



Gesund in die Schule.

Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung
2016/2017 in Bremen



Gesund in die Schule.

Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2016/2017 in Bremen

Impressum

Autoren

Günter Tempel, Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Claudia Gerken, Sozialpädiatrische Abteilung

Gabriele Sadowski, Sozialpädiatrische Abteilung

Redaktion und Gestaltung

Winfried Becker, Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Verantwortlich

Dr. Gabriele Sadowski, MPH, Sozialpädiatrische Abteilung

Dr. Günter Tempel, Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Herausgeber

Gesundheitsamt Bremen

Horner Str. 60-70

28203 Bremen

Kontakt

Telefon 0421-361-10014

E-Mail sozialpaediatric@gesundheitsamt.bremen.de

Internet <http://www.gesundheitsamt.bremen.de>

Erscheinungsdatum

Juli 2018



Gesund in die Schule.

Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2016/2017 in Bremen



Inhalt

Zusammenfassung	5
Über diesen Bericht	7
Empirische Grundlage	7
Lebensverhältnisse und Kindergesundheit	8
"Migrationshintergrund" als Indikator für benachteiligende Lebensverhältnisse	8
Sozialräumliche Betrachtung	10
Messung der sozialräumlichen Unterschiede in der Stadt Bremen	12
Lebenssituation der Schulanfänger	13
Migrationshintergrund.....	13
Zuerst gesprochene Sprache.....	14
Wohnort in der Stadt Bremen.....	14
Kindergartenbesuch.....	15
Familiäre Situation	15
Erwerbstätigkeit der Eltern.....	16
Zur Lebenssituation von Kindern aus Zuwandererfamilien	17
Sozialraum und Lebenssituation	19
Sozialpädiatrische Befunde	20
Teilnahme an den Untersuchungen zur Früherkennung (U1 - U9).....	20
Impfquoten	21
Bekämpfung der Masern	22
Vorerkrankungen, Frühförderung und Therapien nach SGB V	22
Ergebnisse der Sehprüfung und der Hörprüfung.....	25
Verhaltensauffälligkeiten.....	26
Relatives Körpergewicht (Body Mass Index - BMI)	28
Entwicklungsstand	31
Visuomotorik	31
Selektive Aufmerksamkeit	33
Zählen, Mengenvergleich und Simultanerfassung	34
Deutschkenntnisse	37
Sprach- und Sprechbefund	41
Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern	43
Körperkoordination	44
Schulempfehlung und Förderbedarfe.....	46
Zusammenfassung und Diskussion	48
Schlussfolgerungen und Maßnahmenvorschläge	50
Literatur	52
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	54



Zusammenfassung

Der vorliegende Gesundheitsbericht gibt einen Überblick über die gesundheitliche Situation der angehenden Erstklässler in der Stadtgemeinde Bremen des Schuljahrgangs 2016/2017. Grundlage ist die zwischen Januar und August 2016 durchgeführte Schuleingangsuntersuchung des Bremer Gesundheitsamtes, an der 4.573 Kinder teilnahmen.

Die Schuleingangsuntersuchung stellt vor Schulantritt fest, ob die schulpflichtigen Kinder die notwendigen kognitiven und gesundheitlichen Voraussetzungen für den Schulbesuch aufweisen. Dabei werden Informationen erhoben, die Auskunft geben über die Lebenssituation, über die Inanspruchnahme empfohlener Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen sowie über bestehende Erkrankungen. Des Weiteren werden die Körpergröße und das Gewicht der Kinder gemessen, vorhandene Hör- und Sehprobleme festgestellt, Verhaltensauffälligkeiten eruiert und der Entwicklungsstand des vorgestellten Kindes beurteilt. Abschließend erhalten die Eltern eine Empfehlung, ob das Kind eingeschult oder zurückgestellt werden sollte.

Fast die Hälfte (48,8 %) der Kinder hatten einen beidseitigen Migrationshintergrund und kamen mithin aus einer Zuwandererfamilie. Mehr als ein Fünftel (22,1 %) aller untersuchten Kindern sprach entweder kein oder nur gebrochen Deutsch. Verglichen mit früheren Schuleingangsuntersuchungen haben sich die Deutschkenntnisse der angehenden Grundschüler erheblich verschlechtert. Gut jedes vierte Kind (26,5 %) lebte in einem der am stärksten mit sozialen Problemen belasteten Ortsteile Bremens. Auf der anderen Seite wohnte jedes fünfte Kind (20,9 %) in einem der Ortsteile, die am wenigsten von sozialen Problemen betroffen sind. Fast alle Kinder hatten einen Kindergarten besucht, ein Drittel sogar drei Jahre oder länger. Vier von fünf Kindern (79,3 %) lebten mit beiden Eltern zusammen, das restliche Fünftel lebte bei einem alleinerziehenden Elternteil. Bei einem nicht unbeachtlichen Teil der Kinder (13,5 %) waren beide Eltern nicht erwerbstätig.

Die Inanspruchnahme empfohlener Impfungen lag ebenso wie die Beteiligung an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 auf einem erfreulich hohen Niveau. Gut ein Viertel der untersuchten Kinder (26,1 %) hatte schulrelevante Vorerkrankungen wie zum Beispiel Asthma, bei fast 11 % der Kinder ergab die Sehprüfung Hinweise auf einen Sehfehler. Der Anteil eindeutig verhaltensauffälliger Kinder war eher gering (5,2 %), über vier Fünftel der Kinder (83,3 %) zeigten keine Auffälligkeiten. Gut 11 % der Kinder hatten Übergewicht oder waren adipös. Eine steigende Tendenz ist hier nicht erkennbar, in den Bremer Schuleingangsuntersuchungen bewegt sich die Quote der Übergewichtigen oder Adipösen seit Jahren in einem Bereich zwischen 10-12 %. Zur Schuleingangsuntersuchung gehört auch die Beurteilung des Entwicklungsstandes des vorgestellten Kindes. Dabei werden mithilfe verschiedener Tests so genannte Vorläuferfähigkeiten wie Konzentrationsfähigkeit oder Sprachverständnis gemessen, die grundlegend sind für das Erlernen von Lesen, Schreiben und Rechnen. Je nach Test variierten die Anteile unauffälliger Kinder zwischen 63,3 % (Sprach- und Sprechbefund) und 82,5 % (selektive Aufmerksamkeit).

Gut vier Fünftel der Kinder (84,8 %) wiesen uneingeschränkte Voraussetzungen zum Schulbesuch auf. Bei 8,7 % der Kinder wurde Förderbedarf im Rahmen der Regelbeschulung gesehen, bei weiteren 2,6 % lag aufgrund von Beeinträchtigungen sonderpädagogischer Förderbedarf nahe. Bei 3,8 % der Kinder wurde den Eltern zu einer Rückstellung vom Schulbesuch geraten.

Jungen hatten erkennbar häufiger auffällige Befunde als Mädchen. Verglichen mit den Mädchen zeigten Jungen öfter Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsrückstände, im Ergebnis lag der



Anteil der Jungen mit uneingeschränkter Schulempfehlung signifikant unter dem entsprechenden Anteil bei den Mädchen (80,5 % versus 89,6 %). Des Weiteren waren Jungen gesundheitlich vorbelasteter. 31,1 % der Jungen, also fast jeder dritte, hatte relevante Vorerkrankungen. Bei den Mädchen lag dieser Anteil mit 20,6 % wesentlich niedriger.

Kinder aus Zuwandererfamilien lebten häufig unter benachteiligenden Bedingungen. Über ein Drittel wohnte in problembelasteten Ortsteilen, und bei über einem Viertel waren beide Elternteile nicht erwerbstätig. Kinder aus Zuwandererfamilien sind fast doppelt so häufig übergewichtig oder adipös wie Kinder ohne Migrationshintergrund. Des Weiteren lagen Kinder aus Zuwandererfamilien häufiger in der Entwicklung zurück. Fast 45 % der Kinder mit Migrationshintergrund sprachen kein, kaum oder nur gebrochenes Deutsch.

Jungen mit Migrationshintergrund hatten die auffälligsten Befunde. Ihnen wurden besonders häufig Entwicklungsrückstände attestiert, ihre Deutschkenntnisse waren am schlechtesten. Nur drei Viertel der Jungen mit Migrationshintergrund erhielten die uneingeschränkte Schulempfehlung, jedem fünften Jungen wurde Förderbedarf attestiert.

Deutliche Unterschiede ergaben sich auch zwischen den Kindern aus problembelasteten Ortsteilen und Kindern aus gut situierten Ortsteilen. Gut 70 % der Kinder, die in einem der problembelasteten Ortsteile wohnten, kamen aus Zuwandererfamilien. Bei einem Viertel der Kinder aus diesen Ortsteilen waren beide Eltern erwerbslos, ebenfalls ein Viertel der Kinder lebte mit einem allein erziehenden Elternteil zusammen.

Kinder aus problembelasteten Ortsteilen hatten wesentlich häufiger auffällige Befunde. Ein Drittel dieser Kinder wies Vorerkrankungen auf, fast 16 % waren übergewichtig oder adipös. Unter den Kindern aus den am wenigsten belasteten Ortsteilen war jedes fünfte Kind vorerkrankt, der Anteil übergewichtiger oder adipöser Kinder betrug gut 4 %. Des Weiteren waren Kinder aus besonders problembelasteten Ortsteilen häufiger verhaltensauffällig und häufiger entwicklungsverzögert, 40 % beherrschten die deutsche Sprache kaum oder nur unzureichend.

Während annähernd alle Kinder (93,3 %) aus den am wenigsten problembelasteten Ortsteilen eine uneingeschränkte Schulempfehlung erhielten, waren lediglich drei Viertel (76,2 %) der Kinder aus den am stärksten belasteten Ortsteilen uneingeschränkt schulfähig. 18 % der Kinder hatten individuellen oder sozialpädagogischen Förderbedarf. Unter den Kindern aus den am wenigsten belasteten Ortsteilen lag der Anteil förderbedürftiger Kinder bei gut 4 %.

Am ungünstigsten waren die Ergebnisse für Jungen aus problembelasteten Ortsteilen. Nur knapp 72 % dieser Jungen erhielten die uneingeschränkte Schulempfehlung, während den Mädchen aus den gutsituierten Gegenden Bremens fast durchgängig (rund 96 %) uneingeschränkte Schulfähigkeit attestiert wurde. Mädchen aus diesen Ortsteilen hatten am wenigsten auffällige Befunde.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) ist seit langem mit einer Reihe von Maßnahmen, die bereits im frühen Kindesalter ansetzen, vor Ort präsent. Diese Maßnahmen tragen dazu bei, gesundheitliche Beeinträchtigungen und verminderte Teilhabechancen auszugleichen, die sich aus benachteiligenden Lebensverhältnissen ergeben.



Über diesen Bericht

Gesundheitsberichterstattung (GBE) informiert Politik und Öffentlichkeit über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und zeigt gesundheitspolitischen Handlungsbedarf auf. Gesundheitsberichterstattung erhebt den Anspruch, objektive Daten und Erkenntnisse zur Verfügung zu stellen, die es ermöglichen, öffentliche Debatten zu versachlichen und politische Entscheidungen auf eine rationale Grundlage zu stellen.¹ Mit der vorliegenden Arbeit berichtet das Bremer Gesundheitsamt über Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung für den Einschulungsjahrgang 2016/2017. Der Schwerpunkt liegt auf der Betrachtung ungleicher Lebensverhältnisse und den damit verbundenen sozialpädiatrischen Befunden. Die Ergebnisdarstellungen zeigen den engen Zusammenhang zwischen Lebensverhältnissen auf der einen Seite und der gesundheitlichen Lage und dem Entwicklungsstand der Schulanfänger auf der anderen Seite. Der Bericht schließt mit Vorschlägen, die darauf abzielen, begrenzt vorhandene Ressourcen effizient einzusetzen und Hilfen für Kinder mit benachteiligenden Startbedingungen weiter zu verbessern. Eine Schuleingangsuntersuchung liefert qualitativ hochwertige Daten, die Aussagen über die gesundheitliche Lage, aber auch über die Lebensumstände einer vollständigen Alterskohorte erlauben. Schuleingangsuntersuchungen gehören daher zu den wichtigsten Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung. Auch die Jahresübersichten des Robert Koch-Instituts (RKI) zum Durchimpfungsgrad der Schulanfänger gemäß Infektionsschutzgesetz beruhen auf dieser Datenbasis.²

Empirische Grundlage

Der Bericht stützt sich auf die Daten, die zwischen Januar und August 2016 vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst (KJGD) des Bremer Gesundheitsamtes im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung erhoben wurden. Die Schuleingangsuntersuchung ist eine gesetzliche Aufgabe der Gesundheitsämter des Landes Bremen.³ Sie soll feststellen, ob die schulpflichtigen Kinder die notwendigen kognitiven und gesundheitlichen Voraussetzungen für den Schulbesuch aufweisen, darüber hinaus erhalten die Eltern eine individuelle Beratung zu den Ergebnissen. Vor dem Eintritt in die Grundschule werden alle Kinder eines Einschulungsjahrgangs dem KJGD vorgestellt. Dabei werden Informationen zur familiären Situation und zur sozialen Lage, zur Inanspruchnahme empfohlener Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9) sowie zu bestehenden Erkrankungen und aktuellen Therapien erfasst. Des Weiteren werden die Körpergröße und das Gewicht der Kinder gemessen. Eine Funktionsdiagnostik stellt vorhandene Hör- und Sehprobleme sowie Verhaltensauffälligkeiten fest, und mithilfe spezieller Tests wird der Entwicklungsstand des vorgestellten Kindes beurteilt. Auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse erhalten die Eltern eine Empfehlung, ob das Kind eingeschult oder, bei entsprechender Indikation, zurückgestellt werden sollte. Die Entscheidung treffen letztendlich die Eltern. Gegebenenfalls leitet der Schulärztliche Dienst im Einvernehmen mit den Eltern Feststellungsverfahren zu erforderlichen Fördermaßnahmen ein.

¹ Starker, Tempel, Butler et al. (2017)

² Infektionsschutzgesetz (IfSG) §34 (11)

³ Bremisches Schulgesetz (BremSchulG) §36 (4)



2016 nahmen in der Stadt Bremen 4.573 Kinder an der Schuleingangsuntersuchung teil, 2.386 Jungen und 2.187 Mädchen. Das mittlere Alter (Median) der Kinder lag bei 6,2 Jahren, die Altersspanne reichte von 4,7 Jahre bis 9,3 Jahre.

Lebensverhältnisse und Kindergesundheit

Bereits im Kindesalter sind Gesundheitschancen und Entwicklungsmöglichkeiten sozial ungleich verteilt. Dass die gesundheitliche Lage von Kindern (und auch von Erwachsenen) im erheblichen Maße mit sozialstrukturellen Faktoren korreliert, ist eine sozialepidemiologische Binsenweisheit, die durch eine inzwischen unübersehbare Zahl von Studien belegt ist. Ein Beispiel hierfür sind die Ergebnisse einer Studie des Bremer Gesundheitsamtes zur Zahngesundheit Bremer Erstklässler, in der dieser Zusammenhang deutlich hervortrat.⁴

In der Schuleingangsuntersuchung werden gebräuchliche Sozialstatusindikatoren wie Bildungsstand (der Eltern) oder Höhe des Haushaltseinkommens nicht erfasst. Allerdings lassen sich anhand anderer Merkmale Informationen über benachteiligende oder auch privilegierende Lebensumstände ableiten. Ein solches Merkmal ist der "Migrationshintergrund". Im Vergleich zur einheimischen (autochthonen) Bevölkerung sind die Lebensverhältnisse von Zuwanderern im Allgemeinen problematischer. Das heißt, die Wohnsituation ist schlechter, die Haushaltseinkommen sind niedriger und das Armutsrisiko ist dementsprechend größer. Kinder mit Migrationshintergrund haben es daher häufiger von Beginn an schwerer als Kinder aus einheimischen Familien.

Ein weiterer Indikator, mit dem sich die Ungleichheit von Lebensverhältnissen abbilden lässt, ist der Ortsteil, in dem das Kind wohnt. Innerhalb der Stadt leben wohlsituierte und prekär lebende Bevölkerungsgruppen in unterschiedlichen Gegenden, insofern ergeben sich aus der Wohnadresse mittelbare Hinweise auf die Schichtzugehörigkeit. Darüber hinaus beeinflusst das Wohnumfeld die Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder. Mehrfach problembelastete Wohnviertel bieten kaum Chancen, benachteiligende Verhältnisse zu überwinden.

"Migrationshintergrund" als Indikator für benachteiligende Lebensverhältnisse

Im Rahmen der Bremer Schuleingangsuntersuchung wird unter anderem der "beidseitige Migrationshintergrund" erfasst. Beidseitiger Migrationshintergrund bedeutet, dass die untersuchten Kinder und mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren sind oder dass beide Elternteile nicht in Deutschland geboren und/oder keine deutschen Staatsbürger sind. Diese Definition folgt der vom Robert Koch-Institut (RKI) im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) verwendeten Festlegung.⁵ 2016 hatte fast die Hälfte (48,8 %) der untersuchten Kinder einen beidseitigen Migrationshintergrund. Anders formuliert: Etwa jeder zweite Schulanfänger in der Stadt Bremen stammte aus einer Zuwandererfamilie.

Der hohe Anteil von Schulanfängern mit ausländischen Wurzeln verweist auf den grundlegenden Wandel der deutschen Gesellschaft, der seit dem Zuzug von Arbeitsmigranten – den Gastarbeitern – ab Mitte der 1950er Jahre stattgefunden hat. Inzwischen ist Deutschland, hinter dem klassischen Einwanderungsland USA, das weltweit zweitwichtigste Zielland für Zuwande-

⁴ Becker, Tempel (2016). Ein Überblick zu Befunden zwischen sozialer Lage und Kindergesundheit findet sich in Robert Koch-Institut (2017)

⁵ Robert Koch-Institut (2008), Seite 14



rungen. 2016 zogen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 1,72 Millionen Ausländer nach Deutschland, per Saldo ergab sich bei Ausländern ein Wanderungsüberschuss von etwa 635.000 Personen. 2015 betrug dieser Wanderungsüberschuss sogar 1,16 Millionen Personen.⁶ Nach den Ergebnissen des Mikrozensus 2015 hatten 21 % der in Deutschland lebenden Menschen einen Migrationshintergrund.⁷ In der Stadt Bremen betrug dieser Anteil 32,5 % (2015).⁸ Die hier lebenden Immigranten bilden keine einheitliche Gruppe. Sie unterscheiden sich vor allem hinsichtlich des Herkunftslandes und der Migrationsbiografie. Zuwanderer repräsentieren verschiedene Kulturen und Religionen, sprechen unterschiedliche Sprachen, hatten unterschiedliche Beweggründe nach Deutschland zu kommen und haben unterschiedliche Erwartungen und Zukunftspläne. Unter den Immigranten befinden sich leitende Angestellte international agierender Unternehmen und hochspezialisierte Fachkräfte, oft aber auch gering qualifizierte Arbeitskräfte und weitgehend mittellose Zuwanderer aus Krisengebieten und Armutsregionen. Immigranten in der Stadt Bremen kommen aus 167 Ländern.⁹ Die mit Abstand häufigsten Herkunftsländer sind die Türkei, Polen sowie die Russische Föderation beziehungsweise die frühere Sowjetunion. Die meisten Zuwanderer (28,1 %) stammen aus einem der 28 Länder der Europäischen Union, weitere 17,8 % aus einem anderen europäischen Land. Damit kommt in Bremen fast die Hälfte der Zuwanderer aus Europa.¹⁰

Blickt man auf die Statistik, gehören Menschen mit Migrationshintergrund häufiger zum wirtschaftlich schwächeren Teil der Bevölkerung als Menschen ohne Migrationshintergrund. Im Durchschnitt sind die Lebensumstände von Zuwanderern sowie ihrer Nachkommen deutlich schlechter. Zuwanderer haben geringere Haushaltseinkommen, eine höhere Armutsrisikoquote, zahlen höhere Wohnungsmieten und wohnen dennoch beengt.¹¹ Sie leben räumlich konzentriert (segregiert) in wenig attraktiven Wohnlagen innerhalb der Kernstädte der Ballungsräume. Mehr als ein Drittel der Zuwanderer (37 %) hat keinen beruflichen Abschluss,¹² sie sind daher häufiger als un- oder angelernte Arbeiter tätig.¹³ Hinzu kommen Stigmatisierungen und Diskriminierungen, die zum Beispiel den Zugang zum Wohnungs- oder zum Arbeitsmarkt beschränken. Die hier skizzierte Lebenssituation trifft im besonderen Maße auf türkischstämmige Immigranten zu.

Insgesamt gesehen unterscheidet sich die Lebenssituation der in Deutschland lebenden Immigranten klar von der Lage der autochthonen Bevölkerung. In der gesellschaftlichen Hierarchie nehmen Zuwanderer deutlich häufiger untere Positionen und seltener höhere Positionen ein als Einheimische. Die Sozialforschung spricht hier von einer Unterschichtung der Aufnahmegesellschaft, die zu einem relativen sozialen Aufstieg von Einheimischen mit niedrigem Sozialstatus führt, während die soziale Unterschicht im wachsenden Maße durch Angehörige ethnischer Minderheiten geprägt wird. Der sozioökonomische Status der Herkunftsfamilie bestimmt die

⁶ Statistisches Bundesamt (2018)

⁷ Statistisches Bundesamt (2016). Als Personen mit Migrationshintergrund definiert die amtliche Statistik Ausländer, eingebürgerte Deutsche und Aussiedler. Auch Kinder unter 18 Jahren, die weder Ausländer, eingebürgerte Deutsche oder Aussiedler sind, gelten als Personen mit Migrationshintergrund, wenn mindestens ein Elternteil einen Migrationshintergrund hat.

⁸ Quelle: Datenportal Statistisches Landesamt Bremen. Stand: 31.12.2015

⁹ Quelle: Datenportal Statistisches Landesamt Bremen. Stand: 31.12.2015

¹⁰ Ohne Türkei

¹¹ Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg.) (2016), Seite 237, Tabelle 1

¹² a.a.O., Seite 238, Tabelle 2. In der autochthonen Bevölkerung liegt dieser Anteil bei 14 %.

¹³ a.a.O., Seite 242, Tabelle 5



Startchancen von Kindern und die Perspektiven für einen sozialen Aufstieg maßgeblich. Wie ungleich die Startbedingungen der angehenden Erstklässler sind, verdeutlichen die nach Kindern mit und ohne Migrationshintergrund differenzierten Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2016/2017.

Sozialräumliche Betrachtung

Ein weiterer Faktor, die die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern beeinflusst, ist das unmittelbare Lebensumfeld, zu dem auch das Wohnquartier gehört. Zunächst ermöglicht die Wohnadresse indirekte Rückschlüsse auf den sozialen Status eines Individuums. Darüber hinaus finden sich in den einzelnen Wohnquartieren sehr unterschiedliche Lebensbedingungen, die sich positiv oder negativ auf die Lebenschancen der Quartiersbewohner auswirken können. Ein wesentliches Moment ist die räumliche Separierung von Bevölkerungsgruppen entlang sozialstruktureller Merkmale und ethnischer Zugehörigkeiten.

Innerhalb des Stadtgebiets wohnen die verschiedenen sozialen und ethnischen Gruppen nicht gleichmäßig verteilt, sie konzentrieren sich vielmehr jeweils in bestimmten Teilen der Stadt. Vereinfachend dargestellt, leben junge Mittelschichtfamilien eher in Eigenheimsiedlungen an der städtischen Peripherie, während einkommensstarke Haushalte sanierte, innenstadtnahe Gründerzeitviertel bevorzugen. Immigranten wohnen häufig in traditionellen Arbeitervierteln in der Nähe alter Industrieviertel oder in den Großsiedlungen des sozialen Wohnungsbaus am Stadtrand. Diese Ungleichverteilung sozialer und ethnischer Gruppen im Stadtgebiet benennt die Stadtforschung mit dem Begriff "(residenzielle) Segregation".

Exkurs: Freiwillige und unfreiwillige Segregation

Segregation wird zumeist negativ als Zeichen sozialer Desintegration innerhalb der Stadtgesellschaft gewertet. Entscheidend ist jedoch die Frage, ob es sich um freiwillige oder um unfreiwillige Segregation handelt. Die räumliche Konzentration von Angehörigen der gehobenen Mittelschicht und der Oberschicht in Stadtteilen wie Schwachhausen oder Oberneuland ist das Ergebnis einer freiwillig gewählten, auf Distinktion bedachten Segregation, die – bezeichnenderweise – von niemandem problematisiert wird. Auch viele Immigranten bevorzugen zumindest in der ersten Phase nach ihrer Ankunft in Deutschland Wohnquartiere, in denen bereits viele Menschen aus ihren Herkunftsländern leben. Das kann, so paradox es sich anhören mag, integrationsfördernde Effekte haben. Die ethnische Community bietet sozialen Rückhalt, materielle Unterstützung und gibt Hinweise für das Leben in der Aufnahmegesellschaft. Dies ermöglicht es Zuwanderern, nach und nach Anschluss zu finden. Man spricht in diesem Fall von funktionaler Segregation, die freiwillig erfolgt und zeitlich begrenzt ist; die Community bleibt eine Durchgangsstation. Das problematische Gegenstück ist die strukturelle Segregation. Sie bezeichnet einen verfestigten Zustand, bei dem die Lebenswelt der Zuwanderer auf das Wohnquartier beschränkt bleibt ohne nennenswerte Chancen auf Integration. Hier führt das Leben in der Community zur Isolation gegenüber der Mehrheitsgesellschaft.



Segregation entsteht aus dem Zusammenspiel von Kaufkraftunterschieden, Wohnortpräferenzen, der Belegungspraxis der Sozialbehörden und Diskriminierungen auf dem Wohnungsmarkt. Segregation ist gewissermaßen ein räumliches Abbild der sozialen Struktur der Gesellschaft: Sozial und kulturell ähnliche Gruppen wohnen auch in räumlicher Nähe, und Umzüge in andere Wohngegenden drücken oftmals sozialen Auf- oder Abstieg aus.¹⁴

Aufgrund eingeschränkter Zugangsmöglichkeiten zum Wohnungsmarkt konzentriert sich die Mehrzahl der Zuwanderer auf wenige Stadtteile. Dort treffen sie auf ebenfalls segregiert wohnende Einheimische, die in wirtschaftlich prekären Verhältnissen leben.¹⁵ In diesen Gebieten fallen ethnische und sozialstrukturelle Segregation zusammen. Es entstehen ungewollte Nachbarschaften, und mit ihnen ein schwer zu handhabendes, konfliktgeladenes Gemisch aus kulturellen Differenzen, unterschiedlichen Lebensweisen, sozialen Problemen und Konkurrenz um Ressourcen.¹⁶

Stadtviertel, in denen vorwiegend nicht integrierte Zuwanderer und sozial abgehangte Einheimische wohnen, bieten nur begrenzt Chancen zur Überwindung von Benachteiligungen. Ergebnisse aus der Stadtforschung legen nahe, dass sich solche Wohnquartiere negativ auf die Lebensperspektiven ihrer Bewohnerinnen und Bewohner auswirken können. Dafür werden drei Gründe genannt:¹⁷

Erstens die schlechtere Ausstattung mit Ressourcen. Die Lebensweise einkommensarmer Bevölkerungsgruppen ist lokal orientiert, informelle Netzwerke und Verkehrskreise mitsamt dem damit verbundenem sozialem Kapital beschränken sich auf das eigene benachteiligende Milieu. Bei der Suche nach Arbeits- oder Ausbildungsplätzen sind diese Netzwerke aber nur eingeschränkt nützlich, und die Konzentration auf die eigene Community erschwert Zuwanderern das Erlernen der deutschen Sprache.¹⁸ Hinzu kommen qualitative Defizite in der öffentlichen Infrastruktur, insbesondere bei Kindertagesstätten und Schulen. Diese Einrichtungen können die enormen Anforderungen, die sich aus der problematischen sozialen Zusammensetzung der Bevölkerung und eines hohen Anteils von Immigrantenkindern mit fehlenden Deutschkenntnissen ergeben, kaum bewältigen.

Zweitens die Existenz regelverletzender (devianter) Subkulturen. Das Wohnquartier gilt auch als Lern- und Sozialisationsort. Gewinnen in Nachbarschaften gesellschaftlich nicht akzeptierte Normen und destruktive Verhaltensmuster die Oberhand, erzeugt dies, so die Annahme, Konformitätsdruck in Richtung sozial abweichendes Verhalten, auf das die Gesellschaft mit Ablehnung reagiert. Ob Nachbarschaften die Sozialisation ihrer Bewohner beeinflussen, wird allerdings kontrovers diskutiert. Empirisch belegt sind solche Effekte lediglich bei männlichen Hauptschülern, deren Aktionsradius und soziale Kontakte sich auf das eigene Wohnviertel begrenzen.¹⁹

Drittens die negative Bewertung (Stigmatisierung) des Wohnquartiers und seiner Bewohner. Eine "schlechte Adresse" verringert die Chancen bei der Suche nach einem Arbeitsplatz oder nach einer neuen Wohnung in einem weniger problembeladenem Viertel. Verwahrlosungen des

¹⁴ Häußermann, Siebel (2001), Seite 29

¹⁵ Häußermann, Siebel (2001), Seite 60

¹⁶ Häußermann, Siebel (2001), Seite 59

¹⁷ Farwick (2014), Seite 225 ff

¹⁸ Häußermann (2018), Seite 401

¹⁹ Häußermann (2018), Seite 400



öffentlichen Raums und sanierungsbedürftige Gebäude verstärken die negative Außenwahrnehmung des Quartiers, gleichzeitig empfinden die Bewohner den Zustand ihres Quartiers als Sinnbild für die eigene Wertlosigkeit.²⁰ Auf diese symbolische Herabsetzung reagieren die Bewohner mit Apathie sowie mit Rückzug, der einhergeht mit Ressentiments und abfälligen Distanzierungen gegenüber dem Rest der Gesellschaft.²¹ Nicht zufällig ist in diesen Stadtvierteln die Wahlbeteiligung mit Abstand am geringsten.²²

Segregation kann somit Quartierseffekte hervorbringen, die dazu beitragen, die Desintegration von Teilen der Bevölkerung zu verfestigen. Aus benachteiligten Stadtteilen werden dann benachteiligende Wohnviertel.

Messung der sozialräumlichen Unterschiede in der Stadt Bremen

Die raumbezogene Analyse der Daten aus der Schuleingangsuntersuchung nutzte ein neu entwickeltes Indikatorensystem, das sozialräumliche Ungleichheiten und deren Veränderungen in der Stadt Bremen abbildet.²³ Der Index umfasst die Bereiche Bildung, Kriminalität und soziale Lage, die durch die Indikatoren "Sprachförderbedarf unter Vorschülern", "Nicht-Abiturquote", "Häusliche Gewalt/ Wohnorte von Gewaltstraftätern", "SGB II-Bezieher unter 15 Jahren (Kinderarmut)", "SGB II-Bezieher zwischen 15 und 65 Jahren", "Arbeitslosenquote" und "Wahlbeteiligung" operationalisiert werden.

Für die einzelnen Indikatoren werden auf Ortsteilebene standardisierte Indexwerte berechnet, aus denen sich wiederum der Gesamtwert für den jeweiligen Ortsteil ergibt. Auf diese Weise werden Ortsteile identifiziert, die im besonderen Maße von sozialen Problemlagen betroffen sind. Ebenso sichtbar werden Ortsteile, die davon am wenigsten berührt sind. Nach dieser Systematik sind soziale Problemlagen am stärksten ausgeprägt in den Ortsteilen (Stand: 2015)²⁴ Ohlenhof, Gröpelingen, Lindenhof, Tenever, Blumenthal, Hemelingen, Grohn, Bahnhofsvorstadt, Neue Vahr Nord, Oslebshausen, Kattenturm und Lüssum-Bockhorn.

Am wenigsten von sozialen Problemlagen betroffen sind dagegen die Ortsteile Lehesterdeich, Fesenfeld, Weidedamm, Peterswerder, St. Magnus, Lehe, Grolland, Horn, Habenhausen, Radio Bremen, Gete, Oberneuland, Neu-Schwachhausen, Barkhof, Riensberg, Schwachhausen, Borgfeld und Bürgerpark.

Am 31. Dezember 2016 hatten die besonders problembelasteten Ortsteile insgesamt rund 114.400 Einwohner, und die am wenigsten betroffenen Ortsteilen rund 133.800 Einwohner.²⁵

²⁰ Häußermann/Siebel (2001), Seite 62

²¹ Farwick (2014), Seite 226

²² Bei der Wahl zur Bremer Bürgerschaft 2015 lag die Wahlbeteiligung in Oberneuland bei 73 % und im Stadtteil Schwachhausen bei 68 %. Im Stadtteil Gröpelingen beteiligten sich etwas über 37 % der Wahlberechtigten (Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, Online-Datenangebot, Stadtteil- und Ortsteiltabellen).

²³ Monitoring Soziale Stadtentwicklung. Endbericht. Res urbana (Berlin), im Auftrag des Senators für Umwelt, Bau und Verkehr der Freien Hansestadt Bremen.

²⁴ Aufzählung in aufsteigender Reihenfolge von starker Betroffenheit in Richtung geringe Betroffenheit. Das heißt, die Ortsteile Ohlenhof und Gröpelingen sind am stärksten von sozialen Problemlagen betroffen, und die Ortsteile Borgfeld und Bürgerpark sind am wenigsten betroffen.

²⁵ Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, Online-Datenangebot



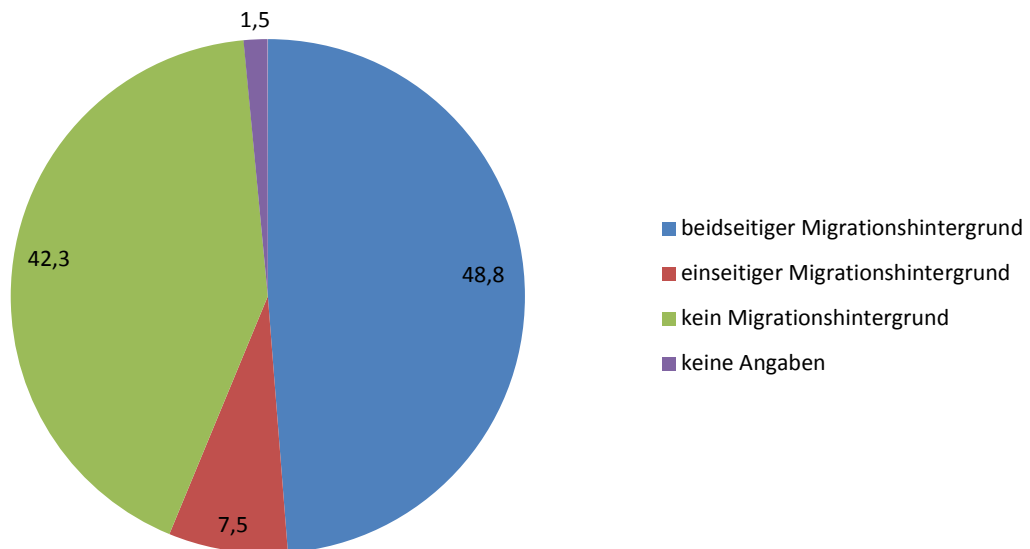
Lebenssituation der Schulanfänger

Migrationshintergrund

Vier von fünf Kindern (82 %) besaßen die deutsche Staatsbürgerschaft, drei Viertel (77,7 %) waren in Bremen geboren. Der Anteil der in Deutschland (inklusive Bremen) geborenen Kinder betrug 85,5 %.

Fast die Hälfte (48,8 %) der vorgestellten Kinder hatten einen "beidseitigen Migrationshintergrund" (Abbildung 1). Das heißt, diese Kinder und mindestens ein Elternteil sind nicht in Deutschland geboren, oder beide Elternteile sind nicht in Deutschland geboren und/oder sind keine deutschen Staatsbürger. Diese Konstellation wird im Weiteren als "**Zuwandererfamilie**" bezeichnet. Weitere 7,5 % der Kinder hatten einen "einseitigen Migrationshintergrund". In diesem Fall ist ein Elternteil nicht Deutschland geboren und/oder besitzt nicht die deutsche Staatsbürgerschaft. 42,3 % der Kinder hatten keinen Migrationshintergrund. Ihre Eltern waren in Deutschland geboren und besaßen die deutsche Staatsbürgerschaft. Für den Vergleich mit Kindern aus Zuwandererfamilien werden Kinder mit einem ausländischen Elternteil (einseitiger Migrationshintergrund) und Kinder mit deutschen Eltern im Folgenden zu einer Kategorie zusammengefasst.

Abbildung 1: Migrationshintergrund der untersuchten Kinder
(Angaben in Prozent)



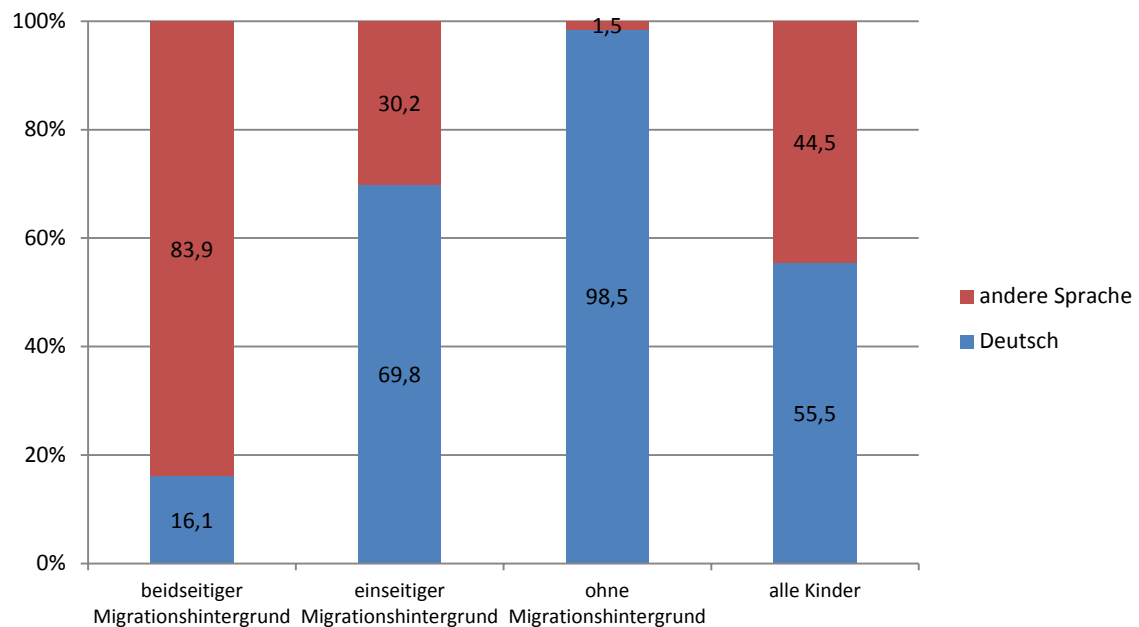
Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17



Zuerst gesprochene Sprache

Mit annähernd der Hälfte (44,5 %) der untersuchten Kinder wurde in den ersten vier Lebensjahren überwiegend in einer anderen Sprache als Deutsch gesprochen (Abbildung 2). Hier besteht zwischen den Kindern mit einseitigem Migrationshintergrund und den Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund ein erheblicher Unterschied: Ein knappes Drittel (30,2 %) der Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund, aber mehr als vier Fünftel (83,9 %) der Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund, wuchsen in den ersten vier Lebensjahren mit einer anderen Sprache als Deutsch auf. Ganz vereinzelt trifft dies auch auf Kinder ohne Migrationshintergrund zu, von denen einige wenige nicht in Deutschland geboren wurden.

Abbildung 2: Welche Sprache wurde in den ersten vier Lebensjahren gesprochen?
(Angaben in Prozent)



Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

Wohnort in der Stadt Bremen

Gut ein Viertel (26,5 %) der untersuchten Kinder lebte in Ortsteilen, die nach den Ergebnissen der Sozialraumanalyse der AG "Stadtmonitoring" zu den Ortsteilen der Stadt Bremen zählen, die am stärksten mit sozialen Problemen belastet sind. Auf der anderen Seite wohnte ein ebenfalls nicht unerheblicher Teil der Kinder, nämlich ein Fünftel (20,9 %), in Ortsteilen, die am wenigsten von sozialen Problemlagen betroffen sind und die man plakativ als gut situiert bezeichnen kann.²⁶

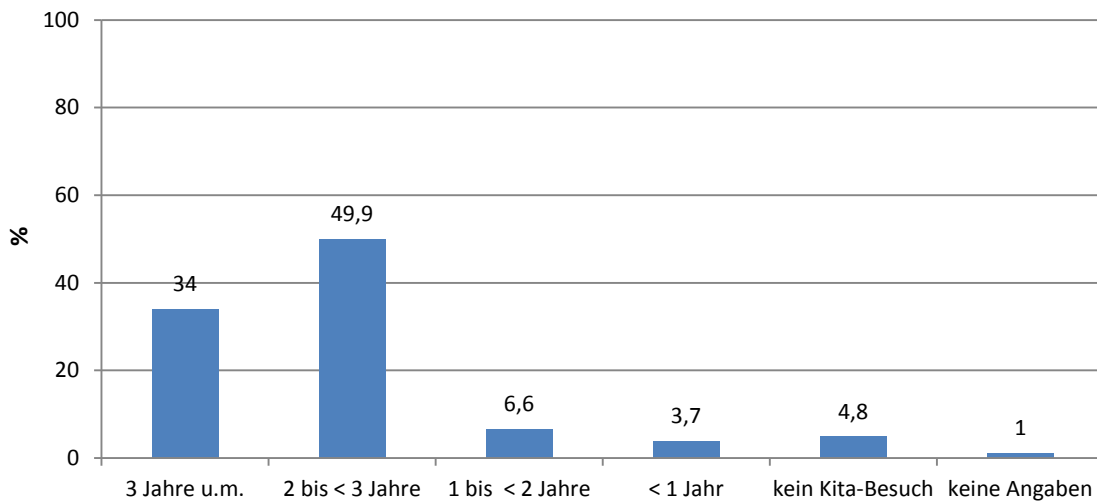
²⁶ Siehe dazu das Kapitel "Messung sozialräumlicher Unterschiede in der Stadt Bremen"



Kindergartenbesuch

Fast alle Kinder sind in einen Kindergarten gegangen, nur knapp 5 % der Kinder hatten keinen Kindergarten besucht (Abbildung 3). Über vier Fünftel (83,9 %) der Kinder besuchten den Kindergarten mindestens zwei Jahre lang, ein Drittel (34 %) sogar drei Jahre oder länger.

Abbildung 3: Dauer des Kindergartenbesuchs
(Angaben in Prozent)



Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

Familiäre Situation

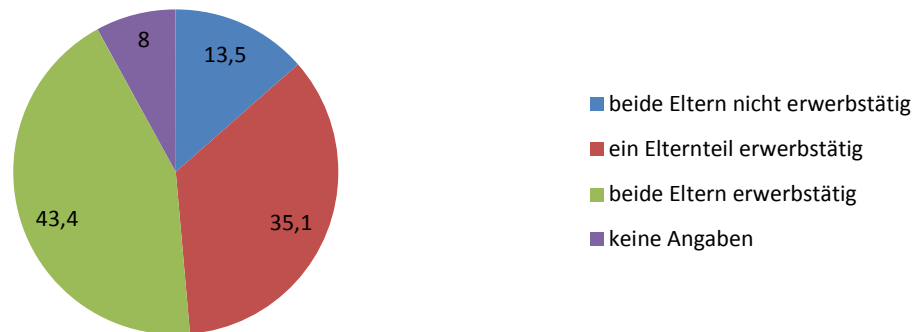
Vier von fünf Kindern (79,3 %) lebten mit beiden leiblichen Eltern in einem Haushalt, das restliche Fünftel (19,7 %) lebte bei einem allein erziehenden Elternteil. Kinder, die bei Verwandten, bei Adoptiveltern oder in einem Heim wohnten, waren Einzelfälle (0,7 %).



Erwerbstätigkeit der Eltern

Die Eltern der Kinder waren zumeist erwerbstätig (Abbildung 4). In 43,4 % der Fälle waren beide Elternteile erwerbstätig, in 35,1 % der Fälle war ein Elternteil erwerbstätig. Bei 13,5 % der Kinder waren beide Elternteile nicht erwerbstätig.

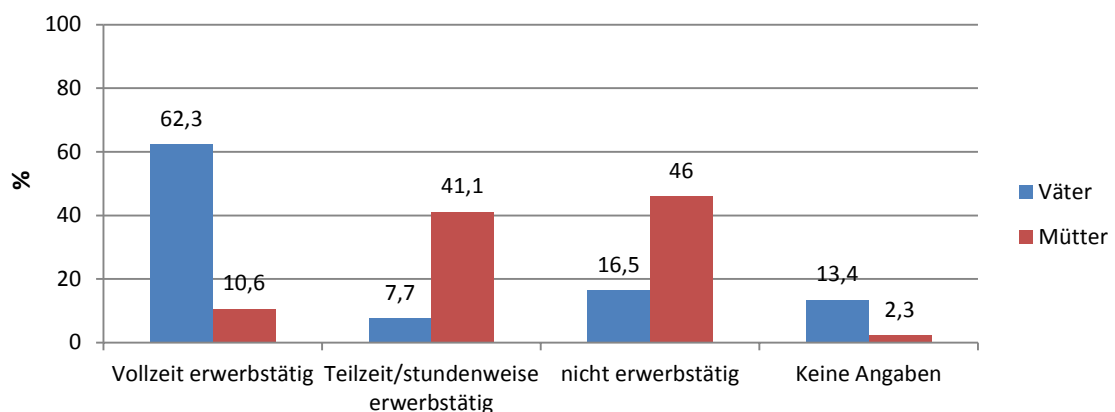
Abbildung 4: Erwerbstätigkeit der Eltern
(Angaben in Prozent)



Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

Erwerbstätig waren vor allem die Väter (Abbildung 5). Fast zwei Drittel (62,3 %) arbeiteten in Vollzeit, weitere 7,7 % arbeiteten in Teilzeit oder stundenweise. 16,5 % der Väter waren nicht erwerbstätig. Bei den Müttern zeigte sich ein gänzlich anderes Bild: Beinahe die Hälfte (46 %) der Mütter waren nicht erwerbstätig, 41,1 % arbeiteten in Teilzeit oder stundenweise und 10,6 % in Vollzeit. Lebten die Kinder in einer Familie mit beiden Elternteilen, waren etwa drei Viertel der Väter (72,2 %) Vollzeit erwerbstätig und annähernd die Hälfte der Mütter (45,2 %) nicht erwerbstätig. Offenbar ist die klassische Arbeitsteilung, die einen (in Vollzeit) erwerbstätigen Vater und eine schwerpunktmäßig den Haushalt organisierende Mutter vorsieht, nach wie vor gängig.

Abbildung 5: Erwerbstätigkeit nach Vätern und Müttern
(Angaben in Prozent)



Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17



Zur Lebenssituation von Kindern aus Zuwandererfamilien

Kinder aus Zuwandererfamilien (Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund, siehe oben) wohnten eher in sozialen Brennpunktvierteln als Kinder ohne beidseitigem Migrationshintergrund, die wiederum häufiger aus den gut situierten Gegenden der Stadt kamen. Fast 38 % der Kinder aus Zuwandererfamilien und gut 15 % der übrigen Kinder lebten in einem der besonders problembelasteten Ortsteile Bremens (Tabelle 1). Dagegen lebten 33,6 % der Kinder ohne (beidseitigen) Migrationshintergrund, aber nur 8,3 % der Zuwandererkinder, in einem der gut situierten Ortsteile Bremens.

Tabelle 1: Lebenssituation nach Migrationshintergrund

Kategorie	Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund (Zuwandererfamilien)		Kinder ohne beidseitigem Migrationshintergrund	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl
Wohnort				
Ortsteile mit starker Problembelastung	37,9	846	15,5	352
Ortsteile mit geringer Problembelastung	8,3	186	33,6	764
Erwerbstätigkeit der Eltern				
Beide Eltern sind erwerbstätig	27,5	559	66,2	1.409
Ein Elternteil ist erwerbstätig	46,3	940	30,0	638
Beide Eltern sind nicht erwerbstätig	26,1	532	3,9	82
Familiäre Situation				
Kind lebt bei beiden Eltern	80,9	1.805	78,9	1.791
Kind lebt bei einem Elternteil	18,8	420	20,4	463
Kind lebt nicht bei den Eltern	0,2	5	0,7	15
Kindergartenbesuch				
3 Jahre und länger	26,9	601	41,1	935
2 bis unter 3 Jahren	45,3	1.011	54,2	1.232
1 bis unter 2 Jahren	10,3	229	3,1	70
Weniger als 1 Jahr	6,7	149	0,8	18
Kein Kindergartenbesuch	9,2	205	0,6	13
Nicht bekannt	1,7	37	0,3	6

Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

Bei gut jedem vierten Kind (26,2 %) aus einer Zuwandererfamilie waren beide Elternteile nicht erwerbstätig (Tabelle 1). Somit konnten diese Haushalte ihren Lebensunterhalt nicht eigenständig sichern. Unter den übrigen Kindern hingegen gab es nur wenige derartige Fälle (3,9 %). Bei zwei Dritteln dieser Kinder (66,2 %) waren beide Elternteile erwerbstätig, bei den Kindern aus Zuwandererfamilien war diese Quote mit knapp 30 % nicht einmal halb so hoch.

Diese Unterschiede in der Erwerbsbeteiligung verweisen auf die schlechte Integration vieler Zuwanderer in den Arbeitsmarkt. Eine schwache Position auf dem Arbeitsmarkt geht einher mit



einer prekären Einkommenssituation, die kaum Möglichkeiten eröffnet größere Beträge anzusparen. Die ökonomischen Ressourcen dieser Haushalte sind daher gering. Sind dagegen beide Elternteile erwerbstätig, erhöht sich die finanzielle Sicherheit, da sich der Verlust eines Arbeitsplatzes weniger massiv auf das Haushaltseinkommen auswirkt.

Hinsichtlich der familiären Situation unterschieden sich Kinder aus Zuwandererfamilien wenig von den übrigen Kindern. Kinder, die nicht aus einer Zuwandererfamilie stammten, lebten etwas häufiger bei einem alleinerziehenden Elternteil (Tabelle 1).

Erhebliche Differenzen ergaben sich jedoch beim Kindergartenbesuch. Gut 9 % der Kinder aus Zuwandererfamilien hatten keinen Kindergarten besucht (Tabelle 1). Die übrigen Kinder sind dagegen fast durchgängig in einen Kindergarten gegangen. Nur knapp 27 % der Kinder aus Zuwandererfamilien besuchten den Kindergarten drei Jahre oder länger, bei den übrigen Kindern betrug dieser Anteil 41 %. Ein Kindergarten soll die Entwicklung von Kindern fördern und Erfahrungen außerhalb des familiären Umfeldes ermöglichen. Insbesondere für das Erlernen der deutschen Sprache ist für Kinder aus Zuwandererfamilien der Besuch eines Kindergartens von großer Bedeutung.



Sozialraum und Lebenssituation

Kinder, die in einem der **Ortsteile mit den größten sozialen Problemen** wohnten, kamen zum weit überwiegenden Teil (70,6 %) aus einer Zuwandererfamilie (Tabelle 2). Mehr als jedes fünfte Kind (21,2 %) aus diesen Ortsteilen war nicht in Deutschland geboren. Jedes vierte Kind lebte bei einem alleinerziehenden Elternteil (24,7 %), ebenfalls jedes vierte Kind (24,6 %) hatte Eltern, die nicht erwerbstätig waren. Nur bei gut einem Drittel (35,2 %) der Kinder wurde in den ersten vier Lebensjahren Deutsch gesprochen.

Ein vollkommen entgegengesetztes Bild ergab sich für die Gruppe der untersuchten Kinder, die in einem der **Ortsteile mit den geringsten sozialen Problemen** wohnten (Tabelle 2). Mit einem Anteil von 19,6 % waren Kinder aus Zuwandererfamilien in der Minderheit, 6,8 % der Kinder waren nicht in Deutschland geboren. 8,1 % der Kinder lebten bei einem alleinerziehenden Elternteil, nicht erwerbstätige Eltern waren die absolute Ausnahme (3,1 %). Der Anteil der Kinder, bei denen in den ersten vier Lebensjahren Deutsch gesprochen wurde, betrug 82,8 %. Fast alle Kinder aus den gut situierten Vierteln hatten einen Kindergarten besucht, viele davon sogar recht lange. Der Anteil der Kinder, die keinen Kindergarten besucht hatten, betrug geringe 1,3 %. Weit mehr als ein Drittel der Kinder (37,1 %) war drei Jahre oder länger in den Kindergärten gegangen. Demgegenüber hatten 7,7 % der Kinder aus den am stärksten belasteten Ortsteilen keinen Kindergarten besucht, und der Anteil der Kinder, die drei Jahre oder länger in den Kindergärten gingen, lag bei 21,7 %.

Tabelle 2: Lebenssituation nach Quartierstyp

Kategorie	Kinder aus problembe- lasteten Ortsteilen		Kinder aus gering belas- teten Ortsteilen	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl
Anteil der Kinder aus Zuwandererfamilien	70,6	846	19,6	186
Anteil der im Ausland geborenen Kinder	21,2	257	6,8	65
Deutsch als zuerst gesprochen Sprache	35,2	427	82,8	792
Erwerbstätigkeit der Eltern				
Beide Eltern sind erwerbstätig	26,6	291	72,7	681
Ein Elternteil ist erwerbstätig	48,7	532	24,2	227
Beide Eltern sind nicht erwerbstätig	24,6	269	3,1	29
Familiäre Situation				
Kind lebt bei beiden Eltern	74,9	908	91,1	868
Kind lebt bei einem Elternteil	24,7	299	8,1	77
Kind lebt nicht bei den Eltern	0,4	5	0,8	8
Kindergartenbesuch				
3 Jahre und länger	21,7	263	37,1	355
2 bis unter 3 Jahren	53,5	649	58,1	555
1 bis unter 2 Jahren	9,7	117	2,3	22
Weniger als 1 Jahr	6,1	74	0,9	9
Kein Kindergartenbesuch	7,7	93	1,3	12
Nicht bekannt	1,2	15	0,3	3

Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17



Sozialpädiatrische Befunde

Teilnahme an den Untersuchungen zur Früherkennung (U1 - U9)

Kinder haben in den ersten sechs Lebensjahren Anspruch auf kostenlose Untersuchungen, die relevante Auffälligkeiten in der körperlichen und geistigen Entwicklung sowie schwerwiegende Erkrankungen frühzeitig feststellen sollen. Das 1971 eingeführte und seitdem mehrfach erweiterte Früherkennungsprogramm umfasst die Untersuchungen U1 bis U9. Die U1 wird unmittelbar nach der Geburt durchgeführt, die Untersuchung U9 findet im Alter von fünf Jahren statt. Die im Gesundheitsamt Bremen angesiedelte Einladende Stelle Früherkennung und Frühberatung wirkt darauf hin, dass möglichst alle Kinder im Land Bremen die U4 bis U9 wahrnehmen. Die Einladende Stelle wurde 2008 gemäß dem Gesetz zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz vor Kindesvernachlässigung (BremKiWG) eingerichtet. Um sicherzustellen, dass beginnend mit der U1 alle Früherkennungsuntersuchungen prinzipiell in Anspruch genommen werden konnten, beziehen sich die entsprechenden Auswertungen auf die **in Deutschland geborenen Kinder**. Bei 90,5 % dieser Kinder lag das Untersuchungsheft als Dokumentation für die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen vor. Fast alle der in Deutschland geborenen Kinder hatten an den Untersuchungen U1 bis U9 teilgenommen, die Teilnahmequoten bewegten sich zwischen knapp 95 % und 99 % (Tabelle 3). Von der U1 bis zur U9 nahm die Inanspruchnahme der Untersuchungen leicht ab, wobei die U7a mit knapp 95 % die niedrigste Teilnahmequote aufwies. Verglichen mit Kindern ohne (beidseitigen) Migrationshintergrund hatten Kinder aus Zuwandererfamilien ab der U3 die Untersuchungen etwas weniger in Anspruch genommen (Tabelle 3). Ein ganz ähnlicher Unterschied zeigte sich auf der sozialräumlichen Ebene. Auch hier verringerte sich die Nutzung der Früherkennungsuntersuchungen durch Kinder aus problembelasteten Ortsteilen ab der U3, während Kinder aus den wenig belasteten Ortsteilen an allen U-Untersuchungen zu fast hundert Prozent teilgenommen hatten.

Tabelle 3: Nutzung der Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 nach Migrationshintergrund und Quartierstyp (in Deutschland geborene Kinder, Angaben in Prozent)

Kategorie	Kinder Insgesamt	mit Migrations hintergrund	ohne Migrations hintergrund	aus problem belasteten Orts- teilen	aus gering belas- teten Ortsteilen
Kinder mit U-Heft N =	90,5 3.540	87,3 1.388	92,9 2.099	88,2 841	93,4 832
U1	99,0	99,2	99,8	99,2	99,6
U2	98,8	99,1	99,7	99,2	99,5
U3	98,8	98,6	99,7	98,2	99,8
U4	98,4	97,8	99,3	96,9	99,5
U5	97,5	96,0	99,0	95,1	99,4
U6	98,6	97,8	99,5	97,0	99,9
U7	98,2	96,9	99,5	96,3	99,5
U7a	94,9	92,7	96,8	92,2	99,0
U8	98,1	97,2	98,9	96,4	99,6
U9	96,1	95,1	97,6	92,7	98,8

Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17



Impfquoten

Impfungen sind ein wesentlicher Bestandteil des Vorsorgeprogramms im Kindesalter. Impfungen gehören zu den wirksamsten medizinischen Maßnahmen, die jedes Jahr weltweit Millionen Menschen das Leben retten.²⁷ Impfprogrammen ist es zu verdanken, dass viele schwere Infektionskrankheiten zurückgedrängt wurden oder sogar eliminiert werden konnten. Poliomyelitis (Kinderlähmung) kommt seit 2002 in Europa nicht mehr vor, und die Pocken sind seit 1980 weltweit ausgerottet.

Die durchgeführten Impfungen werden im Impfpass dokumentiert. 84,1 % der untersuchten Kinder legten bei der Schuleingangsuntersuchung einen Impfpass vor (Tabelle 4). Bei Krankheiten und Erregern, gegen die schon seit längerem standardmäßig geimpft wird, betragen die Durchimpfungsraten über 90 %. Gegen Varizellen, den Erregern der Windpocken, wird erst seit 2004 standardmäßig geimpft, gegen Meningokokken (Gehirnhautentzündung) und Pneumokokken (unter anderem Lungenentzündung) seit 2006 und gegen Rotaviren (Magen-Darm-Erkrankungen) seit 2013. Hier waren die Impfquoten deutlich niedriger.

Bei Kindern aus Zuwandererfamilien lagen die Impfquoten fast durchgängig unter den Impfquoten bei Kindern ohne Migrationshintergrund (Tabelle 4). Auch bei Kindern aus problembelasteten Ortsteilen war der Durchimpfungsgrad insgesamt betrachtet niedriger als bei Kindern aus den wenig belasteten Ortsteilen.

Tabelle 4: Impfquoten nach Migrationshintergrund und Quartierstyp (Angaben in Prozent)

Kategorie	Kinder Insgesamt	mit Migrati- ons hintergrund	ohne Migrati- ons hintergrund	aus problem belasteten Ortsteilen	aus gering belasteten Ortsteilen
Kinder mit Impfausweis N =	84,1 3.846	77,6 1.733	90,5 2.058	79,6 965	90,1 861
Diphtherie	92,5	89,8	94,5	90,2	92,7
Tetanus	92,3	89,4	94,5	89,8	92,8
Pertussis (Keuchhusten)	92,1	89,3	94,3	89,8	92,6
Haemophilus influenzae	93,4	90,3	96,1	91,8	94,5
Poliomyelitis	96,1	93,3	98,4	94,1	97,8
Hepatitis B	90,2	90,7	90,3	91,9	89,0
Masern/Mumps/Röteln ²⁸					
1-mal	97,1	98,0	96,5	97,6	96,2
2-mal	91,5	89,8	92,7	89,2	92,5
Varizellen					
1-mal	75,2	77,9	72,7	75,3	75,9
2-mal	69,8	70,9	68,8	68,9	71,8
Meningokokken	86,4	86,9	86,3	89,5	86,1
Pneumokokken					
4-mal	73,2	68,0	77,5	70,1	74,6
Rotaviren	11,4	6,1	17,2	5,4	22,8

Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

²⁷ Ehreth (2003), Seite 599, Tabelle 4

²⁸ Die Angaben beziehen sich auf den Kombinationsimpfstoff für Masern, Mumps und Röteln (MMR)



Bekämpfung der Masern

Von besonderer Bedeutung ist die Entwicklung der Masernimpfquoten. Es kann nicht oft genug festgestellt werden, dass eine Masernerkrankung keine harmlose Kinderkrankheit ist. Masern sind hochansteckend und gefährlich, gerade auch für nicht-immunisierte Erwachsene. 20-30 % der Masernerkrankungen werden von teilweise schweren Komplikationen begleitet, die zu bleibenden Schäden wie Erblindung oder Gehirnschädigungen führen können. Maserninfektionen können auch tödlich verlaufen. Für 2015 berichtet die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 134.200 Maserntote weltweit, zumeist handelt es sich um nichtgeimpfte Kinder im Alter unter fünf Jahren. Masern gehören zu den global häufigsten Todesursachen bei Kleinkindern.²⁹

Die Bekämpfung der Masern bis hin zur Ausrottung ist ein erklärtes Ziel der WHO. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen mindestens 95 % der Bevölkerung zweimal gegen Masern geimpft worden sein. Erst die zweite Impfung gewährleistet den vollen Schutz, und ab einer Impfquote von 95 % besteht eine so genannte Herdenprotektion, die auch nicht geimpfte Menschen vor Maserninfektionen schützt.

Zumindest bei den untersuchten Kindern lag diese Marke in greifbarer Nähe. 97,1 % waren einmal gegen Masern geimpft worden und hatten damit eine Grundimmunisierung, eine zweite Impfung hatten 91,5 % der Kinder erhalten (Tabelle 4). Während der Schuleingangsuntersuchung wird auf die Notwendigkeit einer zweiten Impfung hingewiesen, sofern diese noch nicht erfolgt ist. Des Weiteren führt das Gesundheitsamt in den 5. Klassen Impfkaktionen durch, um bestehende Impflücken zu schließen.³⁰

Vorerkrankungen, Frühförderung und Therapien nach SGB V

Zur Schuleingangsuntersuchung gehört eine Anamnese, mit der die Schulärztinnen und Schulärzte Informationen zu schulrelevanten Vorerkrankungen und therapeutischen Maßnahmen erheben. Gut ein Viertel (26,1 %) der untersuchten Kinder wies eine schulrelevante Vorerkrankung auf (Abbildung 6), typische Diagnosen waren Entwicklungsstörungen, Allergien oder Asthma bronchiale. Jungen waren deutlich häufiger betroffen als Mädchen. Bei fast jedem dritten Jungen (31,1 %) und bei jedem fünften Mädchen (20,6 %) wurde eine Vorerkrankung festgestellt.

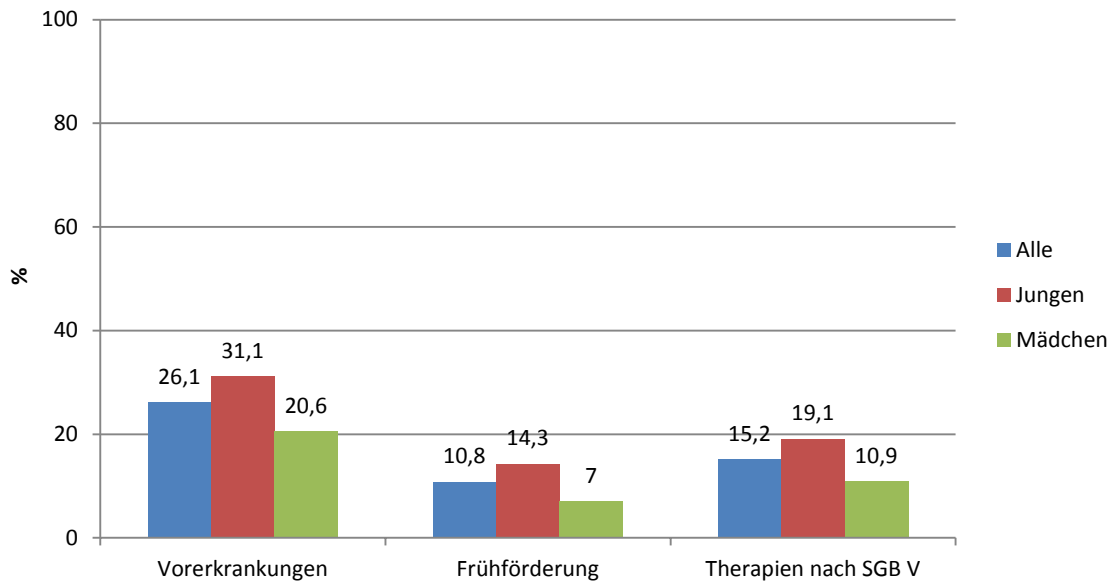
Jungen erhielten wesentlich häufiger Frühförderung oder therapeutische Maßnahmen nach dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen (SGB V). Die Frühförderungsquote war bei Jungen mit 14,3 % doppelt so hoch wie bei den Mädchen mit 7 %. Ein ganz ähnliches Bild zeigt sich bei den therapeutischen Maßnahmen nach SGB V, hier betrug der entsprechende Anteil bei den Jungen 19,1 % und bei den Mädchen 10,9 %. 12,8 % der Jungen und 7,9 % der Mädchen waren in logopädischer Therapie, 6,6 % der Jungen und 2,3 % der Mädchen erhielten ergotherapeutische Leistungen. Keine Unterschiede gab es dagegen bei Krankengymnastik und Psychotherapie, diese Leistungen erhielten jeweils gut 1 % der Kinder.

²⁹ WHO (2017)

³⁰ Siehe dazu Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.) (2015)



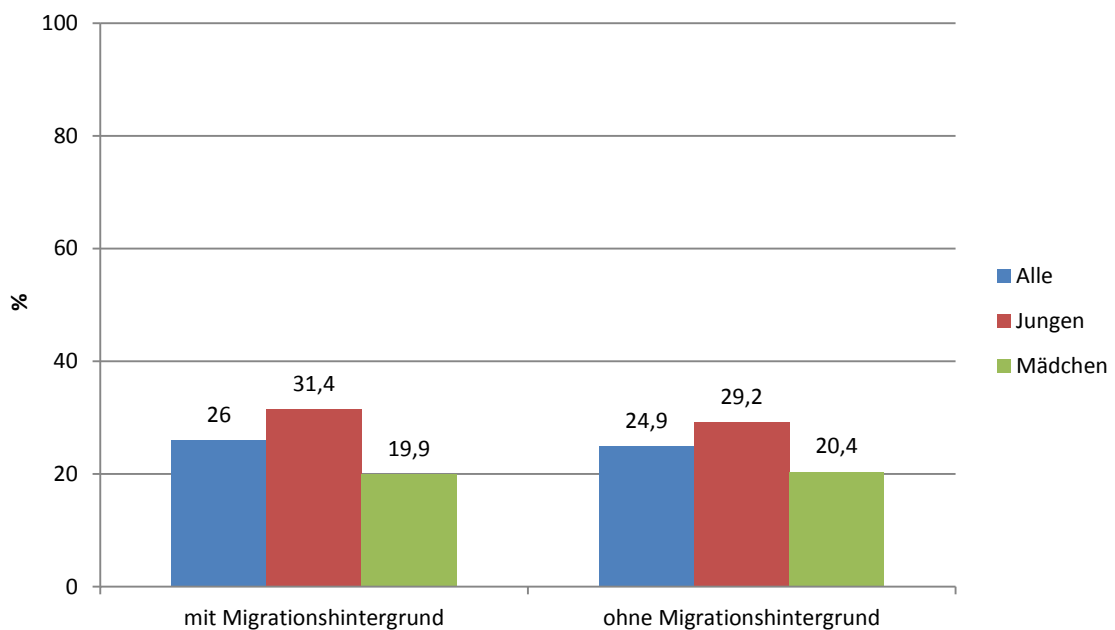
Abbildung 6: Vorerkrankungen, Frühförderung und Therapien nach SGB V nach Geschlecht (Angaben in Prozent)



Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

Kinder aus Zuwandererfamilien waren etwas häufiger vorerkrankt als Kinder ohne Migrationshintergrund (Abbildung 7). Zwischen den beiden Geschlechtern waren die Unterschiede wesentlich ausgeprägter. Am häufigsten wurden Vorerkrankungen bei Jungen aus Zuwandererfamilien festgestellt, betroffen war fast jeder Dritte (31,4 %).

Abbildung 7: Vorerkrankungen nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Angaben in Prozent)

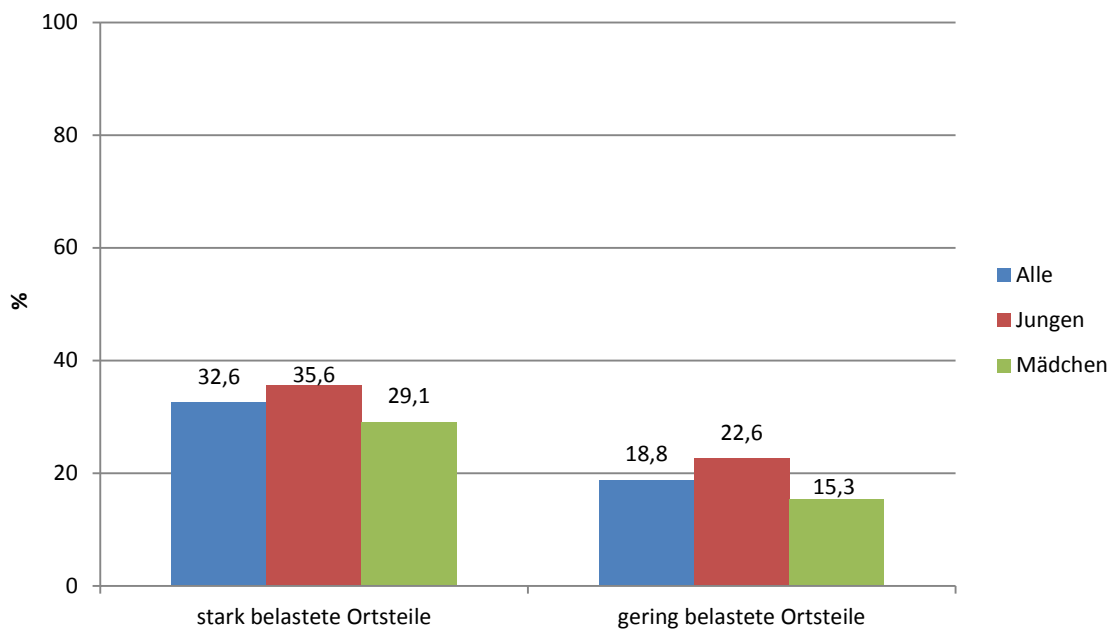


Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17



Die sozialräumliche Betrachtung hingegen zeigte deutliche Unterschiede (Abbildung 8). Bei Kindern aus den am stärksten problembelasteten Ortsteilen wurden weitaus häufiger Vorerkrankungen festgestellt als bei Kindern, die in einem der am wenigsten betroffenen Ortsteile wohnten. Nach den Ergebnissen der Anamnese wies jedes dritte Kind (32,6 %) aus den besonders belasteten Ortsteilen Vorerkrankungen auf. In den am wenigsten belasteten Ortsteilen hatte knapp jedes fünfte Kind (18,8 %) eine Vorerkrankung. Vorerkrankungen wurden mit Abstand am häufigsten bei Jungen aus problembelasteten Ortsteilen festgestellt (35,6 %) und am seltensten bei Mädchen aus gut situierten Ortsteilen (15,3 %).

Abbildung 8: Vorerkrankungen nach Quartierstyp und Geschlecht (Angaben in Prozent)



Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

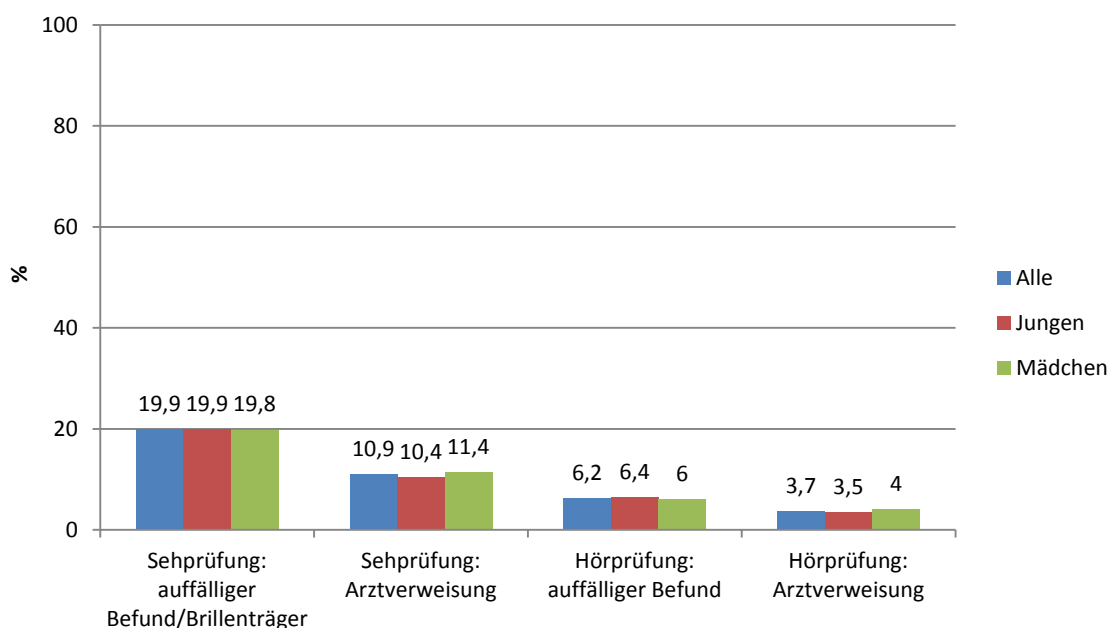


Ergebnisse der Sehprüfung und der Hörprüfung

Jedes fünfte Kind (19,9 %) war bei der Sehprüfung auffällig oder trug eine Brille, 10,9 % erhielten nach der Prüfung der Sehschärfe eine Arztverweisung (Abbildung 9). Die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen bei der Sehprüfung waren minimal.

Die Hörprüfung führte nur in wenigen Fällen (6,2 %) zu auffälligen Ergebnissen (Abbildung 9). 3,7 % der Kinder erhielten wegen eines auffälligen, nicht durch Infektionen verursachten Hörbefunds eine Arztverweisung. Auch bei der Hörprüfung ergaben sich nur ganz geringe Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen.

Abbildung 9: Ergebnisse der Seh- und Hörprüfung nach Geschlecht (Angaben in Prozent)



Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

Kinder mit Migrationshintergrund hatten bei der Sehprüfung häufiger auffällige Befunde oder trugen häufiger eine Brille als Kinder ohne Migrationshintergrund (22,0 % versus 17,5 %). 13,7 % der Kinder mit Migrationshintergrund und 8 % der Kinder ohne Migrationshintergrund erhielten eine Arztverweisung³¹. Bei der Hörprüfung sowie bei den sich daraus ergebenden Arztverweisungen zeigten sich keine nennenswerten Unterschiede.

Der sozialräumliche Vergleich führte zu ähnlichen Differenzen. 20,1 % der Kinder aus problem-belasteten Ortsteilen hatten bei der Sehprüfung auffällige Befunde oder trugen eine Brille, 11,7 % erhielten eine Arztverweisung. Bei den Kindern aus den gut situierten Ortsteilen betru-gen die entsprechenden Anteile 16,5 % und 7,9 %. Bei der Hörprüfung wiederum ergaben sich nur geringe Unterschiede.

³¹ Im Gegensatz zu einer Überweisung, bei der ein behandelnder Arzt einen Patienten zur Weiterbehandlung an einen anderen Arzt übergibt, ist eine Arztverweisung eine allgemeine Empfehlung, zur Abklärung von Symptomen und gegebenenfalls zur Einleitung einer Therapie einen Arzt aufzusuchen

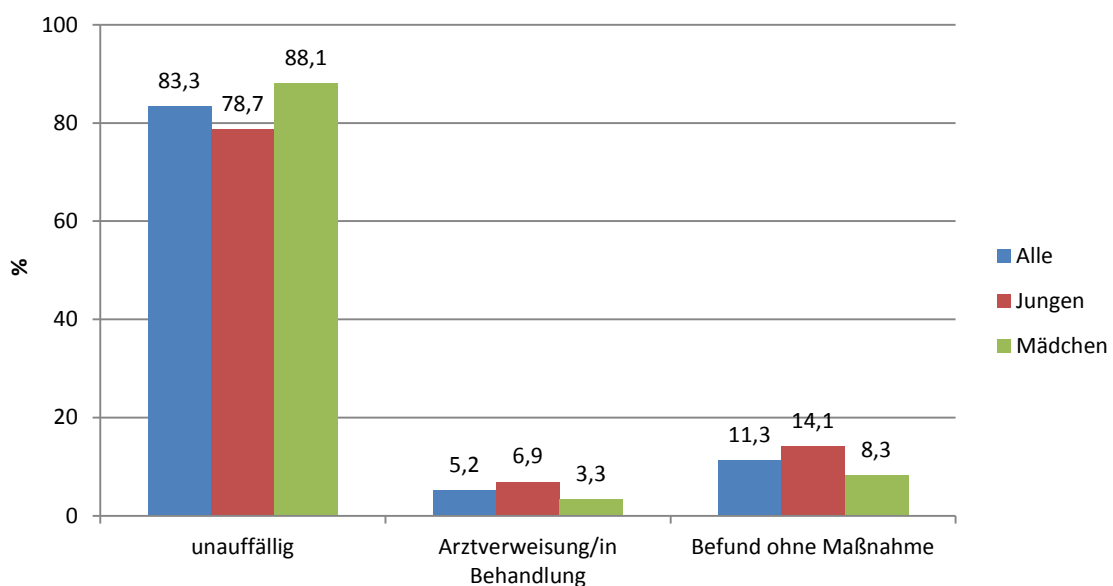


Verhaltensauffälligkeiten

Zur Diagnose von Verhaltensauffälligkeiten wurde die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) eingesetzt. Der SDQ besteht aus fünf Einzelskalen, die verschiedene Dimensionen messen: Emotionale Probleme (z.B. "weint häufig"), externalisierende Verhaltensauffälligkeiten (zum Beispiel "hat oft Wutanfälle"), hyperaktives Verhalten (zum Beispiel "leicht ablenkbar"), Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen (zum Beispiel "spielt meist alleine") und prosoziales Verhalten (zum Beispiel "teilt gerne"). Der SDQ ist für Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 4 bis 16 Jahren konzipiert, bei Kindern füllen die Eltern den Fragebogen aus.³² In der Schuleingangsuntersuchung werden die Eltern gebeten, die Fragen zu beantworten, die Eltern sind dazu jedoch nicht verpflichtet. Für 3.829 Kinder lag ein ausgefüllter SDQ vor, dies entspricht einer Beteiligung (Response) von 83,7 %. Um die Zuverlässigkeit der Elternangaben einschätzen zu können, wurde der SDQ-Gesamtbefund der Beurteilung des Verhaltens des Kindes während der Untersuchung gegenübergestellt. Diese Bewertung erfolgte durch die Untersucher. Die Übereinstimmung zwischen SDQ-Gesamtbefund und Verhaltensbeurteilung war hoch (Cramers V = 0,38). 82,4 % der Kinder, die gemäß dem SDQ als unauffällig eingestuft wurden, zeigten auch während der Untersuchung keine Auffälligkeiten.

Nach der Gesamtauswertung des SDQ waren vier von fünf Kindern (83,3 %) in ihrem Verhalten unauffällig (Abbildung 10). 5,2 % der Kinder erhielten eine Arztverweisung oder waren bereits in Behandlung. Bei 11,3 % der Kinder gab es Befunde, die aber keine Maßnahmen nach sich zogen. Jungen wurden insgesamt deutlich häufiger als verhaltensauffällig eingestuft als Mädchen. Dies bildet sich auch in den Konsequenzen ab, die aus den Ergebnissen des SDQ gezogen wurden. Fast 7 % der Jungen erhielten eine Arztverweisung oder waren bereits in Behandlung. Bei den Mädchen war dieser Anteil mit 3,3 % nur halb so hoch.

Abbildung 10: Gesamtergebnis des Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ) nach Geschlecht (Angaben in Prozent)



Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

³² Zur deutschen Fassung des SDQ siehe Klasen et al. (2003)



Zwischen den Kindern mit und ohne Migrationshintergrund ergaben sich nur kleinere Differenzen. Insgesamt gesehen waren die Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern bedeutender als die Unterschiede zwischen den beiden Herkunftsgruppen (Tabelle 5).

Erheblich sind dagegen die Unterschiede zwischen den sozialen Brennpunktvierteln und den gut situierten Vierteln. 90,1 % der Kinder aus den gut situierten Vierteln, aber nur 77,5 % der Kinder aus den Brennpunktvierteln wurden als unauffällig beurteilt (Tabelle 5). Am auffälligsten waren Jungen aus den problembelasteten Ortsteilen. Jeder zehnte Junge (10,1 %) erhielt eine Arztverweisung oder war bereits in ärztlicher Behandlung. Am wenigsten auffällig waren Mädchen aus den gut situierten Ortsteilen.

Tabelle 5: Gesamtergebnis des Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ) nach Migrationshintergrund, Quartierstyp und Geschlecht

Kategorie	Unauffällig		Arztverweisung/ in Therapie		Befund ohne Maßnahme		Dauerbeeinträchtigung ohne seelische Ursache	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl
Mit Migrationshintergrund								
<i>Beteiligung SDQ: 73,9 % (n=1.649)</i>								
Alle	81,3	1.341	4,2	70	14,2	234	0,2	4
Jungen	75,7	650	6,2	53	17,9	154	0,2	2
Mädchen	87,5	691	2,2	17	10,1	80	0,3	2
Ohne Migrationshintergrund								
<i>Beteiligung SDQ: 94,1 % (n=2.139)</i>								
Alle	85,1	1.820	5,8	125	9,0	192	0,1	2
Jungen	81,4	892	7,5	82	11,0	121	0,1	1
Mädchen	89,0	928	4,1	43	6,8	71	0,1	1
Stark belastete Ortsteile								
<i>Beteiligung SDQ: 80,0 % (n=970)</i>								
Alle	77,5	752	7,8	76	14,5	141	0,1	1
Jungen	72,7	383	10,1	53	17,1	90	0,2	1
Mädchen	83,3	369	5,2	23	11,5	51	0,0	0
Gering belastete Ortsteile								
<i>Beteiligung SDQ: 89,5 % (n=856)</i>								
Alle	90,1	771	3,0	25	6,9	59	0,1	1
Jungen	87,3	358	3,7	15	9,0	37	0,0	0
Mädchen	92,6	413	2,2	10	4,9	22	0,2	1

Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

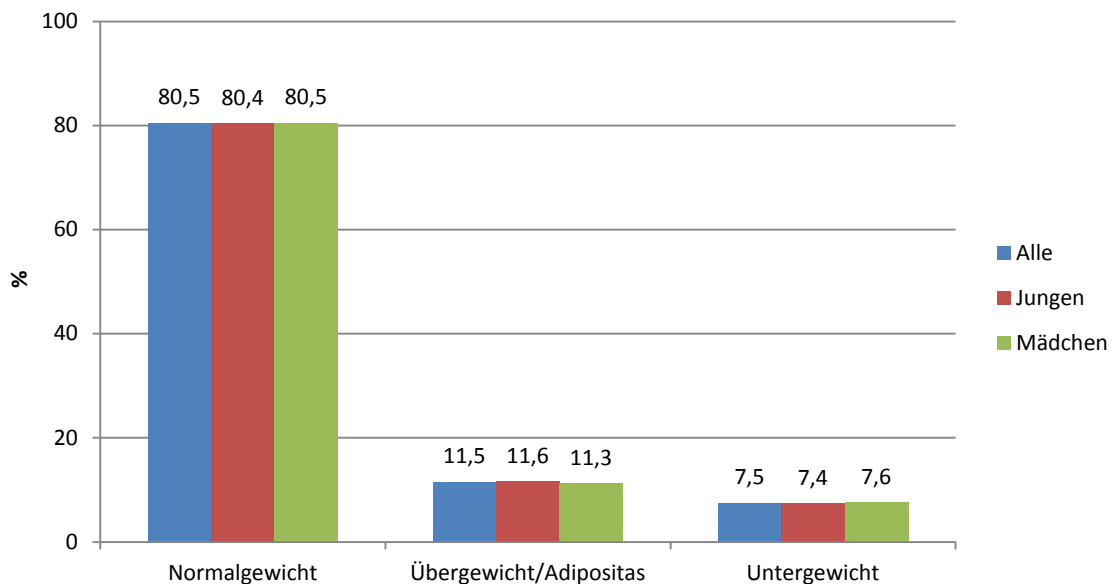


Relatives Körpergewicht (Body Mass Index - BMI)

Etwa jedes neunte Kind (11,5 %) war übergewichtig oder schwer übergewichtig (adipös) (Abbildung 11). Jungen und Mädchen waren gleich häufig übergewichtig oder adipös. 7,5 % der Kinder waren untergewichtig oder stark untergewichtig (kachektisch). Auch hier unterschieden sich Jungen und Mädchen nicht voneinander.

Seit einigen Jahren ist der Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder in den Schuleingangsuntersuchungen ziemlich stabil, seit 2005 bewegt sich diese Quote stets in einem Bereich zwischen 10 % und 12 %.³³ Die Auswertung der 2. Welle des Gesundheitssurveys für Kinder und Jugendliche (KiGGS) kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass in Deutschland der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher (3-17 Jahre) in den zurückliegenden zehn Jahren unverändert geblieben ist.³⁴

Abbildung 11: Relatives Körpergewicht (BMI) nach Geschlecht (Angaben in Prozent)



Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

Ein auch aus anderen Erhebungen bekannter Befund ist der auffallend hohe Anteil übergewichtiger Kinder mit Migrationshintergrund.³⁵ In der Schuleingangsuntersuchung waren 15,2 % der Kinder mit Migrationshintergrund und 7,8 % der Kinder ohne Migrationshintergrund übergewichtig oder adipös (Abbildung 12). Innerhalb der beiden Gruppen waren die Unterschiede zwischen den Geschlechtern marginal.

Eine nahe liegende Erklärung für die unterschiedlich hohen Übergewichtsprävalenzen der Kinder mit und ohne Migrationshintergrund sind die Unterschiede in der sozio-ökonomischen Lage. Aus wissenschaftlichen Studien geht jedoch hervor, dass die unterschiedlichen Anteile übergewichtiger oder adipöser Kinder nur zu einem Teil mit sozialstrukturellen Differenzen erklärbar

³³ Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.) (2017).

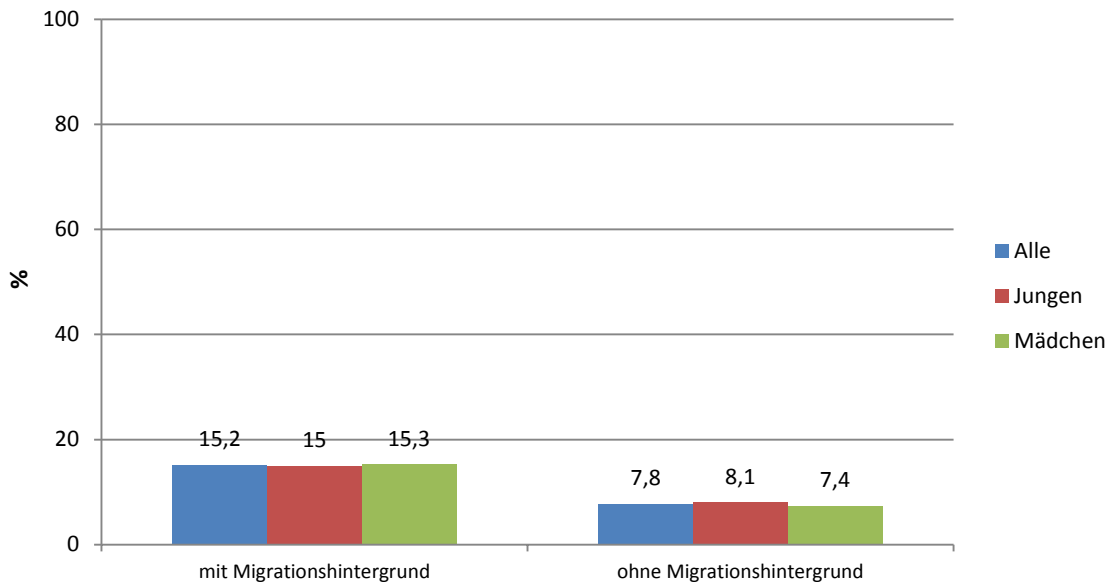
³⁴ Schienkiewitz et al. (2018)

³⁵ Siehe Moß et al. (2007), Seite 1426, Robert Koch-Institut (2008), Seite 57ff



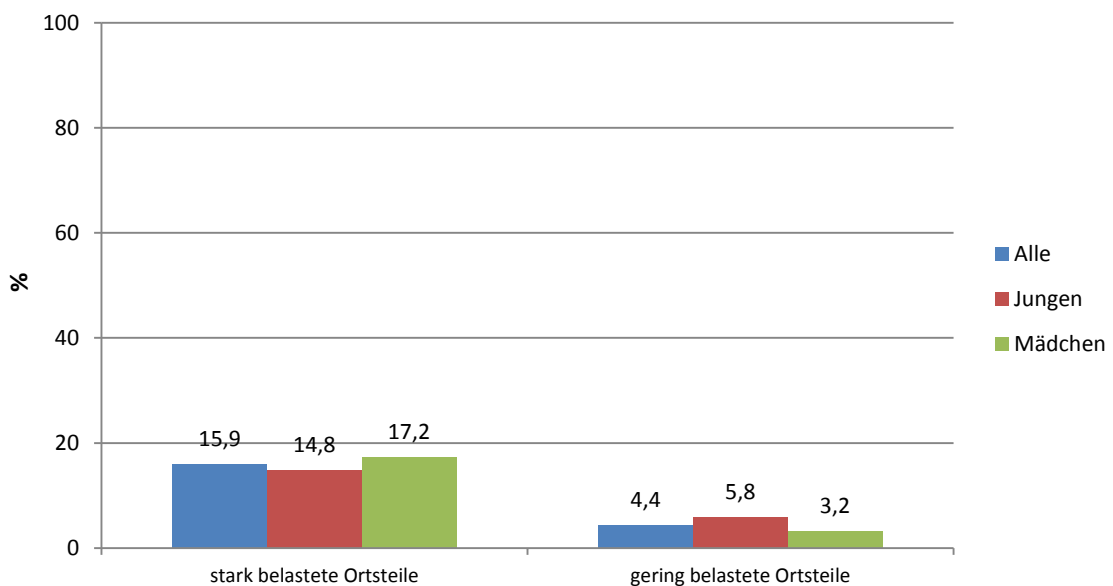
sind. Die entscheidende Rolle spielen offenbar kulturspezifische Vorstellungen darüber, ab wann ein Kind als übergewichtig gilt, beziehungsweise ob Übergewicht überhaupt als Problem anzusehen ist.³⁶

Abbildung 12: Übergewichts-/Adipositas-Prävalenzen nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Angaben in Prozent)



Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

Abbildung 13: Übergewichts-/Adipositas-Prävalenzen nach Quartierstyp und Geschlecht (Angaben in Prozent)



Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

³⁶ Robert Koch-Institut (2008), Seite 120



Auch auf der sozialräumlichen Ebene zeigten sich gravierende Unterschiede beim relativen Körpergewicht (Abbildung 13). Übergewicht oder Adipositas traten bei Kindern aus einem besonders problembelasteten Ortsteil dreieinhalb mal häufiger auf als bei Kindern, die in einem der am wenigsten belasteten Ortsteile wohnten. Die jeweiligen Anteile übergewichtiger oder adipöser Kinder betragen 15,9 % und 4,4 % (Abbildung 13). Am häufigsten waren Mädchen aus stark problembelasteten Ortsteilen übergewichtig oder adipös (17,2 %), am wenigsten Mädchen aus den gut situierten Ortsteilen (3,2 %).

Auf der anderen Seite waren Kinder aus den am wenigsten belasteten Ortsteilen etwas häufiger untergewichtig oder stark untergewichtig (kachektisch). Hier lag der Anteil untergewichtiger Kinder bei 8,7 %, gegenüber 6,8 % der Kinder aus den besonders belasteten Ortsteilen.³⁷

³⁷ Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.) (2017)



Entwicklungsstand

Zur Beurteilung des Entwicklungsstandes des vorgestellten Kindes kommen verschiedene Einzeltests zum Einsatz, die im Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS) zusammengefasst sind. Diese Tests messen so genannte Vorläuferfähigkeiten wie Körperkoordination, Konzentrationsfähigkeit, Sprachverständnis, Gedächtnisleistung oder Vorwissen zu Zahlen und Mengen. Vorläuferfähigkeiten sind grundlegende, für das Erlernen von Lesen, Schreiben und Rechnen bedeutsame Kompetenzen.³⁸ Ist ein Screeningbefund auffällig, können nach erfolgter Abklärung geeignete Fördermaßnahmen eingeleitet werden.

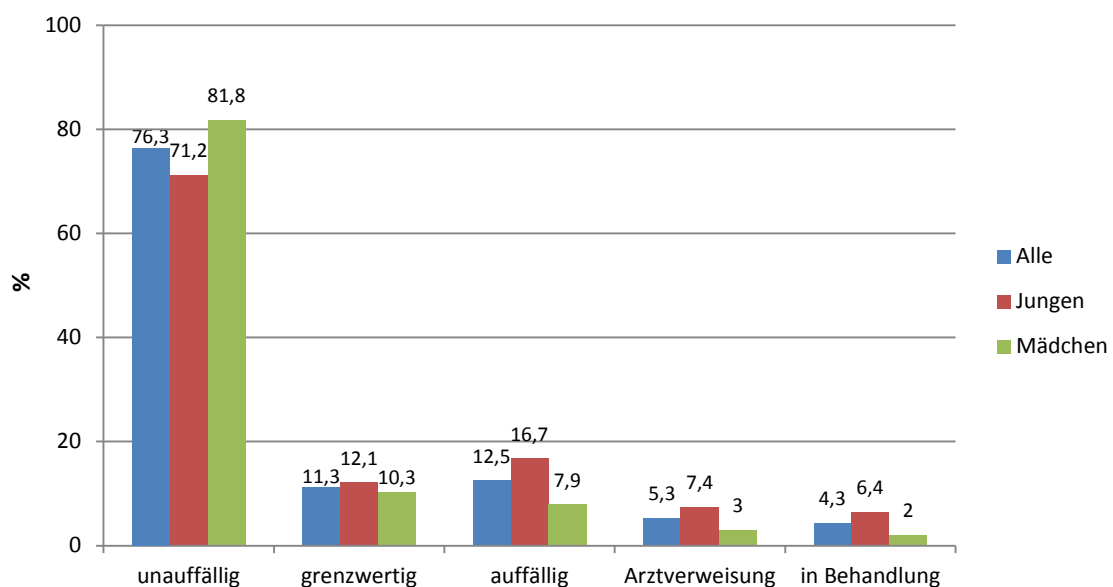
Visuomotorik

Unter Visuomotorik versteht man das koordinierte Zusammenspiel zwischen visueller Wahrnehmung und Bewegungsapparat. Zur Visuomotorik gehört auch die Koordination zwischen Auge und Hand, die im Rahmen des SOPESS beurteilt wird. Dabei wird auch die Stifthaltung und Stiftführung beobachtet. Eine gute Auge-Hand-Koordination ist eine Voraussetzung für das Erlernen von Schreiben.

Nach den Ergebnissen der visuomotorischen Tests waren drei Viertel (76,3 %) der untersuchten Kinder unauffällig (Abbildung 14). Für 11,3 % der Kinder ergab sich ein grenzwertiger und für 12,5 % ein auffälliger Befund. Bei Jungen kamen auffällige Werte deutlich häufiger vor, im Vergleich zu den Mädchen lag der Anteil auffälliger Befunde mehr als doppelt so hoch (16,7 % versus 7,9 %).

Nach der schulärztlichen Beurteilung der Befunde erhielten 5,3 % der Kinder eine Arztverweisung, 7,4 % der Jungen und 3 % der Mädchen. 4,3 % der Kinder befanden sich bereits in Behandlung. Auch dies traf deutlich häufiger auf Jungen (6,4 %) als auf Mädchen (2 %) zu.

Abbildung 14: Gesamttestergebnis Visuomotorik nach Geschlecht (Angaben in Prozent)



Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

³⁸ Zur Anwendung des SOPESS siehe Petermann et al. (2009)



Zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund gab es erhebliche Unterschiede in puncto Visuomotorik (Tabelle 6). 16,2 % der Kinder mit Migrationshintergrund hatten einen auffälligen Befund. Bei den Kindern ohne Migrationshintergrund war dieser Anteil mit 8,2 % nur halb so hoch. 11 % der Kinder mit Migrationshintergrund erhielten eine Arztverweisung oder waren bereits in Therapie, gegenüber 7,7 % der Kinder ohne Migrationshintergrund.

Noch deutlicher ausgeprägt waren die sozialräumlichen Unterschiede (Tabelle 6). Jedes fünfte Kind (19,2 %) aus den stark belasteten Ortsteilen zeigte visuomotorische Auffälligkeiten, 15,4 % waren therapiebedürftig (Arztverweisung oder in Behandlung). Demgegenüber waren nur 4 % der Kinder aus den gut situierten Ortsteilen auffällig, 4,1 % bekamen eine Arztverweisung oder befanden sich in Therapie.

Vor allem Jungen mit Migrationshintergrund und Jungen aus problembelasteten Wohnvierteln hatten visuomotorische Probleme (Tabelle 6). Jeder fünfte Junge mit Migrationshintergrund (21,2 %) und jeder vierte Junge aus einem stark belasteten Ortsteil (23,8 %) war visuomotorisch auffällig, entsprechend hoch war der Therapiebedarf. Mit Abstand am wenigsten auffällig waren Mädchen aus den gut situierten Ortsteilen (1,8 %).

Tabelle 6: Gesamtergebnis Visuomotorik und Befundbewertung nach Migrationshintergrund, Quartierstyp und Geschlecht

Kategorie	Unauffällig		Grenzwertig		Auffällig		Arztverweisung/ in Therapie	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl
Mit Migrationshintergrund								
Alle	70,6	1.560	13,1	290	16,2	359	11,0	244
Jungen	65,6	763	13,2	153	21,2	246	15,5	181
Mädchen	76,1	797	13,1	137	10,8	113	6,0	63
Ohne Migrationshintergrund								
Alle	82,7	1.868	9,2	208	8,1	184	7,7	174
Jungen	77,8	899	10,9	126	11,3	130	11,3	131
Mädchen	87,7	869	7,4	82	4,9	54	3,9	43
Stark belastete Ortsteile								
Alle	66,8	806	13,9	168	19,2	232	15,4	187
Jungen	62,6	407	13,5	88	23,8	155	20,1	131
Mädchen	71,8	399	14,4	80	10,8	77	10,1	56
Gering belastete Ortsteile								
Alle	90,3	857	5,6	53	4,0	38	4,1	39
Jungen	87,0	400	6,5	30	6,3	29	7,3	35
Mädchen	93,5	457	4,7	23	1,8	9	1,0	5

Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

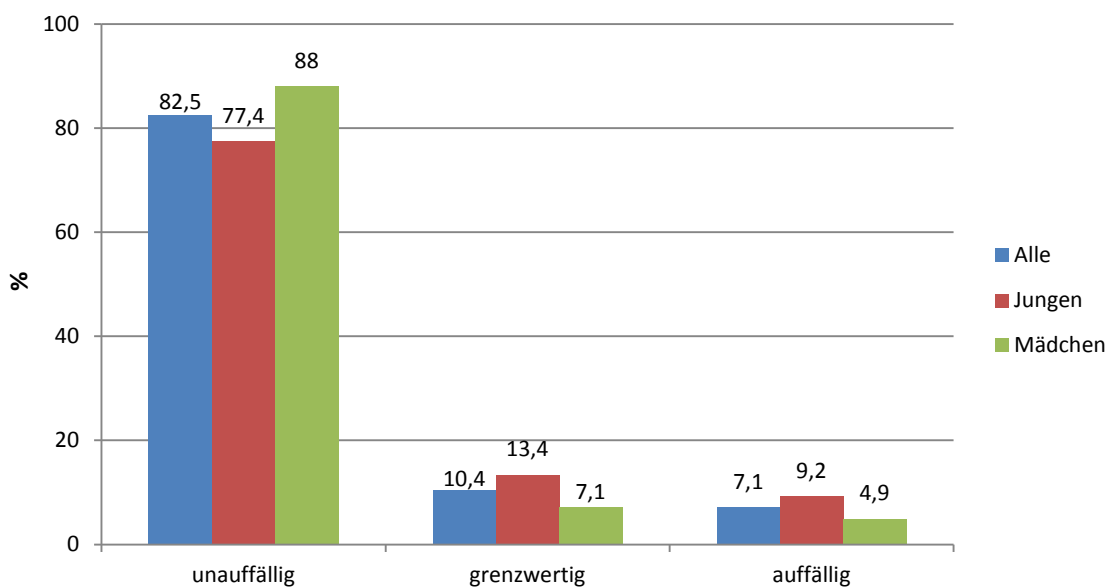


Selektive Aufmerksamkeit

Die Fähigkeit, sich für eine bestimmte Zeit auf eine Aufgabe konzentrieren zu können und sich nicht ablenken zu lassen, ist eine entscheidende Grundlage für den Lernerfolg. Der entsprechende Test erbrachte bei vier von fünf Kindern (82,5 %) unauffällige Resultate (Abbildung 15). 10,4 % der Kinder wiesen grenzwertige und 7,1 % der Kinder wiesen auffällige Ergebnisse auf.

Verglichen mit den Mädchen ergaben sich für Jungen etwa zweimal häufiger auffällige oder grenzwertige Ergebnisse. 9,2 % der Jungen und 4,9 % der Mädchen fielen in die Kategorie "auffällig", 13,4 % der Jungen und 7,1 % der Mädchen in die Kategorie "grenzwertig".

Abbildung 15: Testergebnis selektive Aufmerksamkeit nach Geschlecht (Angaben in Prozent)



Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

Auch bei diesem Test wurden klare Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund sowie Kindern aus stark belasteten und wenig belasteten Ortsteilen sichtbar (Tabelle 7). 9,9 % der Kinder mit Migrationshintergrund und 4,2 % der Kinder ohne Migrationshintergrund hatten auffällige Testergebnisse. Bei 9,5 % der Kinder aus stark belasteten Ortsteilen waren die Resultate auffällig, bei den Kindern aus den wenig belasteten Ortsteilen war dieser Anteil mit 3,4 % deutlich geringer. Am ungünstigsten fielen die Testergebnisse bei Jungen mit Migrationshintergrund und bei Jungen aus problembelasteten Wohnvierteln aus, am günstigsten bei Mädchen ohne Migrationshintergrund und bei Mädchen aus gut situierten Ortsteilen.



Tabelle 7: Testergebnis selektive Aufmerksamkeit nach Migrationshintergrund, Quartierstyp und Geschlecht

Kategorie	Unauffällig		Grenzwertig		Auffällig	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl
Mit Migrationshintergrund						
Alle	78,0	1.716	12,1	266	9,9	218
Jungen	72,1	834	15,5	179	12,4	143
Mädchen	84,5	882	8,3	87	7,2	75
Ohne Migrationshintergrund						
Alle	87,4	1.973	8,4	190	4,2	95
Jungen	83,5	964	10,9	126	5,5	64
Mädchen	91,4	1.009	5,8	64	2,8	31
Stark belastete Ortsteile						
Alle	78,6	947	12,0	144	9,5	114
Jungen	73,8	479	14,6	95	11,6	75
Mädchen	84,2	468	8,8	49	7,0	39
Gering belastete Ortsteile						
Alle	88,6	839	7,9	75	3,4	32
Jungen	83,7	384	10,5	48	5,7	26
Mädchen	93,2	455	5,5	27	1,2	6

Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

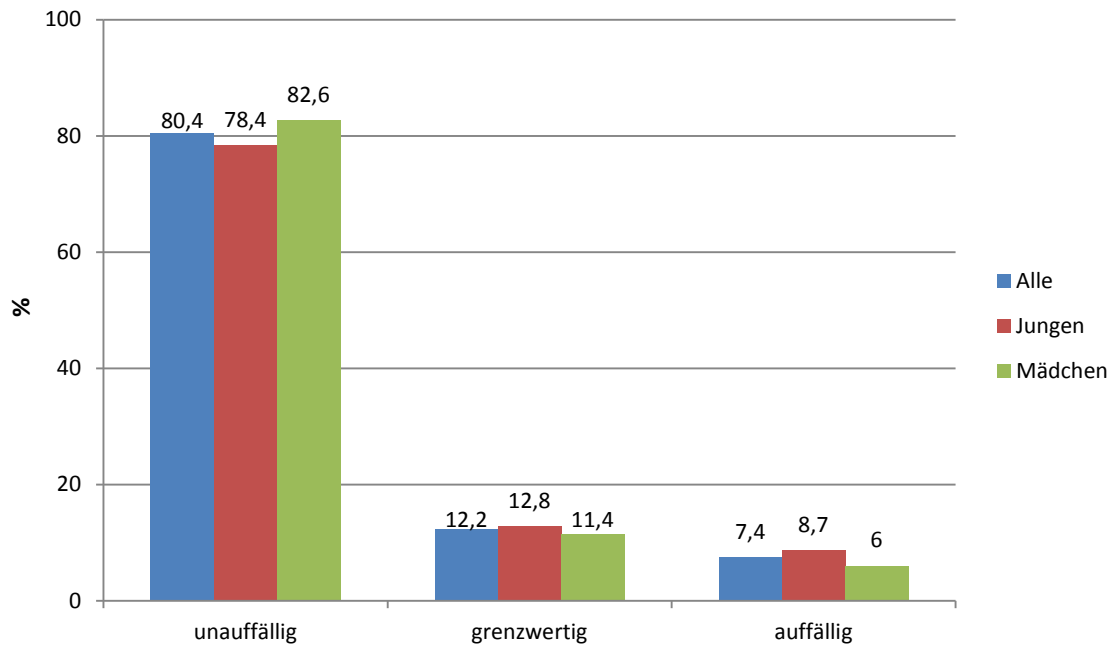
Zählen, Mengenvergleich und Simultanerfassung

Verfügen Kinder bereits über einfache mathematische Fertigkeiten wie Abzählen oder das Einschätzen von Mengen, fällt es ihnen leichter, in der Schule Rechnen zu lernen. Vier von fünf Kindern hatten keine Probleme mit den gestellten Zählaufgaben (80,4 %, Abbildung 16) oder mit Mengenvergleich und Simultanerfassung (79,7 %, Abbildung 17). Grenzwertige Fähigkeiten beim Zählen hatten 12,2 % der Kinder, beim Mengenvergleich und bei Simultanerfassung lag dieser Anteil bei 13,6 %. Der Anteil auffälliger Ergebnisse betrug beim Zählen 7,4 %, beim Vergleich von Mengen und Simultanerfassung 6,7 %.

Bei den Tests zum mathematischen Grundverständnis erzielten die Jungen geringfügig schlechtere Ergebnisse als die Mädchen (Abbildung 16 und 17). 8,7 % der Jungen und 6 % der Mädchen hatten beim Zählen auffällige Ergebnisse, bei 12,8 % der Jungen und 11,4 % der Mädchen waren die Ergebnisse grenzwertig. Bei Mengenvergleich und Simultanerfassung ergaben sich bei den Jungen 7,4 % auffällige und 13,6 % grenzwertige Ergebnisse, bei den Mädchen betrug die entsprechenden Anteile 5,9 % (auffällig) und 13,7 % (grenzwertig).

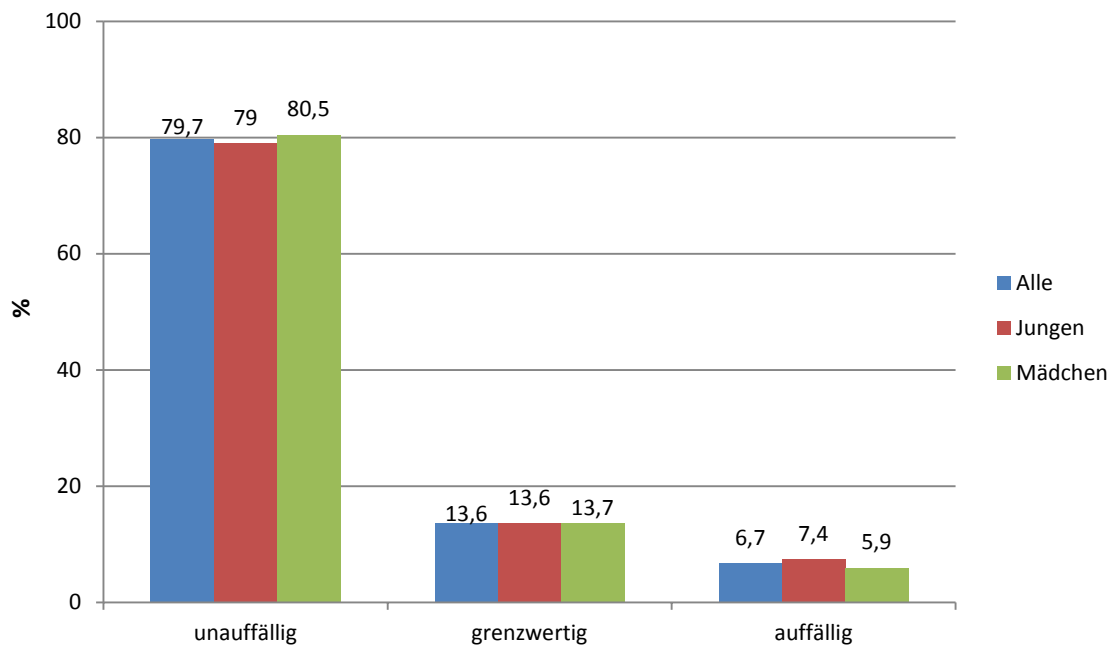


**Abbildung 16: Testergebnis Zählen nach Geschlecht
(Angaben in Prozent)**



Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

**Abbildung 17: Testergebnis Mengenvergleich und Simultanerfassung nach Geschlecht
(Angaben in Prozent)**



Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

Die Auswertung der Tests nach Migrationshintergrund ergab allerdings eklatante Unterschiede beim mathematischen Grundverständnis. Kinder aus Zuwandererfamilien erzielten erheblich



schlechtere Resultate als Kinder ohne Migrationshintergrund (Tabelle 8 und 9). Noch ausgeprägter sind die sozialräumlichen Unterschiede, bei Kindern aus problembelasteten Ortsteilen waren die Ergebnisse markant schlechter als bei Kinder aus gut situierten Ortsteilen (Tabelle 8 und 9). Dort bewegte sich der Anteil auffälliger Ergebnisse im niedrigen einstelligen Prozentbereich.

Auch bei den Tests zu einfachen mathematischen Fertigkeiten schnitten Jungen mit Migrationshintergrund und Jungen aus problembelasteten Wohnvierteln am schlechtesten ab. Die besten Ergebnisse hatten Mädchen ohne Migrationshintergrund und Mädchen aus gut situierten Ortsteilen.

Tabelle 8: Testergebnis Zählen nach Migrationshintergrund, Quartierstyp und Geschlecht

Kategorie	Unauffällig		Grenzwertig		Auffällig	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl
Mit Migrationshintergrund						
Alle	70,2	1.543	18,2	400	11,5	253
Jungen	68,1	789	18,6	215	13,2	153
Mädchen	72,6	754	17,8	185	9,6	100
Ohne Migrationshintergrund						
Alle	90,8	2.052	6,1	137	3,2	72
Jungen	89,4	1.034	6,8	79	3,8	44
Mädchen	92,2	1.018	5,3	58	2,5	28
Stark belastete Ortsteile						
Alle	70,2	845	15,8	190	14,0	168
Jungen	69,0	448	16,6	108	14,3	93
Mädchen	71,7	397	14,8	82	13,5	75
Gering belastete Ortsteile						
Alle	92,7	880	5,5	52	1,7	16
Jungen	91,1	419	6,1	28	2,6	12
Mädchen	94,3	461	4,9	24	0,8	4

Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17



Tabelle 9: Testergebnis Mengenvergleich und Simultanerfassung nach Migrationshintergrund, Quartierstyp und Geschlecht

Kategorie	Unauffällig		Grenzwertig		Auffällig	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl
Mit Migrationshintergrund						
Alle	73,2	1.595	17,3	377	9,5	206
Jungen	73,2	840	16,7	191	10,0	115
Mädchen	73,2	755	18,0	186	8,8	91
Ohne Migrationshintergrund						
Alle	86,7	1.956	10,0	225	3,4	76
Jungen	85,9	991	10,3	119	3,8	44
Mädchen	87,5	965	9,6	106	2,9	32
Stark belastete Ortsteile						
Alle	73,2	871	16,4	195	10,4	124
Jungen	72,3	464	16,2	104	11,5	74
Mädchen	74,3	407	16,6	91	9,1	50
Gering belastete Ortsteile						
Alle	91,0	860	6,7	63	2,2	21
Jungen	90,4	414	7,2	33	2,2	10
Mädchen	91,6	446	6,2	30	2,3	11

Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

Deutschkenntnisse

Eine Bewertung der Deutschkenntnisse erfolgt bei Kindern, mit denen den ersten vier Lebensjahren überwiegend in einer anderen Sprache als Deutsch gesprochen wurde. Dies trifft auf 44,5 % der untersuchten Kinder zu. Der Beurteilung lagen folgende Kategorien zugrunde:³⁹

1. Das Kind kann sich mit der deutschen Sprache nicht verständlich machen.
2. Das Kind verfügt über einen rudimentären Wortschatz. Es kann sich in Form von Zwei- oder Mehrwortsätzen, die grammatikalisch inkorrekt sind, eingeschränkt verständlich machen.
3. Das Kind verfügt über einen ausreichenden Wortschatz und kann sich gut verständlich machen. Es werden aber noch viele und auch erhebliche grammatikalische Fehler gemacht.
4. Das Kind verfügt über einen guten und ausreichenden Wortschatz und kann sich gut verständlich machen. In der Spontansprache unterlaufen dem Kind noch leichte grammatikalische Fehler.
5. In Wortschatz, Grammatik und Ausdruck unterscheidet sich das Kind nicht von einem Kind deutscher Muttersprache. Ein vorhandener Akzent wird nicht berücksichtigt.

Gute Deutschkenntnisse sind eine grundlegende Voraussetzung für die aktive Teilnahme am Unterricht und damit auch für gute schulische Leistungen. Es ist daher bedenklich, dass 11,9 % der angehenden Grundschüler kein (Kategorie 1) oder kaum Deutsch (Kategorie 2) sprachen

³⁹ Siehe Petermann et al. (2009), Seite 43f

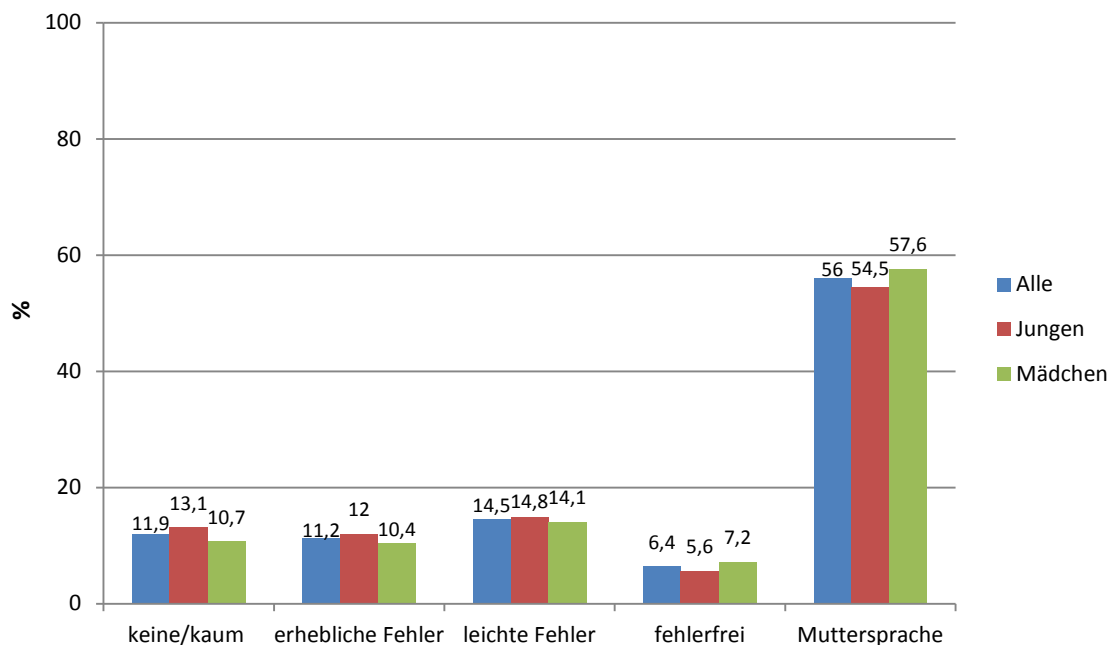


(Abbildung 18). Somit konnte sich jedes achte Kind entweder gar nicht auf oder nur sehr eingeschränkt auf Deutsch verständigen. Weitere 11,2 % konnten sich verständlich machen, allerdings eher holprig mit teilweise erheblichen grammatikalischen Fehlern (Kategorie 3). Fasst man die Kategorien 1 bis 3 zusammen, sprachen mehr als ein Fünftel der Kinder (22,1 %) bestenfalls gebrochen Deutsch.

14,5 % der Kinder machten leichte Fehler (Kategorie 4), 6,5 % sprachen Deutsch fehlerfrei (Kategorie 5). Für 56 % der Kinder war Deutsch die Muttersprache.

Jungen hatten etwas häufiger Probleme mit der deutschen Sprache als Mädchen, wobei allerdings berücksichtigt werden muss, dass der Anteil der Jungen mit deutscher Muttersprache geringer ist als der Anteil der Mädchen mit deutscher Muttersprache.

Abbildung 18: Deutschkenntnisse nach Geschlecht
(Angaben in Prozent)

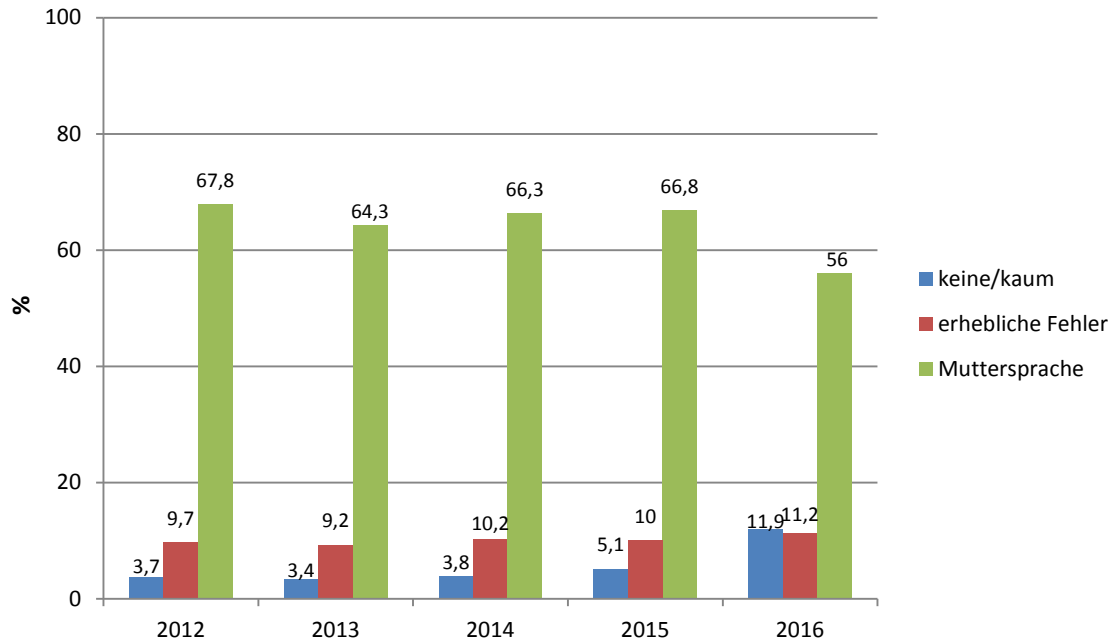


Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

Verglichen mit den Ergebnissen aus früheren Schuleingangsuntersuchungen des Bremer Gesundheitsamtes haben sich die Deutschkenntnisse von Schulanfängern deutlich verschlechtert (Abbildung 19). Zwischen 2012 und 2014 lag der Anteil der Kinder, die kein oder kaum Deutsch sprachen, noch unter 4 %. 2015 stieg dieser Anteil zunächst leicht auf gut 5 %, 2016 dann sprunghaft auf knapp 12 %. Parallel zu dieser Entwicklung sank der Anteil der Kinder, für die Deutsch die Muttersprache ist, um etwa 12 Prozentpunkte von rund 68 % (2012) auf 56 % (2016).



**Abbildung 19: Deutschkenntnisse nach Untersuchungsjahr
(Angaben in Prozent)**



Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchungen 2012 bis 2016

Tabelle 10: Deutschkenntnisse nach Migrationshintergrund, Quartierstyp und Geschlecht

Kategorie	keine/kaum		erhebliche Fehler		leichte Fehler		fehlerfrei		Muttersprache	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl
Mit Migrationshintergrund										
Alle	23,6	528	21,2	473	27,7	618	107	239	16,7	373
Jungen	25,4	299	21,8	257	28,0	329	9,5	112	15,3	180
Mädchen	21,7	229	20,5	216	27,4	289	12,0	127	18,3	193
Ohne Migrationshintergrund										
Alle	0,2	6	1,2	28	1,7	39	2,2	50	94,6	2.151
Jungen	0,3	3	1,6	19	1,8	21	1,8	21	94,5	1.098
Mädchen	0,2	3	0,8	9	1,6	18	2,6	29	94,7	1.053
Stark belastete Ortsteile										
Alle	18,5	224	21,6	262	18,6	226	5,6	68	36,6	432
Jungen	20,0	131	21,8	143	18,3	120	5,8	38	34,0	223
Mädchen	16,7	93	21,4	119	19,0	106	5,4	30	37,5	209
Gering belastete Ortsteile										
Alle	3,8	36	2,5	24	4,4	42	5,2	50	84,1	803
Jungen	3,9	18	3,7	17	4,5	21	3,2	15	84,7	393
Mädchen	3,6	18	1,4	7	4,3	21	7,1	35	83,5	410

Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17



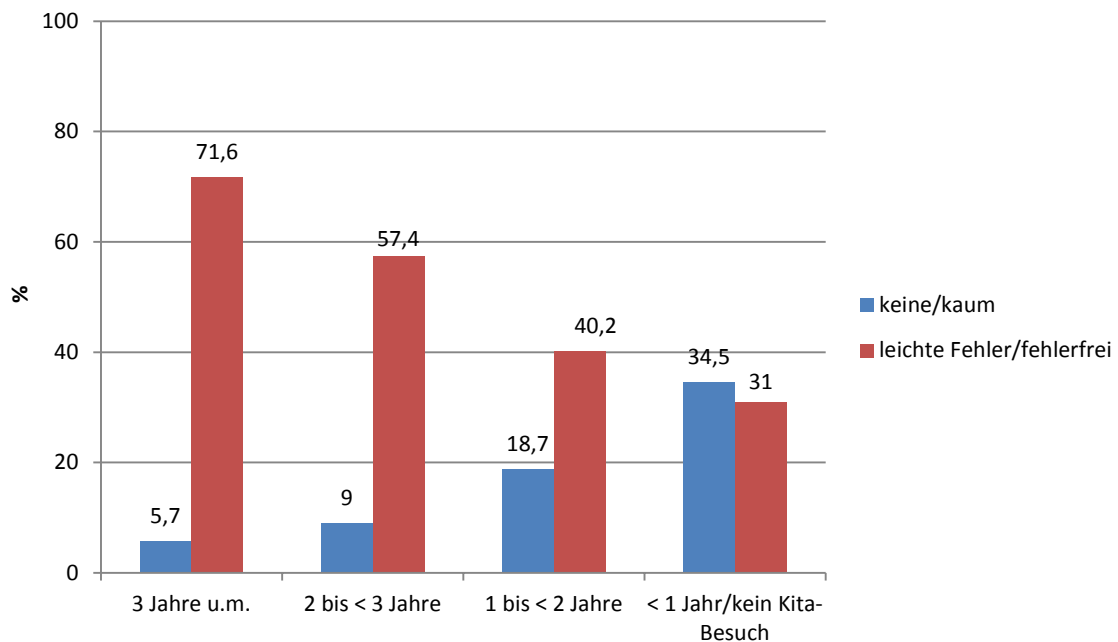
Jedes vierte Kind mit Migrationshintergrund (23,6 %) sprach kein oder kaum Deutsch, jedes fünfte Kind aus dieser Gruppe (21,2 %) sprach Deutsch mit erheblichen (grammatikalischen) Fehlern (Tabelle 10). Das heißt, nahezu jedes zweite Kind aus einer Zuwandererfamilie konnte allenfalls nur holprig mit vielen Fehlern auf Deutsch kommunizieren.

40,1 % der untersuchten Kinder aus den besonders problembelasteten Ortsteilen sprachen kein, kaum oder nur sehr fehlerhaft Deutsch (Tabelle 10). Bei den Kindern aus den gut situierten Ortsteilen war dieser Anteil mit 6,3 % erheblich niedriger.

Jungen aus Zuwandererfamilien hatten die lückenhaftesten Deutschkenntnisse. Damit ist der Schulerfolg dieser Jungen im besonderen Maße gefährdet.

Der Besuch eines Kindergartens kann Kindern, die die deutsche Sprache nicht oder nur schlecht beherrschen, den Spracherwerb erleichtern. Wie aus Abbildung 20 hervorgeht, waren die Deutschkenntnisse der untersuchten Kinder umso besser, je länger sie einen Kindergarten besucht hatten. Berücksichtigt wurden nur Kinder, die in Deutschland geboren sind und mit denen in den ersten vier Lebensjahren überwiegend in einer anderen Sprache als Deutsch gesprochen wurde.

Abbildung 20: Deutschkenntnisse nach Dauer des Kindergartenbesuchs (Kinder, die in Deutschland geboren sind und mit denen in den ersten vier Lebensjahren überwiegend in einer anderen Sprache als Deutsch gesprochen wurde. (Angaben in Prozent)



Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17



Sprach- und Sprechbefund

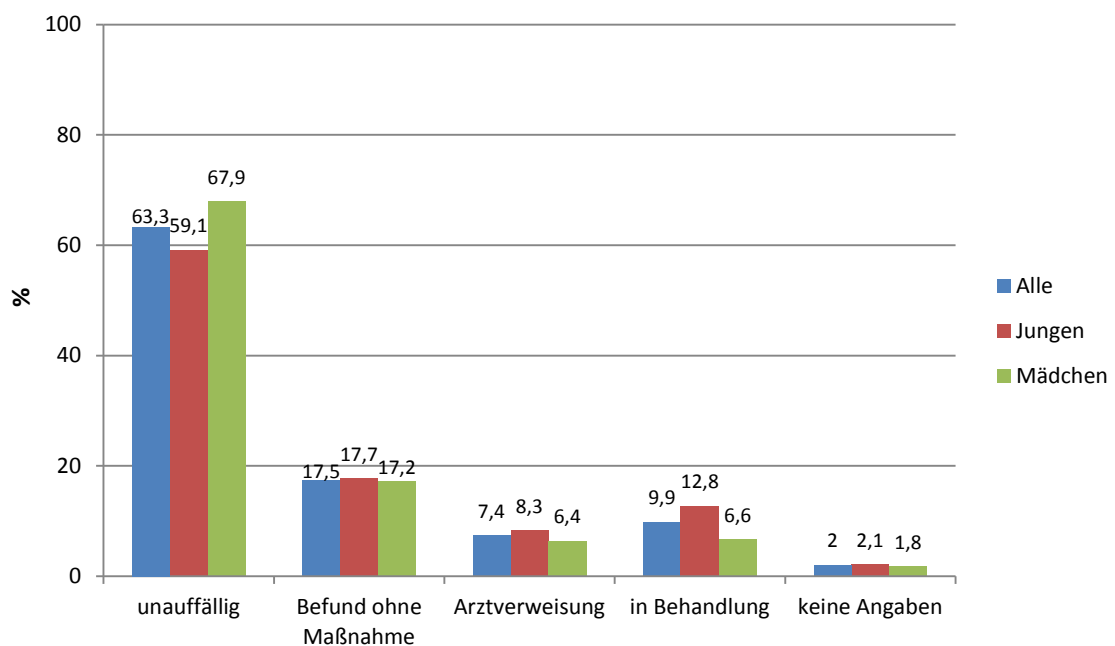
Zur Untersuchung des Sprachverständnisses und der Artikulationsfähigkeit der Kinder enthält der SOPESS verschiedene Einzeltests. Dabei sollen die Kinder inhaltlich bedeutungslose Silbenkombinationen - so genannte Pseudowörter - nachsprechen, im Rahmen einer Bildbeschreibung die richtigen Präpositionen gebrauchen und anhand vorgelegter Bilder den richtigen Plural bilden. Bei Kindern, die kein oder nur rudimentär Deutsch sprechen, werden die Tests zum Präpositionsgebrauch und zur Pluralbildung nicht durchgeführt.

Die Erfassung der Artikulationsfähigkeit des Kindes erfolgt durch die Beurteilung des spontanen Sprechens und des Sprechens während der Bewältigung der gestellten Aufgaben. Bei Bedarf wird zusätzlich eine Karte mit acht Bildern herangezogen und das Kind wird aufgefordert zu sagen, welche Dinge auf der Karte zu sehen sind. Die Beurteilung der Artikulation berücksichtigt den elterlichen Dialekt sowie physiologische Besonderheiten des Kindes.

Nach der Gesamtbewertung der Einzelergebnisse zu Pseudowörtern, Präpositionen, Pluralbildung und Artikulation zeigten etwa zwei Drittel der Kinder (63,3 %) keine Auffälligkeiten beim Sprechen und beim Sprachgebrauch (Abbildung 21). 17,5 % hatten einen auffälligen Befund, der aber keine Maßnahme nach sich zog. 7,4 % der Kinder erhielten eine Arztverweisung, und 9,9 % waren wegen Sprach- und Sprechstörungen bereits in Therapie.

Im Vergleich zu den Mädchen fielen die Ergebnisse des Sprach- und Sprechbefundes für Jungen erkennbar schlechter aus. 67,9 % der Mädchen und 59,1 % der Jungen hatten einen unauffälligen Befund. 21,1 % der Jungen und 13 % der Mädchen erhielten wegen Sprach- und Sprechprobleme eine Arztverweisung oder waren bereits in Therapie.

Abbildung 21: Sprach- und Sprechbefund nach Geschlecht (Angaben in Prozent)



Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17



Die auffälligsten Sprach- und Sprechbefunde hatten Kinder mit Migrationshintergrund und Kinder aus problembelasteten Ortsteilen (Tabelle 11). Besonders ungünstig waren die Befunde bei Jungen mit Migrationshintergrund beziehungsweise bei Jungen aus problembelasteten Ortsteilen. Nur gut die Hälfte dieser Jungen war unauffällig, etwa jeder vierte erhielt eine Arztverweisung oder befand sich bereits in Behandlung. Mädchen aus den gut situierten Ortsteilen schnitten auch bei dieser Untersuchung am besten ab.

Tabelle 11: Sprach- und Sprechbefund nach Herkunft, Quartierstyp und Geschlecht

Kategorie	Unauffällig		Befund ohne Maßnahme		Arztverweisung/ in Therapie		Keine Angaben	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl
Mit Migrationshintergrund								
Alle	55,4	1.236	22,2	495	18,9	421	3,5	79
Jungen	50,7	597	22,5	263	22,9	270	3,8	45
Mädchen	60,6	639	21,8	230	14,3	151	3,2	34
Ohne Migrationshintergrund								
Alle	71,8	1.633	12,7	289	15,0	343	0,4	9
Jungen	68,4	795	12,8	149	18,4	214	0,3	4
Mädchen	75,4	838	12,6	140	11,6	129	0,4	5
Stark belastete Ortsteile								
Alle	56,5	685	18,1	219	22,8	277	2,6	31
Jungen	51,6	338	17,9	117	26,9	176	3,7	24
Mädchen	62,3	347	18,3	102	18,2	101	1,3	7
Gering belastete Ortsteile								
Alle	78,5	750	9,0	86	11,6	111	0,8	8
Jungen	75,1	349	9,7	45	14,4	67	0,6	3
Mädchen	81,7	401	8,4	41	9,0	44	1,0	5

Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17



Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern

Bei diesem Test soll das Kind Gleichartiges erkennen, klassifizieren und Analogien bilden. Damit wird die Fähigkeit erfasst, Zusammenhänge zu erkennen und Probleme zu lösen. Der Test beschränkt sich auf Kinder, die

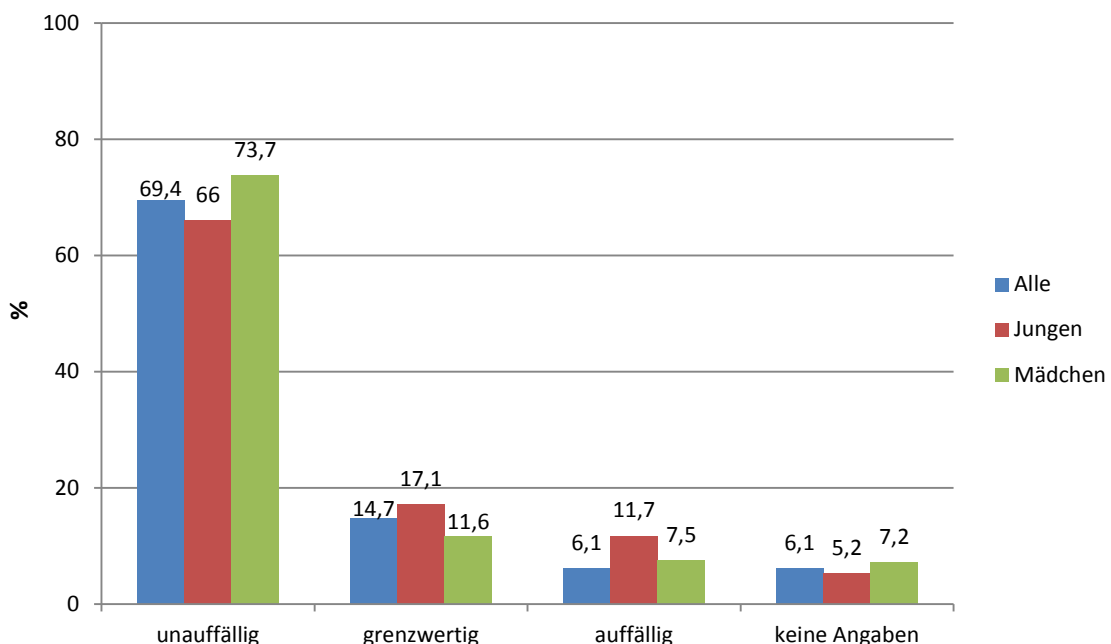
- ein geringes Geburtsgewicht (< 2.500 Gramm) hatten, oder
- keinen Kindergarten besucht hatten, oder
- im Ausland geboren wurden, oder
- eine chronische Erkrankung oder eine festgestellte Behinderung haben.

Für diese Kinder besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Entwicklungsprobleme. Der Test kommt auch zum Einsatz, wenn die Eltern ärztliche Beratung wünschen. Gut jedes zweite untersuchte Kind (56,9 %) führte diesen Test durch.

Bei über zwei Dritteln der Kinder (69,4 %) war das Untersuchungsergebnis unauffällig (Abbildung 22). Bei 14,7 % war das Ergebnis grenzwertig und bei knapp 10 % auffällig.

Auch bei dieser Untersuchung erzielten die Jungen schlechtere Ergebnisse als die Mädchen. Knapp drei Viertel der Mädchen (73,7 %) und zwei Drittel der Jungen (66,0 %) hatten ein unauffälliges Testergebnis. Der Anteil grenzwertiger Resultate betrug bei den Mädchen 11,6 % und bei den Jungen 17,1 %. Bei 7,5 % der Mädchen und bei 11,7 % der Jungen war das Ergebnis auffällig.

Abbildung 22: Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern nach Geschlecht
(Kriteriengestützte Auswahl, Angaben in Prozent)



Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

Kinder mit Migrationshintergrund hatten doppelt so häufig auffällige Befunde (12,1 %) wie Kinder ohne Migrationshintergrund (5,6 %, Tabelle 12). Besonders ausgeprägt war der Unterschied zwischen den problembelasteten Vierteln und den gut situierten Vierteln. Der Anteil auffälliger



Ergebnisse war in den problembelasteten Vierteln mit 12,5 % dreimal so hoch wie der entsprechende Anteil in den gut situierten Vierteln (4,3 %). Jungen mit Migrationshintergrund und Jungen aus problembelasteten Vierteln hatten die höchsten Anteile auffälliger Befunde. Mit Abstand am wenigsten auffällig waren Mädchen aus gut situierten Ortsteilen.

Tabelle 12: Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern nach Herkunft, Quartierstyp und Geschlecht

Kategorie	Unauffällig		Grenzwertig		Auffällig		Keine Angaben	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl
Mit Migrationshintergrund								
Alle	65,6	994	17,8		12,1	183	4,6	69
Jungen	62,1	525	20,1		13,6	115	4,3	36
Mädchen	70,1	469	14,8		10,2	68	4,9	33
Ohne Migrationshintergrund								
Alle	76,1	781	10,3		5,6	47	8,0	82
Jungen	73,5	411	12,7		7,5	52	6,3	35
Mädchen	79,2	370	7,5		3,2	15	10,1	47
Stark belastete Ortsteile								
Alle	68,5	554	16,4		12,5	101	2,6	21
Jungen	65,4	298	18,0		14,0	64	2,6	12
Mädchen	72,5	256	14,4		10,5	37	2,5	9
Gering belastete Ortsteile								
Alle	82,0	306	9,1		4,3	16	4,6	17
Jungen	76,3	142	11,8		6,5	12	5,4	10
Mädchen	87,7	164	6,4		2,1	4	3,7	7

Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

Körperkoordination

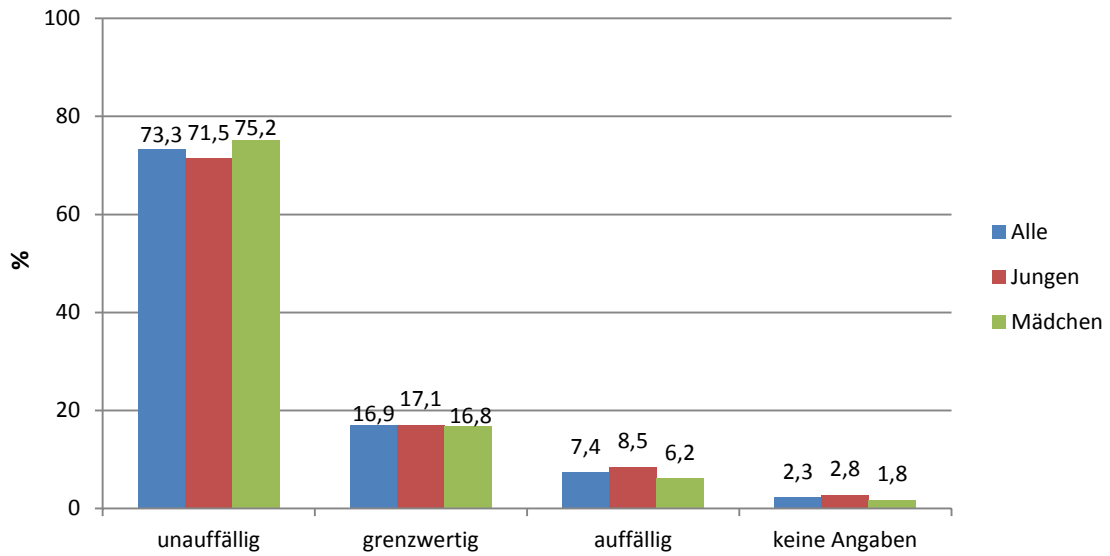
Die Körperkoordination des Kindes wird anhand einer Sprungübung, dem so genannten Parallel-Seitwärtsspringen, beurteilt. Das zu untersuchende Kind erhält eine kurze Anleitung, danach hat das Kind 10 Sekunden Zeit für die Sprünge.

Bei rund drei Viertel der Kinder (73,3 %) war das Ergebnis unauffällig (Abbildung 23). Bei 16,9 % der Kinder kam der Test zu einem grenzwertigen und bei 7,4 % zu einem auffälligen Ergebnis.

Der Motorik-Test ergab vergleichsweise geringe Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen. 75,2 % der Mädchen und 71,5 % der Jungen hatten ein unauffälliges Ergebnis. Bei 16,8 % der Mädchen und 17,1 % der Jungen war der Befund grenzwertig, bei 6,2 % der Mädchen und bei 8,5 % der Jungen auffällig.



Abbildung 23: Körperkoordination nach Geschlecht (Angaben in Prozent)



Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

Gemessen an den Befunden, die in den Abschnitten zuvor dargestellt wurden, gibt es zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund sowie zwischen Kindern aus sozialen Brennpunktvierteln und Kindern aus gut situierten Ortsteilen hinsichtlich der Körperkoordination keine ausgeprägten Unterschiede (Tabelle 13). Kinder mit Migrationshintergrund und Kinder aus problembelasteten Ortsteilen, insbesondere Jungen, hatten etwas häufiger auffällige Befunde.

Tabelle 13: Körperkoordination nach Migrationshintergrund, Quartierstyp und Geschlecht

Kategorie	Unauffällig		Grenzwertig		Auffällig		Keine Angaben	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl
Mit Migrationshintergrund								
Alle	72,5	1.618	17,4	388	7,5	168	2,6	57
Jungen	71,5	842	16,5	194	8,4	99	3,6	42
Mädchen	73,6	776	18,4	194	6,5	69	1,4	15
Ohne Migrationshintergrund								
Alle	74,8	1.702	16,4	373	6,9	158	1,8	41
Jungen	72,5	843	17,5	203	8,2	95	1,8	21
Mädchen	77,2	859	15,3	170	5,7	63	1,8	20
Stark belastete Ortsteile								
Alle	72,6	880	16,9	205	8,1	98	2,4	29
Jungen	73,0	478	15,0	98	8,9	58	3,2	21
Mädchen	72,2	402	19,2	107	7,2	40	1,4	8
Gering belastete Ortsteile								
Alle	75,0	717	18,7	179	5,0	48	1,2	11
Jungen	69,9	325	22,2	103	6,2	29	1,5	7
Mädchen	79,8	392	15,5	76	3,9	19	0,8	4

Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

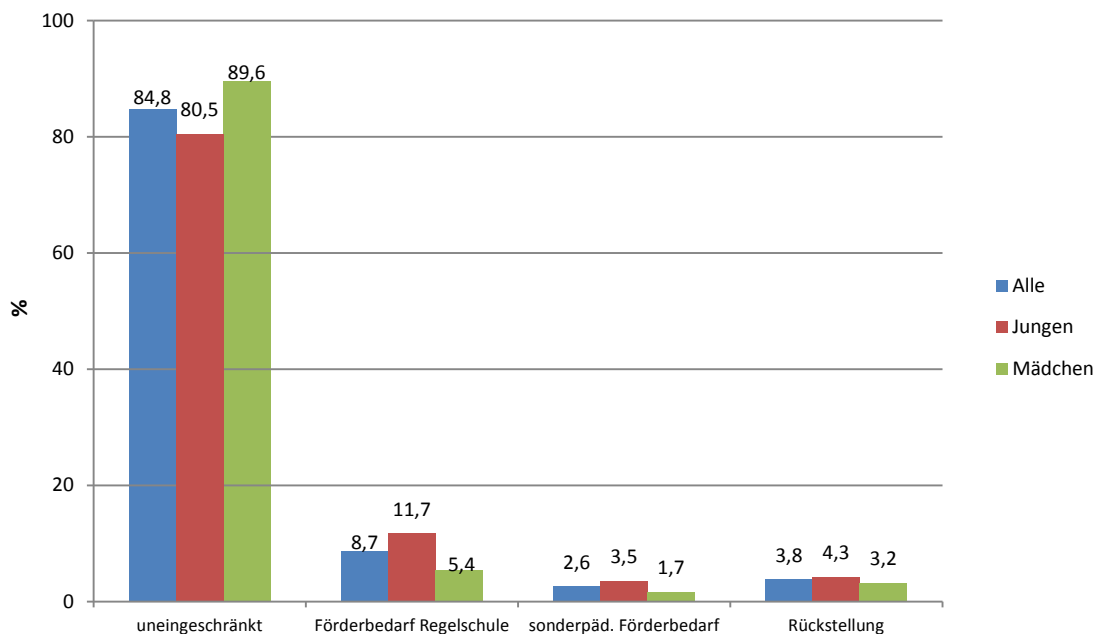


Schulempfehlung und Förderbedarfe

84,8 % der untersuchten Kinder wiesen uneingeschränkte Voraussetzungen zum Schulbesuch auf (Abbildung 24). Bei 8,7 % der Kinder wurde wegen Auffälligkeiten in der Entwicklung Förderbedarf im Rahmen der Regelbeschulung beschrieben, bei weiteren 2,6 % wurde aufgrund von Beeinträchtigungen ein sonderpädagogischer Förderbedarf vermutet. In diesen Fällen wurde in Abstimmung mit den Eltern ein Überprüfungsverfahren eingeleitet. Gemäß der Verordnung für unterstützende Pädagogik im Land Bremen⁴⁰ wird geprüft, inwieweit Förderbedarfe in den Bereichen Sehen, Hören, Körperbehinderung, Wahrnehmung und Entwicklung bestehen. Für 3,8 % der Kinder wurde als Schlussfolgerung aus der Schuleingangsuntersuchung eine Rückstellung vom Schulbesuch angeraten. Die Eltern müssen den schulärztlichen Empfehlungen jedoch nicht folgen. Unabhängig von den objektiven Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung und dem Ausgang des Beratungsgesprächs, liegt die Anmeldung zum Schulbesuch grundsätzlich in der Verantwortung der Sorgeberechtigten.

Mädchen wurden deutlich häufiger uneingeschränkte Voraussetzungen zum Schulbesuch attestiert als Jungen. Fast 90 % der Mädchen und etwas über 80 % der Jungen konnten ohne Förderbedarf die erste Klasse besuchen. Komplementär dazu war der Anteil der Jungen mit vermutetem Förderbedarf mit 11,7 % doppelt so hoch wie bei den Mädchen (5,4 %). Sonderpädagogische Förderung wurde für 3,5 % der Jungen und für 1,7 % der Mädchen empfohlen. Bei 4,3 % der Jungen und bei 3,2 % der Mädchen legten die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung eine Rückstellung vom Schulbesuch nahe.

Abbildung 24: Schulempfehlung und Förderbedarfe nach Geschlecht (Angaben in Prozent)



Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17

⁴⁰ Erste Verordnung für unterstützende Pädagogik vom 17. Juni 2013, zuletzt mehrfach geändert durch Geschäftsverteilung des Senats vom 02. August 2016 (Brem.GBl. S. 434)



Rund 90 % der Kinder ohne Migrationshintergrund und fast 81 % der Kinder aus Zuwandererfamilien zeigten uneingeschränkte Voraussetzungen für den Schulbesuch (Tabelle 14). Bei den Jungen aus Zuwandererfamilien war dieser Anteil mit 75,8 % am niedrigsten und bei den Mädchen ohne Migrationshintergrund mit 93,1 % am höchsten. Kinder aus Zuwandererfamilien, hier erneut insbesondere Jungen, hatten deutlich häufiger Förderbedarf als Kinder ohne Migrationshintergrund.

Auf der sozialräumlichen Ebene waren die Unterschiede hinsichtlich Schulempfehlung und Förderbedarfe noch schärfer. Drei von vier Kindern (76,2 %) aus den meisten problembelasteten Ortsteilen erhielten eine uneingeschränkte Schulempfehlung (Tabelle 14). 14,4 % hatten individuellen Förderbedarf, weitere 3,5 % sonderpädagogischen Förderbedarf. Damit war etwa jedes sechste Kind förderbedürftig. Besonders auffällig sind die Ergebnisse für die Jungen: Nur knapp 71 % hatten uneingeschränkte Voraussetzungen für den Schulbesuch, und fast jedem vierten Jungen (22,5 %) wurde Förderbedarf in der Regelschule oder sonderpädagogischer Förderbedarf attestiert.

Demgegenüber erhielten 93,3 % der Kinder aus den gut situierten Ortsteilen eine uneingeschränkte Schulempfehlung. 2,9 % hatten individuellen Förderbedarf und 1,3 % hatten sozialpädagogischen Förderbedarf. Mädchen aus gut situierten Ortsteilen erfüllten fast durchgängig die Voraussetzungen für den Schulbesuch (95,9 %).

Tabelle 14: Schulempfehlung und Förderbedarfe nach Migrationshintergrund, Quartierstyp und Geschlecht

Kategorie	Uneingeschränkt		Förderbedarf Regelschule		Sonderpädagogischer Förderbedarf		Rückstellung	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl
Mit Migrationshintergrund								
Alle	80,7	1.802	11,2	250	3,2	72	4,8	107
Jungen	75,8	893	14,7	173	4,3	51	5,1	60
Mädchen	86,2	909	7,3	77	2,0	21	4,5	47
Ohne Migrationshintergrund								
Alle	89,7	2.040	6,1	139	1,6	37	2,6	58
Jungen	86,5	1.005	8,4	98	2,0	23	3,1	36
Mädchen	93,1	1.035	3,7	41	1,3	14	2,0	22
Stark belastete Ortsteile								
Alle	76,2	924	14,4	174	3,5	42	5,9	72
Jungen	71,9	471	17,9	117	4,6	30	5,6	37
Mädchen	81,3	453	10,2	57	2,2	12	6,3	35
Gering belastete Ortsteile								
Alle	93,3	892	2,9	28	1,3	12	2,4	23
Jungen	90,5	421	4,5	21	1,5	5	3,2	15
Mädchen	95,9	471	1,4	7	1,0	7	1,6	8

Daten: Gesundheitsamt Bremen, Schuleingangsuntersuchung 2016/17



Zusammenfassung und Diskussion

Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung unterscheiden sich klar anhand der Merkmale Geschlecht, Migrationshintergrund und Quartierstyp. Zunächst lässt sich festhalten, dass Jungen beinahe durchgängig auffälligere Befunde aufwiesen als Mädchen. Jungen waren häufiger vorerkrankt, zeigten häufiger Verhaltensauffälligkeiten und hatten seltener uneingeschränkte Voraussetzungen zum Schulbesuch. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Erkenntnissen aus den Schuleingangsuntersuchungen anderer Kommunen. Es liegt daher nahe, Gesundheitspolitik beziehungsweise alle Akteure im Gesundheitswesen stärker für das Thema "Gesundheit von Jungen" zu sensibilisieren.

Des Weiteren wurde deutlich sichtbar, wie sehr das Vorliegen medizinischer und kognitiver Voraussetzungen für den Schulbesuch von der sozialen Herkunft abhängt. Verglichen mit Kindern ohne (beidseitigen) Migrationshintergrund hatten Kinder aus Zuwandererfamilien, die annähernd die Hälfte der untersuchten Kinder ausmachten, zum Teil wesentlich häufiger auffällige medizinische Befunde und Testresultate. Jungen aus Zuwandererfamilien traten hier besonders hervor.

Markante Unterschiede ergab die Gegenüberstellung von Ortsteilen mit den größten und mit den geringsten sozialen Problemen. Das gehäufte Auftreten prekärer Lebensumstände in bestimmten Ortsteilen spiegelte sich auch in den Daten der Schuleingangsuntersuchung wieder: Bei einem Viertel der Kinder, die in besonders problembelasteten Ortsteilen wohnten, waren beide Eltern erwerbslos, ebenfalls ein Viertel der Kinder lebte mit einem alleinerziehenden Elternteil zusammen, rund 71 % der Kinder kamen aus einer Zuwandererfamilie.

Gut ein Viertel der untersuchten Kinder wohnte in einem der besonders problembelasteten Ortsteile Bremens, und ein Fünftel der Kinder wohnte in einer der wohlsituierten Gegenden der Stadt. In Bezug auf Vorerkrankungen, Übergewicht/Adipositas und Verhaltensauffälligkeiten heben sich diese beiden sozialen Welten deutlich voneinander ab mit wesentlich höheren Prävalenzen bei Kindern aus den weniger privilegierten Ortsteilen. Kinder aus problembelasteten Ortsteilen, insbesondere Jungen, erzielten eklatant schlechtere Ergebnisse bei den Tests zu den Vorläuferfähigkeiten, vor allem in den Bereichen Visuomotorik und mathematische Grundfertigkeiten. 40 % beherrschten die deutsche Sprache nicht, kaum oder nur sehr fehlerhaft. In vielen Fällen waren die Voraussetzungen für den Besuch der Schule lediglich bedingt vorhanden oder lagen nicht vor. 93 % der Kinder aus den gut situierten Ortsteilen, aber nur 76 % der Kinder aus den problembelasteten Ortsteilen, erhielten eine uneingeschränkte Schulempfehlung. Am geringsten war die Quote uneingeschränkter Schulempfehlungen bei Jungen aus problembelasteten Ortsteilen, sie betrug knapp 72 %.

Im Deutschland der 1960er Jahre wurde Bildungsbenachteiligung durch die "*katholische Arbeitertochter vom Land*" personifiziert.⁴¹ Inzwischen hat sich das Bild fundamental geändert. Für Bildungsbenachteiligung steht nunmehr der Sohn einer Zuwandererfamilie, die in einem sozialen Brennpunktviertel lebt.⁴² Die hier vorgestellten Ergebnisse passen zu dieser Feststellung.

⁴¹ Diese Formel ist eine populär gewordene Überspitzung der Aussagen des Soziologen Ralf Dahrendorf zu sozialen Unterschieden bei der Bildungsbeteiligung (Dahrendorf (1965), Seite 48)

⁴² Siehe dazu Geißler (2005)



Viele Kinder, die in problembelasteten Ortsteilen leben, beginnen ihre Schullaufbahn unter erschwerten Bedingungen. Oft sind die Eltern nur eingeschränkt in der Lage, Kinder angemessen zu fördern, Anregungen zu bieten sowie soziale, emotionale und sprachliche Kompetenzen zu vermitteln, die über den Schulerfolg mitentscheiden. Insofern dürften es diese Kinder es schwerer haben Bildungsabschlüsse zu erzielen, die ihnen später sozialen Aufstieg ermöglichen.

Es ist ein zentrales politisches Ziel, benachteiligende Startbedingungen möglichst weitgehend zu kompensieren. Um Chancengleichheit herzustellen, gilt gemeinsames Lernen in sozial gemischten Schulen als ein Mittel der Wahl. Dahinter steht die Annahme, dass die Begegnung mit anderen Lebenswelten Toleranz und damit Integration fördert.⁴³ Des Weiteren erwartet man positive Effekte auf die Sozialisation von Kindern, die unter schwierigen Umständen aufwachsen. In sozial gemischten Schulen hätten diese Kinder die Möglichkeit, Lebensentwürfe und soziale Rollenvorbilder außerhalb des eigenen Milieus kennenzulernen, und der Kontakt mit deutschen Kindern würde fremdsprachigen Kindern das Erlernen der deutschen Sprache erleichtern. Letztendlich sollen ambitionierte und leistungsstarke Kinder aus der Mittelschicht benachteiligte Kinder mitziehen.⁴⁴

Angehörige der Mittelschicht reagieren allerdings empfindlich auf mögliche Gefährdungen der Bildungs- und Zukunftschancen ihrer Kinder. Hohe Migrantenanteile in den lokalen Schulen und eine sozial schwierige Zusammensetzung der Schülerschaft führen häufig dazu, dass einheimische Mittelschichtsfamilien, aber auch aufstiegsorientierte Zuwandererfamilien, spätestens dann in andere Stadtteile umziehen, wenn die Kinder schulpflichtig werden.⁴⁵ Diese selektiven Wanderungen verschärfen Segregationsprozesse, und die Schulen verlieren genau die Kinder, von denen sie sich stabilisierende Effekte erhofft hatten. Wirksame Instrumente zum Stoppen dieser Spirale gibt es kaum, die Ursachen für soziale Entmischung liegen zumeist außerhalb der Handlungsspielräume der Kommunen. Selbst eine entschlossene Maßnahme wie das "Busing" in den Vereinigten Staaten - ein Versuch, per Bustransfer eine gleichmäßigere Verteilung von schwarzen und weißen Schülern in den öffentlichen Schulen herzustellen - verfehlte die beabsichtigte Wirkung weitestgehend. Weiße Mittelschichtsfamilien zogen in Stadtgebiete, die nicht zum Busing-Programm gehörten, oder sie schickten ihre Kinder gleich in Privatschulen.⁴⁶

Wegen der ablehnenden Haltung vieler Mittelschichtseltern dürfte soziale Mischung in den Schulen nur schwer zustande kommen.⁴⁷ Schon in Kindergärten lässt sich beobachten, wie statusbewusste Mütter und Väter bestrebt sind, ihre Kinder mit Spielkameraden zusammenzubringen, die sie als sozial adäquat erachten.⁴⁸

Vor diesem Hintergrund ist es lösungsorientierter zu diskutieren, wie Maßnahmen, die der Kindesentwicklung sowie der Gesundheitsförderung dienen, Familien direkt in ihrem sozialen Umfeld und in ihrem Alltag erreichen. Eine eigenmotivierte Veränderung der Lebensführung hin zum Positiven soll ohne großen Eingriff in das familiäre Grundverständnis ermöglicht werden.

⁴³ Siehe Dangschat, Alisch (2014)

⁴⁴ Diesbezüglich konnte eine Auswertung der PISA-Studie zeigen, dass die Lernerfolge von Kindern aus benachteiligten Milieus besser sind, wenn sie Schulen mit einer statushöheren Schülerschaft besuchen (Agasisti et al. 2018)

⁴⁵ Häußermann, Siebel (2001), Seite 58 und Seite 84

⁴⁶ Siehe Glorius (2014), Seite 196

⁴⁷ Siehe dazu die Leserschriften auf einen Kommentar in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung, der sich für die Forcierung sozialer Durchmischung in den Grundschulen einsetzte (Freidel 2017)

⁴⁸ Siehe Kals (2017)



Hierzu braucht es jedoch eine Kultur des umeinander Sorgens. Diese etabliert sich in homogenen Lebenswelten (Settings) einfacher und authentischer als unter den Bedingungen einer künstlich geschaffenen Durchmischung. Gelingt es, Schlüsselpersonen des Settings einzubinden, verlaufen Interventionen häufig erfolgreich. Die Unterstützung durch diese Schlüsselpersonen steigert die Akzeptanz und die Wahrscheinlichkeit wird größer, dass die Zielgruppe Empfehlungen umsetzt.

Von großer Bedeutung für die Kindesentwicklung ist der Besuch eines Kindergartens. Ein mehrjähriger, regelmäßiger Kindergartenbesuch kann der Entstehung von Entwicklungsrückständen entgegenwirken, was wiederum die Bildungschancen vor allem von Kindern, die unter benachteiligenden Verhältnissen groß werden, verbessert. Ein Indiz hierfür findet sich in diesem Bericht: Bei nicht deutschsprachig aufgewachsenen Kindern ist die Beherrschung der deutschen Sprache umso besser, je länger diese Kinder in den Kindergarten gegangen sind.⁴⁹ Angesichts deutlich schlechter werdender Deutschkenntnisse unter den einzuschulenden Kindern liegt es nahe, zumindest für Kinder in problembelasteten Ortsteilen ein verpflichtendes Kindergartenjahr vor der Einschulung sowie grundsätzlich kostenfreie Kindergartenbesuche in Erwägung zu ziehen.

Schlussfolgerungen und Maßnahmenvorschläge

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst (KJGD) des Bremer Gesundheitsamtes ist in den Bremer Stadtteilen mit einem breiten Spektrum an Maßnahmen präsent. Insgesamt 17 Stadtteilteams sind vor Ort tätig. Die Teams bestehen aus jeweils aus einer Ärztin oder einem Arzt sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen. Mit seinen Aktivitäten wirkt der KJGD unter anderem darauf hin, gesundheitliche Beeinträchtigungen und verminderte Teilhabechancen auszugleichen, die auch aus benachteiligenden Lebensumständen resultieren können.

Diese sozialkompensatorischen Maßnahmen setzen bereits im frühen Kindesalter an. Das inzwischen verstetigte Projekt TippTapp ist für Kinder im ersten Lebensjahr und deren Familien bestimmt. TippTapp wird in ausgewählten, anfangs ausschließlich problembelasteten Ortsteilen durchgeführt. Inzwischen können in auch in anderen Ortsteilen junge Familien das Angebot nutzen. Des Weiteren untersucht der KJGD sozialindexgestützt Kinder, die neu in den Kindergarten aufgenommen werden. Im Vorfeld der Schuleingangsuntersuchungen werden die dem KJGD bekannten Kinder mit heilpädagogischer Frühförderung frühzeitig untersucht, zusätzliche Therapien oder Diagnostik empfohlen, Anträge auf sonderpädagogische Überprüfung an die Bildungsbehörde gestellt und Gespräche mit den Schulleitern hinsichtlich der aktuellen Ausstattung und Fördermöglichkeiten geführt.

Im Kontext der Schuleingangsuntersuchungen werden Stellungnahmen an die Zentren für unterstützende Pädagogik (ZuP) der Schulen, an die Bildungsbehörde und an die Regionale Beratungs- und Unterstützungszentren (ReBUZ) verfasst. Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung können auch der Angebotssteuerung für die einzelnen Schulen, wie etwa für Maßnahmen zur Deutschförderung, dienen. In Konferenzen mit verantwortlichen Lehrern und auch Sonderpädagogen werden alle Schüler einer jeweiligen Schule übergeben, Ziel ist die Unterstützung der Schulen zur Herstellung einer ausgewogenen Klassenzusammensetzung. Eine Beratung

⁴⁹ Siehe Kapitel "Deutschkenntnisse", Abbildung 20



zu schulrelevanten Gesundheitsthemen der jeweiligen Schülerschaft ist für den sicheren Umgang vor allem mit vorerkrankten Kindern unerlässlich. Thematisiert werden zum Beispiel Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Lebensmittelallergien, der Umgang mit chronischen Erkrankungen oder Risiken bei fehlendem Impfschutz.

Nach der Einschulung vergewissern sich die Ärztinnen und Ärzte des KJGD, ob ausgesprochene Empfehlungen – beispielsweise das Tragen einer Brille – umgesetzt werden. Dies geschieht jeweils im Herbst durch eine Hospitation in allen ersten Klassen. Fallen Schülerinnen oder Schüler durch hohe Fehlzeiten auf, nimmt der KJGD in Gutachten Stellung. Der KJGD bleibt in engem Kontakt und verfasst Stellungnahmen zu später erkannten Förderbedarfen.

Ein durch Mittel aus dem Präventionsgesetz gefördertes Projekt ist der Einsatz von Fachkräften für Prävention und Gesundheitsförderung an ausgewählten Schulen in Bremen und Bremerhaven. Kernaufgaben dieser Fachkräfte sind verhaltens- und verhältnispräventive Angebote im Setting. Diese können durch Individualsprechstunden und Elternarbeit, aber auch mittels gesundheitsbezogenen Themen im Klassen- oder Angebotskontext unterbreitet werden. Der Aufbau von Kommunikationsstrukturen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention und Einbeziehung regionaler Versorgungsstrukturen, soll die Nachhaltigkeit fördern. Das Projekt ist im Februar 2018 gestartet und hat zunächst eine Laufzeit von 3 Jahren.

Die Präsenz des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes vor Ort ermöglicht in vielerlei Hinsicht Einblick in die kulturellen und strukturellen Besonderheiten der Stadtteile. Auch die Sozialzentren und die Regionalen Beratungs- und Unterstützungszentren sind auf diese kleinräumige Betrachtung von Lebenswelten ausgelegt. Zur Lösung der in diesem Bericht beschriebenen Probleme sind die Analyse spezifischer Gesundheitsrisiken und deren kontextbezogene Bewertung vorrangig erforderlich. Für die medizinischen Auffälligkeiten einzuschulender Kinder lassen sich bei prekär lebenden, autochthonen Familien vermutlich andere Gründe ausmachen als bei Zuwandererfamilien. Notwendig sind daher angepasste Lösungsstrategien und Interventionen.

Gesundheit ist ein Querschnittsthema, insofern sollten sich regionale Arbeitskreise auch als Gesundheitskonferenzen für ihre Stadtteile verstehen. Gesundheit ist in allen Kontaktanlässen mit Familien relevant, also auch in der Beratung zu Hilfen zur Erziehung oder in der Schullaufbahnberatung in einem der Regionalen Beratungs- und Unterstützungszentren. Diese bereits gelebte Praxis sollte in ein Konzept zum gelingenden Übergang vom Kindergarten in die Grundschule verbindlich aufgenommen werden.

Eine ganzheitliche Betrachtung der Kinder in Kindertagesstätten und Schulen sollte auch die geschlechtsspezifischen gesundheitlichen Herausforderungen in den Fokus stellen. Wie gezeigt, haben Jungen deutlich häufiger relevante Befunde als Mädchen, sie sind daher im besonderen Maße interventionsbedürftig. Hier wäre es sicherlich förderlich, das Arbeitsfeld für männliche pädagogische Fachkräfte attraktiver zu machen.

Insbesondere zur Adipositasprävention im Kindesalter ist eine präventive Strategie im Bereich der frühen Bildung erforderlich. In Ortsteilen mit hohen Übergewichtsprävalenzen sollte eine verlässliche Struktur für Bewegungsangebote wie etwa Freiflächen, Spielplätze oder Kooperationen mit Sportvereinen aufgebaut und zielgerichtete Maßnahmen eingeleitet werden. Hier kann der lokal verankerte Kinder- und Jugendgesundheitsdienst wichtige Impulse geben und die Planung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung unterstützen.



Literatur

- Agasisti T, Avvisati F, Borgonovi F, Longobardi S (2018). Academic resilience: What schools and countries do to help disadvantaged students succeed in PISA, OECD Education Working Papers, No. 167, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/e22490ac-en>
- Becker F, Tempel G (2016). Zahngesundheit von Erstklässlern in Bremen. Schuljahr 2013/2014. Gesundheitsbericht, Gesundheitsamt Bremen
- Dahrendorf R (1965). Bildung ist Bürgerrecht. Plädoyer für eine aktive Bildungspolitik. Nannen-Verlag. Bramsche/Osnabrück
- Dangschat J, Alisch M (2014). Soziale Mischung – die Lösung von Integrationsherausforderungen? Gans P (Hrsg.). Räumliche Auswirkungen der internationalen Migration. Verlag der ARL - Akademie für Raumforschung und Landesplanung, Hannover: 200-218
- Deutsches Institut für Urbanistik, Bergische Universität Wuppertal (2015). Nutzungsmischung und soziale Vielfalt im Stadtquartier – Bestandsaufnahme, Beispiele, Steuerungsbedarf. Ministerium für Bauen, Wohnen, Stadtentwicklung und Verkehr des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). Berlin
- Ehreth J (2003). The global value of vaccination. Vaccine, Volume 21: 596-600
- Farwick A (2014). Migrantenquartiere: Ressource oder Benachteiligung? Gans P (Hrsg.). Räumliche Auswirkungen der internationalen Migration. Verlag der ARL - Akademie für Raumforschung und Landesplanung, Hannover: 219-238
- Freidel M (2017). Mischt Grundschüler! <http://www.faz.net/aktuell/politik/inland/iglu-studie-grundschulen-brauchen-mehr-soziale-mischung-15333139.html> [11.12.2017]
- Geißler R (2005). Die Metamorphose der Arbeitertochter zum Migrantensohn. Zum Wandel der Chancenstruktur im Bildungssystem nach Schicht, Geschlecht, Ethnie und deren Verknüpfungen. Berger PA, Kahlert H (Hrsg.). Institutionalisierte Ungleichheiten. Wie das Bildungswesen Chancen blockiert. Juventa Verlag. Weinheim und München: 71-100
- Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.) (2015). MMR-Impfstatus von Schüler/-innen der 5. Klassenstufe. Ergebnisse der Impfkation des Schuljahres 2013/2014. Gesundheitsbericht. Bremen
- Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.) (2017). Körpergewicht bei Schulanfängern in Bremen. GBE Info. Bremen
- Glorius B (2014). Bildungsbenachteiligung durch Migration? Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund im deutschen Bildungssystem. Gans P (Hrsg.). Räumliche Auswirkungen der internationalen Migration. Verlag der ARL - Akademie für Raumforschung und Landesplanung, Hannover: 178-199
- Häußermann H (2000). Die Krise der "sozialen Stadt". Aus Politik und Zeitgeschichte. Band 10-11: 13-21
- Häußermann H (2018). Behindern "Migrantenviertel" die Integration? Gesemann F, Roth R (Hrsg.). Handbuch lokale Integrationspolitik. Springer VS, Wiesbaden: 393-406
- Häußermann H, Siebel W (2001). Soziale Integration und ethnische Schichtung. Zusammenhänge zwischen räumlicher und sozialer Integration. Gutachten im Auftrag der Unabhängigen Kommission "Zuwanderung". Berlin/Oldenburg



- Kals U (2017). Spiel doch mal mit Carl Eduard.
<http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/erzwungene-freundschaften-schaden-kindern-15191355.html> [19.12.2017]
- Klasen H, Woerner W, Rothenberger A, Goodman R (2003). Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Jahrgang 52 (7): 491-502
- Ministerium für Bauen, Wohnen, Stadtentwicklung und Verkehr des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2015). *Nutzungsmischung und soziale Vielfalt im Stadtquartier*. Berlin.
- Moß A, Wabitsch M, Kromeyer-Hauschild K, Reinehr T, Kurth BM (2007). Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei deutschen Einschulkindern. *Bundesgesundheitsblatt*, Jahrgang 50: 1424–1431
- Petermann F, Daseking M, Oldenhage M, Simon K (2009). *Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen SOPESS*. Handanweisung zur Durchführung und Auswertung. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). Düsseldorf
- Robert Koch-Institut (2008). *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*. Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2017). *Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von Robert Koch-Institut und Destatis. Robert Koch-Institut, Berlin
- Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S, Schaffrath Rosario A (2018). Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(1):16–23. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-005
- Starke D, Tempel G, Butler J, Starker A, Zühlke C, Borrmann B (2017). Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen. *Journal of Health Monitoring* 2(S1): 2–20. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-001
- Statistisches Bundesamt (2016). *Pressemitteilung vom 16. September 2016 – 327/16 (Bevölkerung mit Migrationshintergrund auf Rekordniveau)*.
- Statistisches Bundesamt (2018). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Wanderungsergebnisse - Übersichtstabellen 2016*.
- Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg.) (2016). *Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn
- World Health Organization (WHO) (2017). *Measles. Fact sheet, reviewed March 2017*



Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abbildung 1:	Migrationshintergrund der untersuchten Kinder	13
Abbildung 2:	Welche Sprache wurde in den ersten vier Lebensjahren gesprochen?	14
Abbildung 3:	Dauer des Kindergartenbesuchs	15
Abbildung 4:	Erwerbstätigkeit der Eltern	16
Abbildung 5:	Erwerbstätigkeit nach Vätern und Müttern	16
Abbildung 6:	Vorerkrankungen, Frühförderung und Therapien nach SGB V nach Geschlecht	23
Abbildung 7:	Vorerkrankungen nach Migrationshintergrund und Geschlecht	23
Abbildung 8:	Vorerkrankungen nach Quartierstyp und Geschlecht	24
Abbildung 9:	Ergebnisse der Seh- und Hörprüfung nach Geschlecht	25
Abbildung 10:	Gesamtergebnis des Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ) nach Geschlecht	26
Abbildung 11:	Relatives Körpergewicht (BMI) nach Geschlecht	28
Abbildung 12:	Übergewichts-/Adipositas-Prävalenzen nach Migrationshintergrund und Geschlecht	29
Abbildung 13:	Übergewichts-/Adipositas-Prävalenzen nach Quartierstyp und Geschlecht	29
Abbildung 14:	Gesamttestergebnis Visuomotorik nach Geschlecht	31
Abbildung 15:	Testergebnis selektive Aufmerksamkeit nach Geschlecht	33
Abbildung 16:	Testergebnis Zählen nach Geschlecht	35
Abbildung 17:	Testergebnis Mengenvergleich und Simultanerfassung nach Geschlecht	35
Abbildung 18:	Deutschkenntnisse nach Geschlecht	38
Abbildung 19:	Deutschkenntnisse nach Untersuchungsjahr	39
Abbildung 20:	Deutschkenntnisse nach Dauer des Kindergartenbesuchs	40
Abbildung 21:	Sprach- und Sprechbefund nach Geschlecht	41
Abbildung 22:	Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern nach Geschlecht	43
Abbildung 23:	Körperkoordination nach Geschlecht	45
Abbildung 24:	Schulempfehlung und Förderbedarfe nach Geschlecht	46

Tabellen

Tabelle 1:	Lebenssituation nach Migrationshintergrund	17
Tabelle 2:	Lebenssituation nach Quartierstyp	19
Tabelle 3:	Nutzung der Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 nach Migrationshintergrund und Quartierstyp	20
Tabelle 4:	Impfquoten nach Migrationshintergrund und Quartierstyp	21
Tabelle 5:	Gesamtergebnis des Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ) nach Migrationshintergrund, Quartierstyp und Geschlecht	27
Tabelle 6:	Gesamttestergebnis Visuomotorik und Befundbewertung nach Migrationshintergrund, Quartierstyp und Geschlecht	32
Tabelle 7:	Testergebnis selektive Aufmerksamkeit nach Migrationshintergrund, Quartierstyp und Geschlecht	34
Tabelle 8:	Testergebnis Zählen nach Migrationshintergrund, Quartierstyp und Geschlecht	36
Tabelle 9:	Testergebnis Mengenvergleich und Simultanerfassung nach Migrationshintergrund, Quartierstyp und Geschlecht	37
Tabelle 10:	Deutschkenntnisse nach Migrationshintergrund, Quartierstyp und Geschlecht	39
Tabelle 11:	Sprach- und Sprechbefund nach Herkunft, Quartierstyp und Geschlecht	42
Tabelle 12:	Visuelles Wahrnehmen, Schlussfolgern nach Herkunft, Quartierstyp und Geschlecht	44
Tabelle 13:	Körperkoordination nach Migrationshintergrund, Quartierstyp und Geschlecht	45
Tabelle 14:	Schulempfehlung und Förderbedarfe nach Migrationshintergrund, Quartierstyp und Geschlecht	47