

Mitteilung des Senats vom 20. April 2004

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Land Bremen

Die Fraktionen der CDU und der SPD haben unter Drucksache 16/124 eine Große Anfrage zu obigem Thema an den Senat gerichtet.

Der Senat beantwortet die vorgenannte Große Anfrage wie folgt:

I. Vorsorge

1. Welche Maßnahmen der Früherkennung von Krankheiten und Behinderungen im Kindesalter werden in Bremen angeboten, und wer ist der Träger dieser Angebote und wie finanzieren sie sich?

Siehe auch Frage 19.

Die Basisstruktur zur Früherkennung von Krankheiten und Behinderungen im Kindes- und Jugendalter ist das nationale Früherkennungsprogramm mit den Untersuchungen U1 bis U9 im Kindesalter (bis sechs Jahre) sowie der J1 im Jugendalter (13. bis 15. Lebensjahr). Das Nationale Früherkennungsprogramm leitet sich aus dem Fünften Sozialgesetzbuch ab und ist beitragsfinanziert.

Sofern Kinder diese Vorsorgeuntersuchungen versäumt haben – dies sind weniger als 10 % aller Kinder –, wird bei den systematischen Untersuchungs- und Beratungsansätzen des öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes anlässlich der Aufnahme in den Kindergarten und bei der Schuleingangsuntersuchung der jeweilige Untersuchungsansatz um Elemente der Krankheitsfrüherkennung subsidiär erweitert.

Vom Gesundheitsamt Bremen wird darüber hinaus in der fünften Klassenstufe allen Schülern, die keine Brille tragen und die nicht bereits in augenärztlicher Behandlung sind, ein Sehtest angeboten.

Schüler der Berufseingangsstufe, die keinen Anspruch auf die Jugendarbeitsschutzuntersuchung des dualen Ausbildungssystem haben (siehe Frage 6), erhalten über den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst eine berufsorientierte Gesundheitsvorsorgeuntersuchung und -beratung.

Eine Begleitung und Beratung von Schwangeren und Familien mit Kindern bis zum vollendeten ersten Lebensjahr erfolgt durch die Familienhebammen der Gesundheitsämter. Die Aufgabe der Familienhebammen beinhaltet die Motivation zur Teilnahme an den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und den angebotenen Schutzimpfungen. Bei vermuteten oder bestehenden Problemen empfehlen die Familienhebammen die Vorstellung bei niedergelassenen Ärzten.

Die Dienstleistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind steuerfinanziert.

Die Früherkennung von Zahnkrankheiten und eine Kariesrisikozuordnung aufgrund zahnärztlicher Untersuchungen sowie durch die Gruppenprophylaxe in Schulen und Kindertagesstätten erfolgen aufgrund gesetzlicher Vorgaben nach dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst und dem Fünften Sozialgesetzbuch. Die Landesarbeitsgemeinschaft für Jugend-

zahnpflege (LAJB) sowie die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) sind an diesen Maßnahmen, die auch Programme wie z. B. das Zahnputztraining beinhalten, maßgeblich beteiligt.

Im Vordergrund steht als Ziel die Motivationssteigerung der Kinder zu zahngesundem Verhalten und zur Ernährungslenkung. Darüber hinaus wird die Motivation der Eltern und Multiplikatoren (Erzieherinnen, Lehrern und Schulleitungen) zur Vermeidung von zahnschädigendem Verhalten gesteigert.

In den Krankenhäusern des Landes Bremen werden folgende Maßnahmen zur Früherkennung angeboten, die von den Krankenkassen finanziert und teilweise vom Senat unterstützt werden:

- Screening auf angeborene Stoffwechselerkrankungen,
- Sonographie-Screening für Niere und Harntrakt,
- Sonographie-Screening Hüfte bei Risikofällen zur Früherkennung einer Hüftdysplasie.

2. Welche Position nimmt das Land Bremen zu den Forderungen von Medizinern ein, in Deutschland ein flächendeckendes Hörscreening bei Neugeborenen durchzuführen?

Die Diagnose einer höhergradigen angeborenen oder während Schwangerschaft oder Geburt erworbenen Schwerhörigkeit oder Taubheit erfolgt in Bremen wie auch bundesweit in der Regel erst nach rund 2,5 Jahren. Hierdurch ergeben sich relevante gesundheitliche Nachteile für die betroffenen Kinder wie z. B. allgemeine Entwicklungsverzögerungen, verzögerte Sprachanbahnung, verspätet einsetzende Fördermaßnahmen sowie eine verspätete Anwendung von Hörgeräten oder Cochlear-Implantaten.

Aufgrund der positiven Erfahrungen von Modellprojekten in anderen Bundesländern plant der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales gemeinsam mit den Krankenhäusern und den niedergelassenen Hals-Nasen-Ohrenärzten die Einführung eines flächendeckenden Hörscreenings für Neugeborene im Lande Bremen noch in diesem Jahr. Die Konzeption durch eine Gruppe von Fachleuten ist abgeschlossen.

Als gesundheitspolitisches Ziel soll erreicht werden, dass ein Hörschaden durch eine einfache Untersuchung individuell und frühzeitig erkannt sowie zeitnah stufenweise diagnostiziert und behandelt werden kann:

- Früherkennung einer Hörstörung innerhalb des ersten Lebensmonats,
- Abklärungsdiagnostik bis zum Ende des dritten Lebensmonats,
- Einleitung der Therapie bis zum Ende des sechsten Lebensmonats (Beispiel: Anpassung von Hörgeräten, Cochlear-Implantat),
- Veranlassung von Hör-, Sprach- und Frühförderung, humangenetischer Beratung/Diagnostik zur Vermeidung von Folgeschäden.

3. Welche Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen wurden in den letzten Jahren in Bremen mit welchem Erfolg ergriffen?

Das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) hat ein umfassendes Projekt zur ernährungsbezogenen Gesundheitsförderung im Bereich der Kindertagesheime mit großflächigen und nachhaltigen Maßnahmen etabliert (siehe auch Frage 9).

Die Gesundheitsämter haben unterschiedliche Aktivitäten entfaltet – u. a. als Gemeinschaftsprojekt mit den Krankenkassen (siehe Frage 26) –, die zu einer Verbesserung des Impfstatus beigetragen haben und weiterhin beitragen. Generell bemühen sich die Kinder- und Jugendärzte durch kontinuierliche Informationsarbeit, den bereits sehr guten Impfstatus der Bremer Kinder weiter zu verbessern.

Beispielhaft sind die Programme der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (siehe Frage 1) sowie Maßnahmen zur Reduzierung von Unfällen im Kindesalter (präventive Beratung im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen durch niedergelassene Kinder- und Jugendärzte).

Das Gesundheitsamt Bremerhaven ist im Redaktionsteam des „Beratungslotsen Bremerhaven“ vertreten, der 2002 in 3. Auflage erschienen und seit 2003 auch online vertreten ist. Ziel des Beratungslotsen ist, durch mehr Absprache und Zusammenarbeit die Wirksamkeit der Arbeit unterschiedlicher Einrichtungen im Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen zu steigern.

Die Professor-Hess-Kinderklinik am Klinikum Bremen-Mitte verfügt über ein weitreichendes Angebot für die spezielle Versorgung chronisch kranker Kinder.

Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Bremen-Nord hält ein Adipositasprogramm vor. Weitere Schulungen umfassen andere Krankheitsbilder wie Asthma und Neurodermitis.

Siehe auch die Antwort auf die Große Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zur „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Entwicklung, Bewertung und Prävention“ – Drucksache 15/641 vom 28. Februar 2001.

4. Welche Gesundheitsschäden weisen Kinder und Jugendliche bei den vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U10) sowie der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 auf, und inwieweit gibt es Hinweise darauf, dass sich die Krankheitsarten verändert haben?

Valide Daten über Gesundheitsschäden von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen liegen nicht vor. Die Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 werden infolge mangelnder Standardisierung und ungeeigneter Dokumentation nicht mehr statistisch ausgewertet (siehe auch die Antwort auf die Große Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zur „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Entwicklung, Bewertung und Prävention“ – Drucksache 15/641 vom 28. Februar 2001).

Daher arbeitet der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte gemeinsam mit der Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin derzeit an einer Neufassung der Kindervorsorgeuntersuchungen, die dann eine systematische Auswertung ermöglichen soll.

Die Beteiligung an der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 ist erst in den letzten Jahren angestiegen, liegt aber immer noch unter 50 %, so dass derzeit noch keine Aussagen zum Krankheitsspektrum gemacht werden können. Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen und das Gesundheitsamt Bremen haben zur Auswertung jedoch bereits einen Vertrag geschlossen.

Das Gesundheitsamt Bremerhaven hat bei den Untersuchungen im Rahmen der Gruppenprophylaxe im Kindergarten und in der Schule eine Auseinanderentwicklung bei den Zahnschäden festgestellt. Der größere Teil der Kinder hat keine oder wenig Karies. Der kleinere Anteil der Kinder, der je nach Einzugsbereich der Kindertagesstätte bzw. Schule stark schwankt, zeigt eine hohe Karieslast. Diese Kinder liegen zum Teil erheblich über der altersgemäßen Norm und werden als Kariesrisikokinder bezeichnet. Mit den Untersuchungen durch den Zahnärztlichen Dienst können so Kinder identifiziert werden, die an den vorgesehenen zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in der Zahnarztpraxis nicht teilnehmen. Diese Kinder kommen gehäuft aus Migrantenfamilien und aus sozial benachteiligten Familien (siehe auch Frage 5).

5. Inwieweit liegen dem Senat Hinweise darüber vor, dass die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen mit dem sozialen Status korreliert, und welche Maßnahmen werden ergriffen, damit die Vorsorgeuntersuchungen vermehrt wahrgenommen werden?

Dem Senat ist u. a. durch Untersuchungen des öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes bekannt, dass die Inanspruchnahme der Vor-

sorgeuntersuchung mit dem sozialen Status korreliert. Dieses Phänomen wirkt sich um so stärker in Richtung Unterversorgung sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher aus, je älter die Kinder sind.

In anderen Ländern wie z. B. in England werden epidemiologische Daten über Mortalität und Morbidität grundsätzlich mit sozialen Daten verknüpft, so dass eine systematische Sozialepidemiologie zur Verfügung steht. In Deutschland ist die Datenlage insgesamt schlechter.

Das Gesundheitsamt Bremen und die Kassenärztliche Vereinigung Bremen haben daher mit Unterstützung der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte ein „Joint-Venture“ geschlossen. Dessen Einzelziele sind zum einen, die Inanspruchnahme der J1 insgesamt zu erhöhen, zum anderen spezifisch die Beteiligung sozial benachteiligter Jugendlicher zu fördern. Die erfolgreiche Initiative hat wegen ihres systemübergreifenden Charakters auch über Bremen hinaus Beachtung erfahren.

Die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen korreliert auch in Bremerhaven mit dem Sozialstatus. Da im Rahmen der Einschulungsuntersuchung eben aus datenschutzrechtlichen Gründen grundsätzlich keine Daten erhoben werden, die eine Zuordnung zum Sozialstatus erlauben würden, kann allerdings nur durch den Vergleich von Untersuchungsergebnissen aus sozialen Brennpunkten mit anderen Regionen rückgeschlossen werden.

In sozialen Brennpunkten wird von weniger Eltern das Vorsorgeheft im Rahmen der Einschulungsuntersuchung vorgelegt, und in der Regel liegen die Teilnahmequoten auch niedriger als in anderen Regionen. So liegt die Schwankungsbreite der vorgelegten Vorsorgehefte bei der Einschulungsuntersuchung zwischen 65 % und 96 % und die Rate der im Alter von ca. fünf Jahren durchgeführten Vorsorgeuntersuchung U9 bei 60 % bis 85 %.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BgA) plant ein Projekt zur Erhöhung der Teilnahme an den kinderärztlichen Vorsorgen in sozialen Brennpunkten. Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales wird eine Teilnahme an dem Projekt prüfen.

Bei den Untersuchungen des Gesundheitsamts Bremerhaven konnte im Rahmen der Gruppenprophylaxe über die Kariesrisikozuordnung eine Beziehung zwischen der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen und der sozialen Schicht sowie der Nationalität der Eltern festgestellt werden. Es wurden damit Angaben aus der Literatur bestätigt, dass eine Verbindung zwischen der Zahnkaries ebenso wie den meisten anderen Erkrankungen und sozialer Ungleichheit besteht.

Das Gruppenprophylaxepaket des Zahnärztlichen Dienstes enthält immer Vorsorgeuntersuchungen für alle Kinder. Als aufsuchende Maßnahme im Setting Schule und Kindergarten stellt sie an sich bereits ein niederschwelliges sozialkompensatorisches Angebot dar. Ein Ziel der Gruppenprophylaxe ist die Zuführung der behandlungsbedürftigen Kinder in eine zahnärztliche Versorgung. Dazu kommen Programme der speziellen zielgruppenorientierten Betreuung von Kariesrisikokindern, die zurzeit in Bremerhaven in ihrer Wirksamkeit, u. a. bezüglich der Motivation zum Zahnarztbesuch, evaluiert werden.

6. Wie werden Auszubildende in Ausbildungsmaßnahmen außerhalb des dualen Systems untersucht und gesundheitlich betreut?

Die Verordnung über die Teilnahmeverpflichtung an ärztlichen Untersuchungen für Schülerinnen und Schüler an beruflichen Schulen im Lande Bremen vom 18. Juli 1997 (Brem.GBl. S. 286) stellt eine schulärztliche Untersuchung und Beratung für Schüler der Berufseingangsstufe der Berufsfachschulen (B/BFS), des Berufsgrundbildungsjahres (BGJ) und der ausbildungsvorbereitenden Bildungsgänge in Vollzeitform sicher. Diese Jugendlichen sind verpflichtet, an einer ärztlichen Untersuchung durch den Schulärztlichen Dienst des zuständigen Gesundheitsamtes teilzunehmen.

- a) Welche Ergebnisse ergaben eventuelle Vorsorgeuntersuchungen unter diesen Jugendlichen?

Untersuchungsergebnisse liegen aus der B/BFS des Schuljahres 2002/2003 vor. Das Gesundheitsamt Bremen hat diese im Dezember 2003 mit der Edition Sozialpädiatrie „Bildungsziel Gesundheit – Zur gesundheitlichen Lage von Jugendlichen in erschwerten Lebenslagen“ vorgelegt. Der Bericht macht deutlich, dass Jugendliche ohne Schulabschluss überproportional gesundheitliche Auffälligkeiten, Störungen und Schädigungen aufweisen.

Medizinisch relevante Befunde wurden bei drei von vier der untersuchten Jugendlichen (77,5 %) festgestellt. Nur jeder vierte Jugendliche konnte als völlig gesund bezeichnet werden. Die häufigsten Befunde waren mit 31,2 % Allergien/Hauterkrankungen, mit 30,8 % Sehschwächen, mit 22,8 % orthopädische Befunde, mit 19,6 % psychische Befunde und mit 16,7 % Übergewicht.

II. Ernährungsbedingte Erkrankungen und Bewegungsmangel

7. Wie viele Kinder und Jugendliche in Bremen leiden an Übergewicht bzw. Untergewicht?

Als Berechnungsgrundlage für Adipositas und Übergewicht dient der so genannte Body Mass Index (BMI), der das Körpergewicht in kg in Relation zur Körpergröße in Quadratmetern setzt (kg/m^2).

Aktuellen bundesweiten Einschätzungen des Robert-Koch-Instituts zufolge ist in Deutschland mittlerweile jedes fünfte Kind und jeder dritte Jugendliche übergewichtig.

Hierzu liegen konkret für Bremen aus dem Datenmaterial des Schulärztlichen Dienstes des Gesundheitsamts Bremen lediglich Erkenntnisse für die stadtbremischen Schulanfänger vor. Danach waren im Jahr 2002 2 % der Schulanfänger erheblich untergewichtig, weitere 4,6 % untergewichtig, 4,5 % der Schulanfänger waren adipös, weitere 7,0 % übergewichtig.

Entsprechende Daten aus dem Gesundheitsamt in Bremerhaven liegen nicht vor. Die gezielte Auswertung einer Untersuchung von Schülern der 10. Klasse der Förderzentren für den Bereich „Lernen“ im Jahr 2002 zeigte jedoch einen Anteil von stark übergewichtigen Schülern von ca. 15 %. Signifikante Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen bestanden nicht.

8. Wie viele Kinder und Jugendliche leiden an Diabetes insbesondere Typ II, und wie sind Lehrer mit dieser Krankheit vertraut?

Wie dem Deutschen Gesundheitsbericht Diabetes 2003 – vorgelegt zum Welttag der Diabetes im November 2003 von der Deutschen Diabetes Union – zu entnehmen ist, werden in Deutschland immer mehr Kinder und Jugendliche mit Typ-II-Diabetes (verhaltens- bzw. altersbedingt) diagnostiziert. Dabei handelt es sich fast ausnahmslos um stark übergewichtige Personen. In einer Studie aus Südbayern, die sich auf eine Gruppe von 520 stark übergewichtigen Kindern und Jugendlichen zwischen neun und 20 Jahren bezieht, fand sich bei 6,7 % ein Hinweis auf eine Störung des Zuckerstoffwechsels, bei 1,5 % lag definitionsgemäß bereits ein Typ-II-Diabetes vor.

Die Versorgung an Diabetes erkrankter Kinder und Jugendlicher für die Stadtgemeinde Bremen und dem Einzugsgebiet im Umland findet an der Professor-Hess-Kinderklinik am Klinikum Mitte für den ambulanten und stationären Bedarf statt. Eine zusätzliche Versorgung wird in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Bremen-Nord angeboten. Beide Diabetes-Behandlungseinrichtungen sind miteinander vernetzt.

Im Lande Bremen leiden rund 150 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren an dem grundsätzlich insulinpflichtigen Diabetes Typ I. Es ist mit zehn bis 20 Neuerkrankungen pro Jahr in dieser Altersgruppe zu rechnen.

In Bremen sind erste Kinder an Diabetes Typ II erkrankt. Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Bremen-Nord teilt mit, dass von

weniger als zehn Patienten mit Diabetes Typ II in Bremen ausgegangen wird.

Bei der Vorbereitung des (Biologie-)Unterrichts in der Sekundarstufe I sind die Lehrer gehalten, sich intensiv auch mit der Zuckerkrankheit zu beschäftigen. Diabetes ist ein verbindlicher Fachinhalt im neuen Rahmenplan Naturwissenschaften und wird beim Rahmenthema „Nahrungsqualität und Ernährung“ ausdrücklich erwähnt. Querverbindungen zu den Fächern Chemie und Arbeitslehre bieten sich ausdrücklich an. Die (Biologie) Lehrer sind also mit der Zuckerkrankheit vertraut. Als aktueller Anlass für die Behandlung von Diabetes im Unterricht kann der jeweils am 14. November eines jeden Jahres begangene Weltdiabetestag dienen.

9. Welche Angebote der Ernährungsberatung für Kinder und Jugendliche gibt es in Bremen, und wie werden diese Angebote vom Senat unterstützt?

Das Land Bremen ist führend im Hinblick auf eine ernährungsbezogene Gesundheitsförderung in Kindertagesheimen (KTH). Basis ist ein seit 1990 bestehender Kooperationsvertrag zwischen dem BIPS und dem städtischen Kindertagesheimträger und ein seit 1999 bestehender Vertrag mit dem Landesverband Evangelischer Tageseinrichtungen.

Zielgruppen sind die hauswirtschaftlichen Fachkräfte, die Erzieher/-innen und die Eltern, da diese für die Qualität der Essensversorgung der Kinder verantwortlich sind. 2003 haben an den angebotenen BIPS-Seminaren 130 pädagogische und hauswirtschaftliche Fachkräfte teilgenommen. Eltern werden über Elternabende und ein monatliches Info-Schreiben erreicht.

Als sehr erfolgreich hat sich die vom BIPS initiierte Fortbildung der hauswirtschaftlichen Fachkräfte zur „Fachkraft für gesunde Kinderernährung“ erwiesen, die als Multiplikatoren selbständig Veranstaltungen und Aktionen in den KTH durchführen. So haben sich im Herbst 2003 über 100 Tagesheime an der Aktionswoche „Gesundes Frühstück“ beteiligt. Anhand von praktischen Beispielen wurden Eltern über ein kindgerechtes, gesundes und einfach zuzubereitendes Frühstück informiert. Über 10.000 Faltblätter „Mein Frühstück im Kindergarten“ wurden von den Multiplikatoren an die Eltern weitergereicht.

Einige besonders engagierte Fachkräfte organisieren für Eltern und Kinder Kochgruppen in den KTH. Die Arbeit in den Kindertagesheimen ist durch die „Bremer Checkliste“ zur Qualitätssicherung der Mittagessenversorgung und durch das „Bremer Kindergartenkochbuch“ inzwischen weit über die Landesgrenzen hinaus bekannt.

In der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Links der Weser wird Ernährungsberatung angeboten, dies mit dem Schwerpunkt Ernährung bei chronischen Erkrankungen, aber auch mit Blick auf gesunde Ernährung als Vorbeugung von typischen Sekundärproblemen wie Adipositas, Fettstoffwechselstörungen und Obstipation. Die Finanzierung erfolgt über den Pflegesatz. Für die gesamte Klinik inklusive Erwachsenenklinik steht eine Ernährungsberaterin mit halber Stelle zur Verfügung. Beratungen werden auch im Bereich der Tagesklinik und Ambulanz durchgeführt. Daneben werden ärztliche Ernährungsberatungen und Beratungen durch den Pflegedienst vorgenommen. Informationen zu speziellen Diäten sind auf der Homepage der Klinik verfügbar.

Im Rahmen der Elternschule und Stillberatung sowohl in der Frauenklinik als auch in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin wird im Rahmen der UNICEF-Zertifizierung als stillfreundliches Krankenhaus auf eine Beratung und Anleitung von Müttern Neugeborener besonderer Wert gelegt. Auch die Stillförderung dient – wie Studien zeigen – zur Prävention von Adipositas im Erwachsenenalter und trägt zur Allergieprävention bei.

In der Professor-Hess-Kinderklinik am Klinikum Bremen-Mitte wurde mit Unterstützung des Senats bereits im Jahr 1980 ein erstes Projekt zur ambulanten und stationären Verbindung von Ernährungstherapie bei chronischen Krankheiten initiiert. Die Bedeutung der Ernährungsberatung und der Therapie psychosozialer Hintergründe wurde erkannt. Als Ergebnis

wurde ein Programm für eine mögliche Gewichtsreduktion über einen Zeitraum von ein bis zwei Jahren realisiert.

Ein zweites Projekt bezog sich auf verhaltenspsychologische Maßnahmen, um Kindern und Jugendlichen den Umgang mit Problemsituationen bei Adipositas vermitteln zu können. Die Ergebnisse wurden im Jahr 2002 auf dem Adipositaskongress in Dresden veröffentlicht.

Gemeinsam mit der Ärztekammer Bremen wurde im Jahr 2002 eine Adipositas-Tagung zu Genetik, sozialmedizinischen Maßnahmen als auch lokalen Bremer Ansätzen durchgeführt.

Im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte wurde aktuell eine Präventionskommission eingerichtet für die Erstellung eines Konzepts zur frühzeitigen Erkennung von Risikofaktoren im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder (siehe Frage 4). Verschiedene relevante Einflussfaktoren wie z. B. das Gewicht der Eltern, das Vorliegen eines Diabetes mellitus Typ II sowie ein vorbestehender Bluthochdruck werden dabei berücksichtigt.

Die Professor-Hess-Kinderklinik ist Partner in dem Projekt „Junge Familien in Schwung“ (siehe Frage 10).

Seit langem besteht in der Professor-Hess-Kinderklinik eine Stoffwechselsprechstunde mit besonderem Schwerpunkt auf Ernährungsfragen und Adipositas.

Für die Versorgung stationär erkrankter Kinder und Jugendlicher ist seit 1990 an der Professor-Hess-Kinderklinik die Stelle einer Ökotrophologin vorhanden, die spezifische Ernährungsangebote vorhält und Beratungen für angeborene Stoffwechselkrankheiten mit spezieller Diätetik und auch für Adipositas durchführt.

Im September 2004 wird an der Universität Bremen ein Kongress stattfinden, auf dem das Thema Bewegungserziehung auch in Zusammenhang mit Adipositas von großer Bedeutung sein wird.

In der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Bremen-Nord erfolgt eine spezifische Beratung im Rahmen stationärer Behandlungen sowie im Rahmen eines Adipositasprogramms, in Einzelfällen auch ambulant in der Endokrinologie.

In fast allen Kindertagesheimen ist die Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege (LAJB) aktiv, die auch vom Senat unterstützt wird. Bestandteil ihres Programms ist neben der Zahnpflege auch die gesunde Ernährung, die kindgerecht vermittelt wird. Die hauswirtschaftlichen Mitarbeiterinnen werden regelmäßig durch Lebensmittel- und Hygienebeauftragte geschult und erhalten dabei Unterweisung in kindgerechter und gesunder Ernährung.

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales ist grundsätzlich bereit, mit fachlichem Know-how die Ausrichtung von Veranstaltungen zu gesunder Ernährung z. B. in Schulen mit zu gestalten.

Siehe auch die Antwort auf die Große Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zur „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Entwicklung, Bewertung und Prävention“ – Drucksache 15/641 vom 28. Februar 2001.

10. Welche Erkenntnisse liegen zu der Problematik und zum Ausmaß von Bewegungsmangel von Kindern und Jugendlichen vor, welche Angebote gibt es durch bremische Sportvereine, um diesem Problem vorzubeugen, und welche Angebote zur Prävention gibt es an den Schulen?

Der Einschätzung des Landesverbandes der Kinder- und Jugendärzte zufolge steigt der Anteil übergewichtiger Kinder kontinuierlich an, ebenso derjenigen mit Auffälligkeiten der Fein- und Grobmotorik und mit zentralen Wahrnehmungsstörungen. Ebenso beschreibt der Landesverband eine steigende Tendenz bei Kindern mit aggressiven Verhaltensmustern.

Das Sporttreiben von Kindern und Jugendlichen im organisierten Sport hat nach wie vor einen besonders hohen Stellenwert und ist gerade aus der

Sicht des Senator für Inneres und Sport für deren gesundheitliche Entwicklung von großer Bedeutung (siehe auch die Antwort auf die Große Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zur „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Entwicklung, Bewertung und Prävention“ – Drucksache 15/641 vom 28. Februar 2001).

Das Thema Bewegungsmangel spielt in dem Zusammenhang bei einer zunehmenden Zahl von Sportvereinen im Land Bremen eine beachtliche Rolle. Bei vielen Sportvereinen gehören daher künstliche Bewegungslandschaften inzwischen zum Standardangebot.

Im Wirkungsbereich des Landessportbundes Bremen (LSB) werden darüber hinaus als Vorbeugung bzw. zur Behebung gesundheitlicher Defizite (z. B. Bewegungsmangel) von Kindern und Jugendlichen spezielle Programme angeboten, zum Beispiel:

- Programm des Deutschen Turnerbundes „Junge Familien in Schwung“, in dem u. a. der Aufbau von Bewegungslandschaften für Kinder erfolgt.
- Im Rahmen des Breitensportprogramms des LSB erfolgt die Förderung von Aktivitäten mit Kindern und Jugendlichen mit mangelnder Bewegungserfahrung.
- In verschiedenen Vereinen gibt es Sportangebote speziell für übergewichtige Kinder (z. B. Zirkusprojekte und Psychomotorik).

Im Herbst dieses Jahres 2004 findet zudem unter dem Titel „Kunterbunt geht's rund“ in Bremen ein Kongress statt, der sich insbesondere mit den Bewegungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche beschäftigen wird. Gemeinsame Ausrichter dieses Kongresses sind der Bremer Turnverband und die Bremer Sportjugend.

Der Senator für Bildung und Wissenschaft verweist auf zahlreiche, zum Teil bundesweite Untersuchungen. Geschlechtsdifferente Daten sind nicht verfügbar. Nach Aussagen der Sportmediziner sind heute ca. 20 % der Kinder übergewichtig, bei 40 % ergeben sich Koordinationsstörungen, bei 60 % auf Haltungsschäden, bei 25 % auf Herz-Kreislauf-Schwächen und 15 % sind psychisch auffällig. Ursache dafür ist u. a. das Aufwachsen der Kinder in einer bewegungsarmen Umgebung. Die Hauptforderung der Sportärzteschaft ist daher die tägliche Sportstunde für Schüler/Schülerinnen. Durch Konzepte wie „Tägliche Bewegungszeit“, „Bewegte Grundschule“ und „Schulen mit sportlichem Profil“ wird dem in immer größerem Maße Rechnung getragen.

11. Wie viele Kindergärten gibt es im Land Bremen, die den Tagesablauf für Kinder besonders bewegungsfreundlich gestalten und sportliche Angebote unterbreiten, und wie hat sich die Zahl dieser Kindergärten in den letzten fünf Jahren (auch im Vergleich zu anderen Bundesländern) entwickelt?

Bewegungsangebote waren schon immer fester Bestandteil des Kindergartenalltags. Über Bewegung wird auch die kognitive und soziale Kompetenz gefördert. Mit den in den letzten Jahren veröffentlichten neuen Erkenntnissen aus der neurobiologischen Forschung erhielt die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Bewegungsförderung im Kindergarten eine noch größere Bedeutung. Bewegung schult nicht nur die Körperbeherrschung und Beweglichkeit, sondern beeinflusst in hohem Maße die Sprachentwicklung und Ausdrucksfähigkeit. Bewegung wird inzwischen als ein eigener, elementarer Bildungsbereich verstanden.

Bewegungsförderung im Kindergarten erfolgt in den von den Kindern selbst organisierten Spielphasen und in von den Fachkräften geplanten und angeleiteten Bewegungsangeboten. Räume und Außengelände sind inzwischen so weit wie möglich mit vielfältigen Bewegungsmöglichkeiten bestückt, Bewegungsmaterialien sind den Kindern jederzeit zugänglich, und bei thematischen Aktivitäten werden Bewegungselemente eingebaut.

Ergänzend zu den bewegungsfördernden Maßnahmen im Kindergartenalltag sind in den letzten Jahren mit den örtlichen Turn- und Sportvereinen verstärkt Kooperationsbezüge entstanden.

In einem gemeinsamen Projekt des Bildungswerkes des Bremer Turnverbandes, der Bremer Sportjugend, des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte und dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales wurde 2003 das Modell „Anerkannter Bewegungskindergarten“ für Bremen und Bremerhaven entwickelt und umgesetzt. In zunächst neun Kindergärten unterschiedlicher Träger aus Bremen und Bremerhaven werden mindestens viermal pro Woche eine Bewegungsstunde unter Anleitung eines qualifizierten Übungsleiters durchgeführt. Die Bewegungseinheiten werden sowohl im Sportverein als auch im Kindergarten durchgeführt. Darüber hinaus ist der Schwerpunkt „Bewegungserziehung“ im pädagogischen Konzept des Kindergartens festgeschrieben und eine kindgerechte Geräteausstattung vorhanden. Mindestens zwei Elternabende im Jahr werden zu den Themen Bewegung, Spiel und Sport durchgeführt.

In allen Bundesländern ist Bewegungsförderung grundlegender Bestandteil frühkindlicher Erziehung. Daten über die jeweilige Anzahl von besonders bewegungsfreundlich gestalteten Kindergärten liegen aus den Bundesländern nicht vor.

Die meisten Einrichtungen Freier Träger in der Seestadt Bremerhaven haben „Bewegung“ als ihren Schwerpunkt gewählt. Besonders in den letzten Jahren wurden die Bewegungsangebote in den Einrichtungen und die Fortbildung in diesem Bereich intensiviert.

Die sportlichen Angebote werden z. B. in den einzelnen katholischen Kindertagesstätten unterschiedlich gehandhabt, je nach räumlichen und sozialraumbezogenen Bedingungen. Bewegungsfreundliche und sportliche Angebote finden in den Kindertagesstätten des Katholischen Gemeindeverbandes statt durch z. B.:

- Wöchentliches Angebot: Yoga für Kinder,
- Psychomotorik und Tanztheater,
- wöchentliches Angebot: Turnen,
- tägliches Angebot der Flurbenutzung mit Kinderfahrzeugen, Kletterwand mit Matten oder einer Bewegungsbaustelle.

12. Welche Bedeutung misst der Senat den so genannten Sportkindergärten bei, und inwieweit unterstützt der Senat die Gründung von Sportkindergärten?

Im Land Bremen sind so genannte Sportkindergärten bisher nicht eröffnet worden. Kindergärten von Sportvereinen als Träger sind, wie beispielsweise in Hamburg, überwiegend während des Ausbaus der Plätze für Kinder mit einem Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz entstanden.

Vor dem Hintergrund der in Bremen hohen Versorgungsquote für die dreis- bis sechsjährigen Kinder unterstützt der Senat alle Projekte und Maßnahmen, Bewegungsförderung und Bewegungsangebote in den bestehenden Einrichtungen zu intensivieren. Dazu gehört auch die weitere Unterstützung des Projekts „Anerkannter Bewegungskindergarten“ (siehe Frage 11).

13. Welche Bedeutung misst der Senat der sportpädagogischen Ausbildung der Erzieherinnen bei, und inwieweit setzt sich der Senat dafür ein, Sportpädagogik umfassend in der Ausbildung der Erzieherinnen zu verankern?

Der Senator für Inneres und Sport weist darauf hin, dass Sport- und Bewegungsangebote über die Bremer Sportjugend auch in die Erzieherinnen-Ausbildung eingebracht werden.

Auch der Senator für Bildung und Wissenschaft misst der sportpädagogischen Ausbildung der Erzieherinnen und Erzieher eine hohe Bedeutung bei. Die sportpädagogische Ausbildung ist deshalb ein zentraler Bestandteil der Ausbildung an der Fachschule für Sozialpädagogik.

Das Unterrichtsfach Bewegungslehre/Rhythmik wird im Umfang von drei Unterrichtswochenstunden erteilt. Es handelt sich dabei nicht ausschließlich um eine sportpädagogische Ausbildung zukünftiger Erzieherinnen und Erzieher, sondern zugleich um eine Grundlegung im Bereich Rhyth-

mik, damit um das entscheidende Element der Bewegungserziehung und einen Ausbildungsschwerpunkt in der Arbeit mit Vorschulkindern. Gerade wegen der Bewegungsarmut eines großen Anteils der Kinder ist der Schwerpunkt in dieser Weise ausgestaltet worden.

Im Rahmen von Vertiefungskursen und Projekten werden weitere Angebote im Bereich Sport/Bewegung/Psychomotorik gemacht (Beispiele: „Körperwahrnehmung und Körperbeherrschung“, „Bewegungslandschaft/Bewegungsbaustelle für Kindergarten-, Grundschul- und Hortkinder“).

Außerdem haben die Erzieherinnen und Erzieher im Rahmen ihrer Ausbildung die Möglichkeit, in Kooperation mit dem Landessportbund die Übungsleiterlizenz zu erwerben.

14. Wie bewertet der Senat die Forderung nach neuen bewegungsfördernden Konzepten im Schulunterricht und nach einer Reform des Sportunterrichts an Schulen?

Für die Schulen des Landes Bremen sind für alle Schulstufen neue Rahmenpläne in Arbeit bzw. gerade veröffentlicht. Die jeweiligen Fachrahmenpläne für das Fach Sport weisen neue Ansätze eines reformorientierten Sports aus und geben den Schulen Handlungsgrundlagen, alternative Sport- und Bewegungsangebote in den Unterricht mit aufzunehmen bzw. neben den sportbezogenen Fachanteilen wie Leichtathletik, Mannschaftssport, Geräteturnen in die Schule auch eine neue Sport- und Bewegungskultur hineinzutragen.

Im Grundschulbereich ist das Konzept „Bewegte Grundschule“ erarbeitet worden. Grundprinzip dieses Konzeptes ist, zusätzlich zu den im Stundenplan verankerten Fachstunden Sport Gelegenheiten festzuschreiben, Bewegung in den übrigen Unterricht zu integrieren und durch Bewegungsanreize aufzulockern. Erfolgreiches Lernen wird durch Bewegungsanreize unterstützt. In dieses Konzept sind alle Grundschulen einbezogen; schulinterne Fortbildungsveranstaltungen zur Erweiterung der Kompetenz der Lehrkräfte in diesem Thema fanden bereits an ca. 25 % der Grundschulen statt und werden fortgesetzt.

15. Inwieweit ist es möglich, an der verlässlichen Grundschule Prävention und Gesundheitsförderung trägerübergreifend einzubinden, und wie wird im Sinne einer Gesundheitsförderung gefördert?

Im Rahmen der verlässlichen Grundschule werden auch Aspekte der Gesundheitsförderung in den Betreuungszeitraum einbezogen. So werden in etwa zwei Drittel der zur Verfügung stehenden Betreuungszeit Bewegungsangebote und Spiele organisiert. Es ist geplant, die Qualität dieser Angebote zu erhöhen, so dass sie in einem Gesamtkontext zur unterrichtlichen Bildungs- und Erziehungsarbeit der Schule stehen. Entsprechende Auflagen werden an die Freien Träger gestellt. Ihr Angebot steht somit auch in der Erziehungsverantwortung und ist mit dem schulinternen Curriculum abzustimmen.

III. Suchterkrankungen und ihre Vorbeugung

16. Welche Anteile der Kinder und Jugendlichen in den relevanten Altersgruppen rauchen regelmäßig bzw. trinken regelmäßig Alkohol, wie viele Kinder konsumieren illegale Drogen, und welche Angaben kann der Senat zum Missbrauch von Medikamenten bei Kindern machen?

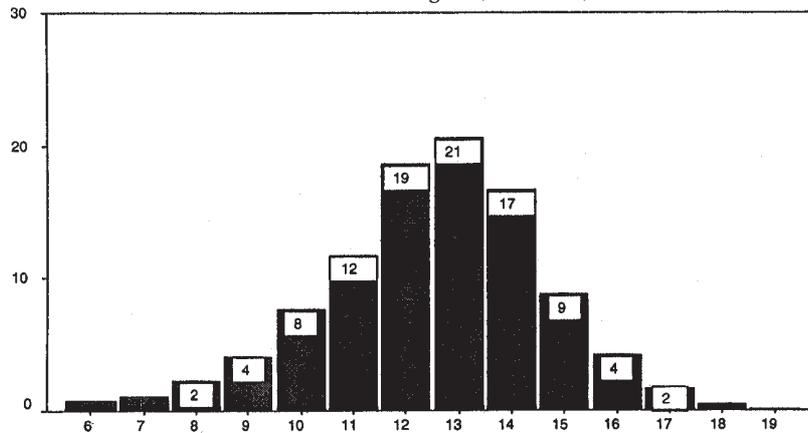
Das Landesinstitut für Schule (LIS) des Senators für Bildung und Wissenschaft verweist auf Befragungen der „Gläsernen Schule“ in Schleswig-Holstein (Kiel 2000). Hiernach wurden weit über 6.000 Jugendliche der verschiedensten Altersstufen u. a. nach ihrem Suchtmittelkonsum befragt. In einer zweiten Studie mit 2.000 Kindern und Jugendlichen wurde auch der Konsum von illegalen Drogen erhoben (Kiel 1999).

- Einstiegsalter

Das mittlere Einstiegsalter beim Rauchen liegt nach diesen Studien im 12. Lebensjahr, der erste Alkoholrausch im 13. Lebensjahr, der

Cannabiskonsum wird durchschnittlich im 15. Lebensjahr begonnen und bei anderen illegalen Drogen, z. B. Ecstasy, liegt das mittlere Einstiegsalter zwischen Ende des 14. und Anfang des 15. Lebensjahres. Bedenkt man, dass dieses mittlere Einstiegsalter ist, so weiß man, dass viele Jugendliche den Konsum erheblich früher beginnen.

Alter bei Rauchbeginn; M = 12,34



- **Tabak**

Die Studien geben auch Hinweise über den Suchtmittelkonsum in verschiedenen Altersstufen. Der Prozentanteil der aktuellen Raucher, der bereits bei den Zehn- bis Elfjährigen bei 3 % liegt, steigt über 14 % bei den Zwölf- bis Dreizehnjährigen und 37 % bei den Vierzehn- bis Fünfzehnjährigen auf 43 % bei den Sechzehn- bis Siebzehnjährigen.

- **Alkoholkonsum**

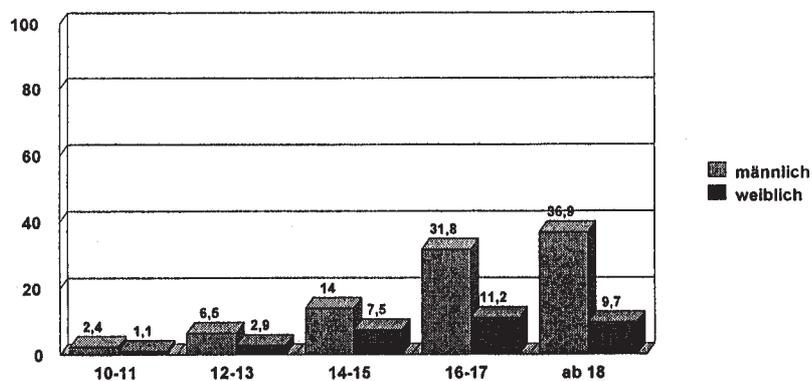
Der Anteil von Alkoholkonsumenten liegt bei den Zwölfjährigen bei 7 %, steigt bei den Dreizehnjährigen auf 12 %, bei den Vierzehnjährigen auf 29 %, bei den Fünfzehnjährigen auf über 54 %, bei den Sechzehnjährigen auf 70 % und liegt dann in der Folge bei über 80 %.

- **Regelmäßiger Alkoholkonsum**

Der regelmäßige Alkoholkonsum, d. h. täglich oder mehrmals wöchentlich wurde in der Studie auch erfragt. Während dieser bei den Zehn- bis Elfjährigen noch bei 2 % liegt, steigt er über 6 % bei den Zwölf- bis Dreizehnjährigen, 12 % bei den Vierzehn- bis Fünfzehnjährigen auf über 20 % bei den Sechzehn- bis Siebzehnjährigen.

Anders ausgedrückt heißt dies, dass in den 7. Klassen jeweils im Durchschnitt ein Schüler oder eine Schülerin, in der 8. Klasse zwei und in der 10. Klasse bereits vier mehrmals wöchentlich Alkohol konsumieren und somit im Begriff sind, über eine Gewohnheitsbildung auch möglicherweise eine Sucht auszubilden. Jungen sind erheblich häufiger regelmäßige Alkoholkonsumenten als Mädchen.

Regelmäßiger Konsum von Alkohol nach Geschlecht und Alter



- **Alcopops**

Insbesondere durch die neuen Alkohol-Mischgetränke (Alcopops), bei denen die Süße und Aromastoffe den Alkoholgeschmack (zwei

Schnäpse pro Flasche) fast völlig verdecken, werden zurzeit immer jüngere Jahrgänge an den Konsum von Alkohol herangeführt. 26 % der Vierzehn- bis Sechzehnjährigen und bereits über 50 % der Sechzehn- bis Siebzehnjährigen haben Alcopops gekauft, obwohl diese erst an Achtzehnjährige abgegeben werden dürfen (Ergebnisse einer Repräsentativbefragung bei Jugendlichen, BZgA 2004).

- Cannabis

Der Cannabiskonsum, der bei den Zehn- bis Elfjährigen bei 3 % liegt, steigt über 5 % bei den Zwölf- bis Dreizehnjährigen und 18 % bei den Vierzehn- bis Fünfzehnjährigen auf 40 % bei den Sechzehn- bis Siebzehnjährigen.

- Ecstasy

Bei Ecstasy steigen die Konsumentenanteile von 2 % bei den Zwölf- bis Dreizehnjährigen fast linear auf 7 % bei den Sechzehn- bis Siebzehnjährigen an.

- Medikamente

Der riskante Umgang mit Medikamenten ist immer noch ein Dunkel-feld, insbesondere in der Gruppe von Kindern und Jugendlichen. In einer Untersuchung bei Bremer Schülerinnen und Schülern (n = 292, Bremer Institut für Drogenforschung, Universität Bremen 1999) haben 67 % der befragten Vierzehnjährigen angegeben, dass sie in den letzten vier Wochen Medikamente genommen hatten, obwohl über 90 % ihren Gesundheitszustand als gut (63 %) oder sehr gut (30 %) einschätzten.

Mädchen nehmen deutlich mehr Medikamente als Jungen. Die Zahlen von mehrmals wöchentlichem Konsum von Kopfschmerzmitteln (Mädchen 20 %, Jungen 8 %), Schlafmitteln (Mädchen 4 %, Jungen 1 %), Beruhigungsmittel wie z. B. Valium(r) (Mädchen 10 %, Jungen 3 %) und Mittel zum Abnehmen (Mädchen 3 %, Jungen 0 %) machen dies deutlich.

17. Welche Maßnahmen sind nach Ansicht des Senates geeignet, um den Konsum von Tabak und Alkohol im Kindes- und Jugendlichenalter zu verringern (Preiserhöhung, Werbeverbot, Verkaufsbeschränkungen, Rauchverbot an Schulen etc.), und welche Maßnahmen sind gegen Missbrauch von Medikamenten geeignet?

Die meisten Fachleute in der Suchtprävention sind überzeugt, dass eine verminderte Zugriffsmöglichkeit auf Suchtmittel durch Preiserhöhungen und Verkaufsbeschränkungen eine Reduzierung des Konsums und damit auch eine Verringerung der Suchtentwicklung bewirken können.

Es gibt sogar Autoren, die – mit Verweis auf die Forschung – vertreten, dass nur strukturelle Maßnahmen wie Steuererhöhungen, Abgabebeschränkungen etc. wirksam sind. Die Art der Argumentation ist jedoch hoch ideologisch im Sinne der US- und nordeuropäischen Alkoholpolitik.

- Alkohol

Der Senat hat die Möglichkeiten der angesprochenen strukturellen Maßnahmen anlässlich des „Bremischen Aktionsplans Alkohol“ geprüft und feststellen müssen, dass Maßnahmen wie Preiserhöhungen und Verkaufsbeschränkungen nicht unabhängig von den anderen Bundesländern einzuführen sind.

Deshalb werden Maßnahmen des Bundes, wie das „Gesetz zur Verbesserung des Schutzes junger Menschen vor Gefahren des Alkohol- und Tabakkonsums“, das zurzeit im Bundestag beraten wird, unterstützt.

Ziel dieses Gesetzes ist u. a., über eine Sondersteuer auf Alcopops diese Produkte zu verteuern und die kostenlose Abgabe und den Verkauf von Kleinstpackungen von Zigaretten zu verbieten.

1999 wurde in Zusammenarbeit von Suchtprävention Bremen des Senators für Bildung und Wissenschaft und dem Institut für Suchtprävention (ISAPP) das so genannte Apfelsaftgesetz überprüft, das besagt, dass in Gaststätten ein alkoholfreies Getränk zum maximal gleichen Preis wie das preisgünstigste alkoholhaltige – bei gleicher Menge – angeboten werden muss. Damals hielten sich 50 % der Lokale nicht an diese Regelung. Der Senat wird die Kontrollen wiederholen und die Verhängung von Bußgeldern bei wiederholtem Verstoß unterstützen.

Der Senat hält es für einen wichtigen Bestandteil der strukturellen Suchtprävention, dass der Einlass in gewerbliche Diskotheken für unter Sechzehnjährige in Bremen nicht möglich ist. Er unterstützt deshalb das Vorhaben, eine obligatorische Ausweiskontrolle von Diskothekenbetreibern zu verlangen und den Bußgeldkatalog bei den „schwarzen Schafen“ der Branche notfalls voll auszuschöpfen, wenn Jugendliche unter 16 Jahren bei den verstärkt erfolgenden Kontrollen in Diskotheken aufgegriffen werden.

Auch wenn ein Werbeverbot nach einer Studie des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) nur einen geringen Einfluss auf den Alkoholkonsum hat, setzt der Senat sich dennoch auf Bundesebene für Restriktionen in Bezug auf Zielgruppen ein (Kinder und Jugendliche) und auf Verbreitungsformen (Fernsehen, Frühabendvorstellungen im Kino, Werbung in der Nähe von Schulen etc.).

- Tabak

Die WHO hat einige Handlungsempfehlungen gegen den Tabakkonsum vorgeschlagen, deren Effektivität in vielen wissenschaftlichen Vergleichsstudien nachgewiesen werden konnte. Als wirksamste Maßnahme gelten insbesondere die Anhebung der Tabaksteuer und ein Verbot der direkten und indirekten Werbung für Tabakprodukte, ein Verkaufsverbot an Kinder und Jugendliche und der Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz und in der Öffentlichkeit. Diese Maßnahmen fallen sämtlich in die Kompetenz des Bundesgesetzgebers.

Weitere empfohlene Maßnahmen sind die Durchsetzung von Nichtraucherzonen und Interventionen von Seiten der Gesundheitsberufe, begleitet von Massenmedienkampagnen, aber auch Maßnahmen gegen den Schmuggel und Regelungen für Produktinhalt und Verpackung. Ein schnelles Absenken des Zigarettenkonsums scheint durch politische Entscheidungen eher möglich als durch Aufklärung und diese ist nur vor einem klaren politischen Hintergrund effektiv.

Umgesetzt von diesen Vorschlägen sind in Deutschland die Anhebung der Tabaksteuer in geringem Umfang. Ob die Höhe ausreicht, bleibt abzuwarten. Ein Werbeverbot gibt es für die Nachmittagsvorstellung im Kino bis 18 Uhr und im Fernsehen. Das Verkaufsverbot für Kinder und Jugendliche unter 16 Jahre ist ins Jugendschutzgesetz aufgenommen, es gibt jedoch eine Übergangszeit wegen der Umstellungsschwierigkeiten der Automatenaufsteller bis 2007.

Der Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz ist mit § 3 a der Arbeitsstättenverordnung neu geregelt und jetzt einklagbar. In der Öffentlichkeit besteht nur gelegentlich ein Rauchverbot wie z. B. auf vielen Bahnhöfen, in Straßenbahnen und Bussen, manchen Kliniken. Auch wurden Maßnahmen gegen den Schmuggel verschärft und neue Regelungen für Produktinhalt und die Gestaltung der Verpackung gesetzlich neu festgelegt.

- Rauchfreie Schulen

Die Vermutung, dass rauchfreie Schulen zu einem verminderten Zigarettenkonsum beitragen können, liegt nahe. Bremen hat schon 1986 die Aktion „Schule – natürlich rauchfrei“ entwickelt, in der den Schulen Plakate, Unterrichtsmaterial und neueste Erkenntnisse aus der Nikotin-Forschung zur Verfügung gestellt wurden.

Seit 2001 gelten im Lande Bremen die „Richtlinien zur Suchtprävention und zum Umgang mit Suchtmittelkonsum, Sucht und Suchtgefährdung“ (Erlass vom 6. März 2001), in denen im Abschnitt 5.2 verbindlich festgelegt ist, dass Aktivitäten zur Nichtraucherförderung an bremischen Schulen erfolgen sollen mit dem ausdrücklichen Ziel der „rauchfreien Schule“, insbesondere wenn dort Schülerinnen und Schüler unter 16 Jahren unterrichtet werden.

Die meisten Schulen ab der Sekundarstufe haben seit vielen Jahren für Lehrkräfte Raucherlehrerzimmer eingerichtet und für die älteren Schüler ab 16 Jahren Raucherecken auf dem Schulgelände akzeptiert, einige mit Ausweiskarte und schriftlicher Erlaubnis der Eltern. Um diese Raucher-Regelungen nicht zu zementieren, gelten diese gemäß Erlass nur für einen bestimmten Zeitraum und müssen dann von den schulischen Gremien neu beschlossen werden. In den letzten Jahren haben immer mehr bremische Schulen die Raucherlaubnisse eingeschränkt und sich um eine komplette Rauchfreiheit in den Entscheidungsgremien der Schulen bemüht.

Mit Beginn dieses Schuljahres hat sich die erste Schule des Sekundarbereichs I zur rauchfreien Schule Bremens erklärt und unterstützt diesen unter Mitwirkung von Schülervertretung und Eltern gefassten Beschluss der Schulkonferenz durch vorbeugende Maßnahmen und Kontrollen. Weitere Schulen werden folgen.

Zum jetzigen Zeitpunkt hält der Senat diesen Weg der Diskussion in den Schulen mit dem Ziel der rauchfreien Schule für sinnvoller als eine Verordnung, müssen doch die Lehrkräfte an den Schulen und vor allem auch die Schüler für die Umsetzung – insbesondere für die wirksame Kontrolle – gewonnen werden.

Die Suchtprävention Bremen des Senators für Bildung und Wissenschaft beteiligt sich zusammen mit anderen norddeutschen Bundesländern an einem Forschungsprojekt des Zentrums für interdisziplinäre Suchtforschung in Hamburg zur Evaluation der Einflüsse einer strukturellen Maßnahme (Rauchfreie Schule) und zweier kommunikativer Maßnahmen (Wettbewerb „Be smart – don't start!“ und Eltern-Interventionsprogramm). Erwartet werden Ergebnisse, die Argumente zu einer beschleunigten Einführung der rauchfreien Schule liefern.

18. Welche präventiven Maßnahmen werden in Bremen durchgeführt, um dem Missbrauch von illegalen Drogen und legalen Drogen unter Kindern und Jugendlichen entgegen zu wirken?

Suchtprävention in Bremen:

Verantwortlich für die Planung und Durchführung suchtpreventiver Maßnahmen in der Stadt Bremen ist das Landesinstitut für Schule des Senators für Bildung und Wissenschaft. Für Bremen-Nord wird diese Aufgabe vom Präventionszentrum Bremen-Nord des Lidice-Hauses wahrgenommen. Die Zuständigkeit umfasst den schulischen und außerschulischen Bereich.

- Ziele

Die Ziele der Suchtprävention in Bremen sind die Verhinderung von Sucht – auch von Verhaltensüchten wie Spielsucht und Ess-Störungen – sowie die Vermeidung oder Beendigung gesundheitsschädigender Konsum- und Verhaltensformen.

Riskante Konsum- und Verhaltensformen finden sich bei vielen Menschen als Durchgangsformen z. B. in der Pubertät und bei jungen Erwachsenen. Dauerhafte Muster entstehen dann häufig im Zusammenhang mit süchtigem Konsum.

Sucht entsteht durch das Zusammenwirken verschiedener Faktoren in der Entwicklung von Menschen. Persönlichkeitsmerkmale, Umwelteinflüsse und die Einstellung zu Suchtmitteln entscheiden, ob jemand süchtig wird oder nicht. An diesen Faktoren, die Suchtentwicklung fördern, setzt die bremische Suchtprävention an:

- Sie stärkt die Persönlichkeit durch die Förderung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenzen, um Jugendliche widerstandsfähig gegenüber Risikofaktoren zu machen.
- Sie fördert eine wirkungsvolle Auseinandersetzung mit der Umwelt, eine Freizeitgestaltung, die wenig Platz für Drogen lässt und ein möglichst frühes Mitwirken in der Gestaltung des unmittelbaren Lebensraumes in Schule und Stadtteil.
- Sie unterstützt eine kritische Distanz zu Suchtmitteln durch Kampagnen und persönliche Interaktionen mit Kindern und Jugendlichen und Erwachsenen.
- Sie versucht Einfluss auf das Verhalten von Eltern und anderen Erwachsenen zu nehmen, um durch die Verbesserung der Vorbildhaltung Präventionseffekte zu erzielen.

- Arbeitsfelder

Die bremische Suchtprävention hat drei Arbeitsfelder: Die Suchtprävention in Schulen, die suchtpreventive Stadtteilarbeit und die präventive Intervention bei Gefährdeten.

Übergreifend werden häufig in Zusammenarbeit mit dem Präventionszentrum Bremen-Nord, dem Institut für Suchtprävention und angewandte pädagogische Psychologie (ISAPP) und vielen anderen Kooperationspartnern Projekte entwickelt und durchgeführt.

- Schulische Suchtprävention

Mit dem Erlass „Richtlinien zur Suchtprävention und zum Umgang mit Suchtmittelkonsum, Sucht und Suchtgefährdung in der Schule“ vom 6. März 2001 wurde der formale Rahmen für die Weiterentwicklung suchtpreventiver Maßnahmen in der Schule geschaffen. Jede Schule ist nach diesen Richtlinien verpflichtet, sich ein Konzept zur Suchtprävention und zum Umgang mit Suchtmittelkonsum in der Schule zu geben. Mit Unterstützung der Präventionsfachkräfte erarbeiten sich die Schulen individuelle Konzeptionen für ihre suchtpreventive Arbeit.

Für den vorschulischen und schulischen Bereich gibt es Suchtpräventionsmaterialien, die z. T. evaluiert sind und mit Unterstützung der Fachkräfte von Vorschulerziehern und Lehrkräften eingesetzt werden.

- Suchtprävention im Kindergarten

Schon in frühestem Alter werden Weichen für den Weg in eine Sucht gestellt. Am wirksamsten und effektivsten ist es, wenn so früh wie möglich damit begonnen wird, Lebenskompetenzen für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung und damit Widerstandskräfte gegen Sucht zu fördern. Der Kindergarten bietet hier als Lern- und Erfahrungsraum viele Möglichkeiten.

Das Präventionszentrum Bremen-Nord hat von 1994 bis 1997 mit dem Modellprojekt „Suchtprävention und Gesundheitsförderung im Elementarbereich“ viele Erfahrungen in diesem Bereich gesammelt, die es in Form von Fortbildungen, Teambesprechungen und Elternveranstaltungen weitergibt.

- Suchtprävention im Primarbereich

Eine Längsschnittuntersuchung zeigt, dass Kinder mit einem späteren regelmäßigen Drogenkonsum oder Suchtverhalten im Alter von sieben bis zehn Jahren eher unsicher sind. Sie sind laut einer Expertise des BMGS von 1993 häufig unfähig, gesunde Beziehungen einzugehen und wirken emotional gestresst.

Diesen Erkenntnissen folgend wurde das Pilotprojekt „ . . . ganz schön stark!“ entwickelt. Das Programm sorgt für eine bessere Integration von Schülerinnen und Schülern in die Klasse und für

eine positive Blickrichtung auf die Stärken von Kindern. Dieser Ansatz wird in Grundschulen und inzwischen auch in höheren Klassenstufen zusammen mit den entwickelten Materialien eingesetzt. In einer Nachbefragung zeigten die beteiligten Lehrkräfte eine sehr hohe Zufriedenheit mit der Wirkung des Projektes.

Auf Elternabenden werden Eltern die erzieherischen Möglichkeiten in der Suchtprävention nahegebracht.

— Suchtprävention in den Sekundarstufen

In der Sekundarstufe I werden Schülerinnen und Schüler zunehmend mit dem Suchtmittelangebot der Erwachsenenwelt konfrontiert. Die Ausbildung einer kritischen Einstellung zu Drogen ist in dieser Altersstufe wichtiger Bestandteil der Suchtprävention.

Für die Sekundarstufe I, insbesondere für die Klassenstufen 5 und 6, gibt es zahlreiche gut evaluierte Präventionsmaterialien, die in den Schulen verbreitet werden. Mit Unterstützung der Suchtpräventionsfachkräfte werden diese Materialien von Lehrkräften zur Unterrichtsgestaltung verwendet. Prinzipiell finden diese Unterrichtseinheiten anstelle anderen Unterrichts statt, d. h. sie sind fächerübergreifend. Fast alle Materialien enthalten Unterrichtseinheiten zur Förderung von Lebenskompetenzen und spezifische suchtpreventive Einheiten zu den Themen Tabak, Alkohol etc.

Die Suchtprävention Bremen hat für die Sekundarstufe I und II ein Projekt entwickelt mit dem Titel „LebenskünstlerInnen – Auf dem Weg zu Traumfrau oder Supermann?“, das Lebenskompetenzen fördert, die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper beinhaltet und Themen wie Werte, Normen und Ziele für das eigene Leben anspricht. Dieses Projekt wird zurzeit evaluiert und findet Eingang in Schulkonzepte.

Für die spezielle Thematik der illegalen Droge bietet die Suchtprävention in Bremen Veranstaltungen für Schulklassen an. Ausgebildete Lehrkräfte führen diese Veranstaltungen unter Mitwirkung von inzwischen drogenfreien Drogenabhängigen in den Beratungsräumen der Suchtprävention durch.

In den drei- bis vierstündigen Veranstaltungen werden Erfahrungen der Jugendlichen angesprochen, um eine Nähe zum Thema Sucht zu erzeugen. Zusammenhänge zwischen Lebensbewältigung und Konsum von legalen und illegalen Drogen werden verdeutlicht, Fragen zu den illegalen Drogen können diskutiert werden.

Durch die Veranstaltungen soll eine kritische Haltung zu Drogen unterstützt, eine größere Sensibilität gegenüber einer eigenen möglichen Suchtgefährdung erreicht, Möglichkeiten zur Hilfe auch für gefährdete Freunde erarbeitet und Beratungsangebote nähergebracht werden.

Möglichst in direktem zeitlichen Zusammenhang mit diesen Veranstaltungen werden die Eltern auf Elternabenden über Drogen, den Umgang mit dem möglichen Drogenkonsum ihrer Kinder und präventive Erziehung informiert.

— Suchtprävention im Stadtteil

Die Aktivitäten außerhalb der Schule finden überwiegend im Rahmen der suchtpreventiven Stadtteilarbeit statt. In der Vernetzung mit vielen anderen, die sich für den Stadtteil verantwortlich fühlen, kooperiert die Suchtprävention hier mit Ortsämtern, Sportvereinen, kirchlichen Trägern, anderen senatorischen Bereichen, Kultureinrichtungen und vielen anderen, um den Stadtteil suchtpreventiver zu gestalten.

Die Konzeption des „Suchtpreventiven Stadtteilprojektes Mitte/Östliche Vorstadt“ – eine Kooperation der Suchtprävention Bre-

men im Landesinstitut für Schule, des Ortsamts Bremen Mitte/Östliche Vorstadt und dem ISAPP mit vielen anderen im Stadtteil – hat im vergangenen Jahr einen Bundespräventionspreis für kommunale Suchtprävention gewonnen und ist beispielhaft für das Engagement vieler Menschen im Stadtteil für die Verhinderung von Sucht und Missbrauch bei Jugendlichen, aber auch Erwachsenen. Beispiele für die Inhalte sind:

Hautnah:

Ein Projekt rund um den Körper, in dem es um Körpergefühl, Wohlfühlen im eigenen Körper, den Zusammenhang zum Selbstwertgefühl und verschiedene Möglichkeiten auf dem Weg zum „Zuhause im eigenen Körper“ geht.

Von schlanken Träumen:

Ein Schulprojekt für Mädchen zu Sicherheiten und Unsicherheiten mit sich selbst, dem eigenen Aussehen und gemischten Gefühlen.

Body and Soul:

Präventionsseminar zum Themenbereich Körperbilder und Schönheitsideale für Jungen und Mädchen – Arbeit mit fotografischen Inszenierungen.

Mach Dir nichts vor:

Training zur Stärkung eigener Kompetenzen und der Klassenkommunikation für eine Schulklasse.

„Punk-Streetwork-Projekt“:

Aufsuchende Arbeit mit Punks und assoziierten Jugendlichen.

— Schwerpunkte der Suchtprävention 2004/2005

Zur Intensivierung der präventiven Maßnahmen wurden in Reaktion auf gehäuftes Auftreten von Missbrauch und Sucht bei bestimmten Substanzen/Verhaltenssüchten und aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse bestimmte Präventionsbereiche verstärkt:

Elternarbeit:

„Jugendschutzgesetze haben die Schwierigkeit, dass sie Dinge verbieten, die für Erwachsene selbstverständlich sind“ (Tagung Jugend und Alkohol, Wien 2001).

Dieses Zitat macht sehr deutlich, dass die (erwachsenen) gesellschaftlichen Kräfte gern nur auf Jugendliche mit Präventionsmaßnahmen zielen, um sich mit dem eigenen Konsum – und damit ihrem Vorbildverhalten – nicht in die Gefahr von Verhaltensänderungen zu bringen. Dabei ist erst kürzlich wieder durch eine Publikation der Universität Hamburg belegt worden, welchen Einfluss normative Haltungen des Elternhauses auf den Suchtmittelkonsum haben.

Elternprojekt „Generation E“:

Bremen ist einer der drei Partner in einem europäischen Pilotprojekt zur Suchtprävention „Generation E“, das die Elternarbeit in der Suchtprävention fördert. Jeder weiß, wie wichtig das Elternhaus bei der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ist. Bisher werden Eltern auf Elternabenden erreicht und durch Maßnahmen wie z. B. den Bremer Elternbriefen zum Thema Suchtprävention, die von der Suchtprävention Bremen entwickelt wurden und in den Schulen verteilt werden. Die Suchtprävention in Bremen hat sich zum Ziel gesetzt, darüber hinaus Eltern auf anderen Wegen und mit anderen Methoden zu erreichen und diese Erfahrungen zu dokumentieren und mit den anderen beteiligten Städ-

ten (Wien und Bozen) zu vergleichen. Zielgruppe sind Eltern von Kindern im Grundschulalter, in der Pubertät, und Eltern mit essgestörten Töchtern und Söhnen. Die praktische Projektarbeit hat begonnen und endet 2005.

Projekt „Nachtwanderer“ in Bremen Nord:

In Kooperation von AWO Bremen-Beratungszentrum für Migranten, Präventionszentrum Bremen-Nord, Drogenberatung Bremen, Polizei Bremen, Caritas Bremen-Nord, BSAG, Jugendbildungsstätte Lidice-Haus wurde das Projekt „Nachtwanderer“ in Bremen Nord geplant – in Anlehnung an ein erfolgreich durchgeführtes schwedisches Modell in Halmstad/Schweden.

Seit 1989 besuchen dort Erwachsene freitags und samstags Nacht die Straßen und Plätze in Halmstad. Sie sollen Jugendlichen Sicherheit vermitteln und ihnen das Gefühl geben, dass sich Erwachsene ernsthaft um sie kümmern. Erwachsene sollen durch ihre Vorbildfunktion den Jugendlichen Werte und Normen vermitteln. Sie sollen in gefährlichen Situationen auch eingreifen können und werden dazu ausgebildet. Sie haben aber keinen Behördenstatus und keine Ordnungsfunktion.

— Prävention für Gefährdete

Ein wichtiger Schwerpunkt für Bremen ist die Arbeit mit gefährdeten Jugendlichen. Dabei handelt es sich sowohl um Jugendliche aus Risikofamilien als auch um Jugendliche, die durch ihren Suchtmittelkonsum auffallen.

Kinder aus Suchtfamilien:

Kinder aus suchtbelasteten Familien haben ein erheblich erhöhtes Risiko, süchtig zu werden. Das Projekt „Vernetzte Hilfe für Kinder aus Suchtfamilien“ hat sich zum Ziel gesetzt in Bremen-Nord, kleinräumig und modellhaft Strategien zu entwickeln, um die Versorgung und Unterstützung der Kinder aus Suchtfamilien zu verbessern.

Seit dem Herbst 2003 existiert ein „Runder Tisch“ in dem die Bereiche Bildung, Gesundheit, Jugendhilfe und Suchtkrankenhilfe vertreten sind.

Zurzeit geplant werden Fortbildungsveranstaltungen für Multiplikatoren sowie Angebote für die Kinder und ihre Eltern selbst. Mit dem neuen Schuljahr soll ein pädagogisches Gruppenangebot für Kinder aus Suchtfamilien in Grundschule bzw. Hort angeboten werden und auch für Jugendliche. Eltern-Kind-Aktivitäten, spezielle Elternschulungen und Angebote für Kinder unter drei Jahren und ihre Mütter und Väter sind weitere Projektbausteine. Die Finanzierung als Modellprojekt ist bei der Bremischen Kinder- und Jugendstiftung beantragt.

Schüler und Schülerinnen mit Drogenvorfällen in der Schule:

Jugendliche, die in der Schule durch Cannabiskonsum oder den Verkauf/Weitergabe von Cannabis auffallen, werden von der Suchtprävention Bremen in intensiven Einzelmaßnahmen über eine gewisse Zeit begleitet. Diese Maßnahmen münden z. T. im Ausstieg aus dem Cannabiskonsum oder in therapeutischen Maßnahmen.

Jugendliche Spätaussiedler:

Jugendliche Spätaussiedler, die in die Bundesrepublik kommen, werden oft aus ihren Freundeskreisen, ihrer schulischen oder beruflichen Ausbildung herausgerissen, fühlen sich hier als „Russen“ zurückgewiesen und ziehen sich auf ihre ethnische Gruppe zurück. Die Missbrauchsrate von Alkohol und Heroin ist bei ihnen stark erhöht.

Weil der starke Cliquesbezug es den Fachkräften der Jugendhilfe erschwert, diese Problematik gemeinsam mit den Jugendlichen zu bearbeiten, wurden Seminare zur ihrer Unterstützung z. B. von Arbeit und Leben in Bremen in Zusammenarbeit mit dem Präventionszentrum Bremen-Nord, dem Verein zur Förderung akzeptierender Jugendarbeit e. V., dem Jugendgemeinschaftswerk der Caritas Bremen-Nord und der Arbeiterwohlfahrt, Kreisverband Bremen, durchgeführt.

Auffällige Erstkonsumenten von Drogen:

Polizei und Staatsanwaltschaft haben häufig den ersten behördlichen Kontakt mit jugendlichen Drogenkonsumenten. Zurzeit wird überprüft, ob neben dem inzwischen üblichen und oft erfolgreichen Aufsuchen der Erziehungsberechtigten die Auflage einer Gruppenmaßnahme (Sozialtraining mit Schwerpunkt Drogen und Sucht) eine geeignete Maßnahme für auffällige Drogenerstkonsumenten ist.

Drogenkonsumierende Straffällige:

Das Thema Sucht und Suchtprävention ist in bestehende Sozialtrainings für straffällige Jugendliche durch die Kooperation der Träger mit der Suchtprävention in Bremen installiert worden, da viele straffällige Jugendliche ebenfalls Drogenprobleme haben.

— Ess-Störungen

Die Suchtprävention Bremen hat z. T. in Kooperation mit dem Institut für Suchtprävention und angewandte pädagogische Psychologie (ISAPP) in den letzten Jahren zahlreiche Maßnahmen zur Prävention von Ess-Störungen entwickelt. Unter Federführung der Suchtprävention Bremen wurde der „Arbeitskreis Ess-Störungen“ eingerichtet, in dem alle in Bremen mit der Thematik befassten Institutionen ihren Sitz haben. Neben der allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Ess-Störungen, wie z. B. Vortragsreihe und Tagung, wurden aus dem Arbeitskreis heraus der „Beratungsführer Ess-Störungen“ (Neuaufgabe Februar 2004) und Materialien zum Thema Ess-Störungen entwickelt. In Trägerschaft des ISAPP wurden zwei Projekte entwickelt:

Das „Internetprojekt www.schlaraffenland-bremen.de“:

Dieses Projekt zum Thema Ess-Störungen ist eine niedrigschwellige Maßnahme zur Kontaktaufnahme von Gefährdeten und Betroffenen zu Hilfsangeboten. Es ermöglicht einen anonymen und zeitungebundenen Kontakt und wird von Fachleuten betreut. Das Projekt ist inzwischen aus Kostengründen an einen Träger außerhalb Bremens abgegeben worden, ohne dass für Bremen Nachteile entstehen, da der Zugriff weiterhin unter derselben Adresse möglich ist. Die Internetseite verzeichnet enorm hohe Zugriffe und bietet offensichtlich eine hervorragende Möglichkeit, sich in Form von Selbsthilfe auszutauschen, aber auch fachlichen Rat entgegen zu nehmen.

Das „Beratungszentrum Ess-Störungen“:

Das Beratungszentrum wurde auf Wunsch des „Arbeitskreises Ess-Störungen“ 2003 vom Institut für Suchtprävention (ISAPP) eingerichtet. Für die ersten drei Jahre ist eine Finanzierung durch die „Aktion Mensch“ möglich, die im ersten Jahr 80 % betrug, im zweiten 60 % und im dritten 40 % betragen kann.

Die Beratungsstelle „Ess-Störungen“ erfüllt wichtige Funktionen durch die Durchführung von Prävention zum Thema Ess-Störungen sowie durch präventive und therapeutisch/weitervermittelnde Beratung.

Zurzeit werden durch die Kampagne „Rettet Rosi“ unter Schirmherrschaft des Senators für Bildung und Wissenschaft alle Anstrengungen unternommen, um die Beratungsstelle – wie im Koalitionsvertrag festgelegt – finanziell abzusichern.

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales fördert kontinuierlich Aktivitäten zur interdisziplinären Vernetzung, zur Öffentlichkeitsarbeit und projektbezogen zu Präventions- und Beratungsangeboten insbesondere für junge Menschen.

Seit 2002 ist eine telefonische Sprechstunde für Kinder und Jugendliche beim Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamts Bremen eingerichtet. Aus fachlicher Sicht wird außerdem der Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ein hoher Stellenwert eingeräumt.

Neben den bestehenden Aktivitäten (siehe auch die Antwort auf die Große Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zur „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Entwicklung, Bewertung und Prävention“ – Drucksache 15/641 vom 28. Februar 2001) wurde im Jahre 2003 in Kooperation mit sieben Bremer Krankenhäusern eine Fortbildungsreihe zur Sensibilisierung für Probleme mit Ess-Störungen angeboten, die sich an ärztliches, psychologisches und pflegerisches Personal am Krankenhaus wandte. Hier waren drei Bremer Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin einbezogen, die Angebote zur Früherkennung und Behandlung bei Fütter- und Gedeihstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter, Programme zur Reduktion von Adipositas im Kindes- und Jugendalter sowie stationäre Therapieangebote bei Magersucht und Bulimie vorstellten.

- Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol

Aktionsbündnis „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze“:

Das Bremer Aktionsbündnis „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze“ wurde in Kooperation zwischen der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, die auch den Vorsitz übernommen hat, und dem Landesinstitut für Schule 2000 gegründet. Das Aktionsbündnis ist ein Zusammenschluss von Behörden, dem Institut für Suchtprävention (ISAPP), anderen Einrichtungen und Betrieben sowie Einzelpersonen, die sich für die Prävention von Alkoholmissbrauch und Alkoholismus einsetzen. Zielrichtung ist dabei die Punktnüchternheit, d. h. der Verzicht von Alkohol im Kindes- und frühen Jugendalter, in der Schwangerschaft, bei der Arbeit, im Straßenverkehr und im Zusammenhang mit Medikamenten.

Nach der Jugendkampagne 2001 „Alkohol – Irgendwann ist der Spaß vorbei“ und dem begleitenden Wettbewerb „Volle Pulle – kreativ!“ wurde 2002 das Thema „Alkohol in der Schwangerschaft“ in Kooperation mit der Ärztekammer aufgegriffen und 2003 stand im Zeichen der betrieblichen Alkoholprävention mit Plakaten und begleitenden Maßnahmen unter dem Titel „Alkohol am Arbeitsplatz – voll daneben“. 2004 ist für das Thema „Alkohol im Straßenverkehr“ vorgesehen. An den einzelnen Schwerpunkten sind jeweils viele gesellschaftliche Kräfte beteiligt.

Alkohol – irgendwann ist der Spaß vorbei:

Zusammen mit der gleichnamigen Kampagne wurde Material für die präventive Arbeit mit Jugendlichen auch im außerschulischen Bereich zum Thema Alkohol entwickelt.

- Nichtraucherförderung:

Maßnahmen zur Verhinderung des Einstiegs in den Tabakkonsum erfolgen in Bremen bereits in der Grundschule. Aber auch für die Sekundarstufe I gibt es gut evaluierte Programme, wie z. B. „ALF“ und „Erwachsen werden“, die neben einer Lebenskompetenzförderung auch das Nichtrauchen fördern. Effekte dieser Programme sind die Verzögerung des Rauchbeginns und die Verringerung der Einstiegsrate.

Die Suchtprävention in Bremen bietet den Schulen Beratung, Fortbildung und Unterstützung in den Schulentwicklungsprozessen z. B. durch den Einsatz der Handreichung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule“ sowie vielfältiges anderes Material zur Nichtraucherförderung an und baut ein Bremer Netzwerk für rauchfreie Schulen auf, um einen Erfahrungsaustausch unter den Schulen zu fördern, die sich schon auf dem Weg zur rauchfreien Schule befinden. Das Ziel ist, weitere Schulen zu gewinnen und ihnen eine wirksame Unterstützung zukommen zu lassen.

Ergänzt werden diese Maßnahmen

- mit der BZgA Kampagne „rauchfrei“,
- durch Wettbewerbe wie „Be Smart – Don’t Start“ für die 6. bis 8. Jahrgangsstufe – der entscheidenden Altersstufe für den Rauchbeginn – und „Just be smokefree“ und
- mit Nichtrauchertrainingsprogrammen für schon rauchende Schülerinnen und Schüler, für Lehrkräfte und Eltern.

In Bremerhaven werden Maßnahmen in Ermangelung hauptamtlicher Suchtpräventionsfachkräfte überwiegend im schulischen Bereich angeboten, die von vier mit jeweils sechs Stunden freigestellten Lehrkräften durchgeführt werden. Sie führen Veranstaltungen mit Jugendlichen durch und begleiten Schulen bei der Entwicklung ihrer suchtpreventiven Konzepte. Präventive Beratungsmöglichkeiten gibt es dort nicht, weil die Suchtberatungsstelle sich aus Überlastungsgründen dazu nicht in der Lage sieht. Für den außerschulischen Bereich stellt das Gesundheitsamt Bremerhaven einige Stunden einer Mitarbeiterin, die jedoch auch für andere Aufgaben wie z. B. Aidsprävention und den Gesundheitsdienst bei Prostituierten zuständig ist.

IV. Gesundheitsförderung und Prävention

Kooperation und Umsetzung

19. Welche präventiven und gesundheitsfördernden Angebote werden durch den öffentlichen Gesundheitsdienst angeboten?

Siehe auch Fragen 1 und 3.

Im Bereich präventiver und gesundheitsfördernder Angebote werden vom öffentlichen Gesundheitsdienst in größerem Umfang Impfaktionen angeboten (Masern-Mumps-Röteln in der 5. Klassenstufe, Hepatitis-B in der 7. Klassenstufe, ein Kooperationsprojekt mit den Krankenkassen).

Im Rahmen seiner subsidiären Aufgabenstellung werden Präventions- oder Gesundheitsförderungsprojekte Dritter punktuell unterstützt, d. h. gegebenenfalls initiiert, beraten oder auch evaluiert. Beispiele aus den letzten Jahren sind hier die Beteiligung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes an WiN (Wohnen in Nachbarschaften) oder die Mitwirkung am Projekt „Bewegungskindergarten“.

Eine Sonderstellung nimmt das Arbeitsfeld Familien-Hebammen ein, das mit seinem präventiven Beratungs- und Unterstützungsangebot für Schwangere und Mütter mit hohen gesundheitlichen und sozialen Risiken den Übergang zu Leistungen der Gesundheitshilfe und Gesundheitssicherung markiert.

Die Angebote der Gruppenprophylaxe im Hinblick auf die Zahngesundheit erfüllen ebenfalls Anforderungen an Prävention (z. B. Früherkennung, Verweisung zur Frühbehandlung, Entfernung von schädlichen Zahnbelägen beim Zähneputzen, Zubereiten von gesundem Schulfrühstück) und Gesundheitsförderung (z. B. Erlernen von Zahnputztechniken und zahngesundheitsgerechtem Verhalten).

20. Welche präventiven und gesundheitsfördernden Angebote gibt es für Kindergärten und Schulen, und inwieweit werden Erzieher/-innen, Lehrer und Lehrerinnen, sowie Eltern in diese Angebote mit einbezogen?

Das Landesinstitut für Schule (LIS) des Senators für Bildung und Wissenschaft bietet seit vielen Jahren verschiedene Angebote zur Gesundheits-

förderung sowohl in der Ausbildung von Referendaren/-innen als auch in der Fortbildung von Lehrkräften an.

Nach Auslaufen des Modellversuches „Opus – gesunde Zukunft für Schulen“ und des Schulbegleitforschungsprojekts „Gesundheitsförderung durch Einrichtung von schulischen Gesundheitsteams“, wo es sich um ein Netzwerk von Schulen handelte, sind es nun einzelne Veranstaltungen zu ausgewählten Themen, z. B.

- „Eigenständig werden“ – Persönlichkeitsförderung für Kinder (basierend auf dem life-skill-Konzept der WHO),
- „Lions Quest – Erwachsen werden“ – Persönlichkeitsförderung für Jugendliche (basierend auf dem life-skill-Konzept der WHO),
- Fit im Schulalltag mit Ernährung und Bewegung,
- Prävention von sexuellem Missbrauch an Mädchen und Jungen,
- verschiedene Angebote der Suchtprävention Bremen,
- Konzentrationsförderung auf der Basis von Qigong,
- verschiedene Angebote zur Gewaltprävention,
- Stressmanagement für Lehrer/-innen und Referendare/-innen.

Die Veranstaltungen werden in der Regel gut angenommen. An dem Programm „Lions Quest – Erwachsen werden“ haben mittlerweile ca. 400 Lehrer/-innen der Sekundarstufe I in Bremen teilgenommen.

Eine zusätzliche Hilfe bietet die Zeitschrift „Gesunde Zukunft für Schulen“. Sie erscheint in Zusammenarbeit mit der AOK Bremen/Bremerhaven in ca. jährlichem Abstand. Es wird immer ein Thema der schulischen Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt gestellt. Die Zeitschrift erreicht alle Schulen im Lande Bremen.

Eltern werden im Rahmen der Gremien sowohl auf Klassen- als auch auf Schulebene in der Weise einbezogen, dass sie über gesundheitsfördernde Ansätze informiert und aufgefordert werden, diese in ihr häusliches Umfeld aufzunehmen und fortzuführen.

Themen- und Fragestellungen zur Gesundheitsprävention sind Bestandteil der Fortbildungs- und Qualifizierungsangebote der Träger von Tageseinrichtungen für Kinder. Ärzte der Gesundheitsämter führen in den Kindergärten Einganguntersuchungen, Eltern- und Einrichtungsberatungen durch. Darüber hinaus bieten die Gesundheitsämter und die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte Informationsveranstaltungen für Eltern und Mitarbeiter an, zu den Themen Bewegung, Ernährung, Hygiene. Das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) berät in der Stadtgemeinde Bremen die Mitarbeiter aus den kommunalen Kindergärten über eine kindgerechte und ausgewogene Ernährung und beteiligt sich an themenbezogene Veranstaltungen für Eltern (siehe Frage 9).

Im Bereich Zahngesundheit sind Erzieherinnen und Lehrer bei den Prophylaxeaktionen dabei. Sie werden zur aktiven Mitarbeit motiviert (z. B. ängstliche Kinder werden durch die vertraute Bezugsperson begleitet, beruhigt und gestärkt; durch Hand halten, auf den Schoß nehmen usw. Regelmäßiges Zähneputzen wird in den Kindergarten- und Schulalltag integriert; Fluoridtabletten werden verteilt; es wird an den Zahnarztbesuch erinnert; Themen der gesunden Ernährung werden in den Unterrichtsplan integriert). Erzieherinnen und Lehrer stellen die Verbindung zu den Eltern her. Schulleitungen und Lehrerkollegien werden durch Informationen über Sinn und Modus der Gruppenprophylaxe informiert.

Alle Eltern werden schriftlich über das Ergebnis der zahnärztlichen Untersuchung informiert. Sie können sich beim Zahnärztlichen Dienst beraten lassen. Im Rahmen der Intensivbetreuung des Kariesrisikoprojekts erhalten Eltern eine telefonische Beratung und Motivation und bei persönlichen Gesprächen in der Schule Unterstützung (z. B. Listen von Zahnärzten, Hilfe bei der Terminabsprache und Begleitung beim Zahnarztbesuch).

Rücksprachen mit der Zahnarztpraxis gehören zu den unterstützenden Maßnahmen im Umgang mit dem Gesundheitssystem, besonders bei nicht-deutschsprachigen Eltern.

21. Inwieweit führen Schuluntersuchungen im Ergebnis dazu, dass die gesundheitliche Förderung und gesundheitliche Versorgung für Kinder verbessert wird?

Der „Deutsche Gesundheitsbericht Diabetes 2003“ führt aus, dass die Forderung „Diabetes und seine Komplikationen verhindern“ beim jetzigen Stand der medizinischen Wissenschaft vom Ansatz her machbar und angesichts der stark zunehmenden Zahl von Neuerkrankungen auch dringend notwendig ist. In Deutschland vergehen in der Regel noch immer zwischen fünf und zehn Jahre, bis Diabetes diagnostiziert wird. Vor diesem Hintergrund können Schuluntersuchungen eine wichtige Rolle bei der Früherkennung spielen und mit dazu beitragen, Krankheiten bzw. körperliche Fehlentwicklungen wirkungsvoll zu verhindern.

Die einzige Untersuchung, die alle Kinder eines Jahrgangs einbezieht, ist laut Angabe des Gesundheitsamts Bremen die schulärztliche Untersuchung vor Einschulung. Kinder die nicht an den letzten Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben, erhalten so eine Chance, dass körperliche Beeinträchtigungen und erhebliche Fehlentwicklungen noch vor der Einschulung erkannt werden (siehe auch die Antwort auf die Große Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zur „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Entwicklung, Bewertung und Prävention“ – Drucksache 15/641 vom 28. Februar 2001).

Die Untersuchung hat zunächst einen konkreten Nutzen für das einzelne Kind. So werden gegebenenfalls entdeckte Gesundheitsstörungen beim niedergelassenen Arzt zur Diagnostik und Abklärung gebracht, gesundheitliche Auffälligkeiten, die im schulischen Alltag bedeutsam sein können, werden gegebenenfalls mit Handlungsoption an die Lehrerinnen und Lehrer übergeben.

Darüber hinaus werden Erkenntnisse aus der Untersuchung der Kinder für Gesundheitsberichterstattung genutzt, d. h. an die jeweils zuständigen Systeme (Jugendhilfe, Bildung, niedergelassene Ärzteschaft etc.) zur Qualifizierung ihrer Vorhaben weitergeleitet.

Ein aktuelles Beispiel hierfür ist die Studie „Bildungsziel Gesundheit“, die über die gesundheitliche Lage jugendlicher Schüler in erschwerten Lebenslagen berichtet und Maßnahmen für unterschiedliche Handlungsfelder ableitet.

Im Rahmen der Hospitation der Ärztinnen und Ärzte des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes der Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven während der Schulanfangsphase in den ersten Klassen ergibt sich die Möglichkeit, auf Probleme und Lösungsmöglichkeiten hinzuweisen und spezielle Fragen der Lehrer/-innen zu beantworten.

Durch die im Rahmen der Einschulungsuntersuchung gewonnenen Informationen können die Schulen und die Schulbehörde besser informiert und beraten werden.

Im Bereich der Zahngesundheit wird durch die Intervention die Ergebniserwartung (Chancen der Vorbeugung) und die Selbstwirksamkeit der Kinder gestärkt. Die Rückmeldung an die Eltern über den Behandlungsbedarf motiviert zum notwendigen Zahnarztbesuch. Die Rückmeldung über Zahngesundheitszustand und Versorgungsgrad der Kinder und Jugendlichen an Krankenkassen und niedergelassene Zahnärzte sind die Grundlage für Handlungsbedarfe.

22. Wie ist die Kooperation von Kinderärzten, Schulärzten (Gesundheitsamt) und dem Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) hinsichtlich des Datenflusses zu beurteilen?

Die Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten und den Ärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes wird aus Sicht des Landesverbandes der Kinder- und Jugendärzte als harmonisch und

produktiv beschrieben. Im Einzelfall ergänzen sich die Möglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der gerade sozial minder privilegierte Kinder im Wohnumfeld, Kindergarten oder Schule aufsuchen kann und der niedergelassenen Kinderärzte.

Im Rahmen ihrer guten Kooperationsbezüge werden von Kinder- und Jugendärzten in niedergelassener Praxis und im Gesundheitsamt – sofern erforderlich und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen – Daten über gemeinsam versorgte Kinder und Jugendliche ausgetauscht.

Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt Bremen falls dies gewünscht, sinnvoll und mit vertretbarem Aufwand leistbar ist, den genannten Kooperationspartnern aggregierte Daten, gegebenenfalls auch anonymisierte Rohdaten zur eigenen Bearbeitung zur Verfügung. Verfügbare „Daten des Gesundheitsamtes Bremen“ sind in der gleichnamigen Broschüre gelistet. Für die Bereitstellung der Daten wird eine Aufwandsentschädigung berechnet.

Auch aus der Sicht des BIPS werden gute, projektbezogene Kooperationen beschrieben, die sicherlich intensiviert werden könnten.

Im Bereich der Zahngesundheit erfolgt der Datenfluss laut Angabe des Gesundheitsamtes Bremerhaven über ein Datenschutzkonzept einschließlich der Anonymisierung, der Auswertung und Interpretation der erhobenen Daten, sowie der Erstellung des Projektberichtes für die Evaluationsstudie „Kariesrisikokinderprojekt“ in Zusammenarbeit mit dem BIPS.

23. Wie funktioniert der Datenfluss, so dass am Beispiel des deutlichen Übergewichtes von Kindern, einer Vernetzung der Daten im ernährungsmedizinischen Bereich auch eine Prävention und Gesundheitsförderung abgeleitet werden kann?

Im konkreten Fall von Übergewicht werden vom Gesundheitsamt Bremen Rohdaten zu Körpermaßen und assoziierten Merkmalen dem BIPS anonymisiert zur weiteren Nutzung zur Verfügung gestellt. Die Auswertung der Daten im Rahmen einer Diplomarbeit hat einerseits zu vertieften Erkenntnissen bezüglich Über- und Untergewicht der Bremer Schulanfänger geführt, zum anderen Anstoß für die Entwicklung weiterer übergewichtspräventiver Gesundheitsfördermaßnahmen in Bremen gegeben.

Nach Angaben der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Links der Weser wurde dort kein eigenes Adipositas-Schulungs- und Therapieprogramm aufzubauen, da ja die Behandlung fast ausschließlich den langfristigen, ambulanten Versorgungsbereich betrifft. Kinder und Jugendliche mit Übergewicht, die dort diagnostiziert werden, werden an die bestehenden Schulungs- und Therapiekonzepte der Professor-Hess-Kinderklinik im Klinikum Bremen-Mitte, in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Bremen-Nord oder in der Kinderklinik Delmenhorst bzw. an der Universität Bremen (Kinderambulanz) verwiesen.

24. Wie ist die Zielvorstellung des Landes Bremen und die entsprechende Umsetzung zur Erreichung der Präventionsziele und der Gesundheitsförderung ausgerichtet bzw. festgelegt?

Prävention und auch Gesundheitsförderung haben das Ziel, durch vorbeugende Maßnahmen die Entstehung und Ausbreitung von Krankheiten zu vermeiden oder zu minimieren.

Prävention orientiert sich an den gesundheitlichen Risiken von Zielgruppen oder Personen, Gesundheitsförderung an den gesundheitserhaltenden Ressourcen von Zielgruppen oder Personen. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung hängt von personalen und sozialen Bedingungsfaktoren sowie von der Struktur des Gesundheitssystems ab.

Personale Bedingungsfaktoren wie Alter, Geschlecht, ethnische Herkunft, körperliche Konstitution, Persönlichkeitsstruktur, Lebensgewohnheiten, Bildungsgrad und Bewältigungskompetenz sind Merkmale der Person.

Soziale Bedingungsfaktoren wie soziale Integration, wirtschaftliche Lage, Lebensumfeld und Anforderungen in Kindergarten, Schule und Arbeits-

platz, Wohnverhältnisse, private Lebensformen und Verkehrssicherheit kennzeichnen die Wirkungen des sozialen Umfeldes.

Die Bedingungsfaktoren des Gesundheitssystems sind die Erreichbarkeit und die Zugänglichkeit von gesundheitlichen Versorgungs- und Vorsorgeangeboten, die Versorgungsqualität und der Versicherungsschutz.

Der Senat sieht die Erreichbarkeit und Zugänglichkeit insbesondere für sozial benachteiligte Menschen als besonders aktuelle Herausforderungen für die Umsetzung der Ziele zur Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen an.

Der Senat legt jedoch Wert auf die Feststellung, dass Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung auch bei Kindern und Jugendlichen nur dann als sinnvoll erachtet werden und ein entsprechendes Engagement rechtfertigen, wenn die Chancen für eine Umsetzung realistisch und die Effekte nachweisbar sind.

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales wird z. B. noch in diesem Jahr im Kampf gegen den plötzlichen Kindstod ein Informationsprogramm auflegen, das Risikofaktoren zur Vermeidung des plötzlichen Kindstodes aufzeigt und insbesondere gefährdete Bevölkerungsgruppen ansprechen soll.

Darüber hinaus verweist der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales z. B. auf das bereits erfolgreich umgesetzte Neugeborenen-Stoffwechselscreening oder das Impfprogramm für Kinder (siehe Frage 1) sowie das in diesem Jahr flächendeckend anlaufende Hörscreening für Neugeborene (siehe Frage 2).

Der Senat wird sich daher auch zukünftig im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung auf eine Unterstützung derjenigen Projekte und Programme beschränken (müssen), die den strengen Kriterien von Effizienz und Effektivität genügen.

Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert-Koch-Instituts werden im Übrigen bundesweit seit Mai 2003 an Kindern und Jugendlichen zwischen 0 und 18 Jahren konkrete Daten zu gesundheitlichen Themenfeldern erhoben (u. a. zur körperlichen Gesundheit und zu somatischen Krankheiten, zur seelischen und sozialen Gesundheit sowie zum Gesundheitsverhalten und zur medizinischen Versorgung). Erste Ergebnisse werden ab 2006 erwartet.

Der Senat sieht den Ergebnissen dieser Studie mit großem Interesse entgegen, zumal die Beantwortung von Fragen zu künftigen Entwicklungen der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ein elementares Anliegen des Surveys darstellt.

Die 27. Sportministerkonferenz am 27./28. November 2003 hat sich intensiv mit der Thematik von Sport und Gesundheit beschäftigt. Als ein wesentliches Ergebnis wurde beschlossen, die Zusammenarbeit mit der Gesundheitsministerkonferenz zu intensivieren. Hierzu wird noch in diesem Jahr 2004 auf der Fachebene eine erste gemeinsame Tagung auch unter Beteiligung der Jugendministerkonferenz stattfinden.

Der Senat sieht sich durch eine Einschätzung des Rats der Europäischen Union vom Dezember 2003 bestätigt, dass insbesondere die Erziehung von Kindern in der Schule und Information sowie Kommunikation im Kontext umfassender Maßnahmen eine entscheidende Rolle dabei spielen, die Menschen zu einer gesünderen Lebensführung zu motivieren, ihnen dabei auch die erforderlichen Möglichkeiten zu bieten und sie dabei zu unterstützen.

Der Senat unterstützt das Anliegen der Bundesregierung, noch in diesem Jahr ein Präventionsgesetz auf den Weg zu bringen, das auch die gesundheitlichen Belange von Kindern und Jugendlichen mit aufgreifen wird. Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales wird sich im Rahmen seiner Möglichkeiten bei der Ausgestaltung des Gesetzes mit einbringen und vor allem darauf achten, dass durch nationale Rahmenvorgaben regional betonte Planungen ermöglicht werden, von denen das Land Bremen konkret profitieren kann.

25. Inwieweit ist das Thema Gesundheit im Sinne einer Primärprävention und eines Bildungsauftrages in den allgemeinbildenden Schulen für Schüler verankert?

Das Thema Gesundheit ist insofern als Bildungsauftrag in den allgemeinbildenden Schulen für Schüler verankert, als dass es im Bremischen Schulgesetz (BremSchulG § 5 Abs.2) ausdrücklich heißt:

„Die Schule soll insbesondere erziehen . . . (4.) zu eigenverantwortlichem Gesundheitshandeln.“

Der neue Rahmenplan Naturwissenschaften – Biologie für die Sekundarstufe I greift diese Forderung auf und formuliert dazu im Rahmenthema „Nahrungsqualität und Ernährung“:

„Eine ausgewogene und vollwertige Ernährung ist die Grundlage für den Erhalt der eigenen Gesundheit.“

Die Zunahme ernährungsbedingter Krankheiten erfordert eine entsprechende unterrichtliche Berücksichtigung. Unter der Überschrift Kompetenzen heißt es deshalb konkret:

„Die Schüler sollen Verantwortung für die eigene Ernährung übernehmen und sich bewusst entscheiden (Primärprävention).“

Das Gesundheitsamt Bremen verweist auf die Präambel des BremSchulG, die darüber hinaus „eine Schule für alle. . . in dem Bemühen um sozialen Ausgleich, . . .“ fordert und damit um die Förderung eines wichtigen sozialen Bedingungsfaktors für Gesundheit, der sozialen Integration.

Mit der selben Thematik beschäftigt sich auch § 4 Teil 2. „Sie (die Schule) soll soziale Benachteiligung abbauen“ . . . § 12 Teil 2 formuliert die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, „die allgemein für die Angebote und Hilfen in gesundheitlichen, sozialen . . . Fragen zuständig sind.“, speziell im Zusammenhang mit der Sonderpädagogischen Förderung in § 35 Teil 3.

Mit § 17 (BremSchVwG) ist die Schulgesundheitspflege einschließlich Vorsorge, Früherkennung und Hygiene geregelt. Die Schulen unterstützen die Maßnahmen des Gesundheitsamtes (§ 17, 2).

26. In welcher Form beteiligen sich private oder gesetzliche Krankenkassen in Bremen an Präventionsmaßnahmen in Schulen oder Kindergärten?

Die AOK Bremen/Bremerhaven nimmt das Problem „Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen“ sehr ernst. Sie engagiert sich in vielfältiger Weise unter Berücksichtigung der gesetzlichen Rahmenbedingungen – schwerpunktmäßig in der Primärprävention – auf folgenden Gebieten:

- Individuelle Ernährungsberatung für Eltern/Bezugspersonen und Kinder/Jugendliche je nach Bedarf.
- Darüber hinaus besteht seit 2002 über das Projekt „Starke Kinder“ ein Präventionsangebot in Seminarform über sechs Monate:

Hierbei geht es um die Kombination der Themen Ernährung/Essen und Trinken, Bewegung/Sport und Entspannung für die Zielgruppe übergewichtiger Kinder im Alter von acht bis zwölf Jahren und deren Eltern/Bezugspersonen.

Die Umsetzung des Projekts erfolgt unter Beteiligung von Ernährungsfachkräften, Pädagoginnen und Pädagogen, Sportlehrerinnen und Sportlehrern, Psychologinnen und Psychologen.

Ziel des Gruppentrainings für übergewichtige Kinder ist eine langfristige und dauerhafte Umstellung von Verhaltensweisen, die eine Gewichtskontrolle unterstützen. Diese stellen vor allem das Ess- und Bewegungsverhalten sowie die Stressbewältigung dar.

Regelmäßige Bestandteile des Seminarangebots sind Bewegungsspiele, Hausaufgabenbesprechungen, Tipps für Verhaltensänderungen, gemeinsames Zubereiten und Essen der Mahlzeiten in der Gruppe sowie Entspannungsmöglichkeiten/Traumreisen.

Innerhalb der Gruppe besteht die Möglichkeit, Anregungen und Erfahrungen auszutauschen. Vorschläge zur Verhaltensänderung werden möglicherweise besser akzeptiert, wenn sie von anderen Kindern kommen. Die Einbeziehung der Eltern ist wichtig und ausdrücklich erwünscht. Um eine bessere Umsetzung des Gelernten in den familiären Alltag zu gewährleisten, ist sie sogar unabdingbar.

Jederzeit ist auch im Rahmen des Gruppenseminars als Option eine begleitende individuelle Ernährungsberatung möglich.

Gesundheit entfaltet sich im Lebensalltag und in den Lebensräumen (Setting) der Menschen, so auch in der Schule. Eine Gesundheitsförderung mit Unterstützung der AOK Bremen/Bremerhaven bietet sich hier zielgruppenorientiert mit Maßnahmen zur Primärprävention besonders an.

Unter der Voraussetzung, dass das Thema Ernährung einen Bestandteil des Unterrichts darstellt, beteiligt sich die AOK Bremen/Bremerhaven an der Vermittlung und praktischen Umsetzung von Ernährungswissen in den Schulen.

Unter dem Motto „Learning by doing“ bietet die AOK Bremen/Bremerhaven unterrichtsbegleitende praktische Einheiten an. Gemeinsam mit Lehrerinnen/Lehrern und Schülerinnen/Schülern wird ein ausgewogenes Frühstück zusammengestellt, eingekauft und hergestellt. Das gemeinsame Frühstück zeigt auf, wie einfach, schnell und lecker ein guter Start in den Tag sein kann.

Es existiert eine enge Zusammenarbeit der AOK Bremen/Bremerhaven mit dem Landesinstitut für Schule (LIS) im Lande Bremen und dem Lehrerfortbildungsinstitut (LFI) in Bremerhaven. Gemeinsam werden Fortbildungsveranstaltungen für Lehrerinnen und Lehrer rund um die Themen Ernährung/Bewegung/Entspannung angeboten.

Im Klinikbereich wurde von der Kinderklinik des Klinikums Bremen-Nord in Kooperation mit der AOK Bremen/Bremerhaven und unter Beteiligung von Ärzten, Psychologen, Ernährungsberatern, Sportleitern sowie Kinderkrankenschwestern ein Langzeitprogramm für eine ambulante Adipositas-Schulung entwickelt.

Auch mit der Verbraucherzentrale Bremen wurde ein interdisziplinäres Trainingsprogramm entwickelt.

In Bremerhaven beteiligt sich die AOK Bremen/Bremerhaven an einem ambulanten Schulungsprogramm für übergewichtige Kinder und Jugendliche.

In verschiedenen Kooperationen der AOK Bremen/Bremerhaven mit Praxen für Physiotherapie wird ein rückenfreundliches Haltungs- und Bewegungsverhalten in Kindergärten von Bremen und Bremerhaven vermittelt. Um das Erlernen der rückenfreundlichen Bewegungsmuster zu unterstützen, werden Erzieher und Eltern (Elternabende) in die Rückenschulmaßnahmen einbezogen.

Die AOK Bremen/Bremerhaven stellt seit etlichen Jahren umfangreiche Medienpakete zu den Themen Sucht/Drogen für den Unterricht in den Schulen in Bremen und Bremerhaven zur Verfügung.

Schließlich beteiligt sich die AOK Bremen/Bremerhaven auch bei der Umsetzung bundesweiter Konzeptionen der AOK.

Das Projekt „Power Kids“ ist ein von Kinderärzten, Psychologen, Sportmedizinern und Ernährungswissenschaftlern entwickeltes zwölfwöchiges Selbsttrainingsprogramm für zuhause. Eltern wie Kinder lernen gemeinsam, neue Ess- und Bewegungsgewohnheiten zu finden. Dabei hilft der „Power-Kids-Koffer“ mit Video-Kassette, Spielkarten, Fett-Tabelle und einem Tagebuch. Der Koffer ist von den Familien direkt über den AOK-Verlag gegen eine Gebühr zu beziehen.

Neben dem Essen und Trinken stehen Bewegung/Sport auf dem Prüfstand. Die Kinder werden angeregt, ihr Bewegungspensum zu erhöhen.

Eine weitere Initiative der AOK in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Sportbund (DSB) und dem wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e. V. besteht in einem Bewegungs-Check-Up.

Dieser setzt sich zusammen aus dem Münchner Fitnesstest (MFT), der die Leistungsfähigkeit bei Schülern mit Hilfe von sechs Übungen erfasst, und einem Kurzfragebogen, mit dessen Hilfe Einstellungs-, Verhaltens- und Basisdaten der Schüler dokumentiert werden. Der Münchner Fitnesstest wird im Sportunterricht zur Bestimmung der sportmotorischen Leistungsfähigkeit durchgeführt. Er liefert Daten zu Fähigkeiten wie Ausdauer, Kondition, Kraft und Beweglichkeit. Die Auswertung der Test- und Fragebogen gibt einen Überblick über Stärken und Schwächen der Schüler und damit auch Ansatzpunkte für eine gezielte Unterstützung und Förderung. Die AOK Bremen/Bremerhaven wird zunächst die Erfahrungen der anderen AOK abwarten, die dieses Programm aktuell im Angebot haben, um es dann gegebenenfalls zum Einsatz zu bringen.

Darüber hinaus haben alle AOK Kurse zur Bewegungsförderung im Kleinkindalter im Programm.

„Jolinchens Bewegungskiste“ ist ein vom AOK-Bundesverband mit dem „Bundesverband Neue Erziehung“ entwickeltes Programm für zwei- bis dreijährige Kinder. Eltern bekommen Anregungen für Spiele, die ihren Kindern neue Erfahrungen von Körper und Umwelt eröffnen und die Grundlage für ein andauernd aktives Bewegungsverhalten schaffen können.

Die Techniker Krankenkasse fördert im Rahmen ihres bundesweiten Projekts „Gesunde Schule“ ein Vorhaben „Fit durch Ernährung“ der Georg-Büchner-Schule in Bremerhaven.

Von den übrigen gesetzlichen Krankenkassen liegen dem Senat keine Erkenntnisse zu weiteren konkreten Präventionsmaßnahmen in Schulen oder Kindergärten vor.

Die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen sind in der Mitgliederversammlung und im Vorstand der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege im Lande Bremen vertreten und beteiligen sich finanziell über eine jährliche Umlage. Daneben werden Sonderaktionen z. B. zum Tag der Zahngesundheit finanziert und die Gruppenprophylaxe z. B. des Gesundheitsamtes Bremerhaven durch Sachmittel unterstützt.

Die konkrete Beteiligung privater Krankenversicherungsunternehmen (PKV) an Präventionsmaßnahmen in einzelnen Schulen oder Kindergärten in Bremen und Bremerhaven ist dem Senat nicht bekannt.

Die Finanzierung solcher Maßnahmen erfolgt in der Regel pauschalierend, d. h. ohne Zuordnung auf die im Einzelnen konkret in Betracht kommenden Versicherten. Für die PKV typisch jedoch sind Versicherungsleistungen jeweils nur aus dem dem einzelnen Versicherungsverhältnis für den betreffenden Versicherten.

Bei den Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes gibt es ganz unterschiedliche regionale Schwerpunkte und Tätigkeitsschwerpunkte, so dass eine pauschale Beteiligung der PKV den einzelnen Unternehmen nicht adäquat zugerechnet werden kann.

Wenn auch der Versicherungsfall in der privaten Krankenversicherung definiert ist als die medizinisch notwendige Heilbehandlung eines Versicherten wegen Krankheit oder Unfallfolgen, so werden nach den den Versicherungsverträgen zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen als „Fiktion eines Versicherungsfalles“ auch ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) bezahlt.

Darüber hinaus bleibt es jedem Versicherer unbenommen, in die Leistungs-zusage weitere Präventionsleistungen aufzunehmen. Ein konkreter Überblick über die Angebote der Mitgliedsunternehmen liegt nicht vor.