

Mitteilung des Senats vom 26. Juni 2001

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Entwicklung, Bewertung und Prävention

Die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen hat unter Drucksache 15/641 eine Große Anfrage zu obigem Thema an den Senat gerichtet.

Der Senat beantwortet die Große Anfrage wie folgt:

Vorbemerkung:

Zu zahlreichen Fragen liegen keine Daten oder Erkenntnisse für das Land Bremen vor. Soweit vorhanden können zu einer Reihe von Fragen gesicherte Erkenntnisse und umfangreiche Studien aus anderen, vergleichbaren Regionen hinzugezogen werden (z. B. zu Atemwegserkrankungen/Asthma und Luftverschmutzung, Gesundheit und Armut). Es gibt keinen Grund zu der Annahme, dass die Situation und die Zusammenhänge in Bremen und Bremerhaven grundsätzlich anders sind.

Hinzu kommt das methodische Problem, Erkrankungen und kleinräumige Umweltbelastungen kausal zusammenzuführen. Hier ist die unmittelbare Belastung im Wohnbereich (z. B. Passivrauch, Insektizideinsatz, Auswahl von Materialien, Haustiere etc.) zumeist von erheblich größerer Bedeutung.

Der Senat sieht mit großem Interesse den Ergebnissen der im März 2001 vom Robert Koch-Institut begonnenen „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ entgegen. Die Erhebung erstreckt sich über einen Zeitraum von drei Jahren und wird auch für die gesundheitliche Situation von Bremer Kindern und Jugendlichen wichtige und hilfreiche Erkenntnisse liefern.

1. Gesundheitszustand

1.1 Welche aktuellen Informationen hat der Senat über die Entwicklung von Gesundheitsstörungen und deren Ursachen bei Kindern und Jugendlichen in Bremen und Bremerhaven insbesondere hinsichtlich:

- a) Sprech-, Sprach-, Seh- und Hörstörungen,
- b) chronischer Krankheiten,
- c) Atemwegserkrankungen,
- d) Allergien,
- e) Bewegungsdefiziten (motorische Störungen, Koordinationsstörungen),
- f) Über- und Fehlernährung,
- g) Verhaltensauffälligkeiten, psychischen Störungen,
- h) Unfällen (Verkehrsunfälle, Unfälle im Schul-, Haus- und Freizeitbereich),

und welche aktuellen Handlungsbedarfe für öffentliche Einrichtungen leitet der Senat aus den Befunden ab?

Das Gesundheitsamt Bremen führt aus, dass aktuelle datengestützte Informationen über die Häufigkeit einzelner Gesundheitsstörungen und deren Ursachen in den verschiedenen Lebensaltern nicht für das Land Bremen vorliegen (siehe Vorbemerkung). Auch der Landesverband der Kinder- und Jugendärzte sowie die Kassenärztliche Vereinigung und die Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin verfügen nicht über entsprechende Übersichtsdaten.

Expertenvalidiert nehmen Sprachentwicklungsstörungen, motorische Auffälligkeiten, Über- und Fehlernährung, sowie Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zu und stellen vorrangige Handlungsfelder für öffentliche Einrichtungen dar. Gleiches gilt für Nikotin- und Alkoholkonsum Jugendlicher.

Es kann davon ausgegangen werden, dass sich diesbezüglich in Bremen die Entwicklung nicht von der in vergleichbaren Großstädten Deutschlands unterscheidet.

Infolge weit in die Kindheit hineinreichender Konsequenzen erfordert die wachsende Zahl von Frühgeburten besondere Beachtung. Frühgeburtlichkeit ist u. a. ein gesundheitsrelevantes Phänomen, weil frühgeborene Kinder zum Schuleintritt signifikant häufiger Auffälligkeiten in schulrelevanten Entwicklungsbereichen aufweisen als termingerecht geborene, normalgewichtige Kinder.

Nach einer Studie des Gesundheitsamtes Bremen aus 1999 werden derzeit rund 7 % aller Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 2500 Gramm geboren. Insbesondere hat sich zwischen 1980 und 1997 die Zahl der Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm auf nunmehr 1,5 % der Lebendgeborenen verdoppelt.

a) Sprech-, Sprach-, Seh- und Hörstörungen:

Das Gesundheitsamt Bremerhaven konstatiert im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen, dass Sprachstörungen in ca. 2,5 % der Fälle zu Überweisungen führen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung sind dabei schon rund 4,6 % der Kinder in Behandlung.

Zahlen zu fachärztlich diagnostizierten Seh- und Hörstörungen liegen nicht vor. Aufgrund von Schuleingangsuntersuchungen erfolgt eine Überweisung zum Augenarzt in 14 % und zum HNO-Arzt in 7,7 % der Fälle.

Seit 1999 wird in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Zentralkrankenhaus (ZKH) Links der Weser im Sinne der Prävention ein neonatales Hörscreening bei allen (inklusive Frauenklinik) versorgten gesunden und kranken Neugeborenen durchgeführt.

Es gibt gute Daten dazu, dass die Früherkennung einer Hörstörung entscheidend für die Entwicklung der hörgeschädigten Kinder ist.

Mit diesem Angebot gehörte die Kinderklinik zu den Vorreitern eines solchen Screenings in Deutschland.

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales unterstützt diese Initiative zur Früherkennung von Hörstörungen.

Ein zwischenzeitlich optimiertes Angebot an Logopäden hat nun bei Sprachentwicklungsverzögerungen zu verbesserten Therapiemöglichkeiten geführt.

b) chronische Erkrankungen:

Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am ZKH Links der Weser führt seit 1987 das neonatale Sonographie-Screening an Nieren und Harntrakt zur Früherkennung von Harntransportstörungen mit großem Erfolg und bundesweiter Anerkennung durch. Hierdurch sollen chronische Nierenerkrankungen früh erkannt und die Entwicklung einer chronischen Niereninsuffizienz verhindert werden.

Der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am ZKH Bremen-Nord obliegt die Schwerpunktversorgung von Diabetes mellitus und endokrinologischen Erkrankungen (stationär und ambulant). Die Klinik registriert eine Zunahme der Patientenzahlen in den letzten zehn Jahren.

Seit 1998 beteiligt sich die Klinik zusammen mit den Kinderkliniken des ZKH St. Jürgenstraße und des Krankenhauses Am Bürgerpark in Bremerhaven an einem zentralen Datenerfassungsprogramm im Bereich Diabetes mellitus.

c) Atemwegserkrankungen und

d) Allergien:

Das Gesundheitsamt Bremerhaven registriert im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen in 2 % der Fälle Asthma, eine allergische Rhinitis in 1,4 % sowie Allergien in 15 %.

Das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) kann für eine Abschätzung der Häufigkeit allergisch bedingter Haut- und Atemwegserkrankungen auf Zahlen eines aktuell durchgeführten Forschungsprojektes verweisen.

Im Rahmen dieses Projektes soll u. a. untersucht werden, ob durch eine gezielte Allergieberatung der Eltern neugeborener Kinder die Zahl der an Neurodermitis, Asthma oder Heuschnupfen erkrankten Kinder verringert werden kann. Zwar werden für dieses Projekt keine Zahlen für Bremen erhoben — wohl aber für Delmenhorst als eines von drei Studienzentren.

Werden vergleichbare Umwelteinflüsse und ähnliche soziodemographische Strukturen beider Städte vorausgesetzt, kann erwartet werden, dass die in Delmenhorst erhobenen Daten nicht sehr von in Bremen erwarteten Zahlen abweichen dürften.

Basierend auf einer Zwischenauswertung der Fragebogenangaben von etwa 1000 Delmenhorster Familien zeigt sich, dass in etwa jeder fünften Familie mit Kind mindestens eines der Kinder an Neurodermitis, Heuschnupfen oder Asthma leidet.

Darüber hinaus bestätigen die Zahlen den starken Einfluss einer genetischen Vorbelastung auf die Erkrankungswahrscheinlichkeit der Kinder. Leiden weder Vater noch Mutter an einer allergischen Erkrankung, so kam es in 14 % dieser Familien zu einer allergischen Erkrankung bei den Kindern. Sind jedoch Vater und/oder Mutter Atopiker (Personen mit Allergiebereitschaft), sind allergische Erkrankungen bei den Kindern in etwa jeder dritten Familie festzustellen.

Parallel zu diesem Forschungsprojekt wurden im vergangenen Jahr in Delmenhorst die Eltern im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen gebeten, Fragen zur Häufigkeit allergischer Erkrankungen bei den einzuschulenden Kindern zu beantworten.

Basierend auf 722 ausgefüllten Fragebögen (d. h. 85 % Response) bestätigten sich auch hier die oben skizzierten Zahlen: 19,4 % der einzuschulenden Kinder leiden laut Arzt Diagnose an Neurodermitis, Asthma oder Heuschnupfen.

Wird das Kriterium für eine allergische Erkrankung beim Kind von der reinen Arzt Diagnose ausgeweitet und werden auch Kinder mit deutlichen zusätzlichen Symptomen für Asthma oder Neurodermitis (z. B. fiepende Atemgeräusche im Brustkorb, Einrisse an den Ohrläppchen) mitgezählt, so erhöht sich der Anteil der an einer allergischen Erkrankung leidenden Kinder auf 31 %.

Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am ZKH Links der Weser führt im Bereich von Atemwegserkrankungen und Allergien seit mehreren Jahren Schulungen von Eltern, Kindern und Jugendlichen durch. Die Schulungen beziehen sich auf Patienten mit Asthma bronchiale sowie Neurodermitis.

Auch die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am ZKH Bremen-Nord führt seit 1999 Asthmaschulungsprogramme für Schulkinder durch. Die Klinik beobachtet zwar keine Zu- oder Abnahme der Fälle von Bronchitis, Asthma oder Pneumonie, erkennt aber im Bereich von Schulungsprogrammen einen erheblichen Nachholbedarf.

Siehe auch die Antworten zu Frage 1.2 und zum Fragenkomplex 3.

e) Bewegungsdefizite (motorische Störungen, Koordinationsstörungen):

Bewegungsdefizite mit motorischen und Koordinationsstörungen können in ihrer Entstehung sowie in der Ausprägung verschiedene Ursachen haben und auch für Fachleute mitunter schwierig zu erkennen sein. Valide Daten liegen nicht vor. In diesem Zusammenhang hat auch der Sportunterricht in den Schulen einen hohen Stellenwert.

Das Sozialpädiatrische Institut am ZKH St. Jürgenstraße (SPI) problematisiert in diesem Zusammenhang „Modeströmungen“ mit hohem Einfluss (z. B. das „Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom“). In den letzten Jahren entstand zunehmend eine Grauzone zwischen Therapie und Pädagogik (durch ein verändertes Bewusstsein und eine veränderte Erwartungshaltung). Vielfach werden pädagogische Fragestellungen in den medizinischen Bereich abgedrängt und somit „pathologisiert“.

f) Über- und Fehlernährung:

Fettleibigkeit („Adipositas“) gehört zu den chronischen Erkrankungen im Kindesalter. Die Zahlen zur Häufigkeit der Adipositas sind bereits im Vorschulalter hoch.

Der Lehrstuhl „Klinische Psychologie“ am Zentrum für Rehabilitationsforschung (ZRF) der Universität Bremen beschäftigt sich intensiv mit der Problematik von Übergewicht bei Kindern und hat in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt Bremen im Jahr 1997 die Prävalenz von Adipositas im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen bestimmt.

8,2 % erwiesen sich als behandlungsbedürftig übergewichtig (= adipös). Mit dem Alter steigt die Verbreitung (d. h. die 5-Jährigen waren seltener betroffen als die 6- und 7-Jährigen). Hier sind Interventionsmaßnahmen notwendig, um eine Chronifizierung zu verhindern.

Das Gesundheitsamt Bremerhaven registriert bei den Schuleingangsuntersuchungen in ca. 12 % der Fälle Kinder mit Übergewicht.

Im BIPS liegen keine Daten zu Über- und Fehlernährung von Bremer Kindern und Jugendlichen vor.

Die Prof.-Hess-Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am ZKH St. Jürgenstraße ist Referenzzentrum für Kinder mit Übergewicht und verfügt über ein spezielles Betreuungsprogramm.

In der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am ZKH Bremen-Nord befindet sich für adipöse Kinder und Jugendliche ein Schulungsprogramm im Aufbau. Dort wie auch bei zahlreichen anderen Einrichtungen besteht der Eindruck einer zunehmend immobilen Gesellschaft mit einem Anstieg der Adipositasprobleme in allen kindlichen Altersgruppen.

Siehe auch die Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen vom 24. August 2000: Hilfe bei Essstörungen (Drucksache 15/220 S).

Siehe auch die Antworten zu Frage 1.7 sowie zu Fragenkomplex 4.

g) Verhaltensauffälligkeiten, psychische Störungen:

In die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am ZKH Bremen Ost mit 47 vollstationären Behandlungsplätzen kommen die Kinder und Jugendlichen zu zwei Dritteln aus den Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven und zu einem Drittel aus dem niedersächsischem Umland.

Für das Jahr 2000 wurde erstmals ein anteiliger Überhang von 60 % weiblicher gegenüber 40 % männlicher Patienten festgestellt.

Die wichtigsten Diagnosen aus der Versorgungsdokumentation 1999:

- Störungen des Sozialverhaltens (30 %),
- Anpassungsstörungen (18,8 %),
- Essstörungen (11,7 %),
- Hyperkinetische Störungen (9,2 %),
- Psychotrope Substanzen (10,8 %),
- Persönlichkeitsstörungen (8,8 %).

Entlassungen zur Weiterbehandlung erfolgen in das engmaschige Nachsorgesystem Bremens.

Aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle des Sozialpsychiatrischen Dienstes am Gesundheitsamt Bremen sind vermehrt so genannte diffuse komplexe Störungen zu beobachten. Bei diesen Störungen handelt es sich um eine Vielzahl von unterschiedlichen Auffälligkeiten, die keiner eindeutigen Diagnose zugeordnet werden können.

Aus dem Bereich der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater in der Stadtgemeinde Bremen wird von einem Anstieg der Inanspruchnahme Kinder- und Jugendpsychiatrischer Praxen berichtet. Vor allem werden Verhaltensauffälligkeiten, aggressive Störungen und Leistungsprobleme genannt. Als Gründe werden hier in erster Linie mangelnde elterliche Erziehungsfähigkeiten und Einsparungen von Erziehungs- und Bezugspersonal in den Kindergärten, Schulen und Jugendfreizeiteinrichtungen vermutet. Verhaltensauffälligkeiten werden nach dieser Einschätzung im schulischen Bereich auch aufgrund der Integration der ehemaligen Sonderschulen in die Regelschulen oft unzureichend aufgefangen.

Die größte Patientengruppe der Kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik des Diakonischen Werkes in der Stadtgemeinde Bremerhaven mit zehn tagesklinischen Plätzen besteht aus Kindern und Jugendlichen mit Teilleistungsstörungen (z. B. Legasthenie). Die Beschulungssituation für verhaltensauffällige/-gestörte Kinder und Jugendliche wird von dort als unbefriedigend eingeschätzt.

Aus dem Bereich der einzigen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis in der Stadtgemeinde Bremerhaven wird von einem erheblichen Anstieg der Fallzahlen berichtet. Die Patienten kommen hier vielfach aus sozial schwachen Verhältnissen. Vorrangig werden Entwicklungsstörungen im Bewegungs- und Lernbereich genannt.

h) Unfälle (Verkehrsunfälle, Unfälle im Schul-, Haus- und Freizeitbereich):

Der Senat verweist auf den Landesgesundheitsbericht Bremen von 1998.

Um eine datengestützte Annäherung zur Prävalenz von Kinderunfällen in Bremen zu erhalten, hat der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales eine Auswertung der Aufnahmebücher der Kinderchirurgischen Klinik des ZKH St. Jürgenstraße vorgenommen.

Die Auswertung umfasste das Jahr 1998 und bezog Kinder bis zu 6 Jahren ein, die infolge eines Unfalles dort behandelt wurden (n = 1948).

Die Auswertung ergab:

- Die meisten Unfälle (26%) ereigneten sich im Alter von 1 bis unter 2 Jahren.
- Jungen erleiden häufiger einen Unfall als Mädchen.
- Vorherrschende Unfallursache sind Stürze — insbesondere im Alter von unter einem Jahr. In dieser Altersgruppe verletzten sich insgesamt 112 Kinder (40 %) durch einen Sturz.
- Häufigste Unfallfolge bei Säuglingen ist die Schädelprellung.

Der typische Unfall im Säuglingsalter ist der Sturz auf den Kopf, der zu einer Schädelprellung oder im schlimmsten Fall zu einer Schädelfraktur führt. Da der Aktionsradius der Kinder in diesem Alter noch sehr eingeschränkt ist, sind viele Unfälle auf die Unachtsamkeit der Eltern bzw. Betreuungspersonen zurückzuführen — z. B. der Sturz vom Wickeltisch. Da die Treppe sowohl bei den Säuglingen als Unfallort auch bei den Kleinkindern ganz vorn steht, sollten hier verstärkt Sicherheitsmaßnahmen (Treppengitter) verwendet werden sowie — entsprechend den Fähigkeiten des Kindes — das „richtige“ Treppensteigen geübt werden. Im Kleinkindalter wurden mehr Platzwunden als Prellungen verzeichnet, Kopfverletzungen stehen jedoch immer noch an erster Stelle.

Erst im Kindergartenalter erweitert sich das Unfallspektrum. Der Sturz vom Fahrrad gewinnt als Unfallursache an Bedeutung — hier kann das konsequente Tragen eines Schutzhelms schwere Verletzungen verhüten. Zudem werden in diesem Alter deutlich mehr Frakturen verzeichnet, insbesondere Armbrüche.

Erfreulicherweise nimmt die Zahl der Unfälle tendenziell ab.

Durch eine verbesserte Verkehrsunfallprävention und Fortschritte der Notfallmedizin ist die Gesamtunfallsterblichkeit von Kindern im Alter bis 14 Jahre in Deutschland deutlich gesunken, auch wenn Unfälle in dieser Altersgruppe immer noch die häufigste Todesursache sind.

Während ältere Kinder besonders häufig im Straßenverkehr tödlich verunglücken, verunfallen Säuglinge und Kleinkinder vor allem zu Hause (s. o.) und beim Spiel. Dies gilt nach einer aktuellen Studie des Bremer Gesundheitsamts aus dem Jahr 2000 auch für bremische Säuglinge und Kleinkinder („Unfälle und ihre Verhütung bei Säuglingen und Kleinkindern — Ergebnisse einer Elternbefragung“). Gut ein Drittel der Bremer Kinder hatten zum Zeitpunkt der Kindergartenaufnahme schon einen oder mehrere Unfälle erlitten, der Anlass war, Arzt oder Klinik aufzusuchen.

Zur Prävention von Unfällen wird in der Elternschule im Bereich der Frauenklinik am ZKH Links der Weser auf einige einfache Verhaltensregeln zur Verminderung von Unfällen vor allem im Kleinkindalter hingewiesen und entsprechendes schriftliches Informationsmaterial angeboten.

Im Bereich der Elternschule wird auch ein Schwerpunkt auf den Bereich Gewaltprävention gelegt. Hierzu wird neben entsprechender Aufklärung im Gespräch eine Broschüre des Deutschen Kinderschutzbundes verteilt.

Siehe auch die Antworten zu Fragenkomplex 6.

1.2 Welche neueren Erkenntnisse seit Veröffentlichung des Gesundheitsberichtes 1998 liegen dem Senat über umweltbedingte Gesundheitsrisiken für Kinder und Jugendliche in Bremen und Bremerhaven vor, und welchen Handlungsbedarf sieht der Senat?

Dem Senat liegen keine grundsätzlich neuen Erkenntnisse vor.

Gleichwohl besteht ein bedeutsames umweltbedingtes Gesundheitsrisiko für Kinder in der Innenraumbelastung durch Tabakrauch. Ein relevanter Anteil von Atemwegserkrankungen und Allergien bei Kindern und Jugendlichen dürfte — zwischenzeitlich wissenschaftlich belegt — durch Passivrauchen ausgelöst bzw. unterhalten werden.

Das BIPS hat mit seinem Programm zur Verringerung des Nikotinkonsums bei Schwangeren und Eltern von Neugeborenen seit mehreren Jahren zielgerichtete Aktivitäten in Bremen entfaltet, die inzwischen durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) auch auf der nationalen Ebene implementiert wurden.

1.3 Welche Erkenntnisse gibt es über das Auftreten von Multipler Chemikalien Sensibilität (MCS) bei Kindern und Jugendlichen in Bremen und Bremerhaven? Wie wird dieses Gesundheitsrisiko erfasst?

Dem Senat liegen keine aktuellen Erkenntnisse vor.

Die Ursachen, die Diagnose sowie therapeutische Ansätze von MCS sind weitestgehend ungeklärt. Derzeit wird eine Studie unter Leitung des Robert Koch-Instituts durchgeführt.

Der Senat verweist in diesem Zusammenhang auf die Kleine Anfrage von Bündnis 90/Die Grünen vom 23. Mai 2001 und die Antwort des Senats vom 19. Juni 2001.

1.4 Welche Unterschiede im Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen gibt es zwischen den Stadtteilen in Bremen bzw. in Bremerhaven, und wie erklärt der Senat diese Unterschiede?

Der Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen unterscheidet sich zwischen den Stadtteilen in Bremen.

Es bestehen erhebliche Unterschiede in der Prävalenz z. B. von Adipositas in Abhängigkeit vom Wohngebiet und sozialem Status: Je geringer der Sozialstatus, desto höher die Häufigkeit — bereits im Vorschulalter.

Die so genannte sozialräumliche Analyse hat belegt, dass der Gesundheitszustand von der sozialen Stellung abhängt. Für den Gesundheitsbericht 1998 wurden die Bremer Ortsteile in fünf Gruppen („Cluster“) unterteilt. Für die Zuordnung war die

Verteilung bestimmter sozialer Merkmale (Erwerbstätigkeit, Staatsangehörigkeit, Bildung, Altersaufbau) ausschlaggebend. Der Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen (und Erwachsenen) ist in den sozial günstigen Stadtteilen besser als in denen mit sozial ungünstigen Bedingungen.

Aussagen über die Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern erlauben die bisherigen Ergebnisse der Untersuchungen im Kindergarten und zum Zeitpunkt der Einschulung durch das Gesundheitsamt Bremen.

Im Allgemeinen weisen Kinder aus sozial benachteiligten Wohnquartieren höhere Gesundheitsrisiken auf, nehmen im geringeren Umfang an Krankheitsfrüherkennungsmaßnahmen teil, sind schlechter vor durch Impfung vermeidbaren Erkrankungen geschützt und häufiger krank. In der Spanne zwischen sozialer Privilegierung bzw. sozialer Benachteiligung sind diese Unterschiede vor allem auf das elterliche Gesundheitsbewusstsein und -Verhalten sowie das elterliche Verhalten zurückzuführen, ihre Kinder aktiv Gesundheitsdienstleistungen zuzuführen. Besonders deutlich wird dies bei allgemein frei zugänglichen und kostenlosen Angeboten wie Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen und Impfungen.

Bezüglich gesundheitlich unterversorgter Zielgruppen von Kindern und Jugendlichen stellt sich damit die Aufgabe, Gesundheitsangebote mit Kommstruktur durch niedrigschwellige Angebote in Kindereinrichtungen und Schulen bzw. durch aufsuchende Gesundheitsangebote dann zu ergänzen, wenn dies im Einzelfall notwendig ist.

Allerdings sind Unterschiede im Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen nicht nur auf die materielle Lage zurückzuführen. Hinzukommt, dass sich Wertesysteme und Erziehungsziele in gesellschaftlichen Gruppierungen voneinander unterscheiden und die Lebensweisen der Familien mit ihren konkreten Auswirkungen auf die Alltagsgestaltung das Entstehen einer Vielzahl von Subkulturen beeinflussen.

Trifft diese Vielfalt von Entwicklungswirklichkeiten auf normierte Leistungsanforderungen bspw. beim Eintritt in die Schule, so können sich Entwicklungsrückstände als Defizite, Entwicklungsvorsprünge als beeinträchtigend erweisen.

Vorschulische Einrichtungen in Bremen haben daher den Auftrag angenommen, Entwicklungsrückstände durch gezielte Förderung im pädagogischen Alltag abzubauen, und Primärpädagogik im Grundschulbereich hat sich darauf eingestellt, die bei Einschulung unterschiedlichen Kompetenzen durch Individualisierung der Lernangebote weiter zu entwickeln.

Die ärztliche Untersuchung neu in ein Kindertagesheim aufgenommener Kinder sowie die ärztliche Einschulungsuntersuchung können bei medizinischen Fragen im Einzelfall die Kindertagesheime und Schulen unterstützen, sich mit ihren pädagogischen Angeboten auf die unterschiedlichen Entwicklungsstände und ggf. gesundheitlichen Problemlagen der Kinder einzustellen.

Für Bremerhaven gibt es keine sozialräumliche Analyse. Bestimmte Untersuchungsergebnisse, wie Impfstatus und Zahngesundheit, werden aber auch nach sozialen Indikatoren ausgewertet.

Die Säuglingssterblichkeit unterscheidet sich zwischen Bremen und Bremerhaven nur noch gering. 1995 starben in Bremerhaven 6,2 und in Bremen 5,5 Säuglinge von 1.000 Lebendgeborenen. 1980 lauteten die Zahlen noch 20,7 für Bremerhaven und 13,7 für Bremen. Eine Auswertung der Säuglingssterblichkeit nach sozialen Indikatoren liegt nicht vor. Untersuchungen außerhalb Bremens haben aber regelmäßig gezeigt, dass die Säuglingssterblichkeit in den sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten höher ist.

Dem Senat ist bekannt, dass es noch keine abschließende Erklärung für die Abhängigkeit der Gesundheit von der sozialen Lage gibt.

1.5 Welche Kenntnisse hat der Senat zur gesundheitlichen Situation der in Armut aufwachsenden Kinder und Jugendlichen (im Vergleich zu nicht in Armut lebenden Kindern und Jugendlichen)?

Dem Senat ist aus den Untersuchungen aus Bremen (die im Ergebnis mit zahlreichen Studien aus dem In- und Ausland übereinstimmen) bekannt, dass Kinder, die

in Armut aufwachsen, sich insgesamt in einem schlechteren Gesundheitszustand befinden.

Das Sozialpädiatrisches Institut konstatiert zum Beispiel, dass viele Förderaktivitäten im Gesundheitsbereich außerhalb von Institutionen stattfinden (etwa bei Sprachentwicklungsstörungen sowie Lese-Rechtschreibstörungen).

Benachteiligt sind hierbei Kinder aus Familien, die dieses Angebot nicht in Anspruch nehmen können oder wollen. Dies betrifft in verstärktem Maße Kinder, deren Familien in Armut leben.

In diesem Zusammenhang wird auf den aktuellen Bericht der Bundesregierung zu „Lebenslagen in Deutschland — Erster Armuts- und Reichtumsbericht“ verwiesen.

Siehe auch die Antwort zu Frage 1.4 (Konsequenzen durch soziale Unterschiede).

1.6 Welche Kenntnisse hat der Senat zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in Bremen und Bremerhaven aus Migrantenfamilien?

Dem Senat liegen keine entsprechenden Erkenntnisse vor.

Migrantenfamilien stellen keine einheitliche Gruppe dar. Hier geborene Kinder aus Migrantenfamilien sind nicht erkenntlich kranker als Kinder einheimischer Familien in vergleichbarer sozialer Situation.

Im Ausland geborene, nach Bremen zugewanderte Kinder mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen weisen oftmals eine unzureichende Behandlung ihrer Gesundheitsprobleme auf. In diesen Fällen gelingt es in der Regel über spezifisch ausgerichtete Angebote des Gesundheitsamts Bremen, notwendige Therapien oder Rehabilitationsmaßnahmen durch zuständige Gesundheitsdienstleister zu veranlassen.

Nicht verkennbar ist jedoch, dass die Einbeziehung der Kinder von Zuwanderern in Krankheitsfrüherkennungs- oder andere Präventionsprogramme mitunter problematisch ist. Auch spezifisch auf die Zielgruppe Zuwanderer abgestellte, mehrsprachige Informationen konnten in der Vergangenheit diesbezüglich nur wenig ausrichten.

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales und das Gesundheitsamt Bremen haben daher im Frühjahr 2001 eine Vereinbarung über die Erstellung einer Handreichung für Multiplikatoren abgeschlossen, durch die es Anlaufstellen für Zuwanderer und Zuwanderinnen in den unterschiedlichsten Bereichen ermöglicht werden soll, der Zielgruppe den Weg in das Gesundheitsvorsorge- und Versorgungssystem zu weisen (Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten).

1.7 Welche Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen in Bremen und Bremerhaven wurden in den letzten fünf Jahren mit welchem Erfolg ergriffen?

Beispielhaft sind folgende Maßnahmen (siehe auch die Antworten zu entsprechenden Maßnahmen in Zusammenhang mit den Fragekomplexen 2, 3, 4, 5, 6 und 7):

Unfälle:

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte hat in Kooperation mit der Kasernenärztlichen Vereinigung Merkblätter „Kinderunfälle“ herausgegeben, die bei den jeweiligen Vorsorgeuntersuchungen an die Eltern ausgegeben und mit ihnen besprochen werden. Die Merkblätter sind auf den Inhalt der jeweiligen Vorsorgeuntersuchung abgestimmt und beziehen sich auf mögliche Unfallsituationen im gesamten Lebensbereich des Kindes.

Impfungen:

Durch Impfung vermeidbare Erkrankungen nehmen im Konzept bremischer Gesundheitspolitik eine besondere Stellung ein, lassen sich doch durch Impfungen bei Kindern, Jugendlichen aber auch Erwachsenen eine Reihe relevanter Erkrankungen mit zum Teil schwerwiegenden Folgen vorbeugend verhindern und dadurch nicht nur Leid bei Betroffenen und Angehörigen, sondern auch Folgekosten in nahezu allen Gesundheitsdienstleistungssektoren vermindern sowie volkswirtschaftliche Belastungen spürbar reduzieren.

Um Defizite bei der Masern-, Mumps- und Rötelnimpfung zu kompensieren sowie heutigen Jugendlichen, die als Säuglinge noch nicht von der inzwischen eingeführten Hepatitis-B-Impfung profitieren konnten, ebenfalls eine Impfmunität gegen Hepatitis B zu ermöglichen, haben es die schulärztlichen Dienste in Bremen und Bremerhaven im Rahmen eines Gemeinschaftsprojektes mit den gesetzlichen Krankenkassen seit dem Schuljahr 1999/2000 unternommen, durch flächendeckende, kostenlose Impfangebote in den 5. und 7. Klassen die Impfquoten zu verbessern.

Allein in der Stadtgemeinde Bremen haben sich im Schuljahr 1999/2000 1.676 Schüler/-innen der 5. Klassenstufe an der Masern-, Mumps- und Rötelnimpfung sowie 1790 Schüler/-innen der 7. Klassenstufe an der Hepatitis-B-Impfung beteiligt.

Detailanalysen haben gezeigt, dass die Impfkationen nicht nur insgesamt die Immunität der Schülerschaft deutlich verbessert, sondern insbesondere den Durchimpfungsgrad sozialbenachteiligter Schüler/-innen signifikant erhöht haben. Bremer Kinder und Jugendliche sind nach diesen Kampagnen somit deutlich besser geschützt als zuvor. Im nationalen Vergleich nimmt Bremen eine gute Position ein.

Aufgrund des großen Erfolgs der Impfkationen haben sich die gesetzlichen Krankenkassen und Gesundheitsämter verständigt, das Gemeinschaftsprojekt weiterzuführen.

Zahnprophylaxe:

Durch die Zusammenarbeit mit der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (LAJB) erfolgte eine Verbesserung der Prophylaxe im Zahnbereich bei den 12-Jährigen und eine Verbesserung der Betreuung der Kariesrisikokinder z. B. in Bremerhaven.

Die Mundbefunde vom Jahr 2000 der 12-Jährigen zeigen eine Verbesserung der Kariesprävalenz gegenüber 1997, wohingegen diese Verbesserung bei den 6- bis 7-Jährigen bezüglich der bleibenden Zähne nur geringfügig ist. Bei den Milchzähnen ist in dieser Altersgruppe sogar eine Verschlechterung feststellbar.

Ernährung:

Weiterhin wurde in Bremerhaven die Einrichtung eines Mittagstisches in einem Stadtteil beschlossen. Aufgrund von Untersuchungen bestand akuter Handlungsbedarf, da eine große Anzahl von Kindern ohne Frühstück in den Einrichtungen erscheinen.

Das Gesundheitsamt Bremen hat in Kooperation mit dem BIPS ein Faltblatt für Eltern zu „Essen und Trinken in der verlässlichen Grundschule“ herausgebracht.

Das Zentrum für Rehabilitationsforschung (ZRF) der Universität Bremen hat eine Schulung für Eltern und Kinder eingeführt, wie man sich gesünder ernähren, mehr Sport treiben und mit den Belastungen, die z. B. mit Übergewicht verbunden sind, umgehen kann. Erste Erfolge konnten erzielt werden; die breite Implementierung steht noch aus.

Mit Unterstützung des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales wurde vor ca. eineinhalb Jahren der „Arbeitskreis Ess-Störungen Bremen“ gegründet, eine Plattform, in der ca. 20 Trägereinrichtungen in Bremen und Bremerhaven vertreten sind, die mit essgestörten Jugendlichen und Erwachsenen arbeiten.

Dieser Arbeitskreis hat die Vernetzung aller Angebote im Bereich von Jugend- und Freizeitpädagogik, psychosozialer Beratung, ärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung im ambulanten und niedergelassenen Sektor im Land Bremen zum Ziel. Prävention stellt einen Schwerpunkt in der Kooperationsarbeit dar.

Essstörungen:

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit Jugend und Soziales hat vor ca. zwei Jahren das Konzept einer Qualifikation von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen entwickelt, die im Rahmen von Vorschulerziehung, Schulunterricht und Jugend-Freizeitangeboten primärpräventiv gegen Ess-Störungen tätig sind. Qualifizierungsmaßnahmen werden in Form von Fortbildungsmaßnahmen, sowie einer

einjährigen berufsbegleitenden Fortbildung für Lehrkräfte angeboten (Hauptträger: Suchtprävention Bremen/Senator für Bildung und Wissenschaft).

Im Rahmen der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der Ärztekammer Bremen wurde auf Initiative des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt eine ärztliche Fortbildung zu Essstörungen angeboten. Es ist geplant, diese interdisziplinär auch für den stationären Bereich anzubieten.

Beim Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes wurde vor ca. zwei Jahren eine wöchentliche telefonische Sprechstunde für direkt und indirekt von Ess-Störungen Betroffene eingerichtet. Bei der Suchtprävention/Senator für Bildung und Wissenschaft besteht das Angebot zur Ein- und Mehrfachberatung von betroffenen Jugendlichen und deren Bezugspersonen (Eltern, Freunde), ggf. einhergehend mit einer qualifizierten Weitervermittlung an Selbsthilfegruppen oder Versorgungseinrichtungen. Diese Angebote können auch präventiv zum Zeitpunkt einer noch nicht manifesten Ess-Störung genutzt werden.

Prävention von Ess-Störungen, wie Suchtprävention allgemein, verfolgt insbesondere das Ziel — neben Aufklärung über Gesundheitsgefahren und Information über Hilfeangebote —, das persönliche Selbstwertgefühl von Kindern und Jugendlichen zu stärken. Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales finanziert gemeinsam mit dem Senator für Bildung und Wissenschaft im zweiten Jahr eine ABM-Kraft, die im Sinne dieses Leitziels direkte schulische Präventionsarbeit in Form von Projektunterricht und Angeboten im AG- bzw. Wahlpflichtbereich ausschließlich für den Bereich Ess-Störungen leistet.

1.8 Plant der Senat die Erweiterung der kinder- und jugendbezogenen Gesundheitsberichterstattung? Wenn ja, um welche Entwicklungs- und Gesundheitsindikatoren muss nach Sicht des Senats die Gesundheitsberichterstattung, die sich auf Kinder und Jugendliche in Bremen und Bremerhaven bezieht, ergänzt werden?

Grundsätzlich soll Gesundheitsberichterstattung die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Bestimmungsfaktoren abbilden. Dabei liegen jeder Gesundheitsberichterstattung Sichtweisen der Bedingungs- und Verursachungsfaktoren von Krankheit und Gesundheit zugrunde.

Diese Sichtweise ist bestimmend dafür, welche Indikatoren in die Berichterstattung einbezogen werden und welche nicht. Die Gesundheitsberichterstattung in Deutschland geht bisher weitgehend von einem biomedizinischen Krankheitsverständnis aus, d. h. sie sucht und findet die Verursachungsfaktoren für Krankheit im Individuum und dessen riskanten Verhalten.

Es ist klar, dass diese Sichtweise nur einen Teil der gesundheitlich bedeutsamen Faktoren einschließt.

2. Früherkennung

2.1 Welche neueren Erkenntnisse seit Veröffentlichung des Gesundheitsberichtes 1998 liegen dem Senat über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Gesundheitsschäden bei Kindern und Jugendlichen (Teilnahme etc.) vor?

2.1.1 Welche Erfahrungen werden mit den für das Kindesalter vorgesehenen Gesundheits-Checks U 1 — U 9 und mit der im Jahre 1998 eingeführten Jugendgesundheitsuntersuchung (J 1) gemacht?

2.1.2 Welche überwiegenden Gesundheitsschäden weisen Kinder und Jugendliche bei diesen Untersuchungen auf?

2.1.3 Wie haben sich die Teilnahmequoten an Früherkennungsuntersuchungen im Vergleich zu anderen Bundesländern entwickelt?

Die Kassenärztliche Vereinigung hat u. a. aufgrund von Unzulänglichkeiten der Befunddokumentation die Auswertung von Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen eingestellt. Somit können insbesondere quantitative Aussagen zu den im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen festgestellten Gesundheitsschäden nicht gemacht werden. In Gesprächen mit der KV soll versucht werden, diese Situation im Sinne der gemeinsamen Aufgabe zu verbessern.

Die Daten der Schuleingangsuntersuchung bieten Hinweise auf die Beteiligung von Kindern an den Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen bei niedergelassenen Ärzten.

Das Gesundheitsamt Bremen gibt an, dass von 81,9 % der Schulanfänger des Jahres 2000 den Schulärzten/-innen die Hefte vorgelegt wurden (vgl. Tabelle).

Die nachfolgenden Beteiligungsquoten an den Früherkennungsuntersuchungen U 2 — U 9 beziehen sich ausschließlich auf diejenigen Kinder, die ihr Vorsorgeheft zur Schuleingangsuntersuchung vorlegten.

Vorgelegte Vorsorgehefte im Jahresvergleich in Bremen (Stadt):

Jahr	Prozent vorgelegte U-Hefte
1991	71,6 %
1996	78,3 %
2000	81,9 %

Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen im Jahresvergleich Bremen (Stadt):

	1991	1996	2000
U 2	97,4	94,8	97,5
U 3	96,2	93,1	96,5
U 4	95,3	92,3	95,6
U 5	94,6	91,7	94,7
U 6	93,8	90,6	94,1
U 7	90,8	88,2	90,8
U 8	86,6	84,0	86,8
U 9	46,7	59,2	78,7

Die Beteiligung an der U 1 wurde nicht dokumentiert, da davon auszugehen ist, dass diese Untersuchung, die unmittelbar nach der Geburt durchgeführt wird, nahezu alle in Deutschland Geborenen erreicht.

Nach dem Rückgang der Beteiligungsquoten an der U 2 — U 8 in 1996 haben die Quoten in 2000 die Beteiligung in 1991 wieder erreicht, zum Teil sogar noch geringfügig übertroffen.

Die im Landesgesundheitsbericht 1998 bezüglich der in 1996 rückläufigen Quoten angenommene Ursache dürfte sich damit bestätigt haben: Im damaligen Zeitraum hatte eine starke Zuwanderung von Kindern im Vorschulalter insbesondere auch aus den neuen Bundesländern stattgefunden, die Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen waren als bundesrepublikanisches Programm in der ehemaligen DDR jedoch zum Teil noch nicht etabliert.

Hervorzuheben ist die gestiegene Teilnahme an der U 9: Diese Untersuchung war erst 1989 eingeführt und im Erhebungszeitraum 1991 und 1996 auch in den alten Bundesländern noch nicht voll etabliert.

Vorsorgeuntersuchungen haben eine hohe Qualität, dennoch weist das Sozialpädiatrische Institut am ZKH St. Jürgenstraße darauf hin, dass Symptome einer psychosozialen oder mentalen Entwicklungsstörung oft zu spät erkannt werden.

Insgesamt ist die Beteiligung an den Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen U 1 — U 9 für Kinder aus der Sicht der Gesundheitsämter als auch der Kinder- und Jugendärzte sowie der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zufriedenstellend. Soweit Daten anderenorts verfügbar sind, ist die Beteiligung der Bremer Kinder vergleichsweise gut. Bedauernd ist jedoch, dass es keine Auswertung der dort erhobenen Daten durch die KV gibt.

Die 1998 eingeführte Jugendgesundheitsuntersuchung „J 1“ wird dagegen nur von jedem vierten bis fünften Bremer Jugendlichen in Anspruch genommen und erreicht vor allem die sozialen Problemgruppen noch zu wenig.

In Abstimmung mit dem Berufsverband der Kinderärzte hat es das Gesundheitsamt über Abschluss eines Vertrags mit der Kassenärztlichen Vereinigung übernommen, die Qualität dieses Angebots zu sichern und seine Akzeptanz bei den Jugendlichen zu erhöhen.

Erste Anzeichen sprechen dafür, dass es gelungen ist, mit einer erstmals im dritten Quartal 2000 durchgeführten Informationskampagne die Inanspruchnahme der J 1 um 20 % zu erhöhen. Auch wenn — soweit bekannt — Bremens Jugendliche mit ihrer Beteiligung in der Spitzengruppe vergleichbarer Großstädte liegen dürften, ist die Inanspruchnahme der J 1 als in Bremen einziges auf einen kompletten Jahrgang ausgerichtete Untersuchungs- und Gesundheitsberatungsangebot für Jugendliche unzureichend.

Es ist wünschenswert, dass das zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Gesundheitsamt zunächst auf zwei Jahre befristete Projekt zur Qualitätssicherung und Beteiligungserhöhung der J 1 verstetigt wird. Hier müssen die Ergebnisse des Umstrukturierungsprozesses im Gesundheitsamt abgewartet werden.

Die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) unter dem Vorsitz des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales hat im Mai 2001 den Beschluss gefasst, bis zum Frühjahr 2002 die zuständige Expertengruppe der Länder für Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Sozialmedizin um einen Bericht zu bitten

- zu den Möglichkeiten der Identifizierung von Kindern mit sozial benachteiligtem Hintergrund, insbesondere durch andere Methoden als Reihenuntersuchungen,
- unter Einbeziehung von Kindern im Kindergartenalter,
- unter Einbeziehung der sich aus dem SGB V ergebenden Möglichkeiten zur Prävention sowie
- zur Entwicklung von Beispielen für repräsentative Erhebungen von entsprechenden Daten, ohne komplette Schuljahrgänge zu untersuchen.

2.2 Wie ist nach Auffassung der Landesregierung das System dieser Früherkennungsmaßnahmen zu verbessern in Bezug auf

- die Akzeptanz der Gesundheits-Checks,
- die untersuchten Gesundheitsstörungen und
- das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen?

Siehe Antworten zu den Fragenkomplexen 2.1 und 2.4.

2.3 Wie bewertet der Senat die Einführung von Untersuchungen in Kindergärten?

Der Senat hält ebenso wie die Kinder- und Jugendärzte und die Gesundheitsämter Untersuchungen in den Kindergärten (wie auch Untersuchungen in Schulen) für sozial benachteiligte Kinder für bedeutsam. Insbesondere können damit Randgruppen erreicht werden, solange sie das Angebot in den niedergelassenen Arztpraxen nur unzureichend annehmen.

Im Ende 2000 verabschiedeten bremischen „Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Tagespflege“ ist — unter Finanzierungsvorbehalt — eine jährliche Untersuchung in den Kindereinrichtungen vorgesehen.

In der Regel wird derzeit allen Kindern nach Aufnahme eine Erstuntersuchung in den Einrichtungen angeboten, für circa ein Drittel der Kinder wird bei gegebenem Anlass eine einmalige Wiederholungsuntersuchung durchgeführt.

Das Untersuchungsangebot in den Kindertagesheimen ist keine allgemeine Krankheitsfrüherkennungsuntersuchung wie die U 2 — U 9, sondern ergänzend darauf ausgerichtet, den pädagogischen Alltag in der Einrichtung für Kinder mit gesundheitlichen Problemen bzw. Entwicklungsstörungen durch Beratung der Erzieher/-innen im Sinne eines spezifischen Fördersettings zu gestalten.

Nur in den Fällen, in denen über das Elternhaus die Teilnahme an Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen nicht ermöglicht wurde, wird der Untersuchungsansatz in Richtung einer allgemeinen Früherkennungsuntersuchung erweitert.

Es ist hervorzuheben, dass das freiwillige Untersuchungsangebot, an dem sich im Schnitt 80 % der Kinder beteiligen, an Kindereinrichtungen in sozial benachteiligten Wohnquartieren eine überproportionale Akzeptanz aufweist.

2.4 Welchen weiteren Handlungsbedarf sieht der Senat im Bereich der Früherkennung?

Der Senat unterstützt grundsätzlich Bestrebungen zu Früherkennungsmaßnahmen und verweist auf bereits vorhandene Screening — Programme in den Kinderkliniken und bei den niedergelassenen Kinderärzten. Beispiele: Neonatales Hörscreening (s. o.), Sonographie-Screening für Nieren und Harntrakt sowie das Programm zur Früherkennung von Fehlbildungen der Hüfte.

Am 21./22. Juni 2001 fand unter dem Vorsitz des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in Bremen die diesjährige Gesundheitsministerkonferenz statt. Im Rahmen dieser Konferenz unterstützte der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales eine Länderinitiative mit einem Appell zur Etablierung wirksamer gesundheitlicher Präventionsstrategien vor allem für sozial benachteiligte Schichten in der Bevölkerung. Vorrangig Kinder und Jugendliche können hiervon profitieren.

Siehe auch den geschilderten Handlungsbedarf in den Antworten zu 1.1 (Hörscreening) und 7.1 (Primärprävention).

3. Allergien und Atemwegserkrankungen

3.1 Welche aktuellen Informationen liegen dem Senat über die Zahl der Allergie- und Atemwegserkrankungen (insbes. Asthmaerkrankungen) und über ihre Ursachen bei Kindern und Jugendlichen in Bremen und Bremerhaven vor?

Im Land Bremen liegen keine speziellen Untersuchungen mit zentral ausgewerteten Daten über Anzahl und Ursachen von Allergie- und Atemwegserkrankungen (hier: Asthmaerkrankungen) bei Kindern und Jugendlichen vor. Die Problematik ist mit anderen Großstädten vergleichbar.

Hinweise aus den Einschulungsuntersuchungen belegen einen steigenden Anteil rauchender Eltern. Da die Folgen des Passivrauchens zwischenzeitlich wissenschaftlich belegt sind, muss ein Anstieg von Atemwegserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen unterstellt werden.

3.2 Wie haben sich die Zahlen der jährlichen Krankheitsfälle in den letzten zehn Jahren entwickelt?

In Bremen sind keine Zahlen über die jährlichen Krankheitsfälle verfügbar.

Das Patientenschulungszentrum an der Universität Bremen verweist auf einen bundesweit ansteigenden Trend bei Allergien.

Auch die Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin bestätigen den Eindruck, dass die Anzahl der obstruktiven Atemwegserkrankungen mit möglicher allergischer Genese zugenommen hat. Valide Daten existieren jedoch auch in den Kliniken nicht.

Es wird allerdings angemerkt, dass Allergie zum Teil als „Modediagnose“ ohne klare Kriterien benutzt wird.

3.3 Welche Kenntnisse bezogen auf Bremen und Bremerhaven hat der Senat über den Zusammenhang von Allergieerkrankungen und Umwelteinflüssen?

Dem Senat liegen keine diesbezüglichen Kenntnisse für das Land Bremen vor. Eine kleinräumige Kausalität ist aus methodischen Gründen auch nicht wissenschaftlich korrekt nachzuweisen.

3.4 Welche Kenntnisse bezogen auf Bremen und Bremerhaven hat der Senat von Atemwegserkrankungen und Umwelteinflüssen?

Der Senat verweist in diesem Zusammenhang auf die Studie „Gesundheit und Verkehr Bremen“ von 1994. Darüber hinausgehende Kenntnisse liegen dem Senat nicht vor.

3.5 Welche Maßnahmen und Angebote der Allergieprävention gibt es in Bremen und Bremerhaven?

Spezielle Maßnahmen und Angebote der Allergieprävention gibt es im öffentlichen Gesundheitsdienst in Bremen nicht.

Dagegen existieren Angebote für bereits erkrankte Personen aus dem Bereich Selbsthilfe sowie z. B. im Rahmen der Patientenschulung für Eltern und Kinder (Asthma-Kinder — siehe Antwort zu 3.6).

In der Kinderklinik des ZKH Links der Weser ist die Allergieprävention seit Jahren ein wichtiger Tätigkeitsbereich. Zusammen mit niedergelassenen Kinderärzten wird in Risikofamilien auf die Möglichkeiten der Allergieprävention hingewiesen.

In Bezug auf die Prävention von Nahrungsmittelallergien ist durch die Verminderung der Rate von künstlich ernährten Neugeborenen und Kleinkindern ein wichtiger Schritt getan worden (UNICEF-Anerkennung als stillfreundliches Krankenhaus für das ZKH Links der Weser).

Bei den Müttern, die nicht stillen wollen oder können, wird vor der Einführung einer künstlich hergestellten Milch das individuelle Allergierisiko erfragt.

In der Beratung — auch in der Elternschule — wird auf die Bedeutung des Rauchens bei der Entstehung von Allergien hingewiesen. Die Kinderklinik ist seit Jahren rauchfreie Zone. In Hochrisikogruppen wird auch auf die Einflussfaktoren eingegangen, die die Entstehung von Allergien begünstigen, z. B. Tierhaltung, Prävention von Hausstaubmilben.

3.6 Welche Maßnahmen und Angebote der Prävention von Atemwegserkrankungen gibt es in Bremen und Bremerhaven?

Wegen der vielfältigen und verzahnten Ursachen von insbesondere allergiebedingten Atemwegserkrankungen gibt es keine weitreichenden präventiven Maßnahmen und Angebote.

Das Patientenschulungszentrum der Universität Bremen bietet z. B. in Kooperation mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Zentralkrankenhaus St. Jürgenstraße regelmäßige Schulungen für Eltern betroffener Vorschulkinder an. Hier werden die Eltern umfassend über das Krankheitsbild informiert und im Umgang mit Behandlungsanforderungen trainiert.

3.7 Wie werden Auflagen bezüglich der Verwendung von Baustoffen in öffentlichen Kinder- und Jugendeinrichtungen im Zusammenhang mit dem Auftreten von Allergieerkrankungen vom Senat bewertet?

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales begrüßt die Erarbeitung derartiger Auflagen in Absprache mit dem Senator für Bau und Umwelt. Ansätze im Bereich von Fußbodenbelägen sind erfolgversprechend.

Das Gesundheitsamt Bremen bemüht sich seit Jahren um die konsequente Einführung eines Baustoffkatasters und hinsichtlich der Gesundheits- und Umweltverträglichkeit geprüfter Beschaffungslisten. In diesem Zusammenhang spielt auch das allergene Potential der Materialien eine Rolle.

Das Gesundheitsamt Bremerhaven hat Schulbesichtigungen in elf Einrichtungen durchgeführt, in einem Fall wurde ein Sanierungskonzept umgesetzt (betreffend: Dichtungs- und Fugenmaterial und die dadurch anzunehmende allergieauslösende Komponente).

3.8 Wie werden Erzieher/-innen und Lehrer/-innen auf das Problem der Allergien und Atemwegserkrankungen und evtl. eintretender Notfallsituationen vorbereitet?

Das BIPS bietet i. R. des bestehenden Kooperationsvertrages mit dem Amt für Soziale Dienste für das hauswirtschaftliche und pädagogische Personal in Bremer Kindertagesstätten seit 1998 regelmäßig Seminare zu Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten (Zöliakie) an. Die Seminare sind in der Regel gut besucht.

Das Thema Allergien wird wiederkehrend im monatlichen Info-Dienst „Gesünder essen — kinderleicht“ behandelt. Hierbei werden alle Kindertagesstätten des Landes erreicht, ebenso die Einrichtungen für Kinder der Bremischen Evangelischen Kirche.

Für alle Kindertagesstätten Bremens besteht die Möglichkeit, sich zu Fragen von Nahrungsmittelallergien bei der Ernährungsmedizinischen Beratung des BIPS zu informieren. Hiervon wird regelmäßig (1 bis 2 x im Monat), besonders aber zu Beginn eines neuen Kindergartenjahres Gebrauch gemacht.

Der Senator für Bildung und Wissenschaft gibt an, dass in den Beruflichen Schulen für Hauswirtschaft und Sozialpädagogik der Schulzentren im Sekundarbereich II in Blumenthal und in der Neustadt die angehenden Erzieher/-innen wie folgt für den Notfall vorbereitet werden:

- Allergien werden im Fach „Ökologie und Gesundheit“ angesprochen, wenn diese bei der praktischen Umsetzung von Lerninhalten eine Rolle spielen und dabei besonders zu beachten sind (z. B. Spiele zum Schmecken, Insektenstiche,...) bzw. wenn einzelne Schüler/-innen selbst betroffen sind.
- Atemwegserkrankungen (z. B. Pseudokrapp, Asthma) werden behandelt im Zusammenhang mit dem Thema Luftverschmutzung und im Rahmen der Immunbiologie.
- Verhaltensauffälligkeiten im Zusammenhang mit Allergien/Atemwegserkrankungen werden — soweit sie den psychosomatischen Bereich betreffen — im Fach Sozialpädagogik behandelt.

Seit Oktober 2000 wird für alle Lehrer/-innen ein regelmäßiges Erste — Hilfe — Training in Zusammenarbeit mit den Hilfsorganisationen ASB und Rotes Kreuz angeboten. Die Lehrkräfte sind aufgefordert, an diesen Veranstaltungen teilzunehmen.

Ab Herbst 2001 bietet das Rote Kreuz für die Schüler/-innen der Klassenstufen 1 bis 6 im Rahmen eines Projekt-Unterrichts eine Erste — Hilfe — Unterweisung an.

Am Landesinstitut für Schule (LIS) wird derzeit eine Veranstaltungsreihe geplant, die sich dem Thema „Umgang mit chronisch kranken Kindern in der Schule“ widmet.

Das Gesundheitsamt Bremerhaven leitet bei Kindern und Jugendlichen (auf Wunsch und nach Entbindung des Datenschutzes durch die Eltern) Informationen über Allergien und Atemwegserkrankungen entweder direkt an die Erzieher und Lehrer weiter oder bietet eine Unterweisung in Form von Gruppenveranstaltungen an.

3.9 Welchen weiteren Handlungsbedarf sieht der Senat im Bereich der Allergie- und Atemwegserkrankungen?

Im Krankenhausbereich (hier: Kinderklinik am ZKH Links der Weser) ist in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Pädiatern der weitere Ausbau von Schulungsaktivitäten im Bereich Asthma, Neurodermitis und Allergie in Vorbereitung.

Die konsequente Sanierung der durch Feuchtigkeit und Schimmelbildung belasteten Gebäude, insbesondere Schulen, dürfte zu einer erheblichen Senkung des allergenen Potentials in vielen Innenräumen führen.

Dem Senat ist dabei bewusst, dass nicht alle allergischen Krankheiten verhindert werden können, wohl aber der Umgang mit allergischen Krankheiten noch weitreichender als bisher geschult und somit die gesundheitlichen Auswirkungen vermindert werden können.

Deshalb strebt der Senat rauchfreie Kindertagesstätten und Schulen an.

4. Ernährung

4.1 Wie ist derzeit die Ernährungssituation von Kindern und Jugendlichen in Bremen und Bremerhaven?

Das Gesundheitsamt Bremen gibt an, dass überkalorische, hinsichtlich der Nahrungsbestandteile unausgewogene und unregelmäßige Ernährung die häufig-

sten Ernährungsprobleme von Kindern und Jugendlichen sind. Überwiegend ist dabei die Zufuhr von Kohlenhydraten (Zucker) zu hoch.

Insbesondere bei Jugendlichen spielen aber auch modegeleitete, durch Tagesereignisse induzierte (z. B. BSE/MKS), sowie weltanschaulich basierte einseitige Fehlernährungen, die in der Pubertät über Peergroups z. T. erheblich verstärkt werden, eine Rolle.

Bei der Einschulungsuntersuchung hat jedes 10. Kind, Mädchen etwas häufiger als Jungen, ein interventionsbedürftiges Übergewicht. Kinder aus sozial privilegierten Stadtteilen haben in Bremen seltener eine Adipositas als Kinder aus sozial benachteiligten Stadtteilen; besonders häufig sind Einschüler türkischer Nationalität interventionsbedürftig adipös.

Bedenklich stimmen Berichte aus einzelnen Kindereinrichtungen, dass montags größere Portionen gekocht werden müssen, da eine regelmäßige Versorgung der Kinder mit Mahlzeiten übers Wochenende nicht durchgängig gesichert ist. Als Gründe sind hier weniger Armutseinflüsse als Veränderungen in familiären Abläufen anzunehmen.

Auch die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte beobachten die Zunahme von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen mit großer Sorge. Falsche Ernährungsgewohnheiten und Bewegungsmangel führen zu Übergewicht, das heute als der wichtigste Risikofaktor für die Ausbildung von Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes und Schäden des Bewegungsapparates gilt.

Ziel von Präventionsmaßnahmen ist eine Änderung der Ernährungsgewohnheiten und des Bewegungsverhaltens. Verschiedene Institutionen haben dazu in letzter Zeit Konzepte entwickelt und bieten Maßnahmen an.

Das BIPS führt z. B. Ernährungsberatungen durch (siehe Antwort zu den Fragen 4.2 und 4.3). Es werden jedoch keine speziellen Daten zur Ernährungssituation von Kindern und Jugendlichen erhoben.

Das Gesundheitsamt Bremerhaven führt zur Ernährungssituation an, dass „zu fett“, „zu süß“ und „zu viel“ die wesentlichen Faktoren sind, die zur Überernährung der Kinder führen.

Die Magersucht ist ebenfalls zu erwähnen. Da hierbei eine enge Beziehung zu psychischen Problemen besteht, tritt sie beim Thema Ernährung etwas in den Hintergrund. Genaue Daten über die Häufigkeit liegen in Bremerhaven nicht vor.

Auch die Kliniken für Kinderheilkunde und Jugendmedizin bestätigen den Trend zum Übergewicht. Die Ernährungsmedizin und Gastroenterologie sind Arbeits- und Interessenschwerpunkte zum Beispiel der Kinderklinik am ZKH Links der Weser. Hierbei wird aber eher individuell bei Störungen eingegriffen. Dies betrifft sowohl über- als auch untergewichtige Kinder. Da es sich bei den behandelten Kindern aber nicht um einen repräsentativen Querschnitt der Population handelt, sind auch dort fundierte Zahlenangaben nicht möglich.

Die Verbraucherzentrale des Landes Bremen teilt die Einschätzung, dass der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ein größerer Stellenwert eingeräumt werden muss. Unbestritten ist, dass eine bedarfsgerechte Ernährung eine Grundvoraussetzung für eine optimale körperliche und geistige Entwicklung ist. Dem steht entgegen, dass sich die Ernährungsgewohnheiten von Kindern in den vergangenen zehn Jahren stark verändert haben.

Zudem geben die Kinder einen erheblichen Anteil ihres Taschengeldes für Süßigkeiten aus, bei den 6- bis 9-Jährigen sind es beispielsweise 45 %. Und die Kaufkraft der Kinder steigt, ebenso wie in der Folge das Übergewicht.

4.1.1 Welche Ernährungsmängel und -defizite sind bei Kindern und Jugendlichen am häufigsten anzutreffen?

Siehe Antwort zu 4.1

4.1.2 Welche Erkenntnisse über ernährungsbedingte Zahnschäden gibt es? Welche Entwicklung ist in diesem Bereich festzustellen?

Laut Angaben aus dem Gesundheitsamt Bremen und dem Gesundheitsamt Bremerhaven sind Zahnschäden vor allem auf einen zu hohen Konsum von Zucker in

Trendsnacks und Getränken zurückzuführen. In der Tendenz ist hier als Folge der Aufklärung über zahngesunde Ernährung im Verbund mit spezifisch kariesprotektiven Maßnahmen (ausreichendes und richtiges Zähneputzen, Fluoride) jedoch eine Verbesserung der Zahngesundheit von Bremer Kindern festzustellen.

Als Ergebnis gezielter Aufklärungsbemühungen sind insbesondere schwere Formen der Zahnzerstörung und Kieferdeformationen infolge extensiver Verabreichung von Nuckelflaschen mit zuckerhaltigen Getränken deutlich zurückgegangen.

Der Landesarbeitsgemeinschaft zur Jugendzahnpflege Bremen (LAJB) sowie der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bremen (KZV) liegen für das Land Bremen keine gesonderten bzw. gesammelten Erkenntnisse über ernährungsbedingte Zahnschäden vor.

4.1.3 Wie hoch ist der jeweilige Prozentsatz von über- und untergewichtigen Kindern und Jugendlichen (differenziert nach Alter und Geschlecht)?

Der Öffentliche Gesundheitsdienst differenziert innerhalb der Einschulungsuntersuchungen im Bereich Über- und Untergewicht nicht nach Alter und Geschlecht.

Siehe auch die Antwort zu Frage 1.1 f (Über- und Fehlernährung)

4.1.4 Lassen sich veränderte Lebensstile bei Kindern und Jugendlichen in Bremen und Bremerhaven feststellen, die zu einer Zunahme der ernährungsbedingten Gesundheitsschäden führen?

Siehe auch Antwort zu Frage 4.1

Das Zentrum für Rehabilitationsforschung an der Universität Bremen beschäftigt sich intensiv mit der Thematik von Ernährung und Gesundheit. Obwohl keine Längsschnittdaten vorhanden sind, werden hoher Fernsehkonsum, wenig Sport sowie kaum gemeinsame Mahlzeiten mit den Eltern als relevante Lebensstile angegeben, die (mit-) verantwortlich sind für die Zunahme ernährungsbedingter Gesundheitsschäden.

4.1.5 Wie sind die Ernährungsmängel bei Kindern und Jugendlichen in Bremen und Bremerhaven sozialräumlich verteilt?

Siehe die Antwort zu Frage 1.4

4.1.6 Welche Kenntnisse hat der Senat über die Qualität der Ernährung der in Armut lebenden Kindern und Jugendlichen und über die gesundheitlichen Folgen, die sich bei ihnen aus einer ungesunden Ernährung ergeben?

Dem Senat liegen keine gesonderten Erkenntnisse über die Qualität der Ernährung der in Armut lebenden Kinder und Jugendlichen vor.

4.2 Mit welchen Maßnahmen reagieren

- Bildungseinrichtungen (Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen),
- Einrichtungen des Gesundheitswesens (Kassenärztlichen Vereinigungen, Kassen und Gesundheitsämter) sowie
- Einrichtungen der Verbraucherberatung

auf diese Ernährungsdefizite?

Laut Angaben des Gesundheitsamts Bremen agieren in kaum einem anderen Bereich Kindereinrichtungen und Einrichtungen des Gesundheitswesens gleichermaßen koordiniert und mit einer Vielfalt von Ansätzen wie hinsichtlich des Ziels einer gesunden Ernährung von Kindern und Jugendlichen:

- Als Erfolg von Stillpropaganda und Babynahrungsmittelwerberichtlinien ist Stillen heute weitverbreitet.
- Im Kleinkindalter stellt Ernährungsberatung einen wichtigen Baustein der präventiven Gesundheitsberatung im Rahmen der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchung niedergelassener Ärzte dar.

- Im Kindergarten bewirken die gruppenprophylaktischen Interventionen der LAJB und die Aktivitäten des BIPS zielgerichtete Synergieeffekte.
- In drei sozial benachteiligten Stadtteilen werden in Erziehungs-, Versorgungs-, Ernährungs- und Gesundheitsfragen besonders förderungsbedürftige Mütter über Kindertagesheime angesprochen und in mehrwöchigen Kursen beraten (Gemeinschaftsprojekt zwischen Jugendhilfe und Gesundheitsamt).
- Im Grundschulbereich werden die gruppenprophylaktischen Aktivitäten zur Zahngesundheit mit ihrem Pfeiler „zahngesunde Ernährung“ fortgesetzt.
- Anlässlich der Einführung der verlässlichen Grundschule wurde im letzten Jahr eine flächendeckende Elterninformation zu gesundem (Schul-)Frühstück durch Schulärztlichen Dienst und BIPS initiiert.
- Schulische Mittagstische wurden an sozial benachteiligten Schulstandorten durch unterschiedliche Träger, Betreuung der Projekte durch den Schulzahnärztlichen Dienst errichtet.
- An einigen Sekundarstufe-I-Standorten gibt es eine selbstverwaltete Cafeteria, überwiegend mit Gesundheitsorientierung.

Die AOK Bremen/Bremerhaven bietet ihren Versicherten eine individuelle Ernährungsberatung. Hier können sich Familien bzw. Eltern hinsichtlich aller Ernährungsfragen qualifiziert beraten lassen.

Unter bestimmten Voraussetzungen beteiligt sich die AOK Bremen/Bremerhaven an den Seminarkosten der Angebote für übergewichtige Kinder (so finden z. B. in einigen Vereinen oder auch über die Verbraucherzentrale kombinierte Angebote aus Bewegungs-/Entspannungs- und Ernährungseinheiten statt).

Auf Bundesebene ist die AOK daran interessiert, ein eigenes kombiniertes Seminarangebot für übergewichtige Kinder zu entwickeln. Erste Vorbereitungen sind getroffen.

Das Gesundheitsamt Bremerhaven erwähnt eine Weiterbildung der in den Küchen Arbeitenden durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsamtes. Informationsbriefe werden regelmäßig an die Kindertagesstätten geschickt und klären über die vielfältigsten Gesichtspunkte der Ernährung auf.

Durch die Familienhebammen werden junge Eltern angeleitet, Fehl- und Mangelernährungen im frühen Kindesalter vorzubeugen (Förderung des Stillens, Anleitung der Eltern bei der Ernährungszubereitung).

Durch gemeinsames, gesundes Frühstück in den Kindertagesstätten und gemeinsame Mittagstische wird versucht, Ernährungsdefizite zu verhindern bzw. zu mildern. Seit 1997 werden im Auftrag des Amtes für Jugend und Familie/Kinderförderung in Bremerhaven einmal pro Jahr für die hauswirtschaftlichen Mitarbeiter der dortigen Kindertagesstätten Ernährungsseminare durchgeführt.

Wahrgenommen werden die Aufgaben von einer Dipl. Oecotrophologin und einer ernährungsmedizinischen Beraterin.

Seit 1990 besteht zwischen dem BIPS und dem Amt für Soziale Dienste als Träger der städtischen Kindertagesstätten eine Kooperationsvereinbarung über Ernährungsberatung (20 Std./Woche) in den 72 Kindergärten und Horten der Stadtgemeinde Bremen.

Seit 1999 gibt es eine vergleichbare Vereinbarung über 10 Std./Woche mit dem Bremer Landesverband Ev. Tageseinrichtungen für Kinder (42 Einrichtungen).

Nach Angaben des Senators für Bildung und Wissenschaft ist Ernährung in der Lehrerfortbildung am LIS ein regelmäßiges Thema. Das „Arbeitsfeld Umwelt und Entwicklung“ bereitet aktuell eine Ausschreibung für ein schulisches Projekt zur Ernährung vor. Im Rahmen des Bund-Länder-Modellversuchs „Mobile“ wird ein Reader, der auch das Thema BSE behandelt, erstellt. Daneben werden Informationsveranstaltungen an Schulen durchgeführt.

In den Biologie-Lehrplänen für die Sekundarstufe I stellt das Thema „Ernährung und Verdauung beim Menschen“ einen deutlichen Schwerpunkt dar. Dabei wird

die Bedeutung eines ausgewogenen Nähr- und Ergänzungsstoffangebots für die körperliche Leistungsfähigkeit und Gesundheit besonders betont.

Die Richtlinie für den Verkauf von Esswaren und Getränken in den Schulen der Stadtgemeinde Bremen dienen den Schulen und deren Einrichtungen als Orientierungshilfe für ein gesundheitsbewusstes Warenangebot.

Die Verbraucherzentrale des Landes Bremen führt trotz begrenzter finanzieller und personeller Ressourcen im Bereich Kinderernährung zurzeit folgende gezielte Maßnahmen durch:

- Es werden Einzelberatungen für Kinder mit Übergewichtsproblemen angeboten. Die Beratung ist kostenpflichtig und wird zum Teil von den Krankenkassen mitübernommen.
- Es finden regelmäßig (gutbesuchte) Vortragsveranstaltungen sowohl zu Säuglings- als auch zur Kinderernährung statt. Die Teilnahme für die Eltern ist kostenpflichtig.
- In diesem Sommer läuft das Projekt BIG KIDS an. Dabei handelt sich um ein neu entwickeltes Konzept zur Gewichtsreduktion für übergewichtige Kinder und Jugendliche. Die sechs Monate dauernden Trainingseinheiten werden von einem interdisziplinären Expertenteam, bestehend aus einer Oecotrophologin, einer Psychologin und einem Sporttherapeuten, geleitet. Daraus ergeben sich die drei Hauptelemente des Trainings:
 1. die Vermittlung von gesunder Ernährung ohne Kalorienzählerei,
 2. die Wieder- bzw. Neuentdeckung, dass Bewegung und Sport Spaß machen und die Gewichtsreduktion fördern,
 3. die psychologische Unterstützung, die den Kindern zu einem neuen Selbstbewusstsein verhilft.

Der entscheidende Vorteil gegenüber vergleichbar intensiven Konzepten ist die Tatsache, dass BIG KIDS ambulant durchgeführt wird. Möglich wurde das Projekt nur durch die Unterstützung des Landessportbundes Bremen. Zudem wird es von den bremischen Kinderärzten mitgetragen, die die Eltern übergewichtiger Kinder an die Verbraucherzentrale verweisen. Ein Teil der Kosten wird — jedoch in unterschiedlicher Höhe — von den Krankenkassen übernommen.

— Bundesweit haben die Verbraucherzentralen eine Ausstellung entwickelt, die die Ernährung für Kinder mit stark verarbeiteten und gezuckerten Lebensmitteln beleuchtet und auf humorvolle Weise die Kinder selbst anspricht. Das Problem ist, dass Kinder bis zu einem Alter von etwa zwölf Jahren kaum zwischen Kinderfilmen und Werbebeiträgen unterscheiden können. Diese Tatsache wird durch „kindgerechte“ Spots und Platzierung im Kinderprogramm ausgenutzt. Die einmalige Präsentation dieser Ausstellung in Bremen sowie die Betreuung von Schulklassen war aufgrund des großen Engagements einzelner Mitarbeiter möglich.

Zur Behandlung der Adipositas hat sich am ZKH Links der Weser vor kurzem eine Arbeitsgruppe gebildet, die ein Betreuungs- und Schulungskonzept erarbeitet und hier ein ergänzendes Angebot anbieten wird, möglicherweise in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Pädiatern und anderen Institutionen.

Zurzeit findet am Patientenschulungszentrum der Universität Bremen ein Adipositastraining für Jugendliche (ab zwölf Jahre) statt. Dieses Programm wurde bereits stationär erprobt und wies positive Effekte auf.

4.3 Mit welchen pädagogischen Konzepten und innovativen Projekten versuchen die Einrichtungen die Zielgruppe Kinder und Jugendliche anzusprechen und für gesunde Ernährung zu begeistern? Mit welchen Erfolgen?

Die Projekte z. B. des BIPS sind sehr umfangreich:

Schwerpunkte der Beratung in den Kindertagesheimen und Horten der Stadtgemeinde Bremen bilden u. a. Fortbildungsangebote, Projektbetreuung, Herausgabe eines monatlichen Info-Dienstes, Beratung des Amtes für soziale Dienste zu Fragen des Verpflegungsmanagements in den Einrichtungen, Organisation und Betreuung von Aktionswochen zur gesunden Ernährung.

Zielgruppen dieser Maßnahmen sind hauswirtschaftliche und pädagogische Mitarbeiter, Kinder und deren Eltern.

Seminare und Aktionen 2001 (Beispiele):

- Qualifizierungsmaßnahme für hauswirtschaftliche Mitarbeiter zur „Fachkraft für gesunde Kinderernährung“. Diese Maßnahme ist 1995 i. R. des EU-Projekts „Europa gegen den Krebs“ entwickelt und evaluiert worden. Die Fortbildung befähigt die Teilnehmer, eine qualitätsgesicherte Ernährung in den Kindertagesheimküchen herzustellen und als Multiplikatoren ihr theoretisches und praktisches Wissen auf Informationsveranstaltungen, auf Elternabenden und in Kochkursen an interessierte Eltern und Erzieher weiterzugeben. 64 % der Küchenleiter/-innen in den städtischen Kindertagesheimen verfügen über diese Qualifikation.
- „Was Kinder gerne essen“. Ein eintägiges Seminar für „Fachkräfte für gesunde Kinderernährung“ zur selbständigen Durchführung von Eltern-Kochkursen in Kindertagesheimen.
- „Hygiene in der Kindergartenküche“. Die 1998 eingeführte Lebensmittel-Hygiene-Verordnung (LMHV) verpflichtet alle hauswirtschaftlichen Mitarbeiter zur regelmäßigen Schulung.
- „Nahrungsmittelallergien und Unverträglichkeiten (Zöliakie)“. Zweitägiges Seminar für pädagogische Mitarbeiter und Ernährungsfachkräfte aus Bremer Kindertagesheimen.
- „Gegessen wird, was auf den Tisch kommt...?!“ In diesem eintägigen Seminar für pädagogische Mitarbeiter geht es um die Ernährungsgewohnheiten von Kindern, Entstehung und Einflussfaktoren, gesundheitliche Relevanz und Konsequenzen für den Alltag in der Kindergruppe.
- Aktionswochen im September 2001 „5 am Tag“. Mit dem Ziel, das Ernährungsverhalten bei Kindern (und Eltern) in Richtung eines höheren Gemüse- und Obstverzehrs zu verändern, wird zurzeit in Kooperation mit der Bremer Krebsgesellschaft eine große Gesundheitskampagne für alle städtischen (und kirchlichen) Kindertagesheime vorbereitet. Die Akteure in den Kindertages-Heimen bestehen aus speziell geschultem Personal. Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales hat die Schirmherrschaft übernommen. Die Bremer Krebsgesellschaft sponsert die kostenpflichtigen Informationsbroschüren. Geplant sind u. a. eine öffentliche Auftaktveranstaltung mit Pressekonferenz, in allen Kindertagesheimen Info-Tische für Eltern, Kostproben, Aktivitäten für Kinder.
- Für 2002 geplant: Kinderlieder-Tour der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) „Apfelklops & Co“: Ein Fest mit Rock und Liedern rund um Ernährung und Bewegung. Kern des Bühnenprogramms sind Lieder rund um Ernährung und Bewegung: Sie handeln von Körpersignalen, Genuss und körperlichem Wohlbefinden, von Ritualen rund um's Essen, vom Spaß an Bewegung, von unbekanntem Früchten und vielem mehr. Angesprochen werden Kindergruppen und Klassen im Alter zwischen fünf und zehn Jahren. In einem Workshop für Erzieher/-innen, Lehrer/-innen, Pädagogen und Pädagoginnen vermitteln eine Fachreferentin und ein Künstler Ansätze, die es ermöglichen, Themen wie gesunde Ernährung und Bewegungsförderung kindgerecht über Musik und Lieder zu transportieren

Der Senator für Bildung und Wissenschaft unterstützt das „OPUS“ — Netzwerk gesundheitsfördernde Schulen“ — (OPUS = Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit; ein Modellversuch, an dem sich in Deutschland 15 Bundesländer beteiligen; in Bremen sind 16 Schulen und das Opus-Regionalzentrum am LIS ins Partizipationsnetz gegangen; siehe außerdem die Antwort zu 7.1).

In diesem Rahmen fand im Frühjahr 2001 eine Veranstaltung für Lehrer/-innen und Mitarbeiter/-innen von Schulcafeterien zur gesunden Ernährung statt. Im Rahmen dieses Seminars, das in Kooperation mit der AOK Bremen/Bremerhaven stattfand, wurde allen beteiligten Schulen ein Reader mit erprobten und schmackhaften Rezepten zur Verfügung gestellt.

4.4 Welchen weiteren Handlungsbedarf zur Verbesserung der Ernährungssituation von Kindern und Jugendlichen in Bremen und Bremerhaven sieht der Senat?

Vor allem folgende Angebote des Senators für Bildung und Wissenschaft sollen in Zukunft die Ernährungssituation weiter verbessern helfen:

- Am Landesinstitut für Schule (LIS) wird das „Arbeitsfeld Gesundheitsförderung“ im kommenden Schuljahr innerhalb der Lehrerfortbildung (im Sinne einer Multiplikatorenfunktion) eine Veranstaltungsreihe zu verschiedenen Aspekten der Ernährung durchführen.
- Die Suchtprävention Bremen bietet innerhalb des Schulpsychologischen Dienstes am Landesinstitut Fortbildungen und Beratungen zum Thema „Ess-Störungen“ an.

5. Haltungsschäden und Bewegungsmangel

5.1 Welche Erkenntnisse hat der Senat hinsichtlich der Häufigkeit und der Ursachen von Haltungsschäden und von motorischen Defiziten bei Kindern und Jugendlichen in Bremen und Bremerhaven?

Die Kinder- und Jugendärzte beobachten bei vielen Kindern und Jugendlichen Probleme mit der Koordination ihres Körpers, mit ihrem Gleichgewichtsvermögen und ihrer Geschicklichkeit. Die Ursache für diese Entwicklung ist in dem veränderten Freizeitverhalten und in dem beengten Umfeld der Kinder und Jugendlichen zu suchen. Es wird festgestellt, dass viele Kinder im Grunde „psychomotorische Nachhilfestunden“ benötigen.

Ein Konzept hat hierzu der Bremer Turnverband erstellt. Mit Unterstützung der AOK Bremen/Bremerhaven entwickelte er ein Programm, nach dem mit Hilfe eines Gerätesets praktikable Bewegungslandschaften errichtet werden können („Junge Familien in Schwung“ s. u.).

Das Sozialpädiatrische Institut am Zentralkrankenhaus St. Jürgenstraße kritisiert einen Mangel an Freizeitangeboten insbesondere für behinderte Kinder. Darüber hinaus gibt es nur geringe Ansätze für eine Kooperation zwischen Regelangeboten und Selbsthilfegruppen.

Das Gesundheitsamt Bremerhaven stellt generell fest, dass die motorischen Defizite bei Kindern und Jugendlichen zunehmen. Kinder mit Defiziten in der Grobmotorik finden sich in ca. 13 % der Einschulungskinder.

Ganz offensichtlich wird der Sport als Freizeitbeschäftigung durch das Fernsehen und den Gebrauch der Computer zurückgedrängt. Darüber hinaus ist die Zahl der Jugendlichen, die eine Sportbefreiung wünschen, gerade in den höheren Klassen im Wachsen begriffen.

Das Gesundheitsamt Bremerhaven spricht sich für mehr Förderunterricht für den Schulsport aus.

Das Gesundheitsamt Bremen gibt an, dass im Rahmen der ärztlichen Einschulungsuntersuchung 4 % der Kinder des Jahrgangs 2000 grobmotorische Auffälligkeiten hatten, wegen der sie in ärztlicher Behandlung waren oder schulärztlicherseits zur Abklärung und Therapie verwiesen wurden.

Weitere 8 % der Kinder wiesen grobmotorische Einschränkungen auf, die sich in spezifischen Situationen des Schulalltags, bspw. im Schulsport, einschränkend auswirken dürften.

Im feinmotorischen Bereich hatten 4,4 % der Untersuchten behandlungsrelevante Befunde, weitere 7,8 % der Kinder wiesen Störungen auf, die sich bspw. im basalen Schreiblehrgang als hinderlich erweisen könnten.

Rund 5 % der Schulanfänger hatten einen definierten orthopädischen Befund (z. B. Skoliose).

Der Schulärztliche Dienst der Stadtgemeinde Bremen hat ähnlich wie in der Stadtgemeinde Bremerhaven für rund 13,3 % der Kinder des Einschulungslehrgangs

2000 im Rahmen seiner abschließenden Bewertung der motorischen Situation spezifischen Fördersport neben regulärem Schulsport empfohlen.

Der Befund „Haltungsschwäche“ wird von den Bremer Schulärzten aufgrund der methodischen Zweifelhaftigkeit nicht gesondert berücksichtigt.

5.2 Wie bewertet der Senat die Auswirkung dieser Defizite auf die Entwicklung des Kindes?

Das SPI am Zentralkrankenhaus St. Jürgenstraße problematisiert in diesem Zusammenhang, dass Veränderungen der Umfeldbedingungen zu einem Erfahrungsdefizit in der komplexen motorischen Entwicklung führen. In der Folge ergeben sich Störungen der Kommunikation und Kognition.

Darüber hinaus sinkt als langfristige Folge generell das Selbstvertrauen der Kinder durch die mangelnde körperliche Bewegung.

5.3 Welchen Zusammenhang sieht der Senat zwischen veränderten Lebensstilen bei Kindern und Jugendlichen und einer Zunahme der auf Bewegungsmangel beruhenden Gesundheitsschäden?

Siehe Antworten zu 5.1 und 5.2.

5.4 Mit welchen Maßnahmen und präventiven Aktionen wird in Bremen und Bremerhaven diesen Defiziten begegnet?

5.4.1 Welche innovativen Projekte gibt es in Bremen und Bremerhaven in Kinderbetreuungseinrichtungen und an Schulen, die auf den Bewegungsmangel eingehen und neue pädagogische Ansätze praktizieren?

Der Senator für Bildung und Wissenschaft hat in Kooperation mit dem Landesinstitut für Schule (LIS) und der Techniker Krankenkasse das Projekt „Bewegte Grundschule“ im Lande Bremen konzipiert.

Die Grundschule hat im Bildungssystem eine besondere Funktion, sie vermittelt Grundkenntnisse und Grundfertigkeiten in einem für alle gemeinsamen Bildungsgang und ist prägend für lebenslanges Lernen. In besonderer Weise nimmt sie Rücksicht auf die individuellen Entwicklungen der Kinder. Oberstes Prinzip ist, die kindlichen Ansprüche auf Geborgenheit und Verlässlichkeit zu pflegen und kindgemäße Aktivitäten wie Spiel und Bewegung intensiv in die Lernkonzepte einzubeziehen.

Kinder müssen unterstützt werden, aus der Rolle des vorwiegend passiven Konsumentens herauszukommen. Sie sollen möglichst viele Situationen erleben, in denen sie kreativ tätig werden. Über Bewegung erfahren sie sich selbst und erobern sich spielerisch ihre Welt. Bewegung ist elementares Bedürfnis der Kinder und ist Unterrichtsprinzip in jedem Fach.

Das Projekt stellt in regionalen und schulinternen Workshops Materialien und Unterrichtskonzepte zur Verfügung. Das Projekt gibt Denkanstöße, das Prinzip Lernen durch Bewegung verstärkt in das Schulleben einzubeziehen und Schulräume zu nutzen für Spiel und Bewegung.

Eine Reihe von Schulen haben sich dem Thema „Bewegte Grundschule“ bereits intensiv zugewandt, richten sich in ihrem Schulprogramm darauf ein und vermitteln ihre Erfahrungen im regionalen Kontext weiter.

Am LIS werden darüber hinaus durch regelmäßige Fortbildungsangebote Lehrer/-innen für einen bewegungsfördernden Unterricht qualifiziert. Beispielsweise beinhalten die Seminare „Methodenvielfalt — effektiv und stressarm unterrichten“ vielfältige Hinweise, die die Bewegung der Kinder und Jugendlichen auch außerhalb des Sportunterrichts fördern. Außerdem erlernen die Seminarteilnehmer verschiedene Übungen für kurze Bewegungspausen im Unterricht.

Im Elementarbereich/Bereich Vorschule ist mit einer ganzheitlichen Bewegungserziehung anzusetzen. Sie gewinnt im Rahmen der Ausbildung staatlich anerkannter Erzieher/-innen an Bedeutung. Eine verstärkte Kooperation zwischen dem Bildungsbereich und dem Sozialressort hinsichtlich der Fortbildung der Erzieher/-innen und möglicher Kooperationen der Beruflichen Schulen, Grundschulen und Kindergärten wird vorbereitet.

Die Schulen in den Sekundarbereichen I und II haben die Möglichkeit, sich über spezielle Sportangebote ein besonderes Schulprofil zu geben. Der Senator für Bildung und Wissenschaft hat ihnen damit ein geeignetes Instrument zur Weiterentwicklung an die Hand gegeben. Diese „Sportprofile“ gilt es — im Rahmen der personellen Möglichkeiten und in Abhängigkeit von den Gegebenheiten vor Ort — zu fördern und abzusichern. Bei den thematisch orientierten Sportkursen in der Sekundarstufe II werden gerade die gesundheitsorientierten Fitnesskurse besonders nachgefragt.

Im Bereich berufsbildender Schulen sind Bewegungsarmut und Alternativangebote im Fach „Musisch-rhythmisches Gestalten“ in der Ausbildung der Erzieher/-innen und der Kinderpfleger/-innen Gegenstand von Ausbildung in Theorie und Praxis.

In der Fachschule „Heilerziehungspflege“ wird Bewegung als Stressprävention und als Psychomotorik vermittelt.

In den Klassen der „Berufsfachschule“ werden im Fach „Gesundheitspflege“ eine gesunde Körperhaltung, gesunde Bewegungsabläufe und die Rückenschule thematisiert.

Im Bereich „Hauswirtschaft“ geht es um den Zusammenhang von Bewegungsarmut und Übergewicht bei Kindern.

Im Fach „Ökologie und Gesundheit“ ist die Bedeutung der Motorik in der Entwicklung von Kindern ein wichtiges Thema. Es geht dabei im Wesentlichen um die Förderung von Wahrnehmung und Erlebnisfähigkeit.

5.4.2 Wie bewertet der Senat Forderungen nach neuen bewegungsfördernden Konzepten im Schulunterricht und nach einer Reform des Sportunterrichts an den Schulen?

Diese Forderungen bewertet der Senat positiv.

Festzustellen ist aber auch, dass der Sportunterricht schon heute viele Möglichkeiten bietet, um Bewegungsmangel entgegen zu wirken. Von daher erscheint der Ruf nach einer generellen Reform des Sportunterrichts als überzogen.

Richtig ist, dass neue Ansätze in der Sportpädagogik zuerst in den Köpfen der betroffenen (Sport-) Lehrerschaft entstehen müssen. Deshalb bedarf es einer intensiven Aus- und Fortbildung in diesem Bereich.

Das LIS überarbeitet zurzeit die Bremer Sportlehrpläne. Ein wichtiger thematischer Schwerpunkt ist dabei die Gesundheitserziehung einschließlich Gesundheitsförderung. Das gesamte Lehrplanwerk wird in seiner erzieherischen Intention so angelegt sein, dass Sport und Bewegung als freudvoller und sinnvoller Bestandteil des Lebens erlebt werden sollen.

Wichtig wird auch künftig sein, Sportlehrer/-innen durch geeignete Aus- und Fortbildungsangebote in die Lage zu versetzen, einen Unterricht zu halten, der modernen didaktischen und methodischen Anforderungen genügt. Die Ausbildung künftiger Lehramtsstudenten wird die Bedeutung von Bewegung, Spiel und Sport stärker im Blick haben. Auch ohne das Fach Sport zu studieren, sollen Studenten/-innen stärker für die Notwendigkeit und Möglichkeiten von Bewegungsprogrammen im schulischen Alltag sensibilisiert und qualifiziert werden.

Im Rahmen der Neueinstellungen gehört das Fach Sport mit zu den Fächern, das jeweils eine besondere Berücksichtigung findet.

Regelmäßige Fortbildung muss für jede/n Sportlehrer/-in selbstverständlicher Bestandteil der Berufspraxis sein. Das LIS und der Landessportbund arbeiten in diesem Sinn an einer gemeinsamen Fortbildungsoffensive.

5.4.3 Wie greifen Freizeiteinrichtungen, Sportverbände und Selbsthilfegruppen dieses Problem auf und wie hat sich in den letzten Jahren die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen entwickelt?

Der Senator für Inneres, Kultur und Sport betont den grundsätzlich besonders hohen Stellenwert des Sporttreibens von Kindern und Jugendlichen im organisierten Sport. Für deren gesundheitliche Entwicklung ist dies von großer Bedeutung. Im Wirkungsbereich des Landessportbundes Bremen (LSB) werden als Vorbeugung

bzw. zur Behebung gesundheitlicher Defizite (z. B. Bewegungsmangel) von Kindern und Jugendlichen spezielle Programme angeboten:

- Programm des Deutschen Turnerbundes „Junge Familien in Schwung“ (s. o.), in dem u. a. der Aufbau von Bewegungslandschaften für Kinder erfolgt.
- Angebote für übergewichtige Kinder in verschiedenen Vereinen (zur Problematik übergewichtiger Kinder plant der LSB in Zusammenarbeit mit Sportärzten zu Beginn des Jahres 2002 eine Tagung).
- Im Rahmen des Breitensportprogramms des LSB ist die Förderung von Aktivitäten mit Kindern und Jugendlichen mit mangelnder Bewegungserfahrung vorgesehen.

Die Förderung von Maßnahmen der Vereine durch die Krankenkassen im Bereich der primären Prävention nach § 20 Sozialgesetzbuch (SGB) erscheint nun künftig wieder möglich, eine entsprechende Rahmenvereinbarung auf Bundesebene wurde bereits abgeschlossen.

In Bremen ist im Bereich des Sports allerdings schon jetzt eine verstärkte Zusammenarbeit mit den Krankenkassen im Rahmen von Sportprojekten zu beobachten: Z. B. Inline-Skating und Bewegungszentren sowie das bereits erwähnte Projekt „Junge Familien in Schwung“ (AOK Bremen/Bremerhaven), welches von der Bremer Universität aus ins Leben gerufen wurde. Hier geht es darum, Familien in den einzelnen Stadtteilen niedrigschwellige Angebote in Sportvereinen zu bieten.

Im Rahmen des Seminarprogramms „Gesundheit zum (Wohl)fühlen“ bietet die AOK Bremen/Bremerhaven ihren Versicherten verschiedene Seminare speziell für Kinder. So beinhaltet das Programm zurzeit eine „Rückenschule für Kids“, „Autogenes Training für Kids“ bzw. „Autogenes Training für Teens“.

- Die AOK Bremen/Bremerhaven ist darüber hinaus Kooperationspartner des OPUS-Bremer Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen (siehe auch Antwort zu den Fragen 4.3 und 7.1). Im Rahmen dieses Netzwerkes, worin mittlerweile 17 Schulen organisiert sind, beteiligt sich die AOK Bremen/Bremerhaven an verschiedenen gesundheitsfördernden Projekten in Schulen. Häufig geht es hierbei um Materialien, die den Schülern mehr Bewegungsmöglichkeiten einräumen sollen (z. B. Material für eine bewegte Pause oder Schulhofgestaltung, die den Schülern verschiedene Möglichkeiten zur aktiven Pausengestaltung bietet).

Auch der Senator für Bildung und Wissenschaft betont die positive Entwicklung in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen.

In Kooperation mit dem LIS und der Techniker Krankenkasse wurde das Projekt „Bewegte Grundschule“ im Lande Bremen konzipiert (siehe auch Antwort zu 5.4.1). Wie bereits ausgeführt, hat die Grundschule auch in diesem Bereich eine besondere Funktion und ist prägend für lebenslanges Lernen.

In Kooperation mit der Gesundheitskasse AOK Bremen/Bremerhaven und der Firma K 2 Deutschland wurden im Rahmen der Aktion „Safer-Skating“ 50 Schulen im Lande Bremen mit Inline-Skater-Sets ausgerüstet. Lehrkräfte wurden ausgebildet, um die Trendsportart Inline-Skating auch im Unterricht anbieten zu können.

Die Stiftung Wohnliche Stadt hat die Anschaffung mehrerer Übungsgeräte für Inline-Skating für das Gelände des SZ Neustadt finanziell unterstützt.

Zusammen mit dem Landessportbund und der Barmer Ersatzkasse wurde eine Vereinbarung getroffen zur gemeinsamen Durchführung eines Sportabzeichenwettbewerbs an den Schulen im Lande Bremen.

Zusammen mit der Handelskrankenkasse Bremen wurden für die tägliche Bewegungszeit in Grundschulen Mittel zur Anschaffung von geeigneten Sportgeräten zur Verfügung gestellt.

Gemeinsam mit den Förderern aus der Wirtschaft — Sparkasse Bremen, Kelloggs Deutschland, Kraft Foods — konnte jeder Grundschule für die Jahre 2000 und 2001 ein Betrag von 400 DM zugewiesen werden.

Auch die kooperative Zusammenarbeit und Vernetzung von Schule und Verein wird noch weiter ausgebaut. Dazu sollen innovative Projekte mit sozial-integrativer Aus-

richtung zusammen mit Sportvereinen gestartet werden. Sie sollen dabei nicht nur verstärkt ideell, sondern auch finanziell unterstützt und gefördert werden (Beispiel: Die Sparkasse in Bremen spendet jährlich einen großen Betrag für gezielte und jährlich aktualisierte Maßnahmen, hauptsächlich im Grundschul- und Sek. I-Bereich). Auch in diesem Bereich wurde somit eine neue Bildungsinitiative gestartet.

5.5 Welchen weiteren Handlungsbedarf sieht der Senat?

Wie oben bereits ausgeführt, gibt es heute schon zahlreiche Maßnahmen und präventive Angebote, um einem Bewegungsmangel bei Kindern und Jugendlichen entgegenzuwirken. Beispielhaft sei hier die schulinterne Lehrerfortbildung „tägliche Bewegungszeit“ genannt, die sich der gezielten Bewegungsförderung hauptsächlich von Grundschulern/Grundschülerinnen widmet.

In Zukunft kommt es verstärkt darauf an, diese bereits bestehenden Angebote in die tägliche Schulpraxis einfließen zu lassen. Dies ist ein generelles Ziel einer fächerübergreifenden Fortbildung.

Gleichzeitig wird aber auch zunehmend deutlich, dass die Schule allein nicht den Folgen einer gesamtgesellschaftlich begründeten Bewegungsarmut begegnen kann. Sie braucht Unterstützung durch gesellschaftliche Partner, die sich mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln flankierend in eine sport- und bewegungsfreundliche Schule einbringen.

6. Verkehr

6.1 Wie bewertet der Senat die aktuellen Luftschadstoffhöchstmengen in Bremen und Bremerhaven in Bezug auf den kindlichen Organismus?

Mit der 22. Bundesimmissionsschutzverordnung sind die Grenzwerte der EG-Richtlinien in nationales Recht umgesetzt worden. Im Jahresbericht 1999 des Bremer Luftüberwachungssystems (BLUES) ist die Immissionssituation in Bremen und Bremerhaven ausführlich dargestellt. Der Jahresbericht 2000 befindet sich noch in Bearbeitung.

Die Belastung der Luft durch Schwefeldioxid (SO_2 ; unterschiedlich definierte Grenzwerte) und Schwebstaub erreichte im Jahr 1999 3 % bis 18 % der entsprechenden Grenzwerte.

Für das Jahr 2000 ist ein weiterer Rückgang der Konzentrationen festzustellen. Die Belastung der Luft durch Stickstoffdioxid (NO_2) lag 1999 zwischen 25 % und 37 % des Grenzwertes an den städtischen Hintergrundmessstationen in Bremen und Bremerhaven.

An den beiden Verkehrsmessstationen in Bremen wurden 1999 52 % des Grenzwertes erreicht. Für 2000 ist mit einem unveränderten Niveau zu rechnen.

Der Schwellenwert für die Unterrichtung der Bevölkerung für Ozon, das sich in Abhängigkeit von meteorologischen Bedingungen aus Vorläufersubstanzen als sekundärer Luftschadstoff bildet, wurde 1999 an vier Tagen kurzzeitig knapp überschritten (im Jahr 2000 an zwei Tagen).

Im Rahmen des Messprogramms Verkehrsimmissionen im Jahr 2000 erreichten die Luftkonzentrationen von Ruß und Benzol jeweils weniger als 50 % der in der 23. Bundesimmissionsschutzverordnung festgelegten Konzentrationswerte zur Prüfung weiterer Maßnahmen.

Es wird festgestellt, dass die aktuellen Grenz- bzw. Prüfwerte der genannten Luftschadstoffe deutlich unterschritten wurden und voraussichtlich weiterhin werden. In Anbetracht der sich hiernach günstig entwickelnden Luftschadstoffsituation werden im Allgemeinen keine hierauf zurückzuführenden gesundheitlich nachteiligen Wirkungen auf den kindlichen Organismus erwartet.

6.2 Wie bewertet der Senat die Forderungen von Verkehrsverbänden und Kinderschutzgruppen, die Festsetzung von Schadstoff-Höchstmengen am kindlichen Organismus zu orientieren?

Die Forderung, Schadstoff-Höchstmengen an der diesen Stoffen ausgesetzten empfindlichsten Personengruppe(n) auszurichten, wird im Grundsatz unterstützt.

Sofern hierzu Kinder gehören, sollten die jeweiligen Schadstoffhöchstmengen unter besonderer Berücksichtigung der Wirkung auf den kindlichen Organismus abgeleitet werden.

In die Ableitung der Richtwerte für Luftschadstoffe der gemeinsamen Arbeitsgruppe aus Innenraumluftkommission und der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) geht z. B. das höhere Atemminutenvolumen von Kindern ein (bezogen auf das Körpergewicht).

6.3 Hält es der Senat für sinnvoll, die Messungen der Schadstoffbelastungen im Straßenverkehr in einer Höhe von 1,20 Meter zu erfassen, um die Aufnahmebedingungen der Kinder abzubilden?

Die Grenzwerte der EU-Richtlinien für Luftschadstoffe sind an bestimmte Messvorschriften und Standortkriterien gebunden. Messhöhen von 1,5 m (Atemzone) bis 4 m über dem Boden sind hiermit vorgegeben.

6.4 Welche Aktivitäten plant der Senat, um Straßenunfälle von Kindern und Jugendlichen weiter zu reduzieren und die Sicherheit insbesondere auf Schulwegen und im Wohnumfeld zu erhöhen?

Der Senat unterstützt zahlreiche Aktivitäten, die bereits im Rahmen der Unfallprävention auf Straßen und Schulwegen entfaltet wurden.

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte hat Merkblätter „Kinderunfälle“ erarbeitet, die bei den jeweiligen Vorsorgeuntersuchungen an die Eltern ausgegeben und mit ihnen besprochen werden. Die Merkblätter sind auf den Inhalt der jeweiligen Vorsorgeuntersuchung abgestimmt und beziehen sich auf mögliche Unfallsituationen im gesamten Lebensbereich eines Kindes, also auch auf Verkehrsunfälle.

Die Bremer Polizei ergreift inspektionsübergreifende Maßnahmen in diesem Jahr 2001:

Es erfolgt eine ständige Beobachtung der Unfallsituation über das Verkehrslagebild.

Es werden Einschulungsaktionen im Verbund mit der Schulaufsicht, der Berufsfeuerwehr, der Verkehrswacht und dem ADAC ergriffen:

- Verkehrssicherheitsberater (Elternabende),
- Anzeigenschaltung mit Verhaltenshinweisen für Eltern und Verkehrsteilnehmer,
- Aufhängen von Spanntüchern: „Vorsicht Schulbeginn Rücksicht“ zwei Wochen vor bis vier Wochen nach Schulbeginn,
- Handzettelverteilung an Autofahrer am Einschulungstag durch Kontaktpolizisten,
- Infoblatt für Eltern aller Grundschulkinder durch die Schule mit Hinweisen für das Verhalten der Kinder als Fußgänger und Radfahrer,
- Geschwindigkeitsmessungen vor Grundschulen,
- Fahrzeugkontrollen vor Grundschulen mit Blick auf die Sicherung von mitfahrenden Kindern,
- Fahrradkurse in den Sommerferien,
- Die „Glühwürmchen“-Aktion zu Beginn der dunklen Jahreszeit. Dabei verteilen Kontaktpolizisten Fußgängerreflektoren in den Vorklassen und den 1. Klassen und geben Trage- und Verhaltenshinweise,
- Beratung von Schulen bei der Schulwegsicherung und bei der Einrichtung von Schülerlotsen- bzw. Elternlotsendiensten, Ausbildung dieses Personenkreises. Hier erfolgt eine besonders enge Kooperation mit dem Senator für Bildung und Wissenschaft.

Darüber hinaus ergeben sich folgende Maßnahmen in Eigenregie der Polizeireviere:

Kontaktpolizisten

- verabreden mit den 1. Klassen und den Vorklassen Termine zum Schulwegtraining,
- führen Fahrradkontrollen in den 3. und 4. Klassen durch,
- wirken an der Radfahrprüfung in den 4. Klassen mit,
- verabreden mit den Kindergarten- und Schulkindern Revierbesichtigungen,
- vollziehen Streifengänge vor den Grundschulen und im Wohnumfeld.

Der Senator für Bildung und Wissenschaft prüft momentan, ob gemeinsam mit der Polizei die Verkehrssicherheitsaktion „Gelbe Füße“ (markierte Schulwege) über Mahndorf und der Vahr hinaus auch in weiteren Bremer Stadtteilen im Einzugsgebiet von Grundschulen durchgeführt werden kann. Auch diese Aktion kann den Schutz der Grundschüler weiter verbessern.

Um Jugendlichen den Einstieg in den motorisierten Verkehr zu erleichtern, werden an einigen Schulzentren im Sekundarbereich I (9. Klassen) Mofa-Kurse angeboten. Auch in diesem Jahr sind deshalb wieder Veranstaltungen am Landesinstitut für Schule (LIS) vorgesehen, in denen interessierte Lehrer/-innen aus Bremen und Bremerhaven als Mofa-Ausbilder qualifiziert bzw. fortgebildet werden.

6.5 Welche Erkenntnisse hat der Senat, wie viele Kinder und Jugendliche in Bremen Straßenlärm so ausgesetzt sind, dass Auswirkungen auf ihre Gesundheit zu befürchten sind?

Der Senat verfügt über keine gesicherten diesbezüglichen Erkenntnisse.

Natürlich gibt es Wohnquartiere, in denen die Lärmbelastung höher ist. Flächendeckend quantifizieren lässt sich dieser Anteil jedoch nicht. Es ergeben sich lediglich Hinweise aus einzelnen Gutachten im Rahmen der Bauleitplanung.

7. Prävention und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen

7.1 Welche neuen Präventionsansätze verfolgt der Senat in Bezug auf die zentralen Gesundheitsprobleme im Kindesalter, und wie werden sie umgesetzt?

Dem Senat ist bekannt, dass Gesundheit und Krankheit in engem Zusammenhang mit sozialen und ökonomischen Faktoren stehen. Einkommen, Erziehung, Arbeit, Umwelt und Lebensweise sind bestimmende Faktoren für die Entstehung von Krankheiten bzw. den Erhalt der Gesundheit. Kinder und Jugendliche sind hiervon besonders betroffen.

Für den Erhalt der Gesundheit und für die Prävention von Krankheit sind daher neben der Gesundheitspolitik fast alle Politikbereiche bedeutsam, insbesondere Sozialpolitik, Einkommenspolitik, Arbeitsmarktpolitik, Bildungspolitik, Wohnungspolitik und Verkehrspolitik.

Ein unmittelbar einleuchtendes Beispiel stellt die Verkehrspolitik auch in Verbindung mit der Stadtplanung und der Wohnungspolitik dar, deren Ausgestaltung einen Einfluss auf die Verkehrsunfallhäufigkeit ausübt.

Der Senat wird weiterhin daraufhin wirken, dass Gesundheit als Querschnittsaufgabe von Politik betrachtet wird. Damit sollen die Möglichkeiten der Prävention von Krankheiten und der Förderung der Gesundheit noch besser erschlossen und vermehrt die Chancen von bevölkerungsbezogenen Strategien genutzt werden. Hier bietet es sich an, an internationale Programme anzuknüpfen, wie z. B. die Anti-Tabak-Programme zahlreicher US-Bundesstaaten. Dort ist es gelungen, mit einem aufeinander abgestimmten Bündel an Maßnahmen die Einstiegsquote jugendlicher Raucher und zuletzt sogar die Sterblichkeit Erwachsener an Lungenkrebs drastisch zu senken.

Am 21./22. Juni 2001 fand unter dem Vorsitz des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in Bremen die diesjährige Gesundheitsminister-

konferenz statt. Im Rahmen dieser Konferenz unterstützt der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales eine Länderinitiative mit einem Appell zur Etablierung wirksamer gesundheitlicher Präventionsstrategien vor allem für sozial benachteiligte Schichten in der Bevölkerung. Vorrangig Kinder und Jugendliche können hiervon profitieren.

Der Senator für Bildung und Wissenschaft sieht aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen die Schule als den Ort an, an dem am stärksten das Recht jedes Kindes auf Bewegung und damit verbunden einer gesunden körperlichen und emotionalen Entwicklung verwirklicht werden kann. Unterrichtsmaterialien und Fortbildungsmaßnahmen bieten dazu jeder Lehrkraft konkrete Hilfen.

Beispielhafte Ansätze:

Aktivitäten im Landesinstitut für Schule (LIS):

Das bereits erwähnte „Opus — Bremer Netzwerk gesundheitsfördernde Schulen“ (siehe auch Antwort zu Frage 5.4.3) ist ein Zusammenschluss von 16 Schulen aller Schulstufen und dem LIS im Lande Bremen. Externe Kooperationspartner — wie z. B. die AOK Bremen/Bremerhaven und die Universität Lüneburg — unterstützen die Arbeit.

Im Mittelpunkt steht die Verbesserung der Bedingungen von Gesundheit am Arbeitsplatz Schule: Die Veränderung der Schule im Rahmen einer gesundheitsfördernden Schulentwicklung mit dem Ziel, die Gesundheit der an Schule beteiligten Personen zu fördern. Dabei rücken Fragen in den Blickpunkt, ob Lehren und Lernen nicht effizienter werden können, wenn die Schule dafür ein gesundheitsförderliches Umfeld bietet, und ob die Schule auch dadurch etwas zur Gesundheit und zum Wohlbefinden beitragen kann, in dem sie sich als Organisation zu einer „gesunden Schule“ wandelt.

Leitfragen sind u. a.:

- Wie entsteht Gesundheit?
- Wie können Menschen gestärkt werden, um sich gesund zu entwickeln?
- Welche Verhältnisse müssen geschaffen werden, damit Menschen gesund bleiben können und wollen?
- Welche Voraussetzungen tragen dazu bei, dass die an einer Schule tätigen Menschen sich an ihrem Lern- bzw. Arbeitsort wohlfühlen?

Das Schulzentrum Findorff wird von der Robert-Bosch-Stiftung aktiv in seinen Angeboten zur Gesundheitserziehung (Programm „Gesunde Schule“) gefördert. Neben gezielten Unterrichtsprojekten wurde auch eine spezielle Gesundheitshalle eingerichtet — unter dem Motto/Eingangsschild: „Fit und gesund!“

Seit bereits sechs Jahren veranstalten die Ärztekammer Bremen, die Bremer Krebsgesellschaft, die niedergelassenen Dermatologen und die Kassenärztlichen Vereinigung Präventionstage am Flughafen Bremen. Dabei erhalten auch Kinder und Jugendliche vor ihrem Start in den Sommerurlaub Ratschläge und Tipps für hautschonende Verhaltensweisen in der Sonne. Dieses Jahr finden die Präventionstage vom 2. bis 6. Juli 2001 am Flughafen Bremen statt.

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales hat eine Aufklärungskampagne zum Konsum von Alkohol, insbesondere bei Jugendlichen, initiiert, die Bürgerschaft hat sich mit dem Thema am 6. Juli 2000 (Drucksache 15/328) befasst.

7.2 Welche besonderen Angebote zur Gesundheitsförderung gibt es in Bremen und Bremerhaven für Kinder und Jugendliche, die an bzw. unterhalb der Armutsschwelle leben?

Besondere Angebote zur Gesundheitsförderung für Kinder in Bremen und Bremerhaven, die an bzw. unterhalb der Armutsschwelle leben, sind dem Senat nicht bekannt. Dabei richten sich die vielfältigen erwähnten Angebote besonders an diese Zielgruppe.

7.3 Wie bewertet der Senat den Beitrag von Selbsthilfegruppen in Bremen und Bremerhaven im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen?

Dem Senat sind keine Selbsthilfegruppen bekannt, die sich unspezifisch und allgemein im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung engagieren.

Gleichwohl gibt es hochmotivierte Selbsthilfegruppen, die sich — gefördert durch die öffentliche Hand — einem bestimmten Krankheitsbild oder einer Zielgruppe im Bereich Kinder und Jugendliche widmen.

Beispielhaft seien genannt:

- Arbeitsgemeinschaft „Spina bifida und Hydrocephalus“,
- Blinde und sehbehinderte Kinder — Selbsthilfegruppe betroffener Eltern,
- Bremer Gruppe des Bundesverbandes kleinwüchsiger Menschen und ihre Familien,
- Elterninitiative Teilleistungsstörungen,
- Elterninitiative zur Förderung „rechenschwacher Kinder“ in Bremen,
- Elternkreis drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher in Bremen,
- Elternkreis essgestörter Töchter und Söhne Bremen,
- Elterntreff mit behinderten Kindern,
- EPSYMO = Elternverein für psychomotorischen Entwicklungsstörungen,
- Epilepsie-Elternhilfe,
- Selbsthilfegruppe „Herzkind“,
- Jugend im Reichsbund,
- Marker X Regionalgruppe Bremen,
- Mukoviszidose — Selbsthilfe (Die Kliniken für Kinderheilkunde und Jugendmedizin der Zentralkrankenhäuser „Links der Weser“ und „Sankt Jürgenstraße“ unterhalten besonders enge Kooperationen in diesem Bereich),
- Selbsthilfegruppe für essgestörte junge Mädchen,
- Selbsthilfegruppe für junge Anfalls Kranke,
- Spastikerhilfe — Jugendclubs.

Der Senat schätzt gerade bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen und zur Bewältigung der hierdurch bei den Eltern entstehenden Schwierigkeiten und Probleme den Wert und somit den Beitrag der Selbsthilfegruppen besonders hoch ein.

Auch zur Optimierung der stationären und ambulanten Angebote hat der Dialog mit den Selbsthilfegruppen in den letzten Jahren immer wieder beigetragen.

Die Selbsthilfegruppen leisten somit einen unersetzlichen Beitrag für die soziale Integration, Information und Unterstützung der betroffenen Kinder und Jugendlichen.

Die Förderung der Selbsthilfegruppen wird auch in Zukunft aufrechterhalten. Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales unterstützt auch in diesem Jahr den Bremer Selbsthilfetag in der unteren Rathaushalle.

7.4 In welcher Form beteiligt sich Bremen und Bremerhaven am Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit der Bundesregierung?

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales ist Mitglied der Projektgruppe „Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit (APUG)“ der Arbeitsgruppe „Umweltbezogener Gesundheitsschutz“ (LAUG) der Ländergesundheitsbehörden.

Es finden regelmässige gemeinsame Sitzungen dieser Projektgruppe mit der Koordinierungsgruppe der Bundesoberbehörden für das Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit statt.

Hierin werden u. a. Schnittstellen und Kooperationsfelder identifiziert, Anregungen der Länder zur Mitgestaltung bzw. Ergänzung des Aktionsprogramms diskutiert und weitergehende Vorschläge z. B. für kommunale und regionale Beiträge, ausgehend von den Handlungsmöglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), entwickelt.

Die Arbeitsergebnisse sollen zur Weiterentwicklung und Qualitätsverbesserung des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes auf Bundes- und Länderebene beitragen.