

KOMM-IN
NRW.



*Praktische Handreichung
für Schritte zur Verbesserung
der Gesundheit und Entwicklung
von Kindern mit Zuwanderungs-
geschichte*





**Praktische Handreichung
für Schritte zur Verbesserung der Gesundheit und Entwicklung
von Kindern mit Zuwanderungsgeschichte**

Ein Projekt zur Stärkung der interkommunalen Zusammenarbeit in Kooperation der Städte und Kreise

- **Bochum,**
- **Essen,**
- **Mülheim an der Ruhr,**
- **Oberhausen,**
- **Kreis Recklinghausen / Stadt Herten.**

sowie

- dem **Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW)**

gefördert durch das

**Ministerium für Arbeit,
Integration und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen**



**Mai 2011
Mülheim an der Ruhr**



Stadt Mülheim an der Ruhr

Dezernat Arbeit, Soziales, Gesundheit und Sport

Autor:

Jan Amonn

Projektleitung:

Özay Vural (Referat V.2 - Koordinierungsstelle Integration),

Volker Kersting (Referat V.1 - Stadtforschung und Statistik)

wiss. Hilfskraft:

Anne Saha

Projektbeteiligte

Jan Amonn, Stadt Mülheim an der Ruhr, Dezernat Arbeit, Soziales, Gesundheit und Sport, Projektmitarbeiter

Leila Arroum, Stadt Herten, Beschäftigungsförderung und Bildungsplanung

Dr. Petra Freynik, Stadt Essen, Gesundheitsamt, Leitung Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Dr. Häring-Hay Kheder, Stadt Bochum, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Andrea Höber, Wirtschaftsförderung metropol Ruhr GmbH, Kreativwirtschaft, Bildung und Qualifizierung

Volker Kersting, Stadt Mülheim an der Ruhr, Dezernat Arbeit, Soziales, Gesundheit und Sport, Stadtforschung und Statistik

Dr. Nicole Lobeck-Chenard, Stadt Mülheim an der Ruhr, Gesundheitsamt, Leitung Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Anne Saha, Stadt Mülheim an der Ruhr, Dezernat Arbeit, Soziales, Gesundheit und Sport, Projektmitarbeiterin

Klaus Simon, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW), Gesundheitsinformation

Michael Sprünken, Stadt Bochum, Gesundheitsamt, Gesundheitsberichterstattung

Lena Tartakowski, Stadt Oberhausen, Kinder- und Jugendmedizinischer Dienst

Delia Temmler, Stadt Herten, Beschäftigungsförderung und Bildungsplanung

Norbert Turra-Ebeling, Stadt Oberhausen, Geschäftsführer Kommunale Gesundheitskonferenz

Özay Vural, Stadt Mülheim an der Ruhr, Dezernat Arbeit, Soziales, Gesundheit und Sport, Koordinierungsstelle Integration

Dr. Sabine Wadenpohl, Kreis Recklinghausen, Kreisgesundheitsamt, Gesundheitsberichterstattung



Inhalt

	Seite
1. Einleitung	8
2. Gesundheit und Entwicklung der Kinder im Ruhrgebiet – insbesondere der Kinder mit Zuwanderungsgeschichte	11
2.1 Gemeinsame Bestandsaufnahme	11
2.2 Zusammenspiel von sozialer Schicht und ethnischer Zugehörigkeit	14
2.3 Inanspruchnahme und Wirkung von Kindertageseinrichtungen – insbesondere der Kinder mit Zuwanderungsgeschichte	17
2.4 Kleinräumige Unterschiede in der Region	22
3. Gute Beispiele der Ergebnisnutzung	28
3.1 Erhebung und Auswertung	28
3.2 Berichterstattung und Kooperation	31
3.3 Praktische Umsetzungen und Maßnahmen	36
4. Vorschläge zur Verbesserung der Informationsbasis	40
4.1 Empfehlung zur einheitlichen Erfassung des Migrationshintergrundes	40
4.2 Empfohlene Zusatzfragen zu „Lebensumständen und Verhalten“	44
Glossar	47
Literatur	50

1. Einleitung

Die **Gesundheit unserer Kinder** ist ein hohes Gut. Sie ist nicht nur für jedes einzelne Kind von Bedeutung, sondern auch für die ganze Gesellschaft. Denn jede Gesellschaft braucht eine nachwachsende Generation, die über Gesundheit, Bildungsfähigkeit und elementare soziale Kompetenzen und Motive verfügt, damit unsere Kinder diese Gesellschaft einmal als Erwachsene fortsetzen können¹. Die Gesundheit ist hier von zentraler Bedeutung, da sie eine grundlegende Ressource für das alltägliche Leben darstellt. Das Robert-Koch-Institut (RKI) stellt vor dem Hintergrund des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS) für die vergangenen Jahre eine Verschiebung im Krankheitsspektrum fest. Zum einen hätten chronische Erkrankungen – wie z.B. Adipositas – gegenüber den akuten Erkrankungen an Bedeutung gewonnen. Zum anderen wird ein Zuwachs psychischer Störungen – z.B. von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen – gegenüber somatischen Befunden konstatiert. Daher formuliert das RKI die These einer „**neuen Morbidität**“². Die „neuen Epidemien“³ hängen – wie das Kinder- und Jugendgesundheits survey deutlich zeigt – eng mit bestimmten ungünstigen Lebensbedingungen zusammen, in denen heute viele Kinder in Deutschland aufwachsen: **Kinder aus armen Verhältnissen oder aus Familien mit Migrationshintergrund**⁴ sind besonders häufig von diesen gesundheitlichen Problemen betroffen. Sie haben zugleich einen schlechteren Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. Solche Defizite in der Kindergesundheit können sich im weiteren Lebenslauf leicht fortsetzen und langfristig enorme Kosten nach sich ziehen. Deshalb ist es sinnvoll, möglichst frühzeitig mit geeigneten Präventionsmaßnahmen anzusetzen – in einem Alter, in dem sich mit gezielten Interventionen die größten Erfolge erzielen lassen.

Den Kinder- und Jugendmedizinischen Diensten ist seit langem bekannt, dass schwierige soziale Bedingungen wie Armut, Arbeitslosigkeit, internationale Migrationserfahrungen und schlechte Wohnumfeldbedingungen die Gesundheit der Kinder beeinträchtigen. Vor diesem Hintergrund haben sich mehrere Leiterinnen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste von

¹ vgl.: Kaufmann, F.X., Herlth, A. und Strohmeier, K.P. unter Mitarbeit von Schulze H.J. (1980) „Sozialpolitik und familiale Sozialisation“. Bd. 76 der Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit. Stuttgart; 28

² Ravens-Sieverbler, U./Wille, N./ Bettge, S./ Erhardt, M. (o.A.) KIGGS: Bella-Studie: Modul psychische Gesundheit http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/neu_ppt_Bella_Ravens-Sieverbler.pdf und http://de.wikinews.org/wiki/Studie:_Mehr_Verhaltensauff%C3%A4lligkeiten_bei_Kindern_in_Deutschland

³ Thyen, U. (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KIGGS) 2003-2006 – ein Meilenstein für die Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland.; in Bundesgesundheitsblatt 2007 http://www.kiggs.de/experten/downloads/Basispublikation/Thyen_Editorial.pdf

Städten und Kreisen des Ruhrgebiets – unterstützt von der Wirtschaftsförderung Metropole Ruhr – zusammen geschlossen, um diese Zusammenhänge genauer zu untersuchen, zu kommunizieren und geeignete Handlungsschritte abzuleiten. Auf dieser Initiative setzt das KOMM-IN Projekt „Schritte zur Verbesserung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern mit Zuwanderungsgeschichte“ auf. Das Ruhrgebiet ist als stark schrumpfende und alternde Region in besonderem Maße auf eine gesunde nachwachsende Generation angewiesen. Zugleich konzentriert sich im Ruhrgebiet die Armut von Kindern. Kinderarmut ist heute ein Massenphänomen. In Nordrhein-Westfalen wächst mittlerweile jedes sechste Kind unter Armutbedingungen auf⁵. Im Ruhrgebiet ist es jedes vierte, in einigen Ruhrgebietsstädten sogar jedes dritte.

Ein besonderer Schwerpunkt des Projektes wird dabei auf die Situation der **Kinder mit Zuwanderungsgeschichte** gelegt. Denn viele MigrantInnen sind den Risiken ausgesetzt, die ein niedriger Sozialstatus mit sich bringt. Daneben können auch kulturelle Unterschiede und sprachliche Barrieren die gesundheitlichen Chancen von MigrantInnen beeinträchtigen. Sie können sich beispielsweise auf das Gesundheitsverhalten oder den Zugang zur medizinischen Versorgung auswirken. Hinzu kommen bei den Kindern mit Zuwanderungsgeschichte z.T. psychosoziale Belastungen durch die Migration selbst, wie ein unklarer Aufenthaltsstatus oder Diskriminierung⁶. Schenk et al. (2008) haben auf Basis des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey eine Bestandsaufnahme zur Gesundheit von MigrantInnenkindern vorgenommen⁷. Sie zeigt, dass Kinder mit Migrationshintergrund von vielen gesundheitlichen Problemen deutlich häufiger betroffen sind als Kinder ohne Migrationshintergrund. Dabei ist es allerdings notwendig, genau hinzuschauen, denn nicht alle Kinder mit Migrationshintergrund sind in gleicher Weise gefährdet: Ein erhöhtes Risiko tragen vor allem die Kinder, bei denen beide Eltern einen Migrationshintergrund aufweisen. Zudem gibt es zum Teil deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen ethnischen Gruppen.

⁴ Erläuterungen zu vielen der hier verwendeten Fachausdrücke wie „Migrationshintergrund“ finden sich im Glossar

⁵ gemessen über den Bezug von Sozialgeld

⁶ Lampert, T.; Ziese, T. (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum zweiten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin (http://www.bmas.de/portal/988/property=pdf/armut_soziale_ungleichheit_und_gesundheit.pdf)

⁷ Schenk, L.; Neuhauser, H.; Ellert, U. (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland, Berlin (http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reJBwqKp45PiI/PDF/23Ydv84JGTBo6_07.pdf)

Das Projekt „**Schritte zur Verbesserung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern mit Zuwanderungsgeschichte**“ wurde durch das Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAIS) im Rahmen des Landesprogramms zur innovativen kommunalen Integrationsarbeit „KOMM-IN NRW“ gefördert. Das Projekt diente insbesondere einer Stärkung der interkommunalen Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Ruhrgebietskommunen Bochum, Essen, Mülheim an der Ruhr, Oberhausen, Kreis Recklinghausen / Stadt Herten. Eine wichtige Rolle hat zudem das ebenfalls eingebundene Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) übernommen. Die Projektkoordination lag bei der Stadt Mülheim an der Ruhr (Dezernat Arbeit, Soziales, Gesundheit und Sport, Referat V.2 - Koordinierungsstelle Integration / Referat V.1 – Stadtforschung und Statistik). Die Projektlaufzeit erstreckte sich vom 01.06.2010 bis zum 31.05.2011. Das Projekt macht die **Verbesserung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern im Ruhrgebiet, insbesondere von Kindern mit Zuwanderungsgeschichte**, zum Thema. In den Mittelpunkt wurden dabei die **Schuleingangsuntersuchungen (SEU)** gerückt, die grundsätzlich eine sehr gute Informationsgrundlage zu diesem Themenfeld darstellen. Eine fundierte Informationsbasis ist nötig, wenn man zielgenaue praktische Handlungsansätze entwickeln will. Genau hierauf setzt unser Projekt auf.

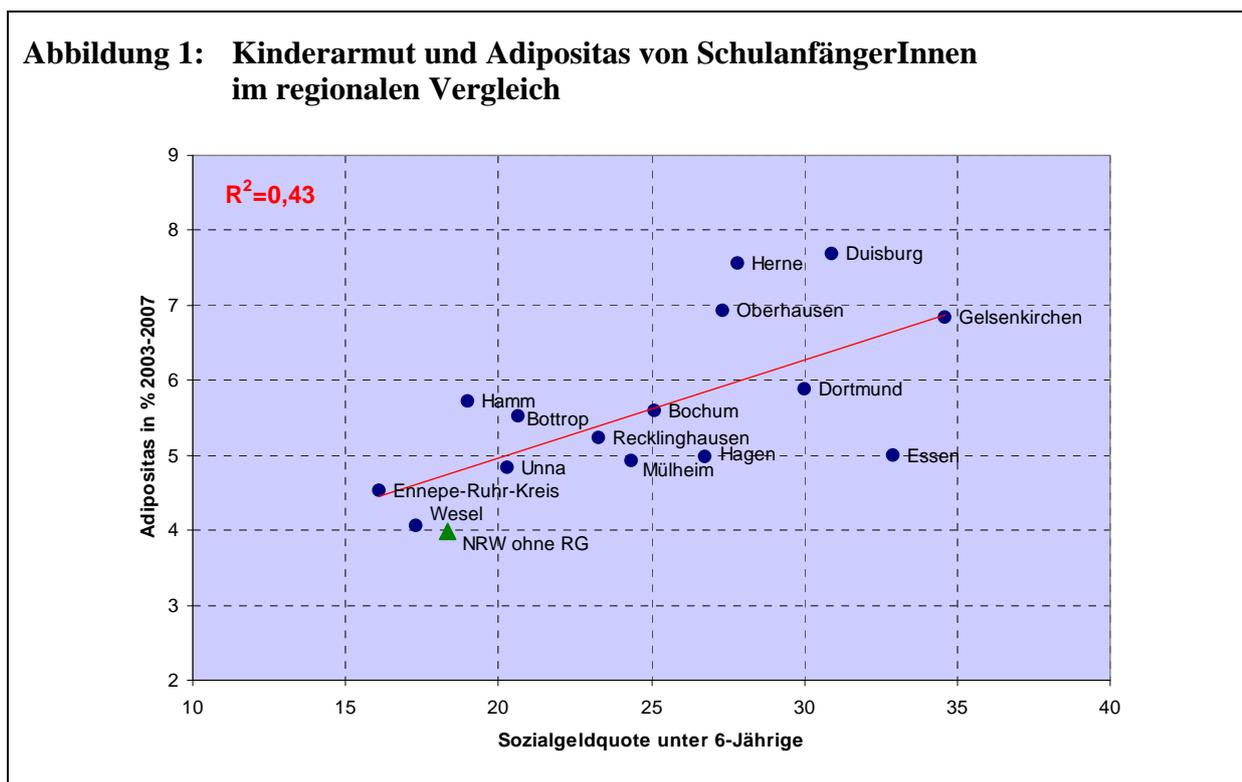
- Es leistet eine systematische **Bestandsaufnahme** und profunde Analyse der Gesundheit und Entwicklung von Kindern im Ruhrgebiet, insbesondere von Kindern mit Zuwanderungsgeschichte. Auf diese Weise schafft es Transparenz über entsprechende Bedarfslagen (**Kapitel 2**).
- Es wurde ein interkommunaler Erfahrungsaustausch über die **Nutzung der Schuleingangsuntersuchung** – insbesondere mit Blick auf Migrantenkinder – organisiert. So konnten die beteiligten Kommunen in enger Kooperation voneinander lernen, um abgestimmte Beobachtungs- und Handlungsansätze entwickeln zu können. Ein wichtiges Instrument waren dabei die in allen Kommunen durchgeführten Expertengespräche. (**Kapitel 3**).
- Schließlich wurde im Rahmen des Projektes gemeinsam mit LIGA.NRW und den kooperierenden Kommunen die **Empfehlung für einen einheitlichen Standard zur Erfassung der Zuwanderungsgeschichte** bei den Schuleingangsuntersuchungen für ganz Nordrhein-Westfalen entwickelt. Zudem wurde ein Pool gemeinsam empfohlener Zusatzfragen zu „Lebensumständen und Verhalten“ für die Kommunen entwickelt (**Kapitel 4**).

2. Gesundheit und Entwicklung der Kinder im Ruhrgebiet – insbesondere der Kinder mit Zuwanderungsgeschichte

2.1 Gemeinsame Bestandsaufnahme

Eine Bestandsaufnahme zur Gesundheit der Kinder, insbesondere der Kinder mit Zuwanderungsgeschichte in den projektbeteiligten Kommunen des Ruhrgebiets, zeigte eine z.T. unsystematische Streuung zwischen den Städten. Anhand ausgewählter „harter“ Indikatoren konnte jedoch gezeigt werden: **Die Kinder in den Städten und Kreisen des Ruhrgebietes sind gesundheitlich klar benachteiligt** gegenüber den Kindern aus dem übrigen Nordrhein-Westfalen. Dabei sind die Chancen auf Gesundheit und Entwicklung dort am schlechtesten, wo die Kinderarmut am höchsten ist. Das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA.NRW) berichtet im Rahmen der Landesgesundheitsberichterstattung anhand einiger ausgewählter Indikatoren räumlich differenziert über die Kreise und kreisfreien Städte⁸. Diese Informationen wurden im Rahmen dieses Projektes aufbereitet und zur Sozialgeldquote als Armutsindikator in Beziehung gesetzt. Dabei zeigt sich z.B.: In den nordrhein-westfälischen Kommunen nimmt der Anteil der adipösen Kinder mit steigender Höhe der Quote von Sozialgeldempfänger(inne)n unter 6 Jahren deutlich zu (s. Abbildung 1). Die Kommunen des Ruhrgebiets schneiden dabei schlechter ab als das übrige Nordrhein-Westfalen.

⁸ Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen: Gesundheitsindikatoren auf Kreisebene (http://www.liga.nrw.de/themen/gesundheit_berichte_daten/gesundheitsindikatoren/indikatoren_kreise/index.html)

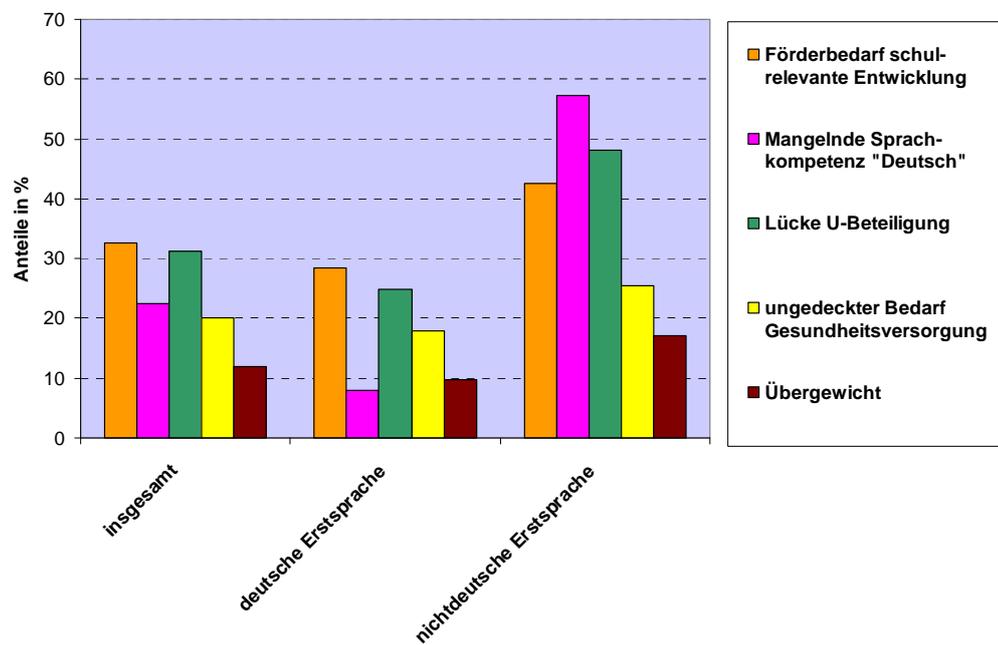


Quelle: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW, eigene Berechnung und Darstellung

In einer Querschnittsauswertung eines gemeinsamen Datensatzes der projektbeteiligten Städte mit 11.143 Kindern wurde herausgearbeitet, dass dies insbesondere fünf Bereiche des Gesundheitszustandes und -verhaltens betrifft: Einen besonderen Förderbedarf in schulrelevanten Entwicklungsbereichen, mangelnde Sprachkompetenz in der deutschen Sprache, Lücken in der Beteiligung an den Früherkennungsuntersuchungen, ungedeckte Bedarfe in der Gesundheitsversorgung und Übergewicht⁹. Dabei wurde ermittelt, wie häufig solche Probleme bei den Kindern in den beteiligten Städten des Ruhrgebietes sind. Es zeigte sich, dass **ca. ein Drittel aller SchulanfängerInnen in den beteiligten Ruhrgebietsstädten einen besonderen Förderbedarf in schulrelevanten Entwicklungsbereichen aufweist. Bei den Kindern mit Zuwanderungsgeschichte sind es über 40 %. Insgesamt weisen mehr als 20 % der SchulanfängerInnen eine mangelnde Sprachkompetenz in der deutschen Sprache auf. Bei den Kindern mit nichtdeutscher Erstsprache sind es an die 60 %.** Auch bei der U-Beteiligung, Bedarfen in der Gesundheitsversorgung oder Übergewicht fallen die Kinder mit Zuwanderungsgeschichte besonders häufig durch Probleme auf.

⁹ Im Glossar finden sich Erläuterungen zu den hier benannten Gesundheits- und Entwicklungsindikatoren.

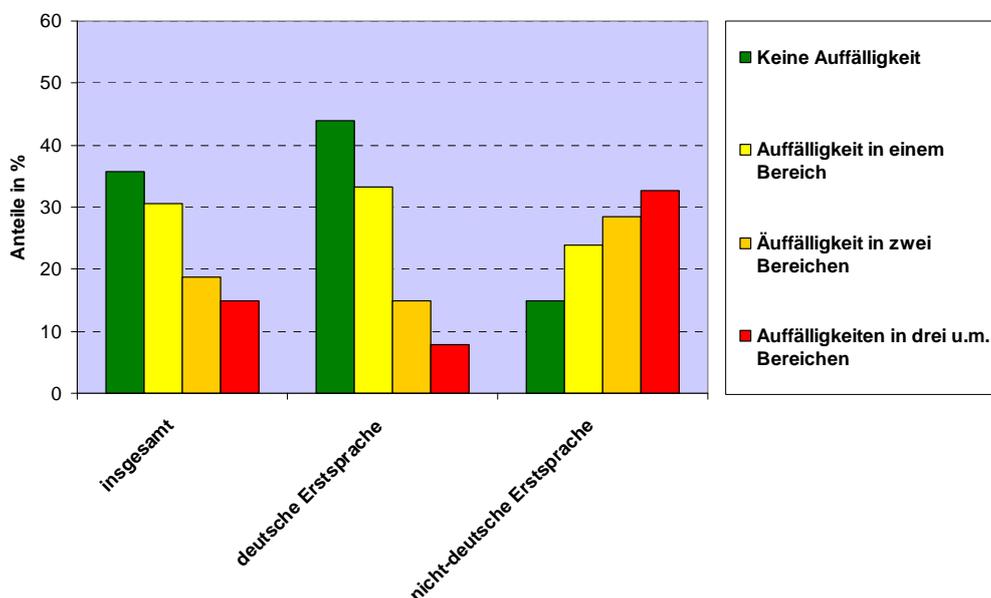
Abbildung 2: Auffälligkeiten in Gesundheit und Entwicklung bei SchulanfängerInnen `09/10 nach Erstsprache



Quelle: eigene Berechnung und Darstellung, Datenbasis: SEU aller projektbeteiligten Städte `09/10

Dabei ist zum Teil eine deutliche **Kumulation gesundheitlicher Risikolagen** zu beobachten: So ist **ungefähr jedes dritte Kind mit Zuwanderungsgeschichte von drei oder mehr Auffälligkeiten in Gesundheit und Entwicklung betroffen**. Bei den Kindern ohne Zuwanderungsgeschichte gilt das für weniger als 10 %.

Abbildung 3: Kumulation von Auffälligkeiten in der Gesundheit und Entwicklung von SchulanfängerInnen `09/10 nach Erstsprache



Quelle: eigene Berechnung und Darstellung, Datenbasis: SEU aller projektbeteiligten Städte `09/10

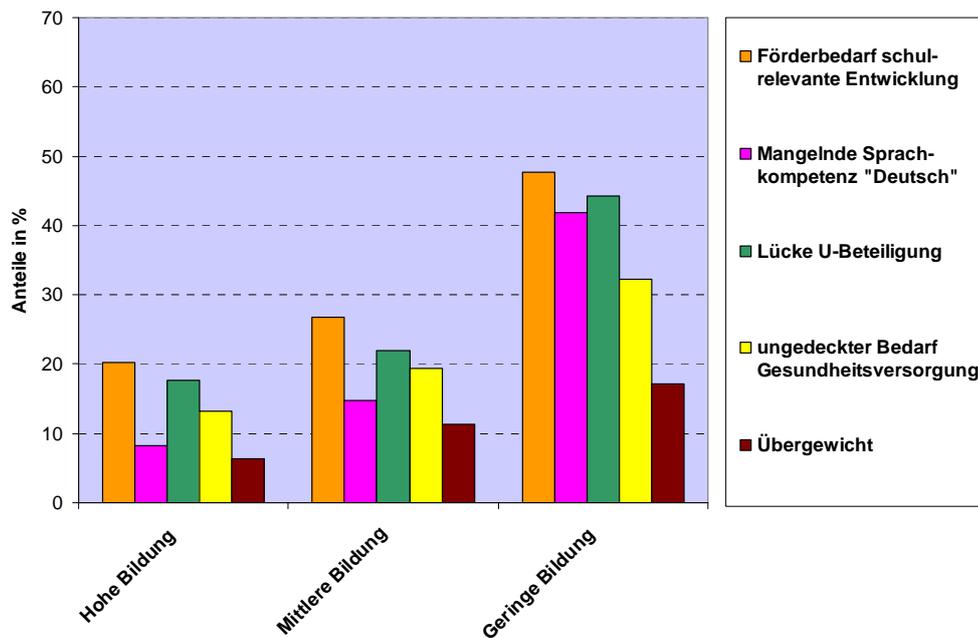
2.2 Zusammenspiel von sozialer Schicht und ethnischer Zugehörigkeit

Solche gesundheitlichen Problemlagen sind nicht nur bei den Kindern mit Zuwanderungsgeschichte, sondern auch bei den **Kindern aus der unteren Bildungsschicht** überdurchschnittlich häufig anzutreffen. Beides hängt zum Teil zusammen, da die Kinder mit Zuwanderungsgeschichte oft aus Elternhäusern mit geringer formaler Bildung kommen. Es gibt bislang allerdings noch zu wenig Wissen darüber, **wie Faktoren der sozialen Schicht- oder Milieuzugehörigkeit und Faktoren der ethnische Zugehörigkeit** im Hinblick auf die kindliche Gesundheit und Entwicklung **zusammenwirken**. Betz (2009)¹⁰ hat auf der Basis des DJI-Kinderpanels unterschiedliche Kindheitsmuster in Deutschland im Hinblick auf Freizeitgestaltung, Familienleben und Bildungsbeteiligung herausgearbeitet. Etwas verkürzt zusammengefasst: Die Kinder in den weniger privilegierten Milieus gestalten ihre Freizeit weitgehend selbständig, das Familienleben wird von finanziellen Sorgen belastet, die Schule erfährt zwar eine hohe Wertschätzung, bereitet jedoch häufig Probleme. Die Kinder in den privilegierten Milieus häufen in ihrer durchorganisierten Freizeit bereits früh kulturelles Kapital an, hieraus ergibt sich mitunter ein erheblicher Terminstress im Familienleben,

¹⁰ Betz, T. (2009) Kindheitsmuster und Milieus, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, 17/2009

während die Schule meist nebenbei und ohne größere Schwierigkeiten gemeistert wird. Welche Rolle die unterschiedlichen ethnische Zugehörigkeiten in diesem Zusammenhang spielen, ist bislang eine offene Forschungsfrage.

Abbildung 4: Auffälligkeiten in Gesundheit und Entwicklung bei SchulanfängerInnen `09/10 nach Bildungsschicht



Quelle: eigene Berechnung und Darstellung, Datenbasis: SEU Essen, Mülheim an der Ruhr, Herten `09/10

Im Rahmen dieses Projektes wurde das Zusammenspiel von sozialen und ethnischen Faktoren exemplarisch am **Beispiel von Übergewicht** untersucht. Eine logistische Regressionsanalyse¹¹ zeigt: Die soziale Schichtzugehörigkeit ist für die Erklärung von Übergewicht von zentraler Bedeutung. Darüber hinaus gibt es jedoch – unter statistischer Kontrolle der sozialen Schicht – einen **„ethnischen Faktor“ mit eigenständiger Erklärungskraft**: Das Risiko für Übergewicht von Kindern mit türkischem Migrationshintergrund ist – unter statistischer Kontrolle von Bildungsschicht und Medienkonsum – um den Faktor 2,7 erhöht. Und dieses Ergebnis ist statistisch hoch signifikant. Für alle anderen ethnischen Gruppen lassen sich dagegen keine signifikanten

¹¹ Die logistische Regressionsanalyse ist eine statistische Methode, mit der sich der simultane Einfluss mehrerer unabhängiger Variablen auf eine zweistufige abhängige Variable darstellen lässt. Sie setzt auf der Idee der „Odds“ auf, welche das Verhältnis von Wahrscheinlichkeit (z.B. für Übergewicht) zur Gegenwahrscheinlichkeit (für kein Übergewicht) zum Ausdruck bringen. Als Ergebnis der Regressionsrechnung werden Effektkoeffizienten ermittelt, die den Einfluss jeder

Unterschiede zu den „deutschen“ Kindern nachweisen. Es besteht also eine eigenständige, ethnisch spezifische Benachteiligung in der Gesundheit, die insbesondere die Kinder mit türkischer Zuwanderungsgeschichte trifft. Erforderlich erscheinen daher sehr gezielte Präventionsmaßnahmen.

Tabelle 1: Logistische Regression Übergewicht

Variable	Effekt- koeffizient	Signifikanz
Bildung		0,001
- Referenzkategorie: hohe Bildung		
Geringe Bildung	2,894	0,000
Mittlere Bildung	2,255	0,001
Migrationshintergrund		0,009
- Referenzkategorie: „Deutsch“		
Türkisch	2,698	0,000
Polnisch	1,524	0,273
Serbisch	0,000	0,998
Russisch	1,943	0,296
Sonstige	1,261	0,366
Konsum elektron. Medien tägl. ca. 2 Std. u.m.	1,503	< 0,050
Konstante	0,034	0,000

Datenbasis: SEU Mülheim an der Ruhr `07/^08 + `08/^09 (zusammengefasst)

unabhängigen Variable auf die „Odds“ angeben: Bei Werten größer 1 vergrößert sich das „Risiko“ (z.B. für Übergewicht) um den entsprechenden Faktor, bei Werten kleiner 1 verringert es sich.

2.3 Inanspruchnahme und Wirkung von Kindertageseinrichtungen – insbesondere mit Blick auf die Kinder mit Zuwanderungsgeschichte

Ein **Angebot**, von dem alle Kinder – aber auch gerade die Kinder mit Zuwanderungsgeschichte – besonders profitieren können, stellen die **Kindertageseinrichtungen** (Kita) dar. Sie sind meist das erste institutionalisierte Bildungsangebot, mit dem Kinder in Berührung kommen. In den letzten Jahren hat der Bildungsauftrag der Kita verstärkte öffentliche Aufmerksamkeit erfahren. Ein wichtiger Auslöser dafür waren die Ergebnisse der PISA-Studie. Hinzu kommen neuere Ergebnisse der Säuglings- und Kleinkindforschung sowie der Neurophysiologie¹². Sie bestätigen weitgehend den in der Frühpädagogik schon lange vertretenen Standpunkt, dass sich in den ersten Lebensjahren entscheidende Lernprozesse abspielen. In Kindertageseinrichtungen werden die Kinder in vielfältiger Weise durch das Personal der Einrichtungen gezielt angeregt und gefördert. Zudem kann sich der Kindergartenbesuch auch positiv auf die ganze Familie auswirken: insbesondere durch eine fachkundige Beratung der Eltern und eine Erweiterung der sozialen Netze von Familien¹³. Eine zentrale Aufgabe der Kindertageseinrichtungen ist die Sprachförderung. Sie ist gerade für die Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache von besonderer Bedeutung. Allerdings zeigt die Auswertung im Rahmen dieses Projektes, dass die Kita **von den Kindern mit Zuwanderungsgeschichte häufig erst vergleichsweise spät in Anspruch genommen** werden. Um die 60 % der Kinder besuchen vor ihrem Eintritt in die Schule ungefähr drei Jahre eine Kita. Nur wenige gehen deutlich länger in eine Einrichtung, knapp über 10 %. Das Augenmerk soll hier vor allem auf die Kinder gerichtet werden, die bei Schuleintritt nur auf eine eher kurze Kita-Zeit zurückblicken können. Insgesamt gehen 7 % der Kinder nur ca. ein Jahr oder weniger bis gar nicht in eine KiTa. Ungefähr jedes 4. Kind besucht vor Schuleintritt ca. zwei Jahre eine Kindertageseinrichtung. Nimmt man die beiden letztgenannten Kategorien zusammen, so haben insgesamt mehr als 30 % der Kinder eine eher kurze KiTa-Besuchsdauer. Bei den Kindern mit Migrationshintergrund sind es ca. 40 %.

¹² für einen Überblick hierzu siehe auch: Landtag Nordrhein-Westfalen, Bericht der Enquetekommission (2008) Chancen für Kinder. Rahmenbedingungen und Steuerungsmöglichkeiten für ein optimales Betreuungs- und Bildungsangebot in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

¹³ Vgl. Tietze, W. (1998) Wie gut sind unsere Kindergärten? Eine Untersuchung zur pädagogischen Qualität in deutschen Kindergärten, Neuwied

Tabelle 2: Dauer des KiTa-Besuchs, dargestellt nach Erstsprache

Dauer KiTa-Besuch	Insgesamt in %	Deutsche Erstsprache in %	Nicht-deutsche Erstsprache in %
ca. ein Jahr o. weniger	7,0	5,3	11,1
ca. zwei Jahre	24,2	22,2	29,0
ca. drei Jahre	57,7	60,0	52,4
ca. vier Jahre o. mehr	11,1	12,6	7,5

Datenbasis: SEU aller projektbeteiligten Städte `09/10

Betrachtet man auch hier wieder das Zusammenwirken von verschiedenen Faktoren der sozialen Lage, so zeigt sich: Zur statistischen Vorhersage einer eher kurzen Kita-Besuchsdauer von ca. zwei Jahren oder weniger eignen sich eine ganze Reihe von sozialen Indikatoren, die jeweils einen eigenständigen Einfluss auf die Dauer der Kita-Inanspruchnahme ausüben: das familiäre Bildungsniveau, die Erwerbsbeteiligung von Mutter und Vater, die Familienkonstellation. Eine eigenständige Bedeutung hat auch ein möglicher Migrationshintergrund: Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache tragen ein um den Faktor 1,4 erhöhtes Risiko für einen nur kurzen Kita-Besuch – und zwar unter statistischer Kontrolle der übrigen genannten Variablen. Dies könnte u.a. auf kulturell bedingte Vorbehalte gegen frühe institutionelle Bildungsangebote unter den Eltern mit Migrationshintergrund oder Prozesse institutioneller Diskriminierung hindeuten.

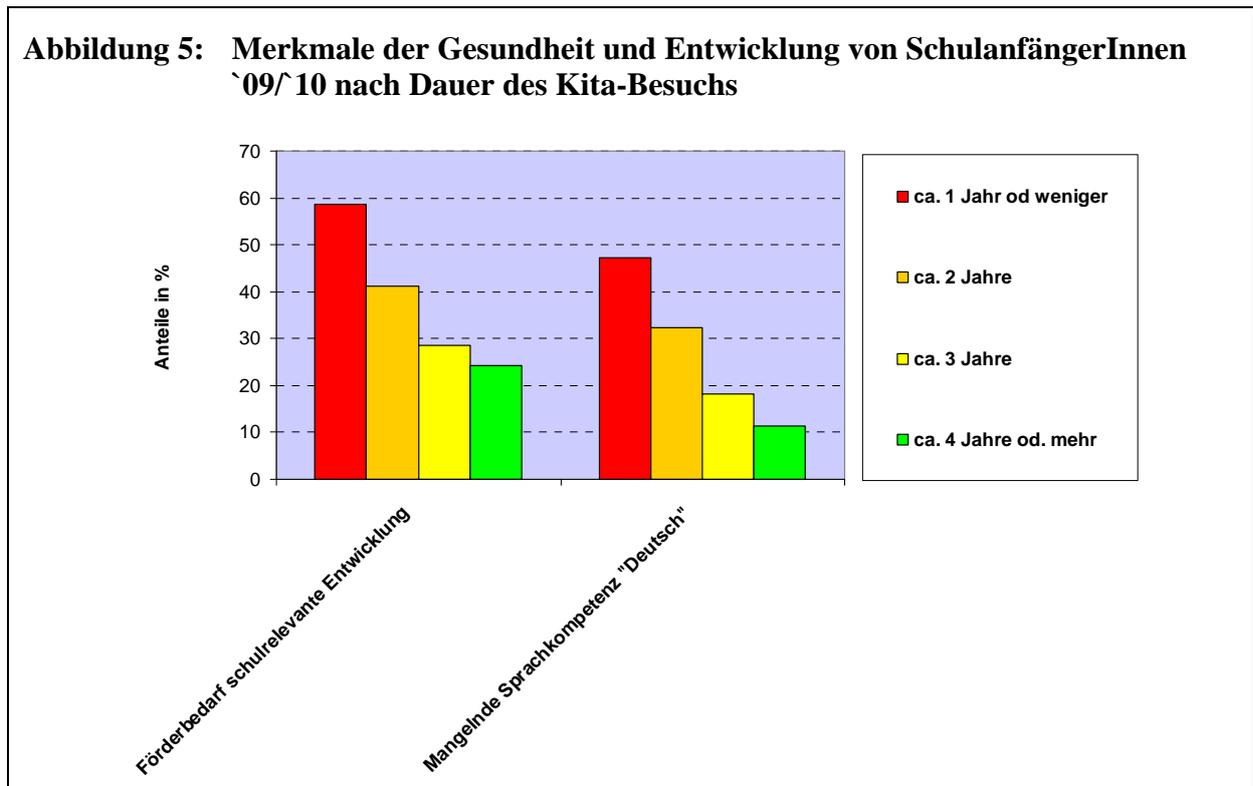
Dabei zeigen die Auswertungen zugleich deutlich, dass sich **ein früher Kita-Besuch lohnt** – auch und gerade für diese Kinder: Betrachtet man nämlich die Häufigkeit von Förderbedarfen in der schulrelevanten Entwicklung sowie von Mängeln in der Sprachkompetenz in „Deutsch“ nach der Dauer des Kita-Besuchs, so wird ein klarer Zusammenhang erkennbar:

- Bei einem Kita-Besuch von nur einem Jahr oder noch weniger sind knapp 60 % der Kinder förderbedürftig; knapp 50 % weisen eine mangelnde Sprachkompetenz in der deutschen Sprache auf.
- Die Anteile der auffälligen Kinder verringern sich mit zunehmender Kita-Dauer stufenweise immer weiter. Nach einer Kita-Besuchsdauer von ca. vier Jahren oder mehr hat sich der Anteil förderbedürftiger Kinder auf ca. 25 % verringert, derjenige mit mangelnder Sprachkompetenz liegt bei „nur“ noch 11 %.

Betrachtet man noch einmal gesondert die Häufigkeit von Mängeln in der Sprachkompetenz in „Deutsch“ unter den **Kindern mit nicht-deutscher Erstsprache**, so zeigt sich:

- Bei nur ca. einem Kitajahr weisen $\frac{3}{4}$ der Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache (75,3 %) eine mangelnde deutsche Sprachkompetenz auf.
- Nach zwei Jahren Kita-Besuch verringert sich der Anteil auf ca. $\frac{2}{3}$ (66,3 %); nach drei Jahren liegt er bei ungefähr der Hälfte (50,9 %) – und fällt bei überdurchschnittlich langem Kita-Besuch dann noch weiter ab (41,7 %).

Abbildung 5: Merkmale der Gesundheit und Entwicklung von SchulanfängerInnen `09/10 nach Dauer des Kita-Besuchs



Quelle: eigene Berechnung und Darstellung, Datenbasis: SEU aller projektbeteiligten Städte `09/10

Die dargestellten Unterschiede müssen jedoch nicht unbedingt auf die Dauer des Kita-Besuchs zurückzuführen sein. Denn wir haben oben gesehen, dass Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund und Kinder in eher schwierigen sozialen Lagen oft nur vergleichsweise kurz eine Kita besuchen. Eben diese Kinder haben überdurchschnittlich häufig Auffälligkeiten in der Sprachkompetenz und schulrelevanten Entwicklung. Um etwas zur **Kita-Wirkung** auszusagen, braucht es deshalb wiederum eine simultane Betrachtung mehrerer Einflussgrößen. In einer logistischen Regressionsanalyse anhand der Daten aus Essen und Mülheim an der Ruhr zeigt sich, dass erwartungsgemäß insbesondere Kinder mit

nichtdeutscher Erstsprache ein drastisch erhöhtes Risiko für eine mangelnde Sprachkompetenz in der deutschen Sprache aufweisen. Aber auch eine weitere Reihe sozialer Benachteiligungen gehen mit gehäuften Mängeln in der deutschen Sprachkompetenz einher, insbesondere eine geringe formale Bildung der Eltern („Risikofaktor“: 3,4). Die Dauer des Kita-Besuchs spielt dabei eine signifikante eigenständige Rolle – unter statistischer Kontrolle all der in Tabelle 3 aufgelisteten übrigen Indikatoren zur sozialen Lage. **Eine eher kurze Dauer des Kita-Besuchs von ca. zwei Jahren oder weniger erhöht das Risiko einer mangelnden Sprachkompetenz in „Deutsch“ zum Schulbeginn um den Faktor 2,1.**

Tabelle 3: Logistische Regression mangelnde Sprachkompetenz „Deutsch“

Variable	Effekt- koeffizient	Signifikanz
Nichtdeutsche Erstsprache	9,346	0,000
Bildung		0,000
- Referenzkategorie: hohe Bildung		
Geringe Bildung	3,440	0,000
Mittlere Bildung	1,981	0000
Mutter arbeitslos / nicht erwerbstätig	2,015	0,000
Vater arbeitslos / nicht erwerbstätig	1,450	0,008
Kinderreich (drei Kinder u.m.)	1,868	0,000
<i>Kurze Kita-Besuchszeit</i>	2,089	0,000
Konstante	0,017	0,000

Datenbasis: SEU Essen, Mülheim an der Ruhr `09/10

Die Analyse zeigt also: Ein früher Kita-Besuch wirkt positiv – auch und gerade auf die von Benachteiligungen bedrohte Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund. Ein solch positiver Effekt einer längeren Kita-Besuchsdauer lässt sich nicht nur für den Abbau von Defiziten in der Sprachkompetenz zeigen, sondern auch für den **Abbau von Förderbedarfen in der schulrelevanten Entwicklung der Kinder** nachweisen.

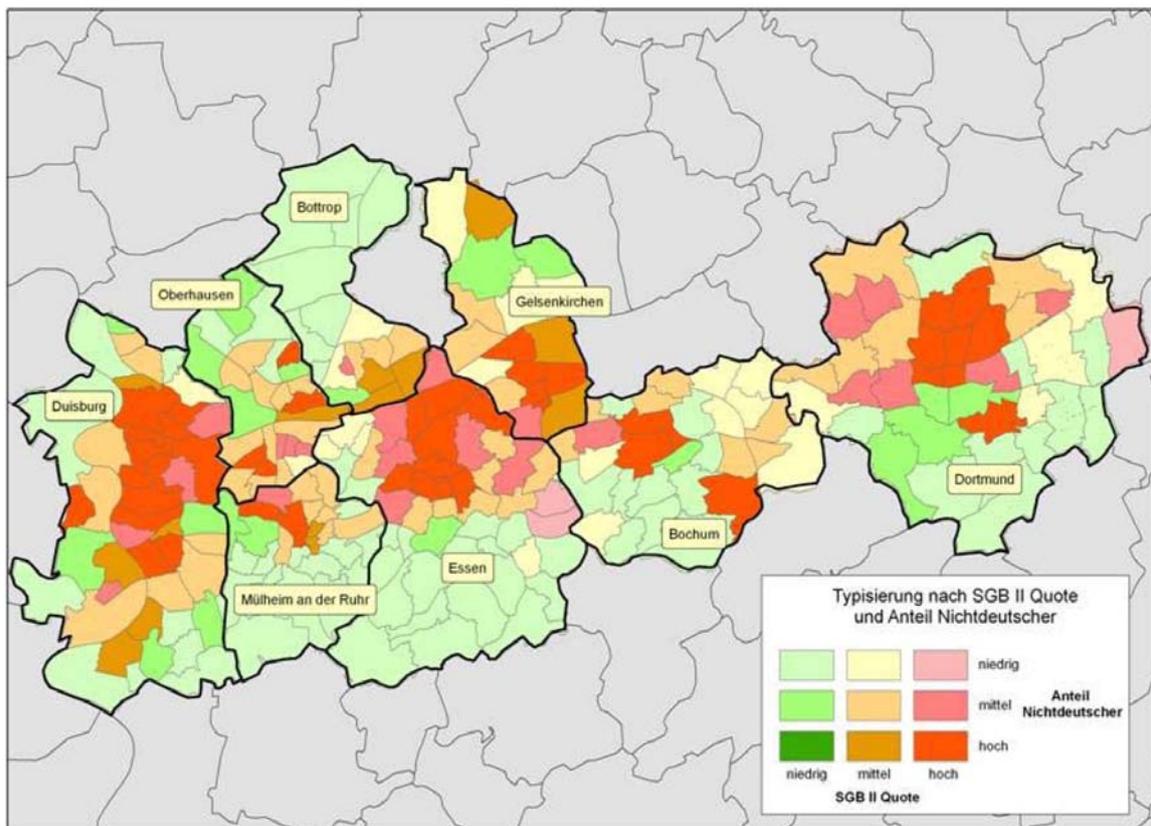
Die Kinder mit nur relativ kurzer Dauer des Kita-Besuchs (ca. zwei Jahre oder weniger) lassen sich auch **kleinräumig verorten**. Betrachtet man hierzu die beiden folgenden Abbildungen 6 und 7, so werden zwei Ergebnisse deutlich:

- 1.) Es gibt **erhebliche Unterschiede** in den Anteilen der Kinder mit kurzem Kita-Besuch **in den Ruhrgebietsstadtteilen**. Die Werte reichen von 0 bis zu knapp 60 % der Kinder. Der Mittelwert liegt bei 22,3 % bei einer Standardabweichung von 12,4. Dabei sind die Kinder mit kurzer Kita-Besuchsdauer verstärkt in solchen „Stadtteilen“¹⁴ anzutreffen, in denen das Bildungsniveau der Eltern gering und der Anteil an MigrantInnen (gemessen über die Erstsprache der Kinder) hoch ist. Dabei stellt sich die Frage, ob sich diese Unterschiede allein durch das unterschiedliche Verhalten der Eltern bei der Inanspruchnahme frühkindlicher Bildungsangebote erklären lassen, oder ob hier nicht auch unterschiedliche gute **Ausstattungen** der Teilräume mit den entsprechenden Bildungsangeboten bedeutsam sind.
- 2.) Dafür, dass die kommunale und lokale Angebotssituation durchaus eine Rolle spielt, sprechen auch die **erheblichen Niveau-Unterschiede**, die sich **zwischen den Städten** beobachten lassen. So reichen die Anteile von Kindern mit kurzer Kita-Besuchsdauer von im Schnitt 8,8 % in den Hertener Stadtteilen über 15,9 % in den statistischen Bezirken Mülheims bis zu 28,7 % in den Stadtteilen Essens. Die Abbildung 6 zeigt: In Essen wie in Herten steigen mit den Anteilen gering gebildeter Eltern im „Stadtteil“ die Anteile der Kinder mit nur kurzem Kita-Besuch. Dieser Anteil fällt in Essen aber systematisch höher aus als in Herten. Mülheim an der Ruhr nimmt hier eine mittlere Position ein.

¹⁴ Eine Begriffserklärung findet sich im Glossar.

Indikatoren stehen für eher benachteiligte Lebenslagen. Dabei werden erhebliche kleinräumige Unterschiede sichtbar: Schwierige Lebenslagen sind im Ruhrgebiet insbesondere in dem durch Schwerindustrie und Arbeitersiedlungen geprägten Norden sowie in den innenstadtnahen Lagen anzutreffen.

Abbildung 7: Kleinräumige Segregation in ausgewählten Ruhrgebietsstädten



Quelle: Kersting, V.; Meyer, C.; Strohmeier, K.P.; Terpoorten, T. (2009) Die A40 – der Sozialäquator des Ruhrgebiets, in: Prosek, A.; Schneider, H.; Wetterau, B; Wessel, H.A.; Wiktorin, D. (Hg.) Atlas der Metropole Ruhr. Vielfalt und Wandel des Ruhrgebiets im Kartenbild, Köln

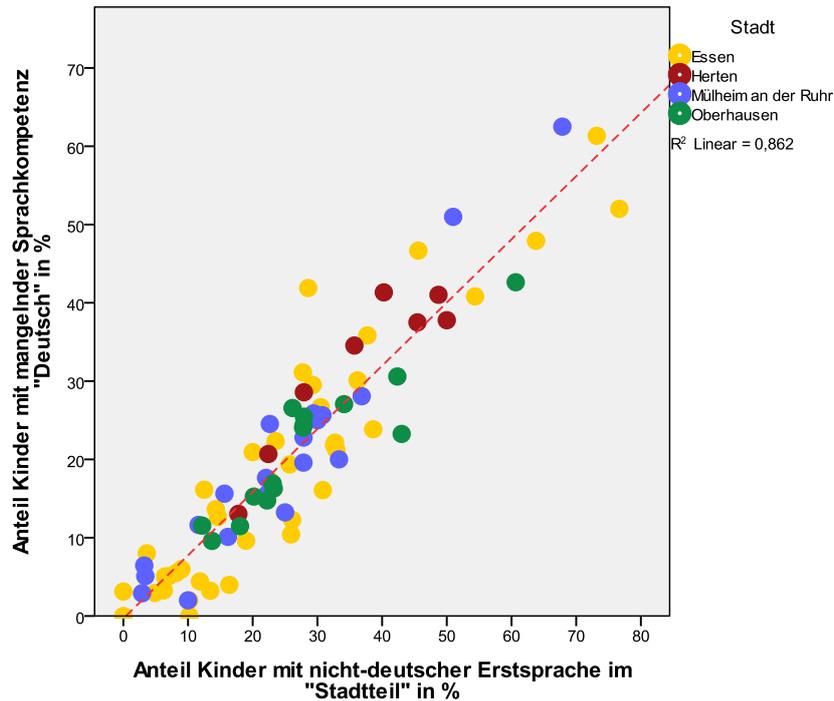
Vor diesem Hintergrund ergeben sich auch erhebliche kleinräumige Unterschiede im Hinblick auf die Gesundheit und Entwicklung der Kinder. Dabei lässt sich zwischen **Kompositions- und Kontexteffekten** unterscheiden: Denn kleinräumige Unterschiede in Morbidität und Mortalität können prinzipiell auf zwei Weisen erklärt werden: durch die Unterschiede in der Sozialstruktur der jeweiligen Bevölkerung (Kompositionseffekte) oder durch die Bedingungen in den räumlichen Einheiten selbst, z.B. im Hinblick auf die Verkehrsbelastung (Kontexteffekte)¹⁶. Dabei können unterschiedliche Merkmale der räumlichen Umwelt von

¹⁶ Kawachi, I.; Bergman, L.F. (2003) Introduction, in: Diesselb. (Hg.) Neighborhoods and Health, Oxford

Bedeutung sein: So prägt das „soziale Milieu“ in den Quartieren die Chancen der Bewohner für Interaktion und Sozialisation. Zugleich bestimmen die Qualität des Wohnumfeldes und die Ausstattung mit institutionellen Einrichtungen die Handlungsoptionen der Bewohner. **Das kann dazu führen, dass sich sozial benachteiligte Gruppen nicht nur in bestimmten Quartieren konzentrieren, sondern diese Quartiere auch selbst benachteiligend wirken.** Unabhängig von der etwas akademischen Frage nach Kompositions- und Kontexteffekten kommt **dem Raum eine wichtige Bedeutung als Interventions- und Präventionsebene** zu.

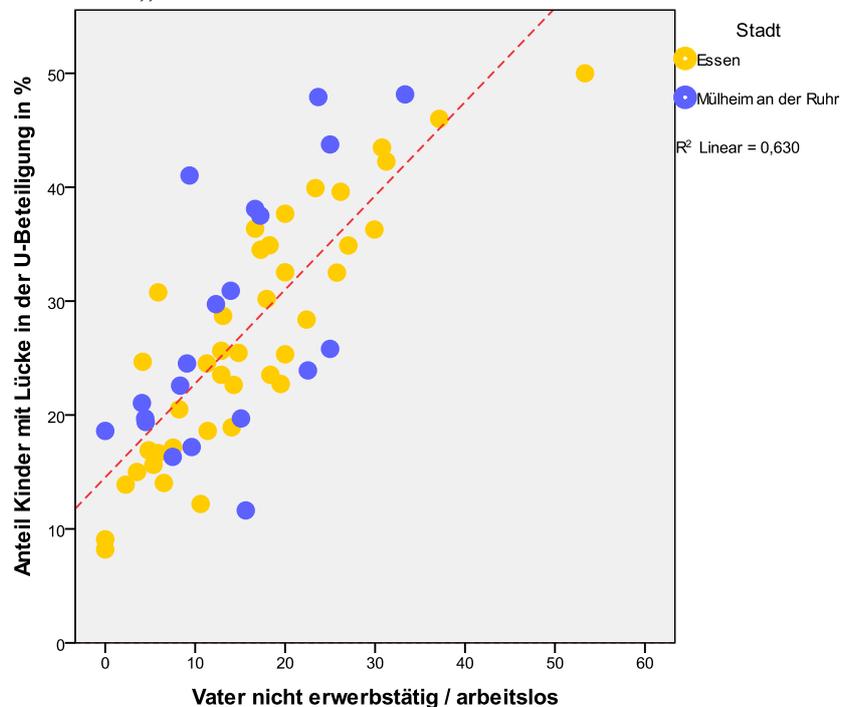
Zwischen den „Stadtteilen“ der beteiligten Ruhrgebietsstädte gibt es ganz erhebliche Unterschiede – sowohl im Hinblick auf die soziale Lage der Kinder, wie auch im Hinblick auf ihren Gesundheits- und Entwicklungsstand. So gibt es „Stadtteile“, in denen keine einzige Familie eine geringe Bildung aufweist, und solche, in denen weit über die Hälfte der Kinder (56,9 %) Eltern mit geringer Bildung haben. Es gibt „Stadtteile“, in denen kein einziges Kind mit Migrationshintergrund eingeschult wird (gemessen über die Erstsprache), und es gibt solche, in denen drei Viertel der Kinder einen Migrationshintergrund haben. Große Unterschiede zwischen den „Stadtteilen“ bestehen auch im Hinblick auf den Gesundheits- und Entwicklungsstand der Kinder: In einigen Stadtteilen gibt es kein einziges Kind mit mangelnder Sprachkompetenz in „Deutsch“, in anderen weisen über 60 % einen Mangel in der Sprachkompetenz auf. Und es gibt Stadtteile mit ungefähr 10 % förderbedürftiger Kinder, und es gibt solche, in denen an die 70 % der Kinder einen besonderen Förderbedarf im Hinblick auf ihre schulrelevante Entwicklung aufweisen. **Diese Unterschiede tragen einen sehr systematischen Charakter: die „Stadtteile“, in denen viele Eltern mit geringer Bildung wohnen, wo viele Väter arbeitslos oder nicht erwerbstätig sind, und wo die Erstsprache der Kinder häufig nicht-deutsch ist, sind zugleich die Stadtteile, in denen viele Kinder Mängel in der deutschen Sprachkompetenz aufweisen, die U-Beteiligung z.T. lückenhaft ist, und die Kinder überdurchschnittlich oft förderbedürftig und übergewichtig sind.** Am stärksten fällt der Zusammenhang zwischen dem Anteil der Kinder mit nicht-deutscher Erstsprache im Stadtteil und dem Anteil der Kinder mit mangelnder Sprachkompetenz in „Deutsch“ aus (s. Abbildung 8). Aber auch für weitere Indikatoren lassen sich recht klare Zusammenhänge beobachten (s. Abbildung 9).

Abbildung 8: Anteil nicht-deutschsprachiger Kinder und Sprachkompetenz in den „Stadtteilen“



Quelle: eigene Berechnung und Darstellung, Datenbasis: SEU Essen, Mülheim an der Ruhr, Oberhausen, Herten `09/10

Abbildung 9: Anteil Vater arbeitslos / nicht erwerbstätig und U-Beteiligung in den „Stadtteilen“



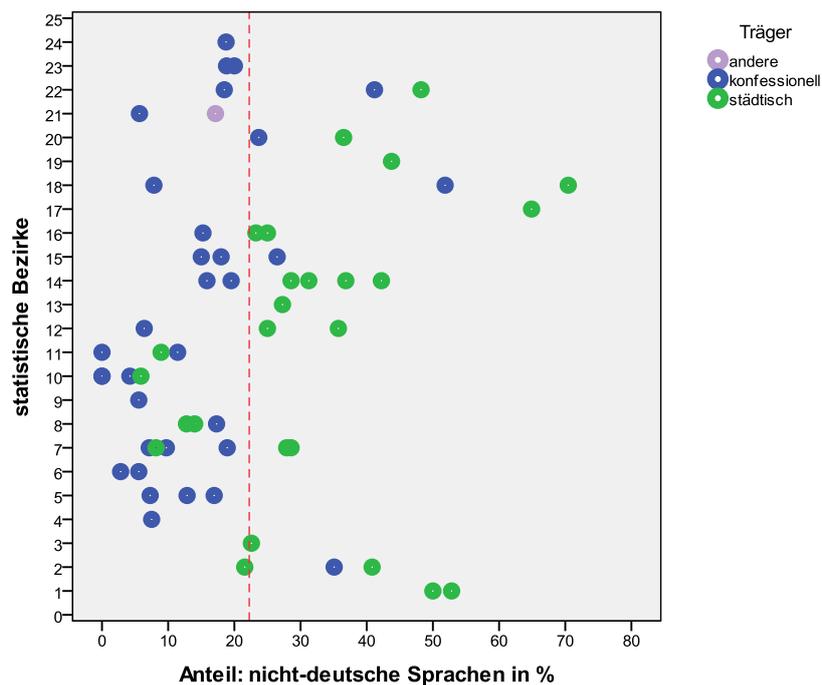
Quelle: eigene Berechnung und Darstellung, Datenbasis: SEU Essen, Mülheim an der Ruhr `09/10

Solche kleinräumigen Verknüpfungen zwischen Indikatoren zur sozialen Lage und der Kindergesundheit können bei der **Entwicklung praktischer Handlungsansätze** äußerst hilfreich sein:

- Durch sie können sinnvolle räumliche Schwerpunkte bei der Planung präventiver Maßnahmen gesetzt und legitimiert werden. Denn heute setzt sich immer mehr die Einsicht durch, dass „**Ungleiches**“ **auch „ungleich behandelt**“ werden muss.
- Es werden zugleich wichtige **Informationen über relevante Kontextbedingungen** mitgeliefert, die bei der Maßnahmenplanung Berücksichtigung finden sollten.
- Über den räumlichen Zugang werden zudem **weitere einzubeziehende Akteure und „Settings**“ (wie Kindergärten, Schulen, Sportvereine im Stadtteil, etc.) identifizierbar.
- Dies eröffnet auch eine Perspektive zur **Integration von Gesundheits-, Bildungs-, Sozial- und Stadtteilerneuerungspolitik**¹⁷.

Für die Planung ganz konkreter Maßnahmen reicht es u.U. aber nicht immer aus, allein auf die Teilräume zu schauen. Vielmehr erweist es sich als sinnvoll, **einzelne Einrichtungen** in den Blick zu nehmen. Denn auch innerhalb eines Gebietes können erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen „Settings“ – z.B. den **Kindertagesstätten** – bestehen, wie eine Auswertung des Mülheimer Kindergartenscreenings „Füchse“ belegt (s. Abbildung 10). In der folgenden grafischen Darstellung sind die statistischen Bezirke Mülheims in Zeilen abgebildet. Die Positionen der einzelnen Punkte auf dieser Horizontalen geben dabei die Anteile nicht-deutschsprachiger Kinder in den KiTa's an, die innerhalb der jeweiligen Bezirke liegen. Die gestrichelte Vertikale markiert den Durchschnittswert über alle KiTa's. Hier werden erhebliche Unterschiede zwischen den KiTa's deutlich – z.T. auch innerhalb desselben Bezirks. Die Anteile nicht-deutschsprachiger Kinder korrespondieren dabei oftmals mit der Trägerschaft: In den konfessionellen Einrichtungen liegen die Anteile der Kinder mit einer anderen Muttersprache als „Deutsch“ meist unter dem Durchschnitt (d.h. links), in den städtischen Einrichtungen dagegen oft darüber (also rechts). Diese Unterschiede zwischen den KiTa's in der Sozialstruktur gehen oftmals mit entsprechenden Unterschieden im kindlichen Entwicklungsstand einher.

¹⁷ Amonn, J.; Kersting, V.; Strohmeier, K.P.(2008) Schritte zu einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen. Endbericht. LIGA.Fokus1, Düsseldorf/Bochum

Abbildung 10: Anteile nicht-deutschsprachiger Kinder nach „Stadtteil“ und KiTa

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung, Datenquelle: Mülheimer Kindergartenscreening „Füchse“ 2004-2008 (zusammen gefasst)

Eine solche institutionelle Betrachtung kann **eine wichtige Ergänzung der sozialräumlichen Perspektive** darstellen, die gute Anknüpfungspunkte für die Planung konkreter Maßnahmen und Projekte bietet. Für den Gesundheitsbereich lässt sich hier unmittelbar an das von der WHO entwickelte **„Setting“-Konzept** anknüpfen. Der Setting-Ansatz ist eine Schlüsselstrategie der Gesundheitsförderung. Ihm liegt die Idee zugrunde, dass Gesundheit kein abstraktes Ziel ist, sondern im Alltag hergestellt und aufrechterhalten wird. Im Unterschied zur traditionellen Gesundheitserziehung wird dabei nicht der einzelne Mensch in den Vordergrund der Interventionen gestellt, sondern das „soziale System“. Die Fokussierung auf definierte „Settings“ wie KiTa's oder Schulen ermöglicht es, Zielgruppen und Akteure genauer zu bestimmen, Zugangswege zu definieren und die vorhandenen Ressourcen zu nutzen¹⁸.

¹⁸ Altgeld, T. (2004): Gesundheitsfördernde Settings – Modelle für integrative Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen, in: Regiestelle E&C der Stiftung SPI, E&C-Fachforum. Perspektive: Gesunder Stadtteil. Gesundheitsfördernde Settingansätze und Jugendhilfestrategie in E&C-Gebieten, Berlin

3. Praktische Nutzung der Ergebnisse

Im Rahmen von **Expertengesprächen** in den projektbeteiligten Städten und Kreisen wurden viele Beispiele guter Praxis bei der Generierung, Vermittlung und Verwendung von Ergebnissen zur Kindergesundheit auf Basis der Schuleingangsuntersuchung herausgearbeitet.

3.1 Erhebung und Auswertung

Dabei wurden **viele innovative Erhebungs- und Auswertungskonzepte** aufgezeigt, die gute Anknüpfungspunkte für praktische Verbesserungen liefern. Bei der Auswertung der SEU-Daten spielen in den projektbeteiligten Städten verschiedene **Akteure** eine Rolle: der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, die Gesundheitsberichterstattung und die Stadtforschung/Statistik. Dabei lassen sich in den verschiedenen Kommunen unterschiedliche Konstellationen beobachten.

- Bei der Auswertung stehen oftmals ähnliche **Gesundheitsindikatoren** im Mittelpunkt des Interesses: Häufig genannt werden Indikatoren zum Entwicklungsstand der Kinder, zu Übergewicht, Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen und Impfstatus.
- Bei der **Erfassung des Migrationshintergrundes** haben die Kommunen jeweils eigene, z.T. voneinander abweichende Lösungen entwickelt. Ziel dieses Projektes war es deshalb, einen gemeinsamen Vorschlag für eine stärker standardisierte und damit vergleichbare Abbildung der Zuwanderungsgeschichte von Kindern im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung zu erarbeiten (s. hierzu 3.1).
- In allen projektbeteiligten Kommunen werden darüber hinaus inzwischen mithilfe freiwilliger Elternfragebögen **Angaben zur „Soziodemographie und Lebenssituation“** erhoben. Hierzu gibt es eine Empfehlung von LIGA.NRW, an der sich die Kommunen orientieren.
- Zum Teil enthalten diese Elternfragebögen auch **Zusatzfragen zu „Lebensumständen und Verhalten“** (Essen, Mülheim an der Ruhr, Oberhausen). Im Rahmen des Projektes wurden solche Fragestellungen gesammelt und diskutiert, um einen Pool gemeinsam empfohlener Zusatzfragen zu gewinnen (Kapitel 3.2). Die Auswertungen der Stadt Mülheim an der Ruhr zu dieser Thematik zeigen, dass z.B. der Fernsehkonsum oder die Aktivität in einem Sportverein relevant sind und sich positiv oder negativ auf die Gesundheit und Entwicklung der Kinder auswirken. Entsprechende Effekte lassen sich

auch unter Kontrolle der jeweiligen sozialen Lage nachweisen. Dies erscheint insbesondere mit Blick auf die Entwicklung praktischer Handlungsansätze wichtig, denn solche Analysen können Hinweise auf kommunale Stellschrauben liefern: Ein Migrationshintergrund der Eltern lässt sich nämlich nicht beeinflussen. Das kindliche Freizeitverhalten aber schon.

- Alle projektbeteiligten Städte erheben **geografische Merkmale**, die kleinräumige Auswertungen ermöglichen. Diese orientieren sich an den in der Stadt gängigen kleinräumigen Gliederungen. Dabei bietet sich zur Dokumentation eine möglichst kleine Gliederungsebene an, während für Auswertungen in der Regel „mittlere“ Einheiten von 5.000 bis 10.000 Einwohnern notwendig sind, da erst auf einer solchen Ebene ausreichende Fallzahlen erreicht werden. Bei solchen Betrachtungen zeigt sich oft eine kleinräumige Konzentration von Problemlagen. Ein gutes Beispiel für kleinräumige Auswertungen bietet die Stadt Bochum, wo Daten der Schuleingangsuntersuchungen auf räumlicher Ebene mit weiteren Sozialindikatoren in Beziehung gesetzt und die Teilräume mit Hilfe einer Clusteranalyse typisiert wurden. Ein anderes gutes Beispiel stellt der Bericht des Kreises Recklinghausen dar¹⁹. Hier werden kleinräumige Differenzen auf der Ebene der 125 „Stadtteile“ dargestellt. Die Auswertung erfolgt u.a. anhand der zusammenfassenden Indikatoren „Lernressourcen“ und „Gesundheitsrisiken“. Dabei zeigen sich deutliche Zusammenhänge zwischen dem elterlichen Bildungsstand im Stadtteil und den dortigen „Lernressourcen“ und „Gesundheitsrisiken“ der Kinder.
- In allen projektbeteiligten Städten werden darüber hinaus auch einzelnen „Settings“ wie Kita und Grundschulen dokumentiert und ausgewertet. Dies geschieht in enger Abstimmung mit den zuständigen Fachämtern sowie einzelnen Einrichtungen, meist vor allem zum internen Arbeitsgebrauch. So wurde in Essen z.B. eine interne Aufstellung der **Kindertageseinrichtungen** nach der „Häufigkeit der Abweichungen vom Normalgewicht“ und dem Sozialstatus gebildet. Auf dieser Basis wurde die Verteilung von Sponsorengeldern organisiert, um eine gesunde Ernährung mit viel Obst und Gemüse zu gewährleisten. Mülheim an der Ruhr nutzt die SEU-Daten zur qualitativen Weiterentwicklung der Kita-Angebote: Umfangreiche Auswertungen zeigten dort ganz erhebliche Unterschiede zwischen den Kita; zum einen im Hinblick auf die soziale Lage der Kinder, zum anderen im Hinblick auf ihren Gesundheits- und Entwicklungsstand. Zwischen beidem besteht dabei ein relativ enger Zusammenhang: Dort, wo die soziale

Lage schwierig ist, steht es schlecht um die Gesundheit und Entwicklung der Kinder – und umgekehrt. Es gibt jedoch auch Einrichtungen, die von diesem Muster abweichen. So gibt es Kita mit sehr schwierigen sozialen Bedingungen, in denen die Kinder deutlich besser abschneiden, als man angesichts des sozialen Hintergrundes erwarten würde. Diese Ergebnisse wurden in Kooperation mit dem Amt für Kinder, Jugend und Schule auf einer gemeinsamen Konferenz gegenüber den Kita-LeiterInnen vorgestellt. Sie sollen im Rahmen eines „Qualitätsdialoges“ zur Weiterentwicklung der Qualität in den Kita genutzt werden.

- In Mülheim an der Ruhr gibt es neben der Schuleingangsuntersuchung zudem ein aufwendiges **Kindergartenscreening**. Das Projekt wurde vor einigen Jahren von der Gesundheitskonferenz initiiert, um den steigenden Anteilen entwicklungsauffälliger Kinder bei der Schuleingangsuntersuchung entgegen zu wirken. Dabei gehen seit 2004 Sozialmedizinische Assistentinnen des Gesundheitsamtes in die KiTa's und untersuchen die Kinder im Alter von 3 ½ bis 4 ½ Jahren auf ihre altersgemäße Entwicklung. Fast alle Kita in der Stadt beteiligen sich an dem Projekt. Es dient in erster Linie der individuellen Beratung der Eltern und der ErzieherInnen. Die Daten werden darüber hinaus zentral beim Gesundheitsamt gesammelt, das damit über eine weitere sehr umfassende Quelle zur Berichterstattung über die Kindergesundheit in der Stadt verfügt. Auswertungen zeigen, dass sich die Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage und der Gesundheit und Entwicklung der Kinder sowie die großen Unterschiede zwischen Räumen und „Settings“ schon deutlich vor den Schuleingangsuntersuchungen beobachten lassen. Das spricht dafür, dass es sinnvoll ist, mit gezielten Fördermaßnahmen bereits sehr früh anzusetzen.
- Die Daten der Schuleingangsuntersuchungen werden zum Teil auch nach den **Grundschulen** ausgewertet. In Mülheim an der Ruhr wurde sie im Auftrag des Amtes für Kinder, Jugend und Schule zur Entwicklung von „Schulsozialindices und -profilen“ genutzt. Mit Hilfe der SEU-Daten wurden die sozialen Hintergründe, die bisherige kindliche Förderung sowie die Bildungsressourcen und -defizite der Kinder an den Grundschulen genau beschrieben. Dabei zeigt sich: Es gibt ganz erhebliche Unterschiede zwischen den Einrichtungen – und die weisen meist in ein und dieselbe Richtung: Es gibt benachteiligte Schulen, an denen die eingeschulten Kindern aus schwierigen sozialen Verhältnissen kommen, bislang wenig gefördert wurden und erhebliche Defizite in der

¹⁹ Kreis Recklinghausen; der Landrat; das Gesundheitsamt (Hg.) (2010) Vielfalt der Lebenswelten. Lebenssituation, Entwicklung und Gesundheit der Einschulungskinder. Eine Querschnittsuntersuchung der Einschulungsjahrgänge 2006 bis 2009, Recklinghausen

Bildung aufweisen – und es gibt privilegierte Schulen, an denen sich ein genau umgekehrtes Bild ergibt. Und eben diese Bedingungen prägen bereits in einem sehr hohen Maße die Bildungsergebnisse am Ende der Grundschulzeit. Solche Ergebnisse wurden kürzlich in die bildungspolitische Debatte und die Schulentwicklungsplanung der Stadt eingespielt und erzielten große Resonanz.

Manche Kommunen werten die Daten der Schuleingangsuntersuchung **regelmäßig** jährlich aus und verwenden diese für **Monitoring-Zwecke**, zum Beispiel in der Form von Jahresberichten (Recklinghausen). In allen Kommunen sind die beteiligten Akteure mit gezielten **Anfragen Dritter** zum Thema Kindergesundheit konfrontiert, beispielsweise von Stadtteilbüros, Schulleitern, dem Bündnis für Familie, etc. Die Beantwortung solcher Datenanfragen gehört in allen projektbeteiligten Städten zum Alltag. In manchen Kinder- und Jugendmedizinischen Diensten (z.B. Essen und Recklinghausen) werden zudem gezielte interne Auswertungen zur eigenen **Qualitätssicherung** durchgeführt.

3.2 Berichterstattung und Kooperation

Die Kinder- und Jugendmedizinischen Dienste verfügen über **unterschiedliche Berichts- und Kooperationsbeziehungen**. In allen projektbeteiligten Städten erfolgt eine mehr oder weniger systematische Berichterstattung von Auswertungsergebnissen an die kommunalen Akteure. Die **Adressaten der Berichterstattung** sind vielfältig: Die Berichte wenden sich an: die breite Öffentlichkeit, die Stadtspitze (z.B. Verwaltungsvorstand), die Stadtpolitik, insbesondere die Ausschüsse, an die Kommunale Gesundheitskonferenz, an Akteure aus dem Bildungsbereich (z.B. Schulleiter), an Akteure aus der Integrationsarbeit sowie an raumbezogen agierende Akteure (z.B. Stadtteilkonferenzen).

- Essen und Recklinghausen haben in der jüngsten Zeit bereits umfangreiche **Berichte** veröffentlicht, die sich an eine breite **Öffentlichkeit** wenden. Das Essener Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen hat 2009 unter dem Titel „Soziale Einflüsse auf die Gesundheit von Schulanfängerinnen und Schulanfängern in Essen“ in Kooperation mit dem Gesundheitsamt eine Analyse der Schuleingangsuntersuchungen 2000 bis 2007 herausgebracht²⁰. Der Kreis Recklinghausen hat seine Querschnittauswertung der

²⁰ Stadt Essen, Der Oberbürgermeister, Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen im Auftrag des Gesundheitsamtes (2009) Soziale Einflüsse auf die Gesundheit von Schulanfängerinnen und Schulanfängern in

Einschulungsjahrgänge 2006 bis 2009 unter den Titel „Vielfalt der Lebenswelten“ gestellt²¹. Über eine solche systematische Berichterstattung hinaus findet in einzelnen Städten eine relativ intensive **Pressearbeit** statt. So wurden z.B. Essener Ärztinnen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes bei der Durchführung der Schuleingangsuntersuchungen über mehrere Monate von zwei Fernsehteams begleitet.

- Die meistverwendete Berichtsform sind **Rats- und Ausschussvorlagen**, gegebenenfalls ergänzt um mündliche Powerpoint-Präsentationen. Dabei werden bestimmte Ausschüsse, die dem jeweiligen Dezernat zugeordnet sind, standardmäßig bedient. Zum Teil kommen auch gezielte Anfragen aus weiteren Ausschüssen, beispielsweise dem Kulturausschuss. Ergebnisse zum frühkindlichen Bildungs- und Leseverhalten wurden dort z.B. in Essen mit hohem Interesse aufgenommen und fanden Eingang in die Diskussion um die Schließung von Stadtteilbibliotheken. In Mülheim an der Ruhr wurden die Auswertungsergebnisse im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales vorgestellt und zusätzlich intensiv in separaten Terminen mit verschiedenen Ratsfraktionen erörtert.
- Zentrale gesundheitspolitische Akteure und wichtige Adressaten der Berichterstattung sind die **Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK)**. Hier gibt es oftmals spezielle Arbeitskreise, die sich mit der Kindergesundheit oder einzelnen Aspekten – z.B. seelische Gesundheit in der Kindheit – befassen. In den Gesundheitskonferenzen sind sowohl die Vertreter der Fachverwaltung wie politische Repräsentanten aus den Ratsfraktionen vertreten. Das Verhältnis zwischen Politik und Verwaltung scheint sich dabei in den projektbeteiligten Städten unterschiedlich darzustellen. Während aus Bochum von einer intensiven Beteiligung der Ratsfraktionen an gesundheitspolitischen Diskussionen in der KGK berichtet wurde, scheint in Oberhausen ein deutliches Übergewicht der Verwaltung zu bestehen, die wesentliche Entscheidungen über die KGK vorbereitet.
- Eine Art „Gesundheitskonferenz im Kleinen“ stellen die „**Runden Tische**“ zum Thema Kindergesundheit in den kreisangehörigen Städten des Kreises Recklinghausen dar. In ihnen kommen Fachleute aus medizinischen, pädagogischen, psychologischen und sozialen Arbeitsfeldern zusammen, um gemeinsam Probleme zu identifizieren und geeignete Handlungsansätze zu entwickeln. Diese Arbeit ist auf die hohe Bereitschaft zu

Essen. Analyse der Schuleingangsuntersuchungen 2000 bis 2007. Beiträge zur Stadtforschung 52, Essen (http://www.essen.de/Deutsch/Rathaus/Aemter/Ordner_53/Downloads/Bericht_Schuleingang2000_2007.pdf)

²¹ Kreis Recklinghausen, der Landrat, Horacek, U. (2010) Vielfalt der Lebenswelten. Lebenssituation, Entwicklung und Gesundheit der Einschulungskinder. Eine Querschnittsuntersuchung der Einschulungsjahrgänge 2006 bis 2009, Recklinghausen (http://www.kreis-re.de/dok/schlagworte/53/file/Gesundheitsbericht%202010_Vielfalt%20der%20Lebenswelten.pdf)

einem Engagement der Beteiligten angewiesen. Dabei wurden bereits wichtige Netzwerkbeziehungen geknüpft. Eine Zusammenführung der Arbeit der „Runden Tische“ findet im Kreisgesundheitsamt durch die an der Arbeit der „Tische“ beteiligten Ärzte des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes statt. Diese treffen sich regelmäßig zum Austausch in Qualitätszirkeln.

- Die Kooperation mit **Akteuren aus dem Bildungsbereich** wird mit davon beeinflusst, ob diese zum selben Dezernat gehören wie das Gesundheitsamt oder nicht. Aber auch bei einer getrennten Organisation wurde in keiner Stadt von großen Hindernissen bei der Zusammenarbeit berichtet. Die Ausgestaltung der Kooperationsbeziehungen unterscheidet sich von Stadt zu Stadt. In allen projektbeteiligten Städten gibt es Kontakte zu den Schulleitern der Grundschulen: So wurden beispielsweise in Essen Ergebnisse der Auswertung von Schuleingangsuntersuchungen auf den Schulleiterdienstbesprechungen vorgestellt. In Bochum haben sich sehr beständige dezernatsübergreifende Kooperationsstrukturen herausgebildet: Dort gibt es auf gesamtstädtischer Ebene einen Arbeitskreis, der sich unter Federführung des Schulverwaltungsamtes speziell mit dem Übergang der Kinder vom Kindergarten in die Grundschule befasst. Die Mitglieder dieses Gremiums setzen sich aus MitarbeiterInnen des Schulverwaltungsamtes, des Gesundheitsamtes, des Jugendamtes, den Erziehungsberatungsstellen und den Kindertageseinrichtungen zusammen. Dort werden auch Themen behandelt, die sich mit dem Migrationshintergrund der Einschüler, mit Sprachförderung sowie mit den Themen Bildung und Gesundheit im Allgemeinen befassen. Das Interesse aller Teilnehmer ist groß. Die dezernatsübergreifende Zusammenarbeit gelingt in Form dieses Arbeitskreises sehr gut. Die praktische Zusammenarbeit findet häufig auf der Ebene von Schulbezirken statt. Dort gibt es örtliche Arbeitskreise, auf denen individuelle Probleme und einzelne Fälle besprochen werden können. Auch die **Bildungsberichterstattung** greift zum Teil auf die Datenquelle der Schuleingangsuntersuchungen zu. Einige Städte sind dabei, systematische Ansätze einer Bildungsberichterstattung zu entwickeln – angestoßen zum Teil durch das Programm „Lernen vor Ort“. Dabei lässt sich – z.B. in Recklinghausen – die Aufnahme einer Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Bildungsberichterstattung beobachten.
- Die Kooperationsbeziehungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste erstrecken sich auch auf **Akteure aus der kommunalen Integrationsarbeit**. Zum einen berichten einige Städte wie z.B. Essen über Ergebnisse zur Kindergesundheit auch in den jeweiligen

Integrations- bzw. Ausländerbeiräten sowie den entsprechenden Ausschüssen für Integration. Zum anderen bestehen Arbeitskontakte zur RAA und einigen Migrantenselbstorganisationen. Diese ergeben sich zum Teil bereits dadurch, dass diese in den relevanten Gremien (Ausschüsse, Kommunale Gesundheitskonferenz) vertreten sind. Das Themenfeld „Gesundheit von MigrantInnen“ wurde z.B. in Essen mit eigenen Berichtsformaten bearbeitet. So entstand im Rahmen der interkulturellen Arbeit unter Federführung des Gesundheitsamtes der Berichtsband „Gesundheit und Migration – Prozess und Dialog“ (2010), der u.a. einen Fachbeitrag über die gesundheitliche Lage von Migrantenkinder in der Stadt enthält. Ebenfalls in Essen wurde in Zusammenarbeit mit der RAA ein Projekt zur gezielten Ansprache von Müttern mit Migrationshintergrund entwickelt. Dabei wurden in Moscheevereinen Informationsveranstaltungen über die kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt. Insgesamt wurden sechs bis sieben solcher Veranstaltungen durchgeführt. Die Vorträge wurden gezielt nur für Frauen angeboten. Der Tagungsort in den Moscheegemeinden und die Ausrichtung allein für Frauen sicherte die Unterstützung der Ehemänner. Die Vorträge wurden von einer Simultanübersetzerin begleitet. Sie waren gut besucht, ungefähr 50 bis 90 Frauen nahmen pro Veranstaltung teil. Die Vorträge stießen von Seiten der Migrantinnen auf reges Interesse. In der Folge stieg die Teilnahme von Kindern mit Migrationshintergrund an der Vorsorgeuntersuchung U9 in der Stadt um 15 %, wie die nachfolgenden Auswertungen der Schuleingangsuntersuchungen belegen. Eine Wiederholung solcher Vortragsreihen auch zu anderen Themen ist geplant. Die anfängliche Erwartung der Organisatoren war es, besondere Zurückhaltung vor allem bei geschlechtlichen Fragen einhalten zu müssen. Während der Veranstaltung konnte aber offen über alle medizinischen und gesundheitsrelevanten Inhalte gesprochen werden. Von besonderem Interesse war die Information der Teilnehmer, wieso der Besuch eines Kinderarztes auch ohne akute Symptomatik des Kindes sinnvoll und notwendig ist. Ein solches Vorsorgeverhalten ist z.B. in der Türkei nicht üblich und daher Zugewanderten nicht ohne Weiteres verständlich. Die Bewerbung der Maßnahme über Moscheevereine hat sich als sehr guter Weg erwiesen. So wurden viele Betroffene angesprochen und konnten zur Teilnahme aktiviert werden.

- Auch **raumbezogen agierende Akteure** sind wichtige Adressaten und Kooperationspartner für die Kinder- und Jugendmedizinischen Dienste. Ein Forum der Berichterstattung von Ergebnissen zur Kindergesundheit können dabei Stadtteilkonferenzen sein. Entsprechende Aktivitäten stehen zum Teil im Zusammenhang mit dem

Förderprogramm „Soziale Stadt“ – etwa im Kreis Recklinghausen. Die Daten der Schuleingangsuntersuchungen werden hier in zwei Funktionen verwendet: zum einen um den örtlichen Handlungsbedarf aufzuzeigen; zum anderen, um Handlungserfolge im Zeitverlauf zu überprüfen. In Oberhausen wurde sogar ein eigener Bericht über die gesundheitliche Lage der Kinder in einem sozial benachteiligten Viertel erstellt. Ebenfalls in Oberhausen werden regelmäßige „Sozialraumgespräche“ durchgeführt – als Verfahren einer Beteiligung lokaler Akteure an den städtischen Planungsentscheidungen. Zur Charakterisierung der Situation in den Sozialräumen werden auch Daten der Schuleingangsuntersuchungen aufbereitet, wobei zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund differenziert wird. Das Amt für Statistik und Wahlen erstellt hier Sozialraumanalysen, in die entsprechende Daten zur Kindergesundheit einfließen. Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe der Stadtverwaltung interpretiert die Ergebnisse und formuliert Kernaussagen zu statistischen Auffälligkeiten. Diese werden dann in die Sozialraumgespräche eingespielt. An den Gesprächen nehmen Schlüsselpersonen aus den jeweiligen Sozialräumen teil. Die statistischen Daten des betreffenden Sozialraums werden so mit der subjektiven Sicht der Experten vor Ort verknüpft. Darauf aufbauend erarbeiten kleine Arbeitsgruppen konkrete Handlungsempfehlungen, die passgenaue Lösungen für die Probleme vor Ort liefern sollen.

Das zuletzt dargestellte Beispiel macht bereits deutlich: Die Berichts- und Kooperationsbeziehungen der Kinder- und Jugendmedizinischen Dienste hängen stark von der jeweiligen **kommunalen Akteurslandschaft** ab. So arbeiten die Kinder- und Jugendmedizinischen Dienste in den kreisfreien Städten eng mit bestimmten Ausschüssen (z.B. Sozialausschuss) und der Gesundheitskonferenz zusammen. Im Kreis Recklinghausen ist das Kreisgesundheitsamt weniger stark in die jeweiligen Diskussionsprozesse in allen kreisangehörigen Städten und Gemeinden eingebunden. Aber auch zwischen den verschiedenen projektbeteiligten kreisfreien Städten unterscheidet sich die jeweilige kommunale Akteurslandschaft deutlich. So gibt es z.B. in Essen ein eigenes Kinderbüro, das der Leitung des Jugendamtes zugeordnet ist. Zu diesem unterhält der dortige Kinder- und Jugendgesundheitsdienst eine wichtige und enge Kooperationsbeziehung. Eine vergleichbare Konstruktion findet sich sonst in keiner der projektbeteiligten Städte. Das Kinderbüro veröffentlicht regelmäßig Kinderberichte, in denen auch über den Stand der Kindergesundheit berichtet wird. Diese Kooperation ist in die Aktionsgemeinschaft „Großstadt für Kinder“ eingebettet, in der das Kinderbüro als Stabsstelle fungiert. Das Kinderbüro unterhält zugleich einen eigenen Infopunkt in der Innenstadt, an dem alle möglichen Informationen „rund ums

Kind“ angeboten werden. Aktuell ist geplant, die Angebote des Essener „Ferienspatzes“ vermehrt den Bedürfnissen der Eltern und Kinder anzupassen. Hier besteht die Möglichkeit, im Rahmen der SEU kostengünstig und wenig arbeitsintensiv mithilfe von Zusatzfragen die Bedürfnisse der Eltern und Kinder zu erfragen.

3.3 Praktische Umsetzungen und Maßnahmen

Es gibt eine **Vielzahl von Beispielen für gute Praxis-Projekte** zur Verbesserung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern, insbesondere von Kindern mit Zuwanderungsgeschichte. Ein Beispiel hierfür ist etwa ein Kindergesundheitstag an einer Gesamtschule in Oberhausen Anfang 2010. Er wurde vom Arbeitskreis „Kindergesundheit“ der kommunalen Gesundheitskonferenz gemeinsam mit mehreren Kooperationspartnern ausgerichtet. Neben mehreren Mit-Mach-Aktionen und sportlichen Aktivitäten oder einem „Sinnes-Parcour“ wurden kurze Vorträge zu den Themen Bewegung, Ernährung, Sprachförderung und Impfungen gehalten. Um auch Eltern mit Migrationshintergrund anzusprechen, wurden die Vorträge zusätzlich zu Deutsch auch in türkischer und russischer Sprache gehalten. Dieses besondere Angebot für Migrantenfamilien wurde gezielt in der Presse beworben.

Allerdings wird von den befragten Experten häufiger die zu geringe **finanzielle und personelle Ausstattung der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste** beklagt, die ein noch weitergehendes Engagement in der Gesundheitsförderung und Prävention hemme.

Die entwickelten **Projekte** nehmen häufig Bezug auf die Schuleingangsuntersuchung. Sie konzentrieren sich zum Teil auf **bestimmte Aspekte der Kindergesundheit**:

- In Herten (im Kreis Recklinghausen) wurde ein besonderer Handlungsschwerpunkt im Bereich der **Sprachförderung** entwickelt. Hier hat die zuständige Ärztin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes schon vor zehn Jahren beobachtet, dass es Probleme bei der Gesundheit von Migrantenkindern gibt. Zu verzeichnen war insbesondere eine Abnahme der Sprachfähigkeit bei den EinschülerInnen. Daraufhin wurde – lange vor „Delfin 4“ – eine gezielte Sprachförderung in den Kindertageseinrichtungen eingeführt. In der Stadt selbst gibt es zwei große Migrantengruppen. Es sind überwiegend Einwanderer aus Griechenland und der Türkei. Bei der Evaluation der Maßnahmen spielt die Schuleingangsuntersuchung eine Rolle.

- Die Stadt Essen griff mit einem Projekt das Thema **Adipositas** auf. Die Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen lieferte den Anstoß dazu. Die teilnehmenden Kindertagesstätten wurden über eine interne Rangfolge der Einrichtungen nach der Quote normalgewichtiger Kinder auf Basis der SEU-Daten ausgewählt. Die fünfzehn Tagesstätten mit dem größten Bedarf wurden für ein Jahr ins Präventionsprogramm aufgenommen. Alle Kinder in den ausgewählten Einrichtungen werden gemessen und gewogen – die Eltern erhalten im Anschluss eine persönliche Auswertung. Sind die Kinder nicht normalgewichtig, werden die Eltern zu einer Informationsveranstaltung eingeladen, um ihnen gezielt Wissen über eine gesunde Ernährung zu vermitteln. Von den Einrichtungen werden gesunde Ernährung und Bewegungsangebote über das gesamte Jahr verteilt immer wieder im KiTa-Alltag aufgegriffen. Beispiele hierfür sind ein gesundes Frühstück oder der Besuch eines Biobauern. Besteht ein dringender Handlungsbedarf, werden die Eltern mit ihrem Kind zu Kontrollgesprächen und einer Untersuchung ins Gesundheitsamt gebeten. Diese Daten werden registriert, um später den Erfolg der Maßnahme mit den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung kontrollieren zu können. Anreiz zur Teilnahme für die Kindertagesstätten besteht in der anschließenden Weitervermittlung in das Präventionsprogramm „TigerKids“ der AOK. Zudem erhalten die teilnehmenden Einrichtungen eine Urkunde des Gesundheitsamtes.
- Aus Bochum wird über die Projektidee der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „**Ich geh zur U! Und Du?**“ berichtet²². Das Thema einer unzureichenden Beteiligung an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder wurde anhand der Schuleingangsuntersuchungsdaten aufgegriffen. Entsprechende Maßnahmen wurden schwerpunktmäßig in einem Gebiet mit besonderem Förderungsbedarf durchgeführt.

Die durchgeführten Projekte richten sich an unterschiedliche **Zielgruppen** und wählen dabei unterschiedliche **Zugangswege**:

- In einigen Städten wird der **Anlass der Schuleingangsuntersuchung** selbst für eine Projektentwicklung genutzt. So verschenkt das Mülheimer Gesundheitsamt Bilderbücher an die SchulanfängerInnen, um sie an das Lesen heranzuführen, und verknüpft dies mit einem Malwettbewerb, der die kreativen Potenziale der Kinder aktiviert. In Mülheim an der Ruhr erhalten zudem alle künftigen Schulanfänger einen Sportgutschein, der ihnen ein Jahr kostenlos in einem Verein ermöglicht. Hierbei handelt es sich um ein Projekt, das von der Stadt und dem Sportbund getragen wird. Eine Stiftung fördert das Programm und

²² Bundeszentrale für gesundheitlich Aufklärung (2010): Ich geh zur U! Und Du? (<http://www.ich-geh-zur-u.de>)

gibt 45 € pro Kind dazu. Damit wird die Hälfte der Jahresgebühr abgedeckt, die andere Hälfte tragen die Vereine. Über 20 Vereine haben sich bereiterklärt, bei dem Projekt mitzumachen und bieten derzeit 22 Sportarten an. Insbesondere in sozial benachteiligten Stadtteilen werden flankierend Vereinslotsen eingesetzt. Sie machen Werbung für die Sportgutscheine, begleiten die Kinder zum Sport oder helfen bei Sprachproblemen. Auf Basis der SEU-Daten wurde für den Sportbund eine interne Aufstellung des entsprechenden Handlungsbedarfs entwickelt. Mittlerweile wurde das Projekt unter Nutzung der SEU-Daten auch evaluiert. Es zeigte sich, dass es auf diese Weise gelungen ist, sonst häufig nur schwer erreichbare Gruppen wie Kinder mit Migrationshintergrund zu erreichen.

- Einige Projekte richten sich speziell an die **Zielgruppe der MigrantInnen**. Ein gutes Beispiel hierfür ist die in Oberhausen umgesetzte Projektidee zur Ausbildung von Migrantinnen als „Gesundheitsmediatorinnen“ - angelehnt an das landesweite „MIMI“-Projekt des Ethno-Medizinischen Zentrums e. V.²³. Dabei werden Bildungsmodule, die die gesundheitliche Versorgung von Kindern betreffen, vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst vermittelt. Die Erkenntnisse aus den Analysen der Schuleingangsuntersuchung fließen in die Lehrinhalte mit ein. Nach erfolgreichem Abschluss der zweijährigen Qualifizierung wird den Teilnehmerinnen ein Zertifikat überreicht. Die „Gesundheitsmediatorinnen“ werden dann auf Honorarbasis eingestellt und an Schulen, in Kindertageseinrichtungen, bei Krankenkassen sowie dem Gesundheitsamt eingesetzt.

Der Rückgriff auf die Daten der Schuleingangsuntersuchungen erfolgt in den projektbeteiligten Städten **an unterschiedlichen Stellen des kommunalpolitischen Handlungsablaufs**:

- Die Daten der Schuleingangsuntersuchungen werden zum Teil zur **Begründung und Legitimation** von Entscheidungen genutzt. So wurden z.B. in Essen und Oberhausen zusätzliche Frühförderstellen eingerichtet. Die entsprechenden Bedarfslagen wurden unter Rückgriff auf die Daten der Schuleingangsuntersuchungen deutlich gemacht.
- Darüber hinaus werden die Daten zum Teil für **konkrete Planungen** genutzt. So wurde in Bochum zur Ankurbelung einer gezielten Ansiedlungspolitik von Pädiatern vor Ort die Anzahl der bei der SEU erstmalig festgestellten, gesundheitlichen Beeinträchtigungen zur

²³ Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.: MIMI – mit MigrantInnen für MigrantInnen. Das Gesundheitsprojekt (http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/index.php?option=com_content&view=article&id=28)

Anzahl der niedergelassenen Kinderärzte in Beziehung gesetzt. In Essen wurden die Auswertungsergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen für die Planung der notwendigen personellen Ausstattung im offenen Ganzttag benutzt. In Recklinghausen wurden die Daten der Schuleingangsuntersuchung genutzt, um Kindertageseinrichtungen zu identifizieren, die zu einem Familienzentrum ausgebaut werden sollen.

- Zudem wird die Schuleingangsuntersuchung zur Bewertung und Weiterentwicklung praktischer Handlungsansätze genutzt (Stichwort „**Evaluation**“). Seit Einführung der Sprachstandserhebung „Delfin 4“ sind beispielsweise in Essen unterschiedliche Sprachförderungskonzepte für Kindertageseinrichtungen konzipiert und umgesetzt worden. Dazu werden entweder externe Kräfte eingesetzt, die spezielle Übungen mit ausgewählten Kindern anbieten, oder es wird in der Einrichtung eine zusätzliche halbe Betreuerstelle geschaffen. Zur Abschätzung der Wirksamkeit solch unterschiedlicher Vorgehensweisen wird in Essen in enger Zusammenarbeit mit dem Jugendamt und einer Universität ein Evaluationsprogramm entwickelt, bei dem die Daten der Schuleingangsuntersuchung als zentrale Quelle fungieren.

Die vor dem Hintergrund der Schuleingangsuntersuchungen in den Städten und Kreisen entwickelten Handlungsansätze unterscheiden sich danach, ob sie **eher punktuellen Charakter** tragen **oder** in eine **übergreifende „Strategie“** eingebettet sind. Eine solche Gesamtstrategie ist in Ansätzen insbesondere in Essen erkennbar. Dort hat die Berichterstattung über die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung eine Initiative des Rates zur Bekämpfung der Kinderarmut angestoßen. Unter Federführung des Jugendamtes wird mit dem Gesundheitsamt hierzu die 2. Kinderschutzkonferenz mit dem Thema Kindergesundheit durchgeführt. Kinderschutz heißt in diesem Zusammenhang nicht nur „Erziehung ohne Strafen“, sondern bezieht die Gewährleistung von Gesundheit in einem umfassenden Sinne mit ein. Die Daten und Analysen der SEU werden dabei als verlässliche Quelle benutzt, um zu erkennen, was im städtischen Raum bereits erreicht wurde und wo noch ungedeckte Bedarfe bestehen. Die Stadt Mülheim an der Ruhr ist gegenwärtig dabei, eine Art eigene „Gesamtstrategie“ zu entwickeln, die ihren Schwerpunkt in der Bildungspolitik finden soll.

4. Vorschläge zur Verbesserung der Informationsbasis

4.1 Empfehlung zur einheitlichen Erfassung des Migrationshintergrundes

Bei der **Erfassung des Migrationshintergrundes** haben die Kommunen **jeweils eigene, z.T. voneinander abweichende Lösungen** entwickelt. Alle projektbeteiligten Kommunen erfassen die „Erstsprache“ der Kinder. Sie wird als ein wichtiger Indikator für die gesellschaftliche Integration genutzt. Die Kenntnis der deutschen Sprache ist ein Schlüssel zur Teilhabe an vielen weiteren gesellschaftlichen Lebensbereichen. Über die Erstsprache hinaus erheben fast alle Kommunen weitere statistische Merkmale zur Abbildung von Zuwanderungsgeschichten, nämlich Staatsangehörigkeiten – die erste und zum Teil auch eine mögliche zweite Staatsangehörigkeit – und / oder die Geburtsländer. Solche Merkmale werden zum Teil für die Kinder erhoben, zum Teil für die Eltern und zum Teil für beide zugleich. Die **Erarbeitung eines gemeinsamen Vorschlags** für einen Standard zur Erfassung des Migrationshintergrundes war ein zentrales Anliegen des Projektes.

Auch auf Bundesebene wird eine einheitliche Erfassung des Migrationshintergrundes angestrebt. Ein erster Vorschlag wurde bereits erarbeitet. An diesen Vorschlag lässt sich aus Sicht der projektbeteiligten Städte und Kreise **anknüpfen**. Eine Erfassung der **Geburtsländer von beiden Elternteilen** sowie eine Erfassung der **eigenen Zuwanderungsgeschichte des Kindes** erscheint den beteiligten Akteuren sehr sinnvoll:

- Eine **Erfassung der elterlichen Staatsangehörigkeit/en wird dagegen abgelehnt**. Soll über die Frage nach der Staatsangehörigkeit eine weiter gefasste Zuwanderungsgeschichte in der Familie abgebildet werden, so müsste zugleich auch die zweite Staatsangehörigkeit erfragt werden. Das würde allerdings einen beträchtlichen zusätzlichen Erhebungsaufwand bedeuten. Der dadurch zu erzielende Informationsgewinn wäre begrenzt, da dieser Aspekt bereits durch die Frage nach den elterlichen Geburtsländern abgedeckt wird. Zudem könnten derartige Fragen nach „Pass-Angelegenheiten“ dazu führen, dass der Kinder- und Jugendmedizinische Dienst von den Eltern weniger als unterstützendes Angebot denn als staatliche Kontrollinstanz wahrgenommen wird. Dies gilt es unbedingt zu vermeiden, um eine vertrauensvolle Zusammenarbeit nicht zu gefährden.

- Aus Sicht der Projektbeteiligten sollte die Erfassung des Migrationshintergrundes in zweierlei Hinsicht ergänzt werden: Zum einen wird darauf hingewiesen, dass man einen Indikator braucht, der über das tatsächliche Geschehen in den Familien Auskunft gibt und als Gradmesser der Integration verwendet werden kann. Einen geeigneten Indikator hierfür stellt die **Erstsprache des Kindes** dar, wie sie im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung nach dem „Bielefelder Modell“ erhoben wird. Zum anderen braucht man eine genaue **Differenzierung zwischen den verschiedenen ethnischen Gruppen**. Denn es ist bekannt, dass zwischen den verschiedenen Ethnien zum Teil deutliche Unterschiede zu beobachten sind (s. Abschnitt 2.1). Deshalb braucht man ein Kategorienschema, mit dem sich relevante (Ziel-)Gruppen unterscheiden lassen, das aber auch nicht zu feingliederig ist.

Vor diesem Hintergrund wurde an die **Schulstatistik** des Landes Nordrhein-Westfalen angeknüpft, in der die häufigsten ausländischen Staatsangehörigkeiten aller SchülerInnen des Landes dokumentiert sind. In die **Kategorienbildung** flossen mehrere Überlegungen ein:

- Die größten ethnischen Gruppen sollten differenziert erfasst werden, während kleinere Gruppen zu übergreifenden Kategorien zusammengefasst werden sollten. Die Kinder und Eltern mit Migrationshintergrund aus dem ehemaligen Jugoslawien wurden dabei zu einer Gruppe zusammengefasst.
- Es sollten für die Kommunen mindestens zwei Felder zur Dokumentation von vor Ort besonders relevanten ethnischen Gruppen zur freien Verfügung gehalten werden. Denn im Hinblick auf die ethnische Komposition der Bevölkerung mit Migrationshintergrund gibt es deutliche Unterschiede zwischen den nordrhein-westfälischen Kommunen.
- Die Kategorien der Staaten und der Sprachen sollten einander soweit wie möglich entsprechen.
- Die Staaten und Sprachen sollten möglichst auf einem einstelligen Feld dokumentiert werden können.

Daher werden **folgende Fragen und Antwortkategorien** für eine Erfassung der Zuwanderungsgeschichte von Kindern im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung **empfohlen**:

A) In welchem Land sind Sie geboren?

Staaten	Mutter	Vater
Deutschland (1)		
Türkei (2)		
Staaten des ehemaligen Jugoslawiens: Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Serbien, Montenegro, Mazedonien (3)		
Italien (4)		
Sonstiges europäisches Ausland * (5)		
Afrikanische Staaten * (6)		
Asiatische Staaten * (7)		
Kommunale Besonderheit „A“ (8)		
Kommunale Besonderheit „ B“ (9)		
Sonstige (0)		

* Ohne Kommunale Besonderheit „A“ und/oder „B“

„Blank“ = „Keine Angabe“

B) Wurde Ihr Kind in Deutschland geboren?

Ja	
Nein	

C) Welche Sprache wurde in den ersten vier Lebensjahren zuhause überwiegend mit dem Kind gesprochen?

Sprachen	Kind
Deutsch (1)	
Türkisch, Kurdisch (2)	
Sprachen des ehemaligen Jugoslawiens: Bosnisch, Kroatisch, Serbisch, Montenegrinisch, Mazedonisch (3)	
Italienisch (4)	
Sprachen des sonstigen europäischen Auslandes * (5)	
Afrikanische Sprachen * (6)	
Asiatische Sprachen * (7)	
Kommunale Besonderheit „A“ (8)	
Kommunale Besonderheit „B“ (9)	
Sonstige (0)	

* Ohne Kommunale Besonderheit „A“ und/oder „B“

„Blank“ = „Keine Angabe“

4.2 Empfohlene Zusatzfragen zu „Lebensumständen und Verhalten“

Die gesundheitliche Lage von Kindern und Ungleichheiten in der Kindergesundheit werden von einem Zusammenspiel verschiedener Faktoren geprägt. Lampert und Schenke²⁴ haben vor dem Hintergrund des Kinder- und Jugendgesundheits surveys ein Mehrebenenmodell **gesundheitlicher Ungleichheit** entwickelt. Demnach stellen die Strukturen sozialer Ungleichheit eine entscheidende Erklärungsgröße dar. Die soziale Lage beeinflusst den Gesundheitszustand der Kinder: direkt oder über „**vermittelnde Faktoren**“ wie **z.B. Lebensbedingungen (etwa die Wohnsituation) und / oder Verhaltensweisen (z.B. Ernährung, Bewegung, Konsum elektronischer Medien, Passivrauchen, etc.)**. Solche „**intervenierenden Faktoren**“ stellen oftmals eine **geeignete Zielgröße für die Planung präventiver Maßnahmen** dar. Denn sie lassen sich meist leichter direkt beeinflussen als die objektive soziale Lage einer Familie. Gleichwohl dürfen auch solche objektiven sozialen Bedingungen nicht außer Acht gelassen werden. Erforderlich ist eine Kombination von verhaltens- und verhältnispräventiven Ansätzen. Die Schuleingangsuntersuchungen können hierzu eine gute Datenbasis liefern.

Vor diesem Hintergrund erheben einige Kommunen im Rahmen ihrer freiwilligen Elternfragebögen **Zusatzfragen zu „Lebensbedingungen und Verhaltensweisen“**. Hier werden unterschiedliche, z.T. ähnliche, aber nicht immer unmittelbar vergleichbare Fragen erhoben. Daher wurde eine Synopse derartiger Fragestellung erarbeitet wie sie in den projektbeteiligten Kommunen und im Kinder- und Jugendgesundheits survey verwendet werden. Aus einer intensiven Diskussion der unterschiedlichen Fragestellungen und Antwortkategorien wurde ein Pool von gemeinsam empfohlenen Zusatzfragen zu den „Lebensumständen und Verhaltensweisen“ entwickelt:

1. Themenfeld „Wohnen“

Frage	Antwortkategorien
Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer?	Ja / Nein
Falls Ihr Kind kein eigenes Zimmer hat, wie viele Kinder teilen sich ein Zimmer?	Angabe der Anzahl

²⁴ Quelle: Lampert, T.; Richter, M. (2006) Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen, in: Richter, M; Hurrelmann, K. (Hg.) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden

2. Themenfeld „Elektronische Medien“

Frage	Antwortkategorien
Hat Ihr Kind / haben Ihre Kinder einen Fernseher im Kinderzimmer?	Ja /Nein
Wie lange sieht Ihr Kind durchschnittlich pro Tag Fernsehsendungen, DVD oder Videofilme?	Gar nicht ca. 0 - 30 Min. ca. 30 Min. – 1 Std. ca. 1 Std. – 2 Std. ca. 2 Std. – 3 Std. ca. 3 Std. – 4 Std. über 4 Std.
Sieht Ihr Kind während der Mahlzeiten fern?	Ja /Nein
Wie lange spielt Ihr Kind durchschnittlich pro Tag am Computer, an Spielekonsolen, mit dem „Gameboy“ oder Handy?	Gar nicht ca. 0 - 30 Min. ca. 30 Min. – 1 Std. ca. 1 Std. – 2 Std. ca. 2 Std. – 3 Std. ca. 3 Std. – 4 Std. über 4 Std.

3. Themenfeld „Sport und Bewegung“

Frage	Antwortkategorien
Wie lange spielt Ihr Kind täglich im Freien außerhalb des Kindergartens oder eines Sportvereins?	Gar nicht ca. 0 - 30 Min. ca. 30 Min. – 1 Std. ca. 1 Std. – 2 Std. ca. 2 Std. – 3 Std. ca. 3 Std. – 4 Std. über 4 Std.
Ist Ihr Kind Mitglied in einem Sportverein, z.B. Schwimmen, Sportgruppe, Ballett?	Ja / Nein

4. Themenfeld „Bildung und Kultur“

Frage	Antwortkategorien
Wie oft lesen Sie Ihrem Kind ein (Bilder-)buch vor?	Täglich Gelegentlich Selten Nie
Besucht Ihr Kind eine Musikschule, die musikalische Früherziehung oder lernt es ein Instrument?	Ja / Nein

5. Themenfeld „Passivrauchen“

Frage	Antwortkategorien
Rauchen Familienmitglieder in der Wohnung?	Ja / Nein

Schließlich wurde die Bedeutung einer **weiteren Zusatzinformation** festgestellt. Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung nach dem „Bielefelder Modell“ wird die Dauer des KiTa-Besuchs in Jahren und Monaten dokumentiert. Wichtig wäre es darüber hinaus zu wissen, mit welchen Zeiten das Kind dort betreut wird. Dies würde nicht nur das Bild der Nutzung frühkindlicher Angebote an Bildung, Erziehung und Betreuung vervollständigen. Die Beteiligung an diesen Angeboten kann den Gesundheits- und Entwicklungsstand der SchulanfängerInnen direkt (positiv) beeinflussen, wie die Auswertungen in Kapitel 1.4 belegen. Zugleich liefern die Angaben der **Betreuungszeiten** eine wichtige Hintergrundinformation, ohne die sich die außerdem hier vorgeschlagenen Erhebungen zum Freizeitverhalten (Konsum elektronischer Medien, Sport und Bewegung, kulturelle Aktivitäten) kaum richtig einschätzen lassen. Den projektbeteiligten Akteuren erscheint es sinnvoll, dies als allgemeinen Standard für das „Bielefelder Modell“ der Schuleingangsuntersuchungen vorzuschlagen.

Zusatzfrage: „KiTa-Betreuungszeit“

Frage	Antwortkategorien
Für wie viele Stunden haben Sie aktuell den Kindergarten pro Woche gebucht?	Angabe der Stunden

Glossar:

„Arbeitslos bzw. nicht-erwerbstätig“

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen nach dem „Bielefelder Modell“ können die Kommunen nach den Empfehlungen des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit in Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) mit Hilfe von freiwilligen Elternfragebögen differenzierte Angaben zur Berufstätigkeit für beide Elternteile erheben. Im Rahmen dieses Projektes wurde dabei ein besonderes Augenmerk auf die Kinder von nicht in das reguläre Beschäftigungssystem integrierten Vätern und die Kinder von nicht in das reguläre Beschäftigungssystem integrierten Müttern gelegt. Denn sie sind im Hinblick auf ihre Gesundheit und Entwicklung besonders gefährdet.

„Bildungsschicht“

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen nach dem „Bielefelder Modell“ können die Kommunen nach den Empfehlungen des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit in Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) mit HSchul- und Berufsausbildungsabschluss für beide Elternteile erheben. Diese lassen sich – ebenfalls nach einer Empfehlung von LIGA.NRW – zu einem dreistufigen Index der Bildungsschicht für die Familie zusammenfassen, auf den hier zurückgegriffen wurde. Die höchste denkbare Kombination, die dabei noch als „geringe Bildung“ klassifiziert wird, ist ein Hauptschulabschluss mit abgeschlossener Lehre als höchste formale Qualifikation in der gesamten Familie. Die niedrigste denkbare Kombination, die bereits als „hohe Bildung“ gewertet wird, ist die Fachoberschulreife nach der 10. Klasse mit einem Fachhochschulabschluss bei einem Elternteil als höchstem Abschluss in der gesamten Familie. Typisch für eine mittlere Bildung wäre beispielsweise die Kombination Fachoberschulreife nach der 10. Klasse mit abgeschlossener Berufsausbildung. Die Bildungsschicht prägt in einem hohen Maße die kindlichen Chancen auf Gesundheit und Entwicklung.

„Erstsprache“

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung nach dem Bielefelder Modell wird die Erstsprache des Kindes mit der Frage erfasst, welche Sprache in den ersten vier Lebensjahren zuhause überwiegend mit dem Kind gesprochen worden sei. Häufig erfolgt dabei eine Unterscheidung zwischen „deutsch“ und „nicht-deutsch“. Eine nicht-deutsche Erstsprache kann dabei als Indikator für einen Migrationshintergrund interpretiert werden, der auch auf besondere Herausforderungen in der Integration hindeutet (s. hierzu den Begriff „Migrationshintergrund“ / „Zuwanderungsgeschichte“).

„Ethnische Gruppen“

Der Begriff der „ethnischen Gruppen“ wird hier vor allem benutzt, um zwischen Personengruppen unterscheiden zu können, deren familiäre Migrationserfahrungen auf unterschiedliche Herkunftsländer verweisen. „Ethnische Gruppen“ sind als soziale Konstruktionen zu begreifen, die auf der Unterscheidung von „Eigenem“ und „Fremdem“ beruhen. Sie können auf verschiedene Merkmale Bezug nehmen: auf Sprachen, Traditionen und Religionen... – und im Extremfall auch auf genetische Merkmale, z.B. Unterschiede in der Hautfarben. Da sich diese Konstruktionen i. d. R. zugleich auf mehrere Merkmale beziehen, bietet sich „ethnisch“ als Oberbegriff für entsprechende soziale Grenzziehungen an. Im Rahmen dieses Projektes können solche sozialen Abgrenzungen nicht direkt abgebildet, sondern nur durch den Rückgriff auf statistische Hilfsmerkmale – wie Muttersprache, Staatsangehörigkeiten, Geburtsländer o.ä. – behelfsweise rekonstruiert werden.²⁵

„Förderbedarf in der schulrelevanten Entwicklung“

Die im Rahmen des Projektes betrachteten Gesundheits- und Entwicklungsindikatoren wurden auf Basis einer Faktorenanalyse gebildet, die mehrere sehr gut interpretierbare Dimensionen der kindlichen Gesundheit und Entwicklung ergeben hat. Einer der ermittelten Faktoren steht für einen besonderen Förderbedarf in schulrelevanten Bereichen der kindlichen Entwicklung. Er konstituiert sich aus den Einzelindikatoren: „Sonderpädagogischer Förderbedarf“, „Visuomotorik (=Auge-Hand-Koordination) auffällig“, „Mengenwissen auffällig“, „Koordination auffällig“, „Zählen auffällig“, „Visuelle Wahrnehmung auffällig“, „Aufmerksamkeit auffällig“ und „Pseudowörter auffällig“. „Auffällig“ heißt hier stets, dass ein auffällig niedriger Punktwert in den entsprechenden Testverfahren des Entwicklungsscreenings „SOPESS“ (Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung) erzielt wurde. Diese Punktwerte sind von den ärztlichen Befundbewertungen zu unterscheiden. Die aufgezählten Einzelindikatoren hängen signifikant miteinander zusammen. Der deshalb hier gebildete zusammenfassende Indikator „Förderbedarf in der schulrelevanten Entwicklung“ zählt alle Kinder, bei denen mindestens eine Auffälligkeit in den genannten Entwicklungsindikatoren bzw. ein sonderpädagogischer Förderbedarf festgestellt wurde. Da in dem für die Zwecke dieses Projektes bereitgestellten Datensatz keine Angaben zu einem sonderpädagogischen

²⁵ ähnlich: Häußermann, H. (2009) Behindern `Migrantenviertel` die Integration?, in: Gesemann, F.; Roth, R. (2009) Lokale Integrationspolitik in der Einwanderungsgesellschaft. Migration und Integration als Herausforderung von Kommunen, Wiesbaden

Förderbedarf für die Hertener Kinder vorlagen, wurden sie in die entsprechenden Auswertungen nicht mit einbezogen, um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden stellt vor dem Hintergrund der jährlichen Schuleingangsuntersuchungen fest, dass die gesundheitliche Entwicklung der Kinder heute verstärkt durch Defizite im kognitiven, motorischen, sozialen, emotionalen und sprachlichen Bereich beeinträchtigt wird²⁶. Förderbedarfe in solchen Entwicklungsbereichen werden durch diesen Indikator zusammenfassend abgebildet.

„Lücke in der U-Beteiligung“

Die Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 für Kinder von der Geburt bis zum sechsten Lebensjahr sind eine wichtige Grundlage für die Gesundheitsförderung von Kindern. Sie dienen zur Beurteilung der körperlichen und psychischen Entwicklung und der frühzeitigen Erkennung von Erkrankungen und drohenden Behinderungen. Sie sind gemäß §26 SGB V Bestandteil des Pflichtleistungskataloges der Krankenversicherung. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass alle Kinder unabhängig vom Einkommen der Eltern diese Vorsorgeleistung erhalten können. Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist freiwillig, d.h. es liegt im Ermessen der Eltern, ob sie ihre Kinder untersuchen lassen. Die ersten beiden Untersuchungen U1 und U2 werden in der Regel routinemäßig in der Geburtsklinik durchgeführt, die folgenden Untersuchungen dann meist bei niedergelassenen Kinderärzt(inn)en. Eine Faktorenanalyse im Rahmen dieses Projektes hat gezeigt, dass sich die Beteiligung an den Früherkennungsuntersuchungen als eigenständige Dimension des Gesundheitszustandes und -verhaltens interpretieren lassen. Da die Beteiligung an den frühen Untersuchungen (U1-U7) oder bei den späteren (U8+U9) untereinander zusammenhängen, wurden diese beiden zunächst gebildeten Einzelindikatoren hier zum Gesamtindikator „Lücken in der U-Beteiligung“ zusammengefasst.

„Mangelnde Sprachkompetenz in der deutschen Sprache“

Die im Rahmen des Projektes betrachteten Gesundheits- und Entwicklungsindikatoren wurden auf Basis einer Faktorenanalyse gebildet, die mehrere sehr gut interpretierbare Dimensionen der kindlichen Gesundheit und Entwicklung ergeben hat. Einer der ermittelten Faktoren steht für eine mangelnde Sprachkompetenz in der deutschen Sprache. Er konstituiert sich aus den beiden korrelierenden Einzelindikatoren: „Pluralbildung auffällig“ und „Präpositionen auffällig“ und markiert eine eigenständige Dimension der kindlichen Gesundheit und Entwicklung, die vom sonstigen schulrelevanten Entwicklungsstand der Kinder unabhängig ist. „Auffällig“ heißt dabei, dass ein auffällig niedriger Punktwert in den entsprechenden Testverfahren des Entwicklungsscreenings „SOPESS“ (Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung) erzielt wurde. Eine ausreichende Sprachkompetenz in der deutschen Sprache ist ein entscheidender Schlüssel für schulischen Erfolg und gesellschaftliche Integration.

„Migrationshintergrund“ und „Zuwanderungsgeschichte“

Seit der Reform des Staatsbürgerschaftsrechts im Jahr 2000 erweist sich die Unterscheidung zwischen „Deutschen“ und „Ausländern“ als immer weniger aussagekräftig. Denn ein nicht unerheblicher Teil der Einwohner mit deutscher Staatsangehörigkeit blickt auf die Erfahrung einer internationalen Zuwanderung in der jüngeren Familiengeschichte zurück. Hieraus können besondere Herausforderungen im Prozess der gesellschaftlichen Integration erwachsen. Dabei lassen sich verschiedene Aspekte von Integration unterscheiden:

- eine kognitiv-kulturelle Dimension (Erwerb von Wissen und Fertigkeiten, einschließlich der Sprache),
- eine strukturelle Dimension (Besetzung von gesellschaftlichen Positionen, insbesondere auf dem Arbeitsmarkt),
- eine soziale Dimension (soziale Beziehungen im Alltag) und
- eine emotionale Dimension (Übernahme bestimmter Werthaltungen und Orientierungen sowie Identifikation mit der Aufnahmegesellschaft).

Die genannten Aspekte sind keineswegs unabhängig voneinander, sondern stehen in dynamischen Wechselbeziehungen.²⁷

Vor diesem Hintergrund wurden verschiedene neue Begriffe entwickelt:

- Bundesweite Verbreitung hat insbesondere der Begriff „Migrationshintergrund“ gefunden. Er wird – abhängig von der jeweiligen Fragestellung und Datenlage – zum Teil unterschiedlich definiert. Das Statistische Bundesamt bestimmt als Personen mit Migrationshintergrund „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und

²⁶ Vgl. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Gesundheitsbehörden (AOLG) (2003) Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, 3. neu bearbeitete Fassung, Band 1; 202

²⁷ Vgl. hierzu: Kalter, F. (2008) Stand, Herausforderungen und Perspektiven der empirischen Migrationsforschung, in: Ders. (Hg.) Migration und Integration, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 48/2008, Wiesbaden

alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem nach 1949 zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil²⁸.

- In Nordrhein-Westfalen wird davon abweichend häufig auf den Begriff der „Zuwanderungsgeschichte“ zurückgegriffen, der weitgehend synonym verwendet wird.

Daher werden auch hier beide Begriffe synonym gebraucht.

„Stadtteil“

Entsprechend den Empfehlungen im Rahmen des Projektes „Schritte zu einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen“ wurden für die kleinräumigen Betrachtungen administrative Gliederungen mit Einheiten von im Schnitt 5.000 bis 10.000 Einwohnern pro Teilraum ausgewählt. Das waren für Essen die 50 „Stadtteile“, für Mülheim die 28 „statistischen Bezirke“, für Herten die 9 „Stadtteile“ und für Oberhausen die insgesamt 24 statistischen Bezirke (wobei für 9 „statistische Bezirke“ allerdings die Angaben fehlten). Im Text werden diese Einheiten der Einfachheit halber durchgängig als „Stadtteile“ bezeichnet. Berücksichtigt wurden nur die „Stadtteile“, für die Daten von mindestens 30 untersuchten Kindern vorlagen, da es sonst leicht zu Verzerrungen aufgrund kleiner Fallzahlen kommen kann.

„Übergewicht“

Übergewicht und Adipositas können erhebliche gesundheitliche Folgeprobleme mit sich bringen: Störungen des Stoffwechsels, Diabetes, Bluthochdruck, orthopädische Erkrankungen und nicht zuletzt psycho-soziale Beeinträchtigungen. Je früher Kinder übergewichtig werden, desto größer ist die Gefahr, dass sie dieses Problem auch als Erwachsene nicht mehr loswerden. Bei der Entstehung von Übergewicht spielen zum Teil genetische Faktoren eine Rolle, sie wird allerdings auch durch die konkreten Lebensbedingungen und verschiedene Lebensstile beeinflusst. Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen werden Größe und Gewicht der Schulanfänger gemessen. Ein gängiges Maß für die Ermittlung von Übergewicht stellt der Body-Mass-Index (BMI) dar, der sich aus dem Körpergewicht in Kilogramm bezogen auf die Größe in Metern zum Quadrat ergibt. Er liefert verlässliche Hinweise auf die Körperfettmasse. Die dabei zugrund gelegten Referenzwerte sind jeweils für verschiedene Altersgruppen und differenziert nach Geschlecht zu berechnen. Für Übergewicht wird üblicherweise ein BMI-Wert über dem 90. Perzentil herangezogen.

„Ungedeckte Bedarfslagen in der gesundheitlichen Versorgung“

Die im Rahmen des Projektes betrachteten Gesundheits- und Entwicklungsindikatoren wurden auf Basis einer Faktorenanalyse gebildet, die mehrere sehr gut interpretierbare Dimensionen der kindlichen Gesundheit und Entwicklung ergeben hat. Einer der ermittelten Faktoren steht für „ungedeckte Bedarfslagen in der einen gesundheitlichen Versorgung“. Er konstituiert sich aus zwei Einzelindikatoren: erstens eine Sehschwäche, die augenärztlich bislang unzureichend versorgt ist (=Augenarztüberweisung), sowie zweitens eine durch das Gesundheitsamt eingeleitete „nachgehende Fürsorge“. Das bedeutet z.B., dass Gesundheitsdefizite diagnostiziert wurden und es den Eltern alleine nicht zugetraut wird, sich ausreichend darum zu kümmern, so dass das Gesundheitsamt sie zu einer Wiedervorstellung einlädt. Der hier gebildete zusammenfassende Indikator zählt alle Kinder, bei denen eine Augenarztüberweisung erfolgte und/oder eine nachgehende Fürsorge durch das Gesundheitsamt eingeleitet wurde. Solche ungedeckten Bedarfe in der Versorgung markieren nach der Faktorenanalyse einen eigenen, auch von der Beteiligung an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder unabhängigen Bereich des Gesundheitszustandes und -verhaltens.

²⁸ Statistisches Bundesamt Deutschland: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Erschienen am 4. Mai 2007

Literatur

- Altgeld, T. (2004): Gesundheitsfördernde Settings – Modelle für integrative Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen, in: Regiestelle E&C der Stiftung SPI, E&C-Fachforum. Perspektive: Gesunder Stadtteil. Gesundheitsfördernde Settingansätze und Jugendhilfestrategie in E&C-Gebieten, Berlin
- Amonn, J.; Kersting, V.; Strohmeier, K.P.(2008) Schritte zu einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen. Endbericht. LIGA.Fokus1, Düsseldorf/Bochum
- Arbeitsgemeinschaft der Obersten Gesundheitsbehörden (AOLG) (2003) Indikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, 3. neu bearbeitete Fassung, Band 1; 202
- Betz, T. (2009) Kindheitsmuster und Milieus, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, 17/2009
- Bundeszentrale für gesundheitlich Aufklärung (2010): Ich geh zur U! Und Du? (<http://www.ich-geh-zur-u.de>)
- Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.: MIMI – mit Migranten für Migranten. Das Gesundheitsprojekt (http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/index.php?option=com_content&view=article&id=28)
- Häußermann, H. (2009) Behindern `Migrantenviertel' die Integration?, in: Gesemann, F.; Roth, R. (2009) Lokale Integrationspolitik in der Einwanderungsgesellschaft. Migration und Integration als Herausforderung von Kommunen, Wiesbaden
- Kalter, F. (2008) Stand, Herausforderungen und Perspektiven der empirischen Migrationsforschung, in: Ders. (Hg.) Migration und Integration, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 48/2008, Wiesbaden
- Kaufmann, F.X., Herlth, A. und Strohmeier, K.P. unter Mitarbeit von Schulze H.J. (1980) „Sozialpolitik und familiäre Sozialisation“. Bd. 76 der Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit. Stuttgart; 28
- Kawachi, I.; Bergman, L.F. (2003) Introduction, in: Diesselb. (Hg.)Neighborhoods and Health, Oxford
- Kersting, V.; Meyer, C.; Strohmeier, K.P.; Terpoorten, T. (2009) Die A40 – der Sozialäquator des Ruhrgebiets, in: Prosek, A.; Schneider, H.; Wetterau, B; Wessel, H.A.; Wiktorin, D. (Hg.) Atlas der Metropole Ruhr. Vielfalt und Wandel des Ruhrgebiets im Kartenbild, Köln
- Kreis Recklinghausen; der Landrat; das Gesundheitsamt (Hg.) (2010) Vielfalt der Lebenswelten. Lebenssituation. Entwicklung und Gesundheit der Einschulungskinder. Eine Querschnittsuntersuchung der Einschulungsjahrgänge 2006 bis 2009, Recklinghausen
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst heute Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit: Kinder- und Jugendärztliche Definitionen 1989
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit: Jahresbericht 2006 - Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2008
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit: Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen - SOPESS. Theoretische und statistische Grundlagen zur Testkonstruktion, Normierung und Validierung, Düsseldorf 2008
- Landtag Nordrhein-Westfalen, Bericht der Enquetekommission (2008) Chancen für Kinder. Rahmenbedingungen und Steuerungsmöglichkeiten für ein optimales Betreuungs- und Bildungsangebot in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
- Lampert, T.; Richter, M. (2006) Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen, in: Richter, M; Hurrelmann, K. (Hg.) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden (http://www.bmas.de/portal/988/property=pdf/armut_soziale_ungleichheit_und_gesundheit.pdf)
- Lampert, T.; Ziese, T. (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum zweiten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin
- Ravens-Sieverer, U./Wille, N./ Bettge, S./ Erhardt, M. (o.A.) KIGGS: Bella-Studie: Modul psychische Gesundheit http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/neu_ppt_Bella_Ravens-Sieberer.pdf und http://de.wikinews.org/wiki/Studie:_Mehr_Verhaltensauff%C3%A4lligkeiten_bei_Kindern_in_Deutschland
- Schenk, L.; Neuhauser, H.; Ellert, U. (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland, Berlin (http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reJBwqKp45PiI/PDF/23Ydv84JGTBo6_07.pdf)
- Stadt Essen, Der Oberbürgermeister, Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen im Auftrag des Gesundheitsamtes (2009) Soziale Einflüsse auf die Gesundheit von Schulanfängerinnen und Schulanfängern in Essen. Analyse der Schuleingangsuntersuchungen 2000 bis 2007. Beiträge zur Stadtforschung 52, Essen
- Statistisches Bundesamt Deutschland: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Erschienen am 4. Mai 2007
- Strohmeier, K.P./Häußermann, H./Zimmer-Hegmann, R. et al. (2003) Sozialraumanalyse – Soziale, ethnische und demographische Segregation in den nordrhein-westfälischen Städten. Gutachten für die Enquetekommission „Zukunft der Städte in NRW“ des Landtages Nordrhein-Westfalen, Dortmund und Bochum (http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK1/EKZukunftStadeNRWILSZEFIRSozialraumanalyse2003.pdf)

Tietze, W. (1998) Wie gut sind unsere Kindergärten? Eine Untersuchung zur pädagogischen Qualität in deutschen Kindergärten, Neuwied

Thyen, U. (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) 2003-2006 – ein Meilenstein für die Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland., in Bundesgesundheitsblatt 2007
http://www.kiggs.de/experten/downloads/Basispublikation/Thyen_Editorial.pdf





gefördert durch das

**Ministerium für Arbeit,
Integration und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen**

