EINSCHULUNGS-UNTERSUCHUNG LICHTENBERG

2022

BERLIN

Impressum

Herausgeber	Bezirksamt Lichtenberg Abteilung Soziales, Arbeit, Gesundheit und Bürgerdienste Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes
Erstellung und Redaktion	Sarah Blaut (Gesundheitsberichterstattung) sarah.blaut@lichtenberg.berlin.de mit fachlicher Unterstützung von Dr. Petra von Saurma-Jeltsch (KJGD) Silke Kühn (ZÄD) Kerstin Griep (Jugendamt) Rainer Zeddies (Jugendamt)
Titelbild	przemekklos/depositphotos.com
Auflage	50 Stück

Berlin, Juni 2024

Grußwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Lichtenberger,

die Einschulungsuntersuchung ist die einzige für alle verpflichtende Untersuchung im Leben eines Menschen in Deutschland. Sie verfolgt das Ziel, die altersgerechte Entwicklung sowie die Gesundheit aller Vorschülerinnen und Vorschüler aus ärztlicher Sicht einzuschätzen. Jedem Kind soll ein guter Einstieg in die Schule ermöglicht werden.

Die Entwicklung und Gesundheit der Kinder werden durch vielfältige Faktoren bestimmt. Neben der Familie, also den ersten und wichtigsten Bezugspersonen der Kinder, beeinflussen auch Faktoren wie die soziale Lage, die Herkunft der Familie sowie der Besuch einer Kita die kindliche Entwicklung.

Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse der 2022 eingeschulten Kinder dar. Das ist der erste Jahrgang für den nach der Covid-19-Pandemie die Einschulungsuntersuchungen wieder vollständig durchgeführt und ausgewertet werden konnte. Mithilfe dieser Daten sind Vergleiche mit den Jahrgangsergebnissen vor der Pandemie möglich.

Lichtenberg ist ein kontinuierlich wachsender Bezirk, in dem auch die Zahl der Familien stetig steigt. Gute Bedingungen für ein gesundes Leben und Aufwachsen zu schaffen und zu gewährleisten ist eines der wichtigsten Anliegen des Bezirksamtes. So unterstützen wir vielfältige Angebote der engagierten freien Träger bei der Kinder- und Jugendarbeit. Die Zertifizierung Lichtenbergs als „familiengerechte Kommune“ ist ein Beleg dafür.

Ich danke Ihnen sehr für Ihr bisheriges Engagement für die Jüngsten in unserem Bezirk. Gleichzeitig möchte ich auch dazu ermutigen, durch Aktivitäten in Vereinen, in freien Trägern, in der Oskar Freiwilligen Agentur oder in eigenen Projekten die Rahmenbedingungen für die Kinder in unserem Bezirk weiter zu verbessern.

Denn Kinder sind unsere Zukunft!

Ich hoffe, Ihnen mit diesem Bericht aufschlussreiche Erkenntnisse zu unseren Kindern im Vorschulalter geben zu können und wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Dr. Catrin Gocksch

Bezirksstadträtin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Bürgerdienste

Inhaltsverzeichnis

Grußwort 3
1 Ergebnisse im Überblick 6
1.1 Ergebnisse Bezirk 6
1.2 Ergebnisse Bezirksregionen 7
1.3 Ergebnisse berlinweiter Vergleich 8
2 Einleitung 9
3 Entwicklungstendenzen 2016 bis 2022 10
3.1 Familiäres und soziales Umfeld 10
3.2 Untersuchungsergebnisse 12
3.3 Mögliche Auswirkungen der Covid19-Pandemie 12
4 Grunddaten der Einschülerinnen und Einschüler 2022 13
4.1 Anzahl, Alter und Geschlecht der untersuchten Kinder 13
4.2 Herkunft der Kinder und Deutschkenntnisse 14
4.2.1 Migrationshintergrund 14
4.2.2 Deutschkenntnisse 15
5 Soziale Lage, familiäre Situation und Kitabesuch 16
5.1 Soziale Lage 16
5.2 Familiäre Situation 17
5.3 Kitabesuchsdauer 18
6 Gesundheits- und Risikoverhalten 19
6.1 Gesundheitsverhalten 19
6.1.1 Früherkennungsuntersuchungen 19
6.1.2 Impfstatus 20
6.2 Risikoverhalten 21
6.2.1 Konsum elektronischer Medien 21
6.2.2 Rauchverhalten der Eltern 23
7 Gesundheitszustand und Entwicklungsauffälligkeiten 24
7.1 Körpergewicht 24
7.2 Entwicklungsauffälligkeiten 26
7.2.1 Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung 26
7.2.2 Auffälligkeiten in der kognitiven Entwicklung 28

7.2.3 Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung ... 31
7.2.4 Auffälligkeiten in der emotional-sozialen Entwicklung ... 36
8 Förderempfehlungen ... 37
8.1 Schulischer Förderbedarf ... 38
8.2 Sonderpädagogischer Förderbedarf ... 40
9 Kleinräumige Ergebnisse ... 41
9.1 Anzahl der Einschülerinnen und Einschüler ... 41
9.2 Soziale Lage, familiäre Situation und Kitabesuch ... 42
9.3 Index Gesundheitliche Herausforderungen ... 44
9.3.1 Index Vorsorge und Risikoverhalten ... 45
9.3.2 Index Impfen ... 46
9.3.3 Index Gesundheit ... 46
9.3.4 Index Entwicklung ... 46
9.3.5 Gesamtindex ... 47
10 Vergleich mit Berlin ... 47
10.1 Soziale Lage, familiäre Situation und Kitabesuch ... 47
10.2 Index Gesundheitliche Herausforderungen ... 51
10.2.1 Index Vorsorge und Risikoverhalten ... 51
10.2.2 Index Impfen ... 51
10.2.3 Index Gesundheit ... 51
10.2.4 Index Entwicklung und Teilhabe ... 52
10.2.5 Gesamtindex ... 52
11 Handlungsempfehlungen ... 53
11.1 Grundsätzliches ... 53
11.2 Handlungsfelder ... 54
11.2.1 Handlungsfeld 1: Frühkindliche Entwicklungsförderung ... 54
11.2.2 Handlungsfeld 2: Deutschkenntnisse von Kindern nicht deutscher Herkunft ... 57
11.2.3 Handlungsfeld 3: Medienkonsum ... 58
11.2.4 Handlungsfeld 4: Übergewicht ... 59
Anhang: Glossar ... 62
Anhang: Abkürzungsverzeichnis ... 63
Anhang: Literaturverzeichnis ... 64

1 Ergebnisse im Überblick

1.1 Ergebnisse Bezirk

Insgesamt galten in diesem Schuljahr 3.310 Kinder aus Lichtenberg als schulpflichtig. Darunter befanden sich 211 Rückstellerinnen und Rücksteller aus dem Vorjahr, die in der Auswertung nicht berücksichtigt wurden, ebenso wie die 39 Einschülerinnen und Einschüler aus anderen Bezirken, die der Lichtenberger KJGD untersuchte. Die verbliebenen 3.060 Kinder, die in Lichtenberg wohnhaft waren und erstmals durch den KJGD untersucht wurden, sind in dieser Auswertung einbezogen worden. Im Jahr 2022 wurden 363 Kinder durch das Schul- und Sportamt zurückgestellt.

Knapp 46 % der Kinder wiesen einen Migrationshintergrund auf. Der Anteil von Familien, die dem mittleren Sozialstatus zugeordnet wurden, betrug etwa 50 %. Darüber hinaus gehörten ca. 16 % der Einschülerinnen und Einschüler zum niedrigen Sozialstatussegment sowie 34 % zur hohen Sozialstatusgruppe. Damit sank der Anteil an Kindern, die der unteren und mittleren Statusgruppe zugeordnet wurden im Vergleich zu 2019, während der Anteil von Kindern im hohen Sozialstatussegment anstieg.

Der Anteil an alleinerziehenden Eltern war in diesem Schuljahr im Vergleich zu 2019 leicht rückläufig und betrug 24,5 %. Erfahrungsgemäß betraf das vor allem die Mütter der Kinder. Die Kitabesuchsquote betrug ca. 97 %, wovon knapp 89 % der Kinder länger als zwei Jahre eine Kita besuchten. Die Anzahl der Kinder, die keine Kita besuchten, entsprach in 2022 91 Kindern.

Die Rate von Haushalten, in denen geraucht wurde, war in den letzten Jahren kontinuierlich rückläufig und lag in diesem Schuljahr bei knapp 30 %. Die Teilnahmequote an den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U8 ging zurück: So nahmen bei 13,3 % der Kinder die Eltern nicht alle Vorsorgeuntersuchungen wahr. Dieser Anteil betrug im Jahr 2019 9,8 %.

Der ermittelte BMI (Body-Mass-Index) lag bei ca. 13 % der Einschülerinnen und Einschülern oberhalb des Normbereichs. Demgegenüber wurden 7,6 % aller Kinder als untergewichtig eingestuft. Bei beiden Indikatoren ist die Tendenz im Zeitverlauf steigend.

Im Entwicklungsscreening konnte in einigen Entwicklungsfeldern eine leicht positive Tendenz verzeichnet werden: Beispielsweise sank der Anteil an Kindern mit Auffälligkeiten im Bereich Visuomotorik im Vergleich zu 2019 um 3,5 Prozentpunkte auf 18,3 %. Ebenso verhielt es sich bei der visuellen Wahrnehmung sowie dem Mengenvorwissen. In den Entwicklungsfeldern Körperkoordination, der Pluralbildung sowie dem Ergänzen von Wörtern nahm der Anteil an auffälligen Testergebnissen zu. Dieser lag u.a. bei der Körperkoordination bei 14,4 %. Die emotional-soziale Entwicklung wurde in diesem Schuljahr bei 21,5 % aller Kinder als auffällig beurteilt.

Der Anteil von Kindern mit schulischer Förderempfehlung lag mit 51,4 % deutlich über dem Wert von 2019 (47,7 %). Dahingegen veränderte sich der Anteil von Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf in dem Zeitraum nicht bedeutend und betrug zuletzt 5,8 %.

1.2 Ergebnisse Bezirksregionen

Von den 3.060 Kindern, die 2022 erstmals schulärztlich untersucht wurden, lebte der größte Anteil (357 Kinder; 11,7 %) in Neu-Lichtenberg. Die geringste Zahl an Einschülerinnen und Einschülern war in Malchow, Wartenberg und Falkenberg (64 Kinder) wohnhaft. Aufgrund der großen Unterschiede in den Kinderzahlen, sollten die kleinräumigen Ergebnisse nicht verallgemeinert werden und lediglich als Anhaltspunkt dienen.

Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund waren in Lichtenberg vergleichsweise selten anzutreffen, deutlich häufiger hatten beide Elternteile der künftigen Erstklässlerinnen und Erstklässler ausländische Wurzeln. Der höchste Anteil an Einschülerinnen und Einschülern mit beidseitigem Migrationshintergrund lebte in diesem Schuljahr in Neu-Hohenschönhausen Nord und Neu-Hohenschönhausen Süd (jeweils 48,2 %). In den Bezirksregionen Friedrichsfelde Nord und Friedrichsfelde Süd wies ebenfalls fast jedes zweite Kind einen beidseitigen Migrationshintergrund auf (jeweils ca. 45 %). Deutlich geringer war der Anteil in der Rummelsburger Bucht und Karlshorst, wo dieser bei unter 15 % lag.

Bei der kleinräumigen Betrachtung der Sozialstruktur fallen insbesondere die Rummelsburger Bucht und Karlshorst auf: In diesen Bezirksregionen gehörten 61 bzw. 63 % der Kinder der oberen Sozialstatusgruppe an. Demgegenüber traf das in Neu-Hohenschönhausen Nord auf 7,3 % der Familien zu. Jeder dritte Haushalt gehörte in Neu-Hohenschönhausen Nord dem niedrigen Sozialstatus an. In Neu-Hohenschönhausen Süd, Frankfurter Allee Süd und Friedrichsfelde Süd betraf das mehr als jede fünfte Familie der Einschülerinnen und Einschülern.

Lichtenberg zählt zu den Bezirken mit einem vergleichsweise hohen Anteil an alleinerziehenden Eltern. In Neu-Hohenschönhausen Nord und Neu-Hohenschönhausen Süd waren in diesem Schuljahr ca. 34 % aller Haushalte Ein-Eltern-Familien. Ebenfalls überdurchschnittlich hoch waren die Quoten in Friedrichsfelde Süd (33,3 %). Hingegen wuchsen nur 6,7 % von den Kindern aus der Rummelsburger Bucht mit einem Elternteil im Haushalt auf.

Während im südlichen Bezirk die Kitabesuchsquote bei 95 % (Karlshorst) bzw. 97 % (Rummelsburger Bucht) lag, war dieser Anteil im nördlichen Lichtenberg zwischen 82 % (Alt-Hohenschönhausen Nord, Neu-Hohenschönhausen Nord) und 85 % (Neu-Hohenschönhausen Süd).

Weitere Indikatoren werden mithilfe des Index Gesundheitliche Herausforderungen (vgl. S. 44) aggregiert abgebildet. Im Index Vorsorge und Risikoverhalten, in dem die Indikatoren Rauchenden-Haushalte sowie ein täglicher Medienkonsum von mehr als einer Stunde beim Kind einbezogen wurden, wiesen Neu-Hohenschönhausen Nord, Neu-Hohenschönhausen Süd und Friedrichsfelde Süd eine hohe gesundheitliche Herausforderung im Vergleich zu den anderen Bezirksregionen auf. Der Index Impfen zeigt, dass die niedrigsten Impfraten bei Hepatitis B sowie Meningokokken C in Karlshorst, Alt-Lichtenberg, Alt-Hohenschönhausen Nord und Friedrichsfelde Nord erfasst wurden. Der Handlungsbedarf im Index Gesundheit (Übergewicht) bestand in Neu-Hohenschönhausen Nord, Neu-Hohenschönhausen Süd, Friedrichsfelde Nord und Friedrichsfelde Süd. In Frankfurter Allee Süd wurden die schlechtesten Ergebnisse im Index Entwicklung und Teilhabe dokumentiert. Bei der Betrachtung aller Teilindizes zusammen (Gesamtindex) bestand eine erhöhte

gesundheitliche Herausforderung in Friedrichsfelde Nord, Friedrichsfelde Süd sowie in Frankfurter Allee Süd. Im Unterschied dazu war in Alt-Lichtenberg, Rummelsburger Bucht, Karlshorst sowie Malchow, Wartenberg und Falkenberg der Handlungsbedarf am geringsten.

1.3 Ergebnisse berlinweiter Vergleich[1]

Die Sozialstruktur der Familien der künftigen Erstklässlerinnen und Erstklässler wies Unterschiede zwischen Lichtenberg und Berlin auf: Während der Anteil an Kindern der niedrigen Sozialstatusgruppe in Lichtenberg nur geringfügig vom Berliner Wert abwich, lag der Anteil an Kindern aus sozial besser situierten Familien sieben Prozentpunkte niedriger als im gesamtstädtischen Vergleich.

Die Herkunftsvielfalt der Lichtenberger Kinder ist im Vergleich zu einigen anderen Bezirken wie Neukölln, Mitte oder Spandau geringer. So waren insbesondere Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund in Lichtenberg seltener anzutreffen (10 %) als berlinweit (18 %). Dahingegen entsprach der Anteil an Einschülerinnen und Einschüler mit beidseitigem Migrationshintergrund in etwa der Berliner Quote.

Der Anteil alleinerziehender Elternteile war sowohl in Lichtenberg als auch in Berlin im Zeitverlauf leicht rückläufig, wobei die Quote in Lichtenberg (24,6 %) deutlich über dem gesamtstädtischen Durchschnitt (18,6 %) lag. Die Kitaquoten in Lichtenberg entsprachen weitestgehend auch den gesamtstädtischen Werten. So besuchten 3,2 % (Rang 4) der diesjährigen Lichtenberger Einschülerinnen und Einschüler im Vorfeld der Einschulungsuntersuchung (ESU) keine Kita, in Berlin insgesamt betraf das 3,4 % der Kinder.

Die Ergebnisse, die über die Grunddaten hinausgehen, wurden berlinweit mithilfe des Index Gesundheitliche Herausforderungen (vgl. S. 51) ausgewertet. Beim Index Risikoverhalten, wo Rauchende im Haushalt sowie ein Medienkonsum von mehr als einer Stunde pro Tag beim Kind einfließen, belegte Lichtenberg den drittletzten Platz (Rang 10). Im Index Impfen, in dem die Hepatitis B- sowie die Meningokokken-Impfung Berücksichtigung finden, erzielte Lichtenberg den 3. Rang, sodass in diesem Bereich eine niedrige gesundheitliche Herausforderung bestand. Im Index Gesundheit, in dem der Anteil von Kindern mit Übergewicht einfließt, sowie im Index Entwicklung und Teilhabe (Indikatoren Körperkoordination, Visuomotorik, visuelle Wahrnehmung und Sprachdefizite) erreichte der Bezirk jeweils Rang 7. Der Bezirk Lichtenberg belegte im Gesamtindex Gesundheitliche Herausforderungen Rang 7 mit einer im Vergleich erhöhten gesundheitlichen Herausforderung. Den ersten Rang belegte der Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf gefolgt von Steglitz-Zehlendorf und Treptow-Köpenick. Auf den letzten drei Rängen lagen Mitte (Rang 10), Reinickendorf (Rang 10) und Spandau (Rang 12).

[1] Die in diesem Kapitel dargestellten Daten entstammen der Grundauswertung der Einschulungsdaten der Senatsverwaltung für Gesundheit 2022. Aufgrund unterschiedlicher Stichprobengrößen können die Werte ggf. von den Daten in den vorhergehenden Kapiteln abweichen.

2 Einleitung

Alle Berliner Kinder, die zwischen dem 1. Oktober des Vorjahres und dem 30. September des Einschulungsjahres das sechste Lebensjahr vollenden, gelten als schulpflichtig. Auf Antrag der/des Erziehungsberechtigten können Kinder nach § 42 Abs. 3 Schulgesetz für ein Jahr von der Schulpflicht zurückgestellt werden. Voraussetzung ist, dass die Entwicklung des Kindes in einer Einrichtung der Jugendhilfe besser gefördert werden kann als in der Schule[2]. Die Entscheidung, ob dem Antrag auf Rückstellung stattgegeben wird, obliegt der Schulaufsicht[3]. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass Kinder, die im Zeitraum zwischen dem 1. Oktober und 31. März des folgenden Kalenderjahres das sechste Lebensjahr vollenden, auf Antrag der/des Erziehungsberechtigten bereits vorzeitig in die Schule aufgenommen werden können. Voraussetzung ist, dass kein Sprachförderbedarf besteht[4].

Die Teilnahme an der ESU ist vor dem Beginn des Schulbesuches verpflichtend. Diese wird im Land Berlin durch die Ärztinnen und Ärzte der bezirklichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD), die Teil des jeweiligen bezirklichen Gesundheitsamtes sind, durchgeführt. Dabei sind Ablauf und Durchführung der Untersuchung berlinweit einheitlich festgelegt, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu ermöglichen.

Im Rahmen der ESU werden neben der Anamnese weitere Themenfelder mithilfe eines Fragebogens bei den Eltern erfragt. Darüber hinaus findet eine Untersuchung durch die Ärztinnen und Ärzte des KJGD statt. Im Rahmen dieser werden neben dem allgemeinen Gesundheitszustand auch gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, motorische und kognitive Fähigkeiten sowie der altersgemäße sprachliche Entwicklungsstand überprüft.

Mit diesem Bericht wird die Systematik der angegebenen Einschulungsjahre erstmals verändert und an die Zählweise der Senatsverwaltung für Gesundheit angepasst. Demnach entspricht das im Bericht angegebene Jahr demjenigen, in dem die untersuchten Kinder tatsächlich eingeschult wurden. Während sich der zuletzt veröffentlichte bezirkliche ESU-Bericht Schuljahr 2018/19 auf die im August 2018 eingeschulten Kinder bezog, bezieht sich dieser Bericht auf die im August 2022 eingeschulten Kinder, die zwischen Oktober 2021 und September 2022 untersucht wurden.

Insgesamt waren im Jahr 2022 3.310 Kinder aus dem Bezirk Lichtenberg einschulungspflichtig. Darunter befanden sich 211 Kinder, die bereits im vorhergehenden Schuljahr der Schulpflicht unterlagen, allerdings aufgrund von vorliegenden Entwicklungsdefiziten zurückgestellt wurden. Weiterhin befanden sich in der Stichprobe 39 Kinder, die zwar in anderen Bezirken wohnhaft waren jedoch durch den Lichtenberger KJGD untersucht wurden. Beide dieser genannten Gruppen wurden in der nachfolgenden Auswertung nicht berücksichtigt. Somit bezieht sich die Auswertung auf die durch den KJGD erstmals untersuchten 3.060 Kinder, die zum Untersuchungszeitpunkt wohnhaft in Lichtenberg waren.

[2] Vgl. SenGPG (2017), S. 88.
[3] Vgl. SenGPG (2019), S. 130.
[4] Vgl. § 42, Abs. 2 des Schulgesetzes Berlin (SchulG) vom 26.01.2004 in der Fassung vom 04.10.2023

Die Daten der Einschulungsjahrgänge 2020 und 2021 konnten für den Bezirk Lichtenberg nicht ausgewertet werden, da aufgrund der Einbindung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in die Pandemiebekämpfung nicht alle Kinder der Jahrgänge untersucht werden konnten. Trotzdem können die hier dargestellten Daten bei den einzelnen Indikatoren eine Entwicklung im Zeitverlauf erkennbar machen.

Inhaltlich gab es im Vergleich zum letzten bezirklichen Bericht einige geringfügigere Änderungen in der Datenerfassung bzw. -auswertung:

- Bei der Abfrage des Geschlechts des Kindes kann ab 2020 zusätzlich die Kategorie "divers" angegeben werden. Die Kinder, deren Eltern sie als divers kategorisierten, wurden zufällig auf die beiden Geschlechter verteilt und fließen somit in die Auswertung ein. So wird vermieden, dass Rückschlüsse auf einzelne Kinder möglich sind.
- Ab 2020 wurde die Kategorie „Anzahl der Raucher im Haushalt“ mit „Anzahl der Raucher/Dampfer im Haushalt“ ersetzt[5].
- Im Rahmen der Entwicklungsdiagnostik wird seit 2020 zusätzlich das Zählen als weitere Testkategorie mit aufgenommen.
- Bei einer ausgesprochenen schulischen Förderempfehlung gibt es seit 2020 zusätzlich die Kategorie „mathematische Vorläuferfähigkeiten".

3 Entwicklungstendenzen 2016 bis 2022

In der nachfolgenden Übersicht (vgl. Tabelle 1, S. 11) werden die ausgewerteten Ergebnisse der ESU seit dem Einschulungsjahr 2016 auf einen Blick dargestellt. Um eine Vergleichbarkeit der erhobenen Daten zu gewährleisten, wurde methodisch für alle Jahrgänge die Stichprobe auf die erstmals untersuchten Kinder beschränkt.

3.1 Familiäres und soziales Umfeld

- Im Zeitverlauf stieg der Anteil an Einschülerinnen und Einschüler mit einem hohen Sozialstatus um knapp 10 Prozentpunkte auf 33,9 % an, wohingegen der Anteil an Kindern aus einer Familie mit niedrigem Sozialstatus rückläufig war und zuletzt 16,2 % betrug.
- Die Rate der Alleinerziehenden unter allen Eltern nahm zwischen 2016 und 2022 deutlich ab.
- Der Anteil von Haushalten, in denen nicht geraucht wurde, nahm im Betrachtungszeitraum kontinuierlich zu.
- Seit 2016 ließ sich eine Steigerung des Anteils an Kindern, die mindestens zwei Stunden am Tag elektronische Medien konsumierten, verzeichnen.
- Der Anteil der Einschülerinnen und Einschüler, die keine Kita besuchten, halbierte sich im Zeitverlauf von 6,2 % auf 3,2 %.

[5] Vgl. SenGPG (2019), S. 36

Tabelle 1: Ausgewählte Ergebnisse der 2022 eingeschulten Kinder im Vergleich zu vorhergehenden Auswertungen (in Prozent)

Jahr		2016	2017	2018	2019	2022	Tendenz
Einschülerinnen/Einschüler insgesamt		2.603	2.683	2.901	3.107	3.310	↗
Rückstellerinnen/Rücksteller aus dem Vorjahr		351	179	178	203	211	↘
Einschülerinnen/Einschüler wohnhaft in anderen Bezirken		13	14	18	26	39	↗
erstuntersuchte Kinder (wohnhaft in Lichtenberg)		**2.239**	**2.490**	**2.705**	**2.878**	**3.060**	↗
Familiäres und soziales Umfeld		**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	
niedrige Sozialstatusgruppe		21,1	16,3	17,6	16,7	16,2	↘
mittlere Sozialstatusgruppe		54,9	55,9	55,2	52,2	49,9	↘
hohe Sozialstatusgruppe		24,0	27,8	27,2	31,1	33,9	↗
Migrationshintergrund		38,0	36,6	39,2	41,9	45,6	↗
Alleinerziehende Eltern		27,7	29,9	26,8	27,1	24,5	↘
davon mit nur einem Erwachsenen		21,6	22,1	21,0	21,5	19,7	↘
Raucherinnen- und Raucherhaushalte		39,3	35,2	35,3	32,9	29,6	↘
eigenes elektronisches Gerät		/	39,6	35,2	36,7	40,3	→
tgl. Medien-Konsum von über 2 Std.		7,9	9,7	10,0	8,9	10,0	↗
Kitabesuchsdauer über 2 Jahre		87,0	89,9	89,4	89,5	88,6	↗
kein Kitabesuch		6,2	2,9	3,4	3,7	3,2	↘
Untersuchungsergebnisse		**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**
U1 bis U8 unvollständig***		11,3	10,5	9,2	9,8	13,3	↗
Untergewicht		6,2	6,1	6,3	6,3	7,6	↗
Übergewicht (inklusive Adipositas)		10,8	10,6	12,0	11,2	12,9	↗
Entwicklungsscreening: auffällige Ergebnisse	Körperkoordination	10,6	10,1	9,2	12,2	14,4	↗
	Visuomotorik	22,9	19,5	18,4	21,8	18,3	↘
	visuelle Wahrnehmung	19,4	19,7	19,1	21,4	17,0	↘
	Mengenvorwissen	11,2	10,9	9,4	10,0	10,0	↘
	Pseudowörter nachsprechen	12,0	13,3	11,3	10,5	9,3	↘
	Wörter ergänzen	9,7	10,8	9,3	11,2	13,3	↗
	Sätze nachsprechen	12,4	11,2	10,8	13,5	13,7	↗
	Pluralbildung	6,5	5,8	6,5	7,9	10,8	↗
	Zählen	/	/	/	/	7,7	-
Artikulationsfehler		28,4	26,2	25,0	23,2	22,9	↘
unzureichende Deutschkenntnisse bei Kindern ndH		51,4	49,3	52,8	51,6	55,8	↗
Sprachdefizite		29,7	27,2	29,3	32,2	35,5	↗
Auffälligkeiten emotional-soziale Entwicklung		27,7	24,1	23,0	22,9	21,5	↘
schulische Förderempfehlung		48,1	47,9	45,9	47,7	51,4	↗
sonderpäd. Förderempfehlung		6,5	6,1	5,7	5,9	5,8	→

3.2 Untersuchungsergebnisse

- Die Quote an Kindern, die nicht vollständig an den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U8 teilnahmen, stieg zwischen 2016 und 2022 an.
- Bei der Analyse des Körpergewichts erhöhte sich der Anteil an Kindern mit Untergewicht im Betrachtungszeitraum um 1,4 Prozentpunkte. Darüber hinaus war ein zunehmender Anteil an Einschülerinnen und Einschüler übergewichtig.
- Beim Test zur Körperkoordination stieg der Anteil an Kindern mit auffälligen Testergebnissen im Zeitverlauf um ein Drittel an. Eine Zunahme war auch für die sprachlichen Entwicklungstests (Pseudowörter nachsprechen, Pluralbildung und Wörter ergänzen) zu verzeichnen.
- Im Rahmen des Entwicklungsscreenings entwickelte sich der Anteil an Einschülerinnen und Einschüler mit auffälligen Testergebnissen im Bereich Visuomotorik, visuelle Wahrnehmung sowie Mengenvorwissen rückläufig.
- Seit dem Jahr 2016 gab es einen zunehmenden Anteil von Kindern nicht deutscher Herkunft (ndH) mit unzureichenden Deutschkenntnissen. Das betraf 2022 mehr als jedes zweite Kind (55,8 %).
- Der Anteil an Kindern mit Auffälligkeiten im Bereich der emotional-sozialen Entwicklung lag in 2022 mit 21,5 % 6 Prozentpunkte niedriger als im Jahr 2016.
- Schulische Förderempfehlungen erhielten, wie auch in den Jahren zuvor, fast die Hälfte aller Einschülerinnen und Einschüler. Der Anteil der Kinder, für die ein sonderpädagogischer Förderbedarf ausgesprochen wurde, war hingegen im Zeitverlauf leicht rückläufig.

3.3 Mögliche Auswirkungen der Covid19-Pandemie

Es liegen Untersuchungen vor, die eine Verschlechterung des Entwicklungs- bzw. Gesundheitszustandes aufgrund der Covid-19-Pandemie bei Kindern und Jugendlichen suggerieren[6,7]. Die Ergebnisse dieser ESU-Auswertung kann dies nur z.T. stützen bzw. kann aus den Daten kein unmittelbarer Zusammenhang zu den pandemiebedingten gesellschaftlichen Einschränkungen abgeleitet werden. Es sind nur Mutmaßungen möglich.

Darüber hinaus ist es z.T. schwierig zu differenzieren, ob die Entwicklung eines Indikators, z.B. Übergewicht, welcher bereits vor der Pandemie kontinuierlich anstieg, sich aufgrund der Pandemiesituation erhöhte oder das auch unabhängig davon getan hätte.

Eine Trendumkehr zeigt sich bei der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter (sog. U-Untersuchungen). Während der Anteil von Kindern, die vor Pandemiebeginn die U1 bis U8 nur unvollständig in Anspruch nahm, kontinuierlich sank, stieg dieser Anteil 2022 gegenüber 2019 um 3,5 Prozentpunkte (+35,7 %) an und lag 2022 bei 13,3 %. Dieser Rückgang kann jedoch ggf. auch durch einen Mangel an Kinderärztinnen und Kinderärzten in Lichtenberg begünstigt worden sein.

In den Entwicklungsfeldern Körperkoordination (+18 % gegenüber 2019) sowie der sprachlichen Entwicklung (+37 % im Bereich Pluralbildung und +16 % im Bereich Wörter ergänzen gegenüber

[6] Vgl. Bantel et al. (2021)
[7] Vgl. Hespe-Jungesblut et al. (2024)

2019) nahm der Anteil an auffälligen Testergebnissen zu. Entsprechend nahm auch der Anteil von Kindern mit schulischer Förderempfehlung gegenüber dem Erhebungszeitraum vor der Pandemie zu.

Darüber hinaus ist ein Anstieg beim Anteil Kinder mit unzureichenden Deutschkenntnissen zu verzeichnen. Während 2019 noch 51,6 % der Kinder ndH davon betroffen waren, galt das 2022 für 55,8 % der Kinder dieser Gruppe.

4 Grunddaten der Einschülerinnen und Einschüler 2022

4.1 Anzahl, Alter und Geschlecht der untersuchten Kinder

In 2022 galten im Bezirk Lichtenberg insgesamt 2.901 Kinder als einschulungspflichtig (vgl. Tabelle 2). Darunter befanden sich 211 Kinder (6,4 %), die im vorhergehenden Schuljahr zurückgestellt wurden sowie 39 Kinder, die zwar in Lichtenberg untersucht wurden, allerdings nicht im Bezirk Lichtenberg wohnhaft waren. In der nachfolgenden Auswertung berücksichtigt wurden ausschließlich die erstmals durch den KJGD untersuchten und in Lichtenberg wohnhaften 3.060 Kinder. Das mittlere Alter der diesjährigen Einschülerinnen und Einschüler betrug 6,0 Jahre.

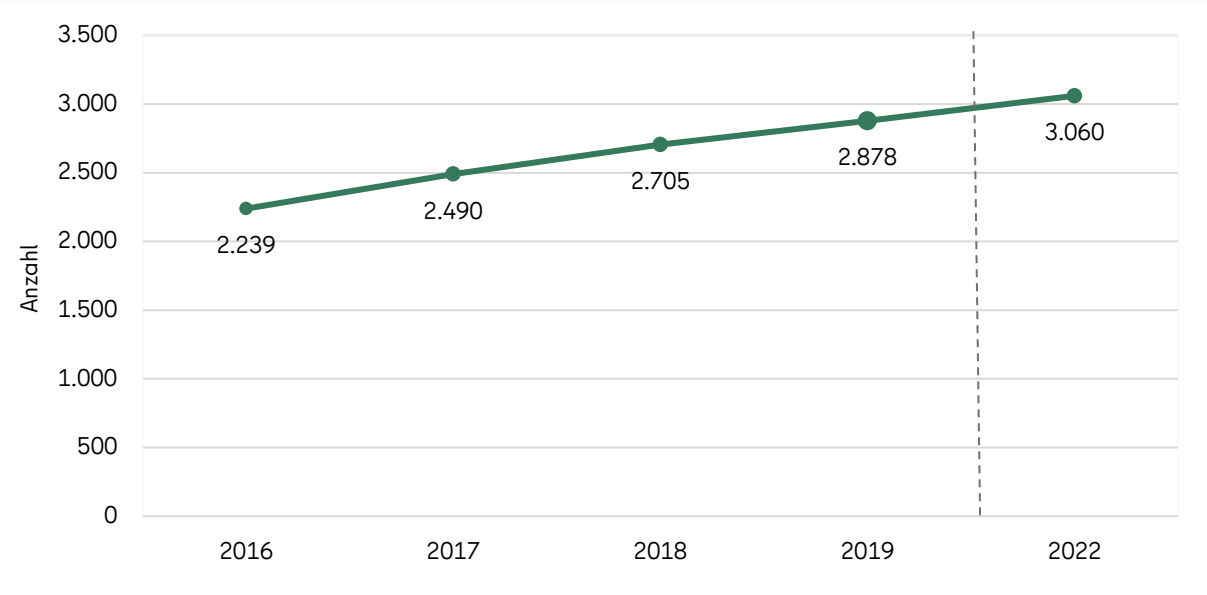
Bei insgesamt 376 Kindern beantragten die Eltern eine Rückstellung bis zum nächsten Schuljahr. Der KJGD befürwortete eine Rückstellung bei 366 Kindern. Tatsächlich durch das Schul- und Sportamt zurückgestellt wurden 363 künftige Erstklässlerinnen und Erstklässler des Jahrgangs. Des Weiteren wurde von 52 Erziehungsberechtigten eine vorzeitige Einschulung beantragt.

Tabelle 2: Anzahl, Alter und Geschlecht der untersuchten Kinder (absolut und in Prozent)

Für 2022 angemeldete Kinder	Anzahl	Anteil (in %)
Insgesamt	3.310	100,0
davon Rückstellerinnen/Rücksteller aus dem Vorjahr	211	6,4
Erstmals untersuchte Kinder		
Insgesamt	3.060	92,4
Einschülerinnen/Einschüler wohnhaft in anderen Bezirken	39	1,2
Lichtenberger Einschülerinnen/Einschüler		
Insgesamt	**3.060**	**100,0**
Jungen	1.604	52,4
Mädchen	1.456	47,6
mittleres Alter (Jahre)	6,0	-
Antrag auf vorzeitige Einschulung	52	1,7
Antrag auf Rückstellung	376	12,3
Rückstellung durch KJGD empfohlen	366	12,0
Rückstellung durch das Schulamt erfolgt	363	11,9

Die Zahl der erstuntersuchten Kinder lag in diesem Schuljahr deutlich höher als in den vorhergehenden Schuljahren (vgl. Abbildung 1). Insgesamt ist im Zeitverlauf eine steigende Kinderzahl zu verzeichnen.

Abbildung 1: Entwicklung der im jeweiligen Jahr durch den KJGD in Lichtenberg erstuntersuchten und eingeschulten im Zeitverlauf (absolut)



4.2 Herkunft der Kinder und Deutschkenntnisse

4.2.1 **Migrationshintergrund**

Der Migrationshintergrund wird in die Kategorien einseitiger und beidseitiger Migrationshintergrund differenziert. Die Eigenschaften, die den jeweiligen Kategorien zugeordnet werden, werden in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Kategorisierung des Migrationshintergrundes[8]

einseitiger Migrationshintergrund	• ein Elternteil wurde nicht in Deutschland geboren bzw. hat nicht die deutsche Staatsangehörigkeit
beidseitiger Migrationshintergrund	• Kind und ein Elternteil wurden nicht in Deutschland geboren bzw. • beide Elternteile wurden nicht in Deutschland geboren bzw. haben nicht die deutsche Staatsangehörigkeit

[8] Vgl. SenGPG (2017), S. 21.

Abbildung 2: Migrationsstatus der Einschülerinnen und Einschüler (in Prozent; n=3.015)

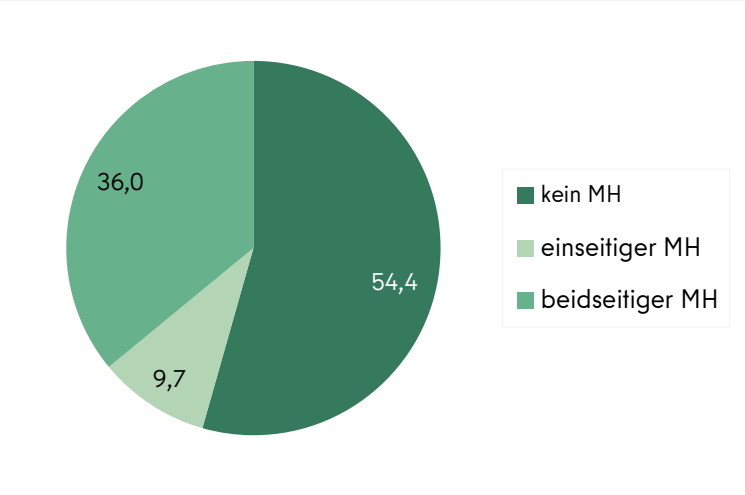


Abbildung 3: Herkunftsländer bzw. -regionen der Kinder (in Prozent; n=3.015)

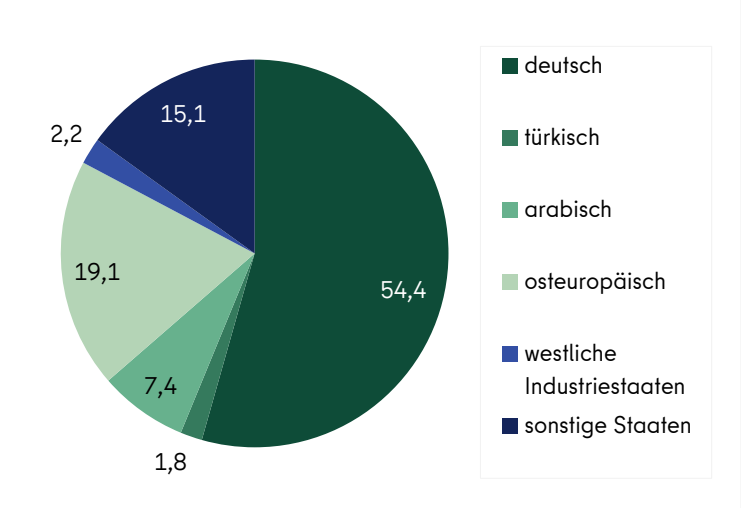
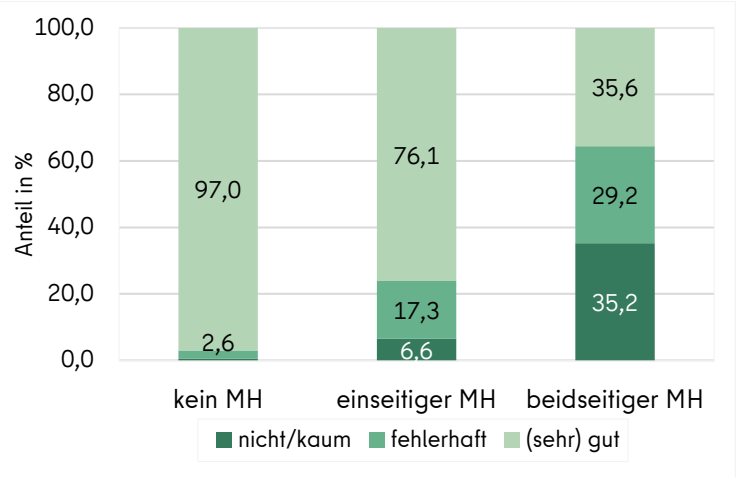


Abbildung 4: Deutschkenntnisse bei Kindern nach Migrationsstatus (in Prozent; n=2.999)



Im Jahr 2018 betrug der Anteil von Einschülerinnen und Einschüler mit beidseitigem Migrationshintergrund 36 % der untersuchten Kinder. Darüber hinaus wiesen knapp 10 % der Kinder einen einseitigen Migrationshintergrund auf (vgl. Abbildung 2). Diese Werte lagen in 2022 etwas oberhalb der Werte im Jahr 2018.

In Abbildung 3 werden die Herkunftsregionen der künftigen Erstklässlerinnen und Erstklässler dargestellt. Im aktuellen Schuljahr kamen ca. 55 % der Kinder aus Deutschland. Eine osteuropäische Herkunft wiesen etwa 19 % der Einschülerinnen und Einschüler auf, was der zweitgrößten Gruppe entsprach. Der Anteil an Kindern aus dem arabischen Raum betrug etwa 7 % aller Mädchen und Jungen.

4.2.2 Deutschkenntnisse

Gute Kenntnisse der deutschen Sprache stellen für einen erfolgreichen Schulbesuch eine wichtige Voraussetzung dar. Darüber hinaus spielen die Sprachkenntnisse bei Kindern ndH bei der Integration eine bedeutende Rolle.

Mithilfe von Abbildung 4 werden die Deutschkenntnisse der Kinder nach Einschätzung der untersuchenden Ärztinnen und Ärzte nach Migrationsstatus dargestellt. Daraus geht hervor, dass vornehmlich Einschülerinnen und Einschüler mit beidseitigem Migrationshintergrund von Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache betroffen waren. Es wiesen 29 % fehlerhafte sowie 35 % nicht/kaum vorhandene Sprachkenntnisse auf. Dementsprechend

verfügte etwas mehr als ein Drittel der Kinder dieser Gruppe über (sehr) gute Deutschkenntnisse. Dahingegen wies von den Kindern mit einseitigem Migrationshintergrund ein vergleichsweise geringer Anteil (24 %) unzureichende Sprachkenntnisse auf.

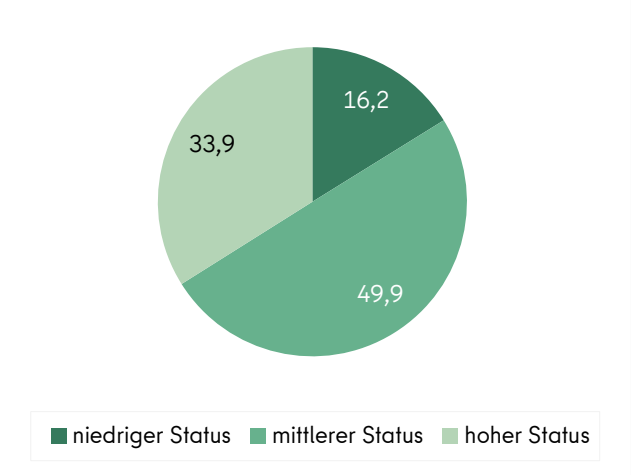
5 Soziale Lage, familiäre Situation und Kitabesuch

Die Einflussfaktoren, die sich auf die kindliche Entwicklung auswirken, sind vielfältig. Dazu gehören beispielsweise das häusliche Umfeld des Kindes, die soziale Lage der Familie sowie der Besuch einer Kita. Deswegen werden diese Aspekte im Rahmen des Elternfragebogens ermittelt. Die von den Eltern hierzu gemachten Angaben sind freiwillig.

5.1 Soziale Lage

Der soziale Status wird im Rahmen der ESU mithilfe des Sozialstatusindex erfasst. Dieser errechnet sich aus den drei Faktoren Schulabschluss, Berufsausbildungsabschluss sowie dem Vorliegen einer aktuellen Erwerbstätigkeit beider Eltern[9]. Diese Komponenten fließen gleichwertig in die Berechnung des Index ein, der eine Gesamtpunktzahl zwischen 0 und 18 ergibt. Dabei spiegelt ein höherer Punktwert die Zuordnung zu einer höheren Sozialstatusgruppe wider (vgl. Glossar, S. 62).

Abbildung 5: Anteil der Kinder nach Sozialstatus der Familien (in Prozent; n=2.561)



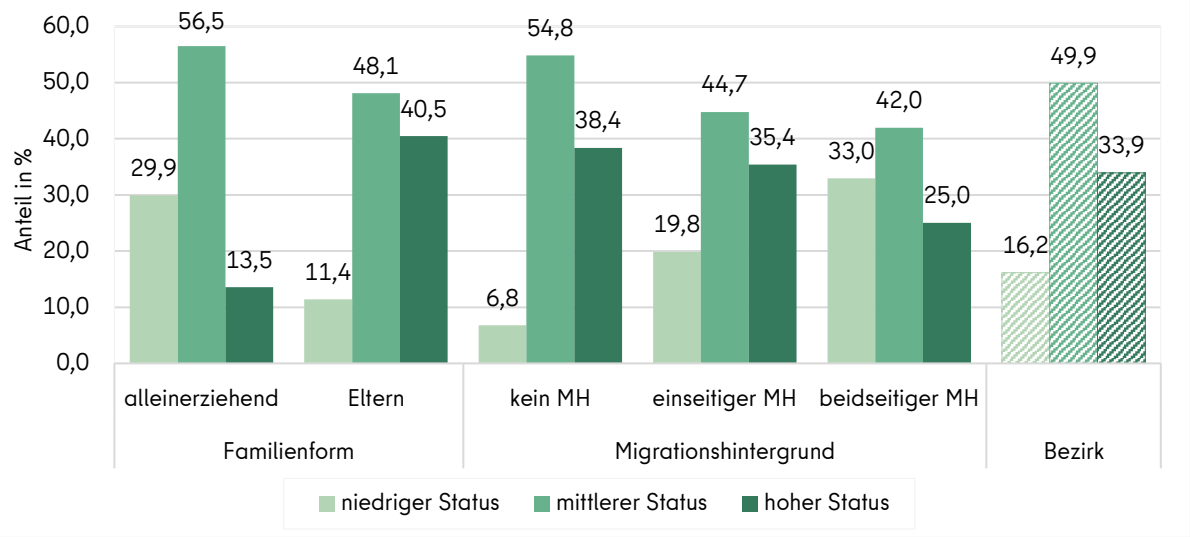
Bekanntermaßen besteht ein Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem Gesundheitszustand eines Menschen[10]. Vor diesem Hintergrund ist es von Bedeutung, die erhobenen Untersuchungsergebnisse im Kontext des sozialen Umfeldes, in dem die Kinder aufwachsen, zu betrachten.

Im Bezirk Lichtenberg gehörte jedes zweite Kind der diesjährigen Einschülerinnen und Einschüler (ca. 50 %) zur mittleren Sozialstatusgruppe. Dieser Wert lag um 5 Prozentpunkte niedriger als noch 2017. Im Zeitverlauf rückläufig war auch der Anteil von Kindern im niedrigen Sozialstatussegment, der ca. 16 % betrug. Dementsprechend stieg der Anteil der Kinder, die dem hohen Sozialstatus zugeordnet wurden um 7 Prozentpunkte auf 34 % (vgl. Abbildung 5).

[9] Vgl. SenGPG (2017), S. 30 ff.
[10] Vgl. Lampert et al. (2016), S. 153.

Eine differenzierte Betrachtung des Sozialstatus nach Migrationsstatus und Familienform (vgl. Abbildung 6) verdeutlicht, dass signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen vorlagen. Der Anteil von Kindern aus einem Elternhaus mit niedrigem Sozialstatus war bei denjenigen mit beidseitigem Migrationshintergrund (33 %) mehr als 1,5-fach höher als bei Kindern aus Familien mit einseitigem Migrationshintergrund (19,8 %) bzw. vier Mal höher als bei künftigen Erstklässlerinnen und Erstklässlern ohne Migrationshintergrund (6,8 %). Auch alleinerziehende Eltern gehörten deutlich öfter (29,9 %) zum niedrigen Sozialstatussegment als Elternpaare (11,4 %).

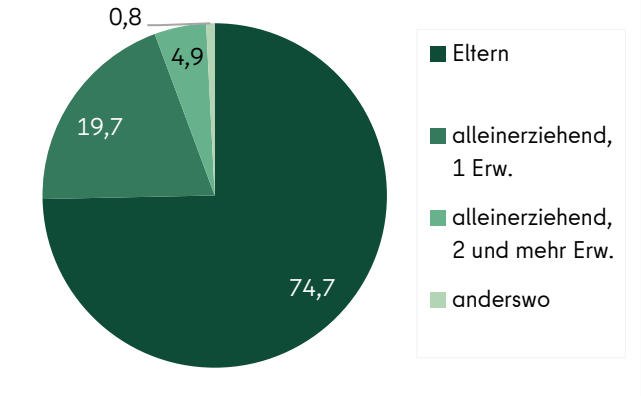
Abbildung 6: Sozialstatus der Kinder nach Familienform (26 fehlende Werte) und Migrationsstatus (17 fehlende Werte) (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent; n=2.561)



5.2 Familiäre Situation

In der Regel stellt das Elternhaus den ersten und zentralen Bezugspunkt für die Kinder dar. Die Eltern nehmen in diesem geschützten familiären Umfeld als die ersten Erzieherinnen und Erzieher Einfluss auf die kindliche Entwicklung[11]. Dabei ist es unbedeutend in welcher familiären Konstellation ein Kind aufwächst. Neben der „traditionellen“ Familie, die auch heutzutage noch die Mehrzahl der Familien ausmacht, hat sich eine Vielzahl weiterer Familienmodelle gesellschaftlich etabliert. Zu diesen gehören u.a. Ein-Eltern-Familien. Dabei ist bedeutsam zu erwähnen, dass das Aufwachsen mit nur einem Elternteil per se keinen Risikofaktor für die Entwicklung der Kinder darstellt. Allerdings gehen mit einem alleinigen Erziehungsauftrag eines Elternteils oftmals z.B. erhöhte (gesundheitliche) Belastungen einher[12], die sich indirekt auf das Kind auswirken können. Die erhöhte Belastungssituation hängt beispielsweise mit den besonderen Herausforderungen wie der

Abbildung 7: Familienstruktur der Kinder (in Prozent; n=2.878)



[11] Vgl. Niklas (2017), S. 43.
[12] Vgl. Rattay et al. (2017), S. 32 ff.

alleinigen Haushaltsführung, der Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit bzw. einem geringeren Einkommen zusammen[13].

Wie aus Abbildung 7 hervorgeht, lebten in Lichtenberg mehr als sieben von zehn Kindern dieses Schuljahrganges mit beiden Elternteilen in einem Haushalt zusammen. Knapp 25 % der Einschülerinnen und Einschüler wohnte mit nur einem Elternteil (in der Regel der Mutter) zusammen. In jedem fünften Alleinerziehenden-Haushalt lebte mindestens eine weitere erwachsene Person, überwiegend die neue Partnerin bzw. der neue Partner des erziehungsberechtigten Elternteils.

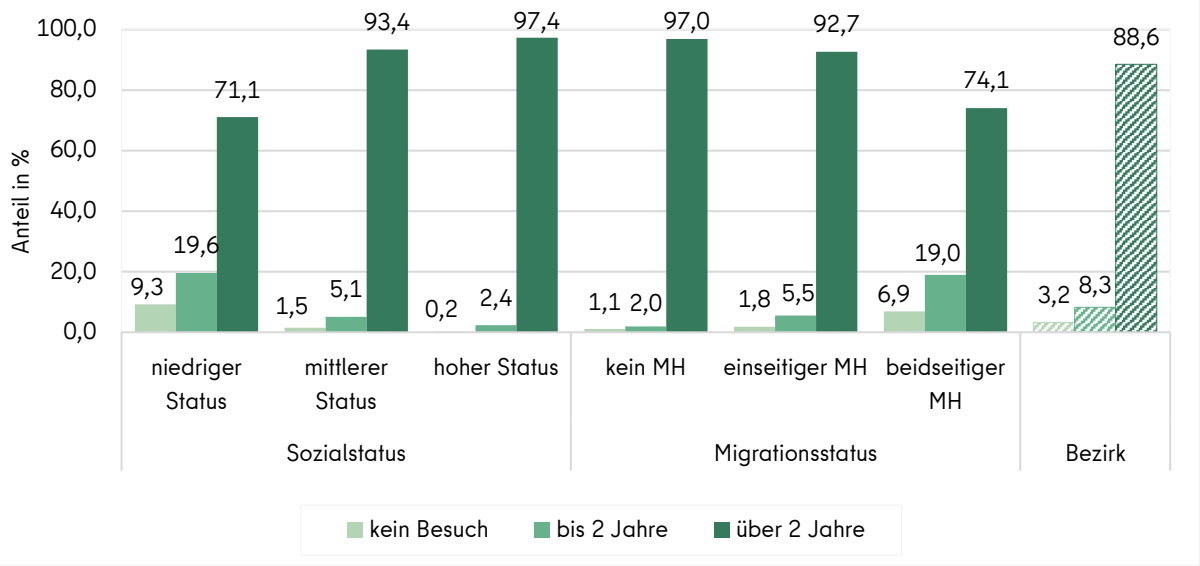
5.3 Kitabesuchsdauer

Der Kitabetreuung der Kinder kommt neben dem Elternhaus ebenfalls eine wichtige Rolle zu. Darüber hinaus kann der Besuch einer Kita (bis zu einem bestimmten Maße) eine sozialkompensatorische Rolle einnehmen, sodass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus bzw. mit Migrationshintergrund in ihrer Entwicklung besonders davon profitieren.

Die Kitaquote war in diesem Einschulungsjahrgang mit 96,8 % vergleichsweise hoch wie bereits im Jahr 2019. Von diesen Kindern besuchten 88,6 % zum Zeitpunkt der ESU bereits für länger als zwei Jahre eine Kita[14].

Eine differenzierte Betrachtung der Ergebnisse zeigt sowohl für die Unterscheidung nach dem Sozialstatus als auch dem Migrationsstatus signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (vgl. Abbildung 8). Von den Kindern aus der niedrigen Sozialstatusgruppe betrug der Anteil derjenigen, die keine Kita besuchten ca. 9 %. Im Jahr 2016 traf das auf mehr als 20 % der Einschülerinnen und Einschüler zu. Eine fast vollständige Kitaquote wiesen die künftigen Erstklässlerinnen und Erstklässler mit hohem Sozialstatus auf (97,4 %).

Abbildung 8: Kitabesuchsdauer der Kinder in Abhängigkeit von Sozialstatus (418 fehlende Werte) und Migrationsstatus (27 fehlende Werte) (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent; n=2.857)



[13] Vgl. Hübgen (2017), S. 23 ff.

[14] Die hier angegebene Kitabesuchsdauer bezieht sich auf den Zeitraum des bisherigen Kitabesuchs bis zum Zeitpunkt der ESU.

6 Gesundheits- und Risikoverhalten

6.1 Gesundheitsverhalten

6.1.1 Früherkennungsuntersuchungen

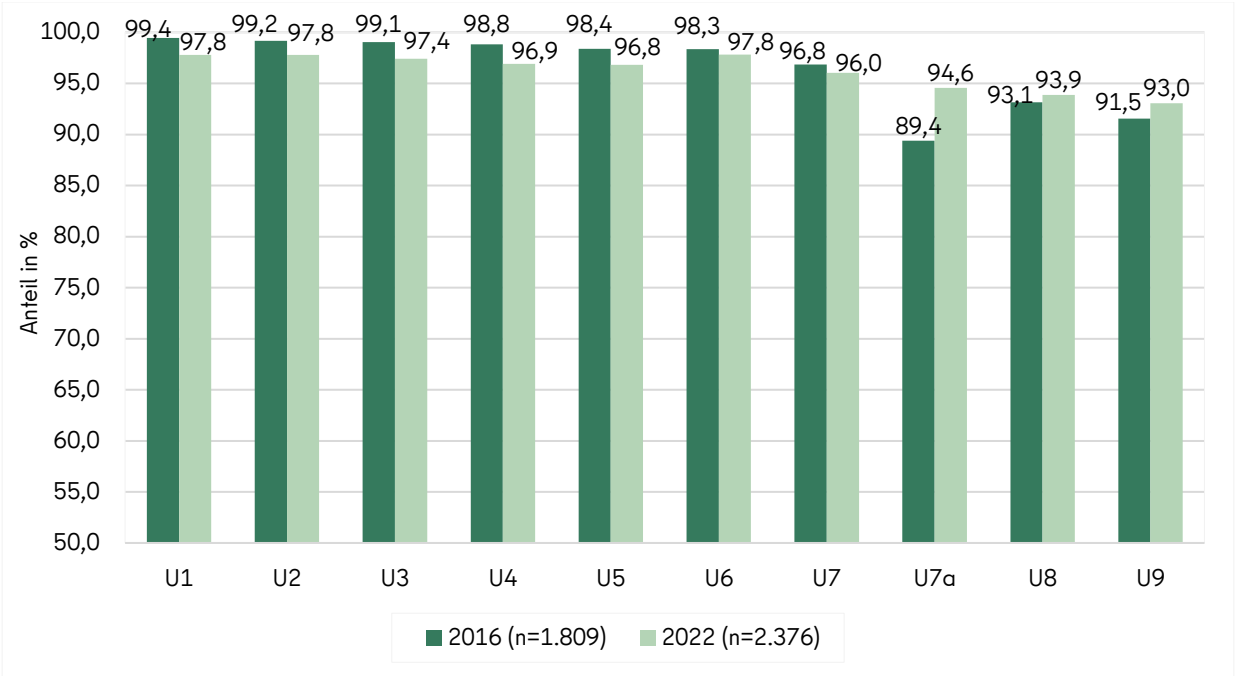
Von der Geburt bis zum sechsten Lebensjahr sind insgesamt zehn Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9, inkl. U7a) vorgesehen, die zu den Regelleistungen jeder gesetzlichen Krankenkasse gehören. Ziel dieser Untersuchungen ist es, möglichst frühzeitig gegebenenfalls vorhandene körperliche, geistige oder psychosoziale Entwicklungsauffälligkeiten bzw. Erkrankungen bei den Kindern zu erkennen, um rechtzeitig Gegenmaßnahmen einleiten zu können. Die Ergebnisse werden im Vorsorgeheft eingetragen und im Rahmen der ESU überprüft.

Mithilfe von Abbildung 9 werden die Inanspruchnahmequoten der einzelnen Vorsorgeuntersuchungen für die Untersuchungsjahre 2016 und 2022 dargestellt. Dabei wurden nur diejenigen Kinder in der Auswertung berücksichtigt, die in Deutschland geboren wurden und deren Eltern das Vorsorgeheft zur ESU vorgelegen konnten.

Während die Teilnahmequoten für die früheren Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U7) zwischen 2016 und 2022 gleichbleibend hoch waren, ist bei den späteren Vorsorgeuntersuchungen eine steigende Inanspruchnahme gegenüber dem früheren abgebildeten Schuljahrgang zu verzeichnen. So nahmen 2016 noch 91,5 % der Kinder an der U9 teil, während das 2022 93 % betraf.

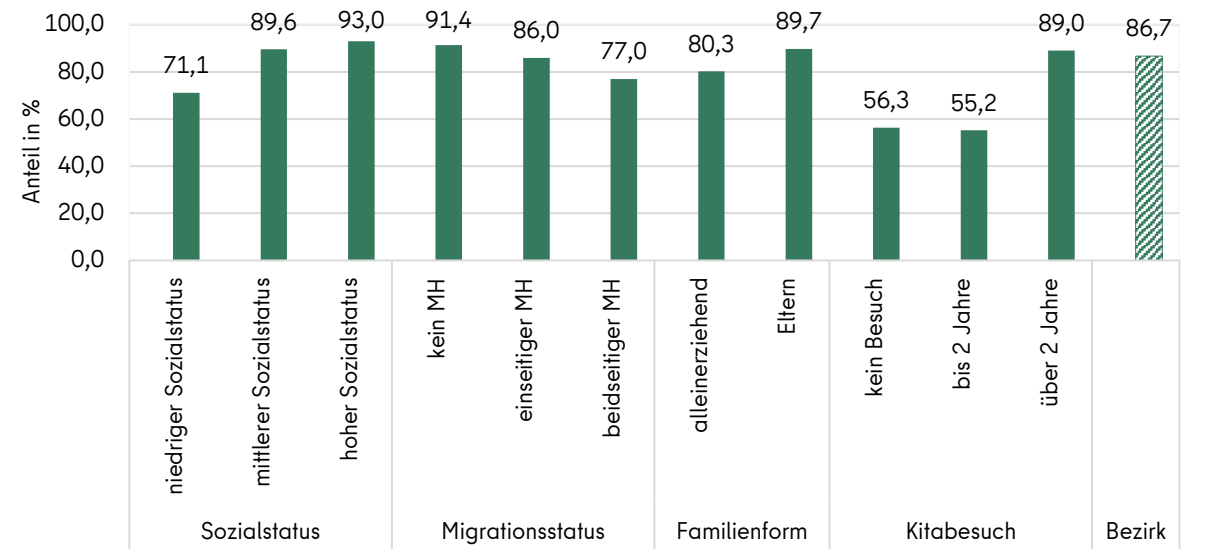
Gleichzeitig ist zu erkennen, dass die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen mit zunehmendem Alter der Kinder seltener von den Eltern wahrgenommen werden. So lag der Anteil an Einschülerinnen und Einschülern, die an der U9 teilnahmen bei 93 %, während dieser bei der U1 bei ca. 98 % lag.

Abbildung 9: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen 2016 und 2022 (in Deutschland geborene Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft in Prozent)



Eine Unterscheidung der Ergebnisse nach verschiedenen Indikatoren zeigt signifikante Abweichungen auf. So wiesen von den künftigen Erstklässlerinnen und Erstklässlern aus der niedrigen Sozialstatusgruppe sieben von zehn Kindern (71,1 %) ein vollständiges Vorsorgeheft auf, während Kinder mit mittlerem (89,6 %) oder hohem Sozialstatus (93,0 %) wesentlich häufiger eine vollständige Teilnahme nachweisen konnten. Auch unter den Einschülerinnen und Einschülern mit beidseitigem Migrationshintergrund nahm ein unterdurchschnittlicher Anteil (77,0 %) vollständig an den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U8 teil.

Abbildung 10: Vollständige U1 bis U8 (ohne U7a) nach Sozialstatus (286 fehlende Werte), Migrationsstatus (22 fehlende Werte), Familienform (109 fehlende Werte) und Kitabesuch (113 fehlende Werte) (Anteil der in Deutschland geborenen Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft an der jeweiligen Gruppe in Prozent; n=2.376)



6.1.2 **Impfstatus**

Impfungen gehören zu den effektivsten präventiven Maßnahmen, wobei der individuelle Impfschutz nicht nur zum eigenen, sondern auch zum Schutz der Allgemeinheit (Herdenimmunität) beiträgt[15]. Das gilt beispielsweise für Menschen, die aus bestimmten Gründen selbst keine Impfungen erhalten können (z.B. Schwangere). Bislang besteht in Deutschland keine generelle Impfpflicht. Allerdings gilt seit dem 01.03.2020 in Berlin das Masernschutzgesetz[16]. Laut diesem müssen alle Kinder, die eine Kita oder Schule besuchen, eine Masernimpfung vorweisen.

Maßgebend für den Umfang sowie den Zeitpunkt der empfohlenen Standardimpfungen im Kindesalter sind die Angaben der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO). Der Impfstatus des Kindes wird durch den KJGD mithilfe des Impfpasses, den die Eltern für die ESU gebeten werden mitzubringen, überprüft. Insgesamt wurde bei 472 Kindern (17,4 %) zum Untersuchungszeitpunkt keine Impfdokumentation durch die Eltern vorgelegt.

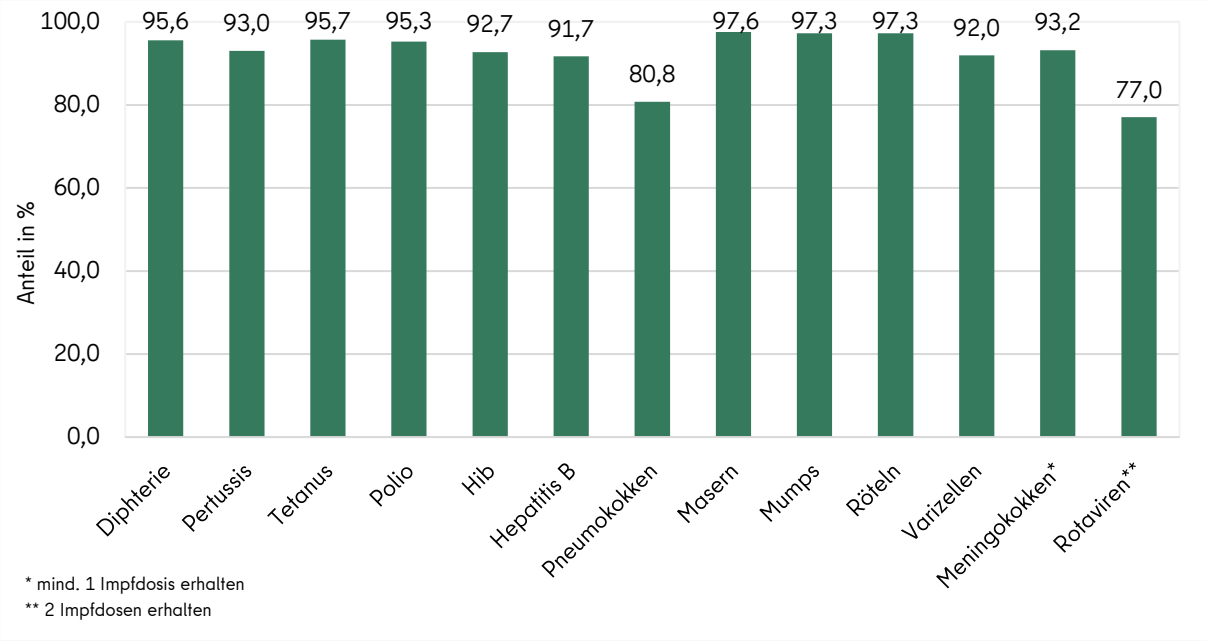
Lichtenberg ist ein Bezirk, der im Zeitverlauf kontinuierlich hohe Impfquoten bei den Einschülerinnen und Einschülern verzeichnen konnte. Die Impfquoten werden für das Einschulungsjahr 2022 in Abbildung 11 dargestellt. Am häufigsten waren die Kinder demnach gegen Masern (97,6 %), Mumps

[15] Vgl. Bundesärztekammer (2024)
[16] Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention

und Röteln (jeweils 97,3 %) immunisiert. Weitaus weniger häufig wurden die Impfungen gegen Pneumokokken (80,8 %) sowie Rotaviren (77,0 %) in Anspruch genommen.

Um einen vollständigen Impfschutz gegen Masern zu erzielen, ist es von Bedeutung, dass die zweite Impfdosis zeitgerecht verabreicht wird. Die STIKO empfiehlt diese im Alter von 15 bis 23 Monaten zu geben[17]. Von den 97,6 % der gegen Masern geimpften Kindern hatten 75,5 % die zweite Impfung zeitgerecht erhalten.

Abbildung 11: Vollständige Grundimmunisierung der Einschülerinnen und Einschüler (Kinder mit vorgelegtem Impfpass inkl. gesichert ungeimpfte Kinder ohne Impfdokumente (0,3 %; n=10) in Prozent; n=2.631)



6.2 Risikoverhalten

Das gesundheitsrelevante Risikoverhalten innerhalb der Familie wird anhand des Elternfragebogens eruiert. Dazu wird neben dem Konsum elektronischer Medien auch das Rauchverhalten der Eltern abgefragt. Beide Faktoren können Einfluss auf die Entwicklung sowie die Gesundheit des Kindes nehmen. Die hierzu gemachten Angaben der Eltern sind freiwillig.

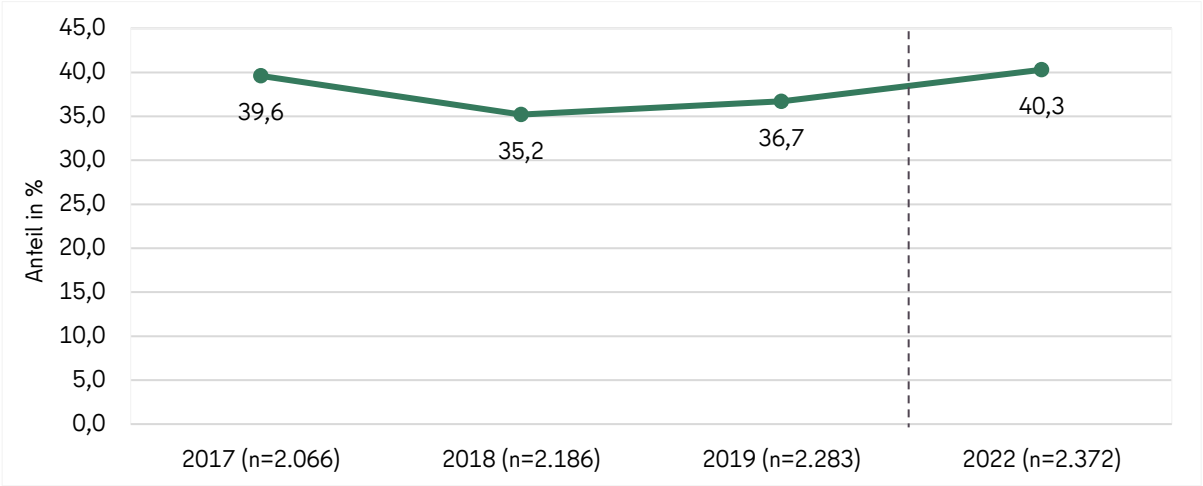
6.2.1 **Konsum elektronischer Medien**

Elektronische Medien, ob nun der Fernseher, der Computer oder das Smartphone, sind in der heutigen Zeit allgegenwärtig. Von diesem Einfluss sind auch Kinder nicht ausgenommen. Allerdings kann insbesondere im Kindesalter ein (übermäßiger) Medienkonsum Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung haben und damit indirekt auch die künftigen schulischen Leistungen des Kindes negativ beeinflussen[18]. Eltern nehmen beim Medienkonsum für ihre Kinder eine Vorbildfunktion ein. Neben der durchschnittlichen Dauer des täglichen Konsums elektronischer Medien wurde auch erfragt, ob dem Kind ein eigenes Gerät zur Nutzung zur Verfügung stand[19].

[17] Vgl. BzgA (2021)
[18] Vgl. Zemp, Bodenmann (2015), S. 13.
[19] Vgl. SenGPG (2017), S. 37 f.

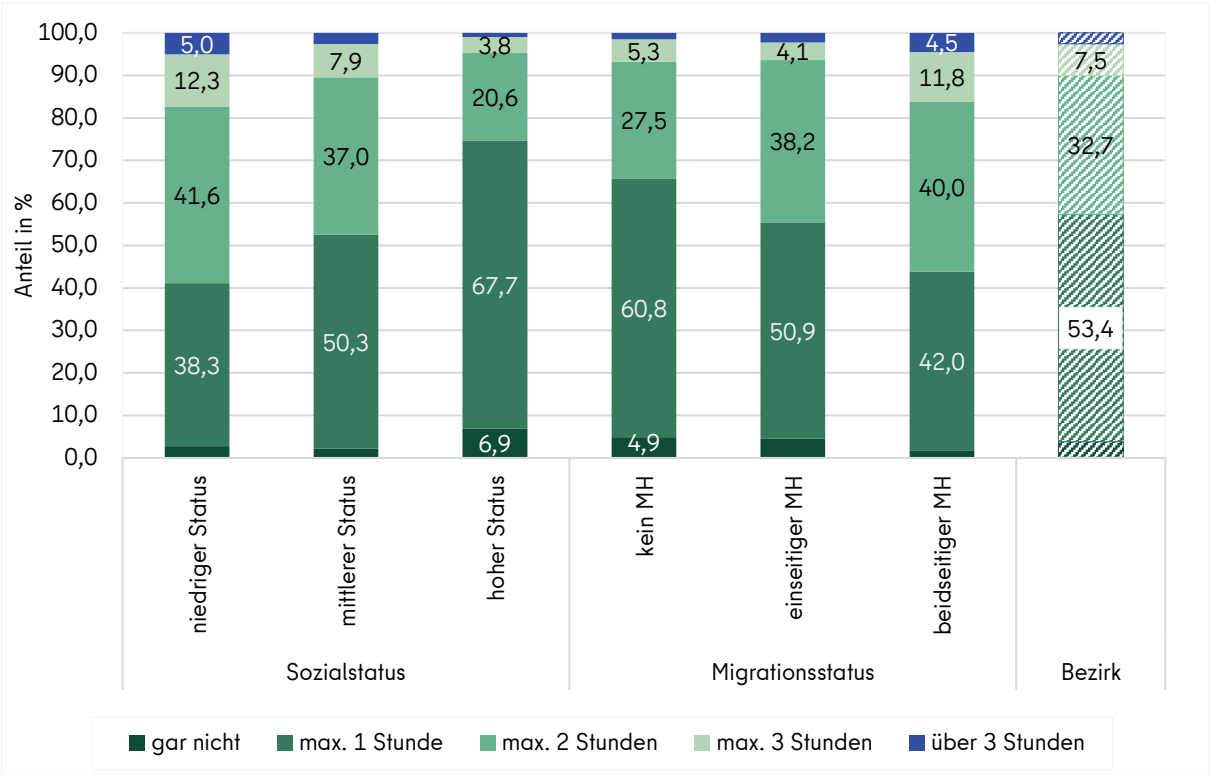
Die Frage zum Besitz eines eigenen elektronischen Geräts wurde im Elternfragebogen erstmals 2017 gestellt. Davor wurde erfragt, ob das Kind ein eigenes Fernsehgerät besaß, was jedoch im Vergleich zu anderen elektronischen Medien (Smartphone, Tablet, Spielkonsole usw.) zunehmend in den Hintergrund gerückt ist. Im Jahr 2022 besaßen vier von zehn Kindern ein eigenes elektronisches Gerät, was etwa dem Wert von 2017 entsprach (vgl. Abbildung 12).

Abbildung 12: Kinder mit eigenem elektronischen Gerät seit 2017 (Anteil in Prozent)



Jedes zweite Kind (53,4 %) konsumierte laut Angaben der Eltern durchschnittlich eine Stunde am Tag elektronische Medien. Etwa ein Drittel (32,7 %) verbrachten bis zu zwei Stunden pro Tag vor dem Gerät. Für über zwei Stunden täglich konsumierten etwa 10 % der Kinder elektronische Medien.

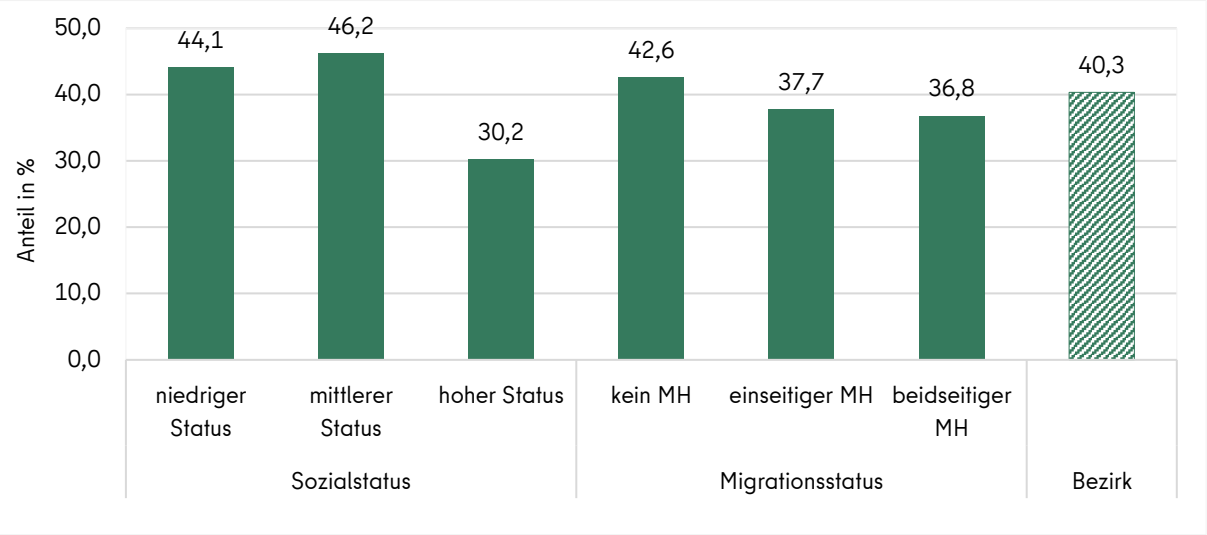
Abbildung 13: Täglicher Konsum elektronischer Medien der Kinder nach Sozialstatus (289 fehlende Werte) und Migrationsstatus (28 fehlende Werte) (in Prozent; n=2.767)



Kinder der niedrigen Sozialstatusgruppe bzw. mit beidseitigem Migrationshintergrund nutzten signifikant länger täglich elektronische Geräte als Kinder aus Familien mit hohem Status bzw. ohne Migrationshintergrund (vgl. Abbildung 13). So konsumierten ca. 17 % der Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus für mehr als zwei Stunden täglich elektronische Medien. Bei der Gruppe der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund traf das auf 16 % zu.

Der Besitz eines eigenen elektronischen Gerätes verleitet insbesondere im Kindesalter zu einem vermehrten Konsum. Darüber hinaus besteht für die Eltern auf diese Weise eine eingeschränktere Kontrollmöglichkeit über die Konsumdauer sowie die konsumierten Inhalte. Etwa ein Drittel der Kinder im Vorschulalter besaß demnach ein eigenes Gerät (vgl. Abbildung 14). Signifikante Unterschiede zeigten sich bei einer differenzierteren Betrachtung: In der Gruppe der Einschülerinnen und Einschüler mit niedrigem Sozialstatus verfügten laut Angaben der Eltern mehr als vier von zehn Kinder über ein eigenes Gerät, wohingegen das auf ca. 30 % der Kinder der hohen Sozialstatusgruppe zutraf. Auch Kinder ohne Migrationshintergrund waren etwas häufiger (42,6 %) im Besitz eines elektronischen Mediums als Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund (36,8 %).

Abbildung 14: Kinder mit eigenem elektronischen Gerät nach Sozialstatus (197 fehlende Werte) und Migrationsstatus (20 fehlende Werte) (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent; n=2.372)



6.2.2 **Rauchverhalten der Eltern**

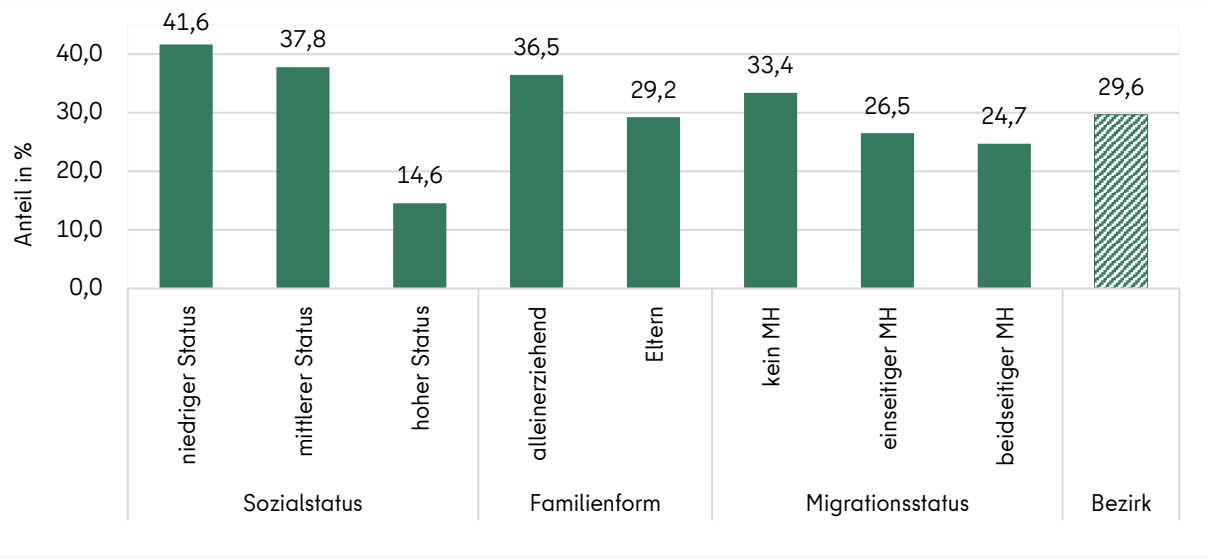
Wenn Eltern rauchen, sind deren Kinder oft dem Passivrauch ausgesetzt. Das kann sich besonders im Kindesalter auf die Gesundheit, beispielsweise die Entwicklung der Atemwege, negativ auswirken[20].

Der Anteil von Haushalten, in denen geraucht wurde, hat sich mit 29,6 % gegenüber dem Jahr 2016 um ca. 10 Prozentpunkte reduziert. Die differenzierte Auswertung (vgl. Abbildung 15) verdeutlicht, dass zwischen den Sozialstatusgruppen die größten Unterschiede bestanden: So gaben Eltern aus der niedrigen Sozialstatusgruppe fast drei Mal häufiger (41,6 %) an, dass in ihrem

[20] Vgl. BZgA (2023)

Haushalt geraucht wird als diejenigen aus der hohen Statusgruppe (14,6 %). Hingegen war in Familien ohne Migrationshintergrund die Quote von Rauchenden höher (33,4 %) als in Familien mit ein- oder beidseitigem Migrationshintergrund (26,5 % bzw. 24,7 %).

Abbildung 15: Familien mit mindestens einem rauchenden Elternteil nach Sozialstatus (282 fehlende Werte), Familienform (173 fehlende Werte) und Migrationsstatus (28 fehlende Werte) (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent; n=2.780)



7 Gesundheitszustand und Entwicklungsauffälligkeiten

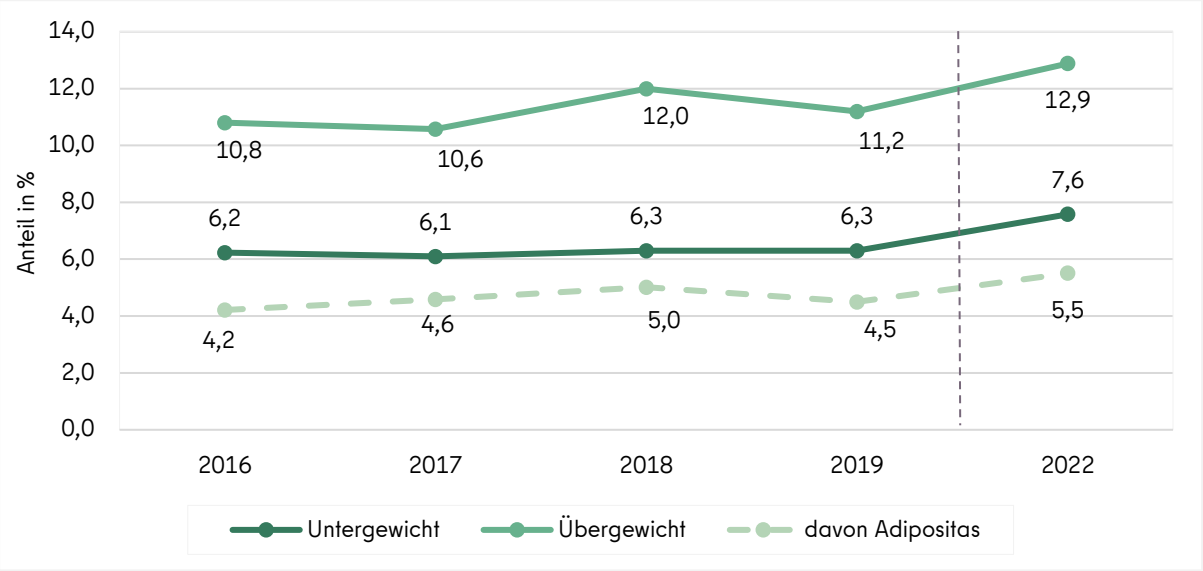
7.1 Körpergewicht

Das Körpergewicht wird mithilfe des BMI kategorisiert. Dazu werden Körpergröße und -gewicht des Kindes in Verbindung mit Alter und Geschlecht herangezogen[21]. Gerade Übergewicht im Kindesalter kann sich bis ins Erwachsenenalter negativ auf die Gesundheit auswirken[22].

In Abbildung 16 wird die Entwicklung des Körpergewichts dargestellt. Es ist zu erkennen, dass der Anteil von Kindern mit Übergewicht bzw. Adipositas im Zeitverlauf anstieg. Das traf ebenso auf den Anteil von untergewichtigen Kindern im Betrachtungszeitraum zu. Im Einschulungsjahr 2022 waren ca. 81 % der Einschülerinnen und Einschüler normalgewichtig. Mehr als jedes achte Kind hatte einen BMI-Wert oberhalb des Normbereichs. Als adipös galten 5,5 % der Kinder.

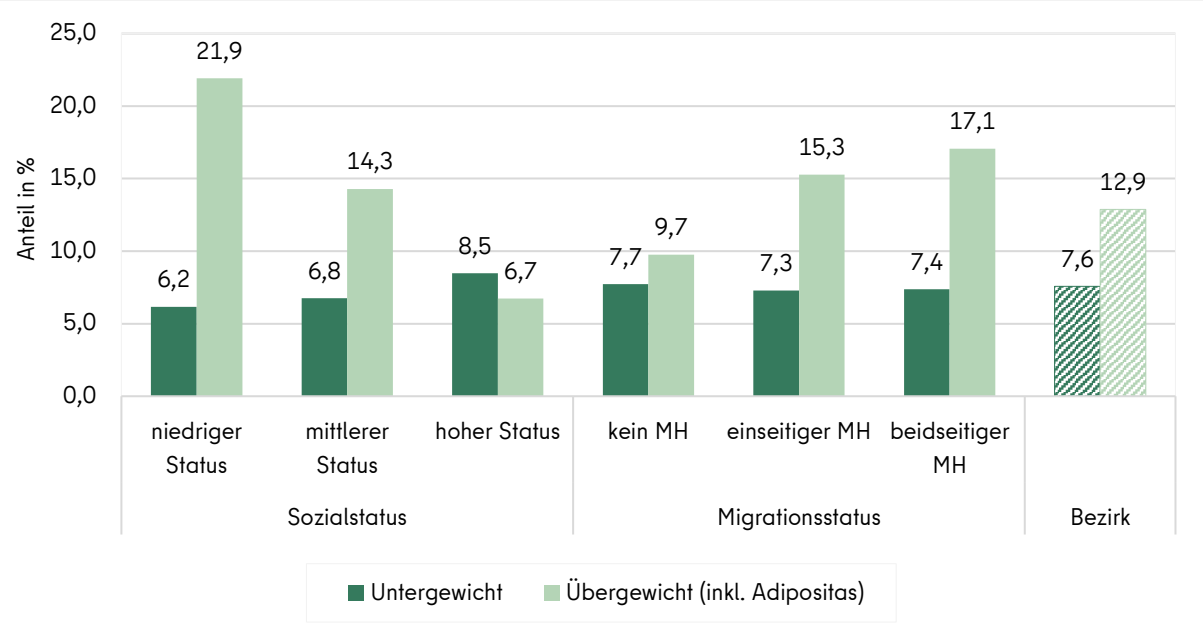
[21] Vgl. SenGPG (2017), S. 46 ff.
[22] Vgl. Pulgarón (2013), S. A28.

Abbildung 16: Anteil der Kinder mit Unter- bzw. Übergewicht seit 2016 (in Prozent)



Unterschiede traten bei der Differenzierung nach Sozialstatus insbesondere bei der Kategorie Übergewicht zutage (vgl. Abbildung 17). So waren Kinder aus der mittleren Sozialstatusgruppe mehr als doppelt so häufig (14,3 %) und Kinder aus der niedrigen Sozialstatusgruppe drei Mal so oft (21,9 %) übergewichtig wie diejenigen im hohen Sozialstatussegment (6,2 %). Im Vergleich zum Einschulungsjahr 2017 erhöhte sich der Anteil von Kindern mit Übergewicht in der niedrigen Statusgruppe um 4,3 Prozentpunkte, während der Zuwachs im hohen Sozialstatussegment 0,5 Prozentpunkten entsprach. Auch Kinder, die einen Migrationshintergrund aufwiesen, waren signifikant häufiger übergewichtig.

Abbildung 17: Kinder mit Unter- bzw. Übergewicht in Abhängigkeit von Sozialstatus (495 fehlende Werte) und Migrationsstatus (45 fehlende Werte) (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent; n=3.036)



7.2 Entwicklungsauffälligkeiten

Im Rahmen der ESU wird durch die Ärztinnen und Ärzte der Entwicklungsstand der Kinder in den Bereichen Motorik, Kognition und Sprache erhoben. Alle drei Aspekte sind wichtige Voraussetzungen für den schulischen Erfolg der Kinder.

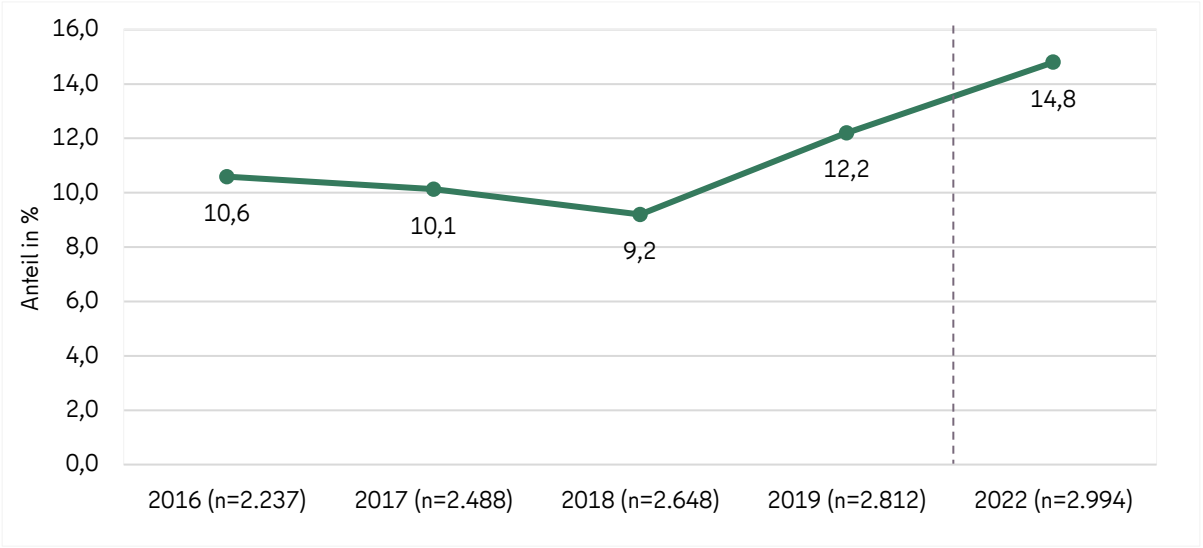
Die Testung erfolgt dabei standardisiert mithilfe des Screenings des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen (S-ENS) Manuals. Lediglich die Tests zur Überprüfung der Fähigkeiten zur Pluralbildung und des Mengenvorwissens entstammen dem Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS) Manual. Die emotional-soziale Entwicklung wird anhand der subjektiven Wahrnehmung durch die Pädiaterinnen und Pädiater erhoben.

Die Fähigkeiten der Kinder werden dann für jeden Test in die Kategorien „unauffällig", „grenzwertig" und „auffällig" eingeordnet. In den nachfolgenden Unterkapiteln werden ausschließlich diejenigen Kinder mit auffälligen Testresultaten näher betrachtet.

7.2.1 **Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung**

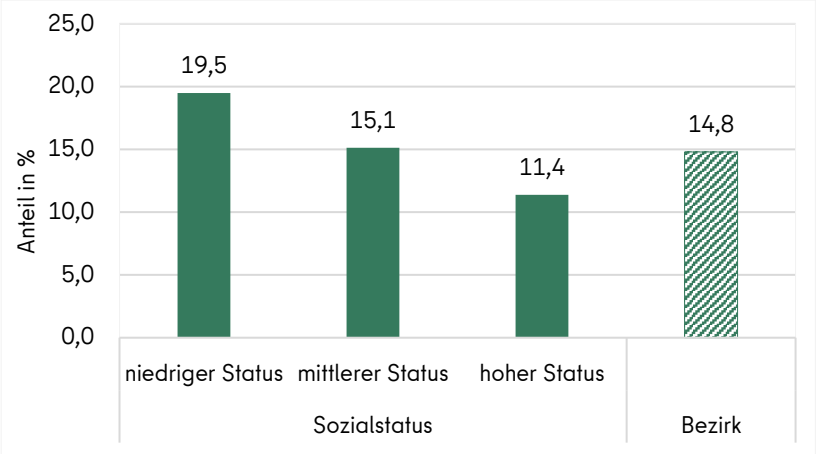
Der Screeningtest Körperkoordination überprüft die grobmotorischen Fähigkeiten der Vorschülerinnen und Vorschüler, während der Test zur Visuomotorik der Einschätzung der visuellen und visuomotorischen Fähigkeiten dient[23]. Im Zeitverlauf ist ein deutlicher Anstieg von auffälligen Testergebnissen bei der Körperkoordination zu verzeichnen. In Abbildung 18 ist zu erkennen, dass im Jahr 2022 etwa jedem siebten Kind Auffälligkeiten bescheinigt wurden, während das 2016 eines von zehn Kindern betraf.

Abbildung 18: Anteil der Kinder mit auffälligem Befund bei dem Test Körperkoordination seit 2016 (in Prozent)



[23] Vgl. Döpfner et al. (2005), S. 8.

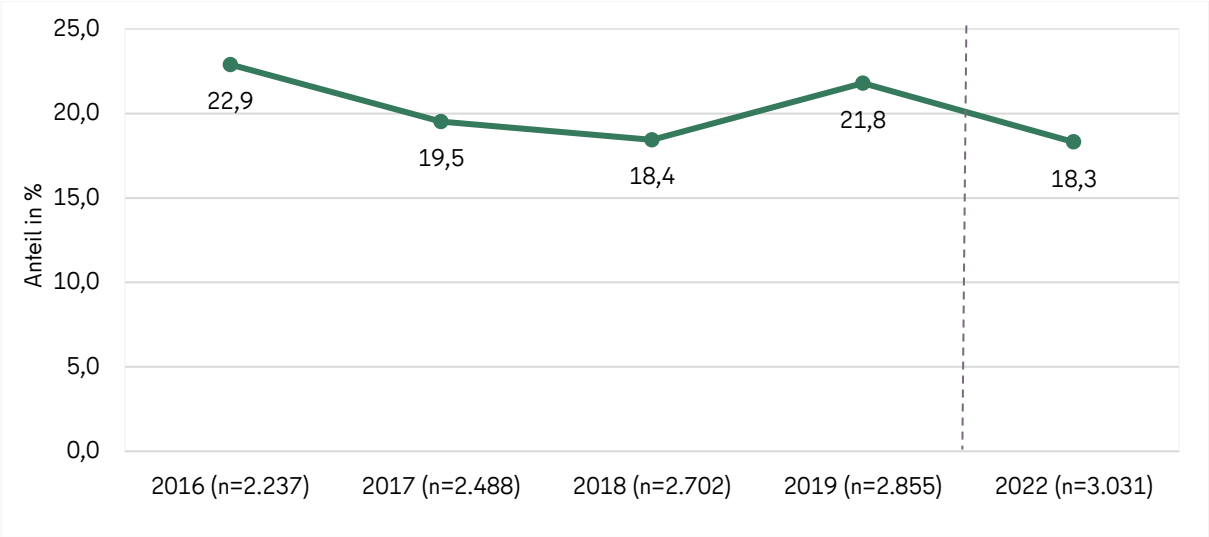
Abbildung 19: Kinder mit auffälligem Befund im Bereich Körperkoordination nach Sozialstatus (504 fehlende Werte) (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent; n=2.994)



Signifikante Unterschiede weist die Kategorisierung nach sozialer Lage (vgl. Abbildung 19) auf: Hier zeigten die Kinder der niedrigen Statusgruppe fast doppelt so häufig (19,5 %) Auffälligkeiten auf, wie Kinder des hohen Sozialstatussegments (11,4 %).

Beim Test zur Visuomotorik (vgl. Abbildung 20) lag der Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden im Jahr 2022 mit 18,3 % auf dem Niveau von 2018. Im Betrachtungszeitraum ist der Anteil von Kindern mit Auffälligkeiten in der Visuomotorik um ca. 5 Prozentpunkte zurückgegangen.

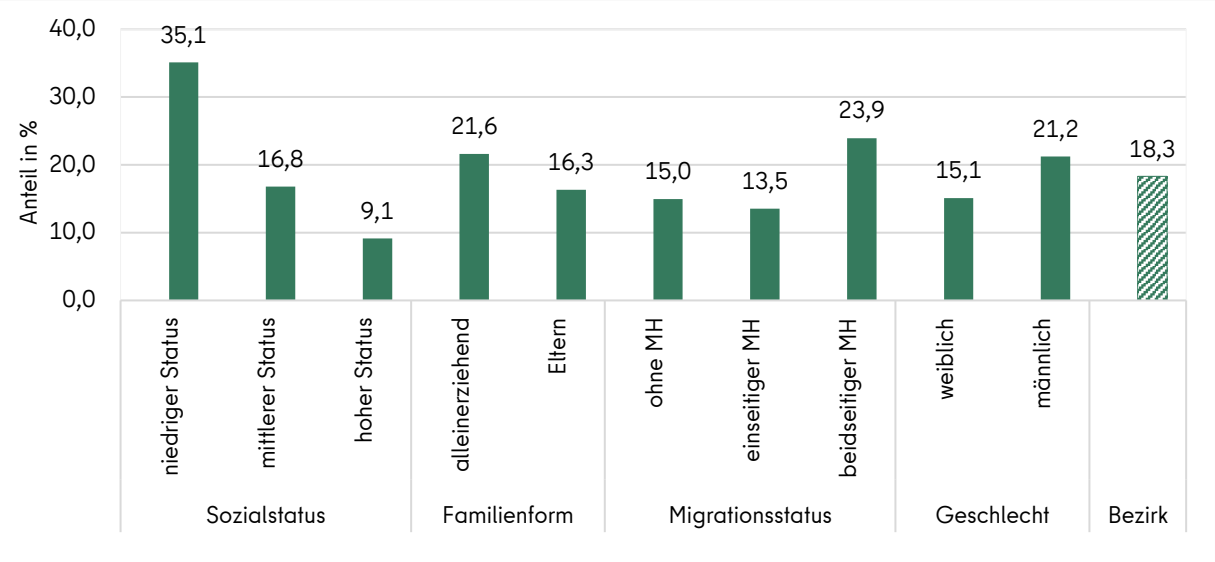
Abbildung 20: Anteil der Kinder mit auffälligem Befund bei dem Test Visuomotorik seit 2016 (in Prozent)



Bei den Testergebnissen zur Visuomotorik wiesen mehr als ein Drittel der Kinder mit niedrigem Sozialstatus Auffälligkeiten auf. Bei den künftigen Erstklässlerinnen und Erstklässlern mit mittlerem bzw. mit hohem Sozialstatus traf das auf ca. 17 % bzw. 9 % der Kinder zu. Im Vergleich zum Jahr 2018 war in der niedrigen Sozialstatusgruppe ein Zuwachs um fast 8 Prozentpunkte bei den Kindern mit auffälligen Testresultaten zu verzeichnen.

Signifikante Unterschiede in der Visuomotorik verdeutlichten sich auch bei der Differenzierung nach Geschlecht. Während bei den Mädchen etwa 15 % ein auffälliges Testergebnis erhielten, traf das bei den untersuchten Jungen auf 21 % zu. Ähnliche Quoten an auffälligen Befunden gab es bei Alleinerziehenden (21,6 %) im Vergleich zu Eltern (16,3 %) (vgl. Abbildung 21).

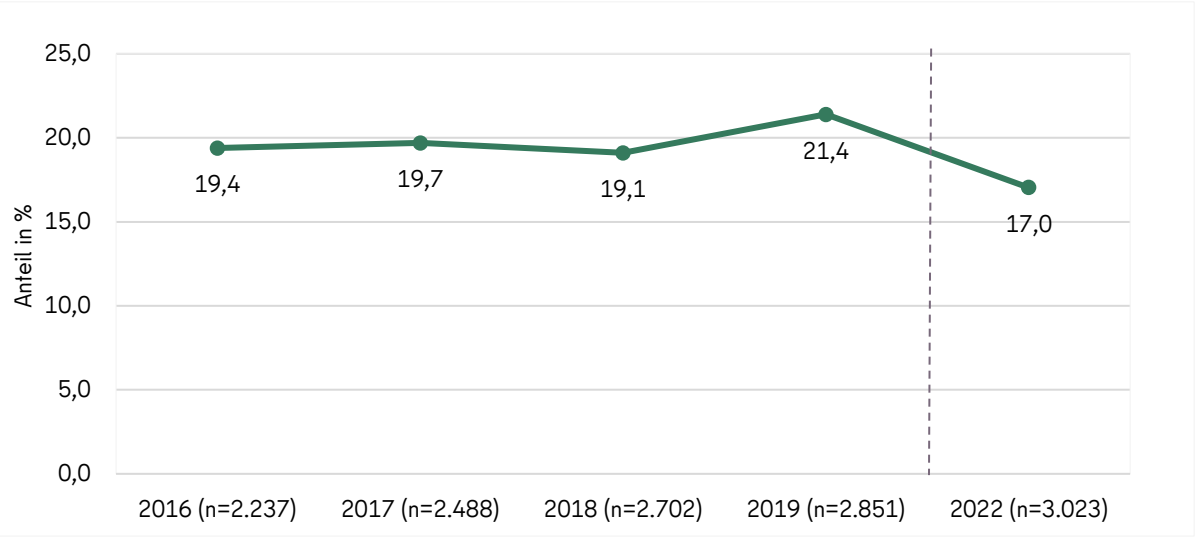
Abbildung 21: Kinder mit auffälligem Befund im Bereich Visuomotorik nach Sozialstatus (486 fehlende Werte), Migrationsstatus (43 fehlende Werte), Familienform (173 fehlende Werte) und Geschlecht (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent; n=3.031)



7.2.2 **Auffälligkeiten in der kognitiven Entwicklung**

Die kognitiven Fähigkeiten werden durch das S-ENS-Screeningverfahren zur visuellen Wahrnehmung sowie dem SOPESS-Test zum Mengenvorwissen überprüft. Während der Test zur visuellen Wahrnehmung neben visuellen auch schlussfolgernde Fähigkeiten testet, die zum „Lesen von Buchstaben- und Zahlenverbindungen“[24] dienen, fordert der Test zum Mengenvorwissen die mathematischen Vorläuferfähigkeiten der untersuchten Kinder[25]. Seit 2020 ist der SOPESS-Test „Zählen“ mit aufgenommen worden. Die Ausprägung der Vorläuferfähigkeiten bestimmt maßgeblich mit, wie schnell ein Kind in der Schule beispielsweise rechnen lernen kann[26].

Abbildung 22: Anteil der Kinder mit auffälligem Befund bei den Tests zur visuellen Wahrnehmung seit 2016 (in Prozent)

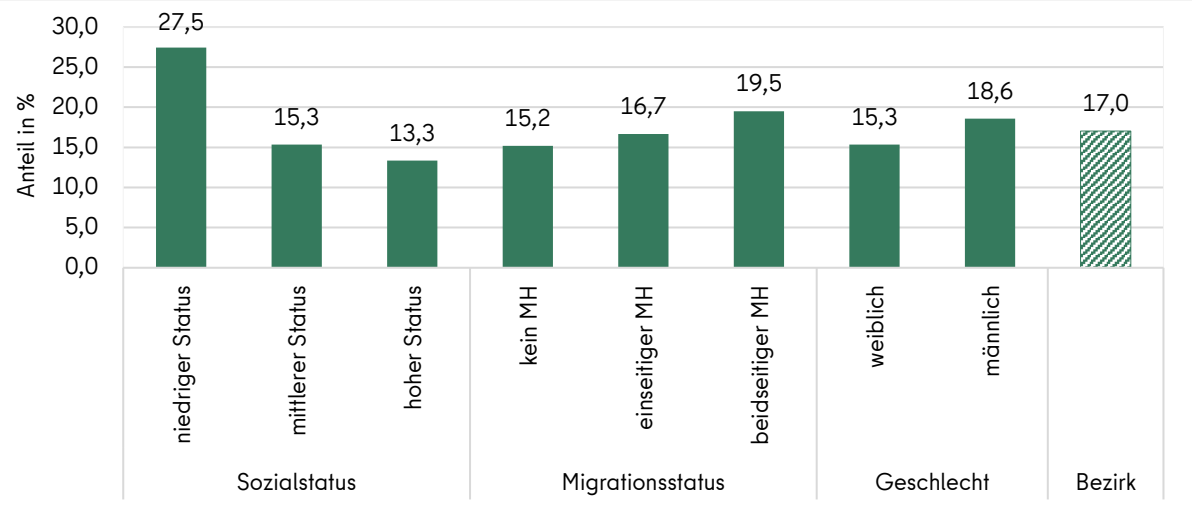


[24] Döpfner et al. (2005), S. 9.
[25] Vgl. Bettge, Oberwöhrmann (2017), S. 84.
[26] Vgl. Niklas (2017), S. 2.

Wie aus Abbildung 22 hervorgeht, lag beim Einschulungsjahrgang 2022 der Anteil an Kindern mit auffälligen Befunden beim Test zur visuellen Wahrnehmung etwas niedriger (17 %) als der Wert von 2016 (19,4 %).

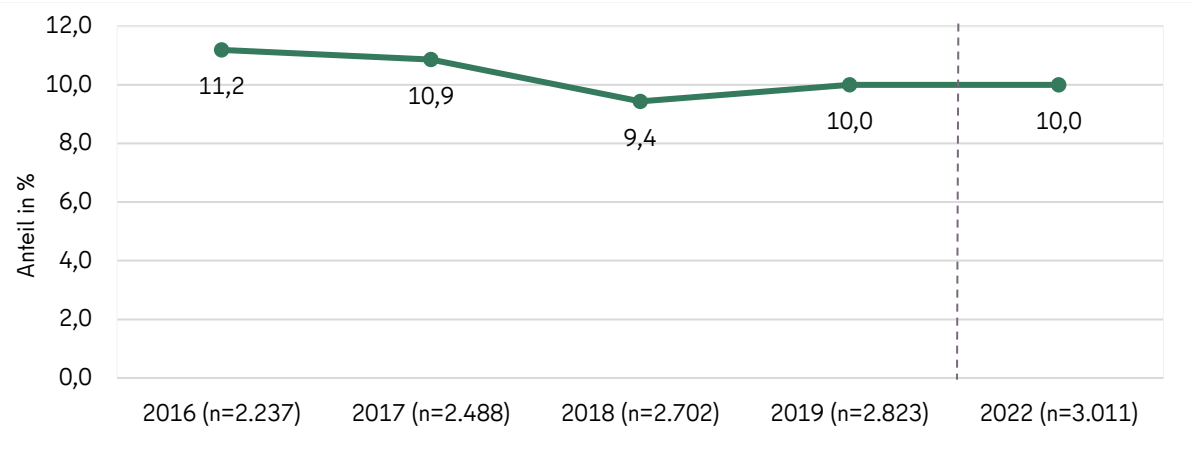
Wie im Screeningtest Visuomotorik wiesen Jungen auch bei der visuellen Wahrnehmung häufiger Defizite auf als gleichaltrige Einschülerinnen (vgl. Abbildung 23). Darüber hinaus waren die Unterschiede zwischen Kindern aus der niedrigen und hohen Sozialstatusgruppe stark ausgeprägt. Sie betrugen 14,2 Prozentpunkte.

Abbildung 23: Kinder mit auffälligem Befund im Bereich visuelle Wahrnehmung nach Sozialstatus (482 fehlende Werte), Migrationsstatus (43 fehlende Werte) und Geschlecht (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent; n=3.023)



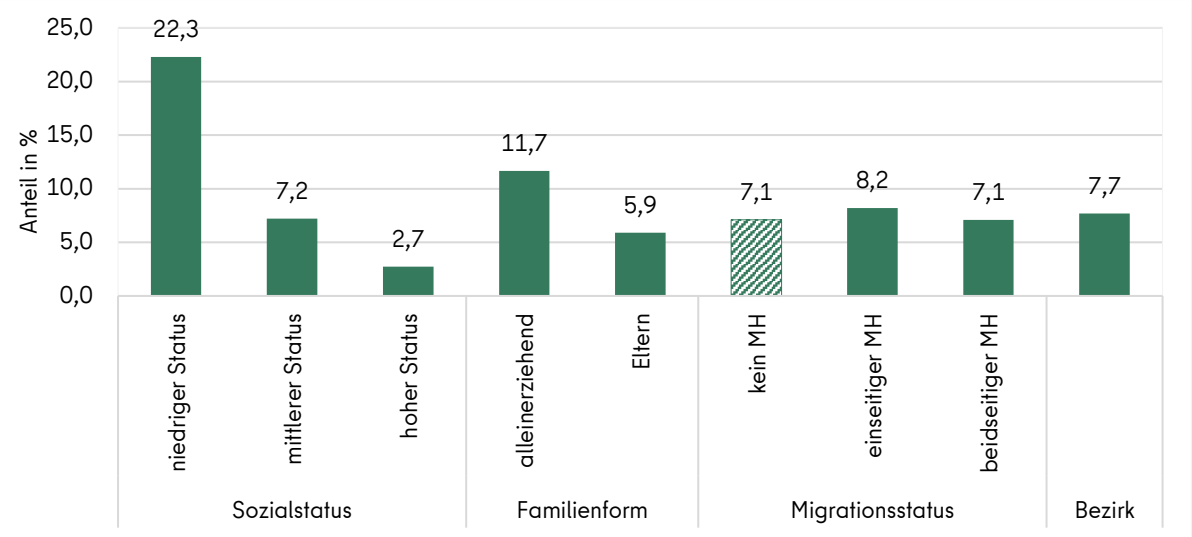
Beim Test zum Mengenvorwissen ist im Zeitverlauf keine größere Veränderung zu verzeichnen. Der Anteil an auffälligen Testergebnissen lag 2022 bei 10 %, wie bereits 2019 (vgl. Abbildung 24).

Abbildung 24: Anteil der Kinder mit auffälligem Befund bei den Tests zum Mengenvorwissen seit 2016 (in Prozent)



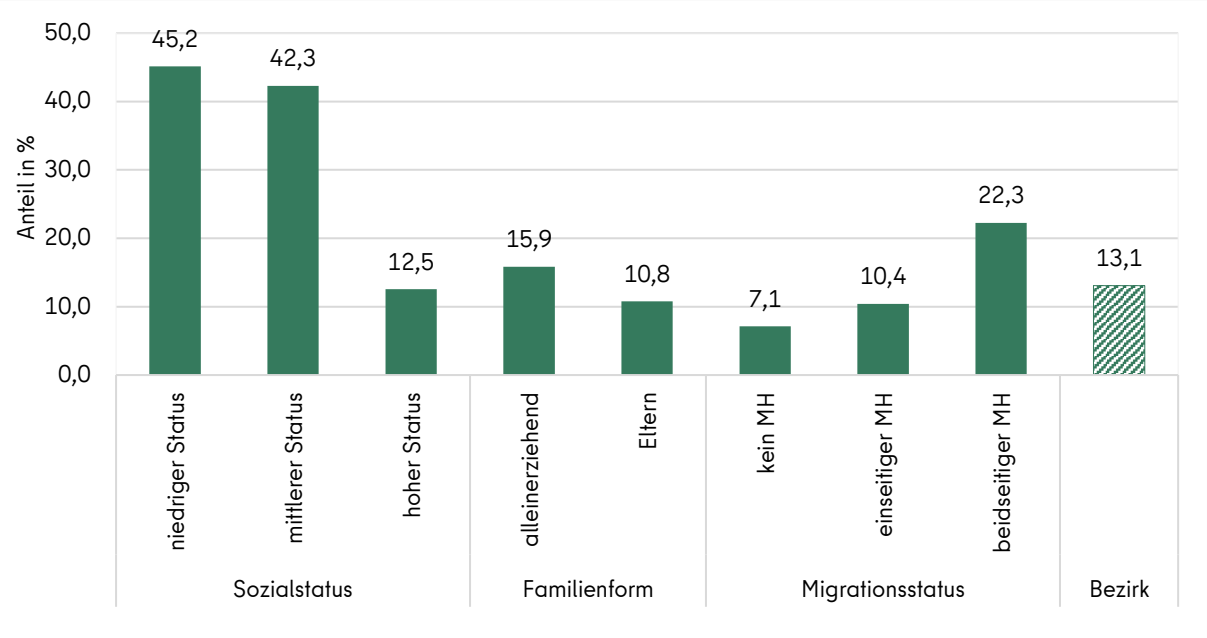
Dahingegen bestand ein deutlicher Unterschied bei der Differenzierung nach dem Sozialstatus der Kinder (vgl. Abbildung 25). So wiesen Vorschülerinnen und Vorschüler aus der niedrigen Sozialstatusgruppe signifikant häufiger (22,3 %) auffällige Testergebnisse auf als Kinder der hohen Statusgruppe (2,7 %).

Abbildung 25: Kinder mit auffälligem Befund im Bereich Mengenvorwissen nach Sozialstatus (222 fehlende Werte) und Familienform (88 fehlende Werte) (n=2.273)



Wie im Eingangskapitel erwähnt, wurde das Zählen als neue Untersuchungskategorie in die ESU aufgenommen. Bei diesem Entwicklungstest schnitten im Bezirk insgesamt 13,1 % der Kinder auffällig ab. Die Aufschlüsselung der Ergebnisse nach Kategorien verdeutlicht, dass die Aufgabe vor allem für Kinder aus dem niedrigen und mittleren Sozialstatussegment eine Herausforderung darstellte, da mehr als vier von zehn Kindern dieser Gruppen als auffällig befundet wurden (vgl. Abbildung 26). Darüber hinaus wiesen auch künftige Erstklässlerinnen und Erstklässler mit beidseitigem Migrationshintergrund drei Mal häufiger einen auffälligen Befund auf als Kinder ohne Migrationshintergrund.

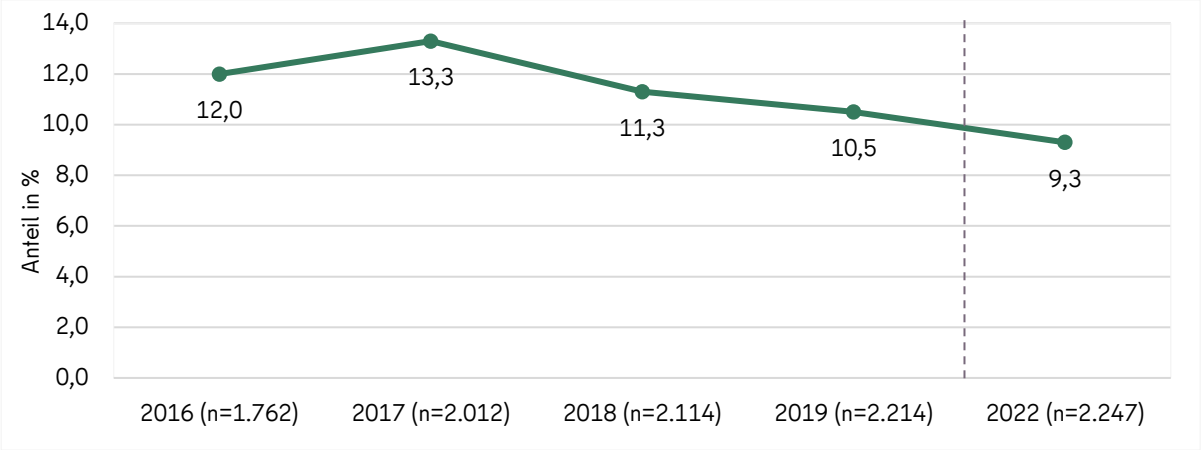
Abbildung 26: Kinder mit auffälligem Befund im Bereich Zählen nach Sozialstatus (477 fehlende Werte), Familienform (172 fehlende Werte) und Migrationsstatus (43 fehlende Werte) (n=3.006)



7.2.3 Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung

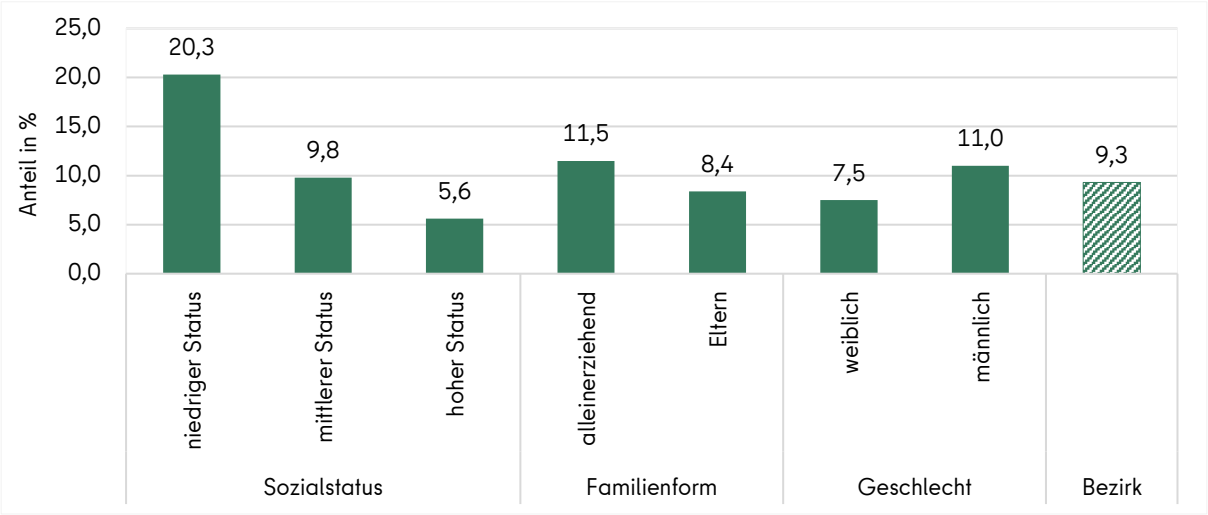
Zur Einschätzung der sprachlichen Entwicklung werden im Rahmen der ESU insgesamt fünf Screeningtests durchgeführt. Die sprachlichen Fähigkeiten sind für den Schulbesuch von besonderer Bedeutung und werden maßgeblich durch das Elternhaus geprägt. Insbesondere der Wortschatz sowie die Kenntnis von Buchstaben stellen relevante Vorläuferfähigkeiten für den Erwerb von Lese- und Rechtschreibkompetenzen in der Schule dar[27].

Abbildung 27: Anteil der Kinder mit auffälligem Befund im Bereich Pseudowörter nachsprechen seit 2016 (ohne Kinder ndH mit schlechteren als guten Deutschkenntnissen (in Prozent))



In der Auswertung der sprachlichen Entwicklungstests blieben Kinder nicht deutscher Herkunft unberücksichtigt, die schlechtere als gute Deutschkenntnisse aufwiesen[28]. Mithilfe von Abbildung 27 bis Abbildung 35 werden die Ergebnisse der sprachlichen Entwicklungstests differenziert dargestellt.

Abbildung 28: Kinder mit auffälligem Befund im Bereich Pseudowörter nachsprechen nach Sozialstatus (220 fehlende Werte), Familienform (85 fehlende Werte) und Geschlecht (ohne Kinder ndH mit schlechteren als guten Deutschkenntnissen (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent; n=2.247))

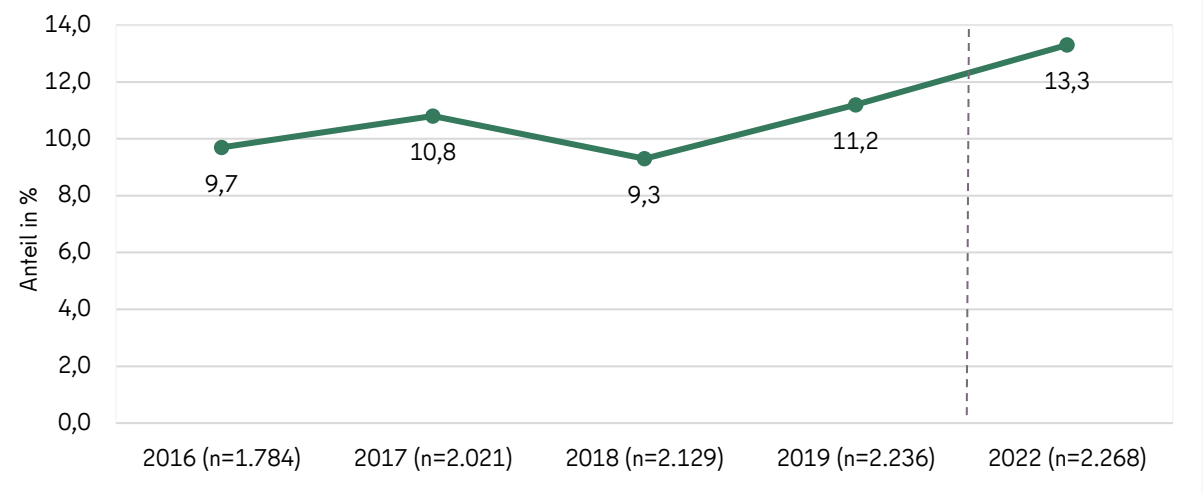


[27] Vgl. Niklas (2017), S. 5.

[28] Diese Kinder sind in der Normstichprobe des S-ENS Tests nicht enthalten, sodass sie im Rahmen dieser Auswertung ebenfalls nicht berücksichtigt wurden.

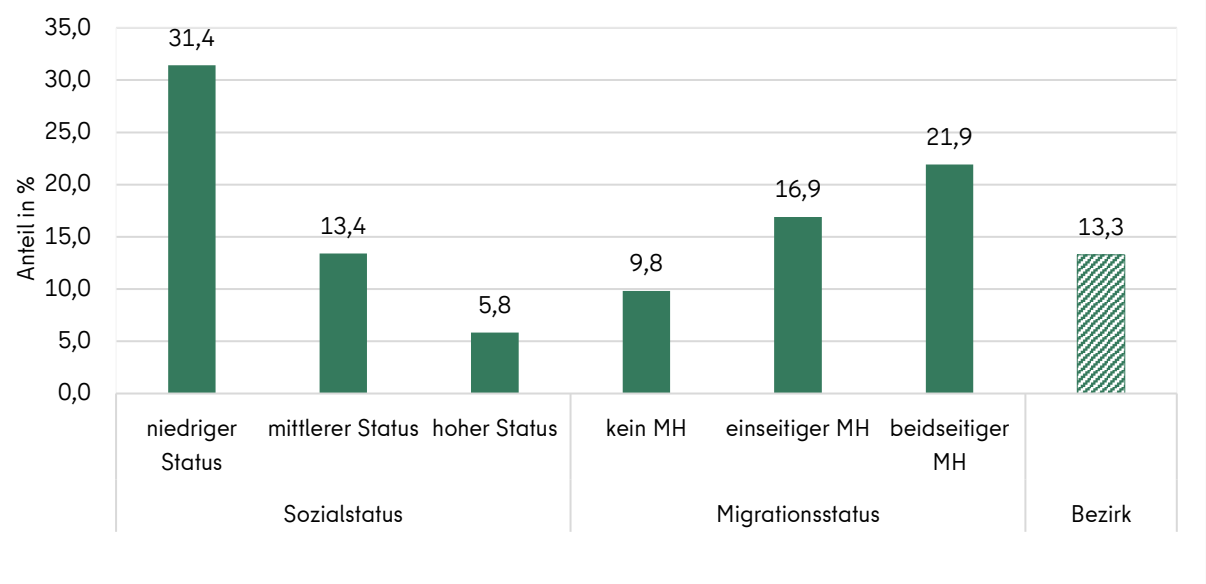
Im zeitlichen Verlauf betrachtet stieg der Anteil an Kindern mit Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung tendenziell an. In den Tests zur Artikulation (-5,4 Prozentpunkte) bzw. der Bildung von Pseudowörtern (-2,7 Prozentpunkte) lag der Anteil an auffälligen Ergebnissen unterhalb des Wertes von 2016. Besonders deutlich nahmen die auffälligen Befunde im Test Pluralbildung zu (+4,3 Prozentpunkte; vgl. Abbildung 33).

Abbildung 29: Anteil der Kinder mit auffälligem Befund im Bereich Wörter ergänzen seit 2016 (ohne Kinder ndH mit schlechteren als guten Deutschkenntnissen (in Prozent))



Bei den Tests Pseudowörter nachsprechen (vgl. Abbildung 28) und Artikulation (vgl. Abbildung 35) ließen sich signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede in den Testergebnissen feststellen, wobei Jungen bei allen Tests häufiger auffällig abschnitten als Mädchen desselben Jahrganges. Die größte Differenz bestand bei der Artikulation, wo diese ca. 8 Prozentpunkten entsprach.

Abbildung 30: Kinder mit auffälligem Befund im Bereich Wörter ergänzen nach Sozialstatus (219 fehlende Werte) und Migrationsstatus (39 fehlende Werte) (ohne Kinder ndH mit schlechteren als guten Deutschkenntnissen (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent; n=2.268))



Die Unterscheidung nach der Herkunft der Kinder offenbarte ebenfalls deutliche Abweichungen. In allen Sprachtests, außer der Artikulation gab es signifikant häufiger auffällige Testergebnisse bei den Kindern mit Migrationshintergrund als ohne Migrationshintergrund.

Abbildung 31: Anteil der Kinder mit auffälligem Befund im Bereich Sätze nachsprechen seit 2016 (ohne Kinder ndH mit schlechteren als guten Deutschkenntnissen (in Prozent))

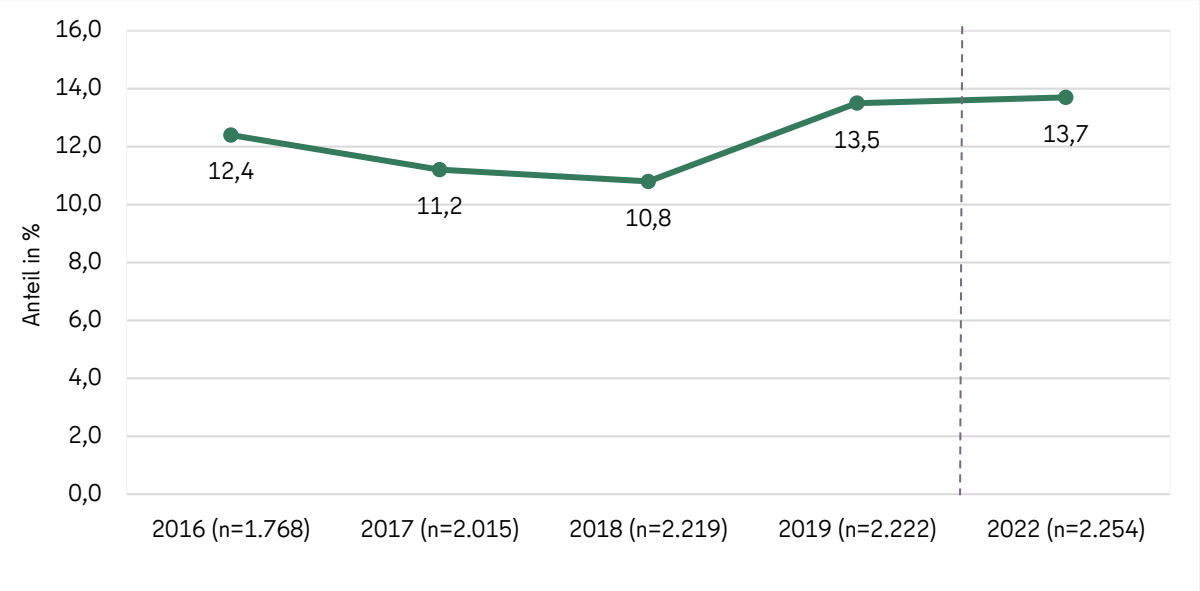
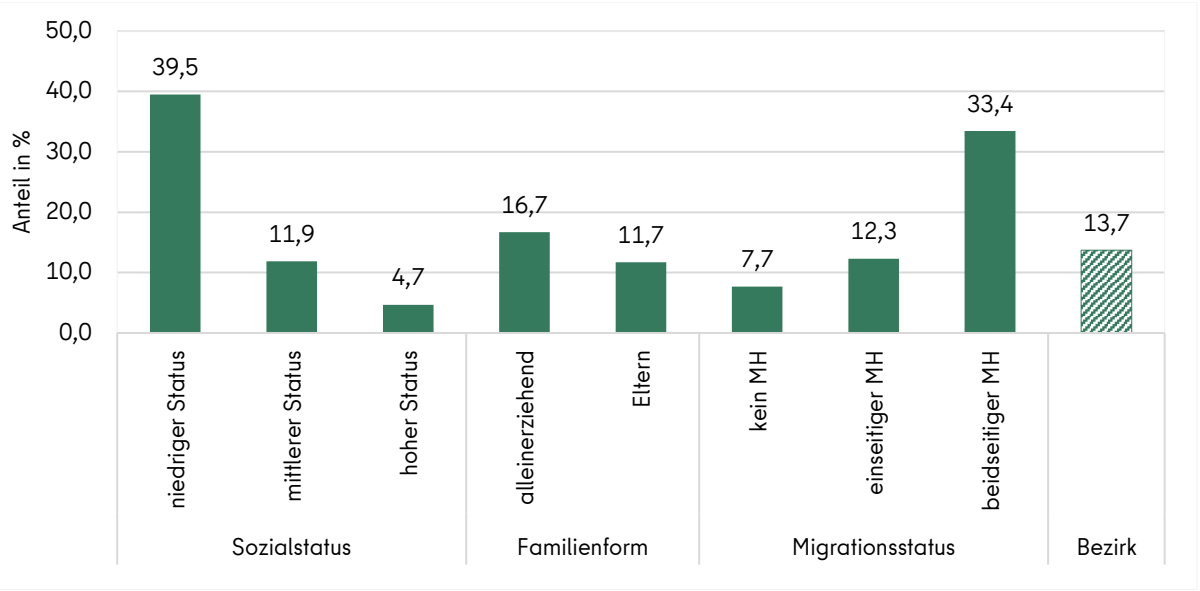
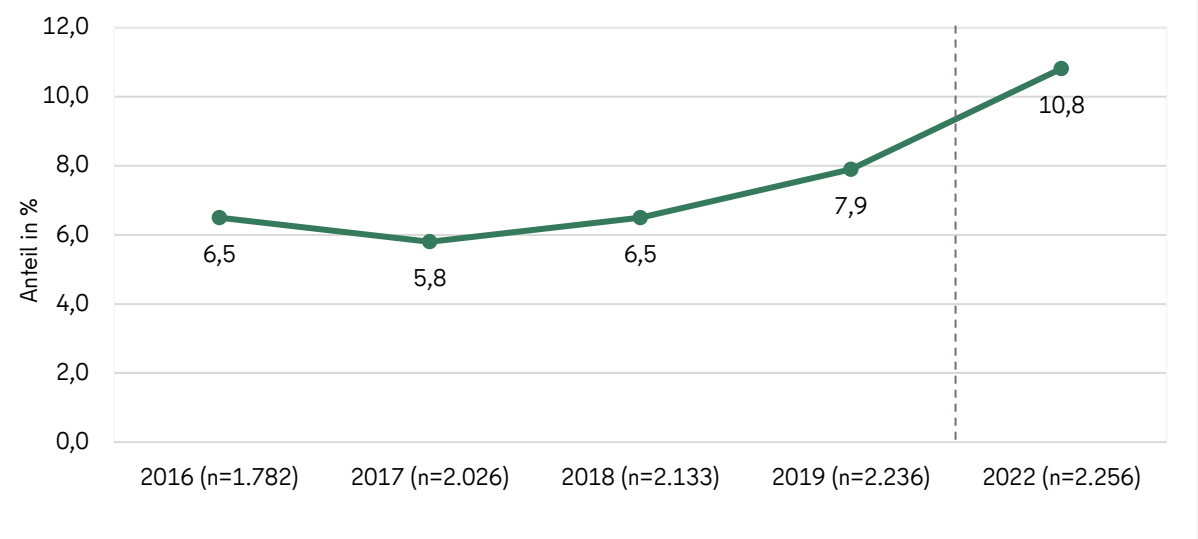


Abbildung 32: Kinder mit auffälligem Befund im Bereich Sätze nachsprechen nach Sozialstatus (217 fehlende Werte), Familienform (84 fehlende Werte) und Migrationsstatus (38 fehlende Werte) (ohne Kinder ndH mit schlechteren als guten Deutschkenntnissen (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent; n=2.254))



Auch die Differenzierung nach der familiären Konstellation offenbarte (abgesehen von der Artikulation und dem Ergänzen von Wörtern), im Rahmen der sprachlichen Entwicklungstests signifikant häufigere Befunde bei Kindern aus Alleinerziehenden-Haushalten gegenüber Einschülerinnen und Einschülern, die mit beiden Eltern im Haushalt zusammenlebten. Am deutlichsten wurden diese Unterschiede beim Nachsprechen von Sätzen (vgl. Abbildung 34), bei dem die Ärztinnen und Ärzte Kindern aus Ein-Eltern-Familien häufiger (16,7 %) eine Auffälligkeit bescheinigten als denjenigen, die mit beiden Eltern zusammen lebten (11,7 %).

Abbildung 33: Anteil der Kinder mit auffälligem Befund im Bereich Pluralbildung seit 2016 (ohne Kinder ndH mit schlechteren als guten Deutschkenntnissen (in Prozent))



Die Analyse der Resultate nach Sozialstatusgruppen zeigte über alle Tests hinweg ein einheitliches Gefälle: So erhielten Kinder aus der hohen Sozialstatusgruppe signifikant seltener auffällige Testergebnisse als Kinder aus der mittleren bzw. niedrigen Gruppe. Insbesondere bei den Tests Wörter ergänzen sowie Sätze nachsprechen waren die Unterschiede besonders gravierend (vgl. Abbildung 30 und Abbildung 32). Während unter den Vorschülerinnen und Vorschülern der niedrigen Sozialstatusgruppe fast jedes dritte (Wörter ergänzen) bzw. vierte (Sätze nachsprechen) Kind als auffällig galt, traf das in der oberen Sozialstatusgruppe auf ca. 5 % (Sätze nachsprechen) bzw. 6 % (Wörter ergänzen) der künftigen Erstklässlerinnen und Erstklässler zu.

Abbildung 34: Anteil der Kinder mit auffälligem Befund im Bereich Pluralbildung nach Sozialstatus (215 fehlende Werte), Familienform (83 fehlende Werte), und Migrationsstatus (38 fehlende Werte) (ohne Kinder ndH mit schlechteren als guten Deutschkenntnissen (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent; n=2.256))

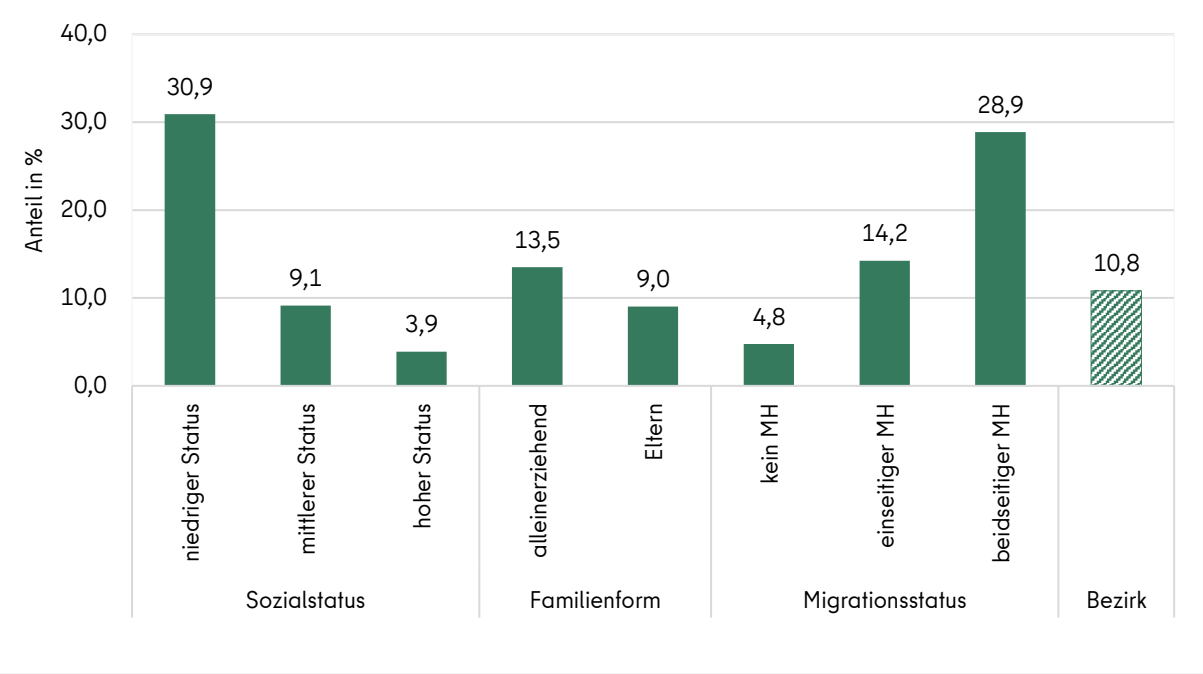


Abbildung 35: Anteil der Kinder mit auffälligem Befund im Bereich Artikulation seit 2016 (ohne Kinder ndH mit schlechteren als guten Deutschkenntnissen (in Prozent))

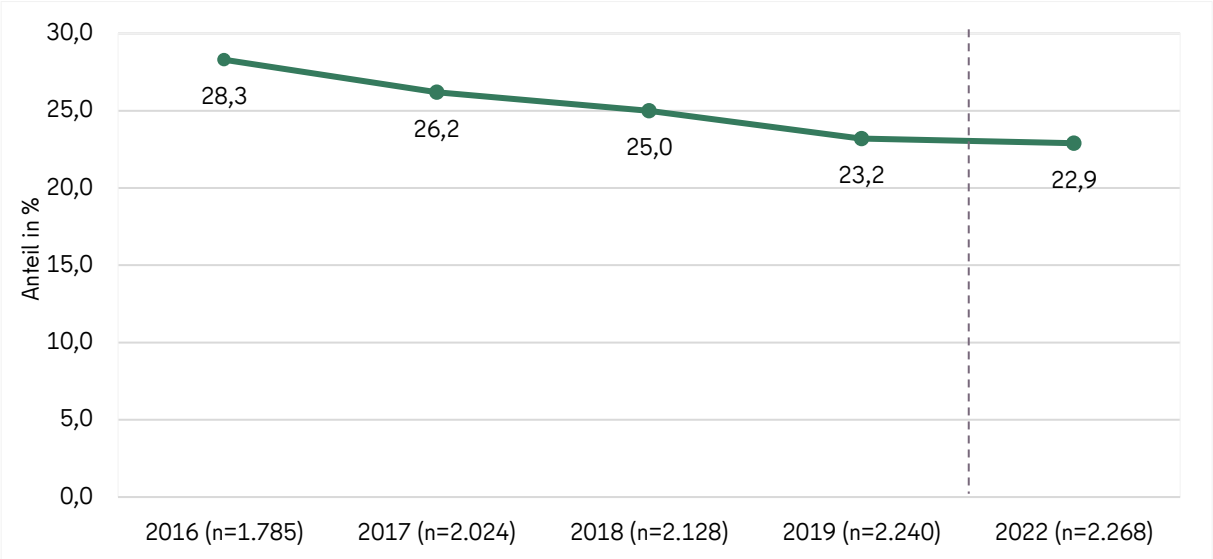
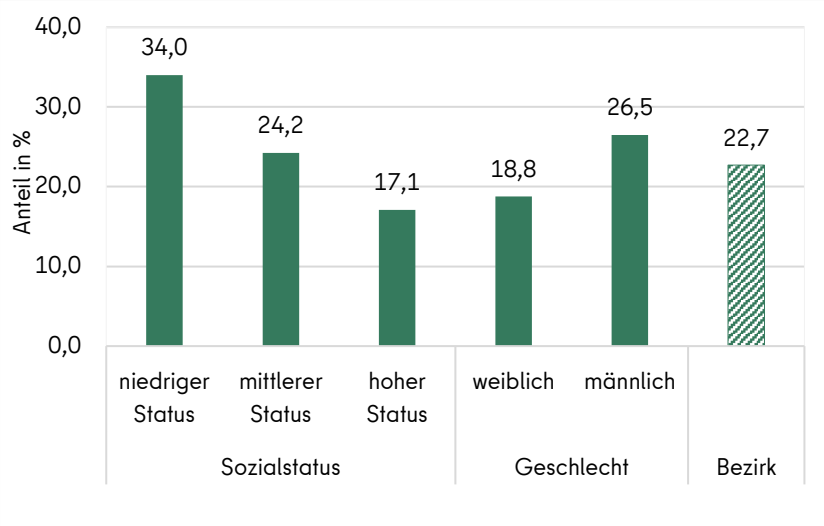


Abbildung 36: Kinder mit auffälligem Befund im Bereich Artikulation nach Sozialstatus (218 fehlende Werte) und Geschlecht (ohne Kinder ndH mit schlechteren als guten Deutschkenntnissen (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent; n=2.268))

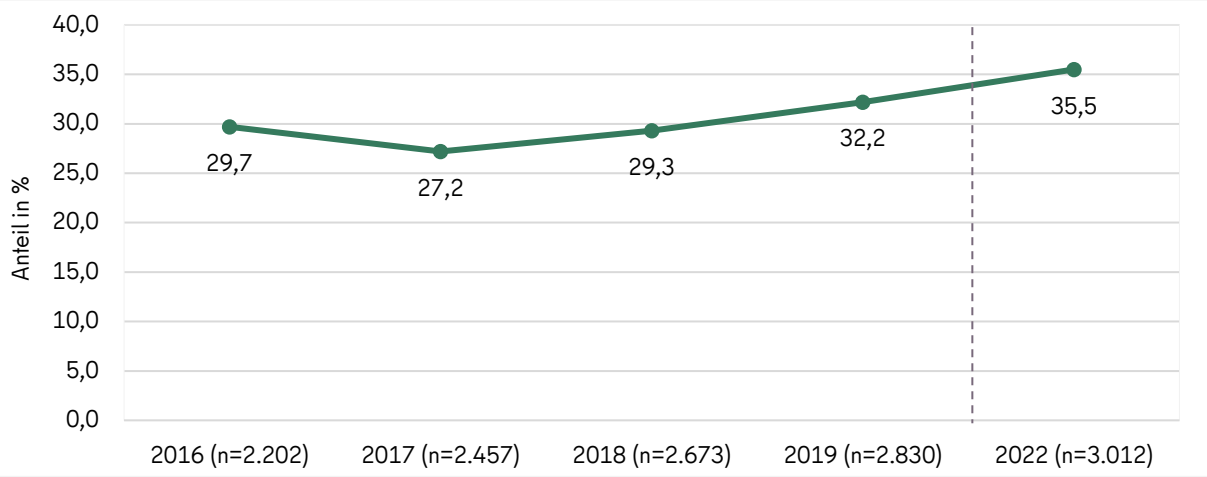


Der Indikator „Sprachdefizite“ kombiniert die Testergebnisse zum Nachsprechen von Sätzen mit den Deutschkenntnissen bei Kindern ndH, um folgende Kindergruppen zu erfassen:

- deutsche Kinder mit auffälligen Testergebnissen bei dem Test „Sätze nachsprechen“,
- Kinder ndH mit guten Deutschkenntnissen aber auffälligen Ergebnissen beim „Sätze nachsprechen“,
- sowie nicht deutsche Kinder mit unzureichenden Deutschkenntnissen.

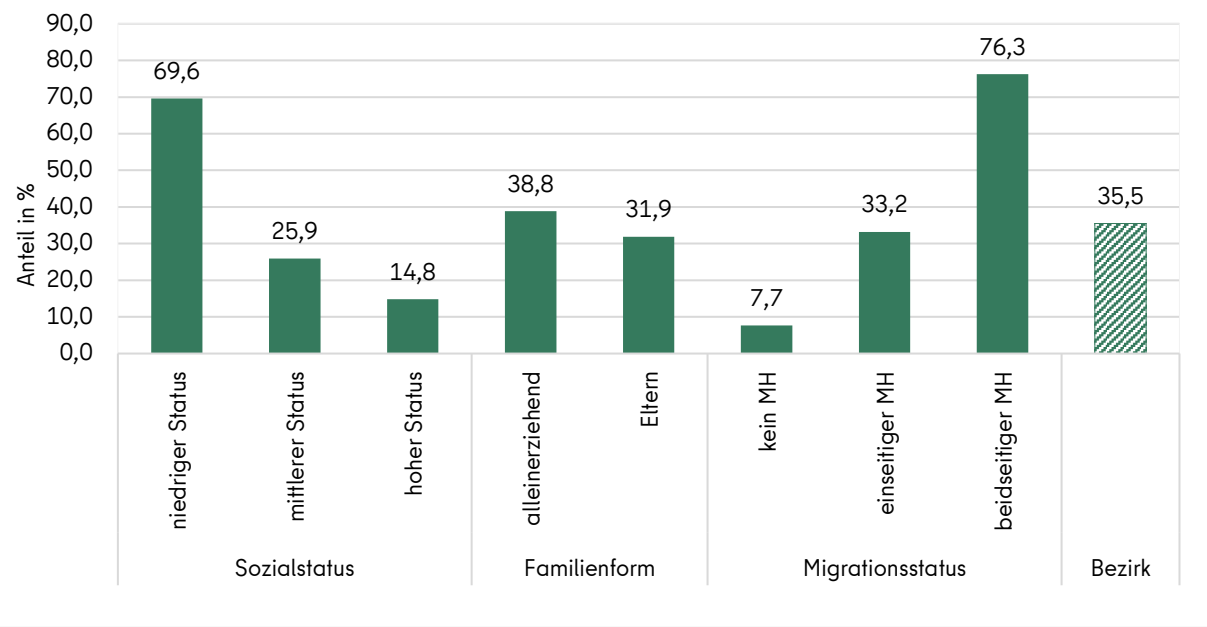
Der Anteil von Kindern, der bei dem Indikator Sprachdefizite als auffällig eingestuft wurde, stieg im Betrachtungszeitraum an (vgl. Abbildung 37) und betrug im Jahr 2022 35,5 %, das entsprach ca. 6 Prozentpunkten mehr als im Jahr 2016.

Abbildung 37: Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten im Zeitverlauf seit 2016 (in Prozent)



Im Zusammenhang mit den vorhergehenden Ergebnissen ist es nicht verwunderlich, dass vor allem Kinder, die der niedrigen Sozialstatusgruppe zugeordnet wurden, besonders häufig (69,6 %) Sprachdefizite aufwiesen (vgl. Abbildung 38). Das traf ebenso auf Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund zu. Deutlich geringer aber dennoch signifikant waren die Unterschiede nach der Familienkonstellation.

Abbildung 38: Kinder mit Sprachdefiziten nach Sozialstatus (484 fehlende Werte), Familienform (171 fehlende Werte) und Migrationsstatus (36 fehlende Werte) (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent; n=3.012)



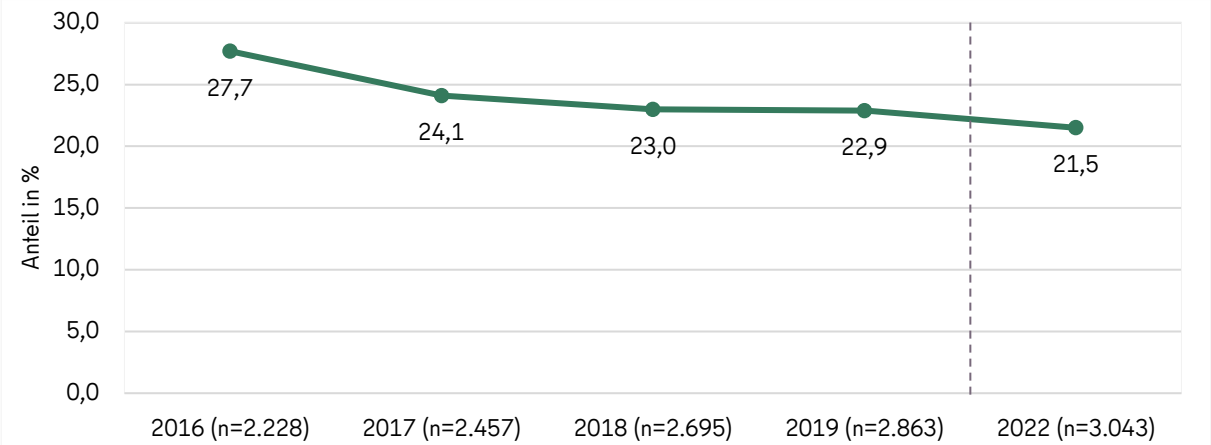
7.2.4 **Auffälligkeiten in der emotional-sozialen Entwicklung**

Wie in den anderen Entwicklungsfeldern beeinflusst das familiäre und soziale Umfeld mit seinen vielfältigen Facetten auch die emotional-soziale Entwicklung der Kinder[29]. Dieser Teil der kindlichen Entwicklung wird im Rahmen der ESU auf Grundlage des Verhaltens während der gesamten Untersuchung des Kindes durch die Ärztin bzw. den Arzt eingeschätzt.

[29] Vgl. Lohaus, Vierhaus (2015), S. 273 ff.

Im Vergleich zu den vorhergehenden Jahren war der Anteil an emotional-sozial auffälligen Kindern rückläufig (vgl. Abbildung 39). Hiervon war etwa jedes vierte Kind (21,5 %) des Jahrgangs betroffen.

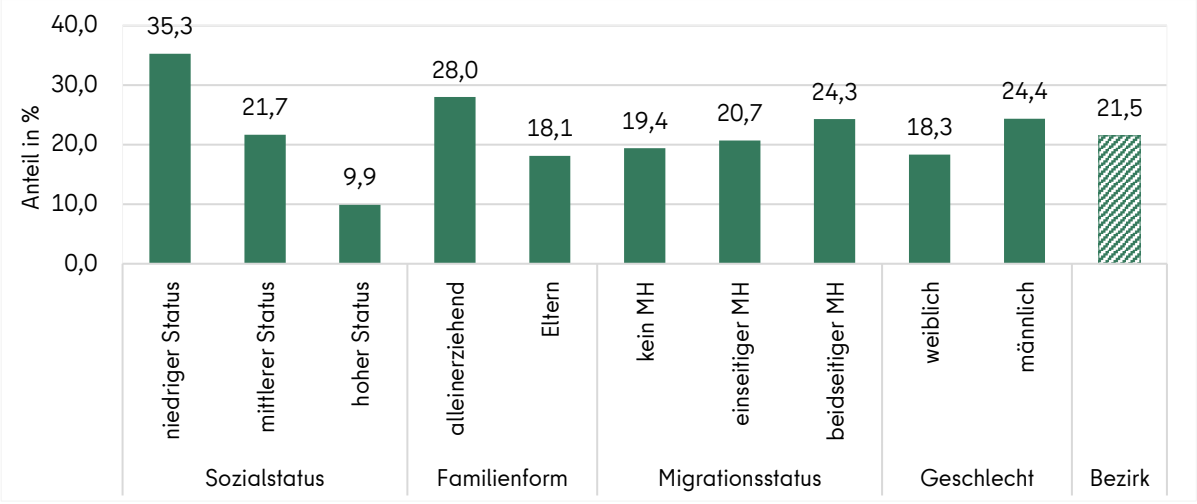
Abbildung 39: Anteil der Kinder mit auffälligem Befund im Bereich emotional-soziale Entwicklung seit 2016 (in Prozent)



Im Bereich der emotional-sozialen Entwicklung waren männliche Einschüler signifikant häufiger auffällig als weibliche (vgl. Abbildung 40).

Die Differenzierung nach dem Sozialstatus zeigte, dass bei der niedrigen Sozialstatusgruppe der Anteil an Kindern mit emotional-sozial auffälligem Verhalten mehr als drei Mal höher war als bei Kindern der hohen Statusgruppe. Unter den Einschülerinnen und Einschülern, die mit einem Elternteil aufwuchsen, wurde bei mehr als jedem vierten Kind Auffälligkeiten festgestellt. Das betraf bei Kindern, die mit beiden Eltern zusammenlebten etwa jedes fünfte Kind.

Abbildung 40: Kinder mit auffälligem Befund im Bereich emotional-soziale Entwicklung nach Sozialstatus (495 fehlende Werte), Familienform (178 fehlende Werte), Migrationsstatus (42 fehlende Werte) und Geschlecht (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent; n=3.043)



8 Förderempfehlungen

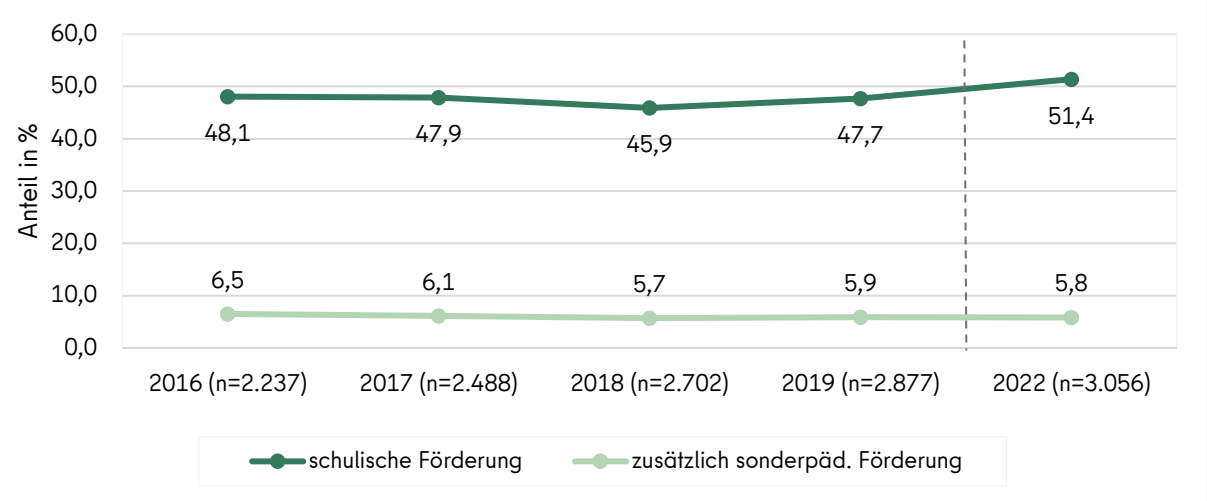
Eine Förderempfehlung kann für die Bereiche der schulischen sowie sonderpädagogischen Förderung ausgesprochen werden. Wenn ein Kind in einem oder mehreren Entwicklungsscreening-Tests

als auffällig eingestuft wurde, wird im Regelfall in einem bzw. mehreren Bereichen eine Empfehlung für die schulische Förderung ausgesprochen. Eine Ausnahme besteht, wenn die Ärztin bzw. der Arzt davon ausgeht, dass sich das Entwicklungsdefizit bis zum Schulbeginn durch eingeleitete Förder- bzw. Therapiemaßnahmen bzw. in Einzelfällen von alleine normalisiert.

Ein sonderpädagogischer Förderbedarf wird dahingegen weitaus seltener bescheinigt. Das erfolgt in den Fällen, in denen der KJGD bei dem Kind eine Behinderung feststellt bzw. das Kind von Behinderung bedroht ist[30].

Der Anteil von Kindern, der aufgrund von Entwicklungsdefiziten Förderbedarfe aufwies, nahm im Einschulungsjahrgang 2022 gegenüber früheren Schuljahren zu. Demnach wurde jedem zweiten Kind ein Förderbedarf bescheinigt. Zusätzlich wiesen 5,7 % dieser Eischülerinnen und Einschüler einen sonderpädagogischen Förderbedarf auf. Dieser Anteil reduzierte sich im Verlauf der letzten Jahre (vgl. Abbildung 41).

Abbildung 41: Anteil der Kinder mit schulischer sowie sonderpädagogischem Förderbedarf seit 2016 (in Prozent)



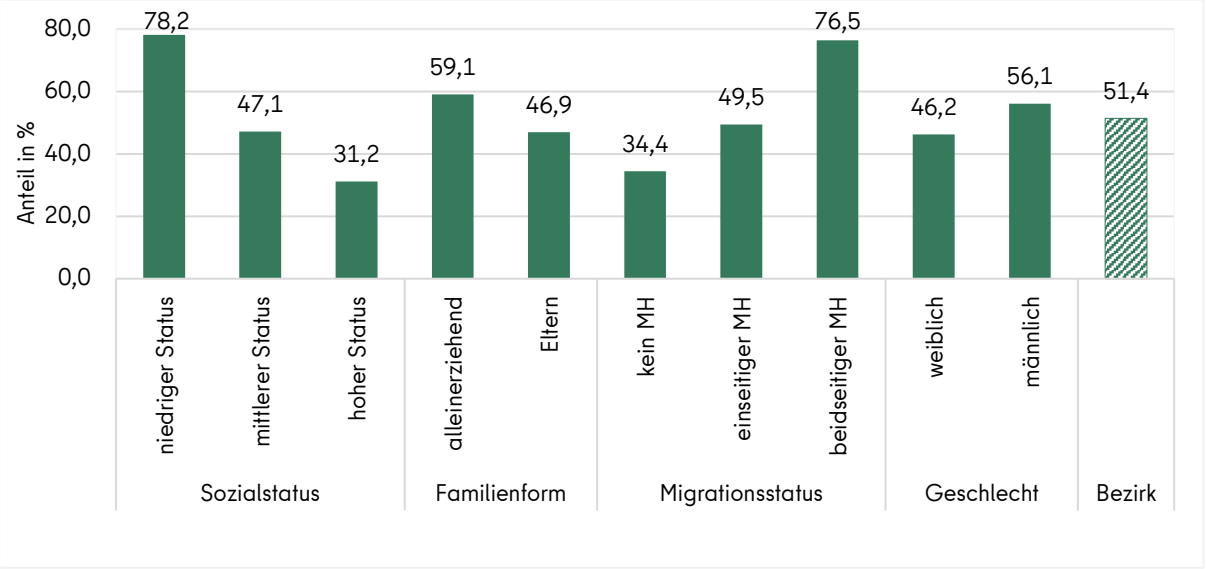
8.1 Schulischer Förderbedarf

Signifikant häufiger erhielten künftige Erstklässlerinnen und Erstklässler mit niedrigem Sozialstatus bzw. beidseitigem Migrationshintergrund eine Förderempfehlung (vgl. Abbildung 42). Insbesondere Kinder aus der unteren Sozialstatusgruppe (78,2 %) benötigten nach Einschätzung der Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zur hohen Statusgruppe (31,2 %) 2,5 Mal häufiger zusätzliche Entwicklungsförderung.

Aufgrund der Tatsache, dass Jungen in mehreren der Entwicklungsscreening-Tests im Vergleich zu Mädchen häufiger auffällige Befunde erhielten, ist es nicht verwunderlich, dass Jungen auch signifikant öfter einen Förderbedarf aufwiesen (56,1 %) als gleichaltrige Mädchen (46,2 %).

[30] Vgl. SenGPG (2017), S. 84.

Abbildung 42: Kinder mit schulischer Förderempfehlung nach Sozialstatus (497 fehlende Werte), Familienform (179 fehlende Werte), Migrationsstatus (43 fehlende Werte) und Geschlecht (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent; n=3.056)



Die Entwicklungsbereiche, in denen Förderbedarf bestehen kann, werden mithilfe von Tabelle 4 dargestellt. Es wird deutlich, dass bei der Mehrzahl der Kinder (1.100 Kinder) sprachlicher Förderbedarf bestand. Somit betraf das in diesem Schuljahr 271 Einschülerinnen und Einschüler mehr (+7,2 Prozentpunkte) als noch 2019. Von einem Förderbedarf im Bereich visuelle Wahrnehmung waren in diesem Jahr 500 Kinder (16,4 %) und somit ca. 70 Kinder weniger betroffen als noch im Jahr 2019. Seit 2020 werden zusätzlich Förderempfehlungen für mathematische Vorläuferfähigkeiten ausgesprochen. Hiervon waren von den Einschülerinnen und Einschülern 2022 13 % betroffen.

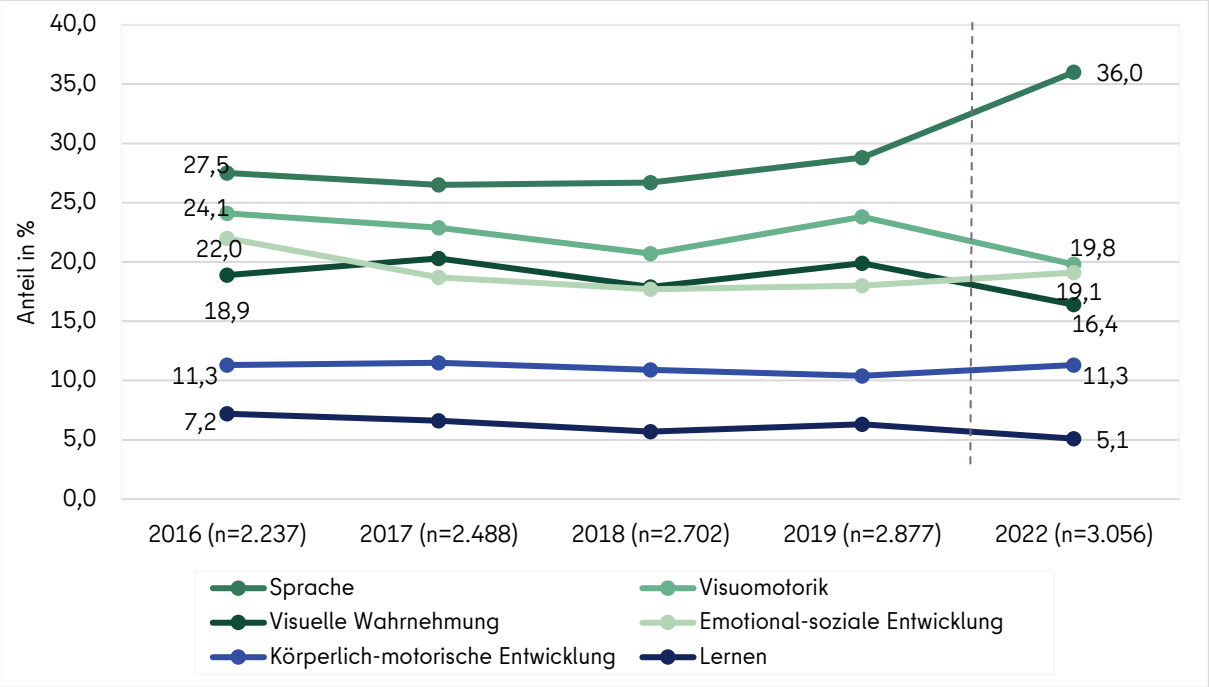
Tabelle 4: Schulische Förderempfehlungen nach Förderfeldern im Jahr 2022 (absolut und in Prozent)

Förderfeld	Anzahl (n)	Anteil an allen Kindern (in %)
Sprache[31]	1.100	36,0
Visuomotorik	604	19,8
emotional-soziale Entwicklung	583	19,1
visuelle Wahrnehmung	500	16,4
mathematische Vorläuferfähigkeiten	398	13,0
körperlich-motorische Entwicklung	344	11,3
Lernen	157	5,1

In Abbildung 43 ist die Entwicklung der einzelnen Förderfelder im Zeitverlauf dargestellt. Dabei nahm der Anteil von Kindern mit Förderbedarf bei der sprachlichen Entwicklung gegenüber früheren Berichtszeiträumen deutlich zu (+7,2 Prozentpunkte gegenüber 2019) und betrug 2022 36 %. Die Quote von Vorschülerinnen und Vorschülern mit Förderbedarf im Bereich der körperlich-motorischen Entwicklung veränderte sich im Vergleich zu 2016 nicht. Des Weiteren zeigt sich, dass in allen anderen Entwicklungsfeldern eine rückläufige Tendenz bestand.

[31] Setzt sich aus den Kategorien „Sprachheilpädagogik“ und „Sprachförderung“ zusammen.

Abbildung 43: Kinder mit schulischer Förderempfehlung in den einzelnen Förderfeldern seit 2016 (Anteil in Prozent an allen Kindern)



8.2 Sonderpädagogischer Förderbedarf

Wenn der KJGD einen sonderpädagogischen Förderbedarf feststellt, ist es erforderlich, dass ein Antrag zur Einleitung der notwendigen Hilfen durch die Erziehungsberechtigte(n)/den Erziehungsberechtigten bzw. die Schule gestellt wird[32].

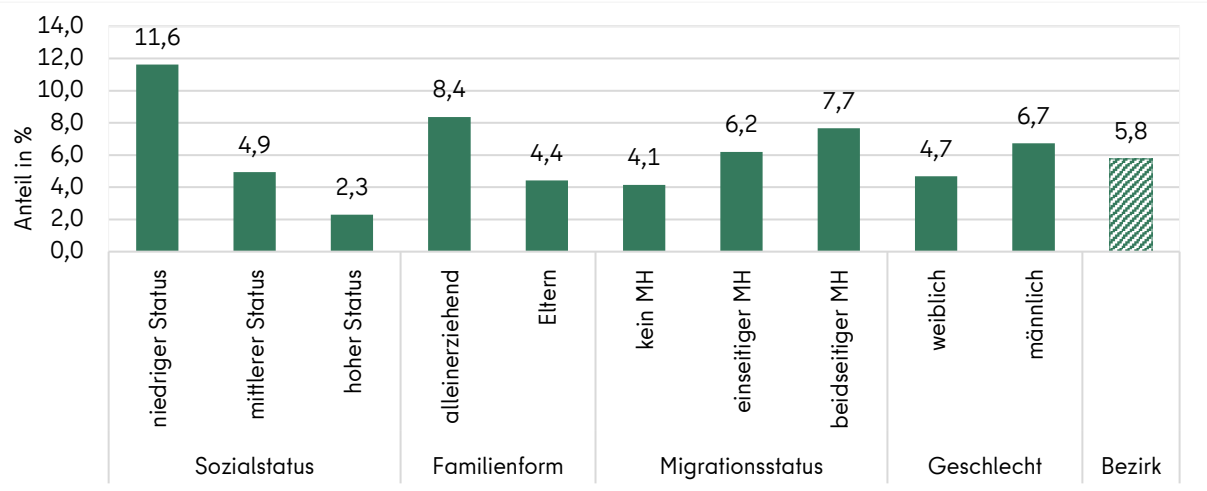
Erhebliche sprachliche Entwicklungsdefizite waren bei ca. der Hälfte der Kinder ursächlich für den sonderpädagogischen Förderbedarf. In den anderen Förderbereichen war ein sonderpädagogischer Förderbedarf wesentlich seltener (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Förderschwerpunkte nach Behinderungsart der Kinder in Lichtenberg mit empfohlenem sonderpädagogischen Förderbedarf im Jahr 2022 (absolut und in Prozent)

Förderschwerpunkt	Merkmal	Anzahl (n)	Anteil an allen Kindern (in %)
Sprache	Sprachbehinderung	80	2,6
emotionale-soziale Entwicklung	erhebliche Beeinträchtigung der emotionalen und sozialen Entwicklung, Verhaltensstörung	47	1,5
geistige Entwicklung	hochgradige Beeinträchtigen der intellektuellen Fähigkeiten	33	1,1
Lernen	erhebliche Beeinträchtigung des Lern- und Leistungsverhaltens	24	0,8
körperlich-motorische Entwicklung	körperliche Behinderung	23	0,8
autistische Behinderung	erhebliche Entwicklungs- und Kommunikationsstörungen, Autismus	15	0,5
Sehen	blind und hochgradig sehgeschädigt	./.	./.
Hören	gehörlos und hochgradig hörgeschädigt	./.	./.

[32] Vgl. SenGPG (2017), S. 84.

Abbildung 44: Kinder mit sonderpädagogischer Förderempfehlung nach Sozialstatus (497 fehlende Werte), Familienform (179 fehlende Werte), Migrationsstatus (43 fehlende Werte) und Geschlecht (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent; n=3.056)

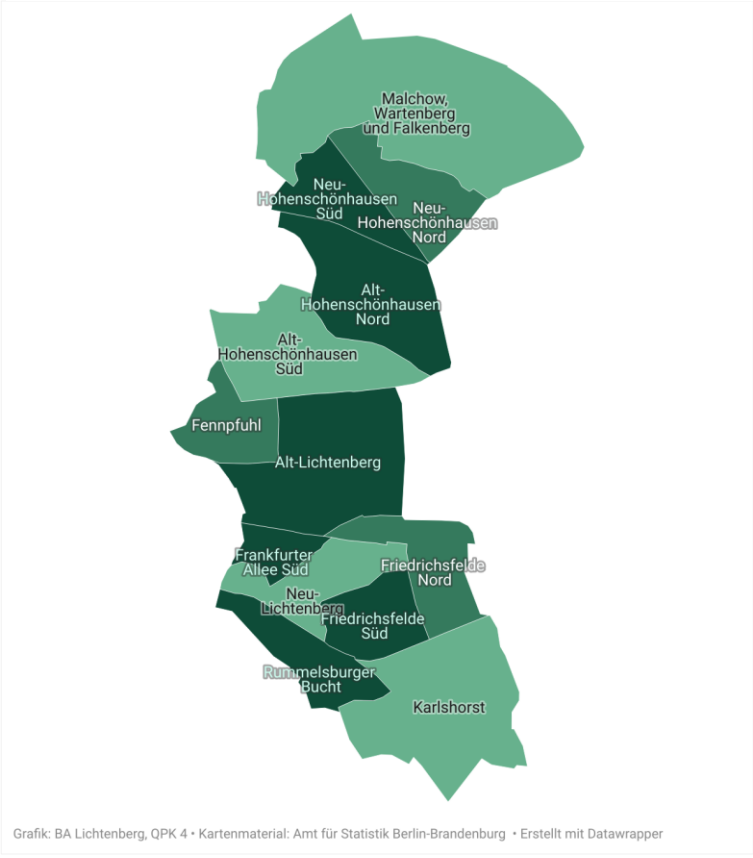


Die Differenzierung der Ergebnisse zum sonderpädagogischen Förderbedarf nach Kriterien zeigt signifikante Unterschiede auf. Insbesondere Kinder der niedrigen Sozialstatusgruppe wiesen fünf Mal häufiger einen sonderpädagogischen Förderbedarf auf als diejenigen aus der hohen Sozialstatusgruppe (vgl. Abbildung 44).

9 Kleinräumige Ergebnisse

9.1 Anzahl der Einschülerinnen und Einschüler

Abbildung 45: Übersicht der Lichtenberger Bezirksregionen



Mithilfe von Abbildung 45 ist eine Übersicht der 13 Lichtenberger Bezirksregionen dargestellt. Bei der kleinräumigen Betrachtung der Kinderzahlen wird deutlich, dass diese in den einzelnen Bezirksregionen stark variierte (vgl. Tabelle 6). So kam die geringste Anzahl (64 Kinder) aus Malchow, Wartenberg und Falkenberg und die höchste Anzahl (357 Kinder) aus Neu-Lichtenberg.

In den Fällen, in denen die prozentuale Angabe bei einem dargestellten Indikator in einer Be-

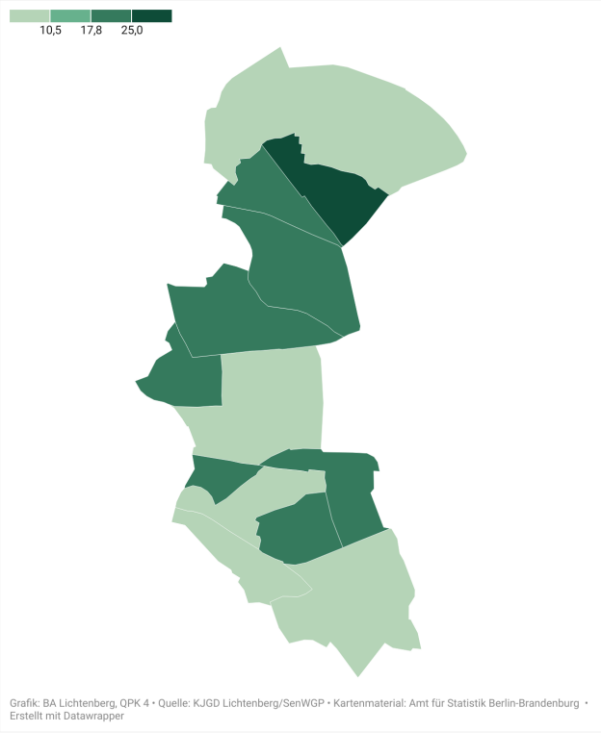
zirksregion drei oder weniger Kindern entspricht, werden diese Werte aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht veröffentlicht, um mögliche Rückschlüsse auf einzelne Kinder auszuschließen[33]. Aufgrund der unterschiedlichen Kinderanzahl in den einzelnen Bezirksregionen, müssen die nachfolgend dargestellten Ergebnisse differenziert und mit Bedacht betrachtet bzw. interpretiert werden. Es sollte keine Verallgemeinerung erfolgen.

Tabelle 6: Anzahl der Kinder in den Lichtenberger Bezirksregionen (absolut und in Prozent)

Bezirksregion	Anzahl	Anteil (in %)
Malchow, Wartenberg und Falkenberg	64	2,1
Neu-Hohenschönhausen Nord	343	11,2
Neu-Hohenschönhausen Süd	315	10,3
Alt-Hohenschönhausen Nord	206	6,7
Alt-Hohenschönhausen Süd	323	10,6
Fennpfuhl	261	8,5
Alt-Lichtenberg	300	9,8
Frankfurter Allee Süd	76	2,5
Neu-Lichtenberg	357	11,7
Friedrichsfelde Nord	150	4,9
Friedrichsfelde Süd	249	8,1
Rummelsburger Bucht	60	2,0
Karlshorst	356	11,6
Bezirk insgesamt	**3.060**	**100,0**

9.2 Soziale Lage, familiäre Situation und Kitabesuch

Abbildung 46: Kinder mit niedrigem Sozialstatus in den Lichtenberger Bezirksregionen (Anteil in %)



Auch die Differenzierung nach dem Sozialstatus zeigte Unterschiede auf (vgl. Abbildung 46). So war der Anteil von Kindern aus der niedrigen Sozialstatusgruppe in Neu-Hohenschönhausen Nord mit 32,2 % am höchsten. In Rummelsburger Bucht, Karlshorst, Neu-Lichtenberg und Alt-Lichtenberg lag dieser Anteil hingegen bei jeweils unter 10 %.

Aber nicht nur die Anzahl der Einschülerinnen und Einschüler war innerhalb des Bezirks sehr unterschiedlich, sondern auch der Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund variierte. In Abbildung 47 ist der Anteil von Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund in den Bezirksregionen dargestellt. Der höchste Anteil an Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund lebte in Neu-Hohenschönhausen Nord

[33] Die betreffenden Ergebnisse sind als grau schraffierte Felder in den Abbildungen gekennzeichnet.

Abbildung 47: Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund in den Lichtenberger Bezirksregionen (Anteil in %)

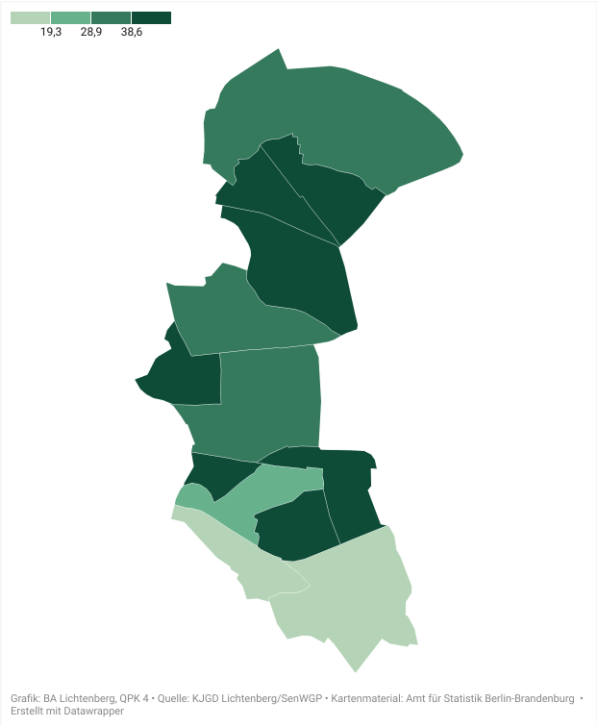
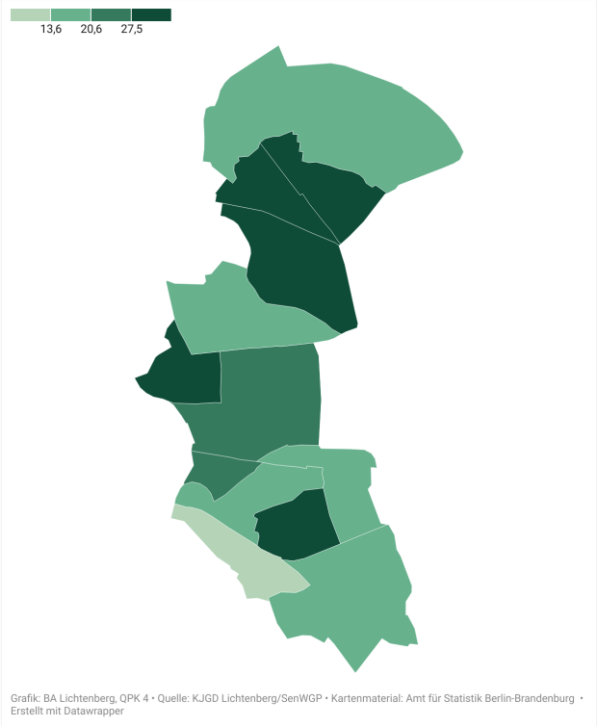


Abbildung 48: Alleinerziehenden-Haushalte in den Lichtenberger Bezirksregionen (Anteil in %)



und Neu-Hohenschönhausen Süd (jeweils 48,2 %). In den Bezirksregionen Alt-Hohenschönhausen Nord, Fennpfuhl, Frankfurter Allee Süd, Friedrichsfelde Nord und Friedrichsfelde Süd traf das auf mehr als zwei von fünf Einschülerinnen und Einschüler zu. Im Unterschied dazu lag die Quote von Kindern ohne Migrationshintergrund in der Rummelsburger Bucht und Karlshorst bei jeweils über 80 %.

Aus der Statistik der Haushalte geht hervor, dass Lichtenberg zu den Bezirken mit einem vergleichsweise hohen Anteil an Alleinerziehenden gehört. Laut den Daten der ESU war dieser Anteil in den letzten Jahren leicht rückläufig. In Neu-Hohenschönhausen Nord und Süd waren ca. 34 % der Eltern alleinerziehend, was deutlich über dem bezirklichen Durchschnitt von knapp 25 % lag. Ebenfalls überdurchschnittlich hoch war der Anteil an Ein-Eltern-Haushalten in Friedrichsfelde Süd (33,3 %). Am seltensten waren Eltern der Kinder in der Rummelsburger Bucht (6,7 %) alleinerziehend (vgl. Abbildung 48).

Wie in Abbildung 49 dargestellt wird, lag im südlichen Bezirk die Kitabesuchsquote bei 95 % (Karlshorst) bzw. 97 % (Rummelsburger Bucht). Im Norden Lichtenbergs betrug dieser Anteil zwischen 82 % (Alt-Hohenschönhausen Nord, Neu-Hohenschönhausen Nord) und 85 % (Neu-Hohenschönhausen Süd). In den mittleren Bezirksregionen war auch der Kitabesuchsanteil im Mittelfeld (zwischen 87 % und 93 %).

Die Häufigkeit von unzureichenden Deutschkenntnissen bei Kindern nicht deutscher Herkunft ist innerhalb des Bezirks sehr unterschiedlich (vgl. Abbildung 50). So lag der Anteil in den nördlichen Bezirksregionen zwischen 68 % (Malchow, Wartenberg, Falkenberg) und 72,7 % (Neu-Hohenschönhausen Süd). Auch in Friedrichsfelde Süd war dieser höher (65 %). Demgegenüber war der Anteil

Abbildung 49: Kitabesuchsdauer von mindestens zwei Jahren in den Lichtenberger Bezirksregionen (Anteil in %)

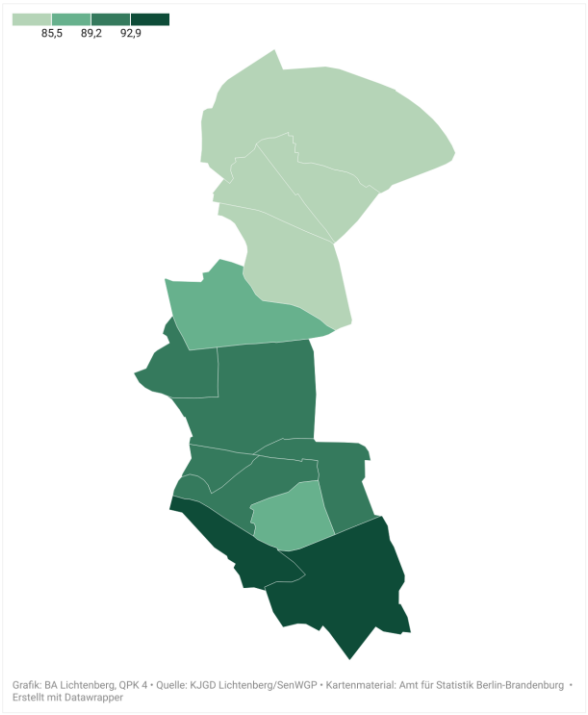
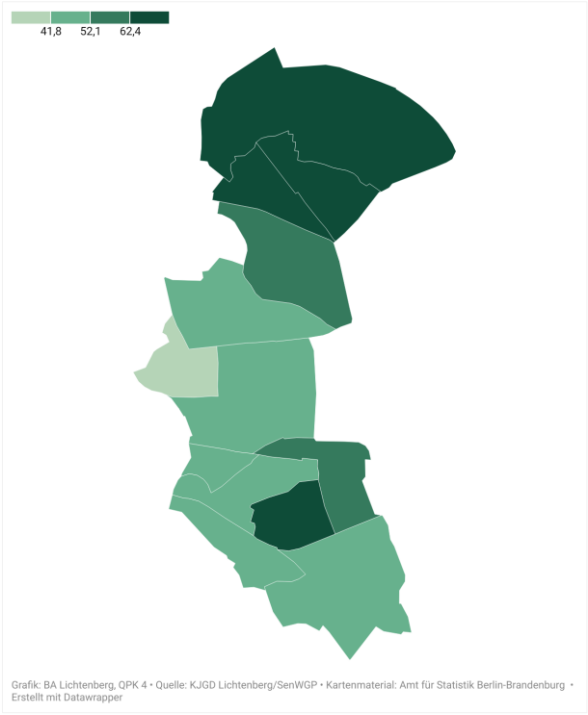


Abbildung 50: Unzureichende Deutschkenntnisse der Kinder nicht deutscher Herkunft in den Lichtenberger Bezirksregionen (Anteil in %)



in Fennpfuhl (31,5 %) sowie in den südlichsten Bezirksregionen (Rummelsburger Bucht: 45,5 %; Karlshorst: 42,2 %) niedriger.

9.3 Index Gesundheitliche Herausforderungen

Der Index Gesundheitliche Herausforderung wurde im Rahmen der überbezirklichen AG Gesundheitsberichterstattung, an der die Bezirke sowie die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege vertreten sind, entwickelt. Dieser verfolgt das Ziel auf kleinräumiger Ebene Mehrfachbelastungen in verschiedenen Bereichen zu erkennen. Der Index beinhaltet 10 Einzelindikatoren, die vier Teilindizes zugeordnet wurden (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Teilindizes und Indikatoren des Index Gesundheitliche Chancengleichheit

Teilindizes	Zugeordnete Indikatoren
1. Index Risikoverhalten	• rauchende Personen im Haushalt • Medienkonsumdauer >1 Stunde täglich
2. Index Impfen	• Grundimmunisierung Hepatitis B • Grundimmunisierung Meningokokken C
3. Index Gesundheit	• Übergewicht (inkl. Adipositas)
4. Index Entwicklung und Teilhabe	• auffällige Körperkoordination • auffällige Visuomotorik • auffällige visuelle Wahrnehmung • auffälliges Mengenvorwissen • Sprachdefizite

Zur Ermittlung der Teilindizes wird zunächst anhand der Ergebnisse jedes Einzelindikators eine Rangfolge der 13 Bezirksregionen erstellt. Dabei zählen diejenigen Sozialräume mit einem niedrigeren (mittleren) Rang zu den Regionen mit einer günstigeren Ausprägung des Indikators, d.h. Rangplatz 1 entspricht einer niedrigen gesundheitlichen Herausforderung bzw. keinem Handlungsbedarf. Dementsprechend gehören Bezirksregionen mit einem hohen Rang zu denjenigen mit ungünstigerer Ausprägung des Indikators bzw. mit höherer gesundheitlicher Herausforderung und einem hohen Handlungsbedarf. Aus den Rängen der Einzelindikatoren werden für jeden Indexbereich mittlere Rangwerte ermittelt. Hier gilt ebenso, je höher der Rangmittelwert einer Bezirksregion ist, desto größer ist das Handlungsbedarf in dem jeweiligen Teilindex.

Im letzten Schritt wird für jeden der vier Teilindizes der Mittelwert aus den Rangplätzen der einfließenden Einzelindikatoren je Bezirksregion gebildet. Der Gesamtindex Gesundheitliche Herausforderung lässt sich durch die Zusammenführung alle vier Teilindizes ableiten.

Da der Einschulungsjahrgang 2022 seit der Covid19-Pandemie in Lichtenberg der erste ist, in dem alle Einschülerinnen und Einschüler untersucht werden konnten, ist der Index auf kleinräumiger Ebene nur bedingt aussagekräftig, da normalerweise die Daten von mindestens zwei Einschulungsjahrgängen enthalten sein müssen, um etwaige Schwankungen bzw. Verzerrungen durch die kleinen Kinderzahlen zu vermeiden.

Abbildung 51: Ergebnisse beim Index Vorsorge und Risikoverhalten in den Lichtenberger Bezirksregionen

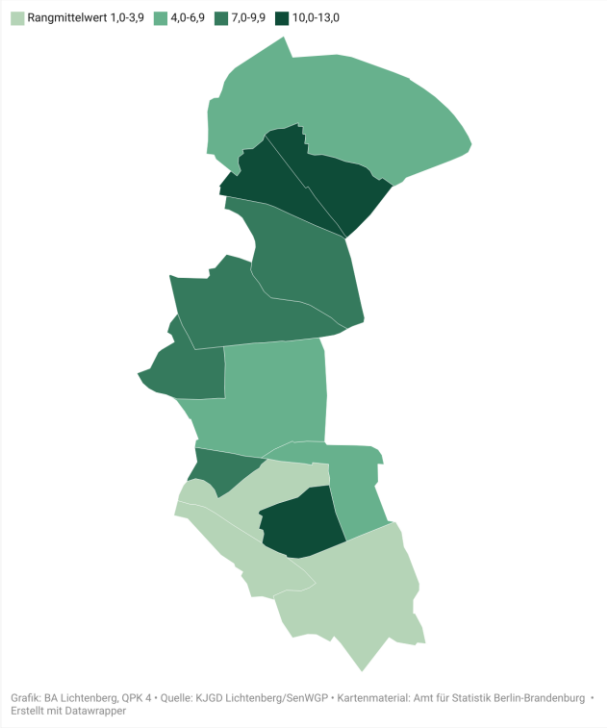


Abbildung 52: Ergebnisse ESU-Index Impfen 2022 in den Lichtenberger Bezirksregionen

9.3.1 Index Vorsorge und Risikoverhalten

Mithilfe von Abbildung 51 werden die innerbezirklichen Ergebnisse im Index Risikoverhalten abgebildet. Der Index beinhaltet die Indikatoren rauchende Personen im Haushalt sowie Kinder mit einem täglichen Medienkonsum von mehr als einer Stunde. Dabei wird deutlich, dass der größte

Handlungsbedarf in Neu-Hohenschönhausen Nord und Neu-Hohenschönhausen Süd sowie Friedrichsfelde Süd bestand. Demgegenüber war der Teilindex in Neu-Lichtenberg, Rummelsburger Bucht sowie Karlshorst am günstigsten ausgeprägt.

9.3.2 Index Impfen

In Abbildung 52 ist der Index Impfen für die Lichtenberger Bezirksregionen dargestellt. Hierin fließen die Impfquoten für die Hepatitis B- sowie die Meningokokken C-Impfung ein. Es zeigt sich, dass die niedrigsten Impfraten in Karlshorst, Alt-Lichtenberg, Alt-Hohenschönhausen Nord sowie Friedrichsfelde Nord vorlagen. Demgegenüber belegten Neu-Hohenschönhausen Nord, Neu-Hohenschönhausen Süd sowie Fennpfuhl die vordersten Rangplätze und wiesen somit den geringsten Handlungsbedarf in puncto Impfen auf.

9.3.3 Index Gesundheit

Abbildung 53 bildet den Index Gesundheit für die Lichtenberger Bezirksregionen ab. Darin fließt der Indikator Übergewicht ein. Der höchste Anteil von Kindern, die übergewichtig waren, lebte in Neu-Hohenschönhausen Nord, Neu-Hohenschönhausen Süd, Friedrichsfelde Nord und Friedrichsfelde Süd. Im Gegensatz dazu war dieser Anteil in Malchow, Wartenberg und Falkenberg, Frankfurter Allee Süd sowie Karlshorst am geringsten.

9.3.4 Index Entwicklung

Mithilfe von Abbildung 54 ist der Index Entwicklung für die Lichtenberger Bezirksregionen dargestellt. Dieser Teilindex enthält die Bereiche Körperkoordination, Visuomotorik, visuelle Wahrnehmung, Mengenvorwissen und Sprachdefizite. Dabei wird deutlich, dass der größte Handlungsbedarf im Bereich Entwicklung in Frankfurter Allee Süd bestand. Demgegenüber belegten Alt-Lichtenberg sowie Karlshorst die vordersten Rangplätze.

Abbildung 53: Ergebnisse ESU-Index Gesundheit in den Lichtenberger Bezirksregionen

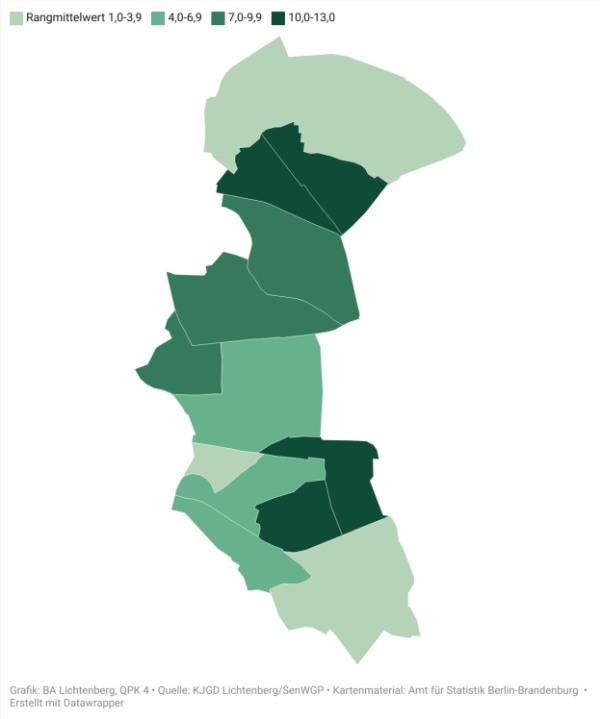


Abbildung 54: Ergebnisse ESU-Index Entwicklung 2022 in den Lichtenberger Bezirksregionen

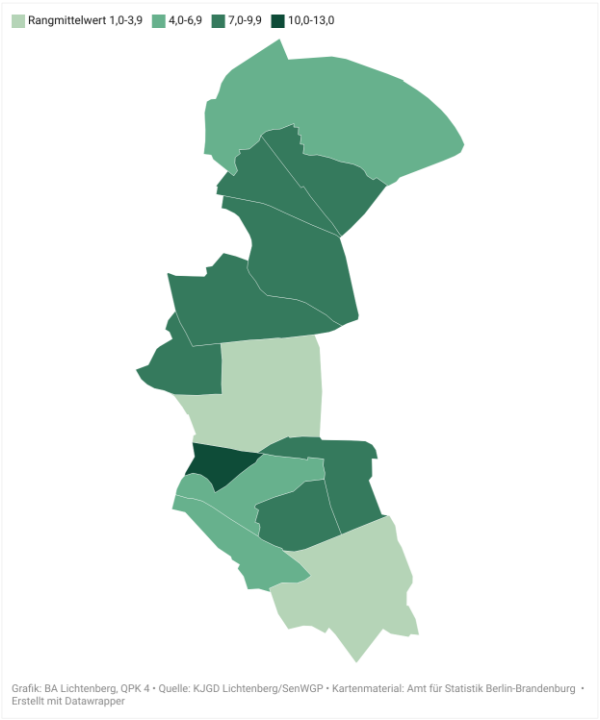
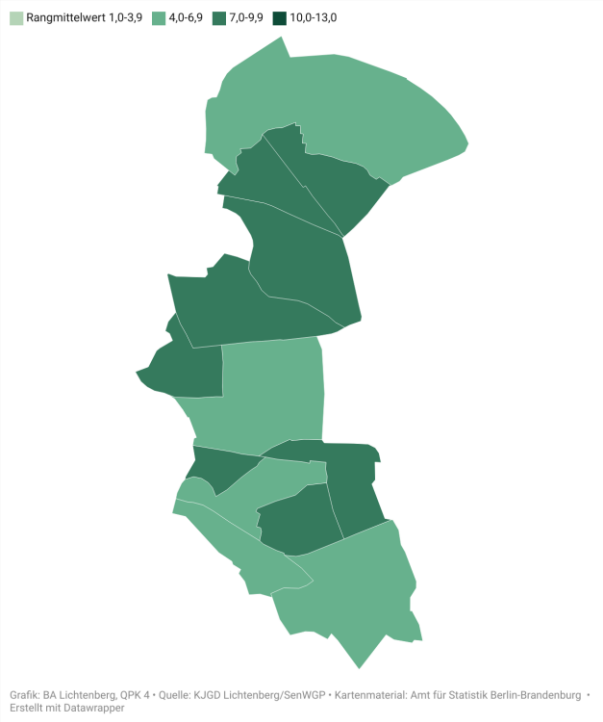


Abbildung 55: Ergebnisse ESU-Gesamtindex 2022 in den Lichtenberger Bezirksregionen



9.3.5 Gesamtindex

In Abbildung 55 ist der Gesamtindex Gesundheitliche Herausforderung für die Lichtenberger Bezirksregionen dargestellt. Dabei wird deutlich, dass die hintersten Rangplätze unter Berücksichtigung aller Teilindizes von Friedrichsfelde Nord, Friedrichsfelde Süd und Frankfurter Allee Süd belegt wurden und dementsprechend hier der größte Handlungsbedarf bestand. Im Unterschied dazu war in Karlshorst, Neu-Lichtenberg, Rummelsburger Bucht und Malchow, Wartenberg und Falkenberg der Handlungsbedarf am geringsten.

10 Vergleich mit Berlin

Die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung veröffentlicht jährlich eine berlinweite Auswertung der Einschulungsdaten. Darin werden neben der Darstellung der Indikatoren im zeitlichen Verlauf ebenfalls kleinräumige Auswertungen auf Bezirks- und Prognoseraumebene vorgenommen. Das ermöglicht den Bezirken einen Vergleich mit den Daten der Einschülerinnen und Einschüler anderer Bezirke bzw. Berlin insgesamt.

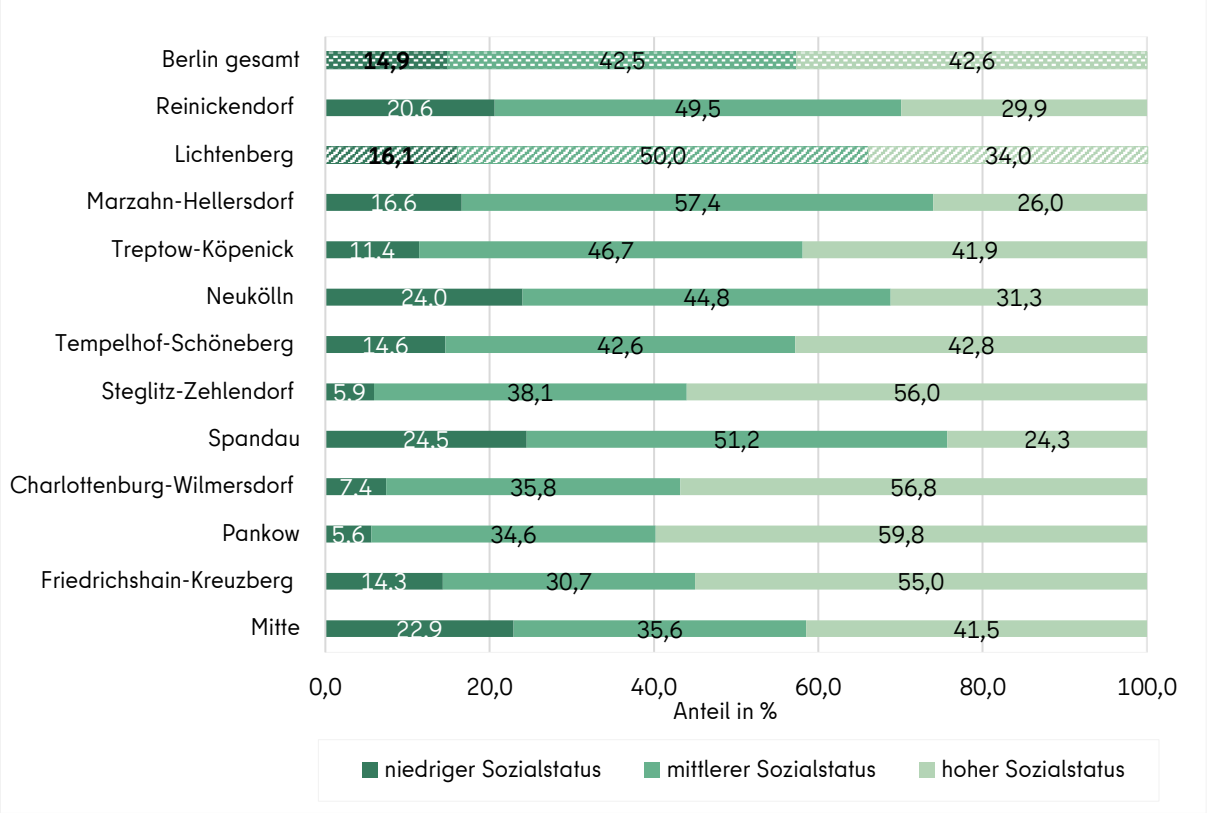
Aufgrund unterschiedlicher Stichprobengrößen können die Daten ggf. geringfügig von den in den vorhergehenden Kapiteln dargestellten Daten abweichen. Das liegt daran, dass die Senatsverwaltung auch diejenigen Kinder dem Bezirk Lichtenberg zuordnen kann, die zwar hier wohnhaft waren, jedoch in einem anderen Bezirk ärztlich untersucht wurden. Diese Kinder sind in dem jeweiligen bezirklichen Datensatz nicht vorhanden.

10.1 Soziale Lage, familiäre Situation und Kitabesuch

Die Anzahl und Struktur der Kinder variierte stark innerhalb Berlins. Das zeigt sich beispielsweise in Abbildung 56, wo die Zusammensetzung der Sozialstruktur in den Bezirken dargestellt ist. Die soziale Struktur spiegelt sich häufig in der gesundheitlichen Lage bzw. dem Entwicklungsstand der Kinder wider. Der höchste Anteil von Kindern mit hohem Sozialstatus (ca. 60 %) lebte in Pankow. In Lichtenberg wurden 34 % der Vorschülerinnen und Vorschüler dem hohen Sozialstatus zugeordnet. Im Bezirk Spandau gehörte etwa jeweils ein Viertel der Kinder der niedrigen bzw. der hohen

Sozialstatusgruppe an. Auch in Neukölln lag dieser Anteil vergleichsweise weit (24 %) oberhalb des gesamtstädtischen Durchschnitts (15 %). In Lichtenberg betrug der Anteil von Kindern mit niedrigem Sozialstatus 16,1 % und lag deutlich unter diesem in Neukölln und Spandau. Lichtenberg gehörte zu den Bezirken, in denen der Anteil von Kindern aus der mittleren Sozialstatusgruppe mit 50 % überdurchschnittlich war.

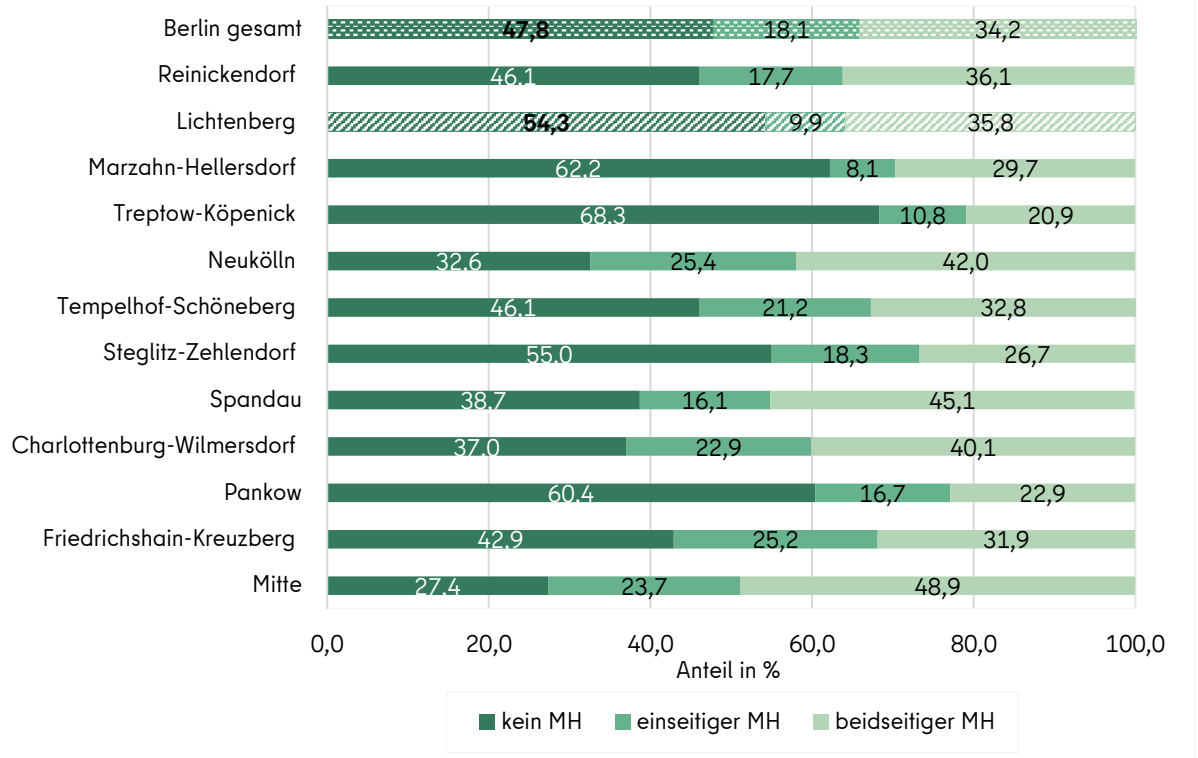
Abbildung 56: Sozialstatusgruppen der Kinder 2022 in Berlin und den Bezirken (in Prozent; n=32.514) (Datenquelle: SenWGP)



Die Sozialstruktur der Familien der Kinder wies auch Unterschiede zwischen Lichtenberg und Berlin auf. Während der Anteil an Kindern der niedrigen Sozialstatusgruppe in Lichtenberg nur geringfügig vom Berliner Wert abwich, betrug der Anteil an Kindern aus sozial besser situierten Familien 27,3 % und lag somit 12,7 Prozentpunkte niedriger als im gesamtstädtischen Vergleich.

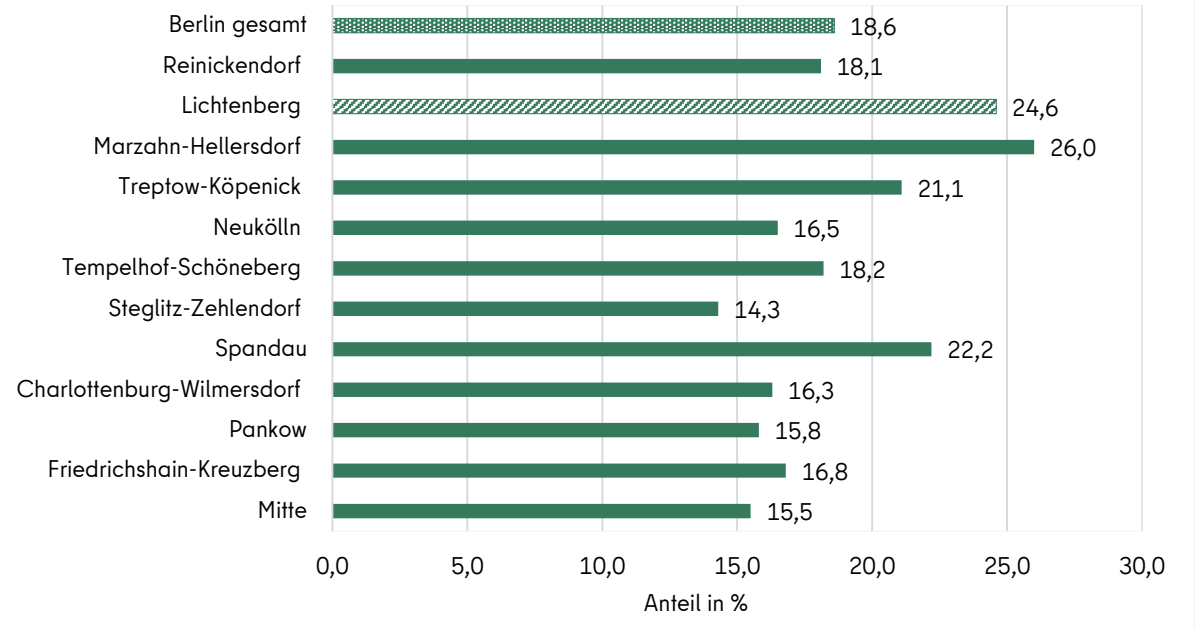
Neben Unterschieden in der Sozialstruktur der Einschülerinnen und Einschüler wies auch der Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund eine große Spannweite auf. So betrug beispielsweise der Anteil an Kindern mit deutscher Herkunft in Treptow-Köpenick fast 70 %. Im Bezirk Mitte dagegen lag dieser Anteil bei lediglich 27,4 %. In Lichtenberg wies dieser ca. 54 % auf. Trotz der im Zeitverlauf zunehmenden Herkunftsvielfalt bei den Lichtenberger Kindern ist diese im Vergleich zu einigen anderen Bezirken, wie Neukölln, Mitte oder Charlottenburg-Wilmersdorf geringer. So waren insbesondere Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund in Lichtenberg seltener anzutreffen (9,9 %) als im Mittel (18 %). Dahingegen entsprach der Anteil an künftigen Erstklässlerinnen und Erstklässlern mit beidseitigem Migrationshintergrund in etwa der Berliner Quote.

Abbildung 57: Herkunft der Kinder 2022 in Berlin und den Bezirken (in Prozent; n=33.761) (Datenquelle: SenWGP)



Der Anteil von alleinerziehenden Eltern in den Berliner Bezirken wird in Abbildung 58 dargestellt. Dabei wird deutlich, dass Lichtenberg (24,6 %; Rang 11) neben Marzahn-Hellersdorf (31,6 %; Rang 12) und Spandau (22,2 %; Rang 10) zu den Bezirken mit einem vergleichsweise hohen Anteil an Ein-Eltern-Haushalten gehörte. Die geringste Quote von alleinerziehenden Eltern lebten in Steglitz-Zehlendorf (Rang 1) und Charlottenburg-Wilmersdorf (Rang 2).

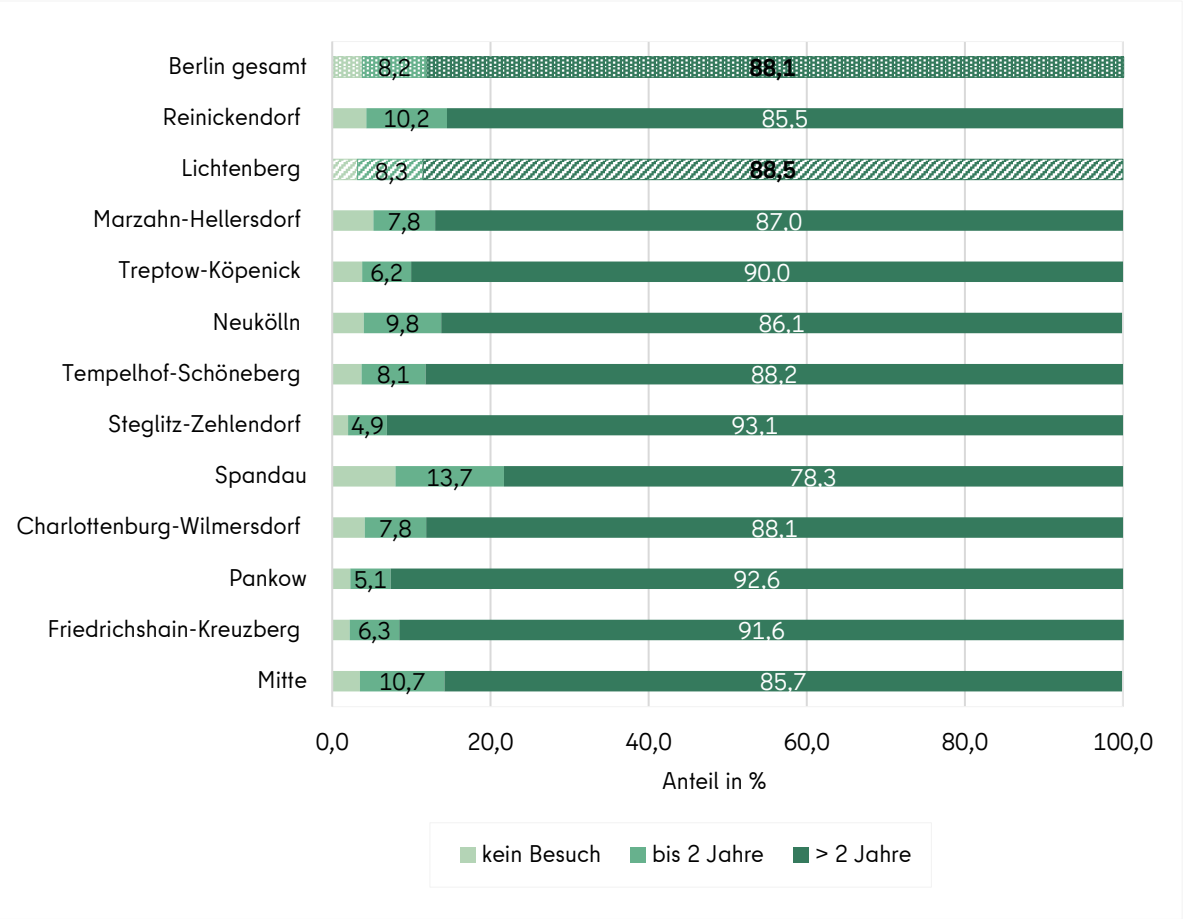
Abbildung 58: Alleinerziehende Eltern 2022 in Berlin und den Bezirken (in Prozent; n=36.284) (Datenquelle: SenWGP)



Die Kitaquoten in Lichtenberg entsprachen weitestgehend den gesamtstädtischen Werten. So besuchten 3,2 % (Rang 4) der diesjährigen Lichtenberger Einschülerinnen und Einschüler im Vorfeld der ESU keine Kita, in Berlin insgesamt betraf das 3,8 % der Kinder. Der Bezirk mit dem höchsten Anteil von Kindern, die keine Kita besuchten war - mit Abstand - Spandau (Rang 12), wo das auf 8 % der Kinder zutraf. Auch in Marzahn-Hellersdorf war dieser Anteil mit ca. 5 % überdurchschnittlich.

Der Bezirk mit dem höchsten Anteil von Kindern, die für einen Zeitraum von mehr als zwei Jahren eine Kita besuchten, war Steglitz-Zehlendorf mit 93,1 %. Lichtenberg belegte mit 88,5 % Rang 5 im Bezirksvergleich. Berlinweit lag die Quote bei 88,1 %.

Abbildung 59: Kitabesuchsdauer 2022 in Berlin und den Bezirken (in Prozent; n=36.218) (Datenquelle: SenWGP)



10.2 Index Gesundheitliche Herausforderungen

Abbildung 60: Ergebnisse ESU-Index Vorsorge und Risikoverhalten 2022 in den Berliner Bezirken

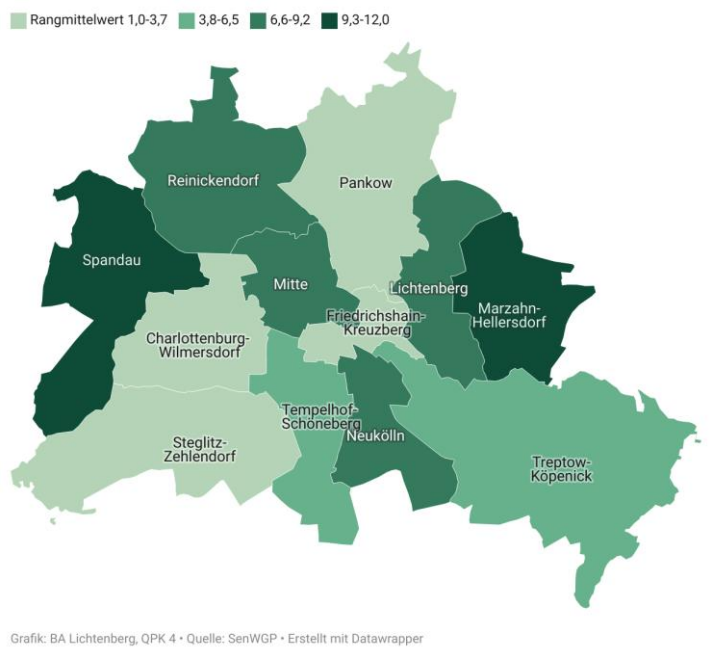
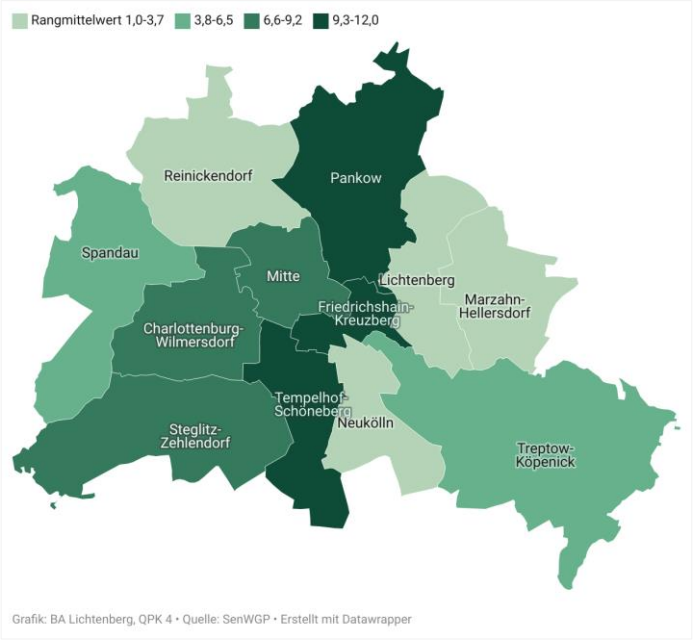


Abbildung 61: Ergebnisse ESU-Index Impfen 2022 in den Berliner Bezirken



Der Index Gesundheitliche Herausforderungen kann neben der kleinräumigen Betrachtung auch zur Evaluation der ESU-Ergebnisse im Vergleich der Berliner Bezirke herangezogen werden. Analog zum Vorgehen, das auf S. 44 beschrieben wurde, wurden die berlinweiten Daten von der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege für die Teilindizes sowie den Gesamtindex ausgewertet.

10.2.1 **Index Vorsorge und Risikoverhalten**

Der Index Risikoverhalten berücksichtigt die Indikatoren Raucher im Haushalt sowie der Anteil der Kinder, die täglich mehr als eine Stunde Medien konsumieren. Lichtenberg belegte hierbei Rang 10 gefolgt von Spandau und Marzahn-Hellersdorf, mit dem größten Handlungsbedarf. Spitzenreiter waren Steglitz-Zehlendorf und Charlottenburg-Wilmersdorf.

10.2.2 **Index Impfen**

In Abbildung 61 sind die Ränge der Berliner Bezirke im Index Impfen, in dem die Hepatitis B- sowie die Meningokokken-Impfung Berücksichtigung finden, abgebildet. Der Bezirk Lichtenberg belegte hierbei Rang 3, hinter Marzahn-Hellersdorf und Reinickendorf. Schlusslichter waren die Bezirke Tempelhof-Schöneberg, Pankow und Friedrichshain-Kreuzberg.

10.2.3 **Index Gesundheit**

Aus Abbildung 62 geht hervor, dass der Bezirk Lichtenberg beim Index Gesundheit, in dem der Anteil an Kindern mit Übergewicht einfließt, mit Rang 7 im Mittelfeld lag. Der Bezirk mit dem geringsten Handlungsbedarf war Pankow gefolgt von Charlottenburg-Wilmersdorf und Friedrichshain-Kreuzberg. Die hintersten Ränge belegten die Bezirke Marzahn-Hellersdorf, Mitte und Neukölln.

Abbildung 62: Ergebnisse ESU-Index Gesundheit 2022 in den Berliner Bezirken

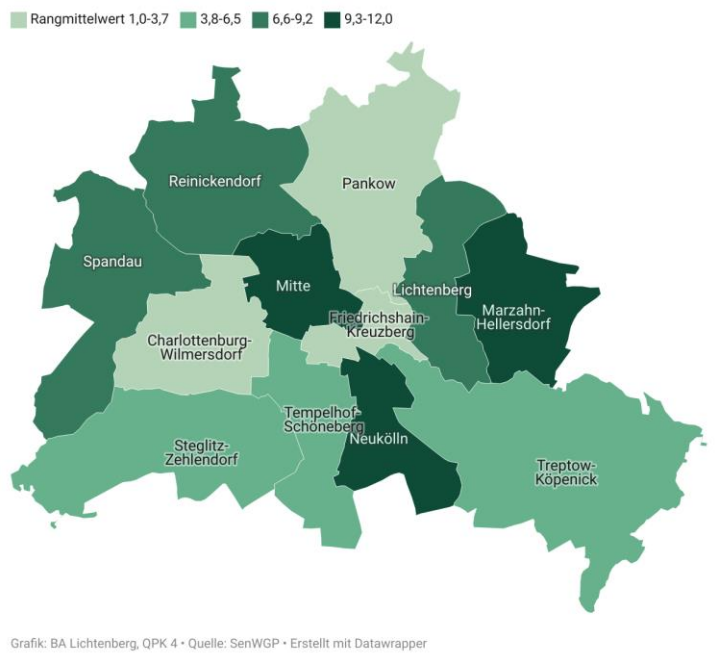
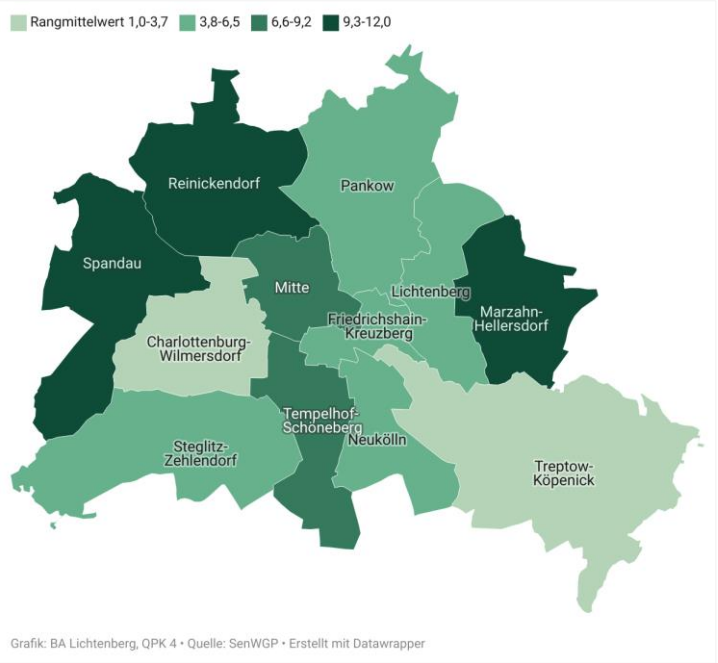


Abbildung 63: Ergebnisse ESU-Index Entwicklung und Teilhabe 2022 in den Berliner Bezirken



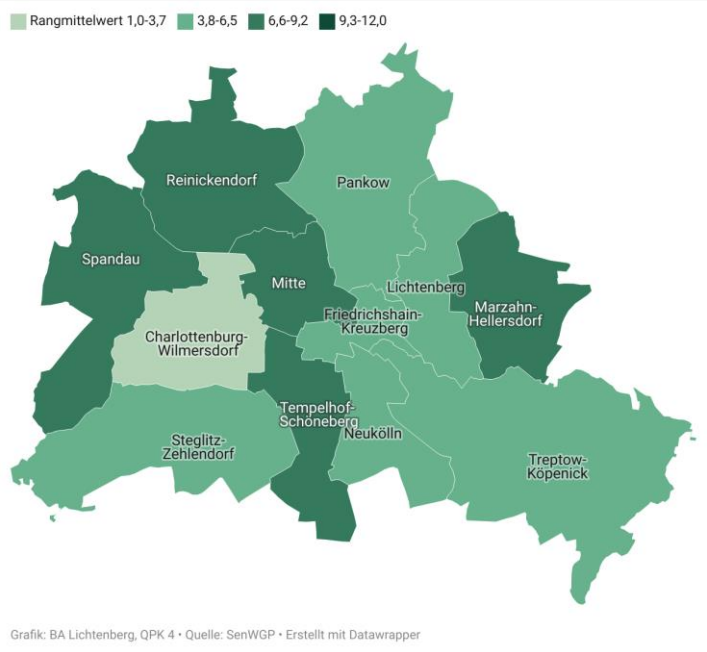
10.2.4 **Index Entwicklung und Teilhabe**

Die nachfolgende Abbildung 63 visualisiert die Rangfolge der Berliner Bezirke im Index Entwicklung und Teilhabe. In diesem Teilindex fließen die Indikatoren Körperkoordination, Visuomotorik, visuelle Wahrnehmung und Sprachdefizite ein. Dabei erzielte der Bezirk Lichtenberg Rang 7. Den ersten Rang belegte Charlottenburg-Wilmersdorf gefolgt von Treptow-Köpenick. Schlusslicht war der Bezirk Reinickendorf mit dem höchsten Handlungsbedarf.

10.2.5 **Gesamtindex**

Mithilfe von Abbildung 64 sind die Ränge der Berliner Bezirke des Gesamtindex gesundheitliche Herausforderung abgebildet. Dieser beinhaltet die Ergebnisse der vier Teilindizes. Der Bezirk Lichtenberg belegte Rang 7 und lag somit im Mittelfeld. Den ersten Rang belegte der Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf gefolgt von Steglitz-Zehlendorf und Treptow-Köpenick. Auf den letzten drei Rängen lagen Mitte (Rang 10), Reinickendorf (Rang 10) und Spandau (Rang 12).

Abbildung 64: Ergebnisse ESU-Gesamtindex 2022 in den Berliner Bezirken



11 Handlungsempfehlungen

11.1 Grundsätzliches

Die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen sowie die denen zugrundeliegenden Entwicklungsstände von Kindern betreffen nicht nur gesundheitliche Fragen, sondern berühren weitere Aspekte der kindlichen Entwicklung. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass nicht alle relevanten Einflussfaktoren durch kommunalpolitisches Handeln beeinflusst werden können. So kann beispielsweise der Bezirk nur bedingt Einfluss auf Familien bzw. deren Kinder nehmen, da z.B. die Inanspruchnahme von zusätzlich geschaffenen Angeboten freiwillig ist.

Es gibt bereits bestehende Prozesse auf Landes- und Bezirksebene, die Teilaspekte der nachfolgenden Handlungsfelder beinhalten. So gibt es Schnittmengen mit den Gesundheitszielen der Landesgesundheitskonferenz (LGK) Berlin, wo für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen u.a. die Themenfelder Ernährung, Bewegung, Sprachentwicklung sowie Lebenskompetenz verankert sind.

Des Weiteren gibt es Übereinstimmungen mit den strategischen Zielen des Bezirksamtes Lichtenberg. So verfolgt das erste Ziel das solidarische Miteinander im Bezirk zu stärken[34]. Hierunter gefasst sind die Teilziele gesundheitliche Versorgung für alle Lichtenbergerinnen und Lichtenberger mit dem Schwerpunkt Bewegungsförderung sowie die verstetigte Zertifizierung als familiengerechte Kommune. Auch die Handlungsfelder der Zielematrix des Lichtenberger Gesundheitsbeirates[35], die 2023 durch das BA beschlossen wurde, bieten Anknüpfungspunkte. Die zwei Kernziele Bewegungsförderung/Alltagsmobilität und gesundheitliche Versorgung in Verbindung mit dem

[34] Vgl. Bezirksamt Lichtenberg – BVV-Beschluss DS/0926/IX
[35] Vgl. Bezirksamt Lichtenberg – BVV-Beschluss DS/0301/VIII

Querschnittsthema Partizipation sollen für vulnerable Zielgruppen, zu denen auch Kinder gehören, verbessert werden. Zusätzlich können die Handlungsfelder mit einigen der Maßnahmen des Audits „familiengerechte Kommune“ für das Wirkungsfeld der Kindergesundheit und -entwicklung zusammengeführt werden.

11.2 Handlungsfelder

11.2.1 **Handlungsfeld 1: Frühkindliche Entwicklungsförderung**

Im Jahr 2022 wies mehr als jedes zweite Kind (51,4 %) einen schulischen Förderbedarf auf, sodass weiterhin Handlungsbedarf besteht. Dabei sollte der Fokus auf die Bereiche sprachliche Entwicklung sowie Körperkoordination gelegt werden, da in diesen Bereichen im Zeitverlauf der Anteil von Kindern mit auffälligen Testergebnissen zunahm. Die Körperkoordination war besonders bei Kindern aus Friedrichsfelde Nord und Friedrichsfelde Süd auffällig. Sprachdefizite wurden am häufigsten bei Einschülerinnen und Einschülern aus Neu-Hohenschönhausen Nord, Neu-Hohenschönhausen Süd, Friedrichsfelde Nord und Friedrichsfelde Süd festgestellt.

Da die direkte Erreichbarkeit von Familien bzw. deren Kindern von Seiten des Bezirksamtes eine Herausforderung darstellt, könnte der Fokus zunächst auf das Setting Kita gelegt werden, wo ein verhältnismäßig hoher Anteil an Kindern erreicht werden kann. Im Rahmen einer Bachelorarbeit, die in Zusammenarbeit mit dem Bezirksamt Lichtenberg erstellt wurde, wurde das Thema Förderbedarfe näher beleuchtet und u.a. festgestellt, dass neben dem Ressourcenmangel in Kitas auch die Erreichbarkeit der Eltern als Herausforderung gesehen wird[36].

Die Förderung und Entwicklung von Kindern beginnt bereits mit Geburt. Wird eine kontinuierliche Förderung für eine gesunde Entwicklung unter günstigen Bedingungen gewährleistet, ist regelhaft eine Schulfähigkeit zu erwarten. Diese ist dann im Besonderen auch in Fähigkeiten und Fertigkeiten erkennbar, die in den Einschulungsuntersuchungen getestet werden. Um eine Förderung zu gewährleisten, die eine Schulfähigkeit ermöglicht, stehen verschiedene Fördermöglichkeiten und Methoden zur Verfügung. Grundlage der pädagogischen Arbeit der Kitas sind dafür das Berliner Bildungsprogramm, die Arbeit mit dem Sprachlerntagebuch und weitere ergänzende pädagogische Methoden.

Wird darüber hinaus ein zusätzlicher Förderbedarf eines Kindes festgestellt, greifen etablierte Verfahren. Diese werden auf Antrag der Eltern gewährt und in den Kita-Alltag integriert. Leider ist es oft eine Herausforderung für die Kita, die Eltern aufgrund von Beobachtungen, Entwicklungstabellen und -berichten für diesen Weg zu motivieren. Es sind für Eltern verschiedene Schritte notwendig, um diesen Prozess zu durchlaufen. Im Rahmen der Kooperation von Schule und Jugendhilfe wird aktuell untersucht, wie die Übergänge von der Kita in die Schule und hier insbesondere die Übergänge von erweiterten Fördermaßnahmen verbessert werden können.

Die intensivere schulvorbereitende Förderung im Jahr vor der Schule selbst kann durch die Kitas nur unter erschwerten Bedingungen durchgeführt werden. Begründet wird diese Herausforderung insbesondere mit Personalmangel. Zusätzlich ist die Anwesenheit der Kinder oft nicht kontinuierlich.

[36] Vgl. Schertell (2018)

Kindertagesstätten haben inzwischen speziell auf die sprachlichen Defizite reagiert und sich zu „Sprachkitas“ im Bundesprogramm “Sprach-Kitas“[37] entwickelt. Die Teilnahme daran ist eine Entscheidung des jeweiligen Trägers. Eine Flächendeckende Entwicklung ist nicht zu erwarten, zumal die Finanzierung und der Zugang sich mit dem Jahr 2024 geändert haben.

Auch im Landesprogramm „Kitas bewegen – für eine gute gesunde Kita“ ist der Bezirk mit interessierten Kitas gestartet. Hier ist eine kontinuierliche Arbeit der Kitas notwendig, um erfolgreich das Programm zu durchlaufen. Der Bezirk begleitet die Kitas dabei[38].

Im Schuljahr 2024/25 wird das Kita- Chancenjahr vorbereitet und 2025/26 soll es umgesetzt werden. Das Chancenjahr verfolgt das Ziel, dass der Zugang zu einem Kitaplatz ohne Hürden für jedes Kind möglich ist[39]. Besonders Kinder, deren Eltern mit besonderen Herausforderungen in der Erziehung und in der Alltagsbewältigung konfrontiert sind, erhalten dadurch einen einfacheren Zugang zum System Kita. Innerbezirklich wird sich die AG § 78 Kita auch mit Konzepten, Schwerpunkten und Gruppenstrukturen beschäftigen müssen. Das Kita-Chancenjahr soll alle Kinder ab dem dritten Lebensjahr erreichen.

Zusätzlich wird das Berliner Bildungsprogramm überarbeitet und angepasst. Das Sprachlerntagebuch wird durch das bereits in der Erprobung befindliche BeoKiz[40]-Verfahren abgelöst. Das System Kita wird sich inhaltlich-methodisch verändern. Alle Maßnahmen sind aufeinander abgestimmt und haben zum Ziel, Kinder zu einem früheren Zeitpunkt mit verbesserten Bedingungen in ihrer Entwicklung zu unterstützen und zu begleiten. Für die Kitas erfordert das eine bewusste Auseinandersetzung mit den neuen Rahmenbedingungen, um sich auf die Anforderungen einzustellen.

Über das Setting Kita hinaus sollten weitere Akteure und Handlungsfelder, die ebenfalls in der Zielvereinbarung des „Audits familiengerechte Kommune“ genannt sind (z.B. Jugendfreizeiteinrichtungen, Stadtteilzentren, Familienbüro, Freiwilligenagentur bzw. Ehrenamtliche, Elternstärkung) integriert werden. Ansätze der familiären und kommunalen Gesundheitsförderung können ebenfalls aufgegriffen werden. Spezifische Angebote der Familienförderung sind denkbar. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass dafür zusätzliche Haushaltsmittel zur Verfügung stehen müssen. Dennoch ist davon auszugehen, dass durch die Freiwilligkeit entsprechender Angebote nur geringe Fallzahlen erreicht werden können.

Der KJGD als Teil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hat den wesentlichen Auftrag für die Gesundheit und das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen besonders in belasteten sozialen Situationen zu sorgen. Prävention und Gesundheitsvorsorge sind Hauptmerkmale unserer

[37] Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend förderte dieses Bundesprogramm von 2016 bis 2023. Die Anschlussförderung liegt bei den jeweiligen Bundesländern. Das Land Berlin fördert bis 31.12.2024 zur Überführung in Regelstrukturen das Programm weiter.
[38] Vgl. Handlungsfeld 4 Übergewicht
[39] Vgl. SenBJF (2023)
[40] Das Verfahren Beobachtung & Einschätzung im Kita-Alltag: kindzentriert und ganzheitlich (BeoKiz) wurde im Auftrag der SenBJF entwickelt

fachlichen Tätigkeit. Besonders bei den Einschulungsuntersuchungen 2022 wurden die Entwicklungsdefizite im Bereich Sprache, Feinmotorik/Visuomotorik und emotional-soziale Entwicklung deutlich. Der KJGD gibt aufgrund dieser Untersuchungen Empfehlungen für die schulische Förderung und den sonderpädagogischen Förderbedarf im Schulbereich.

Aus unserer fachärztlichen Sicht ist ein wesentlicher Faktor die Gesundheitsförderung im frühkindlichen Bereich. Eine gute kindgerechte Förderung, frühzeitiges Erkennen von Defiziten und eine rechtzeitige Therapie vermeiden bei den Kindern langfristige Entwicklungsstörungen.

Nachfolgend werden von dem multiprofessionellen Team des Lichtenberger KJGD konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der frühkindlichen Entwicklungsförderung vorgeschlagen:

Ersthausbesuche und Frühe-Hilfen: bis 3 Jahre

- Verbesserung der Rate der Ersthausbesuche
- frühzeitiger Einsatz **von Familienhebammen** zur Unterstützung belasteter Familien, um Bindung zu fördern, Elternkompetenz zu stärken und Defizite zu erkennen
- **Vernetzung, regelmäßiger Austausch** und Kooperation des KJGD mit den Akteuren der Frühen Hilfen und dem Jugendamt sowie den niedergelassenen Kinderärztinnen/-ärzten und Kliniken
- Verstätigung von Träger-Projekten in Zusammenarbeit mit KJGD-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern (Sozialdienst) zur Förderung der elterlichen Kompetenz in der Säuglingszeit – aktuelles Projekt: FuNBaby Kurse

Krippen- und Kita-Bereich

- Beratung, Schulung und Austausch des pädagogischen Personals durch Fachkräfte des KJGD im Bereich Entwicklung, Krankheitsbilder, Entwicklungsförderung
- Hospitationen und Untersuchung von auffälligen Kindern im Kitabereich, insbesondere bei sonderpädagogischem Förderbedarf durch Fachkräfte des KJGD (Therapeutinnen/Therapeuten, Ärztinnen/Ärzte)
- rechtzeitige Meldung von Entwicklungsverzögerungen mit den Eltern an Kinderärztinnen/Kinderärzte und KJGD
- Kooperation des KJGD mit Kitas zur niederschwelligen Elterninformation und Elternberatung mit dem Ziel der Förderung der Elternkompetenz in der frühkindlichen Phase
- Etablierung von frühkindlichen Fördermaßnahmen in der Kita in Kooperation von Kita-Erzieherinnen/Erziehern und KJGD-Mitarbeiterinnen/-Mitarbeitern (Therapeutinnen/Therapeuten (Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie) sowie Ärztinnen/Ärzte)

Kita-Reihen-Untersuchung der 3,5- bis 4-jährigen Kinder

- Untersuchung der 3,5- bis 4-jährigen Kinder in der Kita (Kindertagesbetreuungsreformgesetz 2005). Diese liefert Erkenntnisse und Daten als Basis einer gezielten Förderung der Kinder im Kitabereich und auch pädagogisches Personal gezielt informieren
- derzeit ein Angebot des KJGD an die Kitas und Eltern
- Untersuchung erfolgt seit 2023 nach einem standardisierten Diagnostikmodul, sodass diese auch standardisiert dokumentiert und ausgewertet werden sowie perspektivisch mit den ESU-Daten zwei Jahre später verglichen werden können
- aktuell läuft eine Kooperationsstudie zwischen der TU Dresden (Bereich Gesundheitswissenschaften) und dem KJGD Lichtenberg, die die erhobenen Daten wissenschaftlich auswertet

- aus diesen Untersuchungen und Auswertungen können sich für die frühkindliche Förderung in der Kitabetreuung wichtige Förderhinweise für die praktische Betreuung in der Kita ergeben

Sprachförderung im Frühkindlichen Bereich

- Sprachstandsanalyse bei allen Kindern spätestens 2 Jahre vor Einschulung durch Fachkräfte des SIBUZ (Schulpsychologisches und Inklusionspädagogisches Beratungs- und Unterstützungszentrum)
- Sprachförderung der Kinder durch Fachpersonal (Logopädinnen/Logopäden des KJGD) und qualifiziertes pädagogisches Personal
- Beratung und Schulung des pädagogischen Personals und der Eltern in den Betreuungseinrichtungen durch z.B. Logopädinnen/Logopäden des KJGD
- Erweiterung des Angebotes von Eltern-Kind-Sprachkursen bei Vorliegen eines Migrationshintergrunds
- Zusammenarbeit und Vernetzung der Sprachkoordination, des Jugendamtes und des KJGD

Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure im Frühkindlichen Bereich

- regelmäßiger Austausch/Beratung zwischen Jugendamt, Kita-Trägern, Erziehungsberatungsstellen, Familienzentren und dem KJGD
- gemeinsames Erstellen von Konzepten, Fördermaßnahmen und Elternberatungen
- Fortführung und Erweiterung des Arbeitskreises Frühkindliche Förderung (Leitung KJGD)

Die Durchführung von Maßnahmen, Untersuchungen und Ausbau von Angeboten ist derzeit limitiert aufgrund fehlender Fachkräfte zum Beispiel Fachärztinnen/Fachärzte und Logopädinnen/Logopäden. Die fachliche Expertise und Kompetenz ist vorhanden, allerdings können derzeit Arbeitsfelder wegen fehlendem Personal und nicht besetzter Stellen im medizinischen und therapeutischen Bereich nicht oder nur unvollständig bearbeitet werden. Die Stellenausschreibungen der unbesetzten Stellen werden fortlaufend veröffentlicht.

Bewegungsbikes

Die Bewegungsbikes sind ein Angebot des Trägers Schlaufuchs e.V. und werden durch bezirkliche Mittel gefördert und liegen in fachlicher Verantwortung der OE QPK. Ziel ist die Förderung vor allem von Kindern im Alter von 3 bis 6 Jahren in sozial-schwächeren Regionen, indem sie in Bewegung gebracht werden. Das Bike ist mit Sportmaterial für Parcours, Spiele und Koordinationsübungen ausgestattet und ermöglicht abwechslungsreiches Training auf öffentlichen Flächen wie Spielplätzen oder Parks, um Kitas zu entlasten. Damit soll die Entwicklung von motorischen Fähigkeiten gefördert sowie ggf. vorhandenen Defiziten frühzeitig entgegengewirkt werden. Das Bewegungsbike ist täglich an 3 bis 4 Kitas aktiv und bietet 45 Minuten Kitasport für 10 bis 15 Kinder pro Gruppe. Die Sporteinheiten werden von qualifizierten Trainerinnen und Trainern geleitet. Außerdem erfolgt ein Wissenstransfer zwischen den Trainerinnen und Trainern sowie den Erzieherinnen und Erziehern der Kitas, um Sportspiele auch in den regulären Kita-Alltag einzubinden.

11.2.2 Handlungsfeld 2: Deutschkenntnisse von Kindern nicht deutscher Herkunft

Im Zeitverlauf nahm der Anteil an Kindern aus Familien nicht deutscher Herkunft mit (großen) Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache kontinuierlich zu. Dieser Anteil betrug 2022 mehr als jedes dritte Kind (35,5 %). Das lag mutmaßlich z.T. daran, dass einige der Familien bzw. einzu-

schulenden Kinder zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht lange in Deutschland lebten. Allerdings verfügte bereits vor dem großen Zuzug von Geflüchteten nach Deutschland in den Jahren 2015 und 2016 mehr als jedes dritte Kind über unzureichende Sprachkenntnisse, sodass mutmaßlich nicht alle Kinder in den geeigneten Förderstrukturen ankommen. Aufgrund des Vorgehens im Rahmen der ESU-Auswertung, dass lediglich Kinder mit ausreichenden Deutschkenntnissen in die Auswertung der sprachlichen Entwicklungstests einbezogen werden, lässt sich nicht ausschließen, dass zu dieser Gruppe auch Kinder gehören, die neben unzureichenden Deutschkenntnissen auch einen generellen Sprachförderbedarf aufweisen.

Kleinräumig bestand der größte Handlungsbedarf in Malchow, Wartenberg, Falkenberg, Neu-Hohenschönhausen Nord, Neu-Hohenschönhausen Süd sowie Friedrichsfelde Süd. Die fehlenden Sprachkenntnisse erschweren zum einen die Integration zum anderen verringern sie die Möglichkeit auf schulischen Erfolg erheblich. Vor diesem Hintergrund ist insbesondere für diese Gruppe Kinder der Besuch einer Kita vor dem Schulbeginn von großer Bedeutung, da die Kinder so die Möglichkeit haben, ausreichende Deutschkenntnisse zu erwerben auch unabhängig von den Deutschkenntnissen der Eltern bzw. Familie.

Auf Landesebene wurde diese Herausforderung bereits erkannt und als eines der Gesundheitsziele der LGK Berlin verankert[41]. Dabei wird angestrebt, den Anteil an Kindern nicht deutscher Herkunft mit Sprachförderbedarfen zu verringern.

Auch wenn es auf Landesebene bereits entsprechende Bemühungen gibt das Thema zu bearbeiten, sollte sich der Bezirk Lichtenberg im Zuge der Schaffung von Chancengleichheit für zusätzliche Angebote zur Verbesserung der Deutschkenntnisse von Kindern im Vorschulalter einsetzen. Ggf. besteht die Möglichkeit zusätzlicher Angebote der Sprachförderung sowohl im Kita- als auch im Schulalter (z.B. in Jugendfreizeiteinrichtungen oder Stadtteil-/Familienzentren bzw. über die sozialräumlich organisierten Bildungsverbünde) in den o.g. besonders betroffenen Sozialräumen.

Darüber hinaus sieht das Audit die Schaffung von zusätzlichen Sprachkursen für Zuwanderer und Flüchtlinge (Maßnahme 4.2.2) vor, sodass ggf. auch auf diesem Weg den mangelnden Deutschkenntnissen der Eltern der Kinder im Vorschulalter begegnet werden kann[42].

11.2.3 **Handlungsfeld 3: Medienkonsum**

Im Rahmen der ESU 2022 wurde festgestellt, dass vier von zehn Kindern im Vorschulalter ein eigenes elektronisches Gerät besaßen. Parallel dazu gibt es beim Medienkonsum steigende Quoten zu verzeichnen. So nutzten 10,2 % der Kinder täglich mehr als 2 Stunden elektronische Medien, während dieser Anteil 2016 noch bei ca. 8 % lag. Kleinräumig nutzten insbesondere Kinder aus Neu-Hohenschönhausen Nord, Neu-Hohenschönhausen Süd und Friedrichsfelde Süd täglich länger als eine Stunde elektronische Medien. Die Empfehlungen der BZgA liegen für die Altersgruppe der 3- bis 6-jährigen Kinder für Bildschirmmedien bei max. 30 min pro Tag[43]. Auf dieser Grundlage ist davon auszugehen, dass eine Mehrheit der Lichtenberger Kinder diese Empfehlung

[41] Vgl. LGK Berlin (2007), S. 3.
[42] Vgl. Bezirksamt Lichtenberg (2019), S. 34.
[43] Vgl. BZgA (2024a)

übersteigt. Hoher Medienkonsum im Kindesalter kann sich negativ auf die Konzentrationsfähigkeit sowie die Interaktion mit anderen auswirken.

Bereits 2016 stand das Thema Medienkonsum im Kindesalter in Lichtenberg im Fokus. Es wurde eine Sensibilisierungs- und Informationsveranstaltung zum Thema Medienkonsum für Fachkräfte in der Jugendhilfe durchgeführt. In Anbetracht der o.g. Entwicklungen sollte dieses Thema erneut aufgegriffen sowie die entsprechenden Angebote/Maßnahmen auch auf die Zielgruppe der Eltern ausgeweitet werden. Zielführend ist in diesem Kontext das Thema als interdisziplinär (Jugend, Schule und Gesundheit) durchgeführte bezirkliche Kampagne/Veranstaltung in den Mittelpunkt zu stellen, um ein größeres Bewusstsein für das Thema Medienkonsum im Kindesalter zu etablieren. Denn nicht nur der kindliche Medienkonsum wirkt sich auf die kindliche Entwicklung aus, sondern auch der elterliche Gebrauch von digitalen Medien in Anwesenheit des Kindes kann sich negativ auf die Kommunikation zwischen Eltern und Kind auswirken[44].
Zusätzlich besteht die Möglichkeit, aus dem „Audit familiengerechte Kommune“ im Handlungsfeld 4: „Beratung und Unterstützung“ das Ziel 4.1.1, die Elternkompetenz in jeder Lebensphase des Kindes zu stärken, aufzugreifen. Das soll u.a. durch Elternkurse, die von der Volkshochschule (VHS) angeboten werden, umgesetzt werden. In der Zielvereinbarung zum Audit wurde das Themenfeld Medienkonsum bzw. Auswirkungen von Medienkonsum auf Kinder bereits beispielhaft als Anwendungsbereich vorgeschlagen[45].

11.2.4 Handlungsfeld 4: Übergewicht

In Lichtenberg stieg der Anteil an übergewichtigen Kindern im Zeitraum von 2016 bis 2022 von knapp 11 % auf 13 % an. Kleinräumig waren vor allem Kinder aus Neu-Hohenschönhausen Nord, Neu-Hohenschönhausen Süd, Friedrichsfelde Nord und Friedrichsfelde Süd betroffen.

Übergewicht, das bereits im Kindesalter auftritt, begleitet die Betroffenen in der Regel bis ins Erwachsenenalter und kann zu einer Vielzahl von Folgeerkrankungen führen. Beeinflusst wird das Körpergewicht im Kindesalter durch eine Vielzahl von Faktoren[46] u.a. durch Bewegung und Ernährung, aber auch das Thema Medienkonsum spielt in diesem Kontext eine nicht unerhebliche Rolle.

Die Aktivitäten, die in Bezug auf eine Verringerung des Anteils an Kindern mit Übergewicht vorgenommen werden können, sind aufgrund der vielfältigen Ursachen und Einflussmöglichkeiten auf kindliches Übergewicht ebenso vielschichtig und komplex. Dementsprechend kann das Problemfeld Übergewicht im Kindesalter auch nur interdisziplinär und bereichsübergreifend in Angriff genommen werden. Hierbei ist es von Bedeutung, dass Ansätze/Projekte/Initiativen angewendet werden, die berlinweit genutzt und deren Wirksamkeit bereits wissenschaftlich belegt wurden.

Einzelne Ansatzpunkte in diesem Themenfeld sind beispielsweise die zwei anerkannten und landesweit genutzten Programme, die im Setting Kita ansetzen:

[44] Vgl. BZgA (2024b)
[45] Vgl. Bezirksamt Lichtenberg (2019), S. 32.
[46] Vgl. Zeiher et al. (2016), S. 1472.

Berliner Landesprogramm „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“

Das Programm wurde zunächst zwischen 2007 und 2012 im Rahmen einer Modellphase erprobt. Das Ziel ist die Qualität in den Kitas bezogen auf Gesundheit und Bildung zu erhöhen[47]. Das impliziert, dass in einer Kita alle gesund aufwachsen, arbeiten, leben und lernen können. Das Programm richtet sich also nicht nur an die Kinder, sondern bezieht Erzieherinnen und Erzieher sowie Eltern gleichermaßen partizipativ in den Prozess ein. Den Kindern soll in der Kita die Möglichkeit gegeben werden sich zu bewegen, sich gesund zu ernähren und sich zu entfalten[48], wobei sie von Erzieherinnen und Erziehern sowie Eltern dabei unterstützt werden.
Das Programm besteht aus sechs Entwicklungsstufen, die individuell von jeder Kita durchlaufen werden. Die Organisationsentwicklung wird dabei durch die externen Kooperationspartnerinnen und -partner, wozu beispielsweise neben der SenBJF und der Ärztekammer Berlin auch Krankenkassen gehören, unterstützt.
Da in dem Programm u.a. die Themen Bewegung als auch Ernährung Berücksichtigung finden, bietet das Konzept sehr gute Möglichkeiten auch das Themenfeld Körpergewicht im Vorschulalter mit einzubeziehen.
Aktuell befindet sich das Programm in der siebten Umsetzungsphase, an der alle zwölf Berliner Bezirke teilnehmen. In Lichtenberg sind 16 Kitas Teil des Programms. Dabei werden in jeder Kita individuell Ziele unter Berücksichtigung der Perspektiven der Erzieherinnen und Erzieher sowie der Eltern entwickelt.

Kita mit Biss

Die Einführung des Präventionsprogramms wurde in Berlin 2016 durch die Zahnärztlichen Dienste (ZÄD) und Amtsärztinnen und Amtsärzte beschlossen und hat seinen Ursprung im Land Brandenburg, wo es bereits 2003 durch den ZÄD der Stadt Frankfurt (Oder) gemeinsam mit Erzieherinnen und Erziehern entwickelt wurde. Inzwischen beteiligen sich brandenburgweit bereits mehr als 500 Kitas daran. Ziel ist es die Mundgesundheit von Kindern im Setting Kita zu verbessern, indem frühkindliche Karies verhindert wird. Sieben Handlungsleitlinien bilden die Grundlage für die Gestaltung des Kita-Alltags. Voraussetzung für die Teilnahme der Kitas an dem Programm ist die Verpflichtung den Kita-Alltag entsprechend den Leitlinien umzusetzen. Dafür erhalten sie eine Zertifizierung.
Zu den Handlungsleitlinien gehört neben dem täglichen angeleiteten Zähneputzen beispielsweise, dass in der Kita ein zahngesundes Frühstück sowie zuckerfreie Getränke angeboten werden und dass der Vormittag zuckerfrei gestaltet wird[49]. Darüber hinaus wird durch die Erzieherinnen und Erzieher mit den Eltern über die Fortsetzung der Handlungsempfehlungen im häuslichen Umfeld gesprochen, um diese aktiv in den Prozess einzubeziehen. Hierfür wurde ein Flyer (auch mehrsprachig) entwickelt, um sie dafür zu sensibilisieren[50]. Auch wenn der Fokus des Programms auf der Mundgesundheit der Kitakinder liegt, sind bei Umsetzung der Handlungsleitlinien zum Thema

[47] Vgl. SenBJF (2024)
[48] Vgl. SenBJF (2024)
[49] Vgl. LAG Berlin (2021)
[50] Vgl. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (2021)

Ernährung durch die Zuckerreduktion im Kitaalltag positive Effekte für das Körpergewicht der Kinder zu erwarten, insbesondere wenn die Umsetzung im häuslichen Umfeld der Kinder fortgesetzt wird.
Federführend in der Bewerbung und Unterstützung bei der Umsetzung des Programms in Lichtenberg ist der ZÄD. Dieser informiert im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen in den Kitas die Einrichtungen über das Programm und nimmt bei Erfüllung aller Kriterien aus den Handlungsleitlinien die Zertifizierung vor. Aktuell sind sechs Kitas aus Lichtenberg zertifiziert. Eine Voraussetzung für die Zertifizierung ist, dass das tägliche angeleitete Zähneputzen mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta im jeweiligen Kitaalltag etabliert wurde. Die Anzahl der Lichtenberger Kitas, die Zähne putzen, ist aufgrund der Covid19-Pandemie zurückgegangen. Vor diesem Hintergrund wird zunächst die Wiederaufnahme dieser Routine durch den ZÄD angestrebt. In einem weiteren Schritt verfolgt der ZÄD das Ziel weitere Kitas im Rahmen des Programms zu zertifizieren.
Zusätzlich könnte im Rahmen des „Audits familiengerechte Kommune“, Handlungsfeld 4: „Beratung und Unterstützung“ unter dem Ziel, die Elternkompetenz in jeder Lebensphase des Kindes zu stärken auch dieses Themenfeld aufgegriffen werden (Ziel 4.1.1 Elternstärkung). Die Maßnahmen im Audit sehen u.a. vor, dass in der VHS Elternkurse angeboten werden sowie dass die Angebote der Familienförderung den Bedarfen in den Sozialräumen entsprechend ausgebaut werden[51].

Indoor-Spielplätze in Turnhallen

Im Winterhalbjahr 2023/24 wurde in Neu-Hohenschönhausen Süd durch den Träger bwgt e.V. an Sonntagen in einer Turnhalle ein kostenloses Bewegungsangebot für Kinder und deren Eltern angeboten. Dabei waren jeweils vier Übungsleiterinnen und -leiter vor Ort, um die Teilnehmenden zu begleiten, kleine Bewegungsparcours aufzubauen usw. Da das Angebot sehr gut angenommen wurde, bemüht sich das Bezirksamt Lichtenberg um eine erneute Finanzierung für den bevorstehenden Winter 2024/25.

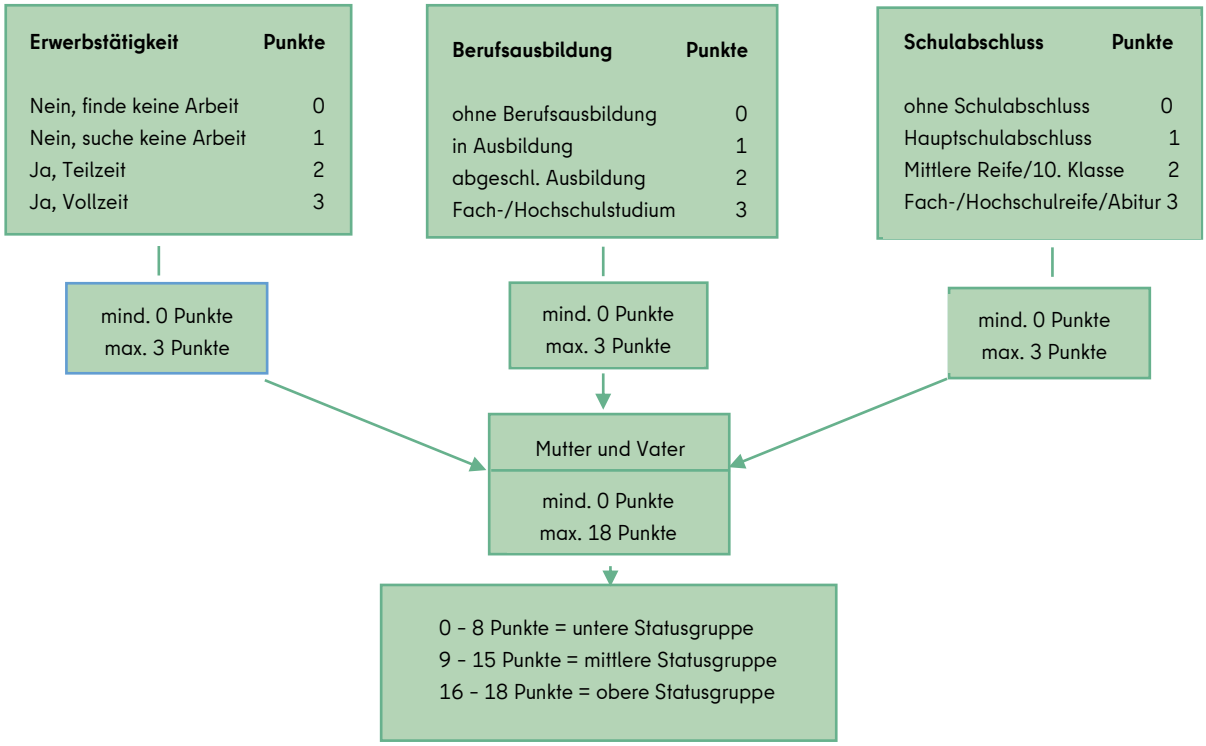
Des Weiteren unterstützen die im Handlungsfeld 1 angeführten **Bewegungsbikes** das Handlungsfeld Übergewicht.

[51] Vgl. Bezirksamt Lichtenberg (2019), S. 32.

Anhang: Glossar

Sozialstatusindex

Der Soziale Status der Einschülerinnen und Einschüler setzt sich aus den drei Komponenten Schulabschluss, Berufsausbildung und Erwerbstätigkeit zusammen. Dabei werden für jede der drei Kriterien Punkte zwischen 0 und 3 vergeben und addiert. Nachfolgend wird die Summe der Mutter und die des Vaters addiert. Die daraus gebildete Gesamtpunktzahl zwischen 0 und 18 lässt die Zuordnung des Kindes zu einem der drei Sozialstatus zu. Ist der Elternteil des Kindes alleinerziehend, wird die Summe des Elternteils kurzerhand verdoppelt. Liegt bei einem der Elternteile zu einem der drei Kriterien keine Angabe vor, kann der Sozialstatus nicht errechnet werden.



S-ENS (Screenings des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen)

In Berlin wird dieses Verfahren bereits seit 2005 eingesetzt. Die Testreihe beinhaltet Tests zur Überprüfung des motorischen, kognitiven sowie sprachlichen Entwicklungsstandes bei Kindern ab einem Alter von fünf Jahren. Die Resultate werden in „unauffällig“, „grenzwertig“ und „auffällig“ kategorisiert.

SOPESS (Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening in den Schuleingangsuntersuchungen)

Seit 2012 ergänzen die Tests „Mengenvorwissen“ und „Pluralbildung“ die S-ENS Testreihen. Seit 2021 wird in Berlin zusätzlich der Test „Zählen“ angewendet. Diese Tests sind ohne Alterseinschränkung bei allen Kindern durchführbar.

Anhang: Abkürzungsverzeichnis

BMI	Body-Mass-Index
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
ESU	Einschulungsuntersuchung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
LGK	Landesgesundheitskonferenz
MH	Migrationshintergrund
ndH	nicht deutscher Herkunft
S-ENS	Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen
SenBJF	Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie
SenWGP	Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege
SOPESS	Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening in den Schuleingangsuntersuchungen
STIKO	Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut
VHS	Volkshochschule
ZÄD	Zahnärztlicher Dienst im Gesundheitsamt

Anhang: Literaturverzeichnis

Bantel, S., Buitkamp, M., Wünsch, A. (2021) Kindergesundheit in der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen und einer Elternbefragung in der Region Hannover, *Bundesgesundheitsblatt*, Jg. 65, S. 1541-1550, online verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/Bundesgesundheitsblatt/Downloads/2021_12_Bantel.pdf?__blob=publicationFile#:~:text=Kinder%20haben%20zunehmend%20Ein%2D%20und,19%2DPandemie%20auf%20die%20Kindergesundheit. (Letzter Zugriff: 07.05.2024)

Bettge, Dr. S., Oberwöhrmann, Dr. S. (2017) Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2017, Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme, online verfügbar unter: https://www.berlin.de/sen/gesundheit/_assets/service/publikationen/gesundheitsberichterstattung/veroeffentlichungen/grundauswertungen/2019-02-18-grundauswertung_esu_2017_endfassung.pdf (Letzter Zugriff: 18.06.2024)

Bezirksamt Lichtenberg von Berlin (2023) Strategisches Zielsystem 2023-2026, BVV-Beschluss-Nr.: DS/0926/IX

Bezirksamt Lichtenberg von Berlin (2023) Zielematrix des Lichtenberger Gesundheitsbeirates, BVV-Beschluss DS/0301/VIII

Bezirksamt Lichtenberg von Berlin (2019) Zielvereinbarung zur Erlangung des Zertifikats der „Familiengerechten Kommune“ des Bezirks Lichtenberg von Berlin, online verfügbar unter: https://www.berlin.de/ba-lichtenberg/politik-und-verwaltung/bezirksverordnetenversammlung/online/___tmp/tmp/4508103693108248 3/931082483/00268037/37-Anlagen/02/103-2019-ZielvereinbarungAudit-Anlage_210519.pdf (Letzter Zugriff: 18.06.2024)

Bundesärztekammer (2024) Impfprävention/Impfen, online verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/public-health/impfpraevention-impfen (Letzter Zugriff: 17.06.2024)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2021) Impfkalender 2021 – Welche Impfungen sind empfohlen? Empfehlungen der Ständigen Impfkomission, online verfügbar unter: https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/Pressemotive/impfaufklaerung_und_hygiene/Impfkalender_020921_farbe.pdf (Letzter Zugriff: 18.06.2024)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2023) Passivrauchen – für Kinder ein hohes Risiko, online verfügbar unter: https://www.kindergesundheit-info.de/themen/risiken-vorbeugen/passivrauchen/risiko-passivrauchen/ (Letzter Zugriff: 17.06.2024)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2024a) Wie oft und wie lange? Empfehlungen zur Höchstdauer der Mediennutzung von Kindern, online verfügbar unter: https://www.kindergesundheit-info.de/themen/medien/alltagstipps/mediennutzung/hoechstdauer/ (Letzter Zugriff: 18.06.2024)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2024b) Mögliche Risiken für die Entwicklung durch Medien, online verfügbar unter: https://www.kindergesundheit-info.de/themen/medien/mediennutzung/medien-risiken/ (Letzter Zugriff: 18.06.2024)

Döpfner, M., Dietmar, I., Mersmann, H., Simon, K., Trost-Brinkhues, G. (2005) S-ENS Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen Manual, Hogrefe Verlag Göttingen, 1 Auflage.

Gesundheit Berlin Brandenburg e.V. (2021) Zahnärztliche Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg, online verfügbar unter: https://www.brandenburger-kinderzaehne.de/kita-mit-biss/elternarbeit (Letzter Zugriff: 18.06.2024)

Hespe-Jungesblut, K., Reißner, K., Zühlke, C. (2024) Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen Vergleich von Daten ausgewählter Kommunen vor, während und nach der Covid 19-Pandemie, Hrsg. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, online verfügbar unter: https://www.nlga.niedersachsen.de/download/206387/Bericht_2024_Ergebnisse_der_Schuleingangsuntersuchung_vor_waehrend_und_nach_der_Corona-Pandemie.pdf (Letzter Zugriff: 07.05.2024)

Hübgen, S. (2017) Armutsrisiko alleinerziehend; Hrsg. Bundeszentrale für politische Bildung, *Aus Politik und Zeitgeschichte - Familienpolitik*, Jg. 67(30-31), S. 22-27.

LAG Berlin (2021) Kita mit Biss - Handlungsleitlinien, online verfügbar unter: https://www.lag-berlin.de/inhalt/handlungsleitlinien (Letzter Zugriff: 18.06.2024)

Lampert, T., Richter, M., Schneider, S., Spallek, J., Dragano, N. (2016) Soziale Ungleichheit und Gesundheit; *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, Jg. 59, S. 153-165.

Landesgesundheitskonferenz Berlin (2007) Zielsystem zur Entwicklung von Gesundheitszielen, online verfügbar unter: https://www.berlin.de/sen/gesundheit/gesundheitsfoerderung-und-praevention/landesgesundheitskonferenz-berlin/gesundheitsziele/zielesystem_-1.pdf?ts=1702300506 (Letzter Zugriff: 18.06.2024)

Lohaus, A., Vierhaus, M. (2015) Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor; Hrsg. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015, 3. Auflage.

Niklas, F. (2017) Frühe Förderung innerhalb der Familie - essentials; Hrsg. Springer Fachmedien Wiesbaden 2017, 1. Auflage.

Pulgarón, E. R. (2013) Childhood Obesity: A Review of Increased Risk for Physical and Psychological Comorbidities; *Clinical Therapeutics*; Jg. 35(01), S. A18-A32.

Rattay, P., von der Lippe, E., Borgmann, L.-S., Lampert, T. (2017) Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland, Journal of Health Monitoring, Jg. 2(4); S. 24-44, online verfügbar unter: https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/2900/21VkXo1aMK80M.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Letzter Zugriff: 18.06.2024)

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Fassung vom 18.06.2015, zuletzt geändert am 12.05.2023), online verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3190/Kinder-RL_2023-05-12_iK-2023-07-13.pdf (Letzter Zugriff: 18.06.2024).

Schertell, S. (2018) Chancen und Barrieren in der Inanspruchnahme entwicklungsfördernder Maßnahmen bei Kindern vor Eintritt in die Schule im Sozialraum Neu-Hohenschönhausen Süd.

Schulgesetz für das Land Berlin (SchulG) vom 26.01.2004 in der Fassung vom 04.10.2023, online verfügbar unter: https://gesetze.berlin.de/bsbe/document/jlr-SchulGBErahmen/part/X (Letzter Zugriff: 24.11.2023)

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie (2023) Das Kita-Chancenjahr kommt! Katharina Günther-Wünsch und Falko Liecke stellen Maßnahmenplan vor, Pressemitteilung vom 26.10.2023, online verfügbar unter: https://www.berlin.de/sen/bjf/service/presse/pressearchiv-2023/pressemitteilung.1379388.php (Letzter Zugriff: 18.06.2024)

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie (2024) Kitas bewegen – Landesprogramm für eine gute gesunde Kita, online verfügbar unter: https://gute-gesunde-kitas-in-berlin.de/programmbeschreibung/ (Letzter Zugriff: 18.06.2024)

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme (Hrsg.) (2017) Handbuch für die Einschulungsuntersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Bezirke des Landes Berlin, Ausgabe 2018.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme (Hrsg.) (2019) Handbuch für die Einschulungsuntersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Bezirke des Landes Berlin, Ausgabe 2020.

Zeiher, J., Varnaccia, G., Jordan, S., Lange, C. (2016) Was sind die Einflussfaktoren kindlicher Adipositas?; *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Jg. 59, S. 1465-1475.

Zemp, M., Bodenmann, U. (2015) Neue Medien und kindliche Entwicklung, essentials; Hrsg. Springer Fachmedien Wiesbaden 2015.