

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, abgefallene 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 niedrighwelligen 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)**¹ 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.² 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 AWO³ 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 Migrantenorganisationen umgesetzt werden, werden Initiativen, die Eltern aufsuchende Projekte für Migrantinnen 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 gebietsspezifischen 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 Migrantinnen 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, Sozialleistungsträger, 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 – frühzeitiger 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“**⁴, 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 Einschulungs-untersuchungen sowie die Gesundheitsberichterstattung gehören. Dabei werden Aufgaben der Prä-vention, Gesundheitsförderung und Gesundheitshilfe grundsätzlich subsidiär und sozial-kompensatorisch wahrgenommen, d. h. sie richten sich insbesondere an Menschen, die aus gesund-heitlichen, sozialen, sprachlichen, kulturellen oder finanziellen Gründen sonst keinen Zugang zu derartigen Angeboten haben. Im Zuge des Gesundheitsdienstreformgesetzes, das gerade das Gesetz-gebungsverfahren durchlaufen hat, wird seine sozialkompensatorische Ausrichtung und steuernde Funktion noch gestärkt. Damit soll sichergestellt werden, dass die Mittel zielgerichtet in den Sozial-räumen zur Verfügung stehen, in denen die Menschen besonders auf sie angewiesen sind. Dies be-deutet, dass die personellen Besetzungen in den ÖGDs der Berliner Bezirke bedarfsorientiert erfol-gen 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 Ver-braucherschutz eine Vereinbarung mit den Krankenkassen abzuschließen, welche die Finanzierung von sozialkompensatorisch erfolgten Schutzimpfungen durch den ÖGD sicherstellt. Diese Vereinba-rung 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 Vorsorge-untersuchungen, die Schaffung spezieller Zugangsmöglichkeiten zu Familien, die erst nach der Ge-burt des Kindes nach Deutschland kommen. Über die Einwanderungsbehörden kann muttersprachliches Informationsmaterial über die Angebote und Impfempfehlungen an die Familien verteilt werden. Zusätzlich ist zu klären, über welche Zugangswege dieser Personenkreis den öffentlichen Gesund-heitsdienst oder aber niedergelassene Ärzte/Ärztinnen erreicht, um diese für eine gezielte Informati-on 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 unüberwind-liche Probleme angesehen werden. Basis für die Erfassung von zahnmedizinischen Daten zur Zahn-gesundheit der Kinder und der daraus resultierenden Prophylaxeplanung sind die gesetzlich vorge-schriebenen 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 durchge-setzt 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)⁵ 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 haben⁶, 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 Elementarbildung 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 Arbeitsgruppe⁷ 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 Kindertageeintrittsuntersuchung 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 aufgebaut⁸. 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.

¹ Volltext des Programms unter: http://www.rki.de/cln_011/nn_326264/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/10__punkte__programm.html zuletzt aufgerufen am 25.04.2006

² Bantle, C., Haisken-DeNew, J.P. (2002): *Smoke Signals: The Intergenerational Transmission of Smoking Behavior*. Diskussionspapier 277. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin.

³ Arbeiterwohlfaht Landesverband Berlin e. V. Die Durchführung von HIPPY beruht auf einem Lizenzvertrag mit der Hebräischen Universität in Jerusalem.

⁴ Weitere Informationen unter: <http://www.berlin.de/qualmfrei> - zuletzt aufgerufen am 20.04.2006

⁵ 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.

⁶ 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.).

⁷ 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).

⁸ Weitere Informationen und Datenbank unter: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de – zuletzt aufgerufen am 24.04.2006