



... jung und gesund!?
Gemeinsam für mehr gesundheitliche
Prävention bei Jugendlichen in München

Dokumentation der Gesundheitskonferenz
des Gesundheitsbeirats
am 9. April 2008.
Rathaus, Großer Sitzungssaal.

... jung und gesund!?
Gemeinsam für mehr gesundheitliche
Prävention bei Jugendlichen in München

Dokumentation der Gesundheitskonferenz
des Gesundheitsbeirats
am 9. April 2008.
Rathaus, Großer Sitzungssaal.

Herausgegeben vom Vorstand des Gesundheitsbeirats der Landeshauptstadt München
Redaktion: Klaus Hehl
Geschäftsführer des Gesundheitsbeirats
Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München
Büro der Referatsleitung:
Bayerstr. 28 a, 80335 München
Telefon 089 / 233–47555
Telefax 089 / 233–47505
E-mail: gesundheitsbeirat.rgu@muenchen.de
<http://www.gesundheitsbeirat-muenchen.de>

Gestaltung: bumann consulting, München
Mai 2010



Vorwort
Klaus Hehl,
Geschäftsführer des
Gesundheitsbeirats

Vorwort

Jugendgesundheit ist ein wiederkehrendes Thema des Gesundheitsbeirats und des Referates für Gesundheit und Umwelt:

- Im Juli 1997 wurde der Jugendgesundheitsbericht vorgestellt, den das Institut für Praxisforschung und Projektberatung IPP im Auftrag des (damaligen) Gesundheitsreferates verfasst hat. Prof. Dr. Heiner Keupp hat den genannten Bericht verantwortet.
- Im Februar 2001 wurde gemeinsam mit dem Kreisjugendring und dem Sozialreferat eine Gesundheitskonferenz: *Armut und Gesundheit, Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche* vom Gesundheitsbeirat veranstaltet.
- Im März 2007 hat der Kreisjugendring zusammen mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt eine Tagung zu Jugendgesundheitsförderung veranstaltet.

Zwei Vorstandsmitglieder des Gesundheitsbeirats zu diesem Zeitpunkt, Feyza Paleczek und Prof. Dr. Detlef Kunze, unterstützt von der damaligen Leiterin des Gesundheitsbeirats, Stadtdirektorin Brigitte Rothenbacher-Scholz, haben sich besonders dafür eingesetzt, dass problematisches Essverhalten Jugendlicher zum Thema einer Gesundheitskonferenz wird.

Das breite Interesse am Thema Gesundheit der Jugendlichen ist auch damit dokumentiert, dass es zur Vorbereitung der Jugend-Gesundheitskonferenz im Januar 2008 erstmals eine Sitzung aller Arbeitskreise des Gesundheitsbeirats gab.

Auch ein Novum: noch nie zuvor in der Geschichte der Gesundheitskonferenzen kommen alle vier „Säulen der Versorgung“ auf einer Veranstaltung zu Wort:

- Die stationäre Versorgung (Prof. Gerd Schulte-Körne),
- die ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Dr. Nikolaus Weissenrieder),

- der öffentlichen Gesundheitsdienst (Dr. Heidi Mayrhofer) und
- die Selbsthilfe, in diesem Fall durch Infofon vertreten, das Informations- und Beratungstelefon von Jugendlichen für Jugendliche.

Alle diese Säulen der Versorgung müssen miteinander kooperieren. Um diesen Gedanken zu fördern, wurde eine „aktive Pause“ eingeführt. Hier tauschen sich Fachleute an Thementreffpunkten aus und treffen weitere Verabredungen. Nach Rückmeldung der Teilnehmenden hat sich dieses Angebot des gezielten Treffens in einer Pause sehr bewährt. Darüber hinaus garantierte ein Kärtchen-System, dass keine Anregung verloren ging.

Die Wirkung der Gesundheitskonferenz bleibt nicht auf das einmalige Ereignis beschränkt. Im Anhang dieser Dokumentation finden sich neben den genannten Kooperationsideen auch Themen für weiterführende Veranstaltungen.

Die Gesundheitskonferenz war ein Gemeinschaftswerk mehrerer Abteilungen des Referates für Gesundheit und Umwelt – und die vorliegende Dokumentation ist es auch. Ich danke insbesondere der Kollegin Frau Dr. Babette Schneider für die Unterstützung und das Vermitteln im mir wenig vertrauten Umfeld der Jugendgesundheit.



Klaus Hehl

Geschäftsführer des Gesundheitsbeirats

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

Vorwort – 3

Inhaltsverzeichnis – 7

Begrüßung

Joachim Lorenz

Referent für Gesundheit und Umwelt, Vorsitzender des Gesundheitsbeirats – 11

Gesundheitliche Themen in der Peer-Beratung

Infofon

Münchner Informations- und Beratungstelefon – 15

Wie geht's den Jugendlichen – Was bietet die Jugendmedizin?

Dr. Nikolaus Weissenrieder

Kinder- und Jugendarzt, Frauenarzt, Kinder- und Jugendgynäkologe, München – 21

Psychische Belastungen und Erkrankungen bei Jugendlichen – brauchen wir ein Frühwarnsystem?

Prof. Dr. Schulte-Körne

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universität München – 35

Ärztin in der Schule – Neue Wege der kommunalen Gesundheitsvorsorge für Jugendliche

Dr. Heidi Mayrhofer

Prävention für Kinder ab 3 Jahren und Jugendliche, Referat für Gesundheit und Umwelt – 49

Perspektiven für Jugendgesundheit in München

Diskussion mit Podium und Publikum – 55

Anhang

„Thementreffpunkte“ – Zusammenfassungen der Ergebnisse – 79

Themen für weitere Fachveranstaltungen – 86

Programm – 87

Presse-Artikel – 89

Liste der Anwesenden – 92



Begrüßung
Joachim Lorenz,
Referent für Gesundheit und Umwelt,
Vorsitzender des Gesundheitsbeirats

Begrüßung

Sehr geehrte Damen und Herren,
 „jung sein“ heißt „gesund sein“. Jeder von uns möchte möglichst lange jung, gesund und aktiv sein. Mit zunehmendem Alter wird uns im wahrsten Sinne des Wortes jedoch immer schmerzlich bewusst, wie zerbrechlich und wertvoll das Gut Gesundheit ist. Gesund sein ist auf einmal nicht mehr selbstverständlich.

Gesund zu sein und zu bleiben geht einher mit unseren Ernährungsgewohnheiten, mit Bewegung, Stressreduktion, Gesundheitsvorsorge, Hilfen in psychischen Krisen, Vermeiden von Risiken ... Oder anders gesagt: Gesundheit ist eng mit Lebensstilen und Alltag verwoben. Dies gilt für uns, die Älteren, aber auch für junge Menschen. Alle aktuellen Untersuchungen zu Jugendgesundheit zeigen hier jedoch massiven Handlungsbedarf auf. Die Zahlen sprechen eine sehr deutliche Sprache:

Nur jeder fünfte 17-Jährige und nur jede zehnte 17-Jährige ist noch einmal täglich sportlich aktiv, wohin gegen doppelt so viele in dieser Altersgruppe mehr als fünf Stunden täglich Medien konsumieren. Die Haltungsschäden verdreifachen, das Übergewicht verdoppelt sich vom Grundschulalter bis zum Jugendalter und betrifft mittlerweile jedes fünfte Mädchen und Jungen im Jugendalter. Besonders erschreckend ist, dass der Anteil der extrem Übergewichtigen sich in dieser Zeit sogar verdreifacht.

Tabak rauchen ist bei den 17-Jährigen weit verbreitet, bei Mädchen mittlerweile etwas häufiger

als bei Buben. Jeder und jede dritte raucht täglich. Rauchen kann der Einstieg in den Konsum von illegalen Drogen sei, es erhöht deutlich das Krebsrisiko und das Risiko der Herz- und Kreislauferkrankungen und senkt die Lebenserwartung. Nur sechs von zehn Raucherinnen und Raucher werden 70 Jahre alt, bei den Nichtraucherinnen und -raucher sind es acht von zehn.

Psychischen Störungen und Erkrankungen im Jugendalter werden zu einem immer drängenderen Problem. Auch wenn es nur ein Aspekt ist: Schon fast regelmäßig erreichen uns immer wieder beängstigenden Meldungen in den Medien über stationäre Aufnahmen von Jugendlichen wegen Alkoholvergiftung durch sog. Koma-Saufen oder wegen schwerer Körperverletzung aufgrund von Gewalttaten unter Jugendlichen.

Die Hälfte der psychischen Störungen und Erkrankungen in diesem Alter verlaufen chronisch und jeder fünfte Jugendliche ist im Laufe seiner Entwicklung davon betroffen (Buben etwas häufiger als Mädchen). Obwohl bei der Hälfte der Betroffenen der Bedarf besteht, sind vier von fünf Jugendlichen ohne Behandlung – bei Suchterkrankungen sogar noch weniger.

Psychische Auffälligkeiten und Störungen, die nicht rechtzeitig erkannt und behandelt werden, können dramatische Folgen bis weit über das Jugendalter hinaus haben: Vor allem die sozialen, emotionalen Lern- und Leistungsstörungen ziehen sozialen Rückzug (aber auch Ausgrenzung durch die anderen), Leistungsabfall in der Schule

oder Schulverweigerung nach sich. Bei Gewalttätigkeit oder Kriminalität im Jugendalter stehen nicht selten unbehandelte psychische Erkrankungen oder Auffälligkeiten im Hintergrund. Die Chancen auf Wiedereingliederung und eine positive persönliche und berufliche Zukunft werden ohne Intervention und mit fortschreitendem negativem Verlauf immer geringer.

Die Dringlichkeit einer Früherkennung und adäquaten Behandlung ergibt sich auch aus der Tatsache, dass psychische und psychosomatische Erkrankungen bereits heute mit der Hälfte der Fälle die Hauptursache einer Frühberentung darstellen.

Alle Untersuchungen belegen den engen Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und Gesundheitszustand: je niedriger der Sozialstatus, desto höher die Gesundheitsrisiken und desto häufiger die gesundheitlichen Störungen.

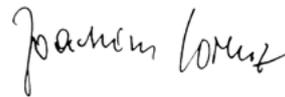
Wir stehen vor der Herausforderung, Jugendliche rechtzeitig mit den richtigen Angeboten und Hilfen zu erreichen. Eine Zugangsmöglichkeit zu allen und besonders zu den sozial und gesundheitlich gefährdeten Jugendlichen ist die Schule als zentralen Ort ihrer Lebenswelt. Deshalb ist es eine Verpflichtung des ÖGD mit seiner kommunalen Verantwortung hier mit allen seinen Möglichkeiten in Kooperation mit den Schulen und den Kooperationspartnern aus dem medizinischen und sozialen Bereich präventiv tätig zu werden und die Jugendlichen auf einen guten, gesunden Weg ins Erwachsenenalter zu bringen. Wir müssen die Probleme anpacken und im Sinne der Chancengleichheit für die Jugendlichen lösen.

Hier hat der Stadtrat bereits im letzten Jahr entsprechend reagiert: Er hat den eklatanten Bedarf als solchen anerkannt und das Referat für Gesundheit und Umwelt mit der Schwerpunktsetzung Jugendgesundheit beauftragt. In die morgige Sitzung des Gesundheitsausschusses werden wir nun unsere Beschlussvorlage zur Gesundheitsvorsorge an Schulen einbringen. Das dahinterstehende Konzept Ärztinnen in der Schule – wir hoffen, künftig auch Männer zu gewinnen – möchten wir Ihnen heute vorstellen und mit Ihnen diskutieren.

Ich bin überzeugt, dass die heutige Jugendgesundheitskonferenz hierzu viele Anregungen gibt, Möglichkeiten zu einem vertieften Austausch und Kooperationen anbahnt oder auch Lösungsansätze mitgibt.

Bevor ich nun das Mikrofon an Herrn Hehl, Geschäftsführer des Gesundheitsbeirats übergebe, möchte ich mich noch bei den RGU-MitarbeiterInnen Frau Dr. Schneider, Frau Dr. Mayrhofer und Herrn Hehl für die Vorbereitung und Durchführung der Gesundheitskonferenz bedanken.

Uns allen wünsche ich nun eine informative und anregende Jugendgesundheitskonferenz.



Joachim Lorenz

Referent für Gesundheit und Umwelt



Referat
Infofon – Münchner
Informations- und Beratungstelefon
von Jugendlichen für Jugendliche

Infofon

Lena Sträter

Guten Tag! Wir sind heute eingeladen worden, um hier was über Infofon zu erzählen bzw. auch was Infofon mit dem Thema Gesundheit oder Jugendliche und Gesundheit zu tun hat. Zuerst sollten wir uns vielleicht mal vorstellen: Mein Name ist Lena Sträter. Ich bin 24 Jahre alt, mach grad noch die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin, kurz Krankenschwester, und arbeite jetzt seit 2001 bei Infofon.

Mohan Mustafa

Mein Name ist Mohan Mustafa. Ich bin 19 Jahre alt, mache eine Ausbildung zum Steuerfachangestellten, bin im zweiten Lehrjahr, und bin seit mittlerweile drei Jahren beim Infofon dabei.

Wir sind eine Informations- und Beratungstelefon von Jugendlichen und für Jugendliche. Wir sind täglich von 18 bis 22 Uhr erreichbar. Seit Anfang 2008 haben wir jetzt auch ein Internetportal www.infofon.muc.kobis.de. Die Besonderheit der Peer-Beratung ist, dass die Hemmschwelle viel niedriger ist, weil die Jugendlichen einen besseren Kontakt zu Gleichaltrigen haben als wie zu älteren Menschen. Das heißt, denen ist es einfach leichter gegeben, mit uns über bestimmte Dinge zu sprechen als wie jetzt mit etwas älteren Leuten. Die Jugendlichen bei uns, die durchlaufen eine 80-stündige Ausbildung. Wir suchen, einmal im Jahr haben wir die Ausbildungen, da wo wir 20 bis 30 Bewerber haben. Die Themen u.a. lauten Liebe und Sexualität,

Drogen und Sucht, Essstörungen und natürlich Gesundheitsthemen.

Grundsätzlich kommen ca. 60% Informationsanfragen am Abend und 40% Beratungsanrufe bei uns an. Wir sind ca. 20 bis 30 Jugendliche beim Infofon und mittlerweile kooperieren wir auch mit dem JIZ.

Lena Sträter

Genau, wichtig zu sagen wäre vielleicht auch, dass wir ein Partizipationsprojekt sind, d. h., dass wir einen jugendlichen Vorstand haben. Wir sind zwei Vorstandsmitglieder von fünf Leuten im Vorstand. Das heißt, dass die Jugendlichen selber eben da ja das Projekt mit zwei Projektleitungen selber leiten, selber Entscheidungen treffen dürfen und selber unsere Ideen eben auch umsetzen können. Vielleicht ganz kurz zu unserem Dienst noch, wie das bei uns abläuft. Also wie wir schon gehört haben, wir sind wirklich täglich erreichbar: Weihnachten, Sylvester, 365 Tage im Jahr. Und wir sind am Abend zwei Jugendliche und ein Hintergrunddienst, d. h. es ist ein ausgebildeter Sozialpädagoge oder eine ausgebildete Sozialpädagogin dabei, die uns bei Themen wie Missbrauch oder auch Suizid unterstützen bzw. das sind Themen, wo wir auch die Möglichkeit haben, dann an professionelle Leute abzugeben, weil es dann uns doch eine Nummer zu groß ist. Wir haben zwar die Ausbildung durchlaufen, aber für viele ist das einfach dann auch zu groß eben dieser Schuh und den können wir uns auch gar nicht anziehen.

Dann andere ist: wir beraten natürlich, informieren auch viel, das ist vielleicht das besondere bei Infofon, dass wir diese Kombination haben an Beratung und Information. Es gibt kein Thema, worüber wir nicht beraten oder informieren. Also zu uns kann man mit allem kommen, und das heißt, dass die ganze Spannbreite an Jugendlichen uns anrufen kann und da eben auch nachfragen kann.

Grundsätzlich Thema, oder bestimmte Themen bei uns sind auch Aufklärungsfragen; hat sich in letzter Zeit gehäuft, muss ich dazu sagen. Häufig auch über eigene Sexualität. Es werden Fragen gestellt: Die körperliche Entwicklung – Ist dieses oder jenes normal? Verhütung, Schwangerschaft, Rauchen oder auch Rauchverbot, Drogen im Allgemeinen, Jugendliche mit körperlichen Behinderungen, Essstörungen und auch selbstverletzendes Verhalten und Suizid, was natürlich auch häufig, also bei uns Thema ist. In letzter Zeit hat sich eben, wie ich schon gesagt habe, diese ganzen Aufklärungsfragen erhöht und man hat es glaube ich auch mitgekriegt und wir sind auch der Meinung, dass die Jugendlichen mittlerweile nicht mehr so aufgeklärt sind wie sie es vielleicht auch sein sollten. Und da ist es natürlich für viele Jugendliche dann auch einfacher, sich an uns zu wenden, weil wir doch vom Alter her näher an ihnen dran sind und vielleicht es auch noch nicht so lang zurückliegt, dass wir die gleichen Probleme hatten, und sie dadurch auch ganz gut beraten können. Verhütung ist genau das gleiche, dass viele Leute eben eine Hemmschwelle haben oder viele Mädchen gerade, zum Frauenarzt zu gehen und nachzufragen, und sich die ersten Infos bei uns holen. So schaut das auch bei Schwangerschaft aus: also viele Fragen, intime Fragen, die dann an uns gestellt werden. Rauchen, Rauchverbot ist auch so. Also die

Zahl der Jugendlichen hat sich erhöht, die rauchen. Oder viele sagen: „Wie schaut’s denn aus, ich möchte gerne das Rauchen aufhören, hauptsächlich weil’s mir zu teuer ist.“ Wenige denken da an die eigene Gesundheit. Drogen ist häufiger mal ein Thema, dass man sagt: „In meiner Clique wird gekiffet. Bin ich dann süchtig, wenn ich einmal an einem Joint ziehe.“ Das sind z. B. mögliche Fragen. Oder ... das sind Anfragen, die wir bekommen: Ab wann ist man süchtig? Welche Drogen sind wirklich so illegal? Es sind einfach viele Fragen dazu auch noch offen für die Jugendlichen. Dann ist es bei uns so auch mit dem Thema Essstörungen, kommt bei uns häufiger vor. Und da ist es bei uns, bei Infofon wichtig, dass wir ihnen vermitteln, also diesen ersten Schritt zu gehen, und versuchen, sie in die richtige Richtung zu leiten, und dann es aber an professionelle Einrichtungen in München abzugeben. D. h., wird beraten eine Zeitlang selber und versuchen dann die Leute eben zu den entsprechenden Einrichtungen weiterzuleiten. Genau, und da fällt mir gerade zum Thema Essstörungen ein Gespräch ein, was ich jetzt ganz kurz erzählen möchte, was ich selber eben hatte von einem 14-jährigen Mädchen, was anrief und ... Das Gespräch ging über 1½ Stunden. Es war so, dass dieses Mädchen essgestört war insofern, dass es Bulimie hatte, und wir uns sehr lang darüber unterhalten haben, sie sehr realistisch war und sehr gut reflektieren konnte. Und das ist mir deshalb sehr gut in Erinnerung geblieben, weil sie den Vorschlag von einer Münchner Einrichtung angenommen hat, dahin gegangen ist und es von ihr auch eine Rückmeldung kam, die wir sonst nie bekommen. Diese Rückmeldung war sehr, sehr positiv und hat uns natürlich gefreut. Ja, man sieht auch, dass die Leute ihre Ängste überwinden können und damit auch in gute Hände kom-

men. Also das war natürlich schon sehr, sehr erfreulich.

Das andere ist auch dieses Thema Selbstverletztes Verhalten. Das ist häufiger bei unseren sogenannten Sorgenkinder. Das sind die Anrufer, die in regelmäßigen Abständen bei uns anrufen, d. h., es ist nicht mit einem Gespräch getan, sondern das sind die, die immer wieder anrufen, und dieses Gespräch zieht sich einfach über einen langen Zeitraum hinweg. Und diese Anrufer nennen wir dann Sorgenkinder und haben dann eben auch quasi eine Akte angelegt, dass nicht jedes Mal von vorne erzählt werden muss, was denn tatsächlich das Problem ist, sondern die, die an dem Tag am Telefon sitzen, sofort wissen, was denn Thema war und auch an der Endstelle quasi vom letzten Gespräch wieder anknüpfen können.

Bei uns ist es so, dass ungefähr 5% der Anrufer konkrete Fragen zu Gesundheit haben, und wie gesagt Verhütung, Aufklärung, „Wie schaut's mit meinem Körper aus? Ist das normal? Mir ist aufgefallen, dass meine linke Brust größer ist als meine rechte“, also, es gibt bei uns wirklich alles und da versuchen wir, so kompetent wie möglich zu beraten. 25% sind etwas komplexere Probleme,

d. h. im Zusammenhang häufig leider mit Missbrauchs- oder Gewalterfahrungen, was man da erst später rauskriegt, d. h. dass Jugendliche anrufen und sagen, ich komm' daheim nicht klar, und durch längeres Gespräch stellt sich dann heraus, dass es irgendwelche sexuellen Übergriffe gab zuhause und das Mädchen sich deshalb selbst verletzt, sich ritzt oder Essstörungen bekommt. Also das ist bei uns der größere Part. Von diesen 40% Beratungsanrufen 25% eben mit diesen Themen. Der größte Teil natürlich sind die Anfragen über Aufklärung wie ich auch schon gesagt hab' und was vielleicht [Pause] genau: Liebe, Sexualität ist natürlich auch immer Thema, wo wir ausgebildet werden, sehr intensiv ausgebildet werden eben und wir auch Fortbildungen haben und bekommen, um einfach auch auf dem Stand zu bleiben, was gibt's Neues, wie schaut's aus, wie hat sich auch das Verhalten der Jugendlichen in der Zeit geändert, wie können wir uns drauf einstellen, und da versuchen wir soweit wie möglich zu beraten.

Gut, wir sind für Fragen offen und danken Ihnen für Ihr Zuhören.



Referat

Dr. Nikolaus Weissenrieder,
Kinder- und Jugendarzt, Frauenarzt,
Kinder- und Jugendgynäkologe, München

Wie geht es den Jugendlichen? Was bietet die Jugendmedizin?

1. Einteilung der Erkrankungen

Ich möchte Sie heute mit den jugendspezifischen Erkrankungen bekannt machen. Da gibt es einfach Unterschiede zu den normalen Kinder-Erkrankungen:



Einteilung der Erkrankungen im Jugendalter

- Spezielle Erkrankungen des Jugendalters
 - Akne, PCO, Anorexie, Störungen Pubertätsentwicklung, Morbus Schlägler
- Erkrankungen die bevorzugt im Jugendalter auftreten
 - Juvenile rheumatoide Arthritis (RF+), Juvenile Dermatomyositis, Pityriasis rosea, STD's, Pubertäts- bzw Adoleszentenstruma , Hodentorsion ...
- Erkrankungen , die häufig erst im Jugendalter diagnostiziert werden
 - Kallmann-Syndrom, Testikuläre Feminisierung , Klinefelter Syndrom, Thromboseeigung...
- Jugendalterspezifische Probleme bei Erkrankungen
 - Adipositas, körperlicher und geistiger Behinderung, Mumpsorchitis, Skoliose, Prader-Willi-Syndrom...



Wir haben Erkrankungen, die speziell nur im Jugendalter auftreten. Das sind z. B. das Polyzystische Ovariensyndrom (PCO) oder die Anorexie. Aber wir haben auch Erkrankungen, die nicht nur, aber bevorzugt im Jugendalter auftreten, wie z. B. sexuell übertragbare Erkrankungen (die haben wir natürlich auch im Erwachsenenalter) oder wie die Rheumatoide Arthritis. Und wir haben Erkrankungen, die können erst diagnostiziert werden, wenn die Pubertät begonnen hat, d. h., sie sind

abhängig vom Pubertätsbeginn. Das ist z. B. die Testikuläre Feminisierung. Und wir haben natürlich spezifische Probleme, jugendalterspezifische Probleme, z. B. auch bei körperlicher und geistiger Behinderung.



Einteilung der Erkrankungen im Jugendalter

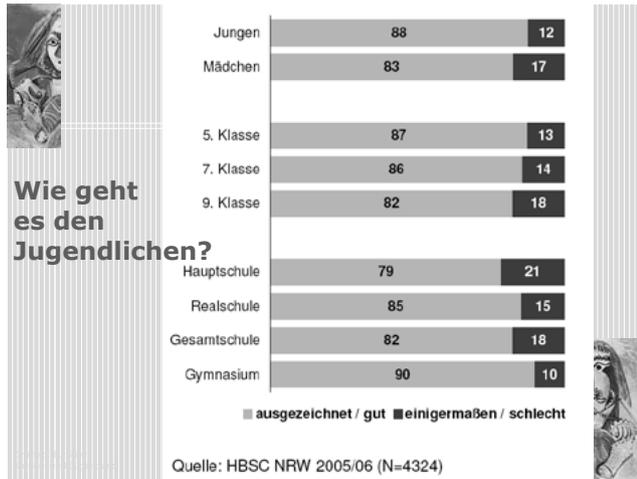
- Besonderheiten bei chronischen Erkrankungen im Jugendalter
 - Diabetes mellitus, Asthma bronchiale, Epilepsien, Kardiologische Erkrankungen...
- Psychosomatische und psychische Erkrankungen typisch für das Jugendalter
 - Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Fibromyalgie Syndrom, Konzentrationsstörungen, Schwindel ...
- Jugendtypische Problembereiche mit evtl. Krankheitswert
 - Drogenabusus, Suizidalität, Experimentierverhalten...
- Erkrankungen durch jugendtypisches Verhaltensmuster
 - Sportverletzungen, Doping (Asthmapatienten!), Anorexia athletica.....



Chronische Erkrankungen sind im Jugendalter besonders auffällig, denn Jugend und chronische Erkrankung passt schlecht zusammen. Hier haben wir eine besondere Klientel. Es gibt auch psychosomatische Erkrankungen, die sind typisch für das Jugendalter: Kopfschmerzen, Bauchschmerzen treten gehäuft erst im Jugendalter auf. Und wir haben Problembereiche: Das ist das Experimentierverhalten, Drogenabusus, Suizidalität. Wir haben noch Erkrankungen, die mit jugendtypischen Verhaltensmustern zusammenhängen,

wie Sportverletzungen, aber auch die Anorexia athletica.

2. Wie geht es den Jugendlichen?



Prof. K. Hurrelmann hat mit der HBSC-Studie, Health Behaviour in School-Aged Children, eine Längsschnittstudie vorgestellt, die 2002 bereits einmal aufgelegt worden ist und 2005/2006 wiederholt wurde. Es wurden insgesamt vier- einhalbtausend Schüler und Schülerinnen in Nordrhein-Westfalen im Alter von 11 bis 15 Jahren per Fragebogen mit 100 Fragen erreicht. Hier zeige ich Ihnen daraus, wie sich die Jugendlichen selbst einschätzen. Etwa ein Fünftel der Jugendlichen gibt von sich selbst an: mir geht es nicht so gut.

Die zweite Studie, aus der ich Ihnen zitieren werde, ist die KIGGS- Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, der Gesundheits-Survey, der Mai 2003 bis 2006 erhoben worden ist. (8656 Mädchen / 8985 Jungen Alter 3–17 Jahre).

	Asthma	Bronchitis	Heuschnupfen
Niedriger Sozialstatus	4,9	13,0	9,3
Mittlerer Sozialstatus	4,6	13,5	11,7
Hoher Sozialstatus	4,5	13,9	11,7
Migrant	4,4	12,0	9,6
Nicht-Migrant	4,8	13,6	11,0
M: 11-13 Jahre	5,4	9,1	11,5
14-17 Jahre	6,7	9,3	17,1
J: 11-13 Jahre	8,6	15,0	17,1
14-17 Jahre	7,2	13,0	20,3

Was gibt es für Erkrankungen, die im jugendlichen Alter eine Bedeutung haben? Ich möchte Ihnen nur exemplarisch ein paar wenige vorstellen, die spezifisch sind. Wir haben z. B. hier Asthma. Asthma ist eher etwas jungenwendig, tritt also bei den Jungen mehr auf, vom Sozialstatus her nicht auffällig, vom Migrationsstatus auch nicht auffällig.

Bronchitis als chronische Erkrankung: Hier sind die Jungs eindeutig überrepräsentiert, und wir haben wieder keinen Unterschied abhängig vom Sozialstatus und auch nur ganz gering vom Migrationsstatus.

Heuschnupfen, eine chronische, allergische Erkrankung. Hier deutliches Überwiegen der männlichen Jugendlichen: 17% der 11- bis 13-jährigen, 20% der 14- bis 17-jährigen Jungs geben an, im letzten Jahr unter Heuschnupfen gelitten zu haben, deutlich mehr als die Mädchen. Sie sehen eigentlich auch hier wieder keine Abhängigkeiten vom Sozialstatus oder vom Migrationsstatus (das sehe ich auf Grund der Daten in der Tabelle anders!).

KIGGS – Somatische Erkrankungen

	Skoliose	Migräne	Epilepsie
Niedriger Sozialstatus	3,7	2,1	3,8
Mittlerer Sozialstatus	6,6	2,8	3,8
Hoher Sozialstatus	6,2	2,2	2,9
Migrant	3,5	1,4	3,3
Nicht-Migrant	5,5	2,7	3,6
M: 11-13 Jahre	8,2	4,2	3,8
14-17 Jahre	13,4	6,6	3,7
J: 11-13 Jahre	4,8	3,7	4,0
14-17 Jahre	8,9	4,2	3,7

Das wird dann schon anders, wenn wir uns Krankheitsbilder anschauen wie Skoliose. Bei der Skoliose haben Sie jetzt eine Mädchenwendigkeit, d. h., die Mädchen sind hier deutlich häufiger betroffen als die Jungs. Und Sie haben doch einen Unterschied jetzt auch beim Migrationsstatus, d. h., Nicht-Migranten sind deutlich häufiger befallen als Migranten, und Sie sehen auch noch

KIGGS – Körpergewicht

	11-13 J.	14-17 J.	
Stark unter NG (<P3)	2,3	1,4	Mädchen
	2,5	2,4	Jungen
Unter NG (P3-<P10)	5,5	4,9	Mädchen
	7,0	4,8	Jungen
NG (Normalgewicht)	73,3	76,8	Mädchen
	72,2	75,6	Jungen
Übergewichtig (>P90-<P97)	11,6	8,1	Mädchen
	11,3	9,0	Jungen
Adipös (>P97)	7,3	8,9	Mädchen
	7,0	8,2	Jungen

einen Unterschied im Sozialstatus. Es ist also eher die Erkrankung der gebildeteren Jugendlichen. Migräne jetzt, als Gegenbeispiel, hier haben wir jetzt: die Mädels führen wieder. Migräne kommt häufiger bei den Mädchen vor. Sie sehen auch einen deutlichen Unterschied im Status Migrant und Nicht-Migrant, und der Sozialstatus bleibt gleich. Als letztes Beispiel aus dieser Reihe eine Erkrankung, die einfach auf Grund der Pathogenese bei allen gleich sein muss: Die Epilepsie. Und Sie sehen die Zahlen für Mädchen und Jungs sind gleich und Sozialstatus oder Migrationsstatus spielen keine Rolle.

Sie haben heute schon gehört: Das Körpergewicht hat zugenommen. Das sind einfach nur ein paar ganz wenige Zahlen, die ich Ihnen zeigen möchte. Bitte betrachten Sie nur die beiden unteren Ausschnitte: Sie sehen, 20, eher 18% der Mädchen und Jungs sind übergewichtig, dabei und 8–9% der Mädchen und Jungen im Alter von 14 bis 17 Jahren deutlich adipös, definiert anhand der Perzentile. Über die 97. Perzentile bezeichnen wir als adipös.

KIGGS – Prävalenz Adipositas

	11-13 J.	14-17 J.
Niedriger Sozialstatus	12,0	14,0
Mittlerer Sozialstatus	5,9	7,5
Hoher Sozialstatus	3,6	5,2
Migrant	10,0	9,4
Nicht-Migrant	6,4	8,3
BMI Mutter <25	4,0	5,0
BMI 25-30	6,8	11,0
BMI >=30	22,0	18,0

Die Zahlen kennen wir alle, aber wenn Sie die Korrelation mit dem Sozialstatus anschauen, dann können Sie eindeutig sehen: Bei einem schlechten Sozialstatus haben wir dickere Kinder. Das ist auffällig. Auch bei Migrationsstatus haben wir dickere Kinder.

Aber die entscheidende Determinante ist die unterste: Wenn der Body Mass Index der Mutter über 30 ist, also wenn bei der Mutter eine Adipositas vorliegt, dann haben wir in dieser Familie auch die adipösen Kinder.

Die HBSC-Studie, die ich bereits zitierte, zeigt ebenfalls:

Wir haben beim Übergewicht ein Sozialproblem. Wir haben in den Hauptschulen mehr dicke Kinder als im Gymnasium, und wir haben eine Zunahme entsprechend dem Alter.

Die Kiggs-Studie liefert auch Daten zu Essstörungen. Es ist das Problem der Mädchen, eine typische mädchenwendige Erkrankung. Ich möchte da auch gar nicht weiter drauf eingehen, sondern nur auf eine weitere Determinante hinweisen:

KIGGS – Essstörungen nach SCOFF

	SCOFF auffällig	SCOFF unauffällig	
Tägliches Rauchen	28,4	20,2	Jungen
	26,1	18,1	Mädchen
Sexuelle Belästigung 11-13 Jahre	7,3	1,3	Jungen
	5,8	3,1	Mädchen
Sexuelle Belästigung 14-17 Jahre	5,4	1,9	Jungen
	17,3	9,9	Mädchen
Viel zu dünn	3,2	15,3	
Genau richtig	20,1	56,1	
Viel zu dick	76,7	28,6	

Wenn ich Jugendliche anschau, die sagen, sie seien auffällig in ihrem Essverhalten – SCOFF ist ein spezifischer Fragebogen, in dem das erfasst wird –, und wenn ich jetzt anschau, wie ist es bei denen mit Rauchen, dann sehe ich, dass die Mädchen und Jungs, die essgestört sind, überdurchschnittlich häufig rauchen.

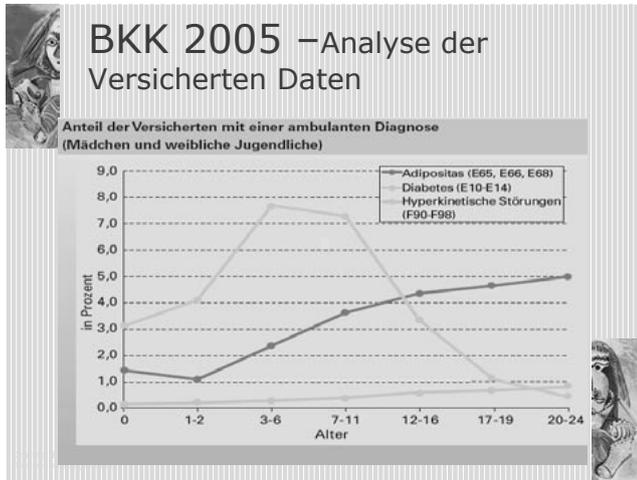
Und diese Zahl hier finde ich besonders bedeutsam: Mädchen, die im Essverhalten auffällig sind, geben in 17% auch an, sexuell belästigt worden zu sein.

KIGGS – Hyperaktivitäts-Probleme – Peers-Probleme (grenzwertig/auffällig)

	Hyperaktiv.	Peers	
Niedriger Sozialstatus	20,3	32,0	11-13 Jahre
	11,0	28,1	14-17 Jahre
Mittlerer Sozialstatus	14,8	22,6	11-13 Jahre
	9,3	21,1	14-17 Jahre
Hoher Sozialstatus	8,5	16,9	11-13 Jahre
	7,3	18,1	14-17 Jahre
Migrant	18,7	36,2	11-13 Jahre
	10,2	32,8	14-17 Jahre
Nicht-Migrant	14,1	21,7	11-13 Jahre
	9,1	20,6	14-17 Jahre
Mädchen	8,1	21,6	11-13 Jahre
	5,5	20,9	14-17 Jahre
Jungen	21,2	26,6	11-13 Jahre
	12,7	23,9	14-17 Jahre

Wir wissen: Hyperaktivität ist ein Problem der Jungs. Sie sehen hier ganz deutlich dominierend die Jungs: 21% geben das an, die Mädchen deutlich weniger. Diese Erkrankung treffen wir auch mehr bei Migranten als bei Nicht-Migranten und – das ist auch wiederum die klare Aussage – die treffen wir wieder bei einem niedrigeren Sozialstatus.

Die Zahlen werden auch von einer Studie der Betriebskrankenkassen, retrospektiv anhand der Diagnosen erhoben, aus 2005, bestätigt. Die Diagnose Hyperkinetische Störungen ist bei knapp



8% der Mädchen und weiblichen Jugendlichen im Alter von 3 bis 11 Jahren festgehalten, bei den gleichaltrigen Jungs findet sich diese Diagnose bei cirka 13 bis 16%.

Ich fasse diesen ersten Teil zusammen:

- 17% der Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren, dabei Adipositas bei 8,5%. Adipositas ist abhängig vom Sozialstatus, vom Migrationsstatus und der familiären Belastung; Bei auffälligem Essverhalten ein deutliches Überwiegen der Mädchen.
- Allergische Erkrankungen überwiegend bei Jungs, es ist ein eher Oberschichtproblem.
- Hyperaktivität: 21% der Jungs im Alter von 11 bis 13 Jahren.
- Ergänzend die psychosomatische Beschwerden, (ich bin heute nicht darauf eingegangen, sie werden aber im Anschluss noch einen dazu Vortrag hören): 27% der Mädchen und 19% der Jungs im Alter von 11 bis 17 Jahren.
- Störungen im Umgang mit Peers (das werden Sie sicher auch noch hören): 27% der Jungs

und 21% der Mädchen, jeweils im Alter von 11 bis 13 Jahren.

- **KiGGS-Studie: Deutschen Kindern und Jugendlichen geht es gesundheitlich gut. Nur Kinder der Unterschicht und mit Migrationshintergrund stören das Bild.**

Wenn man zusammenfasst, wie es ein bekannter Autor gemacht hat, dann kann man nach diesen Studien sagen: Deutschen Kindern und Jugendlichen geht es gesundheitlich gut, nur Kinder der Unterschicht und mit Migrationshintergrund stören unser Bild.

3. Mortalität/Morbidität bei Jugendlichen

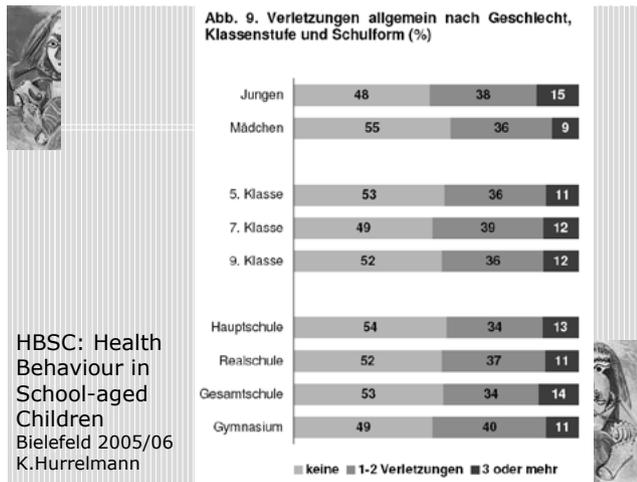
Ich möchte nur auf eine Zahl aufmerksam machen, die für uns immer so gravierend ist: der Anteil der Selbstmorde im Jugendalter. Es sind 15% der gesamten Todesfälle bei jungen Männern von 15 bis 20 Jahren, die der Suizidalität geschuldet sind. Die anderen sind überwiegend Folgen von Verkehrsunfällen und Stürzen. Die sind jugendalterspezifisch.

4. „New Morbidities“

Es gibt ein Krankheitsgebiet oder eine Krankheitsart, die wir New Morbidities nennen:

- Verletzungen, die aufgrund von Experimentierverhalten entstehen,
- Alkohol- und Drogenmissbrauch,
- Folgen des Sexualverhaltens,
- Jugendgewalt,
- funktionelle Störungen.

4.1 Verletzungen



Wenn Sie sich die Verletzungen anschauen. Das sind Jugendliche – wieder die HBSC-Studie –, die ein, zwei oder drei Verletzungen und mehr - schwerwiegende – Verletzungen im letzten Jahr angeben, dann sehen Sie: 50 % unserer Jugendlichen – unabhängig jetzt vom Sozialstatus, unabhängig vom Geschlecht und unabhängig vom Alter – verletzen sich schwer. Das ist die Hälfte!

Wo verletzen sie sich? Sie verletzen sich weniger in der Schule (knapp 20%), sondern sie verletzen sich beim Sport, in der Freizeit oder wenn sie zusammen mit anderen Jugendlichen unterwegs sind.

4.2 Rauchen, Alkohol, Drogen

Raucherverhalten von Jugendlichen in Deutschland
Rauchen im Jugendalter, Ergebnisse einer Schülerbefragung, DAK, April 2007, 1738 J.

	Gesamt	Mädchen	Jungen	Alter 11-15	Alter 16-20
Anzahl	1738	865	871	1004	734
Rauchstatus					
Derzeit rauchend	30,4%	29,1%	31,6%	24,6%	38,2%
Tägliche Raucher	15,9%	13,0%	18,8%	13,0%	19,9%
Gelegentliche Raucher: Mehr als 100 Zig.	4,8%	5,0%	4,7%	3,1%	7,2%
Gelegentliche Raucher: Weniger als 100 Zig.	9,7%	11,1%	8,1%	8,5%	11,0%
Exraucher	2,1%	2,4%	1,8%	1,2%	3,4%
Konsummenge (nur rauchende Schüler)					
Zigaretten pro Tag (Anzahl)	10,5	9,8	10,9	10,3	10,8
Mehr als 10 Zigaretten täglich	36,0%	30,4%	39,6%	33,8%	37,9%

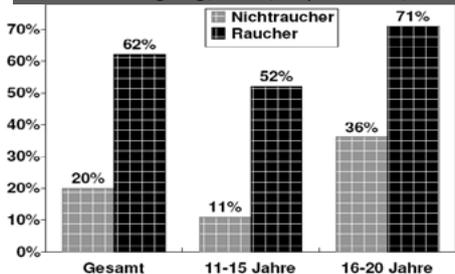
Zum Rauchen möchte ich Ihnen nur die wichtigsten Zahlen hier zitieren.. Die Studie ist von der Deutschen Angestellte-Krankenkasse, April 2007, befragt wurden 1738 Jugendliche im Alter von 10 bis 18 Jahren. Sie sehen, es sind relativ neue Zahlen, die ich Ihnen hier rausgesucht habe. „Tägliche Raucher“ sind bei Mädchen: 13%, bei Jungen: 18%.

30% der Mädchen und 40% der Jungen rauchen mehr als 10 Zigaretten täglich. Das sind erschreckende Zahlen. Insgesamt rauchen derzeit 30,4% (nicht 40%!).

Man muss immer sehen, dass Rauchen im Gehirn vergesellschaftet ist mit anderen Risikofaktoren. Und Sie sehen hier den Anteil der Jugendlichen – hier schwarz die Raucher und grau die Nichtraucher –, die zusätzlich im letzten Monat fünf oder mehr Gläser Alkohol direkt hintereinander getrunken haben, also das sogenannter Binge-Trinken gemacht haben. 50% der 11- bis 15-Jährigen. Das ist enorm beim Alkohol, das zeige ich Ihnen noch, das Problem, mit dem wir

Raucherverhalten von Jugendlichen in Deutschland

Rauchen im Jugendalter, Ergebnisse einer Schülerbefragung, DAK, April 2007, 1738 J.



Rauchstatus und problematischer Alkoholkonsum
 Prozentsatz an Schülerinnen und Schülern, die angeben, im letzten Monat 5 oder mehr Gläser Alkohol direkt hintereinander getrunken zu haben („binge drinking“)

zu kämpfen haben. Und der Grund ist klar. Sie rauchen, weil sie eine bessere Stimmung haben wollen, nicht nervös werden, keine Freunde verlieren wollen, nicht zunehmen wollen, und eine bessere Konzentration haben wollen.

Alkoholkonsum von Jugendlichen in Deutschland

Ergebnisse einer Repräsentativbefragung, BZgA, Juni 2007, 2713 Jugendliche bis 18 Jahre

Häufigkeit von Alkoholkonsum im letzten Jahr in %

		Gesamt			12 bis 15 Jahre			16 bis 17 Jahre		
		2004	2005	2007	2004	2005	2007	2004	2005	2007
Männlich	mind. 1x/Woche	26	23	27	12	9	12	55	49	54
	mind. 1x/Monat	29	25	24	26	21	21	35	35	31
	Seltener	21	20	22	28	26	29	7	9	10
	Nie	25	32	27	35	44	38	3	7	6
Weiblich	mind. 1x/Woche	16	14	16	9	7	8	32	29	31
	mind. 1x/Monat	32	31	31	27	23	22	44	46	45
	Seltener	27	26	28	32	31	33	19	16	17
	Nie	24	29	26	33	39	36	6	8	6

Die aktuellste Studie zu Alkoholkonsum in Deutschland ist von der BZgA im Juni 2007 veröffentlicht worden, bei der 2700 Jugendliche im

Alter dann von 12 bis 18 Jahren befragt wurden. Es ist eine Längsschnittuntersuchung, d. h., wir haben Ergebnisse von 2004 bis 2007. Wir haben alle letztes Jahr gewusst, dass in 2006 die Zahlen besser geworden sind. Dann kam das Jahr 2007 und es gab die Ernüchterung, Sie sehen hier „16 bis 17 Jahre, männlich, einmal pro Woche mindestens“: 55% im Jahr 2004, Rückgang in 2005 und der Anstieg in 2007. Und es gilt für die Mädchen genauso.

Was hatte sich geändert? 2005 haben die Jugendlichen Alkoholkonsum getrunken. Inzwischen ist die Steuer auf die Alkoholkonsum erhöht worden und sie können es sich nicht mehr leisten. Also trinken sie, was billiger ist, Bier oder Spirituosen. Und Sie sehen den Anstieg der Spirituosen. 2004: 37% der männlichen 16- bis 17-Jährigen geben an, mindestens einmal im Monat Spirituosen zu trinken, in 2007 sind es 50%. Bei den Mädchen von 24% auf 34%. Der Spirituosenkonsum bei den Jugendlichen hat massiv zugenommen.

Alkoholkonsum von Jugendlichen in Deutschland

Ergebnisse einer Repräsentativbefragung, BZgA, Juni 2007, 2713 Jugendliche bis 18 Jahre

		Gesamt			12 bis 15 Jahre			16 bis 17 Jahre		
		2004	2005	2007	2004	2005	2007	2004	2005	2007
Fünf Gläser Oder mehr (letzte 30 Tg.)	Männl.	26	24	31	14	11	13	52	48	63
	Weibl.	19	15	20	12	7	11	33	31	37
	Ges.	23	20	26	13	9	12	43	40	51

30-Tage-Prävalenz des Konsums von fünf Gläsern oder mehr an einem Tag (in Prozent) - Bingedrinking

Das gleiche gilt für das Binge Drinking. bei dem mindestens fünf Gläser an einem Tag ge-

trunken werden: Von 2004 zu 2007 stieg das Binge Drinking bei männlichen Jugendlichen von 52 % auf jetzt 63 %, bei den Mädchen von 33 % auf jetzt 37 %. Das sind die, die auch im Krankenhaus Schwabing mit der Alkoholintoxikation landen.

Wie schaut es beim Cannabis-Konsum aus? Die im letzten Jahr Cannabis geraucht haben sind 9 % der Mädchen und 14 % der Jungs in der Klassenstufe 9. Die Zahlen sind insgesamt tendenziell rückläufig.

Zusammenfassen lässt sich dieser Bereich am besten mit der Europäischen Schülerstudie (ESPAD), 2007 veröffentlicht, an der 12.000 Schüler und Schülerinnen der 9. und 10. Klassenstufe in verschiedenen Bundesländern in Deutschland, darunter auch Bayern, teilgenommen haben. Man kann sagen, dass jeweils zwischen 2003 und 2007

- der Tabakkonsum zurückgegangen ist: Rückgang von 46,7 % auf 36,5 %
- Cannabis: Rückgang von 13,6 % auf 8,1 %
- Der Alkoholkonsum angestiegen ist: von 56 % auf 66 %. Anstieg Bierkonsum von 56,4 % auf 66,8 %, Anstieg des Spirituosenkonsum von 52,6 % auf 56,9 %
- 19,2 % der Schüler und Schülerinnen geben an, dass sie den Alkohol ganz normal in einem Laden gekauft haben, obwohl die Abgabe von hochprozentigem Alkohol an Jugendliche unter 18 Jahren verboten ist.

Was resultiert daraus? Es ist natürlich so, dass die Jugendlichen auch mit dem Alkoholkonsum gewalttätiger werden und sich riskanter verhalten:

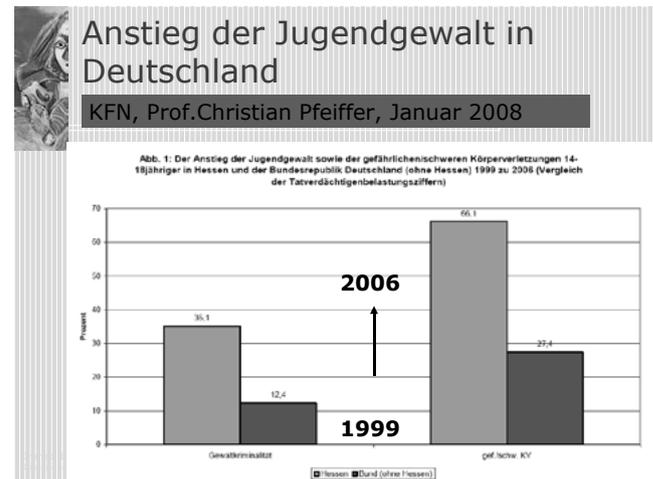
- 21 % der Jungen geben an, dass sie mit Alkoholkonsum eine gewalttätige Auseinandersetzung hatten.

- 8,4 % der befragten Schülerinnen und Schüler hatten unter Alkohol Verkehr ohne Kondom und ohne Pille.

Man kann das auch in Bayern deutlich ablesen. Das zeigt auch die polizeiliche Kriminalstatistik von 2007 eindrucksvoll.

4.3 Folgen des Sexualverhaltens, Schwangerschaften

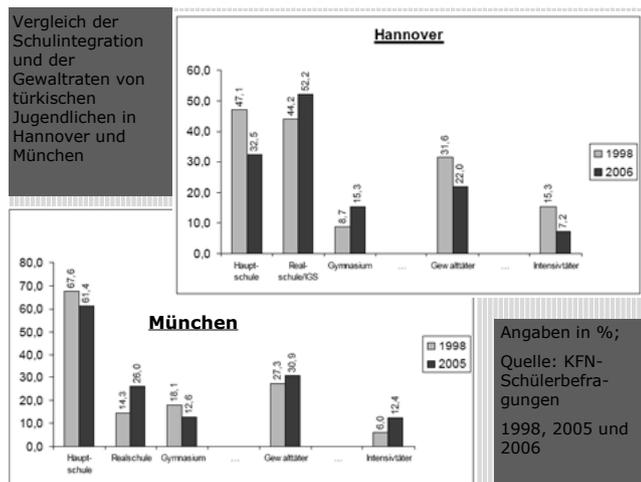
Sie wissen, als Gynäkologe ist das natürlich mein Thema und ich betreue immer wieder minderjährige Schwangere. Es hat sich in den letzten Jahren gar nichts geändert. Bayern hat nach wie vor ganz wenige Schwangerschaftsabbrüche bei Minderjährigen und auch ganz wenige Schwangere. Auch wenn die Zahlen im Jahr 2007 leicht angestiegen sind, so muss man doch sagen, hier sind wir auf einem guten Weg und im Vergleich mit dem übrigen Bundesgebiet ziemlich führend.



4.4 Jugendgewalt

Nachdem in Hessen Gewalt zum Thema im Landtagswahlkampf gemacht wurde, habe ich mir ein paar Zahlen rausgesucht von Prof. Christian Pfeiffer. Herr Pfeiffer hat zusammen mit 850 anderen Sachverständigen, die alle aus diesem Bereich kommen, Zahlen veröffentlicht. Es gibt einen Anstieg der Jugendgewalt von 1999 auf das Jahr 2006.

Deutsche und nicht-deutsche Tatverdächtige: Es sind 75% Anstieg bei den deutschen Tatverdächtigen in Hessen und nur 7,6% bei den ausländischen Tatverdächtigen. Alles bezogen auf Jugendliche. Also da muss man dann schon immer die Zahlen zitieren.



Das ist ein Vergleich der Gewalttaten von türkischen Jugendlichen Hannover – München. In Hannover ist von 1998 auf 2006 die Gewaltrate von ausländischen, in dem Fall türkische ausgewählt, Intensivtäter um die Hälfte gesunken. Das ist ein gutes Ergebnis. Warum ist das so? Die Interpretation von Herrn Pfeiffer, der diese Studie auch durchgeführt hat, ist, dass die Anzahl der

türkischen Jugendlichen in den Gymnasien gestiegen und in den Hauptschulen gefallen ist. In Hannover ist die Realschule die Schule der Türken. Und wenn wir dann München anschauen: In München haben wir weniger türkische Jugendliche in den Gymnasien als 1998. Dafür haben wir mehr in den Realschulen und die Anzahl in der Hauptschule hat sich überhaupt nicht geändert. Dafür haben wir aber auch in München mehr Gewalttäter aus dem türkischen Bereich. D.h., wir haben eine fehlende Integration in München von ausländischen (türkischen) Jugendlichen.

Insgesamt muss man sagen: es gibt weniger Gewalttäter. Auch nach der Studie von Herrn Pfeiffer, einer Längsschnittstudie 1998/2002/2005, München, Stuttgart, Hannover und Schwäbisch Gmünd, können wir definitiv sagen: für das Bundesgebiet gibt es einen Rückgang von Gewalt – mit Ausnahme von München. In München ist die Gewalt angestiegen bei den Jugendlichen von 2000 auf 2005.

Anstieg der Jugendgewalt in Deutschland

Erneuter Anstieg der Kriminalität an Schulen

Kriminalität an Schulen

- Im Schuljahr 2006/07 wurden an **5.503 bayerischen Schulen** insgesamt **1.877.337 Schüler** unterrichtet.
- **Erneute Zunahme** um 550 Fälle oder 5,6%
- **Zunahme der Gewaltdelikte**, zumeist schwere und gefährliche Körperverletzung, die meist gemeinschaftlich begangen wurden (+9,2%)

Schulverbindungs- und Jugendbeamte seit **8 Jahren** in über **5.500 Schulen** im Einsatz ¹⁷

Es heißt immer, in den Schulen geht es brutaler zu, und in den Schulen passiert mehr GewaltTat-

sächlich ist aber die Zahl der Raufunfälle und Frakturen infolge von Raufen an den Schulen in Relation zur Anzahl der Schülerinnen und Schüler gesunken, ausgewertet anhand der aufgenommenen Schulunfälle der Unfallkassen. In Bayern jedoch, haben wir laut Kriminalstatistik eine erneute Zunahme der Gewaltdelikte an Schulen um 550 Fälle.

Bayern liegt, verglichen mit den anderen Bundesländern, immer noch an erster und zweiter Stelle, was Schulunfälle angeht. Während in den anderen Ländern in den letzten Jahren die Jugendkriminalität gesunken ist, ist sie bei uns gestiegen.

Mobbing ist momentan „in“. Auch hier gibt es Daten aus der HBSC-Studie. „Aktiv am Mobbing beteiligt“, geben in Abhängigkeit von der Schulform zwischen 10% und 17% der Befragten an, „Einmal Opfer von Mobbing“ zwischen 11% und 20%. Wir wissen aus Zahlen, dass jeder Fünfte Opfer wird von Mobbing, jeder Fünfte fast auch Täter ist. Und wenn man das hochrechnet, bedeutet das, dass sich in Deutschland pro Woche 250.000 Mobbingfälle in der Schule ereignen. Davon bekommen wir wenig mit.



Gesundheit im Blick der Geschlechter

Frauen

- Verstehen Gesundheit als emotionales und soziales Wohlbefinden (salutogenetisches Konzept)

Männer

- Haben ein instrumentelles Konzept von Gesundheit
 - der Körper als funktionierende Maschine, die wenig Wartung benötigt
 - gesund zu sein heißt, nicht krank zu sein
- Hilfe suchen zu müssen, ist ein Zeichen von Schwäche, wird gesehen in Form von Verlust von Status, Selbstkontrolle und Autonomie (pathogenetisches Konzept)



5. Unterschiede der Geschlechter

Frauen haben ein anderes Gesundheitskonzept als Männer. Frauen haben ein salutogenetisches Konzept, Männer haben eher dieses pathogenetische Konzept, d. h., sie sehen den Körper als eine Maschine, die muss funktionieren, soll wenig Wartung haben, und das Prinzip heißt „Gesundsein heißt Nicht-Kranksein“. Und das äußert sich dann auch in geschlechtsspezifischen Unterschieden.



Das „Genderspezifische“ Risiko

RKI – Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Berlin 2004

	Jungen	Mädchen
▪ Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren	1,13%	0,87%
▪ Asthmamedikation	6,1%	3,4%
▪ Diabetes mellitus Typ1	8,5%	7,7%
▪ Adipositas (18-19jährige)	7,5%	4,9%
▪ Krebserkrankung/100.000	14,6	12,0
▪ Psychische Auffälligkeiten 18jährige	14,8%	17,2%
▪ Psychische Auffälligkeiten Schwere Formen	6,8%	1,1%
▪ Entwicklungsstörungen	2/3	1/3
▪ Hyperkinetische Störung 11-15jährige	3,04%	0,75%



Bei den hier ausgewählten Störungen sind überall die Jungs führend, mit einer einzigen Ausnahme: Psychische Auffälligkeiten. Da führen die Mädchen, aber wenn's um schwere Formen geht von psychischen Auffälligkeiten, da holen die Jungs wieder ganz gut auf. Das Risiko, psychosomatische Beschwerden wie Kopfschmerzen, Nervosität, Konzentrationsstörungen, Rückenschmerzen, Schwindel, Schlafstörungen usw. zu haben ist für 12- bis 16-jährige Mädchen wesentlich höher als für die Jungs.



Das Risiko männlich zu sein

- Durchschnittliche Lebenserwartung: 75 Jahre (M) – 81 Jahre (W)
- Krebserkrankungen: Jungen : Mädchen = 1.2 : 1
- Doppelt so viele Jungen wie Mädchen verfehlen das Klassenziel
- 60% der Schüler an Förderschulen sind Jungen
- Alkoholmissbrauch im Jugendalter ist zu 70-80% ein Jungenproblem
- Jungen zwischen 10 und 20 Jahren vollenden 3x häufiger den Suizid



Es ist ein hohes Risiko, männlich zu sein.

Denn die durchschnittliche Lebenserwartung ist geringer als die von Frauen, ich kriege auch viel eher Krebs als ein Mädchen, und sie verfehlen das Klassenziel – habe ich leider auch gemacht. 60% der Schüler an Förderschulen sind Jungs. Der Alkoholmissbrauch ist bisher ein jungenspezifisches Problem, die Mädchen holen das auf. Und Jungs sind viel konsequenter in der Vollen- dung des Suizids. Da sind sie dann richtig konse- quent.

6. Wer versorgt die Jugendlichen

Das Panel der ASTOR-Datenbank der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von 2000 zeigt, dass nur etwa 30% derjenigen, die die J1 aufgrund ihres Alters hätten machen können, auch versorgt wurden. Wir können heute in Bayern 40% der An- spruchsberechtigten erreichen. D. h. das Konzept wird zunehmend angenommen. Wir brauchen vielleicht noch ein paar Jahre, bis wir 70% haben.

Wer macht diese Untersuchungen? Zwischen 60% und 80% wird die Jugendgesundheitsunter-

suchung von Kinder- und Jugendärzten durchge- führt. 20% bis 40% machen Allgemeinärzte oder Internisten.

Heute gehen nach Erkenntnissen aus der Kiggs-Studie Jungs und Mädchen im Alter von 11 bis 13 Jahren zu 46% noch zum Kinder- und Ju- gendarzt. Wir werden auch von den Jugendlichen immer mehr wahrgenommen als die Arztgruppe, zu denen sie gehen. Und selbst die 14- bis 17-jäh- rigen Mädchen kommen noch zu einem Viertel zu den Kinder- und Jugendärzten. Bei den Jungs sind die Zahlen noch ein bisschen besser. In den Jahren von 2000 bis 2006 haben die Kinder- und Jugendärzte deutlich aufgeholt, und wir haben das Klientel, um das wir uns auch bemühen, nämlich die Jugendlichen.

7. Was bietet die Jugendmedizin?

Für die Jugendlichen ist von Bedeutung: Schwei- gepflicht, Empathie, schneller Termin, Teenager- sprechstunde, Anonyme Beratung, Angebote, die sie in der jugendmedizinischen Praxis inzwi- schen auch finden.

Hierzu haben sich fast ausschließlich Kinder- ärztinnen und Kinderärzte in den Fort- und Wei- terbildungen mit einem breiten Spektrum an The- men befasst.

Im Verlauf der letzten 13 Jahre haben rund zehntausend Kinder- und Jugendärzte haben den Kongress Jugendmedizin besucht und sich in den verschiedensten jugendspezifischen Themen, wie Psychosomatik, Pubertäts- und Wachstumsstö- rungen, Depression, Gewalt, sexueller Miss- brauch, Ess-Störungen u.a., weitergebildet. Die Jugendmedizin, die Kinder- und Jugendärzte sind die einzigen, die es in ihrer Weiterbildungsord- nung drin haben, sich um Jugendliche zu küm- mern, und es sind die einzigen, die auch in der

Jugendmedizin tatsächlich mal was mit Jugendlichen im Krankenhaus zu tun haben.

Ich glaube, dass eine Stärkung der Versorgung von Jugendlichen nur unter Beteiligung von Kinder- und Jugendärzten in Netzwerken und mit interdisziplinärer Kooperation stattfinden kann, und auch die Bereiche Sozialmedizin und Umweltmedizin einbezogen werden.

Vielen herzlichen Dank



Referat
Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne,
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie,
Universität München

Psychische Belastungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen – brauchen wir ein Frühwarnsystem?¹

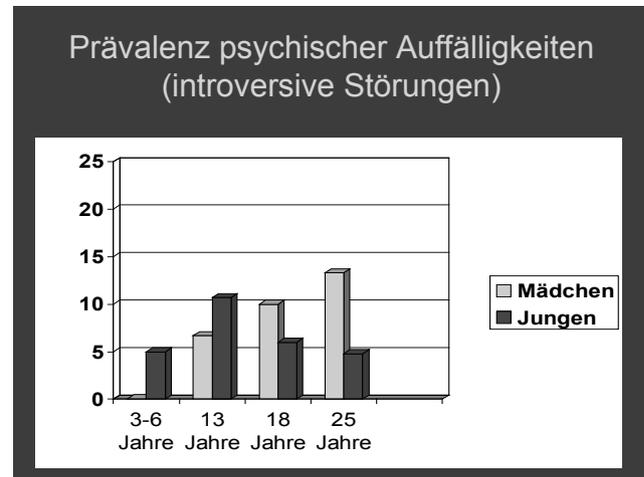
Ich kann Ihnen heute in Aussicht stellen, dass in München eine Klinik gebaut wird für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, die ihre Pforten hoffentlich Ende des Jahres 2010 mit stationärem, teilstationärem Angebot und einem großen ambulanten Angebot eröffnet, so dass die immer wieder beschriebene Unterversorgung und die lange Wartezeiten ein wenig reduziert werden und wir dann auch tätig werden in der Facharztausbildung und dann auch für viel Nachwuchs sorgen können. Das nur als kleine Perspektive vorab.

Die Themen, die ich behandeln möchte sind

- Sind psychische Störungen häufig oder selten?
- Was sind psychische Belastungsfaktoren und wie wirken sie sich aus?
- Bedeutung psychischer Belastungsstörungen für die Entwicklung
- Erkennen von Belastungsfaktoren
- Empfehlungen für Therapie und Prävention.

1. Sind psychische Störungen häufig oder selten ?

„Introversiv“ meint Kinder und Jugendliche, die Ängste entwickelt haben, die Angst vor der Schule, Angst vor sozialen Situationen haben, die depressiv sind, niedergedrückte Stimmung haben, die sich nicht trauen, in die Gesellschaft zu gehen, die sich zurückziehen. Diese Symptome wurden untersucht und man sieht hier, be-



reits bei den Vorschulkindern im Alter von 3 bis 6 weisen mit 5% diese Störungen auf, Buben und Mädchen sind bei dieser Schätzung zusammengefasst. Mit dem Beginn der Pubertät gibt es eine deutliche Zunahme und dann steigt es weiter an bis zum jungen Erwachsenenalter.

Wir sehen hier einen zweiten Aspekt in der Folie, nämlich den Geschlechtseffekt – wir haben im vorangegangenen Vortrag schon davon gehört. Gewisse Erkrankungen/Störungen sind geschlechtsspezifisch. Während es bei den introversiven Symptomen im Kindergartenalter und frühen Alter eher

¹ Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um die schriftliche Wiedergabe eines mündlichen Referates handelt und nicht um ein in Schriftform vorgeliegendes Referat



die Jungen überwiegen, nimmt es nachher mit der Pubertät bei den Mädchen zu. Aber, wir können generell sagen, es ist nicht selten.

Ein weiterer Aspekt sind die hyperkinetischen Störungen, oder wie wir heute auch sagen Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Störung. Das ist in aller Munde, es wird ständig überall darüber geredet, es gibt zuviele davon und zuoft und zuviel Medikamente werden eingesetzt. Wie sind die Zahlen? Sie nehmen kontinuierlich zu, zumindestens was die Diagnose angeht. Jetzt können Sie natürlich fragen: Wird das überdiagnostiziert oder nimmt das wirklich zu?

Dazu gibt es zwei Thesen. Die eine These sagt: Ist doch kein Wunder, die Kinder bewegen sich ja auch nicht mehr, die müssen ja irgendwo hin mit ihrer motorischen Unruhe. Also leben die Kinder das in Situationen aus, wo sie es nicht ausleben dürfen, nämlich in der Schule und in sozialen Kontexten, wo man ruhig sein muss. Die zweite Position sagt: Vor zehn Jahren, fünfzehn Jahren haben wir noch nicht gut diagnostizieren können. Wir sind jetzt viel spezifischer. Das gab es immer schon, nur früher haben wir es nicht erkannt.

Es ist sicher, beide Positionen haben ihr Recht und haben eine gewisse Begründung. Ich betone das nur deshalb: man muss im Einzelfall klären, was ist der Grund für das Verhalten eines Kindes, um dann dem ganzen Kasus gerecht zu werden.

2. Was sind psychische Belastungsfaktoren und wie wirken sie sich aus?



Was sind Einflussfaktoren auf die psychische Entwicklung? Ich habe hier zwei verschiedene Aspekte zusammengefasst. Sie sehen einmal die Peer Group, die Kinder, die beiden, die sich den Arm übereinander legen (links oben). Wichtig für die psychische Entwicklung ist die gute Einbindung in der Peer Group, als protektiver Faktor. Die Peer Group kann aber auch Stressor sein. Peer Group kann nämlich enormen Druck auf die Kinder ausüben und Belastung sein.

Wir haben für jeden Bereich sowohl protektive Aspekte wie auch belastende Aspekte. Das gleiche gilt für die Familie (links unten). Wir wissen, dass Kinder, die in intakten Familien aufwachsen, mit beiden Eltern, in einer behüteten Struktur, ge-

schützt sind in ihrer psychischen Entwicklung. Aber es kann auch sein, dass ein Elternteil psychisch erkrankt ist. Und die Kinder können aus dieser Struktur nicht ausbrechen. Das ist eine psychische Belastung und kann dazu führen, dass die Kinder erheblich psychisch unter Druck kommen.

Wir kennen die Gehirnentwicklung und wissen, dass es bei vielen Patienten Veränderungen gibt (Mitte oben). Das muss aber nicht bedeuten, dass die psychisch krank sind, aber es kann es bedeuten. Bei manchen sind die Gehirnveränderungen so, dass sie auch protektiv sind, dass sie eben ein gemindertetes Risiko haben, z. B. hyperaktiv zu werden.

Wir wissen neuerdings, dass die Gene auch eine gewisse Rolle spielen (Mitte unten). Das zeige ich Ihnen an einem kleinen Beispiel noch. Es gibt sozusagen eine protektive Disposition, und es gibt eine Disposition, die sich eher als Risiko auswirkt.

Das gleich gilt für die Schule (rechts oben). Wir wissen, dass Schule sehr förderlich sein, emotional sehr unterstützend sein; wir kennen aber auch viele Situationen, wo Schule ein besonderer Stressor darstellt, und gerade zu der Manifestation von psychischen Erkrankungen führen kann.

Und das letzte Beispiel: Missbrauch hat keinen protektiven Aspekt (rechts unten). Die psychische Gewalt, die körperliche und emotionale Gewalt wirkt sich in jedem Fall negativ aus.

Wir haben in dieser Folie die wesentlichen psychischen Belastungsfaktoren eines Kindes abgebildet. Ein großer Belastungsfaktor, der gut bekannt ist, sind die psychischen Erkrankungen der Eltern. Spielt immer wieder eine große Rolle, allerdings – was die Versorgung dieser Kinder angeht – besteht noch ein dringender Handlungsbedarf, sowohl aus Sicht der Erwachsenenpsychi-



atrie wie auch aus der Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Wir haben die Kinder mit der genetischen Disposition häufig noch nicht genug verstanden, aber es gibt mittlerweile Untersuchungen dazu, die sehr eindrucksvoll zeigen, dass bei machen Kindern eine genetische Disposition da ist, und nur wenn sie die Disposition haben, erkranken sie oder das Risiko ist deutlich erhöht. Auch das gilt es zu erkennen, wenn wir in der Familienarbeit und -beratung tätig sind.

Wir haben dann die neurobiologischen Faktoren. Gerade für die affektiven Störungen, für die depressiven Störungen spielen die Auslenkung des hormonellen Stoffwechsels eine große Rolle. Beispielsweise tendieren Erwachsene, die eher Stresshormone ausschütten dazu, sich in den Affektregulationen anders zu verhalten, als die, die das nicht haben. Das gibt es schon auch im Kindesalter. Also ist es wichtig zu wissen; dass wir da eine hormonelle Dysregulation haben, die ein Kind dazu bringt, sich nicht adäquat zu verhalten und Emotionen nicht so zu verarbeiten, wie die es tun, die das Problem nicht haben.

Wir haben es gehört, die Umweltfaktoren, Nikotin, Alkohol sind in vielfältiger Hinsicht große Belastungsfaktoren: Wenn Eltern Nikotin und Alkohol missbrauchen oder zuviel gebrauchen, während der Schwangerschaft sind das Risiken. Dann später als Vorbild für die Kinder, um selbst dieses Verhalten zu entwickeln, und dann die

Bedeutung von belastende Lebensereignisse (life events)

- Bedeutung von frühen life events größer
- Chronische Belastung bedeutsamer als Einzelereignisse
- Wirkung hängt entscheidend davon ab, was nachher passiert.
- Wechselwirkung mit genetischen Faktoren, bei hoher genetischer Belastung nur geringerer Stressor notwendig.

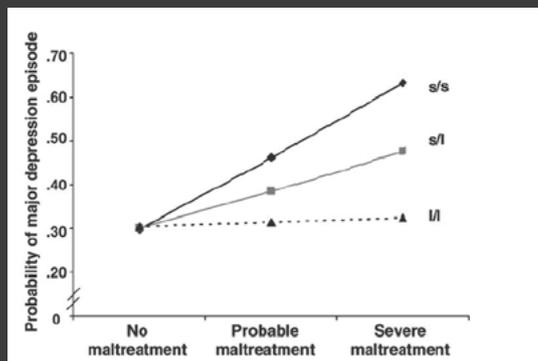
werdenden Eltern, die dann quasi schon mit diesem Risiko groß werden.

Hier haben wir die Life Events. Ganz wichtige Faktoren sind: die Trennung der Eltern, Tod eines Elternteils, der Missbrauch, die körperliche, die emotionale Misshandlung und die schwere körperliche Misshandlung. Diese Faktoren treten meistens nicht allein auf, sondern treten kombiniert auf. Und erst durch die Wahrnehmung der Interaktion dieser verschiedenen Faktoren kommen wir zu dem Verständnis: Was sind eigentlich die deutlichen Risiko- und Belastungsfaktoren. Wir wissen aus der Life-Event-Forschung, dass es durchaus Unterschiede gibt, wie ein Trauma wirkt. Wir wissen, je früher das Trauma einsetzt, desto nachhaltiger sind die Folgen. Wir wissen, dass eine chronische anhaltende Trau-

matisierung auch viel schwerer wiegt als eine Traumatisierung, die nur zu einem Zeitpunkt auftritt.

Entscheidend für die Wirkung eines Traumas hängt es davon ab, was danach passiert, wie die Kinder aufgefangen werden, wie sieht die Einbindung des Kindes und seiner Familie z. B. in der Psychotherapie aus. Und was wir auch wissen: nicht alle Kinder, die einer traumatischen Situation ausgesetzt sind, werden psychisch krank und entwickeln Belastungsfaktoren. Denn – das zeigt die nächste Folie – es gibt eine sogenannte genetische Disposition, auf solche Faktoren stärker zu reagieren.

Gen-Umwelt-Interaktion (Caspi et al. 2003)



Auf der einen Achse des Diagramms steht No Maltreatment, Probable und Severe Maltreatment, d. h., hier wurden Kinder untersucht aus verschiedenen psychosozialen Kontexten. Eine Gruppe, die haben keine Misshandlung gehabt, eine Gruppe, die haben teilweise Misshandlungen erlebt, und manche haben schwere Misshandlungen erlebt. Und wir sehen auf der anderen Achse die Wahrscheinlichkeit, an einer affek-

tiven, einer schweren Depression zu erkranken und dann in Abhängigkeit von diesem Buchstaben s/s, s/l und l/l. Das sind sogenannte Genotypen, das ist die genetische Ausstattung bezüglich eines spezifischen Rezeptors, des Serotoninrezeptors, der wichtig ist für die Regulation von gewissen Hormonen, die wir brauchen, um Affekte zu verarbeiten.

Und Sie sehen, dass die Wahrscheinlichkeit bei fast 65% liegt bei den schwer Misshandelten, wenn sie s/s-Gene tragen. Sie ist aber deutlich geringer bei 30%, wenn sie l/l-Gene tragen. Das heißt, dass es großen Unterschied gibt, welche genetische Disposition Kinder und Erwachsene auch haben, im Verhältnis zu dem, wie ein Trauma sich auswirkt. Und das gehört auch zu unserem tieferen Verständnis der Zusammenhänge.

Häufigkeiten von life events

- finnische Längsschnittstudie (Sourander et al. 2008) 1999-2005:
 - 21% Trennung der Eltern
 - 6% schwere Erkrankung der Eltern
 - 1% Tod des Vaters
 - 0,3% Tod der Mutter
- Hamburger Kindergartenstudie:
 - 40% Trennung, Tod und Verlust
 - 12% Krankheit, Operation, Unfall
 - 14% Umzug

Wie häufig sind denn Life Events? Wir haben hier zwei Stichproben, die ich Ihnen vorstellen will. Das eine ist eine finnische Längsschnittstudie, die methodisch sehr gut gemacht ist, und dort sehen wir, dass es über die Jahre von 1999 bis 2005 konstant Trennungsfaktoren, die Tren-

nung der Eltern einer der höchsten Risikofaktoren war; die schwere Erkrankung der Eltern immerhin noch mit 6%. Eins der häufigsten Events waren Tod der Eltern, des Vaters oder der Mutter. Das sind natürlich schwere traumatisierende Life Events.

Dann gibt es Vergleichsdaten aus der Hamburger Kindergartenstudie. Auch dort spielt die Trennung, der Tod und der Verlust der Eltern einen großen Anteil an den Life Events. Ein zweiter großer Anteil sind die Krankheiten der Eltern, Krankheit des Kindes, Operation und Unfall, als erhebliche Life Events, die Stressoren sind, und dort wurde auch Umzug als ein deutlicher Stressor festgestellt. Das heißt noch nicht, dass die in der Wirkung gleich schwer sind, das ist nur eine quantitative Auszählung von den häufigen Life Events. Damit man mal sieht, wie häufig Kinder eigentlich solchen Life Events ausgesetzt sind.

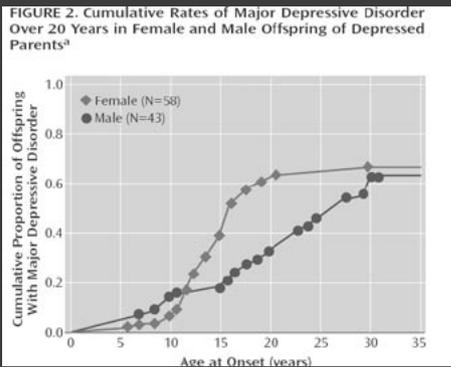
3. Bedeutung psychischer Belastungsstörungen für die Entwicklung

Wer sind die Risikogruppen, die in unserem besonderen Fokus stehen sollten?

Die Gruppen, die besonders belastet sind, sind die Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund 11% vs 8,8% ohne Migrationshintergrund. Das sind nicht so immense Unterschiede, aber es sind Unterschiede. Wir kennen den Schichtzusammenhang: Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Schicht haben ein deutlich höheres Risiko (12%), psychisch zu erkranken als Kinder, als diejenigen, die das nicht haben. vs(3,5% bei hohem sozioökonomischen Status). Die dritte große Gruppe sind die Kinder, deren Eltern selbst psychisch erkrankt sind.

Die psychische Erkrankung der Eltern ist ein großer Risikofaktor. Es ist vielfach untersucht, vielfach bestätigt, aber an zwei Beispielen möchte ich es doch mal verdeutlichen. Alkoholmissbrauch ist bekannt bei Jugendlichen, die dann selbst Eltern werden, und die häufig in Familien groß werden, in denen Alkoholabusus eine große Rolle spielt. Der Alkoholabusus der Eltern ist aber nicht nur ein Risikofaktor für die Kinder und Jugendlichen selbst, Alkohol zu missbrauchen, sondern auch z. B. an Essstörungen zu erkranken. Kinder aus solchen Familien haben generell ein erhöhtes Risiko, psychisch zu erkranken, wobei insbesondere der Zusammenhang mit den Essstörungen aufgezeigt wurde. Bei depressiven Erkrankungen der Eltern ist es so, dass die Kinder ein erhöhtes Risiko haben, selbst depressiv zu erkranken, aber auch z. B. häufig Störungen des Sozialverhaltens zu entwickeln.

Erkrankungsrisiko für Depression und Geschlecht (Weissman et al. 2002)



Der Zusammenhang zwischen Geschlecht und Erkrankung haben wir schon gehört, ich möchte auf diesen Aspekt aber noch mal eingehen, weil

er durchaus für unsere Alltagsbetrachtung wichtig ist.

Ich sage immer: Das häufige ist das wahrscheinliche. Und das ist wichtig zu wissen, gerade in diagnostischen Kompetenz, wenn wir überlegen, was liegt vor. Und Sie sehen hier eine Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit aufgetragen für depressive Störungen für die weiblichen Mitglieder (obere Kurve), und für die männlichen Mitglieder (untere Kurve) in Abhängigkeit davon, dass die Eltern auch depressiv erkrankt sind. Sie sehen, dass ab dem 10. / 11. Lebensjahr eine deutliche Zunahme der Erkrankungshäufigkeit ist, insbesondere für die Mädchen. Die Mädchen sind die Risikopopulation für depressive Erkrankungen im Jugendalter. Während wir vorhin hier gehört haben, dass bei den hyperaktiven, bei den extroversiven Störungen die Jungen deutlich überwiegen.

Also man kann nicht sagen, die Jungen sind generell die Armen und Bemitleidenswerten – das sind sie zwar –, aber trotzdem sind es die Mädchen auch. Es hängt nur davon ab, welche Altersgruppe wir betrachten.

Ein ganz wichtiger Punkt ist der Zusammenhang "Psychische Erkrankungen und Schule". Es gibt Daten, die zeigen, wie häufig Kinder mit psychischen Erkrankungen in welchen Schultypen vorkommen. Man sieht, es geht durch alle Schulformen. Die meisten Kinder mit psychischen Erkrankungen finden wir in Förderschulen, aber auch in den anderen Schulen und dort ist eine fast eine Gleichheit zwischen den Grundschulen und den Hauptschulen.

- Gymnasium: 7,1%
- Realschulen: 8,5%
- Förderschulen: 23,4%
- Grundschulen: 16,6%

– Hauptschulen 16,3%

Dass sich psychische Erkrankungen auch auf die schulische Laufbahn auswirkt, zeigt die Kurpfalz-Erhebung, die Mannheimer Längsschnittstudie. Dort hat man verglichen, wie Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hier in Bezug auf psychische Auffälligkeiten und Schulabschluss auswirken. Das Ergebnis: die Kinder mit psychischen Auffälligkeiten erreichen deutlich seltener das Abitur im Vergleich zu den Kindern, die nicht auffällig waren. Das hat nichts mit deren kognitiven Fähigkeiten zu tun, vielmehr gilt: Fehlende psychische Gesundheit ist ein Benachteiligungsfaktor für die Entwicklung der vorhandenen kognitiven Fähigkeiten. Ich denke, das müssen wir zur Kenntnis nehmen und berücksichtigen und uns entscheiden wie wir damit in Zukunft adäquat umgehen wollen.

Wie wirken sich psychische Belastungsfaktoren auf die Entwicklung der Kinder und Jugendliche aus?

Folgen:

- schulische: Schulabbruch, geringere Schulabschlussniveau
- gesundheitliche: z. B. Depression erhöht Risiko für Übergewicht und Diabetes
- psychische: weitere psychische Störungen wie z.B. Substanzmissbrauch, Angststörung, depressive Störung, Persönlichkeitsstörungen
- psychosoziale: gesellschaftliche Ausgrenzung, Arbeitslosigkeit, fehlende soziale Kontakte

Psychische Belastungsfaktoren wirken sich in vielfältiger Weise aus. Ich habe hier vier große Bereiche zusammengefasst:

Es ist der schulische Bereich, der gesundheitliche Bereich, der psychische Bereich und der psychosoziale Bereich. Alle diese Bereiche sind für

die individuelle Entwicklung des betroffenen Kindes und seiner Familie, einschließlich der Geschwister wichtig.

Zum einen wirken sich psychische Belastungen und psychische Störungen negativ aus auf die Schulentwicklung in Form von einem erhöhten Risiko, die Schule vorzeitig zu verlassen. Sie wirkten sich auch in der Weise aus, dass das zu erreichende Schulabschlussniveau, was das Kind aufgrund seiner kognitiven Fähigkeiten hat, nicht erreicht.

Zweiter Punkt ist: Die gesundheitlichen Folgen von psychischen Störungen – im Erwachsenenalter gut bekannt – treffen schon zu für das Kindes- und Jugendalter. Depressionen erhöhen das Risiko für Übergewicht und Diabetes, auch umgekehrt.

Ein weiterer Punkt ist: Kinder mit psychischen Störungen sind eine Risikopopulation für weitere psychische Erkrankungen wie Substanzmissbrauch, für Angststörungen, für depressive Störungen, Persönlichkeitsstörungen. Diese Kinder haben ein Risiko, auch als Erwachsene zu erkranken. Da sieht man, wie dringend der Handlungsbedarf ist.

Und letztendlich die psychosoziale Komponente, denn viele Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen werden ausgegrenzt, sind gesellschaftlich diskriminiert, stehen oft am Rande, sind in der weiteren Entwicklung von Arbeitslosigkeit bedroht und haben kaum soziale Kontakte, manchmal auch natürlich bedingt primär durch die Störung, an der sie leiden.

4. Erkennen von Belastungsfaktoren

Wir kommen nicht darum herum, allgemein zu screenen, denn wir können natürlich sagen, es gibt gewissen Faktoren, die wir erkennen, näm-

lich Kind aus belasteten Familien, dann ist es einfach. Aber wenn wir an eine Bevölkerung denken, an eine Stadtbevölkerung, dann müssen wir andere Methoden anwenden, dann müssen wir Screening-Verfahren haben, die auch spezifisch und sensitiv genug sind, aus einer großen Population diese Kinder zu entdecken. Da gibt es zwei Möglichkeiten, die in epidemiologischen Studien entwickelt worden sind. Einmal die Child Behavior Checklist, das ist ein Verfahren, was jetzt im Vorschulalter zur Verfügung steht, oder den SDQ, den Strength and Difficulties Questionnaire für 4- bis 16-Jährigen. Die ermöglichen dann von einem Kurzfragebogen – der eine ist länger, der andere etwas kürzer – einen ersten Eindruck zu bekommen. Der Fragebogen wird von dem Kind selbst, wenn es schon von Alter her passend ist, ausgefüllt, oder von den Lehrern und von den Eltern.

Man muss betonen, dass es ein weiterer Weg ist, wenn wir von Auffälligkeiten sprechen und zu einer Diagnose kommen wollen. Denn eine Auffälligkeit in einem Fragebogen ist nicht gleichbedeutend mit einer Erkrankung, was häufig missverstanden wird.

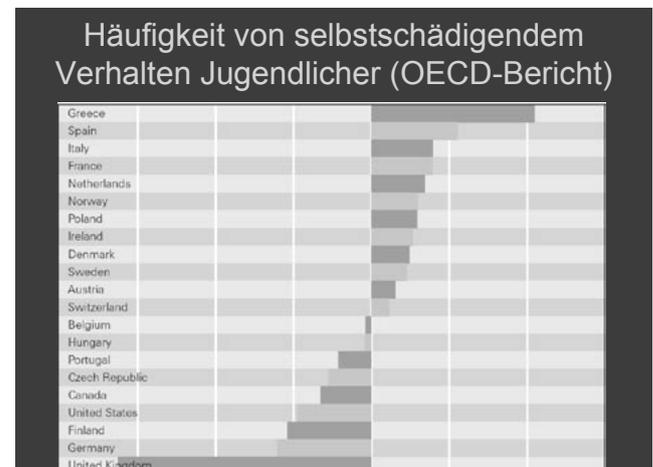
Darauf möchte ich jetzt eingehen, nämlich die Komplexität der Diagnose. Wir haben zunächst die ausführliche Anamnese mit den verschiedenen Aspekten, die integriert werden müssen. Den psychopathologischen Befund, also die psychische Befindlichkeit des Kindes in all seinen Facetten zu erfassen, die körperliche Untersuchung ist wichtig. Denn wir dürfen nicht vergessen, es gibt nicht wenige Kinder, die primär eine organische Erkrankung haben, die dann psychisch auffällig sind. Und wenn man dann vergisst, nach der organischen Ursache zu sehen, ist das für die Entwicklung des Kindes fatal, oder kann sein. Dann haben wir die internistisch-neurologische Unter-

suchung, die dem zuarbeitet, die bildgebenden Verfahren, die eingehende psychologische Diagnostik und laborchemische Diagnostik gehören gegebenenfalls auch dazu.

Ein paar Sätze zur Inanspruchnahme von professioneller Hilfe:

Wir wissen aus vielen Studien, dass es eine große Diskrepanz gibt, wenn man den Bedarf anschaut und die Inanspruchnahme. Zusammenfassend kann man sagen: Psychische Auffälligkeiten werden im allgemeinen Gesundheitssystem zu wenig erkannt und die Hilfen werden zu wenig in Anspruch genommen. In Finnland sucht – aus der vorhin schon zitierten Längsschnittstudie – die Hälfte der Familien mit einem 8-jährigen Kind, das psychische Probleme hat, professionelle Hilfe auf, bei den 18-Jährigen sind es noch weniger.

In Deutschland ist es so, dass wenn man von einer Rate von psychischen Auffälligkeiten von 12,7% ausgeht; auch dort ist nur ein geringer Teil, weniger als eine Drittel in professioneller Behandlung ist. Da sieht man eine deutliche Diskrepanz zu dem Bedarf.



5. Empfehlungen für Prävention und Therapie

Hier lege ich die Daten aus dem OECD-Bericht, von dem schon die Rede vor. Das ist eindrucksvoll, wenn man den Vergleich mit anderen Ländern sieht. Wir haben aus der Presse entnommen, dass die britischen Jugendlichen Spitzenreiter sind was das Trinkverhalten und Suchtverhalten angeht. Diese Folie beinhaltet diese Daten, nämlich Risikoverhalten von Jugendlichen, was sexuelle Aktivität ist, was Drogenmissbrauch angeht, Nikotin und Alkohol. Die oberste Position ist die Position, wo die Jugendlichen am wenigsten riskantes Verhalten zeigen, und Sie sehen, dass Deutschland an vorletzter Stelle ist. Das heißt, diese Studie untermauert noch mal, dass die deutschen Jugendlichen zu sehr riskantem Verhalten tendieren und sehr unkritisch sind.

Es gibt – aus meiner Sicht – viele Ansätze präventiver Arbeit, die allerdings auf ganz unterschiedlichen Ebenen ansetzen, unterschiedliche Gruppen betreffen und auch unterschiedliche Professionalität voraussetzen. Ein paar Beispiele: Prävention depressiver Störungen. Ich hatte vorhin gezeigt, dass man im Jugendalter von ungefähr 10% depressive Störungen ausgeht. Das heißt, es ist eine große Gruppe, ein großer Bedarf. Wir wissen über den Zusammenhang von Cannabis-Missbrauch und Alkohol als eine Prädiktor für die Entwicklung depressiver Erkrankungen. Dabei werden die Konsumenten immer jünger, und wir haben auch gesehen, dass die Mädchen zunehmen in diesem Bereich. Hier ist z. B. die Aufklärung über den Zusammenhang zwischen Alkohol und psychischer Erkrankung wichtig.

Der zweite Punkt ist, Sie kennen alle die Diskussion um den Cannabis-Missbrauch. Viele Jahre

wurde er sehr verharmlost und gesagt, das macht doch nichts, ein bisschen macht doch nichts. Wenn Sie die klinischen Fälle sehen unter Jugendlichen, und ich habe viele gesehen, die vor mir gesessen haben mit einem amotivationalen Syndrom nach Cannabis-Konsum, die so schwer zu behandeln waren, die so schwer aus dieser Situation rauszubekommen waren, die beruflich kaum zu rehabilitieren waren. Und das als Folge des Cannabis-Konsums, der verharmlost wurde.

Oder die Jugendlichen, die mit einer schweren paranoiden Psychose desorientiert waren, die vollkommen haltlos waren, mitten aus dem Leben herausgerissen nach Drogenmissbrauch. Ich kann Ihnen nur sagen, wenn Sie das gesehen haben, würden Sie immer in der Öffentlichkeit sagen: Bitte nein! Lass die Finger davon. Es gibt keine harmlosen Drogen. Das ist etwas: Aufklärung in diesem Bereich ist ganz wichtig.

Prävention Suizid

- Suizid häufigste Todesursache bei Männer im Alter zwischen 25 und 34 Jahren (Smith and Blackwood 2004)
- 60-70% der Suizidenten hatten eine depressive Störung



- Prävention von Suiziden durch Früherkennung von depressiven Symptomen und Behandlung

Ein weiterer Punkt ist die Prävention von Suizid. Wir haben es vorhin schon gehört: Es ist ein großes Problem, die Gedanken an Suizid sind sehr verbreitet, die Suizidhandlungen sind verbreitet, die Zahlen des vollzogenes Suizids sind

aber nach wie vor auch sehr hoch. Suizid gehört bei den jüngeren Männern, wie eine britische Studie zeigt, zu den häufigsten Todesursachen in dieser Altersgruppe. Bei 60–70% derjenigen, die Suizid begehen, lag vorher eine depressive Störung vor. Das heißt, wenn wir depressive Störungen rechtzeitig erkennen und adäquat behandeln, vermindern wir die Suizidhäufigkeit. Ein einfacher klarer Zusammenhang, schwer anzugehen, aber wichtig.

Es gibt Ansätze, die eine ganze Alterspopulation von Schülern im Blick haben. Gehen wir von 10% von Schülern im Jugendalter, die an affektiven Störungen leiden. Wie wollen wir da vorgehen:

Diese Frage haben sich renommierte Psychologen gestellt und haben das Projekt LISA-T (Leichtigkeit im sozialen Alltag-Training) initiiert. Sie wollten sehen, ob man mit ganz gezielter Aufklärung, mit ganz gezieltem Training mit einem verhaltenstherapeutischen Ansatz in der breiten Fläche, etwas erreichen kann. Die Ansätze solcher Präventionsmaßnahmen sind wichtig, sind gut, aber die Effekte sind zur Zeit nach wie vor

Prävention - Leichtigkeit
Im Sozialen Alltag – Training (LISA-T)
 Pössel, Horn, Seemann & Hautzinger,
 2004

Inhalte des Programms:

- a) Vermittlung der Zusammenhänge von Kognitionen, Emotionen und Verhalten
- b) Exploration und Veränderung von dysfunktionalen Kognitionen
- c) Selbstsicherheitstraining
- d) Training sozialer Kompetenz

Umfang:

10 Doppelstunden, 1 x wöchentlich in der Schule, durchgeführt durch Psychologen

leider sehr gering. Trotzdem sollte es uns nicht entmutigen, auf dem Weg weiterzuarbeiten.

Die Forscher haben zusätzlich zum Unterricht das Präventionsprogramm LISA angeboten, haben dort mit den Jugendlichen intensiv in Kleingruppen gearbeitet, die Lehrer waren nicht dabei. Sie haben dort dann folgende Aspekte, nämlich die Vermittlung von Zusammenhängen der Kognition, also vom Denken, vom emotionalen Empfinden und dem Verhalten gesprochen. Dann kam die Exploration und Veränderung von dysfunktionalen Kognitionen, die bei Jugendlichen sehr häufig vorliegen, Selbstsicherheitstraining wurde integriert, das Training sozialer Kompetenzen eingebaut. Also wichtige Bausteine, wo man sagen kann, die gehören eh zur Entwicklungsaufgabe von Jugendlichen. Natürlich sind die Themen immer bezogen auf diese Altersgruppe.

Prävention - Leichtigkeit
Im Sozialen Alltag – Training (LISA-T)
 Pössel, Horn, Seemann & Hautzinger,
 2004

Evaluation:

- Realschüler, 6. Klasse, unauffällige und subklinisch auffällig Gruppen
- Prä-Post-3Monate Katamnese:
 - Therapieeffekt: sig. Reduktion der Selbsteinschätzung hinsichtlich depressiver Symptome nach 3 Monaten in der subklinisch auffälligen Gruppe
- Kein Präventionseffekt

Die Evaluation haben sie durchgeführt mit Realschülern, weil das die Gruppe war, wo sie vermutet haben, der größte Anteil an psychischen Auffälligkeiten war und sie haben einen Prä-Post-Vergleich und eine Katamnese nach dem Ende des Trainings, nach drei Monaten. In

der Gruppe von Kindern, die eher klinisch auffällig war im Sinne einer depressiven Störung, haben sie leichte Therapieeffekte gefunden, aber bei den Jugendlichen, die unauffällig waren, also die auch keine affektiven Störungen/Auffälligkeiten haben, haben sie auch keine präventiven Effekte erzielt. Das ist zunächst einmal eine Studie, es werden weitere folgen. Aber ich wollte Ihnen damit zeigen, es ist der Ansatz letztendlich in die breite Fläche zu gehen, um möglichst viele zu erreichen, um dann präventiv zu wirken, natürlich möglichst früh.

Besteht Handlungsbedarf?

- Früherkennung – Screening für psychische Belastungen und Auffälligkeiten
 - Vorsorgeuntersuchung
 - Schuleingangsuntersuchung
- Prävention
 - Durch Information und Aufklärung
 - Durch Präventionsprogramme, z. B. in der Schule (Sucht, Gewalt, Depression)
- Diagnostik und Behandlung psychischer Auffälligkeiten
 - Bedarf an ausreichend ambulanten und stationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsplätzen für Kinder- und Jugendliche und ihre Familien

Es besteht Handlungsbedarf in der Früherkennung der psychischen Störungen durch Screening, Vorsorgeuntersuchung, Schuleingangsuntersuchungen oder auch andere Zeitpunkte. Durch Prävention, durch Information und Aufklärung über psychische Störungen, über die Folgen, über die Zusammenhänge. Es gibt Präventionsprogramme für Sucht und Gewalt auch im Kindergartenalter. Dann die Diagnostik und Behandlung psychischer Auffälligkeiten als auch weiterer therapeutischer und präventiver Ansätze. Wir haben zu wenig ambulante und stationäre

Versorgungskapazitäten, dort besteht sicherlich ein großer Bereich, diesem denke ich müsste man perspektivisch nachkommen.

Zusammenfassung

- Frühzeitiges Erkennen von Gefährdungen der psychischen Entwicklung und von psychischen Störungen
- Notwendigkeit des Verständnisses der Häufigkeit, der Entstehung und Verursachung psychischer Störungen
- Bedeutung von Schule für Entstehung und Behandlung bisher empirisch nur schlecht untersucht
- Prävention und Therapie sind dringend notwendig

Hier ist die Zusammenfassung und unten folgt die Perspektive.

Perspektive

- Daher ist es wichtig,
 - die verschiedenen psychischen Gefährdungen rechtzeitig zu erkennen,
 - die spezifischen Bedingungsfaktoren, die Bewältigungsstrategie und die individuellen Ressourcen zu erkennen,
 - die vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen der Umwelt zu identifizieren, zu stärken und zu nützen.
 - Früherkennung, Prävention, Frühbehandlung auszubauen, um die Konsequenzen einer chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen zu verringern, wenn möglich zu vermeiden.

Deshalb ist es wichtig, auch die Ressourcen, die vorhanden sind, und die Kompetenzen, die vorhanden sind, zu bündeln, was Sie ja vorbildlich im Gesundheitsbeirat tun. Sie holen die Ex-

perten zusammen, bilden ein großes Forum, fördern den Austausch und bündeln und aktivieren die vorhandenen Ressourcen der Stadt von den verschiedenen Seiten. Allerdings ist es auch wichtig, die neuen Wege zu entdecken, zu sagen, wo muss man jetzt investieren, wo muss man hinschauen, gerade im Bereich der Früherkennung und der Frühbehandlung.



Referat
Dr. Heidi Mayrhofer,
Prävention für Kinder ab 3 Jahren
und Jugendliche,
Referat für Gesundheit und Umwelt

Ärztin in der Schule – Neue Wege der kommunalen Gesundheitsvorsorge für Jugendliche

Grüß Gott meine Damen und Herren! Ich freue mich besonders, hier reden zu dürfen als relative Anfängerin im öffentlichen Gesundheitsdienst und schon etwas sagen zu können über neue Wege, die wir in der Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche beschreiten wollen.

Im Bayerischen Erziehungs- und Unterrichtsgesetz, Art. 80, ist unsere Grundaufgabe festgelegt: Mit der „Schulgesundheitspflege“ sollen wir gesundheitlichen Störungen vorbeugen, sie frühzeitig erkennen und auch Wege für deren Behebung aufzeigen. Das vorrangige Ziel einer Stadt, hier des Referats für Gesundheit und Umwelt, ist es, diese Prävention auch oder gerade bei gesundheitlich und sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen zu verwirklichen und damit einen *Beitrag zur Chancengleichheit* zu leisten.

Wie sieht unsere *Zielgruppe* im Detail aus? Wir haben es heute in den Vorträgen schon gehört. Die, die ein besonders hohes Risiko haben, krank zu werden, sind *die sozial benachteiligten Kinder und Jugendlichen*. Wir haben hier drei Gruppen: Da sind die sozial Benachteiligten, die keinen Migrationshintergrund haben, dann die große Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die unter den sozial benachteiligten besonders stark vertreten ist. Somit ist es für uns auch sehr wichtig, bei unseren Angeboten einen kultursensiblen Ansatz zu haben. Eine weitere Gruppe sind die chronisch Kranken und Behinderten, die ebenfalls gesundheitlich

benachteiligt sind. Für diese sehen wir uns auch, besonders in Fragen der schulischen Integration, angesprochen. Da wir die sozial benachteiligten Kinder und Jugendlichen hauptsächlich in Förder- und Hauptschulen finden, legen wir unseren Schwerpunkt in diesen Bereich.

Landeshauptstadt München
Referat für Gesundheit und Umwelt

Besondere Rolle des ÖGD

- Auftrag des kinder- und jugendärztlichen Dienstes
- Zugang zu den Schulen, Schularztzimmer
- Erfahrung mit ärztlicher Versorgung an Schulen und in Schulsprechstunden
- Partner im städtischen Versorgungssystem
- Verbindung zum medizinischen Versorgungssystem (niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten, Kliniken etc.)

Jugendgesundheitskonferenz 9. April 2008 Dr. H. Mayrhofer

Im Rahmen unserer schulärztlichen Aufgaben haben wir einen *guten Zugang zu den Schulen*. Früher war es sehr viel mehr: Die Schulärztinnen waren regelmäßig noch an allen Schularten, an Gymnasien, Realschulen und Hauptschulen. Heute sind wir regelmäßig nur noch an Förderschulen, um dort einmal jährlich einige Schuljahrgänge zu untersuchen. Aber die Schulen kennen uns noch: Es gibt Schularztzimmer, und es gibt an einigen Schulen auch sehr gute Kooperationen. Die Ärztinnen haben *viel Erfahrung*

in der Versorgung von Jugendlichen, speziell mit Problemen, die es an der Schule gibt. Sie sehen die Jugendlichen in den allgemeinen schulärztlichen Sprechstunden, die inzwischen nicht mehr an den Schulen vor Ort, sondern zentral (d. h. in der Bayerstraße) stattfinden. Die Jugendlichen werden von den Schulen geschickt, zum Teil kommen sie auch freiwillig. Häufiges Problem: Krankheit, Schulverweigerung.

Als Partner im städtischen Verbundsystem arbeiten wir mit den anderen kommunalen Referaten gut zusammen und, was der Vorteil von den ärztlichen Mitarbeiterinnen im öffentlichen Gesundheitsdienst ist, wir haben gleichzeitig die Verbindung zu den anderen medizinischen Systemen, zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, zu den Kliniken, Therapeutinnen / Therapeuten und anderen.

Was tut ein öffentlicher Gesundheitsdienst bzw. ein kinder- und jugendärztlicher Dienst? Wir sind und wollen nicht Kontrolleure sein und nur Reihenuntersuchungen machen, sondern wir sehen unsere Aufgabe ganz klar in der Beratung, Vermittlung und Begleitung. Dabei setzen wir Schwerpunkte: Wir wollen nicht alle erreichen, sondern die, die uns besonders brauchen. Und auch individuelle Schwerpunkte, d. h. wir wollen auch für einzelne Schüler und Schülerinnen, die Probleme haben, da sein. Wir praktizieren einen ganzheitlichen, integrierten Ansatz und arbeiten *zunehmend in Vernetzung*, denn: Wir können alleine eigentlich nicht viel bewirken, wir brauchen alle anderen dazu.

Im Hinblick auf die Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit einer Häufung sozialer und gesundheitlicher Risiken sammeln wir seit drei Jahren Erfahrungen an bisher acht sogenannten Schwerpunktschulen. Die Ärztinnen aus meinem Sachgebiet bieten dort

regelmäßig ein- bis zweimal im Monat eine Sprechstunde an und führen daneben gesundheitsfördernden Unterricht durch. Dabei gehen sie auch geschlechtsspezifisch auf Buben- und Mädchenbedürfnisse ein. In diesem Unterricht lernen die Jugendlichen die Ärztinnen kennen und kommen dann in die Sprechstunde mit ihren Problemen. Man findet den Zugang zu den Schülerinnen und Schülern nicht, wenn man nur im Sprechstundenzimmer sitzt und niemand einen kennt! Es ist den Ärztinnen gelungen, dass in dieser Zeit rund 20% der Schülerinnen und Schüler freiwillig die Sprechstunden in Anspruch genommen haben. Und es hat sich auch gezeigt, dass, obwohl wir Ärztinnen sind, Buben in gleichem Maß wie Mädchen diese Sprechstunden bei gesundheitlichen Problemen wahrnehmen. Die Ergebnisse haben unseren Ansatz bestätigt, sie zeigen uns jedoch auch: So wie es bisher läuft, mit wenig Ressource, mit selten dort Sein, mit kaum Kapazität für eine nachgehende Betreuung und Vernetzung, ist ein nachhaltiges Arbeiten auf Dauer nicht möglich.



Gesundheitsvorsorge an Hauptschulen braucht:

- personelle **Kontinuität und Präsenz** der Schulärztin an der Schule
- **kooperatives Zusammenwirken** mit der Schulleitung und Lehrerschaft
- **Zugangsmöglichkeit** zu den Schülern/innen außerhalb der Sprechstunde

Jugendgesundheitskonferenz 9. April 2008
Dr. H. Mayrhofer

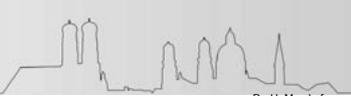
Landeshauptstadt
München
Referat für Gesundheit
und Umwelt

Gesundheitsvorsorge an Hauptschulen braucht:

- **Einbeziehung weiterer Akteure** in der Schule, wie Schulsozialarbeit, schulpsychologischer Dienst, Elternbeirat, ggf. externer Kooperationspartner/innen
- Kommunikation mit den **Eltern** (ggf. mit Sprachmittlern)

Dr. H. Mayrhofer

Jugendgesundheitskonferenz 9. April 2008



Aus den Erfahrungen haben wir also gelernt: Wir müssen kontinuierlich an den Schulen sein; es muss auch die gleiche Person dort sein; es braucht eine *Ansprechpartnerin vor Ort*. Ganz wichtig ist die gelingende Zusammenarbeit mit Schulleitung und Lehrerschaft. Sie bahnen uns den Weg in das weitere Kooperationsnetz. Denn wir brauchen die Schulsozialarbeit, den Schulpsychologischen Dienst und auch externe Kooperationspartner, gerade für gemeinsame Aktionen oder Projekte. Und wir brauchen, ganz wichtig, auch die Kommunikation mit den Eltern. Da wir ja sehr viele Migrant*innenjugendliche haben, müssen wir auch an die Sprachmittlung als eine wichtige Bedingung denken.

Jugendliche gehen, wie wir es auch schon gehört haben, nicht gerne zum Arzt. Sie sehen die Probleme nicht, aber sie sind doch vorhanden. Deswegen braucht es ein niederschwelliges Angebot vor Ort, d. h. wir müssen Sprechstunden direkt für die Jugendlichen anbieten in der Zeit, wo sie in der Schule sind. Gleichzeitig müssen wir gesundheitsfördernden Unterricht machen und auch Gesundheitsaktionen durchführen.

Und: Wir müssen dabei im Setting Schule vernetzt arbeiten.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die *nachgehende Betreuung*, d. h. wir wollen eben nicht einmal ein Kind sehen und sagen „Du musst zum niedergelassenen Arzt gehen“ oder „Du brauchst eine andere Betreuung“, sondern wir möchten dran bleiben und schauen, ob die empfohlenen Schritte stattgefunden haben und die Kinder und Jugendlichen auch auf dem Weg bleiben. Wir wollen uns in Lehrerkonferenzen einbringen, z. B. wenn es um ein behindertes oder chronisch krankes Kind geht, wo Informationen gebraucht werden. Die ärztliche Schweigepflicht wird selbstverständlich berücksichtigt und es werden alle Absprachen nur in Einverständnis mit den Jugendlichen oder auch deren Eltern stattfinden.

Landeshauptstadt
München
Referat für Gesundheit
und Umwelt

Konzept „Ärztin in der Schule“ in Hauptschulen

- **1x wöchentliche Anwesenheit vormittags** für Sprechstunde, Unterricht, fallbezogene Kommunikation, Untersuchung Schulklassen oder Gesundheitsaktionen
- Nachgehende Betreuung
- Elternabende, Lehrer-/Konferenzen, Helferkonferenzen, Vernetzungsgremien

Dr. H. Mayrhofer

Jugendgesundheitskonferenz 9. April 2008



Wieso heißt unser Konzept „Ärztin in der Schule“ und nicht „Arzt in der Schule“? Wir haben es „Ärztin in der Schule“ genannt, weil in unserem Sachgebiet seit vielen Jahren ausschließlich Frauen arbeiten und auch die Stellenausschreibungen bisher nur von Ärztinnen wahrgenommen wurden.

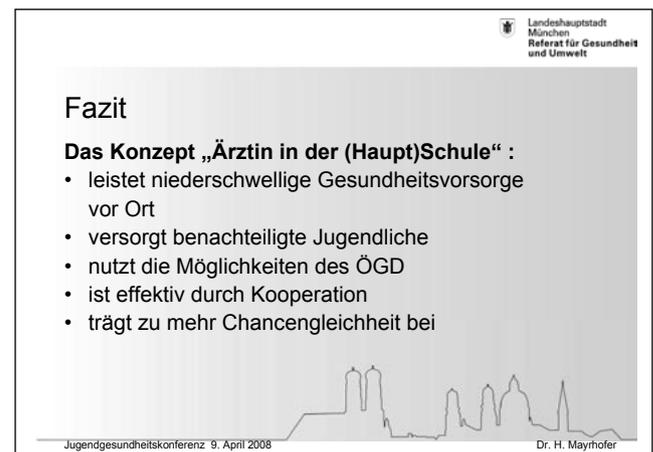
Für die Arbeit ist das ganze *jugendmedizinische Wissen* erforderlich, um in kritischen Situationen von Schülerinnen und Schülern beurteilen zu können, ob eine psychische Problematik dahinter steckt oder eine körperliche Erkrankung. Zudem muss auch eine psychosoziale Problematik erkannt werden, um dann beurteilen zu können, was das Kind, der oder die Jugendliche wirklich braucht. Wichtig ist auch ein spezifisches Selbstverständnis: Die Jugendärztin in der Schule ist nicht die klassische Behandlerin von Krankheiten, sondern sie ist Ansprechpartnerin, Beraterin und Vermittlerin. Das ist ein gewisser *Paradigmenwechsel* für eine Ärztin.



Dieses Diagramm soll Ihnen verdeutlichen, wie wir uns die interdisziplinäre ganzheitliche psychosoziale und gesundheitliche Versorgung an Schulen vorstellen. In der Mitte der Schüler oder die Schülerin. Dann die vier Segmente an der Schule mit den Lehrern/innen, dem schulpsychologischen Dienst, der Schulsozialarbeit und den Schulärztinnen vor Ort. Wir alle gemeinsam können helfen, die Probleme der Schülerinnen und Schüler zu lösen. Häufig ist es so, dass eine

Ärztin als Vertrauensperson auch die erste Ansprechpartnerin sein kann bei einem Problem, das wo ganz anders liegt. Bei Bedarf werden weitere soziale Dienste einbezogen und an ärztliche oder psychotherapeutische Praxen vermittelt. Wir würden uns an Helfer-Konferenzen beteiligen und an Vernetzungsgremien teilnehmen.

Das Konzept „Ärztin in der Schule“ nutzt die Möglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in Gehstruktur niederschwellig vor Ort zu sein und unabhängig vom System Schule. Von der engen Kooperation mit der Schule und weiteren Partnerinnen und Partnern aus sozialen Diensten und aus der Gesundheitsversorgung erwarten wir einen effektiven Einsatz unserer Ressourcen. Das Konzept ist sicherlich für alle Schularten geeignet. Mit der Fokussierung auf Hauptschulen wollen wir jedoch vorrangig die sozial und gesundheitlich Benachteiligten erreichen und damit einen Beitrag zu mehr Chancengleichheit leisten.





Diskussion mit
Podium und Plenum

Leitung: Dr. Maria Gavranidou

Diskussion mit Podium und Publikum

Dr. Maria Gavranidou

Wir haben im Vorfeld den Podiumsteilnehmerinnen und Podiumsteilnehmern Fragen gestellt. Die erste Frage war: „Was sind Ihre Schwerpunkte und was sind Ihre Angebote für den Bereich Jugendgesundheit, Jugendgesundheitsförderung“ und ich war sehr erstaunt zu sehen, wie viel Angebote es gibt in der Stadt. Es gibt tatsächlich eine sehr große Zahl von Angeboten, sei es von Seiten der Stadt, aber auch von anderen Trägern, die zum Teil von der Stadt unterstützt werden, gefördert werden. Die zweite Frage ist „Was brauchen wir darüber hinaus?“ Wenn wir schon so viele Angebote haben in der Stadt, brauchen wir überhaupt noch etwas? Und wenn wir etwas brauchen, in welchen Bereichen und mit welchen Maßnahmen erreichen wir nachhaltige Verbesserungen?

„Was sind Ihre Schwerpunkte und Ihre Angebote“

Dr. Maria Kurz-Adam

Wir haben zwar viele Angebote, aber wir haben auch eine Jugend, die sich entwickelt. Und eine Jugend, die immer wieder neue – wie wir heute gehört haben – Symptome oder auch neue Probleme hat.

Deswegen würde ich gerne zu der Frage „Was brauchen wir darüber hinaus?“ eine sehr grundsätzliche Antwort geben, nämlich dass wir nie aus dem Blick verlieren dürfen, dass diese Jugend eine eigenständige Lebensphase ist. Wir sind in Versuchung, dass wenn wir früh genug anfangen, dass wir dann die Probleme im Jugendalter gelöst hätten. Ich habe auch gerade diese Kinder- und Gesundheitsstudie gelesen, und es wird immer wieder deutlich, dass es einen Bruch in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gibt, wenn sie älter werden. Wenn sie sich mit Fragen ihrer Körperlichkeit, den Körpergrenzen, den Beziehungen, zu denen sie mit Personen stehen, in einer anderen Weise auseinandersetzen müssen als sie dieses mit vier Jahren machen. Das fand ich heute in dem Infon-Beitrag sehr schön.

Jugend ist eine eigenständige Lebensphase

Alkohol ist kein vorübergehendes Modephänomen,

verdeckte Symptomatik von psychischer Gesundheit

Konzept „Ärztinnen in den Hauptschulen“ hervorragende Chance zur Vernetzung

Leitlinien in der Betreuung und Behandlung von Suchtmittel konsumierenden Jugendlichen entwickeln

Das heißt, was wir grundsätzlich brauchen, ist ein spezifisch auf Jugendliche abgestelltes Angebot und ein spezifisch auf die unterschiedlichen Geschlechter abgestelltes Angebot.

Akzente zu setzen: Hier ist der Alkohol zu nennen. Um diese Frage werden wir nicht herum kommen. Wir wissen aus vielen anderen Ländern in Europa, dass sich das stabilisiert, wenn man nicht entsprechend gut und gesellschaftlich reagiert.

Die zweite Frage, die mir außerordentlich wichtig erscheint, ist eine Frage, die wir heute in dem Vortrag von Herrn Schulte-Körne gehört haben, nämlich die Frage, wie steht's um die psychische Gesundheit. Wir haben das Problem, das wir übrigens auch im Erwachsenenalter haben, nämlich von Jugendlichen, die sich in anderen Symptomen oder in anderen Verhaltensweisen äußert. Und ich glaube, da müssen wir noch sehr viel genauer hinschauen. Ich begrüße sehr, wenn wir da auch zu besseren Versorgungsformen kommen. Ich glaube, im Moment haben wir in München 17 nach Kenntnis AM höchstens 13 Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, und das ist vor dem Hintergrund dessen, was wir heute an Symptomatik gehört haben außerordentlich wenig.

Zur dritten Frage: Ich verhehle nicht meine Sympathie für dieses letzte vorgestellte Projekt, nämlich die Frage, wie tragen wir sozusagen systematisch die Frage der Gesundheit in die Institutionen und wie vernetzen wir uns in den Institutionen. „Ärztinnen in den Hauptschulen“ ist eine hervorragende Gelegenheit, die bestehenden Angebote, die wir in den Hauptschulen im Bereich Schulsozialarbeit, im Bereich „Unterstützende lebensweltliche Angebote der Kinder- und Jugendhilfe“ haben, mit diesem Projekt oder mit diesem Angebot gut zu vernetzen.

Frederik Kronthaler

Ich kann nur unterstützen, was Frau Dr. Kurz-Adam gesagt hat im Zuge von Vernetzung. Wir haben ein Vernetzungsproblem, ein Schnittstellenproblem zwischen den beteiligten Professionen. Sozialarbeiter haben in der Regel eine andere Sprache als die Ärzte.

Wir haben zweitens, ein geringeres Problem mit Diagnose, sondern wir haben ein Problem in der richtigen Behandlung. Und meine Forderung wäre, dass alle Institutionen, die mit Jugendlichen zu tun haben, sich auf Regeln verständigen und diese auch offensiv vertreten und nicht quasi im Lehrerzimmer für sich privat gestalten. Und die Frage ist z. B. auch, wie werden Schullandheim-Aufenthalte gestaltet und was passiert, wenn

ein Teil der Jugendlichen zu viel trinkt – werden diese dann heimgeschickt oder wird das Problem in der Gruppe gelöst.

Diese Diskussion muss meines Erachtens offen geführt werden, und es muss ein gesellschaftlicher Konsens her, wie Erziehungsinstanzen – und da gehören wir alle dazu: Eltern, Ärzte, Lehrer und Freizeitheimbetreiber sich zu Alkohol verhalten.

Bei den Suchtmittel konsumierenden Jugendlichen haben wir das Problem der Verschiebung. Wir erkennen sehr früh, im Alter von 12 bis 14 Jahren in der Regel, einen problematischen Konsum, nur bleibt die Reaktion aus. Auch Angststörungen müssen beachtet werden. Das muss in der Behandlung und auch in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen im Alter von 9 bis 12 wahrgenommen werden und es müssen die Behandlungsinstrumente entwickelt werden, um dieses Phänomen zu berücksichtigen.

Kinder und Jugendliche, die stationär untergebracht werden sind problematisch: die Eltern oder bisherigen Erziehungsinstanzen lehnen genau an der Stelle, wo Erziehung anstrengender wird, ihre Erziehungsverantwortung ab. Hier braucht es Sozialarbeiter, die nicht nur die Jugendlichen begleiten in ihrem Wunsch, ihrer Suche nach Orientierung in der Gesellschaft, sondern auch die Eltern mit ins Boot holen und sich trauen, Forderungen an die Eltern zu stellen und Interventionen (wie z. B. Ausgangsregelungen) mit durchzusetzen.

Ein drittes zur Suchthilfe, zu den Suchtberatungsstellen: Nur 3,3% der Klientinnen /Klienten in der Suchtberatungsstelle sind unter 21 Jahren. Das heißt, diese sind keine adäquaten Anlaufstellen für Jugendliche.

Isabell Zacharias

Erst einmal möchte ich mich bedanken, dass Sie mich eingeladen haben, was nicht ganz selbstverständlich ist bei dem Thema. Es wird immer über Eltern gesprochen, aber nicht mit ihnen.

Für mich ist es eine ganz klare Herausforderung: Wir müssen Schule anders denken, wir müssen Bildung anders denken. Wir brauchen eine ganz andere Idee, wie Bildung vermittelt wird. Wenn wir ein Schulsystem wie hier in Bayern haben, was in den dritten Klassen loslegt, die Kinder zu sortieren, welches Angst und Druck verbreitet durch Leistungserhebung. Welches darauf ausgelegt ist, nach unten abzugeben, also abzuschulen. Ich könnte Ihnen jetzt die ganze Klaviatur der Nachteile des Bayerischen Schulsystems aufzeigen. Da ist für mich eines ganz klar: Diese Bildungshäuser sind für mich und meinen Bayerischen Elternverband selbstver-

*Was passiert mit
Weißbier am Lehrertisch*

*Wir brauchen
Sozialarbeiter, die
Eltern fordern und
fördern in ihrer
Erziehungskompetenz*

*Suchtberatungsstellen
sind keine adäquaten
Anlaufstellen für
Jugendliche*

*Wir brauchen
Bildungshäuser, in
denen man seinen
ersten mittleren
Bildungsabschluss macht*

ständig nicht nur mit Lehrerinnen und Lehrern bevölkert, und natürlich mit vielen Schülerinnen und Schülern, sondern auch mit Kinderärzten, Krankenschwestern, Schulsozialarbeiter, Schulpsychologen, externe Partner wie Künstler, Schauspieler, Musiker, Sportler und natürlich Eltern.

Wir müssen aber feststellen, dass wir jetzt die Schulen haben, die ein Tanker sind, die sich scheinbar nebulös neben der Gesellschaft fortbewegen. Das müssen wir deutlich ändern. Wir wissen alle – und Herr Schulte-Körne, hat eben darüber gesprochen – dass 20% der Schülerinnen und Schüler depressiv sind. Das heißt, ein Lehrer bei 35 Kindern in einer Klasse hat da sieben die Depressionen haben, statistisch betrachtet. Noch mal fünf weitere, die Migrationshintergrund haben und, und, und. Was ich sagen möchte ist: Lehrerinnen und Lehrer sind überhaupt nicht ausgebildet, auf diese individuellen Herausforderungen von Schülern.

Ganz klar für mich und uns als Elternvertreter: Wir brauchen, wir müssen Bildung anders denken, wir brauchen ganz andere Bildungseinrichtungen. Weg mit diesen geschlossenen engen Schultankern, auf zu Bildungsvermittlungseinrichtungen, wo alle Kinder miteinander, voneinander, füreinander lernen dürfen. Natürlich müssen da auch Themen wie Alkoholmissbrauch, wie Bulimie, Anorexie, Platz haben.

Mein Vorredner hat es angesprochen: Wir müssen die Eltern mehr in die Pflicht nehmen. Aber wir müssen auch beobachten, dass Eltern immer mehr mit Fragen der Arbeitslosigkeit konfrontiert werden, mit finanziellen Problemen beschäftigt sind. Wir müssen die Eltern stark machen, weil nur starke Eltern können starke Kinder repräsentieren.

Hier in der Stadtgesellschaft München diskutieren wir seit vielen, vielen Monaten darüber, dass wir Elternunterstützungssysteme ganz, ganz früh ansetzen müssen, nämlich in der Schwangerschaft einer jungen Frau. Da müssen wir Unterstützungssysteme ansetzen und nicht erst später reparieren. Das ist super, super teuer.

Jürgen Triftshäuser

Gesundheitsvorsorge und Prävention sind für uns ganz wichtige Themen. Bei uns heißt die Frage: Wie können wir Gesundheitsförderung in die Schule bringen? So früh wie möglich. Wir haben also im Kindergarten angefangen, Bewegung reinzubringen in bewegte Kindergärten, und wollen jetzt versuchen, diese Erkenntnisse, die wir da gefunden haben über die ganze Bildungslaufbahn – und auf das Wort möchte ich hinweisen: Bildungslaufbahn – fortzusetzen und mal schauen, was es an Ergebnissen bringt. Körperlich ist klar, aber auch mit Selbstbewusstsein,

*Eltern sind hochengagiert,
aber haben auch eigene
Sorgen.*

*Gesundheitsförderung
muss die*

Selbstkonzept usw. usw., die ganzen Schlüsselqualifikationen, das steht an.

„Was muss noch zusätzlich passieren?“ war die Frage. Für mich müssen funktionierende Projekte immer auch in die Fläche gehen. Zumindest da in die Fläche gehen, wo wie angesprochen die besonderen Brennpunkte sind, sozial Benachteiligte oder hoher Migrationsanteil. Im übrigen war das unser erster Ansatz auch mit den Kindergärten mit 90% Migrationsanteil, mit faszinierenden Ergebnissen. Wir müssen in die Fläche gehen. Das haben wir uns in dem Kindergartenbereich auch vorgenommen und festgeschrieben. Wir gehen also nicht in zwei oder drei Kindergärten, sondern in hundert. Was passieren muss ist, dass nicht einzelnen Stadien nacheinander gesehen werden, also Grundschule, dann ist wieder Pause, dann ist wieder im Gymnasium sonst irgendwo wieder ein Projekt, sondern wir wollen versuchen, die ganze Bildungslaufbahn oder Entwicklungslaufbahn mal kontinuierlich zu betrachten und versuchen, die Brüche zu vermeiden in der Hoffnung, dass wir dann einiges bei den Jugendlichen schon verankert haben, wo wir sie einzeln vielleicht nicht mehr kriegen. Wenn das nicht gelingt, brauchen wir Einzelkonzepte. Wir wollen langfristig und kontinuierlich arbeiten. Das wollen wir dieses Jahr mal probieren in einem Schulkomplex. Und nun sind wir als Schul- und Kultusreferat nicht für staatliche Schulen inhaltlich zuständig, aber immerhin als Sachaufwandsträger. Das heißt, nächstes Stichwort: Wir wollen versuchen, gesundheitsfördernde Verhältnisse zu schaffen. Es soll also attraktiv sein. Und ich habe vorhin die Bewegung als Ansatzpunkt schon genannt. Wir wollen also attraktive Klassenzimmer, bewegungsfreundliche Pausenhöfe, Sporthallen, die auch Bewegung inszenieren, entwickeln, die gibt's nämlich noch nicht, und schauen, was wir damit bewirken. Und das im Kontext zu anderen Angeboten: Ernährung oder was alles noch genannt wird. Also wir sind zuständig für die Verhältnisse als Sachaufwandsträger, wollen versuchen mal kontinuierlich über die ganzen Abschnitte hier tätig zu werden.

Was wir noch brauchen ist, dass wir weniger über Gesundheit reden und damit jetzt bei Jugendlichen wahrscheinlich genau das Gegenteil hervorrufen, nämlich: Wenn ihr alle gesund sein wollt, dann mache ich das Gegenteil, um mich abzugrenzen. Sondern es muss irgendwo einfach selbstverständlich werden in der Schulphilosophie. Was wir hier mal probiert haben, das war, das Konzept „Bewegte Schule“, das vieles beinhaltet, in die gesamten Lehrerkollegien zu tragen in allen städtischen Realschulen, also in der Flächendeckung. Dass die Lateinlehrer und Matheleh-

*Bildungslaufbahn
begleiten*

*Projekte in sozialen
Brennpunkten ausweiten*

*gesundheitsfördernde
Verhältnisse schaffen*

Bewegte Schule

rer auch wissen, wie sie einen rhythmisierten Schulalltag (Belastung und Entspannung) organisieren können. Also und auch in die Lehrpläne dann hoffentlich.

evaluieren

Wir müssen wirklich sauber evaluieren von Anfang bis Ende, um dann auch immer wieder anzupassen. Und mit vernünftigen Ergebnissen, haben wir festgestellt, kommen wir dann auch weiter, bekommen wir auch wieder Gelder, um was umzusetzen.

vernetzen

Die vielen Akteure müssen vernetzt arbeiten. Staatliches Schulamt und Schul- und Kultusreferat zum Beispiel müssen zusammenarbeiten, sonst haben wir an den Hauptschulen nichts zu tun.

Dr. Bernd Simon

Ich habe ja heute eine ganze Menge interessanter Stellungnahmen gehört und bin auch wirklich sehr beeindruckt davon, weil das doch so ein Update wiedergibt, wie ist die Situation z. B. in München, das ist ja ein Brennpunkt, der sich schon bisschen unterscheidet von der Situation auf dem Land oder deutschlandweit. Aber es sind ja sehr, sehr ähnliche Entwicklungen, und ich kann Ihnen mal aus der Situation eines Kinder- und Jugendarztes berichten. Da hat sich in den letzten fünfzehn Jahren wirklich ganz Erhebliches geändert. Herr Weissenrieder hat es ja schon dargestellt. Das ist nicht mehr so, dass der Kinderarzt nur die Babys betreut, ja, also das ist ein schönes Bild und vielleicht noch der liebe Doktor, der Hustensaft verschreibt. Diese Sachen haben wir ja mehr oder weniger überwunden. Heute ist Alltag – das kann ich Ihnen auch sagen –, dass wir so ab drei, halb vier bis 20 Uhr ein Gespräch nach dem anderen mit Eltern und mit Jugendlichen und auch mit Schulkindern führen, führen müssen. Nicht, weil wir uns danach gedrängt haben, sondern da ist die Not am allergrößten. Das ist für mich die verblüffendste Entwicklung überhaupt. Und sie spiegelt wirklich eine Not wider, die in einer Großstadt ganz besonders vorhanden ist. Da spielen Elemente hinein, die Sie angesprochen haben. Das sind die fehlende Erziehungskompetenz, das sind die vielen, vielen anderen Entwicklungen in einer Großstadt, die immer auch eine Auswirkung auf Kinder haben, und sehr häufig eben auch negative Entwicklungen. Da kriege ich das ganze Elend so einer Familie ausgebreitet und dann können Sie davon ausgehen, dann breitet sich über mich die Ratlosigkeit aus, weil ich weiß, da muss ich jetzt mindestens fünf Institutionen mit einbeziehen.

Eltern und Jugendliche sind die neue Zielgruppe

gute Struktur dem Sparstift zum Opfer gefallen

Wir hatten mit dem Schulärztlichen Dienst schon einmal eine sehr gute Struktur in München und in Bayern. Die ist vor 15 Jahren systematisch

bewusst dem Sparstift zum Opfer gefallen. Das muss man immer wieder sagen. Wenn Politiker heute den Zug erwischen wollen in Richtung Maßnahmen für Kinder und Jugendliche, dann muss ich sagen: den hätten sie schon viel, viel früher besetzen können. Im Gegenteil, sie haben die Züge gestoppt und eine erhebliche Mitschuld trifft auch dieser Sparwahn, der uns auch in anderen Bereichen sehr zu schaffen macht.

Ich gebe Ihnen noch ein anderes Beispiel, was Eltern trifft. Ja, also das ist jetzt mal nichts Psychologisches, sondern wirklich was Somatisches. Nehmen Sie, jetzt fängt die Baublüte an. Und haben eine Familie, da gibt es noch drei Kinder und die haben alle Heuschnupfen, das ist nämlich was Erbliches übrigens, ja, und die sind über 12 Jahre alt. Dann muss die Familie für diese Kinder im Monat oder in sechs Wochen gut und gerne über hundert Euro hinlegen, nur für Basismedikamente, die die Kinder unbedingt brauchen. Das ist leitliniengerecht und das ist vernünftig. Und da sind wir automatisch bei den Kernproblemen. Die können wir heute sicher nicht lösen. Ich will nur so die Situation so ein bisschen schildern. Was mich auch sehr berührt hat heute war, – jetzt mache ich einen Schwenk – ist dieser eklatante Zusammenhang, dass Bildung und Krankheit sehr nahe zusammenliegen. Und dass das zu allererst die Kinder zu spüren bekommen. Das sind eigentlich Plattitüden, das muss jeder wissen. Aber so eklatant habe ich das selten dargestellt bekommen, und ich denke, hier ist ein ganz wichtiger Ansatz, wo wir einfach die Situation in München vorantreiben müssen und etwas verändern müssen. Sie haben das mit der Vernetzung angesprochen. Es ist zwar eine Plattitüde, aber Sie haben trotzdem vollständig recht. Und ich kann Ihnen sagen, ich bin schon vor 15 Jahren auch hier – glaube ich – in so einem Gremium gesessen. Und da waren wir uns auch total darüber einig, dass wir uns vernetzen müssen und dass wir mehr tun müssen. Hier sind ja ein Haufen Experten. Die wissen ja, die können das ja alles bestätigen, was da an Problematik an der Wand dargestellt worden ist. Nur ist so viel Positives in den 15 Jahren nicht geschehen. Und ich glaube, ich habe auch kein Patentrezept, sage ich Ihnen gleich.

Aber mein Appell wäre eher: Lassen Sie uns doch einfach mal anfangen was zu tun und zwar was gemeinsam zu tun. Also das wäre auch mein Wunsch und das wäre eine Aufgabe dieser Stadtverwaltung, dass sie diese Diskussion, die da heute im Entstehen ist, dass sie die fortsetzt und dass wir uns wieder treffen, projektorientiert, zielorientiert. Und lassen Sie uns wirklich Projekte starten, die man auch umsetzen kann, ohne dass man sich erst in zehn Jahren wieder treffen muss.

*gemeinsam
etwas tun*

*Einfacher Begleitservice
im Bildungssystem
schafft Vertrauen*

*Informationen über
Strukturen und Werte in
Deutschland ?*

Barbara Abdallah-Steinkopff

Flüchtlingsfamilien werden bei uns behandelt, psychotherapeutisch und sozialpädagogisch beraten. Und eine Erfahrung kann ich weitergeben: Das sind Menschen, die benachteiligt sind, weil sie ein haben. Daher möchte ich vorschlage, es gebe eine ganz einfache Maßnahme, nämlich von Anfang an einen mit relativ einfachen Schritten, die gar nicht so sensationell sind, aber sehr hilfreich sind und einen großen Teil der Therapien ersetzen würden.

Folgendes hat sich bei uns herausgestellt: Ich hatte mehrere Gruppen mit Müttern in Behandlung und ich habe einfach bestimmte Äußerungen immer wieder gehört: Ich kenn' mich hier nicht aus im Schulsystem – Ich weiß nicht, was für mein Kind gut ist – Wir hatten zuhause ganz andere Aufgaben, zuhause ging es darum, als Mutter das Kind gut zu ernähren und sauber zu halten, gut zu kleiden. Der Vater hat das Geld heimgebracht, und der Onkel und die Lehrer waren für die moralische Entwicklung zuständig. – Sie kennen den Spruch, wenn die Familie die Kinder zu Schule bringt: Das sind die Knochen, Du machst das Fleisch. Das heißt, wenn sie hierher kommen, sagen sie: Ich war in einem großen System; ich bin hier jetzt in einem sehr kleinen System und weiß eigentlich gar nicht mehr, was so meine Aufgaben noch sind. Da ist das eine. Das andere ist, dass mir Kinder und Jugendliche sagen: Ja wissen Sie, am meisten würde ich mir einfach wünschen, dass meine Eltern Deutsch können, denn wenn Sie Deutsch können, dann komme ich nicht in die Lage, sie so geschwächt vor den Behörden zu sehen oder bei der Schule zu übersetzen, wie schlecht ich mich verhalten habe.

Ich möchte es mehr an Beispielen festmachen. Ich habe jetzt gerade eine Mutter da, die schafft es nicht, ihr Kind abends früh genug ins Bett zu bringen. Wenn man sie fragt, woran das liegt, – sie kommt aus dem Irak. Ich kenne das aus Tunesien: da schlafen die Kinder irgendwann ein; die haben nachmittags geschlafen, die gehen relativ spät ins Bett und die kriegen das ganz gut hin. Mein Sohn, wenn der da ist, der braucht das richtige Setting, da muss ein Bett sein, dass er weiß, er muss schlafen. Das heißt, sie haben unterschiedliche Fähigkeiten von zuhause mitbekommen, wie das ist ins Bett zu gehen. Hier ist es so, dass die Mutter sagt: Ich krieg' das überhaupt nicht mehr in Griff. Eine ganz einfache Maßnahme, die ich jetzt in der Therapie mache, ist ihr einfach zu sagen, wie man das aufbaut.

Ein anderes Beispiel ist zum Kontakt mit der Schule. Eine Tschetschin hatte ihrem Sohn verboten, mit ins Schullandheim zu gehen. Schlicht

und einfach. Stellen Sie sich vor, Sie sind in Tunesien und man würde Ihnen begeistert sagen, ich nehme Deinen Sohn mit zum Beschneidungsfest. Das ist ganz toll. Sie hätten kein Skript, was da ist, und Sie wüssten nicht, ob Sie Ihr Kind da mitgehen lassen sollen.

Diese Menschen brauchen einfach Information, wie Dinge hier laufen. Wir haben das versucht, jetzt zu übertragen auf ein Konzept für Elternseminare, in dem wir Integrationsinformation bringen – also: Was sind für Schulsysteme da, wie ist die Gesundheitsversorgung – und Fertigkeiten, die neu hinzukommen zur Erziehung, weil man in der Kleinfamilie lebt. Und weil es andere Normen und Werte hier in Deutschland gibt.

Wenn Sie sich so Jugendliche und Kinder angucken, dann sind die eigentlich gut vorbereitet für einen guten Job bei der Wirtschaft. Denn wenn sie es gut schaffen, diese Auseinandersetzung mit verschiedenen Wertsystemen hinzukriegen, sind die flexibler, als viele deutsche Kinder, denn sie müssen dauernd zwischen Systemen wechseln. Es gab auch in Holland eine Art Begleiter, den Sprachmittler. Das muss finanziert werden. Sprachmittler könnte über die Stadt organisiert werden aufklären über ganz bestimmte Dinge, die die Erziehung betreffen. Ob das moralische Werte sind.

Es geht nicht darum, dass sie Alles liegen lassen und sich sozusagen eher diesem Coping-Stil Assimilation hingeben, wo sie doch schon alles zurück lassen mussten. Häufig sind sie und die Kinder versuchen, die Brücke zu schaffen zu der neuen Kultur. Und wenn ich – ich mach immer eine einfache Übung in Fortbildungen, dass ich Leute bitte sich vorzustellen, sie müssten von heute auf morgen, nach Burundi ziehen und sie wären jetzt konfrontiert mit bestimmten Dingen. Und das mache ich bei Psychotherapeutenfortbildungen. Sie brauchen Informationen, nicht Psychotherapie.

Manche Flüchtlingsfamilien sind allerdings auch umzingelt von Helfern und man müsste ein besseres Case Management schaffen. Denn die haben jeder eine Vorstellung, was richtig für diese Flüchtlingsfamilien wäre. Es wäre auch die Frage, wie strukturiert man das. Und dazu würde ich einfach bitten, viel mehr die Fachleute einzubinden, die aus diesen Ländern stammen. Es gibt aufsuchende Hilfe von Irakern, die kennen sich einfach sehr gut aus: Wie sah es zuhause auch, wie ist es hier.

Wie gewinnt man die Leute dazu, hinzukommen, z. B. zu Deutschkursen. Das ist auch immer so ein Kampf. Gott sei dank ist es verpflichtend, das finde ich sehr gut. Aber bei der Motivation haben wir festgestellt: Wenn wir jetzt sagen, es wird ein Elterntraining angeboten, schickt kein

Elternseminare

Eltern sind Hüter ihrer Tradition – Kinder die Brücke zur neuen Kultur

Fachleute aus den Herkunftsländern einbinden

kosovo-albanischer Mann seine Frau hin, sonst müsste er bekunden damit, dass er seine Frau für keine gute Mutter hält. Wir haben dann festgestellt, wenn wir das Elternseminare nennen, in denen auch Information über deutsches Erziehungswesen weitergegeben wird, dann kamen viel mehr Mütter tatsächlich und wir könnten auch pädagogische Aspekte mit reinbringen.

*Elternseminare
kultursensibel gestalten*

Es sind eigentlich nur einfache Maßnahmen, die man treffen muss, denn die Leute sind nicht per se krank, auch wenn sie traumatisiert sind, sondern sie brauchen erst mal viel Information und vielleicht auch Verhaltensskripte, wie man sich verhält. Wenn ein afrikanischer Jugendlicher sagt, ich war noch nie so auffällig. Unter Weißen muss man ihm beibringen, wie er sich da verhält.

es hat sich viel getan

Andrea Mager-Tschira

Ich gebe Allen recht, die sagen, es hat sich viel getan: Gesundheitsförderung ist als Querschnittsaufgabe in der Stadtverwaltung verankert. Wir haben erfahren, dass die Jugendmedizin sich aufgebaut und etabliert hat und die Versorgung in die Breite gegangen ist. Wir haben einen öffentlichen Gesundheitsdienst, der – wie Frau Dr. Mayrhofer heute gezeigt hat – eine Neuorientierung und einen Paradigmenwechsel macht hin zu mehr Begleitung, Vermittlung und Beratung, und diese Funktionen heute stärker wahrnimmt als traditionelle Kontrollfunktionen.

*Die Jugendlichen haben
sich verändert, die
Gesundheitsrisiken haben
sich vielfach erhöht*

Aber die Jugendlichen haben sich verändert und die Rahmenbedingungen haben sich für sie zum Teil verschlechtert. Die sind in vielen Bereichen riskanter geworden. Der Druck in der Schule ist in den letzten zehn, zwanzig Jahren mehr statt weniger geworden und durch die verschiedenen Gesundheitsreformgesetze haben sich auch die Bedingungen für die Gesundheitsversorgung verschlechtert. Die Jugendlichen werden bereits ab zwölf Jahren schrittweise „ausgesteuert“ und zunehmend wie Erwachsene behandelt. Das spiegelt sich übrigens auch im Arbeitsrecht: Die Idee, dass Dreizehnjährige im Falle einer Erkrankung vielleicht noch Eltern bräuchten, die sie zu Hause pflegen, hat sich hier nicht durchgesetzt. Es scheint die Auffassung zu herrschen, dass sie im Krankheitsfall schon irgendwie so zurechtkommen und das Größte geschehen ist, weil die Kinderkrankheiten ja vorbei sind.

Zwar sind die Kinderkrankheiten vorbei, aber es beginnen eben auch neue Risiken und neue Entwicklungsaufgaben. Die Jugendphase ist eben nicht „ganz-frei-von-allen-Belastungen“, wie wir das als Erwachsene viel-

leicht gerne erinnern, wenn wir an die eigene Jugendzeit denken, sondern es ist eine ganz vulnerable Phase.

Wir hatten heute ein wichtiges Statement, nämlich: „Den Jugendlichen geht es gut, nur die Benachteiligten und Migranten stören das Bild.“ Und das ist eigentlich genau das Thema, um das sich der öffentliche Gesundheitsdienst bemühen müsste. Das heißt, wir müssen uns um die Defizite und um die Lücken und Schwachen im System kümmern. Es sind zu viele Jugendliche, die wir mit ihren Problemen alleine lassen. Und wir lassen auch die Bezugspersonen von ihnen alleine, die mit ihnen in den Schulen und Jugendeinrichtungen arbeiten.

Wir vertun damit die Chancen, die Jugendlichen zu erreichen, die benachteiligt sind und besondere gesundheitliche Bedarfe haben. Es sind ja gerade die Kinder, die von zu Hause die Ressourcen nicht mitbringen, um mit diesen Bedarfen umzugehen. Wir erwarten für diese Jugendlichen eine Zukunft, in der sie wieder mit besonderen Belastungen werden umgehen müssen, besondere Herausforderungen und soziale Schwierigkeiten zu bewältigen haben. Und wir vertun im Moment, in vielen Fällen die Chance, sie zu stärken, zu fördern und zu kräftigen und ihnen auch auf gesundheitlicher Ebene bestmögliche Ausgangsbedingungen für ein schwieriges Erwachsenenleben zu schaffen. Wir tragen damit zur Perpetuierung dieser Benachteiligung bei, denn sie werden auch wieder Eltern werden.

Der öffentliche Gesundheitsdienst als Teil der gesundheitlichen Versorgung hat da eine wichtige Aufgabe, Jugendlichen frühzeitig zu helfen, einer Verstetigung, Manifestation und Chronifizierung von Störungen, Auffälligkeiten und Erkrankungen entgegenzuwirken. Wir haben es im psychischen Bereich heute besonders gesehen, wie groß die Gefahren oder wie die Ketten aussehen von der Störung über einen Suchtmittelgebrauch hin zur depressiven Erkrankung, hin gar zum Suizid. Wenn wir diejenigen, die diese Probleme haben, nicht erkennen und ihnen kein Angebot machen, vertun wir die Chance, die Kette zu unterbrechen und sie in die richtige Behandlung zu führen.

Das Konzept „Ärztin in der Schule“, das von Frau Dr. Mayrhofer vorgestellt wurde, richtet sich besonders auf die Hauptschulen, weil wir dort besonders viele Jugendliche mit sehr hohem gesundheitlichen Bedarf vermuten oder kennen, und dort auch viele Benachteiligte z. B. mit Migrationshintergrund finden und sie direkt ansprechen können.

Bei der Suchtprävention ist der Bedarf ja ganz offensichtlich, Prävention von Alkoholmissbrauch steht an erster Stelle, muss an erster Stelle

*Benachteiligte
Jugendliche erreichen,
das ist Aufgabe des ÖGD*

*Gesundheitliche
Probleme möglichst früh
erkennen*

*Gesundheitsvorsorge in
Hauptschulen*

Suchtprävention

sein. Auch da hat das Referat für Gesundheit und Umwelt ein Programm vorgestellt, das im Stadtrat noch zu behandeln ist. Auch dieses Programm setzt auf Vernetzung, aber auch auf die vorhandenen Sanktionsmöglichkeiten, denn dieser Missstand, dass Kinder und Jugendlichen den Alkohol ausgeschenkt kriegen, gilt es zu unterbinden. Das ist eine ganz einfache Frage des Jugendschutzes, der hier zur gesundheitlichen Prävention beiträgt.

*Gesundheitsvorsorge für
Flüchtlingskinder*

Mein letzter Punkt sind die Flüchtlingskinder. Die Prävention und Therapie bei chronisch kranken Flüchtlingskindern ist einfach ein Problem. Wir erreichen diese Gruppen nicht rechtzeitig, sie finden nicht in die geeignete Versorgung. Die Kinder und Jugendlichen kommen mit hohen Belastungen hierher, leben in den Unterkünften unter belastenden Umständen und kommen oft erst im akuten Krisenfall in eine Versorgung. Wir haben noch nicht die richtigen Zugänge für die Gesundheitsvorsorge. Da ist struktureller Bedarf.

*Niederschwellige
Zugänge nutzen*

Ich komme zum Schluss: Wir müssen erstens, vorhandene Zugänge noch viel gezielter nutzen, und einer dieser Zugänge ist die Schulgesundheitspflege, die in den letzten Jahren aber leider sehr stark abgebaut wurde auf Landesebene und in der Folge auch in München. Eine regelmäßige schulärztliche Untersuchung haben wir nur noch in den Förderschulen, ansonsten haben wir die Einschulungsuntersuchungen und dann müssen wir die Kinder praktisch alleine lassen, denn unsere Ressourcen reichen nicht aus.

*Zielgruppengenaue
Präventionsprogramme*

Zweitens: Wir müssen die Präventionsprogramme, die wir ja haben, Projekte, die wir anregen, wir müssen sie viel differenzierter und viel weitergehend auf die unterschiedlichen benachteiligten Zielgruppen ausrichten. Es sind nicht „die“ Benachteiligten und „die“ Migranten. Der Alkoholkonsum bei türkischen Jugendlichen schaut eben anders aus, als der bei Russlanddeutschen. Da sind viele Differenzierungen notwendig, die uns die Stadtbevölkerung inzwischen abverlangt.

*Kooperation und
Vernetzung*

Und schließlich, Fortsetzung von Kooperation und Vernetzung auf allen Ebenen. Da kann ich nur zustimmen. Und wir haben es schon gesagt: Wir wollen Schwerpunktthemen weiterverfolgen in Gesundheitsforen und freuen uns auf Ihre Anregungen, auf Themen, die wir da aufgreifen sollten.

Aus dem Publikum

Inzwischen ist bekannt, dass je nach ethnischer Zugehörigkeit und auch nach Zugehörigkeit zum Geschlecht, ja selbst innerhalb einer ethni-

schen Gruppe, es unterschiedliche Verträglichkeiten von Medikamenten gibt. Da Genussmittel oder Genussgifte, ob illegal oder legal ähnliche Wirksamkeiten wie Medikamente haben, ist anzunehmen, dass hier Ähnliches gilt. München muss einsehen, dass alle Tradition hinsichtlich des Bieres in Bayern keine Garantie dafür ist, dass Bier nicht schädlich ist. Die gnadenlose Vermarktung unserer Stadt im Zusammenhang mit Bier muss ein Ende haben. München „Kinder- und Familienstadt“ oder „Stadt mit Herz“ klingt besser als „Welthauptstadt des Bieres“. Ein richtiges Signal wäre es, wenn unser Oberbürgermeister, wenn nächstens O'zapft ist, zusätzlich ein Fass mit alkoholfreiem Bier anzapft.

Die Vermarktung unserer Stadt im Zusammenhang mit Bier beenden

Aus dem Publikum

Ich bin Kinderarzt in München. Und nachdem wir jetzt wenig Zeit haben, kann ich jetzt bloß noch Hausaufgaben verteilen. Ich glaube, klar geworden ist, dass wir uns vor allem in der Stadt besser vernetzen müssen. Also das Gesundheitsreferat und das Schul- und Kultusreferat ist viel zu wenig miteinander vernetzt. Es wurde klar, dass die gleichen Nachteile, die die Kinder nicht richtig an der Bildung teilhaben lassen, lassen sie auch nicht an der Gesundheit teilhaben. Das heißt, es muss ein gemeinsames Konzept geben und da müssen wir alle dran arbeiten. Das ist eindeutig und klar herausgekommen heute. Und da gibt es natürlich mehrere Möglichkeiten. Das einfachste und das hat mir so wunderbar gefallen, sind oft so einfache Dinge, dass man die Leute abholt, die damit zu tun haben, und nicht Infozettel rausgibt oder irgend so was, sondern wirklich abholt.

Das Gesundheitsreferat und das Schul- und Kultusreferat sind zu wenig vernetzt

Da müssen wir die Eltern eben erwischen. Wir müssen die Eltern vorher schon erwischen. Wir müssen die falschen Erwartungen zerstreuen und zwar die von uns und die von denen, dass sie in diesem System wissen, wie sie sich verhalten müssen. Das geht nur über eine vernünftige Schulstruktur. Wie Frau Zacharias gesagt hat. Das geht nur, wenn wir eine Schulstruktur haben, wo alle Zugang haben, wo alle Zugang haben müssen. Sie müssen auch reingeholt werden, dann werden sie richtig informiert, Eltern und Kinder, und dann können wir gemeinsam eine gescheite Sache voranbringen. Wenn jeder vor sich hinwurschtelt, wird's nix!

Die Eltern erreichen

Die Schulstruktur überdenken

Jürgen Triftshäuser

Nach Protest aus dem Publikum und von der der Rede von Frau Mager-Tschira: Wir sind sehr gut vernetzt in einzelnen Projekten, z. B. so Gesundheitswochen, die wir gemeinsam durchgeführt haben. Und wenn

*Gute Vernetzung in
Projekten, kein Geld für
Institutionalisierung*

wir versucht haben, dann solche – ich habe es vorhin genannt – solche funktionierenden Projekte auszuweiten und zu institutionalisieren, dann hat immer das Geld gefehlt. Das ist ein großes Problem, das stimmt. Also wenn man sagt, obligatorisch einmal pro Jahr eine Woche, dann konnten wir das nie finanzieren. Also der Austausch ist in Projekten da und ganz schwierig in die Fläche zu bringen.

Dr. Bernd Simon

*Durch gute Vernetzung
hätte man den G8-Stress
verhindern können*

Von dieser Vernetzung spürt man viel zu wenig. Das hat der Kollege gerade gesagt. Und wenn ich – ich weiß ja, dass es ein Schlagwort ist –, aber wenn ich nur daran denke, was diese unselige G8-Entwicklung über die Masse der betroffenen Kinder und Eltern gebracht hat. Ich kann Ihnen nur sagen, das ist eine psychische Last, da haben wir noch Jahrzehnte daran abzarbeiten. Und das ist für mich ein wunderbares Beispiel, wo eine funktionierende Vernetzung möglicherweise dieses hätte verhindern können.

Aus dem Publikum

*Gesundheitserziehung
in der Erzieherinnen-
ausbildung aufwerten*

Mein Name ist Dr. Lange. Ich bin Internistin, und ich bin bei der Stadt München für die Gesundheitserziehung der Erzieherinnen tätig und bilde dort aus. Und ich höre hier viel von mangelnden Ressourcen und Vernetzung. Ich habe auch eine Vision, nämlich dass dieses vielleicht mal im pädagogischen Bereich wieder etwas wichtiger wird. Ich habe es die letzten fünf Jahre, ich bin jetzt fünf Jahre dabei. Das Fach wurde abgewertet. Es wurden Stunden reduziert, es wurde die Wichtigkeit genommen.

Da heißt, wenn wir jetzt anfangen, pädagogisches Personal in Gesundheitserziehung zu schulen, dann haben wir vielleicht auch mal die Chance, Kinder in Gesundheitserziehung zu schulen. Ich bin dort auch Schulärztin, und ich kann Ihnen sagen, was ich mit Problemen an Studierenden zu tun habe. Ich habe jedes Jahr 800; es funktioniert in allen Bereichen. Man muss nur da sein. Und das glaube ich fehlt, und wir hätten die Strukturen, wir haben ja Pädagogen vor Ort. Die müssen nur auch mal. Ich weiß, es steht in den Lehrplänen – aber ich habe selber eine 11-jährige Tochter –, was drinsteht und was gemacht wird, wissen wir glaube ich alle, sind Unterschiede. Und das wäre meine Vision. Holen Sie die Pädagogen mit an den Tisch. Werten Sie das Fach auf. Dann haben wir irgendwann die Chance, das bei den Kindern wieder anzubringen.

Aus dem Publikum

Ich bin vom Elternbeirat vom Elsa-Brändström-Gymnasium. Da haben wir ein besonderes Thema bei uns, nämlich die Schulverpflegung, die Mensa. Da ist es leider Gottes so, dass das Schulreferat die Schulverpflegung offensichtlich mehr unter kaufmännischen Gesichtspunkten betrachtet, während das Referat für Gesundheit und Umwelt – Gott sei Dank – das durchaus unter gesundheitlichen Aspekten sieht. Und da möchte ich doch auch mal appellieren an beide Referate, sich zusammenzutun und das wirklich unter dem Thema Gesundheitserziehung zu sehen und diese ganzen zusätzlichen finanziellen Belastungen, auch die dazu führen, dass einige Kinder auch nicht essen. Wenn man bedenkt, dass Essen ist um die Hälfte teurer als der Hartz-IV-Betrag, den jemand bekommt für den gesamten Tag, für die gesamte Tagesernährung eines Kindes. Und das kann ja wohl nicht sein. Und wenn man überlegt, dass auf jedem Essen 1 Euro bis 1,50 Euro nur Steuern und Abgaben drauf sind, da frage ich mich wirklich: Bildung ist eine Aufgabe des Staates und Bildung ist unser aller Aufgabe. Und von daher mein Appell: Diese ganzen Kosten müssen weg. Nur die reinen Essenskosten; und mehr Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen den beiden Referaten.

*Schulverpflegung
unter gesundheitlichen
Aspekten betrachten*

Aus dem Publikum

Ich sehe immer wieder, dass es ganz klare Trennungen gibt. Zum Beispiel Kinder von null bis drei Jahren in einem Referat und Kinder von drei bis sechs Jahren in einem anderen Referat. Ich weiß nicht, ob das so richtig ist. Ich erlebe immer wieder, wenn ein bestimmtes Thema angesprochen wird, z. B. Gesundheitsleitlinien, oder interkulturellen Leitlinien. Aber in interkulturelles Leitlinien kommt Gesundheit so wenig vor und Gesundheitsleitlinien werden im Gesundheitsreferat gemacht. Manchmal denken wir, diese Art Referate von der Stadt München müssten besser zusammenarbeiten.

*Referate sollen besser
zusammenarbeiten*

Tag für Tag kommen Eltern zu uns mit ihren Kindern und mit ihren Problemen. Es sind nicht nur Migranten, die erst hierher zugewandert sind. Es ist sogar die zweite Generation. Diese zweite Generation hat so schlechte Erfahrungen. Die wollen partout ihre Kinder nicht in diese Förderklassen schicken, wenn da Kinder mit geistiger Behinderung oder Körperbehinderung sind.

*Eltern müssen auf
Förderklassen vorbereitet
werden*

Dr. Maria Gavranidou

Die Zeit ist und doch sehr fortgeschritten. Ich schlage vor, dass wir die

Die Vision

Diskussion zusammenfassen, indem Sie, bitte vom Podium aus Ihre Vision in einem Satz darstellen. Was wünschen Sie sich für die Zukunft für den Bereich Jugendgesundheit?

Andrea Mager-Tschira

Ansprechpartner für belastete Jugendliche finden

Ich wünsche mir, dass Jugendliche mit gesundheitlichen Problemen oder Belastungen, die sich zu einem gesundheitlichen Problem entwickeln können, einen Ansprechpartner finden, egal welcher Profession, der aber in der Lage ist, sie dorthin zu vermitteln und zu führen, wo ihm oder ihr weitergeholfen werden kann, wo sie begleitet werden bis zur Lösung des Problems, die ja oft ganz nahe liegt.

Vernetzung mit finanziellen Mitteln ausstatten

Jürgen Triftshäuser

Meine Vision ist, dass wir so ein Vernetzungsgremium schaffen, das dann auch mit richtigen finanziellen Mitteln ausgestattet ist, um getroffene Entscheidungen auch gleich umzusetzen.

Wo wollen wir hin?

Dr. Maria Kurz-Adam

Wo wollen wir hin? Wir werden auch bei den Erwachsenen nie eine perfekte gesunde Welt hinkriegen. Das erscheint mir schon noch mal ganz wichtig, dass wir uns auch etwas bescheiden: Was wollen wir und für wen wollen wir was? Deswegen hat mir die Differenzierung, die Frau Mager-Tschira angesprochen hat, auch sehr gut gefallen. Ich komme von einem Jugendamt. Das hat einen ganz speziellen Auftrag. Und den will ich hier schon verteidigen: Der Auftrag ist, dass wir parteilich für die Kinder und Jugendlichen sind. Und das heißt, dass wir ihre Stimme hören. Ich möchte gerne die Stimme der Kinder und Jugendlichen in diesen Visionen hören und an der Seite der Kinder und Jugendlichen in diesen Visionen auch stehen. Das ist unser Auftrag. Und diese Vision würde ich an der Stelle gerne mal deutlich machen. Auch wenn sie dann vielleicht manchmal etwas speziell erscheint. Aber wenn wir diese Parteilichkeit für Kinder und Jugendliche nicht haben, dann ist auch die Stimme verloren. Und dann sind sie nur noch Symptomträger. Und dann sind sie nur noch Probleme, aber sie sind nicht Mensch.

Parteilichkeit für Kinder und Jugendliche

Barbara Abdallah-Steinkopff

Interkultureller Austausch, Zweisprachigkeit als besondere Fähigkeit

Aus der Sicht eines Flüchtlingsberatungszentrums wünsche ich mir, dass die Kinder mitkriegen, ich bin nicht defizitär, ich kenne zwei Länder, ich kann zwei Sprachen. Und dass sie das mitteilen können in Projekten,

an Schulen. Solche interkulturellen Austausche sollen sich nicht nur darauf beziehen, was man kochen kann und wie man tanzen kann, sondern dass man Geschichten durchgeht und sich überlegt, wie würde man das in Kabul entscheiden – ein Schuldirektor, wenn geklaut wird – und wie wird das in München z. B. entschieden durch den Schuldirektor. Wurde schon mal durchgeführt von Martina Unger. Und das ist ein Beispiel für viele andere.

Isabell Zacharias

Ich wünsche mir, dass morgen im Stadtrat, wenn „Ärztinnen in Hauptschulen“ verhandelt wird, dass Sie noch mehr Ärztinnen dafür rekrutieren dürfen. Solange brauchen wir solche Projekte, bis wir diese Schule haben, die ich vorhin skizziert habe, ein Bildungshaus von null bis achtzehn. In diesem Bildungshaus, wo wir alle gerne, die Krankenschwestern, die Lehrer, die Eltern, die Schüler, die Ärzte, die Künstler, – habe ich jemanden vergessen – die Sportler. Solange brauchen wir diese Projekte, die ich immer aktiv unterstützen werde. Aber die Vision möchte ich noch mit meinen Kindern erleben, und dafür kämpfe ich, lieber Kollege Kinderarzt, jeden Tag aufs Neue.

Das Bildungshaus von null bis achtzehn mit allen Professionen

Dr. Bernd Simon

Ich wünsche mir, dass wir einen Zustand erreichen, wo man wirklich sagen kann, in dieser Gesellschaft herrscht der Respekt vor Kinder und vor Jugendlichen vor.

Eine Gesellschaft mit Respekt vor Kindern und Jugendlichen

Frederik Kronthaler

Ich wünsche mir, dass wir Kinder und Jugendliche nicht als kleine Erwachsene behandeln, sondern als das, was sie sind, nämlich Kinder und Jugendliche, die einen besonderen Schutz verdienen und wo die Erwachsenen in der Gesellschaft mindestens die Kontaktverantwortung haben, wenn nicht auch die Betreuungs- und Behandlungsverantwortung. Wir von Condrops haben uns 1999 entschieden zu sagen, Suchthilfe für Kinder und Jugendliche ist eben nicht eine Suchthilfe für kleine Erwachsene, sondern es ist eine eigene Angebotsstruktur. Und das haben wir gemeinsam mit dem Stadtjugendamt München geschaffen.

Kinder und Jugendliche nicht als kleine Erwachsene behandeln, auch nicht in der Suchthilfe

Wir haben es jetzt mit dem Gesundheitsreferat und dem Jugendamt zusammen geschaffen, in die Krankenhäuser, ins Krankenhaus Schwabing zu gehen und dort die Kinder und Jugendlichen aufzusuchen und die El-

tern. Was wir da an alkoholintoxikierten Jugendlichen in der Notaufnahme sehen, ist nicht sehr erfreulich.

Wenn man über die Schnittstellen und Vernetzungen redet, müssen wir auch darüber zu reden, wer für was verantwortlich ist und zuständig ist und es nicht zu vermischen und viele Runde Tische gründen.

*Jugendliche
verabschieden sich aus
der Gesellschaft, weil die
Angebote nicht adäquat
sind*

Wir haben letztes Jahr sehr deutlich gesagt, dass es mehr Kinder und Jugendliche gibt, die sagen, wir wollen nicht mehr in eure Angebote, eure Erwachsenenangebote und wir wollen keine Jugendhilfe mehr, wie sie jetzt aussieht. Diese Zahl der Jugendlichen steigt. Die verabschiedet sich aus der Gesellschaft selbstständig, weil die Angebote ihnen nicht adäquat erscheinen – da muss man drüber diskutieren – und es gibt eine Reihe von Jugendlichen, die sind gar nicht mehr in der Stadtgesellschaft Münchens, sondern die wandern ab nach Berlin, nach Hamburg, wo wir sie nicht mehr sehen.

Schlusswort – Brigitte Rothenbacher-Scholz

Es war eine außergewöhnlich interessante, gute und wichtige Gesundheitskonferenz. Ich bin den Damen und Herren vom Vorstand des Gesundheitsbeirats, der hier gut vertreten ist, sehr dankbar, dass wir dieses Thema ausgewählt haben. Auch dafür dass wir der Abteilung GVO unseres Hauses den hohen Stellenwert im Rahmen der Gesundheitskonferenz eingeräumt haben. Ich bedanke mich ganz herzlich bei den Referentinnen und den Referenten, bei den Diskutanten für die ungeheure Fülle an Daten, Informationen und Fragestellungen.

Sie können davon ausgehen, dass wir die Themen weiter bearbeiten und uns intensiv damit auseinandersetzen. Die Führung des Referates für Gesundheit und Umwelt hat sich vor einigen Monaten zusammengesetzt und die Schwerpunkte des Referats für die nächsten Jahre fixiert. Und dieses Thema ist eines unserer Schwerpunktthemen. Sie haben das heute bestätigt, und dafür sage ich in Vertretung von Herrn Lorenz Dank.

Ab morgen, Sie haben es ja heute gehört, werden wir uns mit dem Stadtrat abstimmen

über die Ressourcen, die wir dafür brauchen. Morgen beginnt die Diskussion darüber. Wir haben ja bald einen neuen Stadtrat und natürlich muss man auch den neuen Mitgliedern die Chance geben, sich für ihre Wahlperiode zu positionieren.

Es wird wieder die Frage auftauchen, kann die Stadt München das alles bezahlen. Es ist nicht allein ein Münchener Thema. Und wie wir gehört haben, wurde in der Bayerischen Landespolitik deutlich zurückgefahren. Also wir werden mit Sicherheit den Dialog mit dem Freistaat brauchen.

Ich habe heute häufig den Ruf nach Vernetzung gehört. Bei Ihnen ist es mir ganz deutlich auch in Erinnerung. Das ist natürlich das Gebot der Stunde, da haben Sie vollkommen recht. Ich verstehe diesen Wunsch und diese Forderung aber auch als Angebot an uns, dass wir uns mit Ihnen vernetzen dürfen. Aus eigener Kraft können wir diese Probleme nicht stemmen. Es handelt sich um Probleme der Stadtgesellschaft, in die wir alle involviert sind. Lassen Sie uns die Dinge gemeinsam angehen.

Anhang

- „Thementreffpunkte“ – Ergebnisse
- Themenvorschläge für weitere Fachveranstaltungen
- Programm
- Presse-Artikel
- Liste der Anwesenden

„Thementreffpunkte“ – Zusammenfassungen der Ergebnisse

Während der Aktiven Pause trafen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an sechs verschie-

denen Thementischen. Die Ergebnisse sind hier zusammengefasst:

Jungengesundheit

Moderation: Hubert Schiefer, Referat für Gesundheit und Umwelt

Dokumentation: Dr. Regina Zänkert, Referat für Gesundheit und Umwelt

- Kontakte u.a. mit Mitarbeiter des Kreisjugendrings München Land, Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Thementisches Sexualpädagogik (hier besonders Herr Luis Teuber, Fachstelle genderorientierte Jungenarbeit der Inneren Mission und Mitarbeiterin von „amanda“, dem vormaligen Projekt für Mädchen und junge Frauen unter neuem Namen), niedergelassene Kinder- und Jugendärztin Frau Dr. Rühlemann aus Sendling, Tel. 78586794; gemeinsam trugen sie bei, unsere Pinwand zu bestücken;
- Bei Jungen kristallisiert sich Sport und Bewegung als wichtiger Zugangsweg u.a. auch zu Gesundheitsthemen heraus: Frau Dr. Zänkert stellt den Kontakt zwischen Frau Dr. Rühlemann (in ihrer Funktion als PaedNet München Mitglied) und dem Sportamt München (Herr Jürgen Triftshäuser, besonders aber Frau Edith Rubenbauer, Tel. 233-321 01, Email: edith.rubenbauer@muenchen.de Öffentlichkeitsarbeit) her, mit dem Ziel die offenen und kostenlosen Sport- und Freizeitangebote für Jugendliche in München regelmäßig in das Internetforum PaedNet der Kinder- und Jugendärzte zu stellen. Kinder- und Jugendärzte beraten Eltern/Jugendliche und auch Eltern haben Zugang zum offenen Teil von PaedNet.
- Herr Schiefer informiert die Kolleginnen von GVO2 über den AK Jungenarbeit.
- Herr Teuber mit seinem Programm Goja (Gender-lernen für Jungs), Tel. 4523984 16, ist möglicher Ansprechpartner für den männlichen Part im Rahmen von Sexualpädagogik-einheiten an Schulen.
- Ein weiteres Jungenprojekt in Workshopform ist das MFM-Projekt (Männer für Männer), das sich, parallel zum Mädchenworkshop MFM (Mädchen, Frauen, Meine Tage), der sog. Zyklusshow, im Aufbau befindet (Info unter www.mfm-projekt.de/pages/jungen-projekt.htm).

Übergewicht/Bewegungsmangel

Themenverantwortung: Isabell von Blomberg, Referat für Gesundheit und Umwelt

Dokumentation: Dr. Ursula Gradl-Leithäuser, Referat für Gesundheit und Umwelt

Visionen	Wege	Nächste Schritte
Wie können Motivation und Bereitschaft zur Eigenverantwortlichkeit gefördert werden?	Besuche von Fachkräften an der Schule für BMI > 30 HS Toni Pfülf im Norden, HS Lehrerin	
Wunsch von WIPIG: Schwerpunkt Unterricht an Schulen. (wissenschaftl. Institut f. Präv. im Ges.heitswesen, Apothekerkammer), Tel. 089/92 62 39 Maria-Theresia-Str. 28 81675 München	Apotheker macht Schule: Apotheker/innen machen Vorträge in Schulen für SchülerInnen, Lehrkräfte und Eltern (Organisation: WIPIG)	
	Unterstützung von umfassenden Projekten zum Thema Bewegung/ Ernährung an Schulen → TK-Förderantrag unter www.tk-online.de/gesundeschule , Techniker Krankenkasse	Keine Süßigkeiten im Pausenverkauf
	Gezielte Bewegungsförderung bereits ab Kleinkindalter	Tgl. Sport im Kindergarten und in der Schule
Besuche von Fachkräften an Schulen	KinderLeicht – Ambulantes Trainingsprogramm für übergewichtige Kinder im Münchner Norden (Gesundheitsberatung Hasenberg)	
	Infokarte 08 der Gesundheitsberatung Hasenberg: Therapieangebote für übergewichtige Kinder in Bayern	

Sucht & Suchtprävention

Themenverantwortliche: Birgit Gorgas und Claudia Simon, Referat für Gesundheit und Umwelt;
Frederik Kronthaler, Condrops

Visionen	Wege	Schritte
Mehr Informationen zu Suchtstoffen und Prävention an die Schulen / SchülerInnen	Einbinden der Eltern in die Schulprogramme der Kinder Bei umfassenden Projekten – auch zum Thema Suchtprävention – die Möglichkeit der finanziellen Unterstützung durch die Techniker-Krankenkasse: Infos unter www.tk-online.de/gesundeschule	Wird aufgenommen in der koordinierten Prävention jugendlichen Alkoholkonsums
Forderung: Gesundheit und Prävention in den Bildungsauftrag der Schulen	„Sauber bleib'n“ Projekttag der AOK in Münchner Schulen	
Verbesserung der Hilfen für Kinder von suchtkranken / psych. kranken Eltern, insbesondere der ärztlichen Kompetenzen und Kooperationen	Ausbau der Kooperationen zwischen den relevanten Hilfesystemen	Bereits in Arbeit (RGU-GVP Koordination Psychiatrie und Suchthilfe)
Elternbildung	Geplant: Infos im Internet = München-Portal zu Angeboten in München und Infos generell	Wird erstellt zwischen RGU-GVP-KLP und -KPS
Erreichbare Information für Eltern (spez. MigrantInnen) über Sportangebote f. Kinder und Jugendliche – Sport statt Sucht	Flyer oder andere Info für Eltern und Kinder / Jugendliche über Sportangebote stadtweit / regional	RGU-GVP-KLP gibt Anregung an das Sportamt im Rahmen der koordinierten Prävention jugendlichen Alkoholkonsums
Kooperation zwischen psychiatrischen Hilfen und Suchthilfe – jeweils für Jugendliche – verstärken		Einbindung der relevanten FachärztInnen in das Münchner Hilfenetzwerk für Kinder suchtkranker Eltern
Anregung zur Raucherprävention:	WIPIG-Fortbildung für ApothekerInnen zum Thema Tabakentwöhnung	

Ess-Störungen

Themenverantwortliche: Dr. Babette Schneider, Referat für Gesundheit und Umwelt

Beteiligte Einrichtungen: ANAD, Caritas-Fachambulanz, Cinderella, Infofon

Gemeinsame Bilanz: Mit Beharrlichkeit die begonnene gemeinsame Arbeit zur Prävention von Ess-Störungen in München fortsetzen.

Visionen	Wege	Schritte
Ess-Störungen nicht isoliert sehen > Einbettung in größeren Kontext	Initiative „Leben hat Gewicht“ nutzen	Relevante Informationen aus der nächsten Sitzung des BFE an Frau Dr. Schneider
In Schulen mehr Raum für Ent- spannung, Körperwahrnehmung, Kreativität ohne Leistungs- und Notendruck, mit Spaß	1. Einbringen in Politik 2. Projekte an Schulen modellhaft	
	Projekte an Schulen anbieten	
	Gezielte Vermittlung Betroffener an Beratungsangebote	Übersicht über Angebote zur Prävention von Ess-Störungen in München an Infofon
	Fortbildung für Infofon zu Unter- stützungsangeboten bei gesund- heitlichen Problemen	Frau Sträter bringt Vorschlag in Vorstand von Infofon ein.

Sexualpädagogik

Themenverantwortliche und Dokumentation: Schwangerenberatungsstelle des
Referats für Gesundheit und Umwelt

Folgende **Visionen / Wünsche** für den Bereich der Sexualpädagogik wurden formuliert:

- Verwirklichung der Wirkungsziele des Sexualpädagogischen Verbunds München (vgl. Broschüre)
- Vernetzung von Fachstellen zur sexuellen Gewalt mit Schule/ Schulärztinnen/ Schulsozialarbeit
- mehr Männer für sexualpädagogische Projekte
- Vernetzung des Teenagerprojektes mit dem Projekt Goja (Projekt für junge Väter)

Psychische Gesundheit

Themenverantwortliche: Dr. Anita Plattner, Referat für Gesundheit und Umwelt,
Elisabeth Haup, Münchener Psychiatrie-Erfahrenere

Visionen	Wege	Schritte
Lebensräume und Umfeldler, die es ermöglichen, vielfältige Erfahrungen zu machen, (sich) ausprobieren zu dürfen; Anregungen, Perspektiven	Elternbildung in Erziehungsfragen: <ul style="list-style-type: none"> – Widerstand gegen Gruppendruck – Vorbildfunktion 	Unterstützungsarbeit für Eltern in Erziehungsfragen
Bessere und nachhaltigere Hilfen und Unterstützung für psych. Kranke Kinder und Jugendliche in allen Schulen	Unterstützung für psych. kranke Eltern und deren Kinder: Resilienzfaktoren entscheidender als Risiken!	Aufnahme von Früherkennung und antidiskriminierender Pädagogik in Lehrerbildung
Bessere Integration Benachteiligter in die Schule	Priorität: fördern und integrieren der „Bildungsfernen“, da höchstes Risiko	Projekt „Patenschaften für Kinder psych. erkrankter Eltern“
Bayr. Schulsystem hat sich so geändert, dass viele Kinder/Jugendlichen mit Migrantenhintergrund eine Perspektive in Beruf und Leben erhalten	Kinderpsychiatrischer Expertenrat an die Schulpolitik: z. B. längere gemeinsame Schulzeit, veränderte Lehrerausbildung	Risikogruppe Kinder und Jugendliche, die Gewalt miterleben, bei Polizeieinsätzen häusliche Gewalt
Mehr SchulpsychologInnen	Mehr PsychiaterInnen mit Migrationserfahrung und/oder int. Kompetenz	Öffnung der Schule für gesundheitspolitische Fragen
Geschlechter- und kulturangepasste Prävention	Querschnitt-Thema fördern: Männlichkeit als Gesundheitsrisiko (für sich selbst, andere und Mädchen)	Bei Inobhutnahmen kinderpsychiatrische Diagnostik nötig und spezielle Hilfen
Kontrolle von Werbung, Alkoholverkauf und -ausschank	Migration als Querschnittsthema immer im Blickpunkt haben	Viel mehr Antigewalt-Training und Arbeit am Lebenssinn – bessere Chancen für Jugendliche

Visionen	Wege	Schritte
Mehr Geld für Familien	Mehr körperliche Bewegung in der Schule	Aufnahme des Themas „Schule“ in kinderpsych. Symposien
Gutes Essen in Kindergärten und Schulen gegen ADHS	Integration und Arbeit! (Ausgrenzung, Armut, Gewalt, größte Risikofaktoren)	Tgl. Bewegungsstunden in den Schulen (ohne Leistungsdruck)), Freude an Bewegung
Mehr „Playfulness“		Risikogruppe: Schulabsteiger von Gymnasien in die Hauptschule
		Risikogruppe: Schulschwänzer
Organisation, Einrichtung	Angebot	
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München Nußbaumstr. 7 80336 München	Tag(e) der Kinder psychisch kranker Eltern	
Münchner Psychiatrie-Erfahrene MÜPE e.V. Thalkirchner Str. 10/I 80337 München	Selbsthilfe-Angebote Krisenpass	
Unabhängige Beschwerdestelle Psychiatrie München, c/o MÜPE, Adresse s.o.		

Organisation, Einrichtung**Angebot**

Poliklinik und Tagesklinik
für Kinder- u. Jugend-
psychotherapie
am Biederstein

- Psychiatrisch / psychotherapeutische Ambulanz für Kinder und Jugendliche: Beratung, Abklärung, Diagnostik, Vermittlung in weiterführende Behandlungen bei Beziehungsschwierigkeiten, seelischen Problemen, Entwicklungskrisen, Verhaltensauffälligkeiten etc.
 - Tagesklinik für Jugendliche (10–15 Jahre): mit Schwerpunkt somatoforme/funktionelle Störungen, Hausanschrift: Möhlstr. 30 EG
 - Teilstationäre Gruppenangebote in Verbindung mit ambulanter Psychotherapie, begleitende Eltern-/Familienarbeit, Kontakt zur Schule
 - Ambulante Therapie für Kinder und Jugendliche:
Analytische Therapie, tiefenpsychologische Therapie, Musiktherapie, Kunsttherapie, Familientherapie, Reittherapie
-

Themenvorschläge für weitere Fachveranstaltungen

Vorschläge der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Häufigkeit der Nennung):

- Adipositas, Ess-Störungen (4)
- Suchtprävention – Rauchen, Alkohol, Drogen (2)
- Ernährung, Schulverpflegung (2)
- Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitserziehung an Schulen (3)
- Gesundheitsförderung mit Migrant*innenjugendlichen, Erfahrungen von Fachleuten mit Migrationshintergrund hierzu (2)
- Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte (1)
- Kooperation und Vernetzung im Bereich der Gesundheitsprävention (2)
- Chronische Krankheiten, Diabetes (2)
- Bewegungsmangel (1)
- Kinder als pflegende Angehörige (1)
- Bildungsintegration gesundheitlich benachteiligter Kinder und Jugendlicher (1)
- Ausbildung der pädagogischen Fachkräfte in der Gesundheitserziehung (1)

Programm

Die Veranstaltung richtet sich an Fachkräfte sowie Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen aus dem Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich. Vertreterinnen und Vertreter der Medien sind herzlich willkommen.

Anmeldungen erbeten bis 2. April 2008

Referat für Gesundheit und Umwelt
Geschäftsführung des Gesundheitsbeirats
Klaus Hehl
Bayerstr. 28 a
80335 München

Fax: (089) 2 33 - 4 75 05

E-Mail: gesundheitsbeirat.rgu@muenchen.de

Name:

Institution:

Adresse:

E-Mail:

- Ich bringe Informationsmaterial mit.
 Mein Thema:

Die Anmeldung gilt als angenommen, wenn keine gegenteilige Nachricht erfolgt.

Weitere Auskünfte:

Klaus Hehl, Telefon (089) 2 33- 4 75 55

Verkehrsverbindung:

Das Rathaus liegt unmittelbar am Marienplatz und ist am besten mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. Der große Sitzungssaal ist im zweiten Stock und für Rollstühle geeignet.

Herausgeber
Gesundheitsbeirat der
Landeshauptstadt München
Bayerstr. 28a
80335 München

Aktive Pause (16.30 bis 17.30 Uhr)

Neben der Stärkung mit Imbiss und Getränken haben Sie an **Thementreffpunkten** die Möglichkeit, sich interdisziplinär auszutauschen, vertiefende Fragen zu diskutieren und neue Kooperationsmöglichkeiten zu entdecken. Wandzeitungen warten auf Ihre Ideen. Die aktive Pause dient auch der Vorbereitung der Podiumsdiskussion.

Als **Themen** schlagen wir vor:

Psychische Gesundheit

Übergewicht

Ess-Störungen

Sucht

Jugendgesundheitsuntersuchung

Sexualpädagogik

Auch **Ihr Thema** ist erwünscht, Vorschläge bitte bei der Anmeldung angeben.

Auf dem **Podium** werden folgende Expertinnen Und Experten erwartet:

Barbara Abdallah-Steinkopf
Psychologische Psychotherapeutin

Frederik Kronthaler
Condrops Jugendbereich

Dr. Maria Kurz-Adam
Stadtjugendamt

Andrea Mager-Tschira
Referat für Gesundheit und Umwelt

Jürgen Trifshäuser
Schul- und Kultusreferat

Isabell Zacharias
Bayerischer Elternverband

Vertreter des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte / Pädnetz München

www.gesundheitsbeirat-muenchen.de

GESUNDHEITSBEIRAT
DER LANDESHAUPTSTADT MÜNCHEN

Gesundheitskonferenz

... jung und gesund !?

Gemeinsam für mehr gesundheitliche Prävention bei Jugendlichen in München

Mittwoch, 9. April 2008
15.00 bis 19.00 Uhr

Rathaus
Großer Sitzungssaal

... jung und gesund !?

Der Großteil der Jugendlichen ist und fühlt sich gesund. Aber es häufen sich die Hinweise auf zunehmend riskante Verhaltensweisen, psychosoziale Belastungen und Gesundheitsprobleme. Die Daten der bundesweiten KiGGS Studie belegen diese bedenkliche Entwicklung.

Seit der ersten Münchner Jugendgesundheitskonferenz vor gut zehn Jahren haben sich die Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen nicht verbessert. Im Gegenteil: Die Gesundheitssituation der Jugendlichen hat sich insgesamt eher verschlechtert.

Wir wollen daher den Blick der Fachöffentlichkeit erneut auf diese Altersgruppe lenken und den aktuellen Handlungsbedarf für die heranwachsenden Mädchen und Buben mit und ohne Migrationshintergrund präzisieren. Wir müssen uns die Frage stellen, wie wir vor allem die Gruppen besser erreichen können, die aufgrund ihrer sozialen Herkunft und Lebensbedingungen bereits mit erhöhten gesundheitlichen Risiken und Belastungen aufwachsen.

Verbesserungen gelingen nur gemeinsam. Mit der Veranstaltung wollen wir Lösungswege suchen, den Austausch zwischen Vertreterinnen und Vertretern aus Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereich anregen und Kooperationen anstoßen. Zur Vertiefung sind weitere Gesundheitsforen vorgesehen.

Ihr Joachim Lorenz



Referent für Gesundheit und Umwelt
Vorsitzender des Gesundheitsbeirats

Programm

- | | | | |
|-----------|--|-----------|---|
| 15.00 Uhr | Begrüßung
<i>Joachim Lorenz</i>
Referent für Gesundheit und Umwelt,
Vorsitzender des Gesundheitsbeirats | 17.30 Uhr | Ärztin in der Schule -
Neue Wege der kommunalen
Gesundheitsvorsorge für
Jugendliche
<i>Dr. Heidi Mayrhofer</i>
Prävention für Kinder ab 3 Jahren und
Jugendliche
Referat für Gesundheit und Umwelt |
| 15.15 Uhr | Gesundheitliche Themen in der
Peer-Beratung
Infoton – Münchner Informations- und
Beratungstelefon von Jugendlichen für
Jugendliche | 17.45 Uhr | Perspektiven für Jugendgesundheit
in München
Diskussion mit Podium und Publikum |
| 15.30 Uhr | Wie geht's den Jugendlichen –
Was bietet die Jugendmedizin ?
<i>Dr. Nikolaus Weisseneder</i>
Kinder- und Jugendarzt, Frauenarzt,
Kinder- und Jugendgynäkologe,
München | 18.45 Uhr | Schlusswort
<i>Brigitte Rothenbacher-Scholz</i>
Vertreterin des Referenten für
Gesundheit und Umwelt, Leiterin des
Gesundheitsbeirats |
| 16.00 Uhr | Psychische Belastungen und
Erkrankungen bei Jugendlichen -
brauchen wir ein Frühwarnsystem?
<i>Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne</i>
Klinik für Kinder- und Jugend-
psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie, Universität München | | Gesamtmoderation
<i>Klaus Hehl</i>
Geschäftsführer des
Gesundheitsbeirats |
| 16.30 Uhr | Aktive Pause
Stärkung und Austausch | | |

Presse-Artikel

Experten sorgen sich um Schüler

Es sind mehr als 100 Mitarbeiter aus dem Sozial-, Gesundheits-, und Bildungsbereich, die sich im großen Sitzungssaal des Rathauses zur Gesundheitskonferenz „Jung und gesund!“ versammelt haben. Und sie alle haben ein großes Anliegen: die Sicherstellung der Gesundheit der Kinder und Jugendlichen. Denn der „Jugend von heute“ geht es alles andere als durchwegs gut.

Von Übergewicht bis hin zu Depressionen, zu hohem Alkoholkonsum und Essstörungen reicht die Palette der gesundheitlichen Probleme der Teenager. Mitunter mit steigender Tendenz. „An den Schulen stellen wir fest, dass die psychischen Störungen zunehmen“, erklärt Horst Meier-Keilberth, Schulpsychologe beim Staatlichen Schulamt München, „dabei handelt es sich in der Regel um Teilleistungsstörungen, ADHS oder Störungen des Sozialverhaltens. Jedoch auch Depressionen sollte man nicht vergessen. Die sind weniger offensichtlich.“ Dass die Wurzel der steigenden Verhaltensauffälligkeiten jedoch lediglich gesteigerter Leistungsdruck ist, glaubt Meier-Keilberth nicht. „Es ist schwierig, das Ganze so monokausal darzustellen. Die G8-Reform ist mit Sicherheit ein zusätzlicher, belastender Faktor. Es spielen jedoch viele andere Dinge, wie zum Beispiel das familiäre Umfeld, mit.“

Und das ist vor allem bei Jugendlichen aus schwierigen sozialen Verhältnissen stark vorbelastet. „Jugendliche und Kinder mit Migrationshintergrund oder aus schwierigen sozialen Verhältnissen sind stärker vom Risiko einer psychischen Auffälligkeit betroffen“, sagt Gerd Schulte-Körne, Professor und Inhaber des Lehrstuhls für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der LMU. Der Grund? „Die Jugendlichen haben in ihrem Umfeld weniger Schutzfaktoren als Kinder aus besseren Verhältnissen“, erklärt Heidi Mayrhofer, leitende Schulärztin im Referat Gesundheit und Umwelt.

Besonders an Hauptschulen bestehe enormer Handlungsbedarf. „Wir haben in der letzten Zeit ein- bis zweimal im Monat an acht Schulen eine ärztliche Sprechstunde und auch Unterricht abgehalten“, so Mayrhofer. Mit großer Resonanz. „Viele Jugendliche sind gekommen und haben sich uns anvertraut.“ Dieser Ansatz soll nun ausgebaut werden. „Unser Ziel ist es, an allen 45 Hauptschulen einmal in der Woche präsent zu sein“, so Mayrhofer. Berater und Vermittler anstatt Gesundheitskontrolleure wollen die Ärztinnen sein. „Um die gesundheitliche Situation der Schüler zu verbessern, wollen wir mit Lehrern, dem schulpsychologischen Dienst, der Schulsozialarbeit und den Eltern gleichermaßen eng kooperieren“, kündigt Mayrhofer an. Das Konzept „Ärztin in der Schule“ wurde vorgestern dem Gesundheitsausschuss vorgelegt. *Konstanze Jüngling*

SZ, 12.04.2008, Seite 50

Wie gesund sind Münchner Teenager?

Gesundheitskonferenz zum Thema

Jugendgesundheit fordert stärkere Vernetzung der Institutionen

Sind Kinder gesünder oder kränker als früher? An Schulen und Kindergärten werden immer mehr Präventionskampagnen gestartet – für eine gesünderen Ernährung, für Lärmschutz, gegen Alkohol- und Drogenkonsum. Dennoch warnt das Münchner Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU), dass sich in den vergangenen zehn Jahren die Gesundheitssituation der Jugendlichen nicht verbessert, sondern eher verschlechtert habe. Im April fand daher eine Gesundheitskonferenz des Gesundheitsbeirates der Landeshauptstadt München zum Thema Jugendgesundheit statt. Unter dem Titel „...jung und gesund!“ plädierten die Teilnehmer „für mehr gesundheitliche Prävention bei Jugendlichen in München“.

Wie im Programm der Tagung formuliert, war es das Ziel der Veranstaltung, den Blick der Fachöffentlichkeit einmal mehr auf die Altersgruppe der Jugendlichen zu lenken und dabei zu präzisieren, wo es einen aktuellen Handlungsbedarf zur Gesundheitsprävention und zur Intervention geben könnte. Dabei sollte vor allem darüber diskutiert werden, wie man die Gruppen besser erreichen kann, die aufgrund ihrer sozialen Herkunft und ihrer Lebensbedingungen bereits mit erhöhten gesundheitlichen Risiken und Belastungen aufwachsen – gemeint waren Kinder aus der Unterschicht und Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund.

Bestandsaufnahme.

Einen umfassenden Überblick über aktuelle Daten zur Jugendgesundheit gab der Münchner Kinder- und Jugendarzt Dr. Nikolaus Weissenrieder. Nach einer kurzen Darstellung typischer Krankheitsbilder der Jugendzeit und jugendspezifischer Probleme präsentierte Weissenrieder Ergebnisse aus zwei Studien, in denen in jüngster Zeit die Befindlichkeit und das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Deutschland untersucht worden war: Bei der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) initiierten HBSC-Befragung (Health Behaviour in School-aged Children) hatten in den Jahren 2005/2006 über 4000 Schüler aus Nordrhein-Westfalen insgesamt 100 Fragen zu ihrem subjektiven Gesundheitsempfinden und zu ihrem Verhalten beantwortet. Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Institutes wurden zwischen 2003 und 2006 Daten zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren erhoben.

Weissenrieder zitierte einzelne Vergleichsdaten zu Übergewicht, allergischen Erkrankungen, Hyperaktivität, psychosomatischen Beschwerden, Problemen mit Gleichaltrigen und auffälligem Essverhalten und zog das Fazit: „Deutschen Kindern und Jugendlichen geht es gesundheitlich gut. Nur Kinder der Unterschicht und mit Migrationshintergrund stören das Bild.“

Im zweiten Teil seines Vortrages ging der Jugendmediziner auf so genannte „New Morbidities“ ein wie Verletzungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Folgen des Sexualverhaltens, Jugendgewalt

und funktionelle Störungen. Während der Tabak- und Cannabiskonsum in den vergangenen Jahren zurückgegangen sei, so Weissenrieder, sei der Bier- und Spirituosenkonsum bei Jugendlichen gestiegen. Folgeprobleme seien Gewalt – nach Alkoholkonsum waren zahlreiche Jugendliche in gewalttätige Auseinandersetzungen verwickelt – und ungeschützte Sexualkontakte.

Im letzten Teil seines Vortrags erläuterte Weissenrieder die Bedeutung der Jugendmedizin und forderte eine stärkere Beteiligung von Kinder- und Jugendärzten an Kooperationen, an interdisziplinären Arbeiten, an Netzwerken, an der Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung sowie in sozialmedizinischen und umweltmedizinischen Bereichen. Weissenrieder plädierte zudem für ein konzentrierte Aktion von Mediziner, Eltern, Lehrern, Sozialpädagogen und anderen Verantwortlichen. Denn, so vermutet auch die WHO, Jugendliche bekämen den Gesundheitservice, den sie benötigen, mit größerer Wahrscheinlichkeit dann, wenn verschiedene Anbieter durch ein Netzwerk miteinander verbunden seien.

Psychische Belastungen

Zum Thema „Psychische Belastungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen“ sprach Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne von der LMU München. Wie der Jugendpsychiater berichtete, hätten vor allem Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status, Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sowie Kinder psychisch kranker Eltern ein erhöhtes Risiko, psychische Auffälligkeiten zu entwickeln. Auch in den verschiedenen Schulformen sei der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen unterschiedlich hoch. Während am Gymnasium und an Realschulen verhältnismäßig wenige Schüler psychische Auffälligkeiten zeigen, sind die Zahlen an Grund-, Haupt- und Förderschulen deutlich höher, berichtete Schulte-Körne.

Folgen psychischer Belastungsfaktoren könnten Schulabbrüche sein, ebenso gesundheitliche Probleme, Entwicklungen von Angststörungen, Depressionen und Suchtverhalten sowie psychosoziale Probleme wie gesellschaftliche Ausgrenzung und fehlende soziale Kontakte. Problematisch sei, so der Jugendpsychiater, dass psychische Auffälligkeiten

Münchner Ärztliche Anzeigen,
10.05.2008, Seite 3 und 4

im allgemeinen Gesundheitssystem zu wenig erkannt würden und Hilfen zu wenig in Anspruch genommen würden. Laut einer Studie aus den 90er Jahren waren bei einer Rate an psychischen Auffälligkeiten von 12,7 Prozent unter Kindern und Jugendlichen nur 3,3 Prozent in professioneller Behandlung. Nach Ansicht von Schulte-Körne besteht daher Handlungsbedarf bei der Früherkennung und Prävention sowie bei der Diagnostik und Behandlung psychischer Auffälligkeiten. Der Psychiater plädierte erstens für Screeningprogramme wie beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen und Schuleingangsuntersuchungen, um Gefährdungen der psychischen Entwicklung und psychische Störungen rechtzeitig zu erkennen. Zweitens forderte er Prävention durch Information und Aufklärung sowie durch Präventionsprogramme in der Schule z. B. zu den Themen Sucht, Gewalt und Depression. Drittens betonte Schulte-Körne die Notwendigkeit, ausreichend ambulante und stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsplätze für Kinder- und Jugendliche bereitzustellen.

Allgemein sei es wichtig, die Häufigkeit, die Entstehung und die Verursachung psychischer Störungen zu verstehen und die spezifischen Bedingungsfaktoren zu erkennen. Zudem müssten Bewältigungsstrategien und individuelle Ressourcen bei Kindern sowie vorhandene Kompetenzen der Umwelt identifiziert und gestärkt werden, mahnte der Jugendpsychiater:

Gesundheitsvorsorge an der Schule

In einem weiteren Vortrag versuchte Dr. Heidi Mayrhofer, Mitarbeiterin des Referates für Gesundheit und Umwelt (RGU), neue Wege der kommunalen Gesundheitsvorsorge für Jugendliche aufzuzeigen. Die Ärztin betonte die Verantwortung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), zusammen mit den Schulen präventiv tätig zu werden, um durch früh einsetzende, konsequente begleitende therapeutische Maßnahmen Fehlentwicklungen bei Jugendlichen zu vermeiden. Bisher würden die Möglichkeiten,

benachteiligte Jugendliche zu erreichen, nicht optimal genutzt, erklärte Mayrhofer. Die Möglichkeiten einer Schulgesundheitspflege, die einen besonders niederschweligen Zugang zu ansonsten schwer erreichbaren Risikogruppen schaffen könnte, blieben aufgrund fehlender Ressourcen ungenutzt.

Wie Mayrhofer ausführte, könnte die Schulgesundheitspflege erstens gesundheitlichen Störungen vorbeugen, zweitens vorhandene Störungen rechtzeitig erkennen und drittens Wege für die Behebung von Störungen aufzeigen. In diesem Zusammenhang bemängelte die Ärztin, dass in den vergangenen 15 Jahren die schulärztlichen Untersuchungen in Bayern stark abgebaut worden seien; Reihenuntersuchungen wie sie früher in den zweiten, fünften und neunten Klassen üblich waren, fänden nur noch an den Förderschulen statt. Zwar warte ein Gesetzentwurf zur Verbesserung der gesundheitlichen Vorsorge und des Schutzes von Kindern und Jugendlichen vom November letzten Jahres die Schulgesundheitspflege wieder auf, neue finanzielle Mittel würden aber nicht zur Verfügung gestellt. Wie Mayrhofer ausführte, seien die vorhandenen Ressourcen des schulärztlichen Dienstes für eine wirksame Gesundheitsvorsorge vor allem für die Zielgruppe benachteiligter Jugendlicher derzeit aber nicht ausreichend.

Gerade an Hauptschulen bedürfe es eines dauerhaft verankerten kooperativen Gesamtkonzepts, in das neben der schulpädagogischen, schulsozialen und schülpsychologischen Betreuung auch die schulärztliche Betreuung integriert sei, sagte Mayrhofer. Für eine ganzheitliche Gesundheitsförderung in der Schule, einschließlich der Früherkennung individueller Gesundheitsrisiken sei die ärztliche Kompetenz unverzichtbar.

Die Ärztin sprach sich daher für ein Konzept „Ärztin in der Schule“ aus, in dem eine Schulärztin sowohl als kompetente Ansprechpartnerin in Gesundheitsfragen, als auch als Vertrauensperson für Schüler, Lehrer, Eltern und Schulpsychologen fun-

gieren sollte. Eine solche Schulärztin solle an Hauptschulen einmal in der Woche vormittags für Sprechstunden, Gesundheitsunterricht, schulmedizinische Untersuchungen oder Gesundheitsaktionen zur Verfügung stehen, erklärte Mayrhofer. Mit einem solchen Konzept könnten die Möglichkeiten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Rahmen eines fachgruppenübergreifend vernetzten Arbeitsansatzes genutzt werden, um zu einer besseren Gesundheitsvorsorge bei Jugendlichen und zu mehr Chancengerechtigkeit für benachteiligte Jugendliche beizutragen. Ein entsprechender Antrag auf die Einführung dieses Konzeptes soll demnächst im Stadtrat diskutiert werden.

Perspektiven

In der abschließenden Podiumsdiskussion sprachen sich die Anwesenden – Eltern, Ärzte, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter und Mitarbeiter der Stadt – für eine bessere Vernetzung aller an der Gesundheitspflege beteiligten Institutionen aus. Die Leiterin des Gesundheitsbeirates Brigitte Rothenbacher-Scholz plädierte zudem dafür, mit dem Freistaat Bayern in einen Dialog über eine Bereitstellung von finanziellen Mitteln einzutreten, da München nicht alles Notwendige allein bezahlen könne.

Mit dem Thema Jugendgesundheit befasste sich auch ein neu geschaffener Ausschuss des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München (ÄKBV) mit dem Titel „Frühe Hilfen im Kindes- und Jugendalter“. Seine Einrichtung wurde kürzlich bei der 87. Delegiertenversammlung des ÄKBV im April mehrheitlich beschlossen. In diesem Ausschuss soll es um Probleme bei Vernachlässigung, Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen gehen. Ziele des Ausschusses sind unter anderem, die Münchner Ärzte zu den genannten Themen zu informieren (z. B. über Veröffentlichungen in den MAA), Hilfestellung bei der Definition von Vernachlässigung und Missbrauch zu leisten, eine Fortbildungsveranstaltung vorzubereiten sowie die interdisziplinäre Vernetzung der einzelnen ärztlichen Fachbereiche zu fördern. *Caroline Mayer*

Liste der Anwesenden

Name	Institution
Abdallah-Steinkopff, Barbara	REFUGIO
Albert, Dr. Magdalene	Referat für Gesundheit und Umwelt
Ankenbrank	Gesellschaftspolitische Projekte e.V.
Bachmeier, Gabriele	BRK KV München Referat Jugend, Bildung, Beratung
Bäumli, Manfred	Student
Bedenk, Ulrike	Referat für Gesundheit und Umwelt
Bergmann, Andreas	Elternbeirat am städtischen Elsa-Brändström-Gymnasium
Bleher, Annette	Techniker Krankenkasse
Blume, Monika	Derksen Gymnasium
Bockhorni, Verena	WIPIG – Wissenschaftliches Institut für Prävention im Gesundheitswesen
Böhle	Gesellschaftspolitische Projekte e.V.
Brändlin, Karina	Frauengesundheitszentrum
Braun, Maria	Heckscher-Kliniken GmbH
Brix, Mathanja	SPDI Sozialpsychiatrische Dienst Giesing
Damli, Dr. med. Aynur	Kinderzentrum München
Derksen, Barberina	Lehrerinstitut Derksen
Dietz, Dr. Brigitte	BVKJ Berufsverband Kinder- und Jugendärzte
Dressel, Gisela	Frauen beraten e.V.

Name	Institution
Eder-Debye, Dr. Rosemary	Referat für Gesundheit und Umwelt
Fehrmann-Brunskill, Rita	Referat für Gesundheit und Umwelt
Galle, Ursula	Referat für Gesundheit und Umwelt
Gast, Katrin	WIPIG – Wissenschaftliches Institut für Prävention im Gesundheitswesen
Gavranidou, Dr. Maria	Referat für Gesundheit und Umwelt
Gloning, Dr. Hermann	Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte / ÄKBV
Gradl-Leithäuser, Dr. Ursula	Referat für Gesundheit und Umwelt
N.N.	MüPE Münchner Psychiatrie Erfahrene
Haberl, Dr. Patricia	Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin
Hartmann, Hans-Peter	Referat für Gesundheit und Umwelt
Hasandediz, Dr. med. Sanja	Donna Mobile
Hehl, Klaus	Referat für Gesundheit und Umwelt, Geschäftsführer Gesundheitsbeirat
Höffner, Marlene	Caritas-Fachambulanz für Essstörungen
Janz, Luitgard	Beratung Fortbildung Moderation
Junges, Carmen	KJR-München Stadt
Kart, Ursula	Poliklinik und Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychotherapie
Keyser, Dr. Ingeborg	Bezirksausschuss Schwabing-West
Konrad, Dr. Angelika	Referat für Gesundheit und Umwelt
Kotzian, Katharina	Hauptschule an der Toni-Pfülf-Straße
Krause, Roland	Verein für Jugend und Familienhilfen e.V.
Kronthaler, Frederik	Condrops Jugendbereich
Krüger, Dr. Dorothea	Referat für Gesundheit und Umwelt

Name	Institution
Kurz-Adam, Dr. Maria	Sozialreferat, Stadtjugendamt – Leitung
Lambertz, Anke	Heckscher-Kliniken GmbH
Langer, Dr. Andrea	Fachakademie für Sozialpädagogik
Lindner, Barbara	Hauptschule an der Feldbergstraße
Lorenz, Joachim	Referat für Gesundheit und Umwelt, Berufsmäßiger Stadtrat
Lungmus, Alexander	Schul- und Kultusreferat
Mager-Tschira, Andrea	Referat für Gesundheit und Umwelt
Mayer, Dr. Caroline	Münchner Ärztliche Anzeiger
Mayrhofer, Dr. Heidi	Referat für Gesundheit und Umwelt
Meler-Keilberth, Horst	Staatliches Schulamt München
Meny, Ildiko	Institute of Medical Psychology
Mohan, Mustafa	Infofon e.V.
Nietze, Tanja	ANAD e.V. Beratungsstellen
Nimbach, Christine	Krankenhaus Harlaching
Oberemm, Sandra	Inside @ School
Oberhoffer, Prof. Dr. Renate	TUM Technische Universität München
Palecek, Feyza	Donna Mobile
Permien, Dr. Hanna	Deutsches Jugendinstitut
Pfeiffer, Christina	Städtische Ludwig-Thoma Realschule
Pischetsrieder, Katrin	Kultur & Spielraum e.V.
Plattner, Dr. Anita	Referat für Gesundheit und Umwelt
Reincke, Dr. Monika	Referat für Gesundheit und Umwelt
Renner, Stadträtin Monika	SPD Stadtratsfraktion

Name	Institution
Riedel, Dr. Helga	BVKJ Berufsverband Kinder- und Jugendärzte
Riedl, Helga	Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
Rothenbacher-Scholz, Brigitte	Referat für Gesundheit und Umwelt
Rudolf-Jilg, Christina	AMYNA Verein zur Abschaffung von sexuellem Missbrauch und sexueller Gewalt e.V.
Sabathil, Stadträtin Ursula	CSU Stadtratsfraktion
Sahin, Gönül	Sozialreferat, Stadtjugendamt
Schiefer, Hubert	Referat für Gesundheit und Umwelt
Schießl, Eva	Schul- und Kultusreferat Fachabteilung 4
Schlager, Dr. Helmut	WIPIG – Wissenschaftliches Institut für Prävention im Gesundheitswesen
Schleitzer, René	SportKreativWerkstatt GmbH
Schmidt, Monika	Amanda – Projekt für Mädchen und junge Frauen
Schnebel, Andreas	ANAD e.V. Anorexia Nervosa and Associated Disorders
Schneider, Dr. Babette	Referat für Gesundheit und Umwelt
Schobert-Bernard, Sabine	Cinderella e.V.
Schönwald, Susanna	ANAD e.V. Anorexia Nervosa and Associated Disorders
Schottenhamer, Gertraud	
Schreiner, Susanne	Kinder- und Jugendpsychologische Beratungsstelle
Schulte-Cloos, Dr. Angelika	Referat für Gesundheit und Umwelt
Schulte-Körne, Prof. Dr. Gerd	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Simon, Dr. Bernd	Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte
Simon, Claudia	Referat für Gesundheit und Umwelt
Somma, Jonna	Infofon e.V.

Name	Institution
Speier, Monika	arsedendi Ernährungsberatung
Spieß, Gabriele	Referat für Gesundheit und Umwelt
Sträter, Lena	Infofon e.V.
Strehler, Martin	SportKreativWerkstatt GmbH
Süß, Ramona	Referat für Gesundheit und Umwelt
Teuber, Luis	Amanda – Projekt für Mädchen und junge Frauen
Triarchi-Herrmann, Dr. Vassilia	Staatsinstiut für Schulqualität und Bildungsforschung
Triftshäuser, Jürgen	Schul- und Kultusreferat
Tschira, Gerhard	
Ullherr, Brigitte	CITA-Geschäftsführerin
Voigtländer	Gesellschaftspolitische Projekte e.V.
von Blomberg, Isabella	Referat für Gesundheit und Umwelt
von der Heyde, Silke	Kinder- und Jugendpsychotherapeutin
von Stransky, Claudia	Stadtjugendamt/ Jugendsozialarbeit
Weissenrieder, Dr. Nikolaus	Kinder- und Jugendarzt, Frauenarzt
Wendeborn, Dr. Mathias	Kinder- und Jugendarzt
Wieninger, Sabine	IMMA e.V.
Dr. Willburger	Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin
Wolf, Luisa	Referat für Gesundheit und Umwelt
Zacharias, Isabella	Bayerischer Elternverband
Zänkert, Dr. Regina	Referat für Gesundheit und Umwelt



Herausgegeben vom Vorstand des Gesundheitsbeirats
Redaktion: Klaus Hehl
Geschäftsführer des Gesundheitsbeirats
Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München
Bayerstr. 28 a, 80335 München