

Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin

**– Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf der Basis der
Einschulungsuntersuchungen 2004 –**

Spezialbericht 2006 - 1



Herausgegeben und bearbeitet von der
Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozial-
statistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme

Berlin 2006
ISSN-Nr. 1617 - 9250

Methodik, Datenanalyse und Ergebnisdarstellung: Dr. S. Bettge, Dr. S. Oberwöhrmann, D. Delekat, K. Häßler,
Dr. S. Hermann, Prof. Dr. G. Meinlschmidt
Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Referat II A

Ergebnisbewertung (Kapitel 8) unter Mitarbeit von: Dr. S. Deininger, C. Hecklau, N. Koch-Malunat, B. Law, Dr. M. Rott
Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Referat II J

A. Hartung, E. Müller-Heck, S. Nachmann
Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport

A. Germershausen, S. Wesenack
Der Beauftragte des Senats von Berlin für Integration und Migration

1. Ausgabe 2006 / Redaktionsschluss: Juli 2006

Herausgeber: Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Referat II A: Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie,
Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen,
Gesundheits- und Sozialinformationssysteme
Schriftleiter Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt
Oranienstraße 106, 10969 Berlin
ISSN-Nr. 1617-9250
Fachliche Auskünfte:
Telefon:(030) 9028 2660
Telefax:(030) 9028 2067
Email: Gerhard.Meinlschmidt@SenGSV.Verwalt-Berlin.de
Homepage: <http://www.berlin.de/sen/gsv/statistik/index.html>

Schutzgebühr 10,- Euro (zuzüglich Porto)

Bezug über die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Telefon: (030) 9028 2848
Telefax: (030) 9028 2055

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Gesundheitsberichterstattung und Sozialstatistisches Berichtswesen

Anliegen der Gesundheitsberichterstattung (GBE) und des Sozialstatistischen Berichtswesens in Berlin ist, die differenzierten Lebensverhältnisse und Lebenslagen sowie die gesundheitliche und soziale Versorgungssituation in ihrem zeitlichen Verlauf und in ihrer kleinräumigen Ausprägung systematisch zu erfassen, darzustellen und zu bewerten. Als Mittel dazu dienen Daten bzw. indikatorgestützte Beschreibungen und Analysen. Soziale Problemlagen in der Berliner Bevölkerung und deren Konzentration im städtischen Raum sind herauszuarbeiten, um eine fundierte Grundlage für die Entwicklung zielgerichteter und passgenauer Handlungsstrategien zu schaffen.

Die Berichterstattung dient als Planungsgrundlage für die Entwicklung und Durchführung von konkreten Maßnahmen und deren Evaluation. Sie informiert das Parlament und die Bürgerinnen und Bürger über die gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung und sie stellt ihre Datenbestände der Wissenschaft zu Forschungszwecken zur Verfügung. Die Berichterstattung ist in diesem Sinne ein öffentliches Gut.

Bei der *Gesundheitsberichterstattung* handelt es sich um eine verdichtende, zielgruppenorientierte Darstellung und beschreibende Bewertung von Daten und Informationen, die für die Gesundheit der Bevölkerung, das Gesundheitswesen und die die Gesundheitssituation beeinflussenden Lebens- und Umweltbedingungen bedeutsam sind.

Die Berichtsform gliedert sich in Basisberichte, Spezialberichte und Statistische Kurzinformationen:

- Der *Basisbericht* enthält Tabellen, die sich am Indikatorensetz der Länder orientieren, Erläuterungen sowie Ergebnisbeschreibungen zu ausgewählten Schwerpunkten aus den behandelten Themenfeldern. Die Basisberichte werden jährlich herausgegeben.
- *Spezialberichte* werden zu Schwerpunktthemen erarbeitet und enthalten Analysen, Zusammenhänge und insbesondere Handlungsempfehlungen für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), die Verantwortlichen der GBE sowie die politisch Verantwortlichen. Zu den Spezialberichten gehören auch die Sozialstrukturatlanten. Die Spezialberichte erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Folge.
- *Statistische Kurzinformationen* fokussieren in aller Kürze auf aktuellpolitische Themen und dienen als schnelle Information der politisch Verantwortlichen, der Fachebene sowie als Mitteilung an die Öffentlichkeit. Die Kurzinformationen erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Folge.

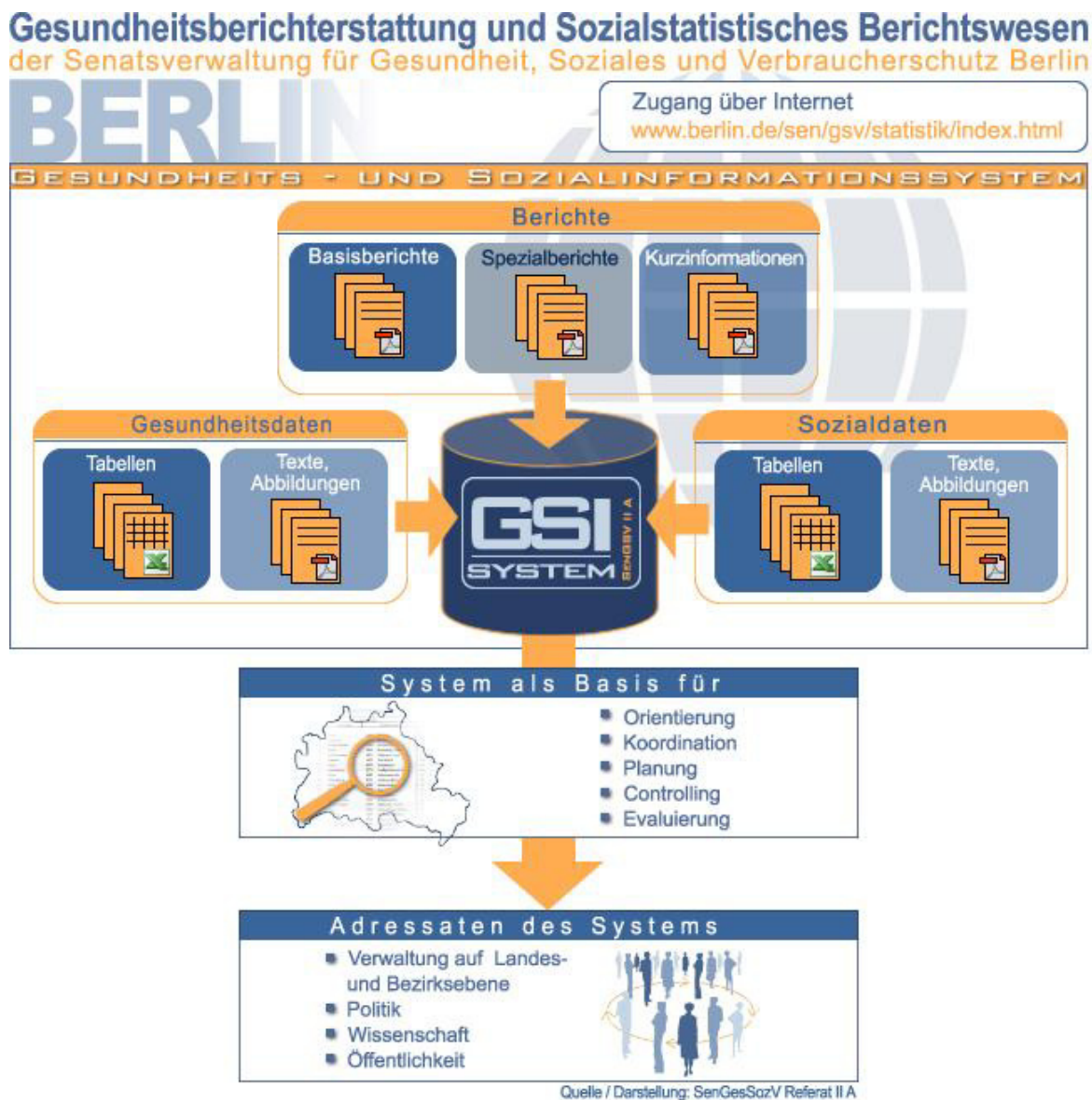
Das *Sozialstatistische Berichtswesen* des Landes Berlin umfasst die systematische und regelmäßige Beobachtung und Auswertung von statistischen Daten auf den Sozialrechtsgebieten des Sozialgesetzbuches (SGB) XII, des SGB II, des Asylbewerberleistungsgesetzes, des Landespflegegeldgesetzes und damit im Zusammenhang stehenden sozialen Entwicklungen. Das Sozialstatistische Berichtswesen beinhaltet die Generierung, Aufbereitung und Auswertung der Sozialstatistik des Landes Berlin auf den genannten Rechtsgebieten ebenso wie die Berichterstattung über relevante Entwicklungen von Lebensverhältnissen und Lebenslagen in Berlin. *Ergebnisformen* des Sozialstatistischen Berichtswesens sind Daten und Statistiken und thematische Spezialberichte:

- In der *Sozialstatistik* werden zum einen die nach Leistungsarten differenzierten Einnahmen und Ausgaben und zum anderen die Empfänger der sozialen Leistungen unter Beachtung sozialstruktureller Merkmale betrachtet. Beide Betrachtungsperspektiven werden mit der räumlichen Sichtweise verschränkt.
- *Spezialberichte im Rahmen des Sozialstatistischen Berichtswesens* verfolgen die vertiefende Analyse von Erkenntnissen aus der Sozialstatistik nach unterschiedlichen Themenschwerpunkten. Die Spezialberichte erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Reihenfolge.

Die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistischen Berichtswesens werden zukünftig in das im Aufbau befindliche Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) des Statistik-

referates der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz eingespeist und sind dann über das Internet unter www.berlin.de/sen/gsv/statistik/index.html zugänglich. Die Nutzer/innen finden hier die Fülle der Informationen thematisch in regionaler und zeitlicher Differenzierung geordnet. Eine einfache Suchfunktion unterstützt das schnelle Auffinden der verfügbaren Texte, Tabellen oder Grafiken.

Einen Überblick über den Aufbau der Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistischen Berichtswesens gibt folgende Abbildung:



Aktueller Bericht

Mit dem vorliegenden Spezialbericht erscheint nun zum dritten Mal nach 2001 und 2003 zu dem Schwerpunktthema „Gesundheitliche Lage von Kindern in Berlin“ eine Publikation auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen. Die Datengrundlage wird im Rahmen des Landesverfahrens Einschulungsuntersuchung seit dem Jahr 2001 kontinuierlich durch die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD) in den Bezirken erhoben. Das verwendete Erhebungsinstrumentarium wird unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Gesundheitsberichterstattung kontinuierlich weiterent-

wickelt. Der Fokus des vorliegenden Berichtes liegt auf der Betrachtung von präventionsrelevanten Gesundheitsfeldern, mit dem primären Ziel Problemfelder zu identifizieren und die jeweils betroffenen Gruppen zu charakterisieren. Auf dieser Basis werden unter Einbeziehung bereits vorhandener Aktivitäten die Handlungsempfehlungen erstmals aus dem Blickwinkel der Zugangswege Familie, Sozialraum und Kindertagesstätte (Kita) heraus formuliert. Für die Zukunft ermöglichen die Daten der Einschulungsuntersuchungen, die Wirksamkeit der angeschobenen Initiativen und Maßnahmen im Sinne einer Ergebnisevaluation zu überprüfen.

Inhaltsverzeichnis

<i>Kapitel</i>	<i>Inhalt</i>	<i>Seite</i>
1	Einleitung	1
1.1	Ziele und Inhalte der Einschulungsuntersuchung	1
1.2	Untersuchte Population	2
1.3	Aufbau des Berichts	3
2	Inanspruchnahme von Betreuungseinrichtungen	4
3	Kenntnisse der deutschen Sprache bei Kindern nichtdeutscher Herkunft	8
3.1	Deutschkenntnisse der Kinder nach Herkunftsgruppen	8
3.2	Einfluss der Betreuungsdauer auf deutsche Sprachkenntnisse	10
4	Übergewicht, Fernsehkonsum und Entwicklungsdiagnostik	15
4.1	Ausprägung und Verteilung von Übergewicht	15
4.2	Zusammenhänge zwischen sozialer Lage, Geburtsgewicht und Übergewicht	18
4.3	Fernsehkonsum der Einschüler/innen	20
4.4	Entwicklungsdiagnostik	22
5	Gesundheitliche Vorsorge	27
5.1	Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter	27
5.2	Impfungen	32
5.3	Zahngesundheit	38
6	Rauchen der Eltern	43
6.1	Rauchverhalten der Eltern im Zusammenhang mit sozialen Parametern	43
6.2	Elterliches Rauchen – Zusammenhänge mit Gesundheitsverhalten und Entwicklungsparametern	46
7	Ergebniszusammenfassung und Identifikation von Problemfeldern	50
7.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	50
7.2	Identifikation von Problemfeldern	53

<i>Kapitel</i>	<i>Inhalt</i>	<i>Seite</i>
8	Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen	55
8.1	Setting Familie	55
8.2	Setting Sozialraum	57
8.3	Setting Kindertagesstätten	61
8.4	Resümee	64
9	Anhang	66
9.1	Material und Methoden	66
9.1.1	Datenerhebung und Auswertung	66
9.1.2	Merkmale der sozialen Lage und sozialer Schichtindex	66
9.1.3	Staatsangehörigkeit und Herkunft	69
9.1.4	Material und Methoden der Fachkapitel	73
9.2	Dokumentationsbogen der ESU 2004	80
9.3	Tabellenverzeichnis	83
9.4	Abbildungsverzeichnis	84
9.5	Literaturverzeichnis	88
9.6	Publikationsverzeichnis	90

1 Einleitung

Die Gesundheit von Kindern ist eine wichtige Ressource, die es zu erhalten und zu schützen gilt. In den industrialisierten Ländern hat sich in den vergangenen Jahrzehnten das Krankheitsspektrum im Kindes- und Jugendalter verändert. Die zunehmend besseren medizinischen Behandlungsmöglichkeiten bei Infektionskrankheiten haben diesen viel von ihrer Bedrohlichkeit genommen, jedoch ist eine Zunahme chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zu verzeichnen. Auch psychischen Erkrankungen und Entwicklungsauffälligkeiten wird zunehmende Bedeutung beigemessen. Wissenschaftliche Studien weisen darauf hin, dass der soziale Status der Eltern den Gesundheitszustand der Kinder beeinflusst und dass frühzeitig erworbene Krankheitsbilder sowie Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten Einfluss auf die körperliche und seelische Gesundheit in späteren Jahren haben. Aus diesem Grund widmen die Senatsverwaltungen für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz und Bildung, Jugend und Sport der gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern und Jugendlichen besondere Aufmerksamkeit.

1.1 Ziele und Inhalte der Einschulungsuntersuchung

Mit der für alle Kinder im Schulgesetz von Berlin (§ 55, Abs. 5) vorgeschriebenen Einschulungsuntersuchung (ESU), die der öffentliche Gesundheitsdienst durchführt (Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst, § 8, Abs. 2), wird überprüft, ob gesundheitliche oder entwicklungsbezogene Einschränkungen bestehen, die für den Schulbesuch von Bedeutung sind und möglicherweise einen Förderbedarf begründen. Darüber hinaus hat sich die ESU zu einem Instrument der Gesundheitsberichterstattung (Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst, § 5, Abs. 3) entwickelt. Dadurch haben sich die Zielsetzungen und damit auch das Untersuchungsspektrum der Einschulungsuntersuchungen gewandelt. Von Interesse sind nicht mehr nur Befunde zum individuellen Gesundheitszustand und eventuellen Förderbedarf, sondern immer mehr auch Merkmale, die die Gesundheit der Kinder allgemein im Kontext wesentlicher sozialer, familiärer und persönlicher Einflussgrößen beschreiben.

Seit der Einführung des Landesverfahrens Einschulungsuntersuchung in Berlin 2001 stehen jedes Jahr vollständige, mit einheitlicher Methodik erhobene Daten zur gesundheitlichen und sozialen Lage der Kinder zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung aus allen Bezirken zur Verfügung. Die Einschulungsuntersuchungen finden in den Untersuchungsstellen der bezirklichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD) nach einem zwischen der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz und den Bezirken abgestimmten, standardisierten Verfahren statt. Alle erhobenen Befunde werden auf einem Dokumentationsbogen (vgl. Kapitel 9.2) erfasst und im Bezirk in eine Datenbank eingegeben. Den Bezirken steht ein Programm zur Basisauswertung der eigenen Daten zur Verfügung. Nach Abschluss der Einschulungsuntersuchungen werden die Daten aus den Bezirken der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz übermittelt und dort zentral ausgewertet. Die Daten der ESU sind somit jährlich für ganz Berlin, differenziert nach Bezirken, aber auch kleinräumiger nach Verkehrszellen und Jugendhilfeplanungsräumen verfügbar.

Das ESU-Landesverfahren befindet sich in einem Prozess der stetigen Weiterentwicklung und Anpassung an neue Erkenntnisse und Fragestellungen. Die Daten werden jährlich ausgewertet und in verschiedenen Berichtsformen (als eigenständige Spezialberichte oder beispielsweise als Bestandteil des Basis-Gesundheitsberichts oder des Sozialstrukturatlas) der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Auch die Berliner Bezirke nutzen die Möglichkeit eigener Datenauswertungen und Berichterstellung. Auf dem Dokumentationsbogen der Einschulungsuntersuchung 2004 werden präventionsrelevante Bereiche wie Übergewicht, Impfstatus, Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, der Zustand des kindlichen Gebisses, der durchschnittliche tägliche Konsum elektronischer Medien, Motorik und visuelle Wahrnehmung erfasst. Daneben werden soziale Kenndaten der Familie, wie Bildung und

Erwerbsstatus der Eltern, Informationen über die Familienstruktur (Kind lebt bei den Eltern oder bei einem allein erziehenden Elternteil usw.) sowie das Rauchverhalten der Eltern, der Einrichtungsbesuch (Vorklasse, Kita, Elterninitiativkindertagesstätte u. a.) und dessen Dauer dokumentiert. Die Feststellung des Migrationshintergrundes erfolgt seit 2002 über die Merkmale Staatsangehörigkeit und Kulturkreis (deutsch, türkisch, Industriestaaten europäisch-westlicher Prägung, osteuropäische Staaten). Erhoben wird auch, ob das Kind in Deutschland geboren wurde bzw. wie lange es bereits in Deutschland lebt. Die untersuchenden Kinderärztinnen und Kinderärzte dokumentieren im Rahmen der ESU außerdem ihre Einschätzung der deutschen Sprachkenntnisse von Kindern und Eltern nichtdeutscher Herkunft als wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Integration (vgl. Kapitel 9.1 Material und Methoden).

1.2 Untersuchte Population

Für die thematischen Auswertungen im vorliegenden Bericht werden die Kinder berücksichtigt, die wegen Schulpflicht 2004 angemeldet wurden und die erste Klasse besuchen sollten (folgend bezeichnet als Einschüler/innen). Tabelle 1.1 zeigt die Verteilung auf die Bezirke in alter und neuer Struktur. Insgesamt werden 21.816 Einschüler/innen in die Auswertung einbezogen, 10.169 Mädchen und 11.645 Jungen (bei zwei Kindern fehlt die Angabe zum Geschlecht). Die 8.839 Kinder, die untersucht wurden, weil sie im Schuljahr 2004/05 die Vorschule besuchen sollten, werden bei den Auswertungen nicht berücksichtigt. Von den Einschüler/innen haben 18.319 (84 %) die deutsche Staats-

Tabelle 1.1:
Anzahl der untersuchten Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004
nach Bezirken, Ortsteilen und Anmeldegrund
- absolut und in %

<i>Bezirk</i>	<i>Altbezirk/Ortsteil</i>	<i>Einschüler/innen</i>		<i>Vorschüler/innen</i>		<i>Insgesamt</i>
		<i>absolut</i>	<i>in %</i>	<i>absolut</i>	<i>in %</i>	
Mitte	Mitte	629	2,9	287	3,3	916
	Tiergarten	633	2,9	328	3,8	961
	Wedding	874	4,0	488	5,6	1.362
Friedrichshain-Kreuzberg	Friedrichshain	557	2,6	51	0,6	608
	Kreuzberg	1.182	5,4	624	7,2	1.806
Pankow	Prenzlauer Berg	722	3,3	112	1,3	834
	Weißensee	571	2,6	32	0,4	603
	Pankow	1.093	5,0	149	1,7	1.242
Charlottenburg-Wilmersdorf	Charlottenburg	754	3,5	630	7,2	1.384
	Wilmersdorf	656	3,0	429	4,9	1.085
Spandau	Spandau	1.488	6,9	682	7,8	2.170
Steglitz-Zehlendorf	Zehlendorf	615	2,8	486	5,6	1.101
	Steglitz	1.125	5,2	712	8,2	1.837
Tempelhof-Schöneberg	Schöneberg	819	3,8	597	6,8	1.416
	Tempelhof	1.137	5,2	637	7,3	1.774
Neukölln	Neukölln	2.291	10,6	1.157	13,3	3.448
Treptow-Köpenick	Treptow	818	3,8	90	1,0	908
	Köpenick	774	3,6	50	0,6	824
Marzahn-Hellersdorf	Marzahn	800	3,7	94	1,1	894
	Hellersdorf	902	4,2	59	0,7	961
Lichtenberg	Lichtenberg	915	4,2	171	2,0	1.086
	Hohenschönhausen	660	3,0	85	1,0	745
Reinickendorf	Reinickendorf	1.694	7,8	777	8,9	2.471
zusammen		21.709	100,0	8.727	100,0	30.436
keine Angabe zum Bezirk bzw. nicht aus Berlin		107		112		219
Berlin		21.816		8.839		30.655

(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

angehörigkeit, 3.397 (16 %) sind entsprechend den Passverhältnissen Nichtdeutsche. Befragt nach dem für soziale Betrachtungen wichtigen Migrationshintergrund, wird für 15.710 Einschüler/innen (72 %) eine deutsche Herkunft festgestellt und 6.006 (28 %) entstammen einem anderen Kulturkreis. Unabhängig von Staatsangehörigkeit und Herkunft kommen 8.441 Kinder (39 %) aus Berlin-Ost, 13.268 (61 %) haben ihren Wohnsitz in Berlin-West.

1.3 Aufbau des Berichts

Der vorliegende Bericht enthält Ergebnisse der Auswertungen zu den Bereichen Besuch von Kitas und anderen vorschulischen Einrichtungen (Kapitel 2), deutsche Sprachkenntnisse (Kapitel 3), Übergewicht, Fernsehkonsum, motorische Entwicklung und Wahrnehmung (Kapitel 4), Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und Zahngesundheit (Kapitel 5) und elterliches Rauchen (Kapitel 6). Das Kapitel 7 fasst die Befunde zusammen und leitet daraus Problemfelder ab, in denen gesundheitspolitischer Handlungsbedarf besteht. In Kapitel 8 werden Schlussfolgerungen aus den dargestellten Ergebnissen gezogen, bestehende Handlungsansätze in den identifizierten Problembereichen benannt und Empfehlungen für weitergehende Maßnahmen formuliert. Im Anhang (Kapitel 9) finden sich Ausführungen zu Material und Methoden, der Dokumentationsbogen der ESU 2004 sowie ein Tabellen-, Abbildungs-, Literatur- und Publikationsverzeichnis.

2 Inanspruchnahme von Betreuungseinrichtungen

Der Betreuung von Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter in entsprechenden Einrichtungen kommt in mehrerer Hinsicht eine wichtige Bedeutung zu. Neben den sozialen Aspekten, die das Leben in einer größeren Gemeinschaft gleichaltriger Kinder mit sich bringt, sind frühkindliche Bildung und Spracherwerb weitere wichtige Aufgaben, die von den Einrichtungen geleistet werden sollen. Darüber hinaus werden sie in den letzten Jahren auch zunehmend im Sinne des Settingansatzes als Zugangsmöglichkeit für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention erkannt und genutzt. In der aktuellen Diskussion werden sie zudem auch im Hinblick auf den Kinderschutz als mögliche Früherkennungsinstanz in Erwägung gezogen.

Insgesamt ist die Inanspruchnahme von Betreuungseinrichtungen in Berlin als hoch einzustufen. So besuchen 97 % der Einschüler/innen des Jahres 2004 eine Betreuungseinrichtung. Da dies zu 96 % die Kita allein oder Kita in Kombination mit anderen Einrichtungen ist, wird im Weiteren nicht nach Betreuungseinrichtung differenziert und die Begriffe Kita und Betreuungseinrichtung werden synonym verwandt. Die mittlere Dauer des Kitabesuchs beträgt 42 Monate (Median; Interquartilsabstand 34-52 Monate). Aussagekräftiger ist jedoch der Zeitraum, den die Kinder vor der Einschulungsuntersuchung in einer Kita waren, gruppiert nach < ½ Jahr, ½ bis 2 Jahre und > 2 Jahre. Hierbei zeigt sich, dass lediglich 2,7 % der Kinder (n = 562) kürzer als ein halbes Jahr die Kita besucht haben, weitere 12,8 % (n = 2.642) ½ bis 2 Jahre und die deutliche Mehrheit von 84,5 % (n = 17.505) mehr als 2 Jahre. Der Anteil der Kinder, die nie eine Einrichtung besucht haben, beträgt entsprechend dem oben Gesagten 2,9 % (n = 623).

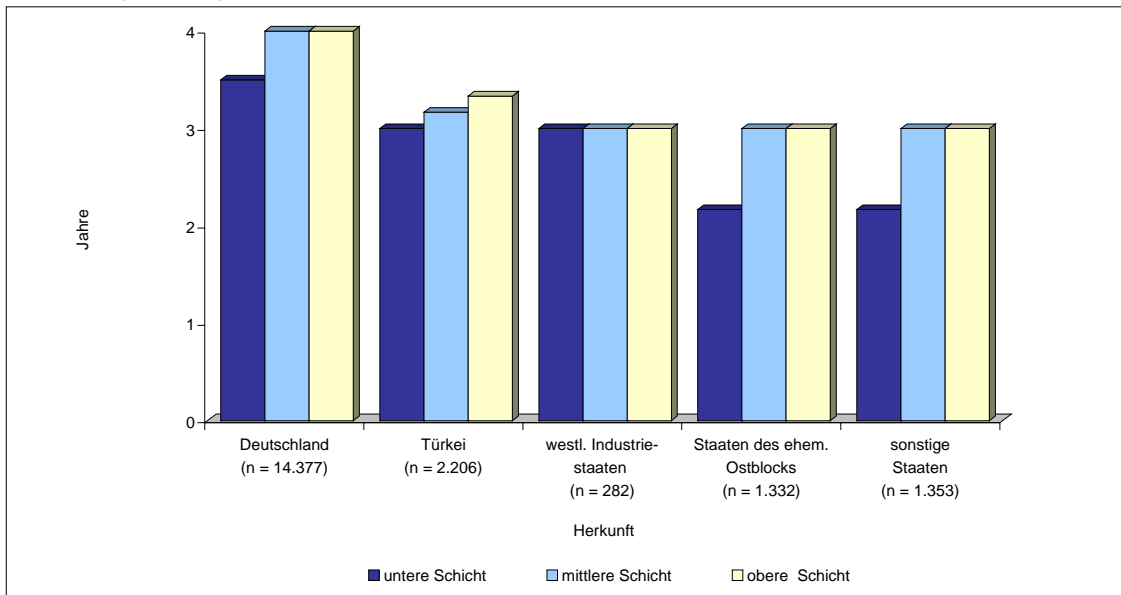
In der Differenzierung nach Geschlecht ergeben sich keine Unterschiede, weder in der Inanspruchnahme überhaupt, noch in der Dauer. Auch bei der im Weiteren dargestellten Analyse nach sozialem Schichtindex und Herkunft zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in den jeweiligen Untergruppen.

Demgegenüber zeigen sich Unterschiede bei der Nutzung von Betreuungseinrichtungen in den sozialen Schichten. Während Familien aus der unteren sozialen Schicht ihre Kinder zu 95 % in die Kita geben und der Anteil der Kinder, die kürzer als ein halbes Jahr dort waren, rund 9 % beträgt, sind die Kinder der Familien aus der mittleren und oberen Schicht zu 99 % in einer Betreuungseinrichtung und der Anteil der Kinder mit einer kurzen Betreuungszeit liegt zwischen 2 % und 3 % (obere bzw. mittlere soziale Schicht).

Auch zwischen den Herkunftsgruppen lassen sich entsprechende Unterschiede in der Inanspruchnahme der Kitas nachweisen. So sind Kinder deutscher Herkunft mit 98 % im Vergleich zu den Kindern nichtdeutscher Herkunft am häufigsten in einer Betreuungseinrichtung, wobei der Anteil in den ehemals Ost-Berliner Bezirken im Vergleich zu den ehemals westlichen noch einmal höher liegt. Demgegenüber gehen Kinder türkischer Herkunft und die Kinder der Familien aus den westlichen Industriestaaten zu je 96 % und Kinder aus den sonstigen Staaten zu 93 % in die Kita. Am niedrigsten ist der Anteil der Kinder in Betreuungseinrichtungen unter den Kindern aus den ehemaligen Ostblockstaaten mit 91 %. Die Verteilung nach Betreuungsdauer weist ein ähnliches Bild auf: Während nur 3 % der Kinder deutscher Herkunft kürzer ein als halbes Jahr in die Kita gehen, steigt dieser Anteil bei den Kindern türkischer Herkunft bzw. aus den westlichen Industrienationen auf 8 % bzw. 9 %, und liegt bei 14 % bzw. 16 % bei den Kindern aus den sonstigen bzw. ehemaligen Ostblockstaaten.

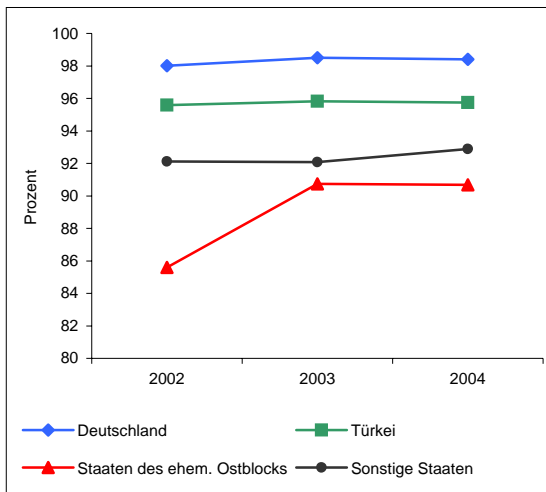
Die Differenzierung nach sozialem Schichtindex innerhalb der Herkunftsgruppen ergibt im Prinzip das dem sozialen Schichtindex in der Gesamtpopulation entsprechende Bild. In allen Herkunftsgruppen, mit Ausnahme der Kinder aus den westlichen Industriestaaten, gehen die Kinder aus der unteren sozialen Schicht kürzer in die Kita als die Kinder aus der mittleren bzw. oberen Schicht (Abb. 2.1).

Abbildung 2.1:
Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach mittlerer Dauer (Median) des Einrichtungsbesuchs, Herkunft und sozialem Schichtindex - in Jahren (n = 19.550)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Abbildung 2.2:
Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2001-2004 nach Einrichtungsbesuch und Herkunft - in %



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

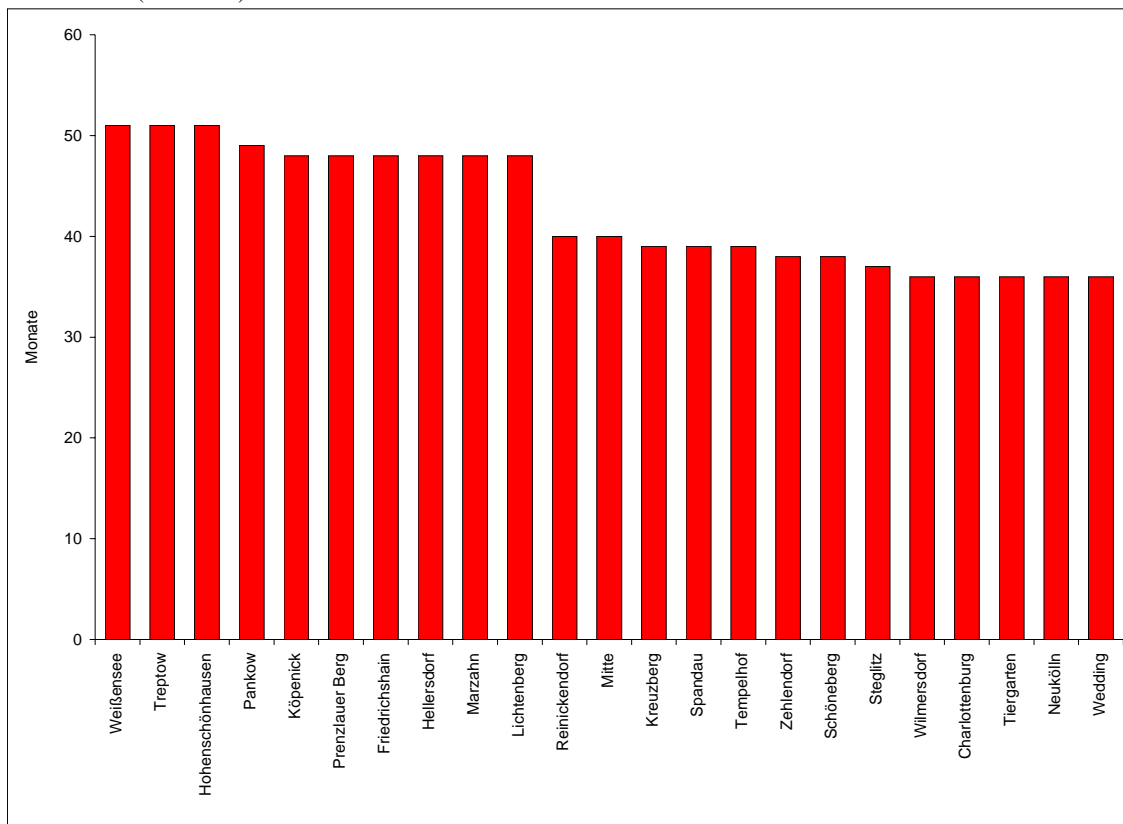
Der zeitliche Verlauf (Abb. 2.2) von 2002 bis 2004 ist insofern interessant, als die Inanspruchnahme der Betreuungseinrichtungen über die Zeit bei den Kindern aus den ehemaligen Ostblockstaaten von 86 % auf 91 % gestiegen ist, während der Anteil in den anderen Herkunftsgruppen nahezu unverändert geblieben ist. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass bei den anderen Herkunftsgruppen das Steigerungspotential aufgrund der schon hohen Inanspruchnahmeraten eher gering ist.

Bei der Betrachtung nach den ehemaligen Bezirken Berlins zeigt sich, dass die durchschnittliche Dauer des Kitabesuchs in den ehemaligen östlichen Bezirken Berlins (mit Ausnahme des Bezirks Mitte) durchweg am höchsten ist, wohingegen mit Tiergarten, Neukölln und Wedding drei ehemalige Westbezirke die niedrigsten Werte aufweisen (Abb. 2.3). Die Analyse der Anteile der Kinder, die überhaupt eine Einrichtung besuchen, ergibt im

Wesentlichen das gleiche Bild (nicht grafisch dargestellt). Insgesamt ist die Aufschlüsselung nach Bezirken an dieser Stelle jedoch insofern nur von begrenztem Nutzen, da Subgruppen mit niedriger Kita-Nutzung untergehen. Dies betrifft z. B. die Kinder aus den ehemaligen Ostblockstaaten, die zu einem großen Teil in den östlichen Bezirken Berlins leben, deren schlechtere Nutzungsraten aber aufgrund der zahlenmäßig deutlich größeren Gruppe der Kinder deutscher Herkunft mit einem sehr hohen Nutzungsverhalten verdeckt werden.

Abbildung 2.3:

Durchschnittliche Dauer des Einrichtungsbesuchs der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach den Bezirken (alte Bezirksstruktur)
- in Monaten (n = 21.227)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Zusammenfassung

Insgesamt ist die Inanspruchnahme von Betreuungseinrichtungen in Berlin hoch. Geht man davon aus, dass es wünschenswert ist, dass Kinder zumindest das letzte Jahr vor der Einschulung in eine Betreuungseinrichtung gehen, so betrifft dies berlinweit rund 1.200 Kinder, die zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung (also ca. ½ Jahr vor Schulbeginn) nicht oder kürzer als ein halbes Jahr in die Kita gehen. Diese Subgruppe von Kindern ist in einigen gesundheitlichen Bereichen gefährdeter als die Kinder, die länger in eine Kita gehen, wie die weiteren Auswertungen zeigen. Für die detaillierten Ergebnisse hierzu wird auf die folgenden Fachkapitel (Kapitel 3.2, 5.1, 5.2, 5.3) verwiesen.

Während das Geschlecht keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme hat, gehen Kinder aus Familien der unteren Schicht und Kinder nichtdeutscher Herkunft im Vergleich seltener überhaupt in eine Kita und wenn sie gehen, ist die Betreuungsdauer insgesamt kürzer. Die Kinder nichtdeutscher Herkunft sind hierbei nicht als homogene Gruppe zu sehen. So sind unter diesen Kindern die Anteile derjenigen mit einer Herkunft aus den sonstigen Staaten und den Staaten des ehemaligen Ostblocks, die nicht oder nur kurz in einer Betreuungseinrichtung waren, am größten. Der hohe Anteil mit fehlender bzw. kurzer Betreuung bei den osteuropäischen Kindern ist zumindest z. T. durch kürzere Aufenthaltszeiten in Deutschland (nicht in Deutschland geboren) erklärbar.

Vor dem Hintergrund möglicher Strategien zur weiteren Steigerung der Kita-Nutzung bietet die Identifizierung von Subgruppen, wie sie die dargestellten Ergebnisse ermöglichen, einen scheinbar guten Ansatzpunkt. Dabei sollte man jedoch die Fallzahlen nicht aus dem Blick verlieren. So handelt es sich um 247 Kinder aus den ehemaligen Staaten des Ostblocks, die nicht oder nur kurz in einer Kita

waren. Diese Kinder verteilen sich über 22 der ehemaligen 23 Berliner Bezirke und sind zudem sprachlich keine homogene Gruppe.

Dem Besuch einer Betreuungseinrichtung kommt als wichtigem Zugangsweg für Gesundheitsförderung und Prävention eine besondere Bedeutung zu. Die Kita wird daher in den abschließenden Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen (Kapitel 8) als eines von drei Settings ausführlich dargestellt.

3 Kenntnisse der deutschen Sprache bei Kindern nichtdeutscher Herkunft

Kinder aus Familien nichtdeutscher Herkunft, die in der frühen Kindheit und im Kindergartenalter eine Zweitsprache erlernen, beherrschen diese oft nach wenigen Jahren genauso gut wie ihre Muttersprache. Dieser natürliche Zweitspracherwerb, der reichhaltige soziale Kontakte in der Zweitsprache voraussetzt, läuft ebenso ab wie das Erlernen der Erstsprache¹ (vgl. hierzu auch den Vorbericht²). Erschwert wird der Erwerb von Deutsch als Zweitsprache gegenüber dem Erlernen der Muttersprache, wenn der Kontakt erst spät einsetzt und dadurch die „sensible Phase“ des Spracherwerbs bereits verstrichen ist. Auch wenn in der Zweitsprache bereits allgemeine kommunikative Fähigkeiten bestehen, die dem Kind eine Verständigung unter Verwendung von Kontextinformationen ermöglichen, mangelt es häufig noch an der für den schulischen Erfolg notwendigen abstrakten, höheren Sprachfähigkeit und dem erforderlichen umfassenden Regelverständnis der Sprache.³ Kinder mit Deutsch als Muttersprache dagegen sollten im Vorschulalter bereits über diese abstrakte Sprachfähigkeit verfügen.⁴ Ein in der Schule vermittelter Zweitspracherwerb ist unvergleichlich schwieriger als ein natürlicher Zweitspracherwerb und vermindert die Startchancen der betroffenen Kinder im Vergleich zu denjenigen, die Deutsch bereits fließend beherrschen.

Für Kinder mit Migrationshintergrund stellen gute Kenntnisse und Verständigungsmöglichkeiten in der deutschen Sprache eine wesentliche Voraussetzung für die soziale Integration dar. Fehlende oder unzureichende Deutschkenntnisse erschweren einen erfolgreichen Schulbesuch, behindern die Teilhabe am sozialen Leben und verringern damit auch die Gesundheitschancen. Daher erscheint es wünschenswert, dass alle Kinder, gleich welcher Herkunft, bei Schuleintritt bereits über so gute Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen, dass ihre soziale Teilhabe und ihr Schulerfolg nicht durch Sprachbarrieren beeinträchtigt werden.

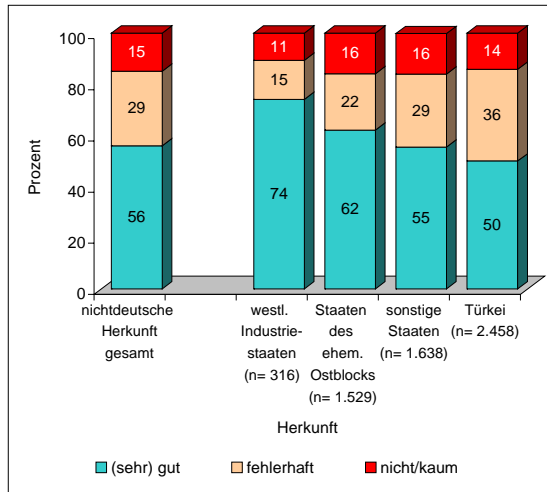
3.1 Deutschkenntnisse der Kinder nach Herkunftsgruppen

Von allen 21.816 Einschüler/innen sind 6.006 Kinder (28 %) nichtdeutscher Herkunft (vgl. Kapitel 9.1.3). Von diesen liegt in 5.941 Fällen (99 %) eine Einschätzung der Verständigung in deutscher Sprache durch den untersuchenden Arzt bzw. die untersuchende Ärztin vor. Die folgenden in diesem Kapitel dargestellten Auswertungen beziehen sich ausschließlich auf diese Gruppe von Kindern.

Über die Hälfte der Kinder nichtdeutscher Herkunft kann sich in deutscher Sprache gut bis sehr gut mit Akzent (999 Kinder, 17 %) oder sogar akzentfrei (2.324 Kinder, 39 %) verständigen. Fast ein Drittel der Kinder nichtdeutscher Herkunft (n = 1.732, 29 %) spricht zwar flüssig Deutsch, aber mit erheblichen Fehlern. Die deutschen Sprachkenntnisse der übrigen Kinder werden als „radebrechend“ (618 Kinder, 10 %) oder nicht bzw. kaum vorhanden (268 Kinder, 5 %) eingestuft. Eine Unterscheidung nach Geschlecht ergibt geringfügig bessere deutsche Sprachkenntnisse bei den Mädchen (42 % akzentfrei, 16 % gut bis sehr gut) im Vergleich zu den Jungen nichtdeutscher Herkunft (37 % akzentfrei, 17 % gut bis sehr gut). Ausgehend von der Einschätzung, dass nur gute bis sehr gute oder akzentfreie Deutschkenntnisse es dem Kind ermöglichen, dem Schulunterricht ohne Probleme zu folgen, werden für alle weiteren Auswertungen die Kategorien „gut bis sehr gut mit Akzent“ und „akzentfrei“ zur Kategorie „(sehr) gut“ und die Kategorien „nicht“ und „radebrechend“ zur Kategorie „nicht/kaum“ zusammengefasst.

Abbildung 3.1 zeigt die deutschen Sprachkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft, gegliedert nach dem Kulturkreis, dem sie zugeordnet wurden. Insgesamt weisen 44 % der Kinder nichtdeutscher Herkunft deutsche Sprachkenntnisse auf, die für den Schulunterricht als nicht ausreichend erachtet werden. Dabei verfügen Kinder aus den westlichen Industriestaaten über die besten Deutschkenntnisse, die in dieser Gruppe zu drei Vierteln als gut oder sehr gut eingeschätzt werden, während dies bei den

Abbildung 3.1:
Kinder nichtdeutscher Herkunft bei der
Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach deutschen
Sprachkenntnissen und Herkunft
- in % (n = 5.941)



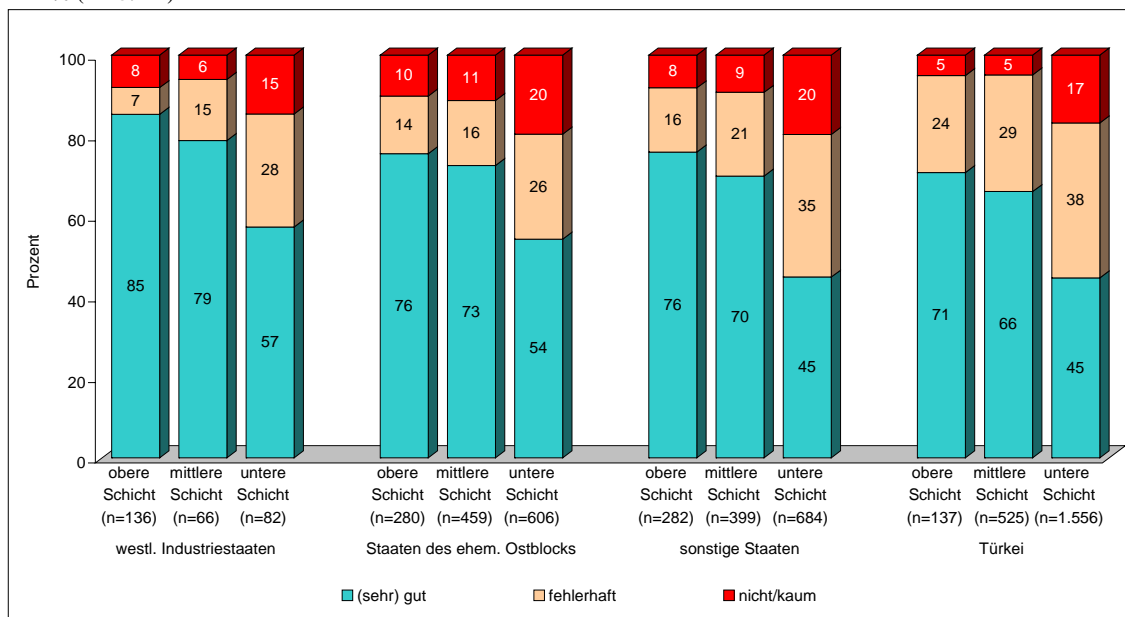
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Kindern türkischer Herkunft nur für die Hälfte zutrifft. Kinder mit Herkunft aus den Staaten des ehemaligen Ostblocks und sonstigen Staaten sind bezüglich ihrer Deutschkenntnisse dazwischen einzuordnen. Der bereits erwähnte Geschlechtsunterschied, wonach Mädchen etwas bessere deutsche Sprachkenntnisse aufweisen als Jungen, ist in allen Herkunftsgruppen mit Ausnahme der westlichen Industriestaaten zu beobachten.

Betrachtet man nur die Kinder nichtdeutscher Herkunft, die nicht in Deutschland geboren sind (642 Kinder oder 11 % der Kinder nichtdeutscher Herkunft), so zeigt sich, dass in dieser Untergruppe die Verständigungsmöglichkeiten in deutscher Sprache im Vergleich zur Gesamtgruppe der Kinder nichtdeutscher Herkunft deutlich eingeschränkt sind. Dies gilt in besonders starkem Ausmaß für Kinder aus Staaten des ehemaligen Ostblocks, deren deutsche Sprachkenntnisse zu 50 % als gut bis sehr gut und zu 31 % als nicht oder kaum vorhanden eingeschätzt werden, und für Kinder aus der Türkei, denen nur zu 23 % gute bis sehr gute und zu 42 % nicht oder kaum vorhandene deutsche Sprachkenntnisse bescheinigt werden. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass nur wenige Kinder türkischer Herkunft nicht in Deutschland geboren sind, sodass diese Aussage lediglich auf einer kleinen Gruppe von 57 Kindern beruht, während es sich bei den nicht in Deutschland geborenen Kindern aus Staaten des ehemaligen Ostblocks um 336 Einschüler/innen handelt.

eingeschätzt werden, und für Kinder aus der Türkei, denen nur zu 23 % gute bis sehr gute und zu 42 % nicht oder kaum vorhandene deutsche Sprachkenntnisse bescheinigt werden. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass nur wenige Kinder türkischer Herkunft nicht in Deutschland geboren sind, sodass diese Aussage lediglich auf einer kleinen Gruppe von 57 Kindern beruht, während es sich bei den nicht in Deutschland geborenen Kindern aus Staaten des ehemaligen Ostblocks um 336 Einschüler/innen handelt.

Abbildung 3.2:
Deutsche Sprachkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach
Herkunft und sozialem Schichtindex
- in % (n = 5.212)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Der Anteil der Kinder mit guten bis sehr guten deutschen Sprachkenntnissen in der Untergruppe der Kinder nichtdeutscher Herkunft mit deutschem Pass (2.609 Kinder oder 43 % der Kinder nichtdeutscher Herkunft) liegt um neun Prozentpunkte höher als in der Gesamtgruppe der Kinder nichtdeutscher Herkunft. Dies trifft für die verschiedenen Herkunftsgruppen in ähnlichem Ausmaß zu. Jedoch verfügt auch unter den Kindern nichtdeutscher Herkunft mit deutscher Staatsangehörigkeit ein Drittel nur über fehlerhafte oder schlechte Deutschkenntnisse.

Mangelnde deutsche Sprachkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft sind in erster Linie, aber nicht ausschließlich in der unteren Sozialschicht anzutreffen (Abb. 3.2). Der Anteil der Kinder mit guten oder sehr guten Verständigungsmöglichkeiten in deutscher Sprache nimmt in allen Herkunftsgruppen von der oberen zur unteren Sozialschicht ab, wobei der Unterschied zwischen Kindern aus der oberen und der mittleren Sozialschicht stets kleiner ist als der zwischen der mittleren und der unteren Sozialschicht. Von den Kindern türkischer Herkunft oder aus sonstigen Staaten spricht in der unteren Schicht nicht einmal die Hälfte gut oder sehr gut deutsch, wogegen es in der oberen Schicht mehr als zwei Drittel sind. Bei Kindern mit Herkunft aus Staaten des ehemaligen Ostblocks oder westlichen Industriestaaten sind die Verhältnisse ähnlich, wenn auch insgesamt auf etwas besserem Niveau.

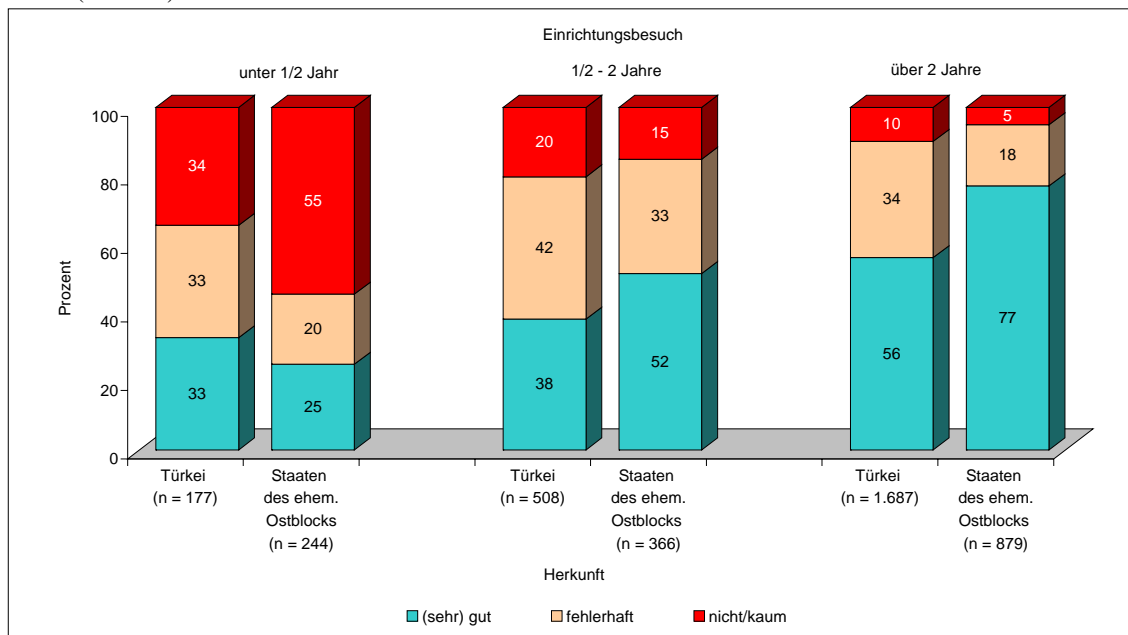
Zusammenfassung

Für alle Herkunftsgruppen zeigt sich, dass ein großer Teil der Kinder nichtdeutscher Herkunft bis zur Einschulung gute oder sehr gute Deutschkenntnisse erworben hat, sodass hier keine Sprachbarrieren einer erfolgreichen Teilnahme am Unterricht entgegenstehen, dass dies aber für eine nicht unerhebliche Untergruppe der Kinder nichtdeutscher Herkunft nicht zutrifft. Mangelnde deutsche Sprachkenntnisse treten am häufigsten bei Kindern türkischer Herkunft auf. Zu beachten ist ein recht hoher Anteil von nicht in Deutschland geborenen Kindern aus Staaten des ehemaligen Ostblocks mit geringen Verständigungsmöglichkeiten in deutscher Sprache. Auch von den Kindern nichtdeutscher Herkunft mit deutscher Staatsangehörigkeit verfügt ein Drittel nicht über gute deutsche Sprachkenntnisse, wodurch die Notwendigkeit der Berücksichtigung eines Migrationshintergrunds auch bei Kindern mit deutschem Pass unterstrichen wird. Unzureichende deutsche Sprachkenntnisse weisen eine deutliche Häufung in der unteren Sozialschicht auf.

3.2 Einfluss der Betreuungsdauer auf deutsche Sprachkenntnisse

Ausgehend von der Annahme, dass Kinder im Kindergarten- und Vorschulalter bei intensiven Sozialkontakten in deutscher Sprache sich diese problemlos aneignen, auch wenn in ihrer Familie vorwiegend oder ausschließlich eine andere Sprache gesprochen wird, soll betrachtet werden, wie sich der Besuch einer Kita oder einer anderen vorschulischen Einrichtung auf die Sprachkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft auswirkt. Abbildung 3.3 zeigt die deutschen Sprachkenntnisse der Kinder türkischer Herkunft und der Kinder mit Herkunft aus den Staaten des ehemaligen Ostblocks in Abhängigkeit von der Dauer ihres Einrichtungsbesuchs bis zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung. Zu den Kindern mit weniger als einem halben Jahr Einrichtungsbesuch gehören auch diejenigen, die vor der Einschulung keine Einrichtung besucht haben. Deutlich erkennbar ist für beide Herkunftsgruppen eine Zunahme des Anteils von Kindern mit guten und sehr guten deutschen Sprachkenntnissen mit längerer Dauer des Einrichtungsbesuchs. Auffällig ist, dass Kinder mit Herkunft aus den Staaten des ehemaligen Ostblocks bei fehlendem oder kurzem Einrichtungsbesuch über schlechtere Deutschkenntnisse verfügen als Kinder aus Familien türkischer Herkunft, sich dies aber in den Gruppen mit längerem Einrichtungsbesuch umkehrt. Unter den Kindern, die länger als zwei Jahre eine Kita oder eine andere Einrichtung besucht haben, sprechen nur noch 23 % der Kinder mit Herkunft aus den Staaten des ehemaligen Ostblocks, aber 44 % der Kinder türkischer Herkunft fehlerhaft oder kaum bzw. gar nicht deutsch.

Abbildung 3.3:
Deutsche Sprachkenntnisse der Kinder mit Herkunft aus der Türkei und Staaten des ehemaligen Ostblocks bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Dauer des Einrichtungsbesuchs
 - in % (n = 3.861)

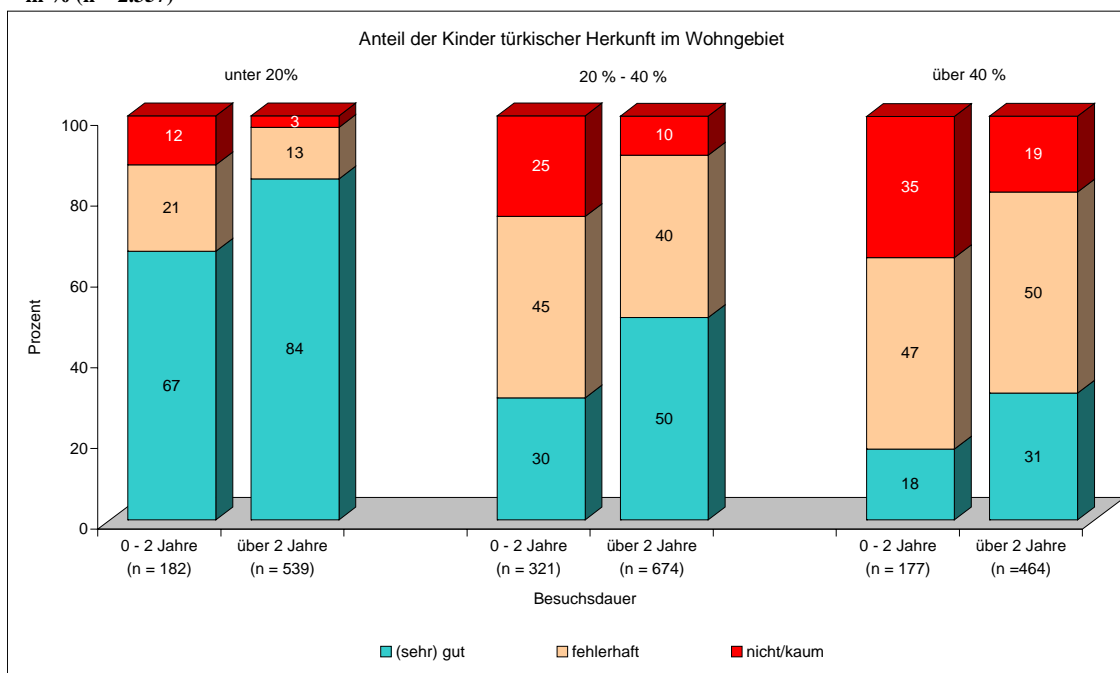


(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Wenn Kinder nichtdeutscher Herkunft die deutsche Sprache trotz längeren Einrichtungsbesuchs nur unzureichend erlernen, könnte dies daran liegen, dass in der Einrichtung – genauso wie in der Familie – mehrheitlich nicht deutsch gesprochen wird. Um diese Annahme näher zu beleuchten, wurde analysiert, ob ein Zusammenhang besteht zwischen den deutschen Sprachkenntnissen der Kinder nichtdeutscher Herkunft und dem Anteil von Kindern entsprechender Herkunft im Wohngebiet des jeweiligen Kindes. Abbildung 3.4 zeigt die deutschen Sprachkenntnisse von Kindern türkischer Herkunft in Abhängigkeit von der Wohndichte türkischer Kinder⁵ und der Dauer des Einrichtungsbesuchs. Dabei wurden alle Besuchsdauern bis zu zwei Jahren wegen kleiner Fallzahlen zusammengefasst. In der Abbildung zeigt sich neben dem bereits beschriebenen positiven Zusammenhang zwischen Einrichtungsbesuch und deutschen Sprachkenntnissen ein deutlicher Effekt des Anteils von Kindern türkischer Herkunft im Wohngebiet: je höher der Anteil gleichaltriger Kinder türkischer Herkunft im Wohngebiet ist, desto geringere deutsche Sprachkenntnisse weisen die türkischen Kinder auf. In Wohngebieten mit einem Anteil von über 40 % Einschüler/innen türkischer Herkunft werden nicht einmal ein Drittel der Kinder türkischer Herkunft gute bis sehr gute deutsche Sprachkenntnisse bescheinigt, selbst wenn sie bereits über zwei Jahre in einer Kita oder anderen Einrichtung verbracht haben.

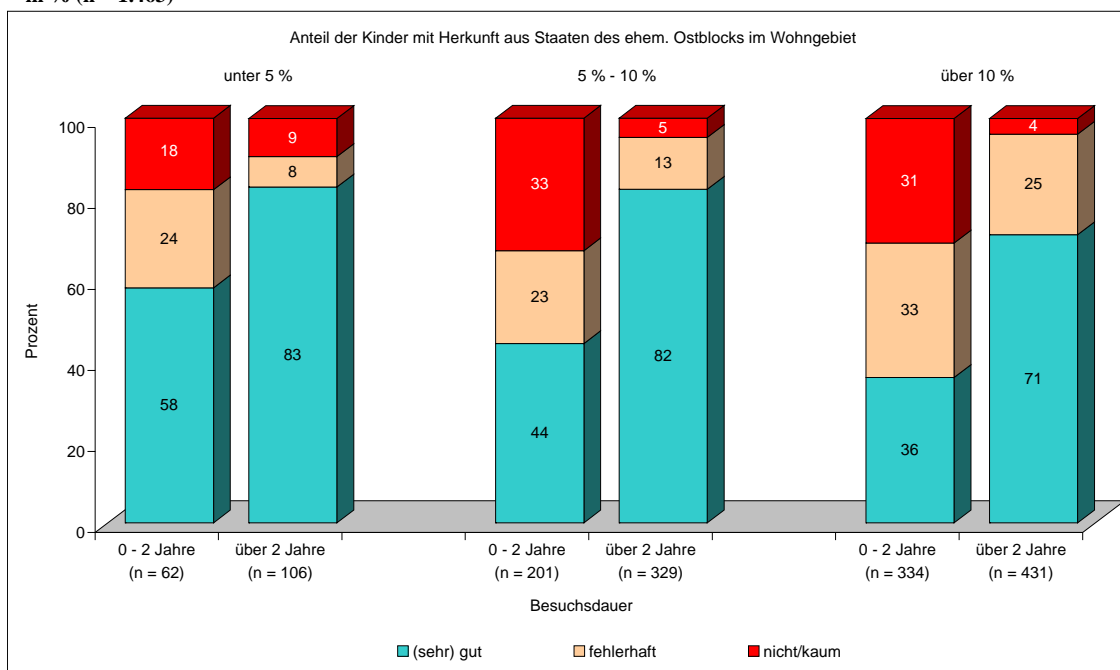
Für die Kinder mit Herkunft aus den Staaten des ehemaligen Ostblocks lassen sich die Verhältnisse bezüglich der Wohndichte nicht mit denen der Kinder türkischer Herkunft vergleichen, da bei weitem nicht so hohe Anteile erreicht werden und in dieser Herkunftsgruppe verschiedene Muttersprachen relevant sind. Dennoch wird in Abbildung 3.5 betrachtet, wie sich die deutschen Sprachkenntnisse der Kinder aus Familien aus Staaten des ehemaligen Ostblocks in Abhängigkeit von der Wohndichte und der Dauer des Einrichtungsbesuchs unterscheiden. Auch hier zeigt sich ein geringerer Anteil von gut oder sehr gut deutsch sprechenden Kindern in Gebieten mit höherer Wohndichte von Kindern der gleichen Herkunftsgruppe, vor allem bei denjenigen Kindern mit kürzerer Besuchsdauer einer Kita oder anderen vorschulischen Einrichtung. Der Effekt, dass in Gebieten mit hoher Wohndichte von Familien türkischer Herkunft auch bei längerem Kitabesuch viele Kinder türkischer Herkunft nicht fehlerfrei deutsch sprechen lernen, ist bei den Kindern osteuropäischer Herkunft jedoch nicht oder nur sehr abgeschwächt zu beobachten.

Abbildung 3.4:
Deutsche Sprachkenntnisse der Kinder türkischer Herkunft bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Wohndichte und Dauer des Einrichtungsbesuchs
 - in % (n = 2.357)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Abbildung 3.5:
Deutsche Sprachkenntnisse der Kinder aus Staaten des ehemaligen Ostblocks bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Wohndichte und Dauer des Einrichtungsbesuchs
 - in % (n = 1.463)

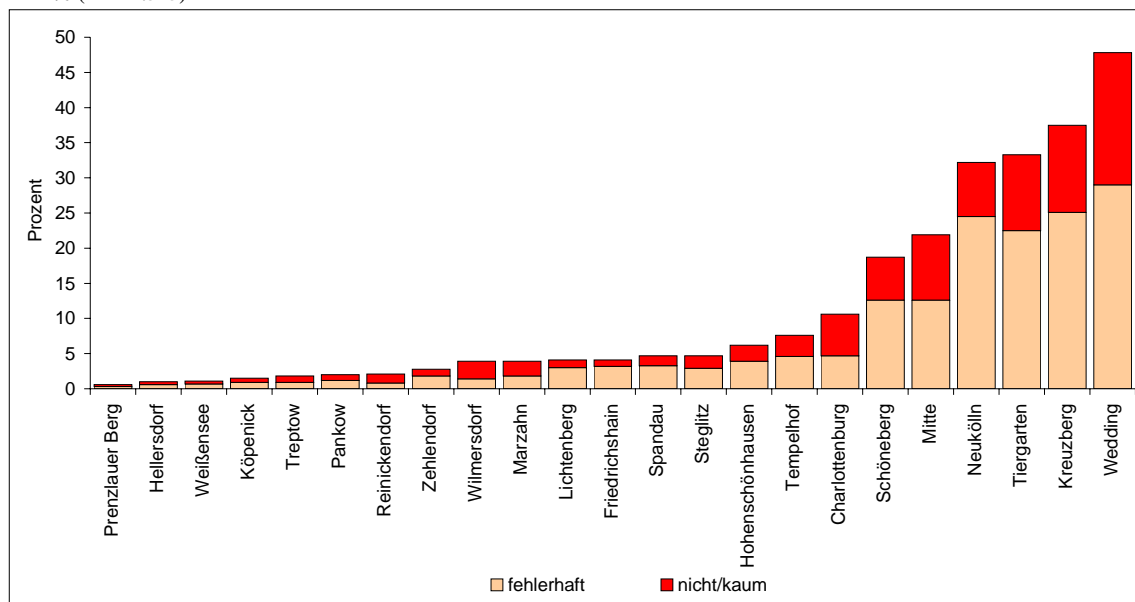


(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Wegen des sehr unterschiedlichen Anteils von Kindern nichtdeutscher Herkunft in den verschiedenen Bezirken Berlins erscheint es sinnvoll, den Anteil der Kinder mit mangelnden deutschen Sprach-

kenntnissen auf Bezirksebene zu betrachten (Abb. 3.6).⁶ Dabei wird ersichtlich, dass vor allem in den Innenstadtbezirken viele Kinder mit fehlerhaften oder schlechten Deutschkenntnissen anzutreffen sind, wogegen in der Mehrzahl der Bezirke nur ein kleiner Anteil der Einschüler/innen nicht ausreichende deutsche Sprachkenntnisse aufweist. In 14 der 23 ehemaligen Bezirke Berlins liegt der Anteil der Kinder mit fehlerhaften oder unzureichenden Sprachkenntnissen unter 5 %. In diesen Bezirken sind zwischen 6 (Prenzlauer Berg) und 69 Kindern (Spandau) betroffen, deren deutsche Sprachkenntnisse als problematisch für einen erfolgreichen Schulbesuch erachtet werden. In den vier Bezirken mit einem Anteil von einem Drittel oder mehr Kindern mit fehlerhafter oder unzureichender Beherrschung der deutschen Sprache handelt es sich dagegen um 210 (Wedding) bis zu 733 Kinder (Neukölln), sodass in diesen Bezirken von einer völlig anderen Größenordnung des Problems mangelnder deutscher Sprachkenntnisse der Einschüler/innen gesprochen werden muss.

Abbildung 3.6:
Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach den Bezirken (alte Bezirksstruktur) und eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen
- in % (n = 21.575)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Zusammenfassung

Die deutschen Sprachkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft werden durch den Besuch einer Kita oder einer anderen Einrichtung von mindestens zwei Jahren Dauer positiv beeinflusst. Kinder mit Herkunft aus Staaten des ehemaligen Ostblocks, die bei der Einschulung noch nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, sind vorwiegend solche, die noch nicht oder nur kurz eine Einrichtung besucht haben. Bei den Kindern türkischer Herkunft trifft diese Aussage ebenfalls zu, jedoch gibt es zusätzlich – vor allem in Wohngebieten mit vielen Familien türkischer Herkunft – eine nicht unerhebliche Gruppe von Kindern, die trotz einer Besuchsdauer von über zwei Jahren die Zweitsprache Deutsch noch nicht so erlernt haben, dass es für einen erfolgreichen Schulbesuch ausreicht. Eine räumlich differenzierte Analyse zeigt, dass sich das Problem mangelnder deutscher Sprachkenntnisse bei Einschüler/innen auf innerstädtische Gebiete konzentriert.

Die Ergebnisse belegen, dass unzureichende Deutschkenntnisse bei Schulbeginn ein Problem darstellen, dem durch die Ermutigung zum Kitabesuch, durch Sprachförderung in der Kita und durch Integrationsmaßnahmen für Familien nichtdeutscher Herkunft begegnet werden muss. Ausführungen zu bestehenden Konzepten und Handlungsansätzen finden sich in Kapitel 8.

¹ Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.) (2000): Hallo, Hola, Ola: Sprachförderung in Kindertagesstätten. Universitäts-Buchdruckerei, Bonn.

² Delekat, D. (2003): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2003 - 2. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin, im Internet abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gsv/statistik/gesundheit/spezial.html>.

³ Siebert-Ott, G. (1999): Zweisprachigkeit und Schulerfolg. Die Wirksamkeit von schulischen Modellen zur Förderung von Kindern aus zugewanderten Sprachminderheiten: Ergebnisse der (Schul)forschung. Universität Köln, Köln.

⁴ In welchem Ausmaß dies für die Berliner Einschüler/innen deutscher wie auch nichtdeutscher Herkunft der Fall ist, wird durch die Sprachstandserhebung „Deutsch Plus“ der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport erfasst, die nicht Bestandteil der Einschulungsuntersuchung ist.

⁵ Der Anteil von Kindern türkischer Herkunft bzw. Herkunft aus Staaten des ehemaligen Ostblocks wurde auf der Basis der Verkehrszellen für alle Einschüler/innen 2004 berechnet, wobei Verkehrszellen mit weniger als 15 Kindern von den Analysen ausgeschlossen wurden.

⁶ In diese Auswertung wurden alle 21.575 Kinder mit Angaben zu deutschen Sprachkenntnissen einbezogen, da nur so der Anteil der Kinder mit Sprachproblemen im Verhältnis zu allen Einschüler/innen eines Bezirks dargestellt werden kann.

4 Übergewicht, Fernsehkonsum und Entwicklungsdiagnostik

In den industrialisierten Ländern ist in den letzten Jahrzehnten eine Zunahme des Anteils Übergewichtiger in der Bevölkerung zu verzeichnen.⁷ Übergewicht gilt als einer der Hauptrisikofaktoren für die Gesundheit im Erwachsenenalter, und zwar insbesondere bei starker Ausprägung, die als Adipositas bezeichnet wird. Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass übergewichtige Kinder mit erhöhter Wahrscheinlichkeit auch als Erwachsene übergewichtig sein werden.⁸ Auf dieser Basis wird es als Besorgnis erregend beurteilt, dass bereits ein erheblicher Anteil der Kinder und Jugendlichen als übergewichtig oder sogar adipös zu bezeichnen ist.⁹ Die Zunahme von Adipositas im Jugend- und jungen Erwachsenenalter hat bereits zu einer erhöhten Anzahl von Erkrankungen an Diabetes Typ 2 sowie einem erhöhten Anteil von Personen mit kardiovaskulärem Risiko in dieser Altersgruppe geführt.¹⁰ Darüber hinaus sind negative Auswirkungen auf die psychosoziale Anpassung und das Wohlbefinden übergewichtiger Kinder bekannt.¹¹ Als wesentliche Einflussgrößen auf Übergewicht im Kindes- und Jugendalter werden neben dem Geburtsgewicht¹² familiäre Lebensstile (z. B. Gesundheitsverhalten, Freizeitgestaltung, Ernährung) benannt.¹³ Die häufig beobachteten Zusammenhänge von Übergewicht und sozialer Lage sind auf die genannten Lebensstilvariablen zurückzuführen, deren Ausprägung teilweise mit dem sozioökonomischen Status gekoppelt ist.

Vor allem im Zuge der Diskussion um Präventions- und Interventionsansätze zur Reduzierung des Anteils übergewichtiger Kinder und Jugendlicher wird auch ein übermäßiger Medienkonsum (Fernsehen, Gameboy, Computerspiele u. ä.) als problematisch bewertet. Übereinstimmend wird ein Zusammenhang zwischen Übergewicht und einem überdurchschnittlichen Fernseh- oder Medienkonsum berichtet.^{14,15} Diese Ergebnisse erlauben jedoch noch keine Schlussfolgerung über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge. Studien zum Medienumgang im Kindes- und Jugendalter kommen zu uneinheitlichen Ergebnissen.¹⁶ Generell negative Auswirkungen auf die körperliche oder psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen können nicht nachgewiesen werden.¹⁷ Diskutiert werden jedoch indirekte negative Wirkungen dadurch, dass Kinder in der Zeit, die sie vor dem Fernseher verbringen, keine anderen, gesundheits- und entwicklungsförderlichen Freizeitbeschäftigungen ausüben.¹⁸ Die kindliche Beschäftigung mit Fernsehen, Computer und elektronischen Spielen wird auch im Spannungsfeld von kritischer Bewertung übermäßigen Konsums und erwünschtem Mediengebrauch zum Erwerb von Kompetenzen diskutiert.

Die Entwicklungsdiagnostik in den Einschulungsuntersuchungen ist ein zentrales Instrument, um vor Beginn des Schulbesuchs einzuschätzen, inwieweit das Kind den Anforderungen, die in der Schule an es gestellt werden, gewachsen sein wird, und gegebenenfalls Fördermaßnahmen einzuleiten. In der Entwicklungsdiagnostik im Rahmen der Einschulungsuntersuchung liegt der Schwerpunkt auf der motorischen und der sprachlichen Entwicklung. Eine altersgerechte Grob- und Feinmotorik sind Grundbedingungen für koordinative Fertigkeiten, die nicht nur im Sportunterricht, sondern auch für das Lernen und das soziale Miteinander im Klassenraum von Bedeutung sind. Vor allem der Koordination der visuellen Wahrnehmung mit der Motorik kommt eine wichtige Rolle beim Erlernen neuer Fertigkeiten zu. In der sprachlichen Entwicklung werden rezeptive (die Wahrnehmung und Verarbeitung von sprachlicher Information betreffende) und expressive (die Artikulation betreffende) Sprachstörungen unterschieden. Dabei haben expressive Sprachstörungen kaum schädlichen Einfluss auf die kognitive Entwicklung, jedoch gehen rezeptive Sprachstörungen oft auch mit einer verzögerten oder eingeschränkten kognitiven Entwicklung einher¹⁹ und sind daher ernst zu nehmende Warnsignale.

4.1 Ausprägung und Verteilung von Übergewicht

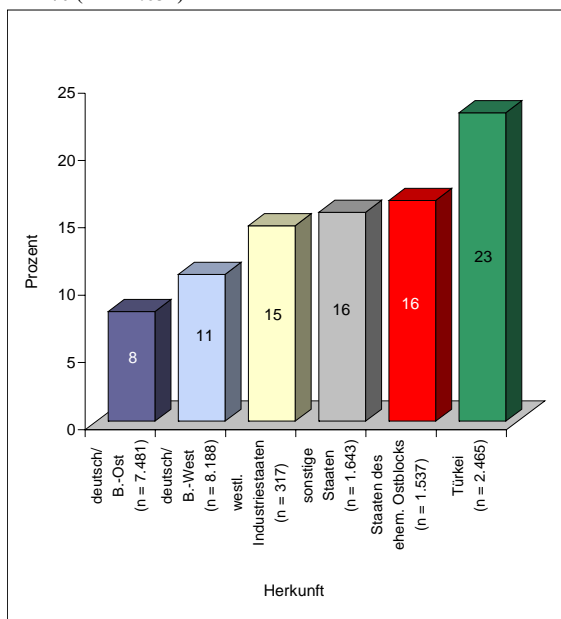
Angaben zu Größe und Gewicht und somit auch der Body Mass Index (BMI) liegen zu 21.729 Einschüler/innen vor. Der Mittelwert des BMI liegt für alle Kinder bei 15,9, der Median (= 50. Perzentil)

liegt bei einem BMI von 15,6. Mädchen mit einem durchschnittlichen BMI von 15,8 und Jungen, die einen durchschnittlichen BMI von 16,0 aufweisen, unterscheiden sich hierin kaum. Als übergewichtig sind 12 % der Kinder zu bezeichnen, wobei 7 % in die Kategorie „übergewichtig“ (90. - 97. Perzentil nach Kromeyer-Hauschild) fallen und 5 % in die Kategorie „adipös“ (> 97. Perzentil).

Deutliche Unterschiede in der Prävalenz von Übergewicht ergeben sich allerdings bei einer getrennten Betrachtung der Kinder nach Herkunft (Abb. 4.1). Die Kinder deutscher Abstammung weisen von allen Gruppen den niedrigsten Anteil Übergewichtiger auf (10 %), wobei dieser bei Kindern deutscher Herkunft in Berlin-Ost mit 8 % noch niedriger liegt als in Berlin-West mit 11 %. Bei den Kindern nichtdeutscher Herkunft liegt der Anteil Übergewichtiger mit 19 % im Vergleich dazu fast doppelt so hoch. Aus Abbildung 4.1 ist jedoch ersichtlich, dass auch diese Zahl differenziert zu betrachten ist. Während Kinder aus Familien aus den westlichen Industriestaaten, den Staaten des ehemaligen Ostblocks und sonstigen Staaten zu einem in etwa vergleichbaren Prozentsatz übergewichtig sind, liegt dieser bei Kindern aus Familien türkischer Herkunft mit fast 23 % deutlich höher.

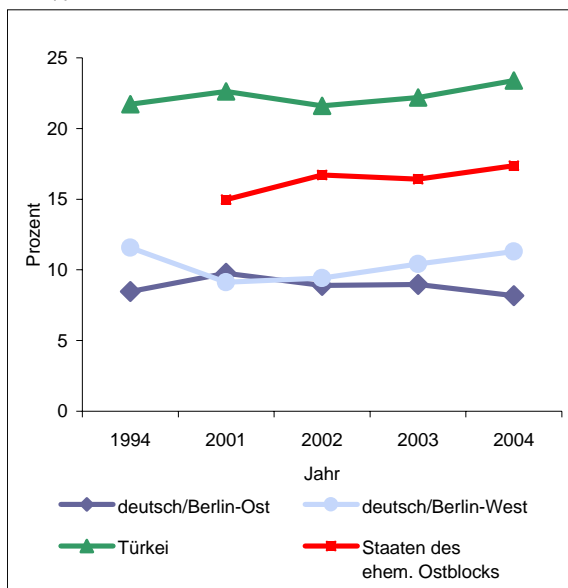
Betrachtet man die zeitlichen Entwicklungstrends des Anteils übergewichtiger Einschüler/innen seit 1994 (Abb. 4.2 und 4.3), so ist insgesamt in diesem Zeitraum kein starker Trend zu steigenden

Abbildung 4.1:
Anteil der Einschüler/innen mit Übergewicht (> 90. Perzentil n. Kromeyer-Hauschild) bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunft
 - in % (n = 21.631)



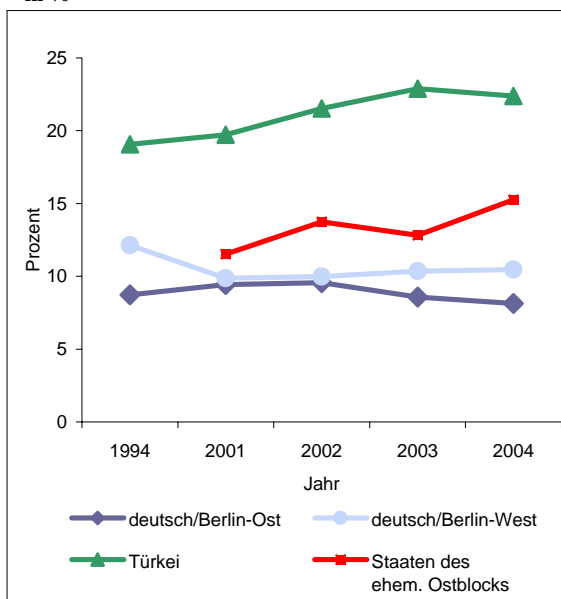
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Abbildung 4.2:
Anteil der Jungen mit Übergewicht (> 90. Perzentil n. Kromeyer-Hauschild) bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 1994 und 2001 - 2004 nach Herkunft
 - in %



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Abbildung 4.3:
Anteil der Mädchen mit Übergewicht (> 90. Perzentil n. Kromeyer-Hauschild) bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 1994 und 2001 - 2004 nach Herkunft
 - in %



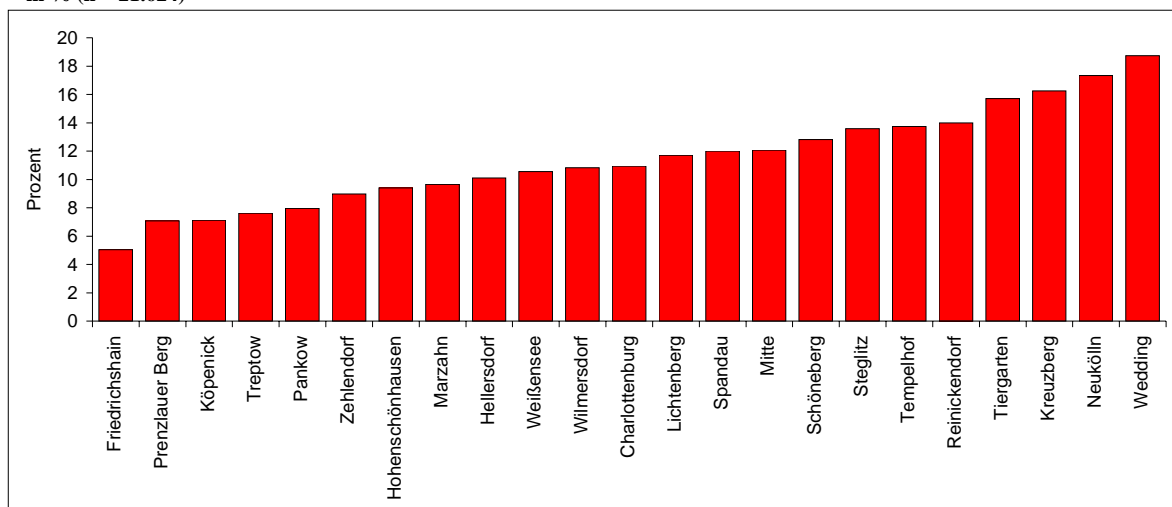
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Zahlen übergewichtiger Kinder zu erkennen. Auch ergeben sich kaum bedeutsame Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen. Bei den Kindern deutscher Herkunft verlaufen die Kurven für Jungen und Mädchen weitgehend gleich, bei den Kindern aus Familien türkischer Herkunft haben die Mädchen bezüglich des Anteils Übergewichtiger in den letzten Jahren mit den Jungen annähernd gleichgezogen. Lediglich bei Kindern aus den Staaten des ehemaligen Ostblocks liegt der Anteil übergewichtiger Mädchen noch 2004 erkennbar unter dem Anteil übergewichtiger Jungen, wobei auch hier die Mädchen eine deutliche Aufwärtstendenz zeigen. An den bereits 1994 bzw. 2001 bestehenden Unterschieden in der Prävalenz von Übergewicht zwischen den verschiedenen Herkunftsgruppen hat sich prinzipiell nichts geändert. Die Kurven der Kinder aus Berlin-Ost bzw. Berlin-West zeigen nach einer Annäherung in den Jahren 2001 und 2002 in den letzten zwei Jahren wieder eine leichte Auseinanderentwicklung mit höheren Anteilen Übergewichtiger unter den Kindern deutscher Herkunft in Berlin-West.

Ein Vergleich der 23 ehemaligen Bezirke von Berlin (Abb. 4.4) zeigt eine breite Spanne des Anteils übergewichtiger Kinder, der von 5 % in Friedrichshain bis zu fast 19 % in Wedding reicht. In diesem Vergleich schneiden die ehemaligen Bezirke von Berlin-Ost fast ausnahmslos besser ab als die ehemaligen Bezirke von Berlin-West. Unter den zehn Bezirken mit dem geringsten Anteil übergewichtiger Kinder findet sich mit Zehlendorf nur ein Bezirk aus dem ehemaligen Westteil der Stadt.

Abbildung 4.4:

Anteil an Kindern mit Übergewicht (> 90. Perzentil n. Kromeyer-Hauschild) bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach den Bezirken (alte Bezirksstruktur)
- in % (n = 21.624)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Zusammenfassung

Ein Anteil von 12 % der Einschüler/innen in Berlin 2004 ist als übergewichtig zu bezeichnen, darunter 5 % Adipöse. Eine Zunahme dieses Anteils in den letzten zehn Jahren lässt sich nicht ausmachen, ebenso wenig bedeutsame Unterschiede zwischen dem Anteil übergewichtiger Mädchen und Jungen. Allerdings ist bei Kindern nichtdeutscher Herkunft ein höherer Anteil Übergewichtiger zu beobachten als bei Kindern deutscher Herkunft, wobei Kinder aus Familien türkischer Herkunft die höchste Prävalenz von Übergewicht aufweisen. Dies gilt für Mädchen und Jungen gleichermaßen. Die weitere Entwicklung von Übergewicht in den verschiedenen Herkunftsgruppen und für beide Geschlechter wird weiter zu beobachten sein, insbesondere was eine mögliche Auseinanderentwicklung der Zahlen für Kinder deutscher und nichtdeutscher Herkunft betrifft, aber auch im Vergleich von Kindern deutscher Herkunft aus Berlin-Ost oder Berlin-West.

4.2 Zusammenhänge zwischen sozialer Lage, Geburtsgewicht und Übergewicht

Für die verschiedenen Herkunftsgruppen gilt, dass Kinder der oberen sozialen Schicht zu einem geringeren Prozentsatz übergewichtig sind als solche aus der unteren Sozialschicht (Abb. 4.5). Besonders deutlich ist der soziale Schichtgradient bei den Kindern deutscher Herkunft zu sehen, bei denen der Anteil Übergewichtiger in der unteren Schicht etwa doppelt so hoch ist wie in der oberen Schicht und in der mittleren Schicht zwischen den beiden Werten liegt. Bei den Kindern türkischer Herkunft unterscheiden sich die Anteile Übergewichtiger in den drei Schichten kaum, und der Prozentsatz ist in der mittleren Schicht niedriger als in der oberen. Kinder aus Familien aus Staaten des ehemaligen Ostblocks sind, wenn sie der mittleren oder der unteren Schicht angehören, zu einem gleich hohen Anteil übergewichtig, nur die Kinder der oberen Sozialschicht sind hier zu einem geringeren Prozentsatz übergewichtig.

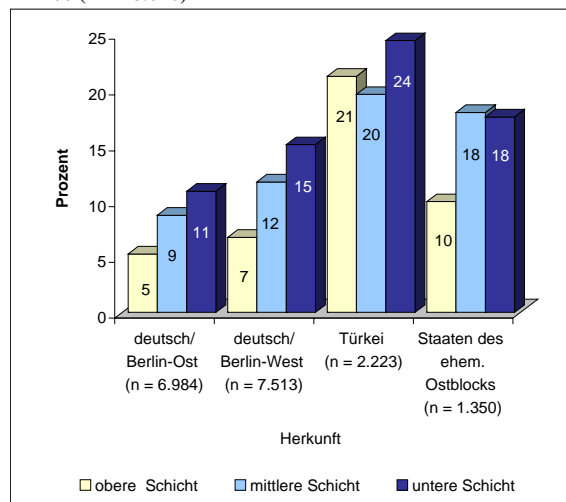
Da ein Zusammenhang zwischen erhöhtem Geburtsgewicht und späterem Übergewicht diskutiert wird, sollen die Daten der Einschulungsuntersuchung 2004 zur Überprüfung dieses Zusammenhangs herangezogen werden. Das Geburtsgewicht ist bei 20.620 der 21.816 Einschüler/innen bekannt, das sind 95 %. Bei einer Spannweite von 500 g bis 5700 g beträgt das durchschnittliche Geburtsgewicht 3336 g. Die Jungen erreichen mit 3387 g ein etwas höheres durchschnittliches Geburtsgewicht als die Mädchen mit 3277 g. Abbildung 4.6 zeigt, getrennt nach Herkunftsgruppen, welcher Anteil der Kinder untergewichtig (unter 2.500 g), mit einem Gewicht zwischen 2.500 und 3.499 g oder aber mit einem Gewicht von 3.500 g und mehr zur Welt kam. Der Anteil untergewichtig geborener Kinder ist in den drei Herkunftsgruppen mit knapp 7 % fast gleich. Auch die Anteile der beiden anderen Gewichtsklassen unterscheiden sich kaum. Lediglich bei Kindern türkischer Herkunft ist der Anteil von Kindern mit höherem Geburtsgewicht (ab 3.500 g) etwas niedriger als bei den Kindern deutscher Herkunft oder aus Familien aus Staaten des ehemaligen Ostblocks.

Schlüsselt man die Anteile übergewichtiger Kinder nach ihrer Herkunftsgruppe und ihrem Geburtsgewicht auf, so zeigt sich durchgehend für Kinder mit einem Geburtsgewicht ab 3.500 g ein erhöhter Anteil Übergewichtiger im Vergleich zu den beiden Gruppen mit geringem oder mittlerem Geburtsgewicht (Abb. 4.7).

Abbildung 4.5:

Anteil der Kinder mit Übergewicht (> 90. Perzentil n. Kromeyer-Hauschild) bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunft und sozialem Schichtindex

- in % (n = 18.070)

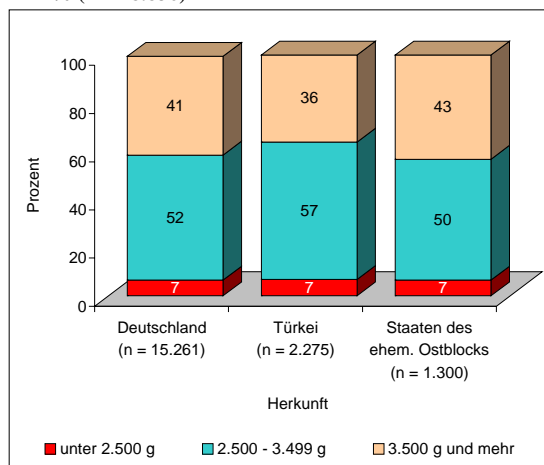


(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Abbildung 4.6:

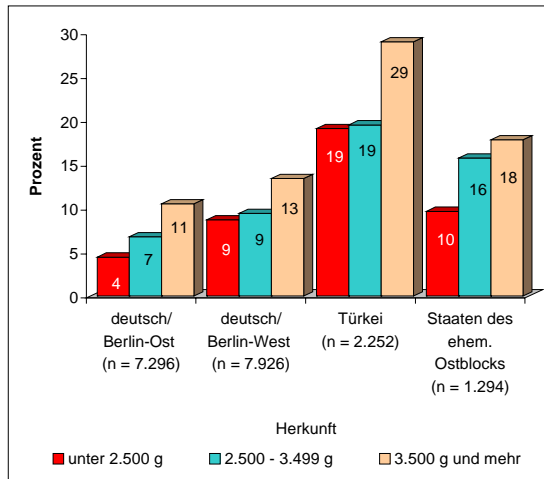
Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunft und Geburtsgewicht

- in % (n = 18.836)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Abbildung 4.7:
Anteil der Kinder mit Übergewicht (> 90. Perzentil n. Kromeyer-Hauschild) bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunft und Geburtsgewicht
 - in % (n = 18.768)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Zusammenfassung

Insgesamt lässt sich nur für die Kinder deutscher Herkunft ein klarer Zusammenhang zwischen der sozialen Lage der Familie und dem Anteil Übergewichtiger feststellen. Kinder aus Familien aus Staaten des ehemaligen Ostblocks sind zwar seltener übergewichtig, wenn ihre Familie der oberen Schicht angehört, es zeigt sich aber bei ihnen kein Unterschied zwischen Kindern aus der mittleren und unteren sozialen Schicht. Für Kinder türkischer Herkunft ist überhaupt kein konsistentes Muster der Prävalenz von Übergewicht nach Schichtzugehörigkeit zu erkennen. Dies spricht dafür, dass in diesen Gruppen kulturelle Einflüsse mit Wirkung auf das Körpergewicht der Kinder möglicherweise weniger an die sozioökonomische Lage der Familie gekoppelt sind als bei Familien deutscher Herkunft. Allerdings wächst der Anteil übergewichtiger Kinder in allen Herkunftsgruppen mit steigendem Geburtsgewicht an, sodass anzunehmen ist, dass ein höheres Geburtsgewicht einen Risikofaktor für Übergewicht darstellt, der unabhängig vom ethnischen Hintergrund wirkt.

Die Ergebnisse zeigen die Notwendigkeit präventiver Ansätze zur Verringerung von Übergewicht und Adipositas auf, die so früh wie möglich einsetzen sollten. Die Reduzierung von Übergewicht und Adipositas sowie den damit assoziierten vermeidbaren Krankheiten erfordert einen integrierten präventiven Ansatz, der eine Reihe von anderen Politik- und Handlungsfeldern einbezieht. Hinweise auf bereits bestehende Initiativen, die sich schwerpunktmäßig dem Thema „Ernährung, Adipositas und Bewegung“ widmen, finden sich in Kapitel 8.

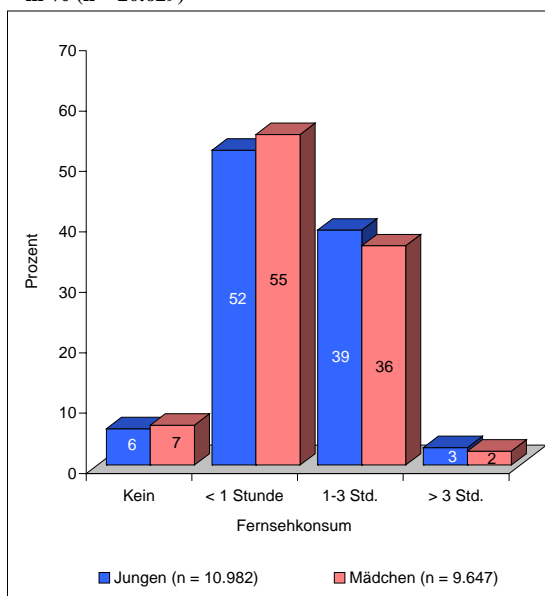
4.3 Fernsehkonsum der Einschüler/innen

Die Eltern werden bei der Einschulungsuntersuchung befragt, wie viel Zeit ihr Kind pro Tag durchschnittlich mit Fernsehen und mit elektronischen Spielen verbringt. Von 20.631 Eltern (95 %) liegen Angaben zum Fernsehkonsum ihres Kindes vor. Davon geben 6 % der Eltern an, dass ihr Kind nie fernsieht, mit 53 % sieht die gute Hälfte der Kinder weniger als eine Stunde am Tag fern, ca. ein Drittel (38 %) verbringt ein bis drei Stunden am Tag vor dem Fernseher und ein kleiner Anteil von 3 % sogar mehr als drei Stunden am Tag. Abbildung 4.8 zeigt den Fernsehkonsum pro Tag nach Elternangaben getrennt für Jungen und Mädchen. Jungen sehen demnach geringfügig mehr fern als Mädchen, jedoch sind die Unterschiede von ihrer Größe her ohne Bedeutung. 17 % der Eltern geben an, dass ihr Kind (teils gemeinsam mit Geschwistern) über einen eigenen Fernseher verfügt.

Die Beschäftigung mit elektronischen Spielen (Gameboy, Computerspiele etc.) nimmt nach den Angaben der Eltern einen wesentlich geringeren Umfang ein als der Fernsehkonsum. Mehr als die Hälfte (53 %) kreuzt an, dass ihr Kind sich gar nicht damit beschäftigt, ein gutes Drittel (39 %) antwortet, dass die Beschäftigung ihres Kindes mit elektronischen Spielen weniger als eine Stunde am Tag ausmacht, und nur wenige geben eine Beschäftigung mit elektronischen Spielen von ein bis drei Stunden am Tag (8 %) oder mehr als drei Stunden am Tag (1 %) an. Hierbei fallen Jungen durch eine zeitintensivere Beschäftigung mit elektronischen Spielen als Mädchen auf. Vor allem in der Kategorie ein bis drei Stunden am Tag sind Jungen mit 10 % doppelt so stark vertreten wie Mädchen mit 5 %. Wegen des insgesamt geringeren Umfangs wird die Beschäftigung mit elektronischen Spielen bei den folgenden Auswertungen nicht berücksichtigt, sodass sich diese ausschließlich auf den Fernsehkonsum der Kinder beziehen.

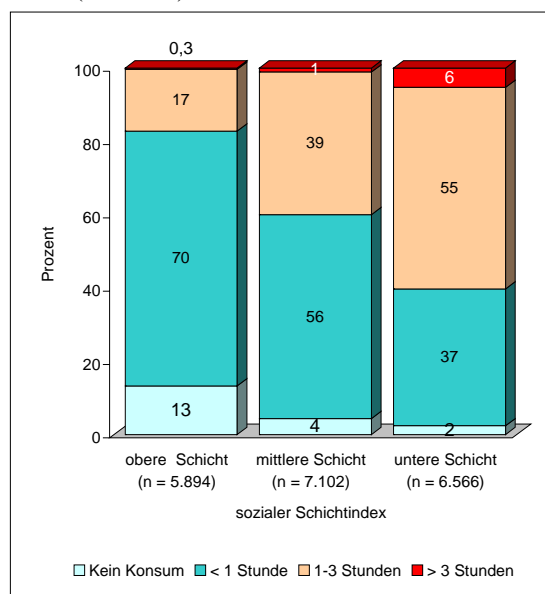
Eine Differenzierung der Daten zum Fernsehkonsum nach sozialer Schicht zeigt von der oberen über die mittlere zur unteren sozialen Schicht einen steigenden Fernsehkonsum der Kinder (Abb. 4.9). Während der Anteil der gar nicht oder unter einer Stunde fernsehenden Kinder immer weiter abnimmt, wächst der Anteil der viel (ein bis drei Stunden täglich) oder sehr viel (mehr als drei Stunden täglich) fernsehenden Kinder von 17 % in der oberen Schicht über 40 % in der mittleren Schicht auf 60 % in der unteren Schicht.

Abbildung 4.8:
Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004
nach Geschlecht und durchschnittlicher täglicher
Fernsehdauer
- in % (n = 20.629)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

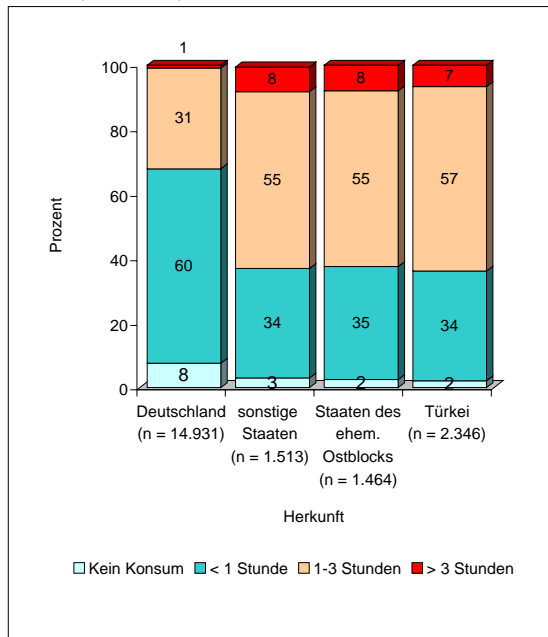
Abbildung 4.9:
Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004
nach durchschnittlicher täglicher Fernsehdauer und
sozialem Schichtindex
- in % (n = 19.562)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

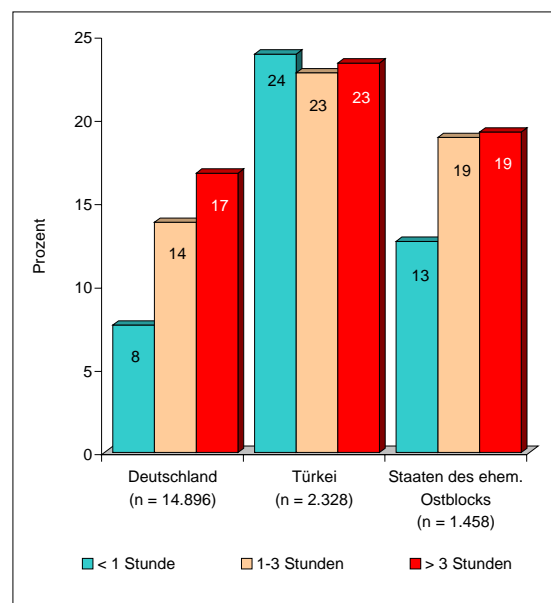
Bei einer Unterscheidung nach Herkunft der Kinder ergibt sich eine klare Zweiteilung bezüglich des Fernsehkonsums zwischen Kindern deutscher Herkunft und allen anderen Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund (Abb. 4.10). Die Kinder deutscher Herkunft sehen zu zwei Dritteln gar nicht oder weniger als eine Stunde am Tag fern, wogegen die Kinder aus allen anderen Herkunftsgruppen mit bemerkenswerter Übereinstimmung zu fast zwei Dritteln mehr als eine Stunde täglich vor dem Fernseher verbringen.

Abbildung 4.10:
Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach durchschnittlicher täglicher Fernsehdauer und Herkunft
- in % (n = 20.254)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Abbildung 4.11:
Anteil der Kinder mit Übergewicht (> 90. Perzentil n. Kromeyer-Hauschild) bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunft und Dauer des Fernsehkonsums (Einfluss des sozialen Schichtindex neutralisiert)
- in % (n = 18.682)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Insgesamt lässt sich mit den Daten der Einschulungsuntersuchung 2004 der in der Literatur diskutierte Zusammenhang zwischen Fernsehkonsum und Übergewicht belegen. Abbildung 4.11 zeigt die Anteile übergewichtiger Kinder je nach Herkunftsgruppe in Abhängigkeit von ihrem täglichen Fernsehkonsum, wobei der Einfluss der sozialen Schicht (als Störvariable) neutralisiert wurde. Bei Kindern deutscher Herkunft und auch bei Kindern aus den Staaten des ehemaligen Ostblocks liegt der Anteil übergewichtiger Kinder unter denjenigen, deren Fernsehkonsum täglich weniger als eine Stunde beträgt, beträchtlich niedriger als bei den Kindern mit mittlerem oder hohem Fernsehkonsum. Die Kinder türkischer Herkunft, die ja insgesamt den höchsten Anteil Übergewichtiger aufweisen, unterscheiden sich im Anteil der Übergewichtigen kaum zwischen den Gruppen mit unterschiedlich intensivem Fernsehkonsum.

Zusammenfassung

Bezogen auf alle Einschüler/innen weist nur ein gutes Drittel der Kinder einen starken (ein bis drei Stunden täglich) und ein sehr geringer Anteil von unter 3 % einen übermäßigen Fernsehkonsum (mehr als drei Stunden täglich) auf. Der Fernsehkonsum der Kinder ist abhängig von ihrer sozialen Schichtzugehörigkeit: Kinder der unteren Schicht sehen mehr fern als Kinder der mittleren Schicht, und diese wiederum mehr als Kinder aus der oberen Sozialschicht. Bezogen auf die Herkunftsgruppen verbringen Kinder deutscher Herkunft weniger Zeit mit Fernsehen als alle anderen Herkunftsgruppen. Ein Zusammenhang zwischen Fernsehkonsum und Übergewicht lässt sich für Kinder deutscher Herkunft und aus Familien aus Staaten des ehemaligen Ostblocks zeigen, nicht jedoch für Kinder türkischer Herkunft.

Angesichts mangelnder Belege für direkte schädliche Wirkungen eines hohen Fernsehkonsums auf die kindliche Entwicklung erscheint es vorrangig, Kindern einen kompetenten Umgang mit elektronischen Medien zu ermöglichen, d. h. ihre Medienkompetenz zu stärken. Im Kontext der Ergebnisse zu Zusammenhängen eines starken Fernsehkonsums mit sozialer Schicht und Übergewicht sind ganzheitliche Handlungsansätze zu fordern, die neben gesunder Ernährung und Bewegung auch einen kompetenten Medienumgang und entwicklungsförderliche Freizeitaktivitäten vermitteln (vgl. Kapitel 8).

4.4 Entwicklungsdiagnostik

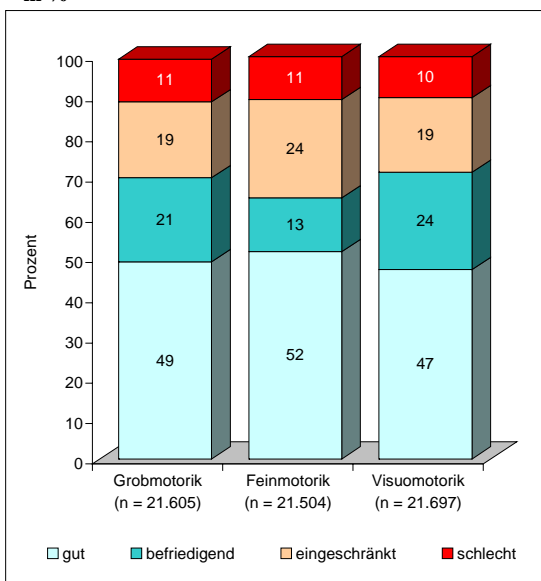
Die entwicklungsdiagnostischen Tests zur Motorik und Sprachentwicklung sind als Screeningtests konzipiert (vgl. Kapitel 9.1.4). Jedes altersgerecht entwickelte Kind sollte die maximale Punktzahl erreichen können. Entsprechend der tatsächlich erreichten Punktzahl werden die Kinder bei den motorischen Tests in solche mit guten, befriedigenden, eingeschränkten oder schlechten Befunden gruppiert. Bei den sprachlichen Tests werden die Befunde der Kinder nach erreichter Punktzahl als „unauffällig“, „auffällig“ oder „schlecht“ klassifiziert (Tab. 9.3 im Kapitel 9.1.4).

Bezüglich der Resultate der motorischen Tests ist festzustellen, dass in allen drei Bereichen (Grobmotorik, Feinmotorik und visuomotorische Koordination) jeweils nur etwa die Hälfte der Kinder die volle Punktzahl erreicht und somit in diesem Entwicklungsbereich als unauffällig bezeichnet werden kann (Abb. 4.12). Zwischen 13 % und 24 % der Kinder zeigen in diesen Bereichen leichte Defizite, etwa ein Drittel jedoch auch deutliche Probleme (Befunde „eingeschränkt“ und „schlecht“).

Unterscheidet man die motorischen entwicklungsdiagnostischen Befunde nach Geschlecht, so zeigt sich, dass Jungen in allen drei Bereichen häufiger Probleme haben und daher sowohl in der Befundgruppe „eingeschränkt“ als auch in der Kategorie „schlecht“ häufiger anzutreffen sind als Mädchen (Abb. 4.13). Am stärksten betrifft dies den Bereich der Grobmotorik, am wenigsten stark die Visuomotorik. Jedoch sind in allen drei Bereichen vor allem in der problematischsten Gruppe Jungen etwa doppelt so stark vertreten wie Mädchen.

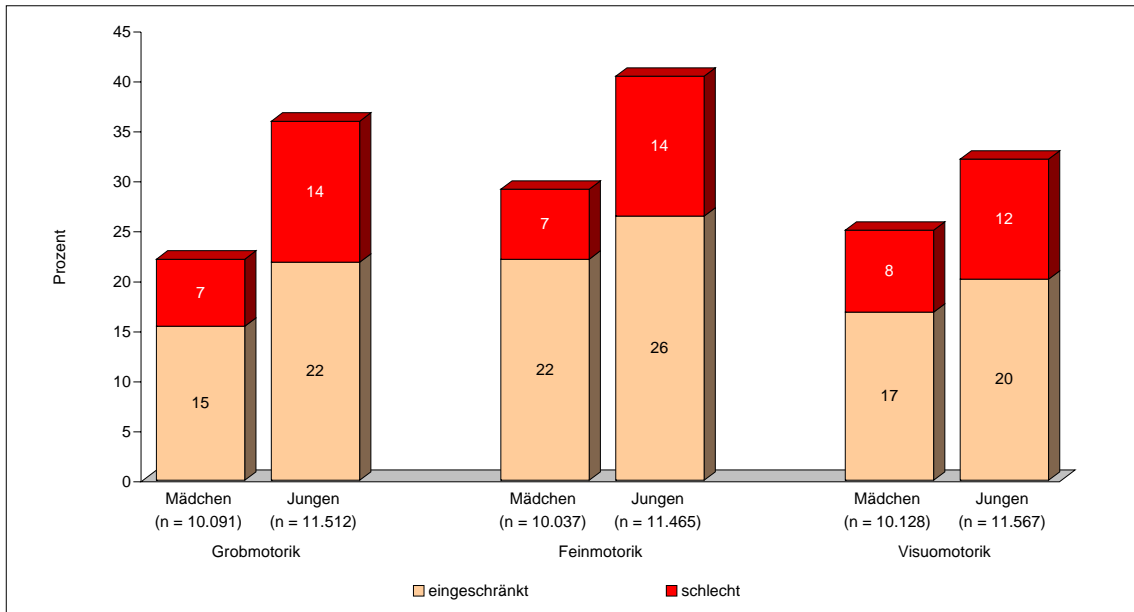
Eine Aufteilung der Kinder mit eingeschränkten oder schlechten motorischen Entwicklungsbefunden nach ihrer Herkunft (Abb. 4.14) zeigt nur mäßige und uneinheitliche Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen. In der grobmotorischen Entwicklung zeigen Kinder deutscher Herkunft und solche aus Familien aus den Staaten des ehemaligen Ostblocks etwa gleich häufig Defizite, die Kinder türkischer Herkunft im Vergleich dazu etwas häufiger. Bezüglich der feinmotorischen Befunde sind nur unwesentliche Unterschiede zwischen den drei Herkunftsgruppen zu erkennen. In der visuomotorischen Koordination weisen Kinder deutscher Herkunft seltener Defizite auf als die beiden anderen Herkunftsgruppen. Kinder türkischer Herkunft haben hier etwas häufiger Probleme als solche aus Familien mit Herkunft aus Staaten des ehemaligen Ostblocks.

Abbildung 4.12:
Anteil von Kindern bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach motorischen entwicklungsdiagnostischen Befunden
- in %



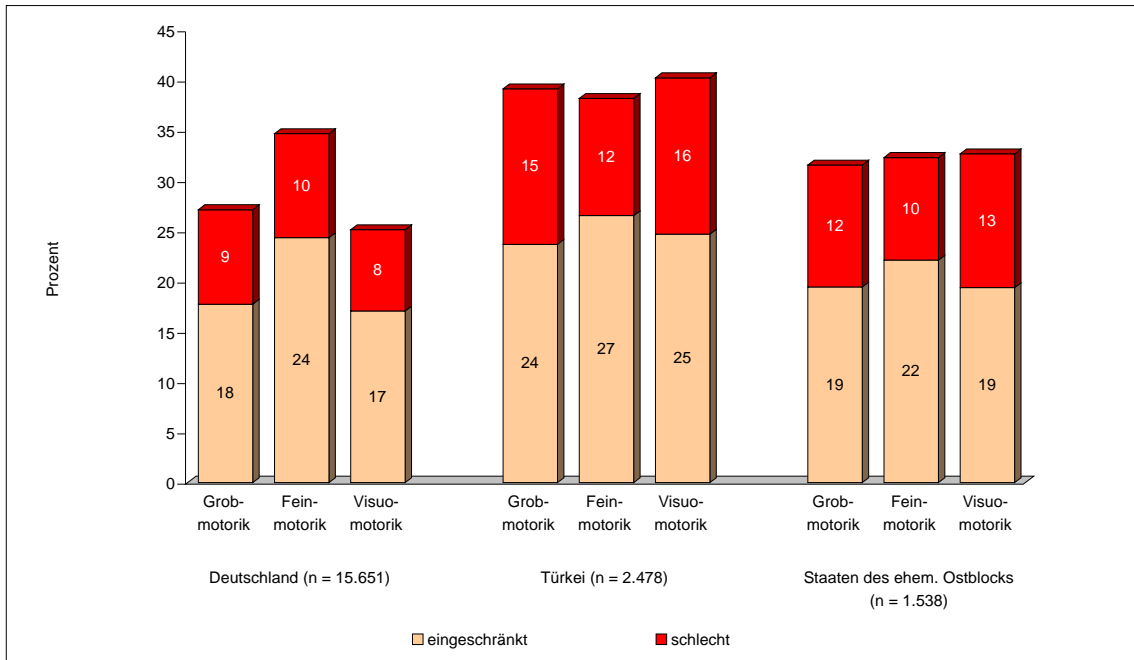
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Abbildung 4.13:
Anteil von Kindern bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 mit auffälligen motorischen Befunden nach Geschlecht
- in %



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Abbildung 4.14:
Anteil von Kindern bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 mit auffälligen motorischen Befunden nach Herkunft
- in % (n = 19.667)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

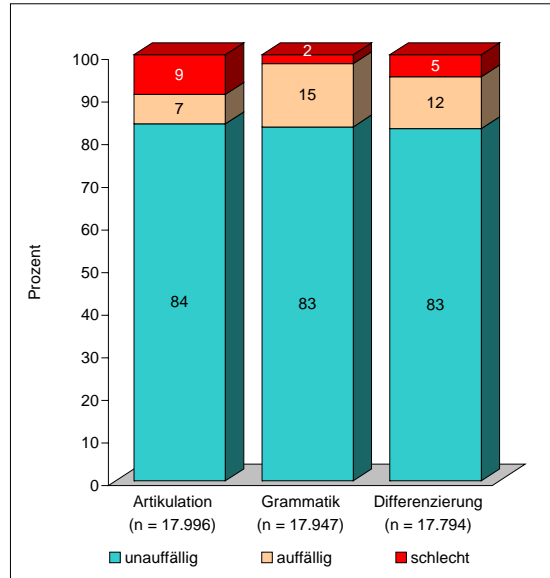
Die sprachlichen entwicklungsdiagnostischen Befunde, in die nur die Kinder deutscher Herkunft oder mit akzentfreier deutscher Sprache einbezogen wurden (vgl. Kapitel 9.1.4), zeigen ein positiveres Bild (Abb. 4.15). In allen drei Bereichen (Artikulation, Satzbildung/Grammatik und kinästhetisch-artikulative Differenzierung) haben mehr als vier Fünftel der Kinder die volle Punktzahl erreicht und

werden somit als unauffällig eingestuft. Dagegen werden durch die drei Tests jeweils 16 % bis 17 % der Kinder als auffällig oder schlecht eingestuft. Innerhalb dieser Gruppe variieren die Anteile erheblich, sodass insgesamt der Bereich der Grammatik als unproblematischer angesehen werden kann. Bezüglich der Artikulation und der Differenzierung sind jedoch die Befunde bei 9 % bzw. 5 % der Kinder als äußerst problematisch anzusehen, da sie den Anforderungen des Tests gar nicht gewachsen sind.

Die Differenzierung der sprachlichen entwicklungsdiagnostischen Befunde nach Geschlecht (Abb. 4.16) lässt wieder etwas mehr problematische Befunde bei den Jungen als bei den Mädchen erkennen, wobei die Größe der Geschlechtsunterschiede deutlich kleiner ausfällt als bezüglich der motorischen entwicklungsdiagnostischen Befunde.

Ein Vergleich der Kinder aus der oberen, mittleren und unteren Sozialschicht bezüglich ihrer sprachlichen entwicklungsdiagnostischen Befunde

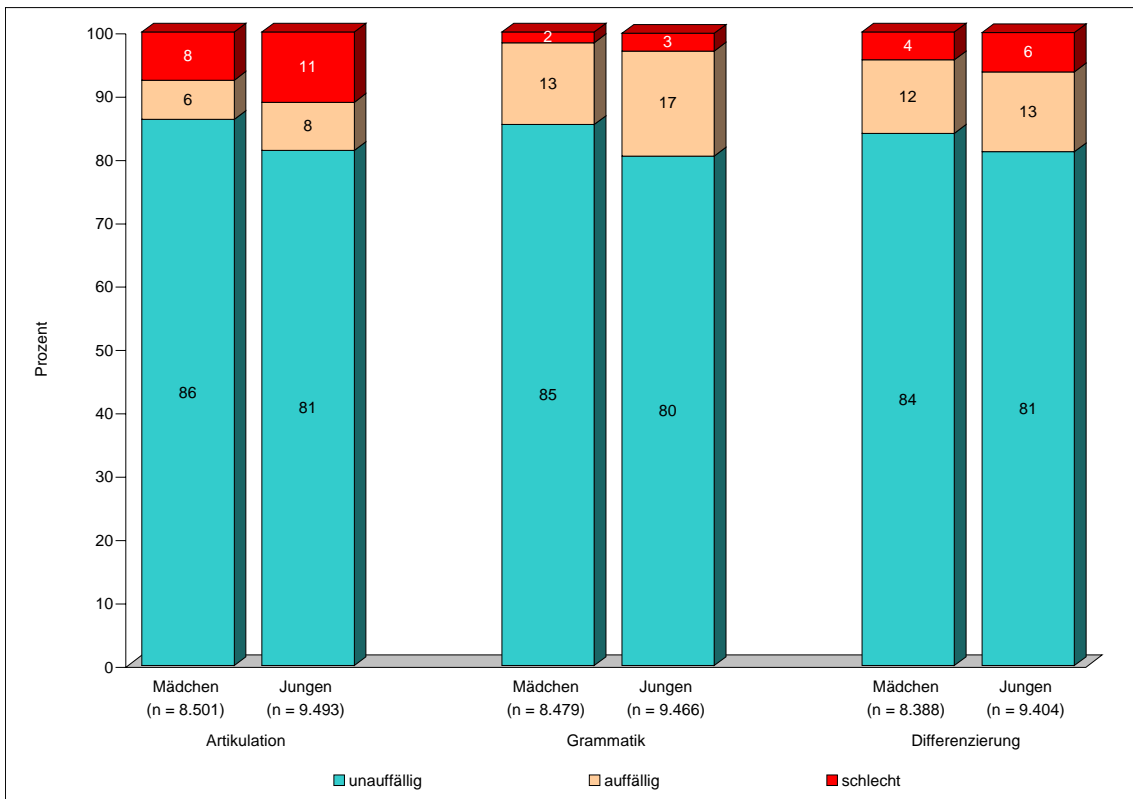
Abbildung 4.15:
Anteil von Kindern bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach sprachlichen entwicklungsdiagnostischen Parametern (nur Herkunftsdeutsche oder Kinder mit akzentfreier deutscher Sprache)
- in %



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Abbildung 4.16:

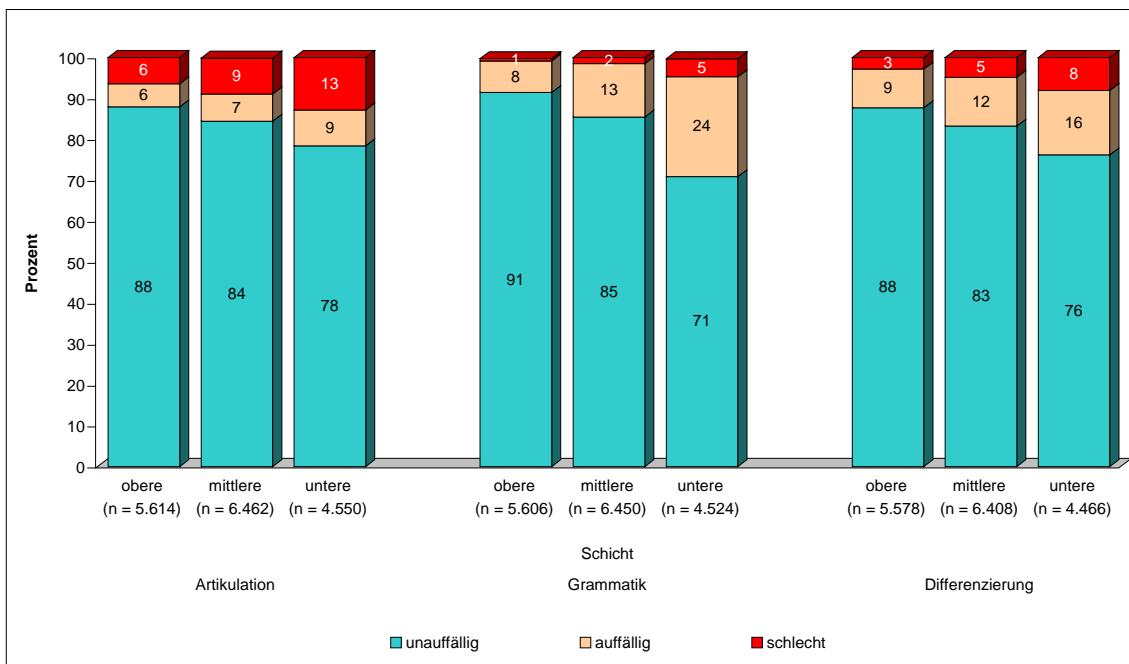
Anteil von Kindern bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach sprachlichen entwicklungsdiagnostischen Parametern und Geschlecht (nur Herkunftsdeutsche oder Kinder mit akzentfreier deutscher Sprache)
- in %



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

de (Abb. 4.17) zeigt den erwarteten Schichtgradienten, wonach Kinder aus der mittleren sozialen Schicht mehr auffällige und schlechte Befunde aufweisen als Kinder aus der oberen Schicht, und Kinder aus der unteren Schicht wiederum häufiger in den Kategorien „auffällig“ und „schlecht“ zu finden sind als solche aus der mittleren Schicht.

Abbildung 4.17:
Anteil von Kindern bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach sprachlichen entwicklungsdiagnostischen Parametern und sozialem Schichtindex (nur Herkunftsdeutsche oder Kinder mit akzentfreier deutscher Sprache)
- in %



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

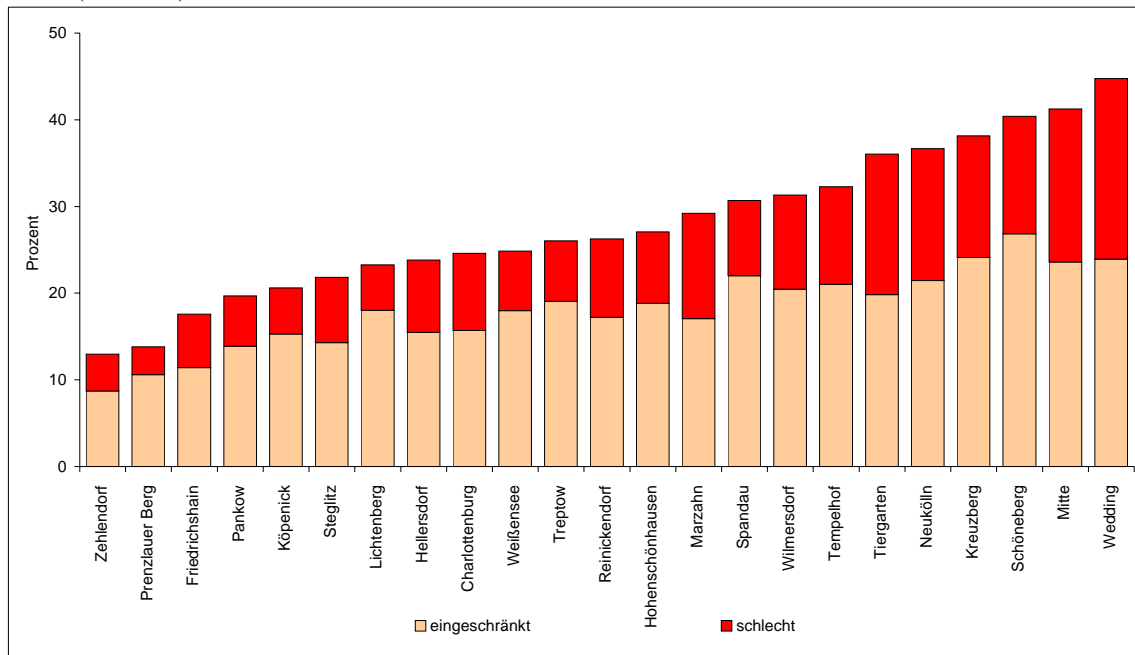
Exemplarisch für die motorischen entwicklungsdiagnostischen Befunde sind die Ergebnisse zur visuomotorischen Koordination nach den ehemaligen Bezirken Berlins in Abbildung 4.18 aufgeschlüsselt. Am besten schneiden die Kinder in Zehlendorf ab, am schlechtesten die Kinder in den Innenstadtbezirken (Wedding, Mitte, Schöneberg, Kreuzberg, Tiergarten) und Neukölln mit seinem hohen Anteil an Kindern aus der unteren sozialen Schicht. Unter den Bezirken mit einem vergleichsweise geringen Anteil von Kindern mit eingeschränkter oder schlechter Visuomotorik finden sich überproportional viele ehemalige Bezirke aus dem Osten Berlins (Prenzlauer Berg, Friedrichshain, Pankow, Köpenick). Bemerkenswert ist die große Spannweite im Anteil von Kindern mit Problemen in der visuomotorischen Koordination. Dieser Anteil liegt in fünf der 23 Bezirke bei bis zu 20 %, jedoch in den drei Bezirken mit dem höchsten Anteil von Kindern mit Problemen bei über 40 %.

Zusammenfassung

Etwa ein Drittel der Einschüler/innen zeigt bei den motorischen Entwicklungstests eingeschränkte oder schlechte Fertigkeiten. Für diese Kinder ist zu erwarten, dass sie Mühe haben werden, den schulischen Anforderungen gerecht zu werden, und dass sie in vielen Fällen besonderer Förderung bedürfen. Jungen sind hiervon etwas häufiger betroffen als Mädchen, die Herkunftsgruppen unterscheiden sich dagegen nicht so deutlich. In den sprachlichen Entwicklungstests schneiden die Einschüler/innen insgesamt besser ab, wobei zu beachten ist, dass hier nur Kinder deutscher Herkunft oder mit akzentfreier deutscher Sprache berücksichtigt wurden. Auch hier haben Jungen etwas häufiger Probleme als Mädchen, und es zeigt sich ein Schichtgradient, wonach der Anteil der Kinder mit auffälligen

Abbildung 4.18:

Anteil der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 mit auffälligen Befunden in visuomotorischer Koordination nach den Bezirken (alte Bezirksstruktur)
- in % (n = 21.593)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

sprachdiagnostischen Befunden von der oberen über die mittlere zur unteren Schicht zunimmt. Eine Aufschlüsselung nach den 23 ehemaligen Bezirken zeigt die große Spannweite auffälliger Befunde am Beispiel der visuomotorischen Koordination.

Wenn Entwicklungsdefizite erst bei der Einschulungsuntersuchung erkannt werden, ist es für eine Frühförderung schon zu spät, und die Probleme müssen im schulischen Setting beispielsweise durch sonderpädagogische Förderung bearbeitet werden. Welchen Handlungsbedarf es im Kita-Alter gibt und welche Ansätze für Prävention und frühe Intervention hier bestehen, thematisiert Kapitel 8.

- ⁷ Benecke, A., Vogel, H. (2005): Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 16. Robert Koch-Institut, Berlin.
- ⁸ Jebb, S.A., Lambert, J. (2000): Overweight and obesity in European children and adolescents. *Eur J Pediatr* 159 [Suppl 1]: S2-S4.
- ⁹ Nicholls, D., Viner, R. (2005): Eating disorders and weight problems. *BMJ* 330: 950-953.
- ¹⁰ Valente, A.M., Strong, W., Sinaiko, A.R. (2001): Obesity and insulin resistance in young people. *Am Heart J* 142: 440-444.
- ¹¹ Kolip, P. (2004): Der Einfluss von Geschlecht und sozialer Lage auf Ernährung und Übergewicht im Kindesalter. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 47: 235-239.
- ¹² Rugholm, S., Baker, J.L., Olsen, L.W. et al. (2005): Stability of the association between birth weight and childhood overweight during the development of the obesity epidemic. *Obes Res* 13: 2187-2194.
- ¹³ Wabitsch, M. (2000): Overweight and obesity in European children: definition and diagnostic procedures, risk factors and consequences for later health outcome. *Eur J Pediatr* 159 [Suppl 1]: S8-S13.
- ¹⁴ Kalies, H., Koletzko, B., von Kries, R. (2001): Übergewicht bei Vorschulkindern. Der Einfluss von Fernseh- und Computerspiel-Gewohnheiten. *Kinderärztliche Praxis* 4: 227-234.
- ¹⁵ Andersen, R.E., Crespo, C.J., Bartlett, S.J., Cheskin, L.J., Pratt, M. (1998): Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA* 279: 938-942.
- ¹⁶ Ennemoser, M. (2003): Der Einfluss des Fernsehens auf die Entwicklung von Lesekompetenzen: Eine Längsschnittstudie vom Vorschulalter bis zur dritten Klasse. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- ¹⁷ Kübler, H.-D., Swoboda, W.H. (1998): Die Bedeutung des Fernsehens in der Lebenswelt von Vorschulkindern, Forschungsprojekt im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft der Landesmedienanstalten/Gemeinsame Stelle Jugendschutz und Programm, unter der Federführung der Niedersächsischen Landesmedienanstalt für privaten Rundfunk (NLM), enthalten in: Wenn die Kleinen fernsehen, Schriftenreihe der Landesmedienanstalten Band 7. Berlin.
- ¹⁸ Myrtek, M. (2001): Exzessiver Fernsehkonsum. Psychophysiologische Untersuchungen. *Kinderärztliche Praxis* 4: 216-226.
- ¹⁹ Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a. (Hrsg.) (2003): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 2. überarbeitete Auflage. Deutscher Ärzte Verlag, Köln.

5 Gesundheitliche Vorsorge

Der Gesundheitsförderung, Prävention und frühzeitigen Erkennung von Erkrankungen kommt im Kindesalter eine besondere Bedeutung zu. Die primären und sekundären Präventionsmaßnahmen im Kindesalter, die von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden, beinhalten im Wesentlichen Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und Beratungsleistungen. Gesundheitsfördernde Maßnahmen sind hingegen eher im häuslichen Bereich bzw. sozialen Umfeld, wie z. B. der Kita angesiedelt. Die Bedeutung der gesundheitlichen Vorsorge im Kindesalter ist zum einen darin begründet, dass die Mehrzahl der Kinder primär gesund ist und damit die Gesunderhaltung im Gegensatz zur Behandlung von Krankheiten stärker im Fokus stehen kann und sollte. Zum anderen kann davon ausgegangen werden, dass, wie auch in anderen Bereichen, früh erlerntes Gesundheitsverhalten mit einer größeren Wahrscheinlichkeit auch im späteren Leben beibehalten wird, bzw. eine Verhaltensänderung im Sinne einer Korrektur eines bisher potentiell oder tatsächlich gesundheitsgefährdenden Verhaltens zu einem späteren Zeitpunkt um ein Vielfaches schwieriger zu erreichen ist.

Die Schuleingangsuntersuchungen erheben traditionell einige Parameter der bis zum diesem Zeitpunkt wahrgenommenen Angebote gesundheitlicher Vorsorge wie die Inanspruchnahme der so genannten U-Untersuchungen (U1 bis U9) und den Impfstatus. Die Wahrnehmung dieser Angebote lässt sich auch im Sinne eines Gesundheitsverhaltens interpretieren. Im Rahmen der ESU in Berlin wird seit 2002 auch der Gebisszustand der Kinder, wie er auch durch Laien, also Eltern oder Erzieher/innen erhebbar wäre, erfasst.

5.1 Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter

Nach § 26 SGB V haben Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres sowie einmalig nach Vollendung des 10. Lebensjahres Anspruch auf „Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden“ (§ 26 (1) SGB V). Dabei können die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten von Ärzten/Ärztinnen im Rahmen der U7 oder von Zahnärzten/Zahnärztinnen erbracht werden. Eine Übersicht über die Zeitpunkte dieser so genannten U-Untersuchungen gibt die Tabelle 5.1.

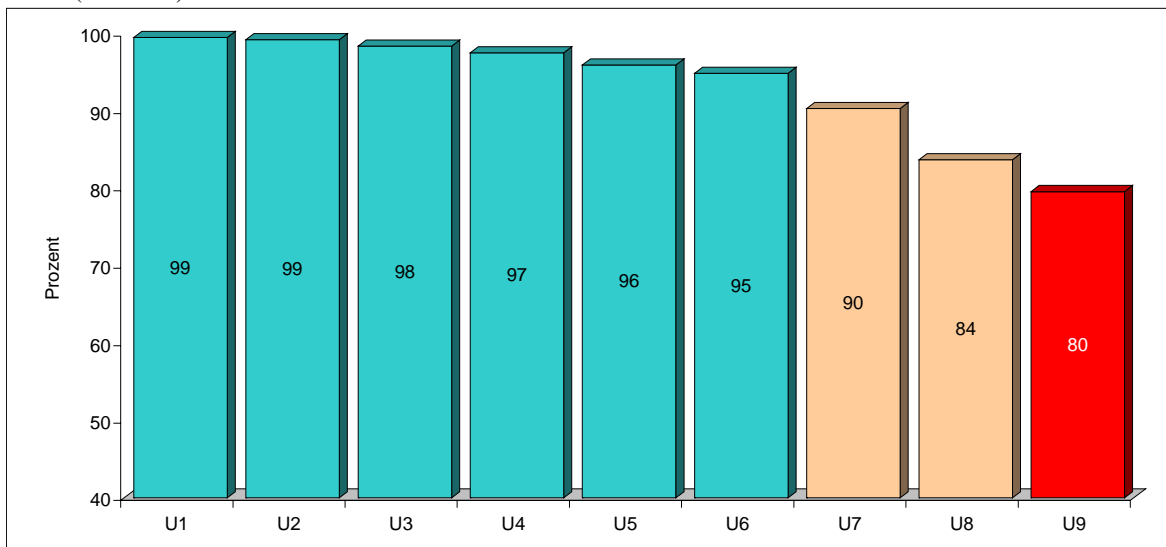
Tabelle 5.1:
Zeitpunkte der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U2 - U9/J1) in der Bundesrepublik Deutschland

Untersuchungsstufe	Zeitgrenze		Toleranzgrenze	
U2	03.-10.	Lebenstag	03.-14.	Lebenstag
U3	04.-06.	Lebenswoche	03.-08.	Lebenswoche
U4	03.-04.	Lebensmonat	02.-04½.	Lebensmonat
U5	06.-07.	Lebensmonat	05.-08.	Lebensmonat
U6	10.-12.	Lebensmonat	09.-13.	Lebensmonat
U7	21.-24.	Lebensmonat	20.-27.	Lebensmonat
U8	43.-48.	Lebensmonat	43.-50.	Lebensmonat
U9	60.-64.	Lebensmonat	58.-66.	Lebensmonat
J1	13.-14.	Lebensjahr	12.-15.	Lebensjahr

(Datenquelle: G - BA²⁰)

Wie auch aus dem Vorbericht von 2001 bekannt²¹, lässt die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen mit zunehmendem Alter der Kinder stetig nach. Die hohe Inanspruchnahme in den ersten zwei Lebenswochen (U1, U2) von 99 % ist sicher darauf zurück zu führen, dass ein Großteil noch in den Geburtskliniken erfolgt. In der Folge nimmt sie bis zur U6 am Ende des ersten Lebensjahres moderat bis auf 95 % ab. Ein erster sprunghafter Abfall der Nutzungsrate ist nach dem 1. Lebensjahr (ab U7) zu beobachten. Hier sinkt die Rate von 95 % (U6) auf 90 % (U7) und erreicht ihren Tiefpunkt mit 80 % zum Zeitpunkt der U9 (Abb. 5.1).

Abbildung 5.1:
Anteil der in Deutschland geborenen Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach wahrgenommenen Vorsorgeuntersuchungen U1 - U9
 - in % (n = 18.755)



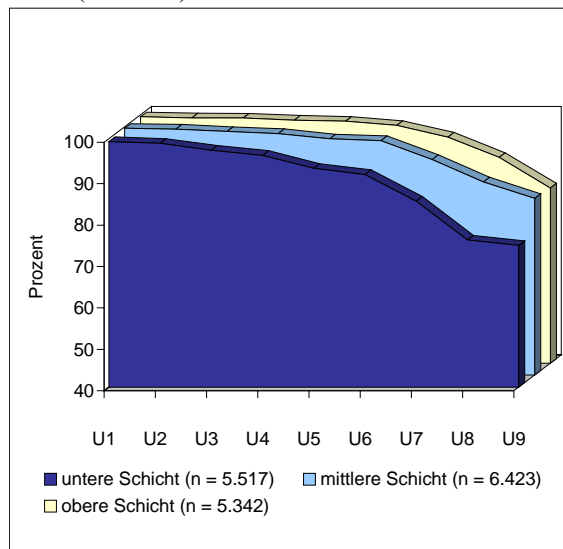
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Bei der Differenzierung nach Geschlecht ergeben sich keine relevanten Unterschiede in der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen, weder hinsichtlich der einzelnen Vorsorgetermine noch hinsichtlich des Vollständigkeitsstatus U1 – U5 bzw. U1 – U9.

Demgegenüber zeigen sich bei der Auswertung der Daten nach dem sozialen Schichtindex relevante Unterschiede (Abb. 5.2). So nimmt die Inanspruchnahmerate der Vorsorgeuntersuchungen von der oberen zur unteren Schicht durchgängig ab. Die Unterschiede bestehen zwar bereits ab der U1, sind aber bei U1 und U2 zahlenmäßig nicht als relevant einzustufen. So werden 63 Kinder der unteren Schicht nicht zur U2 vorgestellt, denen 38 bzw. 41 aus der mittleren bzw. oberen Schicht gegenüber stehen. Von der U3 bis U8 nimmt die Nutzungsrate der Familien aus der unteren Schicht im Vergleich zu den beiden anderen Schichten überproportional stark ab. Bei der U9 gleichen sich die Anteile etwas an, da diese Untersuchung auch von den Familien aus den beiden oberen Schichten zu rund 17 % nicht wahrgenommen wird.

Die dargestellten Unterschiede finden sich auch im Hinblick auf die Vollständigkeit des Vorsorgestatus. So werden 11 % der Kinder aus der unteren Schicht nicht zu jeder Vorsorge im Säuglingsalter (U1 – U5) vorgestellt, wohingegen nur 5 % bzw. 3 % aus der mittleren bzw. oberen Schicht in diesem Alter einen unvollständigen Vorsorgestatus haben. Bezogen auf den gesamten Zeitraum (U1 – U9) ergeben sich Anteile von 43 %, 27 % und 23 % (untere, mittlere, obere Schicht) von Kindern mit unvollständigem Vorsorgestatus.

Abbildung 5.2:
Anteil der in Deutschland geborenen Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 mit vollständigem Vorsorgestatus U1 - U9 nach sozialem Schichtindex
 - in % (n = 17.282)

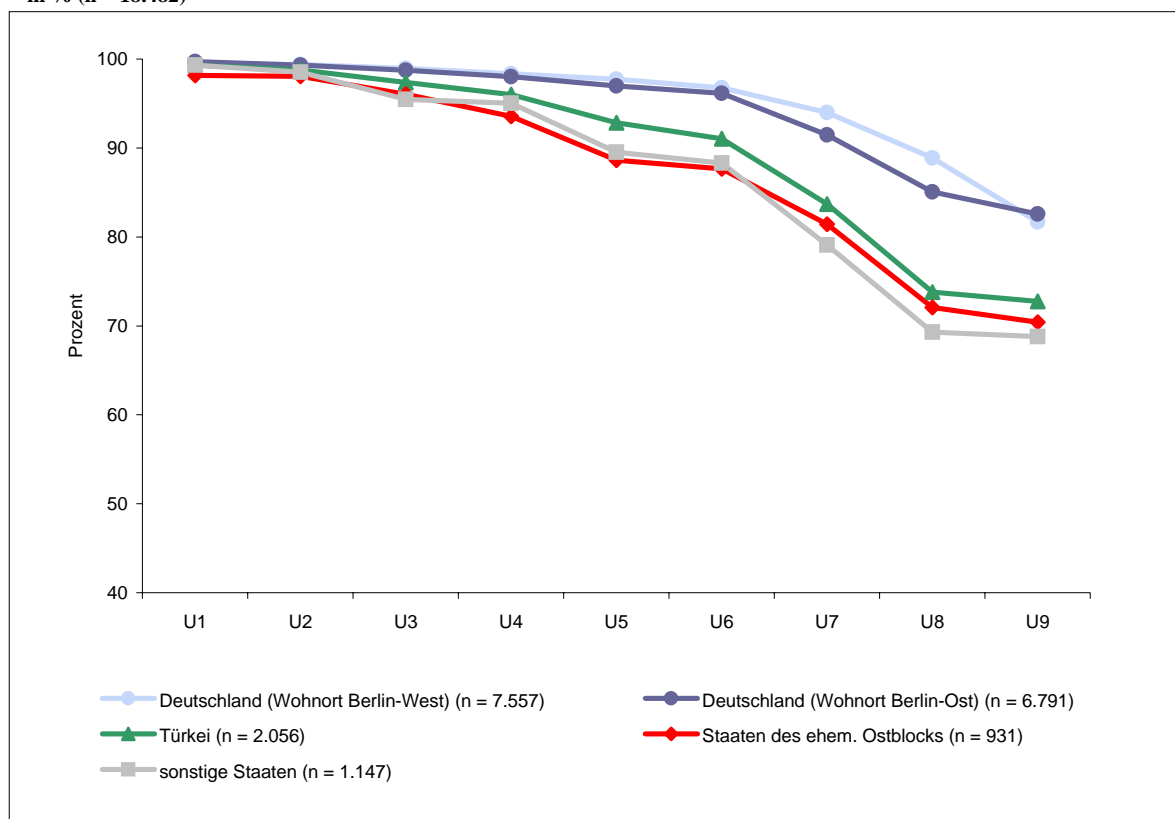


(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Bei der Differenzierung nach Herkunft der Kinder zeigen sich ebenso deutliche Unterschiede in der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen (Abb. 5.3). Auch hier finden sich die Unterschiede bereits ab der U1, sind aber bei U1 und auch U2 zahlenmäßig nicht relevant. Verallgemeinernd dargestellt werden Kinder aus den ehemaligen Staaten des Ostblocks und die Kinder aus sonstigen Staaten am wenigsten, die Kinder deutscher Herkunft am häufigsten vorgestellt. Die Kinder türkischer Herkunft nehmen bis zur U6 eine Mittelstellung ein. Ab der U7 gleichen sich die relativen Anteile der Kinder nichtdeutscher Herkunft untereinander jedoch an.

Abbildung 5.3:

Anteil der in Deutschland geborenen Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach wahrgenommenen Vorsorgeuntersuchungen U1 - U9 und Herkunft
- in % (n = 18.482)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Für die Vollständigkeit der Vorsorgeuntersuchungen nach Herkunft ergibt sich folgendes Bild: Während 73 % der Kinder deutscher Herkunft einen vollständigen Vorsorgestatus (U1 – U9) aufweisen, ist dies nur bei 54 % der Kinder türkischer Herkunft und nur bei 52 % bzw. 48 % der Kinder aus den ehemaligen Ostblockstaaten bzw. aus den sonstigen Staaten der Fall. Diese Zahlen spiegeln überwiegend die schlechte Teilnehmerate an den U6 bis U9 wider. Für das Säuglingsalter (U1 – U5) zeigt sich aber, dass von den Kindern nichtdeutscher Herkunft immerhin bei 11-15 % kein vollständiger Vorsorgestatus dokumentiert ist.

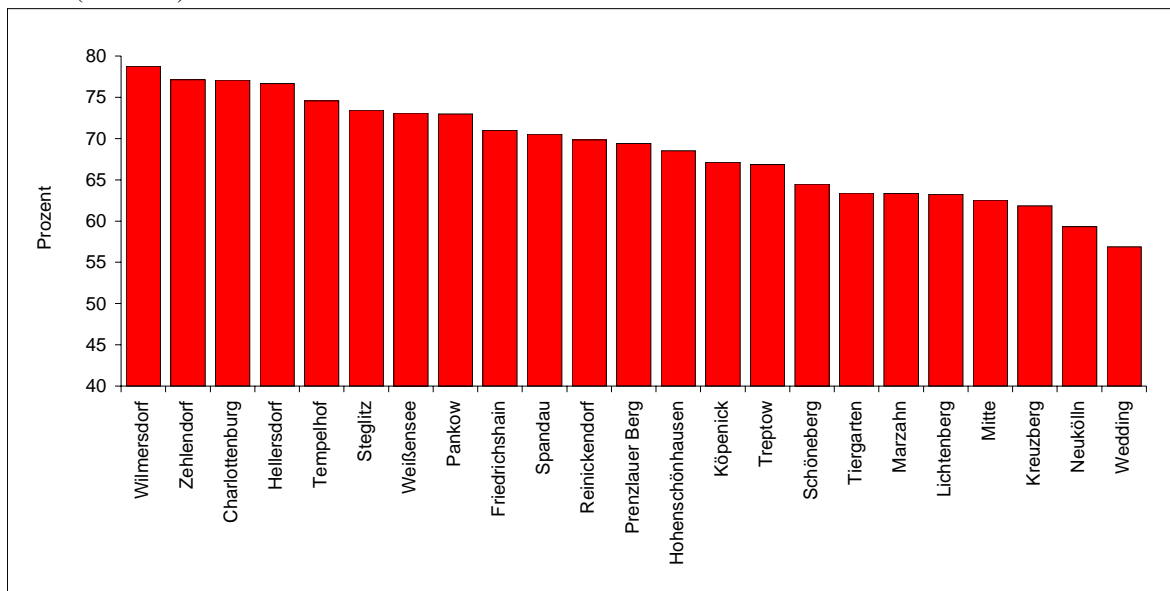
Die Unterschiede nach sozialem Schichtindex in den einzelnen Herkunftsgruppen gleichen in ihrer Verteilung der nach sozialem Schichtindex gesamt: Kinder aus Familien der unteren sozialen Schicht werden seltener zur Vorsorgeuntersuchung vorgestellt als Kinder aus Familien der mittleren oder oberen Schicht. Einzig die Familien türkischer Herkunft bilden hier eine Ausnahme: bei ihnen lässt sich so gut wie kein Unterschied in der Inanspruchnahme je nach sozialem Schichtindex erkennen.

Mit Blick auf mögliche Zugangswege mit dem Ziel, die Motivation für die Inanspruchnahme der Vorsorgemaßnahmen insbesondere im Kleinkindalter (U6 – U9) zu steigern, wird die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen auch danach differenziert, ob das Kind eine Betreuungseinrichtung besucht hat oder nicht bzw. nur sehr kurz (kürzer als ½ Jahr). Hier zeigt sich, dass Kinder, die nicht bzw. nur kurz in eine Kita gegangen sind, nur in knapp 50 % der Fälle einen vollständigen Vorsorgestatus (U6 – U9) aufweisen, wohingegen Kinder, die mindestens 6 Monate eine Einrichtung besucht haben, immerhin in rund 70 % der Fälle zu jeder U-Untersuchung vorgestellt wurden. Interessant ist hier auch die Betrachtung innerhalb der einzelnen Herkunftsgruppen. Für die Kinder deutscher Herkunft, die Kinder aus den ehemaligen Staaten des Ostblocks und aus den sonstigen Staaten ergibt sich ein der geschilderten Gesamtsituation ähnliches Bild, wenn auch das Ausmaß im Vergleich dieser Herkunftsgruppen deutlich schwankt. So stehen 53 % der Kinder deutscher Herkunft mit vollständigem Vorsorgestatus und ohne Kitabesuch 31 % der Kinder aus den ehemaligen Staaten des Ostblocks bzw. 34 % der Kinder aus den sonstigen Staaten gegenüber. Demgegenüber ergeben sich bei den Kindern türkischer Herkunft und den Kindern aus den westlichen Industriestaaten keinerlei Unterschiede bezüglich eines vollständigen Vorsorgestatus zwischen den Kindern mit und ohne Kitabesuch.

Die Auswertung der Daten zu den Vorsorgeuntersuchungen nach den ehemaligen Berliner Bezirken ist in Abbildung 5.4 wiedergegeben. Relativ hohe Anteile von Kindern mit vollständigem Vorsorgestatus (U1 – U9) mit knapp 80 % finden sich in den Bezirken Wilmersdorf, Zehlendorf, Charlottenburg und Hellersdorf, demgegenüber liegen die Anteile in Kreuzberg, Neukölln und Wedding nur um die 60 %. Als Ursachen sind einerseits die Verteilung des sozialen Schichtindex, andererseits der Anteil von Familien nichtdeutscher Herkunft in den jeweiligen Bezirken zu diskutieren.

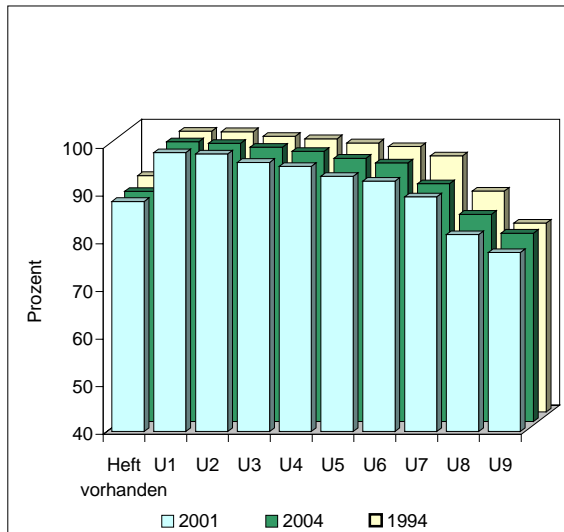
Abbildung 5.4:

Anteil an in Deutschland geborenen Kindern mit vollständigem Vorsorgestatus U1 bis U9 bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach den Bezirken (alte Bezirksstruktur)
- in % (n = 18.664)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Abbildung 5.5:
Anteil der in Deutschland geborenen Kinder bei den
Einschulungsuntersuchungen in Berlin 1994, 2001 und 2004
mit vollständigem Vorsorgestatus U1 - U9 und vorgelegtem
Untersuchungsheft
 - in %. Aus Darstellungsgründen sind die Jahre nicht
 chronologisch angeordnet. Die Zahlen von 1994 beziehen
 sich auf alle Kinder, da das Geburtsland hier noch nicht
 erhoben wurde.



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Beim Vergleich der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen über die Zeit (1994, 2001, 2004; Abb. 5.5) zeigt sich, dass sich die Verschlechterung der Inanspruchnahme von 1994 bis 2001 langsam wieder umgekehrt hat, auch wenn die Zahlen aus 1994 noch nicht wieder erreicht werden.

Zusammenfassung

Die Inanspruchnahme nimmt jenseits der ersten beiden Vorsorgeuntersuchungen und insbesondere ab der U6 deutlich ab. Als Gründe für die zu beobachtende Entwicklung sind zum einen eine zunehmende Sicherheit der Eltern in der Beurteilung ihrer Kinder jenseits des Säuglingsalters, zum anderen ein möglicherweise fehlendes Verständnis für den Nutzen der Untersuchungen bei augenscheinlich gesundem Kind zu diskutieren. Im Falle der U9 kommt noch hinzu, dass diese zeitlich relativ kurz vor der Einschulungsuntersuchung liegt, wodurch es zu einer „Konkurrenzsituation“ kommen mag und die Eltern auf die Teilnahme an der freiwilligen U9 zugunsten der verpflichtenden Einschulungsuntersuchung verzichten, um so einer vermeintlichen Doppeluntersuchung zu entgehen.

Ein insgesamt niedrigeres Inanspruchnahmeniveau jenseits der U2 ist bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozialen Schichtindex und bei Kindern nichtdeutscher Herkunft festzustellen. In beiden Fällen mag der Nutzen der Untersuchungen insbesondere bei gesundem Kind noch weniger bei den Eltern präsent sein. Zusätzlich sind kulturelle Einflüsse mit einem grundsätzlich anderen Verständnis von Prävention bei den Familien nichtdeutscher Herkunft zu diskutieren.

Mit Blick auf Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen sind die Betreuungseinrichtungen sicher ein möglicher Zugangsweg, der anscheinend auch schon in Teilen genutzt wird. So weisen die Kinder, die länger als ein Jahr in eine Kita gehen, in einem deutlich höheren Prozentsatz einen vollständigen Vorsorgestatus auf. Allerdings ist hierbei zu beachten, dass dies nicht für die Kinder türkischer Herkunft bzw. aus den westlichen Industrienationen gilt, was insbesondere für die türkischen Kinder als zusätzlicher Indikator eines kulturellen Einflusses gesehen werden kann.

Für die weitergehenden Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen wird auf das Kapitel 8 verwiesen.

5.2 Impfungen

Schutzimpfungen sind das klassische Beispiel für die Primärprävention von Krankheit sowohl auf der Individual- als auch auf der Bevölkerungsebene. Sie zählen zudem zu den effektivsten und kostengünstigsten Präventionsmaßnahmen. Durch die Impfungen konnten in den Industrienationen zahlreiche Infektionskrankheiten zurückgedrängt werden. Dies führt jedoch dazu, dass das Wissen um die Gefährlichkeit der Erkrankungen und die Bedeutung der Schutzimpfungen zunehmend aus dem Bewusstsein verschwindet. Insbesondere vor dem Hintergrund einer globalisierten Welt mit einer zunehmenden Migration und einer wachsenden Reisefreudigkeit der Menschen steigt jedoch das Risiko des Auftretens neuer und des Wiederaufflammens alter Infektionserkrankungen. Beispiele für Letzteres sind die Polioepidemie 1992 in den Niederlanden oder der dramatische Anstieg der Diphtherie in der ehemaligen UdSSR²².

Wie schon eingangs erwähnt, entfalten Schutzimpfungen ihre Wirkung nicht nur auf der Ebene des Individuums, sondern auch auf Bevölkerungsebene. Unter der so genannten Herdimmunität wird der Kollektivschutz der geimpften Bevölkerung verstanden, der das Auftreten von Epidemien verhindert und damit insbesondere auch die Personen schützt, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können, wie z. B. Schwangere oder Menschen mit einer angeborenen oder erworbenen Immunschwäche. Für diese Herdimmunität ist jedoch eine entsprechend hohe Durchimpfungsrate der Bevölkerung erforderlich, die je nach Krankheit unterschiedlich ist. Sie liegt für die Diphtherie bei ca. 80 %, für Mumps bei ca. 90 % und für Masern bei 92 % bis 95 %²³. Im Rahmen des europäischen WHO-Programms wird aktuell die Steigerung der Durchimpfungsrate gegen Masern auf über 95 % und damit die Elimination bis zum Jahr 2010, die Elimination der Röteln bis 2010 sowie die Kontrolle der Rötelnembryopathie (< 1 Fall / 100.000 Lebendgeborene) angestrebt²⁴.

Der zeitliche Schwerpunkt der Schutzimpfungen liegt im frühen Kindesalter. In den ersten zwei Lebensjahren werden Kinder nach den gültigen Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut gegen zehn Infektionskrankheiten grundimmunisiert (hier ist bereits die Varizellenimpfung enthalten, die jedoch erst seit 2004 für alle Kinder empfohlen ist und daher für den vorliegenden Bericht noch nicht relevant ist). Die

Tabelle 5.2:
Impfkalender für Säuglinge und Kinder in der Bundesrepublik Deutschland nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut für die Jahre 1998/1999

<i>Empfohlenes Impfalter</i>	<i>Empfohlene Impfungen gegen</i>
3. Lebensmonat	Tetanus, Pertussis, Diphtherie, Haemophilus influenzae Typ B (Hib), Poliomyelitis, Hepatitis B (1. Dosis)
4. Lebensmonat	Tetanus, Pertussis, Diphtherie (2. Dosis)
5. Lebensmonat	Tetanus, Pertussis, Diphtherie (3. Dosis) Hib, Poliomyelitis, Hepatitis B (2. Dosis)
12.-15. Lebensmonat	Tetanus, Pertussis, Diphtherie (4. Dosis) Hib, Poliomyelitis, Hepatitis B (3. Dosis) Mumps, Masern, Röteln (1. Dosis)
5.-6. Lebensjahr	Mumps, Masern, Röteln (2. Dosis) Auffrischung gegen Tetanus, Diphtherie

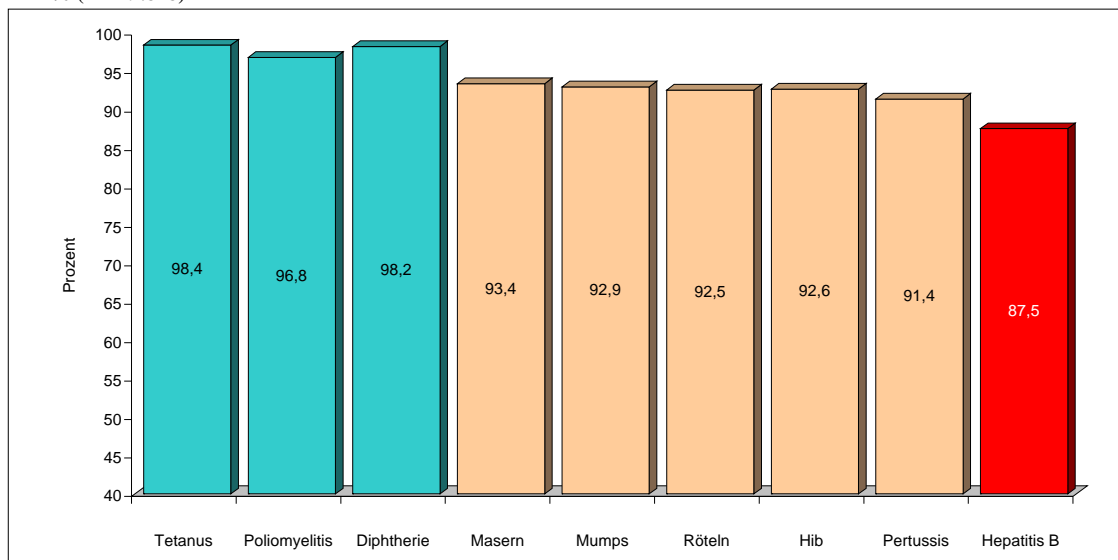
(Datenquelle: RKI / Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Empfehlungen der STIKO werden in regelmäßigen Abständen aktualisiert. Sie haben keinen verpflichtenden Charakter für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen (§ 20 (2) SGB V). Die Kassen folgen jedoch im Allgemeinen den Empfehlungen und nehmen die entsprechenden Impfungen in ihren Leistungskatalog auf. Die Tabelle 5.2 gibt einen Überblick über die regulären Impftermine gemäß den STIKO-Empfehlungen, die in dem Zeitraum 1998/1999, also zum Zeitpunkt der Geburt der hier untersuchten Einschülerinnen und Einschüler, gültig waren.

Wie in dem Kapitel 9.1 (Material und Methoden) ausgeführt, beruhen die im Folgenden berichteten Daten zum Impfstatus der Einschüler/innen auf den Daten der Kinder, für die bei der ESU ein Impfpass vorgelegt wurde. Da davon auszugehen ist, dass der Impfstatus bei den Kindern, bei denen kein Impfpass vorlag, schlechter sein wird²⁵, ist zu beachten, dass die Raten bezogen auf alle Kinder dieses Alters entsprechend niedriger zu veranschlagen sind (vgl. auch Kapitel 9.1.4).

In der Abbildung 5.6 sind die Anteile der Kinder mit vollständiger Grundimmunisierung gegen die jeweiligen Erkrankungen zum Zeitpunkt der ESU aufgezeigt. Während die Durchimpfungsraten gegen Tetanus, Poliomyelitis und Diphtherie mit rund 97 % bis 98 % ausreichend hoch sind, liegen die Raten für die übrigen Impfungen mit Anteilen zwischen 87,5 % (Hepatitis B) und 93,4 % (Masern) in einem Bereich, der unterhalb der angestrebten Durchimpfungsraten liegt.

Abbildung 5.6:
Anteil der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 mit vollständigem Impfstatus bezogen auf die jeweilige Impfung
- in % (n = 19.818)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Betrachtet man darüber hinaus den Impfstatus der Kinder insgesamt, so weisen 20 % der Kinder einen unvollständigen Impfstatus bezogen auf alle empfohlenen Impfungen auf. Allerdings ist der Anteil der Kinder ohne eine einzige vollständige Grundimmunisierung mit 0,9 % sehr gering.

Die Impfraten unterscheiden sich nicht zwischen den Geschlechtern, weder in Bezug auf die Einzelimpfungen, noch mit Blick auf die Vollständigkeit des Impfstatus insgesamt und auch nicht in den einzelnen Herkunftsgruppen.

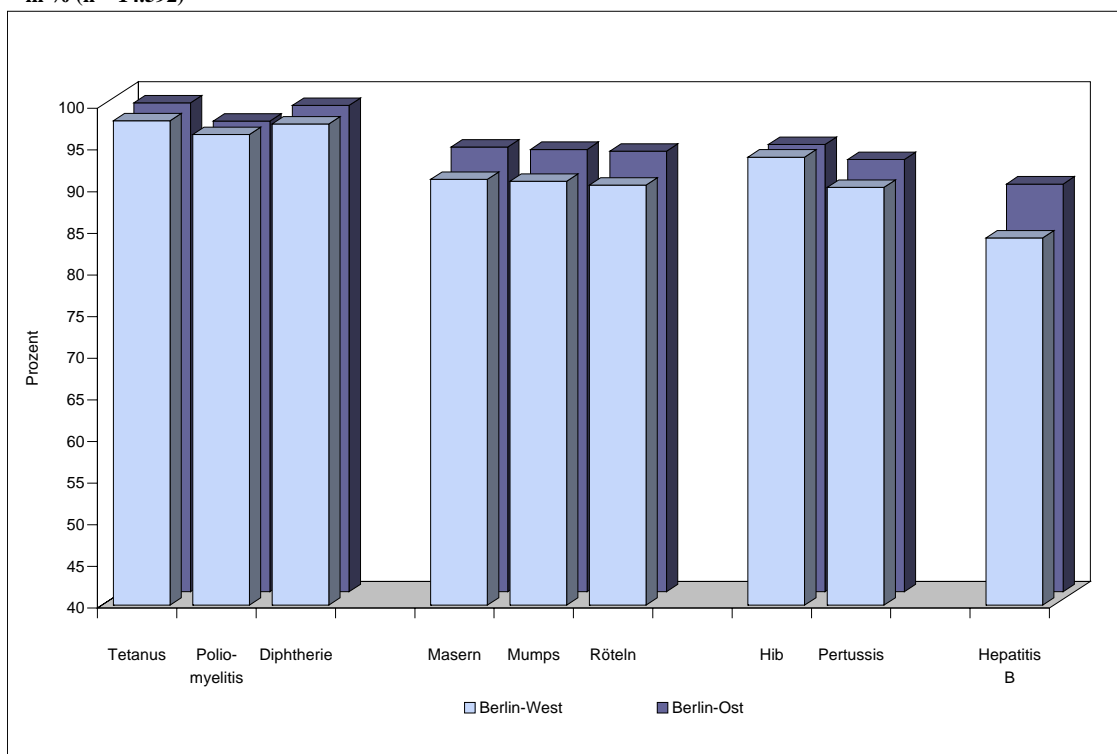
Hingegen zeigen sich bei der Differenzierung nach dem sozialen Schichtindex wie erwartet zum Teil erhebliche Unterschiede. Keine relevanten Unterschiede zwischen den Schichten gibt es bei Tetanus und Poliomyelitis. Tendenziell niedrigere Durchimpfungsraten in der oberen Schicht sind für Diphtherie, Pertussis und Hib zu beobachten. Auch hier fällt vor allem der höhere Anteil der nicht geimpften Kinder auf: So sind beispielsweise 281 Kinder aus der oberen Schicht gar nicht gegen Pertussis geimpft, denen lediglich 52 Kinder aus der unteren Schicht gegenüber stehen. Sehr deutliche und relevante Unterschiede zeigen sich jedoch bei den Impfungen gegen Mumps, Masern, Röteln und Hepatitis B. Während rund 12 % der Kinder aus der oberen sozialen Schicht nicht gegen Mumps, Masern oder Röteln geimpft sind, sind es in der unteren Schicht lediglich 4 %. Für die Hepatitis B-Impfung liegen die entsprechenden Anteile bei rund 15 % (obere Schicht) bzw. rund 3 % (untere

Schicht). Diese Diskrepanz spiegelt sich auch in dem Anteil der Kinder mit inkompletten Impfstatus wieder. Er beträgt rund 26 % bei Kindern aus Familien der oberen Schicht und 17 % bei Kindern aus Familien der unteren Schicht.

Auch bei der Betrachtung nach Herkunftsgruppen fallen bedeutsame Unterschiede bei einzelnen Impfungen auf. Eine bekannte Besonderheit sind die unterschiedlichen Impfraten der Kinder deutscher Herkunft in Abhängigkeit vom Wohnort der Familie in ehemaligen West- bzw. Ostbezirken von Berlin. Die Raten liegen bei Familien in den östlichen Bezirken generell höher, relevante Unterschiede zeigen sich jedoch hauptsächlich für die Impfungen gegen Mumps, Masern, Röteln, Pertussis und Hepatitis B (vgl. Abb. 5.7).

Abbildung 5.7:

Anteil der Kinder deutscher Herkunft bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Impfstatus und Wohnort - in % (n = 14.592)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

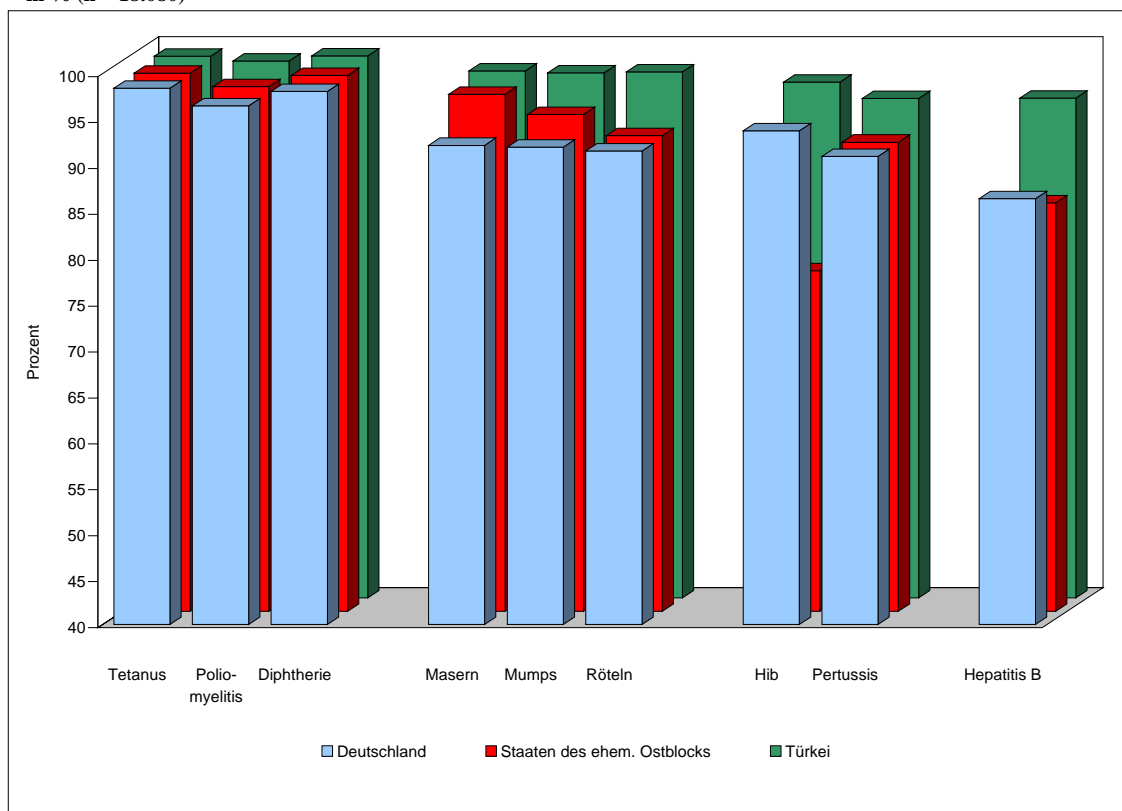
Bei der Analyse über alle Herkunftsgruppen haben die Kinder türkischer Herkunft durchgehend die besten Impfraten, die Kinder aus den westlichen Berliner Bezirken und die Kinder aus den westlichen Industriestaaten weisen bei den meisten Impfungen die niedrigsten Raten auf (vgl. auch Abb. 5.8). Für die Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus und Polio ergeben sich keine relevanten Unterschiede, in der Tendenz gilt aber auch hier das oben gezeichnete Bild. Für die Impfungen gegen Pertussis sowie Mumps, Masern und Röteln beträgt die Spanne zwischen der höchsten und der niedrigsten Impfrate 5 % - 6 %, wobei das Niveau bei Pertussis insgesamt niedriger liegt (89 - 94 % gegenüber Mumps/Masern/Röteln 91 % - 97 %). Die deutlichsten Unterschiede finden sich bei den Impfungen gegen Hepatitis B und Hib. Gegen Hepatitis B sind lediglich 84 % der Kinder deutscher Herkunft (Wohnort West-Berlin), aber 95 % der Kinder türkischer Herkunft ausreichend immunisiert. Die mit Abstand größte Differenz sieht man bei der Impfung gegen Hib. So haben lediglich 77 % der Kinder aus den ehemaligen Staaten des Ostblocks eine vollständige Grundimmunisierung gegen Hib erhalten, dem ein Anteil von 96 % bei den türkischen Kindern gegenüber steht. Differenziert man die Kin-

der osteuropäischer Herkunft allerdings danach, ob sie in Deutschland geboren wurden, so zeigt sich, dass die niedrige Rate durch die Kinder, die nicht in Deutschland geboren wurden, bedingt ist. Bei den hier geborenen Kindern beträgt der Anteil Durchimmunisierter gegen Hib hingegen 93 % und entspricht damit der Rate der Kinder deutscher Herkunft.

Bei der Betrachtung der Anzahl der vollständigen Impfungen nach Herkunft fällt auf, dass das Niveau im Vergleich zu den Einzelimpfungen deutlich niedriger liegt (9 komplette Impfungen: Deutschland/ Wohnort Berlin-West 78 %, Türkei 88 %), wobei die Verteilung zwischen den Herkunftsgruppen gleich bleibt. Addiert man jedoch die Anteile der Kinder hinzu, bei denen lediglich eine Impfung nicht vollständig ist, so steigt das Niveau deutlich an (Deutschland/ Wohnort Berlin-West 88 %, Türkei 95 %).

Abbildung 5.8:

Anteil der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Impfstatus und Herkunft
- in % (n = 18.080)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Die Unterschiede bezogen auf die Impfraten nach der Zugehörigkeit zu den sozialen Schichten sind innerhalb der Herkunftsgruppen unterschiedlich stark ausgeprägt. So finden sich bei den Kindern aus den ehemaligen Staaten des Ostblocks keine signifikanten Unterschiede zwischen den sozialen Schichten. Auch bei den Kindern türkischer Herkunft und aus der Gruppe der sonstigen Staaten sind die Unterschiede zwischen den sozialen Schichten eher gering. Bei beiden Herkunftsgruppen sind die Kinder aus der oberen Schicht in einem geringeren Maße gegen Mumps, Masern, Röteln sowie Hepatitis B immunisiert, wobei das Niveau z. B. bei den Kindern türkischer Herkunft mit einem Anteil von 93 % gegen Mumps, Masern, Röteln geimpfter Kinder in der oberen Schicht trotzdem noch recht hoch ist. Aufgrund der geringen Fallzahlen in der Gruppe der Kinder aus den westlichen Industriestaaten zeigen sich hier bis auf die Hepatitis B-Impfung (obere Schicht 80 %, untere Schicht 93 % vollständig Immunisierte gegen Hepatitis B) keine signifikanten Unterschiede bezogen auf die soziale Schicht. In der Tendenz zeigt sich aber das bekannte Bild mit schlechteren Impfraten in der obe-

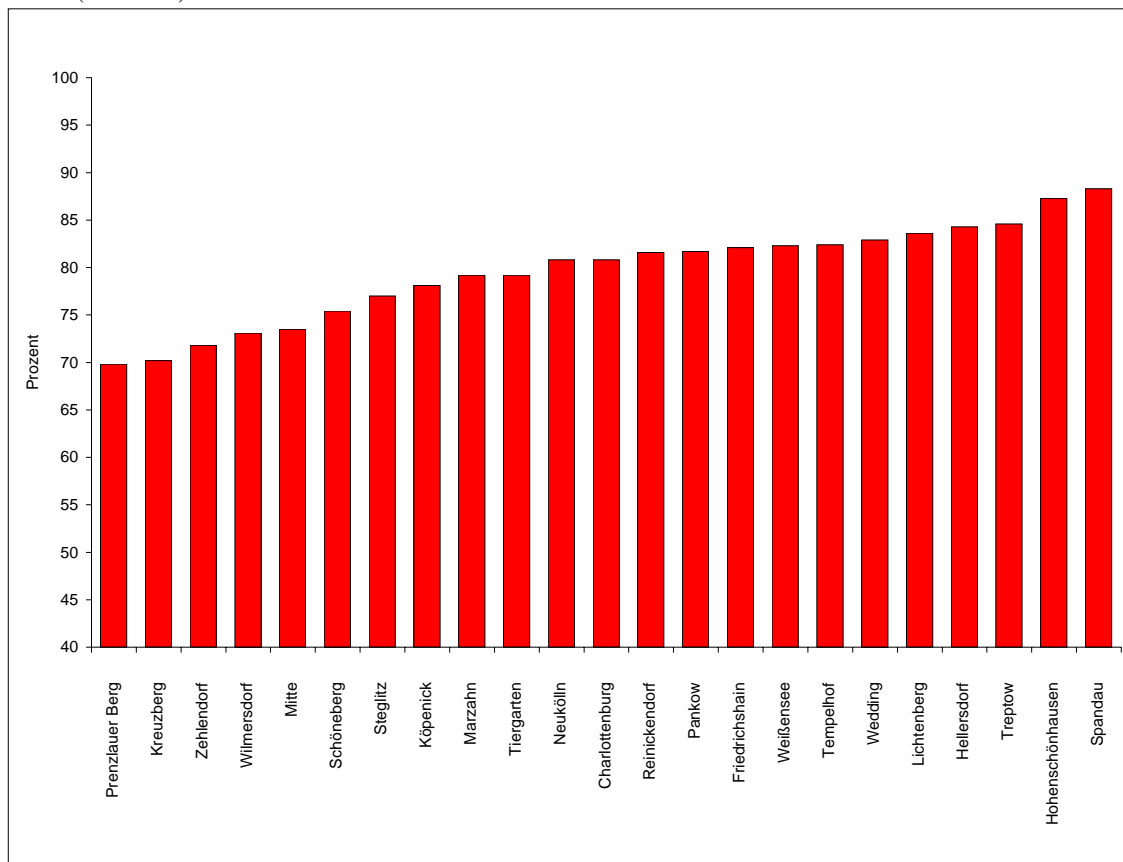
ren sozialen Schicht. Für die Kinder deutscher Herkunft zeigen sich schichtabhängig relevante Unterschiede für die Impfungen gegen Pertussis, Mumps, Masern, Röteln, Hib und Hepatitis B, wobei die Kinder der oberen sozialen Schicht jeweils einen niedrigeren Anteil Durchgeimpfter aufweisen. Das Niveau liegt bei den Kindern, die in West-Berlin wohnen, zudem deutlich unter dem der Kinder aus Ost-Berlin. So sind z. B. lediglich 77 % der Kinder aus der oberen Schicht in West-Berlin gegen Hepatitis B geimpft (untere Schicht 91 %), denen 85 % aus der oberen Schicht in Ost-Berlin gegenüber stehen (untere Schicht 89 %, mittlere Schicht 91 %).

Wie auch bei den Vorsorgeuntersuchungen stellt der Kitabesuch einen möglichen Zugangsweg für Maßnahmen zur Verbesserung des Impfstatus dar. Bei der entsprechenden Analyse des Impfstatus nach Dauer des Kitabesuchs zeigt sich, dass die Durchimpfungsraten mit steigender Dauer des Kitabesuchs generell besser sind, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß. Die geringsten Unterschiede finden sich wie zu erwarten bei den Impfungen gegen Tetanus, Poliomyelitis und Diphtherie: hier betragen die Unterschiede zwischen Kindern, die maximal sechs Monate in die Kita gegangen sind versus Kinder, die länger als zwei Jahre in der Betreuungseinrichtung waren, rund 3 %. Am größten sind die Unterschiede bei Hib und Hepatitis B mit 11 % bzw. 8 %. Allerdings ist hierbei erneut zu beachten, dass Kinder, die nicht in Deutschland geboren sind, hier mit eingehen und damit das Bild verzerren. Schließt man hingegen alle Kinder aus, die kürzer als 2 Jahre in Deutschland leben, sinken die Unterschiede auf rund 5 %. Bei der Vollständigkeit des Impfstatus insgesamt zeigt sich, dass Kinder, die länger als 2 Jahre in eine Kita gegangen sind, zu 81 % alle empfohlenen Impfungen wahrgenommen haben, wohingegen dieser Anteil bei den Kindern, die weniger als ein halbes Jahr in einer Betreuungseinrichtung waren (aber gleichzeitig mindestens seit 2 Jahren in Deutschland leben), nur 73 % beträgt.

Eine weitere Möglichkeit, die Eltern über das Impfen zu informieren, bieten die Vorsorgeuntersuchungen, anlässlich derer der Kinderarzt zudem den Impfstatus genau überprüfen und ggf. auch noch ausstehende Impfungen nachholen kann. Generell kann vorweg genommen werden, dass bei den Kindern, die zu allen neun Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt wurden, der Anteil der Kinder mit kompletten Grundimmunisierungen höher ist als bei den Kindern, bei denen Vorsorgeuntersuchungen versäumt wurden. Wie zu erwarten, sind die Unterschiede für die ohnehin gut angenommenen Impfungen Tetanus, Diphtherie und auch Poliomyelitis mit 2-3 % gering. Aber auch für Mumps, Masern, Röteln und Hib liegen die Unterschiede mit 3-4 % in einem ähnlichen Bereich und auch für Hepatitis B und Pertussis sind die Unterschiede mit 5 % bzw. 6 % nicht viel höher. Sehr deutlich ist allerdings der Unterschied, wenn man den Impfstatus bezogen auf alle empfohlenen Impfungen insgesamt ansieht: von den Kindern, die nicht alle Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen haben, sind lediglich 75 % gegen alle entsprechenden Krankheiten grundimmunisiert, wohingegen 85 % der Kinder mit komplettem Vorsorgestatus auch komplett grundimmunisiert sind.

Abbildung 5.9:

Anteil der Kinder mit komplettem Impfstatus für alle empfohlenen Impfungen bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach den Bezirken (alte Bezirksstruktur)
- in % (n = 19.725)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Betrachtet man den Anteil der Kinder mit komplettem Impfstatus gemessen an den von der STIKO öffentlich empfohlenen Impfungen nach den einzelnen Bezirken Berlins, so ergibt sich ein sehr gemischtes Bild (Abb. 5.9). So liegt entgegen der Erwartung mit Prenzlauer Berg ein ehemals östlicher Bezirk am unteren Ende der Skala mit einem Anteil von knapp 70 % Kinder mit kompletter Durchimpfung. An den nachfolgenden Stellen liegen Kreuzberg, Zehlendorf und Wilmerdorf mit 70 % bis 73 % direkt nebeneinander. Demgegenüber liegt der Anteil am anderen Ende der Skala in Hellersdorf, Treptow und Hohenschönhausen mit 84 % bis 87 % um gut 10 Prozentpunkte höher. Hier fällt Spandau positiv auf mit dem höchsten Anteil komplett durchgeimpfter Kinder von 88 %.

Zusammenfassung

Es ergeben sich deutliche Unterschiede im Impfstatus je nach Art der Impfung, sozialer Schicht, Herkunft und den Bezirken Berlins. Keine Unterschiede zeigen sich bei der Analyse nach Geschlecht.

Die Immunisierungsraten sind gegenüber Tetanus, Diphtherie und Poliomyelitis mit über 95 % sowohl insgesamt als auch in allen untersuchten Subgruppen als ausreichend hoch einzustufen. Dies mag daran liegen, dass die Schwere bzw. die mögliche Lebensbedrohlichkeit der jeweiligen Erkrankungen allgemein bekannt sind und damit auch der Nutzen der Impfungen entsprechend nicht in Frage gestellt wird. Dagegen ist der Impfstatus gegenüber Pertussis, Mumps, Masern, Röteln, Hib sowie Hepatitis B generell bzw. in bestimmten Subgruppen nicht ausreichend oder weist deutliche Defizite auf, obwohl alle diese Impfungen zum Zeitpunkt der Geburt der untersuchten Kinder bereits öffentlich empfohlen waren.

Allgemein nimmt die Durchimpfungsrate von der unteren zur oberen sozialen Schicht hin ab. Dieser Zusammenhang ist bereits bekannt und im Wesentlichen auf eine in der oberen Schicht verbreitete Impfskepsis bzw. Impfgegnerschaft zurückzuführen, die insbesondere mit einem höheren Bildungsstand der Eltern assoziiert ist. Daneben spielt auch die jeweilige Tradition eine wichtige Rolle. So können die oft besseren Impfraten in den östlichen Bezirken von Berlin möglicherweise darauf zurückgeführt werden, dass aufgrund der Historie (Impfpflicht in der ehemaligen DDR) Impfungen und ihr Nutzen generell weniger in Frage gestellt werden. Die Kinder türkischer Herkunft weisen durchweg deutlich bessere Raten als die Kinder deutscher Herkunft auf und die Unterschiede zwischen den sozialen Schichten sind geringer ausgeprägt.

Die Auswertungen hinsichtlich der Durchimpfungsraten je nach Inanspruchnahme von Betreuungseinrichtungen und Vorsorgeuntersuchungen betonen die Wichtigkeit dieser Zugangswege. Empfehlungen und Schlussfolgerungen zur Steigerung der Durchimmunisierungsraten finden sich darüber hinaus in allen drei in Kapitel 8 dargestellten Settings Familie, Sozialraum und Kita.

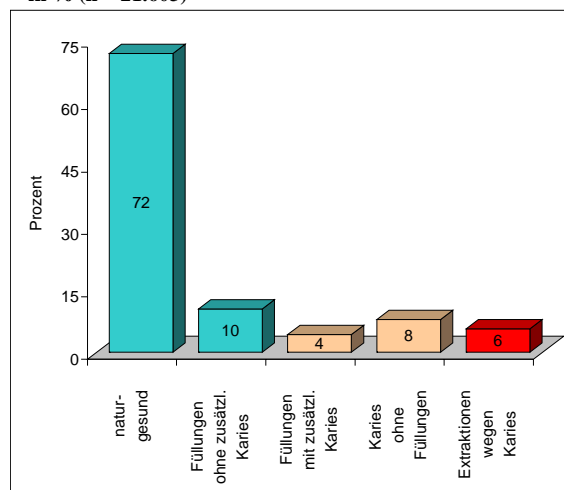
5.3 Zahngesundheit

Nach § 26 Abs. 1 Satz 2 des SGBV haben gesetzlich krankenversicherte Kinder bis zum 6. Lebensjahr Anspruch auf insgesamt drei Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Die erste Untersuchung soll im 3. Lebensjahr (30. Lebensmonat) stattfinden. Daneben ist im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen zum Zeitpunkt der U7 (2. Lebensjahr) eine Inspektion des kindlichen Gebisses explizit vorgesehen.

Dem gesunden kindlichen Milchgebiss kommt in mehrfacher Hinsicht eine wichtigere Rolle zu als oft gemeinhin angenommen. So wird der Pflege des Milchgebisses in der Bevölkerung zum Teil deswegen weniger Aufmerksamkeit geschenkt, weil es im Grundschulalter durch das bleibende Gebiss ersetzt wird. Es wird übersehen, dass das Gebiss neben der Kaufunktion auch für eine fehlerfreie Aussprache (z. B. Lispeln nach frühem Verlust der oberen Schneidezähne) und als Platzhalter für das bleibende Gebiss wichtig ist. Dabei kommt der Etablierung der Zahnpflege bereits im Kleinkindalter eine wichtige Bedeutung zu. Zwar zeigte sich in einer Untersuchung zur Oralhygiene im Kleinkindalter, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Zahnpflege und der späteren Karieshäufigkeit im Kleinkindalter nachzuweisen war²⁶, dem frühzeitigen Beginn eines adäquaten Pflegeverhaltens kommt jedoch im Sinne einer erlernten Routine eine wichtige Bedeutung für das Zahnpflegeverhalten im Schulkind- und Erwachsenenalter zu. Vor diesem Hintergrund wird der im Rahmen der ESU erhobene Gebisszustand zur Einschätzung der Güte der Zahnpflege im Sinne eines Gesundheitsverhaltens analysiert. Dabei steht der Begriff Zahnpflege in diesem Zusammenhang sicher nicht allein für ein adäquates Zahnputzverhalten, sondern schließt im Sinne eines erweiterten Begriffs sowohl eine zahngesunde Ernährung (Verzicht auf übermäßigen Zuckerkonsum z. B. im frühen Kleinkindalter) als auch die Einleitung von Sanierungsmaßnahmen bei eingetretener Karies mit ein.

Für den Gebisszustand, wie er bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin erhoben wird, ergibt sich das in der Abbildung 5.10 dargestellte Bild. Mit 82 % verfügt demnach die Mehrheit der

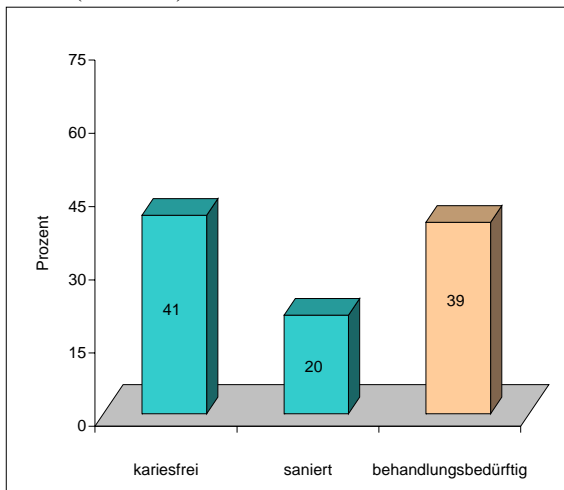
Abbildung 5.10:
Gebisszustand der Kinder bei der
Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004
- in % (n = 21.603)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - II A -)

Einschüler/innen über ein naturgesundes oder zumindest adäquat versorgtes Gebiss („Füllungen ohne Karies“). Umgekehrt liegt jedoch bei 18 % ein Gebiss vor, das nicht ausreichend versorgt ist („Füllungen mit Karies“, „Karies ohne Füllungen“) bzw. bei dem aufgrund von Karies Extraktionen vorgenommen werden mussten oder Zähne bis auf die Gingiva abgefault sind.

Abbildung 5.11:
Zahnzustand der Erstklässler/innen bei der Untersuchung durch den ZÄD in Berlin Schuljahr 2004/2005 - in % (n = 24.584)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - II A -)

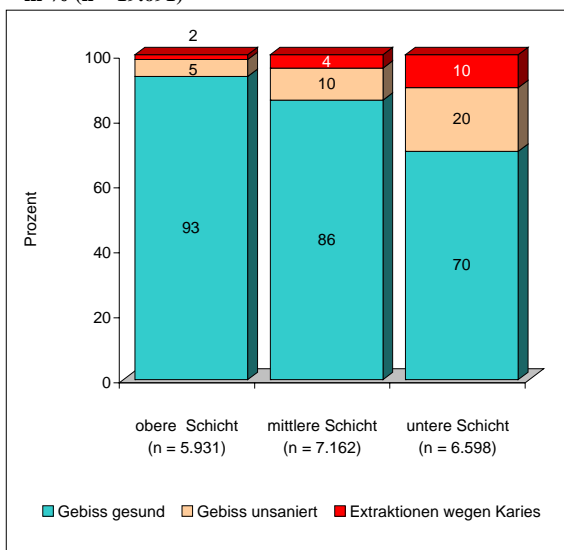
Stellt man diesen Zahlen die Ergebnisse der Untersuchung der Erstklässler/innen des Schuljahres 2004/2005 des Zahnärztlichen Dienstes (ZÄD)²⁷ gegenüber (Abb. 5.11), so zeigt sich, dass, wie zu erwarten, die ESU-Daten die tatsächliche Kariesprävalenz unterschätzen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass ein Vergleich der Daten der beiden Erhebungen aufgrund der verschiedenen zugrunde liegenden Erfassungsinstrumente und Zielsetzungen nur mit Einschränkungen möglich ist (vgl. Kapitel 9.1.4).

Bei der Untersuchung der Erstklässler/innen liegt der Anteil der Kinder mit kariesfreiem Gebiss lediglich bei 41 %, ein saniertes Gebiss, d. h. adäquat behandelte Karies unter Einschluss von Sanierung durch Zahnextraktion, haben 20 % der Kinder und ein sanierungsbedürftiges Gebiss weisen 39 % der Erstklässler/innen auf. Fasst man jedoch die Anteile der Kinder mit kariesfreiem Gebiss und saniertem Gebiss zusammen und stellt

sie der entsprechenden Gruppe „naturgesund/mit Füllungen ohne zusätzliche Karies“ aus der ESU gegenüber, so ergeben sich zumindest ähnlichere Größenordnungen (61 % bei den Erstklässlern/Erstklässlerinnen versus 82 % bei den Einschülern/Einschülerinnen). Angesichts der beschriebenen Diskrepanz ist es wichtig noch einmal zu betonen, dass die Untersuchung des Gebisszustandes im Rahmen der ESU die zahnärztliche Untersuchung weder ersetzen kann noch will, sondern dass es

darum geht, den Gebisszustand bewusst aus der Laienperspektive als Parameter eines Gesundheitsverhaltens (nämlich der Zahnpflege) zu erfassen. Da bei der Untersuchung der Erstklässler/innen aus organisatorischen Gründen (Dokumentation, keine Anwesenheit der Eltern) keine weiteren personenbezogenen Angaben wie z. B. Herkunft erfasst werden, muss im Weiteren auf einen Vergleich der Daten verzichtet werden.

Abbildung 5.12:
Gebisszustand der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach sozialem Schichtindex - in % (n = 19.691)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - II A -)

Bei der Betrachtung der ESU-Daten nach Geschlecht ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede. Tendenziell ist der Anteil der Jungen mit einem versorgten Gebiss mit rund 81 % etwas niedriger als der der Mädchen (84 %).

Wie erwartet zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede bei der Differenzierung nach sozialem Schichtindex (Abb. 5.12). So nimmt der Anteil der Kinder mit versorgtem Gebiss von der oberen zur unteren Schicht von 93 % bis auf 70 % deutlich ab. Umgekehrt liegt der Anteil an Kindern, bei

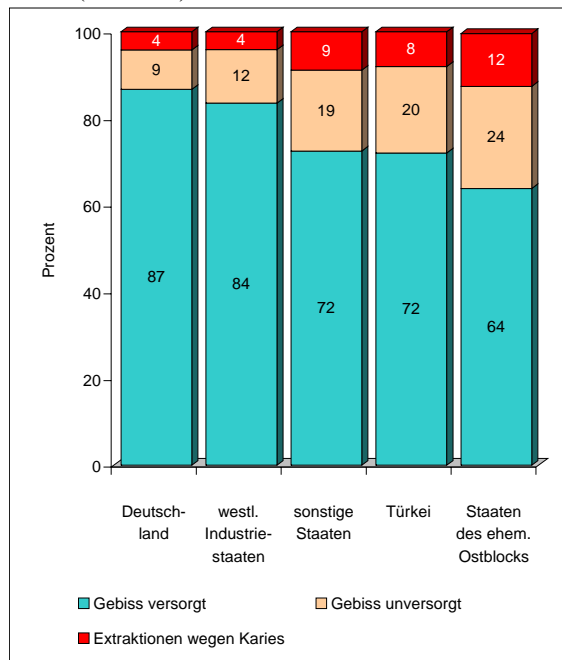
denen Extraktionen aufgrund von Karies vorgenommen wurden, bei der oberen (2 %) im Vergleich zur unteren Schicht (10 %) um das Fünffache höher.

Auch bei der Differenzierung nach Herkunft sind z. T. große Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen zu beobachten (Abb. 5.13). Während die Kinder deutscher Herkunft und aus den westlichen Industriestaaten mit 87 % bzw. 84 % zu einem relativ großen Prozentsatz über ein versorgtes Gebiss verfügen, nimmt dieser Anteil bei den Kindern türkischer Herkunft bzw. aus den sonstigen Staaten auf 72 % deutlich ab und erreicht bei den Kindern aus den Staaten des ehemaligen Ostblocks gerade einmal 64 %. Damit ist der Anteil der Kinder mit einem unversorgten Gebiss bzw. Extraktionen aufgrund von Karies bei den Kindern aus den ehemaligen Staaten des Ostblocks dreimal so groß wie bei den Kindern deutscher Herkunft. Bei der Herkunftsgruppe der osteuropäischen Kinder macht es im Gegensatz zu anderen Aspekten wie z. B. den Sprachkenntnissen (vgl. Kapitel 3) keinen Unterschied, ob die Kinder in Deutschland geboren sind bzw. wie lange sie schon in Deutschland leben.

Betrachtet man die Zahngesundheit nach sozialem Schichtindex innerhalb der einzelnen Herkunftsgruppen, so zeigt sich bei allen das bereits bekannte Bild, dass von der oberen zur unteren Schicht der Anteil der Kinder mit einem unversorgten Gebiss zunimmt. Allerdings ist das Ausmaß der Unterschiede zwischen den Schichten nicht in allen Herkunftsgruppen gleich groß. So ist der Unterschied bei den Kindern türkischer Herkunft am geringsten (Anteil der Kinder mit unversorgtem Gebiss/ Extraktionen wegen Karies in der oberen Schicht 19 %, in der unteren Schicht 30 %), bei den Kindern aus den ehemaligen Staaten des Ostblocks hingegen am größten (Anteil der Kinder mit unversorgtem Gebiss/ Extraktionen wegen Karies in der oberen Schicht 19 %, in der unteren Schicht 45 %).

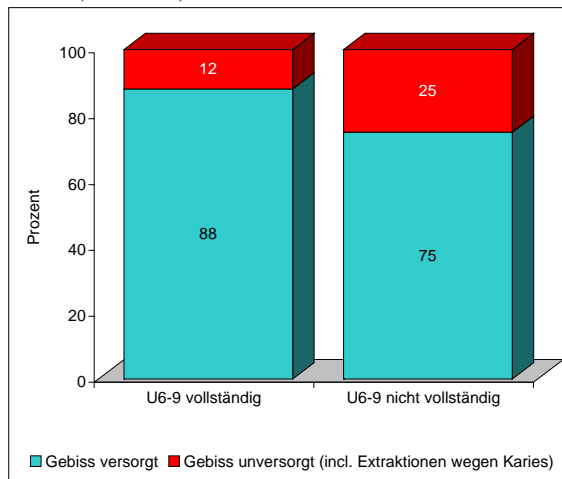
Auch bei der Analyse bezüglich der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen ergeben sich Unterschiede in dem Zustand des Gebisses. Der Fokus liegt hierbei auf der U6 bis U9 (erster Zahndurchbruch in der Regel zwischen 6. und 8. Lebensmonat; Gebissinspektion durch den Kinderarzt/ die Kinderärztin bei der U7). So wurde ein Viertel der Kinder mit einem unversorgten Gebiss nicht vollständig zur U6 bis U9 vorgestellt, wohingegen dieser Anteil bei den Kindern mit einem versorgten Gebiss bei rund einem Achtel lag (Abb. 5.14; in dem Anteil der Kinder mit unversorgtem Gebiss sind in dieser Abbildung auch die Kinder mit Extraktionen wegen Karies enthalten).

Abbildung 5.13:
Gebisszustand der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunft - in % (n = 21.506)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - II A -)

Abbildung 5.14:
Anteil vollständiger Vorsorgeuntersuchungen (U6 - U9) bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Gebisszustand der Kinder - in % (n = 19.084)

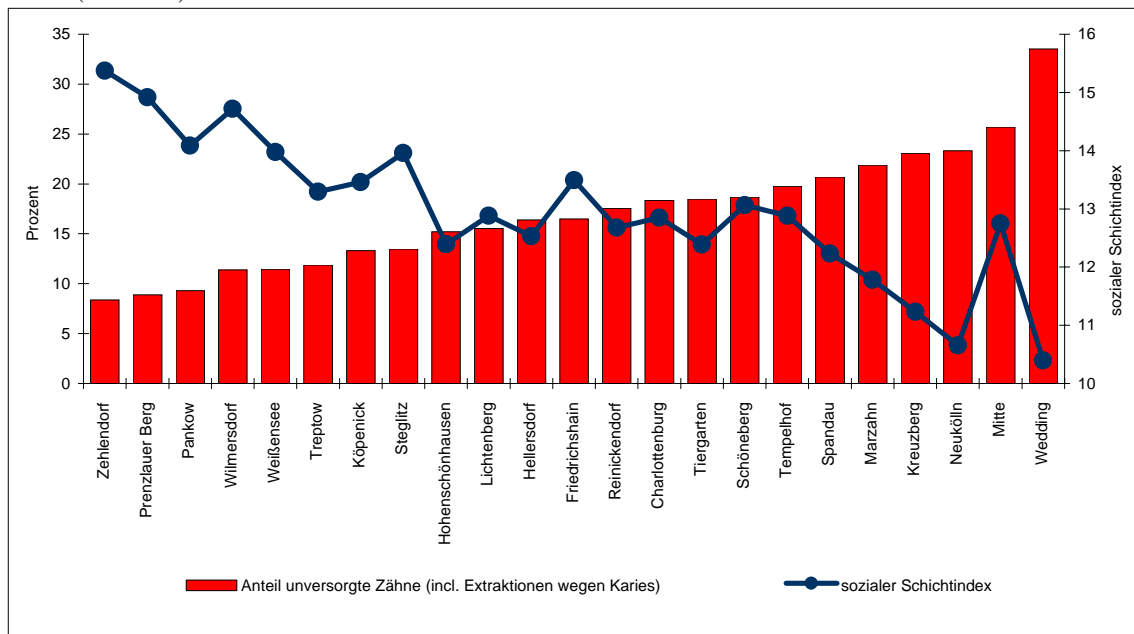


(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - II A -)

Bei der Auswertung bezogen auf den Besuch einer Betreuungseinrichtung zeigt sich, dass die Kinder, die nicht oder nur kurz in eine Kita gegangen sind, in einem etwa doppelt so hohen Anteil ein unversorgtes Gebiss (25 %) bzw. Extraktionen wegen Karies (13 %) aufweisen, als die Kinder mit einem Kitabesuch größer ½ Jahr (11 % bzw. 5 %).

Abbildung 5.15:

Zusammenhang zwischen dem sozialen Schichtindex der Kinder in den Bezirken (Mittelwerte) und Anteil an Kindern mit unversorgten Zähnen bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 (alte Bezirksstruktur)
- in % (n = 21.496)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - II A -)

Bei der Verteilung auf der Bezirksebene zeigt sich, dass der Anteil der Kinder mit unversorgtem Gebiss mit Ausnahme des Bezirks Mitte im Wesentlichen umgekehrt proportional dem sozialen Schichtindex verläuft (Abb. 5.15). So sind die Anteile in Zehlendorf, Prenzlauer Berg und Pankow mit unter 10 % am niedrigsten, dagegen in Kreuzberg, Neukölln, Mitte und Wedding mit bis zu 34 % am höchsten.

Dieser prinzipielle Zusammenhang zwischen Sozialstruktur und Zahngesundheit wird auch durch die sozialraumbezogene Auswertung der Daten der Erstklässler/innen nach Bezirken (neue Bezirksstruktur) unter Einbeziehung der Sozialstruktur der Bezirke nach dem Berliner Sozialstrukturatlas gestützt (nicht bildlich dargestellt).

Zusammenfassung

Für die zusammenfassende Betrachtung und Interpretation der Ergebnisse im Sinne des Gesundheitsverhaltens „Zahnpflege“ werden die Anteile der Kinder mit unsaniertem Gebiss und der Kinder mit Extraktionen wegen Karies zu einer Gruppe zusammengefasst. Danach findet sich in 18 % der Fälle bei Berliner Einschülern und Einschülerinnen ein Gebiss, welches auch für den Laien erkennbar nicht ausreichend gepflegt bzw. versorgt wurde. Während sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern ergeben, zeigen sich deutliche Disparitäten je nach sozialer Schicht und soziokultureller Herkunft der Kinder. So nimmt der Anteil von Kindern mit nicht ausreichend gepflegtem Gebiss von der oberen zur unteren Schicht deutlich von 7 % auf 30 % zu, wobei hier neben der eigentlichen Pflege sicher auch der Ernährung, insbesondere dem Konsum zuckerhaltiger Getränke und Speisen, eine wichtige Rolle zukommt.

Auch zwischen den einzelnen Herkunftsgruppen zeigen sich deutliche Unterschiede, bei denen kulturelle Einflüsse wie z. B. das Ernährungsverhalten, aber auch die Einstellung zur Zahnpflege als wesentliche Einflussfaktoren zu diskutieren sind. So findet sich der größte Anteil der Kinder mit einem unzureichend gepflegten Gebiss in der Gruppe der Kinder aus den ehemaligen Staaten des Ostblocks (36 %) und zwar unabhängig davon, ob diese Kinder in Deutschland geboren wurden bzw. wie lange sie schon in Deutschland leben. Darüber hinaus ist ihr Anteil in der oberen Schicht ihrer Herkunftsgruppe mit 19 % fast viermal so hoch wie bei den Kindern aus der oberen Schicht deutscher Herkunft (5 %). Bei den Kindern türkischer Herkunft sind die Unterschiede zwischen den sozialen Schichten am geringsten, was ebenfalls für eine kulturelle Prägung des Verhaltens sprechen könnte.

Wie auch schon bei den Vorsorgeuntersuchungen und dem Impfstatus kommt dem Besuch einer Betreuungseinrichtung auch mit Blick auf die Zahngesundheit die Bedeutung eines möglichen Zugangsweges für Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu. Im Falle der Zahngesundheit ist dieser Stellenwert möglicherweise noch höher, da die tägliche Zahnpflege als Gesundheitsverhalten in den Tagesablauf der Kita integriert werden kann und damit unabhängig von der Initiative der Eltern zu Hause ist. Die Ergebnisse bestätigen diese Vermutung. Von den Kindern, die nie oder nur kurz eine Betreuungseinrichtung besucht haben, weisen 37 % ein nicht adäquat gepflegtes Gebiss auf. Das in Berlin durch eine institutionell übergreifende Arbeitsgruppe entwickelte Organisationskonzept zu Prophylaxemaßnahmen in Kitas und Schulen ist in Kapitel 8 „Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen“ unter dem Settingansatz Kita näher ausgeführt.

Neben der Kita bieten auch die Vorsorgeuntersuchungen die Möglichkeit, einen mangelhaften Versorgungsgrad des kindlichen Gebisses frühzeitig zu erkennen. Hier zeigt sich, dass die Eltern, die Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen, anscheinend auch eher auf eine adäquate Zahnpflege achten, was im Sinne eines generell höheren Stellenwertes von Gesundheitsverhalten bzw. Prävention in diesen Familien gewertet werden kann.

²⁰ Gemeinsamer Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen

²¹ Delekat, D., Kis, A. (2001): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2001 - 1. Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen Berlin, im Internet abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gsv/statistik/gesundheit/spezial.html>.

²² Reiter, S., Rasch, G. (2004): Schutzimpfungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 1. Robert Koch-Institut, Berlin.

²³ Reiter, S., Rasch, G. (2004): Schutzimpfungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 1. Robert Koch-Institut, Berlin.

²⁴ WHO (Weltgesundheitsorganisation) (2005): Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention der kongenitalen Rötelninfektion: Strategie der Europäischen Region der WHO 2005 – 2010.

²⁵ Reiter, S. (2004): Ausgewählte Daten zum Impf- und Immunstatus in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 47: 1144 – 1150.

²⁶ Wetzel, W.-E., Boemans, B., Lorbeer, J. (1998): Oralhygiene im Kleinkind- und Kindergartenalter. (Publiziertes Abstract). In: G. Hetzer und N. Kramer (Hrsg.): Autoreferate-Band der 5. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe in der DGZMK. Lengenfelder, Erlangen. ISBN 3-00-003108-1, S. 120-121.

²⁷ Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2005): Leistungsbericht über die Arbeit der Zahnärztlichen Dienste (ZÄD) in Berlin im Schuljahr 2004/2005 – bislang unveröffentlichte Zusatzauswertung.

6 Rauchen der Eltern

Rauchen schädigt die Gesundheit nicht nur der aktiven Raucher/innen, sondern auch der Tabakrauch einatmenden Passivraucher/innen. Unter den Ursachen vermeidbarer Sterbefälle nimmt das Rauchen eine Spitzenposition ein und es verursacht durch Morbidität und Mortalität volkswirtschaftliche Kosten in gewaltiger Höhe. Bezogen auf Kinder im Vorschulalter interessiert elterliches Rauchen vor allem unter zwei Gesichtspunkten, nämlich dem Aspekt der möglichen Gesundheitsschädigung durch Passivrauchen und dem Aspekt der Beeinflussung eigenen späteren Rauchverhaltens durch das Rauchen der Eltern.

Kinder, die zu Hause Tabakrauch ausgesetzt sind, müssen gesundheitliche Einschränkungen in Kauf nehmen. Durch Passivrauchen wird eine Vielzahl von Erkrankungen (Atemwegserkrankungen, Krebserkrankungen sowie Herz- und Gefäßerkrankungen) mitverursacht, von denen im Kindesalter vor allem Atemwegserkrankungen und eine erhöhte Infektanfälligkeit zum Tragen kommen.²⁸ Schon in der Schwangerschaft kann die Gesundheit des Kindes durch mütterliches Rauchen geschädigt werden. Kinder von Frauen, die während der Schwangerschaft rauchen, kommen mit einem geringeren durchschnittlichen Geburtsgewicht zur Welt als Kinder von Nichtraucherinnen.²⁹ Das Risiko für Schwangerschaftskomplikationen und Frühgeburtlichkeit ist erhöht. Trotz der Dystrophie bei der Geburt sind Kinder von Frauen, die in der Schwangerschaft geraucht haben, später häufiger Übergewichtig als die Kinder nichtrauchender Mütter.^{30,31} Ein Erklärungsansatz hierfür geht davon aus, dass das Rauchen vor allem in der frühen Schwangerschaft die Plazentafunktion einschränkt und dadurch eine problematische Stoffwechsellage auslöst, die später zu einem verstärkten Aufholeffekt bezüglich Größe und Gewicht des Kindes führt.³²

Eltern sind mit ihrem Gesundheitsverhalten für Kinder ein Vorbild und beeinflussen deren Gesundheitsverhalten und Lebensstil maßgeblich. Im Vergleich zu Kindern nichtrauchender Eltern fangen Kinder, bei denen ein Elternteil raucht, doppelt so häufig selbst mit dem Rauchen an. Rauchen beide Elternteile, so erhöht sich die Wahrscheinlichkeit weiter, besonders stark beeinflussen aber allein erziehende rauchende Mütter das Rauchverhalten ihrer Kinder, die zu zwei Dritteln Raucher/innen werden.³³ Insgesamt ist ein Trend zu einem früheren Beginn des Rauchens von Kindern bzw. Jugendlichen festzustellen, das Einstiegsalter für Rauchen liegt bei den Jugendlichen in Berlin derzeit bei 11,6 Jahren.³⁴

6.1 Rauchverhalten der Eltern im Zusammenhang mit sozialen Parametern

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung wird das Rauchverhalten beider Elternteile erfragt, wobei nicht die leibliche Elterneigenschaft ausschlaggebend ist, sondern die Tatsache, dass diejenige Person mit dem Kind in einem Haushalt lebt. Zum Rauchverhalten der Mutter liegen für 20.060 Kinder Angaben vor, das sind 92 % aller untersuchten Einschüler/innen. Angaben zum Rauchverhalten des Vaters liegen lediglich bei 16.068 Kindern (74 %) vor. Fehlende Angaben zum Rauchen des Vaters sind zu einem hohen Anteil darauf zurückzuführen, dass der Vater nicht mit dem Kind in einem Haushalt lebt (4.422 Väter oder 77 % der Väter mit fehlenden Angaben). Die 1.756 Fälle mit fehlenden Angaben zum Rauchen der Mutter sind dagegen nur zu einem geringen Teil (272 Mütter oder 15 % der Mütter mit fehlenden Angaben) dadurch bedingt, dass die Mutter nicht mit dem Kind in einem Haushalt lebt.

Die Auswertung der gültigen Angaben ergibt, dass 33 % der Mütter rauchen, 67 % sind Nichtraucherinnen. Der Anteil rauchender Väter liegt mit 39 % etwas höher, 61 % der Väter rauchen nicht. Bezogen auf das betroffene Kind ist vor allem im Hinblick auf eine Vorbildwirkung von Interesse, ob es nur mit nichtrauchenden, nur mit rauchenden oder mit Eltern mit verschiedenem Rauchverhalten in einem Haushalt lebt. Etwas mehr als die Hälfte der Kinder (52 %) lebt in einem Haushalt, in dem nicht geraucht wird, von 17 % der Kinder raucht nur die Mutter, bei 15 % nur der Vater und bei 16 %

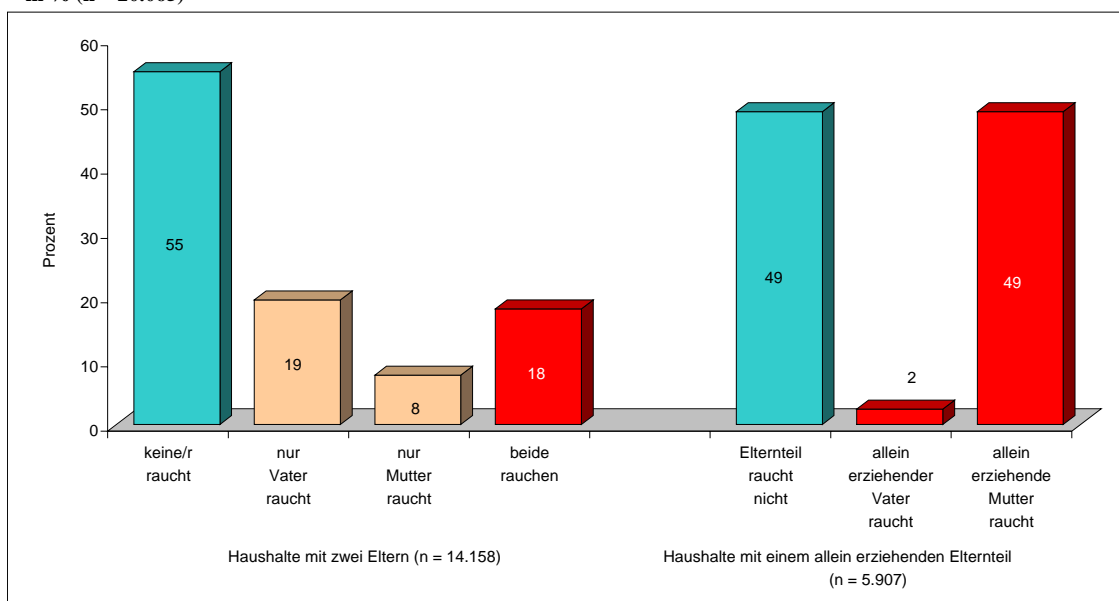
der Kinder rauchen beide Eltern, mit denen es zusammenlebt. Der höhere Anteil rauchender Mütter im Vergleich zu den Vätern ist darauf zurückzuführen, dass mehr Väter als Mütter nicht mit dem Kind zusammenleben und deshalb keine Angaben über ihr Rauchverhalten vorliegen.

Es erscheint daher sinnvoll, die Angaben zum Rauchverhalten der Eltern danach aufzugliedern, ob das Kind mit beiden Eltern zusammenlebt oder aber sich vorwiegend bei einem allein erziehenden Elternteil aufhält. Abbildung 6.1 zeigt im linken Teil das Rauchverhalten der Eltern in Familien mit zwei Elternteilen, im rechten Teil das Rauchverhalten der allein erziehenden Eltern. In über der Hälfte der vollständigen Familien rauchen beide Eltern nicht. Wenn nur ein Elternteil raucht, ist es häufiger der Vater als die Mutter, in 18 % der Haushalte rauchen jedoch beide Eltern. In Haushalten mit einem allein erziehenden Elternteil wird häufiger geraucht, nämlich zu über 50 %. Allein erziehende Eltern rauchen insgesamt wesentlich häufiger als zusammen wohnende Eltern. Von den 5.664 allein erziehenden Müttern raucht über die Hälfte (51 %) und damit fast doppelt so viele wie Mütter in zwei-Eltern-Familien (26 %). Auch von den 243 allein erziehenden Vätern raucht ein deutlich größerer Anteil (62 %) als von den Vätern in Haushalten mit zwei Eltern (37 %). In Abbildung 6.1 ist dennoch der Balken „allein erziehende Mutter raucht“ sehr viel höher als der Balken „allein erziehender Vater raucht“, weil sehr viel mehr Kinder nur mit ihrer Mutter zusammenleben als nur mit dem Vater.

Abbildung 6.1:

Rauchverhalten der Eltern bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Familienkonstellation

- in % (n = 20.065)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

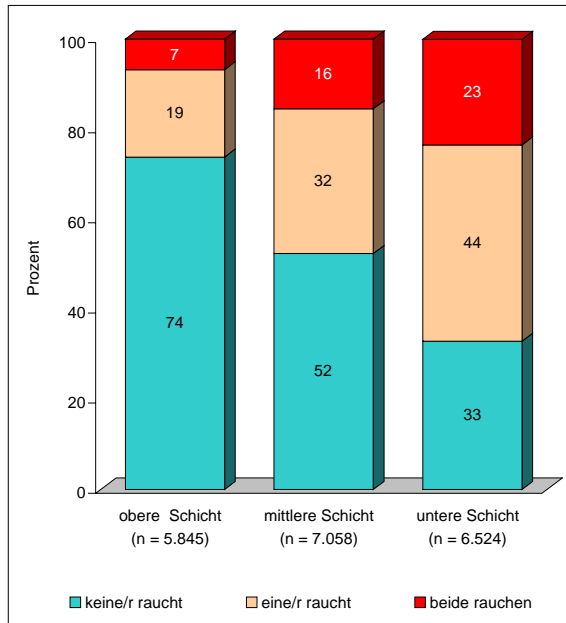
Für die folgenden Auswertungen wurde das Rauchverhalten der Eltern, unabhängig von der Familienkonstellation, zusammengefasst in die drei Kategorien „keine/r raucht“, „Vater oder Mutter raucht“ und „beide rauchen“. In die Kategorie „Vater oder Mutter raucht“ werden auch alle rauchenden allein erziehenden Elternteile eingeordnet, die Kategorie „beide rauchen“ bezieht sich somit nur auf vollständige Familien.

Bezüglich der Frage, ob Eltern von Mädchen oder von Jungen häufiger rauchen, ergibt sich erwartungsgemäß kein Unterschied.

Abbildung 6.2 zeigt die starke Abhängigkeit des Rauchverhaltens von der Zugehörigkeit zur Sozialschicht. In Familien der oberen Schicht sind zu fast drei Vierteln beide Eltern Nichtraucher/innen. Dieser Anteil sinkt in der mittleren Schicht auf die Hälfte, in der unteren Schicht sind es sogar nur ein

Drittel der Eltern, die nicht rauchen. Dafür steigt der Anteil der Familien, in denen ein Elternteil raucht, von der oberen zur unteren Sozialschicht auf das Doppelte an, der Anteil der Familien, in denen beide Eltern rauchen, auf über das Dreifache.

Abbildung 6.2:
Rauchverhalten der Eltern bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach sozialem Schichtindex - in % (n = 19.427)



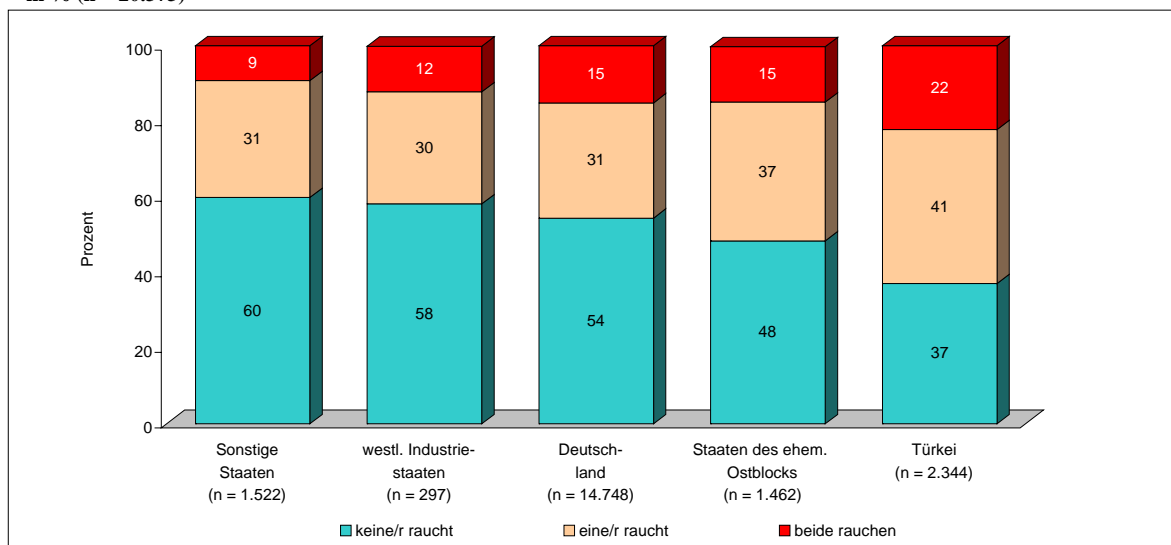
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Im Vergleich des Rauchverhaltens der Eltern in den verschiedenen Herkunftsgruppen (Abb. 6.3) nehmen Familien aus Deutschland einen Mittelplatz ein. In Familien mit Herkunft aus den westlichen Industriestaaten und sonstigen Staaten rauchen die Eltern häufiger nicht und seltener beide als in Familien deutscher Herkunft. Familien mit Herkunft aus den Staaten des ehemaligen Ostblocks haben einen geringeren Anteil von Haushalten, in denen kein Elternteil raucht, und einen höheren Anteil von Haushalten, in denen ein Elternteil raucht, als die Familien deutscher Herkunft. Der geringste Anteil nichtrauchender Eltern ist in Familien türkischer Herkunft zu verzeichnen. Sowohl der Anteil von Haushalten, in denen ein Elternteil raucht, als auch der Anteil von Haushalten mit zwei rauchenden Elternteilen ist bei Familien türkischer Herkunft höher als bei den anderen Herkunftsgruppen.

Schlüsselt man das Rauchverhalten der Eltern nach den ehemaligen Berliner Bezirken auf, so fällt auf, dass in Marzahn in 60 % der Haushalte der Einschüler/innen geraucht wird im Vergleich zu Zehlendorf, wo der Anteil mit 29 % der Haushalte nur halb so groß ist (vgl. Abb. 6.4). Auch in diesem Bezirksvergleich nehmen wieder die Bezirke Neukölln, Kreuzberg und Wedding mit vergleichsweise hohen Anteilen rauchender Eltern eine ungünstige Position ein, jedoch sind die Unterschiede zwischen den Bezirken in einem breiten Mittel-

halt nur halb so groß ist (vgl. Abb. 6.4). Auch in diesem Bezirksvergleich nehmen wieder die Bezirke Neukölln, Kreuzberg und Wedding mit vergleichsweise hohen Anteilen rauchender Eltern eine ungünstige Position ein, jedoch sind die Unterschiede zwischen den Bezirken in einem breiten Mittel-

Abbildung 6.3:
Rauchverhalten der Eltern bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunft - in % (n = 20.373)

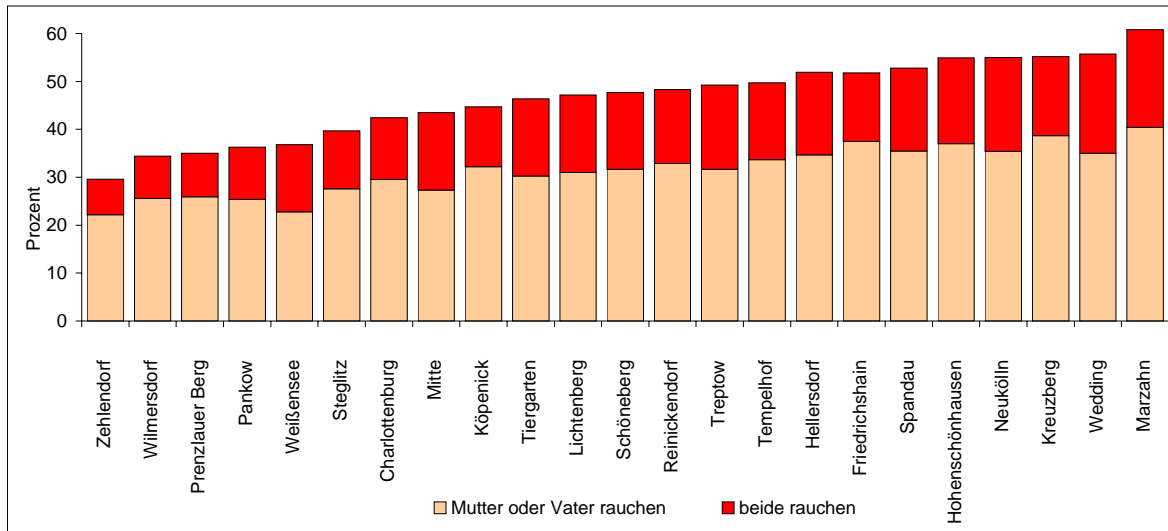


(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

bereich eher geringfügig: Tiergarten steht an zehnter Stelle mit einem Anteil von 46 % Haushalten mit rauchenden Eltern, Wedding an vorletzter Stelle mit 56 % Haushalten mit rauchenden Eltern.

Abbildung 6.4:

Anteil der Eltern, die rauchen, bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach den Bezirken (alte Bezirksstruktur) - in % (20.352)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

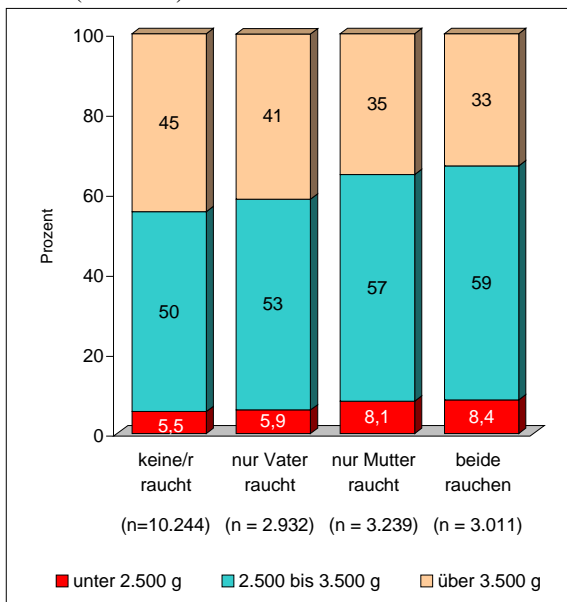
Zusammenfassung

Fast die Hälfte der Kinder wächst in einem Haushalt auf, in dem mindestens ein Elternteil raucht. Erhöhte Anteile von rauchenden Eltern ergeben sich bei Alleinerziehenden, die damit als einzige Erwachsene im Haushalt ein starkes negatives Vorbild abgeben, sowie in der unteren und mittleren im Vergleich zur oberen Sozialschicht. Auch im Hinblick auf die Herkunft ergeben sich Unterschiede im Rauchverhalten der Eltern: In Familien mit osteuropäischem, vor allem aber mit türkischem Hintergrund wird häufiger geraucht als in Familien deutscher Herkunft, in Familien aus westlichen Industriestaaten und sonstigen Staaten dagegen seltener. Im Bezirksvergleich zeigen sich keine Ost-West-Unterschiede und in einem weiten Bereich nur geringe Differenzen zwischen den Anteilen rauchender Eltern in den einzelnen Bezirken.

6.2 Elterliches Rauchen – Zusammenhänge mit Gesundheitsverhalten und Entwicklungsparametern

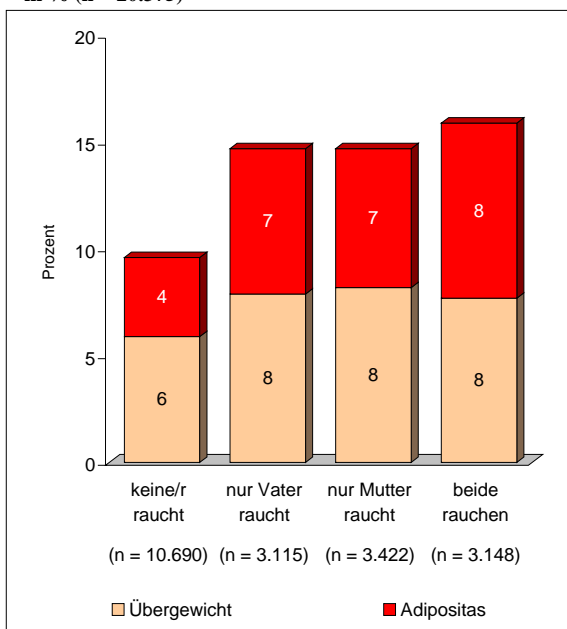
Der in der Einleitung zu diesem Kapitel beschriebene Zusammenhang zwischen mütterlichem Rauchen in der Schwangerschaft und geringem Geburtsgewicht des Kindes lässt sich mit den Daten der Einschulungsuntersuchung nicht prüfen, da hier lediglich das Rauchverhalten der Mütter zum Zeitpunkt der Einschulung, also fünf bis sechs Jahre nach der Schwangerschaft, erfasst wird. Die Daten können daher nur unter der Annahme ausgewertet werden, dass unter den Müttern, die bei der Einschulungsuntersuchung Raucherinnen sind, viele bereits in der Schwangerschaft geraucht haben. In Abbildung 6.5 ist zu erkennen, dass Kinder rauchender Mütter zu einem höheren Anteil ein Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm hatten als Kinder nicht rauchender Mütter. Der Anteil von Kindern mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm liegt bei nichtrauchenden Eltern bei 5,5 %. Wenn nur der Vater raucht, ist dieser Anteil mit 5,9 % nur unwesentlich erhöht. Raucht nur die Mutter, sind es allerdings 8,1 % der Kinder, die bei der Geburt weniger als 2.500 Gramm wogen, und dieser Anteil steigt bei zwei rauchenden Elternteilen nur noch geringfügig auf 8,4 % an.

Abbildung 6.5:
Anteil der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Rauchen der Eltern und Geburtsgewicht
 - in % (n = 19.426)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Abbildung 6.6:
Anteil übergewichtiger Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Rauchen der Eltern
 - in % (n = 20.375)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

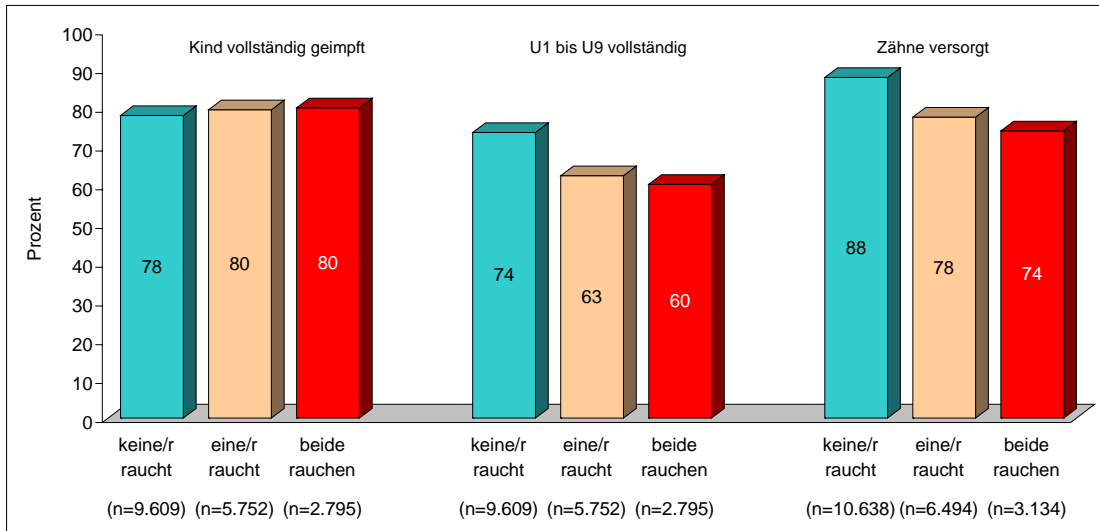
Weiterhin wird der Zusammenhang zwischen elterlichem Rauchen und Übergewicht des Kindes überprüft. Abbildung 6.6 zeigt, dass Kinder rauchender Eltern zu einem höheren Anteil übergewichtig oder adipös sind als Kinder nicht-rauchender Eltern. Die Rate übergewichtiger und adipöser Einschüler/innen ist dabei in Familien mit rauchenden Vätern und rauchenden Müttern völlig gleich und liegt auch in Familien, in denen beide Elternteile rauchen, kaum höher.

Elterliches Rauchen ist ein Gesundheitsverhalten, das zwar erwiesenermaßen Auswirkungen auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der in der Familie lebenden Kinder hat, aber von den Eltern sicherlich in erster Linie in Beziehung zu ihrer eigenen Gesundheit gesetzt wird. In Abbildung 6.7 ist dargestellt, in welchem Zusammenhang elterliches Rauchen mit anderen im Rahmen der Einschulungsuntersuchung erhobenen Indikatoren des Gesundheitsverhaltens mit direktem Bezug auf die kindliche Gesundheit steht. In der Frage, ob das Kind zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung alle laut Impfkalender vorgesehenen Impfungen erhalten hat, unterscheiden sich rauchende Eltern kaum von nicht-rauchenden. Der Anteil vollständig geimpfter Kinder ist bei nicht-rauchenden Eltern sogar geringfügig niedriger, als wenn ein oder beide Elternteile rauchen. Kinder nicht-rauchender Eltern haben aber zu einem höheren Anteil alle kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen und verfügen häufiger über naturgesunde oder sanierte Zähne als Kinder aus Familien, in denen ein Elternteil raucht. Haushalte mit zwei rauchenden Elternteilen schneiden bei diesen beiden Merkmalen noch etwas schlechter ab als Haushalte, in denen nur ein Elternteil raucht, der größere Unterschied besteht jedoch zwischen nicht-rauchenden Eltern und Familien, in denen überhaupt geraucht wird.

In Abbildung 6.8 sind Ergebnisse zu der Frage dargestellt, ob Kinder rauchender Eltern in ihrer Entwicklung benachteiligt sind im Vergleich zu Kindern aus nicht-rauchenden Familien. Die entwicklungsdiagnostischen Befunde in den Bereichen Grobmotorik, Feinmotorik und visuomotorische Koordination zeigen hierzu ein einheitliches Bild. Demnach weisen Kinder aus nicht-rauchenden Familien in der motorischen Entwicklung etwas häufiger (5 bis 11 Prozentpunkte) gute Befunde und etwas seltener (3 bis 5 Prozentpunkte) schlechte Befunde auf als Kinder aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil raucht. Zwischen Kindern aus Familien mit einem rauchenden Elternteil

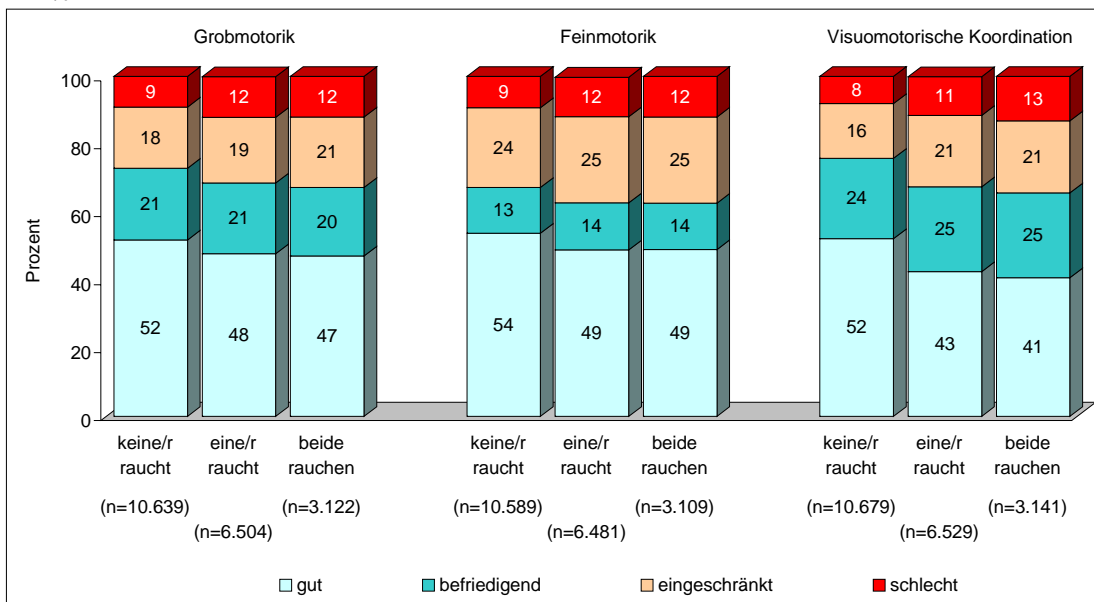
und Kindern, bei denen beide Eltern rauchen, besteht bezüglich der motorischen Entwicklungsbefunde kein Unterschied.

Abbildung 6.7:
Vorsorgeverhalten von Eltern bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Rauchen der Eltern
 - in %



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Abbildung 6.8:
Motorische entwicklungsdiagnostische Befunde bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Rauchen der Eltern
 - in %



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Zusammenfassung

Elterliches Rauchverhalten bei der Einschulungsuntersuchung weist die in der Literatur beschriebenen Zusammenhänge mit geringerem Geburtsgewicht des Kindes und späterem Übergewicht auf. Ein Zusammenhang zwischen dem Rauchen der Eltern und einem weniger gewissenhaften Vorsorge-

verhalten in Bezug auf die kindliche Gesundheit zeigt sich bezüglich der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 und des Zahnzustandes der Kinder, nicht jedoch bezüglich der Impfraten. Kindern rauchender Eltern werden häufiger Entwicklungsprobleme im motorischen Bereich bescheinigt als Kindern, deren Eltern nicht rauchen.

Nicht nur wegen der möglichen Gesundheitsschädigung durch Passivrauchen, sondern auch maßgeblich wegen der schädlichen Vorbildwirkung im Hinblick auf späteres eigenes Rauchverhalten muss auf einen Rückgang der Zahl rauchender Eltern hingewirkt werden. Im Gegensatz zum Nichtraucher-schutz am Arbeitsplatz und beispielsweise in der Schule sind die Potenziale zur Förderung eines rauchfreien Aufwachsens von Kindern in der Familie und im öffentlichen Raum noch kaum erkannt und genutzt (vgl. Kapitel 8).

²⁸ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2003). Passivrauchende Kinder in Deutschland – frühe Schädigungen für ein ganzes Leben. Heidelberg.

²⁹ Chiolero, A., Bovet, P., Paccaud, F. (2005). Association between maternal smoking and low birth weight in Switzerland: the EDEN study. *Swiss Med Weekly*, 135: 525-530.

³⁰ Toschke, A.M., Montgomery, S.M., Pfeiffer, U., von Kries, R. (2003). Early intrauterine exposure to tobacco-inhaled products and obesity. *Am J Epidemiol*, 158: 1068-1074.

³¹ Salsberry, P.J., Reagan, P.B. (2005). Dynamics of early childhood overweight. *Pediatrics*, 166: 1329-1338.

³² Ong, K.K.L., Preece, M.A., Emmett, P.M., Ahmed, M.L., Dunger, D.B., ALSPAC Study Team (2002). Size at birth and early childhood growth in relation to maternal smoking, parity and infant breast-feeding: longitudinal birth cohort study and analysis. *Pediatr Res*, 52: 863-867.

³³ Bantle, C., Haisken-DeNew, J.P. (2002). Smoke Signals: The Intergenerational Transmission of Smoking Behavior. Diskussionspapier 277. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin.

³⁴ Ravens-Sieberer, U., Thomas, C. (2003). Gesundheitsverhalten von Schülern in Berlin. Ergebnisse der HBSC-Jugendgesundheitsstudie 2002 im Auftrag der WHO. Robert Koch-Institut, Berlin.

7 Ergebniszusammenfassung und Identifikation von Problemfeldern

Die Ergebnisse der Datenanalysen der Einschulungsuntersuchung 2004 zeigen deutlich, dass es sinnvoll ist, sozioökonomische Merkmale der Familie und einen eventuellen Migrationshintergrund der Kinder – auch unabhängig von den Passverhältnissen – zu berücksichtigen. Der aktuelle Gesundheitsstatus, das familiäre Gesundheitsverhalten und die Chancen für Gesundheit und soziale Teilhabe sind in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen unterschiedlich verteilt. Eine sozialräumliche Betrachtungsweise erweist sich dabei als hilfreich, um innerhalb der Stadt Regionen auszumachen, in denen gezielte Prävention und sozialkompensatorische Interventionen besonders notwendig sind. Im Folgenden (Kapitel 7.1) werden die wichtigsten Ergebnisse der einzelnen Fachkapitel für einen schnellen Überblick zusammengefasst. In Kapitel 7.2 werden abgeleitet aus den Ergebnissen Problemfelder identifiziert, bei denen Handlungsbedarf besteht.

7.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Inanspruchnahme von Betreuungseinrichtungen (vgl. Kapitel 2)

Ein sehr großer Anteil von 97 % der Einschüler/innen besucht eine Kita oder eine andere vorschulische Einrichtung und bekommt so die Möglichkeit, sich auf das soziale Miteinander in einer Gruppe Gleichaltriger vorzubereiten sowie von den Angeboten der Kita u. a. in den Bereichen gesundheitliche Prävention und vorschulische Bildung zu profitieren. In allen Gruppen von Kindern nichtdeutscher Herkunft liegen die Zahlen für den Kitabesuch und dessen Dauer niedriger als für die Kinder deutscher Herkunft. Dies gilt vor allem für Kinder aus Familien aus den Staaten des ehemaligen Ostblocks. Auch Kinder aus der unteren sozialen Schicht besuchen seltener und für kürzere Zeit eine Kita als Kinder aus der mittleren und oberen Sozialschicht. Allerdings ist zu beachten, dass es sich berlinweit um relativ kleine Fallzahlen handelt, sodass zielgruppenorientierte Maßnahmen in diesem Bereich eher schwierig zu entwickeln sind.

Kenntnisse der deutschen Sprache bei Kindern nichtdeutscher Herkunft (vgl. Kapitel 3)

Für Kinder mit Migrationshintergrund stellen gute Kenntnisse der deutschen Sprache eine wesentliche Voraussetzung für einen erfolgreichen Schulbesuch und die Teilhabe am sozialen Leben dar und sind damit auch ein wichtiger Faktor für ihre Gesundheit. Bezogen auf die Gesamtheit der Einschülerinnen und Einschüler weisen 88 % der Kinder gute bis sehr gute Deutschkenntnisse auf. Da diese Kenntnisse bei Kindern deutscher Herkunft jedoch vorausgesetzt werden, werden im Weiteren die Ergebnisse nur auf die rund 6.000 Kinder nichtdeutscher Herkunft bezogen. Von diesen verfügen noch 56 % über gute bis sehr gute Deutschkenntnisse, 29 % sprechen zwar flüssig, aber fehlerhaft deutsch und 15 % sprechen nicht oder kaum deutsch. Auch in der Gruppe der Kinder mit deutschem Pass (deutsche Staatsangehörige) verfügen rund Zweidrittel der Kinder über gute bis sehr gute Kenntnisse der deutschen Sprache. Die Mädchen weisen insgesamt, aber auch nach Herkunftsgruppen getrennt, geringfügig bessere Sprachkenntnisse auf als die Jungen. Im Vergleich der einzelnen Herkunftsgruppen untereinander zeigt sich, dass der Anteil fehlerhaft bzw. nicht oder kaum Deutschsprechender bei den Kindern aus den westlichen Industriestaaten mit 26 % am geringsten ist, bei den Kindern mit Herkunft aus Staaten des ehemaligen Ostblocks mit 38 % deutlich größer und bei den Kindern türkischer Herkunft mit 50 % am höchsten ist. Die Untergruppe der Kinder, die nicht in Deutschland geboren sind, stellt in diesem Zusammenhang eine besondere Risikogruppe dar. Dies gilt ebenso für die Kinder aus der unteren sozialen Schicht, und zwar in allen Herkunftsgruppen, wenn auch auf etwas unterschiedlichem Niveau. Darüber hinaus sind die Besuchsdauer einer Betreuungseinrichtung und der Anteil Kinder der gleichen Ethnie im Wohnumfeld weitere Parameter, die einen Einfluss auf das Niveau der Deutschkenntnisse haben.

Übergewicht, Fernsehkonsum und Entwicklungsdiagnostik (vgl. Kapitel 4)

Die öffentliche Meinung, dass Übergewicht und Adipositas im Kindesalter in starker Zunahme begriffen seien, lässt sich mit den Daten der Einschulungsuntersuchung nicht belegen. Der Anteil übergewichtiger Kinder ist in Berlin im Vergleich der letzten zehn Jahre weitgehend stabil. Er beträgt bei den Einschülern und Einschülerinnen 2004 rund 12 %, wobei rund 5 % als adipös bezeichnet werden müssen. Diese Werte liegen kaum oberhalb derer, die aus der Normstichprobe zu erwarten wären (10 % Übergewicht, 3 % Adipositas). Wesentliche Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen lassen sich nicht feststellen. Deutliche Unterschiede ergeben sich jedoch bei der Betrachtung nach sozialer Schichtzugehörigkeit, Herkunft und Geburtsgewicht. So sind Kinder aus der unteren Schicht im Vergleich zu den Kindern aus der oberen Schicht und Kinder nichtdeutscher Herkunft im Vergleich zu den Kindern deutscher Herkunft jeweils doppelt so oft übergewichtig. Unter den Kindern nichtdeutscher Herkunft weisen die Kinder türkischer Herkunft mit 23 % den höchsten Anteil übergewichtiger Kinder auf. Die Unterschiede zwischen den sozialen Schichten sind bei den Kindern deutscher Herkunft am deutlichsten, bei den Kindern türkischer Herkunft am geringsten. Demgegenüber sind die Kinder mit einem höheren Geburtsgewicht (≥ 3.500 g) in allen Herkunftsgruppen zum Zeitpunkt der Einschulung in einem höheren Maße übergewichtig. Im zeitlichen Verlauf von 1994 bis 2004 ist insgesamt keine wesentliche Zunahme des Anteils übergewichtiger Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen zu verzeichnen. Lediglich bei einzelnen Subgruppen wie den Mädchen türkischer und osteuropäischer Herkunft ist ein zunehmender Trend festzustellen, sodass sie sich der Rate der übergewichtigen Jungen jeweils angleichen.

Insgesamt liegt der Fernsehkonsum bei der Mehrheit der Einschülerinnen und Einschüler (rund 60 %) unter einer Stunde täglich. Die Übrigen weisen einen starken Konsum auf (über 1 Stunde täglich), allerdings beträgt der Anteil der Kinder mit einem übermäßigen Konsum von mehr als 3 Stunden täglich lediglich 3 %. Während sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern ergeben, zeigt sich eine deutliche Abhängigkeit je nach sozialer Schicht und Herkunft. So nimmt der Anteil von Kindern mit einem starken Fernsehkonsum von der oberen zur unteren Schicht auf 60 % stark zu. Kinder deutscher Herkunft sehen deutlich weniger fern als die Kinder nichtdeutscher Herkunft, die sich auch bei der weiteren Differenzierung in die einzelnen Herkunftsgruppen nicht voneinander unterscheiden. Der in der Literatur diskutierte Zusammenhang eines hohen Fernsehkonsums mit Übergewicht lässt sich für die Kinder deutscher und osteuropäischer Herkunft, nicht jedoch für die Kinder türkischer Herkunft zeigen. Der Zusammenhang lässt allerdings keinerlei Rückschlüsse auf eine Ursache-Wirkungs-Beziehung zu.

Bei den Untersuchungen zur Grobmotorik, Feinmotorik und visuomotorischen Koordination erfüllen 50 % der Kinder die Kriterien für eine gute Entwicklung, zwischen 13 % und 24 % weisen leichte, rund ein Drittel der Kinder hingegen deutliche Defizite in diesen Bereichen auf. Dabei ist der Anteil der Jungen mit Defiziten z. T. doppelt so hoch wie der der Mädchen. Demgegenüber sind die Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen geringer. Allerdings sind deutliche Defizite in der Grobmotorik und in der Visuomotorik häufiger bei den Kindern türkischer Herkunft und seltener bei Kindern deutscher Herkunft. Der Anteil der Kinder mit deutlich auffälligem Befund im Bereich der Feinmotorik ist in allen Herkunftsgruppen in etwa gleich groß. Deutlich besser sehen die Befunde im Bereich der sprachlichen Entwicklungsdiagnostik aus, wobei hier nur Kinder deutscher Herkunft und Kinder nichtdeutscher Herkunft mit akzentfreier deutscher Sprache berücksichtigt werden. Der Anteil der Kinder ohne auffälligen Befund beträgt hier über 80 %. Der Anteil der Jungen mit auffälligen Befunden liegt in diesem Bereich etwas höher als bei den Mädchen, die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind jedoch nicht so gravierend. Darüber hinaus wird der Anteil der auffälligen Befunde von der oberen zur unteren sozialen Schicht größer. Insgesamt ist für gut ein Drittel der Kinder davon auszugehen, dass sie aufgrund von Defiziten in ihrer Entwicklung in einem oder mehreren Bereichen Mühe haben werden, den schulischen Anforderungen gerecht zu werden und daher in vielen Fällen einer besonderen Förderung bedürfen.

Gesundheitliche Vorsorge (vgl. Kapitel 5)

Die überwiegende Mehrzahl der Kinder (68 %) hat alle neun ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter wahrgenommen und damit die gesetzlich vorgesehenen Möglichkeiten genutzt, entwicklungsgefährdende Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und so bei Bedarf rechtzeitig eingreifen zu können. Die Inanspruchnahme der ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter ist im ersten Lebensjahr (U1 bis U6) mit Raten von 95 % bis 99 % als sehr gut zu bewerten, danach sinkt sie ab der U7 sukzessive ab und liegt bei der U9 nur noch bei 80 %. Vor allem Kinder aus der unteren sozialen Schicht werden seltener zu allen Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt als Kinder aus der mittleren oder oberen Schicht. Kinder aus Familien nichtdeutscher Herkunft nehmen die Untersuchungen seltener vollständig wahr als Kinder deutscher Herkunft. Dies gilt für Kinder mit Herkunft aus den Staaten des ehemaligen Ostblocks und aus sonstigen Staaten in noch stärkerem Ausmaß als für Kinder türkischer Herkunft. Zusätzlich werden Kinder mit fehlendem oder nur kurzem Kitabesuch (weniger als ein halbes Jahr) seltener zu den Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt als solche, die länger in die Kita gehen.

Insgesamt zeigen sich berlinweit bei den Einschulungsuntersuchungen 2004, bezogen auf die Kinder mit vorgelegtem Impfausweis, recht hohe Durchimpfungsraten. Diese variieren allerdings stark nach Art der Impfung. Von den neun von der Ständigen Impfkommission für diese Kinder empfohlenen Impfungen weisen drei (Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis) einen Anteil von über 95 % vollständig immunisierter Kinder auf, vier Impfungen (Masern, Mumps, Röteln, Hib) erreichen einen Durchimpfungsgrad von ca. 93 %. Der Schutz vor Tetanus, Diphtherie und Poliomyelitis kann insgesamt als ausreichend gut angesehen werden. Für Masern, Mumps und Röteln reichen dagegen die Durchimpfungsraten insbesondere für die Herdimmunität der Bevölkerung und unter dem Aspekt der Eradikationsziele der WHO noch nicht aus. Die relativ geringsten Raten vollständig geimpfter Kinder sind für Pertussis (91 %) und Hepatitis B (88 %) zu berichten. Kinder mit einer niedrigeren Rate an vollständigen Impfungen sind vor allem in der oberen sozialen Schicht, und hier vorwiegend im Westteil der Stadt, zu finden. Höhere Impfraten weisen Kinder türkischer Herkunft sowie Kinder aus den ehemaligen Ost-Berliner Bezirken und solche mit längerem Kitabesuch auf. Eine auffallend niedrige Rate vollständig gegen Hib geimpfter Kinder mit Herkunft aus den Staaten des ehemaligen Ostblocks (77 %) erklärt sich weitgehend durch einen hohen Anteil nicht gegen Hib geimpfter Kinder, die nicht in Deutschland geboren sind.

Bei der Einschulungsuntersuchung 2004 werden die Zähne von 82 % der Kinder unter Laienaspekten als naturgesund oder ausreichend versorgt eingeschätzt. Dies spricht dafür, dass in dieser Gruppe eine Zahnhygiene und Ernährung stattfindet, die unter dem Gesichtspunkt des Gesundheitsverhaltens zur Zahngesundheit als vertretbar zu bezeichnen ist, und dass bei Problemen ein Zahnarzt bzw. eine Zahnärztin aufgesucht wird. Allerdings zeigen 18 % der Kinder einen Gebisszustand, der schon für den Laien als nicht ausreichend versorgt zu erkennen ist, weil Karies oder Zahnverlust aufgrund mangelnden Zahnpflegeverhaltens und/oder entsprechenden Ernährungsgewohnheiten vorliegen. Mit dieser Zahl werden noch nicht einmal Zahnerkrankungen erfasst, die nur durch fachärztliches Urteil erkannt werden können, sodass der tatsächliche Anteil behandlungsbedürftiger Zahnprobleme noch größer sein dürfte. Kinder mit unzureichend versorgten Zähnen sind vor allem in der unteren Sozialschicht (über alle Herkunftsgruppen hinweg) anzutreffen. Eine nach Herkunftsgruppen differenzierte Betrachtung lässt bei Kindern türkischer Herkunft und solchen aus den sonstigen Staaten mehr Zahnprobleme erkennen als bei Kindern deutscher Herkunft oder aus westlichen Industriestaaten, die meisten Zahnprobleme treten jedoch bei Kindern aus den Staaten des ehemaligen Ostblocks auf, und zwar unabhängig von ihrer Aufenthaltsdauer in Deutschland.

Rauchen der Eltern (vgl. Kapitel 6)

Die Hälfte der Einschülerinnen und Einschüler in Berlin lebt in einem Haushalt, in dem nicht geraucht wird. Umgekehrt bedeutet dies aber auch, dass die andere Hälfte in einem Haushalt lebt, in

dem zumindest ein Elternteil raucht. Dabei zeigt sich eine starke Abhängigkeit von der sozialen Schicht der Familie. So ist der Anteil der Familien, in denen ein Elternteil raucht, in der unteren Schicht mehr als doppelt so hoch wie in der oberen Schicht. Der Anteil von Familien, in denen beide Eltern rauchen, ist in der unteren Schicht sogar dreifach so hoch. Auch für die einzelnen Herkunftsgruppen ergeben sich Unterschiede. Die Familien aus den westlichen Industriestaaten und den sonstigen Staaten sind seltener Raucher/innen-Haushalte als die deutschen Familien, die Familien mit osteuropäischem Hintergrund und die Familien türkischer Herkunft sind hingegen häufiger Raucher/innen-Haushalte. Mit Blick auf mögliche Zusammenhänge zwischen dem Rauchen der Eltern und der Gesundheit der Kinder bzw. dem Gesundheitsverhalten der Familie lassen sich aus den Daten der Einschulungsuntersuchung folgende Ergebnisse ableiten: Kinder von Raucherinnen und Rauchern, insbesondere von rauchenden Müttern, weisen häufiger ein Geburtsgewicht unter 2.500 g auf als die Kinder von nichtrauchenden Eltern (8,1 % versus 5,5 %). Sie sind auch eher adipös und weisen etwas häufiger auffällige Befunde in der Entwicklungsdiagnostik auf. Mit Blick auf die erhobenen Parameter zum Gesundheitsverhalten der Familien zeigt sich, dass Kinder von Nichtraucherinnen und Nichtrauchern häufiger zu den Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt werden und einen besseren Gebisszustand aufweisen als Kinder von Familien, in denen mindestens ein Elternteil raucht. Hingegen zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede beim Impfstatus der Kinder.

7.2 Identifikation von Problemfeldern

Insgesamt befinden sich die Kinder zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung 2004 in Berlin mehrheitlich in einer guten gesundheitlichen Lage. Dabei darf nicht übersehen werden, dass sich dies jeweils auf die Gesamtheit der Einschülerinnen und Einschüler bezieht, die jedoch keine homogene Gruppe darstellen. So konzentrieren sich die gesundheitlichen und sozialen Problemlagen insbesondere auf bestimmte Bevölkerungsgruppen, die dann sehr wohl in relevantem Ausmaß davon betroffen sind, so dass hier ungeachtet der Gesamtlage durchaus z. T. sogar dringender Handlungsbedarf besteht.

Tabelle 7.1 gibt einen Überblick über die Problemfelder, die anhand der vorliegenden Auswertungen identifiziert werden konnten, ihre Größenordnung und die hauptsächlich davon betroffenen Bevölkerungsgruppen. Dabei fällt auf, dass die soziale Lage in jedem der aufgeführten Bereiche ein wichtiger Faktor ist. Bis auf den Sonderfall des Bereiches Impfen sind die Kinder in der unteren sozialen Schicht stärker von gesundheitlichen Problemen bzw. Gesundheitsgefährdungen betroffen als die Kinder aus der mittleren bzw. oberen Schicht. Beachtet man hierbei die räumliche Verteilung, so zeigt sich eine besondere Konzentration in den sozialen Brennpunkten der Bezirke Wedding, Neukölln und Kreuzberg sowie in Teilen von Marzahn, Spandau, Hohenschönhausen und Hellersdorf.

Tabelle 7.1:

Zusammenfassung der Problemfelder bei den Einschulungsuntersuchungen 2004 in Berlin**- nach Größenordnung sortiert -****(bezogen auf alle Einschüler/innen, n = 21.816¹)****Problemfeld und Größenordnung bezogen auf die Gesamtheit der Einschüler/innen****hauptsächlich betroffene Bevölkerungsgruppe/n****Rauchen der Eltern**

mindestens ein Elternteil raucht: 48 % (= 9.728 Kinder)

- untere soziale Schicht²
- Kinder türkischer, osteuropäischer, deutscher Herkunft³
- Kinder von Alleinerziehenden
- Bezirke Marzahn, Wedding, Kreuzberg, Neukölln, Hohenschönhausen

Starker Fernsehkonsum

≥ 1 Stunde am Tag: 40 % (= 8.331 Kinder)

≥ 3 Stunden am Tag: 3 % (= 548 Kinder)

- untere soziale Schicht
- Kinder nichtdeutscher Herkunft

Entwicklungsdefizite

entwicklungsdiagnostischer Befund auffällig:

Motorik 29 % - 35 % (= 6.243 - 7.549 Kinder)

Sprache⁴ 16 % - 18 % (= 2.951 - 3.116 Kinder)

- Jungen
- untere soziale Schicht (sprachliche Entwicklung)
- Kinder nichtdeutscher Herkunft (Grobmotorik/Visuomotorik)
- Bezirke Wedding, Mitte, Schöneberg, Kreuzberg, Neukölln, Tiergarten

mangelnde Teilnahme an**Kinderfrüherkennungsuntersuchungen**

U1 bis U9 unvollständig: 32 % (= 5.914 Kinder)

- untere soziale Schicht
- Kinder türkischer, osteuropäischer Herkunft und aus sonstigen Staaten
- Kinder ohne/mit kurzem Kitabesuch
- Bezirke Wedding, Neukölln, Kreuzberg, Mitte, Lichtenberg, Marzahn, Tiergarten, Schöneberg

unvollständige Grundimmunisierung

mindestens eine der empfohlenen Impfungen fehlt:

20 % (= 3.959 Kinder)

- obere soziale Schicht
- Kinder mit Wohnsitz in Berlin-West
- Kinder deutscher Herkunft (v. a. im Gegensatz zu Kindern türkischer Herkunft)
- Bezirke Prenzlauer Berg, Kreuzberg, Zehlendorf, Wilmersdorf, Mitte

Zähne nicht ausreichend versorgt

unversorgte Karies, abgefaltete oder wegen Karies extrahierte

Zähne: 18 % (= 3.841 Kinder)

- untere soziale Schicht
- Kinder nichtdeutscher Herkunft, darunter v. a. aus Staaten des ehemaligen Ostblocks (unabhängig von der Aufenthaltsdauer)
- Bezirke Wedding, Mitte, Neukölln, Kreuzberg

unzureichende deutsche Sprachkenntnisse

fehlerhaft oder nicht/kaum vorhanden:

12 % aller Kinder,

entsprechend 44 % der Kinder nichtdeutscher Herkunft

(= 2.618 Kinder)

- Kinder ohne/mit kurzem Kitabesuch (insbesondere Kinder osteuropäischer Herkunft)
- Wohnumfeld mit einem hohen Anteil Kinder der gleichen Ethnie (insbesondere Kinder türkischer Herkunft)
- untere soziale Schicht
- Kinder türkischer Herkunft
- Bezirke Wedding, Kreuzberg, Tiergarten, Neukölln, Mitte, Schöneberg

Übergewicht/Adipositas⁵

Übergewicht: 12 % (= 2.643 Kinder)

Adipositas: 5 % (= 1.155 Kinder)

- Kinder nichtdeutscher Herkunft, insbesondere türkischer Herkunft
- untere soziale Schicht
- Bezirke Wedding, Neukölln, Kreuzberg, Tiergarten

Kein (ausreichender) Kitabesuch

nicht oder < 1/2 Jahr: 6 % (= 1.185 Kinder)

- Kinder osteuropäischer Herkunft und aus sonstigen Staaten
- untere soziale Schicht
- Bezirke Wedding, Neukölln, Tiergarten, Charlottenburg, Wilmersdorf

(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

¹ Die genaue Fallzahl beträgt je nach Anzahl der Kinder mit fehlenden Angaben im betrachteten Merkmal zwischen 18.755 und 21.729² Bei der Einschulungsuntersuchung 2004 wurden die Kinder anhand der Angaben zum Schulabschluss und Erwerbstätigkeit beider Eltern in drei gleich große soziale Schichten (untere, mittlere und obere Schicht) eingeteilt (vgl. Kapitel 9.1.2)³ Bei der Einschulungsuntersuchung 2004 erfolgt die Zuordnung der Kinder nach Migrationshintergrund und kultureller Zugehörigkeit in die fünf Herkunftsgruppen deutsch, türkisch, osteuropäisch (Staaten des ehemaligen Ostblocks), westliche Industriestaaten und sonstige Staaten (vgl. Kapitel 9.1.3).⁴ Prozentzahlen nur bezogen auf die Kinder deutscher Herkunft oder mit akzentfreiem Deutsch (n = 18.034)⁵ Referenzsystem für den BMI nach Kromeyer-Hauschild, Übergewicht > 90. Perzentil, Adipositas > 97. Perzentil

8 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Mit der vorliegenden Veröffentlichung werden die Einschulungsuntersuchungen erneut umfassend und differenziert ausgewertet. Dabei legt die Studie den Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zugrunde und verwendet daher auch ein breites Spektrum sozialer Indikatoren. Insbesondere werden der Bildungs- und Beschäftigungsstatus der Eltern sowie ein eventueller Migrationshintergrund berücksichtigt. Folglich bietet die Auswertung Ergebnisse, die über die Gesundheitspolitik hinausreichen und auch für die Bildungs- und Integrationspolitik im Land Berlin relevant sind.

Die im vorangegangenen Kapitel dargestellten Problemfelder unzureichende deutsche Sprachkenntnisse, Adipositas, starker Fernsehkonsum, Entwicklungsdefizite, mangelnde Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, unvollständige Grundimmunisierung, nicht ausreichend versorgte Zähne und Rauchen der Eltern stehen im Alltag nicht voneinander isoliert (wie die tabellarische Darstellung im Kapitel 7 vermuten lassen könnte), sondern weisen zahlreiche Überschneidungen und Verknüpfungen auf. Diese betreffen vor allem die möglichen Zugangswege und Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Situation. Betrachtet man die Lebenswelt der untersuchten Kinder im Vorschulalter, so lässt sie sich in drei große Lebensbereiche unterteilen: die Familie, den Sozialraum und die Kindertagesstätte bzw. Betreuungseinrichtung. Sie alle stellen soziale Systeme im Alltag der Kinder dar, in denen die wesentlichen umweltbezogenen, organisatorischen und persönlichen Faktoren zusammenwirken, die ihre Gesundheit beeinflussen. Daher werden die nachfolgenden Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen auf der Basis der Ergebnisse der Fachkapitel aus dem Blickwinkel dieser Settings formuliert.

8.1 Setting Familie

Die Familie ist der zentrale Punkt in der Lebenswelt von Kindern und ein wichtiger Ansatzpunkt für Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Eltern und Geschwister sind für Kinder bis zum Schuleintritt die wichtigsten Vorbilder für Gesundheitsverhalten. Die Ansätze von Gesundheitsförderung und Prävention in den nachfolgend dargestellten Settings Kita und Gemeinde werden ihre Wirkung verfehlen, wenn es nicht gelingt, die Eltern bzw. die Familie mit einzubeziehen. Allerdings bieten aber genau diese Schnittstellen die Möglichkeit eines niedrigschwelligen Zugangsweges in die Familien, entgegen der häufigen sog. „Kommstrukturen“ von Beratungsstellen oder vergleichbaren Einrichtungen.

Im Bereich Bewegung existieren im Rahmen der vom Land Berlin geförderten **Familienbildungsprojekte Freier Träger**, neben anderen, zahlreiche Angebote zur Bewegungsförderung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern, z. B. PEKiP-Gruppen, Eltern-Kind-Turnen, Spiel- und Kontaktgruppen für Kinder. In der Regel sind diese Angebote verknüpft mit Gesprächen über die Besonderheiten der kindlichen Entwicklung. Eine weitere, im Zusammenhang mit dem aktuellen Thema Kinderschutz in letzter Zeit stark diskutierte Möglichkeit ist die frühzeitige Anbindung der Familien im Rahmen von Netzwerken rund um die Geburt. In diesem Rahmen ist es durchaus sinnvoll die Überlegungen zum Kinderschutz um allgemeine gesundheitsförderliche Konzepte wie gesunde Ernährung, Freizeitgestaltung, Anregung der Kinder, Zahnpflege etc. zu ergänzen.

Die Verbesserung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen als klassischem Feld der Prävention auf der Individualebene ist anlässlich der aktuellen Diskussion um Maßnahmen zur Verbesserung des Kinderschutzes stärker in das Blickfeld gerückt. In Berlin ist dazu im Rahmen des **Netzwerkes Kinderschutz** unter gemeinsamer Führung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz und der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport Anfang 2006 ein Maßnahmenkatalog erarbeitet worden, der u. a. eine höhere Verbindlichkeit bei der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen herstellen soll. Das Land Berlin hat sich in diesem Zusammenhang

der Bundesratsinitiative Hamburgs angeschlossen, die neben der Qualifizierung der Vorsorgeuntersuchungen im Hinblick auf den Kinderschutz die Krankenkassen zu mehr Werbung auffordert, vor allem aber fordert, die Jugendämter zu informieren, wenn die Eltern die Vorsorgeuntersuchungen nicht wahrnehmen. Unabhängig hiervon ist die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter bei der Mehrzahl der Krankenkassen in den jeweiligen Bonusprogrammen als Anreiz zur Inanspruchnahme implementiert. Dabei sollte jedoch beachtet werden, ob sie den Versicherten direkt zu Gute kommen und so beschaffen sind, dass soziale Ungleichheiten durch die Programme nicht noch verstärkt werden. Die auffallend guten Durchimpfungsraten der Kinder türkischer Herkunft stehen im Kontrast zu dem in anderen Bereichen weniger guten Vorsorgeverhalten türkischer Eltern. Dies weist darauf hin, dass Eltern türkischer Herkunft für präventive Maßnahmen grundsätzlich erreichbar sind und es daher in Zukunft darum gehen muss, sie besser für ein breites Spektrum gesundheitlicher Prävention zu gewinnen. Dabei sollte dem Verständnis von gesundheitlicher Vorsorge in den unterschiedlichen Kulturen mehr Aufmerksamkeit entgegen gebracht werden.

Ein weiterer Bereich, der zu einem großen Teil in der Verantwortung der einzelnen Familie liegt, sind die Schutzimpfungen. Auf den ersten Blick werden in Berlin gute bis sehr gute Durchimpfungsraten erreicht. Allerdings sind diese für einige Impfungen wie z. B. Masern, Mumps und Röteln sehr ungleich über die Stadt verteilt, mit der Folge, dass regional begrenzte Ausbrüche z. B. von Masern nicht ausgeschlossen werden können. Damit verfehlt Berlin das erklärte Ziel der deutschen Gesundheitspolitik, bis 2007 die Masern zu eliminieren. Im Gegensatz zu anderen gesundheitlichen Themen ist es hier gerade die obere soziale Schicht, die deutliche Vorbehalte gegen Schutzimpfungen, v. a. gegen die Masern-Mumps-Röteln-Impfung und die Impfung gegen Hepatitis B, in geringerem Maße auch gegen Hib und Pertussis hat. Vor allem in dieser Schicht befinden sich erklärte und überzeugte Impfgegner, eine Gruppe, die bis jetzt von allen auf dem Gebiet der Impfprävention tätigen Experten als äußerst schwer erreichbar angesehen wird. Es sollte geprüft werden, ob in Bezirken mit einem hohen Anteil an Impfgegnern lokale Aktivitäten diesbezüglich durchgeführt werden können. Dabei sollte das **10-Punkte-Programm zur Erhöhung der Impfbereitschaft und zur Steigerung der Durchimpfungsraten in Deutschland (Robert Koch-Institut (RKI) 1999)**³⁵ berücksichtigt werden, in dem u. a. darauf hingewiesen wird, Form und Inhalte von Informationen und Aktionen zu harmonisieren, um Widersprüche zwischen Maßnahmen zu vermeiden und den Wiedererkennungseffekt nutzen zu können. Zusätzlich wird auch hier eine Aufnahme in die Bonusprogramme der Krankenkassen gefordert, dem von zahlreichen Kassen auch schon entsprochen wurde, wobei die Information darüber eher spärlich ist und noch stärker kommuniziert werden könnte.

Das klassische Beispiel für die anfangs erwähnte Vorbildfunktion der Eltern stellt der Tabakkonsum dar. Es ist unbestritten, dass Kinder rauchender Eltern in einem deutlich höheren Maße selbst Raucher werden.³⁶ Vor diesem Hintergrund ist die Rate von Kindern aus Raucher/innen-Haushalten von fast 50 % erschreckend hoch. Im Rahmen des von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz und der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport initiierten Aktionsprogramms „**Berlin qualmfrei**“ wird über eine offensive Medienarbeit über das Thema Tabakrauch informiert und es werden u. a. auch Raucherentwöhnungsprogramme angeboten. Es bleibt zu beobachten, inwieweit hierbei die Zielgruppe Eltern ausreichend und im Sinne der Reduktion des Raucheranteils effektiv erreicht wird. Bezüglich der weiteren Maßnahmen innerhalb des Aktionsprogramms wird auf das Kapitel 8.2 verwiesen.

Das eingangs für das Gesundheitsverhalten Gesagte zur Vorbildfunktion der Eltern gilt in gleicher Weise auch für die Sprachförderung bei Kindern nichtdeutscher Herkunft. Eine wichtige Unterstützung der Bemühungen von Kitas und Schulen die Sprachfähigkeit der Kinder zu fördern, ist das **Programm „Mütter und Väter lernen Deutsch“**. Hierbei lernen die Eltern nichtdeutscher Herkunftssprache – vor allem die Mütter – während der Betreuungs- und Unterrichtszeit in der Kita/der Schule ihrer Kinder oder in schulnahen Einrichtungen Deutsch. Umgesetzt wird das Sonderprogramm der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport seit 1999 von den bezirklichen Volkshochschulen. Die Kurse starteten zunächst an 50 Schulen mit hohem Anteil von Schülerinnen und Schülern

nichtdeutscher Herkunftssprache in sog. sozialen Brennpunkten. Inzwischen übersteigt die Nachfrage das Angebot. Mit dem Sonderprogramm sind Tausende von Frauen durch ein niedrigschwelliges, wohnortnahes Programm erreicht worden. Außer dem reinen Spracherwerb wird Wert auf eine aktive Zusammenarbeit der Mütter mit den Kitas und Schulen gelegt. So wird die Kita/Schule auch für die Eltern ein Lern- und Begegnungsort, der sich aktivierend auf das Zusammenwirken von Elternhaus und Kita/Schule auswirkt. Darüber hinaus gibt es auf der Ebene der Familien z. B. seit 1998 in Berlin das **Projekt HIPPY** (Home Instruction Program for Preschool Youngsters), das in der Trägerschaft der Berliner AWO³⁷ durchgeführt wird. Sein Ziel ist die Vorbereitung von Kindern nichtdeutscher Herkunftssprache im Alter von vier bis sieben Jahren auf den Schulbesuch und die Stärkung der Erziehungskompetenz der Migrantenfamilien. Bei regelmäßigen Hausbesuchen werden den Müttern zwei Jahre lang durch Multiplikatorinnen vorschulische Materialien zum Einüben mit ihren Kindern vorgestellt. Bis jetzt wurden über dieses Programm ca. 1.200 Familien betreut.

8.2 Setting Sozialraum

Die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2004 zeigen durchgehend starke sozialräumliche Disparitäten. In einigen Gebieten (sozialen Brennpunkten), die durch hohe Anteile von Kindern aus ungünstigen sozialen Verhältnissen und aus Familien mit Migrationshintergrund gekennzeichnet sind, kumulieren mehrere der angesprochenen Problembereiche, wie z. B. unzureichende deutsche Sprachkenntnisse, Übergewicht, Entwicklungsdefizite und ein schlechter Zahngesundheitszustand der Kinder. Nicht nur, aber ganz besonders in diesen Gebieten ist die Politik gefordert, Anstrengungen zur Herstellung gesundheitlicher und sozialer Chancengleichheit zu unternehmen. Die Untersuchung bestätigt damit die Notwendigkeit der vom Senat in den vergangenen Jahren eingeschlagenen gesundheits-, bildungs-, stadtentwicklungs- und integrationspolitischen Weichenstellungen und gibt Hinweise für deren weitere Akzentuierung. Dabei muss der besonderen Bedeutung des Kindes- und Jugendalters für Prävention und Gesundheitsförderung einerseits und der Notwendigkeit einer sozialkompensatorischen Ausrichtung solcher Programme andererseits Rechnung getragen werden.

Nachdem seit 1991 mehrere Bezirke Berlins Mitglied im bundesdeutschen Gesunde-Städte-Netzwerk geworden sind, ist im Februar 2003 auch die Stadt Berlin diesem Netzwerk beigetreten und hat Leitlinien für eine „**Gesunde Stadt**“ **Berlin** entwickelt. Auf der Grundlage der von der WHO 1986 in der Ottawa-Charta formulierten Prinzipien zur Gesundheitsförderung stehen in erster Linie die Rahmenbedingungen für gesundes Leben in der Stadt im Vordergrund des Konzepts einer Gesunden Stadt. Durch eine ressortübergreifende Zusammenarbeit und lebhaftige Bürgerbeteiligung soll es gelingen, wirksame Beiträge für eine soziale Stadtentwicklung und die Verbesserung der Lebenslagen vieler Menschen zu leisten. Aufgabe einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik ist es, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass für jeden Einzelnen ein Maximum an Gesundheit, körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden möglich wird. Ziel der Berliner Leitlinien ist es daher, Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe und wichtiges Element kommunaler Politik zu etablieren. Bezugnehmend auf den besonderen Präventionsbedarf im Kindes- und Jugendalter und in sozialen Brennpunkten der Stadt sollen die Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in alltägliche Lebenszusammenhänge eingebettet sein, möglichst frühzeitig ansetzen und vor allem Menschen in sozial benachteiligten Lebenssituationen unterstützen. Als Umsetzungsebene werden in erster Linie die Bezirke benannt, weil Gesundheitsförderung und Prävention am wirksamsten in den lokalen Lebensräumen der Bürgerinnen und Bürger initiiert werden können.

Die räumlich differenzierten Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen belegen eindrucksvoll, wie wichtig ein deutschsprachiges Umfeld mit entsprechenden Anregungen für kleine Kinder ist und dass sein Fehlen sich ungünstig auf ihre Schulfähigkeit auswirkt. Offensichtlich ist das Erlernen der deutschen Sprache für Kinder abhängig von ihrem sprachlichen Umfeld, gemessen an der Wohndichte gleicher ethnisch-kultureller Identität. Dies legen zumindest die Daten für türkische Kinder nahe. Da die Wohngebiete mit hoher Migrantendichte gleichzeitig sozial sehr belastete Wohngebiete sind, könnte

auch ein schichtspezifischer Aspekt hinzukommen. Im Rahmen des für 2006 mit 500.000 Euro ausgestatteten **Integrationsprogramms** des Senats, das sich auf sozialraumorientierte Projekte konzentriert, die von und in Kooperation mit Migrant*innenorganisationen umgesetzt werden, werden Initiativen, die Eltern aufsuchende Projekte für Migrant*innen und Migranten umsetzen, gefördert.

Ein Instrument zur Förderung gesunder Lebensbedingungen in besonders stark von sozialen Problemen betroffenen Stadtteilen ist das **Quartiersmanagement**. Da sich die Wohndichte bezüglich einzelner Herkunftsgruppen in Verbindung mit der Schichtzugehörigkeit der jeweiligen Familien nur schwer beeinflussen lässt, hat der Senat auf solche mehrfachen Benachteiligungen durch das soziale Umfeld reagiert. Im Rahmen der strategischen Neuausrichtung Mitte 2005 wurden insgesamt 34 Gebiete des Quartiersmanagements bestimmt, zu deren Hauptaufgaben zählt, die Bewohner*innen in den jeweiligen Quartieren dazu zu motivieren, dass sie sich aktiv an der Gestaltung ihres Wohngebiets beteiligen (Empowerment). Damit wird den Erkenntnissen aus der Berliner Gesundheitsberichterstattung und zur sozialstrukturellen Entwicklung Rechnung getragen, die in eindringlicher Weise belegen, dass Morbidität, Mortalität und gesundheitsbezogenes Verhalten mit dem sozialen Status korrelieren. Zu den Handlungsfeldern des Quartiersmanagements gehören u. a. die Bereiche Schule und Bildung, Gesundheitsförderung sowie das Zusammenleben unterschiedlicher sozialer und ethnischer Gruppen im Stadtteil. Es kommt ein nach gebietspezifischen Problemlagen differenziertes Instrumentarium zum Einsatz, wobei beispielsweise Stadtteilzentren und Schulen als Bündnispartner einbezogen werden.

Der Aufgabe der Vernetzung und Kooperation sozialer und gesundheitsförderlicher Ansätze im Stadtteil widmen sich die in allen Berliner Bezirken eingerichteten **Stadtteilzentren** (Nachbarschaftsheime). Diese 25 Einrichtungen werden vom Land Berlin im Zeitraum 2005 bis 2007 mit insgesamt gut 10 Millionen Euro gefördert. Für eine regional angemessene Mittelvergabe innerhalb des berlinweit flächendeckenden Netzes von Einrichtungen werden Erkenntnisse aus dem Sozialstrukturatlas 2003 herangezogen. Die Stadtteilzentren bieten einen organisatorischen Rahmen für Maßnahmen und Projekte zur Quartiersentwicklung und Verbesserung der Lebensqualität, zur Selbsthilfeförderung und zur Stärkung des bürgerschaftlichen und ehrenamtlichen Engagements. Zu den Kernaufgaben im Angebotsprofil der Zentren gehören Angebote zur Unterstützung von Familien, Kindern und Jugendlichen, Förderung von Nachbarschaftsbeziehungen und gegenseitiger Hilfe sowie generationsübergreifende und interkulturelle Arbeit.

Die Erfahrungen und Handlungsansätze aus dem Quartiersmanagement und der Arbeit der Stadtteilzentren sollen durch eine zurzeit vom Senat erarbeitete **Rahmenstrategie soziale Stadtentwicklung** ausgeweitet werden: Sozialraumorientierung und ressortübergreifend vernetztes Handeln sollen zu allgemeinen Dimensionen des Verwaltungshandelns werden. Im Handlungsfeld Bildung, Erziehung und Betreuung werden u. a. Ziele zur Verbesserung der Sprachkompetenz der Schülerinnen und Schüler, zum Bildungserfolg von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und zur Stärkung der Erziehungskompetenzen von Eltern formuliert. Für den vorschulischen Bereich wird vor allem das Bildungsprogramm für die Berliner Kindertagesstätten der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport mit seiner Schwerpunktsetzung auf der Sprachförderung als beispielhaftes Konzept angeführt. Im Handlungsfeld Gesundheit geht es prioritär um den Aufbau einer Struktur für Gesundheitsförderung in benachteiligten Sozialräumen, u. a. durch Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und des Gesundheitsverhaltens von Kindern und Jugendlichen in Kooperation mit Schulen, Kitas und den Jugendämtern. Als handlungsfeldübergreifendes Querschnittsthema wird die Integration von Migrant*innen und Migranten angesprochen, die u. a. mit dem Programm „Integration durch Bildung“ gefördert werden soll. Zur Überprüfung der Wirksamkeit der ergriffenen Maßnahmen soll ein strategisches Controlling eingerichtet werden, das auf der Basis von abgestimmten bedarfsorientierten Datengrundlagen und Zielerreichungsindikatoren die Ergebnisse der sozialen Stadtentwicklung darstellt und bewertet.

Als Instrument und zentrales Koordinationsforum für eine Politik und Gestaltung der Gesundheitsförderung in Berlin hat der Senat am 26.11.2004 die **Landesgesundheitskonferenz (LGK)** ins Leben gerufen. Die LGK ist ein Zusammenschluss von Akteuren im Bereich der Gesundheitspolitik unter Beteiligung der Senats- und Bezirksebene, der Leistungserbringer, Sozialeistungsträger, Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, Institutionen der Wirtschaft und der Arbeitnehmer, der Selbsthilfe, Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes sowie Institutionen der Wissenschaft. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, Probleme der Gesundheitspolitik zu benennen und Lösungsstrategien für diese zu entwickeln. Es wurden die Arbeitsgruppen „Kinder und Jugendliche“, „Migration“ und „Qualitätssicherung und Evaluation“ gegründet. In der zweiten Sitzung am 12.09.2005 unter dem Motto „Prävention in Berlin“ wurde beschlossen, konkrete Gesundheitsziele für Berlin zu formulieren, eine Übersicht über bestehende Projekte zur Unterstützung von Sprachentwicklung und Motorik in den Berliner Kindertagesstätten zu erstellen und Konzepte zur migrationsrelevanten Datenerhebung und Berichterstattung sowie zur Institutionalisierung und Finanzierung von Sprach- und Kulturmittlung zu erstellen. Eine dritte Sitzung hat am 12. Juni 2006 stattgefunden.

Am 20.12.2005 wurden zwischen der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz und der LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege der LIGA-Vertrag „Soziales“ und der **Integrierte Gesundheitsvertrag** abgeschlossen. Mit einer Laufzeit von fünf Jahren ab 01.01.2006 unterstützen diese Verträge mit Zuwendungen an verschiedenste gesamtstädtische Projekte im Umfang von insgesamt ca. 26 Millionen Euro im Jahr 2006 die über Jahrzehnte gewachsene soziale und gesundheitliche Infrastruktur Berlins. Bestandteil des Integrierten Gesundheitsvertrags sind u. a. auch Projekte mit Bezug auf Kinder und Familien sowie Projekte, die sich speziell an sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen und Migrantinnen und Migranten richten. Neu aufgenommen wurde ein Innovationsfonds für Projekte mit dem Schwerpunkt Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche.

Am 04.04.2006 wurde dem Senat ein Bericht zu einem **Netzwerk Kinderschutz** vorgelegt, das gemeinsam von den Senatsverwaltungen für Bildung, Jugend und Sport sowie Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz erarbeitet wurde. Ziel des Konzeptes ist es, den Kinderschutz weiter zu verbessern und risikohafte Entwicklungen – sowohl vor als auch nach der Geburt eines Kindes – frühzeitig zu erkennen und schneller zu handeln. Das erfordert eine verbesserte Zusammenarbeit insbesondere zwischen Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten, Kinderärztinnen/Kinderärzten, Jugendämtern, Kindertageseinrichtungen, Schulen, Gerichten und der Polizei. Schwerpunkte des Konzepts liegen auf der rechtzeitigen Erkennung von Risikofaktoren in werdenden und jungen Familien, der aufsuchenden Elternhilfe, der besseren Vernetzung der Akteure und der Bereitstellung verbindlicher Ansprechpartner/innen. In diesem Rahmen wird auch intensiv die Rolle der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen diskutiert. Diese sind zwar nicht zur Überprüfung auf mögliche Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung konzipiert, bieten jedoch die Möglichkeit von deren Aufdeckung mit entsprechendem Handlungsbedarf. Ebenso bieten sie eine hervorragende Möglichkeit, durch Elternberatung und Erkennung von Risiken präventiv tätig zu werden.

Mit dem konkreten Gesundheitsproblem des Nichtraucher-schutzes befasst sich das **Aktionsprogramm „Berlin qualmfrei“**³⁸, das die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz seit 2004 gemeinsam mit den Berliner Bezirken und mit Unterstützung der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport sowie vielen anderen Bündnispartnern durchführt. Ziel dieses dreijährigen Aktionsprogramms ist es, das Nichtrauchen als Element einer modernen, gesunden Lebensführung in Berlin zu fördern. Es werden hierbei bereits bestehende Maßnahmen zur Tabakprävention und Raucherentwöhnung forciert und durch neue innovative Projekte ergänzt und ausgebaut. Durch Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention sollen zunehmend mehr Berlinerinnen und Berliner zu einem Leben ohne Tabakqualm motiviert werden und gleichermaßen die rauchfreien Bereiche in der Stadt erweitert werden. Beispielhafte Maßnahmen im Rahmen dieses Aktionsprogramms sind das Projekt „Rauchfreie Autos für Kinder“, das in Form einer öffentlichen Messung und eines Flyers über die hohe Feinstaubpartikelbelastung durch Passivrauchen im Auto aufklärt und ganz besonders auf

die schädlichen Auswirkungen für Kinder hinweist, oder der Modellversuch zur kiez- und familien-nahen Thematisierung der Problematik des Rauchens und Passivrauchens in einem Nachbarschafts-heim im Bezirk Neukölln. Die Projekte werden durch eine breite Öffentlichkeitsarbeit in den Medien sowie durch vielfältige Aktionen ergänzt und erreichen dadurch einen hohen Bekanntheitsgrad.

Der **öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD)** erfüllt eine Vielzahl von Aufgaben im Gesundheitswesen, zu denen u. a. die Aufgabenschwerpunkte Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitshilfe und Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die Durchführung der Einschulungsuntersuchungen sowie die Gesundheitsberichterstattung gehören. Dabei werden Aufgaben der Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitshilfe grundsätzlich subsidiär und sozialkompensatorisch wahrgenommen, d. h. sie richten sich insbesondere an Menschen, die aus gesundheitlichen, sozialen, sprachlichen, kulturellen oder finanziellen Gründen sonst keinen Zugang zu derartigen Angeboten haben. Im Zuge des Gesundheitsdienstreformgesetzes, das gerade das Gesetzgebungsverfahren durchlaufen hat, wird seine sozialkompensatorische Ausrichtung und steuernde Funktion noch gestärkt. Damit soll sichergestellt werden, dass die Mittel zielgerichtet in den Sozialräumen zur Verfügung stehen, in denen die Menschen besonders auf sie angewiesen sind. Dies bedeutet, dass die personellen Besetzungen in den ÖGDs der Berliner Bezirke bedarfsorientiert erfolgen müssen.

Konkret bietet der ÖGD Schutzimpfungen für Kinder, die sonst nicht geimpft werden würden, sowie Programme zur Zahngesundheit von Kita- und Schulkindern an. Während bis 2004 der Bedarf an Schutzimpfungen regelmäßig das in den einzelnen Bezirken dafür vorhandene Budget überschritt, ist es inzwischen gelungen, unter Federführung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz eine Vereinbarung mit den Krankenkassen abzuschließen, welche die Finanzierung von sozialkompensatorisch erfolgten Schutzimpfungen durch den ÖGD sicherstellt. Diese Vereinbarung trägt dazu bei, den Impfstatus bei Kindern und Jugendlichen weiter zu verbessern, weil dadurch auch Kinder aus sozial benachteiligten Familien oder auch von nicht Versicherten erreicht werden. Zu den wünschenswerten Maßnahmen zur Verbesserung der Durchimpfungsrate gehört auch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit zu Schutzimpfungen für Multiplikator/innen (Hebammen, Pflege- und Praxispersonal, Erzieher/innen, Lehrer/innen, Sozialarbeiter/innen etc.) und für die verschiedenen bevölkerungsbezogenen Zielgruppen.

Erforderlich ist mit Bezug auf Impfungen, aber auch hinsichtlich der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen, die Schaffung spezieller Zugangsmöglichkeiten zu Familien, die erst nach der Geburt des Kindes nach Deutschland kommen. Über die Einwanderungsbehörden kann muttersprachliches Informationsmaterial über die Angebote und Impfpfehlungen an die Familien verteilt werden. Zusätzlich ist zu klären, über welche Zugangswege dieser Personenkreis den öffentlichen Gesundheitsdienst oder aber niedergelassene Ärzte/Ärztinnen erreicht, um diese für eine gezielte Information zu den präventiven Angeboten zu nutzen.

In Bezug auf die Einsatzmöglichkeiten des ÖGD im Bereich der Zahngesundheit sei auf Kapitel 8.3 verwiesen. Wünschenswert wäre eine Zusammenführung und gekoppelte Auswertung der relevanten Daten der Einschulungsuntersuchungen durch die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD) mit den Daten der untersuchten Erstklässler/innen der Zahnärztlichen Dienste (ZÄD), da dies eine noch bessere Charakterisierung der von Karies betroffenen und gefährdeten Gruppen ermöglichen würde. Die Datenschutzaspekte der Datenzusammenführung, die dem Vorhaben bisher im Wege standen, bedürfen sicher besonderer Berücksichtigung, sollten aber auch nicht von vornherein als unüberwindliche Probleme angesehen werden. Basis für die Erfassung von zahnmedizinischen Daten zur Zahngesundheit der Kinder und der daraus resultierenden Prophylaxeplanung sind die gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen. Es muss in Zukunft in enger Zusammenarbeit zwischen den Ressorts Bildung und Gesundheit sichergestellt werden, dass die vorhandenen Rechtsgrundlagen in Berlin, wie das aktuelle Schulgesetz vom 15.01.2004, konsequent analog der Schulpflicht durchgesetzt werden können.

Die besonders geringe Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung U9 lässt sich möglicherweise auch mit deren zeitlicher Nähe zur Einschulungsuntersuchung erklären. Hier wäre es wichtig, sowohl von Seiten des ÖGD als auch der Ärztinnen und Ärzte deutlich auf die unterschiedliche Zielsetzung und inhaltliche Ausgestaltung dieser beiden Untersuchungen (z. B. Urinuntersuchung, Blutdruckmessung bei U9) hinzuweisen. Perspektivisch ist zu überlegen, ob eine inhaltliche Abstimmung der beiden Untersuchungen z. B. in Form einer Mitteilung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte über die Befunde der U9 für den KJGD zur Einschulungsuntersuchung oder aber ein größerer zeitlicher Abstand der beiden Untersuchungstermine sinnvoll wären.

Nicht zuletzt sind die **Kinderärztinnen und Kinderärzte** als wichtige Akteure des Gesundheitswesens im Setting Sozialraum zu benennen. Sie treten nicht nur im Krankheitsfall mit den Kindern und deren Eltern in Kontakt, sondern auch bei den routinemäßigen Vorsorgeuntersuchungen, deren Inanspruchnahme ja zumindest im ersten Lebensjahr des Kindes in allen Bevölkerungsgruppen sehr hoch ist. In Ergänzung zu den individualbezogenen Funktionen dieser Vorsorgeuntersuchungen (frühzeitige Erkennung von Fehlentwicklungen und Einleitung von Gegenmaßnahmen gemeinsam mit den Eltern, Beratung der Eltern über die kindliche Entwicklung) könnte die Auswertung ihrer dokumentierten Ergebnisse darüber hinaus bereits weit vor den Einschulungsuntersuchungen wertvolle Hinweise auf Fehlentwicklungen bei Kindern bestimmter Altersgruppen liefern. Diese bevölkerungsbezogene Funktion wird jedoch bis jetzt nicht wahrgenommen, ebenso wenig findet eine regelmäßige Qualitätsüberprüfung dieser Untersuchungen statt. Das heißt, es sind die Auswertungen der Einschulungsuntersuchungen, welche die frühest möglichen Informationen über diese wichtige Entwicklungsspanne von Kindern geben, was für die Korrektur vieler Fehlentwicklungen ein deutlich zu später Zeitpunkt ist. Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz hat daher im Sommer 2005 gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)³⁹ eine Evaluation und Veröffentlichung der Daten angeregt.

Auch für die Erreichung eines hohen Durchimpfungsgrades trägt die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte die Hauptverantwortung. Die meisten Kinderärzte/Kinderärztinnen widmen sich der Aufgabe, für einen guten Impfschutz bei ihren Patientinnen und Patienten zu sorgen, mit großem Engagement. Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass es bei einzelnen Ärztinnen und Ärzten hinsichtlich der Wertigkeit einiger Impfungen unterschiedliche Meinungen gibt, die sich auf die Durchimpfungsraten ihrer Patientinnen und Patienten auswirken. Es ist daher erforderlich, dass die ärztlichen Standesorganisationen und Fachgesellschaften auch weiterhin auf die Dringlichkeit einer gemäß Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) altersgerechten Durchimpfung ihrer Patientinnen und Patienten hinweisen. Zusätzlich wird im 10-Punkte-Programm des Robert Koch-Instituts gefordert, jeden Arzt-Patienten-Kontakt und alle Vorsorgeuntersuchungen zur Überprüfung des Impfschutzes und zur Durchführung und Auffrischung der empfohlenen Impfungen zu nutzen.

8.3 Setting Kindertagesstätten

In Berlin besuchen bereits jetzt nahezu alle Kinder vor der Einschulung eine Kindertagesstätte (Kita) bzw. ähnliche Betreuungseinrichtung, und zwar in beträchtlicher Dauer von im Mittel 3,5 Jahren. Kitas erweisen sich damit als geeignete Orte um sehr viele Kinder und ihre Eltern für gesundheitsförderliche und präventive Themen zu erreichen. Sie stellen damit einen wichtigen Zugangsweg für die identifizierten Problemfelder dar (vgl. Kapitel 7.2, Tab. 7.1).

Für die weiterführende Vermittlung von gesundheitsrelevanten Informationen und Verhaltensweisen sind gute Kenntnisse der deutschen Sprache eine wesentliche Grundvoraussetzung. Abgesehen von der Herkunft der Kinder mit Migrationshintergrund wird deren Sprachkompetenz vor der Einschulung nach der vorliegenden Auswertung vor allem durch drei Faktoren bestimmt: die soziale Lage der Familie, die Dauer des Besuches einer Kindertagesstätte und die Wohndichte der betreffenden Migrantengruppe im Quartier. Angesichts der Tatsache, dass v. a. Kinder türkischer Herkunft häufig

in einem türkisch sprechenden Wohnumfeld und häufiger in einer schwierigen sozialen Lage leben, sich aber diese Lebensumstände – wenn überhaupt – nicht so schnell ändern lassen, sind die Kitas mit der Aufgabe konfrontiert, für diese Kinder das für den Erwerb der deutschen Sprache notwendige sprachliche Umfeld herzustellen. Für die Kinder, die 2004 in die Schule kommen sollten, ist dies offenbar nicht in allen Fällen gelungen. Zwar gab es bereits in der Vergangenheit Kitas in sozialen Brennpunkten mit einem hohen Anteil von Migrantinnen und Migranten, die sich diesem Problem mit entsprechenden Konzepten gestellt haben⁴⁰, dies ändert jedoch nichts an den Gesamtberliner Ergebnissen. In der Konsequenz ist in Berlin inzwischen unter der Verantwortung der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport ein **Bildungsprogramm für Kitas** entwickelt worden. Die ab 01.01.2006 geltende Qualitätsentwicklungsvereinbarung schreibt dessen Umsetzung verbindlich vor. Gleichzeitig ist ab Eintritt in die Kita die regelmäßige Dokumentation der Sprachentwicklung mit einem Sprachlerntagebuch ab Schuljahresbeginn 2006/2007 vorgesehen. Der Spracherwerb wird als integraler Bestandteil bei allen Aktivitäten in den Kitas berücksichtigt, so auch den gesundheitsförderlichen Angeboten. Seit 2004 wird der Screening-Test „**Deutsch Plus**“ als Sprachstandserhebung (Sprachgebrauch und Sprachverständnis) im Rahmen der Schulanmeldung jeweils im November für Kinder, die keine Kita besuchen, in der Schule und für Kita-Kinder ab Sommer in der Einrichtung durchgeführt. Das Instrument ist eine Adaption des niedersächsischen Programms „Fit für Deutsch“, es wird seit Frühjahr 2004 regelmäßig evaluiert und seit Herbst 2004 flächendeckend eingesetzt. Kinder mit Sprachförderbedarf erhalten so eine planmäßige Förderung im letzten Halbjahr vor Schulbeginn. Kinder, die keine Kita besuchen, sind, wenn ein Förderbedarf festgestellt wurde, zur Teilnahme an einem Sprachkurs in der Schule verpflichtet. Auf kommunaler Ebene werden z. B. für Träger im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg Leitlinien zur Sprachförderung entwickelt. Gleichzeitig muss jedoch auch im Rahmen der im Schulgesetz und in der Kita-Bildungsreform verankerten Stärkung der Elternarbeit und der Öffnung von Kindertagesstätten in den Sozialraum hinein, bei den Eltern dafür geworben werden, die Angebote zu akzeptieren und ihre Kinder beim Erlernen der deutschen Sprache zu unterstützen, ohne dass ihre kulturelle Identität deshalb in Frage gestellt wird.

Die Gestaltung des Alltags in der Kindertageseinrichtung bietet vielfältige Möglichkeiten der Einbeziehung von Gesundheitsförderung und Prävention, die zudem wirksamer als eine reine Informationsvermittlung im Alltag gelebt werden kann. In diesem Kontext sind Konzepte zu den Problemfeldern Adipositasprävention, Kariesprävention, Förderung der motorischen und kognitiven Entwicklung sowie Verringerung des Fernsehkonsums zu nennen. Wie die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen zeigen, sind in allen genannten Bereichen Kinder aus der unteren sozialen Schicht und Kinder nichtdeutscher Herkunft in einem größeren Maße von den Problemen betroffen als die übrigen Kinder, wobei nicht übersehen werden sollte, dass es auch in den anderen Gruppen (deutsche Herkunft, mittlere und obere soziale Schicht) zum Teil deutlichen Handlungsbedarf gibt. Allen Problembereichen ist außerdem gemeinsam, dass sie in ihrer Genese nicht monokausal, sondern multifaktoriell sind und sich zudem Überschneidungen bei den Risikofaktoren ergeben. Die Präventionsstrategien müssen daher übergreifend, zielgruppenorientiert und integrativ sein, d. h. auch die Eltern und den Sozialraum mit einbinden, z. B. durch eine Vernetzung mit den Stadtteilzentren oder Quartiersmanagementprogrammen in benachteiligten Sozialräumen.

Zu den einzelnen Themenfeldern finden sich in Berlin in einem unterschiedlichen Ausmaß Initiativen und Konzepte zur Verbesserung der Situation. So widmen sich zum Beispiel bereits vielfältige gemeinnützige Vereine und Organisationen, meist in Zusammenarbeit mit der entsprechenden bezirklichen Plan- und Leitstelle, schwerpunktmäßig dem Thema „Ernährung, Adipositas und Bewegung“ in der Kita. Das bereits erwähnte **Berliner Bildungsprogramm für Kitas** enthält in dem Bildungsbereich „Körper, Bewegung und Gesundheit“ konzeptionelle Grundgedanken, Ziele und praktische Beispiele für die Gesundheitserziehung im Land Berlin zu den Feldern Prävention von Übergewicht, gesunde Ernährung, körperorientierte Wahrnehmung und Bewegung.

In den Bereichen „Kommunikation: Sprachen, Schriftkultur und Medien“ und „naturwissenschaftliche Grunderfahrungen“ des o. g. Bildungsprogramms wird der Stellenwert der Medienpädagogik

besonders deutlich. Außerdem ziehen sich medienpädagogische Anregungen und Aussagen durch das gesamte Programm. Eine besonders effektive Unterstützung des Bildungsprozesses für die Kinder und Erzieher/innen in Berliner Kitas ist das IBM-Förderprogramm **KidSmart**, an dem gegenwärtig über 200 Berliner Einrichtungen teilnehmen. In diesen Einrichtungen arbeiten 2.350 Erzieherinnen und Erzieher. 42 Prozent von ihnen hatten keine Vorkenntnisse in der Medienarbeit. Sie betreuen rund 16.500 Kinder. Das Förderprogramm wurde in Berlin als Public-Private-Partnership zwischen IBM Deutschland und dem Land Berlin 2003 begonnen. Ziel des Programms ist die Unterstützung der frühkindlichen Förderung in Kindertageseinrichtungen und insbesondere die Qualifizierung der vorschulischen informationstechnischen Elementarausbildung im Sinne des Medienkompetenzerwerbs.

Im Bereich **Zahngesundheit** gibt es seit dem Schuljahr 2002/2003 eine berlinweite Initiative, die aufgrund der Kenntnis der Zusammenhänge zwischen Sozialstatus und Zahngesundheit ein Konzept erarbeitet hat, um effektive Prophylaxeleistungen dorthin zu bringen, wo sie besonders benötigt werden, d. h. zu den stark von Karies betroffenen und gefährdeten Gruppen. Somit soll die sozial bedingte Ungleichheit auch in Bezug auf die Zahngesundheit verringert und damit die Chancengleichheit vor allem für die sozial benachteiligten Kinder und Schüler/innen erhöht werden. So wurde mit Hilfe eines in einer Arbeitsgruppe⁴¹ erarbeiteten **Organisationskonzeptes in Berlin** begonnen, Prophylaxeprogramme auf Basis der Bedarfsorientiertheit neu zu konzipieren. Inhalt dieses Konzeptes ist es, dass jede Berliner Kita bzw. Schule in einer schuljahresbezogenen aktualisierten Rankingliste erscheint, die den Prophylaxebedarf vorgibt, auf deren Grundlage dann die entsprechenden Maßnahmen geplant werden. Grundlagen für das Ranking sind der örtliche Sozialindex der Einrichtung, die soziale Lage der Eltern im Raum nach dem Berliner Sozialstrukturatlas sowie die einrichtungsbezogenen Daten der Zahngesundheit.

Mit der in § 9 Abs. 2 des neuen Kindertagesbetreuungsreformgesetzes getroffenen Regelung hat der öffentliche Gesundheitsdienst nicht nur die Aufgabe zahnärztliche Reihenuntersuchungen, sondern auch bei den 3 ½ bis 4 ½-Jährigen einmalige ärztliche Untersuchungen auf Seh- und Hörstörungen sowie auf motorische und Sprachauffälligkeiten durchzuführen. Diese und die bei Bedarf nach sozialkompensatorischen Kriterien noch weitergehenden Angebote werden ein wichtiger Baustein in der Kooperation zwischen öffentlichem Gesundheitsdienst und Kindertagesstätten für die Gesunderhaltung der Kinder sein.

Die Nutzung der Kindertagesstätten als Zugangsweg zur Gesundheits- und Sprachförderung als Bestandteile der frühkindlichen Bildung erfordert selbstverständlich eine entsprechende Qualifizierung der dort tätigen Fachkräfte sowie ein Konzept zur Qualitätssicherung. Die Implementierung des mehrfach erwähnten Berliner Bildungsprogramms wird durch die landeseigene Fortbildungsstätte Jagdschloss Glienicke begleitet und unterstützt, die vielfältige Fortbildungsangebote zu allen Bildungsbereichen zur Verfügung stellt. Die Kapazitäten für den Schwerpunkt Bildung und Sprachförderung wurden seit 2003 verdoppelt, sodass im vergangenen Jahr ca. 3.500 Fachkräfte aus dem Bereich Kindertagesbetreuung qualifiziert werden konnten. Im Bereich der Arbeit mit neuen Medien erfolgt die Fort- und Weiterbildung der Erzieher/innen durch den Senat über das Qualifizierungsprogramm **„BITS 21 – Bildung, InformationsTechnologie und Service der Berliner Jugendarbeit“** im Rahmen des Landesprogramms „jugendnetz-berlin.de“. BITS 21 ist ein durch den Europäischen Strukturfonds (ESF) gefördertes Projekt des Arbeitskreises Medienpädagogik e. V. und des Fördervereins für Jugend und Sozialarbeit e. V. Das Qualifizierungsangebot von BITS 21 stößt auf sehr großes Interesse. Es mussten zusätzliche Kapazitäten geschaffen werden, um den Anmeldungen zu entsprechen. Von 2003 bis 2005 nahmen 1.734 Erzieherinnen und Erzieher mit 64.360 Stunden an dieser medienpädagogischen Fort- und Weiterbildung teil.

Bezüglich der Qualitätssicherung wurde zwischen der Senatsverwaltung für Jugend, Bildung und Sport, den Trägern von Kitas und den Jugendämtern der Bezirke mit Wirkung vom 01.01.2006 eine entsprechende Qualitätsentwicklungsvereinbarung erarbeitet, die verbindliche Maßgaben über die Umsetzung des Bildungsprogramms und entsprechende Maßnahmen zur Qualitätssicherung enthält. Darin

ist u. a. festgelegt, dass die Kitas aller Träger bis Ende 2006 an den Vorgaben des Bildungsprogramms orientierte Hauskonzepte vorlegen, die Träger bis Ende 2008 erstmalig mit der Durchführung interner Evaluation nach den Qualitätskriterien des Bildungsprogramms und bis Ende 2009 mit externer Evaluation begonnen haben.

Über die Vermittlung gesundheitsförderlichen Verhaltens hinaus bieten die Kitas jedoch auch einen Zugangsweg zu den Eltern für Bereiche, die nicht innerhalb des Kitaalltags liegen. Dies betrifft im Wesentlichen die Problemfelder Impfen, Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Rauchen der Eltern. So gilt z. B. im Sinne der Rauchprävention für alle Kitas in Berlin ein verbindliches Rauchverbot analog zu den Schulen, um auch hier die Vorbildfunktion zu nutzen. Darüber hinaus könnten zumindest entsprechende bereits vorhandene Informationsmaterialien zu den Themenfeldern regelmäßig von der Kita an die Eltern weitergegeben werden. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass viele der üblichen Materialien und Aktivitäten eindeutig mittelschichtorientiert sind und zudem nur in deutscher Sprache vorliegen, so dass nicht alle Zielgruppen erreicht werden. Hier bedarf es einer kritischen Durchsicht und zusätzlicher Konzepte, wie zum Beispiel Familien nichtdeutscher Herkunft und aus bildungsfernen Schichten erreicht werden können. Daneben wäre auch eine Nutzung von Elternabenden als Plattform für gesundheitliche Informationen denkbar. Des Weiteren könnte die **ärztliche Untersuchung vor der Kitaaufnahme** stärker dafür genutzt werden, auch den Vorsorge- und Impfstatus zu überprüfen. Dies entspräche auch der Empfehlung der WHO, den Impfstatus am Ende des 2. Lebensjahres zu erheben, und dem 10-Punkte-Programm des Robert Koch-Instituts zur Erhöhung der Impfbereitschaft, in dem u. a. eine Reaktivierung der Kindergarteneintrittsuntersuchung für die Impfberatung und Impfung empfohlen wird. Eine Aufwertung der ärztlichen Untersuchung vor der Kitaaufnahme wird auch von der Arbeitsgruppe zum Netzwerk Kinderschutz geprüft.

Auch wenn, wie eingangs erwähnt, der Anteil der Kitanutzung in Berlin sehr hoch ist, so ist doch zu berücksichtigen, dass es auch eine Minderheit gibt, die nicht oder nur sehr kurz die Kita besucht und damit nicht über diesen Weg erreicht werden kann. Dies ist insbesondere deshalb bedeutsam, weil aus den ESU-Daten ersichtlich ist, dass diese Kinder häufiger als andere von gesundheitlichen Problemen betroffen sind. Allerdings stellt sich aufgrund der vergleichsweise kleinen absoluten Zahlen, insbesondere bei Aufspaltung in die Subgruppen z. B. nach Herkunft, die Frage nach einem bezüglich Ressourceneinsatz und Ergebnis vertretbaren Konzept. Ansätze hierzu sind die Bemühungen der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport alle Kinder frühzeitig für den Kitabesuch zu gewinnen und die Einführung des kostenlosen Kitajahres ab 2007, deren Effekte erst in den zukünftigen Auswertungen zu sehen sein werden.

8.4 Resümee

Die Daten der Einschulungsuntersuchung 2004 zeigen Handlungsbedarf vor allem in den Problemfeldern motorische Entwicklung und visuelle Wahrnehmung, Übergewicht, gesundheitliche Vorsorge, Sprachkompetenz, Fernsehkonsum und elterliches Rauchen auf. Die räumlich differenzierten Datenanalysen weisen deutlich darauf hin, dass alle Maßnahmen der Prävention und Intervention sozialräumlich und zielgruppenbezogen ausgerichtet sein müssen. In den Kapiteln 8.1 bis 8.3 wurden bestehende Ansätze zur Verringerung der genannten Probleme in den Settings Kita, Sozialraum und Familie dargestellt. Die beschriebenen Konzepte und Programme, die vorwiegend in den letzten zwei Jahren entwickelt wurden, zielen mit ihren auf die Altersgruppe der Kinder bezogenen Aussagen vor allem auf Gesundheitsförderung und die Stärkung von Kompetenzen. Das Berliner Bildungsprogramm für Kitas stellt die Sprachförderung in den Mittelpunkt, enthält aber auch Konzepte für Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. Die vor allem mit der Landesgesundheitskonferenz angestrebte Bündelung von Expertise und Kompetenz, Koordinierung von gesundheitsfördernden Ansätzen in Berlin, Definition von zielgruppenbezogenen und konkreten prioritären Gesundheitszielen und Qualitätssicherung ist sehr zu begrüßen. Zu treffende Maßnahmen müssen sich auf die identifizierten Problemfelder beziehen und einer Evaluation unterzogen werden.

Auf der Ebene der praktischen Umsetzung existieren bereits zahlreiche Konzepte in verschiedenen Projekten, die jedoch häufig nicht untereinander vernetzt sind und für die es bisher keinen umfassenden Überblick gibt. Für das Handlungsfeld „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wurde im Jahr 2003 in Kooperation der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und Gesundheit Berlin e. V. eine internetbasierte bundesweite Projektdatenbank aufgebaut⁴². Diese bietet im Rahmen einer komfortablen Suchstrategie u. a. nach Setting, Zielgruppe und Bundesland einen Überblick über bereits bestehende Initiativen und Projekte. Ein weiteres Ziel der Plattform ist die Vernetzung von Projekten über sog. Regionale Knoten. Auch wenn aus der Region Berlin schon zahlreiche Projekte enthalten sind, so ist davon auszugehen, dass nicht alle existierenden Initiativen sich in der Datenbank eingetragen haben. Dies sollte jedoch unter dem Aspekt der Ressourcenbündelung und Vernetzung stärker propagiert werden und ggf. Voraussetzung für die Bewilligung von entsprechenden finanziellen Mitteln werden. Ein systematischer Überblick der Gesundheitsförderungsangebote für und mit Migrantinnen und Migranten wird im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz zurzeit erarbeitet. Darüber hinaus sollte die Datenbank auch dafür genutzt werden, sich über Methoden und Inhalte schon existierender Projekte und deren Erfolg oder Misserfolg zu informieren und dies bei der Planung weiterer Maßnahmen zu berücksichtigen.

Zusammenfassend wird aus den Ergebnissen der Einschulungsuntersuchungen deutlich, dass die einzelnen Settings Chancen für die Gesundheitsförderung und Prävention bieten. Die Daten der Einschulungsuntersuchungen der kommenden Jahre ermöglichen, die Wirksamkeit der angeschobenen Initiativen und Maßnahmen im Sinne einer Ergebnisevaluation zu überprüfen.

³⁵ Volltext des Programms unter: http://www.rki.de/cIn_011/nn_326264/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/10__punkte__programm.html zuletzt aufgerufen am 25.04.2006

³⁶ Bantle, C., Haisken-DeNew, J.P. (2002): Smoke Signals: The Intergenerational Transmission of Smoking Behavior. Diskussionspapier 277. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin.

³⁷ Arbeiterwohlfahrt Landesverband Berlin e. V. Die Durchführung von HIPPY beruht auf einem Lizenzvertrag mit der Hebräischen Universität in Jerusalem.

³⁸ Weitere Informationen unter: <http://www.berlin.de/qualmfrei> - zuletzt aufgerufen am 20.04.2006

³⁹ Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten/Ärztinnen, Krankenkassen und Krankenhäusern. Seine Aufgabe ist es zu konkretisieren, welche ambulanten oder stationären medizinischen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und somit zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Außerdem definiert er Anforderungen an Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungsmaßnahmen für die verschiedenen Leistungssektoren des Gesundheitswesens. Grundlage für die Arbeit des G-BA ist das Sozialgesetzbuch V.

⁴⁰ Engin, H., Walter, S. (2005): „Leuchttürme der Pädagogik“: Porträts erfolgreicher interkultureller Bildungsarbeit an Berliner Kindertagesstätten und Schulen in sozial benachteiligten Quartieren. Der Beauftragte des Senats von Berlin für Integration und Migration (Hrsg.).

⁴¹ In der Arbeitsgruppe sind vertreten: die Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen (LAG), die Krankenkassen, die Zahnärztekammer, der Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG) und der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD).

⁴² Weitere Informationen und Datenbank unter: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de – zuletzt aufgerufen am 24.04.2006

9 Anhang

9.1 Material und Methoden

Im Folgenden werden die Datenerhebung und -auswertung der Einschulungsuntersuchungen 2004 erläutert. Neben einigen grundlegenden Bemerkungen zur Methodik werden die methodischen Grundlagen und Berechnungsverfahren für die einzelnen Fachkapitel geschildert.

9.1.1 Datenerhebung und Auswertung

Die Einschüler/innen 2004 wurden in den bezirklichen Stellen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) nach einem landesweit einheitlichen Verfahren untersucht. Die Angaben der Eltern sowie die Untersuchungsbefunde wurden in einem Dokumentationsbogen, der im Anhang 9.2 abgedruckt ist, festgehalten und nach Abschluss der Untersuchung mit einer in Access 2.0 programmierten Dateneingabemaske in den Computer übertragen. Die Daten aller Bezirke und KJGD-Stellen wurden in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz zusammengeführt, in SPSS 12.0 konvertiert und mit diesem Programm ausgewertet.

Zentrale Auswertungsgesichtspunkte für alle erfassten Merkmale sind Analysen auf Geschlechtsunterschiede, auf Unterschiede in Abhängigkeit von der sozialen Schicht (vgl. Kapitel 9.1.2) sowie der Herkunft (vgl. Kapitel 9.1.3) des Kindes und räumlich differenzierte Analysen auf der Ebene der Berliner Bezirke oder – noch detaillierter – der Verkehrszellen. Für alle Auswertungen, die sich auf die Bezirke beziehen, werden die 23 ehemaligen Bezirke Berlins verwendet. Diese alte Bezirksstruktur ermöglicht eine genauere sozialräumliche Betrachtung als auf der Basis der 12 Fusionsbezirke und liefert Erkenntnisse darüber, in welchen Merkmalen auch heute noch erkennbare Unterschiede zwischen dem ehemaligen Ost- und Westteil Berlins bestehen. Zusätzlich werden je nach Forschungsstand und verfügbaren Daten weitere inhaltliche Fragestellungen verfolgt, die in den einzelnen Ergebniskapiteln erläutert sind.

Nicht für alle Kinder liegen Angaben zu jedem der erhobenen Merkmale vor. Um stets die größtmögliche Informationsbasis nutzen zu können, werden fallweise jeweils nur die Kinder von den Auswertungen ausgeschlossen, für die in einem der in die Analyse eingehenden Merkmale Angaben fehlen. Dadurch ergeben sich bei den meisten Analysen aufgrund fehlender Werte Fallzahlen, die von den 21.816 untersuchten Einschüler/innen nach unten abweichen. Die Fallzahlen, auf die sich die Analysen beziehen, sind jeweils im Text und in den Diagrammen angegeben.

Wegen der großen Anzahl untersuchter Kinder werden in aller Regel auch kleinste, teilweise praktisch nicht bedeutsame Unterschiede, statistisch auf hohem Niveau ($p < .001$) signifikant. Signifikanztests und deren Ergebnisse sind daher im Text nicht aufgeführt. Alle berichteten und diskutierten Unterschiede sind auch statistisch signifikant. Daher werden die gefundenen Resultate je nach ihrer inhaltlichen Ausprägung und praktischen Relevanz diskutiert.

9.1.2 Merkmale der sozialen Lage und sozialer Schichtindex

Zur Beschreibung der sozialen Lage der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung werden Bildungs- und Erwerbsstatus der Eltern durch Angaben über Schulabschluss und Erwerbstätigkeit beider Elternteile erfasst. Aus diesen Angaben wird ein sozialer Schichtindex gebildet, indem für jeden Elternteil für die beiden Komponenten „Bildung“ und „Erwerbstätigkeit“ Punkte vergeben werden (Tab. 9.1). Fehlen Angaben eines Elternteils, werden die Punktzahlen des anderen Elternteils verdoppelt. Im Unterschied zur Berechnung des sozialen Schichtindex in den vorangegangenen Berichten^{43,44} wird seit der Einschulungsuntersuchung 2003 die Angabe „nicht erwerbstätig“ weiter unterteilt in solche

Personen, die keine Arbeit finden, und solche, die aus anderen Gründen nicht erwerbstätig sind. Dabei wird bewusst nicht der Begriff „arbeitslos“ verwendet, da es nicht um die Erfassung des offiziellen Status geht, sondern darum, ob jemand freiwillig auf Erwerbstätigkeit verzichtet oder aber trotz Arbeitssuche nicht erwerbstätig ist. Ebenfalls in Abweichung von den Berechnungen bis 2002 werden die Punktzahlen für den Schulabschluss verdoppelt, um den Bildungsanteil mit stärkerem Gewicht in den Index eingehen zu lassen.

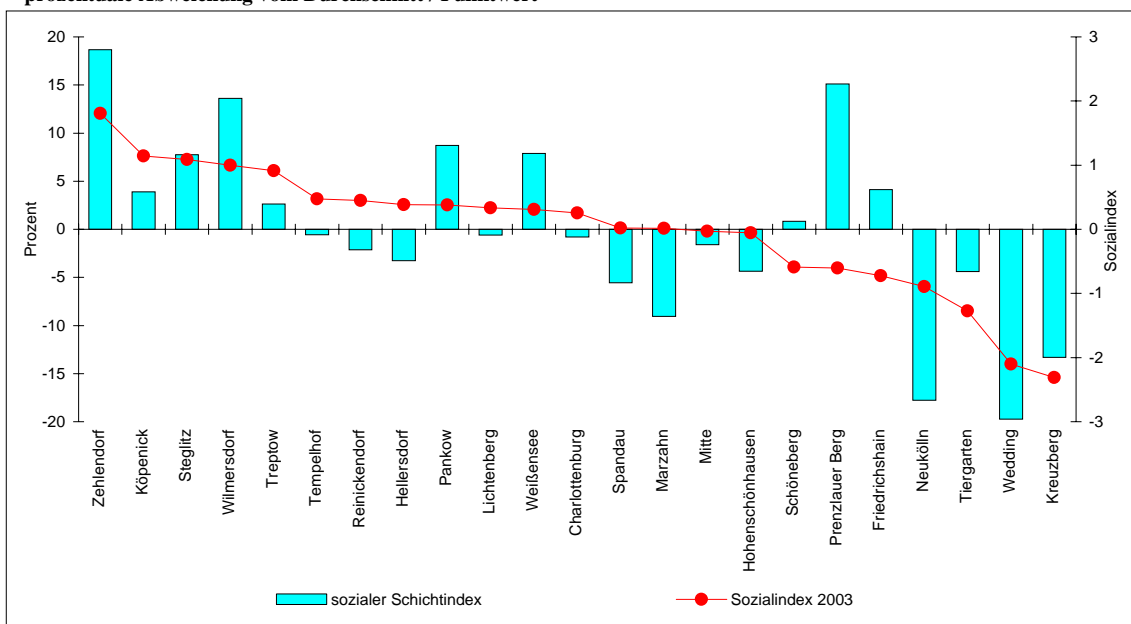
Tabelle 9.1:
Vergabe von Punkten bei der Bildung des sozialen Schichtindex bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004

„Bildung“	Punkte	„Erwerbstätigkeit“	Punkte
ohne Hauptschulabschluss	2	vollzeitbeschäftigt	3
mit Hauptschulabschluss	2	teilzeitbeschäftigt	2
10. Klasse/mittlere Reife	4	nicht erwerbstätig:	
(Fach-)Hochschulreife	6	ich finde keine Arbeit	0
(Fach-)Hochschulabschluss	6	ich habe andere Gründe	1

(Datenquelle und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Unter Verwendung der Angaben beider Elternteile bzw. bei Verdoppelung der Punktzahl des Elternteils, von dem Angaben vorliegen, kann der soziale Schichtindex Werte zwischen 4 und 18 Punkten erreichen. Für 19.868 Einschüler/innen (91,1 %) liegen auswertbare Angaben zur sozialen Lage vor. Diese werden nach den Punktwerten ihrer Eltern in drei annähernd gleich große Gruppen eingeteilt und der oberen, mittleren und unteren sozialen Schicht zugeordnet. Dabei errechnet sich für die untere Schicht ein Punktwertebereich von 4-11 Punkten, für die mittlere Schicht von 12-15 Punkten und für die obere Schicht von 16-18 Punkten. Entsprechend dieser Einteilung gehören 6.688 Einschüler/innen (33,7 %) der unteren sozialen Schicht an, 7.214 (36,3 %) der mittleren und 5.966 (30,0 %) der oberen sozialen Schicht.

Abbildung 9.1:
Zusammenhang zwischen Sozialindex 2003 und sozialem Schichtindex bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach den Bezirken (alte Bezirksstruktur)
- prozentuale Abweichung vom Durchschnitt / Punktwert

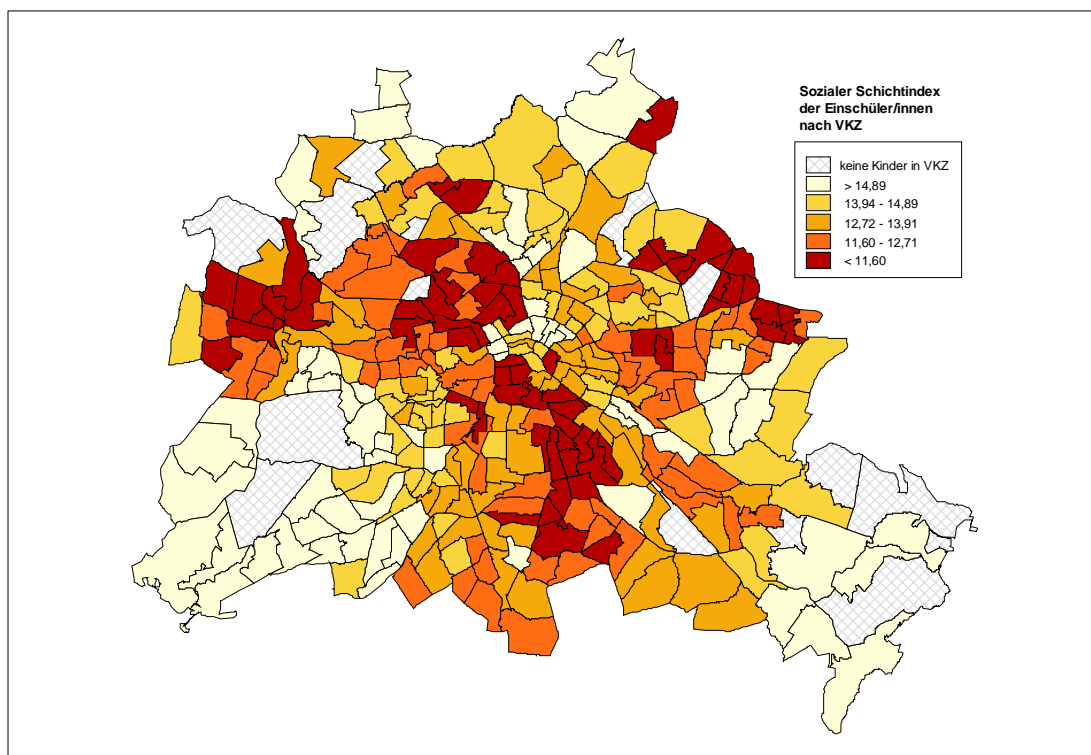


(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Diese Konstruktion des sozialen Schichtindex wurde bereits im Sozialstrukturatlas Berlin 2003 verwendet⁴⁵ (dort wird der soziale Schichtindex in Abgrenzung zum Sozialindex als „ESU-Index“ bezeichnet). Abbildung 9.1 zeigt für die 23 ehemaligen Bezirke Berlins eine Gegenüberstellung des sozialen Schichtindex auf Basis der Daten der Einschulungsuntersuchung 2004 mit dem Sozialindex, der überwiegend auf Zahlen von 2002 beruht. Hierfür wurde pro Bezirk der mittlere Punktwert des sozialen Schichtindex berechnet und die prozentuale Abweichung vom Gesamt-Berliner Durchschnitt ermittelt und aufgetragen. Die Korrelation zwischen dem Sozialindex 2003 der Bezirke mit dem sozialen Schichtindex der Einschüler/innen 2004 beträgt $r = 0,69$ und ist somit als hoch zu bezeichnen. Dennoch zeigt sich in der Abbildung 9.1 für eine Reihe von Bezirken eine deutliche Abweichung ihrer jeweiligen Rangpositionen. Besonders deutlich trifft dies für den Prenzlauer Berg zu, dessen Sozialindex 2003 unter dem Berliner Durchschnitt liegt, wogegen der Punktwert des sozialen Schichtindex der Einschüler/innen 2004 der zweithöchste aller 23 Bezirke ist. Umgekehrt liegt Marzahn mit seinem Sozialindex 2003 recht genau im Berliner Durchschnitt, während der soziale Schichtindex der Einschüler/innen 2004 um fast zehn Prozentpunkte vom Berliner Durchschnitt nach unten abweicht.

Für eine genauere sozialräumliche Betrachtung wird pro Verkehrszelle⁴⁶ der durchschnittliche soziale Schichtindex der Einschüler/innen berechnet und die Verkehrszellen anhand dieses Mittelwerts in fünf gleich große Gruppen mit niedriger bis hoher Punktzahl eingeteilt (Abb. 9.2). Verkehrszellen mit einem hohen durchschnittlichen sozialen Schichtindex liegen vorwiegend in Steglitz-Zehlendorf und Charlottenburg-Wilmersdorf sowie Prenzlauer Berg. Einen relativ hohen durchschnittlichen sozialen Schichtindex haben auch viele Verkehrszellen in Köpenick und Hohenschönhausen. In einem mittleren Bereich bezüglich des sozialen Schichtindex liegen weite Teile von Reinickendorf, Friedrichshain, Weißensee und Tempelhof. Einen durchschnittlichen sozialen Schichtindex, der der unteren Schicht zuzuordnen ist, weisen vor allem Verkehrszellen in Neukölln, Wedding und Tiergarten auf, aber auch in Spandau, im Norden von Schöneberg, Reinickendorf, Hohenschönhausen, Marzahn, Hellersdorf sowie in einzelnen Verkehrszellen weiterer Bezirke sind Gebiete mit niedrigem sozialen Schichtindex zu beobachten. Insgesamt zeigt sich in der Abbildung, dass nicht nur in den hoch belasteten Innenstadtbezirken, sondern auch in einigen Außenbezirken viele Kinder aus Familien mit ungünstiger sozialer Lage leben.

Abbildung 9.2:
Durchschnittlicher sozialer Schichtindex bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Verkehrszellen
 - in % (n = 19.771)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Die Abbildung 9.2 kann als modellhaftes Beispiel dafür betrachtet werden, dass die Daten der Einschulungsuntersuchungen für differenzierte sozialräumliche Analysen geeignet sind. Allerdings stellt sich das Problem kleiner Fallzahlen pro Verkehrszelle. Für zukünftige Auswertungen erscheint es daher vielversprechender, derartige kleinräumig gegliederte Analysen mit den gepoolten Daten mehrerer aufeinander folgender Einschulungsjahrgänge vorzunehmen. Dies setzt allerdings eine einheitliche Erfassung der Zielgrößen im zugrunde gelegten Beobachtungszeitraum voraus. Mit den so zu erreichenden größeren Fallzahlen lassen sich verlässlichere Schätzwerte für die Verkehrszellen berechnen und somit Aussagen mit höherer Validität treffen.

9.1.3 Staatsangehörigkeit und Herkunft

Mit der Einführung des neuen Staatsangehörigkeitsgesetzes im Jahr 2000 geben die Passverhältnisse nur noch unzureichend Auskunft über den kulturellen Herkunftshintergrund von Migrantenfamilien. Die Differenzierung nach der kulturellen Herkunft ist jedoch ein wichtiger Aspekt bei der Analyse der gesundheitlichen und sozialen Lage im Kindes- und Jugendalter, insbesondere in einer stark multikulturell geprägten Region wie dem Land Berlin. So werden sowohl das Gesundheitsverhalten als auch der Umgang mit Krankheit zum Teil stark von kulturellen Einflüssen geprägt.

Operationalisierung von Staatsangehörigkeit und Herkunft im Rahmen der ESU

Im Rahmen der ESU wird in Berlin seit dem Jahr 2002 neben der Staatsangehörigkeit auch die kulturelle Herkunft (kurz: Herkunft) der Kinder erhoben. Maßgeblich für die Zuordnung der Staatsangehörigkeit sind die Passverhältnisse der Kinder. Kinder, die zusätzlich zur deutschen noch weitere Staatsangehörigkeiten besitzen, werden als Deutsche gezählt. Die Herkunft bezieht sich auf den Kul-

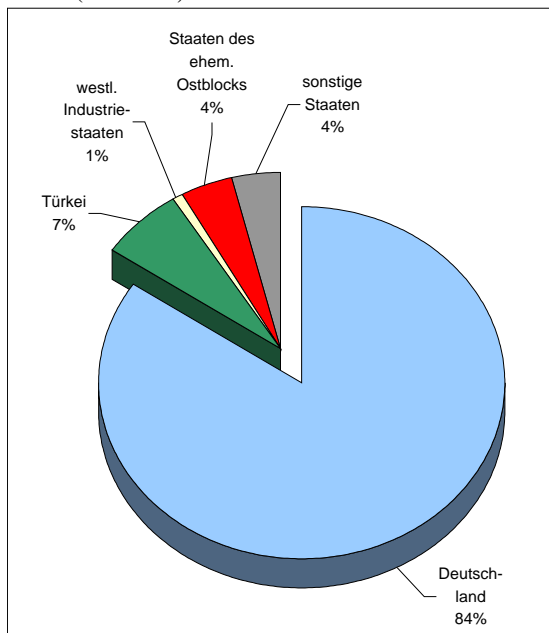
turkreis, aus dem das jeweilige Kind stammt. Für die Kinder mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit wird die Herkunft den Passverhältnissen gleich gesetzt. Bei den Kindern mit deutscher Staatsangehörigkeit wird im Rahmen der ESU zusätzlich der Kulturkreis der Kinder erhoben. Wichtige Anhaltspunkte hierbei sind die Herkunft der Eltern, die ebenfalls unabhängig von deren Passverhältnissen betrachtet wird, und die in der Familie vorwiegend gesprochene Sprache. Die Einschätzung erfolgt durch den Arzt/die Ärztin.

Die Vielzahl der in Berlin vertretenen Nationalitäten macht zu Auswertungszwecken eine Zusammenfassung in größere Gruppen erforderlich. Hierbei wird sich zum einen an der zahlenmäßigen Häufigkeit, zum anderen an einem postulierten ähnlichen soziokulturellen Hintergrund orientiert. Die Einteilung gilt sowohl für die Staatsangehörigkeit als auch für die Herkunft. Neben den Kindern deutscher und türkischer Staatsangehörigkeit bzw. Herkunft werden die Kinder aus Industriestaaten europäisch-westlicher Prägung („westliche Industriestaaten“: alle westeuropäischen Staaten (außer Deutschland), USA, Kanada, Australien, Neuseeland) und die Kinder aus den Staaten des ehemaligen Ostblocks (alle osteuropäischen Staaten, alle Staaten der ehemaligen Sowjetunion, des ehemaligen Jugoslawiens, Albanien) jeweils in Gruppen zusammengefasst. Alle Kinder mit anderer Staatsangehörigkeit bzw. Herkunft werden unter der Sammelkategorie „sonstige Staaten“ geführt.

Unterschiede bei der Betrachtung nach Staatsangehörigkeit versus Herkunft

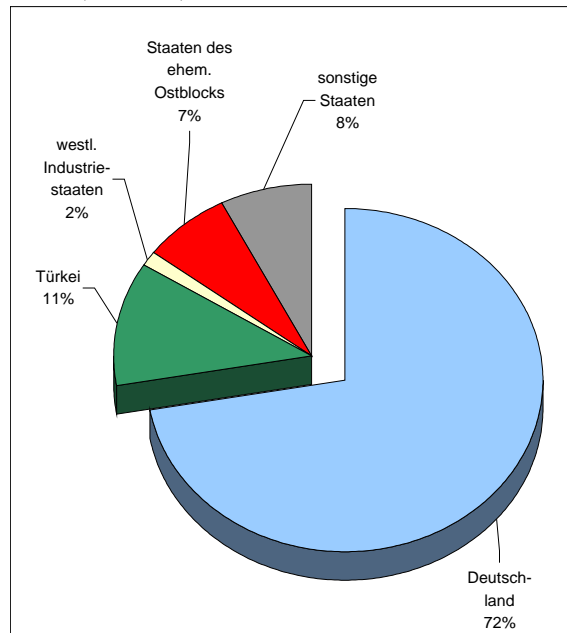
In Abbildung 9.3 und 9.4 sind die Gruppen der Kinder zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung 2004 in Berlin nach Staatsangehörigkeit (d. h. den Passverhältnissen der Kinder) auf der einen Seite sowie nach kultureller Herkunft auf der anderen Seite gegenüber gestellt. Bei dem Vergleich der Abbildungen wird deutlich, in welchem Ausmaß der Anteil Kinder mit nichtdeutscher Herkunft unterschätzt wird, wenn lediglich die Staatsangehörigkeit zugrunde gelegt wird. Bei der Differenzierung nach Herkunft an Stelle der Staatsangehörigkeit verdoppeln sich die Anteile der Kinder mit nichtdeutscher Herkunft aus den ehemaligen Ostblockstaaten, sonstigen Staaten bzw. den westlichen Industriestaaten, der Anteil Kinder türkischer Herkunft ist um ca. ein Drittel höher.

Abbildung 9.3:
Anteil der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Staatsangehörigkeit
- in % (n = 21.716)



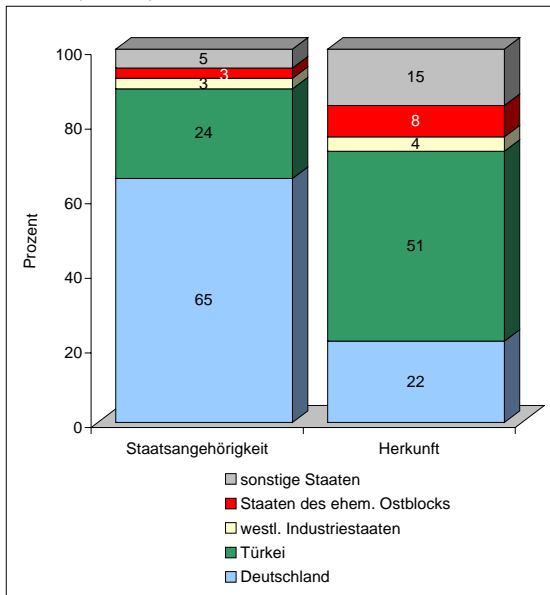
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Abbildung 9.4:
Anteil der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunft
- in % (n = 21.716)



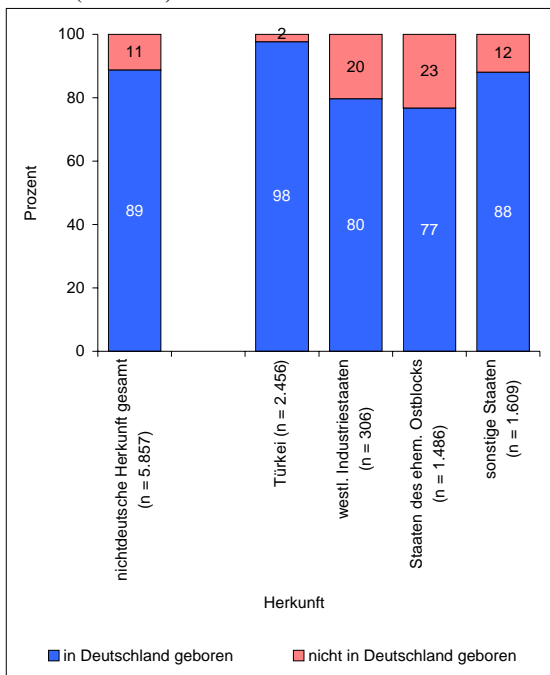
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Abbildung 9.5:
Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004
nach Staatsangehörigkeit und Herkunft in der
Verkehrszelle 121 "Mehringplatz"
- in % (n = 179)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Abbildung 9.6:
Kinder nichtdeutscher Herkunft bei der
Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunft
und Geburtsland
- in % (n = 5.857)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Auf die Gesamtheit der untersuchten Population von Einschüler/innen bezogen mögen diese prozentualen Veränderungen zunächst moderat erscheinen, bei der Betrachtung des enger umschriebenen Raumes, z. B. auf der Verkehrszellenebene, wird die Veränderung im Gefüge des direkten sozialen Umfelds deutlicher. Bei der exemplarisch ausgewählten Verkehrszelle Mehringplatz (Kreuzberg) sind bei der Differenzierung nach Staatsangehörigkeit 35 % Kinder nichtdeutscher Herkunft. Der Anteil verdoppelt sich auf 78 % bei der Auswertung nach Herkunft, sodass deutlich wird, dass die Kinder deutscher Herkunft in diesem Bereich nicht die Mehrheit, sondern eine Minderheit darstellen.

In dem vorliegenden Bericht wird für die Auswertungen daher ausschließlich die Variable Herkunft verwendet, welche die Verhältnisse in diesem Bereich wirklichkeitsnäher abbildet.

Deskription des Parameters Herkunft im Rahmen der ESU 2004

Die Angaben zur Staatsangehörigkeit und Herkunft sind nahezu vollständig vorhanden (n = 21.716, 99,5 %).

Die Verteilung der Einschüler/innen 2004 auf die Herkunftsgruppen ist in Abbildung 9.4 wiedergegeben. Kinder mit deutscher Herkunft stellen erwartungsgemäß mit 72 % (n = 15.710) die größte Gruppe dar. Unter den Kindern mit nichtdeutscher Herkunft sind die Kinder türkischer Herkunft mit 11 % (n = 2.490) am stärksten vertreten, gefolgt von den Kindern aus sonstigen Staaten (8 %; n = 1.654) und aus den ehemaligen Staaten des Ostblocks (7 %; n = 1.544). Kinder mit einer Herkunft aus den westlichen Industrienationen sind zahlenmäßig nur gering vertreten (2 %; n = 318).

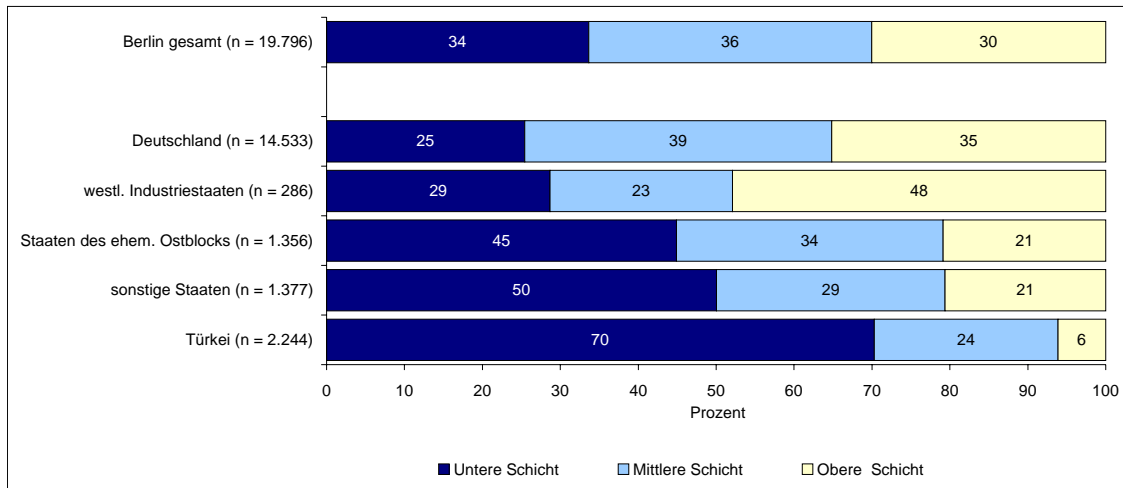
Betrachtet man die einzelnen Herkunftsgruppen bezüglich des Anteils der Kinder, die nicht in Deutschland geboren wurden (Abb. 9.6), so zeigen sich deutliche Unterschiede. Insgesamt sind 11 % der Kinder nichtdeutscher Herkunft nicht in Deutschland geboren. In den einzelnen Herkunftsgruppen schwankt dieser Anteil jedoch von 2 % bei den Kindern türkischer Herkunft bis zu 23 % bei den Kindern mit Herkunft aus den Staaten des ehemaligen Ostblocks erheblich.

Die Verteilung von Jungen und Mädchen weist – wie zu erwarten – keine Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen auf. Die Jungen sind in allen Gruppen (wie auch im Gesamtdatensatz) mit rund 54 % stärker vertreten als die Mädchen mit rund 46 %.

Große Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen finden sich hingegen bei der Differenzierung nach sozialem Schichtindex (Abb. 9.7). Während ein Viertel der Kinder deutscher Herkunft aus Familien der unteren sozialen Schicht kommt, ist dies bei den Kindern aus den ehemaligen Staaten des Ostblocks bzw. aus sonstigen Staaten knapp die Hälfte (45 % bzw. 50 %). Am größten ist dieser Anteil bei den Kindern türkischer Herkunft, die zu 70 % aus Familien der unteren Schicht kommen. Bei den Kindern türkischer Herkunft fällt zudem auf, dass im Vergleich zu den anderen Herkunftsgruppen der Anteil der Kinder aus der oberen Schicht mit nur 6 % sehr gering ist. Der hohe Anteil mit knapp 50 % von Kindern aus Familien der oberen Schicht in der Gruppe „westliche Industriestaaten“ lässt sich möglicherweise darauf zurückführen, dass hier überdurchschnittlich viele gut ausgebildete, Vollzeit berufstätige Eltern vertreten sind, die aufgrund ihrer Beschäftigung in internationalen Unternehmen, in der Wissenschaft oder im diplomatischen Bereich nach Berlin gekommen sind.

Abbildung 9.7:

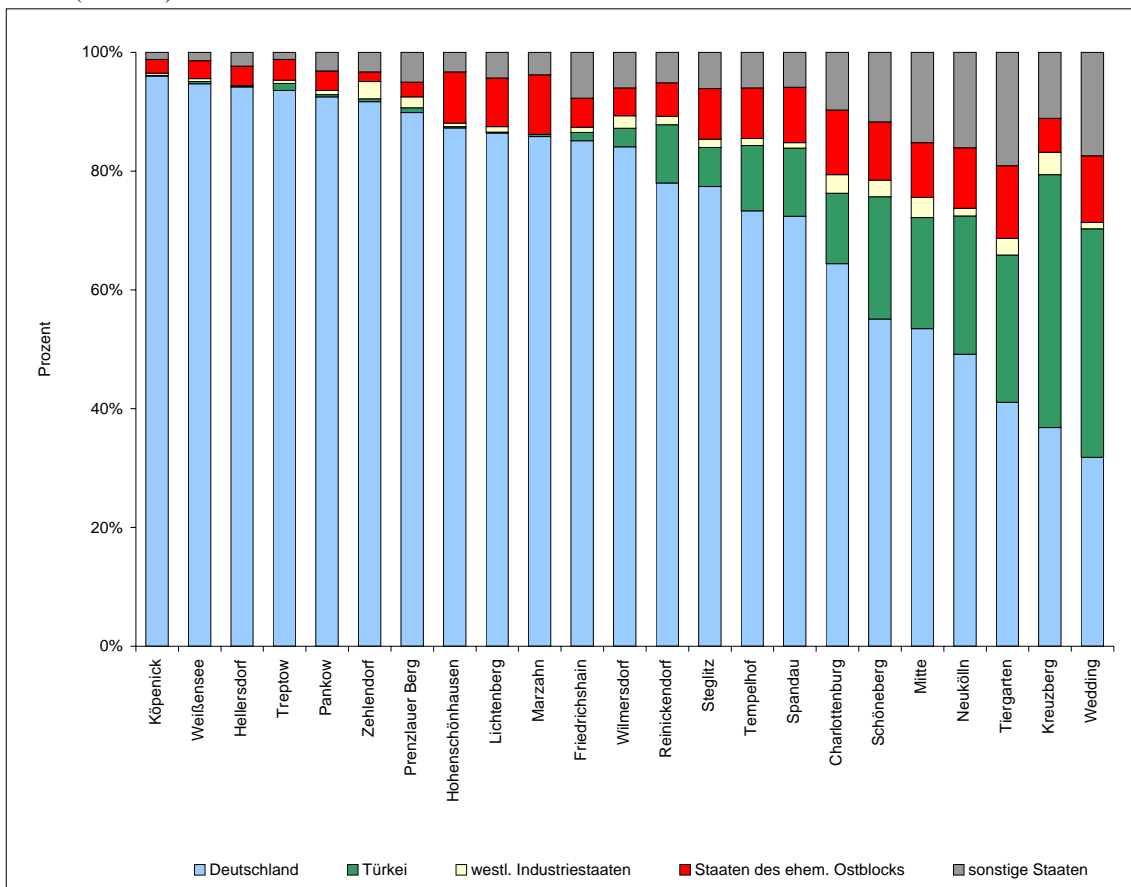
Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach sozialem Schichtindex und Herkunft
- in % (n = 19.796)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

In der Abbildung 9.8 ist die Verteilung der Herkunftsgruppen in den ehemaligen Berliner Bezirken dargestellt. Die Bezirke sind in der Abbildung aufsteigend nach ihrem Anteil von Kindern nichtdeutscher Herkunft sortiert. Wie erwartet, ist der Prozentsatz von Kindern nichtdeutscher Herkunft in den östlichen Bezirken (mit Ausnahme des Bezirks Mitte) und in den westlichen Bezirken mit einem hohen sozialen Schichtindex (Zehlendorf, Wilmersdorf) gering, hingegen in den westlichen Bezirken mit einem eher niedrigen sozialen Schichtindex in der Bevölkerung (Neukölln, Tiergarten, Kreuzberg, Wedding) hoch. Deutliche Unterschiede ergeben sich auch bezüglich der Verteilung der unterschiedlichen Herkunftsgruppen. Während in den östlichen Bezirken überwiegend die Kinder mit Herkunft aus den Staaten des ehemaligen Ostblocks den größten Anteil an den Kindern nichtdeutscher Herkunft stellen (mit Ausnahme Prenzlauer Berg und Friedrichshain), sind die Kinder türkischer Herkunft die größte Gruppe in den Westbezirken Schöneberg, Neukölln, Tiergarten, Kreuzberg und Wedding. Diese Verhältnisse spiegeln zum einen den historischen Hintergrund der Teilung in Ost und West wieder, zum anderen die soziale Lage in den Bezirken und der Familien in den einzelnen Herkunftsgruppen.

Abbildung 9.8:
Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunftsgruppen und den Bezirken (alte Bezirksstruktur)
- in % (n=21.610)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Zusammenfassend sind in dem Einschulungsjahrgang 2004 in Berlin 28 % der Kinder nichtdeutscher Herkunft. Die größten Gruppen stellen hierbei die Kinder türkischer Herkunft (11 %), die Kinder aus den Staaten des ehemaligen Ostblocks (7 %) und aus den sonstigen Staaten (8 %). Bedeutsame Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen ergeben sich für das Geburtsland der Kinder, den sozialen Schichtindex und die Verteilung in den Bezirken.

9.1.4 Material und Methoden der Fachkapitel

Inanspruchnahme von Betreuungseinrichtungen

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen werden die Betreuungseinrichtungen nach den Kategorien Vorschule, Kita und „Andere“ erhoben. Die Angabe zum Besuch einer Betreuungseinrichtung liegt in 98 % der Fälle vor (n = 21.333). Für jede Kategorie wird die Dauer des Besuchs monatsgenau ermittelt. Bei Einrichtungswechseln innerhalb einer Kategorie (z. B. Kita) werden die jeweiligen Besuchszeiten zusammengerechnet. Diese Zeiten werden zu einer Gesamtzeit addiert. Sämtliche Analysen in dem vorliegenden Bericht, in denen es um die Dauer des Einrichtungsbesuches geht, beruhen auf dieser Gesamtzeit. Diese wird zusätzlich auch noch nach Zeit gestaffelt in drei Gruppen unterteilt: Kinder mit einer Betreuungsdauer von kürzer einem 1/2 Jahr, zwischen 1/2 und 2 Jahren und länger als 2 Jahren.

Deutsche Sprachkenntnisse

Die deutschen Sprachkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft werden von den untersuchenden Ärztinnen und Ärzten eingeschätzt. Ziel dieser Einschätzung ist es, für alle Kinder mit Deutsch als Zweitsprache Informationen darüber zu gewinnen, wie weit sie sich die deutsche Sprache bei Schulbeginn bereits angeeignet haben. Ausgehend davon, dass deutsche Sprachkenntnisse eine unabdingbare Voraussetzung für Integration, gesellschaftliche Teilhabe und einen erfolgreichen Schulbesuch sind, ist es in der Einschulungsuntersuchung von Bedeutung, diese Sprachkenntnisse zu erfassen und mit vielen anderen gesundheitlichen, sozialen und entwicklungsdiagnostischen Merkmalen und Befunden verknüpfen zu können.

Diese Erfassung deutscher Sprachkenntnisse von Kindern nichtdeutscher Herkunft ist abzugrenzen von der Sprachstandserhebung der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport. Die Sprachstandserhebung stellt ein quantitatives Verfahren dar, in das alle Einschüler/innen einbezogen werden. Ziel der Sprachstandserhebung ist es, für alle Kinder festzustellen, ob schulischer Förderbedarf bezüglich der deutschen Sprache besteht, und zwar unabhängig von deren Herkunft. Die individuelle Testung dauert ca. 30 Minuten und beansprucht damit annähernd so viel Zeit wie für die gesamte Einschulungsuntersuchung zur Verfügung steht. Im Gegensatz dazu werden in der Einschulungsuntersuchung die deutschen Sprachkenntnisse anhand der sprachlichen Äußerungen des Kindes im Verlauf der Untersuchung semiquantitativ eingeschätzt.

Mit der Berliner Sprachskala liegt ein standardisiertes Verfahren vor, das seine Praktikabilität im Rahmen der Einschulungsuntersuchung unter Beweis gestellt hat und mittlerweile auch bei den Einschulungsuntersuchungen in Nordrhein-Westfalen eingesetzt wird. Die Skala erfasst die Verständigungsmöglichkeiten der Einschüler/innen in deutscher Sprache in fünf Stufen, die in Tabelle 9.2 dargestellt sind.

Die fünf Stufen sind durch die Kriterien Wortschatz, Grammatik und Akzent definiert. Stufe 1 wird vergeben, wenn das Kind sich gar nicht in deutscher Sprache verständigen kann. In Stufe 2 verfügt das Kind über einen gewissen Wortschatz, mit dem es Zwei- und Mehrwort-Sätze bilden kann, wendet aber noch keine Grammatik an. Stufe 3 bedeutet, dass das Kind über einen ausreichenden Wortschatz verfügt, um sich in Deutsch flüssig zu verständigen, aber noch viele grammatische Fehler macht. In Stufe 4 unterscheidet sich das Kind vor allem oder ausschließlich durch seinen Akzent von einem Kind mit deutscher Muttersprache, in Stufe 5 ist anhand der Sprache keine Unterscheidung von einem muttersprachlich deutschen Kind möglich.

Erfasst werden auch die deutschen Sprachkenntnisse der Kinder deutscher Herkunft, jedoch werden diese in aller Regel als akzentfrei eingestuft. Die Auswertungen zu diesem Merkmal beziehen sich daher überwiegend nur auf die Kinder nichtdeutscher Herkunft.

Tabelle 9.2:
Einteilung der Verständigung in deutscher Sprache mit dem untersuchten Kind bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004

Gr.	Wortschatz	Grammatik	Akzent	Kind spricht...
1	Kein Wortschatz	-	-	nicht
2	Geringer Wortschatz	Keine Grammatik	-	radebrechend
3	-	Grundlegende Grammatik	-	flüssig mit erheblichen Fehlern
4	-	Gute Grammatik	Hat Akzent	(sehr) gut, aber mit Akzent
5	-	-	Kein Akzent	akzentfrei

(Datenquelle und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Übergewicht

Bei der Einschulungsuntersuchung werden Körpergröße und Gewicht der Kinder gemessen und daraus der Body Mass Index nach der Formel $BMI = \text{Gewicht [kg]} / \text{Körpergröße [m]}^2$ berechnet. Für das Erwachsenenalter wurden einheitliche BMI-Grenzwerte festgelegt, ab denen eine Person als übergewichtig oder adipös bezeichnet wird. Diese Grenzwerte sind auf der Basis von Erkenntnissen über durch Übergewicht und Adipositas bedingte Erkrankungen entwickelt worden. Während des Wachstums unterliegt der BMI jedoch stärkeren Veränderungen. Zudem sind Zusammenhänge von BMI und ernährungsbedingten Krankheiten für das Kindes- und Jugendalter noch nicht ausreichend untersucht, und wegen der längeren Entwicklungsdauer dieser Erkrankungen sind Bezüge zum BMI in den verschiedenen Altersgruppen schwer herzustellen.

Deshalb wurden für Kinder und Jugendliche BMI-Normwertetabellen entwickelt. In diesen werden die BMI-Werte von Kindern und Jugendlichen aus den Datensätzen größerer nationaler und internationaler Erhebungen getrennt nach Geschlecht und Altersstufen ausgewertet. Allgemein gilt, dass Kinder und Jugendliche, deren BMI nach dem gewählten Referenzsystem oberhalb des 90. Perzentil der Normstichprobe liegt, als übergewichtig bezeichnet werden, bei einem BMI oberhalb des 97. Perzentil als adipös. Die am häufigsten verwendeten Referenzsysteme sind das der European Child Obesity Group (ECOG)⁴⁷, die auf Daten von Rolland-Cachera basieren, das der Arbeitsgemeinschaft Adipositas (AGA)⁴⁸ und das Referenzsystem von Cole⁴⁹. Je nach gewähltem Referenzsystem verändern sich die Anteile übergewichtiger und adipöser Kinder sowie die Verhältnisse von Jungen und Mädchen bezüglich dieser Einstufungen. Diese Problematik wurde im vorigen Bericht⁵⁰ ausführlicher diskutiert.

Für die Daten der Einschulungsuntersuchung 2004 werden die Normwertetabellen von Kromeyer-Hauschild (AGA-Empfehlung) angewendet, um die Einschüler/innen anhand alters- und geschlechtsspezifischer Grenzwerte in normalgewichtige, übergewichtige (oberhalb des 90. Perzentil) und adipöse Kinder (oberhalb des 97. Perzentil) einzuteilen. Um die Vergleichbarkeit mit anderen Publikationen zu Übergewicht von Kindern im deutschsprachigen Raum zu wahren, wird zumeist nur der Anteil übergewichtiger Kinder (> 90. Perzentil nach Kromeyer-Hauschild) betrachtet.

Fernsehkonsument

Zur Erfassung des medienbezogenen kindlichen Freizeitverhaltens wird von den Eltern der tägliche durchschnittliche Konsum von Fernsehsendungen und Videos sowie von elektronischen Spielen (Gameboy, Computerspiele, Videospiele) getrennt voneinander erfragt. Die Angaben zur täglichen Konsumdauer erfolgen jeweils in den Kategorien „kein Konsum“, „unter 1 Stunde“, „1 bis 3 Stunden“ und „über 3 Stunden“.

Zusätzlich wird erfasst, ob das Kind über einen eigenen Fernseher verfügt. Dies wird als Hinweis darauf gewertet, dass die Kontrolle über Einschaltzeiten und konsumierte Inhalte im Wesentlichen nicht bei den Eltern, sondern beim Kind und ggf. seinen Geschwistern liegt.

Entwicklungsdiagnostik

Die Beurteilung des motorischen und sprachlichen Entwicklungsstandes der Einschüler/innen und die Einschätzung ihres schulischen Förderbedarfs erfolgt bei der Einschulungsuntersuchung 2004 mittels einer Zusammenstellung entwicklungsdiagnostischer Tests, die drei Inhaltsbereichen mit insgesamt acht Untertests zugeordnet werden können:

- Motorik und Koordination mit den Untertests
 - Grobmotorik
 - Feinmotorik

- Visuomotorische Koordination (Visuomotorik) mit den Untertests
 - Gestaltrekonstruktion
 - Optische Isolierung
 - Gestaltreproduktion
- Sprach- und Sprechentwicklung mit den Untertests
 - Artikulation
 - Satzbildung/Grammatik, sonstige Sprachentwicklungsstörungen
 - Kinästhetisch-artikulative Differenzierung

Die entwicklungsdiagnostischen Verfahren sind als Screeningtests ausgelegt, sodass ein altersgemäß entwickeltes Kind alle Aufgaben fehlerfrei lösen und somit die volle Punktzahl erreichen kann. Diese Tests differenzieren daher nicht im oberen Leistungsbereich, sondern lediglich im Bereich leichter oder schwererer Entwicklungsdefizite, an denen sich dann entsprechender Förderbedarf ableiten lässt.

Die Punktegrenzen für die Einstufung der jeweiligen entwicklungsdiagnostischen Testbefunde sind in Tabelle 9.3 gezeigt. In die Auswertungen der sprachlichen Entwicklungstests gehen nur Kinder deutscher Herkunft oder mit akzentfreier deutscher Sprache ein (18.034 Kinder, davon 12,9 % nichtdeutscher Herkunft), da für die Kinder nichtdeutscher Herkunft mit weniger guten Deutschkenntnissen durch diese Tests weniger ihr sprachbezogener Entwicklungsstand als vielmehr ihre Beherrschung der deutschen Sprache gemessen wird.

Tabelle 9.3:
Punktevergabe bei motorischen und sprachlichen Entwicklungstests bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004

<i>Entwicklungstest</i>				
<i>Motorik</i>	<i>gut</i>	<i>befriedigend</i>	<i>eingeschränkt</i>	<i>schlecht</i>
Grobmotorik	10 Punkte	9 Punkte	7-8 Punkte	0-6 Punkte
Feinmotorik	8 Punkte	7 Punkte	5-6 Punkte	0-4 Punkte
Visuomotorik	16-17 Punkte	14-15 Punkte	10-13 Punkte	0-9 Punkte
<i>Sprache</i>				
	<i>unauffällig</i>	<i>auffällig</i>	<i>schlecht</i>	
Artikulation	2 Punkte	1 Punkt	0 Punkte	
Grammatik	2 Punkte	1 Punkt	0 Punkte	
Differenzierung	3 Punkte	2 Punkte	0-1 Punkt	

(Datenquelle und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter

Für die Auswertungen zur Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen werden nur die Einschüler/innen 2004 in Berlin berücksichtigt, die ein Vorsorgeheft vorgelegt haben (n = 19.256; 88,3 %) und in Deutschland geboren sind, da nur von diesen überhaupt eine vollständige Vorsorgedokumentation erwartet werden kann. Danach verbleiben 18.755 (86,0 %) Einschüler/innen. Für Kinder, für die kein Untersuchungsheft vorgelegt wurde, liegen keine Daten vor. Es ist aber davon auszugehen, dass die Rate an unvollständiger Inanspruchnahme der Untersuchungen in dieser Gruppe höher liegen wird.

Aufgrund der zeitlichen Überschneidung von U9 (Zeitgrenze 60-64 Monate, vgl. Tab. 5.1, Kapitel 5) und Einschulungsuntersuchung wird bei den Kindern, die zum Zeitpunkt der ESU jünger als 65 Monate sind und bei denen keine U9 dokumentiert ist (n = 85), die U9 als benutzerdefiniert fehlend gesetzt. Die U9 wird in diesen Fällen als fehlend gewertet, der Gesamtstatus wird jedoch bei Wahrnehmung aller anderen Vorsorgeuntersuchungen (U1-U8) als vollständig angesehen.

Impfungen

Die Auswertungen zum Impfstatus der Einschüler/innen und hier insbesondere zur Vollständigkeit der Impfungen richten sich nach den Vorgaben des RKI, dem nach § 34 Abs. 11 Infektionsschutzgesetz die Daten der Einschulungsuntersuchung übermittelt werden. Da die Daten jedoch nicht in allen Bundesländern mit der gleichen Detailgenauigkeit erhoben werden, verwendet das RKI für seine Publikationen die in Tabelle 9.4 aufgeführten Definitionen, die, anders als in den bisherigen Berichten zur Kindergesundheit in Berlin^{51,52}, auch in dem hier vorliegenden Bericht als Basis der Berichterstattung verwendet werden, um die Vergleichbarkeit mit den RKI-Publikationen zu gewährleisten.

Bei diesen Definitionen bleibt der Impfabstand zwischen der 2. und 3. Diphtherie- bzw. Tetanus-Impfung unberücksichtigt. Dies führt zu einer leicht höheren Immunisierungsrate für diese Impfungen (ca. 2 %) als bei Zugrundelegen der strengeren Definitionen. Für die Beurteilung der Vollständigkeit der Impfungen gegen Mumps, Masern und Röteln werden die STIKO-Empfehlungen aus dem Jahr 1998 (vgl. Tab. 5.2, Kapitel 5.2) zugrunde gelegt, die auch im Jahr 1999 gültig waren, und damit zum Zeitpunkt der Geburt der meisten hier betrachteten Einschüler/innen. Damals war die 2. Impfung im 5. bzw. 6. Lebensjahr empfohlen worden, sodass zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung auch erst eine Impfung vorliegen musste. In den 2004 (zum Zeitpunkt der ESU 2004) gültigen STIKO-Empfehlungen ist die 2. Mumps/Masern/Röteln-Impfung im Vergleich zu 1998 vorgezogen worden und bereits im Alter von 15 bis 23 Monaten vorgesehen.

Tabelle 9.4: Zugrunde liegende Definitionen zur Vollständigkeit der Impfungen

<i>Impfung</i>	<i>Vollständig bei Vorliegen von mindestens ... dokumentierten Impfungen</i>
Diphtherie	3 *
Tetanus	3 *
Poliomyelitis	3 / bzw. 2 bei Verwendung von Virelon ®
Pertussis	4
Hib	3
Hepatitis B	3
Mumps	1
Masern	1
Röteln	1

* die Dauer des Abstands zwischen der 2. und 3. Impfung bleibt dabei unberücksichtigt

(Datenquelle und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Die Auswertungen beziehen sich auf alle Kinder, für die ein Impfpass vorgelegt wurde (n = 19.818 entsprechend 91 %). Neben den Angaben zur Vollständigkeit der Impfungen gegen die einzelnen Erkrankungen werden auch die Anzahl der vollständigen Impfungen (von null bis maximal neun) und das Vorliegen eines insgesamt kompletten Impfstatus (alle neun empfohlenen Impfungen sind vollständig) ausgewertet.

Zahngesundheit

Der Zustand des Gebisses wird im Rahmen der Einschulungsuntersuchung von den Ärzten und Ärztinnen des KJGD erhoben. Er wird dabei durch einfache Inspektion der Mundhöhle nach den in Tabelle 9.5 beschriebenen Kriterien beurteilt. Die Kriterien sind rein qualitativer Art und lassen den quantitativen Aspekt bewusst außer Acht. Zusätzlich werden Angaben der Begleitpersonen insbesondere zum Grund von Zahnextraktionen (Karies, Unfall, Fehlstellungen) erfragt, die in die Beurteilung mit eingehen (Kategorie 5 nur bei Extraktion aufgrund von Karies).

Tabelle 9.5:**Kategorien der Beurteilung des Gebisszustandes bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004**

<i>Kategorie</i>	<i>Gebisszustand</i>
1	naturgesundes Gebiss ohne sichtbare Karies und ohne Füllungen
2	Füllungen vorhanden und keine zusätzliche (deutliche) Karies
3	Füllungen vorhanden und zusätzlich (deutliche) Karies
4	(deutliche) Karies vorhanden, keine Füllungen
5	Zahn bis auf die Gingiva abgefault/ Extraktionen wegen Karies

(Datenquelle und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Für die Auswertungen werden die Kategorien teilweise unter Oberbegriffen zusammengefasst: die Kategorien 1 und 2 zu „Gebiss saniert“, die Kategorien 3 und 4 zu „Gebiss unsaniert“, die Kategorie 5 „Extraktionen wegen Karies“ bleibt als Einzelkategorie bestehen, unter der Annahme, dass in der Mehrzahl der Fälle eine Extraktion wegen Karies nur aufgrund einer länger bestehenden unbehandelten Karies vorgenommen werden muss, auch wenn das Gebiss mit der Extraktion möglicherweise „saniert“ ist.

Die Untersuchung erhebt keinen Anspruch, eine dem zahnärztlichen Befund (s. u.) vergleichbare Aussage über den Gebisszustand zu ermöglichen und stellt auch keine zahnärztliche Beurteilung des Pflegezustandes (z. B. über das Ausmaß von Zahnbelägen) dar, sondern dient der Einschätzung des Gesundheitsverhaltens der Familie, d. h. als grobes Maß für die regelmäßige Zahnpflege und rechtzeitige Sanierung von auftretender Karies. Die Fehleinschätzung des Gesundheitsverhaltens von Kindern, die trotz mangelnder Pflege keine Karies bekommen oder Kinder mit anfälligen Zähnen, die trotz guter Pflege ein kariöses Gebiss aufweisen, wird auf Einzelfälle beschränkt sein, die die Aussage in Bezug auf die Gesamtgruppe der Einschüler/innen nicht verfälschen. Insgesamt liegt aus der Einschulungsuntersuchung 2004 für 99 % der Einschüler/innen (n = 21.603) die Einschätzung des Gebisszustandes vor.

Dem im Rahmen der Einschulungsuntersuchung erfassten Zustand des Gebisses steht der zahnärztliche Status gegenüber, der in Berlin durch den Zahnärztlichen Dienst (ZÄD) unter anderem bei allen Erstklässlern und Erstklässlerinnen erhoben wird. Da diese Zahlen den Ergebnissen der ESU im Kapitel 5.3 gegenüber gestellt werden, wird im Folgenden auch die diesen Daten zugrunde liegende Klassifikation kurz dargestellt.

Das international gebräuchlichste Verfahren zur fachärztlichen Beurteilung der Zahngesundheit ist der dmf-t-Index für das kindliche Milchgebiss (DMF-T steht für das bleibende Gebiss). Hier gehen im Gegensatz zu dem im Rahmen der Einschulungsuntersuchung erfassten Gebisszustand auch die Anzahl der betroffenen Zähne und kariöse Läsionen, die nicht unbedingt von Laien erkannt werden können, ein. Die Tabelle 9.6 gibt einen Überblick über die Zusammensetzung des Index.

Tabelle 9.6:**Überblick über den DMF-T (dmf-t)-Index zur fachärztlichen Beurteilung der Zahngesundheit**

<i>Abkürzung</i>	<i>Erläuterung</i>
D (d)	decayed (kariös)
M (m)	missing (fehlend)
F (f)	filled (gefüllt)
T (t)	teeth (Zähne)
S (s)	surfaces (Zahnflächen)

(Datenquelle: G-BA⁵³ / Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Der Index dient der Einschätzung des jeweiligen Kariesrisikos, wobei die Höhe des Index altersabhängig ist. So liegt ein hohes Kariesrisiko im Alter von 4 Jahren bei einem dmf(t)-Index > 2 , im Alter von 5 Jahren bei einem dmf(t)-Index > 4 und im Alter von 6-7 Jahren (also etwa zum Zeitpunkt der Erstklässleruntersuchung) bei einem dmf(t)-Index von > 5 oder $D(T) > 0$ vor.

Die Daten zur Zahngesundheit der Erstklässler/innen für das mit den ESU-Daten korrespondierende Schuljahr 2004/2005 liegen für 24.584 Kinder vor (entsprechend 85 % aller Erstklässler/innen). Die zahlenmäßige Diskrepanz im Vergleich mit den ESU-Daten ($n = 21.603$), ist hauptsächlich dadurch begründet, dass in den ESU-Daten die Vorschüler aus 2003, die in 2004 nicht erneut zur Einschulungsuntersuchung vorgestellt werden mussten, nicht enthalten sind.

Rauchen der Eltern

Um die kindliche Exposition gegenüber Tabakrauch, vor allem aber elterliches Rauchen in seiner Vorbildfunktion für späteres eigenes Gesundheitsverhalten zu erfassen, wird das aktuelle Rauchverhalten beider Elternteile erfragt. In die Auswertung gehen nur Elternteile ein, die mit dem Kind überwiegend im gleichen Haushalt leben. Dabei ist es ohne Belang, ob es sich hierbei um leibliche Eltern, Stiefeltern oder neue Partner/innen der allein erziehenden Elternteile („soziale Eltern“) handelt. Für die Auswertungen werden die Angaben zu beiden Elternteilen, soweit vorhanden, zusammengefasst in die Kategorien „keine/r raucht“, „eine/r raucht“ und „beide rauchen“. Dabei fallen allein erziehende rauchende Eltern in die Kategorie „eine/r raucht“, obwohl ihre Vorbildwirkung bezüglich des späteren Rauchverhaltens ihres Kindes noch stärker einzuschätzen ist als die rauchender Elternpaare (vgl. Kapitel 6).

⁴³ Delekat, D., Kis, A. (2001): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2001 - 1. Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen Berlin, im Internet abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gsv/statistik/gesundheit/spezial.html>.

⁴⁴ Delekat, D. (2003): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2003 - 2. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin, im Internet abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gsv/statistik/gesundheit/spezial.html>.

⁴⁵ Meinschmidt, G. et al. (2004): Sozialstrukturatlas Berlin 2003. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2004-1, herausgegeben von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin, S. 133 ff. Im Internet abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gsv/statistik/gesundheit/spezial.html>.

⁴⁶ Verkehrszellen mit weniger als 15 Einschüler/innen mit gültigen Angaben zum sozialen Schichtindex werden mit benachbarten Verkehrszellen zusammengelegt.

⁴⁷ Zwiauer, K., Wabitsch, M. (1997): Relativer Body-Mass-Index (BMI) zur Beurteilung von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Empfehlung der European Childhood Obesity Group. Monatsschr Kinderheilkd 145: 1312-1318.

⁴⁸ Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D. et al. (2001): Perzentile für den Body Mass Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschr Kinderheilkd 149: 807-818.

⁴⁹ Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., Dietz, W.H. (2000): Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 320: 1240-1243.

⁵⁰ Delekat, D. (2003): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2003 - 2. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin, im Internet abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gsv/statistik/gesundheit/spezial.html>.

⁵¹ Delekat, D., Kis, A. (2001): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2001 - 1. Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen Berlin, im Internet abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gsv/statistik/gesundheit/spezial.html>.

⁵² Delekat, D. (2003): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2003 - 2. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin, im Internet abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gsv/statistik/gesundheit/spezial.html>.

⁵³ Gemeinsamer Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen (2003): Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe). Bundesanzeiger Nr. 226 (S. 24 966).

9.2 Dokumentationsbogen der ESU 2004

Bezirksamt:

Datum:

Dokumentationsbogen für die Einschulungsuntersuchungen der KJGD im Land Berlin

KJGD-Stelle:

Schuljahr: 2004

Name,
VornameGeb.-
datum

Ärztliche Anmerkungen:

Laufende Nummer

1. Allgemeine Anamnese

1. Nummer des regionalen Gebietes
des Wohnortes des Kindes 2. Untersuchungs-
monat und -jahr 3. Nummer der Schule
(Achtung! Schulnr. von SenBJS) 4. Nummer Untersucher(in)
(abgeleitet vom Stellenzeichen) 5. Anmeldung zur Untersuchung
wegen Schulpflicht (bis 30.06.) 1
vorzeitige Einschulung erwünscht (bis 31.12.) 2
für Vorklasse (bis 30.09.) 3
vorzeitig Vorklasse (bis 31.12.) 46. Wiedervorstellung
nein, keine Wiedervorstellung 0
ja, nach Vorklassenuntersuchung 1
ja, nach Zurückstellung 2
ja, aus anderen Gründen 37. Geschlecht männlich 1
weiblich 2

8. Staatsangehörigkeit / Kulturkreis

	Staat.	Kultur.
deutsch	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
türkisch	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2
westliche Industriestaaten	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3
ehem. Ostblock (einschl. Jugosl.)	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4
sonstige Staaten	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5
keine Angabe	<input type="radio"/> 99	<input type="radio"/> 99

9. Kind ist in Deutschland
seit der Geburt 1
seit ... ganzen Jahren
keine Angabe 9910. Geburtsmonat und -jahr 11. Geburtsgewicht (g)
keine Angabe 9912. Körpergröße (cm)
keine Angabe 9913. Körpergewicht (kg) ,
keine Angabe 9914. Body-Mass-Index (kg/m²) ,

Bezirksamt:

Datum:

Dokumentationsbogen für die Einschulungsuntersuchungen der KJGD im Land Berlin

KJGD-Stelle:

Schuljahr: **2004**

Laufende Nummer

2. Soziale und medizinische Anamnese

15. Vorsorgestatus

- Heft fehlt 0
 Heft vorhanden 1
 Die folgenden Untersuchungen fehlen: U1 1 U2 2 U3 3
 U4 4 U5 5 U6 6
 U7 7 U8 8 U9 9
 keine Angabe / unbekannt 99

16. Kind hat insgesamt besucht

- keine Einrichtung 0
 folgende Einrichtungen 1
 Vorklasse (Schule!) Jahre Monate
 Kita / EKT Jahre Monate
 andere Einrichtung Jahre Monate
 keine Angabe 99

17. Kind lebt überwiegend bei

- den Eltern 1
 allein erziehender Mutter 2
 allein erziehendem Vater 3
 allein erziehender Mutter und Vater 4
 anderswo 5
 keine Angabe 99

18. Durchschnittl. tägl. Konsum elektron. Medien

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TV | Spiele |
| gar keiner | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 0 |
| weniger als eine Stunde | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 |
| 1 bis zu 3 Stunden | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 |
| mehr als 3 Stunden | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 |
| keine Angabe | <input type="radio"/> 99 | <input type="radio"/> 99 |
- Kind hat eigenen Fernseher nein 0
 ja 1
 keine Angabe 99

19. Schulabschluss (ggf. den höchsten angeben)

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Mutter | Vater |
| ohne Abschluss | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 |
| Hauptschulabschluss | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 |
| mittlere Reife oder 10. Klasse | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 |
| (Fach-) Hochschulreife | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 |
| (Fach-) Hochschulabschluss | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 5 |
| keine Angabe | <input type="radio"/> 99 | <input type="radio"/> 99 |

20. Erwerbstätigkeit der Eltern

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Mutter | Vater |
| vollzeitbeschäftigt | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 |
| teilzeitbeschäftigt | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 |
| nicht erwerbstätig, weil | | |
| ich finde keine Arbeit | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 |
| ich habe andere Gründe | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 4 |
| keine Angabe | <input type="radio"/> 99 | <input type="radio"/> 99 |

21. Anzahl aller im Haushalt lebenden Personen

- Erwachsene (älter 18 J.)
 Kinder (bis 18 J.)
 keine Angabe 99

22. Rauchverhalten der im Haushalt wohnenden Elternteile oder Partner

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Mutter | Vater |
| Elt./Partn. lebt nicht im Haushalt | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 1 |
| Elternteil/Partner raucht | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 2 |
| Elternteil/Partner raucht nicht | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 3 |
| keine Angabe | <input type="radio"/> 99 | <input type="radio"/> 99 |

23. Impfstatus

- Heft fehlt 0
 Heft vorhanden 1
 Anzahl der Impfungen (keine Impfungen = 0)
- Diphtherie
 > 5 Mo. zw. 2. und 3. Impfung ja 1 nein 0
- Pertussis
 Tetanus
 > 5 Mo. zw. 2. und 3. Impfung ja 1 nein 0
- Polio
 mind. 2 Dosen Virelon® Erhalt. ja 1 nein 0
- Masern
 Mumps
 Röteln
 Hib
 Hepatitis B
 BCG
 keine Angabe / unbekannt 99

24. Krankenhausaufenthalte

25. Bezirkl. Zusatzangabe

Bezirksamt:

Datum:

Dokumentationsbogen für die Einschulungsuntersuchungen der KJGD im Land Berlin

KJGD-Stelle:

Schuljahr: **2004**

laufende Nummer

--	--	--	--	--

3. Sinnesorgane / Empfehlungen

26. Sehen

Sehhilfe	nein	(0)
	ja	(1)
	keine Angabe	(99)
Strabismus	nein	(0)
	ja	(1)
	Verdacht	(2)
	keine Angabe / nicht möglich	(99)
Visus	ohne Brille	(1)
	mit Brille	(2)

Visus		Vorschaltlinse	
rechts	links	rechts	links
Rodenstock		besser	(1) (1)
		gleich	(2) (2)
Sehtafel		schlechter	(3) (3)

keine Angabe / nicht möglich (99)

Stereosehen	Anzahl erkannter Stereobilder	
	keine Angabe / verweigert	(99)
Farbsehen	unauffällig	(1)
	auffällig	(2)
	keine Angabe / verweigert	(99)

27. Hören

Auswertung verwendbar	(1)
Auswertung nicht verwendbar	(2)
keine Angabe	(99)

	Audiogramm	
	rechts dB	links dB
500 Hz		
1.000 Hz		
2.000 Hz		
4.000 Hz		
6.000 Hz		

28. Funktionsdiagnostische Befunde

Sinnesorgane	o.B.	B	Ü	R
Sehen	(0)	(1)	(2)	(3)
Hören	(0)	(1)	(2)	(3)

Entwicklungsdiagnostik

Grob.	Fein.	Visu.	Artik.	Satz.	Diff.
andere Befunde		o.B.	B	Ü	R
Grobmotorik		(0)	(1)	(2)	(3)
Feinmotorik		(0)	(1)	(2)	(3)
visuelle Wahrnehmung		(0)	(1)	(2)	(3)
Sprache		(0)	(1)	(2)	(3)
emot.-soz. Entwicklung		(0)	(1)	(2)	(3)
kognitive Entwicklung		(0)	(1)	(2)	(3)

29. Verständigung in Deutsch

	Kind	Mutter	Vater
nicht	(0)	(0)	(0)
radebrechend	(1)	(1)	(1)
flüssig mit erh. Fehlern	(2)	(2)	(2)
(sehr) gut, aber m. Akzent	(3)	(3)	(3)
akzentfrei	(4)	(4)	(4)
hat nicht begleitet	(9)	(9)	(9)
keine Angabe	(99)	(99)	(99)

30. Zustand des Gebisses

naturgesund	(1)
Füllungen, keine (deutliche) Karies	(2)
Füllungen und (deutliche) Karies	(3)
keine Füllungen und (deutliche) Karies	(4)
Stümpfe / Extraktion(en) wegen Karies	(5)
keine Angabe	(99)

31. Empfehlung

Klasse 1	(1)
pädagogische Untersuchung	(2)
psychologische Untersuchung	(3)
Förderausschuss	(4)
Zurückstellung aus medizinischen Gründen	(5)
Vorklasse	(6)
Wv in einem Jahr empfohlen	(7)

32. Schulische Förderung empfohlen

keine Förderung notwendig	(0)
Grobmotorik/Körperkoordination	(1)
visuelle Wahrnehmung/Visuomotorik	(2)
Sprachheilpädagogik	(3)
emotionale/soziale Entwicklung	(4)

9.3 Tabellenverzeichnis

1 Einleitung (S. 1 ff.)

Tabelle 1.1:

Anzahl der untersuchten Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Bezirken, Ortsteilen und Anmeldegrund
- absolut und in %

5 Gesundheitliche Vorsorge (S. 27 ff.)

Tabelle 5.1:

Zeitpunkte der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U2 – U9/J1) in der Bundesrepublik Deutschland

Tabelle 5.2:

Impfkalender für Säuglinge und Kinder in der Bundesrepublik Deutschland nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut für die Jahre 1998/1999

7 Ergebniszusammenfassung und Identifikation von Problemfeldern (S. 50 ff.)

Tabelle 7.1:

Zusammenfassung der Problemfelder bei den Einschulungsuntersuchungen 2004 in Berlin
- nach Größenordnung sortiert - (bezogen auf alle Einschüler/innen, n = 21.816)

9.1 Material und Methoden (S. 66 ff.)

Tabelle 9.1:

Vergabe von Punkten bei der Bildung des sozialen Schichtindex bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004

Tabelle 9.2:

Einteilung der Verständigung in deutscher Sprache mit dem untersuchten Kind bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004

Tabelle 9.3:

Punktevergabe bei motorischen und sprachlichen Entwicklungstests bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004

Tabelle 9.4:

Zugrunde liegende Definitionen zur Vollständigkeit der Impfungen

Tabelle 9.5:

Kategorien der Beurteilung des Gebisszustandes bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004

Tabelle 9.6:

Überblick über den DMF-T (dmf-t)-Index zur fachärztlichen Beurteilung der Zahngesundheit

9.4 Abbildungsverzeichnis

2 Inanspruchnahme von Betreuungseinrichtungen (S. 4 ff.)

Abbildung 2.1:
Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach mittlerer Dauer (Median) des Einrichtungsbesuchs, Herkunft und sozialem Schichtindex
- in Jahren (n = 19.550)

Abbildung 2.2:
Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2001-2004 nach Einrichtungsbesuch und Herkunft
- in %

Abbildung 2.3:
Durchschnittliche Dauer des Einrichtungsbesuchs der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach den Bezirken (alte Bezirksstruktur)
- in Monaten (n = 21.227)

3 Kenntnisse der deutschen Sprache bei Kindern nichtdeutscher Herkunft (S. 8 ff.)

Abbildung 3.1:
Kinder nichtdeutscher Herkunft bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach deutschen Sprachkenntnissen und Herkunft
- in % (n = 5.941)

Abbildung 3.2:
Deutsche Sprachkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunft und sozialem Schichtindex
- in % (n = 5.212)

Abbildung 3.3:
Deutsche Sprachkenntnisse der Kinder mit Herkunft aus der Türkei und Staaten des ehemaligen Ostblocks bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Dauer des Einrichtungsbesuchs
- in % (n = 3.861)

Abbildung 3.4:
Deutsche Sprachkenntnisse der Kinder türkischer Herkunft bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Wohndichte und Dauer des Einrichtungsbesuchs
- in % (n = 2.357)

Abbildung 3.5:
Deutsche Sprachkenntnisse der Kinder aus Staaten des ehemaligen Ostblocks bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Wohndichte und Dauer des Einrichtungsbesuchs
- in % (n = 1.463)

Abbildung 3.6:
Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach den Bezirken (alte Bezirksstruktur) und eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen
- in % (n = 21.575)

4 Übergewicht, Fernsehkonsum und Entwicklungsdiagnostik (S. 15 ff.)

Abbildung 4.1:
Anteil der Einschüler/innen mit Übergewicht (> 90. Perzentil n. Kromeyer-Hauschild) bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunft
- in % (n = 21.631)

Abbildung 4.2:
Anteil der Jungen mit Übergewicht (> 90. Perzentil n. Kromeyer-Hauschild) bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 1994 und 2001 - 2004 nach Herkunft
- in %

Abbildung 4.3:
Anteil der Mädchen mit Übergewicht (> 90. Perzentil n. Kromeyer-Hauschild) bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 1994 und 2001 - 2004 nach Herkunft
- in %

Abbildung 4.4:
Anteil an Kindern mit Übergewicht (> 90. Perzentil n. Kromeyer-Hauschild) bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach den Bezirken (alte Bezirksstruktur)
- in % (n = 21.624)

Abbildung 4.5:

Anteil der Kinder mit Übergewicht (> 90. Perzentil n. Kromeyer-Hauschild) bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunft und sozialem Schichtindex
- in % (n = 18.070)

Abbildung 4.6:

Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunft und Geburtsgewicht
- in % (n = 18.836)

Abbildung 4.7:

Anteil der Kinder mit Übergewicht (> 90. Perzentil n. Kromeyer-Hauschild) bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunft und Geburtsgewicht
- in % (n = 18.768)

Abbildung 4.8:

Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Geschlecht und durchschnittlicher täglicher Fernsehdauer
- in % (n = 20.629)

Abbildung 4.9:

Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach durchschnittlicher täglicher Fernsehdauer und sozialem Schichtindex
- in % (n = 19.562)

Abbildung 4.10:

Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach durchschnittlicher täglicher Fernsehdauer und Herkunft
- in % (n = 20.254)

Abbildung 4.11:

Anteil der Kinder mit Übergewicht (> 90. Perzentil n. Kromeyer-Hauschild) bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunft und Dauer des Fernsehkonsums (Einfluss des sozialen Schichtindex neutralisiert)
- in % (n = 18.682)

Abbildung 4.12:

Anteil von Kindern bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach motorischen entwicklungsdiagnostischen Befunden
- in %

Abbildung 4.13:

Anteil von Kindern bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 mit auffälligen motorischen Befunden nach Geschlecht
- in %

Abbildung 4.14:

Anteil von Kindern bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 mit auffälligen motorischen Befunden nach Herkunft
- in % (n = 19.667)

Abbildung 4.15:

Anteil von Kindern bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach sprachlichen entwicklungsdiagnostischen Parametern (nur Herkunftssdeutsche oder Kinder mit akzentfreier deutscher Sprache)
- in %

Abbildung 4.16:

Anteil von Kindern bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach sprachlichen entwicklungsdiagnostischen Parametern und Geschlecht (nur Herkunftssdeutsche oder Kinder mit akzentfreier deutscher Sprache)
- in %

Abbildung 4.17:

Anteil von Kindern bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach sprachlichen entwicklungsdiagnostischen Parametern und sozialem Schichtindex (nur Herkunftssdeutsche oder Kinder mit akzentfreier deutscher Sprache)
- in %

Abbildung 4.18:

Anteil der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 mit auffälligen Befunden in visuomotorischer Koordination nach den Bezirken (alte Bezirksstruktur)
- in % (n = 21.593)

5 Gesundheitliche Vorsorge (S. 27 ff.)

Abbildung 5.1:

Anteil der in Deutschland geborenen Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach wahrgenommenen Vorsorgeuntersuchungen U1 - U9
- in % (n = 18.755)

Abbildung 5.2:

Anteil der in Deutschland geborenen Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 mit vollständigem Vorsorgestatus U1 - U9 nach sozialem Schichtindex
- in % (n = 17.282)

Abbildung 5.3:

Anteil der in Deutschland geborenen Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach wahrgenommenen Vorsorgeuntersuchungen U1 - U9 und Herkunft
- in % (n = 18.482)

Abbildung 5.4:

Anteil an in Deutschland geborenen Kindern mit vollständigem Vorsorgestatus U1 bis U9 bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach den Bezirken (alte Bezirksstruktur)
- in % (n = 18.664)

Abbildung 5.5:

Anteil der in Deutschland geborenen Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 1994, 2001 und 2004 mit vollständigem Vorsorgestatus U1 - U9 und vorgelegtem Untersuchungsheft
- in %. Aus Darstellungsgründen sind die Jahre nicht chronologisch angeordnet. Die Zahlen von 1994 beziehen sich auf alle Kinder, da das Geburtsland hier noch nicht erhoben wurde.

Abbildung 5.6:

Anteil der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 mit vollständigem Impfstatus bezogen auf die jeweilige Impfung
- in % (n = 19.818)

Abbildung 5.7:

Anteil der Kinder deutscher Herkunft bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Impfstatus und Wohnort
- in % (n = 14.592)

Abbildung 5.8:

Anteil der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Impfstatus und Herkunft
- in % (n = 18.080)

Abbildung 5.9:

Anteil der Kinder mit komplettem Impfstatus für alle empfohlenen Impfungen bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach den Bezirken (alte Bezirksstruktur)
- in % (n = 19.725)

Abbildung 5.10:

Gebisszustand der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004
- in % (n = 21.603)

Abbildung 5.11:

Zahnzustand der Erstklässler/innen bei der Untersuchung durch den ZÄD in Berlin Schuljahr 2004/2005
- in % (n = 24.584)

Abbildung 5.12:

Gebisszustand der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach sozialem Schichtindex
- in % (n = 19.691)

Abbildung 5.13:

Gebisszustand der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunft
- in % (n = 21.506)

Abbildung 5.14:

Anteil vollständiger Vorsorgeuntersuchungen (U6 - U9) bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Gebisszustand der Kinder
- in % (n = 19.084)

Abbildung 5.15:

Zusammenhang zwischen dem sozialen Schichtindex der Kinder in den Bezirken (Mittelwerte) und Anteil an Kindern mit unversorgten Zähnen bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 (alte Bezirksstruktur)
- in % (n = 21.496)

6 Rauchen der Eltern (S. 43 ff.)

Abbildung 6.1:
Rauchverhalten der Eltern bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Familienkonstellation
- in % (n = 20.065)

Abbildung 6.2:
Rauchverhalten der Eltern bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach sozialem Schichtindex
- in % (n = 19.427)

Abbildung 6.3:
Rauchverhalten der Eltern bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunft
- in % (n = 20.373)

Abbildung 6.4:
Anteil der Eltern, die rauchen, bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach den Bezirken (alte Bezirksstruktur)
- in % (20.352)

Abbildung 6.5:
Anteil der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Rauchen der Eltern und Geburtsgewicht
- in % (n = 19.426)

Abbildung 6.6:
Anteil übergewichtiger Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Rauchen der Eltern
- in % (n = 20.375)

Abbildung 6.7:
Vorsorgeverhalten von Eltern bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Rauchen der Eltern
- in %

Abbildung 6.8:
Motorische entwicklungsdiagnostische Befunde bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Rauchen der Eltern
- in %

9.1 Material und Methoden (S. 66 ff.)

Abbildung 9.1:
Zusammenhang zwischen Sozialindex 2003 und sozialem Schichtindex bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach den Bezirken (alte Bezirksstruktur)
- prozentuale Abweichung vom Durchschnitt / Punktwert

Abbildung 9.2:
Durchschnittlicher sozialer Schichtindex bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Verkehrszellen
- in % (n = 19.771)

Abbildung 9.3:
Anteil der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Staatsangehörigkeit
- in % (n = 21.716)

Abbildung 9.4:
Anteil der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunft
- in % (n = 21.716)

Abbildung 9.5:
Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Staatsangehörigkeit und Herkunft in der Verkehrszelle 121 „Mehringplatz“
- in % (n = 179)

Abbildung 9.6:
Kinder nichtdeutscher Herkunft bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunft und Geburtsland
- in % (n = 5.857)

Abbildung 9.7:
Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach sozialem Schichtindex und Herkunft
- in % (n = 19.796)

Abbildung 9.8:
Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunftsgruppen und den Bezirken (alte Bezirksstruktur)
- in % (n=21.610)

9.5 Literaturverzeichnis

Andersen, R.E., Crespo, C.J., Bartlett, S.J., Cheskin, L.J., Pratt, M. (1998): Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA* 279: 938-942.

Bantle, C., Haisken-DeNew, J.P. (2002): *Smoke Signals: The Intergenerational Transmission of Smoking Behavior*. Diskussionspapier 277. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin.

Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.) (2000): *Hallo, Hola, Ola: Sprachförderung in Kindertagesstätten*. Universitäts-Buchdruckerei, Bonn.

Benecke, A., Vogel, H. (2005): *Übergewicht und Adipositas*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 16. Robert Koch-Institut, Berlin.

Chiolerio, A., Bovet, P., Paccaud, F. (2005): Association between maternal smoking and low birth weight in Switzerland: the EDEN study. *Swiss Med Weekly* 135: 525-530.

Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 320: 1240-1243.

Delekat, D. (2003): *Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001*. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2003 - 2. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin, im Internet abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gsv/statistik/gesundheit/spezial.html>.

Delekat, D., Kis, A. (2001): *Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999*. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2001 - 1. Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen Berlin, im Internet abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gsv/statistik/gesundheit/spezial.html>.

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2003): *Passivrauchende Kinder in Deutschland – frühe Schädigungen für ein ganzes Leben*. Heidelberg.

Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a. (Hrsg.) (2003): *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. 2. überarbeitete Auflage. Deutscher Ärzte Verlag, Köln.

Engin, H., Walter, S. (2005): „Leuchttürme der Pädagogik“: Porträts erfolgreicher interkultureller Bildungsarbeit an Berliner Kindertagesstätten und Schulen in sozial benachteiligten Quartieren. Der Beauftragte des Senats von Berlin für Integration und Migration (Hrsg.).

Ennemoser, M. (2003): *Der Einfluss des Fernsehens auf die Entwicklung von Lesekompetenzen: Eine Längsschnittstudie vom Vorschulalter bis zur dritten Klasse*. Verlag Dr. Kovac, Hamburg.

Gemeinsamer Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen (2003): *Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)*. Bundesanzeiger Nr. 226 (S. 24 966).

Jebb, S.A., Lambert, J. (2000): Overweight and obesity in European children and adolescents. *Eur J Pediatr* 159 [Suppl 1]: S2-S4.

Kalies, H., Koletzko, B., von Kries, R. (2001): Übergewicht bei Vorschulkindern. Der Einfluss von Fernseh- und Computerspiel-Gewohnheiten. *Kinderärztliche Praxis* 4: 227-234.

Kolip, P. (2004): Der Einfluss von Geschlecht und sozialer Lage auf Ernährung und Übergewicht im Kindesalter. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 47: 235-239.

Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D. et al. (2001). Perzentile für den Body Mass Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschr Kinderheilkd* 149: 807-818.

Kübler, H.-D., Swoboda, W.H. (1998): *Die Bedeutung des Fernsehens in der Lebenswelt von Vorschulkindern*, Forschungsprojekt im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft der Landesmedienanstalten/Gemeinsame Stelle Jugendschutz und Programm, unter der Federführung der Niedersächsischen Landesmedienanstalt für privaten Rundfunk (NLM), enthalten in: *Wenn die Kleinen fernsehen*, Schriftenreihe der Landesmedienanstalten Band 7. Berlin.

Meinlschmidt, G. et al. (2004): *Sozialstrukturatlas Berlin 2003*. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2004-1, herausgegeben von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin, S. 133 ff. Im Internet abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gsv/statistik/gesundheit/spezial.html>.

Myrtek, M. (2001): Exzessiver Fernsehkonsum. Psychophysiologische Untersuchungen. *Kinderärztliche Praxis* 4: 216-226.

Nicholls, D., Viner, R. (2005): Eating disorders and weight problems. *BMJ* 330: 950-953.

Ong, K.K.L., Preece, M.A., Emmett, P.M., Ahmed, M.L., Dunger, D.B., ALSPAC Study Team (2002): Size at birth and early childhood growth in relation to maternal smoking, parity and infant breast-feeding: longitudinal birth cohort study and analysis. *Pediatr Res* 52: 863-867.

- Ravens-Sieberer, U., Thomas, C. (2003): Gesundheitsverhalten von Schülern in Berlin. Ergebnisse der HBSC-Jugendgesundheitsstudie 2002 im Auftrag der WHO. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Reiter, S., Rasch, G. (2004): Schutzimpfungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 1. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Reiter, S. (2004): Ausgewählte Daten zum Impf- und Immunstatus in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 47: 1144 – 1150.
- Rugholm, S., Baker, J.L., Olsen, L.W. et al. (2005): Stability of the association between birth weight and childhood overweight during the development of the obesity epidemic. *Obes Res* 13: 2187-2194.
- Salsberry, P.J., Reagan, P.B. (2005): Dynamics of early childhood overweight. *Pediatrics* 166: 1329-1338.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2005): Leistungsbericht über die Arbeit der Zahnärztlichen Dienste (ZÄD) in Berlin im Schuljahr 2004/2005 – bislang unveröffentlichte Zusatzauswertung.
- Siebert-Ott, G. (1999): Zweisprachigkeit und Schulerfolg. Die Wirksamkeit von schulischen Modellen zur Förderung von Kindern aus zugewanderten Sprachminderheiten: Ergebnisse der (Schul)forschung. Universität Köln, Köln.
- Toschke, A.M., Montgomery, S.M., Pfeiffer, U., von Kries, R. (2003): Early intrauterine exposure to tobacco-inhaled products and obesity. *Am J Epidemiol* 158: 1068-1074.
- Valente, A.M., Strong, W., Sinaiko, A.R. (2001): Obesity and insulin resistance in young people. *Am Heart J* 142: 440-444.
- Wabitsch, M. (2000): Overweight and obesity in European children: definition and diagnostic procedures, risk factors and consequences for later health outcome. *Eur J Pediatr* 159 [Suppl 1]: S8-S13.
- Wetzel, W.-E., Boemans, B., Lorbeer, J. (1998): Oralhygiene im Kleinkind- und Kindergartenalter. (Publiziertes Abstract). In: G. Hetzer und N. Kramer (Hrsg.): Autoreferate-Band der 5. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe in der DGZMK. Lengenfelder, Erlangen. ISBN 3-00-003108-1, S. 120-121.
- WHO (Weltgesundheitsorganisation) (2005): Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention der kongenitalen Rötelninfektion: Strategie der Europäischen Region der WHO 2005 – 2010.
- Zwiauer, K., Wabitsch, M. (1997). Relativer Body-Mass-Index (BMI) zur Beurteilung von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Empfehlung der European Childhood Obesity Group. *Monatsschr Kinderheilkd* 145: 1312–1318.

9.6 Publikationsverzeichnis

Im Rahmen der *Gesundheitsberichterstattung* und des *Sozialstatistischen Berichtswesens* wurden vom Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz folgende Veröffentlichungen herausgegeben:

Gesundheitsberichterstattung (GBE)

Basisberichte

Diese Berichtsform enthält Tabellen, die sich am Indikatorensatz der Länder orientieren, Erläuterungen sowie kurze Ergebnisbeschreibungen zu verschiedenen Themenfeldern. Der Bericht erscheint jährlich:

- Jahresgesundheitsbericht 1961
- .
- .
- .
- Basisbericht 2003/2004 (2004). ISSN 1617-9242.
 - Druckfassung. Schutzgebühr 15,- Euro zzgl. Porto
 - PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gsv/statistik/index.html>

Spezialberichte - GBE

Diese Berichtsform wird zu Schwerpunktthemen erarbeitet; sie enthält Analysen, Zusammenhänge und Handlungsempfehlungen.

- Meinschmidt, Gerhard; Imme, Uwe; Kramer, Ramona (1990):
Sozialstrukturatlas Berlin (West). Eine statistisch-methodische Analyse mit Hilfe der Faktorenanalyse.
- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard (1995):
Sozialstrukturatlas Berlin. Erste gemeinsame Berechnung für alle Bezirke.
- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard (1997):
Sozialstrukturatlas Berlin - Fortschreibung 1997 -.
- Hermann, Sabine; Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard (1997):
Sozialstrukturatlas 1997 - Eine disaggregierte statistische Sozialraumanalyse -
Schutzgebühr: 15,- Euro zzgl. Porto
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) / SenGesSoz; Brenner, M. H. (Herausgeber) / TU Berlin (1. Ausgabe 1999):
Sozialstrukturatlas Berlin 1999 - Eine soziale Diagnose für Berlin -.
Schutzgebühr: 15,- Euro zzgl. Porto
- Delekat, Dietrich; Kis, Anita (2001):
Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin - Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Spezialbericht 2001-1, ISSN 1617-9250
Schutzgebühr 10,- Euro zzgl. Porto
- Kis, Anita; Bömermann, Hartmut; Hermann, Sabine; Schieritz, Frank; Unger, Gisela (2002):
Diagnosedaten der Berliner Krankenhauspatienten 1994-1999. Spezialbericht 2002-1, ISSN 1617-9250
Schutzgebühr 10,- Euro zzgl. Porto
- Meinschmidt, Gerhard; Imme, Uwe; Seeger, Michael (2003):
Sozialhilfeempfängerprognoseverfahren in Berlin. Spezialbericht 2003-1, ISSN 1617-9250
Schutzgebühr 10,- Euro zzgl. Porto
- Delekat, Dietrich (2003):
Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin - Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. Spezialbericht 2003-2, ISSN 1617-9250
Schutzgebühr 10,- Euro zzgl. Porto
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) (2004):
Sozialstrukturatlas Berlin 2003 - Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung.
- Langfassung. Spezialbericht 2004-1, ISSN 1617-9250. Schutzgebühr 15,- Euro zzgl. Porto
- Kurzfassung mit CD-ROM der Langfassung des Berichts

- Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke et al. (2006):
Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2004. Spezialbericht 2006-1, ISSN 1617-9250.
- Druckfassung. Schutzgebühr 10,- Euro zzgl. Porto
- PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gsv/statistik/index.html>

Diskussionspapiere zur Gesundheits- und Sozialforschung

In dieser Reihe werden Themen von besonderer gesundheitspolitischer Bedeutung diskutiert sowie strittige oder widersprüchliche Aspekte des Themas aufgezeigt. Die Diskussionspapiere erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Folge.

1. Meinschmidt, Gerhard (1986):
Ärzte beurteilen Sozialstationen. Eine statistisch empirische Diagnose.
2. Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard; Wanjura, Marlies (1986):
Der Krankenpflegenotfalldienst durch Sozialstationen. Eine Zwischenbilanz aus empirischer Sicht.
3. Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard (1986):
Strukturanalyse arbeitsloser Sozialhilfeempfänger. Eine statistische Analyse.
4. Meinschmidt, Gerhard; Völker-Oswald, Ingrid (1988):
Zum Bedarf an Unterstützung in Hilfssituationen älterer Menschen in Berlin. Eine statistische Analyse.
5. Meinschmidt, Gerhard (1988):
Strukturanalyse pflegebedürftiger Menschen in Berlin. Eine statistische Analyse.
6. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme; Mader, Sylvia (1988):
Die Jugendzahnpflege 1986. Eine Untersuchung über den Zahnstatus bei Kindern und Jugendlichen in Berlin (West).
7. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme (1988):
Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1985/86 in Berlin (West) nach Kriterien des Jugendarbeitsschutzgesetzes.
8. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme (1988):
Sozialhilfeempfänger in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung. Statistischer Erfahrungsbericht zum 500er Programm.
9. Meinschmidt, Gerhard (1988):
Sozialhilfeempfänger auf dem Weg zurück ins Berufsleben. Grundgedanken zum Berliner Modell der Beschäftigung von arbeitslosen Sozialhilfeempfängern. Eine empirische Einstiegsstudie, die zu diesem Problemkomplex bei den Berliner Arbeitgebern durchgeführt wurde.
10. Liedtke, Dieter (1988):
Projekt: Beratungspfleger (Teil 1).
11. Baum, Christiane; Koch-Malunat, Norbert; Seeger, Michael (1989):
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik.
12. Becker, Barbara; Kramer, Ramona; Meinschmidt, Gerhard (1989):
Zur subjektiven Morbidität der Berliner Bevölkerung.
13. Liedtke, Dieter; Wanjura, Marlies (1989):
Projekt: Beratungspfleger (Teil 2).
14. Haecker, Gero; Kirschner, Wolf; Meinschmidt, Gerhard (1990):
Zur „Lebenssituation von Sozialhilfeempfängern“ in Berlin (West).
15. Koch-Malunat, Norbert; Klausning, Michael (1990):
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1987 in Berlin (West).
16. Kiss, Anita (1992):
Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1988/89 in Berlin (West).
17. Kirschner, Wolf; Radoschewski, Michael (1993):
Gesundheits- und Sozialsurvey in Berlin.
18. Hermann, Sabine; Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard (1993):
Zur Sozialstruktur in den östlichen und westlichen Bezirken Berlins auf der Basis des Mikrozensus 1991.- Erste methodische Berechnungen mit Hilfe der Faktorenanalyse -.
19. Thielke, Henning; Meusel, Katharina (1994):
Zur Überlebensdauer von Typ-II-Diabetikern. Ergebnisse einer 20jährigen Follow-up-Studie in Berlin-Ost.

20. Koch-Malunat, Norbert (1994):
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1990 in Berlin-West - eine statistische Analyse -.
21. Radoschewski, Michael; Kirschner, Wolf; Kirschner, Renate; Heydt, Kerstin (1994):
Entwicklung eines Präventionskonzeptes für das Land Berlin.
22. Kiss, Anita (1995):
Zur gesundheitlichen Lage von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1991/1992 - eine statistische Analyse -.
23. Kiss, Anita; Hermann, Sabine; Thielke, Henning (1995):
Vermeidbare Sterbefälle in Berlin 1983-1992.
24. Rothe, Kerstin u.a. (1995):
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik Deutschland 1992.
25. Beblo, Miriam (1995):
Zur Dimension der sozialen und gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Berlin. Eine statistisch-empirische Diagnose.
26. Hermann, Sabine; Hiestermann, Angelika (1995):
Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Frauen in Berlin. - Eine erste geschlechtsspezifische empirische Diagnose -.
27. Dohnke-Hohrman, Sylvia; Reich, Renate (1995):
Der Mund- und Zahngesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen 1992/93 in Berlin.
28. Hiestermann, Angelika; Hillen, Thomas (1996):
Zur psychosozialen Befindlichkeit der Berliner Bevölkerung. - Eine statistische Analyse -.
29. Scholz, Rembrandt D.; Thielke, Henning (1997):
Lebenserwartung in Berlin 1986-1994. - Trends und regionale Unterschiede -.
30. Kiss, Anita (1997):
Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1994/95.
31. Wiesner-Balcke, Waltraud; Angerman, Regina (1997):
Allergische Erkrankungen und Beschwerden bei Berliner Einschülern im Vergleich mit dem Land Brandenburg - Analyse, Bezirksvergleiche, bezirkliches Vorsorgeprogramm -.
32. Hauschild, Beate; Baum, Christiane (1998):
Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystems. Erster Basisdatenbericht (1997) zur Versorgung im ambulant/komplementären Bereich (Betreutes Wohnen und Tagesstätten).
Schutzgebühr: 7,50 Euro zzgl. Porto
33. Hauschild, Beate; Baum, Christiane (2000):
Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystems. Zweiter Basisdatenbericht (1998) zur Versorgung im ambulant/komplementären Bereich (Betreutes Wohnen und Tagesstätten).
Schutzgebühr: 7,50 Euro zzgl. Porto

Gesundheitsbarometer

- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard (1991):
Eine repräsentative Erhebung zur Gesundheitspolitik, der Politik im allgemeinen und zur Pflegeproblematik. - Gesundheitsbarometer 1 -.
- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard; Thielke, Henning (1994):
Eine repräsentative Erhebung zu Fragen der Gesundheit, der Prävention und ihrer Gestaltung.- Gesundheitsbarometer 2 -.
- Hermann, Sabine; Imme, Uwe (1996):
Erhebung zu den zusätzlichen Öffnungszeiten anlässlich der „Schaustelle Berlin“ vom 29. Juni bis 25. August 1996. - Gesundheitsbarometer 3 -.

Statistische Kurzinformationen

- 2002 - 1 Neueste Lebenserwartungsberechnungen für die Berliner Bezirke - Deutliche Zusammenhänge zwischen Lebenserwartung, vermeidbaren Sterbefällen und sozialer Lage -.
- 2002 - 2 Die Diagnosedaten der Berliner Krankenhauspatienten 1994 - 1999.
- 2002 - 3 Beschäftigte im Berliner Gesundheitswesen.
- 2002 - 4 Stationäre Behandlung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises in den Berliner Krankenhäusern 2000.
- 2005 - 1 Pflegebedürftigkeit in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Lebenserwartung.

Sozialstatistisches Berichtswesen (SBW)

Spezialberichte - SBW

- Schmidtke, Kerstin (2005):
Konzepte und Methoden zur Abbildung von Lebenslagen - Bildung von Lebenslagen-Indices am Beispiel der Berliner Sozialhilfestatistik 2005. Spezialbericht 2005-1, ISSN 1861-9444.
- Druckfassung. Schutzgebühr 15,- Euro zzgl. Porto
- PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gsv/statistik/index.html>

Quartalsberichte - SBW

Die Berichtsreihe, in der die aktuelle Entwicklung der Leistungen und Empfängerart auf den Sozialleistungsgebieten BSHG, AsylbLG und PflegeG in Tabellenform mit kurzen Interpretationen sowie Schwerpunktthemen angeboten wurde, erschien quartalsweise seit 1988, letztmalig in dieser Form im IV. Quartal 2003.

- IV. Quartal 2003 (letzte Ausgabe)
ISSN 1618-033X

Der statistische Tabellensatz des Berichtes mit unterjährigen Empfänger- und Leistungsdaten für Berlin insgesamt sowie in bezirklicher Gliederung wird weiterhin im Internet unter <http://www.berlin.de/sen/gsv/statistik/sozial/quartalsberichte.html> bereitgestellt.

Bezug über die

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Telefon: (030) 9028 2848
Telefax: (030) 9028 2056

Internet: <http://www.berlin.de/sen/gsv/statistik/index.html>
e-mail: Carola.Glaeser@sengsv.verwalt-berlin.de

Fachliche Auskünfte:

Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister,
Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Telefon: (030) 9028 2660
Telefax: (030) 9028 2067

e-mail: Gerhard.Meinschmidt@sengsv.verwalt-berlin.de