



**Evangelisches
Waldkrankenhaus Spandau**
Ein Unternehmen der Paul Gerhardt Diakonie

Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau
Stadtrandstraße 555-561 · 13589 Berlin

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Charité – Universitätsmedizin Berlin

**Evangelisches Waldkranken-
haus Spandau**

Stadtrandstraße 555-561
13589 Berlin

**Klinik für Kinder- und Ju-
gendmedizin**

Telefon 030 3702-1022
Telefax 030 3702-2380
paediatric@
waldkrankenhaus.com

05.03.2012

www.pgdiakonie.de

Netzwerk Präventionsmedizin und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter - KiJu Fit -

**PD Dr. med. habil.
Frank Jochum**

Chefarzt
Ärztlicher Direktor

Telefon 030 3702-1021
f.jochum@
waldkrankenhaus.com

Schwerpunkte

Allergologie, Pulmologie, Pädi-
atrische Neurologie und Perina-
talzentrum Level I

Abschlussbericht Projektphase 1

Ein Projekt des Aktionsraumes Plus Spandau Mitte des Senates für Stadtentwicklung.

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



Aktionsräume plus



Autoren:

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Ev. Waldkrankenhaus Spandau

Priv.-Doz. Dr. med. Frank Jochum / Frau Dr. med. Karin Barnard/

Frau Tanja Götz-Arsenijevic/ Frau Ulrike Feder

In Kooperation mit:

Inst. für Community Medicine; Univ. Greifswald; Prof. W. Hoffmann; A. Gottschling



Zertifiziert nach KTO



Mitglied im Diakonischen Werk

Evangelisches
Waldkrankenhaus Spandau
Krankenhausbetriebs gGmbH
Geschäftsführer: Carsten Schaulinski
Prokuristin: Simone Theissen

HRB 94057 B · AG Berlin-Charlottenburg
USt-IdNr. DE136622410
Postbank Berlin
BLZ 100 100 10 · Konto 22 222 104

Commerzbank AG
BLZ 100 400 00 · Konto 585 600 000
IBAN: DE90 1004 0000 0585 6000 00
BIG: COBADEFF

Gesellschafter:
Paul Gerhardt Diakonie e.V.,
Berlin und Wittenberg
Griesingerstraße 8 · 13589 Berlin

Inhaltsverzeichnis

1	<u>HINTERGRUND</u>	4
1.1	Problemlage	7
2	<u>PROJEKTZIELE</u>	9
3	<u>PROJEKTAUFBAU</u>	9
3.1	12 Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung	11
4	<u>BESCHREIBUNG - PROJEKTPHASE 1</u>	12
4.1	Ziele - Projektphase 1	12
4.2	Fragestellungen - Projektphase 1	13
4.3	Methoden - Projektphase 1	13
4.3.1	Sekundärdaten	14
4.3.2	Primärdaten	15
4.3.2.1	Stichprobe	16
4.3.2.1.1	Bevölkerung	16
4.3.2.1.2	Jugendliche	16
4.3.2.1.3	Institutionsmitarbeiter	17
4.3.2.2	Auswertung der Daten	17
5	<u>ERGEBNISSE - PROJEKTPHASE 1</u>	18
5.1	Projektphase 1 – Ergebnisse der Sekundärdaten	18
5.1.1	Bevölkerungsstruktur im Falkenhagener Feld	18
5.1.2	Kinder- und Jugendgesundheit im Falkenhagener Feld	19
5.1.2.1	Einschulungsuntersuchung 2010, Bezirksamt Spandau von Berlin	19
5.2	Ergebnisse der Primärdaten – Projektphase 1	22
5.2.1	Bevölkerung	22
5.2.2	Jugend	27
5.2.3	Institutionsmitarbeiter	31

6	DISKUSSION	36
6.1	Bevölkerungsstruktur - Falkenhagener Feld	37
6.2	Gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen – Falkenhagener Feld	38
6.2.1	Problembewusstsein / subjektive Gesundheit	39
6.2.2	Körpergewicht	40
6.2.3	Bewegung	42
6.2.4	Mediennutzung	44
6.2.5	Substanzmissbrauch	45
6.2.5.1	Zigaretten	45
6.2.5.2	Alkohol	47
6.2.5.3	Illegale Drogen	48
6.2.6	Verhaltensauffälligkeiten	49
6.2.7	Mobbing/ Gewalt/ Kriminalität	50
6.2.8	Sprache / Sprachentwicklung	51
6.2.9	Mundhygiene und Zahngesundheit	52
6.2.10	Unfälle und Verletzungen	54
6.3	Gesundheitliche und soziale Angebotssituation – Falkenhagener Feld	56
6.4	Informationslage und Angebotsnutzung - Falkenhagener Feld	56
7	FAZIT - HANDLUNGSBEDARF	58
7.1	Handlungsgebiete	59
7.1.1	Körpergewicht / Ernährung	59
7.1.2	Bewegung	59
7.1.3	Mediennutzung	60
7.1.4	Substanzmissbrauch	60
7.1.5	Verhaltensauffälligkeiten	60
7.1.6	Mobbing / Gewalt / Kriminalität	61
7.1.7	Sprache / Sprachentwicklung	61
7.1.8	Mundhygiene und Zahngesundheit	61
7.1.9	Unfälle und Verletzungen	62

7.2	Handlungsdurchführung	62
8	<u>AUSBLICK</u>	64
9	<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	65
10	<u>ANHANG</u>	71

1 Hintergrund

In Deutschland lebten im Jahr 2010 ca. 15,1 Millionen Kinder¹. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zeigte für das Jahr 2006 eine durchschnittliche Armutsquote für Kinder und Jugendliche von 18%, wobei der Anteil der in Armut lebenden Kinder in den letzten 10 Jahren angestiegen ist². Das Armutsrisiko in Deutschland steigt mit Faktoren wie Langzeitarbeitslosigkeit, Migrationshintergrund und Ein-Eltern-Familien an.

Nach Angaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die zahlreiche Studien zu dem Thema Gesundheit im Kindes- und Jugendalter analysiert hat, ist der größte Teil der Kinder in Deutschland gesund. Aus den Analysen geht allerdings hervor, dass 20% dieser Kinder und Jugendlichen gesundheitliche Auffälligkeiten zeigen und dass eine zunehmende Verschiebung von akuten zu chronischen und von körperlichen zu psychischen Krankheiten stattfindet.

In der Verfassung der WHO (World Health Organisation) von 1946 ist Gesundheit als „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“³ definiert. „Die gesunde Entwicklung des Kindes ist von grundlegender Bedeutung; die Fähigkeit, harmonisch in einer in voller Umwandlung begriffenen Umgebung zu leben, ist für diese Entwicklung besonders wichtig.“⁴

Der Zusammenhang zwischen Armut bzw. niedrigem sozioökonomischen Status und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter wurde in den letzten Jahrzehnten in umfang-

¹ Vgl. Bevölkerung zum Stichtag 31.12. des jeweiligen Jahres. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität (Primärquelle: Statistisches Bundesamt, Bevölkerungsstand. In www.gbe-bund.de (Thematische Recherche: Bevölkerung → Bevölkerungsstand → Dokumentart Tabellen). Abrufdatum: 29.02.2012.

² Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2006) Dossier Armutsrisiken von Kindern und Jugendlichen, online: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Internetredaktion/Pdf-Anlagen/kinderarmut-dossier,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf> (29.02.2012)

³ Vgl. WHO (2009), Verfassung der Weltgesundheitsorganisation unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946, online: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf> (29.02.2012)

⁴ Vgl. WHO (2009), Verfassung der Weltgesundheitsorganisation unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946, online: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf> (29.02.2012)

reichen nationalen und internationalen Studien beschrieben^{5,6,7,8}. So geht aus der nationalen Studie Kinder- und Jugendgesundheitsveys des Robert Koch Instituts KIGGS (2006) klar hervor, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Einkommen und geringer Bildung häufiger einen schlechten Gesundheitszustand und psychische Probleme zeigen als Vergleichsgruppen aus Familien mit höherer Bildung und Einkommen.

Chronische Erkrankungen⁹, wie z. B. Adipositas¹⁰ und Diabetes mellitus¹¹ im Kindes- und Jugendalter zu. Die Häufigkeit von Sprach- und Bewegungsstörungen, von Adipositas und Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter sowie der Alkohol- und Nikotinkonsum während der Adoleszenz wird für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem ein zunehmendes Problem darstellen. Das „medienfixierte Freizeitverhalten“¹² unserer Gesellschaft lässt annehmen, dass das Auftreten von Bewegungs-, Sprach- und Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter zusätzlich begünstigt wird.

Dieser Entwicklung entsprechend wird in den kommenden Jahrzehnten eine vermehrte Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen erfolgen, welche mit einer enormen finanziellen Belastung für das Gesundheitssystem verbunden sein

⁵ Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin

⁶ Vgl. Shell Deutschland Holding (Hrsg.) (2011) Jugend 2010: Eine pragmatische Generation behauptet sich. S. Springer Verlag GmbH, Frankfurt am Main 2010

⁷ Vgl. HBSC-Team Deutschland* (2011/12). Studie Health Behaviour in School- aged Children. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.

⁸ Vgl. Ellsäßer, G.; Böhm, A. et al (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern- Ergebnisse und Konsequenzen aus den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen. Kinderärztliche Praxis (73), 248- 257, 2002

⁹ Vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung, online: <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/126.php> (29.02.2012)

¹⁰ Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg.) (2006) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas, KIGGS Symposium 2006, RKI, online:

http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/ppt_adipositas.pdf (29.02.2012)

¹¹ Vgl. Scherbaum, Werner A.(Hrsg.) (2010) Diabetes bei Kindern und Jugendlichen, online: <http://www.diabetes-deutschland.de/kinderjugendliche.html> (29.02.2012)

¹² Vgl. Shell Deutschland Holding (Hrsg.) (2011) Jugend 2010: Eine pragmatische Generation behauptet sich. S. Springer Verlag GmbH, Frankfurt am Main 2010 (S.97)

wird. In Bezug auf die Adipositas im Kindes- und Jugendalter und den damit assoziierten Erkrankungen ist diese Entwicklung bereits eingetreten und sichtbar¹³.

Um dieser Entwicklung entgegen zu treten sind nationale Strategien in Deutschland („Nationales Gesundheitsziel – Gesundes Aufwachsen 2010“¹⁴) und in anderen Ländern, wie beispielweise England („The Child Health Promotion Programme“ 2008¹⁵), unter Beteiligung unter anderem von Akteuren aus Politik, Versicherungswesen, Kostenträgern, Kommunen und Patientenorganisationen als Leitfaden der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter entwickelt worden. Die BZgA¹⁶ gibt zahlreiche Hilfestellungen praktischer und theoretischer Art zum Thema Gesundheitsförderung und unterstützt Initiativen und Vernetzungsarbeit auf nationaler und Länderebene zum Beispiel mit dem Verbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“.

Die Entwicklung und Umsetzung der eigentlichen Programme zur Gesundheitsförderung erfolgt in Deutschland und auch in England auf Länder/Kommunen bzw. Bezirksebene. Als Beispiel hierfür sei das Landesprogramm für Bildung und Gesundheit in Nordrheinwestfalen genannt.

Grundlage für die Durchführung solcher Programme ist oft das von der BZgA zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung adaptierte Modell der 12 Kriterien für „Good practice“.

Hierbei geht es um klare Zielsetzungen, Vernetzung und Einbindung von Akteuren und Zielgruppen, integriertes Handeln sowie Dokumentation und Evaluation von Programmen zur Kosten-Nutzen-Rechnung.

„Good practice“ ist eigentlich ein Begriff der ursprünglich aus der Wirtschaft stammt und hat unter Anderem das Ziel, z. B. Prozesse – hier im übertragenen Sinne die Gesundheitsförderung – durch Systematisierung vergleichbar zu machen. Gleiche Herangehensweisen und Strategien, die sich als erfolgreich erwiesen haben, können

¹³ Vgl. Scherbaum, Werner A.(Hrsg.) (2010) Diabetes bei Kindern und Jugendlichen, online: <http://www.diabetes-deutschland.de/kinderjugendliche.html> (29.02.2012)

¹⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), Nationales Gesundheitsziel - Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin 2010

¹⁵ Vgl. Department of Health - United Kingdom: The Child Health Promotion Programme - 2008

¹⁶ Vgl. Richter- Kornweitz, A., BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung - Gesundheitsförderung im Kindesalter

so in andere Projekte übernommen werden. Erfolgreiche Projekte können verstetigt und systematisch genutzt werden.

Konsensus besteht darin, dass Programme der Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter bereits während der Schwangerschaft beginnen und in Alterstufen bis in das Erwachsenenalter überleiten sollen. Gesundheits- sowie Lebenskompetenz fördernde Maßnahmen sollen darin berücksichtigt werden.

In Deutschland und international ist allgemein akzeptiert, dass Gesundheitsförderung interprofessionell, partizipativ, niederschwellig, transparent und unter Einbezug von Qualitätsstandards erfolgen muss.

1.1 Problemlage

Aus dem Monitoring „Soziale Stadtentwicklung“ der Jahre 2008 und 2009 geht klar hervor, dass es in Berlin – in Bezug auf die Sozialstruktur - benachteiligte Stadtteilgebiete gibt, in denen die Zahl der Arbeitslosen und Transferleistungsempfänger besonders hoch ist. Die Auswirkungen davon betreffen besonders Kinder und Jugendliche. Um Chancengerechtigkeit für die Bürgerinnen und Bürger in Berlin zu verbessern, wurde die Initiative Aktionsräume Plus der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umweltschutz ins Leben gerufen. Neben der städtebaulichen Förderung geht es hierbei unter anderem um die Verbesserung der Gesundheitschancen insbesondere von Kindern und Jugendlichen.

Das Evangelische Waldkrankenhaus Spandau liegt in dem Aktionsraum Plus Gebiet Spandau Mitte, unmittelbar angrenzend an die als soziale Brennpunkte identifizierten Quartiermanagementgebiete Falkenhagener Feld Ost und West. In der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin werden jährlich ca. 14.000 Patienten ambulant und mehr als 2.000 stationär behandelt. Allein aus den Quartiermanagementgebieten Falkenhagener Feld stammen etwa 10 % der stationären Patienten. Auffälligkeiten wie Übergewicht und Bewegungsmangel zeigen der Klinik, dass ein akuter Handlungsbedarf in der Gesundheitsförderung der Kinder besteht, bevor diese chronisch krank werden. So wurde das Projekt „Netzwerk Präventionsmedizin und Gesundheitsförde-

„Aktionsraum Plus Spandau Mitte“ mit dem Bezirk und durch Unterstützung des Aktionsraumes Plus Spandau Mitte entwickelt.

Als Pilotgebiet für dieses Projekt wurde das Gebiet Falkenhagener Feld ausgewählt, das eine überwiegend einfache Wohnlage mit niedrigen Mietpreisen aufweist. Der Anteil an sozial Schwachen und Migranten ist relativ hoch.

Fast ein Drittel der Eltern der Schulanfänger 2010 zählt im Falkenhagener Feld zur so genannten „unteren Bildungsschicht“¹⁷. Mit einem hohen Anteil an Transferleistungsbeziehern und Arbeitslosen in den beiden Quartiersmanagementgebieten¹⁸ stellt sich insgesamt ein „niedriger sozialer Status“¹⁹ der Bevölkerung dar.

Des Weiteren führt der hohe Anteil an Migranten²⁰ zu sprachlichen und kulturellen Barrieren.

Die in der Einleitung dargestellten Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Bedingungen und gesundheitlicher Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sind hier besonders erkennbar. Sowohl die Einschulungsuntersuchungen 2010²¹ als auch die Daten des Evangelischen Waldkrankenhauses Spandau²² zeigen auffällige Befunde (u. a. in den Bereichen Körpergewicht, Zahngesundheit, Medienkonsum, Verletzungen).

Das Projekt „Netzwerk Präventionsmedizin und Gesundheitsförderung“ soll unter Berücksichtigung der Grundlagen der „Good Practice“-Kriterien der BZgA die Chancengleichheit für ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen stärken.

Ausgehend vom Pilotprojektgebiet Falkenhagener Feld soll sich das Netzwerk auf das ganze „Aktionsraum Plus Gebiet Spandau Mitte“ ausweiten.

¹⁷ Vgl. Möhring G., Scheffler P., Bezirksamt Spandau von Berlin Abt. Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (2011) Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2010 im Bezirksamt Spandau

¹⁸ Vgl. Referat Soziale Stadt, Senatsverwaltung für Stadtentwicklung 25.08.2011

¹⁹ Vgl. Möhring G., Scheffler P., Bezirksamt Spandau von Berlin Abt. Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (2011) Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2010 im Bezirksamt Spandau

²⁰ Vgl. Statistischer Bericht A I 5-hj 2/10 vom 31.12.2010 von Statistik Berlin Brandenburg

²¹ Vgl. Möhring G., Scheffler P., Bezirksamt Spandau von Berlin Abt. Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (2011) Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2010 im Bezirksamt Spandau

²² Vgl. Interne Daten: Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau- Berlin- Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

2 Projektziele

Ziel des Projektes ist die Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit im Aktionsraum Plus Spandau Mitte durch die gesundheitliche Chancenverbesserung sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher.

Der Aufbau eines Netzwerkes der Gesundheitsförderung mit niederschweligen Angeboten für Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern im Aktionsraum Plus Spandau Mitte soll zur Realisierung dieses Zieles beitragen. Bestehende Angebote und Strukturen sollen besser vernetzt, die Informationslage optimiert und neue Angebote nach Bedarf implementiert werden. Um potentielle Synergieeffekte zu nutzen und die kindliche sowie jugendliche Gesundheit professionsübergreifend zu fördern, ist eine enge Zusammenarbeit mit bestehenden sozialen Strukturen vorgesehen.

Für den Aufbau eines bedarfsgerechten gesundheitlichen Netzwerkes wurde eine Bestands- und Bedarfsanalyse in dem Pilotgebiet „Falkenhagener Feld“ durchgeführt. Diese soll nicht nur die bestehende Angebots-, Nutzungs- und Bedarfslage, sondern auch das Problembewusstsein der Zielgruppe darstellen. Die Ergebnisse dieser Analyse sind Gegenstand dieses Berichts.

Um festzustellen, ob das aufzubauende Netzwerk der Gesundheitsförderung zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit beigetragen hat, soll nach zwei Jahren Projektlaufzeit eine Evaluation des Projektes stattfinden.

3 Projektaufbau

Das Projekt ist in drei Phasen gegliedert (vgl. Tab. 1, unten), von denen die Projektphasen 1 und 2 durch den Berliner Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt sowie den Bezirk Spandau bewilligt wurden.

Im Oktober 2011 wurde das Projekt mit der Phase 1 begonnen. Mit diesem Bericht ist Projektphase 1 abgeschlossen. Seit Januar 2012 wurde parallel zu Projektphase 1 auch an den Inhalten von Projektphase 2 gearbeitet (vgl. unten).

Die Inhalte der Projektphasen werden in der nachfolgenden Tabelle erläutert:

<p>Projektphase 1: Oktober 2011 - Februar 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bekanntmachung des Projektes bei den Akteuren im Falkenhager Feld ▪ Analyse von Sekundärdaten ▪ Erhebung von Primärdaten durch Befragungen der Bevölkerung, Institutionsmitarbeiter und Jugendlichen ▪ Vergleichende Analyse und Interpretation der Ergebnisse ▪ Präsentation der Ergebnisse (Zwischen- und Abschlussbericht) ▪ Übergang von der Auswertungsphase in das Handlungskonzept
<p>Projektphase 1 und 2: Januar 2012 - Februar 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auswertungs- und Planungsphase - Handlungskonzept
<p>Projektphase 2: Januar 2012 - Dezember 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufbau und Zusammenführung des Netzwerkes ▪ Präventionsmedizin und Gesundheitsförderung aufgrund bestehender Strukturen hierzu <ul style="list-style-type: none"> - regelmäßige Netzwerktreffen - öffentliche Verankerung (z. B. neue Medien) - Pflege entstehender Daten ▪ Gezielte Ergänzung von Maßnahmen vor Ort ▪ Kontakt und Erfahrungsaustausch mit anderen Netzwerken
<p>Projektphase 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation mit Vergleich der Primär- und Sekundärdaten zu Beginn und Ende des Projektes ▪ Interpretation der Ergebnisse <p>Ausweitung des Netzwerkes und Projektes auf den gesamten Aktionsraum Plus Spandau Mitte</p>

Tabelle 1: Struktur des Projektes: Netzwerk Präventionsmedizin und Gesundheitsförderung

3.1 12 Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung

Präventionsstrategien sind aufgrund der langfristigen Auslegung und Wirkung schwer evaluierbar. Von der BZgA wurden frühzeitig 12 Kriterien für eine gute gesundheitsfördernde Praxis zur Beurteilung von Projekten in diesem Bereich entwickelt, die von vielen Organisationen aufgegriffen wurden und Grundlage ihrer Arbeit sind.

Die Planung und Durchführung unseres Projektes orientiert sich an diesen „12 Good Practice“- Kriterien des BZgA²³.

1. Konzeption und Selbstverständnis
2. Zielgruppe
3. Innovation und Nachhaltigkeit
4. Multiplikatorenkonzept
5. Niedrigschwellige Arbeitsweise
6. Partizipation
7. Empowerment
8. Settingansatz
9. Integriertes Handlungskonzept / Vernetzung
10. Qualitätsmanagement und Qualitätsentwicklung
11. Dokumentation und Evaluation
12. Kosten-Nutzen-Relation

²³ Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2011) Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, in : Gesundheitsförderung Konkret Band 5, Aufl. 5, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln (S. 16ff)

4 Beschreibung - Projektphase 1

Wie oben dargestellt, wurde exemplarisch für den Aktionsraum Plus Spandau Mitte das Falkenhagener Feld als Pilotprojektgebiet festgelegt.

Zu Beginn - in Projektphase 1 - werden zunächst die lokalen Verhältnisse analysiert, um später die gewonnen Erkenntnisse auf den gesamten Aktionsraum anwenden zu können. Fragestellung, Durchführung, Ergebnisse und die kritische Wertung der Projektphase 1 sind Gegenstand des vorliegenden Berichtes.

4.1 Ziele - Projektphase 1

In einem ersten Schritt wird das Projekt „Netzwerk Präventionsmedizin und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter“ bei möglichst allen Akteuren im Falkenhagener Feld bekannt gemacht. Dieses dient der Förderung der Akzeptanz für das Projekt, der Transparenz sowie der Schaffung einer Vertrauensbasis für die zukünftige Zusammenarbeit hinsichtlich der Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit im Projektgebiet.

Grundlegendes Ziel dieser Projektphase ist die Erfassung von bedarfsgerechten gesundheitlichen Handlungsfeldern und Interventionsmaßnahmen zur Verbesserung der kindlichen und jugendlichen Gesundheit. Zu diesem Zweck sollen der Bestand und der Bedarf an gesundheitlichen Angeboten im Falkenhagener Feld analysiert werden. Daraus ergeben sich folgende Teilziele:

- Identifizierung gesundheitlicher Handlungsfelder
- Bedarfsermittlung in Abhängigkeit unterschiedlicher Zielgruppen
- Bedarfsermittlung in Abhängigkeit von verschiedenen Einflussgrößen der Zielgruppen

4.2 Fragestellungen - Projektphase 1

Aus den oben genannten Zielen ergeben sich für diese Forschungsphase nachstehende Fragestellungen:

1. Welche Bevölkerungsstruktur besteht im Falkenhagener Feld?
2. Welche gesundheitlichen Probleme stellen sich bei Kindern und Jugendlichen im Interventionsgebiet dar?
3. Welches Problembewusstsein besteht bei Jugendlichen und Erwachsenen im Falkenhagener Feld?
4. Welche gesundheitliche und soziale Angebotssituation zeigt sich im Interventionsgebiet?
5. Wie sieht die derzeitige Informationslage bzgl. bestehender Angebote bei Jugendlichen und Erwachsenen im Falkenhagener Feld aus?
6. Wie werden bestehende Angebote von Kindern, Jugendlichen und Eltern genutzt?
7. Welcher Angebots- und Handlungsbedarf besteht im Falkenhagener Feld?

4.3 Methoden - Projektphase 1

Zur Beantwortung der Fragestellungen werden zum einen Sekundärdaten durch das Projektteam eigenständig erhoben, zum anderen bestehende Primärdaten ausgewertet. Des Weiteren wird die bestehende Angebotsstruktur im Falkenhagener Feld durch Internetrecherche und persönliche Kontakte erhoben und analysiert. Es erfolgt eine Auflistung aller bekannten Akteure und Institutionen sowie der sozialen und gesundheitsfördernden Angebote und Projekte für Kinder und Jugendliche des Falkenhagener Feldes²⁴.

²⁴ Siehe Anhang

4.3.1 Sekundärdaten

Zur Erhebung der Sekundärdaten wurden nachstehende Datenquellen genutzt:

- Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung: Berlin (Senat für Gesundheit, Familie und Sport)²⁵, Spandau (Bezirksamt Spandau), Falkenhagener Feld (Bezirksamt Spandau)²⁶ und Zehlendorf (Bezirksamt Zehlendorf)²⁷ 2010
- Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen des Landes Brandenburg²⁸
- Statistisches Bundesamt²⁹
- Statistischer Bericht von Statistik Berlin-Brandenburg³⁰
- Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2009): Ungenutzte Potentiale – Zur Lage der Integration in Deutschland³¹
- Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 5, „Wir lassen kein Kind zurück“³²
- Bericht des Quartiermanagements Falkenhagener Feld West und Ost 2010³³
- Landesstatistikamt Berlin 2009 – Krankenhäuser im Land Berlin 2009 : Statistik für stationäre Einweisungen nach Diagnosekapiteln bzw. 10 häufigsten Diagnosen und Altersgruppen³⁴

²⁵ Vgl. Bettge S., Oberwöhrmann S., Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2011) Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2010

²⁶ Vgl. Möhring G., Scheffler P., Bezirksamt Spandau von Berlin Abt. Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (2011) Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2010 im Bezirksamt Spandau

²⁷ Vgl. Kraus- Haas, Seel, Schwarz- Bickenbach, Bezirksamt Steglitz- Zehlendorf von Berlin Abteilung Wirtschaft, Gesundheit und Verkehr (Hrsg.) (2011) Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung 2010 im Bezirk Steglitz- Zehlendorf

²⁸ Vgl. Ellsäßer, G.; Böhm, A. et al: Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern- Ergebnisse und Konsequenzen aus den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen. Kinderärztliche Praxis (73), 248- 257, 2002

²⁹ Vgl. Bevölkerung zum Stichtag 31.12. des jeweiligen Jahres. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität (Primärquelle: Statistisches Bundesamt, Bevölkerungsstand. In www.gbe-bund.de (Thematische Recherche: Bevölkerung → Bevölkerungsstand → Dokumentart Tabellen). Abrufdatum: 29.02.2012.

³⁰ Vgl. Amt für Statistik Berlin- Brandenburg

³¹ Vgl. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2009) Ungenutzte Potentiale – Zur Lage der Integration in Deutschland, Gebrüder Kopp GmbH & Co. KG, Köln

³² Vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (Hrsg.)(2007) Wir lassen kein Kind zurück: Soziale und gesundheitliche Lage von kleinen Kindern im Land Brandenburg. Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 5. Brandenburgische Universitätsdruckerei, Golm

³³Vgl. Referat Soziale Stadt, Senatsverwaltung für Stadtentwicklung 25.08.2011

- Qualitätsbericht des Krankenhauses Neukölln 2010³⁵
- Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau³⁶
- Evangelisches Krankenhaus Paul Gerhardt Stift Wittenberg³⁷

4.3.2 Primärdaten

Die Primärdaten werden durch eine Bevölkerungsbefragung im Pilotgebiet Falkenhagener Feld erhoben. Diese soll das Problembewusstsein, die Angebots-, Nutzungs- und Bedarfslage der Zielgruppe ermitteln. Zur differenzierten Beantwortung der Fragestellungen³⁸ werden mit Hilfe von drei standardisierten Fragebögen³⁹ zum einen Jugendliche, zum anderen Erwachsene sowie Akteure des Falkenhagener Feldes anonym befragt. Ausschlusskriterium für die Auswertung war ein Wohnsitz außerhalb des Beobachtungsraumes (Bevölkerung / Jugendliche) oder keine Tätigkeit (Institutionen) im Falkenhagener Feld. Die Fragebögen wurden in Zusammenarbeit mit der Universität Greifswald, Institut für Community Medicine, unter Einbeziehung der 12 Kriterien „Good practice“ entwickelt (vgl. oben).

Nach Absprache mit Akteuren aus verschiedenen Institutionen und einem Befragungstestlauf im Einkaufszentrum Posthausweg wurden die Bevölkerungs- und Jugendfragebögen optimiert und dann für die Befragungen genutzt.

Zeitraum der Befragungen: 08.11.2011- 26.01.2012

³⁴ Vgl. Statistik Berlin- Brandenburg (2009): Statistischer Bericht Teil II: Diagnosen der Krankenhauspatienten AIV3-j/09

³⁵ Vgl. Qualitätsbericht 2010: Vivantes Kliniken Neukölln

³⁶ Vgl. Interne Daten: Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau- Berlin- Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

³⁷ Vgl. Interne Daten: Evangelisches Krankenhaus Paul Gerhardt Stift - Lutherstadt Wittenberg - Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

³⁸ Siehe Seite 11 Abschnitt 4.2

³⁹ Siehe Anhang

4.3.2.1 Stichprobe

	Abgegebene Fragebögen	Rücklauf	Davon auswertbar ⁴⁰
Institutionen	140 (100%)	82 (59%)	81 (58%)
Bevölkerung	1.114 (100%)	904 (81%)	797 (72%)
Jugendliche	532 (100%)	234 (44%)	153 (29%)

Tabelle 2: Anzahl und Rücklauf der 3 Fragebögen

4.3.2.1.1 *Bevölkerung*

Mit Hilfe einer allgemeinen Bevölkerungsbefragung wurde das Problembewusstsein sowie die Angebots-, Nutzungs- und Bedarfslage in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, Sprachkenntnissen und der Beziehung der Befragten zu Kindern und Jugendlichen erfasst⁴¹.

Hierbei wurden in Form einer standardisierten Querschnittsbefragung die Antworten der über 18jährigen des Untersuchungsgebietes zu den definierten Fragen, betreffend der oben genannten Themenkomplexe, erfasst. Die Befragung wurde von ausgewiesenen Interviewern in Form einer Face to Face- Befragung auf der Straße, in und vor sozialen Einrichtungen, vor Einkaufsläden, Schulen, Kindertagesstätten, Ärztehäusern und anderen Orten im Untersuchungsgebiet (mit den vorher entwickelten Fragebögen) durchgeführt.

4.3.2.1.2 *Jugendliche*

Die Jugendlichen als Zielgruppe der geplanten Intervention wurden, mit dem dafür entwickelten Jugendfragebogen, direkt nach ihrem Problembewusstsein sowie der Angebots-, Nutzungs- und Bedarfslage an gesundheitlichen und sozialen Angeboten befragt⁴². Dies erfolgte in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, Klassenstufe und Muttersprache.

Die Befragung fand zum einen in verschiedenen Klassenstufen der B.-Traven-Oberschule im Rahmen des Unterrichtes statt, zum anderen führten ausgewiesene

⁴⁰ Die nicht auswertbaren Bögen erfüllen nicht die oben beschriebenen Einschlusskriterien

⁴¹ Hypothesen und Fragen zu den Bevölkerungsfragebögen siehe Anhang

⁴² Hypothesen und Fragen zu den Jugendfragebögen siehe Anhang

Interviewer Befragungen von Jugendlichen in einer Face to Face- Befragung im Falkenhagener Feld durch.

4.3.2.1.3 *Institutionsmitarbeiter*

Mitarbeiter von Institutionen, die mit Kindern und Jugendlichen im Falkenhagener Feld arbeiten, wurden mit dem dafür entwickelten Fragebogen standardisiert als Experten befragt. Dabei standen Probleme von Kindern und Jugendlichen sowie die Angebots-, Nutzungs- und Bedarfslage an gesundheitlichen und sozialen Angeboten im Zentrum der Befragung⁴³.

Die Befragung erfolgte durch das Verteilen von Fragebögen in Kindertagesstätten, Horteinrichtungen, verschiedenen sozialen Institutionen und Schulen im Falkenhagener Feld.

4.3.2.2 Auswertung der Daten

Zunächst erfolgte eine Plausibilitätsprüfung und Überführung der erhobenen Daten in Excel-Tabellen. Anschließend wurde eine orientierende, beschreibende Statistik und erneute Fehlerkorrektur bzw. Überprüfung auffälliger Daten durchgeführt.

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit dem Statistik-Programm SPSS Statistics 20 mittels deskriptiver Statistik (einschließlich Kreuztabellen) und dem Chi²-Test. Für die statistischen Tests wurde das α - Niveau auf 5 % festgelegt. Die Testergebnisse wurden somit ab einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% (p -Wert $\leq 0,05$) als statistisch signifikant.

⁴³ Hypothesen und Fragen zu den Institutionsfragebögen siehe Anhang

5 Ergebnisse - Projektphase 1

5.1 Projektphase 1 – Ergebnisse der Sekundärdaten

Die Fragestellungen nach der Bevölkerungsstruktur sowie der Kinder- und Jugendgesundheit im Falkenhagener Feld werden durch Daten des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg, der Einschulungsuntersuchung des Bezirksamtes Spandau 2010 und mit Hilfe von Krankenhausdaten beantwortet.

5.1.1 Bevölkerungsstruktur im Falkenhagener Feld

In der Bezirksregion Falkenhagener Feld wohnen am 31.12. 2010 insgesamt 38.382 Einwohner, von denen 11.344 (30%) einen Migrationshintergrund aufweisen. Schlüsselt man diese Zahlen auf die Kinder unterschiedlicher Altersstufen auf, so haben in der Gruppe der unter 6jährigen 50,1% (951 von 1.898 Kindern), in der Gruppe der 6 bis 15jährigen 49,9% (1.539 von 3.079 Kindern) und in der Gruppe der 15 bis 18jährigen 44,4% (506 von 1.139 Kindern) einen Migrationshintergrund⁴⁴. Diese kommen zum überwiegenden Teil aus den ehemaligen Ostblockländern und aus der Türkei⁴⁵. Deutschlandweit beträgt der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund lediglich fast 20%⁴⁶

83,3% der Kinder im Falkenhagener Feld stammen aus der „unteren“ und „mittleren Bildungsschicht“. Im Vergleich zu ganz Spandau gibt es unterdurchschnittlich wenige Kinder aus der „oberen Bildungsschicht“⁴⁷.

Betrachtet man den „sozialen Status“ der Familien des untersuchten Bereiches, so zeigt sich ebenfalls, dass im Vergleich zu ganz Spandau unterdurchschnittlich wenige Kinder der „oberen sozialen Schicht“ angehören (16,5%)⁴⁸. Die Zugehörigkeit zu

⁴⁴ Vgl. Statistischer Bericht A I 5-hj 2/10 vom 31.12.2010 von Statistik Berlin Brandenburg

⁴⁵ Vgl. Möhring G., Scheffler P., Bezirksamtsamt Spandau von Berlin Abt. Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (2011) Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2010 im Bezirksamtsamt Spandau

⁴⁶ Vgl. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2009) Ungenutzte Potentiale – Zur Lage der Integration in Deutschland, Gebrüder Kopp GmbH & Co. KG, Köln

⁴⁷ Vgl. Möhring G., Scheffler P., Bezirksamtsamt Spandau von Berlin Abt. Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (2011) Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2010 im Bezirksamtsamt Spandau

⁴⁸ Vgl. Möhring G., Scheffler P., Bezirksamtsamt Spandau von Berlin Abt. Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (2011) Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2010 im Bezirksamtsamt Spandau

der „unteren sozialen Schicht“ betrifft spandauweit vor allem die türkischen, arabischen und aus dem ehemaligen Ostblock stammenden Familien⁴⁹.

In den QM-Bereichen Falkenhagener Feld Ost und West wohnen durchschnittlich 35% Transferleistungsbezieher (berlinweit 14,9%), der Arbeitslosenanteil beträgt durchschnittlich 8,6% (berlinweit 6,7%)⁵⁰.

Der Anteil der Kinder, die keine Kindertagesstätte bei der Einschulungsuntersuchung besuchten, liegt im Falkenhagener Feld mit 4,2% im Vergleich zu Spandau etwas höher, wobei dies vor allem die Kinder aus sozial benachteiligten Familien und Kinder aus dem ehemaligen Ostblock betrifft⁵¹.

5.1.2 Kinder- und Jugendgesundheit im Falkenhagener Feld

5.1.2.1 Einschulungsuntersuchung 2010, Bezirksamt Spandau von Berlin⁵²

16,3% der Kinder im Falkenhagener Feld sind übergewichtig (9,9%) oder adipös (6,4%). Dieses ist sowohl im Vergleich zu Berlin (5,7% übergewichtig, 4,4 % adipös) als auch zu Spandau (6,4% übergewichtig, 4,1% adipös) ein Spitzenwert.

Parallel dazu zeigt sich ein überdurchschnittlich hoher Medienkonsum der Kinder. 44,8% schauen täglich 2-4 Stunden fern (Berlin 30%, Spandau 33,7%) und 7,7% spielen täglich 2-4 Stunden PC-Spiele (Spandau 4,9%).

Im Bereich der Körperkoordination, erfasst nach S-ENS-Screening⁵³ weisen 21,9% der Kinder auffällige Befunde auf (Berlin 10,8%, Spandau 13,2%).

In der Sprachentwicklung bestehen nach der S-ENS-Methode einerseits erhebliche Defizite in den Bereichen Wörter ergänzen (32,7% grenzwertig bis auffällig im Falkenhagener Feld, 23,7% in Berlin, 25,7% in Spandau) und Sätze nachsprechen (36,4% grenzwertig bis auffällig, Verschlechterung seit 2008 im Falkenhagener Feld,

⁴⁹ Vgl. Möhring G., Scheffler P., Bezirksamt Spandau von Berlin Abt. Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (2011) Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2010 im Bezirksamt Spandau

⁵⁰ Vgl. Referat Soziale Stadt, Senatsverwaltung für Stadtentwicklung 25.08.2011

⁵¹ Vgl. Möhring G., Scheffler P., Bezirksamt Spandau von Berlin Abt. Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (2011) Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2010 im Bezirksamt Spandau

⁵² Vgl. Möhring G., Scheffler P., Bezirksamt Spandau von Berlin Abt. Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (2011) Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2010 im Bezirksamt Spandau

⁵³ Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen

23,8% in Berlin, 32,3% in Spandau), andererseits liegt der Anteil der Kinder nicht-deutscher Herkunft ohne Deutschkenntnisse unter 1% (Berlin 7,2%, Spandau 3,9%). Insgesamt würde bei 32,8% der Schulanfänger im Falkenhagener Feld ein erhöhter schulischer Förderungsbedarf (29,7% in Spandau) prognostiziert.

Ein weiteres auffälliges Ergebnis der Einschulungsuntersuchung zeigt die Untersuchung der kindlichen Zahngesundheit. In Abhängigkeit vom sozialen Status, Migrationshintergrund und Dauer des Besuchs einer Kindertagesstätte sind insgesamt 21,3% der Zähne der Kinder aus dem Falkenhagener Feld unversorgt, was im Vergleich zu ganz Spandau (15,7%) und Berlin (13%) deutlich erhöht ist.

Im Vergleich zu sozioökonomisch besser situierten Bezirken, wie beispielsweise Steglitz/Zehlendorf, weisen die Schulanfänger 2010 im Falkenhagener Feld in den genannten Bereichen überdurchschnittlich viele Auffälligkeiten auf.

Statistische Auswertungen von Krankenhausdaten⁵⁴

Im Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau wurden im Jahr 2009 insgesamt 15.835 Kinder und Jugendliche ambulant und 2.205 stationär behandelt. Hiervon wohnten ca. 11% (1.741) der ambulant und 12,3 % (273) der stationär behandelten Patienten im Falkenhagener Feld.

Im Jahr 2010 wurden 13.944 Kinder und Jugendliche ambulant und 2.379 stationär behandelt. Dabei handelte es sich bei 12,5% (1.741) der ambulant und 13,6 % (325) der stationär behandelten um Patienten aus dem Falkenhagener Feld.

Im Folgenden werden stationäre Einweisungsdiagnosen pädiatrischer Patienten folgender Krankenhäuser nach ICD-10-Kodierungen verglichen:

- Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau (Gruppe der Bewohner des Falkenhagener Feldes)
- Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau (Gruppe aller Patienten)
- Krankenhaus Neukölln (vergleichbare Bettenzahl mit Neonatologie)
- Daten aller Berliner Krankenhäuser

⁵⁴ Siehe Abschnitt 4.3.2, S. 13

- Evangelisches Krankenhaus Paul Gerhardt Stift Wittenberg (vergleichbare Bettenzahl ohne Neonatologie)

Verletzungen

In den Jahren 2009 und 2010 wurden Kinder und Jugendliche aus dem Falkenhagener Feld hauptsächlich aufgrund behandlungsbedürftiger Verletzungen stationär in das Evangelische Waldkrankenhaus Spandau aufgenommen (2009 = 22%, 2010 = 28%). Vergleicht man dies mit den stationär behandelten Kindern und Jugendlichen der Vergleichskrankenhäuser, so zeigt sich, dass der Anteil verletzungsbedingter Aufnahmen im Jahr 2009 berlinweit 13,3 % betrug. Im Jahr 2010 wurden 17,6% aller im Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau stationär behandelte Kinder aufgrund von Verletzungen stationär aufgenommen, in Wittenberg waren es 15% der stationär aufgenommen Kinder.

Betrachtet man die Art der Verletzungen, so zeigt sich, dass es sich in der Gruppe aller pädiatrischen Patienten des Evangelischen Waldkrankenhauses Spandau und in der Gruppe der Bewohner des Falkenhagener Feldes in den Jahren 2009 und 2010 überwiegend um Schädelverletzungen (die bei Säuglingen und Kleinkindern überzufällig häufig durch Sturz entstehen) handelte (2009: Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau - Falkenhagener Feld: 62%, Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau – gesamt: 60%; 2010: Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau - Falkenhagener Feld: 46,7%, Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau – gesamt: 46%). Im Paul Gerhardt Stift in Wittenberg bezifferte sich dieser Anteil im Jahr 2009 auf 35 % und 2010 auf 19 %.

5.2 Ergebnisse der Primärdaten – Projektphase 1

5.2.1 Bevölkerung

Von 904 ausgefüllten Bevölkerungsfragebögen sind 797 der Befragten wohnhaft im Falkenhagener Feld. Bei der Betrachtung der folgenden Ergebnisse werden ausschließlich diese berücksichtigt.

Die 797 Bevölkerungsfragebögen zeigen ein deutlich verschobenes Geschlechterverhältnis zugunsten der weiblichen Bevölkerung (64,5 % weiblich, 35,5 % männlich; n=785). Die Befragten verfügen über überwiegend gute Deutschkenntnisse (91 %; n=767). Das mittlere Alter beträgt 41,5 Jahre.

Dabei stellen sich folgende **Altersgruppen** prozentual dar:

▪ Bis 20 Jahre	8,4 % (n=783)
▪ 21 bis 30 Jahre	19,7 % (n=783)
▪ 31 bis 40 Jahre	25,0 % (n=783)
▪ 41 bis 65 Jahre	36,4 % (n=783)
▪ Älter als 65 Jahre	10,5 % (n=783)

Die große Mehrzahl der Befragten (86,5 %; n=788) steht einem oder mehreren Kindern nahe. Die angegebenen **Verhältnisse zu Kindern** verteilen sich prozentual wie folgt (Mehrfachnennungen möglich):

▪ Eltern	56,7 % (n=689)
▪ Tante/Onkel	20,0 % (n=689)
▪ Großeltern	18,7 % (n=689)
▪ Sonstige	22,1 % (n=687)
- Freunde	42,3 % (n=156)
- Geschwister	33,3 % (n=156)

Die Kinder, zu denen ein Bezug besteht, verteilen sich prozentual auf folgende **Altersgruppen** (Mehrfachnennungen möglich):

▪ 0 bis 2 Jahre	17,1 % (n=690)
▪ 3 bis 5 Jahre	29,0 % (n=690)

- 6 bis 12 Jahre 61,0 % (n=690)
- 13 bis 18 Jahre 51,4 % (n=690)

Das **Problembewusstsein** der Befragten **bezüglich von Einflüssen, die die Gesundheit beeinflussen können** ist ausgeprägt (90,1 %; n=786). Dabei stellen sich folgende Probleme vordringlich dar (Mehrfachnennungen möglich):

1. Computer und Fernsehen 60,8 % (n=786)
2. Verhaltensauffälligkeiten 50,5 % (n=786)
3. Drogen, Alkohol und Zigaretten 50,0 % (n=786)
4. Bewegung 49,5 % (n=786)
5. Ernährung/Gewicht 47,6 % (n=786)
6. Sprachentwicklung 34,1 % (n=786)
7. Zahngesundheit 12,0 % (n=786)
8. Vorsorgeuntersuchungen 10,2 % (n=786)

Infektionskrankheiten stehen mit unter 10% nicht vorrangig im Problembewusstsein der Bevölkerung. Dabei nennt die Altersgruppe der 41 bis 65jährigen Infektionskrankheiten besonders selten. Auch *Vorsorgeuntersuchungen* werden von dieser Altersgruppe besonders selten genannt. Im Vergleich nennen die Altersgruppen bis 20 und von 21 bis 30 Jahren diesen Problembereich signifikant häufiger.

Probleme im *Bereich Computer/ Fernsehen* sehen vor allem männliche Befragte.

Das Problembewusstsein im *Bereich Verhaltensauffälligkeiten* ist besonders gering ausgeprägt in der Altersgruppe der 41 bis 65jährigen, bei Befragten mit schlechten Deutschkenntnissen und bei Befragten, die einen Bezug zu einem Kind haben.

Der *Problembereich Drogen/ Alkohol/ Zigaretten* wird vor allem von der Altersgruppe, der bis 20jährigen und dem Teil der Bevölkerung, der keinen Bezug zu einem Kind hat, wahrgenommen. Dem gegenüber stehen die Befragten mit schlechten Deutschkenntnissen, die kaum ein Problembewusstsein in diesem Bereich haben.

Das Problembewusstsein im *Bereich Bewegung* ist in der Altersgruppe der über 65-Jährigen deutlich geringer ausgeprägt als in den anderen Altersgruppen der Erwachsenen.

Die Altersgruppe der 21 bis 30jährigen, Männer und Befragte mit schlechten Deutschkenntnissen nennen den *Bereich der Sprache* besonders häufig, während die Altersgruppe der über 65jährigen diesen sehr selten nennt.

Der *Bereich Zahngesundheit* steht im Verhältnis häufiger im Problembewusstsein der Altersgruppen bis 20 und 21 bis 30jährigen als in der Altersgruppe der über 65-Jährigen.

Kenntnisse über nutzbare Angebote geben 592 (75,5 %; n=784) der Befragten an. Dabei schlüsseln sich die Angebote, die bei mehr als 5% aller Befragten (n=797) bekannt sind, wie nachstehend auf (Mehrfachnennungen möglich):

1. Sportangebote	63,1 % (n=784)
▪ Fußball	37,8 % (n=465)
▪ SW Spandau	28,1 % (n=466)
▪ Vereine	17,6 % (n=466)
▪ TSV	17,2 % (n=466)
▪ Kampfsport	14,8 % (n=466)
▪ Tanzen	12,7 % (n=466)
2. Bildungsangebote	49,3 % (n=783)
▪ Nachhilfe	39,4 % (n=368)
▪ Nachhilfe im Spektefeld	13,4 % (n=368)
3. Jugendangebote	15,6 % (n=782)
▪ Klubhaus	68,9 % (n=119)
4. Eltern-Kind-Angebote	12,9 % (n=783)
5. Gesundheitsangebote	7,3 % (n=781)

Über Elternangebote besteht kaum Kenntnis.

Kenntnisse über *Sportangebote* bestehen vor allem bei männlichen Befragten sowie bei Befragten, die einem Kind nahestehen und bei Befragten mit guten Deutschkenntnissen.

Bildungsangebote werden besonders wenig von den Altersgruppen der bis 20jährigen und der 21 bis 30jährigen genannt. Dabei zeigen besonders Befragte ohne Bezug zu einem Kind wenige Kenntnisse über Bildungsangebote.

Kenntnisse über *Jugendangebote* werden vermehrt von männlichen Befragten und Befragten mit Bezug zu einem Kind angegeben.

Eltern-Kind-Angebote kennen prozentual mehr Frauen und Befragte, die einen Bezug zu einem Kind haben. Des Weiteren nennen die Altersgruppen der 31 bis 40-Jährigen sowie der 41 bis 65jährigen und die Gruppe der Befragten mit schlechten Deutschkenntnissen verstärkt Eltern-Kind-Angebote.

Die Altersgruppe der 31 bis 40jährigen sowie die Gruppe der Befragten, die einen Bezug zum einem Kind hat, zeigen besonders wenige Kenntnisse über *Gesundheitsangebote*.

Dem gegenüber steht die **Nutzung von Angeboten**, die sich mit 58,1% (n=771) verhältnismäßig niedrig darstellt. Dabei schlüsseln sich die Angebote, die von mehr als 5% aller Befragten (n=797) genutzt werden, wie nachstehend auf (Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|---------------------------------|-----------------------|
| 1. Sportangebote: | 43,5 % (n=771) |
| ▪ Fußball | 53,7 % (n=328) |
| ▪ Kampfsport | 16,8 % (n=328) |
| ▪ Turnen | 15,9 % (n=328) |
| 2. Bildungsangebote: | 27,8 % (n=770) |
| ▪ Nachhilfe | 55,0 % (n=211) |
| 3. Eltern- Kind-Angebote | 7,4 % (n=770) |

Gesundheitsangebote werden mit unter 5% aller Befragten (n=797) kaum bis gar nicht genutzt.

Sportangebote werden prozentual weniger von den Altersgruppen der bis 20jährigen und der 21 bis 30jährigen genutzt. Insgesamt nehmen Männer und Befragte mit Bezug zu einem Kind mehr Sportangebote in Anspruch.

Bildungsangebote werden besonders selten von den 21 bis 30jährigen und den über 65jährigen genutzt. Prozentual geben männliche Befragte und Befragte mit Bezug zu einem Kind häufiger die Nutzung von Bildungsangeboten an.

Gründe für die Nichtnutzung von Angeboten werden von 416 aller Befragten (52,2 %; n=797) genannt. Dabei schlüsseln sich die Angebote, die von mehr als 5% aller Befragten (n=797) genannt werden, wie nachstehend auf (Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|------------------------|----------------|
| 1. Informationsmangel | 40,6 % (n=416) |
| 2. Zeitmangel | 18,8 % (n=416) |
| 3. Mangel an Interesse | 9,1 % (n=416) |

Einen *Informationsmangel* nennt vor allem die Altersgruppe der 21 bis 30jährigen und die der 31 bis 40jährigen.

Einen *Zeitmangel* nennt besonders häufig die Gruppe der bis 20jährigen und der 21 bis 30jährigen.

Mangelndes Interesse der Bevölkerung nennen vor allem Befragte mit guten Deutschkenntnissen.

Einen **Mangel an Angeboten** sehen fast 60 % (n=797) aller Befragten. Die Bereiche, die von allen Befragten (n=797) über 5% genannt werden, stellen sich prozentual folgend dar (Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|---------------------------------------|----------------|
| 1. Sportangebote | 46,8 % (n=474) |
| 2. Angebote für Jugendliche | 34,7 % (n=475) |
| 3. Treffpunkte Unterhaltungen/Café | 26,3 % (n=475) |
| 4. Angebote für Freizeitbeschäftigung | 13,3 % (n=475) |
| 5. Angebote für Kinder | 11,8 % (n=475) |

Die Altersgruppe der über 65jährigen sieht kaum einen Mangel an *Sportangeboten*, während alle anderen Altersgruppen einen deutlichen Mangel angeben. Dabei sehen vor allem Befragte mit Bezug zu einem Kind einen Mangel in diesem Bereich.

Fehlende *Jugendangebote* geben vor allem die über 65jährigen und Befragte mit guten Deutschkenntnissen an.

Vor allem die Altersgruppe der bis 20jährigen nennt fehlende *Treffpunkte/ Unterhaltungen/ Cafés*.

Wenn *Eltern-Kind-Angebote* oder *Elternangebote* als fehlend genannt wurden, dann hauptsächlich von weiblichen Befragten.

5.2.2 Jugend

Von 234 ausgefüllten Jugendfragebögen sind 153 der befragten Jugendlichen wohnhaft im Falkenhagener Feld. Bei der Betrachtung der folgenden Ergebnisse werden ausschließlich diese berücksichtigt.

Die 153 Jugendfragebögen zeigen ein annähernd ausgeglichenes Geschlechterverhältnis. Auch die prozentuale Verteilung der Jugendlichen mit deutscher und nicht deutscher Muttersprache ist ausgeglichen. Hier überwiegt vor allem der russische, türkische und arabische Anteil. Das mittlere Alter der Jugendlichen beträgt 15 Jahre.

Dabei stellen sich folgende **Altersgruppen** prozentual dar:

- | | |
|-------------------|----------------|
| ▪ 12 bis 13 Jahre | 25,5 % (n=145) |
| ▪ 14 bis 15 Jahre | 38,6 % (n=145) |
| ▪ 16 bis 18 Jahre | 35,9 % (n=145) |

Das **Problembewusstsein** ist bei den befragten Jugendlichen mit 93,5% (n=153) höchst ausgeprägt. Dabei stellen sich folgende Probleme vordringlich dar (Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|--------------|----------------|
| 1. Fernsehen | 71,2 % (n=153) |
| 2. Computer | 69,3 % (n=153) |

3. Zigaretten	52,3 % (n=153)
4. Mobbing	49,7 % (n=153)
5. Bewegung	47,1 % (n=153)
6. Gewicht/Ernährung	40,5 % (n=153)
7. Gewalt	34,6 % (n=153)
8. Alkohol	30,1 % (n=153)
9. Sprache	28,8 % (n=153)
10. Drogen	20,9 % (n=153)
11. Kriminalität	19,6 % (n=153)

Schwangerschaften, Zahngesundheit, sexueller Missbrauch und Infektionskrankheiten stehen mit unter 10% nicht vorrangig im Problembewusstsein der Jugendlichen. Jedoch nannten 12 von 153 Jugendlichen Schwangerschaft, 8 von 153 Jugendlichen sexuellen Missbrauch und 4 von 153 Jugendlichen Infektionskrankheiten als Problembereich.

Die Altersgruppe der 16 bis 18jährigen zeigt dabei in den Bereichen *Computer/ Fernsehen, Drogen/ Alkohol/ Zigaretten* und *Bewegung* ein signifikant höheres Problembewusstsein, als die jüngeren Altersgruppen.

Der Problembereich *Sprache* wird deutlich häufiger von Jugendlichen nicht deutscher Muttersprache genannt, als von Jugendlichen mit deutscher Muttersprache.

Kenntnisse über nutzbare Angebote sind bei Jugendlichen mit 92,8% (n=153) weit verbreitet. Dabei schlüsseln sich die Angebote, die von mehr als 5% aller Jugendlichen (n=153) gekannt werden, wie nachstehend auf (Mehrfachnennungen möglich):

1. Sportangebote	83,7 % (n=153)
▪ SW Spandau	31,7 % (n=123)
▪ Kampfsport	26,0 % (n=123)
▪ Fußball	25,2 % (n=123)
▪ TSV	19,5 % (n=123)
▪ Tanzen	16,3 % (n=123)

▪ Kegeln	13,0 % (n=123)	
▪ Schul AGs	10,6 % (n=123)	
▪ Bolzplatz	8,1 % (n=123)	
2. Bildungsangebote		66,7 % (n=153)
▪ Nachhilfe	68,0 % (n=97)	
▪ Nachhilfe im Spekterfeld	36,7 % (n=98)	
3. Jugendangebote		60,1 % (n=153)
▪ Klubhaus	83,7 % (n=86)	
▪ Charlotte-Treff	25,3 % (n=87)	
▪ Treffpunkt	17,2 % (n=87)	
▪ Outreach	9,2 % (n=87)	
4. Gesundheitsangebote		13,1% (n=153)
▪ Waldkrankenhaus	66,7 % (n=18)	
5. Beratungsangebote		14,4 % (n=132)
▪ Casablanca	69,2 % (n=13)	

Über *Beratungs-* sowie *Gesundheitsangebote* bestehen im Verhältnis deutlich weniger Kenntnisse.

Nicht deutsche Muttersprachler nennen prozentual mehr *Bildungsangebote* und *Jugendangebote*, die sie kennen, als Jugendliche mit deutscher Muttersprache.

Dem gegenüber stehen die **genutzten Angebote**. Die Nutzung ist mit 82,9% (n=152) sehr hoch. Dabei schlüsseln sich die Angebote, die von mehr als 5% aller Jugendlichen (n=153) genannt werden, wie nachstehend auf (Mehrfachnennungen möglich):

1. Sportangebote		63,2 % (n=152)
▪ Fußball	29,2 % (n=96)	
▪ Tanzen	21,9 % (n=96)	
▪ Kampfsport	20,8 % (n=96)	
▪ Turnen	14,6 % (n=96)	

▪ SW Spandau	12,5% (n=96)
2. Bildungsangebote	44,1 % (n=152)
▪ Nachhilfe	55,2 % (n=67)
▪ Schule	46,3 % (n=67)
3. Jugendangebote	42,8 % (n=152)
▪ Klubhaus	64,1 % (n=64)
▪ Treffpunkt	13,8 % (n=65)

Beratungs- und Gesundheitsangebote werden mit unter 5% kaum bis gar nicht genutzt.

Gründe für die Nichtnutzung von Angeboten werden von nur 14,4% (n=153) aller Jugendlichen genannt. Dabei zeigen sich mit unter 5% des Antwortverhaltens aller Jugendlichen keine vorrangigen Gründe.

Fehlende Angebote sehen 84% (n=150) der Jugendlichen in folgenden Bereichen (Mehrfachnennungen möglich):

1. Sucht Computer/Fernsehen	55,3 % (n=150)
2. Bewegung	53,3 % (n=150)
3. Beratung für Gewalt/ Mobbingopfer	48,7 % (n=150)
4. Ernährung/Gewicht	46,7 % (n=150)
5. Suchtberatung Zigaretten/Alkohol/Drogen	36,7 % (n=150)
6. Beratung für Gewalttätige	28,7 % (n=150)
7. Sprachangebote	26,7 % (n=150)
8. Angebote für Opfer sexueller Gewalt	17,3 % (n=150)
9. Gesundheitsberatung	16,7 % (n=150)
10. Sexualaufklärung	11,3 % (n=150)

Jugendliche Mädchen äußern einen erhöhten *Bedarf an Ernährungs- und Gewichtsberatungen*.

Die Gruppe der 16 bis 18jährigen nennt einen erhöhten Bedarf an *Gesundheitsberatung*, an *Beratung für Gewalttätige* und an *Suchtberatung Drogen/ Alkohol/ Zigaretten*.

Die Altersgruppe der 14 bis 15 jährigen sieht ebenfalls einen höheren Bedarf an *Suchtberatung Drogen/ Alkohol/ Zigaretten*, aber auch an *Angeboten für Opfer sexueller Gewalt*.

Der Anteil der Jugendlichen mit nicht deutscher Muttersprache äußert einen höheren Bedarf an *Suchtberatung für Computer/ Fernsehen* und *Bewegungsberatung* als der Anteil der Jugendlichen mit deutscher Muttersprache.

Lokalisationen, in denen Angebote stattfinden sollten (Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|-------------------------------|----------------|
| 1. Jugendtreff | 74,0 % (n=150) |
| 2. Vereine | 68,7 % (n=150) |
| 3. Schule | 57,3 % (n=150) |
| 4. Strasse | 49,3 % (n=150) |
| 5. Familienzentrum | 30,0 % (n=150) |
| 6. zu Hause | 22,0 % (n=150) |
| 7. Sonstige: | |
| ▪ Sport- und Begegnungsstätte | 57,1 % (n=35) |

Vor allem die Altersgruppe der 16 bis 18jährigen zeigt eine Signifikanz bezüglich der Angebotsorte. Sie nennen vor allem *Jugendtreffs* und *Vereine*.

5.2.3 Institutionsmitarbeiter

Im Folgenden werden die Ergebnisse der 81 ausgefüllten Institutionsfragebögen dargestellt.

Die **Beschäftigungsbereiche** der Mitarbeiter teilen sich prozentual wie nachstehend aufgeführt auf (Mehrfachnennungen möglich):

▪ Kita	38,8 % (n= 80)
▪ Hort	11,3 % (n=80)
▪ Grundschule	30,0 % (n=80)
▪ Oberschule	10,0 % (n=80)
▪ Verein	6,3% (n=80)

Die **Altersgruppen** der Kinder, mit denen die Mitarbeiter arbeiten, verteilen sich wie folgt (Mehrfachnennungen möglich) :

○ 0 bis 5 Jahre	56,8 % (n= 81)
○ 6 bis 12 Jahre	54,3 % (n= 81)
○ 13 bis 18 Jahre	24,7 % (n= 81)

Das **Problembewusstsein** der befragten Mitarbeiter ist mit 100% stark ausgeprägt. Dabei stellen sich folgende Probleme vordringlich dar (Mehrfachnennungen möglich):

1. Sprachentwicklung	84,0 % (n= 81)
2. Verhaltensauffälligkeiten und Gewalt	79,0 % (n= 81)
3. Computer/Fernsehen	79,0 % (n= 81)
4. Ernährung/Gewicht	74,1 % (n= 81)
5. Bewegung	71,6 % (n= 81)
6. Zahngesundheit	58,0 % (n= 81)
7. Drogen/Alkohol/Zigaretten	30,9 % (n= 81)
8. Vorsorgeuntersuchungen	11,1 % (n= 81)
9. Infektionskrankheiten	9,9 % (n= 81)

Bestehende Angebote in der Einrichtung geben 88,2% der Mitarbeiter an (n= 76). Dabei schlüsseln sich die Angebote, die von mehr als 5% aller Mitarbeiter genannt werden, wie nachstehend auf (Mehrfachnennungen möglich):

1. Ernährungsangebote	53,8 % (n= 65)
2. Bewegungsangebote	50,8 % (n= 65)
3. Sprachangebote	40,0 % (n= 65)
4. Zahngesundheitsangebote	24,6 % (n= 65)
5. Angebote für Verhaltensauffälligkeiten	20,0 % (n= 65)

6. Beratungsangebote	13,8 % (n= 65)
Sozialarbeitsangebote	13,8 % (n= 65)
7. Musische Angebote	7,7 % (n= 65)
8. Medien Angebote	6,2 % (n= 65)
FUN	6,2 % (n= 65)

Bestehende Angebote im Falkenhagener Feld kennen 60,0% (n= 75) der Mitarbeiter.

Bestehende Kooperationen geben 88,3% (n= 76) der Institutionsmitarbeiter an. Diese teilen sich prozentual auf folgende Bereiche bei n=178 auf (Mehrfachnennungen möglich):

1. Kindertagesstätten	20,2 % (n=178)
▪ Kita am Wasserwerk	46,2 % (n=26)
▪ Kita Fantasia	42,3 % (n= 26)
Grundschulen	20,2 % (n= 178)
▪ Grundschule im Beerwinkel	30,4 % (n= 23)
▪ Siegerland Grundschule	26,1 % (n= 23)
▪ Grundschule am grünen Gürtel	13,0 % (n= 23)
Familien- und Jugendzentren	20,2 % (n=178)
▪ Casablanca	26,7 % (n= 30)
▪ FIZ	26,6 % (n= 30)
▪ Klubhaus	13,3 % (n= 30)
2. Vereinen	15,2 % (n=178)
▪ Casablanca	26,1 % (n= 23)
▪ Judo	17,4% (n= 23)
▪ TSV Spandau	8,7 % (n=23)
3. Horten	11,2 % (n= 178)

Kooperationen mit Oberschulen bestehen bislang kaum.

Das **Nutzungsverhalten** bestehender Angebote durch die Bevölkerung beschreiben 18,5% der Institutionsmitarbeiter als ausreichend (n= 65). Als **Gründe** für eine **Nichtnutzung** werden prozentual aufgeschlüsselt folgende angegeben (Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|-----------------------------------------|----------------|
| 1. Elternsache | 61,2 % (n= 49) |
| 2. Informationsmangel | 48,0 % (n= 50) |
| 3. Sprachbarriere | 12,0 % (n= 50) |
| 4. Angebote nicht niederschwellig genug | 12,0 % (n= 50) |
| 5. Mangelndes Problembewusstsein | 10,0 % (n= 50) |

Fehlende **Beratungsangebote** werden in 95,3% (n= 64) genannt, die Bereiche verteilen sich prozentual wie folgt (Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|---------------------------------------|----------------|
| 1. Ernährung/Gewicht | 64,1 % (n= 64) |
| 2. Verhaltensauffälligkeiten Bewegung | 62,5 % (n= 64) |
| 3. Computer/Fernsehen | 51,6 % (n= 64) |
| 4. Sprachentwicklung | 46,9 % (n= 64) |
| 5. Drogen/Alkohol/Zigaretten | 43,8 % (n= 64) |
| 6. Bewegung | 40,6 % (n= 64) |
| 7. Vorsorgeuntersuchungen | 15,6 % (n= 64) |
| 8. Infektionskrankheiten | 10,9 % (n= 64) |

Fehlende **praktische Angebote** werden in 93,8% (n=64) genannt, die Bereiche stellen sich wie nachstehend dar (Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|------------------------------|----------------|
| 1. Ernährung | 65,6 % (n= 64) |
| 2. Verhaltensauffälligkeiten | 56,3 % (n= 64) |
| 3. Bewegung | 54,7 % (n= 64) |
| 4. Sprachentwicklung | 51,6 % (n= 64) |
| 5. Computer/Fernsehen | 46,9 % (n= 64) |
| 6. Drogen/Alkohol/Zigaretten | 37,5 % (n= 64) |
| 7. Infektionskrankheiten | 15,6 % (n= 64) |
| 8. Vorsorgeuntersuchungen | 14,1 % (n= 64) |

Ein **Angebotsbedarf** im Bereich **Einzelfallhilfe** wird von 75,0% (n=64) genannt, die Bereiche sind im Folgenden prozentual aufgelistet (Mehrfachnennungen möglich):

1. Verhaltensauffälligkeiten	51,6 % (n=64)
2. Sprachentwicklung	35,9 % (n=64)
3. Ernährung/Gewicht	31,3 % (n=64)
4. Drogen/Alkohol/Zigaretten	29,7 % (n=64)
Computer/ Fernsehen	29,7 % (n=64)
5. Bewegung	23,4 % (n=64)
6. Vorsorgeuntersuchungen	14,1 % (n=64)
7. Infektionskrankheiten	10,9 % (n=64)

Fehlende **sonstige Angebote** werden von 12,5% (n= 64) der Mitarbeiter genannt, die Bereiche stellen sich wie folgt dar (Mehrfachnennungen möglich):

1. Sprachentwicklung	9,4 %(n=64)
Verhaltensauffälligkeiten	9,4 % (n=64)
2. Ernährung/Gewicht	7,8 % (n=64)
Bewegung	7,8 % (n=64)
Drogen/Alkohol/Zigaretten	7,8 % (n=64)
Computer/Fernsehen	7,8 % (n=64)

Handlungsbedarf geben 36,2% (n= 47) der Mitarbeiter an, nachstehende Bereiche werden benannt (Mehrfachnennungen möglich):

1. Verhalten	17,0 % (n= 47)
2. Information	10,6 % (n= 47)
3. Sozialarbeiter	8,5 % (n= 47)
4. Gesundheit	6,4 % (n= 47)
Familienhilfen	6,4 % (n= 47)

6 Diskussion

Die Diskussion der Ergebnisse der Primär- und Sekundärdaten orientiert sich an Zielen und Fragestellungen der Projektphase 1⁵⁵ und nimmt Bezug auf die aktuellen Forschungsergebnisse. Dabei wird ausschließlich auf statistisch signifikante Ergebnisse eingegangen (vgl. oben).

Zur Diskussion werden besonders folgende Studien, die im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit durchgeführt wurden, berücksichtigt:

- KIGGS- Studie (Kinder- und Jugendgesundheitssurvey), 2008⁵⁶
- 16. Shell Jugendstudie: Jugend 2010⁵⁷
- HBSC-Studie (Health Behaviour in School- aged Children- A WHO Cross National Survey) 2009/ 10⁵⁸
- UNICEF – Studie 2010: Zur Lage der Kinder in Deutschland 2010: Kinder stärken für eine ungewisse Zukunft⁵⁹
- Drogenaffinitätsstudie der BZgA: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends⁶⁰
- DMS IV (IV. Deutsche Mundgesundheitsstudie 2006)⁶¹
- Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz 2010⁶²

⁵⁵ Siehe Abschnitt 4.2 S. 11

⁵⁶ Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin

⁵⁷ Vgl. Shell Deutschland Holding (Hrsg.) (2011) Jugend 2010: Eine pragmatische Generation behauptet sich. S. Springer Verlag GmbH, Frankfurt am Main 2010

⁵⁸ Vgl. HBSC-Team Deutschland* (2011/12). Studie 2009/10 Health Behaviour in School- aged Children. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.

⁵⁹ Bertram, Hans u. Steffen Kohl, Zur Lage der Kinder in Deutschland 2010: Kinder stärken für eine ungewisse Zukunft. Deutsches Komitee für UNICEF, Köln 2010

⁶⁰ Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

⁶¹ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.), Bundeszahnärztekammer (Hrsg.) (2006) Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV)- Kurzfassung. Druckhaus Boeken, Leverkusen, 2006.

⁶² Vgl. Ellsäßer, M. Albrecht: Verletzungsgeschehen im Kindes- und Jugendalter, Datenlage und Epidemiologie. Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz 2010, 53, online publiziert 28.September 2010, Springer Verlag 2010

6.1 Bevölkerungsstruktur - Falkenhagener Feld

Die UNICEF-Studie 2010 untersucht und vergleicht die Lage von Kindern und Jugendlichen in 21 OECD-Ländern unter verschiedenen Aspekten. Unter dem Aspekt der finanziellen Situation der Kinder nimmt Deutschland den 14. Platz ein. 16% der deutschen Kinder leben in Familien, deren Einkünfte unter 50% des Durchschnitts liegen (vergleichbar mit Großbritannien, Italien, Irland, Spanien und Portugal) und 10,3% der Kinder leben in Haushalten, in denen keines der Elternteile in einem Arbeitsverhältnis steht⁶³.

Nach dem Sozioökonomischen Panel (SOEP) sind 2006 16% der bis 15jährigen und 22% der 16 bis 24jährigen einem Armutsrisiko ausgesetzt gewesen. Dieses Risiko bezieht sich auf ein „Netto-Äquivalenzeinkommen“ von 60% des Einkommensdurchschnitts der Bevölkerung und steigt seit 1998 kontinuierlich an⁶⁴.

Unter dem Aspekt der Bildung steht Deutschland im europäischen Vergleich an 6. Stelle⁶⁵.

Die erhobenen Sekundärdaten zeigen vor allem in den Quartiermanagementgebieten des Falkenhagener Feldes, dass der Anteil der Arbeitslosen und Transferleistungsbezieher im Vergleich zu Gesamt-Berlin und Deutschland deutlich erhöht ist. Daher stellt sich für die Kinder und Jugendlichen in dieser Region ein hohes Armutsrisiko dar. Auch der Aspekt der Bildung zeigt im Falkenhagener Feld einen hohen Anteil an bildungsfernen Familien⁶⁶.

Mit einem Migrantenanteil von 30% der Erwachsenen und 50% der Kinder liegt dieser Anteil auch deutlich über dem Bundesdurchschnitt⁶⁷ (fast 20%).

⁶³ Vgl. UNICEF (Hrsg.) (2010) (Deutsches Komitee für UNICEF) Zur Lage der Kinder in Deutschland 2010: Kinder stärken für eine ungewisse Zukunft. UNICEF, Köln

⁶⁴ Vgl. Lampert, Th.; Hagen, Ch. et al., Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Robert Koch- Institut (Hrsg.) (2010), Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendliche in Deutschland, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch- Institut, Berlin

⁶⁵ Vgl. UNICEF (Hrsg.) (2010) (Deutsches Komitee für UNICEF) Zur Lage der Kinder in Deutschland 2010: Kinder stärken für eine ungewisse Zukunft. UNICEF, Köln

⁶⁶ Siehe Abschnitt 5.1.1 S. 17 f.

⁶⁷ Siehe Abschnitt 5.1.1 S. 17 f.

6.2 Gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen – Falkenhagener Feld

Relevante Untersuchungen zwischen sozialer Herkunft und gesundheitlicher Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland wird in der KIGGS-Studie des Robert Koch Institutes wie folgt beschrieben: „Kinder und Jugendliche aus einkommensschwachen Familien und bildungsfernen Haushalten haben einen schlechteren Gesundheitszustand und häufiger psychische Probleme als ihre Altergenossen aus einkommensstarken und gebildeten Familien.“⁶⁸ Auf den Zusammenhang zwischen Bildungsstand, Gesundheit und gesundheitsrelevantem Verhalten der Jugendlichen wird wie folgt eingegangen: „Jugendliche, deren Eltern nur einen Hauptschulabschluss besitzen, sind weit häufiger übergewichtig und rauchen deutlich mehr als Jugendliche, deren Eltern das (Fach-) Abitur haben.“⁶⁹ Und: „Schüler und Schülerinnen an Hauptschulen haben - ganz unabhängig von ihrer sozialen Herkunft - eine schlechtere Gesundheit und einen erheblich höheren Zigarettenkonsum als Jungen und Mädchen am Gymnasium.“⁷⁰

Die Ergebnisse der Brandenburger Einschulungsuntersuchungen aus den Jahren 1994 - 2000 ergeben eine Zunahme der sozialen Ungleichheit bei Einschülern. Die Gesundheit der Kinder weist einen starken sozialen Gradienten auf. Dieser betrifft die häufigen, medizinisch-relevanten Befunde wie Seh- und Hörstörungen, Sprach- und Sprechstörungen und psychomotorische Störungen, emotionale und soziale Störungen, Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung, Adipositas, Neurodermitis, Unfälle im Straßenverkehr sowie Verbrühungen/Verbrennungen und Karies. Nur Neurodermitis ist bei hohem Sozialstatus deutlich erhöht⁷¹.

⁶⁸ Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin (S. 155)

⁶⁹ Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin (S. 155)

⁷⁰ Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin (S. 155)

⁷¹ Vgl. Ellsäßer, G.; Böhm, A. et al: Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern- Ergebnisse und Konsequenzen aus den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen. Kinderärztliche Praxis (73), 248- 257, 2002

Das Modell von Elkeles und Mielck (1993) wird nach wie vor zitiert und verdeutlicht oben Dargestelltes. Demnach wirken ungünstige soziale Umwelteinflüsse und Gesundheitsrisiken auf das Kind in Form von äußeren Lebensumständen und familiären Bedingungen ein. Dies führt zur Benachteiligung der Kinder durch stärkere gesundheitliche Belastungen, verminderte Bewältigungsressourcen und eine ungünstige gesundheitliche Versorgung. Das Ergebnis ist ein erhöhtes Risiko für die Gesundheit des Kindes⁷².

Die Auswirkungen ungünstiger sozialer Verhältnisse auf die kindliche Gesundheit sind im Falkenhagener Feld anhand der Einschulungsuntersuchungen⁷³ und Krankenhausdaten⁷⁴ sichtbar. Im Nachstehenden wird detailliert auf die von uns erhobene Datenlage der Problembereiche eingegangen.

6.2.1 Problembewusstsein / subjektive Gesundheit

„Der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand – für den neben dem körperlichen Wohlbefinden auch emotionale und soziale Aspekte bedeutsam sind - ist ein guter Indikator für die objektive gesundheitliche Lage und erlaubt Vorhersagen über die künftige Häufigkeit von Erkrankungen und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.“⁷⁵

Obwohl die überwiegende Zahl deutscher Kinder und Jugendlicher den eigenen Gesundheitszustand als gut einschätzen,^{76,77} steht Deutschland im internationalen Vergleich der subjektiven Gesundheit von 21 OECD-Ländern nur an 9. Stelle.

⁷² Vgl. Elkeles T, Mielck A (1993) Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. Theoretische Ansätze zur Erklärung von sozioökonomischen Unterschieden in Morbidität und Mortalität (WZB Forschung P93-208). WZB Wissenschaftszentrum, Berlin

⁷³ Siehe Abschnitt 5.1.1 S. 17 f.

⁷⁴ Siehe Abschnitt 5.1.1 S. 17 f.

⁷⁵ Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin (S.11)

⁷⁶ Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin (S. 11)

⁷⁷ Vgl. HBSC- Team Deutschland (2011). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt "Subjektive Gesundheit von Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion

13,8% der Kinder im Alter von 11, 13 und 15 Jahren beurteilten 2005/06 ihren Gesundheitszustand als „ausreichend oder mangelhaft“⁷⁸.

Die subjektive Gesundheit wird in der Regel durch folgende Faktoren negativ beeinflusst⁷⁹:

- niedriger sozialer Status
- Migrationshintergrund
- körperliche Krankheiten
- psychische Belastungen
- hoher Medienkonsum
- wenig sportliche Betätigung
- Zigarettenkonsum

Die „subjektive Beschwerdelast“, gemessen an physischen Beschwerden der Kinder, wird niedriger, je höher der finanzielle Wohlstand ist und ist bei Kindern mit Migrationshintergrund höher als bei Nicht-Migranten⁸⁰.

Das mit 93,5% sehr hohe Problembewusstsein der befragten Jugendlichen korreliert mit den Ergebnissen der UNICEF- und der HBSC-Studie.

6.2.2 Körpergewicht

Der Anteil übergewichtiger Kinder ist - verglichen mit Referenzgruppen aus den 1980er und 1990er Jahren - um 50 % gestiegen, der Anteil der adipösen Kinder hat sich sogar verdoppelt⁸¹. Heute leiden ca. 15% der Kinder zwischen 3 bis 17 Jahren an Übergewicht, wobei 9% übergewichtig und 6,3% (etwa 750.000 Kinder und Jugendliche bundesweit) adipös sind. Eine Adipositas liegt vor, wenn der Körperfettan-

⁷⁸ Vgl. UNICEF (Hrsg.) (2010) (Deutsches Komitee für UNICEF) Zur Lage der Kinder in Deutschland 2010: Kinder stärken für eine ungewisse Zukunft. UNICEF, Köln

⁷⁹ Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin (S. 11)

⁸⁰ Vgl. HBSC- Team Deutschland (2011). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt "Subjektive Beschwerdelast von Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion

⁸¹ Kurth BM, Schaffrath-Rosario A: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 50: 736- 743; 2007

teil der Gesamtkörpermasse für das Alter und Geschlecht pathologisch (gesundheitsgefährdend) erhöht ist⁸². Laut KIGGS-Basisstudie⁸³ können Übergewicht und Adipositas schon bei Kindern zu Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck oder Diabetes führen und leisten Spätfolgen im Erwachsenenalter Vorschub.

Kinder aus sozial benachteiligten Familien sind statistisch dreimal so häufig adipös wie Kinder und Jugendliche aus Familien mit „hohem Sozialstatus“. Auch Kinder mit Migrationshintergrund leiden häufiger an Adipositas als Nicht-Migranten⁸⁴.

Die HBSC-Studie von 2009/10 über das Körpergewicht von 11, 13 und 15jährigen Kindern in Deutschland ermittelt nur 8,5% übergewichtige Mädchen und 10,8% Jungen, wobei der Anteil bei Jungen zwischen 13 und 15 Jahren zunimmt und der der Mädchen wieder absinkt. Auch diese Studie zeigt einen Zusammenhang zwischen familiärem Wohlstand, Migrationshintergrund und Übergewicht⁸⁵.

Die UNICEF-Studie gibt den Anteil übergewichtiger Kinder zwischen 13 und 15 mit 12% an⁸⁶. In den Beiträgen zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung des Landes Brandenburg 2007⁸⁷ werden 4,4% der Mädchen und 4,5% der Jungen als adipös eingestuft. Auch in den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen wird ein deutlicher Zusammenhang zwischen niedrigem sozialen Status und einem erhöhten Anteil adipöser Kinder beschrieben⁸⁸.

⁸² Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA)

⁸³ Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin (S. 41- 49)

⁸⁴ Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin

⁸⁵ Vgl. HBSC- Team Deutschland (2011). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt "Körpergewicht von Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion

⁸⁶ Vgl. UNICEF (Hrsg.) (2010) (Deutsches Komitee für UNICEF) Zur Lage der Kinder in Deutschland 2010: Kinder stärken für eine ungewisse Zukunft. UNICEF, Köln

⁸⁷ Vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (Hrsg.) (2007) Wir lassen kein Kind zurück: Soziale und gesundheitliche Lage von kleinen Kindern im Land Brandenburg. Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 5. Brandenburgische Universitätsdruckerei, Golm

⁸⁸ Vgl. Ellsäßer, G.; Böhm, A. et al: Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern- Ergebnisse und Konsequenzen aus den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen. Kinderärztliche Praxis (73), 248- 257, 2002

Im Falkenhagener Feld zeigen sich in der Einschulungsuntersuchung 2010⁸⁹ im Vergleich zu Berlin und Brandenburg deutlich mehr adipöse Kinder. Dies lässt auch im Falkenhagener Feld den in den Studien dargestellten Zusammenhang zwischen Migration, sozialem Status und Adipositas vermuten.

Die Institutionsmitarbeiter im Falkenhagener Feld zeigen für den Problembereich Ernährung und Gewicht eine prozentual deutlich erhöhte Sensibilität. Diese ist bei der Bevölkerung mit fast 50% und bei den Jugendlichen mit 40% ausgeprägt. Da sowohl die Bevölkerung als auch die Jugendlichen den Problembereich Ernährung und Gewicht erst an 5. bzw. 6. Stelle nennen, liegt der Verdacht nahe, dass sich bei der Zielgruppe andere Problembereiche eindrücklicher zeigen. Die Mitarbeiter der Institutionen haben dagegen einen auf die Institution eingeschränkten Blickwinkel, der Gewichts- und Ernährungsprobleme eher in den Fokus rücken lässt. Dieses ist auch in den bereits bestehenden Angeboten in den Institutionen sichtbar. Hier stehen Ernährungs- und Bewegungsangebote mit Abstand an erster Stelle. Trotzdem wird dieser Bereich von den meisten Mitarbeitern als so problematisch wahrgenommen, dass weiterer Handlungsbedarf in Form von Beratungsangeboten und praktischen Angeboten gefordert wird.

Korrelierend zu der in der HBSC-Studie beschriebenen Gewichtsreduktion der Mädchen zwischen 13 und 15 Jahren wird der Leidensdruck übergewichtiger jugendlicher Mädchen in unserer Befragung durch die Forderung nach Ernährungs- und Gewichtsberatungsangeboten sichtbar.

6.2.3 Bewegung

In engem Bezug zum Gewicht der Kinder ist die körperlich-sportliche Aktivität der Kinder zu betrachten.

Laut HBSC-Studie 2009/10 sind in der Altersgruppe der 11 bis 15jährigen Mädchen weniger körperlich aktiv als Jungen. Dabei sind Kinder im Alter von 11 Jahren kör-

⁸⁹ Siehe Abschnitt 5.1.1 S. 17 f.

perlich am aktivsten⁹⁰. Die KIGGS-Basisstudie zeigt einen Anteil von 25% der 3 bis 10 jährigen Kinder (ca. 1,5 Mio.), der sportlich nicht aktiv ist. In der Altersgruppe der 11 bis 17jährigen sind 10% der Jungen (ca. 300.000) und 20% der Mädchen (ca. 600.000) sportlich inaktiv. Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozialen Status oder mit Migrationshintergrund sowie Jugendliche, die viel Zeit mit Medien verbringen, treiben dieser Studie nach deutlich weniger Sport als ihre Altersgenossen⁹¹.

In den Einschulungsuntersuchungen im Falkenhagener Feld zeigen sich Bewegungsstörungen in Form von auffälligen Befunden im Bereich der Körperkoordination⁹². Diese korrelieren mit unseren Untersuchungen zum einen mit einem hohen Problembewusstsein der Institutionsmitarbeiter in diesem Bereich⁹³, einem hohen Mediennutzungsverhalten und einem hohen Migrationsanteil.

Es ist anzunehmen, dass die Sensibilität der Institutionsmitarbeiter sich sowohl auf Bewegungsmangel als auch auf Körperkoordinationsstörungen bezieht. Im Gegensatz dazu liegt nahe, dass die Bevölkerung und auch die Jugendlichen bei der Beantwortung dieser Frage eher einen Bewegungsmangel meinen.

Betrachtet man den Bekanntheits- und Nutzungsgrad der bestehenden Angebote, so zeigt sich, dass Sportangebote sowohl in der Bevölkerung als auch unter den Jugendlichen die meist gekannten und genutzten Angebote von allen sind. Dementsprechend ist bei diesen Gruppen das Problembewusstsein weniger stark ausgeprägt. Dabei zeigt unter den Erwachsenen die Gruppe der über 65jährigen ein besonders niedriges und bei den Jugendlichen die Gruppe der 16 bis 18jährigen ein hohes Problembewusstsein. Dennoch steht der Bedarf an Sportangeboten im Falkenhagener Feld bei der Bevölkerung und der Jugend an erster und zweiter Stelle⁹⁴.

⁹⁰ Vgl. HBSC- Team Deutschland (2011). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt "Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion

⁹¹ Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin(S.63- 70)

⁹² Siehe Abschnitt 5.1.1 S. 17 f.

⁹³ Siehe Abschnitt 5.2.3 S. 31

⁹⁴ Siehe Abschnitte 5.2.1 und 5.2.2 S. 21 ff.

Bei den Jugendlichen mit Migrationshintergrund zeigt sich zusätzlich ein erhöhter Bedarf an Bewegungsberatung⁹⁵.

Die Institutionsmitarbeiter dagegen sehen nur zu einem Drittel diesbezüglich Handlungsbedarf. Diese Widersprüchlichkeit resultiert möglicherweise daraus, dass dieser umfangreiche Problembereich durch Maßnahmen in den Institutionen bereits aufgegriffen wird⁹⁶, jedoch noch immer als problematisch wahrgenommen wird.

6.2.4 Mediennutzung

Die Shell-Jugendstudie 2010 zeigt einen deutlichen Nutzungsanstieg der neuen Medien seit 2006. Ein medienfixiertes Freizeitverhalten ist eher bei Jungen und bei Kindern mit „niedrigem Sozialstatus“ zu beobachten. Die Gruppe der 12 bis 14jährigen nutzen eher Spielkonsolen, die der 15 bis 17jährigen eher das Internet.⁹⁷

Laut HBSC-Studie 2009/10⁹⁸ sitzen 40,3% der Mädchen und 35,9% der Jungen an Schultagen mindestens zwei Stunden am Computer, um Hausaufgaben zu machen, zu chatten, im Internet zu surfen oder E-Mails zu schreiben. Die Nutzung nimmt mit zunehmendem Alter deutlich zu. Der Anteil der Jungen, die an mindestens zwei Schultagen am Computer oder an der Spielkonsole spielen, liegt mit 41,8% deutlich über dem Anteil der Mädchen (24,9%). Die Nutzung durch Jungen nimmt mit zunehmendem Alter kontinuierlich zu, bei Mädchen nimmt sie ab dem 13. Lebensjahr ab.

Die Untersuchungen der HBSC-Studie⁹⁹ ergaben weiterhin, dass 16,8% der Jugendlichen täglich weniger als 30 Minuten, 58% der Jungen und 56% der Mädchen täglich länger als empfohlen (2 Std.) und 15,9% täglich mehr als vier Stunden fern-

⁹⁵ Siehe Abschnitt 5.2.2 S. 30

⁹⁶ Siehe Abschnitt 5.2.3 S. 30 f.

⁹⁷ Vgl. Shell Deutschland Holding (Hrsg.) (2011) Jugend 2010: Eine pragmatische Generation behauptet sich. S. Springer Verlag GmbH, Frankfurt am Main 2010 (S. 96-98)

⁹⁸ Vgl. HBSC- Team Deutschland (2011). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt "Nutzung von Computer und Spielkonsole durch Kinder und Jugendliche". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion

⁹⁹ Vgl. HBSC- Team Deutschland (2011). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt "Fernsehkonsument an Schultagen von Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion

sehen. Der Anteil derjenigen, die sehr viel fernsehen, erhöht sich bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter und je niedriger der familiäre Wohlstand ist.

Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund sehen mehr fern als Kinder ohne Migrationshintergrund.

Die erhobenen Sekundärdaten zeigen einen hohen Anteil sozial benachteiligter Familien und einen hohen Migrationsanteil im Falkenhagener Feld. Darüber hinaus wird ein hohes Mediennutzungsverhalten in den Einschulungsuntersuchungen deutlich. Der oben beschriebene Zusammenhang zwischen sozialem Status und Medienkonsum wird demnach auch im Falkenhagener Feld sichtbar.

In unserer Primärdatenerhebung zeigt sich bei allen Befragten, vor allem aber bei den Jugendlichen selbst, ein hohes Problembewusstsein bezüglich der Mediennutzung. Es besteht eine Signifikanz¹⁰⁰ sowohl bei männlichen Erwachsenen als auch bei Jugendlichen in der Altersgruppe der 16 bis 18jährigen. Diese Ergebnisse korrelieren sowohl mit der oben genannten Shell- als auch mit der HBSC-Studie.

Obwohl nicht nur das Problembewusstsein für diesen Bereich, sondern auch der Angebotsbedarf vor allem bei Jugendlichen an erster Stelle steht, wird durch die Befragung deutlich, dass es kaum Angebote für diesen Problembereich gibt. Nur vereinzelt werden im Rahmen des Unterrichts an den Grundschulen „Computerführerscheine“ angeboten. Außerhalb der Schulen gibt es keine Angebote für den Bereich Computer- und Fernsehsucht. Hier besteht ein klarer Handlungsbedarf.

6.2.5 Substanzmissbrauch

6.2.5.1 Zigaretten

Die Zahl der jugendlichen Raucher ist seit 2001 von 27,5% auf 11,7% deutlich gesunken¹⁰¹.

¹⁰⁰ Siehe Abschnitte 5.2.1 und 5.2.2 S. 21 ff.

¹⁰¹ Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Im Jahr 2006 rauchten ca. 20% (1,2 Mio.) der Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren. Die Altersgruppe der 14 bis 17jährigen wies die meisten regelmäßigen und starken Raucher auf¹⁰². Laut Shell-Jugendstudie 2010 rauchten 7% der 12 bis 14jährigen und 24% der 15 bis 17jährigen hin und wieder¹⁰³.

Die Geschlechterverteilung der jugendlichen Raucher wird in den verschiedenen Studien heterogen dargestellt. Während die Shell-Studie einen deutlich höheren Nikotinabusus unter den Jungen darstellt¹⁰⁴, beschreibt die Drogenaffinitätsstudie der BZgA keine Geschlechterunterschiede¹⁰⁵.

Betrachtet man den sozialen Hintergrund der jugendlichen Raucher, so zeigen alle Studien, dass Kinder aus Familien mit niedrigem familiären Wohlstand am häufigsten rauchen¹⁰⁶.

Die Studienlage bezüglich des Migrationshintergrundes und des Rauchverhaltens der Jugendlichen zeigt erneut unterschiedliche Ergebnisse. Die Shell-Studie besagt, dass Jugendliche mit nicht deutschem Pass häufiger rauchen¹⁰⁷. Dagegen spricht die KIGGS-Studie von mehr rauchenden Jugendlichen ohne Migrationshintergrund¹⁰⁸.

¹⁰² Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin

¹⁰³ Vgl. Shell Deutschland Holding (Hrsg.) (2011) Jugend 2010: Eine pragmatische Generation behauptet sich. S. Springer Verlag GmbH, Frankfurt am Main 2010 (S.93- 94)

¹⁰⁴ Vgl. Shell Deutschland Holding (Hrsg.) (2011) Jugend 2010: Eine pragmatische Generation behauptet sich. S. Springer Verlag GmbH, Frankfurt am Main 2010 (S.93- 94)

¹⁰⁵ Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

¹⁰⁶ Vgl. HBSC- Team Deutschland (2011). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt "Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion

Vgl. Shell Deutschland Holding (Hrsg.) (2011) Jugend 2010: Eine pragmatische Generation behauptet sich. S. Springer Verlag GmbH, Frankfurt am Main 2010 (S.93- 94)

¹⁰⁷ Vgl. Shell Deutschland Holding (Hrsg.) (2011) Jugend 2010: Eine pragmatische Generation behauptet sich. S. Springer Verlag GmbH, Frankfurt am Main 2010 (S.93- 94)

¹⁰⁸ Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin

6.2.5.2 Alkohol

Laut Shell-Studie sind die Zahlen des Alkoholkonsums seit 2006 unverändert, die Drogenaffinitätsstudie der BZgA gibt jedoch seit 2004 rückläufige Zahlen an.

Die ersten Alkoholerfahrungen beginnen häufig schon vor dem 14. Lebensjahr. In gesundheitsschädigenden Mengen trinken jedoch nur wenige Jugendliche¹⁰⁹.

Demnach trinken 14,2% der 12 bis 17jährigen regelmäßig Alkohol, d. h. mindestens einmal in der Woche. 15,2% der Jugendlichen haben sich in den 30 Tagen vor der Befragung mindestens einmal und 3,7% haben sich vier Mal oder öfter in den Rausch getrunken (Binge-Drinking)¹¹⁰. Das Robert Koch Institut gibt in der KIGGS-Studie einen Anteil an Binge-Drinking von 20% (ca. 1,1 Mio) der 12 bis 17jährigen¹¹¹ an. Untersuchungen anderer Studien zeigen eine ähnliche Datenlage¹¹².

In allen Altersgruppen trinken männliche Jugendliche häufiger als weibliche^{113,114}, wobei sich dieser Effekt für das Binge-Drinking mit zunehmendem Alter verstärkt¹¹⁵.

Der Zusammenhang zwischen sozialem Hintergrund und dem Alkoholkonsum zeigt, dass der Anteil des Binge-Drinkings bei Jugendlichen mit sozial „schwachem“ Hintergrund höher ist^{116,117}.

¹⁰⁹ Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin (S. 71)

¹¹⁰ Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

¹¹¹ Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin

¹¹² Vgl. HBSC- Team Deutschland (2011). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt „Binge Drinking/ Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen“. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.

¹¹³ Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

¹¹⁴ Vgl. Shell Deutschland Holding (Hrsg.) (2011) Jugend 2010: Eine pragmatische Generation behauptet sich. S. Springer Verlag GmbH, Frankfurt am Main 2010

¹¹⁵ HBSC- Team Deutschland (2011). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt „Binge Drinking/ Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen“. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.

¹¹⁶ Vgl. HBSC- Team Deutschland (2012). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt „Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen“. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.

¹¹⁷ Vgl. HBSC- Team Deutschland (2011). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt „Binge Drinking/ Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen“. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.

Kinder mit Migrationshintergrund trinken seltener regelmäßig Alkohol als Nicht-Migranten¹¹⁸. Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund zeigen allerdings am häufigsten Rauschtrinkverhalten^{119,120}.

6.2.5.3 Illegale Drogen

Die Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie der BZgA zeigen, dass 7,2% der Jugendlichen schon einmal Drogen probiert haben. 0,9% der 12 bis 17jährigen konsumieren regelmäßig illegale Drogen, männliche Jugendliche konsumieren häufiger als weibliche.

Der Gebrauch illegaler Drogen wird durch den Konsum von Cannabis bestimmt, nur 1% der Jugendlichen konsumierte bislang eine andere Droge. Der Cannabiskonsum ist seit 2004 rückläufig¹²¹.

Zusammenfassend sind für den Bereich Substanzmissbrauch in unserer Befragung im Falkenhagener Feld folgende Ergebnisse darzustellen:

Das Problembewusstsein der befragten Jugendlichen für den Bereich Zigaretten stellt sich mit 52,3% als relativ hoch dar. In Hinblick auf die soziale Lage im Falkenhagener Feld korrelieren diese Ergebnisse mit denen aller Studien.

30,1% der Jugendlichen haben eine Sensibilität für das Thema Alkohol, was im Vergleich zum Problembewusstsein im Bereich Zigarettenkonsum niedriger ist. Die Studien beschreiben bei Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus ein erhöhtes Risiko.

Der Problembereich der illegalen Drogen stellt für Jugendliche mit 20,9% ein Problem dar. Damit korreliert das subjektive Empfinden der Jugendlichen mit der bundesweiten Studienlage.

¹¹⁸ Vgl. Shell Deutschland Holding (Hrsg.) (2011) Jugend 2010: Eine pragmatische Generation behauptet sich. S. Springer Verlag GmbH, Frankfurt am Main 2010

¹¹⁹ Vgl. HBSC- Team Deutschland (2012). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt "Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.

¹²⁰ Vgl. HBSC- Team Deutschland (2011). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt "Binge Drinking/ Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion

¹²¹ Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Bei der Bevölkerung und den Institutionsmitarbeitern wurde der Gesamtbereich Drogen/ Alkohol/ Zigaretten erfragt und wies bei 50% der befragten Bevölkerung und bei 30,9% der Institutionsmitarbeiter ein Problembewusstsein auf. Die innerhalb der Bevölkerung aufgetretenen signifikanten Unterschiede¹²² können aufgrund der Zusammenlegung der Substanzbereiche nicht mit der aktuellen Studienlage verglichen werden.

Im Falkenhagener Feld gibt es nur vereinzelte Suchtberatungsangebote vor Ort, die sich vor allem dem Alkoholmissbrauch zuwenden. Diese werden jedoch nicht von den Befragten gekannt oder genutzt. Dementsprechend könnte hier Handlungsbedarf bestehen. Dafür könnten zielgruppenorientierte Programme zur Information und Aufklärung implementiert werden¹²³.

6.2.6 Verhaltensauffälligkeiten

Laut KIGGS-Basisstudie 2006¹²⁴ weisen ca. 15% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland psychische Probleme auf. Diese zeigen sich im Grundschulalter vor allem in Form von Hyperaktivität und bei älteren Kindern eher durch dissoziales und aggressives Verhalten. Insgesamt sind eher Jungen, Kinder und Jugendliche aus Familien mit „niedrigem Sozialstatus, Migrationshintergrund, nur einem erziehenden Elternteil oder arbeitsloser Mutter“¹²⁵ betroffen.

Vor dem Hintergrund der problematischen sozialen Lage der Kinder im Falkenhagener Feld mit einem hohen Anteil an Arbeitslosen und Migranten korreliert das Problembewusstsein der Institutionsmitarbeiter (79,0%) und der Bevölkerung (50,5%) in Bezug auf Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen mit der KIGGS-Basisstudie 2010. Diese empfiehlt, dass das „gesetzliche Früherkennungsprogramm

¹²² Siehe Abschnitte 5.2.1 und 5.2.3 S. 21ff.

¹²³ Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin

¹²⁴ Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin

¹²⁵ Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin (S. 21)

[...] um Aspekte der psychischen Gesundheit erweitert werden und die Beratung der Eltern einschließen [sollte].¹²⁶ Die Mitarbeiter der Institutionen sehen einen erhöhten Bedarf in diesem Bereich in Form von Beratungsangeboten, praktischen Angeboten und Einzelfallhilfen.

6.2.7 Mobbing/ Gewalt/ Kriminalität

Laut UNICEF-Studie 2010 ist über ein Drittel der 11 bis 15jährigen Jugendlichen mindestens ein Mal in zwei Monaten „drangsaliert“ worden¹²⁷. Mit steigendem Alter nimmt die Zahl der „schikanierten“ Mädchen ab und die der Jungen zu, sodass ein signifikanter Geschlechterunterschied bei den 15jährigen entsteht. Mädchen der niedrigen und Kinder der mittleren Wohlstandsschicht fallen Mobbing eher zum Opfer als Kinder der gehobenen Wohlstandsschicht. Ein Migrationshintergrund hat keinen signifikanten Einfluss.

13,2% der Jungen und 7,2% der Mädchen waren in den letzten sechs Monaten daran beteiligt, andere zu „schikanieren“. Dieser Anteil nimmt mit zunehmendem Alter vor allem bei den Jungen zu. Jungen aus wohlhabenden Familien sind häufiger daran beteiligt als Jungen aus ärmeren Familien, bei Mädchen ist der Zusammenhang umgekehrt erkennbar. Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund aus wohlhabenden Familien sind besonders häufig am Schikanieren beteiligt¹²⁸.

Unsere Befragung der Jugendlichen zeigt mit 49,7% ein deutliches Problembewusstsein bezüglich des „Mobbings“, während Gewalt und Kriminalität mit 34,6% und 19,6% eine geringere Rolle spielen. Die oben differenzierte Darstellung lässt sich durch unsere Datenerhebung nicht erfassen. Die Erforschung der Angebotslage im Falkenhagener Feld ergab vor allem Gewaltpräventionsprogramme an Schulen,

¹²⁶ Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin (S. 21)

¹²⁷ Vgl. UNICEF (Hrsg.) (2010) (Deutsches Komitee für UNICEF) Zur Lage der Kinder in Deutschland 2010: Kinder stärken für eine ungewisse Zukunft. UNICEF, Köln

¹²⁸ Vgl. HBSC- Team Deutschland (2012). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt „Mobbing unter Schülerinnen und Schülern“. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion

jedoch keine für Mobbingprävention. Die Jugendlichen geben allerdings einen deutlichen Bedarf an Beratungsangeboten für Gewalt- und Mobbingopfer (48,7%) an. Der Bedarf an Beratungsangeboten für Gewalttätige (28,7%) ist dabei eher gering, was auf die bestehende Angebotslage zurückzuführen ist.

6.2.8 Sprache / Sprachentwicklung

In den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen des Jahres 2005 zeigen 17% der Kinder frühförderrelevante Befunde, von denen fast 50% zum ersten Mal diagnostiziert wurden. Der Anteil der Sprach- und Sprechstörungen liegt bei 3,1%. Im Zusammenhang mit dem sozialen Status ergab die Einschulungsuntersuchung im Land Brandenburg, dass 30% der Kinder aus Familien mit „niedrigem Sozialstatus“ frühförderrelevante Befunde aufweisen, Kinder aus Familien mit „hohem Sozialstatus“ jedoch nur zu 10%¹²⁹.

Laut Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch Institutes Berlin 2010 ergeben Untersuchungen aus Schleswig-Holstein ähnliche Ergebnisse¹³⁰.

Über 30% der Einschüler aus dem Falkenhagener Feld haben im Jahr 2010 deutliche Defizite im Bereich der Sprachentwicklung¹³¹, was auf dem Hintergrund der sozialen Struktur des Gebietes mit der Studienlage korreliert.

Diese Problemlage wird durch die Mitarbeiter in Institutionen mit 84% deutlich wahrgenommen. Die Förderung von Sprachentwicklungsverzögerungen liegt vor allem in der Verantwortung der Pädiater. Angebote von Institutionen, wie beispielsweise Kindertagesstätten und Schulen, scheinen den Bedarf nicht ausreichend abdecken zu können.

¹²⁹ Vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (Hrsg.) (2007) Wir lassen kein Kind zurück: Soziale und gesundheitliche Lage von kleinen Kindern im Land Brandenburg. Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 5. Brandenburgische Universitätsdruckerei, Golm

¹³⁰ Lampert, Th.; Hagen, Ch. et al., Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Robert Koch- Institut (Hrsg.) (2010), Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendliche in Deutschland, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch- Institut, Berlin

¹³¹ Siehe Abschnitt 5.1.2 S. 18

Das Problembewusstsein der Bevölkerung und der Jugendlichen in diesem Bereich ist relativ gering. In diesem Problembereich wird von diesen Gruppen vermutlich vor allem das Sprachverständnis der deutschen Sprache gemeint. Dies spiegelt sich auch darin wider, dass Befragte mit schlechten Deutschkenntnissen sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Jugendlichen ein erhöhtes Problembewusstsein in diesem Bereich zeigen¹³². Dem steht mit unter 1% ein nur kleiner Anteil an Schulanfängern nicht deutscher Muttersprache entgegen, die nicht ausreichend deutsch sprechen. Dies scheint zu bestätigen, dass eine frühe Förderung der deutschen Sprache entscheidend ist.

6.2.9 Mundhygiene und Zahngesundheit

Die „Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie“ (DMS IV)¹³³ zeigt, dass Karies bei Kindern und Jugendlichen seit 1997 um ca. 60% rückläufig ist. Dieser Rückgang wird in der Studie auf regelmäßige zahnärztliche Kontrolluntersuchungen und Fissurversiegelungen zurückgeführt. 29,9% der 12jährigen und 53,9% der 15jährigen Jugendlichen hatten schon einmal Karies. Bei 12jährigen sind durchschnittlich 0,7 Zähne, bei 15jährigen 1,8 Zähne von Karies befallen. Laut DMS VI geben 74,2% der Kinder und 73,4% der Jugendlichen an, zweimal täglich die Zähne zu putzen, über zwei Drittel geben an, selber sehr viel oder viel für die Mundgesundheit tun zu können.

Die Ergebnisse der KIGGS-Studie¹³⁴ zeigen, dass sich 25% (3,6 Mio.) der deutschen Kinder zwischen 0 bis 17 zu selten die Zähne putzen. Aus der HBSC-Studie¹³⁵ geht hervor, dass sich 80,2% der Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren häufiger als einmal täglich die Zähne putzen. Für 2,8% der Jugendlichen gehört Zähneputzen

¹³² Siehe Abschnitte 5.2.1 und 5.2.2 S. 21 ff.

¹³³ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.), Bundeszahnärztekammer (Hrsg.) (2006) Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV)- Kurzfassung. Druckhaus Boeken, Leverkusen, 2006.

¹³⁴ Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin

¹³⁵ Vgl. HBSC- Team Deutschland (2012). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt „Zahnputzhäufigkeit von Kindern und Jugendlichen“. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion

jedoch nicht zur täglichen Routine. Mädchen putzen sich insgesamt öfter und mit zunehmendem Alter häufiger die Zähne als Jungen.

Soziale Unterschiede in der Zahngesundheit zeigen sich in allen Studien. Kinder aus sozial schwachen Familien pflegen ihre Zähne schlechter und konsumieren regelmäßig gesüßte Getränke als Kinder aus Familien mit finanziellem Wohlstand (KIGGS, HBSC). Laut DMS VI haben 10,2% der Kinder eine Karieserfahrung von zwei befallenen Zähnen und konzentrieren damit 61,1% der Karieserfahrung aller Kinder. 26,8% der Jugendlichen konzentrieren 79,2% der Karieserfahrung aller Jugendlichen. Aufgrund der Korrelation zwischen Sozialstatus und Zahngesundheit empfiehlt die DMS VI die Durchführung einer zahnärztlichen Gruppenprophylaxe, vor allem dort, wo Kinder aus „sozial schwachen Verhältnissen“ zu erreichen sind, z. B. in Kindertagesstätten und Schulen¹³⁶.

Sowohl die KIGGS-, als auch die HBSC-Studie zeigen, dass Kinder mit Migrationshintergrund ihre Zähne schlechter pflegen als ihre Altersgenossen. Beispielsweise pflegen 2,1% der Kinder aus Familien mit beidseitigem Migrationshintergrund seltener als einmal in der Woche die Zähne. Der Anteil der Kinder ohne Migrationshintergrund ist im Vergleich dazu 0,7%¹³⁷.

In der Schuleingangsuntersuchung 2010 zeigte sich bei Kindern aus dem Falkenha gener Feld im Vergleich ein auffallend hoher Anteil unversorgter Zähne¹³⁸, der mit den in Studien angegebenen Zusammenhängen zwischen Zahngesundheit und sozialer Lage der Kinder korreliert.

Diese Problematik ist bei fast 60% der befragten Mitarbeiter in Institutionen bewusst. Fast 25% geben bereits bestehende zahngesundheitliche Angebote in ihrer Einrichtung an.

Das Problembewusstsein der Bevölkerung ist nur schwach, das der Jugendlichen kaum ausgeprägt, was möglicherweise darauf zurückzuführen ist, das zahngesund-

¹³⁶ Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin

¹³⁷ Vgl. HBSC- Team Deutschland (2012). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt "Zahnputzhäufigkeit von Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion

¹³⁸ Siehe Abschnitt 5.1.2 S. 18

heitliche Probleme von außen nur schwer erkennbar sind. Zahngesundheitliche Angebote sind kaum und nur im Rahmen der Kindertagesstätten bekannt. Ein Handlungsbedarf wird in allen Gruppen kaum gesehen. Dies steht in Widerspruch zu den Ergebnissen der Einschulungsuntersuchungen des Bezirksamtes, so dass hier Verbesserungspotential besteht.

6.2.10 Unfälle und Verletzungen

Das Unfall- und Verletzungsgeschehen von Kindern und Jugendlichen ist in den letzten Jahren in einigen Studien untersucht worden.

15% (2 Mio.) der 1 bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen sind mindestens einmal unfallbedingt behandelt worden¹³⁹.

46,5% der Mädchen und 54,3% der Jungen wurden im letzten Jahr mindestens einmal aufgrund einer Verletzung professionell versorgt, wobei der Anteil der 13-jährigen in beiden Geschlechtern am höchsten ist¹⁴⁰. Jungen verletzen sich insgesamt häufiger als Mädchen^{141,142}.

Von Kindern aller Altersklassen haben Säuglinge das größte Risiko durch Unfälle oder Gewalt verletzt zu werden oder zu versterben. Die Anzahl verletzungsbedingt stationär behandelte Säuglinge ist von allen Kindern am höchsten und steigt jedes Jahr an¹⁴³.

Kinder unter einem Jahr und Kleinkinder erleben Unfälle meistens in der Häuslichkeit, häufig handelt es sich um Stürze aus dem Bett oder vom Wickeltisch. Verbren-

¹³⁹ Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin (S. 33- 40)

¹⁴⁰ Vgl. HBSC- Team Deutschland (2012). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt "Verletzungen von Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion

¹⁴¹ Vgl. HBSC- Team Deutschland (2012). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt "Verletzungen von Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion

¹⁴² Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin

¹⁴³ Vgl. Ellsäßer, M. Albrecht: Verletzungsgeschehen im Kindes- und Jugendalter, Datenlage und Epidemiologie. Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz 2010, 53

nungen oder Verbrühungen betreffen vor allem Säuglinge und Kinder unter fünf Jahren. Ältere Kinder verunfallen häufiger beim Sport, in der Freizeit oder in der Schule, Kinder über 15 Jahre häufig im Rahmen von Verkehrsunfällen^{144, 145}.

Beleuchtet man den Zusammenhang von Unfallgeschehen und sozialem Status der Kinder, so zeigt sich, dass Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Hintergrund ein höheres Unfallrisiko haben, das in Studien für Verkehrsunfälle sowie Verbrennungen und Verbrühungen nachgewiesen wurde^{146, 147, 148, 149, 150}.

Betrachtet man die Verletzungsrate im Zusammenhang mit der Herkunft der Kinder, so zeigt sich, dass sich Kinder nicht deutscher Eltern häufiger verletzen als Kinder ohne Migrationshintergrund¹⁵¹.

Die von uns erhobenen Sekundärdaten in Form von Krankenhausdaten spiegeln ein erhöhtes Verletzungsgeschehen bei Kindern aus dem Falkenhagener Feld wider. Hier stehen vor allem die Verletzungen des Kopfes im Vordergrund¹⁵². Dies ist in den uns vorliegenden Daten ein Spitzenwert.

¹⁴⁴ Vgl. Ellsäßer, M. Albrecht: Verletzungsgeschehen im Kindes- und Jugendalter, Datenlage und Epidemiologie. Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz 2010, 53

¹⁴⁵ Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin (S. 33- 40)

¹⁴⁶ Vgl. Bundesgesundheitsbl- Gesundheitsforsch- Gesundheitsschutz (2007) 50:718-727 DOI 10.1007/s00103-007-0233-7 Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1-17 Jahren) und Umsetzung persönlicher Schutzmaßnahmen: Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). Springer Medizin Verlag 2007

¹⁴⁷ Vgl. HBSC- Team Deutschland (2012). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt "Verletzungen von Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion

¹⁴⁸ Vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (Hrsg.)(2007) Wir lassen kein Kind zurück: Soziale und gesundheitliche Lage von kleinen Kindern im Land Brandenburg. Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 5. Brandenburgische Universitätsdruckerei, Golm

¹⁴⁹ Vgl. Ellsäßer, G.; Seidel, E. et al. (Landesjugendamt Brandenburg), Doreen Winter (MI): Kleine Kinder- große Schmerzen: Verletzungen durch Unfälle und Gewalt bei Kindern. In Puncto Informationen zum Thema Gesundheit und soziale Lage im Land Brandenburg, Heft 2/2007

¹⁵⁰ Vgl. Ellsäßer, M. Albrecht: Verletzungsgeschehen im Kindes- und Jugendalter, Datenlage und Epidemiologie. Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz 2010, 53, online publiziert 28.September 2010, Springer Verlag 2010

¹⁵¹ Vgl. Ellsäßer, M. Albrecht: Verletzungsgeschehen im Kindes- und Jugendalter, Datenlage und Epidemiologie. Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz 2010, 53, online publiziert 28.September 2010, Springer Verlag 2010

¹⁵² Vgl. Abschnitt 5.1.2.2 S.20

Aufgrund der ungünstigen sozialen Verhältnisse und dem hohen Migrationsanteil der Kinder und Jugendlichen im Untersuchungsgebiet, scheint auch hier eine Übereinstimmung mit der aktuellen Forschungslage zu bestehen. Trotz bereits bestehender Elternschulungen im Falkenhagener Feld erscheinen weitere Maßnahmen sinnvoll.

6.3 Gesundheitliche und soziale Angebotssituation – Falkenhagener Feld

Nach Analyse der bestehenden Angebotsstruktur im Untersuchungsgebiet¹⁵³ zeigt sich ein gut aufgestelltes soziales Netzwerk für Kinder und Jugendliche. Die soziale Angebotslage ist vielfältig und hat häufig niederschweligen Charakter. Die gute Vernetzung der Akteure zeigt sich unter anderem durch die engagierte Teilnahme an der regelmäßig tagenden Stadtteilkonferenz.

Gesundheitliche Angebote bestehen in Form von drei Kinderarztpraxen (eine davon in einem Medizinischen Versorgungszentrum) und der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Evangelischen Waldkrankenhauses Spandau.

Obwohl der Problembereich der Verhaltensauffälligkeiten von 50% der Bevölkerung und von fast 80% der Institutionsmitarbeiter genannt wird, existiert keine kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung mehr im Falkenhagener Feld.

Niederschwellige gesundheitliche Angebote sind kaum vertreten. Vor allem Institutionen, wie Kindertagesstätten und Grundschulen, sehen den gesundheitlichen Bedarf und versuchen mit Angeboten und Kooperationen der negativen Entwicklung entgegen zu wirken¹⁵⁴.

6.4 Informationslage und Angebotsnutzung - Falkenhagener Feld

Die Befragung der Bevölkerung und der Jugend ergibt, dass der Bekanntheitsgrad im Verhältnis zum Nutzungsverhalten der Angebote steht. Dabei werden mit ca. 20% mehr Angebote gekannt als genutzt.

¹⁵³ Vgl. Akteursliste im Anhang

¹⁵⁴ Siehe Abschnitt 5.2.3 S. 31

Sportangebote werden am meisten gekannt und genutzt. Bildungsangebote sind weniger und in erster Linie in Form von Schule und Nachhilfe bekannt. Nur wenige nennen und nutzen Sprach- und Musikangebote. Jugendangebote sind vor allem bei der Zielgruppe der Jugendlichen bekannt und werden von dieser auch genutzt. Beratungsangebote werden von der Jugend nur sehr vereinzelt genannt und wenig von den Befragten genutzt. Eltern und Eltern-Kind-Angebote bestehen vor allen Dingen im Rahmen der Familienzentren, die Informationslage und das Nutzungsverhalten der befragten Bevölkerung erscheint jedoch nicht ausreichend.

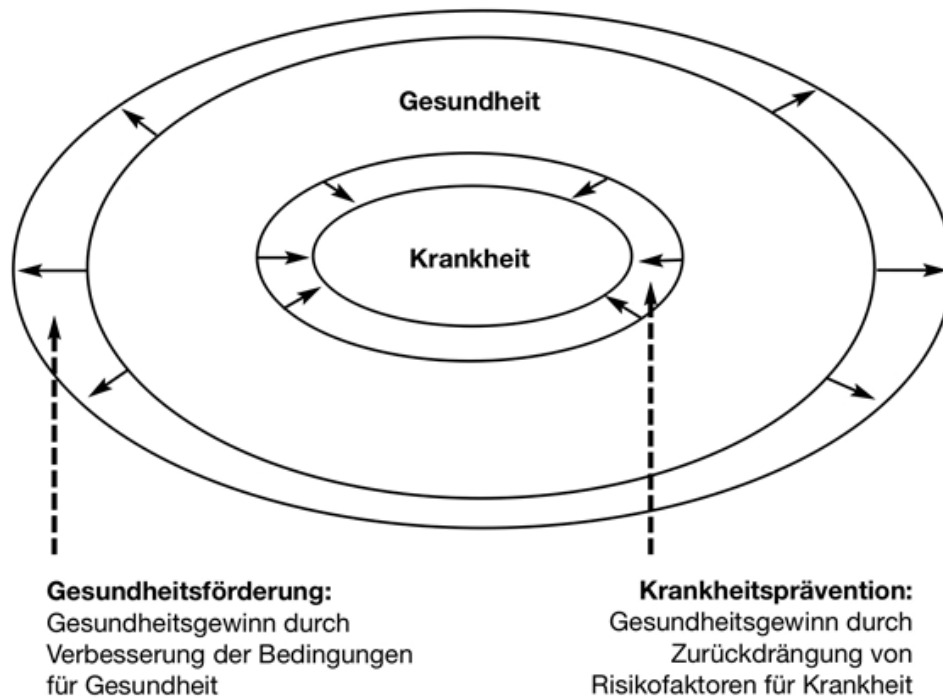
Die gesundheitliche Regelversorgung der Kinder wird in der Bevölkerung gut angenommen, allerdings fühlen sich Jugendliche davon wenig angesprochen. Darüber hinausgehende Angebote in Form von Beratungen, Aufklärungen oder praktischen Angeboten sind wie oben beschrieben wenig vertreten. Für die Jugendlichen existieren in einer wichtigen Entwicklungsphase fast keine Angebote.

Aufgrund der Untersuchungsergebnisse bezüglich der Inanspruchnahme von Angeboten bleibt zu befürchten, dass vor allem bedürftige Familien von den bestehenden Angeboten nicht erreicht werden. Dies bedeutet, dass eine Implementierung niederschwelliger Gesundheitsangebote zu Verbesserungen führen könnte.

7 Fazit - Handlungsbedarf

Die Ergebnisse unserer Untersuchung, die die gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen und die bestehende Angebots- und Informationslage der Beteiligten im Untersuchungsgebiet darstellt, die Einschuluntersuchungen in Spandau und die Bedarfsanalyse der Quartiermanagementgebiete Falkenhagener Feld, zeigen, dass zusätzliche gezielte, gesundheitsfördernde Maßnahmen und Vernetzungen im Pilotprojektgebiet Falkenhagener Feld und sich abzeichnend im gesamten Aktionsraum Plus Spandau Mitte sinnvoll sind.

Ziel der präventivmedizinischen und gesundheitsfördernden Maßnahmen ist, wie in der Abbildung von Hurrelmann anschaulich dargestellt, „Gesundheit zu vergrößern“. Durch Prävention sollen Risiken für Krankheiten minimiert und durch Gesundheitsförderung die Bedingungen zur Erlangung von Gesundheit verbessert werden.



Gesundheitsgewinn bei Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention (aus: Hurrelmann 2006, S. 99)¹⁵⁵

¹⁵⁵ Vgl. Hurrelmann K., Laaser U. et al (Hrsg.) (2006): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, in; Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2. Aufl., Weinheim 2006, 99

7.1 Handlungsgebiete

Zur Verbesserung („Vergrößerung“) der Gesundheit, vom Pilotprojektgebiet Falkenhagener Feld ausgehend, besteht durch die von uns ermittelten Ergebnisse auf den folgenden Gebieten gesundheitsfördernder und präventivmedizinischer Handlungsbedarf:

7.1.1 Körpergewicht / Ernährung

Unsere Ergebnisse zeigen, dass das Thema Körpergewicht von allen befragten Gruppen als Problembereich angesehen wird. Auch die Auswertung der Einschulungsuntersuchung zeigt eine erhöhte Problemlage im Bereich Körpergewicht. Der Bedarf an zusätzlicher Unterstützung wird in allen befragten Gruppen zum Thema Ernährung und Körpergewicht gezeigt. Die Angebote sollten sowohl beratend - besonders von den Institutionen so gewünscht - als auch praktisch sein. Existierende Sportangebote, die bekannt sind und auch genutzt werden, müssen mit Angeboten im Bereich Ernährungsberatung und Bewegung kombiniert werden. Bestehende Angebote wie „Pfundige Kids“ sollten unterstützt werden. Eltern sollten noch mehr und ggf. schon perinatal, in den Kindertagesstätten und Schulen auf das Thema Ernährung und Übergewicht, besonders auch interaktiv, hingewiesen werden.

7.1.2 Bewegung

Aus den Ergebnissen unserer Studie geht hervor, dass ein Problembewusstsein zu dem Thema Bewegung in allen befragten Gruppen besteht. Auch die Einschulungsuntersuchung weist Probleme besonders bei der Körperkoordination auf. Sport- und Bewegungsangebote sind gut bekannt und genutzt, werden aber von allen befragten Gruppen als nicht ausreichend gesehen. Dazu scheint das Freizeitverhalten der Kinder und Jugendlichen aufgrund eines medienfixierten Lebensstils nicht ausreichend Bewegung zu beinhalten.

Es ist wichtig, die Eltern und die Kinder von klein auf bzw. Jugendlichen aufzuklären, wie wichtig Bewegung für die Entwicklung auch in intellektueller Hinsicht ist. Es soll-

ten Räume geschaffen werden, in denen alltägliche „Bewegungslust“ Platz hat und attraktiv ist. Hier erscheint beratendes und praktisches Handeln sinnvoll.

7.1.3 Mediennutzung

Unsere Studie zeigt, dass der medienfixierte Lebensstil der Kinder im Falkenhagener Feld im Bewusstsein aller befragten Gruppen ein Problem ist. Dies spiegelt sich auch in den Einschulungsuntersuchungen wider. Gerade die Jugendlichen sehen hier den höchsten Handlungsbedarf in Form von Beratungsangeboten. Dieser Bedarf sollte unserer Meinung nach dringend gedeckt werden, da mit der Medienfixierung auch eine mangelnde Bewegungsmotivation einhergeht. Auch Eltern sollten frühzeitig für dieses Thema sensibilisiert werden, um dem hohen Medienkonsum im Kindes- und Jugendalter entgegenzuwirken.

7.1.4 Substanzmissbrauch

Ergebnisse unserer Untersuchung zeigen, dass vor allem der Zigarettenkonsum im Vordergrund des jugendlichen Bewusstseins steht. Allerdings ist auch Alkoholkonsum ein bedeutendes Thema. In allen befragten Gruppen wird die Gruppe Drogen/ Zigaretten/ Alkohol problematisiert.

Beratungs- und Aufklärungsangebote sind wenig präsent. Zusätzliche Angebote werden von ungefähr 40% der Jugendlichen und Institutionen gewünscht. Die Suchtprävention im Falkenhagener Feld sollte daher verstärkt und präsenter werden. Aufklärung über die Folgen von Substanzmissbrauch sollte einen starken Raum einnehmen.

7.1.5 Verhaltensauffälligkeiten

Verhaltensauffälligkeiten stehen vor allem bei der Bevölkerung und den Institutionsmitarbeitern im Bewusstsein. Aufklärungen und Schulungsangebote sind in diesem Bereich nicht nur für Eltern, sondern auch für pädagogisches Personal notwendig. Weiterhin wäre die Verortung des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes im Falkenhagener Feld für die Betreuung und Diagnostik dieser Kinder und Jugendlichen sinnvoll.

7.1.6 Mobbing / Gewalt / Kriminalität

In unserer Studie wird das Thema Mobbing besonders von den Jugendlichen wahrgenommen. Dieser Problembereich steht in engem Zusammenhang mit dem Komplex Verhaltensauffälligkeiten, da Mobbing, Gewalt und Kriminalität Äußerungsformen dieser Auffälligkeiten sein können. Daher wäre auch hier die Verortung des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes sinnvoll. Bestehende Gewaltpräventionsprogramme sollten verstetigt und weiter ausgebaut werden, da bei den Jugendlichen ein erheblicher Bedarf an Beratungsangeboten für Opfer von Mobbing und Gewalt besteht.

7.1.7 Sprache / Sprachentwicklung

Unsere Studie zeigt, dass ein Problembewusstsein im Bereich Sprache besteht. Dies spiegelt sich auch in den Einschulungsuntersuchungen wider. Besonders in den Institutionen bestehen zwar Sprachangebote, es werden jedoch weitere beratende und praktische Angebote gewünscht. Aufgrund des hohen Migrationsanteils im Falkenhagener Feld sollten bestehende Angebote zur Vermittlung der deutschen Sprache fortgesetzt werden. Die Einschulungsuntersuchung zeigt, wie gerade hier erfolgreich gearbeitet wurde, eine Verstetigung wäre besonders wichtig. Ferner erscheint es notwendig, Angebote zur Förderung der Sprachentwicklung und zur Verhinderung von Sprachstörungen verstärkt anzubieten.

7.1.8 Mundhygiene und Zahngesundheit

Die Einschulungsuntersuchung und unsere Ergebnisse zeigen, dass aufgrund der schlechten Versorgungslage der Zähne von Einschülern im Untersuchungsgebiet und aufgrund des niedrigen Problembewusstseins innerhalb der Bevölkerung zum Thema Zahngesundheit ein verstärkter Handlungsbedarf besteht. Eine Fortsetzung und Erweiterung bestehender Angebote in allen Altersgruppen erscheint sinnvoll.

7.1.9 Unfälle und Verletzungen

Die vergleichende Auswertung der Krankenhausdiagnosen zeigt einen erhöhten Anteil von Schädelverletzungen im Kleinkindalter im Gebiet Falkenhagener Feld. Unsere Befragung ergab kein Problembewusstsein im Bereich Verletzung. Obwohl es bereits Elternschulungen zum Thema Unfallprävention gibt, könnte für diesen Bereich eine flächendeckende Aufklärung der Eltern auch schon perinatal beginnen.

Aufgrund der sozialen Verhältnisse und dem oben benannten Zusammenhang zwischen Sozialstruktur und Nutzungsverhalten der Bevölkerung sollten Angebote im Setting-Ansatz niederschwellig implementieren werden.

7.2 Handlungsdurchführung

Die praktische Durchführung von Maßnahmen in unserem Projekt wird sich an den „Good Practice Kriterien“ der BZgA und an dem durch die KIGGS-Studie des Robert Koch Institutes vorgeschlagenen Handlungsplan orientieren. Letztere schlüsselt die Maßnahmen für unterschiedliche Altersgruppen auf, die möglichst schon pränatal ansetzen sollten¹⁵⁶. Dabei werden wir uns auf die durch unsere Studie identifizierten Handlungsbereiche im Falkenhagener Feld konzentrieren (Projektmaßnahmen).

Die Ziele der Gesundheitsförderung in den einzelnen Gruppen nach KIGGS- Absisstudie 2006 werden im Nachstehenden dargestellt¹⁵⁷:

▪ **Werdende Eltern**

Werdende Eltern sind für die Veränderung ihres Lebensstils zugunsten ihres ungeborenen Kindes noch besonders offen und müssen daher über gesundheitsfördernde Maßnahmen informiert werden und Hilfen erhalten.

¹⁵⁶ Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin (S. 169)

¹⁵⁷ Vgl. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin (S. 170)

- **Kinder bis 3 Jahre**

Um Kindern ein stabiles und Vertrauen erweckendes Umfeld zu geben, brauchen Eltern ggf. soziale Unterstützung in Form niederschwelliger Angebote (z. B. Elterncafés, aufsuchende Hilfen, Elternnetzwerke u. a.).

- **Kinder von 3 bis 5 Jahren**

Kindertagesstätten tragen eine wichtige kompensatorische Verantwortung, deren präventions- und gesundheitsförderndes Potential noch nicht ausgeschöpft erscheint. Die weitere Förderung der Entwicklung zu gesunden Kindertagesstätten ist notwendig. Die Bemühungen von Seiten der Kindertagesstätten, Kinder aus sozial benachteiligten Familien zu erreichen, sollen unterstützt werden. Niederschwellige Angebote sind notwendig.

- **Kinder von 6 bis 10 Jahren**

„Zuversicht und Vertrauen, Eigenaktivität und Selbstständigkeit, Kommunikations- und Konfliktfähigkeit“ sind wichtige Schutzfaktoren der Kinder, die zur Bewältigung schwieriger Lebenssituationen notwendig sind. Die Förderung dieser ist daher frühzeitig und langfristig notwendig. Die Schule ist als Zugang zu allen Kindern daher eine wichtige Institution.

- **Jugendliche von 11 bis 17 Jahren**

Das Erlernen eines gesunden Lebensstils im Jugendalter prägt die Gesundheit im Erwachsenenalter. Zur Verhinderung des Aufbaus gesundheitsriskanter Verhaltensmuster benötigen Jugendliche Hilfe bei der Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben. „Lebenskompetenzprogramme“¹⁵⁸ unterstützen dabei. Verhaltensbestimmend sind „Familie, Schule, Ausbildung, Gruppen Gleichaltriger und Medien“. Daher müssen peer-group-Ansätze verfolgt werden.

¹⁵⁸ Bühler A, Heppekausen K (2005) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland, Gesundheitsförderung Konkret Band 6, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

8 Ausblick

Unsere Befragung zeigt, dass in allen Gruppen „Gesundheit“ - als alleinstehender Begriff - im Vergleich nicht so wichtig erachtet wird. Es erscheint daher sinnvoll, im Gebiet Falkenhagener Feld darzustellen, mit welchen Einflüssen das Thema Gesundheit verbunden ist, welche Aspekte gesundes Aufwachsen / eine gesunde Entwicklung fördern und welche Chancen für Individuum und Gesellschaft dadurch eröffnet werden können.

Der in Phase I identifizierte Handlungsbedarf (vgl. oben) macht für die Phase 2 des Projektes „Netzwerk Präventionsmedizin und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter“ deutlich, dass sich der Ausbau von Gesundheitsangeboten an den oben genannten Handlungsfeldern und Alterstrukturen orientieren sollte.

Es muss eine enge Kooperation aller Beteiligten an der Gesundheitsförderung gefordert werden, damit besonders bei den Übergängen Kita/ Grundschule, Grundschule/ weiterführende Schule und in den Überschneidungsbereichen Institutionen/ Freizeit/ Familie ein Austausch stattfinden kann und Programme synergistische Effekte entwickeln können.

Um diesen Zielen möglichst nahe zu kommen, erscheint der Aufbau eines gut funktionierenden Gesundheitsnetzwerkes erforderlich, das sich an bestehende soziale Strukturen anbindet. Bereits bestehende Angebote sollten in Teilen ausgebaut und erweitert werden. In anderen Bereichen sollten neue Angebote, wie z. B Gesundheitsberatungen vor Ort, implementiert werden. Zuständigkeiten sollten möglichst klar definiert sein um eine hohe Effektivität zu erreichen.

Aufgabe des Netzwerkes wird auch sein, Kontakte mit anderen Strukturen und Projekten aufzunehmen und wiederum dem Prinzip der „Good practice“ folgend, gesundheitsfördernden Maßnahmen, die sich an anderen Stellen als besonders erfolgreich erwiesen haben, auch in Spandau zu etablieren, bzw. auch in diesem Bereich niederschwellig nutzbar zu machen.

Zum besseren Erreichen der Zielgruppe erscheinen grundsätzlich niederschwellige und interaktiv gestaltete Angebote, die möglichst fußläufig erreicht werden können, als erfolgversprechend.

9 Literaturverzeichnis

1. Amt für Statistik Berlin- Brandenburg, <http://www.statistik-berlin-brandenburg.de/>, 29.02.2012
2. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2009) Ungenutzte Potentiale – Zur Lage der Integration in Deutschland, Gebrüder Kopp GmbH & Co. KG, Köln
3. Bertram, Hans u. Steffen Kohl, Zur Lage der Kinder in Deutschland 2010: Kinder stärken für eine ungewisse Zukunft. Deutsches Komitee für UNICEF, Köln 2010
4. Bettge S., Oberwöhrmann S., Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2011) Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2010, http://www.berlin-suchtpreventi-on.de/upload/studien/Grundausswertung_ESU_Berlin_2010.pdf
5. Bevölkerung zum Stichtag 31.12. des jeweiligen Jahres. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität (Primärquelle: Statistisches Bundesamt, Bevölkerungsstand. In www.gbe-bund.de (Thematische Recherche: Bevölkerung → Bevölkerungsstand → Dokumentart Tabellen). Abrufdatum: 29.02.2012.
6. Bühler A, Heppekausen K (2005) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland, Gesundheitsförderung Konkret Band 6, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
7. Bundesgesundheitsbl- Gesundheitsforsch- Gesundheitsschutz (2007) 50:718-727 DOI 10.1007/s00103-007-0233-7 Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1-17 Jahren) und Umsetzung persönlicher Schutzmaßnahmen: Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). Springer Medizin Verlag 2007
8. Bundesministerium für Bildung und Forschung, <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/126.php>, 29.02.2012

9. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2006)
Dossier Armutsrisiken von Kindern und Jugendlichen,
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Internetredaktion/Pdf-Anlagen/kinderarmut-dossier,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf>, 29.02.2012
10. Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), Nationales Gesundheitsziel - Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin 2010
11. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
12. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2011) Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, in: Gesundheitsförderung Konkret Band 5, Aufl. 5, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln (S. 16ff)
13. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2011) Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, in: Gesundheitsförderung Konkret Band 5, Aufl. 5, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln (S. 16ff)
14. Department of Health - United Kingdom: The Child Health Promotion Programme - 2008
15. Elkeles T, Mielk A (1993) Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. Theoretische Ansätze zur Erklärung von sozioökonomischen Unterschieden in Morbidität und Mortalität (WZB Forschung P93-208). WZB Wissenschaftszentrum, Berlin
16. Ellsäßer, G.; Böhm, A. et al: Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern- Ergebnisse und Konsequenzen aus den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen. *Kinderärztliche Praxis* (73), 248- 257, 2002
17. Ellsäßer, G.; Seidel, E. et al. (Landesjugendamt Brandenburg), Doreen Winter (MI): Kleine Kinder- große Schmerzen: Verletzungen durch Unfälle und

- Gewalt bei Kindern. In Puncto Informationen zum Thema Gesundheit und soziale Lage im Land Brandenburg, Heft 2/2007
18. Ellsäßer, M. Albrecht: Verletzungsgeschehen im Kindes- und Jugendalter, Datenlage und Epidemiologie. Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz 2010, 53, online publiziert 28. September 2010, Springer Verlag 2010,
http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/media_fast/5510/Bundesgesundheitsblatt_unfaelle.pdf
 19. HBSC- Team Deutschland (2011). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt "Binge Drinking/ Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion
 20. HBSC- Team Deutschland (2011). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt "Fernsehkonsument an Schultagen von Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion
 21. HBSC- Team Deutschland (2011). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt "Körpergewicht von Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion
 22. HBSC- Team Deutschland (2011). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt "Nutzung von Computer und Spielkonsole durch Kinder und Jugendliche". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion
 23. HBSC- Team Deutschland (2011). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt "Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion
 24. HBSC- Team Deutschland (2011). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt "Subjektive Beschwerdelast von Kindern und Jugend-

- lichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion
25. HBSC- Team Deutschland (2011). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt "Subjektive Gesundheit von Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion
26. HBSC- Team Deutschland (2012). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt "Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.
27. HBSC- Team Deutschland (2012). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt "Mobbing unter Schülerinnen und Schülern". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion
28. HBSC- Team Deutschland (2012). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt "Verletzungen von Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion
29. HBSC- Team Deutschland (2012). Studie Health Behaviour in School- aged Children- Faktenblatt "Zahnputzhäufigkeit von Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion
30. HBSC-Team Deutschland* (2011/12). Studie Health Behaviour in School- aged Children. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.
31. Hurrlemann K., Laaser U. et al (Hrsg.) (2006): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, in; Handbuch Gesundheitswissenschaften ,2.Aufl., Weinheim 2006, 99
32. Interne Daten: Evangelisches Krankenhaus Paul Gerhardt Stift - Lutherstadt Wittenberg - Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
33. Interne Daten: Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau- Berlin- Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

34. Kahl, H.; Dorschy, R. et al., Bundesgesundheitsbl- Gesundheitsforsch- Gesundheitsschutz (2007) 50:718-727 DOI 10.1007/s00103-007-0233-7 Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1-17 Jahren) und Umsetzung persönlicher Schutzmaßnahmen: Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). Springer Medizin Verlag 2007
35. Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.), Bundeszahnärztekammer (Hrsg.) (2006) Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV)- Kurzfassung. Druckhaus Boeken, Leverkusen, 2006.
36. Kraus- Haas, Seel, Schwarz- Bickenbach, Bezirksamt Steglitz- Zehlendorf von Berlin Abteilung Wirtschaft, Gesundheit und Verkehr (Hrsg.) (2011) Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung 2010 im Bezirk Steglitz- Zehlendorf,
http://www.berlin.de/imperia/md/content/basteglitzzehendorf/abteilungen/gesundheit/kjgd/ergebnisse_esu_2010.pdf?start&ts=1297429467&file=ergebnisse_esu_2010.pdf, 29.02.2012
37. Lampert, Th.; Hagen, Ch. et al., Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Robert Koch- Institut (Hrsg.) (2010), Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendliche in Deutschland, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch- Institut, Berlin
38. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (Hrsg.)(2007) Wir lassen kein Kind zurück: Soziale und gesundheitliche Lage von kleinen Kindern im Land Brandenburg. Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 5. Brandenburgische Universitätsdruckerei, Golm
39. Möhring G., Scheffler P., Bezirksamt Spandau von Berlin Abt. Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (2011) Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2010 im Bezirksamt Spandau,
http://www.berlin.de/imperia/md/content/baspandau/buergerdienste/esu_bericht_2010.pdf?start&ts=1296463796&file=esu_bericht_2010.pdf,
29.02.2012

40. Qualitätsbericht 2010: Vivantes Kliniken Neukölln
41. Referat Soziale Stadt, Senatsverwaltung für Stadtentwicklung 25.08.2011
42. Richter- Kornweitz, A., BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung - Gesundheitsförderung im Kindesalter
43. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin
44. Robert Koch- Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin (S. 172)
45. Robert Koch- Institut (Hrsg.) (2006) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas, KIGGS Symposium 2006, RKI,
http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/ppt_adipositas.pdf,
29.02.2012
46. Scherbaum, Werner A.(Hrsg.) (2010) Diabetes bei Kindern und Jugendlichen,
<http://www.diabetes-deutschland.de/kinderjugendliche.html>
47. Shell Deutschland Holding (Hrsg.) (2011) Jugend 2010: Eine pragmatische Generation behauptet sich. S. Springer Verlag GmbH, Frankfurt am Main 2010
48. Shell Deutschland Holding (Hrsg.) (2011) Jugend 2010: Eine pragmatische Generation behauptet sich. S. Springer Verlag GmbH, Frankfurt am Main 2010, S.97
49. Statistik Berlin- Brandenburg (2009): Statistischer Bericht Teil II: Diagnosen der Krankenhauspatienten AIV3-j/09
50. Statistischer Bericht A I 5-hj 2/10 vom 31.12.2010 von Statistik Berlin Brandenburg
51. UNICEF (Hrsg.) (2010) (Deutsches Komitee für UNICEF) Zur Lage der Kinder in Deutschland 2010: Kinder stärken für eine ungewisse Zukunft. UNICEF, Köln
52. WHO (2009), Verfassung der Weltgesundheitsorganisation unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946, <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf>

10 Anhang

- Akteursliste des Falkenhagener Feldes
- Bevölkerungsfragebogen
- Jugendfragebogen
- Institutionsfragebogen
- Hypothesen und Fragestellungen- Bevölkerung
- Hypothesen und Fragestellungen- Jugend
- Hypothesen und Fragestellungen- Institutionen

Institutionen im Falkenhagener Feld (vorläufig)

Institution	Zur Veröffentlichung freigegeben	Adresse	Ansprechpartner	Telefon/ E-Mailadresse	Projekte/ Maßnahmen
Kitas					
Kita am Spektensee FIPP e.V. (0-6 Jahre)		Spekteweg 63 13583 Berlin QM-Ost	Cornelia Schilde	37586900 kita- amspektensee@ fippev.de	<ul style="list-style-type: none"> - Psychomotorik - Tanz - Yoga - Sport - Freispiel - Förderung der Medienkompetenz - Integrationsangebote
Kita der Ev. Kirchengemeinde „Am Falkenhagener Feld“ u. „Am Germesheimer Platz“ Ev. Jeremia Kirchengemeinde (1-5 Jahre)		Siegener Straße 50 13583 Berlin QM-Ost	Fr. Hartmann	030 3727096	<ul style="list-style-type: none"> - Aufbau von Bewegungsangeboten nach Emmi Pickler - Gesunde Ernährung
Kita der Ev. Kirchengemeinde Klosterfelde (2-12 Jahre)		Seegefelder Straße 116 13583 Berlin	Fr. Martschink	030 3725857 Kita- klosterfelde@fr eenet.de	
Kita der Ev. Kirchengemeinde Paul-Gerhard		Im Spektefeld 26 13589 Berlin		030 3734531	

Kita der Kath. Kirchengemeinde St. Markus		Am Kiesteich 50	Fr. Sprechert	030 3735491 030 3732216	
Kita Germersheimer Weg www.kita-nordwest.de		Germersheimer Weg 93	Fr. Herzberg	37153260 germsheimerweg@kita-nordwest.de	<ul style="list-style-type: none"> - tgl. Bewegungsanreize - Singen im Morgenkreis - Sprachl. Frühförderung nach Kon-Lab-Programm - Eigenständigkeit im Forschen und Experimentieren werden Unterstützt - Turnen in Kooperation mit TSV Spandau (kostenpflichtig) - Kitainterne Küche
Kita Griesingerstraße		Griesingerstraße 11	Fr. Dalianis	37586940	<ul style="list-style-type: none"> - Eigenbeköstigung - Integration - Sprachförderung nach dem Kon-Lab-Programm - Kooperation mit dem TSV Spandau - Dokumentation von Bildungs- und Lerngeschichten - Regelmäßige Ausflüge mit und ohne Eltern - Kooperation mit der Schule am Grüngürtel
Kita Remscheider Straße		Remscheider Straße 39	Fr. Behrendt	030 37890811	
Kita Spandauer Spatzen (Ev. Kirchengemeinde Zuflucht)		Westerwaldstr. 16/18	Fr. Blänkner	37584361 spandauer_spatzen@yahoo.de	<ul style="list-style-type: none"> - Christliche Erziehung - Arbeit nach der Montessoripädagogik - Kleine familiäre Gruppen - Fachgerechte Betreuung von Integrationskindern - musikalische Früherziehung - Neues Spielgerüst im großen Garten - Pflege und Betreuung von Haustieren - frisch gekochtes Essen - viele Ausflüge
Kita Stadtrandstraße Kita Drachenburg		Stadtrandstraße 493	Frau Dubrawa/ Stockhaus	030 37586930	<ul style="list-style-type: none"> - Projekt „Regenbogen“ zur Sprachförderung für Kinder im Vorschulalter; DI/DO 9-11.30 Uhr
Kita Fantasia		Westerwaldstraße 15 - 17	Frau Staps	kita-fantasia@jflippev.de	<ul style="list-style-type: none"> - eine kitaeigene Sauna - Ausreichend Platz für Sport und Spiel im Haus und im Garten - Feste und Feiern im ganzen Haus und in den einzelnen

				030 37151117	<p>Abteilungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausflüge, Theater- und Kinobesuche in der näheren und weiteren Umgebung - Gruppenfahrten - Übernachtungen - Eine liebevolle und individuelle Eingewöhnung mit den Eltern - Förderung und Anregung für alle Kinder: täglich haben die Kinder Zugang zu Musik, zum Basteln, Malen und Experimentieren oder zu bewegungsintensivem Spiel - Individuelle Förderung für Kinder mit Behinderungen durch ausgebildete IntegrationserzieherInnen - Eine ausgewogene und gesunde Ernährung, Mittagessen wird in der kitaeigenen Küche zubereitet, Frühstück und Vesper täglich in den Abteilungen, kulturelle und gesundheitliche Ernährungsbedürfnisse der Kinder werden berücksichtigt - Einen großen neu gestalteten Garten, der vielseitig genutzt werden kann und vielfältige Erfahrungen zu allen Jahreszeiten ermöglicht - Gespräche über Erziehungsfragen in Form von Elterngesprächskreisen, regelmäßige Elternabende sowie individuelle Gespräche und Beratung zu Erziehungsproblemen
Kita Humanistischer Verband (Kita Wasserwerkstraße)		Wasserwerk str. 3	Fr. Bergström	37499030	<ul style="list-style-type: none"> - Integrationsarbeit - in Teilbereichen päd. Arbeit in Anlehnung an Maria Montessori (Reformpädagogin) - Kinderreisen - Übernachtungen - regelmäßige Sport- und Musikangebote - spielerisches Frühenglisch in Teilbereichen - Ausflüge - Büchereibesuche - systematische Sprachförderung nach Prof. Zvi Penner
Tagesgroßpflegestelle „Die Lehmänner“		Steigerwald str. 26	Fr. Lehmann	030 372 4040	

Hort					
FIPP-Hort an der Siegerland GS		Westerwald str. 19-21	Fr. Kremmin	Hort-siegerland@fippev.de 030 378 91 11 24	
FIPP-Hort an der Siegerland GS (Filiale)		Remscheid Str. 3-7	Herr Neubert	Hort-siegerland-filiale@fippev.de 030 36995032	
Hort Spandauer Spatzen		Westerwaldstraße 16		030 37584361 030 3722523	
Grundschulen					
GS am Wasserwerk/ Schule am Stadtrand (Förderschule)		Pionierstr. 197 (QM-Ost)	Frau Klein	373 20 91 mail@zweischulen.de	<ul style="list-style-type: none"> - Nachhilfe in Kooperation mit NIK (ausgelaufen?) - Logo: Förderung des sozialen Gruppenverhaltens in Kooperation mit Casablanca - Aufbau einer Schulstation in Kooperation mit Casablanca
<i>Kleinklasse Spandau (Casablanca Spandau Träger: Casablanca)</i>		<i>Pionierstr. 197 In der GS am Wasserwerk</i>	<i>Hr. Hörtnagl</i>	<i>37887203</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Zielgruppe: Schüler/innen der SAPH</i> - <i>Platzzahl: 7</i> - <i>Dauer: 1. und 2. Schulbesuchsjahr</i> - <i>Verlässliche Halbtagsgrundschule</i> - <i>2 Sonderpädagoginnen, 2 SozialpädagogInnen</i> - <i>Arbeit in gemischten Teams (Tandem)</i> - <i>Ausgewogene Anteile von schulischem und sozialem Lernen</i> - <i>Verbindliche Erziehungsberatungsgespräche für Eltern</i> - <i>Unterricht nach individuellen Förderplänen</i>
GS im Beerwinkel		Im Spektefeld 31	Frau Schreier	3083226629 373 3070 Grundschule_i m_Beerwinkel.c	<ul style="list-style-type: none"> - Soziale Beratung - Dialog: Lern-und Sprachförderung in Kooperation mit dem BGFF - Nein bedeutet nein: Präventionsprogramm in Kooperation mit Casablanca

		(QM-West)		ids@t-online.de	- Nachhilfe in Kooperation mit NIK (ausgelaufen?)
Klosterfeld GS		Seegefelder Str. 125-131		030 / 37899040 klosterfeld-grundschule@arcor.de	
Siegerland-Grundschule		Westerwald str. 19-21 (QM-Ost)	Frau Köhler-Mannhardt	3789110 leitung@siegerland.cidsnet.de	<ul style="list-style-type: none"> - eEducation Partnerschule - eTwinning / Comenius Projekte - Sinus-Transfer Projekt - Früh-Förderband - Kooperation mit der Jugendtheaterwerkstatt - IT- Kooperation mit B.-Traven-Oberschule - Kooperation mit Berliner Architektenverband - Kooperation mit der Sarah Wiener-Stiftung (Gesunde Ernährung) - Kooperation mit der Cleven-Becker Stiftung (bewegte Pausen) - Konfliktlotsen - Prävention- Anti-Gewalt-Projekt der Berlin Polizei - Konfliktlotsen
Immanuel-schule (Privatschule)		Stadtrandstr . 465		4431237230	
Oberschulen					
B-Traven –OS (Gesamtschule)		Recklinghauer Weg 26	Herr Kuhn	030 375865100 kuhn@ibsverband.de	<ul style="list-style-type: none"> - Kein Schüler ohne Schulabschluss - Theater und Musik - <u>Sport</u>: Badminton - Mädchen Basketball - Jungen Basketball - (Beach) Volleyball - Bogensport - Breakdance - Bumerang

					<ul style="list-style-type: none"> - Fitness - Mädchen Fußball - Jungen Fußball - Jonglier - Judo - Kanu - Klettern - Mofa - Rudern - Schwimmen - Tanzen - Trampolin
Martin-Buber-OS (Gesamtschule)		Im Spektefeld 33	Hr. Kreklau	030 3758640	<ul style="list-style-type: none"> - Sprachstube deutsch - Sport
Familien-/ Jugendzentren/ Begegnungsstätten					
Tagesgruppe Spandau (Casablanca Spandau) Träger: Casablanca		Rockenhaus enerstr. 10	Herr Hörtnagl	37887203 kphoertnagl@g-casablanca.de	<ul style="list-style-type: none"> - 10 Plätze für Kinder im Grundschulalter - Betreuungszeiten: Mo-Fr nach der Schule - Tgl. Mittag und Imbiss - Individuelle Lernförderung und Hausaufgabenbetreuung - Enge Kooperation mit der Schule - Regelmäßige Elternberatung - Ferienprogramm - Gruppenreise in den Sommerferien - Team aus Erzieherinnen, Sozialpädagogen, Familientherapeuten
Ambulantes Team Spandau (Casablanca Spandau) Träger: Casablanca		Kraepelinweg 13 13589 Berlin	Frau Faack	308322711 pfaack@g-casablanca.de	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Unterstützung für Kinder, Familien und Jugendliche:</u> - Sozialpädagogische Familienhilfe - Ambulantes Clearing - Einzelfallhilfe - Soziale Gruppenarbeit - Begleiteter Umgang - Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung - Soziale Beratung an Schulen - Schulsozialarbeit

					<ul style="list-style-type: none"> - Schulprojektgruppe LOGO an Förderschule zum sozialen Lernen - Gewaltpräventionsprogramm an GS (Nein bedeutet Nein) - Elternkurse (Starke Eltern- Starke Kinder®, Elterntraining-Erziehung mit Lust nicht mit Frust) - FUN®- Familie und Nachbarschaft - Familienrat - Sprachstube Deutsch® - Eltern-Kind-Gruppe (Spiel Schön) - Eingliederungshilfen
FIZ West Träger: Humanistischer Verband		Wasserwerk str. 3 13589 Berlin	Frau Bergström (Koordinat ion)	37499030 fiz- wasserwerkstra sse@humanisti schekitas.de	<ul style="list-style-type: none"> - <u>SO</u>: Tanztee 50+- jdn. 1. SO, 15-18 Uhr in Kooperation mit NIK - <u>MO</u>: Frühstück 50 plus- 14tägig (1. und 3.), 10-12 Uhr in Kooperation mit NIK - <u>DI</u>: offener Elterntreff im FIZ- Cafe- 8-16 Uhr - Familienberatung auf dem Bauspielplatz- 15-18 Uhr - <u>MI</u>: Krabbelgruppe – 9.30-11 Uhr - Familienberatung- 10-12 Uhr - <u>DO</u>: „Eins kann jeder“ - für Schwangere, Mütter und Väter mit Zwillingen/ Mehrlingen - Sprechstunde im FIZ- 15-16 Uhr - Nachbarschaftscafe- 15-18 Uhr - <u>FR</u>: Familienfrühstück- für Mütter, Väter Omas, Opas und ihre Kinder und Enkel; 9.30.11.30 Uhr - <u>SA</u>: „Spielend bewegen“ für alle von 0-100- jdn. 2. SA; 15-17 Uhr in Kooperation mit NIK
FIZ Ost (Fantasia) Träger: FIPP e.V.		Westerwald str.15-17 13589 Berlin	Fr. Rudnick	34397890 fiz- ost@fippev.de	<ul style="list-style-type: none"> - <u>MO</u>: Frühstück 50 plus- 14tägig (2. und 4.), 10-12 Uhr in Kooperation mit NIK - Ehrenamt Börse-14tägig (2. und 4.), 12-13 Uhr - Familiencafe- 15-17 Uhr, zusammensitzen, basteln, spielen - <u>DI</u>: Krabbelgruppe- 9.30-11 Uhr - AWO-Schuldnerberatung- 15-17 Uhr - <u>MI</u>: Nachbarschaftsfrühstück- 9.30-12 Uhr - allg. Familienberatung- 11-13 Uhr, kostenlose Beratung für Familien und Eltern zu allg. Fragen und Problemen in Kooperation mit Trialog

					<ul style="list-style-type: none"> - <u>DO</u>: Frühstück für Schwangere, Stillende und Mütter/Väter mit Kindern bis 2 - Jahre- 9.30-11.30 Uhr in Kooperation mit einer Hebamme (Beratung)
FIZ Jugendhilfe (Trialog)		Groenerstr. 24 13585 Berlin	Frau Ayd-Abadian	aydt@trialog-berlin.de	
Nachbarn im Kiez e.V.		Im Spektefeld 27a	Fr. Gourri		<ul style="list-style-type: none"> - <u>MI</u>: Nordic Walking Gruppe vor der Sport- und Begegnungsstätte - 10.30-11.30 - Uhr, Im Spektefeld 27a, kostenlos - <u>DO</u>: Kieztreff in der Sport- und Begegnungsstätte- 14-16 Uhr, basteln, spielen, - Computerclub, Bewegen und Nachbarn kennen lernen - <u>MO</u>: Fit in die Woche- Bewegungsübg. Für jung und alt in der Begegnungsstätte, 9-9.45 Uhr - -Frühstück in der Begegnungsstätte 10-12 Uhr
MUXS, Medienwerkstatt (QM) http://muxs.de		Kraepelinweg 3, 13589 Berlin	Hr. Palluch	36 44 95 26 info@muxs.de	
Bauspielplatz		Pionierstr. 195, 13589 Berlin Post bitte an: Linda Olm, Wasserwerkstraße 45, 13589 Berlin,	Frau Olm	373 19 64 FAX 37402730	
DAS SCHWEDENHAUS (P-G-Ge)		Stadtrandstr. 481, 13589 Berlin	Herr Hohaus	01632573517 schwedenhaus@paulgerhardtgemeinde.de	<u>Kreativzentrum für Kinder und Jugendliche:</u> <ul style="list-style-type: none"> - "Starke Kinder für eine starke Zukunft" - Projekt KAfKA (Kein Alkohol für Kinder Aktion)

http://paulgerhardtgemeinde.de/category/schwedenhaus/					
Klubhaus:		Westerwaldstraße 13, 13589 Berlin		klubhaus-spandau@t-online.de Tel.: 378 90 90	<ul style="list-style-type: none"> - Kraftsport für Mädchen und junge Frauen, für Jungen und junge Männer - Step-Aerobic und Breakdance für Mädchen - Orientalischer Tanz für Mädchen - Box- und Konditionstraining für Jungen - Gesangsunterricht - Umweltklub und Fotogruppe - Hausaufgabenhilfe - Frauenfrühstück - Kontakt und Beratung für Aussiedler, speziell auch für Roma und Sinti - Angebote im Computerraum in Kooperation mit Bildung & Integration e.V. - Theaterprojekte in Kooperation mit der JugendTheaterWerkstatt e.V. - Kinderdisco - Behindertendisco - Kindertanz - Judogruppe
"Eff eff, Kinder im Restaurant Spandau e.V." www.kinder-im-restaurant.de		Westerwaldstraße 13, 13589 Berlin	Fr. Strobl	Kinderrestaurant_eff_eff@web.de 346 66 572	
Kulturzentrum Forum Jugend-Theater-Werkstatt www.jugendtheaterwerkstatt.de		Gelsenkircher Str. 12 - 20, 13583 Berlin	Hr. Schaffrin	postfach@jugendtheaterwerkstatt.de Tel. 375 876 23	
Mehrgeneratione		Im			

nhaus in der Paul-Gerhard-Kirchengemeinde		Spektefeld 26			
TREFFPUNKT Hinter den Gärten Träger: Paul-Gerhard-Kirchengemeinde		Hinter den Gärten 22, 13589 Berlin	Frau Donat	Tel.: 338 35 50 renita.donat@paulgerhardtge- meinde.de Tel.: TREFF 373 63 29	- OFFENER TREFF - SchulTREFF - POWER GIRLS - Ferienprogramme (Kochen mit Ernährungsberaterin)
Falkenhorst Träger: BGFF e.V.		Kraeppelin- weg 19 13589 Berlin	Frau Zubkova	55953290	- soziale Beratung: Behörden, Unterstützung bei privaten und familiären Problemen - Frauentreff: gemeinsame Aktivitäten; Erfahrungsaustausch - Regelmäßige Angebote für Kinder: Bastel- und Malkurs; Backkurs; Krabbelgruppe; Gesellschaftsspiele; Kinderdisco; Sommer- und Winterferienprogramm
Outreach (Streetworker)		Seegefelder Str.35 13583 Berlin	Muharrem Yildirim Max Siebert	Tel: 80614547 M. Yildirim: 0177 642 6965 m.yildirim@soz.kult.de	- Streetwork - Jugendsozialarbeit - Einzelfall- Familienhilfe - Kooperationen mit Schulen - Beratungsangebote - Gemeinwesenarbeit
Falkenhagener Express		Westerwald straße 13, 13589 Berlin	Volker Hornung	691 42 24	-
Sportvereine/ Sportzentren					
AFC Spandau Bulldogs e.V		Falkenseer Chaussee 280 13583 Berlin		509 14 592 r.edelmann@spandau-bulldogs.de	- Football - Chearleading
SC Schwarz Weiss Spandau		Im Spektefeld 27a		371 514 51 SWS1953@t- online.de	- Fußball

		13589 Berlin			
TSV Spandau 1860		Askaniering 150, 13585 Berlin		375 950 80 info@tsv-spandau-1860.de	<p><u>Gesundheitssport</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Asthma-Sport 4,80 € - Fitness an Geräten 6,65 € - Funktionstraining 10,00 € - Gesundheitsschwimmen für Kinder 4,00 € - Gesundheitssport für Kinder 6,65 € - Koronarsport 16,90 € - Mutter / Baby 2,30 € - Nordic Walking 6,65 € - Osteoporose / Koordination 10,00 € - Pilates 10,00 € - Rückenfit mit Flexistab 6,65 € - Tai Chi 6,65 € - Walking Gesamtbeitrag 8,00 € - Warmwassergymnastik (bis 31.03) 21,00 € - ab 01.04.2011 22,50 € - Wirbelsäulengymnastik 2,05 / 6,65 € - Yoga - Kita-Sport 3,30 € - Sport und Spiel E/K 2,60 € (f. Elternteil) 0,80 €/1,30 €/1,55 € - Sport und Spiel Kleinkinder 0,80 €/2,15 € - Sport und Spiel Mädchen / Knaben <p><u>Verschiedenes f. Jugendliche</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Akrobatik 7,00 € 5,00 € - Streetdance 3,85 € - Gerätturnen 3,35 € - Jiu-Jitsu 3,85 € 3,10 € - Trampolin 1,80 € 1,10 € <p><u>Wettkampfsport</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Badminton 5,50 € 5,50 € - Basketball 8,00 € 9,40 € / 9,10 € - Basketball Aufnahmegebühr 30,00 € 25,00 € - Bogensport 3,50 € 3,00 € - Handball 3,50 € 3,50 €

					<ul style="list-style-type: none"> - Jazzdance 15,80 € 15,80 € - Judo 6,15 € 6,15 € - Leichtathletik 5,10 € 4,10 € - Moderner Fünfkampf 16,30 € - Rhythmische Sportgymnastik 24,40 € - Showkids 6,00 € 6,00 € - Schwimmen 2,30 € 1,55 € - Tennis** 2,30 € 1,30 € - Volleyball 4,70 € 2,90 € - Wushu 16,30 <p><u>Mitgliederzahl (Stand 1/2011)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kinder / Jugendliche 2.743 - Erwachsene 1.831
Judo Club - Kano Berlin e.V.		Siegener Straße 54 13583 Berlin	Herr Shareef	378 16 42 info@jc-kano-berlin.de	- Judo
Ruder Union Arkona Berlin e.V		Am Bogen 11 13589 Berlin		3611313	
Nachbarn im Kiez e.V.		Im Spektefeld 27a	Frau Gourri/ Herr Gust	Gesundheitsprojekt@nachbarnimkiez.de	<p><u>Projekt Gesundheitstreff</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - internationaler Kochkurs „Multivitamin“ geleitet von der Paul-Gehard-Gemeinde - Informationsabende zu Gesundheitsthemen finden ab August 2010 im FIZ West statt - kostenlosen Geburtsvorbereitungskurs durch Hebamme - Informationsfrühstück „Klein und Gesund“ im FIZ West - Rückbildungsgymnastik Kurs im FIZ - Beratung von Schwangeren und jungen Müttern findet nun ehrenamtlich durch eine Hebamme statt - Seniorentanz - „Spielend bewegen“ findet im FIZ West - Weitere geplante Kurse und Veranstaltungen für die 2. Hälfte 2010 sind: Senioren Yoga, Fahrradkurs, Rückenkurs, Selbsthilfegruppe

					Rücken, Selbsthilfegruppe „Rund und Gesund“, ab September eine wöchentliche Sprechstunde im Schwedenhaus in Kooperation mit der Aidshilfe Berlin zum Thema „Lets talk about sex“ und Infoveranstaltungen zu Gesundheitsthemen und Drogen- und Alkoholmissbrauch in Kooperation mit der Bundesweiten Aktion „Kenn dein Limit“.
Kinder- und Jugendmedizin					
Beck, Christiane Dr. Kroll		Wasserwerk str. 2 13589 Berlin		3731212	
Batsch, Kathrin Grauel, Christine		Siegenerstr. 57 13583 Berlin		3723206	<ul style="list-style-type: none"> - Sprachkenntnisse: russisch - Asthmaschulung
Ev. Waldkrankenhaus Spandau		Stadtrandstr . 555 13589 Berlin	Hr. Jochum		<ul style="list-style-type: none"> - Babyschwimmen - Notfallambulanz - Physiotherapie/Sport- und Rehasentrum
Dr. Hammer (AMZ)		Stadtrandstr asse 555	Fr. Hammer		
Kirchengemeinden					
Paul-Gerhard- Kirchengemeine		Im Spektefeld 26 13589 Berlin		373 62 53 info@ paulgerhardtge meinde.de	<ul style="list-style-type: none"> - der Treff - The Power Girls - Schwedenhaus - Mehrgenerationenhaus - Das Cafe - KoCa (Cafe für Jugendliche nach Konfa- Unterricht)
Ev. Kirchengemeinde Zuflucht		Westerwald str. 16/18 13589 Berlin	Pfarrer Roland Wicher	372 25 23	<ul style="list-style-type: none"> - Krabbelgruppe (3,- €, zurzeit nicht) (Fr. Clausen) - Action Kids - Slacklining - Blockflötenunterricht (Herr Mach)

Kath. Kirchengemeinde St. Markus		Am Kiesteich 50 13589 Berlin	Pfarrer: Heribert S pickenbo m	373 22 16	
Ev. Kirchengemeinde Jeremia		Burbacher Weg 2, 13583 Berlin	Pfarrer Nico Steffen	Gemeindebüro: 372 30 85 Pfarramt: 37 15 36 20	<ul style="list-style-type: none"> - Blockflötenunterricht (Herr Mach) - Elterncafe (Di 8.30- 9.30) - Kindergruppe (Do von 16.30 - 18.00 Uhr, Grundschulalter) - Rosinenbrot und Kaffezeit, (Elternkaffee Do von 8.30 bis 10.00 Uhr) - Kids welcome! (Gottesdienst für Eltern mit Kinder bis 3) - Gottesdienst für Kinder im Kitaalter (Do 10.00 Uhr) - Junge Gemeinde (Jugendliche Dienstag)
Ev. Kirchengemeinde Klosterfelde		Seegefelder Straße 116, 13583 Berlin	Pfarrer Thomas Martschin k	Pfarrhaus: 36995624 Gemeindebüro: 3722863	<ul style="list-style-type: none"> - Kinderstunde (6-12 jährige Di 15:00-16:30 Uhr) - Flöten für Kinder (Di 17.00 Uhr) - Jugendgruppe (Mi 18.30 Uhr) - Elternkreis Drogen- abhängiger (jeden 1.+3. Montag im Monat 19:00 Uhr)
QMs/ freie Träger/ Vereine					
QM Falkenhagener Feld West		Kraeppest r. 3	Herr Fricke	gesopmbh@arc or.de 030 30360802	
QM Falkenhagener Feld Ost		Pionierstr. 129	Fr. Pfeiffer Hr. Mayer	pfeiffer@s.t.e.r. n.berlin.de	
Trialog e.V.		Groenerstr. 24	Fr. Aydt- Abadian	36758260	<ul style="list-style-type: none"> - Familienberatung im FF- Bauspielplatz, Pionierstr. 195, MO 15-18 Uhr (Fr. Petzel-Micknaus) - Aufsuchende Elternhilfe in Berlin Spandau im Familientreff Wilhelmine (Fr. Aydt-Abadian) - Familienrat (Fr. Aydt-Abadian) - Familientreff Wilhelmine mit verschiedenen Projekten (Weverstr. 72-Spandau)
Casablanca			Fr. Faack	308322711	<ul style="list-style-type: none"> - Hilfen zur Erziehung

					<ul style="list-style-type: none"> - Kriesendienste - Schulsozialarbeit - Kinderbeteiligung - Hilfen für behinderte junge Menschen - Offene kinder- und Jugendarbeit
BGFF e.V.			Fr. Delwa	55953290 4440154	<ul style="list-style-type: none"> - Projekt „Regenbogen“ in Kita Drachenburg - Projekt „Dialog“ im Hort und in den Räumen der GS im Beerwinkel - Geschichtswerkstatt in Spandau - LSK-Projekte (für Jugendliche) - Projekt „Falkenhorst“
Nachbarn im Kiez e. V.			Fr. Gourri	gourri@t-online.de	<ul style="list-style-type: none"> - Nachhilfeprojekt - Gesundheitsprojekt - Seniorenprojekt
Bezirksamt Spandau					
Bezirksstadtrat Abt. Soziales und Gesundheit		Galenstr. 14-24, 13597 Berlin	Jürgen Vogt		
Gesundheitsamt Amtsärztin		Carl- Schurz-Str. 2-6, 13578 Berlin	Frau Med. Dipl. Gudrun Widders,		
Planung und Koordinierungsst elle Gesundheitsamt		Galenstr. 12- 14, 13597 Berlin	Frau Achilles und Frau Saalfrank	e.achilles@ba-spandau.berlin.de 90279 4032 r.saalfrank@ba-spandau.berlin.de	
Kinder- und Jugendgesundheit tsdienst		Klosterstr. 36, 13581 Berlin	Fr. Scheffler	902972255	<ul style="list-style-type: none"> - Sprechstunde: DI 13-15 Uhr; DO 16-18 Uhr; FR 9-11 Uhr - Postnataler Informationsbesuch durch Sozialarbeiter - Kostenlose pädiatrische Untersuchung - Beratung bzgl. Ernährung, Pflege, Versorgung und Entwicklung von Kindern

					<ul style="list-style-type: none"> - Kostenlose Kita- Aufnahmeuntersuchungen - Früherkennungsuntersuchungen der 3,5- 4,5 jährigen Kinder in Kitas - Einschuluntersuchungen - Impfungen von Schulklassen - Ausgabe von Berechtigungsscheinen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz - Unterstützung bei pädagogischen, rechtlichen, wirtschaftlichen, finanziellen Problemen und schwierigen Wohnsituationen - Information über Eltern- Kindergeld, Kita- Anmeldung und weiteren Kontaktmöglichkeiten
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst		Recklinghauer Weg 24, 13583 Berlin		37104411	Sprechstunde: MO 13-15 Uhr
Bezirksstadtrat Bildung, Kultur und Sport		Carl-Schurz-Str. 8 13597 Berlin	Gerhard Hanke		
Regionaler Sozialer Dienst-Region 3		Südekumzeile 3/3a, 13591 Berlin	Hr. Sareika	3670 - 7721	
Jugendamt		Südekumzeile 3, 13591 Berlin	Herr Wurl	367077-26 wurl@rg3.jugendamtspandau.de	

L:\SozGesPK\SozGes PK 1_2\AKTIONSRaum_Plus\Projektantraege\Ev_Waldkrankenhaus\Institutionen_FF_Anlage_STK_Pro_12012_Korrektur_Ach.doc



**Evangelisches
Waldkrankenhaus Spandau**
Ein Unternehmen der Paul Gerhardt Diakonie

Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau
Stadtrandstraße 555-561 · 13589 Berlin

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Charité – Universitätsmedizin Berlin

**Evangelisches
Waldkrankenhaus Spandau**

Stadtrandstraße 555-561
13589 Berlin

**Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin**

Telefon 030 3702-1022
Telefax 030 3702-2380
paediatric@
waldkrankenhaus.com

Bevölkerungsfragebogen

20.10.2011

www.pgdiakonie.de

**PD Dr. med. habil.
Frank Jochum**

Chefarzt
Ärztlicher Direktor

Telefon 030 3702-1021
f.jochum@
waldkrankenhaus.com

Schwerpunkte

Allergologie, Pulmologie,
Pädiatrische Neurologie und
Perinatalzentrum Level I

Sehr geehrte Damen und Herrn,

Im Rahmen des Projektes „Netzwerk Präventionsmedizin und Gesundheitsförderung“ der Initiative Aktionsräume Plus der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, führen wir eine Befragung zu sozialen und gesundheitlichen Angeboten im Stadtteil Falkenhagener Feld durch.

Die Teilnahme an dieser Befragung ist freiwillig und anonym.

Wir bitten Sie, die Fragen vollständig zu beantworten und weisen darauf hin, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt.

Wir möchten uns im Voraus für Ihr Interesse und Ihre Mitarbeit bedanken.



Zertifiziert nach KTQ



Mitglied im Diakonischen Werk

1 | 3

Sie wohnen im Falkenhagener Feld : ja nein

Geschlecht: weiblich männlich

Deutschkenntnisse: gut schlecht

Alter: _____

1. Stehen Sie einem Kind/Jugendlichem oder mehreren Kindern oder Jugendlichen nahe?

ja nein

2. Wenn ja, sind sie:

- Mutter/Vater (auch Adoptiv- und Stiefeltern)
- Oma/Opa
- Tante/Onkel
- sonstiges und zwar: _____

3. Wie alt ist bzw. sind die Kinder/Jugendlichen, die Ihnen nahe stehen? (Mehrere Antworten sind möglich?)

- 0 - 2 Jahre
- 3 - 5 Jahre
- 6 - 12 Jahre
- 13 -18 Jahre

4. Gibt es Probleme bei Kindern und Jugendlichen? (Mehrere Antworten sind möglich.)

- Ernährung/ Gewicht
- Bewegung
- Infektionskrankheiten/ Impfungen
- Vorsorgeuntersuchungen
- Drogen / Alkohol/ Zigaretten
- Computer/ Fernsehen
- Verhaltensauffälligkeiten/ Gewalt
- Sprachentwicklung
- Zahngesundheit
- keine
- sonstige Probleme: _____

5. **Kennen** Sie Angebote die Kinder, Jugendliche und Eltern nutzen können? (Mehrere Antworten sind möglich.)

- Sportangebote und zwar: _____

- Bildungsangebote und zwar: _____

- Eltern/ Kind Angebote und zwar: _____

- Jugendangebote und zwar: _____

- Gesundheitsangebote und zwar: _____

- Elternangebote und zwar: _____

- sonstiges Angebote: _____

- keine

6. **Nutzen** Kinder und Jugendliche bzw. Sie selber diese Angebote? (Mehrere Antworten sind möglich.)

- Sportangebote und zwar: _____

- Bildungsangebote und zwar: _____

- Eltern/ Kind Angebote und zwar: _____

- Gesundheitsangebote und zwar: _____

- Elternangebote und zwar: _____

- sonstige Angebote: _____

- keine

7. Warum werden die Angebote nicht genutzt?

8. Welche Angebote für Kinder, Jugendliche und Eltern fehlen aus Ihrer Sicht?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



**Evangelisches
Waldkrankenhaus Spandau**
Ein Unternehmen der Paul Gerhardt Diakonie

Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau
Stadtrandstraße 555-561 · 13589 Berlin

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Charité – Universitätsmedizin Berlin

**Evangelisches
Waldkrankenhaus Spandau**

Stadtrandstraße 555-561
13589 Berlin

**Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin**

Telefon 030 3702-1022
Telefax 030 3702-2380
paediatric@
waldkrankenhaus.com

Jugendfragebogen

01.11.2011

www.pgdiakonie.de

**PD Dr. med. habil.
Frank Jochum**

Chefarzt
Ärztlicher Direktor

Telefon 030 3702-1021
f.jochum@
waldkrankenhaus.com

Schwerpunkte

Allergologie, Pulmologie,
Pädiatrische Neurologie und
Perinatalzentrum Level I

An die Schüler der B-Traven-Oberschule,

Im Rahmen des Projektes „Netzwerk Präventionsmedizin und Gesundheitsförderung“ der Initiative Aktionsräume Plus möchten wir euch zu sozialen und gesundheitlichen Angeboten im Stadtteil Falkenhagener Feld befragen.

Die Teilnahme an dieser Befragung ist freiwillig und anonym.

Wir bitten dich, die Fragen vollständig zu beantworten und machen dich darauf aufmerksam, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt.

Wir möchten uns im Voraus für dein Interesse und deine Mitarbeit bedanken.



Zertifiziert nach KTO



Mitglied im Diakonischen Werk

1 | 3

Du wohnst im Falkenhagener Feld? ja nein

Du bist? weiblich männlich

Deine Muttersprache ist? _____

Wie alt bist Du? _____

In die wievielte Klasse gehst Du? _____

1. Wo siehst du besondere Probleme bei dir oder deinen Freunden? (Mehrere Antworten sind möglich.)

- Gewicht/ Ernährung
- Bewegung
- Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis)
- Schwangerschaften
- Sexueller Missbrauch
- Drogen
- Alkohol
- Zigaretten
- Computer
- Fernsehen
- Gewalt
- Mobbing
- Kriminalität
- Sprache
- Zahngesundheit
- keine
- sonstige: _____

2. **Kennst** du Angebote, die von dir genutzt werden können? (Mehrere Antworten sind möglich.)

- Sportangebote** (z.B. Fußball, Turnen), welche?: _____
- Bildungsangebote** (z.B. Nachhilfe), welche?: _____
- Beratungsangebote** (z.B. Suchtberatung), welche?: _____
- Jugendangebote** (z.B. Jugendtreff), welche?: _____
- Gesundheitsangebote** (z.B. Ernährungsberatung), welche?: _____
- sonstiges Angebote:** _____
- keine**



3. **Nutzt** du oder deine Eltern diese Angebote? (Mehrere Antworten sind möglich.)

- Sportangebote und zwar: _____
- Bildungsangebote und zwar: _____
- Beratungsangebote und zwar: _____
- Jugendangebote und zwar: _____
- Gesundheitsangebote und zwar: _____
- sonstige Angebote: _____
- keine

4. Wenn nein, warum nicht?

5. Welche Angebote/Beratungen fehlen dir in deiner Wohnumgebung? (Mehrere Antworten sind möglich.)

- Ernährungs-/ Gewichtsberatung
- Bewegungsberatung
- Gesundheitsberatung (z.B. über Infektionskrankheiten, über das Impfen)
- Sexualaufklärung (z.B. über Sexuallykrankheiten, Schwangerschaften)
- Beratung für Opfer sexueller Gewalt
- Suchtberatung für Drogen/ Alkohol/Zigaretten
- Suchtberatung für Computer/ Fernsehen
- Beratung für Gewaltopfer/ Mobbingopfer
- Beratung für Gewalttätige
- Beratung/ Hilfe für Sprachschwierigkeiten
- keine
- sonstige: _____

6. Wo sollten deiner Meinung nach die Angebote/Beratungen stattfinden?

- Schule
- Jugendtreff
- zu Hause als Einzelfallhilfe (z.B. durch den Sozialarbeiter)
- auf der Straße durch Streetworker
- Vereine
- Familienzentren (z.B. das FIZ, Mehrgenerationenhaus)
- sonstige: _____

Vielen Dank für deine Mitarbeit!



**Evangelisches
Waldkrankenhaus Spandau**
Ein Unternehmen der Paul Gerhardt Diakonie

Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau
Stadtrandstraße 555-561 · 13589 Berlin

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Charité – Universitätsmedizin Berlin

**Evangelisches
Waldkrankenhaus Spandau**

Stadtrandstraße 555-561
13589 Berlin

**Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin**

Telefon 030 3702-1022
Telefax 030 3702-2380
paediatric@
waldkrankenhaus.com

Institutionen Fragebogen

20.10.2011

www.pgdiakonie.de

**PD Dr. med. habil.
Frank Jochum**

Chefarzt
Ärztlicher Direktor

Telefon 030 3702-1021
f.jochum@
waldkrankenhaus.com

Schwerpunkte

Allergologie, Pulmologie,
Pädiatrische Neurologie und
Perinatalzentrum Level I

Sehr geehrte Damen und Herrn,

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Netzwerk Präventionsmedizin und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jungendalter“ der Aktionsräume Plus des Senats für Stadtentwicklung, führen wir eine Befragung zur Nutzung von sozialen und gesundheitlichen Angeboten im Stadtteil Falkenhagener Feld durch.

Die Teilnahme an dieser Befragung ist freiwillig und anonym.

Wir bitten Sie, die Fragen vollständig zu beantworten und weisen darauf hin, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt.

Wir möchten uns im Voraus für Ihr Interesse und Ihre Mitarbeit bedanken.



Zertifiziert nach KTQ



Mitglied im Diakonischen Werk

1 | 5

1. Sie sind Beschäftigter einer Institution im Falkenhagener Feld, die mit Kindern/Jugendlichen arbeitet:

ja nein

2. Wenn ja, in welchem Bereich:

Kita: _____

Hort: _____

Grundschule: _____

Oberschule: _____

Familien-/ Jugendzentrum: _____

Verein: _____

Jugendamt: _____

sonstige: _____

3. Wie alt sind die Kinder/Jugendlichen, mit denen Sie arbeiten? (Mehrere Antworten sind möglich.)

0 - 5 Jahre

6 - 12 Jahre

13 -18 Jahre

4. Wo sehen Sie besondere gesundheitliche und soziale Probleme bei den Kindern und Jugendlichen Ihrer Einrichtung? (Mehrere Antworten sind möglich.)

Ernährung/ Gewicht

Bewegung

Infektionskrankheiten/ Impfungen

Vorsorgeuntersuchungen

Drogen / Alkohol/ Zigaretten

Computer/ Fernsehen

Verhaltensauffälligkeiten/ Gewalt

Sprachentwicklung

Zahngesundheit

keine

sonstige: _____

5. Gibt es Angebote in **Ihrer** Institution, die eine oder mehrere dieser Problematiken aufgreift?

ja nein

6. Wenn ja, welche Angebote sind das?

7. Kennen Sie Angebote/Institutionen im Falkenhagener Feld, die die oben genannten Probleme aufgreifen?

ja nein

8. Wenn ja, welche und wo sind diese verortet?

9. Bestehen bei Ihnen Kooperationen mit anderen Institutionen im Frankenhagener Feld?
(Mehrere Antworten sind möglich.)

ja, mit

- Kita: _____
- Hort: _____
- Grundschule: _____
- Oberschule: _____
- Familien-/ Jugendzentrum: _____
- Verein: _____
- sonstige: _____

Nein, es bestehen keine Kooperationen.

10. Werden Ihrer Meinung nach bestehende Angebote von den Betroffenen ausreichend genutzt?

ja nein

11. Wenn ja, welche sind das und wo werden sie vorwiegend genutzt?

12. Wenn nein, was könnten Ursachen für eine fehlende Nutzung sein?

13. Welche gesundheitlichen und sozialen Angebote für Kinder, Jugendliche und Eltern fehlen aus Ihrer Sicht im Falkenhagener Feld? (Mehrere Antworten sind möglich.)

Beratungsangebote

- Ernährung/ Gewicht
- Bewegung
- Infektionskrankheiten/ Impfungen
- Vorsorgeuntersuchungen
- Drogen / Alkohol/ Zigaretten
- Computer/ Fernsehen
- Verhaltensauffälligkeiten/ Gewalt
- Sprachentwicklung
- sonstige: _____

praktische Angebote (Kurse/ Workshops vor Ort)

- Ernährung/ Gewicht
- Bewegung
- Infektionskrankheiten/ Impfungen
- Vorsorgeuntersuchungen
- Drogen / Alkohol/ Zigaretten
- Computer/ Fernsehen
- Verhaltensauffälligkeiten/ Gewalt
- Sprachentwicklung
- sonstige: _____

Einzelfallhilfe (auch vor Ort mit Familien)

- Ernährung/ Gewicht
- Bewegung
- Infektionskrankheiten/ Impfungen
- Vorsorgeuntersuchungen
- Drogen / Alkohol/ Zigaretten
- Computer/ Fernsehen
- Verhaltensauffälligkeiten/ Gewalt
- Sprachentwicklung
- sonstige: _____

sonstige: _____

- Ernährung/ Gewicht
- Bewegung
- Infektionskrankheiten/ Impfungen
- Vorsorgeuntersuchungen
- Drogen / Alkohol/ Zigaretten
- Computer/ Fernsehen
- Verhaltensauffälligkeiten/ Gewalt

- Sprachentwicklung
- sonstige: _____

14. Sehen Sie einen speziellen Handlungsbedarf in Ihrer Einrichtung zur Lösung gesundheitlicher und sozialer Probleme?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Hypothesen und Fragen zu den Bevölkerungsfragebögen

Hypothesen

1. Die Bevölkerung ist sich der gesundheitlichen Problematik von Kindern und Jugendlichen bewusst.
2. Es besteht grundsätzlich wenig Wissen über bestehende soziale und gesundheitliche Angebote in der Bevölkerung.
3. Bestehende Angebote werden nicht ausreichend genutzt.
4. Eine fehlende Informationslage ist Hauptursache für die Nichtinanspruchnahme von bestehenden Angeboten.
5. Niederschwellige Angebote werden besser genutzt.
6. Im Bereich Falkenhagener Feld besteht ein Mangel an gesundheitlichen Angeboten.

Fragen zu den Hypothesen

1. Problembewusstsein

- Besteht ein Problembewusstsein bei der Bevölkerung?
 - In Abhängigkeit vom Alter?
 - In Abhängigkeit vom Geschlecht?
 - In Abhängigkeit vom Deutschkenntnissen?
 - In Abhängigkeit vom den Verhältnissen zu den Kindern?
 - In Abhängigkeit vom Alter der nahestehenden Kinder?
- In welchen Bereichen besteht ein Problembewusstsein bei den Mitarbeitern in Institutionen?
 - In Abhängigkeit vom Alter?
 - In Abhängigkeit vom Geschlecht?
 - In Abhängigkeit vom Deutschkenntnissen?
 - In Abhängigkeit vom den Verhältnissen zu den Kindern?
 - In Abhängigkeit vom Alter der nahestehenden Kinder?

2. Bekanntheitslage der Angebote

- Sind Angebote bei der Zielgruppe bekannt?
 - In Abhängigkeit vom Alter?
 - In Abhängigkeit vom Geschlecht?
 - In Abhängigkeit vom Deutschkenntnissen?
 - In Abhängigkeit vom den Verhältnissen zu den Kindern?
 - In Abhängigkeit vom Alter der nahestehenden Kinder?
- Wie bekannt sind die einzelnen Angebote?
 - In Abhängigkeit vom Alter?
 - In Abhängigkeit vom Geschlecht?
 - In Abhängigkeit vom Deutschkenntnissen?
 - In Abhängigkeit vom den Verhältnissen zu den Kindern?
 - In Abhängigkeit vom Alter der nahestehenden Kinder?

3. Nutzungsverhalten

- Werden Angebote genutzt?
 - In Abhängigkeit vom Alter?
 - In Abhängigkeit vom Geschlecht?
 - In Abhängigkeit vom Deutschkenntnissen?
 - In Abhängigkeit vom den Verhältnissen zu den Kindern?
 - In Abhängigkeit vom Alter der nahestehenden Kinder?
- Welche Angebote werden hauptsächlich genutzt?
 - In Abhängigkeit vom Alter?
 - In Abhängigkeit vom Geschlecht?
 - In Abhängigkeit vom Deutschkenntnissen?
 - In Abhängigkeit vom den Verhältnissen zu den Kindern?
 - In Abhängigkeit vom Alter der nahestehenden Kinder?
- In wie weit unterscheidet sich der Nutzungsgrad einzelner Angebote nach Bekanntheitsgrad der Befragten?
 - In Abhängigkeit vom Alter?
 - In Abhängigkeit vom Geschlecht?
 - In Abhängigkeit vom Deutschkenntnissen?
 - In Abhängigkeit vom den Verhältnissen zu den Kindern?

- In Abhängigkeit vom Alter der nahestehenden Kinder?
- Welche Gründe werden für die „Nichtnutzung“ von Angeboten hauptsächlich genannt?
 - In Abhängigkeit vom Alter?
 - In Abhängigkeit vom Geschlecht?
 - In Abhängigkeit vom Deutschkenntnissen?
 - In Abhängigkeit vom den Verhältnissen zu den Kindern?
 - In Abhängigkeit vom Alter der nahestehenden Kinder?

4. Angebots- und Handlungsbedarf

- Für welche Problembereiche besteht weiterer Angebotsbedarf im Falkenhagener Feld?
 - In Abhängigkeit vom Alter?
 - In Abhängigkeit vom Geschlecht?
 - In Abhängigkeit vom Deutschkenntnissen?
 - In Abhängigkeit vom den Verhältnissen zu den Kindern?
 - In Abhängigkeit vom Alter der nahestehenden Kinder?

Hypothesen und Fragen zu den Jugendfragebögen

Hypothesen

1. Die Jugendlichen sind sich der gesundheitlichen Problematik bewusst.
2. Die Jugendlichen im Falkenhagener Feld sind nur unzureichend über soziale und gesundheitliche Angebote informiert.
3. Eine gute Informationslage bzgl. bestehender Angebote hat einen positiven Einfluss auf das Nutzungsverhalten.
4. Niederschwellige Angebote werden besser genutzt.
5. Im Bereich Falkenhagener Feld besteht ein Mangel an gesundheitlichen Angeboten.

Fragen zu den Hypothesen

1. Problembewusstsein

- Besteht ein Problembewusstsein bei den Jugendlichen?
 - in Abhängigkeit vom Geschlecht?
 - In Abhängigkeit vom Alter/ Klassenstufe?
 - In Abhängigkeit von der Muttersprache?
- In welchen Bereichen besteht ein Problembewusstsein bei den Jugendlichen?
 - in Abhängigkeit vom Geschlecht?
 - In Abhängigkeit vom Alter/ Klassenstufe?
 - In Abhängigkeit von der Muttersprache?

2. Bekanntheitslage der Angebote

- Sind Angebote bei der Zielgruppe bekannt?

- in Abhängigkeit vom Geschlecht?
- In Abhängigkeit vom Alter/ Klassenstufe?
- In Abhängigkeit von der Muttersprache?
- Wie bekannt sind die einzelnen Angebote?
 - in Abhängigkeit vom Geschlecht?
 - In Abhängigkeit vom Alter/ Klassenstufe?
 - In Abhängigkeit von der Muttersprache?

3. Nutzungsverhalten

- Werden Angebote genutzt?
 - in Abhängigkeit vom Geschlecht?
 - In Abhängigkeit vom Alter/ Klassenstufe?
 - In Abhängigkeit von der Muttersprache?
- Welche Angebote werden hauptsächlich genutzt?
 - in Abhängigkeit vom Geschlecht?
 - In Abhängigkeit vom Alter/ Klassenstufe?
 - In Abhängigkeit von der Muttersprache?
- In wie weit unterscheidet sich der Nutzungsgrad einzelner Angebote nach Bekanntheitsgrad der Befragten?
 - in Abhängigkeit vom Geschlecht?
 - In Abhängigkeit vom Alter/ Klassenstufe?
 - In Abhängigkeit von der Muttersprache?
- Welche Gründe werden für die „Nichtnutzung“ von Angeboten hauptsächlich genannt?
 - in Abhängigkeit vom Geschlecht?
 - In Abhängigkeit vom Alter/ Klassenstufe?
 - In Abhängigkeit von der Muttersprache?

4. Angebots- und Handlungsbedarf

- Für welche Problembereiche besteht weiterer Angebotsbedarf im Falkenhagener Feld?
 - in Abhängigkeit vom Geschlecht?
 - In Abhängigkeit vom Alter/ Klassenstufe?

- In Abhängigkeit von der Muttersprache?
- Wo sollten die Angebote stattfinden?
 - in Abhängigkeit vom Geschlecht?
 - In Abhängigkeit vom Alter/ Klassenstufe?
 - In Abhängigkeit von der Muttersprache?

Hypothesen und Fragen zu den Institutionsfragebogen

Hypothesen

1. Die Akteure haben ein Problembewusstsein bei den Kindern und Jugendlichen ihrer Einrichtung.
2. Die Akteure haben eine gute Informationslage bzgl. der Angebote innerhalb und außerhalb ihrer Einrichtung.
3. In Kindertagesstätten gibt es mehr gesundheitsfördernde Angebote und Kooperationen als in anderen Einrichtungen.
4. Die Akteure sehen niederschwellige Angebote besser genutzt.
5. Die Akteure sehen keinen weiteren Handlungsbedarf bzgl. sozialer und gesundheitsfördernder Angebote.

Fragen zu den Hypothesen

1. Problembewusstsein

- Besteht ein Problembewusstsein bei Institutionsmitarbeitern?
 - in Abhängigkeit von den Institutionen, in denen sie arbeiten?
 - In Abhängigkeit vom Alter der Kinder und Jugendlichen, mit denen sie arbeiten?
- In welchen Bereichen besteht ein Problembewusstsein bei den Mitarbeitern in Institutionen?
 - in Abhängigkeit von den Institutionen, in denen sie arbeiten?
 - In Abhängigkeit vom Alter der Kinder und Jugendlichen, mit denen sie arbeiten?

2. Angebote und Kooperationen in den Einrichtungen

- Welche Angebote gibt es hauptsächlich in den Institutionen?
 - in Abhängigkeit von den Institutionen?
 - In Abhängigkeit vom Alter der Kinder und Jugendlichen, mit denen sie arbeiten?
- Wie viele und welche Kooperationen bestehen in den Institutionen?

- in Abhängigkeit von den Institutionen?
- In Abhängigkeit vom Alter der Kinder und Jugendlichen, mit denen sie arbeiten?

3. Bekanntheitslage der Angebote im Falkenhagener Feld

- Sind den Akteuren Angebote im Falkenhagener Feld bekannt?
 - in Abhängigkeit von den Institutionen?
 - In Abhängigkeit vom Alter der Kinder und Jugendlichen, mit denen sie arbeiten?
- Welche sind bekannt?
 - in Abhängigkeit von den Institutionen?
 - In Abhängigkeit vom Alter der Kinder und Jugendlichen, mit denen sie arbeiten?

4. Nutzungsverhalten

- Werden Angebote ausreichend genutzt?
 - in Abhängigkeit von den Institutionen?
 - In Abhängigkeit vom Alter der Kinder und Jugendlichen, mit denen sie arbeiten?
- Welche Angebote werden genutzt?
 - in Abhängigkeit von den Institutionen?
 - In Abhängigkeit vom Alter der Kinder und Jugendlichen, mit denen sie arbeiten?
- Welche Gründe werden für die „Nichtnutzung“ von Angeboten hauptsächlich genannt?
 - in Abhängigkeit von den Institutionen?
 - In Abhängigkeit vom Alter der Kinder und Jugendlichen, mit denen sie arbeiten?

5. Angebots- und Handlungsbedarf

- Für welche Problembereiche besteht weiterer Angebotsbedarf im Falkenhagener Feld?
 - in Abhängigkeit von den Institutionen?

- In Abhängigkeit vom Alter der Kinder und Jugendlichen, mit denen sie arbeiten?
- In welcher Form sollten diese Angebote erfolgen?
 - in Abhängigkeit von den Institutionen?
 - In Abhängigkeit vom Alter der Kinder und Jugendlichen, mit denen sie arbeiten?
- Welchen Handlungsbedarf sehen Mitarbeiter in ihrer Institution?
 - in Abhängigkeit von den Institutionen?
 - In Abhängigkeit vom Alter der Kinder und Jugendlichen, mit denen sie arbeiten?