

16. Wahlperiode

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Emine Demirbüken-Wegner (CDU)

vom 16. Februar 2009 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 17. Februar 2009) und **Antwort**

Gesundheits- und Bewegungsangebote für adipöse und übergewichtige Kinder und Jugendliche in Berlin eher mager?

Im Namen des Senats von Berlin beantworte ich Ihre Kleine Anfrage wie folgt:

1. Wie hoch schätzt der Senat den Anteil an adipösen und übergewichtigen Kindern und Jugendlichen in Berlin in den Alterskohorten (bitte absolut und prozentual) bis zur Einschulung, in der Grundschule, nach der Grundschule bis zum Schulabschluss ein und sind davon mehr Mädchen oder mehr Jungen betroffen?

2. Ist bei allen Alterskohorten der Trend nachweisbar, dass Übergewicht bzw. Adipositas auf Kinder und Jugendliche aus Familien mit Migrationshintergrund besonders zutrifft? Wenn ja, warum?

Zu 1. und 2.: Wie bereits auf die Anfrage Drs. 16/12929 der Abgeordneten Clara Herrmann vom 08.01.2009 berichtet, liegen verlässliche Daten zu Übergewicht bei Berliner Kindern und Jugendlichen lediglich aus den jährlichen Einschulungsuntersuchungen vor. Die untersuchte Altersgruppe ist im Mittel 5 Jahre und 8 Monate alt. Der Anteil übergewichtiger Kinder liegt in den aktuell veröffentlichten Zahlen bei 12 % (Grundauswertung der Einschulungsdaten 2007 zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin, im Internet abrufbar unter www.gsi-berlin.info). Die Anteile unter-, normal- und übergewichtiger Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin sind seit 1994 stabil. Die aktuellen Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2007 zeigt Tabelle 1.

Die Einschulungsuntersuchungen erstrecken sich jeweils auf einen Geburtsjahrgang, der im entsprechenden Jahr schulpflichtig wird, und erlauben deshalb keine Aussagen über die gesamte Altersspanne bis zur Einschulung. Daher werden auch keine absoluten Zahlen ausgewiesen, sondern die Anteile unter-, normal- und übergewichtiger Kinder an allen untersuchten Kindern in Prozent.

Die in Tabelle 1 aufgeführten Daten der Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2007 zeigen – ebenso wie in den Vorjahren – einen höheren Anteil übergewichtiger Kinder in der Gruppe türkischer, arabischer und osteuropäischer Herkunft im Vergleich zu Kindern deutscher Herkunft oder aus westlichen Industriestaaten. Die Gründe dafür sind bislang nicht ausreichend untersucht. Es kann auf Basis der vorliegenden Erkenntnisse aber angenommen werden, dass neben anderen Gründen Zusammenhänge insoweit bestehen, dass sowohl kulturelle Unterschiede als auch eine schlechtere soziale Lage der Familie eine Ursache für den höheren Anteil übergewichtiger Kinder mit Migrationshintergrund ist, da damit vielfach die Möglichkeiten zum Zugang zu höherpreisigen gesunden bzw. Bio-Produkten erschwert sind.

Tabelle 1:

Körpergewicht der Einschüler/innen (Referenzsystem nach Kromeyer-Hauschild) gesamt, nach Geschlecht, sozialer Lage und Herkunft in Berlin 2007 - Angaben in %

Merkmal	n =	Gewichtskategorie				
		deutlich untergewichtig (<3. Perzentil)	untergewichtig (3. bis <10. Perzentil)	normal-gewichtig (10. bis 90. Perzentil)	übergewichtig (>90. bis 97. Perzentil)	adipös (>97. Perzentil)
insgesamt 2007	26.182	2,3	5,1	81,0	6,8	4,8
Geschlecht						
Jungen	13.573	2,3	5,0	80,6	6,7	5,4
Mädchen	12.609	2,3	5,1	81,5	6,8	4,2
Soziale Lage¹						
untere soziale Schicht	7.995	2,0	4,5	76,8	8,8	7,9
mittlere soziale Schicht	8.356	2,5	5,6	80,8	6,9	4,2
obere soziale Schicht	7.607	2,5	5,3	86,1	4,4	1,7
Herkunft²						
deutsch	17.504	2,5	5,6	83,1	5,5	3,2
türkisch	3.142	1,1	2,9	73,4	11,9	10,7
arabisch	1.108	2,0	3,0	76,5	10,6	7,9
osteuropäisch	2.212	2,5	5,4	77,1	8,0	7,0
aus westl. Industriestaaten	588	2,2	4,8	84,2	5,8	3,1
aus sonstigen Staaten	1.505	2,1	4,4	80,6	6,8	6,1

¹ Fehlende Angaben zur sozialen Lage in 8,5 % der Fälle (n = 2.224)

² Fehlende Angaben zur Herkunft in 0,5 % der Fälle (n = 123)

(Datenquelle: SenGesUmV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Im Rahmen der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) zum Gesundheitsverhalten von Schulkindern (vgl. Spezialbericht 2008-2 Gesundheits- und Risikoverhalten von Berliner Kindern und Jugendlichen) wurden zwar Angaben zu Körpergewicht und –länge, Körperelbstschätzung und Ernährungsverhalten erhoben. Diese sind jedoch Selbstauskünfte der Kinder und Jugendlichen und daher nicht belastbar, was Rückschlüsse auf das reale Körpergewicht und damit den Anteil übergewichtiger und adipöser Schülerinnen und Schüler betrifft.

Verlässliche Daten zu Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen jenseits des Einschulungsalters liegen erstmals mit den Daten aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts lediglich auf Bundesebene vor (Kurth, B.M., Schaffrath Rosario, A. (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland; Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz; 50: 736 – 743). Die Daten sind gesamt sowie nach Altersgruppen und Geschlecht ausgewiesen. Da es sich um eine erste Querschnittserhebung (Studienzeitraum

2003 bis 2006) handelt, können keine Aussagen zum Zeitverlauf gemacht werden. Auch in diesen Daten zeigt sich ein erhöhter Anteil adipöser Kinder und Jugendlicher sowohl in der Gruppe mit Migrationshintergrund als auch bei den Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus.

3. Welche konkreten Schlussfolgerungen wurden aus dieser Entwicklung im Kita-Bereich gezogen und gibt es ein flächendeckendes Präventionsprogramm für gesundes Essen und Bewegung in allen Kitas? Wenn nein, warum nicht?

4. Wenn ja, mit welchen Kooperationspartnern wird zusammengearbeitet und wie werden insbesondere die Eltern mit Migrationshintergrund in dieses Programm mit eingebunden?

Zu 3. und 4.: In der „Vereinbarung über die Qualitätsentwicklung in Berliner Kindertagesstätten – Qualitätsvereinbarung Tageseinrichtungen (QVTAG)“ gewährleisten die Träger von Kindertageseinrichtungen, Ziel-

setzungen und Qualitätsansprüche der Arbeit ihrer Kindertagesstätten an den Vorgaben des Berliner Bildungsprogramms zu orientieren und entsprechende pädagogische Konzeptionen vorzulegen. Ernährung und Bewegung werden im Berliner Bildungsprogramm im Bildungsbereich „Körper, Bewegung und Gesundheit“ dargestellt.

Um eine gesunde Ernährung der Kinder sicher zu stellen und den Anforderungen des Bildungsprogramms nach Förderung gesunder Essensgewohnheiten zu entsprechen, verpflichten sich die Träger, in ihren Kindertagesstätten eine qualitativ hochwertige Mittagsversorgung anzubieten. Dies ist unter Punkt 3.17 -QVTAG-geregelt.

Seit 2007 wird im Bezirk Mitte das Pilotprojekt: „Kitas bewegen! Die gute, gesunde Kita“ durchgeführt, an dem 15 Kitas teilnehmen. Nach Auswertung der Pilotphase ist eine Ausweitung des Projektes vorgesehen.

Kooperationspartner sind die Bertelsmann Stiftung, die AOK Berlin - Die Gesundheitskasse, das Bezirksamt Mitte von Berlin und die Senatsverwaltung Bildung, Wissenschaft und Forschung. Elternpartizipation ist ein Baustein des Projektes und wird u. a. in Form der „Klimakonferenz“ umgesetzt.

Voraussichtlich im April 2009 wird die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) Empfehlungen für die Kitaverpflegung veröffentlichen.

In Zusammenarbeit mit der Vernetzungsstelle Schulverpflegung ist eine Kooperation zu diesem Thema geplant.

5. Welche Angebote der gesundheitlichen Akutversorgung – einschl. psychologischer Betreuung – gibt es für adipöse und übergewichtige Kita- und Grundschulkinder und wie viele werden nach Schätzungen des Senates behandelt und betreut?

12. Welche Maßnahmen zur Akutbehandlung - einschl. psychologischer Betreuung - gibt es für adipöse und übergewichtige Jugendliche in Berlin und wie werden diese mit welchem Erfolg wahrgenommen?

Zu 5. und 12.: Eine Adipositas oder ein Übergewicht allein ist in der Regel kein Anlass für die Einleitung einer Akutbehandlung. Im Einzelfall kann aber eine Krankenhausaufnahme zur Einleitung einer Behandlung und weiterführenden Therapie indiziert sein. Die Ursachen und folglich auch die Therapieansätze für Adipositas und Übergewicht sind sehr verschieden. Für eine stationäre Behandlung kommen im Bedarfsfall vor allem pädiatrische Abteilungen in Betracht. In den Fällen, in denen auch eine psychiatrische Grunderkrankung vorliegt, erfolgt eine Behandlung auch in Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die pädiatrischen Angebote sind in der Stadt ausreichend. Über den Behandlungserfolg der Krankenhausbehandlungen liegen hier keine näheren Erkenntnisse vor.

Die ambulante medizinische Behandlung und therapeutische Versorgung wird von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten sichergestellt.

Die Diagnostik, Behandlung und Therapie zählt auch zu den Aufgaben der Sozialpädiatrischen Zentren in Berlin. So werden zum Beispiel in der Adipositas-Sprechstunde des Interdisziplinären Sozialpädiatrischen Zentrums der Charité Kinderklinik pro Jahr ca. 700 adipöse Kinder und Jugendliche (Mittel der letzten 5 Jahre) im Alter von 0 bis 18 Jahren multidisziplinär betreut. Diese Anzahl ist begründet durch die maximale Kapazitätsauslastung des Adipositas-Team. Für eine Erstvorstellung bestehen Wartezeiten von 2 bis 3 Monaten¹.

Diese Betreuung beinhaltet eine ausführliche Differential-Diagnostik bezüglich der Hormon- und Stoffwechselsituation, nach den Leitlinien der „Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ (www.a-g-a.de), sowie zusätzliche Untersuchungen zum Ausschluss seltener Ursachen einer Adipositas (angeborene Störung der Appetitregulation; genetische Syndrome, die mit einer Adipositas einhergehen). Dieser medizinischen Diagnostik folgt eine multiprofessionelle Problemanalyse zu den individuellen Ursachen der Adipositas unter Einbeziehung aller Berufsgruppen des Adipositas-Teams (Ernährungsfachkräfte; Psychologen/-innen; Sozialpädagogen/ -innen; Physiotherapeuten/ -innen; Kinder- und Jugendärzte/ -innen). Aus den Ergebnissen der Diagnostik und Problemanalyse werden gemeinsam mit den betroffenen Kindern, Jugendlichen und Ihren Familien geeignete „Betreuungspfade“ entwickelt. Dazu stehen grundsätzlich 3 unterschiedliche Versorgungsformen zur Verfügung, wobei immer die Bereiche Ernährung, Bewegung und Psychosoziales integriert sind:

- Multiprofessionelle, individuelle Kurzzeittherapie (Dauer ca. 6 Monate; für adipöse Kinder und Jugendliche mit tragfähiger Motivation und ohne schwerwiegende psychosoziale Probleme)
- Multiprofessionelle, individuelle Langzeittherapie (Dauer ca. 12-24 Monate; für stark adipöse Kinder und Jugendliche mit bereits bestehenden Folgeerkrankungen, in schwieriger psychosozialer Lage)
- Multiprofessionelle Gruppentherapie (Dauer 12 Monate; für gruppenfähige Kinder und Familien mit tragfähiger Motivation; 10 Kinder pro Gruppe; parallele Schulung der Eltern)

Schwerpunkt ist dabei die individuelle Betreuung der adipösen Kinder, Jugendlichen und ihrer Familien, da in der Mehrzahl komplexe Problemkonstellationen vorliegen (s. u.).

¹ Dies betrifft nur die multiprofessionelle Adipositas-Betreuung. Eine medizinische Diagnostik und Therapie ist kurzfristig im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) der Charité möglich.

Alle Therapieformen beinhalten auch eine psychologische Mitbetreuung und entsprechen den Anforderungen der „Konsensusgruppe Adipositas-schulung“ und der „Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter“. Die Adipositas-Sprechstunde des Interdisziplinären Sozialpädiatrischen Zentrums der Charité Kinderklinik ist als Adipositas-Therapie-Einrichtung zertifiziert und nimmt an der Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation (www.a-p-v.de), einer bundesweiten Dokumentation der Adipositas-Behandlung von Kindern und Jugendlichen zur internen und externen Qualitätskontrolle teil.

Als Bestandteil eines Sozialpädiatrischen Zentrums weist die Adipositas-Sprechstunde im Unterschied zu standardisierten Gruppentherapieprogrammen einige relevante Besonderheiten auf:

- die Zuweisung erfolgt über niedergelassene Kinder- und Jugendärzte/ -innen
- die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen hat bereits erfolglose bzw. nur kurzfristig erfolgreiche Therapieversuche (z.B. Reha-Maßnahmen; Kuren) hinter sich
- 50 % der Kinder und Jugendlichen haben einen Migrationshintergrund; diese sind bei Erstvorstellung deutlich stärker adipös als Kinder deutscher Herkunft (bei gleichem Alter)
- ca. 75 % der Kinder und Jugendlichen kommen aus Multiproblemfamilien
- bei 65 % der Kinder und Jugendlichen bestehen bereits relevante Folgeerkrankungen ihrer Adipositas
- vorhandene Motivation ist nicht Grundvoraussetzung für eine Betreuung
- bei ca. 20 % der Kinder und Jugendlichen ist die Adipositas Teil einer komplexeren Grunderkrankung (z. B. psychiatrische Erkrankungen; komplexe Syndrome; Muskelerkrankungen)
- ca. 10 % der Kinder und Jugendlichen werden in direkter Kooperation mit Jugendämtern und Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten betreut, darunter auch eine ganze Reihe von Kinderschutzfällen

Aufgrund dieser o. g. Grundvoraussetzungen ist eine einheitliche Aussage zum Erfolg der Adipositas-Betreuung nicht möglich. Vielmehr ist die differenzierte Analyse aktuell Gegenstand von Projekten zur Versorgungsforschung. Es lassen sich aber folgende vorläufige Aussagen machen (Auswertung unter Einschluss aller Patienten): Eine Gewichtsstabilisierung können ca. 35 % der Kinder und Jugendlichen erreichen, die regelmäßig das Betreuungsangebot wahrnehmen. Bereits dadurch verbessern sich die Folgeerkrankungen deutlich (z. B. hoher Blutdruck; Fett- und Zuckerstoffwechsel).

Eine Gewichtsabnahme erreichen ca. 40 % der Kinder und Jugendlichen. Ca. 25 % der Familien gelingt es nicht kontinuierlich, das Betreuungsangebot wahrzunehmen. Eine erfolgreiche Gewichtsabnahme gelingt statistisch gesehen Kindern unter 12 Jahren signifikant häufiger als älteren Kindern und Jugendlichen. Dabei spielt sicher auch die besondere Hormon- und Stoffwechselsituation in der Pubertät eine Rolle. Eine erfolgreiche Gewichtsabnahme ist bei einer komplexen psychosozialen oder familiären Problematik signifikant seltener möglich, aber auch diese Patientengruppe profitiert bereits von einer Gewichtsstabilisierung, da sich die Folgeerkrankungen verbessern.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die ambulante Adipositas-Therapie im Interdisziplinären Sozialpädiatrischen Zentrum der Charité Kinderklinik in der Mehrzahl der Fälle adipöse Kinder, Jugendliche und ihre Familien betreut, die sich in einer Problemsituation befinden und zu den besonderen Risikogruppen für kindliche Adipositas gehören (Kinder mit Migrationshintergrund und/oder in schwieriger sozialer Lage²). Dabei sind die Strukturen eines Sozialpädiatrischen Zentrums sehr hilfreich, um dieser Aufgabe gerecht zu werden.

6. Wie werden die U-Untersuchungen - und hierbei insbesondere die Einschulungsuntersuchung - genutzt, um die Eltern auf das Problem Adipositas bzw. Übergewicht bei ihren Kindern hinzuweisen sowie konkrete Beratung und Hilfe zu vermitteln?

Zu 6.: Inwieweit die U-Untersuchungen für eine Beratung und erforderlichenfalls Vermittlung von Therapieangeboten bei Übergewicht oder Adipositas des Kindes genutzt werden, liegt im Ermessen der jeweiligen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die diese Untersuchungen durchführen. Das Untersuchungsprogramm enthält zwar die Messung von Körperlänge und -gewicht, ist jedoch nicht hinsichtlich Beratung und Vermittlung von Hilfen standardisiert.

Die Einschulungsuntersuchungen und die Kita-Untersuchungen 3 ½- bis 4 ½-jähriger Kinder werden durch Ärztinnen und Ärzte des bezirklichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes durchgeführt. Hierbei werden die Eltern über alle auffälligen Befunde informiert und erforderlichenfalls beraten. Ein standardisiertes Beratungsangebot bei Verdacht auf Adipositas kommt derzeit bei den Kita- und Einschulungsuntersuchungen im Bezirk Steglitz - Zehlendorf zum Einsatz.

7. Gibt es ein flächendeckendes Programm in der Berliner Grundschule zur richtigen Ernährung und Bewegung? Wenn nein, warum nicht?

² Siehe: Kurth BM, Schaffrath-Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits-surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50:736–743

8. Gibt es ein entsprechendes flächendeckendes Programm in den weiterführenden Berliner Schulen? Wenn nein, warum nicht?

Zu 7. und 8.: Es gibt in der Grundschule und den weiterführenden Schulen in Berlin kein flächendeckendes Programm zur richtigen Ernährung und Bewegung. Die Rahmenpläne für Unterricht und Erziehung in der Berliner Schule sehen das Thema Ernährung als Teil des Sachkundeunterrichts der Grundschule vor. In den 5. und 6. Klassen wird es im Biologie-Unterricht behandelt.

In den Grundschulen erhalten die Schülerinnen und Schüler drei Unterrichtsstunden Sport pro Woche. Viele Schulen bieten zusätzlich täglich Bewegungspausen während des Unterrichts als Teil der Rhythmisierung des Ganztagsunterrichts an.

Alle Schulen erhalten ein gesundes Schulmittagessen, das sich an den Qualitätskriterien der DGE orientiert.

In Haupt-, Real- und Gesamtschulen wird Ernährungsbildung im Fach Arbeitslehre im Pflicht- und Wahlpflichtbereich unterrichtet. Im Wahlpflichtunterricht Arbeitslehre lernen die Schüler und Schülerinnen auch praktisch die Zubereitung gesunder Gerichte.

Gesunde Ernährung ist auch Gegenstand im Rahmenlehrplan Biologie für die Sekundarstufe I in allen Schulformen.

9. Welche Projekte zur richtigen Ernährung und Bewegung laufen im Rahmen des Landesprogramms „Gute gesunde Schule“ und wie viele Kinder und Jugendliche nehmen daran teil?

Zu 9.: Alle Schulen im Landesprogramm für die gute gesunde Schule achten besonders auf Ernährung und Bewegung. Sie werden dabei nach Bedarf von den Kooperationspartnern, z. B. den Krankenkassen, durch Ernährungsberatung und Bewegungsprojekte (z. B. Nikki und Yoga für Kinder) unterstützt. Im Landesprogramm sind ca. 85 Grundschulen vertreten, damit erreichen wir ca. 34.000 Kinder.

Die Ermittlung genauer Zahlen ist in der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit nicht möglich.

10. Wie viele spezielle Sportangebote gibt es für adipöse und übergewichtige Kinder bzw. Jugendliche in Berlin? Wie viele nehmen daran teil und wie werden Kinder, Jugendliche und ihre Eltern darüber gezielt informiert?

Zu 10.: Zahlreiche Berliner Sportvereine bieten spezielle Bewegungsangebote für adipöse und übergewichtige Kinder bzw. Jugendliche an. Eine zahlenmäßige Auflistung der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen liegt sowohl der Sportjugend bzw. dem Landessportbund als auch der Senatsverwaltung für Inneres und Sport nicht vor, da diese Teilnehmerzahlen nicht zentral

erfasst werden. Die Angebote sind in folgenden Broschüren des Landessportbundes Berlin veröffentlicht:

- Gesundheitssport Angebote 2008/2009
- Freizeitsport 2009/10

Diese Broschüren liegen unter anderem in den Bürgerberatungsstellen der Bezirke aus. Darüber hinaus sind sie auch im Internet unter www.lsb-berlin.net per Suchfunktion online abrufbar.

Die Sportvereine werben auch eigenständig für ihre Angebote in Schulen, in Bezirkspublikationen, Vereinsinternetportalen und anderen Medien.

Darüber hinaus bestehen Datenbanken, die gezielt Angebote der Sportvereine für obige Zielgruppe beinhalten.

Beispielhaft sind hier www.pfundige-kids.de, www.fit-mit-fidelio.de, www.sportmitte.de und www.uebergewicht-berlin.de zu nennen.

Das Programm Gesundheits- und Bewegungsförderung für Kinder „Kleine kommen ganz groß raus“ fördert die Kooperation von Kindertagesstätten und Sportvereinen insbesondere an sozialen Brennpunkten der Stadt. Ein Ziel des Programms ist die frühzeitige Bewegungsförderung im Sinne der gesundheitlichen Prävention. In dem Programm wird insbesondere den Eltern das Bewusstsein für eine gesunde Lebensweise in Form von Bewegung und gesunder Ernährung vermittelt. Das Programm wird seit 1999 erfolgreich umgesetzt und hat in 333 Kooperationsmaßnahmen rund 15.000 Kinder erreicht.

11. Welche Angebote für richtige Ernährung und Bewegung gibt es speziell für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund und ihre Eltern? Wie werden die Eltern angesprochen und über welchen Zeitraum laufen diese Maßnahmen?

13. Welchen Anteil haben die Themen richtige Ernährung und Bewegung in den Angeboten der Familienbildung? Welche guten Beispiele gibt es?

Zu 11. und 13.: Der Senat verfügt über keine vollständige Übersicht zu gesundheitsfördernden Angeboten speziell für die Themenfelder Bewegung und Ernährung. Eine Recherche aus dem Jahr 2007, die Gesundheit Berlin e.V. im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (SenGesUmV) für die Landesgesundheitskonferenz (LGK) durchführte und die Berliner Projekte für Kinder von 0 - 6 Jahren in den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung und Sprachentwicklung untersuchte³, ergab, dass von insgesamt 144

³ Die Ergebnisse der Recherche sind in der Dokumentation der Landesgesundheitskonferenz 2007 zusammengefasst: www.berlin.de/imperia/md/content/sen-gesundheit/landesgesundheitskonferenz/dokumentationen/dokumentation_n_lgk_2007.pdf

erfassten Projekten 35 explizit Kinder mit Migrationshintergrund als Zielgruppe hatten. Da es sich um eine deskriptive Recherche handelte, die sich auf bereits existierende oder gerade im Aufbau befindliche Datensammlungen mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung stützte, können aus diesen Angaben keine Schlussfolgerungen hinsichtlich einer ausreichenden Versorgung von Kindern mit Migrationshintergrund gezogen werden.

Im Einzelnen ist zu sagen, dass das Land 15 Familienbildungsprojekte Freier Träger fördert. Die Mehrzahl dieser Projekte wendet sich gezielt mit Angeboten an Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Zu den Angeboten, die auf Bewegungs- bzw. Gesundheitsförderung zielen, gehören beispielweise Pecip-Gruppen, Eltern-Kind-Turnen, Baby-Krabbelgruppen mit gezielten Bewegungsspielen, Gymnastik für Kleinkinder, Spiel- und Kontaktgruppen etc. In der Regel sind diese Angebote verknüpft mit Gesprächen über die Besonderheiten der kindlichen Entwicklung und sind sehr gut nachgefragt. Darüber hinaus informieren die Träger in Kooperation mit Kitas bei Elternabenden oder bei Festen über gesunde Ernährung oder führen praktische Übungen durch, indem sie vor Ort mit Eltern und Kindern kochen.

Weiterhin fördert das Land 36 Nachbarschaftszentren und Selbsthilfekontaktstellen, zu deren Kernaufgaben im Angebotsprofil auch familienunterstützende Angebote sowie Angebote der Gesundheitsförderung und -prävention gehören. Dazu können Eltern- Kind-Gruppen ebenso gehören wie Angebote zu Familienfreizeit und Familienerholung oder spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche oder Eltern. Hier finden sich z. B. Kochkurse für Eltern und Kinder, Bewegung für Kleinkinder und Eltern, Veranstaltungen zu Gesundheits- und Erziehungsfragen.

Darüber hinaus enthält das Programmangebot der Berliner Volkshochschulen zahlreiche Kurse zur Gesundheits- und Bewegungsförderung sowie viele Veranstaltungen bez. Vorträge zur Gesundheitsbildung.

Alle diese genannten Angebote, die im Rahmen der Familienbildung, der Stadtteilzentren bzw. der Berliner Volkshochschulen angeboten werden, stehen allen Familien, Müttern, Vätern und ihren Kindern unabhängig von ihrer Herkunft offen. Unterschiedliche kulturelle Hintergründe der Eltern bestimmen als integrativer Teil das Angebot mit.

Wegen der jeweils unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Vielzahl der Angebote und der unterschiedlichen Programmgestaltung und -planung ist es nicht möglich, den Anteil allein gesundheitsfördernder Angebote am Gesamtangebot festzustellen, und nicht angemessen, besondere Bewertungen einzelner Angebote vorzunehmen.

14. Welche Initialzündungen zur richtigen Ernährung und Bewegung gingen bisher von der Berliner Plattform „Ernährung und Bewegung“ aus (bitte konkrete Maß-

nahmen und Projekte)?

Zu 14.: Der Verein Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb) wurde in Berlin im Jahr 2004 gegründet und ist neben anderen Mitgliedern auch eine Plattform der Lebensmittel- und Süßwarenindustrie. Das Land Berlin ist nicht Mitglied.

Konzeptionelle Initialzündungen gingen von peb nicht aus, vielmehr wurden Projekte, die in den Bundesländern und Kommunen bereits erprobt werden und Überlegungen des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) aufgegriffen. Hier wären z. B. die gesunde Ernährung in Schulen und Kitas und Spiel- und Bewegungsprojekte zu nennen.

15. Wie viele und welche Berliner Gruppen bzw. Träger mit welchen Kooperationspartnern nahmen an dem Bundeswettbewerb des Verbraucherschutzministeriums „Besser essen. Mehr bewegen. Der Wettbewerb“ (2005-2008) mit welchem Ergebnis teil?

Zu 15.: Aus Berlin hat sich das Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften GmbH mit dem Projekt Gesund sind wir stark! Sagliki daha güclüyüz! an dem Wettbewerb beteiligt. Alle Wettbewerbsprojekte werden im Moment evaluiert. Abschlussergebnisse liegen noch nicht vor.

16. Was wird der Senat unternehmen, damit sich insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund bzw. Gruppen, die mit und für Migranten arbeiten, sich am Folgewettbewerb 2009 beteiligen?

Zu 16.: Da die Bewerbung zur Teilnahme an dem Wettbewerb auf Initiative von Vereinen und Verbänden stattfindet, bestehen seitens des Senates keine aktiven Einwirkungsmöglichkeiten auf solche Bewerbungen.

Der Beauftragte des Senats für Integration und Migration verfügt jedoch über verschiedene Möglichkeiten der Bekanntgabe an Gruppen, die mit Migranten/innen arbeiten: Über den monatlich erscheinenden Newsletter, Informationsweitergabe durch den Landesbeirat für Integration und Migration und über die Konferenz mit den bezirklichen Integrationsbeauftragten.

17. Wie ist die Zusammenarbeit in Fragen der richtigen Ernährung und Bewegung mit der Verbraucherschutzzentrale in Berlin einzuschätzen und gab es besondere Angebote für Kinder und Jugendliche?

Zu 17.: Die Verbraucherzentrale Berlin arbeitet mit verschiedenen Vereinen in Berlin zusammen. Sie bietet seit 2002 neben allgemeiner Beratung im Bereich Ernährung und Lebensmittel auch Angebote im Rahmen eines Projektes 'Fit Kid' an, in dem Kompetenzen aus den Bereichen 'Ernährung und Sinne' an Erzieherinnen aus Kitas vermittelt werden. Besondere Angebote für Kinder

und Jugendliche gab es nicht.

18. Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen zu Fragen der richtigen Ernährung und Bewegung für Kinder und Jugendliche und welche beispielhaften Projekte wurden insbesondere auch für Familien mit Migrationshintergrund durchgeführt?

Zu 18.: Insbesondere im Kontext der im Jahr 2004 ins Leben gerufenen Landesgesundheitskonferenz gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen zu Fragen der richtigen Ernährung und Bewegung für Kinder und Jugendliche auf Landesebene ausgesprochen gut.

Erfolgreiche Präventionskonzepte gerade für Menschen in schwieriger sozialer Lage orientieren nicht allein auf individuelles Verhalten, sondern auch auf verhältnispräventive Maßnahmen, um in der Lebenswelt umfassend positiv auf die Bedingungen von Gesundheit einzuwirken (Settingansatz). Zu den Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten zählen auch die Familie, Freunde, soziale Netzwerke, der Kindergarten, das Quartier oder auch allgemeine sozioökonomische oder rechtliche Rahmenbedingungen. Die gesamte Lebenswelt sollte so gestaltet werden, dass gesundheitsförderliche Verhaltensweisen in den Alltag integriert werden können und die gesündere Lebensweise zur leichteren Wahl wird.

Dieser Erkenntnis trägt die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zunehmend Rechnung und beteiligt sich an Setting-Projekten in den Lebenswelten Kita, Schule und Stadtteil. Gerade bei Projekten in Lebenswelten in Bezirken mit einem hohen Migrationsanteil werden so auch Kinder mit Migrationshintergrund erreicht.

Beispiele:

Landesprogramm „Gute gesunde Kitas und Schulen“

AOK Berlin, Techniker Krankenkasse (TK), BARMER Ersatzkasse, Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK), BKK - Landesverband Ost, IKK - Berlin/Brandenburg, Gmünder Ersatzkasse (GEK), Knappschaft, Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Berlin (LKK)

Programm Gesunde Kommune

Die TK unterstützt kommunale Gesundheitsförderungsprojekte, die nicht nur auf Einzelmaßnahmen abzielen, sondern ein Gesamtkonzept „Gesunde Kommune“ verfolgen:

Das Projekt "Kinderleicht-Region Friedrichshain-Kreuzberg" im Rahmen des Bundesmodellprojektes des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und das Projekt "Moabit macht mobil" durch Förderung der Ausbildung von Multiplikatoren in diesen Stadtbezirken zum Thema „Gesunde Ernährung“ sowie ferner das Projekt „Bewegungs- und Konzentrationskurse für Kinder im Vorschulalter " in

Neukölln.

Viele Kassen führen jedoch aufgrund geringerer Mitgliederzahlen keine eigenen Programme und Projekte durch, sondern beteiligen sich als Partner an solchen Aktivitäten.

Da die bewegungs- und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen immer auch im Kontext von Lebensstilen gesehen werden müssen, ist die Alltagssituation in der Familie von großer Bedeutung. So wird das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Kinder durch die Lebensstilorientierungen der Eltern geprägt. Präventionsmaßnahmen sollten daher auch die Eltern in die Gestaltung einer gesunden Lebensweise einbeziehen bzw. möglichst frühzeitig Eltern in der Entwicklung eines gesunden Lebensstils unterstützen.

Beispiele:

Programm „Tigerkids“ im Rahmen des Projekts „Kitas bewegen - die gute gesunde Kita“

TigerKids ist ein Programm der AOK, an dem die AOKn aller 16 Bundesländer beteiligen.

In Berlin nehmen zurzeit 55 Kindergärten mit 280 Kindergartengruppen teil. Dafür wurden insgesamt 620 Erzieherinnen geschult. Somit erreicht TigerKids ungefähr 7.000 Familien (vgl. www.tigerkids.de)

Außerdem hat z. B. die TK auch für die Settings Kita und Schule konkrete Module wie "Die Bewegte Familie" aufgelegt.

Festzustellen sind jedoch Zugangshindernisse von Familien, insbesondere mit Migrationshintergrund (türkisch, arabisch, vietnamesisch) bzw. von Spätaussiedlern, die bislang von Präventionsangeboten zur Förderung von Bewegung und Ernährung nicht oder gemessen an ihrem Bedarf nicht ausreichend erreicht werden.

Ein Problem stellen dabei immer noch Sprachbarrieren dar: So haben die Krankenkassen zwar begonnen, auch muttersprachliche Ernährungsberater/innen in ihre Angebote zu integrieren (z. B. AOK, VerkehrsBauUnion, Siemens-Betriebskrankenkasse), hier ist aber weiterhin ein Handlungsbedarf zu konstatieren.

Dies gilt gleichzeitig auch für die Informiertheit der Familien über gesunde Lebensstile: Um den Lebensstil in Familien mit Migrationshintergrund im Bezug auf Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung und Stressbewältigung zu unterstützen, müssen Präventionsmaßnahmen für sie bedarfsgerecht entwickelt und kultursensibel gestaltet werden. Bewährt haben sich hierfür Multiplikatorenkonzepte, die in den jeweiligen Migrantencommunities verankert sind, und Empowerment-Konzepte, die auf den Aufbau sozialer Netzwerke der Gesundheitsförderung abzielen.

Beispiel:

Projekt „Gesund Essen mit Freude“

BKK-Bundesverband: Mit dem Angebot „Gesund essen mit Freude“ wurde erfolgreich ein Kursmodul zur Durchführung kultursensibler Koch- und Ernährungskurse mit Eltern in Settings (Stadtteilzentren, Schulen) entwickelt und durchgeführt, das sich an Mütter mit Migrationshintergrund wendete.

19. Wie hoch waren die finanziellen Mittel, die der Senat in den Bereich richtige Ernährung und Bewegung für Kinder und Jugendliche in den letzten 5 Jahren investiert hat und welche weiteren Vorhaben sollen in 2010 und 2011 gefördert werden?

20. Gibt es zum Bereich richtige Ernährung und Bewegung eine Begleitforschung in Berlin? Wenn nein, warum nicht und würde der Senat sich für eine solche einsetzen?

Zu 19. und 20.: Der Senat subventioniert das Schulmittagessen an Gebundenen Ganztagsgrundschulen seit August 2008 mit 17 € pro Monat und Schüler/in. Dafür standen in 2008 3.672.000 € zur Verfügung. Die tatsächlich verausgabte Summe wird den Bezirken im Rahmen der Basiskorrektur ausgezahlt.

Im gültigen Kostenblatt der „Rahmenvereinbarung über die Finanzierung und Leistungssicherstellung der Tageseinrichtungen - Rahmenvereinbarung RV-Tag“ ist ein durchschnittlicher Jahreskostensatz pro Platz für Materialkosten/Lebensmittel festgelegt. Die Vorgaben der RV-Tag und der QVTAG stellen den Einsatz der Mittel unter eine Qualitätsanforderung.

In den Offenen Ganztagsgrundschulen erhalten alle Kinder, die an einer ergänzenden Betreuung nach 13 Uhr teilnehmen, ebenfalls eine Subvention von 17 € pro Monat. Grundlage dafür ist das Tagesbetreuungs-kostenbeteiligungsgesetz (TKBG).

Der Senat hat im Jahr 2008 die Vernetzungsstelle Schulverpflegung eingerichtet. Der Landesanteil für die Vernetzungsstelle betrug im Jahr 2008 4917,60 € plus Geschäftskosten (Büro/Telekommunikation), im Jahr 2009 20993,00 € ebenfalls plus Büro und Verwaltungsbedarf.

Die Projekte werden nicht speziell in Bezug auf Ernährung und Bewegung evaluiert, da sie auch andere Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention beinhalten.

Speziell für die gesunde Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern förderte und fördert der Senat (2008 mit 40.000 € und 2009 mit 82.000 €) das Projekt „Babys gesund ernähren: Gesunde und nachhaltige Ernährung von Anfang an“ der Fördergemeinschaft ökologischer Landbau Berlin-Brandenburg e.V. (www.bio-berlin-brandenburg.de/-aktuelle-projekte/babys-gesund-ernaehren/), mit dem werdende und junge Eltern mit den Grundlagen gesunder Babyernährung vertraut gemacht werden sollen. Handlungskompetenzen für den Umgang mit den vielfältigen Angeboten der Ernährungsindustrie

sollen vermittelt und eine Ernährung mit Lebensmitteln aus der Region angeregt werden.

Im Jahr 2008 hat der Senat durch die Einrichtung der „Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung“ einen weiteren strukturellen Baustein zur Stärkung der Prävention im Land Berlin realisiert. Für die Finanzierung der Fachstelle wird gemäß Vertrag durch die SenGesUmV eine jährliche Summe von insgesamt ca. 200.000 € aufgewendet. Ihre Aufgabe ist u. a. die Realisierung der von der LGK empfohlenen Gesundheitsziele für sozial benachteiligte Kinder zwischen 0 – 6 Jahren im Bereich Ernährung, Bewegung und Sprachentwicklung durch begleitende Koordination.

Als weiteres Beispiel für eine strukturelle Förderung sei die Kofinanzierung des Regionalen Knotens durch die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände (ArGe) und die SenGesUmV erwähnt. Der Regionale Knoten Berlin ist Bestandteil des Kooperationsverbunds „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, mit dessen Umsetzung die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung beauftragt ist. In den Quartiersmanagement-Gebieten sollen bestehende Lücken in der Erreichung der Gruppe der Kinder bis zu 3 Jahren im Rahmen der o. g. Kinderziele der LGK aufgegriffen, bearbeitet und für diese durch Initiierung von Konzepten bearbeitet werden.

Es finden regelmäßige, wechselseitige Absprachen über die geplanten Projekte und prioritären Zielgruppen statt. Der Regionale Knoten Berlin wird derzeit zu gleichen Teilen mit je 15.000 € jährlich von den beteiligten Partnern finanziert. Diese Förderung läuft zunächst bis zum 30. Juni 2010.

Mit Gesundheit Berlin e.V. wurde ein „Monitoring zu den Gesundheitszielen“ vertraglich im Rahmen der Fachstelle vereinbart. Darüber hinaus könnte evaluiert werden, inwiefern in Berlin angestoßene Vernetzungs- und Kooperationsprozesse im Hinblick auf die Erreichung der Kinderziele (und anderer von der LGK beschlossener Gesundheitsinitiativen bzw. Zielsetzungen) tatsächlich positive Wirkung zeigen. Die Ergebnisse einer solchen Prozess-Evaluation wären auch für von der LGK in den Folgejahren initiierte Maßnahmen von hohem Nutzen.

Über die Fortführung der Förderung und über die Durchführung einer Begleitforschung wird im Rahmen der Aufstellung des Haushaltsplanentwurfs 2010/2011 entschieden.

Berlin, den 30. März 2009

In Vertretung

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff

Senatsverwaltung für Gesundheit,
Umwelt und Verbraucherschutz

(Eingang beim Abgeordnetenhaus am 08. April 2009=