

Gesundheitsberichterstattung Berlin

Spezialbericht 2003 - 2

Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin

- Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der
Einschulungsuntersuchungen 2001 -

von
Dietrich Delekat

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

Referat Quantitative Methoden, Gesundheitsberichterstattung,
Epidemiologie, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme

Berlin 2003
ISSN-Nr. 1617-9250

Zeichenerklärung

- nichts vorhanden
 - / Zahlenwert nicht sicher genug
 - () Aussagewert ist eingeschränkt
 - 0 weniger als die Hälfte von 1 in der letzten besetzten Stelle, jedoch mehr als nichts
 - . Zahlenwert unbekannt oder geheimzuhalten
 - p vorläufige Zahl
 - r berichtigte Zahl
 - x Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll
 - s geschätzte Zahl
 - . . . Angabe fällt später an
- Abweichungen bei der Summenbildung beruhen auf Abrundungen der Zahlen.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. G. Meinschmidt und Frau A. Kis für ihre wertvollen Anregungen und Korrekturen

Verfasser: Dietrich Delekat: Mitarbeiter im Referat II A mit dem Arbeitsschwerpunkt Gesundheitsberichterstattung Kinder und Jugendliche

Technische Mitarbeit: Christel Wirmann

Herausgeber: Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Referat II A: Quantitative Methoden, Gesundheitsberichterstattung,
Epidemiologie, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme
Schriftleiter Prof. Dr. Gerhard Meinschmidt
Oranienstraße 106, 10969 Berlin
ISSN-Nr. 1617-9250

Fachliche Auskünfte:

Telefon: (030) 9028 2660
Telefax: (030) 9028 2067
Email: Gerhard.Meinschmidt@SenGSV.Verwalt-Berlin.de
Homepage: <http://www.berlin.de/sengessozv/statistik/index.html>

Redaktionsschluss: Juni 2002

1. Ausgabe 2003

Schutzgebühr: 10,- Euro (zuzüglich Porto)

Bezug über die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Telefon: (030) 9028 2848
Telefax: (030) 9028 2056

Gesundheitsberichterstattung Berlin
Spezialbericht 2003-2
Inhaltsverzeichnis

<i>Kapitel</i>	<i>Inhalt</i>	<i>Seite</i>
1	Einleitung	5
1.1	Das neue Landesverfahren „Einschuluntersuchung“	5
	Auswirkungen auf die Gesundheitsberichterstattung	5
	Veränderte Rolle von Senatsverwaltung und Bezirken	6
1.2	Die Rolle dieses Spezialberichts	6
	Ab 2001 wieder ESU-Kompletterhebung	6
	Neue Themenbereiche und soziale Schichtung	7
2	Material und Methoden	8
2.1	Untersuchte Population	8
2.1.1	Teilnehmende Bezirke	8
2.1.2	Ein- und Vorschüler	9
2.2	Erfassung und Auswertung	9
2.3	Bestimmung der sozialen Schicht	10
3	Staatsangehörigkeit und Herkunft	11
3.1	Zusammenfassung	11
3.2	Gesundheitliche Bedeutung	12
3.3	Grundlagen	12
3.3.1	Das neue Staatsangehörigkeitsgesetz	12
3.3.2	Einbürgerungen	15
3.4	Methodisches Vorgehen	16
3.4.1	Differenzierung der Herkunftsgruppen - Deutsche	16
3.4.2	Differenzierung der Herkunftsgruppen - Ausländer	17
3.5	Ergebnisse	17
3.5.1	Berlin insgesamt	17
3.5.2	Ausgewählte Bereiche	18
3.6	Schlussfolgerungen	19

4	Sprache, Gesundheit und Lebenschancen	21
4.1	Zusammenfassung	21
4.2	Gesundheitliche Bedeutung	24
4.3	Grundlagen	24
	Ziel der Untersuchung	24
	Abgrenzung zu den Sprachstandsmessungen der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport	24
	Gliederung dieses Kapitels	25
4.3.1	Sprach- und Sprechstörungen	25
	Stimmstörungen	25
	Sprechstörungen	25
	Sprachentwicklungsstörungen	25
4.3.2	Spracharmut	26
4.3.3	Mangelnde Beherrschung der deutschen Sprache von Kindern nichtdeutscher Herkunftssprache	27
4.3.4	Sprach-/Sprechstörungen und schlechte Deutschkenntnisse:	
	Zusammenfassung	27
	Die verschiedenen Begriffe	27
4.3.5	Spracherwerb, Zweisprachigkeit und Schulerfolg	28
	Sprache und Kultur	28
	Der Spracherwerb des Kindes	28
	Zweitspracherwerb	29
	Zweisprachigkeit und Schulerfolg	29
4.4	Methodisches Vorgehen	31
	Aufgabe der Sprachskala	31
	Basis der Sprachskala	31
	Konstruktion der Sprachskala	32
4.5	Ergebnisse	33
4.5.1	Anteil der in Deutschland geborenen Kinder	34
4.5.2	Überblick über die Beherrschung der deutschen Sprache	34
4.5.3	Beherrschung der deutschen Sprache und Aufenthaltsdauer in Deutschland	35
4.5.4	Beherrschung der deutschen Sprache und Einrichtungsbesuch	36
4.5.5	Beherrschung der deutschen Sprache und soziale Schicht	38
4.5.6	Beherrschung der deutschen Sprache und Geschlecht	39
4.5.7	Beherrschung der deutschen Sprache von Kindern und Eltern	39
4.5.8	Beherrschung der deutschen Sprache und Wohnort	40
4.5.9	Beherrschung der deutschen Sprache im Bezirksvergleich	41
4.6	Folgerungen aus der Untersuchung	46
	Situation in Berlin	46
	Überlegungen auf Grund der Ergebnisse	47
5	Übergewicht	51
5.1	Zusammenfassung	51

5.2	Gesundheitliche Bedeutung	52
5.3	Grundlagen	52
5.3.1	Grundbedingungen	52
5.3.2	Methodisches Vorgehen	52
	Die Bezugsgröße für Übergewicht und Adipositas	52
	Zum Problem der Festlegung von Grenzwerten	53
	Die LMS-Methode von Cole	54
	Vorschlag der IOTF für einheitliche, weltweite Referenzwerte	54
	Die Leitlinie der AGA von 2001	55
	Das Standard-Referenzsystem der Zukunft	56
	Bezugsgruppe	58
5.4	Ergebnisse	58
5.4.1	Adipositas nach Staatsangehörigkeit	58
5.4.2	Adipositas nach Geburtsgewicht	59
5.4.3	Adipositas nach sozialer Schicht	60
5.4.4	Adipositas nach Geschlecht	60
	Der Einfluss der Referenzmethodik	62
5.4.5	Adipositas im Bezirksvergleich	62
5.4.6	Entwicklung der Adipositasprävalenz von 1994 - 2001	62
5.5	Prävention	65
	Erfolgsaussichten der Reduzierung von Adipositas	65
	Die Rolle gesunder Ernährung	65
	Die Rolle von Public Health	66
5.6	Angaben der Ergebnisse nach verschiedenen Referenzsystemen	66
6	Impfen	68
6.1	Zusammenfassung	68
6.2	Gesundheitliche Bedeutung	69
6.3	Grundlagen	69
6.4	Methodisches Vorgehen	69
	Vorgaben des RKI	69
6.5	Ergebnisse	70
6.5.1	Diphtherie, Polio, Tetanus	71
	Impfraten nach Herkunftsgruppe	71
	Impfraten nach sozialer Schicht	72
6.5.2	Mumps, Masern, Röteln	72
	Impfraten nach Herkunftsgruppe	72
	Impfraten nach sozialer Schicht	73
6.5.3	Hepatitis B	74
	Impfraten nach Herkunft	75
	Impfraten nach sozialer Schicht	75
6.5.4	Hib	75
	Impfraten nach Herkunftsgruppe	75
	Impfraten nach sozialer Schicht	76

6.5.5	Pertussis	77
	Impfraten nach Herkunftsgruppe	77
	Impfraten nach sozialer Schicht	77
6.5.6	Hepatitis B-Impfung im Bezirksvergleich	77
6.5.7	Vergleich mit 1994	79
6.6	Prävention	79
7	Anhang	82
7.1	Abkürzungsverzeichnis / Glossar	82
7.2	Prävalenzangaben nach den Grenzwerten von Rolland-Cachera, Kromeyer-Hauschild und Cole	82
7.3	Anweisung im Handbuch zur Einschuluntersuchung 2001 bezüglich der Einstufung bei der Verständigung in deutscher Sprache	89
7.4	Dokumentationsbogen der ESU 2001	91
7.5	Publikationsverzeichnis	95

1 Einleitung

Mit diesem Bericht legt die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung zum ersten Mal seit 13 Jahren wieder einen Bericht über ausgewählte Aspekte der Gesundheit Berliner Kinder vor, der ganz Berlin umfasst. Denn die Ergebnisse der Erhebung 1994 waren nicht publiziert worden, und der letzte Bericht¹ von 2001 konnte sich nur auf die Daten der 18 von damals 23 Bezirke Berlins stützen, die sich 1999 an der Dateneingabe beteiligt hatten.

Bereits dieser Bericht von 2001 konzentrierte sich neben einem Überblick über wichtige gesundheitliche Basisparameter - auf wenige, präventionsrelevante Felder (Übergewicht, Impfen, Vorsorge und Unfälle) und gab zum ersten Mal auch konkrete Empfehlungen zur Prävention. Damit leistete er die Umorientierung auf die Prinzipien einer modernen Gesundheitsberichterstattung im Sinne von Public Health.

Der vorliegende Bericht führt diese Entwicklung fort und vertieft sie, indem er im Zuge einer ständigen Fortentwicklung neue Datenfelder über weitere gesundheitliche Brennpunkte erschließt. Diesmal betrifft das die Deutschkenntnisse von Kindern nichtdeutscher Herkunftssprache (Kap. 4); der kommende Bericht wird Untersuchungen über visuelle, auditive und motorisch-koordinative Fähigkeiten der Kinder enthalten, und eine Bestimmung von Sozialräumen über Bezirksgrenzen hinweg ermöglichen.

Durch das neue Landesverfahren (s. 1.1) werden zukünftig - beginnend mit 2001 - die Daten von ganz Berlin in jährlichen Abständen verfügbar sein. Damit markiert dieser Bericht den Ausgangspunkt für viele Zeitreihen der künftigen Berliner Gesundheitsberichterstattung über Kinder und Jugendliche.

1.1 Das neue Landesverfahren „Einschuluntersuchung“

2001 wurde in Berlin ein neues Landesverfahren zur Einschuluntersuchung (ESU) eingerichtet, das die Entwicklung der ESU hin zu einem Public Health-Instrument weiter vorantrieb. Zusammen mit den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten (KJGD) der Bezirke Berlins wurden die bestehenden Dokumentationsbogen vereinheitlicht und ein standardisiertes Vorgehen bei Untersuchung und Beurteilung in einem Handbuch festgelegt. Von Seiten der Senatsverwaltung wurde den Bezirken

ein Eingabeprogramm zur Verfügung gestellt, mittels dessen alle Ergebnisse in eine elektronische Datenbank überführt werden konnten. Dies ermöglichte nicht nur eine zentrale Auswertung der Daten für ganz Berlin durch die Senatsverwaltung, sondern förderte auch entscheidend die Gesundheitsberichterstattung in den Bezirken. Denn in das Eingabeprogramm war zusätzlich auch ein Auswertungsmodul integriert worden, das alle Bezirke in die Lage versetzt, ohne weitere Voraussetzungen oder zusätzliche Aufwendungen „auf Knopfdruck“ eine Basisauswertung ihrer eigenen Daten zu erstellen. Daneben gibt es zusätzlich eine Daten-Schnittstelle, die auch weitergehende Berechnungen mit externen Statistikprogrammen in beliebigem Umfang ermöglicht.

Damit werden im Bereich der Kindergesundheit zum ersten Mal die Bestimmungen des § 30 des Berliner Gesundheitsdienstgesetzes (GDG) von 1994 vollinhaltlich umgesetzt, die eine Berichterstattungspflicht aller Bezirke einerseits und des Landes Berlin andererseits unter der Koordination der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung festlegen.

Auswirkungen auf die Gesundheitsberichterstattung

Dies hat bereits in kurzer Zeit zu deutlichen Veränderungen bei der bezirklichen Gesundheitsberichterstattung geführt, die nicht zuletzt auch die Aufgabenverteilung zwischen den Bezirken und der Senatsverwaltung berühren. Mittlerweile haben einige Bezirke, die vorher noch nie einen Kindergesundheitsbericht erstellt hatten, gestützt auf die nun leicht zugänglichen Daten eigene Auswertungen publiziert. Hierzu trug auch bei, dass die für Gesundheit verantwortlichen Bezirksstadträtinnen und -stadträte auf Bitte der Senatsverwaltung dafür gesorgt haben, dass mittlerweile in allen KJGD zumindest eine technische EDV-Grundausstattung vorhanden ist.

Dadurch konnte auch die Zeitnähe der Berichte zur Datenerhebung ganz wesentlich verbessert werden. Vergingen früher regelmäßig mehrere Jahre, bis ein Bericht erschien, so kann nunmehr auf Bezirksebene im Idealfall nach Abschluss der Untersuchungen noch im laufenden Jahr mit den Auswertungen begonnen werden. Dazu trägt auch die deutlich beschleunigte Dateneingabe durch die verbesserte Ausstattung bei. In vielen Bezirken war es früher notwendig und üblich, die Daten erst nach Abschluss der Untersuchungen en bloc einzugeben. Nunmehr wird in allen Bezirken - wenn auch mit

einem gewissen, variierenden zeitlichen Versatz - kontinuierlich eingegeben; so sind das Erkennen von Auffälligkeiten und Fehlern, Überprüfungen, Rückfragen und Korrekturen in sehr viel größerem Umfang möglich. Außerdem bekommen die untersuchenden Ärztinnen und Ärzte zeitnah eine Rückmeldung über ihre Arbeit, was sich als ein recht positiver Aspekt herausgestellt hat.

Durch die leichte Verfügbarkeit und dem unabhängigen Zugriff auf die eigenen Daten völlig nach eigener Entscheidung hat sich auch der Umgang mit dieser wertvollen Ressource geändert. Für den Bezirk, die Gesundheitsdezernenten/innen und die KJGD selber ist es einfacher geworden, Fakten in die tägliche Arbeit einfließen zu lassen. In den Gesprächen mit anderen Ämtern, Schulen, Eltern und anderen können Informationen auch über kleinere Teilbereiche gezielt zur Verfügung gestellt und eingesetzt werden; und dies mit aktuellsten Daten wenige Wochen oder Monate nach Abschluss der ESU. Dies wird ganz offensichtlich in zunehmendem Maße genutzt.

Veränderte Rolle von Senatsverwaltung und Bezirken

Wie erwähnt, führt dies auch zu einer veränderten Rollenverteilung zwischen der Senatsverwaltung und den Bezirken. Mussten die Bezirke früher in der Regel Jahre auf die Berichte der Senatsverwaltung warten, um die Ergebnisse für ihren eigenen Bereich nach einem für alle gleichen Muster zu erfahren, so sind es heute die Bezirke, die vor der Senatsverwaltung ihre ganz auf sie selber zugeschnittenen Berichte publizieren können, und dies in wachsendem Maße auch tun. Natürlich bedingt dies auf Seiten der Bezirke einen besonderen Einsatz, und auf Seiten der Senatsverwaltung einen nicht gerade geringen Aufwand an Programm- und Datenbankentwicklung, -pflege, -aktualisierung und -schulung; auf der anderen Seite ist uns kein anderes Bundesland bekannt, in dem die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste über ähnliche Möglichkeiten verfügen. Wir glauben, dass diese neuarbeiteten Möglichkeiten zu einer Bewusstseins-schärfung für Problemfelder beitragen, und den Weg für eine faktengestützte Diskussion über die besten Präventionsstrategien ebnen.

Die Senatsverwaltung kann sich durch diese Entwicklung auf ihre vom Gesetz vorgezeichnete Kernaufgabe konzentrieren, und in Koordination der Berichterstattung die Verhältnisse auf Landesebene darstellen, Felder benennen, Brennpunkte

identifizieren, Datengrundlagen schaffen, und so das Fundament für politische Perspektiven bereitstellen. Ihre Berichte können nie so zeitnah sein wie potentiell die der Bezirke, jedoch bemisst sich die Spanne mittlerweile - wie der vorliegende Bericht zeigt - nach Monaten und nicht mehr nach Jahren.

1.2 Die Rolle dieses Spezialberichts

Im Jahr 2001 ist in Zusammenarbeit mit den KJGD eine Totalrevision des ESU-Dokumentationsbogens vorgenommen worden. Die augenfälligste und tiefgreifendste Veränderung war hierbei der weitgehende Verzicht auf das System der Funktionsdiagnostischen Tabellen, das jahrzehntelang in Berlin verwendet wurde. Dieser neue Dokumentationsbogen wurde erstmals im Jahr 2002 eingesetzt; die daraus gewonnenen Daten sind seit Ende 2002 verfügbar. Der entsprechende Bericht wird 2003 erscheinen und die Veränderungen mit ihren daraus resultierenden neuen Auswertungsmöglichkeiten ausführlich darstellen.

Die Verhältnisse in vielen Gesundheitsfeldern, die von prioritärem präventivem Interesse sind, ändern sich nicht in kurzen Zeiträumen. Von daher ist auch die Spanne zwischen 1999 und 2001 eigentlich zu kurz, als dass sich signifikante Änderungen zeigen könnten. Es sind vornehmlich zwei Umstände, die dennoch eine „Interimspublikation“ angezeigt erscheinen lassen.

Ab 2001 wieder ESU-Kompletterhebung

Zum einen liegt zum ersten Mal seit 1994 eine Kompletterhebung von ganz Berlin vor. Der erwähnte Bericht¹ von 2001, der sich auf die Daten von 1999 stützte, konnte nur die Verhältnisse von 18 der damaligen 23 Bezirke Berlins widerspiegeln. Auch wenn damit sicherlich eine weitgehende Repräsentativität gegeben war, so traf es die Verhältnisse in Gesamt-Berlin natürlicherweise nicht ganz genau.

Durch die Einführung des neuen Landesverfahrens bildet die Erhebung 2001 das erste Glied einer ab diesem Zeitpunkt beginnenden Kette von jährlichen Kompletterhebungen in Berlin. Daher werden die aktualisierten Zahlen für die wichtigsten im genannten Bericht dargestellten Bereiche - Übergewicht und Impfen - vorgelegt, zumal sich in beiden Bereichen zusätzliche neue inhaltliche Aspekte ergeben haben.

In dem Bericht von 2001 werden Grundlagen und Empfehlungen für jedes Gebiet ausführlich abgehandelt, was in diesem Bericht nicht wiederholt werden soll.

Es wird daher ganz ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die hier vorgenommenen Aktualisierungen der Kapitel „Übergewicht“ und „Impfen“ nur im Zusammenhang mit den Informationen der damaligen Kapitel als vollständig betrachtet werden können und den vollen Sinn ergeben.

Neue Themenbereiche und soziale Schichtung

Zum anderen behandelt dieser Bericht auch zwei neue Themenbereiche, nämlich „Staatsangehörigkeit und Herkunft“ und „Sprache, Gesundheit und Lebenschancen“, zu denen erstmals neukonzipierte Daten erhoben wurden.

Alle Themenbereiche werden immer unter dem Gesichtspunkt der sozialen Schichtung analysiert, wobei sowohl der Einfluss der sozialen Schicht als auch das sozialräumliche Verteilungsmuster einbezogen wird. Letzteres wird ab 2002 durch die Erhebung von Teilverkehrszellen noch deutlich erleichtert, und es können aussagefähigere Sozialräume betrachtet werden. Die verbesserte Einbeziehung des Einflusses von Staatsangehörigkeit und Herkunft ist wichtig; es muss dabei aber betont werden, dass der Einfluss der sozialen Schicht ebenfalls bei allen untersuchten Themenfeldern durchgängig von großer Bedeutung ist. Auch wenn sich die beiden Einflüsse mit statistisch-mathematischen Methoden getrennt quantifizieren lassen, so sind sie doch in der Praxis in einem Beziehungsgefüge wechselseitiger Wirkung miteinander verwoben.

Auch künftig wird das Instrument „Einschulungsuntersuchung“ laufend weiterentwickelt werden; es wird geprüft, welche weiteren Felder der Kindergesundheit, bei denen hohe Gefährdungen bestehen, dargestellt werden können. Neben dem konzeptionellen Aufwand, aussagekräftige Parameter zu bestimmen, ist eine Grundvoraussetzung, dass die dazu notwendigen Daten ausreichend valide und reliabel sind. Hierbei muss ein vernünftiger Kompromiss gefunden werden; aber die Grundlage, auf der Aussagen gemacht und Empfehlungen für politisches Handeln gegeben werden, muss tragfähig sein.

Speziell zur Einschätzung von sozialer Integration, gemessen anhand der Deutschkenntnisse von Einschülern nichtdeutscher Muttersprache, haben wir

bereits für die ESU 2001 einen neuen Untersuchungspunkt entwickelt, der weitreichende Aufschlüsse erbracht hat. Methoden und Ergebnisse tragen wir vor und stellen sie zur Diskussion.

Literatur

¹ Delekat, D., Kis, A. (2001): **Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin**. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2001 - 1. Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen Berlin.

2 Material und Methoden

Die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung hat in der Vergangenheit im Abstand von in der Regel drei Jahren eine zentrale Auswertung der bezirklichen Einschuluntersuchungen (ESU) vorgenommen; die Berichte hierüber sind für die Jahre 1969, 1972/1975, 1978, 1981, 1984, 1987 und 1990 veröffentlicht worden. 1994 fand eine landesweite Erhebung statt, deren Ergebnisse jedoch nicht publiziert wurden.

1999 und 2000 wurden auf der Grundlage eines Eingabeprogrammes, das die Plan- und Leitstelle Zehlendorf entwickelt und zur Verfügung gestellt hatte, erstmals wieder nach einem einheitlichen Dokumentationsbogen die Daten der ESU erfasst. Dabei beteiligten sich jeweils 18 von den damals 23 Bezirken Berlins; jedoch nur 16 Bezirke beidesmal. 1999 nahmen zusätzlich Kreuzberg und Wilmersdorf teil, 2000 dafür Charlottenburg und Spandau; Charlottenburg allerdings nur mit der geringen Anzahl von 100 Datensätzen. Die Ergebnisse der Erhebung 1999 wurden in einem Bericht veröffentlicht¹, zu dem sich dieser Bericht in weiten Teilen als Ergänzung und Aktualisierung versteht, und auf den er sich daher auch in Bezug auf die ausführlichere Darstellung von Material und Methoden bezieht.

Im Laufe des Jahres 2000 wurde von der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung ein neues Landesverfahren entwickelt, und dann mit Beginn des Jahres 2001 eingesetzt.

Inhaltlich basierte es zunächst auf dem Dokumentationsbogen von 1999. Als Teil des Landesverfahrens wurde eine ständige Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Senatsverwaltung und der Leitenden Jugendärzte konstituiert, die in ständigen Kontakt und laufenden Sitzungen Inhalt und Durchführung der ESU verbesserten und erweiterten. Die vorgeschlagenen Änderungen wurden dann stets in einem abschließenden Verfahren im kompletten Kreis der Leiter/innen der KJGD diskutiert und verabschiedet, so dass jederzeit Transparenz und Konsens gewährleistet waren. Bis zum Start des Verfahrens 2001 konnte der Bogen aus zeitlichen Gründen aber nur in den Punkten verändert werden, über die kurzfristig Übereinstimmung herzustellen war, und die daher noch keine grundlegenden konzeptionellen Neuerungen darstellten. (Dieser Prozess hat mittlerweile im Jahr 2001 stattgefunden und kam in der gerade beendeten ESU 2002 erstmals zum Tragen.)

Auf der technischen Seite beruhte das Verfahren auf einer völligen Neuprogrammierung der Eingabesoftware, die stark verbessert und professionalisiert wurde. Da diese Programmierung durch das Referat für Quantitative Methoden, Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme in der Senatsverwaltung selbst geleistet wurde, konnte ein hoher Grad an ständiger, enger Abstimmung mit den KJGD erfolgen, die zu einer optimalen Anpassung des Programms an die Bedürfnisse beider Seiten führte und zu den guten Ergebnissen beitrug.

2.1 Untersuchte Population

2.1.1 Teilnehmende Bezirke

Zum ersten Mal seit 1994 nahmen alle Bezirke Berlins vollständig teil. Bei der Berliner Bezirksreform, bei der die ursprünglich 23 Bezirke zu 12 neuen fusionierten, kam es auch zur Zusammenlegung von sehr heterogenen Bezirken. Dies gilt vor allem für die beiden Fälle, in denen sowohl Bezirke aus Berlin-Ost als auch -West in einem Neubezirk aufgingen, wie dies bei Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg geschah. Letzterer Bezirk kann gut als Beispiel dienen: Im Ortsteil Friedrichshain haben rund 15 % der untersuchten Kinder eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit, im Ortsteil Kreuzberg 39 %. Die türkische Staatsangehörigkeit haben in Friedrichshain 2 %, in Kreuzberg 27 %; bei den eingebürgerten Kindern lauten die Zahlen 1 % zu 25 %. Im gemeinsamen Bezirk leben 98 % der türkischen und 99 % der eingebürgerten Kinder im Ortsteil Kreuzberg. Bei diesen Verhältnissen führt eine Durchschnittsangabe für den neuen Bezirk oft weit an der Realität in beiden Bereichen vorbei.

Solange die gesundheitlichen Verhältnisse durch die früheren Bezirke so deutlich genauer abgebildet werden, werden die Analysen räumlich differenzierter als im Rahmen der jetzigen 12 Bezirke vorgenommen werden müssen. Bereits die 23 alten Bezirke hatten hier nicht immer geeignete Grenzziehungen geboten; das beste Beispiel ist der unveränderte - Bezirk Neukölln mit seinen Ortsteilen Neukölln, Britz, Buckow und Rudow, die sich soziologisch extrem unterscheiden.

Ohnehin muss sich die Gesundheitsberichterstattung eher an Sozialräumen als an politischen Grenzen orientieren. So ist es zum Beispiel sinnvoll, die beiden verschiedenen Bezirken zugehörigen Gebiete „Ortsteil Neukölln“ und „Kreuzberg

SO 36“ zusammen zu fassen. Ab 2002 ist durch die Erhebung der statistischen Gebietseinheit „Teil-Verkehrszelle“ eine solche Zusammenfassung zu Räumen über Bezirksgrenzen hinweg möglich geworden.

Nach Bereinigung (s. 2.2) der Datenbank verblieben unverändert 28.131 Datensätze, die sich wie folgt auf die 12 Bezirke mit ihren jetzigen Ortsteilen bzw. vormaligen Altbezirken verteilen:

Tabelle 2.1:
Anzahl der untersuchten Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2001 nach Bezirken und Ortsteilen - absolut und in %

Bezirk	Ortsteil	n	%
Mitte	Mitte	499	1,8
	Tiergarten	852	3
	Wedding	1668	5,9
Friedrichshain-Kreuzberg	Friedrichshain	496	1,8
	Kreuzberg	1693	6
Pankow	PrenzlauerBerg	766	2,7
	Weißensee	620	2,2
	Pankow	868	3,1
Charlottenburg-Wilmersdorf	Charlottenburg	1112	4,0
	Wilmersdorf	905	3,2
Spandau	Spandau	2159	7,7
Steglitz-Zehlendorf	Zehlendorf	1175	4,2
	Steglitz	1512	5,4
Schöneberg-Tempelhof	Schöneberg	1316	4,7
	Tempelhof	1661	5,9
Neukölln	Neukölln	3287	11,7
Treptow-Köpenick	Treptow	827	2,9
	Köpenick	693	2,5
Marzahn-Hellersdorf	Marzahn	881	3,1
	Hellersdorf	919	3,3
Lichtenberg	Lichtenberg	1049	3,7
	Hohenschönhausen	803	2,9
Reinickendorf	Reinickendorf	2370	8,4
Gesamt		28131	100

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

Dabei kamen - unabhängig von der neuen Bezirkseinteilung - 8.421 Kinder aus Berlin-Ost und 19.710 aus Berlin-West; dies entsprach jeweils 29,9 % bzw. 70,1 %. Der Verteilung auf einzelne Staatsangehörigkeiten bzw. Herkunftsgruppen ist in diesem Bericht ein eigenes Kapitel (s. Kapitel 3) gewidmet.

2.1.2 Ein- und Vorschüler

Bei den Einschuluntersuchungen werden in Berlin nicht nur diejenigen Kinder untersucht, die wegen Schulpflicht angemeldet werden und die die erste Klasse besuchen sollen; sondern auch diejenigen, die in die Vorklasse gehen sollen. Zusätzlich gibt es

in beiden Gruppen Kinder, die von den Eltern zum vorzeitigen Besuch angemeldet werden.

Kinder, die bereits wegen Vorklassenbesuchs untersucht wurden, werden in der Regel im nächsten Jahr nicht noch einmal zur Einschulung nachuntersucht. Die Untersuchungspopulation eines jeden Jahres besteht also - inklusive der jeweils vorzeitig angemeldeten Kinder - sowohl aus Einschülern (Alter durchschnittlich 6 Jahre und 2 Monate), als auch aus Vorschülern (Alter durchschnittlich 5 Jahre und 3 Monate); das entspricht exakt den Werten von 1999. Der Anteil an Einschülern beträgt hierbei in Berlin-Ost knapp 89 %, in Berlin-West rund 64 %; demnach ist die Zahl der Vorschüler in Berlin-West gleichgeblieben und in Berlin-Ost um rund 4 % gesunken.

2.2 Erfassung und Auswertung

Das Eingabeprogramm war in Access 2.0 realisiert und konnte auf jedem PC mit Windows ab der Version 3.1 eingesetzt werden. Die Daten der Bezirke bzw. der KJGD-Stellen wurden zu einer Gesamt-Datenbank zusammengefügt und in das Format von SPSS 10.0 konvertiert; mit diesem Programm erfolgte dann auch die statistische Auswertung.

Das Programm enthielt ausgedehnte Routinen zur Plausibilitätskontrolle; zudem konnte jede Stelle auf Knopfdruck eine Liste mit allen von der Norm abweichenden oder sicher fehlerhaften Angaben anzeigen und ausdrucken. Dennoch wies der Datensatz einige offensichtliche Fehleingaben auf. Den Bezirken wurde eine Liste mit falschen oder zweifelhaften Angaben zur Korrektur übersandt; die korrigierten Werte wurden in die Datenbank eingetragen. Danach noch verbleibende, mit großer Wahrscheinlichkeit inkorrekte Zahlen wurden als ungültig markiert. Da kein Datensatz wegen Ungültigkeit gänzlich gelöscht werden musste, blieben alle 28.131 Datensätze erhalten und kamen in die Auswertung.

Darunter waren auch eine Anzahl Datensätze, bei denen eine Reihe von Punkten nicht ausgefüllt worden waren. Dies war vor allem bei den Fragen zu Bildung und Erwerbstätigkeit der Eltern der Fall, aber auch in geringerer Ausprägung bei der Mehrzahl der anderen Punkte. Daher konnte bei Berechnungen in aller Regel nicht die volle Zahl von 28.131 Kindern verwendet werden.

2.3 Bestimmung der sozialen Schicht

Zur Darstellung des sozialen Einflusses wurde eine Sozialvariable gebildet, die die Kinder nach Schulbildung und Erwerbstätigkeit der Eltern in drei soziale Schichten einteilte. Genauere Hinweise hierzu enthält der erwähnte erste Kinderbericht¹ im Kapitel 2.3, weswegen die Konstruktion der Variable hier nur kurz dargestellt werden soll.

Herangezogen wurden alle Datensätze, bei denen sowohl für Bildung als auch Erwerbstätigkeit jeweils die Angabe von mindestens einem Elternteil vorlag; dies war bei 25.011 Kindern der Fall. Bei fehlender Angabe eines Elternteils wurde die Punktezahl des anderen verdoppelt.

Die Punkte wurden nach folgendem Schema vergeben:

Tabelle 2.2:
Vergabe von Punkten bei der Bildung einer Sozialvariable bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2001

Bildung/Erwerbstätigkeit	Punkte
ohne Hauptschulabschluss	1
mit Hauptschulabschluss	1
10. Klasse/mittlere Reife	2
(Fach-)Hochschulreife	3
(Fach-)Hochschulabschluss	3
nicht erwerbstätig	1
teilzeitbeschäftigt	2
vollzeitbeschäftigt	2

(Systematik in Anlehnung an MAGSF Brandenburg / Aufstellung für Berlin: SenGesSozV - II A -)

Die hiernach möglichen Werte reichten – da beide Eltern einbezogen wurden - von 4 bis 10. Daraus wurden die sozialen Schichten nach folgender Formel bestimmt:

4 - 6 Punkte: Untere Schicht; 7 - 8 Punkte: Mittlere Schicht; 9 - 10 Punkte: Obere Schicht.

Die Verteilung dieser sozialen Schichten bei den einzelnen Staatsangehörigkeiten bzw. Herkunftsgruppen zeigt die Abb. 3.13.

Wiederholt werden muss der Hinweis aus dem erwähnten Bericht¹, dass bei der Interpretation der auf dieser Einteilung basierenden Befunde folgende Einschränkungen zu beachten sind:

1. Die Kinder, bei denen genügend Angaben für die Bildung der Sozialvariablen gemacht wurden, weisen in Bezug auf Gesundheits-/Präventionsverhalten ein in der Regel deutlich günstigeres Profil auf als diejenigen, die wegen fehlender Angaben nicht einbezogen werden konnten. Bei den sozial bezogenen Aussagen

werden die Verhältnisse daher günstiger dargestellt, als sie tatsächlich sind.

2. Die Einteilung der Bildung ist für Eltern aus dem ehemaligen Bundesgebiet und dem Gebiet der ehemaligen DDR nicht gleichermaßen zutreffend. Einen Hauptschulabschluss gab es im der ehemaligen DDR nicht. Das Nichterreichen der 10. Klasse war dort eher eine Ausnahme, und am ehesten mit dem Nichterlangen des Hauptschulabschlusses vergleichbar. Daher werden sich in der Gruppe „10. Klasse“ (2 Punkte) eine ganze Reihe von Eltern aus dem Gebiet der ehemaligen DDR befinden, die im ehemaligen Bundesgebiet der Gruppe „Hauptschulabschluss“ (1 Punkt) zugeordnet worden wären. In der Tat ist bei Eltern aus Berlin-Ost der Anteil der unteren Schicht auch kleiner und der mittleren erheblich größer als in Berlin-West. Zur Zeit ist hier keine Methode bekannt, diese Zuordnung genauer vorzunehmen.

Literatur

- ¹ Delekat, D., Kis, A. (2001): **Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin**. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2001 - 1. Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen Berlin.

3 Staatsangehörigkeit und Herkunft

3.1 Zusammenfassung

Die Staatsangehörigkeit ist eines der wichtigsten demografischen Merkmale. Dies gilt in besonderem Maße für die Gesundheitsberichterstattung, weil Gesundheitsverhalten und gesundheitliche Probleme von kulturellen Prägungen mitbestimmt werden. In der Regel fallen Kulturkreis und Staatsangehörigkeit zusammen.

In der bisherigen Betrachtung von Kindergesundheit hat es in dieser Hinsicht in Berlin in aller Regel genügt, drei große Gruppen zu unterscheiden; nämlich Kinder mit deutscher, türkischer und anderer Staatsangehörigkeit. (Differenziertere Untersuchungen haben keine zusätzlichen Aufschlüsse ergeben und/oder waren wegen zu kleiner Zahlen nicht aussagekräftig.) Hierbei bot sich an, sich nach den formalen Passverhältnissen zu richten, weil diese weitgehend mit den jeweiligen Kulturkreisen übereinstimmen.

Durch Rückwanderung von Aussiedlern, Einbürgerungen und das neue Staatsangehörigkeitsgesetz geht diese Übereinstimmung nunmehr verloren. Der Begriff „deutsche Staatsangehörigkeit“ verliert in stark multikulturell geprägten Regionen *für gesundheitliche Betrachtungen* weitgehend an Aussagekraft, weil er Bevölkerungsgruppen mit kulturell geprägtem sehr verschiedenem Gesundheitsverhalten und -problemen nicht mehr zu unterscheiden vermag. Die getrennte Betrachtung verschiedener Gruppen ist jedoch für eine effektive Präventionsentwicklung unabdingbar; nicht nur wegen der unterschiedlichen Risiken, sondern auch wegen der vielfältigen Lebenswirklichkeiten und der dadurch notwendigen, speziell angepassten Einflussstrategien.

- Für den Bereich der Kinder wird vor allem das neue *Staatsangehörigkeitsgesetz*, das 2000 in Kraft trat, einen weitgehenden Wechsel bewirken, weil Kinder ausländischer Eltern bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen - Geburt in Deutschland, achtjähriger legaler Aufenthalt mindestens eines Elternteils, gefestigter Aufenthaltstatus - von Amts wegen die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten. In der großen Gruppe der türkischen Kinder beispielsweise treffen diese Voraussetzungen bei bis zu 90 % der Kinder zu, sodass es in wenigen Jahren nur noch eine geringe Zahl von Einschüler/innen mit ausschließlich türkischem Pass geben wird. Zwischen 1999 und 2000 sank die Zahl der melderechtlich registrierten Kinder türkischer Staatsangehörigkeit unter einem Jahr um nicht ganz 80 %, wobei wegen der Verfahrensdauer noch viele von den verbleibenden 20 % der Kinder erst im zweiten Lebensjahr Deutsche werden.
- Die Zahl der Einbürgerungen hat sich seit Mitte der Achtzigerjahre bis 1999 etwa versechsfacht. In vielen Fällen wurden dabei Kinder miteingebürgert; in der Altersgruppe der hier vornehmlich untersuchten Sechsjährigen sind dies jeweils zwischen etwa 7 % und 11 % aller Personen. Kinder von Eltern aus der Türkei, der Russischen Föderation und Kasachstan bildeten hierbei den weitaus größten Teil.

Bereits jetzt ist festzustellen, dass mindestens 12 % der Kinder mit deutscher Staatsangehörigkeit nicht dem deutschen Kulturkreis entstammen und andere Gesundheitscharakteristika aufweisen. Anhand speziell erhobener Angaben bei der ESU lassen sich bei Kindern *mit deutschem Pass* drei Gruppen unterscheiden:

- Eingebürgerte Kinder, die dementsprechend auch als „*Deutsche, eingebürgert*“ bezeichnet werden.
- Nicht akzentfrei deutsch sprechende Kinder, die als „*Deutsche, anderer Herkunft*“ bezeichnet werden.
- Alle anderen Kinder, die als „*Herkunftsdeutsche*“ bezeichnet werden.

Für die gesundheitlichen Betrachtungen in den weiteren Kapiteln dieses Berichts bedeutet dies eine notwendige Präzisierung. So beträgt beispielsweise der Anteil adipöser Einschüler/innen in Berlin-West bei den herkunftsdeutschen Kindern 10,5 %, bei den anderen deutschen (eingebürgert/anderer Herkunft) jedoch 18,1 %.

In Zukunft wird sich die Kinder-Gesundheitsberichterstattung weitgehend von dem Merkmal „Staatsangehörigkeit“ lösen müssen. Ab der ESU 2002 wird in Berlin zusätzlich das Merkmal „Kulturkreis“ erhoben in dem Versuch, die kulturell prägende und damit gesundheitliche bestimmende Umgebung der Kinder besser zu erfassen. Eine beständige Weiterentwicklung des Public-Health-Instrumentariums auf diesem Gebiet ist weiterhin notwendig und wird auch vorangetrieben werden.

3.2 Gesundheitliche Bedeutung

Die Staatsangehörigkeit ist eines der grundlegenden demografischen Merkmale. Sie kennzeichnet in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Bevölkerungsgruppe, und damit meist auch zu einem Kulturkreis, dem die betreffende Person - hier das Kind - angehört. Für die Gesundheitsberichterstattung ist dies von erheblicher Bedeutung, denn gesundheitliches Verhalten ist stark von dem kulturellen Umfeld abhängig, in dem man lebt; dies gilt ganz besonders für Kinder.

In früheren Untersuchungen hat sich gezeigt, dass das Merkmal „Staatsangehörigkeit“ - damals noch weitgehend deckungsgleich mit „Kulturkreis“ - bei allen untersuchten prioritären Gesundheitsfeldern von herausragendem Einfluss war.

Kommt es zu einer Auflösung des Zusammenhangs von „Staatsangehörigkeit“ und „Kulturkreis“, so ist die Gesundheitsberichterstattung nicht mehr in der Lage, die kulturellen Einflüsse zu erfassen, wenn sie sich allein auf das Merkmal „Staatsangehörigkeit“ stützt. Nach allen bisherigen Kenntnissen und Ergebnissen büßt sie damit entscheidend an Fähigkeit ein, die Grundlagen für zielgerichtete Prävention zu liefern.

Dies kommt überall dort besonders zum Tragen, wo große Gruppen von Ausländern als Einwanderer bereits seit zwei oder mehr Generationen in Deutschland leben, wie dies ganz besonders in einem Stadtstaat wie Berlin der Fall ist. Die Gesundheitsberichterstattung muss darauf reagieren, und zusätzlich zu dem sich immer mehr ins Formale ändernden Merkmal „Staatsangehörigkeit“ weitere, inhaltliche Kriterien hinzuziehen, will sie ihre Aussagekraft und ihre Bedeutung für die Gesundheits-Prävention behalten.

3.3 Grundlagen

3.3.1 Das neue Staatsangehörigkeitsgesetz

Am 1. Januar 2000 trat das neue Staatsangehörigkeitsgesetz (StAG) in Kraft. Als eine der wesentlichen Neuerungen bestimmt es in § 4 Abs. 3, dass ein in Deutschland geborenes Kind ausländischer Eltern die deutsche Staatsangehörigkeit erwirbt, wenn sich mindestens ein Elternteil seit acht Jahren rechtmäßig in der Bundesrepublik aufhält und über ein gefestigtes Aufenthaltsrecht verfügt.

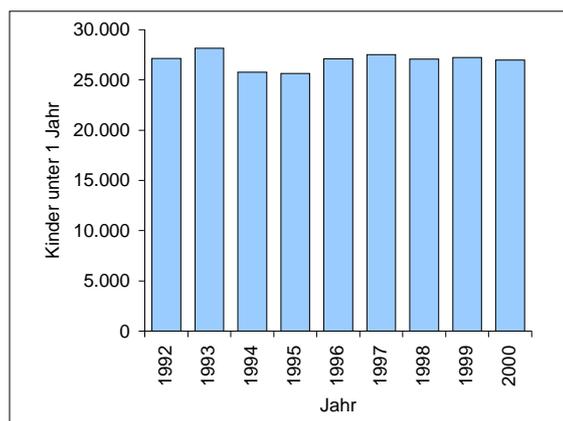
Dabei sind drei Aspekte nicht unbedingt allgemein bekannt, nämlich

1. dass die Zuerkennung der deutschen Staatsbürgerschaft von den Eltern *nicht ausgeschlossen werden kann*;
2. dass vom 01.01. bis zum 31.12.2000, also ein Jahr lang, die Möglichkeit bestand, für Kinder bis zum 10. Lebensjahr bei Bestehen der entsprechenden Voraussetzungen die Zuerkennung auch noch *nachträglich* zu beantragen;
3. dass die Zuerkennung der deutschen Staatsbürgerschaft auf diesem Wege rechtlich *nicht* als Einbürgerung gilt, auch nicht bei den unter Punkt 2. beschriebenen Fällen, und daher diese Kinder auch *nicht* in der Einbürgerungsstatistik erscheinen.

Die demografischen Folgen lassen sich ohne weiteres an den Bevölkerungszahlen der letzten Jahre ablesen.

Von 1992 - 2000 bewegte sich die Zahl *aller* in Berlin melderechtlich erfassten Kinder unter einem Jahr in relativ engen Grenzen um 27.000; eine Ausnahme machte nur eine gewisse „Senke“ in den Jahren 1994 und 1995. Die Zahl des Jahres 2000 entspricht nahezu exakt dem Mittelwert des genannten Zeitraums (Abb. 3.1).

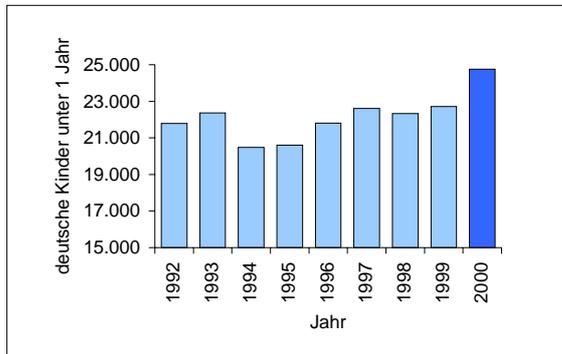
Abbildung 3.1:
Jeweils am 31.12. melderechtlich registrierte Kinder unter einem Jahr in Berlin 1992 - 2000
- absolut



(Datenquelle: StaLa Berlin / Berechnung und Darstellung:
SenGesSozV - II A -)

Die Zahl der *deutschen* Kinder folgte bis 1999 diesem Muster im Wesentlichen, einschließlich der niedrigeren Zahlen 1994 und 1995. Im Jahr 2000 fällt jedoch der durch das neue Gesetz verursachte sprunghafte Anstieg auf (Abb. 3.2).

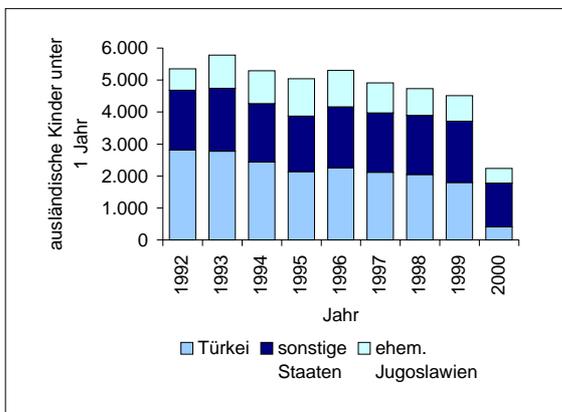
Abbildung 3.2:
Jeweils am 31.12. melderechtlich registrierte deutsche Kinder unter einem Jahr in Berlin 1992 - 2000
 - absolut



(Datenquelle: StaLa Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Im Gegensatz hierzu wies die Zahl der ausländischen Kinder in den letzten Jahren eine fallende Tendenz auf; zwischen 1993 und 1999 kam es zu einem Rückgang von über 20 %. Von 1999 zu 2000 kam es zu einer Halbierung infolge des neuen Gesetzes (Abb. 3.3).

Abbildung 3.3:
Melderechtlich registrierte ausländische Kinder unter 1 Jahr in Berlin 1992 - 2000 nach Herkunftsland
 - absolut



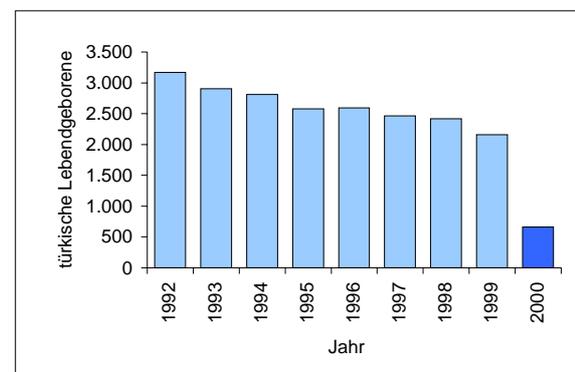
(Datenquelle: StaLa Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Die drei dargestellten Gruppen - Türkei, ehemaliges Jugoslawien und sonstige Staaten - haben nicht gleichmäßig zu dieser Veränderung beigetragen. Die Zahl der Kinder aus *anderen Staaten* ist bis 1999 praktisch gleich geblieben. Die Zahl der Kinder aus dem *ehemaligen Jugoslawien* ging erst 1997 (Rückkehrbeginn der Flüchtlinge) zurück. Die Zahl der *türkischen* Kinder ist seit 1992 kontinuierlich gesunken; sie hat zwischen 1992 und 1999 um fast 30 % abgenommen.

Diese Abnahme ist eine reale Verringerung und

beruht nicht nur darauf, dass türkische Kinder eingebürgert wurden und danach nicht mehr als türkische Staatsangehörige in die Statistik eingingen. Die Zahl der türkischen Frauen von 18 - 40 Jahren hat sich zwischen 1992 und 1999 um 9 % verringert; die Zahl der türkischen Lebendgeborenen aber um über 30 %. Auch unter Berücksichtigung der Einbürgerungen muss also davon ausgegangen werden, dass die Zahl der Kinder, die von Müttern türkischer Staatsangehörigkeit in Berlin geboren werden, kontinuierlich im Sinken begriffen ist (Abb. 3.4).

Abbildung 3.4:
Türkische Lebendgeborene in Berlin 1992 - 2000
 - absolut



(Datenquelle: StaLa Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Die durch das neue Staatsangehörigkeitsgesetz bewirkte Halbierung der Zahlen der ausländischen Kinder unter einem Jahr ist insbesondere unter dem Aspekt interessant, dass die Zuweisung der deutschen Staatsbürgerschaft - wie bereits erwähnt - bei Vorliegen der rechtlichen Voraussetzungen von Amts wegen erfolgt. Der Anteil der drei verschiedenen Gruppen an dem Rückgang der Kinderzahlen lässt somit Rückschlüsse auf die Länge und Gefestigkeit des Aufenthalts zumindest eines Elternteils zu (Tab. 3.1).

Tabelle 3.1:
Veränderung der Anzahl der melderechtlich registrierten Kinder unter 1 Jahr in Berlin von 1999 zu 2000 nach Staatsangehörigkeit
 - in %

Staatsangehörigkeit	Veränderung
deutsch	+9,0
türkisch	-77,4
aus anderen Staaten	-28,8
ehem. Jugoslawien	-41,9
ausländische insgesamt	-50,5
Kinder insgesamt	-0,9

(Datenquelle: StaLa Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

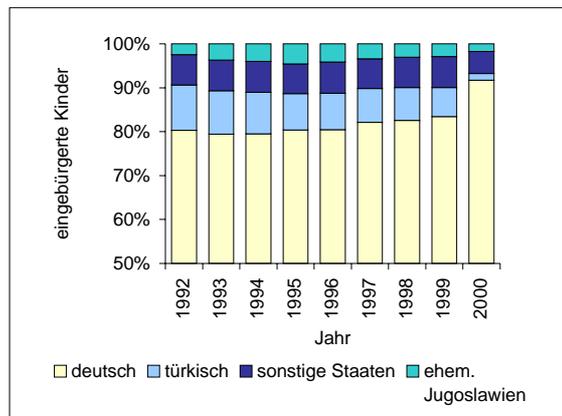
Der Rückgang bei den türkischen Kindern liegt nahe bei 80 %; bei den Kindern aus dem ehemaligen Jugoslawien sind es über 40 %, wobei man als zusätzlichen Faktor die Rückwanderung berücksichtigen muss (die Zahl war zwischen 1996 und 1999 bereits um 30 % gesunken). Auch bei den Kindern aus den sonstigen Staaten hatten offenbar fast 30 % einen Elternteil mit einem länger-dauernden und gefestigten Aufenthaltsrecht.

Die tatsächlichen Prozentsätze liegen sogar noch höher, da die deutsche Staatsangehörigkeit erst nach Prüfung zuerkannt und eingetragen werden kann. Da das Kind bis zur rechtskräftigen Feststellung zunächst die Staatsangehörigkeit der Mutter erhält, werden die in den letzten Monaten eines jeden Jahres geborenen Kinder regelmäßig noch als Ausländer in der entsprechenden Statistikrubrik („melderechtlich erfasste Kinder unter einem Jahr“) erscheinen, und erst im zweiten Lebensjahr als Deutsche ausgewiesen werden.

Bei der Einschulungsuntersuchung (ESU) 2001 waren zum Beispiel von den untersuchten sechsjährigen türkischen Kindern (± 6 Monate) knapp 94 % in Deutschland geboren. Geht man davon aus, dass die Eltern fast aller dieser Kinder einen gesicherten Aufenthaltsstatus haben, und bei den bestehenden Zuzugsregelungen zumindestens ein Elternteil bereits über acht Jahre in Deutschland wohnt, und sich in den letzten sechs Jahren nichts Grundlegendes geändert hat, so werden auch die heute geborenen Kinder türkischer Eltern zu einem Prozentsatz die deutsche Staatsbürgerschaft erhalten, der eher bei 90 % als bei 80 % liegen dürfte.

Diese Veränderungen, die zunächst rein formaler Natur sind, werden Auswirkungen auf alle Statistiken und Betrachtungen haben, die sich auf die Staatsangehörigkeit als Merkmal stützen (Abb. 3.5).

Abbildung 3.5:
Anteil der melderechtlich registrierten Kinder unter 1 Jahr in Berlin 1992 - 2000 nach Staatsangehörigkeit - in %



(Datenquelle: StaLa Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Ganz besonders gilt dies für Untersuchungen, bei denen kulturelle Faktoren wichtig sind, wie dies bei Gesundheit und Prävention der Fall ist. Bei allen ausländischen Bevölkerungsteilen, bei denen die gesetzlichen Voraussetzungen in der Regel erfüllt sind, werden die Zahlen der Kinder mit nicht-deutschem Pass drastisch sinken und der Anteil der deutschen Kinder in den entsprechenden Altersgruppen plötzlich steigen. Vergleiche mit früheren Erhebungen, die auf der Staatsangehörigkeit basieren, werden ohne weiteres nicht mehr möglich sein.

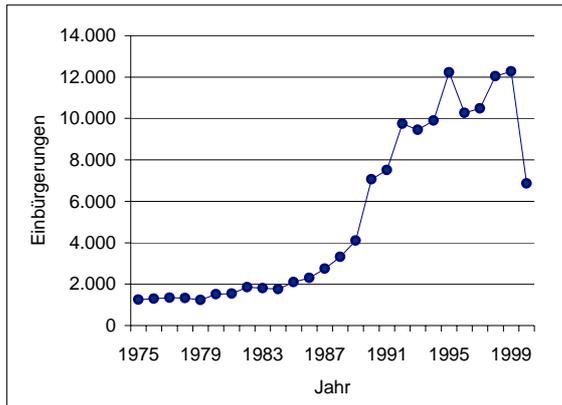
Zur Analyse kultureller Einflüsse auf das Gesundheitsverhalten müssen zukünftig andere Verfahren als der Rückgriff auf die Staatsangehörigkeit genutzt werden.

Da das neue Staatsangehörigkeitsgesetz Anfang 2000 in Kraft trat, ist damit zu rechnen, dass seine Auswirkungen erst ab der ESU 2005 von Relevanz sein werden. Die Zahl der Kinder bis zum 10. Lebensjahr, deren Eltern von der Möglichkeit des § 40 b StAG Gebrauch machten, ihnen „nachträglich“ noch die deutsche Staatsangehörigkeit zuerkennen zu lassen, wird vom Statistischen Landesamt Berlin mit 274 angegeben. Bei über 50.000 ausländischen Kindern der entsprechenden Altersspanne ist dieser Anteil sehr niedrig; in dieser Größenordnung ist sie sicher zu vernachlässigen, zumal diese Kinder sich auf 9 Jahrgänge verteilen. Da in der Regel weder den Eltern noch den Mitarbeiter/innen der KJGD bewusst sein dürfte, dass diese Kinder rechtlich nicht als Eingebürgerte gelten, dürften die bei der ESU 2001 untersuchten betroffenen Kinder als „eingebürgert“ gewertet worden sein.

3.3.2 Einbürgerungen

Seit Mitte der Achtziger Jahre hat sich die Zahl der Einbürgerungen in Berlin stark erhöht; sie betrug 1998 etwa das Sechsfache der Zahl von 1985. Durch die Gesetzesänderungen sind die Zahlen von 1999 und 2000 nicht mehr mit denen vorangegangener Jahre vergleichbar (Abb. 3.6).

Abbildung 3.6:
Eingebürgerte Personen in Berlin 1975 - 1999¹⁾
- absolut

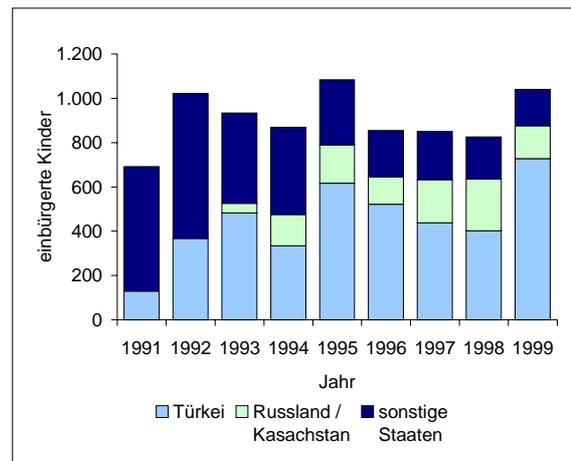


1) bis 1990 nur Berlin-West, ab 1991 Berlin insgesamt
(Datenquelle: StaLa Berlin / Berechnung und Darstellung:
SenGesSozV - II A -)

Das Gros der Eingebürgerten kommt aus nur wenigen Staaten. 1999 kamen von den gut 12.000 Eingebürgerten etwa 60 % aus der Türkei und jeweils etwa 10 % aus der Russischen Föderation und Kasachstan, sodass diese drei Länder allein bereits fast 80 % der Herkunftsländer ausmachten.

Der Anteil der eingebürgerten Gruppe der unter 6-Jährigen betrug in den Jahren 1992 - 1999 zwischen 7 % und 11 %; das entsprach im Mittel knapp 9 % bzw. 935 Kindern. Die Verteilung der Herkunfts-Staatsangehörigkeiten folgt der oben beschriebenen; Kinder aus der Türkei, der Russischen Föderation und Kasachstan bildeten den weitaus größten Teil. Der Übersicht halber wurden letztere zusammengefasst (Abb. 3.7).

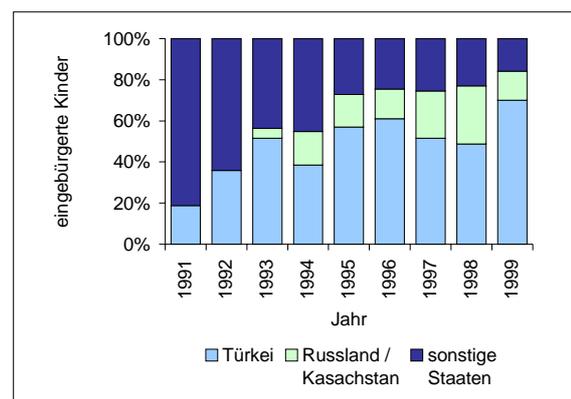
Abbildung 3.7:
Eingebürgerte Kinder unter 6 Jahren in Berlin 1991 - 1999
nach Herkunftsland
- absolut



(Datenquelle: StaLa Berlin / Berechnung und Darstellung:
SenGesSozV - II A -)

Jedoch haben sich die prozentualen Anteile dieser Länder im Laufe des Zeitraums von 1991 - 1999 stark verändert. Ab 1993 stieg die Zahl der Kinder aus den Nachfolgestaaten der Sowjetunion deutlich an. Der Anteil der Kinder aus der Türkei, die Deutsche wurden, schwankte stark, stieg aber insgesamt ebenfalls deutlich an, sodass sich 1999 die Verhältnisse gegenüber 1991 umgekehrt hatten: Machten damals die Kinder aus den erwähnten drei Staaten zusammen 20 % aus, so stellten 1999 die Kinder aus allen anderen Staaten nur noch 16 % der eingebürgerten Kinder unter 6 Jahren (Abb. 3.8).

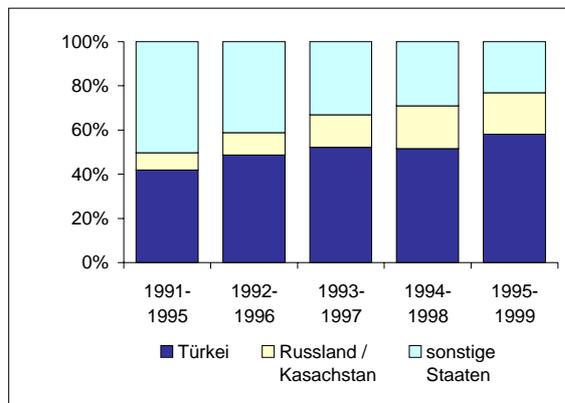
Abbildung 3.8:
Anteil der eingebürgerten Kinder unter 6 Jahren in Berlin
1991 - 1999 nach Herkunftsland
- in %



(Datenquelle: StaLa Berlin / Berechnung und Darstellung:
SenGesSozV - II A -)

Deutlicher wird die Entwicklung, wenn man den Verlauf der Durchschnittswerte von 5-Jahres-Zeit-räumen betrachtet (Abb. 3.9).

Abbildung 3.9:
Anteil der eingebürgerten Kinder unter 6 Jahren in Berlin 1991-1999 (jeweils 5 Jahre zusammengefasst) nach Herkunftsland
 - in %



(Datenquelle: StaLa Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

3.4 Methodisches Vorgehen

Die grundlegende Überarbeitung der ESU-Konzeption, die 2001 erarbeitet worden war, wurde erst für die ESU 2002 wirksam. Für die ESU 2001 wurde versucht, über die Angabe der Staatsangehörigkeit hinausgehende Informationen zu erheben. Daher standen 2001 neben der formalen Staatsangehörigkeit noch die folgenden Angaben zur Verfügung:

- Bei deutschen Kindern: Ob das Kind eingebürgert wurde.
- Bei ausländischen Kindern: Seit wann das Kind in Deutschland war. Falls nicht seit Geburt: Seit wievielen Jahren es in Deutschland war. Letzteres beinhaltete auch die Kinder, die zwar in Deutschland geboren waren, aber nicht die ganze Zeit bis zur Untersuchung in Deutschland verbracht hatten.
- Bei ausländischen Kindern: Der Grad der Beherrschung der deutschen Sprache, wobei eine selbst entwickelte, fünfstufige Skala zum Einsatz kam. Sinn und Ziel der Angabe war dezidiert nicht eine *sprachliche*, sondern eine *soziale* Aussagekraft (s. 7.3).

3.4.1 Differenzierung der Herkunftsgruppen - Deutsche

Gestützt auf diese Daten wurde neben der bisher üblichen Darstellung der Staatsangehörigkeit, die sich nach den im Pass eingetragenen Daten richtete, eine weitere Differenzierung vorgenommen. Leitgedanke war hierbei die Annahme, dass das

Gesundheitsverhalten eines Kindes sehr vom kulturellen Umfeld abhängt, in dem es aufwächst. Daher wurden die Kinder *mit deutscher Staatsangehörigkeit* anhand von weiteren Informationen in drei Untergruppen aufgeteilt unter der Annahme, dass diese Differenzierung auch gesundheitlichen Differenzierungen entspreche und bei der Prävention zu beachten sein werde.

Zum einen wurde von den Eltern erfragt, ob das Kind *eingebürgert* wurde. Es wurde angenommen, dass dies regelhaft die Herkunft aus einem anderen Kulturkreis bedeutete. Diese Gruppe umfasste etwa 1.450 Kinder.

Bei den anderen Kindern wurde geprüft, ob sie *akzentfrei Deutsch* sprachen. War dies nicht der Fall, so wurde angenommen, dass sie ebenfalls einem anderen als dem deutschen Kulturkreis zuzurechnen waren. Diese Gruppe umfasste knapp 1.250 Kinder.

Die verbleibenden Kinder - etwa 19.750 - wurden dem deutschen Kulturkreis zugerechnet.

Es erwies sich, dass die beiden erstgenannten Untergruppen innerhalb der Kinder mit deutscher Staatsbürgerschaft sich so ähnlich waren, dass sie in aller Regel zusammengefasst wurden.

Durch die verschiedenen Zusammenfassungen von Staatsangehörigkeiten und die Differenzierungen innerhalb der Kinder mit deutscher Staatsangehörigkeit wurde eine Sprachregelung notwendig, um die häufige Verwendung langer Ausdrücke zu vermeiden. Es wurden daher folgende Kurzbezeichnungen gewählt.:

- Da der Begriff „Staatsangehörigkeit“ nicht mehr als Oberbegriff verwandt werden kann, wenn die beschriebene Differenzierung innerhalb der Kinder mit deutscher Staatsbürgerschaft erfolgt, wird in solchen Fällen der Begriff „*Herkunftsgruppe*“ verwendet.
- Deutsche Kinder, die eingebürgert wurden, werden als „*Eingebürgerte*“, in Abbildungen als „*Deutsche, eingebürgert*“ bezeichnet.
- Deutsche Kinder, die nicht akzentfrei Deutsch sprachen, werden als „*anderer Herkunft*“, in Abbildungen als „*Deutsche, anderer Herkunft*“ bezeichnet.
- Bei der sehr großen Mehrheit der übrigen Kinder mit deutscher Staatsangehörigkeit kann davon ausgegangen werden, dass mindestens ein Elternteil bereits bei Geburt die deutsche Staatsangehörigkeit hatte. Diese Kinder werden als „*Herkunftsdeutsche*“ bezeichnet.

3.4.2 Differenzierung der Herkunftsgruppen - Ausländer

Die Kinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit wurden folgendermaßen differenziert:

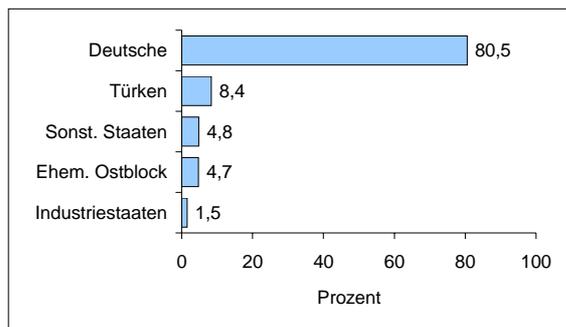
- Eine eigene Staatsangehörigkeitsgruppe bildeten Kinder aus „westlichen Industrieländern“. Namentlich genannt waren im Dokumentationsbogen „Europa, USA, Kanada, Australien“; im Handbuch wurde festgelegt, dass dies sinngemäß zu verstehen sei und eher ein soziales als ein geografisches Kriterium darstelle. „Europa“ meint hier im wesentlichen die Staaten der EU und solche, die ihnen vergleichbar seien; also auch die Schweiz, obwohl sie nicht zur EU gehört; desgleichen Island und Neuseeland, obwohl sie nicht zu Europa beziehungsweise Australien gehören. Diese Gruppe wird unter der Kurzbezeichnung „Industrieländer“ angesprochen.
- Eine weitere Gruppe bildeten die Kinder aus Staaten, die damals auf dem Gebiet des aufgelösten Warschauer Pakts lagen. Auch dies war wiederum sinngemäß zu verstehen; so war festgelegt, dass die Staaten des ehemaligen Jugoslawien dazuzählten, aber nicht die Staaten aus dem asiatischen Teil der ehemaligen Sowjetunion. Diese Gruppe wird unter der Kurzbezeichnung „(ehemaliger) Ostblock“ angesprochen.
- Die Herkunft aller anderen Kinder wird als „sonstige Staaten“ bezeichnet.

3.5 Ergebnisse

3.5.1 Berlin insgesamt

Die Verteilung nach Staatsangehörigkeit nach den Angaben im Pass ergab folgendes Bild (Abb. 3.10):

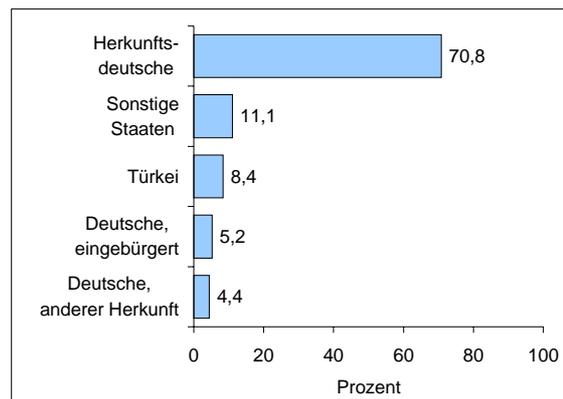
Abbildung 3.10:
Anteil der Kinder bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Staatsangehörigkeit - in %



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

Für viele Betrachtungen können die Anteile aller Staaten außer Deutschland und der Türkei zusammengerechnet werden, weil eine Differenzierung keine wichtigen Zusatzinformationen erbringt. Differenziert man die Kinder mit deutscher Staatsangehörigkeit wie unter 3.4.1 ausgeführt, so ändert sich das Bild folgendermaßen (Abb. 3.11):

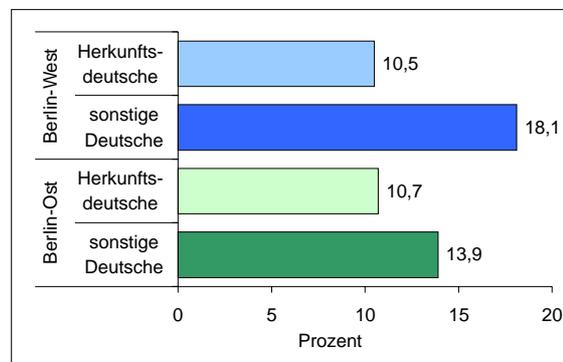
Abbildung 3.11:
Anteil der Kinder bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Herkunftsgruppe - in %



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

Bereits bei einer Gesamtberliner Betrachtung ändert sich der Anteil der Herkunftsdeutschen um fast 10 %. Die gesundheitspolitische Relevanz dieser Differenzierung wird belegt, wenn man als Beispiel die Rate an Adipositas betrachtet. Bei den herkunftsdeutschen Kindern aus Berlin-West liegt sie bei 10,5 %, bei den dortigen sonstigen Deutschen jedoch fast doppelt so hoch, nämlich bei 18,1 %; in Berlin-Ost ist der Unterschied mit 10,7 % bzw. 13,9 % deutlich geringer (Abb. 3.12).

Abbildung 3.12:
Anteil der Kinder mit Adipositas bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Herkunftsgruppe - in %



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

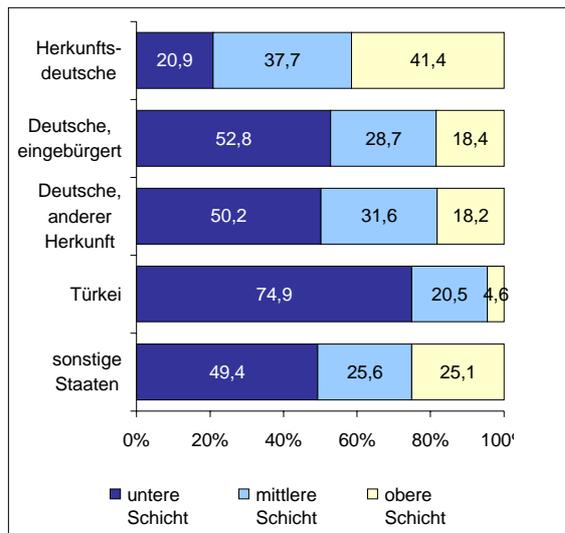
Das hängt mit der unterschiedlichen Herkunft dieser Kinder mit deutscher Staatsangehörigkeit, aber

aus nichtdeutschem Kulturkreis zusammen, die nach wie vor in Ost und West sehr verschieden ist. Eine Präventionsstrategie, die solche Gegebenheiten nicht kennt oder sie ignorierte, liefe Gefahr, an den Realitäten vorbei zu gehen.

Die Beobachtung, dass die Adipositasprävalenz bei eingebürgerten Kindern etwa zwischen der der türkischen und der von Kindern aus anderen Ländern liegt, stimmt mit der Tatsache überein, dass etwas mehr als die Hälfte der eingebürgerten Kinder des betrachteten Alters türkischer Abstammung ist. Es würde darauf hindeuten, dass zumindest beim Übergewicht nach wie vor die kulturelle Herkunft maßgebend ist.

Die gleichen großen Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen werden auch bei der Zugehörigkeit zu den sozialen Schichten deutlich (Abb. 3.13).

Abbildung 3.13:
Anteil der Kinder bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach sozialer Schicht und Herkunftsgruppe - in %



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

Auch hier ist ersichtlich, dass die Gruppe der Eingebürgerten in ihrer sozialen Schichtstruktur der Gruppe der Deutschen anderer Herkunft sehr ähnlich ist; und dass sich beide stark von der mit deutscher Herkunft unterscheiden.

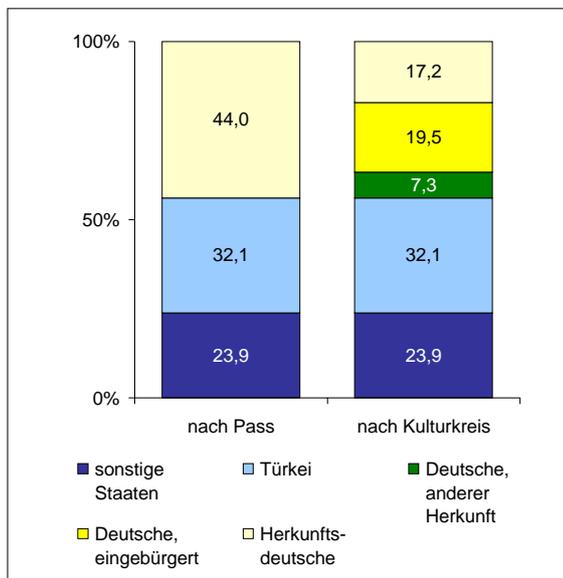
Im Gegensatz zu den Verhältnissen beim Übergewicht ist die Verteilung auf sozialen Schichten bei den Eingebürgerten, den Deutschen anderer Herkunft und den anderen Ausländern weitgehend gleich. Das deutet darauf hin, dass sich bei den türkischen Staatsangehörigen tendenziell die Angehörigen höherer sozialer Schichten einbürgern lassen.

3.5.2 Ausgewählte Bereiche

Die oben beschriebenen Veränderungen fallen noch sehr viel deutlicher aus in Gebieten mit einem hohen Anteil von Personen nichtdeutscher kultureller Herkunft.

Als deutlichstes Beispiel kann hier der Bereich dienen, der von der KJGD-Stelle „Ruheplatz“ im Bezirk Mitte, Ortsteil Wedding, versorgt wird. Bei der ESU 2001 wurden hier gut 500 Kinder untersucht. Die nachfolgende Abbildung vergleicht nun die verschiedenen Anteile nach den Passverhältnissen und nach der kulturellen Herkunft miteinander (Abb. 3.14).

Abbildung 3.14:
Anteil der Kinder der KJGD-Stelle „Ruheplatz“ bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Staatsangehörigkeit und Herkunftsgruppe - in %



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

Von den melderechtlichen Informationen her beträgt das Verhältnis von deutschen zu nichtdeutschen Kindern 44 % zu 56 %. Betrachtet man demgegenüber den Kulturkreis, so wird deutlich, dass der Anteil der Kinder mit deutschem kulturellen Hintergrund nur gut 17 % beträgt.

Betrachtet man die formalen *Staatsbürgerschaftsverhältnisse* in allen KJGD-Bereichen, so gab es nur drei Bereiche mit einem Anteil deutscher Kinder unter 50 % (Tab. 3.2).

Tabelle 3.2:
KJGD-Bereiche mit einem Anteil von Kindern deutscher Staatsangehörigkeit unter 50 % bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001
 - in %

<i>KJGD-Bereich</i>	<i>deutsche Kinder</i>
<i>Bezirk/Ortsteil</i>	
Werbellinstraße (Neukölln)	43,1
Ruheplatzstraße (Wedding)	44,0
Stettiner Straße (Wedding)	47,4

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

Dabei beträgt der Anteil deutscher Kinder mindestens 43 %.

Wie bereits erwähnt, ist für gesundheitliche Aspekte jedoch der Kulturkreis relevanter, in dem das Kind aufwächst. Differenzieren wir nach der *Herkunft*, wie unter 3.4.1 beschrieben, so ergibt sich ein verändertes Bild (Tab. 3.3).

Tabelle 3.3:
KJGD-Bereiche mit einem Anteil von Kindern deutscher Herkunft unter 50 % bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Herkunftsgruppe
 - in %

<i>KJGD-Bereich</i>	<i>Kinder deutscher Staatsangehörigkeit</i>		
	<i>herkunfts-</i>		<i>anderer</i>
	<i>Deutsche</i>	<i>eingebürgerte</i>	<i>Herkunft</i>
<i>Bezirk/Ortsteil</i>			
Ruheplatzstraße (Wedding)	17,2	19,5	7,3
Stettiner Straße (Wedding)	21,6	6,7	19,1
Weichselstraße (Neukölln)	23,2	28,0	1,7
Werbellinstraße (Neukölln)	25,4	13,0	4,6
Reichenberger Straße (Kreuzberg)	29,4	23,1	2,2
Hänselstraße (Neukölln)	30,9	22,5	5,9
Buschkrugallee (Neukölln)	35,3	15,1	4,6
Urbanstraße (Kreuzberg)	37,8	26,7	1,0
Waldstraße (Tiergarten)	41,6	-	14,9
Kurfürstenstraße (Tiergarten)	41,7	0,6	16,0
Turmstraße (Tiergarten)	44,7	10,3	5,4

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

Die Zahl der Bereiche mit einem Anteil Kinder deutscher Herkunft unter 50 % beträgt nun 11, und allein vier Bereiche weisen einen Anteil dieser Kinder von 25 % oder weniger aus; wobei das Minimum 17,2 % beträgt. Dies bedeutet, dass dort Kinder in einem Bereich aufwachsen, in dessen unmittelbarem Umfeld fast 83 % nicht dem deutschen Kulturkreis angehören.

Zieht man wieder die Rate an Adipositas als *einen* Parameter für gesundheitspolitische Relevanz heran, so ergibt sich, dass die in diesen 11 KJGD-Bereichen wohnenden untersuchten Kinder eine Adipositas-Prävalenz von 16,6 % aufweisen, gegenüber 10,5 % der anderen untersuchten Berliner Kinder.

3.6 Schlussfolgerungen

Das kulturelle Umfeld, in dem ein Kind aufwächst, ist ein wichtiger Faktor für gesundheitliches Verhalten und Risiken. War bisher die Staatsangehörigkeit weitgehend deckungsgleich mit dem dazugehörigen Kulturkreis, so löst sich dieser Zusammenhang durch das neue Staatsangehörigkeitsgesetz weitgehend auf.

Entscheidend für Gesundheit und Nicht-Gesundheit sind nicht die formalen, sondern die tatsächlichen Verhältnisse. Vom rechtlichen Standpunkt her ist die Zuerkennung der deutschen Staatsbürgerschaft ein deutlicher Gewinn für die Rechtsposition der hier lebenden Ausländer; die gesundheitlichen Verhältnisse berührt dies zunächst offenbar kaum. Solange hier eine deutlich Diskrepanz besteht - und alles weist darauf hin, dass die bloße Erlangung der deutschen Staatsbürgerschaft diese Diskrepanz jedenfalls zunächst nicht beeinflusst - muss die Gesundheitsberichterstattung differenzieren, will sie ihrem Auftrag gerecht werden. Gleichzeitig ist sie auch Beobachtungsinstrument dafür, wie sich diese Diskrepanz über die Jahre hinweg entwickelt.

Dies kann durchaus analog zu den Veränderungen gesehen werden, die durch die - ebenfalls zunächst formale - Bildung der neuen Bezirke Berlins vollzogen wurden. Auch hier wurden durch den formalen Akt die tatsächlichen Unterschiede - hier zwischen Berlin-West und -Ost - fürs erste nicht aufgehoben, auch wenn dies wünschenswert erscheint und für die Zukunft erwartet wird. Am Beispiel des Bezirkes Friedrichshain-Kreuzberg wird deutlich, wie wenig sinnvoll eine Betrachtung wäre, wenn sie einfach den neuen, formalen Gegebenheiten folgen würde. Denn danach hatten in diesem Bezirk von den Kindern, die bei der ESU 2001 untersucht wurden, etwa 67 % die deutsche und 22 % die türkische Staatsangehörigkeit. Nach den tatsächlichen Verhältnissen - und in denen leben die Kinder - wohnten im Ortsteil Kreuzberg etwa 35 % deutschstämmige, 25 % eingebürgerte und 27 % türkische Kinder; im Ortsteil Friedrichshain etwa 83 % deutschstämmige, 1 % eingebürgerte und 2 % türkische Kinder. 98 % der türkischen und 99 % der eingebürgerten Kinder des Bezirkes wohnten im Ortsteil Kreuzberg. Hier verliert eine undifferenzierte Betrachtung ihren Wert, weswegen die Kinder-Gesundheitsberichterstattung weiter notwendige Unterscheidungen - nach Berlin-West und -Ost, und andere - wahrnehmen wird.

Die Bedeutung der bloßen Staatsangehörigkeit wird in den nächsten Jahren immer mehr zurücktreten. Für die Einschuluntersuchungen wird dies vor allem ab der ESU 2005 zum Tragen kommen, wenn Kinder ausländischer Eltern, die nach § 4 Abs. 1 StAG einen deutschen Pass besitzen, vorgestellt werden.

Bei der Überarbeitung der ESU ist daher ab 2002 das Merkmal „eingebürgert“, das bisher bei deutschen Kindern erfragt wurde, entfallen. Die Staatsangehörigkeit wird weiterhin erhoben werden; als aussagekräftig wird jedoch nunmehr der Kulturkreis angesehen, in dem das Kind aufgewachsen ist. Daher wird künftig bei allen Kindern mit deutscher Staatsangehörigkeit erfragt, in welcher kulturellen Umgebung sie aufgewachsen sind. Für die Zuordnung des Kulturkreises sind ausschließlich soziokulturelle Faktoren maßgeblich. Es soll der Kulturkreis bestimmt werden, in dem das Kind überwiegend heimisch ist. Dies ist der Kreis, von dem das Kind seine wesentliche Sozialisation erhalten hat, unabhängig von Sprach- und Passverhältnissen. Sind beide Elternteile keine gebürtigen Deutschen, so wird die Zugehörigkeit zum deutschen Kulturkreis eher die Ausnahme sein, auch wenn dies im Prinzip möglich ist. Das Gleiche gilt, wenn in der Familie untereinander nicht Deutsch gesprochen wird.

Als weiteres Merkmal wird die Beherrschung der deutschen Sprache erhoben (s. Kap. 4).

Beginnend mit der Auswertung der ESU 2002 wird sich erweisen, ob diese neuentwickelten Instrumente den veränderten Anforderungen genügen, oder ob sie verfeinert werden müssen.

4 Sprache, Gesundheit und Lebenschancen

4.1 Zusammenfassung

Sprache ist nicht nur das grundlegende Kommunikationsmittel des Menschen, sondern entscheidet auch in hohem Maße über den Platz, den ein heranwachsender Mensch in einer Gesellschaft erreichen kann. Ohne gute Deutschkenntnisse sind diejenigen Berliner Kinder, die von Hause aus mit einer anderen Sprache als Deutsch aufwachsen, stark in ihren Aussichten eingeschränkt, einen günstigen Platz in der deutschen Gesellschaft mit für sie zufriedenstellender Lebensqualität und damit sozialer Gesundheit zu finden.

Die Weichen hierfür werden spätestens gestellt, wenn die Kinder in die Schule eintreten. Selbst bei vielen derjenigen Kinder, die auf einem umgangssprachlichen Niveau bisher gut zurechtgekommen sind, stellt sich durch den Gebrauch der Schriftsprache heraus, wie dünn ihre Decke von Wortschatz und Grammatik in Wirklichkeit ist. Wenn sie nicht ausreicht, sehen sich die Kinder vor zum Teil unüberwindliche Probleme gestellt. Besonders geminderte Chancen aber haben diejenigen Kinder, die noch nicht einmal diese Grundvoraussetzungen mitbringen. Dies sind nicht wenige.

Der Wandel von der Industrie- zur Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft bringt mit sich, dass niedrige Schulabschlüsse immer weniger wert sind. 2001 vergaben die Berliner Betriebe, die zur Industrie- und Handelskammer (IHK) gehören, nur 13 % ihrer Lehrstellen an Auszubildende mit Hauptschulabschluss. Bewerber/innen ohne Abschluss waren so gut wie chancenlos: Nur sechs von tausend Lehrstellen gingen an sie. Fehlende Abschlüsse sind aber charakteristisch für Kinder mit schlechten Deutschkenntnissen. Von den türkischen Erstklässlern zum Beispiel sprachen 2001 über 50 % kein Deutsch, das sie zur erfolgreichen Teilnahme am Unterricht befähigt hätte. Von den türkischen Schüler/innen verlassen gut zwei Drittel die Schule ohne Abschluss oder lediglich mit einem Hauptschulabschluss. Knapp ein Fünftel der türkischen Hauptschüler/innen - und damit doppelt so viele wie deutsche - beenden die Schule ohne Abschluss. In Berlin sind 42 % der türkischen Erwerbsfähigen ohne Arbeit, mehr als die Hälfte sind jünger als 40 Jahre.

Dies ist kein spezifisches Berliner Problem, und auch kein spezifisch deutsches; in Kalifornien beispielsweise bestehen sehr ähnliche Probleme mit den spanischsprechenden Kindern mexikanischer Herkunft. Daher gibt es eine breite internationale Forschung über die beste Methode, Schulkinder mit mangelhaften Kenntnissen der Umgebungssprache zum Schulerfolg zu verhelfen. Dies hat zur Entwicklung von verschiedenen Theorien und ihrer Erprobung in der Praxis geführt; auch in Berlin fand dies 1988 - 1993 in Form eines Schulversuchs statt. Die bekannteste Theorie ist hierbei die sogenannte Interdependenzhypothese, derzufolge solide Kenntnisse der Erstsprache den Erwerb der Zweitsprache deutlich begünstigen; die Erstsprache also zu fördern sei. Diese Theorie ist aber nach wie vor umstritten; und auch in Berlin entwickelte sich bei dem erwähnten Schulversuch darüber eine Kontroverse, die auch hier nicht beigelegt werden konnte. In jedem Fall bedeutet mangelndes Deutsch, dass erhebliche Ressourcen darauf verwendet werden müssen, diesen Kindern zum *institutionellen* Zweitspracherwerb zu verhelfen.

Eigentlich sollte die große Mehrheit der Berliner Kinder, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, bei Schulantritt akzentfrei Deutsch sprechen. Eine gesicherte Erkenntnis der Sprachforschung lautet, dass jedes Kind prinzipiell jede Sprache und auch jede Zweitsprache erwerben kann. Sprache entwickelt sich beim Kind ohne bewusste Anstrengung oder formale Unterweisung ganz spontan; sie ist *qualitativ* bei allen Menschen gleich und von allgemeineren Fähigkeiten wie Verarbeiten von Informationen oder intelligentem Verhalten zu trennen. Auch der Erwerb einer Zweitsprache folgt *im Prinzip* den gleichen Regeln wie der Erwerb der Erstsprache. Für den Zweispracherwerb gibt es dabei eigentlich nur zwei Bedingungen: Das Kind muss *systematischen und reichhaltigen Kontakt* mit der Umgebungssprache haben, und es muss durch *soziale Bezüge* ein nachhaltiges *soziales Interesse* an diesem Kontakt bestehen. Die prinzipielle Erfüllbarkeit dieser beiden Bedingungen ist in Berlin gegeben; umso mehr, als über 95 % aller Berliner Kinder in Deutschland geboren worden sind. Von allen ausländischen Kindern sind über 80 % hier geboren und mehr als 85 % seit mindestens vier Jahren in Deutschland; von den türkischen Kindern über 95 %. Nach den Forschungsergebnissen der Sprachwissenschaft ist der Zweitspracherwerb bei Vorliegen der genannten Voraussetzungen nicht nur möglich, sondern *unvermeidlich*.

Dem entspricht die Tatsache, dass es viele nicht muttersprachlich deutsche Kinder gibt, die bei Schulanfang sehr gut Deutsch sprechen. Von denen, die hier geboren sind, haben 25 % akzentfrei und weitere 25 % sehr gut Deutsch sprechen gelernt, und dies in aller Regel spontan und ohne jede Unterweisung. Selbst von den Kindern, die seit nicht mehr als zwei Jahren in Deutschland sind, spricht bereits ein Drittel sehr gut oder akzentfrei Deutsch, wie es auch von der Sprachwissenschaft her erwartet wird. Mangelnde Sprachkenntnisse können also keine prinzipiellen Ursachen haben. Es muss andere Gründe geben, die bestimmte Kinder am natürlichen Zweitsprachenerwerb *hindern*. Ein Hinweis darauf ist, dass die deutschen Sprachfähigkeiten bei verschiedenen Gruppen sehr unterschiedlich ausgeprägt sind: Kinder aus Industriestaaten westlicher Prägung, die nicht mehr als zwei Jahre in Deutschland sind, sprechen bereits zu 50 % sehr gut Deutsch; bei den türkischen Kindern sind es weniger als 25 %. Umgekehrt können sich nur etwa 30 % der entsprechenden „Industriestaaten“-Kinder gar nicht verständigen, gegenüber fast 60 % bei den türkischen Kindern.

Zur genaueren Analyse und Beobachtung der Situation in Berlin wurde im Zuge der Weiterentwicklung der Einschuluntersuchungen (ESU) daher das Merkmal „Verständigung in Deutsch mit dem Kind“ aufgenommen. Die untersuchende Ärztin/Arzt beurteilte nach Abschluss der ESU anhand einer fünfstufigen Skala, wie gut die Verständigung mit dem Kind in deutscher Sprache möglich war.

Es muss deutlich gemacht werden, dass es sich dabei um eine *soziale*, und nicht eine *sprachliche* Einschätzung handelt. Die Zielsetzung der Skala ist eine *soziale* Skalierung *anhand* der Sprache. Gemessen werden soll der *soziale Kontakt* der Kinder nichtdeutscher Muttersprache mit den muttersprachlich deutschen Kindern der Umgebungsgesellschaft. Die Sprache wird als *Indikator* für die Intensität dieses Kontaktes verwendet; basierend auf der oben dargelegten Grundannahme, dass ein Kind aus einem fremdsprachigen Elternhaus bei regelmäßigem und reichhaltigem Kontakt mit der deutschen Umgebung die deutsche Sprache - bei genügend langem Kontakt akzentfrei - erwerben *muss*.

In der öffentlichen Diskussion werden die mit Sprache zusammenhängenden Begriffe nicht immer mit der erforderlichen Genauigkeit verwandt. Es werden sehr verschiedene Tatbestände unter dem Begriff „schlecht sprechen“ subsummiert. Zur Begriffsklärung werden daher am Anfang des Kapitels die notwendigen Abgrenzungen vorgenommen. Dies betrifft zum Beispiel die *Sprach- und Sprechstörungen*, die von der *Spracharmut* abzugrenzen sind; und beide Kategorien sind klar zu trennen von dem hier behandelten Thema des mangelnden *Zweitsprachenerwerbs*.

Nachfolgend sollen stichpunktartig die wichtigsten Ergebnisse wiedergegeben werden. Wegen der differenzierten Materie und der dementsprechenden Erläuterungen wird aber die Lektüre des ganzen Kapitels empfohlen.

- Es werden verschiedene Gruppen von Kindern nichtdeutscher Muttersprache betrachtet. Dies sind im Wesentlichen die türkischen Kinder, die Kinder aus den Staaten des ehemaligen Ostblocks (einschließlich Jugoslawien), aus westlich geprägten Industriestaaten (Europa, USA, Kanada, Australien etc.), und aus den sonstigen Ländern. Daneben werden von den Kindern mit deutscher Staatsangehörigkeit diejenigen einbezogen, die eingebürgert wurden, und in einer letzten Gruppe die, die nicht akzentfrei sprachen (Deutsche anderer Herkunft). Einzelheiten hierzu sind in Kap. 3.4.1 beschrieben. Nachfolgend werden die Gruppen mit Kurzbezeichnungen angesprochen. Nicht bei allen Betrachtungen war es notwendig, nach allen Gruppen zu differenzieren.
- Bereits in Deutschland geboren waren von den türkischen Kindern rund 93 %, von den eingebürgerten etwa 80 %, von den Kindern aus dem ehemaligen Ostblock gut 65 %, und von den aus Industriestaaten 63 %. Die Analyse zeigt, dass man sich bei den meisten Betrachtungen gut auf diese in Deutschland geborenen Kinder beschränken kann.
- Untersucht man nun die beiden Enden der Sprachskala - die sehr schlecht bzw. sehr gut sprechenden Kinder - , so ergibt sich folgendes Bild: Den geringsten Anteil von kaum Deutsch sprechenden Kindern haben mit ~15 % diejenigen aus den Industriestaaten, den höchsten mit ~30 % die aus sonstigen Ländern; alle anderen liegen mit ungefähr 25 % dazwischen. Bei den sehr gut oder gar akzentfrei sprechenden Kindern haben die Industrienationen mit 70 % den mit Abstand höchsten Anteil; die anderen Gruppen liegen um die 50 %, davon die türkischen Kinder mit 46 % am Ende.
- Verfolgt man den Spracherwerb der erst nach Geburt zugezogenen Kinder über die wachsende Zahl ihrer Aufenthaltsjahre hinweg, so zeigt sich Folgendes:
Türkische Kinder, die erst maximal ein Jahr vor der Einschuluntersuchung nach Deutschland gekommen

waren, sprachen in keinem Fall mehr als ein paar Wörter Deutsch. Bis zu drei Jahren Aufenthalt sprachen etwa zwei Drittel es weiterhin praktisch nicht; die Gruppe der gut Sprechenden blieb klein (~ 20 %) und wurde mit wachsender Aufenthaltsdauer nicht größer. Erst danach waren die nicht Deutsch Sprechenden in der Minderheit, und die Gruppe der gut Sprechenden wuchs deutlich an. Die Kinder aus den ehemaligen Ostblockländern zeigten ein recht ähnliches Bild. Das Muster des Zweitspracherwerbs bei den Kindern aus westlich geprägten Industrieländern unterschied sich hiervon erheblich. Bereits im ersten Jahr des Aufenthaltes sprachen mehr Kinder gut Deutsch als türkische Kinder nach 4 Jahren, und fast so viele wie in Deutschland geborene türkische Kinder. Mit wachsendem Aufenthalt nahm die Anzahl der nicht Deutsch sprechenden Kinder kontinuierlich ab.

- Zur Rolle des Kindergartens beim Spracherwerb: Von den türkischen Kindern oder denen aus Industrieländern wurden jeweils nur etwa 10 % vor der Einschuluntersuchung *nicht* in einer Einrichtung (KITA, Vorschule, Tagesmutter etc.) betreut. Bei den Kindern aus sonstigen Ländern waren es aber über 20 %, und bei den Kindern aus den ehemaligen Ostblockländern sogar über 25 %, die zu Hause blieben. Der Einfluss auf den Spracherwerb war eindeutig: Von den KITA-Kindern sprachen weniger als 18 % kein Deutsch, von den unbetreuten dagegen fast 60 %. Auffallend ist hier, wieviel schlechter die Vorklasse gegenüber der KITA abschnitt: Knapp 30 % konnten sich nicht auf Deutsch verständigen, also auch nicht mit den Lehrerinnen. Positiv gesehen sprachen nach KITA-Besuch über 55 % der Kinder sehr gut Deutsch, gegenüber 38 % nach Vorklasse und gut 20 % bei fehlender Betreuung.
- Differenziert nach den verschiedenen Gruppen ergibt sich Folgendes: Von einem KITA-Besuch profitierten alle Kinder stark, die „Industriestaaten“- und „Ostblock“-Kinder jedoch wesentlich mehr als die türkischen. Bei einem Vorklassenbesuch war demgegenüber das Niveau deutlich schlechter bei weitgehend gleichen Prozentzahlen zwischen den drei Gruppen. Allerdings sprachen die türkischen KITA-Kinder - im Gegensatz zu allen anderen - nicht besser Deutsch als die türkischen Vorklassenkinder. Die Kinder, die nicht institutionell betreut worden waren, wiesen das weitaus schlechteste Niveau auf. Eine Ausnahme bildeten jedoch die „Industriestaaten“-Kinder, die fast so gut (oder so schlecht) Deutsch sprachen, als wären sie in die Vorklasse gegangen.
- Bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen deutscher Sprachfähigkeit und sozialer Schicht ergaben sich die erwarteten deutlichen Unterschiede zugunsten der Oberschicht. Vor allem zwei Befunde wurden deutlich: Die Grenzen verlaufen nicht so sehr zwischen den drei Schichten, als vielmehr zwischen der unteren sozialen Schicht einerseits und der mittleren und oberen Schicht andererseits. Auch die Unterschiede zwischen Kindern verschiedener Staatsangehörigkeit liegen in den oberen sozialen Schichten. In der unteren sozialen Schicht sprechen die Kinder allesamt nahezu gleich schlecht.
- Wichtig ist auch der Vergleich zwischen den Sprachfähigkeiten von Eltern und Kindern. Bei den türkischen Familien ergeben sich Hinweise, dass die Kinder im Durchschnitt *schlechter* sprechen als ihre Eltern. Vor allem der Anteil, der über gute, wenn auch nicht perfekte deutsche Sprachkenntnisse verfügt, ist bei den Eltern erheblich größer. Dies ist bei Familien, die aus den Ländern des ehemaligen Ostblocks kommen, anders. Eltern und Kinder sprechen gleich gut oder schlecht Deutsch; nur sprechen doppelt soviele Kinder akzentfrei Deutsch wie ihre Eltern.
- Zuletzt wurde noch der Einfluss der Umgebung auf den Spracherwerb untersucht. Hierzu wurden die Ergebnisse eines Gebiet mit einem Anteil von türkischen Kindern unter 5 % einem anderen mit einem Anteil von über 20 % gegenübergestellt, wobei der Einfluss der sozialen Schicht durch Gewichtung ausgeschaltet wurde. Es ergab sich ein deutlicher Gegensatz: Im ersten Gebiet sprachen von den türkischen Kindern über 80 % sehr gut Deutsch, gegenüber weniger als 40 % im zweiten. Gar keine Deutschkenntnisse hatten im ersten Gebiet lediglich 9 % gegenüber mehr als 30 % im zweiten.

Ausgehend von diesen Ergebnissen werden eine Reihe von Überlegungen zur gegenwärtigen Situation und zum weiteren Ausblick angestellt.

4.2 Gesundheitliche Bedeutung

Sprache ist *das* zentrale Kommunikationsmittel des Menschen. Über ihre zweckgerichteten Funktionen hinaus bestimmt sie aber auch soziale Verhältnisse; sie bildet eine Basis für die Einordnung in soziale Bezüge.

Damit kommt der Sprache eine Indikatorfunktion für gesunde oder ungesunde soziale und emotionale Verhältnisse und Entwicklungen zu. Dementsprechend ist die Prävention von Sprach- und Sprechstörungen auch als prioritäres Gesundheitsziel für Kinder anerkannt. Sprachprobleme sind als Störungen der sozialen Gesundheit ein Thema der Gesundheitsberichterstattung.

Dies gilt insbesondere für Kinder nichtdeutscher Herkunftssprache, die bei Schulantritt kein Deutsch können, denn sie haben ein hohes Risiko für lebenslang reduzierte Chancen in der deutschen Gesellschaft.

Für Kinder mit schlechten Deutschkenntnissen sind niedrige oder gar fehlende Schulabschlüsse charakteristisch. Von den türkischen Erstklässlern zum Beispiel sprachen 2001 über 50 % kein Deutsch, das sie zur erfolgreichen Teilnahme am Unterricht befähigt hätte. Von den türkischen Schüler/innen verlassen gut zwei Drittel die Schule völlig ohne Abschluss oder lediglich mit einem Hauptschulabschluss. Knapp ein Fünftel der türkischen Hauptschüler/innen und damit doppelt so viele wie deutsche beenden die Schule ohne Abschluss. Dies ist eng mit der Tatsache verbunden, dass in Berlin 42 % der Türken im erwerbsfähigen Alter ohne Arbeit sind, mehr als die Hälfte davon sind jünger als 40 Jahre.

Dies bedeutet, dass jedes Jahr eine hohe Zahl von 15-jährigen Kindern nichtdeutscher Herkunftssprache die Schule verlässt, die auf unabsehbare Zeit nur geringe Chancen auf einen Platz in der sozialen Mitte der Gesellschaft haben. Dies ist kein gesundheitsförderlicher Zustand, und zudem ist zurzeit keine Tendenz zur Verbesserung, sondern eher eine zur Verschlechterung zu erkennen.

4.3 Grundlagen

Ziel der Untersuchung

Dieses Kapitel behandelt die Fähigkeiten Kinder nichtdeutscher Herkunftssprache, bei Schulantritt Deutsch zu sprechen. Es konzentriert sich dabei auf diejenigen Kinder, die bereits in Deutschland gebo-

ren sind, und dennoch in den Jahren bis zum Schulbeginn nicht genug Deutsch gelernt haben, um dem Unterricht folgen zu können. Es untersucht einige Gründe, die diese Kinder am Zweitspracherwerb gehindert haben könnten.

Abgrenzung zu den Sprachstandserhebungen der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport

Die Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport hat 2002 in vier ausgewählten Berliner Bezirken eine Sprachstandserhebung durchgeführt (s. 4.3.2), die ab 2003 auf alle Berliner Bezirke ausgedehnt worden ist. Diese Sprachstandserhebung dauert je Kind ungefähr 30 Minuten und erfasst die Beherrschung der deutschen Sprache von *allen* Kindern, ob es sich um die *Erstsprache* bei Kindern deutscher Herkunft oder um die *Zweitsprache* bei Kindern nichtdeutscher Herkunftssprache handelt. Dementsprechend trifft sie auch bei diesen beiden Gruppen jeweils verschiedene Aussagen: Bei der erstgenannten Gruppe sagen die Sprachfähigkeiten weitgehend etwas aus über die sprachliche Zuwendung im familiären Milieu, bei der zweitgenannten vorwiegend etwas über die Qualität des Kontakts mit Deutschsprachigen der Umgebungsgesellschaft. In Bezug auf die zweite Gruppe lautet die wichtigste sich anschließende Fragestellung für die Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport: Was ist der beste Weg, um Kindern *nichtdeutscher Herkunftssprache*, die bei Schulantritt nicht ausreichend Deutsch sprechen, *institutionell* zu Deutsch verhelfen?

Im Gegensatz hierzu werden unsere Daten im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen (ESU) gewonnen, die *insgesamt* zwischen 20 und 30 Minuten dauert. Sie beruhen auf einer standardisierten Einschätzung der Beherrschung der deutschen Sprache *nur* von Kindern nichtdeutscher Herkunftssprache durch die untersuchenden Ärztinnen/Ärzte. Es handelt sich hier in erster Linie nicht um eine *sprachliche*, sondern um eine *soziale* Messung *anhand* der Sprache. Die Fragestellung lautet hier: Könnten die meisten der Kinder mit ungenügenden Sprachkenntnissen die deutsche Sprache nicht *vor* dem Schuleintritt *spontan* erwerben? Und: Welche möglichen *sozialen Umstände* können zu dem spontanen Nichterwerb beitragen?

Hierbei wird - dem Stand der Spracherwerbsforschung folgend - davon ausgegangen, dass prinzipiell jedes Kind jede Erst- und Zweitsprache erlernen kann, ohne dass hierzu eine besondere oder gar professionelle Anleitung erforderlich ist. Hat ein Kind systematischen und reichhaltigen Kontakt

mit der Umgebungssprache und besteht durch soziale Bezüge ein Interesse an der Kommunikation in dieser Sprache - wie dies unter Vorschulkindern üblich ist -, dann ist der Zweitspracherwerb nicht nur *möglich*, sondern *unvermeidlich*. Daher sind die Sprachfähigkeiten der genannten Kinder ein guter Indikator für ihren sozialen Kontakt mit der Umgebungsgesellschaft.

Die beiden Senatsverwaltungen untersuchen also verschiedene Aspekte mit verschiedenen dahinter stehenden Problemstellungen, die jedoch eng miteinander verknüpft sind und sich gegenseitig ergänzen. Sie haben daher auch eine Kooperation vereinbart.

Gliederung dieses Kapitels

Die oben gemachten Annahmen über den Spracherwerb bei Kindern basieren auf sprachwissenschaftlichen Forschungsergebnissen. Diese Ergebnisse sind zum Teil außerhalb der Fachöffentlichkeit nicht bekannt; vielmehr herrschen oft noch Auffassungen vor, die durch die Forschung der letzten Jahre überholt sind. Da dieser Forschungsstand jedoch die Basis für die nachfolgenden Betrachtungen bildet, werden die notwendigen sprachwissenschaftlichen Grundlagen in diesem Grundlagenkapitel angeführt (4.3.5), um das Verständnis sicher zu stellen.

In der öffentlichen Diskussion über „schlecht sprechende Kinder“ werden oft die sprachlichen Begriffe nicht mit der erforderlichen Genauigkeit gebraucht. Insbesondere wird oft nicht klar genug unterschieden zwischen *Sprach- und Sprechstörungen*, *Spracharmut*, und *mangelnden Deutschkenntnissen* von Kindern nichtdeutscher Herkunftssprache. Alle diese Kinder „sprechen schlecht“, aber die Sprachbilder, Ursachen und Therapiemöglichkeiten sind in der Regel verschieden. Daher wurde diesem Kapitel eine kurze Begriffsklärung vorangestellt, um die Zielgruppe klar zu benennen, und Missverständnissen und Begriffsvermengungen zu vermeiden (4.3.1 bis 4.3.3). In einer Übersicht wird dies im Abschnitt 4.3.4 zusammengefasst.

Das Erfassungsinstrument, mit dem die Beherrschung der deutschen Sprache bei Kindern nichtdeutscher Herkunftssprache gemessen wurde, wird im Abschnitt 4.4 beschrieben. Die Ergebnisse der Untersuchung finden sich im Abschnitt 4.5.

4.3.1 Sprach- und Sprechstörungen

Sprach- und Sprechstörungen treten bereits beim Erwerb der *Muttersprache* auf. Obwohl es sie in allen Sprachen gibt, muss man sich im Rahmen der Einschuluntersuchung (s. 4.3.2) auf die Störungen beschränken, die beim Deutschsprechen auftreten, also weit überwiegend bei Kindern deutscher Muttersprache. Selbst für diese Kinder sind die diagnostischen und therapeutischen Kapazitäten ungenügend; für andere Sprachen ist keine Leistbarkeit gegeben.

Stimmstörungen

Stimmstörungen sind in aller Regel rein somatisch bedingte Krankheiten, die durch pathologische Veränderungen am Stimmapparat verursacht werden. Sie sind vergleichsweise selten und haben kaum epidemiologische und präventivkonzeptionelle Bedeutung. Solche Störungen werden in aller Regel frühzeitig erkannt und einer Therapie zugeführt. Einen Präventivansatz gibt es meist nicht. Aus diesem Grund werden Stimmstörungen in der neukonzipierten Fassung der Einschuluntersuchung (ESU) 2002 auch nicht mehr erfasst.

Sprechstörungen

Dies sind Störungen der Lautbildung (Artikulationsstörungen) oder des Sprachflusses (Stottern, Stammeln, Poltern)¹. Die Ursache ist vielgestaltig und oft nicht abzugrenzen. Obwohl solche Störungen nicht selten sind und für das einzelne Kind erhebliche Bedeutung haben können, ist auch hier keine epidemiologische oder präventivkonzeptionelle Bedeutung gegeben. Die in den zurückliegenden Jahren gewonnenen Daten sind nicht in gesundheitsfördernde Maßnahmen eingeflossen; auch für die Zukunft ist weder die Möglichkeit noch die Notwendigkeit eines Ansatzes hierfür ersichtlich. Diese Angaben werden ebenfalls ab der ESU 2002 nicht mehr erhoben.

Sprachentwicklungsstörungen

Bei den umschriebenen Störungen der Sprache sind die normalen Entwicklungsmuster der Sprache von frühen Entwicklungsstufen an beeinträchtigt. Die Störungen können nicht direkt neurologischen Störungen, Störungen des Sprechablaufs, sensorischen Beeinträchtigungen, Intelligenzminderungen oder Umweltfaktoren zugeordnet werden¹. Sie werden in expressive und rezepive Störungen unterteilt; also in die Schwierigkeit, Sachverhalte sprachlich angemessen auszudrücken, oder gesprochener Sprache den korrekten Sinn zu entnehmen.

In den letzten etwa zehn Jahren scheint sich durch neuere Forschungen herauszukristallisieren, dass expressive und rezeptive Störungen nicht die gleiche Wertigkeit und Bedeutung für die weitere Entwicklung eines Kindes besitzen. Demnach haben rezeptive Störungen wahrscheinlich schwerwiegendere Auswirkungen, weil sie mit ein Ausdruck für die kognitiven Fähigkeiten bzw. Defizite eines Kindes sind. Testet man Kinder, die im Kleinkindalter rezeptive Auffälligkeiten aufwiesen, mit etwa 15 Jahren erneut, so ergibt sich, dass die sprachlichen Defizite nicht mehr so hervortreten, die kognitiven Defizite aber sogar zugenommen haben².

Solche Störungen haben erhebliche Auswirkungen auf den Schulerfolg und die weiteren beruflichen Chancen. Jedoch fehlt noch viel Wissen über Ursache und Verlauf dieser Störungen. Diese Lücken versucht die Deutsche Sprachentwicklungsstudie zu schließen, die an der Kinderklinik Lindenhof am Krankenhaus Lichtenberg durchgeführt wird³:

„Die Untersuchungen der letzten Jahre zeigen übereinstimmend, dass Kinder im Allgemeinen die Kernbereiche der Grammatik und des Wortschatzes der Erwachsenensprache innerhalb der ersten drei Lebensjahre erwerben. Jedoch weisen etwa 3 - 8% der Kinder eines Jahrganges (Grimm, 1999), bei denen sonst keine offensichtlichen Beeinträchtigungen wie neurologische Störungen, Hörschäden, mentale Retardierung, oder soziale Deprivation festzustellen sind, erhebliche Schwierigkeiten beim Erwerb ihrer Muttersprache auf. Man spricht in diesem Fall von spezifischen Spracherwerbsstörungen. Diese Kinder zeigen unterschiedliche Auffälligkeiten, wie beispielsweise einen verspäteten Sprechbeginn, Wortschatzarmut, Verstehensschwierigkeiten, sowie Defizite im Bereich der Phonologie, der Morphologie, und der Syntax. Trotz der intensiven Forschungen der letzten Jahre ist immer noch weitgehend unklar, worauf diese Störungen des Spracherwerbs zurückzuführen sind. Diskutiert werden sich nicht notwendigerweise einander ausschließende Erklärungsmodelle, deren Ansätze von genetischen und neuroanatomischen Abweichungen über perzeptuelle und kognitive Defizite bis hin zu rein sprachlichen Ursachen für die Spracherwerbsstörungen reichen (vgl. den Überblick bei Leonard, 1998).

Es liegt auf der Hand, dass diese Wissenslücken die Diagnose, Therapie und vor allem die Prävention von Spracherwerbsstörungen stark einschränken. Wenn die für den Spracherwerb entscheidenden Entwicklungsschritte in den ersten drei Lebensjahren getan werden, und wenn die Sprachentwicklung nur in diesem Zeitfenster, etwa aufgrund

der hierfür notwendigen Plastizität des Gehirns, störungsfrei verlaufen kann, dann ist es für eine erfolgversprechende Intervention unerlässlich, Spracherwerbsstörungen und ihre ersten Anzeichen möglichst früh zu erkennen. Nur so besteht Aussicht darauf, die mit Spracherwerbsstörungen verbundenen gravierenden Folgen für die geistige und soziale Entwicklung der Betroffenen und die sich daraus ergebenden erheblichen sozio-ökonomischen Kosten durch die Entwicklung neuer Interventionsmöglichkeiten zu verringern.

Die bisherigen Forschungen legen nahe, dass Sprachentwicklungsstörungen vermutlich das Resultat des Zusammenwirkens von Faktoren aus unterschiedlichen Entwicklungsbereichen sind. Das bedeutet, dass die Entstehung von Spracherwerbsstörungen nur durch interdisziplinäre Forschung geklärt werden kann.“

Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz arbeitet zur Zeit mit dem Sprecher der Studie, Prof. Dr. Jürgen Weissenborn vom Institut für Allgemeine Sprachwissenschaft der Universität Potsdam, und PD Dr. Zvi Penner von der Fachgruppe Sprachwissenschaft der Universität Konstanz an der Konzeption eines Screenings, das unter den Rahmenbedingungen einer ESU leistbar sein und dennoch valide Resultate ergeben könnte.

Ein solches Screeninginstrument hätte große epidemiologische Bedeutung. Die Entwicklung einer Präventionsmaßnahme - falls Prävention überhaupt möglich sein sollte - ist beim gegenwärtigen Wissensstand nicht absehbar. Das Hauptgewicht für die Erkenntnisse läge auf der Erkennung, Förderung und Therapie auf der einen Seite; auf der anderen Seite aber auch bei den schulischen Belangen.

4.3.2 Spracharmut

„Spracharmut“ ist kein wissenschaftlicher Begriff oder eine umschriebene Störung. Die Bezeichnung wird landläufig für das Unvermögen gebraucht, sich in vielgestaltiger Weise seiner *Muttersprache* bedienen und auch Nuancen mit ihrer Hilfe ausdrücken zu können. Die Bedeutung von Spracharmut liegt darin, dass sie ein Indikator für die ungünstige soziale Entwicklung eines Kindes ist.

Daher führen die Meldungen von Erziehern und Lehrern über eine zunehmende Spracharmut bei Kindern zu wachsenden Besorgnissen über den Stand von sozialen und geistigen Fähigkeiten von Kindern. Insbesondere ein Verfall dieser Fähigkeiten durch passiven Medienkonsum wird mit der

wachsenden Spracharmut in Verbindung gebracht. Die Sprache wird als Indikator für einen gesellschaftlichen Wandel gesehen, mit mangelnder Beschäftigung von Eltern mit ihren Kindern, ungenügendem Wahrnehmen ihrer (positiven) Vorbildfunktion, und damit auch immer mehr verkümmender sozialer Kompetenz der Kinder.

Daher hat die für Schule zuständige Senatsverwaltung ein Verfahren zur Sprachstandserhebung entwickeln lassen, mit dem die beiden Sprachstandserhebungen 1998 und 2000 in Berlin bei Weddinger Schulkindern durchgeführt wurden^{4,5}. Die Sprachstandsfeststellung bei künftigen Erstklässlern wird in einem gestuften Verfahren in ganz Berlin eingeführt. Sie ist in einem ersten Schritt mit allen für das Schuljahr 2002/03 angemeldeten Kindern in den vier Bezirken erfolgt, die den höchsten Anteil Schüler nichtdeutscher Herkunftssprache aufweisen: Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg, Tempelhof-Schöneberg und Neukölln⁶. Die Sprachstandsfeststellung wird seit Frühjahr 2003 in allen 12 Bezirken durchgeführt⁷.

Die Sprachstandserhebungen wurden an muttersprachlich deutschen und nichtdeutschen Kindern gleichermaßen vorgenommen. Dies kann zu Unklarheiten führen, denn sowohl von den Ursachen als auch von den notwendigen Maßnahmen her handelt es sich um zwei verschiedene Dinge. Wenn muttersprachlich deutsche Kinder bei der Einschulung erhebliche Defizite aufweisen, dann handelt es sich um eine soziale Störung, deren Ursprung in aller Regel in der Familie liegt. Wenn muttersprachlich nicht-deutsche Kinder bei der Einschulung nicht deutsch sprechen können, dann handelt es sich neben der familiären Situation um ein gesellschaftliches Problem, dessen Ursprung in der Regel in der mangelhaften oder fehlende Integration von Familien ausländischer Herkunft in die sie umgebende deutsche Gesellschaft liegen dürfte.

4.3.3 Mangelnde Beherrschung der deutschen Sprache von Kindern nichtdeutscher Herkunftssprache

Die mangelnde Beherrschung einer Zweitsprache - hier Deutsch - darf *nicht* zu den Sprach- oder Sprechstörungen gerechnet werden, da es sich um keine medizinische oder linguistische Störung handelt. Es handelt es sich um ein *soziales Problem* mit *schwerwiegenden Folgen* für die *Entwicklung und die Lebenschancen* eines betroffenen Kindes. Dieses soziale Problem und seine Folgen sind der Hauptgegenstand dieses Kapitels.

Auf einer ersten Betrachtungsebene sind die Ursachen für mangelhafte Deutschkenntnisse von Kindern nichtdeutscher Muttersprache nicht entscheidend, denn sowohl der Schulerfolg als auch die weitere Lebensperspektive solcher Kinder sind gefährdet, unabhängig vom Grund dieses Defizits.

Eine tiefere Analyse zeigt, dass die Gründe für dieses Defizit unter Umständen noch wichtiger sind als die mangelnden Sprachkenntnisse selbst. Denn nach den Erkenntnissen der Sprachforschung kann ein solches Defizit bei ausreichendem Sozialkontakt nicht auftreten. Tritt es auf, kann der Sozialkontakt nicht ausreichend gewesen sein. Ein solcher mangelnder Sozialkontakt stellt eine Gefährdung für die soziale Gesundheit eines Kindes dar, wie sie auch in der Gesundheitsdefinition der WHO zum Ausdruck kommt, weil er die Entwicklungs-, Bildungs-, Arbeits- und Lebensperspektiven eines Kindes in der deutschen Umgebungsgesellschaft behindert und verschlechtert.

4.3.4 Sprach-/Sprechstörungen und schlechte Deutschkenntnisse: Zusammenfassung

Die verschiedenen Begriffe

Zusammengefasst - und dadurch notwendigerweise auch verkürzt - kann man die verschiedenen Sprachprobleme so charakterisieren und voneinander abgrenzen (wobei „richtig sprechen“ für „grammatikalisch richtig sprechen“ steht):

Sprach- und Sprechstörungen:

- Sprechstörungen: Die Kinder haben Schwierigkeiten mit der richtigen *Aussprache*, aber sie *verstehen* richtig und *sprechen* richtig.
- Sprachentwicklungsstörungen: Die Kinder *verstehen* nicht richtig und *sprechen* nicht richtig.

Spracharmut

- Spracharmut: Die Kinder *verstehen* richtig und *sprechen* richtig, aber sie sprechen *schlecht*.

Mangelnde Deutschkenntnisse

- Die Kinder *verstehen* und *sprechen* schlecht *Deutsch*.

Die Datensituation für Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung/Prävention stellt sich folgendermaßen dar:

Sprach- und Sprechstörungen:

- Sprechstörungen: Diese Störungen werden von der ESU nicht mehr erfasst. Zwar können sie

für das einzelne Kind große Bedeutung haben, ihre gesamtgesellschaftliche Bedeutung ist aber gering, da die kognitiven Fähigkeiten (schulisch: der Lernerfolg) nicht beeinträchtigt sind. Die Kinder kommen in aller Regel frühzeitig in Therapie; eine Prävention ist nicht möglich.

- Sprachentwicklungsstörungen: Die Deutsche Sprachstudie erforscht Häufigkeit und Ursachen. Die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung arbeitet an der Entwicklung eines entsprechenden Screeningtestes für die ESU. Es ist nicht sicher, ob ein Test mit akzeptabler Güte in eine Untersuchung wie die ESU integriert werden kann.

Spracharmut:

- Die Sprachstandserhebungen der für Schule zuständigen Senatsverwaltung erfassen die Fähigkeit im Deutschsprechen aller Kinder, ob muttersprachlich deutsch oder nicht. Die für Gesundheit und die für Jugend zuständige Senatsverwaltung kooperieren und prüfen, inwieweit sich die Sprachstandserhebungen und die ESU ergänzen können.

Mangelnde Deutschkenntnisse

- Hierfür liefert die ESU Grundlagenerkenntnisse, die in diesem Kapitel dargestellt werden.

4.3.5 Spracherwerb, Zweisprachigkeit und Schulerfolg

Sprache - und damit natürlicherweise auch der Spracherwerb - ist eine der komplexesten, wenn nicht *die* komplexeste Leistung des Menschen. Es gibt daher noch nicht viele Grundmechanismen, über die in der internationalen Forschung weitgehend Übereinstimmung besteht und die als gesichert angesehen werden können. Einige dieser gesicherten Erkenntnisse widersprechen Vorstellungen, die außerhalb der Fachöffentlichkeit zum Teil fest verankert sind. Auch Fachartikel in den allgemeinen Medien enthalten manchmal solche überholten Vorstellungen⁸. Daher ist die Vermittlung von Grundlageninformationen von besonderer Bedeutung.

Sprache und Kultur

Sprache ist zudem in aller Regel auch Trägerin von Kultur. Zu einem gewissen Teil wohl auch in sich selbst; in entscheidendem Maße aber dadurch, dass erst sie einen differenzierten sozialen Kontakt mit der Umgebungsgesellschaft ermöglicht. Zweit-

sprachenerwerb bedeutet in diesem Zusammenhang immer auch einen gewissen Zweitkulturerwerb. Der Erwerb mit Hinwendung zu einer Zweitsprache und dann vielleicht auch Übernahme als Regelsprache kann zu Kulturwechsel führen, der als Kulturverlust empfunden und Abwehr hervorrufen kann. Dem stehen Forderungen von Teilen der Umgebungsgesellschaft gegenüber, bei der die Bildung einer abgeschotteten Inselgemeinschaft ihrerseits zu Ängsten und Ressentiments führt.

Dies resultiert in kontrovers geführten Diskussionen über Notwendigkeit, Zeitpunkt und Modalitäten des Zweitspracherwerbs, welche Rolle der Staat dabei spielen und welche Maßnahmen er ergreifen sollte und überhaupt dürfte oder auch dürfen sollte^{8,9,10,11,12,13,14,15,16}. Hierbei sind nicht immer Fakten zur Hand, um die eigene Anschauung zu belegen; nicht immer werden Fakten berücksichtigt, wenn sie die eigene Anschauung nicht stützen. Wie erwähnt, werden dabei manchmal auch von neutralen Beobachter/innen Anschauungen über Erst- und Zweitspracherwerb vertreten und damit verstärkt, die von der wissenschaftlichen Forschung mittlerweile als überholt angesehen werden. Auch die Verallgemeinerung oft sehr punktueller persönlicher Erfahrungen, die fast jede/r beitragen kann, spielt keine förderliche Rolle.

Der Spracherwerb des Kindes

Von den vorliegenden sprachwissenschaftlichen Forschungsergebnissen über den menschliche Spracherwerb sollen nur einige derjenigen aufgeführt werden, die für die nachfolgenden Betrachtungen Bedeutung haben. Darunter insbesondere solche, die nicht den oben erwähnten landläufigen Annahmen in der Öffentlichkeit entsprechen.

- Spracherwerb ist universal. Jedes Kind ist prinzipiell in der Lage, jede Sprache als Erstsprache zu erwerben.
- Kinder erwerben Sprache(n) nicht durch Nachahmung. Sprache entwickelt sich vielmehr ohne bewusste Anstrengung oder formale Unterweisung beim Kind ganz spontan; der Erwerb ist qualitativ bei allen Menschen gleich und von allgemeineren Fähigkeiten wie Verarbeiten von Informationen oder intelligentem Verhalten zu trennen¹⁷. „Qualitativ gleich“ bedeutet, dass regelhaft alle Kinder den entscheidenden Teil des Erwerbs einer Sprache, nämlich den der Grundstrukturen, *in gleicher Weise* vollbringen; normalerweise bis zum fünften Lebensjahr. Sprachliche und kognitive Entwicklung müssen zudem keineswegs parallel verlaufen.

- Es ist für ein Kind aus mehreren Gründen unmöglich, nur aus der ihm „dargebotenen“ Sprache - die zudem öfter auch selbst grammatisch unvollständig und inkorrekt ist - die zugrundeliegende Grammatik abzuleiten. (Stichworte sind hier beispielsweise Unterdetermination, Degeneration, negative Evidenz oder Poverty of Stimulus.)¹⁸ Die zunächst unerklärlich wirkende Tatsache, dass Kinder dennoch die Grammatik jeder Sprache in verhältnismäßig kurzer Zeit erwerben, hat zu der Annahme geführt, dass der Mensch bereits vorgeformte Fähigkeiten mitbringen müsse¹⁹. Zu Art und Natur dieser Fähigkeiten gibt es eine Anzahl von Hypothesen; allgemein anerkannt ist keine davon.
- Grammatische Korrekturen von kindlichen Fehlern sind nicht nur unnötig, sondern sogar unnütz. Sie fördern den Spracherwerb nicht; Kinder ignorieren sie systematisch. Grammatische Fortschritte machen Kinder dann, wenn sie dazu bereit und fähig sind; dies hängt nicht vom Angebot ab¹⁹.
- Sprache wird von einem Kind nicht als Selbstzweck gelernt. Der - große - Antrieb zum Erwerb besteht in der Notwendigkeit oder dem Bedürfnis nach aktiver Kommunikation mit anderen Menschen. Ohne diesen Antrieb - beispielsweise beim passiven Fernsehkonsum - lernt ein Kind keine Sprache. Umgekehrt ist Spracherwerb beim Vorliegen dieser Voraussetzungen praktisch unvermeidlich.

Dies bedeutet, dass im Grundsatz jedes Kind jede Sprache lernt, wenn es systematischen und reichhaltigen Kontakt mit ihr hat, und durch soziale Bezüge - wie sie sich unter Kindern ohne weitere Maßnahmen entwickeln - ein Interesse an Kommunikation in dieser Sprache besteht.

Zweitsprachenerwerb

Hier muss vorab ein Hinweis zur Terminologie gegeben werden. Unter Zweisprachigkeit wird im Deutschen ziemlich übereinstimmend der Erwerb von zwei Sprachen im *Kindesalter* verstanden; beide Sprachen werden also weitgehend „natürlich“ und akzentfrei gesprochen. Der Begriff „bilingual“ ist im Englischen dagegen nicht so gut definiert; oft wird darunter lediglich die Beherrschung von zwei Sprachen ohne Berücksichtigung des Erwerbszeitpunktes verstanden. Nachfolgend wird bei „Zweisprachigkeit“ und „Zweitsprachenerwerb“ immer das *Kindesalter* vorausgesetzt.

Die Untersuchung von Zweisprachigkeit hat in den letzten Jahren einen deutlichen Aufschwung ge-

nommen; hierzu trugen nicht zuletzt die stark erweiterten technischen Möglichkeiten bei. Ein Beispiel hierfür ist die PET (Positronen-Emissions-Tomografie), mittels derer sozusagen „dem Gehirn beim Denken zugesehen“ werden kann. Durch sie konnte geklärt werden, dass bei Zweisprachigen gegenüber Personen, die erst nach dem Kindesalter eine Sprache als Fremdsprache gelernt hatten, Teile der sprachlichen Organisation *im Hirngewebe* verschieden war.

Daher gibt es über den prinzipiellen Zweitsprachenerwerb mittlerweile Einigkeit über eine Reihe von Aussagen.

- Zweisprachigkeit ist keine herausragende Besonderheit. Ein beträchtlicher Teil der Menschheit wächst regelhaft zwei- oder mehrsprachig auf. Jedes Kind hat grundsätzlich die Fähigkeit hierzu.
- Der Erwerb einer Zweitsprache folgt *im Prinzip* den gleichen Regeln wie der Erwerb der Erstsprache.
- Zweisprachigkeit stellt vom Grundsatz her keine Überforderung eines Kindes dar und beeinträchtigt den normalen Spracherwerb in beiden Sprachen nicht¹⁷. Die beiden Sprachen haben auch aufeinander keinen schädlichen oder störenden Einfluss, unter anderem deswegen, weil zwischen ihnen filternde Mechanismen bestehen²⁰.
- Zweisprachige Kinder beherrschen ihre beiden Sprachen jeweils nicht zwangsläufig schlechter als einsprachige Kinder ihre eine. Die jeweiligen Ausprägungen hängen stark von den verschiedenen sozialen Faktoren ab. Allerdings ist schon allein aus quantitativen Gründen mit einer längeren Erwerbsdauer zu rechnen.

Es gibt noch eine ganze Reihe von weiteren Aspekten; so zum Beispiel, in welcher Kombination von Orten und Personen ein Kind die beiden Sprachen jeweils hört; und in welchem Maße mit den verschiedenen Sprachen auch verschiedene Kulturen verknüpft sind. Unabhängig von der erheblichen Bedeutung dieser Aspekte bleibt festzuhalten, dass es bei prinzipieller Verfügbarkeit aller oben geschilderten notwendigen Gegebenheiten, wie es in einer Stadt wie Berlin der Fall ist, *vom Linguistischen her* alle hier aufgewachsenen Kinder bei Schulantritt eine quasi muttersprachliche Kompetenz in der deutschen Sprache aufweisen *müssten*.

Zweisprachigkeit und Schulerfolg

Seit vielen Jahren findet international eine intensive Forschung statt, wie am besten der Zweit-

sprachenerwerb und der Schulerfolg bei Schülern zu sichern ist, die ohne ausreichende Sprachkenntnisse der Umgebungssprache eingeschult werden. Die Ergebnisse dieser Forschungen haben zur Herausbildung einer Reihe von Hypothesen, zu wissenschaftlichen und politischen Kontroversen, dann zur Einrichtung von Projekten, und in manchen Ländern auch zu gesetzgeberischen Aktivitäten geführt.

Dies führte zu einer Reihe neuer Termini (weit überwiegend in Englisch), die aber nicht immer einheitlich gebraucht wurden. Postuliert und in Schulversuchen ausprobiert wurden *Submersion* (landessprachlicher Unterricht für alle, auch bei fehlenden Sprachkenntnissen, ohne weitere Hilfen); *Submersion pull out/sheltered* (dito, aber mit zusätzlichen Hilfen; z.B. in Form von zusätzlichem Unterricht in der Landessprache oder eine besondere Anpassung von Stoff und Methoden an die Fremdsprachigen); *Transitionale bilinguale Erziehung* (TBE, Unterricht zunächst in der Muttersprache, danach gleitender Übergang in die Landessprache; kurzdauernd (*early exit*) oder längerdauernd (*late exit*)); *Maintenance/Heritage Language* (verschiedene Modelle, häufig mit Dominanz der Muttersprache); *Immersion/Bilingualer Unterricht* (Unterricht in beiden Sprachen; vielfältige Modelle mit *early / early partial / early total / delayed / late / one way / two-way immersion*)²¹. Speziell die Immersion rückte durch die reichhaltigen Erfahrungen der kanadischen Unterrichtsprojekte, die über große Erfolge berichteten, in das Zentrum der Aufmerksamkeit.

Einige Begriffe dieser Forschung haben Wichtigkeit für die nachfolgenden Betrachtungen, insbesondere auch für die Situation in Berlin.

- Die *Interdependenzhypothese* postuliert, dass eine Abhängigkeit zwischen dem Niveau des Lernalters in seiner Erstsprache bei Beginn des Zweit- bzw. Fremdsprachenerwerbs und dem jeweils erreichbaren Niveau in der Zweitsprache bestehe. Dies hätte große praktische Konsequenzen (und hatte es auch dort, wo es umgesetzt wurde); die Theorie wird aber nicht von allen Forschern anerkannt und ist weiterhin umstritten.
- Die *Schwellentheorie* basiert auf der Annahme, dass es einen großen Unterschied macht, ob Sprachkenntnisse zur Alltagskommunikation (*conversational language*, früher BICS) oder zur Fachkommunikation (*academic language*, früher CALP) ausreichen. Dies wird vor allem wirksam, wenn Kinder, die über ein gutes Sprachvermögen in der Umgebungssprache zu

verfügen scheinen, plötzlich in der Schule nicht mehr mithalten können, da sie dort mit den Anforderungen einer *konzeptionellen Schriftlichkeit* konfrontiert werden. Eine zusätzliche Problematik gewinnt dies dadurch, dass der Grad dieser *Literalität* stark vom Elternhaus abhängt und dadurch deutlich schichtspezifisch ist.

Mitte der Achtzigerjahre wurde in Berlin ein Projekt zur zweisprachigen Alphabetisierung und Erziehung zweisprachig türkisch-deutsch aufwachsender Schulkinder durchgeführt. Die Konzeption dieses Modells basierte auf den Postulaten der Interdependenzhypothese, dass türkische Schüler, die muttersprachlich alphabetisiert und in ihrer muttersprachlichen Kompetenz gefördert werden, auch eine höhere Kompetenz in der Zweitsprache erlangen^{21,22,23}. Nach Einschätzung der wissenschaftlichen Begleitung des Schulversuchs bestätigte sich der Zusammenhang, was jedoch von dem von der Senatsverwaltung bestellten externen Gutachter nicht bestätigt wurde; diese Einschätzung legte er in seinem Gutachten über den anschließend von 1988 - 1993 fortgesetzten Schulversuch nieder²⁴. Dies führte zu einer bis heute anhaltenden wissenschaftlichen Kontroverse. Letztendlich beeinflusste das Gutachten jedoch entscheidend die politische Willensbildung bei der Frage, ob dieser Schulversuch in ein Regelangebot für türkische Schulanfänger überführt werden sollte.

Große Beachtung fand daher ein Volksentscheid 1997 in Kalifornien über die Abschaffung des zweisprachigen Unterrichts, der eine unerwartet große Mehrheit fand. Dort war Spanisch für etwa 30 % der Bevölkerung die Muttersprache; etwa 20 % der Kinder an Kaliforniens Grundschulen sprachen mehr oder weniger ausschließlich diese Sprache. Dieser Unterricht war als Transitorische Bilinguale Erziehung (TBE) angelegt, basierte also ebenfalls auf der Interdependenzhypothese und beinhaltete demgemäß Unterricht in Spanisch. Auf den ersten Blick sehr erstaunlich war die Tatsache, dass die Kritik an diesem Modell ausgerechnet aus den Kreisen der Latinos kam, die sogar die Initiatoren des Widerstands dagegen waren. Ihre Befürchtung und ihr Vorwurf lauteten, dass diese Unterrichtsform durch die Zementierung des Spanischen das Gegenteil von dem erreiche, was sie postuliere, nämlich mehr Segregation statt Integration. Der Wissenschaftsjournalist Dieter E. Zimmer, der die TBE in einem vielbeachteten Artikel ein „konterintuitives, ja intuitiv absurdes sprachdidaktisches Konzept“ nannte²⁵, zitierte den Ausspruch eines Ranchbesitzers in der Washington Times: „In der Schule lernen die Kinder Spanisch,

um in Lokalen zu putzen und zu kellnern. Zu Hause bringe ich ihnen Englisch bei, damit sie Ärzte und Anwälte werden können.“

15 Jahre später ist man in Berlin noch nicht wesentlich weiter gekommen. Bei der ESU 2001 stammten weniger als 5 % der türkischen Kinder, die in Deutschland geboren waren, aus der oberen sozialen Schicht. In einer Grundschule in einem Bezirk mit hohem Anteil türkischer Kinder wurde die zweisprachige deutsch-türkische Alphabetisierung mangels Interesse der Eltern abgeschafft, wobei die Zurückhaltung der türkischen Eltern auf der Furcht beruht haben soll, der muttersprachliche Unterricht könne auf Kosten der Deutschkenntnisse ihrer Kinder gehen. Ein Schulleiter vertritt unter offensichtlicher Berufung auf die Interdependenzhypothese die gegenteilige Ansicht²⁶.

Eine anerkannte deutsche Sprachforscherin weist Zimmers Kritik zurück. Sie resümiert, dass durch die ungeklärte Akzeptanz der Theorie Deutschland daher weiterhin „auf der Stelle“ trete²¹.

Es ist daran zu erinnern, dass dieser große administrative, wissenschaftliche und finanzielle Aufwand im Wesentlichen nur erforderlich ist, wenn Kinder bei Eintritt in die Schule über ungenügende Sprachkenntnisse verfügen. Für die große Mehrheit der Kinder in Berlin wäre dies *eigentlich* jedoch kein (jedenfalls kein linguistisches) Problem; die Ursachen müssen demnach auf anderen Gebieten liegen.

4.4 Methodisches Vorgehen

Zur Beurteilung der Sprachfähigkeiten der Kinder wurde ein eigenes Messinstrument in Form einer Beurteilungsskala entwickelt. Hierbei ist bei „Sprachfähigkeiten“ immer die Beherrschung der *deutschen* Sprache gemeint.

Aufgabe der Sprachskala

Zur Vermeidung von Missverständnissen muss deutlich auf die *Zielsetzung* dieser Skala hingewiesen werden. Es handelt sich *nicht* um eine *linguistische* Einstufung der Sprachfähigkeiten der Kinder - diese Aufgabe erfüllt die *Sprachstandserhebung*. Eine solche Einstufung wäre auch keinesfalls im Rahmen einer ESU zu leisten, denn die Sprachstandserhebung dauert in der Regel nicht unter 30 Minuten; das ist mehr, als meist für die ganze ESU zur Verfügung steht.

Die Zielsetzung der Skala ist eine *soziale*

Skalierung anhand der Sprache. Gemessen werden soll der *soziale Kontakt* der Kinder nichtdeutscher Muttersprache mit den muttersprachlich deutschen Kindern der Umgebungsgesellschaft. Die Sprache wird als *Indikator* für die Intensität dieses Kontaktes verwendet; basierend auf der oben dargelegten Grundannahme, dass ein Kind aus einem fremdsprachigen Elternhaus bei regelmäßigem und reichhaltigem Kontakt mit der deutschen Umgebung die deutsche Sprache - bei genügend langem Kontakt akzentfrei - erwerben *muss*.

Ungeachtet dieser primären Zielsetzung erlaubt eine solche Skala dennoch in den Grenzen eines Screeninginstrumentes eine gewisse semi-quantitative Aussage über die Sprachfähigkeiten der Kinder.

Basis der Sprachskala

Die erwähnte Grundannahme (Spracherwerb unausweichlich bei reichhaltigem sozialem Kontakt) bildet die theoretische Basis der Skala. Diese Basis ist wissenschaftlich gesichert und gilt für alle Kinder. Eine Ausnahme bilden diejenigen Fälle, in denen der Spracherwerb aufgrund medizinischer, psychologischer oder anderer Beeinträchtigungen nicht regelhaft ablaufen kann. Sie sind hier nicht Gegenstand; sie sind selten und quantitativ zu vernachlässigen. *Im Nachfolgenden wird vorausgesetzt, dass eine solche Ausnahme nicht vorliegt.*

Im Widerspruch zu der oben dargelegten Grundannahme wird manchmal die Meinung vertreten, es gebe Kinder, die auch bei intensivem Kontakt zu deutschsprachigen Kindern nicht gut Deutsch lernten. Wäre dies richtig, dann müsste Spracherwerb sozusagen eine Streubreite haben, mit einer gewissen Bandbreite an Ergebnissen. Die Forschung gibt hierauf die eindeutige Antwort, dass dem beim *Grunderwerb* einer Sprache *nicht* so ist. Dies gilt auch für den Zweitsprachenerwerb, der - wie oben ausgeführt - *im Prinzip* den Regeln des Erstsprachenerwerbs folgt.

Grunderwerb bedeutet nicht, dass alle Menschen dasselbe sprachliche Niveau hätten. Es bedeutet, dass die grundlegenden grammatischen Strukturen einer Sprache beherrscht werden. Dieses Ergebnis wird prinzipiell immer und von allen Kindern erreicht.

Bedingung ist allerdings das Vorliegen der geschilderten Voraussetzungen; also neben dem Kontakt auch eine Motivation durch soziale Bezüge. Dies kann beispielsweise bei sprachlich-sozialen „Inseln“ auch in einem gemischten Kindergarten nicht

gegeben sein; die Messgröße „Kontakt mit Kindern der Umgebungsgesellschaft“ des Erfassungsinstruments bliebe jedoch korrekt.

Weiterhin gibt es Fälle, bei denen mit den verschiedenen Sprachen konträre Wertvorstellungen und -schätzungen assoziiert sind, und von daher ein hemmender sozio-kultureller psychologischer Einfluss auf den Spracherwerb besteht. Wo dies der Fall ist, wird es durch die Sprachskala als Messinstrument im erwünschten Sinn - Feststellung von hemmenden Einflüssen - erfasst.

Konstruktion der Sprachskala

Die Skala bestand aus folgender fünfstufiger Einschätzung der Sprachfähigkeiten durch die Ärztin / den Arzt am Ende der Untersuchung (Tab. 4.1):

Tabelle 4.1:
Einteilung der Verständigung in deutscher Sprache mit dem untersuchten Kind

Gruppe	Kind spricht ...
0	nicht
1	radebrechend
2	flüssig mit erheblichen Fehlern
3	(sehr) gut, aber mit Akzent
4	akzentfrei

(Datenquelle: SenGesSozV / Darstellung - II A -)

Dieser Konstruktion lagen folgende Überlegungen und Bestimmungen zu Grunde:

- Die Skala sollte eine praktikable Abstufung erlauben. Ziel war eine qualitative, allenfalls eine semiquantitative Einteilung. Keinesfalls sollte sie die Bestimmung von linguistischen Meilensteinen des Spracherwerbs leisten. Im Vordergrund stand - wie mehrfach erwähnt - die soziale Ausrichtung.
- Die Endpunkte waren leicht durch die Kinder zu bestimmen, deren Sprachfähigkeiten sozusagen 0% („nicht“) bzw. 100% („akzentfrei“) betragen; sodass nur noch die Abgrenzung zwischen 1, 2, und 3 zu treffen war.
- Als Kriterien für diese Abgrenzung dienten - in aufsteigender Reihenfolge der Sprachfähigkeit - 1. Wortschatz, 2. Grammatik und 3. Akzent.
- Abgrenzungskriterium von 1 nach „oben“ war der Wortschatz.
- Abgrenzungskriterium von 2 nach „oben“ und „unten“ war die Grammatik.
- Abgrenzungskriterium von 3 nach „unten“ war der Akzent.

Grafisch versinnbildlicht wird dies in der Abb. 4.1.

Abbildung 4.1:
Zuordnungskriterien für die Einteilung der Verständigung in deutscher Sprache mit dem untersuchten Kind in Gruppen

Gr.	Wortschatz	Grammatik	Akzent
0	Kein Wortschatz	-	-
1	Geringer Wortschatz	Keine Grammatik	-
2	-	Grundlegende Grammatik	-
3	-	Gute Grammatik	Hat Akzent
4	-	-	Kein Akzent

(Datenquelle: SenArbSozFrau / Darstellung: - II A -)

- Im Untersuchungshandbuch waren Hintergrund, Sinn, Einstufungskriterien sowie weitere Erläuterungen und Beispiele genau niedergelegt, sodass die Bewertung unter standardisierten Bedingungen erfolgte. Abzustellen war auf die altergemäßen Anforderungen an das Sprachniveau der Kinder; Dialekt galt selbstverständlich nicht als Akzent. Die entsprechenden Anweisungen des Untersuchungshandbuchs befinden sich im Anhang (s. 7.3).
- Als Basis sollten die Kinder gewählt werden, die in Deutschland geboren worden waren. Aus diesem Grund wurde anhand eines weiteren Fragepunktes differenziert, ob dies der Fall war; und wenn ja, ob das Kind längere Zeit nicht in Deutschland lebte (manche Kinder werden zwischen Geburt und Einschulung für längere Zeit ins Heimatland gebracht); wenn nein, wie lange es zum Untersuchungszeitpunkt bereits in Deutschland war.
- Auf die Differenzierung von „akzentfrei“ zu „sehr gut“ wurde Wert gelegt. „Sehr gut“ konnte auch „fehlerfrei“ bedeuten; aber das Kind war sofort als nicht muttersprachlich deutsch identifizierbar. Dies unterstreicht den sozialen Charakter der Variable: Von der *Kommunikation* her sind beide Kategorien identisch und benötigten keine Unterscheidung; in ihren *sozialen* Auswirkungen bestehen aber sehr wohl Unterschiede.
- In die gleiche Richtung geht die Festlegung, dass Kinder *ohne Akzent* immer der Gruppe 4 zuzuordnen waren, auch wenn noch grammatische Fehler vorkommen sollten.

Zunächst war diese Skala nur als Erprobungsmodell gedacht, da nicht klar war, ob die beschriebenen Abgrenzungskriterien - die auf den ersten Blick etwas theoretisch und nicht leicht verständlich wirkten - in der Praxis auch handhabbar waren. Jedoch erwies sich die Anwendung der Kriterien - entgegen mancher Anfangsbedenken - nach einhelligem Urteil der Untersucher/innen als weitgehend problemlos, sodass die Skala von uns weiterhin unverändert verwendet wird.

Entsprechend der in 4.3 dargelegten Aufgabenteilung zwischen unserer Senatsverwaltung und der Senatsverwaltung für Bildung, Schule und Sport sind die Bezugsgruppe alle Kinder nichtdeutscher Herkunftssprache vor Aufnahme in die Institution Schule, also Vorschule und erste Klasse.

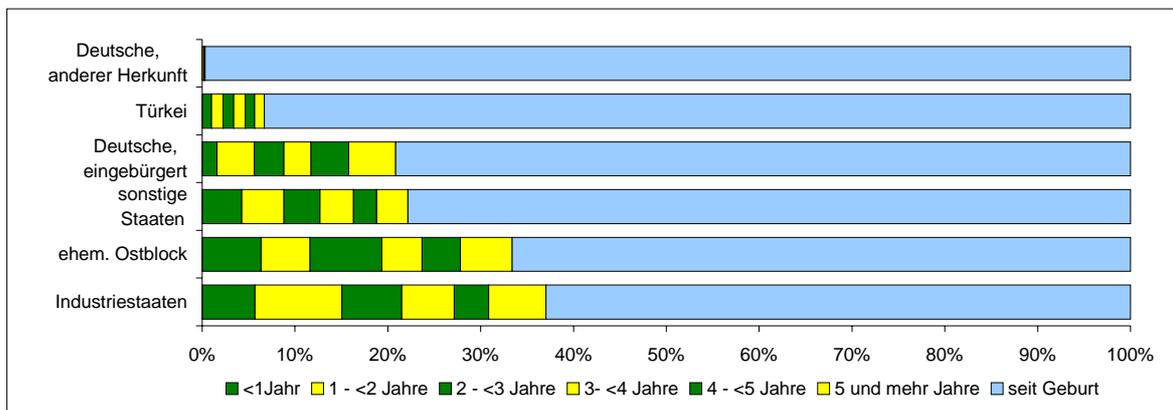
4.5 Ergebnisse

Wie bereits in 3.4.1 erwähnt, wurden die Kinder mit deutscher Staatsangehörigkeit noch weiter in „eingebürgerte“ differenziert, sowie in Kinder, die „nicht akzentfrei“ deutsch sprechen. Im Folgenden wird daher zur Vermeidung umständlicher Formulierungen bei jeder Erwähnung der Terminus „herkunftsdeutsch“ für die Gruppe der autochthon deutschen Kinder im oben dargelegten engeren Sinn verwendet. Diese Wortwahl beruht auf der Annahme, dass das Merkmal „mindestens ein Elternteil hatte bereits bei Geburt die deutsche Staatsangehörigkeit“ mit seinen Implikationen für Akzent und Einbürgerungsstatus des Kindes ein genügend trennsicheres Kriterium darstellt.

4.5.1 Anteil der in Deutschland geborenen Kinder

Für eine korrekte Einschätzung ist es zunächst not-

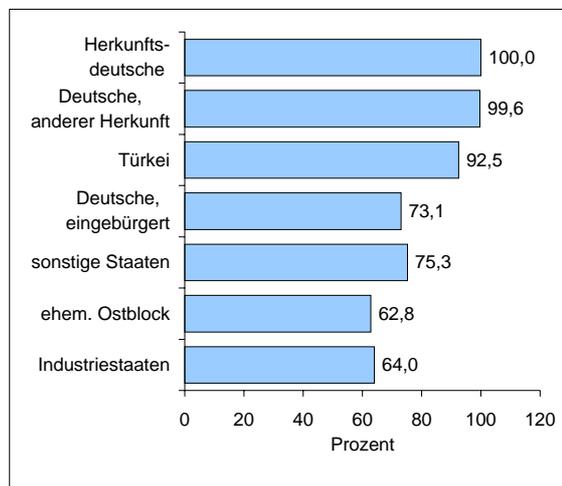
Abbildung 4.3:
Anteil der Kinder bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Lebenszeit in Deutschland und Herkunftsgruppe - in %



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

wendig zu bestimmen, zu welchem Anteil die Kinder in Deutschland - dies wird in der Regel Berlin bedeuten - geboren sind (Abb. 4.2).

Abbildung 4.2:
Anteil der in Deutschland geborenen Kinder bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Herkunftsgruppe - in %



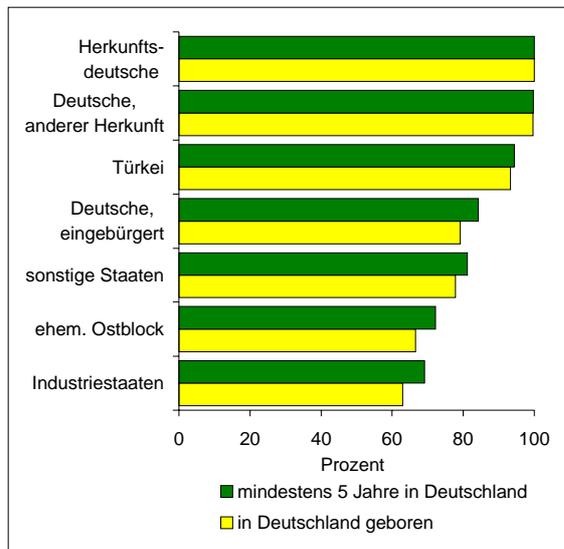
(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Die Abb. 4.2 zeigt, dass über 93 % aller türkischen Kinder und fast zwei Drittel aller Kinder aus westlichen Industriestaaten bereits in Deutschland geboren sind. Insgesamt trifft dies im Durchschnitt für knapp 85 % aller nicht herkunftsdeutschen Kinder (nach obiger Definition) zu. Diese Gruppe umfasst 6.645 Kinder.

Die Aufenthaltsdauer der anderen Kinder in Deutschland ist in etwa gleichmäßig über die Anzahl der Jahre verteilt. Es ergeben sich keine besonderen Häufungen, der Zuzug scheint über die Jahre hinweg relativ konstant zu erfolgen (Abb. 4.3).

Unter Spracherwerbs-Gesichtspunkten erschiene es ohne weiteres zulässig, diesen Kreis noch um diejenigen Kinder zu erweitern, die seit mindestens fünf Jahren in Deutschland sind (knapp 6.900 Kinder). Hierbei steigt der Anteil in einigen Gruppen zwar um etwa 5 %, der Anteil bei der großen Gruppe der türkischen Kinder verändert sich aber kaum, sodass sich der Durchschnitt bei allen nicht herkunftsideutschen Kindern praktisch nicht erhöht (Abb. 4.4).

Abbildung 4.4:
Anteil der Kinder bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Lebenszeit in Deutschland und Herkunftsgruppe - in %



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

Es erscheint daher bei den meisten Betrachtungen sinnvoll, sich auf die Gruppe der nicht herkunftsideutschen, in Deutschland geborenen Kinder zu beschränken, die 6.645 Kinder umfasst.

4.5.2 Überblick über die Beherrschung der deutschen Sprache

Nachfolgend sollen die Fähigkeiten der Kinder betrachtet werden, sich in der deutschen Sprache zu verständigen. Hierbei bedienen wir uns der beschriebenen Einteilung und beschränken uns auf die nicht herkunftsprachlich deutschen Kinder. Wenn nachfolgend von „Sprachfähigkeiten“ die Rede ist, sind immer die in deutscher Sprache gemeint.

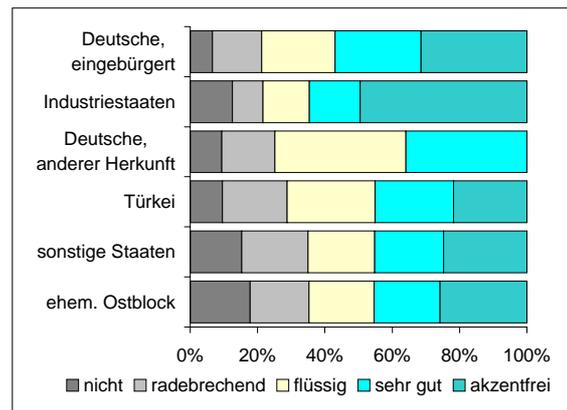
In Bezug auf den schulischen Erfolg werden die Kinder der Gruppen 0 und 1 (s. Tabelle 4.1) mit Sicherheit dem Unterricht nicht folgen können. Die Gruppe 2 kann im täglichen Umgang ausreichend sprachkompetent erscheinen, wird aber in sehr vie-

len Fällen große Probleme mit den Anforderungen der *konzeptionellen Schriftlichkeit* (s. 4.3.5 „Zweisprachigkeit und Schulerfolg“) eines Schulunterrichtes haben, denen sie bisher noch nicht ausgesetzt waren. Dies wird mit Sicherheit sogar auf manche in der Gruppe 3 zutreffen, die aber insgesamt wie natürlich auch die Gruppe 4 als eher unproblematisch anzusehen sein sollte.

Ein erster Überblick über die Sprachfähigkeiten ergibt, dass sie im Gesamtdurchschnitt in etwa folgendermaßen eingeteilt werden können: Jeweils ungefähr 25 % sprechen akzentfrei oder gut; weitere 25 % können sich passabel verständigen, die letzten 25 % sprechen kein Deutsch oder nur ein paar Brocken.

Hierbei gibt es allerdings zwischen den untersuchten 6 Gruppen deutliche Unterschiede (Abb. 4.5).

Abbildung 4.5:
Anteil der Kinder bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Beherrschung der deutschen Sprache und Herkunftsgruppe - in %



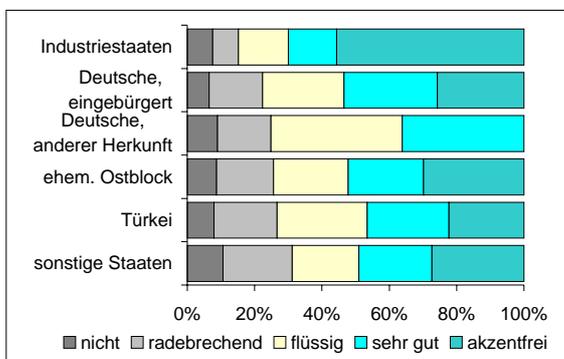
(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Die Kinder aus den ehemaligen Ostblockländern und den Sonstigen Staaten weisen den höchsten Anteil derer auf, die sich kaum verständigen können, während umgekehrt die Kinder aus den Industrieländern westlicher Prägung hier insgesamt am besten abschneiden. Die türkischen Kinder nehmen eine Mittelstellung ein. In Bezug auf die Kinder, die akzentfrei sprechen, fallen die „Industrieländer“ durch einen sehr hohen Anteil von fast 50 % auf, die türkischen Kinder hingegen durch einen auffallend niedrigen von nur etwa 20 %.

Bei der Untersuchung nur derjenigen Kinder, die in Deutschland geboren sind, ergeben sich einige Verschiebungen. Zu beachten ist, dass aus rein mathematischen Gründen Veränderungen prinzipiell nur bei den Gruppen größere Ausmaße annehmen kön-

nen, bei denen nicht bereits die meisten Kinder in Deutschland geboren sind (Abb. 4.6).

Abbildung 4.6:
Anteil der in Deutschland geborenen Kinder bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Beherrschung der deutschen Sprache und Herkunftsgruppe
 - in %



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

Dementsprechend ändert sich das Bild bei den türkischen Kindern auch kaum. Bei den Kindern aus den ehemaligen Ostblockländern erhöht sich die Zahl der akzentfrei sprechenden Kinder jedoch merklich, und die Zahl der gar kein Deutsch sprechenden verringert sich. Die gleiche Veränderung ist bei den Kindern aus Industrieländern zu beobachten, die hier auf die höchsten Werte kommen: Mit 85 % dieser Kinder ist mindestens eine Unterhaltung über Alltagsangelegenheiten möglich, über 55 % sprechen akzentfrei Deutsch.

Die eingebürgerten Kinder wurden mit großer Wahrscheinlichkeit zusammen mit ihren Eltern bzw. der ganzen Familie eingebürgert, und sind in dieser Darstellung auch alle bereits in Deutschland geboren. Obwohl eine „freiwillige und dauerhafte Hinwendung zu Deutschland“ Einbürgerungsvoraussetzung ist, ist in mindestens 75 % dieser Familien Deutsch nicht die Sprache, die überwiegend in der Familie gesprochen wird. In mindestens 20 % haben diese Kinder überdies auch keinen engeren Kontakt zu anderen deutschsprechenden Kindern (Abb. 4.6).

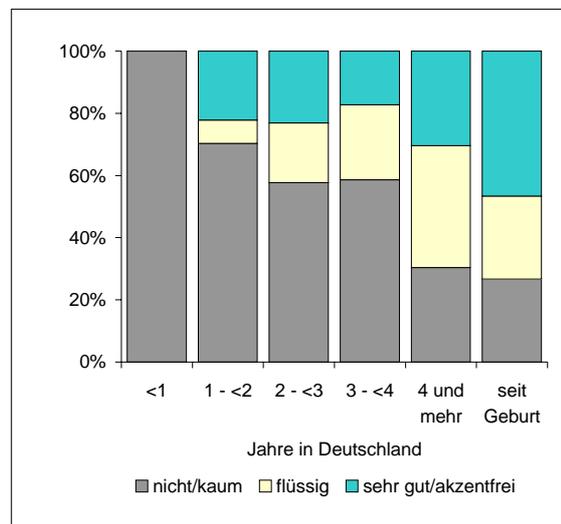
4.5.3 Beherrschung der deutschen Sprache und Aufenthaltsdauer in Deutschland

Für das *Muster* des Zweitsprachenerwerbs sollen hier diejenigen Kinder verglichen werden, die erst später nach Deutschland gekommen sind. Exemplarisch werden hier die beiden Gruppen der Kinder mit türkischer Staatsangehörigkeit und die aus Industrieländern mit einander verglichen. (Die drit-

te wichtige Gruppe, die der Kinder aus den ehemaligen Ostblockstaaten, ist *in diesem Punkt* der der türkischen Kinder weitgehend ähnlich).

Türkische Kinder, die erst maximal ein Jahr vor der Einschuluntersuchung nach Deutschland gekommen waren, sprachen in keinem Fall mehr als ein paar Wörter Deutsch. Bis zu drei Jahren Aufenthalt sprachen etwa zwei Drittel es weiterhin praktisch nicht; die Gruppe der gut Sprechenden blieb klein (~ 20 %) und wurde mit wachsender Aufenthaltsdauer nicht größer. Erst danach waren die nicht Deutschsprechenden in der Minderheit, und die Gruppe der gut Sprechenden wuchs deutlich an (Abb. 4.7).

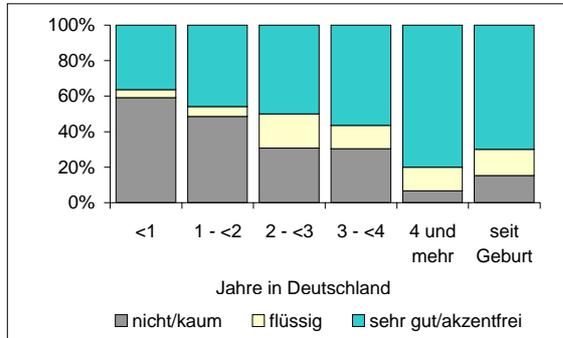
Abbildung 4.7:
Anteil der nicht in Deutschland geborenen türkischen Kinder bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Lebenszeit in Deutschland und Beherrschung der deutschen Sprache
 - in %



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

Das *Muster* des Zweitsprachenerwerbs bei den Kindern aus westlich geprägten Industrieländern unterscheidet sich hiervon erheblich. Bereits im ersten Jahr des Aufenthaltes sprechen mehr Kinder gut Deutsch als türkische Kinder nach 4 Jahren, und fast so viele wie in Deutschland geborene türkische Kinder. Mit wachsendem Aufenthalt nimmt die Anzahl der nicht Deutsch sprechenden Kinder kontinuierlich ab (Abb. 4.8).

Abbildung 4.8:
Anteil der nicht in Deutschland geborenen Kinder aus Industriestaaten bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Lebenszeit in Deutschland und Beherrschung der deutschen Sprache
 - in %



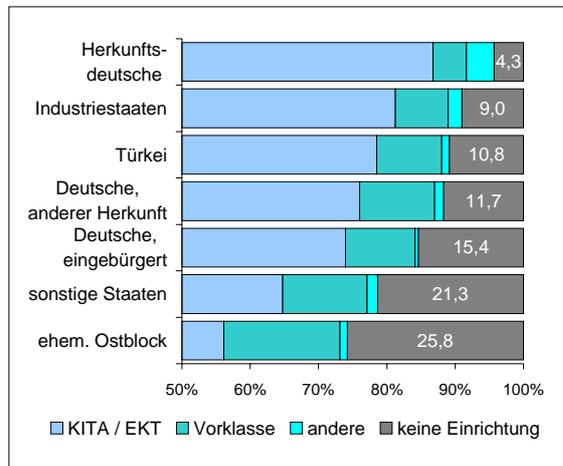
(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Kinder aus westlich geprägten Industrieländern, die 4 oder mehr Jahre in Deutschland sind, sind nur in eher seltenen Fällen (< 7 %) zu keiner Alltagsunterhaltung fähig (Abb. 4.8). Bei den türkischen und Kindern aus den ehemaligen Ostblockstaaten ist diese Gruppe über 30 % groß (Abb. 4.7).

4.5.4 Beherrschung der deutschen Sprache und Einrichtungsbesuch

Am ehesten kann erwartet werden, dass der soziale und damit sprachliche Kontakt von Kindern untereinander außerhalb der Familie am engsten in einer Kinderbetreuungs-Einrichtung sein dürfte. Zunächst soll daher dargestellt werden, in welchem Umfang die Kinder überhaupt eine Einrichtung besuchen. Zum Vergleich sind hier die herkunftsdeutschen Kinder mit aufgeführt (Abb. 4.9).

Abbildung 4.9:
Anteil der in Deutschland geborenen Kinder bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Einrichtungsbesuch und Herkunftsgruppe
 - in %

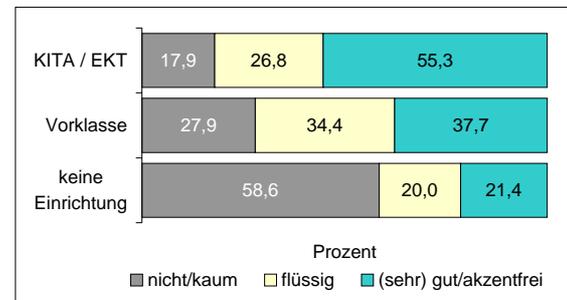


(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Abb. 4.9 zeigt, dass von den herkunftsdeutschen Kindern über 95 % eine Einrichtung besuchen. Bei den nicht akzentfrei sprechenden deutschen Kindern sind es weniger als 90 %, bei den eingebürgerten unter 85 %. Das sind weniger als bei den türkischen Kindern, von denen etwa 90 % institutionell betreut werden. Davon deutlich abweichend sind die Verhältnisse von Kindern aus dem ehemaligen Ostblock, von denen mehr als 25 % zu Hause bleiben.

Es gibt große Unterschiede zwischen den Kindern, die eine Einrichtung besucht hatten, und denen, die nicht institutionell betreut worden waren (Abb. 4.10).

Abbildung 4.10:
Anteil der in Deutschland geborenen Kinder bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Einrichtungsbesuch und Beherrschung der deutschen Sprache
 - in %



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

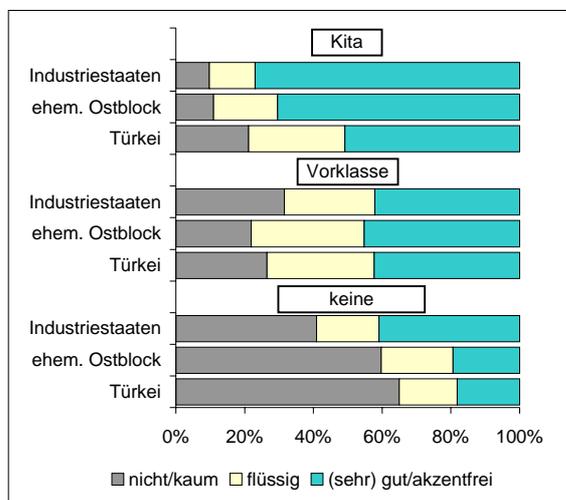
Bezüglich der Kinder, die eine Vorschule besucht hatten, muss auf die eingeschränkte Aussagekraft der Angaben insbesondere im Vergleich mit den KITA-Kindern hingewiesen werden. Zum einen war ein sehr hoher Prozentsatz dieser Kinder erneut vorgestellt worden, entweder nach Vorklassenuntersuchung oder nach Zurückstellung, sodass hier eine deutliche negative Auslese bestand. Zum anderen wurden die ersten dieser Kinder, die im Herbst 2000 in die Vorschule gekommen waren, ja bereits in den ersten Monaten des Jahres 2001 untersucht, als sie erst ein halbes Jahr oder sogar weniger in die Vorschule gegangen waren. Ohnehin dürfte ein durchschnittlicher KITA-Besuch in aller Regel mehr als ein Jahr und damit länger als jeder Vorklassenbesuch gedauert haben. Die entsprechenden Darstellungen sind also eher im Sinne eines Trends zu sehen.

Dennoch geht aus der Abb. 4.10 hervor, dass über ein Viertel der Kinder nach dem Vorklassenbesuch - auch wenn er vielleicht nur ein halbes Jahr betragen hatte - praktisch keine Deutschkenntnisse besaßen, also dem (deutschsprachigen) Unterricht zumindest bis dahin nicht hatten folgen

können und eine sprachliche Verständigung in Deutsch mit den Lehrerinnen nicht möglich gewesen war.

Vergleicht man die drei wichtigsten Gruppen - türkische Kinder, sowie solche aus Industrienationen westlicher Prägung und aus den Staaten des ehemaligen Ostblocks - danach, welche Sprachkenntnisse sie jeweils nach Besuch von KITA/EKT, Vorklasse sowie keiner Einrichtung hatten, so ergeben sich auch zwischen diesen Gruppen deutliche Unterschiede (Abb. 4.11).

Abbildung 4.11:
Anteil der in Deutschland geborenen Kinder bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Einrichtungsbesuch, Beherrschung der deutschen Sprache und Herkunftsgruppe - in %



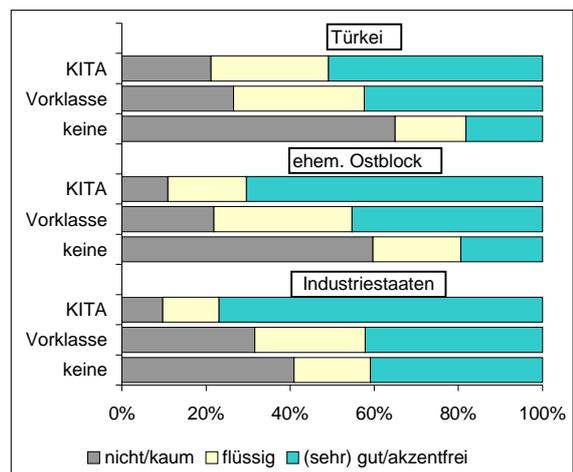
(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Die Abbildung 4.11 zeigt Folgendes:

- Von einem KITA-Besuch profitierten alle Kinder stark, die „Industriestaaten“- und „Ostblock“-Kinder jedoch wesentlich mehr als die türkischen.
- Bei einem Vorklassenbesuch war demgegenüber das Niveau deutlich schlechter bei weitgehender Ausgeglichenheit zwischen den drei Gruppen. (Angemerkt werden muss allerdings, dass die Zahl der Kinder aus Industriestaaten, die die Vorklasse besucht hatten, nur 29 betrug und damit nicht aussagekräftig war.) Allerdings sprachen die türkischen KITA-Kinder - im Gegensatz zu allen anderen - nicht besser Deutsch als die türkischen Vorklassenkinder.
- Die Kinder, die nicht institutionell betreut worden waren, wiesen das weitaus schlechteste Niveau auf. Eine Ausnahme bildeten jedoch die „Industriestaaten“-Kinder, die fast so gut (oder so schlecht) Deutsch sprachen, als wären sie in die Vorklasse gegangen.

Zum besseren Vergleich wird die Abbildung 4.11 noch einmal nach Staatsangehörigkeit statt nach Einrichtung geordnet aufgeführt (Abb. 4.12).

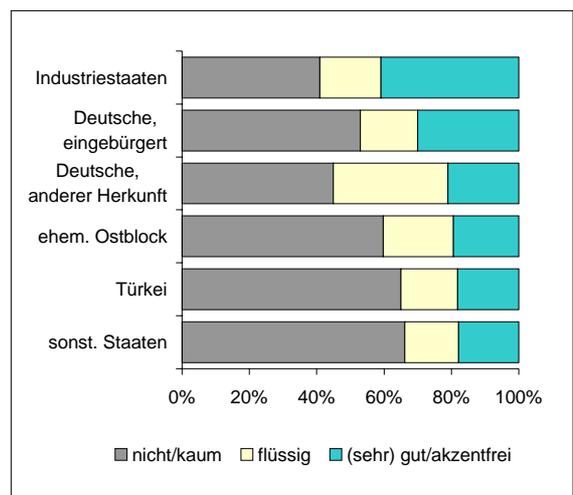
Abbildung 4.12:
Anteil der in Deutschland geborenen Kinder bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Herkunftsgruppe, Einrichtungsbesuch und Beherrschung der deutschen Sprache - in %



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

Zuletzt soll noch differenzierter dargestellt werden, welche Sprachfähigkeiten diejenigen Kinder erreichen konnten, die vor der Untersuchung keine Einrichtung besucht hatten (Abb. 4.13).

Abbildung 4.13:
Anteil der in Deutschland geborenen Kinder ohne Einrichtungsbesuch bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Beherrschung der deutschen Sprache und Herkunftsgruppe - in %



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

Auch ohne Einrichtungsbesuch erreichten im Durchschnitt über 20 % der Kinder gute oder sehr gute Sprachfähigkeiten; bei den Kindern aus den

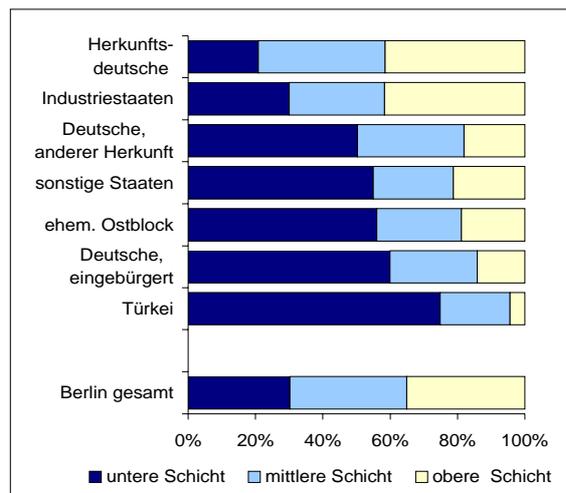
Industriestaaten war dies sogar bei über 40 % der Fall. Auch bei Berücksichtigung aller Kinder - also nicht nur der in Deutschland geborenen - lagen diese Zahlen nur um wenige Prozent niedriger.

4.5.5 Beherrschung der deutschen Sprache und soziale Schicht

Die Bestimmung der sozialen Schicht erfolgte durch ein Punktesystem, das auf den Angaben über Bildung und Erwerbsstatus der Eltern beruhte²⁷. Die Einteilung wurde so gewählt, dass bei allen Berliner Kindern - sofern in Deutschland geboren - eine in etwa gleichmäßige Verteilung (Drittelerung) resultierte.

Bei Aufschlüsselung nach Herkunftsgruppe wird deutlich, dass die Schichtenverteilung bei den verschiedenen Gruppen sehr differiert (Abb. 4.14).

Abbildung 4.14:
Anteil der in Deutschland geborenen Kinder bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach sozialer Schicht und Herkunftsgruppe - in %



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

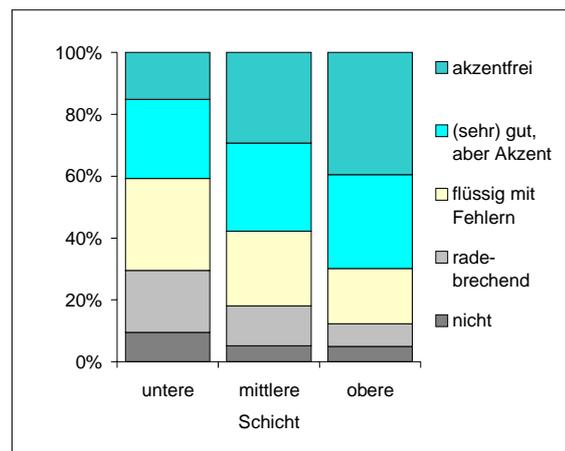
Nur bei den Kindern aus Industriestaaten westlicher Prägung findet sich eine ähnliche Verteilung wie bei den herkunftsdeutschen; bei den anderen beträgt der Anteil der unteren sozialen Schicht allein bereits 55 % - 60 %. Eine Ausnahme bilden die türkischen Familien, bei denen dieser Anteil 75 % beträgt; bei ihnen sind auch die mittlere und obere Schicht nicht in etwa gleichmäßig vertreten, sondern letztere umfasst nicht mehr als 5 %.

Die untere Schicht bei den herkunftsdeutschen Kindern hat hierbei nur noch einen Anteil von 20 %; eine Punkteverteilung, die eine annähernde Drittelerung der Schichten bei dieser Gruppe bewirkte, ließe die untere Schicht bei den anderen Grup-

pen auf ca. 70 %, bei den türkischen Familien auf fast 90 % steigen.

Die Analyse ergibt einen deutlichen Zusammenhang zwischen den Deutschkenntnissen der Kinder und der sozialen Schicht, der ihre Familie angehört (Abb. 4.15).

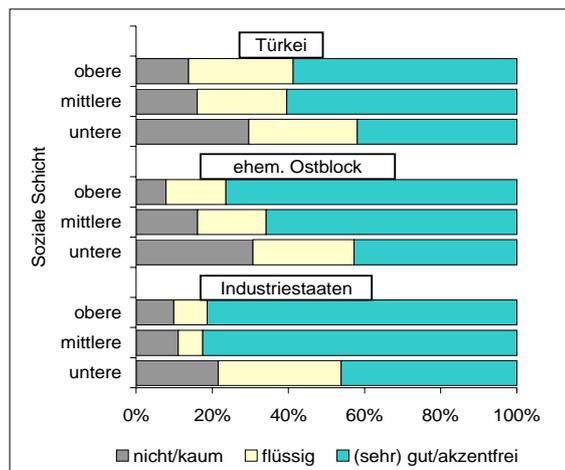
Abbildung 4.15:
Anteil der in Deutschland geborenen Kinder bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach sozialer Schicht und Beherrschung der deutschen Sprache bei der Einschuluntersuchung in Berlin - in %



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

Auch hier ergibt die Aufschlüsselung nach den drei wichtigsten Gruppen (s. Abbildung 4.11) deutliche Unterschiede (Abb. 4.16).

Abbildung 4.16:
Anteil der in Deutschland geborenen Kinder bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach sozialer Schicht, Beherrschung der deutschen Sprache und Herkunftsgruppe - in %



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

Vor allem zwei Befunde werden deutlich:

- Die Grenzen verlaufen nicht so sehr zwischen den drei Schichten, als vielmehr zwischen der unteren sozialen Schicht einerseits und der mittleren und oberen Schicht andererseits.
- Die Unterschiede zwischen Kindern verschiedener Staatsangehörigkeit liegen in den oberen sozialen Schichten. In der unteren sozialen Schicht sprechen die Kinder allesamt nahezu gleich schlecht.

4.5.6 Beherrschung der deutschen Sprache und Geschlecht

Auch nur annähernd signifikante Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen gab es nicht; weder im Hinblick auf Staatsangehörigkeit noch auf Einrichtungsbesuch oder soziale Schicht.

4.5.7 Beherrschung der deutschen Sprache von Kindern und Eltern

Im Dokumentationsbogen waren neben den Sprachfähigkeiten der Kinder auch noch vermerkt, wer die Kinder begleitet hatte (Mutter, Vater, Andere), und wie es um deren Deutschkenntnisse bestellt war. Hatten mehrere Personen das Kind begleitet, so wurden die Fähigkeiten der Person mit den besten Sprachkenntnissen eingetragen (Tab. 4.2).

Tabelle 4.2:
Anteil von in Deutschland geborenen Kindern bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Begleitperson - in %

Begleiter/in	%	kumulierte %
Nur Mutter	53,7	53,7
Nur Vater	22,4	76,2
Mutter und Vater	12,8	89,0
Nur Andere	4,1	93,1
Mutter und Andere	5,5	98,5
Vater und Andere	0,9	99,4
Mutter und Vater und Andere	0,6	100,0

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

An die 90 % der Kinder wurde von einem oder beiden Elternteilen begleitet; ganz ohne Vater oder Mutter kamen nur 4 %.

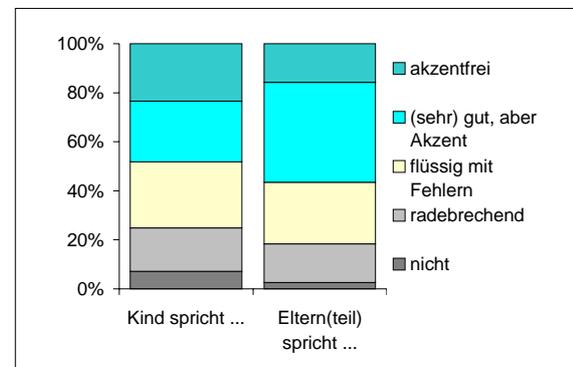
Wenn nur der Vater mit zur Untersuchung erschien, war der Anteil der gut sprechenden Kinder deutlich geringer als wenn nur die Mutter das Kind begleitete. Es ist zu vermuten, dass in diesen Fällen die Mutter Deutsch schlecht oder jedenfalls deutlich schlechter als der Vater sprach.

Im Nachfolgenden haben wir uns auf die Kinder beschränkt, die nur von einem oder beiden Eltern-

teilen begleitet wurden, um einigermaßen sicher die Familiensituation abzubilden. Hierbei haben wir die Sprachfähigkeiten von Eltern und Kindern in drei Gruppen verglichen, den türkischen Kindern, den aus den ehemaligen „Ostblockstaaten“ und aus den „Industriestaaten“.

Bei den türkischen Familien erwies sich, dass die Kinder im Durchschnitt *schlechter* sprechen als ihre Eltern. Vor allem der Anteil, der über gute, wenn auch nicht perfekte deutsche Sprachkenntnisse verfügt, war bei den Eltern erheblich größer (Abb. 4.17).

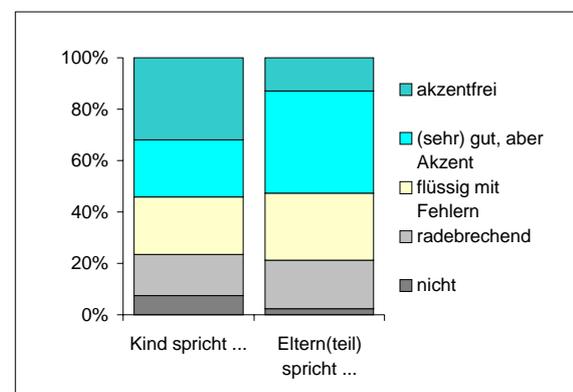
Abbildung 4.17:
Anteil der in Deutschland geborenen türkischen Kinder und deren Eltern bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Beherrschung der deutschen Sprache - in %



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

Dies ist bei Familien, die aus den Ländern des ehemaligen Ostblocks kommen, erheblich anders. Eltern und Kinder sprechen gleich gut oder schlecht Deutsch; nur sprechen doppelt so viele Kinder akzentfrei Deutsch wie ihre Eltern (Abb. 4.18).

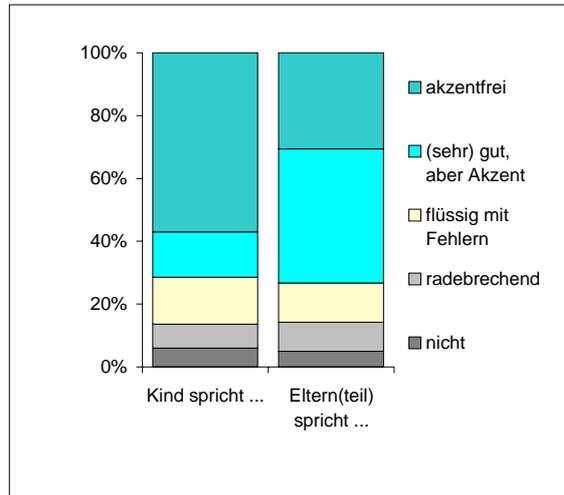
Abbildung 4.18:
Anteil der in Deutschland geborenen Kinder aus den Ländern des ehemaligen Ostblocks und deren Eltern bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Beherrschung der deutschen Sprache - in %



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

Ein sehr ähnliches Bild bietet sich bei den Familien aus westlich geprägten Industrieländern; nur auf einem deutlich höheren Sprachniveau (Abb. 4.19).

Abbildung 4.19:
Anteil der in Deutschland geborenen Kinder aus Industriestaaten und deren Eltern bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Beherrschung der deutschen Sprache - in %



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

4.5.8 Beherrschung der deutschen Sprache und Wohnort

Für den Zweitspracherwerb ist der Kontakt mit umgebungs-muttersprachlichen Kindern essentiell. Das Maß einer Kontaktmöglichkeit hängt aber wesentlich vom Wohnort ab, da sich die Familien mit einer anderen Umgangssprache als Deutsch äußerst ungleichmäßig über die Bezirke verteilen. Dies soll am Beispiel der größten Gruppe - der türkischen Kinder - untersucht werden.

Wie in der Tabelle 3.3 bereits gezeigt, gibt es in Berlin 11 KJGD-Einzugsbereiche mit einem Anteil von unter 50 % an Kindern deutscher Herkunft. Diese Bereiche sind praktisch identisch mit denjenigen, in denen der Anteil türkischer Kinder über 20 % liegt; in letzterem ist lediglich statt des Bereiches „Kurfürstenstraße“ im Ortsteil Tiergarten der Bereich „Hussitenstraße“ im Ortsteil Wedding vertreten.

Demgegenüber gibt es 38 KJGD-Bereiche, in denen der Anteil türkischer Kinder unter 5 % liegt; sie sind in der nachfolgenden Tabelle aufgelistet. Diese beiden Gebiete, die jeweils aus zusammengefassten KJGD-Bereichen bestehen, werden nachfolgend als *soziale Räume* bezeichnet (Tab. 4.3).

Tabelle 4.3:
KJGD-Bereiche mit einem Anteil von türkischen Kindern unter 5 %

KJGD-Bereich	(Bezirk/Ortsteil)
Waldseeweg (Reinickendorf)	Lichtenrade (Tempelhof)
Wilkskistraße (Zehlendorf)	Johannesstraße (Zehlendorf)
Etka-Andrè-Straße (Hellersdorf)	Altglienicke (Treptow)
Grunowstraße (Pankow)	Oldenburgallee (Charlottenburg)
Ahornalle (Köpenick)	Dietzgenstraße (Pankow)
Potsdamer Straße (Zehlendorf)	Hakenfelder Straße (Spandau)
Am Dachsbau (Reinickendorf)	Mercatorweg (Steglitz)
Räcknitzer Steig (Spandau)	Sigmaringer (Wilmersdorf)
Bauerwitzstraße (Hellersdorf)	Herwarthstraße (Steglitz)
Mehrower Allee (Marzahn)	Türirschmidtstraße (Lichtenberg)
Luisenstraße (Mitte)	Berkaer (Wilmersdorf)
Franz-Jacob-Straße (Lichtenberg)	Am Nordgraben (Reinickendorf)
Rummelsburger Straße (Lichtenberg)	Weinbergsweg (Mitte)
Helene-Weigel-Platz (Marzahn)	Tornower Weg (Reinickendorf)
Warnitzer Straße (Hohenschönhausen)	Sonneberger Weg (Steglitz)
Zeppelinstraße (Köpenick)	Im Spektefeld (Spandau)
Warschauer Straße (Friedrichshain)	Räcknitzer Steig (Spandau)
Prenzlauer Allee (Prenzlauer Berg)	Marienfelde (Tempelhof)
Baumschulenweg (Treptow)	Am Eichenquast (Neukölln)

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

Dies Charakteristika der beiden sozialen Räume beschreibt die nachfolgende Tabelle.

Tabelle 4.4:
Vergleich von KJGD-Bereichen mit einem Anteil von in Deutschland geborenen türkischen Kindern von unter 5 % und über 20 % - in %

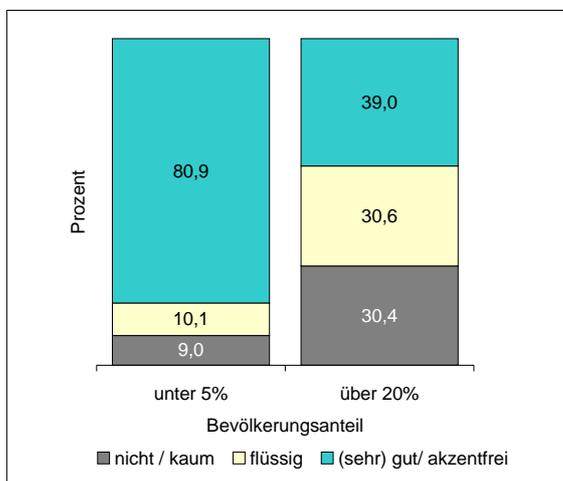
Beschreibung	Anteil türkischer Kinder	
	< 5 %	> 20 %
Anzahl der Kinder im sozialen Raum insgesamt	12.805	5.146
Anteil der Kinder im sozialen Raum an allen Kindern in Berlin (in Prozent)	48,6	19,5
Anzahl der türkischen Kinder im sozialen Raum	204	1.315
Anteil der türkischen Kinder im sozialen Raum (in Prozent)	1,6	25,6
Anteil der herkunftsdeutschen Kinder im sozialen Raum an allen herkunftsdeutschen Kindern in Berlin (in Prozent)	58,7	8,8
Anteil der türkischen Kinder im sozialen Raum an allen türkischen Kindern in Berlin (in Prozent)	1,6	61,6
Anzahl Kinder nichtdeutscher Herkunft im sozialen Raum	1.223	3.410
Anteil Kinder nichtdeutscher Herkunft im sozialen Raum (in Prozent)	9,6	66,3
Anteil der nicht herkunftsdeutschen Kinder im sozialen Raum an allen nicht herkunftsdeutschen Kindern in Berlin (in Prozent)	18,4	51,3
Anzahl KJGD-Bereiche im sozialen Raum	38	11

(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung: - II A -)

Auch wenn die Verteilung der türkischen Familien auf die sozialen Schichten in den beiden Räumen nicht sehr stark von einander abwich, so war sie nicht gleich. Um diesen Einfluss auszuschalten, wurde die Verteilung nach sozialer Schicht mittels *Gewichtung* der Durchschnittsverteilung aller türkischen Familien in Berlin angepasst. In Bezug auf den Besuch einer Betreuungseinrichtung gab es hingegen keine signifikanten Unterschiede.

Ein Vergleich der Sprachfähigkeiten der türkischen Kinder in den beiden Räumen ergab folgendes Bild (Abb. 4.20):

Abbildung 4.20:
Anteil der in Deutschland geborenen türkischen Kinder bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach KJGD-Bereichen, Bevölkerungsanteil und Beherrschung der deutschen Sprache - in %



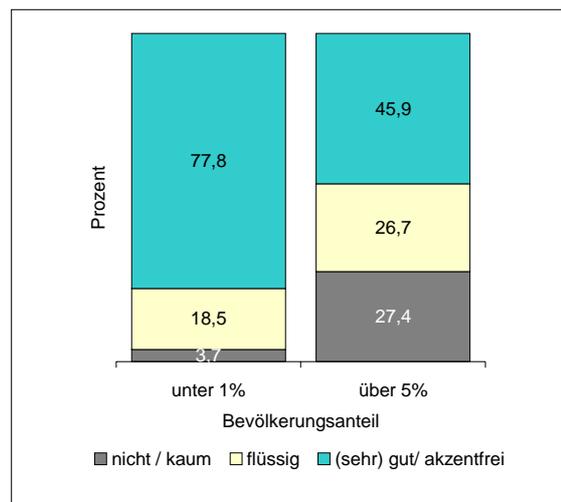
(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Auch nachdem die vorgenommene Gewichtung einen rechnerischen Anteil der unteren sozialen Schicht von etwa 75 % bewirkt hatte, sprachen über 80 % der türkischen Kinder in dem ausgewählten sozialen Raum mit niedrigem Anteil an türkischen Familien gut oder sehr gut Deutsch, und hatten eine gute Chance, dem Unterricht in der Grundschule folgen zu können. Beachtenswert ist auch, dass zwar der Anteil der türkischen Kinder in diesem Raum mit durchschnittlich 1,6 % außerordentlich niedrig lag, nicht jedoch der Anteil an Kindern nichtdeutscher Herkunft. Dieser Anteil lag mit 18,4 % zwar unter dem Berliner Durchschnitt von 25,2 %, war insgesamt aber nicht als gering anzusehen. (Alle Zahlen beziehen sich - wie erwähnt - nur auf Kinder, die in Deutschland geboren waren.)

Zum Vergleich wurde das obige Verfahren auch für die Kinder mit Herkunft aus den ehemaligen Ostblockstaaten durchgeführt. Wegen der viel ge-

ringeren Anzahl dieser Kinder im Vergleich zu den türkischen mussten die Grenzen niedriger angesetzt werden. Es wurden die 16 KJGD-Gebiete mit einem Anteil dieser Kinder von über 5 % und die 24 Gebiete mit einem Anteil von unter 1 % herangezogen (Abb. 4.21).

Abbildung 4.21:
Anteil der in Deutschland geborenen Kinder aus den ehemaligen Ostblockstaaten bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach KJGD-Bereichen und Beherrschung der deutschen Sprache - in %



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

Hier zeigt sich ein sehr ähnliches Bild. Der Anteil der Kinder, die gar kein Deutsch sprachen, betrug hier jedoch weniger als die Hälfte dessen der türkischen Kinder.

4.5.9 Beherrschung der deutschen Sprache im Bezirksvergleich

Ein Vergleich nach Bezirken ist natürlich ein Abbild der verschiedenen Herkunftsgruppen und ihrer oben ausgeführten Besonderheiten. Auf einer deskriptiven Ebene soll dennoch die räumliche Verteilung in den Bezirken dargestellt werden.

Hierbei liegt der Betrachtungsschwerpunkt bei den Sprachfähigkeiten derjenigen Kinder nichtdeutscher Herkunftssprache, die nicht ausreichend Deutsch sprechen, um den Anforderungen eines Schulunterrichts gewachsen zu sein. Zu diesem Zweck wurden die Kinder der ersten drei Sprachkategorien (s. Tabelle 4.1) zusammengefasst; also alle (nichtherkunftsdeutschen) Kinder, die schlechter sprachen als „sehr gut“. Alle Betrachtungen beziehen sich weiterhin nur auf Kinder, die in Deutschland geboren sind; diese Kinder sind auch dann gemeint, wenn von „allen Kindern“ die Rede ist.

Die ersten beiden Abbildungen (4.22 und 4.23) zeigen den Anteil an schlecht oder gar nicht Deutsch sprechenden Kindern in den einzelnen Bezirken an, und zwar nach der neuen (4.22) und der früheren (4.23) Bezirkseinteilung. Dieser Anteil bezieht sich auf alle Kinder, also einschließlich der herkunftsdeutschen, und ist dadurch stark vom Anteil der Kinder nichtdeutscher Herkunftssprache in den jeweiligen Bezirken abhängig. Die Abbildungen zeigen deskriptiv die räumliche Verteilung von potentiellen Bildungsverlierern in Berlin an.

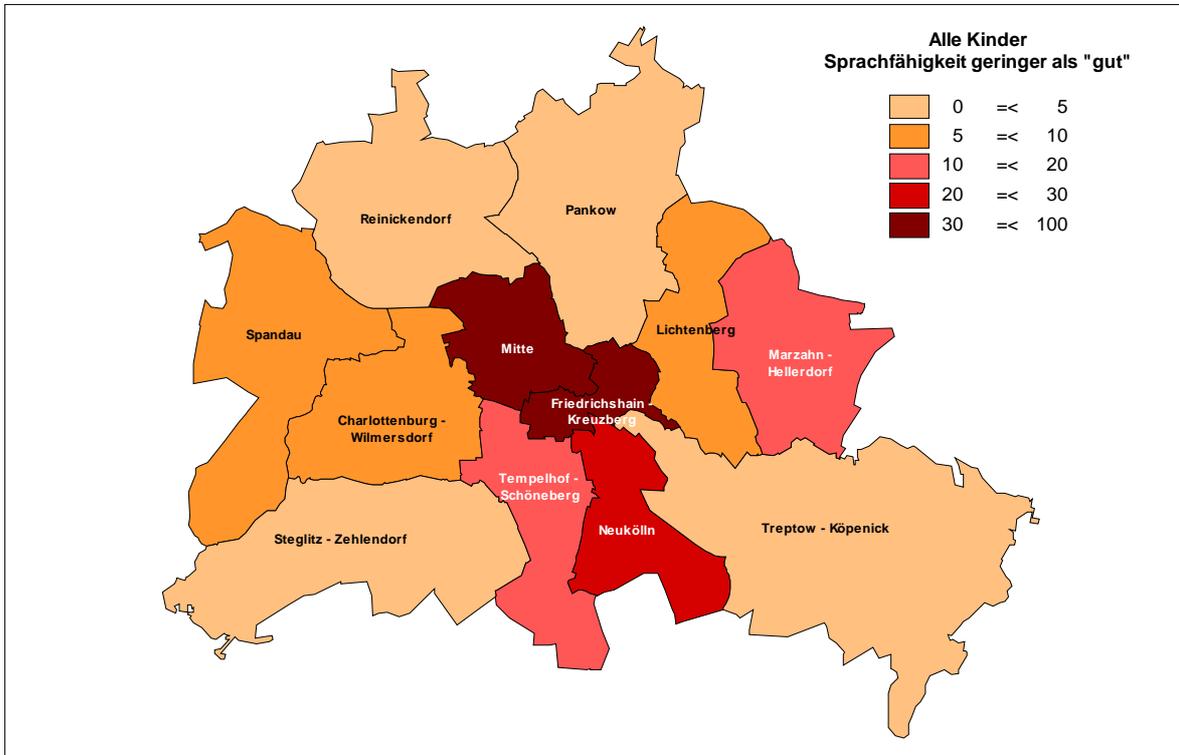
Speziell am Beispiel der Bezirke Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg wird deutlich, dass das Zu-Grunde-Liegen der neuen Bezirksstruktur für genauere Analysen ungeeignet ist, weil es zu einer Durchschnittsbildung von äußerst heterogenen Gebieten führt. Aus diesem Grund mussten auch für die alte und die neue Bezirkseinteilung *verschiedene Abstufungen* gewählt werden, sodass ein direkter Vergleich nicht ohne Weiteres möglich ist. Die fünf dargestellten Abstufungen müssen als *Rangfolgen* und die angeführten Prozentangaben als informatorische Hinweise betrachtet werden; wegen der großen Spreizungsunterschiede gibt es keine für beide Gebietseinteilungen gleichermaßen praktikable Skala.

Die Abbildung 4.24 zeigt demgegenüber den Anteil von schlecht Deutsch sprechenden Kindern nur in Bezug auf die Kinder nichtdeutscher Herkunftssprache an. (Auf die wenig aussagekräftige Darstellung nach den neuen Bezirken wurde hier verzichtet.) Sie ist ein Maß dafür, wie gut diese Kinder in den einzelnen Bezirken Deutsch lernen. Dabei bildet sie auch ein gutes Korrektiv für die beiden vorangegangenen Abbildungen, die - bedingt durch den hohen Anteil herkunftsdeutscher Kinder in einigen Bezirken - zu dem Eindruck verleiten könnten, in weiten Teilen Berlins sei die Situation durchaus positiv. Erinnerung werden soll hier daran, dass der Anteil der Kinder nichtdeutscher Herkunftssprache, die keinem Schulunterricht folgen können, *in ganz Berlin um die 50 %* beträgt. Dies wird auch bei einem klassischen gutbürgerlichen Bezirk mit hohem Sozialindex wie Zehlendorf deutlich, in dem mehr als 40 % der genannten Kinder ein sehr defizitäres Deutsch sprechen.

Zuletzt sollen in der Abbildung 4.25 die Daten der Abbildung 4.24 noch einmal kleinräumiger dargestellt werden, und zwar nach der Postleitzahl des Wohnortes des Kindes. Ab der Erhebung 2002 wird die Angabe der Teilverkehrszelle des Wohnortes des Kindes zur Verfügung stehen. Sie stellt eine

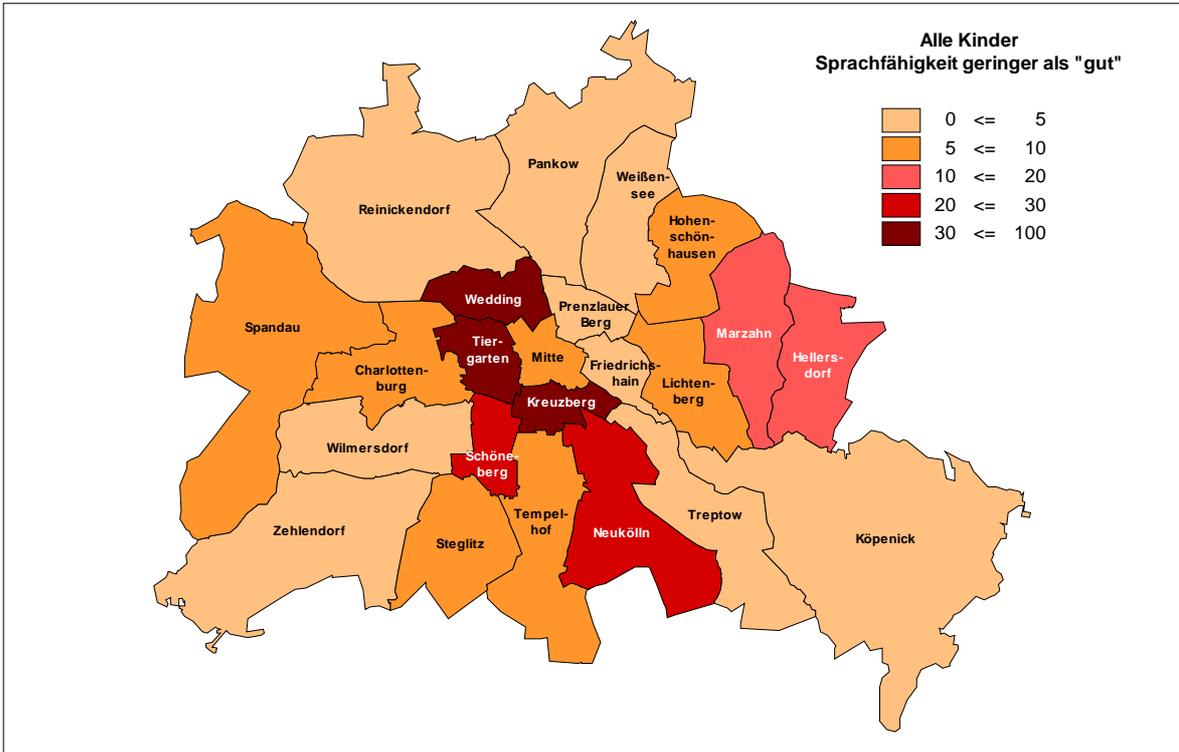
bessere Einteilungsgröße dar und ist besser mit anderen sozialräumlichen Systemen - zum Beispiel dem Berliner Sozialstrukturatlas - kompatibel.

Abbildung 4.22:
Anteil der in Deutschland geborenen Kinder bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Beherrschung der deutschen Sprache und Bezirk
 - in %



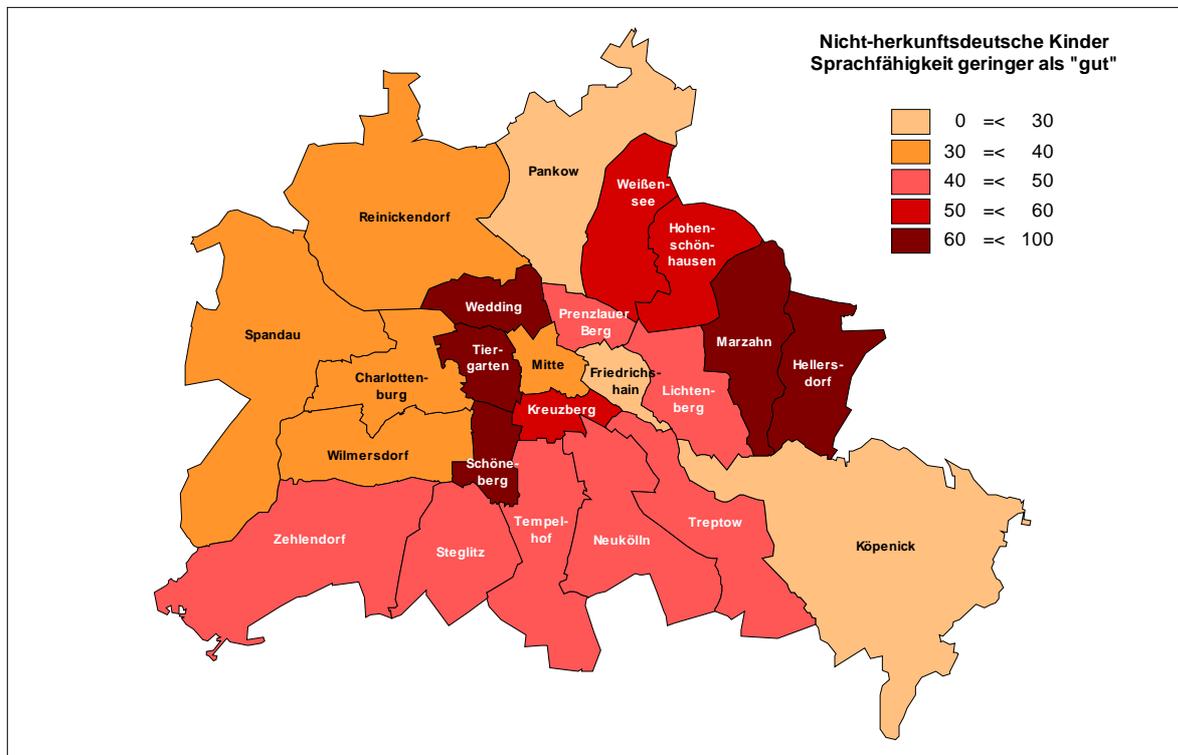
(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Abbildung 4.23:
Anteil der in Deutschland geborenen Kinder bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Beherrschung der deutschen Sprache und ehemaligen Bezirken
 - in %



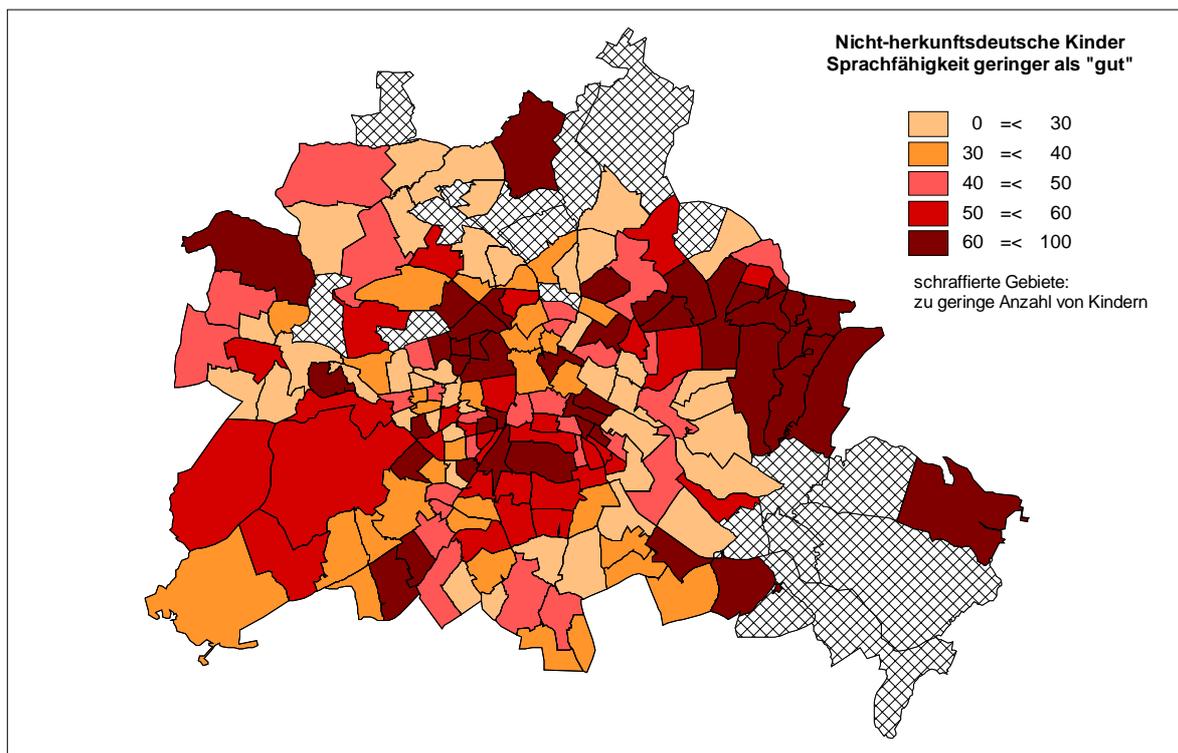
(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Abbildung 4.24:
Anteil der in Deutschland geborenen Kinder nichtdeutscher Herkunft bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Beherrschung der deutschen Sprache und ehemaligen Bezirken - in %



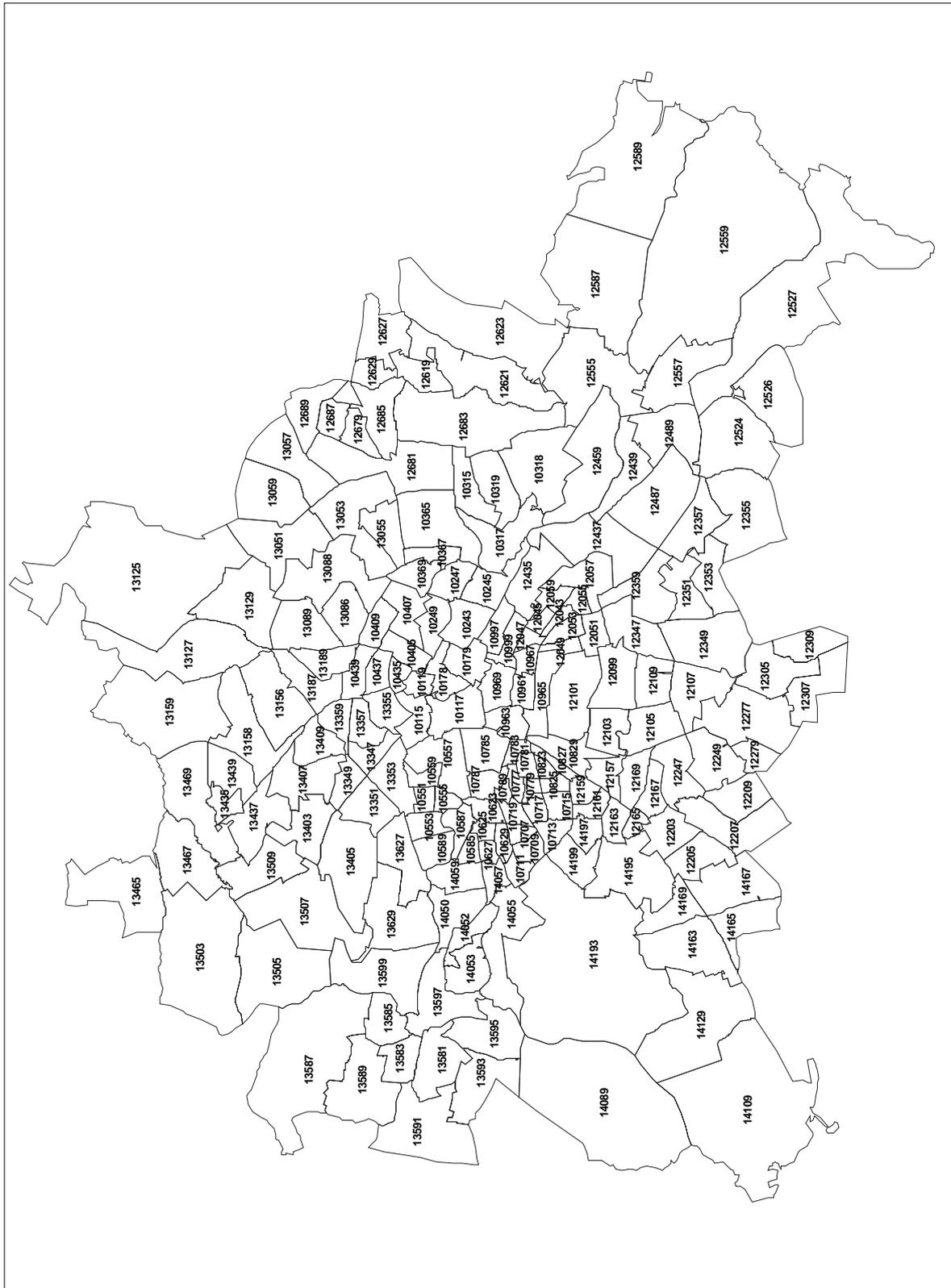
(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Abbildung 4.25:
Anteil der in Deutschland geborenen Kinder nichtdeutscher Herkunft bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Beherrschung der deutschen Sprache und Postleitzahl des Wohnortes des Kindes - in %



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

Abbildung 4.26:
Geografische Verteilung der Postleitzahlen-Bereiche in Berlin



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

4.6 Folgerungen aus der Untersuchung

„Nach Golde drängt, Am Golde hängt Doch alles. Ach wir Armen!“ schrieb ein bekannter Autor mit anerkannt guten Deutschkenntnissen²⁸.

Nicht so sehr am Golde, sondern an der deutschen Sprache hängt alles, wenn man hier zu Lande sein Fortkommen nicht nur suchen, sondern vor allem auch finden will. Bei aller Heftigkeit der Kontroversen, die bis zu Anschuldigungen über vermutete kulturdominante Bestrebungen reichen, ist dies einer der wenigen Punkte, über die mittlerweile Übereinstimmung besteht. Dabei wiederholen sich die Erfahrungen von Kalifornien: Auch und vor allem die Betroffenen sind zu dieser Überzeugung gelangt. Bei einer kürzlich durchgeführten Repräsentativumfrage zur Lebenssituation türkischer Berlinerinnen und Berliner²⁹ sprach sich nicht nur eine große Mehrheit für Deutschunterricht an Kindertagesstätten (und auch für türkische Mütter) aus, sondern nicht weniger als 95 % waren sogar für *verpflichtende* Sprach- und Integrationskurse.

Drängt also auch in Berlin alles nach den guten Deutschkenntnissen, die hier die unverzichtbare Grundlage für jenen sozialen Aufstieg bilden, die nach der gleichen Studie über 80 % von ihren Kindern erwarten? Für die hier geborenen Kinder geben die vorliegenden Daten eine klare Antwort: *Nein*. Und daher bleibt auch hier der Nachsatz *Ach wir Armen* bestehen und ist bei vielen sogar wörtlich zu nehmen: Von 1.000 Kindern, die in der ersten Klasse einer der Grundschulen nebeneinander sitzen und lernen, befinden sich nur 12 Kinder, die türkischer Herkunft sind und mindestens ein Elternteil haben, das die Hochschulreife besitzt; nur bei 6 haben Vater oder Mutter studiert, und nur bei einem einzigen beide. Von 100 türkischen Kindern hat bei mehr als 50 zumindest ein Elternteil keinen Hauptschulabschluss, bei mehr als 20 beide nicht. Bei den herkunftsdeutschen sind dies weniger als 6 bzw. weniger als 1.

Eine eher niedergedrückte Übereinstimmung herrscht auch darin, dass sich die Situation zurzeit in Berlin nicht etwa zum Besseren, sondern zum Schlechteren wendet. Die Sprachfähigkeit der türkischen Kinder der dritten Generation wird als schlechter beurteilt als die der zweiten¹³; eine Beobachtung, die durch unsere Daten gestützt wird. In Berlin sind 42 von hundert Türken im erwerbsfähigen Alter ohne Arbeit, mehr als die Hälfte sind jünger als 40 Jahre¹⁵. Die Zahl der türkischen Studenten an Berliner Hochschulen hat sich gegenüber

früher verdoppelt; aber dies sind Erfolge der Vergangenheit: Denn es scheint sicher, dass diese Entwicklung mit der jetzigen Generation von Schülern nicht zu halten sein und sich wieder umkehren wird.

Es wird immer deutlicher, dass die früheren Vorstellungen über den erwarteten sprachlichen Integrationsverlauf sich nicht bewahrheiten werden. Ausgegangen war man von den bisherigen Erfahrungen, die von Appel und Muysken idealtypisch 1987 so beschrieben worden waren³⁰: „Das generelle Muster für die Sprachverschiebung bei Immigrantengruppen ist folgendermaßen: Die erste Generation (noch im Herkunftsland geboren) spricht die Umgebungssprache, aber die Herkunftssprache weist eine klare Dominanz auf. Die zweite Generation ist zweisprachig, und jede der beiden Sprachen kann die vorherrschende sein. Die dritte Generation ist zweisprachig mit Dominanz der Umgebungssprache, und die vierte Generation beherrscht nur noch die Umgebungssprache.“ Für die jetzige Situation in Deutschland stellt Siebert-Ott die These auf¹⁷: „Der für die dritte Generation von Kindern aus Zuwandererfamilien erwartete Sprachwechsel von der Herkunftssprache zur Landessprache Deutsch ist nicht eingetreten. Es ist davon auszugehen, daß in vielen Familien mit Migrationshintergrund die Herkunftssprache als Familiensprache langfristig ihre Bedeutung behalten wird.“

Situation in Berlin

Obwohl es in den letzten Jahren wenige Stimmen gab, die nicht eine Verschlechterung der Situation konstatiert und immer dringlicheren Handlungsbedarf festgestellt hätten, gehen die Ansichten über die gegenwärtige Lage, die Ursachen und die zu ergreifenden Maßnahmen weit auseinander. Die Feststellungen der Berliner Ausländerbeauftragten („Wachsender Wille zur Integration - von Parallelgesellschaft keine Spur ... Von einem Rückzug in eine „ethnische Nische“ kann keine Rede sein.“²⁹) und eine Analyse in der seriösen Presse („Mitten in Deutschland leben Millionen von Immigranten in blickdichten Parallelwelten nach eigenen Regeln von Recht und Ordnung ... bevölkert von Menschen, die mit dieser Republik nichts zu tun haben oder gar nichts zu tun haben wollen.“³¹) markieren gewisse Eckpunkte der Diskussion.

Wie notwendig es ist, hierbei sachliche Grundlagen zur Verfügung zu stellen, zeigen einige Angaben aus dem erwähnten Presseartikel, wonach „in Kreuzberg 63 % der Ausländerkinder bei der Einschulung fast kein Deutsch“ sprächen; bei den Türken seien es sogar 80 %. Bei der Brisanz solcher

Aussagen ist es hilfreich, eine Datenquelle zur Verfügung zu haben, die Auskunft geben kann:

Von allen Kindern mit nichtdeutscher Staatsbürgerschaft, die 2001 im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg, Ortsteil Kreuzberg, wegen Schulpflicht zur Einschuluntersuchung kamen, sprachen 30,8 % „nicht“ oder nur „radebrechend“ Deutsch; bei den türkischen Kindern betrug der Prozentsatz 30,5 %, also *weniger* als der Durchschnitt aller ausländischen Kinder. In der KJGD-Stelle „Reichenberger Straße“, die im Wesentlichen den besonders belasteten Bereich des alten „Kreuzberg SO 36“ abdecken dürfte, betragen die entsprechenden Zahlen 37,5 % bzw. 38,6 %.

Die Dramatik der genannten Aussage bleibt trotzdem erhalten; vor allem, wenn man bedenkt, dass im letztgenannten Gebiet tatsächlich nur etwa 20 % der ausländischen Kinder ein Deutsch spricht, das ihnen überhaupt eine Chance eröffnet, dem Unterricht zu folgen. Dennoch ist es für die dringend notwendige Diskussion unabdingbar, dass die Datengrundlage nicht größeren Zweifeln unterliegt.

Überlegungen auf Grund der Ergebnisse

Auch wenn dieser Bericht zunächst einmal nur objektive Daten bereitstellt, so greift er zwangsläufig doch auch in eine gesamtgesellschaftliche Diskussion ein, die mit großer Heftigkeit nicht nur in Berlin geführt wird. Die Objektivität der Daten tritt bei solchen Diskussionen häufig dann bei Diskussionsteilnehmern in den Hintergrund, wenn Schlussfolgerungen aus diesen Daten - seien es tatsächliche, naheliegende oder befürchtete - nicht die jeweilige Position stützen. Die hier versammelten Überlegungen sollen daher eine faktenbasierte Diskussion befördern.

Allerdings entspricht es nicht der neuen Konzeption der vorliegenden Reihe von Spezialberichten, sich auf die bloße Datenpräsentation zu beschränken. Wie auch bei den sonstigen Kapiteln wird es daher unternommen, die Entwicklung darüber hinaus gehend auch durch weitere Analysen voran zu treiben. In diesem Sinne sind die nachfolgenden Überlegungen zu werten.

- Die Daten zeigen klar, dass mangelnde Deutschkenntnisse nicht sein müssen. Ausreichend Deutsch lernen alle Kinder schnell, ohne Hilfe, und kostenlos - wenn man ihnen nur Gelegenheit dazu gibt. Bei reichhaltigem Kontakt haben Kinder gar keine Chance, *nicht* Deutsch zu lernen. Mangelnde Deutschkenntnisse sind kein linguistisches Problem, sie zeigen an, dass

kein Kontakt zu deutschen Kindern besteht.

- Zur Bewältigung der Situation, dass bei bestimmten Bevölkerungsgruppen ganz erhebliche Anteile der Kinder bei der Einschulung dem Unterricht nicht folgen können, sind große Aufwendungen erforderlich; über die beste Strategie des *institutionellen Zweitspracherwerbs* ist auch in Berlin eine Kontroverse entbrannt³², deren Dauer fast schon in Jahrzehnten zu messen ist. Unbeschadet des Problems der literalen Kompetenz ist es erstaunlich, dass in dem ganzen umfangreichen Schrifttum kaum einmal ein Hinweis zu finden ist, dass das ganze Problem in dieser Dimension nicht existierte, sprächen die Kinder bei Einschulung bereits fließend Deutsch.
- Die verschiedenen Zahlen für verschiedene Ausländergruppen zeigen, dass das Problem bei den türkischen Kindern am gravierendsten ist. Osteuropäer starten ähnlich schlecht (Russlanddeutsche etc. sind hier nicht enthalten, da sie ja nicht mehr Ausländer sind!), aber sie machen dann schnellere Fortschritte; und das, obwohl sie in Rekordprozentsätzen nicht in den Kindergarten gehen. „Industriestaatler“ zeigen, was möglich ist. Unter ihnen befinden sich durchaus auch große Gruppen aus Staaten, deren Bürger/innen auch mehrheitlich aus einfacheren Schichten kommen und ebenfalls oft aus eher ländlichen Gegenden stammen, wie etwa Griechen und Portugiesen.
- Die Konzentration auf die Sprache verdeckt, dass es um Integration geht. Allen Gruppen, die nicht miteinander sprechen können, fehlt die Grundlage für ein Leben, das „gemeinsam“ genannt werden könnte. Sprache und Kontakt am Arbeitsplatz sind ein untauglicher Indikator, weil sie nicht auf einer freien Entscheidung beruhen, sondern von außen auferlegte Notwendigkeit sind. Kinder, die ja kein Teil irgendeiner Arbeitswelt sind, sind ein guter Indikator, weil sie das Private, die freie Lebensgestaltung widerspiegeln. Sprechen große Teile oder sogar die Mehrheit der Kinder einer bestimmten Gruppe regelhaft kein Deutsch, das auch nur zur Basiskommunikation ausreicht, wachsen sie offensichtlich weitgehend abgeschottet in ihrer Gruppe auf.
- Möglicherweise fürchten auch manche türkische Eltern, dass Öffnung für die deutsche Kultur über kurz oder lang ein Abwenden von der türkischen Kultur bedeuten könnte; „*sie wollen nicht, dass ihre Töchter und Söhne „alman laschmak“ werden. Verdeutsch und damit der*

*türkischen Gesellschaft entfremdet.*¹⁵ Ohne Deutsch aber kein Entkommen aus dem Bildungsgetto, keine Zukunftschancen. Die gewünschte Zugehörigkeit zur türkischen Kultur bliebe erhalten - auf dem Boden der Gesellschaft.

- Es ist nicht leicht zu sehen, wie ein Mittelweg aus diesen sich ausschließenden Positionen gefunden werden könnte. Es geht ja nicht immer nur um die *Beibehaltung* der türkischen Kultur, während man sich die deutsche in einem Maße aneignet, das ausreichen würde, um seinen Weg in der deutschen Gesellschaft zu machen; allein schon diese Aneignung der deutschen Kultur wird von manchen als Gefahr empfunden und abgelehnt.

In diesem Spannungsfeld müssen Akteure wie die Ausländerbeauftragte des Senates von Berlin und der Vorsitzende des Türkischen Bundes Berlin (TBB) Vorschläge für Auswege machen. Keine Diskussion besteht darüber, dass die deutsche Verfassung mit ihren Geboten, zum Beispiel der Gleichbehandlung von Frauen und Männern, zu achten ist; und dass Deutsch gelernt werden muss³³. Dass Deutsch nicht im erforderlichen Umfang gelernt wird, steht fest; und ob Jungen und Mädchen wirklich gleichbehandelt werden, ist eine mehr als heikle Frage. In jedem Fall werden alle Formen von verbindlicher Teilnahme an Maßnahmen abgelehnt³⁴ und mehr Anstrengungen von der deutschen Gesellschaft bzw. dem Senat von Berlin gefordert. Die Haushaltslage in Berlin lässt jedoch keine relevante Ausweitung irgendwelcher Maßnahmen erwarten. Es ist nicht zu sehen, was dem bisherigen Verlauf der Entwicklung eine andere Richtung geben könnte, als in der Vergangenheit. Ein großer Teil der Aufwendungen wäre übrigens ja nicht nötig, hätten türkische Kinder schlicht Kontakt zu deutschen.

- Wie dargelegt, ist die gegenwärtige Situation eher von Rückschritt als von Fortschritt gekennzeichnet. Kennzeichnend hierfür ist auch die Tatsache, dass bei einer repräsentativen Befragung³⁵ 64 % der 30-39-jährigen türkischen Männer in Berlin angaben, ihre Ehepartnerin in der Türkei gefunden zu haben; auch bei den Frauen waren es 41 %. Von allen Befragten - also auch den nicht Verheirateten - gaben 42% an, dass der Ehepartner aus der Türkei zugezogen sei. Dies bedeutet, dass in der Mehrzahl der türkischen Ehen in Berlin mindestens ein Ehepartner - deutlich häufiger die Frau als der Mann - im Erwachsenenalter ohne jegliche

deutsche Sprachkenntnisse und Kenntnis der deutschen Kultur nach Deutschland gekommen ist. „Damit beginnt die Migrationsgeschichte nach jeder Generation wieder neu“, beklagt Safer Cinar, Vorsitzender des Türkischen Bundes Berlin. Die Mütter könnten oft selbst nicht lesen und schreiben³⁶. In der Türkei seien aber traditionell die Mütter für Erziehung verantwortlich. Sanem Kleff (stellvertretende Vorsitzende im Landesverband Berlin der GEW) spricht davon, dass dies die Schule mit „einer bäuerlichen Kultur, wie sie in Berlin nur noch in Spuren vorkam“ konfrontiere¹⁰. Eine Diskussion darüber, warum junge türkische Heiratswillige eigentlich nicht ihre Freunde von nebenan (oder gar Deutsche!) heiraten, sondern ihre Ehepartner, zu denen sie in aller Regel kaum je intensiveren Kontakt hatten, Tausende von Kilometern entfernt suchen, ist öffentlich nicht zu entdecken. Safer Cinar erklärt dies zur absoluten Privatsache. Dies ist sicher richtig; aber die gesellschaftlichen Gründe dafür und die gesellschaftlichen Auswirkungen davon sind es eher nicht.

- Früher konnte man ohne Hauptschulabschluss als ungelerner Arbeiter unterkommen, mit Abschluss Dreher werden. Diese Arbeitsplätze fallen rasant weg; wir bewegen uns von der Industriegesellschaft weg zur Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft. Selbst mit Hauptschulabschluss schwinden die Möglichkeiten immer mehr; Abiturienten drängen stark in Berufe, für die man früher nur die Mittlere Reife brauchte. 2001 vergaben die Betriebe, die zur Industrie- und Handelskammer (IHK) gehören, nur 13 % ihrer Lehrstellen an Auszubildende mit Hauptschulabschluss³⁷. Bewerber/innen ohne Abschluss waren so gut wie chancenlos: Nur sechs von tausend Lehrstellen gingen an sie. Von den türkischen Schüler/innen verlassen gut zwei Drittel die Schule völlig ohne Abschluss oder lediglich mit einem Hauptschulabschluss. Knapp ein Fünftel der türkischen Hauptschüler/innen und damit doppelt so viele wie deutsche beenden die Schule ohne Abschluss. Das lässt sie so gut wie ohne Chancen.
- Die sich verschlechternden wirtschaftlichen Bedingungen treffen somit die Unqualifizierten am meisten. Das sind weit überproportional natürlich türkische Jugendliche, die die Schuld bei der „ausgrenzenden“ deutschen Gesellschaft suchen. Folge ist der sogenannte „Rückzug in die eigene Ethnie“¹², der nach Meinung der Experten durch das große Angebot an türkischen Fernsehsendern stark begünstigt wird. Dies

führt dazu, dass die dritte Generation schlechter spricht als die zweite und damit zur Verstärkung des Teufelskreises.

- Eine weitere mögliche Gefahr taucht langsam auf: Oft tun sich Mädchen in der Schule noch relativ leichter, weil dies konsistent mit einem traditionellen Rollenverständnis (brav, fleißig, diszipliniert, gehorsam) möglich ist. Die Hauptverlierer sind nach allen Statistiken und Expertenmeinungen daher die jungen *männlichen* Ausländer, was heftig mit deren traditionellem Rollenverständnis kollidiert und sie bedroht. Tendenziell ist dies geeignet, sie noch mehr in einen weltanschaulichen und religiösen Fundamentalismus zu treiben. Dieser Zwiespalt zwischen der deutschen und der türkischen, aber auch innerhalb der türkischen Gemeinschaft in Berlin, ist alles andere als gesund; und eine Lösung ist nicht in Sicht.

Literatur

- ¹ Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): **Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter**. Deutscher Ärzte Verlag, Köln 2000
- ² Weißenborn, J.; Penner, Z. (2001): Persönliche Mitteilung.
- ³ <http://www.glad-study.de/>, zuletzt aufgerufen am 25.01.2002
- ⁴ Pochert, A. (1998): **Bericht über die Sprachstandserhebung der Schülerinnen und Schüler aller 1. Klassen des Bezirks Wedding von Berlin im Schuljahr 1998/99**. LSA Außenstelle Wedding, Schulpsychologische Beratungsstelle, Berlin.
- ⁵ Pochert, A.; Hildmann, W. (2001): **Bericht über die Sprachstandserhebung der Schülerinnen und Schüler in allen 1. Klassen der Weddinger Grundschulen des Bezirks Mitte von Berlin im Schuljahr 2000/01**. Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport von Berlin.
- ⁶ Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport (2002): **Ergebnisse der Sprachstandserhebung „Bärenstark“**. Berlin. Abzurufen im Internet unter http://www.senbjs.berlin.de/schule/informationen_fuer_lehrer/baerenstark/thema_baerenstark.asp, zuletzt aufgerufen am 11.06.2002.
- ⁷ Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport (2001): **Schulsenator Klaus Böger weitet Sprachstandserhebungen an Berliner Schulen aus - „frühzeitige Sprachförderungen bei Erstklässlern sind notwendig“**. Pressemitteilung der Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport vom 02.10.2001.
- ⁸ Gaschke, S. (2001): **Sprachlos bunt**. Das Deutsch vieler Einwandererkinder ist schlechter denn je. Wenn die Eltern nicht mithelfen, sind Kindergärten und Schulen machtlos. Die Zeit, 21/2001
- ⁹ <http://www.kanak-attak.de/main.htm>. Zuletzt aufgerufen am 01.03.2002.
- ¹⁰ Kleff, S. (2000): **Die Sprachfalle**. taz Berlin lokal Nr. 6257 vom 28.9.2000, Seite 23.
- ¹¹ Kaya, S. (2000): **Sprachlose Kinder**. taz Nr. 6142 vom 15.5.2000, Seite 18.
- ¹² Bölsche, J. (2001): **Ole und die Zuckertüte**. DER SPIEGEL 45/2001.
- ¹³ Spiewak, M. (2000): **Gefangen im Ghetto**. Ausländische Jugendliche sind die Verlierer von morgen. Die Schule sieht hilflos zu. Die Zeit 16/2000.
- ¹⁴ Spiewak, M. (2001): **Ramadan im Kindergarten**. Wegen ihrer Sprachprobleme sind Ausländerkinder im Kindergarten benachteiligt. Ein Modell in Essen zeigt, was man dagegen tun kann. Die Zeit 47/2001.
- ¹⁵ Loff, B. (2001): **Sprache ist Schlüssel zu erfolgreicher Integration**. Sprachkurse als Herausforderung für Schulen und Schüler. Stuttgarter Zeitung vom 18.04.2001.
- ¹⁶ Bakirdögen, A. (2001): **Gegen Zwangsmaßnahmen zur Integration**. Die Ausländerbeauftragte des Senats und der Türkische Bund rufen Migranten zur freiwilligen Teilnahme an Sprachkursen auf. Berliner Morgenpost vom 21.04.2001.
- ¹⁷ Siebert-Ott, G. (2001): **Erziehung in zwei Sprachen**. Vortrag am 16. März 2001 in Neuss im Rahmen der Veranstaltung „Interkulturelle Erziehung im Elementarbereich - Mehrsprachigkeit als Chance“.
- ¹⁸ Reuland, E.; Abraham, W. (1993): **Knowledge and Language: Orwell's Problem and Plato's Problem**. Dordrecht: Kluwer Academic Publ. 1993.
- ¹⁹ Grewendorf, G. (1995): **Sprache als Organ - Sprache als Lebensform**. Frankfurt/Main 1995: Suhrkamp.
- ²⁰ Rodriguez-Fornells, A.; Rotte, M.; Heinze, H-J; Nösselt, T.; Münte, T. (2002): **Brain potential and functional MRI evidence for how to handle two languages with one brain**. Nature, vol. 415, S. 1026-1029.
- ²¹ Siebert-Ott, G. (1999): **Zweispachigkeit und Schulerfolg**. Die Wirksamkeit von schulischen Modellen zur Förderung von Kindern aus zugewanderten Sprachminderheiten: Ergebnisse der (Schul)forschung. Internationale Fachtagung „Zweispachigkeit, Schulerfolg und gesellschaftliche Integration“ vom 27. bis 29. Oktober 1999 im Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW in Soest.
- ²² Nehr, M., K. Birnkott-Rixius, L. Kubat u. S. Masuch (1988): **In zwei Sprachen lesen lernen - geht denn das?:** Erfahrungsbericht über die zweisprachige koordinierte Alphabetisierung. Weinheim: Beltz.
- ²³ Nehr, M. (1990): **Schrift- und Schriftspracherwerb am Beispiel der bilingualen Alphabetisierung türkischer Schulkinder**. In: G. List u. G. List (Hrsg), .146-166.
- ²⁴ Felix, S.W. (1993): **Psycholinguistische Untersuchungen zur zweisprachigen Alphabetisierung**. Gutachten im Auftrage der Berliner Senatsverwaltung für Schule, Berufsbildung und Sport. Berlin: Bibliothek für bildungsgeschichtliche Forschung.
- ²⁵ Zimmer, D.E. (1998): **Die zweisprachige Erziehung in den USA ist ein Lehrstück dafür, wie leicht sich vermeintlicher Fortschritt verrennt**. Die Zeit 47/1998

²⁶ Vieth-Entus, S.(2002): **Morgen fällt Deutsch-Türkisch aus.** Der zweisprachige Unterricht wird wichtiger: Die Note erscheint jetzt im Zeugnis. Eine Neuköllner Schule aber gibt das Fach auf - mangels Nachfrage. Der Tagesspiegel, Berlin, 21. Februar 2002, S. 10.

²⁷ Delekat, D., Kis, A. (2001): **Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin.** Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2001 - 1. Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen Berlin.

²⁸ Goethe, J.W. von (1806): **Faust - der Tragödie erster Teil.** Weimar.

²⁹ inTrend - Gesellschaft für Markt-, Media- und Sozialforschung (2002): **Repräsentativumfrage zur Lebenssituation türkischer Berlinerinnen und Berliner.** Im Auftrag der Ausländerbeauftragten des Senates von Berlin, Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen, Berlin.

³⁰ Appel, R.; Muysken, P. (1987): **Language Contact and Bilingualism.** Edward Arnold, London.

³¹ Bölsche, J. et. al. (2002): **Die Rückseite der Republik.** DER SPIEGEL 10/2002, Hamburg.

³² Rösch, H. (2001): **Zweisprachige Erziehung in Berlin im Elementar- und Primarbereich.** Essener Linguistische Skripte. Jg. 1, Heft 1, S. 23-44.

³³ Die Ausländerbeauftragte des Senates von Berlin (2000): **„Was ist deutsch?“ ‚Kulturbeutel‘ der Ausländerbeauftragten versuchen Antworten zu geben.** Pressemitteilung vom 20. November 2000, Berlin.

³⁴ Bakirdögen, A. (2001): **Gegen Zwangsmaßnahmen zur Integration. Die Ausländerbeauftragte des Senats und der Türkische Bund rufen Migranten zur freiwilligen Teilnahme an Sprachkursen auf.** Berliner Morgenpost, 21.04.2001.

³⁵ Die Ausländerbeauftragte des Senates von Berlin (2002): **Repräsentativumfrage zur Lebenssituation türkischer Berlinerinnen und Berliner.** Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen, Berlin.

³⁶ Spiewak, M. (2000): **Gefangen im Ghetto. Ausländische Jugendliche sind die Verlierer von morgen. Die Schule sieht hilflos zu.** Die Zeit 16/2000, Hamburg.

³⁷ Vieth-Entus, S. (2002): **Mangelware Ausbildungsplatz. Hauptschüler gehen leer aus.** Der Tagesspiegel, 25.04.2002, S. 13; und persönliche Mitteilung.

5 Übergewicht

5.1 Zusammenfassung

Übergewicht ist nach wie vor eines der größten gesundheitlichen Probleme in den Industrieländern weltweit. Dies gilt uneingeschränkt auch für Kinder. Denn zum einen legt Übergewicht in der Kindheit oft den Grundstein für Übergewicht im Erwachsenenalter, und sorgt so für eine deutlich erhöhte Rate an Krankheit und vorzeitiger Sterblichkeit. Zum anderen aber leiden die Kinder auch selbst; sowohl durch die körperlichen und zunehmend auch gesundheitlichen Auswirkungen der Fettsucht, als auch durch die zunehmende soziale Geringschätzung, die gerade Jugendliche besonders belastet.

Die Gesundheitsberichterstattung Berlin hat zu der Situation in Berlin bereits die Ergebnisse der ESU von 1999 publiziert. In einem Zeitraum von zwei Jahren kommt es nicht zu größeren Veränderungen des Ausmaßes an Übergewicht; und natürlich ändern sich insbesondere die Präventionsempfehlungen nicht. Jedoch umfasst die Erhebung von 2001 zum ersten Mal seit 1994 wieder ganz Berlin, sodass der jetzige Bericht einen Ausgangspunkt für die künftige Berichterstattung setzt. Er ist ansonsten als Fortschreibung zu sehen; *für die ausführliche Darstellung von Hintergründen und vor allem der Präventionsempfehlungen wird ausdrücklich auf den Kinderbericht von 2001 verwiesen.*

Wie bei der Untersuchung 1999 haben wir uns auf die Gruppe der Einschüler/innen (Alter: etwa 6 Jahre) konzentriert, das waren rund 18.500 Kinder. Ebenfalls weiterhin haben wir das Referenzsystem der europäischen Normwerte (nach ECOG - European Child Obesity Group) und hier die Grenzwerte für die schwer fettstichtigen (adipösen) Kinder zu Grunde gelegt. Dabei fanden sich folgende Ergebnisse:

- Die Rate an Adipositas beträgt bei allen Kindern 11,8 %; bei den Einschülern 12,6 %.
- Die Unterscheidung der drei Haupteinflüsse - Staatsangehörigkeit, Sozialstatus und Geburtsgewicht - in Bezug auf Risiko und Entstehungsursache bleibt unverändert. Es ergeben sich aber neue Aspekte durch die Berücksichtigung von kulturellen Herkunftsgruppen (s. Kap. 3) anstatt von Staatsangehörigkeiten anhand formaler Passverhältnisse.
- Kinder mit deutscher Staatsangehörigkeit sind zu 11,3 %, mit türkischer zu 22,7 %, und die anderer Staatsangehörigkeiten zu 15,1 % adipös.
- Von den Kindern mit deutscher Staatsangehörigkeit sind in Berlin-West die herkunftsideutschen (s. Kap. 3) zu 10,5 %, die übrigen jedoch zu 18,1 % adipös; in Berlin-Ost ist der Unterschied mit 10,7 % und 13,9 % bedeutend geringer. Zum ersten Mal überhaupt liegt die Rate bei den herkunftsideutschen Kindern damit in Berlin-Ost höher als in Berlin-West, nachdem sie 1994 noch deutlich darunter gelegen hatte.
- Vergleicht man die Zahlen von 1994 und 2001, so ergibt sich, dass die Rate bei den türkischen Kindern auf sehr hohem Niveau praktisch unverändert geblieben ist. Bei den Herkunftsideutschen aus Berlin-West ist sie gesunken, bei denen aus Berlin-Ost gestiegen. Bezieht man jedoch die Zahlen von 1999 ein (wobei für alle drei Untersuchungsjahre nur die 18 Bezirke verglichen werden können, die 1999 teilgenommen hatten), so erscheint es möglich, dass es bei den Herkunftsideutschen auch in Berlin-Ost bereits zu einer Abnahme und damit zu einer Trendwende gekommen ist, wie dies für Berlin-West wahrscheinlich ist. Die Rate bei der Gruppe aller anderen Kinder ist deutlich angestiegen.
- Der früher beschriebene Einfluss von Sozialstatus und Geburtsgewicht ist praktisch unverändert geblieben: Niedriger Sozialstatus und hohes Geburtsgewicht sind mit einem sehr viel höherem Auftreten von Adipositas vergesellschaftet als umgekehrt.
- Der methodischen Frage, nach welchem Referenzsystem jetzt und in Zukunft die Häufigkeit von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen angegeben werden soll, kommt große Bedeutung zu. In Frage kommen die Empfehlungen der ECOG (europäische Werte nach Rolland-Cachera), der AGA (nationale Referenztabellen nach Kromeyer-Hauschild) und der IOTF (vorgeschlagener Weltstandard nach Cole). Die Gesundheitsberichterstattung Berlin bleibt weiterhin bei der Empfehlung der ECOG und begründet dies. Zur Sicherstellung der Vergleichbarkeit mit anderen Erhebungen werden in 7.2 die Werte aller drei Referenzsysteme dargestellt.

- Ein eindeutiger Unterschied zwischen Jungen und Mädchen konnte nicht festgestellt werden. Nur bei der Gesamtheit der herkunftsdeutschen Kinder gab es überhaupt signifikante Unterschiede; nicht aber bei der Unterscheidung nach wichtigen Untergruppen, beispielsweise nach sozialem Status. Sonstige beständige geschlechtsspezifische Besonderheiten im Zusammenhang mit Übergewicht konnten nicht gefunden werden. Bei Anwendung anderer Referenzsysteme als dem von der ECOG empfohlenen waren überhaupt keine Geschlechtsdifferenzen nachweisbar. In der wissenschaftlichen Literatur sind Unterschiede bei Kindern beschrieben, aber die Einbeziehung der - ohnehin noch weithin unbekannt - zu Grunde liegenden psychischen und biologischen Vorgänge sind im Rahmen einer Einschuluntersuchung nicht leistbar. Insbesondere fehlen Anhaltspunkte, die konkret in eine Präventionskonzeption einfließen könnten.
- Bei den Präventionsempfehlungen ändert sich naturgemäß nicht viel an den im Kinderbericht 2001 vorgetragenen Vorschlägen. Die durch die ESU gewonnenen differenzierten Informationen sollten bei öffentlichen Diskussionen berücksichtigt werden.

5.2 Gesundheitliche Bedeutung

Die gesundheitliche Bedeutung von Adipositas ist unumstritten. Exzessives Körpergewicht ist vergesellschaftet mit einer Reihe von schwerwiegenden Krankheiten und führt zu einer deutlich eingeschränkten Lebenserwartung. Dabei scheint der weltweite Anstieg ungebrochen; in Australien sollen bereits 56 % der Erwachsenen übergewichtig¹ sein. Sind Hunger und Unterernährung eine festverankerte Größe als gesundheitliche Bedrohung in unterentwickelten Ländern, so entwickelt sich das Pendant - Übergewicht in den Industrieländern - zu einer allmählich gleichwertigen Gefahr; man schätzt, dass mittlerweile genausoviele Menschen unter- wie übergewichtig sind².

5.3 Grundlagen

5.3.1 Grundbedingungen

Die Datenbasis des letzten Berichtes³ über Übergewicht bei Berliner Kindern stammt aus dem Jahr 1999. Innerhalb von zwei Jahren ändern sich die Verhältnisse natürlich nicht in einem aussagekräftigen Maße; dies betrifft nicht nur die Prävalenz, sondern sehr viel mehr noch die Überlegungen und Vorschläge zur Prävention.

Eine Besonderheit der Zahlen von 2001 besteht jedoch darin, dass sie sich zum ersten Mal seit 1994 auf ganz Berlin beziehen, denn bei den Erhebungen 1999 und 2000 hatten sich nur jeweils 18 der damals 23 Bezirke beteiligt; und bei beiden Malen auch nicht immer dieselben. Nun aber liegt auf Grund des 2001 neu eingesetzten Landesverfahrens ein Totalerhebung vor.

Zudem muss durch die neuen Vorschläge⁴ der

IOTF (International Obesity Task Force) und der Empfehlung in der aktualisierten Leitlinie⁵ der AGA (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter) in Bezug auf neue Referenzwerte für den BMI (Body Mass Index) im Kindes- und Jugendalter neu entschieden werden, welches Referenzsystem künftig zu Grunde gelegt werden soll.

Daher wird nachfolgend im Wesentlichen eine Aktualisierung der Befunde und Darstellungen des vorangegangenen Berichtes vorgenommen. Die seinerzeit vorgenommenen ausführlichen Überlegungen und Erläuterungen werden nur cursorisch angeführt; sie sind dem erwähnten Bericht³ zu entnehmen.

5.3.2 Methodisches Vorgehen

Nachfolgend wird die methodische Frage behandelt, anhand welcher Grenzwerte die Gesundheitsberichterstattung in Berlin das Ausmaß von Adipositas bei Kindern berechnen und angeben soll.

Die Anwendung verschiedener Grenzwerte hat nicht zu unterschätzende praktische Auswirkungen in der Öffentlichkeit und in der gesundheitspolitischen Diskussion, die sich der publizierten Zahlen bedient und auf sie angewiesen ist. Ein Beispiel sind geschlechtsspezifische Differenzen: Bei identischer Zahlengrundlage ergeben sich bei der einen Methode höchstsignifikante Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen; bei der zweiten gar keine; und bei der dritten Unterschiede, die die Signifikanzschwelle knapp verfehlen (s. 5.4.4 „Einfluss der Referenzmethodik“).

Die Bezugsgröße für Übergewicht und Adipositas

Für die Bestimmung von Übergewicht wird weltweit der Körpermassenindex (Body Mass Index,

BMI) verwendet, der aus Körpergröße und Körpergewicht mit Hilfe folgender Formel errechnet wird:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht in kg}}{(\text{Körpergröße in m})^2}$$

Trotz einiger methodischer Mängel ist er wegen seiner einfachen und relativ genauen Ermittlung weithin anerkannt; er korreliert gut mit der Körperfettmasse und eignet sich ohne wesentliche Einschränkungen für epidemiologische Zwecke.

Zum Problem der Festlegung von Grenzwerten

Voraussetzung für seine Verwendung als Adipositasmaß ist die Festlegung von Grenzwerten. Üblich ist die Ausrichtung an Perzentilen; bei Werten ab der 90er Perzentile spricht man von Übergewicht, ab der 97er von Adipositas. (Dies ist nicht deckungsgleich mit den medizinischen Termini, die diese Unterscheidung nicht kennen.)

Die Angabe in Perzentilen hat den Nachteil, dass sie keine Vergleiche zwischen verschiedenen Populationen (zum Beispiel Bundesländern oder anderen Staaten) oder den Verlauf innerhalb einer Population über die Zeit hinweg erlaubt, da definitionsgemäß die jeweiligen Raten immer 3 % bzw. 10 % betragen. Aus diesem Grund erfolgt die Berechnung der Anteile von Übergewicht/Adipositas mittels BMI-Werten, die anhand von Referenztabellen ermittelt werden.

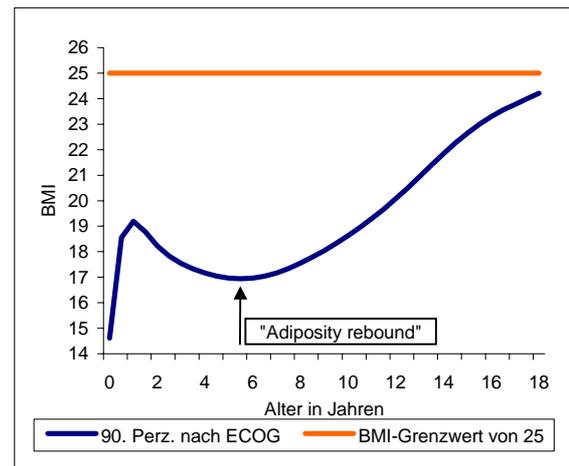
Bei der Festlegung solcher Referenztabellen ergeben sich im Kindesalter mehrere methodische Probleme. Zum einen müssen die Grenzwerte einer solchen Tabelle ja der gewünschten Zielgröße entsprechen, sich also in ihrer Aussage auf den betrachteten gesundheitlichen Aspekt beziehen. Dies ist bei Erwachsenen relativ einfach zu definieren, nämlich als die durch Übergewicht/Adipositas verursachte Morbidität. Denn zu hohes Körpergewicht korreliert mit einer Reihe von Krankheiten, die zu einer verringerten Lebenserwartung führen⁶. Als Grenzwerte sind hier allgemein ein BMI von 25 für Übergewicht und einer von 30 für Adipositas anerkannt.

Bei Kindern und Jugendlichen ist eine Festlegung nach Morbiditätskriterien nicht so einfach möglich, weil sich bei ihnen die Konsequenzen von Übergewicht in aller Regel noch nicht im Kindesalter manifestieren. Auch wenn sich durch die epidemische Zunahme des Übergewichts die Fälle häufen, bei denen bereits Jugendliche erkranken, so findet sich die Hauptmorbidität weit überwiegend im

Erwachsenenalter. Daher gibt es keine gute Zuordnung von kindlichen BMI-Grenzwerten zu Morbidität und Lebenserwartung, und eine medizinische Begründung für bestimmte Grenzwerte zu formulieren ist nicht einfach. Hinzu kommt, dass es noch keine Klarheit darüber gibt, welche Faktoren dazu beitragen, dass Übergewicht im Kindesalter auch Übergewicht im Erwachsenenalter bedeutet. Es ist also möglich, dass bestimmte Personen als Kinder adipös sind, aber nicht mehr als Erwachsene⁷, und damit das kindliche Übergewicht nicht zu einer Minderung von Lebensqualität und -erwartung insgesamt geführt hat.

Zum anderen ist der Fettanteil des kindlichen Körpers starken physiologischen Schwankungen unterworfen. Im Säuglingsalter erreicht der Fettanteil („Babyspeck“) mit etwa 9 Monaten den höchsten Stand, um danach kontinuierlich abzusinken; im Alter von etwa viereinhalb bis fünf Jahren (bei Jungen und Mädchen verschieden) beginnt er dann wieder anzusteigen⁸. Der Zeitpunkt dieser „Fettumkehr“ („adiposity rebound“) ist zu einem wichtigen Kriterium für die Diagnose einer beginnenden Fettleber im Kindesalter geworden - wenn er früher erfolgt als normal, ist das Adipositasrisiko deutlich erhöht. In jedem Fall verhindern diese physiologischen Veränderungen die Festlegung eines starren BMI-Grenzwerts; vielmehr muss ein solcher Wert für jedes Alter - und auch nach Geschlecht - getrennt angegeben werden (Abb. 5.1).

Abbildung 5.1:
Vergleich von konstantem BMI-Grenzwert¹⁾ mit altersabhängigen Grenzwerten²⁾
- in %



1) Erwachsenen BMI-Grenzwert von 25

2) 90. Perzentile nach Rolland-Cachera, arithmetisches Mittel aus Jungen- und Mädchenwert
(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Des Weiteren stellt sich die Frage, welche Referenzwerte verwandt werden sollen. Bei nationalen Referenzwerten - die also an Kindern des

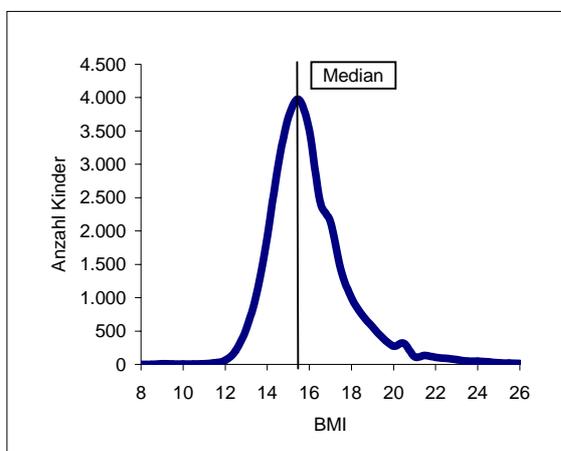
betreffenden Landes erhoben wurden - ist die internationale Vergleichbarkeit nicht mehr gegeben. Auch ist bei dem rapiden Anstieg der Adipositas in den letzten 15 Jahren der Zeitpunkt entscheidend, an dem diese Werte erhoben wurden. Stammen diese Werte aus einer Zeit während oder nach diesem Anstieg, als es bereits sehr viel mehr übergewichtige Kinder gab, dann werden die daraus abgeleiteten Normwerte von einem relativ hohen Niveau ausgehen, und die Prävalenz von übergewichtigen Kindern wird wesentlich niedriger sein als bei Heranziehung von älteren Werten.

In Übereinstimmung mit den Empfehlungen der ECOG (European Child Obesity Group) haben wir bisher die Referenzwerte von Rolland-Cachera verwendet. Diese Grenzwerte repräsentieren die 90er und 97er Perzentilen einer großen Untersuchung von französischen Kindern aus den Fünfziger- bis Siebzigerjahren. Ob diese Werte tatsächlich auch die damaligen Verhältnisse in anderen Ländern genau widerspiegeln, ist dabei nicht so entscheidend; wichtiger ist ein gemeinsamer Bezugspunkt, der vor allem die Registrierung von Veränderungen über die Zeit hinweg erlaubt. Da dieser Bezugspunkt sehr weit zurückliegt, lassen sich auch die Veränderungen darstellen, die seit dem Beginn der erwähnten exorbitanten Adipositas-Zunahme stattgefunden haben.

Die LMS-Methode von Cole

BMI-Werte in einer Bevölkerung folgen - wie die meisten anthropometrischen Merkmale - keiner Normalverteilung, sondern zeigen eine sogenannte „Schiefe“. Dies lässt sich auch an den Daten der ESU 2001 gut zeigen (Abb. 5.2).

Abbildung 5.2:
BMI-Verteilung und -Median aller untersuchten Kinder bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001
- in %



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

Cole schlug daher 1990 ein statistisches Verfahren vor⁹, das er nach drei der verwendeten Parameter (λ , μ , σ) LMS-Methode nannte, und das nahezu normalverteilte, geglättete¹⁰, altersspezifische Perzentilenwerte liefert. Dieses Verfahren ist mittlerweile weithin anerkannt, auch wenn das amerikanische Nationale Zentrum für Gesundheitsstatistik in seinen revidierten Wachstumstabellen eine etwas abgewandelte Variante benutzt hat¹¹. Die AGA hat daher in ihren aktualisierten Leitlinien die Anwendung dieser Methode empfohlen; unter anderem auch aus folgendem Grund: „Die LMS-Methode ermöglicht auch bei nicht normalverteilten Merkmalen wie dem BMI die Berechnung von Standard Deviation Scores (SDS_{LMS}). SDS_{LMS} -Werte geben an, um ein wie viel Faches einer Standardabweichung ein individueller BMI bei gegebenem Alter und Geschlecht ober- oder unterhalb des BMI-Medianwertes liegt. Es kann somit eine Einordnung eines Individualwertes in die Verteilung der Referenzgruppe erfolgen. ... Die Berechnung des SDS_{LMS} ist sinnvoll, wenn man die BMI-Werte extrem adipöser Kinder und Jugendlicher (alle oberhalb des 97. BMI-Perzentils) vergleichen bzw. BMI-Veränderungen bei diesen Kindern und Jugendlichen beurteilen will. Während die Perzentilwerte bei extrem adipösen Kindern und Jugendlichen keine adäquate Vergleichsmöglichkeit bieten, ist durch die SDS_{LMS} -Werte eine genaue Zuordnung möglich.“ Auch Rolland-Cachera hat bei den von ihr publizierten Grenzwerten diese Methode angewandt.

Vorschlag der IOTF für einheitliche, weltweite Referenzwerte

In einem weiteren Schritt schlug Cole in einer Arbeit für die IOTF (International Obesity Task Force) 2000 weltweite Standard-Grenzwerte für Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen vor⁴, um endlich das Problem der mangelnden Vergleichbarkeit internationaler Angaben zu lösen. Hierzu verwandte er die Körpermaßangaben großer nationaler Erhebungen aus sechs Ländern: Brasilien, Großbritannien, Hongkong, die Niederlande, Singapur und den USA, wobei im Falle der USA darauf geachtet wurde, nicht die neuesten Zahlen einzubeziehen, um die Referenzwerte auf eine Basis vor dem Anstieg des Übergewichts zu stützen. Nachdem mittels der erwähnten LMS-Methode daraus für jeden Datensatz Perzentilen errechnet worden waren, galt es nun noch festzulegen, nach welchen Merkmalen die Grenzwerte gewählt werden sollten, da - wie erwähnt - medizinische Kriterien wie bei den Erwachsenen im Kindesalter praktisch nicht existieren. Er verband die Lösung dieses

Problems gleich mit der eines anderen, nämlich dem, dass es beim Übergang von Kinder- zu Erwachsenengrenzwerten wegen der unterschiedlichen Bezugssysteme gewöhnlich zu einem Sprung kommt. Er legte als Grenzwerte für das Kindesalter also die beiden Perzentilenkurven fest, die - nach einer Standardisierung durch Z-Transformation - im Alter von 18 Jahren bei den BMI-Werten von 25 bzw. 30 mündeten. In einem abschließenden mathematischen Verfahren wurden dann aus den verschiedenen Datensätzen weltweite, einheitliche Grenzwerte errechnet, publiziert, und zur allgemeinen Verwendung vorgeschlagen.

So bestechend die Aussicht auch schien, endlich zu einer Art Goldstandard gekommen zu sein, so bald wurde Kritik an den methodischen Grundlagen laut. Dies bezog sich auf die Auswahl der Länder^{12,13} und auf die Gültigkeit für bestimmte Lebensabschnitte, insbesondere der Pubertät¹⁴. Ganz besonders kritisch zu werten war aber die zugrunde liegende, mathematisch notwendige Annahme, dass Übergewicht im Kindes- und Jugendalter gleichmäßig über die Altersklassen verteilt sei¹⁵. Schließlich wurde auch die Ansicht laut, eine für alle Länder verbindliche und anwendbare Definition könne es gar nicht geben¹⁴. Andere Autoren hingegen begrüßten den Vorschlag, vornehmlich unter Hinweis auf den einheitlichen Standard^{16,17} ohne besonderes Eingehen auf methodische Einzelheiten. Einige Autoren haben bereits Daten aus der zurückliegenden Zeit anhand der neuen Referenzwerte publiziert^{18,19}; die Validität dieses Ansatzes muss aber in jedem Fall noch *unter methodischen Aspekten* weltweit anhand von Datensätzen der verschiedensten Bevölkerungen geprüft werden²⁰. Ein solcher methodischer Vergleich von drei verschiedenen BMI-Referenzwerten anhand der Daten von fünf verschiedenen US-Erhebungen zwischen 1963 und 1994 kam zu dem Schluss²¹, alle drei Referenzsysteme (unter anderem auch das von Cole vorgeschlagene) „basieren auf statistischen Kriterien und beinhalten willkürliche Annahmen. Diese Methoden sollten mit Vorsicht eingesetzt werden, und man sollte sich ihrer beschränkten Möglichkeiten bewusst sein.“

Die Leitlinie der AGA von 2001

In Deutschland gibt es bisher keine repräsentative nationale Erhebung über Körpermaße im Kindes- und Jugendalter. Auf Anregung der AGA (die eine Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Adipositas-Gesellschaft ist) wurden daher von Kromeyer-Hauschild durch Zusammenführung von 17 Studien aus verschiedenen Regionen Deutschlands diese

nationalen Referenzwerte erarbeitet und die entsprechenden Perzentilwerte nach der LMS-Methode berechnet²². Dabei erwies es sich, dass diese Perzentilkurven eine generelle Übereinstimmung im Kurvenverlauf mit den vorgeschlagenen internationalen Referenzkurven von Cole aufwiesen, und auch nur geringe Unterschiede in der Größenordnung der BMI-Werte bestanden. Man ist hier zu Lande also in der angenehmen Position, die Entwicklung der Diskussion in Ruhe abwarten zu können; denn sollte sich der Vorschlag von Cole durchsetzen, so wären die deutschen Verhältnisse in diesen Werten offenbar gut abgebildet. Womöglich noch praktischer war der Befund, dass bei Verwendung des 90. bzw. des 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentils der Kromeyer-Hauschild'schen Referenzdaten als Grenzwert zur Definition von Übergewicht bzw. Adipositas es zu einem einen nahezu kontinuierlichen Übergang zu den festen Grenzwerten im Erwachsenenalter kommt. Bei den Jungen betrug für 18-jährige der BMI-Wert des 90. bzw. 97. Perzentils 25,9 bzw. 28,8; bei den Mädchen 25,3 bzw. 27,8, was recht nahe an den Erwachsenengrenzwerten von 25 bzw. 30 liegt. Was also Cole durch kontrovers diskutierte statistisch-mathematische Verfahren zu erreichen suchte, ist für die deutschen Daten von allein gegeben. Dies muss man als glücklichen Zufall bezeichnen, denn es handelt sich im einen Fall um eine rein statistische, im anderen jedoch um eine medizinische Festlegung, die vom Prinzip her nichts miteinander gemein haben.

Die AGA hat in ihrer Leitlinie die zukünftige Verwendung der Kromeyer-Hauschild'schen Perzentilen für Prävalenzangaben empfohlen.

Bei allen Vorteilen hat dies jedoch den großen Nachteil, dass diese Daten nicht den Anstieg der Übergewichtsprävalenz der letzten Jahrzehnte beinhalten, da sie nicht - wie dies als ideal postuliert wird²⁰ - aus der Zeit bereits vor dem Anstieg, also vor einigen Jahrzehnten, stammen. In einer Arbeit von 1999 attestiert Cole zum Beispiel den BMI-Daten holländischer Kinder aus dem Jahr 1980, sie seien als Ausgangspunkt für internationale Trenduntersuchungen gut geeignet, da die Kinder dort zu diesem Zeitpunkt relativ „frei von Übergewicht“ gewesen seien²³. Sicherlich ist dies im rein wissenschaftlichen Sinn nicht unbedingt notwendig, da die entsprechenden Vergleichszahlen auch nachträglich auf den neuen Standard umgerechnet werden und den Anstieg dokumentieren können. Bezogen auf die Gesamtzahl aller untersuchten Kinder bei der ESU 2001 bedeutet dies jedoch beispielsweise, dass der Anteil der adipösen Kinder

nach Rolland-Cachera in Höhe von 11,8 % auf 4,4 % nach der neuen Definition schrumpft; der Anteil bei den türkischen Kindern fällt von sehr hohen 21,6 % auf „mäßige“ 9,9 %. Bei der erwähnten Rückrechnung ergibt sich zum Beispiel für das Jahr 1994 bei Einschulern eine Prävalenz der Adipositas von lediglich 3,8 % (anstatt 11,2 %); dies war aber bereits ein Zeitpunkt *nach* dem Hauptteil des Anstiegs der letzten Jahrzehnte.

Hier kommt eben zum Tragen, dass die getroffene Definition eine rein statistische ist, die sich wohl günstig in wissenschaftliche Bedürfnisse einpasst (der gezeigte „glatte“ Übergang vom Perzentilensystem bei Kindern auf die festen, absoluten Erwachsenenwerte ist ja nur bei hohen BMI-Werten der beiden Perzentilen möglich; der Übergang nach Rolland-Cachera wäre mit Werten von ungefähr 24 bzw. 26 weit weniger glatt gewesen), die aber eine von ihrer Konstruktion her eine theoretische Größe darstellt. Es verschwinden ja nicht plötzlich über 50 % der dicken Kinder von der Straße, und auch die Gesundheitsgefährdung der dicken, aber aus der Definition herausgefallenen Kinder wird nicht geringer. Wissenschaftlich ist die Konstruktion nicht zu beanstanden, weil die Referenzwerte ja gar nicht beanspruchen, Gesundheitsgefährdungs-Tatbestände widerzuspiegeln. Abwendung von Gesundheitsgefahren ist aber genau die Aufgabe von Gesundheitsberichterstattung und Prävention; sie braucht gerade an Gesundheitszielen ausgerichtete Prävalenz-Zahlen.

Die Berechnungsmethode bringt ein weiteres Phänomen mit sich. Zwischen 1994 und 2001 stieg bei Berliner Einschulern die Rate an Adipositas nach Rolland-Cachera von 11,2 % auf 12,7 % an; die Werte nach Kromeyer-Hauschild von 3,8 % auf 5,1 %. Letztere Angaben legen einen sehr viel steileren Anstieg nahe, als er wirklich stattfand (denn tatsächlich gibt es Anzeichen dafür, dass sich in Berlin die Entwicklung seit einigen Jahren in mancher Hinsicht in einer Plateauphase befindet). Mathematisch ist dies kein Problem, aber es erscheint zweifelhaft, ob diese Berechnungsmethode für die Gesundheitsberichterstattung mit ihrem Auftrag zur Lieferung von Beurteilungs- und Handlungsgrundlagen für Bevölkerung und Politik eine geeignete Größe darstellt.

Das Standard-Referenzsystem der Zukunft

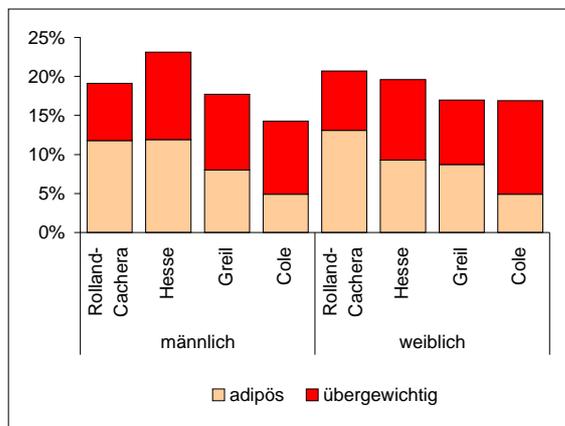
Was wird nun aus der allseits geforderten Vergleichbarkeit von Adipositasprävalenzen, zumindest auf europäischer Ebene? Eigentlich schien das Problem bereits gelöst, denn mit dem

BMI hat sich ein einfacher, valider und reliabler Messwert durchgesetzt; und die ECOG hatte 1995 die Verwendung der Rolland-Cachera'schen Werte als europäischen Standard empfohlen²⁴. Hatte sich jedoch beispielsweise der Sprecher der AGA noch 1997 in einem Grundsatzbeitrag dieser Empfehlung angeschlossen²⁵, so empfahl er bereits 2000 in den Leitlinien der AGA nunmehr die nationalen Perzentilen von Kromeyer-Hauschild²⁶. Hierbei konnte er sich durchaus auch auf eine Empfehlung der ECOG berufen; allerdings war das ursprüngliche Ziel der europäischen Vergleichbarkeit damit verloren. Nunmehr sind erneut nur zwei Jahre vergangen, und mit dem von Cole entwickelten Weltstandard der IOTF stehen die nächsten Referenzwerte zur Diskussion.

Für den deutschen Raum beleuchten in einer neueren Publikation²⁷ u.a. die Autoren der KOPS (Kieler Adipositas-Präventionsstudie) die oben dargelegten Probleme anhand eines Teils des bei ihrer Studie gewonnenen Datenmaterials. Hierbei vergleichen sie die Übergewichts-Prävalenzen der von ihnen untersuchten Kinder bei Anwendung von drei verschiedenen Referenzsystemen; neben denen von Kromeyer-Hauschild und Cole auch noch die nach Reinken et al.²⁸, wobei letztere auf Messungen der Trizepshautfaltendicke aus den Siebzigerjahren basieren. Erwartungsgemäß resultierten stark unterschiedliche Prävalenzangaben, die von 9,4 % nach Kromeyer-Hauschild bis 21,4 % nach Reinken reichten (für *Übergewicht*, nicht *Adipositas*). Es kennzeichnet die Problematik der Grenzwertfestsetzung, dass die Autoren unter Klage über mangelnde Standards die Verwendung von zwei Messmethoden (BMI / Hautfaltendicke) und zwei Referenzsystemen (nämlich Cole und Kromeyer-Hauschild) anregen. Dabei empfehlen sie letztendlich die „Annahme“ der Cole'schen Referenzwerte, ohne allerdings auf die evidente methodische Problematik einzugehen.

Auch Böhm et. al.²⁹ unternahmen für ihre bei der Einschuluntersuchung 1999 gewonnenen Daten - sechsjährige brandenburgische Kinder - unter anderem einen Vergleich von Adipositas- und Übergewichtsprävalenzen nach verschiedenen Referenzsystemen. Hierbei kamen neben Rolland-Cachera und Cole auch noch die Referenzwerte nach Hesse³⁰ und nach Greil³¹ zum Ansatz (die Werte von Kromeyer-Hauschild konnten aus terminlichen Gründen noch nicht berücksichtigt werden). Auch hier resultierten stark voneinander abweichende Prävalenzangaben (Abb. 5.3).

Abbildung 5.3:
Anteil der Kinder mit Übergewicht und Adipositas bei der
Einschuluntersuchung in Brandenburg 1999 nach Ge-
schlecht und Referenzsystem
 - in %



(Datenquelle: Monatsschrift Kinderheilkunde 150, S. 48-57
 Darstellung: - II A -)

Auch diese Autoren konstatieren zunächst, dass es medizinisch-epidemiologisch begründete Grenzwerte für das Kindesalter nicht gibt, um dann die Verwendung der Cole-Referenzwerte zu empfehlen. Hierfür führen sie Begründungen an, die bei näherer Analyse nicht überzeugen können.

Zum einen wird die Verwendung der Cole'schen Perzentilen damit begründet, dass sie ja sich an den „bewährten“ Grenzwerten 25 und 30 orientierten. Bewährt sind diese Grenzwerte aber natürlich nur für das Erwachsenenalter; wie die Verfasser zuvor selbst mehrfach erwähnen, sind aussagekräftige Grenzwerte bei Kindern einfach nicht bekannt. Dass die Legitimation von Erwachsenenwerten in irgendeiner Form auf das Kindesalter mit seinen gänzlich anderen Gegebenheiten auch nur zum Teil übertragen werden könnte, ist wissenschaftlich nicht möglich, sondern ein genauso willkürliches Verfahren wie die Festsetzung anderer Perzentilen auch, und kann kein noch so geringes Mehr an Legitimität oder Plausibilität für sich beanspruchen.

Zum anderen wird darauf hingewiesen, dass nach Rolland-Cachera die Gruppe der Adipösen größer ist als die der Übergewichtigen, sie nach Cole aber nur etwa die Hälfte oder weniger ausmacht. Nun folgen die tatsächlichen, untransformierten BMI-Werte eben keiner Normalverteilung (daher ja auch die LMS-Methode), sondern weisen eine deutliche Linksschiefe auf, die in der Vergangenheit zudem zugenommen hat. Die vergleichsweise große Zahl der Adipösen nach Rolland-Cachera ist auch durchaus praxisgerecht, da man sich allgemein - um wegen der fehlenden medizinischen Grenzwerte „auf der sicheren Seite zu sein“ - auf diese Gruppe der Adipösen und damit der sicher zu schweren

Kinder beschränkt. Dies führt übrigens zu dem Gedanken, dass man bei konsequenter Anwendung der Überlegungen, die der Cole'schen Konstruktion zu Grunde liegen, ja gerade von diesem Prinzip abgehen und als Prävalenz die Gruppe der zu dicken Kinder (also Übergewicht + Adipositas) heranziehen müsste. Denn definitionsgemäß beginnt das erhöhte Morbiditätsrisiko bei Erwachsenen ja bei einem BMI von 25. Dies würde zum Beispiel in Brandenburg bei den untersuchten Mädchen zu einer Prävalenzangabe von fast 17 % führen. Andernfalls wäre bei einer Angabe von unter 5 % (nur Adipöse nach Cole) der Öffentlichkeit nur schwer verständlich zu machen, warum Experten bei der kindlichen Adipositas und ihrer Entwicklung von einer „Epidemie“, einer „verlorenen Generation“ und einer der größten gesundheitlichen Bedrohungen der kommenden Jahre sprechen.

Insgesamt scheint eine Tendenz zu bestehen, die internationalen Werte von Cole zu empfehlen, „weil sie da sind“, und weil sie ein altes, unangenehmes und drängendes Problem lösen würden. Dabei wird aber zum Teil der nicht minder unangenehmen Tatsache ausgewichen, dass die methodischen Zweifel, ob überhaupt eine belastbare Basis für den Cole'schen Vorschlag existiert, bis jetzt keineswegs ausgeräumt sind. Uns scheint das Fazit von Kinra bedenkenswert³²:

„Solche Definitionen, vorgelegt von respektierten Autoritäten, werden oft recht schnell und ohne ausreichende Diskussion akzeptiert. Mit der Zeit bleibt das Wörtchen ‚international‘ haften und vermittelt den Leuten den Eindruck einer Allgemeingültigkeit, lange nachdem die ursprüngliche Grundpopulation in Vergessenheit geraten ist. Die Autoren begehen den Fehler, Kinder als kleine Erwachsene anzusehen und zu versuchen, die relativ größere Homogenität der Erwachsenenpopulation auf Kinder zu übertragen. So unbequem es für uns sein mag, wir werden einfach lernen müssen, mit den Unberechenbarkeiten des kindlichen Wachstums zu leben, anstatt zu versuchen, die eine, allumfassende internationale Definition zu finden.“

Eine Analyse der Erhebungszeiträume der von Cole verwendeten Populationen in den herangezogenen Ländern macht deutlich, aus welcher heterogenen Erfassungsperioden die Daten der verschiedenen Länder stammen, und wieviele Transformationen, Pool- und Durchschnittsbildungen sie hinter sich haben, ehe sie in den vorgestellten Referenzwerten mündeten (Tab. 5.1).

Tabelle 5.1:
Zur Referenzwertbildung nach Cole herangezogene Länder
nach Erhebungszeiträumen und Altersbereichen

Land	Jahr	Beschreibung	Altersbereich (Jahre)
Brasilien	1989	Zweiter nationaler anthropometrischer Survey	2-25
Großbritannien	1978-93	Gepoolte Daten von fünf nationalen Wachstumssurveys	0-23
Hongkong	1993	Nationaler Wachstumssurvey	0-18
Niederlande	1980	Dritter landesweiter Wachstumssurvey	0-20
Singapur	1993	Survey des Schulgesundheitsdienstes	6-19
USA	1963-80	Gepoolte Daten von fünf nationalen Surveys	2-20

(Datenquelle: British Medical Journal 2000; 320; S. 1240-1243 / Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Interessant auch, dass von den fünf Kontinenten Afrika und Ozeanien völlig fehlen, und Asien durch zwei kleine Stadt-/Inselstaaten repräsentiert wird. Vermutlich fehlten anderenorts schlicht Erhebungsdaten. Dann sollte man aber auch nicht den Anspruch „Weltstandard“ erheben wollen. Zudem sind von den sechs Ländern vier angelsächsisch geprägt, was der Erfahrung entspricht, dass „die Welt“ aus amerikanisch-britischer Sicht meist einen sehr speziellen Ausschnitt darstellt.

Wir werden daher weiter unsere Angaben an der ECOG (Rolland-Cachera) ausrichten; die Werte der AGA (Kromeyer-Hauschild) und der IOTF (Cole) haben wir aber aus Vergleichsbarkeitsgründen informatorisch im Anhang unter 7.2 aufgelistet. Der Übersichtlichkeit halber haben wir die Adipositasprävalenzen mit den Kurzbezeichnungen „nach ECOG“ bzw. „nach AGA“ oder „nach IOTF“ versehen. Dies ist pragmatisch zu verstehen; „nach Rolland-Cachera“ und „nach Kromeyer-Hauschild“ ist etwas länglich; außerdem werden so die empfehlenden Institutionen gekennzeichnet (auch wenn sich die AGA durchaus auf die ECOG bezieht). Angaben ohne Zusatz verstehen sich immer als Werte nach ECOG (Rolland-Cachera).

Alle Angaben beziehen sich - wenn nicht ausdrücklich anders vermerkt - immer auf „Adipositas“, also die 97er Perzentile des jeweiligen Bezugssystems, nicht auf „Übergewicht“ (das der 90er Perzentile entspricht).

Bezugsgruppe

Wie in unserer Untersuchung zur ESU 1999 haben wir uns aus den dort aufgeführten Gründen - und um die Vergleichbarkeit zu wahren - auf die Gruppe der Einschüler beschränkt, bei denen ein gülti-

ger BMI-Wert errechnet werden konnte. Dies waren 18.463 Kinder.

5.4 Ergebnisse

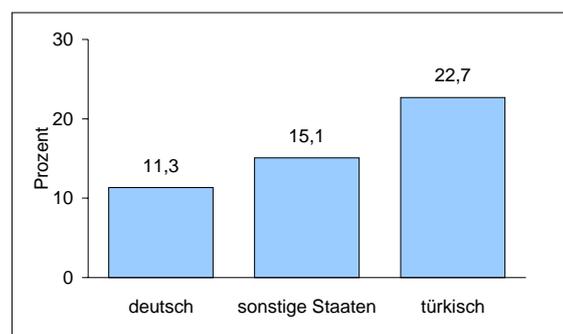
Der Durchschnittswert für alle 28.014 Kinder mit gültigem BMI-Wert bei der ESU 2001 betrug 11,8 %, für alle 18.463 Einschüler/innen 12,6 %. Der Median des Alters betrug dabei bei den ersten 5 Jahre und 11 Monate; bei letzteren 6 Jahre und 2 Monate. Von den Einschülern befanden sich etwa 95 % der Kinder in der Altersgruppe von 5 bis 6,5 Jahren.

Im Vergleich zu den Ergebnissen von 1999 liegen die Adipositas-Werte etwas niedriger. Der Unterschied bewegt sich aber im Bereich der statistischen Schwankungsbreite, sodass offengelassen werden muss, ob die damals erfassten 18 Bezirke eine etwas ungünstigere Auswahl im Vergleich zu Gesamtberlin repräsentierten oder es tatsächlich zu einer geringen Verminderung gekommen ist.

5.4.1 Adipositas nach Staatsangehörigkeit

Der Anteil an Kindern mit Adipositas unterscheidet sich - wie bereits der Bericht von 2001³ gezeigt hat - stark nach Staatsangehörigkeit (Abb. 5.4).

Abbildung 5.4:
Anteil der Einschüler mit Adipositas bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Staatsangehörigkeit - in %

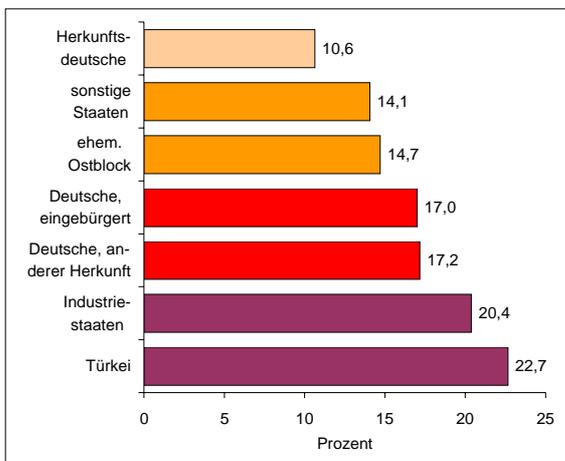


(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Im Vergleich zu 1999 liegen die Werte der Deutschen niedriger, die der Ausländer höher. Vor allem der Anteil bei den Sonstigen Staaten hat sich geändert, denn 1999 lag er noch auf gleicher Höhe mit dem der Deutschen, nun aber hochsignifikant darüber.

Die Differenzierung nach den verschiedenen Herkunftsgruppen (s. 3.4.1) ergibt eine Aufteilung nach vier Ausprägungsgruppen (Abb. 5.5):

Abbildung 5.5:
Anteil der Einschüler mit Adipositas bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Herkunftsgruppe - in %

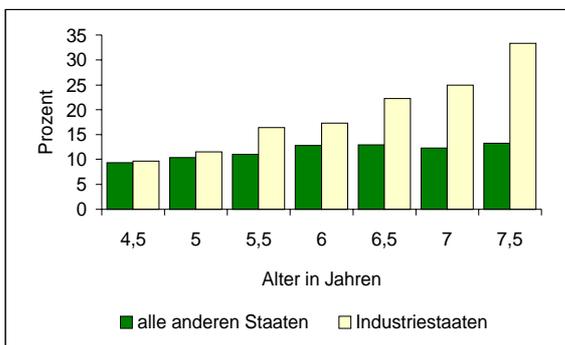


(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Die herkunftsdeutschen Kinder liegt mit dem niedrigsten Wert an der Spitze der Skala; gefolgt von der Gruppe der Sonstigen Staaten und der Kinder aus den Ländern des ehemaligen Ostblocks. Eine eigene Gruppe wird gebildet von den Kindern mit deutschem Pass, aber ausländischer Herkunft. Die ungünstigsten Werte hat die Gruppe der Kinder aus den Industriestaaten und der Türkei.

Der hohe Wert der Industriestaaten-Kinder war 1999 noch nicht gegeben. Mit steigendem Alter nimmt die Rate stark zu; dies ist bei den anderen Gruppen so nicht zu beobachten (Abb. 5.6).

Abbildung 5.6:
Anteil der Kinder mit Adipositas bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Alter, Industrie- und allen anderen Staaten - in %



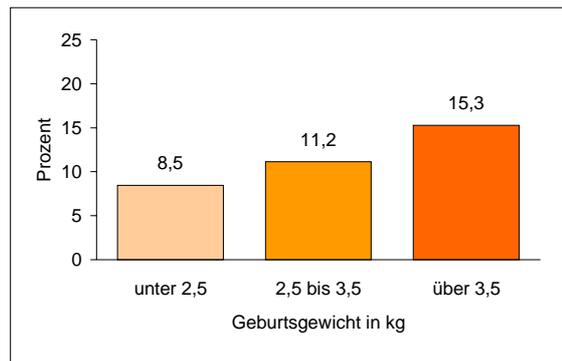
(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Obwohl die Zahl von 425 Kindern - absolut gesehen - nicht sehr klein ist, so führt sie offensichtlich doch zu größeren Schwankungen, sodass Interpretationen nur bei Beobachtung über längere Zeiträume hinweg abgegeben werden sollten.

5.4.2 Adipositas nach Geburtsgewicht

Der in der Literatur³³ und auch bereits im Bericht von 2001³ beschriebene Zusammenhang zwischen der Rate an Adipositas und dem Geburtsgewicht zeigt sich in weitgehend unveränderter Form auch bei der ESU 2001 (Abb. 5.7).

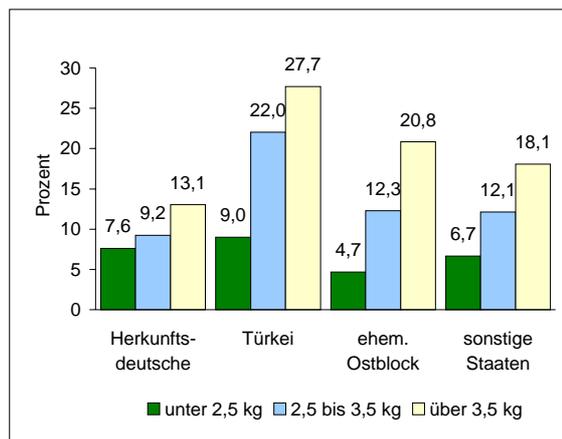
Abbildung 5.7:
Anteil der Einschüler mit Adipositas bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Geburtsgewicht - in %



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

Aufgeschlüsselt nach Herkunftsgruppe zeigt er sich ebenfalls in den vier großen Gruppen (Abb. 5.8; vgl. Abb. 5.5).

Abbildung 5.8:
Anteil der Einschüler mit Adipositas bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Geburtsgewicht und Herkunftsgruppe - in %



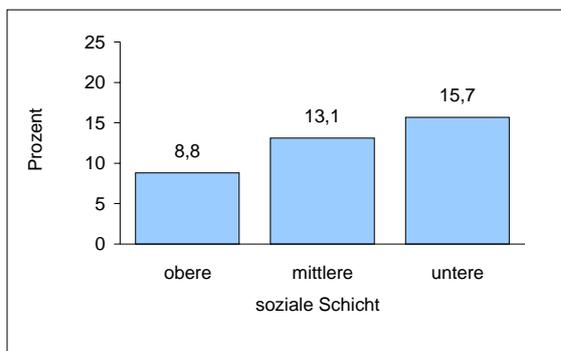
(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Bei den beiden Gruppen der Kinder mit deutscher Staatsangehörigkeit, aber Herkunft aus den verschiedenen anderen Ländern, lässt sich der Zusammenhang nicht nachweisen. Die Gruppe der Kinder aus Industriestaaten ist zu klein für eine Aussage. Diese Herkunftsgruppen werden daher nicht dargestellt.

5.4.3 Adipositas nach sozialer Schicht

Die Verteilung nach sozialer Schicht ist im Vergleich zu 1999 insgesamt praktisch identisch geblieben (Abb. 5.9).

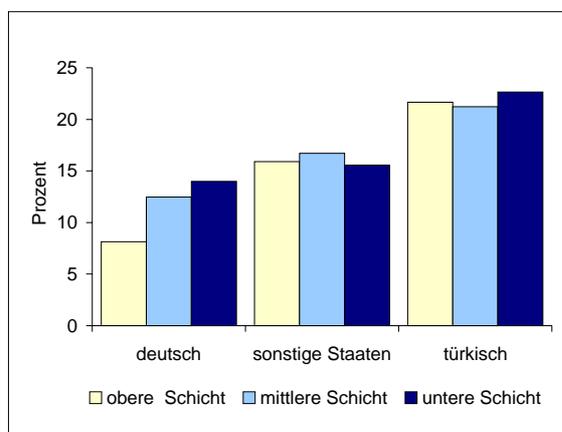
Abbildung 5.9:
Anteil der Einschüler mit Adipositas bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach sozialer Schicht - in %



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

Wenn man die Verteilung nach drei großen Staatsangehörigkeits-Gruppen differenziert, ergibt sich fast das gleiche Bild wie 1999: Nur bei den deutschen Kindern gibt es einen Unterscheid zwischen den drei sozialen Schichten; je höher die Schicht, desto niedriger die Adipositasrate. Auch wenn hier der Unterschied zwischen der unteren und mittleren sozialen Schicht nicht so ausgeprägt scheint, so ist er doch hochsignifikant. Bei den anderen beiden Staatsangehörigkeits-Gruppen gibt es keinen Zusammenhang zwischen Adipositasrate und Schichtzugehörigkeit (Abb. 5.10).

Abbildung 5.10:
Anteil der Einschüler mit Adipositas bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach sozialer Schicht und Staatsangehörigkeit - in %

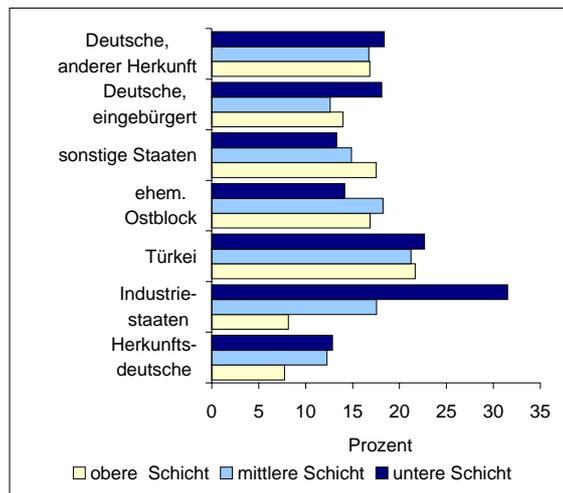


(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Bei der Aufschlüsselung nach Herkunftsgruppen erweist sich aber nunmehr, dass diese Differenzierung nach sozialer Schicht auch bei den Kindern aus den Industriestaaten besteht. Obwohl die Differenzen sehr deutlich sind, wird die Signifikanzschwelle wegen der kleineren Zahl nur sehr knapp erreicht.

Bei den deutschen Kindern lassen sich signifikante Unterschiede nur bei den Herkunftsdeutschen nachweisen. Bei ihnen wird deutlich, dass dieser Unterschied nunmehr nur noch zwischen der oberen und den beiden anderen sozialen Schichten besteht. Der Unterschied zwischen der mittleren und der unteren Schicht ist nun sehr gering, und es besteht keine Signifikanz mehr (Abb. 5.11).

Abbildung 5.11:
Anteil der Einschüler mit Adipositas bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach sozialer Schicht und Herkunftsgruppe - in %



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

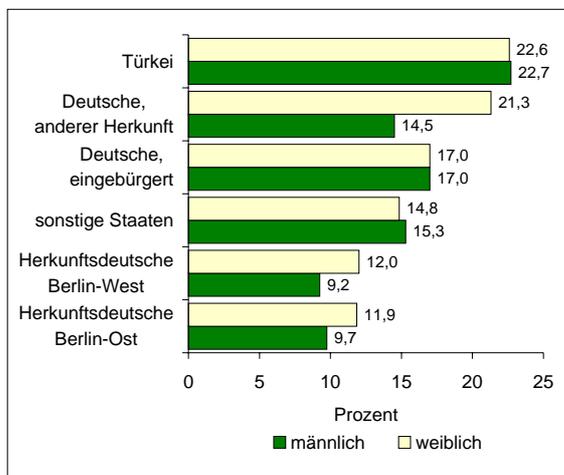
Dies legt zwei Schlüsse nahe:

- Die bisherige Nicht-Differenzierung der Gruppe mit deutscher Staatsangehörigkeit hat auch die Charakteristika in Bezug auf Adipositas der Gruppe der herkunftsdeutschen Kindern nicht hinreichend deutlich werden lassen
- Die Neigung zu höheren Adipositasraten ist in breiteren Gesellschaftsschichten vorhanden als bisher angenommen.

5.4.4 Adipositas nach Geschlecht

Wie bereits bei der Untersuchung 1999 lassen sich auch 2001 keine geschlechtsspezifischen Unterschiede feststellen, die geeignet und tragfähig genug wären, um in eine Präventionskonzeption einzugehen (Abb. 5.12).

Abbildung 5.12:
Anteil der Einschüler mit Adipositas bei der Einschul-
untersuchung in Berlin 2001 nach Geschlecht und
Herkunftsgruppe
 - in %



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

Erneut lassen sich bei Kindern anderer Herkunft als der deutschen überhaupt gar keine Differenzen feststellen. (Scheinbar weist die Gruppe der deutschen Kinder, die mit Akzent sprechen, einen großen geschlechtsspezifischen Unterschied auf. Die Zahl der adipösen Kinder ist aber recht klein - die Differenz zwischen Jungen und Mädchen beträgt nur 4 Kinder - und daher besteht keinerlei statistische Signifikanz). Bei den herkunfttsdeutschen Kindern finden sich Unterschiede, die jedoch nur bei den Kindern aus Berlin-West die Signifikanzschwelle erreichen; in Berlin-Ost wird sie knapp verfehlt. Die Analyse zeigt, dass sich - im Zeitverlauf seit 1994 betrachtet - die Verhältnisse zwischen Berlin-Ost und -West in gewisser Weise umgedreht haben, denn 1994 war eine solche Differenz noch höchst signifikant in Berlin-Ost zu finden (s. Tabelle 5.5).

Insgesamt lässt sich zwar ein Unterschied feststellen. Diese Differenzen beziehen sich aber im Wesentlichen nur auf die Gesamtheit der jeweiligen Gruppen; in den wichtigen und aussagekräftigeren Untergruppen - also beispielsweise nach sozialem Status - lassen sich in der Regel keine Unterschiede mehr nachweisen, insbesondere keine, die über längere Zeit hinweg nachweisbar wären. Vielmehr kommt es in den verschiedenen Jahren veränderlich zum Erreichen des Signifikanzniveaus in wechselnden Untergruppen, ohne dass eine inhaltliche Aussage erkennbar wäre. Dies kommt bei statistischen Betrachtungen vor allem dann vor, wenn kein tatsächlicher, konsistenter Einfluss vorliegt.

Dafür spricht auch, dass beide Geschlechter in

Berlin-Ost und -West die Entwicklung zwischen 1994 und 2001 vollkommen gleichsinnig und auch in recht gleichem Ausmaß mitgemacht haben; in Berlin-West ist es bei beiden Geschlechtern zu einer leichten Abnahme, in Berlin-Ost zu einer deutlichen Zunahme gekommen. Bei geschlechtsspezifisch verschiedenen Einflüssen wären Disparitäten zu erwarten gewesen.

Davon abgesehen lässt sich - außer der erwähnten Differenz bei der Gesamtheit der Herkunfttsdeutschen - keine sonstige beständige geschlechtsspezifische Besonderheit im Zusammenhang mit Übergewicht feststellen. Ende 2002 werden zum ersten Mal die neu gefassten Skalen für motorische Fähigkeiten vorliegen; es bleibt abzuwarten, ob sich hier Unterschiede zeigen. Allerdings zeigt eine erste Auswertung der motorischen Bewertungen 2001 - die nach dem alten, noch nicht überarbeiteten Schema erfolgten und von deren genereller Verwendung wir absehen -, dass hier die Mädchen durchweg besser abgeschnitten haben als die Jungen, und zwar unabhängig von Adipositas.

Vor allem aber muss darauf hingewiesen werden, dass die Ausprägung von geschlechtsspezifischen Unterschieden methodenabhängig ist. Die Einflüsse von Herkunft, sozialer Schicht und Geburtsgewicht lassen sich unabhängig vom Referenzsystem konstant in deutlicher Ausprägung nachweisen. Wie unten ausgeführt wird, ist dies bei Geschlechtsunterschieden nicht so.

In der wissenschaftlichen Forschung ist eine etwas höhere Adipositasrate bei Mädchen durchaus bekannt, hierbei sind insbesondere bestimmte hormonelle Differenzen (insbesondere Leptin und Testosteron) untersucht worden³⁴. Die klinische Bedeutung der entsprechenden Resultate ist vom Autor aber zurückhaltend bewertet worden, da es keine Anhaltspunkte dafür gebe, daß der geschlechtsspezifische Unterschied hinsichtlich der Leptinproduktion das Risiko, in späteren Lebensjahren übergewichtig zu werden, beeinflusse³⁵.

Insgesamt sind bei den hier untersuchten, etwa sechsjährigen Kindern keine Ansatzpunkte für eine geschlechtsspezifische Gesundheitsberichterstattung oder Präventionsentwicklung zu erkennen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass bei ihnen sich bereits Geschlechterunterschiede in Bezug auf Körperwahrnehmung, Bewegung, Rolle des Essens, Konfliktbewältigungsmuster etc. herausgebildet haben. Es handelt sich hier aber um Unterschiede, die zu Veränderungen in der Psyche der Kinder geführt haben, und die - wenn überhaupt - nur mit aufwendigen und subtilen Forschungsmethoden

ans Licht gebracht werden könnten. Im Rahmen einer Einschuluntersuchung ist dies nicht ansatzweise zu leisten.

Der Einfluss der Referenzmethodik

Die Analyse der Geschlechtsunterschiede ist sehr gut geeignet, um die Auswirkungen der in 5.3.2 diskutierten Problematik der Anwendung verschiedener Referenzmethoden zu illustrieren. Denn beispielsweise bei Anwendung der von der AGA empfohlenen Grenzwerte nach Kromeyer-Hauschild verschwinden sofort sämtliche statistischen Unterschiede der Adipositasprävalenz zwischen Jungen und Mädchen, und zwar in allen untersuchten Jahren.

Tabelle 5.2:
Signifikanzniveau der Differenzen von Adipositasprävalenzen bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Referenzmethode, Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Wohnort

		Herkunftsdeutsche Berlin-Ost		Herkunftsdeutsche Berlin-West	
		Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
ECOG	1994	***	***	**	**
	1999	**	**	*	*
	2001	(*)	(*)	**	**
AGA	1994	∅	∅	∅	∅
	1999	∅	∅	∅	∅
	2001	∅	∅	∅	∅
IOTF	1994	*	*	∅	∅
	1999	∅	∅	∅	∅
	2001	∅	∅	∅	∅

Legende: ∅ = nicht signifikant; (*)/*/**/**** = knapp signifikant / signifikant / hochsignifikant / höchstsignifikant häufiger bzw. seltener Adipositas als das jeweils andere Geschlecht.

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

Dies geschieht praktisch auch bei den von Cole propagierten Weltstandardwerten; nur 1994 erreichten die Unterschiede knapp die Signifikanzschwelle. Dies sollte Anlass zur Aufmerksamkeit geben, inwieweit durch die Anwendung von Referenzwerten auch *inhaltliche* Veränderungen bewirkt werden.

Vergleicht man die altersspezifischen BMI-Grenzwerte von ECOG und AGA nach Geschlecht, so sieht man, dass zum Beispiel im Alterbereich von 4 - 10 Jahren durchweg die jeweiligen BMI-Grenzwerte bei Mädchen nach ECOG *niedriger*, nach AGA jedoch *höher* liegen als bei den Jungen. Dies bedeutet, dass bei gleichem BMI sechsjährige Mädchen nach ECOG etwas häufiger und nach AGA etwas seltener als adipös eingestuft werden als gleichaltrige Jungen. Wenn dies bedeutet, dass vor einigen Jahrzehnten Mädchen im genannten

Altersbereich physiologischerweise etwas leichter waren als Jungen, und sich dies mittlerweile umgekehrt hat, dann handelte es sich bei den gefundenen Differenzen in der Tat um Artefakte, wofür ja auch noch die anderen aufgeführten Hinweise sprechen.

5.4.5 Adipositas im Bezirksvergleich

Eine Darstellung der Adipositas im Bezirksvergleich spiegelt natürlich die Höhe des Anteils der verschiedenen Gruppen wider, bei denen eine höhere oder niedrigere Prävalenz besteht.

Es wird deutlich, dass eine Darstellung nach den neuen Bezirksgrenzen (s. Abb. 5.13) wenig aussagekräftig ist, da zum Teil sehr heterogene Bezirke zusammengefügt wurden. Dies gilt besonders für solche Bezirke wie Mitte oder Kreuzberg-Friedrichshain. Die Darstellung nach den früheren Bezirken (s. Abb. 5.14) und - bis auf die drei Nicht-Fusionsbezirke - heutigen Ortsteilen ist bereits wesentlich aufschlussreicher.

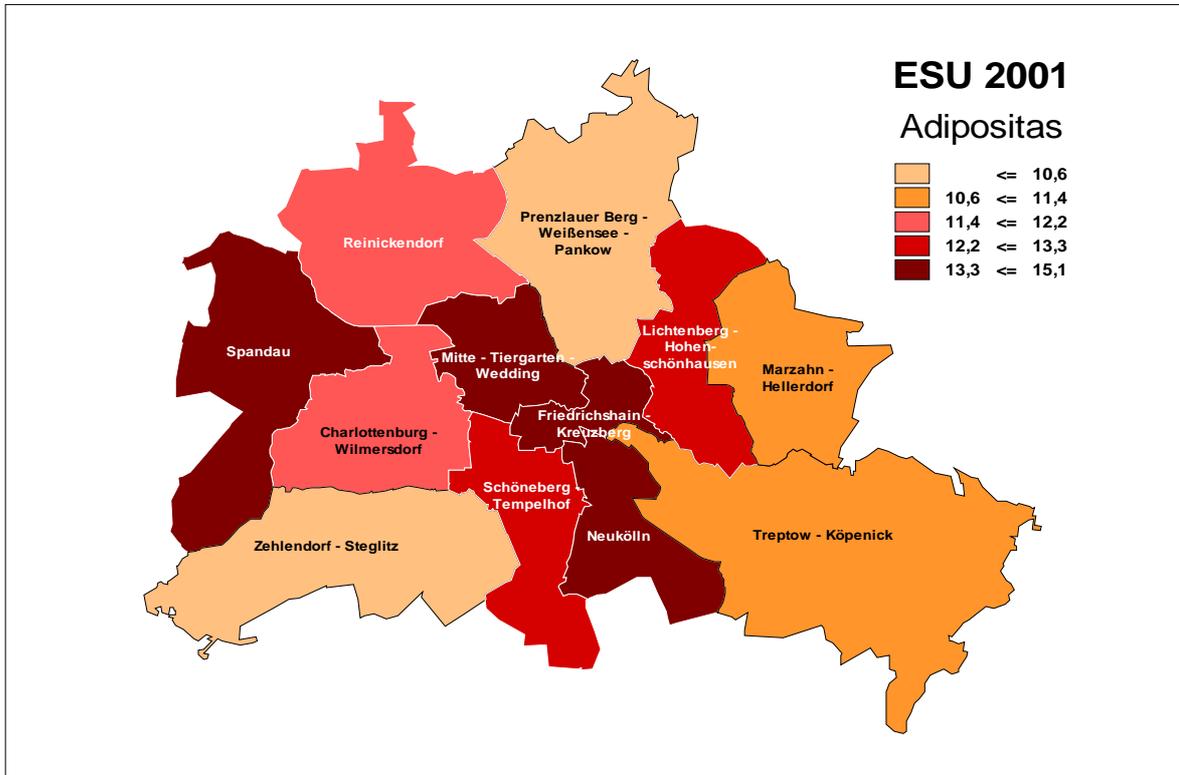
Aber auch bei den früheren Bezirken gab es große - zu große - Unterschiede innerhalb eines Bezirkes; bestes Beispiel ist Neukölln mit seinen Ortsteilen Neukölln, Britz, Buckow und Rudow. Auf der anderen Seite gibt es sozial und damit auch gesundheitlich zusammengehörige Gebiete, die aber zu verschiedenen Bezirken gehören, wie zum Beispiel das frühere Kreuzberg SO 36 und der Ortsteil Neukölln. Ab der ESU 2002 wird es durch die Erfassung der Verkehrszellen möglich sein, Sozialräume zu definieren und unabhängig von Verwaltungsgrenzen und anderen, rein formalen Kriterien zu untersuchen.

5.4.6 Entwicklung der Adipositasprävalenz von 1994 - 2001

Bereits im vorangegangenen Kinderbericht war versucht worden, eine Einschätzung der Entwicklung in Berlin in den letzten Jahren zu geben. Der Bezugspunkt konnte nicht früher als 1994 gewählt werden, weil dies der früheste Zeitpunkt war, zu dem in einem gemeinsamen Verfahren Daten in Berlin-Ost und -West erhoben worden waren. Der damalige Vergleich mit den Zahlen von 1999 hatte das Manko, dass sich in diesem Jahr nicht alle Bezirke beteiligt hatten, und es sich nicht - wie 1994 - um eine Totalhebung handelte. Nunmehr ist ein Gesamtvergleich jedoch erstmals wieder möglich.

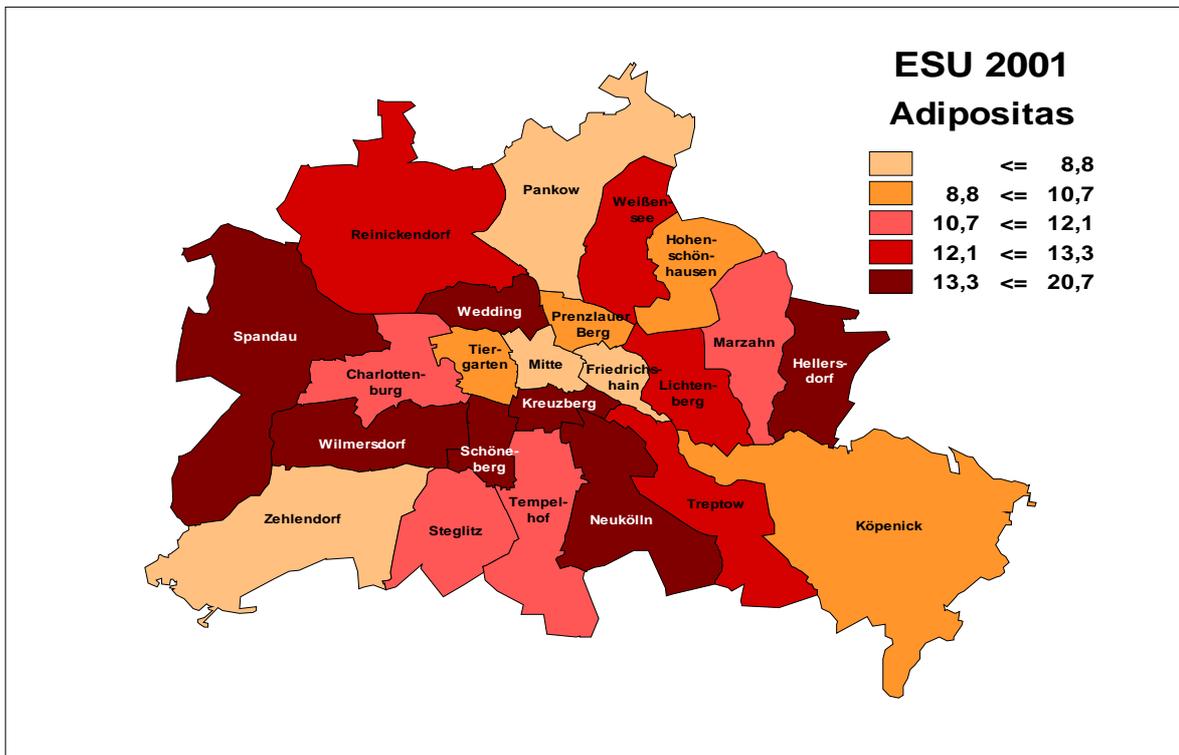
Er zeigt, dass zwar die Adipositasrate aller Einschüler zwischen 1994 und 2001 von 11,2 % auf 12,6 % gestiegen ist, dies die einzelnen Gruppen

Abbildung 5.13:
Anteil der Einschüler mit Adipositas bei den Einschuluntersuchungen in Berlin 2001 nach Bezirk
 - in %



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

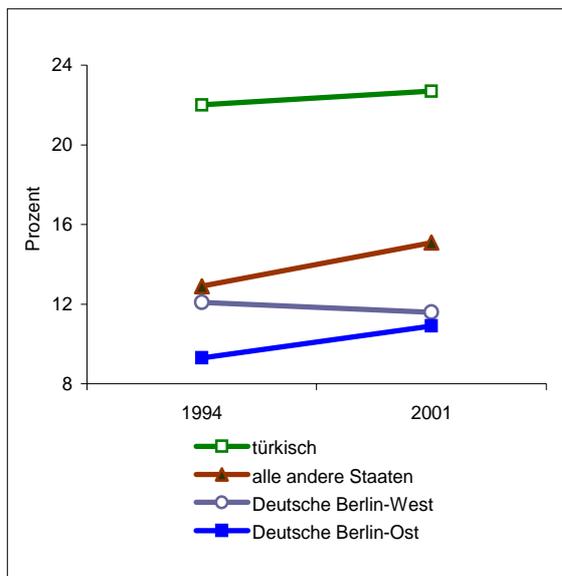
Abbildung 5.14:
Anteil der Einschüler mit Adipositas bei den Einschuluntersuchungen in Berlin 2001 nach den ehemaligen Bezirken
 - in %



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

jedoch sehr unterschiedlich betrifft. Während die türkischen Kinder ihren Wert auf extrem hohem Niveau praktisch gehalten haben (22,0 % → 22,7 %), ist die Rate bei den anderen ausländischen Kindern deutlicher angestiegen (12,9 % → 15,1 %). Der Anteil bei den deutschen Kindern aus Berlin-West nahm leicht ab (12,1 % → 11,6 %); bei denen aus Berlin-Ost stieg er merklich an (9,3 % → 10,9 %) (Abb. 5.15).

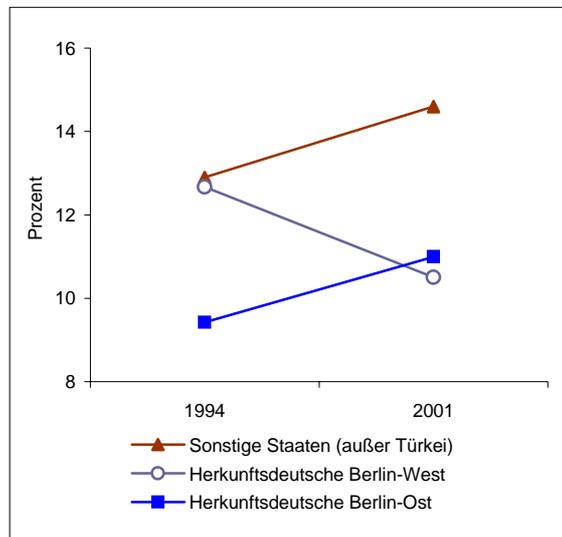
Abbildung 5.15:
Anteil der Einschüler mit Adipositas bei den Einschuluntersuchungen in Berlin 1994 und 2001 nach Wohnort und Staatsangehörigkeit
- in %



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

Neue Aufschlüsse ergeben sich, wenn für 2001 von der neuen Möglichkeit Gebrauch gemacht wird, selektiv die Gruppe der *herkunftsdeutschen* Kinder darzustellen. Dies wirkt sich weit mehr auf die Werte der Kinder in Berlin-West aus, weil dort der Anteil der eingebürgerten bzw. der Kinder anderer Herkunft fast doppelt so hoch ist wie in Berlin-Ost (etwa 11 % gegenüber knapp 6 %); und außerdem die Adipositasrate dieser Gruppe mit über 18 % wesentlich höher ist als in Berlin-Ost mit unter 14 % (Abb. 5.16). (Wegen der Einbeziehung der Zahlen von 1999 in Abb. 5.15 wurden auch hier 1994 und 2001 nur die Bezirke berücksichtigt, die 1999 teilgenommen hatten. Zur besseren Darstellung wurden die Werte der *türkischen* Kinder, deren Verhältnisse sich kaum änderten, *nicht* mit abgebildet.)

Abbildung 5.16:
Anteil der Einschüler mit Adipositas bei den Einschuluntersuchungen in Berlin 1994 und 2001 nach Wohnort und Herkunftsgruppe¹⁾²⁾
- in %



1) Es kamen nur die Bezirke in die Auswertung, die 1999 teilgenommen hatten

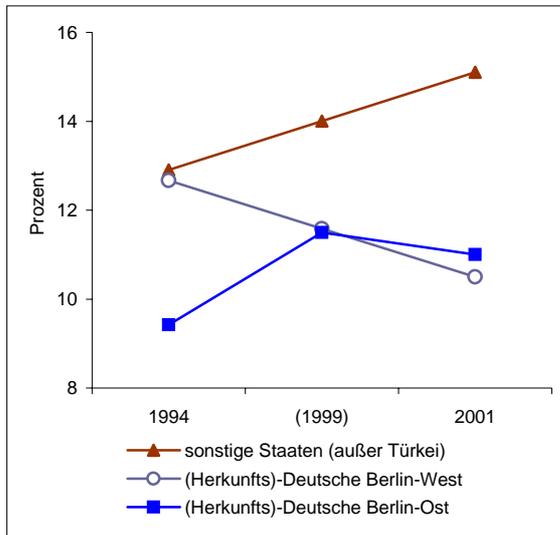
2) 1994 stand nur das Merkmal „Deutsche“ und noch nicht das Merkmal „Herkunftsdeutsche“ zur Verfügung

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

Die Werte der herkunftsdeutschen Kinder aus Berlin-West und der aus den Sonstigen Staaten (außer Türkei) ändern sich merklich. Nimmt man an, dass sich 1994 deutsche Staatsangehörigkeit und deutsche Herkunft sehr viel mehr gedeckt haben als heute, so ist es bei diesen Kindern in den letzten Jahren offenbar zu einer Trendumkehr gekommen, und die Häufigkeit von Adipositas ist um bis zu 2 % *gesunken*. Demgegenüber könnte sie bei den Kindern anderer Herkunft um bis zu 3 % höher liegen (die Eingebürgerten / Kinder anderer Herkunft können nicht ohne weiteres den Kindern aus den Sonstigen Staaten zugerechnet werden, da in ihnen auch ein größerer Teil türkischer Kinder enthalten ist).

Ein weiterer Aspekt kommt hinzu, wenn für Berlin-Ost noch die Adipositasprävalenz für 1999 mit einbezogen wird. Dies erscheint vertretbar, weil dort „deutsch“ und „herkunftsdeutsch“ weitgehend identisch ist. (2001 differierten diese beiden Gruppen lediglich um gut 6 %. Dies ist bei den anderen Gruppen anders; bei den Deutschen in Berlin-West beträgt die Differenz fast 15 %. Die Zahlen von 1999 mussten daher für Herkunftsdeutsche aus Berlin-Ost und für alle anderen Länder außer der Türkei durch Interpolation gewonnen werden.)

Abbildung 5.17:
Anteil der Einschüler mit Adipositas bei den Einschuluntersuchungen in Berlin 1994, 1999¹⁾ und 2001 nach Wohnort und Herkunftsgruppe^{2) 3)}
- in %



1) Nur der Wert der Herkunftsteutschen Berlin-Ost; die beiden anderen sind interpoliert

2) Es kamen nur die Bezirke in die Auswertung, die 1999 teilgenommen hatten

3) 1994 und 1999 stand nur das Merkmal „Deutsche“ und noch nicht das Merkmal „Herkunftsdeutsche“ zur Verfügung

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

Diese Ergebnisse *könnten* bedeuten, dass auch bei den Kindern aus Berlin-Ost der Zenit der Adipositasentwicklung überschritten ist, und sich unter Umständen seit etwa 1999 ein rückläufiger Trend parallel zu den Kindern aus Berlin-West zeigt, wo diese Trendumkehr offenbar schon früher eingesetzt hat.

Dies wäre sehr gut vereinbar mit den Ergebnissen von Böhm et.al. in Brandenburg²⁹, die dort seit Mitte der Neunzigerjahre ebenfalls einen rückläufigen Trend beobachten konnten. Dort sind die Verhältnisse klarer, weil es wegen des wesentlich geringeren und anders zusammengesetzten Ausländeranteils (insbesondere fehlen weitgehend die Nationalitäten mit sehr hohen Adipositasraten und ungebrochenem Trend) die Diskrepanzen zwischen den Gruppen verschiedener Herkunft kaum geben dürfte.

Für Berlin können erst die kommenden Jahre zeigen, ob sich eine Trendumkehr tatsächlich über längere Zeit stabilisieren kann. Das Instrumentarium für kontinuierliche und langfristige Beobachtungen und eine darauf gestützte Gesundheitsberichterstattung ist vorhanden.

5.5 Prävention

Wie bereits erwähnt, sind ausführliche Überlegungen zur Adipositasprävention im ersten Kinderbericht niedergelegt und sollen hier nicht wiederholt werden. Wir beschränken uns auf weitere Überlegungen oder neue Aspekte, die sich auf die gewonnenen Erkenntnisse stützen.

Erfolgsaussichten der Reduzierung von Adipositas

Grundsätzlich erinnert werden soll noch einmal daran, dass es nicht realistisch ist, innerhalb kürzerer Zeit deutliche Erfolge erzielen zu wollen. Bei einer kürzlich durchgeführten Expertenrunde³⁶ waren sich alle Teilnehmer/innen sicher, dass es nicht bald zu einer deutlichen Verringerung des Problems kommen werde, und auch die mittelfristigen Aussichten beurteilte die Mehrheit eher skeptisch. Der Verlauf der Adipositasprävalenz und der Erfolg der bisherigen Maßnahmen weltweit stützen diese Ansicht.

PD Dr. Wabitsch, einer der anerkanntesten Experten auf dem Gebiet der kindlichen Adipositas in Deutschland, geht so weit, die Lösung nur noch in der Chemie sehen zu wollen³⁷: „Medikamente sehe ich als die einzige Möglichkeit, dem Problem der Adipositas zu begegnen.“ Diese Ansicht muss man gewiss nicht teilen. Aber sie illustriert die Schwierigkeiten mit der Lösung des Problems; und sie zeigt, dass die Konzeption von Projekten, die auf wenige Jahre angelegt sind und danach Erfolge vorweisen können sollen, vermutlich nicht die richtige Strategie darstellen.

Die Rolle gesunder Ernährung

Eine weitere Überlegung gilt der Tatsache, dass sehr häufig „gesunde Ernährung“ für Kinder gefordert wird, besonders „in den Kindergärten“. Andere Aspekte werden auch erwähnt, vor allem Bewegung und manchmal auch der Medienkonsum, jedoch erscheinen die vorgebrachten Vorschläge oft einseitig auf die Ernährung ausgerichtet. Insbesondere kann man den Eindruck gewinnen, dass der gesunden Ernährung in Kindergärten eine Schlüsselrolle bei der Bekämpfung der Adipositas zukäme.

Selbstverständlich ist eine gesunde Ernährung höchst wünschenswert und sollte mit Nachdruck gefördert werden, und vor allen Dingen im Kindesalter.

Jedoch liegt der Adipositas eine differenzierte Palette an Ursachen zu Grunde, von denen einige in den vorliegenden Berichten aufgezeigt wurden. Es erscheint zweifelhaft, ob die bloße Nahrung und der Umgang mit ihr für eine solchen Spanne an Adipositashäufigkeit verantwortlich sein kann, wie sie beobachtet wird. (Beispielsweise reicht die Adipositashäufigkeit bei der herkunftsdeutschen Oberschicht, die ihre Kinder wohl durchweg nicht schlecht ernährt, von 4,6 % bis 10,0 %.) Auch müsste der starke Anstieg der Adipositasrate auf dem Gebiet der ehemaligen DDR nach der Wiedervereinigung bedeuten, dass es dort vorher ein besseres Essen und/oder Essverhalten gegeben hätte.

Daher sollten neben der Ernährung auch soziale und gesellschaftliche Ursachen verstärkt beachtet werden. Der Zusammenhang von Fernsehkonsum und Übergewicht zum Beispiel wird immer wieder in Studien belegt^{38,39}, desgleichen der zunehmende Bewegungsmangel⁴⁰.

In solche Ursache-Wirkungs-Kreise kann eine - sozusagen „passive“ - Zufuhr von „gesundem Essen“ nicht eingreifen. Übergewicht gehört - wie beispielsweise Rauchen, Alkoholmissbrauch und Drogenkonsum - zu jenen Gesundheitsstörungen, die eng mit psychologischen und sozialen Verhältnissen verwoben sind, und bei denen jede Veränderung der ausgesprochen aktiven Mitarbeit der Betroffenen bedarf. Nicht zuletzt deswegen haben ja auch alle gemeinsam, dass Erfolge so schwer zu erreichen und daher kaum zu verzeichnen sind.

Die Rolle von Public Health

Die wissenschaftliche Forschung und die Gesundheitsberichterstattung liefern die notwendigen Informationen, um eine rationale Prävention zu konzipieren. Nicht zuletzt bestand der große Fortschritt der Einführung von Public Health-Prinzipien darin, dass sie eine abgesicherte, rationale Basis für Einschätzungen und eine Evaluation der daraufhin ergriffenen Maßnahmen forderten.

Alle Ansichten über angenommene Einflussfaktoren der Adipositas und daraus resultierenden Präventionsvorschläge müssen sich an diesen Qualitätsmaßstäben messen lassen. Dabei sollte klar unterschieden werden zwischen *allgemeinen* Gesundheitsforderungen im Rahmen *allgemeiner* Gesundheitsdiskussionen - zum Beispiel der Forderung nach gesunder Ernährung - und *zielgerichteten* Vorschlägen im Rahmen einer *Adipositasdiskussion*. Solche zielgerichteten Vorschläge sollten sich an den Vorgaben von Public Health orientieren und auf der Grundlage der vorhandenen Daten erfolgen.

5.6 Angaben der Ergebnisse nach verschiedenen Referenzsystemen

Wie in 5.3.2 dargelegt, hängt die Angabe der verschiedenen Adipositasprävalenzen stark vom verwendeten Referenzsystem ab. Um die Vergleichbarkeit der Berliner Werte mit anderen Erhebungen zu gewährleisten, finden sich alle Adipositas-Prävalenzangaben dieses Kapitels für drei Referenzsysteme - Rolland-Cachera (ECOG), Kromeyer-Hauschild (AGA), und Cole (IOTF) - im Anhang unter 7.2.

Literatur

¹ Australian Institute of Health and Welfare (2001): **Overweight - How many Australian adults are overweight?** <http://www.aihw.gov.au/cvd/riskfactors/overweight.html>, zuletzt aufgerufen am 07.03.2002.

² Eckersley, R. (2001): **Losing the battle of the bulge: causes and consequences of increasing obesity.** MJA 2001; 174: 590-592.

³ Delekat, D., Kis, A. (2001): **Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin.** Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2001 - 1. Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen Berlin.

⁴ Cole, T.; Bellizzi, M.; Flegal, K.; Dietz W. (2000): **Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey.** BMJ 2000; 320: S. 1240-1243

⁵ Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2001): **Leitlinien.** Verabschiedet auf der Konsensus-Konferenz der AGA am 19.10.2001.

⁶ Calle, E. E., Thun, M. J., Petrelli, J. M., Rodriguez, C., Heath, C. W., Jr. (1999): **Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults.** N. Engl. J. Med. 341 (15) (1999), 1097-1105.

⁷ Whitaker, R.C., Wright J.A., Pepe M.S., Seidel K.D., Dietz W.H. (1997): **Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity.** N Engl J Med 1997; 337:869-873.

⁸ Kromeyer-Hauschild, K. (2001): **Neue Referenzwerte für den Body Mass Index.** MedReport Nr. 32, 25. Jahrgang 2001.

⁹ Cole, T.J. (1990): **The LMS method for constructing normalized growth standards.** Eur J Clin Nutr 44:45-60.

¹⁰ Cole, T.; Green, P. (1992): **Smoothing reference centile curves: the LMS method and penalized likelihood.** Stat Med 1992; 11: 1305-1319.

¹¹ Centers for Disease Control and Prevention/National Center for Health Statistics (2000): **CDC Growth Charts: United States.** Advance Data, 314, Dezember 2000.

- ¹² Hesketh, T.; Ding, Q. (2000): **Young Chinese people in Hong Kong are not representative of those in China.** *BMJ* 2000;321:1158.
- ¹³ Vignerova, J. (2001): **BMI centile charts.** *BMJ* 2000;321:1158.
- ¹⁴ Kinra, S (2000): **Reanalysis suggests questionable validity of new definition during puberty.** *BMJ* 2000;321:1158.
- ¹⁵ Mulligan, J. (2000): **Definition of childhood overweight/obesity.** *BMJ* 2000;321:1158.
- ¹⁶ Jebb, S.; Prentice, A. (2001): **Single definition of overweight and obesity should be used.** *BMJ* 2001;323:999.
- ¹⁷ Tremblay, M.; Willms, J. (2001): **Obesity in Canadian children.** Letters to the editor. *JAMC* 2001; 164 (11).
- ¹⁸ Magarey, A.; Daniels, L.; Boulton, J. (2001): **Prevalence of overweight and obesity in Australian children and adolescents: reassessment of 1985 and 1995 data against new standard international definitions.** *MJA* 2001; 174: 561-564.
- ¹⁹ Luo, J.; Hu, F. (2001): **Time Trends of Childhood Obesity in China from 1989 to 1997.** Takemi Program in International Health, Harvard School of Public Health.
- ²⁰ Prentice, A. (1998): **Body mass index standards for children are useful for clinicians but not yet for epidemiologists.** *BMJ* 1998;317:1401-1402.
- ²¹ Flegal K.; Ogden C.; Wei R.; Kuczmarski R.; Johnson C. (2001): **Prevalence of overweight in US children: comparison of US growth charts from the Centers for Disease Control and Prevention with other reference values for body mass index.** *Am J Clin Nutr* 2001 Jun;73(6):1086-93.
- ²² Kromeyer-Hauschild, K; Wabitsch, M; Kunze, D. et al. (2001): **Perzentilen für den Body Mass Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben.** *Monatsschr Kinderheilkd* 2001; 149: 807-818.
- ²³ Cole, T; Roede, M. (1999): **Centiles of body mass index for Dutch children aged 0-20 years in 1980—a baseline to assess recent trends in obesity.** *Ann Hum Biol* 1999 Jul-Aug;26(4):303-8.
- ²⁴ Poskitt, EME, European Childhood Obesity Group (1995): **Defining childhood obesity: the relative body mass index (BMI).** *Acta Paediatr* 84; S. 961–963
- ²⁵ Zwiauer, K.; Wabitsch, M. (1997): **Relativer Body-mass-Index (BMI) zur Beurteilung von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Empfehlung der European Childhood Obesity Group.** *Monatsschr Kinderheilkd* 145; S. 1312–1318.
- ²⁶ Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2000): **Leitlinien.** Verabschiedet auf der Konsensus-Konferenz der AGA am 25.10.2000 und auf der Leitlinienkonferenz der DAG am 26.10.2000.
- ²⁷ Danielzik, S. et. al. (2002): **Probleme der Definition der Adipositas bei Kindern vor der Pubertät: Konsequenzen für die Ermittlung ihres Rehabilitationsbedarfs.** *Gesundheitswesen* 2002; 64: S. 139-144.
- ²⁸ Reinken, L.; Stolley, H.; Droese, W.; von Oost, G. (1980): **Körperentwicklung gesunder Kinder. II. Größe, Gewicht, Hautfalten von Kinder im Alter von 1,5 bis 16 Jahren.** *Klein. Pädiat.* 1980; 192: S. 25-33.
- ²⁹ Böhm, A.; Friese, E.; Greil, H.; Lüdecke, K. (2002): **Körperliche Entwicklung und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Eine Analyse von Daten aus ärztlichen Reihenuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Land Brandenburg.** *Monatsschrift Kinderheilkunde* 150, S. 48-57.
- ³⁰ Hesse, V., Bartetzky, R., Jaeger, U., Kromeyer-Hauschild, K., Zellner, K., Vogel, H., Bernhardt, I & Homann, A. (1999). **Körper-Masse-Index: Perzentilen deutscher Kinder im Alter von 0-18 Jahren.** *Kinderärztliche Praxis* 8, 2-9.
- ³¹ Greil, H. & Schilitz, A. (1999). **Körperbau und körperlicher Entwicklungsstand von Brandenburger Schülern und Schülerinnen am Ende des 20. Jahrhunderts.** In: Helmke, C., Haase, P., Rückert, J.-U.: *Zur Situation des Schulsports im Land Brandenburg und Wege zur Erhöhung seiner Qualität.* Potsdam.
- ³² Kinra, S. (2000): **Reanalysis suggests questionable validity of new definition during puberty.** *BMJ* 2000;321; S. 1158.
- ³³ Sorensen, H.T.; Sabroe, S.; Rothman, K.J.; Gillman, M.; Fischer, P.; Sorensen, T.I.; (1997) **Relation between weight and length at birth and body mass index in young adulthood: cohort study.** *Brit Med J* 1997; 315: 1137.
- ³⁴ Wabitsch, M. ; Blum, W.F. ; Muehe, R. ; Braun, M. ; Hube, F. ; Rascher, W. ; Heinze, E. ; Teller, W. ; Hauner, H. (1997) : **Contribution of Androgens to the Gender Difference in Leptin Production in Obese Children and Adolescents.** *J. Clin. Invest.* 100 (1997), 808-813.
- ³⁵ Pietschmann, P. (1998): **Wie fettbevorzugt ist die Frau?** Informationsdienst Wissenschaft, 15.12.1998.
- ³⁶ Inforadio Berlin (2002): **Dicksein macht krank. Die moderne Gesellschaft hat Gewichtsprobleme.** Technologiestiftung Berlin, Investitionsbank Berlin, Inforadio Berlin. Treffpunkt WissensWerte: Diskussionsrunde am 18.03.2002, Sendung am 24.03.2002.
- ³⁷ Blech, J. (2000): **Generation XXL.** *DER SPIEGEL* 51/ 2000, 16. Dezember 2000.
- ³⁸ Robinson, T.N. (1999). **Reducing children's television viewing to prevent obesity: A randomized controlled trial.** *JAMA.* 282(16):1561-1566.
- ³⁹ Crespo, C.J., et al. (2001). **Television watching, energy intake, and obesity in U.S. children: Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey 1988-1994.** *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine.* 155(3):360-365.
- ⁴⁰ Klaes, L.; Rommel, A.; Cosler, D.; Zens, Y. (2000): **Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.** Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) e.V.

6 Impfen

6.1 Zusammenfassung

Impfungen gehören zu den effektivsten und kostengünstigsten Präventivmaßnahmen überhaupt. Viele früher gefürchtete Infektionskrankheiten sind heute stark zurückgedrängt oder sogar fast verschwunden. Dennoch können die erreichten Impfraten in Deutschland und auch in Berlin im internationalen Vergleich nicht zufriedenstellen.

Die Ergebnisse der ESU dienen gleichzeitig auch der Erfüllung der bezirklichen Pflicht zur Übermittlung der Impfdaten an das RKI gemäß dem neuen Infektionsschutzgesetz (§34 (11)). Daher folgt die Erhebungsform den Vorgaben des RKI, was vor allem bedeutet, dass nun für jede Impfung die Anzahl der verabreichten Impfungen erhoben wird, und nicht mehr die Angabe des Impfstatus („vollständig“ etc.). Dies ist ein Fortschritt, der genauere und weitergehende Aussagen erlaubt.

Generell ist zu erwarten, dass sich die Impfsituation durch die Einführung der neuen Sechsfach-Kombinationsimpfstoffe deutlich zum Positiven verändern wird. Es steht zu hoffen, dass durch die Kombination mit „anerkannten“ Impfungen wie die gegen Tetanus sich auch die Raten von solchen mit (noch) eher schlechtem Durchimpfungsgrad, wie zum Beispiel Pertussis, verbessern werden.

Die gegenwärtige Situation in Berlin muss nach den verschiedenen Gruppen von Impfungen differenziert betrachtet werden:

- Bei *Diphtherie, Tetanus und Polio* stellt sich die Situation allgemein recht günstig dar. Bei fast allen Gruppen (nach Staatsangehörigkeit bzw. Herkunft betrachtet, s. Kap. 3) liegen die Impfraten über 97 %; bei herkunftsdeutschen Kindern aus Berlin-Ost sogar bei 98,4 %. Die Werte für die Polioimpfung liegen durchweg etwa 2 % - 4 % darunter. Auffallend sind die deutlich schlechteren Raten bei Kindern aus dem ehemaligen Ostblock und aus sonstigen Staaten. Dies hängt damit zusammen, dass diese Kinder weitaus häufiger nicht in Deutschland geboren sind als die der anderen Herkunftsgruppen. Generell war die Durchimpfung bei der unteren sozialen Schicht geringer als bei der mittleren und oberen.
- Beim *Mumps, Masern und Röteln* ist bekannt, dass bei bestimmten Bevölkerungsteilen Vorbehalte gegen diese Impfungen bestehen; dies gilt ganz besonders für die Rötelnimpfung. Die Impfraten betragen dementsprechend bei der Oberschicht von Berlin-West nur wenig über 80 %, während alle anderen Gruppen mindestens 90 % aufweisen. Eine Ausnahme machen nur die Kinder aus den Industriestaaten, die aber immer über 85 % liegen. Vorbildlich geimpft sind die türkischen Kinder mit Raten von mindestens 95 %. Auffallend ist die selektiv niedrige Rötelndurchimpfung bei Kindern aus den ehemaligen Ostblockstaaten. Die von der STIKO empfohlene zweite Impfung haben im Durchschnitt nur 24 % der Eltern vornehmen lassen; die höchsten Raten haben die türkischen Kinder mit über 35 %; am Ende liegen die herkunftsdeutschen aus Berlin-West mit 18 %. Paradoxe Weise sind Jungen nahezu durchweg besser gegen Röteln geimpft als Mädchen.
- Auch die Impfraten für *Hepatitis B* werden voraussichtlich ab etwa 2005 durch die Sechsfach-Kombinationsimpfstoffe ein hohes Niveau erreichen. Bis dahin können sie gut als Indikator für das aktive Präventionsverhalten von Eltern und Kinderärzten/innen dienen. Für 2001 ergab sich ein paradoxes, aber auch ungünstiges Bild: Die Gruppe mit den besten Informationsmöglichkeiten der Eltern, nämlich die herkunftsdeutschen Kinder, weisen den schlechtesten Impfgrad auf, und dies nahezu einheitlich in Berlin-Ost und -West. Hier sind nur 50 % aller Kinder geimpft, gegenüber beispielsweise 70 % der türkischen.
- Die durchschnittliche Impfrate bei *Hib* betrug unbefriedigende 85,7 %. Auch bei Aufschlüsselung nach Herkunft erreichte keine Gruppe eine Durchimpfung von 90 %. Sehr hohe Raten von überhaupt nicht Geimpften fanden sich bei den Kindern, die nicht in Deutschland geboren worden waren; bei Kindern aus den Ländern des ehemaligen Ostblocks wurde eine Rate von fast 60 % Nichtgeimpfter erreicht.
- Bei *Pertussis* fand sich ein sehr ähnliches Muster wie bei Hib, die durchschnittliche Impfrate betrug nur 86,1 %. Auch hier gab es die ungünstige Situation bei den nicht in Deutschland geborenen Kindern, jedoch bei weitem nicht so ausgeprägt wie bei Hib.

- Im Vergleich mit 1994 wird bei aller Kritik an unbefriedigenden Impfraten ersichtlich, dass sich der Impfstatus in fast allen Bereichen zum Teil erheblich verbessert hat. Eine Besonderheit bildet neben der BCG-Impfung, die mittlerweile nicht mehr von der STIKO empfohlen wird, und die Hepatitis B-Impfung, die 1994 noch nicht empfohlen war. Die einzige tatsächliche Verschlechterung ist bei der Polio-Impfung zu verzeichnen. Bei Mumps, Röteln, Pertussis und Hib ist es dagegen zu ganz erheblichen Verbesserungen gekommen. Allerdings erfolgte dies von einem unbefriedigenden Niveau aus, so dass die Erfolge relativ zu sehen sind.

6.2 Gesundheitliche Bedeutung

Unter den Ländern, die die WHO in ihrem Bemühen um Ausrottung von verschiedenen Infektionskrankheiten unterstützen, nimmt Deutschland keinen vorderen Platz ein, ist aber bemüht aufzuholen.

6.3 Grundlagen

Die Datenbasis des letzten Berichtes¹ über den Impfstatus von Berliner Kindern stammt von 1999. Durch die Entwicklung neuer Impfstoffkombinationen und ihre Empfehlung durch die STIKO (Ständige Impfkommission, am Robert-Koch-Institut) haben sich die Verhältnisse in einigen Bereich geändert; dies betrifft zum Beispiel die Hepatitis-B-Impfung, aber auch BCG, Mumps, Röteln, Pertussis und Hib.

Eine Besonderheit der Zahlen von 2001 besteht darin, dass sie sich zum ersten Mal seit 1994 auf ganz Berlin beziehen, denn bei den Erhebungen 1999 und 2000 hatten sich nur jeweils 18 der damals 23 Bezirke beteiligt; und bei beiden Malen auch nicht immer dieselben. Nun aber liegt auf Grund des 2001 neu eingesetzten Landesverfahrens (s. 1.1) ein Kompletterhebung vor.

Daher wird nachfolgend im Wesentlichen eine Aktualisierung der Befunde und Darstellungen des vorangegangenen Berichtes vorgenommen. Die seinerzeit vorgenommenen ausführlichen Überlegungen und Erläuterungen werden nur cursorisch angeführt; sie sind dem erwähnten Bericht zu entnehmen. Dies beinhaltet auch weiterhin die Differenzierung der Bevölkerung in Berlin-Ost und -West, obwohl durch die Bezirksreform zwei der Neubezirke aus „gemischten“ Altbezirken bestehen.

6.4 Methodisches Vorgehen

In die Betrachtung wurden alle Kinder aufgenommen, bei denen die Impfdokumentation vorgelegt werden konnte, und bei denen vom KJGD vollständige

Angaben über den Status aller untersuchten Impfungen eingetragen worden waren (das waren die z.B. in Tabelle 6.1 aufgeführten). Dies war bei 89,9 % der Fall, insgesamt 25.297 Kinder.

Bei einigen Fragestellungen war die Staatsangehörigkeit der Kinder von Bedeutung, über die in 196 Fällen eine Angabe fehlte. Diese Kinder konnten in den entsprechenden Betrachtungen nicht berücksichtigt werden.

Bei weiteren Fragestellungen war die soziale Schicht von Bedeutung, zu deren Bestimmung eine Sozialvariable (siehe 2.3) gebildet wurde. Fehlten die hierzu notwendigen Angaben, konnten bei den entsprechenden Analysen auch diese Kinder nicht berücksichtigt werden. Dies geschah in 2.554 Fällen. Eine große Verbesserung ist insoweit erfolgt, als mittlerweile auch die KJGD-Stellen des ehemaligen Bezirks Tempelhof Daten zum Sozialstatus erhoben haben, und dieses Merkmal nun flächendeckend verfügbar ist.

Vorgaben des RKI

Im Zuge des neuen Infektionsschutzgesetzes (IfSG) sind die KJGD im §34 (11) verpflichtet worden, bei jedem Kind bei der Aufnahme in die erste Klasse den Impfstatus zu erheben, und die Daten in aggregierter und anonymisierter Form über die obersten Landesgesundheitsbehörden dem Robert Koch-Institut (RKI) zu übermitteln². Da die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz über das Landesverfahren „Einschuluntersuchung“ ohnehin die verlangten Impfdaten erhält, wurde im Benehmen mit den für Gesundheit zuständigen Bezirksstadträtinnen und Bezirksstadträten mit dem RKI vereinbart, dass diese Impfdatenübermittlung durch diese Senatsverwaltung erfolgt. Die KJGD haben somit ihrer gesetzlichen Pflicht dann Genüge getan, wenn sie sich an dem Landesverfahren beteiligen und den damit erzeugten Datensatz übermitteln. Dies war 2001 bei allen Berliner Bezirken der Fall.

Damit nimmt die Erhebung der Impfdaten im Dokumentationsbogen eine Sonderstellung insofern ein, als dass ihre Gestaltung den Vorgaben des

RKI unterliegt. Diese Gestaltung und bestimmte Überlegungen hierzu hat das RKI auch in einer Publikation veröffentlicht³. Die Hauptneuerung besteht darin, dass nunmehr direkt die Zahl der jeweiligen Impfung eingetragen wird, und nicht mehr eine indirekte Information in der Form „nicht immunisiert - teilweise immunisiert - vollständig - jetzt vervollständigt - unklar“. Dies ist ein Fortschritt, der die Informationsqualität verbessert. Die Festlegungen des RKI, ab wieviel Impfungen ein Impfstatus jeweils als vollständig zu werten ist, gibt die nachfolgende Tabelle wieder.

Tabelle 6.1:
Mindestanzahl von Impfungen für vollständige Immunisierung bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 - in %

Impfung	Mindestanzahl
Diphtherie	3-mal
Tetanus	3-mal
Pertussis	4-mal
Hib	3-mal
Polio	3-(2-)mal
Hepatitis B	3-mal
Masern	1 Dosis
Mumps	1 Dosis
Röteln	1 Dosis

(Datenquelle: Robert Koch-Institut)

Bei einzelnen Impfungen sind noch folgende Anmerkungen erforderlich:

Polio: Hier werden mindestens drei Impfungen mit IPV (Inaktivierte Poliovakzine, als Injektion gegeben) oder OPV (Orale Poliovakzine, als Schluckimpfung gegeben) für einen vollständigen Status gefordert. Eine Ausnahme bildet das Präparat Virelon® der Firma Behring, bei dem bereits zwei Impfungen genügen. Die dazu notwendigen Zusatzangaben werden jedoch erst ab der ESU 2002 erhoben, sodass 2001 nur drei oder mehr Impfungen als vollständig gewertet wurden.

Diphtherie/Tetanus: Für Kombinationsimpfstoffe mit Pertussiskomponente wird eine viermalige Impfung gefordert. Aber auch die anderen Impfstoffe bewirken streng genommen nur dann einen vollständigen Impfschutz, wenn zwischen der 2. und 3. Impfung ein mehrmonatiger Abstand liegt. Hier hat sich das RKI auf „mehr als 5 Monate“ festgelegt. Demnach sollten eigentlich diese Impfungen nur dann als vollständig gewertet werden, wenn entweder vier oder mehr Impfungen dokumentiert waren, oder bei drei Impfungen das Fünfmonats-Intervall zwischen der 2. und 3. Impfung eingehalten worden war. Die dazu notwendigen Zusatzangaben werden jedoch erst ab der ESU 2002 erhoben, sodass 2001 noch generell drei oder

mehr Impfungen als vollständig gewertet wurden.

Hib: Bei Hib sind vor dem 18. Lebensmonat drei Impfungen notwendig, dann bis zum 6. Lebensjahr nur noch eine, und danach gar keine mehr. Ungeachtet dieser Tatsache gilt nur eine dreimalige Impfung als vollständig. Kinder, die nicht zeitgerecht die empfohlene dreimalige Grundimmunisierung erhalten haben, waren zumindest zu bestimmten Zeitpunkten ihres Lebens nicht geschützt; und dies erachtet das RKI unter epidemiologischen und präventiven Gesichtspunkten als relevant.

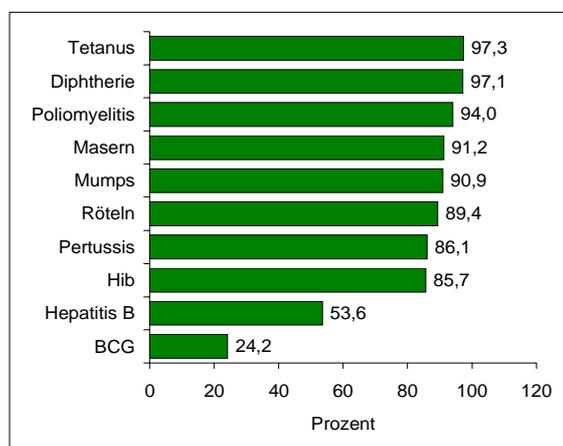
Mumps, Masern, Röteln: Ungeachtet der STIKO-Empfehlungen hält das RKI daran fest, dass eine einmalige Impfung bereits als vollständig gilt, da sie bereits in über 90% eine Immunität bewirkt. Die zweite Impfung dient bekanntlich nicht der Auffrischung, sondern der Verringerung der „Versagerquote“. Bei einer Forderung von zwei Impfungen würden also mindestens 90 % der Kinder mit nur einer Dosis als „nicht vollständig immunisiert“ eingestuft, obwohl sie über einen ausreichenden Impfschutz verfügen.

6.5 Ergebnisse

Zu beachten ist, dass die Berücksichtigung nur von Kindern mit Impfausweis (89,9 %, s. 6.4) wahrscheinlich eine positive Auslese darstellt. Alle nachfolgend genannten Durchimpfungsraten fallen daher vermutlich etwas zu günstig aus.

Die Anteile der Kinder mit vollständigem Impfstatus bei der jeweiligen Impfung zeigt die nachfolgende Abbildung 6.1.

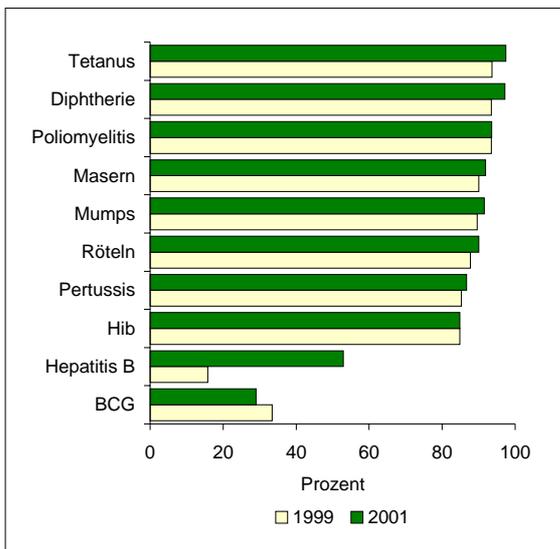
Abbildung 6.1:
Anteil der Kinder mit jeweils vollständiger Impfung bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 - in %



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

Im Vergleich zur Situation 1999 hat sich der Impfstatus generell verbessert. (Hierbei wurden nur die 18 damaligen Bezirke einbezogen, die auch 1999 teilgenommen hatten). Dies zeigt die Abbildung 6.2.

Abbildung 6.2:
Anteil der Kinder mit jeweils vollständiger Impfung 1999 und 2001 bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001¹⁾
 - in %



1) Es kamen für 2001 nur die Bezirke in die Auswertung, die auch 1999 teilgenommen hatten
 (Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Wie erwartet sind die Raten für Hepatitis B stark angestiegen (von ~16 % auf ~53 %), und die für BCG weiter zurückgegangen (von ~33 % auf ~29 %).

6.5.1 Diphtherie, Polio, Tetanus

Dies sind die „Basisimpfungen“, die in allen Bevölkerungsteilen in ihrer Notwendigkeit weitgehend anerkannt sind und kaum auf Vorbehalte stoßen. Ihre Raten sind ein gutes Maß für die generelle Impfbereitschaft, da sie unabhängig von spezifischen Überlegungen in Bezug auf einzelne Impfungen bei bestimmten Bevölkerungsteilen sind, wie dies zum Beispiel bei der Rötelnimpfung der Fall ist.

Die Polio nimmt (noch) eine gewisse Sonderstellung ein, da sie bis 1998 von der STIKO als Schluckimpfung (OPV) empfohlen wurde. Mittlerweile waren aber Infektionen mit Polio-Wildvirus in Deutschland so selten geworden, dass die extrem seltenen, durch die Impfung hervorgerufenen Poliomyelitiden (VAPP, Vakzineassoziierte Paralytische Poliomyelitiden) begannen, häufiger vorzukommen als die eigentlichen Infektionen mit

dem Wildvirus. So wurden zwischen 1991 und 1998 in Deutschland 14 Polio-Erkrankungen registriert; davon wurden 2 als importiert (Indien / Ägypten) und 12 als VAPP gemeldet⁴. Dies bewog die STIKO, nur noch die Inaktivierte Poliovakzine (IPV) zu empfehlen, die nunmehr auch in den seit Ende 2000 zugelassenen Sechsfach-Kombinationsimpfstoffen enthalten ist.

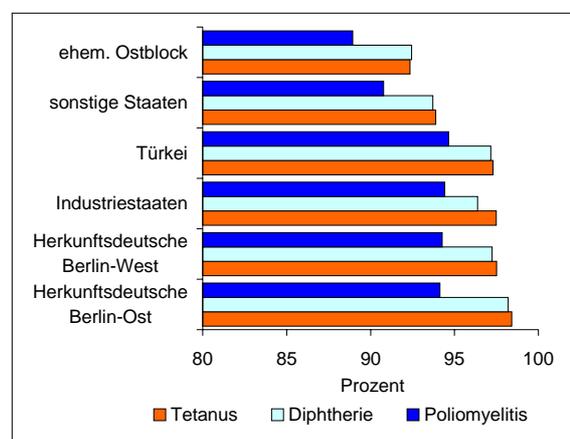
Daher sind zurzeit bei der ESU-Erhebung die Raten für Diphtherie und Tetanus noch nicht mit denen von Polio identisch. Dies wird sich jedoch voraussichtlich spätestens ab etwa 2005 ändern, und die meist etwas niedrigeren Polio-Durchimpfungsraten werden sich erhöhen.

Impfraten nach Herkunftsgruppe

Bekanntlich ist die Impffreudigkeit bei den einzelnen Staatsangehörigkeitsgruppen recht verschieden. Daher wurden die verschiedenen Gruppen nach der Herkunft (s. 3.4.) eingeteilt; hierbei ergaben die beiden zusätzlichen Differenzierungen von „Deutsche“, nämlich „Eingebürgerte“ und „anderer Herkunft“, keine besonderen Aufschlüsse. Sie lagen zwischen den herkunftsdeutschen und den türkischen Kindern, in deutlicher Nähe zu letzteren, weswegen sie nicht eigens aufgeführt wurden. Die herkunftsdeutschen Kinder wurden zusätzlich nach Berlin-Ost und -West getrennt untersucht.

Insgesamt ergibt die Situation bei diesen Impfungen ein recht günstiges Bild. Bei den meisten Gruppen liegt die Impfrate von Tetanus und Polio über 97 %; bei herkunftsdeutschen Kindern aus Berlin-Ost erreicht die Tetanusimpfung mit 98,4 % einen Wert, der nur noch schwer zu verbessern ist (Abb. 6.3).

Abbildung 6.3:
Anteil der Kinder mit vollständiger Diphtherie-, Tetanus- und Polioidimpfung bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Herkunftsgruppe
 - in %



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

Sehr auffällig ist die Tatsache, dass die Impfraten für die Polioimpfung durchweg etwa 2 % - 4 % unter denen von Tetanus und Diphtherie liegen, wobei die besten bei eingebürgerten und türkischen Kindern erreicht wurden (was von der Herkunft her oft das Gleiche sein dürfte). Ebenfalls auffällig ist, dass diese Diskrepanz 1999 noch nicht bestanden hatte. Die Analyse zeigt, dass dieser Unterschied zwischen 1999 und 2001 in unterschiedlichen Raten für unvollständige Impfungen begründet ist. 1999 wurden bei allen drei Impfstoffen recht konstant etwa 5 % der Impfungen als unvollständig bewertet. 2001 dagegen fand sich eine Angabe von ein oder zwei Tetanus- bzw. Diphtherieimpfungen (also „unvollständig“) nur bei 2 % bzw. 3 % der Kinder, bei Polio jedoch weiterhin eine von 5 %. Ob diese Veränderung durch den geänderten Erhebungsmodus - Angabe der Impfungszahlen anstatt Kategorisierung durch Ärztin/Arzt - bedingt ist, muss noch untersucht werden.

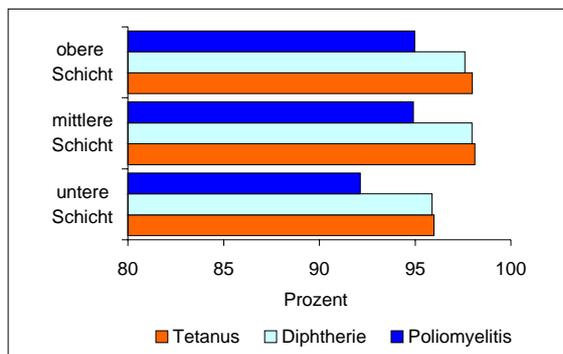
Auffallend sind die deutlich schlechteren Raten bei Kindern aus dem ehemaligen Ostblock und aus den sonstigen Staaten. Dies hängt eindeutig damit zusammen, dass diese Kinder weitaus häufiger nicht in Deutschland geboren sind als die der anderen Herkunftsgruppen.

Der Anteil der gar nicht geimpften Kinder liegt bei maximal 1 %, meist deutlich darunter. Dabei ist der Anteil bei der herkunftsdeutschen Kindern aus Berlin-West stets doppelt so hoch wie bei denen aus Berlin-Ost.

Impfraten nach sozialer Schicht

Es wird deutlich, dass die Impfhäufigkeit bei der unteren sozialen Schicht abfällt. Dennoch liegt sie auch hier für Tetanus und Diphtherie bei über 95 % (Abb. 6.4).

Abbildung 6.4:
Anteil der Kinder mit vollständiger Diphtherie-, Tetanus- und Polioimpfung bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach sozialer Schicht
- in %



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

Ein Vergleich ergibt, dass - nicht bei Tetanus, wohl aber bei Diphtherie und Polio - die herkunftsdeutschen Kinder der oberen sozialen Schicht aus Berlin-West deutlich häufiger nicht geimpft waren als die aus Berlin-Ost. Trotz der sehr kleinen Zahlen war diese Differenz so deutlich, dass die Signifikanzschwelle erreicht wurde.

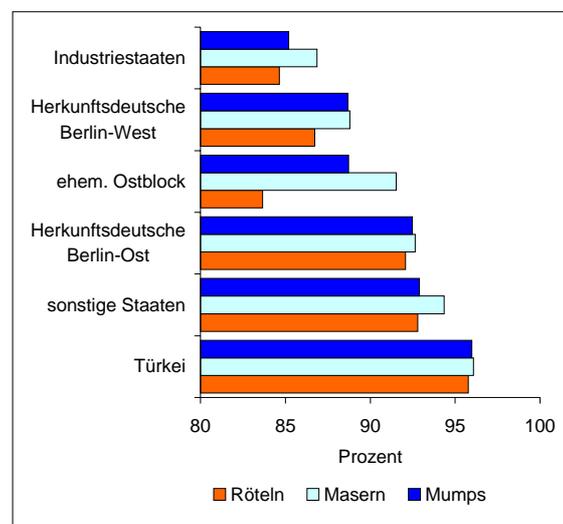
6.5.2 Mumps, Masern, Röteln

Beim Mumps, Masern und Röteln ist bekannt, dass bei bestimmten Bevölkerungsteilen - die eher in der Oberschicht zu suchen ist - Vorbehalte gegen diese Impfungen bestehen; dies gilt ganz besonders für die Rötelnimpfung.

Impfraten nach Herkunftsgruppe

In Übereinstimmung hiermit haben die Kinder aus Berlin-West einen deutlich schlechteren Impfstatus als die aus Berlin-Ost, mit noch einmal um Einiges niedrigeren Raten bei Röteln (Abb. 6.5).

Abbildung 6.5:
Anteil der Kinder mit vollständiger Mumps-, Masern- und Rötelnimpfung bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Herkunftsgruppe
- in %



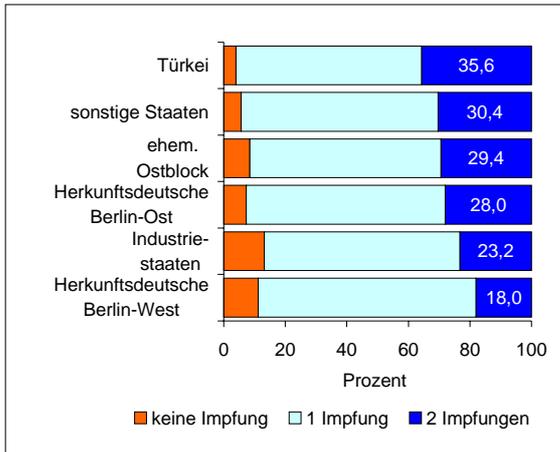
(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Die Kinder aus den „Industriestaaten“ haben die weitaus schlechtesten Durchimpfungsraten. Den besten Impfstatus haben die türkischen Kinder; nur bei ihnen und bei den Kindern aus Berlin-Ost ist der Impfschutz gegen Röteln gleich gut wie gegen Mumps und Masern. Mit Abstand am schlechtesten ist der Röteln-Impfstatus bei den Kindern aus ehemaligen Ostblockländern.

Die von der STIKO empfohlene zweimalige Impfung - hier dargestellt am Beispiel der Masern-

impfung - haben die Eltern im Durchschnitt bei etwa 24 % der Kinder vornehmen lassen (Abb. 6.6).

Abbildung 6.6:
Anteil der Kinder mit Masernimpfung bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Vollständigkeit der Impfung und Herkunftsgruppe
 - in %



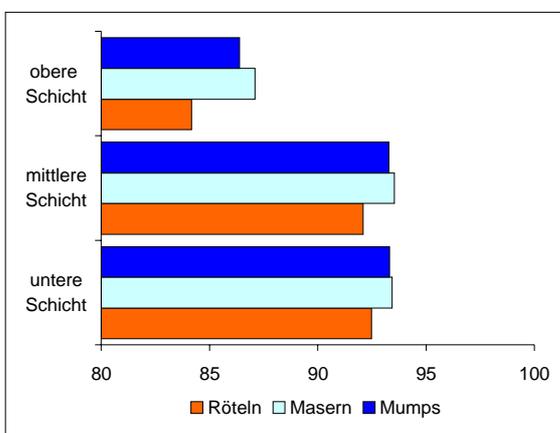
(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Einen Spitzenplatz nehmen hierbei wieder die türkischen Kinder mit knapp 36 % ein; am Ende liegen die herkunftsdeutschen aus Berlin-West mit 18 % (Abb. 6.6).

Impfraten nach sozialer Schicht

Bei allen drei Impfungen zeigt sich das bekannte „paradoxe“ Bild: Die Oberschicht lässt ihre Kinder deutlich seltener impfen als die beiden anderen sozialen Schichten; und ganz besonders gilt dies für die Rötelnimpfung (Abb. 6.7).

Abbildung 6.7:
Anteil der Kinder mit vollständiger Mumps-, Masern- und Rötelnimpfung bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach sozialer Schicht
 - in %

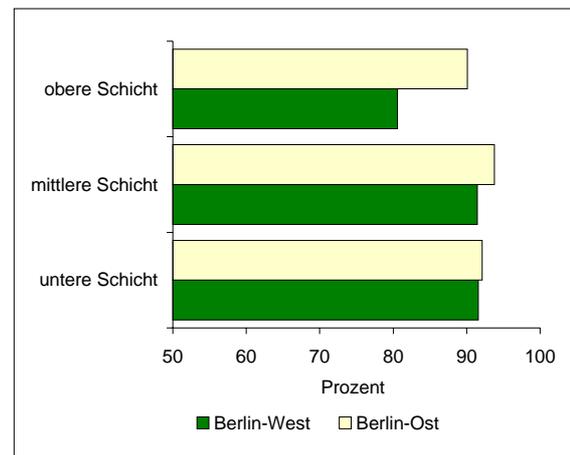


(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Die Analyse zeigt, dass dies vor allem durch die herkunftsdeutschen Kinder bewirkt wird. (Die Kinder aus „Industrielländern“ zeigten diese Besonderheit ebenfalls sehr deutlich, wegen der geringen Zahlen ergab sich jedoch keine statistische Signifikanz).

Im Ost-West-Vergleich der herkunftsdeutschen Kinder wird deutlich, dass dies ganz weit überwiegend ein Phänomen in Berlin-West ist. (Ganz gering - und damit natürlich nicht signifikant - liegen aber auch in Berlin-Ost die Werte unter denen der beiden anderen Schichten.) Anhand der Rötelnimpfung soll das erwähnte Phänomen genauer betrachtet werden; die Verhältnisse sind aber prinzipiell ohne weiteres auch auf Masern und Mumps übertragbar (Abb. 6.8).

Abbildung 6.8:
Anteil von herkunftsdeutschen Kindern mit vollständiger Rötelnimpfung bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach sozialer Schicht und Wohnort
 - in %

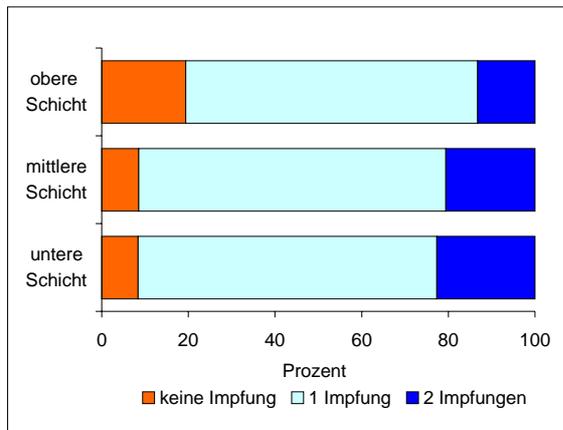


(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Ein weiterer Befund weist auf Vorbehalte in einer definierten Gruppe hin. Seit die STIKO die Wiederholung der MMR-Impfung empfohlen hat, geht es nicht mehr wie früher nur um Impfen oder Nicht-Impfen, sondern nunmehr darum, ob man der Empfehlung folgt und seine Kinder *zweimal* impfen lässt. Am Beispiel der Röteln lässt sich Folgendes zeigen: Gar nicht impfen lassen ihre Kinder knapp 20 % der Oberschicht-Eltern in Berlin-West; das ist mehr als doppelt so viel wie in der dortigen mittleren oder unteren Schicht (jeweils rund 8,5 %). Von den restlichen 80 % prinzipiell impfwilligen Oberschicht-Eltern lassen aber nur etwa 13 % ihre Kinder *zweimal* impfen; das ist nur etwa halb soviel wie bei der unteren sozialen Schicht, wo dies fast 23 % tun (Abb. 6.9).

Abbildung 6.9:

Anteil von herkunftsdeutschen Kindern in Berlin-West bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Vollständigkeit der Rötelnimpfung und sozialer Schicht
- in %



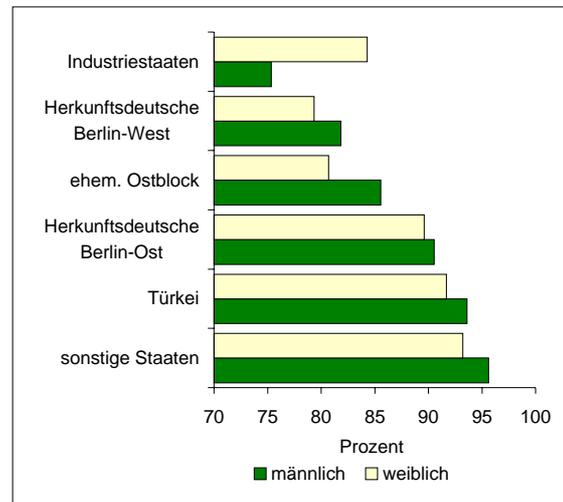
(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Wie die angesprochenen Oberschicht-Eltern mit Sicherheit von ihren Kinderärzten/innen wissen, macht der Verzicht auf die zweite Impfung medizinisch keinen Sinn. Denn anders als bei anderen Impfungen geht es hier nicht um Erhöhung (Boosterung) des vorhandenen Antikörperspiegels, sondern um die Schließung einer Impflücke, da die Immunität nach einer Impfung nur etwa 90 % - 94 % beträgt, und durch eine zweite Impfung um bis zu 5 % angehoben werden kann. Laut STIKO gibt es in der Fachliteratur keine Hinweise auf Nebenwirkungen nach mehrmaligen Masern-, Mumps- oder Rötelnimpfungen⁵. Der Verzicht auf eine zweite Impfung führt also in einigen Prozent zu der ungünstigsten Kombination: Das Kind wurde geimpft, hat aber keinen Impfschutz.

Ein Teil der Ablehnung der Impfung speziell der Röteln-Impfung bei Jungen gründet sich auf die Tatsache, dass bei ihnen eigentlich kein direktes Erfordernis für eine Impfung besteht, sondern nur für die Mädchen wegen der Gefahr der Fruchtschädigung bei einer späteren Schwangerschaft wichtig ist. Die Impfung auch der Jungen verfolgt vorrangig den Zweck, sie als Überträger auszuschalten. Daher ist schwer verständlich, dass die Raten der Röteln-Impfung fast durchweg bei Jungen höher sind als bei Mädchen (Abb. 6.10).

Abbildung 6.10:

Anteil der Kinder mit vollständiger Rötelnimpfung bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Geschlecht und Herkunftsgruppe
- in %



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

Nur bei den Kindern aus den „Industrielländern“ ist die Impfrate der Jungen auffallend niedrig; sowohl für sich gesehen als auch im Vergleich zu der der Mädchen.

6.5.3 Hepatitis B

Die Hepatitis B - Impfung wurde ab 1995 von der STIKO empfohlen; die Krankenkassen haben die allgemeine Kostenübernahme für alle Personen bis 18 Jahre erklärt. Auch diese Impfung ist in den seit Ende 2000 zugelassenen Sechsfach-Kombinationsimpfstoffen enthalten, sodass ab etwa 2005 bei der ESU-Erhebung mit hohen Impfraten zu rechnen ist.

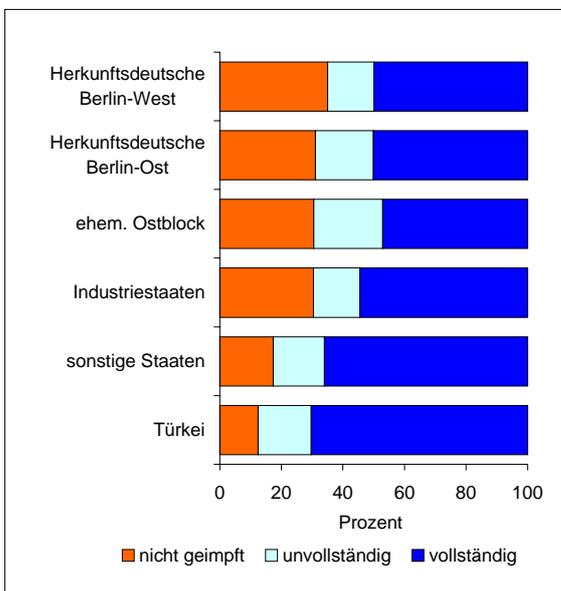
Bis dahin kommt dieser Impfung eine gewisse Indikatorfunktion für grundsätzliche Präventivüberlegungen zu. Denn eigentlich müssten auch ohne den sozusagen „passiven Automatismus“ der Kombinationsimpfung mit anderen, „etablierten“ Impfungen sehr hohe Impfraten zu verzeichnen sein: Die Hepatitis B ist durch die Drogen- und AIDS-Diskussion der Bevölkerung sehr wohl ein Begriff; die Krankheit führt gerade bei kleinen Kindern in besonderem Maße zu Tod oder Siechtum; die Impfung ist allseits empfohlen und völlig kostenlos; und durch die gentechnologische Herstellung ist sie praktisch risikofrei. Da die Kinder, die 2001 bei der ESU untersucht wurden, seit der Empfehlung der STIKO im Normalfall zumindest zu den Vorsorgeuntersuchungen eine ganze Reihe von Malen von Kinderarzt/Kinderärztin gesehen worden sind, hat auch in hohem Maße Gelegenheit zu Beratung und Impfung bestanden.

Da bei den jetzt vorgestellten Kindern der erwähnte „Automatismus“ des routinemäßigen Impfschemas noch nicht bestanden hat, kann diese Impfung gut als Maßstab für die eigenaktive Präventionsbereitschaft dienen.

Impfraten nach Herkunft

Die Auswertung der Impfraten nach den verschiedenen Herkunftsgruppen zeigt folgendes Ergebnis (Abb. 6.11):

Abbildung 6.11:
Anteil der Kinder mit Hepatitis B-Impfung bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Vollständigkeit der Impfung und Herkunftsgruppe - in %



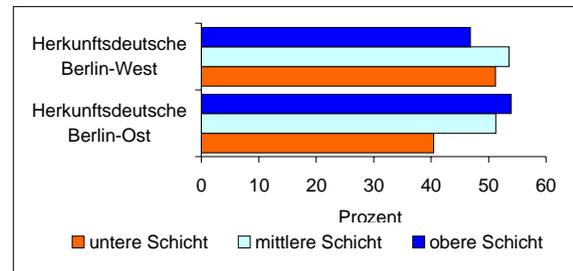
(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Die Gruppe mit den besten Informationsmöglichkeiten der Eltern, nämlich die herkunftsdeutschen Kinder, wiesen den schlechtesten Impfgrad auf, und dies nahezu einheitlich in Berlin-Ost und -West. Nur gut 12 % der türkischen Kinder waren überhaupt nicht geimpft, gegenüber 35 % der Herkunftsdeutschen in Berlin-West.

Impfraten nach sozialer Schicht

Auch hier zeigt sich, dass es die obere soziale Schicht ist, die ihre Kinder nicht gern impfen lässt. Wie bei Mumps, Masern und Röteln beschränkte sich dies weitgehend auf die herkunftsdeutsche Oberschicht in Berlin-West (Abb. 6.12). Die Kinder aus den Industrieländern zeigten das gleiche Verhalten, erreichten aber die Signifikanzschwelle wegen der kleinen Zahlen nicht und sind daher nicht dargestellt.

Abbildung 6.12:
Anteil der Kinder mit vollständiger Hepatitis B-Impfung bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach sozialer Schicht und Wohnort - in %



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

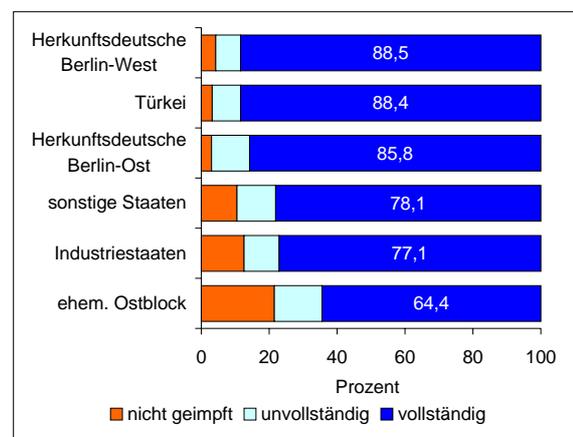
Das Muster ist das gleiche wie bei der MMR-Impfung: In Berlin-Ost bestehen keine oder kaum Vorbehalte, daher kommt die Zuverlässigkeit der Eltern allein zum Tragen; je höher also die soziale Schicht, umso besser die Impfraten. In Berlin-West ist die untere soziale Schicht etwas unzuverlässiger, die obere hingegen impfskeptischer als die anderen Schichten, was gleichermaßen zu niedrigen Impfraten führt. Auf die Mittelschicht trifft beides weniger zu, mit dem entsprechendem Resultat besserer Durchimpfung.

6.5.4 Hib

Impfraten nach Herkunftsgruppe

Die durchschnittliche Impfrate betrug 85,7 %. Keine Gruppe erreichte eine Durchimpfung von 90 % (Abb. 6.13).

Abbildung 6.13:
Anteil der Kinder mit Hib-Impfung bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Impfstatus und Herkunftsgruppe - in %



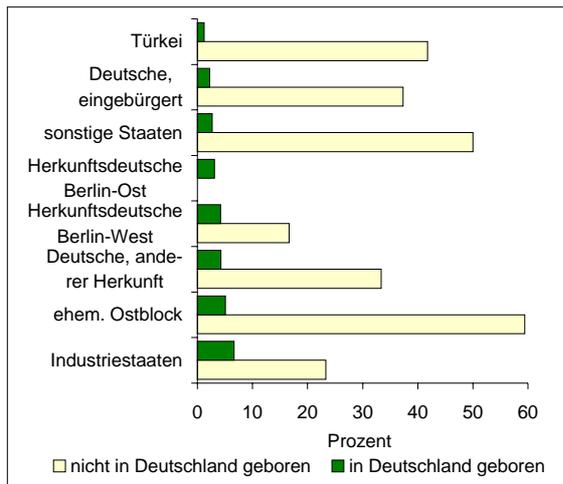
(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Hierbei zeigten sich bei bestimmten Personengruppen zum Teil ungewöhnlich hohe Raten an ungeimpften Kindern. Die Analyse ergab, dass dies

ganz weit überwiegend durch die Kinder verursacht wurde, die nicht in Deutschland geboren worden waren.

Bei getrennter Darstellung - in Deutschland geboren oder nicht - ergab sich ein differenziertes Bild (Abb. 6.14).

Abbildung 6.14:
Anteil der Kinder ohne Hib-Impfung bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Geburtsort und Herkunftsgruppe - in %



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

Waren die Kinder in Deutschland geboren, so waren nur 3,6 % überhaupt nicht geimpft. Die 8,5 %, die nur teilweise geimpft waren, sind schwieriger zu beurteilen als bei anderen Impfungen, weil die Hib-Impfung mit zunehmendem Alter des Kindes an Wichtigkeit verliert, und ab dem sechsten Lebensjahr von der STIKO überhaupt nicht mehr empfohlen wird. Unter Umständen wurde bei manchem Kind, das sich dieser Altersgrenze näherte, auf die Komplettierung der unvollständigen Impfung verzichtet.

Insgesamt betrug der Durchschnitt an vollständigen Impfungen bei diesen Kindern 87,9 %. Dieser Wert ist nicht befriedigend, wird sich durch die erwähnten Kombinationsimpfstoffe aber aller Voraussicht nach noch verbessern.

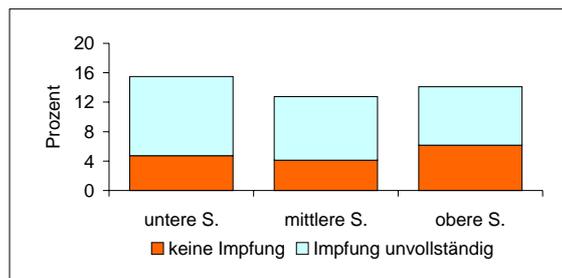
Die Raten bei den Kindern, die aus dem Ausland zugezogen waren, erreichten sehr ungünstige Größenordnungen. Fast 60 % der Kinder, die erst nach der Geburt aus den Ländern des ehemaligen Ostblocks nach Deutschland kamen, hatten nach den vorgelegten Unterlagen nie eine Impfung erhalten. Hier ist zwar sicherlich die Frage berechtigt, ob die Kinder wirklich nicht geimpft waren, oder ob nur die Impfdokumentation des Heimatlandes nicht vorlag. Andererseits hatten diese Kinder zumindest

neue deutsche Impfbücher, sonst wären sie nicht in diese Untersuchung aufgenommen worden. Letztlich werden die tatsächlichen Impfraten wohl etwas besser sein als hier festgestellt, aber an der prinzipiellen Tatsache eines mangelhaften Impfschutzes dieser Gruppe dürfte dies kaum etwas ändern.

Impfraten nach sozialer Schicht

Erneut zeigt sich das bereits beschriebene Muster: In der oberen sozialen Schicht finden sich mehr Eltern, die ihre Kinder gar nicht impfen lassen, als in der unteren; und signifikant ausgeprägt ist dies nur in der herkunftsdeutschen Oberschicht von Berlin-West. Betrachtet man nun nicht nur die gar nicht, sondern auch die nicht vollständig geimpften Kinder, so ergibt sich folgende Verteilung (Abb. 6.15):

Abbildung 6.15:
Anteil der Kinder mit Hib-Impfung bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Vollständigkeit der Impfung und sozialer Schicht - in %



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

Bei der Oberschicht ist der Anteil der gar nicht Geimpften am größten, gleichzeitig der nur teilweise Geimpften am kleinsten; bei der unteren sozialen Schicht ist es praktisch umgekehrt. Die mittlere soziale Schicht vereint beide Muster: Der Anteil der nicht Geimpften ist klein, der der nur angeimpften aber auch.

Mit einiger Sicherheit kann man dies wie folgt interpretieren: Nichtimpfen ist in der Oberschicht eher auf eine bewusste Entscheidung der Eltern zurückzuführen, in der unteren sozialen Schicht eher auf mangelnde Zuverlässigkeit. Wenn sich die Eltern der Oberschicht einmal zur Impfung entschlossen haben, dann sorgen sie auch in einem viel höheren Prozentsatz für ihre Komplettierung als die Eltern der unteren sozialen Schicht, sodass sie letztlich bei den vollständigen Impfungen sogar eine bessere Rate erreichen. Die Eltern der Mittelschicht vereinigen sozusagen beide Tugenden in sich, nämlich geringe Impfgegnerschaft und hohe Zuverlässigkeit, was in der besten Rate von allen

drei Schichten resultiert.

Das gleiche Muster lässt sich auch bei der Hepatitis B feststellen. Für die Präventionskonzeption hat dies einige Bedeutung.

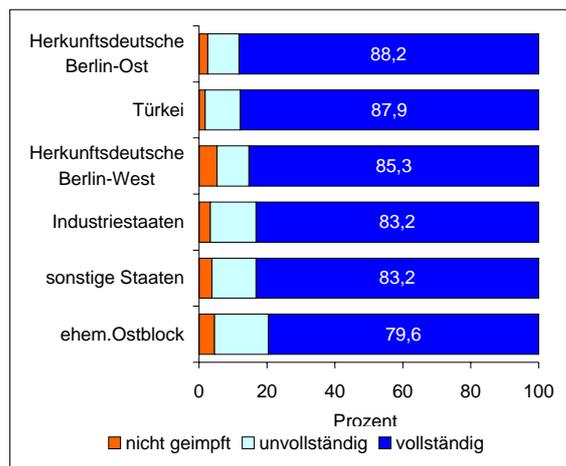
6.5.5 Pertussis

Seit etwa 1995 die azelluläre Variante der Pertussisvakzine erhältlich, die eine erheblich geringere Nebenwirkungsrate und damit eine bessere Akzeptanz in der Bevölkerung aufweist. Knapp 70 % der Kinder mit Impfausweis waren 1995 oder später geboren, sodass eine deutliche Steigerung der Impfraten zu erwarten ist, die durch die Kombinationsimpfstoffe, in denen auch die Pertussiskomponente enthalten ist, noch verbessert werden dürfte. Das mittelfristige Ziel muss in jedem Fall eine Durchimpfungsrate von über 90 %, das längerfristige die Erreichung von mindestens 95 % sein.

Impfraten nach Herkunftsgruppe

Bei der Keuchhustenimpfung zeigt sich sehr weitgehend das gleiche Muster wie bei der Hib-Impfung, sodass kaum neue Aspekte zu diskutieren sind. Die durchschnittliche Impfrate betrug 86,1 %; auch hier erreichte keine Gruppe eine Durchimpfung von 90 % (Abb. 6.16).

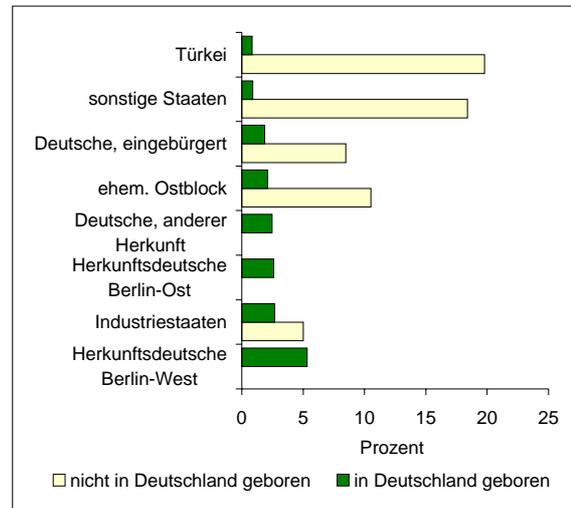
Abbildung 6.16:
Anteil der Kinder mit Hib-Impfung bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Impfstatus und Herkunftsgruppe - in %



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

Auch hier gibt es die ungünstige Situation bei den nicht in Deutschland geborenen Kindern (Abb. 6.17), jedoch bei weitem nicht so extrem wie bei Hib (der veränderte Maßstab der Abb. 6.17 gegenüber der Abb. 6.14 ist zu beachten).

Abbildung 6.17:
Anteil der Kinder ohne Pertussis-Impfung bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Geburtsort und Herkunftsgruppe - in %

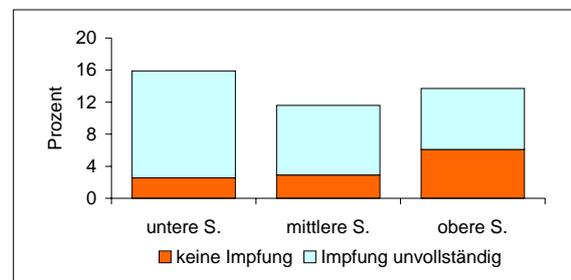


(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Impfraten nach sozialer Schicht

Das bei Hib beschriebene Muster (s. 6.5.4) findet sich hier sogar noch deutlicher (Abb. 6.18).

Abbildung 6.18:
Anteil der Kinder mit Pertussis-Impfung bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Vollständigkeit der Impfung und sozialer Schicht - in %



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

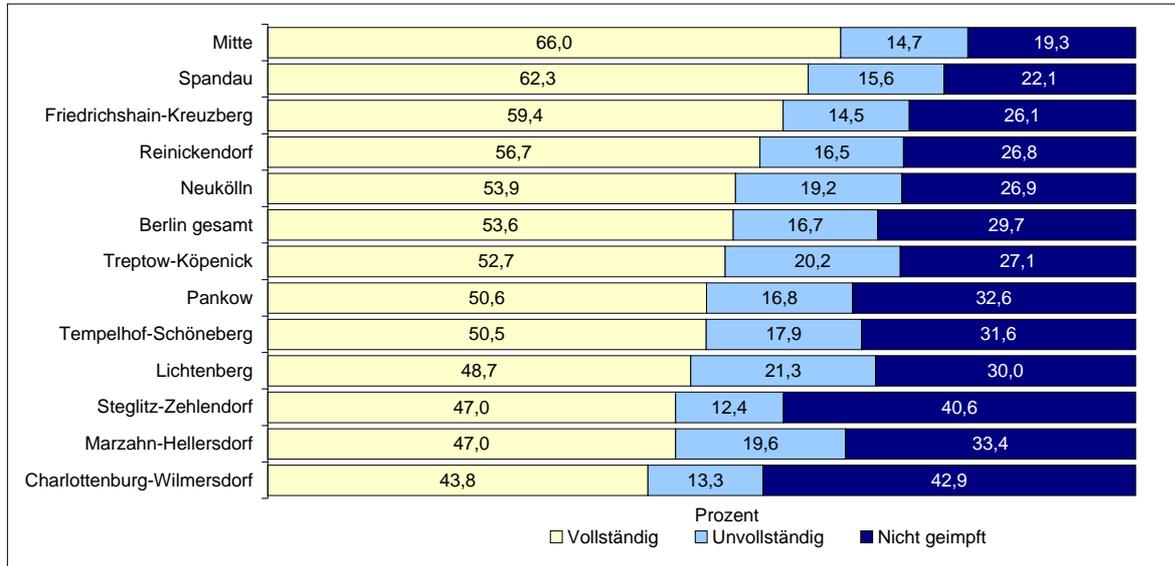
6.5.6 Hepatitis B-Impfung im Bezirksvergleich

Da es nicht zweckmäßig wäre, alle Impfungen jeweils im vollständigen Bezirksvergleich darzustellen, soll sich hier exemplarisch auf die Hepatitis B-Impfung beschränkt werden, da sie - wie in 6.5.3 dargelegt - als Maßstab für die eigenaktive Präventionsbereitschaft dienen kann. Wie bereits in vorangegangenen Kapiteln dargelegt (4.5.9 und 5.4.5), spiegelt ein Bezirksvergleich aber immer weitgehend den Anteil der verschiedenen relevanten Gruppierungen in den einzelnen Bezirken wider.

Wie bereits in den genannten Kapiteln festgestellt, ist eine Darstellung nach der jetzigen Bezirkseinteilung wegen der Durchschnittsbildung von sehr

heterogenen Bezirksteilen wenig aussagekräftig (Abb. 6.19).

Abbildung 6.19:
Anteil der Kinder mit Hepatitis B-Impfung bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Bezirk und Vollständigkeit der Impfung
 - in %

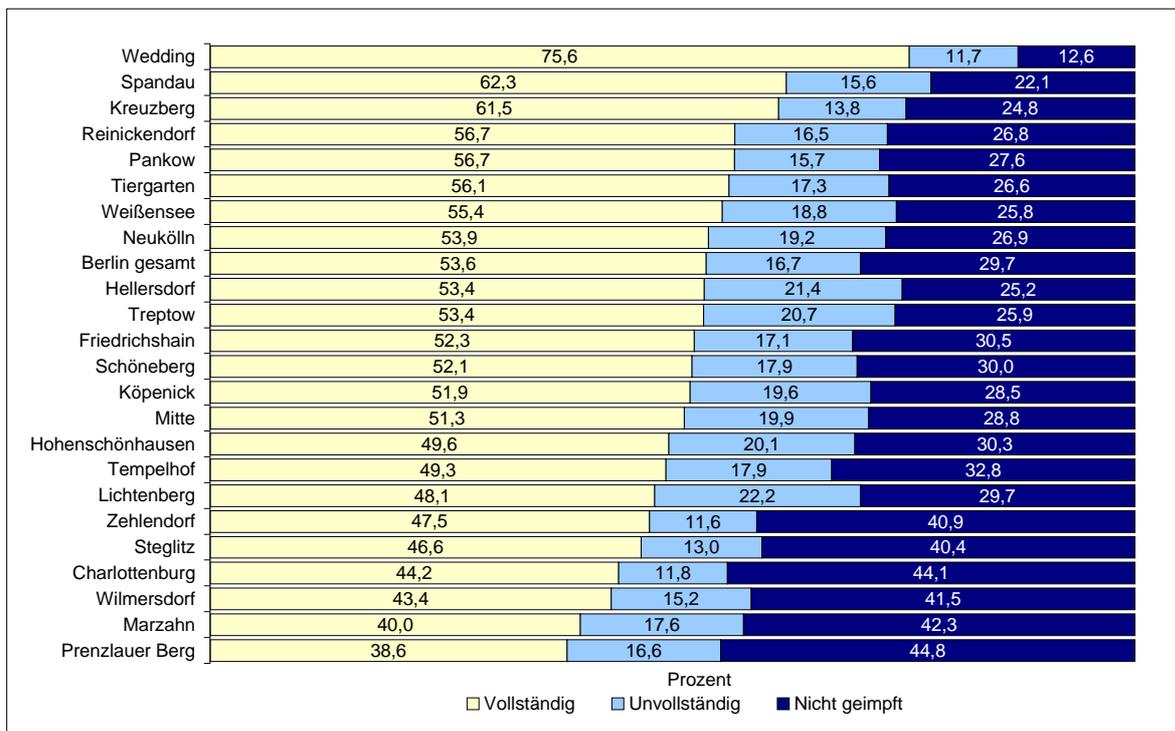


(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung und Darstellung: - II A -)

Besser ist die Darstellung nach der früheren Bezirkseinteilung (bei den Fusionsbezirken den

heutigen Ortsteilen entsprechend), wie Abb. 6.20 zeigt.

Abbildung 6.20:
Anteil der Kinder mit Hepatitis B-Impfung bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach den ehemaligen Bezirken und Vollständigkeit der Impfung
 - in %



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

Einmal mehr zeigt sich, dass gegenüber beispielsweise den Verhältnissen bei den Sprachkenntnissen und dem Übergewicht die Dinge quasi auf den Kopf gestellt sind: Die sozial hochbelasteten Ortsteile Wedding und Kreuzberg stehen mit den besten Durchimpfungsraten an der Spitze, während ihr Gegenpart - Zehlendorf und Steglitz - beinahe am Ende rangiert.

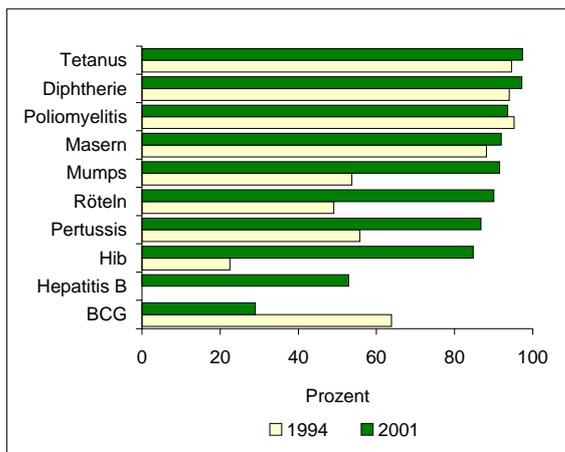
Auf die Gründe hierfür wurde in 6.5.3 bereits eingegangen. Für die Prävention tut sich gerade in den gutbürgerlichen Gebieten ein weites Feld auf.

6.5.7 Vergleich mit 1994

Wenn auch der inhaltliche Vergleich mit 1994 in vielerlei Hinsicht wegen geänderter Gesetze, neuer Impfstoffe, Bevölkerungsbewegungen und weiterer Gründe nicht immer statthaft ist, so ist er doch mindestens im Hinblick auf die reine epidemiologische Lage sehr interessant (Abb. 6.21).

Abbildung 6.21:

Anteil der Kinder mit jeweils vollständiger Impfung bei den Einschuluntersuchungen in Berlin 1994 und 2001 - in %



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

Es wird ersichtlich, dass sich der Impfstatus in fast allen Bereichen verbessert hat, zum Teil sogar ganz erheblich. Eine Besonderheit bildet die BCG-Impfung, die mittlerweile nicht mehr von der STIKO empfohlen wird, und die Hepatitis B-Impfung, die 1994 noch nicht empfohlen war. Die einzige tatsächliche Verschlechterung ist bei der Polio-Impfung zu verzeichnen. Bei Mumps, Röteln, Pertussis und Hib ist es dagegen zu ganz erheblichen Verbesserungen gekommen; dies erfolgte von einem geringen Niveau aus, so dass die Erfolge relativ zu sehen sind. Aber auch nach der deutlichen Erhöhung der Impfraten kann sich Berlin nicht mit den Verhältnissen der Spitzengruppe innerhalb der eu-

ropäischen Länder (etwa Finnland oder Schweden) messen; hierfür sind weitere Verbesserungen notwendig.

6.6 Prävention

Die wesentlichen Überlegungen und Vorschläge sind bereits in der erwähnten früheren Publikation¹ niedergelegt worden. Die nachfolgenden, stichpunktartigen Gedanken sind daher *nur als Ergänzung* zu sehen.

- Impfkampagnen sollten an die Tatsache angepasst werden, dass die Gründe für niedrige Impfraten außerordentlich nach den jeweiligen Impfungen und den verschiedenen sozialen Gruppen differenziert sind. Allgemeine Aussagen wie „Impfen schützt, Impfen nützt“ sind zwar geeignet, den allgemeinen Impfgedanken in der Bevölkerung wach- und hochzuhalten, werden aber kaum die Raten in Problem-bereichen erhöhen. Diese Problemfelder müssen *ganz gezielt* angegangen, die Problemgruppen *ganz gezielt* angesprochen werden. Dies sollte in einer überschaubaren Region wie Berlin auch gut möglich sein.
- Etwas verkürzt dargestellt gibt es zwei Gründe für einen schlechten Impfschutz: *Impfgegnerschaft* und *mangelnde Zuverlässigkeit*. Ersteres konzentriert sich vor allem auf bestimmte Impfungen, Letzteres nicht. Bei mangelnder Zuverlässigkeit sorgen Kombinationsimpfstoffe, die in ein festes Schema eingebunden sind, für eine gewisse Kompensation; dies wiederum ist bei Impfgegnerschaft nicht der Fall.
- Im Allgemeinen haben Eltern in den ersten 12 Lebensmonaten, in denen ihre Kinder noch Säuglinge sind und die Eltern sich eine gesundheitliche Beurteilung weniger sicher zutrauen, einen regelmäßigen und vergleichsweise häufigen Kontakt zu Kinderärztin/Kinderarzt. Mit den neuen Sechsfach-Kombinationsimpfstoffen lässt sich in diesem Zeitraum die gesamte Grundimmunisierung an vier Terminen mit jeweils einer einzigen Injektion abschließen; hinzu kommt noch die MMR-Impfung. Sie kann mit zwei zusätzlichen Injektionen und nur einem weiteren Termin theoretisch ebenfalls in diesen 12 Monaten abgeschlossen werden; in jedem Fall aber innerhalb der ersten 14 Lebensmonate.
- Es ist zu erwarten, dass dadurch die Impfraten bei den Kindern der nicht so zuverlässigen Eltern ansteigen werden, und eine einheitlich

Impfrate für alle Impfungen außer MMR die Regel sein wird. Es mag sogar fast ein Nachteil darin liegen, dass diese hohen Impfraten durch die Einbindung in eine Routine und nicht durch bewusste Entscheidung für Impfungen und aktive Bejahung des Impfgedankens zu Stande kommen werden; für die epidemiologische Situation und für die Gesundheit der Kinder spielt dies jedoch natürlich keine Rolle.

- Bei vielen Impfungen könnten entscheidende Lücken durch die Komplettierung begonnener, aber noch nicht abgeschlossener Impfungen verringert werden. Über 90 % aller Kinder besuchen eine Kita oder eine ähnliche Betreuungseinrichtung, wo sie relativ leicht erreicht werden können. Eine generelle Impfüberprüfung im zweiten oder dritten Lebensjahr in allen Einrichtungen könnte deutliche Fortschritte bringen. Es sollte intensiv geprüft werden, ob das Verfahren, das in Schleswig-Holstein mit der neu gefassten „Landesverordnung für Kindertageseinrichtungen“ eingeführt wurde⁶, nicht auch in Berlin eingeführt werden sollte. Dort wird vor Aufnahme eines Kindes in eine Einrichtung eine ärztliche Bescheinigung verlangt, die unter anderem den Impfstatus enthält; das Verfahren ermöglicht eine zentrale Auswertung der Ergebnisse und eine rasche Information der beteiligten Akteure, vor allem aber der impfenden Ärzteschaft. Die Veröffentlichung der Daten und der dadurch mögliche Vergleich von Kreisen erlaubt den Ärzten eine Selbsteinschätzung und soll „für die einen (als) Bestätigung ihrer Aktivität, für die anderen ... als Ansporn dienen“.
- Eine zwar kleine, aber in Bezug auf Impfungen relativ schlecht versorgte Gruppe sind diejenigen Kinder, die nicht in Deutschland geboren worden sind. Etwa 80 % von diesen Kindern könnten - und sollten! - in Einrichtungen erreicht werden; eine Sensibilisierung des dortigen Personals hierfür wäre mit Sicherheit von Vorteil.
- Es kann nicht oft genug auf zwei mittlerweile seit langem feststehende Tatsachen hingewiesen werden: Auch der fragmentarischste Impfstatus mit jahrelangen Unterbrechungen kann ohne Neubeginn mit wenigen Impfterminen komplettiert werden; und banale Infekte mit geringen Temperaturerhöhungen bis ca. 38,5°C sind keine Kontraindikation gegen das Impfen. Dies muss Eltern und Kinderärzten/innen bewusst sein oder bewusst gemacht werden.
- In der Gruppe der Herkunftsdeutschen der Oberschicht von Berlin-West finden sich

besonders viele Eltern, die augenscheinlich Impfungen kritisch gegenüberstehen. Von diesen gut informierten, bewusst handelnden Eltern werden sich viele durch Argumente gleich welcher Art nicht überzeugen lassen, weil die ablehnende Haltung Impfungen gegenüber Teil einer Weltanschauung ist. (Dies ist zum Beispiel bei den vielen Anthroposophen der Fall. Es gibt in Berlin sieben Waldorfschulen und ein Therapeutikum, die bis auf zwei Ausnahmen alle in Berlin-West liegen.).

Von den Kindern mit Impfausweis, die nicht gegen Mumps, Masern oder Röteln geimpft sind, stammen über 50 % aus der Oberschicht; nicht ganz 40 % allein sind Herkunftsdeutsche aus Berlin-West, obwohl der Anteil dieser Gruppen jeweils nur etwa 35 % bzw. 20 % beträgt. Man wird also die angestrebte Rate von 95 % Impfschutz kaum erreichen, ohne den mit Vernunftgründen erreichbaren Teil dieser Gruppe zu gewinnen.

Hier muss ein offensives, argumentatives und aufklärerisch/informatorisches Vorgehen hoher Qualität gewählt werden. Dem Internet kommt hier eine nicht zu unterschätzende Rolle zu, weil es Impfgegnern eine große Plattform bietet. Bisher wird dem zuwenig entgegengesetzt⁷, um die ernsthaften und diskussionsbereiten Eltern zu erreichen; die größte aufklärerische Seite hierzu ist eine Privatinitiative⁸. Insbesondere mit dem RKI muss hier der Kontakt gesucht werden.

- Aber auch abseits dieses speziellen Kreises ist Aufklärung - in sehr viel allgemeinverständlicher Form - über grundlegende Tatsachen offenbar notwendig. Insbesondere landläufige Vorstellungen über die angenommene Harmlosigkeit von „Kinderkrankheiten“ und Vorteile ihres „natürlichen“ Durchmachens scheinen trotz allem noch sehr verbreitet zu sein, wie Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage, die das Meinungsforschungsinstitut forsa im Auftrag der DAK durchgeführt hat, nahelegen⁹.
- Auch wenn eigentlich die Grundimmunisierung im zweiten Lebensjahr abgeschlossen sein sollte, so darf die Gruppe der älteren Schüler keinesfalls vernachlässigt werden. Hier besteht durchaus erheblicher Bedarf, und es sind Erfolge zu erwarten¹⁰. Dieses Tätigkeitsfeld des ÖGD, wahrgenommen durch die KJGD, sollte weiter unterstützt werden.
- Hinsichtlich der Prävention ist im ersten Kinderbericht über die Situation 1999 bereits das Grundlegende gesagt worden.

Literatur

- ¹ Delekat, D., Kis, A. (2001): **Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin.** Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2001 - 1. Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen Berlin.
- ² **Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG)** (2000): Bundesgesetzblatt Teil I, Nr. 33, vom 25. Juli 2000.
- ³ Rasch, G. (2000): **Die Bedeutung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) für die Impfprävention übertragbarer Krankheiten.** Immunologie & Impfen, 3:84-88.
- ⁴ Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) (1998): **Zum Schutz vor der Kinderlähmung wird jetzt inaktiverer Poliomyelitis-Impfstoff empfohlen.** Epidemiologisches Bulletin 4/98, Berlin.
- ⁵ Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) (2001): **Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut / Stand: Juli 2001.** Berlin.
- ⁶ Robert Koch-Institut (2002): **Erfassung des Impfstatus bei Aufnahme in den Kindergarten. Erfahrungen und Ergebnisse aus Schleswig-Holstein im Jahr 2000.** Epidemiologisches Bulletin 4/2002, Berlin.
- ⁷ <http://neuropsychiater.org/impf.htm>, zuletzt aufgerufen am 15.03.2002.
- ⁸ Ziegler, R. (2002): **Alternativmedizin kritisch betrachtet.** <http://www.vrzverlag.com/esoterik/index.htm>, zuletzt aufgerufen am 15.03.2002.
- ⁹ DAK-Kurzinfo (2002): **Schutzimpfungen: Deutsche sind schlecht informiert. Fast die Hälfte vermutet Riesengeschäft der Pharmaindustrie.** Gesundheitsbarometer 1/2002.
- ¹⁰ Robert Koch-Institut (2002): **Impfaufklärung in Schulen – Erfahrungen aus Bad Kreuznach.** Epidemiologisches Bulletin 9/2002, Berlin.

7 Anhang

7.1 Abkürzungsverzeichnis / Glossar

AGA	Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter	IOTF	International Obesity Task Force
BICS	Basic Interpersonal Communicative Skills	KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
CALP	Cognitive Academic Language Proficiency	IPV	Inaktivierte Poliovakzine
ESU	Einschuluntersuchung	KITA	Kindertagesstätte
GEW	Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft	MMR	Mumps, Masern, Röteln
IfSG	Infektionsschutzgesetz	ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
IHK	Industrie- und Handelskammer	OPV	Orale Poliovakzine
		RKI	Robert-Koch-Institut
		STIKO	Ständige Impfkommission (am Robert-Koch-Institut)

7.2 Prävalenzangaben nach den Grenzwerten von Rolland-Cachera, Kromeyer-Hauschild und Cole

Wie in 5.3.2 dargelegt, hängt die Angabe der verschiedenen Adipositasprävalenzen stark vom verwendeten Referenzsystem ab. Um die Vergleichbarkeit der Berliner Werte mit anderen Erhebungen zu gewährleisten, werden nachfolgend die Angaben nach allen drei Referenzsystemen aufgelistet. Hierbei wurde in einem pragmatischen Vorgehen als Kurzbezeichnung die empfehlende Institution gewählt; das ist bei Rolland-Cachera die ECOG, bei Kromeyer-Hauschild die AGA, und bei Cole die IOTF. Verwandt wurden die publizierten geschlechts- und altersspezifischen Grenzwerte in Halbjahresschritten. Bei den Werten nach AGA und

IOTF wurden neben den Werten für Adipositas auch die für Übergewicht angegeben; hierbei sind die Zahlen für beide Bereiche getrennt angegeben, müssen als gegebenenfalls addiert werden.

Eingangs soll noch einmal die Bezugspopulation genannt werden: 18.463 Einschüler/innen, die bei der ESU 2001 untersucht wurden, davon 9.810 Jungen und 8.651 Mädchen. Median des Alters bei Jungen: 6 Jahre 2 Monate (Mittelwert: 74,86 Monate); bei Mädchen 6 Jahre und 3 Monate (Mittelwert: 74,46 Monate).

Tabelle 7.1 (vgl. Abb. 5.4)
Anteil der Einschüler mit Adipositas bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001 nach Staatsangehörigkeit und Referenzsystem - in %

Staatsangehörigkeit	ECOG ¹⁾	AGA ²⁾		IOTF ³⁾	
	Adipositas	Übergewicht	Adipositas	Übergewicht	Adipositas
deutsch	11,3	6,1	4,4	10,2	4,0
sonstige	15,1	8,0	5,9	13,4	5,4
türkisch	22,7	11,2	10,0	17,3	9,6

1) European Child Obesity Group (Referenzsystem nach Rolland - Cachera)

2) Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (Referenzsystem nach Kromeyer - Hauschild)

3) International Obesity Task Force (Referenzsystem nach Cole)

(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung : SenGesSozV - II A -)

Tabelle 7.2 (vgl. Abb. 5.5)
Anteil der Einschüler mit Adipositas bei der Einschuluntersuchung
in Berlin 2001 nach Herkunftsgruppe und Referenzsystem
 - in %

Herkunftsgruppe	ECOG ¹⁾	AGA ²⁾		IOTF ³⁾	
	Adipositas	Übergewicht	Adipositas	Übergewicht	Adipositas
Herkunftsdeutsche	10,6	5,9	3,9	9,9	3,5
sonstige Staaten	14,1	7,8	5,3	13,1	4,9
ehem. Ostblock	14,7	6,9	6,3	12,4	5,7
Deutsche, eingebürgert	17,0	7,4	8,7	12,5	7,9
Deutsche, anderer Herkunft	17,2	7,6	9,0	12,7	8,3
Industriestaaten	20,4	13,3	6,6	18,5	6,2
Türkei	22,7	11,2	10,0	17,3	9,6
Berlin insgesamt	12,6	6,7	5,0	11,1	4,6

1) European Child Obesity Group (Referenzsystem nach Rolland - Cachera)

2) Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (Referenzsystem nach Kromeyer - Hauschild)

3) International Obesity Task Force (Referenzsystem nach Cole)

(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung : SenGesSozV - II A -)

Tabelle 7.3 (vgl. Abb. 5.6)
Anteil der Kinder mit Adipositas bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001
nach Alter, Industrie- und allen anderen Staaten und Referenzsystem
 - in %

Alter in Jahren	ECOG ¹⁾	AGA ²⁾		IOTF ³⁾	
	Adipositas	Übergewicht	Adipositas	Übergewicht	Adipositas

Kinder aus Industriestaaten (n = 425)

4,5	9,7	-	9,7	-	9,7
5	11,6	11,6	1,1	14,7	1,1
5,5	16,4	14,2	1,5	18,7	1,5
6	17,3	8,7	7,7	12,5	6,7
6,5	22,2	15,6	6,7	22,2	6,7
7	25,0	12,5	12,5	12,5	12,5
7,5	33,3	-	33,3	-	33,3

Kinder aus allen anderen Staaten (n = 27.446)

4,5	9,4	5,9	4,5	9,0	4,1
5	10,4	6,5	4,6	10,2	4,2
5,5	11,0	6,3	4,4	10,4	4,1
6	12,8	6,6	5,2	10,9	4,8
6,5	12,9	6,7	5,0	11,3	4,3
7	12,3	6,2	5,0	10,5	3,8
7,5	13,3	6,1	7,1	6,1	7,1

1) European Child Obesity Group (Referenzsystem nach Rolland - Cachera)

2) Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (Referenzsystem nach Kromeyer - Hauschild)

3) International Obesity Task Force (Referenzsystem nach Cole)

(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung : SenGesSozV - II A -)

Tabelle 7.4 (vgl. Abb. 5.7)
Anteil der Einschüler mit Adipositas bei der Einschuluntersuchung
in Berlin 2001 nach Geburtsgewicht und Referenzsystem
 - in %

Geburtsgewicht	ECOG ¹⁾	AGA ²⁾		IOTF ³⁾	
	Adipositas	Übergewicht	Adipositas	Übergewicht	Adipositas
bis unter 2.500 g	8,5	4,7	2,7	7,4	2,5
von 2,5 bis unter 3,5 kg	11,2	5,9	4,2	10,0	3,9
3,5 kg und mehr	15,3	8,0	6,5	13,2	5,8

1) European Child Obesity Group (Referenzsystem nach Rolland - Cachera)

2) Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (Referenzsystem nach Kromeyer - Hauschild)

3) International Obesity Task Force (Referenzsystem nach Cole)

(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung: SenGesSozV - II A -)

Tabelle 7.5 (vgl. Abb. 5.8)
Anteil der Einschüler mit Adipositas bei der Einschuluntersuchung
in Berlin 2001 nach Geburtsgewicht, Herkunftsgruppe und Referenzsystem
 - in %

Herkunftsgruppe	ECOG ¹⁾	AGA ²⁾		IOTF ³⁾	
	Adipositas	Übergewicht	Adipositas	Übergewicht	Adipositas

Geburtsgewicht bis unter 2,5 kg

Herkunftsdeutsche	7,6	4,7	2,0	7,1	1,8
Türkei	9,0	2,7	6,3	4,5	6,3
ehem. Ostblock	4,7	1,6	-	9,4	-
sonstige Staaten	6,7	4,4	2,2	6,7	2,2

Geburtsgewicht von 2,5 bis unter 3,5 kg

Herkunftsdeutsche	9,2	5,1	3,2	8,6	3,0
Türkei	22,0	10,9	9,3	17,4	9,0
ehem. Ostblock	12,3	6,9	3,6	12,5	2,8
sonstige Staaten	12,1	7,5	3,4	13,4	3,1

Geburtsgewicht von 3,5 kg und mehr

Herkunftsdeutsche	13,1	7,2	5,1	12,2	4,5
Türkei	27,7	14,3	12,1	21,3	11,2
ehem. Ostblock	20,8	8,0	11,7	13,3	11,4
sonstige Staaten	18,1	8,0	10,1	12,8	9,6

1) European Child Obesity Group (Referenzsystem nach Rolland - Cachera)

2) Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (Referenzsystem nach Kromeyer - Hauschild)

3) International Obesity Task Force (Referenzsystem nach Cole)

(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung: SenGesSozV - II A -)

Tabelle 7.6 (vgl. Abb. 5.9)
Anteil der Einschüler mit Adipositas bei der Einschuluntersuchung
in Berlin 2001 nach sozialer Schicht und Referenzsystem
 - in %

Soziale Schicht	ECOG ¹⁾	AGA ²⁾		IOTF ³⁾	
	Adipositas	Übergewicht	Adipositas	Übergewicht	Adipositas
untere Schicht	15,7	7,8	7,0	12,4	6,5
mittlere Schicht	13,1	7,0	5,1	11,5	4,6
obere Schicht	8,8	5,2	2,8	9,3	2,5

1) European Child Obesity Group (Referenzsystem nach Rolland - Cachera)

2) Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (Referenzsystem nach Kromeyer - Hauschild)

3) International Obesity Task Force (Referenzsystem nach Cole)

(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung : SenGesSozV - II A -)

Tabelle 7.7 (vgl. Abb. 5.10)
Anteil der Einschüler mit Adipositas bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001
nach sozialer Schicht, Staatsangehörigkeit und Referenzsystem
 - in %

Staatsan- gehörigkeit	ECOG ¹⁾	AGA ²⁾		IOTF ³⁾	
	Adipositas	Übergewicht	Adipositas	Übergewicht	Adipositas
<i>untere Schicht</i>					
deutsch	14,0	6,6	6,5	10,9	6,0
sonstige	15,6	8,9	5,7	13,1	5,3
türkisch	22,6	11,3	9,8	17,6	9,3
<i>mittlere Schicht</i>					
deutsch	12,5	6,9	4,7	11,1	4,1
sonstige	16,7	8,0	6,9	15,3	6,6
türkisch	21,2	9,4	11,0	13,1	10,6
<i>obere Schicht</i>					
deutsch	8,1	4,8	2,6	8,8	2,2
sonstige	15,9	8,5	5,7	14,2	5,1
türkisch	21,7	15,0	6,7	20,0	6,7

1) European Child Obesity Group (Referenzsystem nach Rolland - Cachera)

2) Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (Referenzsystem nach Kromeyer - Hauschild)

3) International Obesity Task Force (Referenzsystem nach Cole)

(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung : SenGesSozV - II A -)

Tabelle 7.8 (vgl. Abb. 5.11)
Anteil der Einschüler mit Adipositas bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001
nach sozialer Schicht, Herkunftsgruppe und Referenzsystem
- in %

Herkunftsgruppe	ECOG ¹⁾	AGA ²⁾		IOTF ³⁾	
	Adipositas	Übergewicht	Adipositas	Übergewicht	Adipositas
untere Schicht					
Herkunftsdeutsche	12,8	6,4	5,7	10,5	5,3
Türkei	22,6	11,3	9,8	17,6	9,3
Industriestaaten	31,5	20,5	11,0	24,7	9,6
ehem. Ostblock	14,2	7,3	5,8	11,3	5,2
sonstige Staaten	13,3	7,9	4,3	12,6	4,3
Deutsche, eingebürgert	18,1	7,4	9,7	13,2	8,4
Deutsche, anderer Herkunft	18,4	7,8	9,9	12,0	9,3
mittlere Schicht					
Herkunftsdeutsche	12,3	6,8	4,5	10,9	3,9
Türkei	21,2	9,4	11,0	13,1	10,6
Industriestaaten	17,5	12,3	5,3	19,3	5,3
ehem. Ostblock	18,2	7,8	8,3	16,7	7,8
sonstige Staaten	14,9	6,9	5,9	12,8	5,9
Deutsche, eingebürgert	12,6	6,9	4,9	13,0	4,1
Deutsche, anderer Herkunft	16,7	7,2	9,5	13,6	8,6
obere Schicht					
Herkunftsdeutsche	7,7	4,7	2,3	8,6	2,0
Türkei	21,7	15,0	6,7	20,0	6,7
Industriestaaten	8,2	6,1	2,0	8,2	2,0
ehem. Ostblock	16,9	7,2	6,6	14,5	6,0
sonstige Staaten	17,5	10,9	5,8	16,1	5,1
Deutsche, eingebürgert	14,0	7,0	6,3	9,1	6,3
Deutsche, anderer Herkunft	16,8	8,9	7,9	12,9	7,9

1) European Child Obesity Group (Referenzsystem nach Rolland - Cachera)

2) Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (Referenzsystem nach Kromeyer - Hauschild)

3) International Obesity Task Force (Referenzsystem nach Cole)

(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung : SenGesSozV - II A -)

Tabelle 7.9 (vgl. Abb. 5.12)
Anteil der Einschüler mit Adipositas bei der Einschuluntersuchung in Berlin 2001
nach Geschlecht, Herkunftsgruppe und Referenzsystem
- in %

Herkunftsgruppe	ECOG ¹⁾	AGA ²⁾		IOTF ³⁾	
	Adipositas	Übergewicht	Adipositas	Übergewicht	Adipositas
männlich					
Herkunftsdeutsche Berlin-Ost	9,7	5,7	4,3	8,7	3,6
Herkunftsdeutsche Berlin-West	9,2	5,2	4,2	8,3	3,4
Deutsche, eingebürgert	17,0	8,2	9,1	12,7	7,5
Deutsche, anderer Herkunft	14,5	6,7	8,0	10,5	6,9
Türkei	22,7	11,1	11,9	14,8	10,8
sonstige Staaten	15,3	8,6	6,7	13,1	6,0

(Fortsetzung) Herkunftsgruppe	ECOG ¹⁾	AGA ²⁾		IOTF ³⁾	
	Adipositas	Übergewicht	Adipositas	Übergewicht	Adipositas

weiblich

Herkunftsdeutsche Berlin-Ost	11,9	6,0	3,7	11,0	3,7
Herkunftsdeutsche Berlin-West	12,0	6,9	3,3	12,0	3,3
Deutsche, eingebürgert	17,0	6,7	8,3	12,3	8,3
Deutsche, anderer Herkunft	21,3	8,9	10,5	16,1	10,5
Türkei	22,6	11,4	8,0	20,1	8,1
sonstige Staaten	14,8	7,4	5,1	13,7	4,9

1) European Child Obesity Group (Referenzsystem nach Rolland - Cachera)

2) Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (Referenzsystem nach Kromeyer - Hauschild)

3) International Obesity Task Force (Referenzsystem nach Cole)

(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung : SenGesSozV - II A -)

Tabelle 7.10 (vgl. Abb. 5.15)
Anteil der Einschüler mit Adipositas bei den Einschuluntersuchungen
in Berlin 1994 und 2001 nach Wohnort, Staatsangehörigkeit und Referenzsystem
 - in %

Staatsangehörigkeit	ECOG ¹⁾	AGA ²⁾		IOTF ³⁾	
	Adipositas	Übergewicht	Adipositas	Übergewicht	Adipositas

1994

deutsch Berlin-Ost	9,3	5,5	2,9	9,7	2,5
deutsch Berlin-West	12,1	7,0	4,2	11,6	3,7
türkisch	22,0	11,2	9,7	17,3	8,7
sonstige Staaten	12,9	6,8	5,0	11,0	4,3

2001

deutsch Berlin-Ost	10,9	5,8	4,2	9,7	3,8
deutsch Berlin-West	11,6	6,3	4,6	10,5	4,1
türkisch	22,7	11,2	10,0	17,3	9,6
sonstige Staaten	15,1	8,0	5,9	13,4	5,4

1) European Child Obesity Group (Referenzsystem nach Rolland - Cachera)

2) Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (Referenzsystem nach Kromeyer - Hauschild)

3) International Obesity Task Force (Referenzsystem nach Cole)

(Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung : SenGesSozV - II A -)

Tabelle 7.11 (vgl. Abb. 5.16)
Anteil der Einschüler mit Adipositas bei den Einschuluntersuchungen
in Berlin 1994 und 2001 nach Wohnort, Herkunftsgruppe und Referenzsystem ¹⁾²⁾
 - in %

Herkunftsgruppe	ECOG ³⁾	AGA ⁴⁾		IOTF ⁵⁾	
	Adipositas	Übergewicht	Adipositas	Übergewicht	Adipositas

1994

Herkunftsdeutsche Berlin-Ost	9,4	5,6	2,9	9,8	2,5
Herkunftsdeutsche Berlin-West	12,7	7,4	4,3	12,2	3,8
andere außer Türkei	12,9	6,6	5,1	10,9	4,5

<i>(Fortsetzung)</i> Herkunftsgruppe	ECOG ³⁾	AGA ⁴⁾		IOTF ⁵⁾	
	Adipositas	Übergewicht	Adipositas	Übergewicht	Adipositas
2001					
Herkunftsdeutsche Berlin-Ost	11,0	5,9	4,1	10,1	3,7
Herkunftsdeutsche Berlin-West	10,5	5,8	4,0	9,9	3,4
andere außer Türkei	14,6	7,7	5,8	12,9	5,4

- 1) European Child Obesity Group (Referenzsystem nach Rolland - Cachera)
 2) Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (Referenzsystem nach Kromeyer - Hauschild)
 3) International Obesity Task Force (Referenzsystem nach Cole)
 4) Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (Referenzsystem nach Kromeyer - Hauschild)
 5) International Obesity Task Force (Referenzsystem nach Cole)
 (Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung : SenGesSozV - II A -)

Tabelle 7.12 (vgl. Abb. 5.17)
Anteil der Einschüler mit Adipositas bei den Einschuluntersuchungen
in Berlin 1994,1999¹⁾ und 2001 nach Wohnort, Herkunftsgruppe und Referenzsystem²⁾³⁾
 - in %

Herkunftsgruppe	ECOG ⁴⁾	AGA ⁵⁾		IOTF ⁶⁾	
	Adipositas	Übergewicht	Adipositas	Übergewicht	Adipositas
1994					
Herkunftsdeutsche Berlin-Ost	9,4	5,6	2,9	9,8	2,5
Herkunftsdeutsche Berlin-West	12,7	7,4	4,3	12,2	3,8
sonstige außer Türkei	12,9	6,6	5,1	10,9	4,5
1999					
Deutsche Berlin-Ost	11,5	6,4	4,2	10,4	3,8
2001					
Herkunftsdeutsche Berlin-Ost	11,0	5,9	4,1	10,1	3,7
Herkunftsdeutsche Berlin-West	10,5	5,8	4,0	9,9	3,4
sonstige außer Türkei	14,6	7,7	5,8	12,9	5,4

- 1) Nur der Wert der Herkunftsdeutschen Berlin-Ost
 2) Es kamen nur die Bezirke in die Auswertung, die 1999 teilgenommen hatten
 3) 1994 stand nur das Merkmal "Deutsche" und noch nicht das Merkmal "Herkunftsdeutsche zur Verfügung
 4) European Child Obesity Group (Referenzsystem nach Rolland - Cachera)
 5) Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (Referenzsystem nach Kromeyer - Hauschild)
 6) International Obesity Task Force (Referenzsystem nach Cole)
 (Datenquelle: SenGesSozV / Berechnung : SenGesSozV - II A -)

7.3 Anweisung im Handbuch zur Einschuluntersuchung 2001 bezüglich der Einstufung bei der Verständigung in deutscher Sprache

39. Verständigung in deutscher Sprache

Typ der Frage und formale Vorgaben zum Ausfüllen:

Einfachantwort-Frage - nur 1 von 6 Antworten darf angekreuzt werden.
Für Kind und Begleitperson ist getrennt je eine Antwort anzukreuzen.

Ziel der Frage:

- 1) Die Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen Gruppen hat einen starken Einfluss auf Gesundheitsgefährdungen. Dieser Punkt soll dazu beitragen, diese Gruppen zu definieren
- 2) Die Angabe hat eine große und unmittelbare Bedeutung für die Schulen. Das Gleiche gilt für die soziale Gegebenheiten (Integrationserfolg, -misserfolg, -trend)
- 3) Die Angabe hat Bedeutung im Zusammenhang mit anderen Instrumenten der GBE (z.B. Sozialstrukturatlas); u.a. weil die Sprachfähigkeit in diesem Alter vermutlich bereits einen starken Prädiktor für die späteren gesellschaftlichen Chancen darstellt

Inhaltliche Bestimmungen (Standardisierung)

Für die Einstufung liegt die unten stehende Anleitung vor.

Wird das Kind von mehreren Personen begleitet, so erfolgt die Auswahl zur Eintragung der Sprachfähigkeit nach folgender Rangfolge: Mutter, Vater, Sonstige. Bei mehreren Sonstigen wird diejenige Person gewählt, die mit dem Kind den meisten Kontakt hat; in Zweifelsfällen die mit den besseren Sprachfähigkeiten.

Kriterien sollen sein 1. Wortschatz, 2. Grammatik und 3. Akzent., in der Praxis auch in dieser Reihenfolge.

0	Kein Wortschatz	-	-
1	Geringer Wortschatz	Keine Grammatik	-
2	-	Grundlegende Grammatik	-
3	-	Gute Grammatik	Hat Akzent
4	-	-	Kein Akzent

Die Abgrenzung zwischen 1 nach oben ist der Wortschatz, zwischen 2 nach oben und unten die Grammatik, und zwischen 3 nach unten der Akzent.

- 2 hat im Wesentlichen nur Wörter, und (fast) keine Grammatik.
- 3 beherrscht die Grundgrammatik.
(Z.B. werden Artikel, Präpositionen, Pronomen etc. verwendet, aber regelmäßig falsch. Elemente höher als die Basisgrammatik (z.B. vollständige Tempora, Konjunktiv, Wortstellung) fehlen regelmäßig.)
- 4 hat (altersgemäß) alle Formen der Grammatik, mit Fehlern oder ohne.

Nr	Bez.	Definition	Beispiele
0)	Nicht	Kind versteht nicht und kann sich auch nicht verständlich machen Sachverhalte können nicht oder nur rudimentär vermittelt werden	„Ich Mirko“
1)	Radebrechend	Primitiver Wortschatz und so gut wie keine Grammatik Einfache Sachverhalte können mitgeteilt werden	„Junge Spielplatz Pistole nehmen“
2)	Flüssig mit erheblichen Fehlern	Ausreichender Wortschatz und grundlegende Grammatik Kind kann altersgemäß alle Anliegen ausdrücken, aber Artikel, Satzstellung, Konjugation und Deklination fehlen weitgehend	„Gestern die groß Junge hat auf Spielplatz Pistole wegnehmen.“
3)	Gut oder sehr gut, aber mit Akzent	Alles, was besser als 2), aber als Ausländer zu erkennen ist. Kind verwendet Artikel, Satzstellung, Konjugation und Deklination, aber mit Fehlern und/oder Akzent	„Gestern hat mir auf die Spielplatz eine große Junge meine Pistole weggenommen.“
4)	Akzentfrei	Von Deutschen nicht zu unterscheiden Ohne Sichtkontakt (Telefon, geschlossene Augen) nicht als nicht muttersprachlich deutsch zu erkennen (ob Fehler oder nicht). Anmerkung: <u>Akzent</u> darf nicht mit <u>Dialekt</u> verwechselt werden.	„Gestern hat mir auf dem Spielplatz ein großer Junge meine Spielzeugpistole weggenommen.“
99)	Keine Angabe / Unbekannt	Ausweichmöglichkeit für Notfälle – wenn eine Einstufung nicht getroffen werden kann	Eintragung vergessen und keine Rekonstruktionsmöglichkeit; Kind stumm, autistisch o.ä.

7.4 Dokumentationsbogen der ESU 2001

Bezirksamt:

Datum:

Dokumentationsbogen für die Einschulungsuntersuchungen der KJGDs im Land Berlin	
KJGD-Stelle:	Schuljahr: 2001
Name, Vorname	Geb.-datum
Ärztliche Anmerkungen: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Laufende Nummer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1. Allgemeine Anamnese
1. Postleitzahl des Wohnorts des Kindes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	8. Staatsangehörigkeit in keine Angabe (99) Deutschland (1) Türkei (2) Europa, USA, Kanada, Australien (3) ehemaligem Ostblock (einschl. Jugosl.) (4) sonstigen Staaten (5) eingebürgert (6)
2. Untersuchungsmonat und -jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	9. Kind ist in Deutschland keine Angabe (99) seit der Geburt (1) seit ... ganzen Jahren <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Nummer der Schule <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	10. Geburtsdatum (Monat/Jahr) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Nummer Untersucher(in) (abgeleitet vom Stellenzeichen) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	11. Geburtsgewicht (g) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5. Anmeldung zur Untersuchung wegen Schulpflicht (1) vorzeitige Einschulung erwünscht für Vorklasse (2) vorzeitig Vorklasse (3) vorzeitig Vorklasse (4)	12. Körpergröße (cm) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Wiedervorstellung nein, keine Wiedervorstellung (0) ja, nach Vorklassenuntersuchung (1) ja, nach Zurückstellung (2) ja, aus anderen Gründen (3)	13. Körpergewicht (kg) <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Geschlecht männlich (1) weiblich (2)	14. Body-Mass-Index (BMI in kg/m ²) <input type="text"/> <input type="text"/>

Bezirksamt:

Datum:

Dokumentationsbogen für die Einschulungsuntersuchungen der KJGDs im Land Berlin																																																																								
KJGD-Stelle:	Schuljahr: 2001																																																																							
Laufende Nummer <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	2. Soziale Anamnese																																																																							
<p>15. Vorsorgestatus</p> <p>Heft fehlt / unbekannt altersgemäß vollständig (99)</p> <p>Heft vorhanden, aber unvollständig (0)</p> <p style="padding-left: 20px;">Es fehlt die U1 (1)</p> <p style="padding-left: 20px;">Es fehlt die U2 (2)</p> <p style="padding-left: 20px;">Es fehlt die U3 (3)</p> <p style="padding-left: 20px;">Es fehlt die U4 (4)</p> <p style="padding-left: 20px;">Es fehlt die U5 (5)</p> <p style="padding-left: 20px;">Es fehlt die U6 (6)</p> <p style="padding-left: 20px;">Es fehlt die U7 (7)</p> <p style="padding-left: 20px;">Es fehlt die U8 (8)</p> <p style="padding-left: 20px;">Es fehlt die U9 (9)</p> <p>16. Kind hat zuletzt besucht</p> <p>keine Angabe (99)</p> <p>keine Einrichtung (0)</p> <p>ja, folgende Einrichtung</p> <p style="padding-left: 20px;">Vorklasse (Schule!) (1)</p> <p style="padding-left: 20px;">Tagesmutter (2)</p> <p style="padding-left: 20px;">Kita / EKT (3)</p> <p style="padding-left: 20px;">Miniklub (4)</p> <p>17. Kind lebt überwiegend bei</p> <p>keine Angabe (99)</p> <p>den Eltern (1)</p> <p>alleinerziehender Mutter (2)</p> <p>alleinerziehendem Vater (3)</p> <p>alleinerziehender Mutter und Vater (4)</p> <p>einer Pflegefamilie (5)</p> <p>Verwandten (6)</p> <p>im Heim (7)</p>	<p>18. Schulabschluss (ggf. den höchsten angeben)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Mutter</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Vater</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>keine Angabe</td> <td style="text-align: center;">(99)</td> <td style="text-align: center;">(99)</td> </tr> <tr> <td>ohne Hauptschulabschluss</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> </tr> <tr> <td>mit Hauptschulabschluss</td> <td style="text-align: center;">(2)</td> <td style="text-align: center;">(2)</td> </tr> <tr> <td>mittlere Reife/10. Klasse</td> <td style="text-align: center;">(3)</td> <td style="text-align: center;">(3)</td> </tr> <tr> <td>(Fach-) Hochschulreife</td> <td style="text-align: center;">(4)</td> <td style="text-align: center;">(4)</td> </tr> <tr> <td>(Fach-) Hochschulabschluss</td> <td style="text-align: center;">(5)</td> <td style="text-align: center;">(5)</td> </tr> </tbody> </table> <p>19. Erwerbstätigkeit der Eltern</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Mutter</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Vater</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>keine Angabe</td> <td style="text-align: center;">(99)</td> <td style="text-align: center;">(99)</td> </tr> <tr> <td>vollzeitbeschäftigt</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> </tr> <tr> <td>teilzeitbeschäftigt</td> <td style="text-align: center;">(2)</td> <td style="text-align: center;">(2)</td> </tr> <tr> <td>nicht erwerbstätig</td> <td style="text-align: center;">(3)</td> <td style="text-align: center;">(3)</td> </tr> </tbody> </table> <p>20. Schichtdienst der Eltern</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Mutter</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Vater</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>keine Angabe</td> <td style="text-align: center;">(99)</td> <td style="text-align: center;">(99)</td> </tr> <tr> <td>ja</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> </tr> <tr> <td>nein</td> <td style="text-align: center;">(0)</td> <td style="text-align: center;">(0)</td> </tr> </tbody> </table> <p>21. Anzahl aller im Haushalt lebenden Personen</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 70%;">keine Angabe</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">(99)</td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td>insgesamt</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>darunter Kinder</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>22. Anzahl der im Haushalt lebenden Raucher/innen</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 70%;">keine Angabe</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">(99)</td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td>Anzahl (keine Raucher = 0)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>23. Anzahl der Wohnräume</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 70%;">keine Angabe</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">(99)</td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td>Anzahl</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		Mutter	Vater	keine Angabe	(99)	(99)	ohne Hauptschulabschluss	(1)	(1)	mit Hauptschulabschluss	(2)	(2)	mittlere Reife/10. Klasse	(3)	(3)	(Fach-) Hochschulreife	(4)	(4)	(Fach-) Hochschulabschluss	(5)	(5)		Mutter	Vater	keine Angabe	(99)	(99)	vollzeitbeschäftigt	(1)	(1)	teilzeitbeschäftigt	(2)	(2)	nicht erwerbstätig	(3)	(3)		Mutter	Vater	keine Angabe	(99)	(99)	ja	(1)	(1)	nein	(0)	(0)	keine Angabe	(99)		insgesamt		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	darunter Kinder		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	keine Angabe	(99)		Anzahl (keine Raucher = 0)		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	keine Angabe	(99)		Anzahl		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
	Mutter	Vater																																																																						
keine Angabe	(99)	(99)																																																																						
ohne Hauptschulabschluss	(1)	(1)																																																																						
mit Hauptschulabschluss	(2)	(2)																																																																						
mittlere Reife/10. Klasse	(3)	(3)																																																																						
(Fach-) Hochschulreife	(4)	(4)																																																																						
(Fach-) Hochschulabschluss	(5)	(5)																																																																						
	Mutter	Vater																																																																						
keine Angabe	(99)	(99)																																																																						
vollzeitbeschäftigt	(1)	(1)																																																																						
teilzeitbeschäftigt	(2)	(2)																																																																						
nicht erwerbstätig	(3)	(3)																																																																						
	Mutter	Vater																																																																						
keine Angabe	(99)	(99)																																																																						
ja	(1)	(1)																																																																						
nein	(0)	(0)																																																																						
keine Angabe	(99)																																																																							
insgesamt		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																																																						
darunter Kinder		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																																																						
keine Angabe	(99)																																																																							
Anzahl (keine Raucher = 0)		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																																																						
keine Angabe	(99)																																																																							
Anzahl		<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																																																						

Bezirksamt:

Datum:

Dokumentationsbogen für die Einschulungsuntersuchungen der KJGDs im Land Berlin	
KJGD-Stelle:	Schuljahr: 2001

Laufende Nummer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	3. Medizinische Anamnese
---	---------------------------------

24. Impfstatus

Impfdokumentation fehlt 99

Anzahl der Impfungen (keine Impfungen = 0)

Diphtherie	<input type="checkbox"/>
Pertussis	<input type="checkbox"/>
Tetanus	<input type="checkbox"/>
Polio	<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>
Röteln	<input type="checkbox"/>
HIB	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>
BCG	<input type="checkbox"/>

27. Andere Krankheiten

keine Angabe 99

keine 0

ja, folgende Krankheiten

Hautallergie/-krankheiten	1
Pseudokrupp	2
obstruktive Bronchitis/Asthma	3
rezidivierende Atemwegserkrankungen	4
chronisch-rezidivierende Otitiden	5
Enuresis	6
chron.-rez. nephrologische Krankheiten	7
Krampfleiden	8
chron.-rez. endokrine Krankheiten	9
Malignome	10
andere	11

25. Tb-Testung

28. Krankenhausaufenthalte

keine Angabe 99

keine 0

Anzahl

29. Unfälle

keine Angabe 99

keine 0

ja, folgende Anzahl von Unfällen jeweils
(keine Unfälle = 0)

zu Hause	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kita / EKT	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straßenverkehr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
anderorts	<input type="text"/>	<input type="text"/>

26. Infektionskrankheiten des Kindes

keine Angabe 99

keine 0

ja, folgende Krankheiten wurden durchgemacht

Masern	1
Mumps	2
Röteln	3
Pertussis	4
Scharlach	5
Windpocken	6
Men/Enz.	7
Hepatitis A	8
Hepatitis B	9
andere	10

dabei resultierten diese Folgen

keine Angabe 99

keine 0

Frakturen	1
Verbrühungen/Verbrennungen	2
Commotiones	3
Vergiftungen	4
andere	5

7.5 Publikationsverzeichnis

Im Rahmen der *Gesundheitsberichterstattung* wurden vom Referat für Quantitative Methoden, Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz folgende Veröffentlichungen herausgegeben:

□ Basisberichte

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

- Jahresgesundheitsbericht 1961
-
-
-
- Basisbericht 2001. November 2001
Schutzgebühr 15,- Euro zzgl. Porto

□ Spezialberichte

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

- Meinschmidt, Gerhard
Imme, Uwe
Kramer, Ramona:
Sozialstrukturatlas Berlin (West). Eine statistisch-methodische Analyse mit Hilfe der Faktorenanalyse. März 1990.
- Hermann, Sabine
Meinschmidt, Gerhard:
Sozialstrukturatlas Berlin. Erste gemeinsame Berechnung für alle Bezirke. 1995.
- Hermann, Sabine
Meinschmidt, Gerhard:
Sozialstrukturatlas Berlin - Fortschreibung 1997 -. April 1997.
- Hermann, Sabine
Imme, Uwe
Meinschmidt, Gerhard:
Sozialstrukturatlas 1997 - Eine disaggregierte statistische Sozialraumanalyse -. Oktober 1997.
Schutzgebühr: 15,- Euro zzgl. Porto
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) / SenGesSoz
Brenner, M. H. (Herausgeber) / TU Berlin:
Sozialstrukturatlas Berlin 1999
- Eine soziale Diagnose für Berlin -. 1. Ausgabe 1999.
Schutzgebühr: 15,- Euro zzgl. Porto

- Delekat, Dietrich
Kis, Anita:
Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin - Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Spezialbericht 2001-1, ISSN 1617-9250
Schutzgebühr: 10,- Euro zzgl. Porto
- Kis, Anita
Bömermann, Hartmut
Hermann, Sabine
Schieritz, Frank
Unger, Gisela:
Diagnosedaten der Berliner Krankenhauspatienten 1994-1999. Spezialbericht 2002-1, ISSN 1617-9250
Schutzgebühr 10,- Euro zzgl. Porto
- Meinschmidt, Gerhard
Imme, Uwe
Seeger, Michael:
Sozialhilfeempfängerprognoseverfahren in Berlin. Spezialbericht 2003-1, ISSN 1617-9250
Schutzgebühr 10,- Euro zzgl. Porto
- Delekat, Dietrich:
Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin - Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. Spezialbericht 2003-2, ISSN 1617-9250
Schutzgebühr: 10,- Euro zzgl. Porto

□ Diskussionspapiere zur Gesundheits- und Sozialforschung

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

1. Meinschmidt, Gerhard:
Ärzte beurteilen Sozialstationen.
Eine statistisch empirische Diagnose. 1986.
2. Imme, Uwe
Meinschmidt, Gerhard
Wanjura, Marlies:
Der Krankenpflegenotfalldienst durch Sozialstationen.
Eine Zwischenbilanz aus empirischer Sicht. 1986.
3. Imme, Uwe
Meinschmidt, Gerhard:
Strukturanalyse arbeitsloser Sozialhilfeempfänger. Eine statistische Analyse. 1986.
4. Meinschmidt, Gerhard
Völker-Oswald, Ingrid:
Zum Bedarf an Unterstützung in Hilfssituationen älterer Menschen in Berlin. Eine statistische Analyse. 1988.
5. Meinschmidt, Gerhard:
Strukturanalyse pflegebedürftiger Menschen in Berlin.
Eine statistische Analyse. 1988.
6. Referat Sozial- und Medizinalstatistik,
EDV-gestützte Fachinformationssysteme,
Mader, Sylvia:
Die Jugendzahnpflege 1986. Eine Untersuchung über den Zahnstatus bei Kindern und Jugendlichen in Berlin (West). 1988.

7. Referat Sozial- und Medizinalstatistik,
EDV-gestützte Fachinformationssysteme:
Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1985/86 in Berlin (West) nach Kriterien des Jugendarbeitsschutzgesetzes. 1988.
8. Referat Sozial- und Medizinalstatistik,
EDV-gestützte Fachinformationssysteme:
Sozialhilfeempfänger in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung. Statistischer Erfahrungsbericht zum 500er Programm. 1988.
9. Meinschmidt, Gerhard:
Sozialhilfeempfänger auf dem Weg zurück ins Berufsleben. Grundgedanken zum Berliner Modell der Beschäftigung von arbeitslosen Sozialhilfeempfängern. Eine empirische Einstiegsstudie, die zu diesem Problemkomplex bei den Berliner Arbeitgebern durchgeführt wurde. 1988.
10. Liedtke, Dieter:
Projekt: Beratungspfleger (Teil 1). Dezember 1988.
11. Baum, Christiane
Koch-Malunat, Norbert
Seeger, Michael:
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik. Januar 1989.
12. Becker, Barbara
Kramer, Ramona
Meinschmidt, Gerhard:
Zur subjektiven Morbidität der Berliner Bevölkerung. September 1989.
13. Liedtke, Dieter
Wanjura, Marlies:
Projekt: Beratungspfleger (Teil 2). November 1989.
14. Haecker, Gero
Kirschner, Wolf
Meinschmidt, Gerhard:
Zur „Lebenssituation von Sozialhilfeempfängern“ in Berlin (West). April 1990.
15. Koch-Malunat, Norbert
Klausing, Michael:
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1987 in Berlin (West). Juni 1990.
16. Kiss, Anita:
Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1988/89 in Berlin (West). Februar 1992.
17. Kirschner, Wolf
Radoschewski, Michael:
Gesundheits- und Sozialsurvey in Berlin. Januar 1993.
18. Hermann, Sabine
Imme, Uwe
Meinschmidt, Gerhard:
Zur Sozialstruktur in den östlichen und westlichen Bezirken Berlins auf der Basis des Mikrozensus 1991. - Erste methodische Berechnungen mit Hilfe der Faktorenanalyse -. Januar 1993.
19. Thielke, Henning
Meusel, Katharina:
Zur Überlebensdauer von Typ-II-Diabetikern. Ergebnisse einer 20jährigen Follow-up-Studie in Berlin-Ost. März 1994.
20. Koch-Malunat, Norbert:
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1990 in Berlin-West - eine statistische Analyse -. März 1994.
21. Radoschewski, Michael
Kirschner, Wolf
Kirschner, Renate
Heydt, Kerstin:
Entwicklung eines Präventionskonzeptes für das Land Berlin. Juli 1994.
22. Kiss, Anita:
Zur gesundheitlichen Lage von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1991/1992 - eine statistische Analyse -. Februar 1995.
23. Kiss, Anita
Hermann, Sabine
Thielke, Henning:
Vermeidbare Sterbefälle in Berlin 1983-1992. März 1995.
24. Rothe, Kerstin u.a.:
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik Deutschland 1992. April 1995.
25. Beblo, Miriam:
Zur Dimension der sozialen und gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Berlin. Eine statistisch-empirische Diagnose. Juni 1995.
26. Hermann, Sabine
Hiestermann, Angelika:
Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Frauen in Berlin. - Eine erste geschlechtsspezifische empirische Diagnose -. September 1995.
27. Dohnke-Hohrmann, Sylvia
Reich, Renate:
Der Mund- und Zahngesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen 1992/93 in Berlin. Oktober 1995.
28. Hiestermann, Angelika
Hillen, Thomas:
Zur psychosozialen Befindlichkeit der Berliner Bevölkerung. - Eine statistische Analyse -. Januar 1996.
29. Scholz, Rembrandt D.
Thielke, Henning:
Lebenserwartung in Berlin 1986 - 1994. - Trends und regionale Unterschiede -. April 1997.
30. Kiss, Anita:
Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1994/95. Juli 1997.
31. Wiesner-Balcke, Waltraud
Angerman, Regina:
Allergische Erkrankungen und Beschwerden bei Berliner Einschülern im Vergleich mit dem Land Brandenburg - Analyse, Bezirksvergleiche, bezirkliches Vorsorgeprogramm -. Juli 1997.

32. Hauschild, Beate
Baum, Christiane:
Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeinde-integrierten psychiatrischen Versorgungssystems. Erster Basisdatenbericht (1997) zur Versorgung im ambulant/komplementären Bereich (Betreutes Wohnen und Tagesstätten). September 1998.
Schutzgebühr: 7,50 Euro zzgl. Porto
33. Hauschild, Beate
Baum, Christiane:
Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeinde-integrierten psychiatrischen Versorgungssystems. Zweiter Basisdatenbericht (1998) zur Versorgung im ambulant/komplementären Bereich (Betreutes Wohnen und Tagesstätten). September 2000.
Schutzgebühr: 7,50 Euro zzgl. Porto

☐ Gesundheitsbarometer

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

☐ Statistische Kurzinformationen

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

Außerhalb der Publikationen zur Gesundheitsberichterstattung wurden vom Referat für Quantitative Methoden, Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz folgende Veröffentlichungen herausgegeben:

☐ Bericht über Empfänger und Leistungen im Bereich Soziales

In dieser Berichtsreihe wird u. a. die aktuelle Entwicklung der Leistungen und Empfänger auf den Sozialleistungsgebieten BSHG, AsylbLG und PflegeG in Tabellenform und kurz interpretiert angeboten. Ferner enthält der Bericht jeweils ein Schwerpunktthema.

- I. Quartal 1988
- .
- .
- .
- III. Quartal 2002
- ISSN 1618-033X
- 5,- Euro zzgl. Porto

Bezug über die

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

Telefon: (030) 9028 2598
Telefax: (030) 9028 2056

Internet: www.berlin.de/sengessozv/statistik/index.html

e-mail: Tanja.Meinhart@sengsv.verwalt-berlin.de

Fachliche Auskünfte:

Referat für Quantitative Methoden, Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

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

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