

Kindergesundheit in Berlin – Problemfelder und Handlungsbedarf

Die mehrheitlich gute gesundheitliche Lage der Kinder in Berlin darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass es durchaus Problemfelder mit teils dringendem Handlungsbedarf gibt. Gesundheitliche Probleme und Gefährdungslagen kumulieren in sozial hoch belasteten Stadtteilen, vor allem bei Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund und in ungünstiger sozialer Lage. In diesen Zielgruppen müssen die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention noch besser ausgeschöpft werden. Die Einschulungsuntersuchung liefert flächendeckende, sozialräumlich differenzierte Daten zur gesundheitlichen und sozialen Lage der Kinder und kann somit für die Evaluation gesundheitspolitischer Maßnahmen genutzt werden.

■ **Susanne Bettge, Sylke Oberwöhrmann, Sabine Hermann, Gerhard Meinlschmidt**

1. Einleitung

Mit der vorliegenden Arbeit zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern wird das Ziel verfolgt, auf einer individuellen sowie bevölkerungsbezogenen Basis den Gesundheitszustand und die soziale Lage von Kindern zu untersuchen und zu analysieren, die eingeschult werden. Dieser Untersuchung kommt eine entscheidende gesundheits- und sozialpolitische Bedeutung zu, da sie relativ frühzeitig den Gesundheitszustand von Kindern erhebt. In diesem Alter können Prävention und Intervention erfolgreich zur Reduktion von Risikoverhalten und Entwicklungsdefiziten eingesetzt werden (vgl. Mayer et al., 2005).

Auf der Basis des ganzheitlichen Gesundheitsbegriffs, der körperliche, seelische und soziale Aspekte einbezieht, werden im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen Daten zur sozialen Lage der Familien ebenso erfasst wie solche zur Gesundheit, Entwicklung und zum familiären Gesundheitsverhalten. Die Lebenslagen von Kindern lassen sich somit nicht nur in einem eindimensionalen Sinn charakterisieren – sie sind mehrdimensional und bestehen aus unterschiedlichen gesundheitlichen und sozialen Facetten, die sich gegenseitig beeinflussen (vgl. Lampert

et al., 2006). Die Lebenslagen von Kindern werden mit den Daten der Einschulungsuntersuchung nicht nur auf der individuellen Ebene beschrieben und analysiert, sondern auch als eine Abbildung aggregierter individueller Lebenslagen in den Sozialraum hinein (räumliche Soziallagenindizes). Der Sozialraum hat insbesondere in städtischen Ballungsräumen eine besondere Bedeutung. Der Zusammenhang von gesundheitlicher und sozialer Lage drückt sich auch in räumlichen Disparitäten (soziale „Brennpunkte“) aus, die für die Prävention und Intervention von Bedeutung sind. Hier findet man Zielgruppen mit identischen oder ähnlichen Risiko- bzw. gesundheitsfördernden Faktoren vor. Der Sozialraum kann somit einerseits als Zugangsweg zu den Zielgruppen und andererseits für die Gestaltung des Umfeldes im Sinne einer partizipativen Organisationsentwicklung genutzt werden.

Welche Schlussfolgerungen sind aus den Analysen der Daten zur Einschulungsuntersuchung zu ziehen? Die Ergebnisse verdeutlichen den ausgeprägten Zusammenhang zwischen der gesundheitlichen und sozialen Lage auch im räumlichen Kontext und untermauern die Ergebnisse der sozialstrukturellen Analyse in Berlin (vgl. Meinlschmidt et al., 2004) auch für die Zielgruppe der Kinder. Die gesundheitlichen und sozialen Parameter – wie Arbeitslosigkeit, Sozialhilfebezug, Sterblichkeit, Lebenserwartung, Bildung, Sprache, Kindergesundheit – bedingen sich wechselseitig. Dies verdeutlicht zugleich die begrenzten Interventionsmöglichkeiten der klassischen Gesundheitspolitik. Gefordert wird somit eine integrierte Sozialraumpolitik, die in einem allgemeinen Politikansatz der sozialen Stadt mündet. An räumlichen Problemen anset-

Dr. Susanne Bettge, Dr. Sylke Oberwöhrmann, Dr. Sabine Hermann, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin,
Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin und
Institut für Gesundheitswissenschaften der TU Berlin

zende Maßnahmen müssen ressortübergreifend konzentriert werden, sich an den sozialen Brennpunkten der Stadt orientieren und unter klarer Zielformulierung stehen. Den obersten Gesundheitsbehörden kommt dabei eine rahmensexplizierende und koordinierende Funktion zu.

Mit der Etablierung der Landesgesundheitskonferenz und dem neuen Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (2006) sind hier erste strukturelle Voraussetzungen für eine Koordinierungsplattform geschaffen worden. Die Landesgesundheitskonferenz versteht sich als eine an Regeln gebundene Form der Zusammenarbeit, mit der die örtlichen Akteure des Gesundheits- und Sozialwesens, der Politik, der Verwaltungen und des Bildungswesens eine Verbesserung von Prävention, Gesundheitsförderung und Koordination anstreben. Die Mitglieder stellen ihre Expertise und ihre Kompetenz gemeinsam in den Dienst dieser Ziele. In der Landesgesundheitskonferenz sind Leistungserbringer, Sozialeistungsträger, Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, Institutionen der Wirtschaft und der Arbeitnehmer, die Selbsthilfe, Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes, Institutionen der Wissenschaft sowie die politische Senats- und Bezirksebene vertreten. Die Landesgesundheitskonferenz ist eine Diskussionsplattform, die Interessen artikuliert und Transparenz schafft, Fachkompetenzen bündelt und anbietet, auf der die Mitglieder ihre Erfahrungshorizonte einbringen können. Vor allem aber ist sie ein Gremium, das dem vielfältigen gesundheitspolitischen Engagement und den zahlreichen Aktivitäten einen verbindlichen und zielorientierten Handlungsrahmen gibt.

Damit ist ein weiterer Problembereich benannt, der im deutschen Gesundheitswesen in seiner Bedeutung und Ausgestaltung eher noch am Anfang steht: die Aufstellung von Gesundheitszielen. Gesundheitsziele haben in vernetzten Strukturen die Funktion der Orientierung, Priorisierung und der Evaluation von konkret ergriffenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Gesundheitsziele für Berlin werden zurzeit im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz erarbeitet. Die Formulierung zielgruppenspezifischer Gesundheitsziele bedarf einer belastbaren Datenbasis, wie sie beispielsweise durch die Einschulungsuntersuchung zur Verfügung gestellt wird.

Durch die Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes wird die Rolle der Gesundheitsberichterstattung als Grundlage der Gesundheitsplanung gestärkt, und die Dienste werden stärker sozialkompensatorisch ausgerichtet. Die durch die Berliner Verfassung zu gewährleisten den gleichen Lebensbedingungen in den Sozialräumen Berlins stehen damit wieder auf der politischen Agenda ganz oben.

2. Material und Methode

Die für alle Kinder im Schulgesetz von Berlin (2004, § 55, Abs. 5) vorgeschriebene Einschulungsuntersuchung wird in den bezirklichen Stellen des Kinder- und Jugend-

gesundheitsdienstes (KJGD) nach einem landesweit einheitlichen Verfahren durchgeführt und dokumentiert. Die Untersuchung besteht aus einer standardisierten Befragung der Eltern, einer Überprüfung der Gesundheitsdokumente des Kindes (Impfbuch, Vorsorgeuntersuchungen, sog. U-Heft), einer ärztlichen Untersuchung sowie einer abschließenden ärztlichen Beurteilung. Bei der Einschulungsuntersuchung 2004 wurden 21.816 Kinder erfasst, die im Schuljahr 2004/05 die erste Klasse besuchen sollten (folgend bezeichnet als Einschüler/innen).

2.1 Untersuchte Merkmale

Im Elternfragebogen werden Angaben über Schulabschluss und Erwerbstätigkeit beider Elternteile erhoben. Die Angaben werden mit Punktwerten versehen und zu einem **sozialen Schichtindex** aggregiert, wobei der Schulabschluss mit doppelter Punktzahl in den Index eingeht, um den Bildungsanteil stärker zu gewichten. Die Punktzahlen beider Elternteile werden aufsummiert. Fehlen Angaben eines Elternteils, werden die Punktzahlen des anderen Elternteils verdoppelt. Anhand der Punktwerte werden die Einschüler/innen in drei annähernd gleich große Gruppen eingeteilt.¹

Zur Feststellung eines unmittelbaren oder familiären **Migrationshintergrundes** des Kindes wird neben seiner Staatsangehörigkeit auch seine Aufenthaltsdauer in Deutschland erfragt sowie die kulturelle Herkunft anhand der Geburtsländer der Eltern, deren Staatsangehörigkeit und den in der Familie gesprochenen Sprachen erfasst. Alle Einschüler/innen werden in eine der sechs Herkunftsgruppen „deutsch“, „türkisch“, „westliche Industriestaaten“ (USA, Kanada, Australien, Neuseeland, alle westeuropäischen Staaten außer Deutschland), „Staaten des ehemaligen Ostblocks“ (alle osteuropäischen Staaten, alle Staaten der ehemaligen Sowjetunion, des ehemaligen Jugoslawiens, Albanien) und „sonstige Staaten“ kategorisiert.

Angaben der Eltern werden eingeholt zu der Frage, ob das Kind eine **Kindertagesstätte oder ähnliche Betreuungseinrichtung besucht** hat und wenn ja, wie lange. Die Dauer des Besuchs wird monatsgenau ermittelt und für die weiteren Auswertungen in drei Kategorien zusammengefasst: Betreuungsdauer kürzer als $1/2$ Jahr, $1/2$ bis 2 Jahre und länger als 2 Jahre.

Die **deutschen Sprachkenntnisse** des Kindes werden am Ende der Untersuchung von den Ärztinnen und Ärzten zusammenfassend beurteilt. Aufgrund der Kommunikation mit dem Kind in der Untersuchungssituation wird eine Einschätzung der Verständigungsmöglichkeiten der Einschüler/innen in deutscher Sprache in fünf Stufen vorgenommen, die durch die Kriterien Wortschatz, Grammatik und Akzent definiert sind. Entsprechend diesen Stufen werden die deutschen Sprachkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft als „nicht vorhanden“, „radebrechend“, „flüssig mit Fehlern“, „(sehr) gut“ oder „akzentfrei“ bezeichnet.

Die Beurteilung des motorischen und sprachlichen **Entwicklungsstandes** der Einschüler/innen erfolgt mittels standardisierter entwicklungsdiagnostischer Tests. Im Bereich der Motorik werden die Grobmotorik, Feinmotorik und die visuomotorische Koordination (Gestaltrekonstruktion, optische Isolierung, Gestaltreproduktion) getestet. Sprachliche Entwicklungstests werden zu Artikulation, Satzbildung/Grammatik und zur kinästhetisch-artikulativen Differenzierung durchgeführt. Damit sollen nicht die Kenntnisse der deutschen Sprache erfasst werden, sondern der sprachliche Entwicklungsstand des Kindes. Daher werden die sprachlichen Befunde auch nur für die Kinder mit sehr guten Deutschkenntnissen ausgewertet. Die entwicklungsdiagnostischen Verfahren sind als Screeningtests ausgelegt, in denen ein altersgemäß entwickeltes Kind alle Aufgaben fehlerfrei lösen und somit die volle Punktzahl erreichen kann. Anhand der erreichten Punktzahlen werden die Kinder in den motorischen Tests in die Kategorien „gut“, „befriedigend“, „eingeschränkt“ und „schlecht“ eingeteilt, in den sprachlichen Entwicklungstests in die Kategorien „unauffällig“, „auffällig“ und „schlecht“.

Anhand des zur Einschulungsuntersuchung mitgebrachten Vorsorgeheftes wird dokumentiert, welche der empfohlenen **Vorsorgeuntersuchungen** im Kindesalter (U1 bis U9) in Anspruch genommen wurden. Damit wird erfasst, ob die Eltern vor der Einschulungsuntersuchung die vorgesehenen ärztlichen Routineuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und möglichen Entwicklungsverzögerungen wahrgenommen haben, die die Voraussetzung für eine rechtzeitige Einleitung von Heil- oder Fördermaßnahmen darstellen (§ 26 (1) SGB V). In die Auswertung gehen nur in Deutschland geborene Kinder ein, da nur von ihnen überhaupt eine vollständige Vorsorgedokumentation erwartet werden kann.

Aus den Impfdokumenten der Kinder wird ermittelt, ob die für diese Altersgruppe von der Ständigen Impfkommission (STIKO, 1998) empfohlenen **Impfungen** vollständig durchgeführt wurden. Für den Einschulungsjahrgang 2004 betrifft dies die Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis, Pertussis, Hib (Haemophilus influenzae Typ b), Hepatitis B, Mumps, Masern und Röteln.²

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 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 rauchende Elternpaare (Bantle & Haisken-DeNew, 2002).

Körpergröße und Gewicht der Kinder werden gemessen und daraus der **Body Mass Index (BMI)**³ berechnet. Für die Klassifikation des BMI werden die von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas (AGA) empfohlenen Normwertetabellen von Kromeyer-Hauschild et al. (2001) 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.

2.2 Datenauswertung

Die Angaben der Eltern sowie die Untersuchungsbefunde werden in einem Dokumentationsbogen festgehalten und in den Computer übertragen. Die Daten aller KJGD-Stellen werden in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz zusammengeführt und ausgewertet. Die Datenauswertung erfolgt mit dem Programm SPSS 12.0. Für die erfassten Gesundheits- und Entwicklungsmerkmale werden grundsätzlich Analysen auf Geschlechtsunterschiede, auf Unterschiede in Abhängigkeit von der sozialen Schicht sowie der Herkunft des Kindes durchgeführt.

Fehlende Angaben in den berichteten Untersuchungsmerkmalen liegen in 87 bis 3.061 der Fälle vor (0,4 % bis 14 %) und beruhen vorwiegend auf dem Fehlen von Elternangaben oder dem Nichtvorliegen der Gesundheitsdokumente. Kinder mit fehlenden Werten werden jeweils fallweise von den Auswertungen ausgeschlossen. Wegen der großen Anzahl untersuchter Kinder werden in aller Regel auch kleinste, teilweise praktisch nicht bedeutsame Unterschiede, statistisch auf hohem Niveau ($p < .001$) signifikant. Daher werden die gefundenen Resultate je nach ihrer inhaltlichen Ausprägung und praktischen Relevanz diskutiert.

3. Ergebnisse

Die 21.816 untersuchten Kinder sind im Mittel 5 Jahre und 11 Monate alt. Von ihnen sind 10.169 (47 %) Mädchen und 11.645 (53 %) Jungen, bei zwei Kindern fehlt die Geschlechtsangabe. Insgesamt kommen 8.441 der untersuchten Kinder (39 %) aus Stadtteilen in Berlin-Ost, 13.268 (61 %) haben ihren Wohnsitz in Berlin-West, für 107 Kinder (0,5 %) ist der Wohnbezirk nicht angegeben oder sie wohnen außerhalb Berlins.

3.1 Soziale Lage

Für 19.868 Einschüler/innen (91 %) liegen auswertbare Angaben zu Bildung und Erwerbstätigkeit der Eltern vor, aus denen der soziale Schichtindex errechnet wird. In Abbildung 1 ist für das Stadtgebiet von Berlin, gegliedert nach Verkehrszellen, der durchschnittliche soziale

Schichtindex der Einschüler/innen gezeigt. Für diese Darstellung werden die Verkehrszenellen anhand des sozialen Schichtindexes in fünf gleich große Gruppen mit niedriger bis hoher Punktzahl eingeteilt. In der Abbildung hell dargestellt sind Verkehrszenellen mit einem hohen durchschnittlichen sozialen Schichtindex. Diese liegen vorwiegend in Außenbezirken sowie in Teilen der Innenstadtbezirke Mitte und Prenzlauer Berg. Einen dunkel dargestellten niedrigen durchschnittlichen sozialen Schichtindex weisen vor allem Verkehrszenellen in den innerstädtischen Ortsteilen Wedding und Tiergarten sowie in Neukölln, Spandau, Marzahn und Hellersdorf auf. Insgesamt zeigt sich in der Abbildung, dass nicht nur in den bekanntmaßen hoch belasteten Innenstadtbezirken, sondern auch in einigen Außenbezirken viele Kinder aus Familien mit ungünstiger sozialer Lage leben.

Durch Drittteilung der Untersuchungspopulation werden 6.688 Einschüler/innen (34 %) der unteren sozialen Schicht, 7.214 (36 %) der mittleren und 5.966 (30 %) der oberen sozialen Schicht zugeordnet.

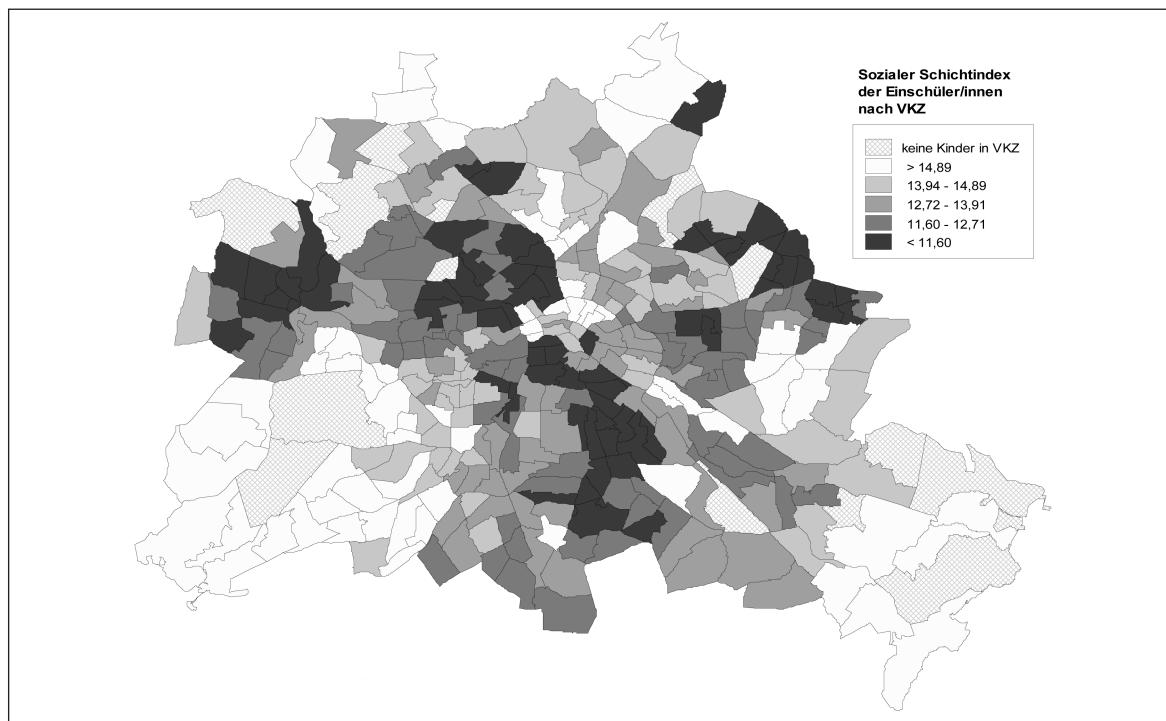
3.2 Staatsangehörigkeit und Migrationshintergrund

Die Angaben zu Staatsangehörigkeit und Herkunft der Kinder sind nahezu vollständig vorhanden ($n = 21.716$, 99,5 %). Von den Einschüler/innen haben 18.319 (84 %) die deutsche Staatsangehörigkeit, 3.397 (16 %) sind entsprechend den Passverhältnissen Nichtdeutsche. Befragt

nach einem eventuellen familiären Migrationshintergrund, wird für 15.710 Einschüler/innen (72 %) eine deutsche Herkunft festgestellt und 6.006 (28 %) entstammen einem anderen Kulturreis. Bei einem Vergleich dieser Zahlen 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 (vgl. Abbildung 2). Bei Analysen der Daten der Einschulungsuntersuchungen wird daher ausschließlich die Variable Herkunft verwendet, welche die Verhältnisse in diesem Bereich wirklichkeitsnäher abbildet.

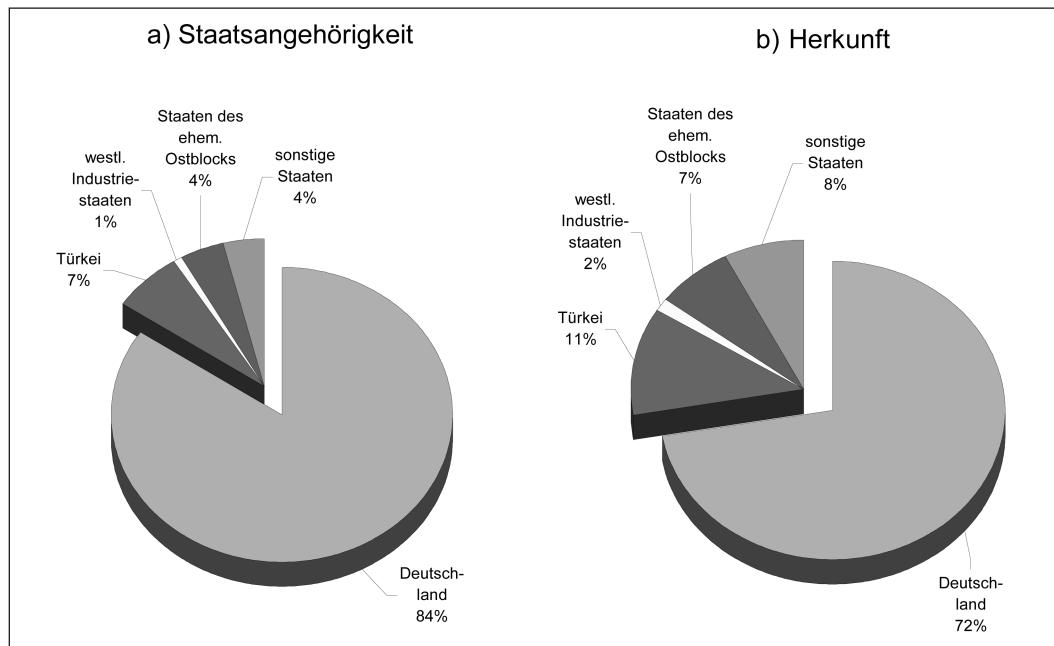
Familiärer Migrationshintergrund und soziale Lage sind nicht voneinander unabhängig. Für die Kinder deutscher Herkunft ergibt sich in etwa eine Drittteilung der sozialen Schichtzugehörigkeit. Die Kinder mit Herkunft aus westlichen Industriestaaten gehören sogar etwa zur Hälfte der oberen sozialen Schicht an. Dies 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. Im Vergleich dazu ist bei den Kindern der übrigen Her-

Abbildung 1: Durchschnittlicher sozialer Schichtindex bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Verkehrszenellen ($n = 19.771$)



Quelle: SenGesUmV, Referat II A

Abbildung 2: Anteil der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004
a) nach Staatsangehörigkeit und b) nach Herkunft (n = 21.716)



Quelle: SenGesUmV, Referat II A

kunftsgruppen die obere soziale Schicht schwächer vertreten, die untere Schicht dagegen stärker. Besonders ausgeprägt ist dieser Effekt bei den Kindern türkischer Herkunft, die weit mehrheitlich der unteren sozialen Schicht zugeordnet werden.

3.3 Kitabesuch

Angaben zum Besuch einer Betreuungseinrichtung liegen in 98 % der Fälle vor (n = 21.333). Von diesen Kindern besuchen 97 % eine Betreuungseinrichtung, wobei die mittlere Dauer des Kitabesuchs 42 Monate (3 1/2 Jahre) beträgt. Eine deutliche Mehrheit von 85 % der Kinder besucht die Kita oder eine ähnliche Einrichtung bereits seit mehr als 2 Jahren, 13 % seit einem halben bis zu zwei Jahren, und nur 3 % gehen kürzer als ein halbes Jahr in die Kita. Weitere 3 % besuchen keine Betreuungseinrichtung. Obwohl damit eine sehr hohe Inanspruchnahme von Betreuungseinrichtungen in Berlin zu verzeichnen ist, lassen sich doch Unterschiede zwischen den sozialen Schichten und den Herkunftsgruppen ausmachen, insbesondere bezüglich der Dauer des Einrichtungsbesuchs. 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).

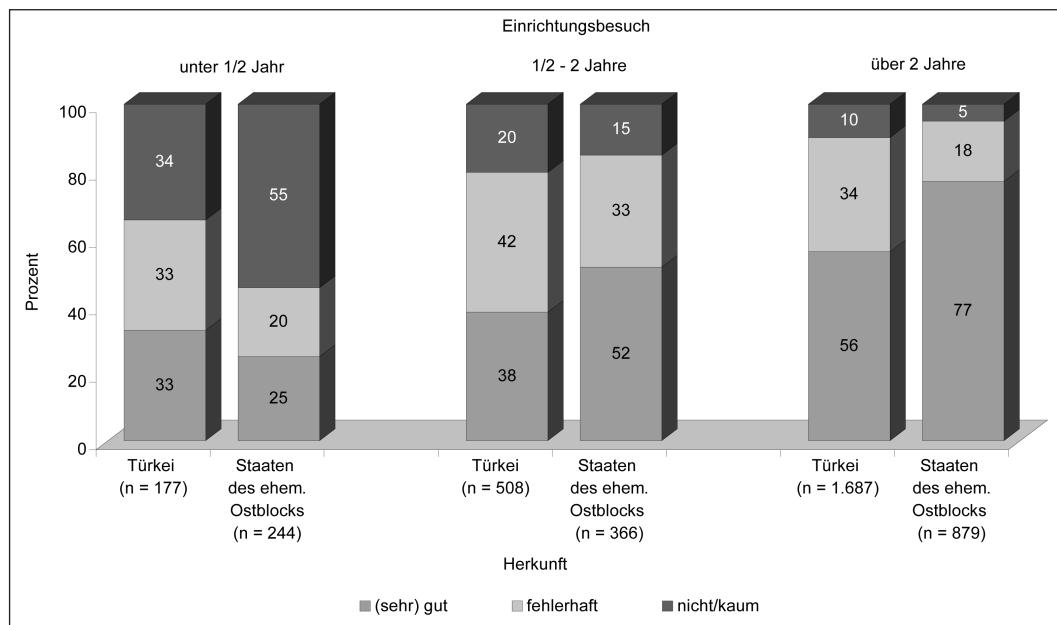
Bezüglich der Herkunftsgruppen sind Kinder deutscher Herkunft mit 98 % im Vergleich zu den Kindern nicht-

deutscher Herkunft am häufigsten in einer Betreuungseinrichtung. 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 %.

3.4 Deutsche Sprachkenntnisse

Die Auswertungen zu deutschen Sprachkenntnissen der Einschüler/innen beziehen sich nur auf die 6.006 Kinder nichtdeutscher Herkunft. Von diesen liegt in 5.941 Fällen (99 %) eine Einschätzung der Verständigung in deutscher Sprache durch den untersuchenden Arzt bzw. die untersuchende Ärztin vor. Insgesamt weisen 44 % der Kinder nichtdeutscher Herkunft deutsche Sprachkenntnisse auf, die für den Schulunterricht als nicht ausreichend erachtet werden. Dabei unterscheiden sich die deutschen Sprachkenntnisse der Kinder je nach der Herkunftsgruppe, der sie angehören. Die besten deutschen Sprachkenntnisse weist die relativ kleine Gruppe der Kinder aus den westlichen Industriestaaten auf. Diese Kindern werden zu 74 % gute bis sehr gute deutsche Sprachkenntnisse bescheinigt, zu 15 % fehlerhafte, und bei 11 % dieser Kinder sind kaum oder keine deutschen Sprachkenntnisse vorhanden. Über die schlechtesten deutschen Sprachkenntnisse verfügen die Kinder türkischer Herkunft, die lediglich zu 50 % gute bis sehr gute deutsche Sprachkenntnisse, zu 36 % fehlerhafte und zu 15 % nicht oder kaum vorhandene deutsche Sprachkenntnisse aufweisen.

Abbildung 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 (n = 3.861)



Quelle: SenGesUmV, Referat II A

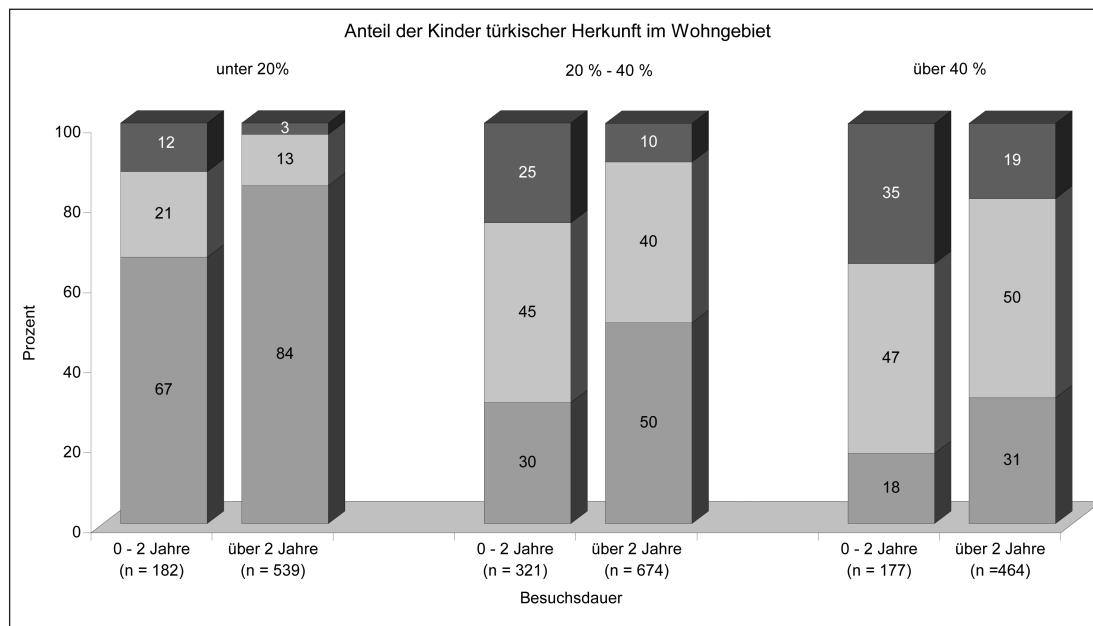
Mangelnde deutsche Sprachkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft sind in erster Linie, aber nicht ausschließlich in der unteren Sozialschicht anzutreffen. Der Anteil der Kinder mit guten oder sehr guten Verständigungsmöglichkeiten in deutscher Sprache nimmt in allen Herkunftsgruppen von der oberen zur unteren Sozialschicht ab.

Abbildung 3 zeigt, wie sich der Besuch einer Kindertagesstätte oder vergleichbaren Einrichtung auf den Erwerb der deutschen Sprache auswirkt. Kinder türkischer Herkunft, die zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung noch gar nicht oder erst kürzer als ein halbes Jahr eine Kita oder andere Betreuungseinrichtung besucht haben, sprechen zu einem Drittel nicht oder kaum deutsch, während dieser Anteil bei einer Besuchsdauer von mehr als zwei Jahren auf 10 % absinkt. Dafür nimmt der Anteil gut oder sehr gut deutsch sprechender Kinder türkischer Herkunft mit längerem Kitabesuch von einem Drittel auf mehr als die Hälfte zu. Kinder mit Herkunft aus Staaten des ehemaligen Ostblocks profitieren bezüglich des Erwerbs deutscher Sprachkenntnisse sogar noch stärker von einem ausreichend langen Kitabesuch. Von den Kindern dieser Herkunftsgruppe mit kurzem oder ohne Kitabesuch spricht mehr als die Hälfte bei der Einschulungsuntersuchung kaum oder gar nicht deutsch, wogegen es nach einem Kitabesuch von mehr als zwei Jahren nur noch 5 % sind. Der Anteil gut oder sehr gut deutsch sprechender Kinder aus Staaten des ehemaligen Ostblocks ist nach einem Kitabesuch von mehr als zwei Jahren Dauer dreimal so hoch wie bei Kindern ohne bzw. mit nur kurzem Kitabesuch von weniger als einem halben Jahr.

Der Erwerb der deutschen Sprache hängt für Kinder nichtdeutscher Herkunft auch davon ab, in welchem kulturellen Umfeld sie aufwachsen. Exemplarisch ist in Abbildung 4 für Kinder türkischer Herkunft gezeigt, wie sich ein steigender Anteil von Kindern ebenfalls türkischer Herkunft im unmittelbaren Wohnumfeld nachteilig auf die deutschen Sprachkenntnisse der Einschüler/innen auswirkt. Bei einer hohen Wohndichte im unmittelbaren Umfeld von mehr als 40 % Kindern ebenfalls türkischer Herkunft im gleichen Alter erlernen die Kinder türkischer Herkunft auch bei längerem Kitabesuch die deutsche Sprache zu einem großen Anteil nur fehlerhaft oder unzureichend, weil sie anscheinend nicht über ausreichend Kontakte zu Kindern deutscher Herkunft verfügen.

Ein Effekt der Wohndichte von Kindern der gleichen Herkunftsgruppe auf die deutschen Sprachkenntnisse ist auch für die Einschüler/innen mit Herkunft aus Staaten des ehemaligen Ostblocks zu erkennen, jedoch beschränkt sich dieser weitgehend auf die Kinder mit kurzem Kitabesuch bis zu zwei Jahren. Bei längerem Kitabesuch sind in dieser Herkunftsgruppe keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Deutschkenntnissen von Kindern aus Wohngebieten mit unterschiedlichem Anteil von Kindern osteuropäischer Herkunft auszumachen. Gründe hierfür liegen zum einen darin, dass die Kinder osteuropäischer Herkunft bei weitem keine so hohe Wohndichte in einzelnen Sozialräumen erreichen wie die Kinder türkischer Herkunft, zum anderen werden innerhalb der osteuropäischen Herkunftsgruppe verschiedene Sprachen gesprochen, so dass diese Kinder anders

Abbildung 4: Deutsche Sprachkenntnisse der Kinder türkischer Herkunft bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Wohndichte und Dauer des Einrichtungsbesuchs (n = 2.357)



Quelle: SenGesUmV, Referat II A

als die Kinder türkischer Herkunft keine so homogene Subkultur bilden.

3.5 Entwicklungsdiagnostische Befunde

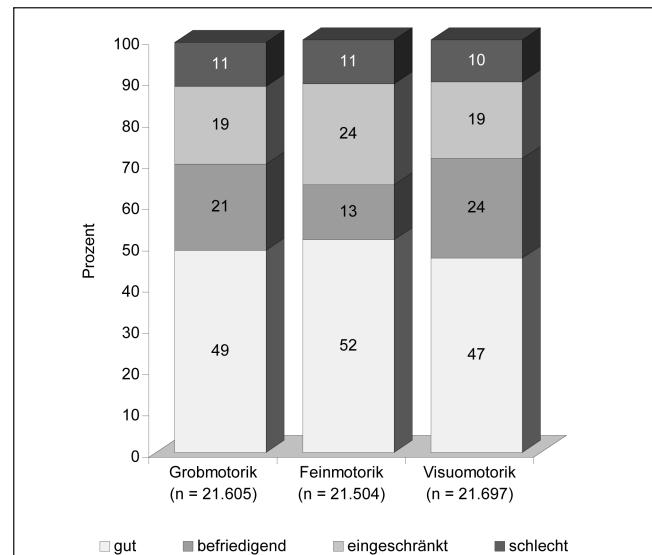
In allen drei motorischen Entwicklungstests (Grobmotorik, Feinmotorik und visuomotorische Koordination) erreicht jeweils nur etwa die Hälfte der Kinder die volle Punktzahl und kann somit in diesem Entwicklungsreich als unauffällig bezeichnet werden. Zwischen 13 % (Feinmotorik) und 24 % (Visuomotorik) der Kinder zeigen leichte Defizite, die jedoch noch keinen Förderbedarf begründen, jeweils etwa ein Drittel der Kinder hat deutliche Probleme (Abbildung 5).

Dabei schneiden Jungen in allen drei motorischen Entwicklungsbereichen schlechter ab als Mädchen. Am stärksten betrifft dies den Bereich der Grobmotorik, am wenigsten stark die Visuomotorik. Jungen sind in diesen Bereichen in der Gruppe mit schlechten Testergebnissen etwa doppelt so stark vertreten wie Mädchen. Auch bei den als „eingeschränkt“ klassifizierten Testergebnissen liegt der Anteil der Jungen in allen drei Entwicklungsreichen um einige Prozentpunkte über dem der Mädchen, die ihrerseits häufiger gute Testresultate erreichen.

In die Auswertungen der sprachlichen Entwicklungstests werden nur Kinder deutscher Herkunft oder mit akzentfreier deutscher Sprache einbezogen (18.034 Kinder, davon 13 % nichtdeutscher Herkunft), da diese Tests für die Kinder nichtdeutscher Herkunft mit weniger guten Deutschkenntnissen keine zuverlässigen Aussagen über ihren sprachbezogenen Entwicklungsstand erlauben. Die

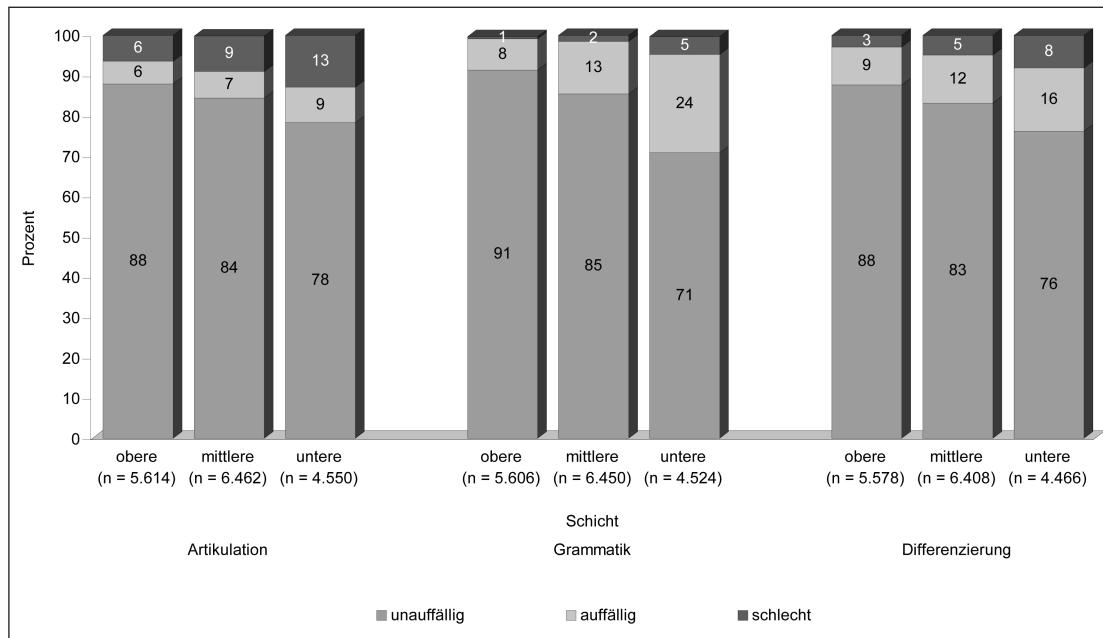
überwiegende Mehrzahl der Kinder schneidet bei den drei Tests unauffällig ab (Artikulation 84 %, Grammatik und Differenzierung je 83 %), zwischen 7 % (Artikulation) und 15 % (Grammatik) haben auffällige Befunde und 2 % (Grammatik) bis 9 % (Artikulation) erzielen ein schlechtes Testergebnis, das auf einen entsprechenden Förderbedarf hinweist.

Abbildung 5: Motorische entwicklungsdiagnostische Befunde von Kindern bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004



Quelle: SenGesUmV, Referat II A

Abbildung 6: Sprachliche entwicklungsdiagnostische Befunde von Kindern bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach sozialer Schicht (nur Kinder deutscher Herkunft oder mit akzentfreier deutscher Sprache)



Quelle: SenGesUmV, Referat II A

Auch in den sprachlichen Entwicklungstests weisen Jungen häufiger Probleme auf als Mädchen, jedoch sind die Unterschiede nicht so groß wie in der Motorik. Deutlicher zeigt sich ein sozialer Schichtgradient bezüglich der Sprachentwicklung der Einschüler/innen (Abbildung 6). Der Anteil der Kinder mit auffälligen oder schlechten Befunden in den sprachlichen Entwicklungstests nimmt von der oberen über die mittlere zur unteren Sozialschicht auf etwa das Doppelte bis Dreifache zu.

3.6 Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

Von den in Deutschland geborenen Kindern haben 18.755 (86 % der Einschüler/innen) ein Vorsorgeheft vorgelegt und gehen somit in die Auswertungen zur Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen ein. Die mit 99 % sehr hohe Inanspruchnahme in den ersten zwei Lebenswochen (U1, U2) ist sicher darauf zurück zu führen, dass ein Großteil dieser Untersuchungen noch in den Geburtskliniken erfolgt. Mit zunehmendem Alter der Kinder nimmt die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen stetig 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. Vor allem Kinder aus der unteren sozialen Schicht werden seltener zu allen Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt als Kinder aus der mittleren oder oberen Schicht. Als Gründe für die zu beobachtende Entwicklung sind zum einen eine zunehmende Sicherheit der El-

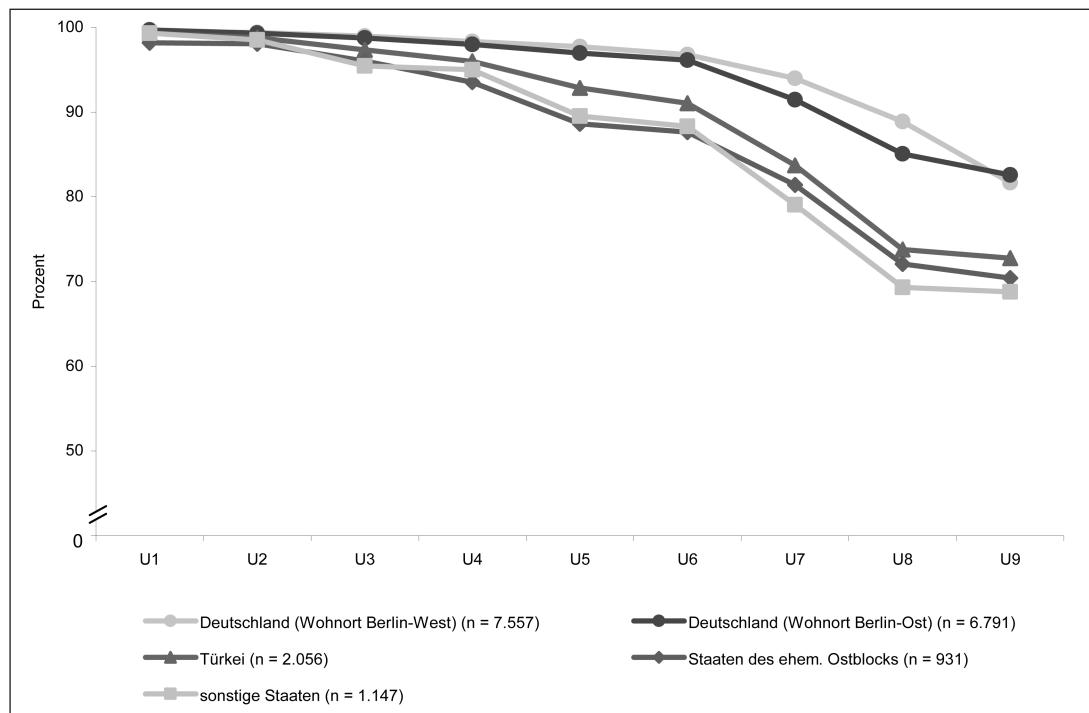
tern in der Beurteilung ihrer Kinder jenseits des Säuglingsalters, zum anderen ein möglicherweise fehlendes Verständnis für den Nutzen der Untersuchungen bei augenscheinlich gesundem Kind zu diskutieren.

Bei der Differenzierung nach Herkunft der Kinder zeigen sich deutliche Unterschiede in der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen (Abbildung 7). Kinder aus den ehemaligen Staaten des Ostblocks und die Kinder aus sonstigen Staaten werden am seltensten, 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. Zwischen den Kindern deutscher Herkunft in den beiden Stadthälften lassen sich nur geringfügige Unterschiede mit einer Tendenz zu einer besseren Inanspruchnahme in den westlichen Stadtbezirken erkennen.

3.7 Impfungen

Die Auswertung der Impfdaten bezieht sich auf alle Kinder, für die ein Impfpass vorgelegt wurde (n = 19.818 entsprechend 91 %). Am höchsten liegen die Durchimpfungszahlen gegen Tetanus, Diphtherie und Poliomyelitis, bei denen 97 % bis 98 % einen vollständigen Impfstatus erreichen. Gegen Masern, Mumps, Röteln und Hib sind 93 % der Kinder geimpft. Noch niedriger liegen die Impfquoten für Pertussis (91 %) und Hepatitis B (87,5 %). Bei insgesamt ca. 20 % der Kinder sind nicht alle empfohlenen Impfungen durchgeführt, allerdings

Abbildung 7: Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 der in Deutschland geborenen Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunft (n = 18.482)



Quelle: SenGesUmV, Referat II A

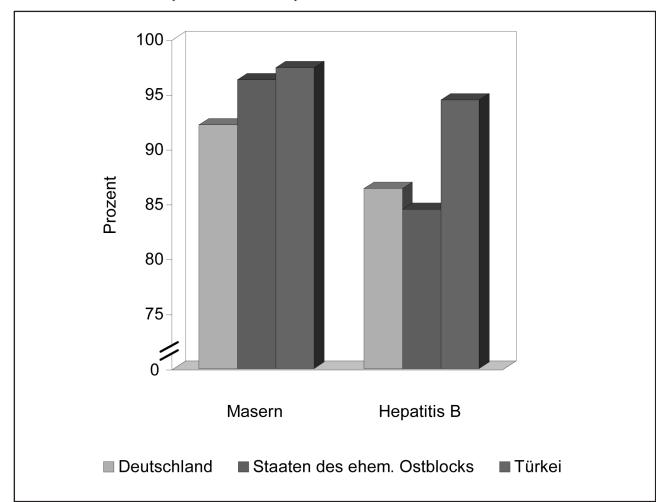
sind nur sehr wenige Kinder (unter 1 %) vor allen neun Erkrankungen unzureichend geschützt. Die Immunisierung gegenüber Tetanus, Diphtherie und Poliomyelitis mit über 95 % Kindern mit vollständigem Impfschutz ist sowohl insgesamt als auch in allen untersuchten Subgruppen als ausreichend hoch einzustufen. 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. Für Masern, Mumps und Röteln reichen dagegen die Durchimpfungs-raten insbesondere für die Herdimmunität der Bevölke-rung und unter dem Aspekt der Eradikationsziele der WHO (2005) noch nicht aus.

Betrachtet man die Impfquoten der verschiedenen Herkunftsgruppen, so fällt auf, dass durchgehend die Kinder türkischer Herkunft den besten Impfschutz aufweisen. Auch Kinder aus Staaten des ehemaligen Ostblocks sind gegen die meisten Erkrankungen vollständiger geimpft als Kinder deutscher Herkunft. Abbildung 8 zeigt den Impfstatus von Kindern deutscher, osteuropäischer und türkischer Herkunft bezüglich Masern und Hepatitis B, weil sich bei diesen Impfungen die deutlichsten Unter-schiede abzeichnen. Während die deutschen Kinder bei Masern die angestrebte Impfquote von 95 % recht deutlich verfehlten, wird diese von den Kindern mit Herkunft aus Staaten des ehemaligen Ostblocks oder aus der Türkei übertroffen. Gegen Hepatitis B sind dagegen nur die Kin-der türkischer Herkunft in zufriedenstellendem Ausmaß

immunisiert, bei Kindern deutscher, aber auch osteuropäischer Herkunft, zeigen sich erhebliche Impflücken.

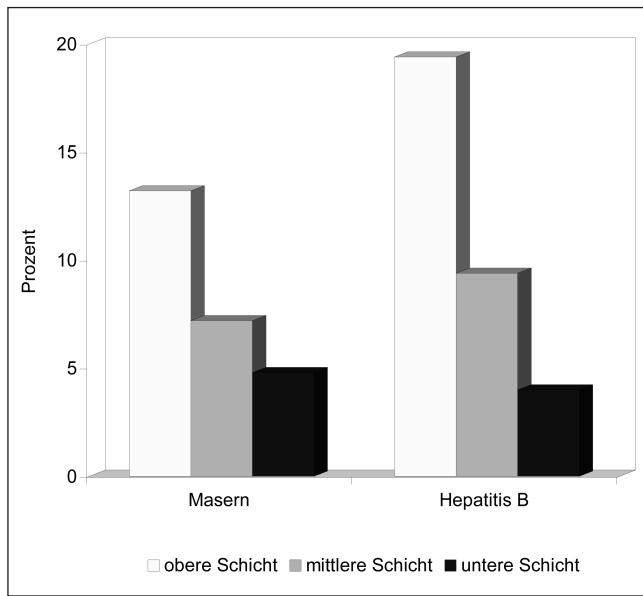
Nur für die Kinder aus westlichen Industriestaaten und diejenigen deutscher Herkunft zeigt sich ein schichtab-

Abbildung 8: Impfstatus gegen Masern und Hepatitis B von Kindern bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunft (n = 18.080)



Quelle: SenGesUmV, Referat II A

Abbildung 9: Anteil nicht geimpfter Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach sozialer Schicht (nur Kinder deutscher Herkunft mit Wohnsitz in Berlin-West) (n = 6.994)



Quelle: SenGesUmV, Referat II A

hängiges Impfverhalten, wonach die Kinder aus der oberen Schicht geringere Immunisierungsquoten aufweisen als die aus der mittleren oder unteren Schicht. Besonders deutlich ist dieses Phänomen bei den Kindern deutscher Herkunft in den westlichen Stadtteilen zu beobachten (Abbildung 9): bei den Impfungen mit insgesamt niedrigeren Impfquoten (z. B. Masern) ist in der oberen Schicht ein mehr als doppelt so hoher Anteil nicht geimpfter Kinder zu beobachten als in der unteren Schicht. Bereits in der mittleren sozialen Schicht lassen mehr Eltern ihre Kinder nicht impfen als in der unteren Schicht. 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.

3.8 Rauchen der Eltern

Zum Rauchverhalten der Eltern liegen für 20.452 Kinder Angaben vor, das sind 94 % aller untersuchten Einschüler/innen. 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 nicht-rauchenden, nur mit rauchenden oder mit Eltern mit verschiedenem Rauchverhalten in einem Haushalt lebt. Etwas mehr als die Hälfte der Kinder (52 %) wächst in einem Haushalt auf, in dem nicht geraucht wird, von

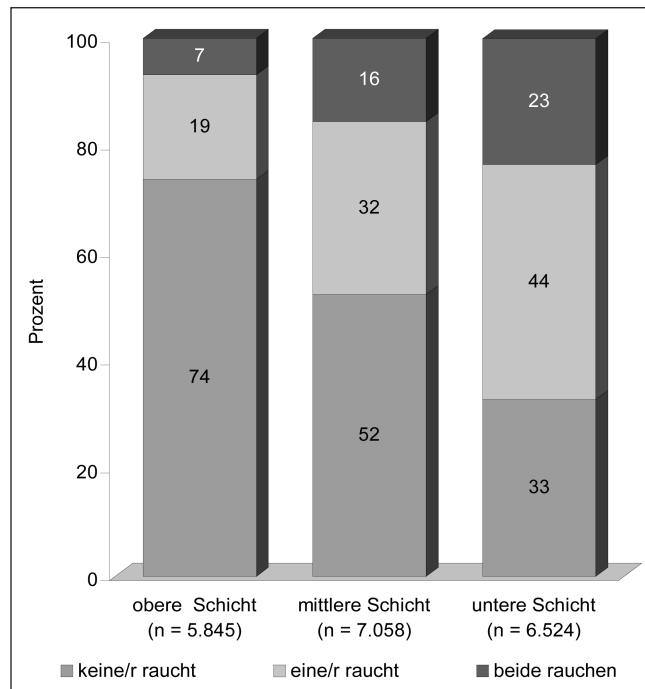
17 % der Kinder raucht nur die Mutter, bei 15 % nur der Vater und bei 16 % der Kinder rauchen beide Eltern.

Das elterliche Rauchverhalten zeigt eine starke Abhängigkeit von der Sozialschichtzugehörigkeit (Abbildung 10). 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.

Bezüglich des Rauchverhaltens in den unterschiedlichen Herkunftsgruppen nimmt Deutschland eine Mittelstellung ein. In Familien aus den westlichen Industriestaaten und den sonstigen Staaten sind seltener beide Eltern Raucher/innen und häufiger beide Nichtraucher/innen als in Familien deutscher Herkunft. Dagegen raucht in Familien aus Staaten des ehemaligen Ostblocks häufiger ein Elternteil als in deutschen Familien. In Familien türkischer Herkunft wird nur zu 37 % gar nicht geraucht, und häufiger als in Familien deutscher Herkunft sind ein oder beide Elternteil/e Raucher/innen.

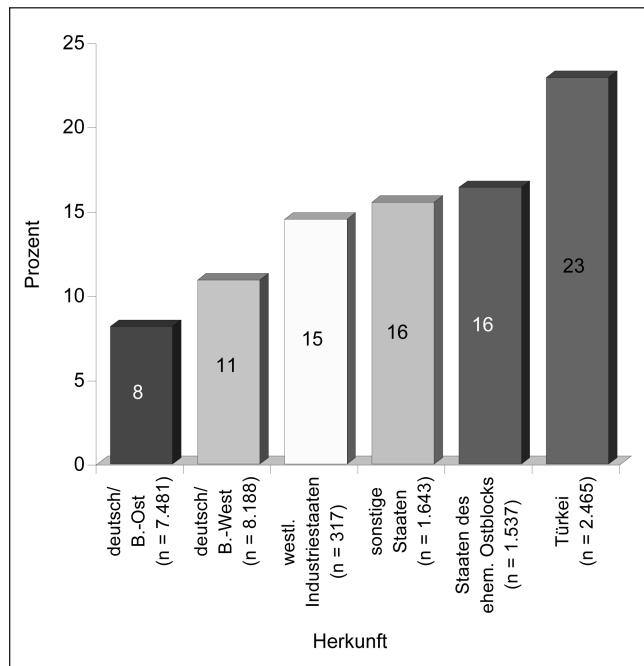
3.9 Übergewicht und Adipositas

Abbildung 10: Rauchverhalten der Eltern bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach sozialer Schicht (n = 19.427)



Quelle: SenGesUmV, Referat II A

Abbildung 11: Anteil übergewichtiger Kinder (> 90. Perzentil nach Kromeyer-Hauschild) bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach Herkunft (n = 21.631)



Quelle: SenGesUmV, Referat II A

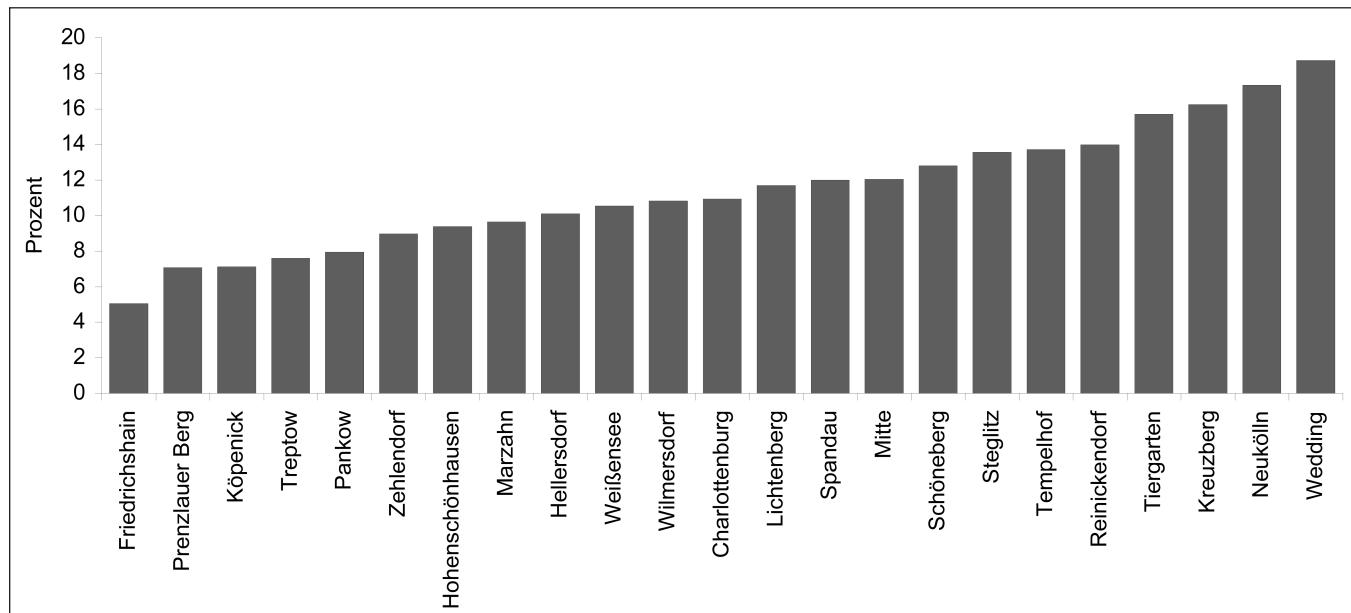
Angaben zu Größe und Gewicht und somit auch der Body Mass Index (BMI) liegen zu 21.729 Einschüler/innen (99,6 %) vor. Als übergewichtig sind 12 % der Kinder zu bezeichnen, wobei 7 % in die Kategorie „übergewich-

tig“ (> 90. – 97. Perzentil nach Kromeyer-Hauschild) fallen und 5 % in die Kategorie „adipös“ (> 97. Perzentil). Jungen und Mädchen unterscheiden sich hierin kaum. Deutliche Unterschiede in der Prävalenz von Übergewicht ergeben sich allerdings bei einer getrennten Betrachtung der Kinder nach Herkunft (Abbildung 11). Die Kinder deutscher Herkunft weisen von allen Gruppen den niedrigsten Anteil Übergewichtiger auf (10 %), wobei dieser bei Kindern deutscher Herkunft mit Wohnsitz in Berlin-Ost noch niedriger liegt als in Berlin-West. Bei den Kindern nichtdeutscher Herkunft liegt der Anteil Übergewichtiger mit 19 % im Vergleich dazu fast doppelt so hoch. Aus Abbildung 11 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 23 % noch einmal deutlich höher.

Betrachtet man die zeitliche Entwicklung seit 1994, so ist insgesamt in diesem Zeitraum kein starker Trend zu steigenden Zahlen übergewichtiger Kinder zu erkennen. Auch an den bereits in den vorangegangenen Jahrgängen bestehenden Unterschieden in der Prävalenz von Übergewicht zwischen den verschiedenen Herkunftsgruppen hat sich prinzipiell nichts geändert. Die weitere Entwicklung von Übergewicht in den verschiedenen Herkunftsgruppen und für beide Geschlechter wird zu beobachten sein.

Kinder der oberen sozialen Schicht sind zu einem geringeren Prozentsatz übergewichtig als solche aus der unteren Sozialschicht. Besonders deutlich ist der soziale

Abbildung 12: Anteil übergewichtiger Kinder (> 90. Perzentil nach Kromeyer-Hauschild) bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2004 nach den Bezirken (alte Bezirksstruktur) (n = 21.624)



Quelle: SenGesUmV, Referat II A

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. Bei den Kindern türkischer Herkunft unterscheiden sich die Anteile Übergewichtiger in den drei Schichten dagegen kaum. Der fehlende Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Übergewicht bei Kindern türkischer Herkunft spricht dafür, dass in dieser Gruppe kulturelle Einflüsse mit Wirkung auf das Körpergewicht der Kinder möglicherweise weniger an die sozioökonomische Lage der Familie gekoppelt sind als bei Familien deutscher Herkunft.

Eine sozialräumliche Analyse der Verteilung von Übergewicht erfolgt auf der Basis der 23 ehemaligen Bezirke Berlins, weil diese genauere Aussagen ermöglichen als die 12 Fusionsbezirke. Ein Vergleich der 23 Bezirke (Abbildung 12) 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.

4. Diskussion

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 die gesundheitlichen und sozialen Problemlagen insbesondere auf bestimmte Bevölkerungsgruppen konzentrieren. Die Ergebnisse 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, die in den vorliegenden Analysen durch die soziale Schicht und die kulturelle Herkunft gekennzeichnet sind, unterschiedlich verteilt.

Eine sozialräumliche Analyse der Daten zur gesundheitlichen und sozialen Lage der Kinder in Berlin auf der Basis der Bezirke und noch kleinerräumiger, auf das unmittelbare Wohnumfeld bezogen, erweist sich dabei als hilfreich, um die Größenordnung vorhandener Probleme und den sich daraus ableitenden Handlungsbedarf räumlich zu differenzieren. So können innerhalb der Stadt Regionen identifiziert werden, in denen gezielte Prävention und sozialkompensatorische Interventionen besonders notwendig sind. Aber nicht nur für die Identifikation von Zielgruppen für Prävention und Intervention, sondern auch für die Wahl der Zugangswege und die Ansiedlung von Infrastrukturen sind auf den Sozialraum bezogene Datenauswertungen von besonderem Stellenwert.

Die dargestellten Problemfelder unzureichende deutsche Sprachkenntnisse, Entwicklungsdefizite, mangelnde Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, unvollständige Grundimmunisierung, Rauchen der Eltern und Adipositas stehen im Alltag nicht voneinander isoliert, sondern weisen zahlreiche Überschneidungen und Verknüpfungen auf. Daher müssen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ganzheitlich ausgerichtet sein, an der alltäglichen Lebensrealität der Kinder ansetzen und ihre Erfahrungswelten einbeziehen. Als Zugangswege und geeignete Settings dafür bieten sich Kindertagesstätten, die Familien und der Sozialraum als wesentliche Lebenswelten der Kinder an. Sie alle stellen soziale Systeme im Alltag der Kinder dar, in denen die wesentlichen umweltbezogenen, organisatorischen und persönlichen Faktoren zusammenwirken, die ihre Gesundheit beeinflussen. Prävention und Gesundheitsförderung müssen sich dieser drei Settings bedienen, um wirksame Verbesserungen der gesundheitlichen und sozialen Lage der Kinder zu erzielen.

Setting Kita

Ein erfreulich 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. Insgesamt besuchen 6 % der Kinder gar nicht oder nur kurz eine Betreuungseinrichtung. Inwieweit sich Maßnahmen (z. B. Plakatkampagne, kostenfreies Kitajahr) zur weiteren Erhöhung des Anteils der Kinder, die vor der Einschulung eine Kita besuchen, vor allem auf die besonderen Problemgruppen von Kindern der unteren sozialen Schicht und aus Familien mit Migrationshintergrund auswirken, bleibt abzuwarten.

Die Mehrheit der Kinder nichtdeutscher Herkunft hat bis zur Einschulung gute oder sehr gute Deutschkenntnisse erworben. Dabei ist deutlich zu erkennen, dass die Kita als Ort sozialen Lernens Kindern nichtdeutscher Herkunft die Chance des Erwerbs deutscher Sprachkenntnisse bietet, die den muttersprachlichen Kenntnissen und Fähigkeiten nicht nachstehen müssen. Kinder aller nichtdeutschen Herkunftsgruppen profitieren bezüglich ihrer Deutschkenntnisse von einem Kitabesuch von mindestens zwei Jahren Dauer. Für insgesamt 44 % der untersuchten Kinder nichtdeutscher Herkunft muss trotzdem festgestellt werden, dass sie zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung noch mangelnde Kenntnisse der deutschen Sprache aufweisen. Bezogen auf alle Einschüler/innen des Jahrgangs 2004, unabhängig von ihrer Herkunft, erreicht das Problem mangelnder Kenntnisse der deutschen Sprache eine Größenordnung von 12 %. Ausgehend davon, dass deutsche Sprachkenntnisse eine unabdingbare Voraussetzung für Integration, gesellschaftliche Teilhabe und einen erfolgreichen Schulbesuch sind, muss dem Problem mangelnder deutscher Sprachkennt-

nisse bei Einschüler/innen durch die Ermutigung zum frühzeitigen Kitabesuch und durch gezielte Sprachförderung in der Kita begegnet werden.

Zunehmend wird die Kita auch grundsätzlich als Bildungseinrichtung wahrgenommen, deren Aufgabe es ist, die soziale, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung aller Kinder zu fördern, eventuell bestehende Defizite frühzeitig zu erkennen und nach Möglichkeit noch vor der Einschulung soweit wie möglich zu kompensieren. Die entwicklungsdiagnostischen Befunde zeigen, dass insgesamt betrachtet nur etwa die Hälfte der Kinder alle Kriterien für eine altersgerechte Entwicklung erfüllt. In einzelnen Entwicklungsbereichen weist bis zu einem Drittel der Kinder (16 % bis 35 % in den einzelnen Subtests) deutliche Defizite auf. 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. Um die kindliche Entwicklung bereits vor dem Schulbesuch zu unterstützen und optimal zu fördern, sind im Berliner Bildungsprogramm für Kitas in mehreren Entwicklungsbereichen Vorgaben und Anregungen zusammengefasst. Eine solche Konzeption stellt natürlich hohe Anforderungen an die in den Einrichtungen tätigen Fachkräfte, die z. B. durch Qualifizierungsprogramme und qualitätssichernde Maßnahmen erfüllt werden sollen.

Eine öffentlich häufig diskutierte Zunahme von Übergewicht und Adipositas ist in der Altersgruppe der Einschüler/innen nicht auszumachen. Der Anteil übergewichtiger Kinder ist in den letzten zehn Jahren stabil geblieben und liegt mit 12 % (darunter 5 % Adipöse) kaum oberhalb dessen, was aus der Normstichprobe zu erwarten wäre (10 % Übergewicht, 3 % Adipositas). Deutliche Unterschiede ergeben sich jedoch bei der Betrachtung nach sozialer Schichtzugehörigkeit und Herkunft. Befunde aus der Literatur deuten zudem darauf hin, dass ab dem Schulalter bis ins Erwachsenenalter hinein die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas sehr wohl im Steigen begriffen ist (vgl. Wabitsch, 2004). Die Ergebnisse zeigen daher 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. Bereits bestehende Initiativen, die sich unter anderem auch in Kindertagesstätten schwerpunktmäßig dem Thema „Ernährung, Adipositas und Bewegung“ widmen, sind zahlreich, jedoch mangelt es noch an ihrer Evaluation und Einbindung in ganzheitliche Konzepte der Gesundheitsförderung.

In der Kita findet darüber hinaus tagtäglich praktische Prävention und Gesundheitsförderung beispielsweise in den Bereichen Zahnpflege oder Stressbewältigung statt, wodurch auch Kinder erreicht werden, in deren Familien diesen Gesichtspunkten nicht in wünschenswertem Umfang Rechnung getragen wird. Für ein Gelingen und nachhaltiges Wirken von Gesundheitsförderung und Prä-

vention im frühen Kindesalter ist es allerdings unverzichtbar, auch die Eltern einzubeziehen, um gerade in Familien mit problematischer sozialer Lage elterliche Kompetenzen aufzubauen und zu stärken und damit die Entwicklungsbedingungen der Kinder zu verbessern. Hierfür sind niedrigschwellige, handlungsorientierte Ansätze weiterzuentwickeln, die auf Dauer die derzeit vorherrschende, mittelschichtsorientierte Elternarbeit (schriftliche Informationen, Elternabende) ablösen müssen.

Setting Familie

Die Familie stellt für lange Zeit den primären Lebensraum des Kindes dar. Entsprechend groß ist ihr Einfluss auf die Gesundheitschancen und die soziale Teilhabe der heranwachsenden Generation. Für Kinder bis zum Schuleintritt sind Eltern und ältere Geschwister die wichtigsten Vorbilder für Gesundheitsverhalten.

Im Hinblick auf eine bessere Erreichung von Kindern aus den identifizierten Problemgruppen sind niedrigschwellige Zugangswege zu Migrantenfamilien und Familien der unteren sozialen Schicht weiterzuentwickeln und prioritätär zu verfolgen. Hierbei kommt Peer-Education-Ansätzen eine wichtige Rolle zu. Es sollten Wege gefunden werden, die in diesen Bevölkerungsgruppen zu erkennenden positiven Verhaltensweisen wie z. B. hohe Inanspruchnahme der Kita und vorbildliches Impfverhalten auf weitere Bereiche des Gesundheitsverhaltens wie z. B. Ernährung und Bewegungsförderung zu übertragen. Insbesondere die hohen Impfquoten der Kinder aus der unteren sozialen Schicht und der Kinder türkischer Herkunft lassen erkennen, dass diese Eltern dem Gedanken der Prävention durchaus zugänglich sind.

Zur Förderung der Beherrschung der deutschen Sprache als wesentlicher Voraussetzung für einen erfolgreichen Schulbesuch sind Integrationsmaßnahmen für Familien nichtdeutscher Herkunft notwendig, durch die nicht nur die deutschen Sprachkenntnisse der Kinder, sondern auch ihrer Eltern verbessert werden. Dadurch fällt es den Eltern leichter, die Entwicklung der Kinder in Kita und Schule zu verfolgen und unterstützend zu begleiten, und sie bieten ihren Kindern ein Vorbild beim Erwerb der Schlüsselqualifikation einer mühelosen Kommunikation in deutscher Sprache.

Fast die Hälfte der Kinder (48 %) 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 oder mittleren im Vergleich zur oberen Sozialschicht. 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 Nichtrauerschutz 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.

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 und Entwicklungsdefizite 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 Berliner Senat in den vergangenen Jahren eingeschlagenen gesundheits-, bildungs-, stadtentwicklungs- und integrationspolitischen Weichenstellungen und gibt Hinweise für deren weitere Akzentuierung.

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) erfüllt eine Vielzahl von Aufgaben im Gesundheitswesen, zu denen u. a. die Aufgabenschwerpunkte Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitshilfe und Schutz der Gesundheit für Kinder und Jugendliche, die Durchführung der Einschulungsuntersuchungen sowie die Gesundheitsberichterstattung gehören. Im Zuge des Reformprozesses des öffentlichen Gesundheitsdienstes wird dessen 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.

Für einen unvollständigen Impfschutz, den insgesamt 20 % der untersuchten Kinder aufweisen, sind – neben einer bewussten Ablehnung einzelner Impfungen vor allem durch Eltern aus der oberen sozialen Schicht – ein Mangel an Informationen bei weniger gebildeten Eltern und möglicherweise ein fehlender Zugang zum Gesundheitssystem verantwortlich. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist hier aufgerufen, für die empfohlenen Impfungen zu werben und durch das Angebot von Impfungen für nicht Krankenversicherte ein weiteres Potenzial zur Erhöhung der Impfquoten auszuschöpfen.

Unter dem Aspekt des vorbeugenden Kinderschutzes wird u. a. diskutiert, die Eltern zur Vorstellung ihrer Kinder bei den ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen zu verpflichten. Von den Einschüler/innen in Berlin 2004 haben nur zwei Drittel der Kinder alle neun Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen und damit die gesetzlich vorgesehenen Möglichkeiten genutzt, entwicklungsgefährdende Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und so bei Bedarf rechtzeitig eingreifen zu können. Die bezirk-

lichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienste haben die Möglichkeit, ergänzende und sozialkompensatorische Untersuchungen in Kitas insbesondere bei den Kindern durchzuführen, bei denen die Vorsorgeuntersuchungen versäumt wurden.

Da die Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit in der Bevölkerung nicht nur Aufgabe des Gesundheitswesens sein kann, sondern mit vielfältigen Politikfeldern verknüpft ist, wurde mit der Gründung der Landesgesundheitskonferenz der Versuch unternommen, in einem breiten Zusammenschluss von Akteuren der Gesundheitspolitik im weiteren Sinne vorrangige Probleme zu benennen und Lösungsstrategien zu entwickeln. Dabei ist die Formulierung von Gesundheitszielen für Kinder und Jugendliche als ein wesentliches Arbeitsfeld beschlossen worden.

Die Daten der Einschulungsuntersuchung 2004 zeigen Handlungsbedarf in verschiedenen Problemfeldern auf und bieten somit auch eine Basis für die Formulierung von Gesundheitszielen. Räumlich differenzierte Datenanalysen weisen deutlich darauf hin, dass alle Maßnahmen der Prävention und Intervention sozialräumlich und zielgruppenbezogen ausgerichtet sein müssen. Die Settings Kita, Familie und Sozialraum bieten Chancen für die Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern im Vorschulalter. Bereits entwickelte Konzepte und Programme zielen mit ihren auf die Altersgruppe der Kinder bezogenen Aussagen vor allem auf Gesundheitsförderung und die Stärkung von Kompetenzen. Die Daten der Einschulungsuntersuchungen der kommenden Jahre ermöglichen eine Überprüfung im Sinne einer Ergebnisevaluation, inwieweit diese Maßnahmen sich als geeignet erwiesen haben, die gesundheitliche und soziale Lage der Kinder in Berlin allgemein, besonders aber der Kinder aus den identifizierten Problemgruppen, zu verbessern.

Literatur

- Bantle, C. & Haisken-DeNew, J. P. (2002). *Smoke Signals: The Intergenerational Transmission of Smoking Behavior*. Diskussionspapier 277. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin.
- Bettge, S., Oberwöhrmann, S., Delekat, D., Häfler, K., Hermann, S. & Meinlschmidt, G. (2006). Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2004. Gesundheitsberichterstattung Berlin. Spezialbericht 2006 – 1. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz.
- Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz – GDG) vom 25. Mai 2006. GVBl. S. 450-455.
- 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.
- Lampert, T., Richter, M. & Klocke, A. (2006). Kinder und Jugendliche: Ungleiche Lebensbedingungen, ungleiche Gesundheitschancen. Gesundheitswesen, 68: 94-100.
- Mayer, H., Heim, P., Scheithauer, H. & Barquero, B. (2005). PAPILIO – ein Programm im Kindergarten zur Primärprävention von Verhaltensproblemen und zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenz – Ein Beitrag zur Sucht- und Gewaltprävention. KiTa aktuell, spezial Sonderausgabe 3/2005, 53-56.
- Meinlschmidt, G. et al. (2004). Sozialstrukturatlas Berlin 2003. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2004-1, herausgegeben von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin. Im Internet abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gsv/statistik/gesundheit/spezial.html>.

Schulgesetz für das Land Berlin vom 26. Januar 2004. GVBl. S. 26.

STIKO (1998). Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Stand: März 1998. Epidemiologisches Bulletin, 15/98: 101-114.

Wabitsch, M. (2004). Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 47: 251-255.

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

Fußnoten

1 Zur genaueren Beschreibung der Berechnung des sozialen Schichtindex vgl. Bettge, Oberwöhrmann et al. (2006), im Internet abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gsv/statistik/gesundheit/spezial.html>

2 Zu den Kriterien für die Beurteilung der Vollständigkeit des Impfstatus vgl. Bettge, Oberwöhrmann et al. (2006), im Internet abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gsv/statistik/gesundheit/spezial.html>

3 BMI = Gewicht [kg] / Körpergröße [m]²

Ärztliches Qualitätsmanagement



Ärztliche Leitlinien, Standards und Sozialrecht

Von RAin Judith Ihle

2007, 211 S., brosch., 44,- €,
ISBN 978-3-8329-2486-7
(Gesundheitsrecht und Gesundheitswissenschaften, Bd. 16)

Seit Mitte der neunziger Jahre spielen ärztliche Leitlinien eine wachsende Rolle für das ärztliche Qualitätsmanagement und in der Steuerung des Gesundheitssystems.

Die Arbeit widmet sich der Standardbildung in Medizin und Recht, dem Verhältnis von professioneller und sozialrechtlicher Normung. Konkrete Leitlinien der höchsten Verfahrensqualität werden analysiert und auf ihre Übereinstimmung mit dem Leistungsanspruch des Versicherten untersucht. Prüfungsmaßstab sind Qualität und Wirtschaftlichkeit nach dem SGB V. Dabei zeigt sich, dass die einzelnen Diagnose- und Therapieempfehlungen über den Versorgungsumfang in der GKV hinausgehen, aber auch dahinter zurückbleiben.

Ein Grundproblem der Leitlinienrezeption findet sich in den bewertenden Anteilen der Leitlinien. Dem kann nur durch bedingungslose Transparenz und die Entscheidungsfindung in einem öffentlichen Kommunikationsprozess begegnet werden. Durch den interdisziplinären Ansatz richtet sich die Veröffentlichung sowohl an Juristen als auch an interessierte Ärzte und Gesundheitspolitiker.

Die Verfasserin vertiefte ihre medizinrechtliche Spezialisierung am Institut für Gesundheits- und Medizinrecht der Universität Bremen.

Bitte bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung oder bei Nomos
07221/2104-37 | -43 | www.nomos.de | sabine.horn@nomos.de

