



KINDER- GESUNDHEIT

Schwerpunktbericht erstellt im Rahmen der
Gesundheitsberichterstattung des Referates für Gesundheit
und Umwelt der Landeshauptstadt München

Inhalt

I Bekanntgabe im Gesundheits- und Krankenhausausschuß des Stadtrates der Landeshauptstadt München am 17.04.1997 – Vortrag des Referenten

1	Bedeutung der Kinder für die kommunale Gesundheitspolitik und Bezug des Themas zur Gesundheitsberichterstattung	I
2	Gesundheit von Kindern: Zusammenfassung der Inhalte und Ergebnisse	II
3	Handlungsbedarf und diesbezügliche Maßnahmen	III

II Berichtsteil

1	Gesundheitszustand	
1.1	Sterblichkeit von Säuglingen und Kindern	1
1.2	Gesundheitszustand von Säuglingen und Kleinkindern	2
1.3	Gesundheitszustand von Schulkindern	3
1.4	Zahngesundheit von Kindern in Kindergarten und Grundschule	10
2	Risiken und Gefährdungen	
2.1	Ernährung und Freizeitverhalten	11
2.2	Rauchen, Alkohol und Medikamente	13
2.3	Gewalt und Missbrauch	15
2.4	Umwelt	17
2.5	Sonstige Risiken und Gefährdungen	18
3	Versorgungsangebote	
3.1	Kinderkliniken und Kinderabteilungen an Krankenhäusern	18
3.2	Kinderärztliche Versorgung	19
3.3	Öffentlicher Gesundheitsdienst	20
3.4	Weitere Angebote	22
4	Präventionsbedarf	23

I Bekanntgabe im Gesundheits- und Krankenhausausschuß des Stadtrates der Landeshauptstadt München am 17.04.1997 – Vortrag des Referenten

Mit der Anlage erhalten Sie den Bericht des Gesundheitsreferates über die „**Gesundheitliche Lage, Risiken und Gefährdungen von Kindern**“. Er ist Teil des Kinderberichts des Sozialreferates (dort Kapitel 5). Der vollständige Kinderbericht wird im Herbst 1997 im Kinder- und Jugendhilfeausschuss bekanntgegeben.

1. Bedeutung der Kinder für die kommunale Gesundheitspolitik und Bezug des Themas zur Gesundheitsberichterstattung

Die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit von Kindern ist eine zentrale Aufgabe kommunaler Gesundheitspolitik. Notwendige Voraussetzung hierfür ist eine möglichst umfassende Bestandsaufnahme, aus der die zu erwartenden Bedarfsentwicklungen deutlich werden und die als Planungsgrundlage für auf zu ergreifende notwendige Präventionsmaßnahmen dient. Dementsprechend kommt der Gesundheit von Kindern auch innerhalb der Gesundheitsberichterstattung große Bedeutung zu. Der Basisgesundheitsbericht 1995 enthielt hierzu bereits einige Ergebnisse. Die Notwendigkeit einer schwerpunktmäßig auf die Situation der Kinder eingehenden Darstellung blieb jedoch bestehen.

Der vom Sozialreferat herausgegebene Kinderbericht beschreibt insgesamt die Situation von Münchner Kindern im Alter von 0-14 Jahren, in der Familie und familienergänzenden Einrichtungen, in Schule und Freizeit. Das vom Gesundheitsreferat erstellte Kapitel beinhaltet einen über den Basisgesundheitsbericht hinausgehenden Beitrag zum Thema „gesundheitliche Lage, Risiken und Gefährdungen“ von Kindern.

Darin wird im ersten Teil auf den Gesundheitszustand im engeren Sinn eingegangen und (neben der Säuglingssterblichkeit) der allgemeine Gesundheitszustand von Säuglingen/Kleinkindern sowie Schulkindern dargestellt.

Der zweite Teil beschäftigt sich mit den häufigsten gesundheitlichen Risiken und Gefährdungen wie z. B. im Bereich Ernährung/Freizeitverhalten, Substanzmißbrauch, Gewalt.

Im dritten Teil werden die gesundheitlichen Versorgungsangebote für Kinder in München vorgestellt und zwar sowohl im ambulanten und stationären medizinischen Bereich als auch in komplementären Einrichtungen.

Der vierte Teil arbeitet aufgrund der dargestellten Ergebnisse konkrete Handlungsfelder bzw. Präventionsbedarf heraus.

Dieser Baustein für den Kinderbericht wurde im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung der Stadt München erstellt. In deren Konzept wird von einer kontinuierlichen und themenübergreifenden Basisberichterstattung (siehe Basisgesundheitsbericht 1995) und einer auf einzelne dringliche bzw. aktuelle Themen bezogenen Schwerpunktberichterstattung ausgegangen. Zu diesen beiden Bereichen kommt noch die Stadtteilberichterstattung hinzu, um durch kleinräumige Betrachtungsweisen kommunale Gesundheitsplanungen und -politik effizienter gestalten zu können.

Nach dieser Dreiteilung handelt es sich bei dem hier vorliegenden Kinderbericht um einen **Schwerpunktbericht zum Thema Gesundheit von Kindern**. In ihm wird auf bereits

vorliegende Daten aus der Basisgesundheitsberichterstattung, auf weitere Daten des Gesundheitsreferates - vor allem des Öffentlichen Gesundheitsdienstes - sowie offizielle Statistiken und einige Ergebnisse wissenschaftlicher Studien zurückgegriffen. Mitte des Jahres 1997 wird darüber hinaus ein eigener, ausführlicher Schwerpunktbericht zur gesundheitlichen Situation Jugendlicher in München fertiggestellt werden. Damit kommt das Gesundheitsreferat der Stadtratsentschließung nach, die Belange der Kinder und Jugendlichen vorrangig zu behandeln (vgl. Stadtratsbeschluß zur Gesundheitsförderung und Prävention vom 21.07.1994).

2. Gesundheit von Kindern: Zusammenfassung der Inhalte und Ergebnisse

Als wichtigste **Ergebnisse** des anliegenden Berichts können festgehalten werden:

- Die Säuglingssterblichkeit in München liegt seit Jahren auf einem insgesamt relativ niedrigen Niveau (5,2‰). Es zeigen sich jedoch große Unterschiede zwischen der deutschen und der ausländischen Bevölkerung. So beträgt die Sterblichkeit bei deutschen Säuglingen 3,8‰, bei ausländischen dagegen 9,1‰.
- Wie die jährlich durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen zeigen, ist seit 1990 der Anteil der gegen Tuberkulose und Keuchhusten geimpften Kinder zurückgegangen. Der Vergleich zu Bayern ergibt insgesamt eine prozentual geringere Durchimpfungsrate Münchner Schulanfänger. Die Untersuchungen zum Gesundheitszustand erbrachten bei über der Hälfte der Schulanfänger Befunde, wobei Skelettsystem und Bewegungsapparat an erster Stelle stehen. Bei den Untersuchungen in den 5. Klassen wurden den Schülerinnen und Schülern Maßnahmen vor allem gegen Übergewicht, Haltungsschwäche, Sehstörungen und Wirbelsäulenveränderungen empfohlen.
- Gesundheitszustand 13-14 Jähriger: Es liegen Daten zum gesundheitlichen Befinden aus einer repräsentativen Befragung von Kindern und Jugendlichen vor. Danach hat jedes 10. Kind mit Schmerzen im Kreuz und Rücken sowie im Nacken und den Schultern zu tun. Über die Hälfte war im letzten Jahr mindestens einmal bei einem praktischen Arzt in Behandlung.
- An erster Stelle der von 13-14 Jährigen angegebenen Freizeitbeschäftigungen stehen - neben Musikhören - Fernsehen und das Anschauen von Videos mit durchschnittlich 12,7 Stunden pro Woche. Gut 10% der Kinder sehen nach eigenen Angaben täglich über 3 Stunden fern.
- 12,6% der 13-14jährigen Kinder bezeichnen sich als Raucher, Alkohol und Medikamente spielen in dieser Altersgruppe (noch) keine bedeutende Rolle.
- Die Zahl der vom ASD registrierten Fälle von Gewalt gegenüber Kindern stieg in den Jahren 1991 - 1994 kontinuierlich. Die Zahlen müssen vorsichtig interpretiert werden, da sie sich ausschließlich auf dem ASD bekannt gewordene Fälle beziehen und deshalb auch eine erhöhte Sensibilität der Bevölkerung gegenüber dem Thema widerspiegeln können. Von den insgesamt 13.454 dem ASD bekannt gewordenen Haushalten mit Kindern waren 11,8% Haushalte mit Kindern, die von Gewalt betroffen waren. Dabei traten 1024 Fälle von Vernachlässigungen (eine Zunahme seit 1991 um 67%), 538 Fälle von Mißhandlungen (eine Zunahme um 63%) und 262 Fälle von sexuellen Mißhandlungen

- (gestiegen um 59%) auf. Die größte Gruppe unter den von Gewalt betroffenen Kindern waren die unter 6-Jährigen (37,1%)
- Für die gesundheitliche Versorgung der Kinder stehen in München insgesamt 642 Betten im Bereich Kinderheilkunde zur Verfügung, der Anteil der städtischen Krankenhäuser liegt mit 285 Betten bei 44,4%. Von den 201 Betten im Bereich Kinderchirurgie stehen 84 (41,8%) in städtischen Krankenhäusern (KMS). Die durchschnittliche Verweildauer auf den Kinderstationen der städtischen Häuser betrug 1995 für die insgesamt 14.838 behandelten Fälle 6,2 Tage und entspricht damit der des Klinikums Innenstadt der Universität. Im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung kommen in München auf einen Kinderarzt/eine Kinderärztin durchschnittlich 1.333 Kinder unter 15 Jahren.

3. Handlungsbedarf und diesbezügliche Maßnahmen

Die hier dargestellte gesundheitliche Lage der Münchner Kinder basiert auf dem Gesundheitsreferat vorliegenden Daten und spiegelt in erster Linie die Situation der „Allgemeinheit“ wider. Spezielle Randgruppen, wie z. B. sozial und gesundheitlich Benachteiligte, konnten aufgrund der zum Teil unvollständig vorliegenden Informationen nicht immer ausreichend berücksichtigt werden. Trotzdem zeigte sich in verschiedenen Bereichen **Handlungsbedarf** vor allem in präventiver Hinsicht.

Säuglingssterblichkeit: Die insgesamt erfreulich niedrige Säuglingssterblichkeit in München verdeckt die großen Unterschiede zwischen deutscher und ausländischer Bevölkerung. Die Gründe für die bei der ausländischen Bevölkerung deutlich höhere Säuglingssterblichkeit (vor allem innerhalb der ersten 6 Tage) sind nicht bekannt werden aber zukünftig dokumentiert. Mögliche Einflußfaktoren könnten die Aufenthaltsdauer der Mütter (Flüchtlinge/Geduldete versus ausländische Wohnbevölkerung), gehäufte medizinische Risiken, die Nationalität, ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten von Vorsorgeuntersuchungen u.a.m. sein. Um eindeutige Faktoren für die Planung präventiver Maßnahmen benennen zu können, ist es notwendig, münchenweit eine spezielle Sichtung der Daten - einschließlich der zu den Totgeburten - vorzunehmen. Dies sollte in Zusammenarbeit mit dem bereits bestehenden städtischen Arbeitskreis zur Senkung der Säuglingssterblichkeit durchgeführt werden, mit dem langfristigen Ziel, die Säuglingssterblichkeit innerhalb der ausländischen Bevölkerung zu senken und der der deutschen Bevölkerung anzunähern.

Impfverhalten: Sowohl aus dem Vergleich mit Bayern als auch aus den Daten des schulärztlichen Dienstes kann in einigen Bereichen eine Impfmüdigkeit festgestellt werden. Eine Untersuchung zur Frage des Impfstatus gegen Masern, Mumps und Röteln bei Münchner Schulanfängern 1994 in Zusammenarbeit mit dem schulärztlichen Dienst der Landeshauptstadt München zeigte deutlich die Abhängigkeit der Impfquote von verschiedenen Faktoren. So waren nicht-erstgeborene Kinder sowie Kinder aus ausländischen und einkommensschwachen Familien eher nicht geimpft. Als wichtigste Einflußfaktoren auf das Impfverhalten der Eltern zeigten sich die Einstellung gegenüber der Schulmedizin zusammen mit dem Rat des Arztes/der Ärztin zur oder gegen die Impfung. Hier muß eine wirksame Prävention im Sinne einer Erhöhung der Impfbereitschaft ansetzen, indem sie versucht, Ärzte/Ärztinnen und Eltern, die sich bewußt gegen eine Impfung entscheiden, von deren Nutzen - nicht nur für das einzelne Individuum, sondern für die Bekämpfung von Infektionskrankheiten insgesamt - und geringem Risiko zu überzeugen. Dies muß im Zusammenhang mit der gestiegenen Impfmüdigkeit der Erwachsenenbevölkerung gesehen werden. So liegt der Anteil geimpfter Personen bei Diphtherie, Tetanus und Polio, deren

Erreger nicht ausgerottet sind und gegen die es noch keine wirksamen Therapien bei Erkrankung gibt, zwischen 30% und 70%.

Gesundheitsförderung: Zentrale Bereiche der Gesundheitsförderung sind Bewegung und Ernährung. Besonderen Ausweitungsbedarf sehen wir in dem Sektor Bewegung, sowohl innerhalb als auch außerhalb des Unterrichts. Vermehrt sind Bewegungsmangel, zu häufiges Sitzen auch in der Freizeit und Haltungsmängel zu beobachten. Gerade angesichts des beschleunigten Längenwachstums im 1. und 2. Lebensjahrzehnts dürfte sich Bewegungsmangel negativ auf die Gesundheit im späteren Lebensalter auswirken. Mehr Bewegung ist nicht nur ein generell präventiver Faktor für fast alle erworbenen Gesundheitsrisiken und viele Krankheiten, sondern bietet darüberhinaus hervorragende Verknüpfungspunkte zu positiver Selbsterfahrung, sozialem Erleben sowie Lebensfreude. Bewegung eignet sich daher als genereller Einstieg in die Gesundheitsförderung neben aktuellen Themen wie z. B. Sucht, Gewalt- und Umweltfragen. Wichtig bei allen durchgeführten Programmen ist dabei, den Kindern ein *Erleben* der zu erlernenden Verhaltensweisen zu ermöglichen. So beginnt ab Herbst 1997 landesweit in allen Grundschulen das Projekt „bewegte Schule“, das die beiden Bausteine „Bewegung“ und „Entspannung von Stress“ beinhaltet und mit einer Lehrerfortbildung einhergeht.

Für den Bereich Ernährung bedeutet dies, die bereits durchgeführten Maßnahmen fortzusetzen und eventuell zu intensivieren, wie z. B. die Möglichkeit, in der Schule gesunde Nahrungsmittel zum Kauf anzubieten, gemeinsam Mahlzeiten zuzubereiten u.a.m. So förderte das Gesundheitsreferat z. B. die Maßnahmen des Kuratoriums Schulverpflegung.

Daneben gibt es neue Risiken, die für Kinder besonders attraktiv sind (wie z. B. die Gefahren von Lärm durch Walkman-Hören) und die mittels Projektunterricht schwerpunktmäßig angegangen werden. Ein Maßnahmenkatalog zur Lärmprävention wurde in der Sitzung des Gesundheits- und Krankenhausausschusses vom 20.02.1997 beschlossen.

Insgesamt ergeben sich folgende **zentrale Strategien für Prävention und Gesundheitsförderung**:

- Prävention und Gesundheitsförderung müssen so früh wie möglich ansetzen. D. h., der Zugang zu Kindern über Hausbesuche, Mütterberatungen, Krippen, Kindergärten, Horte und Schulen ist zielgruppenspezifisch zu intensivieren und auszubauen, weil dort die beste Chance besteht, Kinder intensiv und kontinuierlich anzusprechen und zu aktivieren. Am 05.12.1996 hat der Gesundheits- und Krankenhausausschuß bereits in diesem Sinn eine verstärkte präventive Ausrichtung des Jugendärztlichen Dienstes im Rahmen der Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes beschlossen. Dies betrifft nicht nur die Aktivitäten des Gesundheitsreferates, sondern erfolgt auch in enger Kooperation mit anderen Institutionen, wie der Ärzteschaft und den Krankenkassen. In diesem Zusammenhang sind das Kariesprophylaxeprogramm, die Münchener Perinatale Arbeitsgemeinschaft und die Münchner Arbeitsgemeinschaft zur Gesundheitsförderung im Kindesalter (MAGIK) zu nennen. Deren Ziel und Zweck sind Koordination und Unterstützung von Aktivitäten zur Gesundheitsförderung im Kindesalter, vor allem die Förderung von Maßnahmen zur Gesundheitserziehung.
- Die bisher vorherrschenden präventiven Ansätze zu Einzelrisiken (Rauchen, Alkohol, Gewalt usw.) sind durch Strategien der Kompetenzvermittlung zu ergänzen oder zu ersetzen. Dies bedeutet insbesondere eine Intensivierung auf dem Gebiet der Lehrer/Erzieher/innen- und Elternfortbildung bezüglich gesundheitsfördernder, protektiver

- Faktoren bei Kindern. Diesen kompetenzfördernden Ansatz verfolgt z. B. das Präventionszentrum (Abteilung 5.6) mit seiner Arbeit.
- Neben Konzepten zur Kompetenzförderung für alle Kinder sind zusätzlich noch spezielle Angebote für gesundheitlich benachteiligte Gruppen notwendig, wie z. B. für sozial Schwache, weniger Gesundheitsbewußte, von Vernachlässigung, Gewalt, sexuellem Mißbrauch betroffene Kinder, Kinder psychisch kranker und/oder abhängiger Eltern. Diesen Überlegungen folgt auch die Neufassung des Rahmenkonzeptes für die Hausbesuchstätigkeit der Kinderkrankenschwestern im Gesundheitsdienst für Säuglinge und Kleinkinder (Abt. 4.1; siehe Befassung des Stadtrats im Gesundheits- und Krankenhausausschuß am 05.12.1996). Ebenso sind die spezifischen gesundheitlichen Belange von ausländischen Kindern sowie Mädchen besonders zu berücksichtigen.
- Auch aus gesundheitlicher Sicht muß der Wahrung der Kinderrechte als Querschnittsaufgabe in allen Planungsbereichen verstärkt Beachtung geschenkt werden, so z. B. in der Verkehrsplanung (Schulwege, Verkehrsberuhigung), der Wohn- und Spielplatzgestaltung, der Unterrichtsplanung u.a.m.

Die beschriebenen Strategien für Prävention und Gesundheitsförderung verdeutlichen die Wichtigkeit und Notwendigkeit eines effektiven öffentlichen Gesundheitsdienstes in den Bereichen der Säuglings-/Kleinkinderfürsorge, im Kindergarten- und Schulbereich. Hier vor allem ist die Möglichkeit zu einer früh einsetzenden Prävention und Gesundheitsförderung unter Einbezug von Eltern, Erziehern/innen sowie Schulen gegeben. Nicht zuletzt die verstärkte Nutzung der Daten des ÖGD für die Gesundheitsberichterstattung (vgl. Beschluß des Gesundheits- und Krankenhausausschusses vom 05.12.1996) wird dazu beitragen, die gesundheitliche Lage von Kindern in München zu sichern und zu verbessern.

Das Gesundheitsreferat wird auch weiterhin in den genannten Bereichen aktiv sein und dem Gesundheits- und Krankenhausausschuß regelmäßig darüber berichten.

II Berichtsteil

1 Gesundheitszustand

Zur gesundheitlichen Lage von Kindern liegen aus unterschiedlichen Quellen Daten vor. Neben den amtlichen Statistiken zu Säuglingssterblichkeit und Mortalität im Kindesalter sind dies vor allem die Ergebnisse der vom schulärztlichen Dienst durchgeführten Reihenuntersuchungen. Daneben gibt es für ältere Kinder zwischen 13 und 14 Jahren bezüglich einiger Fragestellungen auch Daten aus einer von Infratest durchgeführten repräsentativen Befragung in München.

1.1 Sterblichkeit von Säuglingen und Kindern

In München wurden 1995 11.669 Kinder lebend geboren. 61 Säuglinge verstarben innerhalb des ersten Lebensjahres (Angaben des Statistischen Amtes der LH München). Daraus errechnet sich eine Säuglingssterblichkeit von 5,2‰ bezogen auf alle Geburten, 6,4‰ der männlichen und 4,0‰ der weiblichen Säuglinge. Dieser Geschlechtsunterschied basiert auf der erhöhten Sterblichkeit männlicher Säuglinge innerhalb des ersten Lebensmonats.

Die Zahl der Totgeburten in München ist seit 1984 angestiegen und betrug 1995 73 Säuglinge, davon 24 ausländische (Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung)*.

Gestorbene Münchner Säuglinge des Jahres 1995 nach Lebensdauer

Lebensalter	männlich	weiblich	gesamt
unter 1 Tag	15	8	23
1-unter 7 Tage	5	2	7
7-unter 28 Tage	10	4	14
28 Tage - 1 Jahr	8	9	17
Jahressumme	38	23	61

Quelle: Statistisches Amt der LH München

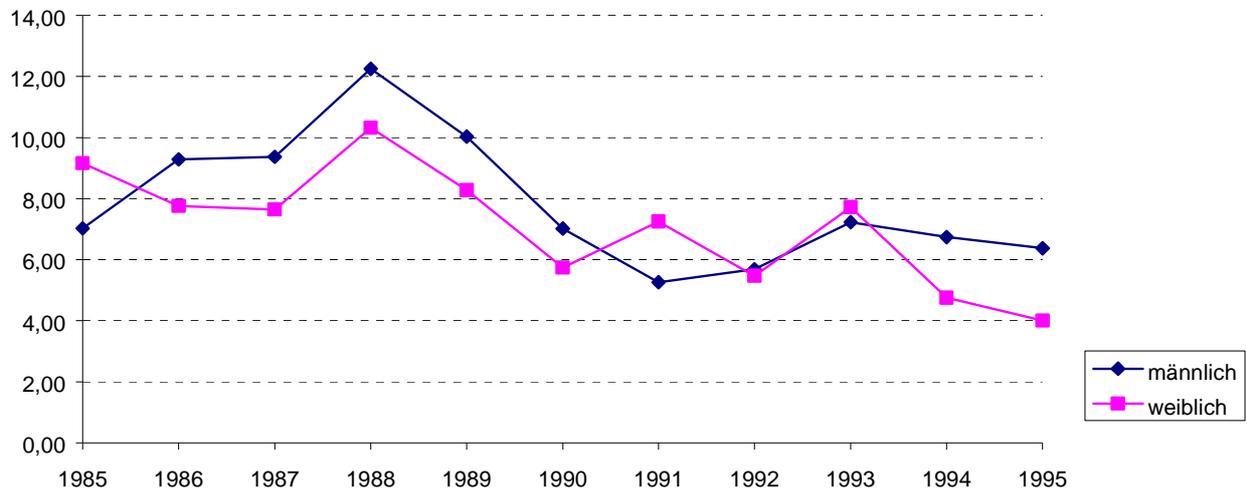
In der folgenden Grafik erkennt man im Trend die Fortsetzung des seit Jahrzehnten anhaltenden Rückgangs der männlichen und weiblichen Säuglingssterblichkeit, wie er auch in den Ländern der Europäischen Union zu verzeichnen ist. Die Sterberate für München im Jahr 1995 entspricht mit 5,2‰ in etwa dem gesamt-bayerischen Wert, liegt jedoch unter dem Durchschnittswert der EU-Länder (1994: 6,2‰).

Betrachtet man die Zahlen zur Säuglingssterblichkeit in München getrennt nach Nationalitäten, so wird deutlich, daß hier ein klarer Handlungsbedarf in Hinblick auf die Angleichung der gesundheitlichen Lage der deutschen und ausländischen Bevölkerung besteht. So lag die Sterberate (bezogen auf 1.000 Lebendgeborene) für die ausländischen Säuglinge in München 1995 mit 9,1 deutlich höher als für die deutschen Säuglinge mit 3,8. Die höchste Sterberate wiesen ausländische männliche Säuglinge auf mit 11,8 gegenüber 4,4 bei ihren deutschen Altersgenossen. Diese

*Die perinatale Sterblichkeit (= Totgeborene und Sterbefälle in der 1. Lebenswoche, bezogen auf 1.000 Lebend- und Totgeborene) betrug damit 1995 in München insgesamt 8,8‰, 7,2‰ bei der deutschen und 13,1‰ bei der ausländischen Bevölkerung.

Unterschiede zeigen sich auch bei den weiblichen Säuglingen: 6,3 bei den ausländischen versus 3,2 bei den deutschen weiblichen Säuglingen.

Im 1. Lebensjahr verstorbene Münchner Säuglinge pro 1.000 Lebendgeborene (1985 - 1995)



Quelle: Statistisches Amt der LH München

Perinatale Störungen (einschließlich Folgen der Frühgeburtlichkeit) und angeborene Mißbildungen stellen seit Jahren die Haupttodesursachen für Säuglinge dar. Der jeweilige prozentuale Anteil schwankt jedoch über die Jahre (wobei sich die Anteile dieser beiden Todesursachengruppen an allen Todesursachen zusammen seit 1984 zwischen 64% und 83% bewegen). Unter der Gruppe der perinatalen Störungen nimmt die Todesursache „Frühgeburt“ eine herausragende Stellung ein.

Außer den Säuglingen im ersten Lebensjahr starben 1995 in München 21 Kinder unter 15 Jahren, wobei 11 Kinder unter 5 Jahre alt waren, je weitere 5 zwischen 5-10 und 10-15 Jahren. Die Haupttodesursachen waren „Verletzungen und Vergiftungen“ mit 8 Fällen (darunter 2 Fälle von Selbstmorden in der Altersgruppe 10-15 Jahre) und Neubildungen mit 7 Fällen. Erfreulicherweise gab es keine Todesfälle infolge von Verkehrsunfällen.*

1.2 Gesundheitszustand von Säuglingen und Kleinkindern

In München wird seit Jahren allen Eltern von Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern, die in München wohnen, eine Beratung anlässlich eines Hausbesuchs durch eine Kinderkrankenschwester des städtischen Gesundheitsdienstes für Säuglinge und Kleinkinder angeboten. Neben dem Gesundheitszustand des besuchten Kindes wird dabei auch die familiäre Vorgeschichte erfaßt und von den Kinderkrankenschwestern anonym ausgewertet.

1995 wurden 8.888 Säuglinge im Alter von 1-12 Monaten zu Hause besucht (76% der 1995 in München neugeborenen). Das Geburtsgewicht der meisten (84,2%) lag zwischen 2.600 und 4.000 g, 8,5% hatten ein niedrigeres, 7,3% ein höheres Geburtsgewicht. Über eine problematische

* vgl. auch Kapitel 3.5 dieses Berichts

Schwangerschaft wird von den Müttern in 8,5% der Fälle berichtet, 7,1% der Kinder kamen vor der 37. Schwangerschaftswoche zur Welt, insgesamt 14,7% per Kaiserschnitt. Fast alle Kinder wurden in der Klinik geboren (98,5%), wobei 8% der Neugeborenen in eine Kinderklinik verlegt wurden. Bei 1,7% der Geburten handelte es sich um Mehrlingsgeburten. In der familiären Vorgeschichte kommen Allergien mit 17,7%, Asthma mit 3,4%, Ekzeme mit 4,6% und Diabetes mit 1,5% vor. 2,1% der Kinder werden als Risikokinder bezeichnet. Die Zahlen beziehen sich überwiegend auf Hausbesuche in der 4. - 8. Woche.

9,7% der Säuglinge zeigten Fehlbildungen und Auffälligkeiten (inkl. Hören, Sehen, Sprechen). Die meisten wiesen einen normalen Entwicklungsstand auf (97,9%), die Ernährung war bei 97,2% altersgemäß, der Pflegezustand bei 98,6% normal. Insgesamt wurde 98,8% der Säuglinge ein normales Gedeihen attestiert, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen wurden in 98,5% der Fälle in Anspruch genommen.

Während circa drei Viertel aller Münchner Säuglinge im ersten Lebensjahr besucht werden, werden Kleinkinder (13 - 60 Monate) nur bei Bedarf betreut. So wurden 1995 insgesamt 644 Kleinkinder zu Hause besucht, 354 im Alter zwischen 13-24 Monaten und 290 im Alter von 25-60 Monaten. Im Vergleich mit den Säuglingen wurde bei dieser Gruppe von Kindern der Pflegezustand in 10,4% der Fälle als nicht normal bezeichnet, 8,5% hatten keinen normalen Entwicklungsstand. Bei 7% wurden Fördermaßnahmen durchgeführt. Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen wurden von 85,4% in Anspruch genommen, ein insgesamt normales Gedeihen 91,6% der Kinder bescheinigt.

Bei insgesamt 10% aller Hausbesuche von Säuglingen und Kleinkindern wurde der ASD erstmals eingeschaltet, weitere 20% der Kinder wurden bereits vom ASD betreut.

1.3 Gesundheitszustand von Schulkindern

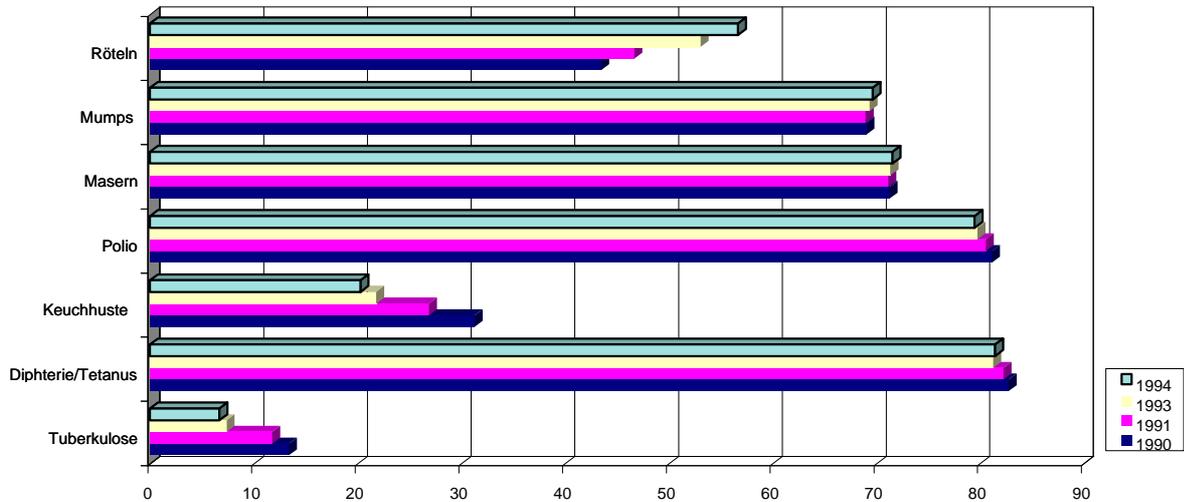
Schuleingangsuntersuchungen

Schulärztliche Reihenuntersuchungen werden an allen Schulanfängern durchgeführt. Die Vollerhebung mit einer Ausfallquote von lediglich 1% bis maximal 2% bietet eine umfassende Datengrundlage zur Beurteilung des Gesundheitszustands der 6-7 jährigen Kinder. Erfasst werden Impfstatus sowie der allgemeine Gesundheitszustand. Die folgenden Daten entstammen den jährlich ausgewerteten Statistiken des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung. Der neueste Stand ist das Einschulungsjahr 1994, in dem insgesamt 9.643 Schulanfänger untersucht wurden, 4.935 Knaben und 4.708 Mädchen* .

Wie die Grafik zum Impfstatus über die Jahre zeigt, haben sich seit 1990 in einigen Bereichen Veränderungen ergeben. Rückgänge sind für Tuberkulose (von 13,4% auf 6,7%) und Keuchhusten (von 31,3% auf 20,3%) zu verzeichnen, bei Röteln hat der Durchimpfungsrate von 43,5% auf 56,7% zugenommen. In diesem Bereich zeigt sich auch der einzige nennenswerte Unterschied im Impfstatus von Jungen und Mädchen (1994: 54,8% versus 58,6%). Seit 1993 wird auch der Impfstatus bezüglich HIB (gegen Meningitis) angegeben. In dieser Zeit stieg er von 16,2% auf 28,2%.

*Die Auswertungen wurden 1995 ausgesetzt, weil die statistischen Auswertungskriterien überarbeitet wurden.

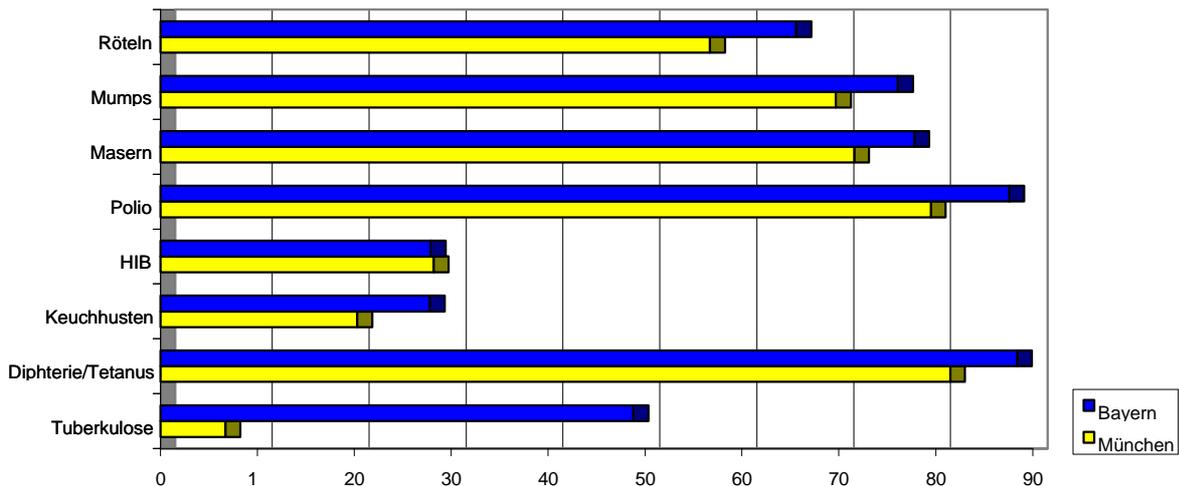
Impfstatus der Münchner Schulanfänger 1990, 1991, 1993 und 1994 (Angaben in Prozent)



Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung

Im Vergleich zu Bayern zeigt sich, daß in allen Bereichen (außer bei der HIB-Impfung gegen Meningitis) Münchner Schulanfänger prozentual weniger geimpft sind als im bayerischen Gesamtdurchschnitt, vor allem beim Impfschutz gegen Tuberkulose besteht ein großer Unterschied. Dabei ist zu beachten, daß bayernweit 9,7% der Impfbücher nicht vorlagen, in München dagegen 15,8%. Die Prozentangaben beziehen sich jedoch jeweils auf alle untersuchten Schülerinnen und Schüler. Eventuell wirkt sich hier auch der höhere Anteil ausländischer Kinder in München im Vergleich zu Gesamtbayern aus, genaue Aussagen dazu sind derzeit jedoch nicht möglich.

Impfstatus der Münchner Schulanfänger 1994 im Vergleich zu Bayern (Angaben in Prozent)



Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung

Die Untersuchungen zum Gesundheitszustand erbrachten folgendes Ergebnis: Keinen Befund hatten über 40% der Kinder, bei über der Hälfte (57,2%) der untersuchten Kinder wurden Befunde diagnostiziert. Ein deutlicher Unterschied zeigte sich zwischen den Geschlechtern: So wiesen 60,6% der Knaben gegenüber 53,6% der Mädchen Befunde auf.

Prozentual an erster Stelle der Befunde stehen 1994 (wie bei allen Reihenuntersuchungen seit 1990) die Befunde zu „Skelettsystem, Bewegungsapparat“. Die Befunde „Wirbelsäulenverbiegungen“ aus diesem Bereich konzentrieren sich auf insgesamt 4,7% aller untersuchten Schulanfänger, 5,3% der Mädchen und 4,2% der Knaben.

Befunde der schulärztlichen Reihenuntersuchungen bei Schulanfängern 1994	gesamt		Knaben	Mädchen
	absolut* N=9.685	Prozent*	Prozent* N=5.524	Prozent* N=4.161
Übergewicht	609	6,3	4,9	8,1
Haut-und Schleimhäute	598	6,2	5,4	7,2
Mund-und Halsregion	815	8,4	7,4	9,7
Skelettsystem, Bewegungsapparat	2.039	21,1	20,0	22,5
Herz, Kreislauf, Blut	166	1,7	1,6	1,9
Atmungsorgane	465	4,8	5,2	4,3
Bauch-, Harn- und Geschlechtsorgane	576	5,9	8,4	2,6
Nervensystem, Psyche, Verhalten, intellektuelle Fähigkeiten	1.517	15,7	19,1	11,1
Sprachstörungen	1.115	11,5	12,1	10,8
Verzögerte Entwicklung	166	1,7	2,0	1,4
Sehorgan	1.195	12,3	10,3	15,1
Hörstörung	380	3,9	3,2	4,9
Stoffwechselkrankheiten, genetisch bedingte Syndrome	44	0,5	0,4	0,5

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung

*Die Angaben beziehen sich auf die **Befunde**, nicht auf die Zahl der untersuchten Kinder.

Am zweithäufigsten sind Befunde zu „Nervensystem, Psyche, Verhalten und intellektuelle Fähigkeiten“. Verhaltensauffälligkeiten zeigen 7,2% der untersuchten Kinder. Der Vergleichswert für Bayern liegt deutlich darunter: 4,5% aller bayerischen Schulanfänger wiesen 1994 Verhaltensauffälligkeiten auf. Es zeigen sich in allen Einzeldiagnosen Unterschiede zwischen den Geschlechtern, wobei Jungen durchweg stärker betroffen sind als Mädchen. So wurden bei 9,4% aller Knaben Verhaltensauffälligkeiten diagnostiziert, bei den Mädchen waren es nur 4,9%. 7,9% der männlichen Schulanfänger hatten motorische Koordinationsstörungen oder Dyspraxien gegenüber lediglich 2,7% der weiblichen. Auch von Lernbehinderungen waren Knaben prozentual häufiger betroffen als Mädchen: 2,8% bzw. 1,2%. Der Anteil von Schülerinnen und Schülern mit Lernbehinderungen ist in München mit 2,0% nur halb so hoch wie in Bayern mit 4,0%.

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich ebenso in den Bereichen „verzögerte Entwicklung“ und „Sprachstörungen“. 2,2% der untersuchten Knaben und 1,2% der Mädchen wiesen ersteren Befund auf, Sprachstörungen wurden bei 13,5% aller Knaben und 9,5% aller Mädchen diagnostiziert. Damit stiegen diese Störungen gegenüber 1993 von insgesamt 9,6% auf 11,6%, wobei die Steigerung bei den Schülern mit 1,5% schwächer ausfiel als bei den Schülerinnen mit 2,7%.

Befunde der Sehorgane zeigen 10,3% der Knaben und 15,1% der Mädchen. Dies waren überwiegend herabgesetzte Sehleistungen. 9,1% aller Kinder waren davon betroffen. Eine Hörstörung kam bei 3,9% vor. Neurodermitis bzw. allergische Hautreaktionen zeigten 4,3% der untersuchten Schülerinnen und Schüler. Gegenüber 1991 entspricht dies einer Zunahme um 1,7

Prozentpunkte. Im Bereich „Mund- und Halsregion“ entfallen die meisten Nennungen auf Krankheiten der Rachen- und Gaumenmandeln. Befunde bei Bauch-, Harn- und Geschlechtsorganen (5,9%) betreffen vor allem Knaben mit 8,4%. Übergewicht wird bei 6,3% festgestellt, hier überwiegen Mädchen mit 8,1%.

Untersuchungen der 5. Klassen

Im Schuljahr 1995/1996 wurden nahezu alle (insgesamt 8.630) Schulkinder der 5. Klassen vom schulärztlichen Dienst untersucht, 50,2% davon Mädchen. Sie besuchen zu insgesamt 49,6% eine weiterführende Schule (Gymnasium oder Realschule), gegenüber 41,1% der Jungen. Der Gesamtanteil ausländischer Schülerinnen und Schüler beträgt 27,7%. Sie sind überproportional häufig in Hauptschulen vertreten.

Zahl der untersuchten Schüler/innen	gesamt		Mädchen		Jungen		davon Ausländer/innen	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
insgesamt	8.630	100%	4.334	100%	4.296	100%	2.392	100%
Hauptschulen	4.402	51,0%	2.109	48,7%	2.293	53,4%	1.909	79,8%
Realschulen	189	2,2%	153	3,5%	36	0,8%	14	0,6%
Gymnasien	3.859	44,7%	1.998	46,1%	1.861	43,3%	402	16,8%
Sonderschulen	180	2,1%	74	1,7%	106	2,5%	67	2,8%

Insgesamt wurde die gesundheitliche Lage in 23 Befundbereichen beurteilt. Pro Bereich wurden im Bedarfsfall Maßnahmen empfohlen bzw. festgehalten, wenn sich ein Kind bereits in Behandlung befindet. Die am häufigsten empfohlenen Maßnahmen betreffen die fünf Bereiche

- Übergewicht (10,3%)
- Haltungsschwäche (9,6%)
- Sehstörungen (8,9%)
- Veränderungen der Füße (8,6%)
- Wirbelsäulenveränderungen (7,2%).

Dies sind für alle Untergruppen (Schultyp, Geschlecht) die fünf Bereiche, für die am häufigsten Maßnahmen empfohlen wurden. In der Reihenfolge ergeben sich jedoch je nach Untergruppe Unterschiede.

Übergewicht: Hier differieren die Prozentwerte über 4,8% bei Realschülern, 7,8% bei Gymnasiasten, 12,5% bei Hauptschülern bis zu 16,1% bei Sonderschülern. Im Unterschied zu den Eingangsuntersuchungen werden mit 10,8% aller untersuchten Fälle etwas häufiger Maßnahmen bei Jungen als bei Mädchen mit (9,9%) empfohlen.

Haltungsschwäche: Die Prozentwerte zwischen den Schultypen unterscheiden sich nur wenig. Sie liegen zwischen 9,0% bei Realschülern, 9,3% bei Gymnasiasten, 9,4% bei Sonderschülern und 9,9% bei Hauptschülern. Bei Mädchen werden Maßnahmen in 9,3% der Fälle empfohlen, bei Jungen in 9,9%.

Sehstörungen: In 8,9% aller Fälle werden Maßnahmen zur Behebung von Sehstörungen empfohlen. Realschulen liegen mit 6,9% am niedrigsten, gefolgt von Gymnasien mit 8,2%,

Hauptschulen mit 9,2% und Sonderschulen mit 11,7%. Bei den Sehstörungen liegen die Werte für die Mädchen etwas höher als für die Jungen: 9,6% bei Mädchen gegenüber 8,2% bei Jungen. Diese geschlechtsabhängigen Unterschiede zeigen sich in allen Schultypen, der höchste Wert kommt bei weiblichen Sonderschülern mit 14,9% vor. Hinzu kommen 12,6% Schülerinnen und Schüler, die bereits in Behandlung sind, 13,1% der Mädchen und 12,2% der Jungen. Damit ist der Bereich Sehstörungen der mit dem weitaus höchsten Anteil an bereits in Behandlung befindlichen Schülerinnen und Schülern.

Wirbelsäulenveränderungen: Hier zeigt sich ein Unterschied zwischen Mädchen und Jungen: 7,7% versus 6,7%. Die Werte für die Schultypen variieren zwischen 8,9% für Sonderschulen, 7,9% für Gymnasien, 6,6 für Hauptschulen und 2,1% für Realschulen. Der höchste Wert kommt mit 9,4% bei männlichen Sonderschülern vor.

Befundbereiche	gesamt (N=8.630)		Mädchen (N=4.334)		Jungen (N=4.296)	
	empf. Maßnahme	in Behandlung	empf. Maßnahme	in Behandlung	empf. Maßnahme	in Behandlung
Übergewicht	10,3%	0,7%	9,9%	0,7%	10,8%	0,8%
Neurodermitis	0,6%	3,0%	0,6%	3,4%	0,6%	2,6%
infekt. Hautkrankheiten	1,1%	0,9%	1,4%	0,9%	0,8%	0,9%
Erkrankungen im HNO-Bereich	0,7%	1,4%	0,7%	1,3%	0,7%	1,4%
Allerg. Rhinitis	0,2%	2,4%	0,2%	2,0%	0,2%	2,7%
Struma	3,5%	1,0%	4,5%	1,4%	2,5%	0,7%
Hüftgelenkserkrankungen	0,9%	0,5%	1,0%	0,5%	0,7%	0,4%
Veränderungen der Füße	8,6%	2,0%	8,5%	2,0%	8,7%	1,9%
Haltungsschwäche	9,6%	0,9%	9,3%	0,9%	9,9%	0,9%
Wirbelsäulenveränderungen	7,2%	1,7%	7,7%	2,1%	6,7%	1,4%
Krankheiten des Herzens	0,8%	0,5%	0,8%	0,4%	0,8%	0,5%
Bluthochdruck	1,5%	0,8%	1,4%	--	1,7%	0,2%
rezid. Bronchitiden	0,1%	0,6%	0,2%	0,4%	0,1%	0,7%
Asthma bronchiale	0,1%	2,0%	0,1%	1,4%	0,2%	2,5%
Erkrankungen des Uro-Genital Systems	0,5%	0,7%	0,02%	0,5%	0,9%	1,0%
Bauchwandbrüche	0,4%	0,4%	0,2%	0,2%	0,5%	0,6%
cerebrale Anfallsleiden	0,01%	0,3%	0,02%	0,3%	--	0,3%
Verhaltensauffälliggk.	0,8%	1,0%	0,7%	0,6%	0,9%	1,4%
Sprachstörungen	1,1%	0,5%	0,9%	0,3%	1,3%	0,7%
Sehstörungen	8,9%	12,6%	9,6%	13,1%	8,2%	12,2%
Farbsinnstörungen	0,4%	0,1%	0,02%	0,02%	0,8%	0,2%
Hörstörungen	0,6%	0,4%	0,7%	0,3%	0,6%	0,5%
Stoffwechselerkrank. / Syndrome	0,2%	0,7%	0,2%	0,6%	0,1%	0,7%

Gesamtzahl der Befunde	5.000	2.954	2.535	1.443	2.465	1.511
------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Münchener Asthma- und Allergiestudie

Um das Vorkommen asthmatischer und allergischer Erkrankungen bei Kindern (Prävalenz) zu erheben, wurde die Münchener Asthma- und Allergiestudie als Querschnittsuntersuchung in München und im Oberland durchgeführt*. Daneben sollten relevante Einflußfaktoren auf die Manifestation dieser Erkrankungen identifiziert werden. Sämtliche Grundschüler der 4. Klassen Münchens (n=7.445) und weitere 1.958 gleichaltrige Grundschüler eines ländlichen Vergleichsgebietes wurden 1989 und 1990 mittels Fragebogen an die Eltern, Allergie-Hauttestung und Lungenfunktionsprüfung untersucht.

Im Vergleich zu den oben dargestellten schulärztlichen Untersuchungen hat die Studie eine hohe Prävalenz asthmatischer und allergischer Erkrankungen bei 9 - 11jährigen Kindern gezeigt. Bei 8,7% der Münchner Kinder und 5,7% der Kinder auf dem Land ist bereits von einem Arzt ein Asthma diagnostiziert worden, weitere 8,1% der Stadtkinder und 8,7% der Landkinder weisen charakteristische, auf das Vorliegen einer Asthma-Erkrankung hinweisende Beschwerden auf, ohne daß jemals von einem Arzt eine entsprechende Diagnose gestellt wurde. D. h., es muß von einer erheblichen Dunkelziffer an Asthma erkrankter Kinder ausgegangen werden.

Dasselbe gilt für Heuschnupfen. Neben 10,7% der Münchner und 8,5% der Landkinder, bei denen diese Diagnose schon einmal von einem Arzt gestellt wurde, weisen weitere 8,4% der Kinder in München und 6,3% auf dem Land für Heuschnupfen typische Beschwerden auf, ohne daß ein Arzt jemals eine entsprechende Diagnose gestellt hat.

13,3% der Münchner Eltern und 10,3% der Eltern auf dem Land geben an, ihr Kind habe schon einmal Neurodermitis gehabt.

Die Allergie-Testung hat erbracht, daß 42,4% aller Münchner Kinder und 38,0% der Landkinder auf irgendeines der getesteten Allergene reagierten. Am häufigsten waren allergische Reaktionen auf Pollen (Gräser-, Hasel- oder Birkenpollen), Tierhaare (Katze oder Hund) und Hausstaubmilben.

Als wesentliche Einflußfaktoren zeigten sich auf die Manifestation von

- Asthma: männliches Geschlecht, genetische Belastung sowie Passiv-Rauchexposition des Kindes durch die Mutter.
- Heuschnupfen: männliches Geschlecht sowie genetische Belastung.
- Neurodermitis: genetische Belastung, *gehobener* (!) Sozialstatus der Familie sowie Wohnort des Kindes in der Stadt.
- Allergische Sensibilisierung (Allergie-Hauttest): genetische Prädisposition und männliches Geschlecht des Kindes. Für eine Sensibilisierung auf die Hausstaubmilbe wirken sich zudem begünstigend Feuchtigkeitsschäden in der Wohnung und ein *gehobener*(!) Sozialstatus der Eltern aus.
- Verschlechterung der Lungenfunktion: genetische Belastung für Asthma, Frühgeburtlichkeit des Kindes, Wohnort des Kindes in der Stadt sowie Passiv-Rauchexposition des Kindes durch die

*Die Studie wurde durchgeführt von der Dr. von Haunersche Kinderklinik der Universität München in Zusammenarbeit mit der städtischen Gesundheitsbehörde und dem GSF-Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit (Medis), Neuherberg

- Mutter. Zudem zeigte sich ein dosisabhängiger Effekt der insgesamt im Haushalt gerauchten Zigaretten.

Beschwerden und Erkrankungen von 13-14 Jährigen

Im Rahmen einer von Infratest durchgeführten repräsentativen Befragung deutscher Münchner Jugendlicher und junger Erwachsener (Biogramm 95) wurde auch die Altersgruppe der 13-14 Jährigen befragt*. Unter anderem waren Fragen zum Gesundheitszustand mit einbezogen.

Insgesamt betrachten 86,7% der Kinder dieser Altersgruppe ihren Gesundheitszustand als sehr gut bzw. gut (92,3% der Jungen gegenüber 82,4% der Mädchen), keines als schlecht. Im Vergleich zu Gleichaltrigen schätzt gut die Hälfte ihren Gesundheitszustand als besser ein (gesamt 53,5%, Jungen 61,3%, Mädchen 47,5%), die andere Hälfte als gleich gut.

Um ein differenzierteres Bild über den Gesundheitszustand zu erhalten, wurde zum einen die Häufigkeit von Krankheiten (und Beschwerden) erfragt, die in den letzten drei Jahren auftraten; zum anderen wurde erfaßt, wie häufig bestimmte Beschwerden in den letzten 12 Monaten auftraten. Bei den Erkrankungen in den letzten drei Jahren (außer Erkältungen und Magenverstimmungen) standen Akne und (allergische) Hautausschläge mit zusammen 40,4% an erster Stelle. Mit 13,2% kommen Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparates (Gelenkerkrankungen bzw. Rheuma) recht oft vor. Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich vor allem bei Blasen-/ Nierenerkrankungen und -beschwerden, die von Mädchen mit 11,5% deutlich häufiger angegeben werden als von Jungen (1,7%). Jungen gaben häufiger Gewichtsprobleme an als Mädchen. Dies betrifft sowohl Probleme mit Untergewicht (5,0% bzw. 1,3%) als auch erstaunlicherweise mit Übergewicht (11,7% versus 2,6%). Höhere Werte bei Jungen finden sich auch im Bereich der Atemwegserkrankungen (Bronchitis, Lungenkrankheiten, Asthma: 16,7% versus 10,7%).

Häufige Beschwerden in den letzten 12 Monaten	Anteil betroffener Jugendlicher
Halsschmerzen	15,2%
Husten, Heiserkeit	23,2%
Appetitlosigkeit	6,6%
Benommenheit, Schwindelgefühl, Kreislaufstörungen	11,9%
Brechreiz am Morgen	0,7%
Frösteln, Frieren ohne erkennbaren Grund	6,6%
Herzjagen, starkes Herzklopfen	4,0%
Hitzewallungen	2,6%
Kopfschmerzen, Migräne	22,5%
Magenschmerzen, Sodbrennen	8,6%
Schlafstörungen, Schlaflosigkeit	8,6%
Schweißausbrüche	2,0%
Traurige Verstimmung	11,9%
Unruhe, Erregbarkeit, Nervosität	13,9%
Übelkeit, Brechreiz	2,0%
Vergeßlichkeit	13,2%
Zittern der Hände	2,6%
Herzbeschwerden	--
Erschöpfungs- und Ermüdungszustände, Abgespanntheit	13,9%

* Ausländische Kinder sind in der Stichprobe mit 23% gegenüber 30% in der Gesamtbevölkerung dieser Altersgruppe leicht unterrepräsentiert.

Hautjucken, Ausschläge, Allergien (nicht Akne)	10,6%
Atembeschwerden	5,3%
Alpträume	3,3%
Konzentrationschwierigkeiten	10,6%
Durchfall	1,3%
Verstopfung	1,3%
Kreuz- oder Rückenschmerzen	12,6%
Nacken- oder Schulterschmerzen	11,3%
Schmerzen im Brustkorb	3,3%
Schmerzen im Beckenraum	2,0%
Menstruations-, Monatsbeschwerden (nur Mädchen)	16,5%

An erster Stelle der häufigen Beschwerden in den letzten 12 Monaten stehen Husten, Heiserkeit, gefolgt von Kopfschmerzen/Migräne, Halsschmerzen sowie Erschöpfungs- und Ermüdungszustände/Abgespanntheit. Mit Kreuz- und Rückenschmerzen sowie Nacken-, Schulterschmerzen hat jedes 10. Kind häufig zu tun, nimmt man noch die hinzu, die seltene Beschwerden angeben, jedes zweite Kind. Keine Beschwerden in den letzten 12 Monaten gaben lediglich 1,3% der 13-14 Jährigen an, wobei sich deutliche Geschlechtsunterschiede zeigten. So gab kein Mädchen an, in den letzten 12 Monaten keine Beschwerden gehabt zu haben, gegenüber 3,0% der Jungen. Bis auf wenige Bereiche werden von den Mädchen zum Teil deutlich häufiger Beschwerden angegeben als von den Jungen. Die wenigen Bereiche, in denen Jungen etwas öfter Beschwerden nennen, betreffen vor allem den Magen-, Darmbereich (Brechreiz am Morgen, Übelkeit/Brechreiz, Durchfall) sowie Schlafstörungen sowie Atem- und Herzbeschwerden.

Im letzten Jahr war knapp die Hälfte der Kinder ein- bis zweimal bei einem praktischen Arzt in Behandlung (44,4%), weitere 16,6% dreimal oder öfter. Beim Zahnarzt/Kieferorthopäden waren 38,4% ein- bis zweimal, fast jedes zweite Kind (43,7%) dreimal oder öfter. Desweiteren wurden im letzten Jahr Kinderärzte von 28,5%, Augenärzte von 26,5%, Orthopäden von 22,5% und Hautärzte von 21,2% der Kinder ein- bis zweimal konsultiert.

1.4 Zahngesundheit von Kindern in Kindergarten und Grundschule

Der Jugendzahnärztliche Dienst der Landeshauptstadt München untersuchte im Schuljahr 1995/96 insgesamt 31.965 Kinder im Alter von 3 - 11 Jahren, davon 13.834 in Kindergärten. Von den untersuchten Schülerinnen und Schülern besuchten 16.959 eine Grund- und 1.172 eine Sonderschule. Dabei wurden folgende prozentuale Befunde festgestellt (Vorjahreszahlen in Klammern):

- nur naturgesunde Zähne:	73,2%	(71,1%)
- bereits sanierte Zähne:	9,7%	(11,9%)
- behandlungsbedürftige Zähne:	17,2%	(17,0%)

Erfreulich ist die Zunahme der Kinder mit naturgesunden Zähnen um 2 Prozentpunkte. Die Anzahl der Kinder, deren kariöse Zähne bereits von niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten saniert wurden, ging im Berichtszeitraum stadtweit um 2,2% zurück.

2 Risiken und Gefährdungen

2.1 Ernährung und Freizeitverhalten

Das Ernährungs- und Freizeitverhalten von Kindern ist hinsichtlich vieler Folgeerkrankungen (Herz-/Kreislaufsystem, Bewegungsapparat u.a.) von großer präventiver Bedeutung. Aus der bereits zitierten Repräsentativbefragung von Infratest liegen hierzu einige neue Daten für Münchner Kinder im Alter von 13-14 Jahren vor. Über das Freizeit- bzw. Ernährungsverhalten jüngerer Münchner Kinder liegen keine Daten vor.

Ernährung

Die Mahlzeiten, die fast alle Kinder zu sich nehmen, sind Mittagessen (98,0%) und Abendessen (96,7%). Ein erstes Frühstück essen 87,4% der Kinder, 10,6% (Jungen 13,1%, Mädchen 8,5%) davon allerdings erst in der Schule. Bei diesen entfällt zu 42,9% ein zweites Frühstück. Insgesamt sind es 68,9%, die ein zweites Frühstück zu sich nehmen. Von den 12,6%, die kein erstes Frühstück zu sich nehmen, nehmen 63,2% wenigstens ein zweites ein. D. h. jedoch, daß 3,9% aller Kinder weder ein erstes noch ein zweites Frühstück haben. In der Regel wird zu Hause gefrühstückt (89,4%) und zu Abend gegessen (99,3%). Das Mittagessen findet bei 87,2% zu Hause statt, bei 10,8% in der Schule. Das zweite Frühstück wird erwartungsgemäß in der Schule gegessen (94,2%).

An ihrem Gewicht wollen 38,3% der 13-14 Jährigen nichts verändern, weitere 18,8% möchten nur *leicht* ab- oder zunehmen. Das heißt, über die Hälfte aller Kinder (57,1%) ist mit ihrem Gewicht zufrieden. *Sehr stark* abnehmen möchten 10,7% der Mädchen gegenüber 7,7% der Jungen. Jedes dritte Mädchen (34,1%) und jeder fünfte Junge (20,0%) haben bereits mindestens einmal eine Diät gemacht.

Insgesamt schätzen knapp zwei Drittel der Kinder (65,3%) ihren Speiseplan als abwechslungsreich oder sehr abwechslungsreich ein, wobei die Mädchen deutlich kritischer sind (58,9% versus 73,8% der Jungen). Wie ausgewogen ihre Ernährung tatsächlich ist, kann jedoch nur bedingt gesagt werden. Jeweils für Gruppen von Lebensmitteln wurden die Kinder gefragt, wie häufig sie diese zu sich nehmen. Insgesamt steht frisches Obst in der Häufigkeit der täglich oder fast täglich konsumierten Nahrungsmittel an erster Stelle (62,6%), gefolgt von Semmeln/Weißbrot/Toast (49,3%), Haferflocken/Müsli/Cornflakes und Kartoffeln/Reis/Nudeln (je 43,5%). Süßigkeiten werden von 35,1% täglich oder fast täglich konsumiert. Bei diesen Ergebnissen muß berücksichtigt werden, daß es sich um Aussagen der Kinder selbst handelt und nicht eindeutig zwischen tatsächlichem Verhalten und Kenntnis gewünschten Verhaltens unterschieden werden kann.

Es zeigten sich jedoch zum Teil deutliche Geschlechtsunterschiede. So werden von Mädchen nach eigenen Angaben Obst, Salat/rohes Gemüse, Kartoffeln/Reis/Nudeln und Süßigkeiten öfter täglich oder fast täglich gegessen als von Jungen. Diese dagegen verzehren mehr Haferflocken/Müsli/Cornflakes, Pudding/Eis/Süßspeisen sowie Semmeln/Weißbrot/Toast als ihre Altersgenossinnen. Bildet man einen Gesamtwert, in den sowohl die Konsumhäufigkeit wie auch die Qualität der einzelnen Lebensmittel mit eingehen, so zeigt sich, daß Mädchen insgesamt gesünder essen als Jungen, zumindest ihren Angaben nach. Sie essen weniger Fett und Fleisch als ihre männlichen Altersgenossen.

Bei den täglich oder fast täglich konsumierten Getränken steht Mineralwasser mit 66,7% vorne, an zweiter Stelle folgt Milch mit 58,3% (Jungen 66,7%, Mädchen 51,7%), danach kommen

Limonaden mit 43,3% sowie Obst- und Gemüsesäfte mit 42,0%. Kaffee, Red Bull und isotonische Getränke spielen keine Rolle.

Freizeitverhalten

Womit Kinder ihre Freizeit verbringen, alleine oder mit anderen, aktiv oder passiv ist in letzter Zeit verstärkt in die öffentliche Diskussion geraten. Laut der Befragung von Infratest verbringen nur 3,3% der Kinder ihre Freizeit allein, fast alle zusammen mit anderen. Dies sind in erster Linie die Freundin/der Freund (85,1% der Kinder verbringen mit ihnen „immer“ oder „oft“ ihre Freizeit), die Clique (65,6%) sowie Eltern (51,2%) und Geschwister (38,0%). Dabei steht das Hören von Musik mit 96,7% an erster Stelle der in der Freizeit *häufig* (d.h. täglich bzw. mehrmals in der Woche) ausgeübten Freizeitbeschäftigungen, gefolgt von Fernsehen und Anschauen von Videos mit 85,7%. An dritter Stelle steht bei den Jungen „Flippern, Kickern, Computerspielen“ mit 57,8% (Mädchen: 9,9%), bei den Mädchen Lesen mit 62,2% (Jungen: 44,4%). Deutliche Geschlechtsunterschiede zeigen sich auch bei der Beschäftigung mit Computerprogrammen (47,4% der Jungen versus 8,6% der Mädchen) sowie Mannschaftsspielen (Jungen 43,6%, Mädchen 16,1%). Tätigkeiten, die seltener oder nie ausgeübt werden, sind vor allem solche für ältere Jugendliche (Konzert-, Kino- oder Discobesuch) sowie der Besuch von Jugendtreffs: 68,5% der Kinder besuchen sie selten bzw. nie. Relativ hoch liegen die prozentualen Anteile der Kategorie „selten/nie“ auch in den Bereichen „Bastel, Hand- und Gartenarbeiten“ (39,4%), Mannschaftsspiele (26,6%), Gymnastik, Turnen und sonstige Sportarten (26,8%) sowie Lesen. 18,6% der Kinder (23,8% der Jungen und 14,6% der Mädchen) geben an, in ihrer Freizeit selten bzw. nie zu lesen, wohingegen *alle* Fernsehen und Musikhören als (zumindest gelegentliche) Freizeitbeschäftigung nennen.

Zusätzlich wurde in der Repräsentativbefragung von Infratest für einige Tätigkeiten nach der durchschnittlichen Stundenzahl pro Woche gefragt. Dabei steht erwartungsgemäß Fernsehen mit durchschnittlich 12,7 Stunden pro Woche deutlich an erster Stelle, aktives Betreiben von Sport folgt mit 7,4 Wochenstunden. Weniger als 2 Stunden Sport pro Woche betreiben nur 2,8% der Kinder. Die Beschäftigung mit elektronischen Spielen (Computer, Gameboy etc.) wird mit durchschnittlich 4,2 Stunden pro Woche angegeben, Spielen an Spielautomaten mit zu vernachlässigenden 0,2 Stunden, wobei überhaupt nur 2,6% aller Kinder diese Beschäftigung angeben. Bei all diesen Freizeitbeschäftigungen werden von Jungen deutlich höhere durchschnittliche Stundenzahlen angegeben als von Mädchen: Fernsehen 13,9 versus 11,7, Sport 8,7 gegenüber 6,4 und - besonders deutlich - Spielen mit elektronischen Spielen 7,3 bzw. 1,3 Stunden pro Woche.*

Die Verteilungen der durchschnittlichen Stundenzahlen zeigt die folgende Tabelle. Zwei Drittel der Kinder sehen täglich durchschnittlich bis zu 2 Stunden fern, 10,4% sogar über 3 Stunden pro Tag. Während das Spielen mit elektronischen Spielen bei den meisten Kindern eher eine untergeordnete Rolle spielt, beschäftigt sich eine Gruppe von 7% täglich über 2 Stunden damit. Mehr als 1 Stunde Sport pro Tag betreiben insgesamt knapp 40% der Kinder, 10,5% treiben sogar täglich über 2 Stunden aktiv Sport.

* vgl. auch Kapitel 6 dieses Berichts

Durchschnittlich	Fernsehen/Anschaun von Videos	aktives Sporttreiben	Spielen mit elektronischen Spielen
0 - 1 Std./Tag	37,5%	61,3%	83,6%
über 1 - 2 Std./Tag	30,6%	28,2%	9,4%
über 2 - 3 Std./Tag	21,5%	7,7%	4,7%
über 3 Std./Tag	10,4%	2,8%	2,3%

2.2 Rauchen, Alkohol und Medikamente

Auch die öffentliche Diskussion um die Gefährdung durch Rauchen, Alkohol, Medikamente und sonstige Substanzen hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Für München und im besonderen für Kinder liegen aber nur wenige repräsentative Zahlen vor. Die von Infratest 1994/1995 erhobenen Daten bei 13-14 Jährigen geben einen ersten Eindruck, Daten zu jüngeren Altersklassen sind uns derzeit nicht zugänglich. Zu beachten ist dabei, daß extremes Risikoverhalten in Repräsentativbefragungen in der Regel unterschätzt wird, weil sogenannte Randgruppen unterproportional erfaßt werden. Dies hat einmal methodische Gründe, zum anderen liegt es möglicherweise in einer geringeren Antwortbereitschaft dieser Gruppen.

Ein Vergleich mehrerer repräsentativer Erhebungen bei Jugendlichen in Bayern in den Jahren von 1973 bis 1995 zeigt insgesamt deutlich abnehmende Raucherraten sowie abnehmende Häufigkeiten beim Konsum von Alkohol. Dies gilt auch für die Altersgruppe der 12-14Jährigen. Inwieweit dies für alle Sozialgruppen zutrifft oder ob möglicherweise eine Abnahme der Durchschnittswerte eine eventuell verschärfte Gefährdung bei einer allerdings relativ kleinen Gruppe von Kindern überdeckt, ist aus den vorliegenden Daten nicht ersichtlich.

Rauchen

12,6% der Kinder im Alter von 13 - 14 Jahren bezeichnen sich als Raucher, weitere 10,6% haben schon einmal geraucht. Mädchen liegen dabei mit 14,1% gegenwärtige und 11,8% frühere Raucher höher als die Jungen mit 10,6% bzw. 9,1%. Diese Zahlen bestätigen andere Erhebungen, nach denen sich das Geschlechterverhältnis beim Rauchen angleicht.

Kinder, die im Alter von 13- 14 Jahren rauchen, haben in der Regel kurz zuvor, mit 12,5 Jahren, mit dem Rauchen begonnen; Mädchen etwa vier Monate früher als ihre männlichen Altersgenossen. Dabei muß jedoch berücksichtigt werden, daß sich diese Angaben nur auf die Gruppe der 13-14jährigen Raucher beziehen. Über alle Altersgruppen bis zum 25. Lebensjahr hinweg - also dem Alter, in dem in der Regel spätestens mit dem Rauchen begonnen wird - liegt der durchschnittliche Beginn bei 15,3 Jahren, wobei sich zwischen den Geschlechtern kein Unterschied mehr zeigt.

Hauptbezugsquellen sind Freunde und Bekannte (71,9% beziehen die Zigaretten häufig oder gelegentlich von ihnen) sowie Automaten (69,0%).

Das Rauchverhalten der Eltern ist für das Rauchverhalten der Kinder von Bedeutung. Von den aktuell rauchenden Kindern rauchen 44,4% der Väter und 57,9% der Mütter, bei nichtrauchenden Kindern sind dies nur 29,0% (Väter) und 24,0% (Mütter).

27,7% der nicht rauchenden Kinder stört es immer, wenn in ihrer Gegenwart geraucht wird, 56,2% gelegentlich und nur 16,2% stört Rauchen in ihrer Gegenwart nie. Demgegenüber fühlen sich aktuell rauchende Kinder in keinem Fall immer, jedoch in 42,1% gelegentlich durch Rauchen in ihrer Gegenwart gestört. Diese Unterschiede kommen auch in den Einstellungen zum Rauchen und dessen Image zum Ausdruck: Nichtraucher Kinder befürworten weitaus häufiger Rauchverbote.

Praktisch alle Kinder wissen, daß Rauchen der Gesundheit schadet (bei rauchenden sind dies sogar 100 %). Dieses Wissen allein scheint also keine oder nur wenig präventive Bedeutung zu haben. Bei der Einschätzung von Rauchen als Sucht unterscheiden sich die Angaben von Rauchern deutlich gegenüber jenen von Nichtrauchern: 57,9% versus 82,0%.

Für präventive Zwecke ist es wichtig, die jeweiligen Präferenzen und Motive zu kennen, die mit beginnendem Riskoverhalten verknüpft sind, um gezielt Gegenmaßnahmen unternehmen zu können. Die Gruppen der Raucher bzw. Nichtraucher unterscheiden sich hinsichtlich einer Reihe von Motiven. Hieraus ist ablesbar, welcher „positive“ Nutzen die Raucher „überzeugt“ hat bzw. welches „negative“ Image abgebaut wurde. Im Gegensatz zu Rauchern sind für Nichtraucher weiterhin Argumente gegen das Rauchen überzeugend wie „Nein danke“ (88,3%), macht schlechte Haut (70,3%), ist eklig (66,7%). Demgegenüber nennen Raucher verstärkt Motive wie: Rauchen ist Befriedigung (78,9%), schmeckt (77,8%), ist „in“ (52,6%), sieht cool aus (47,4%).

Bei den Kindern, die nicht rauchen, wurde genauer erfragt, was sie davon abhält. Die 5 häufigsten Gründe für Nichtrauchen sind: sehe keinen Sinn im Rauchen (85,7%), schmeckt nicht (74,6% der Jungen und 62,2% der Mädchen), paßt nicht zu mir (80,0% versus 58,1%), bin (noch) zu jung (66,9%) und Rauchen ist zu teuer (56,4%). Dies sind Motive mit eher geringer präventiver Kraft, da sie durch die soziale Umgebung oder Werbung leicht veränderbar sind oder sich innerhalb weniger Jahre von selbst ändern (Alter, verfügbares Einkommen). Argumente, wie Angst vor Krankheit (58,6%) oder Abhängigkeit (57,9%), Rauchen sei abstoßend oder habe ein schlechtes Image (je 58,3%) weisen eher eine erfolgsversprechende Richtung für präventive Maßnahmen.

Alkohol

Alkohol spielt bei Münchener Kindern noch keine große Rolle. Dies korrespondiert mit den Ergebnissen in Bayern, nach denen seit 1973 für alle Altersklassen ab 12 Jahren eine Abnahme des Alkoholkonsums feststellbar ist.

Über zwei Drittel der Kinder im Alter von 13 bis 14 Jahren trinken nach eigenen Aussagen keinen Alkohol. Wenn überhaupt, handelt es sich in der Regel um den Konsum von Bier: ein Fünftel (19,9%) trinkt höchstens einmal im Monat oder noch seltener. Einmal pro Woche trinken ca. 5% der Kinder Bier, andere alkoholische Getränke werden erheblich seltener oder gar nicht genannt. Die dabei angegebene durchschnittliche Trinkmenge pro Woche ist gering. Diejenigen, die (zumindest gelegentlich) Alkohol trinken, beziehen ihn überwiegend aus den häuslichen Vorräten (46,7%) oder von Freunden und Bekannten (42,2%). Trotz einschlägiger Gesetzgebung kann ein Drittel seinen Alkohol vom Einzelhandel bzw. Abhol-/Supermarkt beziehen. Wenn, wird Alkohol am ehesten zu festlichen Anlässen getrunken (29,8%), gefolgt von Parties und Festen mit Freunden (24,5%). Auch hier gilt die Modellfunktion der Eltern: bei Kindern mit Alkoholkonsum trinken auch 65,9% der Väter und 41,9% der Mütter täglich bzw. mehrmals in der Woche Alkohol, gegenüber 50,0% der Väter und 29,3% der Mütter bei nichtalkohol-konsumierenden Kindern.

Die Gründe, keinen Alkohol zu trinken, sind ähnlich wie beim Rauchen sehr stark image-orientiert. Auch hier überwiegen Motive wie sehe keinen Sinn im Trinken (80,1%), finde ich abstoßend

(70,9%), paßt nicht zu mir (68,9%). Gründe wie Alter und Kosten sind mit 61,6% bzw. 40,4% etwas weniger relevant. Verbote (38,4%), Sucht- und Krankheitsängste (38,4% bzw. 37,1%) werden demgegenüber relativ selten genannt. Da die Bedeutung der Motive ähnlich ist, gelten die Präventionsüberlegungen zum Rauchen analog für Alkohol.

Medikamente

Der Medikamenteneinnahme kommt nach den Befragungsergebnissen bei Kindern (noch) keine besondere Bedeutung zu. Nennenswerte Häufigkeiten (Einnahme mehrmals im Monat oder häufiger) werden bei Medikamenten zur Behandlung einzelner (akuter) Krankheiten (10,9%), bei Mitteln gegen Allergien (9,5%), bei Vitaminpräparaten (28,6%) und bei Mineralstoffpräparaten (16,4%) angegeben. Zwei Drittel (66,9%) der befragten Kinder im Alter von 13 bis 14 Jahren geben an, aktuell, d. h. in den letzten 7 Tagen, keine Medikamente zu nehmen.

Der Anteil von Medikamenten mit Suchtcharakter ist in dieser Altersgruppe noch relativ gering. Die Einnahme von Schmerzmitteln wird mit 4,7% mehrmals im Monat und häufiger angegeben, wobei der Anteil der Mädchen mit 6,0% erheblich höher ist als der der Jungen (3,1%). Geschlechtsdifferenzen, wenn auch auf sehr niedrigem Niveau, zeigen sich ebenfalls bei Anregungsmitteln mit 1,4% und Appetitzüglern mit 1,2% mehrmaligem wöchentlichen Gebrauch bei Mädchen (gegenüber 0% bei Jungen). Die Einnahme suchtfördernder Medikamente, insbesondere der von Schmerzmitteln, steigt jedoch in der Altersgruppe 15-17 Jahre erheblich an.

58,3% der Kinder sind der Meinung, Medikamente würden zu häufig verschrieben, mehr als drei Viertel (79,5%) nehmen Medikamente nur auf Verordnung eines Arztes ein, lediglich 4,6% auch einmal länger als verordnet. Die den Medikamenten von den Kindern zugeschriebenen Wirkungen betreffen vor allem die Wiederherstellung (51,7%) und den Erhalt der Gesundheit und das Wohlbefinden (je 31,8%), Leistungssteigerungen beim Sport oder Hilfe bei Schulproblemen erhoffen sich die Kinder nur in sehr geringem Ausmaß von ihnen (je 6,6%). Fast zwei Drittel der Kinder (62,3%) meinen, weniger oder viel weniger Medikamente einzunehmen als ihre Freunde, ein gutes Viertel (27,2%) setzt seinen Konsum mit dem der Freunde gleich. Von denen nehmen nach Aussagen der befragten Kinder 7,3% regelmäßig Medikamente.

2.3 Gewalt und Mißbrauch

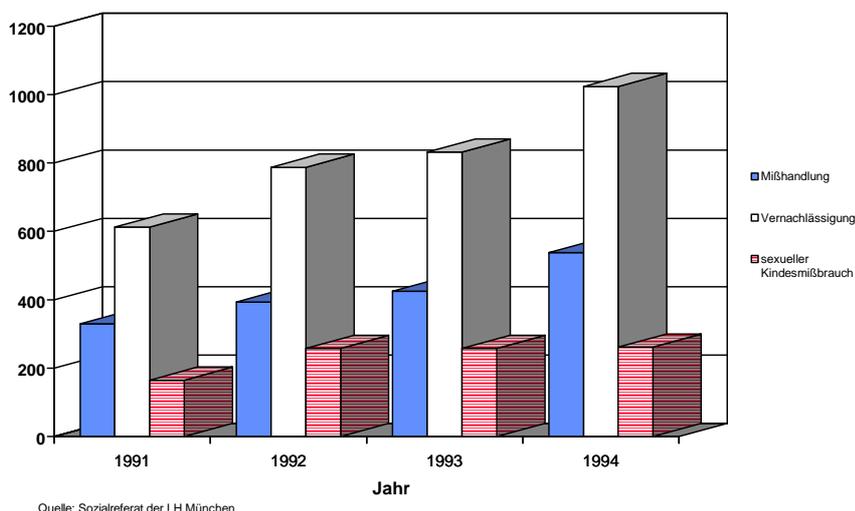
Im sozialen Nahraum (Familien, familienähnliche Lebensgemeinschaften, Verwandtschaft, Nachbarschaft) sind Kinder meist Opfer von Gewalt, im öffentlichen und halböffentlichen Raum (u.a. Kindergärten, Schule, Freizeiteinrichtungen, Straßen, Plätze, Sportstätten) treten sie sowohl als Opfer als auch Täter in Erscheinung.

Vom Allgemeinen Sozialdienst (ASD) werden für München in einer dort geführten und jährlich veröffentlichten Haushaltsstatistik soziale Problemlagen erfaßt, u.a. zu Vernachlässigung, Mißhandlung und sexuellem Mißbrauch. Insgesamt wurden 1994 vom ASD 13.454 Haushalte mit Kindern betreut, davon 1.581 (11,8%) Haushalte mit Kindern, die von Gewalt betroffen waren. In diesen Haushalten wurden 1.824 Problemlagen von Gewalt gegen Kinder registriert, d.h. in einigen Haushalten lag mehr als eine Problemlage vor. 1.024 (56,1%) dieser Problemlagen betrafen Fälle von Vernachlässigung, 538 (29,5%) Fälle von Mißhandlung und 262 (14,4%) Fälle sexueller Mißhandlung. Insgesamt waren davon 2.075 Kinder im Alter bis zu 17 Jahren betroffen. Die größte Gruppe (37,1%) war im Alter unter 6 Jahren, prozentual etwa gleichviele waren in den Altersgruppen 6 bis 9 Jahre (22%), 10 bis 13 Jahre (20,4%) und 14 bis 17 Jahre (20,5%).

Betrachtet man die Entwicklung der Jahre 1991 bis 1994, so zeigt sich in all diesen Bereichen der Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen ein deutlicher und kontinuierlicher Anstieg der vom ASD dokumentierten Fallzahlen. So nahmen Vernachlässigungen in diesem Zeitraum um 67% zu, Mißhandlungen um 63% und sexueller Kindesmißbrauch um 59%. Familien mit mehr als zwei Kindern sind überdurchschnittlich häufig betroffen, hierbei insbesondere alleinerziehende Haushalte. Ansonsten liegt der quantitative Anteil Alleinerziehender bei den von Gewalt betroffenen Familien bei 43%, ihr Anteil an den vom ASD erfaßten Familienhaushalten dagegen bei 53%.

Diese Zahlen müssen jedoch mit Vorsicht interpretiert werden, da sie sich ausschließlich auf dem ASD bekanntgewordene Fälle von Gewalt beziehen. D. h., ein Anstieg kann sowohl eine echte Zunahme von Gewalt bedeuten, als auch z. B. eine gestiegene Sensibilität der Bevölkerung und der Mitarbeiter/innen gegenüber dem Thema.

Vom Allgemeinen Sozialdienst erfaßte Fälle von Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen in der Landeshauptstadt München in den Jahren 1991 - 1994



Ebenfalls deutliche Hinweise auf die Zunahme von (registrierten) Gewalthandlungen gegen Kinder gibt die vom Bayerischen Landeskriminalamt geführte Opferstatistik. Für 1995 weist sie in München insgesamt 650 kindliche Opfer aus, 108 davon im Alter unter 6 Jahren. Für diese Altersgruppe entspricht dies einer Zunahme um 80% gegenüber 1983, wohingegen die Zahl aller Kinder dieser Altersgruppe in München nur um 19,8% zunahm. Für 6 - 14jährige Kinder nahmen die Gewaltfälle im gleichen Zeitraum um 18,3% zu. Die höchste Zuwachsrate findet sich bei Mädchen unter 6 Jahren (96,2%), was wahrscheinlich sowohl auf eine Zunahme der Gewaltfälle als auch eine Zunahme der Anzeigebereitschaft und eine größere Sensibilität gegenüber der Problematik zurückgeführt werden kann. Über die sicher nicht unbeträchtliche Dunkelziffer in diesem Bereich kann nur spekuliert werden. Im Vergleich zu 1994 ist jedoch ein Rückgang dieser Fälle um 26% zu verzeichnen. Mädchen im Alter unter 6 Jahren sind auch die einzige Gruppe, bei der die Zunahme der Gewaltfälle höher liegt als im Bayernvergleich. Ansonsten hat München gegenüber Bayern insgesamt niedrigere Zuwachsraten zu verzeichnen.

2.4 Umwelt

Im Zusammenhang mit Einflüssen der Umwelt auf die Gesundheit von Kindern sind die Ergebnisse der weiter oben bereits zitierten Münchner Allergie- und Asthmastudie von beträchtlicher gesundheitspolitischer Relevanz. Bei Asthma handelt es sich um eine chronische Erkrankung, deren Morbidität und Mortalität in den letzten Jahrzehnten zugenommen hat. Die Prävalenz allergischer wie auch asthmatischer Erkrankungen ist in der Stadt größer als auf dem Land. Auch reagieren auf dem Land weniger Kinder auf die Allergie-Hauttestung (Sensibilisierung) als in München. Die beiden Populationen unterscheiden sich jedoch hinsichtlich wesentlicher Einfluß- und Störgrößen, wie Rauchverhalten und Sozialstatus. In der Stadt rauchen oder rauchten z.B. mehr Mütter als auf dem Land; in der Stadt ist der Anteil der Akademiker größer als auf dem Land. In den multiplen Regressionsmodellen kommt dem Wohnort des Kindes als Einzelfaktor unter vielen kein zusätzlicher Erklärungsanteil für eine Erkrankung an Asthma oder Heuschnupfen bzw. für eine Sensibilisierung im Allergie-Test zu. Vielmehr dominieren die o.g. Einfluß- bzw. Störfaktoren, so daß beispielsweise bei der Entwicklung eines Asthma bronchiale der Passiv-Rauchexposition mehr Bedeutung zukommt als dem Wohnort des Kindes.

Dies trifft nicht für die Manifestation einer Neurodermitis zu, für deren Ausprägung ein eigener Einfluß des Wohnortfaktors Stadt nachgewiesen werden konnte. Als spezifische, umweltbedingte relevante Einflußfaktoren konnten in erster Linie die Passiv-Rauchexposition des Kindes, dann in etwas geringerem Umfang auch die Feuchtigkeitsschäden in der Wohnung identifiziert werden.

Ebenfalls kann - unter Berücksichtigung aller anderen Einfluß- und Störgrößen - ein Effekt des Wohnortes auf die Basislungenfunktion der Kinder aufgezeigt werden, in Richtung auf einen geringeren Atemfluß in den Bronchien der Stadtkinder. In der Studie konnte eindrücklich gezeigt werden, daß ein erhöhtes Verkehrsaufkommen durch Kraftwagen die Lungenfunktion signifikant beeinträchtigt (Verringerung des forcierten expiratorischen Flusses; Häufung von Atmungssymptomen wie Infektionen der oberen Atemwege, Bronchitis, Atemstörungen). Ein Einfluß der Kombination aus Schadstoff- und Wettervariablen auf die Lungenfunktionswerte konnte aber nicht nachgewiesen werden.

Verkehr

Erfreulicherweise wurde in München 1995 wie bereits 1994 kein Kind im Straßenverkehr getötet. Jedoch gab es insgesamt 531 verkehrsunfallverletzte Kinder, 128 davon im Alter unter 6 Jahren. Die meisten (202) wurden als Radfahrer verletzt, gleich viele als Mitfahrer in Pkw's (163) und als Fußgänger (162), vier als Beisitzer motorisierter Zweiräder (Quelle: Polizeipräsidium München). Zu Schulwegunfällen im engeren Sinn kam es 1995 in 86 Fällen, mit insgesamt 89 Verletzten, 17 davon schwer. Hier wurden die meisten als Fußgänger (47) verletzt, etwas weniger (37) als Radfahrer, der Rest als Mitfahrer. „Hauptverursacher“ war zu 57% das Schulkind, zu 43% ein anderer Verkehrsteilnehmer. Zur Verbesserung der Lage dürften sowohl die effektivere Unfallversorgung als auch die Ausweitung der Geschwindigkeitsbegrenzungen beigetragen haben.

Eingriffe der Kommune in den Straßenverkehr zur Reduzierung gesundheitlicher Risiken bezogen sich in den letzten Jahren vor allem auf die Ausweisung von 30 km /h-Zonen oder verkehrsberuhigten Bereichen, bei gleichzeitigem Ausbau bzw. Konstanthalten der vom Kraftfahrzeugverkehr genutzten Fahrbahnlänge. Momentan sind bereits 80% der Münchner Straßen 30 km/h-Zonen, der Anteil „verkehrsberuhigter Bereiche“ beträgt 1% an der Fahrbahnlänge für Kraftfahrzeuge gesamt.

2.5 Sonstige Risiken und Gefährdungen

Neben den oben ausgeführten Risiken und Gefährdungen für die Gesundheit der Münchner Kinder gibt es noch andere, über die es entweder nur wenige oder keine Daten für München oder aber nur Vermutungen über Wirkmechanismen auf die Gesundheit gibt.

Sicherlich relevant für den Erhalt bzw. die Wiedererlangung der Gesundheit ebenso wie für die Versorgung und Inanspruchnahme medizinischer Systeme ist die Frage des Familieneinkommens. Wie dem neuesten Armutsbericht des Sozialreferats zu entnehmen ist, waren 1993 rd. 15.000 Kinder Bezieher/innen von Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU), von denen 62% bis zu 6 Jahren alt waren, weitere 21% zwischen 7 und 10 Jahren, die restlichen 17% gehörten der Altersgruppe der 11-14 Jährigen an. Alarmierend in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, daß seit 1980 die HLU-Dichte (pro 1.000 Einwohner der jeweiligen Altersgruppe) für die jüngste Altersgruppe unter 6 Jahren überproportional von 38 auf 119 anstieg. D.h., je jünger die Kinder sind, desto größer ist die Sozialhilfeabhängigkeit.

Eine besonders (auch gesundheitlich) benachteiligte Gruppe ist die der in städtischen Unterkünften und Pensionen untergebrachten Kinder. So lebten im Frühjahr 1996 1.000 Kinder - vor allem Bürgerkriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien - in städtischen Unterkünften. Die Zahl der in Pensionen untergebrachten Kinder konnte erfreulicherweise von 474 in 1995 auf 277 in 1996 gesenkt werden.*

Besonders von einer gesundheitlichen Gefährdung durch Lärm (subjektiver Begriff) und/oder Lautstärke (physikalische Größe) betroffen sind Kinder und Jugendliche. Auf der Grundlage der bekannten Risiken wurde von der Kommission Soziakusis des Umweltbundesamtes Wohnen Bauen Luft unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Musikhörgewohnheiten der Jugendlichen eine Risikoabschätzung der Auswirkungen auf das Gehör erstellt. Danach treten nach 5 Jahren Walkmanhören bei circa 10% der Jugendlichen Hörverluste von mindestens 10 dB bei 4Khz auf. Nach 10 Jahren besteht bei 0,3% dieser Jugendlichen bereits im Alter von 30 Jahren eine eingeschränkte Sprachhörfähigkeit. Bei zusätzlichem Diskothekenbesuch erhöht sich diese Gehörgefährdung deutlich. Neben lauter Musik dürfen andere Lärmarten, wie z. B. Verkehrslärm, Industrie-, Bau- und Gewerbelärm jedoch nicht vernachlässigt werden.

3 Versorgungsangebote für Kinder

3.1 Kinderkliniken und Kinderabteilungen an Krankenhäusern

Laut Krankenhausplan des Freistaates Bayern (Stand 01.01.1996) werden in München insgesamt 468 Betten für Kinderheilkunde (einschließlich 6 Betten für schwer brandverletzte Kinder) gefördert, davon 285 an städtischen Krankenhäusern. Mit den zusätzlich 174 Betten an Universitätskliniken sind dies für München insgesamt 642 Betten im Bereich Kinderheilkunde. Der Anteil der städtischen Krankenhäuser liegt damit bei 44,4% aller Betten. Im Bereich Kinderchirurgie werden 129 Betten gefördert (84 davon an städtischen Krankenhäusern), 72 werden am Universitätsklinikum Innenstadt vorgehalten. D.h. insgesamt stehen in München 201 Betten im Bereich Kinderchirurgie zur Verfügung, 41,8% davon in städtischen Krankenhäusern. Dabei handelt es sich sowohl um eigenständige Kinderkliniken (z. B. Dr. v. Haunersche Kinderklinik, Kinderkrankenhaus an der Lachnerstraße) als auch um spezielle Abteilungen für Kinder (z. B. an den städtischen Krankenhäusern Schwabing und Harlaching).

* vgl. auch Kapitel 3.5 und 4.2.2 dieses Berichts

In den beiden städtischen Krankenhäusern der Landeshauptstadt München wurden 1995 - Kinderheilkunde und Kinderchirurgie zusammengenommen - 14.838 Fälle in 369 Planbetten behandelt, bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 6,2 Tagen. Diese durchschnittliche Verweildauer entspricht der des Klinikums Innenstadt der Universität, die 6,25 Tage beträgt bei 9.335 Fällen in 240 Planbetten.

Für Risikogeborene stehen in München insgesamt 56 neonatale Intensivbehandlungsplätze zur Verfügung, 18 davon an städtischen Krankenhäusern. Gemäß Krankenhausplan des Freistaates Bayern sind künftig 62 Plätze geplant.

Im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie werden in München 56 Betten und 52 teilstationäre Plätze in der Heckscher Klinik vorgehalten.

3.2 Kinderärztliche Versorgung

In der Stadt München sind 114 Kassenfachärzte für Kinderkrankheiten sowie 13 für Kinder- und Jugendpsychiatrie zugelassen. Für München bedeutet dies eine Facharztdichte von 1.333 Kindern bis zu 15 Jahren pro Kinderarzt/-ärztin. Die Dichte der Kinderärzte und -ärztinnen für die einzelnen Stadtbezirke zeigt die Grafik. Allgemein sind die innerstädtischen Bezirke besser mit Kinderärzten/-ärztinnen versorgt als die Randbezirke. Ausnahmen sind Maxvorstadt und Ludwigsvorstadt-Isarvorstadt. Der am besten versorgte Bezirk ist Moosach mit 781 Kindern, der am schlechtesten versorgte Berg am Laim mit 4.400 Kindern pro Kinderarzt/ärztin.

Dazu kommen noch der kinderärztliche Notfalldienst (Hausbesuche an Wochenenden und Feiertagen) sowie seit Ende 1996 die Notfallpraxis im Elisenhof, die zur Notfallbehandlung/hausärztlichen Versorgung rund um die Uhr geöffnet ist und darüberhinaus außerhalb der üblichen Öffnungszeiten der Münchner Arztpraxen auch eine kinderfachärztliche Betreuung bereitstellt.

Die 13 Fachärzte/-ärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie konzentrieren sich vor allem in Neuhausen-Nymphenburg sowie Altstadt-Lehel.



Quelle: Statistisches Amt der LH München

3.3 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Mehrere Sachgebiete des öffentlichen Gesundheitsdienstes befassen sich ausschließlich mit der Gesundheit von Kindern. Neben den unter 5.1 bereits erwähnten Sachgebieten „Gesundheitsdienst für Säuglinge und Kleinkinder“ sowie den Sachgebieten „Jugendgesundheit“ (schulärztlicher Dienst) und „Jugendzahnpflege“ sind dies vor allem die Sachgebiete „Jugendpsychiatrie“ und - in weiterem Sinn - die Beratungsstelle für Schwangere. Daneben sind noch andere Sachgebiete - wenn auch nicht ausschließlich - mit Kindern beschäftigt, so z. B. das „Suchtpräventionszentrum“ und der sozialpsychiatrische Dienst.

Der Gesundheitsdienst für Säuglinge und Kleinkinder, der bisher allen Eltern von Neugeborenen einen Hausbesuch anbot, wird dieses Jahr sein Konzept reformieren. Ziel des neuen Rahmenkonzeptes ist es, nicht mehr alle Eltern zu erreichen und damit zwangsläufig ein Überangebot für diejenigen bereitzustellen, die Informationen auch von anderen Stellen erhalten können oder keinen oder nur einen geringen Beratungsbedarf haben, sondern die Kapazitäten verstärkt auf definierte Gruppen mit hohem Beratungsbedarf zu konzentrieren. Eine stadtweite Versorgung soll dabei auch in Zukunft gewährleistet sein. Angebote sind wie bisher Beratung und Unterstützung der Familien im Rahmen von Hausbesuchen, Mütterberatungssprechstunden in 40 Mütterberatungsstellen im gesamten Stadtgebiet, Telefonberatungen durch Kinderkrankenschwestern und Kinderärzte/-ärztinnen sowie Vorträge über medizinische Themen für Laien.

Vom schulärztlichen Dienst des Jugendgesundheitsdienstes werden zum einen die schulärztlichen Untersuchungen (Schuleingangsuntersuchungen als Pflichtuntersuchungen, Untersuchungen der 5.

Klassen als freiwillige Leistungen des ÖGD sowie Impfungen in den Schulen) durchgeführt. Ein anderer wichtiger Baustein, der in letzter Zeit verstärkt ausgebaut wurde und wird, ist Gesundheitsförderung in der Schule. Dieser Bereich umfaßt sowohl generalpräventive Aktivitäten (Unterstützung und Beratung der Lehrkräfte in der Gesundheitsförderung), als auch Individualprävention in Form gesundheitlicher Beratung (z. B. in den regelmäßig stattfindenden Sprechstunden des schulärztlichen Dienstes), Koordination und Vernetzung unterschiedlicher Anbieter gesundheitsfördernder Maßnahmen sowie „Verhältnisprävention“ in dem Sinne, daß der Schularzt/die Schulärztin Ansprechpartner für die Schule z. B. in Fragen der Hygiene sein kann. Zur Vermeidung von Hörschäden bei Kindern wurde vom schulärztlichen Dienst ein Präventionsprojekt in allen 5. Klassen an Münchner Hauptschulen begonnen. Es wird eine Projektunterrichtseinheit zur Vermeidung von Gehörschäden durch Lärm mit praktischer Demonstration und Hörtests durchgeführt.

Neben den bereits erwähnten schulzahnärztlichen Reihenuntersuchungen wird vom jugendzahnärztlichen Dienst zur Verbesserung der Zahngesundheit bei Münchner Kindern das städtische Karriesprophylaxeprogramm durchgeführt*. In diesem Programm befanden sich 1995 insgesamt 334 Kinderbetreuungseinrichtungen mit über 17.000 Kindern in 806 Gruppen. Die teilnehmenden Einrichtungen gliedern sich wie folgt:

Städtische Kindergärten:	142 (=56% von insgesamt 254)
Freigemeinnützige Kindergärten:	82 (=38% von insgesamt 216)
Kinder-Krippen:	39
Behinderten-Einrichtungen:	9
Horte:	49
Tagesheim-Schulen:	6
Sonderschulen:	7

Da das Interesse, am Programm teilzunehmen, bei Trägern und Eltern neu eröffneter Kindertagesstätten erfreulicherweise nach wie vor groß ist, befinden sich derzeit weitere 14 Einrichtungen auf der sogenannten Warteliste.

Die Gesundheitsberatung Hasenberg arbeitet interdisziplinär mit Arbeitsschwerpunkt Prävention, Betreuung von Kindern und Familien. Durch die ausgeprägte Vernetzung mit den sozialen Diensten, Institutionen und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten vor Ort kann die Familie in ihrem Gesamtbezug angesprochen und betreut werden. Neben der Beratungstätigkeit und der ärztlichen Betreuung (auch der Möglichkeit zur ärztlichen Untersuchung) im Rahmen von Sprechstunden gibt es folgende Angebote:

- nachgehende Vorsorge
- Vermittlung von Diensten und sozialen Hilfen
- Hausbesuche
- Einzelfallbetreuung
- Krisenintervention
- Helferkonferenzen
- Organisation und Durchführung von Kursen und Gruppen, z. B. Mutter-Kind-Gruppen, Selbstbehauptungskurse für Mädchen
- Ernährungsaktionen in Kindergärten
- Öffentlichkeitsarbeit, z. B. Gesundheitstage.

* mit finanzieller Unterstützung der AOK Bayern/Direktion München

1995 wurden die Sprechstunden für insgesamt 815 Schulkinder, 859 Kleinkinder und 420 Säuglinge in Anspruch genommen.

In der kinder- und jugendpsychiatrischen Beratungsstelle arbeitet ein multidisziplinäres Team der Fachrichtungen Kinder- und Jugendpsychiatrie/Kinderheilkunde, Psychologie, Sozialpädagogik und der Verwaltung. An diese Stelle können sich sowohl betroffene Eltern, als auch Kindergärten, Schulen, Ärzte/Ärztinnen, Therapeuten/innen, Sozialdienste und andere (therapeutische) Einrichtungen wenden. Es wird bezüglich notwendiger Hilfsmaßnahmen beraten, bei der Vermittlung entsprechender Behandlungsmöglichkeiten geholfen sowie ggf. Gutachten für Kostenträger erstellt. Zielgruppen sind Kinder (und Jugendliche bis 18 Jahre) mit Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen, Verhaltensauffälligkeiten, Leistungs- oder Anpassungsstörungen in der Schule, psychischer Erkrankung sowie seelischer/geistiger/körperlicher oder Mehrfachbehinderung.

Ziel des seit 1995 betriebenen Präventionszentrums ist es, Multiplikatoren/innen, die mit Kindern, (Jugendlichen und jungen Erwachsenen) arbeiten, in die Lage zu versetzen, Suchtprävention an ihrem jeweiligen Arbeitsplatz durchzuführen. Dazu werden mehrtägige Schulungen, Supervision und Begleitung bei Planung und Durchführung von suchtpräventiven Maßnahmen angeboten.

3.4 Weitere Angebote für Kinder

Neben der stationären bzw. der ambulanten ärztlichen Versorgung und den Angeboten des öffentlichen Gesundheitsdienstes existieren noch zahlreiche ergänzende, ambulante und teilstationäre/stationäre Einrichtungen für ein breit gefächertes Spektrum an gesundheitlichen Problemlagen bei Kindern. Neben öffentlichen Trägern (Stadt, Bezirk, Freistaat) werden die Angebote vor allem von freigemeinnützigen Trägern (konfessionelle Träger, Wohlfahrtsverbände) vorgehalten. Darüberhinaus treten auch gemeinnützige Vereine und Selbsthilfegruppen als Anbieter auf.

In der (noch) nicht vollständigen Einrichtungsdatei des Gesundheitsreferates, die ein erster Versuch ist, alle in diesem Bereich arbeitenden Einrichtungen zu erfassen, sind 153 Einrichtungen aufgeführt, die mit Kindern (0-6 Jahre) und/oder Kindern und Jugendlichen (6-18 Jahre) arbeiten.

Wie die Tabelle zeigt, machen Tagesstätten und Schulen 62% davon aus. Hierunter fallen keine Regeleinrichtungen, sondern nur Einrichtungen für unterschiedlich gesundheitlich beeinträchtigte Kinder, wie z. B. blinde, gehörlose, verhaltensgestörte, lern-, geistig- oder körperbehinderte Kinder, die neben Ausbildung/Betreuung meist auch Beratung/Therapie anbieten. Nach eigenen Angaben arbeiten insgesamt 107 Einrichtungen mit behinderten Kindern.

Für 58 Einrichtungen werden spezielle Störungen/Krankheitsbilder ihrer Zielgruppen angegeben. Dies sind in erster Linie psychische Störungen/Auffälligkeiten (36 Einrichtungen) und Verhaltensstörungen (12 Einrichtungen).*

* vgl. auch Kapitel 4.4.3 'Hilfe zur Erziehung' dieses Berichts (z. B. Erziehungsberatungsstellen)

Art und Anzahl der Einrichtungen in München, die mit Kindern und/oder Jugendlichen arbeiten (Quelle: (unvollständige) Einrichtungsdatei des Gesundheitsreferates)

Art der Einrichtung	Anzahl			
	gesamt	0-6 Jahre	6-18 Jahre	0-18 Jahre
Tagesstätte	49	10	39	--
Schule	46	1	45	--
Beratungsstelle*	14	1	13	--
Kindergarten	10	9	1	--
Selbsthilfegruppe	10	--	5	5
Klinik	7	1	5	1
Helfergruppe	4	4	--	--
Wohngemeinschaft	4	--	4	--
Wohnheim	3	--	3	--
Werkstatt	3	--	3	--
Treff	1	--	1	--
sonstiges	2	--	2	--

keine allgemeinen Erziehungsberatungsstellen

4 Präventionsbedarf

Die hier dargestellte gesundheitliche Lage der Münchner Kinder basiert auf dem Gesundheitsreferat vorliegenden Daten und spiegelt in erster Linie die Situation der „Allgemeinheit“ wider. Spezielle Randgruppen, wie z. B. sozial und gesundheitlich benachteiligte, konnten aufgrund der zum Teil unvollständig vorliegenden Informationen nicht immer ausreichend berücksichtigt werden. Trotzdem zeigte sich in verschiedenen Bereichen Handlungsbedarf vor allem in präventiver Hinsicht.

Säuglingssterblichkeit: Die insgesamt erfreulich niedrige Säuglingssterblichkeit in München verdeckt die großen Unterschiede zwischen deutscher und ausländischer Bevölkerung. Die Gründe für die bei der ausländischen Bevölkerung deutlich höhere Säuglingssterblichkeit (vor allem innerhalb der ersten 6 Tage) sind nicht bekannt. Ebenso sind aus den vorliegenden Statistiken die Todesursachen für diese Gruppe nicht ersichtlich. Mögliche Einflußfaktoren könnten die Aufenthaltsdauer der Mütter (Flüchtlinge/Geduldete versus ausländische Wohnbevölkerung), gehäufte medizinische Risiken, die Nationalität, ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten von Vorsorgeuntersuchungen u.a.m. sein. Um eindeutige Faktoren für die Planung präventiver Maßnahmen benennen zu können, ist es notwendig, münchenweit eine spezielle Sichtung der Daten - einschließlich der zu den Totgeburten - vorzunehmen. Dies könnte in Zusammenarbeit mit dem bereits bestehenden städtischen Arbeitskreis zur Senkung der Säuglingssterblichkeit durchgeführt werden, mit dem langfristigen Ziel, die Säuglingssterblichkeit innerhalb der ausländischen Bevölkerung zu senken und der der deutschen Bevölkerung anzunähern.

Impfverhalten: Sowohl aus dem Vergleich mit Bayern als auch aus den Daten des schulärztlichen Dienstes kann in einigen Bereichen eine Impfmüdigkeit festgestellt werden. Eine Untersuchung zur Frage des Impfstatus gegen Masern, Mumps und Röteln bei Münchner Schulanfängern 1994 in Zusammenarbeit mit dem schulärztlichen Dienst der LH München zeigte deutlich die Abhängigkeit der Impfquote von verschiedenen Faktoren. So waren nicht-erstgeborene Kinder sowie Kinder aus ausländischen und einkommensschwachen Familien eher nicht geimpft. Als wichtigste Einflußfaktoren auf das Impfverhalten der Eltern zeigten sich die Einstellung gegenüber der

Schulmedizin zusammen mit dem Rat des Arztes/der Ärztin zur oder gegen die Impfung. Hier muß eine wirksame Prävention im Sinne einer Erhöhung der Impfbereitschaft ansetzen, indem sie versucht, Ärzte/Ärztinnen und Eltern, die sich bewußt gegen eine Impfung entscheiden, von deren Nutzen -nicht nur für das einzelne Individuum, sondern für die Bekämpfung von Infektionskrankheiten insgesamt - und geringem Risiko zu überzeugen. Dies muß im Zusammenhang mit der gestiegenen Impfmüdigkeit der Gesamtbevölkerung gesehen werden. So liegt der Anteil geimpfter Personen bei Diphtherie, Tetanus und Polio, deren Erreger nicht ausgerottet sind und gegen die es noch keine wirksamen Therapien bei Erkrankung gibt, zwischen 30% und 70%.

Gesundheitsförderung: Zentrale Bereiche der Gesundheitsförderung sind Bewegung und Ernährung. Besonderen Ausweitungsbedarf sehen wir in dem Sektor Bewegung und zwar sowohl innerhalb als auch außerhalb des Unterrichts. Mehr Bewegung ist nicht nur ein generell präventiver Faktor für fast alle erworbenen Gesundheitsrisiken und viele Krankheiten, sondern bietet darüberhinaus hervorragende Verknüpfungspunkte zu positiver Selbsterfahrung, sozialem Erleben sowie Lebensfreude. Bewegung eignet sich daher als genereller Einstieg in die Gesundheitsförderung neben aktuellen Themen wie z. B. Sucht, Gewalt- und Umweltfragen.

Wichtig bei allen durchgeführten Programmen ist dabei, den Kindern ein *Erleben* der zu erlernenden Verhaltensweisen zu ermöglichen. So beginnt ab Herbst 1997 landesweit in allen Grundschulen das Projekt „bewegte Schule“, das die beiden Bausteine „Bewegung“ und „Entspannung von Stress“ beinhaltet und mit einer Lehrerfortbildung einhergeht. Für den Bereich Ernährung bedeutet dies, die bereits durchgeführten Maßnahmen fortzusetzen und eventuell zu intensivieren, wie z. B. die Möglichkeit, in der Schule gesunde Nahrungsmittel zum Kauf anzubieten, gemeinsam Mahlzeiten zuzubereiten u.a.m (Kuratorium Schulverpflegung). Daneben sind neue Risiken , die für Kinder besonders attraktiv sind (wie z. B. die Gefahren von Lärm durch Walkman-Hören) mittels Projektunterricht schwerpunktmäßig anzugehen. Dabei kommt einer Aktivierung der Eltern in Richtung einer verstärkten Bereitschaft, sich um die Rechte, Probleme und Forderungen ihrer Kinder zu kümmern und sich für diese einzusetzen, besondere Bedeutung zu.

Insgesamt ergeben sich folgende zentrale Strategien für Prävention und Gesundheitsförderung:

- Prävention muß so früh wie möglich ansetzen. D. h., der Zugang zu Kindern über Hausbesuche, Mütterberatungen, Krippen, Kindergärten, Horte und Schulen ist zu zielgruppenspezifisch intensivieren und auszubauen, weil dort die beste Chance besteht, Kinder intensiv und kontinuierlich anzusprechen und zu aktivieren.
- Die bisher vorherrschenden präventiven Ansätze zu Einzelrisiken (Rauchen, Alkohol, Gewalt usw.) sind durch Strategien der Kompetenzvermittlung zu ergänzen oder zu ersetzen. Dies bedeutet insbesondere eine Intensivierung auf dem Gebiet der Lehrer/Erzieher/innen- und Elternfortbildung bezüglich gesundheitsfördernder, protektiver Faktoren bei Kindern.
- Neben Konzepten zur Kompetenzförderung für alle Kinder sind zusätzlich noch spezielle Angebote für gesundheitlich benachteiligte Gruppen notwendig, wie z. B. für sozial schwache, von Gewalt/Mißbrauch betroffene Kinder, Kinder psychisch kranker und/oder abhängiger Eltern.
- Auch aus gesundheitlicher Sicht muß der Wahrung der Kinderrechte als Querschnittsaufgabe in allen Planungsbereichen verstärkt Beachtung geschenkt werden, so z. B. in der Verkehrsplanung (Schulwege, Verkehrsberuhigung), der Wohn- und Spielplatzgestaltung, der Unterrichtsplanung u.a.

Impressum

Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München
Bayerstr. 28a, 80335 München
Tel.: 089-233 – 47708 oder 233 – 47707
Fax: 089-233 - 47705
E-Mail: gbe.rgu@muenchen.de

Bearbeitung:
Gabriele Spies, Ralf Karhausen-Beermann, Dr. Rosemary Eder-Debye
RGU 111

München, April 1997 (2. Auflage Oktober 1999)

