

Antwort auf eine Große Anfrage

– Drucksache 14/2859 –

Wortlaut der Großen Anfrage der Fraktion der SPD vom 29. Oktober 2001

Gesundheit von Kindern in Niedersachsen

In Niedersachsen gibt es eine Fülle von Akteuren, die mit der Förderung oder Wiederherstellung der Gesundheit von Kindern befasst sind. Viele Angebote werden aufgrund von gesetzlichen Verpflichtungen vorgehalten, bei anderen Angeboten handelt es sich um freiwillige Leistungen des Landes, der Kommunen oder freier Träger.

Probleme ergeben sich, weil die Angebote teilweise wenig aufeinander abgestimmt sind, Akteure nicht optimal miteinander kooperieren, die Angebote nicht alle Kinder erreichen, Eltern bestimmte Angebote nicht kennen oder Eltern bestimmte Angebote nicht wahrnehmen. Die Definition von und Orientierung an Gesundheitszielen, die Überprüfung der Zielerreichung, Kosten-Nutzen-Analysen und die Qualitätssicherung sind ebenso wenig systematisiert, wie jüngst das Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen eindrucksvoll unter Beweis gestellt hat. Danach deutet vieles darauf hin, dass trotz im internationalen Vergleich hohen Einsatzes finanzieller Ressourcen die Ergebnisse des deutschen Gesundheitswesens eher unterdurchschnittlich sind.

Experten, wie jüngst der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, weisen darauf hin, dass durch eine bessere Nutzung des vorhandenen Präventionspotentials, eine bessere Kooperation der Akteure im Gesundheitswesen sowie eine Verbesserung der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Versorgung insbesondere im Kindes- und Jugendalter Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitswesen deutlich erhöht werden können.

Wissenschaftliche Studien deuten darauf hin, dass bereits im Kindesalter der soziale Status mittelbar den Gesundheitszustand beeinflusst und dass Krankheiten und gesundheitsrelevante Einstellungen, die im Kindesalter erworben werden, Einflüsse auf das körperliche und seelische Wohlbefinden in späteren Lebensjahren haben.

Aktuelle Befunde zum Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen machen es notwendig, dass der Kinder- und Jugendgesundheit größere Aufmerksamkeit gewidmet wird. An die Stelle traditioneller Kinderkrankheiten sind heute neuartige, oftmals chronische Erkrankungen getreten, die auf geänderte Lebensgewohnheiten und soziale wie ökologische Gefahren zurückzuführen sind. Dazu gehören vor allem Essstörungen, Ernährungsstörungen, Übergewicht, Allergien, Suchterkrankungen und chronische Atemwegserkrankungen, aber auch zunehmender Frühkonsum von Drogen aller Art.

Diese Befunde verlangen von allen Akteuren im Gesundheitswesen eine inhaltliche und organisatorische Neuorientierung, vor allem aber die Bereitschaft zu mehr Kooperation, Aufnahme neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, Qualitätssicherung und Verbindung von medizinischen und pädagogischen Ansätzen.

Dies vorausgeschickt, fragen wir die Landesregierung:

I. Vorsorge, Geburt und Wochenbettbetreuung

1. Welche Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen werden in Niedersachsen angeboten, wer leistet die Vorsorgen, und welche Arten der Finanzierung gibt es?
2. Wie viele Kinder werden in niedersächsischen Krankenhäusern geboren, wie viele Geburten werden im Krankenhaus ambulant durchgeführt, wie viele außerklinische Geburten gibt es?
3. Welche hauptsächlichen Geburtskomplikationen sind in Krankenhäusern zu verzeichnen, welche bei außerklinischen Geburten?
4. Wie hoch ist der Anteil der Kaiserschnitte an den Geburten? Wie hat sich der Anteil im Laufe der letzten zehn Jahren entwickelt? Gibt es Statistiken zu Indikationen?
5. Wie sind die durchschnittlichen APGAR-Werte in Niedersachsen? Wie ist die Entwicklung in den letzten zehn Jahren, und gibt es Erkenntnisse über eine Ungleichverteilung?
6. Welche Formen der Wochenbettnachsorge werden in Niedersachsen angeboten? Wer bietet sie an, und wie ist die Inanspruchnahme?
7. Hat die Landesregierung Erkenntnisse über eine von sozialen Indikatoren abhängende unterschiedliche Inanspruchnahme der Wochenbettnachsorge?
8. Welcher Anteil der in Niedersachsen geborenen Kinder wird gestillt, wie lange werden die Kinder durchschnittlich gestillt, und wie wird die Stillberatung in Niedersachsen gefördert?
9. Welche Möglichkeiten der Unterstützung junger Mütter und Väter für die Zeit nach der Geburt werden in Niedersachsen von welchen Trägern angeboten?

II. Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Niedersachsen

1. Welche Maßnahmen der Früherkennung von Krankheiten und Behinderungen im Kindesalter werden in Niedersachsen angeboten, wer ist Träger dieser Angebote, und wie finanzieren sie sich?
2. Welche Haltung nimmt die Landesregierung zu Vorschlägen ein, in sozialen Brennpunkten niedrigschwellige medizinische Versorgungsangebote zu stärken? Wo in Niedersachsen gibt es solche Angebote? Welche Träger stellen Angebote bereit, und wie werden die Angebote finanziert?
3. Welche Position nimmt die Landesregierung zu Forderungen von Medizinern ein, in Deutschland ein flächendeckendes Hörscreening bei Neugeborenen durchzuführen?
4. Welche Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen gibt es zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten in Niedersachsen, und wie lassen sich diese Unterschiede erklären?
5. Welche Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen in Niedersachsen wurden in den letzten Jahren mit welchem Erfolg ergriffen?
6. Welche Position vertritt die Landesregierung zu Vorschlägen, die kinder- und jugendbezogene Gesundheitsberichterstattung zu erweitern?

III. Gesundheitsförderung und Prävention

1. Welcher Anteil der jeweiligen Altersgruppe niedersächsischer Kinder durchläuft die im SGB V vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen U 1 bis U 9 sowie J 1?
2. Welche Gesundheitsschäden weisen Kinder und Jugendliche bei diesen Untersuchungen auf? Gibt es in der Längsschnittanalyse Hinweise darauf, dass sich Krankheitsarten geändert haben?
3. Liegen der Landesregierung Erkenntnisse darüber vor, dass die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen mit dem sozialen Status korreliert?
4. Welche Maßnahmen werden getroffen, um die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen zu erhöhen?
5. Welcher Anteil niedersächsischer Kinder weist einen positiven Impfstatus hinsichtlich der empfohlenen Impfungen auf? Welche Maßnahmen werden getroffen, um den Impfstatus niedersächsischer Kinder insgesamt zu verbessern?
6. Welche Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention gibt es in Niedersachsen speziell für Mädchen und junge Frauen?
7. Welche Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention werden für ausländische Bürgerinnen und Bürger in Niedersachsen vorgehalten?
8. Wie wird die medizinische Betreuung von Straßenkindern gesichert?
9. Welche Position vertritt die Landesregierung hinsichtlich der Forderung des Weltärztebundes, dass die Wünsche von Kindern und Jugendlichen als Patienten ihrem Alter entsprechend zu berücksichtigen sind?

IV. Aktivitäten von ÖGD und Kassen

1. Wie viel Geld stellen die Krankenkassen in Niedersachsen im Rahmen von § 20 SGB V für Prävention und Selbsthilfegruppen speziell für Kinder und Jugendliche sowie ihre Eltern zur Verfügung?
2. Welche Maßnahmen und Selbsthilfegruppen werden mit diesen Mitteln gefördert? Welche dieser Maßnahmen finden in Kindergärten und Schulen statt?
3. Welche Position vertritt die Landesregierung hinsichtlich des Vorschlages des Sachverständigenrates, auf regionaler Ebene Präventionsräte im Gesundheitswesen zu bilden, um die mangelhafte Kooperation der Akteure in der Prävention zu verbessern?
4. In welchen Regionen Niedersachsens wurden bisher Präventionsräte im Gesundheitswesen ins Leben gerufen?
5. Welche präventiven und gesundheitsfördernden Angebote werden durch den öffentlichen Gesundheitsdienst angeboten? Welche dieser Angebote gibt es in Kindergärten und Schulen?
6. Wie werden Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer sowie Eltern in diese Angebote einbezogen?

V. Selbsthilfegruppen

1. Welche Selbsthilfegruppen in Niedersachsen gibt es speziell für die Bewältigung von Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen?

2. Wie fördern neben den Krankenkassen Bund, Land, Kommunen diese Selbsthilfegruppen?
3. Wie erfolgt die Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen mit professionellen Diensten in der ambulanten und stationären Versorgung?

VI. Ernährungs- und Bewegungsmangel

1. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung über die von Wohlfahrts- und Familienverbänden beklagte Entwicklung vor, dass immer mehr Kinder, insbesondere aus Familien mit unterdurchschnittlichem Einkommen, Anzeichen von Unter- oder Fehlernährung aufweisen, ohne Frühstück zum Kindergarten oder in die Schule kommen usw.?
2. Welche Maßnahmen gibt es in Niedersachsen, um der Mangelernährung von Kindern entgegen zu wirken?
3. Welchen Standpunkt vertritt die Landesregierung zu Vorschlägen, in Kindergärten und Schulen Mahlzeiten (Frühstück, Mittagessen) anzubieten?
4. Wie viele Kinder und Jugendliche in Niedersachsen leiden unter Übergewicht bzw. Untergewicht?
5. Welche Angebote der Ernährungsberatung für Kinder und Jugendliche gibt es in Niedersachsen, und wie unterstützt die Landesregierung diese Angebote?
6. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung zum Problem und zum Ausmaß von Bewegungsmangel von Kindern und Jugendlichen vor? Welche Angebote gibt es durch niedersächsische Sportvereine, um diesen Problemen vorzubeugen?
7. Welche Angebote zur Prävention gibt es an Schulen (z. B. „bewegte Pausen“)?
8. Wie bewertet die Landesregierung die Forderung nach neuen bewegungsfördernden Konzepten im Schulunterricht und nach einer Reform des Sportunterrichts an den Schulen (Abkehr vom sportartenzentrierten Unterricht)?

VII. Allergien und chronische Krankheiten

1. Wie viele Kinder und Jugendliche in Niedersachsen leiden an Allergien und chronischen Krankheiten? Welche Erkrankungen sind die häufigsten?
2. Wie hat sich die Zahl dieser Erkrankungen in den letzten zehn Jahren entwickelt?
3. Welche Erkenntnisse liegen über mögliche Zusammenhänge zwischen Umwelteinflüssen und Allergien sowie chronischen Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen vor? Welche Maßnahmen und Angebote der Allergieprävention gibt es in Niedersachsen?
4. Welche Vereinbarungen niedersächsischer Krankenkassen mit den Leistungserbringern gibt es, um Kinder und Jugendliche mit Allergien und chronischen Krankheiten besser versorgen zu können?

VIII. Suchterkrankungen und ihre Vorbeugung

1. Welche Anteile Kinder und Jugendlicher in den relevanten Altersgruppen rauchen regelmäßig bzw. trinken regelmäßig Alkohol? Wie viele Kinder und Ju-

gendliche konsumieren illegale Drogen? Welche Angaben kann die Landesregierung zum Missbrauch von Medikamenten bei Kindern machen?

2. Welche Maßnahmen (Preiserhöhungen, Altersbeschränkungen, Verkaufsbeschränkungen, Werbeverbote) sind nach Ansicht der Landesregierung geeignet, den Anteil der Raucher und Raucherinnen bzw. der Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten unter Kindern und Jugendlichen zu verringern? Welche Maßnahmen sind aus Sicht der Landesregierung geeignet, um dem Missbrauch von Medikamenten bei Kindern entgegen zu wirken?
3. Wie viele Kinder und Jugendliche in Niedersachsen leiden unter Suchterkrankungen? Wie haben sich Anzahl und Art der Suchterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen im Zeitablauf entwickelt? Lassen sich Änderungen in der Altersverteilung bei Suchterkrankungen von Kindern und Jugendlichen feststellen?
4. Welche speziellen Einrichtungen zur Behandlung und Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Suchterkrankungen gibt es in Niedersachsen?
5. Welche erzieherischen und präventiven Maßnahmen werden in Niedersachsen durchgeführt, um dem Missbrauch von legalen und illegalen Drogen unter Kindern und Jugendlichen entgegen zu wirken?

IX. Psychische Erkrankungen

1. Wie viele Kinder und Jugendliche in Niedersachsen leiden an psychischen Erkrankungen?
2. Wie stellt sich die Versorgungssituation von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen dar?
3. Welche Angebote gibt es für Eltern und Geschwister von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen?

X. Kinderärztinnen und Kinderärzte

1. Wie stellt sich die kinderärztliche Versorgungssituation in Niedersachsen dar?
2. Teilt die Landesregierung die Befürchtung ärztlicher Standesorganisationen, dass mit der Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft negative Folgewirkungen für die Weiterbildung zu Kinderärztinnen und Kinderärzten verbunden sein werden?
3. Welche Fortbildungsangebote für Kinderärztinnen und Kinderärzte werden seitens der Niedersächsischen Ärztekammer angeboten? Wie ist die Inanspruchnahme? Gibt es Kinderärztinnen und Kinderärzte, die noch keine Angebote wahrgenommen haben?
4. Wie reagiert die Ärztekammer Niedersachsen auf die Veränderung der Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen (Allergien, chronische Krankheiten, Bewegungsmangel, Verhaltensauffälligkeiten, Ernährungsstörungen), und wie arbeitet sie mit anderen Akteuren der Gesundheitsförderung (öffentlicher Gesundheitsdienst, Selbsthilfegruppen, Kindergärten, Schulen, Landesvereinigung für Gesundheit etc.) zusammen?
5. Welchen Reformbedarf sieht die Landesregierung hinsichtlich der Weiter- und Fortbildung zu und von Kinderärztinnen und Kinderärzten?

XI. Unfallverhütung

1. Wie viele Kinder erleiden pro Jahr in Niedersachsen einen Unfall, und was sind die häufigsten Unfallursachen? Welche Unfallfolgen sind zu verzeichnen?
2. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung zu Unfällen im häuslichen Bereich vor? Welche Aktivitäten sind bekannt, um Kinderunfälle u. a. im häuslichen Bereich zu vermeiden?
3. Welche speziellen Strategien haben Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Verbände (z. B. GUV) entwickelt, um Unfälle von Kindern zu verhindern?
4. Welche Präventionsmaßnahmen ergreifen Landesregierung und Gebietskörperschaften, um Unfälle von Kindern in Kindergärten, Schulen und Jugendeinrichtungen zu vermeiden?
5. Welche Maßnahmen werden ergriffen, um die Unfallgefahr von Kindern im Straßenverkehr zu reduzieren?
6. Teilt die Landesregierung die Einschätzung von Experten, nach der mehr als die Hälfte aller Unfälle von Kindern durch Aufklärung und Vorsorge vermeidbar gewesen wäre?

Antwort der Landesregierung

Niedersächsisches Ministerium
für Frauen, Arbeit und Soziales
– 01-21-01 425/00 –

Hannover, den 28. Februar 2002

Die Gesundheitslage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland hat sich im Laufe des 20. Jahrhunderts positiv entwickelt. Der Rückgang der Sterblichkeit von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen ist beachtlich. Während vor 100 bis 150 Jahren nur jedes 2. Kind überhaupt seinen 6. Geburtstag erlebte, konnte noch innerhalb der letzten 20 Jahre die Säuglingssterblichkeit um die Hälfte auf etwa 0,5 % verringert werden. Die Gesamtmortalität von Kindern im Alter zwischen 1 und 15 Jahren beträgt zurzeit nur noch 0,02 %.

Gleichzeitig ist dadurch die Bekämpfung unmittelbar lebensbedrohender Krankheiten zugunsten der Sicherung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens zunehmend in den Hintergrund getreten. Kinderärztinnen und Kinderärzte haben sich vielmehr mit Behandlung, Früherkennung und Prävention von chronischen Krankheiten, psychischen und psychosomatischen Störungen, Übergewicht, Allergien, Stoffwechselstörungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Problemen wie Suchtverhalten und mit Risiken aus dem sozialen Umfeld zu befassen. Durch diese Schwerpunktverschiebung ergibt sich jedoch ein völlig neuer Bedarf an Daten und Erkenntnissen zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen.

Das Kindes- und Jugendalter verdient größte gesundheitspolitische Aufmerksamkeit, vor allem deswegen, weil die Grundlagen für die Gesundheit des späteren Lebens in der Kindheit und Jugend gebildet werden. Viele Gesundheitsprobleme der Erwachsenen, etwa die Zivilisationskrankheiten, haben ihren Ursprung im Kindes- und Jugendalter. In dieser Zeit wird der spätere Lebensstil wesentlich und nachhaltig geprägt. Um Krankheiten und Unfälle zu vermeiden, müssen deshalb neben Informationen über Krankheiten und Unfälle auch solche über den Lebensstil und seine Entwicklung im familialen und sozial-ökologischen Umfeld gewonnen werden.

Die Datenlage zur Gesundheitssituation von Kindern und Jugendlichen ist nach wie vor unbefriedigend. Es fehlen nicht nur Daten, auch das bereits vorliegende Datenmaterial muss besser zusammengeführt, transparenter gemacht und gezielter ausgewertet werden.

Auf Initiative der Landesregierung wurde eine Arbeitsgruppe „Neuordnung der Gesundheitsberichterstattung in Niedersachsen“ gebildet. Diese Arbeitsgruppe hat unter Federführung des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes und Einbeziehung von Vertreterinnen und Vertretern der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Kranken- und Rentenversicherungsträger, des Niedersächsischen Landesamtes für Statistik, des Niedersächsischen Datenschutzbeauftragten und der Gesundheitsabteilung des Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales die Datengrundlage für eine regelmäßige Berichterstattung auf Landesebene erarbeitet. Als ein erster Spezialbericht wird unter Mitwirkung der Arbeitsgruppe ein Bericht über die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen erstellt.

Vor dem Hintergrund unzureichender Daten ist auch die vom Robert-Koch-Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführte Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Kinder- und Jugend-Gesundheitssurvey) zu begrüßen. Sie wird mit einer erstmaligen bundesweiten Datenerhebung große Informationslücken schließen können. Nach diesem Konzept sollen bis zum Jahr 2004 Gesundheitslage, Krankheitshäufigkeiten, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Medikamentenkonsum, Risikoverhalten, Lebensbedingungen, somatische, geistig-psychische und soziale Entwicklung, Umfeld und Umwelt von Kindern und Jugendlichen mit standardisierten Verfahren durch Befragen, Untersuchungen und Probenahmen bundesweit repräsentativ erhoben werden.

Niedersachsen verzichtet zum gegenwärtigen Zeitpunkt - nicht zuletzt aus Kostengründen - auf eine Ausweitung des Surveys auf das ganze Land. Gleichwohl verspricht sich Niedersachsen bereits von der Basiserhebung und der anschließenden Auswertung im Jahr 2006 Erkenntnisse, die auch für hiesige Verhältnisse herangezogen werden können. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass Niedersachsen so weit vom Bundesdurchschnitt abweicht, dass regionalspezifische neue Erkenntnisse erwartet werden könnten.

Insgesamt wird es in den nächsten Jahren entscheidend darauf ankommen, die medizinische, psychologische und pädagogische Versorgung für Kinder so flexibel zu gestalten und vor allem auch miteinander zu verzahnen, dass die Gesundheitsprobleme der Kinder und Jugendlichen rechtzeitig wahrgenommen und die Erkenntnisse in konkretes Handeln umgesetzt werden können.

Dies vorausgeschickt, beantworte ich die Große Anfrage im Namen der Landesregierung wie folgt:

I. Vorsorge, Geburt und Wochenbettbetreuung

Zu I. Nr. 1:

Die Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen, die überwiegend von niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen durchgeführt werden, richten sich nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien). Darin sind Art und Inhalt der im Rahmen vertragsärztlicher Untersuchungen abrechenbaren Leistungen geregelt. Die Kosten für diese Untersuchungen tragen die gesetzlichen Krankenkassen außerhalb des Gesamtbudgets.

Zu den Leistungen gehören insbesondere

- Untersuchungen und Beratungen während der Schwangerschaft,

- Frühzeitige Erkennung und besondere Überwachung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten (u. a. Ultraschalldiagnostik, Fruchtwasseruntersuchungen),
- Serologische Untersuchungen (z. B. Röteln, Hepatitis B),
- Blutgruppenserologische Untersuchungen nach Geburt oder Fehlgeburt und ggf. Anti-Immunglobulin-Prophylaxe,
- Untersuchung und Beratung der Wöchnerin,
- Medikamentöse Maßnahmen und Verordnungen von Verband- und Heilmitteln und
- Aufzeichnungen und Bescheinigungen.

Von einigen Krankenkassen werden weiter gehende Leistungen der Schwangerenvorsorge im Rahmen der Gesundheitsförderung/Prävention, wie z. B. Allergieprävention einschließlich Neurodermitis oder die Beratung für eine bedarfsgerechte Ernährungsweise, angeboten.

In zunehmendem Maße führen auch freiberufliche Hebammen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen durch. Bei normal verlaufender Schwangerschaft ist die Hebamme hierzu berechtigt (siehe Hebammenberufsordnung). Die Hebammen beschränken sich auf die Beobachtung des Wohlergehens von Mutter und Kind in der Schwangerschaft, einschließlich der Kontrolle der erforderlichen Laborparameter. Ultraschalluntersuchungen sowie Untersuchungen zur Pränataldiagnostik und ggf. Behandlung von Störungen gehören hingegen zum ärztlichen Aufgabenbereich.

Finanziert werden alle Hebammenleistungen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett über die gesetzliche oder private Krankenversicherung oder das zuständige Sozialamt gemäß der gültigen Hebammengebührenordnungen.

Zu I. Nr. 2:

Die Zahl der in Niedersachsen geborenen Kinder ergibt sich aus der folgenden Tabelle, unterteilt nach stationär Geborenen (in Geburtsklinik mit üblicher Verweilzeit und getrennt davon die ambulant entbundenen) und außerklinisch Geborenen (Quelle: Perinatalerhebung im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens des Zentrums für Qualitätsmanagement der Ärztekammer Niedersachsen, ZQ):

	Neugeborene in Niedersachsen					Gesamt
	1995	1996	1997	1998	1999	
Kinder in Geburtsklinik	72 891	76 493	79 489	76 560	73 210	378 643
davon ambulant entbunden	3 495 4,9 %	3 759 5,0 %	4 468 5,7 %	4 348 5,8 %	4 442 6,2 %	20 512 5,4 %
Kinder außerklinisch	743	1 030	975	776	735	4 259

In der Perinatalerhebung werden ambulant durchgeführte Geburten nicht explizit dokumentiert. Sie können nur über das Aufnahmedatum der Mutter in die Geburtsklinik, das Geburtsdatum und das Entlassungsdatum berechnet werden. Eine Unschärfe durch ambulante Entbindungen, die einen „tagesübergreifenden“ Aufenthalt erforderlich machen, ist bei den Ergebnissen zu berücksichtigen. Bei der Berechnung wurde dies zum Teil aber schon durch Einbeziehung der Uhrzeit der Geburt korrigiert, sodass die Unschärfe in obigen Zahlen sehr gering ist. Der Hebammenverband Niedersachsen e. V. gibt die Zahl der ambulanten Entbindungen etwas höher an (8 %).

Der Erfassungsgrad im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens des ZQ beträgt in der Außerklinischen Geburtshilfe über 80 % der Geburten. Die in der obigen Tabelle als außerklinisch aufgeführten Geburten sind alle außerklinischen Geburten, die auch ohne Verlegung in eine Klinik beendet wurden. Etwa in 11 % der Fälle führten Komplikationen zur Verlegung.

Zu I. Nr. 3:

Da die Anfrage auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet ist, wird nachfolgend nur auf Komplikationen, die das Neugeborene betreffen, eingegangen, nicht auf Komplikationen bei Müttern. Die genannten Erkrankungen bzw. Komplikationen werden im Rahmen der Perinatalerhebung (d. h. also während des Aufenthalts in der geburtshilflichen Klinik) dokumentiert. Hierdurch ist auch ein formaler Vergleich mit den Daten aus dem Verfahren der außerklinischen Geburtshilfe möglich.

Die perinatale Mortalität (PM) hat sich in der Perinatalerhebung seit der Personenstands-gesetzänderung 1994 zwischen 1995 (= 0,63 %) und 1999 (= 0,61 %) auf einen Wert von ca. 0,6 % eingependelt. Ebenso liegt die Rate der Totgeburten (als Untermenge der PM) konstant bei ca. 0,4 %.

Einen kontinuierlichen prozentualen Anstieg von 8,5 % im Jahr 1995 auf 9,4 % in 1999 (= 6 865) weist die Rate der Frühgeborenen (Schwangerschaftsdauer weniger als 37 Wochen) auf. Insbesondere dieser Anstieg, aber auch die Auswahlkriterien (= definierter Katalog) in der außerklinischen Geburtshilfe für die Wahl des Geburtsorts (Klinik oder zu Hause) beeinflussen das jeweilige Spektrum und die Raten der Komplikationen wesentlich.

Die ausgewählten Morbiditäten/Komplikationen zeigen in der folgenden Tabelle für die letzten fünf Jahre konstante oder fallende Raten. Bei der Neugeborenenengelbsucht (Ikterus) ist dies u. a. durch geänderte Versorgungs-, Verlegungs- und Entlassungsabläufe begründet. Zu beachten ist bei den Raten, dass auch für Morbiditäten Mehrfachnennungen in der Perinatalerhebung möglich sind.

	Morbiditäten/Komplikationen in den Geburtskliniken					Gesamt
	1995	1996	1997	1998	1999	
Sauerstoffmangel/Pulslosigkeit (Asphyxie/Hypoxie/Zyanose) (D02)	1 212 1,7 %	1 244 1,6 %	1 221 1,5 %	1 101 1,4 %	999 1,4 %	5 777 1,5 %
Atemnotsyndrom/kardiopulmonale Krankheit (D03)	475 0,7 %	424 0,6 %	409 0,5 %	396 0,5 %	422 0,6 %	2 126 0,6 %
Gelbsucht (Ikterus) (D06)	3 166 4,3 %	2 329 3,0 %	2 332 2,9 %	1 870 2,4 %	1 495 2,0 %	11 192 3,0 %
Verletzungen/Frakturen/Lähmungen (D16)	232 0,3 %	218 0,3 %	210 0,3 %	202 0,3 %	143 0,2 %	1 005 0,3 %
Generalisierte Infektion, Sepsis etc. (D17)	925 1,3 %	932 1,2 %	933 1,2 %	957 1,3 %	951 1,3 %	4 698 1,2 %

Die vergleichsweise geringe Morbiditätsrate im außerklinischen Bereich (s. nachstehende Tabelle) ist durch unterschiedliche Faktoren bedingt. Zum einen wird die Wahl des Geburtsortes erst kurz vor der Entbindung getroffen. Durch die in der Regel frühzeitige und kontinuierliche Betreuung der Schwangeren kann die freiberuflich tätige Hebamme situationsgerecht Schwangeren, bei denen sich Komplikationen abzeichnen, eine Entbindung in einer Geburtsklinik anraten. Zum anderen kann in der außerklinischen Geburtshilfe eine Schwangere bei drohenden Komplikationen rechtzeitig in eine Geburtsklinik verlegt werden, sodass adäquate Behandlungsmöglichkeiten eingesetzt werden können. Solche Verlegungen werden am häufigsten wegen eines protrahierten Geburtsverlaufes erforderlich; außerdem werden als Indikationen häufig pathologische Befunde bei der Registrierung von Herzaktion und Wehen genannt, ebenso Grünverfärbung des Fruchtwassers und vorzeitiger Blasensprung.

	Morbiditäten/Komplikationen in der außerklinischen Geburtshilfe					
	1995	1996	1997	1998	1999	Gesamt
Sauerstoffmangel/Pulslosigkeit (Asphyxie/Hypoxie/Zyanose) (D02)	0	4 0,4 %	7 0,7 %	4 0,5 %	1 0,1 %	16 0,4 %
Atemnotsyndrom/kardio-pulmonale Krankheit (D03)	0	3 0,3 %	2 0,2 %	2 0,3 %	0	7 0,2 %
Gelbsucht (Ikterus) (D06)	5 0,7 %	9 0,9 %	1 0,1 %	3 0,4 %	1 0,1 %	19 0,4 %
Verletzungen/Frakturen/Lähmungen (D16)	1 0,1 %	1 0,1 %	4 0,4 %	0	1 0,1 %	7 0,2 %
Generalisierte Infektion, Sepsis etc. (D17)	2 0,3 %	2 0,2 %	0	0	0	4 0,1 %

Will man Geburtsverläufe und -ergebnisse der klinischen und außerklinischen Geburtshilfe vergleichen, trifft man auf unterschiedliche Kollektive von Schwangeren, in denen die Risiken ungleich verteilt sind. Hinzu kommen Selektionseffekte, z. B. durch die Hebammen (siehe oben). Das ZQ versucht zurzeit dennoch, in Zusammenarbeit mit Hebammen und Geburtshelfern mit einem erneuten Ansatz eine Vergleichsanalyse für Daten aus der klinischen und außerklinischen Geburtshilfe für mehrere Jahrgänge der 90er-Jahre in Niedersachsen vorzunehmen.

Zu I. Nr. 4:

Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der vaginalen Entbindungen und der Kaiserschnitte (Sectiones) in Niedersachsen:

	Entbindungsmodus (u. a. Sectiones)					
	1995	1996	1997	1998	1999	Gesamt
Vaginale Entbindung	58 969 82,1 %	61 516 81,8 %	63 820 81,6 %	60 450 80,4 %	57 121 79,4 %	301 876 81,1 %
Primäre Sectio	6 545 9,1 %	7 047 9,4 %	7 549 9,7 %	7 550 10,0 %	7 461 10,4 %	36 152 9,7 %
Sekundäre Sectio	6 271 8,7 %	6 679 8,9 %	6 841 8,7 %	7 229 9,6 %	7 344 10,2 %	34 364 9,2 %
Gesamt	71 785 100,0 %	75 242 100,0 %	78 210 100,0 %	75 229 100,0 %	71 926 100,0 %	372 392 100,0 %

Der Anteil der Kaiserschnitte bei den außerklinisch begonnenen Geburten liegt nach Auskunft des Hebammenverbandes bei 3,5 %. Diese niedrige Zahl ist auf das geringe Risiko dieser ausgewählten Klientel zurückzuführen.

Als Indikation zur operativen Entbindung (u. a. auch für die Kaiserschnitte) können in der Perinatalerhebung bis zu fünf verschiedene Angaben gleichzeitig gemacht werden. Für die Einteilung in absolute und relative Indikationen zur Sectio (s. nachstehende Tabelle) wird auf die Definition der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie Bezug genommen, die in der Publikation „Stellungnahme zu absoluten und relativen Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der so genannten Sectio auf Wunsch“, Frauenarzt 42 (2001) Nr. 11 veröffentlicht ist.

Hier wird von einer absoluten Indikation gesprochen, wenn aus zwingenden geburts-hilflichen Gründen, namentlich zur Rettung von Leben und Gesundheit des Kindes und/oder der Mutter ausschließlich zur Sectio geraten werden kann (z. B. Querlage, absolutes Missverhältnis, Plazenta praevia etc.). Diese Indikationen machen ca. 10 % aller Sectiones aus. Von einer relativen Indikation wird gesprochen, wenn eine Abwägung der

geburtsmedizinischen Risiken für Mutter und Kind geboten ist, z. B. Beckenendlage, relatives Missverhältnis, Mehrlingsschwangerschaft, pathologisches CTG (gleichzeitige Registrierung von Herzaktion des Kindes und Wehen). Die vorgegebenen Indikationen lassen sich mit einigen Einschränkungen auch in der Perinatalerhebung abbilden.

Von den absoluten Risiken sind am häufigsten eine vorzeitige Plazentalösung und ein Amnioninfektionssyndrom (jeweils ca. 2,8 %) genannt, gefolgt von einer drohenden/erfolgten Uterusruptur, einer Quer-/Schräglage und einer Plazenta praevia (jeweils ca. 1,5 %) und weiteren Indikationen mit niedrigeren Prozentzahlen. Von den relativen Risiken ist am häufigsten ein pathologisches CTG (gleichzeitige Registrierung von Herzaktion des Kindes und Wehen) etc. (ca. 26 %), eine Beckenendlage (ca. 20 %), ein relatives Missverhältnis (ca. 18 %) und der Zustand nach Sectio oder nach anderer Uterusoperation (ca. 14 %), gefolgt von weiteren Indikationen. Zu berücksichtigen ist bei diesen Angaben die Möglichkeit der Mehrfachnennung von mehreren absoluten und relativen Indikationen (siehe oben).

	Indikationen zur Sectio					
	1995	1996	1997	1998	1999	Gesamt
Absolute Indikation	1 496 11,7 %	1 505 11,0 %	1 609 11,2 %	1 585 10,7 %	1 474 10,0 %	7 669 10,9 %
Relative Indikation	11 320 88,3 %	12 221 89,0 %	12 781 88,8 %	13 194 89,3 %	13 331 90,0 %	62 847 89,1 %
Gesamt	12 816 100,0 %	13 726 100,0 %	14 390 100,0 %	14 779 100,0 %	14 805 100,0 %	70 516 100,0 %

Zu I. Nr. 5:

Die APGAR-Werte kennzeichnen den Zustand des Neugeborenen mit Angaben zur Atmung, zum Puls, zum Grundtonus, zum Aussehen und zu den Reflexen. Die Punktwerte werden 1 sowie 5 und 10 Minute(n) nach der Geburt vergeben, maximal sind jeweils 10 Punkte möglich. Aufgrund des in den nachstehenden Tabellen angeführten jeweils hohen Anteils von APGAR-Werten von 9 bis 10 hat die Berechnung eines Durchschnittswertes geringe Aussagekraft. Deshalb wurde eine kategorielle Darstellung gewählt. Hinsichtlich einer Ungleichverteilung dieser Ergebnisse, z. B. bezüglich Regionen (Stadt/Land) oder einzelner Kliniken, gibt es keine Hinweise (sieht man von den Kliniken ab, die überwiegend die Frühgeburten und Risikofälle zu versorgen haben).

Werte von .. bis ..	5 Minuten APGAR-Werte										
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Gesamt
0 - 4	433 0,6 %	473 0,7 %	446 0,6 %	435 0,6 %	520 0,7 %	531 0,7 %	556 0,7 %	542 0,7 %	583 0,8 %	510 0,7 %	5 029 0,7 %
5 - 8	4 702 6,8 %	4 759 6,8 %	4 645 6,3 %	4 643 6,1 %	4 473 6,1 %	4 283 5,9 %	4 513 5,9 %	4 510 5,7 %	4 506 5,9 %	4 420 6,0 %	45 454 6,1 %
9 - 10	63 652 92,5 %	65 251 92,6 %	68 768 93,1 %	71 040 93,3 %	68 399 93,2 %	67 993 93,4 %	71 377 93,4 %	74 386 93,6 %	71 433 93,3 %	68 235 93,3 %	690 534 93,2 %
Gesamt	68 787 100 %	70 483 100 %	73 859 100 %	76 118 100 %	73 392 100 %	72 807 100 %	76 446 100 %	79 438 100 %	76 522 100 %	73 165 100 %	741 017 100 %

Werte von .. bis ..	10 Minuten APGAR-Werte										
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Gesamt
0 - 4	301 0,4 %	337 0,5 %	313 0,4 %	321 0,4 %	400 0,5 %	426 0,6 %	443 0,6 %	418 0,5 %	440 0,6 %	437 0,6 %	3 836 0,5 %
5 - 8	1 550 2,3 %	1 578 2,2 %	1 603 2,2 %	1 595 2,1 %	1 527 2,1 %	1 508 2,1 %	1 578 2,1 %	1 545 1,9 %	1 612 2,1 %	1 592 2,2 %	15 688 2,1 %
9 - 10	66 916 97,3 %	68 539 97,3 %	71 940 97,4 %	74 195 97,5 %	71 458 97,4 %	70 871 97,3 %	74 422 97,4 %	77 470 97,5 %	74 467 97,3 %	71 135 97,2 %	721 413 97,4 %
Ge- samt	68 767 100 %	70 454 100 %	73 856 100 %	76 111 100 %	73 385 100 %	72 805 100 %	76 443 100 %	79 433 100 %	76 519 100 %	73 164 100 %	740 937 100 %

Zu I. Nr. 6:

Die Wochenbettnachsorge ist ebenfalls in den Mutterschafts-Richtlinien geregelt. Dabei wird die Betreuung der Wöchnerin von Hebammen und niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten durchgeführt. Die Finanzierung der in den Richtlinien definierten ärztlichen Leistungen erfolgt durch die Krankenkassen über die Kassenärztliche Vereinigung (KVN) im Rahmen der vertragsärztlichen Gesamtvergütung.

Die Wochenbettnachsorge durch Hebammen richtet sich nach dem Leistungskatalog der Hebammenhilfe-Gebührenordnung. Hierzu zählen Beratung und Versorgung von Mutter und Kind einschließlich aller damit verbundenen Leistungen sowie die Rückbildungsgymnastik.

Die Leistung der ambulanten ärztlichen Wochenbettnachsorge wurde nach Angabe der KVN im II. Quartal 2001 insgesamt rund 14 600 Mal abgerechnet, belegärztlich 2 600 Mal.

Nach der Entlassung aus der Klinik nahmen 1995 nur etwa 50 % der Wöchnerinnen Hebammenhilfe in Anspruch. Diese Zahl steigt aber aufgrund der verkürzten Liegezeiten und der wachsenden Zahl von Hebammen, die freiberuflich Wochenbettbetreuung anbieten.

Zu I. Nr. 7:

Wenngleich diesbezüglich keine Erhebung erfolgt, zeigt die Erfahrung des Hebammenverbandes, dass mit sinkendem sozialem Status der Schwangeren bzw. Wöchnerin auch die Inanspruchnahme dieser Form von Betreuung abnimmt. Zum Teil aufgrund von Unkenntnis, zum Teil nach Berichten des Hebammenverbandes aber auch aus Angst vor Kontrolle, haben Frauen mitunter eine hohe Hemmschwelle, dieses Angebot zu nutzen.

Mit dem vom MFAS initiierten Projekt „Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter - Familienhebammen“ (s. auch Frage I. Nr. 9) besteht in den drei Projektregionen für Frauen in schwierigen materiellen und psychosozial belastenden Lebenslagen ein zusätzliches Angebot auch für die Wochenbettnachsorge. Das Vorhaben hat am 01.10.2001 begonnen und ermöglicht daher noch keine Aussagen.

Zu I. Nr. 8:

In Niedersachsen wird keine flächendeckende Statistik über das Stillverhalten geführt. Der Hebammenverband Niedersachsen e. V. wertet jedoch zurzeit eine in 108 niedersächsischen Kliniken mit geburtshilflichen Abteilungen durchgeführte Umfrage zur Stillanleitung und zum Stillverhalten in Krankenhäusern aus. Vorerst beruhen alle Angaben nur auf Schätzungen oder auf Daten aus bundesweiten Studien. Hiernach legen etwa 95 % der Frauen, sofern dies aus gesundheitlichen Gründen möglich ist, ihre Kinder nach der Geburt an. Zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik werden noch etwa 75 % der Kinder gestillt, aber nur ca. 50 % der Kinder werden ausschließlich gestillt. Danach

nimmt der Anteil der voll- oder teilgestillten Kinder weiter ab; nach sechs Monaten werden nur noch ca. 20 % der Kinder voll- bzw. teilgestillt.

Die Landesregierung unterstützt die aktuelle Resolution der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom 18. Mai 2001, in der das ausschließliche Stillen für die Dauer von sechs Monaten empfohlen wird, und sieht darin einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung von Mutter und Kind. Deshalb hat sie die Resolution an die in Niedersachsen mit dem Stillen befassten Organisationen und Einrichtungen übersandt und diese gebeten, die Stillempfehlung zu unterstützen und in ihren Mitteilungen oder Fachzeitschriften bekannt zu geben.

Der Hebammenverband Niedersachsen fördert die Stillberatung durch regelmäßige Fortbildungsangebote für seine Mitglieder. Diese Fortbildungen werden vom Land Niedersachsen finanziell unterstützt.

Außerdem bieten die Stillbeauftragten des Hebammenverbandes und andere dafür ausgebildete Hebammen Fortbildungen in Kliniken an. Der Bund Deutscher Hebammen veranstaltet daneben für Stillbeauftragte in Kliniken eine Modulfortbildung, die auch Teilnehmerinnen aus anderen Berufsgruppen offen steht.

Zu I. Nr. 9:

Das Modellprojekt „Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter - Familienhebammen“ wird im Landkreis Leer und in den Städten Braunschweig und Osnabrück durchgeführt. Die Projektlaufzeit beträgt drei Jahre, Träger ist die Stiftung „Eine Chance für Kinder“. Ziel des Projektes ist es u. a., Frauen in schwierigen materiellen und psychosozial belastenden Lebenslagen möglichst frühzeitig, spätestens jedoch nach der Entbindung zu erreichen. Insbesondere gilt dies auch für Frauen, bei denen die Schwangerschaft mit gesundheitlichen Belastungen verbunden ist. Ihre Bereitschaft soll gestärkt werden, die Schwangerenvorsorge zu betreiben, die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern durchführen zu lassen. Dadurch können Entwicklungsdefizite bei Kindern rechtzeitig erkannt werden.

Von der besseren Zusammenarbeit und Vernetzung aller an der gesundheitlichen, sozialen, psychischen und materiellen Versorgung der Familie beteiligten Einrichtungen erhofft sich die Landesregierung, das Risiko zu minimieren, dass Mütter/Familien an ihren individuellen und sozialen Lebensumständen scheitern oder dass Säuglinge, Klein- und Schulkinder vermeidbaren Gefahren für ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung ausgesetzt sind. Zielgruppen sind vor allem schwangere Alleinstehende, Erstgebärende unter 18 Jahren, Schwangere aus Familien mit sozialen Schwierigkeiten, aus gewalttätigen Milieus oder mit gewalttätigen Männern, ausländische Schwangere, psychisch labile oder kranke und alkohol- und/oder drogenabhängige Frauen.

Regional unterschiedlich und insgesamt landesweit nicht einheitlich gibt es seitens der Geburtshelferinnen und Geburtshelfer und/oder Ärztinnen und Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Informationsveranstaltungen über die Geburt, Wochenbett sowie erste Neugeborenenuntersuchungen U2 und U3, einschließlich eines Überblicks über die häufigsten Störungen und über grundsätzliche Prävention von Allergien, Seh- und Hörstörungen. Die Berufsverbände der Frauen- und Kinderärzte haben verschiedene Informationsbroschüren erstellt.

II. Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Niedersachsen

Zu II. Nr. 1:

Die im vertragsärztlichen Bereich angebotenen Krankheitsfrüherkennungsleistungen für Kinder sind in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres

(Kinder-Richtlinien) geregelt. Vorgesehen sind neun Untersuchungen - U1 bis U9. Diese Leistungen werden überwiegend von Kinderärztinnen und Kinderärzten erbracht.

Zu den für alle Neugeborenen durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten gehört im Rahmen der U2 das Vorsorgeprogramm zur Früherkennung angeborener Störungen des Stoffwechsels und Hormonhaushalts. Dieses so genannte Neugeborenen-Stoffwechsel-Screening umfasst in Niedersachsen weit mehr Erkrankungen als in den bundesweit gültigen Richtlinien vorgesehen sind.

Das gegenwärtig in den Medien und in der Gesundheitspolitik diskutierte Tandem-Massenspektrometrie-Verfahren, das vor allem im Hinblick auf die diagnostischen Möglichkeiten erhebliche Erweiterungen ermöglicht, aber vorerst noch nicht als Regeluntersuchung in die Richtlinien aufgenommen worden ist, wird in Niedersachsen schon seit drei Jahren genutzt. Im Durchschnitt erkennt das in einem privaten Labor durchgeführte erweiterte Screening unter 1 000 Neugeborenen ein Kind, das dringend sofortiger ärztlicher Hilfe bedarf, um eine schwere Krankheit zu verhüten. Von jährlich 70 000 bis 80 000 Neugeborenen profitieren vom Screening demnach 70 bis 80 in Niedersachsen.

Eine weitere Untersuchung (Jugendgesundheitsuntersuchung, J1) schließt sich zwischen der Vollendung des dreizehnten und vierzehnten Lebensjahres an. Ziele dieser Untersuchung sind die Erkennung von auffälligen seelischen Entwicklungen und Verhaltensstörungen, chronischen Erkrankungen, verfrühter oder verzögerter Pubertätsentwicklung, Störungen des Wachstums und der körperlichen Entwicklung, arterieller Hypertonie, Erkrankungen des Skelettsystems sowie der Hals-, Brust- und Bauchorgane und die Erhebung des Impfstatus.

Zum Neugeborenen-Hörscreening wird derzeit eine Machbarkeitsstudie durchgeführt (vgl. Ausführungen unter II. Nr. 3).

In Niedersachsen besteht ein dreigleisiges Angebotssystem für Maßnahmen der Früherkennung und Frühförderung:

- die Sozialpädiatrischen Zentren,
- die Pädagogischen Frühförderstellen und
- die Interdisziplinären Beratungs- und Frühförderteams.

Für Kinder, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärztinnen und Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können, ist eine Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren möglich (§ 119 SGB V).

Die Pädagogischen Frühförderstellen, deren Finanzierung über die örtlichen Sozialhilfeträger erfolgt, sind in der Regel bei den örtlichen Lebenshilfevereinen angesiedelt. Sie arbeiten ausschließlich mit heilpädagogischen Kräften und bieten ambulante Maßnahmen der Frühförderung an.

Den interdisziplinären Beratungs- und Frühförderteams stellt das Land Niedersachsen im Rahmen freiwilliger Leistungen Haushaltsmittel für die 15 bestehenden Einrichtungen dieser Art zur Verfügung. Dabei fördert das Land mit einem Einmalbetrag die Einrichtung der Teams sowie darüber hinaus mit einem Betrag in Höhe von 74,13 Euro pro vorgestelltem Kind und Jahr die interdisziplinären Maßnahmen der Früherkennung und die Verlaufsbeobachtungen bei behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern. Die restlichen Maßnahmekosten teilen die örtlich zuständigen Sozialhilfeträger sowie die zuständigen Krankenkassen nach einer jeweils geschlossenen Vereinbarung untereinander auf. Träger der Teams sind die Landkreise sowie Träger der Freien Wohlfahrtspflege.

Zu II. Nr. 2:

Mit Blick auf Kinder wird derzeit keine Notwendigkeit gesehen, ergänzende niedrigschwellige Versorgungsangebote zu installieren. Dies schließt nicht einzelne Angebote zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Selbsthilfe aus.

So ist im Zeitraum von 1996 bis 1999 ein Modellprojekt „Preiswerte Ernährung“ in Kooperation der Arbeiterwohlfahrt Lüneburg, des Nds. Ministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten und des Nds. Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales im sozialen Brennpunkt Lüneburg-Kaltenmoor gefördert worden. Zielsetzung des Projektes war die Vermeidung von Ernährungsmängeln bei niedrigen Haushaltseinkommen mit dem Schwerpunkt der richtigen Ernährung von Kindern und Jugendlichen in dem sozialen Brennpunkt.

Die aus Landesmitteln geförderte Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. (LVG) organisiert seit 1996 den landesweiten Arbeitskreis „Armut und Gesundheit“ im Rahmen der Landesarmutskonferenz, in dem sich mehr als 40 Institutionen und Personen aus Niedersachsen zusammengeschlossen haben. Ziel ist es, die gesundheitlichen Folgen von Verarmungsprozessen sichtbar zu machen und Handlungsperspektiven für die Sozial- und Gesundheitspolitik sowie für die Versorgungspraxis und Sozialarbeit zu entwickeln. Außerdem soll der Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis verbessert und die Zusammenarbeit zwischen dem Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsbereich in Niedersachsen gefördert werden. Neben der gemeinsamen Diskussion neuer Forschungs- und Praxisprojekte zählen zu den Aktivitäten des Arbeitskreises die Organisation von Fachtagungen, Erhebungen zu verschiedenen Armutsthematiken und die Erstellung einer Projektdatenbank.

Die LVG hat niedersachsenweit Projekte erfasst, die Gesundheitsförderungsangebote für sozial benachteiligte Gruppen enthalten. Von den insgesamt 74 ermittelten Projekten richteten sich 30 % an die Zielgruppe Kinder und Jugendliche. Die Angebote reichen von Ernährungsangeboten über Suchtpräventionsangebote bis hin zu Früherkennungsangeboten einzelner Gesundheitsämter in sozial benachteiligten Stadtteilen. Details zu einzelnen Projekten sowie weitere, auf die Verbesserung der gesundheitlichen Lage benachteiligter Gruppen gerichtete Maßnahmen sind unter Frage II. Nr. 5 beschrieben.

Die Ärztekammer Niedersachsen hat im Jahr 1999 ein Projekt zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Hannover angestoßen, im Rahmen dessen an verschiedenen Orten ärztliche Sprechstunden abgehalten werden. Hier ist nicht bekannt, welcher Anteil von Straßenkindern und jungen Menschen ohne festen Wohnsitz dieses Angebot nutzt (spezielle Angebote s. Frage III. Nr. 8).

Über weitere Angebote in Zuständigkeit der örtlichen Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe hat die Landesregierung nur in Einzelfällen Kenntnis. Beispielhaft sind hier pädagogische Mittagstische in Anbindung an unterschiedliche Projekte oder spezielle Hortangebote für Kinder mit Unterversorgung im materiellen Bereich und in der Ernährung zu nennen (s. auch Frage II. Nr. 5).

Zu II. Nr. 3:

Die Landesregierung begrüßt ausdrücklich, dass in der Modellregion Hannover derzeit eine Machbarkeitsstudie durchgeführt wird, die die Hörfähigkeit Neugeborener durch qualitätsgesicherte akustische Messung überprüfen soll (Neugeborenen-Hörscreening). Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt durch die Medizinische Hochschule Hannover im Auftrag des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Ziel ist es, ein flächendeckendes Hörscreening in die Kinder-Richtlinien aufzunehmen. Die Kosten des bis Ende 2002 ausgelegten Projekts tragen die niedersächsischen Krankenkassen.

Bereits sehr frühzeitig gab es eine gemeinsame Erklärung der Beteiligten, das Neugeborenen-Hörscreening flächendeckend in ganz Niedersachsen einzuführen und auf eine Modellstudie zu verzichten. Das zeigt deutlich, dass der Zielansatz sozialpolitisch der richtige Weg war, im frühestmöglichen Stadium nach der Geburt bereits Hörstörungen zu erkennen, zu diagnostizieren und auch zu therapieren.

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen kann ein neues Untersuchungs- oder Behandlungsverfahren jedoch erst dann in den Leistungskatalog der GKV übernehmen, wenn es wissenschaftlich nachgewiesenermaßen zu positiven Ergebnissen führt. Deshalb ist die Modellstudie unverzichtbar.

Nach den bisherigen Erkenntnissen und Zwischenergebnissen wird das Verfahren von den begleitenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern überaus positiv bewertet. Bei ein bis zwei Kindern von 1 000 kann offenbar durch das neue Verfahren eine mittel- bis höhergradige Schwerhörigkeit früh erkannt und innerhalb der ersten sechs Monate eine Versorgung mit Hörhilfen vorgenommen werden.

Zu II. Nr. 4:

Zur Abklärung regionaler Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern lassen sich am besten die Schuleingangsuntersuchungen heranziehen, aus denen wesentliche Erkenntnisse zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen abzuleiten sind. Zusammen mit individuellen Empfehlungen und der Initiierung von Fördermaßnahmen ist hier eine Grundlage vorhanden, mittel- und langfristige Gesundheitsziele zu definieren.

Die Schuleingangsuntersuchungen werden in Niedersachsen nicht mehr in allen (wenn auch noch in den meisten) Städten und Landkreisen durchgeführt und systematisch dokumentiert. Dabei wird im Wesentlichen zwei Modellen gefolgt, dem so genannten Bielefelder Modell (im Regierungsbezirk Weser-Ems) und dem Schema SOPHIA. Den Kreisen ist es freigestellt, nach welchem Muster die Erhebung erfolgt. Die standardisierte Erhebung von Sozialdaten geschieht auf freiwilliger Basis und wird von ca. 80 % der Eltern wahrgenommen.

Bei den zur Verfügung stehenden Angaben aus den Schuleingangsuntersuchungen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede beim Gesundheitszustand zwischen Kindern aus den Landkreisen und Kindern aus den kreisfreien Städten (für Jugendliche kann allerdings auf keine vergleichbare Datenquelle zurückgegriffen werden). Hierfür sind beispielhaft die Daten aus dem Regierungsbezirk Weser-Ems ausgewertet und in der nächsten Tabelle dargestellt (Quelle: Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen Regierungsbezirk Weser-Ems). Für die übrigen Bezirke dürfen aber ähnliche Zahlen angenommen werden. Lediglich bei der Inanspruchnahme der U-Untersuchungen zeigt sich für Kinder aus den Landkreisen eine etwas höhere Inanspruchnahmerate.

Anteile der vorgestellten Kinder deutscher und ausländischer Herkunft mit vorgelegten und vollständig ausgefüllten Vorsorgeuntersuchungsheften; Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen im Regierungsbezirk Weser-Ems 1999

Kommune	Anteil an allen Kindern (%)		Anteil an Kindern deutscher Herkunft (%)		Anteil an Kindern ausländischer Herkunft (%)	
	vorgelegt	davon vollständig	vorgelegt	davon vollständig	vorgelegt	davon vollständig
Städte						
1994	79,4	60,8	80,3	63,6	34,2	23,8
1996	82,1	56,3	89,8	59,0	41,4	27,3
1998	85,0	65,7	91,6	70,3	55,7	31,5
1999	86,3	68,6	91,8	74,3	61,7	31,2
2000	87,2	71,5	92,2	75,6	63,4	43,0
Landkreise						
1994	80,9	64,0	88,4	65,2	19,3	20,7
1996	83,7	60,4	90,8	62,4	29,2	22,3
1998	87,8	70,2	92,2	73,3	52,8	27,0
1999	87,5	72,5	91,3	75,8	57,3	30,5
2000	87,9	72,8	91,2	76,2	60,5	30,3

Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Teilnahme an den gesetzlich im Kinderfrüherkennungsprogramm verankerten U-Untersuchungen und der Feststellung nicht abgeklärter bzw. unzureichend behandelter Befunde im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen. Bei Kindern ohne U9 wurde häufiger die ärztliche Abklärung eines Befundes

empfohlen als bei solchen mit U9 (s. folgende Tabelle mit Auswertung der nach SOPHIA durchgeführten Erhebung).

Anlässlich der Schuleingangsuntersuchung zur Abklärung empfohlene Befunde in Abhängigkeit von der Teilnahme an der U9 (Quelle: Auswertung der SOPHIA-Anwender)

Teilnahme an der U 9	Anzahl der Kinder	
	insgesamt (%)	davon mit mindestens einem zur Abklärung empfohlenen Befund (%)
U 9 wurde durchgeführt	22 237 (72,7)	4 674 (21,0)
U 9 wurde nicht durchgeführt	4 499 (14,7)	1 254 (27,9)
Kein Heft vorgelegt	3 856 (12,6)	1 139 (29,5)
gesamt	30 592 (100)	7 067 (23,1)

Zu II. Nr. 5:

Auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen gerichtete Projekte werden hier nicht vollzählig benannt, weil sie im Rahmen dieser Großen Anfrage spezifischen Fragestellungen zuzuordnen sind (z. B. Sucht, Rauchen, Prävention, Impfen, Ernährung, Allergien).

In Niedersachsen finden sich Projekte in vielfältiger Struktur und Trägerschaft. Sie werden teilweise vom Land initiiert und getragen, z. T. aber auch von der Landesregierung und/oder in Federführung nachgeordneter Behörden (z. B. Landesgesundheitsamt) ausgeführt, z. T. auch in eigener Aufgabenkompetenz (z. B. der kommunalen Gesundheitsämter). Viele werden von mit Landesmitteln unterstützten Trägern betrieben (Beispiel Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V., Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, Nds. Krebsgesellschaft). Nicht zu vernachlässigen sind auch solche Projekte, die beispielsweise dieselbe Thematik verfolgen, aber aus dem Bereich der Forschung oder der angewandten Sozialwissenschaften entstehen (z. B. Diplomarbeit zur Prävention von Hörschäden bei Schulkindern).

Projekte zum Thema „Soziale Benachteiligung und Gesundheit“

Die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. (LVG) hat einen Arbeitsschwerpunkt auf den Bereich „Soziale Lage und Gesundheit“ gelegt und sich zum Ziel gesetzt, die Fachöffentlichkeit für die Wechselwirkungen von Gesundheitsproblemen und sozialer Benachteiligung zu sensibilisieren. In den letzten Jahren führte sie verschiedene Veranstaltungen durch, auf denen gesundheitliche Folgen von Armut und sozialer Benachteiligung für Kinder und Jugendliche analysiert und Vorschläge zur Verbesserung ihrer gesundheitlichen Lage und zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit erarbeitet wurden. Außerdem wurde eine Wanderausstellung „Soziale Benachteiligung und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ konzipiert.

Diese Tagungen fanden großes Interesse in der Fachöffentlichkeit, waren sehr gut besucht und wurden z. T. dokumentiert:

- Die im Dunkeln sieht man nicht - Armut und Gesundheitsgefährdung von Kindern (Juni 1998)
- Aufwachsen in Armut - Soziale Lage und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Niedersachsen (November 1998)
- Sucht und Armut (Dezember 1999)
- Armut und Gesundheit - Praxisprojekte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich - initiieren - kooperieren - vernetzen (Juni 2000)
- „Suppenküchen im Schlaraffenland“ - Ernährung von Kindern und Armut (Juli 2000)

- „Merkt denn keiner was?“ Wie erleben Kinder Armut und wie gehen Schulen und andere Einrichtungen mit armen Kindern um? (Oktober 2001)
- Armut und Gewalt!!!? Wie können unterversorgte Kinder und Jugendliche in ihren Ressourcen gestärkt werden? (November 2001)

Der Arbeitskreis „Armut und Gesundheit“ bei der LVG mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus den Bereichen Kinder-/Jugendarbeit, Gemeinwesenarbeit, allgemeine Sozialarbeit und Wohlfahrtspflege kooperiert dazu mit maßgeblichen Anbietern in Niedersachsen bzw. dem Bundesgebiet. Im Arbeitskreis werden von Referentinnen und Referenten jeweils die neueren Forschungs- und Praxiserkenntnisse vorgestellt. Besondere Aufmerksamkeit erhalten die Themen „Schwer erreichbare Zielgruppen“ und „Zugangswege der Gesundheitsförderung zu sozial Benachteiligten“.

Die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen kooperiert außerdem mit dem Zentrum für angewandte Gesundheitsforschung (ZAG) der Fachhochschule Nordostniedersachsen und beteiligt sich an Forschungsprojekten, die sich mit dem Zusammenhang von Armut und Gesundheit befassen (Armut und Gesundheit - Bestandsaufnahme, Bewertung und Entwicklung von gesundheitsbezogenen Interventionsprojekten in Niedersachsen, Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, Förderkennzeichen: 1704299 2). Kinder und Jugendliche bildeten dabei einen Schwerpunkt des Forschungsinteresses.

Die LVG förderte landesweit sektorenübergreifende Kooperation durch die Vernetzung von Gesundheits- und Sozialbereich und legte eine Datenbank an, die Modellbeispiele, Kontaktadressen und andere wichtige Informationen zum Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit enthält. Die Ergebnisse wurden z. T. in einem Projektreader „Armut und Gesundheit“ veröffentlicht, der großes Interesse in der Fachöffentlichkeit fand und in erster Auflage bereits vergriffen ist. In diesem Projektreader sind wesentliche Projekte dokumentiert, die sich den Abbau ungleicher Gesundheitschancen und die Verbesserung des Gesundheitszustands von Kindern und Jugendlichen zum Ziel gesetzt haben.

Einige neuere Projekte, die bereits mit gutem Erfolg arbeiten, dort jedoch noch nicht verzeichnet sind, arbeiten ebenfalls an der Verknüpfung von Gesundheits- und Sozialbereich. Als Beispiel ist hier das Kooperationsprojekt „Gesunde Ernährung für männliche Jugendliche“ des ZAG der Fachhochschule NON zu nennen, das in verschiedenen Quartieren des Landkreises Harburg bzw. der Stadt Wilhelmshaven angesiedelt wurde und aufsuchend an Jugendtreffpunkten interveniert. Dieses Forschungsprojekt ist als Nachfolgeprojekt der vom Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung geförderten Studie „Armut und Gesundheit“ konzipiert und greift die entwickelten Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf.

Erfolgreich arbeiten auch die verschiedenen „Tafeln“, die sich die Ernährung von Kindern zum Ziel gesetzt haben. Dazu ist u. a. die Nordstädter Kindertafel der Lutherkirche zu zählen, die zweimal wöchentlich Kinder der Nordstadt (Hannover) mit einer warmen Mittagsmahlzeit versorgt. Die Lutherkirche kooperiert zur Versorgung der Kinder mit verschiedenen Einrichtungen im Stadtteil, u. a. mit der berufsbildenden Schule, deren Schülerinnen und Schüler das Essen zubereiten. Ähnlich ist auch die Wilhelmshavener Tafel konzipiert. Drei Schulen aus sozial benachteiligten Stadtteilen erhalten jeweils einmal die Woche warmes Essen für 25 Kinder. Als hemmend für einen weiteren Ausbau der Aktivitäten werten alle „Tafelprojekte“ den hohen bürokratischen Aufwand für die Versorgung.

Projekte zum Thema „Kindergarten/Schule“

- Multiplikatorenfortbildung - Gesundheitsförderung im Kindergarten, Tagesseminare in Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern
- Modellprojekt „Bewegung als Motor kindlicher Entwicklung“ in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt des Landkreises Schaumburg

- Praxisbüro gesunde Schule, Kontaktstelle zur Vermittlung von Informationen zwischen Schulen, Behörden, Organisationen; Materialien, Medien, Fortbildungen
- Projekt „Bewegte Schule“, Bewegung und Wahrnehmung für gesundheitsfördernde Persönlichkeitsentwicklung (1. bis 6. Schuljahr) zus. mit MK, s. Kapitel VI
- Projekt OPUS (Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit), 34 teilnehmende Schulen in Zusammenarbeit mit MK, NLI und Uni Lüneburg (s. Kapitel IV).

Projekte zum Thema „Mädchen“

- Das Netzwerk „Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen“, das vom Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. und dem Pro Familia Landesverband Niedersachsen getragen wird, führt regelmäßig Tagungen für Multiplikatorinnen durch, zuletzt im August 2001 in Lüneburg zum Thema Mädchen und Sport in Kooperation mit der Sportjugend Niedersachsen und der Bezirksregierung Lüneburg. Auf der Tagung wurde eine Checkliste für Mädchenarbeit im Verein entwickelt.
- An weiteren dezentralen Veranstaltungen ist beispielhaft die Veranstaltung für PlanungsfachFrauen „Platz da - Mädchen eignen sich öffentliche Räume an. Bewegungsangebote können dazu beitragen!“ von der Sportjugend Niedersachsen und der Frauenbeauftragten in Wunstorf im Mai 2001 zu nennen.

Sonstige Projekte

- Zur Prävention von Hautkrebs (Melanomprävention) im Kindesalter ist die Aktion „Kinder und Sonne“ zu nennen (Stadt Oldenburg, Kindertagesstätten, Schulen, Universität Oldenburg, Gesundheitsamt, Kliniken, Krankenkassen, Hautärzte, Nds. Krebsgesellschaft), ebenfalls ein Projekt der Universität Göttingen zur standardisierten Diagnostik von Pigmentflecken in 1999 und 2000 (Eigenmittel der Nds. Krebsgesellschaft).
- Der Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ für Kinderarztpraxen wurde zusammen mit der Landesvereinigung, dem MFAS, der Ärztekammer Niedersachsen, der Techniker-Krankenkasse und anderen Verantwortlichen überarbeitet und im Jahr 2000 neu aufgelegt. Die Diskussion um Vernachlässigung und um die schwierige Lage in „Multiproblemfamilien“ wurde dadurch neu angestoßen. Der Leitfaden wird auf regionalen Fortbildungsveranstaltungen vorgestellt. Ziel ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Früherkennung und adäquaten Beratung und Behandlung der Kinder (auch benannt bei Frage X. Nr. 4).
- Fachtagungen der LVG zum Thema „Ressourcen und Ressourcenstärkung von Kindern und Jugendlichen“
- Initiative des MFAS für schwerstkranke Kinder und deren Eltern; Runder Tisch für die Versorgung schwerstkranker Kinder und deren Angehöriger
- Nds. Impfforum zur Aktivierung der Schutzimpfungen (NIAS beim NLGA)
- Schwerpunkt-Projekt „Kinder und HIV/AIDS“ der Hildesheimer AIDS-Hilfe
- Projekt zur Erfassung und Prävention von Kinderunfällen an der Städtischen Klinik Delmenhorst (s. Kapitel XI.)
- Arbeitskreis zur Schulgesundheit bei der Ärztekammer Niedersachsen.

Zu II. Nr. 6:

Die Landesregierung misst der validen und zeitnahen Dokumentation von Gesundheitsdaten eine übergeordnete Bedeutung bei. Seit dem Jahr 2000 besteht deshalb die auf Initiative des MFAS für die Neuordnung der Gesundheitsberichterstattung (GBE) auf Landesebene eingesetzte Arbeitsgruppe.

Ziel der Gesundheitsberichterstattung ist es, schrittweise ein Berichtssystem aufzubauen, das seinen Nutzern an zentraler Stelle einen umfassenden Überblick über das Gesundheitswesen bietet. Die gesammelten Informationen sollen dabei so aufbereitet werden, dass medizinische, soziale und ökonomische Sachverhalte themenübergreifend in einen Zusammenhang gesetzt und beurteilt werden können. Daher werden nicht nur Daten zu Morbidität und Mortalität berichtet, sondern auch Zahlen zur Inanspruchnahme von Leistungen, Daten zu vorhandenen Strukturen und soziodemographische Daten.

Als ein erster Spezialbericht wird ein Bericht über die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen erstellt. Es ist vorgesehen, das Material zu den wichtigsten inhaltlichen Schwerpunkten des Berichts in größeren Zeitabständen zu aktualisieren.

III. Gesundheitsförderung und Prävention

Zu III. Nr. 1:

Der Anteil der Kinder, die die vorgesehenen U-Untersuchungen wahrnehmen, steigt. Insbesondere die frühen U-Untersuchungen im Neugeborenen- und Säuglingsalter werden bei Kindern deutscher Herkunft zu über 90 % durchgeführt (von denen, für die das Vorsorgeheft vorgelegt wurde).

Bei den Kindern ausländischer Herkunft ist ebenfalls eine steigende Inanspruchnahme zu verzeichnen. Wie sich aus der folgenden Tabelle ergibt, ist sie bei den Kindern, für die das Untersuchungsheft vorlag, zwischen 10 % und 20 % niedriger als bei Kindern deutscher Herkunft. In der Regel legen über 25 % der Kinder ausländischer Herkunft kein Untersuchungsheft bei den Schuleingangsuntersuchungen vor.

Für die inzwischen eingeführte J1-Untersuchung liegen noch keine vergleichbaren Daten vor (s. auch Antwort zu Frage III. Nr. 2).

Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern deutscher und ausländischer Herkunft; Quelle: Schuleingangsuntersuchungen Reg.-Bezirk Weser-Ems

Früherkennungsuntersuchung	Kinder deutscher Herkunft mit erfolgter Untersuchung (in % von allen Kindern der Gruppe)				Kinder ausländischer Herkunft mit erfolgter Untersuchung (in % von allen Kindern der Gruppe)			
	Anteil von allen Kindern		Anteil bei Kindern mit Vorsorgeheft		Anteil von allen Kindern		Anteil bei Kindern mit Vorsorgeheft	
	1998	2000	1998	2000	1998	2000	1998	2000
U 1	91,5	90,7	99,4	99,1	45,4	53,6	81,7	87,1
U 2	91,2	90,5	99,0	98,9	44,9	52,9	80,8	86,0
U 3	90,6	89,9	98,4	98,2	42,1	50,3	75,7	81,8
U 4	90,3	89,4	98,1	97,7	41,2	49,7	74,1	80,7
U 5	89,6	88,6	97,3	96,8	38,8	46,5	69,8	75,6
U 6	89,3	88,5	97,0	96,6	37,3	44,4	67,0	72,0
U 7	87,3	87,0	94,8	95,0	37,0	42,5	66,6	69,1
U 8	82,2	82,3	89,3	89,9	35,2	40,1	63,2	65,0
U 9	73,2	76,1	79,6	83,1	31,4	39,6	56,5	64,2

Zu III. Nr. 2:

Der Landesregierung liegen keine Daten über Krankheiten vor, die im Rahmen der U-Untersuchungen U1-J1 festgestellt wurden. Die Untersuchungsbögen werden beim Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland in Köln gesammelt. Nach Auskunft des Instituts liegt keine aktuelle Auswertung vor.

Für das Screening auf Stoffwechsel- und Hormonstörungen lässt sich zumindest für die Häufigkeit der angeborenen Schilddrüsenunterfunktion eine Zahl nennen: 1 von 4 000 Kindern ist betroffen. Durch das Screening werden in Niedersachsen durchschnittlich 18 Kinder pro Jahr vor Kretinismus bewahrt.

Zu III. Nr. 3:

Umfangreiche Untersuchungen belegen, dass die regelmäßige Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen mit hohem sozialem Status korreliert. Kinder von Facharbeiterinnen und Facharbeitern, freiberuflich Tätigen und höher Qualifizierten nehmen sowohl das Angebot von Vorsorgeuntersuchungen als auch Impfungen weitaus häufiger wahr als Kinder aus sozial schwächeren Familien. Auch Gesundheitsberichte anderer Länder (Hamburg, Brandenburg) bestätigen diese Feststellungen.

Problematisch ist dabei die Definition der Parameter, die die soziale Lage hinreichend beschreiben sowie die Erfragung derselben. Auch im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen in Niedersachsen werden zur Erfassung der sozialen Lage die Herkunft/Nationalität sowie der Bildungs-/Ausbildungsgrad der Eltern erfragt.

Auch in der nach Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen nach dem SOPHIA-Modell erstellten Tabelle zeigt sich, dass die Nicht-Inanspruchnahme der U 9 ebenso wie die Häufigkeit der abzuklärenden Befunde in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Bildungsgrad der Eltern steht.

Durchführung der U 9 nach Bildungsgrad (gewichteter Sozialgradient über Schulbildung und Berufsausbildung der Eltern gebildet, ähnlich HOLLINGSHEAD) und abklärungsbedürftige Befunde; Quelle: Schuleingangsuntersuchungen SOPHIA-Anwendergemeinschaft 2000

Bildungsgrad	Anzahl insgesamt (%)	Kinder mit mind. einem abklärungsbedürftigen Befund „A“ (ohne Adipositas) (%)	U 9		
			Durchgeführt absolut (%)	Nicht durchgeführt absolut (%)	Kein Heft vorgelegt absolut (%)
Niedrig	6 779 (27,4)	1 953 (28,8)	4 201 (62,0)	1 419 (20,9)	1 159 (17,1)
Mittel	13 195 (53,3)	2 830 (21,4)	10 714 (81,2)	1 603 (12,1)	878 (6,7)
Hoch	4 796 (19,4)	861 (18,0)	3 949 (82,3)	525 (10,9)	322 (6,7)
Gesamt	24 770 (100)	5 644 (22,8)	18 864 (76,2)	3 547 (14,3)	2 359 (9,5)

Zu III. Nr. 4:

Wie bei III. Nr. 1 ausgeführt, ist die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen von Kindern (U1 bis U9) stetig gestiegen (s. Frage III. Nr. 1) und liegt bei den frühen Untersuchungen U1 bis U3 bei nahezu 100 %. Lückenhaft ist später aber die Teilnahme besonders an der U8 (im Alter von 3½ bis 4 Jahren), der U9 (mit 5 bis 5½ Jahren) und vermutlich auch an der J1 (mit 13 bis 15 Jahren).

Eltern werden über die Untersuchungsangebote des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder durch die Ärztinnen und Ärzte sowie durch Krankenkassen sehr gut aufgeklärt und entsprechend motiviert. In den Vertragsarztpraxen werden die Patientinnen und Patienten auf die Früherkennungsuntersuchungen zudem durch Aushänge, Informationsschriften, aber auch durch direkte Ansprache informiert. Nach Auffassung der Landesregierung können ausschließlich gezielte Aufklärungskampagnen dazu beitragen, den dennoch bestehenden Motivations- bzw. Umsetzungs-Defiziten bei den Eltern zu begegnen.

Zu III. Nr. 5:

Die Grundimmunisierung der Kinder in Niedersachsen mit denen von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STIKO) generell für alle im Säuglings- und Kleinkindesalter empfohlenen Impfungen ist als gut zu bezeichnen. Während sie in der Regel bei 80 bis 95 % liegt, ist sie vor allem bei Kindern ausländischer Herkunft in vielen niedersächsischen Kommunen deutlich schlechter.

Gesondert zu betrachten ist dabei sowohl für Kinder deutscher als auch ausländischer Herkunft allerdings die Impfung gegen Hepatitis B, weil diese als generelle Impfung für Kinder und Jugendliche erst ab 1995 von der STIKO empfohlen wurde und deshalb noch bei vielen Jugendlichen durchgeführt werden muss. Während die Impfquote gegen Hepatitis B bei kleinen Kindern bereits bei über 40 % liegt, verfügen über diesen Schutz gegen die wichtigste sexuell übertragbare Erkrankung bei den 12- bis 13-Jährigen lediglich 20 bis 30 %.

Bei allen Kindern und Jugendlichen in Niedersachsen ist die Situation bei den dringend erforderlichen Auffrischimpfungen noch unbefriedigend. Lediglich 30 bis 50 % weisen diese notwendigen Wiederholungsimpfungen vor.

In der nachstehenden Tabelle sind die Werte aus einer Auswertung aus dem Jahr 2000 dargestellt. Von 80 914 Kindern hatten 89,6 % bei der Schuleingangsuntersuchung einen Impfausweis vorgelegt. In der Tabelle sind jeweils zwei Prozentwerte angegeben. In der ersten Spalte wurde der Anteil der grundimmunisierten Kinder in Bezug zu allen untersuchten Kindern gesetzt, unabhängig davon, ob sie den Impfausweis vorgelegt hatten oder nicht. Dieser Wert stellt den untersten Grenzwert dar, da auch die Kinder als nicht geimpft zählen, die den Impfausweis nur zur Untersuchung vergessen hatten. Die zweite Spalte „bezogen auf alle Kinder mit Impfausweis“ zeigt diese Berechnung nur unter Bezug auf die Kinder mit Impfausweis.

Durchimpfungsquoten für öffentlich empfohlene Impfungen von Kindern im Einschulungsalter in Niedersachsen (Untersuchungsjahrgang 2000)

Impfung gegen:	Anteil der Kinder mit ausreichender Grundimmunisierung bezogen auf alle untersuchten Kinder (in %)	Anteil der Kinder mit ausreichender Grundimmunisierung bezogen auf alle untersuchten Kinder mit Impfausweis (in %)
Poliomyelitis	85,4	95,2
Tetanus	85,0	94,9
Diphtherie	84,9	94,7
Röteln	73,1	81,6
Masern	80,9	90,3
Mumps	80,4	89,8
Pertussis	73,1	81,6
Hib	77,3	86,3
Hepatitis B	43,9	49,0

Verantwortlich für die Propagierung von Impfungen sind die kommunalen Gesundheitsämter. Diese kontrollieren z. B. bei den Schuleingangsuntersuchungen und bei Besuchen in der Orientierungsstufe die Impfpässe, weisen auf fehlende Impfungen hin und raten zur Durchführung dieser fehlenden Impfungen. Vereinzelt übernehmen auch Kommunen die Kosten für noch fehlende Impfungen.

Die Gesundheitsämter führen Impfaufklärungen in den 4. oder 5. Klassen durch. Im Landkreis Hildesheim haben z. B. im Jahr 2001 aufgrund der bemerkenswert großen Impflücken erstmalig in Niedersachsen niedergelassene Kinderärztinnen und Kinderärzte gemeinsam mit den Ärztinnen und Ärzten des ÖGD nach Erhebung des Impfstatus die erforderlichen Impfungen vor Ort angeboten. In der Region Hannover wurde modellhaft für Niedersachsen in Zusammenarbeit mit den Primärkassen von 1997 bis 2000 eine Impf- und Aufklärungsaktion für Hepatitis B in allen siebten Klassen der Stadt Hannover

durchgeführt. Diese Aktion hat zu einer deutlichen Steigerung der Durchimpfungsrate geführt.

Gemeinsam mit 24 kommunalen Gesundheitsämtern führt das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) seit drei Jahren eine Evaluation dieser Motivationsarbeit der Gesundheitsämter in den Orientierungsstufen durch. Dabei zeigt sich, dass durch intensive Kooperation mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie mit der Elternschaft eine erhebliche Steigerung der Impffzahlen bei Jugendlichen zu erreichen ist.

Um die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die Impfungen durchführen dürfen, zu steigern und um die Motivationsarbeit in den Arztpraxen zu verbessern, führt das NLGA seit 1999 gemeinsam mit der Ärztekammer Niedersachsen jährlich mehrere zwei- bis dreitägige Impfkurse sowohl für die Ärzteschaft als auch für Arzthelferinnen durch.

Das Niedersächsische Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales hat im September 2001 das Niedersächsische Impfforum eingerichtet, an dem neben der Ärzteschaft und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zahlreiche gesellschaftlich relevante Gruppen teilnehmen (z. B. Deutscher Gewerkschaftsbund, Krankenkassen, evangelische und katholische Kirche, Landeselternrat). Für dieses Impfforum wurde beim NLGA eine Geschäftsstelle eingerichtet, die abgestimmte Vorschläge erarbeitet, wie die Impfbeteiligung bei Kindern und Jugendlichen insgesamt - vor allem aber auch in den sozial benachteiligten Gruppen und bei Migrantinnen und Migranten - verbessert werden kann.

Zu III. Nr. 6:

Das Frauengesundheitszentrum Göttingen, der Verein für Frauentherapie und Gesundheit „Amanda“, Hannover, und die beiden Frauentherapiezentren in Göttingen und Oldenburg richten ihre Angebote ausschließlich an Mädchen und Frauen. Die Arbeit zielt auf qualifizierte Orientierungs- und Entscheidungshilfen für die Frauen bei der Einschätzung ihres Gesundheitszustandes und den zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten. Die Einrichtungen bieten eine Vielfalt von Beratungsmöglichkeiten und Informationsveranstaltungen auch zu einzelnen aktuellen Themen an. Speziell für Mädchen werden u. a. Mädchensprechstunden und Mädchengesundheitstage angeboten. Die Frauentherapiezentren leisten darüber hinaus therapeutische Beratungsarbeit. Dabei geht es um gesundheitliche Prävention und um ein niedrigschwelliges Angebot bei „seelischen Erkrankungen“ und „psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen“.

Die Landesregierung fördert nach der Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen für Frauenprojekte (RdErl. d. MFAS v. 30.11.1998 – 203-38051/1 –) verschiedene Projekte für Mädchen und junge Frauen, z. B. von Frauenbeauftragten oder Vereinen durchgeführte Informationsveranstaltungen, Vortragsreihen oder Aktionswochen und Veröffentlichungen ebenso wie längerfristige Arbeitsbündnisse zum Thema Frauengesundheit auf kommunaler Ebene.

Das Land Niedersachsen fördert seit einigen Jahren drei sexualpädagogische Arbeitskreise, die mit unterschiedlichen Schwerpunkten Aufklärungs- und Gruppenarbeit, insbesondere für Mädchen und junge Frauen, sowie Schulungen von pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Einrichtungen der Jugendhilfe etc. durchführen. Die Arbeitskreise sind beim Frauengesundheitszentrum in Göttingen, beim Landesverband Nds. PRO FAMILIA in Hannover sowie beim Diakonieverband der ev.-luth. Kirchenkreise Lüneburg und Bleckede angesiedelt.

Die Sportjugend Niedersachsen ist bestrebt, die Beteiligung von Mädchen im Sport zu erhöhen und spezifische Mädchenangebote zu machen. Im Judo-, Wendo- und Tischtennisbereich hat sich die Mädchenarbeit bereits in Niedersachsen etabliert. In der offenen Jugendarbeit werden verstärkt Mädchenprojekte mit Bewegungsangeboten initiiert.

Die regional unterschiedlich verteilten Schwerpunkte der Angebote für Mädchen und Frauen sind Beratung für Mädchen, Aktivitäten zu den Bereichen Körpererleben und Schönheitsideale, Prävention von Essstörungen mit Mädchen, Eltern, Lehrkräften, Sexu-

alpädagogik in/mit Schulen, Gruppen für junge Mütter, Selbstbehauptungstrainings, Mädchenarbeitskreise.

Zu III. Nr. 7:

Ausländischen Staatsangehörigen und ihren Familien stehen grundsätzlich alle staatlichen und privaten Einrichtungen des Gesundheitswesens offen. Soweit sie berufstätig sind, unterliegen sie der Krankenversicherungspflicht. Flüchtlinge erhalten Leistungen zur Gesundheitsversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz oder dem Bundessozialhilfegesetz. Keine Leistungen erhalten lediglich illegal eingereiste Flüchtlinge.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben einen Katalog mit den „Gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien der Spitzenverbände zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000“ vorgelegt. In der Präambel heißt es: „Um der Intention des Gesetzgebers, sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern, gerecht zu werden, sind Leistungen der primären Prävention auf die entsprechenden Zielgruppen auszurichten. Unter Berücksichtigung des erschwerten Zugangs zu diesen Zielgruppen sind spezifische und niedrig-schwellige Zugangswege auszuloten und zu erproben.“ Die Vorhaltung von Präventionsangeboten - auch für ausländische Bürgerinnen und Bürger in Niedersachsen - erfolgt nach Darstellung der KVN auf der Basis dieses Katalogs.

Migrantinnen und Migranten haben aufgrund von Sprachschwierigkeiten und Informationsdefiziten häufig einen erschwerten Zugang zu den gesundheitlichen Diensten. Krankenkassen setzen teilweise Dolmetscher ein, um die den ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern zustehenden Leistungen mit einer geringeren Hemmschwelle für die Inanspruchnahme zu versehen.

Die Schwierigkeiten zeigen sich insbesondere auch im Bereich der Prävention und Rehabilitation. Die Beratung und Behandlung von ausländischen Kindern und Jugendlichen wird häufig durch Unkenntnis über Vorsorgemaßnahmen oder langwierige Diagnostik erschwert, da den Eltern aus der Heimat diese Maßnahmen in der Regel nicht bekannt sind. Hier setzt ein vom Land gefördertes Projekt beim Ethnomedizinischen Zentrum in Hannover an. Das Zentrum vermittelt Migrantinnen und Migranten als Sprach- und Kulturmittler mit spezifischen Kenntnissen im gesundheitlichen Bereich und führt Fachtagungen und Fortbildungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Regeldienste durch.

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen berichtet, dass zum Teil in Praxen in Regionen mit erhöhtem Ausländeranteil auch ausländische Arzthelferinnen beschäftigt werden, um die Kommunikation und die Akzeptanz der Leistungen zu verbessern.

Seit dem 01.04.2000 fördert Niedersachsen ein Projekt bei der Arbeiterwohlfahrt (Kreisverband Hannover-Stadt) zur „mobilen psychosozialen Hilfe für Flüchtlingskinder und -jugendliche“. Ziel des Projektes ist die psychosoziale und therapeutische Unterstützung von schwer traumatisierten Flüchtlingskindern und -jugendlichen sowie die Beratung der Eltern bei auftretenden Erziehungsschwierigkeiten. Das Projekt wurde in den Jahren 2000/2001 mit 22 497/24 542 Euro gefördert; dies soll im Jahr 2002 fortgesetzt werden. Im Juni 2001 wurde in Zusammenarbeit mit der Arbeiterwohlfahrt Hannover und dem Beratungszentrum „Refugium“ der Arbeiterwohlfahrt Stade mit Unterstützung aus Landesmitteln eine Fachtagung zum Thema „Trauma“ durchgeführt. Das Büro der Ausländerbeauftragten bereitet die Veröffentlichung der Dokumentation vor.

Zu III. Nr. 8:

Nach bisherigen Erkenntnissen tritt das Phänomen der Straßenkinder ausschließlich in Großstädten auf, sodass hier auf die Erfahrungen der Einrichtung für Straßenkinder „bed by night“ in Hannover beispielhaft zurückgegriffen werden kann. Die in dieser Einrichtung betreuten Straßenkinder, zu denen auch Jugendliche und in Einzelfällen junge Volljährige zählen, können alle ärztlich versorgt werden, auch wenn sie in den ersten Tagen anonym aufgenommen werden.

Die jungen Menschen legen dort der behandelnden Ärztin oder dem Arzt ihre Krankenversichertenkarte vor. Hierbei können sie (gegenüber der Einrichtung) anonym bleiben, da das Personal der Einrichtung nicht zwangsläufig die Versichertenkarte zu sehen bekommt. Klientinnen und Klienten, die anonym ohne Versichertenkarte aufgenommen werden, können innerhalb der ersten drei Tage mit Kostenübernahme des Amtes für Jugend und Familie eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen, ohne dem Amt gegenüber einen Namen nennen zu müssen.

Grundsätzlich sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung „bed by night“ bemüht, jede Klientin und jeden Klienten einer Ärztin oder einem Arzt vorzustellen. Dies scheitert aber häufig daran, dass sich die jungen Menschen verweigern. Keiner der Betreuten wird gegen seinen Willen ärztlich untersucht, es sei denn, es besteht die Einschätzung, dass Gefahr im Verzuge ist. Aus pädagogischen Überlegungen wird in Hannover keine Sprechstunde vor Ort in der Einrichtung angeboten. Die Klientinnen und Klienten sollen angehalten werden, selbst tätig zu werden, wenn ärztliche Hilfe notwendig wird.

Es bestehen weitere Initiativen für den Gesamt-Personenkreis der Wohnungslosen, deren Angebote Kindern und Jugendlichen offen stehen, wenn sie sich auch nicht spezifisch an diesen Personenkreis richten:

- Treffpunkte für Wohnungslose werden vom Mobil der Caritas regelmäßig angefahren.
- Das Diakonische Werk - Stadtverband für Innere Mission in Hannover e. V. - hält im Innenstadtbereich von Hannover den Kontaktladen „Mecki“ als niedrigschwelliges Angebot der Straßensozialarbeit vor, an dessen Finanzierung sich das Land beteiligt. Neben der Bereitstellung einer medizinischen Grundversorgung unter ärztlicher Beteiligung werden auch weiter gehende medizinische Hilfsangebote wie Gesundheitsvorsorge, Hygieneberatung und eine Vermittlung in das System der medizinischen Regelversorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und durch Krankenhäuser angeboten. Eine Einbindung zahnärztlicher Versorgung ist vorgesehen.
- In gleicher Trägerschaft wird in Hannover die Krankenwohnung „Die KuRve“ (Dienstleistung bei Krankheit und Regeneration - medizinische Versorgung Wohnungsloser) betrieben. In der Krankenwohnung werden so genannte Obdachlose bei Vorliegen einer entsprechenden ärztlichen Verordnung medizinisch, psychosozial und pflegerisch betreut.

In Hannover bieten die städtische Straßensozialarbeit des Jugendamtes (Jugendschutz) und der Gesundheitsladen Nordstadt Kindern und Jugendlichen niedrigschwellige Hilfe und Beratung im Rahmen der Straßensozialarbeit an. Ebenfalls in Hannover bemüht sich die Hannoversche Initiative obdachloser Bürger e. V. (HIoB) um die Verbesserung der Verpflegung hungernder Kinder.

Zu III. Nr. 9:

Die Landesregierung begrüßt nachdrücklich, dass der Weltärztebund mit der Deklaration von Ottawa zum „Recht des Kindes auf gesundheitliche Versorgung“ vom Oktober 1998 die spezifischen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen herausstellt.

Sie ist jedoch der Auffassung, dass sich diese Forderung nicht in vollem Umfang umsetzen lässt (diese Bedenken teilen auch die Landes- und Bundesärztekammer). Denn die Umsetzung der Globalforderung erscheint allein schon unter finanziellen und planerischen Gesichtspunkten nicht realistisch. Zu prüfen ist auch, ob die aufgestellten Grundsätze tatsächlich aus medizinischer Sicht in dem genannten Ausmaß indiziert sind.

IV. Aktivitäten von ÖGD und Kassen

Zu IV. Nrn. 1 und 2:

Eine spezifiziertere Darstellung, in welchem Umfang die Krankenkassen in Niedersachsen Geld im Rahmen von § 20 SGB V für Prävention und Selbsthilfegruppen für Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern zur Verfügung stellen, ist den Krankenkassen mangels geeigneter Datenbasen nicht möglich. Die Krankenkassen sollen gemäß § 20 Abs. 3 SGB V je Versicherten 2,56 Euro für Primärprävention und Gesundheitsförderung ausgeben. Zur Förderung der Selbsthilfe sollen nochmals je Versicherten 0,51 Euro aufgewendet werden (§ 20 Abs. 4 SGB V).

Eine differenzierte Auflistung der geförderten Selbsthilfegruppen ist aufgrund der Vielfalt der geförderten Institutionen nicht möglich. Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen haben in den gemeinsamen und einheitlichen Grundsätzen zur Förderung der Selbsthilfe nach § 20 Abs. 4 SGB V vom 10.03.2000 ein Verzeichnis über die im Zusammenhang mit einer Förderung relevanten Krankheitsbilder erstellt.

Besteht für Projekte oder andere schulische Vorhaben ein Förderbedarf, können sich Schulen u. a. auch an (örtliche) Niederlassungen von Krankenkassen mit der Bitte um finanzielle Unterstützung wenden. Neben Einzelvorhaben wurden auf diese Weise Maßnahmen im Zusammenhang mit der Weiterführung des beendeten Bund-Länder-Kommissions-Programms OPUS (Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit, s. auch Kapitel II und III) und der europäische Wettbewerb schulischer Nichtraucherförderung „Be smart Don't start“ gefördert (s. auch Frage VIII. Nr. 5).

Die Krankenkassen sind beteiligt an gesundheitlichen Maßnahmen in Kindergärten, z. B. an Angeboten zur Jugendzahnpflege (s. auch Fragen zu IV. Nrn. 5 und 6)

Zu IV. Nrn. 3 und 4:

Die Landesregierung befürwortet seit Jahren ein koordiniertes, vernetztes Zusammenwirken in nichtstaatlichen und selbst organisierten Verbänden und Initiativen. Arbeitskreise und Netzwerke sind ein geeignetes Instrument, um auf lokaler und regionaler Ebene Kooperationsstrukturen zu unterstützen und die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen zur Zusammenarbeit zu bewegen. In Niedersachsen wird die Bezeichnung „Präventionsräte“ im engeren Sinne für die kriminalpräventiven Arbeitskreise verwendet, sodass im Folgenden der Begriff sinngemäß auch durch „Arbeitskreise“, „Kooperationsstrukturen“ oder „Netzwerke“ ersetzt wird. Ziele regionaler Arbeitskreise sind:

- den intersektoralen und multidisziplinären Austausch zu fördern,
- mehr Transparenz über die Angebotsstruktur vor Ort herzustellen,
- bestehende Angebote besser zu verzahnen,
- Versorgungslücken sichtbar zu machen,
- Ressourcen gemeinsam zu nutzen,
- Konkurrenzen abzubauen und
- gemeinsame Projekte zu initiieren.

Die Erfahrungen aus dem mit Landesmitteln von 1991 bis 1997 geförderten Projekt „Arbeitskreise Gesundheit“, das von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. koordiniert wurde, haben gezeigt, dass eine Einbindung der örtlichen Gesundheitsämter sowie feste Koordinationsstrukturen maßgeblich zum Gelingen der Arbeitskreise beitragen.

Im Rahmen dieses Projektes wurden in rund 20 Kommunen Niedersachsens kommunale Arbeitskreise eingerichtet bzw. initiiert. Die Koordination lag überwiegend bei den örtlichen Gesundheitsämtern. Die regional unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkte bezogen sich u. a. auf die Bereiche Gesundheitsförderung (z. B. Cloppenburg), Suchtprävention

(z. B. Arbeitskreis Sucht in Salzgitter), Frauengesundheit (z. B. Koordinierungsgruppe Frauen und Gesundheit in Aurich) und Selbsthilfe (z. B. KIBIS/KISS in Hannover). Ein Teil dieser Arbeitskreise ist auch nach Ablauf der Projektphase heute noch aktiv (z. B. Gesundheitsplenum Göttingen, Arbeitskreis Gesundheit Wilhelmshaven).

Seit 1995 besteht das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen, das von der Landesvereinigung für Gesundheit e. V., dem Pro Familia Landesverband Niedersachsen e. V. und dem MFAS getragen wird. Es vertritt die Interessen der Nutzerinnen und Beschäftigten des Gesundheitswesens und setzt sich für eine geschlechtsdifferenzierte Gesundheitsförderung und Gesundheitspolitik ein. Es ist in zahlreichen Gemeinden/Landkreisen etabliert und wirkt mit öffentlichen Veranstaltungen und weiteren Serviceleistungen darauf hin, Frauen- und Mädchengesundheitsförderung im kommunalen Bereich zu verankern.

Einer vom Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen durchgeführten Umfrage zufolge sind auf kommunaler Ebene zahlreiche Runde Tische, Arbeitskreise oder andere verbindliche Arbeitsbündnisse zum Thema „Frauen/Mädchen und Gesundheit“ entstanden. Beispielhaft sind die Landkreise Ammerland, Diepholz, Gifhorn, Hameln-Pyrmont, Helmstedt, Lüneburg, Leer sowie die Region Hannover zu nennen. Das Netzwerk führt zurzeit eine Befragung aller Landkreis-Frauenbeauftragten und der Netzwerkmitgliedsfrauen zu Strukturen in diesem Bereich (Arbeitskreise, Foren, lokale Netzwerke) durch.

Die Empfehlung des Deutschen Städtetages von 1998 an die Kommunen, auf kommunaler Ebene Fachgremien in Form von Arbeitskreisen, Foren oder Runden Tischen zum Thema „Frauen und Gesundheit“ zu bilden, wird ausdrücklich unterstützt.

Zum Schwerpunkt „Gewalt gegen Kinder“ gibt es nach einer umfangreichen Adressenrecherche der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. in den Jahren 1998 und 2000 in folgenden Kommunen Präventionsräte bzw. regionale Arbeitskreise:

- Präventionsrat im Harlingerland e. V.
- Präventionsrat Salzgitter gegen Gewalt und Kriminalität
- Präventionsrat Garbsen - Arbeitskreis „Gewalt in der Familie“
- Arbeitskreis Gewaltprävention, Braunschweig
- Arbeitskreis gegen „Sexuelle Gewalt gegen Kinder“, Vechta

Im Bereich der Versorgung psychisch kranker Menschen sind ebenfalls vernetzte Strukturen etabliert. In allen Kommunen bestehen aufgrund der gesetzlichen Vorgaben sozialpsychiatrische Verbände.

Zu IV. Nrn. 5 und 6:

Angebote für und in Kindergärten

Gesundheitsförderung für Kinder in den Kindertagesstätten - insbesondere in Brennpunktgebieten - erfüllt einen wichtigen sozialpädiatrischen Auftrag. Das MFAS hat ein aktuelles Konzept zur Weiterentwicklung und Qualitätssteigerung von Bildung und Erziehung in Kindertageseinrichtungen erarbeitet, das sich zwar nicht speziell auf gesundheitliche Aspekte richtet, aber im ganzheitlichen Verständnis von Gesundheitsförderung positive Impulse setzen wird.

Im Hinblick auf die Förderung der Chancengleichheit ist die Erkennung und Abwendung drohender Behinderungen oder gesundheitlicher Defizite so früh wie möglich erforderlich, um Kinder noch weit vor der Einschulung den notwendigen Fördermaßnahmen zuzuführen. Die Aufgabe erfordert Erfahrung und nicht zuletzt medizinische und psychosoziale Kompetenz bezüglich der Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen, um die sich die kinder- und jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter/Fachbereiche Gesundheit gemeinsam bemühen.

Im Kindergarten kann z. B. ein Bewegungsmangel frühzeitig ausgeglichen und sowohl Kindern als auch Erzieherinnen und Erziehern ein gesundheitsförderlicher Lebens- und Arbeitsraum geschaffen werden. Es bietet sich an, Gesundheitsförderung als einen wesentlichen Schwerpunkt in die vorhandenen pädagogischen Konzepte zu integrieren.

Mit Hilfe von Fortbildungen, Seminaren und Fachtagungen gibt die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. Erzieherinnen und Erziehern die Möglichkeit, sich mit Fragen und Beispielen zur Gesundheitserziehung und -förderung im Elementarbereich auseinander zu setzen. Dazu gehören auch neue Forschungsergebnisse und Handlungsmöglichkeiten sowie Chancen und Grenzen der traditionellen Gesundheitspädagogik.

Die angebotenen Veranstaltungen werden landesweit zielgruppenorientiert und in enger Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern, der Heimvolkshochschule Stephansstift, dem Pro Familia Landesverband Niedersachsen, dem Landesjugendamt und anderen örtlichen Einrichtungen durchgeführt. Veranstaltungsschwerpunkte sind Wahrnehmungsförderung, Bewegungserziehung, Psychomotorik und Sexualerziehung. Im Jahr 2002 wird u. a. eine niedersächsische Fachtagung zur „Ernährung im Kindergarten“ in Kooperation mit den genannten Einrichtungen und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. stattfinden.

Als ein Beispiel ist das Modellprojekt im Landkreis Schaumburg (September 1999 bis August 2001) zu nennen: „Bewegung als Motor kindlicher Entwicklung - eine kinderpolitische Maßnahme“. In diesem Rahmen haben 12 Kindergärten im Landkreis Schaumburg dazu beigetragen, Gesundheitsförderung im Setting Kindergarten zu entwickeln. Unterstützende Maßnahmen waren Fortbildungen für Erzieherinnen und Erzieher, Zukunftswerkstätten, Erfahrungsaustausch, Hospitationen, Videodokumentation, Supervision und Mediation, Elterninformation und -abende, Spiel- und Bewegungstage im Kindergarten sowie verschiedene Befragungsinstrumente für Kinder, Eltern und Erzieherinnen. Die beteiligten Kindergärten haben die Projektzeit genutzt, um ein für sie tragbares Netzwerk aufzubauen, in dem sie auch nach der Projektphase weiterarbeiten. Darüber hinaus sind die im Projekt gewonnenen Erfahrungen zusammengefasst worden und können in Form einer Ausstellung ausgeteilt werden.

Gesundheitsförderung für Schulkinder

Die Schulgesundheitspflege soll die bestmögliche Entwicklung aller Schulkinder in körperlicher, geistiger, seelischer und sozialer Hinsicht gewährleisten. Zur Schulgesundheitspflege gehören neben den ärztlichen Untersuchungen von Kindern auf Hinderungsgründe für den Schulbesuch auch die Beratung der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Sorgeberechtigten in gesundheitlichen Belangen und die Gesundheitserziehung. Der kinder- und jugendärztliche Dienst der unteren Gesundheitsbehörden führt die Schuleingangsuntersuchungen auch im prophylaktischen Sinne durch, um durch Screening individuellen Förderbedarf zu erkennen. Begleitend zu den Maßnahmen der Schulgesundheitspflege und der Jugendzahnpflege erhalten Lehrkräfte der besuchten Schulen sowie die Erziehungsberechtigten der untersuchten Kinder und Jugendlichen Informationen über die bevorstehenden Untersuchungen.

Zur Verbesserung der Durchimpfungsraten gehen die Kommunen unterschiedlich vor. Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen und vereinzelt in der 6. Klasse werden Impfaufklärungs- und Motivationskampagnen durchgeführt (s. auch Kapitel II. Nr. 5).

Die Aufgaben der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Aufklärung für Kinder und Jugendliche durch die unteren Gesundheitsbehörden sind vielfältig. Darunter sind Elternabende zur kindlichen Entwicklung und Schulfähigkeit in Kindergärten, Seminare für Erzieherinnen und Erzieher zu gesundheitlichen Themen (z. B. zum Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom, zu aktuellen Gesetzesänderungen wie beim Infektionsschutzgesetz), ebenso zu nennen wie Aufklärungsveranstaltungen zur Drogenprävention und gemeinsame Arbeitskreise von Ärztinnen/Ärzten mit Lehrerinnen/Lehrern und Erzieherinnen/Erziehern und z. B. Jugendämtern (zu Themen wie Gewaltprävention, Sonderkindergärten/Frühförderung, sexueller Missbrauch, Kindergartenberatung).

Neben der allgemeinen Beratungsarbeit für Früherkennung und Förderung und der Beteiligung an regionalen Arbeitskreisen werden im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst zahlreiche Projekte und Informationsveranstaltungen durchgeführt. Beispielhaft werden hier benannt:

- „Mädchen in der Pubertät - Wenn Mädchen zu Frauen werden“ (GA Cloppenburg),
- „Prävention beginnt am Wickeltisch“ (Ges.-Amt Oldenburg),
- Förderung gelungener Mehrsprachigkeit bei Kindern von Migrantenfamilien und frühzeitigen Erkennung von Sprachentwicklungsverzögerungen bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern (Ges.-Amt Stadt Hannover, Sprachbehindertenschule, Ethnomedizinisches Zentrum, Pädaudiologie der MHH, Universität Hamburg, Sonderschulpädagogik),
- „Mein Körper, mein Kumpel“ (Ges.-Amt und Jugendamt Oldenburg, DGE),
- Projekt „Hampelmann“ (Förderung von Motorik, Konzentration und Aufmerksamkeit; Arbeitskreis Gesundheit und Arbeitsgemeinschaft „Gesunde Schule“ Wilhelmshaven),
- „Felix“ - Projekt zum Thema Spielzeugkonsum im Grundschulalter (Arbeitskreis Sucht des LK Wolfenbüttel),
- Wettbewerb für die besten Durchimpfungsraten von Schulklassen (LK Celle)

Beim Oldenburger Patenpräventionsprojekt (Papp) handelt es sich beispielsweise um ein unspezifisches Präventionsprojekt, das mehr Kontinuität in die Präventionsarbeit bringen und sich vom „Kampagnencharakter“ lösen soll. Zur Unterstützung und Entwicklung von Präventionspotenzialen werden „Paten“ aus verschiedenen in der Gesundheitsförderung engagierten Institutionen eingebunden, die mit interessierten Schulen eine längerfristige Zusammenarbeit vereinbaren und sie bei der Initiierung und Verstetigung präventiver Tätigkeiten beraten.

An bedeutenden vernetzt arbeitenden Projekten bestehen in Niedersachsen das „Praxisbüro Gesunde Schule“, das Projekt „Be smart Don´t start“, „Bewegte Schule“, OPUS und „Klasse 2000“.

„Praxisbüro Gesunde Schule“ (seit 1996)

Das „Praxisbüro Gesunde Schule“ bei der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. kommt den gewachsenen Anforderungen an eine schulbegleitende und langfristig angelegte Gesundheitsförderung nach. Es unterstützt Schulen dabei, in Niedersachsen einerseits den Erhalt und die Förderung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens der Schülerinnen, Schüler, der Lehrkräfte und der an Schulen beteiligten Personen und andererseits die Bildungsqualität von Schulen mit den Mitteln der Gesundheitsförderung zu steigern. Gemeinsam mit allen im Bereich Schule engagierten Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern wird eine langfristige Zusammenarbeit mit Schulberatung und Einrichtungen der Aus- und Weiterbildung betrieben.

Das „Praxisbüro Gesunde Schule“ bietet:

- Informationen, Kooperationspartnerinnen und -partner, Medien und Materialien
- eine Projektdatenbank mit Informationen und Ansprechpartnerinnen und -partnern zum Thema „Schule und Gesundheit“
- Beratung und Vernetzung von Institutionen (z. B. Aufbau regionaler Arbeitskreise)
- Projektberatung im Rahmen von Unterricht, Zielgruppen und Schulstrukturen
- Durchführung oder Begleitung von Fachtagungen, Veranstaltungen, Workshops und schulinternen Lehrerinnen- und Lehrerfortbildungen

- Förderung der Vernetzung von Schulen untereinander und von möglichen Kooperationspartnerinnen und -partnern
- die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Beteiligten (z. B. den Schulen, der Eltern-, Schüler- und Lehrerschaft sowie externen Partnerinnen und Partnern).

„Be Smart Don’t Start“ - Förderung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen

„Be Smart Don’t Start“ ist ein internationaler Wettbewerb zur Förderung des Nichtrauchens bei Schülerinnen und Schülern der siebten und achten Schulklassen (s. Kapitel VIII Nr. 5). Hierbei werden drei Ziele verfolgt:

- Verzögerung bzw. Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen bei nicht rauchenden Schülerinnen und Schülern
- Einstellung des Zigarettenkonsums bei den Schülerinnen und Schülern, die bereits mit dem Rauchen experimentieren, sodass sie nicht zu regelmäßigen Raucherinnen und Rauchern werden
- Durchführung begleitender gesundheitsfördernder Maßnahmen in der Klasse (Ausschreibung/Infos für Lehrkräfte)

Der Wettbewerb wird wissenschaftlich begleitet. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass

- der Wettbewerb auf große Zustimmung bei den Schülerinnen, Schülern und Lehrkräften stößt,
- der Wettbewerb den Einstieg in das Rauchen verzögern kann,
- auch ein halbes Jahr nach Ende des Wettbewerbs in Klassen, die sich am Wettbewerb beteiligt haben, im Durchschnitt 5 % weniger Schülerinnen und Schüler rauchten, verglichen mit Klassen, die nicht am Wettbewerb teilgenommen haben.

„Bewegte Schule“, Lernen mit Kopf, Herz und Hand

Das Projekt wendet sich in Niedersachsen insbesondere an Schulen, die Schülerinnen und Schüler der ersten sechs Schuljahrgänge führen (Grundschulen, Orientierungsstufen, Integrierte Gesamtschulen, Sonderschulen). An dem Projekt beteiligte Partner sind: Niedersächsisches Kultusministerium, Techniker Krankenkasse (Landesvertretung Niedersachsen), Volkswagen Nutzfahrzeuge, Sport Thieme, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen - Praxisbüro gesunde Schule, Landessportbund Niedersachsen e. V., Verbraucher-Zentrale Niedersachsen e. V., Landeselternrat Niedersachsen, Gemeinde-Unfallversicherungsverbände Niedersachsen. Der Schwerpunkt ist, Bewegung zum integralen Bestandteil des Lernens und der Gestaltung des Schullebens in allen Bereichen der Schule zu machen, u. a. durch:

- Gestaltung reizvoller Lern- und Arbeitsräume:
Vielseitiges (ergonomisches) Mobiliar, Bewegungsbaustellen und -landschaften, „Grüne“ Klassenzimmer,
- Wahrnehmung vielfältiger Bewegungserlebnisse,
- Bewegungskünste, Entspannungsübungen, Wahrnehmungs- und Bewegungsspiele,
- Entwicklung lebendiger Lernformen; wahrnehmungsorientierter Sportunterricht; bewegter Fachunterricht; aktive, meditative, kreative Pausengestaltungen.

Die Praxisphase begann am 01.09.1998 und endete am 31.07.2001. Seit 2002 sind die in dem Projekt gewonnenen Erfahrungen in Internet abrufbar. Darüber hinaus können in diesem Rahmen Lehrkräfte und Interessierte Fragen stellen, die durch eine Expertenkommission beantwortet werden. Parallel zum Internet kann eine Wanderausstellung kostenfrei von Schulen, Schulträgern, Behörden und interessierten Organisationen ausgeliehen werden.

„Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit“ (OPUS)

In den Bund-Länder-Kommission-Modellversuchen OPUS soll die Gesundheitsförderung im Setting-Ansatz landes- und bundesweit modellhaft verankert und hierbei Strategien, Inhalte und Methoden für eine größere Verbreitung entwickelt werden. Die Stichworte hierbei lauten Salutogenese, Partizipation, Empowerment und Vernetzung. Sie sollen die Organisation der Schule verbessern, Personen unterstützen, Unterricht qualifizieren, Schulleben bereichern (O-P-U-S).

Geleitet wird OPUS in Niedersachsen durch eine Steuerungsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern aus dem Niedersächsischen Kultusministerium, der Landesvereinigung für Gesundheit, der Bezirksregierung Hannover, des Niedersächsischen Landesinstituts für Fortbildung und Weiterbildung im Schulwesen und Medienpädagogik und der Universität Lüneburg. Wesentliche Ziele sind,

- in den teilnehmenden Schulen einen Schulentwicklungsprozess einzuleiten, durch den ein gesundheitsförderndes System Schule geschaffen wird,
- mit ausgewählten Partnerinnen und Partnern eine Unterstützungs- und Servicestruktur in Form eines Netzwerkes für Schulen aufzubauen und zu sichern und
- die Bildungsqualität von Schule mit den Mitteln der Gesundheitsförderung zu steigern.

Seit 1997 arbeiten 35 niedersächsische Schulen aller Schulformen mit dem Schwerpunkt „Regionale Vernetzung“ in dem Modellversuch „Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen - Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit“ mit.

„Klasse 2000“

Das 1991 für Grundschulen entwickelte Programm zur Suchtprävention und Gesundheitserziehung soll der Stärkung all jener Faktoren bei Kindern und Jugendlichen dienen, die eine positive Einstellung zur Gesundheit fördern und einem gesundheitsschädlichen Verhalten vorbeugen.

Das Programm beginnt in der 1. Klasse und setzt im Rahmen von 12 Unterrichtseinheiten auf eine Zusammenarbeit zwischen Lehrkräften und externen Gesundheitsberaterinnen und -beratern. Informationsangebote für Eltern der beteiligten Klassen bzw. Schulen und die Begleitung durch externe Patenschaften sollen nicht zuletzt ein breiteres gesellschaftliches Engagement zum Wohl der Kinder anstoßen.

Jugendzahnpflege in Kindergarten und Schule

Die Jugendzahnpflege hat die Erhaltung der Zahngesundheit durch Einüben zahnpflegender und zahnerhaltender Verhaltensweisen von frühester Kindheit an zum Ziel. Gesetzliche Grundlagen hierfür sind § 21 SGB V und die Landesrahmenvereinbarung für die Durchführung der Gruppenprophylaxe vom 01.01.1993.

Die möglichst einheitliche Umsetzung der Rahmenvereinbarung ist Aufgabe der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege Niedersachsen e. V. (LAGJ), die zu gleichen Teilen von den Verbänden der gesetzlichen Krankenversicherung, der Zahnärzteschaft (Zahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Vereinigung) und dem MFAS getragen wird.

Die LAGJ entwickelt Vorgaben und Empfehlungen für standardisierte Verfahren in Diagnostik, Prophylaxe und Evaluation, Multiplikatoren Ausbildung, die Aus- und Fortbildung der Prophylaxefachkräfte und Maßnahmen der Qualitätssicherung. Sie koordiniert die inzwischen in 43 Landkreisen und kreisfreien Städten bestehenden Arbeitsgemeinschaften, die die Jugendzahnpflege als Gemeinschaftsaufgabe von Kommunalverwaltungen, Gesundheitsämtern, Krankenkassen, Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie zahnmedizinischem Fachpersonal vor Ort umsetzen.

Zu den Aufgaben der Jugendzahnpflege gehören die Gruppenprophylaxe und die Überweisung in die Zahnpflege im Kindergarten- und Schulalter. Gruppenprophylaxe bedeutet die Durchführung von Maßnahmen durch Zahnärztinnen, Zahnärzte und zahnärztliches Fachpersonal zur Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Mundgesundheit in Kindergärten, Schulen und Behinderteneinrichtungen in Kooperation mit Erzieherinnen und Erziehern, Lehrerinnen und Lehrern sowie Eltern. Sie ist somit eine Gemeinschaftsaufgabe aller an der Jugendzahnpflege Beteiligten. Dazu gehören konkret

- Mundhygieneübungen,
- Ernährungsberatung,
- Zahnschmelzhärtung,
- Intensivprophylaxe für etwa 15 % der Kinder aufgrund von hohem Kariesbefall,
- regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen und ggf. Überweisung.

In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das Kariesrisiko überproportional hoch ist, sollen gruppenprophylaktische Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt werden.

Die LAGJ bietet für Prophylaxefachkräfte auf die Erfordernisse der Gruppenprophylaxe zugeschnittene Fortbildungen an, ebenso entsprechende Veranstaltungen für Jugendzahnärztinnen und Jugendzahnärzte oder Seminare für Erzieherinnen und Erzieher in Zusammenarbeit mit den jugendzahnärztlichen Diensten und Prophylaxefachkräften vor Ort. Dazu gehören ebenfalls Info-Veranstaltungen an Schulen und Kindergärten sowie die Erstellung und Verteilung von Zahnprophylaxe-Materialien zum Lesen, Basteln, Spielen und Anschauen sowie Broschüren für Kinder.

Von mehreren Einzelprojekten sind zwei herauszuheben:

- die erweiterte Basisprophylaxe der Stadt Hannover (mehrjähriges Projekt; Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Zahngesundheit; in sozial benachteiligten Stadtteilen wurde mit der Fluoridierung von Milchzähnen bereits im Kindergartenalter begonnen) und
- spezielles Angebot in Göttingen in Einrichtungen mit überdurchschnittlichem Kariesbefall (Gespräche, Übungen und Spiele zur Zahnpflege und gesunder Ernährung; Fluoridierung; Bildungsangebote für Eltern und ein Frühstücksangebot).

V. Selbsthilfegruppen

Zu V. Nr. 1:

In Niedersachsen bestehen unter den schätzungsweise 5 000 bis 7 000 Selbsthilfegruppen auch zahlreiche, die sich speziell mit der Bewältigung von Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen auseinandersetzen. Nach Auskunft der niedersächsischen Selbsthilfe-Kontaktstellen (Kontakt- und Informationsberatungsstellen im Selbsthilfebereich) bestehen Gruppen für folgende Erkrankungen (eine aktuelle Zusammenstellung gibt das Selbsthilfebüro Niedersachsen heraus):

- Asthma,
- Diabetes mellitus,
- Essstörungen (Gruppen auch für Eltern),
- Herzkrankheiten,
- Hörbehinderung,

- Hyperaktivitätssyndrom/MCD (Minimale Fehlfunktion des Zentralnervensystems)/ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom),
- Krebs/Leukämie,
- Mukoviszidose,
- Nierenkrankheiten.

Darüber hinaus bestehen Selbsthilfegruppen mit Bezug auf psychische Erkrankungen und psychosoziale Problemlagen (z. B. Gruppen für Mädchen/Jungen nach Vergewaltigung). Selbsthilfegruppen mit dem Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen (z. B. Aktivitäten für Eltern Drogenabhängiger) sind unter Kapitel VIII. Nr. 4 aufgeführt. Für rheumakranke Kinder besteht über die Rheuma-Liga Niedersachsen Zugang zu Elternkreisen.

Zu V. Nr. 2:

Die Landesregierung erachtet die Unterstützung der Selbsthilfearbeit als eine wichtige politische Aufgabe. Finanziell fördert sie die Aktivitäten von Selbsthilfegruppen, einerseits im Rahmen der „Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen für gesundheitliche Aufklärung, zur Unterstützung gesundheitsfördernder Aktivitäten und Selbsthilfegruppen“ vom 27.05.1987 (Nds. MBl. S. 725), andererseits aus Mitteln, die z. B. für die Arbeit im Suchtbereich oder für psychisch Kranke zur Verfügung stehen. Die Landesregierung wird sich im Dialog mit allen Beteiligten auch in Zukunft für eine sinnvolle Struktur der Förderung von Selbsthilfeorganisationen und -einrichtungen einsetzen.

Die Kommunen treffen ihre Entscheidung über eine finanzielle Förderung eigenständig. Es handelt es sich dabei um freiwillige Leistungen, die sich sowohl nach der finanziellen Leistungsfähigkeit als auch nach der politischen Gewichtung innerhalb der Kommune richten. Die Höhe der Förderung der einzelnen unter V. Nr. 1 genannten Gruppen ist der Landesregierung nicht bekannt. Die Mitfinanzierung erfolgt ggf. durch die Bereitstellung von regionalen Selbsthilfe-Etats, z. T. gemeinsam mit den örtlichen Krankenkassen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat begrenzte Möglichkeiten der Förderung von Selbsthilfeaktivitäten. Die von Bundesverbänden eingereichten Anträge (z. B. für Veranstaltungen, Seminare, Broschüren) werden überprüft und in eine Förderliste aufgenommen. Gefördert werden zumeist Maßnahmen mit Bezug zu chronischen Krankheiten, die auch Kindern und Jugendlichen zu Gute kommen (z. T. sind diese sogar Hauptbetroffengruppe, z. B. bei Mukoviszidose). Auf Bundesebene ist es nicht möglich, die direkten Selbsthilfegruppen für Kinder/Jugendliche zuzurechnenden Fördermittel zu benennen, weil Aktivitäten zur Versorgung dieses Personenkreises nicht speziell erfasst werden.

Durch die Neufassung des § 20 Abs. 4 SGB V und die daraufhin auf Bundesebene entwickelten gemeinsamen Grundsätze zur Selbsthilfeförderung besteht für die gesetzlichen Krankenkassen ein Rahmen, Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zu unterstützen, sodass deren Arbeit finanziell stabilisiert und nicht zuletzt deren Qualität gesichert werden kann.

Zu V. Nr. 3:

Selbsthilfe kann nicht sozialstaatliche Leistungen und Unterstützungssysteme ersetzen. Sie ist aber eine unverzichtbare Ergänzung der ärztlich-medizinischen Betreuung und deshalb ein zentraler Baustein des modernen Gesundheitssystems. Die Qualität der Zusammenarbeit hängt jeweils davon ab, inwieweit vor Ort die einzelnen professionell arbeitenden Dienste der Selbsthilfe aufgeschlossen gegenüber stehen.

Eine systematische Gesamtübersicht liegt nicht vor. Zahlreiche Beispiele für enge und bewährte Zusammenarbeit sind der Landesregierung bekannt, vor allem aus den Bereichen der chronischen und Stoffwechsel-Erkrankungen.

Die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen oder -verbänden ist in der Regel folgendermaßen gestaltet:

- Zu bestimmten Krankheitsbildern werden Informationsveranstaltungen für Betroffene organisiert, wobei die Möglichkeiten der Selbsthilfe dargestellt werden,
- Selbsthilfeverbände treten bei Fachveranstaltungen und Kongressen auf, um die Seite der Betroffenen darzustellen,
- Selbsthilfegruppen lassen sich von professionellen Diensten beraten (Fortbildungsveranstaltungen, Referate von Expertinnen und Experten),
- Selbsthilfegruppen legen Informationsblätter über Erkrankungen und Unterstützungsmöglichkeiten in Arztpraxen oder Krankenhäusern aus.

Professionell im Gesundheits- und Sozialwesen Tätige integrieren verstärkt Selbsthilfeaktivitäten in Behandlungs- und Betreuungskonzepte und erkennen zunehmend die Kompetenz der Selbsthilfe in der Nachsorge und auch in der (Sekundär-) Prävention an.

VI. Ernährungs- und Bewegungsmangel

Zu VI. Nr. 1:

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es bisher keine repräsentativen Untersuchungen an Kindern, die sich direkt mit dieser Fragestellung beschäftigen, sodass die Ernährungsprobleme der Familien mit unterdurchschnittlichem Einkommen nur in groben Umrissen dargestellt werden können (vgl. Antwort auf die Große Anfrage der Fraktion Bündnis90/Die Grünen „Armut von Kindern und Jugendlichen in Niedersachsen“, Landtags-Drucksache 14/2183 aus dem Jahr 2001). Konkrete Untersuchungen darüber, in welchem Umfang Schülerinnen und Schüler in Niedersachsen ohne Frühstück in die Schule kommen, liegen nicht vor. Allerdings existieren mehrere Untersuchungen, die zur Beantwortung dieser Frage herangezogen werden können; so hat auch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) im Ernährungsbericht 2000 ein eigenes Kapitel dem Thema dieser Anfrage gewidmet: „Essverhalten und Ernährungszustand von Kindern und Jugendlichen – eine Repräsentativerhebung in Deutschland“.

Verschiedene Studien belegen mittlerweile eine zunehmende Fehl- und Mangelernährung von Kindern aus sozial schlechter gestellten Familien. Beispielhaft kann die Studie von AWO/ISS mit bundesweiter Untersuchung von Kindern in Kindertagesstätten und Horten genannt werden (HOCK/HOLZ: „Gute Kindheit - Schlechte Kindheit“, Frankfurt/Main 2000). Für Niedersachsen lassen sich diese Beobachtungen bestätigen. Die in Kooperation der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. (LVG) und des Zentrums für Angewandte Gesundheitswissenschaften der Fachhochschule Nordostniedersachsen Lüneburg (ZAG) durchgeführte Studie zu Armut und Gesundheit („Armut und Gesundheit - Bestandsaufnahme, Bewertung und Entwicklung von gesundheitsbezogenen Interventionsprojekten in Niedersachsen“, Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, Förderkennzeichen: 1704299-2) belegt die zunehmende Fehl- und Mangelernährung von Kindern und Jugendlichen in Niedersachsen. Besonders deutlich wurde dies in Experteninterviews aus dem Landkreis Harburg und der Stadt Wilhelmshaven, in denen entsprechende Aussagen zu Bewegungsmangel, Störungen in der motorischen Entwicklung und Haltungsschäden bei Kindern getroffen wurden.

Berichte verschiedener Einrichtungen aus Niedersachsen belegen die hohe Akzeptanz von Einrichtungen und Praxisprojekten, die Kinder und Jugendliche mit ergänzender Verpflegung versorgen. Im Arbeitskreis „Armut und Gesundheit“ der LVG wird die Ernährung von Kindern in Armut ebenso problematisiert wie auf Fachtagungen („Suppenküchen im Schlaraffenland“ 2001). Dort erarbeitete Konzepte stoßen auf große Nachfrage und werden regional umgesetzt. An der Oldenburger Universität durchgeführte Untersuchungen belegen Fehl- und Mangelernährung von Kindern im Grundschulalter, die von Lehrern als lernhemmend bewertet werden.

In mehreren wissenschaftlichen Untersuchungen sind diese erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen bestätigt worden (z. B. BARLÖSIUS u. a., „Ernährung in der Armut“, 1995). Es besteht ein linearer Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Ernährungsverhalten; je positiver die sozialen Lebensbedingungen sind, desto besser ist die Qualität der Ernährung.

Aufgrund der Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen nach SOPHIA lässt sich eine Korrelation zwischen Körpergewicht der Kinder und Bildungsstand der Eltern nachweisen. Übergewicht war eher bei Kindern von Eltern mit niedrigem Bildungsstand zu erkennen. Insgesamt waren ca. 10 % der Kinder übergewichtig bzw. adipös, wobei keine Mangelernährung, allerdings häufig eine Fehlernährung festzustellen war (eine Einschätzung der DGE 1998 ergab einen höheren Wert von 13 %).

Viele Kinder kommen häufig ohne Frühstück in den Kindergarten oder die Schule. Hierbei war keine Korrelation zum sozialen Status erkennbar. Vielmehr schienen intrafamiliäre organisatorische Probleme (z. B. durch Berufstätigkeit) eine Rolle zu spielen.

Das überwiegend unzureichende Ernährungsverhalten, vor allem in der jungen Generation, wirkt sich sowohl auf das physische als auch auf das psychische Befinden negativ aus, hier vor allem auf Ausdauer und Konzentration.

Zu VI. Nr. 2:

Durch eine gemeinsame Vereinbarung des früheren Niedersächsischen Sozialministeriums (heute MFAS) und des Niedersächsischen Landwirtschaftsministeriums (ML) wurde 1996 ein ernährungsbezogenes Modellprojekt in einem sozialen Brennpunkt gestartet. Die Arbeiterwohlfahrt in Lüneburg (AWO) konnte hierfür als Projektträger gewonnen werden. Ausgangslage waren die erheblichen gesundheitlichen Belastungen sozial benachteiligter Menschen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen. Sozialarbeiter beklagten in dieser Gruppe ein unausgewogenes Essverhalten, verbunden mit dem frühzeitigen Auftreten von Suchtproblemen.

Das Projekt (Laufzeit 1996-99, s. auch Frage II. Nr. 2) umfasste zahlreiche Einzelangebote für unterschiedliche Zielgruppen des sozialen Brennpunktes, die sehr positiv aufgenommen wurden und eine gute Resonanz hatten. Die Angebote waren praxisorientiert und niedrigschwellig konzipiert; sie wurden an Orten bereitgestellt, wo einzelne Gruppen sich regelmäßig trafen. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und/oder zusätzliche Fachleute im Ernährungsbereich betreuten die Gruppen. Daraus entwickelte sich u. a. ein regelmäßiger Mittagstisch für Grundschul Kinder, der sehr gut angenommen wird.

Aufgrund dieser guten Erfahrungen hat ML diese Zusammenarbeit mit der Sozialarbeit im Rahmen weiterer Projekte in Nienburg (AWO) und Nordenham (Kinderschutzbund) verstärkt und hierfür seit 1996 Mittel von rd. 50 000 Euro bereitgestellt.

Ebenfalls auf Initiative des ML wurde im Jahr 2000 ein Bundes-Modellvorhaben in Niedersachsen initiiert. Finanziert vom Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (BMVEL) und dem Land Niedersachsen (4 Projektstandorte) und Hamburg (1 Projektstandort) läuft in Trägerschaft der Fachhochschule Nordost-Niedersachsen, Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG), ein Modellprojekt zum Thema „Gesunde Ernährung für sozial benachteiligte männliche Jugendliche“. Studien haben gezeigt, dass gerade diese Zielgruppe von den herkömmlichen Ernährungsberatungs- bzw. Gesundheitsförderungsprogrammen schwer erreicht wird und ein hohes Risiko bezüglich Fehlernährung aufweist. Die seit 1996 gesammelten Erfahrungen werden in diesem Projekt auf die im Ernährungsbereich am stärksten benachteiligte Gruppe der männlichen Jugendlichen zugeschnitten. Gemeinsam mit der Sozialarbeit werden praktische Aktionen an Jugendzentren und ähnlich etablierten Jugendeinrichtungen durchgeführt. Die Studie wird wissenschaftlich begleitet und von der Fachhochschule Niedersachsen in Lüneburg evaluiert. Schon heute kann festgestellt werden, dass das Projekt auf sehr gute Resonanz stößt. Praktisches Tun und Genuss stehen im Mittelpunkt der Maßnahmen. Die Jugendlichen lernen darüber hinaus den Umgang mit Geld, die Übernahme von Verantwortung und eine gemeinsame Ess- und Tischkultur

(Gesamtvolumen rd. 440 000 Euro, Laufzeit 3 Jahre). Das ML wird diesen vernetzten Ansatz in der Gesundheitsförderung in den nächsten Jahren aufgrund der ermutigenden bisherigen Ergebnisse fortführen.

Ein gemeinsames Schulfrühstück ist ein richtiger und wichtiger Schritt, um das Handlungsfeld „Ernährung“ positiv zu besetzen. Das in Zusammenarbeit vom Kultusministerium (MK) und der Landesvereinigung für die Milchwirtschaft Niedersachsen e. V. und unter fachlicher Beteiligung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) in Grundschulen und zum Teil auch in Orientierungsstufen seit vielen Jahren erfolgreich praktizierte Projekt „Gemeinsam Schmausen in den Pausen“ leistet einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung einer „gesunden“ Esskultur und zum Schulleben. Es hat in vielen Grundschulen, zum Teil auch in Orientierungsstufen, einen festen Platz im Rahmen des Gesamtkonzeptes schulischer Gesundheitsförderung eingenommen. Am Projekt nehmen derzeit in Niedersachsen 654 Schulen teil; in 4 930 Klassen werden so insgesamt 89 394 Schülerinnen und Schüler erreicht.

In Niedersachsen haben sich zudem (häufig unter Elternbeteiligung) unterschiedliche Initiativen gegründet, die auch stadtteilbezogen - insbesondere in sozialen Brennpunkten - mit Unterstützung von Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege agieren. Ein Beispiel aus der Stadt Hannover ist die Berufsbildende Schule 7 (BBS 7, Anna-Siemsen-Schule). Sie ist aktiv an der über die Diakonie organisierten Nordstädter Kindertafel beteiligt. Die Schülerinnen und Schüler bereiten im Unterricht das Mittagessen für bedürftige Kinder des Stadtteils zu. Die Materialkosten werden der Schule aus Spenden erstattet. Vergleichbare Projekte gibt es auch in Hannover-Vahrenheide (Grundschule Fridtjof-Nansen-Schule) und in Lüneburg (Hauptschule Kaltenmoor).

An einigen Schulen, insbesondere an Schulen in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf, engagieren sich Lehrerinnen und Lehrer mit einem gemeinsamen Schulfrühstück im Klassenverband (Hannover, Lüneburg, Wilhelmshaven, Oldenburg) gegen die durch Mangelernährung erworbenen Lerndefizite von Kindern. Über weitere Angebote in Zuständigkeit der örtlichen Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe hat die Landesregierung nur in Einzelfällen Kenntnis. Beispielhaft sind hier Mittagstische in Anbindung an unterschiedliche Projekte oder ein spezielles Hortangebot für Kinder in materieller Not und mit Ernährungsunterversorgung zu nennen (z. B. „KinderTafeln“ in Wilhelmshaven und Hannover, Pädagogischer Mittagstisch an der Eggestorffschule, Hannover/Linden-Süd).

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE, Sektion Niedersachsen) ist neben der Verbraucherzentrale und anderen Institutionen aktiv an der Beratung und Betreuung der Modellprojekte beteiligt.

Ab 2002 startet das BMVEL - als Ergänzung zu bereits bestehenden Angeboten - eine breit angelegte Kampagne „FIT KID“ zur Verbesserung der Ernährungssituation in KiTas in über 80 Städten. Die DGE ist als anerkannte wissenschaftliche Fachgesellschaft für die Umsetzung von Beratungsmaßnahmen (in Kooperation mit weiteren Institutionen u. a. Verbraucherzentralen) in den Kindertagesstätten verantwortlich. Im Rahmen dieses Modellprojekts bietet die DGE im Jahr 2002 in 4 Städten in Niedersachsen (Göttingen, Hannover, Wolfsburg, Cloppenburg) einen Beratungsservice vor Ort in KiTa-Küchen an („FIT KID - die Gesund Essen Aktion für Kitas“).

Zu VI. Nr. 3:

Defiziten bei der Ernährung einzelner Kinder und Jugendlicher kann vor allem dadurch begegnet werden, dass neben der Aufklärung der Eltern Mahlzeiten in Kindertagesstätten und Schulen zur Verfügung gestellt werden. Solche Angebote sollten auch an Ganztagschulen vorgehalten werden. Bei jüngeren Kindern ist ggf. das gemeinsame Kindergarten- oder Schulfrühstück ein Lösungsansatz, wobei das Angebot einer gesunden Schulmahlzeit im Grunde für alle Jahrgangsstufen im allgemein bildenden Schulbereich eine sinnvolle Ergänzung sein kann.

So hat sich aus dem inzwischen seit 15 Jahren bestehenden Projekt „Gemeinsam Schmausen in den Pausen“ eine überaus erfolgreiche jährliche Aktion für ein gesundes Schulfrühstück an Grundschulen und Sonderschulen entwickelt.

Am Beispiel der Schulmilch lässt sich aufzeigen, wie sinnvolle Prävention im Ernährungsbereich an Kindergärten und Schulen betrieben werden könnte. Je weniger Kalzium in der Jugend mit der Nahrung aufgenommen wird, desto größer ist das Risiko einer späteren Erkrankung an Osteoporose. Nach Experten-Ansicht ist dies angesichts der aktuellen Ernährungsgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen zu befürchten, weil bei Jugendlichen im Alter von 13 bis 18 Jahren bereits eine Versorgungslücke mit Kalzium von 15 bis 37 % besteht. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) sieht als Ursache dafür vor allem den Rückgang beim Konsum von Milch.

Erfahrungen aus Projekten vergangener Jahre zeigen, dass elementare und schulische Präventionsmaßnahmen dann erfolgreich sind, wenn sie frühzeitig einsetzen, langfristig implementiert sowie kontinuierlich durchgeführt werden. Verbesserungsbedürftig ist in Niedersachsen die Zugänglichkeit von Gesundheitsförderungsprogrammen durch möglichst flächendeckende und dauerhafte Implementierungen im Setting. Dies setzt aber die Bereitstellung von personellen und finanziellen Ressourcen voraus.

Zu VI. Nr. 4:

Eine vom EMNID-Institut im Juni 2001 durchgeführte Umfrage unter 100 repräsentativ ausgewählten Kinderärztinnen und Kinderärzten im Auftrag des BKK-Bundesverbandes zeigt Handlungsbedarf auf. Jedes sechste Kind (16 %), das in die Sprechstunde kommt, hat Übergewicht. Die häufigsten Ursachen für Übergewicht bei Kindern sind nach Auskunft der Ärztinnen und Ärzte zu wenig Bewegung (95 %) und zu viele Süßigkeiten (95 %), unausgewogene Mahlzeiten (90 %), zu viel Fast Food (80 %) und zu fettes Essen (77 %). Außerdem verbrachten die Kinder zu viel Zeit vor dem Fernseher (86 %) oder vor dem Computerbildschirm (73 %).

Nach den Empfehlungen der European Childhood Obesity Group wird für die Beurteilung von Übergewicht und Adipositas der Body-Mass-Index (BMI, Quotient aus Gewicht und Quadrat der Körpergröße) herangezogen. Im Kindesalter werden die Grenzwerte für die Einstufungen untergewichtig/normalgewichtig/übergewichtig/adipös alters- und geschlechtsabhängig angegeben und den so genannten Perzentilen zugeordnet. Hier bedeutet die 3er Perzentile, dass lediglich 3 % der Kinder unterhalb dieses Wertes liegen, 97 % oberhalb. Ober- und unterhalb der 50er Perzentile findet sich jeweils die Hälfte aller Kinder dargestellt. Eine Prozent-Angabe der Kinder bezogen auf die 90er Perzentile bedeutet, dass dieser Anteil der untersuchten Kinder (89,2 % bei Jungen) unterhalb dieses Wertes liegt (unabhängig davon, an welcher Stelle bzw. wie weit von dem Durchschnitt entfernt) und dass die übrigen Kinder (Differenz zu 100 %, hier 10,8 % bei Jungen) diesen Wert übersteigen. Kinder und Jugendliche, die einen BMI zwischen der 90er und 97er Perzentile aufweisen, werden als übergewichtig eingestuft, über der 97er Perzentile als adipös.

Bei der Auswertung des Untersuchungsjahrgangs 2000 der Schulanfängerinnen und Schulanfänger im Regierungsbezirk Weser-Ems ergaben sich die unten tabellarisch dargestellten Anteile (bezogen auf die neuen BMI-Perzentile im Alter von 6 Jahren nach KROMEYER-HAUSCHULD et al. 2001). Danach haben 79,3 % der Mädchen und 80,4 % der Jungen bei der Einschulung einen normalen altersentsprechenden BMI. Bei den Mädchen sind 8,5 % untergewichtig, bei den Jungen 8,8 %. Als übergewichtig nach BMI gelten 10,8 % der Jungen, 4,4 % sind adipös. Bei den Mädchen sind 12,2 % übergewichtig, der Anteil der Adipösen liegt mit 5,3 % höher als bei den Jungen.

Als altersentsprechende Perzentile wurde hier die für Sechsjährige gewählt. Berücksichtigt man, dass die Kinder bei der Schuleingangsuntersuchung im Durchschnitt etwas älter als sechs Jahre sind, und würde man demzufolge die Perzentile für Sechseinhalbjährige anlegen, käme es zu einer leichten Verschiebung für die ganz präzise zum Zeitpunkt der Einschulung bestehenden Werte. Die Kinder mit Übergewicht/Adipositas würden um ca.

ein Prozent abnehmen, gleichzeitig würden die untergewichtigen Kinder etwas zunehmen.

BMI-Perzentile der Schulanfänger im Regierungsbezirk Weser-Ems 2000;

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen Regierungsbezirk Weser-Ems

Jungen		
Perzentil	Entsprechender BMI	Anteil in %
unter 3er Perzentile	<13,18	3,1
unter 10er Perzentile	<13,79	8,8
über 90er Perzentile	>17,86	10,8
über 97er Perzentile	>19,44	4,4

Mädchen		
Perzentil	Entsprechender BMI	Anteil in %
unter 3er Perzentile	<12,92	3,1
unter 10er Perzentile	<13,59	8,5
über 90er Perzentile	>17,99	12,2
über 97er Perzentile	>19,67	5,3

Zu VI. Nr. 5:

In Projekten wie „Der Bauernhof als außerschulischer Lernort“, die von Schulen gemeinsam mit der Verbraucherzentrale Niedersachsen (VZN) durchgeführt werden, erhalten Schülerinnen und Schüler ein anschauliches Bild von heutiger landwirtschaftlicher Produktion, vom Arbeitsplatz der Landwirte und von der Bedeutung der Landwirtschaft für die Erzeugung gesunder Lebensmittel. Ein Teil des Unterrichts findet dabei auf Bauernhöfen statt. Über verschiedene Stationen erkunden die Schülerinnen und Schüler den Hof, in der Regel zu einem bestimmten Thema: „Vom Korn zum Brot“, „Rund um die Kartoffel“, „Wo kommt die Milch her?“, „Als das Steak noch Beine hatte“, „Nutztierhaltung - artgerecht?“, „Konventioneller Landbau - Ökolandbau im Vergleich“, „Bodenfruchtbarkeit und Gülle“.

Für Lehrerinnen und Lehrer werden in den jeweiligen Fortbildungsregionen in Bezug auf „Ernährungsberatung“ Angebote unterbreitet.

Die VZN hält seit vielen Jahren das Angebot bereit, Beratung zum Angebot von Schulkiosken durchzuführen. Außerdem führt die VZN jährlich den Wettbewerb „Umweltschutz beginnt auf dem eigenen Teller“ durch.

Auch verschiedene „Regionale Umweltzentren“ (RUZ) halten Angebote zum Thema „Gesunde Ernährung“ bereit, z. B. RUZ Schortens in Kooperation mit der berufsbildenden Schule Varel, RUZ Ammerland, Bildungsstätte Kuhlhof Bippin, RUZ Biologische Schutzstation Osterholz-Scharmbeck, RUZ Schulbiologiezentrum Hannover in Kooperation mit Gut Adolphshof, RUZ Schulbiologie- und Umweltbildungszentrum Lüneburg. Die Angebote knüpfen an landesweite Vorhaben und das Bund-Länder-Kommissionsprogramm „Bildung für nachhaltige Entwicklung“ an. Hieran sind mit dem Schwerpunkt „Ernährung/Landwirtschaft“ das RUZ Schortens und drei Partnerschulen aus Friesland beteiligt.

Im Rahmen der EU-Kampagne „Talking Food“, die sich insbesondere des Themas „Lebensmittelsicherheit“ annimmt, erhalten Lehrkräfte, Schülerinnen und Schüler sowie interessierte Verbraucherinnen und Verbraucher die Möglichkeit, sich zu informieren. Eine Recherche-Datenbank unterstützt sie bei der Suche nach Informationen rund um die Lebensmittelsicherheit und zu gesunder Ernährung. Auch eine Datenbank mit interessanten Texten und Links zum Thema BSE steht zur Verfügung. Eine Hotline gibt Unterstützung zu schwierigen Fragen. In einer interaktiven Ausstellung können Schülerinnen und Schüler neue Lebensmittel entwickeln und vermarkten.

Die derzeitigen Ernährungsgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen sind nicht geeignet, die Gesundheit zu erhalten. Unter dem Aspekt der Prävention muss möglichst früh mit der Ernährungserziehung begonnen werden. Das Land stellt für die Förderung der Vollwert-Ernährung durch die Ernährungsberatung der Verbraucherzentralen und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Sektion Niedersachsen, seit 1991 erhebliche Fördermittel bereit. Die Beratung wird flächendeckend angeboten und hat ihren Schwerpunkt in Kindertagesstätten, Schulen und Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen. Eine Vielzahl von begleitenden Aktionen mit Ausrichtung auf spezielle Zielgruppen, Fachtagungen und Vortrags- sowie Schulungstätigkeiten für Personal und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren unterstützen diese Ansätze.

Der Haushaltsansatz des Landes betrug 386 000 Euro im Haushaltsjahr 2001 (437 000 Euro im Jahr 2000). Um der Verunsicherung der Verbraucherinnen und Verbraucher zu begegnen, sollen diese Ansätze im Jahr 2002/2003 auf jeweils 426 000 Euro jährlich aufgestockt werden.

Die DGE Sektion Niedersachsen organisiert mit der Beratungsstelle Oldenburg zurzeit die Wanderausstellung „Richtig essen und trinken mit Kasimir“ (inklusive Vortrag). Darüber hinaus besteht eine regelmäßige Beteiligung an Schulfrühstücksaktionen in der Region Oldenburg sowie an Ausstellungen zum Thema Kinderernährung.

Seit 1998 führt die DGE in Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Niedersachsen unter Schirmherrschaft des ML regelmäßig Fachtagungen durch (u. a. Niedersächsisches Ernährungsforum), bei denen das Thema Kinderernährung interdisziplinär und praxisnah behandelt wird:

- 1998 „Kinderernährung heute“,
- 1999 Wiederholung der Veranstaltung „Kinderernährung“ aufgrund hoher Nachfrage,
- 1999 Fachtagung: „Gesünder essen - kinderleicht“ (für KITAS; in Kooperation mit LV Milchwirtschaft),
- 2000 „Suppenküche im Schlaraffenland“,
- 2000 u. a. „POWER KIDS - ein zeitgemäßes Modellprojekt für übergewichtige Kinder“,
- 2001 u. a. „Nahrungsmittelallergien bei Kindern und Jugendlichen“.

Diese Fachtagungen und Ernährungsforen werden jeweils von 150 bis 180 Teilnehmerinnen und Teilnehmern besucht.

Darüber hinaus hat sich die DGE in Kooperation mit der LVG an mehreren OPUS-Veranstaltungen (s. Frage IV Nr. 6) beteiligt. Im Jahr 2001 wurde ein Medien-Katalog zum Thema Ernährung und Schule erarbeitet und der Tagungsband „Suppenküche im Schlaraffenland“ (Armut und Ernährung von Kindern und Familien) herausgegeben.

Zu VI. Nr. 6:

Die Veränderungen der kindlichen und jugendlichen Lebenswelten und deren Auswirkungen auf die körperliche Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sind seit Jahren Gegenstand öffentlicher und fachlicher Erörterungen. Die dabei zugrunde gelegten wissenschaftlichen Daten sind in Bezug auf Feststellungen zur motorischen und körperlichen Entwicklung Heranwachsender nicht einheitlich. Insofern ist genau zu prüfen, inwieweit die wiederholten Aussagen über die negativen Folgen der Modernisierungsprozesse auf die körperliche und motorische Entwicklung eher vermutet als tatsächlich empirisch belegt sind.

Die Diskussion über motorische und körperliche Fehlentwicklungen wurde in den vergangenen Jahren mit teilweise überzogenen Negativszenarien geführt, die in der Konsequenz eine Pathologisierung der gesamten Kinder- und Jugendgeneration bedeutete.

Während einer von der Kultusministerkonferenz (KMK) im Juni 1999 in Soest durchgeführten Anhörung vertraten Sportwissenschaftler überwiegend die Auffassung, dass die in den letzten Jahren häufig publizierte These, gesellschaftliche Wandlungsprozesse hätten zu einer gravierenden Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands heutiger Kinder und Jugendlicher geführt, - zumindest in dieser Zuspitzung - empirisch nicht belegt sei.

Wurden 1986 noch bundesweit 16 % der 11- bis 14-Jährigen als sportförderungswürdig eingestuft, waren es 1995 bereits annähernd 50 %. Bei 7 bis 9 % der Jugendlichen wurde in einer Studie 1996 Bewegungsmangel als Ursache für eine Fehlentwicklung des Skeletts bzw. des Bewegungsapparates festgestellt. Da das Bewegungsverhalten einen positiven Einfluss sowohl auf die Ernährungsgewohnheiten als auch auf die Stressbewältigung hat, spielt es eine wichtige Rolle bei der Gesundheitsförderung von Kindern.

In einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte (WIAD) aus dem Jahr 2000, die sich aus einer repräsentativen Befragung und einem exemplarisch eingesetzten Fitnessstest zusammensetzt, konnte belegt werden, dass sich die sportmotorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen in den vergangenen zehn Jahren erheblich verschlechtert hat. Konditionelle und koordinative Fähigkeiten, wie Rhythmus- und Gleichgewichtssinn, Schnellkraft, Dehnungsverhalten und Ausdauer, haben deutlich abgenommen. Fernsehen und die Beschäftigung mit dem Computer haben, verbunden mit falscher Ernährung und zu wenig Bewegung, auch weit reichende gesundheitliche Folgen: Herz-Kreislaufschwäche/-erkrankungen, Rückenprobleme und Übergewicht stehen im direkten Zusammenhang mit der zunehmenden Bewegungsarmut. 56 % der 1 057 in die Untersuchung einbezogenen Kinder und Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren weisen Haltungsschäden und 40 % Übergewicht auf.

Außerdem wird der natürliche Bewegungsdrang von Kindern und Jugendlichen durch die ständige Verdichtung der urbanen Räume eingeschränkt. Dies hat ebenfalls negative Folgen für die körperliche, geistige und soziale Entwicklung.

Das Problem des Bewegungsmangels bei Kindern und Jugendlichen und die daraus resultierenden Folgen sind den Sportorganisationen bekannt. Initiativen und Programme, die diesem Problem entgegenwirken sollen, befinden sich teilweise in der Entwicklung, werden in den niedersächsischen Turn- und Sportvereinen aber auch schon umgesetzt.

Grundsätzlich leisten die Sportvereine mit ihren Sport- und Bewegungsangeboten für Kinder und Jugendliche seit jeher einen wertvollen Beitrag, um dem Bewegungsmangel vorzubeugen, z. B.:

- Eltern-Kind-Gruppen ab dem Kleinkindalter,
- spezielle Angebote für Kinder im Vorschulalter,
- Angebote der Fachsparten für Kinder im Grundschulalter (u. a. Kinderturnen, Spiel-Leichtathletik, Mini-Handball, Mini-Basketball),
- Angebote der Fachsparten für Jugendliche,
- Bewegungskindergärten in Vereinen,
- den Schulsport ergänzende Angebote im Rahmen der Kooperation „Schule und Sportverein“.

Daneben gibt es spezielle Angebot für Kinder und Jugendliche mit präventivem bzw. rehabilitativem Charakter (Psychomotorik-Gruppen, gesundheitsorientiertes Kinderturnen, Wirbelsäulengymnastik für Kinder u. a. m.).

Um vor allem besonders gefährdete Kinder und Jugendliche in stärkerem Maße als bisher zu erreichen, haben die Sportverbände spezielle Initiativen entwickelt, beispielsweise:

- besondere Profilbildungen bei der Ausbildung von Übungsleiterinnen und Übungsleitern (Gesundheitsförderung im Kinderturnen, Psychomotorik),

- Entwicklung spezieller Konzepte für die Vereinsarbeit (Gesundheitsförderung im Vorschulalter),
- ein Kooperationsprojekt des Stadtsportbundes Hannover, der Universität sowie der Stadt Hannover zur Einbeziehung von Sport und Bewegung in die Therapie übergewichtiger Kinder,
- Überlegungen zur Entwicklung einer Ausbildungskonzeption für Übungsleiterinnen und Übungsleiter „Prävention“, Zielgruppe „Kinder“ und „Jugendliche“.

Zu VI. Nr. 7:

Zur Vermeidung bzw. zum Ausgleich von Bewegungsmangel trägt wesentlich der Schulsport an den Schulen Niedersachsens bei. Die Angebote sind vielfältig und richten sich sowohl an sportlich bereits interessierte Schülerinnen und Schüler als auch an solche, die eine Neigung zu Bewegung, Spiel und Sport noch nicht entwickelt haben oder nicht mehr aufweisen.

Neben dem verpflichtenden Sportunterricht, der planmäßig entweder zwei oder drei Wochenstunden umfasst, werden von den Schulen zahlreiche Angebote für Bewegung, Spiel und Sport unterbreitet. Dazu gehören die Arbeitsgemeinschaften für Sport, die den Neigungen der Schülerinnen und Schüler in besonderer Weise entsprechen und unterschiedliche Formen und Intentionen sportlicher Betätigung beinhalten. Im Rahmen des Aktionsprogramms für die Zusammenarbeit von Schule und Sportverein in Niedersachsen können in Schulen auf Grundlage einer Vereinbarung mit einem Sportverein zusätzliche Angebote gemacht werden. Daneben werden auch Sportfeste und Wettkämpfe durchgeführt. Für Schülerinnen und Schüler mit psychomotorischen Auffälligkeiten wird Sportförderunterricht in den ersten sechs Schuljahrgängen zusätzlich zum regulären Sportunterricht angeboten.

Die Schulen in Niedersachsen haben - auch durch Initiative der Niedersächsischen Landesregierung - in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von Möglichkeiten gefunden, mehr Bewegung in das Schulleben zu integrieren. Dies betrifft u. a. die Durchführung von „bewegten Pausen“ in Verbindung mit der bewegungsfördernden Gestaltung von Schulhöfen und Freiflächen, der Öffnung von Sporthallen unter Aufsicht von Lehrkräften und der Bereitstellung von Spiel- und Bewegungsmaterialien. Zunehmend werden diese Angebote auch in den Fachunterricht wie Mathematik oder Deutsch eingebunden.

Zum Projekt „Bewegte Schule“ sind Details bei der folgenden Frage VI. Nr. 8 wie auch schon unter Frage IV. Nr. 6 ausgeführt.

Zu VI. Nr. 8:

Die Niedersächsische Landesregierung unterstützt und fördert neue Konzepte, die dazu beitragen, dass Bewegung einen hohen Stellenwert für das Lernen und im Schulleben erhält. Das MK hat bereits im Jahr 1998 das sehr erfolgreich verlaufene und im Sommer 2001 beendete Projekt „Bewegte Schule“ initiiert. Ziel des Projekts war, ein ganzheitliches Lernen mit „Kopf, Herz und Hand“ (Pestalozzi), insbesondere in den ersten sechs Schuljahrgängen, zu fördern. Es zielt auf die Verbindung von Lernen und Bewegung als pädagogischem Prinzip und auf die stärkere Integration von Bewegung in Lernprozesse. Insbesondere im Primarbereich werden von zahlreichen Schulen bewegungsorientierte Lernkonzepte umgesetzt, die dazu beitragen, durch eine Verknüpfung von Lernen und Bewegung Lernergebnisse zu verbessern, die Konzentration der Kinder zu steigern und ihre Motivation zum Lernen zu erhöhen.

Seit 1998 liegt dem Schulsport in Niedersachsen mit den „Grundsätzen für den Schulsport“ eine neue Konzeption zugrunde. Diese erweitert das bis dahin in den Lehrplänen vorherrschende am Verbandssport orientierte Verständnis um weitere Perspektiven wie „Gesundheit“, „Wagnis“ oder „Gemeinschaftserleben“. Die „Grundsätze für den Schulsport“ orientieren sich an Ergebnissen neuerer sportpädagogischer Forschung und haben u. a. zum Ziel, Schülerinnen und Schüler mit vielfältigen Angeboten auch außerhalb der herkömmlichen Sportartenorientierung für Bewegung, Spiel und Sport zu begeistern.

Dies gilt auch für die neuen Rahmenrichtlinien „Sport an Berufsschulen“, die zum 01.08.2002 in Kraft treten sollen. Die in den neuen Richtlinien festgelegten Lernfelder bieten die Möglichkeit, auch Kinder, die mit den Bewegungsanforderungen normierter Sportarten Probleme haben, mit adäquaten Bewegungsangeboten zu konfrontieren und sie auf diese Weise effektiver als bisher zu fördern.

Andere Länder sind bei der Neufassung ihrer Lehrpläne für den Sportunterricht bereits dem Vorbild Niedersachsens gefolgt oder bereiten eine Überarbeitung vor.

VII. Allergien und chronische Erkrankungen

Zu VII. Nr. 1:

Zu den chronischen, oft lebenslang beeinträchtigenden Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen gehören neben den Allergien und Atemwegserkrankungen insbesondere Stoffwechselstörungen (wie z. B. Diabetes mellitus bei etwa 0,4 % aller Kinder), Erkrankungen des Zentralnervensystems (hier besonders Anfallsleiden - Epilepsie, in ihrer chronischen Form bei etwa 0,5 bis 1 % aller Kinder) und rheumatische Erkrankungen bei bis zu 0,5 % aller Kinder und Jugendlichen, gekennzeichnet durch Krankheitsschübe mit schwerer Bewegungsbeeinträchtigung und Schmerzen, dazwischen Intervalle mit Beschwerdefreiheit. Die Rheuma-Liga Niedersachsen schätzt, dass etwa 2 000 Kinder von 0 bis 16 Jahren hier an chronischem Rheuma erkrankt sind. Ebenfalls zu den chronischen Leiden zählen Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Binde- und Stützgewebes wie angeborene Entwicklungsstörungen des Skeletts und fortschreitende Muskelerkrankungen mit voranschreitender Funktionsstörung, die bei bis zu 3 % der Kinder und Jugendlichen verbreitet sein dürften. Weiter sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu nennen, bei denen angeborene Herzfehler den größten Anteil einnehmen (die meisten Studien gehen von 8 bis 10 Erkrankungen auf 1 000 Geburten aus).

Seit 1980 werden Krebserkrankungen im Kindesalter in einem bundesweiten Krebsregister in Mainz relativ vollständig erfasst. Soweit die oben in Klammern eingefügten Zahlen auf bundesweiten Schätzungen beruhen, bestehen allein für Krebs bei Kindern wirklich gesicherte Zahlen für die Bundesrepublik: Jährlich erkranken demnach etwa 13 bis 14 pro 100 000 Kinder unter 15 Jahren an Krebs.

Zur Häufigkeit chronischer Erkrankungen in Niedersachsen können lediglich anhand der Krankenhausdiagnosestatistik näherungsweise Aussagen getroffen werden. Erfasst werden die stationären Behandlungsfälle, d. h. Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen, die häufig mehrmals im Jahr stationär behandelt werden, wobei jede Behandlungseinheit als erneuter Behandlungsfall zählt (s. nachstehende Tabelle). Dies lässt allerdings keine Aussage über die tatsächliche Zahl Betroffener zu. Über ambulante Behandlungszahlen und ambulant behandelte Erkrankungen liegen keine Daten vor.

Stationär behandelte Erkrankungsfälle nach Alter und Geschlecht (1998)

Quelle: Berechnungen des NLGA unter Verwendung von Daten des NLS

Altersgruppen	Geschlecht	Anzahl aller Fälle absolut	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	Fälle je 100 000 Einwohner
Bis unter 1 Jahr	Jungen	17 289	9,22	40 116,48
	Mädchen	13 139	10,04	32 051,79
1 bis unter 5 Jahre	Jungen	25 580	4,23	14 697,18
	Mädchen	18 208	4,31	11 013,26
5 bis unter 10 Jahre	Jungen	22 497	5,46	9 642,94
	Mädchen	17 139	10,05	7 777,16

Altersgruppen	Geschlecht	Anzahl aller Fälle absolut	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	Fälle je 100 000 Einwohner
10 bis unter 15 Jahre	Jungen	17 293	7,92	7 876,31
	Mädchen	16 734	13,89	8 089,60

Bei stationär behandelten Jungen und Mädchen im Alter bis zu 1 Jahr sind chronische Krankheiten noch nicht zu erwarten. Der Schwerpunkt liegt bei Erkrankungen mit Ursprung in der Perinatalzeit (Schädigungen des Neugeborenen durch Krankheiten der Mutter, Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei der Entbindung, Frühgeburtlichkeit und Unreife, Geburtstrauma und Atemstörungen, Infektionen etc.).

Im Alter von 1 bis unter 5 Jahren sind primär Krankheiten der Atemorgane zu verzeichnen. An zweiter Stelle stehen Verletzungen und Vergiftungen.

Bei Jungen und Mädchen im Alter von 5 bis unter 10 Jahren stellen die Atemwegserkrankungen bei beiden Geschlechtern die größte Diagnoseklasse bei stationären Behandlungseinheiten dar. Darunter werden folgende Erkrankungen zusammengefasst:

- Akute Infektionen der Atmungsorgane,
- sonstige Krankheiten der oberen Luftwege (z. B. Mandelentzündung),
- Lungenentzündung und Grippe,
- chronisch-obstruktive Lungenkrankheiten, Lungenkrankheiten durch äußere Wirkstoffe, sonstige Krankheiten der Atmungsorgane).

An zweiter Stelle stehen auch hier die Unfälle und Vergiftungen bei beiden Geschlechtern.

Bei der Altersgruppe von 10 bis unter 15 Jahren haben die Verletzungen und Vergiftungen und Krankheiten der Verdauungsorgane die Atemwegserkrankungen an der Spitze der Behandlungsdiagnosen abgelöst. Atemwegserkrankungen sind bei beiden Geschlechtern am dritthäufigsten.

Ausgewählte Diagnosen/Diagnosenklassen; Kinder bis 15 J. in Niedersachsen 1998

Diagnose	Niedersachsen 1998	
	Fälle je 100 000 bei 0-<15-Jährigen	
	männlich	weiblich
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen ICD9: 490-496	330	185,93
Verletzungen und Vergiftungen ICD9:800-999	1 885,22	1 492,85

Zu VII. Nr. 2:

Über die Entwicklung von Erkrankungshäufigkeiten im stationären Bereich kann über den erfragten Zeitraum keine Aussage getroffen werden. Die Krankenhausdiagnosestatistik wurde 1994 eingeführt und liefert nach Angaben des Niedersächsischen Landesamtes für Statistik (NLS) frühestens seit 1996 gesicherte Daten. In den Jahren 1999/2000 erfolgte die Umstellung von der ICD-9 auf die ICD-10 (internationale Klassifikation der Erkrankungen), was erneut Probleme hinsichtlich Validität und Vergleichbarkeit der entsprechenden Jahrgänge aufwirft.

Gleichwohl ist allgemein bekannt und durch Studien belegt, dass immer mehr Menschen, insbesondere viele Kinder und Jugendliche, an Allergien und Asthma leiden. In Deutschland sind nach Aussagen der Autoren des „Spezialberichts Allergien“, der im

Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes erschienen ist, etwa 15 % bis 25 % der Bevölkerung von atopischen Krankheiten betroffen. Eine allergische Sensibilisierung ist bereits bei einem Drittel der Bevölkerung nachweisbar. Auch wenn allergische Erkrankungen keine besonders häufige Todesursache darstellen, bedeuten sie doch eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität und verursachen enorme volkswirtschaftliche Kosten.

Zu VII. Nr. 3:

Darüber liegen weder für Niedersachsen noch bundesweit gesicherte Erkenntnisse vor, obwohl in der Literatur eine intensive Behandlung erfolgt (s. KRÄMER, BEHRENDT, DOLGNER et al. „Airway diseases and Allergies in East and West German Children during the first 5 Years after Reunification: Time Trends and the Impact of Sulphur Dioxide and total Suspend Particles“ und KRÄMER, MÖLLEMANN, BEHRENDT „Epidemiologie allergischer Erkrankungen bei Kindern - Zeitliche Trends in Deutschland und Diskussion möglicher Ursachen eines Trends“ oder VON MUTIUS „The environmental predictors of allergic disease“).

Derzeit wird im Rahmen eines vom Land Niedersachsen geförderten Untersuchungsprogrammes geprüft, ob die Abluft aus Intensivtierstallungen (Stäube, Keime und Gasbestandteile) einen Einfluss auf Allergien oder Atemwegserkrankungen bei in der Nachbarschaft lebenden Kindern haben: „Atemwegserkrankungen und Allergien bei Einschulungskindern in einer ländlichen Region“ (AABEL). Unter Federführung des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes (NLGA) werden Erkrankungen bei „belasteten“ und „unbelasteten“ Kindern standardisiert erhoben. Die Ergebnisse werden im Jahr 2003 vorliegen.

Eine nachhaltige Allergiebekämpfung, die mittel- oder langfristig zu einer Trendwende führt, kann nur durch Bündelung aller Kräfte in der Früherkennung, Aufklärung und öffentlichen Diskussion erreicht werden. Aufbauend auf den positiven Erfahrungen aus Projekten im Allergiebereich und mit Kooperation in anderen Bereichen des Gesundheitswesens hat das Bundesministerium für Gesundheit das „Aktionsbündnis Allergieprävention“ konzipiert (Initiativkongress am 07.02.2001).

Ziel des Bündnisses ist eine gemeinsame Plattform für die Allergieprävention auf der Basis eines Kooperationsverbundes. Hier sind Expertinnen und Experten, Institutionen und Verbände aus allen relevanten Bereichen vertreten, die gemeinsam gesicherte Präventionsempfehlungen erarbeiten. Auch Vertreterinnen und Vertreter von niedersächsischen Arbeitsgruppen bzw. Fachbereichen sind einbezogen. Die Empfehlungen sollen flächendeckend an die Bevölkerung, besonders an die Betroffenen und ausgewählten Zielgruppen, herangetragen werden.

Von diesem Aktionsbündnis verspricht sich die Landesregierung einen wesentlichen Impuls zur Verstärkung und Intensivierung der Allergieprävention.

Davon unabhängig konnte in Niedersachsen durch eine Rahmenvereinbarung erreicht werden, dass die Betriebskrankenkassen flächendeckend Asthaschulungen anbieten (s. auch VII. Nr. 4). Qualifizierte Trainingsteams in Arztpraxen, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen schulen asthmakranke Kinder und Jugendliche und ihre Eltern. Es hat sich gezeigt, dass hierdurch Krankenhausaufenthalte und Schulfehltagel spürbar reduziert werden konnten.

Eine indirekte Unterstützung für Allergiekranke besteht in der Zuwendung aus Landesmitteln für die Kontakt- und Informationsberatungsstellen im Selbsthilfebereich (Infrastruktur der Selbsthilfe), die für Fragen in Zusammenhang mit Selbsthilfe auch für Allergiekranke zur Verfügung stehen. Hier ist die „Arbeitsgemeinschaft Allergiekranke Kind“ eine wichtige Anlaufstelle, ebenso andere Selbsthilfeorganisationen, wie z. B. der Allergie- und Asthmabund oder die „Patientenliga Atemwegserkrankungen“.

Zu VII. Nr. 4:

Zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung (KVN) und den Krankenkassen in Niedersachsen sind Diabetes-Vereinbarungen abgeschlossen worden, die auch die Schulung und Behandlung sowie Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus beinhalten.

Darüber hinaus wurde auf Bundesebene zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und VdAK eine Sozialpsychiatrie-Vereinbarung abgeschlossen, die der Förderung einer qualifizierten sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung dient (s. hierzu auch Kapitel IX). Auf Landesebene konnten bisher entsprechende Vereinbarungen mit den Innungskrankenkassen, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Niedersachsen sowie der Bundesknappschaft abgeschlossen werden.

Der BKK-Landesverband Niedersachsen-Bremen hat mit dem Niedersächsischen Arbeitskreis Asthmaschulung im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft „Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V.“ eine Rahmenvereinbarung nach § 43 SGB V zur Durchführung von Asthmaschulungen getroffen. Das 19-stündige Schulungsprogramm nach diesem Vertrag umfasst die interdisziplinäre Schulung asthmakrankter Kinder und Jugendlicher im Alter von 5 bis 18 Jahren und deren Eltern.

Mit einem Hörgeräteanbieter haben die Primärkassen ab 01.11.2001 eine Vereinbarung zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Hörgeräten auf der Basis von Versorgungspauschalen abgeschlossen. Damit wurde erreicht, dass diese in den Genuss von hochwertigen Hörgeräten kommen, ohne Zuzahlungen leisten zu müssen. Dies war durch die bestehenden Festbetragsregelungen bislang nicht sichergestellt.

Zur Stärkung des medizinischen Versorgungsangebots für schwer behinderte Kinder besteht seit 1984 zwischen den Primärkassen in Niedersachsen und dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband ein Vertrag über die „Mobile Therapie“. Ziel dabei ist, schwer behinderte Kinder mit speziellen Leistungen der Physiotherapie, der Ergotherapie und Logopädie auf neurophysiologischer Grundlage in ihrem häuslichen Umfeld zu versorgen.

VIII. Suchterkrankungen und ihre Vorbeugung

Zu VIII. Nr. 1:

Rauchen

In Deutschland rauchen nach den neuesten Zahlen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Westen 26 % und im Osten 34 % der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen. Damit hat der Anteil der jungen Raucherinnen und Raucher in dem Zeitraum von 1993 bis 1997 erstmals seit 1973 wieder zugenommen. Insgesamt 56 % der Jugendlichen zählen sich zu den „Nie-Rauchern“. Nach einer internationalen Vergleichsstudie in 26 Ländern („Health Behaviour in School-aged Children“, HBSC, veröffentlicht im Jahr 2000 in der AOK-Fachzeitschrift „Gesundheit und Gesellschaft“) fällt besonders der Unterschied zwischen Jungen und Mädchen auf. Anders als beim Konsum von Alkohol und illegalen Drogen, wo mehr Jungen als Mädchen schon in frühem Alter betroffen sind, liegt beim Rauchen der Anteil der 15-Jährigen für Jungen bei 27,6 %, der für Mädchen aber bei 35,8 %. Als Ursache nahm der Bielefelder Professor Wolfgang Settertobulte an, dass insbesondere Mädchen das Rauchen als Zeichen von Stärke, Freiheit und Unabhängigkeit werten.

Alkohol

Nach einer Repräsentativerhebung der BZgA aus dem Jahre 2001 („Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001, Köln 2001“) konsumiert bereits 1 % der 12- bis 13-Jährigen mindestens einmal pro Woche Alkohol. Unter den 14- bis 15-Jährigen konsumieren 16 % regelmäßig Alkohol, bei den 16- bis 17-Jährigen 37 %.

Die wöchentliche Konsummengende - umgerechnet auf reinen Alkohol - beträgt im Durchschnitt bei den 12- bis 13-Jährigen 1,7 g und bei den 14- bis 15-Jährigen 27 g. Sie steigt auf 62,8 g bei den 16- bis 17-Jährigen (0,5 Liter Bier oder 0,25 Liter Wein entsprechen ca. 20 g reinen Alkohols).

Illegale Drogen

Die o. g. Drogenaffinitätsstudie erfasste auch rückblickend den Konsum illegaler Drogen in den letzten 12 Monaten. 1 % der 12- bis 13-Jährigen und 7 % der 14- bis 15-Jährigen hatten Drogen konsumiert; bei den 16- bis 17-Jährigen waren es 21 %. Vorherrschende Droge ist hier das Cannabis.

Soweit es um den Drogengebrauch im bisherigen Leben (Lebenszeitprävalenz) geht, verhalten sich die Zahlen folgendermaßen: Bei den 12- bis 13-Jährigen bleibt die Zahl identisch bei 1 %; bei den 14- bis 15-Jährigen steigt sie auf 12 % und bei den 16- bis 17-Jährigen auf 29 %.

Medikamente

Ein Medikamenten-Missbrauch ist anzunehmen, wenn Arzneimittel ohne medizinische Notwendigkeit, in zu hoher Dosierung oder über zu lange Zeiträume eingenommen werden. Dabei fällt es schwer, den Missbrauch vom normalen Gebrauch und von der Abhängigkeit abzugrenzen.

Es gibt Arzneimittel und Substanzen, die aufgrund ihrer Wirkweise auf das Zentralnervensystem (und damit die Psyche) einen Missbrauch besonders begünstigen und zur Abhängigkeit führen können. Die vorliegenden Daten zur Einnahme von Arzneimitteln variieren hinsichtlich der einzelnen Altersklassen, der abgefragten Einnahmefrequenz und der Zusammenfassung der Arzneimittel zu Indikationsgruppen.

Nach der Niedersächsischen Jugendstudie 1990/91 (Niedersächsisches Sozialministerium) nahmen von den 12- bis 24-jährigen jungen Menschen Niedersachsens 3 % regelmäßig Medikamente mit Suchtpotenzial ein, weitere 46 % gelegentlich. Nach Bäuerle („Suchtgefahr - Kinder und Medikamente“, Bergisch Gladbach 1994) werden 20 bis 25 % der Grundschul Kinder regelmäßig oder in regelmäßig wiederkehrenden Situationen zur Einnahme von Präparaten zur Leistungssteigerung und Verhaltensanpassung veranlasst. Nach Simon („Suchtbericht Deutschland 1999“, Hohengehren 1999) erhält etwa ein Drittel aller Kinder bis zu 10 Jahren Medikamente mit Suchtpotenzial verordnet, wobei es sich vorwiegend um alkohol- bzw. kodeinhaltige Hustenmittel handelt.

Die nachfolgenden - nach Altersgruppen geordneten - Informationen beziehen sich sowohl auf Gebrauch als auch Missbrauch von Arzneimitteln bei Kindern und Jugendlichen:

Bei Kindern im Vorschulalter werden Präparate wie fiebersenkende Schmerzmittel, Vitamin D-Tabletten, Fluoride, Erkältungspräparate, Hautpflege- und Wundpräparate überwiegend ärztlich verordnet und damit von den Eltern relativ kontrolliert eingesetzt. Ein Missbrauch ist hier nicht zu erkennen.

Bis zum 12. Lebensjahr werden Arzneimittel in der Regel eingesetzt, weil es aufgrund einer Erkrankung erforderlich ist oder sich Eltern von Multivitamin-, Mineralstoff-, pflanzlichen Kreislauf- und Beruhigungspräparaten eine erhöhte Leistungsfähigkeit und Ausgeglichenheit der Kinder versprechen.

An Berliner Schulen wurde festgestellt, dass jeder fünfte Zehntklässler regelmäßig Arzneimittel (insbesondere Schmerztabletten) nimmt. Zum Zeitpunkt der Untersuchung (Einschulung) standen 10 % der Kinder unter Medikation. 71 % der Eltern gaben an, ihren Kindern bei alltäglichen Beschwerden Medikamente zu verabreichen. Aus den Untersuchungsergebnissen lässt sich schließen, dass Medikamente ein gesellschaftlich eingebettetes Bewältigungsmuster im Umgang mit beruflichen und familialen Belastungssituationen darstellen. Sie werden nach dieser Untersuchung nicht nur bei Belastungen und Problemen eines Kindes eingesetzt, sondern auch z. B. bei Belastungssituationen auf

Seiten der Eltern. Nach einer Studie von Klaus Hurrelmann (Universität Bielefeld) ist ein Drittel der Eltern bereit, Schulschwierigkeiten der Kinder mit Medikamenten zu beheben.

Die Selbstmedikation bei Kopfschmerzen wird als die häufigste Ursache für einen unkontrollierten Arzneimittelkonsum bei Kindern und Jugendlichen angesehen. Schmerzmittel werden zu rund 70 % im Rahmen der Selbstmedikation (in der Regel von Erwachsenen) in der Apotheke gekauft, wobei Kinder und Jugendliche eher die Hausapotheke der Eltern nutzen. Anlass für den Konsum von Schmerzmitteln, insbesondere solchen mit Koffein-Anteil, sind Kopfschmerzen, die in Alkohol- oder Nikotinkonsum, lang andauernden Video-Spielen, Internet-Surfen, Fernsehen oder Belastungen im Alltag durch nicht bewältigte Leistungsanforderungen der Schule und der Eltern begründet sein dürften. Die leicht euphorisierende Wirkung des Koffeins fördert einen Mehrgebrauch der entsprechend mit dieser Substanz kombinierten Schmerzmittel. Nach längerem Missbrauch stellt sich beim Absetzen des Medikaments häufig ein Entzugskopfschmerz ein, der durch erneute Einnahme bekämpft wird. Durch diesen Teufelskreis werden die koffeinhaltigen Präparate als die am häufigsten missbrauchten nicht rezeptpflichtigen Schmerzmittel angesehen.

Etwa 6 % der Jugendlichen haben Erfahrungen mit Anregungsmitteln unterschiedlicher Art, von Koffein bis zu Appetitzüglern mit aktivierender und euphorisierender Wirkung. Untersuchungen an Schülerinnen und Schülern im Alter von 13 bis 17 Jahren zeigen, dass davon etwa 7 % wöchentlich Kopfschmerzmittel einnahmen, 4 % ebenfalls wöchentlich Herz-Kreislauf-Mittel, etwa 2 % auch Beruhigungs- und Schlafmittel sowie 2 % Anregungsmittel.

Bei den nicht verschreibungspflichtigen Mitteln weisen leicht stimulierend wirkende koffeinhaltige Schmerzmittel ein hohes Missbrauchspotenzial auf, ebenso auf den Darm stimulierend wirkende Abführmittel, alkoholhaltige Mittel (z. B. Melissengeist) und Kombinationen wie Wick Medinait (mit u. a. beruhigender Wirkung), Doxylamin (antiallergisch, ebenfalls beruhigend), Ephedrin (leicht stimulierend) kombiniert mit einem Alkoholgehalt von 18 %. Der Konsum variiert nach Geschlecht und Alter.

Zu VIII. Nr. 2:

Rauchen

Durch Urteil vom 5. Oktober 2000 hat der Europäische Gerichtshof eine von der EU-Kommission erlassene Richtlinie über die Tabakwerbung und das damit in Verbindung stehende Sponsoring aufgrund einer von der Bundesrepublik erhobenen Klage für nichtig erklärt, weil das Verbot auf einer falschen Rechtsgrundlage gestützt wurde. Die Europäische Kommission hat die Richtlinie überarbeitet und einen neuen Vorschlag vorgelegt.

Die Werbung für Zigaretten ist in Deutschland gesetzlich und durch Selbstbeschränkungsvereinbarungen der Wirtschaft geregelt. Die gesetzlichen Beschränkungen ergeben sich vor allem aus § 22 des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes (LMBG vom 15.08.1974, BGBl. I Seite 1946). Sie enthalten vor allem

- ein Verbot der Radio- und Fernsehwerbung,
- ein Verbot jeglicher Werbung, die das Rauchen als unschädlich, gesund oder als
- ein Mittel zur Anregung des körperlichen Wohlbefindens oder der Leistungsfähigkeit darstellt,
- ein Verbot jeglicher Werbung, die das Inhalieren als nachahmenswert darstellt,
- ein Verbot von Werbung, die ihrer Art nach besonders geeignet ist, Jugendliche oder Heranwachsende zum Rauchen zu veranlassen.

Zu den Selbstbeschränkungsvereinbarungen der Zigarettenindustrie zählen neben den quantitativen Beschränkungen (u. a. Begrenzung der Anzeigengröße und -häufigkeit in Magazinen und Zeitschriften) auch qualitative Beschränkungen wie z. B. der Verzicht auf

gesundheitsbezogene Werbung, auf Werbung mit Prominenten sowie auf Werbung in Jugendzeitschriften und in Sportstätten.

Auf Bundesebene wird mehrheitlich die Auffassung vertreten, dass Selbstbeschränkungsvereinbarungen der Beteiligten Vorrang vor dem Erlass von Gesetzen haben sollten. Das Bundesministerium für Gesundheit hat in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband Deutscher Tabakwaren-Großhändler und Automatenaufsteller 1997 eine freiwillige Selbstbeschränkung erreicht, nach der Zigarettenautomaten, die an Schulgebäuden oder an Jugendzentren bzw. im Sichtfeld von 100 m vom Haupteingang dieser Gebäude angebracht sind, abgebaut werden müssen.

In Anbetracht des steigenden Raucheranteils unter Jugendlichen sind Beschränkungen der Zugänglichkeit von Tabakwaren unbedingt erforderlich. Die Automatenindustrie erprobt derzeit verschiedene technische Möglichkeiten, z. B. ein Chipkarten-System, das gewährleisten soll, dass Kinder und Jugendliche keinen Zugriff auf Zigarettenautomaten erhalten.

Aus gesundheitspolitischer Sicht sind weitere Anstrengungen erforderlich, um den Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen nachhaltig zu reduzieren. Dabei müssen auch Maßnahmen wie ein striktes Werbeverbot für Zigaretten und eine Erhöhung der Tabaksteuer in Erwägung gezogen werden. Die Behauptungen der Tabakindustrie, Tabakwerbung habe keinen steigenden Effekt auf das Rauchen unter Jugendlichen, werden von verschiedenen Studien widerlegt. In Ländern, in denen totale Werbeverbote für Tabakprodukte existieren (Norwegen, Finnland, Neuseeland), rauchen Jugendliche zu 37 % weniger als in Ländern mit unbegrenzter Werbung.

Höchste Priorität muss es im Rahmen der Prävention auch in Zukunft haben, Kinder und Jugendliche so früh wie möglich und in regelmäßigen Intervallen auf die Gefahren des Rauchens hinzuweisen. Denn haben Jugendliche erst einmal mit dem Rauchen begonnen, ist der Ausstieg sehr schwer.

Alkohol

Alkohol unterliegt als Konsumartikel den Gesetzmäßigkeiten von Angebot und Nachfrage. Da Preiserhöhungen grundsätzlich zum Rückgang des Konsums führen, ist die Versteuerung von Alkoholprodukten mittels Einführung bzw. Erhöhung einer entsprechenden Steuer oder Abgabe ein effektiver Ansatz für die Reduzierung des Konsums, insbesondere bei sog. Durchschnittskonsumenten. Einmalige Steuererhöhungen haben keine nachhaltige Wirkung, weil sie von steigenden Privatbudgets kompensiert werden. Zu niedrige Versteuerungen bzw. Abgaben werden ohne Konsumrückgang akzeptiert. Zu starke Preiserhöhungen erscheinen wiederum als unerwünschte Quasi-Verbote mit den negativen Auswirkungen (z. B. Schwarzmarkt oder Schwarz-Brennerei).

Altersbezogene Verkaufsbeschränkungen ergeben sich nach dem „Gesetz zum Schutz der Jugend in der Öffentlichkeit“. Danach dürfen in Gaststätten, Verkaufsstellen und generell in der Öffentlichkeit an Kinder und Jugendliche Branntwein, branntweinhaltige Getränke oder Lebensmittel, die Branntwein in nicht nur geringfügiger Menge enthalten, nicht abgegeben werden. Deren Verzehr ist ebenfalls nicht gestattet. Gleiches gilt für die Abgabe anderer alkoholischer Getränke an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren. Bei entsprechender Einhaltung des Jugendschutzgesetzes scheinen weitere Alters- und Verkaufsbeschränkungen nicht erforderlich zu sein.

Welchen Einfluss die Werbung auf den Gesamtkonsum alkoholischer Getränke hat, ist umstritten. Teilweise wird vertreten, die Werbung führe zu einer Erhöhung des Gesamtkonsums. Andererseits wird aber auch vertreten, der Gesamtkonsum in Deutschland ließe sich nicht mehr erhöhen. Vielmehr sei die Werbung nur Spiegelbild des Konkurrenzkampfes um Marktanteile.

Als unbestritten gilt es aber, dass Werbemaßnahmen zu immer früherem oder immer stärkerem Konsum von Alkohol führen können. Daher haben auch die Industrie und die Werbewirtschaft freiwillige Verhaltensregeln über die Werbung für alkoholische Geträn-

ke vereinbart. In Gesprächen mit der Bundesregierung wird gegenwärtig geprüft, inwieweit diese Verhaltensregeln verschärft werden müssen. Es ist vorgesehen, die jetzt geltende Fassung, nach der Kinder und Jugendliche nicht Zielgruppe der Werbung für alkoholische Getränke sein sollen, zu verschärfen, sodass eine Bewerbung nicht mehr erfolgen darf. Vor gesetzgeberischen Eingriffen in die Werbung sollte das Ergebnis dieser Änderungen abgewartet werden.

Medikamente

Gehen Eltern, verschreibende Ärztinnen und Ärzte sowie abgebende Apotheken verantwortungsvoll mit Präparaten um, die ein Suchtpotenzial aufweisen, dürfte es keinen Missbrauch durch Kinder geben.

Die Verordnung eines verschreibungspflichtigen Präparates unterliegt nicht nur der fachlichen Einschätzung durch die Ärztinnen und Ärzte. Für sie darf gemäß dem Gesetz über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens auch keine Laienwerbung betrieben werden. Gemäß § 17 Abs. 8 der Apothekenbetriebsordnung muss das pharmazeutische Personal einem erkennbaren Arzneimittelmisbrauch in geeigneter Weise entgegenreten. Bei begründetem Verdacht auf Missbrauch ist die Abgabe zu verweigern.

Werbung für Schmerzmittel suggeriert, dass mittels Medikamenten das Wohlbefinden zu steigern sei. Nicht die Bekämpfung der Ursache von Beschwerden steht im Vordergrund, sondern die schnelle Wiederherstellung der Leistungsbereitschaft. Schmerzmittel werden daher zuweilen als „Dopingmittel der Selbstmedikation“ bezeichnet. Alle Werbeangaben, die zu Missbrauch solcher Arzneimittel führen können, sollten daher vermieden werden. Insbesondere in den für Jugendliche konzipierten Medien sollte auf Werbung für Schmerzmittel verzichtet werden.

Wie im Zusammenhang mit Alkohol und Rauchen muss eine wirkungsvolle Präventionsstrategie darauf zielen, den Jugendlichen das Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial von Arzneimitteln deutlich zu machen.

Zu VIII. Nr. 3:

Die etwa 120 Suchtberatungsstellen in Niedersachsen (einschließlich Nebenstellen) verwenden überwiegend das Dokumentationssystem EBIS, die stationären Einrichtungen das System SEDOS (beide vom Institut für Therapieforschung in München und der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren in Hamm). Die Systeme definieren die Krankheitsbilder entsprechend der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) in der jeweils gültigen Fassung.

Nach der EBIS-Landesauswertung Niedersachsen für das Jahr 2000, an der 56 Einrichtungen teilgenommen haben, waren 22 Kinder und 242 Jugendliche von Substanzen mit Suchtpotenzial abhängig.

Eine landesbezogene Auswertung des Systems SEDOS liegt nicht vor. Nach der bundesweiten SEDOS-Statistik beendeten im Jahre 1999 in Deutschland 16 525 Personen eine stationäre Behandlung (stationärer Entzug und stationäre Entwöhnung), darunter 95 im Kindes- und Jugendalter. Der größte Teil entfiel auf die Hauptdiagnosen „Hasisch/Marihuana“.

Die Niedersächsische Studie „Jugendalkoholismus und Drogen, Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung abhängigkeitskranker Jugendlicher und junger Erwachsener“ (seinerzeit Niedersächsisches Sozialministerium) in der Diedrich-Bonhoeffer-Klinik verzeichnete für die Aufnahmejahre 1985 bis 1990 eine Zahl von 68 jungen Menschen zwischen 15 und 17 Jahren (8,8 % von insgesamt 781 Patienten), die wegen Alkoholabhängigkeit oder einer Mehrfachabhängigkeit behandelt werden mussten.

Änderungen in der Altersverteilung erhebt die BZgA, die bereits seit 1973 Wiederholungsbefragungen durchführt. Sie stellt in ihrem Bericht 2001 als Fazit fest, „dass für den Gebrauch illegaler Drogen bei den Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland keine kontinuierliche Aufwärts- oder Abwärtsbewegung erkennbar ist. Langfristig betrachtet

ist der Drogengebrauch konstant; mittelfristig betrachtet scheinen sich Phasen mit mehr oder weniger Konsum abzuwechseln“.

Danach stellen sich die Werte aktuellen Drogengebrauches (Zwölf-Monats-Prävalenz) für die 12- bis 15-Jährigen wie folgt dar (wird die Verschiebung der Altersstruktur während des Erhebungszeitraums berücksichtigt, sind die Ergebnisse - in Klammern - günstiger):

	1973	1976	1979	1982	1986	1989	1993	1997	2001 (Januar)
12- bis 15-Jährige	5%	4%	5%	6%	4%	5%	9%	10%	5%
	-	-	-	-	(3%)	(4%)	(7%)	(9%)	-

Zu VIII. Nr.4:

Suchtgefährdete und suchtkranke Kinder und Jugendliche können grundsätzlich in allen 120 niedersächsischen Suchtberatungsstellen (einschließlich Nebenstellen) Hilfe erhalten. Auch die 13 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Alkohol- und Medikamentenabhängige und die 20 therapeutischen Gemeinschaften für Drogenabhängige führen Rehabilitationsmaßnahmen für Jugendliche in unterschiedlichem Maße durch. Darüber hinaus nehmen sich die Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie dieser Klientel an.

Auf suchtkranke Kinder und Jugendliche spezialisierte stationäre Angebote gibt es in Ahlhorn mit dem „Diedrich-Bonhoeffer-Zentrum“ (45 Plätze), der Station „Teen Spirit Island“ des Kinderkrankenhauses „Auf der Bult“ in Hannover (12 Plätze), der Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung „STEP-Kids“, ebenfalls in Hannover (12 Plätze) und der Einrichtung „aha!“ der Jugendhilfe e. V. Lüneburg (8 Plätze).

Für Eltern von drogenabhängigen Kindern bestehen über 40 Selbsthilfegruppen in Form von „Elternkreisen“, die bei Bedarf Unterstützung durch Drogenberatungsstellen bzw. stationäre Einrichtungen erhalten können.

Zu VIII. Nr. 5:

In Niedersachsen sind in den vergangenen Jahren zahlreiche Maßnahmen zur Suchtprävention unternommen worden. Für Kinder und Jugendliche müssen diese an schulischen Belangen, altersgemäßen Bedürfnissen und den sozialen und psychischen Motiven für gesundheitsgefährdendes Verhalten orientiert sein. Das pädagogische Arbeitsfeld einer ganzheitlichen, altersgerechten Gesundheitsförderung umfasst neben Wissensvermittlung die Unterstützung und Stärkung der Persönlichkeitsentwicklung. Ebenso bedeutsam sind Entwicklung und Erwerb von zukunftsorientierten übergreifenden Fähigkeiten, die in der Schule, im Beruf und in der privaten Lebensführung eingesetzt werden können. Konzepte müssen die tatsächlichen Lebensbedingungen der Kinder und Jugendlichen berücksichtigen, weil dort individuelle Einstellungen zur gesundheitlichen Beeinträchtigung, zu spezifischen Verhaltensweisen und zum Umgang mit Risikofaktoren entstehen.

Im Einzelnen sind folgende Maßnahmen zu nennen (zum Teil stehen die hier aufgeführten Maßnahmen im Kontext mit den bei Kapitel IV genannten erzieherischen und präventiven Projekten):

- Das Rauchen und der Konsum alkoholischer Getränke ist in der Schule, auf dem Schulgelände oder bei Veranstaltungen für Kinder und Jugendliche grundsätzlich verboten (Erlass des MK vom 09.01.1989 „Rauchen und Konsum alkoholischer Getränke in der Schule“).
- 1991 wurden vom Niedersächsischen Landesinstitut für Fortbildung und Weiterbildung im Schulwesen und Medienpädagogik (NLI) „Arbeitshilfen für erzieherische Arbeit zur Suchtprävention“ herausgegeben und an alle niedersächsischen Schulen verteilt. Die Arbeitshilfen wurden inzwischen aktualisiert.

- Seit 1991 sind mit Unterstützung des NLI Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zur Suchtprävention ausgebildet worden.

Der Erlass „Suchtprävention und Verhalten bei Suchtproblemen an niedersächsischen Schulen“ vom 26.05.1992 bestimmt die präventiven Aufgaben der Schulen in Bezug auf möglichen Suchtmittelmissbrauch von Schülerinnen und Schülern. Parallel dazu ist ein Aufsatz „Suchtprävention und Verhalten bei Suchtproblemen“ erschienen. Seit 1992 stehen finanzielle Fördermittel für suchtpreventive Maßnahmen an Schulen bereit:

- Das NLI führt regelmäßig Lehrerfortbildungsveranstaltungen zum Bereich Prävention und Gesundheitsförderung durch. Regionale und schulinterne Fortbildungsveranstaltungen ergänzen dieses Angebot. Verschiedene Materialien zum Thema „Sucht - Unterricht - Prävention“ begleiten die genannten Aktivitäten.
- In Zusammenarbeit mit den Lions-Clubs wird in vielen niedersächsischen Schulen das Programm „Erwachsen Werden“ angeboten. Es soll Schülerinnen und Schülern in der Zeit der Pubertät helfen, ihre Persönlichkeit zu entfalten, Selbstvertrauen zu entwickeln und umfassende soziale Kompetenzen zu erwerben. Hierbei handelt es sich um eine unspezifische Präventionsmaßnahme.

Im Rahmen des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes wurden im Haushaltsjahr 2001 folgende Projekte durch das Niedersächsische Landesjugendamt (mit Zuwendung aus Landesmitteln) zum Themenbereich Missbrauch von Drogen gefördert:

- Suchtpräventionswoche an der Carl-Friedrich-Gauß-Schule in Groß Schneen, Gemeinde Friedland,
- Projektwoche zur Suchtprävention in der Grundschule St. Antonius, Landkreis Emsland,
- Projektwoche zur Suchtprävention in der Grundschule Beesten, Landkreis Emsland.

Die Landesstelle Jugendschutz organisiert in Kooperation mit der Niedersächsischen Landesstelle gegen Suchtgefahren (NLS) seit zwei Jahren die Kampagne „Alkohol. Verantwortung setzt die Grenze“. In den letzten beiden Jahren wurden jeweils mehr als 50 Maßnahmen und Aktionen - im Wesentlichen von den Fachkräften der Suchtprävention - durchgeführt. 21 dieser Maßnahmen richteten sich an Kinder und Jugendliche, 33 an Erwachsene, insbesondere in Elternfunktion. Zwei Maßnahmen wurden über das Internet angeboten. Ziel der Kampagne ist es, auf riskantes Trinken aufmerksam zu machen und den Missbrauch in der Bevölkerung zu reduzieren. Um die Kampagne in Niedersachsen auf eine breite Grundlage zu stellen, hat sich das „Bündnis für Verantwortung - Weniger Alkohol, mehr Genuss“ gegründet, dem inzwischen über 50 unterschiedliche Institutionen, Organisationen, Verbände und Einzelpersonen angehören. Außerdem wurde eine Broschüre zum Thema „Alkohol“ entwickelt und verschiedene Fachtagungen durchgeführt.

Zusätzlich bietet die Landesstelle Jugendschutz im Bereich Suchtprävention jährlich Fortbildungsveranstaltungen für Multiplikatoren in der außerschulischen und schulischen Kinder- und Jugendarbeit an. Im Internet werden Informationen für Jugendliche und Erwachsene zum Thema Drogen angeboten. Weiterhin plant sie in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. und dem Landesverband der Volkshochschulen ein Modellprojekt zum Thema „Gestörtes Essverhalten und Essstörungen“.

Seit zehn Jahren fördert das Land Niedersachsen Fachstellen für Suchtprävention in den Suchtberatungsstellen. Die Schwerpunkte der zugrunde liegenden Konzeption „Verstärkung der Arbeit im Präventionsbereich“ des Niedersächsischen Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales vom 20.01.1999 sind: Schwerpunktsetzung bei der Arbeit mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die Schaffung von vernetzten Strukturen und die Entwicklung eines regional orientierten Präventionskonzeptes. Die Arbeit der Fachstellen für Suchtprävention wird von der Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren

(NLS) unterstützt und u. a. durch Maßnahmen zur Evaluation, Fortbildung und Organisation begleitet.

Mittlerweile arbeiten in 23 Fachstellen mehr als 32 Präventionsfachkräfte. Das Land trägt ca. 50 % der Kosten einer Personalstelle; die restlichen Personalkosten werden in der Regel von der jeweiligen Kommune übernommen. Insgesamt führten die Fachkräfte 2 600 pädagogische Maßnahmen im Jahr 2000 durch, davon etwa 50 % in und mit Schulen als den wichtigsten Kooperationspartnern. Zwei Drittel aller Maßnahmen wenden sich an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die beraten, fortbilden und bei der Durchführung suchtpreventiver Projekte unterstützt werden. Insgesamt erreichten die Fachkräfte im Berichtsjahr 37 000 Personen.

Die seit Jahren umfangreichen Maßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Förderung des Nichtrauchens im Rahmen der Kampagne „rauchfrei“ werden fortgesetzt und zielgruppenspezifisch ausgerichtet.

Unter dem Titel „Be Smart Don't Start“ beteiligt sich Niedersachsen an einem europäischen Wettbewerb schulischer Nichtraucherförderung für Schulklassen. Mit der Koordination ist das Niedersächsische Landesinstitut für Fortbildung und Weiterbildung im Schulwesen und Medienpädagogik (NLI) und die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. (LVG) mit ihrem „Praxisbüro gesunde Schule“ beauftragt. Alle niedersächsischen Klassen, die von November 2001 bis April 2002 nicht rauchen, nehmen an einer Verlosung auf Landesebene teil. Hierfür sind vielfältige Preise als Gewinne vorgesehen. Die Verleihung der Preise erfolgt in Niedersachsen im Rahmen einer Abschlussveranstaltung zum Weltnichtrauchertag Ende Mai 2002. Der Wettbewerb richtet sich an alle 7. und 8. Klassen der Sekundarstufe I mit den Zielen, den Einstieg in das Rauchen zu verhindern bzw. zu verzögern, Einstellungen und Verhalten zum Zigarettenkonsum bei den Schülerinnen und Schülern zu verändern. Das Projekt propagiert in beispielhafter Weise die positive Botschaft: „Nichtrauchen ist der bessere Lebensstil!“

In Niedersachsen haben sich 343 Klassen angemeldet. Die im Projekt gewonnenen Erfahrungen werden über das Internet auf dem Niedersächsischer-Bildungs-Server (NIBIS) veröffentlicht; zusätzlich ist eine eigene Webpage eingerichtet.

IX. Psychische Erkrankungen

Zu IX. Nr. 1:

Nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) leiden etwa 20 % aller Kinder und Jugendlichen unter 16 Jahren an einer psychischen Störung. In der Bundesrepublik wären demnach rein rechnerisch von etwa 16 Millionen jungen Menschen unter 21 Jahren 3,2 Millionen von einer seelischen Störung betroffen.

In Niedersachsen hat sich die versorgungsepidemiologische Forschung der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Universität Göttingen vor allem auf Umgang, Art, Struktur und Inanspruchnahme der Behandlungsangebote bezogen. Aktuelle Erhebungen zur Häufigkeit von Problemverhalten bei Schul- und Kindergartenkindern liegen nicht vor.

Allerdings lassen sich die Ergebnisse neuerer epidemiologischer Erhebungen aus vergleichbaren Regionen auf Niedersachsen übertragen. Danach dürfte der Anteil von Kindern und Jugendlichen, die an psychischen Störungen leiden und infolge dessen behandlungsbedürftig sind, bei wenigstens 5 % liegen. Mindestens weitere 10 % dürften Auffälligkeiten des Verhaltens und Erlebens aufweisen, die fachliche Klärung und Beratung erforderlich machen. Wie weit diese Erkrankungen behandlungsbedürftig sind, muss offen bleiben. Nach Einschätzung des Winnicott-Instituts Hannover (vormals Institut für analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, jetzt An-Institut der Evangelischen Fachhochschule und Aus- bzw. Weiterbildungsstätte für Kinder- und Jugendlichen-

Psychotherapie), hat sowohl die Anzahl als auch der Umfang kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen in den letzten Jahren zugenommen.

Nur bei einem kleinen Teil der Kinder und Jugendlichen, die wegen einer psychischen Störung behandlungsbedürftig sind, ist ein stationärer Aufenthalt erforderlich. Nach den Orientierungsdaten einer Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich (1988) sind dafür in Niedersachsen bisher 613 Planbetten in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vorgesehen.

Zu IX. Nr. 2:

An der Versorgung seelisch und psychosomatisch erkrankter Kinder und Jugendlicher sind Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Tageskliniken, Polikliniken, Instituts- und Ermächtigungsambulanzen, niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen/-therapeuten (durch Psychotherapeutengesetz neu geschaffener Heilberuf mit Approbation und Erwerb der wissenschaftlich anerkannten Fachkunde), sozialpsychiatrische Dienste für Kinder und Jugendliche sowie Erziehungs- und Familienberatungsstellen beteiligt.

Der Ausbau der vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Niedersachsen ist noch nicht abgeschlossen. Mittelfristig ist vorgesehen, die angestrebten Bettenmessziffern landesweit zu erreichen. Das Problem der regionalen Ungleichverteilung (mit einem relativen Überangebot im Weser-Ems-Gebiet und relativer Unterversorgung in den anderen Regierungsbezirken) ist jedoch kurzfristig nicht zu beheben. Die Kliniken bieten überwiegend keine Vollversorgung (Betreuung von Patientinnen und Patienten besonderen Schutzbedingungen) an. Aufgrund ungünstiger Niederlassungsmöglichkeiten und der begrenzten Anzahl klinischer Arbeitsplätze für Fachärztinnen und Fachärzte scheint der Beginn einer Weiterbildung im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie für Studienabgänger im Vergleich zu anderen Fachrichtungen offenbar wenig attraktiv zu sein. Infolgedessen stellt es sich zunehmend als problematisch dar, vakante AIP- (Arzt im Praktikum) und Assistentenstellen zu besetzen.

Nach alledem kann die aktuelle fachärztliche kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Niedersachsen nicht als befriedigend bezeichnet werden. Die Disziplinen „Kinderheilkunde“ und „Erwachsenenpsychiatrie“ müssen daher (zwangsläufig) einen erheblichen Anteil kinder- und jugendpsychiatrischer Patientinnen und Patienten mit versorgen.

Die ambulante fachärztliche Versorgung ist nicht zuletzt deshalb unzureichend, weil eine sichere wirtschaftliche Existenz für niederlassungswillige Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater praktisch nur im Rahmen der sog. „Sozialpsychiatrie-Vereinbarung“ möglich ist. Diese hat aber nach wie vor vorläufigen (Modell-) Charakter und wird in einer Vielzahl von Fällen nur über einen kurzen Zeitraum verlängert, soweit sie bei den Krankenkassen Akzeptanz findet. Diese Planungsunsicherheit bedeutet für viele niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein wirtschaftliches Risiko.

Wenn es auch im tagesklinischen (teilstationären) Bereich mit seinen unterschiedlichen Konzeptionsformen landesweit noch Ergänzungsbedarf gibt, zeigen immer mehr Träger und Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie Bereitschaft, diese dritte Behandlungsform im Rahmen einer Vollversorgung anzuwenden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass trotz erheblicher Verbesserungen in den letzten Jahren die gegenwärtige kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im stationären, ambulanten und teilstationären Bereich nach wie vor eines weiteren kontinuierlichen Ausbaus bedarf. Dies gilt insbesondere für ländliche Regionen, in denen es nur wenige Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten und entsprechende niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte gibt. Die stationäre Behandlung kann oft

nur wohnortfern erfolgen. Dies führt nach vorliegenden Studien zu deutlich verlängerten Aufenthalten in den Kliniken.

Die Landesregierung ist bemüht, die im Vergleich zu den somatischen Erkrankungen bestehende Unterversorgung auszugleichen, um der Diskriminierung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher entgegenzuwirken. Neben der Verbesserung ambulanter und vollstationärer Behandlung wird die Neueinrichtung von Tageskliniken als eigenständige, mit spezifischen Indikationen und Kontraindikationen verbundene Therapieform weiterhin betrieben. Auf den gleichzeitigen Abbau vollstationärer Behandlungsplätze bzw. die Umwandlung von voll- in teilstationäre Therapieplätze wird wegen des beschriebenen Mangels - abgesehen von regionalen Sondersituationen - zunächst verzichtet, weil dies eine Verschlechterung der noch unzureichenden vollstationären Versorgungssituation nach sich zöge.

Zu IX. Nr. 3:

Zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen gehört regelmäßig die Einbeziehung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten in Diagnostik, Behandlung und Beratung. Wenn Familientherapie angezeigt und möglich ist, bezieht diese auch Geschwister mit ein. Diese Elternberatung ist Teil der Kostenzusage der Krankenkassen. Sie dient der Verbesserung der Erziehungskompetenz. Die Beratungsarbeit zielt insbesondere auf die Verbesserung der emotionalen Voraussetzungen bei den Eltern, damit die Symptome der seelischen Krankheit zum Stillstand kommen können und die Entwicklung der Kinder besser gefördert wird.

Für Eltern und Geschwister bestehen Beratungsangebote im Rahmen der Eingliederungshilfe und nach dem Kinder- und Jugendhilfe-Gesetz (KJHG) sowie in den Sozialpsychiatrischen Diensten (SpD). In mehreren Städten bzw. Landkreisen bestehen Selbsthilfegruppen für Angehörige psychisch Erkrankter, die auch die Situation für betroffene Kinder und Jugendliche verbessern helfen.

Weiterhin bietet das Winnicott-Institut alljährlich Vortragsreihen für Eltern, Erzieherinnen und Erzieher, Pädagoginnen und Pädagogen an, die sich mit Themen der seelischen Gesundheit, Verhinderung von seelischer Krankheit und Entwicklungsförderung befassen.

X. Kinderärztinnen und Kinderärzte

Zu X. Nr. 1:

Die Versorgung mit Kinderärztinnen und Kinderärzten in Niedersachsen ist gesichert. Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung (KVN) sind gegenwärtig 40 von insgesamt 44 Planungsbereichen für die Neuzulassung von Kinderärztinnen und Kinderärzten wegen Überversorgung von mehr als 110 % gesperrt (Stand 9/2001). Der Versorgungsgrad in Niedersachsen liegt im Mittel bei 122 %.

Lediglich in einem der vier offenen Planungsbereiche herrscht eine relativ niedrige Versorgung von 75,7 % (Landkreis Rotenburg). Dies beruht darauf, dass dort die Ansiedlung von Kinderärztinnen und Kinderärzten aufgrund der ländlichen Struktur problematisch ist. Zu Versorgungsmängeln kommt es gleichwohl nicht, da die Versorgung dort auch durch Allgemeinärzte vorgenommen wird.

Eine Gefährdung der Versorgung ist auch in Zukunft nicht zu befürchten. Mehrfach getätigten Äußerungen, bis 2003 gingen 150 bis 200 Kinderärztinnen und Kinderärzte in den Ruhestand, die nur zu einem kleinen Teil ersetzt werden könnten, treffen nicht zu. Von den derzeit in Niedersachsen praktizierenden 460 Kinderärztinnen und Kinderärzten sind nur 66 über 60 Jahre alt. Bis zum Jahr 2010 werden lediglich 100 wegen Erreichens der Altersgrenze in den Ruhestand gehen.

Wenngleich der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands e. V. der Auffassung ist, dass in den nächsten Jahren ein Mangel an kinderärztlicher Versorgung zu befürchten sei, wird doch der zu erwartende Abgang durch den natürlichen Zugang kompensiert werden. Hierfür spricht neben den Zugangsdaten der vergangenen Jahre auch die Anzahl der Facharztanerkennungen der Ärztekammer Niedersachsen (58 in 1999, 51 in 2000 und 57 in 2001). Diese lagen im Mittel etwa doppelt so hoch wie der tatsächliche Zugang an Kinderärztinnen und Kinderärzten in der vertragsärztlichen Versorgung.

Zu X. Nr. 2:

Durch die Einführung eines diagnose-orientierten Fallpauschalensystems im Krankenhausbereich (Stichwort DRG) sind Umstrukturierungen zu erwarten, die auch das Tätigkeitsfeld der in einem Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte und insoweit die Inhalte der ärztlichen Weiterbildung beeinflussen. Die mit der Einführung eines Fallpauschalensystems einhergehende Transparenz des Leistungsgeschehens und damit auch die Diskussion um die Gewährleistung einer höchstmöglichen Qualität der Leistung wird zwangsläufig zur Festlegung von sog. Mindestmengen führen. Daraus erwächst eine Konzentration von Leistungen an bestimmten Kompetenzzentren, was jedoch nach gegenwärtigem Kenntnisstand keine negative Folgewirkungen für die Weiterbildung ableiten lässt.

Im Interesse einer möglichst wohnortnahen Versorgung kranker Kinder wird es auch weiterhin Ziel der Landesregierung sein, ein möglichst bürgernahes Netz von Kinderkrankenhäusern und -abteilungen aufrechtzuerhalten. Es kann allerdings nicht ausgeschlossen werden, dass sich Krankenhausträger aus Gründen der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit ihres Krankenhauses gezwungen sehen, im Einzelfall Versorgungsangebote einzuschränken oder einzustellen. Denn die demographische Entwicklung, wie auch insbesondere der medizinische Fortschritt, haben seit Jahren dazu geführt, dass die Auslastung der Kinderabteilungen an den niedersächsischen Krankenhäusern rückläufig ist. So lag die Auslastung der Kapazitäten in der Kinderheilkunde in Niedersachsen 1998 bei 76,2 % und damit leicht unter dem krankenhauserplanerischen Sollwert von 80 %. Gleichwohl haben sich in den vergangenen neun Jahren lediglich zwei Krankenhäuser veranlasst gesehen, ihre Klinik bzw. pädiatrische Abteilung aufzugeben.

Soweit von ärztlichen Standesorganisationen die Befürchtung vorgebracht wird, dass die Zahl der Kinderkrankenhäuser bzw. -abteilungen, in denen eine ärztliche Weiterbildung auf dem Gebiet Kinderheilkunde erfolgen kann, in verstärktem Maße zurückgeht, sind hierfür bisher keine Anhaltspunkte erkennbar. Angesichts der geringen Zahl altersbedingt ausscheidender Kinderärztinnen und Kinderärzte und der unter Nr. 1 beschriebenen guten Versorgungssituation wird es auch nicht zu einer unerwarteten Vielzahl von Neuniederlassungen kommen, die etwa durch eine Sogwirkung im Krankenhaus zu Engpässen führen könnte. Gleichwohl wird die Landesregierung die weitere Entwicklung eingehend beobachten.

Mittelfristig wird sich - bedingt durch die Europäisierung der Gesundheitsdienstleistungen und die bereits jetzt zu beobachtende Abkehr von gewachsenen Strukturen im Krankenhausbereich - auch die ärztliche Weiterbildung den neuen Strukturen anpassen müssen. Hier werden die Standesorganisationen der Ärzteschaft gefordert sein, die bisher in starkem Maße an bestehende Angebotsstrukturen geknüpfte ärztliche Weiterbildung zu überprüfen und inhaltlich dem im neuen Entgeltsystem erkennbaren Leistungsgedanken anzupassen. Ggf. wird auch eine Novellierung gesetzlicher Vorgaben erforderlich werden.

Zu X. Nr. 3:

Im Bereich der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) werden in regelmäßigen Abständen von der Akademie für Ärztliche Fortbildung, den Bezirksstellen der Ärztekammer und den Ärztereinen Fortbildungsangebote speziell für Kinderärztinnen und Kinderärzte zu den Themen Kindesmisshandlung, Jugendlichengesundheitsuntersuchung, Ernährung/Adipositas und Impfen angeboten. Die Teilnahmefrequenz ist in der Regel hoch.

Ein umfangreiches regelmäßiges Fortbildungsangebot besteht in den Bezirken mit großen Kinderkliniken bzw. Universitätskliniken. Im ländlichen Raum ist das Angebot geringer. Seitens des Berufsverbandes der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin werden landesweit ein bis zwei Fortbildungsveranstaltungen angeboten, regional in wechselndem Umfang. Dies gilt auch für die kleineren Kinderabteilungen.

Die Frage, ob es Kinderärztinnen oder Kinderärzte gibt, die keines dieser Angebote wahrnehmen, kann von der ÄKN nicht beantwortet werden. Gesicherte Daten dazu könnten sich nach Ablauf der Probephase des Freiwilligen Fortbildungszertifikates (2003) ergeben.

Zu X. Nr. 4:

In der Ausbildung für Kinderheilkunde und Jugendmedizin sollen Aspekte der ambulanten Pädiatrie gestärkt werden. Zunehmend bedeutsam sind Kenntnisse im Bereich der Prävention (einschließlich Impfungen), der Entwicklungspädiatrie (einschließlich Teilleistungsstörungen, Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom etc.) sowie der Jugendmedizin. In diesen Bereichen können Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten jetzt von der neuen 2-Jahres-Regelung profitieren, wonach die Tätigkeit in der ambulanten Praxis bis zu einem Zeitraum von zwei Jahren als Weiterbildungszeit anerkannt wird.

Das aktuelle Spektrum der Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen spiegelt sich auch in den Themen der Fortbildungsangebote wider. Die Ärztekammer Niedersachsen hat an vielen von der Landesregierung und anderen Einrichtungen und Verbänden entwickelten Projekten mitgearbeitet und Hilfestellung geleistet. So hat sie sich beispielsweise bei der Neuordnung der Gesundheitsberichterstattung für Niedersachsen und im Arbeitskreis Armut und Gesundheit im Rahmen der Landesarmutskonferenz sowie bei der Entwicklung und bei der Diskussion um Gesundheitsziele eingebracht. Bei allen diesen Themen war die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ein wesentlicher Gesichtspunkt.

Sie organisierte im November (28.11.2001) die Veranstaltung „Prävention an Schulen“. In Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit war die ÄKN an Veranstaltungen zur Kinderernährung „Suppenküchen im Schlaraffenland“, zu Kinderunfällen und einer Reihe zum Thema „Gewalt gegen Kinder“ beteiligt. Zu diesem Thema fanden zwei zentrale Veranstaltungen in Hannover und eine Reihe von Fortbildungen statt, bei denen in den einzelnen Bezirksstellen Kooperationsstrukturen vor Ort geschaffen wurden. Der Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ wurde an zahlreiche Praxen und Beratungsstellen über die Akademie für ärztliche Fortbildung verschickt. Die inzwischen versandte 2. Auflage erfreut sich ebenfalls sehr großer Nachfrage.

Zu X. Nr. 5:

Die aktuelle Weiterbildungsordnung zur Ärztin oder zum Arzt für Kinder- und Jugendmedizin ist in ihren Inhalten durchaus zeitgemäß. Ein Reformbedarf besteht weder aus Sicht der Landesregierung noch aus Sicht der Ärztekammer Niedersachsen. Deren Aufgabe ist es, die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen sowie die Förderung der beruflichen Fortbildung der Kammermitglieder zu gewährleisten und die Weiterbildung nach Maßgabe des Kammergesetzes für die Heilberufe (HKG) zu regeln, ebenso den Erwerb von Zusatzqualifikationen zu bescheinigen.

XI. Unfallverhütung

Zu XI. Nr. 1:

Kinderunfälle in Heim und Freizeit (ohne Straßenverkehr)

Eine Gesamtstatistik über Kinderunfälle in Heim und Freizeit besteht, abgesehen von den tödlichen Unfällen, nicht. Aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten bei der Kostübernahme von Unfallfolgen (bei Kindergarten- und Schulunfällen die Unfallversiche-

Träger, im Übrigen die Krankenkassen zuständig) können valide kumulierte Daten über das jährliche Unfallgeschehen bei Kindern nicht vorgelegt werden. Die häuslichen Unfälle werden zudem den Krankenkassen nicht bekannt gegeben und entziehen sich somit einer statistischen Aufnahme.

Nach den amtlichen Statistiken der Gemeinde-Unfallversicherungsverbände Hannover, Braunschweig und Oldenburg sowie der Landesunfallkasse Niedersachsen haben im Jahr 2000 154 216 Kinder Unfälle erlitten. Bei diesen dokumentierten Unfällen handelte es sich ausschließlich um sog. Arbeitsunfälle, d. h. Unfälle, die sich in Schulen und Tageseinrichtungen für Kinder ereignet haben. Dazu gehören auch die sog. Wegeunfälle, also Unfälle auf dem Weg von und nach den o. g. Einrichtungen. Die häufigsten Unfälle waren Sport- (41 %), Pausen- (40 %) und Wegeunfälle (10 %), Unfälle während des Unterrichts, mit Ausnahme der Sportunfälle (7 %) und sonstige Unfälle (2 %).

Bei den Unfällen wird zwischen Bagatell- und Heilbehandlungsunfällen unterschieden. Bei den Bagatellunfällen ist in der Regel nur ein einmaliger Arztbesuch oder gar keine ärztliche Behandlung erforderlich. Ihr Anteil an der Gesamtzahl der Unfälle betrug bei Kindergartenkindern rd. 87 %, bei Schülern rd. 86 %. Folgen von Heilbehandlungsunfällen waren Prellungen, Erschütterungen, Zerrungen, Verrenkungen, Quetschungen einschl. Querschnittslähmungen, Knochenbrüche aller Art, Augen- und Zahnverletzungen. Bei diesen schweren Unfällen entfallen auf:

- Knochenbrüche rd. 25 %,
- Quetschungen rd. 23 %,
- Zahnverletzungen rd. 20 %,
- Erschütterungen (Schädelprellung) rd. 15 % und
- sonstige (z. B. Augenverletzungen) rd. 17 %.

Zusätzlich lässt sich die Untersuchung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin über Kinderunfälle in den Jahren 1988 bis 1992 und 1996/1997 anführen. Nach dieser bundesweiten Erhebung ereigneten sich im Jahre 1996 in Heim und Freizeit 614 000 Unfälle von Kindern im Alter von bis zu 14 Jahren, die eine ärztliche Behandlung erforderlich machten. Dies bedeutet, bezogen auf Niedersachsen, ca. 60 000 Kinderunfälle in diesem Jahr in Heim und Freizeit.

Die sich aus den Untersuchungen ergebenden Unfallursachen und die Unfallfolgen dürften auch für Niedersachsen repräsentativ sein und sind in der nachstehenden Tabelle dargestellt. Die häufigsten Unfälle ereigneten sich im häuslichen Bereich, auf öffentlichen Verkehrswegen und auf Sportgeländen. Mehr als die Hälfte aller Unfälle waren Stürze aus der Höhe oder auf gleicher Ebene, ein Viertel Zusammenstöße mit Gegenständen oder Personen.

Unfallursächlich waren insbesondere Leichtsinn, Übermut, Übereifer und Verhaltensmängel wie Stolpern, Ausrutschen und Hast benannt. Unfallfolgen waren vor allem offene Wunden mit 35,5 % und Knochenbrüche mit 15,6 %.

Durchschnittlich waren die Kinder je Unfall 16 Tage lang beeinträchtigt. In 11,7 % der Unfälle war eine stationäre Behandlung erforderlich, die im Durchschnitt neun Tage dauerte.

Unfälle von Kindern bis zu 14 J.;

Quelle: Repräsentative Haushaltsbefragungen der BA für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in den Jahren 1988 bis 1992, 1996/1997

Unfallort	%
Wohn-/ Ess-, Schlaf-, Kinder-, Arbeitszimmer	19,7
Öffentlicher Verkehrsweg	17,0
Sportgelände	12,3
Garten, Garage	9,0
Freie Natur	6,4
Küche	6,3
Fahrweg, Hof	4,9
Flur	4,6
Treppen im/am Wohnhaus	4,1

Unfallart	%
Sturz aus der Höhe	31,8
Zusammenstoß mit einem Gegenstand oder einer Person	25,4
Sturz auf gleicher Ebene	19,5
Verletzen mit scharfem bzw. spitzem Gegenstand	9,0

Ursachen (Mehrfachnennungen)	%
Physische/psychische Einflussfaktoren, wie Leichtsinn, Übermut, Übereifer, Unkonzentriertheit, Unaufmerksamkeit	41,4
Verhaltensmängel, wie Stolpern, Ausrutschen, Eile, Hast, sportlicher Einsatz, fairer Remppler, Unkenntnis, Ungewohntheit	37,2
Fehler oder Unachtsamkeit einer anderen Person	18,7
Umgebungseinflüsse, wie Boden-, Untergrundbeschaffenheit/Nässe, Ablenkung durch äußere Einflüsse	16,8
Verletzungsarten (bezogen auf Verletzungen)	%
Offene Wunden	35,5
Knochenbrüche	15,6
Prellungen	11,7
Verstauchungen, Zerrungen	6,5
Gehirnerschütterungen	4,9
Verletzte Körperteile (bezogen auf Verletzungen)	%
Kopf und Gesicht	32,5
Obere Gliedmaßen	31,3
Untere Gliedmaßen	23,0
Unfallschwere	%
Beeinträchtigungstage durchschnittlich je Unfall	16,0
Stationäre Behandlung	11,7
Stationäre Behandlungstage durchschnittlich pro Unf.	9,0

Tödliche Kinderunfälle in Heim, Freizeit und Straßenverkehr

Im Alter von 1 bis 14 Jahren sind Unfälle die häufigste Todesursache. Tödliche Kinderunfälle sind zumeist Verkehrsunfälle, gefolgt von häuslichen Unfällen und Sport-/Spiel-Unfällen. In Niedersachsen sind im Jahr 1999 insgesamt 211 Kinder und Jugendliche verstorben, davon 91 aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen (44 % aller Todesfälle). Jungen waren 1999 deutlich häufiger betroffen (55 Todesfälle) als Mädchen (36 Todesfälle). Etwa die Hälfte der Todesfälle entfiel auf Transportmittelunfälle. An zweiter Stelle folgten Todesfälle durch Ertrinken (12 bzw. 13 %).

Die Zahlen für 1995 bis 1997 (für 1998 und 1999 nur Verkehrsunfälle) ergeben sich aus der folgenden Tabelle:

Tödliche Unfälle von Kindern im Alter bis zu 15 Jahren;

Quelle: Nds. Landesamt für Statistik, Todesursachenstatistik Niedersachsen

	Tödliche Unfälle insgesamt	Verkehrsunfälle	Häusliche Unfälle	Sport-/ Spielunfälle	Sonstige Unfälle
1999	91	46			
1998	86	33			
1997	89	39	12	13	25
1996	116	49	31	22	14
1995	106	50	18	11	27

Der Straßenverkehr nimmt zumindest für schwere Unfälle eine bedeutende Rolle ein. Verkehrsunfälle mit Personenschaden werden in der Regel polizeilich erfasst und gehen in die Straßenverkehrsunfallstatistik ein. Danach sind in Niedersachsen im Jahr 1999 4 938 Kinder bei Straßenverkehrsunfällen verletzt oder getötet worden (im Jahr zuvor waren es 400 Kinder weniger; dies bedeutet eine Steigerung von 1998 auf 1999 um 8,8 %).

Bezogen auf 10 000 Kinder derselben Altersstufe waren dies zuletzt 37,6 Verunglückte. Im Vergleich mit den Ländern des früheren Bundesgebietes lag Niedersachsen damit bereits 1998 über dem Durchschnitt (34,6 zu 33,5). Es besteht jedoch eine deutliche Differenz zu den neuen Bundesländern, in denen 1998 48,7 von 10 000 Kindern unter 15 Jahren verunglückten.

Besonders beachtenswert sind in Niedersachsen die regionalen Unterschiede. Neben den Städten Wilhelmshaven (55,65), Delmenhorst (52,94) und Hannover (51,26) sind es auch einzelne Landkreise, die deutlich über dem Landesdurchschnitt liegen. An oberster Stelle liegen die Landkreise Wittmund (58,9) und Soltau-Fallingb. (55,3). Die Landkreise mit einer geringeren Rate sind Lüchow-Dannenberg (26,2), Wolfenbüttel (26,3), Helmstedt (29,8) und Lüneburg (30,0).

Unfalldokumentation im Rahmen eines Projektes der Kinderklinik Delmenhorst

An den Städtischen Kliniken Delmenhorst besteht eine Initiative zur systematischen Erfassung von Unfällen im Kindesalter. Die Beobachtung des Unfallgeschehens durch sechs beteiligte Einrichtungen soll nicht nur in die Dokumentation, sondern auch in gezielte Präventionskonzepte einmünden. Die Datenbank erfasst Kinder, die sowohl ambulant als auch stationär versorgt wurden.

Nach dieser Auswertung für das Jahr 1999 mussten insgesamt 14,9 % aller Kinder unter 15 Jahren medizinisch (ambulant oder stationär) behandelt werden. Die Häufigkeit des Behandlungsbedarfs variiert nach Altersgruppen. Die höchste Inzidenz behandlungsbedürftiger Unfälle weist die Gruppe der 1- bis 4-jährigen Kinder mit 18,6 % gegenüber 14 % der 5- bis 14-Jährigen und 10,3 % der Säuglinge (bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres) auf.

Bei zusätzlicher Differenzierung nach Herkunft werden die Unterschiede noch deutlicher: 21,8 % der Kinder aus Migrantenfamilien erleiden pro Jahr einen behandlungsbedürftigen Unfall. Auffallend hoch ist die Rate mit 45 % bei den ausländischen Jungen. Suizidversuche sind selten und wurden nur bei deutschen Kindern erfasst. Verletzungen aufgrund von Gewalt kamen nur in 21 Fällen vor; hier geht man aber von einer Untererfassung aus.

Als Hochrisikogruppen sind demnach eindeutig Kinder im Kleinkindalter (1 bis 4 Jahre) und ausländische Kinder zu benennen.

Stürze waren auch in Delmenhorst die häufigste Unfallart in allen Altersgruppen, wobei die Umstände altersgruppenspezifisch waren. Im Säuglingsalter war der Sturz vom Wickeltisch, im Kleinkindalter der Sturz von Treppen und im Schulalter Stürze vom Fahrrad am häufigsten. Thermische Verletzungen (6,2 bzw. 8,2/1 000, am häufigsten durch heiße Flüssigkeiten bzw. heiße Gegenstände im Haushalt), Fremdkörper in oberen Atemwegen oder Verschlucken von Fremdkörpern (5,3 bzw. 6,4/1 000) und Vergiftungen (4,4 bzw. 6,6/1 000) waren typische Unfälle des Säuglings- und Kleinkindalters.

Zu XI Nr. 2:

Nach den Untersuchungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin ereignen sich ca. 55 % der Kinderunfälle im häuslichen Bereich (Haus, Hof, Garten). Um die Sicherheit und den Unfall- und Gesundheitsschutz im häuslichen Bereich zu fördern, wurde der Verein „Aktion das sichere Haus - Deutsches Kuratorium für Sicherheit in Heim und Freizeit e. V. (DSH)“ mit Sitz in Hamburg gegründet. Die DSH wird im Wesentlichen von den Gemeinden-Unfallversicherungs-Verbänden getragen und vom Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales ab dem Jahr 2002 finanziell (mit 5 000 Euro jährlich) unterstützt.

Die DSH verwirklicht ihr Ziel durch Pressearbeit, insbesondere durch Herausgabe der Zeitschrift „Sicher - zu Hause und Unterwegs“. Die Zeitschrift erscheint viermal im Jahr und enthält regelmäßig Informationen zum Thema „Kinderunfälle“. Im Jahr 2000 wurde eine Broschüre zum Thema „Vergiftungsunfälle bei Kindern“ erstellt. Ferner hinaus werden zahlreiche Presseinformationen zu dem Thema „Kinderunfälle“ herausgegeben.

Die Landesregierung wird beobachten und prüfen, inwieweit aus den Erfahrungen mit regionalen Präventionskonzepten (z. B. im Rahmen des Runden Tisches an der Kinderklinik Delmenhorst, s. Frage XI. Nr. 1) auch flächendeckend anwendbare geeignete Maßnahmen abgeleitet werden können.

Zu XI. Nr. 3:

Die gesetzlichen Unfallversicherungsträger haben die Aufgabe, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten Mitteln zu verhüten (§ 14 ff. SGB VII). Hierzu sind u. a. nach der gesetzlichen Vorgabe des § 18 SGB VII Aufsichtspersonen in der erforderlichen Zahl zu beschäftigen.

Neben der Überwachung und Beratung der Mitglieder und Versicherten kommt der Information und Schulung von Versicherten und Verantwortlichen eine zunehmende Bedeutung zu. Gleiches gilt für Projekte zur praxisgerechten Prävention.

Neben der Überprüfung der Betriebseinrichtungen wird von den Unfallversicherungsträgern großer Wert auf die Beratung der Verantwortungsträger und Schulen gelegt. Bei Besichtigungen in Kindergärten und Schulen werden eventuell vorhandene sicherheitstechnische Mängel dem Sachkostenträger aufgezeigt. Darüber hinaus werden derzeit alle Schulen aufgefordert, die Lehrerinnen und Lehrer in erster Hilfe auf Kosten der Unfallversicherungsträger ausbilden zu lassen.

Zu den Aufgaben der Prävention gehört auch die Überwachung der Durchführung der Unfallverhütungsvorschriften, die mit einer Beratung der Mitglieder und Versicherten in Fragen der Organisation und Durchführung des Arbeitsschutzes einhergeht. Bei diesen Beratungen kommt es bereits im Vorfeld von Maßnahmen und Planungen darauf an,

mögliche Gefährdungen am Arbeitsplatz zu erkennen und damit verbundene Risiken auszuschließen oder zu minimieren. Schwerpunkte dieser Beratungen sind:

- Organisation des Arbeitsschutzes,
- Hilfen zur Durchführung von Gefährdungsanalysen,
- Um- und Anbau von Schulen und Kindertageseinrichtungen und
- Umgestaltung des Außengeländes von Kindertagesstätten und Schulen.

So wurden beispielsweise beim Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover und der Landesunfallkasse Niedersachsen im Jahr 2000 757 Betriebsbesichtigungen und 413 Beratungen im Bereich der Kindertagesstätten und Schulen durchgeführt.

Die Unfallversicherungsträger führen Seminare, Fachveranstaltungen und Workshops für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch, die in den Mitgliedsbetrieben mit der Sicherheit und Gesundheit von Beschäftigten, Schülerinnen, Schülern und Kindern in Tageseinrichtungen zu tun haben. Der Seminarbesuch durch den angesprochenen Personenkreis hat sich von rund 300 in den Jahren 1998/1999 auf rd. 800 Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhöht.

Ein Schwerpunkt der Präventionsarbeit sind auch Modellprojekte, in denen weiter gehende Präventionsmaßnahmen am Arbeitsplatz erarbeitet werden. Häufig werden hierbei Kooperationspartner eingebunden, die die verschiedenen Dimensionen der Belastungen fachlich betreuen. Auf Kongressen und Fachveranstaltungen wird die Prävention einer breiteren Zielgruppe nahe gebracht.

Zu XI. Nr. 4:

In allen bereits unter Nr. 3 genannten Bereichen finden Präventionsmaßnahmen in enger Zusammenarbeit mit der Landesregierung und den Trägern von Schulen und anderen Einrichtungen statt.

Das landesweite Projekt „Niedersachsen macht Schule durch Bewegte Schule“ (Ende 2001 ausgelaufen) hatte beispielsweise dazu beitragen, Kindern durch ein vielfältiges, über den Schulsport hinausgehendes Spiel- und Bewegungsangebot Entwicklungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Der Ansatz war gewählt worden, weil Defizite der Schulkinder hinsichtlich der Wahrnehmung, koordinativer Fähigkeiten und des Kraft-/Ausdauerbereiches (mit-) ursächlich für Unfälle sind.

Diese Aktivitäten aufgrund von speziell entwickelten Strategien sind richtungsweisend, um Unfälle von Kindern zu verhindern. An speziellen Angeboten sind zu nennen:

- Förderung der Bewegungskompetenz von Kindern durch entsprechende Angebote im Kindergarten und Schulbereich,
- Schulungs- und Informationsveranstaltungen für Pädagoginnen und Pädagogen, Erzieherinnen und Erzieher,
- finanzielle Unterstützung von Förderungsprogrammen,
- spezielle Sportförderungsangebote bei koordinativen Bewegungseinschränkungen,
- Videos, Wanderausstellung, Informationsmaterial, Zeitschriften etc.,
- Ausbildung und Förderung im Rahmen der Verkehrserziehung in Kindergärten und Schulen, begleitet von Videos und Informationsmaterial.

Zu XI. Nr. 5:

Die Landesregierung unterstützt in Zusammenarbeit mit der Landesverkehrswacht, der Deutschen Verkehrswacht, dem Deutschen Verkehrssicherheitsrat, dem ADAC und weiteren Trägern von Verkehrssicherheitsarbeit die Bestrebungen zur Reduzierung der Unfallgefahren für Kinder im Straßenverkehr durch zielgruppenspezifische präventive Maß-

nahmen in vielfältiger Weise, um über die Gefahren des Straßenverkehrs aufzuklären und sicherheitsfördernde Verhaltensweisen von Kindern zu trainieren.

In Niedersachsen werden Seminarreihen für im vorschulischen Bereich tätige Erzieherinnen und Erzieher angeboten, die auf die Themen „Medien, Elternarbeit und Rhythmik in der Verkehrserziehung“ eingehen. Darüber hinaus werden im Rahmen des Zielgruppenprogramms des Deutschen Verkehrssicherheitsrates (DVR) „Kind und Verkehr“ in Kindergärten Elternveranstaltungen mit den Inhalten „Kind als Fußgänger“ und „Kind als Radfahrer“ angeboten, hier wird auch der Bereich „Kinder als Mitfahrer“ thematisiert.

Weiterhin bietet die Deutsche Verkehrswacht zum Abbau der häufig unfallursächlichen Bewegungsunsicherheiten bei Kindergartenkindern Übungsmaterial in Form von sog. Move it-Boxen an, das Anregungen für Bewegungsspiele für drinnen und draußen enthält. Diese Materialien sind auch für den Einsatz in der Grundschule konzipiert.

Auch die Unfallversicherungsträger geben Unterrichtshilfen für den Verkehrsunterricht in Kindergärten und Schulen heraus. Als Maßnahme zur Sicherung von Kindern in der dunklen Jahreszeit bewirbt die Landesverkehrswacht die Nutzung von so genannten Reflexdreiecken und weiteren reflektierenden Materialien.

Aufgrund des Gemeinsamen Erlasses des MK und des MI vom 10.08.1993 (SVBl. S. 401) „Zusammenarbeit zwischen Schule und Polizei im Bereich der Verkehrserziehung“ sind in Niedersachsen rd. 70 Verkehrssicherheits-Beraterinnen und -Berater bei den Polizeiinspektionen eingesetzt.

Diese Verkehrssicherheitsberater der Polizei kooperieren eng mit den gegenwärtig 35 tätigen schulischen Fachberaterinnen und Fachberatern für Verkehrserziehung in den Regierungsbezirken, den Obleuten für Verkehrserziehung in den Schulen und den örtlichen Gruppierungen der Verkehrswachten. Kernpunkte ihrer Präventionsarbeit sind im Wesentlichen die Verkehrserziehung in Kindergärten und Schulen sowohl im Wege theoretischer Aufklärungsarbeit als auch in praktischen Verhaltensübungen. Schwerpunkte sind insbesondere:

- Aufklärung über spezifische Verkehrsgefahren und sicherheitsorientierte Verhaltensdirektiven sowohl gegenüber den Erziehungsberechtigten (beispielsweise in Arbeitskreisen „Schulwegerziehung“) als auch gegenüber den Kindern,
- Verhaltenstraining mit Kindern über richtiges Verhalten in Bussen, Bahnen sowie an Haltestellen - häufig in Zusammenarbeit mit Nahverkehrsunternehmen,
- Ausbildung von Eltern- und Schülerlotsen,
- Mitwirkung bei der Erstellung von Schulwegplänen,
- Koordination und Durchführung der landesweiten Schulanfangsaktion „Kleine Füße“ (sicherer Schulweg),
- Schulwegsicherung durch Schulwegüberwachung unter thematischer Schwerpunktsetzung in den Bereichen „Kinderrückhaltesysteme“ und „Geschwindigkeitsfehlverhalten“,
- Beteiligung an der
- n Radfahrausbildungen in Schulen ab 3. Klasse,
- Überprüfung der Fahrräder (theoretische und praktische Unterweisung in Hinblick auf die Radfahrprüfung),
- Durchführung präventiver Überwachungsaktionen im Bereich von Schulen und Schulwegen, bei denen anstelle einer Ahndung mit Verwarngeld ein Ansprechen durch die „betroffenen“ Kinder erfolgt (Beispiele: Aktion „Gelbe Karte“ - Schulkinder zeigen Autofahrern bei Geschwindigkeitsüberschreitungen die gelbe Karte; Tag der Zitrone - Kinder überreichen den Erwachsenen bei Fehlverhalten im Verkehr symbolisch eine Zitrone).

Alljährlich führt die Landesregierung zu Beginn des Schuljahres in Kooperation mit dem ADAC, der Landesverkehrswacht Niedersachsen e. V., den Gemeindeunfallversicherungsverbänden Braunschweig, Hannover und Oldenburg sowie dem Landeselternrat Verkehrssicherheitsaktionen zum Schulanfang durch. Seit 1999 findet in diesem Zusammenhang die Aktion „Kleine Füße“ statt. Sie hat zum Ziel, einerseits den Lernanfängern und Schulwechslern gefahrenreduzierte Schulwege aufzuzeigen und andererseits den anderen Verkehrsteilnehmern zu vermitteln, dass die jüngeren Kinder noch nicht über - oftmals vorausgesetzte - Fähigkeiten und Eigenschaften von Erwachsenen verfügen (Reaktionsvermögen, weiter Blickwinkel, Konzentration auf das Verkehrsgeschehen, Übersicht, richtiges Abschätzen von Geschwindigkeiten und Entfernungen usw.). Infolgedessen bedürfen sie besonderer Rücksichtnahme und Aufmerksamkeit. Im Zusammenhang mit dieser Aktion wird auch regelmäßig auf die Pflicht zur Sicherung von Kindern in Kraftfahrzeugen mittels geeigneter Rückhaltesysteme hingewiesen.

Durch fahrbahnüberspannende Transparente, die im Einzugsbereich von Grundschulen angebracht werden, weisen ADAC und Landesverkehrswacht alle Verkehrsteilnehmer regelmäßig zum Schulanfang auf die Gefährdung von Kindern, insbesondere von Lernanfängern, auf dem Schulweg hin.

Das nachfolgend genannte Material wird im Vorfeld der Einschulung von Lernanfängerinnen und Lernanfängern für Schulen und Eltern kostenlos zu Verfügung gestellt. Es handelt sich dabei um Broschüren, auch Videofilme, die im Rahmen des Unterrichts sowie bei Elternabenden eingesetzt bzw. verteilt werden. Hierzu zählen:

- ADAC-Schulwegratgeber (Verteilung über die nds. Polizeidienststellen)
- Jan unterwegs (DVR)
- „Schulanfang - Der sichere Weg für Ihr Kind!“
- „Familie Fürchterlich - Das drachenstarke Schulweg-ABC“
- „Kindersicherheit“, VW aktiv 4/2000 (Bezug über die Deutsche Verkehrswacht)

Darüber hinaus unterstützt die Landesregierung insbesondere die Arbeit von Schüler- und Elternlotsen. Etwa 2 100 Schülerlotsen und 1 600 Elternlotsen sind in Niedersachsen im Einsatz; die Schulen organisieren den Dienst, die Ausbildung erfolgt durch die Polizei (Haushaltsmittel des MI) und Mitglieder der örtlichen Verkehrswachten (Haushaltsmittel des MW). Schülerlotsen müssen mindestens 13 Jahre alt sein und verantwortungsbewusst handeln - zum Teil leidet dieser Dienst bei den Jugendlichen heute unter einem Imageverlust. Um dem entgegenzuwirken, wird der persönliche Einsatz der Schülerlotsen im Schulzeugnis besonders hervorgehoben. Zudem plant die Landesverkehrswacht für 2002 eine neue Schülerlotsenkampagne.

Das Reaktionsverhalten, die eigenen und die Bremswege anderer Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmer spielen eine entscheidende Rolle für die Verkehrssicherheit. Gefährdungen haben oftmals ihre Ursache in Fehleinschätzungen. Deshalb bietet der Allgemeine Deutsche Automobilclub (ADAC) in seinem niedersächsischen Zuständigkeitsbereich allen interessierten Schulen seit 1998 für Schülerinnen und Schüler der 5. Klassen die Aktion „Achtung Auto“ an. Im Rahmen dieser Aktion sollen Bremswege demonstriert und die sie beeinflussenden Faktoren mit den Schülerinnen und Schülern erörtert werden. Der Zusammenhang zwischen Geschwindigkeit, Reaktionsweg und Anhalteweg kann so handlungsorientiert erfahren und theoretisch erarbeitet werden. Im Jahr 2001 bis einschließlich Oktober führten die im Rahmen dieses Programms eingesetzten 10 Moderatorinnen und Moderatoren in Niedersachsen entsprechende Schulungen in 397 Klassen mit insgesamt 9 470 Schülerinnen und Schülern durch.

Der ADAC veranstaltet jährlich Jugendfahrradturniere auf Orts-, Regional-, Landes- und Bundesebene, bei denen 8- bis 15-jährige Schülerinnen und Schüler durch Absolvierung eines Parcours die sichere Beherrschung des Fahrrades nachweisen müssen. Diese - auch im Rahmen schulischer Verkehrserziehung auf Ortsebene durchführbare - Aktion erfreut sich bei der angegebenen Altersgruppe großer Beliebtheit.

Neben den oben aufgeführten Aktivitäten arbeitet die Landesregierung noch mit einer Vielzahl von weiteren Trägern von Verkehrssicherheitsarbeit zusammen und kann im Bereich der Verkehrserziehung von Kindern und Jugendlichen auf ein Netz gut funktionierender Strukturen zurückgreifen.

Für noch die Schule besuchende junge Kraftfahrerinnen und Kraftfahrer werden Wettbewerbe der Berufsgenossenschaften in Kooperation mit der Verkehrswacht angeboten. Hierzu stellen die Unfallversicherungsträger Unterrichtshilfen wie Videos, Overhead-Folien und CDs sowie Vortragsmanuskripte zur Verfügung. Um zur Teilnahme zu motivieren, werden z. T. Preise ausgelobt.

Seit 1999 wird an ausgewählten Gymnasien, Gesamtschulen und berufsbildenden Schulen das Projekt „Kooperation Schule und Fahrschule“ erprobt. Im Rahmen einer „Führerschein-AG“ werden jugendliche Kraftfahrerinnen und Kraftfahrer auf die verantwortungsvolle Teilnahme am Straßenverkehr ergänzend vorbereitet. Insbesondere Einstellungen und Verhaltensweisen werden hier thematisiert, um dem jugendspezifischen Risikoverhalten entgegenzuwirken.

Zu XI. Nr. 6:

Es hat sich bei den Bemühungen zur Prävention von Unfällen gezeigt, dass der Effekt aller Maßnahmen seine Begrenzung dort findet, wo es nicht gelingt, Eltern und Erziehungsberechtigte einzubeziehen. Dies gilt für alle Unfallarten allgemein und für Straßenverkehrsunfälle in besonderem Umfang. Immer noch werden z. B. viele Kinder als Mitfahrer schwer verletzt oder getötet, weil Rückhaltesysteme in Kraftfahrzeugen nicht oder nicht in geeigneter Weise benutzt werden.

Unfälle haben in der Regel multikausale Ursachen. Die wirksamste Art, Unfälle zu verringern, ist die sichere Gestaltung des Umfeldes. Kinder dürfen keinen für sie nicht erkennbaren Gefahren ausgesetzt werden, andererseits müssen die Kinder Räume zur freien Gestaltung haben. Die Abgrenzung zwischen den Kindern zur Entwicklung zugestandenen Freiräumen und dem Ausschluss von Risiken ist schwierig. Dabei ist zu beachten, dass das Unfallgeschehen in Kindergärten und Schulen im Wesentlichen nicht durch bauliche Mängel oder Ähnliches, sondern durch ein verändertes Sozialverhalten (häufig Aggression) geprägt ist. Hier gilt es, im pädagogischen Bereich anzusetzen und anzustreben, dass die Erziehung zur Sicherheit und Konfliktfähigkeit integraler Bestandteil des Unterrichts wird und so früh wie möglich einsetzt. Dies kann durchaus auch bereits im Kindergarten beginnen.

Eine seriöse Prognose, wie viele Unfälle durch präventive Maßnahmen vermieden werden, ist nicht möglich.

Dr. Trauernicht