenerhebung als auch die Intervention in den Klassen in Zusammenarbeit mit den Schulen stattfand. 2010 hatten 37% der anspruchsberechtigten 4180 befragten Schülerinnen aller weiterführenden Schulen an der Jugendgesundheitsuntersuchung teilgenommen. 2013 waren es bei 3907 befragten SchülerInnen 44,4%. Die Inanspruchnahme in der Zeit von 2010 bis 2013 hatte um 7,4% zugenommen. Damit liegt der Rhein-Erft-Kreis 2013 um ein Prozent über der berechneten bundesweit kumulierten Inanspruchnahmerate von 43,4% des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Riens B. & Mangiapane S. 2013:3). Beide ermittelte Teilnahmeraten liegen ca. 10% über den bisher häufig in der Literatur angegebenen Werten aus der KIGGS Basisstudie 2006, auf die sich viele Folgestudien beziehen. Sie geben damit einen aktuelleren Stand wieder. Das Ergebnis bedeutet aber auch, dass immer noch mehr als die Hälfte aller anspruchsberechtigten SchülerInnen im Rhein-Erft-Kreis wie auch bundesweit nicht an der Jugendgesundheitsuntersuchung teilnehmen. Die Angaben aus den Fragebogenerhebungen 2010 und 2013 sind Selbstaussagen der Schüler aus den befragten 9. Klassen. Diese wurde einer Elternbefragung vorgezogen, da die J1 Untersuchung als Vorsorgeuntersuchung sich in erster Linie an Jugendliche dieser Altersgruppe direkt wendet und auch die Intervention an den Schulen auf diese Zielgruppe ausgerichtet war. Nach dem Versorgungsatlas der KBV nehmen Jugendliche im Durchschnitt die J1 Untersuchung im Alter von 13,4 Jahren in Anspruch, mit bundesweitem Trend zur Abnahme des Durchschnittsalters. So kann bei den vorgestellten Ergebnissen eine Erinnerungsverzerrung (Recall Bias) nicht ausgeschlossen werden, da bei den befragten 15 Jährigen die Untersuchung nach dem o.g. Durchschnittsalter 1,6 Jahre, aber auch bis zu maximal 3 Jahren zurückliegen könnte. Es ergibt sich allerdings eine Übereinstimmung zwischen den Angaben der SchülerInnen im Vergleich mit Krankenversicherungsdaten und der letztgenannten Studie der KBV. Eine im Mai 2012 gestartete und bisher nicht evaluierte Kampagne der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Bewerbung der J1 Untersuchung fällt in den Interventionszeitraum des Projektes im Rhein-Erft-Kreis. Unter dem Titel „Your Next Top Check-Up J1“ besteht die Werbekampagne noch fortlau-

find aus Informationsflyern, einem Informationsvideo auf der Homepage der KBV, einem KBV-App zur Bundesarztsuche sowie einem Facebook Kontakt, den interessierte Jugendliche aktiv nutzen können. Bei Betrachtung der differenzierten Ergebnisse zur J1 Teilnahme im Rhein-Erft-Kreis nach Schultyp, ergeben sich allerdings Hinweise auf eine spezifische Wirksamkeit der durchgeführten Intervention des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes in den Schulen.

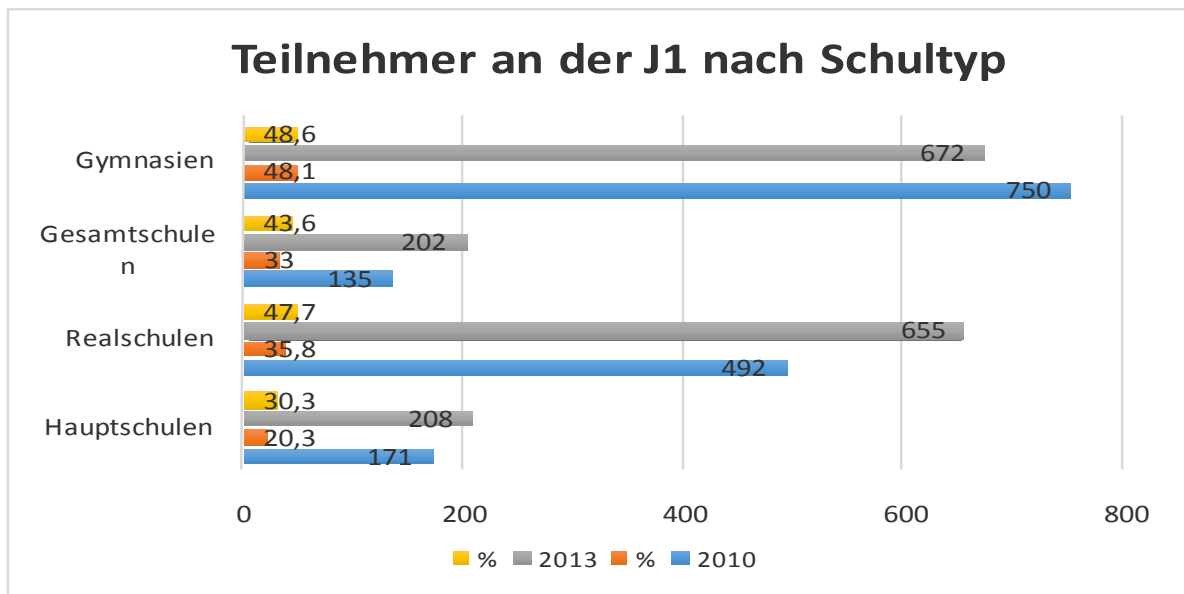


Abbildung 13: Teilnahme an der J1 Untersuchung nach Schultyp in den Jahren 2010 und 2013. (n, absolute Anzahl; %, relative, prozentuale Häufigkeit)

Die Inanspruchnahme ist zwischen den Fragebogenerhebungen insgesamt angestiegen, allerdings ist an den Gymnasien, an denen keine Intervention stattgefunden hatte, der Anteil der Schüler mit J1 Untersuchung absolut gesunken. An allen Schulen mit Intervention ist die Inanspruchnahme der J1 Untersuchung prozentual und absolut angestiegen. Diese Beobachtung kann als spezifische Wirksamkeit der Intervention gewertet werden. Wie schon in der KIGGS Basisstudie beschrieben, bestätigt sich auch hier, dass die Teilnahme von Hauptschülern an der J1 Untersuchung im Vergleich mit anderen Schultypen am geringsten ist.

Vier elementare Aspekte zur Evaluation des Interventionsprojektes werden im Folgenden betrachtet:

Relevanz

Mehr als 90% der beabsichtigten Zielgruppe wurden bei den Interventionen und der Befragung erreicht. Über die Bedeutung der Jugendvorsorgeuntersuchung für die angesprochene Altersgruppe und ihr Potential für Prävention und Gesundheitsförderung wurde in den Kapiteln 2.2 und 2.3 ausführlich berichtet. Die im Rahmen der Intervention erhobenen und dokumentierten auffälligen Befunde bei den Reihenuntersuchungen, sowie die große Anzahl inkompletter Impfausweise belegen zusätzlich die Sinnhaftigkeit und den Bedarf einer solchen Vorsorgeuntersuchung für diese Altersgruppe.

Verlauf

Die Umsetzung der Intervention erfolgte wie geplant. Alle Schulen im Rhein-Erft-Kreis haben sich mit Engagement an der Intervention und Befragung beteiligt. Die Projektgruppe bewertet das als hohe Akzeptanz und Unterstützung der Schulen für das Interventionsziel. Durch die dreijährige Intervention hat sich eine deutlich verbesserte Kommunikationsstruktur zwischen KJGD und Schule entwickelt, welche sich bereits in anderen gemeinsamen Arbeits- und Problembereichen (Inklusion/Quereinsteigeruntersuchungen) zwischen den beiden Institutionen vorteilhaft und effektiv auswirkte. Dieser Begleiteffekt soll für die praktische Arbeit weiterhin genutzt werden.

Wirksamkeit

Die Inanspruchnahme der Jugendgesundheitsuntersuchung in der Interventionsgruppe ist angestiegen, insofern zeigt die Intervention Wirkung und soll modifiziert fortgesetzt werden. Gleichzeitig wird über die Auswertung der Ergebnisse des Fragebogens und vergleichender Studien deutlich, dass die Inanspruchnahme der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 nicht allein über die lokale Projektebene ausreichend beeinflusst werden kann.

Wesentliche weitere Faktoren sind:

Einladungsverfahren

Begleitende gesetzliche Maßnahmen wie Einladungs- und Meldeverfahren haben einen nachgewiesenen erheblichen Einfluss auf die Steigerung der Inanspruchnahme. Ein Meldeverfahren, wie in NRW eingeführt, ersetzt kein Einladungsverfahren. Die bereits vergleichend herangezogene KBV Studie belegt eine hohe Teilnahme an der J1 Untersuchung in Ländern und Kreisen mit etabliertem Einladungsverfahren wie Baden-

Württemberg, Bayern und Brandenburg. Rheinland-Pfalz erreicht eine Teilnahmerate von 48,9% unter Nutzung eines gesetzlich etablierten Einladungsverfahrens seit 2008. Im Kreis Mettmann (NRW) erhalten alle Jugendlichen im Alter von 13 Jahren eine Einladung zur J1 Untersuchung und bei Nichtteilnahme nach einem halben Jahr einen Reminder. Dieser Kreis erreicht damit eine Teilnahmerate von 69,7%. (Riems B. & Mangiapane S. 2013). Die Steigerung der Inanspruchnahme der J1 durch Einladungsverfahren wird durch eine Studie von Thaiss H. et.al. (Bundesgesundheitsblatt 2010 (53):1029-1047) belegt und ist somit schon länger bekannt.

Durchführung der Untersuchung

Die Jugendgesundheitsuntersuchung muss mit ihren derzeitigen Inhalten, ihrer Anwendung und Durchführung in den niedergelassenen Praxen auf den Prüfstand. Die Kinder- und Jugendärzte sind gefordert, ein für Jugendliche attraktives Angebot zu erstellen, das gerne angenommen wird und der Lebenswirklichkeit der Zielgruppe entspricht. Nur dann kann eine Werbung für dieses Angebot auch entsprechend erfolgreich sein. Anders als bei den frühen Vorsorgeuntersuchungen, die von den Eltern veranlasst werden und nicht von der Entscheidung der Kinder abhängig sind, muss diese Vorsorgeuntersuchung Jugendliche ansprechen und ihnen einen Grund für die Teilnahme bieten, der akzeptiert werden kann und das Problem der impliziten Normativität berücksichtigt (Homfeldt & Sting 2006:161–162), siehe auch Kapitel 2.2.1. Nur dann werden Jugendliche auch untereinander Empfehlungen für eine solche Untersuchung aussprechen (s. Frage 12). Stier und Weissenrieder schreiben in ihrem Lehrbuch „Jugendmedizin“ aus ihrer ärztlichen Perspektive „die jetzige J1 stellt einen Minimalkompromiss dar und verlangt keine besondere Qualifikation des Arztes“ (Stier & Weissenrieder 2006:132). Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) fordert 2013 in ihrer Stellungnahme zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention, eine Weiterentwicklung zu mehr Primärprävention bei allen Vorsorgeuntersuchungen (Robert Koch Institut 2014:891). Inhalte der Untersuchungen bedürfen dabei eines gesetzlichen Beschlusses, auf den die DGKJ aus ihrer ärztlichen Sicht Einfluss nehmen sollte. Die Ausgestaltung der Untersuchung in den Praxen bedarf des konkreten Engagements und auch der Weiterbildung der durchführenden Ärzte. Jugendmedizin als eigenständiger Bestandteil zwischen Pädiatrie und Erwachsenenmedizin sollte zum Standard der ärztlichen Aus- und Weiterbildung gehören und anerkannt sein. Ansätze dazu bieten hier beispielhaft genannte Schulungsinstrumente:

- EuTEACH=European Training in Effective Adolescent Care and Health
www.unil.ch/euteach/en/home.html
- Das HEADS Chema als bewährtes Anwendungsverfahren in der internationalen Jugendmedizin (Goldenrin & Rosen 2004:64–90)

Effizienz

Es entstanden keine zusätzlichen Personalkosten für das Gesundheitsamt während des Projektes. Der Personaleinsatz wurde in den Kindergartenreihenuntersuchungen reduziert, um die Intervention in den weiterführenden Schulen durchführen zu können. Der Personaleinsatz findet in beiden Fällen in einem Bildungsbereich statt. Sachkosten entstanden als Versandkosten und Werbungskosten (Flyer/Plakate). Die Evaluation wurde als Selbstevaluation durchgeführt.

Die SMART Ziele konnten erreicht werden. Die Projektplanung sah eine dreijährige Laufzeit vor und einen Abbruch, wenn keine Anhebung der Inanspruchnahme nach Laufzeit des Projektes 2013 festzustellen war. Eine Erhöhung der Inanspruchnahme um 7,4% wurde innerhalb des gesetzten Zeitrahmens gemessen. An Schulen mit Intervention stieg die Inanspruchnahme, an Gymnasien ohne Intervention nicht. In Anbetracht des Effektes für die besuchten weiterführenden Schulen geht das Projekt in eine nächste Entwicklungsphase des Public Health Actioncycle. Interventionserfolge auf Basis dieses Settingansatzes lassen weitere theoretische und praktische Arbeit daran lohnend erscheinen.

Das Angebot richtet sich primär im Sinne einer universalen Prävention an alle Schüler in den besuchten Klassen und beabsichtigt eine Verhaltensänderung zu bewirken. Die Fragebogenerhebung zur Evaluation findet als Vollerhebung statt. Bei der bisherigen Projektentwicklung und Auswertung wurde noch keine Differenzierung hinsichtlich soziodemografischer Daten oder von Untergruppen, wie zum Beispiel Schüler mit Migrationshintergrund oder SchülerInnen in Kommunen mit unterschiedlichen demographischen Strukturen, vorgenommen. Die verantwortliche Projektgruppe wird bei der weiteren Planung eine entsprechende Modifikation unter Berücksichtigung der Ressourcenlage diskutieren. Das Projekt nutzt im Sinne der Ottawa Charta konkret die Handlungsstrategien Befähigen und Ermöglichen (Chancengleichheit) und Vermitteln und Vernetzen, durch die Information und Untersuchungseinheiten für alle Schüler in ihrem schulischen Umfeld.

Auf der Kreisebene realisiert es die Handlungsbereiche:

- Unterstützung von gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen in den Klassen im Setting Schule.
- Unterstützung und Förderung von persönlichen Kompetenzen durch Informationen und Beratung zu den Untersuchungsabläufen, den persönlichen Konsequenzen bei Befundauffälligkeiten sowie den selbstständigen Zugangswegen zu medizinischer Versorgung.
- Der KJGD des Gesundheitsamtes wendet sich damit als Kooperationspartner den weiterführenden Schulen zu, um sie im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung langfristig zu unterstützen. Dabei nutzt er vorliegende Erfahrungen aus anderen Bundesländern. So wird die hohe Teilnahmeraten an der J1 von 52,6% in Bremen auf eine langjährig, verstärkte Aktivität des sozialpädiatrischen Dienstes des dortigen Gesundheitsamtes zurückgeführt (Riens B. & Mangiapane S. 2013:9).

6 Limitationen

Die Teilnahmedaten bei der Befragung zur Teilnahme an der J1 Untersuchung basieren auf Selbstangaben der Schüler. Die KIGGS Studie nutzt zur Information über Vorsorgeuntersuchungen Elternangaben und beschreibt eine relativ große Übereinstimmung zwischen selbstberichteten Angaben und Abrechnungsdaten unter Bezug auf eine belgische Validierungsstudie mit einer Tendenz zum „underreporting“ bei den Elternangaben (Robert Koch Institut 2014 S:890). Eine Entsprechung für die Altersgruppe der 15 Jährigen konnte in der Literatur nicht gefunden werden. Methodisch ist anzunehmen, dass der Bewerbungseffekt am stärksten nach den Interventionen in den 6. Klassen ist aber in den 7. und 8. Klassen nicht nachhaltig wirkt. Nach Abrechnungsdaten (Riens B. & Mangiapane S. 2013:5) nahmen Jugendliche im Alter zwischen 13 und 14 die Untersuchung am häufigsten wahr. Entsprechend hätte die Bewerbung neben den 12 Jährigen auch die bis 15 Jährigen als Zielgruppe ansprechen sollen. Hierzu würden allerdings weitere personelle Ressourcen benötigt, die dem KJGD nicht zur Verfügung standen. Eine Beeinflussung der erhobenen Ergebnisse durch nicht bekannte Werbeträger bzw. Aktionen in der Zeit der Intervention kann nicht ausgeschlossen werden. Bekannt ist eine Kampagne der KV Nordrhein zur Bewerbung der J1 Untersuchung ab Mai 2012 im Interventionszeitraum des Projektes „J1 JA-KLAR!“. Andere systematische Bewerbungen oder Aktivitäten im Zu-

sammenhang mit der J1 Untersuchung in dem Zeitraum konnten auch nach Abfrage und Diskussion in Gremien der leitenden Kinder- und Jugendärzte der Regierungsbezirke Köln und Aachen nicht eruiert werden. Unsystematische Bewerbungen der Haus- und Kinderärztlichen Praxen wurden nicht bekannt, können aber auch nicht ausgeschlossen werden. Für die Projektplanung, Durchführung, statistische Erfassung und Auswertung standen nur begrenzte personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung. Die Durchführung musste unter Umverteilung der Regelaufgaben organisiert werden. Die Evaluation fand als Selbstevaluation statt. Sie war von Beginn an vorgesehen und als solche für die gesamte Projektlaufzeit geplant. Die Anhebung der Teilnehmerate an der J1 Untersuchung wird als Teilziel betrachtet. Ob die Teilnahme an der J1 Untersuchung für daran teilnehmende Jugendliche vorteilhafte Auswirkungen hinsichtlich Prävention, gesundheitsfördernde Lebensgestaltungen und Gesundheit erzielt, kann nur gesondert evaluiert werden. Für das vorgestellte Projekt steht die Teilnahme der Jugendlichen an der Gemeinschaftsaktion in den Schulen zum Thema Jugendgesundheitsuntersuchung im Focus. Die aktive Teilnahme an der Gestaltung von gemeinschaftlichen Prozessen ist eine zentrale Voraussetzung für das Erleben von Selbstwirksamkeit als Basiskompetenz für gesundheitsfördernde Lebensgestaltung.

7 Schlussfolgerungen

Definiertes Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Wirksamkeit einer Intervention zur Erhöhung der Inanspruchnahme der Jugendvorsorgeuntersuchung J1 an den weiterführenden Schulen zu messen. Nach Abschluss der Projektlaufzeit von drei Jahren wurde ein Anstieg der Inanspruchnahme von 7,4% gemessen. Nach kritischer Betrachtung des Interventionserfolges auf Basis des Settingansatzes, unter Berücksichtigung der eingesetzten Ressourcen und der guten Kooperation zwischen KJGD und Schulen wird eine Fortsetzung der Zusammenarbeit grundsätzlich im Rahmen weiterer Projektplanung befürwortet. Modifikationen sollen die bisherige Bewerbungsform intensivieren. Dazu ist die Koordination von langfristigen, regelmäßigen und qualitätsgesicherten Maßnahmen durch weitere Kooperationspartner wie Krankenkassen, niedergelassenen Praxen und die Arbeitsgemeinschaft zur Gesundheitsförderung (ÄGGF) durch den KJGD des Gesundheitsamtes vorgesehen. Kontakte zur Planung von Schulveranstaltungen haben zu diesem Zweck bereits stattgefunden. Aus den vorgestellten Studien ergibt sich die Erkenntnis, dass gesetzlich geregelte Einladungsverfahren eine hohe Effizienz zur Erhöhung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen haben, insofern würde schlussfolgernd ein solches Verfahren für NRW zusätzlich zu dem bisher existierenden Meldeverfahren von der Projektgruppe vorgeschlagen. Durch die Integration von Informationen zu den Themen Vor-

sorge, Prävention und Gesundheitsförderung in den Lehrplan der weiterführenden Schulen könnte ein zielgerichteter Beitrag zur Verbesserung des Kenntnisstandes von Jugendlichen erfolgen. Die Begünstigung von höherqualifizierten Schulabschlüssen in den Industrienationen und der spätere Einstieg in das Erwerbsleben in den letzten drei Jahrzehnten weist den Schulen eine wachsende Bedeutung für die Sozialisation von Jugendlichen zu. Das neue Schulrahmengesetz mit dem Schwerpunkt der Inklusion macht Gesundheit zum zentralen Thema. Diese Ansätze werden noch wenig erkennbar systematisch für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung genutzt. Um nachweislichen gesundheitsgefährdenden Entwicklungen im Jugendalter zu begegnen, kann die Bewerbung einer angebotenen Vorsorgeuntersuchung im Setting Schule eine mögliche impulsgebende Maßnahme sein. Wünschenswert wäre eine zentrale Erfassung und Dokumentation der Daten aus der Jugendgesundheitsuntersuchung zur systematischen Auswertung. Das Vorsorgeangebot besteht und sollte genutzt, aber auch dokumentiert und qualitätsgeprüft werden.

„ Letztlich ist das individuelle Handeln entscheidend, wenn wir die Mängel beheben wollen. Andererseits ist die Handlungsfreiheit, die wir als Individuen haben, zwangsläufig bestimmt und beschränkt durch die sozialen, politischen und wirtschaftlichen Möglichkeiten, über die wir verfügen. Individuelles Handeln und soziale Einrichtungen sind zwei Seiten einer Medaille. Es ist sehr wichtig, gleichzeitig die zentrale Bedeutung der individuellen Freiheit und die Macht gesellschaftlicher Einflüsse auf Ausmaß und Reichweite der individuellen Freiheit zu erkennen“. (Sen 2003)

8 Literaturverzeichnis

Ackermann, G., Studer, H. 2006. *Besser mit Methode*. (focus wissen). Bern. URL: www.quint-essenz.ch [Stand 2014-12-15].

ÄGGF. *Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung*. URL: www.aeggf.de/ueberuns/aeggf-vor-ort/.

Antonovsky, Aaron & Franke, Alexa 1997. *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verl. (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 36). Online im Internet: URL: <http://www.worldcat.org/oclc/48732085> [Stand 2014-10-20].

Bowling, Ann & Ebrahim, Shah 2005. *Handbook of health research methods: Investigation, measurement and analysis*. Maidenhead: Open University Press.

Bundesamt für Gesundheit 1997. *Leitfaden für die Planung von Projekt- und Programmevaluation*. Fachbereich Evaluation. Bern.

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 2008. *Richtlinien des Bundesausschuss zur Jugendgesundheitsuntersuchung*. URL: <https://www.gba.de/informationen/richtlinien/14/> [Stand 2015-01-23].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009. *Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland: 13. Kinder- und Jugendbericht. Stellungnahme der Bundesregierung*. (Drucksache 16/12860). Berlin. URL: www.bmfsfj.de [Stand 2014-01-23].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. *Die J1 - Informationen für Ärztinnen und Ärzte zur Jugendgesundheitsuntersuchung*. Köln. URL: www.bzga.de/botmed_11101400.html [Stand 2014-11-14].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2012. *Infos zur Jugendgesundheitsuntersuchung*. Köln. URL: www.bzga.de [Stand 2014-12-10].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2014. *Impfkalender 2014/15: Infografiken*. Köln. URL: www.impfen-info.de/service/infografiken [Stand 2015-01-23].

- Caplan, G. 1964. *Principles of Preventive Psychiatry: Basic Books*. New York.
- Curri C. et al.eds. 2009/2010. *Health Behaviour in School-Aged Children: WHO collaborative Cross-National Survey. Social derminants of health and well-being among young children*. URL: www.hbsc.org/publications/international/.
- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., Todd, J. 2000. *Health and Health Behavior among Young People: Health Behavior in School-aged Children: a WHO Cross-National Studie (HBSC). International Report*. (Series No.1.). Kopenhage.
- Dude A. 2013. *Standards und Qualitätssicherung im Sehscreeing des KJGD*. (Fortbildungsmaterialien der AföG). Düsseldorf.
- Dude A. 2014. *Standards und Qualitätssicherung im Hörscreening des KJGD*. Düsseldorf.
- Erikson, M. & Lindström, B. 2007. *Antonovsky´s sence of coherenz scale and the relation with health: a systematic review*. Vasa.
- Fend, Helmut 1988. *Sozialgeschichte des Aufwachsens: Bedingungen des Aufwachsens und Jugendgestalten im zwanzigsten Jahrhundert*. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp. (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 693). Online im Internet: URL: <http://www.worldcat.org/oclc/19776703>.
- Franke, A. 1993. *Das Modell der Salutogenese*. Tübingen.
- Goldenrin, G. & Rosen, D. 2004. Getting into adolescent heads: An essential update. *Contemporary Pediatrics*(21), 64–90.
- Gordon, R. S. 1983. *An operational classification of desease prevention: Public Health Reports*. (Public Health Reports 98).
- Hackauf, Horst & Winzen, Gerda 1999. *On the state of young people´s health in the European Union*. München. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf [Stand 2015-01-08].

Hackauf, Horst & Winzen, Gerda 2004. *Gesundheit und soziale Lage von jungen Menschen in Europa*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Online im Internet: URL: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2011.0180> [Stand 2015-01-03].

Hagen, Bernd & Strauch, Stefan 2011. The J1 adolescent health check-up: analysis of data from the German KiGGS survey. *Deutsches Ärzteblatt international* 108(11), 180–186 [Stand 2014-11-20].

HBSC Team Deutschland 2011. *Health Behavior in School-aged children: Subjektive Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Faktenblätterübersicht*. Bielefeld. URL: https://www.gbe-bund.de/gbe10/f?f=HBSC_Studie_14467D [Stand 2015-01-20].

Hock, S., Berchner, Y. & Blankenstein, O. e. 2013. Zum aktuellen Stand der Kindervorsorgeprogramme. *Das Gesundheitswesen* 75(3), 143–147.

Hölling, H. & Schlack, R. 2007. Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50(5-6), 794–799.

Homfeldt, Hans G. & Sting, Stephan 2006. *Soziale Arbeit und Gesundheit: Eine Einführung*. München [u.a.]: Reinhardt. Online im Internet: URL: <http://www.worldcat.org/oclc/162384410>.

Hurrelmann, Klaus 1994. *Sozialisation und Gesundheit: Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf*. 3. Aufl. Weinheim, München: Juventa-Verl. (Grundlagentexte Soziologie). Online im Internet: URL: <http://www.worldcat.org/oclc/75523167> [Stand 2014-12-15].

Hurrelmann, Klaus 2012. *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 5., vollst. überarb. Aufl. Weinheim: Beltz. Online im Internet: URL: <http://www.worldcat.org/oclc/774818888> [Stand 2015-01-13].

Initiative zur Förderung der Jugendgesundheit. *J 1 damit du Bescheid weißt*. Frankfurt. URL: Kontakt@Info-j1.com [Stand 2015-01-10].

Kahl, H., Dortschy, R. & Ellsäßer, G. 2007. Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1-17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmassnahmen. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50(5-6), 718–727.

Kamtsiuris, P., u.a. 2007. Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50(5-6), 836–850.

Kurth, B-M & Schaffrath Rosario, A. 2007. Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50(5-6), 736–743.

Lampert, T. & Thamm, M. 2007. Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50(5-6), 600–608.

Landeszentrum Gesundheit NRW 2014. *Gesundheitsberichterstattung*. Bielefeld. URL: <https://www.lzg.nrw.de/> [Stand 2014-12-10].

LZG NRW. *Online-Leitfaden des LZG.NRW: Ergebnisevaluation von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung*. Düsseldorf, Bielefeld. URL: https://www.lzg.nrw.de/_sitetools/suche/index.html?q=selbstevaluation&x=0&y=0 [Stand 2015-01-26].

MacDonald, Theodore H. 1998. *Rethinking health promotion: A global approach*. London, New York: Routledge. Online im Internet: URL: <http://www.worldcat.org/oclc/809536866>.

Mangiapane, S. 2014. Lernen aus regionalen Unterschieden: Die Webplattform <http://www.versorgungsatlas.de>. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 57(2), 215–223 [Stand 2014-09-19].

Meurer, Anja & Siegrist, Johannes 2005. *Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche: Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen*. 1. Aufl. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 25). Online im Internet: URL: <http://www.worldcat.org/oclc/163435288> [Stand 2014-09-20].

Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes NRW 1997. *Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW: ÖGDG NRW*. URL: www.umwelt2013.nrw.de/076 [Stand 2015-01-25].

Nussbaum, M. *Capabilities as fundamental entitlements: Sen and sozial justice*. (Feminist Economics, Bd. 2/3Bd).

Opper, E., u.a. 2007. Motorik-Modul (MoMo) im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Motorische Leistungsfähigkeit und körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50(5-6), 879–888.

Øvretveit, John 2002. *Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen: Einführung in die Bewertung von gesundheitsbezogenen Behandlungen, Dienstleistungen, Richtlinien und organisationsbezogenen Interventionen*. 1. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber. (Verlag Hans Huber, Programmbereich Gesundheit). Online im Internet: URL: <http://www.worldcat.org/oclc/76404096> [Stand 2015-01-23].

Poethko-Müller, C., Kuhnert, R. & Schlaud, M. 2007. Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50(5-6), 851–862.

Ravens-Sieberer, Ulrike 2009. The contribution of HBSC to international child health research - a milestone in child public health. *International Journal of Public Health* 54 Suppl 2, 151–159 [Stand 112.01.2015].

Rhein-Erft-Kreis 2014. *Zahlen-Daten-Fakten: Begegnungen in Zahlen*. Rhein-Erft-Kreis. URL: <https://www.rhein-erft-kreis.de/Internet/Themen/.../zahlen-daten-fakten> [Stand 2014-10-15].

Riens B. & Mangiapane S. 2013. *Teilnahme an der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 - Eine retrospektive Kohortenstudie*. Berlin. URL: www.versorgungsatlas.de/fileadmin/.../J1_Bericht_Final_20130426.pdf [Stand 2014-10-10].

Robert Koch Institut. Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurveys: Gesundheitsforschung/Gesundheitsschutz. Online im Internet: URL: www.Bundesgesundheitsblatt.de.

Robert Koch Institut 2014. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der ersten Folgebefragung (KIGGS Welle 1): Gesundheitsforschung/Gesundheitsschutz. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 57(7). Online im Internet: URL: www.Bundesgesundheitsblatt.de [Stand 02.02.15].

Robert Koch Institut & BZgA (Hg.) 2008. *Erkennen - Bewerten - Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin: Robert-Koch-Inst. URL: <http://www.worldcat.org/oclc/316291807> [Stand 2015-01-03].

Rosenbrock, Rolf & Michel, Claus 2007. *Primäre Prävention: Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung*. Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges. (Berliner Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften).

Ruckstuhl, B., Somaini, B., Twisselmann W. 2008. *Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten: Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument*. Zürich.

Schlack, Hans & Andler, Werner 2000. *Sozialpädiatrie: Gesundheit, Krankheit, Lebenswelten ; 72 Tabellen*. 2. Aufl. München, Jena: Urban und Fischer.

Schmidt, W., Hartmann-Tews, I. 2003. *Erster deutscher Jugendsportbericht*. Schorndorf.

Sen, Amartya K. 2003. *Ökonomie für den Menschen: Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft*. 2. Aufl., ungek. Ausg. München: Deutscher Taschenbuch Verl. (Dtv-Taschenbücher, 36264).

Stier, Bernhard & Weissenrieder, Nikolaus 2006. *Jugendmedizin: Gesundheit und Gesellschaft*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. Online im Internet: URL: <http://www.worldcat.org/oclc/648285481>.

Turra-Ebeling, Norbert & Hill, Heike 2000. *Informations- und Motivationskonzept zu den Früherkennungsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter: Ein Beitrag zur kommunalen Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung in Oberhausen*. 600. Aufl. Oberhausen.

Weber, M. (Hg.) 1972. *Wirtschaft und Gesellschaft: Ethnische Gemeinschaftsbeziehungen*. Tübingen.

Weber, Peter & Jenni, Oskar 2012. Screening in child health: studies of the efficacy and relevance of preventive care practices. *Deutsches Ärzteblatt international* 109(24), 431–435 [Stand 2014-12-13].

Welter-Enderlin, Rosmarie 2006. *Resilienz: Gedeihen trotz widriger Umstände*. 1. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Verl. (Paar- und Familientherapie). Online im Internet: URL: <http://www.worldcat.org/oclc/162226816>.

Wietasch, A. K. 2007. Jugend, Körper und Emotionen: Eine Schnittmenge aus neurobiologischer Sicht. *Budrich Journals*(2). Online im Internet: URL: www.budrich-journals.de/index.php/diskurs/article/view/233 [Stand 2015-01-23].

Wilkinson, R. G. 2001. *Kranke Gesellschaften: Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Wien/New York.

9 Anhang

Anhang 1: Fragebogen

Fragebogen

Rhein-Erft-Kreis, Gesundheitsamt
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

HS RS Gym Gesamt
Name d. Schule

Schülerinnen und Schüler der 9. Klassen

Liebe Schülerin, lieber Schüler,

das Gesundheitsamt im Rhein-Erft-Kreis möchte die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen verbessern. Dazu haben wir einige Fragen und bitten Dich um deren Beantwortung.

1. Du bist...?

weiblich männlich

2 In welchem Land wurde Deine Mutter geboren?

Deutschland oder _____

3. In welchem Land wurde Dein Vater geboren?

Deutschland oder _____

4 .Sprecht Ihr zu Hause eine andere Sprache außer Deutsch?

Ja , welche _____

Nein

5. Weißt Du was die J1-Untersuchung ist?

Ja Nein

6. Wie hast Du von der J1-Untersuchung erfahren?

Ärzte Freunde und Bekannte Eltern Schule Geschwister Anschreiben
Krankenkasse
Gesundheitsamt gar nicht

7. Hast Du an der J1-Untersuchung teilgenommen?

Ja Nein

8. Wenn ja, bei welchem Arzt hast Du Dich untersuchen lassen?

Kinder- und Jugendarzt Hausarzt Anderer Arzt, welcher

9. Hat Dir die Untersuchung etwas gebracht?

Ja Nein

10. Wurdest Du aufgrund der Untersuchung ärztlich behandelt?

Ja Nein

11. Hast Du gesundheitliche Probleme?

Ja Nein

12. Würdest Du die J1-Untersuchung an jüngere Schüler weiterempfehlen?

Ja Nein

Danke für Deine Mitarbeit

Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Rhein-Erft-Kreises

Anhang 2: Projektantrag

Titel des Projektes: J1 JA _ KLAR !?		Nr.: 11	
Projektbeginn: Oktober 2009		Projektende: 31. August 2013	
Problembeschreibung: <ul style="list-style-type: none"> Geringe Inanspruchnahme der Jugendvorsorgeuntersuchung J1 für 12-15 Jährige Schüler als Angebotsuntersuchung der GKV im Rhein-Erft-Kreis. 			
Zielsetzungen: <ul style="list-style-type: none"> Ist-Standerhebung der Inanspruchnahme im Rhein-Erft-Kreis Erarbeitung einer Intervention zur Anhebung der Inanspruchnahme Kooperation mit den Schulen Evaluation der Ergebnisse nach Abschluss der Intervention 			
Zu erarbeitende Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> (welche Ergebnisse werden erwartet? Welche Daten sind an welchen Messpunkten mit welchen Messverfahren zu ermitteln?) Meilensteinplanung muss bis Oktober 2009 der Amtsleitung vorgelegt werden Erstellung eines Fragebogens und Erarbeitung einer Intervention bis Oktober 2009 Pilotphase im Oktober 2009 Basiserhebung der Inanspruchnahme durch Fragebogen April 2010 Durchführung der Intervention in den Schulen einmal jährlich ab April 2011 bis April 2013 Follow up Erhebung der Inanspruchnahme nach Intervention im August 2013 Ergebnisevaluation bis Oktober 2013 			
Projektleitung: Dr. Karin Moos Abteilungsleitung KJGD Gesundheitsamt im Rhein-Erft-Kreis			
Projektbeteiligte:			
Name:	Funktion:	Abteilung/Bereich:	
Ulrike Rumbler-Mohr	Krankenschwester, Kauffrau im Gesundheitswesen	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes im Rhein-Erft-Kreis Projektgruppenmitglieder	
Manuela Hecker	Arzthelferin		
Bettina Consten	Arzthelferin		
Gerlinde Roos	Arzthelferin		
Nadine Kautz	Arzthelferin		
Heike Thoiss	Ärztin		
Ressourcen: <ul style="list-style-type: none"> Freistellung der o.g. sieben Mitarbeiterinnen der Projektplanungsgruppe für die Projektgruppensitzungen (ca. 5 mal im Jahr für 2 Stunden) Überstundenregelung für zwei Mitarbeiterinnen für die Projekt- und Ergebnisevaluation Verlegung von Personalkapazitäten aus der Kindergartenreihenuntersuchung in die Intervention an den weiterführenden Schulen an acht Arbeitstagen für 16 Arzthelferinnen des KJGD. Bereitstellung der notwendigen Materialien für die Intervention und die Befragung Herstellungskosten für die Ergebnisdarstellungen (Flyer 2010 und 2013) Versandkosten für Weiterleitung der Ergebnisse an die beteiligten Schulen und für die Öffentlichkeitsarbeit 			
Ergänzende Informationen/ Anmerkungen: (z.B.: mögliche Probleme/Risiken/Abhängigkeiten/verbindliche Termine) <ul style="list-style-type: none"> Die Zeiten der Interventionen an den weiterführenden Schulen werden aus organisatorischen Gründen wie folgt eingeteilt: Eine Woche nach den Osterferien werden die Haupt- und Förderschulen besucht Eine Woche vor den Herbstferien die Real- und Gesamtschulen 			
September 2009	Dr. Schuba Amtsleitung 53	August 2009	Dr. Karin Moos 53.2
Datum	Auftraggeber	Datum	Projektleitung

Lebenslauf

Dr. Karin Moos

geboren am 21.06.1953 in Duisburg

wohnhaft Morbacherstraße 27, 50935 Köln

verheiratet, drei Kinder (1984*1988*1989)

Schulische Bildung 1960 - 1971 bis zur Fachhochschulreife Duisburg

Studium der Sozialarbeit 1971 – 1974 Fachhochschule Düsseldorf

1974 – 1975 Berufspraktisches Jahr Essen

Oktober 1975 Graduierung Düsseldorf

Studium der Humanmedizin 1977 – 1983 Universität Düsseldorf

Dezember 1983 Approbation

Dezember 1984 Promotion „Sehr gut“

Wissenschaftliche Tätigkeit Promotion

Toxikologisches Institut der Universität Düsseldorf, Professor Dr. Ohnesorge.

Veröffentlichung 1984: „International Journal of Clinical Pharmacology Therapie and Toxicology“

Zusatzbezeichnungen: Sportmedizin (1988); Naturheilverfahren (1989);
Psychosomatische Grundversorgung (1995)

Berufstätigkeit

1976 – 1978 Sozialarbeiterin in einer Einrichtung der Stadt Neuss

1984 – 1987 Assistenzärztin in einer pädiatrischen Praxis in Köln

1987 – 1988 Assistenzärztin in einer allgemeinmedizinischen Praxis in Köln

1989 - 1990 Assistenzärztin im Josefs Hospital Troisdorf, Abteilung für
Gynäkologie und Geburtshilfe

1990 – 1994 Dozententätigkeit in der DAA/Bonn, Abteilung für Physiotherapie

1993 – 2005 Kassenärztliche Tätigkeit in eigener Hausarztpraxis in Köln

1991 - 2007 angestellte Ärztin im Gesundheitsamt des Rhein-Erft-Kreises

seit 2007 Abteilungsleitung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes ebd.

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die der medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf zur Masterprüfung eingereichte Arbeit mit dem Titel: " J1 JA – KLAR?!" Ergebnisevaluation einer Maßnahme des ÖGD zur Anhebung der Inanspruchnahme der Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) im Rhein-Erft-Kreis (NRW) im Zeitraum von 2010-2013 unter Beratung von Frau Dr. phil. S. Weyers, Inst. Medz. Soziologie der Universität Düsseldorf, ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt habe. Ich habe an keiner anderen in – oder ausländischen Universität ein Gesuch um Zulassung zur Masterprüfung im Bereich Public Health eingereicht, noch die vorliegende Arbeit als Masterarbeit vorgelegt.

Köln den,