

18. Wahlperiode

Schriftliche Anfrage

der Abgeordneten **Emine Demirbüken-Wegner (CDU)**

vom 23. April 2019 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 26. April 2019)

zum Thema:

Der Senat agiert offensichtlich chaotisch und kopflos bei der Umsetzung von Gesundheitszielen für Kinder!

und **Antwort** vom 10. Mai 2019 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 15. Mai 2019)

Frau Abgeordnete Emine Demirbüken-Wegner (CDU)

über

den Präsidenten des Abgeordnetenhauses von Berlin

über Senatskanzlei - G Sen -

A n t w o r t

auf die Schriftliche Anfrage Nr. 18/18691

vom 23. April 2019

über Der Senat agiert offensichtlich chaotisch und kopflos bei der Umsetzung von Gesundheitszielen für Kinder!

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

Vorbemerkung der Abgeordneten:

Die Landesgesundheitskonferenz (LGK) hat 2005 die folgenden Ergebnisziele beschlossen:

1. Zunahme des Anteils normalgewichtiger Kinder von 2005 bis 2011 von 81% auf 83%
2. Unterziele zu 1.: Reduktion des Unterschieds im Anteil normalgewichtiger Kinder zwischen Kindern deutscher und Kindern nichtdeutscher Herkunft von 6 Prozentpunkten auf 3 Prozentpunkte im Zeitraum von 2005 bis 2011. Reduktion des Unterschieds im Anteil normalgewichtiger Kinder zwischen Kindern der unteren und Kindern der mittleren oder oberen sozialen Schicht von 6 Prozentpunkten auf 3 Prozentpunkte im Zeitraum von 2005 bis 2011.
3. Zunahme des Anteils von Kindern mit unauffälliger motorischer Entwicklung von 2005 bis 2011 von 68% auf 75%
4. Unterziele zu 3.: Reduzierung des Unterschieds zwischen Kindern deutscher und Kindern nichtdeutscher Herkunft von 4 Prozentpunkten auf 2 Prozentpunkte. Reduzierung des Unterschieds zwischen Kindern der unteren und Kindern der mittleren oder oberen sozialen Schicht von 6 Prozentpunkten auf 3 Prozentpunkte.
5. Zunahme des Anteils von Kindern mit unauffälliger sprachlicher Entwicklung von 2005 bis 2011 von 71% auf 75%
6. Unterziele zu 5.: Reduzierung des Unterschieds zwischen Kindern deutscher und Kindern nichtdeutscher Herkunft von 40 Prozentpunkten auf 20 Prozentpunkte. Reduzierung des Unterschieds zwischen Kindern der unteren und Kindern der mittleren oder oberen sozialen Schicht von 28 Prozentpunkten auf 14 Prozentpunkte.

1. Wie waren die Zielerreichungsgrade für alle oben genannten Ziele (einschließlich der Unterziele) in 2011 und 2017?

Zu 1.:

Die genannten Ziele, die von der Landesgesundheitskonferenz im Jahr 2007 neben anderen Ergebniszielen beschlossen wurden, beziehen sich auf Daten der Einschulungsuntersuchungen, deren Grundausswertung jährlich veröffentlicht wird und Zeitreihen zu den angefragten Zielparametern enthält

(<https://www.berlin.de/sen/gesundheit/service/gesundheitsberichterstattung/veroeffentlichungen/grundausswertungen/>).

Ergebnisse zum Zielerreichungsgrad der Kindergesundheitsziele wurden auf der 8. LGK-Sitzung am 15. Dezember 2011 öffentlich vorgestellt

(<https://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/gesundheitsfoerderung-und-praevention/landesgesundheitskonferenz-berlin/dokumentation/>).

Über den Grad der Zielerreichung der genannten Ziele und Unterziele wird regelmäßig innerhalb der AG Gesund aufwachsen der LGK berichtet. Veröffentlichte Ergebnisse zu den Gesundheitszielparametern sind in der Antwort auf Frage 1. der Schriftlichen Anfrage Nr. 18/17827 (Anlage 1) sowie in der Antwort auf Frage 1. der Schriftlichen Anfrage Nr. 18/18298 (Anlage 2) aufgeführt. Mittlerweile ist auch die Dokumentation des öffentlichen Gesundheitsforums der LGK „10 Jahre zielsicher gesund aufwachsen – eine Bilanz“ online (<https://www.berlin.gesundheitfoerdern.de/Zehn-Jahre-zielsicher-gesund-aufwachsen.2313.0.html?&L=876>).

2. Die AG Gesund aufwachsen der LGK hat den Gesundheitszielprozess seit Jahren kritisch begleitet und dabei schwerwiegende Mängel in der Steuerung und Planung in der Umsetzung festgestellt. Es fragt sich:
 - a) Warum formuliert die LGK konkrete Ziele (siehe oben) mit einem klaren zeitlichen Bezug und überlässt die Zielerreichung dann offensichtlich dem Zufall?
 - b) Was verstehen die LGK und die Senatsverwaltung für Gesundheit unter Steuerung und Planung von konkreten Gesundheitszielen?
 - c) Wie soll eine Zielerreichung gesteuert und geplant werden, wenn keinerlei Informationen über die konkreten Umsetzungsaktivitäten der Akteure und deren Wirksamkeit vorliegen?
 - d) Warum werden die Aktivitäten der Mitglieder der LGK nicht zielgenau geplant und ihr Einsatz gesteuert?
 - e) Sind die Ergebnisse und Schlussfolgerungen der AG Gesundheit zu kritisch und werden sie von daher nicht publiziert?

Zu 2.:

Zunächst wird auf die Antwort des Senats zur Schriftlichen Anfrage Nr. 18/18298, Fragen 1. bis 4. verwiesen (s. Anlage 2).

Zu a):

Ein gesundes Aufwachsen hängt von unterschiedlichen Determinanten ab. Der Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem Gesundheitszustand lässt sich durch eine Reihe von Einflussfaktoren erklären, von denen einige auf den individuellen Lebensstil zurückgehen, die meisten jedoch mit den Verhältnissen zu tun haben, in denen Kinder aufwachsen.

Das Determinanten-Modell sowie viele Studien u.a. des Robert-Koch-Institutes verdeutlichen die Komplexität, die mit einem gesunden Aufwachsen verbunden ist, und zeigen, welche anderen Einflüsse wie Bildung, sozioökonomischer Status, Umwelt, soziales Umfeld sowie Wohnen die Gesundheitschancen für Kinder beeinflussen. Gesundheitliche Chancengleichheit lässt sich demnach vor allem dann verbessern, wenn alle Determinanten angemessene Berücksichtigung finden und Gesundheitsförderung als Querschnittsthema aller Politikbereiche und Berufsfelder verstanden wird.

Daher hat sich die LGK 2017 dazu entschlossen, insbesondere ihren Mitgliederkreis auf Verwaltungsebene zu erweitern: Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen, Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, Senatsverwaltung für Inneres und Sport. 2019 sollen, sofern die LGK dies beschließt und Bereitschaft zur Beteiligung besteht, weitere fachlich relevante Ressorts und Akteure hinzukommen.

Die Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen im Rahmen der LGK erfolgen nach den Prinzipien der sogenannten „Offenen Methode der Koordinierung“. Diese verwendet als Politikinstrumente die Vereinbarung gemeinsamer Ziele und Indikatoren, die eigenverantwortliche Umsetzung und die Einrichtung eines zentralen Monitoring- und Evaluationsprozesses. Die freiwillige Selbstverpflichtung der Mitglieder in der LGK zur Entwicklung und Umsetzung der Gesundheitsziele ist auch in deren Geschäftsordnung festgehalten.

Das Monitoring der Gesundheitszieleprozesse liefert Erkenntnisse über den Stand der Zielerreichung bildet die Grundlage für die Formulierung von Empfehlungen zur Umsetzung des Prozesses und gibt Steuerungsimpulse für die Ausgestaltung der Aktivitäten der LGK-Mitglieder. Es wird durch die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung, die Mitglieder der Berliner Landesgesundheitskonferenz sowie die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin durchgeführt.

Zu b):

Die LGK und ihre Mitglieder orientieren sich bei der Steuerung und Planung von Gesundheitszielen an den Empfehlungen und dem Aktionszyklus des bundesweiten Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de. Hierbei dient die gesundheitliche Lage der Bevölkerung als Ausgangslage für die Auswahl und Definition von Gesundheitszielen. Im Rahmen ihrer freiwilligen Selbstverpflichtung setzen die Akteure die Gesundheitsziele um. Es schließt sich die Evaluation der Zielerreichung (Monitoring) an.

Die einzelnen Berliner Gesundheitszieleprozesse sind in Zielmatrizen abgebildet. Diese dienen als Grundlage für die Steuerung und Planung von Gesundheitszielen.

2014 wurde durch die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung das Aktionsprogramm Gesundheit (APG) aufgelegt. Dieses Förderprogramm wurde quantitativ und qualitativ weiterentwickelt und bildet einen Finanzierungsbaustein für Aktivitäten mit Bezug auf die Gesundheitsziele. Die Förderkriterien zielen insbesondere auch auf den Abbau gesundheitlicher Benachteiligungen. In einem ressortübergreifenden Steuerungsgremium arbeiten unterschiedliche Senatsverwaltungen sowie die bezirkliche Ebene zusammen, um die Wirkung von unterschiedlichen Förderprogrammen in Hinblick auf die Förderung gesunder Lebensverhältnisse zu potenzieren.

Zu c) und d):

Siehe Antwort des Senats zu Buchstabe a).

Zu e):

Siehe Antwort des Senats auf Frage 1. sowie Antwort auf Frage 1. der Schriftlichen Anfrage Nr. 18/18298 (Anlage 2).

3. Wer hat zur Zeit den Vorsitz im gemeinsamen Abstimmungsgremium der Landesrahmenvereinbarung (LRV)?

Zu 3.:

Nach § 4 Absatz 2 der Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie nach § 20f SGB V im Land Berlin (LRV Berlin) vom 11. Juli 2018 wird der geschäftsführende Vorsitz im zweijährigen Wechsel zwischen einem der beteiligten Sozialversicherungsträger einerseits und dem Land Berlin andererseits wahrgenommen. Eine Entscheidung, wer den Vorsitz im ersten Turnus wahrnehmen wird, steht noch aus.

4. Das Abstimmungsgremium der LRV hat unter anderem das Gesundheitsziel im Pflegebereich priorisiert: Wie konkret wurde das Gesundheitsziel definiert?

Zu 4.:

Als einer der wesentlichen Schwerpunkte des Abstimmungsgremiums der LRV im Jahr 2019 wurde das Handlungsfeld: „Betriebliche Gesundheitsförderung im Pflegebereich“ priorisiert. In diesem Rahmen wird am 13. Juni 2019 zunächst eine u.a. von den Mitgliedern des Abstimmungsgremiums geplante Auftaktveranstaltung zu der Plattform der regionalen Koordinierungsstelle für Betriebliche Gesundheitsförderung (www.bgf-koordinierungsstelle.de/berlin) durchgeführt. Adressaten dieser Veranstaltung sind insbesondere Träger von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie Pflegedienstleitungen.

5. Wann soll der Beratungsprozess zu den Aufgaben, der Finanzierung und der Ansiedlung der Geschäftsstelle der LRV abgeschlossen sein?

Zu 5.:

Der Senat strebt an, dass der Beratungsprozess zu den Aufgaben, der Finanzierung und Ansiedlung der Geschäftsstelle des Abstimmungsgremiums der LRV Berlin bis Ende des Jahres 2019 abgeschlossen wird. Bis dahin werden die Aufgaben, die für eine externe Geschäftsstelle in Betracht kommen, durch eine Arbeitsgruppe aus Mitgliedern des Abstimmungsgremiums der LRV Berlin wahrgenommen.

6. Welche konkreten Vorstellungen haben die Mitglieder der LGK (außer der SenGPG) zur Zusammenarbeit zwischen der LGK und dem gemeinsamen Abstimmungsgremium der LRV?

Zu 6.:

Die Landesgesundheitskonferenz berät zurzeit über die möglichen Formen einer Kooperation mit dem Abstimmungsgremium der LRV. Dies geschieht in nicht öffentlichen Sitzungen, sodass der Senat über die Vorstellungen der Mitglieder der LGK keine Auskunft erteilen kann.

7. Gremien mit fast identischen Mitgliedern: LGK, gemeinsames Abstimmungsgremium der LRV, stellen ressourcenaufwendige Doppelstrukturen dar. Dies hat offenbar auch die Senatsverwaltung für Gesundheit erkannt und vor rd. einem Jahr eine Projektgruppe Gremien eingerichtet. Welche Ergebnisse hat diese Projektgruppe bislang produziert und mit welchen Auswirkungen auf die genannten Gremien? Oder dient die Projektgruppe nur zur internen Bündelung von Aufgaben mit einer Verstärkung in der Aufbauorganisation?

Zu 7.:

Wegen der unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen, Aufgaben, Zielsetzung und der bislang lediglich bezogen auf das Land Berlin und die Landesverbände der Krankenkassen deckungsgleichen Zusammensetzung der Landesgesundheitskonferenz (LGK) und des Abstimmungsgremiums der LRV Berlin, die § 20f SGB V zu entsprechen hat, hält der Senat - auch mit Blick auf deren Steuerung - daran fest, dass beide Gremien organisationsrechtlich unabhängig bleiben. Gleichwohl strebt der Senat wegen der inhaltlichen Bezüge der Aufgaben eine strukturierte Zusammenarbeit beider Gremien an.

Die bei der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung seit dem 21. März 2018 bestehende Projektgruppe zur Neuordnung und Steuerung von Gremien dient nicht lediglich der internen Bündelung von inhaltlich aufeinander bezogenen Aufgaben. Vielmehr hat sie die bestehenden gesundheitspolitischen Gremien (Landesgesundheitskonferenz nach § 3 Absatz 6 Gesundheitsdienst-Gesetz, Landesrahmenvereinbarung nach § 20f SGB V und Gemeinsames Landesgremium nach § 90a SGB V), insbesondere ihre Zusammensetzung und ihre Aufgaben, analysiert und der Leitung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung u.a. Empfehlungen zur Änderung der Geschäftsordnung der Landesgesundheitskonferenz unterbreitet, die derzeit in der Landesgesundheitskonferenz diskutiert werden. Soweit daneben landesgesetzliche Änderungen erforderlich werden sollten, werden die Empfehlungen der Projektgruppe in Gestalt von Vorlagen für das Abgeordnetenhaus zu gegebener Zeit auch im Senat beraten.

Berlin, den 10. Mai 2019

In Vertretung
Martin Matz
Senatsverwaltung für Gesundheit,
Pflege und Gleichstellung

18. Wahlperiode

Schriftliche Anfrage

der Abgeordneten **Emine Demirbüken-Wegner (CDU)**

vom 07. Februar 2019 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 11. Februar 2019)

zum Thema:

Schlussfolgerungen aus der Schuleingangsuntersuchung 2017 sowie notwendigen Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Kindern vor Schuleintritt und deren Frühförderung – ESU Teil II

und **Antwort** vom 28. Februar 2019 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 04. März 2019)

Frau Abgeordnete Emine Demirbüken-Wegner (CDU)

über

den Präsidenten des Abgeordnetenhauses von Berlin

über Senatskanzlei - G Sen -

A n t w o r t

auf die Schriftliche Anfrage Nr. 18/17827

vom 7. Februar 2019

über Schlussfolgerungen aus der Schuleingangsuntersuchung 2017 sowie notwendigen Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Kindern vor Schuleintritt und deren Frühförderung – ESU Teil II

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

1. Wie schätzt der Senat insgesamt die Ergebnisse der Grundausswertung der Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr 2017/2018 im Vergleich zu vorangegangenen Untersuchungen ein? Haben sich die Ergebnisse grundlegend verbessert, stagnieren sie oder sind Verschlechterung eingetreten? Was bedeuten diese Einschätzungen in Bezug auf den Einfluss der Jugendgesundheitsdienste zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Kindern im Vorschulalter? Was muss sich im Frühfördersystem des Landes Berlin ändern?

Zu 1.:

Insgesamt haben sich die Ergebnisse aus den Einschulungsuntersuchungen 2017 berlinweit im Vergleich zum Vorjahr nur wenig verändert. Für die Beurteilung von Entwicklungen ist jedoch eine differenziertere Betrachtung in den einzelnen Inhaltsbereichen und des jeweils verfügbaren Zeitverlaufs erforderlich.

Die **Impfraten** gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae b und Hepatitis B (Tab. 3.17, 3.18, 3.19) sind insgesamt weitgehend stabil, weisen bei einzelnen Impfungen leichte Schwankungen im niedrigen einstelligen Prozentbereich auf, die z.T. methodisch bedingt sind. Seit 2015 ist ein dezenter, wenn auch kontinuierlicher Rückgang der Impfraten zu beobachten. Dies gilt im Wesentlichen auch für die neueren Impfungen Pneumokokken und Meningokokken, die in den Jahren 2008 bzw. 2009 in die Erfassung aufgenommen wurden, deren Raten nach Einführung stark und stetig angestiegen sind und 2015 die höchsten Raten aufwiesen. Die Impfung gegen Rotaviren wurde erst 2015 in die Erfassung aufgenommen und kann daher noch nicht beurteilt werden, zumal die Kosten der Impfung für die untersuchten Jahrgänge noch eine freiwillige Leistung der Krankenkassen bzw. privat zu bezahlende Leistung war. Die Impfraten der 2.

Impfung gegen Mumps, Masern und Röteln sind von 2005 bis 2016 kontinuierlich um mehr als 10 Prozentpunkte angestiegen und stagnieren 2017 auf dem Vorjahresniveau. Dies gilt analog auch für die erst 2007 aufgenommene Varizellenimpfung, wobei hier die Raten von 2016 zu 2017 dezent rückläufig sind.

Die Inanspruchnahmeraten der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (sog. U-Untersuchungen, Tab. 3.21) haben über den betrachteten Zeitraum im Wesentlichen zugenommen.

Der Anteil der untersuchten Kinder, die in Nichtraucherhaushalten leben ist von 2005 bis 2017 nahezu kontinuierlich um insgesamt 16 Prozentpunkte gestiegen (Tab.3.27).

Aufgrund der gegenüber den Vorjahren veränderten Methodik sind die Ergebnisse zum Medienkonsum bei der Einschulungsuntersuchung 2017 nur eingeschränkt mit den Vorjahren vergleichbar (Tab. 3.30). Der Anteil der Kinder mit keinem/wenig Medienkonsum (< 1 Stunde/ Tag) ist von 2005 bis 2016 kontinuierlich gestiegen. Der Abfall um 4,4 Prozentpunkte in 2017 ist mit der veränderten Erhebungsmethodik (Medienkonsum statt Fernsehkonsum) potentiell erklärbar und der weitere Verlauf muss in den Folgejahren beurteilt werden.

Die Daten zum Körpergewicht der Kinder zeigen, dass die Verteilung von Unter-, Normal- und Übergewicht insgesamt sehr stabil über die Zeit ist, wie dies auch aus den Erhebungen der anderen Bundesländer bekannt ist. Der Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder im Vorschulalter ist im Zeitverlauf in der Tendenz gegenüber 2005 rückläufig. (Tab. 4.4)

Der Anteil der Kinder mit einer auffälligen Körperkoordination ist, unter Berücksichtigung methodischer Änderungen, mit gewissen jährlichen Schwankungen stabil geblieben. Tendenziell ist der Anteil in den letzten zwei Jahren rückläufig, das Ausmaß liegt aber in der Schwankungsbreite früherer Jahre, sodass erst in den nächsten Jahren zu beurteilen sein wird, ob es sich um einen stabilen Trend handelt (Tab. 4.9). Ähnlich sind auch die Daten zur Visuomotorik zu beurteilen, auch wenn das Niveau der Kinder mit einem auffälligen Testergebnis hier knapp sieben Prozentpunkte höher liegt (Tab. 4.14). Im Bereich der visuellen Wahrnehmung und Informationsverarbeitung ist unter Berücksichtigung methodisch bedingter Änderungen und abgesehen von gewissen jährlichen Schwankungen keine wesentliche Veränderung über die Zeit zu beobachten (Tab. 4.19). Dies trifft auch auf den 2012 neu hinzugenommenen Bereich zum Mengenvorwissen zu (Tab 4.24).

Auch für die Ergebnisse zu den Sprachentwicklungstests bei Kindern deutscher Herkunft bzw. nichtdeutscher Herkunft mit guten Deutschkenntnissen zeigt sich im Zeitverlauf unter Berücksichtigung von methodischen Änderungen und gewissen jährlichen Schwankungen eine Stabilität auf jeweils unterschiedlichem Niveau (Tab. 4.38, 4.39). Lediglich im Subtest Pluralbildung, der 2012 neu in das Untersuchungsprogramm aufgenommen wurde, ist in den letzten Jahren ein leichter kontinuierlicher Rückgang im Anteil auffälliger Testergebnisse zu beobachten.

Der Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten (aus einem Sprachentwicklungstest zum Sätze nachsprechen und den Deutschkenntnissen der Kinder kombinierter Indikator; Tab. 4.47) ist von 2005 bis 2017 auch unter Berücksichtigung methodisch bedingter Veränderungen angestiegen, was angesichts der gleichbleibenden Ergebnisse zur Sprachentwicklung am ehesten auf die Deutschkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft zurückzuführen ist.

Der Anteil der Kinder nichtdeutscher Herkunft mit guten oder sehr guten Deutschkenntnissen ist von 2005 bis 2011 kontinuierlich um knapp 17 Prozentpunkte gestiegen, in den letzten Jahren ist hier ein leichter, aber stetiger Rückgang zu verzeichnen (Tab. 5.18).

Der Inanspruchnahme von Therapien im Vorschulalter (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychotherapie) wird erst seit 2016 erhoben und ist in den beiden Jahren stabil (Tab. 4.54, 4.55, 4.56). Die Daten sind kongruent zu den Daten aus den veröffentlichten Heilmittelreports der Krankenkassen (AOK, BARMER).

Für eine detaillierte Beschreibung und Interpretation wird auf die jeweiligen Texte zu den Zeitreihen in der Publikation verwiesen

(https://www.berlin.de/sen/gesundheit/assets/service/publikationen/gesundheitsberichters-tattung/veroeffentlichungen/grundauswertungen/2019-01-17-grundauswertung_esu_2017.pdf).

Was bedeuten diese Einschätzungen in Bezug auf den Einfluss der Jugendgesundheitsdienste zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Kindern im Vorschulalter?

Grundsätzlich ist den gesetzlichen Aufgaben der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD) das Ziel inhärent, die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen zu verbessern, indem sie dazu beitragen, Gefahren für die kindliche Gesundheit und Entwicklung früh zu erkennen, zu mildern oder zu beseitigen. Sie bieten Unterstützung und Beratung in allen Fragen zur Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, für die Eltern und auch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Bereich des Jugend-, Sozial-, Erziehungs- und Bildungswesens. Auch die Empfehlungen, die die KJGD im Ergebnis der Einschulungsuntersuchungen für Eltern und Schule abgeben, dienen dem Zweck, dem Kind einen möglichst guten (und gesunden) Start in diese neue Lebensphase zu ermöglichen. Darüber hinaus gibt es Maßnahmen in verschiedenen Settings und Lebensabschnitten, mit denen die KJGD auf eine verbesserte Kindergesundheit hinwirken. Zu nennen sind hier z.B. die Hausbesuche der KJGD bei Erstgebärenden und bei Geburten unter belastenden Sozialverhältnissen nach § 9 des Gesetzes zur Förderung der Gesundheit von Kindern und des Kinderschutzes (Berliner Kinderschutzgesetz - KiSchuG). Auf der Grundlage von § 9 Kindertagesförderungsgesetz (KitaFöG) untersuchen die KJGD in den Kindertageseinrichtungen (Kita) und Kindertagespflegestellen die Altersgruppe der dreieinhalb- bis viereinhalbjährigen Kinder hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Entwicklung, einschließlich Seh- und Hörstörungen sowie motorischer und Sprachauffälligkeiten sowie einer Überprüfung des Impfstatus. Die Eltern müssen dieser Untersuchung durch den KJGD jedoch zustimmen. Bei Bedarf werden in Ergänzung anderer Vorsorgeangebote vorzugsweise nach sozialkompensatorischen Kriterien hierbei auch weitere Untersuchungen durchgeführt.

Was muss sich im Frühfördersystem des Landes Berlin ändern?

Grundsätzliche Aufgabe der gesetzlich nach § 46 SGB IX in Verbindung mit der Frühförderungsverordnung (FrühV) verankerten Früherkennung und Frühförderung für Kinder bis zum Schuleintritt ist die drohende Behinderung oder bereits eingetretene Behinderung früh zu erkennen, die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Darüber hinaus ist die Befähigung zur Alltagsgestaltung, die Teilhabe am sozialen Leben und an Bildung sicherzustellen. In Ergänzung zu

den Aufgaben des KJGD nehmen dies die Sozialpädiatrischen Einrichtungen an Kliniken (SPZ) und Kinder- und Jugendambulanzen/ Sozialpädiatrische Zentren (KJA/SPZ) wahr.

Das Land Berlin hat bereits 2005 eine Rahmenvereinbarung zur sozialpädiatrischen Versorgung im Land Berlin, die zugleich Landesrahmenempfehlung gemäß FrühV ist, mit den Krankenkassenverbänden geschlossen. Darin vereinbart wurde, dass neben den klinikassoziierten SPZ, die über besonders spezialisierte medizinische Kompetenzen verfügen, KJA/SPZ komplementär zur sozialpädagogischen Förderung in Kindertageseinrichtungen für die medizinisch-therapeutische und psychologisch-heilpädagogische Komplexleistung Frühförderung verantwortlich sind. Sie versorgen die Kinder im Vorschulalter mobil in der Kita bzw. im häuslichen Umfeld. Im Land Berlin werden die KJA/SPZ von sechs Trägern der freien Jugendhilfe geführt. Sie erfüllen flächendeckend den Auftrag zur Komplexleistung Frühförderung. Die Träger sind mit 16 Standorten jeweils als SPZ ermächtigt und personell je KJA/SPZ mit interdisziplinären Teams unter ärztlicher Leitung ausgestattet.

Durch das Inkrafttreten des § 46 Bundesteilhabegesetz (BTHG) und der in diesem Zusammenhang modifizierten FrühV wurde mit § 6a eine neue gesetzliche Norm eingeführt, die neue Aufgaben für KJA/SPZ definiert. So ist nunmehr bspw. das Vorhalten eines niedrigschwelligen Beratungsangebots für Eltern vor Eingangsdiagnostik erforderlich. Darüber hinaus sind Leistungen zur Sicherstellung der Interdisziplinarität zu erbringen und der Austausch mit anderen, das Kind betreuenden Institutionen sicherzustellen. Es gilt daher, in den KJA/SPZ ein Beratungs- und Unterstützungssystem für Eltern und Institutionen zu installieren und weiterzuentwickeln.

2. Welche Schlussfolgerungen will der Senat aus dieser Einschätzung ziehen? Welche Aufgaben hält er dabei aus welchen Gründen für besonders vordringlich?

Zu 2.:

Die Landesgesundheitskonferenz Berlin hat in ihrer Sitzung am 07.11.2018 beschlossen, im Rahmen des Gesundheitszieles „Gesund aufwachsen“ die bestehenden Handlungsfelder „Bewegung“ und „Sprachentwicklung“ sowie die neuen Handlungsfelder „Impfen“, „Mund- und Zahngesundheit“ sowie „Lebenskompetenzen“ in den Kindergesundheitszieleprozess zu überführen. Für alle genannten Handlungsfelder konnten sowohl Prozessverantwortliche als auch Akteurskreise zusammengestellt und gefunden werden.

Die Landesgesundheitskonferenz Berlin hat am 07.11.2018 ferner beschlossen, das Thema „Wachsende Stadt – Gesunde Stadt: Kindergesundheit“ zum Jahresschwerpunkt 2019 zu machen und die 16. Landesgesundheitskonferenz 2019 hieran auszurichten.

3. Warum ist der Senat der Auffassung, dass der zu verzeichnende Anstieg bei der Wahrnehmung der U-Untersuchungen in keinem Zusammenhang mit dem verbindlichen Einladewesen steht? Wäre es dann nicht eine logische Schlussfolgerung, die dafür verwendeten finanziellen Mittel für andere Maßnahmen zur Förderung der Kindergesundheit zu nutzen? Welche Auffassung vertritt hier der Senat?

Zu 3.:

Es trifft nicht zu, dass der Senat der Auffassung ist, dass der Anstieg bei der Wahrnehmung der U-Untersuchungen in keinem Zusammenhang mit dem verbindlichen Einladewesen steht. Die Zeitreihen der Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin lassen lediglich keine Aussage über die Ursache(n) der gestiegenen Inanspruchnahme zu.

Eine Ableitung jeglicher Kausalität nur aus diesen Daten, in welche Richtung auch immer, wäre unseriös.

Der Senat beabsichtigt im Jahr 2019 gemäß § 7 des Gesetzes zur Förderung der Gesundheit von Kindern und des Kinderschutzes (Berliner Kinderschutzgesetz - KiSchuG) eine Evaluation der Arbeit der Zentralen Stelle an der Charité-Universitätsmedizin Berlin durchführen zu lassen, die mit der Durchführung des Einladungswesens und Rückmeldeverfahrens gem. § 6 KiSchG beauftragt ist. Die Evaluation soll zeigen, ob sich die gesetzlichen Regelungen zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen bewährt haben oder ggf. gesetzgeberisches Handeln erforderlich ist.

4. Nach der angeblichen Übereinkunft zwischen Senat und Zahnärzten, den Zahnstatus nicht mehr in der ESU auszuweisen, ergibt sich zwingend die Frage, mit welchen Daten der Senat künftig über die Zahngesundheit von Vorschulkindern berichten will. Zum zweiten erhebt sich die Frage, was der Senat in Kita und Grundschule zur Verbesserung der Zahngesundheit künftig tun wird. Was soll für die Kinder getan werden, die keine oder nur kurzzeitig eine Kita besuchen?

Zu 4.:

Anfang 2018 wurde zwischen den Leitungen der zahnärztlichen Dienste (ZÄD), der KJGD und des für Gesundheitsberichterstattung zuständigen Referats der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (SenGPG) vereinbart, dass die Angaben zum Gebisszustand aus den Einschulungsuntersuchungen als Parameter der Zahnpflege nicht mehr im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung verwendet werden (vgl. Ausführungen S. 29 der Grundauswertung). Für die Berichterstattung zur Zahngesundheit werden zukünftig die Daten der ZÄD die Grundlage bilden, die im Rahmen der Reihenuntersuchungen in den Kitas und Schulen vom ZÄD durchgeführt werden. Diese wurden bereits in der Vergangenheit auf der Basis aggregierter Daten aus den Diensten ausgewertet und veröffentlicht (Statistische Kurzinformation zu den Daten 2010-2012). Zukünftig ist eine regelmäßige Datenübermittlung der ZÄDs und Auswertung durch die Gesundheitsberichterstattung geplant. Damit wird die Gesundheitsberichterstattung zukünftig auf fachzahnärztlich erhobene Daten zurückgreifen können.

Im Jahr 2018 ist es gelungen, unter dem Dach der Landesgesundheitskonferenz (LGK) ein neues Handlungsfeld „Mund- und Zahngesundheit im Kindesalter“ im Kontext des Kindergesundheitszieleprozesses „Gesund aufwachsen“ zu etablieren. In diesem Rahmen ist z.B. begonnen worden, die sog. „Geh-Strukturen“ der KJGD der Gesundheitsämter zu nutzen, die im Rahmen der Erst-Hausbesuche in der Regel sechs Wochen nach der Geburt des Kindes Familien angeboten werden. Die Fachkräfte der KJGD werden durch die Fachkräfte der ZÄD vorab geschult und mit Materialien der LAG Berlin (Merkblätter zur Mundgesundheit, Zahnbürsten etc.) ausgestattet. Im Rahmen der Hausbesuche werden die Eltern hinsichtlich der frühkindlichen Mundgesundheit informiert und beraten. Ein weiterer Baustein dieses Handlungsfelds ist das Vorsehen von Zahnputz-Zeilen in Kitas und Schulen als wesentliche Voraussetzung für das regelmäßige Zähneputzen sowie auch die Berücksichtigung weiterer Aspekte der Zahn- und Mundgesundheit. Der Senat plant darüber hinaus mit einem „Berliner Gesetz zur Stärkung der Zahn- und Mundgesundheit in Kitas und Schulen“ den Stellenwert der Zahn- und Mundgesundheit von Kindern im Rahmen der Ziele und Inhalte der frühkindlichen Bildung und des gesundheitlichen Kinderschutzes weiter hervorzuheben und diesbezügliche Aktivitäten voranzutreiben.

5. Welche Pläne verfolgt der Senat, um den Durchimpfungsgrad bei Vorschulkindern zu erhöhen? Welche Impfungen betrifft das insbesondere und wie soll die Erhöhung des Impfstatus erreicht werden?

Zu 5.:

Der Berliner Senat hat den von der Senatsverwaltung vorgelegten Berliner Masern- und Röteln Eliminationsplan (BEMREP) beschlossen. Das umfangreiche Konzept des BEMREP betrifft vorallem Masern und Rötelnimpfungen, sieht in diesem Rahmen aber auch die Förderung des zeitgerechten Impfens von Kleinkindern gemäß den STIKO-Empfehlungen vor. Hierfür ist ein zielgruppenspezifisches Kommunikationskonzept in Planung, das die Bedeutung des zeitgerechten Impfens über Medien und geeignete Multiplikatoren unterstreicht. Weiterhin sollen in enger Zusammenarbeit mit der Berliner Ärzteschaft Impfhindernisse identifiziert und abgebaut werden. Bei der gesetzlich vorgeschriebenen Schuleingangsuntersuchung (ESU) wird der Impfstatus systematisch kontrolliert und vorhandene Impflücken aufgedeckt. Anschließend wurden in Berlin bisher lediglich Empfehlungen zum Nachholen fehlender Impfungen ausgesprochen, die fehlenden Impfungen selbst jedoch nicht vor Ort verabreicht. Ein Ziel des BEMREP ist es, hier anzusetzen und im Rahmen der ESU auch Impfungen anzubieten. Da bei der ESU nahezu alle Kinder eines Jahrgangs erfasst werden, könnten hier sehr effektiv Impfquoten erhöht werden.

6. Was tut der Senat, um Eltern wirksam über die schädlichen Auswirkungen des Rauchens auf ihre Kinder zu informieren? Welche Pläne hat hier der Senat für öffentlichkeitswirksame Aufklärungskampagnen in Kitas und Familienzentren?

Zu 6.:

Im Auftrag des Senats führt die Fachstelle für Suchtprävention Berlin verschiedene Angebote zur Information und kritischen Auseinandersetzung mit den schädlichen Auswirkungen des Rauchens auf Kinder durch:

- Landesprogramm „Berlin qualmfrei“, im Rahmen dessen zum Weltnichtrauchertag 2018 mit Unterstützung einer Krankenkasse eine Parkscheibe „Rauchfreies Auto für mein Kind!“ ausgegeben. Mit 5.000 Exemplaren wurde berlinweit über die Risiken von Passivrauchen für (Klein)-Kinder im Auto informiert.
- Ausgabe von interaktiven Aufklärungsflyern in einfacher Sprache zum Thema Passivrauchbelastung der Kinder für die Zielgruppe Mütter und Väter.
- DVD „Passivrauchen – eine unterschätzte Gefahr. Ein Informationsfilm über die Gefahren von Feinstaubpartikeln in Zigarettenrauch“. Ein Informationsfilm für pädagogische Fachkräfte, der über die Gefahren von „second-hand smoking“ für Babys und Kinder aufklärt. Auch das weniger bekannte Thema „third-hand smoking“ kann auf Basis des Films diskutiert werden, also das Rückstandsrauchen durch Nikotinablagerungen z.B. in Kleidung, Haaren oder auf Spielzeugen.
- Informationsveranstaltungen für Multiplikator*innen zu den schädlichen Auswirkungen des Rauchens auf ihre Kinder, die mit Eltern und Familien arbeiten, z.B. Stadtteilmütter.

7. Ist der Senat der Überzeugung, dass die Eltern über die schädlichen Auswirkungen übermäßigen Medienkonsums ihrer Kinder im Vorschulalter bereits genügend aufgeklärt sind? Welche Pläne verfolgt der Senat in diesem Bereich unter Berücksichtigung des Einsatzes von mehrsprachigem Informationsmaterial?

Zu 7.:

Es ist davon auszugehen, dass sowohl der Aufklärungsstand zu den Risiken übermäßiger Mediennutzung als auch die Sensibilisierung für diese Problematik unter Eltern recht unterschiedlich ist. Insgesamt ist die Bedeutung von Medienkompetenz insbesondere durch die Digitalisierung gestiegen. Grundsätzlich stehen Eltern allgemeine Anlaufstellen zur Orientierung und Unterstützung auch bezogen auf einen altersangemessenen Medienkonsum zur Verfügung (z.B. Erziehungs- und Familienberatungsstellen). Der Senat fördert insbesondere folgende Informations- und Aufklärungsangebote, die sich gezielt an Kinder oder auch an Eltern richten:

- Berlinweite Kampagne „Heute schon mit Ihrem Kind gesprochen?“ der Fachstelle für Suchtprävention Berlin gemeinsam mit der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie (SenBildJugFam). Ziel ist es, einen bewussten Umgang mit Medien sowie die Eltern-Kind-Kommunikation zu fördern, vor allem in Alltagssituationen, bspw. das gemeinsame Essen oder die Fahrt mit dem Bus, in denen Kinder Aufmerksamkeit brauchen. Ausgabe von 135.000 Plakaten und Postkarten an Kitas, Familienzentren etc.
- Durchführung einer Fachtagung „Auf dem Spielplatz oder im Whats App-Chat? Digitaler Familienalltag: Mediennutzung und frühe Kindheit am 05.02.2019, Fachstelle für Suchtprävention gemeinsam mit der SenBildJugFam
- Durchführung von Elternveranstaltungen u.a. zur riskanten Mediennutzung in der Familie
- Infoveranstaltungen für Angehörige durch die Beratungsstelle Café Beispiellos/Lost in Space in Trägerschaft des Caritasverbandes.

Der Senat wird sich weiterhin für diesen Themenkomplex einsetzen und dabei auch den Aspekt der Mehrsprachigkeit in den Blick nehmen.

8. Was tut der Senat, um Eltern genügend über die gesundheitlichen Folgen für Ihre Kinder aufzuklären, die aus Übergewicht bzw. Untergewicht entstehen? Wie schätzt der Senat dabei die Entwicklung ein, dass die Anzahl der untergewichtigen Kinder im Anstieg begriffen ist? Welche Maßnahmen gedenkt der Senat zu ergreifen, um den Einfluss auf richtiges Essverhalten in den Familien zu erhöhen? Welchen Beitrag sollen dabei die Kita bzw. Familienzentren leisten?

Zu 8.:

Der Senat setzt sich für eine verstärkte Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen (U1-9 und J1 und 2) ein. Nach § 26 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) haben versicherte Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind. Die

Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann.

Der Senat stellt die Einschulungsuntersuchungen nach § 55a Absatz 6 des Schulgesetzes (SchulG) sicher. Nach § 55a Absatz 6 SchulG wird vor Aufnahme in eine Grundschule eine obligatorische schulärztliche Untersuchung vom Öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt, die eine körperliche Untersuchung sowie eine Überprüfung der Hör- und Sehfähigkeit beinhaltet. Der Schwerpunkt der schulärztlichen Untersuchung liegt auf einer medizinischen Beurteilung der sprachlichen, motorischen und geistigen Entwicklung des Kindes. Falls erforderlich, können den Erziehungsberechtigten weitergehende Untersuchungen zur Abklärung unklarer Befunde oder Möglichkeiten der familiären bzw. therapeutischen Förderung empfohlen werden. Am Ende der Untersuchungen werden die Ergebnisse und die Empfehlungen mit den Erziehungsberechtigten besprochen.

Über das Aktionsprogramm Gesundheit (APG) fördert die SenGPG seit 2014 Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin, welche als Teil des Präventionsgesetzes insbesondere in Lebenswelten/Settings umgesetzt werden. Wichtige Zielgruppe sind dabei, analog zum Gesundheitsziel „gesund aufwachsen“, Kinder und Jugendliche. Die Settings Kita und Schule werden dabei insbesondere gemeinsam mit dem Landesprogramm gute gesunde Kita sowie gute gesunde Schule (SenBildJugFam) unterstützt. Dabei werden Projekte sozialraumorientiert geplant und umgesetzt. Wichtige Handlungsfelder sind Bewegung, Ernährung und Kompetenzentwicklung (hier auch Medienkompetenzentwicklung/Suchtprävention). Auch über bezirkliche Strukturen (QPKs) werden lokale Ansätze im Bereich von Bewegung und Ernährung unterstützt.

Der Senat fördert u.a. die Vernetzungsstelle für Kita- und Schulverpflegung Berlin
<http://www.vernetzungsstelle-berlin.de/aktuelles.html>

Diese hat in 2018 u.a. ein bedarfsorientiertes Beratungs- und Qualifikationsangebot Verpflegung und Ernährungsbildung für Berliner Kindertageseinrichtungen im Rahmen des Berliner Landesprogramms „Kitas bewegen - für die gute gesunde Kita“ auf- und ausgebaut.

Der Senat arbeitet ressortübergreifend an einer „Berliner Ernährungsstrategie“ und wird in diesem Kontext gezielt Maßnahmen entwickeln, die Einfluss auf gesundes Essen der Menschen in Berlin haben. Es ist davon auszugehen, dass dabei Projekte mit verhaltenspräventivem Charakter weniger Einfluss auf die Veränderung von Essverhalten haben, als verhältnispräventive Maßnahmen wie z.B. die Kennzeichnung und Reduktion von Fett und Zucker in Speisen oder das Angebot von gesunden Speisen in Kitas und Schulen. Eine gesellschaftliche Transformation des Ernährungssystems ist nur durch ein dynamisches Zusammenwirken der politischen, wirtschaftlich-technologischen und kulturellen Handlungsebenen möglich.

Das Thema Untergewicht muss differenziert betrachtet werden. Geringes Untergewicht gerade bei Kindern in der Wachstumsphase birgt im Normalfall keine Risiken und ist nicht mit Unterernährung gleichzusetzen. Der Anteil der untergewichtigen Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen ist seit 2010 auf einem Niveau von rund 9 % stabil und liegt in den letzten drei Jahren konstant bei 8,5%. Ein Anstieg ist nicht zu beobachten. Ungeachtet dessen ist dem Senat eine gute und gesunde Ernährung im Kindesalter ein besonderes Anliegen. Problematisches Untergewicht durch Krankheit oder Magersucht benötigt

andere Interventionen wie z.B. familientherapeutische Behandlungen bei Essstörungen. Es ist der Senatsverwaltung nicht bekannt, dass in Berlin eine Unterversorgung bzw. zusätzlicher Interventionsbedarf bei problematisch untergewichtigen Kinder besteht.

9. Wie erklärt sich der Senat die Tatsache, dass sich bei einem bemerkenswerten Prozentsatz von Kindern, die einen mehr als zweijährigen Kita-Besuch vorzuweisen hatten, grenzwertige bis auffällige gesundheitliche Problemlagen zeigten (Körperkoordination 28%, Augen-Hand-Koordination 28,6%, kognitive Entwicklung - visuelle Wahrnehmung /Informationsverarbeitung 33,3%, Mengenwissen 23,4%, Sprachdefizite 27,1%)? Was will der Senat tun, um diese Werte signifikant zu verbessern?

10. Spielt es für den Senat bei der Frühförderung eine Rolle, dass bis auf das Mengenwissen Jungen durchweg schlechtere Werte aufzuweisen haben als Mädchen? Leitet er daraus besondere Förderungsprogramme ab? Wenn ja, welche? Wenn nein, warum nicht?

11. Hält es der Senat auch für bemerkenswert, dass sich bei der Ausweisung eines nur kurzzeitigen Kita-Besuchs von 6 Monaten die auffälligen Werte noch weiter verschlechtern und bei einem Kita-Besuch bis zu 2 Jahren die Entwicklungsdefizite nicht grundlegend aufholen lassen? Was muss getan werden, damit die Förderung bei den betroffenen Kindern so gestaltet werden kann, dass der Kita-Besuch dafür einen wirklichen Ausgleich bietet?

Zu 9., 10. und 11.:

Auf die Beantwortung der Frage 1 und die dort ausführlich dargestellten Ergebnisse der Grundausswertung der Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr 2017/2018 im Vergleich zu vorangegangenen Untersuchungen wird verwiesen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Ergebnisse der grenzwertigen bis auffälligen gesundheitlichen Problemlagen tatsächlich in der Zahlenreihe seit 2005 stabil geblieben sind bzw. sich insgesamt tendenziell verbessert haben. Darüber hinaus sind die Ergebnisse auch vor dem Hintergrund einer stetig steigenden Anzahl von Kindern nichtdeutscher Herkunftssprache zu bewerten. In dem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass die Schuleingangsuntersuchungen keine Längsschnitte der Entwicklung einzelner Kinder darstellen, sondern lediglich eine Querschnittsanalyse, d.h. eine Momentaufnahme abbilden. Insofern lässt der Einfluss des Faktors „Dauer des Kitabesuchs“ in Verbindung mit der ESU-Untersuchung keinen Rückschluss auf individuelle Entwicklungsfortschritte bzw. Entwicklungsdefizite von Kindern zu, sondern kann lediglich Tendenzen aufzeigen.

Der Senat ist sich der hohen Bedeutung der allseitigen Bildung und Förderung von Kindern bewusst und hat das im Jahr 2014 aktualisierte „Berliner Bildungsprogramm für Kitas und Kindertagespflege“ (BBP) als verpflichtende Grundlage für die pädagogische Bildungsarbeit gesetzlich vereinbart. Das BBP entspricht dem aktuellen Stand frühpädagogischer Wissenschaft und Forschung und ist ausgerichtet an den Entwicklungsbedürfnissen der Altersgruppe 0 bis 6-jähriger Kinder. Ziel ist eine umfassende Persönlichkeitsentwicklung des individuellen Kindes. Gemäß dem inklusiven Anspruch des BBP werden alle Kinder, Mädchen und Jungen gleichermaßen, neben der Orientierung an den Zielen in den folgenden Bildungsbereichen umfassend gefördert:

- Gesundheit
- Soziales und kulturelles Leben
- Kommunikation: Sprachen, Medien, Schriftkultur
- Kunst: Bildnerisches Gestalten, Musik, Theater
- Mathematik
- Natur – Umwelt – Technik

Den Bildungsbereichen Gesundheit und Sprache kommen als Querschnittsthemen besondere Bedeutung zu. Hierzu bietet der Senat den Kitas verschiedene Unterstützungsmaßnahmen an, die frühkindliche Bildung und den Bereich Gesundheit miteinander zu verknüpfen. Beispielsweise kooperiert das Landesprogramm gute gesunde Kita (LggK) mit zahlreichen Partnern aus dem Gesundheitsbereich und gilt als Good-Practice-Beispiel für Gesundheitsprävention in Kitas. Darüber hinaus bestehen bereits vielfältige Kooperationen zwischen Kitas und Akteuren aus dem Gesundheitsbereich z.B. mit Krankenkassen, der Unfallkasse oder auch der Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnkrankheiten.

Neben dem BBP dienen das Sprachlerntagebuch, dessen Einsatz ebenfalls verpflichtend ist, und die Durchführung der Sprachstandsfeststellung mit anschließender Förderung einer guten Vorbereitung jeden Kindes auf den späteren Schulbesuch (vgl. § 5a KitaFöG). Mit dem Instrument des Sprachlerntagebuchs und der dazugehörigen Lerndokumentation wird eine alltagsintegrierte fortlaufende Beobachtung der kindlichen Entwicklung eingesetzt, die die Entwicklungsfortschritte des Kindes während der gesamten Kitazeit dokumentiert.

Mit ihrem Beitritt zur Qualitätsvereinbarung Tageseinrichtungen (QVTAG) haben sich die Träger der Kindertageseinrichtungen zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Qualitätsansprüche aus dem BBP verpflichtet. Jede Kita in Berlin reflektiert kontinuierlich ihre pädagogische Arbeit im Rahmen der internen Evaluation und wird seit 2010 in einem Rhythmus von fünf Jahren durch einen anerkannten Anbieter für externe Evaluation evaluiert (siehe QVTAG 3.3). Das Berliner Kita - Institut für Qualitätsentwicklung (BeKi) ist mit der Steuerung und der wissenschaftlichen Begleitung des Gesamtprozesses beauftragt.

Das Sozialpädagogische Fortbildungsinstitut Berlin-Brandenburg (SFBB) bietet zur Umsetzung der Inhalte des BBP bedarfsgerechte Fortbildungen - so auch im Themenfeld „Gesund Aufwachsen“ - für alle Fachkräfte an, die fortlaufend aktuellen Bedarfen angepasst werden.

12. Was will der Senat tun, damit auch Kindern eine Förderung vor Schuleintritt erhalten, die keine Kita besuchen? Welche Möglichkeiten sieht der Senat in diesem Zusammenhang, dass Fördersystem insgesamt zu flexibilisieren?

Zu 12.

Nachbarschaftshäuser, Familien- oder Stadtteilzentren sowie Vereine sind Orte, an denen auch Kinder, die nicht in eine Kita gehen, erreicht werden. Zudem sollen mit der Strategie „Berlin bewegt sich“ Bewegungsförderungsangebote für alle Altersgruppen im öffentlichen Raum geschaffen werden.

13. Obwohl die Inanspruchnahme von Therapien für Vorschulkinder nur dezent gestiegen ist, ist jedoch davon auszugehen, dass das nicht so bleiben wird. Welche Pläne verfolgt der Senat mit den Kassen und Kammern, damit Störungen bei Kindern vor Schuleintritt rechtzeitig erkannt werden?

Zu 13.:

Der Senat stellt die Einschulungsuntersuchungen nach § 55a Absatz 6 des Schulgesetzes sicher.

Nach § 55a Absatz 6 SchulG wird vor Aufnahme in eine Grundschule eine obligatorische schulärztliche Untersuchung vom Öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt, die eine körperliche Untersuchung sowie eine Überprüfung der Hör- und Sehfähigkeit beinhaltet. Der Schwerpunkt der schulärztlichen Untersuchung liegt auf einer medizinischen Beurteilung der sprachlichen, motorischen und geistigen Entwicklung des Kindes. Falls erforderlich, werden den Erziehungsberechtigten weitergehende Untersuchungen zur Abklärung unklarer Befunde oder Möglichkeiten der familiären bzw. therapeutischen Förderung empfohlen. Am Ende der Untersuchungen werden die Ergebnisse und die Empfehlungen mit den Erziehungsberechtigten besprochen.

Der Senat setzt sich ebenso für eine verstärkte Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen (U1-9 und J1) ein. Nach § 26 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) haben versicherte Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psychosoziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann.

Hinsichtlich der lokalen Versorgungslagen mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen sind die Handlungsmöglichkeiten des Senats jedoch leider noch eingeschränkt, da die gesetzlichen Grundlagen der ambulanten Bedarfsplanung auf der Bundesebene lokalisiert sind, namentlich in den §§ 99 ff SGB V und der hierauf beruhenden Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Der Senat weist darauf hin, dass die regional unterschiedliche kinderärztliche Versorgung in Berlin weiter anzugleichen ist. So ist es bereits gelungen, gemeinsam mit den verantwortlichen Selbstverwaltungspartnern eine erste Entlastung zu realisieren. Im Rahmen der Honorarverhandlungen 2017/18 zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und den Krankenkassenverbänden wurden insgesamt acht Versorgungsaufträge für Kinderärztinnen und Kinderärzte sowie zwei Versorgungsaufträge für Kinder- und Jugendpsychiaterinnen oder –psychiater als Sonderbedarfszulassungen gezielt in die Bezirke mit den geringsten Versorgungsgraden vergeben: im Bezirk Neukölln wurden drei neue Vertragsarztsitze geschaffen, Reinickendorf hat zwei neue Sitze erhalten, die Bezirke Marzahn-Hellersdorf, Spandau und Treptow-Köpenick jeweils einen. Zusätzlich wurde den Bezirken Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick je eine Zulassung für Kinder- und Jugendpsychiater zugesprochen.

Im Kontext der anstehenden Neuregelung der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wirkt der Senat über die dortigen Ländervertretungen darauf hin, die Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Kinderärzte dahingehend zu verbessern, dass diese den gewachsenen Aufgaben entsprechend angepasst werden.

14. Inwieweit wird sich die neu gebildete Abteilung für "Familie und frühkindliche Bildung" mit der Auswertung der ESU 2017 befassen? Wann wird der Senat dazu insgesamt Maßnahmen Vorschläge präsentieren?

Zu 14.:

Die Ergebnisse der ESU sind grundsätzlich für die konzeptionelle Weiterentwicklung frühkindlicher Bildung relevant.

Die SenBildJugFam ist in den Prozess der Kindergesundheitsziele, der von der SenGPG federführend gesteuert wird, eingebunden. Auch die ESU-Daten und Ergebnisse 2017 dienen als Grundlage für Elterngespräche, Fachtage sowie Fort- und Weiterbildungen.

Berlin, den 28. Februar 2019

In Vertretung
Sigrid Klebba
Senatsverwaltung für Bildung,
Jugend und Familie

18. Wahlperiode

Schriftliche Anfrage

der Abgeordneten **Emine Demirbüken-Wegner (CDU)**

vom 19. März 2019 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 21. März 2019)

zum Thema:

Schlechte ESU-Ergebnisse stagnieren auf hohem Niveau – Was ist dagegen Substantielles vom Senat veranlasst und mit welchem Erfolg getan worden?

und **Antwort** vom 10 April 2019 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 11. April 2019)

Frau Abgeordnete Emine Demirbüken-Wegner (CDU)

über

den Präsidenten des Abgeordnetenhauses von Berlin

über Senatskanzlei - G Sen -

A n t w o r t

auf die Schriftliche Anfrage Nr. 18/18298

vom 19. März 2019

über Schlechte ESU-Ergebnisse stagnieren auf hohem Niveau – Was ist dagegen Substantielles vom Senat veranlasst und mit welchem Erfolg getan worden?

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

1. Was wurde aus den Gesundheitszielen der Landesgesundheitskonferenz, die vor 13 Jahren auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen für die Einschüler in folgenden Bereichen verabschiedet wurden:

- a) Adipositas,
- b) Fein- und Grobmotorik und
- c) Sprachentwicklung?

Zu 1.:

Die Landesgesundheitskonferenz (LGK) hat im Jahr 2007 das Gesundheitsziel „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen“ beschlossen.

Zu den erfragten Bereichen ergibt sich folgender Vergleich 2017 zu 2005 (Daten der Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin):

Zu a): Adipositas 5,0 % (2005) – 3,9 % (2017)
Übergewicht unterhalb der Adipositas 6,9 % (2005) – 5,8 % (2017)

Zu b): Körperkoordination „auffällig“ 15,2 % (2005) – 12,9 % (2017)

Zu c): Sprachdefizite „ja“ 23,4 % (2005) – 27,9 % (2017)

Während sich die Bereiche zu a) und b) seit der Verabschiedung der Gesundheitsziele verbessert haben, war im Bereich zu c) eine Verschlechterung zu verzeichnen.

Einige weiterhin gültige Unterziele im Rahmen des Zieleprozesses basieren auf Daten der Einschulungsuntersuchungen in Berlin. Über den Grad der Zielerreichung dieser Unterziele wird seither regelmäßig innerhalb der AG Gesund aufwachsen der LGK berichtet. Zudem wurden Ergebnisse hierzu auf der 8. LGK-Sitzung am 15. Dezember 2011 öffentlich vorgestellt (<https://www.berlin.de/sen/gesundheits/themen/gesundheitsfoerderung-und-praevention/landesgesundheitskonferenz-berlin/dokumentation/>).

In den vergangenen Jahren hat die AG Gesund aufwachsen der LGK den gesamten Kindergesundheitszieleprozess bilanziert und kritisch reflektiert. In der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung wurden in Zusammenarbeit mit der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin und unter Mitarbeit der AG Gesund aufwachsen der LGK Umsetzungsaktivitäten der Akteurinnen und Akteure der LGK wie auch weiterer relevanter Beteiligter und Daten zu Ergebnissen im Hinblick auf die formulierten Ziele zusammengetragen und bewertet.

Aus dem Prozess und den Ergebnissen wurden Schlussfolgerungen gezogen und Handlungsempfehlungen abgeleitet, die auch für die Weiterentwicklung des Kindergesundheitszieleprozesses relevant sind. Die Ergebnisse dieser Arbeit sind derzeit Gegenstand der Abstimmung in den Gremien der LGK. Eine Veröffentlichung in Berichtsform ist geplant. Auf dem öffentlichen Gesundheitsforum der LGK am 25.10.2018 wurden die zentralen Ergebnisse bereits vorgestellt und diskutiert.

2. Welche der damals verabredeten Ziele sind mit welchen Maßnahmen erreicht worden? Welche Akteure der Landesgesundheitskonferenz haben sich mit welchen Aktivitäten erfolgreich an der Umsetzung beteiligt?

Zu 2.:

Es wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

Ob eine Kausalität zwischen Zielerreichung und Maßnahmen der Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz besteht, lässt sich zudem nicht mit der notwendigen Sicherheit feststellen. Es ist keine eindeutige Ursache-Wirkungsbeziehung zwischen einzelnen Maßnahmen und gesundheitlicher Entwicklung darstellbar.

3. Warum gibt es immer noch keinen Überblick über die gesundheitsförderlichen Maßnahmen aller in der Landesgesundheitskonferenz vertretenen Mitglieder in Bezug auf die Verbesserung der Ergebnisse der ESU? Wer macht was mit welchen Mitteln und in welchem Umfang?

Zu 3.:

Es wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

Die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz sind in dieser Funktion nicht verpflichtet, die von ihnen ergriffenen gesundheitsförderlichen Maßnahmen, ihren Umfang und die von ihnen hierfür eingesetzten Mittel öffentlich darzustellen. Demgegenüber haben sich die mit in der Landesgesundheitskonferenz vertretenen Institutionen teilweise identischen Partner der Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V im Land Berlin (LRV Berlin) verpflichtet, über die von ihnen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung ergriffenen Maßnahmen, ihren Umfang und die eingesetzten Mittel Transparenz herzustellen (s. § 4 Absatz 5 Buchstabe (a) der LRV Berlin). Die Umsetzung steht noch aus.

4. Warum werden die ergriffenen Maßnahmen nicht evaluiert und für die Öffentlichkeit zugänglich gemacht sowie dem Parlament zur Beratung vorgelegt?

Zu 4.:

Die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz können in eigener Zuständigkeit über eine Evaluation der von ihnen ergriffenen Maßnahmen entscheiden.

Eine Evaluierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention des Landes Berlin konnte z.B. im Fall des Aktionsprogramm Gesundheit (APG) nicht durchgeführt werden, da die hierfür angemeldeten finanziellen Mittel zum Doppelhaushalt 2014/15, 2016/17 sowie 2018/19 nicht durch das Abgeordnetenhaus bewilligt wurden.

Weitere Förderprogramme wie das „Landesprogramm gute gesunde Kita“ (LggK) sowie Einzelmaßnahmen wurden evaluiert und auch der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

5. Welche nachhaltigen Maßnahmen hat die Gesundheits- und Bildungsverwaltung ergriffen, um den bekannten gesundheitlichen Defiziten von Kindern bis zum Schuleintritt entgegenzuwirken? Sind diese Maßnahmen flächendeckend? Wenn ja, in welcher Form und mit welchem Ergebnis? Wenn nein, wo gibt es Probleme?

Zu 5.:

Als Maßnahmen für die Bekämpfung gesundheitlicher Defizite können Unterstützungsleistungen wie die Familienbesuchsangebote der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Gesundheitsämter für Erstgebärende (diese sollen künftig allen Familien angeboten werden) angeführt werden, aber auch die intern und extern installierten Systeme zur Teilnahme der Kinder an den ärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen in Kitas und Schulen sowie den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die sich seit Einführung deutlich verbessert haben (siehe hierzu auf auch Frage 11).

Das „Berliner Bildungsprogramm für Kitas und Kindertagespflege“ (BBP), das im Jahr 2014 von einer Autorengruppe unter wissenschaftlicher Leitung aktualisiert wurde, wurde durch den Berliner Senat als verpflichtende Grundlage für die pädagogische Bildungsarbeit gesetzlich festgelegt. Das BBP entspricht dem aktuellen Stand frühpädagogischer Wissenschaft und Forschung und ist ausgerichtet an den Entwicklungsbedürfnissen der Altersgruppe 0 bis 6-jähriger Kinder. Ziel ist eine umfassende Persönlichkeitsentwicklung des individuellen Kindes. Gemäß dem inklusiven Anspruch des BBP werden alle Kinder, Mädchen und Jungen gleichermaßen, neben der Orientierung an den Zielen in den folgenden Bildungsbereichen umfassend gefördert:

- Gesundheit
- Soziales und kulturelles Leben
- Kommunikation: Sprachen, Medien, Schriftkultur
- Kunst: Bildnerisches Gestalten, Musik, Theater
- Mathematik
- Natur – Umwelt – Technik

Dem Bildungsbereich Gesundheit kommt als Querschnittsthema besondere Bedeutung zu. Hierzu bietet der Senat den Kitas verschiedene Unterstützungsmaßnahmen an, die frühkindliche Bildung und den Bereich Gesundheit miteinander zu verknüpfen. Beispielsweise kooperiert das Landesprogramm gute gesunde Kita (LggK) mit zahlreichen Partnern aus dem Gesundheitsbereich und gilt als Good-Practice-Beispiel für Gesundheitsprävention in Kitas. Darüber hinaus bestehen bereits vielfältige Kooperationen zwischen Kitas und Akteuren aus dem Gesundheitsbereich z.B. mit Krankenkassen, der Unfallkasse oder auch der Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnkrankheiten.

Der Senat fördert die Vernetzungsstelle für Kita- und Schulverpflegung Berlin <http://www.vernetzungsstelle-berlin.de/aktuelles.html/> .

Diese bietet ein bedarfsorientiertes Beratungs- und Qualifikationsangebot zum Thema: Verpflegung und Ernährungsbildung für Berliner Kindertageseinrichtungen im Rahmen des Berliner Landesprogramms „Kitas bewegen - für die gute gesunde Kita“ an.

Mit ihrem Beitritt zur Qualitätsvereinbarung Tageseinrichtungen (QVTAG) haben sich die Träger der Kindertageseinrichtungen zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Qualitätsansprüche aus dem BBP verpflichtet. Jede Kita in Berlin reflektiert kontinuierlich ihre pädagogische Arbeit im Rahmen der internen Evaluation und wird seit 2010 in einem Rhythmus von fünf Jahren durch einen anerkannten Anbieter für externe Evaluation evaluiert (siehe QVTAG 3.3). Das Berliner Kita - Institut für Qualitätsentwicklung (BeKi) ist mit der Steuerung und der wissenschaftlichen Begleitung des Gesamtprozesses beauftragt.

Das Sozialpädagogische Fortbildungsinstitut Berlin-Brandenburg (SFBB) bietet zur Umsetzung der Inhalte des BBP bedarfsgerechte Fortbildungen - so auch im Themenfeld „Gesund Aufwachsen“ - für alle Fachkräfte an, die fortlaufend aktuellen Bedarfen angepasst werden.“

Zudem wurde mit dem Aktionsprogramm Gesundheit (APG) 2014 bei der Gesundheitsverwaltung ein Förderprogramm aufgesetzt, welches das Ziel hat, die Gesundheit von Menschen mit besonderen Gesundheitsrisiken bzw. erhöhtem Förderbedarf durch präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen zu verbessern. Kinder sind dabei die am meisten in den Fokus genommene Zielgruppe. Dabei werden einzelne gesamtstädtische Maßnahmen (z.B. zur Suchtprävention von schwangeren Müttern) gefördert, als auch über die bezirklichen Stellen für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordinierung (QPKs) gezielt Maßnahmen für sozial benachteiligte Quartiere entwickelt und angeboten (z.B. Gesundheitsförderung von Kindern im Märkischen Viertel durch Bewegungsangebote). Eine enge Kooperation besteht mit dem o.g. Landesprogramm gute gesunde Kita.

Problematisch ist zum einen die geringe finanzielle Ausstattung des Programms, welches 2019 gut 1 Millionen Euro umfasst und somit nicht in der Lage ist, eine größere Anzahl an gesamtstädtischen Projekten zu fördern. Zusätzlich muss unterstrichen werden, dass Gesundheit stark mit Armut und sozialer Benachteiligung zusammen hängt und Armut ein gesamtgesellschaftliches Problem auf allen Ebenen ist, welches nachhaltig nicht allein durch das Gesundheits- und das Bildungsressort auf Landesebene bekämpft werden kann und muss. Vielmehr müssen strukturelle Bedingungen für eine echte gesundheitliche Chancengleichheit geschaffen werden; einzelne Projektmaßnahmen sind zwar notwendig, jedoch nicht ausreichend. Familien brauchen ausreichende finanzielle und zeitliche Ressourcen, um gut für ihre Kinder sorgen zu können – in Berlin sind dies oft Einelternfamilien/Alleinerziehende, die am meisten unter Geld- und Zeitmangel leiden.

Wohnverhältnisse müssen so gestaltet werden, dass Kinder sich bewegen können und schadstoffarm aufwachsen können. Gesünderes Essen muss die günstigere und leichter verfügbare Alternative für Kinder sein. Da die Verbesserung struktureller Bedingungen für gesundheitliche Chancengleichheit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt, verfolgt der Senat den von der WHO geprägten Leitgedanken „Health in all policies“ in Berlin zu implementieren und eine ressortübergreifende Zusammenarbeit voranzutreiben.

6. Wann ist die auf dem 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz fußende Landesrahmenvereinbarung (LRV) in Berlin unterschrieben worden und wer sind die Partner?

Zu 6.:

Die Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V im Land Berlin („LRV Berlin“) wurde am 11. Juli 2018 unterzeichnet.

Die folgenden Institutionen sind Partner der LRV Berlin:

- die AOK Nordost – Die Gesundheitskasse,
- die BKK Landesverband Mitte,
- die BIG direkt gesund, handelnd als IKK-Landesverband Berlin,
- die KNAPPSCHAFT Regionaldirektion Berlin,
- die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), als Landwirtschaftliche Krankenkasse,
- die Ersatzkassen
 - Techniker Krankenkasse (TK)
 - BARMER
 - DAK-Gesundheit
 - Kaufmännische Krankenkasse – KKH
 - Handelskrankenkasse (hkk)
 - HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

- der Verband der Ersatzkassen e. V., jeweils zugleich in Wahrnehmung der Aufgaben der Landesverbände der Pflegekassen nach § 52 SGB XI und
- die Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg,
- die Deutsche Rentenversicherung Bund,
- die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See Regionaldirektion Berlin sowie
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung vertreten durch die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Landesverband Nordost,
- die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), als Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft sowie
- das Land Berlin, vertreten durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung.

7. Welche gemeinsamen Ziele und Handlungsfelder sind in der Berliner Landesrahmenvereinbarung von den Partnern der LRV im Bereich der Kinder bisher verabredet worden und wie oft hat das Gremium der LRV bisher mit welchen Ergebnissen getagt?

Zu 7.:

Das Abstimmungsgremium der LRV Berlin verabredet keine gemeinsamen Ziele und Handlungsfelder, sondern geht von den Zielen und Handlungsfeldern der Nationalen Präventionsstrategie und der Landesgesundheitskonferenz aus und priorisiert diese:

- Nach § 3 Absatz 1 LRV Berlin richten die Beteiligten der LRV Berlin im Rahmen ihres jeweiligen gesetzlichen Auftrages ihre Aktivitäten prioritär auf die in der Nationalen Präventionsstrategie sowie im Berliner Gesundheitszieleprozess festgelegten gesundheitsbezogenen Ziele und Handlungsfelder aus.
- Die Gesundheitszieleplanung und die Festlegung von gesundheitsbezogenen Zielen erfolgen im Land Berlin nach § 3 Absatz 2 LRV Berlin durch die vom Land initiierte Landesgesundheitskonferenz.
- Nach § 3 Absatz 2 LRV Berlin sind die Vertragspartner Mitglieder der LGK oder streben die Mitgliedschaft an. Sie stimmen darin überein, Gesundheitsziele für das Land Berlin auch weiterhin im Rahmen der vom Land Berlin initiierten LGK zu beraten und zu beschließen.
- Nach § 4 Absatz 5 Buchstabe (b) LRV Berlin hat das Abstimmungsgremium der LRV Berlin insoweit die Aufgabe, Koordination und Abstimmung über die Gewichtung/Priorisierung und Ausfüllung der Handlungsfelder der Gesundheitszieleplanung vorzunehmen.

Im Bereich der Kindergesundheit streben die Vertretungen im Abstimmungsgremium der LRV Berlin an, das Landesprogramm gute gesunde Kita von derzeit sieben auf alle zwölf Bezirke zu erweitern. Eine Abstimmung mit der für dieses Landesprogramm federführend zuständigen Senatsverwaltung für Jugend und den fünf noch nicht daran beteiligten Bezirken steht noch aus.

Darüber hinaus streben die Vertretungen im Abstimmungsgremium der LRV Berlin an, ein gesamtstädtisches Rahmenkonzept zu entwickeln, das für alle Bevölkerungsgruppen niedrigschwellige Angebote präventiver Bewegungsförderung, insbesondere im öffentlichen Raum, beinhalten soll.

Das Abstimmungsgremium der LRV Berlin hat bislang dreimal getagt. Bislang wurden drei Gesundheitsziele und Handlungsfelder priorisiert:

- Betriebliche Gesundheitsförderung: Pflegebereich
- Kindergesundheit: Landesprogramm gute gesunde Kita auf alle zwölf Bezirke ausrollen
- Entwicklung und Abstimmung eines gesamtstädtischen Rahmenprogramms zur Bewegungsförderung für alle Alters- und Entwicklungsstufen

8. Ist das gemeinsame Abstimmungsgremium der LRV bereits gebildet worden? Wenn ja wann? Wenn nein, warum nicht?

Zu 8.:

Das Abstimmungsgremium der LRV Berlin hat sich in seiner ersten Sitzung am 16. November 2018 konstituiert.

9. Ist das gemeinsame Abstimmungsgremium der LRV arbeitsfähig? Wird die Arbeit des gemeinsamen Abstimmungsgremiums der LRV durch eine gemeinsam finanzierte Geschäftsstelle unterstützt? Ist die Geschäftsstelle schon eingerichtet worden und wo ist bzw. wird sie organisatorisch angesiedelt?

Zu 9.:

Das gemeinsame Abstimmungsgremium der LRV Berlin ist arbeitsfähig. Bislang wird das gemeinsame Abstimmungsgremium der LRV Berlin nicht durch eine gemeinsam finanzierte Geschäftsstelle unterstützt. Aufgaben, Finanzierung und Ansiedlung einer gemeinsam finanzierten Geschäftsstelle werden zurzeit durch die Mitglieder des Abstimmungsgremiums beraten.

10. Wie wird künftig die Zusammenarbeit zwischen der Landesgesundheitskonferenz und dem gemeinsamen Abstimmungsgremium geregelt? Wer hat welche Kompetenzen und Entscheidungsbefugnisse?

Zu 10.:

Nach § 4 Absatz 6 LRV Berlin wird das Abstimmungsgremium dergestalt unter dem Dach der LGK in die Gremienstruktur eingebunden, dass eine konstruktive Zusammenarbeit mit der LGK sichergestellt wird. Die vorhandene fachliche Expertise der bestehenden Gremien und Strukturen der LGK sind zu nutzen. Der Senat strebt eine strukturierte Zusammenarbeit beider Gremien, etwa in Gestalt gemeinsamer Arbeitsgruppen oder Workshops, an. Die organisationsrechtliche Unabhängigkeit, Aufgaben und Befugnisse beider Gremien sollen dabei unberührt bleiben.

11. Welche Ziele für den gesundheitlichen Kinderschutz sind für die LGK und das Abstimmungsgremium zurzeit vorrangig und welche nachrangig. Welche Maßnahmen sollen in welchem Umfang ergriffen werden und was bedeutet das für die notwendige Verbesserung der Ergebnisse der ESU?

Zu 11.:

Die LGK hat Ziele des gesundheitlichen Kinderschutzes nach dem Berliner Kinderschutzgesetz thematisiert, die darauf ausgerichtet sind, Kindern durch ein positives und ihnen zugewandtes Lebensumfeld ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Hierzu gehören sämtliche Maßnahmen des präventiven Kinderschutzes und der Frühen Hilfen wie z.B. die Unterstützungsleistungen für Schwangere, Mütter und Väter auf den verschiedenen Ebenen der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung, der bezirklichen Gesundheitsämter und der Geburtsstationen der Berliner Krankenhäuser, die ständig wachsenden Familienbesuchsangebote der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Gesundheitsämter für Erstgebärende, die künftig allen Familien angeboten werden sollen, aber auch die intern und extern installierten Systeme zur Teilnahme der Kinder an den ärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen in Kitas und Schulen sowie den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die sich seit Einführung deutlich verbessert haben.

Ergänzend hierzu wurden neben bereits bestehenden Handlungsfeldern der LGK („gesund Aufwachsen“) das Handlungsfeld „Mund- und Zahngesundheit bei Kindern“ initiiert, mit dem Ziel, die Mund- und Zahngesundheit bei Kindern in den Settings Kitas und Schulen zu verbessern. Nachrangige Zielstellungen für die LGK sind dem Senat nicht bekannt.

Die ESU verfolgt nicht vorrangig Ziele des gesundheitlichen Kinderschutzes, sondern stellt ein Screening dar, um gesundheitliche Besonderheiten, die in der Schule beachtet werden müssen, sowie Förderbedarfe der Kinder rechtzeitig zu erkennen und ggf. weitere Diagnostik, Therapie oder schulische Förderung zu veranlassen. Umgekehrt ist es nicht Ziel des gesundheitlichen Kinderschutzes, die Ergebnisse der ESU zu verbessern.

Abgesehen davon können die Formulierungen „schlechte ESU-Ergebnisse stagnieren auf hohem Niveau“ und „notwendige Verbesserung der Ergebnisse der ESU“ so pauschal nicht unwidersprochen bleiben, da in einigen Bereichen die Ergebnisse der ESU sich im Zeitverlauf verbessert haben (z.B. steigende Inanspruchnahme Früherkennungsuntersuchungen, steigende Impfquoten, gestiegener Anteil der Nichtraucherhaushalte, leichte Verringerung des Anteils übergewichtiger und adipöser Kinder).

Das Abstimmungsgremium der LRV Berlin hat den gesundheitlichen Kinderschutz nach dem Berliner Kinderschutzgesetz bislang nicht als Priorität für das Jahr 2019 definiert.

Berlin, den 10. April 2019

In Vertretung
Martin Matz
Senatsverwaltung für Gesundheit,
Pflege und Gleichstellung