

Große Anfrage

der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

und

Antwort

der Landesregierung

**Kinder und Jugendliche 2000 –
Umwelt, Lebensstile und Gesundheit**

Große Anfrage

Wir fragen die Landesregierung:

1. Umweltbedingte Entwicklungstrends

1. Welche neueren Erkenntnisse liegen in Baden-Württemberg seit Veröffentlichung des Gesundheitsrahmenberichtes 1996 über Umweltgifte (Schadstoffbelastung in Innen- und Außenräumen, in der Muttermilch, Textilien und in Lebensmitteln etc.) und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vor (gesicherte/vermutete Zusammenhänge)? Gibt es insbesondere Abweichungen in Baden-Württemberg von bundesdurchschnittlichen Werten und Befunden?
2. Bestätigen sie das vom Bundesumweltamt (Jahresbericht 99) festgestellte vermehrte Auftreten von Krankheiten wie Asthma und Allergien auf Grund von Umwelteinflüssen (auch bezogen auf Kinder und Jugendliche)?
3. Gibt es insbesondere auch Erkenntnisse über Arzneimittelrückstände in Gewässern in Baden-Württemberg und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen?
4. Wie ist der aktuelle Forschungsstand der Beobachtungsgesundheitsämter in Baden-Württemberg, insbesondere
 - a) was ist der derzeitige Forschungsgegenstand,
 - b) welche aktuellen wesentlichen Ergebnisse liegen vor,
 - c) welcher konkrete Handlungsbedarf wird für das Land aufgezeigt und
 - d) wie wird dieser umgesetzt?

II. Verhaltens- und verhältnisbedingte Risikofaktoren

1. Lassen sich Entwicklungstrends bei Kindern und Jugendlichen bezüglich veränderter Lebensstile, insbesondere (Fort)Bewegung, Ernährung etc., und deren Auswirkungen auf die Gesundheit aufzeigen und wie werden von der Landesregierung Aussagen von Fachleuten bewertet, die auf Grund einer veränderten Mobilität (mit dem Auto in die Schule) und eines veränderten Freizeitverhaltens (Computer und Fernseher) eine dramatische Zunahme der ernährungsbedingten und auf Bewegungsmangel beruhenden Gesundheitsschäden bei Kindern und Jugendlichen feststellen?

Bewegungsmangel

2. Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass das sog. „Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom“, unter dem immer mehr Kinder leiden, u. a. auch durch Bewegungsmangel verursacht wird?
3. Wie beurteilt die Landesregierung die Kritik vieler Fachleute an den Betreuungs- und Bildungseinrichtungen, insbesondere an der Schule, dass sie die Kinder zu „Sitzmenschen“ erzieht und wie steht sie zu den Forderungen nach neuen bewegungsfördernden Konzepten im Unterricht und nach einer Reform des Sportunterrichts an den Schulen?
4. Welche innovativen Modelle und Projekte gibt es in Baden-Württemberg in Kinderbetreuungseinrichtungen und an Schulen, die auf den Bewegungsmangel eingehen und neue pädagogische Ansätze praktizieren?
5. Wie greifen Freizeiteinrichtungen, Sportverbände und Selbsthilfegruppen dieses Problem auf und wie hat sich in den letzten Jahren die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen entwickelt?
6. Welche Erfahrungen und Handlungsempfehlungen wurden im Modellprojekt „Umweltfreundlich zum Kindergarten“ des baden-württembergischen Umweltministeriums gemacht und welche praktischen Konsequenzen sind bisher daraus erfolgt (Zusammenarbeit Umwelt- und Sozialministerium, Empfehlungen an die Kommunen zur Stadt- und Verkehrsplanung etc.)?
7. Wie ist die Praxis der Kommunen in der Ausweisung von Spielstraßen, und welche Antworten findet die Landesregierung zu den Klagen aus den Kommunen, dass auf Grund von landespolitischen Gesetzesvorgaben in Baden-Württemberg normale Straßen nur mit sehr hohen baulichen Kosten in autoverkehrsberuhigte Bereiche umgewandelt werden können?

Ernährungsmängel

8. Wie ist derzeit die Ernährungssituation von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg,
 - a) welche Ernährungsmängel und -defizite sind bei Kindern und Jugendlichen am häufigsten anzutreffen,
 - b) wie hoch ist der Prozentsatz von über- und untergewichtigen Kindern und Jugendlichen,
 - c) gibt es Unterernährung bei Kindern und Jugendlichen und wenn dies zutrifft, bei welchen Kindern und Jugendlichen ist dies der Fall(unter Berücksichtigung von Geschlecht, Alter, Bildung, sozialer Schichtzugehörigkeit, Zuwanderung)?
9. Mit welchen Konzepten reagieren
 - a) Bildungseinrichtungen (Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen),
 - b) Einrichtungen des Gesundheitswesens (Kassenärztliche Vereinigungen, Kassen und Gesundheitsämter)

- c) die Verbraucherberatung,
- d) die Ernährungsberatung des Landwirtschaftsministeriums,
- e) die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. – Sektion Baden-Württemberg

und mit welchen pädagogischen Konzepten versuchen sie die Zielgruppe Kinder- und Jugendliche anzusprechen und für gesunde, d. h. auch schadstoffarme Ernährung zu begeistern?

III. Behandlung und Früherkennung von Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Arzneimittel

1. Wie bewertet die Landesregierung die Forschungsergebnisse zur Vergabe von Arzneimitteln an Kinder und Jugendliche (im Auftrag der Gmünder Ersatzkasse), wonach
 - a) die meisten Medikamente, die häufig bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden, nicht auf die spezielle Wirkungsweise (Nebenwirkungen) bei Kindern und Jugendlichen überprüft worden sind,
 - b) Kindern häufig Medikamenten mit fragwürdiger therapeutischer Wirksamkeit verschrieben werden (20 Prozent der Kindern verordneten Schmerzmitteln),
 - c) ein auffällender Anstieg von Psychostimulanzien bei Kindern und Jugendlichen festgestellt wird, und es konkrete Hinweise darauf gibt, dass insbesondere das Medikament Ritalin zu oft und ohne die notwendige Psychotherapeutische Begleitung gegen hyperkinetische Syndrome (Unruhe, Konzentrationsschwäche, Nervosität) verschrieben wird und welche Konsequenzen ziehen die Landesregierung und die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen daraus?
2. Gibt es bei der Frage der Arzneimittelvergabe auf Kinder und Jugendliche ausgerichtete Qualitätssicherungsprogramme?

Früherkennung

3. Welche Erfahrungen werden in Baden-Württemberg mit den Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Gesundheitsschäden bei Kindern und Jugendlichen (Teilnahme etc.)
 - a) mit der für das Kindesalter vorgesehenen Gesundheits-Checks U 1 – U 9,
 - b) mit der im Jahre 1998 eingeführten Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) gemacht und welche überwiegenden Gesundheitsschäden weisen Kinder und Jugendliche bei diesen Untersuchungen auf?
4. Wie ist nach Auffassung der Landesregierung das System dieser Früherkennungsmaßnahmen zu verbessern in Bezug auf
 - a) die Akzeptanz dieser Gesundheits-Checks
 - b) die untersuchten Gesundheitsstörungen und
 - c) das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen?

IV. Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter als ressortübergreifende Aufgabe

1. Teilt die Landesregierung die Auffassung vieler Fachleute, dass der aktuelle Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen und einige umwelt-, verhältnis- und verhaltensbedingte Entwicklungstrends eine Neubewertung der auf die Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen abgestimmte Gesundheitsförderung und Prävention erfordert, die insbesondere auch die Bildungseinrichtungen mit neuen Konzepten in die Pflicht nimmt?

2. Gibt es entsprechend eine ressortübergreifende Zusammenarbeit zwischen Sozial-, Umwelt-, Kultus- und Landwirtschaftsministerium und gemeinsam entwickelte Konzepte
 - a) im gesundheitsbezogenen Umweltschutz und
 - b) zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der verhaltens- bzw. verhältnisorientierten Prävention im Kindes- und Jugendalter, insbesondere in Bezug auf die im Antrag aufgeführten neuen sozial- und lebensstilbedingten Risikofaktoren?
3. Wie wird in Baden-Württemberg nach Auflösung der Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheit die Koordinierung und Projektförderung auf Landesebene wahrgenommen, insbesondere
 - a) wie viel Personalstellen stehen zur Verfügung,
 - b) wo sind diese organisatorisch verankert,
 - c) wie sind sie finanziert (staatlicher Förderanteil),
 - d) welchen Arbeitsauftrag haben sie,
 - e) sind sie auch für Projekte in freier Trägerschaft zuständig und
 - f) wie steht Baden-Württemberg mit dieser Ausstattung im Ländervergleich?
4. Wie bewertet die Landesregierung in diesem Kontext die Bedeutung der Gesundheits-Informationen-Datenbank (GID), die von der Sozial- und Arbeitsmedizinischen Akademie Baden-Württemberg e.V. (SAMA) aufgebaut wird und wie unterstützt sie deren Arbeit?
5. Wie viele Projekte beteiligen sich in BaWü an den von der WHO initiierten Netzwerken
 - a) „Gesunde Stadt“/ „Gesunder Landkreis“/ „Gesunde Region“,
 - b) „Gesunde Schule“ (gesundheitsfördernde Schule),und wie wird die Erfahrung erfolgreicher Projekte vermittelt?
6. Wie arbeiten Land und Kommunen im „Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit“ der Bundesregierung mit, in dem der vorbeugende Gesundheitsschutz für Kinder und Jugendliche ein Schwerpunkt ist, und welche Aktivitäten werden zu dessen Umsetzung derzeit entwickelt?

09.08.2000

Birgitt Bender, Dr. Salomon
und Fraktion

Begründung

Laut Jahresbericht des Umweltbundesamtes nehmen Gesundheitsrisiken durch Umweltbelastungen, insbesondere Asthma und Allergien, in Deutschland zu. Kinder, insbesondere auch Säuglinge und Kleinkinder, reagieren besonders empfindsam auf Umwelteinflüsse und sind in der Regel die Hauptleidtragenden von Umweltbelastungen. Dies drückt sich derzeit in einer erhöhten Sensibilität gegen Schadstoffen in Luft, Wasser, Lebensmitteln etc. und in einem gehäuften Auftreten von Umwelterkrankungen aus. Der Jugendgesundheitsurvey berichtet, dass etwa ein Drittel der Schüler und Schülerinnen unter Allergien leiden.

Gleichzeitig sind gerade auch bei Kindern und Jugendlichen durch veränderte Mobilitäts- und Freizeitgewohnheiten neue Gesundheitsrisiken festzustellen. Neuere Untersuchungen kommen zum Ergebnis, dass jedes 6. Kind übergewich-

tig ist und jedes dritte Kind einen kontrollbedürftigen oder erhöhten Blutdruck hat. Die Zahl der Kinder mit dem sog. „Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom“ wächst stetig und immer mehr Kinder und Jugendliche greifen zur Zigarette und zur Tablette.

Es gibt heute auch hinreichend Belege dafür, dass sich ein niedriges Bildungsniveau und eine schlechte Lebensperspektive negativ auf das Gesundheitsverhalten und somit auch den Gesundheitszustand niederschlägt.

Kinder und Jugendliche bedürfen deshalb nicht nur eines besonderen Schutzes gegenüber gesundheitsschädlichen Umwelteinwirkungen, sondern sollten auch Kompetenzen erhalten, um umwelt-, verhaltens- und sozialbedingten Erkrankungen vorzubeugen. Nicht von ungefähr wird sich eine zeitgemäße Gesundheitspolitik für Kinder und Jugendliche daran messen lassen müssen, wie sie sich das Vorsorgeprinzip zu eigen macht und einen lebensweltbezogenen und ganzheitlichen Zugang zu Kindern und Jugendlichen findet. Es liegt nahe, dass mit einer Schwerpunktverlagerung auf eine Stärkung der Gesundheitsförderung und auf ein präventiv orientiertes Gesundheitswesen nicht nur viele Krankheiten vermieden und somit die Lebensqualität verbessert, sondern auch Kosten gespart werden könnten. Gesund bleiben in einer vom Menschen selbst gestalteten Umwelt macht neue Instrumente und neue präventive Ansätze notwendig. Vorrangig geht es heute darum, die Forschung über Ursachen zu verstärken, sich auf einheitliche Bewertungsmaßstäbe für Risikofaktoren und Qualitätsziele zu verständigen, die Datenlage und Informationssysteme zu verbessern und konkrete Konsequenzen für die unterschiedlichen Ressorts, insbesondere auch für das Bildungssystem, zu erarbeiten.

Dieses Ziel hat sich u. a. die Bundesregierung in ihrem „Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit“ gesteckt, das das Bundesgesundheitsministerium zusammen mit dem Ministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit zur 3. Europäischen Konferenz „Umwelt und Gesundheit“ im Jahre 1999 in London vorgelegt hat. Anliegen dieses Antrages ist es, im Hinblick auf das Aktionsprogramm des Bundes im Land Baden-Württemberg die neuen Anforderungen an den Gesundheitsschutz, die Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter zu thematisieren – im Bewusstsein, dass den Bundesländern und Kommunen in diesem Rahmen eine besondere Bedeutung zukommt.

Antwort

Mit Schreiben vom 17. Oktober 2000 Nr. 0141.5/12/5444 beantwortet das Sozialministerium namens der Landesregierung die Große Anfrage wie folgt:

1. Umweltbedingte Entwicklungstrends

1. Welche neueren Erkenntnisse liegen in Baden-Württemberg seit Veröffentlichung des Gesundheitsrahmenberichtes 1996 über Umweltgifte (Schadstoffbelastung in Innen- und Außenräumen, in der Muttermilch, Textilien und in Lebensmitteln etc.) und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vor (gesicherte/vermutete Zusammenhänge)? Gibt es insbesondere Abweichungen in Baden-Württemberg von bundesdurchschnittlichen Werten und Befunden?

Seit Veröffentlichung des Gesundheitsrahmenberichtes 1996 wurden vom Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg folgende Untersuchungen zu Schadstoffbelastungen in Innenräumen durchgeführt, die sich allerdings nicht spezifisch mit der Situation von Kindern und Jugendlichen beschäftigten:

- Untersuchungen zur Beurteilung von PAK (Polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe)-Belastungen in Wohnungen mit teerhaltigen Parkettklebern,
- Einfluss von PCP (Pentachlorphenol)-Belastungen in Innenräumen auf die PCP-Konzentrationen in Blut und Urin bei Bewohnern von Forsthäusern,
- PCB (Polychlorierte Biphenyle)-Belastung in Schulen und bei Lehrern.

Zu den Untersuchungsergebnissen liegen Berichte des Landesgesundheitsamtes vor.

Untersuchungen auf Schadstoffbelastungen in der Muttermilch, anderen Lebensmitteln, Bedarfsgegenständen und Kosmetika wurden im Rahmen der Lebensmittelüberwachung durchgeführt; die Ergebnisse sind in den Jahresberichten der Untersuchungseinrichtungen zur amtlichen Lebensmittelüberwachung in Baden-Württemberg veröffentlicht.

Die an den Beobachtungsgesundheitsämtern durchgeführten Untersuchungen (Belastungs- und Wirkungsmonitoring, Zusammenhang zwischen biologischen Innenraumbelastungen und Allergien bzw. Atemwegserkrankungen) und die Einordnung der Untersuchungsergebnisse im Vergleich zu anderen Studien in Deutschland sind unter Punkt I. 4. aufgeführt.

2. Bestätigen sie das vom Bundesumweltamt (Jahresbericht 1999) festgestellte vermehrte Auftreten von Krankheiten wie Asthma und Allergien auf Grund von Umwelteinflüssen (auch bezogen auf Kinder und Jugendliche)?

Entgegen den Ergebnissen des Bundes-Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Institutes ist bei den Untersuchungen an den Beobachtungsgesundheitsämtern (siehe auch I. 4. b) in Baden-Württemberg seit Beginn der 90er-Jahre bei Schulkindern kein Anstieg bei Atemwegserkrankungen und Allergien festzustellen. Umwelteinflüsse wie Schimmelpilze, Hausstaubmilben und Tierhaarexposition zählen neben genetischen, sozialen und „Lebensstil“-bedingten Einflüssen zu den Risikofaktoren dieser Erkrankungen.

3. Gibt es insbesondere auch Erkenntnisse über Arzneimittelrückstände in Gewässern in Baden-Württemberg und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen?

Das Auftreten verschiedener pharmazeutischer Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen im Abwasser von Kläranlagenabläufen, Deponiesickerwässern, Oberflächengewässern und vereinzelt sogar im Grundwasser ist in letzter Zeit durch wenige punktuelle Messungen in Baden-Württemberg belegt worden.

Die Landesanstalt für Umweltschutz (LfU) hat bislang die Flüsse Rhein, Neckar, Donau und Körsch auf die am häufigsten verwendeten Wirkstoffgruppen Antiepileptika, Antiphlogistika, Lipidsenker und durchblutungsfördernde Mittel (insgesamt 12 Einzelwirkstoffe) untersucht.

Die Ergebnisse der Untersuchungen zeigen, dass

- bis zu sieben Einzelwirkstoffe in gut messbaren Konzentrationen in den Flussproben zu finden sind (Maximum 2 µg/l Diclofenac – Antiphlogistika – in der Körsch);
- die Höhe der Konzentration zum Abwasseranteil der Flüsse proportional ist. Dementsprechend sind die höchsten Konzentrationen in der Körsch, die niedrigsten im Rhein vorzufinden.

Zur Untersuchung der Grundwasserbelastung hat die LfU im Jahr 1998 an 24 ausgesuchten Messstellen, an denen am ehesten ein Nachweis erwartet werden konnte, eine Untersuchung auf 13 Arzneimittelwirkstoffe bzw. Wirkstoffmetabolite sowie die hormonähnliche Substanz Bisphenol A durchgeführt. Alle Messstellen lagen im Einflussbereich von Abwassersammlern, Kläranlagen oder durch Kläranlagenabläufe belasteten Vorflutern. Daher sind die Ergebnisse keineswegs repräsentativ für den Grundwasserzustand und dürfen nicht auf das Gesamtmessnetz hochgerechnet werden. An 13 der untersuchten 24 Messstellen wurden die Stoffe nachgewiesen. Am häufigsten war das Antiepileptikum Carbamazepin und das Schmerzmittel Diclofenac vertreten.

Im Rahmen von Untersuchungen des Instituts für Siedlungswasserwirtschaft der Universität Stuttgart im Auftrag des Ministeriums für Umwelt und Verkehr, Baden-Württemberg, auf Östrogene und östrogenartig wirkende Substanzen an mehreren Kläranlagenabläufen, konnten sowohl natürliche Östrogene als auch das in Contraceptiva enthaltene synthetische Östrogen Ethinylöstradiol nachgewiesen werden. Bei den meisten Untersuchungsproben wurden Konzentrationen festge-

stellt, die bereits in einem Bereich liegen, der zumindest für aquatische Organismen Auswirkungen zeigen kann (unterer ng/l-Bereich). Biologische In-vitro-Untersuchungen konnten die östrogene Wirksamkeit der Abwasserproben bestätigen. Mit dem Untersuchungsprogramm konnte auch aufgezeigt werden, dass vor allem die technische Ausstattung der Kläranlagen einen signifikanten Einfluss auf die Ablaufkonzentrationen der gemessenen Substanzen und damit auch auf die östrogene Wirksamkeit hat.

Die Umweltministerkonferenz (UMK) hat am 27./28. Oktober 1999 zusätzlich beschlossen, ein flächendeckendes Untersuchungsprogramm auf Arzneimittelwirkstoffe im Wasser und maßgeblichen Eintrittspfaden durchzuführen.

In dem bundesweiten Messprogramm werden unter Federführung des Ministeriums für Umwelt und Verkehr auch in Gebieten von Baden-Württemberg Oberflächen- und Grundwasser auf bis zu 60 Arzneimittelwirkstoffe untersucht. Zusätzlich wird die biologische Abbaubarkeit und der Verbleib einiger ausgewählter pharmazeutischer Wirkstoffe in Kläranlagen und Deponiesickerwässer untersucht. Das Untersuchungsprogramm ist angelaufen. Die Ergebnisse werden im Jahr 2001 erwartet.

Mit der 8. Novelle des Arzneimittelgesetzes wurde die Voraussetzung geschaffen, im Zulassungsverfahren für Arzneimittel Auflagen zum Schutz der Umwelt zu erteilen. Erfordert die Beseitigung von Abfällen besondere Vorsichts- und Sicherheitsmaßnahmen, um Gefahren für die Umwelt oder die Gesundheit von Menschen zu vermeiden, ist dies im Zusammenhang mit den Zulassungsunterlagen anzugeben und sind Angaben zur Verminderung dieser Gefahren beizufügen und zu begründen.

Konkrete Auswirkungen von Arzneistoffen in Gewässern auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind der Landesregierung bisher nicht bekannt geworden.

4. Wie ist der aktuelle Forschungsstand der Beobachtungsgesundheitsämter in Baden-Württemberg, insbesondere

a) was ist der derzeitige Forschungsgegenstand?

An den Beobachtungsgesundheitsämtern wurden mit deren Etablierung als Dauereinrichtung (Kabinettsbeschluss vom 6. Dezember 1995) die Untersuchungen der Pilotphase fortgeführt, wobei Stuttgart als viertes Beobachtungsgesundheitsamt hinzukam und das Parameterspektrum um einzelne Punkte erweitert wurde. Derzeit wird in zweijährigem Rhythmus ein Monitoring der internen Schadstoffbelastung sowie der Prävalenz (Häufigkeit) von Atemwegserkrankungen und Allergien bei Viertklässlern durchgeführt. Die Beobachtung der zeitlichen Entwicklung der einzelnen Parameter steht dabei im Mittelpunkt. Zusätzlich werden Unterschiede zwischen den Untersuchungsorten geprüft. Abgeschlossen wurden seit dem Kabinettsbeschluss bislang die Untersuchungen 1996/97 und 1998/99. Im Winterhalbjahr 2000/01 wird eine weitere Untersuchung zum Belastungs- und Wirkungsmonitoring durchgeführt.

Die Untersuchungen umfassen im Bereich der internen Schadstoffbelastung die Schwermetalle Blei, Cadmium und Quecksilber, das Metalloid Arsen sowie das Spurenelement Selen. Daneben werden die organischen Schadstoffe DDT und seine Metaboliten, HCB (Hexachlorbenzol), HCH (Hexachlorcyclohexan) und PCB (Polychlorierte Biphenyle) bestimmt. In so genannten Sammelblutproben, bei denen kleine Blutmengen der einzelnen Kinder zu einer größeren Mischprobe vereinigt werden, werden Spezialanalysen auf PCDD/PCDF (Dioxine) und spezifische PCB-Kongeneren mit dioxinähnlicher Wirkung sowie Moschusxylyl untersucht.

Bei Atemwegserkrankungen und Allergien werden sowohl die Erkrankungen selbst als auch Symptome und Schwere der Erkrankungen erfragt. Zusätzlich wird im Blutserum der Kinder ein Allergie-Screening durchgeführt, mit dem Sensibilisierungen gegen Inhalationsallergene erfasst werden. Ergänzt werden diese Untersuchungen in einzelnen Untersuchungsjahren durch ein Screening auf Nahrungsmittelallergene bzw. eine Differenzierung in verschiedenen Gruppen von Inhalationsallergenen.

Neben den Untersuchungen zum Belastungs- und Wirkungsmonitoring wurden im Rahmen des Projektes Beobachtungsgesundheitsämter folgende Studien mit Umweltbezug durchgeführt:

- Längsschnittuntersuchung zur Entwicklung der Lungenfunktion von Kindern und Jugendlichen (seit 1996/97)
- Zusammenhang zwischen biologischen Innenraumbelastungen und Allergien bzw. Atemwegserkrankungen (1997/98 und 1999/2000)
- Zusammenhang zwischen Atemwegserkrankungen und Feinstäuben (Pilotstudie 1999/2000)

b) welche aktuellen wesentlichen Ergebnisse liegen vor,

Eine wesentliche Erkenntnis der vorliegenden sechs Querschnittsuntersuchungen an den Beobachtungsgesundheitsämtern ist, dass bei Schulkindern aus den vier Untersuchungsorten kein Anstieg von Atemwegserkrankungen und Allergien zu beobachten ist. Einen Überblick über die Prävalenzen der wichtigsten Erkrankungen gibt Tabelle 1. Bei der internen Belastung mit Schadstoffen ist für Blei im Blut und Quecksilber im Urin über den Zeitraum von 1992/93 bis 1998/99 ein signifikant abnehmender Trend festzustellen. Zusätzlich ergibt sich bei Selen im Serum für den Zeitraum 1995/96 bis 1998/99 ein schwach abnehmender Trend.

Die Belastungen mit chlororganischen Verbindungen im Blut sind weiterhin rückläufig. Dies entspricht auch den Ergebnissen aus den Muttermilch-Untersuchungen in Baden-Württemberg.

Tabelle 1: Prävalenzen vom Arzt bestätigter Erkrankungen nach Elternangaben, jeweils in %, bei Heuschnupfen Eigenangaben. (Projekt Beobachtungsgesundheitsämter)

	Mannheim					
	1992/93	1993/94	1994/95	1995/96	1996/97	1998/99
Allergie		20,0	16,8	18,8	20,7	20,6
Asthma	2,5	3,9	1,4	4,7	2,9	3,5
Asthma (erweiterte Definition)	9,2	9,0	6,3	11,5	11,4	8,4
Atopisches Ekzem	3,5	9,0	5,5	9,6	7,0	8,8
Heuschnupfen	7,9	10,6	9,1	9,6	5,7	12,4

	Kehl					
	1992/93	1993/94	1994/95	1995/96	1996/97	1998/99
Allergie		21,0	23,1	24,9	25,2	20,6
Asthma	7,0	6,4	4,1	7,1	5,8	5,9
Asthma (erweiterte Definition)	13,7	12,9	12,6	14,4	13,6	13,8
Atopisches Ekzem	8,4	13,0	15,9	15,4	13,0	14,9
Heuschnupfen	8,7	5,6	9,3	11,1	10,4	8,7

	Aulendorf/Bad Waldsee					
	1992/93	1993/94	1994/95	1995/96	1996/97	1998/99
Allergie		20,5	21,4	17,3	24,5	20,9
Asthma	4,5	5,5	2,9	9,6	5	4,3
Asthma (erweiterte Definition)	10,1	12,4	5,8	17,2	10,4	11,4
Atopisches Ekzem	10,0	5,5	12,0	15,9	16,0	13,2
Heuschnupfen	7,6	7,2	9,0	13,1	13,5	12,9

	Stuttgart					
	1992/93	1993/94	1994/95	1995/96	1996/97	1998/99
Allergie				18,7	18,5	17,0
Asthma				3,5	3,1	3,4
Asthma (erweiterte Definition)				9,5	11,7	7,9
Atopisches Ekzem				11,0	10,0	9,9
Heuschnupfen				9,1	7,4	11,0

Eine Besonderheit weist die zeitliche Entwicklung der Dioxinbelastung auf: Hier zeigt sich an allen Untersuchungsorten bis 1996/97 ein leicht abnehmender Trend und anschließend ein Anstieg im Untersuchungsjahr 1998/99. Dieser Anstieg weist auf einen Zusammenhang mit der Verunreinigung von Nahrungsmitteln durch dioxinhaltigen Zitrustrester aus Brasilien hin, der als Futtermittelzusatzstoff eingesetzt wurde. Sowohl in Kuhmilchproben als auch in Muttermilchproben aus Baden-Württemberg und einigen anderen Bundesländern wurde eine ähnliche Entwicklung beobachtet.

Bezüglich der Ortsunterschiede ist festzustellen, dass weder bei der internen Belastung noch bei der Häufigkeit von Atemwegserkrankungen und Allergien (über Fragebogen erfasst) systematische Unterschiede bestehen. Bei einigen – insbesondere bei infektiionsbedingten – Atemwegserkrankungen ist in Kehl und Mannheim im Vergleich zu Aulendorf/Bad Waldsee eine höhere Häufigkeit zu beobachten. Diese Beobachtung wird allerdings dadurch relativiert, dass sie sich nicht in der Häufigkeit der Symptome widerspiegelt. Ein systematischer Ortsunterschied ist bei der Sensibilisierung gegen Inhalationsallergene festzustellen: Die höchste Sensibilisierungsrate trat über alle Untersuchungen im ländlichen Gebiet Aulendorf/Bad Waldsee auf.

Als wesentliche Risikofaktoren für Atemwegserkrankungen und Allergien erwiesen sich – wie auch in anderen Studien – eine familiäre Disposition und männliches Geschlecht. Als der Prävention zugänglicher Risikofaktor erwies sich, ebenfalls in Übereinstimmung mit anderen Studien, Feuchtigkeit bzw. Schimmel in der Wohnung.

Ein interessantes Ergebnis der Studie zum Zusammenhang zwischen biologischen Innenraumbelastungen und Allergien bzw. Atemwegserkrankungen von 1997/98 ist, dass kein Zusammenhang zwischen der Höhe der Exposition mit Schimmelpilzen und Hausstaubmilben und dem Vorliegen von atopischen Erkrankungen (erfasst über das Vorliegen einer der Erkrankungen Asthma, atopisches Ekzem oder Heuschnupfen) zu beobachten war. Dies steht im scheinbaren Widerspruch zu dem o. g. Ergebnis, das auf der Grundlage von Fragebogenangaben ermittelt wurde. Mögliche Erklärungen für den Widerspruch stellen unterschiedliches Antwortverhalten der Eltern in Abhängigkeit vom Erkrankungsstatus des Kindes bzw. der Zeitpunkt der Expositionserfassung (die Kinder sind im Mittel 10 Jahre alt) dar. Nach derzeitigem Kenntnisstand wird die Allergieentwicklung entscheidend von der Exposition im ersten Lebensjahr beeinflusst.

Zwischen den Untersuchungsorten ergaben sich Unterschiede dahin gehend, dass die mittlere Schimmelpilzbelastung insgesamt in Mannheim, Stuttgart und Kehl eher höher lag als in Aulendorf/Bad Waldsee. Die Belastung mit Hausstaubmilben war im Vergleich mit Aulendorf/Bad Waldsee in Kehl höher und in Mannheim niedriger. Insgesamt lag die Hausstaubmilbenbelastung nach den derzeit empfohlenen Beurteilungskriterien in 52% der untersuchten Wohnungen in einem Bereich, der einen Risikofaktor für die Entwicklung von spezifischen IgE-Antikörpern, bronchialer Hyperreaktivität und Asthmasymptomen darstellt. In einem Drittel dieser Wohnungen war die Belastung so hoch, dass bei Milbenallergikern das Risiko für das Auftreten akuter Asthmaattacken und von Symptomen besteht.

c) welcher konkrete Handlungsbedarf wird für das Land aufgezeigt

Aus den Ergebnissen des Projektes Beobachtungsgesundheitsämter ergibt sich konkreter Handlungsbedarf unter anderem zu den folgenden Punkten:

- Aufklärung über die Gesundheitsgefährdung durch quecksilberhaltige Kosmetika: In insgesamt vier Fällen wiesen Kinder nach den Beurteilungskriterien der Human Biomonitoring-Kommission des Umweltbundesamtes deutlich erhöhte Quecksilberkonzentrationen auf, die auf die Verwendung von quecksilberhaltigen Kosmetika in der Familie zurückgeführt werden konnten. Die Anwendung und Inverkehrbringung solcher Kosmetika ist in Deutschland nicht zulässig, die Präparate werden jedoch für den privaten Gebrauch insbesondere von Personen aus dem südosteuropäischen Bereich importiert.
- Lebensmittel können für Menschen eine potenzielle Belastungsquelle darstellen. Durch eine konsequente Lebensmittelüberwachung einschließlich der Überwachung auf den vorgelagerten Stufen (Düngemittel-, Pflanzenschutzmittel-, Futtermittelüberwachung, Tiergesundheitsdienste usw.) und Beratung auf Produktionsebene kann die unvermeidbare Belastung auf ein Minimum reduziert werden; zufällige Belastungsquellen können erkannt und ausgeschaltet werden (Beispiel Dioxin).
- Aufklärung über Risikofaktoren für Allergien: Bei den Risikofaktoren, bei denen durch präventive Maßnahmen eine Vermeidung bzw. Reduktion möglich ist, kommt Faktoren aus dem häuslichen Umfeld wie Schimmelpilzen und Hausstaubmilben eine große Rolle zu.

d) *wie wird dieser umgesetzt?*

Die Umsetzung der unter c genannten Punkte erfolgt folgendermaßen:

- Aufklärung der Ärzteschaft durch eine entsprechende Fachpublikation; Aufklärung der Gesundheitsämter mit Hinweis der besonderen Berücksichtigung in Asylbewerber-Unterkünften, da Familien aus südosteuropäischen Krisenregionen die Hauptrisikogruppe darstellen.
- Presseinformation zur Problematik.
- Aktion „Milben, Schimmelpilz & Co – Allergie-Risiko und gesundes Raumklima“, bei der im Rahmen des Projektes Gesundheitlicher Verbraucherschutz in Kooperation zwischen Landesgesundheitsamt und den örtlichen Gesundheitsämtern Öffentlichkeitsarbeit betrieben wird. Es liegen Informationsmaterialien vor zur Allergie-Vorbeugung bei Säuglingen und Kleinkindern, zu Hausstaubmilben, zu Schimmelpilzen und zu gesundem Raumklima.

II. Verhaltens- und verhältnisbedingte Risikofaktoren

1. *Lassen sich Entwicklungstrends bei Kindern und Jugendlichen bezüglich veränderter Lebensstile, insbesondere (Fort)Bewegung, Ernährung etc., und deren Auswirkungen auf die Gesundheit aufzeigen und wie werden von der Landesregierung Aussagen von Fachleuten bewertet, die auf Grund einer veränderten Mobilität (mit dem Auto in die Schule) und eines veränderten Freizeitverhaltens (Computer und Fernseher) eine dramatische Zunahme der ernährungsbedingten und auf Bewegungsmangel beruhenden Gesundheitsschäden bei Kindern und Jugendlichen feststellen?*

Der Landesregierung liegen sowohl Presseveröffentlichungen als auch wissenschaftliche Studien vor, die den beschriebenen Entwicklungstrend belegen. Die Meldungen beziehen sich teils auf Studien der Universitäten Göttingen, Gießen und Kiel, teils auf eine amerikanische Studie der University of Michigan.

Der gesellschaftliche Wandel erfasst nicht nur die Strukturen der Wirtschaft, des Systems sozialer Sicherung, der Familie und aller damit zusammenhängenden Institutionen, sondern auch die Lebenswelten Kinder und Jugendlicher. Vor diesem Hintergrund richtet sich seit einiger Zeit das Augenmerk vieler Experten zur gesundheitlichen und sozialen Situation von Kindern auf augenscheinlich erkennbare, neuere Entwicklungen in den bevorzugten Lebensstilen und Verhaltensweisen von Kindern und insbesondere Jugendlichen. Die Frage nach Entwicklungstrends auf diesen Gebieten bei Kindern und Jugendlichen schließt notwendigerweise die Frage nach diesen Trends bei den Eltern ein, da diese vor allem im Vorschulalter lebenslang prägende Muster zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten an ihre Kinder vermitteln.

Die objektive Datenlage dazu ist allerdings für eine aktuelle Beschreibung der Situation nur fragmentarisch und nicht aufgeschlüsselt nach den einzelnen Bundesländern. Vorhandene deutsche Studien untersuchen mehrheitlich sozialwissenschaftliche Fragestellungen an Stelle gesundheitsbezogener Aspekte wie Bewegungs- und Ernährungsverhalten. Trendanalysen auf der Basis einer bevölkerungsbezogenen, in Intervallen abfragenden Erhebung zu Bewegung und Ernährung sind nicht verfügbar.

Beobachtungen vieler Kinderärzte und Pädagogen stimmen bundesweit darin überein, dass bewegungsarme Beschäftigungen wie das Spielen am Computer und das Fernsehen zugenommen haben. Zugleich sind auf Grund der Entwicklung der Wohnverhältnisse und des innerörtlichen Straßenverkehrs die wohnungsnahen Bewegungsmöglichkeiten rückläufig. Auf eine veränderte Esskultur in den Haushalten weist die wachsende Nachfrage nach Fertigprodukten und Fastfood hin. Aus diesen veränderten Lebensumständen erwachsen bei Experten berechtigt erscheinende Befürchtungen, dass es zu einem Anstieg gesundheitlicher Spätschäden auf Grund von Fehlernährung und Bewegungsmangel kommen könnte.

Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien gesundheitlich ungünstigere Lebensmittel bevorzugen als Jugendliche aus finanziell gut gestellten Familien. Auch die Untersuchung der Gmünder Ersatzkasse macht deutlich, dass bereits bei jungen Menschen gesundheitliche Belastungen bzw. Gesundheitspotenziale mit dem sozialen Status zusammenhängen.

In diesem Zusammenhang ist auch die 1997 veröffentlichte Kurpfalzerhebung, eine Längsschnittstudie des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim zur Entwicklung psychischer Auffälligkeiten im Verlauf der Kindheit von Interesse; danach waren im Alter von 18 Jahren 16% der Jugendlichen psychisch auffällig. Psychische Störungen im Sinne von Depressivität und Kontaktscheu sind dabei in vielen Einzelfällen mitverursachend für Übergewicht und Bewegungsmangel. Es ist zu erwarten, dass beispielsweise durch anhaltende Fehlernährung oder Bewegungsmangel, die chronische Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder des Muskel- und Skelettsystems im höheren Alter mitverursachen, ein deutliches Mehr an individuellem Leid und gesellschaftlichen Kosten in der Zukunft entsteht.

Eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ist eng verbunden mit einer erfolgreichen Einbindung in ein attraktives Gemeinwesen. Der Städtetag vertritt hierzu schon seit Jahren die Auffassung, dass die Integration sämtlicher Altersgruppen in den Stadtteilen durch die Ausweisung von speziellen Gemeinbedarfseinrichtungen etc. unterstützt werden muss.

Bewegungsmangel

2. *Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass das sog. „Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom“, unter dem immer mehr Kinder leiden, u. a. auch durch Bewegungsmangel verursacht wird?*

Der Begriff „Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom“ (ADS) umschreibt eine heterogen ausgeprägte Gruppe von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern, die unter verschiedenen Begriffen (Hyperkinetische Störung (HKS), Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) Eingang in die medizinischen Klassifikationen ICD-10 (International Classification of Diseases, ed. 10, WHO) und DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. IV, American Psychiatric Association) gefunden hat.

In der Regel werden unter ADS drei Gruppen von verschiedenen, in der DSM-IV beschriebenen Ausprägungsformen zusammengefasst:

- ADS mit vorwiegender Aufmerksamkeitsstörung
- ADS mit vorwiegender hyperaktiv-impulsiver Störung
- ADS mit kombinierter Störung in beiden Bereichen.

Die betroffenen Kinder fallen meist im frühen Schulalter auf durch leichte Ablenkbarkeit, rasch wechselnde Aktivitäten, fehlende Ausdauer, große Vergesslichkeit, Zappeligkeit, häufiges Ins-Wort-fallen, Nicht-abwarten-können, bis sie an der Reihe sind, jeweils deutlich mehr als bei Altersgenossen üblich. Diese

Problematik hindert viele Kinder daran, einen ihren Fähigkeiten angemessenen Schulerfolg zu erzielen. In vielen Fällen zeigen sich erste Auffälligkeiten schon im Kindergarten und früher. Da im Vorschulalter die Spannweite kindlicher Verhaltensentwicklung jedoch größer als im Schulalter ist, ist die Diagnose schwerer zu stellen als im Schulalter.

Das ADS ist Gegenstand intensiver Forschung in den USA und in kleinerem Umfang auch in der Bundesrepublik. Was die Häufigkeit betrifft, so schätzt das amerikanische National Institute of Mental Health, dass 3 – 5 % aller amerikanischen Kinder betroffen seien oder plastischer, im Schnitt ein Kind pro Klasse. Jungen seien 2 – 3-mal häufiger betroffen als Mädchen. In der Stichprobe der o. g. Mannheimer Studie (1991) lag die Häufigkeit hyperkinetischer Störungen zu Studienbeginn bei den damals achtjährigen Kindern bei 4,2%.

Grundsätzlich weisen die Ergebnisse der aktuellen Forschung zu den Ursachen des ADS zunehmend auf den Einfluss genetischer Ursachen hin. Es erscheint plausibel, dass im Fall genetischer Ursachen bei einzelnen Kindern der Ausprägungsgrad der Störung von Umgebungseinflüssen wie Erziehungsstil, finanziellen Möglichkeiten der Familie, Klassengrößen, Anpassungserwartungen der erwachsenen Bezugspersonen, Leistungserwartungen und eben auch Bewegungsmangel mitbestimmt wird. Gesicherte Daten zum Einfluss von Bewegungsmangel auf Entwicklung oder Ausprägungsgrad eines ADS gibt es bisher allerdings nicht. In einer laufenden Berliner Studie zu hyperkinetischen Störungen werden Parameter zur Bewegung berücksichtigt. Ergebnisse liegen zur Zeit noch nicht vor.

Bewegungsförderung im Vorschul- und Schulalter hat generell positive Effekte auf den Gesundheitszustand und die Zufriedenheit aller Kinder und ist deshalb ein wichtiges Thema lokaler Gesundheitsförderung für alle.

3. Wie beurteilt die Landesregierung die Kritik vieler Fachleute an den Betreuung- und Bildungseinrichtungen, insbesondere an der Schule, dass sie die Kinder zu „Sitzmenschen“ erzieht und wie steht sie zu den Forderungen nach neuen bewegungsfördernden Konzepten im Unterricht und nach einer Reform des Sportunterrichts an den Schulen?

Alle Bildungspläne der allgemein bildenden Schulen sehen den Schulsport als wesentlichen Beitrag einer ganzheitlichen Bildung und Erziehung. Über ihren unbestrittenen Wert hinsichtlich Gesundheitserziehung und Prävention hinaus liefern Bewegung, Spiel und Sport einen zentralen Beitrag im Rahmen der kognitiven und emotionalen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen. Die Lehrpläne tragen in ihren Zielen und Inhalten dieser Bedeutung des Schulsports Rechnung.

Das Ministerium für Kultus, Jugend und Sport sieht auf Grund gesellschaftlicher Entwicklungen, die für ein sinnvolles Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen kontraproduktiv sind, die Notwendigkeit, die Schule als jenen Ort, in dem das Recht jeden Kindes auf Bewegung und einer damit verbundenen gesunden körperlichen und emotionalen Entwicklung verwirklicht wird, noch mehr „zu bewegen“. Hierzu wurden und werden vom Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Unterrichtshilfen erstellt und Fortbildungsmaßnahmen angeboten, die folgende Bereiche ansprechen:

- Bewegungszeiten im Unterricht, die den Sitzunterricht durch Bewegung unterbrechen, um Konzentration und Aufmerksamkeit herzustellen;
- bewegtes Lernen, bei dem vor allem im Rahmen der kognitiven Fächer Unterrichtsinhalte so aufbereitet werden, dass vielfältige sinnliche Erfahrungen ermöglicht werden;

Fortbildungsangebote zur „täglichen Bewegungszeit“ sind Inhalte zentraler und dezentraler Maßnahmen. An jedem Staatlichen Schulamt wurde ein Multiplikatoren-Tandem zu dieser Thematik ausgebildet;

- bewegte Pause/Aktivpause, bei der Flure, Hallen, Pausenhöfe, Sportanlagen und das Außengelände den rhythmisierten Unterrichtsvormittag durch Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten unterbrechen.

Im Rahmen dieser Aktivitäten hat das Ministerium für Kultus, Jugend und Sport gemeinsam mit Partnern aus der Wirtschaft durch die Stiftung „Sport in der

Schule“ bereits über 80 Schulen prämiert und finanziell unterstützt, die ihren Schulhof im Sinne einer „Reinszenierung“ von Bewegung, Spiel und Sport auf der Straße umgewandelt haben.

Das Ministerium für Kultus, Jugend und Sport gibt im Rahmen seiner Konzeption „Sport und bewegungsfreundliche Schule“ den Schulen Möglichkeiten und Hilfestellungen, über die im Organisationserlass festgeschriebenen drei Sportstunden hinaus ein hohes Maß an Bewegung in den Schulalltag zu integrieren. Vor allem im Bereich der Grundschulen haben viele Schulen bereits Bewegung, Spiel und Sport als Additiv zum regulären Sportunterricht in Unterricht und Schulleben integriert. Es gibt Grundschulen, die auf Grund eines „sportfreundlichen“ Umfelds die vom Ministerium für Kultus, Jugend und Sport gegebenen Möglichkeiten im Sinne eines vermehrten Angebots an Sportstunden zu nutzen wissen.

Auf Grund der erwiesenen negativen Konsequenzen mangelnden Bewegungsverhaltens ist der Bewegungserziehung im Elementarbereich derzeit und künftig ein hoher Stellenwert beizumessen. Aus diesem Grunde sollte aus Sicht des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport bereits im Elementarbereich mit einer ganzheitlichen Bewegungserziehung angesetzt werden. Eine Bewegungserziehung, die „erst“ bei Eintritt in die Schule ansetzt, ist in Anbetracht des defizitären Bewegungsverhaltens außerhalb der Schule und den daraus resultierenden Konsequenzen verspätet und wenig effizient.

In der Ausbildung der staatlich anerkannten Erzieherinnen und Erzieher gehören die Fächer Bewegungserziehung und Rhythmik seit Jahren zu den Pflichtfächern. Mit Änderung der Erzieherverordnung zum 1. August 1997 wird das Fach Bewegungserziehung im 1. Schuljahr mit zwei Wochenstunden und das Fach Musikerziehung/Rhythmik mit jeweils drei Wochenstunden in beiden Schuljahren unterrichtet.

Viele Erzieherinnen und Erzieher bieten regelmäßig Bewegungsstunden im Kindergarten an. Es liegen jedoch bisher kaum gesicherte Informationen über die Bewegungserziehung in der Kindergartenpraxis, die i. d. R. in der Verantwortung der Kommunen bzw. der Kirchen liegt, vor.

Das Ministerium für Kultus, Jugend und Sport ist gemeinsam mit dem Sozialministerium hinsichtlich der Fortbildung der Erzieherinnen und Erzieher und möglicher Kooperationen der Beruflichen Schulen, Grundschulen und Kindergärten initiativ geworden. Darüber hinaus wurden die Kooperationen Schule/Verein für Kindergärten geöffnet und ein Mentorenprogramm für angehende Erzieherinnen und Erzieher mit Hilfe der Stiftung „Sport in der Schule“ initiiert.

4. Welche innovativen Modelle und Projekte gibt es in Baden-Württemberg in Kinderbetreuungseinrichtungen und an Schulen, die auf den Bewegungsmangel eingehen und neue pädagogische Ansätze praktizieren?

Bewegung und Spiel beeinflussen neben den motorischen Fähigkeiten das Sozialverhalten, die Konzentrationsfähigkeit und die kognitive Lernfähigkeit positiv. Bewegungsreize bewirken, dass kognitive Fähigkeiten bei Kindern entwickelt werden.

Schon jetzt nimmt die Bewegungserziehung in den Tageseinrichtungen für Kinder einen breiten Raum ein. Die vielfältigen Möglichkeiten für Bewegungserziehung in altersgemäßer, spielerischer Form zu nutzen, ist Aufgabe des pädagogischen Personals und gehört zum ganzheitlichen Bildungs- und Erziehungsauftrag des Kindergartens. Deshalb müssen Kindergärten neben einem Mehrzweckraum zum Spielen und Toben auch über einen an das Gebäude angrenzenden Spielplatz im Freien mit ausreichenden Spiel- und Rasenflächen sowie geeigneten Spiel- und Turngeräten verfügen. Um die Bewegungserziehung in Tageseinrichtungen für Kinder auf eine noch breitere Basis zu stellen, führen das Ministerium für Kultus, Jugend und Sport sowie das Sozialministerium gemeinsam Gespräche mit der Arbeitsgemeinschaft Badischer Turner-Bund/Schwäbischer Turnerbund. Diese haben zwischenzeitlich eine Konzeption zur Kooperation Kindergarten – Verein – Grundschule vorgestellt, die in einer weiteren Gesprächsrunde auch mit den Verbänden der Kindergartenträger erörtert werden wird. Auch im Rahmen der Fort- und Weiterbildung der Kindergartenfachkräfte wird der Bewegungserziehung verstärkt Aufmerksamkeit gewidmet.

Darüber hinaus bieten Kindergärten in zunehmendem Maße in Kooperation zwischen Kindergartenträger und örtlichen Sportvereinen eine breite Palette sportlicher Aktivitäten in kindgerechter Form durch entsprechend geschulte Übungsleiter an.

Die Kindertagesstätte der Freiburger Turnerschaft 1844 e. V. verbindet in drei Gruppen mit verlängerten Öffnungszeiten, zwei integrativen Gruppen und einer Hortgruppe traditionelle Kindergartenerziehung mit vielfältigen Arten der Bewegungserziehung und einem breiten Sportangebot durch Sportlehrer und Übungsleiter.

Die Grundschule muss auf die veränderten familiären Strukturen und Bedürfnisse unserer Gesellschaft reagieren. Die Weiterentwicklung der Grundschule hin zu einer sport- und bewegungsfreundlichen Schule beinhaltet pädagogische Angebote, die Sport- und Spielmöglichkeiten mit einschließen; dabei kommt der fächerübergreifenden Bewegungserziehung eine hohe Bedeutung zu. Das Ministerium für Kultus, Jugend und Sport hat diese Problematik erkannt und entsprechend reagiert. Die Grundschule soll praxisorientierter und bewegungsfreundlicher werden; eine Bewegungs- und Spielkultur soll dabei die pädagogische Arbeit in der Grundschule unterstützen.

Fest im Stundenplan verankerte Bewegungszeiten und die Weiterentwicklung der Pausenzeiten zu Aktivpausen tragen zu einem Unterricht mit Bewegungsreizen bei. Die Nutzung des Schulgeländes als Spiel-, Bewegungs- und Kommunikationsraum wird institutionalisiert und weiterentwickelt. Ein bewegungsfreundlicher Schulhof mit entsprechenden Materialien ermöglicht tägliche Bewegungszeiten und Pausenspiele. Dazu hat das Ministerium für Kultus, Jugend und Sport eine Initiative zur Umgestaltung vom Pausenhöfen gestartet.

Interessante Sport-, Spiel- und Bewegungsprogramme sollen entstehen und die qualitative Entwicklung der Schule unterstützen. Die Zusammenstellung von Pausenhof- und Spielesets, die in Zusammenarbeit mit einem Sportgerätehersteller entstanden sind, sind ein weiterer Schritt. Die Grundschulen können zusätzlich in Kooperationen mit Vereinen, einer benachbarten Schule oder mit Eltern zusammenarbeiten. Ziel der Initiative soll es sein, den Schülerinnen und Schülern zusätzliche Bewegungsangebote zu ermöglichen.

Das Ministerium für Kultus, Jugend und Sport gibt eine Reihe von Broschüren heraus, die dem Lehrer Hilfestellung geben, motorische Defizite nicht nur im Sportunterricht abzubauen:

Die Schule bewegt sich	Anregungen zur Gymnastik im Klassenzimmer
Die Schule bewegt sich	Die Verbindung von Lernen und Bewegung als pädagogisches Prinzip in der Grundschule
Die Schule bewegt sich	Spielideen zur täglichen Bewegungszeit
Schule aktiv	Bewegungs- und Entspannungsübungen
Aktive Pause	Pausenhofumgestaltung

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

Die Sportverbände haben das Problem schon seit längerer Zeit erkannt. Beispiele dafür sind:

- Umsetzung des Kooperationsprogramms Schule/Sportverein – Sportverband, das auch bei innovativen/integrativen Maßnahmen besondere Schwerpunkte setzt,
- Übungsleiterausbildung des Schwäbischen Turnerbunds (STB) zum Übungsleiter „Prävention“ mit Profil Kinder (2. Lizenzstufe), wobei der Schwerpunkt der Ausbildung Vorschul- und Kinderturnen auf ausgewogenen und vielseitigen Angeboten zur Schulung der koordinativen und konditionellen Fähigkeiten und Fertigkeiten liegt,

- Gemeinsames Projekt verschiedener Fachverbände: Kindersportschulen (KISS) mit dem Schwerpunkt auf einer umfassenden, nicht sportartspezifischen Ausbildung der körperlichen Fähigkeiten.

Insgesamt ist festzustellen, dass der organisierte Sport im Moment verstärkt an diesem Thema arbeitet und dabei präventive und kompensatorische Programme entwickelt.

Die Krankenkassen haben in den vergangenen Jahren immer wieder den Druck von Handreichungen und gesundheitsfördernden Programmen im Kinder- und Jugendbereich unterstützt. Gegenwärtig prüft die AOK eine Ausweitung des Kooperationsprogramms mit dem STB „fit und gesund“, das bisher im Bereich Prävention mit Erwachsenen etabliert ist, auf Kinder.

Die der Aufsicht des Landes Baden-Württemberg unterstehenden Krankenkassen (landesunmittelbare Krankenkassen) erstellen keine empirischen oder statistischen Auswertungen zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen.

Nach § 20 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gewähren die landesunmittelbaren Krankenkassen Leistungen zur Primärprävention, die den allgemeinen Gesundheitszustand der Versicherten verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Vermeidung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen sollen. Auf Grund der nach dieser Vorschrift von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich erstellten Handlungsfelder für Leistungen der Primärprävention werden u. a. für Kinder und Jugendliche Maßnahmen zur Förderung der Herz-Kreislauf-Funktion sowie Maßnahmen zur Förderung des Muskelskelettsystems durch Bewegung erbracht.

Zur Gewährung dieser Maßnahmen schließen die Krankenkassen landesweite Kooperationen mit Sportverbänden und solchen Institutionen, die eine auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende Behandlung gewährleisten. Freizeitgruppen und Selbsthilfeeinrichtungen werden von den Krankenkassen nur in Einzelfällen und nur dann zur Leistungsgewährung zugelassen, wenn diese über die notwendigen Fachkräfte verfügen und hierfür ein Bedarf besteht.

Im Rahmen der landesweiten Kooperationen mit Sportverbänden unterstützt die AOK Baden-Württemberg seit Jahren Projekte und Veranstaltungen mit gesundheitsportlicher Ausrichtung, deren Hauptanliegen es ist, Kinder und Jugendliche zum gesundheitsorientierten Sporttreiben hinzuführen. Kooperationsbausteine sind beispielsweise die Unterstützung der Landeskinderturnfeste von Schwäbischem und Badischem Turnerbund und von Projekten der Württembergischen und Badischen Sportjugend.

6. Welche Erfahrungen und Handlungsempfehlungen wurden im Modellprojekt „Umweltfreundlich zum Kindergarten“ des baden-württembergischen Umweltministeriums gemacht und welche praktischen Konsequenzen sind bisher daraus erfolgt (Zusammenarbeit Umwelt- und Sozialministerium, Empfehlungen an die Kommunen zur Stadt- und Verkehrsplanung etc.)?

Ziel des Modellprojektes „Umweltfreundlich zum Kindergarten“ war es, Kinder, Eltern und Erzieherinnen für das Thema „Verkehr“ und die damit verbundenen Probleme (Sicherheit, Umweltauswirkungen, Bewegungsmangel) zu sensibilisieren und zu Verhaltensänderungen zu motivieren. Begleitet wurden sie dabei von einem Projektteam, das aus Vertretern des Ministeriums für Umwelt und Verkehr, des BUND, der IG Metall und der Landeskirchen sowie einer unabhängigen Gutachterin bestand.

Die Erfahrungen waren in allen sieben teilnehmenden Kindergärten überwiegend positiv; die Beteiligten konnten in den zuvor definierten Zielbereichen „Informationen/Bewusstseinsbildung“, „Infrastruktur“ (z. B. Verkehrsberuhigungsmaßnahmen) und „Eigenes, erlebbares Handeln“ Verbesserungen erreichen und berichten von einer engagierten Zusammenarbeit zwischen Eltern und Erzieherinnen und in der Regel guten Kooperation mit den lokalen Behörden.

Die Ergebnisse wurden als Anregung zur Nachahmung in einer vom Ministerium für Umwelt und Verkehr herausgegebenen Broschüre vorgestellt, die im März 1999 mit einer Auflage von 12 500 Exemplaren veröffentlicht wurde und bereits

zu über 70% vergriffen ist. Die Broschüre wurde an die Kommunen, an kommunale und kirchliche Fachberaterinnen und -berater und an die Fachschulen für Sozialpädagogik versandt sowie ausführliche Hinweise auf das Projekt und die Broschüre in der Presse und in Fachpublikationen veröffentlicht. Zahlreiche Bestellungen belegen das große Interesse bei den Zielgruppen. Die Akademie für Natur- und Umweltschutz bietet in ihrem Jahresprogramm weitere Veranstaltungen zum Thema an.

Es ist davon auszugehen, dass von dem Modellprojekt eine Ausstrahlungswirkung ausgeht; sie fördert in den Kindergärten eine Auseinandersetzung mit der Problematik, einschließlich der negativen Folgen des Bewegungsmangels, und ermöglicht somit konkrete Veränderungen der Situationen vor Ort.

7. Wie ist die Praxis der Kommunen in der Ausweisung von Spielstraßen, und welche Antworten findet die Landesregierung zu den Klagen aus den Kommunen, dass auf Grund von landespolitischen Gesetzesvorgaben in Baden-Württemberg normale Straßen nur mit sehr hohen baulichen Kosten in autoverkehrsberuhigte Bereiche umgewandelt werden können?

Nach den hier vorliegenden Erkenntnissen orientieren sich die Kommunen bei der Ausweisung von Spielstraßen ganz überwiegend an den rechtlichen Vorgaben. Eine etwas großzügigere Praxis ist allenfalls in Gemeinden mit eigener verkehrsrechtlicher Zuständigkeit erkennbar. Unter Spielstraßen werden die mit Zeichen 325/326 StVO gekennzeichneten so genannten „verkehrsberuhigten Bereiche“ verstanden. Hierbei handelt es sich um in der Regel niveaugleich ausgebaute Mischflächen, wo Fahrzeug- und Fußgängerverkehr gleichberechtigt und Kinderspiele erlaubt sind und deshalb aus Sicherheitsgründen Schrittgeschwindigkeit vorgeschrieben ist. Maßgeblich für die Einrichtung verkehrsberuhigter Bereiche sind die bundeseinheitlich geltenden Normen der Straßenverkehrsordnung und der dazu gehörigen Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrsordnung. Danach sollen mit verkehrsberuhigten Bereichen sowohl städtebauliche als auch verkehrssicherheitstechnische Ziele verfolgt werden. Das sind im Wesentlichen eine Verbesserung des Wohnumfeldes einerseits und die Erreichung der Schrittgeschwindigkeit bei den Fahrzeugen andererseits. Beides ist nur durch eine ausgeprägte Betonung des Aufenthaltscharakters und durch geschwindigkeitshemmende Maßnahmen möglich. Landesspezifische Vorgaben für die Einrichtung verkehrsberuhigter Bereiche gibt es nicht.

Ernährungsmängel

8. Wie ist derzeit die Ernährungssituation von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg,

Eine systematische Erhebung der Ernährungssituation von Kindern erfolgt in Deutschland, auch in Baden-Württemberg, nicht. Einzelstudien und Untersuchungsergebnisse erlauben dennoch gewisse Aussagen.

Eine Umfrage bei allen Hochschulen und Fachhochschulen mit Fachbereich Ernährung und allen Universitätskinderkliniken in Baden-Württemberg sowie anderen geeigneten Institutionen brachte bisher folgende Ergebnisse, die im Folgenden kurz skizziert werden.

Nach einer Mitteilung des Olgahospitals Stuttgart wurden im Rahmen einer kooperativen Studie die bei J1-Untersuchungen ermittelten Daten bei 1998 Jugendlichen im Alter von 13 – 16 Jahren aus Stuttgart und Umgebung ausgewertet. Danach wurde bei 21% eine Struma (vergrößerte Schilddrüse), bei 14% Übergewicht nach dem sog. Body Mass Index (BMI, Körpergewicht dividiert durch quadrierte Körpergröße) mit $> 25 \text{ kg/m}^2$, bei 8% Allergien, bei 5% Fettstoffwechselstörungen, bei 3,3% Adipositas ($\text{BMI} > 30 \text{ kg/m}^2$) und bei 0,5% Anorexie diagnostiziert.

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Übergewicht und mangelnden sportlichen Aktivitäten wurde in einer bayerischen Studie hervorgehoben. Es wurde berichtet, dass 40% der Jungen und 60% der Mädchen mit ihrer körperlichen Entwicklung unzufrieden sind. Die mit sich unzufriedenen Kinder leiden häufiger unter psychosomatischen Beschwerden als andere.

Das Deutsche Institut für Ernährungsmedizin und Diätetik veröffentlichte Zahlen, nach denen 23 % der Kinder übergewichtig sind, was dieses auf unangemessenes Ernährungsverhalten, Bewegungsmangel und geändertes Freizeitverhalten zurückführt.

Eine niederbayerische Studie beschreibt einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit zwischen Übergewicht und Asthmahäufigkeit bei Mädchen, nicht jedoch bei Jungen.

Die im Raum Dortmund durchgeführte, sog. DONALD-Studie des Forschungsinstituts für Kinderernährung (FIKE) zeigt auf, dass nach wie vor die Nährstoffversorgung mit Calcium, Eisen und Jod bei Mädchen als kritisch einzustufen ist. Bei den Vitaminen wird besonders auf einen weit verbreiteten Mangel an Folsäure hingewiesen. (s. a. II.8. a)

Weitere Hinweise auf den Gesundheits- und Ernährungszustand geben Indikatoren wie z. B.: Zahngesundheitszustand, Kropfhäufigkeit, Häufigkeit von Über- oder Untergewicht. (s. a. II.8. b und c)

Zur Zahngesundheit:

Nach Mitteilung der Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit haben $\frac{2}{3}$ der 12-jährigen Kinder ein naturgesundes Gebiss, der DFM-T Index konnte ebenfalls deutlich in allen Schularten von 1,43 (1997) auf 1,0 (2000) verbessert werden. Damit wird deutlich, dass Zahnschäden, die teils ernährungsbedingt sind, durch gezielte und gebündelte Interventionen vermieden werden können.

Zur Kropfhäufigkeit in Baden-Württemberg liegen keine neueren systematischen Untersuchungen vor. Bei der Auswertung von J1-Untersuchungen bei 1998 Jugendlichen im Raum Stuttgart wurden, wie bereits oben ausgeführt, bei durchschnittlich jedem 5. Jugendlichen eine Struma diagnostiziert. Es ist demnach nach wie vor davon auszugehen, dass in Süddeutschland eine deutliche höhere Kropfprävalenz herrscht als in nördlichen Ländern, obwohl sich die Situation insgesamt nach Einführung der Jodierung von Speisesalz etwas entspannt hat.

Zu Über- und Untergewicht:

Nach Mitteilung des Deutschen Instituts für Ernährung in Potsdam-Rehbrücke arbeiten derzeit mehrere wissenschaftliche Institute, insbesondere an Universitäten in den neuen Bundesländern, an der Erarbeitung von allgemein gültigen Normen zur Bewertung des Gewichtsstatus von Kindern und Jugendlichen.

Bei der o. g. Stuttgarter kooperativen Studie wurde bei 14 % der Jugendlichen Übergewicht, bei 0,5 % Anorexie diagnostiziert.

Die seit Jahren im Bundesvergleich niedrige Arbeitslosenquote unseres Landes liefert eine gute Ausgangsposition im Ländervergleich bezüglich einer wichtigen Einflussgröße für die Ernährungssituation von Kindern, nämlich der sozialen Lage.

Beispielsweise haben Familien und Alleinerziehende, die auf Sozialhilfe angewiesen sind, ein sehr begrenztes Budget zum Einkauf von Lebensmitteln. In Baden-Württemberg hatten 1998 ca. 8 % der 3- und Mehrpersonenhaushalte weniger als 2500 DM monatliches Haushaltsnettoeinkommen. Nach Berechnungen aus Angaben des Mikrozensus im Frühjahr 1998 kann man davon ausgehen, dass in diesen Haushalten weniger als 5,- DM pro Kopf und Tag für Nahrungsmittel ausgegeben wurden.

Untersuchungen des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG, 1985) und Studien für den Sozialbericht des bayrischen Landkreises Neu-Ulm (1999) ergaben, dass die Ausgaben für Ernährung für die Bezieher von Sozialhilfe am ehesten finanzielle Spielräume zum Sparen bieten. Andere Ausgaben, die höher ausfallen als im Regelsatz vorgesehen oder die in den Hilfen zum Lebensunterhalt nicht vorgesehen sind, werden aus dem Budget der Ausgaben für Ernährung bestritten, so z. B. Versicherungsbeiträge, Telefongebühren, Schuldentilgung etc. Genussmittelkonsum (Zigaretten, Alkohol) schmälert das Budget zusätzlich.

Einsparungen bei Statussymbolen wie Kleidung u. Ä. werden häufig auf Kosten der Ausgaben für Ernährung vermieden.

a) welche Ernährungsmängel und -defizite sind bei den Kindern und Jugendlichen am häufigsten anzutreffen,

Eine Rangfolge nach Häufigkeit ist für Ernährungsmängel und -defizite nicht möglich, da entsprechende bevölkerungsbezogene Erhebungen zu Ernährung und Ernährungsverhalten fehlen.

Die DONALD-Studie des Dortmunder Forschungsinstituts für Kinderernährung und eine Studie der Universität Bielefeld liefern Erkenntnisse zu Ernährungsgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen im Raum Nordrhein-Westfalen. Begründet durch das Rekrutierungsverfahren sind sozial benachteiligte Familien in der DONALD-Studie unterrepräsentiert. Diese Studie begann 1985 mit der Rekrutierung von Teilnehmern. 1998 nahmen 500 Kinder und Jugendliche aus dem Raum Dortmund im Alter von drei Monaten bis zu 18 Jahren teil. Zu den Ergebnissen der DONALD-Studie gehört, dass der Fett- und Zuckeranteil in der kindlichen Ernährung ab dem zweiten Lebensjahr zu hoch ist.

Die 1995 veröffentlichte Bielefelder Studie befragte 1994 Schüler in NRW im Alter von 11, 13 und 15 Jahren aus einer definierten Stichprobe mit insgesamt 3 328 Teilnehmern. In der Auswertung konnte nach sozialer Lage unterschieden werden. Die Bielefelder Schülerbefragung ergab unter anderem, dass Schüler aus sozial benachteiligten Haushalten häufiger Chips, Pommes frites (als Stellvertreter für Fastfood), Cola und andere Süßgetränke konsumierten als ihre Mitschüler aus besser gestellten Haushalten. Komplementär nahm der Verzehr „gesunder“ Lebensmittel, wie Vollmilch, Vollkornbrot, Obst und Gemüse von der unteren zur oberen sozialen Schicht kontinuierlich zu.

Zu ganz ähnlichen Ergebnissen gelangt auch die Auswertung des Projekts „Beobachtungsgesundheitsämter“ des Landesgesundheitsamts Baden-Württemberg: Die Häufigkeit, mit der in einer Elternbefragung Gemüse als Bestandteil des Speiseplans der Kinder angegeben wurde, nahm gleichsinnig mit der Schulbildung des Vaters zu.

Die Versorgung mit Jod und Folsäure wird von Fachleuten für defizitär gehalten, wobei im Falle des Jods in den letzten Jahren durch die Verwendung von jodiertem Speise- und Pökelsalz erfreuliche Erfolge in der Jodversorgung der Bevölkerung erreicht wurden. Jod hat eine präventive Bedeutung für die Verhinderung von Schilddrüsenunterfunktion, Schilddrüsenvergrößerungen und Schilddrüsentumoren.

Der Arbeitskreis Jodmangel, der im Rahmen des 1996 vom BMG in Auftrag gegebenen Jodmonitoring ins Leben gerufen wurde, weist darauf hin, dass das Versorgungsdefizit der Bevölkerung zurzeit noch etwa ein Drittel des Bedarfs beträgt. Insbesondere die Fastfood-Hersteller haben die Empfehlungen des Arbeitskreises Jodmangel zur Verwendung jodierten Salzes in ihren Produkten noch nicht ausreichend umgesetzt. Denkt man an die Ergebnisse der zitierten Bielefelder Befragung (s. o.), könnte dies besonders nachteilig für Jugendliche aus schlechter gestellten Familien sein.

Ein zweites noch unbefriedigend gelöstes Problem ist die Jodversorgung schwangerer und stillender Mütter. Sie haben einen erhöhten Jodbedarf wegen der Jodabgabe an das Kind. Ungenügende Jodversorgung im Mutterleib und im frühen Kindesalter trägt neben der Schilddrüsenvergrößerung beim Neugeborenen das Risiko verminderter kognitiver Entwicklung in der weiteren kindlichen Entwicklung mit sich.

Folsäure hat eine präventive Bedeutung für die reproduktive Gesundheit junger Mädchen und Frauen, da eine genügende Versorgung mit Folsäure Neuralrohrdefekte (Spina bifida, „offener Rücken“) bei Ungeborenen im Mutterleib zu einem hohen Prozentsatz verhindern kann.

Die Folsäureversorgung könnte mit einer gesundheitsbewussten Ernährung, die besonders reich an Obst und Gemüse ist, verbessert werden. Der präventive Effekt einer Einnahme von Folsäure in Tablettenform auf die Verhinderung von Neuralrohrdefekten ist belegt. Mit der alleinigen Aufforderung, mehr Obst und

Gemüse zu essen, wird in absehbarer Zeit kein entscheidender präventiver Effekt erreicht werden, wiewohl diese Aufforderung richtig ist. Deshalb sind die gemeinsamen Überlegungen von Experten, Bundesinstitutionen, Fach- und Verbraucherverbänden zu einer zeitnäheren Lösung des Problems der Folsäureversorgung zu begrüßen.

b) wie hoch ist der Prozentsatz von über- und untergewichtigen Kindern und Jugendlichen,

Übergewicht im Kindesalter wird von Fachleuten unterschiedlicher Disziplinen zunehmend als Problem erkannt. Allerdings gibt es für Übergewicht im Kindes- und Jugendalter noch keine bevölkerungsbezogenen Häufigkeitsdaten für Deutschland oder Baden-Württemberg. Das Landesgesundheitsamt hat mit der Erstellung landesbezogener Referenzwerte zum Body Mass Index bei Einschulungskindern i. R. der Einschulungsuntersuchung 1999 begonnen. Im Lauf des kommenden Jahres werden genügend Einzelmessungen vorliegen, um beispielsweise auf Kreisebene gewonnene Messwerte zum Body Mass Index von Einschulungskindern in ihrer Verteilung mit landesweiten Referenzwerten vergleichen zu können. Mit diesem Instrumentarium können dann Zahlen zur Häufigkeit übergewichtiger Kinder bei der Einschulung gewonnen werden. (s. a. II.8)

c) gibt es Unterernährung bei Kindern und Jugendlichen und wenn dies zutrifft, bei welchen Kindern und Jugendlichen ist dies der Fall (unter Berücksichtigung von Geschlecht, Alter, Bildung, sozialer Schichtzugehörigkeit, Zuwanderung)?

Bei in Deutschland lebenden Kindern ist Unterernährung in der Regel Folge anderer Störungen wie massiver elterlicher Vernachlässigung, Essstörungen wie Magersucht oder Bulimie, anderer schwerer körperlicher Erkrankungen oder eventuell bei neu eingereisten Migranten aus der Mangelsituation vor der Einreise herrührend.

Mit dem Erscheinen des DGE-Ernährungsberichtes 2000 werden aktuelle Daten aus den Lebensmittelverzehrstudien EVS und EVA sowie zum Übergewicht und Untergewicht bzw. zu häufigen Ernährungsmängeln bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland zur Verfügung stehen. Eine Veröffentlichung dieser Daten ist vor der Übergabe an die Bundesregierung leider nicht möglich.

Selbst verursachte Unterernährung im Sinne einer Magersucht (Anorexie) wird gehäuft bei jungen Mädchen und jungen Frauen ab ca. dem 10. bis 27. Lebensjahr beobachtet. Die Betroffenen stammen eher aus Familien mit höherem Bildungsniveau.

9. Mit welchen Konzepten reagieren

a) Bildungseinrichtungen (Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen),

In Kindergärten und Schulen ist der enge Zusammenhang zwischen Ernährung, Bewegung und Gesundheit im Wesentlichen bekannt. Die Zusammenhänge werden sowohl bei der Ausbildung der Erzieherinnen und Erzieher als auch bei der Ausbildung der Grundschullehrerinnen und -lehrer im Rahmen der Bildungspläne zur Gesundheitserziehung aufgezeigt. Die Lehrpläne aller Schularten geben mehrfach Anlass, sich in der Schule mit Ernährungsfragen zu beschäftigen.

Das Ministerium Ländlicher Raum informiert im Rahmen des seit 20 Jahren bestehenden Programms „Ernährungserziehung bei Kindern“ in den Fachschulen für Sozialpädagogik und stellt u. a. umfangreiches Informationsmaterial sowie Fachreferenten für Unterrichtseinheiten und Aktionen zum Thema „kindgerechte Ernährung“ und „Ernährungserziehung“ zur Verfügung.

Ernährungserziehung hat im Rahmen des fächerverbindenden Themas Gesundheitserziehung einen besonderen Stellenwert. Neben Suchtvorbeugung, Herz-, Kreislauf- und Bewegungserziehung, Hygiene und Zahngesundheit, Infektionskrankheiten (AIDS, Hepatitis u. a.), Erste Hilfe haben Themen zur gesunden und bedarfsgerechten Ernährung in der Schule deshalb eine besondere Bedeutung, weil Kinder dazu besonders gut angesprochen werden können. Neben dem

lehrplanbezogenen Unterricht (insbesondere in Biologie, Heimat- und Sachunterricht, Hauswirtschaft/ Textiles Werken/Mensch und Umwelt, aber auch in Verbindung mit Deutsch, Chemie, Sport, Musik, Religion, Ethik) werden immer wieder Aktionen zur Gesundheits- und Ernährungserziehung durchgeführt, die oft von außerschulischen Institutionen und Einrichtungen initiiert oder unterstützt werden (Regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit, Elterninitiativen, Krankenkassen), etwa im Zusammenhang mit dem Schulmilch-Programm, den Schulpfelfaktionen der letzten Jahre, in Verbindung mit dem Erntedankfest oder Feiertagen. Es ist bekannt, dass über die Kinder als Multiplikatoren vielfältige Anregungen, aber auch Diskussionen in die Familien getragen werden.

Die für Schule, Gesundheit und Ernährung zuständigen Ministerien tragen ihrerseits regelmäßig dazu bei, dass die Thematik „Gesunde Ernährung“ in den Schulen aufgegriffen wird. Zuletzt wurden Anfang 2000 an allen Schulen Plakate zum Aushang gebracht und Faltblätter an die Schülerinnen und Schüler verteilt, die eine klare Empfehlung für ein gesundes Pausenfrühstück zum Inhalt haben. Neben Kultus-, Ernährungs- und Sozialministerium waren Landeselternbeirat, Landesschülerbeirat, Landesschülerbeirat, Landesgesundheitsamt, Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit und der Milchwirtschaftliche Verein in diese Empfehlungen einbezogen. Die Gmünder Ersatzkasse (GEK) hat das Projekt finanziell ermöglicht.

Allen Schulen des Landes stehen umfassende Informationen, Unterrichtsmaterialien und Handreichungen zur gesunden Ernährung, allgemeiner: zur gesunden Lebensführung zur Verfügung, die regelmäßig von verschiedenen Einrichtungen kostenlos an alle Schulen abgegeben werden.

Neben einer Vielzahl von Broschüren, Plakaten, Ernährungsinformationen sind dies derzeit insbesondere:

- Ernährungserziehung bei Kindern mit Ringordner, Broschüren, Informationsblätter, Plakaten (Ministerium Ländlicher Raum Baden-Württemberg)
- Das GUT DRAUF-Kommunikationspaket „Bewegen, entspannen, essen – aber wie?“
- Ernährung und Gesundheit (1. – 4. Klasse)
- Schulfrühstück (1. – 4. Klasse)
- Thema: Naschen (1. – 4. Klasse)
- Ernährung und Gesundheit (5. – 10. Klasse)
- Essgewohnheiten (5. – 10. Klasse)

(alle außer dem Ersten herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln).

Im Mai 1999 hat das Kultusministerium in der Zeitschrift „Schulverwaltung“ einen Beitrag zum „Verkauf von Lebensmitteln und Getränken in Schulen“ veröffentlicht, der sich vor allem mit den Inhalten eines gesunden Pausenangebots beschäftigt.

b) Einrichtungen des Gesundheitswesens (Kassenärztliche Vereinigungen, Kassen und Gesundheitsämter)

Nach Darstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen in Baden-Württemberg ist die Beratung der Versicherten in Fragen der Ernährung und Lebensführung bzw. die Veranlassung einer solchen Beratung – auch für Patienten im Kindes- und Jugendalter – ein elementarer Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Dieser Therapie- und Präventionsansatz wurde durch Kooperationsvereinbarungen mit der AOK und IKK Baden-Württemberg sowie mit der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg vertragsrechtlich verankert. Diese Kostenträger halten ein professionelles Beratungsangebot für ihre Versicherten vor. Zur Frage der Inanspruchnahme dieser Leistung können die Kassenärztlichen Vereinigungen keine validen Aussagen treffen, da im Rahmen der vertragsärztlichen Abrechnung die entsprechende Leistungsposition keine Differenzierung nach der Art bzw. der Zielgruppe des empfohlenen Beratungsangebots ermöglicht.

Das Landesgesundheitsamt konnte in einer spezifisch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst entwickelten Datenbank DOKIS-ÖGD 23 Projekte der Gesundheitsämter zum Thema „Ernährung“ mit der Zielgruppe „Kinder“ und/oder „Jugendliche“ erfassen (Zeitraum i. W. 1999 – 2000). Diese Projekte umfassen sowohl längerfristig angelegte Konzepte (z. B. Gewichtsreduktion bei übergewichtigen Kindern oder im Rahmen des Projekts „Klasse 2000“) als auch Einzelmaßnahmen z. B. im Rahmen von Gesundheitstagen auf Stadt- oder Landkreisebene. Die Mehrzahl dieser Projekte findet in Grund-, Haupt- und Förderschulen statt. Bei vielen Maßnahmen steht das Thema Zahngesundheit im Vordergrund; so führt die Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit Baden-Württemberg e.V. u. a. in Zusammenarbeit mit dem MLR Informationsveranstaltungen und größere Aktionen in Kindergärten und Schulen durch. Die Anliegen der Förderung der Zahngesundheit und der Gesundheit der Kinder durch angemessenes Ernährungsverhalten ergänzen sich dabei. Weitere inhaltliche Schwerpunkte sind gesundes Pausenfrühstück, Essstörungen, Osteoporose, Ernährung und Reisen.

Auch im Rahmen der Schulsprechstunde, eines Beratungsangebotes der Gesundheitsämter für Schülerinnen und Schüler vor Ort in den Schulen, werden ernährungsbezogene Themen behandelt. Zukünftiger Handlungsbedarf wird vonseiten der Gesundheitsämter auch für die Zielgruppe Säuglinge und Kleinkinder gesehen.

Nach § 20 Abs. 1 SGB V gewähren die gesetzlichen Krankenkassen auch für Kinder und Jugendliche Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung (Kurse zur ausgewogenen Ernährung) sowie Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht (Gewichtsreduktionskurse). Diese Maßnahmen werden von den Krankenkassen ihren Versicherten wie folgt angeboten:

- eigene Gesundheitsangebote
- landesweite Kooperationen
- lokale Zusammenarbeit mit Kindergärten und Schulen
- Beteiligung an Regionalen Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit.

Im Bereich der Ernährung werden von der AOK Baden-Württemberg auch spezielle Seminare zum Thema Ernährung für Kinder und Jugendliche angeboten.

c) Die Verbraucherberatung,

Die Ernährungsberatung der Verbraucherzentrale berät die Bevölkerung von Baden-Württemberg durch Einzelberatung, Gruppenberatung, über Ansigedienste, Vorträge und im Rahmen ihres Telefonservice. Sie hat 1999 im Rahmen einer bundesweiten Gemeinschaftsaktion der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände und der Verbraucherzentralen (Talking Food) mitgewirkt und ergänzend umfangreiche Markterhebungen zum Thema Kinderlebensmittel und Süßungsmittel durchgeführt und entsprechendes Informationsmaterial herausgegeben. Ergänzend informierte sie zu diesem Thema durch zahlreiche Presseauftritte und Vorträge, über Lehrerfortbildungen und ist aktuell durch eine interaktive Ausstellung „Von Milchriegeln, Obstzwergerl und Lachbonbons“ für Kinder in den Schulen präsent.

d) Die Ernährungsberatung des Landwirtschaftsministeriums,

Im Rahmen der Maßnahmen zur Ernährungsinformation der Bevölkerung durch die Landwirtschaftsverwaltung ist die Kinderernährung seit nunmehr 20 Jahren ein Arbeitsschwerpunkt. Mit dem Programm „Ernährungserziehung bei Kindern“ wurde ein flächendeckendes Informationsnetz für die verschiedenen Zielgruppen über die Kindergärten, Schulen und Erwachsenenbildungseinrichtungen geschaffen. Eltern von Kindern vom Kleinkind- bis zum Schulalter erhalten Informationen in Form von Informationsmaterial und Vorträgen. Für Lehrkräfte werden Fortbildungen sowie für Schüler bis zur 6. Klasse Unterrichtseinheiten oder Aktionen angeboten.

Zur Durchführung des Programms werden fachlich und methodisch geschulte Multiplikatorinnen (Fachfrauen für Kinderernährung) eingesetzt, die sich vertraglich zur Neutralität und zur Einhaltung der vom MLR vorgegebenen Inhalte verpflichten. Diese orientieren sich wiederum an den wissenschaftlichen Erkenntnissen, z. B. des Forschungsinstituts für Kinderernährung.

Seit Bestehen des Programms konnten insgesamt ca. 30 000 Veranstaltungen durchgeführt werden, der größte Teil davon (ca. 57 %) in den Grundschulen.

Ein Teil der Veranstaltungen, vor allem größere Aktionen, erfolgen als Kooperationsprojekt mit anderen Trägern, z. B. mit den an den Gesundheitsämtern angesiedelten Regionalen Arbeitskreisen für Gesundheit oder für Zahngesundheit.

Mit ca. 4 000 jährlich durchgeführten Informationsveranstaltungen in den Kindergärten, Schulen und Erwachsenenbildungseinrichtungen ist in Baden-Württemberg ein einzigartiges Informationsnetz geschaffen worden. Der jährliche Nachfragezuwachs betrug in den letzten Jahren 10 bis 20 %. Das Programm hat unter den gegebenen Bedingungen seine Kapazitätsgrenze erreicht.

Seit Bestehen der Ernährungszentren werden an den vier Standorten verstärkt ernährungsbezogene Produktinformationen mit Praxiskursen für Schüler und Jugendliche, teils als Begleitprogramm von Dauerausstellungen, teils als zeitlich begrenzte Aktionen (Ferienangebot, Ausstellungen, Aktionen, usw.), mit großem Erfolg angeboten.

Die Termine der Ernährungszentren sind meist auf längere Zeit hinaus ausgebucht. Nach Erhebung des Instituts für Soziologie der Universität Karlsruhe war es bereits während der Modellphase der Ernährungszentren möglich, zwischen 8 und 16 % der Bevölkerung der jeweiligen Region zu erreichen.

Nach neueren Auswertungen richten sich im Durchschnitt aller Ernährungszentren ca. 35 % der Veranstaltungen an die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen.

e) Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. – Sektion Baden-Württemberg,

Die Sektion Baden-Württemberg der DGE (DGE-BaWü) ist eine vergleichsweise kleine Sektion, deren Jahresetat von ca. 60 000 DM aus Mitteln des Ministeriums Ländlicher Raum stammt. Da hierin sämtliche Personal- und Sachkosten eingeschlossen sind, sind die Möglichkeiten der DGE-BaWü zur intensiveren Information der Bevölkerung in Ernährungsfragen sehr begrenzt. So werden prinzipiell keine Endverbraucher angesprochen; die Arbeit konzentriert sich ausschließlich auf Multiplikatoren wie z. B. Lehrerinnen und Lehrer. Die Arbeit der DGE-BaWü erfolgt in Abstimmung mit dem Ministerium Ländlicher Raum.

und mit welchen pädagogischen Konzepten versuchen sie die Zielgruppe Kinder und Jugendliche anzusprechen und für gesunde, d.h. auch schadstoffarme Ernährung zu begeistern?

Hinsichtlich der pädagogischen Konzepte wird das ganzheitliche, erlebnis- oder erfahrungsorientierte sog. Kopf-, Herz- und Hand-Lernen bevorzugt, da sich gerade bei Ernährungsthemen die Vermittlung puren Fachwissens als nicht geeignet erwiesen hat, um das Verhalten der Schüler zu beeinflussen.

Hierzu gibt es derzeit folgende aktuelle Konzepte:

- Ernährungsfachtagungen (EFT)

Die jährlich im Herbst stattfindenden EFT der DGE-BaWü stellen die größte Fortbildungsveranstaltung (ca. 500 Teilnehmer) für Multiplikatoren im Ernährungsbereich in Baden-Württemberg dar. Rund die Hälfte der ca. 500 Teilnehmer an den regelmäßig gut besuchten Fachtagungen sind Lehrerinnen und Lehrer (v. a. der Haupt- und Realschulen – hauswirtschaftlicher Unterricht – und der Ernährungswissenschaftlichen Gymnasien). Die Themen der Fachtagungen werden in der Regel so festgelegt, dass sie im Rahmen des hauswirtschaftlichen Unterrichts an Haupt- und Realschulen umgesetzt werden können.

Die DGE-Sektion Baden-Württemberg versucht, die Multiplikatoren für die Verbindung „gesunde Ernährung“ – „Verbraucherverhalten“ – „Landwirtschaft“ zu sensibilisieren. Im Jahre 1994 wurde das Thema „Kinderernährung – Wunsch und Wirklichkeit“ aufgegriffen, in dem nicht nur die aktuelle Situation der Kinderernährung beleuchtet wurde, sondern auch Aspekte der Werbung oder der Marktsituation (Kinderlebensmittel). Im Jahr 1999 lautete das Thema „Lebensqualität durch Lebensmittel“. Für 2000 wurde das Thema „Werbung und Ernährungsverhalten“ gewählt. Geeignete Unterrichtsprojekte werden im Rahmen der genannten Fachtage vorgestellt und damit anderen Lehrerinnen und Lehrern Impulse gegeben, die Fachinhalte in den eigenen Unterrichtsprojekten zu verwenden.

- Lehrerfortbildungen/Lehrmaterialien

Teil der Arbeit der DGE-BaWü ist die Fortbildung von Lehrerinnen und Lehrern zu bestimmten Ernährungsthemen, die erstmals seit diesem Jahr in Zusammenarbeit mit der Umweltakademie und den Ernährungszentren durchgeführt werden (2000 in Ludwigsburg und Karlsruhe, 2001 in Villingen-Schwenningen und in Beuron in Vorbereitung). Schwerpunkt ist eine bewusste Ernährung im Kontext Landwirtschaft/Umwelt. Die Inhalte sollen künftig auch über Internet verbreitet werden.

Ebenfalls in Zusammenarbeit mit der Umweltakademie ist ein Projekt in Vorbereitung, das die Inhalte o. g. Lehrerfortbildungen als Lehrmaterialien (Foliensätze/Internetpräsentation) herausbringen soll.

Seit 1992 wird jeweils von der DGE-BaWü ein Berichtsband erstellt, der von Lehr- und Beratungskräften kostengünstig erworben werden kann.

Lehrerfortbildung ist ebenso Bestandteil des Informationsangebots der Verbraucherzentrale und des Ministerium Ländlicher Raum im Rahmen des Programms Ernährungserziehung bei Kindern sowie im Rahmen der Tätigkeit der Ernährungszentren (Produktbezogene Fortbildungsthemen).

- Jodwoche 2001

Obwohl über die Nährstoffversorgung in Baden-Württemberg mangels Studien nichts bekannt ist, muss davon ausgegangen werden, dass die Jodversorgung der Bevölkerung immer noch unzureichend ist. Um die Bevölkerung und vor allem Multiplikatoren erneut für das ernährungs- und gesundheitsrelevante Thema „Kropfverhütung“ zu sensibilisieren, wird derzeit von der DGE-BaWü eine Jodwoche 2001 vorbereitet. Aufgabe der Sektion ist dabei vor allem die Suche von Kooperationspartnern und die Koordination der lokalen und regionalen Aktionen.

- Die im Juni 2000 gestartete, bundesweite Aktion „5 mal täglich – Obst und Gemüse essen“ unter Beteiligung der Anbieterseite und der neutralen großen Institutionen auf Bundes- und Länderebene dient der Gesundheitsförderung (u. a. Krebsvorbeugung, Vermeidung von Übergewicht, Stärkung der Immunabwehr, bessere Versorgung mit Folsäure)

- Das Programm „Ernährungserziehung bei Kindern“ des MLR wird auch künftig in den Kindergärten und Schulen des Landes durchgeführt. Die aktuellen Entwicklungen und Schwerpunkte der Gesundheitsförderung werden in das Programm integriert. Schwerpunkt ist die erfahrungs- und handlungsbezogene Ernährungserziehung.

- Methodenvergleich zur Ernährungserziehung

Es ist geplant, zusammen mit der Pädagogischen Hochschule Heidelberg einen Methodenvergleich von Vorgehensweisen zur Ernährungserziehung in Schulen durchzuführen, um den Wissenstransfer weiter zu optimieren. Die Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd hat im Rahmen eines Forschungsprojektes zur Gesundheitsförderung in der Schule den Ernährungsbereich in die Gesamtkonzeption einbezogen. Dieses Projekt zielt auf eine dauerhafte Verhaltensänderung in mehreren gesundheitsrelevanten Verhaltensbereichen ab. Die Erkenntnisse aus diesen Forschungsprojekten werden in die Weiterentwicklung des Programms „Ernährungserziehung bei Kindern“ einbezogen.

Die Landesregierung beabsichtigt, einen gesonderten Bericht zum Thema „Ernährung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen“ herauszugeben, der eine ausführliche Darstellung der genannten Problematik beinhalten wird.

III. Behandlung und Früherkennung von Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Arzneimittel

1. Wie bewertet die Landesregierung die Forschungsergebnisse zur Vergabe von Arzneimitteln an Kinder und Jugendliche (im Auftrag der Gmünder Ersatzkasse), wonach

a) die meisten Medikamente, die häufig bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden, nicht auf die spezielle Wirkungsweise (Nebenwirkungen) bei Kindern und Jugendlichen überprüft worden sind,

Die Landesregierung begrüßt grundsätzlich Initiativen wie die der Gmünder Ersatzkasse, mit Untersuchungen zum Beispiel über die Verordnungspraxis von Arzneimitteln zu informieren und daraus die Position der Patientinnen und Patienten im Sinne eines gesundheitlichen Verbraucherschutzes zu stärken.

Die klinische Prüfung von Arzneimitteln an Kindern unterliegt auf Grund der besonderen ethischen Aspekte und Probleme besonderen Beschränkungen. Neben den zum Schutz des Menschen bei der klinischen Prüfung von Arzneimitteln im Arzneimittelgesetz allgemein geltenden Vorschriften darf eine derartige Prüfung bei Minderjährigen nur dann vorgenommen werden, wenn

- das Arzneimittel zum Erkennen oder zur Verhütung von Krankheiten bei Minderjährigen bestimmt ist,
- die Anwendung nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft angezeigt ist, um bei dem Minderjährigen Krankheiten zu erkennen oder ihn vor Krankheiten zu schützen,
- die klinische Prüfung an Erwachsenen nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft keine ausreichenden Prüfergebnisse erwarten lässt,
- die Einwilligung durch den gesetzlichen Vertreter nach entsprechender Aufklärung abgegeben wird, ggf., – bei entsprechender Einsichtsfähigkeit –, auch zusätzlich durch den Minderjährigen selbst.

Da viele in der Pädiatrie verwendeten Präparate nicht ausschließlich oder überwiegend bei Kindern Anwendung finden, ist es daher folgerichtig, dass bei Anlegung des vorgeschriebenen strengen Maßstabes Arzneimittel zunächst primär an erwachsenen Probanden erprobt werden, um unnötige Belastungen von Minderjährigen durch klinische Prüfungen zu vermeiden. In bestimmten Fällen gibt es jedoch altersspezifische biologische Unterschiede zwischen Erwachsenen und Kindern, die eine Übertragung der Erkenntnisse von klinischen Prüfungen ausschließen können. In diesen Fällen muss selbstverständlich auch an Kindern geprüft werden.

Da die Anforderungen an die Zulassungen von Arzneimitteln auf europäischer Ebene festgelegt werden, müssen diesbezügliche Initiativen dort ansetzen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat auf Grund der Notwendigkeit, der Problematik der Arzneimittel für Kinder stärkere Aufmerksamkeit zu widmen, kürzlich den bisherigen Leiter des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Bundesministerium für Gesundheit berufen und ihn gebeten, neben anderen besonderen Aufgaben, wie Europäisches Zulassungssystem und Arzneimittel gegen besondere Krankheiten, die Arbeiten auf dem Gebiet Kinderarzneimittel zu intensivieren.

b) Kindern häufig Medikamenten mit fragwürdiger therapeutischer Wirksamkeit verschrieben werden (20 Prozent der Kindern verordneten Schmerzmitteln),

Dass 20 % der Kindern verordneten Schmerzmittel eine fragwürdige Wirksamkeit aufweisen, kann aus Sicht der Landesregierung nicht nachvollzogen werden. Seitens der Landesregierung ist darauf hinzuweisen, dass mit der kürzlich in Kraft getretenen 10. Novelle des Arzneimittelgesetzes das Nachzulassungsverfahren für

Arzneimittel beschleunigt werden soll und damit etwa noch auf dem Markt befindliche Arzneimittel ohne nachgewiesene Wirksamkeit in absehbarer Zeit nicht mehr verfügbar sein dürften. Im Übrigen kommen bei der Arzneimittelverordnung neben der Therapiefreiheit des Arztes nach geltendem Recht verschiedene Instrumente des Sozialgesetzbuches V für eine wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln zur Anwendung.

c) Ein auffallender Anstieg von Psychostimulanzien bei Kindern und Jugendlichen festgestellt wird, und es konkrete Hinweise darauf gibt, dass insbesondere das Medikament Ritalin zu oft und ohne die notwendige psychotherapeutische Begleitung gegen hyperkinetische Syndrome (Unruhe, Konzentrationsschwäche, Nervosität) verschrieben wird

Bei Ritalin handelt es sich um ein Betäubungsmittel, das nur unter bestimmten restriktiven Bedingungen (besondere Rezeptformulare, besondere Dokumentationspflichten) verschrieben werden darf. Im Betäubungsmittelgesetz ist vorgeschrieben, dass ein Betäubungsmittel nur dann verschrieben werden darf, wenn seine Anwendung am oder im menschlichen Körper begründet ist. Ein Verstoß gegen diese Vorschriften ist strafbewehrt. Unter diesem Aspekt ist es fraglich, ob Ritalin tatsächlich leichtfertig von Ärzten ohne ausreichende Begründung verordnet wird. Der Arzt ist im Rahmen der ordnungsgemäßen Ausübung seines Berufes darüber hinaus verpflichtet, etwa erforderlich werdende Begleitmaßnahmen ebenfalls zu gewährleisten. Die Landesregierung geht davon aus, dass sich die Ärzte an den von den einschlägigen Fachverbänden verabschiedeten Empfehlungen zur Behandlung hyperkinetischer Störungen im Kindesalter orientieren, die die entsprechende Begleitbehandlung mit einschließen. Die Selbstverwaltung der Ärzteschaft legt im Rahmen der Fortbildung Wert auf eine entsprechende Unterrichtung ihrer Mitglieder.

und welche Konsequenzen ziehen die Landesregierung und die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen daraus?

Die Landesregierung ist der Auffassung, dass die vorliegenden Datenbestände bei den Krankenversicherungen für Zwecke der Gesundheitsberichterstattung, Verbraucherinformation und Qualitätssicherung genutzt werden sollten. Insofern unterstützt die Landesregierung die Auffassung der Gmünder Ersatzkasse (GEK), die in der Klärung von Fragen zur Arzneimittelversorgung ein prioritäres Handlungsfeld sieht. Die GEK hat ihre Absicht bekräftigt, im Rahmen der umfassenden Gesundheitsberichterstattung die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen zu schildern, die Ergebnisse zu kommunizieren und mit diesen Informationen adäquate und wertvolle Angebote für die Versicherten sicherzustellen.

2. Gibt es bei der Frage der Arzneimittelvergabe auf Kinder und Jugendliche ausgerichtete Qualitätssicherungsprogramme?

Einschlägige Qualitätssicherungsprogramme sind weder der Landesregierung noch der hierzu befragten Landesärztekammer bekannt.

Früherkennung

3. Welche Erfahrungen werden in Baden-Württemberg mit den Gesundheitsuntersuchungen für Früherkennung von Gesundheitsschäden bei Kindern und Jugendlichen (Teilnahme etc.)

a) mit der für das Kindesalter vorgesehenen Gesundheits-Checks U 1 – U 9,

b) mit der im Jahre 1998 eingeführten Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) gemacht und welche überwiegenden Gesundheitsschäden weisen Kinder und Jugendliche bei diesen Untersuchungen auf?

Nach § 4 des Kindergartengesetzes (KGaG) in der Fassung vom 15. März 1999 (GBl. S. 151) soll jedes Kind vor der Aufnahme in einen Kindergarten oder in eine Einrichtung mit altersgemischten Gruppen ärztlich untersucht werden. Gemäß den Richtlinien des Sozialministeriums für die ärztliche Untersuchung nach § 3 KGaG vom 20. Januar 1983 (GABl. S. 464) gelten auch die Durch-

führung der U7/U8 als ärztliche Untersuchung im Sinne des Gesetzes. Nach den Erfahrungen des Sozialministeriums werden diese kostenlosen Früherkennungsuntersuchungen als Aufnahmevoraussetzung für den Kindergarten zu einem hohen Prozentsatz in Anspruch genommen.

Das gesetzliche Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder ist ein Screening-Programm in festgelegten Intervallen, das eine möglichst frühzeitige Aufdeckung wesentlicher Entwicklungsstörungen und Erkrankungen zum Ziel hat. Das Programm umfasst insgesamt zehn Untersuchungen, sechs davon fallen in das erste Lebensjahr. Am 1. Juli 1997 wurde die 10. Untersuchung (J1) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen als Pflichtleistung aufgenommen.

Die Untersuchungen sind in folgenden Altersstufen vorgesehen :

U 1:	1. Lebenstag
U 2:	3. – 10. Lebenstag
U 3:	4. – 6. Lebenswoche
U 4:	3. – 4. Lebensmonat
U 5:	6. – 7. Lebensmonat
U 6:	10. – 12. Lebensmonat
U 7:	21. – 24. Lebensmonat
U 8:	43. – 48. Lebensmonat, d. h., ca. 3 ½ – 4 Jahre
U 9:	60. – 64. Lebensmonat, d. h., ca. 5 – 5 ½ Jahre
J1:	nach dem 10. Lebensjahr

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist freiwillig. Die Untersuchungen U1 und U2 werden in der Regel noch in der Geburtsklinik durchgeführt, die folgenden Untersuchungen werden von den Kinderärzten angeboten. Die Durchführung der U7/U8 gilt auch als ärztliche Untersuchung im Sinne des § 4 Kindergartengesetz für Baden-Württemberg.

In Baden-Württemberg liegt die Teilnahmebereitschaft für die Früherkennungsuntersuchungen im ersten Lebensjahr außerhalb des Krankenhauses (U3 – U6) seit 1990 über 95 %, für die U7 und U8 über 90 %. Die Akzeptanz der U9 wird seit der Einführung im Jahr 1990 kontinuierlich größer. Die Teilnahmequote stieg von 58 % im Jahr 1991 auf 86 % im Jahr 1999 an. Im Jahr 1999 war die U9

- bei 9 % der deutschen Kinder,
- bei rund 20 % der italienischen und griechischen Kinder
- bei etwa 30 % der Kinder türkischer oder ehemals jugoslawischer Herkunft

bei der Einschulungsuntersuchung nicht in das Vorsorgeheft („Gelbes Heft“) eingetragen.

Seit Einführung der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 zum 1. Oktober 1998 bis heute (Quartal 1/2000) ist in den Kassenärztlichen Vereinigungen des Landes eine Zunahme der Untersuchungshäufigkeit um bis zu 33 % zu verzeichnen. Dennoch werden nach den Erfahrungen der Ärzte mit diesem Präventionsangebot bestenfalls 15 % der Jugendlichen erreicht.

Die Einführung der Jugendgesundheitsuntersuchung wurde von Beginn an durch Kassen und KVen öffentlich gefördert. So hat beispielsweise die KV Nord-Württemberg im November 1999 in Kooperation mit dem Deutschen Sportstudio Verband (DSSV) eine eigene Kampagne für die Jugendgesundheitsuntersuchung durchgeführt. Unter dem Motto „I feel good“ wurden mehr als 40 000 Briefe an alle Eltern in der Region Nordwürttemberg versandt, die Kinder im Alter zwischen 12 und 14 Jahren haben. Darin wurde u. a. auf die große Bedeutung der Vorsorgeuntersuchung J1 hingewiesen. Zur besonderen Motivation der Jugendlichen wurden dem Schreiben ein Gutschein beigelegt für einen „Schnuppertag“ in einem Sportstudio der eigenen Wahl.

Bereits vor Einführung der J1-Untersuchung konnten Präventionsuntersuchungen für diese Altersgruppe im Rahmen der Jugendgesundheitsberatung von Vertragsärzten durchgeführt werden. Das ZI in Köln hat diese Untersuchungen im Jahr 1996 in zehn Bundesländern auf der Grundlage einer standardisierten Dokumentation analysiert und die Ergebnisse in einem Bericht veröffentlicht. Damals

fiel eine Prävalenz asthmatischer und allergischer Befunde sowie ein offenkundig mangelhaftes Ernährungs- und Gesundheitsverhalten in dieser Altersgruppe auf.

Repräsentative Ergebnisse und Erfahrungen mit der J1 liegen in Baden-Württemberg noch nicht vor. Einzelberichte aus dem niedergelassenen Bereich lassen auf eine noch heterogene Umgangsweise mit dieser relativ neuen Vorsorgeuntersuchung schließen.

Das Gesundheitsamt Stuttgart führte in Kooperation mit niedergelassenen Kinderärzten eine Studie zu Merkmalen der Teilnehmer an der J1 und geklagten Beschwerden durch. Erste Ergebnisse, die auf dem diesjährigen Kongress der Kinderärzte in Stuttgart vorgestellt wurden, weisen darauf hin, dass bei den Jugendlichen, die zur J1 gingen, Schüler höherer Schultypen im Vergleich zu Hauptschülern überrepräsentiert waren.

Eine Auswertung der Gesundheits-Checks U 1– U 9 und J1 wird derzeit von den Krankenkassen nicht vorgenommen. Daher liegen aktuelle Daten aus den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen in Baden-Württemberg nicht vor.

Es gibt jedoch aktuelle baden-württembergische Daten zu Gesundheitsstörungen bei Einschulungskindern aus der Einschulungsuntersuchung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes der Gesundheitsämter.

Die Einschulungsuntersuchung ist im Unterschied zu den Vorsorgeangeboten eine Pflichtuntersuchung. Sie wird vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Gesundheitsämter durchgeführt. Ziel der Untersuchung ist es, gesundheitliche Einschränkungen mit möglichen Auswirkungen auf die Schulfähigkeit und den Schulerfolg frühzeitig zu erfassen, um im Einzelfall gezielte Fördermaßnahmen empfehlen zu können und Daten zum Gesundheitszustand des Einschulungsjahrgangs zu erhalten. Zusätzlich wird der Impfstatus erhoben, die Schließung von Impfücken angestrebt und die Wahrnehmung des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder dokumentiert.

Bei Kindern mit im Gelben Heft dokumentierter U 9 umfasst die Schuleingangsuntersuchung

- eine Anamnese nach Elternfragebogen,
- die Dokumentation durchgeführter Früherkennungsuntersuchungen sowie Art und Anzahl erhaltener Impfungen,
- die Messung von Größe und Gewicht,
- Seh- und Hörtests,
- eine Untersuchung zu der mit Sprach-, Hör- und Sehvermögen verbundenen Wahrnehmungsfähigkeit des Kindes.

Bei Kindern, bei denen eine U 9 nicht dokumentiert ist oder bei denjenigen mit besonderem Untersuchungsbedarf wird der Untersuchungsumfang erweitert. Soweit behandlungs- oder kontrollbedürftige Befunde vorliegen, wird der Grad der Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit vermerkt.

Bei der Einschulungsuntersuchung legen immer mehr Kinder das gelbe Untersuchungsheft vor, in dem die Untersuchungen und evtl. Befunde der Früherkennungsuntersuchungen dokumentiert sind. Von 1990 bis 1999 stieg der Anteil vorgelegter Hefte von 81 % auf 88 % der untersuchten Kinder. Dabei fehlte das „Gelbe Heft“ bei Kindern ausländischer Staatsangehörigkeit häufiger.

Es besteht bei jedem Jahrgang die Möglichkeit, einzelne Themenbereiche aus Anamnese oder Untersuchungsgang vertieft zu dokumentieren. In den letzten Jahren entstanden so Zusatzerhebungen zu Neurodermitis (1996), differenzierten Seh- und Hörtests (1997), Diphtherieimpfung nach Zeitpunkt und Impfstoffkombination (1998) und zur Größen- und Gewichtsverteilung nach anthropometrischen Standards (1999).

Nach Ergebnissen der Einschulungsuntersuchung 1999 werden in Baden-Württemberg jährlich etwa 114 000 Schuleingangsuntersuchungen dokumentiert. Davon sind ca. 111 000 Erstuntersuchungen.

Impfücken (s. u.) ebenso wie Entwicklungsverzögerungen und Einschränkungen des Hör- und Sehvermögens, Störungen der Sprache, in der Koordination von

Bewegungsabläufen sowie im Verhalten werden dokumentiert und den Sorgeberechtigten sowie den betreuenden Ärztinnen und Ärzten mitgeteilt.

Die Häufigkeit erhobener Befunde des Einschuljahrgangs 1999 ist in der Tabelle 2 dargestellt.

Insgesamt wurden bei 22,2 % der Einschulungskinder aus Sicht des untersuchenden Arztes behandlungsbedürftige Untersuchungsbefunde erhoben. 15,7 % der Kinder wiesen einen solchen Befund auf, 4,0 % zwei und 2,5 % drei behandlungsbedürftige Befunde.

Insbesondere die bei der Einschulungsuntersuchung gefundenen Störungen der Sprachentwicklung, des Hörens oder des Sehens weisen auf noch offene Fragen im Bereich der Qualitätssicherung für die U 9 hin. Dies gilt insbesondere im Bereich Hören und Sehen auch für die davor durchgeführten Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter. Hörstörungen können die Entwicklung der Sprache, der Wahrnehmung und der Psychomotorik erheblich beeinträchtigen. Von den 4470 Kindern mit einer Hörstörung war nur jedes zweite Kind in Behandlung und nur 85 davon wurden bei der U 9 diagnostiziert. Bei jedem zehnten Schulanfänger bestand der Verdacht auf einen Sehfehler, davon war jedes zweite Kind nicht in Behandlung.

Die Einschulungsuntersuchung liefert die Datengrundlage für einen weiterhin bestehenden Bedarf im Bereich der Impfprävention im Kindes- und Jugendalter, da dabei der Impfstatus, d. h., Art und Anzahl erhaltener Impfungen aus dem vorgelegten Impfbuch dokumentiert wird. 1999 wurden für 89 % der Einschulungskinder Impfbücher vorgelegt.

Tabelle 2 Ärztlich erhobene Befunde bei Schulanfängern in Baden-Württemberg (1999) - Prävalenz in Prozent

Diagnose	Prävalenz in %		
	insgesamt	Jungen	Mädchen
Sprachentwicklungsverzögerung	5,4	6,8	3,9
PoItem, Stottern	0,4	0,5	0,2
Dysgrammatismus	2,2	2,7	1,6
Stammelfehler	8,6	10,3	6,7
Hörstörung	4,4	4,4	4,5
Sehfehler	10,9	10,5	11,4
Schielfehler	2,2	2,4	2,1
Allg. Entwicklungsverzögerung	5,9	7,5	4,1
grobmotorische Störung	6,1	8,8	3,3
feinmotorische Störung	5,2	7,7	2,5
graphomotorische Störung	7,4	10,4	4,1

Bei Impflücken wird nochmals ausführlich über die fehlenden Impfungen gemäß STIKO – Empfehlung (Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut in Berlin) informiert mit dem nachdrücklichen Hinweis, diese Impfungen zu vervollständigen.

4. *Wie ist nach Auffassung der Landesregierung das System dieser Früherkennungsmaßnahmen zu verbessern in Bezug auf*
- die Akzeptanz dieser Gesundheits-Checks*
 - die untersuchten Gesundheitsstörungen und*
 - das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen?*

Die Akzeptanz der J1-Untersuchung kann nach Auffassung der Kassenärztlichen Vereinigungen nur durch ein Maßnahmenbündel signifikant verbessert werden. Konventionelle Wege der Öffentlichkeitsarbeit durch die gesundheitspolitischen Institutionen stoßen dabei offensichtlich an ihre Grenzen. Darüber hinaus er-

schweren „Sprach- und Image-Barrieren“ als Folge einer spezifischen Jugendkultur oftmals den Dialog zwischen Jugendlichen und Ärzten. Die Möglichkeiten der ärztlichen Einflussnahme auf das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen sollte nach Auffassung der Kassenärztlichen Vereinigungen in diesem Zusammenhang nicht überschätzt werden. Die Defizite im familiären und sozialen Umfeld vieler Jugendlichen erfordern nachhaltige gesamtgesellschaftliche Lösungsansätze. Die ärztliche Intervention kann diesen Prozess lediglich begleiten und unterstützen.

Mit einer Akzeptanz von über 90% für die Vorsorgeuntersuchungen U1 – U8 bzw. von über 85% für die U9 ist bereits ein außerordentlich hohes Maß an Teilnahmebereitschaft erreicht.

Die Früherkennungsuntersuchungen U1 – U9 stellen somit zusammen mit der Einschulungsuntersuchung ein zuverlässiges Instrumentarium dar, mit dem Gesundheitsstörungen im Kindesalter frühzeitig und umfassend festgestellt werden können. Die jährlich erhobenen Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen werden regelmäßig zum Anlass genommen, Untersuchungsmethoden und -parameter zu überprüfen und ggf. anzupassen. Das Sozialministerium hat hierzu eine eigene Arbeitsgruppe eingesetzt.

Insgesamt ist das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen abhängig von den jeweiligen Rahmenbedingungen wie dem sozialen Umfeld und der vorhandenen Umweltsituation, vom Grad der gesundheitlichen Versorgung und den zur Verfügung stehenden Ressourcen an Vorsorge-, Präventions- und Frühfördermaßnahmen. Daraus ergibt sich ein umfangreicher Katalog von Einflussfaktoren und Steuerungsmöglichkeiten, der an dieser Stelle nur lückenhaft wiedergegeben werden könnte. Das Sozialministerium hat hierzu im Mai 2000 einen umfassenden Bericht zur Kindergesundheit in Baden-Württemberg vorgelegt, der diese Thematik sehr ausführlich behandelt.

IV. Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter als ressortübergreifende Aufgabe

1. Teilt die Landesregierung die Auffassung vieler Fachleute, dass der aktuelle Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen und einige umwelt-, verhältnis- und verhaltensbedingte Entwicklungstrends eine Neubewertung der auf die Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen abgestimmte Gesundheitsförderung und Prävention erfordert, die insbesondere auch die Bildungseinrichtungen mit neuen Konzepten in die Pflicht nimmt?

Der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg ist – wie in dem vom Sozialministerium im Mai publizierten Bericht: „Kindergesundheit in Baden-Württemberg“ zu entnehmen – insgesamt befriedigend bis gut. Die als sog. Kinderkrankheiten bezeichneten akuten Infektionskrankheiten im ersten Lebensjahrzehnt sind weitgehend unter Kontrolle, insbesondere infolge der zunehmenden Durchimpfungsrate. Problematischer sind chronische, oft lebenslang beeinträchtigende Krankheiten wie Störungen der Lungenfunktion oder Krebskrankheiten. Insbesondere hinsichtlich der Krebserkrankungen im Kindesalter wurden jedoch in den letzten 20 Jahren enorme Fortschritte bezüglich der dauerhaften Heilungserfolge erzielt.

Grund zur Sorge bereiten „psycho- und somatosomatische Störungen, die in den letzten 20 Jahren immer stärker um sich greifen“, wie Prof. Klaus Hurrelmann resümiert. Die wesentlichen Störungen aus einem mangelnden Gleichgewicht der Systeme von Körper, Psyche und Umwelt lassen sich Hurrelmann folgend beschreiben:

- Immer stärkere und schnellere Verbreitung von Krankheiten des allergischen Formenkreises wie Asthma und Neurodermitis,
- Störungen des Ernährungsverhaltens,
- Fehlsteuerung der Sinneskoordination: einseitige Stimulierung des Hörsinns und des Sehsinns,
- unzureichende Bewältigung von psychischen Beanspruchungen und sozialen Anforderungen. Vor allem bei Mädchen nehmen psychische und psychosoma-

tische Störungen wie Nervosität und Unruhe bis hin zu depressiven Störungen zu; bei Jungen sind die nach außen gerichteten Störungen vorherrschend: Hyperaktivität, Gereiztheit, Aggressivität bis hin zu schweren Formen von körperlicher Gewalttätigkeit,

- Konsum psychoaktiver Substanzen. Diese Variante des unzureichenden Bewältigungsverhaltens ist bei beiden Geschlechtern etwa gleich stark vertreten. Es ist ein ausweichendes Verhalten durch den Konsum von psychoaktiven Substanzen, etwa schmerzstillenden Arzneimitteln oder Tabak und Alkohol. Hier scheitern oder verweigern sich die Jugendlichen der Bearbeitung des Ausgangsproblems. Auffällig sind die Parallelen, die sich zwischen Kindern und Erwachsenen in dieser Hinsicht zeigen.

Diese Gleichgewichtsstörungen in der Balance von Körper, Psyche und Umwelt haben verschiedene Ursachen. Der Anteil von milieubedingten, umweltbedingten und verhaltensbedingten Komponenten ist auffällig hoch. Vor allem Kinder aus sozial schwachen Familien sind gefährdet; hier stellen Krisen (Trennung der Eltern, Arbeitslosigkeit, beengte Wohnsituation und Vernachlässigung der Kinder) und Probleme in der außerfamiliären Kinderbetreuung ein großes Risiko für die Gesundheit dar. Daneben sind Leistungsprobleme in der Schule und Anpassungskrisen beim Übergang von der Schule in den Beruf belastend.

Diese neuen Formen von psycho- und somatischen Störungen lassen sich wie erwähnt nicht durch kurativ-medizinische Interventionen beseitigen oder allein durch Verhaltensmodifikation verändern oder zurückdrängen. Hier ist vor allem eine Gestaltung und Veränderung der Umwelt gefragt, d. h. eine soziale und ökologische Gesundheitsförderung.

Die Landesregierung hat seit Jahren schon ein Schwergewicht auf die Gesundheitsförderung und Prävention im außermedizinischen Bereich gelegt, die auf die neuen Befunde und Entwicklungstrends eingeht und durch gezielte Maßnahmen entgegenwirkt. So wurden beispielsweise folgende Projekte von der Landesregierung gefördert bzw. mit ihrer Unterstützung realisiert:

- Die landesweite Präventionsinitiative zu Ecstasy mit dem Aufbau eines für Jugendliche erreichbaren Informationsnetzwerkes;
- die Alkoholpräventionskampagne „Be hard, drink soft“, die sich speziell an Jugendliche wendet und gemeinsam u. a. mit der AOK Baden-Württemberg und den Stadt- und Kreisjugendringen durchgeführt wird;
- die Nichtraucherkampagne „Be smart, don't start“, die gemeinsam mit dem Kultusministerium an alle weiterführenden Schulen herangetragen wurde und im Schuljahr 2000/2001 realisiert wird.
- das Modellprojekt „Gesundheitsförderung für Auszubildende“, das mit einem ganzheitlichen Ansatz junge Auszubildende in einer schwierigen biografischen Umbruchphase unterstützt; der Modellversuch wird an zwei Stuttgarter Berufsschulen durchgeführt;
- das Projekt „Lernen mit allen Sinnen“, das an einer Berufsschule in Aalen durchgeführt wurde;
- die „Gesunde Party“, Projekttag für 8. Hauptschulklassen zum Thema gesunde Ernährung;
- das Projekt: „Fit und munter durch den Schul-Tag. Empfehlungen zum Verkauf von Lebensmitteln und Getränken in Schulen“, das gemeinsam vom Ministerium Ländlicher Raum, Kultus- und Sozialministerium initiiert wurde;
- das Projekt „Mobbing in der Schule“, ein Krisentelefon für Schülerinnen und Schüler, bei dem nahezu alle Gesundheitsämter im Land mitarbeiten;
- das landesweit flächendeckend durchgeführte Programm „Ernährungserziehung bei Kindern“ des Ministeriums Ländlicher Raum für Kindergärten und Schulen (bis zur 6. Klasse) mit Aktionen, Vorträgen, Unterrichtseinheiten, Informationsmaterial;
- die „Gesunde Stadt Stuttgart“ mit gesundheitsfördernden Teilprojekten in Kindergärten, Schulen, Betrieben, in besonders belasteten Stadtteilen, für

- spezifische Zielgruppen wie ältere Jugendliche („Körper im Gleichgewicht“) und ältere Menschen;
- die stadtteilbezogene Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Jugendlichen in Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe im Rems-Murr-Kreis;
 - das Projekt „Gesund und preiswert leben durch cleveres Wirtschaften“, das sich in verschiedenen Landkreisen vor allem an die Bezieher niedriger Einkommen wendet.

Die genannten Projekte sind nur einzelne Beispiele von durch die Landesregierung geförderten Maßnahmen.

2. Gibt es entsprechend eine ressortübergreifende Zusammenarbeit zwischen Sozial-, Umwelt-, Kultus- und Landwirtschaftsministerium und gemeinsam entwickelte Konzepte

a) im gesundheitsbezogenen Umweltschutz und

b) zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der verhaltens- bzw. verhältnisorientierten Prävention im Kindes- und Jugendalter, insbesondere in Bezug auf die im Antrag aufgeführten neuen sozial- und lebensstilbedingten Risikofaktoren?

Aus den vorausgegangenen Darstellungen wird erkennbar, dass alle gesundheits-erzieherischen Ansätze und Aktionen in den wesentlichen Grundzügen nicht nur zwischen den zuständigen Ministerien (Kultus, Gesundheit, Ernährung) abgestimmt sind, sondern in diese Abstimmung Eltern, Schulträger, Kammern der Gesundheitsberufe u. v. a. mit einbezogen werden.

Es ist aber auch deutlich auf die Grenzen der schulischen Erziehung hinzuweisen – Schulen wird es nicht gelingen, alle objektiven Mängel kompensatorisch auszugleichen. Der Erziehung in der Familie, im Kindergarten vor Eintritt in die Schule kommt eine wesentliche Bedeutung zu.

Für Gesundheitsförderung und Prävention bedeutet dies:

- eine stärkere Einbeziehung vorschulischer Einrichtungen, in erster Linie Kindergärten,
- die Aufforderung, Zugangswege zu Familien mit jungen Kindern zu entwickeln.

Für alle Altersgruppen gilt die zunehmende Erkenntnis, dass die angemessene Vermittlung von Information nur wirksam ist, wenn Kinder und Jugendliche ein stabiles Selbstwertgefühl entwickeln können.

Persönlichkeitsstärkung ist daher ein wichtiger Baustein von schulischen und außerschulischen Interventionen zu Gesundheitsförderung und Prävention geworden.

Einrichtungen der schulischen und vorschulischen Bildung dürfen allerdings mit dem Auftrag, gesundheitsfördernde Lebensweisen und die Vermeidung von Gesundheitsrisiken zu vermitteln, nicht allein gelassen werden. Betriebliche und kommunale Gesundheitsförderung und die größere Gewichtung von Gesundheitsthemen im Alltag müssten die Präventionsaktivitäten von Schulen unterstützen, sollen diese erfolgreicher sein als bisher.

Grundsätzlich gilt: Eltern mit einer stabilen Persönlichkeit, die ihre Kinder lieben und leiten können, sind die wichtigste Voraussetzung für eine bestmögliche Entwicklung von Kindern.

Die ressortübergreifende Zusammenarbeit im gesundheitsbezogenen Umweltschutz erstreckt sich auf zahlreiche Bereiche. Insbesondere in der Gewerbeaufsicht, beim Immissionsschutz, bei der Störfallvorsorge, in Fragen der Chemikalien, Gentechnik und Gefahrstoffe, der Gerätesicherheit und beim betrieblichen Arbeitsschutz sowie im Gewässerschutz werden gesundheitsrelevante Angelegenheiten zwischen Ministerium für Umwelt und Verkehr und Sozialministerium abgestimmt. Dies gilt für die Festlegung bzw. Anpassung von Grenz- und Vorsorgewerten und deren Weiterentwicklung, aber auch bei Einzelfällen des Verwaltungsvollzugs, die eine Gefährdungsabschätzung, Bewertung, Sanierung

oder sonstige Maßnahmen erfordern. Beispiele sind die Zusammenarbeit bei hohen Ozonwerten, der Lärmschutz, die Altlastensanierung bei Bodenbelastungen bzw. schädlichen Bodenveränderungen, die Überwachung von Badegewässern oder auch der Strahlenschutz.

Der Vorsorgegrundsatz spielt beim gesundheitsbezogenen Umweltschutz eine wichtige Rolle. Nicht zuletzt aus diesem Grund hat die Landesregierung bei der Erforschung der Zusammenhänge zwischen Umwelt und Gesundheit seit langem Schwerpunkte gesetzt. Im Rahmen des 1991 begonnenen Projekts Umwelt und Gesundheit (PUG) wurden rund 100 Projekte mit über 30 Mio. DM gefördert, die zu

- Luftverunreinigungen und Atemwegserkrankungen,
- Allergien und Unverträglichkeitsreaktionen durch Lebensmittel sowie
- Erkrankungen durch zivilisationsbedingte Umweltpurenstoffe

Wissensgrundlagen, Bewertungsmaßstäbe und Lösungsansätze erarbeiteten. Diese Förderung wird seit 1999 im „Baden-Württemberg-Programm Lebensgrundlage Umwelt und ihre Sicherung“ (BW PLUS) fortgesetzt. Einer der Förderungsschwerpunkte dieses Programms befasst sich mit den gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch anthropogene Umweltbelastungen, etwa durch Feinstäube, hormonell wirksame Substanzen, nitroaromatische Verbindungen.

Lebensstilbedingte Risikofaktoren rücken heute immer mehr in den Vordergrund. Dies wurde unter anderem auf dem 1995 vom UVM und SM durchgeführten umweltpolitischen Kongress „Macht uns die Umwelt krank?“ sowie auf dem gerade durchgeführten Lärmkongress herausgearbeitet. Präventive Konzepte sind zu entwickeln und umzusetzen.

3. Wird in Baden-Württemberg nach Auflösung der Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheit die Koordinierung und Projektförderung auf Landesebene wahrgenommen, insbesondere

- a) wie viel Personalstellen stehen zur Verfügung,*
- b) wo sind diese organisatorisch verankert,*
- c) wie sind sie finanziert (staatlicher Förderanteil),*
- d) welchen Arbeitsauftrag haben sie,*
- e) sind sie auch für Projekte in freier Trägerschaft zuständig und*
- f) wie steht Baden-Württemberg mit dieser Ausstattung im Ländervergleich?*

Nach Auflösung der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung Baden-Württemberg e.V. (LAG) Ende 1993 wurde ein Teil der von der LAG gesteuerten Arbeit, die Projektförderung für Einzelvorhaben zur gemeindenahen Gesundheitsförderung, von der Sozial- und Arbeitsmedizinischen Akademie (SAMA) übernommen. Diese Projektförderung lief 1997 in Folge fehlender Finanzmittel aus.

Der wesentliche Teil der von der LAG geleisteten Arbeit wurde dem damals neu gegründeten Landesgesundheitsamt (LGA) übertragen. Eine eigens dafür eingerichtete Abteilung „Prävention, Sozialmedizin, Rehabilitation“ ist fachliche Leitstelle des Landes u. a. für die Bereiche: Gesundheitliche Prävention, Suchtprävention, Gesundheitsförderung. Ein besonderer Schwerpunkt der Arbeit liegt in der fachlichen Betreuung der mit der Prävention und Gesundheitsförderung befassten kommunalen Gesundheitsämter. Hierfür wurde das LGA mit dem erforderlichen Personal ausgestattet.

Das Landesgesundheitsamt unterstützt weiterhin die Arbeit der Regionalen Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit, die auch nach dem Auslaufen der Projektförderung durch die SAMA in fast allen Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg aktiv sind, durch geeignete Maßnahmen, wie z. B. Fortbildungsmaßnahmen oder konkrete Unterstützung einzelner Projekte; auch werden Beratungsdienstleistungen, Praxishilfen, Konzeptentwicklung und Qualifizierungsmaßnahmen angeboten. Fachliche Schwerpunkte sind Chancengleichheit und Gesundheit, Migration, Prävention für Personen in besonderen Lebenslagen, Gesundheitsförderung mit Schulen und Kindergärten, Schulsprechstunde.

Gerade der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen kommt dabei besonderes Gewicht zu.

Um die zahlreichen Projekte, die in Baden-Württemberg überwiegend mit großem Erfolg durchgeführt werden, überblicken und abrufen zu können, hat das LGA ein leistungsfähiges Dokumentations- und Informationssystem „DOKIS-ÖGD“ aufgebaut. Dies stellt eine wichtige Arbeitshilfe für die Gesundheitsämter und die Regionalen Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit dar.

Darüber hinaus werden Gesundheitsförderung und Prävention von den Kommunalen Suchtbeauftragten wahrgenommen, die durch das Sozialministerium gefördert werden. Des Weiteren hat das Sozialministerium für das Jahr 2000 eine landesweite Förderung in Höhe von 880 000 DM für präventive Projekte in Kindergärten bereitgestellt.

Im Ländervergleich stellt sich die Situation folgendermaßen dar: In 12 Bundesländern gibt es Landesvereinigungen für Gesundheit, die als eingetragener Verein organisiert sind. Zwei Länder (Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen) haben die Aufgaben dem jeweiligen Landesgesundheitsamt übertragen. Zwei Länder (Bremen, Brandenburg) haben keine vergleichbare Struktur aufgebaut.

4. Wie bewertet die Landesregierung in diesem Kontext die Bedeutung der Gesundheits-Informationen-Datenbank (GID), die von der Sozial- und Arbeitsmedizinischen Akademie Baden-Württemberg e.V. (SAMA) aufgebaut wird und wie unterstützt sie deren Arbeit?

Die Arbeit an einer Gesundheits-Informationen-Datenbank (GID) wurde von der SAMA nach Vorarbeiten 1996 und 1997 im Jahr 1998 aufgenommen. Ziel war es, ein landesweites Informationsnetz zu schaffen, mit dessen Hilfe sich Bürger und Fachleute über das Gesundheitsangebot im regionalen Umfeld rasch und umfassend informieren können. Das Land hat die GID in einer Einrichtungs- und Erprobungsphase von 1998 bis 2000 mit jährlich 30 000 DM unterstützt. Großzügige Förderung erhielt die SAMA u. a. auch von der Robert-Bosch-Stiftung. Zielvorgabe der Förderung war, dass sich die GID nach dieser Modell- und Erprobungsphase als nachgefragtes Angebot finanziell trägt. Die SAMA wollte in der Erprobungsphase ein Informationsnetz für die Bürger aller Stadt- und Landkreise schaffen, das darüber hinaus die Angebote benachbarter Bundesländer erfasst.

Die SAMA hat das selbst gesteckte Ziel nicht erreicht. In Baden-Württemberg arbeiten von 38 Gesundheitsamtsbezirken knapp ein Drittel kontinuierlich mit, obwohl eine weit größere Zahl anfängliches Interesse gezeigt hatte. Lediglich 4 Bezirke haben derzeit ihr Angebot in einer allgemein zugänglichen Internet-Version publiziert. Die Universitäten Ulm und Freiburg haben im Rahmen eines Forschungsverbunds der public-health-Studiengänge die Einrichtung der GID wissenschaftlich begleitet. Der angekündigte Abschlussbericht liegt bis heute nicht vor. Vor diesem Hintergrund ist u. a. die Robert-Bosch-Stiftung aus einer beantragten Weiterförderung ausgestiegen. Das Land wird die GID künftig nicht mehr finanziell fördern.

Die Erprobungsphase offenbarte grundlegende konzeptionelle Mängel der GID:

- Die Datensammlung soll neben der Transparenz für den Bürger zur Qualität der publizierten Angebote beitragen. Versäumt wurde bisher, ein standardisiertes Verfahren zur Qualitätsprüfung zu entwickeln und Verantwortlichkeiten für die Qualitätsprüfung zu etablieren. Die Auswahl zwischen seriösen und weniger empfehlenswerten Gesundheitsanbietern erfolgt nach keinem erkennbaren Standard.
- Die Anwender selbst sollen die regionalen Angebote erfassen und als Datenbestand in die GID einstellen. Zudem sollen sie den Datenbestand kontinuierlich selbst pflegen. Das setzt Personalreserven voraus, über die die wenigsten Stadt- und Landkreise verfügen.
- Der Datentransfer setzt eine technische Mindestausstattung voraus, die nur einer Minderheit der Bürger zur Verfügung steht. Für diejenigen Zielgruppen, die der staatlich geförderten Gesundheitsvorsorge am dringenden bedürftigen, ist das Angebot der SAMA nicht nutzbar.

5. *Wie viele Projekte beteiligten sich in Ba/Wü an den von der WHO initiierten Netzwerken und wie wird die Erfahrung erfolgreicher Projekte vermittelt?*

a) *„Gesunde Stadt“/„Gesunder Landkreis“/„Gesunde Region“*,

In Baden-Württemberg beteiligen sich die Gesundheitsämter Mannheim und Stuttgart sowie das Umweltbüro der Stadt Heidelberg am „Gesunde-Städte-Netzwerk“.

Die Erfahrung erfolgreicher Projekte aus dem „Gesunde-Städte-Netzwerk“ wird auf Fachtagungen, Fortbildungen, durch netzwerkinternen Informationsaustausch, EDV-gestützte Projektbörse und in der Zeitung „Gesunde Städte-Nachrichten“ vermittelt.

Dem „Gesunde-Städte-Netzwerk“ gehören bundesweit 50 Kommunen an (Stand April 2000). Die Gründung des Netzwerkes erfolgte 1989.

Eine baden-württembergische Beteiligung bei dem WHO-Netzwerk „Gesunde Region“ besteht nicht. Ein WHO-Netzwerk „Gesunder Landkreis“ ist nicht bekannt.

Das Landesgesundheitsamt hält die Erfahrungen der Gesunde-Städte-Projekte für wertvoll. Es wird eine Veranstaltung mit den Regionalen Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit durchführen, bei der u. a. Möglichkeiten der Übertragbarkeit dieser Projekterfahrungen auf Stadt- und Landkreise thematisiert werden sollen.

b) *„Gesunde Schule“ (gesundheitsfördernde Schule)*,

Das Land Baden-Württemberg hat selbst den Reigen gesundheitserzieherischer Modellversuche bereits zu Beginn der Achtzigerjahre mit dem Projekt „Familie – Gesundheit – Umwelt“ eröffnet, wobei aus diesem Modellversuch umfangreiche Handreichungen für Grundschulen sowie für Haupt- und Realschulen und Gymnasien entstanden.

An den folgenden bundesweiten Modellversuchen zur gesundheitsfördernden Schule und zu OPUS (Offene Partizipation und Schulgesundheit), im Rahmen des europaweiten Netzwerks „Gesunde Schule“, waren jeweils zwei baden-württembergische Hauptschulen beteiligt, die ihre Erfahrungen auch anderen Schulen angeboten haben.

Ebenfalls ist an dem laufenden Förderprogramm „Gesunde Schule“ die Robert-Bosch-Stiftung Baden-Württemberg beteiligt.

Die Erfahrung dieser Projekte wurde und wird auf bundes- und regionalen Fachtagungen sowie Fortbildungen vermittelt. Der Informationsdienst „Prävention und Gesundheitsförderung“ des Landesgesundheitsamtes berichtet zudem in loser Folge von vorbildlichen Aktivitäten zur Gesundheitsförderung.

6. *Wie arbeiten Land und Kommunen im „Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit“ der Bundesregierung mit, in dem der vorbeugende Gesundheitsschutz für Kinder und Jugendliche ein Schwerpunkt ist, und welche Aktivitäten werden zu dessen Umsetzung derzeit entwickelt?*

Die Umsetzung der im Programm „Umwelt und Gesundheit“ genannten Projekte erfolgt teils unter Federführung der Bundesministerien für Umwelt und Gesundheit selbst, teils unter Federführung der wissenschaftlichen Oberbehörden des Bundes (Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin, Robert-Koch-Institut, Bundesamt für Strahlenschutz und Umweltbundesamt). Dabei ergeben sich Schnittstellen mit Zuständigkeiten der Landesgesundheitsbehörden auf dem Gebiet des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes. Darüber hinaus erfordert auch der in Helsinki erhobene Anspruch, einen „nationalen“ Aktionsplan zu entwickeln, die Einbeziehung der Länder wie der Kommunen.

Das Sozialministerium hat seine Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit an dem Aktionsprogramm im Rahmen seiner Tätigkeit in der ehemaligen Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder (AGLMB) bzw. in der jetzigen Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zum Ausdruck gebracht. Konkret wurde von der Länderarbeitsgruppe Umwelt-

bezogener Gesundheitsschutz (LAUG) der AOLG eine Projektgruppe „Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit“ eingerichtet, die den Diskussionsprozess zum Aktionsprogramm begleitet und die Aktivitäten zwischen Bund und Ländern koordiniert. Außerdem soll die Projektgruppe untersuchen, auf welchen Gebieten und unter welchen Voraussetzungen Beiträge der kommunalen Ebene (bzw. der Gesundheitsämter) erforderlich oder anzustreben sind. Das Sozialministerium Baden-Württemberg ist in dieser Projektgruppe neben fünf anderen Bundesländern vertreten.

Als Schwerpunkte ihrer Arbeit hat die Projektgruppe u. a. folgende Themen vorgesehen:

- Umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung,
- Risikobewertung und Standardsetzung,
- Qualitätssicherung in der Umweltmedizin,
- Kind, Umwelt und Gesundheit (unter besonderer Berücksichtigung von Asthma und Allergien).

Dr. Repnik
Sozialminister