

# Zur Seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Landkreis Ostprignitz-Ruppin

Gesundheitsbericht  
des Landkreises Ostprignitz-Ruppin

2. überarbeitete Auflage  
2013





Herausgeber:  
Landkreis Ostprignitz-Ruppin  
Virchowstr. 14-16  
16816 Neuruppin



Gesundheitsamt  
Neustädter Str. 44  
16816 Neuruppin

Telefon: (03391) 688 5301  
Fax: (03391) 688 5302  
E-Mail: [gesundheitsamt@o-p-r.de](mailto:gesundheitsamt@o-p-r.de)  
Internet: <http://www.ostprignitz-ruppin.de>

**Januar 2013**

Nachdruck und Verbreitung des Inhalts – auch auszugsweise – ist nur mit Quellenangabe gestattet.

## Inhalt

	Seite
Vorwort	3
1. Gesundes Aufwachsen und seine Risiken heute	5
1.1. Was braucht ein Kind heute, um gesund aufzuwachsen? – Eine Umfrage des Gesundheitsamtes 2005	5
1.1.1. Qualitative Auswertung	6
1.1.2. Die Wertigkeiten der Kategorien	7
1.1.3. Die Ergebnisse nach Berufsgruppen	8
1.1.4. Zur Interpretation der Ergebnisse	10
1.2. Gesunde Kindheit in der gegenwärtigen Gesellschaft – Bedingungen, Risiken und Schutzfaktoren	12
1.2.1. Entwicklungsbedingungen	12
1.2.2. Risiken gesunder Entwicklung	14
1.2.3. Schutzfaktoren	15
1.3. Ausgewählte Risikofaktoren gesunder Kindheit	16
1.3.1. Armut und soziale Benachteiligung – Ergebnisse der „AWO-ISS-Studien zur Kinderarmut“	16
1.3.2. Verwöhnung	20
1.3.3. Bildschirmmedien	22
1.4. Multiaxiale Diagnostik	27
2. Kindheit in Brandenburg und in Ostprignitz-Ruppin – Eine statistische Zusammenfassung der gegenwärtigen Situation	30
2.1. Familien, Kindheit und Jugend in Brandenburg – Demografische Daten	30
2.1.1. Demografische Entwicklung im Land Brandenburg und im Landkreis Ostprignitz-Ruppin	30
2.1.2. Familien in Brandenburg und Ostprignitz-Ruppin	33
2.1.3. Ausbildung und Erwerbstätigkeit	34
2.2. Daten zur Gesundheitsentwicklung aus der Sicht des Gesundheitsamtes	36
2.2.1. Daten der Frühförderberatung und Frühförderung	36
2.2.2. Schuleingangsuntersuchung und Daten zur Schulreife	38
2.2.3. Einzelbefunde der Schuleingangsuntersuchung	42
2.3. Daten der Jugendhilfe	45
2.3.1. Datenerfassung des Allgemeinen Sozialen Dienstes	45
2.3.2. Altersverteilung der Hilfeempfänger	45
2.3.3. Jugendhilfe und Familien	46
2.4. Daten zur Suchtentwicklung	47
2.4.1. Daten zum Tabakkonsum	48
2.4.2. Daten zum Alkoholkonsum	49
2.4.3. Daten zum Drogenkonsum	50
2.5. Der psychiatrische Versorgungsbedarf in der Region	52
2.5.1. Allgemeines	52
2.5.2. Daten zur psychiatrischen Versorgung in der Region	52
2.5.3. Daten zur psychotherapeutischen Situation in der Region	54
2.6. Kriminelle Delikte von Kindern und Jugendlichen in Ostprignitz-Ruppin	55
2.6.1. Statistische Darstellung der Entwicklung der kriminellen Delikte von Kindern und Jugendlichen	55
2.6.2. Kinder und Jugendliche als Opfer von Straftaten	57

3.	Vorstellungen des Gesundheitsamtes zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Landkreis	58
3.1.	Projekte des Gesundheitsamtes	58
3.2.	Ausblicke	67
3.2.1.	Multiprofessionelle Hilfe; Vernetzung und Fallmanagement	67
3.2.2.	Altersgemäße Hilfen von der Elternschule bis zum Sportverein	69
3.2.3.	Aufeinander Acht geben – Patenschaften und Aufmerksamkeitspunkte	70
3.2.4.	Netzwerk „Gesunde Kinder“	74
3.2.5.	„MIT-EIN-ANDER“ in Kita und Schule (EFFEKT und Anti-Bullying)	76
	Anstelle eines Nachwortes: Die Geschichte eines Brandstifters	78
	Übersicht der Tabellen, Diagramme und Abbildungen	80
	Literatur / Quellenangaben	81

## Vorwort

„Guten Tag“ – ein weltweiter Gruß wird in der chinesischen Schrift durch Zeichen versinnbildlicht. Gut (schön) wird durch die Zusammenfügung der Zeichen Frau und (klein) Kind gebildet. Mit dem morgendlichen Ni hao wird dem Begrüßten das Glücksbild der Mutterschaft überreicht – gesellschaftlich hervorgehoben!

Bitte schließen Sie kurz die Augen und rekapitulieren Sie die letzten konsumierten Fernsehfilme. Welche Person würden Sie gern Ihrer Tochter, Ihrem Enkel als Modell vorschlagen – welche existenzielle Botschaft geben wir weiter ...?

### ***Dinero, quiero dinero. ¿ Entiendes? Dinero no, no tarjetas de crédito. Dinero.***

Wir haben die Zusammenführung von fürsorgerischem Wissen engagierter Frauen mit ärztlicher Heilkunde – abgestimmte einheitliche Mütterberatung/Schwangerenberatung abgeschafft. Kinderarzt-, Gynäkologen-, Hebammen-, Ergotherapeuten-, Kinderpsychologen-, Physiotherapeuten-, Sporttherapeuten-, Medizinpädagogenstellen wurden im Öffentlichen Gesundheitsdienst gestrichen. Abgetrennt von hochqualifizierten Sprechstunden der Frauen- und Kinderärzte wurde ein Sternenhimmel von Beratungsstellen und Informationsbroschüren ausgebildet. Gemeinsam können sie segensreich wirken, nicht selten aber auch verunsichern, Schwangere wie Mütter überfordern, welche Methode soll ich anwenden? Im Konflikt allein gelassen mit „dem Schreikind“ werden, für uns unerklärlich, alte, selbst erlittene Erziehungsmittel/Züchtigungen angewendet...

Die Bindungsforschung zeigt auf: Misshandlungen, rohe Gewalt als Kind selbst erlitten, wird - bei wachem Verstand verurteilt – in der Krise an die nächste Generation weitergegeben...

Die Minnesota-Langzeitstudie und neue entwicklungspathologische Erkenntnisse, zunächst beobachtet im Tierversuch, nun in Minnesota, einem universitären Zentrum der Forschung zur frühen Kindheit, auch durch molekularbiologische Tests an kindlichem Speichel untersucht, belegt ein erschreckendes Bild. Rohe Gewalt, (sexueller) Missbrauch erzeugt nicht „nur“ seelische Narben, die vielleicht durch Frühförderung, Psychotherapie überwunden werden können – nein, jede rohe Gewalt, besonders ausgeprägt in früher Kindheit, führt zu einer Beeinträchtigung der gesamten körperlichen, psychischen und seelischen Entwicklungspfade. Es konnte belegt werden, dass die Freischaltung von Genen als Voraussetzung der Bildung von wichtigen Enzymen oder Hormonen nicht bzw. nicht zeitgerecht stattfindet – neuronale Netze werden nicht angelegt, der Aufbau gesunder Hirnarchitektur gestört. Ähnlich wie bei den tiefgreifenden intrauterinen Entwicklungsbeeinflussungen durch Rauchen oder Alkohol werden Weichen für eine gesunde Entwicklung falsch gestellt mit lebenslang anhaltenden Auswirkungen! Die grundlegende Veränderung neuronaler Schaltkreise kann abgelesen werden als Störung der Vigilanz – Wachsamkeit. Negative emotionale Signale in Gesichtern Dritter - Zorn, Gewaltandrohung - werden übersensibel wahrgenommen, verbunden mit Störung der Verarbeitung eigener emotionaler Prozesse. Die Störung der Selbstregulation ist besonders ausgeprägt in den Bereichen Angst und Furcht! Aufgewachsen, stark geworden wird dies zur Quelle für Aggressivität. Die Bedeutung unkontrollierten Fernsehkonsums wird im Bericht beschrieben. Dort werden Aggressionsmodelle vermittelt, Vampire, Werwölfe, Monsterjäger, Zauberer – in jedem Fall Personen, die emotionslos mit hohen Kollateralschäden agieren, werden zu Leitbildern. Töten wird in der

Telekommunikation zum Selbstverständlichen, durch Erreichen höherer Level sogar positiv verstärktes Mittel der Zielerreichung.

In unserem Bericht werden Einzelbefunde statistisch erfasst, verglichen und Tendenzen aufgezeigt. Nicht zuletzt versuchen wir, theoretische Erkenntnisse der Wissenschaft in die Praxis zu spiegeln, Ideen und Erfolge der letzten Jahre hervorzuheben und an erfolgreichen Beispielen wie Kindernetzwerk, Antibullying oder Familienservicestelle darzustellen.



*Dr. med. Thomas Münchow*  
Amtsarzt

# 1. Gesundes Aufwachsen und seine Risiken heute

*Karin Schaffner*

*Was ein Kind zum Leben braucht!*

*Was ein Kind zum Leben braucht  
Sind Eltern, die es lieben,  
die ihm Sicherheit, Vertrau'n  
und Mut zum Leben geben.  
Wichtig sind für jedes Kind  
Auch die Anverwandten:  
Die Geschwister, Großeltern  
Onkel und auch Tanten.*

*Lasst die Kinder leben,  
frei nach Entfaltung streben und  
wie ein bunter Schmetterling  
in die Luft erheben!*

*Was ein Kind zum Leben braucht  
Ist genug zu essen,  
auch das trinken und genießen,  
woll'n wir nicht vergessen.  
Wichtig ist für jedes Kind  
Spielen und bewegen,  
Dazu Freunde die mit ihm  
Geh'n auf vielen Wegen.*

*Lasst die Kinder leben,  
frei nach Entfaltung streben und  
wie ein bunter Schmetterling  
in die Luft erheben!*

*Was ein Kind zum Leben braucht  
Ist Neugier – Lust auf Leben!  
Fantasie und Forscherdrang  
Seien ihm gegeben.  
Wichtig ist die Offenheit  
Für's Neue, Schöne, Ferne,  
Für die Kunst und für Musik  
Für Sonne, Mond und Sterne*

*Lasst die Kinder leben,  
frei nach Entfaltung streben und  
wie ein bunter Schmetterling  
in die Luft erheben!*

## 1.1. Was braucht ein Kind heute, um gesund aufzuwachsen? – Eine Umfrage des Gesundheitsamtes 2005

Gesundheit ist für die meisten Menschen ein hohes Gut. Jedem ist es wichtig, gesund zu sein und die eigenen Kinder gesund aufwachsen zu sehen. In der Definition der Weltgesundheitsorganisation ist Gesundheit nicht allein das „Fehlen von Krankheit und Gebrechen“, Gesundheit ist in ihrem weitesten Sinne ein „Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens.“<sup>1</sup> Übertragen auf die Entwicklung von Kindern bedeutet dies: Gesunde Kindheit besteht nicht nur im Ausbleiben ernsthafter Erkrankungen, gesunde Kindheit beinhaltet ebenso körperliche Entwicklung, umfangreiches Lernen und das Erleben sozialer Geborgenheit. Was braucht es dazu?

Unter der Fragestellung „Was braucht ein Kind heute, um gesund aufzuwachsen?“ führte das Gesundheitsamt im Sommer 2005 eine Befragung im Landkreis Ostprignitz-Ruppin durch<sup>2</sup>. Es wurden ca. 500 Fragebögen an Kinderärzte, Hebammen, Kindergärten, Schulen, Psychologen und Einrichtungen der Jugendhilfe verschickt, in denen wir um Auflistung derjenigen Bedingungen baten, die notwendig sind um Kinder gesund aufwachsen zu lassen. Wir erhielten 128 beantwortete Fragebögen zurück.

<sup>1</sup> Kurzdefinition der WHO von 1946, vgl. [www.who.int](http://www.who.int)

<sup>2</sup> ein Exemplar des Fragebogens befindet sich im Anhang des Berichtes. Der Anhang kann im Gesundheitsamt des Landkreises Ostprignitz-Ruppin eingesehen oder abgefragt werden.

114 Fragebögen waren durch Erwachsene bearbeitet worden, 14 Fragebögen hatten Schulkinder beantwortet. Zum Teil hatten mehrere Personen gemeinsam einen Bogen ausgefüllt. So kamen gemeinsame Antworten von mehreren Erzieherinnen und Lehrerinnen, von Kita-Kollegien und Schulkonferenzen zustande. Die Ergebnisse werden im Folgenden zusammengefasst.

### 1.1.1. Qualitative Auswertung

Die eingegangenen Fragebögen wurden qualitativ ausgewertet. Dabei interessierten die Fragen:

- Gibt es einen Grundkonsens über die Bedingungen gesunder Kindheit?
- Welche Faktoren bestimmen diesen Konsens?

Außerdem erwarteten wir von der Gesamtschau der einzelnen Antworten ein Denk- und Wertigkeitenprofil über verschiedene Professionen und Lebensbereiche hinweg.

Im Fragebogen lautete die erste Frage: *„Bitte notieren Sie fünf (oder mehr) Bedingungen, die notwendig sind, damit Kinder körperlich und seelisch gesund aufwachsen können.“* Die Antworten enthielten jeweils freie Aufzählungen von Bedingungen, die der oder die Teilnehmer subjektiv beschrieben und kommentiert hatten. Aus der Gesamtmenge der erhaltenen Antworten bildeten wir 21 Kategorien. Diese stellen ein grobes Raster dar, welches Mehrfachnennungen infolge Mehrdeutigkeiten und beispielhafter Umschreibung zulässt. Die einzelnen Kategorien und die Häufigkeit ihrer Besetzung, sind in Tabelle 1 aufgelistet.<sup>3</sup>

Tabelle 1: Umfrage des Gesundheitsamtes: Qualitative Kategorien

Rang	Kategorie	Nennungen
1	eine sichere Familie	100
2	Liebe und Geborgenheit	89
3	Ernährung	78
4	Bewegung	60
5	Aufmerksamkeit/ Zuwendung/ Zeit	56
6	soziale Beziehungen außerhalb der Familie	50
7	Orientierung und Regeln/ Konsequenz	43
8	Anregung und Förderung	42
9	Tagesstruktur	41
10	gesundes Lebensumfeld	32
11	ärztliche Untersuchungen	29
12	materielle Voraussetzungen/ Grundbedürfnisse	27
13	Freiheit und Entfaltung	26
14	körperliches Wohlbefinden/ Gesundheit	24
15	öffentliche Bildung	20
16	gesellschaftliche Förderung und Unterstützung	20
17	Rückhalt und Stärkung	15
18	Gewaltfreiheit und Respekt	14
19	Vorbilder/ Werte/ Religiosität	12
20	eingeschränkter Medienkonsum	11
21	Schutz in einer friedlichen Welt	2

<sup>3</sup> Eine Liste aller genannten Bedingungen sowie aller abgegebenen Bewertungen kann beim Gesundheitsamt angefordert werden.

Am häufigsten wurden Bedingungen benannt, die sich unter dem Begriff „**sichere Familie**“ zusammenfassen lassen. Eine Familie sollte *haltgebend, stützend, liebevoll, orientierend, selbst gut integriert, stabil, intakt, ausgeglichen* sein. Dazu gehören *Bindung an die Eltern, Kontinuität, Nestwärme*, kurz: *Ein stressfreies Zuhause, ohne größere Probleme der Eltern*<sup>4</sup>.

„Kinder brauchen verlässliche Bindungspersonen, die ihnen Liebe, Wärme und Geborgenheit geben.“ (Team der Integrationskita Kyritz)

„Eine ausgeglichene, intakte Familie, in der Vater und Mutter an der Erziehung beteiligt sind.“ (Hoehne, Bratschedl, Lehrer)

An zweiter Stelle folgten Aufzählungen, die **Liebe und Geborgenheit** umschreiben. Dies sind *Fürsorge, Wärme, Nähe, Zärtlichkeit* und *„es auch einmal aussprechen, dass man sich gerne hat“*.

„Liebe – Liebe ist für mich das Wichtigste, um ein Kind großzuziehen. Denn Liebe setzt Vertrauen voraus. Meine Kinder, auch die, die ich nicht selber geboren habe, wissen das. Mein Mann und ich lieben sie mit allen ihren Fehlern, Rückschlägen. Und egal was sie anstellen, wir lieben sie. Ohne wenn und aber. Diese Sicherheit, dass da jemand ist, der zu ihnen steht, gibt ihnen Selbstvertrauen und macht sie stark. Und das ist in unserer Zeit wichtig.“ (B. Gleitner, Ing. für Textiltechnik)

**Ausreichende, regelmäßige, ausgewogene, kindgerechte, gemeinsame und gesunde Ernährung** findet sich auf dem dritten Platz. Dazu gehören *„Obst, Gemüse, Vollkorn“, „wenig Fast Food“, „selbst zubereitete Mahlzeiten“, Milch, Milchspeisen, Tee, sauberes Trinkwasser, die Reduzierung von Konservierungsstoffen, Zucker, Geschmacksverstärkern* und nicht zuletzt *die gute Atmosphäre beim Essen*.

Der Ernährung folgt **Bewegung** auf dem vierten Platz. Hierbei geht es um *Spiel und Sport, an der frischen Luft*, um *ausreichende, regelmäßige und viele Möglichkeiten zum Toben und aktiv sein*.

An fünfter Stelle stehen **Aufmerksamkeit und Zuwendung**, die sich ausdrücken *im Interesse und im Zeithaben für die Bedürfnisse der Kinder, in gemeinsamen Erlebnissen, in Gesprächen und im Zuhören, im guten Miteinander und dem gemeinsamen Gestalten*.

Den ersten fünf folgen weitere sechzehn Kategorien die wesentliche Bestandteile der familiären Erziehung und Förderung sowie öffentlicher Gesundheitsversorgung und Jugendförderung zum Inhalt haben. Die Auflistung aller Nennungen und der Besetzungen der einzelnen Kategorien sind im Anhang zu finden.

### 1.1.2. Die Wertigkeiten der Kategorien

Wir baten im Fragebogen um eine Gewichtung der aufgelisteten Bedingungen: „Nummerieren Sie die fünf Bedingungen, die Sie am wichtigsten finden in absteigender Reihenfolge.“ Dieser Bitte folgten 98 Teilnehmer der Befragung.

Wie in Tabelle 2 zu sehen ist, führte die Auswertung der vorgenommenen Gewichtungen zu Verschiebungen in der Rangfolge einzelner Kategorien. Unstrittig die wichtigste Bedingung bleibt die sichere Familie, eng gefolgt von Liebe und Geborgenheit. Beide Bedingungsgruppen liegen eng beieinander und bilden eine

<sup>4</sup> Die kursiv geschriebenen Aufzählungen geben die Antworten der Befragungsteilnehmer wieder.

Einheit als ein stabiles, liebevolles Zuhause. „Gesunde und ausreichende Ernährung“ folgt wiederum auf dem dritten Platz. Die Inhalte der Kategorie „Aufmerksamkeit/ Zuwendung/Zeit“ erfahren mithilfe der Wertpunkte eine deutliche Aufwertung und nehmen jetzt den vierten Rang ein.

*„Das Wichtigste ist ein sicheres, liebevolles „Nest“, in dem ein Kind gedeihen und sich entfalten kann.“ (A. B. Hornbogen, Hebamme)*

Tabelle 2: Rangfolge der Bedingungen für gesundes Aufwachsen, nach Bewertung durch Teilnehmer

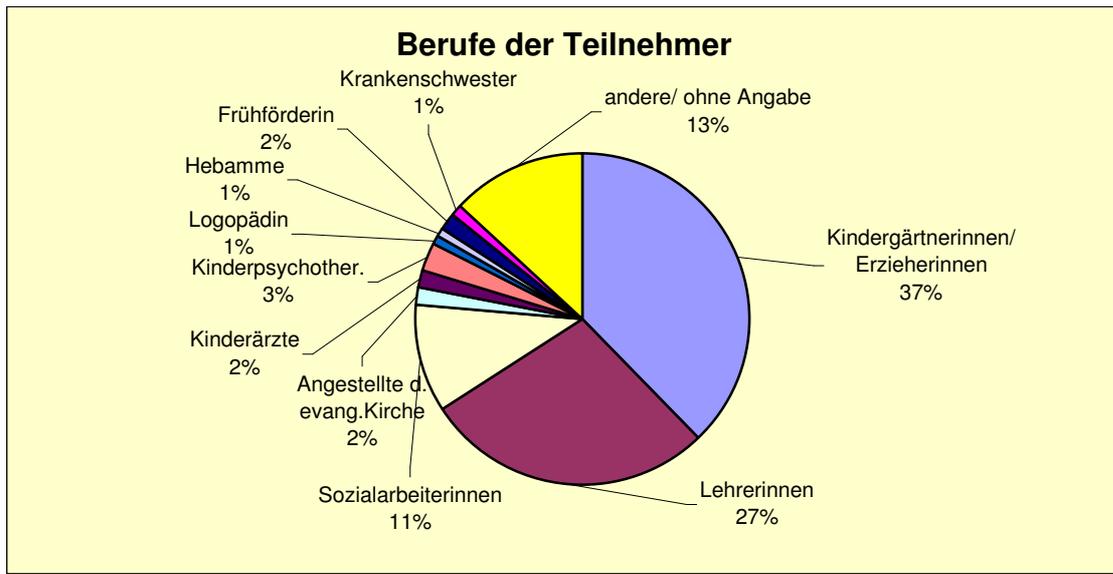
Rang	Kategorie	Wertpunkte
1	eine sichere Familie	470
2	Liebe und Geborgenheit	454
3	Ernährung	304
4	Aufmerksamkeit/ Zuwendung/ Zeit	249
5	Bewegung	183
6	Tagesstruktur	157
7	Orientierung und Regeln/ Konsequenz	145
8	soziale Beziehungen außerhalb der Familie	130
9	Anregung und Förderung	126
10	gesundes Lebensumfeld	111
11	materielle Voraussetzungen/ Grundbedürfnisse	94
12	körperliches Wohlbefinden/ Gesundheit	88
13	ärztliche Untersuchungen	72
14	Freiheit und Entfaltung	62
15	öffentliche Bildung	56
16	gesellschaftliche Förderung und Unterstützung	48
17	Gewaltfreiheit und Respekt	48
18	Rückhalt und Stärkung	41
19	Vorbilder/ Werte/ Religiosität	35
20	eingeschränkter Medienkonsum	24
21	Schutz in einer friedlichen Welt	7

### 1.1.3. Die Ergebnisse nach Berufsgruppen

Obwohl das Gesundheitsamt Personen vieler Lebensbereiche angeschrieben hatte waren die meisten zurückgesendeten Fragebögen durch Angehörige pädagogischer Berufe bearbeitet worden. Diagramm 1 zeigt die prozentuale Zusammensetzung der Teilnehmer nach ihrer Berufszugehörigkeit.<sup>5</sup> Mit dem Ziel der Übersichtlichkeit fassten wir die Teilnehmer(innen) in Berufsgruppen zusammen: Kindergärtnerinnen und Erzieherinnen, Lehrer, Sozialarbeiter (einschl. Mitarbeiter der evangelischen Kirche), Mitarbeiter des Gesundheitswesens sowie andere.

<sup>5</sup> Eine Darstellung der zahlenmäßigen Zusammensetzung der Teilnehmer befindet sich im Anhang des Berichtes.

Diagramm 1: Umfrage des Gesundheitsamtes 2005: Prozentualer Anteil der teilnehmenden Berufe.



Ein Ziel der Umfrage bestand darin, herauszufinden, ob es in der Wahrnehmung von Bedingungen zum gesunden Aufwachsen von Kindern berufsbedingte Unterschiede gibt und worin sich diese Unterschiede ausdrücken. Um dies zu untersuchen bildeten wir für jede zusammengefasste Berufsgruppe eine Rangfolge der genannten und gewichteten Bedingungen. Tabelle 3 zeigt die jeweils sechs häufigsten Nennungen<sup>6</sup>.

Tabelle 3: Umfrage des Gesundheitsamtes 2005: Unterschiedliche Wertigkeiten verschiedener Berufsfelder

Kindergärtnerinnen/ Erzieherinnen (43 Teilnehmer)	Lehrerinnen und Lehrer (32 Teilnehmer)	Sozialarbeiterinnen u. Mitarbeiterinnen der evang. Kirche (14 Teilnehmer)	Mitarbeiter des Gesundheitswesens	Andere
Liebe und Geborgenheit	Sichere Familie	Liebe und Geborgenheit	Sichere Familie	Liebe und Geborgenheit
Sichere Familie	Ernährung	Ernährung	Liebe und Geborgenheit	Sichere Familie
Ernährung	Bewegung	Sichere Familie	Anregung/ Förderung	Ernährung
Bewegung	Aufmerksamkeit/ Zeit/ Zuwendung	Soziale Beziehungen außerhalb der Familie	Bewegung	Aufmerksamkeit/ Zeit/ Zuwendung
Soziale Beziehungen außerhalb der Familie	Orientierung und Regeln/ Konsequenz	Anregung und Förderung	Aufmerksamkeit/ Zeit/ Zuwendung	Gesundes Lebensumfeld
Aufmerksamkeit/ Zeit/ Zuwendung	Anregung und Förderung	Aufmerksamkeit/ Zeit/ Zuwendung	Materielle Grundversorgung	Bewegung

Es ist zu erkennen, dass sowohl die Aufgabenstellung der Berufe als auch die berufsbedingten Erfahrungen ihren Niederschlag in den Antworten unserer Umfrage finden. So orientieren sich Kindergärtnerinnen und Erzieherinnen vorrangig an den Bedürfnissen jüngerer Kinder, die sie täglich über einen längeren Zeitraum begleiten und betreuen. In ihren Antworten spielen Geborgenheit, Sicherheit und Zuwendung

<sup>6</sup> Eine Übersicht über die Wertung aller Bedingungen befindet sich im Anhang.

eine große Rolle, ebenso Ernährung und Bewegung als Voraussetzungen für die körperliche und geistige Entwicklung der Jüngsten. Interessant ist hierbei die große Bedeutung, die den sozialen Beziehungen der Kleinen außerhalb der Familie zugemessen wird<sup>7</sup>.

Der berufliche Schwerpunkt von Lehrern und Lehrerinnen liegt gemeinhin in der Vermittlung von Wissen, wobei die Abforderung von Leistung eine wesentliche Rolle spielt. Dieser Schwerpunkt findet sich in den Antworten von Lehrern und Lehrerinnen wieder. Mit Sicherheit und Zuwendung werden Lern- und Entwicklungsvoraussetzungen benannt, ebenso wie Ernährung und Bewegung. Hinzu kommen Orientierung und Regeln sowie Anregung/Förderung als wesentliche und richtungsweisende Unterstützung von Schülern beim Lernen. Liebe und Geborgenheit findet sich auf Rang 7.

Die Tätigkeit von Sozialarbeitern im Allgemeinen und der Mitarbeiter des Jugendamtes fokussiert grundsätzliche Lebens- und Aufwuchsbedingungen. Dies sind zuerst Liebe und Geborgenheit, gefolgt von Ernährung und familiärer Sicherheit, weiterhin die schützenden sozialen Beziehungen außerhalb der Familie. Zuwendung und Förderung folgen dem nach.

Die kleine und sehr heterogene Gruppe der im Gesundheitswesen Berufstätigen setzt sich aus ärztlichen, therapeutischen und pflegenden Berufen zusammen. Als übergreifender Blickwinkel kann die Behandlung von Störungen und Erkrankungen sowie die Schwerpunktsetzung auf gesunder Kindheit im wörtlichsten Sinne betrachtet werden. Hier sind die sichere Familie, gleichsam wie Liebe und Geborgenheit die wichtigsten Bedingungen, gefolgt von Anregung, Bewegung und Zuwendung.

#### 1.1.4. Zur Interpretation der Ergebnisse

Von den ca. 500 angeschriebenen Personen und Institutionen wurde unsere Umfrage durch 114 Erwachsene beantwortet, von denen 67% in Kindergärten und Schulen arbeiten. Somit repräsentieren die hier dargestellten Ergebnisse die Einschätzungen einer verhältnismäßig kleinen Gruppe engagierter Menschen, die vorrangig lehrend und erziehend tätig sind. Die Sichtung der eingegangenen Fragebögen zeigte, dass sich die Teilnehmer in ihren Antworten sowohl von ihren Grundüberzeugungen über gesunde Kindheit, als auch von den erlebten Defiziten der jeweils betreuten Kinder leiten ließen. In diesem Sinne kann eine Interpretation der oben dargestellten Ergebnisse in mehreren Richtungen erfolgen.

Erstens: Mehrheitlich wird ein (pädagogisch orientierter) Konsens wertvoller Bedingungen für das gesunde Aufwachsen von Kindern deutlich. Diese Bedingungen sind eine sichere Familie, Liebe und Geborgenheit, gesunde Ernährung, Zuwendung und Zeit für Kinder sowie die Förderung der Kinder durch Bewegung, Regeln und Struktur. Das „Auslaufmodell Familie“ hat sich noch lange nicht überholt, es gewinnt unter dem Eindruck wirtschaftlicher und sozialpolitischer Verunsicherung vielmehr an Bedeutung.

*„Kinder brauchen Liebe, Geborgenheit und Harmonie, Vertrauen und Vertrautheit, Zeit, angehört zu werden. Kinder brauchen eine gute Erziehung, ihr Tatendrang und ihr Wissensdurst sollte gefördert werden. Kinder sollten viel spielen, um all ihre Aktivitäten und Phantasien entfalten zu können. Kinder müssen lernen, Regeln zu befolgen und Pflichten zu übernehmen. Eine gesunde Ernährung und viel Bewegung an der frischen Luft ist für Kinder sehr wichtig. Gemeinsam mit anderen Kindern von*

---

<sup>7</sup> Wenn man diese Wertung mit den Inhalten der Abschnitte 1.2.1. „Entwicklungsbedingungen“ und 1.2.3. „Schutzfaktoren“ in Bezug setzt, entsteht der Eindruck, dass Kindergärtnerinnen und Erzieherinnen hier den Schutzraum „soziale Beziehungen außerhalb der Familie“ gegen unzureichend erlebte Elternhäuser setzen wollen.

*klein auf in einer Kita spielen, lernen und aktiv sein. Im täglichen Umgang mit anderen Kindern wird ein gesundes Sozialverhalten erlangt.“ (Iris Schroeter, Erzieherin)*

Zweitens: Die aufgelisteten Auskünfte geben Bedürfnisse und Verunsicherungen wieder, welche die Teilnehmer der Befragung erleben und als Forderungen für eine gesunde Kindheit festhalten. So betrachtet sind in einer weithin friedlichen und gesicherten Umgebung Grundvoraussetzungen wie Frieden, Gesundheitsversorgung und Sicherung der (Über-)Lebensbedingungen so selbstverständlich, dass sie als Bedingungen nicht mehr genannt werden. Jedoch verweisen die Befragungsteilnehmer auf unsichere und belastete Familienkonstellationen, in denen Kinder mit einem Zuwenig an Liebe, Fürsorge, Zuwendung und Interesse aufwachsen. So gesehen bestürzen die vorderen Ränge für Ernährung und Bewegung, sind sie doch ein Hinweis auf mangelhafte, ungesunde Ernährung und unzureichende Bewegung der Jüngsten. Der Umfang, mit dem diese Hinweise die tatsächliche Situation im Landkreis widerspiegeln, wird im Kapitel 2 untersucht.

*„Ich erlebe im Rahmen meiner Arbeit als Verkehrserzieher immer wieder, dass Kinder im Unterricht unkonzentriert und „zappelig“ sind. Der Grund dafür ist meistens, dass sie nicht gefrühstückt haben, oft sogar allein aufstehen und zur Schule gehen mussten (1. Klasse). Diese Kinder haben auch nur selten oder sehr ungesundes Frühstück dabei.“ (Fr. Feierbach, Polizeibeamtin)*

*„Familie bestehend aus Vater und Mutter! Kinder leiden oft unter dem häufigen Partnerwechsel oder der Single-Familie.“ (Mitarbeiter der Kita Waldring)*

*„Eine tragfähige Gemeinschaft innerhalb der Familie, die gemeinsam Freud und Leid teilt. ... Gegenwirken gegen die Hektik, Resignation und Brutalität (Ellenbogengesellschaft).“ (Elisabeth Krüger, Kinderdiakonin)*

*„Wissen alle und schieben alle Probleme auf Geldmangel. Geld wird diese Probleme nicht lösen. Zuneigung und Liebe kann man nicht kaufen.“ Und mündlich ergänzt: „Jeder Mensch hat das Recht geschätzt zu werden. Wenn die Menschen eine Beschäftigung haben, werden sie geschätzt. Auch der Steinesammler auf dem Trecker ist nützlich und wird geschätzt.“ (Gerhard Possekel, Kinderarzt)*

Es sind Unterschiede zwischen den Ergebnissen unserer Umfrage und den Schwerpunkten der öffentlichen – gesamtdeutschen – Diskussion zu erkennen: Während in den öffentlichen Erörterungen die Vermittlung von vorrangig christlich benannten Werten diskutiert wird, betonen die Teilnehmer der Befragung das Erleben eines zuverlässigen und warmherzigen Miteinander innerhalb der Familie (Liebe, Aufmerksamkeit, Orientierung, Regeln, Förderung). Eine Betonung reiner (schulischer) Wertevermittlung ist selten zu finden.

Ein weiterer Unterschied besteht in der Zuschreibung und Annahme von Verantwortung. Während die öffentliche Diskussion mehr individuelle Verantwortungsübernahme einfordert, sehen die Umfrageteilnehmer öffentliche Angebote als wesentlich für die Entwicklung einer gesunden Generation an, gerade unter den Umständen schwieriger Familienverhältnisse. Dazu gehören vor allem die Gewährleistung (professioneller) sozialer Beziehungen außerhalb der Familie, regelmäßige ärztliche Untersuchungen, öffentliche Bildung sowie gesellschaftliche Förderung und Unterstützung.

*„Erziehungsfähige Eltern – durch Familienbildung u.a. in Form von pflichtiger Mütterberatung, Elternkurse (Ernährung, gesundes Leben, Pädagogik), letztlich verlässlich aufsuchende Strukturen für Bedürftige“ (A. Hefenbrock, Leiterin des Jugendamtes)*

*„Verantwortlichkeit der Gesellschaft gegenüber den Kindern und Jugendlichen:*

- Schulessen/ Milch
- Hort/ individuelle Betreuung
- Spiel- und Sportstätten
- Freizeitangebote altersgerecht und kostengünstig
- Ferienbetreuung
- zusätzliche Fördermöglichkeiten → Ergotherapie, Sprachheilpädagogik, Betreuung ... (Kollegen der Linden-Schule, Förderschule in Kyritz)

*„Eine Umgebung/eine Gesellschaft, die Kinder willkommen heißt und entsprechende Strukturen anbietet = Kindergärten, Schulen, Spielplätze/Jugendeinrichtungen etc. und auf die QUALITÄT der jeweiligen Betreuung großen Wert legt.“ (M. Heim, Dipl.-Psychologin)*

## **1.2. Gesunde Kindheit in der gegenwärtigen Gesellschaft – Bedingungen, Risiken und Schutzfaktoren**

### **1.2.1. Entwicklungsbedingungen**

Jeder Mensch ist eine einzigartige Persönlichkeit mit ererbten Veranlagungen, sozialen Erfahrungen und erlerntem Können. Ein Neugeborenes ist genetisch vorgeprägt. Im Leib seiner Mutter entwickelte es einen Körper und sammelte schon erste Erfahrungen. Es hörte die Sprache der Mutter, nahm an ihrem Rhythmus teil, kommunizierte über Bewegung und Zuwendung.

Nach seiner Geburt ist das Kind Teil seiner Familie. Insbesondere in den ersten Lebensjahren ist die Bindung an Mutter und Vater lebensbestimmend. Hier findet das Kind Sicherheit, hier lernt es Gefühle, Moral und Verhalten. Die Eltern wirken als Vorbild und Korrektiv. Später werden die Anderen wichtig: Geschwister, Verwandte, Freunde, Nachbarn – mit wachsenden Fähigkeiten erweitert das Kind sein soziales Umfeld. Mit Schulbeginn nimmt es am gesellschaftlichen Leben teil: Schulkameraden, Lehrer und Freizeitangebote gewinnen an Einfluss. Bald löst sich der Jugendliche von seiner Familie und sucht seinen eigenen Weg.

*Sind so kleine Hände....  
Bettina Wegener*

*Sind so kleine Hände  
winz'ge Finger dran.  
Darf man nie drauf schlagen  
die zerbrechen dann.*

*Sind so kleine Füße  
mit so kleinen Zehn.  
Darf man nie drauf treten  
könn' sie sonst nicht geh'n.*

*Sind so kleine Ohren  
scharf, und ihr erlaubt.  
Darf man nie zerbrüllen  
werden davon taub.*

*Sind so schöne Münder  
sprechen alles aus.  
Darf man nie verbieten  
kommt sonst nichts mehr raus.*

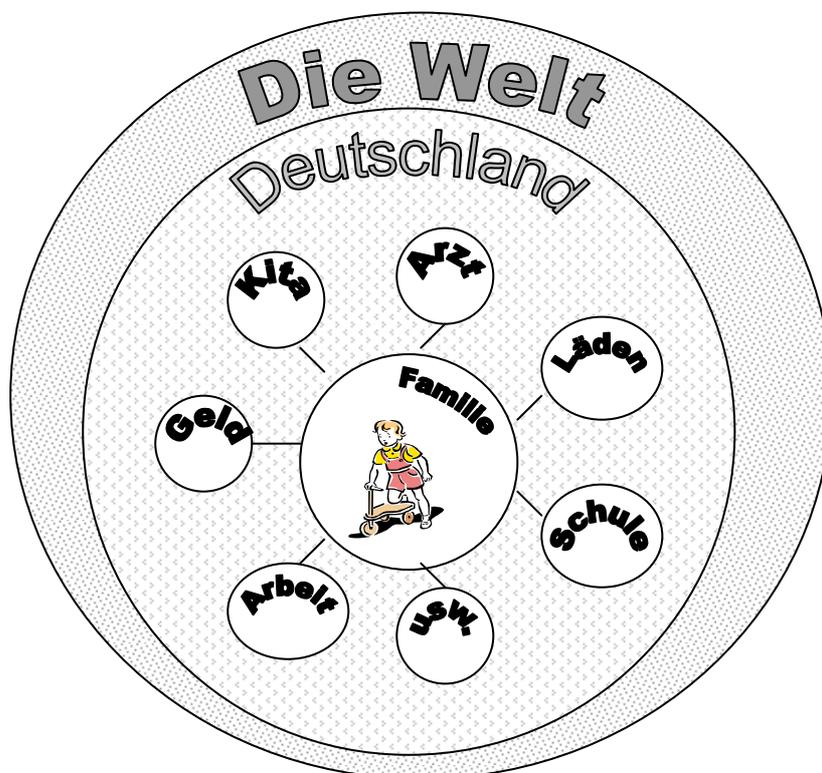
*Sind so klare Augen  
die noch alles sehn.  
Darf man nie verbinden  
könn' sie nichts versteh'n.*

*Sind so kleine Seelen  
offen und ganz frei.  
Darf man niemals quälen  
geh'n kaputt dabei.*

*Ist so'n kleines Rückgrat  
sieht man fast noch nicht.  
Darf man niemals beugen  
weil es sonst zerbricht.*

*Grade, klare Menschen  
wär'n ein schönes Ziel.  
Leute ohne Rückgrat  
hab'n wir schon zuviel.*

Abbildung 1: Einbettung von Kindheit und Familie



Die Familie selbst ist Teil der Gesellschaft. Sie wird von den wirtschaftlichen, politischen, sozialen, moralischen und kulturellen Vorgängen ringsum wesentlich beeinflusst. Die beruflichen Erfahrungen der Eltern, die finanzielle Ausstattung der Familie, die Umweltbedingungen des Wohnortes, das Vorhandensein medizinischer Einrichtungen, von Bildungsangeboten und kulturellen Möglichkeiten – das alles wirkt

auf die Familie und auf die Entwicklung des Kindes ein. Eine Erörterung der Entwicklungsbedingungen von Kindern sollte somit alles im Auge haben: die Eltern, die familiengerechte Gesellschaft und nicht zuletzt ein Lebensumfeld, in dem Kinder Kinder sein dürfen.

## 1.2.2. Risiken gesunder Entwicklung

Entsprechend der oben dargestellten Entwicklungszusammenhänge liegen die Risiken einer gesunden Entwicklung in Besonderheiten des Individuums, der Familie und des sozialen/ökologischen Umfeldes, welche die kindlichen Entwicklungsbedürfnisse nachhaltig beeinträchtigen.

**Individuelle Risikofaktoren** bestehen zunächst in vorgeburtlich angelegten Erkrankungen und Gefährdungen des Kindes. Eine ungünstig verlaufende Geburt kann Schäden verursachen, die als individuelle Beeinträchtigungen die kindliche Entwicklung behindern. Bestimmte Veranlagungen (Prädispositionen) können Krankheiten und Störungen vorbereiten, die in späteren Stresssituationen zum Ausbruch kommen.

**Familiäre Risikofaktoren** sind für die weitere Entwicklung des Kindes von größter Bedeutung. Dazu gehören z.B. chronische Armut, geringe Bildung der Eltern, belastete und unsichere familiäre Beziehungen, Alkoholismus und psychische Erkrankungen naher Familienmitglieder. Je jünger das Kind bei Beginn derartiger Lebensumstände ist und je länger diese anhalten, desto grundsätzlicher, schädlicher und langfristiger wirken sie sich auf die geistige, seelische und körperliche Entwicklung des heranwachsenden Menschen aus. Neben unzureichender Versorgung sind inzwischen auch die unpassende bzw. übersteigerte Versorgung und „Förderung“ des Kindes in die fachliche Diskussion geraten. Zu hohe Erwartungen, Verwöhnung und Medienkonsum werden zu familiären Risiken, wenn sie die geistige und körperliche Entwicklung der Kinder hemmen<sup>8</sup>.

**Gesellschaftliche Risikofaktoren** wirken vermittelt auf das Leben von Familien und Kindern. Seit vielen Jahren ist das Thema der Verstädterung in der Diskussion. „Verstädterung“ beschreibt das Verschwinden kindgemäßer ungestalteter Spiel- und Bewegungsräume zugunsten von Verkehr, Wirtschaftsgebäuden und Wohnansiedelungen. Verunsicherte Eltern befürchten mögliche Unfälle, Übergriffe oder Verbrechen und hindern ihre Kinder zunehmend am freien, entdeckenden, unbewachten Spiel. So wachsen Kinder - insbesondere in Städten - in verinselten, überwachten und von Erwachsenen vorstrukturierten Sozialräumen auf.

*"Von der zunehmenden Verstädterung, der allgemeinen Reizüberflutung, der Einschränkung des Spiel- und Bewegungsraums gehen negative Wirkungen aus, sodass sich beim Durchschnittskind von heute bereits bei Schulantritt vielfach Störungen der Gesundheit wie Nervosität, Konzentrationsmangel, Bewegungsunruhe, Haltungsschwäche, Überernährung und psychosomatische Beeinträchtigungen finden lassen" (Hartung 1987, S. 16).*

Mit dem Verschwinden freier Erlebnisräume einher verschiebt sich das Spielverhalten vom Entdecken und Ausdenken hin zum Konsumieren. Der „Kunde Kind“ wird umworben und entwickelt. Mit den Angeboten wächst der Druck auf die Eltern, Spielsachen, Medien und „Erlebnisangebote“ einzukaufen. Inmitten vollgestellter Kinderzimmer fehlt der Platz zum Spielen. Die Heranwachsenden entwickeln

---

<sup>8</sup> Die Folgen dieser Risiken thematisieren wir in den Abschnitten 1.3.2 und 1.3.3.

Kompetenzen im Umgang mit neuen Medien und verlieren an Fähigkeiten im gemeinsamen Miteinander.

*„Da Kinder und Jugendliche heute in erster Linie Spielsachen, Beschäftigungsprogramme und Freizeitangebote konsumieren, entwickeln sie eine andere Einstellung zu Objekten, aber auch zu sich selbst: Sie besitzen weniger Selbstvertrauen, da ihnen das Bewusstsein der Körperbeherrschung und die aus dem Produzieren resultierenden Erfolgserlebnisse fehlen. Auch eignen sie sich nicht mehr die Wirklichkeit durch Körpertätigkeit an, fällt der Übergang vom Spiel zur Arbeit schwerer. Schon früh entsteht eine Konsumhaltung, die durch Werbung und Medien (Weckung neuer Bedürfnisse) sowie die materielle Verwöhnung durch viele Eltern (oft aus einem schlechten Gewissen heraus) noch gefördert wird.“ (TEXTOR, 1995)*

Veränderungen der Arbeitswelt wie Technisierung, Globalisierung, Flexibilisierung und gestiegene Leistungserwartungen verändern das Familien(zusammen)leben. Sie beschleunigen einen Wertewandel, der die Zusammensetzung von Familien, die Rolle der Frau, Erziehungsvorstellungen und nicht zuletzt die Erwartungen und Forderungen an Kinder und Jugendliche verändert und vervielfältigt. Sie werden verstärkt als „Partner“ in die Gedanken- und Problemwelt der Eltern einbezogen, erhalten frühzeitig erwachsene Rechte, aber auch erwachsene Verantwortungen. Kinder erleben beruflich stark belastete – oder arbeitslose Eltern, die für kindliche Nöte nicht zuverlässig ansprechbar sind. Sie befinden sich im Widerspruch zwischen „verwöhnender“ Unterforderungen einerseits und hohen Leistungserwartungen andererseits. Ein Widerspruch der von vielen Schulen und Ausbildungseinrichtungen aufgenommen und weitergetragen wird.

### 1.2.3. Schutzfaktoren

Das Konzept der „Schutzfaktoren“ wurde 1955 erstmals durch die Amerikanerin Emmy E. Werner publiziert. Unter dem Fachbegriff „Resilienzforschung“ hat es inzwischen Weiterentwicklung und vielfache Veröffentlichung gefunden. Schutzfaktoren sind Eigenschaften der Person, der Familie oder der Umgebung eines Kindes, die auch unter ungünstigen Lebensbedingungen ein gesundes Aufwachsen ermöglichen können.

Als **Persönliche Schutzfaktoren** werden Merkmale wie Offenheit, Aktivität und geringe Irritierbarkeit genannt. Diese bilden sich später zu guter Reaktionsfähigkeit, Spielfreude, Neugier, Konzentrationsfähigkeit und der Bereitschaft, Hilfe anzunehmen aus.

**Familiäre Schutzfaktoren** können eine günstige Geschwisterposition oder das Vorhandensein mindestens eines fürsorglichen und stabilen Erwachsenen sein, der dem Kind eine sichere Beziehung gewährleistet.

In der Fortsetzung sind **Schutzfaktoren der Umwelt** u.a. funktionierende Hilfsangebote an die Familie, zuverlässige und kindgerechte Betreuung in Kindergärten/Schulen etc. sowie herausragende einzelne Erwachsene, die für die betroffenen Kinder Bezugsperson und Vorbild sein können.

Das Konzept der Schutzfaktoren eröffnet eine optimistischere Perspektive auf die mögliche Entwicklung von Problemkindern. Familiäre Risikofaktoren und ungünstige Lebensbedingungen führen nicht geradlinig zu schlechten Entwicklungsverläufen.

*„So besteht in jedem Entwicklungsstadium von der Geburt bis zum Erwachsenenalter ein wechselndes Gleichgewicht zwischen Belastungen, die die Verletzlichkeit erhöhen und Schutzfaktoren, die die Widerstandsfähigkeit vergrößern. Sind jedoch die Belastungen größer als die Schutzfaktoren, so kann auch das widerstandsfähigste Kind Probleme haben.“ (Lehmkuhl)*

### 1.3. Ausgewählte Risikofaktoren gesunder Kindheit

Im Gesundheitsbericht 2004 stellte das Gesundheitsamt bereits die Risikofaktoren Lärm, Verkehr und Ernährung dar. Im vorliegenden Bericht konzentrieren wir uns daher auf die Beschreibung der Risiken Armut, Verwöhnung und Medienmissbrauch.

#### 1.3.1. Armut und soziale Benachteiligung – Ergebnisse der „AWO-ISS-Studien zur Kinderarmut“

In der Praxis werden die Auswirkungen von Langzeitarbeitslosigkeit und familiärer Armut auf die kindliche Entwicklung schon lange beobachtet. Nichtsdestotrotz fanden Kinderarmut und ihre Folgen bisher wenig Raum in Forschung und öffentlicher Diskussion. In diesem wenig entwickelten Wissenschaftsgebiet führte das „Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS)“ von 1997 bis 2000 ein umfassendes Forschungsprojekt zur Armut von Kindern und Jugendlichen durch. Im Auftrag des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt (AWO) wurden 900 Vorschulkinder aus dem gesamten Bundesgebiet hinsichtlich der materiellen Ausstattung ihrer Familie und ihres Entwicklungsstandes untersucht. In der Schulzeit nachfolgende Befragungen verfolgten den Lebensweg dieser Kinder weiter und lieferten umfangreiche Informationen zur Auswirkung familiärer Armut auf die Lebenschancen der jüngeren Generation.

Wie in Kapitel 2 beschrieben wird, erlebt der Landkreis Ostprignitz-Ruppin gegenwärtig die Verarmung breiter Bevölkerungsgruppen. Die Resultate der AWO-ISS-Studien sind somit bedeutsam für unseren Landkreis und sollen deshalb im folgenden Kapitel zusammengefasst werden.<sup>9</sup>

#### Umfang und Verteilung von Kinderarmut in Deutschland

Im Jahr 1998 bezogen in Deutschland knapp drei Millionen Personen Leistungen zum laufenden Lebensunterhalt, darunter ca. eine Million Kinder und Jugendliche. Die Autoren der AWO-ISS-Studie fanden arme Kinder in allen einbezogenen Kommunen mit hoher Konzentration von Armut in Großstädten und in „sozialen Brennpunkten“. Besonders betroffen sind dabei Kinder aus Migrantenfamilien, Kinder aus Ein-Eltern-„Familien“ sowie Kinder aus kinderreichen Familien. Ein wesentliches Armutsrisiko bilden Erwerbslosigkeit, fehlende Berufsausbildung und geringe bzw. fehlende Schulabschlüsse der Eltern.

*„Je größer die Gemeinde ist, aus der die untersuchten Vorschulkinder kommen, desto höher ist der Armutsanteil: In Gemeinden mit einer Einwohnerzahl von weniger als 20.000 liegt die Armutsquote bei etwa 18 Prozent, bei Kommunen mittlerer Größe (zwischen 20.000 und 100.000 Einwohnern) liegt die Quote schon bei 27 Prozent. In größeren Städten mit mehr als 100.000 Einwohnern schließlich erreicht die Armutsbetroffenheit schon fast ein Drittel.“ (AWO-ISS 4/2000 S.48)*

---

<sup>9</sup> Zu Auftrag, Forschungsdesign und Zahlenmaterial vgl. Hock, Beate, Holz, Gerda, Simmedinger, Renate, Wüstendörfer, Werner: „Gute Kindheit – Schlechte Kindheit? Armut und Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen für Politik, Wissenschaft und Praxis zur 1. AWO-ISS-Studie von 1997 bis 2000. ISS-Pontifex

## Was ist Kinderarmut?

Kinderarmut besteht nicht allein im Fehlen finanzieller Möglichkeiten. Die Lebenssituation von Kindern wird wesentlich von den Wertigkeiten und persönlichen Möglichkeiten ihrer Eltern geprägt. Somit ist neben der materiellen Ausstattung der Familie die Verteilung des Wenigen ebenso von Bedeutung wie die Fähigkeit der Eltern, ihre Kinder trotz Armut zu begleiten und zu unterstützen.

Die Forscher des ISS entwickelten eine Definition von Kinderarmut, die in mehreren Ebenen die Teilhabe der Kinder an den materiellen und sozialen Ressourcen ihrer Familie erfasst. (Tabelle 4).

Der Ausgangspunkt der Definition ist die als „**familiäre Armut**“ bezeichnete materielle Notlage der betroffenen Familie. Diese ist gegeben, wenn das gesamte Einkommen der Familie niedriger ist als 50 Prozent des Durchschnittseinkommens ist.

Tabelle 4: Definition des Begriffes „Kinderarmut“

(1) Materielle Situation des Haushaltes ( „ <b>familiäre Armut</b> “ )	
<b>(2-5) Dimensionen der Lebenslage des Kindes</b>	
(2) <b>Materielle</b> Versorgung des Kindes	Grundversorgung, d.h. Wohnen, Nahrung, Kleidung; materielle Partizipationsmöglichkeiten
(3) „Versorgung“ im <b>kulturellen</b> Bereich	z.B. kognitive Entwicklung, sprachliche und kulturelle Kompetenzen, Bildung
(4) Situation im <b>sozialen</b> Bereich	Soziale Kontakte, soziale Kompetenzen
(5) <b>Psychische und physische</b> Lage	Gesundheitszustand, körperliche Entwicklung

Zur Bestimmung der Auswirkungen der familiären Armut auf die Lebenslage<sup>10</sup> des Kindes sind vier Dimensionen von Bedeutung. Die **materielle Versorgung** des Kindes beinhaltet dessen Grundversorgung. Dazu gehört ausreichende Ernährung, adäquate Bekleidung, ausreichend Wohnraum sowie Teilhabe am Vermögen der Familie. Die Dimension der „**Versorgung**“ im **kulturellen Bereich** bezieht sich auf den Erwerb intellektueller, sprachlicher und kultureller Kompetenzen. Dazu gehören zum Beispiel Alltagswissen, Arbeitsverhalten, Sich-Ausdrücken-Können etc. Die Situation im **sozialen Bereich** beschreibt die Menge und Güte sozialer Kontakte oder die in der Familie erlernbaren Umgangsweisen. Die Dimension der **psychischen und physischen Lage** gibt zum Abschluss eine Übersicht über den Gesundheitszustand und die körperliche Entwicklung des Kindes.

<sup>10</sup> Der Begriff der Lebenslage umfasst die Gesamtheit aller Umstände in denen eine Person lebt und die Möglichkeiten (Spielräume), welche diese Umstände dem Menschen lassen.

## Ergebnisse der Studie

### Einfluss familiärer Armut auf das Leben von Kindern im Vorschulalter

Die Untersuchung von 900 Vorschulkindern aus 60 Kindertagesstätten Deutschlands zeigte die deutlichen Auswirkungen familiärer Armut auf die Lebenssituation der Jüngsten. In allen vier Dimensionen der Lebenslage erleben arme Kindergartenkinder deutlich häufiger Einschränkungen bzw. Auffälligkeiten als ihre nicht-armen Altersgenossen.

Tabelle 5: <sup>11</sup> Anteil der Kinder im Vorschulalter mit Einschränkungen in den vier zentralen Dimensionen der Lebenslage (Arme/ Nichtarme Kinder)

Dimension	Arme Kinder		Nichtarme Kinder	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Grundversorgung	220	40	598	15
Kultureller Bereich	203	36	586	15
Sozialer Bereich	219	36	618	18
Gesundheitszustand	225	31	640	20

Einschränkungen im Bereich der *materiellen Versorgung* zeigen sich z.B. in fehlenden Zahlungen von Essengeld, schlechter Ernährung oder unzureichender körperlicher Pflege. Mängel im *kulturellen Bereich* äußern sich im Spielen, Sprechen und Arbeiten der Kinder. Kinder mit Einschränkungen im *sozialen Bereich* zeigen sich kontaktärmer, weniger wissbegierig und äußern seltener ihre Wünsche. *Beeinträchtigungen der Gesundheit* drücken sich am deutlichsten in Verzögerungen der körperlichen Entwicklung aus.

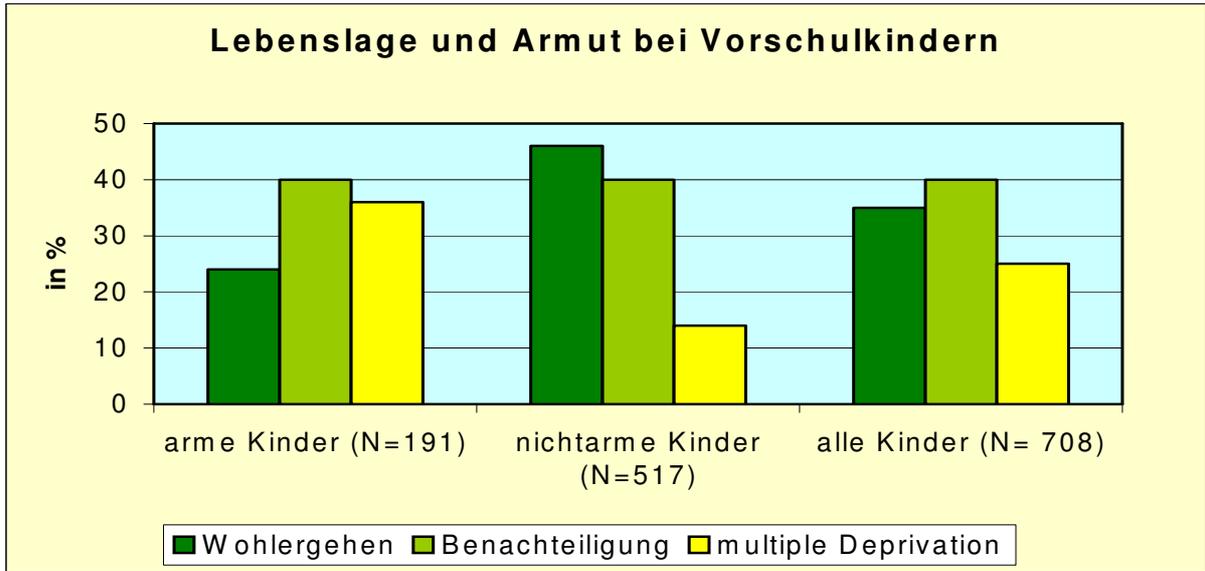
Um zu beschreiben, in welchem Ausmaß die Bedürfnisse der Kinder unter den jeweiligen familiären Umständen erfüllt werden, bildeten die Untersucher die „Lebenslage-Gruppen“ Wohlergehen, Benachteiligung und multiple Deprivation. Dabei bedeutet **Wohlergehen**, dass keine Auffälligkeiten bzw. Mängel in den Dimensionen der Lebenslage auftraten. **Benachteiligung** beschreibt „Auffälligkeiten“ in einigen wenigen Bereichen. **Multiple Deprivation (mehrfache Benachteiligung)** beinhaltet Beeinträchtigungen in mehreren zentralen Lebens- und Entwicklungsbereichen.

Diagramm 2 verdeutlicht zwei Tatsachen:

1. Armut wirkt nachdrücklich auf die Lebenssituation und Entwicklungschancen von Kindern ein. Erheblich weniger arme als nicht-arme Kinder erleben Wohlergehen, jedoch mehr als doppelt so viele sind mehrfach benachteiligt.
2. Armut ist eine wichtige, jedoch nicht die einzige Einflussgröße auf die Entwicklung von Kindern. Es gibt weitere Risiko- und Schutzfaktoren.

<sup>11</sup> vgl. Hock, Beate, Holz, Gerda, Simmedinger, Renate, Wüstendörfer, Werner: „Gute Kindheit – Schlechte Kindheit? Armut und Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen für Politik, Wissenschaft und Praxis zur 1. AWO-ISS-Studie von 1997 bis 2000. ISS-Pontifex

Diagramm 2:



Mit diesen Ergebnissen unterzogen die Autoren ihre Daten einer weiteren Analyse. Sie ermittelten Faktoren, die das Wohlergehen von Kindern auch dann fördern, wenn die Familie arm ist. Dazu gehören:

- Regelmäßige gemeinsame Aktivitäten
- Gutes Familienklima (keine regelmäßigen Streitigkeiten)
- Keine beengten Wohnverhältnisse
- Keine Überschuldung
- Deutschkenntnisse der Eltern

Wenn die Familie die grundsätzlichen Interessen der Kinder in den Mittelpunkt stellt, wenn die Eltern eine gute Beziehung pflegen, wenn sie in der Lage sind, die mit der Armut einhergehenden Probleme abzufedern, dann können ihre Kinder im Wohlergehen aufwachsen. Sie sind dann finanziell eingeschränkt, sozial jedoch nicht benachteiligt.

### Familiäre Armut und Entwicklungsverläufe im Schulalter

Um die weitere Entwicklung der untersuchten Familien nachzuzeichnen, wurden die Kinder der Ausgangsuntersuchung zu Beginn der Grundschulzeit und im Alter von 10 Jahren erneut befragt. Grundsätzliche Erkenntnisse dieser Untersuchungen sind:

1. Langanhaltende Armut zehrt die familiären (sozialen) Ressourcen auf und bewirkt die Verschlechterung der allgemeinen Lebenssituation. In der Folge erleben arme Kinder, die zunächst im Wohlergehen lebten, häufiger „Benachteiligung“ und „Multiple Deprivation“.
2. Der Besuch der Schule führt nicht zur Aufhebung der frühen Benachteiligungen/Einschränkungen. Vielmehr verursachen diese im Laufe des Schulbesuches weitere Defizite, die sich „aufhäufen“. Es kommt zur „Kumulation von Benachteiligungen“.
3. Im Gegensatz zum Kindergartenalter nehmen Schulkinder ihre Defizite und Nachteile deutlich wahr. Die Art und Weise, wie sie sich mit diesem Zustand auseinandersetzen, bestimmt ihre Chancen zur Bewältigung der Situation. Hier kommen persönliche Schutzfaktoren wesentlich zum Tragen.

4. Während im Kindergartenalter die Familie als Ganzes unterstützungsbedürftig war, werden jetzt gezielte Alternativangebote zum häuslichen Leben wichtiger. Da die elterlichen Ressourcen weitgehend aufgebraucht sind, müssen Angebote wie Hausarbeitshilfe, Sportverein, Interessengemeinschaften gezielt und nachdrücklich an das Kind gebracht werden.<sup>12</sup>

Arme Kinder sind nicht notwendig gefährdet. Reichen Kindern geht es nicht automatisch gut. Der materielle Wohlstand einer Familie wirkt beruhigend und eröffnet Eltern wie Kindern soziale und kulturelle Möglichkeiten. Die Nutzung dieser Möglichkeiten, ebenso wie das Zurechtkommen unter den Bedingungen des Mangels hängt jedoch wesentlich von der Qualität der elterlichen Beziehung, der Zuwendung zu den Kindern und dem Engagement der Erziehenden ab.

### 1.3.2. Verwöhnung

*Hilf mir, es selbst zu tun.*  
*Maria Montessori*

Erziehung vollzieht sich in einer Balance aus Begrenzen und Gewährenlassen, Beschützen und Vertrauen, Zuwendung und Herausforderung. Nicht nur der Mangel behindert das Wachstum auch ein Zuviel kann ersticken und lähmen. Fürsorge wird zur Verwöhnung, wenn sie die Entwicklung des Kindes behindert. Jürg Frick hat die Folgen der Verwöhnung in einer Streitschrift zusammengetragen<sup>13</sup>.

#### Was ist Verwöhnung?

Der Autor definiert Verwöhnung sowohl als eine Handlung als auch eine Haltung von Erwachsenen, die durch ein Übermaß an Fürsorge und einen Mangel an Forderung und Ermutigung gekennzeichnet ist. Dies beinhaltet beispielsweise:

- Dem Kind/Jugendlichen zuwenig zuzutrauen und die Bereitschaft dem Kind zu bewältigende Aufgaben vorschnell abzunehmen
- Dem Kind schnell und zu bereitwillig möglichst alle Schwierigkeiten und Anforderungen des Alltags aus dem Weg zu räumen
- Dem Kind möglichst alle Frustrationserlebnisse ersparen zu wollen, keine Anstrengungen zu erwarten und zu wenig Grenzen zu setzen
- Das Kind mit Materiellem zu überhäufen
- Das Kind unangemessen und überschwänglich zu bewundern
- Dem Kind alle Wünsche zu erfüllen und/oder sich vom ihm unter Druck setzen und erpressen zu lassen.

Wachstum benötigt Schwierigkeiten. Indem sich Kinder mit Grenzen auseinandersetzen, lernen sie diese entweder zu akzeptieren oder zu überwinden. In jedem Falle entwickeln sie ihre Fähigkeiten. Sie handeln aktiv, kreativ und werden sich ihrer Selbst bewusst. Dem Nachwuchs Schwierigkeiten vorzuenthalten bedeutet, ihm den Weg zur Eigenständigkeit zu versperren.

<sup>12</sup> vgl. Holz, G., Puhlmann, A. (2005): „ Alles schon entschieden? Wege und Lebenssituationen armer und nicht-armer Kinder zwischen Kindergarten und weiterführender Schule“

<sup>13</sup> Jürg Frick (2001): „Die Droge Verwöhnung“

### *„Rezept zur Verwöhnung“*

*„Man nehme dem Kind alles ab, erfülle ihm alle Wünsche, mische dies mit Überbesorgnis und lasse sich vom Kind unter Druck setzen. Bei kräftigem Schütteln erhältst du ein unselbständiges, hilfloses, voller Minderwertigkeitsgefühle und Abhängigkeitsgefühle steckendes Kind.“ (FRICK, S. 121)*

## **Gründe des Verwöhnens**

Schuldgefühle, eine unbefriedigende Beziehung, die Mängel der eigenen Kindheit, Unsicherheit, Überlastung, Ängstlichkeit - die Gründe des Verwöhnens sind so vielfältig wie die Lebensgeschichten der Verwöhnenden. Häufig erleben die „Verwöhner“ einen Mangel in einem Lebensbereich, den sie durch ein Zuviel in einem anderen Bereich ausgleichen wollen.

Dies ist der Fall, wenn häufige Streitigkeiten durch Geschenke ausgeglichen werden sollen. Die Mutter versucht den abwesenden Partner zu ersetzen und erfüllt dem Kind jeden Wunsch. Gerade junge Eltern haben Angst dem Kind nicht alles geben zu können, was die „Autoritäten“ der Umgebung für wesentlich erachten. Erfahrungen von Verlusten und Mängeln in der eigenen Lebensgeschichte sollen am Kind wiedergutmacht werden.

Überlastung, Konfliktunfähigkeit oder die unzureichende Beziehung zum Kind führen zur „wohlwollenden Vernachlässigung“. Um seine Ruhe zu haben, um Auseinandersetzungen aus dem Weg zu gehen oder weil man „keine Zeit“ für die Kleinen hat, werden Kinder mit materiellen Gütern abgespeist oder vor dem Fernseher „ruhiggestellt“.

Eine eigene Gruppe bilden die „besonderen“ Kinder, jene die besondere Sorgen bereiten oder jene, in die besondere Hoffnungen gesetzt werden. Nicht zuletzt Einzelkinder sind besonders „verwöhnungsbedroht“.

„Verwöhnungsangebote“ offerieren zunächst natürlich liebevoll besorgte und verunsicherte Eltern. Darüber hinaus jedoch durchzieht eine Philosophie des Verwöhnens die verschiedensten Lebensbereiche von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Das Kernstück dieser Philosophie besteht im Angebot statt Aktivität, Konsumieren statt Bemühen. Um den Kindern oder Jugendlichen Frustration und Ärger zu ersparen und um als Erwachsener unliebsame Konflikte mit Kindern oder deren Eltern zu „umschiffen“, werden zu geringe Forderungen gestellt, Regeln verwässert, Konsequenzen verschoben.

Das Gutgemeinte jedoch verkehrt sich auf lange Sicht in das Falschgemachte. Verwöhnte Kinder werden in ihrer Entwicklung beschnitten, sie sind unfallgefährdeter, unselbständiger, unsicherer und sozial weniger kompetent als ihre Altersgenossen.

## **Die Gefahren der Verwöhnung**

*„Weil ich dich liebe, fordere ich dich.“  
A.S. Makarenko*

Verwöhnung hindert Heranwachsende an der Entwicklung ihrer Persönlichkeit und ihrer Lebensfähigkeit. Wer als Kind sein Familienleben dominieren konnte, strebt auch als Jugendlicher und Erwachsener nach Herrschaft. Wem grenzenlose Bewunderung und ein Übermaß an Geschenken zuteil wurde, der erwartet Ähnliches auch in seinem

späteren Leben. Die Auswirkungen der Verwöhnung sind mannigfaltig. Unter anderem gehören dazu:

- Gesteigerte Macht- und Herrschsucht
- Große Anspruchshaltung, Versorgungserwartungen
- Konsumhaltung/Konsumorientierung
- Mangel an sozialen Fertigkeiten und Bereitschaften
- Einsamkeit und Entfremdung von den Mitmenschen
- Fehlendes Zutrauen in eigene Fähigkeiten
- Große Angst vor neuen Aufgaben und Anforderungen
- Geringe Belastbarkeit
- Erhöhte Bereitschaft für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmissbrauch
- Wechsel von Minderwertigkeitsgefühl und Selbstüberschätzung

#### Selbstdisziplin entscheidet über den Schulerfolg

*Angepasstes Verhalten, Selbstbeherrschung und –kontrolle haben einen doppelt so großen Einfluss auf die schulische Laufbahn wie der Intelligenzquotient. Dies ergaben amerikanische Studien. Forscher um Prof. Dr. Martin Seligmann von der Universität Pennsylvania ließen Eltern und Lehrer mit Hilfe von Fragebögen die Selbstdisziplin von 140 13- bis 14-jährigen Schülern beurteilen. Gegenstand dieser Umfrage war die Fähigkeit, Regeln zu befolgen, Gefühle zu beherrschen und sich in der Gruppe einzuordnen. Auch die 140 Schüler gaben Auskunft über ihren täglichen Fernsehkonsum, ihre „Arbeitsmoral“ bezüglich Hausaufgaben, ihre Frustrationstoleranz bzw. welches Durchhaltevermögen sie hatten. Nach einem halben Jahr überprüften die Psychologen, welchen Einfluss die Selbstdisziplin auf die schulischen Leistungen zeigte: Schüler mit Selbstbeherrschung wiesen bei ihren Nachforschungen die besseren Leistungen auf. Bei weiteren 164 Schülern untersuchten sie dann, wie sich der Intelligenzquotient auf die Noten auswirkte. Das Ergebnis: Dieser beeinflusste die schulischen Leistungen demnach nur halb so viel wie die Selbstdisziplin<sup>14</sup>.*

### 1.3.3. Bildschirmmedien

Fernseher, Computer und Mobiltelefone bestimmen zunehmend unsere Wahrnehmung. Von 1970 bis 2003 hat sich der Fernsehkonsum in Deutschland nahezu verdoppelt. Im gleichen Zeitraum gewann das Internet in Deutschland gut 30 Millionen neue Nutzer. Dabei hat das „Surfen“ im Internet den Fernsehkonsum keineswegs abgelöst. Vielmehr ergänzen sich beide Medien und gemeinsam mit den Mobiltelefonen bilden sie heute den Informationsinput Nummer Eins. Dies gilt nicht nur für Erwachsene, sondern auch für Kinder und im extremen Maße für Jugendliche, die ihre Freizeit und ihre Freundschaften über Bildschirmmedien gestalten.

In der Begeisterung für die Möglichkeiten der virtuellen Welt gibt es Fernsehsendungen für Kleinkinder, besitzen Vorschulkinder „Lerncomputer“ und werden Forderungen laut, Grundschulen und Kindergärten mit Computern auszustatten. Ist das gesund? Der Psychiater Prof. Dr. Manfred Spitzer hat in seinem Buch „Vorsicht Bildschirm!“ die Auswirkungen des Bildschirmkonsums auf körperliche Gesundheit, Gehirnentwicklung, Schulleistungen und die ethische Entwicklung von Kindern wissenschaftlich fundiert dargestellt.

<sup>14</sup> zitiert nach [www.gesundes-kind.de](http://www.gesundes-kind.de)

## Bildschirmkonsum und körperliche Gesundheit

Mit dem Einzug des Fernsehens nimmt die Fettleibigkeit in der Bevölkerung zu. Dies belegen inzwischen über 16 internationale Untersuchungen, die den Zusammenhang von Menge des Fernsehkonsums und Übergewicht/Fettleibigkeit von Kindern untersuchen. Bei verschiedenem Vorgehen und unterschiedlichen Stichprobensammlungen kommen alle zu einem Ergebnis: Wer als Kind viel ferngesehen hat, ist als Jugendlicher dick. *„Die Wahrscheinlichkeit, übergewichtig zu werden, nimmt mit jeder zusätzlichen Stunde Fernsehen pro Tag um den Faktor 1,2 zu (... und die) Wahrscheinlichkeit, übergewichtig zu bleiben nimmt mit jeder zusätzlichen Stunde Fernsehen/Tag um den Faktor 1.3 zu“<sup>15</sup>*

Doch Übergewicht bleibt nicht das einzige Gesundheitsrisiko. Weiterhin belegt ist: Vielseher haben eine geringere körperliche Fitness als Wenigseher. Der gestörte Fettstoffwechsel von Fernsehkindern führt bereits im jungen Alter zu erhöhten Cholesterinwerten mit der Folge vorzeitig einsetzender Arteriosklerose und Bluthochdruck. Im Zusammenhang mit übermäßigem Fernsehkonsum kommt es zur Zunahme von Typ-II-Diabetes (Altersdiabetes) bei Kindern und Jugendlichen. Während und nach dem Fernsehen rauchen Erwachsene und Jugendliche mehr als in ihrer fernsehfreien Zeit. In Raucherfamilien rauchen die Kleinen so passiv mit.

Die Gründe dieser gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind deutlich und zwingend:

1. Die vor dem Bildschirm verbrachte Zeit geht auf Kosten der körperlichen Aktivität. Den „Fernsehkindern“ fehlen zunehmend die Möglichkeiten die konsumierten Abenteuer in der Bewegung und im Spiel auszuleben. Ihr Bewegungsapparat entwickelt sich unzureichend, ihre Organe werden „erwachsen belastet“.
2. Das Fernsehen hat ungünstige Auswirkungen auf die Ernährungsgewohnheiten. Während des Fernsehens und danach nehmen die Konsumenten Snacks und Kleinigkeiten in unkontrolliertem Ausmaß zu sich. Erwachsene ergänzen dies durch den Genuss von Alkohol und Zigaretten.
3. Der Energieverbrauch beim Fernsehen ist geringer als bei anderen Tätigkeiten. Die mit Snacks und Süßigkeiten zugeführte Energie wird nicht in Bewegung umgesetzt, sondern in Fettdepots abgelagert.

*„Setzt man (...) die vorhandenen Daten in Beziehung, ergibt sich folgendes Bild: Allein durch den Fernsehkonsum von Kindern und Jugendlichen werden im Jahr 2020 in Deutschland etwa 20.000 Menschen an den Folgen von Übergewicht sterben, weitere 20.000 an den Folgen des Rauchens. Zehntausende werden unter erhöhtem Blutdruck, erhöhtem Cholesterinspiegel und Altersdiabetes (in jungen Jahren) sowie unter mangelndem Selbstwertgefühl, Depressionen und unter Gelenkbeschwerden im Bereich der Beine leiden. Addiert man die jährlichen Therapiekosten zu den indirekten Kosten an verlorenen Jahren (d.h. Arbeitsausfall durch Krankheit und Tod), so ergibt sich ein volkswirtschaftlicher Schaden, der – vorsichtig geschätzt – in zweistelliger Milliardenhöhe liegen wird.“<sup>16</sup>*

<sup>15</sup> zitiert nach M. Spitzer (2005): „Vorsicht Bildschirm!“, S. 22

<sup>16</sup> Spitzer, gleiche Quelle, S. 49

## Die Auswirkungen von Bildschirmen auf die Entwicklung des Gehirnes

Das kindliche Gehirn entwickelt sich im Wechselspiel von Veranlagung und Anregung. Dabei sind die Handlungen und Erfahrungen eines Kleinkindes vorrangig körperlich und beziehen alle Sinne ein. Gegenstände werden bewegt, beäugt, betastet und in den Mund gesteckt. So macht sich das Kind einen „Begriff“ von der Welt. Je intensiver sich Kinder in dieser Art mit ihrer Umgebung befassen, desto klarer, eindeutiger und abrufbarer sind die Erfahrungsspuren, die diese Erkundungen im kindlichen Gehirn hinterlassen. Und desto sicherer wird das Kind später höhere Denkopoperationen ausführen können, wie Reihenbildung, Schlussfolgern, Erzählen, Mengen bilden, Schreiben, Rechnen, usw.

Fernsehkonsument im frühen Kindesalter beschneidet die Erfahrungswelt der Kinder in extremer Weise. Das Gehirn und die Lernmechanismen insbesondere kleiner Kinder (bis drei Jahre) sind in keiner Art geeignet, virtuelle Informationen zu verarbeiten, selbst dann nicht, wenn diese „kindgerecht“ gestaltet sind. Da die Bilderflut des Fernsehens das Kind aber von seinen entdeckenden Tätigkeiten ablenkt, behindert Fernsehen die Entwicklung des Gehirnes in mehrfacher Hinsicht:

1. Fernsehen stiehlt die Möglichkeit Erfahrungen zu machen. Kinder können weniger grundsätzliche Begriffe, Vorstellungen und Fähigkeiten entwickeln.
2. Fernsehen beeinträchtigt die Fähigkeit, sich als Handelnder in der Welt zu entwickeln – die Kinder finden keine Mitte.
3. Fernsehen beeinträchtigt massiv die Fähigkeit zur Aufmerksamkeit.

## Fernsehen und Schulleistungen

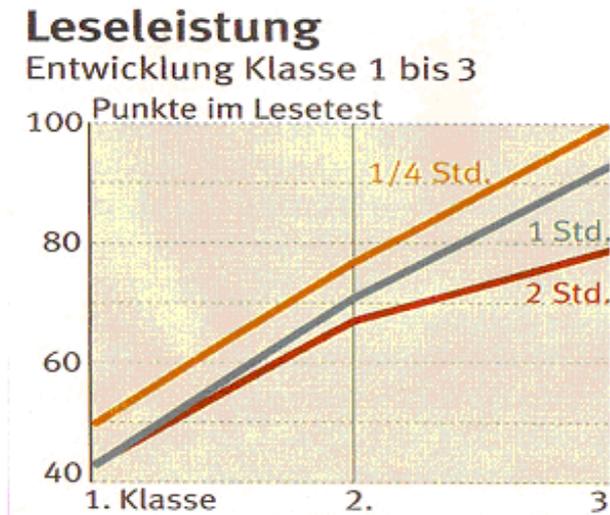
Befürworter des Fernsehens heben dessen Möglichkeiten als Informations- und Bildungsmedium hervor. Inwieweit der Konsum von Fernsehsendungen den Wissensstand von Schulkindern erweitert, hängt jedoch nicht nur von der Qualität des Gesehenen, sondern noch mehr von der Qualität des Zusammenlebens in den Familien der kindlichen Zuschauer ab. Kinder aus fürsorglichen und kommunikativen Elternhäusern sehen in der Regel weniger und kontrollierter fern und können das Gesehene besser verarbeiten. In Familien, in denen nur wenig miteinander geredet und nur wenig Zeit miteinander verbracht wird, sehen Kinder besonders viel und wahllos fern. Die Folgen sind Sprachstörungen, Aufmerksamkeitsdefizite, mangelndes Sozialverhalten, geringe Alltagsfähigkeiten und die Überflutung mit untauglichen Rollen- und Verhaltensklischees.

Zum Einfluss des Fernsehens auf die Entwicklung der Lesefertigkeit wurde 1998 in Baden-Württemberg und Bayern eine umfangreiche Studie mit Kindern im Kindergarten- und Grundschulalter durchgeführt<sup>17</sup>. Die Forscher erhoben die Menge und die Inhalte des Fernsehkonsums der Kinder und unterteilten diese daraufhin in Wenigseher (Fernsehkonsument von 15 bis 20 Minuten täglich), Normalseher (Fernsehkonsument von etwa einer Stunde täglich) und Vielseher (Fernsehkonsument von etwas mehr als zwei Stunden täglich). Diagramm 3 zeigt die Entwicklung der Leseleistung der Kinder vom Ende der ersten Klasse bis zum Ende der dritten Klasse.

---

<sup>17</sup> Ennemoser, Marco: „Effekte des Fernsehens im Vor- und Grundschulalter. Ursachen, Wirkungen und differenzielle Effekte“. Nervenheilkunde 22: 443-453

Diagramm 3



Alle Kinder lernen mit zunehmendem Alter immer besser lesen, jedoch hatten die Vielseher im Verlauf der zweiten und dritten Klasse nicht den gleichen Leistungszuwachs wie die Normal- und Wenigseher. Wer mit fünf Jahren jeden Tag mehr als zwei Stunden fern gesehen hat, bleibt im Lesenlernen immer weiter zurück, bis er im dritten Schuljahr nur noch das Leseniveau von Zweitklässlern erreicht. Nimmt man zur Kenntnis, dass die Leseleistung das Fundament des Schulerfolges bildet, dann liegt es auf der Hand, dass Viel-Fernsehen ab dem Kindesalter Lern- und Schulschwierigkeiten produziert und anhäuft.

*„Vielseher sind nicht nur schlechter im Lesen, sondern lernen zudem auch langsamer hinzu als Wenigseher. Dies traf besonders auf Kinder aus wohlhabenden Familien zu. Und auf weniger intelligente Kinder hat das Fernsehen eine besonders verheerenden Einfluss“ (Spitzer, S.153)*

## Fernsehen und Gewalt

Die Einführung kommerzieller Sender 1984 im (bundes-)deutschen Fernsehen führte zu einem stärkeren Konkurrenzdruck zwischen den Fernsehsendern. Da gewalthaltige Sendungen zu höheren Einschaltquoten führen<sup>18</sup>, begann eine Spirale zunehmender Gewalt im deutschen Fernsehen. Zu Beginn der 90er Jahre kamen Gewaltszenen in ca. 47,7 % der gezeigten Sendungen vor, im Jahre 2004 lag dieser Anteil bereits bei 78,7 % der gezeigten Sendungen.<sup>19</sup> Die Betrachtung der Daten nach Programmkategorien zeigt:

- 93,6 % fiktionaler Unterhaltungssendungen
- 89,4 % Kindersendungen
- 77,7 % Informationssendungen

enthalten Gewalt, d.h. Szenen in denen geschlagen, vergewaltigt, gefoltert oder gemordet wird. Inzwischen gibt es etwa 800 Forschungsarbeiten über die Auswirkung von Gewalt in den Medien. Die Ergebnisse sind eindeutig: „Fernsehen fördert die Gewaltbereitschaft und führt zu mehr Gewalt in der wirklichen Welt. Vor allem auf Kinder und Jugendliche hat das Medium nachweisbare, deutliche und im Grunde erschreckende Auswirkungen.“ (Spitzer, S. 167)

Die Überflutung mit vorgeführter Gewalt hat sich besonders für unter Achtjährige als schädlich erwiesen. Kinder dieser Altersgruppe trennen Realität und Phantasie noch nicht voneinander. Sie lernen vom (medialen) Vorbild und flechten diese Erlebnisse in ihren Erfahrungsschatz ein. Die per Bildschirm erlebte Gewalt bewirkt:

<sup>18</sup> Groebel, J., Gleich, U.: „Gewaltprofil des deutschen Fernsehprogramms. Eine Analyse des Angebots privater und öffentlich-rechtlicher Sender“, Leske & Budrich, Opladen.

<sup>19</sup> Vgl. Lukesch, H., Bauer, C., Einsenhauer, R. (2004): „Das Weltbild des Fernsehens: Eine Untersuchung der Sendungsangebote öffentlich-rechtlicher und privater Sender in Deutschland.“ Roderer, Regensburg

- verstärkte Aggressionen und antisoziales Verhalten
- verstärkte Ängste, selbst Opfer von Gewalttaten zu werden
- Desensibilisierung von Jugendlichen gegenüber Gewalt und Gewaltopfern,
- Gewalt in den Medien hebt die Reizschwelle und führt zum Wunsch nach mehr Gewalt in den Medien und im realen Leben

*Die Auswirkungen des Fernsehkonsums sind für Ärzte auch direkt spürbar. Seit Jahren behandeln Ärzte der Kiefer- und Gesichtschirurgie im Notdienst Verletzte nach Streitigkeiten und tätlichen Auseinandersetzungen. Dabei zeigen die Verletzungsfolgen einen erschreckenden Trend zu immer ausgedehnteren Weichteilverletzungen und Knochenbrüchen. Die Erkundigung nach den Hintergründen der Tat zeigen Unverhältnismäßigkeit und Ungehemmtheit der Täter, welche die Folgen ihrer Übergriffe nicht einschätzen können.*

*Nach ungehemmten Faustschlägen und Tritten zeigen sich insbesondere jugendliche Täter verwundert und erschüttert darüber, dass die gleichen Tötlichkeiten, welche sie regelmäßig im Fernsehen konsumieren, so große Verletzungen anrichten können. Die Helden der Actionfilme treten und schlagen doch mehrfach ihre Gegner, die danach aufstehen und zu neuen Taten eilen. Der Verlust an Unterscheidungsvermögen zwischen Fernsehbildern und blutiger Realität gilt als Hauptursache dafür, dass immer Jüngere und inzwischen auch Mädchen zu brutalen Schlägern werden.*

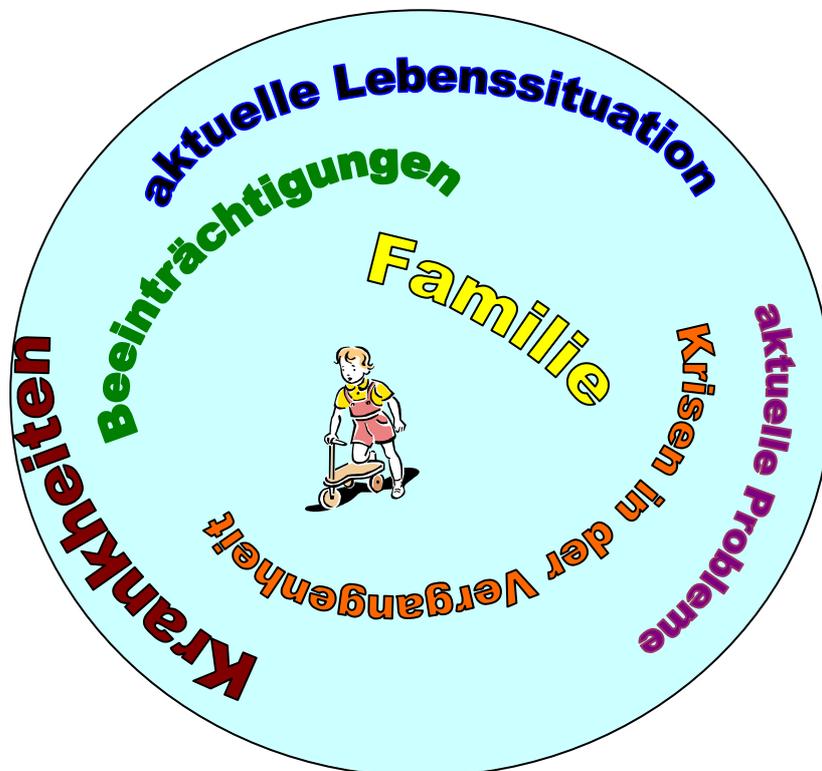
*Wiedergabe aus dem persönlichen Bericht Dipl.- Stom. C. Scherkenbach (Oberarzt der Klinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie in den Ruppiner Kliniken)*

## 1.4. Multiaxiale Diagnostik

In der Gesamtheit der bisherigen Darstellung ist deutlich geworden, dass Aufwachsen in psychischer Gesundheit ebenso wie die Entstehung psychischer Störungen durch eine Vielzahl persönlicher, familiärer und gesellschaftlicher Einflüsse bedingt wird. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter können deshalb nicht losgelöst vom Lebens- und Lernumfeld des Betroffenen und seinem Entwicklungsstand betrachtet werden.

Das aktuelle normale oder gestörte Befinden eines Kindes ist immer geprägt durch seine Familie und sein Lebensumfeld, durch eventuelle vorliegende körperliche Grunderkrankungen (z.B. Diabetes, Hörminderung etc.), durch mögliche Entwicklungsverzögerungen, frühe Beeinträchtigungen und deren Bewältigungserfahrungen und durch die aktuelle Lebens- bzw. Konfliktsituation.

Abbildung 2: Störungsrelevante Bedingungen der Lebenssituation des Kindes



Ein fachlich fundiertes Hilfsangebot ist deshalb bestrebt, soviel Kenntnisse wie möglich aus dem gesamten Lebensbereich des Betroffenen zusammenzutragen, einzuordnen und in die Entwicklung der Hilfe einzubeziehen.

Aus ärztlich-therapeutischer Sicht ist das systematische Verständnis der Entstehung (Genese) und der Bedingungsfaktoren einer vorhandenen Störung Voraussetzung für die richtige ärztliche Diagnostik und die Einleitung erfolgversprechender Therapien und Hilfeleistungen. Diagnostik erfolgt in diesem Sinne vor Beginn der Therapie und therapiebegleitend.

*„Die Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter umfasst im Kern die differenzierte Erhebung von psychischen Auffälligkeiten auf der Ebene des Denkens, der Affekte und des Verhaltens sowie der körperlichen, individuellen und psychosozialen Bedingungen, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung der*

*psychischen Auffälligkeiten beitragen. Hauptziel der Diagnostik ist die Indikationsstellung und differenzierte Planung von psychologischen, psychosozialen oder medizinischen Interventionen zur Verminderung der psychischen Auffälligkeiten.“ (Döpfner et.al, 2000, S. 1)*

Zur Kennzeichnung und zur fachlichen Kommunikation von Krankheiten und Störungen gibt es zwei international verbreitete Klassifikationssysteme. Dies ist zunächst die ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation<sup>20</sup>, des Weiteren das DSM IV der American Psychiatric Association.<sup>21</sup> Ursprünglich aus verschiedenen theoretischen Grundüberzeugungen heraus entworfen, nähern sich beide Systeme in ihren letzten Aktualisierungen einander immer weiter an.

Im deutschen Sprachraum findet das aus der ICD-10 abgeleitete „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychiatrische Störungen des Kindes- und Jugendalters“<sup>22</sup> breite Anwendung. Dieses beschreibt die Bestandteile psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten mithilfe von sechs Achsen.

1. Achse: **Klinisch-psychiatrisches Syndrom.** Durch psychiatrische/psychologische Diagnostik werden Verhaltensauffälligkeiten benannt, ihre Herkunft untersucht und ihre Wirkung dargestellt. Die gesammelten Informationen werden mit bekannten Störungsmustern verglichen, benannt und codiert. Das Ergebnis sind psychiatrische Diagnosen wie „F43.2 Anpassungsstörung“, „F50.0 Anorexia nervosa“ oder „F93.1 Phobische Störung“
2. Achse: **Umschriebene Entwicklungsstörungen** beinhalten beispielsweise Entwicklungsverzögerungen im Spracherwerb, in schulischen Fertigkeiten bzw. motorischen Funktionen. Entwicklungsstörungen werden gewöhnlich durch Kinderärzte, Fachtherapeuten oder psychologische Diagnostik festgestellt.
3. Achse: **Intelligenzniveau;** diese begründet wesentlich den Lernerfolg, die sprachlichen Fähigkeiten und den Umgang eines Kindes mit kritischen Lebensereignissen. Die Intelligenz wird psychologisch durch einen Intelligenztest überprüft.
4. Achse: **Körperliche Symptomatik.** Dies umfasst Krankheitssymptome, die vordergründig nichts mit der Störung zu tun haben, aber ihre Entwicklung und das Befinden eines Kindes wesentlich beeinflussen können. Dazu gehören u.a. „Krankheiten des Nervensystems“, „Krankheiten des Auges“ oder „Angeborene Missbildungen und Chromosomenanomalien“
5. Achse: **Assoziierte aktuelle abnorme Umstände** beschreiben Begleitumstände in der Familie und dem Lebensumfeld des Kindes, die auf das Kind wirken können. Dies sind zum Beispiel das Leben in einer Pflegefamilie, Konflikte in der Elternbeziehung oder Migration
6. Achse: **Globale Beurteilung des Psychosozialen Funktionsniveaus.** Auf einer Skala von Null bis Neun wird die allgemeine Beeinträchtigung des Betroffenen im normalen sozialen Leben eingeschätzt. Dabei bedeutet Null „Herausragende oder gute Funktionen in allen sozialen Bereichen“ und Acht „Tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung. Braucht ständige Betreuung, völliges Fehlen von Kommunikation“

Das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychiatrische Störungen des Kindes- und Jugendalters“ wurde vorrangig für den klinischen Gebrauch entwickelt. Da es aber die

20 ICD 10 = International Classification of Mental Disease in der 10. Überarbeitung, übersetzt von Dilling (1991, 1994)

21 DSM IV = Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen in der vierten Überarbeitung

<sup>22</sup> Remschmidt, H., Schmidt, M.H., Poustka, F. (2000): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 4. vollständig überarbeitete Auflage. Verlag Huber, Bern.

gesamte Lebenssituation eines Kindes einschließlich möglicher körperlicher Beeinträchtigungen erfasst, kann es die Arbeitsgrundlage für die Entwicklung eines umfassenden einzelfallbezogenen Hilfesystems bilden, in dem kinderärztliche, psychotherapeutische, schulische, sozialpädagogische sowie verschiedene fachtherapeutische<sup>23</sup> Angebote sinnvoll verbunden und abgeglichen werden können. Zu häufig erinnern Hilfen gegenwärtig an ein Ruderboot mit sechs Steuerleuten, in dem jeder eine eigene Seekarte verwendet. In einer Familie arbeiten verschiedene Helfer nebeneinander, manchmal gegeneinander und viel zu oft, ohne Kenntnis voneinander. Die Entwicklung und Vertiefung von Netzen der Zusammenarbeit ist unabdingbar und kann entlang einer fundierten multiaxialen Diagnostik sinnvoll und systematisch geleistet werden.

Tabelle 6: Multiaxiale Klassifikation und multiprofessionelle Hilfen bei psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

<b>Erste Achse:</b> <b>Klinisch-psychiatrisches Syndrom</b> Kodierung der psychiatrisch relevanten Störung nach ICD 10 (Mehrfachkodierungen sind möglich)	<b>Psychiatrisch/ Psychologische Diagnostik</b> durch Klinik und/oder Ambulanz Ggf. psychotherapeutische Behandlung Genese und Wirkung der Störung
<b>Zweite Achse:</b> <b>Umschriebene Entwicklungsstörungen</b> der Sprache, schulischer Fertigkeiten, motorischer Funktionen <b>Tiefgreifende Entwicklungsstörungen</b>	<b>Pädiatrische / Kinderpsychiatrische Diagnostik</b> (mglst. frühzeitig) Durch SPZ, Klinik, KJGD, <b>Frühförderung</b> Ggf. ärztl./ fachtherapeutische Behandlung Ggf. Suche einer geeigneten Bildungsform (Sonderpäd. Förderverfahren, Beratung Schule) Eingliederungshilfe?
<b>Dritte Achse:</b> <b>Intelligenzniveau</b> Einschätzung der Intelligenz (IQ)	<b>Psychologische Diagnostik</b> Suche einer geeigneten Bildungsform ggf. sonderpädagogisches Förderverfahren
<b>Vierte Achse:</b> <b>Körperliche Symptomatik</b> nichtpsychiatrische Krankheitssymptome in der augenblicklichen Situation	<b>Pädiatrische Diagnostik</b> Ggf. ärztliche/fachtherapeutische Behandlung Ggf. Suche einer geeigneten Bildungsform
<b>Fünfte Achse:</b> <b>Assoziierte aktuelle abnorme Umstände</b> Begleitumstände in der Familie und dem sozialen Umfeld, die auf das Kind wirken können	<b>Erhebung der Familiensituation durch Jugendamt</b> Einwirkung der Jugendhilfe auf die Familien- und Erziehungssituation unter Einbeziehung der gesamten diagnostizierten Störungsdiagnostik
<b>Sechste Achse:</b> <b>Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus</b>	<b>Entwicklung einer langfristige Orientierung hinsichtlich</b> der aktuellen/möglichen Entwicklung des Kindes der notwendigen/angemessenen Hilfen Perspektiven im Hilfesystem

<sup>23</sup> Dazu gehören Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Lerntherapie, Hippotherapie usw.

## 2. Kindheit in Brandenburg und in Ostprignitz-Ruppin – Eine statistische Zusammenfassung der gegenwärtigen Situation

### 2.1. Familien, Kindheit und Jugend in Brandenburg – Demografische Daten

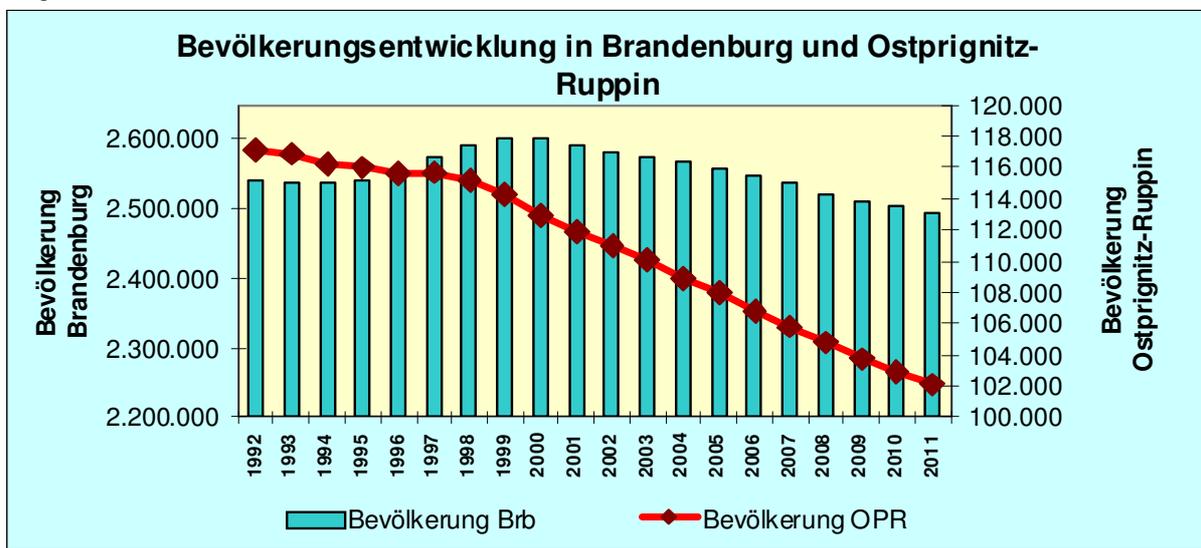
„Die Arbeit hält drei große Übel fern: die Langeweile, das Laster und die Not.“  
(Voltaire)

#### 2.1.1. Demografische Entwicklung im Land Brandenburg und im Landkreis Ostprignitz-Ruppin

1986 lebten in den zum heutigen Ostprignitz-Ruppin gehörenden Altkreisen 120.446 Einwohner. Im gleichen Jahr wurden 1747 Kinder geboren<sup>24</sup>. Im Jahr 2011 betrug die Bevölkerungszahl 102.108, die Geburtenrate lag bei 702 Kindern.

Diagramm 4 zeigt die Entwicklung der Bevölkerungszahl im Landkreis Ostprignitz-Ruppin vor dem Hintergrund der Bevölkerungszahlen Brandenburgs in den Jahren 1992 bis 2011. Während die Einwohnerzahl Brandenburgs mit einer moderaten Ab- und Aufwärtsbewegung beständig bei 2,5 bis 2,6 Millionen blieb, erlebte der Landkreis Ostprignitz-Ruppin in den vergangenen 19 Jahren einen stetigen Bevölkerungsverlust. Seit 1992 verringerte sich die Einwohnerzahl um 14.994 Menschen. Dies sind 12,8 % der Einwohner des Jahres 1992.

Diagramm 4:

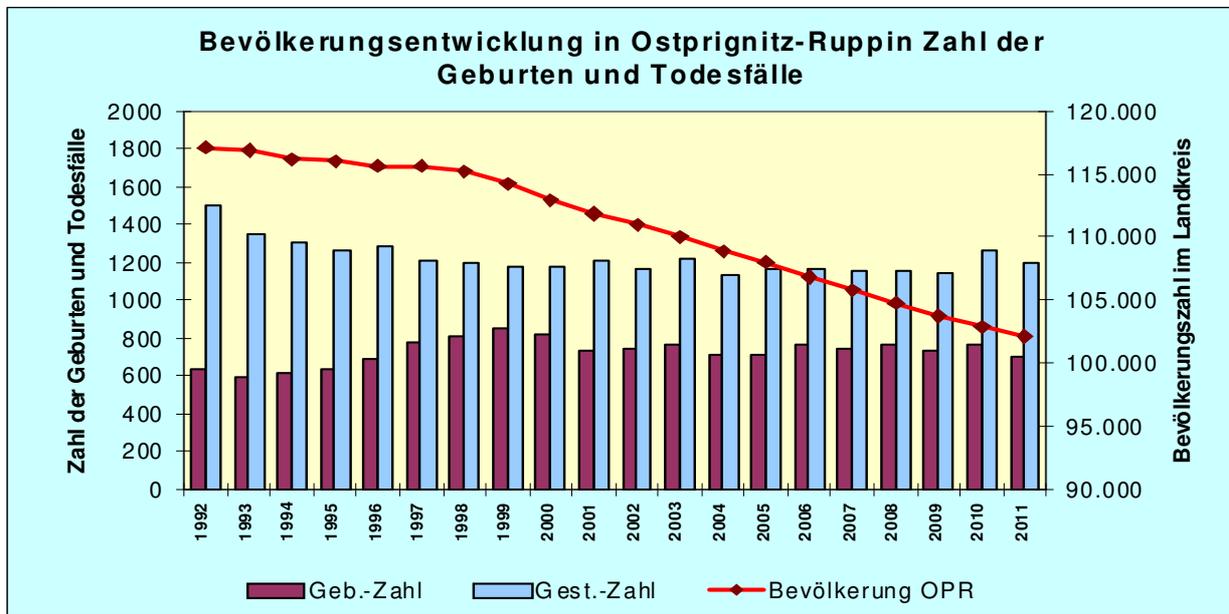


Wie kommt dieser Bevölkerungsverlust zustande? Diagramm 5 stellt für die Jahre 1992 bis 2010 die Anzahl der Neugeborenen und die Menge der Gestorbenen in unserem Landkreis gegenüber. Die Zahl der Todesfälle lag in den vergangenen Jahren zwischen 1100 bis 1200 Personen jährlich. Demgegenüber haben sich die Geburtenzahlen nach dem als „Wendeknick“ bezeichneten Einbruch der Geburtenzahlen Anfang der 90er Jahre auf niedrigem Niveau stabilisiert. Nach einer kleinen Aufwärtswelle um das Jahr 1999 wurden in den letzten Jahren jährlich

<sup>24</sup> Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

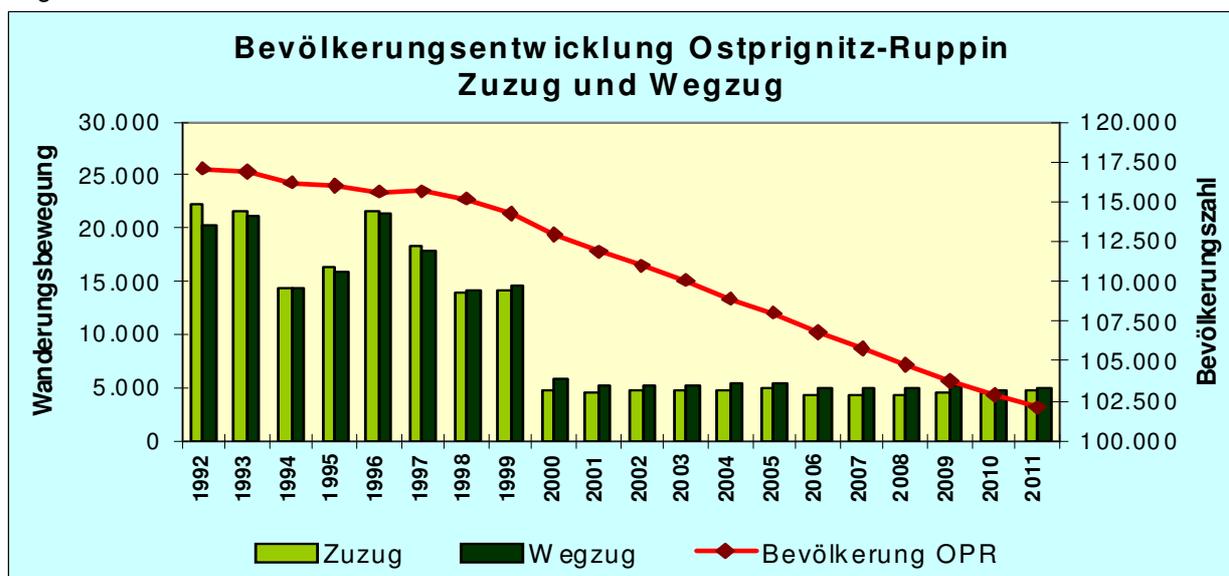
zwischen 700 und 770 Kinder geboren. Diese niedrigen Geburtenraten konnten den „natürlichen“ Bevölkerungsverlust der Gestorbenen nicht ausgleichen. Der jährliche Geburtensaldo von 400 bis 500 fehlenden Geburten hat sich in den vergangenen Jahren summiert. Von 1992 bis 2011 wurden insgesamt 9.908 Menschen weniger geboren, als starben.

Diagramm 5:



Die demografischen Daten Brandenburg beschreiben einen ähnlichen Trend. Im gesamten Bundesland lagen und liegen die Geburtenzahlen deutlich unter der Sterberate. Da das Bundesland jedoch – insbesondere in Potsdam und den Regionen des „Berliner Speckgürtels“ eine große Zuwanderung erfahren hat, wurde der Bevölkerungsverlust aufgrund der niedrigen Geburten zumindest statistisch ausgeglichen.

Diagramm 6:

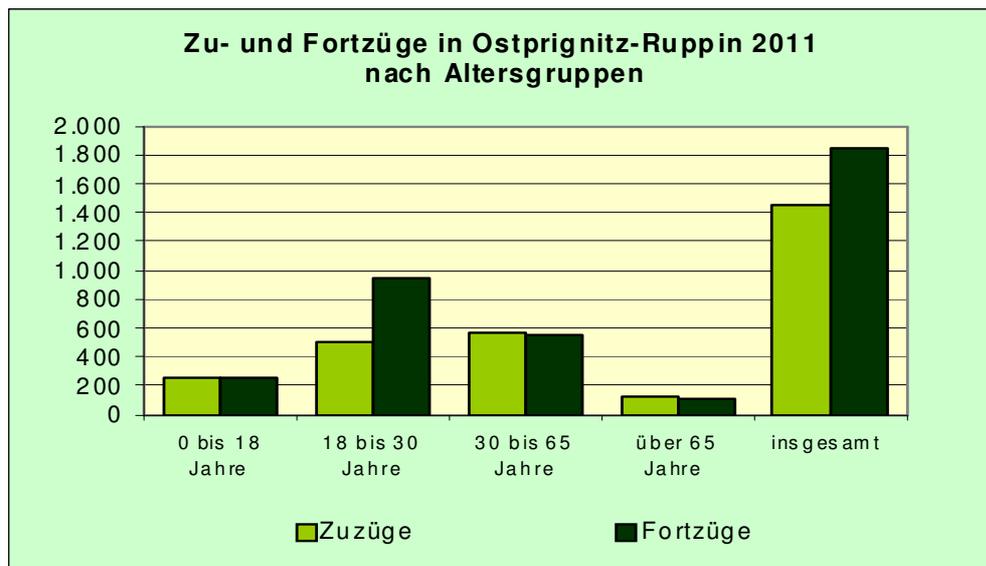


Auch im Landkreis Ostprignitz-Ruppin hat es bedeutende Wanderungsbewegungen gegeben. Von 1992 bis 1997 zogen mehr Menschen in unseren Landkreis als ihn verließen. Seit 1998 hat sich diese Entwicklung jedoch umgekehrt. Die Zahl der

Zuzüge hat erheblich abgenommen. Seit 2000 verzeichnet der Landkreis jährlich ca. 4.600 Zuzüge, denen 4.900 bis 5.600 Abwanderungen gegenüberstehen. Auch hier entsteht ein Bevölkerungsverlust von zwischen 400 und 750 Personen jährlich.

Diagramm 7 zeigt die Wanderungsbewegung des Jahres 2011 nach Altersgruppen. Hier ist zu erkennen, dass hauptsächlich junge Menschen zwischen 18 bis 30 Jahren den Landkreis verlassen. Die Ursachen dieser Abwanderung liegen vorrangig in der schlechten Arbeitsmarktsituation. Somit ziehen diejenigen weg, die bei einer mittleren bis guten schulischen Ausbildung erwarten können, in einer anderen Region bzw. einem anderen Bundesland Arbeit zu finden. Der beständige Verlust junger Menschen – und damit auch junger Familien – führt in erster Linie zu einer sich langsam aber beständig entwickelnden Überalterung des Landkreises.

Diagramm 7:



Die arbeitsmarktbedingte Abwanderung führt zu einem weiteren Problem. Wenn vorrangig erfolgsorientierte junge Menschen den Landkreis verlassen, bleiben im Umkehrschluss diejenigen, die aufgrund ihrer Ausbildung und/oder persönlichen Situation im Erwerbsleben keinen Erfolg erwarten.

Wie in Kapitel 2.1.3. dargestellt, sind die Ausbildung und die (beruflichen) Erfolge der Eltern wichtig für die Entwicklung ihrer Kinder. Bei einem erhöhten Anteil geringgebildeter, beruflich unzureichend integrierter Erwachsener ist mit einem deutlichen Anstieg familiärer Probleme zu rechnen, die sich statistisch im Hilfebedarf der Gesundheits- und Jugendhilfeeinrichtungen niederschlägt.

#### **Betreuungsdichte**

Laut „Spiegel“- Bericht (10.04.2006) werden in Baden-Württemberg durchschnittlich 8 von 1000 Einwohnern behördlich betreut. 2011 betrug die Betreuungsdichte in Brandenburg 16 Einwohner von 1000. In Ostprignitz-Ruppin hingegen werden 27 von 1000 Einwohnern behördlich betreut. Dies ist begründet durch die große Zahl geistig, psychisch und/oder körperlich behinderter Menschen, die zur Zeit der DDR in den großen Heimen des heutigen Landkreises heimisch wurden und auch nach der Enthospitalisierung in der Region wohnen blieben.

Hinzu kommt die zunehmende Zahl von Personen, die bisher im Erwerbsleben gut integriert waren, jedoch der wachsenden Komplexität der Alltagsanforderungen nicht mehr gerecht werden können und ihre soziale Unterstützung verlieren.

## 2.1.2. Familien in Brandenburg und Ostprignitz-Ruppin

Wie wirkt sich die dargestellte Bevölkerungsentwicklung auf die Größe und Zusammensetzung von Familien in Brandenburg und Ostprignitz-Ruppin aus?

Tabelle 7 vergleicht die Zusammensetzung von Familien in Brandenburg in den Jahren 1995, 2004 und 2010. Es ist ersichtlich, dass sich die Zahl von Familien mit Kindern unter 18 Jahren von 1998 bis 2010 um mehr als ein Drittel verringert hat. Im gleichen Zeitraum sank die Zahl der Ehepaare um mehr als die Hälfte und die Zahl der alleinerziehenden Eltern und Mütter stieg an.

Tabelle 7:

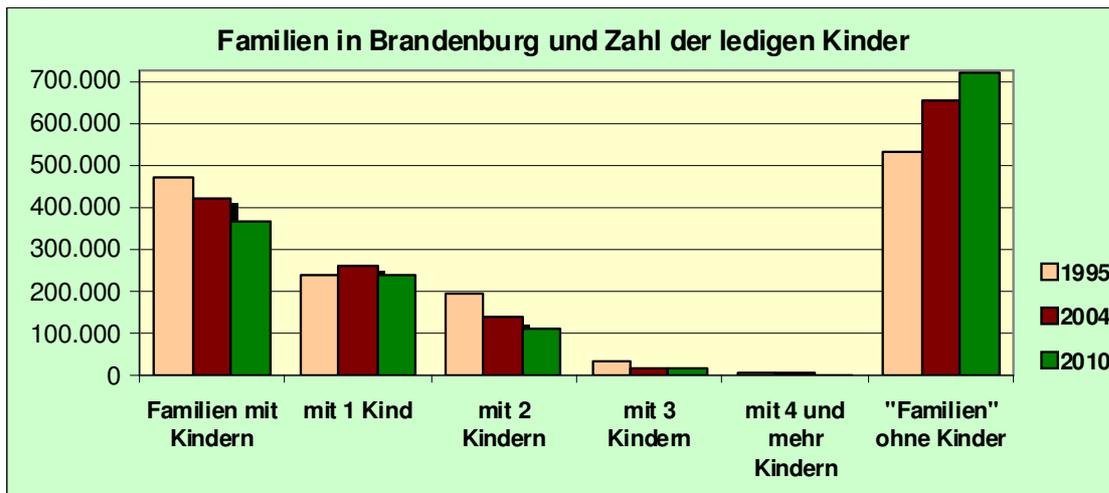
<b>Familien mit minderjährigen Kindern im Land Brandenburg 1995, 2004 und 2010</b>				
	1995	2004	2010	Veränderung 2010 zu 1995
Familien mit Kindern unter 18 Jahren	354.800	276.600	225.100	-36,6 %
Ehepaare	262.500	163.200	126.500	-51,8 %
Allein Erziehende	92.300	113.400	97.800	+6,0 %
Mütter	76.800	94.400	85.900	+11,8 %
Väter	15.500	19.000	11.900	-23,2 %

Ebenfalls im Zeitraum von 1995 bis 2010 veränderte sich die Zahl der Kinder in den Familien Brandenburgs. In Tabelle 8 ist zu erkennen, dass die Anzahl von Familien ohne Kinder 1995 höher war als die von Familien mit Kindern. Gleichzeitig gab es eine deutliche und durchgängige Tendenz zur Verkleinerung der Familien. Die Zahl der Familien mit 4 und mehr Kindern verringerte sich um 60 %. Die Zahl von Familien mit 3 Kindern sank um fast 44 %, die von Familien mit 2 Kindern nahm um 43,5 % ab. Lediglich bei Ein-Kind-Familien ist ein schwacher Zuwachs zu verzeichnen. Diagramm 8 illustriert diese Daten.

Tabelle 8:

<b>Familien im Land Brandenburg 1995, 2004 und 2010 und Zahl der ledigen Kinder</b>				
	1995	2004	2010	Veränderung 2010 zu 1995
Familien mit Kindern	467.600	420.800	366.200	-21,7 %
mit 1 Kind	236.400	261.300	236.700	+0,1 %
mit 2 Kindern	191.700	135.700	108.400	-43,5 %
mit 3 Kindern	32.000	19.800	18.000	-43,8 %
mit 4 und mehr Kindern	7.500	4.000	3.000	-60,0 %
„Familien“ ohne Kinder	533.900	653.100	354.600	-33,6 %
Familien insgesamt	1.001.500	1.073.900	720.700	-28,0 %

Diagramm 8:



Die Daten zur Situation in unserem Landkreis reflektieren den Bevölkerungsschwund. Im Zeitraum 1995 bis 2010 ist ein Zuwachs von 4.800 Familien zu verzeichnen (Tabelle 9). Dabei nahm die Zahl der Ehepaare ohne Kinder um fast das Vierfache zu, während sich die Zahl der Ehepaare mit Kindern um ca. 42 % verringerte. Gleichzeitig nahm die Zahl der Alleinstehenden ohne Kinder um nahezu ein Drittel zu. Der Anteil von „Patchworkfamilien“ findet in diesen Daten keine Beachtung.

Tabelle 9:

Familien mit Kindern in Ostprignitz-Ruppin 1995, 2004 und 2011				
	1995	2004	2010	Veränderung 1995-2010
Familien insgesamt	44.600	47.800	49.400	+ 10,8 %
Ehepaare ohne Kinder	8.900	15.600	33.000	+ 270 %
Ehepaare mit Kindern	16.500	10.400	8.700	- 42,3 %
Ehepaare mit 1 Kind	6.900	6.900	?	
mit 2 Kindern	7.700	?	?	
mit 3 und mehr Kindern	?	?	?	
Alleinstehende mit Kindern	6.800	6.500	?	- 4,4 %
Alleinstehende ohne Kinder	12.400	15.300	16.400	+ 32,2 %

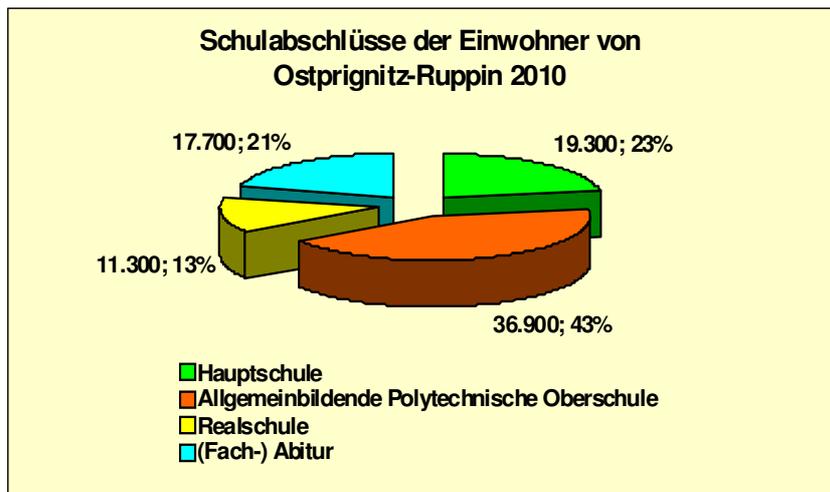
### 2.1.3. Ausbildung und Erwerbstätigkeit

In den theoretischen Eingangskapiteln wurde herausgestellt, dass die wesentlichen Schutz- und Risikofaktoren in den Familien der Kinder liegen. Wichtige Bedingungen für gesundes Aufwachsen sind dabei finanzielle Sicherheit, Erwerbstätigkeit mindestens eines Elternteiles und eine hinreichende Bildung der Kindeseltern. Um diesbezüglich die allgemeine Lage im Landkreis zu erfassen, werden nachfolgend, Erwerbstätigkeit und das Niveau der Bildung/Ausbildung im Landkreis statistisch dargestellt.

Diagramm 9 stellt die Zusammensetzung der Erwachsenen des Landkreises nach ihren Schulabschlüssen dar. Dabei wird eine normale Verteilung von niedrigen, mittleren und höheren Schulabschlüssen deutlich. Entsprechend der Geschichte

unserer Region überwiegen die Abschlüsse der allgemeinbildenden Polytechnischen Oberschule (10.Klasse).

Diagramm 9:



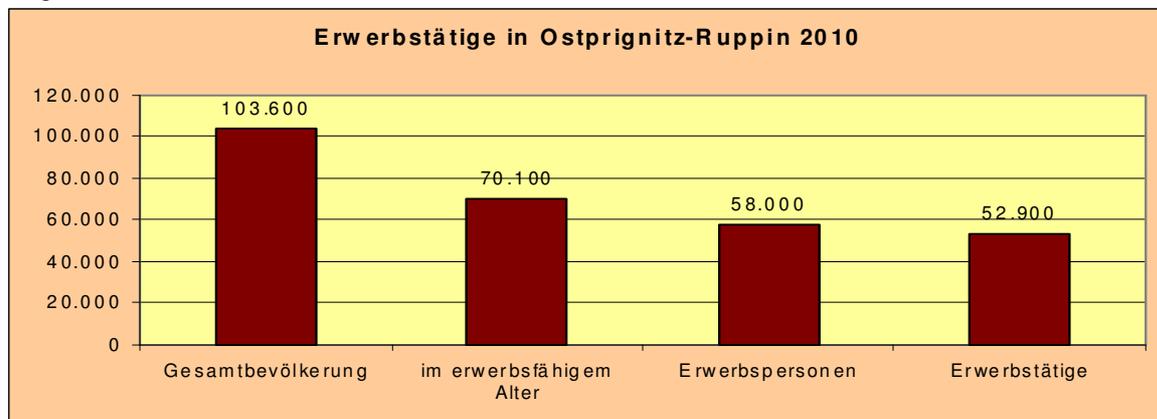
Die Ausbildungsabschlüsse der Einwohner unseres Landkreises sind ähnlich verteilt wie ihre Schulabschlüsse. Tabelle 10 fasst die Zahlen zusammen.

Tabelle 10:

Ausbildungsabschlüsse in Ostprignitz-Ruppin 2010				
	Gesamt	Lehrausbildung, Anlernausbildung, berufsqualifizierender Abschluss	Fach(hoch-)schule/ Meisterausbildung/ Ingenieurschule/ Fachakademie	Hochschulabschluss mit akademischem Grad
Bevölkerung	103.600	51.900	20.200	8.400
Erwerbstätige	44.900	26.400	12.200	?

Diagramm 10 setzt die Anzahl der Erwerbstätigen 2010 ins Verhältnis zur Gesamtzahl der Einwohner Ostprignitz-Ruppins<sup>25</sup>. Statistisch befinden sich 67,7 % der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zwischen 15 und 65 Jahren. Von denen sind 82,7 % Erwerbspersonen, das heißt, sie stellen sich dem Arbeitsmarkt in irgendeiner Art zur Verfügung. Davon sind 52.900 Menschen erwerbstätig. Bezogen auf die Einwohnerzahl Ostprignitz-Ruppins ist dies ein Anteil von 51,1 % Einwohnern, die einer wie auch immer gearteten Tätigkeit nachgehen.

Diagramm 10:



<sup>25</sup> Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

## **2.2. Daten zur Gesundheitsentwicklung aus der Sicht des Gesundheitsamtes**

Das Brandenburgische Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst beauftragt Gesundheitsämter mit der Durchführung regelmäßiger und umfassender ärztlicher Untersuchungen mit den Zielen der Früherkennung von Krankheiten und Behinderungen, der Ergänzung vorhandener Vorsorgeangebote, der Beratung sowie der Erfassung epidemiologischer Zusammenhänge für die Gesundheitsberichterstattung und regionale Versorgungsplanung.

Dabei dienen Reihenuntersuchungen vorrangig der Sicherung des Gesundheitszustandes der jugendlichen Bevölkerung des Landkreises. Gleichzeitig ermöglichen die dabei erhobenen Daten einen Einblick in die gesundheitliche Situation der jungen Generation.

Frühförderung setzt vor den pflichtigen Reihenuntersuchungen an und hat zum Ziel, bestehende oder drohende Behinderungen der körperlichen, geistigen oder seelischen Entwicklung von Kindern frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Die Frühförder- und Beratungsstelle hat hierbei eine koordinierende Funktion. Sie geht den Hinweisen zu möglicherweise beeinträchtigten Kindern nach, sichtet den Bedarf, leitet ggf. notwendige Begutachtungen ein und vermittelt Hilfsangebote. Als zentraler Ansprechpartner für Kinderärzte, Kindereinrichtungen und Eltern haben die Kollegen der Frühförder- und Beratungsstelle umfassende Einsicht in die Lebenslage und Gesundheit von Klein- und Vorschulkindern.

### **2.2.1. Daten der Frühförderberatung und Frühförderung**

Das Angebot der Frühförder- und Beratungsstelle im Gesundheitsamt unseres Landkreises richtet sich an Kinder von ihrer Geburt bis zur Einschulung<sup>26</sup>. Für diese Altersgruppe wurde eine Schätzung zugrunde gelegt, nach der im Durchschnitt ca. 8,6 Prozent der Kinder behindert oder von einer Behinderung bedroht sind<sup>27</sup>. Um den prognostizierten Behinderungen rechtzeitig zu begegnen und angemessene Hilfen einzuleiten, ist es Aufgabe der Mitarbeiter einer Frühförder- und Beratungsstelle, durch gute Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit eine hohe Prozentzahl der anspruchsberechtigten Kinder zu erfassen.

Im Gesundheitsamt Ostprignitz-Ruppin werden Frühförderberatung, ärztliche und heilpädagogische Diagnostik und Frühförderung innerhalb einer kommunalen Frühförder- und Beratungsstelle gebündelt. Diese Beratungsstelle ist im Landkreis gut bekannt und vernetzt. So gelingt es zunehmend besser den prognostizierten Bedarf zu erfassen und zu vermitteln.

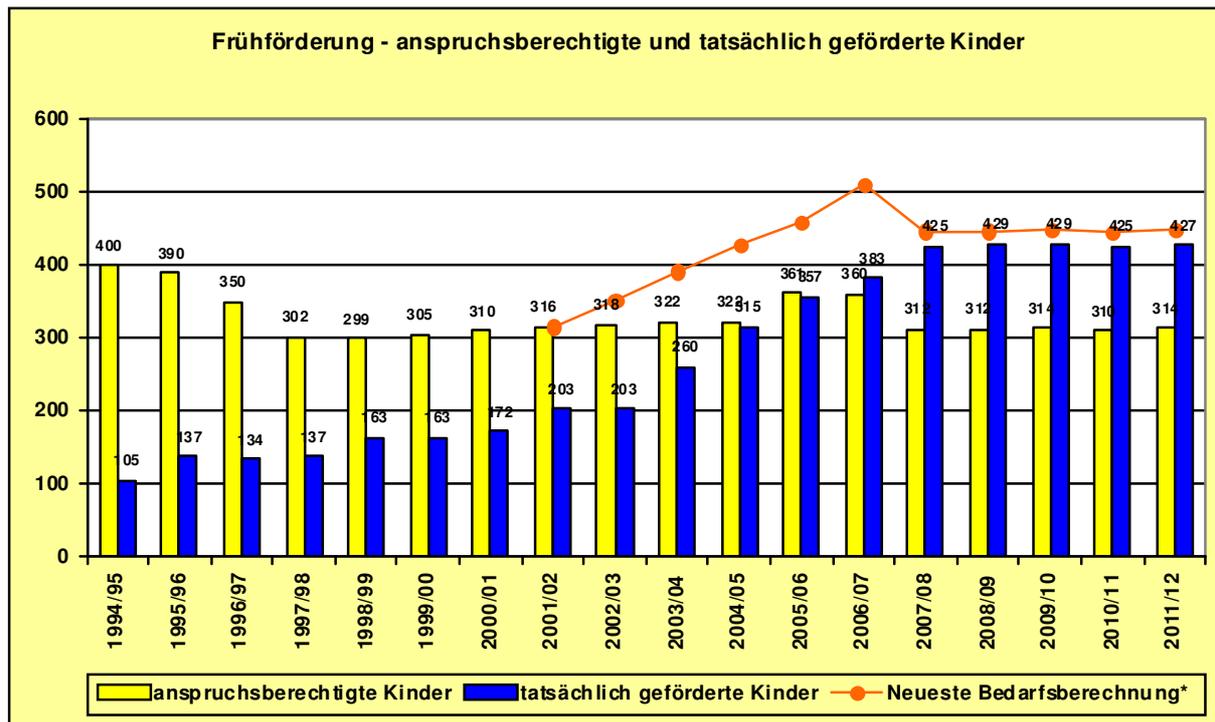
Gleichzeitig sind ca. die Hälfte der Frühförderinnen unserer Frühförder- und Beratungsstelle durch ein 580stündiges Curriculum, dass durch uns und das Jugend- und Betreuungsamt in Zusammenarbeit mit der Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe Neuruppin (AGUS) erarbeitet und durch die AGUS durchgeführt wurde, in der Lage, Hilfen zur Erziehung in Form von sonderpädagogischer Familienhilfe anzubieten. Damit setzen wir noch konkreter das System „Alles aus einer Hand“ um.

---

<sup>26</sup> Die Frühförder- und Beratungsstelle befindet sich in Trägerschaft der Kreisverwaltung des Landkreises. Sie hat ihren Hauptsitz im Gesundheitsamt in Neuruppin und betreibt Außenstellen in Wittstock und Kyritz. Die gesetzliche Grundlage und Arbeitsweise der Frühförder- und Beratungsstelle wurde im Gesundheitsbericht 2004 ausführlich dargestellt.

<sup>27</sup> Vgl. Aktionsprogramm des Landes Brandenburg „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“

Diagramm 11:



\* Neuere Schätzungen gehen von 8,6 % frühförderbedürftiger Kinder aus<sup>28</sup>.

Diagramm 11 vergleicht die Zahlen der theoretisch anspruchsberechtigten Kinder mit denen der tatsächlich geförderten Kinder. Es ist ersichtlich, dass – trotz sinkender Bevölkerungszahl - die Anzahl der geförderten Kinder seit 1998 stetig steigt und seit einigen Jahren auf dem gleichen Niveau stehen bleibt. Die Hauptursache dieses Trends ist offensichtlich in der zunehmenden Zahl verarmter und sozial desintegrierter Familien zu sehen. Dies betrifft vorrangig alleinerziehende (junge) Mütter und Väter. Hatten vor 30 Jahren Kinder von ihrer Geburt bis zur Einschulung mit Eingliederungsbedarf ca. 80 % sogenannte „klassische Entwicklungsstörungen oder Behinderungen“ und ca. 20 % umschriebene Entwicklungsstörungen, so haben sich die Prozentanteile heute genau umgekehrt. Jetzt haben bis zu 80 % der Kinder umschriebene Entwicklungsstörungen.

Innerhalb des gestiegenen allgemeinen heilpädagogischen Bedarfes zeigen die betroffenen Kinder zunehmenden Förderbedarf in den Bereichen des Sozialverhaltens, der Sprach- und Sprechentwicklung, der Wahrnehmungsentwicklung sowie motorischer Auffälligkeiten. Die Betrachtung des familiären Hintergrundes der betroffenen Kinder zeigt Parallelen zu den Ergebnissen der oben dargestellten AWO-ISS-Studien:

- a) Familien mit geringem Einkommen und geringerer Bildung haben tendenziell mehr Kinder, als Familien mit hohem Einkommen/Bildungsabschlüssen.
- b) Der Anteil von Kindern aus Elternhäusern mit geringem Einkommen/Bildungsabschluss ist wesentlich höher als aus Familien mit höherem Einkommen/Bildungsabschluss. Vor dem Hintergrund der als unzureichend empfundenen eigenen Lebenssituation verringert sich das Bedürfnis und die Möglichkeit der Kindeseltern, die eigenen Kinder ausreichend zu betreuen/zu fördern/zu erziehen.

<sup>28</sup> Quelle: Beratungsunterlage für das 1. Plenum des Bündnisses "Gesund Aufwachsen in Brandenburg" am 27. November 2006 in Potsdam

- c) Die allgemeinen Fähigkeiten von Eltern zur Erziehung und altersgerechtem Umgang mit ihren Kindern nehmen ab. Als Gründe hierfür sind mangelnde eigene Erfahrungen, geringe familiäre und soziale Unterstützung und der immer weitergehende Abbau gesellschaftlicher Unterstützungsmöglichkeiten zu vermuten.

In der weiteren Tätigkeit der Mitarbeiter unserer kommunalen Frühförder- und Beratungsstelle muss auch weiterhin der Grundsatz beachtet werden; „Je eher ein Kind im Hilfesystem ankommt und je früher es frühe Hilfen erhält, desto geringer sind die Nachfolgekosten.“ So schreibt das Nationale Zentrum Früher Hilfen: „das Verhältnis der Kosten Früher Hilfen beträgt gegenüber den Kosten von Kindeswohlgefährdung unter den getroffenen Annahmen bei dem moderaten Szenario 1:13 und 1:34 beim pessimistischen Szenario.“<sup>29</sup>

Des Weiteren konnten die 2010 begonnenen und zwischenzeitlich unterbrochenen Verhandlungen zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung Frühförderung mit den Krankenkassen durch das zielstrebige Bemühen unserer verantwortlicher Mitarbeiter Ende November 2012 wieder aufgenommen werden. Mit einem erfolgreichen Verhandlungsergebnis möchten wir auch in unserem Landkreis betroffenen Kindern und deren Eltern die Komplexeleistung Frühförderung als Leistung der Eingliederungshilfe anbieten.

## 2.2.2. Schuleingangsuntersuchung und Daten zur Schulreife

Seinem gesetzlichen Auftrag folgend führt der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst regelmäßig ärztliche Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, Behinderungen und Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen durch.

In einer Serie regelmäßiger Reihenuntersuchungen vom Kindergartenalter bis zur Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz in der 10. Klasse nimmt die Schuleingangsuntersuchung einen zentralen Platz ein. Sie ist im Land Brandenburg eine Pflichtaufgabe und gleichzeitig eine bindende Vorausbedingung für die Einschulung eines jedes Kindes. Die Schuleingangsuntersuchungen dienen

- Der Feststellung der Schulfähigkeit.
- Der Erkennung gesundheitlicher und sozialer Beeinträchtigungen und Störungen, die den Schulerfolg beeinflussen und gefährden können und deshalb von den Pädagogen besonders beobachtet werden müssen, manchmal sogar besondere organisatorische Maßnahmen der Schulen erfordern.
- Der Einleitung, Vermittlung und Sicherung bisher nicht erfolgter und noch vor Schulbeginn notwendiger diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen.
- Der Gesundheitspflege und Beratung u.a. zu Impfungen, zur Ernährung, zu Sport sowie zur persönlichen Hygiene.
- Der Erfassung epidemiologischer Daten für die Gesundheitsberichterstattung und regionale Versorgungsplanung.

Aufgrund der Untersuchungspflicht wird jedes Kind, welches in unserem Landkreis eingeschult wird, den Kinderärztinnen des Gesundheitsamtes vorgestellt. Es werden so auch sichere epidemiologische Aussagen zur gesundheitlichen Situation der Schulkinder in unserem Landkreis möglich.

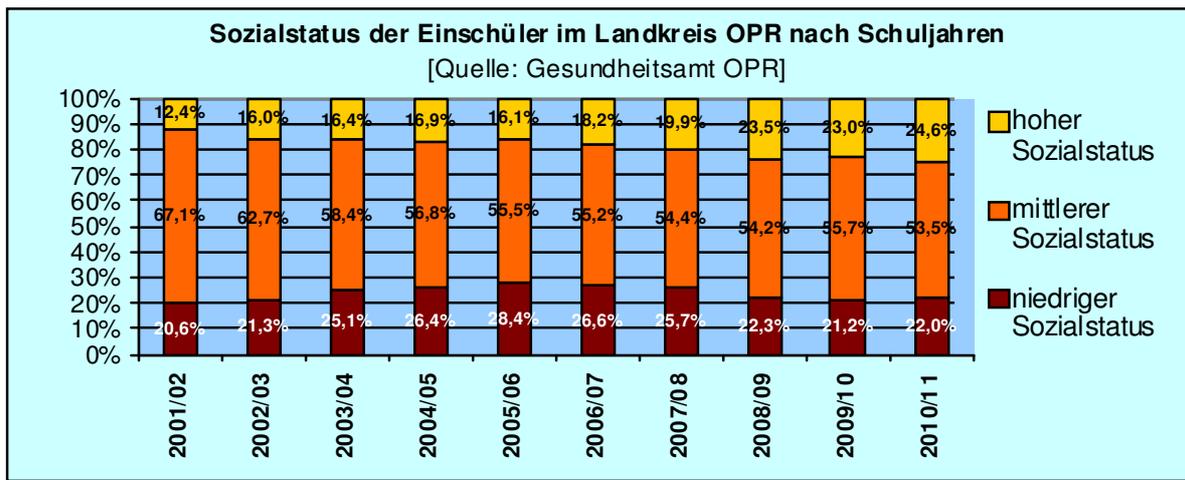
---

<sup>29</sup> Quelle: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Materialien zu Frühen Hilfen Nr. 4, Expertise „Kosten und Nutzen Früher Hilfen“ Auflage 2. vom 10.11.2011

## Sozialstatus

Neben den ärztlichen Daten werden im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung auch Daten zum Sozialstatus der Familien der Kinder erhoben. Auf freiwilliger Basis geben die Eltern Auskunft über Familienstand, Qualifikation, Erwerbsform und Schulbildung von Mutter und Vater. Diese Daten erhält das Landesgesundheitsamt anonymisiert zur Auswertung. Dieses bildet aus den erhobenen Datensätzen Kategorien, die als „Sozialstatus“ Auskunft über die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht geben<sup>30</sup>. Bei den Untersuchungen in unserem Landkreis konnten in den letzten Jahren Sozialdaten von jeweils mehr als 90% der Einschüler erfasst werden. Dank der Mitarbeit der befragten Eltern sind die im Diagramm dargestellten Werte repräsentativ.

Diagramm 12:



Hinsichtlich der sozialen Zugehörigkeit von Kindern im Landkreis zeigt das Diagramm zunächst keine radikalen Veränderungen. Bei genauer Betrachtung erkennt man jedoch ein Schwinden von Familien mit mittlerem Sozialstatus. Deren Anteil sank in den letzten neun Jahren um 13,6 %. Auch die absoluten Zahlen dokumentieren die Folgen der Abwanderung und des sozialen Abstiegs von Familien mit (ehemals) mittlerem Sozialstatus.

Der prozentuale Anteil von Kindern aus Familien mit niedrigem oder hohem Sozialstatus nahm hingegen zu, was aber nicht die absoluten Zahlen widerspiegelt. Diese entsprechen ungefähr einem Gleichbleiben der Zahlen dieser Familien bei allgemein schwindender Bevölkerungszahl.

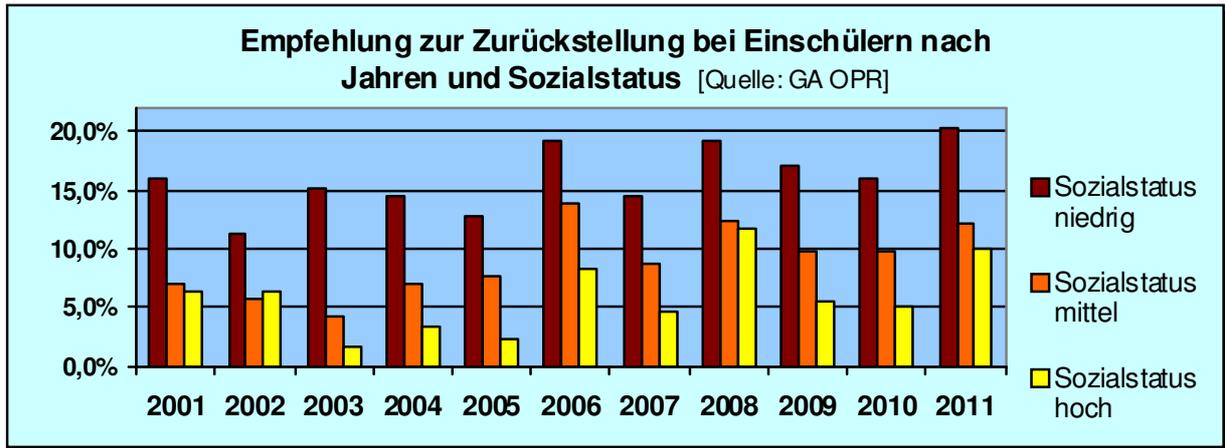
## Sozialstatus und Gesundheit von Einschülern

In der epidemiologischen Auswertung der Befunde der Einschulungsuntersuchungen wird die Korrelation zwischen der körperlichen/seelischen Entwicklung der untersuchten Kinder und dem Sozialstatus ihrer Herkunftsfamilie immer wieder deutlich.

Diagramm 13 zeigt den unmittelbaren statistischen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Schulrückstellungen und dem Sozialstatus der betroffenen Kinder. Bis zum Schuljahr 2007/08 wie auch 2009 und 2010 war für Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus die Wahrscheinlichkeit doppelt so hoch als bei anderen Kindern, zu Schulbeginn nicht schulreif zu sein.

<sup>30</sup> Die Merkmale Schulbildung und Erwerbsform werden dabei 60:40% gewichtet. Bei der Schulbildung werden je Elternteil maximal 3 Punkte und bei der Erwerbstätigkeit je Elternteil max. 2 Punkte vergeben. Bei fehlender Angabe eines Elternteils wird die des anderen Elternteils doppelt gewichtet, wie bei Alleinerziehenden.

Diagramm 13:



Zum Schuljahr 2005/2006 trat eine Änderung des Brandenburgischen Schulgesetzes in Kraft. Entsprechend § 37 Abs. 2 beginnt nunmehr für alle Kinder, die bis zum 30. September (alt 30. Juni!) das 6. Lebensjahr vollendet haben, die Schulpflicht am 1. August desselben Kalenderjahres. In der Folge setzten viele Eltern mit hohem Sozialstatus die Zurückstellung ihrer durch die Neuregelung betroffenen Kinder durch und begründeten dies mit deren zum Stichtag als unzureichend eingeschätzten Entwicklungsstand. Sozialschwache Eltern hingegen machten diese Bedenken nur selten geltend, dies mag wirtschaftliche Gründe haben oder in der geringeren Aufmerksamkeit für die Besonderheiten ihrer Kinder liegen. Entsprechend den Vorgaben der Neuregelung zeigten sich Schulleiter gegenüber den gefundenen Entwicklungsbeeinträchtigungen nachsichtig. Einige Einschüler des Schuljahres 2005/2006 wurden somit nicht entsprechend ihrer Fähigkeiten eingeschult, sondern nach wirtschaftlichen Erwägungen ihrer Umgebung.

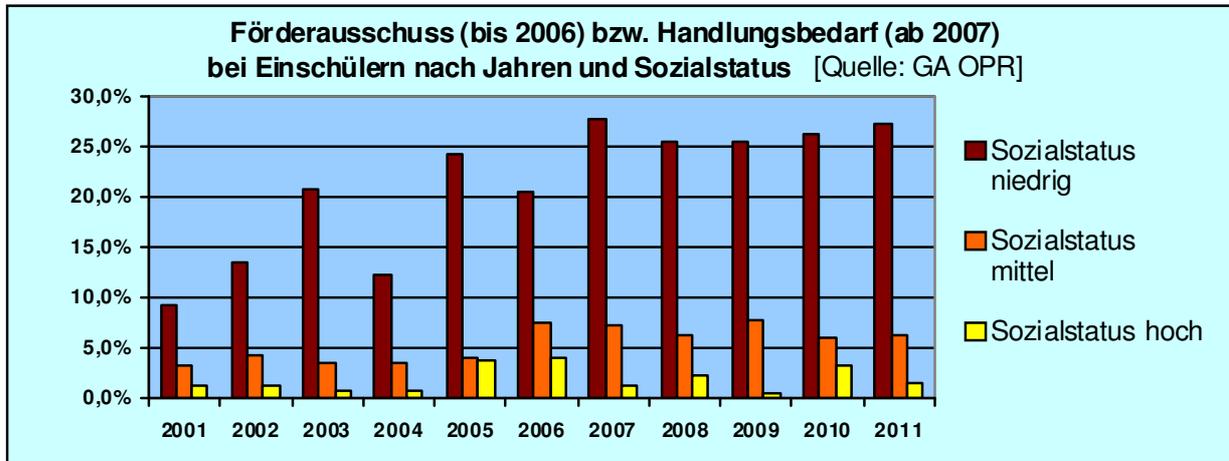
Die Erfahrungen des Schuljahres 2005/2006 haben gezeigt, dass die schulischen Rahmenbedingungen für einen vorzeitigen Schulbesuch auch heute noch nicht ausreichend entwickelt sind. Grundschullehrer verweisen auf Schwierigkeiten mit unreifen Kindern, die dem vorgegeben Schulalltag nicht folgen können und daraus resultierend Probleme des Lernens und der Emotionen entwickeln.

Noch deutlicher als bei den Daten zur Schulrückstellung ist der Zusammenhang von Sozialstatus und kindlicher Entwicklung in der Häufigkeit von Empfehlungen von sonderpädagogischen Förderausschussverfahren vor Schulbeginn zu erkennen (Diagramm 14)<sup>31</sup>. Kinder mit dieser Empfehlung weisen körperliche und geistige Einschränkungen bzw. frühzeitig erworbene Defizite auf, die im Schulverlauf zu erheblichen Lern-, Leistungs- und Entwicklungsbeeinträchtigungen führen. Um erfolgreich lernen zu können, benötigen sie sonderpädagogische Unterstützung bzw. das spezialisierte Umfeld einer Schule mit besonderen Förderschwerpunkten. Das Aufwachsen in einer Familie mit niedrigem Sozialstatus ist statistisch mit Entwicklungsrisiken verbunden, die zum Erwerb von Lern-, Leistungs- und Entwicklungsbeeinträchtigungen führen. In der Zusammenfassung beider Datenbündel wird deutlich: Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus haben ein erheblich höheres Risiko zu Beginn der Schulzeit nicht schulreif bzw. deutlich beeinträchtigt zu

<sup>31</sup> Bis 2006 wird das Kriterium „Empfehlung Förderausschuss“ verwendet. Ab 2007 werden entsprechend für die Darstellung im Diagramm die Handlungsempfehlungen „pädagogische Klärung“ und „Sonderpädagogik“ eingerechnet.

sein. Die Daten des Gesundheitsamtes wiederholen somit die Aussagen der im ersten Abschnitt beschriebenen AWO-ISS-Studien.

Diagramm 14:



Seit dem Schuljahr 2005/2006 wird durch ein neues sonderpädagogisches Feststellungsverfahren versucht, dem Förderbedarf dieser Kinder besser gerecht zu werden. In diesem Verfahren behält sich die Institution Schule vor, die jeweils vorliegenden Beeinträchtigungen grundsätzlich selbst zu erkennen und zu beschreiben. Vor Schulbeginn formulierte Diagnosen und Beurteilungen können in der Anregung dieses Verfahrens verwendet werden, sind jedoch nicht pflichtig zu beachten. Die Beschreibung und Einschätzung des Förderbedarfes ebenso wie die sonderpädagogische Förderung des Kindes und die Beratung der jeweiligen Lehrer obliegt einem der Schule zugeteilten Sonderpädagogen. Kernstück des neuen Verfahrens ist die förderdiagnostische Lernbeobachtung „bei Kindern mit erheblichen Auffälligkeiten in den Bereichen Lernen, Sprache oder emotionale und soziale Entwicklung“<sup>32</sup>. Im Sinne einer sonderpädagogischen Langzeitdiagnostik sollen beeinträchtigte Schüler in ihrem Klassenverband sonderpädagogisch beobachtet, begleitet und untersucht werden, um ihre Stärken und Schwächen besser als vorher beschreiben und in die Hilfeplanung einbeziehen zu können. Die Einbeziehung von Fachleuten und Helfern außerhalb des Schulsystems ist dabei möglich, aber nicht pflichtig. Vorliegende Ergebnisse der Frühförderung und der Schuleingangsuntersuchung können, aber müssen nicht abgefragt werden. Somit unterbindet / beeinträchtigt diese Regelung die kontinuierliche Fortführung von Hilfen aus der Vorschule in den Bereich der Grundschule hinein. Das kooperative Abstimmen von Hilfeleistungen aus dem Schul-, Freizeit- und therapeutischen Bereich findet hier keine Beachtung.

In der Praxis ungeklärt sind sowohl Qualität als auch Umfang der sonderpädagogischen Leistungen, die einem Kind zur Verfügung gestellt werden. Auf dem Weg zum System der „inkluisiven Bildung“ fehlt es derzeit nach Meinung des Gesundheitsamtes an verbindlichen Qualitätsstandards, an zahlenmäßig ausreichend ausgebildeten Sonderpädagogen und an institutionellen Voraussetzungen wie kleinen Klassen, angemessenem Unterrichtsmaterial und ausreichend (weiter-) gebildeten und supervidierten Lehrkräften. Angesichts der grundsätzlichen Abgrenzung sonderpädagogischer Diagnostik von schulfremden Störungsfeststellungen und dieser Diagnostik innewohnenden immensen Verantwortung für den Schulverlauf (wenn nicht gar des Lebens) des jeweils betroffenen Schulkindes drängt sich die Frage nach den fachlichen und organisatorischen Grenzen einer solchen Hilfestellung auf.

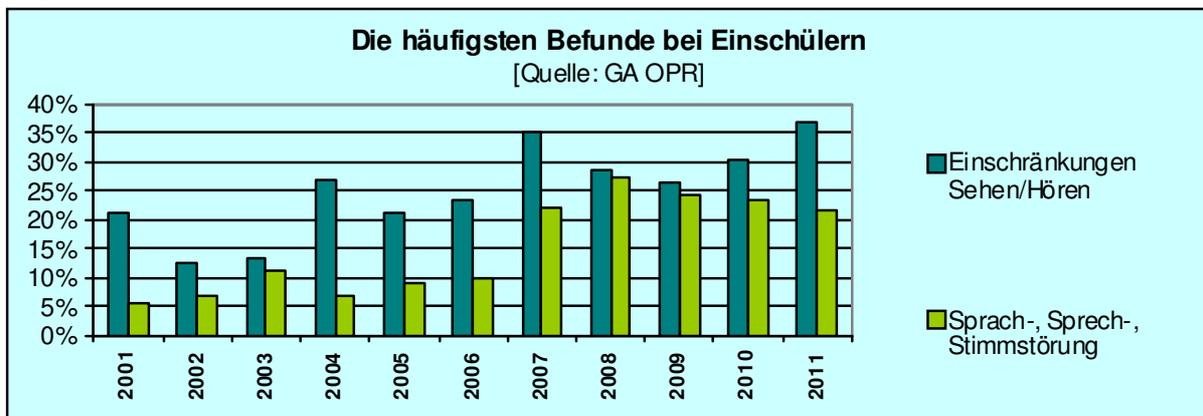
<sup>32</sup> „Das neue Feststellungsverfahren und die Förderdiagnostische Lernbeobachtung in der Grundschule“ Elterninformation des Landes Brandenburg, Ministerium für Bildung, Jugend und Sport.

### 2.2.3. Einzelbefunde der Schuleingangsuntersuchung

Die häufigsten Befunde bei Einschülern stellen Sinneseinschränkungen dar, ca. ein Viertel aller Einschüler kann schlecht sehen oder hören. Ungefähr jedes zehnte Kind zeigt intellektuelle Entwicklungsverzögerungen und/oder Wahrnehmungsstörungen. Dabei beschreibt der Begriff „Wahrnehmungsstörung“, dass gehörte oder gesehene Reize nicht aufgenommen bzw. verarbeitet werden, auch wenn die zugehörigen Funktionen ohne Beeinträchtigung sind. Zu Beginn der Schulzeit können Wahrnehmungsstörungen von intellektuellen Entwicklungsverzögerungen kaum abgegrenzt werden. Im Schulverlauf verursachen sie später häufig Teilleistungsstörungen bei normaler Intelligenz des Kindes.

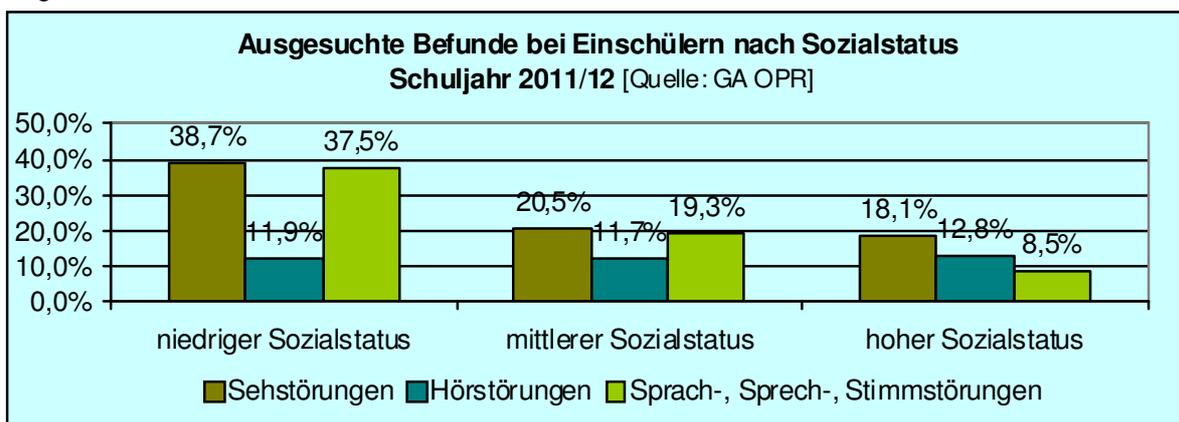
Zwischen 15 bis 25 % der untersuchten Kinder haben Störungen der Sprache, des Sprechens oder der Stimme. Auch diese können zu Beginn der Schulzeit voneinander kaum getrennt werden. Störungen der Sprache und des Sprechens verursachen Schwierigkeiten beim Erwerb des Lesens und Schreibens.

Diagramm 15:



Seit 2002 verzeichnen wir sowohl bei den Einschränkungen des Sehens und des Hörens, den Sprachstörungen als auch bei kognitiven Entwicklungsverzögerungen eine deutliche Zunahme. Die in Kapitel 1 theoretisch erörterten Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung infolge unzureichender Förderung und übermäßigen Fernsehkonsums sind hier in ihren konkreten Auswirkungen zu erkennen. Die Häufigkeit und die Qualität des Fernsehkonsums der untersuchten Kinder werden durch das Gesundheitsamt nicht erhoben. Jedoch können anhand des erfassten Sozialstatus der Einschüler die Auswirkungen von Bildung und Berufstätigkeit der Eltern auf die Schulreife ihrer Kinder untersucht werden.

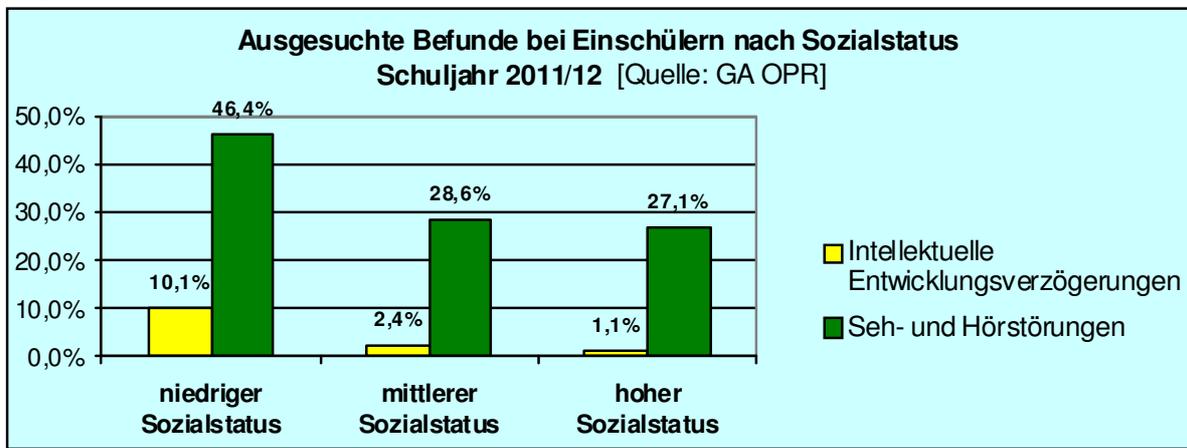
Diagramm 16:



Kinder aus sozial benachteiligten Familien sind weniger gesund. Sie fallen häufiger mit Seh- und Hörstörungen auf und werden später behandelt. Sie zeigen mehr Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen als andere ihrer Altersgruppe. Ursachen für Sprachstörungen im Einschulalter sind:

- Fehlende Zuwendung und Aufmerksamkeit der Eltern, z.B. seltene familiäre Gespräche, wenig Erklärungen, seltene gemeinsame Aktivitäten
- Geringe Sprachanregung in der Familie und der Umwelt des Kindes (keine kindgemäße Sprache, keine kindgerechten Inhalte)
- Häufiger Fernsehkonsum
- Fehlende Möglichkeiten zur Bewegung und zum freien Spiel
- Erkrankungen
- Unzureichende Angebote gezielter Sprachförderung bzw. Sprachtherapie im Kindergartenalter

Diagramm 17:



Mit Beeinträchtigungen der Sprachentwicklung gehen Verzögerungen der intellektuellen Entwicklung einher. Diagramm 17 zeigt, dass sowohl Entwicklungsverzögerungen, als auch Wahrnehmungsstörungen vor allem ein „Unterschicht-Phänomen“ darstellen.

Ebenso wie die Sprache sind die intellektuelle Entwicklung von Kindern und deren Fähigkeit zur Wahrnehmung ihrer Welt abhängig von Zuwendung, Aufmerksamkeit, kindgemäßen Familienaktivitäten, Bewegung, Spiel und Erforschung. Erkrankungen, Vernachlässigung, Überforderung und häufiger Fernsehkonsum zerstören die kindlichen Entwicklungsräume und beeinträchtigen deren geistige und seelische Entwicklung.

Eine eigene Risikogruppe bilden übergewichtige Kinder. Hierbei wird unterschieden zwischen dem Übergewicht und der als Krankheit definierten Adipositas des Kindesalters.<sup>33</sup> Übergewicht und Adipositas sind häufig das Ergebnis von Bewegungsarmut und falscher Ernährung. Die immer gebräuchlicher werdende Fast-Food-Kultur gemeinsam mit den bereits erörterten Auswirkungen des Fernsehens auf die körperliche Entwicklung hat zu einer steigenden Zahl dicker Kinder geführt. Dabei erhöht das frühzeitige Übergewicht die Wahrscheinlichkeit schwerer Erkrankungen. Übergewichtige Kinder erkranken bereits jung häufig an Typ-II-Diabetes (Altersdiabetes), sie leiden eher unter Bluthochdruck und haben als Jugendliche

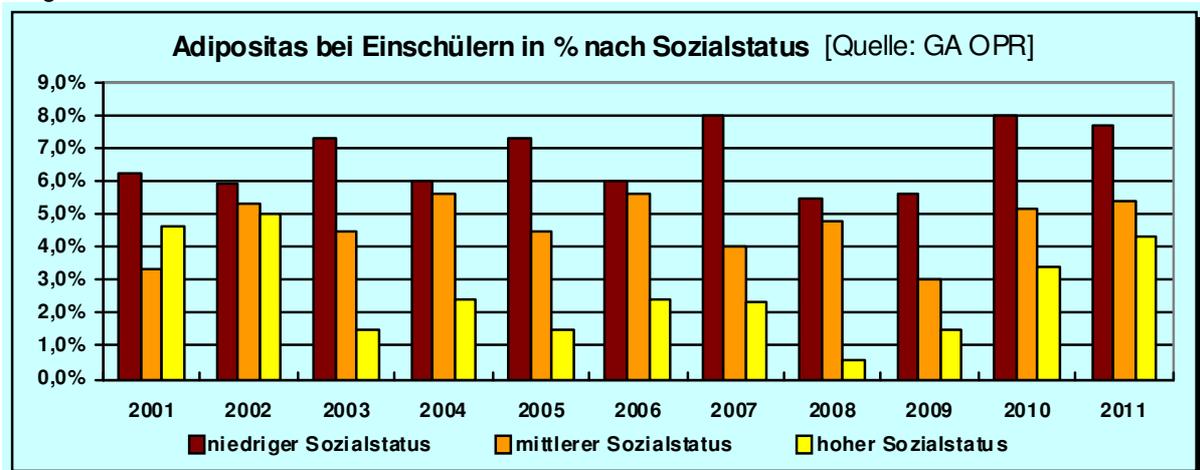
<sup>33</sup> Die Diagnosen Übergewicht und Adipositas werden alters- und geschlechtsspezifisch anhand des jeweils gültigen Body-Mass-Index gestellt.

bereits ein erhöhtes Schlaganfallrisiko. Kurzatmigkeit und Erkrankungen der Atemwege werden bei Übergewichtigen häufig beobachtet. Infolge der großen mechanischen Belastung des Knochengestübes und der Gelenke erleben Übergewichtige frühzeitige Verschleißerkrankungen.

Am ehesten spüren die Heranwachsenden jedoch ihre Ausgrenzung als „dicke“ und „unattraktive“ Personen in einer Kultur, die Wert auf Sportlichkeit und Schlankheit legt, ohne diese tatsächlich zu fördern. Infolge der sozialen Diskriminierung leiden das Selbstvertrauen und die Selbstsicherheit der ohnehin häufig bedrückten Kinder.

Diagramm 18 zeigt, dass Adipositas kein alleiniges Unterschichtphänomen darstellt. Süßigkeiten, „schnelles Essen“, Bewegungseinschränkungen, konsumierende Kinderunterhaltung haben viele Ausprägungen jedoch eine Auswirkung: Übergewicht, später Bluthochdruck, Diabetes mellitus.

Diagramm 18:



## **2.3. Daten der Jugendhilfe<sup>34</sup>**

### **2.3.1. Datenerfassung des Allgemeinen Sozialen Dienstes**

Die Datenerfassung des Allgemeinen Sozialen Dienstes im Jugendamt erfolgt seit 2006 statistisch verlässlich als Datenerfassung mittels ProSoz14 Plus. Dieses gestattet nicht nur die Aufnahme einer größeren Datenmenge, in den kommenden Jahren werden auch statistisch belastbare Auswertungen zur sozialen Situation, zu Hilfebedarf und Hilfeverläufen möglich sein.

Nach Bearbeitung dieser Informationen werden hier Aussagen über Auffälligkeiten und Tendenzen hinsichtlich Altersverteilung, Familienstrukturen und Schulbildung von Kindern und Jugendlichen in Jugendhilfe möglich.

### **2.3.2. Altersverteilung der Hilfeempfänger**

2007 bis 2010 registrierten die Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialen Dienstes jährlich etwa 1.000 neue Anträge auf Hilfe zur Erziehung. Diese betrafen zum Teil Einzelfälle, d.h. Jugendliche mit einem individuell umschriebenen Hilfebedarf, zum Teil umfasste die Hilfe Familien mit mehreren, auch sehr kleinen Kindern.

Ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen nach Beginn der Schulzeit sowie nach dem Übergang in die Sekundarstufe 1 beschreibt die Situation und das Dilemma von Jugendhilfe: Es ist inzwischen bewiesen, dass die größte Zahl psychischer und sozialer Auffälligkeiten ihre Herkunft in unzulänglichen Konstellationen der frühen Kindheit hat. Wie im Kapitel 1 dargestellt, sind Kinder im Kleinkind- und Vorschulalter auf ein gesundes familiäres Bezugssystem unbedingt angewiesen. In dieser Phase kann familienstützende Arbeit die Entwicklung von Kindern wirksam begleiten und der Entstehung gestörter Verhaltens- und Lebensmuster erfolgreich entgegenwirken.

Mit dem Erreichen der Schulreife ist die Festlegung grundsätzlicher sozialer Verhaltensweisen verbunden. Pädagogische Hilfe ist hier bereits korrigierend und setzt sich mit einer jungen, an desolate Lebensumstände angepassten Persönlichkeit auseinander.

Der Übergang in die Sekundarstufe 1 markiert einen weiteren Reifungsprozess. Der sich verselbständigende junge Mensch setzt sich nun auf der Basis des bisher Erworbenen aktiv mit seiner Umgebung auseinander. Pädagogische Hilfe hat hier nur noch die Rolle des beratenden Wegbegleiters und kann an den verfestigten Störungsmustern nur noch wenig verändern. Mit diesem Wissen liegt der Schwerpunkt von Jugendhilfe auf der Unterstützung der Familie, der Unterweisung der Eltern und der Behandlung gestörter Familienstrukturen.

In der Praxis beantragen viele Eltern jedoch erst dann Jugendhilfe, wenn das Regelsystem Schule die Auffälligkeiten eines Kindes benennt und nachdrücklich auf Veränderung drängt. Dies ist zum ersten Mal nach Schuleintritt der Fall und häuft sich im Bereich der weiterführenden Schule, wenn die bisher Auffälligen „in die Pubertät kommen“.

Die häufig verschwommenen Störungssymptome jüngerer Kinder hingegen erwecken in der Kita und der Familie vielleicht Besorgnis, begründen aber nur in seltenen gravierenden Fällen einen Antrag auf Hilfe zur Erziehung. In der Folge setzt Jugendhilfe meist erst dann ein, wenn bereits grundsätzliche Beeinträchtigungen

---

<sup>34</sup> Autor: Herr J. Illing, Sachgebietsleiter des Allgemeinen Sozialen Dienstes des Jugendamtes der Kreisverwaltung

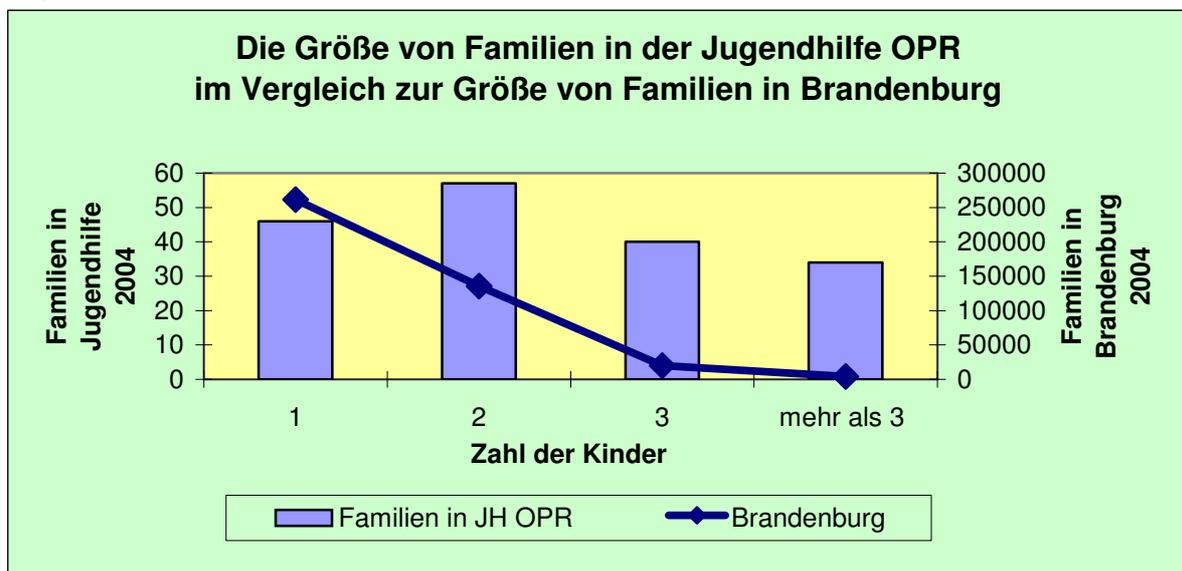
vorliegen, d.h. wenn aus Kindern mit Problemen schon problematische Jugendliche geworden sind.

### 2.3.3. Jugendhilfe und Familien

Die demografische Entwicklung Brandenburgs zeigt eine stetige Verkleinerung der Familien. Neben einer großen Menge kinderloser Ehepaare wächst die Zahl von Ein-Kind-Familien, während die Anzahl von Familien mit zwei und mehr Kindern stetig fällt. Diagramm 20 zeigt, dass diese Tendenz auf die Inanspruchnahme von Jugendhilfe nicht zu übertragen ist. Hier ist der Anteil von Familien mit drei und mehr Kindern deutlich größer als im Bevölkerungsdurchschnitt.

Mit zunehmender Kinderzahl wächst die Wahrscheinlichkeit, Hilfe zur Erziehung in Anspruch nehmen zu müssen. Dies hat zwei Ursachen. Zum einen ist es der originäre Auftrag von Jugendhilfe, Kinder und Familien in schwierigen Situationen zu unterstützen. Viele Kinder erfordern bereits quantitativ mehr Zuwendung, mehr Versorgung, mehr Erziehungskompetenz und mehr Konfliktmanagement als ein einzelnes Kind. Dies allein begründet einen höheren Unterstützungsbedarf der Eltern, der gegebenenfalls im Jugendamt vorgetragen wird. Zum zweiten sind es vorrangig gebildete und erziehungsbewusste Eltern, die sich angesichts hoher beruflicher Anforderungen und finanzieller Unwägbarkeiten für die kleine Familie entscheiden. Demgegenüber legen Eltern, die in ihrem Leben wenig berufliche und ökonomische Aussichten haben, auch weniger Wert auf Lebens- und Familienplanung.

Diagramm 19:



In der Praxis gestalten sich die Hilfeverläufe in großen Familien aufwändig und kompliziert. Hier ist der Anteil „bildungsferner“ Eltern groß. Wenn diese nicht zu einer grundsätzlichen und zuverlässigen Mitarbeit motiviert werden können, gestaltet jedes Kind seine Probleme in der Familie in Serien alterstypischer Krisen. Die Hilfe navigiert dann von Konflikt zu Konflikt. Aus einer Familie mit vielen Kindern wird eine „Multiproblemfamilie“.

Eine intakte Familie mit zuverlässigen Bezugspersonen ist die wichtigste Voraussetzung für das gesunde Aufwachsen auch unter schwierigen Umgebungsbedingungen. Bei den Adressaten der Jugendhilfe in den Jahren 2007-2010 ist die klassische Familie selten vorhanden. Der überwiegende Teil

unterstützungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher hat alleinerziehende Eltern, 45 %. 26,5 % der Bezieher von Jugendhilfe leben in einer neuen Partnerschaft, nicht mit dem anderen Elternteil zusammen. Nur rund 26 % der betroffenen Kinder lebt in Mutter-Vater Familien mit beiden Eltern.

In unvollständigen und/oder konfliktreichen Familienkonstellationen werden die Bedürfnisse der Heranwachsenden nicht nur unzureichend wahrgenommen. Viel zu häufig übernehmen sie die Aufgaben der Erwachsenen oder geraten in die Rolle des Partnerersatzes und Konfliktmanagers in den Streitigkeiten der Eltern.

Auf der Ebene der Persönlichkeitsentwicklung hat dies Folgen. Nach dem Vorbild ihrer Eltern verinnerlichen Kinder Strategien der Konfliktbewältigung und Konflikteskalation. Sie lernen Möglichkeiten der Durchsetzung egoistischer und sozialer Interessen und entwickeln ihr Selbstbild nach den Äußerungen ihrer Bezugspersonen. Wenn die Eltern in der Lage sind, Trennungssituationen fair und klärend zu bewältigen, kann dieses zur Entwicklung der sozialen Fähigkeiten bei ihren Kindern entscheidend beitragen. Unlösbare Streitigkeiten, Unterstellungen und Instrumentalisierung jedoch verursachen massive seelische Konflikte und führen zu Schulschwierigkeiten, Verhaltensauffälligkeiten bis hin zu psychischen Erkrankungen der Kinder.

## **2.4. Daten zur Suchtentwicklung**

Eine der wesentlichsten Gesundheitsgefährdungen von Jugendlichen stellt der Substanzkonsum dar. Jugendliche, die vor dem 15. Lebensjahr Alkohol, Nikotin oder andere Drogen konsumieren, entwickeln als Erwachsene deutlich häufiger eine Substanzabhängigkeit, die ihr gesamtes späteres Leben beeinträchtigt.

So ist der Tabakkonsum die bedeutendste Einzelursache von schweren und tödlichen Erkrankungen, wie Lungenkrebs, Herzerkrankungen und Schlaganfall. Diese Erkrankungen zeigen sich erst im Erwachsenenalter und erscheinen Jugendliche deshalb nicht bedeutsam.

*Junge Mädchen, welche die Pille nehmen und rauchen, haben ein vielfach höheres Risiko, an Leiden des Blutgefäßsystems zu erkranken. Dazu gehören Thrombose, Embolie und der gefürchtete Schlaganfall.*

Einer von vier Todesfällen bei Jugendlichen wird durch Alkohol verursacht, da Alkoholmissbrauch in dieser Altersgruppe häufig mit riskantem Verhalten einhergeht. Dazu gehören Mutproben, Schlägereien oder schnelles Autofahren. Der Körper junger Menschen entwickelt schnell eine Alkoholtoleranz, d.h. die Betroffenen müssen mehr trinken, um die „gleiche“ Wirkung zu erzielen. Die Menge des zugeführten Alkohols wird unkontrollierbar und kann neben den benannten Unfällen zu Alkoholvergiftungen und anhaltenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen.

Die Aufklärung über die Folgen von Substanzkonsum und Sucht ist deshalb eine wichtige Aufgabe öffentlicher Gesundheitsfürsorge<sup>35</sup>. Mit diesem Hintergrund führte die Landessuchtkonferenz Brandenburg 2004 eine Befragung von Jugendlichen in Ostprignitz-Ruppin zu ihrem Substanzkonsum durch<sup>36</sup>. Darin wurden 814 Jugendliche

<sup>35</sup> In unserem Landkreis wird diese Aufgabe durch die Integrierte Suchtberatung des Tannenhof e.V. Berlin repräsentiert.

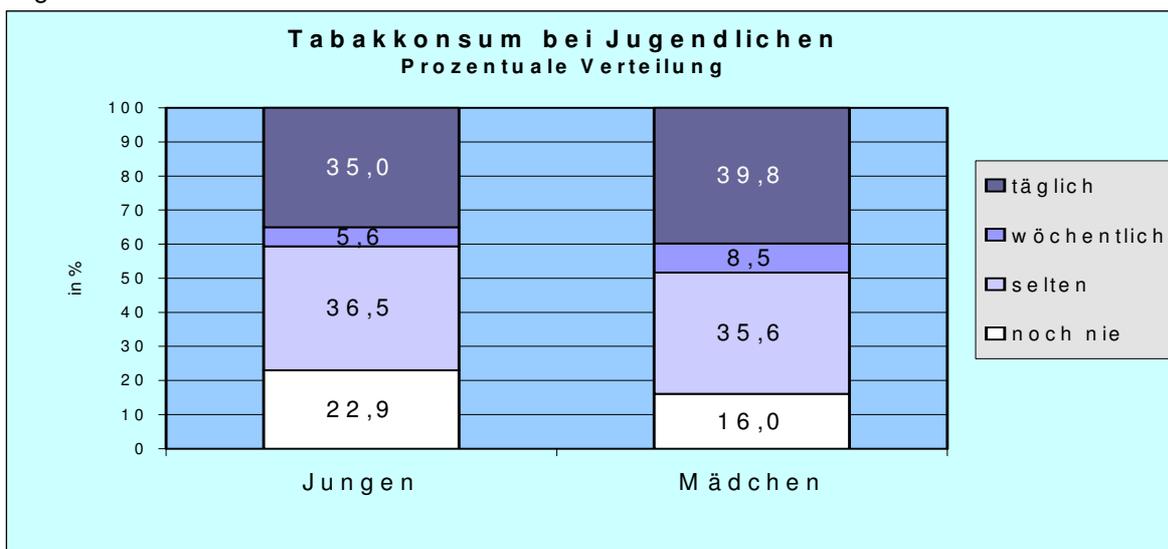
<sup>36</sup> Landessuchtkonferenz Brandenburg, A. Böhm, K. Lüdecke (2005): Befragung Jugendliche und Substanzkonsum Landkreis Ostprignitz-Ruppin, BJS;

im Alter von 15 bis 18 Jahren zu ihrem Konsumverhalten gegenüber Nikotin, Alkohol und verschiedenen Drogen befragt. Im Folgenden werden einzelne Datensätze dieser Erhebung zitiert und kommentiert.

### 2.4.1. Daten zum Tabakkonsum

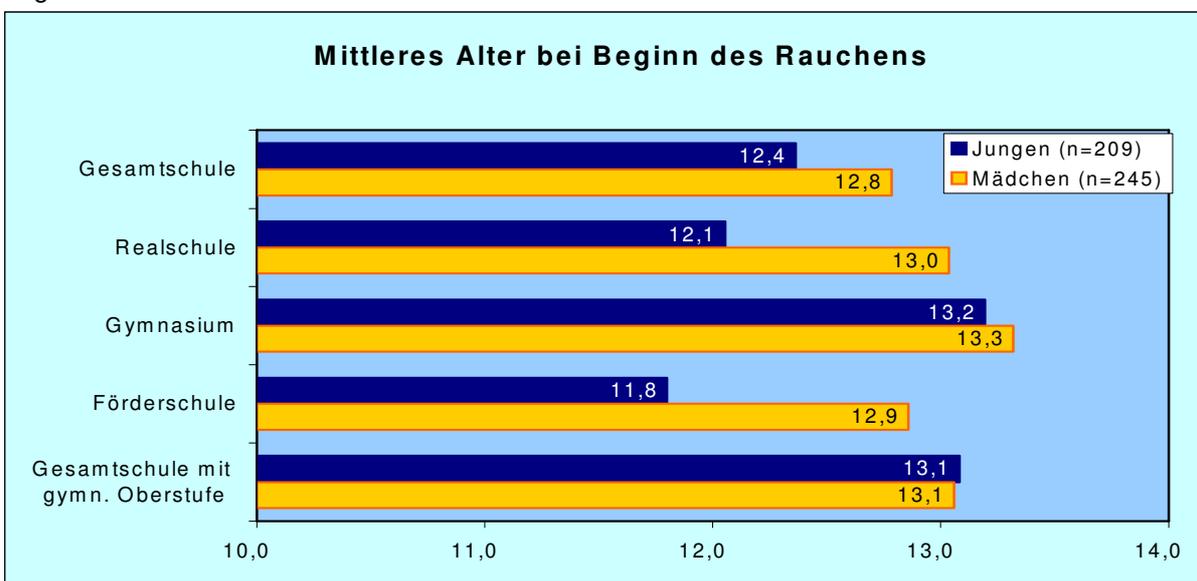
Zu ihrem Tabakkonsum gaben 813 Jugendliche Auskunft. 159 von ihnen erklärten, noch nie geraucht zu haben. Selten rauchten 293 Heranwachsende. Ein bis zweimal in der Woche griffen 57 Jugendliche zur Zigarette, während täglich bereits 304 Befragte Tabak konsumierten. Diagramm 23 zeigt die prozentuale Verteilung des Nikotinkonsums in beiden Geschlechtern.

Diagramm 20:



Die „erste Zigarette“ rauchten die Befragten zwischen 12 und 13 Jahren. Dabei begannen Jungen eher als Mädchen. Die Schüler der Förderschulen rauchten bereits vor Vollendung des 12. Lebensjahres, während Gymnasiasten „erst“ mit 13 Jahren zu rauchen begannen. In jeder Bildungsform setzte der durchschnittliche Tabakkonsum jedoch mit Beginn der Pubertät und damit bereits lange vor dem gesetzlich festgeschriebenen Mindestalter von 16 Jahren ein.

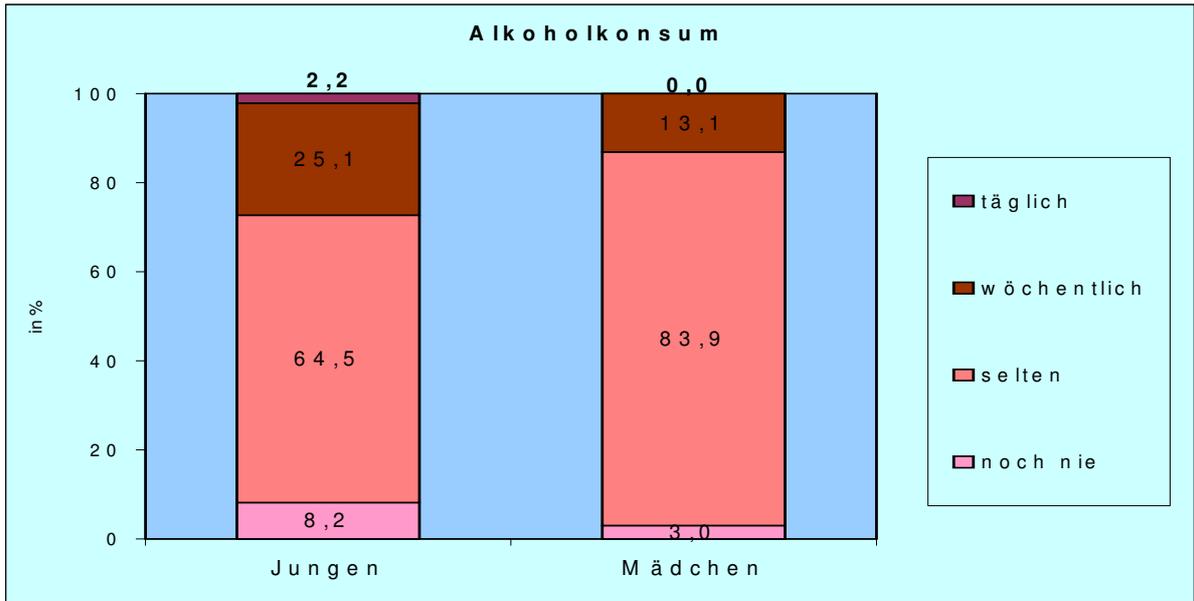
Diagramm 21:



## 2.4.2. Daten zum Alkoholkonsum

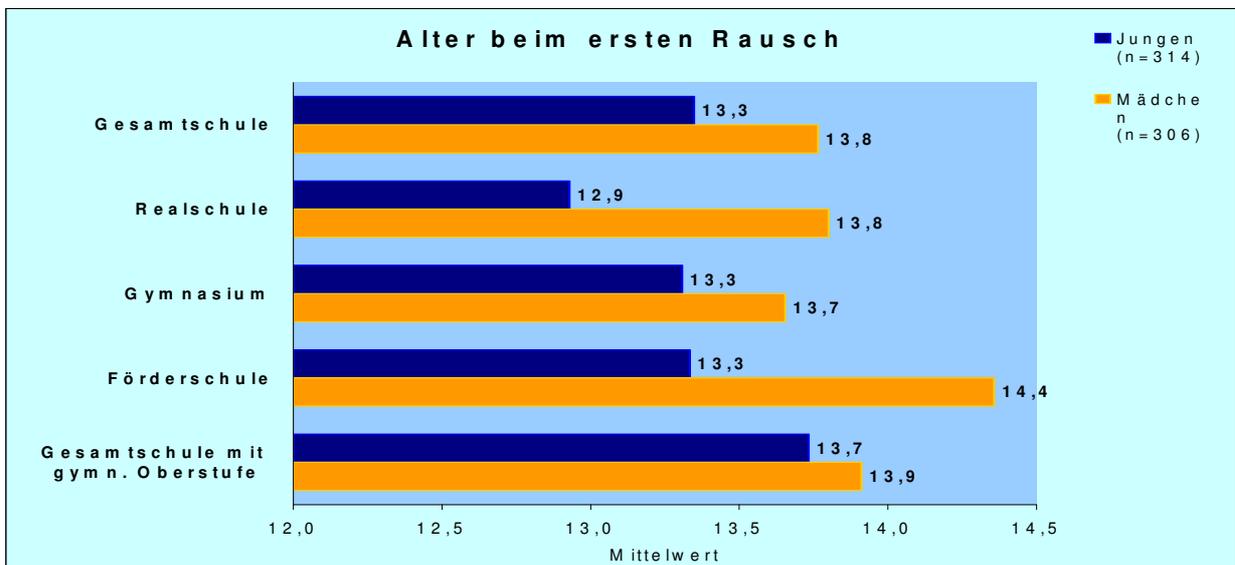
811 Jugendliche gaben zu ihrem Trinkverhalten Auskunft. Von ihnen hatten 46 noch nie Alkohol konsumiert und 600 selten, d. h. einmal bis höchstens 3 mal im Monat. 156 Jugendliche erklärten ein- bis mehrmals in der Woche Alkohol zu trinken. 9 Jungen bekannten den täglichen Alkoholkonsum. Diagramm 25 zeigt die prozentuale Zusammensetzung.

Diagramm 22:



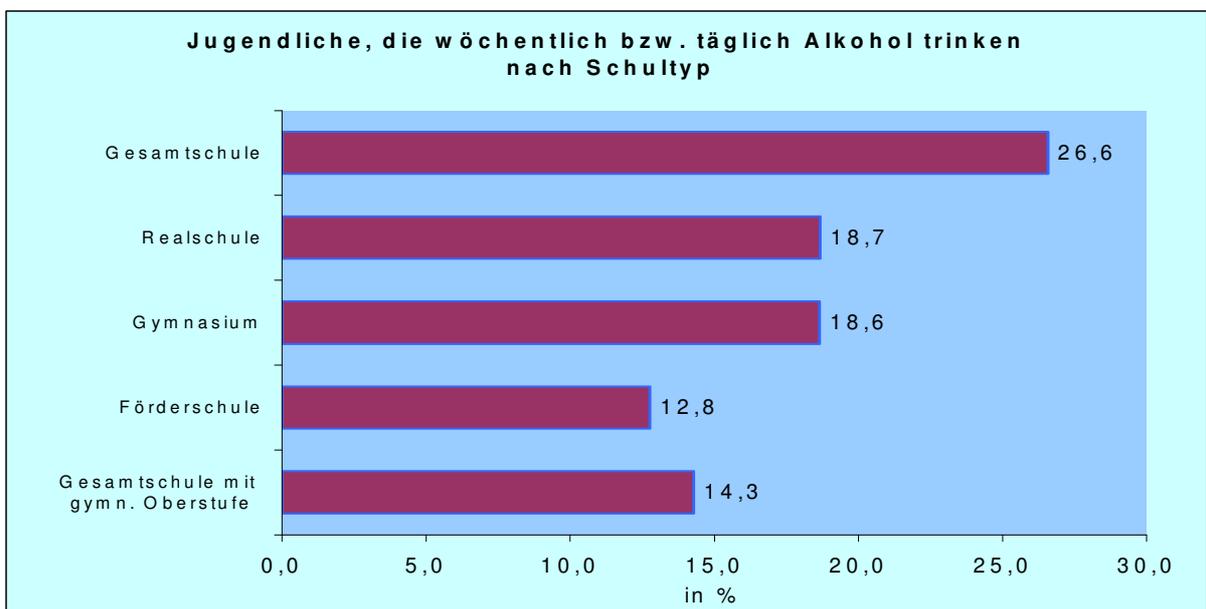
Im Diagramm 26 wird das Alter der Befragten bei ihrem ersten Rausch dargestellt. Ähnlich wie beim Nikotinkonsum liegt das Durchschnittsalter am Beginn der Pubertät, wieder konsumieren männliche Jugendlichen zeitiger als weibliche, jedoch sind zwischen den Bildungsformen kaum statistisch bedeutsame Unterschiede zu finden.

Diagramm 23



Setzt man voraus, dass alle Befragten bereits einige Zeit vor dem ersten Rausch Alkohol zu sich nahmen, so wird eine zeitliche Verknüpfung von Alkohol und Nikotinkonsum deutlich. Ein regelmäßiger Konsum von Alkohol im Jugendalter führt häufig zu bis in das Erwachsenenalter hineinreichenden gesundheitlichen Schäden. Hierbei ist das Ausmaß der alkoholbedingten Beeinträchtigungen umso größer, je jünger die Jugendlichen beim Beginn des regelmäßigen Missbrauches sind. Diagramm 27 zeigt einen erschreckend hohen Anteil von Jugendlichen, welche regelmäßig, d.h. wöchentlich bis täglich Alkohol konsumieren. In der Gesamtschule (Oberschule) umfasst dies mehr als ein Viertel aller Schüler! Dabei greifen die Jugendlichen nicht nur in Partylaune zum Glas, auch im Alltagsleben gehört Alkohol für viele dazu. Die gesundheitlichen und sozialen Gefahren werden trotz regelmäßiger Aufklärung ausgeblendet.

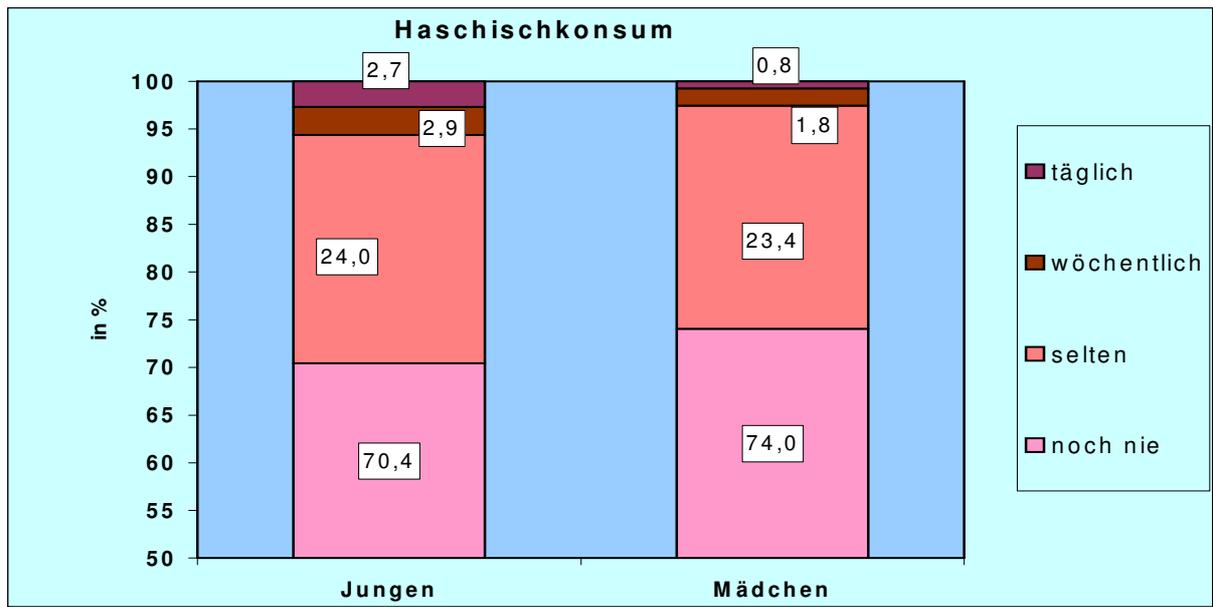
Diagramm 24:



### 2.4.3. Daten zum Drogenkonsum

Gegenüber dem massenhaften Missbrauch von Alkohol und Nikotin und den damit verbundenen Folgen spielt der Konsum illegaler Drogen eine vielbeachtete Nebenrolle. In der Befragung äußerten sich 802 Jugendliche zu ihrem Drogenkonsum. 579 von ihnen hatten noch nie Cannabis konsumiert. 190 Befragte benutzten es selten. Zwölf Jungen und 7 Mädchen gaben wöchentlichen Konsum an. Und den täglichen Haschischgebrauch offenbarten 11 Jungen und 3 Mädchen. Diagramm 28 zeigt die prozentuale Zusammensetzung.

Diagramm 25:



Der dauerhafte Konsum von Cannabis verursacht bei Jugendlichen nahezu zwangsläufig gravierende schulische und soziale Probleme. THC als Hauptwirkstoff von Cannabis beeinträchtigt die Aufmerksamkeitsleistung, die Motivation und das Gedächtnis der User. Da sich THC mit einer Halbwertszeit von 2-3 Tagen in die Fettzellen einlagert, kann es Monate dauern bis sich der Hirnstoffwechsel intensiver Drogennutzer wieder normalisiert hat. Ausgeprägter frühzeitiger Konsum beinhaltet fast immer eine beträchtliche psychiatrische Störung wie Depressionen, Angststörungen, Psychosen usw. Bei chronischen Konsumenten werden Entwicklungsstörungen beobachtet. Durch den Cannabiskonsum hervorgerufene Hirnreifungs- und Hirnleistungsstörungen untergraben wesentliche Schritte der Verselbständigung und der erwachsenen Lebensorientierung. Die Betroffenen bleiben herangewachsene Kinder.

### **„Haschisch im Dauerkonsum**

*... zerstört normale, hochaktive Einstellungen und fördert passives Verhalten und Pseudo-Kommunikation*

*... verleitet zu unrichtigen Folgerungen in Bezug auf Problemlösungen: Probleme und Konflikte werden vergrößert*

*... führt zum Verlust vieler bisheriger Interessen, zur Löschung stabiler Orientierungspunkte und zu falscher Erlebnisverarbeitung“*

*„Je höher der THC-Gehalt, je früher mit dem Missbrauch begonnen wurde, je länger er dauerte und je massiver er ist, desto größer ist die Gefahr für das Lerngedächtnis und um so wahrscheinlicher statt des Abiturs kaum noch die Hauptschule zu schaffen.“<sup>37</sup>*

*K.Th. Guenter, Drogenhilfe Oberland e.V.*

<sup>37</sup> Guenther, Klaus Th. (2004) „Hasch im Hirn“ hrsg. Durch die Drogenhilfe Oberland e.V.

## **2.5. Der psychiatrische Versorgungsbedarf in der Region**

### **2.5.1 Allgemeines**

Auffälligkeiten und Störungen des Erlebens und Verhaltens im Kindes- und Jugendalter sind häufig und verursachen erhebliche Beeinträchtigungen für die Betroffenen in Familie, Schule und sozialem Umfeld. Zur Schätzung des psychiatrischen Versorgungsbedarfes bei Kindern und Jugendlichen liegen verschiedene epidemiologische Untersuchungen vor. Aus der letzten großen Studie (BELLA 2006) geht hervor, dass bei rund 22% der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten vorliegen. Dies bedeutet aber nicht, dass in diesem Ausmaß auch eine medizinisch-psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit besteht. Fünf bis sieben Prozent der Jugendlichen werden als klinisch behandlungsbedürftig eingeschätzt. Einschlägige epidemiologische Studien divergieren in ihren Aussagen zur Jahresprävalenz in einer Bandbreite zwischen 7 und 20%.

Aus dem Bericht der AG Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) für die Gesundheitsministerkonferenz 2012 geht hervor, dass es sich bei den Auffälligkeiten insbesondere um Angststörungen, Depressionen, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen wie z.B. Lernstörungen, Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen, emotionale Auffälligkeiten, Störungen des Sozialverhaltens, Dissozialität sowie Alkohol- und Drogenkonsum handelt.

Zu den Risikofaktoren, die das Auftreten von psychischen Auffälligkeiten begünstigen, gehören an erster Stelle ein ungünstiges Familienklima und ein niedriger sozioökonomischer Status. Die psychischen Belastungen beginnen häufig in der frühen Kindheit und können sich bei Mangel an ausgleichenden Stärken und Hilfen zur Bewältigung zu psychischen Störungen (Resilienz) entwickeln.

Bei psychisch unauffälligen Kindern und Jugendlichen sind die personalen, familiären und sozialen Ressourcen regelmäßig stärker ausgeprägt. Diese Ressourcen wirken sich als Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit aus. Deshalb weist der Bericht auf die Notwendigkeit hin, dass die vorhandenen Ressourcen zu berücksichtigen sind und eine Stärkung dieser Ressourcen zu einem wesentlichen Ziel der Prävention und Intervention werden sollen.

### **2.5.2. Daten zur psychiatrischen Versorgung in der Region**

Seit 1995 gibt es in den Ruppiner Kliniken GmbH die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie und die kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanz. Insgesamt hat die Klinik 36 Behandlungsplätze, die nach Alter (0–8 Jahre, 9-13 Jahre und 14-18 Jahre) in drei Stationen mit jeweils 12 Betten aufgeteilt sind. Im April 2010 hat die Institutsambulanz und im Mai 2010 die Tagesklinik am Standort Kyritz die Arbeit aufgenommen. Die Tagesklinik hat insgesamt 8 Behandlungsplätze und zurzeit beträgt die Wartezeit für einen Therapieplatz 5 Monate.

Um die Entwicklung der psychischen Auffälligkeiten beurteilen zu können, haben wir die stationären Fallzahlen der Klinik und die Einwohner im Alter von 0-18 Jahre aus den Jahren 2007 – 2011 gegenübergestellt.

Tabelle 11<sup>38</sup>: Fallzahlen stationär

	2007	2008	2009	2010	2011
Fallzahlen stationär	292,5	342,5	351,5	369,5	366
Einwohnerzahl 0 -18 Jahre	13.977	13.366	12.448	13.288	13.330

Aus dieser Tabelle ist zu entnehmen, dass bei tendenziell sinkender Bevölkerungszahl in der Alterklasse bis 18 Jahre die Zahl der behandlungsbedürftigen Jugendlichen und Kinder ansteigt.

Tabelle 12: Aufgliederung der stationären Fälle nach Diagnosen

ICD-10 F-Diagnosen	2007	2008	2009	2010	2011
F 0 Organische, einschl. symptomatischer psychischer Störung	1		1		
F 1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	13	16	4	11	14
F 2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	4	6	9	4	1
F 3 Affektive Störungen	16	18	18	22	17
F 4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen davon Anpassungsstörungen	56	77	64	123	135
	41	55	47	93	119
F 5 Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren	7	7	6	5	4
F 6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	3	4	3		3
F 7 Intelligenzminderung	2	4	2	12	5
F 8 Entwicklungsstörungen	2	3	2	1	1
F 9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend davon Störungen des Sozialverhaltens	159	208	240	234	229
	136	160	188	164	149
andere Diagnosen		1	1	6	4
<b>Summe der Diagnosen</b>	<b>263</b>	<b>344</b>	<b>350</b>	<b>418</b>	<b>413</b>

Die dargestellte Auflistung der Störungen korrespondiert mit der Auftretungswahrscheinlichkeit berichteter Symptome in den KIGGS-Eckdaten und zeigt eine Übereinstimmung mit bisherigen nationalen und internationalen Untersuchungen.

Bei einem deutlichen Anstieg von Depressionen, Angststörungen und den Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen ist mit Delinquenz zu rechnen.

Auch im teilstationären Bereich (Tagesklinik) und ambulanten Bereich (Institutsambulanz) ist dieselbe Tendenz des Anstiegs psychischer Störungen zu verzeichnen.

Tabelle 13: Fallzahlen teilstationär und ambulant

Fallzahlen stationär	292,5	342,5	351,5	369,5	366
Fallzahlen teilstationär (Tagesklinik)				71	85
Fallzahlen ambulant Neuruppin	1200	*	*	*	1600
Fallzahlen ambulant Kyritz seit 5/2010				600	800

\* kontinuierliche Steigerungsraten

<sup>38</sup> Quelle aller Daten der Tabellen x bis y: Ruppiner Kliniken GmbH, Kinder- und Jugendpsychiatrie

Bei den Fallzahlen der ambulanten Behandlungsfälle handelt es sich nicht um direkte Patientenzahlen, da Patienten häufig über mehrere Quartale behandelt werden.

Wie schon im Vorkapitel erwähnt, deuten die erhobenen Daten auf die Notwendigkeit hin, Präventionsmaßnahmen frühzeitig einzusetzen. Den Risiken für das Auftreten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter entgegen zu wirken, stellt eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung und Aufgabe dar. Die Einstellung sozialpädagogisch fürsorglicher Anteile in der Schwangerenberatung dürfte sich hier niederschlagen.

### **2.5.3. Daten zur psychotherapeutischen Versorgung in der Region**

Insgesamt gibt es im Landkreis 22 Psychotherapie-Praxen. Davon werden 20 Praxen von psychologischen Psychotherapeuten geführt und zwei von ärztlichen Psychotherapeuten. Darüber hinaus sind noch 3 weitere ärztliche Psychotherapeuten im OGD MVZ Neuruppin über die KV Brandenburg aufgelistet.

Für die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung haben 4 psychologische Psychotherapeuten eine kassenärztliche Zulassung. Weitere Behandlungen werden durch die beiden kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen in Neuruppin und Kyritz angeboten. Die Wartezeiten liegen hier bis zum Erstgespräch bei ca. 2 bis 3 Monaten und bis zum Therapiebeginn 4 bis 5 Monaten.

Bei den niedergelassenen Psychotherapeuten für Kinder- und Jugendliche in Neuruppin, Wittstock und Lindow können vereinzelt Erstgespräche zeitnah erfolgen, dafür liegen die Wartezeiten bis zum Therapiebeginn zwischen einem halben Jahr und einem Jahr. Die Kapazitäten liegen im Durchschnitt zwischen 40 und 50 Therapien pro Therapeuten im Jahr.

In Einzelfällen besteht auch die Möglichkeit, dass Psychotherapeuten ohne kassenärztliche Zulassung eine therapeutische Behandlung im Rahmen des Erstattungsverfahrens durch die zuständige Krankenversicherung des Patienten durchführen können, wenn der Nachweis von langen Wartezeiten bei anderen Therapeuten vorliegt und wenn aufgrund des Störungsbildes eine Therapie zeitnah indiziert ist.

Insgesamt ist die psychotherapeutische Versorgung wie auch in den anderen neuen Bundesländern unzureichend.

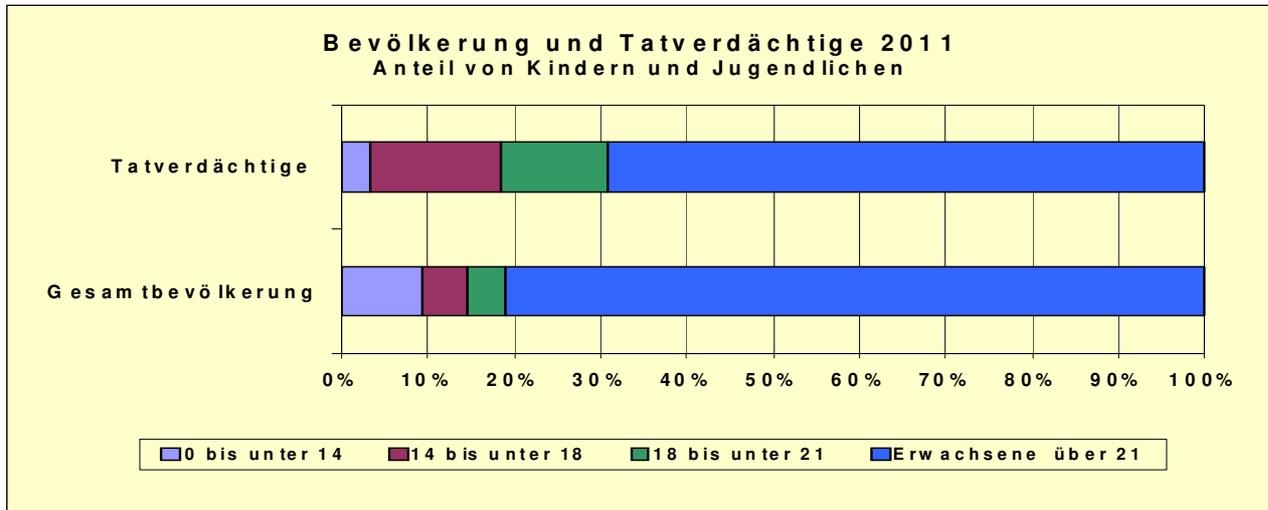
## 2.6. Kriminelle Delikte von Kindern und Jugendlichen in Ostprignitz-Ruppin

In einer Rostocker Studie zum Umfang psychischer Störungen bei Jugendlichen wurde insbesondere auf ein Anwachsen expansiver Störungen hingewiesen. Es kann vermutet werden, dass schwerwiegende Auffälligkeiten dieser Art früher oder später zu Konflikten mit dem Gesetz führen und so als kriminelle (Jugend-)Delikte aktenkundig und statistisch erfassbar werden. In diesem Zusammenhang danken wir dem Sicherheits- und Präventionsberater des Landkreises Herrn Breitschwerdt sowie Herrn Rogozinski von der Polizeiinspektion Neuruppin für ihre Zuarbeiten über Entwicklung krimineller Delikte von Kindern und Jugendlichen.

### 2.6.1. Statistische Darstellung der Entwicklung der kriminellen Delikte von Kindern und Jugendlichen

Von 2003 bis 2011 wurden jährlich ca. 3.500 bis 4.000 Tatverdächtige registriert. Die Zahl minderjähriger Tatverdächtiger sank von 897 im Jahr 2003 auf 492 im Jahr 2011, der Anteil Heranwachsender (18 bis 21 Jahre) von 469 auf 327. Diagramm 29 stellt den prozentualen Anteil von Kindern/ Jugendlichen und jungen Erwachsenen an der Bevölkerung des Landkreises sowie an der Gesamtzahl der erfassten Tatverdächtigen zusammen.

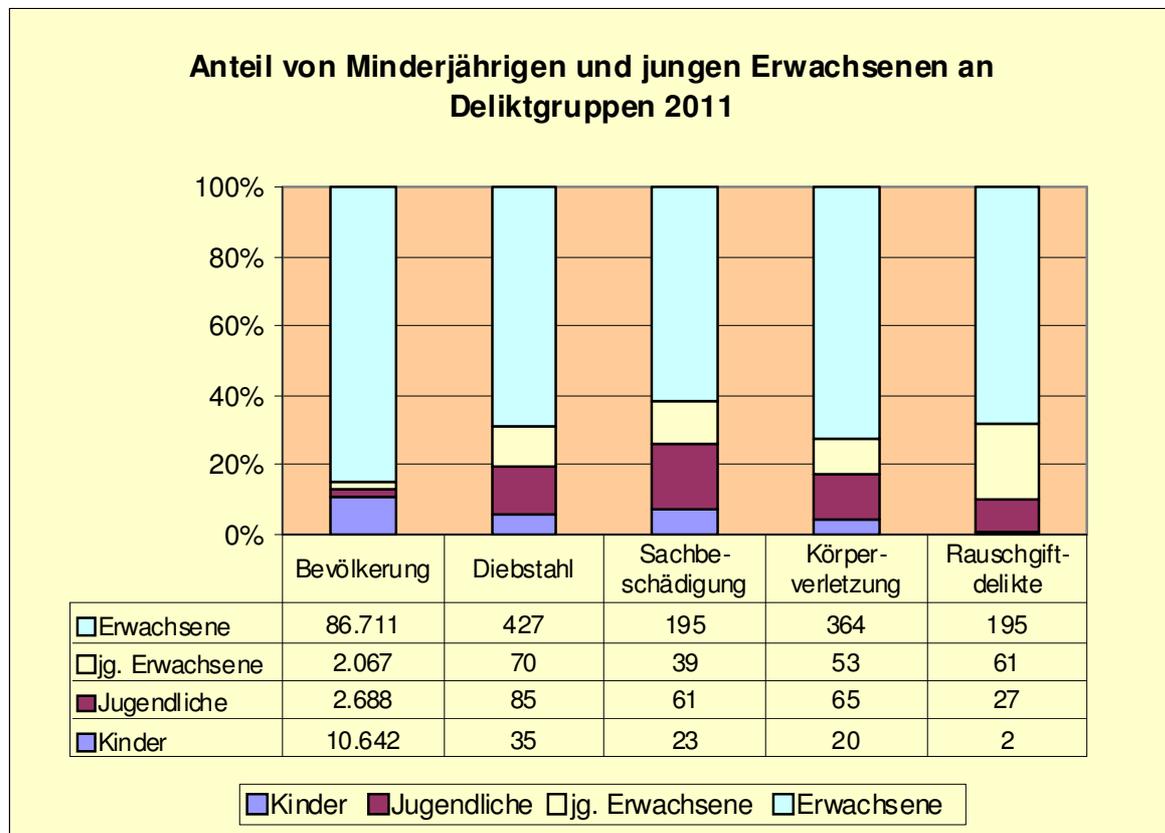
Diagramm 26:



In der Altersgruppe 0 bis 14 Jahren liegt der Anteil an der Gesamtbevölkerung bei 10,4%, der Anteil an Tatverdächtigen bei 3,7 %. Angesichts der begrenzten Handlungs- und Straffähigkeit dieser Altersgruppe ist dies nicht verwunderlich. Im Altersbereich von 14 bis 18 Jahren nimmt die kriminelle Energie der Jugendlichen beeindruckend zu. Bei 2,6% Anteil an der Gesamtbevölkerung stellen sie über 10 % der ermittelten Tatverdächtigen. Dieses Verhältnis führen junge Erwachsene fort. Die Altersgruppe der 18- bis 21-Jährigen umfasst 2,0 % der Gesamtbevölkerung und ca. 9,2 % der ermittelten Tatverdächtigen.

Welche Delikte sind es, die Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit dem Gesetz in Konflikt bringen? Diagramm 30 fasst die häufigsten Straftaten zusammen und setzt sie ins Verhältnis zu den genannten Altersgruppen.

Diagramm 27:



Nahezu 40 Prozent der ermittelten Sachbeschädigungen wurden 2011 durch Minderjährige bzw. junge Erwachsene verursacht. Dabei kam es in den letzten drei Jahren zu einem starken Rückgang allgemeiner Zerstörungen. Zeitgleich nahm jedoch die Zahl von Graffiti-Schmierereien zu.

Kinder und Jugendliche begingen im gleichen Zeitraum knapp 20 Prozent der erfassten Diebstahlhandlungen. Dabei handelte es sich vorrangig um Ladendiebstähle zur Erfüllung materieller Wünsche und/oder als Selbstdarstellung in Jugendgruppen.

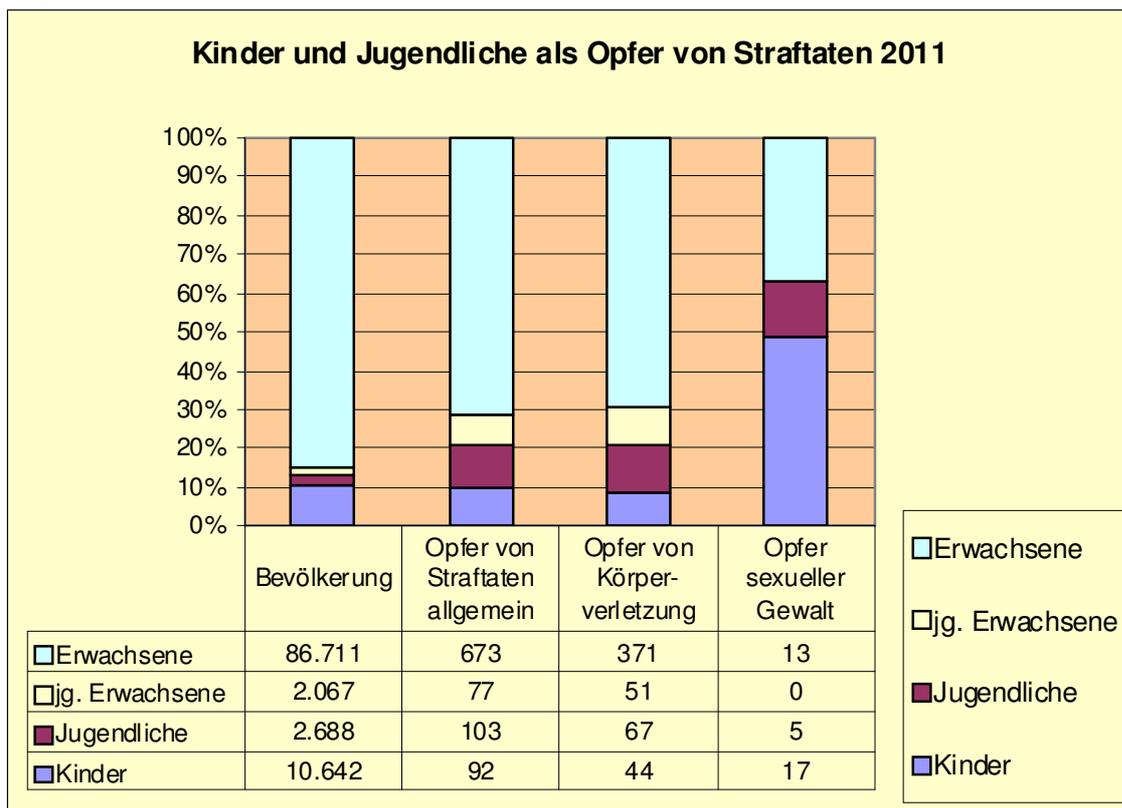
Im Bereich der Körperverletzungen ist der Anteil Minderjähriger und junger Erwachsener mit ca. 27,5 % in den letzten Jahren rückläufig. Jedoch ist davon auszugehen, dass die Zahl tätlicher Übergriffe, die nicht als Körperverletzungen zur Anzeige kommen, bei Minderjährigen bedeutend höher ist. Gerade bei Prügeleien unter Kindern finden sich häufig pädagogische Lösungen.

Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz werden meist in Verkehrskontrollen bekannt. Da Jugendliche und Kinder noch nicht als Kraftfahrzeugführer in Erscheinung treten, kann davon ausgegangen werden, dass hier eine hohe Dunkelziffer besteht.

## 2.6.2. Kinder und Jugendliche als Opfer von Straftaten

Ein wesentlicher Auftrag öffentlicher Hilfen ist es, Kinder und Jugendliche vor Übergriffen und Beeinträchtigungen zu schützen. In diesem Zusammenhang soll noch ein Blick auf die Zahl der Kinder geworfen werden, die als Opfer von Straftaten polizeilich erfasst wurden. Diagramm 31 stellt den Anteil Minderjähriger an der Gesamtbevölkerung und an der Zahl der Geschädigten gegenüber.

Diagramm 28:



Der Anteil der geschädigten Kinder ging von 2003 bis 2011 von 10,15% auf 9,2 % zurück. Gleichzeitig sank der Anteil jugendlicher Opfer von 14,19 % im Jahre 2003 auf 10,4 % im Jahre 2011. Ebenso verhält es sich bei den Opfern bis zum Alter von 21 Jahren (2003: 9,2% / 2011: 7,7 %).

Erschreckend ist der hohe Anteil von Kindern als Opfer sexueller Gewalt. Die Spannweite der Straftaten reicht von exhibitionistischen Handlungen über sexuelle Handlungen vor Kindern, bis zum sexuellen Missbrauch. Die Aufdeckung solcher Straftaten findet zumeist durch die Kinder selbst bzw. durch Vertrauenspersonen in deren Umfeld statt. Mit dem Wissen, dass die meisten sexuellen Übergriffe in der eigenen Familie stattfinden und dass nur ein geringer Teil der betroffenen Kinder und Eltern den Schritt zur polizeilichen Anzeige wagen, muss von einer Dunkelziffer ausgegangen werden, die weit höher ist, als der hier dargestellte Anteil.

### **3. Vorstellungen des Gesundheitsamtes zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Landkreis**

In den vorangegangenen Kapiteln wurden Konzepte über Entwicklungsbedingungen und Risikofaktoren psychisch gesunder Kindheit dargestellt. Eine große Menge statistischen Materials – ergänzt durch empirische Untersuchungen – umriss die gegenwärtige Situation von Kindern und Jugendlichen im Landkreis Ostprignitz-Ruppin.

Die Gesundheitsberichterstattung bildet die fachliche Grundlage einer zielorientierten Gesundheitsplanung. Dazu gehört die Entwicklung von Vorstellungen und Maßnahmen zur Überwindung von Defiziten in der Gesundheitsförderung.

Im Gesundheitsamt Ostprignitz-Ruppin arbeiten hochqualifizierte Personen aus den verschiedenen Bereichen des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Auf der Grundlage der fachlichen Kompetenz seiner Mitarbeiter entwickelte das Gesundheitsamt in den vergangenen Jahren eine Reihe von Projekten mit dem Ziel, einige der in Kapitel 2 beschriebenen Probleme zu thematisieren und kompetent anzugehen. Im Dritten Kapitel des Gesundheitsberichtes sollen Maßnahmen zur Überwindung von Defiziten in der Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung dargestellt werden.

Sie werden ergänzt durch Denkansätze des Gesundheitsamtes zur Entwicklung effizienter Strukturen der Hilfe für Kinder und Jugendliche in Problemen.

#### **3.1. Projekte des Gesundheitsamtes**

##### **Präventionsangebot: „Ambulante Gruppe für Kinder psychisch kranker Eltern“**

Psychische Störungen sind nach Angaben der WHO das am schnellsten zunehmende Krankheitsbild. Jeder vierte Mensch ist in seinem Leben mindestens einmal von einer ernsthaften psychischen Erkrankung betroffen. Gleichzeitig suchen bzw. finden nur 35 von 100 Betroffenen Hilfe. Über 1,5 Millionen Kinder leben in Deutschland mit Eltern zusammen, die an einer schweren psychischen Erkrankung leiden. 20 % dieser Kinder und Jugendlichen gelten als psychisch auffällig und sind besonders gefährdet später selbst psychiatrisch zu erkranken.

Bereits seit Oktober 2010 gibt es initiiert und durchgeführt vom KJPD/Neuruppin eine ambulante Gruppe für Kinder/Jugendliche im Alter von 6-12 Jahren, wöchentlich für anderthalb Stunden. In jeweils zehn Terminen bieten die zwei Diplompsychologinnen Raum zu Gesprächen über die psychische Erkrankung und das Erlernen des Umgangs mit den damit einhergehenden Gefühlen wie z.B. Schuld, Trauer und Wut. Das Gruppenangebot bietet den Kindern freie Zeit, Spiel, Austausch und Entlastung. Den Kindern werden Ideen vermittelt, wie sie Gleichaltrigen und sich selbst die Krankheit ihrer Eltern erklären können und wie sie selbst besser damit klarkommen können. Ein Hauptaugenmerk liegt hierbei in der Stärkung der Selbstreflexion, dem Entdecken eigener Fähigkeiten und der Vermittlung von Bewältigungsstrategien sowie Aufzeigen von individuellen und gesellschaftlichen Ressourcen.

Vor Beginn, begleitend und zum Abschluss finden Gespräche mit den Eltern statt. Wie die Rückmeldungen von Eltern, Lehrern und Familienhelfern bestätigen, ist dieses

Gruppenangebot sehr hilfreich für die Kinder. Manche zeigen verbesserte schulische Leistungen, andere machen deutliche Fortschritte im Sozialverhalten: sie werden mutiger, verabreden sich untereinander und fühlen sich nicht mehr so isoliert. Sind Eltern soweit reflektiert, dass sie erkennen können, dass ihre Kinder unter ihrer Erkrankung leiden, bzw. besonderen Entwicklungsbedingungen unterworfen sind, sind sie dankbar, dass ihnen diese Unterstützung zuteil wird.

### **Kinder-leicht, besser essen, mehr bewegen**

In den Reihenuntersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (vgl. Abschnitt 2.2.3.) zeigte sich nach 1990 ein starker Anstieg der Zahl übergewichtiger Kinder. Dies führte 1992/1993 zur Entwicklung des Modellprojektes „Kinder-leicht, besser essen, mehr bewegen“. Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und schlechter Gewichtsprognose wurden in Gruppen zu 10 bis 12 Kindern zusammengefasst. In einem teilstrukturiertem Beratungs- und Beschäftigungsprogramm erwarben die Betroffenen Kenntnisse über gesunde Ernährung, sie lernten schmackhafte und kalorienarme Gerichte selbst herzustellen und erwarben positive Erfahrungen bei sportlicher Betätigung unter physiotherapeutischer Anleitung. Stufenweise wurden die Kinder durch gemeinsames Schwimmen und/oder therapeutisches Reiten an sportliche Aktivitäten in der Öffentlichkeit herangeführt. Von 1992 bis zu seiner Einstellung 1993 beteiligten sich ca. 70 Kinder an dem Programm. Jedes von ihnen konnte ermutigt werden, sich nach Abschluss des Programms bei einem Sportverein anzumelden.

In das Modellprojekt brachten sich die Sozialarbeiterin für Ernährung, eine Prophylaxehelferin des Zahnärztlichen Dienstes, die damalige Physiotherapeutin sowie die damalige Kinderpsychologin des Gesundheitsamtes ein. Ausgehend von der vorgegebenen Beratungs- und Beschäftigungsstruktur kamen die Mitarbeiterinnen mit den betroffenen Kindern ins Gespräch. Insbesondere die Psychologin konnte die persönlichen Probleme einzelner Kinder aufnehmen und in Einzelkontakten bearbeiten. In einzelnen Fällen wurden weiterführende diagnostische und therapeutische Angebote vermittelt. Auf diese Art und Weise konnten durch die fassbare Thematik Übergewicht die persönlichen Bedürfnisse und Problemlagen der betroffenen Kinder frühzeitig angegangen werden.

1993 führten Stellenplanänderungen zu Personaleinschränkungen in den Bereichen Physiotherapie, Ernährungsberatung und Kinderpsychologie. Nachdem die notwendigen personellen Kapazitäten gestrichen worden waren, musste das Modellprojekt eingestellt werden.

### **Initiative für Schulische Integration – Der Beitrag des Gesundheitsamtes**

In den letzten 10 Jahren erlebten die Grund- und Gesamtschulen des Landkreises eine zunehmende Anzahl von Schülern mit zum Teil gravierenden Verhaltensauffälligkeiten. Gleichzeitig führte die immer prekärere Haushaltssituation der Länder und Kommunen zu Einschnitten u.a. in den Bereichen Jugend, Gesundheit, Soziales. Mit der „Initiative schulische Integration“ (ISI) reagierte der Landkreis auf diese Situation und stellte die verbliebenen Ressourcen gebündelt Grundschulen in Brennpunkten zur Verfügung. Diese entwickelten ihrerseits flexible Unterrichtskonzepte, mit denen den Möglichkeiten und Bedürfnissen der auffallenden Schüler Rechnung getragen werden konnte.

Über einen Zeitraum von ca. 4 Jahren erprobten die Karl-Liebknecht-Schule, die Rosa-Luxemburg-Schule und die Grundschule Wustrau innovative Unterrichtskonzepte und erhielten dazu die gezielte Unterstützung aus den Ämtern der Kreisverwaltung und dem Bereich der freien Jugendhilfe.

Die Konzeption und laufende Umsetzung von ISI erhielten viel öffentliche Aufmerksamkeit. Deshalb soll hier lediglich der Beitrag des Gesundheitsamtes dargestellt werden.

Von 1990 bis zur Initiierung des ISI-Projektes 2002 hatte das Gesundheitsamt mehrere personelle Einschnitte hinnehmen müssen. In der Folge sah es sich nicht mehr in der Lage, seine gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben im gesamten Land korrekt auszuführen.

### **Angebote des Gesundheitsamtes im Projekt „Initiative Schulische Integration“**

#### **Sachgebiet Sozialmedizinischer Dienst**

- Richtige Ernährung → eingeflossen in den Projektbestandteil „Gesundes Schulfrühstück“
- Gefahren des Rauchens.

#### **Sachgebiet Hygiene**

- Begehungen zur Überprüfung und Sicherung der hygienischen Bedingungen
- Lärmmessung

#### **Zahnärztlicher Dienst**

- Jährliche zahnärztliche Reihenuntersuchung einschließlich weiterführender Empfehlungen, Beratung zur Zahn- und Mundhygiene mit aktiven Übungen sowie Fluoridierung.
- Übungen zur gesunden Ernährung
- Gesundheitserziehung (als Bestandteil des Sachkundeunterrichts)
- Beteiligung an der Gestaltung von Projekttagen
- Broschüren und Anschauungsmaterial

#### **Sozialpsychiatrischer Dienst – Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst**

- Fachkompetenz einer Kinder- und Jugendpsychologin mit den Schwerpunkten Beratung, Weiterbildung und fachlich-konzeptionelle Unterstützung mit einem Stellenanteil von 25% ergänzt durch das Regelangebot des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes.
- Querschnittserhebung zur psychischen Situation von Schülern der 6. Klasse der Karl-Liebknecht-Schule.
- „Fallforum“ – ein fallbezogenes psychologisches Beratungsangebot für Lehrer in Kooperation mit dem Schulpsychologen
- Weiterbildungsangebote an Eltern und Lehrer zu verschiedenen Themen

#### **Kinder- und Jugendgesundheitsdienst**

- Einschulungsuntersuchung,
- Reihenuntersuchung der 6. Klassen
- das Angebot einer ärztlichen Schulsprechstunde in den Räumen des Gesundheitsamtes

- Beratung der Lehrer zu medizinischen und schulhygienischen Fragen (z.B. orthopädische Auswirkungen zu schwerer Schulmappen, Folge von Lärmbelastigung, somatische Folgen von dauerhafter Überforderung etc.)
- Zusammenarbeit des Sozialarbeiters des Gesundheitsamtes mit dem Sozialarbeiter der Schule in bestimmten Problemlagen und als vereinbarter regelmäßiger Informationsaustausch.

Die gesetzlichen Pflichtaufgaben des Gesundheitsamtes wurden in den Initiativschulen lückenlos und umfassend ausgefüllt.

## **Gesundes Schulfrühstück**

Der Vorschlag zu einem öffentlich finanzierten Schulfrühstück ging auf eine wissenschaftliche Untersuchung aus den USA zurück.

An mehreren hundert US - amerikanischen Schülern war festgestellt worden, dass das fehlende häusliche Frühstück in der Schule zu Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsproblemen führte. Infolge der Unterzuckerung ihres Körpers waren die betroffenen Schüler nicht in der Lage, dem Unterricht zu folgen. Der in der Pause nachgeschobene Pausensnack in Form von Schokoladenriegeln erbrachte keine Besserung, sondern bewirkte die plötzliche Ermüdung. Die Gabe eines ausgewogenen Frühstücks vor Unterrichtsbeginn hingegen bewirkte in der untersuchten Schülergruppe einen messbaren Rückgang der Lernprobleme.

Im Rahmen der Schulreihenuntersuchung des Gesundheitsamtes wurde diese wissenschaftliche Arbeit in einer kleinen Stichprobe überprüft.

Sozialarbeiterinnen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes fragten 58 Schüler der Karl-Liebknecht-Schule nach ihrem täglichen Frühstück

### Ergebnis:

40 Schüler frühstücken regelmäßig vor dem Unterricht zu Hause

4 Schüler frühstücken gelegentlich vor dem Unterricht zu Hause

14 Schüler frühstücken nicht vor dem Unterricht zu Hause

49 Schüler frühstücken regelmäßig in der 1. bzw. 2. Schulpause

9 Schüler frühstücken nie in der Schule

Die Kinder gaben an, dass wenn sie in der Schule frühstücken, sie immer etwas zu trinken mitnehmen.

Die Erkundungen des Gesundheitsamtes spiegelten die Erfahrungen in den Grundschulen wider. Die Karl-Liebknecht-Schule machte das „Gesunde Schulfrühstück“ zum Bestandteil ihrer Konzeption. Zunächst mit fachlicher und finanzieller Unterstützung des Gesundheitsamtes setzte die Initiative Jugendarbeitslosigkeit Neuruppin e.V. (IJN) als freier Träger der Jugendhilfe den Vorschlag in die Praxis um. Jugendliche des freiwilligen sozialen Jahres boten vor dem Unterricht Frühstücksbrote für diejenigen Kinder an, die durch ihre Eltern bisher nicht versorgt worden waren.

Dieses Angebot zeigte bald Folgen:

1. Bislang verhaltensauffällige, zappelige und unaufmerksame Schüler konnten jetzt dem Unterricht folgen.

2. Bisher uninteressierte Eltern begannen, ihre Kinder mit Frühstück zu versorgen.

Die Leitung der Karl-Liebknecht-Schule und die IJN hielten das „Gesunde Schulfrühstück“ mit Lücken aus finanziellen Schwierigkeiten über mehrere Jahre am

Leben. Im Jahr 2006 haben nahezu alle Kinder eigene Frühstücksbrote dabei. Das öffentlich gestützte Frühstück ist überflüssig geworden. Bereits vor dem Einsetzen des ganztägigen Unterrichts wurde es abgelöst durch den Bedarf nach „Gesundem Mittagessen“ für Kinder, deren Eltern die reguläre Schulspeise nicht bezahlen (können?).

## **Fallforum**

Aus der Zusammenarbeit zwischen Schulpsychologischer Beratungsstelle und dem Sozialpsychiatrischen Dienst im Gesundheitsamt entstand das Angebot des „Fallforums“.

Im Sinne einer vorstrukturierten, kollegialen und psychologischen Supervision sollten Lehrer die Möglichkeit erhalten, Probleme mit massiv verhaltensauffälligen Kindern, lösungsorientiert zu reflektieren. Die Karl-Liebknecht-Schule nahm das Angebot an und übertrug die organisatorische Verantwortung der Sonderpädagogin der Schule gemeinsam mit einer weiteren Kollegin. Im Rahmen des ISI-Projektes beauftragte das Gesundheitsamt die Psychologin mit der Durchführung des Fallforums und der nachdrücklichen Weiterbetreuung der dort benannten schwierigen Fälle. Von 2002 bis 2005 trafen sich einmal monatlich zwei Psychologen und bis zu sechs Lehrerinnen zum „Fallforum“.

In einer ersten Runde benannten die Kolleginnen kurz „ihre“ brisanten Fälle, deshalb verständigten sie sich auf ein bis zwei Schüler, die ausführlich besprochen werden sollten. Vorgetragen wurden Fälle massivster Schulverweigerung, Schulangst, mehrfacher Lernbeeinträchtigungen, Verwahrlosung, Verwöhnung und Zermürbung von Kindern in schweren Familienkonflikten. Sehr häufig sprengten die vorgetragenen Schülerprobleme die Möglichkeiten pädagogischer Einflussnahme. Angesichts der häufig den Lernstörungen zugrunde liegenden schweren häuslichen Probleme baten wir die zuständige Sozialarbeiterin des Jugendamtes zum Fallforum hinzu. Durch die so mögliche multiprofessionelle Untersuchung komplexer Problemsituationen wurde es möglich, therapeutische und sozialpädagogische Hilfen sowie juristische Einflussnahmen zu entwickeln und zu verabreden, die sowohl zeitlich, als auch fachlich über den Rahmen der Schule hinausreichten. Dies bewirkte zum einen die Entlastung von Lehrerinnen in aussichtslos erscheinenden Problemsituationen. Zum anderen ermöglichte es den beteiligten Ämtern, ihrem gesetzlichen Auftrag effizient und mit zuverlässiger Unterstützung durch die Schule nachzukommen.

Mit dem Ausscheiden des Schulpsychologen veränderte sich erstmals die Struktur des Fallforums. 2005 schied die Psychologin des Gesundheitsamtes aus persönlichen Gründen aus. Seit 2005 wird das Fallforum durch einen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten auf Honorarbasis geleitet. Die Möglichkeit der Reflexion wird durch die Lehrerinnen weitergeführt, ebenso die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt. Der Kontakt zum Gesundheitsamt fehlt jetzt jedoch.

## **Tag des offenen Sport-Vereins**

Zur gesunden Entwicklung der Kinder gehört neben der intakten Familie auch der körperliche Ausgleich im freien Spiel mit den Altersgenossen. Jedoch verbringen viele Kinder ihre unterrichtsfreie Zeit allzu häufig mit Fernseher und Computer. Dies ist umso bedauerlicher, als prominente Beispiele belegen, wie Kinder mit Problemen in den Familien und/oder der Schule in Kunst, Musik oder Sport hervorragende Erfolge erzielen können. Auf der anderen Seite klagen Sportvereine über Nachwuchssorgen. So entstand in einer Diskussionsrunde Engagierter die Idee, mit Hilfe von Sportlehrern eine Brücke zwischen Sportvereinen und Schülern zu schlagen.

An einem miteinander verabredeten „Tag des offenen Sportvereins“ sollten Schulkinder die Sportstätten der ansässigen Vereine besuchen und an einem Probetraining teilnehmen dürfen. Um dies vorzubereiten, sollten die Sportlehrer die Fähigkeiten und Interessen ihrer Schüler einschätzen und auf einer Liste der Sportvereine des Einzugsgebietes, die Sportarten kennzeichnen, die für das jeweilige Kind besonders geeignet erscheinen. Entsprechend dieser Zuordnung könnten die Kinder während eines klassenübergreifenden Wandertages in Kleingruppen gezielt geeignete Sportvereine aufsuchen und kennen lernen. Der so unterstützte erste Kontakt zum Sportverein sollte Schülern helfen, die Hemmschwelle zum organisierten Sport zu überwinden, ihre möglichen Trainer kennen zu lernen und Informationen über den zeitlichen und finanziellen Rahmen des regelmäßigen Trainings einzuholen. Denn entgegen dem allgemeinen Vorurteil ist der Sport im Verein gar nicht teuer.

Nachdem eine gemeinsame Aktion der Neuruppiner Sportvereine und Grundschulen nicht initiiert werden konnte, brachte das Gesundheitsamt die Idee in das Projekt „Gesunde Stadt Rheinsberg“ ein. Dort wurde im Rahmen des Hafenfestes und des Sportfestes im Stadion unsere Idee aufgenommen. Ergebnisse wurden uns nicht bekannt.

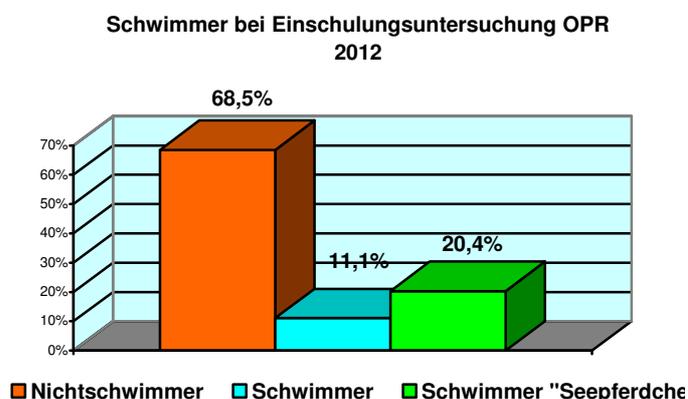
### Kinderschwimmen - ein Projekt der Wirtschaftsjuvenen OPR e. V.

Partner des Projektes sind das Resort Mark Brandenburg, die Barmer GEK und das Gesundheitsamt des Landkreises OPR.

Ziel ist es zum einen, dass möglichst viele Kinder im Landkreis OPR schwimmen lernen und sich sportlich betätigen und zum anderen, die Öffentlichkeit für das Thema zu sensibilisieren. Zur Projektvorbereitung fragten die Wirtschaftsjuvenen OPR die Grundschulen Fehrbellin, Wildberg, Lindow, Wustrau, Alt-Ruppin und Gildenhall, ob die Kinder der 1. Klasse bereits Schwimmerfahrungen gesammelt haben. Die Auswertung zeigte, dass nur 12% der 204 befragten Erstklässler schwimmen können.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen des Gesundheitsamtes für 2012 wurde vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst bei 648 Kindern abgefragt, inwieweit die Kinder bereits schwimmen können. Dabei wurde unterschieden, ob das Schwimmen können lediglich mit „ja“ beantwortet wurde oder ob bereits ein Schwimmabzeichen vorliegt. Es war positiv festzustellen, dass nahezu ein Drittel aller Einschüler dieses Jahrganges bereits schwimmen konnte.

Diagramm 29:



In den Schwimmkursen sind das selbstständige Üben der Kinder, das Erlernen der Grundtechniken von Brust und Rückenschwimmen, das Springen vom Beckenrand

und Tauchen, der Spaß und die Freude an der Bewegung im Wasser sowie das Erlangen des Seepferdchen-Abzeichen Ziele des Projektes.

Bisher wurde ein Schwimmkurs mit 12 Kindern erfolgreich durchgeführt. Weitere Kurse starten im Januar, im April und in der zweiten Hälfte des Jahres 2013.

*Aus psychologischer Sicht stellt das Erlernen der Schwimmbewegungen eine Basiskompetenz des Menschen ähnlich dem Lesen und Schreiben und dem Fahrradfahren dar. Einmal erlernt, können sie auf diese Kompetenz lebenslang zurückgreifen und sich die Lebenswelt Wasser erschließen. Sich im Wasser zu bewegen, bedeutet für Kinder ein lustvolles Erlebnis und gleichzeitig stellt es eine hohe sensomotorische Herausforderung dar.*

*Die Erfahrung eine derartige Kompetenz durch eigenes Üben und Erlernen erworben zu haben, wirkt sich positiv auf die Selbstwirksamkeit und die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern aus. Diese Selbstwirksamkeitserfahrung stellt die Basis für die Entwicklung von Selbstbewusstsein und späteren Lernerfolgen dar. Die einmal gemachte Erfahrung lässt sich auf alle anderen Lernprozesse übertragen und unterstützt damit Kinder nachhaltig in ihrer psycho-physischen und kognitiven Entwicklung.*

*Die Vermittlung des möglichst frühen Schwimmunterrichtes ist ein wichtiger Beitrag zur Gesundheitsförderung - mit lebenslanger Wirkung!*

H. Barck, Diplompsychologin und systemische Familientherapeutin im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes

## „Fernsehfreier Freitag“

Im Rahmen des Gesundheitsberichtes „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen an der Schwelle der Jahrtausendwende“ wurden die Verschlechterung der Sprach- und Sprechfähigkeit bei Kleinkindern, die Zunahme von Koordinierungs- und Bewegungsstörungen, Einschränkungen hinsichtlich der Sozialkompetenz Heranwachsender und emotionale Auffälligkeiten diskutiert. Die Ursachen dieser Entwicklungen sind vielschichtig. Kleinere Familienverbände, fehlende (Geschwister-) Kinder, Verunsicherungen in der Erziehung und Förderung der Kinder und nicht zuletzt der Siegeszug der Bildschirmmedien sind Teile einer kulturell-gesellschaftlichen Problemlage, die gemeinsamer Reflexion und gemeinsamer Lösungsanstrengungen bedarf.

Ein Lösungsvorschlag des Gesundheitsamtes beinhaltete die Initiierung eines kreisweit angenommenen, von Parteien und Organisationen gestützten und durch die Öffentlichkeit geförderten „Fernsehfreien Freitag“. Am letzten Tag der Arbeitswoche sollte der Fernseher ausgeschaltet bleiben und die frei werdende Zeit zur bewusst erlebten Gemeinsamkeit mit der Familie und ihren Kindern genutzt werden. Dies könnte zu ungewöhnlichen Erfahrungen führen:

- Der Suchtcharakter des Fernsehens würde offen zutage treten. Was tun mit der plötzlichen Leere?
- Es würde sich ein Zeitkorridor öffnen, in dem Familien durch gemeinsame Aktivität, gemeinsames Spiel, gemeinsames Essen, Besuche, Gespräche etc. Aufmerksamkeit für einander entwickeln können.
- Gerade für Alleinerziehende ist zu hoffen, dass aus einem derartigen Familienabend der Anfang eines neuen Familienerlebens entstehen kann, wenn auch Großeltern, Tanten, Onkel und ältere Geschwister den Fernseher abschalten und statt dessen einander besuchen würden. Es könnten neue Traditionen für Familien erwachsen, die sich so lebendiger, vielfältiger und als haltbarere Gemeinschaft erleben kann, als wenn ihre Angehörigen Freitagnachmittag und Freitagabend vereinzelt vor den verschiedenen Fernsehprogrammen sitzen.

- Wenn die Menschen den Freitagabend nicht allein mit dem Fernsehen, sondern im Kontakt mit ihren Angehörigen verbringen, erhält das Wochenende eine andere Qualität.

*Kinder leben mit ihren Familien im Neubaugebiet, besuchen die Schule und nutzen die Freizeitangebote. Nutzen alle Kinder viele Möglichkeiten oder stets die Gleichen einige spezielle Angebote. Was macht die Mehrzahl der Kinder? Ist ihre Freizeit strukturiert? Nachweislich bestimmt der Fernseher die Nachmittags-, Abend- und die Wochenendstunden. Oft wahllos wird konsumiert aber nicht verarbeitet, nicht über Inhalte gesprochen. Das kann der Kinderseele und dem Körper auf Dauer nicht gut tun. Dies war der Grund, im Neuruppiner Neubaugebiet für ein Jahr den „fernsehfreien Freitag“ anzubieten. Sportbund, freie Träger der Jugendarbeit, Stadt- und Kreisverwaltung konnten Politiker gewinnen, an einem Freitag Zeit für die Kinder zu haben, um mit ihnen zu basteln, zu lernen oder Sport zu treiben. Die Angebote waren vielseitig und besonders die sportlichen Aktivitäten gut nachgefragt. Die Abgeordneten Herr Bahr, Herr Klein, Frau Kernchen, der Landrat Herr Gilde und der damalige Bürgermeister Herr Theel halfen bei der Gestaltung gern mit. Der Fernsehfreie Freitag sollte der Anfang sein, mit Kindern und den Eltern im Interesse der Gesundheit ihrer Kinder ins Gespräch zu kommen. Das Projekt wurde nicht weitergeführt. Schade! Aber andere Aktivitäten wie das ESTA-Projekt und die Bemühungen des DRK zur Familienbildung könnten eine sinnvolle Alternative sein.*

*I.Scharnweber, Dezernentin für Gesundheit, Jugend und Soziales*

Der Vorschlag „Fernsehfreier Freitag“ wurde durch den Landkreis aufgegriffen und 2005 durch einer Reihe aufwändiger Einzelveranstaltungen paradigmatisch umgesetzt. Unter Beteiligung von IJN, ESTA e.V. (Gemeindediakonische Initiative der evangelischen Kirchengemeinden in Wittstock-Ruppin) und Neuruppiner Sportvereinen erhielten Familien aktionsreiche Anregungen zu gemeinsamen Aktivitäten. Diese Veranstaltungen waren mit hohem organisatorischen Aufwand verbunden und konnten 2006 leider nicht fortgesetzt werden.

## **Rollerprojekt**

Das größte statistisch fassbare Gesundheitsrisiko im Vorschulalter sind Kinderunfälle. Dabei bilden Unfälle im Haus- und Freizeitbereich den weitaus größten Anteil (70-75%), gefolgt von Unfällen in den Kitas (20%) und Unfällen im Straßenverkehr (5-10%). Viele Kinderunfälle beruhen auf der Unaufmerksamkeit und Ungeübtheit von Kindern in gefährlichen Situationen. Die Untersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes haben gezeigt: Kinder im Vorschulalter sind heute vielfach durch ein unterentwickeltes Mobilitätsempfinden und – vermögen gekennzeichnet. Im Ergebnis haben sie Probleme bei der sicheren Beherrschung selbst einfacher Bewegungsabläufe. Dazu gehören z.B. Die Fertigkeit, rückwärts zu gehen, die Fertigkeit, auf einer Linie zu schreiten, das Balancieren über dem Boden und die mangelhafte Fähigkeit zur Abstimmung mehrerer gleichzeitiger Bewegungsabläufe. Hinzu kommen das Fehlen von praktischer Erfahrung im Straßenverkehr sowie Ungeübtheit bei der Koordination wechselnder situativer Anforderungen.

Mit dem „Mobilitätstraining für Kinder im Vorschulalter durch spielerische Bewegung – Das Rollerprojekt“ sollten folgende Ziele erreicht werden:

- Entwicklung der natürlichen Mobilität der Kinder im Kita-Alter
- Training des sicheren Verhaltens der Kinder im öffentlichen Straßenverkehr und auf Spielplätzen,

- Eltern u.a. Erziehungsberechtigten Trainings- und spielerische Lernmöglichkeiten mit ihren Kindern aufzeigen,
- erzieherische Einwirkung auf Eltern und Kinder

In einem speziell ausgearbeiteten Bewegungstraining sollen spielerisch die im Straßenverkehr notwendigen Denk- und Bewegungsabläufe trainiert werden.

### „Rollerteststrecke für Vorschulkinder“

**Entwicklung der Motorik und Körperkoordination** u.a. durch:

- Schulung des Gleichgewichtsverhaltens auf dem Roller
- Entwicklung der Fähigkeit zum Fahren eines Rollers
- Anzeigen von Richtungsänderungen mit dem Arm

**Entwicklung der optischen und akustischen Wahrnehmung** durch:

- Durchdenken von Situationen und
- Reagieren in gespielten Situationen im Straßenverkehr (z.B. hupen, klingeln, Verhalten an Ampeln)
- Schnelle Reaktion auf Veränderungen im Straßenverkehr (Analyse verkehrstypischer Geräusche und Umsetzung in eigenes Handeln)

**Entwicklung und Festigung der Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten beim Verhalten im allgemeinen Straßenverkehr**

- (z.B. Handeln bei Ampeln u. Zebrastreifen, Kennen von wichtigen Verkehrszeichen und Farben im Straßenverkehr)

Dieses Element wird beendet mit der Plakette oder dem Ausweis „Ich bin fit für den Schulweg“

**NEUESTE MELDUNG:** *Märkische Allgemeine Zeitung vom 20.12.2012*

*„Gefahr für die Fahrradprüfungen; Kürzungen bei der Polizei treffen auch die Prävention / Kritik von Automobilverbänden, Sorge beim Kreis Verkehrserzieher der Polizei prüfen in jedem Jahr, ob die Viertklässler im Landkreis verkehrssichere Räder haben und die Regeln im Straßenverkehr kennen. Ob es das auch künftig geben wird, ist offen.....“*

### „Laufstrecke zur Verbesserung der taktilen Wahrnehmung“

als Barfußweg und mit Schuhen

- Entwicklung der Körperwahrnehmung
- Schulung aller Sinne bei den Kindern

entworfen durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Im Jahr 2004 wurde der Sport- und Spielbereich der Grundschule Alt Ruppin neu gestaltet. In diesem Rahmen bemühte sich das Gesundheitsamt um die Gestaltung eines Teiles der Spielfläche im Sinne des vorgestellten Projektes.

Trotz der Interessenbekundung aus dem Ministerium für Stadtentwicklung, Wohnen und Verkehr fanden die Vorstellungen des Gesundheitsamtes keine Berücksichtigung. Jedoch wurde der Vorschlag durch die Polizeiwache Neuruppin aufgegriffen. Seit 2004 führt der beauftragte für Verkehrserziehung regelmäßig Rollerschulungen durch. Neben dem Erwerb des Rollerführerscheins und dem Sicherheitstraining auf dem Fahrrad gibt es inzwischen auch eine Regionalmeisterschaft im Rollerfahren.

Letzteres wird vom Gesundheitsamt kritisch gesehen, da die Gefahr für Kinder besteht, durch ehrgeizige Eltern überfordert zu werden, andererseits bei knappen Ressourcen Möglichkeiten zur Motivierung aller Kinder nicht ausgeschöpft werden.

## **3.2. Ausblicke**

Das Gesundheitsamt hat in den letzten Jahren wiederholt Missstände benannt, auf problematische Tendenzen hingewiesen und sich kritisch in die verschiedensten Diskussionen eingebracht. Dies entspricht der gesetzlich begründeten Wächterfunktion des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (vgl. §§ 1 und 9 Gesundheitsdienstgesetz). Mit dem Auftrag, Störungen frühzeitig zu erkennen sind in unserem Amt Fachleute versammelt, die gesundheitliche Beeinträchtigungen frühzeitig erkennen, Gefährdungen absehen und sich entwickelnde Tendenzen beschreiben können. Es kann aber nicht das alleinige Anliegen unserer Arbeit sein, auf das Negative hinzuweisen. Viel nützlicher ist es, wenn die warnenden Fachleute Vorstellungen einbringen, wie den benannten Gefährdungen begegnet werden kann. Wenn diese Vorstellungen nicht den allgemeinen Verfahrensweisen folgen, wenn sie eigensinnig anderen Wegen folgen, so kann dies auch ein kreativer Impuls sein, der neue Methoden und Denkansätze beflügelt.

### **3.2.1. Multiprofessionelle Hilfe; Vernetzung und Fallmanagement**

Der vorliegende Bericht zeigt, wie öffentliche Institutionen von der Frühförderung bis zur Polizei die Problemlagen und Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen statistisch erfassen. In der Darstellung von Entwicklungsbedingungen wurde deutlich, wie Kinder durch individuelle, familiäre und gesellschaftliche Einflüsse gefördert oder behindert werden und diese Einflüsse in die wachsende Persönlichkeit integrieren. So verwundert es nicht, wenn sich Beeinträchtigungen eines Lebensbereiches in einem anderen Lebensbereich ausdrücken. In der Tat gibt es eine Reihe gut nachvollziehbarer Lebenswege, die durch verschiedene pädagogische und therapeutische Hilfesysteme verlaufen und diese zum Teil gleichzeitig oder gar konkurrierend wahrnehmen. Gerade in Familien mit vielen Kindern und sozialen Problemen sind verschiedene Helfer oftmals gleichzeitig tätig. Wenn diese Hilfen parallel und ohne ausreichende Absprachen eingebracht werden, kommt es zu Mehrfachhilfen, Widersprüchen, Konflikten und Leerstellen zwischen den Angeboten. In diesen „dunklen Ecken des Hilfesystems“ entstehen Energieverluste, Misserfolge und häufig auch neue Krisen.

Das Anliegen des Gesundheitsamtes ist die bedarfszentrierte Bündelung der eingesetzten Hilfen. Dazu gehören die fachgerechte Abgrenzung von Verantwortungsbereichen, die Festlegung gegenseitiger Informationswege und nicht zuletzt die Sicherung der Konstanz der Hilfe von der Problemanalyse bis zu ihrer Lösung, auch und gerade in Krisen und Verunsicherungen. Eine wissenschaftlich begründete und evaluierte Struktur hierfür bietet das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychiatrische Störungen des Kindes- und Jugendalters“<sup>43</sup>. Dieses System gibt den Rahmen einer fundierten ärztlich/therapeutischen Diagnostik und bildet die Grundlage einer Hilfeentwicklung, die sowohl die notwendigen Hilfsmaßnahmen als auch die Perspektive einer Problemsituation umfasst. Das Gesundheitsamt schlägt vor, die Diagnostik nach dem Multiaxialen Klassifikationsschema zur Arbeitsgrundlage von Fällen mehrfach auffälliger Kinder und Jugendlicher zu machen. Jedes Kind, welches in mehr als zwei Lebensbereichen auffällig wird und/oder deren unmittelbarer Unterstützungsbedarf bereits mehr als zwei Jahre umfasst, bedarf nach unserer Vorstellung zwingend einer Multiaxialen Diagnostik und einer multiprofessionell vernetzten Hilfe.

---

<sup>43</sup> Remschmidt, H., Schmidt, M.H., Poustka, F. (2000): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 4. vollständig überarbeitete Auflage. Verlag Huber, Bern.

Die Organisation multiprofessioneller Hilfe beruht auf der systematischen Vernetzung bestehender Hilfen und Institutionen. In unserer Region basieren viele Netzwerke auf persönlichen Kontakten und den Erfahrungen guter Zusammenarbeit. Die Zusammenführung von Unterstützungen zur Multiprofessionellen Hilfe benötigt aber die Schaffung eines von Persönlichkeiten unabhängigen, allgemein zugänglichen und langfristig verbindlichen Modells der Zusammenarbeit.<sup>44</sup>

Eine einfache Möglichkeit zur Koordination verschiedener Hilfen besteht in der Einrichtung eines Fallmanagements. Nach Vorstellung des Gesundheitsamtes ist dieses im therapeutischen Geschehen nicht unmittelbar beteiligt, sondern übt auf der Ebene der Organisation mehrere Funktionen aus:

- Klärungsfunktion - Der Fallmanager holt vorliegende Diagnostikergebnisse ein bzw. vermittelt die Betroffenen an die entsprechenden Fachleute. Er fasst die Kenntnisse zu Problemsituation und –hintergrund und führt sie mit den vorliegenden Befunden zu einer Bedarfserfassung zusammen. Diese wird zur Grundlage der Entwicklung eines Hilfeplanes.
- Vermittlungsfunktion – Der Fallmanager erfasst die beteiligten Hilfen, vermittelt gegebenenfalls an passende Angebote, organisiert die Absprachen und den fallbezogen notwendigen Informationsfluss. Dazu holt er die Schweigepflichtentbindung der Sorgeberechtigten ein und gewährleistet deren pflichtige Einbeziehung in die Informationskette.
- Kontroll- und Regelfunktion – Der Fallmanager setzt sich über die Hilfeverläufe in Kenntnis, er überprüft, ob die installierten Hilfen wirksam sind bzw. welche Veränderungen im Hilfesystem notwendig sind. Er sorgt dafür, dass Familien auch nach Therapieabbrüchen und in Krisen im Hilfesystem bleiben und zum Problemlöseprozess zurückkehren.

Das Fallmanagement sollte durch Mitarbeiter einer öffentlichen Institution ausgeübt werden, welche das Recht hat, einer Familie in der Krise hinterher zu gehen und dauerhaft den Zugang zu den Betroffenen gewährleisten kann. So ist wichtig, dass diese Stelle durch die Beteiligten der Hilfen anerkannt wird und berechtigt ist Informationen in einem vereinbarten Rahmen einzuholen.

Das Gesundheitsamt als medizinisch-psychologisch besetzte Institution hat sich für die Rolle des Fallmanagers angeboten und kann seit der Besetzung der Stelle des Kinder- und Jugendpsychiaters diese Rolle auch ausfüllen. Das Jugendamt ist in den meisten Fällen Träger z.T. umfangreicher Hilfen und besitzt die Instrumente des Hilfeplangesprächs und den gesetzlichen Auftrag zur Unterstützung von Kindern und Jugendlichen in schwierigen Lebenssituationen. Es hat oftmals tiefen Einblick in Familienstrukturen, Störungshintergründe und Hilfeverläufe. Ein wirksames Fallmanagement setzt deshalb die enge Kooperation beider Ämter mit Absprachen und Helferschulungen zwingend voraus.

---

<sup>44</sup> Diese Verfahrensweise wurde im Magdeburger Modellprojekt erfolgreich entwickelt. Vgl. „Bericht über das Bundesmodellprojekt Magdeburg“, Band 124 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden 2000

### 3.2.2. Altersgemäße Hilfen von der Elternschule bis zum Sportverein

Es ist durch viele Untersuchungen belegt, dass pädagogische und therapeutische Hilfen nur dann tatsächlich wirksam sind, wenn sie an die Entwicklungsbedürfnisse der jeweiligen Altersstufe anschließen. Dies hat auch AWO-ISS-Studie herausgearbeitet, wenn sie feststellt, dass Kinder armer Familien im Vorschulalter von der Unterstützung der Eltern profitieren, nach Beginn der Schulzeit jedoch individueller Angebote zur Bewältigung der Folgen von Armut bedürfen.

Angesichts schmaler finanzieller Ressourcen dringt das Gesundheitsamt auf die Berücksichtigung dieser Erkenntnisse. Nach unserer Auffassung müssen Hilfsangebote entwickelt werden, die Gruppen gleichartiger Beeinträchtigungen zusammenfassen und in Modulen vorstrukturierte Unterstützung vermitteln. Dies könnten sein:

- Elternschulen, in denen unsichere und reflexionsbedürftige Eltern Kenntnisse über Notwendigkeiten und Techniken der Grundversorgung und Haushaltsführung, Wissen über kindliche Entwicklungsstufen und –bedürfnisse sowie grundsätzliche Erziehungstechniken vermittelt bekommen. Elternschulen können Familienhilfen nicht ersetzen, sie geben jedoch ein abrechen- und vergleichbares Wissensfundament, auf das sich Hilfen beziehen können.
- Medizinisch-psychologisch orientierte Weiterbildungsangebote an interessierte Eltern und Erzieher. Darin sollen Kenntnisse über Entwicklungsstufen von Kindern und Möglichkeiten altersgemäßer Förderung vermittelt werden. Zugehörige Themenbereiche wären die Schulung der Wahrnehmung und motorischen Entwicklung, der Umgang mit Bildschirmmedien oder die Vorbereitung auf die Schule. Ein Beispiel eines solchen Angebotes stellt das oben beschriebene Rollerprojekt dar.
- Kinder- und Elterntrainings für Familien, die sich mit umschriebenen psychischen Beeinträchtigungen auseinandersetzen müssen. Dazu gehören z.B. ADHS, Wahrnehmungsstörungen, Teilleistungsstörungen, Essstörungen, Traumatisierungen usw. Derartige Angebote müssen einer Qualitätskontrolle standhalten und deshalb pflichtig in Kooperation mit ärztlich/therapeutisch geleiteten Einrichtungen stehen.
- Einrichtung und langfristige Sicherung von Sozialarbeiterstellen in Brennpunktschulen. Dies sollte verbunden sein mit Weiterbildungs- und Supervisionsangeboten an das Kollegium sowie der Benennung und Ausbildung von Beratungslehrern, die problematische Schüler im Schulalltag auffangen und begleiten können. Es wird inzwischen immer deutlicher, dass die ausschließliche Leistungsorientierung gerade in Brennpunktschulen der Lebenssituation der betroffenen Kinder nicht mehr gerecht wird.
- Einrichtung und Unterstützung niedrigschwelliger Angebote in sozialen Brennpunkten. Dazu gehören Müttercafés, Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Beratungsangebote, Streetwork usw. Derartige Angebote haben eine präventive, deeskalierende Wirkung und können kritische Entwicklungen wahrnehmen bzw. auffangen noch bevor sich massiver Hilfebedarf zusammengeschoben hat. Niedrigschwellige Angebote unterstützen die Entwicklung einer Kultur des aufmerksamen Miteinander, wie sie unserem dritten Denkansatz entspricht.
- Gezielte Installierung von sozialen Gruppen. Jugendliche, die in ähnlichen Situationen leben, sollte die Teilnahme an einer sozialen Gruppe ermöglicht werden. Dies kommt zunächst der Gruppenorientierung Jugendlicher entgegen und erhält deshalb größere Lebensnähe und Wirksamkeit als die traditionelle

Einzelfallhilfe. Gleichzeitig bündelt es die Ressourcen mehrerer Einzelfallhilfen und erreicht deshalb größere Intensität.

- Anbindung an Vereine. Anschließend an den Projektvorschlag „Tag des offenen (Sport-) Vereins“ schlägt das Gesundheitsamt vor, Schulkinder aus sozial schwachen Familien bei Nutzung privater Freizeitangebote wie Musikschule, Jugendkunstschule oder Sportvereinen zu unterstützen. Das Erlernen eines Instrumentes, der Besuch eines Tanzkurses oder das regelmäßige Training können Zugehörigkeit, Erfolg und Entwicklung außerhalb der familiären Sorgen vermitteln. Die Betätigung im Verein und die Entwicklung von Talenten sollte nicht nur Kindern aus sozial gesicherten Familien vorbehalten bleiben. Die Beiträge dieser Vereine sind nicht unerschwinglich, wie wäre es mit einem Kurs-Scheck und einer Sport-Patenschaft?

Die vorgeschlagenen Hilfeformen werden zurzeit mit freien Trägern der Jugendhilfe diskutiert. Elternschulen und Kinder- und Elterntrainings sind im Landkreis punktuell in der Startphase. Anbieter sind Jugendhilfe Nord-West-Brandenburg, IJN und Volkssolidarität Wittstock.

### **Präventionstag**

Initiiert von der damaligen Sozialdezernentin Frau Scharnweber und dem Sicherheits- und Präventionsberater des Landkreises Herrn Breitschwerdt fand am 10. Oktober 2008 der 3. Präventionstag statt.

Wirkungsvoll gegen Gewalt, Kriminalität, Rücksichtslosigkeit, Verwahrlosung einschreiten, Verantwortung übernehmen und sorgsam mit Ressourcen umgehen - das sind hohe Ansprüche an die Bürger/Innen einer Gemeinschaft. Wie gut uns dies bereits gelingt und was uns künftig besser gelingen sollte, sollte der 3. Präventionstag in Referaten, Diskussionsrunden und Anschaulichkeit (Zeittafel nach Alter der angesprochenen Personengruppen mit laufenden Projekten bzw. Angeboten der verschiedensten Träger) deutlich machen.

### **3.2.3. Aufeinander Acht geben – Patenschaften und Aufmerksamkeitspunkte**

Babys in Blumentöpfen, ein Kind im Kühlschrank – der Einzelfall erregt das öffentliche Entsetzen. Doch noch entsetzlicher ist es, wenn niemand etwas bemerkt haben will. Wenn aus der Individualisierung eine Kultur des Wegsehens erwächst, ist das Entsetzen allgegenwärtig.

Das Gesundheitsamt will eine Kultur der gegenseitigen Achtsamkeit fördern. Wir bitten die Menschen um Aufmerksamkeit. Kinder sind das höchste Gut einer Gesellschaft, wir sollten auf sie Acht geben.

Wenn kleine Kinder lange alleine gelassen werden, wenn der Alkohol die erste Geige spielt, wenn Eltern prügeln, wenn Kinder nachts allein auf Straßen, in Einkaufszentren und Treppenhäusern unterwegs sind, wenn immer wieder das Frühstück fehlt und das Mittagessen gleich dazu, dann muss Hinsehen und Nachsehen erlaubt sein. Gerade Kinder in schwierigen Situationen brauchen Verbündete, die sich ihrer annehmen, die fragen und zuhören, die sich stark machen oder einfach nur da sind. Das Gesundheitsamt will Mitbürger ermutigen, sich betroffen zu fühlen und verantwortlich zu werden.

Unsere Ansätze wurden im Dezernat III gehört, wir freuen uns über die angeregte Diskussion.

## **Patenschaften**

beinhalten die Bitte an engagierte Menschen, benachteiligte Kinder durch gezielte Unterstützung zu fördern. Denkbar ist das „Sponsoring“ von Mitgliedschaften in Sportvereinen, Musikschulen, Jugendkunstschule. Eine Patenschaft kann jedoch über die finanzielle Unterstützung hinausgehen, wenn sich der Pate für die Erfolge „seines“ Kindes interessiert, es ermutigt und begleitet.

Dabei ist ein Gedanke, die Anonymität reiner Spendengaben zu durchbrechen und eine persönliche Beziehung zwischen Sponsor und Hilfeempfänger zu finden. Dies dient dann nicht allein dem unterstützten Kind, auch der Helfende hat Anteil an den Erfolgen seines Mündels und ist aktiv beteiligt. Als regelmäßiger Zuschauer bei Sportwettkämpfen oder Auftritten des Patenkindes hat der Spender an dessen Fortschritten teil. Diese persönliche Verbindlichkeit bereichert beide Seiten.

Patenschaften bedürfen der öffentlichen Unterstützung, die sie initiiert, vermittelt und die Erfolge darstellt. Aktionen wie „Urlaub in Prebelow“ und „Sterntaler“ sind gute Beispiele einer solchen Öffentlichkeit. Wir setzen jedoch auf die Kontinuität einer überdauernden Patenschaft, die Verlässlichkeit vermittelt und (Ver-)Bindungen schafft. Für Patenschaften, die auf eine langfristige Unterstützung ausgerichtet sind, wird es sicher sinnvoll sein, Schulungen anzubieten.

## **Aufmerksamkeitspunkte**

gelten der Wahrnehmung von Kindern bevor sie in Not geraten. Personen, die deutliche Unzulänglichkeiten bemerken, geben Signale der Aufmerksamkeit an die „Servicestelle Familienbetreuung“ im Dezernat III. Kommen derartige Hinweise aus verschiedenen Lebensbereichen zusammen, besucht der zuständige Sozialarbeiter die Familie und bietet Hilfen an. Dazu ist die Erarbeitung eines Indikatorenchlüssels angedacht, in welche die Meinungen und Vorstellungen möglichst vieler „Kinderprofis“ des Landkreises einbezogen werden sollen.

Dabei ist es nicht unser Ziel, alte Überwachungsmuster neu zu stricken. Viele Menschen bemerken, dass etwas nicht glücklich läuft. Sie machen sich Gedanken, aber wissen nicht, wem sie ihre Sorgen mitteilen wollen oder fürchten, den Betroffenen Schlechtes zu tun, denn das Maß einer pflichtigen Meldung an das Jugendamt ist nicht erreicht. Das Anliegen der Aufmerksamkeitspunkte ist die Schaffung eines niedrighwelligen Frühwarnsystems, das greift, damit keine Kindeswohlgefährdung eintritt. Es geht darum, menschlich füreinander verantwortlich zu sein und so früh wie möglich Unterstützung zu ermöglichen. Inwiefern ein derartiges Aufmerksamkeitssystem im Landkreis umsetzbar ist, muss diskutiert werden.

## Der Landkreis als System der Achtsamkeit: die Familien- Servicestelle

Zum 01.07.2007 nahm die Familien- Servicestelle des Gesundheitsamtes unter Koordination der Diplom Sozialpädagogin Kristin Kuhnke ihre Tätigkeit auf.

Eingerichtet als ein System der Achtsamkeit zum Schutz und Erhalt der Kindergesundheit hat sich die Familien- Servicestelle inzwischen als eine feste Instanz in Fragen rund um das Thema Familie im Landkreis Ostprignitz- Ruppin etabliert.

In den vergangenen fünf Jahren nahmen 152 Bürgerinnen und Bürger Kontakt zur Familien- Servicestelle auf. Die Gründe hierfür waren vielfältig und reichten von der Suche nach Angeboten im Landkreis wie z.B. Krabbelgruppen für Kleinkinder bis hin zu Hilfestellungen bei beobachteter körperlicher Gewalt gegenüber Kindern. Letzteres ist für die Familien- Servicestelle eher die Ausnahme.



Die Familien- Servicestelle zeichnet sich durch den präventiven Charakter aus - es soll möglichst verhindert werden, dass es zu einer Gesundheitsbeeinträchtigung kommt. Die weitere Bearbeitung bleibt hauptsächlich im Gesundheitsamt selbst. Mit den verschiedenen Fachbereichen, allen voran dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, können viele Fragen beantwortet und Familien vorab unterstützt werden.

Die Familien- Servicestelle bietet inhaltlich zwei Möglichkeiten der Inanspruchnahme: Zum Einen können sich Familien selbst an die Familien- Servicestelle in allen Fragen rund um das Thema Familie wenden. Zum Anderen können sich auch achtsame Bürger an die Familien- Servicestelle wenden, wenn sie sich um das gesunde Aufwachsen eines Kindes in ihrer Nachbarschaft, in ihrem beruflichen oder privaten Umfeld Sorgen machen.

Diagramm 30:

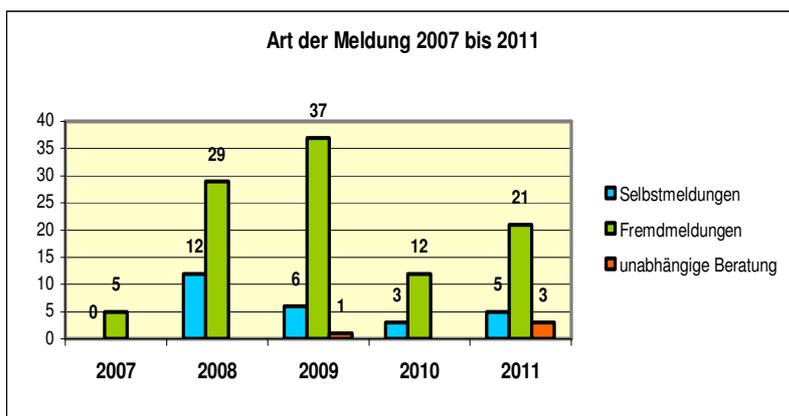


Diagramm 31:

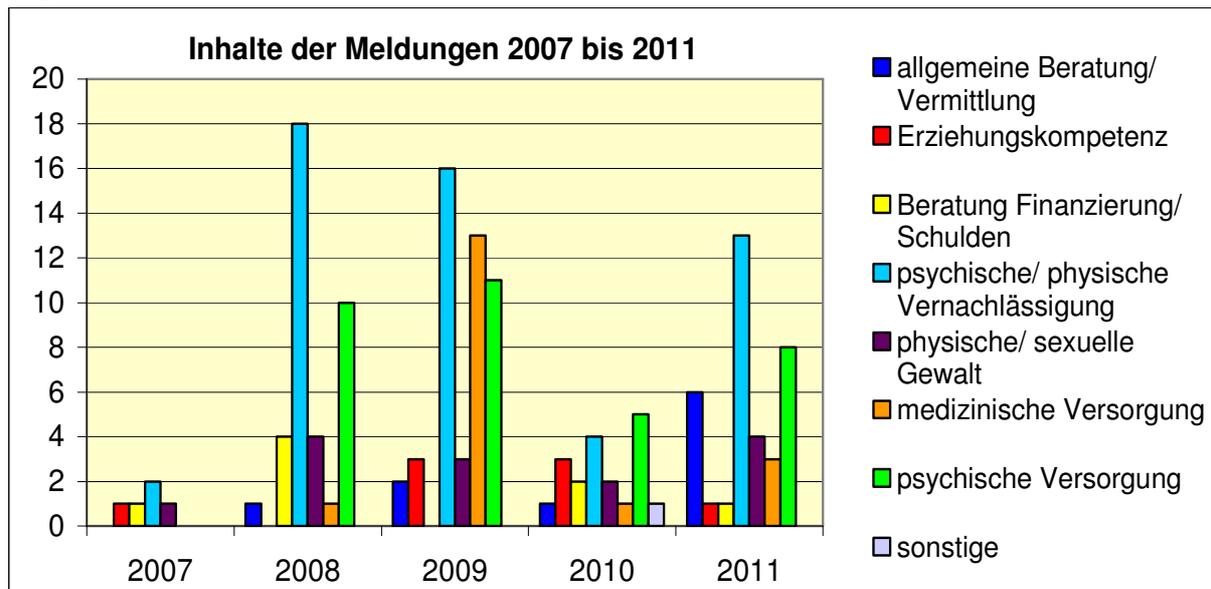
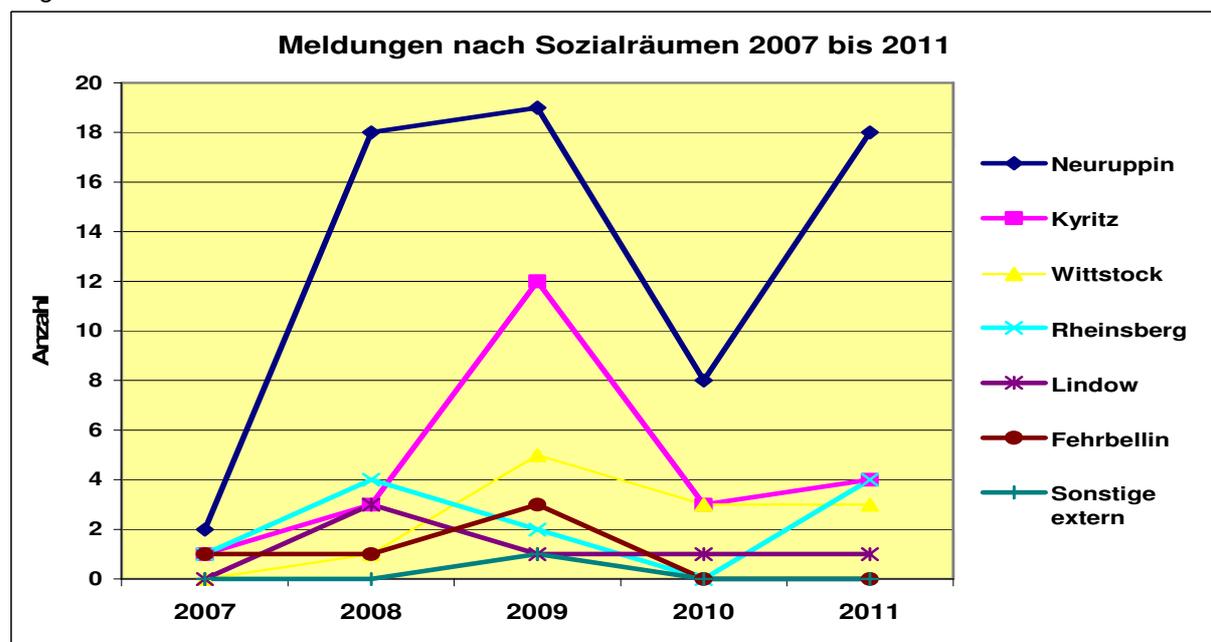


Diagramm 32:



Je nach Inhalt der Fragen können Familien beraten oder zum Beispiel an weiterführende Angebote im Landkreis vermittelt oder begleitet werden. Von Fachleuten, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, kann die Familien-Serviceestelle als Möglichkeit der anonymisierten Beratung genutzt werden.

Außerhalb der regulären Sprechzeiten, während denen Sie den diensthabenden Sozialarbeiter auch persönlich erreichen können, ist der Dienst rund um die Uhr telefonisch abgesichert (0172 380 59 82).

**Sprechzeiten des Gesundheitsamtes:**

- 16816 **Neuruppin**, Neustädter Str. 44, montags und donnerstags von 13:30 bis 15:30, dienstags von 13:30 bis 17:00 Uhr, Tel.: 03391/ 688 - 5342 oder - 5346
- 16866 **Kyritz**, Perleberger Str. 13, jeden 2. und 4. Dienstag im Monat von 13:30 bis 16:00 Uhr, Tel.:033971/ 62 -524
- 16909 **Wittstock**, Rheinsberger Str. 19, donnerstags von 13:30 bis 17:00 Uhr, Tel.: 03394/ 465 -111

### 3.2.4. Netzwerk „Gesunde Kinder“

Vor dem Hintergrund sinkender Kinder- und Bevölkerungszahlen hat der Brandenburger Landtag mit dem Beschluss vom 14.4.2005 die Landesregierung beauftragt, ein familienpolitisches Programm zu erarbeiten, mit dem Ziel, kinder- und familienfreundliche Rahmenbedingungen zu schaffen.

Im Maßnahmenpaket der Brandenburger Landesregierung sind die Netzwerke Gesunde Kinder an vorderster Stelle benannt.

Brandenburg soll zu einer besonders kinder- und familienfreundlichen Region Europas gestaltet werden. Ob in der Prignitz oder der Lausitz, ob im ländlichen Oderbruch oder der Landeshauptstadt Potsdam – Familien und Kinder sind in Brandenburg willkommen und sollen sich hier wohl fühlen.

Vor diesem Hintergrund wurde 2006 das „Netzwerk Gesunde Kinder“ konzeptionell entwickelt und als zentrale Maßnahme in das familienpolitische Programm des Landes Brandenburg aufgenommen.

Kleine Kinder verlangen viel Zuwendung und Fürsorge. Sie prägen den Tagesablauf, halten insbesondere die elterliche Bezugsperson auf Trab und sind immer für Überraschungen gut. Berufliches und Privates muss mit der neuen Situation in Einklang gebracht und das Leben neu geordnet werden. Natürlich helfen Institutionen, Bücher, Broschüren und Flyer den ungewohnten Rhythmus aufzunehmen. Leider gibt es trotz der Informationsflut oft unzureichend individuelle Beratung. Es fehlt die früher durch Nachbarn und Großeltern wie selbstverständlich vermittelte Lebenserfahrung, um Wesentliches vom Unwesentlichen zu unterscheiden. Wie kann man trotz Alltagshektik in Zeiten knapper Kassen eine maßgeschneiderte persönliche Förderung gewährleisten? Wer weiß, wann der richtige Moment für die wichtige Information gekommen ist?

Hier setzt die Philosophie des „Netzwerkes Gesunde Kinder“ an. Geschulte, ehrenamtlich tätige und professionell koordinierte Patinnen und Paten begleiten Familien während der Schwangerschaft, nach der Geburt und in den ersten drei Lebensjahren des Kindes.

Aufsuchend in einer vertrauten Umgebung informieren die Patinnen und Paten über auf die Familie individuell abgestimmte für die gesunde Entwicklung ihres Kindes ausgerichtete Angebote staatlicher, regionaler, kommunaler, medizinischer und privater Institutionen vor Ort, unbürokratisch aus kompetentem Mund mit Herz und Verstand. Hier geht es um Tipps und liebevolle Beratung in persönlichen Gesprächen von Patinnen und Paten für Eltern, die ein Kind erwarten oder bekommen haben.

Die Leistungen des Netzwerkes stehen **allen** Familien kostenfrei offen.

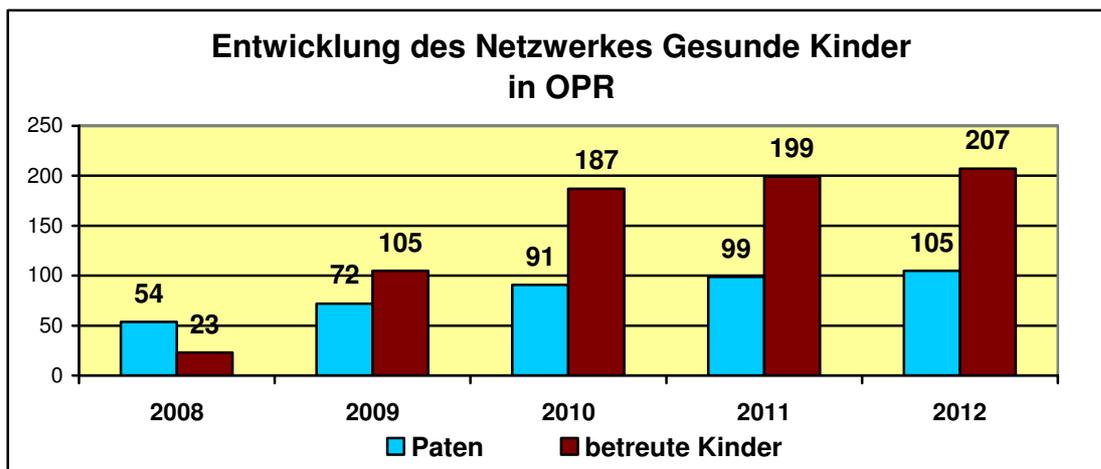
Inzwischen begleiten mehr als 930 ehrenamtliche Patinnen und Paten oder Hebammen über 3.500 Familien oder Schwangere in allen Regionen Brandenburgs. Zurzeit sind 18 lokale Netzwerke an 30 Standorten in 13 Landkreisen und zwei kreisfreien Städte aktiv. Jeder Landkreis wird dabei mit bis zu 60.000 Euro und jede kreisfreie Stadt mit bis zu 30.000 Euro pro Jahr vom Land unterstützt.

Es muss gelebte Normalität in unserer Gesellschaft werden, dass eine Familie mit ihren Fragen und Sorgen nicht allein gelassen wird und sich einfach einen Rat holen kann.

Im Mai 2008 startete das Netzwerk Gesunde Kinder im Landkreis Ostprignitz-Ruppin mit den Standorten Neuruppin, Wittstock und Kyritz unter der Trägerschaft des Vereins ESTA Ruppin e.V. und ist für den gesamten Landkreis zuständig. Seit dieser Zeit wurden insgesamt 127 ehrenamtliche Patinnen und Paten ausgebildet. Die Ausbildung erfolgt nach einem landesweit verbindlichen Schulungscurriculum und umfasst mindestens 30 Stunden vor dem Einsatz in den Familien.

Unterstützung findet das Netzwerk durch die Geburts- und Kinderkliniken in Neuruppin, dem Gesundheits- und Jugendamt, sowie durch niedergelassene Kinder- und Frauenärzte, Logopäden und Hebammen, die Schwangerenkonfliktberatungsstellen und Unternehmen aus der Region. Für die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit wird das Netzwerk durch Landtags-abgeordnete (Wittstock), Kreistagsabgeordnete (Kyritz) und den Lions Club Effi Briest in Neuruppin unterstützt. Hauptsächlich erfolgt die Akquise der Familien über die „Gelben Damen“ auf der Entbindungsstation, durch stationäre Hebammen, die Presse und durch Mund-zu-Mund-Propaganda.

Diagramm 33:



„...Die externe Evaluierung zeigt eine kontinuierliche gute Arbeit des Netzwerkes, wobei deutlich gesagt werden muss, dass eine höhere Erreichbarkeit von Familien in unserem Landkreis erreicht werden muss, um einen nachhaltig gesundheitsfördernden Aspekt etablieren. Es zeigt sich zurzeit ein Aufwärtstrend, der von dem Netzwerkteam aufgefangen wird...“ Dr. med. B. Christensen, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

### 3.2.5. „MIT-EIN-ANDER“ in Kita und Schule (EFFEKT und Anti-Bullying)

Der ganzheitliche Ansatz des Konzepts „MIT-EIN-ANDER in Kita und Schule“ im Land Brandenburg stellt sich dem Erfordernis einer sehr frühzeitigen Prävention, bereits im Kindergartenalter. Das Konzept beginnt in der Kindertagesstätte mit dem evaluierten Programm EFFEKT – Entwicklungsförderung in Familien zur Förderung der elterlichen Erziehungskompetenz sowie des kindlichen Sozialverhaltens.

Die vom Konzept vorgesehene aufeinander aufbauende Entwicklungsbegleitung und Prävention setzt sich mit dem Programm Anti-Bullying vom Norwegischen Psychologen und Pädagogen Prof. Dr. Dan Olweus in der Schule fort. Die Wirksamkeit dieses Mehrebenenprogramms, das sich in systemischer Sichtweise mit dem gesamten Mikrokosmos Schule befasst, ist ebenfalls bereits überzeugend empirisch belegt. Das Besondere an diesem Programm ist der Versuch, auf mehreren Ebenen in der Zusammenarbeit von LehrerInnen, SchülerInnen und Eltern langfristige Maßnahmen zu planen und durchzuführen und dabei die schon vorhandenen positiven Einzelansätze in der jeweiligen Schule zu integrieren.

Im Oktober 2008 wurde zwischen dem Landkreis Ostprignitz-Ruppin, dem Polizeipräsidium, dem Institut für Psychologie der Universität Erlangen-Nürnberg, dem Staatlichen Schulamt Perleberg, dem Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg und dem Deutschen Roten Kreuz/Kreisverband Ostprignitz-Ruppin e.V. eine Kooperationsvereinbarung geschlossen. Sie beinhaltet neben einer qualifizierten Prozessbeschreibung auch die Erprobung der Umsetzung beginnend im Bereich des Staatlichen Schulamtes Perleberg.

Qualitätsstandards für den Umsetzungsprozess der beiden bewährten Präventionsprogramme wurden erstmals im Herbst 2009 in einem Qualitätshandbuch als Handlungsleitfaden veröffentlicht.

Auf der Klassenebene vereinbaren Lehrer- und Schülerschaft klare Regeln zum Umgang mit Gewalt und erarbeiten sich positive und negative Sanktionen. Im Konzept ist ausführlich ein Standardverfahren für schulische Reaktionen beschrieben.

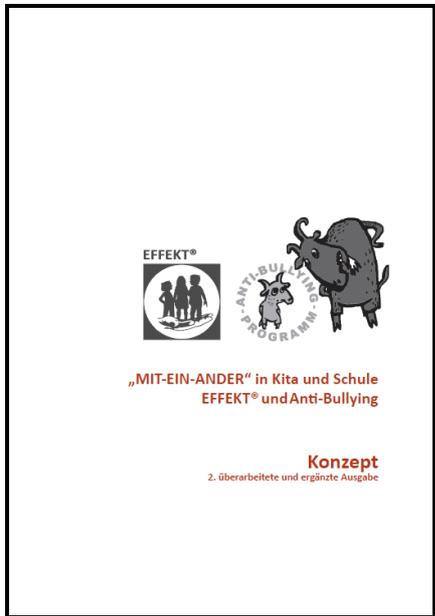
Auf der Schulebene schaffen Schulkonferenzen eine gemeinsame Verpflichtung zur Durchführung des Programms und einer Übernahme von Verantwortung. Nach dem auf der Grundlage praktischer Erfahrungen und erster Ergebnisse der Prozessevaluation weiterentwickelten Konzept in der 2. Ausgabe vom Frühjahr 2012 gewährleistet ein sogenanntes „Anti-Bullying-/Krisenteam“ aus PädagogInnen, auch Schülern und Eltern die kontinuierliche Umsetzung und sukzessive ein einheitliches Handeln aller Erwachsenen. Es sorgt neben klaren verbindlichen Kooperationsstrukturen zu Fachstellen auch für die organisatorischen Voraussetzungen für ein Fallmanagement zur Früherkennung und frühzeitigem Handeln beim Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung oder auf einen krisenhaften Prozess in der Persönlichkeitsentwicklung (Amokprävention).

Ziel einer Prozessevaluation ist die weitere Qualifizierung des Umsetzungsprozesses und die Erschließung derjenigen Faktoren, die eine breite Umsetzung des Konzepts in Kindertageseinrichtungen und Schulen in der Fläche befördern. Die wissenschaftliche Untersuchung in den Einrichtungen selbst wurde durch das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport im Februar 2010 genehmigt.

Das Deutsche Forum für Kriminalprävention DFK fördert ausdrücklich diese Prozessevaluation der Umsetzung der beiden bereits wirkungsevaluierten Programme im Rahmen dieses ganzheitlichen Gesamtkonzepts. Dem DFK ist es wichtig, solche Erkenntnisse für weitere deutschlandweite Implementierungsprozesse für

qualitätsgesicherte Präventionsprogramme zu gewinnen. Ein erster Zwischenbericht liegt vor und ist bereits veröffentlicht. Der abschließende Evaluationsbericht ist für Dezember 2012 vereinbart.

In der Zwischenzeit hat das Prozessteam – kontinuierlich begleitet von der damaligen Sozialdezernentin Frau Scharnweber und beharrlich gefordert durch den Sicherheits- und Präventionsberater des Landkreises Herrn Breitschwerdt - auch mehrjährige praktische Erfahrungen bei der Implementierung dieser qualitätsgesicherten Programme. Diese sind sowohl durch die Vielfalt der im Prozessteam vertretenen Professionen eingebracht als auch bei der Begleitung von Einrichtungen gewonnen worden. Sie haben kontinuierlich zur Verbesserung eines praxisgerechten Umsetzungsprozesses beigetragen. Bereits bei ersten Schritten des Konzepts zeigte sich, dass die Handlungskompetenz der Lehrer gestärkt wird und das einheitliche Vorgehen zunimmt. (z.B. durch Reflexion im Lehrerteam über die Situation an der Einrichtung). Es hat sich gezeigt, dass aufeinander aufbauende, gut abgestimmte Programme dort leicht zu implementieren



sind, wo eine solche Entwicklungsbegleitung als Teil der kommunalen Verantwortung für territoriale Bildungslandschaften verstanden wird.

Das Konzept hat vom Pilotlandkreis Ostprignitz-Ruppin aus eine weite Verbreitung erfahren: Inzwischen nehmen eine große Anzahl von Kindertagesstätten und Schulen aus vielen Landkreisen und Gemeinden am Konzept in einer derzeit noch sehr unterschiedlichen Umsetzungstiefe teil. Seit Herbst 2009 ist das Konzept ein Teil der Initiative Brandenburgs im Rahmen der Safe Regions der WHO.

Das Handbuch ist zu finden auf der Internetseite des Jugend- und Betreuungsamtes unter [www.ostprignitz-ruppin.de](http://www.ostprignitz-ruppin.de).

## **Anstelle eines Nachwortes: Die Geschichte eines Brandstifters**

Wiedergegeben nach Karel Capek: „Die Geschichte eines Geldschrankknackers und eines Brandstifters“

Es trug sich in der Steiermark zu. Dort lebte ein Sattler- und Riemenmeister, er hieß Anton Huber. Dieser Sattler feierte seinen Namenstag und saß gerade beim festlichen Mahl im Rahmen seiner Lieben, da klopfte es plötzlich an das Fenster: „Jesus und Maria, Nachbar, euch brennt ja das Haus überm Kopf ab!“ Der Sattler rannte hinaus, und meiner Seel, der Giebel stand in hellen Flammen. Inzwischen eilten Leute herbei, die einander bei der Löscharbeit nur im Wege standen. Dann kam auch die Feuerwehr; mittlerweile aber hatte schon ein zweites Gehöft Feuer gefangen, und am Abend lagen fünfzehn Häuser in Schutt und Asche.

Am Tage darauf sah es aus – na, wie es eben nach einer Feuersbrunst aussieht. An der Brandstätte übernahm ein junger Gendarm die Aufgabe, die Ursache der Feuersbrunst zu ergründen. „Herr Wachtmeister“, sagte der Sattler Anton, „ich möchte eine Wette eingehen, dass der Brand gelegt ist; warum sollte es sonst gerade an meinem Namenstag brennen, als ich beim Festessen saß? Nur leuchtet mir nicht ein, warum sich jemand an mir rächen will, Ich wüsste niemand, der so gehässig sein könnte.“

Es war zur Mittagszeit, und die Sonne sengte. Der Gendarm ging langsam an der Brandstätte vorüber und plötzlich rief er: „Herr Anton was funkelt dort oberhalb des Dachbalkens?“ – „Dort war die Bodenluke“, sagt der Sattler, „vielleicht ist es irgendein Nagel.“ – „Sieht aber nicht so aus“, meint der Gendarm, „ich würde es eher für einen Spiegel halten.“ – „Wie sollte da ein Spiegel hinkommen“, sagte der Sattler, „hinter dieser Dachluke war nur Stroh gelagert.“

Der Gendarm stellte die Feuerwehrleiter an den verkohlten Dachbalken, kletterte hinauf und sagte: „Damit Sie es genau wissen, Herr Anton, es ist weder ein Nagel noch ein Spiegel, sondern ein rundes Stück Glas, das an diesem Balken befestigt wurde.“ - Und plötzlich ruft der Gendarm, wie er das Glas in der Nähe besieht: „Verflucht noch mal, das brennt ja! Wie ist das möglich? - Herr Anton, rasch ein Stück Papier!“ Der Sattler riss ein Stück aus seinem Notizbuch und gab es dem Gendarm, dieser hielt es unter das Glas. ... „So“, sagte er nach einer Weile, „ich glaube wir sind auf der richtigen Spur.“ Er stieg von der Leiter und hielt dem Sattler das Stück Papier unter die Nase; es war ein kleines Loch hineingebrannt, das Papier schwelte noch. „Herr Anton“, erklärte der Gendarm, „dieses Glas ist eine Sammellinse, eine Lupe, und nun möchte ich gern noch wissen, wer sie an dem Balken befestigt hat, und dazu in der unmittelbaren Nähe von Stroh.“

„Um Christi willen“, beteuerte der Sattler, „wir hatten doch nie eine Lupe im Hause – halt“, erinnerte er sich plötzlich, „ich hatte mal einen Lehrjungen hier, Sepp hieß er, der hat stets mit solchem Zeug gespielt! Deshalb habe ich ihn auch hinausgeworfen, da er nur solche Dummheiten im Kopfe hatte! Könnte es dieser verdammte Lummel gewesen sein? – Aber das ist nicht gut möglich, Herr Wachtmeister, ich habe ihn doch Anfang Februar weggegeben; wer weiß, wo der jetzt steckt.“

Und man fand diesen Jungen; er war bei einem Taschenmacher in einem anderen Ort in der Lehre. Kaum hatte der Gendarm die Werkstatt betreten, begann der Bursche wie Espenlaub zu zittern. „Sepp“, fragte der Gendarm, „wo warst du am dreizehnten Juni?“

„Hier, bitte“, stammelte der Junge, „seit dem fünfzehnten Februar bin ich hier und keinen halben Tag weggeblieben, das kann jeder bezeugen.“ „Verdammt noch mal“, sagte der Gendarm, „dann kann er es nicht gewesen sein.“

„Was soll denn gewesen sein?“ fragte der Taschenmacher. „Ja was“, antwortete der Gendarm, „er stand im Verdacht, am dreizehnten Juni das Anwesen des Sattlermeisters Anton und damit das halbe Dorf in Brand gesteckt zu haben.“ „Am dreizehnten Juni?“ fragte der Täschner bestürzt. „Das ist ja merkwürdig; am dreizehnten Juni hat mich nämlich der Lehrjunge gefragt, den wievielten wir hätten, und ob es der Namenstag des heiligen Anton sei. Darauf sagte er, dass sich heute etwas ereignen würde.“

In diesem Augenblick fuhr der Bursche hoch und versuchte zu fliehen; aber da hatte ihn der Gendarm schon beim Wickel. Unterwegs gestand er alles: er sei furchtbar wütend auf Meister Anton gewesen, weil ihn der Sattler wegen seiner Versuche wie einen Hund geschlagen habe. Deshalb wollte er sich an ihm rächen, und so berechnete er genau den Stand der Mittagssonne am dreizehnten Juni, stellte danach die Linse ein, die das Stroh in Brand setzen sollte zu einer Zeit, da er schon weiß wo er wäre; das hatte er alles bereits im Februar vorbereitet, vor seinem Weggang.

Um das genau zu prüfen, wurde ein Astronom aus Wien herbeigerufen, der die Linse untersuchen sollte und nicht fassen konnte, wie haarscharf der Lehrjunge den Kulminationspunkt der Sonne an diesem Tag ohne jedes astronomische Gerät festgestellt hatte. Was aus dem Sepp geworden ist, weiß ich nicht; aber wenn ich so bedenke, was aus diesem Lausbuben für ein Astronom oder Physiker hätte werden können! Ein zweiter Newton oder etwas Ähnliches muss in diesem verdammten Lümmel gesteckt haben! Aber es gehen in dieser Welt so viele Talente verloren – die Menschen haben zwar Geduld, Diamanten im Sande oder Perlen im Meer zu suchen, aber die seltenen und kostbaren Gaben Gottes in uns Menschen aufzuspüren, um sie nicht ungenützt verkommen zu lassen, dazu haben sie keine Zeit. Und das ist der große Fehler!

## Übersicht der Tabellen, Diagramme und Abbildungen

Tabelle 1	Umfrage des Gesundheitsamtes - Qualitative Kategorien
Tabelle 2	Rangfolge der Bedingungen für gesundes Aufwachen, nach Bewertung durch Teilnehmer
Tabelle 3	Umfrage des Gesundheitsamtes 2005; unterschiedliche Wertigkeiten verschiedener Berufsfelder
Tabelle 4	Definition des Begriffes „Kinderarmut“
Tabelle 5	Anteil der Kindern im Vorschulalter mit Einschränkungen in den vier zentralen Dimensionen der Lebenslage (Arme/ Nichtarme Kinder)
Tabelle 6	Multiaxiale Klassifikation und multiprofessionelle Hilfen bei psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter
Tabelle 7	Familien mit minderjährigen Kindern im Land Brandenburg 1995, 2004 und 2010
Tabelle 8	Familien im Land Brandenburg 1995, 2004 und 2010 und Zahl der ledigen Kinder
Tabelle 9	Familien mit Kindern in Ostprignitz-Ruppin 1995, 2004 und 2011
Tabelle 10	Ausbildungsabschlüsse in Ostprignitz-Ruppin im März 2010
Tabelle 11	Fallzahlen stationär
Tabelle 12	Aufgliederung der stationären Fälle nach Diagnosen
Tabelle 13	Fallzahlen teilstationär und ambulant
Diagramm 1	Umfrage des Gesundheitsamtes 2005. Prozentualer Anteil der teilnehmenden Berufe
Diagramm 2	Lebenslage und Armut bei Vorschulkindern
Diagramm 3	Leseleistung Entwicklung Klasse 1 bis 3
Diagramm 4	Bevölkerungsentwicklung in Brandenburg und Ostprignitz-Ruppin
Diagramm 5	Bevölkerungsentwicklung in Ostprignitz-Ruppin - Zahl der Geburten und Todesfälle
Diagramm 6	Bevölkerungsentwicklung Ostprignitz-Ruppin - Zuzug und Wegzug
Diagramm 7	Zu- und Fortzüge in Ostprignitz-Ruppin 2011 nach Altersgruppen
Diagramm 8	Familien in Brandenburg und Zahl der ledigen Kinder
Diagramm 9	Schulabschlüsse der Einwohner von Ostprignitz-Ruppin im März 2010
Diagramm 10	Erwerbstätige in Ostprignitz-Ruppin 2010
Diagramm 11	Frühförderung - anspruchsberechtigte und tatsächlich geförderte Kinder
Diagramm 12	Sozialstatus der Einschüler im Landkreis OPR nach Schuljahren
Diagramm 13	Empfehlung zur Zurückstellung bei Einschülern nach Jahren und Sozialstatus
Diagramm 14	Förderausschuss bei Einschülern nach Jahren und Sozialstatus
Diagramm 15	Die häufigsten Befunde bei Einschülern
Diagramm 16	Ausgesuchte Befunde bei Einschülern nach Sozialstatus
Diagramm 17	Ausgesuchte Befunde bei Einschülern nach Sozialstatus Schuljahr 2004/05
Diagramm 18	Adipositas in % nach Sozialstatus
Diagramm 19	Die Größe von Familien in der Jugendhilfe OPR
Diagramm 20	Tabakkonsum bei Jugendlichen
Diagramm 21	Mittleres Alter bei Beginn des Rauchens
Diagramm 22	Alkoholkonsum
Diagramm 23	Alter beim ersten Rausch
Diagramm 24	Jugendliche, die wöchentlich bzw. täglich Alkohol trinken, nach Schultyp
Diagramm 25	Haschischkonsum
Diagramm 26	Bevölkerung und Tatverdächtige
Diagramm 27	Anteil von Minderjährigen und jungen Erwachsenen an Deliktgruppen 2005
Diagramm 28	Kinder und Jugendliche als Opfer von Straftaten 2005
Diagramm 29	Schwimmer bei der Einschulungsuntersuchung OPR 2012
Diagramm 30	Art der Meldung 2007 bis 2011
Diagramm 31	Inhalte der Meldungen 2007 bis 2011
Diagramm 32	Meldungen nach Sozialräumen 2007 bis 2011
Diagramm 33	Entwicklung des Netzwerkes Gesunde Kinder in OPR
Abbildung 1	Einbettung von Kindheit und Familie
Abbildung 2	Störungsrelevante Bedingungen der Lebenssituation des Kindes

## Literatur / Quellenangaben

Beratungsunterlage für das 1. Plenum des Bündnisses "Gesund Aufwachsen in Brandenburg" am 27. November 2006 in Potsdam

Beratungsunterlagen der 2. Fachtagung zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen am 07. April 2003 in Potsdam

„Bericht über das Bundesmodellprojekt Magdeburg“, Band 124 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden 2000

Comer, Ronald J. (1995): Klinische Psychologie. Verlag Spektrum, Heidelberg

„Das neue Feststellungsverfahren und die Förderdiagnostische Lernbeobachtung in der Grundschule“ Elterninformation des Landes Brandenburg, Ministerium für Bildung, Jugend und Sport.

Deutsche Shell (Hg.) (2000): „Jugend 2000. 13. Shell-Jugendstudie“, Opladen

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Verlag Huber, Bern

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (1994): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Forschungskriterien. Verlag Huber, Bern

Döpfner, Manfred, Lehmkuhl, Gerd, Heubrock, Dietmar, Petermann, Franz (2000): „Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter“, Verlag Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle

Döpfner, M.; Plück, J.; Berner, W.; Fegert, J.M.; Huss, M.; Lenz, K.; Schmeck, K.; Lehmkuhl, U, Pustka, F.; Lehmkuhl, G. (1997): Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteiler-effekte. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 25: 218-233.

Ennemoser, Marco: „Effekte des Fernsehens im Vor- und Grundschulalter. Ursachen, Wirkungen und differenzielle Effekte“. Nervenheilkunde 22: 443-453

Frick, Jürg (2001): „Die Droge Verwöhnung“, Verlag Hans Huber, Bern

Groebel, J., Gleich, U.: „Gewaltprofil des deutschen Fernsehprogramms. Eine Analyse des Angebots privater und öffentlich-rechtlicher Sender“, Leske & Budrich, Opladen.

Guenther, Klaus Th. (2004) „Hasch im Hirn“ hrsg. Durch die Drogenhilfe Oberland e.V.

Hartung, K.: Aufgaben der Sozialpädiatrie. In: R. Lempp, H. Schiefele (Hg.): Ärzte sehen die Schule. Untersuchungen und Befunde aus psychiatrischer und pädagogisch-psychologischer Sicht. Weinheim, Basel: Beltz 1987

Heyne, Claudia (1993): „Täterinnen. Offene und verdeckte Aggression von Frauen. Zürich: Kreuz

Hock, Beate, Holz, Gerda (Hrsg.): „Erfolg oder Scheitern? Arme und benachteiligte Jugendliche auf dem Weg ins Berufsleben“ Zur Entstehung, Verfestigung und Überwindung von Armut im Übergang ins Erwachsenenleben ISS-Pontifex

Hock, Beate, Holz, Gerda, Simmedinger, Renate, Wüstendörfer, Werner: „Gute Kindheit – Schlechte Kindheit? Armut und Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen für Politik, Wissenschaft und Praxis zur 1. AWO-ISS-Studie von 1997 bis 2000. ISS-Pontifex

Holz, G., Puhmann, A. (2005): „Alles schon entschieden? Wege und Lebenssituationen armer und nicht-armer Kinder zwischen Kindergarten und weiterführender Schule“

Holz, Gerda, Skoluda, Susanne(2003): „Armut im frühen Grundschulalter Abschlussbericht der vertiefenden Untersuchung zu Lebenssituation, Ressourcen und Bewältigungshandeln von Kindern“, ISS-Pontifex 1/2003

Land Brandenburg, Presseinformation 047 des MASGF vom 21.04.2004

Bündnis „Gesundes Aufwachsen“ in Brandenburg

Landessuchtkonferenz Brandenburg, A. Böhm, K.Lüdecke (2005): Befragung Jugendliche und Substanzkonsum Landkreis Ostprignitz-Ruppin, BJS;

Landkreis Oder-Spree, Gesundheitsamt (2005): „Zum seelischen Gesundheitszustand und zum Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen im Landkreis Oder-Spree“

Landkreis Ostprignitz-Ruppin, Gesundheitsbericht 2004, „Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Landkreis OPR zur Jahrtausendwende“

Lehmkuhl, Ulrike: „Verhaltensauffälligkeiten in der frühen Kindheit - Prävention und Behandlung“– eigenständige Veröffentlichung im Internet

Mansel, Jürgen (1996): „Glückliche Kindheit, Schwierige Zeit?“, Leske und Budrich Verlag

Lukesch, H., Bauer, C., Einsenhauer, R. (2004): „Das Weltbild des Fernsehens: Eine Untersuchung der Sendungsangebote öffentlich-rechtlicher und privater Sender in Deutschland.“ Roderer, Regensburg

PAKKID-Studie von Döpfner et.al. 1998 mit 1800 Jugendlichen im Altern von 11 bis 18 Jahren

Pisa-Studie-Ergebnisse vom 18.12.2004 in [www.jubi.de/pisa-ergebnisse](http://www.jubi.de/pisa-ergebnisse)

Remschmidt, H., Schmidt,M.H., Poustka, F. (2000):Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 4. vollständig überarbeitete Auflage. Verlag Huber, Bern.

Rieländer, Maximilian (2003): „Gesundheitsziele für Deutschland – Aus dem Bericht von Gesundheitsziele.de vom 14.02.2003“; Gesamt bericht abzufragen unter [http://www.gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?xpage template=berichte](http://www.gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?xpage%20template=berichte)

Schöllner, H., Guggenmos, J., Iseke, A.: „Werden Sprachleistungen unserer Kinder immer schwächer? Beobachtungen an sechs Einschulungsjahrgängen in Münster“ in Gesundheitswesen 2006 Nr. 68 Seite 337-346

Stadt Frankfurt (Oder), Bericht zur Gesundheit der Kinder in Frankfurt (Oder)

(Bericht über Kinder in besonderen Problemlagen – Kinderarmutsbericht Teil 2) vom 18.04.2006

Spannenkrebs, M., Krügel, C.: „Sprachförderung im Kindergarten im Landkreis Biberach – Ein mit Mitteln der Landesstiftung gefördertes Projekt“ in Gesundheitswesen 2006 Nr. 67 Seite 777-780

Spitzer, Manfred (2005): „Vorsicht Bildschirm! Elektronische Medien, Gehirnentwicklung, Gesundheit und Gesellschaft“, Ernst Klett Verlag Stuttgart, Düsseldorf, Leipzig

Sturzbecher, Dietmar (November 2002) „Jugendtrends in Ostdeutschland: Bildung, Freizeit, Politik, Risiken“, Leske und Budrich Verlag

Sturzbecher, Dietmar (Januar 2000): „Jugend in Ostdeutschland: Lebenssituation und Delinquenz“, Leske und Budrich Verlag

Sturzbecher, Dietmar und Wolfgang Edelstein (Hrg.): „Jugend in der Krise : Ohnmacht der Institutionen“, Taschenbuch - Verlag für Berlin-Brandenburg GmbH

Sturzbecher, Dietmar; Edelstein, Wolfgang und Kreppner, Kurt: „Familie und Kindheit im Wandel“

Sturzbecher, Dietmar (Hrsg.) (1997): „Jugend und Gewalt in Ostdeutschland-Lebenserfahrungen in Schule, Freizeit und Familie.“

Textor, Martin R. und Ingeborg Becker-Textor (Hrg.): „Kindheit, Jugend und Familie: der Kontext der Jugendhilfe“, SGB VIII - Online-Handbuch

Von Widdern, S.; Häbler, F.; von Widdern, O.; Richter, J. (2004): „Ein Jahrzehnt nach der Wiedervereinigung – Wie beurteilen sich Jugendliche einer nordostdeutschen Schülerstichprobe hinsichtlich ihrer psychischen Befindlichkeit?“ in Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 53, S. 652-673.

Werner, E.E., Smith, R.S. (1982). Vulnerable but invincible. McGraw-Hill, New York.

Werner, E.E., Smith, R.S. (1992). Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood. Cornell University Press, Ithaca, New York.

Werner, E.E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. In: Cicchetti, D., Nurcombe, B. (Eds.), Development and Psychopathology, 503-515, Cambridge University Press.

[www.gesundes-kind.de](http://www.gesundes-kind.de)

[www.who.int](http://www.who.int)

Zahlenmaterial, Fragebogen, Diagramme und Erläuterungen können im Gesundheitsamt des Landkreises Ostprignitz-Ruppin eingesehen oder abgefragt werden.

### Erläuterung von Fachbegriffen

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitäts-Syndrom
Anorexia	Med.: Magersucht
Arteriosklerose	Arterienverkalkung
Deprivation	Psych.: Entzug von Liebe und Zuwendung
Dissozialität	Psych.: Bezeichnung für Person, die nicht die Fähigkeit besitzt, sich in die bestehende Gesellschaft einzuordnen
heterogen	anders geartet, ungleichartig, fremdstoffig
korrektiv	bessernd; zurechtweisend
multipel	vielfältig, mehrfach
paradigmatisch	beispielhaft; als Muster dienend
Partizipation	Teilhaben
Phobie	krankhafte Angst
<i>Resilienz</i>	Psych.: Widerstandsfähigkeit, -kraft
somatisch	med.: körperlich
taktil	Tasten, den Tastsinn betreffend
Thrombose	med.: Festwerden von Blut im Blutgefäß