

Kernindikatoren für Bezirksregionenprofile aus den Einschulungsdaten in Berlin

Gesundheitsberichterstattung Berlin
Statistische Kurzinformation

Autorinnen: Dr. Sylke Oberwöhrmann, Dr. Susanne Bettge, Dr. Sabine Hermann

Herausgeber: Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt
Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin
Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames
Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozial-
informationssysteme
Dienstgebäude: Oranienstraße 106, 10969 Berlin

ISSN 1863-9305

Fachliche Auskünfte

Telefon: (030) 9028 1541 (Frau Dr. Oberwöhrmann)
(030) 9028 2679 (Frau Dr. Bettge)

Telefax: (030) 9028 2067

E-Mail: Sylke.Oberwoehrmann@SenGUV.Berlin.de
Susanne.Bettge@SenGUV.Berlin.de

Homepage: <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>

Redaktionsschluss: November 2011

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Inhaltsverzeichnis

0	Gesundheitsberichterstattung und Sozialstatistisches Berichtswesen	4
1	Einleitung und Hintergrund	6
	Die räumliche Gliederung Berlins	6
	Einschulungsuntersuchungen in Berlin	6
	Die ESU-Kernindikatoren für Bezirksregionenprofile	8
2	Datengrundlage und Datenaufbereitung	9
	Datenaufbereitung für die Analysen zu den Bezirksregionenprofilen	9
	Sperrung von Zellen	10
3	Kernindikator Sprachdefizite (E1)	12
	Methodik Subtest Sätze nachsprechen	12
	Methodik Deutschkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft	13
	Methodik Kernindikator Sprachdefizite	14
4	Kernindikator Visuomotorik (E2)	15
5	Kernindikator Übergewicht (E3)	16
6	Kernindikator Kitabesuchsdauer (E4)	17
7	Bewertung der Kernindikatorenwerte auf Bezirksregionen-ebene	18
	Entwicklung eines Bewertungsschemas	18
	Möglichkeiten und Grenzen	18
8	Zusammenfassung und Fazit	20
9	Publikationsverzeichnis	21

0 Gesundheitsberichterstattung und Sozialstatistisches Berichtswesen

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

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

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

Die Berliner Gesundheitsberichterstattung verwendet folgende Berichtsformen:

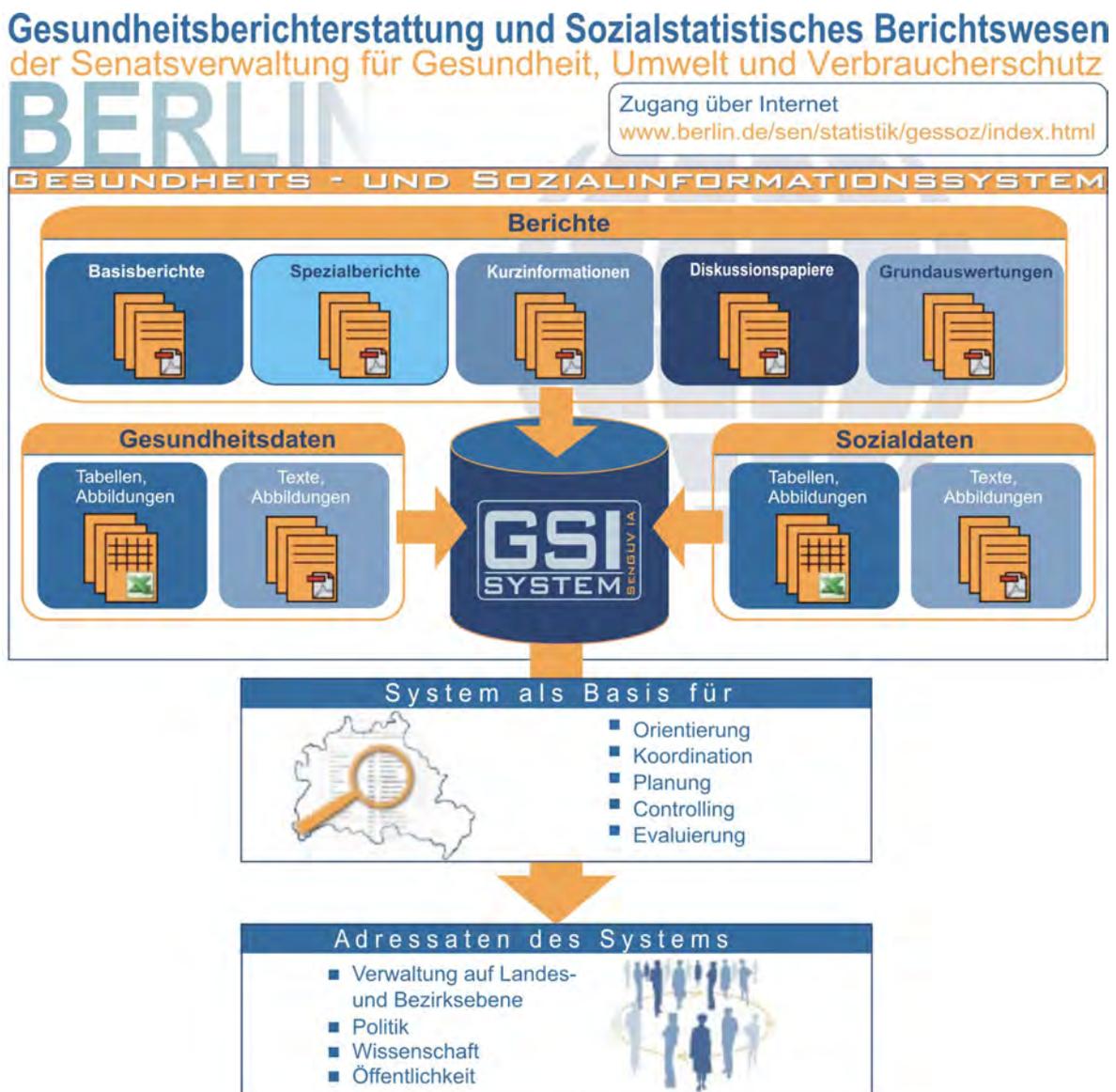
- Der **Basisbericht** enthält Tabellen, die sich am Indikatorensatz der Länder orientieren, Erläuterungen sowie Ergebnisbeschreibungen zu ausgewählten Schwerpunkten aus den behandelten Themenfeldern. Die Basisberichte werden jährlich herausgegeben.
- **Spezialberichte** werden zu Schwerpunktthemen erarbeitet und enthalten Analysen, Zusammenhänge und Handlungsempfehlungen für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), die Verantwortlichen der GBE sowie die politisch Verantwortlichen. Zu den Spezialberichten gehören auch die Sozialstrukturatlanten. Die Spezialberichte erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Folge.
- **Statistische Kurzinformationen** fokussieren in aller Kürze auf aktuellpolitische Themen und dienen als schnelle Information der politisch Verantwortlichen, der Fachebene sowie als Mitteilung an die Öffentlichkeit. Die Kurzinformationen erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Folge.
- In **Diskussionspapieren** werden aktuelle Forschungsergebnisse präsentiert. Das „Experimentieren“ mit Methoden und der Analyse von Inhalten im Sinne von „Werkstattberichten“ steht hierbei im Vordergrund. Kollegen und Interessierte werden aufgerufen, diese zu kommentieren, Anstöße zu geben und auf mögliche Fehler hinzuweisen. Die Diskussionspapiere erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Reihenfolge.
- Die **Grundausswertungen** enthalten Basisdaten z. B. zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin aus den Einschulungsuntersuchungen. Die Daten bieten einen deskriptiven Überblick ohne tiefer gehende Kommentierung oder Interpretation. Jedem Inhaltsbereich ist eine kurze Darstellung zur Methodik der Datenerhebung vorangestellt.

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

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

Die Veröffentlichungen der Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistischen Berichtswesens stehen auf der Homepage des Statistikreferates der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz unter www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html zur Verfügung. Die Ergebnisse werden auch in das Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) eingespeist, wo sie - überwiegend im zur Weiterverarbeitung geeigneten Excel-Format - unter <http://www.gsi-berlin.info> zugänglich sind. Die Nutzerinnen und Nutzer finden hier die Fülle der Informationen thematisch in regionaler und zeitlicher Differenzierung geordnet. Umfangreiche Suchfunktionen unterstützen das schnelle Auffinden der verfügbaren Texte, Tabellen oder Grafiken.

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



Quelle / Darstellung: SenGesUmV Referat I A

1 Einleitung und Hintergrund

Mit der Rahmenstrategie Soziale Stadtentwicklung verfolgt der Berliner Senat das Ziel einer sozial-räumlich orientierten Vernetzung von Politik, Verwaltung und Bürgerschaft. In diesem Rahmen hat die Senatsverwaltung für Stadtentwicklung im Jahr 2009 das „Handbuch zur Sozialraumorientierung“ herausgegeben¹, das einen Leitfaden zur ressort- und fachübergreifenden Zusammenarbeit mit Orientierung an den im jeweiligen Sozialraum vorgefundenen sozioökonomischen Verhältnissen enthält.

Zur Umsetzung der Rahmenstrategie soll in allen Berliner Bezirken eine „Sozialraumorientierte Planungskoordination“ eingerichtet werden. Anhand so genannter Bezirksregionenprofile sollen Grunddaten (Kernindikatoren) zur Attraktivität als Wohnort, Bevölkerungs- und Sozialstruktur und zu Entwicklungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen zusammengestellt und verglichen werden. Aus den Kernindikatoren sollen im Vergleich mit dem Bezirk und mit ganz Berlin Besonderheiten, Ressourcen und Probleme einzelner Sozialräume herausgearbeitet werden und in Planungen einfließen. Die von der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung in Zusammenarbeit mit anderen Senatsverwaltungen zusammengestellten Kernindikatoren befinden sich in Teilen noch in der Abstimmung und sind daher bisher nicht veröffentlicht.

Vier der insgesamt 32 Kernindikatoren (Kernindikatoren E1 bis E4) werden aus den Daten der Einschulungsuntersuchungen in Berlin gewonnen. Die vorliegende Publikation beschreibt die Methodik, die den vier Kernindikatoren zugrunde liegt. Diese vier Kernindikatoren auf der Ebene der Bezirksregionen werden jährlich im Gesundheits- und Sozialinformationssystem der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin veröffentlicht (www.gsi-berlin.info)².

Die räumliche Gliederung Berlins

Die von verschiedenen Verwaltungen und Ressorts genutzten räumlichen Bezugssysteme wurden im Jahr 2006 vereinheitlicht³, um die ressortübergreifende Zusammenarbeit zu erleichtern. Mit den neuen „lebensweltlich orientierten Räumen (LOR)“ wurde ein hierarchisches räumliches Bezugssystem mit drei Ebenen unterhalb der Berliner Bezirke geschaffen. Die Grenzen der LOR wurden nach den Kriterien sozialstrukturell ähnlicher und zusammenhängender Wohngebiete mit ähnlicher Einwohnerzahl festgelegt.

Die konkreten Planungsräume wurden in jedem der zwölf Berliner Bezirke einzeln abgestimmt, wobei von Bezirk zu Bezirk leicht unterschiedliche Verfahrensweisen gewählt wurden. Im Resultat wurden auf der untersten hierarchischen Raumebene 447 Planungsräume festgelegt, die auf der mittleren Ebene zu 134 Bezirksregionen aggregiert wurden, die wiederum zu 60 Prognoseräumen zusammengefasst wurden. Im Jahr 2008 entschied sich der Bezirk Reinickendorf, einzelne Bezirksregionen weiter zu unterteilen, so dass seither 138 Bezirksregionen vorliegen. Die Verteilung der LOR auf die Berliner Bezirke zeigt Tabelle 1.

Einschulungsuntersuchungen in Berlin

Die Einschulungsuntersuchung (ESU) ist in Berlin verpflichtend nach § 55a Absatz 5 Schulgesetz und stellt somit eine jährliche Vollerhebung der Kinder dar, die im kommenden Schuljahr ihren Schulbesuch beginnen. Die Einschulungsuntersuchungen erfolgen in den Kinder- und Jugendgesund-

¹ Im Internet abrufbar unter URL: http://www.stadtentwicklung.berlin.de/soziale_stadt/sozialraumorientierung/download/SFS_Handbuch_RZ_screen.pdf; letzter Aufruf 4.11.2011

² Der Abruf erfolgt durch Auswahl des Menüpunktes „Gesundheitsdaten“ im Bereich „Gesundheitszustand der Bevölkerung“ unter dem Thema „Gesundheitszustand von Vorschulkindern“. Die Tabellen finden sich unter den Unterthemen „Gesundheitszustand von Vorschulkindern“ (Fallzahlen), „Sprachliche Entwicklung von Vorschulkindern“ (Kernindikator Sprachdefizite), „Motorische und kognitive Entwicklung im Vorschulalter“ (Kernindikator Visuomotorik), „Körpergewicht“ (Kernindikator Übergewicht) und „Besuch von Kindertageseinrichtungen“ (Kernindikator Kitabesuch). Alternativ kann der Menüpunkt „Erweiterte Suche“ ausgewählt werden und die Dokumente (Tabellen und dieser Bericht) durch Auswahl des Raumbezugs „LOR Bezirksregionen“ und des Stichworts „Einschulungsuntersuchungen“ abgerufen werden.

³ Jahn, Mack & Partner (2006). Vereinheitlichung von Planungsräumen. Gutachten im Auftrag der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Berlin und des Statistischen Landesamtes Berlin.

Tabelle 1:
Verteilung der lebensweltlich orientierten Räume (LOR) auf die Berliner Bezirke

Bezirk	Prognose- räume	Bezirks- regionen	Planungs- räume
Mitte	4	10	41
Friedrichshain-Kreuzberg	5	8	26
Pankow	7	16	40
Charlottenburg-Wilmersdo	6	17	57
Spandau	4	9	39
Steglitz-Zehlendorf	4	8	41
Tempelhof-Schöneberg	7	7	34
Neukölln	4	10	40
Treptow-Köpenick	5	20	34
Marzahn-Hellersdorf	4	9	33
Lichtenberg	5	13	32
Reinickendorf	5	11	30
Berlin gesamt	60	138	447

(Datenquelle: SenGesUmV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

heitsdiensten der Berliner Bezirke, in der Regel im Wohnbezirk des Kindes. Die Untersuchungsbestandteile, die Untersuchungsdurchführung und die Dokumentation sind standardisiert und berlinweit einheitlich geregelt (Landesverfahren Einschulungsuntersuchungen). Im Rahmen der Standardisierung und Qualitätssicherung der Einschulungsuntersuchungen stimmt die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz das Untersuchungsprogramm und den Dokumentationsbogen jährlich mit den Leiter/innen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste ab. Sie stellt den Bezirken ein Dokumentations- und Auswertungsprogramm inklusive Handbuch zur Verfügung und führt jährlich Schulungen für Mitarbeiter/innen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste zum Landesverfahren Einschulungsuntersuchung durch.

Bei den Einschulungsuntersuchungen werden durch einen Elternfragebogen, ein anamnestisches Gespräch, die Durchsicht der Gesund-

heitsunterlagen des Kindes (Impfpass, Vorsorgeuntersuchungsheft, ggf. Mutterpass) und eine ärztliche Untersuchung Angaben zur Soziodemografie (Alter, Geschlecht des Kindes, soziale Lage der Familie, Familienkonstellation, Migrationshintergrund), zu gesundheitsbezogenem Verhalten, Gesundheitszustand und Entwicklung des Kindes sowie zu den Deutschkenntnissen von Kindern mit Migrationshintergrund und den sie begleitenden Elternteilen erhoben. Für sozialräumliche Analysen enthalten die Einschulungsdaten Informationen zum Wohnort des Kindes bezogen auf die lebensweltlich orientierten Räume (LOR). Allerdings stehen für die Einschulungsjahrgänge vor 2008 lediglich die Informationen zur obersten Ebene dieses hierarchischen räumlichen Bezugssystems, nämlich zu den 60 Prognoserräumen zur Verfügung. Ab dem Einschulungsjahrgang 2008 sind auch die unteren hierarchischen Ebenen der 138 Bezirksregionen und 447 Planungsräume implementiert.

In jedem Bezirk werden die Daten der dort untersuchten Kinder eingegeben und stehen zur Auswertung zur Verfügung. Die Daten aller zwölf Bezirke werden in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz zusammengeführt und in Form jährlicher Grundausswertungen veröffentlicht⁴. In unregelmäßigen zeitlichen Abständen werden Sonderauswertungen zu bestimmten Themenbereichen aus den Einschulungsdaten vorgenommen und veröffentlicht⁵.

Für das einzelne Kind wird mit der Einschulungsuntersuchung das Ziel verfolgt, gesundheitliche Probleme und Gefährdungen zu erkennen und gegebenenfalls weitere Diagnostik, Therapie und/oder Fördermaßnahmen zu veranlassen, bevor das Kind in die Schule kommt. Gesundheitsrelevante Informationen werden der Schule mitgeteilt, sofern sie im Schulalltag berücksichtigt werden müssen.

Die Einschulungsuntersuchungen stellen aber auch eine wertvolle Datenquelle für die integrierte Gesundheits- und Sozialberichterstattung dar und werden hierfür nach § 5 Absatz 3 Gesundheitsdienstreformgesetz (GDG) genutzt. Mit den Daten der Einschulungsuntersuchungen ist ein fortlaufendes Monitoring der gesundheitlichen Lage der Einschüler/innen in Berlin unter Berücksichtigung von sozialen Parametern, Migrationshintergrund und sozialräumlichem Kontext und damit eine ganzheitliche Sicht auf die Kindergesundheit in diesem Altersbereich möglich. Unter anderem dienen die Auswertungen der Einschulungsdaten der Identifikation von Handlungsbedarf und Zielgruppen für Gesundheitsförderung, Prävention und Intervention.

⁴ Im Internet abrufbar unter <http://www.gsi-berlin.info/>.

⁵ Übersicht über die Publikationen der Berliner Gesundheits- und Sozialberichterstattung und Download der Berichte: <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>, Text und Tabellen abrufbar unter <http://www.gsi-berlin.info/>.

Die ESU-Kernindikatoren für Bezirksregionenprofile

Von der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung wurden aus den Merkmalen, die bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin erhoben werden, Kernindikatoren für die Bezirksregionenprofile ausgewählt und deren Konkretisierung und Ausgestaltung im Rahmen von Fachgesprächen abgestimmt⁶. Es wurde sich auf die folgenden vier Kernindikatoren verständigt:

- Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten,
- Anteil der Kinder mit motorischen Defiziten (Visuomotorik),
- Anteil der Kinder mit Übergewicht,
- Anteil der Kinder mit einer Kitabesuchsdauer über 2 Jahren.

Während es sich bei den ersten drei Merkmalen um Indikatoren für gesundheitliche Auffälligkeiten handelt, wird der Kitabesuch als Ressource betrachtet, da die Kita neben der Betreuung, sozialen Integration und frühkindlichen Bildung auch einen wichtigen Zugangsweg für Gesundheitsförderung, Prävention und erforderlichenfalls Intervention darstellt.

Die Auswahl der Kernindikatoren aus den Einschulungsdaten weist Überschneidungen mit dem Berliner Gesundheitszieleprozess auf, der für die Altersgruppe der Kinder von 0 bis 6 Jahren ebenfalls Merkmale aus den Einschulungsdaten als Zielindikatoren verwendet. Hier wurden in den Handlungsfeldern Motorik, Ernährung und Sprache die Merkmale Normalgewicht, unauffällige Motorik (Körperkoordination, Visuomotorik) und unauffällige sprachliche Entwicklung (Sätze nachsprechen) aus den Einschulungsuntersuchungen zur Quantifizierung von Gesundheitszielen und zur Beurteilung des Grads der Zielerreichung festgelegt.

⁶ Teilnehmer der Fachgespräche 2010 und 2011 waren neben der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Vertreter/innen folgender Bereiche: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD) der Bezirke, Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination (QPK) der Bezirke, Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Senatsverwaltung für Inneres und Sport, Urban Plan GmbH.

2 Datengrundlage und Datenaufbereitung

Die Einschulungsuntersuchung in Berlin stellt eine jährliche Vollerhebung der Kinder dar, die im jeweiligen Sommer in die Schule kommen. Sie umfasst neben den Kindern, die im Jahr der Einschulung sechs Jahre alt werden, auch die Kinder, die auf Antrag der Eltern vorzeitig eingeschult werden und solche Kinder, die im Vorjahr vom Schulbesuch befreit waren oder aus anderen Gründen später eingeschult werden. Kinder, die auf Antrag zurückgestellt wurden bzw. für ein Jahr von der Schulbesuchspflicht befreit wurden und daher nicht eingeschult werden, gehen erst nach erneuter Untersuchung im Folgejahr in den Datensatz ein. Bei einem mittleren Alter der untersuchten Kinder von etwa 5 $\frac{3}{4}$ Jahren reicht die Altersspanne aufgrund der Einbeziehung vorzeitig eingeschulter und zurückgestellter Kinder von vier bis zu sieben Jahren.

Der Erhebungszeitraum der Einschulungsuntersuchungen eines Einschulungsjahrgangs reicht vom November des Vorjahres der Einschulung bis zur Untersuchung letzter Nachzügler im Oktober des Jahres der Einschulung. Nach der Übermittlung der Einschulungsdaten eines Jahrgangs aus den zwölf Berliner Bezirken im November des jeweiligen Jahres werden diese in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz umfangreich auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Erforderlichenfalls werden Rückfragen nach fehlenden und unplausiblen Angaben an die bezirklichen KJGDs gerichtet. Nach deren Rückmeldung wird der Datensatz bereinigt. Dabei werden nicht mehr aufzuklärende Unplausibilitäten auf fehlende Werte gesetzt und gehen somit nicht in die Auswertungen ein. Da die Gesundheitsberichterstattung dem Wohnortprinzip folgt, werden Datensätze von Kindern, die nicht in Berlin wohnen oder deren Wohnort nicht angegeben ist, gelöscht. Kinder, die in einem anderen Bezirk als ihrem Wohnbezirk untersucht wurden, werden für die Auswertungen ihrem Wohnbezirk zugeordnet. Die bereinigten Datensätze werden den bezirklichen KJGDs für eigene Auswertungen zur Verfügung gestellt.

Datenaufbereitung für die Analysen zu den Bezirksregionenprofilen

In den jährlichen Grundausswertungen werden die hierfür ausgewählten Merkmale der Einschulungsuntersuchungen insgesamt sowie aufgeschlüsselt nach Geschlecht, sozialer Lage, Herkunft und Migrationshintergrund in Verbindung mit Deutschkenntnissen ausgewiesen. Für die präventionsrelevanten Bereiche Zahnpflege, Übergewicht, kindliche Entwicklung sowie deutsche Sprachkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft, für die im Besonderen die Kitas einen wichtigen Zugangsweg darstellen, werden die Ergebnisse auch nach der Kita-Besuchsdauer differenziert.

Sozialräumlich werden alle berichteten Merkmale der Einschulungsdaten standardmäßig auf Bezirksebene ausgewiesen, ausgewählte Merkmale stellvertretend für den jeweiligen Merkmalsbereich zusätzlich auf der Ebene der 60 Prognoserräume. Bereits auf dieser räumlichen Ebene zeigt sich, dass die Fallzahlen pro Einzeljahrgang vergleichsweise klein sind und dass mehrere Merkmale bei Betrachtung auf der Prognoseraumebene z. T. große jährliche Schwankungen aufweisen. Deshalb scheint es angeraten, für die Interpretation zeitlicher Veränderungen auf der sozialräumlichen Ebene die Stabilität beobachteter Trends über mehrere Jahre zu betrachten, um Fehlschlüsse aufgrund zufälliger Merkmalsschwankungen zu vermeiden.

Bei der Analyse von Subgruppen werden die Fallzahlen für einzelne Merkmale bereits auf der Prognoseraumebene zu klein, um sinnvolle statistische Aussagen machen zu können. So gibt es insbesondere in einigen östlichen Prognoserräumen so wenige Kinder nichtdeutscher Herkunft, dass eine Differenzierung der Deutschkenntnisse dieser Kinder nicht sinnvoll möglich ist. Räume mit weniger als 30 Kindern mit gültigen Angaben zum jeweiligen Merkmal werden daher gesperrt (vgl. Grundausswertung ESU 2010, Tabelle A16). Auf der nächsttieferen räumlichen Gliederungsebene, den Bezirksregionen, nehmen die Fallzahlen naturgemäß weiter ab. So weisen in den drei Einzeljahrgängen 2008 bis 2010 je nach Jahrgang zwischen einem Fünftel und einem Viertel der Räume Fallzahlen kleiner 100 auf (Tabelle 2).

Die vergleichsweise kleinen Fallzahlen führen dazu, dass die Merkmalsausprägungen größere Schwankungen von Jahr zu Jahr aufweisen, die inhaltlich nicht mehr bzw. falsch interpretiert werden können. Daher verständigte man sich in dem Fachgespräch 2010 darauf, dass eine Auswertung von Einzeljahrgängen nicht sinnvoll ist und daher die Daten von drei aufeinanderfolgenden Jahrgängen zusammengefasst und gemeinsam ausgewertet werden (sog. Poolen). Für die folgenden Jahre wird dann jeweils der älteste Jahrgang aus dem Gesamtdatensatz entfernt und der aktuelle hinzugefügt, so dass das Poolen über die Zeit gleitend erfolgt (2008/2009/2010; 2009/2010/2011 usw.).

Für die erstmalige Datenbereitstellung im Jahr 2011 stehen die Datensätze der Jahrgänge 2008 bis 2010 zur Verfügung. Die ausgewählten Merkmale sind in allen Jahrgängen seit 2008 enthalten und wurden jeweils mit der gleichen Methodik erhoben. Die Indikatoren werden jeweils für die Gesamtheit der drei gepoolten Einschulungsjahrgänge berechnet und ausgewiesen. Die Anteile beziehen sich auf die Kinder mit gültigen Angaben zum jeweiligen Merkmal bzw. zu den jeweiligen Merkmalen. Auf die genaue Methodik wird in den Kapiteln zu den Kernindikatoren eingegangen (Kapitel 3 bis 6).

Die Merkmale werden nach Geschlecht und Migrationshintergrund differenziert ausgewiesen, soweit dies aufgrund der Fallzahlen vertretbar ist (vgl. hierzu auch Abschnitt Sperrung von Zellen). Die Angabe zum Geschlecht liegt für alle untersuchten Kinder vor, Angaben zum Migrationshintergrund fehlen jedoch in einem geringen Teil der Fälle (< 1 %). Alle nach Migrationshintergrund differenzierten Angaben beziehen sich daher auf die Kinder mit gültigen Angaben zum Migrationshintergrund. Für die Operationalisierung des Migrationshintergrundes wird auf die Grundausswertung ESU 2010 (Kapitel 2.1) verwiesen.

Sperrung von Zellen

Wie oben bereits ausgeführt, ist die Aussagekraft einer Analyse stark von der zugrunde liegenden Fallzahl abhängig. Für die Einschulungsuntersuchungen werden Auswertungen, die auf weniger als 30 Kindern beruhen, als nicht mehr sinnvoll interpretierbar angesehen. Dies befreit nicht davon, dass bei der Interpretation der Daten von 30 oder mehr Kindern in einem Bereich trotzdem die Fallzahl mitberücksichtigt werden muss, insbesondere, wenn es sich um Betrachtungen im zeitlichen und räumlichen Vergleich handelt.

Darüber hinaus gebieten die Grundsätze der statistischen Geheimhaltung, dass aus Gründen des Datenschutzes Zellen mit einer Fallzahl von kleiner 3 gesperrt werden müssen, so dass ein Rückschluss auf konkrete Personen nicht bzw. nur mit einem unverhältnismäßig hohen Aufwand möglich ist. Um keine Rückrechnung aus den übrigen Daten zu ermöglichen werden dazu auch die Zellen mit der nächstgrößeren Zellenbesetzung gesperrt, auch wenn diese größer 2 sein sollte. Dieses Vorgehen wurde mit dem Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit im Rahmen einer Anfrage im Jahr 2011 abgestimmt.

Basierend auf diesen Grundsätzen wird für die Ergebnisse zu den Kernindikatoren für die Bezirksregionenprofile das folgende Vorgehen angewandt:

Tabelle 2:
Verteilung der Fallzahlen in den Bezirksregionen bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2008 bis 2010

Fallzahl	2008	2009	2010
< 30	3	3	3
30 bis < 100	27	32	28
100 bis < 200	51	44	47
200 bis < 300	35	32	33
300 bis < 400	18	19	18
>= 400	4	8	9
mittlere Fallzahl	191	194	200
Minimum	0	0	1
Maximum	514	540	585

(Datenquelle: SenGesUmV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

- Bezirksregionen mit einer Fallzahl von kleiner als 30 Kindern im gepoolten Datensatz werden von der Untersuchungsgesamtheit ausgeschlossen. Dies erscheint nicht zuletzt deshalb sinnvoll, weil im Falle einer einzigen Bezirksregion mit weniger als 30 Kindern, die in der Untersuchungsgesamtheit verbliebe, nicht nur alle Ergebnisse dieser Bezirksregion gesperrt würden, sondern darüber hinaus die Bezirksregion mit der nächstgrößeren Fallzahl im betreffenden Bezirk aus Gründen der Rückrechenbarkeit ebenfalls gesperrt werden müsste.
- Bei weniger als 30 untersuchten Kindern mit gültigen Angaben in einer der Merkmalsausprägungen von Geschlecht (Jungen, Mädchen) oder Migrationshintergrund (ja, nein) erfolgt keine Differenzierung nach dem betreffenden Merkmal, da dann eine sinnvolle statistische Aussage nicht mehr als möglich erachtet wird. Dieses Vorgehen entspricht dem bisherigen Vorgehen bei den Grundausswertungen der Einschulungsdaten.
 - Sind beispielsweise in einer Bezirksregion sechs Kinder nichtdeutscher Herkunft, so ist die Aussage, dass bei drei Kindern 50 % von dem Merkmal betroffen sind, zwar korrekt und unterläge auch nicht der statistischen Geheimhaltung, eine Änderung in der Fallzahl um ein Kind wäre dann aber mit der Aussage verbunden, dass nunmehr 67 % bzw. 33 % von dem Merkmal betroffen wären.
- Alle Zellen, deren Ergebnissen weniger als drei Kinder zugrunde liegen, werden gesperrt. Ist davon nur eine Bezirksregion eines Bezirks betroffen, wird zusätzlich die Bezirksregion mit der nächstgrößeren Fallzahl in diesem Merkmal ebenfalls gesperrt, um eine Rückrechnung zu verhindern.

3 Kernindikator Sprachdefizite (E1)

Die sprachlichen Fähigkeiten sind eine Schlüsselqualifikation für die soziale Integration und den Schulerfolg eines Kindes. In den Einschulungsuntersuchungen werden daher vier bzw. ab 2012 fünf sprachliche Tests zu unterschiedlichen Aspekten der Sprachentwicklung durchgeführt, sowie eine orientierende Einschätzung der Deutschkenntnisse bei Kindern nichtdeutscher Herkunft vorgenommen, um die sprachliche Entwicklung zu beurteilen.

Für den Kernindikator Sprachdefizite wird eine möglichst einfache und transparente Bildung angestrebt. In die Berechnung der Indikatorwerte werden nach Möglichkeit alle untersuchten Kinder einbezogen, insbesondere soll eine Verzerrung durch systematischen Ausschluss von Subgruppen vermieden werden. Nach Einschätzung der leitenden Kinder- und Jugendgesundheitsdienstärzte und der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz ist als Einzelindikator im Bereich der Sprachentwicklung am ehesten der Subtest „Sätze nachsprechen“ geeignet, der auch bereits als Indikator im Berliner Gesundheitszieleprozess verwendet wird. Aufgrund der Testmethodik (s. unten) muss der Test jedoch bei Kindern nichtdeutscher Herkunft mit unzureichenden Deutschkenntnissen nicht durchgeführt werden, da der Test nicht unabhängig von der Muttersprache ist. Daher ist der Anteil der Kinder ohne Angaben zum Test bei den Kindern nichtdeutscher Herkunft und unzureichenden Deutschkenntnissen höher. In den Grundausswertungen werden die Ergebnisse getrennt für die Kinder deutscher Herkunft bzw. nichtdeutscher Herkunft mit guten Deutschkenntnissen einerseits und für die Kinder nichtdeutscher Herkunft mit unzureichenden Deutschkenntnissen andererseits ausgewiesen. Dieses Vorgehen erschien für den Kernindikator Sprachdefizite im Rahmen der Bezirksregionenprofile jedoch ungeeignet.

Um eine Verzerrung durch den systematischen Ausschluss von Kindern nichtdeutscher Herkunft mit unzureichenden Deutschkenntnissen zu vermeiden, entwickelte die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz in Absprache mit Vertretern der leitenden Ärzte der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste einen kombinierten Indikator, der sowohl den Subtest Sätze nachsprechen als auch die Deutschkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft berücksichtigt. Bei diesem kombinierten Indikator liegen für die große Mehrheit der Kinder gültige Angaben vor. Unter den Kindern ohne Angaben zum Kernindikator Sprachdefizite entspricht der Anteil der Kinder nichtdeutscher Herkunft dem Anteil der Kinder nichtdeutscher Herkunft im Datensatz insgesamt, so dass eine Verzerrung in diesem Punkt weitgehend ausgeschlossen werden kann.

Methodik Subtest Sätze nachsprechen

Bei den Einschulungsuntersuchungen wird seit 2005 die sprachliche Entwicklung als ein Bereich des S-ENS (Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen)⁷ untersucht. Es handelt sich bei den Subtests des S-ENS um Screening-Tests. Die Anforderungen, die die Tests an die Kinder stellen, sollten von jedem altersgerecht entwickelten Kind erfüllt werden können. In jedem der Subtests werden die Kinder anhand der erreichten Ergebnisse in die Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“ oder „auffällig“ klassifiziert. Genauere Angaben zu Hintergrund, Durchführung und Bewertung der Tests finden sich im Testmanual.⁸

Das S-ENS-Verfahren ist für Kinder ab 5 Jahren normiert. Daher werden Kinder, die zum Zeitpunkt der Untersuchung jünger als 5 Jahre waren, von den Analysen ausgeschlossen.

Bei dem Test werden dem Kind in normalem Sprechtempo Sätze vorgesprochen, die dann korrekt nachgesprochen werden müssen. Der Test prüft das Speichern grammatischer Strukturen und das Abrufen vollständiger Sätze als Teil der expressiven Sprachentwicklung. Für jeden präzise nachgesprochenen Satz wird ein Punkt vergeben. Der Test ist nicht unabhängig von der Muttersprache

⁷ Döpfner, M., Dietmair, I., Mersmann, H., Simon, K., Trost-Brinkhues, G. (2005). S-ENS – Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen. Göttingen: Hogrefe.

⁸ Döpfner et al. (2005). a. a. O.

Tabelle 3:
Bewertung des Subtestes Sätze nachsprechen
(S-ENS)

Punktzahl	Bewertung
0-2	auffälliges Testergebnis
3	grenzwertiges Testergebnis
4-5	unauffälliges Testergebnis

(Datenquelle: Döpfner et al. 2005)

und kann daher bei nicht oder kaum Deutsch sprechenden Kindern weggelassen werden. Die Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Bewertung des Testergebnisses.

Zur Bildung des Kernindikators Sprachdefizite wird auf die folgenden Abschnitte verwiesen.

Methodik Deutschkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft

Die deutschen Sprachkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft werden von den untersuchen-

den Ärztinnen und Ärzten eingeschätzt. Ziel dieser Einschätzung ist es, für alle Kinder mit Deutsch als Zweitsprache Informationen darüber zu gewinnen, wie weit sie sich die deutsche Sprache als unabdingbare Voraussetzung für Integration, gesellschaftliche Teilhabe und einen erfolgreichen Schulbesuch bei Schulbeginn bereits angeeignet haben.

Diese Erfassung deutscher Sprachkenntnisse von Kindern nichtdeutscher Herkunft ist abzugrenzen von der Sprachstandserhebung der Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung. Die Sprachstandserhebung verfolgt das Ziel, Förderbedarf bezüglich der deutschen Sprache unabhängig von der Herkunft der Kinder bereits ein Jahr vor dem Schulbesuch festzustellen und geeignete Maßnahmen einzuleiten. Im Gegensatz dazu werden in der Einschulungsuntersuchung die deutschen Sprachkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft anhand ihrer sprachlichen Äußerungen im Verlauf der Untersuchung semiquantitativ eingeschätzt.

Tabelle 4:
Einteilung der Verständigung in deutscher Sprache bei der
Einschulungsuntersuchung in Berlin

Stufe	Wortschatz	Grammatik	Kind spricht...
1	kein Wortschatz	-	nicht
2	geringer Wortschatz	keine Grammatik	einzelne Worte
3	-	grundlegende Grammatik	flüssig mit erheblichen Fehlern
4	-	gute Grammatik	(sehr) gut

(Datenquelle: SenGesUmV Berlin / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Mit der Berliner Sprachskala⁹ liegt ein standardisiertes Verfahren vor, das im Jahr 2005 in das Testinstrument S-ENS (Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen)¹⁰ aufgenommen wurde. Die über die Jahre leicht modifizierte Skala¹¹ erfasst die Verständigungsmöglichkeiten der Einschüler/innen in deutscher Sprache in vier Stufen, die in Tabelle 4 dargestellt sind.

Die vier Stufen sind durch die Kriterien Wortschatz und Grammatik definiert. Stufe 1 wird vergeben, wenn das Kind sich gar nicht in deutscher Sprache verständigen kann. In Stufe 2 verfügt das Kind über einen gewissen Wortschatz, mit dem es Zwei- und Mehrwort-Sätze bilden kann, es wendet aber noch keine Grammatik an. Stufe 3 bedeutet, dass das Kind über einen ausreichenden Wortschatz verfügt, um sich in Deutsch flüssig zu verständigen, aber noch erhebliche gram-

matistische Fehler macht. In Stufe 4 verfügt das Kind über einen altersgemäßen deutschen Wortschatz und ebenfalls altersgemäß gute Kenntnisse der deutschen Grammatik.

⁹ Delekat, D. (2003). Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. Spezialbericht 2003 – 2. Berlin : Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz.

¹⁰ Döpfner, M., Dietmair, I., Mersmann, H., Simon, K., Trost-Brinkhues, G. (2005). S-ENS – Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen. Göttingen: Hogrefe.

¹¹ Bettge, S. Oberwöhrmann, S. (2011): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2010; im Internet abrufbar unter URL: <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/grundausswertungen.html>

Als Kinder mit unzureichenden Deutschkenntnissen werden die Kinder nichtdeutscher Herkunft mit weniger als (sehr) guten Deutschkenntnissen (Stufen 1 bis 3) zusammengefasst.

Methodik Kernindikator Sprachdefizite

Der Kernindikator Sprachdefizite wird aus den eingangs erwähnten Überlegungen als kombinierter Indikator auf der Basis des Subtests „Sätze nachsprechen“ und der Deutschkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft gebildet. Als Kinder mit Sprachdefiziten werden demnach folgende Gruppen ausgewiesen:

- Kinder deutscher Herkunft mit auffälligem Testergebnis im Subtest Sätze nachsprechen,
- Kinder nichtdeutscher Herkunft mit guten Deutschkenntnissen und auffälligem Testergebnis im Subtest Sätze nachsprechen,
- Kinder nichtdeutscher Herkunft mit unzureichenden Deutschkenntnissen.

Die Anteile der Kinder mit Sprachdefiziten werden bezogen auf die Kinder mit gültigen Angaben zu den berücksichtigten Merkmalen in dem entsprechenden Raum insgesamt und, soweit die Fallzahlen dies zulassen, nach Geschlecht und Migrationshintergrund differenziert ausgewiesen. Zur Operationalisierung des Migrationshintergrundes bei den Einschulungsuntersuchungen wird auf das entsprechende Kapitel der jeweils aktuellsten Grundauswertung verwiesen.

4 Kernindikator Visuomotorik (E2)

Der Testbereich „Visuomotorik“ prüft feinmotorische Fertigkeiten des Kindes wie die Auge-Hand-Koordination mittels Aufgaben zur Gestaltrekonstruktion (einfache Strichzeichnungen sollen nach Vorlage vervollständigt werden) und zur Gestaltreproduktion (einfache Strichzeichnungen sollen exakt abgezeichnet werden). Diese feinmotorischen Fähigkeiten sind u. a. für das Erlernen der Schriftsprache von Bedeutung.

Bei den Einschulungsuntersuchungen wird seit 2005 die Visuomotorik als ein Bereich des S-ENS (Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen)¹² untersucht. Es handelt sich bei den Subtests des S-ENS um Screening-Tests. Die Anforderungen, die die Tests an die Kinder stellen, sollten von jedem altersgerecht entwickelten Kind erfüllt werden können. In jedem der Subtests werden die Kinder anhand der erreichten Ergebnisse in die Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“ oder „auffällig“ klassifiziert. Genauere Angaben zu Hintergrund, Durchführung und Bewertung der Tests finden sich im Testmanual.¹³

Tabelle 5:
Bewertung des Subtestes Visuomotorik (S-ENS)

Punktzahl	Bewertung
0-13	auffälliges Testergebnis
14-16	grenzwertiges Testergebnis
17-25	unauffälliges Testergebnis

(Datenquelle: Döpfner et al. 2005)

Das S-ENS-Verfahren ist für Kinder ab 5 Jahren normiert. Daher werden Kinder, die zum Zeitpunkt der Untersuchung jünger als 5 Jahre waren, von den Analysen ausgeschlossen.

In den Aufgaben zur Gestaltrekonstruktion können maximal 7 Punkte erreicht werden, in den Aufgaben zur Gestaltreproduktion maximal 18 Punkte. Die Punktzahlen bei allen Aufgaben dieses Testbereichs werden addiert und gemäß Tabelle 5 bewertet.

Für den Kernindikator im Rahmen der Daten zu den Bezirksregionenprofilen wird der Anteil der Kinder mit einem auffälligen Testergebnis gewählt. Die Anteile der Kinder mit auffälliger Visuomotorik werden bezogen auf die Kinder mit gültigen Angaben zur Visuomotorik in dem entsprechenden Raum insgesamt und, soweit die Fallzahlen dies zulassen, nach Geschlecht und Migrationshintergrund differenziert ausgewiesen. Zur Operationalisierung des Migrationshintergrundes bei den Einschulungsuntersuchungen wird auf das entsprechende Kapitel der jeweils aktuellsten Grundauswertung verwiesen.

¹² Döpfner, M., Dietmair, I., Mersmann, H., Simon, K., Trost-Brinkhues, G. (2005). S-ENS – Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen. Göttingen: Hogrefe.

¹³ Döpfner et al. (2005). a. a. O.

5 Kernindikator Übergewicht (E3)

Übergewicht wird auch im Kindes- und Jugendalter als ein bedeutsamer Risikofaktor für die Gesundheit angesehen, zumal bei Übergewicht bereits im Kindesalter mit höherer Wahrscheinlichkeit auch im Erwachsenenalter mit Übergewicht oder Adipositas zu rechnen ist. Die Rate übergewichtiger Kinder ist in Berlin im Zeitverlauf konstant, bundesweit ist in einigen Regionen bei Kindern im Vorschulalter sogar eine Abnahme der Rate übergewichtiger Kinder zu beobachten¹⁴. Jedoch steigt der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher mit zunehmendem Alter deutlich an¹⁵, weshalb das Merkmal Übergewicht als präventionsrelevant angesehen wird.

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

Deshalb wurden für Kinder und Jugendliche BMI-Normwertetabellen entwickelt. In diesen werden die BMI-Werte von Kindern und Jugendlichen aus den Datensätzen größerer nationaler und internationaler Erhebungen getrennt nach Geschlecht und Altersstufen ausgewertet. Allgemein gilt, dass Kinder und Jugendliche, deren BMI nach dem gewählten Referenzsystem oberhalb des 90. Perzentil der Normstichprobe liegt, als übergewichtig bezeichnet werden, bei einem BMI oberhalb des 97. Perzentil als adipös. Auf der anderen Seite werden Kinder mit einem BMI unterhalb des 10. Perzentil als untergewichtig bezeichnet, unterhalb des 3. Perzentil als deutlich untergewichtig. Auch hier fehlen verlässliche Angaben über den Krankheitswert, zumal Essstörungen wie Anorexie oder Bulimie in diesem jungen Alter noch kaum auftreten dürften.

Für die Daten der Einschulungsuntersuchung werden die monatsgenauen Normwertetabellen von Kromeyer-Hauschild (persönliche Mitteilung Frau Prof. Kromeyer-Hauschild 2008) angewendet, um die Einschüler/innen anhand alters- und geschlechtsspezifischer Grenzwerte zu klassifizieren.

Für den Kernindikator im Rahmen der Daten zu den Bezirksregionenprofilen wird der Anteil der übergewichtigen Kinder, d. h. mit einem BMI oberhalb der 90. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile ausgewiesen. Dabei sind die adipösen Kinder in die Gruppe der übergewichtigen Kinder mit eingeschlossen. Die Anteile übergewichtiger Kinder werden bezogen auf die Kinder mit gültigen Angaben zu Körpergröße und Gewicht in dem entsprechenden Raum insgesamt und, soweit die Fallzahlen dies zulassen, nach Geschlecht und Migrationshintergrund differenziert ausgewiesen. Zur Operationalisierung des Migrationshintergrundes bei den Einschulungsuntersuchungen wird auf das entsprechende Kapitel der jeweils aktuellsten Grundauswertung verwiesen.

¹⁴ Moss et al. (2011): Declining prevalence rates for overweight and obesity in German children starting school. Eur J Pediatr Published Online 13.7.2011, im Internet: <http://www.springerlink.com/content/81tq03724q1j0n35/> (zuletzt aufgerufen am 28.10.2011).

¹⁵ Kurth, B.M., Schaffrath Rosario, A. (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50: 736 – 743.

6 Kernindikator Kitabesuchsdauer (E4)

Der Besuch eines Kindergartens ist nicht nur für den Erwerb sozialer Kompetenzen und die Teilnahme an frühkindlichen Bildungsangeboten von Bedeutung, sondern eröffnet auch einen potentiellen Zugangsweg für gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen sowie Interventionen für die Gesundheit. In den Auswertungen der Einschulungsuntersuchungen in Berlin zeigt sich, dass ein Kitabesuch länger als zwei Jahre vor der Einschulungsuntersuchung einen positiven Einfluss auf gesundheitliche Aspekte im Vorschulalter hat, auch wenn der Einfluss im Vergleich zum Einfluss des Sozialstatus deutlich geringer ausgeprägt ist¹⁶.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen wird der Besuch von Betreuungseinrichtungen sowie dessen Dauer erhoben. Dabei wird seit 2009 nicht mehr zwischen den Betreuungsformen „Kita/EKT“ und „andere Einrichtung“ unterschieden. Da in den Jahren zuvor die Betreuungszeiten in den beiden Einrichtungsformen addiert und als Kitabesuchsdauer ausgewiesen wurden, dürfte sich an der Datenlage nichts geändert haben. Die Dauer des Besuchs bis zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung wird monatsgenau ermittelt. Bei Einrichtungswechseln werden die jeweiligen Besuchszeiten zu einer Gesamtzeit addiert, die nach Zeiträumen gestaffelt in vier Gruppen unterteilt wird: Kinder ohne Einrichtungsbesuch, mit einer Betreuungsdauer von weniger als einem halben Jahr, ½ bis 2 Jahren und länger als 2 Jahren.

Für den Kernindikator im Rahmen der Daten zu den Bezirksregionenprofilen wird der Anteil der Kinder mit einer Kitabesuchsdauer von mehr als zwei Jahren ausgewiesen. Die Anteile der Kinder mit einer Kitabesuchsdauer von mehr als zwei Jahren werden bezogen auf die Kinder mit gültigen Angaben zur Kitabesuchsdauer in dem entsprechenden Raum insgesamt und, soweit die Fallzahlen dies zulassen, nach Geschlecht und Migrationshintergrund differenziert ausgewiesen. Zur Operationalisierung des Migrationshintergrundes bei den Einschulungsuntersuchungen wird auf das entsprechende Kapitel der jeweils aktuellsten Grundauswertung verwiesen.

¹⁶ Meinschmidt, G. (Hrsg.) (2011): Sozialstruktur und Kindergesundheit – Ein Atlas für Berlin auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2007/2008. Spezialbericht 2001-1. Im Internet abrufbar unter URL: www.gsi-berlin.info

7 Bewertung der Kernindikatorenwerte auf Bezirksregionenebene

Entwicklung eines Bewertungsschemas

Im Rahmen der Ausgestaltung der Kernindikatoren der Bezirksregionenprofile wurde angesichts der Informationsfülle bei 32 Kernindikatoren und berlinweit 138 Bezirksregionen der Bedarf einer einfach handhabbaren Schnell-Bewertung im Sinne eines Überblicks artikuliert¹⁷. Die Bewertung soll der Erleichterung der Anwendbarkeit der Daten und damit der Unterstützung der Arbeitsebene in den Bezirken dienen.

Der mathematisch denkbare Ansatz einer Bewertung über Durchschnittsvergleiche erscheint in diesem Zusammenhang nicht sinnvoll, da dieser eine rein statistisch-mathematische Betrachtung darstellt und keine Rückschlüsse über Handlungsbedarf erlaubt. Es ist vorstellbar, dass aufgrund fachlich-inhaltlicher Beurteilung für einen Kernindikator in allen Bezirksregionen Handlungsbedarf besteht, für einen anderen in keiner einzigen Bezirksregion. Sowohl eine Beurteilung, ab welchem Grenzwert eines Kernindikators Handlungsbedarf oder dringender Handlungsbedarf gegeben ist, als auch eine Prioritätensetzung, welche/r Kernindikator/en dringlicher als andere Kernindikatoren Maßnahmen erfordert/erfordern, kann nur aufgrund fachlich-inhaltlicher Erwägungen erfolgen.

Eine grundsätzlich wünschenswerte fachlich-inhaltlich begründete Festsetzung von Grenzwerten für die Kernindikatoren aus den Einschulungsuntersuchungen muss breit fachlich und politisch abgestimmt werden und kann daher nicht ad hoc erfolgen. Zwar sind für den Berliner Gesundheitszieleprozess für einzelne Indikatoren aus den Einschulungsuntersuchungen Zielwerte vereinbart worden, jedoch beziehen diese sich nicht auf dieselben Indikatoren bzw. Merkmalsausprägungen und können deshalb nicht auf die Kernindikatoren für die Bezirksregionenprofile bezogen werden.

Aus diesem Grund wird seitens der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz analog dem Vorgehen im Sozialstrukturatlas Berlin 2008¹⁸ eine Rangfolge der Kernindikatorwerte bezogen auf Berlin und den Bezirk angegeben. Für jeden Kernindikator wird eine Rangreihe über alle Bezirksregionen Berlins gebildet (Rang Berlin) sowie pro Bezirk eine Rangreihe über die Bezirksregionen des Bezirks (Rang Bezirk). Dabei werden die Rangzahlen so vergeben, dass die 1 die positivste Ausprägung des Kernindikators darstellt und die höchste Rangzahl die negativste Ausprägung. Bezirksregionen, für die aufgrund zu niedriger Fallzahlen bzw. aus Geheimhaltungsgründen keine Werte ausgewiesen werden, werden auch von der Rangbildung ausgeschlossen.

Möglichkeiten und Grenzen

Die Kernindikatoren aus den Einschulungsuntersuchungen ermöglichen eine Einschätzung der Entwicklungsbedingungen der Kinder im Vorschulalter für die ausgewählten Bereiche. Im Vergleich mit den Werten für Gesamtberlin bzw. die Berliner Bezirke ist ein Regionalvergleich möglich, der Räume mit Werten unterhalb bzw. oberhalb dieser Werte ausweist und somit einen ersten Hinweis auf Räume mit potentiellem Handlungsbedarf gibt. Sowohl anhand möglicher Veränderungen der Anteile betroffener Kinder als auch über Veränderungen der Rangordnung ist in den Folgejahren darüber hinaus auch eine Tendenz im Zeitverlauf ablesbar.

Allerdings sind dem System Limitationen gesetzt. Allein eine positive oder negative Abweichung vom Durchschnitt bzw. eine obere oder untere Position in der Rangreihe kann nicht zur Festlegung von Handlungsbedarf herangezogen werden. So kann der tatsächliche Handlungsbedarf nur unter Berücksichtigung fachlich-inhaltlicher Aspekte und der Einbeziehung weiterer Kontextvariablen

¹⁷ Fachgespräch bei der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung am 26.9.2011

¹⁸ Meinlschmidt, G. (Hrsg.) (2009): Sozialstrukturatlas Berlin 2008 – Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Spezialbericht 2009-1. Im Internet abrufbar unter URL: www.gsi-berlin.info

sowie im Rahmen der Prioritätensetzung von Handlungsbedarfen und Maßnahmen im Gesamtkontext festgestellt werden. Darüber hinaus sind trotz der deutlichen Fallzahlerhöhung durch das Poolen dreier Jahrgänge vergleichsweise kleine Fallzahlen in einigen Räumen zu beobachten. Diese müssen sowohl bei der Interpretation im räumlichen, insbesondere aber beim zeitlichen Vergleich in den Folgejahren berücksichtigt werden, weil allein aufgrund kleiner Fallzahlen Schwankungen entstehen, denen keine inhaltliche Ursache zugrunde liegt.

8 Zusammenfassung und Fazit

Im Zuge der Rahmenstrategie soziale Stadtentwicklung sollen anhand so genannter Bezirksregionenprofile Grunddaten (Kernindikatoren) zur Bevölkerungs- und Sozialstruktur, zur Wohnsituation und zu Entwicklungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen zusammengestellt und verglichen werden. Aus den Kernindikatoren sollen im Vergleich mit dem Bezirk und mit ganz Berlin Besonderheiten, Ressourcen und Probleme einzelner Sozialräume herausgearbeitet werden und in Planungen einfließen.

Für den Inhaltsbereich Entwicklungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen wurden aus den jährlichen Einschulungsuntersuchungen die vier Merkmalsbereiche sprachliche Entwicklung, feinmotorische Entwicklung, Übergewicht und Kitabesuchsdauer als Kernindikatoren (E1 bis E4) ausgewählt (Tabelle 6). Die Merkmale werden zudem nach Geschlecht und Migrationshintergrund differenziert. Die Datentabellen werden jährlich in das Gesundheits- und Sozialinformationssystem (www.gsi-berlin.info) eingestellt (vgl. Kapitel 1).

Tabelle 6:
Übersicht über die Operationalisierung der Kernindikatoren zu den Bezirksregionenprofilen aus den Einschulungsuntersuchungen

Kernindikator	Operationalisierung
E 1 Sprachdefizite	Anteil der Kinder mit einem auffälligen Testergebnis Sätze nachsprechen (S-ENS ¹) bzw. unzureichenden Deutschkenntnissen von Kindern nichtdeutscher Herkunft
E 2 motorische Defizite	Anteil der Kinder mit einem auffälligen Testergebnis Visuomotorik (S-ENS ¹)
E 3 Übergewicht	Anteil der Kinder mit Übergewicht inkl. Adipositas
E 4 Kitabesuchsdauer	Anteil der Kinder mit einer Kitabesuchsdauer größer 2 Jahre

¹ Screening des Entwicklungsstandes bei den Einschulungsuntersuchungen, Döpfner et al. 2005
(Quelle: SenGesUmV Berlin - I A -)

Aufgrund der vergleichsweise kleinen Fallzahlen auf der räumlichen Ebene der Bezirksregionen in den Einzeljahrgängen, die sinnvolle statistische Aussagen nur in stark eingeschränktem Umfang ermöglichen würden, wurde sich darauf verständigt, die Daten dreier aufeinanderfolgender Jahrgänge für die Auswertung zusammenzufassen (sog. Pools) und gemeinsam zu analysieren. Trotz der dadurch verdreifachten Fallzahlen weisen einzelne Räume bei bestimmten Merkmalen immer noch so kleine Besetzungen auf, dass sie der statistischen Geheimhaltung unterliegen bzw. sinnvolle Aussagen nicht möglich sind. Dies betrifft insbesondere die Differenzierung nach Migrationshintergrund in einigen östlichen Bezirksregionen.

Für einen ersten Überblick werden neben den Kernindikatorwerten die Ränge bezogen auf alle Berliner Bezirksregionen sowie bezogen auf die Bezirksregionen des jeweiligen Bezirks ausgewiesen. Diese ermöglichen eine erste Einschätzung, wo die Region im räumlichen Vergleich einzuordnen ist und in den Folgejahren auch einen Zeitvergleich im Sinne einer tendenziellen Entwicklung. Eine Bewertung mit Blick auf möglichen Handlungsbedarf in einer Region kann jedoch nur unter Berücksichtigung von fachlich-inhaltlichen Aspekten, ggf. weiteren Daten und unter Berücksichtigung der Prioritätensetzung im Gesamtzusammenhang erfolgen. Für den Zeitvergleich ist in den Folgejahren trotz des durch das Poolen erhöhten Datenumfangs zu berücksichtigen, dass die Fallzahlen in einigen Räumen weiterhin vergleichsweise klein sind und Schwankungen im zeitlichen Verlauf daher nicht immer inhaltliche Gründe haben müssen.

9 Publikationsverzeichnis

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

Gesundheitsberichterstattung (GBE)

Basisberichte

Diese Berichtsform enthält Tabellen, die sich am Indikatorenansatz der Länder orientieren, Erläuterungen sowie kurze Ergebnisbeschreibungen zu verschiedenen Themenfeldern. Der Bericht erscheint jährlich. Ab Basisbericht 2001 als PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/basis.html>.

- Basisbericht 2010/2011 (2011). ISSN 1617-9242.
- Basisbericht 2009 (2010). ISSN 1617-9242.
- ...
- Jahresgesundheitsbericht 1961

Spezialberichte - GBE

Diese Berichtsform wird zu Schwerpunktthemen erarbeitet; sie enthält Analysen, Zusammenhänge und Handlungsempfehlungen. PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/spezial.html>.

- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine; Adloff, Inis; Grahl, Rainer; Lenz, Simone (2011): Mundgesundheitsberichterstattung der Berliner Kinder. Ergebnisse des Schuljahres 2009/2010. Spezialbericht 2011-2, ISSN 1617-9250.
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) (2011): Sozialstruktur und Kindergesundheit - Ein Atlas für Berlin auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2007/2008. Spezialbericht 2011-1, ISSN 1617-9250.
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) (2009): Sozialstrukturatlas Berlin 2008 - Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Spezialbericht 2009-1, ISSN 1617-9250.
- Bettge, Susanne; Nickel, Jennifer; Schulz, Mandy; Helle, Nadine; Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard; Ravens-Sieberer, Ulrike (2008): Gesundheits- und Risikoverhalten von Berliner Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der HBSC-Studie 2006. Spezialbericht 2008-2, ISSN 1617-9250.
- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne (2008): Grundaussagen der Einschulungsdaten 2006 zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Spezialbericht 2008-1, ISSN 1617-9250.
- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne (2007): Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2005. Spezialbericht 2007-1, ISSN 1617-9250.
- Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke et al. (2006): Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2004. Spezialbericht 2006-1, ISSN 1617-9250.
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) (2004): Sozialstrukturatlas Berlin 2003 - Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Spezialbericht 2004-1, ISSN 1617-9250.
- Delekat, Dietrich (2003): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin - Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. Spezialbericht 2003-2, ISSN 1617-9250.
- Meinschmidt, Gerhard; Imme, Uwe; Seeger, Michael (2003): Sozialhilfeempfängerprognoseverfahren in Berlin. Spezialbericht 2003-1, ISSN 1617-9250.
- Kis, Anita; Bömermann, Hartmut; Hermann, Sabine; Schieritz, Frank; Unger, Gisela (2002): Diagnosedaten der Berliner Krankenhauspatienten 1994-1999. Spezialbericht 2002-1, ISSN 1617-9250.

- Delekat, Dietrich; Kis, Anita (2001):
Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin - Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Spezialbericht 2001-1, ISSN 1617-9250.
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) / SenGesSoz; Brenner, M. H. (Herausgeber) / TU Berlin (1. Ausgabe 1999):
Sozialstrukturatlas Berlin 1999 - Eine soziale Diagnose für Berlin -.
- Hermann, Sabine; Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard (1997):
Sozialstrukturatlas 1997 - Eine disaggregierte statistische Sozialraumanalyse -.
- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard (1997):
Sozialstrukturatlas Berlin - Fortschreibung 1997 -.
- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard (1995):
Sozialstrukturatlas Berlin. Erste gemeinsame Berechnung für alle Bezirke.
- Meinschmidt, Gerhard; Imme, Uwe; Kramer, Ramona (1990):
Sozialstrukturatlas Berlin (West). Eine statistisch-methodische Analyse mit Hilfe der Faktorenanalyse.

Grundauswertungen - GBE

PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheitsgrundauswertungenl.html>.

- Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke (2011): Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2010.
- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne (2011): Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2009.
- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne (2009): Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2008.
- Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke (2009): Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2007.

Diskussionspapiere zur Gesundheits- und Sozialforschung

In dieser Reihe werden Themen von besonderer gesundheitspolitischer Bedeutung diskutiert sowie strittige oder widersprüchliche Aspekte des Themas aufgezeigt. Die Diskussionspapiere erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Folge. PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/veroeffentlichungen/diskussionspapiere.html>.

34. Meinschmidt, Gerhard; Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke; Sallmon, Sylke; Schulz, Mandy (2009):
Zur demografischen Entwicklung und ihren Auswirkungen auf Morbidität, Mortalität, Pflegebedürftigkeit und Lebenserwartung. Erste Ansätze zur Ableitung von Gesundheitszielen für die ältere Bevölkerung in Berlin. ISSN 1868-4475.
33. Hauschild, Beate; Baum, Christiane (2000):
Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystems. Zweiter Basisdatenbericht (1998) zur Versorgung im ambulant/komplementären Bereich (Betreutes Wohnen und Tagesstätten).
32. Hauschild, Beate; Baum, Christiane (1998):
Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystems. Erster Basisdatenbericht (1997) zur Versorgung im ambulant/komplementären Bereich (Betreutes Wohnen und Tagesstätten).
31. Wiesner-Balcke, Waltraud; Angerman, Regina (1997):
Allergische Erkrankungen und Beschwerden bei Berliner Einschülern im Vergleich mit dem Land Brandenburg - Analyse, Bezirksvergleiche, bezirkliches Vorsorgeprogramm -.
30. Kiss, Anita (1997):
Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1994/95.
29. Scholz, Rembrandt D.; Thielke, Henning (1997):
Lebenserwartung in Berlin 1986-1994. - Trends und regionale Unterschiede -.
28. Hiestermann, Angelika; Hillen, Thomas (1996):
Zur psychosozialen Befindlichkeit der Berliner Bevölkerung. - Eine statistische Analyse -.
27. Dohnke-Hohrmann, Sylvia; Reich, Renate (1995):
Der Mund- und Zahngesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen 1992/93 in Berlin.
26. Hermann, Sabine; Hiestermann, Angelika (1995):
Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Frauen in Berlin. - Eine erste geschlechtsspezifische empirische Diagnose -.1.
Meinschmidt, Gerhard (1986):
Ärzte beurteilen Sozialstationen. Eine statistisch empirische Diagnose.

25. Beblo, Miriam (1995):
Zur Dimension der sozialen und gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Berlin. Eine statistisch-empirische Diagnose. 2. Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard; Wanjura, Marlies (1986):
Der Krankenpflegenotfalldienst durch Sozialstationen. Eine Zwischenbilanz aus empirischer Sicht.
24. Rothe, Kerstin u.a. (1995):
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik Deutschland 1992.
23. Kiss, Anita; Hermann, Sabine; Thoelke, Henning (1995):
Vermeidbare Sterbefälle in Berlin 1983-1992.
22. Kiss, Anita (1995):
Zur gesundheitlichen Lage von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1991/1992 - eine statistische Analyse -.
21. Radoschewski, Michael; Kirschner, Wolf; Kirschner, Renate; Heydt, Kerstin (1994):
Entwicklung eines Präventionskonzeptes für das Land Berlin.
20. Koch-Malunat, Norbert (1994):
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1990 in Berlin-West - eine statistische Analyse -.
19. Thoelke, Henning; Meusel, Katharina (1994):
Zur Überlebensdauer von Typ-II-Diabetikern. Ergebnisse einer 20jährigen Follow-up-Studie in Berlin-Ost.
18. Hermann, Sabine; Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard (1993):
Zur Sozialstruktur in den östlichen und westlichen Bezirken Berlins auf der Basis des Mikrozensus 1991.- Erste methodische Berechnungen mit Hilfe der Faktorenanalyse -.
17. Kirschner, Wolf; Radoschewski, Michael (1993):
Gesundheits- und Sozialsurvey in Berlin.
16. Kiss, Anita (1992):
Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1988/89 in Berlin (West).
15. Koch-Malunat, Norbert; Klausning, Michael (1990):
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1987 in Berlin (West).
14. Haecker, Gero; Kirschner, Wolf; Meinschmidt, Gerhard (1990):
Zur „Lebenssituation von Sozialhilfeempfängern“ in Berlin (West).
13. Liedtke, Dieter; Wanjura, Marlies (1989):
Projekt: Beratungspfleger (Teil 2).
12. Becker, Barbara; Kramer, Ramona; Meinschmidt, Gerhard (1989):
Zur subjektiven Morbidität der Berliner Bevölkerung.
11. Baum, Christiane; Koch-Malunat, Norbert; Seeger, Michael (1989):
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik.
10. Liedtke, Dieter (1988):
Projekt: Beratungspfleger (Teil 1).
9. Meinschmidt, Gerhard (1988):
Sozialhilfeempfänger auf dem Weg zurück ins Berufsleben. Grundgedanken zum Berliner Modell der Beschäftigung von arbeitslosen Sozialhilfeempfängern. Eine empirische Einstiegsstudie, die zu diesem Problemkomplex bei den Berliner Arbeitgebern durchgeführt wurde.
8. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme (1988):
Sozialhilfeempfänger in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung. Statistischer Erfahrungsbericht zum 500er Programm.
7. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme (1988):
Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1985/86 in Berlin (West) nach Kriterien des Jugendarbeitsschutzgesetzes.
6. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme; Mader, Sylvia (1988):
Die Jugendzahnpflege 1986. Eine Untersuchung über den Zahnstatus bei Kindern und Jugendlichen in Berlin (West).
5. Meinschmidt, Gerhard (1988):
Strukturanalyse pflegebedürftiger Menschen in Berlin. Eine statistische Analyse.
4. Meinschmidt, Gerhard; Völker-Oswald, Ingrid (1988):
Zum Bedarf an Unterstützung in Hilfssituationen älterer Menschen in Berlin. Eine statistische Analyse.

3. Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard (1986):
Strukturanalyse arbeitsloser Sozialhilfeempfänger. Eine statistische Analyse.
2. Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard; Wanjura, Marlies (1986):
Der Krankenpflegenotfalldienst durch Sozialstationen. Eine Zwischenbilanz aus empirischer Sicht.
1. Meinschmidt, Gerhard (1986):
Ärzte beurteilen Sozialstationen. Eine statistisch empirische Diagnose.

Gesundheitsbarometer

PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/veroeffentlichungen/barometer.html>.

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

Statistische Kurzinformationen - GBE

PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/kurzinfo.html>.

- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne; Hermann, Sabine (2011):
Kernindikatoren für Bezirksregionenprofile aus den Einschulungsdaten in Berlin. Statistische Kurzinformation 2011-1,
ISSN 1863-9305.
- Adloff, Inis; Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine; Uhlig, Ursula (2010):
Mundgesundheit der Berliner Kinder im Schuljahr 2008/2009. Statistische Kurzinformation 2010-2, ISSN 1863-9305.
- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine (2010):
Bericht über den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) in Berlin 2008. Statistische Kurzinformation 2010-1,
ISSN 1863-9305.
- Häßler, Kathleen, Hermann, Sabine, Uhlig, Ursula (2009):
Mundgesundheit der Berliner Kinder im Schuljahr 2007/2008. Statistische Kurzinformation 2009-2, ISSN 1863-9305.
- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine (2009):
Bericht über den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) in Berlin 2007. Statistische Kurzinformation 2009-1,
ISSN 1863-9305.
- Kis, Anita; Geitner, Heide; Hermann, Sabine (2008):
Unfälle im Kindes- und Jugendalter. Statistische Kurzinformation 2008-1, ISSN 1863-9305.
- Struck, Christiane; Hermann, Sabine (2007):
Geburtenentwicklung, Schwangerschaftsabbrüche und Schwangerschaftskonfliktberatung - Altersstruktur, Konfliktgründe,
Ländervergleich -. Statistische Kurzinformation 2007-3, ISSN 1863-9305.
- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine (2007):
Präventive und gesundheitsförderliche Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes für Kinder und Jugendliche in
Berlin. Statistische Kurzinformation 2007-2, ISSN 1863-9305.
- Kis, Anita; Hermann, Sabine (2007):
Zur Suizidhäufigkeit in Berlin 1991 - 2005. Statistische Kurzinformation 2007-1, ISSN 1863-9305.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2006):
Alters- und geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen in Berlin. Statistische Kurz-
information 2006-1.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2005):
Pflegebedürftigkeit in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Lebenserwartung. Statistische Kurzinformation
2005-1.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2002):
Stationäre Behandlung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises in den Berliner Krankenhäusern 2000.
Statistische Kurzinformation 2002-4.

- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2002): Beschäftigte im Berliner Gesundheitswesen. Statistische Kurzinformation 2002-3.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2002): Die Diagnosedaten der Berliner Krankenhauspatienten 1994 - 1999. Statistische Kurzinformation 2002-2.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2002): Neueste Lebenserwartungsberechnungen für die Berliner Bezirke - Deutliche Zusammenhänge zwischen Lebenserwartung, vermeidbaren Sterbefällen und sozialer Lage -. Statistische Kurzinformation 2002-1.

Sozialstatistisches Berichtswesen (SBW)

Spezialberichte - SBW

Die Spezialberichte verfolgen die vertiefende Analyse von Erkenntnissen aus der Sozialstatistik nach unterschiedlichen Themenschwerpunkten. Sie erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Reihenfolge.

PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/sozial/spezial.html>.

- Sallmon, Sylke; Mittelstaedt, Karin; Schenk, Ullrich (2011): Zur sozialen Lage älterer Menschen in Berlin - Armutsrisiken und Sozialleistungsbezug. Spezialbericht 2011-1, ISSN 1861-9444.
- Seeger, Michael (2006): Einflussfaktoren und Strukturmerkmale für die Sozialhilfebedürftigkeit von Familien mit Kindern in Berlin an der Schwelle zu „Hartz IV“. Spezialbericht 2006-1, ISSN 1861-9444.
- Schmidtke, Kerstin (2005): Konzepte und Methoden zur Abbildung von Lebenslagen - Bildung von Lebenslagen-Indices am Beispiel der Berliner Sozialhilfestatistik 2005. Spezialbericht 2005-1, ISSN 1861-9444.

Spezialberichte und Diskussionspapiere aus dem Themengebiet des Sozialstatistischen Berichtswesens vor dem Jahr 2005 finden Sie unter den Publikationen im Abschnitt Gesundheitsberichterstattung (GBE).

Quartalsberichte - SBW

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

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

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

Statistische Kurzinformationen - SBW

PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/sozial/kurzinfo.html>.

- Brandt, Britta; Sallmon, Sylke (2010): Transferausgaben des Landes Berlin in den Sozialrechtsgebieten des SGB XII, SGB II (kommunaler Träger), AsylbLG, LPfGG in den Jahren 2005 bis 2008. Statistische Kurzinformation 2010-2, ISSN 1864-0710.
- Sallmon, Sylke; Danner, Jonas (2010): Grundsicherung bei dauerhaft voller Erwerbsminderung - statistische Analyse der Empfängerstruktur in Berlin. Statistische Kurzinformation 2010-1, ISSN 1864-0710.
- Sallmon, Sylke (2008): Pflegebedürftigkeit, Pflegeleistungen der Sozialhilfe und demographische Entwicklung in Berlin. Statistische Kurzinformation 2008-1, ISSN 1864-0710.
- Sallmon, Sylke (2007): Hilfe zur Pflege nach SGB XII - Eckdaten zu den Leistungsbeziehern -. Statistische Kurzinformation 2007-1, ISSN 1864-0710.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2006): Transferausgaben in Berlin im ersten Jahr der neuen Sozialgesetzgebung 2005 - SGB XII, AsylbLG, LPfGG. Statistische Kurzinformation 2006-1.

Informationssysteme

Spezialberichte - Informationssysteme

- Imme, Uwe; Brodersen, Sven; Kaske, Eva (2007):
GSI - das Gesundheits- und Sozialinformationssystem. Internetbasierte Bereitstellung von Daten und Berichten der Berliner Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistischen Berichtswesens. Spezialbericht 2007-1, ISSN 1865-8377.
PDF-Datei abrufbar unter http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/veroeffentlichungen/spezial_gsi.html.

Weitere Veröffentlichungen

unter Beteiligung des Referats Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme.

- Stabenow, Roland; Schulz, Mandy; Meinschmidt, Gerhard; Imme, Uwe (2007):
Krebsatlas Berlin 2002-2004. Berlin, Schriftenreihe des Gemeinsamen Krebsregisters, Heft 2.
PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gkr/index.html>.

Fachliche Auskünfte und Bezug:

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

Telefon: (030) 9028 2660
Telefax: (030) 9028 2067
e-mail: Gerhard.Meinschmidt@senguv.berlin.de