



Die Kindervertreter

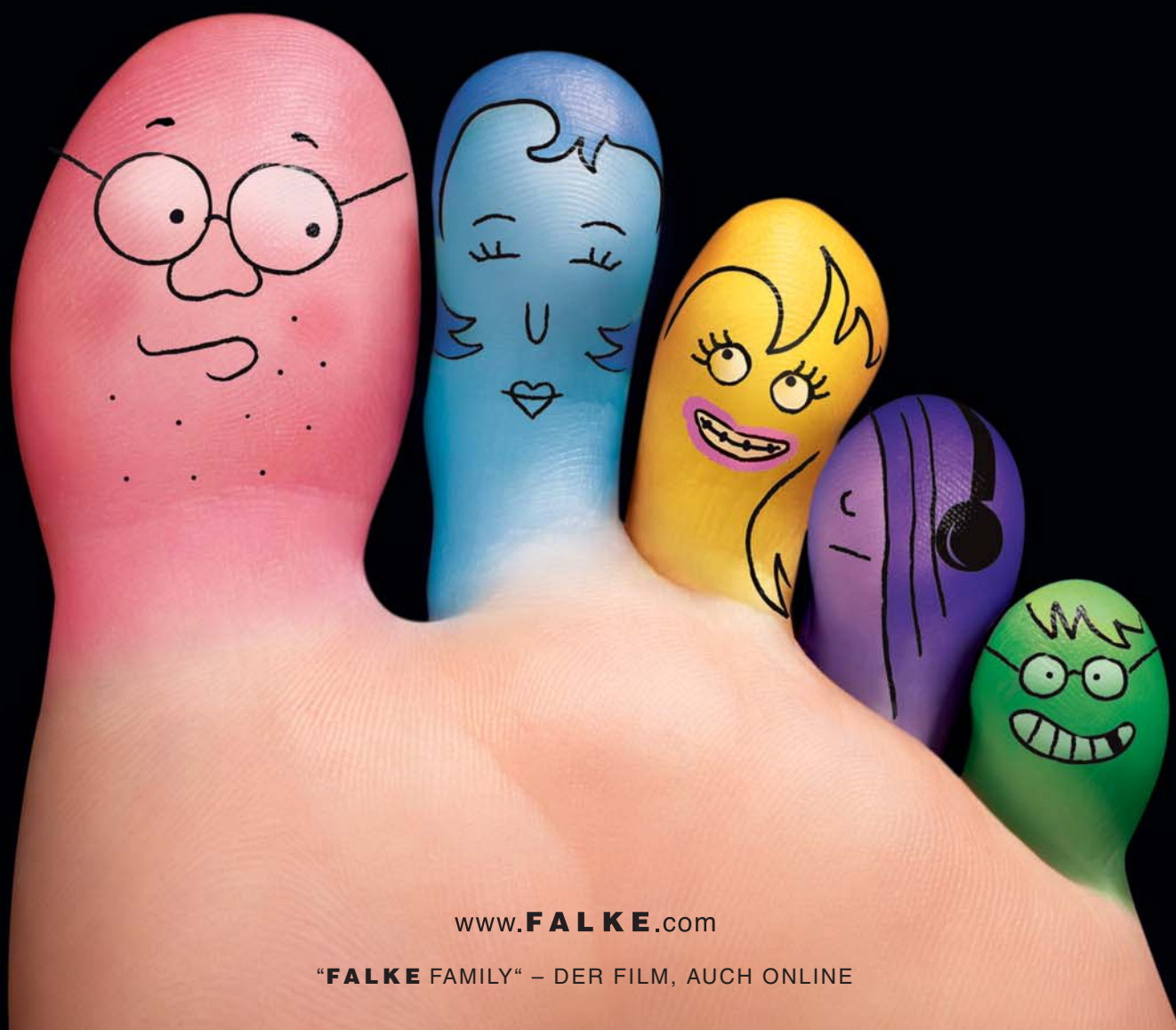
Gesundheitliche Prävention

10 Jahre Deutsche Kinderhilfe



FALKE

FAMILY



EDITORIAL

GEORG EH RMANN, ANDREAS STUTE, ARIANE FRIEDRICH,
HEINRICH HÖLZL UND RAINER BECKER

Liebe Leserinnen und Leser,

die Deutsche Kinderhilfe präsentiert sich nach zehn Jahren erfolgreicher Arbeit für Kinder mit einem neuen Logo. Dieses verdeutlicht den Anspruch, als einzige staatlich unabhängige Kindervertretung in Deutschland wahrgenommen zu werden. Der bewusste Verzicht auf staatliche Zuschüsse oder Politiker in den Entscheidungsgremien gibt der Deutschen Kinderhilfe die Freiheit Kinderinteressen aktiv, unabhängig, überparteilich und wenn nötig laut und unbequem zu vertreten. Dabei ist ihr wichtigstes Anliegen, Kindern Gehör zu verschaffen – für ein kinderfreundlicheres, gerechteres und sozialeres Deutschland und für eine bessere Zukunft für alle Kinder. Die Deutsche Kinderhilfe setzt sich dafür ein, dass Kinder den Stellenwert in der Gesellschaft erhalten, der ihnen laut Verfassung zusteht.

Verschaffen Sie sich in diesem Heft einen Eindruck von der Arbeit der Deutschen Kinderhilfe im Bereich der gesundheitlichen Prävention für Kinder und Jugendliche. Die Themen dieses Heftes, etwa Adipositas, Alkoholkonsum und die Frühförderung von Kindern verdeutlichen, wie groß der politische und gesellschaftliche Handlungsbedarf in Deutschland ist. Veränderungen zugunsten von Kindern sind nur möglich, wenn eine große gesellschaftliche Bewegung dies fordert. Informieren Sie sich zudem über das 10-jährige Jubiläum der Deutschen Kinderhilfe und die in der Mitgliederversammlung jüngst beschlossenen Reformen des Vereins.

Die Deutsche Kinderhilfe kämpft für einen Mentalitätswandel und gesellschaftspolitische Veränderungen für ein kinderfreundlicheres Deutschland. Im Umweltschutz haben die großen Umweltverbände vorgemacht, dass gesellschaftliche Veränderung durch viele möglich ist. Die Deutsche Kinderhilfe setzt daher auf aktive Mitglieder statt auf passive Spender – auf Kindervertreter – und setzt sich mit diesen für eine nachhaltige Verstärkung der Kinderrechte und des Kinderschutzes in Deutschland ein. Jeder, der sich mit diesem Anliegen identifizieren kann, ist herzlich eingeladen, sich zu engagieren und die Deutsche Kinderhilfe zu unterstützen. Partnerschaftlich, leistungsstark, zuverlässig und initiativ schreiben die Kindervertreter gemeinsam die Erfolgsgeschichte der Deutschen Kinderhilfe fort. Als die unabhängigen Kindervertreter in Deutschland.

Als gemeinnütziger Verein ist sich die Deutsche Kinderhilfe ihrer besonderen Verantwortung bewusst und beteiligt ihre Mitglieder als Kindervertreter direkt an Entscheidungsprozessen. Kindervertreter und Juniorkindervertreter (ab dem 14. Lebensjahr) gestalten die Angebote, Themen und Kampagnen über Online-Partizipationsformen transparent und verständlich mit. In Online-Mitgliederversammlungen üben die Mitglieder ihre Rechte unmittelbar und demokratisch aus, von der Vorstandswahl bis zur Satzungsänderung. Die Deutsche Kinderhilfe setzt auf aktive Mitarbeit und Gestaltung für Kinder in Deutschland. Werden auch Sie Kindervertreter.

Ihr Vorstand der Deutschen Kinderhilfe



Georg Ehrmann



Andreas Stute



Ariane Friedrich



Heinrich Hölzl



Rainer Becker

INHALT

DEUTSCHE KINDERHILFE

Seite 3 Editorial

Seite 4 Inhalt

Seite 5 Gesundheitliche Prävention

Seite 5 Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

STELLUNGNAHME DER DEUTSCHEN KINDERHILFE

Seite 10 Übergewicht – Laune der Natur oder Gefahr für die Gesundheit?

GEORG EHRMANN, SUSANNE FINSTERER, EDMUND FRÖHLICH

Seite 12 *TigerKids* bewegt Kinder – Erfolgreiche Adipositasprävention
in ~ 4.000 Kindergärten Deutschlands

ANGELIKA STRAUSS, BIRGIT HERBERT, KRISTIN DUVINAGE,
CHRISTINE MITSCHKE, BERTHOLD KOLETZKO

Seite 18 Gesundheitsförderung, Ernährung und Bewegung –
Angebote der TK für eine gesunde Entwicklung von Kindern

TECHNIKER KRANKENKASSE

Seite 20 Frühförderprogramm der Deutschen Kinderhilfe

Seite 22 Projekt BabyHörtest der Deutschen Kinderhilfe

Seite 24 Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen

Seite 25 Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

Seite 28 10 Jahre Deutsche Kinderhilfe

Seite 28 Jubiläumsfeier

Seite 30 Quo Vadis Deutsche Kinderhilfe?

EIN GESPRÄCH ZUM ZEHNJÄHRIGEN BESTEHEN DES VEREINS
MIT DEM VORSITZENDEN GEORG EHRMANN

Seite 32 Der neue Vorstand der Deutschen Kinderhilfe

Seite 34 Sachverständigenrat der Deutschen Kinderhilfe

Seite 38 Impressum / Bildnachweis



GESUNDHEITLICHE PRÄVENTION

STELLUNGNAHME DER DEUTSCHEN KINDERHILFE ADIPOSITAS BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Hintergrund

Adipositas ist definiert als eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts. Berechnungsgrundlage für die Gewichtsklassifikation ist der Körpermassenindex (Body Mass Index = BMI). Dieser ist der Quotient aus Gewicht und Körpergröße zum Quadrat (kg/m^2). Übergewicht ist definiert als $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$; Adipositas liegt vor, wenn der $\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ist. Adipositas ist eine chronische Krankheit mit eingeschränkter Lebensqualität und hohem Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko, die eine langfristige Betreuung erfordert (Quelle: WHO, 2000 EK IV).

Die Fettleibigkeit nimmt in Deutschland seit vielen Jahren kontinuierlich zu. Dem Statistischen Bundesamt zufolge waren im Jahr 2009 insgesamt 51 Prozent der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland übergewichtig. Von den erwachsenen Männern waren 60 Prozent übergewichtig und 15,7 Prozent adipös. Bei den erwachsenen Frauen waren 43 Prozent übergewichtig und 13,8 Prozent adipös. Im Vergleich zu 1999 ist der Anteil Übergewichtiger bei den Männern um 56 Prozent und bei den Frauen um 40 Prozent gestiegen. Damit sind die Deutschen gleich hinter den Briten die dicksten Europäer.

Auch bei Kindern und Jugendlichen wurde in den letzten Jahren ein kontinuierlicher Anstieg der Adipositas beobachtet. Laut einer Studie des Robert-Koch-Instituts („KIGGS – Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“) sind 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zu dick oder bereits fettleibig. Bei sieben- bis zehnjährigen Kindern ist der Studie zufolge jedes sechste Kind zu dick, bei den 11- bis 13-Jährigen schon jedes fünfte. Bei den älteren Jugendlichen ist es ähnlich wie bei den Erwachsenen.

Ursachen

Die Ernährungsgewohnheiten bei Kindern unterliegen rasanten Veränderungen. Gemeinsame Mahlzeiten

am Familientisch werden insbesondere in Städten seltener. Der Gelegenheitskonsum und der Verzehr von Fertigprodukten „nebenbei“ steigen. In den USA hat sich in nur einem Jahrzehnt der Anteil der Haushaltsausgaben für fertige Produkte verdoppelt, bei uns zeichnen sich ähnliche Entwicklungen ab. Nicht nur die regelmäßigen zeitlichen Intervalle des Essens und der soziale Kontext, also die Verknüpfung der Mahlzeit mit gemeinsamem Erleben und Gespräch, geraten in den Hintergrund. Auch die Kenntnisse der Kinder zur Vielfalt der Speisen sowie regionalen und saisonalen Besonderheiten gehen zurück. Daneben begünstigt der zunehmende Mangel an Bewegung und sportlicher Aktivität die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas.

Die folgenden Faktoren gelten als Hauptursache für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas:

- falsche Ernährung (häufiges Snacking, hoher Konsum energiereicher Lebensmittel, Fast Food, zuckerhaltige Softdrinks, alkoholische Getränke etc.)
- Bewegungsmangel (häufig verursacht durch hohen Medienkonsum)
- seelische Faktoren (Stress, Einsamkeit, Frustration)

Auch einige Krankheiten wie etwa Schilddrüsenunterfunktion, eine Störung des Kortisonhaushaltes (Cushing-Syndrom) sowie Medikamente (manche Antidepressiva oder Antidiabetika) und erbliche Faktoren (genetische Disposition) führen zu Fettleibigkeit.

Adipositas und die durch sie bedingten Krankheiten haben in Gruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status eine höhere Prävalenz. Einkommensschwächere Schichten konsumieren in der Regel mehr Fleisch, Fett und Zucker, einkommensstärkere dagegen mehr Obst und Gemüse. Auch haben Menschen mit niedrigem Einkommen meist weniger Zugang zu Sport-



und Fitnesseinrichtungen, so dass sie sich nur bedingt sportlich betätigen können. Häufig besteht ein Zusammenhang zwischen der Fettleibigkeit der Eltern und derjenigen der Kinder.

Gesundheitliche Folgen

Die negativen gesundheitlichen Folgen des Übergewichts sind vielfältig. Als häufigste Komplikationen treten auf: insulinunabhängige Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Störungen des Fettstoffwechsels, Gallenblasenerkrankungen, bestimmte Krebsarten (Endometrial-, Eierstock-, Brust-, Cervix-, Prostata-, Kolorektal-, Gallenblasen-, Bauchspeicheldrüsen-, Leber- und Nierenkrebs) sowie psychosoziale Probleme.

Darüber hinaus ist Adipositas im Kindesalter ein erheblicher Risikofaktor für Adipositas im Erwachsenenalter, d.h. adipöse Kinder tragen ein erhöhtes Risiko, im frühen Erwachsenenalter oder schon davor eine der genannten Erkrankungen zu entwickeln.

Aussicht

Mit zunehmender Dauer und Ausprägung der Adipositas wird die Behandlung schwieriger, komplexer und teurer. Dabei sind die gesundheitlichen Folgeerscheinungen nach Gewichtsverlust nicht immer reversibel. Übergewicht und Fettleibigkeit sind mit einer enormen Belastung durch Behinderungen und Mortalität verbunden und stellen auch ein wachsendes ökonomisches Problem dar.

Die AOK-Familienstudie 2010 führt aktuell aus, dass durch falsche Ernährung und Bewegungsmangel bedingte Erkrankungen mittlerweile rund 70 Milliarden Euro Kosten pro Jahr verursachen (Quelle: AOK Medienservice 7/2010).

Steigt damit die Prävalenz adipöser Menschen – wie die derzeitige Tendenz erkennen lässt – immer weiter an, werden die verfügbaren Ressourcen nicht mehr ausreichen, um allen Betroffenen eine adäquate Behandlung anbieten zu können. Die WHO spricht von einer „... der größten Herausforderungen für die Gesundheitspolitik im 21. Jahrhundert“ mit unberechenbarem Ausmaß (vgl. Entschließung des Europäischen Parlaments zu „Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung“, 2006/2231 (INI)).

Maßnahmen

Damit das Problem Adipositas langfristig gelöst wird, müssen Maßnahmen ergriffen werden, die in unterschiedliche Kompetenzbereiche fallen.

a) Therapie

Nach derzeitigem Wissensstand basiert eine wirksame Therapie der Fettleibigkeit auf drei Grundprinzipien:

- Diät / Reduktion der Kalorienzufuhr und langfristige Ernährungsumstellung
- Verhaltenstherapie
- regelmäßiges körperliches Training

Voraussetzung für jede Art der Therapie ist die Bereitschaft und Motivation der Teilnehmer, an den Maßnahmen kontinuierlich mitzuarbeiten. Bei Kindern setzt man zudem voraus, dass ein effektives Betreuungsprogramm zu einer langfristigen Gewichtsreduktion besonders dann erzielt wird, wenn die Eltern als Zielgruppe für Verhaltensänderungen einbezogen sind.

Genau hier liegt jedoch ein zentrales Problem: Nach Ansicht von Experten werden die Angebote gerade von denjenigen nicht in Anspruch genommen, die diese am dringendsten nötig hätten – sozial schwache Eltern von solchen Kindern, die schon im Alter zwischen drei und sechs Jahren ein Übergewichtsrisiko erkennen lassen. Das Projekt des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) „Prävention kindlicher Adipositas: Was hindert und erleichtert Eltern den Zugang zu Präventionsangeboten?“ ergab, dass viele Mütter das vorhandene Risiko nicht wahrnehmen. Sie erkannten zwar den Extrembereich Adipositas, aber die Stufe davor, das Übergewicht, wurde nicht als Problem eingeschätzt. Da der größere Teil der Präventionsprogramme jedoch bereits an diesem Punkt ansetzt, ist die Umsetzung in der Zielgruppe schwer zu realisieren.

Die Untersuchung des BMBF belegt dies: Rund 85 Prozent der befragten Mütter waren nicht bereit, inner-

halb der folgenden sechs Monate an einem solchen Programm teilzunehmen. Das Verhältnis kehrte sich allerdings vollständig um unter der Voraussetzung, dass eine Empfehlung über einen Arzt erfolgt. In diesem Fall lehnten nur noch knapp über zehn Prozent der Probanden eine Maßnahme ab. Dies bedeutet, dass medizinisches Fachpersonal in die Betreuung der Familien einbezogen werden sollte.

Darüber hinaus muss eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden, mit deren Hilfe die Ablehnung von Maßnahmen nach eindeutiger Diagnose mit Auflagen und Sanktionen belegt werden kann.

b) Prävention

Die Gesundheitssysteme konzentrieren sich bislang vor allem auf die Behandlung der Folgen des Übergewichts. Damit wird es aber erst zum medizinischen Problem. Adipositas ist eine Krankheit, deren Prävention weniger Kosten verursacht als die Behandlung aller Folgekrankheiten, die durch sie begünstigt werden. Effektive Maßnahmen sollten also insbesondere im vorbeugenden Bereich liegen.

Zahlreiche Präventionsprogramme sind in der Vergangenheit initiiert worden. Nach evidenzbasierten Kriterien ist jedoch die langfristige und nachhaltige Wirksam-

keit dieser Maßnahmen bislang nicht nachgewiesen. Die Effektivität vieler Angebote muss auch deshalb kritisch hinterfragt werden, da die Zahl übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher auch in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen ist. Diese Situation erschwert letztlich eine entsprechende Regelung durch die Kostenträger. In einer 2005 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiierten Versorgungsstudie zu den Maßnahmen zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen wurden knapp 500 Angebote für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas erfasst und analysiert, um verlässliche Aussagen über die Qualität und Quantität von Programmen zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas zu ermöglichen.

Die Ergebnisse der Studie, die in der Reihe „Gesundheitsförderung konkret“ herausgegeben wurden (<http://www.bzga-kinderuebergewicht.de>), zeigen, dass ein breites und heterogenes Angebot an präventiven und therapeutischen Interventionen für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht oder Adipositas existiert. Die Kenntnisse über Qualität und Wirksamkeit der Maßnahmen waren zunächst unzureichend. Evidenzbasierte Empfehlungen für die Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas fehlten. Um

Anzeige

Spielbögen 103 255

Seit 1925 produziert und handelt die Dusyma Kindergartenbedarf GmbH mit Spielwaren und Möbeln von überzeugender Qualität, Wirksamkeit und Nachhaltigkeit. Das bedeutet für uns: robuste Beschaffenheit, exakte Verarbeitung, ansprechende und anregende Form mit dem größtmöglichen Lerneffekt.

Unsere Spielwaren und Möbel sind für Generationen von Kindergruppen gemacht. Wir legen hohen Wert auf Langlebigkeit und vielseitige Einsatzmöglichkeiten. Unsere Produkte wachsen mit und passen sich flexibel an neue Entwicklungen an. Die vielseitigen Anwendungsmöglichkeiten erhöhen den Spielwert und steigern die Phantasie.

Bestellen Sie unsere Kataloge unter www.dusyma.de

MITMACHEN und GEWINNEN

bei unserem großen

Spiele-Erfinder-Wettbewerb

Für glückliche, strahlende Kinderaugen
Dusyma unterstützt die Deutsche Kinderhilfe

Dusyma HH

Unseren Kindern zuliebe

www.dusyma.de





die Angebote zu bewerten, wurden Qualitätskriterien für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Maßnahmen entwickelt. Qualitätskriterien für Sekundärprävention (Kostenträger) und Tertiärprävention (Patientenschulungsprogramme) wurden in einem Qualitätsraster und Konsensuspapier von Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Institutionen, u.a. dem BMG, dem Robert Koch-Institut und Spitzenverbänden der Krankenkassen zusammengetragen. Die entsprechende Publikation wurde bereits vom BZgA herausgegeben (<http://www.bzga-kinderuebergewicht.de>). Qualitätskriterien für die Primärprävention von Adipositas sind in Arbeit und sollen 2010 veröffentlicht werden.

Ergebnisse einer Beobachtungsstudie, die ebenfalls Teil des Projektes der BZgA ist, zur Effektivität der Adipositas-therapie bei Kindern und Jugendlichen, belegen, dass eine ambulante Adipositas-schulung bzw. -behandlung mindestens neun Monate betragen sollte und sowohl den Bereich Psychosoziales als auch den Bereich der körperlichen Aktivitäten umfassen sollte. Bedeutende Voraussetzungen für eine erfolgreiche Verhaltensänderung sind Aufmerksamkeit, Impulskontrolle und Selbstregulation, die im Rahmen des Adipositustrainings intensiviert werden sollten. Ferner spielt die Verminderung von Stimuli wie Fernsehwerbung und Warenexposition in den Kaufhäusern eine wichtige Rolle. Auch die Schulung der Eltern, vor allem zum Thema Ernährung, ist für einen Therapieerfolg von wesentlicher Bedeutung.

Ein allgemeiner Konsens besteht in Bezug auf die Tatsache, dass die Prävention von Übergewicht und Adipositas so früh wie möglich beginnen sollte: Dabei spielt nicht nur die frühkindliche Bildung – und damit vor allem der Bereich der Kindertagesstätten und

Schulen – eine Schlüsselfunktion; bereits Geburtsmediziner und Hebammen müssen entsprechende Weiterbildungen erhalten, um gefährdete Mütter rechtzeitig aufzuklären.

(Heraus-)Forderungen für die Zukunft

Die Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas erfordert Maßnahmen, die über eine bloße gesundheitsförderliche Ernährung hinausgehen. Sie stellt eine Verzahnung komplementärer Handlungsfelder und eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die auf die Änderung adipogener Lebensbedingungen zielen muss.

DIE FOLGENDEN PUNKTE SIND ZU BERÜCKSICHTIGEN:

Gesellschaftspolitische und rechtliche Rahmenbedingungen

Allgemein

- Anerkennung von Adipositas als chronische Krankheit mit hohem (volkswirtschaftlichen) Schadenspotential
- bei nicht medizinischer Ursache Einstufung als eine besondere Form von Kindeswohlgefährdung
- Aufklärungskampagnen mit Orientierung an der Hauptproblemgruppe (Haushalte mit niedrigem Einkommen bzw. Kinder und Jugendliche)
- Kampagnen zur Förderung des Verzehrs gesunder Lebensmittel sowie sportlicher Aktivität
- stärkere (öffentliche) Einbindung der beteiligten Gruppen (Sportvereine, Angehörige von Gesundheitsberufen etc.)

Familie

- verpflichtende Ernährungskurse für Eltern mit entsprechender Belohnung bzw. Sanktionsmöglichkeiten

Jugendhilfesystem / kommunales Umfeld

- Erweiterung des Zuständigkeitsbereichs des Jugendhilfesystems: Adipositas als Kindeswohlgefährdung
- Einführung eines kommunalen Gutscheinsystems für Sport- und Freizeitangebote; Streichung der Baralimentation

Bildungspolitische Rahmenbedingungen

- frühkindliche Gesundheitserziehung
- Einführung verbindlicher Standards für Bewegungsförderung und Sport in Kindertagesstätten
- verbindliche Änderung der Lehrpläne mit Festlegung von Mindestsportangeboten; Schaffung einer ausreichenden Anzahl an Sportlehrerstellen
- Ernährung und Gesundheit als Schulpflichtfach; darin: einführende Kochkurse und Lebensmittelkunde
- Beschränkung bzw. Verbote von Getränke- und Snackautomaten in Schulen mit stark zucker- und/oder fetthaltigen Lebensmitteln

- Gesunde und frisch zubereitete Ernährung in Kindertagesstätten und Schulkantinen

Wirtschaftliche Rahmenbedingungen

Allgemein

- Selbstverpflichtungserklärung der Industrie (Ernährung, Computerspiele etc.)

Kennzeichnung

- verpflichtende Angaben von nährwertbezogenen Informationen auf Lebensmittelverpackungen in leicht verständlicher Form

Angebot

- Aufbau gesunder Produktreihen
- Verringerung des Softdrink- und Snackangebots für Kinder unter zwölf Jahren
- Neuformulierung von Lebensmitteln, um den Zucker-, Salz- und Fettgehalt zu reduzieren

Werbung

- Einschränkung der Verkaufs- und Werbepraktiken für Kinder und Jugendliche, ggf. auf juristischer Grundlage

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

- verpflichtende schulärztliche Untersuchung im Zwei-Jahres-Rhythmus
- Gutscheinsystem der Krankenkassen bei erfolgreicher Vorsorgeuntersuchung beim Kinderarzt und Feststellung des Normalgewichts
- Qualifizierung von Pädiatern und Mitarbeitern der

Jugendhilfe für kompetente Betreuung

- qualifizierte Beratung von Schwangeren und jungen Müttern durch Geburtsmediziner, Hebammen und Sozialpädagogen
- wissenschaftliche Erfassung und zügige Auswertung von Präventionsmaßnahmen
- auf dieser Grundlage: Erstellung übergeordneter und verpflichtender Konzepte sowie flächendeckende Bereitstellung entsprechender Angebote
- enge Vernetzung der beteiligten Fachgruppen: praktischer Arzt, Kinderarzt, Gesundheitsdienst, Schule, Kindergarten etc.

Medien

- Erläuterung bei den für Kinder bestimmten Produktionen (TV, Kino, Internet, Videospiele) zu gesunder Lebensweise und Freizeitgestaltung, ggf. auf juristischer Grundlage

All diese Maßnahmen müssen einer kontinuierlichen Evaluation unterliegen, um ihre Effektivität messen zu können.

Fazit

Auch bei der Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas gilt das Prinzip „Fordern und Fördern“. Dabei ist der Schlüsselfaktor in der frühkindlichen Bildung und Erziehung zu sehen. Die Deutsche Kinderhilfe fordert hier gesamtgesellschaftliche Anstrengungen, um das Problem als solches zu erkennen und schnelle, effektive und nachhaltige Maßnahmen zur Bekämpfung zu ergreifen. ■

Anzeige



Gesundheit in besten Händen

AOK
Die Gesundheitskasse.

**DEUTSCHLANDS
FAMILIEN IN BESTEN HÄNDEN**

Die AOK macht sich stark für die Gesundheit Ihrer Familie – mit umfassenden Leistungen und attraktiven Programmen für Sie und Ihre Lieben. Mehr Familienvorteile auf www.aok.de

ÜBERGEWICHT – LAUNE DER NATUR ODER GEFAHR FÜR DIE GESUNDHEIT?

Dicke Eltern haben dicke Kinder. Ausnahmen bestätigen die tragische Regel. Die Dramatik liegt tatsächlich auch in dieser Gegebenheit, da eine Gesundung und Gewichtsreduzierung der Kinder gerade in solch einer Konstellation eine zu große Herausforderung zu sein scheint. Wie soll ein Krisenmanagement für andere erfolgen, wenn es doch schon an der eigenen Person nicht gelingt? Die Verantwortlichkeit und Kompetenz von Kinderärzten, Erziehern oder Lehrern muss deswegen bei der Bekämpfung der Fettsucht-Epidemie eine Rolle spielen

Übergewicht und Fettsucht sind zu einem geringen Anteil tatsächlich auch eine Laune der Natur. Zur Veranlagung kommt nämlich die Kombination aus ungesundem reichhaltigen Essen und zu wenig körperlicher Bewegung. Fast Food plus Computerspiele und TV lassen unsere Gesellschaft nachhaltig erkranken, denn die Folgen von starkem Übergewicht und Fettsucht sind: Bluthochdruck, Herz-Kreislauferkrankungen, Störungen des Fettstoffwechsels, Zuckerkrankheit (Diabetes II) und Gelenkerkrankungen. Deshalb bezeichnen wir dieses strukturelle Phänomen auch als „Generation Chips“.

Es gibt immer mehr übergewichtige Kinder

Laut Angabe des Statistischen Bundesamtes ist jeder zweite Deutsche über 18 Jahren bereits übergewichtig. Bei den Kindern ist jedes fünfte und bei den Jugendlichen jeder dritte betroffen. Die Volkskrankheit geht einher mit einer Stigmatisierung des äußeren Erscheinungsbildes und Chancenlosigkeit im Berufsleben.

Die Krankenkassen werden vom Übergewicht regelrecht erdrückt. Allein in Deutschland geben sie jährlich zweistellige Milliardenbeträge zur Bekämpfung der mit der Krankheit korrelierenden gesundheitlichen Schäden aus. Unser Gesundheitssystem befindet sich auf dem besten Wege zum hausgemachten Ruin.

Wie aber kann dieser Zug noch gestoppt werden, wie verhindert werden, dass dies so weiter geht, wer findet wo Hilfe?

Viele Kinder erleben einen Verlust traditioneller Ernährungsgewohnheiten. Morgens gehen sie ohne Frühstück zur Kita oder Schule und die Gestaltung des Abends wird vom Fernsehprogramm determiniert. Diese Kinder entwickeln ungesunde Essgewohnheiten, die auch im Erwachsenenalter das Nahrungsverhalten prägen. So werden aus dicken Schulkindern oft dicke Erwachsene. Das ist dann schon die dritte Generation der Dicken – die Großeltern durchlebten noch die spartanischen und körperlich anstrengenden Kriegs- und Nachkriegszeiten, die auch bei entsprechender Veranlagung keine Fettpolster wachsen ließen.

Diäten sind nur bei einem übersichtlichen Übergewicht hilfreich. Wer 20, 30 oder gar 40 Kilo zuviel auf den Rippen hat, dem hilft in der Regel die beste Reduktionskur nicht mehr. Derart betroffene Patienten benötigen eine gründliche Therapie, die nicht nur hilft,



abzuspecken, sondern auch zeigt, mit welchen Mitteln solche Fehlentwicklungen in Zukunft vermieden werden. In Deutschland haben sich Spezialkliniken mit entsprechenden Expertenteams aus Ärzten, Psychologen, Ernährungsberatern und Sporttherapeuten entwickelt. Wochenlange stationäre Maßnahmen in solchen Einrichtungen kosten Geld; bei schweren Begleiterkrankungen bezahlt die gesetzliche Kasse oder die Rentenversicherung. Insgesamt aber sind die Ausgaben immer noch geringer als bei einer teuren Behandlung der Folgekrankheiten.

Das „metabolische Syndrom“ als Ursache für Fettleibigkeit

Wer auch immer sich an der Lösung des gesellschaftlichen Problems beteiligen möchte, muss sich mit dem „metabolischen Syndrom“ auseinandersetzen. Darunter versteht man das gemeinsame oder teilweise gemeinsame Auftreten von:

- Fettstoffwechselstörungen
- Insulinresistenz und Glukosestoffwechselstörungen bis zum Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- Bluthochdruck
- Fettsucht

Mit diesen Erkrankungen verbunden sind häufig Gefäßverstopfungen wie der Herzinfarkt, Schlaganfall oder arterielle Verschlusskrankheiten der Beine. Als

weitere Folgeerkrankungen kommen Erkrankungen der Wirbelsäule und des Bewegungsapparates, Gicht, Gallensteinleiden und Fettleber hinzu. Das so genannte „tödliche Quartett“ zählt zu den gefährlichsten Krankheiten weltweit. Es kostet jährlich doppelt so vielen Menschen das Leben wie Krebs. In den westlichen Industrienationen geht allein die Hälfte aller Todesursachen auf das „tödliche Quartett“ zurück.

In den Industrieländern wird der betroffene Anteil der Bevölkerung auf mittlerweile bis 30 Prozent geschätzt. Jeder zweite Übergewichtige leidet unter Bluthochdruck, 80 Prozent der Patienten mit Diabetes II - bis vor kurzem noch nur als Altersdiabetes bekannt - sind adipös. Die einzelnen Erkrankungen des metabolischen Syndroms entwickeln sich jedoch nicht gleichzeitig, sondern meist hintereinander. Genau darin liegt aber auch die Chance, diese Entwicklungskette frühzeitig zu entdecken, rechtzeitig geeignete Therapien zu entwickeln und damit den Kreislauf zu durchbrechen.

Dies ist besonders wegen der dramatischen Ausweitung der Krankheit unter Kindern und Jugendlichen wichtig. Neben der erblichen Vorbelastung liegen bei ihnen die Ursachen nicht nur in Fressattacken oder der Ernährung mit Fastfood, sondern sind auch im sozialen Umfeld zu finden. Die Scheidung der Eltern, Ärger in der Schule und eine finanziell schwache Lebenssituation: Das alles kann dazu führen, dass nicht nur aus Hungern, sondern auch aus Frust gegessen wird. Nicht ohne Grund sprechen Psychologen seit langem auch bei Erwachsenen vom Kummerspeck, den man sich „angefressen“ hat. Eine erfolgreiche Therapie muss diese Ursachen in hohem Maße berücksichtigen.

Folgen von Übergewicht für die Betroffenen

Welche Folgen das für den Betroffenen persönlich hat, welche finanzielle Belastung dadurch für die Allgemeinheit entsteht, lässt sich leicht ausrechnen. Ein gemeinsames Auftreten arterieller Verschluss-Erkrankungen, der Arteriosklerose, die kostenintensive Therapie für Herz- und Kreislaufkrankheiten, Diabetes sowie Erkrankungen der Wirbelsäule und des Bewegungsapparates gleichzeitig, macht klar, in welche Lebensgefahr sich der Übergewichtige begibt.

Im Alltag wird das enorme Gesundheitsrisiko von Übergewicht völlig unterschätzt. Dabei sind etwa 30 Prozent der chronischen Krankheiten darauf zurückzuführen. Allein diese Tatsache zeigt die enorme Bedeutung von mehr Prävention und Vorsorge. Wir alle wissen, dass ausgewogene Ernährung und regelmäßige Bewegung Voraussetzungen sind für ein gesünderes Leben. Aber wir wissen auch, dass Prävention häufig nicht am Wissen, sondern an der Umsetzung in den Alltag scheitert. Und gerade Prävention ist entscheidend, denn: Je früher die Weichen gestellt werden, desto leichter sind gesundheitliche Folgeerkrankungen zu vermeiden.

Uns ist es wichtig, Kinder und Eltern mit Übergewicht nicht alleine zu lassen. Hier spielen gerade die Kindertagesstätten eine wichtige Rolle. Dort haben wir im Gegensatz zur Schule noch Möglichkeiten, auch an die Eltern heranzukommen und präventiv mit den Familien arbeiten zu können. Wir müssen ihnen Wege zeigen, Übergewicht abzubauen oder gar nicht erst entstehen zu lassen. Mit einem speziell dafür entwickelten Kochbuch schärft beispielsweise die medinet Spessart-Klinik Bad Orb den Blick für gesundes Essen und zeigt gleichzeitig, wie gut dieses schmeckt und wie einfach es zubereitet werden kann. Angesichts des Ausbaus zahlreicher KiTas zur Ganztagesbetreuung kommt der Ernährungslehre und der Vermittlung von entsprechenden Kompetenzen eine entscheidende Rolle zu.

Wer sich als Mitarbeiter einer KiTa entsprechend weiterbilden möchte, kann heutzutage auf ein großes Seminarangebot zurückgreifen. Einen entsprechenden Förderantrag bei der Kommune einzureichen oder sich beim Ministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Verbraucherschutz nach unterstützenden Möglichkeiten zu erkundigen, macht unter Umständen Sinn.

Die Eltern sollte man offen und verantwortungsbewusst ansprechen und mit dem Kind zum Hausarzt schicken, der eine Rehabilitation in einer geeigneten Klinik beim Kostenträger beantragen kann, oder den Kontakt zu heimischen Therapiegruppen herstellen kann. Zusätzlich halten Vereine und Verbände Informationen vor (u.a. Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter www.a-g-a.de, Adipositasnetzwerk Hessen e.V. www.adipositas-hessen.de, Deutsche Adipositasgesellschaft e.V. www.adipositas-gesellschaft.de).

Fazit

Im Einzelfall ist es wichtig, die kranken Kinder vor Stigmatisierung zu beschützen und die Eltern nicht aus der Verantwortung zu entlassen, sondern sie aktiv bei dem für sie schweren Weg zur Gesundung des Kindes zu begleiten. Bei kleinen Kindern reicht es oft schon aus, das Gewicht zu halten und Wachstumsschübe zur Normalisierung zu nutzen. Die Chance, bei der Realisierung einer echten Lebensperspektive zu partizipieren, ist immens groß. ■

Der Artikel ist in der KiTa Impuls 1-2008 erschienen.

DIE AUTOREN:

Georg Ehrmann,
Vorsitzender der Deutschen Kinderhilfe e.V.

Susanne Finsterer,
Journalistin

Edmund Fröhlich,
Ehemaliger Geschäftsführer der medinet Spessart-Klinik Bad Orb



Abb. 1: Kind aus *TigerKids*-Kindergarten schneidet Paprika für den „Magischen Obstteller“

Datenlage in der Bevölkerung

15 % der Kinder im Alter von 3-17 Jahren sind übergewichtig, 6,3 % sogar adipös, also krankhaft übergewichtig. Diese repräsentativen Daten sind aktuell dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS) des Robert-Koch-Instituts zu entnehmen (1). Im Vergleich zu Referenzdaten aus den Jahren 1985-1999 (2) ist damit der Anteil übergewichtiger Kinder um 50 % gestiegen, jener adipöser Kinder hat sich sogar verdoppelt. Übergewicht und Adipositas ist für die betroffenen Kinder mit schweren psychosozialen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbunden. Man findet bei adipösen Kindern gehäuft eine Insulinresistenz, Hyperlipidämie und Bluthochdruck. Langfristig besteht ein erhöhtes Risiko für Diabetes mellitus Typ-II, kardiovaskuläre Erkrankungen, muskuloskeletale und andere Schäden, so dass Lebenserwartung und -qualität deutlich beeinträchtigt sind. Die Behandlungsmethoden sind derzeit alles andere als zufriedenstellend und mit hohen Kosten verbunden (3). Daher sind ergänzend zu den Therapiemaßnahmen die Entwicklung und Umsetzung effektiver, frühzeitig einsetzender Präventionsmaßnahmen von großer Bedeutung, um die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas zu senken (4).

Da in den ersten Lebensjahren Gewohnheiten erlernt und gefestigt werden, ist das Vorschulalter eine be-

sonders günstige Zeit für eine Verhaltensprävention (5). In Deutschland besuchen 90 % aller Kinder einen Kindergarten (6), so dass sich dieses Setting für Präventionsstrategien besonders eignet, zumal dort alle sozioökonomischen Schichten erreicht werden, auch Familien mit Migrationshintergrund und bildungsferne Schichten.

Ursachen von Übergewicht und Adipositas

Die Ursache für eine steigende Prävalenz von Übergewicht liegt in einer beständig positiven Energiebilanz (7). Kinder nehmen also mehr Energie durch Nahrung und Getränke auf, als sie durch Ruhestoffwechsel und körperliche Aktivität wieder verbrauchen. Der Kreislauf von Energieaufnahme und -abgabe wird multifaktoriell beeinflusst. Individuelle Unterschiede biologischer Faktoren, wie genetische Disposition oder Ruhestoffwechsel spielen eine zentrale Rolle für das Risiko des Einzelnen übergewichtig zu werden. Zudem ist die Veränderung der Lebenswelt in den letzten zwei Jahrzehnten maßgeblich am starken Anstieg des Übergewichts in der Bevölkerung beteiligt. Aus Zeitmangel werden Kinder mehr und mehr „bewegt“, z. B. im Fahrradanhänger, dem Auto oder dem Fahrstuhl, statt selbst zu laufen oder mit dem „Bobbycar“ selbst körperlich aktiv zu sein. Viele Eltern leben ihren Kindern das passive Verhalten einerseits durch regelmä-

Big hohen Konsum von TV und/oder PC, andererseits durch geringe körperliche Aktivität vor. Kinder lernen am Modell ihrer Eltern auch, sich bei Stress oder Frust mit Essen zu belohnen oder sie erleben Süßigkeiten frühzeitig als Ersatz für emotionale Zuwendung. Das Essverhalten vieler Familien hat sich mehr und mehr weg von frisch gekochten, nährstoffreichen Speisen hin zu energiedichten Fertig- und Halbfertigprodukten aus Dosen-, Tiefkühl- und Fast-Food-Produkten entwickelt, die oft pro Portion einen höheren Energiegehalt haben als frische Speisen.

Projektentwicklung der Gesundheitsprävention im Vorschulalter

Mit „TigerKids – Kindergarten aktiv“ wurde ein breitenwirksames, kostengünstiges Programm entwickelt, das Kinder bereits frühzeitig an einen gesunden Lebensstil heranführt und dadurch einem weiteren Anstieg von Übergewicht vorbeugen kann. Im Setting Kindergarten wird nicht nur das Kind angesprochen, sondern das gesamte kindliche Lebensumfeld einschließlich der Familie. Die Eltern sind während der Kindergartenzeit gut erreichbar und lassen sich leichter für Präventionsmaßnahmen gewinnen als später in der Schulzeit.



TigerKids wurde seit Oktober 2003 durch die Stiftung Kindergesundheit in Zusammenarbeit mit dem Dr. von Haunerschen Kinderspital der Universität München, dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, dem Staatsinstitut für Frühpädagogik, dem Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Universität München sowie dem Forschungszentrum für den Schulsport und den Sport von Kindern und Jugendlichen (FoSS) der Universität Karlsruhe entwickelt. Finanziell gefördert wurde die Entwicklung und Evaluation von TigerKids durch die Gesundheitsinitiative „Gesund.Leben.Bayern.“ des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit.

Projektziele

Das Projekt TigerKids hat bewusst klar und einfach formulierte Ziele, die dauerhaft in den Kindergartenalltag integriert werden können.

Teilnehmende Kinder sollen

- sich im Kindergarten und zuhause täglich mehr als eine Stunde aktiv bewegen, Freude an der Bewegung gewinnen und so weniger inaktiven Freizeitbeschäftigungen nachgehen

- regelmäßig frisches Obst und Gemüse verzehren und dadurch weniger kalorienreiche Snacks/Lebensmittel zu sich nehmen (Abb. 1)
- ein gesundheitsförderndes Frühstück in den Kindergarten mitbringen
- regelmäßig energiefreie bzw. -arme Getränke konsumieren

TigerKids-Materialien

Die Bedeutsamkeit dieser Ziele sowie einer zur Zielerreichung notwendige, fundierte Schulung des Kindergartenpersonals ist durch die aktuelle Literatur belegt (8).

Daher wurden zur Erreichung dieser Ziele Lehr- und Lernmaterialien für Kinder, ErzieherInnen und Eltern entwickelt. Jeder teilnehmende Kindergarten wird mit einem Holzzug ausgestattet, um das Ernährungsprogramm mit „Der Kleinen Lok, die alles weiß“ zu starten (Abb. 2). Jede Kindergartengruppe erhält eine Materialkiste mit dem Leitfaden für ErzieherInnen mit derzeit sechs Themenheften (insgesamt >370 Seiten), einer CD mit Tiger-Songs, der Tiger-Handpuppe, Tiger-Rennen-Poster sowie den Elternmaterialien für drei Jahre (auch in türkischer Sprache erhältlich) (Abb. 3). Demnächst erscheint ein siebtes Themenheft zur Entspannung.

Um die Rahmenbedingungen für eine gesunde Ernährungsweise in der Einrichtung zu verbessern, wurden Kernelemente wie der „Magische Obstteller“, die



Abb. 2: Großer Holzzug „Die Kleine Lok, die alles weiß“



Abb. 3: „Materialkiste“ für jede Kindergartengruppe

Getränkestation, die „Kleine Lok, die alles weiß“ und das „Tiger-Rennen“ etabliert. Darüber hinaus kann jede ErzieherIn freie Elemente zu den Themen Bewegung, Entspannung und Ernährung wählen, die zur jeweiligen Situation im Kindergarten und jahreszeitlich passen. Das Konzept ist sehr leicht in die einzelnen Erziehungs- und Bildungspläne der Länder integrierbar.

Elternarbeit

Das *TigerKids*-Interventionsprogramm richtet sich gezielt auch an die Eltern, denn die elterliche Unterstützung des Projektes und seiner Ziele fördert die wirksame Vermittlung eines gesünderen Lebensstiles an die Kinder. Eine israelische Langzeitstudie zeigte, dass bei einer Intervention mit Adressierung von Eltern und deren Kindern eine durchschnittliche Gewichtsreduktion von 29 % erreicht wurde, gegenüber nur 20,2 % bei einer nur an Kinder gerichteten Intervention (9). Daher erhalten die teilnehmenden Familien regelmäßig Newsletter zu den Themen Bewegung/Entspannung, Ernährung und Übergewicht mit Hintergrundinformationen und Anregungen für Familienalltag und Freizeit. Daneben gibt es Tipp-Cards (Postkarten) mit kurzen, prägnanten Informationen, die jede Familie leicht umsetzen kann. Die Inhalte dieser Karten sind bewusst einfach und klar verständlich gehalten, um auch bildungsferne Familien und jene mit Migrationshintergrund mit den zentralen *TigerKids*-Botschaften zur Kindergesundheit zu erreichen. Elternveranstaltungen sind als interaktives Element zu verstehen, im Austausch in Dialog und Diskussion. Parallel werden sowohl Kindergärten (in einem internen Bereich) als auch Eltern durch das Internet (www.tigerkids.de) begleitet.

Externe Evaluation

Das Projekt wurde durch das externe Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der LMU München evaluiert (10). In einer kontrollierten, cluster-randomisierten Studie wurden durch den öffentlichen Gesundheitsdienst im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen in vier Regionen Bayerns in den Jahren 2005 (1. Stichprobe) und 2006 (2. Stichprobe) anth-

ropometrische Messungen sowie Elternbefragungen zum Bewegungs- und Ernährungsverhalten durchgeführt. Zu Studienbeginn wurden insgesamt 64 Kindergärten im Verhältnis 2:1 zufällig zu Interventions- und Kontrollgruppe ausgelost. In den *TigerKids*-Interventionskindergärten wurde das Programm mit Schulung der ErzieherInnen und anschließender Bewegungsförderung, Ernährungserziehung und Elternarbeit umgesetzt. Die Kindergärten der Kontrollgruppe erhielten keine weiteren Informationen.

Insgesamt wurden in der 1. Stichprobe 1040 Kinder der 42 Interventionskindergärten untersucht, 850 Fragebögen ausgewertet und 838 Messungen durchgeführt. Zeitgleich gingen in der Kontrollgruppe von 560 Kindern insgesamt 468 Fragebögen in die Auswertung ein und 466 Kinder wurden gemessen. Nach 12 – 20 Monaten fand eine zweite Untersuchung statt, in der Interventionsgruppe mit 1040 Kindern, 872 Fragebögen und 866 Messungen in der Kontrollgruppe mit 565 Kindern, 468 Fragebögen und 463 Messungen. Der Rücklauf des Elternfragebogens betrug jeweils über 80 % in beiden Gruppen beider Stichproben.

Die Messungen von Körpergröße und -gewicht wurden mit geeichten Geräten durchgeführt. Zur Klassifizierung des Körpergewichts diente der Body Mass Index (BMI) nach dem Referenzsystem von Cole (11). Der BMI errechnet sich als: $BMI (kg/m^2) = \text{Körpergewicht (kg)} / \text{Körpergröße (m}^2\text{)}$.

Soziodemographische Daten sowie Essgewohnheiten der Kinder wurden durch einen Elternfragebogen erfasst. Zur Auswertung wurden Getränke und Süßigkeiten in energiearm (wünschenswert) und energiereich (weniger wünschenswert) eingeteilt. Eine Portion Obst bzw. Gemüse entspricht einer Kinderhand.

Das Studiendesign wurde von der Ethikkommission der Bayerischen Landesärztekammer in München, vom Datenschutzbeauftragten und dem Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit geprüft und genehmigt.

	Stichprobe	n	Intervention	Kontrolle	p <(x²)
Hoher Obstkonsum (≥ 2 Portionen/Tag)	1 st	1299	66.6 % (63.3 to 69.8)	55.7 % (51.0 to 60.3)	<0.0001
	2 nd	1314	66.7 % (63.4 to 69.9)	56.3 % (51.6 to 60.9)	<0.0002
Hoher Gemüsekonsum (≥ 2 Portionen/Tag)	1 st	1294	45.1% (42.4 to 47.8)	33.9 % (29.6 to 38.5)	0.0960
	2 nd	1307	42.7 % (39.4 to 46.1)	33.6 % (29.2 to 38.1)	0.0013
Niedriger Konsum energiereicher Getränke (< 1 Glas (200ml)/Tag)	1 st	1022	60.4 % (56.6 to 64.2)	47.7 % (42.4 to 52.9)	<0.0001
	2 nd	1163	63.5 % (60.0 to 66.9)	60.8 % (55.9 to 65.7)	0.3712

Tab. 1: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas sowie Zielvariablen des Ernährungsverhaltens (95 % Konfidenzintervalle in Klammern) nach Interventions- und Kontrollkindergärten

In beiden Stichproben (1. und 2. Kindergartenjahr) wurde in der Interventionsgruppe zuhause ein signifikant höherer Konsum von Obst festgestellt (Tab. 1). Kindergartenkinder aus der Interventionsgruppe verzehrten in der 2. Stichprobe signifikant häufiger mindestens 2 Portionen Gemüse am Tag verglichen mit den Kindern aus der Kontrollgruppe. Bezüglich des Trinkverhaltens wurde in der Interventionsgruppe der 1. Stichprobe eine signifikant niedrigere Aufnahme unerwünschter Getränke nachgewiesen (10).

Strukturierte Befragung zur Compliance

Alle 42 teilnehmenden Interventionskindergärten erhielten einen Fragebogen zur Prozessevaluation und zur persönlichen Einschätzung der Adhärenz mit den einzelnen Projektelementen (Rücklauf 98 %). Untersuchungskollektiv war das gesamte Kindergartenpersonal. Mittels Fragebogen wurden alle projektrelevanten Elemente abgefragt. Diese Datenerhebung mittels Fragebogen fand nach 9-monatiger Intervention im Juli 2005 statt (12).

Laut Angabe der ErzieherInnen bringen seit der Implementierung von *TigerKids* 98 % der Kinder ein gesünderes Pausenbrot mit, 80 % trinken deutlich mehr energiearme Getränke, 85 % essen weniger Süßigkeiten und 100 % der Kinder verzehren mehr Obst und Gemüse.

Seit der Intervention bewegen sich die Kinder in allen Kindergärten mehr als 30 Minuten täglich. Der Anteil der Kinder, der sich mehr als eine Stunde täglich bewegt, konnte von 12 % auf 43 % gesteigert werden. 87 % der ErzieherInnen sind der Meinung, dass es bei der Elternarbeit Vorteile bringt, wenn fachlich und pädagogisch geschulte externe Fachkräfte Informationen zum Thema Ernährung und Bewegung geben. 94 % der ErzieherInnen sprachen sich für eine flächendeckende Ausdehnung von *TigerKids* in die Breite aus.

An der Basis, d.h. im Kindergarten vor Ort, konnte den Ergebnissen zu Folge eine große Zufriedenheit mit dem Programm festgestellt werden. Die intensive Betreuung des Kindergarten-Teams durch die Präventionsfachkräfte bewirkte zahlreiche messbare positive Veränderungen in den Einrichtungen: Bewegung wurde gesteigert, Kinder wurden für gesündere Ernährung begeistert und die im Kindergarten angebahnten Veränderungen wirkten in die Familien hinein. *TigerKids*-Kinder lernen mit viel Spaß und Freude einen gesundheitsfördernden Lebensstil. Mit *TigerKids* kann somit ein entscheidender Beitrag geleistet werden, die hohen Folgekosten von Adipositas für die Gesellschaft langfristig zu senken.

Interessante Berichte aus *TigerKids*-Einrichtungen

ErzieherInnen berichten, dass aufgrund des Bewegungsprogramms, nachweislich weniger Kinder zur Ergotherapie geschickt werden als vor Projektstart. Die Rückmeldungen aus den Schulen an die Kindergärten zeigen Ähnliches, nämlich dass Kinder ehemaliger *TigerKids*-Einrichtungen sich motorisch geschickter verhalten als Kinder anderer Kindergärten. Zudem berichten Leitungen, dass krankheitsbedingte Personalausfälle aufgrund Erkältungen oder grippaler Infekte deutlich zurück gegangen sind, seit auch von den ErzieherInnen durch das Projekt mehr Obst und Gemüse konsumiert wird.

Fazit für die Praxis

Bundesweit wird *TigerKids* derzeit in > 4.000 Kindergärten (Stand 12/10) umgesetzt. So werden etwa 200.000 Familien erreicht. Damit dies gelingt, wurden in allen 16 Bundesländern > 300 Sport- und Ernährungsfachkräfte der AOK geschult, welche ihrerseits > 6.000 ErzieherInnen mit dem Projekt vertraut machten. Dadurch gewinnt *TigerKids* im Vergleich zu anderen Initiativen eine neue Dimension: erstmals werden über häufig regional begrenzte Einzelprojekte hinaus substantielle Verbesserungen im Bereich Gesundheitsförderung in Kindergärten flächendeckend etabliert.

Anzeige



Keine Angst vor wilden Wikingern – volle Fahrt voraus für den kleinen Drachen Kokosnuss

Ein neues Abenteuer: Kokosnuss, Matilda und Oskar trauen ihren Augen kaum, als sie auf der Dracheninsel einen echten Wikingernamens Gudröd treffen. Der scheint gar nicht so gefährlich, wie es immer heißt. Er sitzt nämlich selber gerade in der Patsche! Kurzerhand beschließen die drei Freunde, Gudröd zu helfen. Eine wilde Fahrt im selbstgebauten Drachenboot beginnt ...

Ingo Siegner
Der kleine Drache
Kokosnuss
und die starken Wikingern

Ingo Siegner
Der kleine Drache Kokosnuss
und die starken Wikingern
72 Seiten
Mit fbg. Illustrationen
von Ingo Siegner
€ 7,99 [D]
ISBN 978-3-570-13704-8

cbj-audio:
Gesprochen von Philipp Schepmann – ab 4 Jahre
1 CD – 49 Minuten • € 7,99 [D]
ISBN 978-3-8371-0390-8

... einfach vielseitig. **cbj**

Die Europäische Kommission stellte in ihrem Weißbuch über Ernährung, körperliche Aktivität und Übergewicht das *TigerKids*-Programm als eines von zwei europäischen Modellprojekten heraus (13). *TigerKids* wurde mit dem NAfDM-Gütesiegel des Nationalen Aktionsforums Diabetes Mellitus sowie dem Logo „Unterstützt die Ziele von INFORM“ des Nationalen Aktionsplans für gesunde Ernährung und mehr Bewegung ausgezeichnet. *TigerKids* erfährt also nicht nur bundes-, sondern auch europaweit hohe Akzeptanz. Im von der europäischen Kommission geförderten, multizentrischen Projekt TOYBOX dient das *TigerKids*-Programm in sechs europäischen Ländern als ein Modell für die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen im Setting Vorschule. Diese Erfahrungen spornen an, die Bemühungen um eine wirksame Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter zu intensivieren und weiter zu verbessern.

Dank

Für finanzielle Förderung danken wir der AOK, dem Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit im Rahmen der Bayerischen Gesundheitsinitiative „Gesund.Leben.Bayern“, der Europäischen Kommission, Generaldirektorat Forschung, Brüssel, Förderkennzeichen FP-7 KBBE-2009.03 und dem „Kompetenznetz Adipositas“ (Verbund MEMORI - Multidisciplinary Early Modification of Obesity Risk). Berthold Koletzko ist Empfänger eines Freedom to Discovery Award der Bristol Myers Squibb Stiftung, New York, NY; USA. Der AOK Gesundheitskasse danken wir für das nachhaltige, hohe Engagement bei der bundesweiten Implementierung des *TigerKids*-Programms. ■



Stiftung Kindergesundheit, c/o Dr. von Haunersches Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München

DIE AUTOREN:

Dr. Angelika Strauß,
Dr. Birgit Herbert,
Kristin Duvinage,
Univ.-Prof. Dr. med. Berthold Koletzko,
 Dr. von Haunersches Kinderspital der
 LMU München, Abt. Stoffwechselkrankheiten
 und Ernährungsmedizin

Christine Mitschek,
 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und
 Lebensmittelsicherheit, München

Literaturverzeichnis

1. Kurth BM, Schaffrath Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007, Springer Medizin Verlag, S. 736-743
2. Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Geller F, Ziegler A, Geiß HC, Hesse V, v. Hippel, Jaeger U, Johnsen D, Kiess W, Korte W, Kunze D, Menner K, Müller M, Niemann-Pilatus A, Remmer T, Schaefer F, Wittchen HU, Zabransky S, Zellner K, Hebebrand J (2001) Perzentile für den Body Mass Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 8, S. 807-818
3. Koletzko B, Girardet J P, Klish W, Tabacco O. (2002) Obesity in children and adolescents worldwide: current views and future directions. In: J Ped Gastroenterol Nutr 2002; 35, S. 205-212
4. Koletzko B (2004) Childhood obesity: time for treatment or prevention? Eur J Lipid Sci Technology, 106, S. 287-288
5. Campbell KJ, Hesketh KD (2007) Strategies which aim to positively impact on weight, physical activity, diet and sedentary behaviours in children from zero to five years. A systematic review of the literature. Obesity reviews 8 (4), S. 327-338
6. Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.) (2010) Jahresbericht 2009 (annual report), S. 229. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
7. Wabitsch M, Kunze D, Keller E, Kiess W, Kromeyer-Hauschild K (2002) Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, In: Fortschritte der Medizin 120, S. 99-106
8. Daniels SR, Arnett DK, Eckel RH (2005) Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention and treatment. In: Circulation, 111, S. 1999-2012
9. Golan M, Crow S (2004) Targeting Parents Exclusively in the treatment of Childhood Obesity: Long-Term-Results. Obesity Research Vol. 12 Nor. 2, Israel, S. 357-361
10. Bayer A, v Kries R, Strauss A, Toschke AM, Hose A, Koletzko B (2009) Short and mid term effects of a setting based prevention program to reduce obesity risk factors in children: a cluster-randomized trial. In: Clinical Nutrition (28) 2009, S. 122-128
11. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH (2000) Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. In: BMJ 2000; 320, S. 1240-1243
12. Strauß A (2007) Adipositasprävention im Vorschulalter. Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München
13. White Paper (2007) A Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity related health issues. In: Commission of the European Communities, Com 2007, S. 279 final, Brussels



Jetzt entscheide ich selbst!

Das Persönliche Budget ist eine alternative Leistungsform zur Teilhabe und Rehabilitation von behinderten Menschen durch Geldbeträge oder Gutscheine. Sie können selbst entscheiden, wann, wo, wie und von wem Sie Teilhabeleistungen nehmen, um Ihren Hilfebedarf optimal abzudecken. Durch das Persönliche Budget haben Sie Einfluss auf die Art und Gestaltung der Leistung, die Sie erhalten. Das stärkt Ihre Selbstbestimmung und Selbstständigkeit. Weitere Infos: www.budget.bmas.de oder unter 01805/6767-15 (Mo.–Do. von 8 bis 20 Uhr; 0,14 €/Min. aus den Festnetzen und max. 0,42 €/Min. aus den Mobilfunknetzen).

**Das trägerübergreifende
Persönliche Budget.**



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

GESUNDHEITSFÖRDERUNG, ERNÄHRUNG UND BEWEGUNG – ANGEBOTE DER TK FÜR EINE GESUNDE ENTWICKLUNG VON KINDERN



Der Nationale Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS-Studie) des Robert Koch-Instituts hat ergeben, dass etwa jedes sechste Grundschulkind in Deutschland zu dick ist. Verglichen mit den Jahren 1985 bis 1999 gibt es heute 50 Prozent mehr Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und doppelt so viele mit Adipositas. Viele Jungen und Mädchen sitzen zu viel – in der Schule, über den Hausaufgaben oder vor dem Fernseher. Vor allem sportliche Aktivitäten kommen in der Freizeit häufig zu kurz: So betreiben knapp 30 Prozent aller Kinder nie Vereinssport und über 15 Prozent nie Sport außerhalb von Vereinen. Zudem verzehren Kinder und Jugendliche insgesamt zu viele Süßigkeiten, fette Snacks und gesüßte Getränke. Die Überflutung mit Werbung für Knabbereien, Fastfood und süße Getränke erschweren den Weg zu einer gesunden und ausgewogenen Ernährung. Die Folge der ungesunden Kost und mangelnden Bewegung sind wachsende Probleme im Hinblick auf den Gesundheitszustand von Kindern in Deutschland.

Praxisbeispiel: „primakids – Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Schule“ – ein Gesundheitsunterricht für Kinder von der ersten bis zur vierten Klasse

Ein schlechter Gesundheitszustand steht nachweislich in einem engen Zusammenhang mit sozialer Benachteiligung und schlechteren Bildungschancen. Da Gesundheit nicht nur durch das individuelle Verhalten des Einzelnen bestimmt, sondern auch durch seine unmittelbare Umgebung (z. B. Familie, Kindergarten, Schule) nachhaltig geprägt wird, kann die Lebenswelt Schule einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung und das Wachstum von Kindern haben. Kinder verschiedener sozialer Schichten können hier systematisch und frühzeitig mit bildungs- und gesundheitsfördernden Maßnahmen erreicht werden. Wird die Schule als Organisation und System verstanden, lässt sie sich durch ihre Beteiligten zu einer gesunden und förderlichen Lebenswelt gestalten.

Um Schulen auf dem Weg zur gesunden Schule zu unterstützen, hat die TK das Förderprogramm „Gesunde Schule“ und den Gesundheitsunterricht „primakids“ entwickelt. Das Projekt „primakids – Primärprävention und Gesundheitsförderung im Setting Schule“ entstand in Kooperation mit der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Über vier Jahre wurden Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention im Grundschulbereich erarbeitet, in Hamburger Grundschulen erprobt und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft. Mit Hilfe konkreter Lernmodule bekommen Lehrer Instrumente an die Hand, mit denen sie die Persönlichkeits- und Gesundheitsentwicklung der Kinder im Grundschulalter gezielt fördern können. Die TK bietet Schulen ein breitgefächertes Spektrum an erprobten Unterrichtseinheiten und Informationen. Alle Unterrichtsbausteine und die dazugehörigen Arbeitsmaterialien sind gezielt auf das jeweilige Schulalter von Klasse eins bis vier abgestimmt.

Im Rahmen einer vierjährigen Interventionsstudie in Zusammenarbeit mit der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg zeigte sich, dass mit „primakids“ ein besseres Gesundheitsverhalten und mehr Wohlbefinden bei Schülern erreicht werden kann: Die Schüler greifen seltener zu ungesunden Lebensmitteln, spielen mehr draußen und sehen weniger fern. Sie sind zudem weniger gestresst, fühlen sich wohler



Inhalte des Moduls „Gesundheitsförderung“

Bewegung

Die Kinder lernen in diesem Unterrichtsbaustein Relevantes zum Muskelaufbau, Gleichgewicht und zur gesunden Haltung. Gleichzeitig schulen sie ihre bewusste Körper- und Selbstwahrnehmung durch Bewegungsspiele und Entspannungsübungen.

Ernährung

Vermittlung von theoretischem und praktischem Wissen über Lebensmittel und Nährstoffe.

Gewaltprävention

Die Kinder lernen, das eigene Konfliktverhalten und das der Anderen besser zu verstehen und einzuschätzen. Sie werden in die Lage versetzt, Konflikte konstruktiv und gewaltfrei zu lösen.

Stressbewältigung

Nachdem die Schüler Stress in ihren verschiedenen Erscheinungsformen erkennen lernen, üben sie Bewältigungsstrategien auf spielerische Weise ein.

Suchtprävention

In diesem Baustein entwickeln Schüler psychosoziale Lebenskompetenzen, vor allem in der Selbstwahrnehmung und der Kommunikation. Spielerisch werden die bewusste Sinneswahrnehmung sowie die Selbstreflexion gefördert.

Inhalte des Moduls „Adipositasprävention“

Obst und Gemüse – 5 am Tag

Die Kinder lernen die Vielfalt an Obst und Gemüse kennen. Dabei werden sie angeregt, regelmäßig und ausreichend Obst und Gemüse zu essen.

Fettarme und ausgewogene Ernährung

Ziel ist der bewusste Umgang mit fettreichen Lebensmitteln. Dazu erfahren die Schüler spielerisch die Wirkung verschiedener Fette auf die eigene Leistungsfähigkeit.

Täglich eine gemeinsame Familienmahlzeit

Die Kinder erfahren, dass eine gemeinsame Mahlzeit Spaß macht und wichtig ist. Sie werden zur Nachahmung in der eigenen Familie angeregt.

Maximal eine Stunde Fernsehen am Tag

Die Kinder reflektieren ihren eigenen Fernsehkonsum und lernen Alternativen für eine aktive Freizeitgestaltung kennen.

Mindestens eine Stunde Bewegung am Tag

Die Kinder werden durch bewegungsreiche Spiele zur aktiven Freizeitgestaltung angeregt.

und haben ein höheres Selbstwertgefühl als Grundschüler, die keinen Gesundheitsunterricht erhielten.

Der handlungsorientierte Gesundheitsunterricht „primakids“ kann Schulen auf dem Weg zur „Gesunden Schule“ unterstützen. Die TK fördert Schulen, die sich auf diesen Weg begeben und eine Strategie für die Umsetzung von gezielter Gesundheitsförderung verfolgen. Die „Gesunde Schule“ als Leitbild soll Gesundheitsförderung Schritt für Schritt in die Aktivitäten der Schule integrieren, sie soll erlebt und gelebt werden. Projekte im Rahmen der „Gesunden Schule“ fördert die TK mit bis zu 5.000 Euro.

Das Unterrichtsprogramm „primakids“ ist ein möglicher Baustein des TK-Förderkonzepts „Gesunde Schule“, das Lernprogramm „primakids“ ist für Schulen und Kinder kostenfrei. Weitere Informationen unter www.tk.de/gesundeschule oder per Mail an GesundeSchule@tk.de.

Praxisbeispiel „Bewegte Familie“ – Ein Konzept der TK zur Bewegungsförderung für die ganze Familie

Gerade in den ersten Lebensjahren vollziehen sich grundlegende Entwicklungsprozesse, die die Basis der späteren Körperhaltung und Leistungsfähigkeit bilden. So beobachten Kinderärzte und Orthopäden Haltungsauffälligkeiten und Übergewicht schon bei den Jüngsten. Herz- und Kreislauferkrankungen sind häufig schon bei Kindern im Vorschulalter erkennbar. Im Hinblick auf die Vorbeugung späterer chronischer Krankheiten und einer gesunden körperlichen und

seelischen Entwicklung sollten sich Kinder regelmäßig bewegen und im Alltag fit halten.

Dem Gesundheitsrisiko „mangelnde Bewegung“ können Kindertagesstätten mit dem Kurs „Bewegte Familie“ aktiv entgegenwirken. Im vertrauten Umfeld der Kindertagesstätte erhalten Familien dort eine Chance, für ihre Gesundheit aktiv zu werden. Mit fachlicher Unterstützung können Eltern und Kinder ihre Beweglichkeit und ihr sportliches Geschick erproben. Die „Bewegte Familie“ bringt Kinder und Eltern in Schwung. Gemeinsam mit der Kita und der TK entwickeln Eltern eigene Ideen für Bewegungsspiele für drinnen und draußen. Eltern können damit die gesunde Entwicklung ihres Kindes aktiv und mit viel Spaß unterstützen.

Das sportliche Programm kann jede Kindertagesstätte anbieten, die vom TK-Förderangebot „Gesunde Kita“ profitiert. Ziel der „Gesunden Kita“ ist es, das Lernen und Spielen, das soziale Miteinander, die räumlichen Spiel- und Aktivitätsmöglichkeiten, die Arbeitssituation sowie das Umfeld in der Kita gesundheitsförderlich zu gestalten. Projekte zugunsten der „Gesunden Kita“ fördert die TK mit maximal 5.000 Euro. Für das Angebot „Bewegte Familie“ fallen in diesem Rahmen keine zusätzlichen Teilnehmergebühren an. Diese Kosten übernimmt die TK für Sie. Auch Kursmaterialien stellt die TK. ■

Weitere Informationen unter www.tk.de/gesundekita oder per E-Mail an GesundeKita@tk.de



Betreuung und Unterstützung von Eltern frühgeborener und kranker neugeborener Kinder

In Deutschland werden im Jahr circa 60.000 Kinder zu früh geboren. Jedes zehnte Kind ist somit ein Frühchen. Frühgeborene bilden die größte Kinderpatientengruppe.

Einige Kinder wiegen bei der Geburt weniger als 500 Gramm. Durch die fortschrittliche medizinische Versorgung der letzten Jahre sind die Überlebenschancen von Frühgeborenen enorm gestiegen. Den Eltern bleibt jedoch meist nicht genug Zeit, um sich auf ihre neue Rolle vorzubereiten. Sie befinden sich in einer außerordentlichen Belastungssituation, die durch Ängste und Schuldgefühle teilweise verstärkt wird. Eine Kontaktaufnahme zu ihrem Kind wird häufig durch Apparaturen erschwert. Da eine enge Bindung zwischen Eltern und Kind von Anfang an entscheidend für die gesamte weitere Entwicklung des Neugeborenen ist, benötigen betroffene Eltern psychosoziale Unterstützung.

Durch das Frühförderprogramm der Deutschen Kinderhilfe bekommen die Eltern die Unterstützung, die sie in ihrer schwierigen Situation benötigen: Auf den neonatologischen Intensivstationen der Universitätskliniken von Berlin, Leipzig und München werden die Eltern von professionellen Elternberaterinnen betreut. Da die Krankenkassen diese Leistung nicht finanzieren, schließt die Deutsche Kinderhilfe hier eine große Lücke im Gesundheitswesen.

Expertengespräch im Bundestag

Im Rahmen des Frühförderprogramms setzt sich die Deutsche Kinderhilfe seit Jahren für die Einführung von höheren Mindestmengen in der Perinatalmedizin ein.

Die Deutsche Kinderhilfe veranstaltete gemeinsam mit dem Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ am 28. Mai 2010 im Bundestag ein Expertengespräch zu diesem Thema. Bei der Diskussion um die Mindestmengen geht es um die Frage, wie viele sehr kleine Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm ein Perinatalzentrum jährlich behandeln muss, um die kleinsten Patienten versorgen zu dürfen. Die eingeladenen Experten forderten eine Zahl von mindestens 50 Fällen pro Jahr, denn Erfahrung, Personal, Know-How und Ausstattung stehen im direkten Zusammenhang mit den Überlebenschancen der Frühgeborenen. Die bis zu diesem Zeitpunkt festgesetzte Zahl von 14 Frühgeburten pro Jahr wurde daher als deutlich zu gering kritisiert.

Anlass des Expertengesprächs war der ausstehende Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Mindestmengen in der Perinatalmedizin. Durch das Expertengespräch, die daraus resultierenden Forderungen und die kontinuierliche Medienpräsenz setzten sich die Deutsche Kinderhilfe und der Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ für die von den Experten geforderte Zahl von 50 behandelten Neugeborenen mit sehr geringem Geburtsgewicht pro Jahr ein.

Am 17. Juni 2010 beschloss der G-BA: Die bisherige Mindestmenge von 14 Fällen pro Jahr wird auf 30 angehoben. Die Entscheidung wurde von der Deutschen Kinderhilfe, dem Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ und den Experten als positives Signal gewertet, ist jedoch noch nicht zufriedenstellend. Daher setzen sie sich gemeinsam auch weiterhin für höhere Mindestmengen ein.

17. November: Internationaler Tag des Frühgeborenen

Durch eine Frühgeburt können Probleme und Risiken für die weitere Entwicklung des Kindes entstehen. Es ist daher auf eine spezielle Förderung angewiesen. Damit das Thema Frühgeburt und mögliche langfristige Belastungen für die Kinder und ihre Familien öffentlich wahrgenommen werden, wurde der Internationale Tag des Frühgeborenen ins Leben gerufen. Anlässlich dieses Tages veranstaltete der Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. gemeinsam mit dem Förderverein für Frühgeborene der Charité und weiteren Berliner Kinderkliniken und angeschlossenen Vereinen sowie der Deutschen Kinderhilfe am 17. November 2010 ein großes Familienfest am Brandenburger Tor. 6.000 Ballons stiegen stellvertretend für die 60.000 Kinder, die jährlich in Deutschland zu früh geboren werden, in den Berliner Himmel. Ein buntes und kreatives Rahmenprogramm sorgte dafür, dass sich Kinder, ihre Familien und alle anderen Teilnehmer amüsieren und über das Thema Frühgeburt und Prävention aufgeklärt wurden. ■



Die kleine Lillie wurde in der 26. Schwangerschaftswoche geboren. Zusammen mit ihren Eltern und dem Sandmännchen feierte sie am Brandenburger Tor am 17.11.2010 den Internationalen Tag des Frühgeborenen

Anzeige



Gemeinsam ganz entspannt – Jugendherbergen für Familien

Unsere Jugendherbergen liegen an den schönsten Plätzen in Deutschland, inmitten von Natur oder Kultur. Sie sind ideal für einen unkomplizierten, entspannten Familienurlaub. Entdecken auch Sie die Jugendherbergen!

Gemeinschaft erleben in über 500 Jugendherbergen in Deutschland!

Mehr Informationen zu Jugendherbergen und zur Mitgliedschaft im Deutschen Jugendherbergswerk (DJH) erhalten Sie unter:
Service Telefon 05231 7401-0, service@djh.de





Neugeborenen Hörscreening an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Seit dem 1. Januar 2009 hat jedes Neugeborene einen gesetzlichen Anspruch auf das Universelle Neugeborenen Hörscreening (UNHS). Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 20. Juni 2008 beschlossen, das Hörscreening als Pflichtuntersuchung nach der Geburt einzuführen. Hierfür hatte sich die Deutsche Kinderhilfe gemeinsam mit der Aktion Frühkindliches Hören – einem Gremium aus Experten verschiedener Fachorganisationen aus den Bereichen Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation – jahrelang eingesetzt.

Das UNHS ist ein einfacher und schmerzfreier Hörtest, der in den ersten Lebenstagen nach der Geburt durchgeführt wird. Die Tests (OAE = Otoakustische Emissionen bzw. A-ABR = Hirnstammaudiometrie) werden am schlafenden Säugling durchgeführt und sind einfach, schnell und schmerzfrei. Ist der Hörtest auffällig, so müssen weitere Schritte folgen. Die Umsetzung des Universellen Neugeborenen Hörscreenings verläuft noch nicht zufriedenstellend. Daher hatte die Deutsche Kinderhilfe im November dieses Jahres zu einem Expertengespräch im Deutschen Bundestag eingeladen, an dem zahlreiche Vertreter aus Politik, Gesundheitswesen und Verbänden teilnahmen.

Der Hörtest steht am Beginn einer Kette von Maßnahmen, die bei Kindern mit einer Hörstörung so schnell wie möglich ergriffen werden müssen. Da das Neu-

geborenen Hörscreening Entwicklungsstörungen bei Kindern tatsächlich verhindern kann, sind die ersten 180 Tage entscheidend für die Zukunft des Kindes: Wird eine Hörstörung frühzeitig erkannt und versorgt, kann das betroffene Kind normal hören und sprechen lernen. Dies hat Einfluss auf den gesamten weiteren Lebensweg des Kindes, auf sein seelisches Gleichgewicht und seine schulische Bildung. Voraussetzung für diesen positiven Effekt ist jedoch, dass sich der Diagnose rasche Hörsystem-Versorgungen und gezielte Hörfördermaßnahmen anschließen. So lauteten bei dem Expertengespräch zum Neugeborenen Hörscreening auch die Kernbotschaften von Marianne Frickel, Präsidentin der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker und Maria Wisnet, Bundesvorsitzende des Berufsverbands Deutscher Hörgeschädigtenpädagogen.



Expertengespräch zum Neugeborenen Hörscreening im Deutschen Bundestag am 28.10.2010



Marianne Frickel, Bundesinnung der Hörgeräteakustiker, Union der Hörgeräteakustiker, Fachverband Deutscher Hörgeräteakustiker, Prof. Dr. med. Tadeus Nawka, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Audiologie und Phoniatrie



Prof. Dr. med. Rainer Rossi, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin – Perinatalzentrum des Vivantes Klinikum Neukölln, Maria Wisnet, Berufsverband Deutscher Hörgeschädigtenpädagogen

Auch Prof. Dr. Rossi betonte die Notwendigkeit der Nachverfolgung durch die Hörscreeningzentralen sowie der Regelung der Finanzierung dieser Leistung. Es sei Aufgabe des öffentlichen Gesundheitssystems, das Hörscreening als Vorsorgemaßnahme zu organisieren und deren rechtmäßige Durchführung zu überprüfen. Das Land Mecklenburg-Vorpommern hat auf Initiative von Prof. Dr. Nawka die Finanzierungsproblematik gelöst, indem die Geburtskliniken drei Euro pro Kind an die Hörscreeningzentralen abführen. Bezüglich der Finanzierung appellieren die Experten daher einstimmig an die Politik, auf die Beteiligten der Selbstverwaltung einzuwirken, um eine tragbare Lösung zum Wohle der Kinder herbeizuführen. Eine Abgabe von drei Euro an die Hörscreeningzentralen stellt sicher, dass jedes Neugeborene bei einem auffälligen Ergebnis entsprechend versorgt wird.

Da das Schicksal hörgestörter Kinder – es kommen zwei bis drei von 1000 Kindern jährlich mit einer Hörschädigung zur Welt – schwerer nachvollziehbar ist als das Schicksal augenfällig körperlich betroffener Kinder, hat das UNHS noch nicht den Popularitätsgrad wie andere wichtige Vorsorgemaßnahmen. Eine durch eine Hörschädigung verursachte Entwicklungsstörung wird meist erst nach Jahren erkannt. Wird das hörgestörte Kind nicht in den ersten sechs Monaten frühversorgt,

ist die Chance auf eine normale Entwicklung von Hörbahn und Sprachsystem verfallen. Das Kind bleibt lebenslang sprachbehindert mit den entsprechenden Konsequenzen: Förderschule, eingeschränkte berufliche Möglichkeiten, hohe Kosten für das Sozialsystem. Daher müssen Früherkennung, Frühversorgung und Frühförderung interdisziplinär ineinander greifen.

Um die Eltern grundlegend über das Thema des Neugeborenen Hörscreenings zu informieren, hat die Deutsche Kinderhilfe in Kooperation mit der Aktion Frühkindliches Hören einen Elternleitfaden entworfen, der an alle Geburtskliniken in Deutschland verteilt wird.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird nach einer fünfjährigen Erprobungsphase die Wirksamkeit des UNHS überprüfen. Sollte sich herausstellen, dass das UNHS sich nicht ausreichend etabliert hat und eine Wirksamkeit nur begrenzt feststellbar ist, besteht die Gefahr, dass diese wichtige Früherkennungsmaßnahme abgeschafft wird. Dies muss in jedem Fall verhindert werden. Das Ziel der Aktion Frühkindliches Hören ist es, das UNHS dauerhaft erfolgreich zu etablieren und langfristig als GKV-Leistung zu sichern. Um das zu gewährleisten müssen Politik, Medien und Öffentlichkeit auch weiterhin über die Thematik informiert und für die Probleme sensibilisiert werden. ■

Anzeige



Jan Weiler und Max sind wieder da!



Winterspaß und Weihnachtstrubel mit Jan Weilers kleinem Chaoten

48 Seiten, Lam. Pappband
€ 9,95 (D) / € 10,30 (A) / sFr. 15,90 (UVP)

ALKOHOLKONSUM VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

Im Jahr 2008 wurden bundesweit 25.700 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen zehn und zwanzig Jahren mit einer Alkoholvergiftung stationär behandelt. Im Vergleich zum Vorjahr ist das eine Steigerung um elf Prozent. Die Zahlen zeigen, dass der Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ein ernst zu nehmendes Problem ist und bisher nicht ausreichend bekämpft wurde.

Am 16. Juli 2010 veranstaltete die Deutsche Kinderhilfe in München gemeinsam mit der Stiftung Kindergesundheits das wissenschaftliche Symposium „Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen“. Experten und Teilnehmer aus den Bereichen Medizin, Forschung, Politik, Polizei und Bildung referierten und diskutierten über den Umgang mit Alkohol in der Gesellschaft. Schwerpunktthemen waren der besorgniserregende Anstieg des Koma-Saufens bei den Jüngsten sowie den unverantwortlichen Konsum von Alkohol in der Schwangerschaft. Bei der Veranstaltung wurden epidemiologische, medizinische und psychologische Aspekte des Problems und Maßnahmen zur Prävention von Alkoholmissbrauch im Jugendalter dargestellt. Alle Teilnehmer waren sich darüber einig, dass die Präventionsarbeit zum Thema Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen intensiviert werden muss.

Die Deutsche Kinderhilfe appelliert an die Bundesregierung, die Ministerpräsidenten sowie an alle beteiligten politischen und gesellschaftlichen Gruppen, auf das Problem des steigenden exzessiven Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen endlich angemessen zu reagieren.

Darüber hinaus fordert die Deutsche Kinderhilfe:

1. den flächendeckenden Einsatz jugendlicher Testkäufer nach dem Vorbild Niedersachsens, um die Einhaltung des Jugendschutzes effektiv zu kontrollieren,
2. eine Kostenerstattungspflicht für Klinikaufenthalte und Rettungseinsätze nach österreichischem Vorbild: Dann ist „saufen“ schnell nicht nur „uncool“ sondern auch noch teuer,
3. die Verpflichtung von Kliniken, die Fälle von exzessivem Alkoholkonsum an das zuständige Jugendamt weiterzuleiten,
4. engmaschige Kontrollen skrupelloser Geschäfte-



Von links nach rechts: Univ. Prof. Dr. med Berthold Koletzko, Vorsitzender der Stiftung Kindergesundheits, Christine Haderthauer, Bayerische Staatsministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, Georg Ehrmann, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Kinderhilfe

macher, die Alkohol an Kinder und Jugendliche verkaufen auf kommunaler Ebene – gerade in den Abendstunden und an Wochenenden – durch Ordnungsämter,

5. die Ausschöpfung der Möglichkeiten des Ordnungsrechts zum Beispiel durch hohe Bußgelder für Verstöße gegen das Jugendschutzgesetz (Bußgelder bis 100.000 Euro sind auch heute schon möglich), die Wiederholung muss den Entzug der Gewerbeerlaubnis nach sich ziehen,
6. gesetzliche Werbebeschränkungen, da sich die Alkoholindustrie nicht an die Selbstverpflichtung, Jugendliche nicht gezielt zu bewerben, hält (Bsp. Biermixgetränke oder sonstige Mixgetränke),
7. die verpflichtende Einführung elektronischer Kassensysteme für Gastronomie und Handel und die Implementierung arbeitsrechtlicher Konsequenzen beim Verstoß gegen das Jugendschutzgesetz,
8. keine kurzfristigen Kampagnen, sondern eine nachhaltige von der Alkoholindustrie finanzierte Aufklärungskampagne zur Veränderung des Trinkverhaltens bei Kindern und Jugendlichen sowie
9. eine verbindliche Einbeziehung der Schulen in Präventionsprogramme und -kampagnen.
10. Die Erhöhung der Alkoholsteuer ist ebenfalls zu diskutieren. Die Steuererhöhungen für die sogenannten Alkopops haben dazu geführt, dass diese Mixgetränke von Kindern und Jugendlichen weniger konsumiert werden. ■

ALKOHOLKONSUM IN DER SCHWANGERSCHAFT

Alkohol kann bei Kindern bereits vor der Geburt erhebliche gesundheitliche Schäden hervorrufen. Schätzungen des Beratungszentrums für Kinder mit Fetalem Alkoholsyndrom (FASD) an der Charité zufolge tragen jährlich zwischen 4.000 und 10.000 Kinder teils schwere körperliche und geistige Schäden als Folge des Alkoholkonsums ihrer schwangeren Mütter. Studien zufolge trinken 12 bis 15 Prozent der werdenden Mütter mindestens einmal pro Monat Alkohol.

Die Folgen sind gravierend, denn eine Alkoholvergiftung im Mutterleib führt zu lebenslangen irreversiblen Beeinträchtigungen für das Kind: Es ist hyperaktiv, zeigt Intelligenzmängel und Lernschwächen. In besonders schweren Fällen kommt es zusätzlich zu vermindertem Körperwuchs und äußerlich sichtbaren Fehlbildungen im Gesicht.

Auch die Wahrscheinlichkeit für eine Fehl- oder Frühgeburt ist durch Alkoholkonsum in der Schwangerschaft stark erhöht. Zudem ist das Risiko bei den Neugeborenen größer, in den ersten Lebensmonaten zu sterben. Neuere Studien haben ergeben, dass pro Jahr in Deutschland rund 43 Millionen Euro zusätzlich für die klinische Betreuung zu früh geborener Babys aufgewendet werden, weil deren Mütter während der Schwangerschaft Suchtmittel konsumiert haben. Bereits sehr geringe Mengen an Alkohol steigern das Risiko einer lebenslangen gesundheitlichen und psychischen Schädigung des Kindes erheblich.

Die Deutsche Kinderhilfe fordert daher den Gesetzgeber und die beteiligten Fachgruppen zu sofortigem Handeln auf: Obwohl das Fetale Alkoholsyndrom eine der häufigsten angeborenen körperlichen und geistigen Behinderungen bei Säuglingen ist, wird das Problem bei der Schwangerschaftsvorsorge sowie bei den meisten Geburtsmedizinern und Kinderärzten nicht ausreichend berücksichtigt. Auch eine bundesweite Aufklärungs- und Interventionsstrategie zur Reduzierung des Suchtmittelkonsums in der Schwangerschaft in Deutschland liegt bislang allenfalls in Ansätzen vor.

Dabei ist das Problem einfach zu vermeiden: Selbst bei starkem Al-

koholkonsum hat das ungeborene Kind gute Chancen auf eine normale Entwicklung, wenn die Mutter sofort zu Beginn der Schwangerschaft mit dem Trinken aufhört. In Frankreich hat sich beispielsweise bewährt, dass auf allen alkoholischen Getränken ein Warnhinweis mit einer durchgestrichenen Schwangeren angebracht ist. Auch in Deutschland müssen Einzelhandel und Industrie ihre Verantwortung aktiv wahrnehmen und durch gezielte Strategien die bestehenden Missstände mit eigenen Initiativen bekämpfen. Bislang verhindert die Alkohollobby jedoch sowohl die Aufklärungs- als auch die Präventionsarbeit. Daher ist es gegen den Widerstand der Alkohollobby nicht einmal gelungen, Warnhinweise auf Alkoholika durchzusetzen. Dies wäre zumindest ein erster Schritt, dem weitere zu folgen haben.

Alle präventiven Ansätze führen jedoch nicht weiter, wenn die Gesellschaft nicht unmissverständlich zum Ausdruck bringt, dass Alkohol ebenso wie Nikotinkonsum während der Schwangerschaft in keiner Weise geduldet wird. Missbrauchsprävention bei Alkoholkonsum, insbesondere in der Schwangerschaft, ist eine gesellschaftliche Aufgabe, die nur durch Zusammenarbeit verschiedener Interessengruppen gelöst werden kann. ■



Kita-Kids als Nachwuchs- gärtner auf Entdeckungsreise

Immer mehr Kinder verlieren den sinnlichen Bezug zu Lebensmitteln – Gemüse kommt für sie hauptsächlich aus der Dose. Um diese Entwicklung zu stoppen, schickt die EDEKA-Stiftung rund 40 000 Vorschulkinder ans Gemüsehochbeet.

Rund 400 Kindertagesstätten und Kindergärten in mehr als 150 deutschen Städten gehen in diesem Jahr unter die Gärten. Noch bevor die Kleinen lesen und schreiben können, lernen sie so spielerisch, dass Gemüse nicht im Supermarkt wächst.

Zahl der Teilnehmer weiter erhöht

»Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr«: Aus diesem Grund hat die EDEKA-Stiftung 2008 die Initiative »Aus Liebe zum Nachwuchs – Gemüsebeete für Kids« ins Leben gerufen und freut sich über wachsende Resonanz. Auch 2010 hat sich die Zahl der teilnehmenden Kitas weiter erhöht. Was zunächst als Initiative für sozial be-

nachteiligte Stadtteile gestartet war, trifft auf breite Zustimmung in allen gesellschaftlichen Schichten. Denn für viele Stadtkinder kommt das Gemüse hauptsächlich aus der Dose, bestenfalls aus der Tiefkühltruhe.

Das Bewusstsein für die eigene Gesundheit und eine ausgewogene Ernährung sollte frühzeitig geweckt werden. Fehlen im häuslichen Umfeld die Vorbilder, ist es von großer Bedeutung, Kindern Alternativen aufzuzeigen. Dieser Aufgabe nimmt sich die EDEKA-Stiftung mit umfassendem Engagement an. Denn als Deutschlands führender Lebensmitteleinzelhändler fühlt sich die EDEKA-Gruppe auch verpflichtet, soziale Verantwortung zu übernehmen.



EDEKA-STIFTUNG

Weitere Informationen zum Projekt finden Sie unter: www.edeka-stiftung.de
Spendenkonto: 12 12 12 50 01
BLZ: 200 907 00
EDEKABANK AG, Hamburg
Stichwort: »Aus Liebe zum Nachwuchs«



1393 km



Natur an der Grenze

Viele bedrohte Pflanzen- und Tierarten leben entlang der ehemaligen innerdeutschen Grenze im **Grünen Band** – einem für Mitteleuropa einmaligen Refugium:

Das Grüne Band ist eine wahre Schatzkammer der Natur. Auf

177 km² und 1.393 km Länge sind hier viele wertvolle Lebensräume miteinander verbunden. Helfen Sie uns, das Grüne Band zu erhalten, z.B. mit dem **Erwerb von Anteilscheinen.**

Mehr Infos:

www.gruenesband.info

www.bund.net

Oder fordern Sie die kostenlose Broschüre „Das Grüne Band“ an:



Bund für Umwelt und
Naturschutz Deutschland e.V.

Am Köllnischen Park 1
10179 Berlin

Fax 030 275 86-440
info@bund.net

NEU



Für Kinder
im Alter von
4-12
Jahren

- Sitzen diskret unter dem Pyjama / Schlafanzug.
- Besonders bequem und atmungsaktiv.
- Verschiedene Varianten für Jungen und Mädchen.

**Ungestörter Schlaf
trotz Bettnässen:**

UnderJams

**Saugfähige Unterwäsche
für die Nacht von**



Pampers UnderJams sind u.a. erhältlich
bei Rossmann, Müller, Kaufland, real,-,
Globus, Budni und in Ihrer Apotheke.

ROSSMANN

Müller



Mehr Infos unter www.UnderJams.de



**Sparen
Sie jetzt**

4€

Für den Verbraucher:

Dieser Coupon kann als Rabatt für das entsprechend genannte Produkt eingelöst werden. Nur jeweils ein Coupon kann für ein Produkt eingelöst werden. Der Coupon kann nicht für ein anderes Produkt eingelöst werden. Der Coupon kann nur für die jeweils verfügbare Ware bei den unten aufgelisteten Handelsunternehmen eingelöst werden.

Für den Händler:

Procter & Gamble wird diesen Coupon gegen das entsprechende Produkt und nur gegen das entsprechend ausgewiesene Produkt auf dem Coupon einlösen. Procter & Gamble behält sich vor, keine Zahlungen für fälschlich eingelöste Coupons zu machen.



Einfach Coupon abtrennen und beim Einkauf in einem der aufgelisteten Märkte an der Kasse abgeben. Nur gültig bei Kauf einer Packung UnderJams (verschiedene Sorten) und nur innerhalb Deutschlands.

Einlösbar bis 31.03.2011

Dieser Coupon kann eingelöst werden bei:

ROSSMANN

KLOPPENBURG

Müller

RATIO
wenn du kaufst ich ein!

tegut...
gute Lebensmittel

KK

Kaufland

famila

globus

BUDNI

V-MARKT

E-center

HHandelshof

KaufMarkt

10 JAHRE DEUTSCHE KINDERHILFE

10 JAHRE DEUTSCHE KINDERHILFE JUBILÄUMSFEIER

Die Deutsche Kinderhilfe hat am 24. November 2010 zu ihrem Jubiläum in Berlin nicht nur eine Bilanz ihrer guten Taten, sondern auch eine Weiterentwicklung der Organisation und ihr neues Erscheinungsbild vorgestellt.

Vor 250 hochrangigen Vertretern aus Politik, Gesellschaft und Wirtschaft dankte die Bundesfamilienministerin Dr. Kristina Schröder der Deutschen Kinderhilfe in der Hessischen Landesvertretung für zehn Jahre erfolgreiche Arbeit und hob die herausragende Rolle der Organisation bei der erfolgreichen Verknüpfung zwischen Politik, Wirtschaft, Wissenschaft und Gesellschaft im Dienste der Kinder hervor.



Bundesfamilienministerin Dr. Kristina Schröder dankt der Deutschen Kinderhilfe für zehn Jahre erfolgreiche Arbeit



Vorstandssprecher Rolf Stöckel stellt die weitere Entwicklung der Deutschen Kinderhilfe vor

Die Organisation bleibt gemeinnützig und die einzige von staatlicher Förderung und politischen Einflüssen unabhängige Kinderlobby in Deutschland. Die Deutsche Kinderhilfe wird in Zukunft verstärkt auf aktive Mitglieder – auf Kindervertreter statt auf passive Spender – setzen. In der neuen Satzung hat der Verein deshalb Online-Mitgliederversammlungen eingeführt, die den Vorstand direkt wählen und über Inhalte abstimmen.

Als die unabhängige und demokratische Organisation für Kinderrechte wird die Deutsche Kinderhilfe ihre Mitglieder direkt an Entscheidungen beteiligen: Sie werden künftig online mitdiskutieren und abstimmen, welche Themen für Kampagnen aufgegriffen, welche Positionen öffentlich vertreten werden. ■



Juliane Hielscher und Jörg Richert, Mitglieder des Sachverständigenrates der Deutschen Kinderhilfe



Das Team der Deutschen Kinderhilfe: Vorstand, Aufsichtsrat, Sachverständigenrat, Team des Hauptstadtbüros



Sopranistin Irina Wischnizkaja



Von links nach rechts: Andreas Stute, Dr. Kristina Schröder und Georg Ehrmann



Künstlerin Beate Klinz



Applaus für die Künstler Sibylle Haffter, Irina Wischnizkaja und Alexej Kosarev

Anlässlich des 10-jährigen Jubiläums der Deutschen Kinderhilfe hat die Mitgliederversammlung umfassende Reformen beschlossen. Das Ziel: Die Deutsche Kinderhilfe soll zu der mitgliederstärksten Kinderlobby Deutschlands werden. Ihre Mitglieder heißen nun Kindervertreter. Aber auch Jugendliche ab dem 14. Lebensjahr werden als Juniorkindervertreter aufgenommen und beteiligen sich inhaltlich an der Arbeit des Vereins. Mit einem stimmberechtigten Juniorvertreter im Vorstand schafft die Deutsche Kinderhilfe echte Partizipation. Diese wird zukünftig die Arbeit des Vereins bestimmen, denn in Online-Befragungen und einer Online-Mitgliederversammlung üben die Kindervertreter uneingeschränkt und demokratisch ihre Rechte aus, das heißt sie wählen den Vorstand und bestimmen die inhaltliche Arbeit des Vereins mit. Zu dieser Weiterentwicklung des Vereins ein Interview anlässlich des Jubiläums mit Georg Ehrmann, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Kinderhilfe.

Die Deutsche Kinderhilfe feiert am 24. November ihr zehnjähriges Jubiläum. Wie bilanzieren Sie die letzten Jahre, Herr Ehrmann?

Zunächst ist das 10-jährige Jubiläum ein Grund zur Freude und Anlass für eine ernsthafte Bilanz: Die Deutsche Kinderhilfe blickt auf eine Erfolgsgeschichte zurück. Wir haben sehr erfolgreiche Projekte initiiert und durchgeführt und sind ein medial präsenter und anerkannter Ansprechpartner für die Themen Kinderrechte und Kinderschutz. Kurz: die letzten zehn Jahre haben gezeigt, dass man einiges erreichen kann. Aber unser Jubiläum bietet auch die Chance für eine kritische Revision und für einen neuen Impuls nach innen und außen. Und den wollen wir nutzen, nicht nur in Jubiläumsgesprächen, sondern mit einigen entscheidenden Veränderungen in unserer Struktur und in unserem Auftrag.

Kritisch betrachtet muss man konstatieren, dass es auch mit unserer Arbeit nicht gelungen ist, aus Deutschland ein kinderfreundliches Land zu machen und Kinderinteressen dauerhaft in den Fokus der Öffentlichkeit zu heben. Wir können für unsere Arbeit feststellen, dass wir gute Projekte gemacht haben, die aber nur der Tropfen auf dem heißen Stein sein können, solange der gesamtgesellschaftliche Rückenwind fehlt und die Mittel begrenzt sind.

Welche konkreten Veränderungen in Ihrer Struktur sprechen Sie an?

Wir nehmen unser Jubiläum zum Anlass, eine neue Organisations-Struktur und ein neues Erscheinungsbild für die Deutsche Kinderhilfe zu beschließen. Wir werden zukünftig unsere Mitglieder aktiv an Entscheidungsprozessen beteiligen, etwa durch Online-Mitgliederversammlungen.

Herr Ehrmann, ist diese Neuausrichtung nicht eher eine Reaktion auf die massive Kritik an der Deutschen Kinderhilfe? Nachdem Sie vom Deutschen Spendenrat wegen intransparenter ökonomischer Verflechtungen kritisiert wurden, kann die Neuausrichtung auch als reines Ablenkungs-Manöver gesehen werden.

Es gab im Zuge der durch den Unicef-Skandal ausgelösten Debatte auch kritische Berichte über die Arbeit der Deutschen Kinderhilfe, wobei einige Kritiker über

das Ziel hinausgeschossen sind. Dem sind wir durch völlige Transparenz begegnet. Eine Betriebsprüfung durch die unabhängigen Finanzbehörden für die Jahre 2006 bis 2008 hat die Vorwürfe gegen uns widerlegt. Die Deutsche Kinderhilfe ist und bleibt uneingeschränkt gemeinnützig.

Zudem sind unsere neue Organisationsform und das überarbeitete neue Erscheinungsbild keine Neuausrichtung. Es ist die konsequente Fortführung unserer erfolgreichen Arbeit der letzten zehn Jahre. Aber wir brauchen in Deutschland nach wie vor eine gesellschaftliche Veränderung, einen Mentalitätswandel in punkto Kinderschutz und Kinderrechten.

Dabei ist uns in der Bewertung unseres Wirkens klar geworden, dass es für diese nachhaltige Verstärkung des Kinderschutzes einer gesellschaftlich breiten Organisation mit vielen Mitgliedern bedarf. Sie können umso effektiver arbeiten, je mehr Unterstützer und Mitglieder Sie hinter sich wissen. Machen wir uns nichts vor. Die Politik reagiert eher auf unsere Anliegen, wenn sie weiß, da stehen hunderttausende Mitglieder, also Wählerinnen und Wähler, dahinter.

Herr Ehrmann, was genau verbirgt sich hinter dem Begriff „Projekt Plus X“?

Wir wollen zukünftig neue Mitglieder gewinnen und über unsere vielen Mitglieder mit unseren Themen die Gesellschaft erreichen und für Kinderschutz-Themen sensibilisieren.

Denn wir glauben, dass wir über eine gesteigerte gesellschaftliche Relevanz politisch mehr erreichen können.

Hier zeigt sich unser neuer Anspruch, das ist unser Ziel. Kinder sollten uns allen doch genau so wichtig sein wie zum Beispiel Tiere. Deshalb streben wir eine Mitgliederanzahl an, die der Tierschutz in Deutschland schon längst erreicht hat.

Was bedeutet die neue Organisationsform genau?

Erst einmal: In ihrer neuen Organisationsform bleibt die Deutsche Kinderhilfe ein gemeinnütziger Verein.

Dazu bleiben wir die einzige von staatlicher Förderung und politischen Einflüssen unabhängige Kinderhilfsorganisation in Deutschland. Die Satzung schreibt ausdrücklich vor, dass Politiker nicht in die Gremien gewählt werden können, ebenso werden öffentliche Zuschüsse nicht angenommen. Zusätzlich werden wir unsere Mitglieder stärker einbinden. Wir setzen zukünftig auf aktive Mitglieder statt auf passive Spender. Wir werden die unabhängige, demokratische Organisation für Kinderrechte, die ihre Mitglieder direkt an Entscheidungsprozessen beteiligt. Zum Beispiel in Form von Online-Mitgliederversammlungen, bei denen der Vorstand gewählt wird. Und natürlich indem wir Diskussionen mit unseren Mitgliedern online führen und gemeinsam abstimmen, welche Themen wir für unsere Kampagnen aufgreifen.

Warum stellen Sie Ihre bisherige Projektarbeit ein?

Noch einmal, was wir vorhaben ist eine konsequente Weiterentwicklung unserer bisherigen Arbeit. Wir haben gesehen, dass wir mit unseren Projekten partiell sehr erfolgreich waren. So wurde das bundesweit erfolgreich umgesetzte Frühförderprogramm mit diversen Preisen ausgezeichnet. Gelingt es uns aber statt der Finanzierung an einigen Standorten durch konsequente Lobbyarbeit die Entscheidungsträger in Berlin dazu zu bewegen, die psychosoziale Betreuung von Eltern zur Regelleistung zu machen, ist den Frühgeborenen und ihren Eltern in ganz Deutschland geholfen. Daher wollen wir unser Anliegen eine Ebene höher verankern. Dazu brauchen wir die breite gesellschaftliche Relevanz. Unser Schwerpunkt wird zukünftig auf der Kampagnenarbeit unter Einbeziehung unserer Mitglieder liegen. Statt über einzelne Projekte werden wir so eine Verbesserung der Situation von Kindern insgesamt initiieren, zum Beispiel indem wir eigene Gesetzesvorschläge einbringen und kinderpolitische Themen auf die Agenda setzen.

Was ändert sich konkret?

Mit Verabschiedung der neuen Satzung haben wir die Möglichkeit geschaffen, Online-Mitgliederversammlungen abzuhalten. Dort wird unter anderem der Vorstand gewählt. Das heißt, dass wir ab sofort alle unsere Prozesse transparent und demokratisch abbilden. Zusätzlich sieht die neue Satzung nun auch einen Jugendvertreter als Vorstandsmitglied vor, um noch direkter die Anliegen von Kindern und Jugendlichen zu transportieren.

Aber am Markt der Kinderhilfe-Organisationen existieren Sie ja nicht alleine. Es gibt größere und mitgliederstärkere Wettbewerber. Warum sollte ausgerechnet die Deutsche Kinderhilfe die Stimme der Kinder werden?

In Deutschland existiert bisher eine Kinder-Interessen-Industrie, die zudem staatlich abhängig ist. Egal ob Caritas, Diakonie oder die im Paritätischen Wohlfahrts-

verband zusammengeschlossenen Verbände, sie alle haben in erster Hinsicht wirtschaftliche Interessen, die teilweise vor den Kinderinteressen stehen. Ferner können sie wegen der Abhängigkeit von staatlichen Fördermitteln ihre Stimme nicht gegen die Politik erheben – unter dem Motto „wer zahlt der spricht“. Der Deutsche Kinderschutzbund beispielsweise mit seinen 100 Mio. Euro Jahresumsatz bezieht alleine 60 Mio. Euro an staatlichen Zuschüssen.

Und gerade weil die Deutsche Kinderhilfe absolut unabhängig ist, stehen bei uns die legitimen Kinderinteressen ganz oben. Die Deutsche Kinderhilfe macht es Mitgliedern und allen engagierten Bürgern möglich, sich wirkungsvoll für den Kinderschutz einzusetzen.

Deshalb sind wir sehr zuversichtlich, dass wir unsere ambitionierten Ziele erreichen werden.

Was meinen Sie genau mit Kinder-System-Industrie?

Mal ein plakatives Beispiel: Als zu Zeiten der Großen Koalition die Implementierung eines Kinderschutzgesetzes gescheitert ist, kamen die meisten Widerstände aus dem Jugendhilfesystem selber.

So tragisch das ist, aber bei den getöteten Kindern ereignen sich 98 Prozent der Fälle im System. Das heißt in Familien, die den Jugendämtern bereits bekannt sind, die unter Vormund stehen oder von freien Trägern betreut werden.

Wir sind der festen Überzeugung, dass das bestehende System nicht ausreicht und dass auch gesetzliche Verbesserungen, bessere Kontrollen, die Einführung von Standards etc. notwendig sind.

Wir glauben, dass die etablierten Organisationen und Institutionen in der Kinder- und Jugendhilfe nicht objektiv sein können, da sie alle ihre Pfründe verteidigen müssen. Hier setzen wir als einzige unabhängige Organisation an.

Kurzum, welche Vision verfolgen Sie mit der neuen Deutschen Kinderlobby, Herr Ehrmann?

Wir wollen in der öffentlichen Wahrnehmung im Bereich des Kinderschutzes die Rolle einnehmen, für die Greenpeace als Name beim Thema Umweltschutz steht. Dazu brauchen wir zahlreiche aktive Mitglieder statt passive Spender. Jeder, dem unsere Anliegen am Herzen liegen, ist eingeladen, bei uns mitzuarbeiten und uns als Kindervertreter zu unterstützen! ■

10 JAHRE DEUTSCHE KINDERHILFE VORSTAND

Anlässlich der Mitgliederversammlung am 24. November 2010 wurden Georg Ehrmann, Vorsitzender, Andreas Stute, stellv. Vorsitzender, Ariane Friedrich, Vorstandsmitglied und Rainer Becker, Beisitzer, in ihren Ämtern bestätigt. Der Vorstand wurde erweitert um Heinrich Hölzl, langjähriger Geschäftsführer der Stiftung Die Gute Hand. RA Roland P. Weber und RA Klaus Wülfrath bilden den Aufsichtsrat. Rolf Stöckel (ehemaliger MaB und Kinderbeauftragter) wurde als neuer Vorstandssprecher engagiert, während Julia Hofmann die Elternzeit antritt.



Von links nach rechts: Der neue Vorstand der Deutschen Kinderhilfe:
Heinrich Hölzl, Georg Ehrmann, Ariane Friedrich, Andreas Stute und Rainer Becker

AUFSICHTSRAT



Klaus Wülfrath
Rechtsanwalt und
vereidigter Buchprüfer



Roland P. Weber
Rechtsanwalt

VORSTANDSSPRECHER



Rolf Stöckel
Vorstandssprecher der
Deutschen Kinderhilfe

MEDIENBEIRAT



Juliane Hielscher
Fernsehjournalistin

»Im Schwarzwald schlägt das kalte Herz« ...

In Franken liegt das
»Schlaraffenland« ...

Im Norden musizieren
»die Bremer Stadtmusikanten« ...

An der Ostsee treibt der
»Klabautermann« seinen
Schabernack ...

Am Bodensee jagen
»die sieben Schwaben«
das Ungeheuer ...

**Das Land der Märchen
und Sagen entdecken:
Deutschland,
eine Märchenreise.**



Karin Jäckel

Deutschland, eine Märchenreise

Durchgehend farbig illustriert von
Katharina Großmann-Hensel

19,8 x 26,0 | 192 Seiten | Halbleinen

€ 22,- / SFr 33.50 / € [A] 22,70

ISBN 978-3-451-70601-1

Von 5 bis 99 Jahren

KeRLE



www.kerle.de

SACHVERSTÄNDIGENRAT DER DEUTSCHEN KINDERHILFE

Der Sachverständigenrat berät und unterstützt den Vorstand. Beim 10-jährigen Jubiläum der Deutschen Kinderhilfe wurde die Weiterentwicklung des Vereins zu einer demokratischen und mitgliederstarken Organisation, die sich für ein kinderfreundlicheres Deutschland einsetzt, vorgestellt. Im Rahmen dieser Weiterentwicklung wurde auch der Sachverständigenrat erweitert.



Prof. Dr. Kathinka Beckmann

Professorin für klassische und neue Arbeitsfelder der Pädagogik der Frühen Kindheit an der Fachhochschule Koblenz, Schwerpunkte: Kindeswohlgefährdung; Erkennen von Gewaltschädigungen, Verwaltungsmodernisierung in der Jugendhilfe, kommunale Sozial- und Haushaltspolitik,

Methoden der Sozialen Arbeit, Preisträgerin des Lehrpreises des Landes Rheinland Pfalz 2008, Vorsitzende von „Jede Woche 3 e.V.“, Verein für Kinderschutz und Kinderrecht.



Claus Gollmann

Kinder- und Jugendpsychotherapeut (appr.), Supervisor, Paar-/Familientherapeut, Mitbegründer und Geschäftsführer von KiD Kind in Düsseldorf gGmbH, Beratung in Organisationen und Institutionen, Etablierung stationärer Diagnostikkonzepte im gesamten Bundesgebiet als Gründer von „Kind in Diagnostik“.



Prof. Dr. med. Bernhard Blanz

Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Universitätsklinikum Jena, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.



Juliane Hielscher, Medienbeirat

Fernsehjournalistin, engagiertes Mitglied unseres Freundeskreises, berät die Deutsche Kinderhilfe mit ihrer langjährigen Erfahrung im Medienbereich.



Norbert Blesch

Diplom-Sozialpädagoge (FH) und Sozialbetriebswirt (TWT AG Fachhochschule München); Geschäftsführer des Kinderschutz e.V. München; Vorsitzender des Vereins Zukunft durch Bildung und Erziehung e.V. Dachau; Mitglied der Facharbeitsgemeinschaft nach § 78 SGB VIII

Hilfen zur Erziehung München; Lehrbeauftragter der Kath. Stiftungsfachhochschule München, Abteilung Benediktuern.



Dr. med. Agnes Hildmann

Ärztin für Phoniatrie und Pödaudiologie, Ärztin für HNO-Heilkunde, Sprecherin des „Joint Committee Frühkindliches Hören“ bis 2005.



Prof. Dr. med. Britta Bockholdt

Direktorin des Instituts für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald; Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, des Berufsverbandes Deutscher Rechtsmediziner sowie der International Academy of Legal Medicine.



Dr. Thorsten Hofmann

Geschäftsführer von PRGS – Unternehmensberatung für Politik- und Krisenmanagement, Wissenschaftlicher Leiter des Institute Political & Crisis Management an der Steinbeis-Hochschule Berlin, Dozent der Deutschen Presseakademie (depak) sowie des Deutschen Instituts für Public Affairs (DIPA), Wirtschaftsingenieur und Verwaltungswirt, Absolvent und Alumni der Bundesakademie für Sicherheitspolitik.



Otmar W. Debold

Diplom-Volkswirt, Geschäftsführer Procter & Gamble Deutschland; verschiedene Führungspositionen im Finanzbereich, einschließlich Skandinavien und USA; Leiter Finanzen und Supply Chain Management; Mitglied im Vorstand der American Chamber of Commerce; 2. Vorsitzender „Kinderdörfer in Litauen e.V.“.



Dr. med. Ralf Kownatzki

Facharzt für Kinder und Jugendmedizin, Obmann des Berufsverbandes der Kinder und Jugendärzte für den Bereich Duisburg, Initiator des Duisburger Frühwarnsystems zur Prävention von Kindesmisshandlung: RISKID.

**Suzanne Kruschwitz**

Diplom-Sozialpädagogin, Initiatorin und wissenschaftliche Beraterin des Frühförderprogramms für Eltern frühgeborener und kranker neugeborener Kinder, Kinderkrankenschwester.

**Prof. Dr. med. Eckart Laack**

Facharzt für Innere Medizin mit den Schwerpunkten Hämatologie und Internistische Onkologie sowie Pneumologie und dem Zusatz Palliativmedizin in der II. Medizinischen Klinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, Initiator und Leiter des Projektes „Prävention der

Nikotinsucht bei Kindern und Jugendlichen in Hamburg und Umgebung“, welches mit dem HanseMerkur-Preis für Kinderschutz 2006 ausgezeichnet wurde.

**Dr. med. Stefanie Märzheuser**

Kinderchirurgin in der Charité, Campus Virchow-Klinikum, Präsidentin der Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e.V.

**Prof. Dr. med. Harald Mau**

Direktor der Klinik für Kinderchirurgie der Charité Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Mitglied in den Deutschen Gesellschaften für Chirurgie, für Kinderchirurgie und für Perinatale Medizin, Gründung und Vorstandsmitglied des NAV-Virchow-Bundes.

**Karsten Neumann**

Jurist, geb. 1966 in Wolgast, verheiratet und Vater einer Tochter, wurde als Landesbeauftragter in Mecklenburg-Vorpommern (2004-2010) im Zusammenhang mit dem tragischen Ableben von Lea-Sophie zum aktiven Streiter für einen fachlichen Dialog über die Rolle von Datenschutz als Kinderschutz. Er bildet Fachkräfte der Jugendarbeit und Jugendhilfe in Datenschutzfragen aus und ist als Berater für Verwaltung und Unternehmen selbstständig tätig.

**Jörg Richert**

Geschäftsführer der NGO KARUNA-Zukunft für Kinder und Jugendliche International e.V., ausgebildeter Systemischer Organisationsberater am Institut für Systemische Organisationsberatung Berlin, ausgezeichnet mit dem Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland.

**Prof. Dr. Dr. Gerhard Roth**

Seit 1976 Professor für Verhaltensphysiologie und Entwicklungsneurobiologie an der Universität Bremen, bis 2008 Direktor am Institut für Hirnforschung. 1997-2008 Rektor des Hanse-Wissenschaftskollegs, Niedersachsen/Bremen. Seit 2003 Präsident der Studienstiftung des deutschen Volkes. Mitglied der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Seit 2008 Geschäftsführer der Roth GmbH, Bremen. Rund 200 Veröffentlichungen auf dem Gebiet der Neurobiologie und der Neurotheorie.

**Prof. Dr. med. Mario Rüdiger**

Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde mit Subspezialisierung für Neonatologie, Leiter des Fachbereichs Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin an der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden, Mitglied der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin.

**Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Martin H. Schmidt**

1975-2006 Inhaber des Lehrstuhls für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg und Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim, 1996-2006 Stellvertretender Direktor des Instituts. Berufungen an die Universitäten Köln, Frankfurt am Main, Berlin und Zürich.

**Rocco Thiede**

Journalist und Fotograf u.a. für Der Tagesspiegel, Berliner Morgenpost, dpa und L'Osservatore; Redakteur bei Die WELT; Info-Sprecher bei Sat1; Pressesprecher der Direct Group Bertelsmann und DER CLUB BERTELSMANN; Senior Expert und Leiter des Projekts „Balance von Familie und Arbeitswelt“ bei der Bertelsmann Stiftung in Gütersloh; Journalist und Autor sowie Senior Media Consultant.

**Prof. Siegfried Willutzki**

Direktor des Amtsgerichts Brühl a.D., Honorarprofessor der TU Chemnitz, Familienrichter, Gründungsmitglied und langjähriger Vorsitzender des Deutschen Familiengerichtstages e.V., seit 2001 dessen Ehrenvorsitzender. Mitherausgeber der Zeitschrift für das gesamte Familienrecht (FamRZ), Mitherausgeber und Schriftleiter der Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe (ZKJ). Gutachter zu familienrechtlichen Themen im Deutschen Bundestag und beim Bundesverfassungsgericht, zahlreiche Stellungnahmen zu familienrechtlichen Gesetzesvorhaben. 2001 mit dem Großen Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet.

KINDER SIND VON KLEIN AUF RICHTIGE ÜBERFLIEGER.

Wir sorgen dafür, dass es so bleibt.

Kleines
Entdeckerbuch
ab 9 Monaten



Tanzende Musikkugel
ab 9 Monaten



Von klein auf mit voller Begeisterung lernen.

Ein Kind lernt nie wieder so schnell und einfach wie in seinen ersten Lebensmonaten. VTech Baby Lernspielzeug sorgt deshalb von Beginn an dafür, dass aus glücklichen Spielkindern aufgeweckte Entdecker werden. Mit VTech bekommen Babys in jeder Entwicklungsstufe die optimale Förderung. So wird zum Beispiel mit dem Kleinen Entdeckerbuch die visuelle Wahrnehmung geschult und die Tanzende Musikkugel regt zum Krabbeln an. Und das sind nur ein paar Beispiele aus dem mitwachsenden VTech Baby Sortiment. Mehr Informationen dazu finden Sie auf www.vtechbaby.de

vtech® Baby
MIT ALLEN SINNNEN LERNEN

Spiel, Spaß & Verantwortung

Hund und Katze – Lehrer für's Leben

Kindheit ist eine wunderschöne Zeit. Sagen die Eltern. Und die Kinder nehmen sie beim Wort. Sie wollen spielen, Spaß haben, rumtollen. Doch Kinder müssen auch Ordnung, Regelmäßigkeit und Verantwortung lernen. Nur wie?

Kann man einem Kind spielerisch Verantwortung beibringen? Aber ja. Ein Hund, eine Katze oder ein anderes Haustier



kann dabei helfen. Im spielerischen Umgang mit den Vierbeinern lernen Kinder schnell, Respekt gegenüber anderen Lebewesen zu zeigen und Verantwortung für sie zu über-

nehmen. Jedes Haustier will spielen, aber auch mal in Ruhe gelassen werden, es erwartet Aufmerksamkeit und regelmäßige Versorgung. Ihr Kind geht auf seinen neuen Freund ein – und lernt, was Verantwortung heißt.

Kinder und Haustiere – ein tolles Team.

Auch Ärzte, Erzieher und Psychologen kennen die positive Wirkung von Tieren auf Kinder.* Deshalb setzen sie Hunde, Katzen u.a. im Rahmen der „tiergestützten Medizin und Pädagogik“ ein. Um dies bekannt zu machen, hat ROYAL CANIN vor einigen Jahren die Aktion „Helfer auf vier Pfoten“ gegründet. Wir haben seitdem über 5000 Kinder mit ausgewählten Hunden zusammengebracht – in über 280 Einrichtungen, wie z. B. Grundschulen, Kinderheimen oder Krankenhäusern.

ROYAL CANIN ist Produzent hochwertiger Nahrung für Hunde und Katzen. Wissen und Respekt vor der Natur unserer Haustiere ist der Leitsatz, an dem sich alle Aktivitäten von ROYAL CANIN ausrichten. Das Wissen zum Wohle der Tiere erweitern wir ständig durch Forschung, die sich dann in weiteren Qualitätsverbesserungen unserer Produkte niederschlägt. Wir engagieren uns für das Zusammenleben von Menschen und Haustieren.

* Siehe u.a. Robert-Koch-Institut: „Heimtierhaltung – Chancen und Risiken für die Gesundheit“, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 19 und dort angegebene Studien.



Wie sollten Kinder mit Hunden umgehen? Die „12 Goldenen Regeln im Umgang mit Hunden“ erläutern dies altersgerecht. Diese und weitere Informationen finden Sie unter www.royal-canin.de



IMPRESSUM / BILDNACHWEIS

Deutsche Kinderhilfe e.V.

Haus der Bundespressekonferenz
Schiffbauerdamm 40
10117 Berlin

Telefon 030 – 24 34 294-0
Fax 030 – 24 34 294-9
Email info@kinderhilfe.de

Geschäftsführender Vorstandsvorsitzender:
Georg Ehrmann



Vereinsregister des AG Charlottenburg VR-Nr. 19957 Nz
Anerkannt als gemeinnützig im Sinne der AO
Finanzamt Berlin St.-Nr. 663/55753

Anzeigenverwaltung

Verlag Herrmann & Stenger
Taunusstrasse 20
60329 Frankfurt

Telefon 069 – 24 27 989-0
www.sozialesmarketing.de

Bildnachweis

Titel	©Marzanna Syncerz / fotolia
Seite 6	©WavebreakMediaMicro / fotolia
Seite 8	©Marc Roche / fotolia
Seite 10	©Monkey Business / fotolia
Seite 12/13	©Stiftung Kindergesundheit
Seite 18/19	©Techniker Krankenkasse
Seite 20	©Claudia Gerlach / Deutsche Kinderhilfe
Seite 21	©Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V.
Seite 22	©Peter Himself / Deutsche Kinderhilfe
Seite 22/23	©J. Hofmann / Deutsche Kinderhilfe
Seite 24	©Stiftung Kindergesundheit
Seite 25	©Irina Solatges / fotolia
Seite 28-32	©Peter Himself / Deutsche Kinderhilfe

Für die freundliche Unterstützung danken wir:



Süddeutsche Zeitung **Junge Bibliothek**



Spart an roten Ampeln. Und überall dazwischen.

Der neue Caddy® mit BlueMotion Technology mit Motor-Start-Stopp. Jetzt neu, für noch mehr Caddy: neue TDI-Common-Rail-Dieselmotoren, die mit weniger Kraftstoff mehr Leistung entwickeln, für noch mehr Wirtschaftlichkeit. Eine Motor-Start-Stopp-Anlage, für noch weniger Verbrauch. Und ein neuer Innenraum, für noch mehr Sitz- und Bedienkomfort. Jetzt bei Ihrem Volkswagen Partner: **Der beste Caddy aller Zeiten.**



Das Auto.

Der Produktname Caddy® ist eine eingetragene Marke von Caddie S. A. und wird von Volkswagen Nutzfahrzeuge mit freundlicher Genehmigung von Caddie S. A. benutzt.



Des Deutschen liebstes Kind...

Automobilclubs in Deutschland haben mehr als 20 Millionen Mitglieder – alle Kinderhilfsorganisationen weniger als 80.000.

Veränderung für ein gerechteres und kinderfreundlicheres Deutschland ist möglich, die Umweltverbände haben dies beim Umweltschutz vorgemacht. Das ehrgeizige aber lohnenswerte Ziel eine ebenso mitgliederstarke und durchsetzungsfähige Kindervertretung aufzubauen, ist schaffbar! Statt auf passive Spender setzt die Deutsche Kinderhilfe dafür auf aktive Mitglieder - auf Kindervertreter.

Werden auch Sie Kindervertreter der Deutschen Kinderhilfe auf www.kindervertreter.de