Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin
Abteilung Soziales und Gesundheit
Planungs- und Koordinierungsstelle Soziales und Gesundheit

Gesund Aufwachsen in
Charlottenburg-Wilmersdorf

Kindergesundheitsbericht 2019

Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen in Charlottenburg-Wilmersdorf

Einschulungsjahrgänge 2015-2017

Impressum

Herausgeber:
Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin
Abteilung Soziales und Gesundheit
Planungs- und Koordinierungsstelle Soziales und Gesundheit
Berlin, Juli 2019

Bearbeitung:
Luisa Marquardt, M.Sc.
Gesundheits- und Sozialberichterstattung
Telefon: +49 (0)30 9029 - 18523
Email: luisa.marquardt@charlottenburg-wilmersdorf.de
Internet: www.charlottenburg-wilmersdorf.de

Titelbild:
Yanlev/Fotolia.com

© Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Herausgebers.

Vorwort

Liebe Bürgerinnen und Bürger von Charlottenburg-Wilmersdorf,
liebe Leserinnen und Leser,

wie steht es um die gesundheitliche und soziale Lage der Vorschulkinder in Charlottenburg-Wilmersdorf? Wie wird der kindliche Entwicklungsstand eingeschätzt? Gibt es Unterschiede zwischen den einzelnen Einschulungsjahrgängen? Diesen und weiteren Fragen geht der Ihnen vorliegende Kindergesundheitsbericht 2019 nach, welcher sich den Einschulungsuntersuchungen 2015 bis 2017 gewidmet hat. Die Teilnahme an den Einschulungsuntersuchungen ist für jedes Kind vor dem Schulbeginn verpflichtend. Damit ist eine wertvolle Datengrundlage gegeben, die eine umfassende Analyse des Gesundheitszustandes und des familiären Umfeldes eines ganzen Einschulungsjahrganges ermöglicht.

Der Bericht stellt die wichtigsten Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2015, 2016 und 2017 für Charlottenburg-Wilmersdorf vor und legt dabei einen Schwerpunkt auf kleinräumige Unterschiede ebenso wie den Vergleich mit berlinweiten Ergebnissen. Die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen bestätigen einen im Allgemeinen guten Gesundheitszustand der Kinder, zeigen jedoch auch spezifische Bedarfe, u.a. hinsichtlich des Entwicklungsstandes, die in den Fokus von präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen rücken müssen. Handlungsbedarf besteht auch in der Impfaufklärung: Die Impfquoten sind in den letzten Jahren gesunken und liegen unterhalb des Schwellenwertes von 95% für einen ausreichenden Impfschutz der Bevölkerung. Die Ergebnisse zeigen auch, dass mit 96,1 % der Kinder die große Mehrheit eine Kindertageseinrichtung besucht, welche nachweislich positive Auswirkungen auf den Entwicklungsstand der Kinder hat.

Die Gesundheit der Kinder im Bezirk steht seit 2017 mit dem Start des Projektes „Gesund Aufwachsen in Charlottenburg-Wilmersdorf“ verstärkt im Mittelpunkt des Handelns des Öffentlichen Gesundheitsdienstes des Bezirks. Die Vernetzung und der Ausbau von Präventionsangeboten für Kinder und junge Familien sind der erste Schritt zur Etablierung einer sogenannten Präventionskette. Auf Grundlage der Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen können weitere Schwerpunkte identifiziert und Handlungsoptionen aufgezeigt werden.

Allen Akteuren und Interessierten im Bezirk soll dieser Bericht Einblicke in die derzeitige gesundheitliche und soziale Lage der Vorschulkinder geben und sie zu weiterhin gemeinsamen Bemühungen anregen, gesundes Aufwachsen in Charlottenburg-Wilmersdorf zu gestalten.

Unter www.charlottenburg-wilmersdorf.de finden Sie den Bericht auch als Download bereitgestellt.

Detlef Wagner
Bezirksstadtrat für Soziales und Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....

Inhaltsverzeichnis 0

1. Einleitung 1

2. Eckdaten der untersuchten Kinder 2

2.1 Anzahl, Alter und Geschlecht 2

2.2 Herkunft und Deutschkenntnisse 3

2.3 Soziale Lage 6

3. Soziales Umfeld und soziale Integration 9

3.1 Familiäre Situation 9

3.2 Deutsche Sprachkenntnisse und Familiensprache 11

3.3 Besuch von Kindertageseinrichtungen 12

4. Gesundheits- und Risikoverhalten 15

4.1 Impfstatus 15

4.2 Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen 18

4.3 Raucherhaushalte 20

4.4 Medienkonsum 21

5. Gesundheitliche Problemlagen 24

5.1 Körpergewicht 24

5.2 Motorische und kognitive Entwicklung 26

5.3 Sprachliche Entwicklung 31

5.4 Inanspruchnahme von Therapien 37

6. Förderempfehlungen 39

7. Rücksteller aus den Untersuchungsjahren 42

8. Zusammenfassung und Fazit 44

9. Literaturverzeichnis 51

10. Anhang 52

10.1 Abbildungsverzeichnis 52

10.2 Tabellenverzeichnis 53

10.3 Abkürzungsverzeichnis 54

1. Einleitung

Die Teilnahme an Einschulungsuntersuchungen ist für alle Kinder in Deutschland vor dem Schulbeginn verpflichtend. Damit ist eine wertvolle Datenbasis für die Gesundheitsberichterstattung gegeben, da der Gesundheitszustand und Entwicklungsstand eines ganzen Jahrganges erfasst wird.
Die Einschulungsuntersuchungen werden in Berlin nach einheitlichen Standards durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) der bezirklichen Gesundheitsämter durchgeführt. Sie umfassen neben der sozialen und medizinischen Anamnese eine körperliche Untersuchung und verschiedene Entwicklungsscreenings zur Beurteilung der motorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung. Die Ärztinnen und Ärzte des KJGD erfassen alle relevanten Daten in einem Dokumentationsbogen, beraten die Eltern zu gesundheitsrelevantem Verhalten und eventuellen Fördermaßnahmen und geben ggf. entsprechende Förder- und Rückstellungsempfehlungen.

Die Auswertung der Daten der Einschulungsuntersuchungen aus den Jahren 2015, 2016 und 2017 umfasst alle Kinder, die in Charlottenburg-Wilmersdorf zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung wohnhaft waren. Ausgeschlossen wurden Kinder, die nach einer Rückstellung vom Schulantritt im Vorjahr (auf Antrag der Eltern und/oder aufgrund von begründeten Entwicklungsdefiziten) erneut untersucht wurden, sodass ausnahmslos Kinder in die Auswertung einbezogen wurden, die erstmalig untersucht wurden. Damit wird für den Bericht, in Übereinstimmung mit der berlinweiten Berichterstattung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (SenGPG), eine neue Grundgesamtheit zugrunde gelegt. Zuvor bezog die Auswertung auch Kinder ein, die im Vorjahr zurückgestellt wurden und schloss Kinder aus, die im entsprechenden Schuljahr nicht eingeschult wurden.
Zudem wurden in den vorherigen bezirklichen Berichten zu Einschulungsuntersuchungen Rohdaten, statt von der SenGPG validierte Daten genutzt, sodass auch diesbezüglich leichte Abweichungen in den Ergebnissen wahrscheinlich sind. Daher soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass ein Vergleich der Ergebnisse aus diesem Bericht mit den Ergebnissen früherer Einschulungsuntersuchungsberichte immer diese Einschränkungen berücksichtigen sollte.

Der vorliegende Bericht gibt die bezirklichen Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2015 bis 2017 im Berlinvergleich wieder und differenziert, soweit sinnvoll, nach verschiedenen Merkmalen wie Geschlecht, Sozialstatus, Migrationshintergrund und der Kitabesuchsdauer.
Neben Unterschieden im Gesundheitszustand und Entwicklungsstand der Kinder in Abhängigkeit von individuellen und familiären Merkmalen sind häufig auch regionale Unterschiede in der gesundheitlichen und sozialen Lage der Kinder zu finden. Grundlage für die kleinräumige Analyse bilden die Prognoseräume sowie Bezirksregionen (BZR), welche die obere und mittlere Ebene der räumlichen Gliederung des Bezirks durch die sogenannten Lebensweltlich orientierten Räume (LOR) darstellen. Für die kleinräumige Darstellung der Ergebnisse werden, aufgrund der teilweise geringen Fallzahl, die Zahlen der drei betrachteten Jahrgänge zusammengefasst, um ein repräsentatives Bild zu erhalten. Es werden nur ausgewählte Ergebnisse aufgeführt. Ausführliche Ergebnisse auf Ebene der BZR sind in Tabelle 21 im Schlussteil des Berichtes zu finden. Diese sind zusätzlich den Jugendhilferegionen zugeordnet.

Der Aufbau des Berichts gliedert sich entsprechend der in der Einschulungsuntersuchung erfassten Merkmale in die Kapitel „Eckdaten der untersuchten Kinder“, „Soziales Umfeld und soziale Integration“, „Gesundheits- und Risikoverhalten“, „Gesundheitliche Problemlagen“, „Förderempfehlungen“ und „Rücksteller aus den Untersuchungsjahren“. Im Schlussteil findet sich eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und ein Fazit.

2. Eckdaten der untersuchten Kinder

Da die bezirkliche Auswertung Kinder, die wohnhaft in Charlottenburg-Wilmersdorf sind, aber in anderen Bezirken untersucht wurden, aufgrund der fehlenden Datengrundlage nicht mit einschließen kann, weichen die Zahlen geringfügig von den Ergebnissen der SenGPG ab, welche in den jährlichen Grundauswertungen publiziert werden (siehe u.a. [1]). Diese Auswertung bezieht sich dennoch auf die bezirklich verfügbaren Daten, um auch tiefergehende Analysen und kleinräumige Unterschiede aufzeigen zu können. Die Anzahl der nicht berücksichtigten Kinder liegt für die einzelnen Jahrgänge zwischen 26 und 42 Kindern. Beim Vergleich der Ergebnisse mit Berlin und der Festlegung des Bezirksranges sind diese geringfügigen Abweichungen berücksichtigt.

2.1 Anzahl, Alter und Geschlecht

In den vergangenen drei Einschulungsjahrgängen wurden insgesamt 2.541 (2015), 2.403 (2016) und 2.441 (2017) Kinder durch den KJGD des Bezirksamtes Charlottenburg-Wilmersdorf untersucht (Tab. 1). Von diesen wurden für die vorliegende Analyse alle Kinder, die ihren Wohnort nicht in Charlottenburg-Wilmersdorf hatten und die nach Rückstellung im Vorjahr erneut untersucht wurden, ausgeschlossen. Damit lag die Zahl der erstmals untersuchten Charlottenburg-Wilmersdorfer Kinder in den drei Jahren zwischen 2.072 und 2.287 Kindern. Für die bezirkliche Auswertung zeigt sich ein durchgehend höherer Anteil an Jungen und im Zeitverlauf ein steigendes mittleres Alter. Waren Kinder 2015 bei der Einschulungsuntersuchung noch im Mittel 5 Jahre und 6 Monate alt, so stieg das mittlere Alter im Jahr 2017 auf 5 Jahre und 9 Monate. Von den untersuchten Kindern wurden 2015 noch 18,3% aller Kinder vom Schulamt zurückgestellt – 2017 waren es mit 9,2% nur halb so viele.

Tab. 1: Anmeldegrund, Geschlecht, Alter und erfolgte Rückstellung der untersuchten Kinder 2015-2017

	2015		2016		2017	
Einschülerinnen und Einschüler	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Gesamtzahl der untersuchten Kinder	2.541		2.403		2.441	
… davon mit Wohnort Charlottenburg-Wilmersdorf	2.455	100,0	2.331	100,0	2.407	100,0
schulpflichtig	2.161	88,0	2.052	88,0	2.143	89,0
antragsweise	36	1,5	20	0,9	144	6,0
nach Rückstellung im Vorjahr	258	10,5	259	11,1	120	5,0
Erstmals untersuchte Kinder (ohne Rücksteller)	2.197	100,0	2.072	100,0	2.287	100,0
Jungen	1.171	53,3	1.062	51,3	1.231	53,8
Mädchen	1.026	46,7	1.010	48,7	1.056	46,2
mittleres Alter (Jahre)	5,5		5,7		5,8	
vom Schulamt zurückgestellt	403	18,3	241	11,6	210	9,2

Datenquelle: SenGPG - IA –

Wird die Anzahl der Kinder, die in den letzten drei Jahren untersucht wurden, nach dem Wohnort differenziert betrachtet, zeigt sich, dass von den insgesamt 6.556 untersuchten Kindern jedes zehnte Kind in der Bezirksregion Volkspark Wilmersdorf wohnt (Tab. 2). Den geringsten Anteil mit 4,2% aller Kinder zeigen die BZR Heerstraße, Mierendorffplatz und Halensee.

Tab. 2: Wohnort der untersuchten Kinder nach Prognoseraum und Bezirksregion 2015-2017

Prognoseraum	Bezirksregion	Anzahl			Summe 2015-2017	
		2015	2016	2017	Anzahl	%
Charlottenburg-Nord	Charlottenburg-Nord	154	165	173	492	7,5
Westend	Heerstraße	85	80	108	273	4,2
	Westend	158	176	182	516	7,9
Charlottenburg	Schloss Charlottenburg	158	167	186	511	7,8
	Mierendorffplatz	101	96	81	278	4,2
	Otto-Suhr-Allee	161	150	154	465	7,1
	Neue Kantstraße	137	153	158	448	6,8
	Kantstraße	129	105	126	360	5,5
	Kurfürstendamm	98	110	120	328	5,0
	Halensee	88	84	103	275	4,2
Schmargendorf	Grunewald	119	124	131	374	5,7
	Schmargendorf	120	99	126	345	5,3
	Wiesbadener Straße	147	105	114	366	5,6
Wilmersdorf	Düsseldorfer Straße	203	148	168	519	7,9
	Barstraße	91	121	124	336	5,1
	Volkspark Wilmersdorf	247	189	233	669	10,2
Insgesamt		2.197	2.072	2.287	6.556	100,0

Datenquelle: SenGPG - IA –

Eine Zuordnung der BZR zu den fünf Sozialräumen der Jugendhilfe ist in der Übersichtstabelle (Tab. 20) im Fazit zu finden.

2.2 Herkunft und Deutschkenntnisse

Migrationshintergrund

Seit den Einschulungsuntersuchungen 2015 wird zwischen einem ein- und beidseitigem Migrationshintergrund[1] bei den Kindern unterschieden. Insgesamt hatten in den vergangenen drei Einschulungsjahrgängen etwa 60% der Kinder aus Charlottenburg-Wilmersdorf einen Migrationshintergrund (Tab. 3). Damit zählt Charlottenburg-Wilmersdorf mit Mitte und Neukölln zu den drei Bezirken mit dem größten Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund [1]. Wie Tabelle 3 zeigt, hat dabei die Mehrzahl dieser Kinder in Charlottenburg-Wilmersdorf einen beidseitigen Migrationshintergrund.
Seit 2007 hat der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund von 41,8% um ca. 18 Prozent zugenommen. Zu berücksichtigen ist hierbei jedoch ein Wechsel in der Datenbasis 2013 und ein Methodikwechsel in der Erfassung des Migrationshintergrundes 2015 (s. Fußnote 1).

[1] Ein beidseitiger Migrationshintergrund besteht nach der bundesweit einheitlichen Definition, wenn beide Eltern entweder nicht in Deutschland geboren wurden und/oder eine andere Staatsangehörigkeit (auch zusätzlich zu der deutschen) besitzen. Ein beidseitiger Migrationshintergrund wird ebenfalls zugewiesen, wenn ein Elternteil nicht in Deutschland geboren wurde und das Kind nicht in Deutschland geboren wurde. Ein einseitiger Migrationshintergrund besteht, wenn ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist und/oder eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit besitzt. Siehe auch: Bettge und Oberwöhrmann 2017 [2].

Tab. 3: Kinder mit und ohne Migrationshintergrund 2015-2017

Migrationshintergrund	2015 Anzahl	2015 %	2016 Anzahl	2016 %	2017 Anzahl	2017 %	Berlin 2017 %
kein Migrationshintergrund	879	41,8	810	39,9	904	39,9	52,8
einseitiger Migrationshintergrund	477	22,7	431	21,2	517	22,8	16,3
beidseitiger Migrationshintergrund	746	35,5	790	38,9	846	37,3	30,9
Insgesamt	2.102	100,0	2.031	100,0	2.267	100,0	100,0

Datenquelle: SenGPG - IA –

Aufgeteilt nach BZR leben in den Regionen Charlottenburg-Nord (73,6%), Otto-Suhr-Allee (69,6%) und Düsseldorfer Straße (68,3%) anteilig die meisten Kinder mit Migrationshintergrund (Abb. 1). Charlottenburg-Nord zeigt mit 56,3% den höchsten Anteil an Kindern mit einem beidseitigen Migrationshintergrund und zählt damit auch im Berlinvergleich zu den Prognoseräumen mit den meisten Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund für die Jahre 2015 bis 2017. Der höchste Anteil an Vorschulkindern deutscher Herkunft ist in den BZR Heerstraße (59,2%), Schmargendorf (54,4%) und Wiesbadener Straße (52,6%) zu finden.

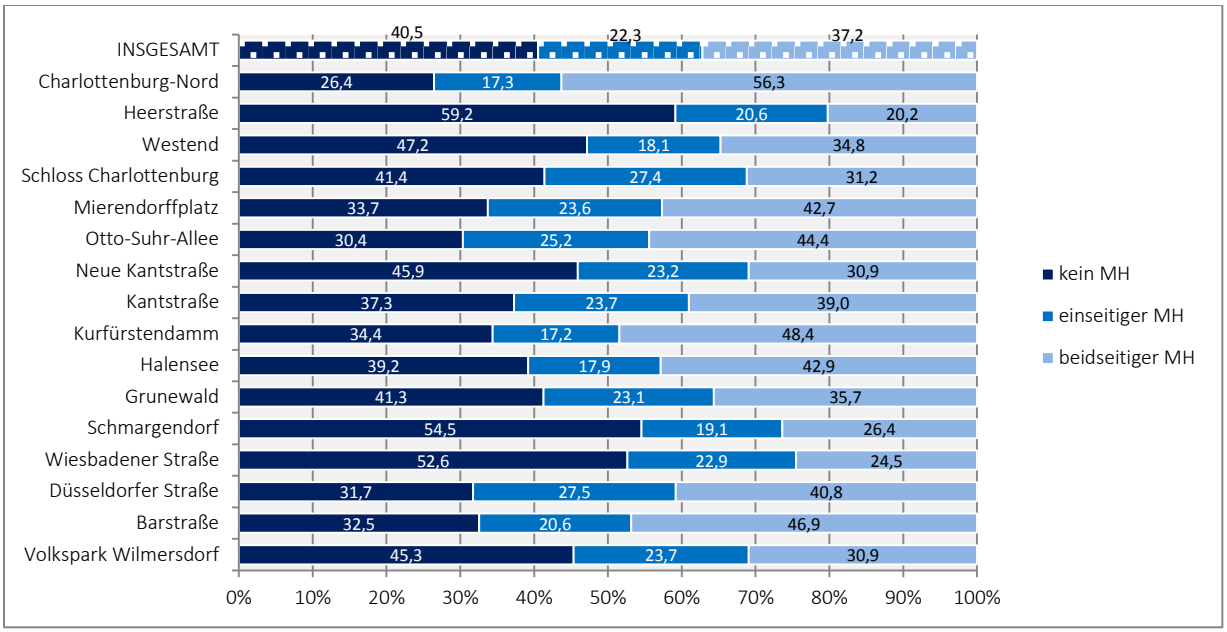


Abb. 1: Kinder nach Migrationshintergrund und Bezirksregion (2015-2017 zusammengefasst) (%)
Datenquelle: SenGPG - IA –

Herkunft

Um die Herkunft der Kinder zu erfassen und auszuwerten, werden die Herkunftsländer nach ähnlichem soziokulturellen Hintergrund und unter Berücksichtigung der zahlenmäßigen Häufigkeit gruppiert[2] [2]. Kinder mit osteuropäischem Hintergrund stellen in Charlottenburg-Wilmersdorf mit einem Anteil von über 20% die größte nichtdeutsche Herkunftsgruppe dar (Berlin 2017: 16,1%, Bezirksrang 1)

[2] „Neben den Kindern deutscher und türkischer Herkunft werden die Kinder aus den Staaten der arabischen Liga (arabisch), aus osteuropäischen Staaten (ehemalige Staaten und Nachfolgestaaten des Warschauer Paktes, einschließlich der Staaten der ehemaligen Sowjetunion, der Staaten des ehemaligen Jugoslawiens und Albanien) und die Kinder aus Industriestaaten europäisch-westlicher Prägung („westliche Industriestaaten“: USA, Kanada, Australien, Neuseeland, alle europäischen Staaten außer Deutschland und den aufgeführten osteuropäischen Staaten) jeweils in Gruppen zusammengefasst. Alle Kinder mit anderer Herkunft werden aufgrund geringerer Häufigkeiten unter der Sammelkategorie „aus sonstigen Staaten“ geführt.“ (Bettge und Oberwöhrmann 2018, S. 15) [1].

(Abb. 2). Über 6% der Kinder hat türkische Wurzeln, knapp 9% stammen aus westlichen Industriestaaten. Der Anteil von Kindern mit arabischer Herkunft hat zwischen 2015 und 2017 von 6,6% auf 9,2% zugenommen. Der Anteil von Kindern, die aus sonstigen Herkunftsländern kommen, lag in den letzten drei Jahren bei etwa 14%. Damit zeigen Kinder mit Migrationshintergrund aus Charlottenburg-Wilmersdorf eine große Vielfalt an Herkunftsländern.

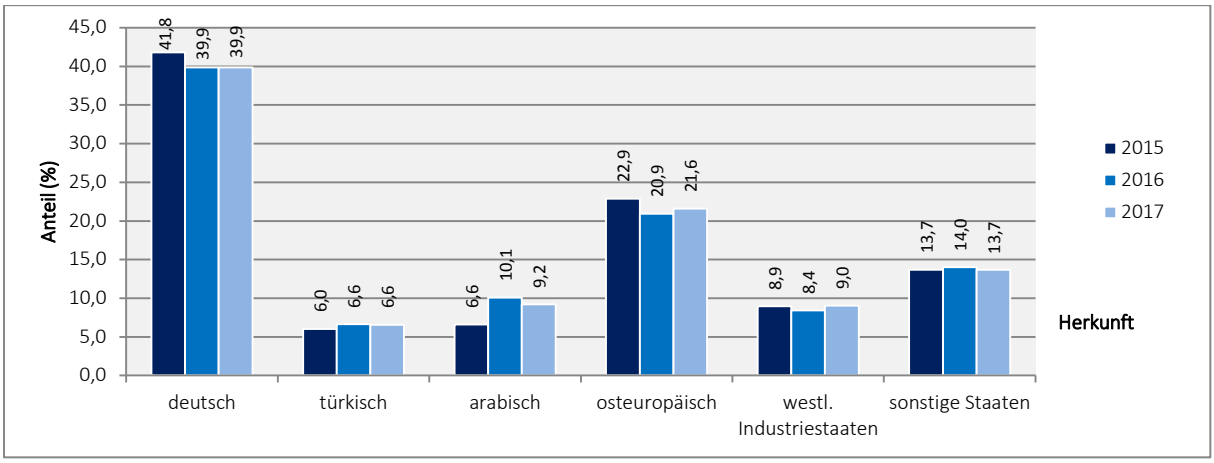


Abb. 2: Herkunft der Kinder 2015-2017 (%) Datenquelle: SenGPG - IA –

Geburtsort der Kinder

Zwischen 2015 und 2016 zeigt sich ein deutlicher Anstieg im Anteil der nicht in Deutschland geborenen Kinder von 12,3% auf 17%. 2017 lag der Anteil bei 16,2% und war damit im Berlinvergleich am höchsten (Berlin: 10,6%). Der Anteil der nicht in Deutschland geborenen Kinder ist bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund mit ca. 42% am größten. Die meisten Kinder, die im Ausland geboren wurden, waren für die Untersuchungsjahre 2016 und 2017 arabischer Herkunft und haben damit Kinder, die in westlichen Industriestaaten geboren wurden, vom ersten Platz abgelöst.

Der größte an Anteil im Ausland geborenen Kindern für alle drei Jahre zusammengefasst zeigt sich für die BZR Kurfürstendamm (30,9%), Barstraße (27,2%) und Westend (20,7%) (vgl. Tab. 20 in Kapitel 8).

Verständigung in deutscher Sprache bei Kindern nichtdeutscher Herkunft

Die Frage, inwieweit Kinder mit nichtdeutscher Herkunft die deutsche Sprache beherrschen, ist für die Verständigung im Schulalltag und schließlich für den Lernerfolg und die Integration von hoher Bedeutung. Tabelle 4 zeigt, dass Kinder mit Migrationshintergrund sowie deren Eltern aus dem Bezirk überdurchschnittliche Ergebnisse hinsichtlich der Deutschkenntnisse zeigen:

Tab. 4: Verständigung in deutscher Sprache bei Kindern nichtdeutscher Herkunft 2015-2017

	2015		2016		2017		Berlin 2017
Deutschkenntnisse von Kindern nichtdeutscher Herkunft	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	%
MH, Kind und Eltern gute Deutschkenntnisse	778	64,5	741	61,8	906	67,2	54,6
MH, Kind oder Eltern unzureichende Deutschkenntnisse	191	15,8	148	12,3	150	11,1	19,1
MH, Kind und Eltern unzureichende Deutschkenntnisse	238	19,7	311	25,9	292	21,7	26,3
Insgesamt	1.207	100,0	1.200	100,0	1.348	100,0	100,0

Datenquelle: SenGPG - IA –

Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund, bei denen die Kinder und die Eltern sehr gute und gute Deutschkenntnisse haben, ist von 64,5% im Jahr 2015 auf 67,2% im Jahr 2017 gestiegen. Der Anstieg ist besonders durch verbesserte Deutschkenntnisse der Kinder begründet [2]. Gleichzeitig hat jedoch auch der Anteil der Kinder zugenommen, bei denen die Kinder sowie die Eltern unzureichende Deutschkenntnisse zeigen. Dies traf 2017 auf mehr als jedes fünfte Kind nichtdeutscher Herkunft zu. Es ist zu vermuten, dass der Anstieg dieser Gruppe insbesondere mit der steigenden Zahl neu immigrierter Familien verbunden ist, die noch keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse aufgrund der kurzen Aufenthaltsdauer in Deutschland zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung sammeln konnten [2]. So hatten 2017 85% der Familien, die zum Zeitpunkt der ESU weniger als ein Jahr in Deutschland waren unzureichende Deutschkenntnisse.
Differenziert nach der Art des Migrationshintergrundes hatten 2017 von den Kindern mit einseitigem Migrationshintergrund 92,8% der Kinder und Eltern gute Deutschkenntnisse, wohingegen Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund und deren Eltern nur in 51,4% der Fälle gute Deutschkenntnisse zeigten.

2.3 Soziale Lage

Sozialstatusindex

Die soziale Lage der Kinder hat Einfluss auf die soziale Integration und das Gesundheits- und Risikoverhalten des Kindes [3]. Bei der Einschulungsuntersuchung wird die soziale Lage der Kinder durch die Bildung des sozialen Statusindexes erhoben. Hierfür werden der Bildungs- und Erwerbsstatus der Eltern durch Angaben über den Schulabschluss, die berufliche Ausbildung und die Erwerbstätigkeit erfasst und die Familien mittels eines Punktesystems den drei Gruppen niedriger, mittlerer und hoher Sozialstatusindex zugeordnet[3].

Im Berlinvergleich haben Familien in Charlottenburg-Wilmersdorf häufiger einen hohen sozialen Status. So zeigen die Ergebnisse der Jahre 2015 bis 2017 für Charlottenburg-Wilmersdorf, dass mehr als die Hälfte der Familien dem oberen sozialen Status angehören (Berlin 2017: 37,4%, Bezirksrang 2). Weniger als 10% sind dem untersten sozialen Status zuzuordnen (Berlin 2017: 16,5%, Bezirksrang 10). Dieser Anteil ist für die betrachteten Jahre relativ konstant. Seit 2009 hat der Anteil der Familien in der unteren und mittleren sozialen Schicht mit dem Berlintrend abgenommen und der Anteil in der oberen sozialen Schicht zugenommen [1].

Die Sozialstruktur der Familien unterscheidet sich dabei kleinräumig, wie Abbildung 3 zeigt: Der Anteil der Familien mit niedrigem sozialen Status ist für Charlottenburg-Nord (25,5%) und die Barstraße (22,9%) am höchsten. Nur knapp 12% der Kinder in Charlottenburg-Nord gehören zu der Gruppe mit hohem Sozialstatus. Hingegen haben Kinder, die in den BZR Heerstraße, Neue Kantstraße, Kantstraße, Grunewald und Schmargendorf leben, zu über 60% einen hohen Sozialstatus.
Diese Unterschiede spiegeln sich auch im Medianwert des Sozialstatusindexes wider: Er betrug 2017 für den Prognoseraum Charlottenburg-Nord (entspricht der BZR) 11,0 und wies diesen damit als einen von sieben Prognoseräumen in Berlin mit dem niedrigsten mittleren Sozialstatusindex aus. Die anderen Prognoseräume zeigen mit einem Median von 16,0 insgesamt einen hohen Sozialstatusindex [1].

[3] Zur detaillierten Beschreibung der Bildung des sozialen Statusindex siehe Bettge und Oberwöhrmann 2017, S. 11 [2].

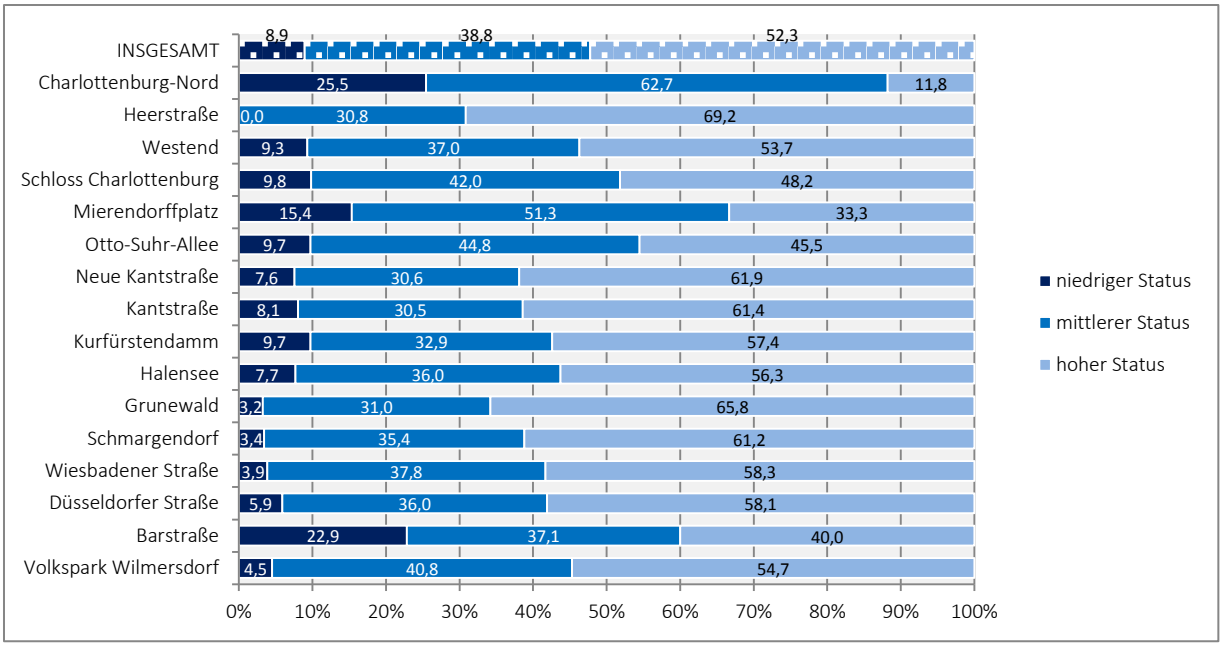


Abb. 3: Kinder nach sozialer Lage und Bezirksregion (2015-2017 zusammengefasst) (%) Datenquelle: SenGPG - IA –

Unterschiede in der Sozialstruktur werden deutlich, wenn nach dem Migrationshintergrund differenziert wird (Abb. 4): Kinder mit Migrationshintergrund zeigen deutlich häufiger einen niedrigen und mittleren sozialen Status als Kinder ohne Migrationshintergrund. Dabei ist der Anteil der Kinder dieser Gruppe mit niedrigem sowie hohem Sozialstatus seit 2015 jeweils um etwa zwei Prozentpunkte auf 13,8% bzw. 46,7% gestiegen.

Wird die Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund genauer betrachtet, zeigen sich deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der Herkunft: Einen niedrigen Sozialstatus zeigte 2017 mehr als jedes dritte Kind arabischer Herkunft (37,4%), gefolgt von Kindern mit türkischer Herkunft (22%), Kindern aus sonstigen Staaten (10,9%) und mit osteuropäischen Wurzeln (10,2%). Kinder aus westlichen Industriestaaten hatten nur in 1,6% der Fälle einen niedrigen sozialen Status, Kinder deutscher Herkunft in 2,8% der Fälle.

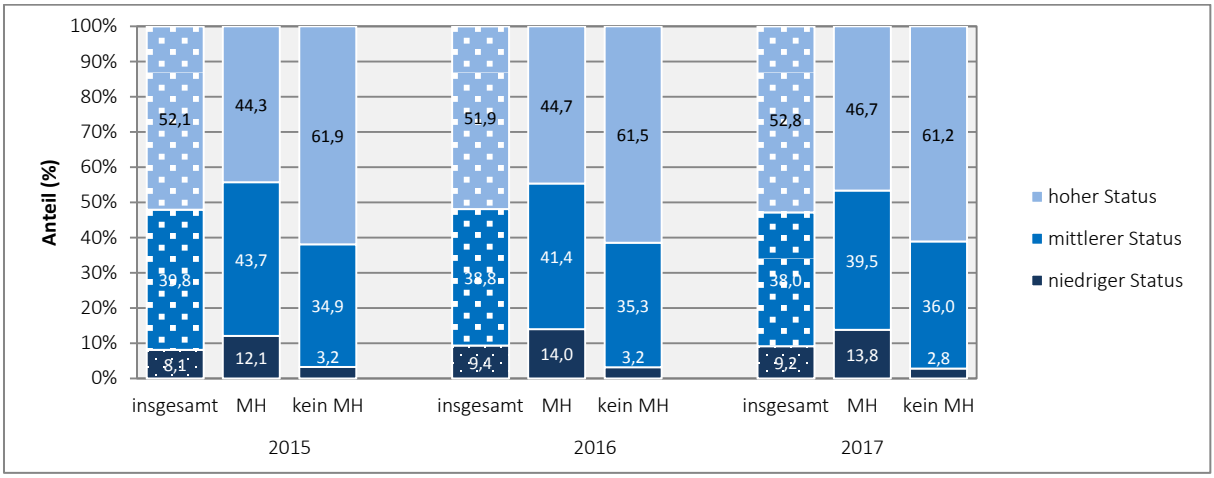


Abb. 4: Sozialer Status nach Migrationshintergrund (MH) 2015-2017 (%) Datenquelle: SenGPG - IA –

Zusammenhänge werden auch hinsichtlich der Deutschkenntnisse deutlich: Mehr als die Hälfte der Kinder mit Migrationshintergrund, bei denen die Kinder und Eltern sehr gute und gute Deutschkennt-

nisse zeigen, gehören der oberen Statusgruppe an (51,9%); 6,9% der unteren. Bei der Gruppe der Kinder, bei denen weder Kinder noch Eltern ausreichende Deutschkenntnisse haben, sind hingegen nur 30,3% der oberen Statusgruppe zugeordnet; 36,1% weisen einen niedrigen sozialen Status auf.

Erwerbstätigkeit der Eltern

Der Erwerbsstatus der Eltern trägt entscheidend zur sozialen Lage der Familie bei. Er spielt für den bereits genannten Sozialstatus eine bedeutende Rolle. An dieser Stelle soll der Blick genauer auf den Umfang der Erwerbstätigkeit von Mutter und Vater gelegt werden. Die Daten der drei betrachteten Jahrgänge wurden hierfür zusammengefasst.

Insgesamt zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Müttern und Vätern (Abb. 5): Weniger als ein Drittel aller Mütter ist in Vollzeit erwerbstätig, der Großteil von 44,8% arbeitet in Teilzeit, ein Viertel ist nicht erwerbstätig. Im Gegensatz hierzu, arbeiten Väter zu 82,9% in Vollzeit. Nur ein kleiner Teil von etwa 8% ist in Teilzeit tätig und 9% sind nicht erwerbstätig.
Je mehr Kinder im Haushalt leben, umso größer ist der Anteil der Mütter, der nicht erwerbstätig oder nur in Teilzeit beschäftigt ist. In Einkindfamilien sind noch 40,6% vollzeitbeschäftigt, in Familien mit vier Kindern nur 12,2%. In Familien mit fünf und mehr Kindern sind hingegen 18,2% der Mütter in Vollzeit tätig – aber auch mehr als jede dritte Mutter dieser Gruppe ist ohne Erwerbstätigkeit.
Für Väter gilt, dass ab einer Zahl von drei Kindern der Anteil der Väter in Teilzeit und ohne Erwerbstätigkeit zunimmt. Insgesamt bleibt der Anteil der Väter in diesen Gruppen jedoch deutlich unter dem Anteil der Mütter. So ist die Hälfte der Väter in Familien mit fünf und mehr Kindern in Vollzeit tätig.

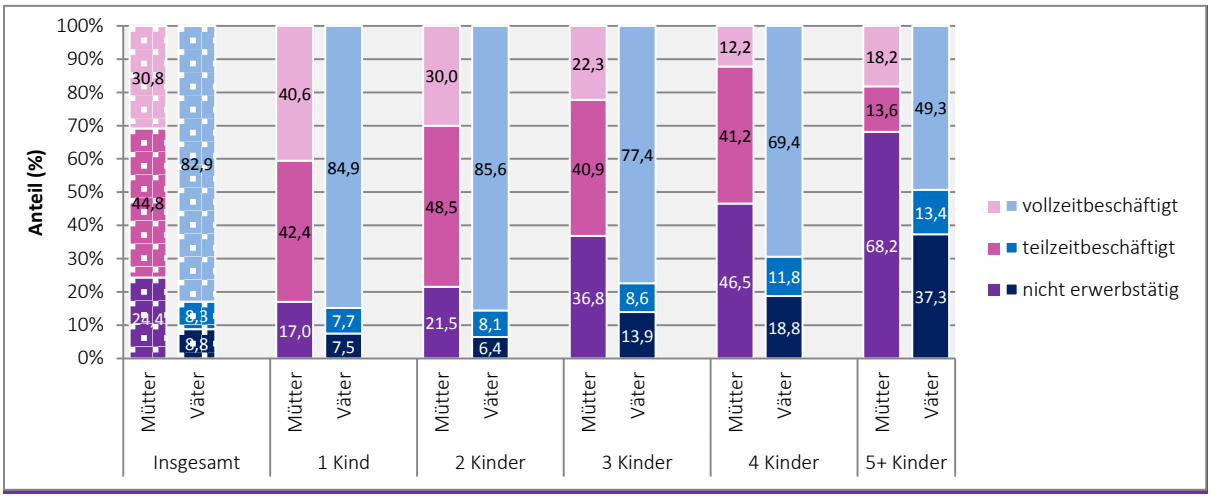


Abb. 5: Erwerbssituation von Müttern und Vätern nach der Anzahl der Kinder im Haushalt 2015-2017 (zusammengefasst) (%) Datenquelle: SenGPG - IA –

3. Soziales Umfeld und soziale Integration

Die kindliche Entwicklung in den ersten Lebensjahren wird maßgeblich durch das Elternhaus und das soziale Umfeld beeinflusst. Um die sozialen Rahmenbedingungen und das Ausmaß der sozialen Integration zu beurteilen, werden in der Einschulungsuntersuchung die familiäre Situation, die deutschen Sprachkenntnisse von Kindern nichtdeutscher Herkunft, der Bildungs- und Erwerbsstatus der Eltern (vgl. Kapitel 2.3) sowie die Inanspruchnahme von Kita-Einrichtungen erfasst.

3.1 Familiäre Situation

Der Familie kommt eine herausragende Bedeutung für die primäre Sozialisation des Kindes zu [3]. Die familiäre Situation wird durch die Familienkonstellation, d.h. ob das Kind bei Alleinerziehenden oder bei den zusammenlebenden Eltern lebt sowie durch das Aufwachsen mit Geschwisterkindern beschrieben.

Familienkonstellation

Der Anteil der Kinder, der bei beiden Eltern aufwächst, hat sich für den Bezirk sowie auch für Berlin insgesamt seit 2007 erhöht. Da sich in den betrachteten drei Jahren an der Familienkonstellation wenig geändert hat, wird in Abbildung 6 die Verteilung exemplarisch für das Jahr 2017 aufgezeigt. Mit über 80% der Kinder lebt der Großteil bei beiden Elternteilen. Etwa 15% leben bei nur einem Elternteil und weitere 3% in einem alleinerziehenden Haushalt mit mehr als einem Erwachsenen. Weniger als 1% der Kinder lebt in einer anderen Familienkonstellation, z.B. bei den Großeltern oder im Heim.
Damit leben in Charlottenburg-Wilmersdorf die Kinder häufiger bei beiden Eltern als in Berlin insgesamt (77,7%). Der Großteil der Alleinerziehenden im Bezirk ist nach wie vor weiblich (91,7% für das Einschulungsjahr 2015/2016[4]).

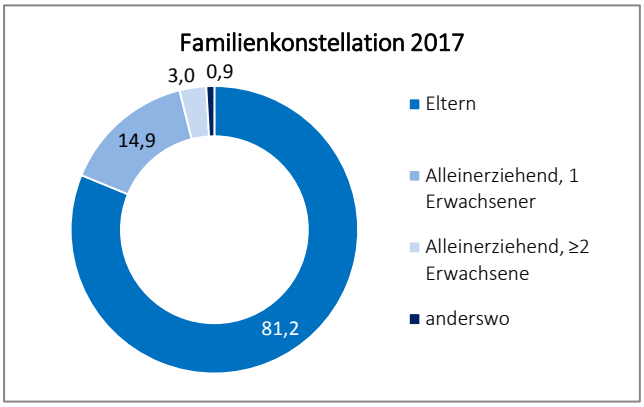


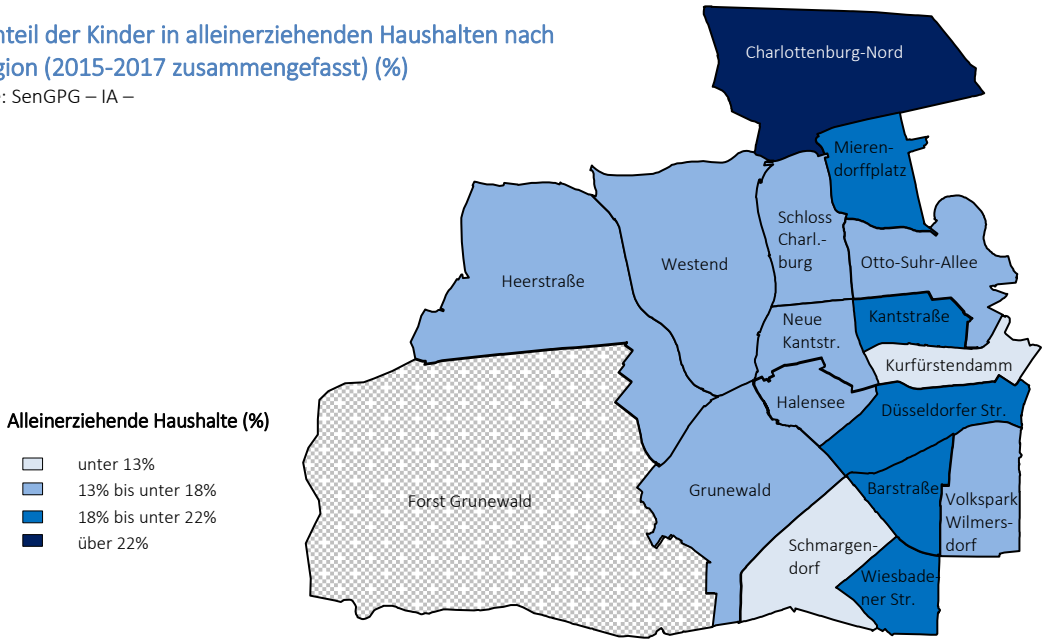
Abb. 6: Familienkonstellation der Kinder 2017 (%)
Datenquelle: SenGPG - IA –

Differenziert nach dem sozialen Status wachsen Kinder mit niedrigerem Sozialstatus mehr als doppelt so häufig bei Alleinerziehenden auf (2017: 30,2%) als Kinder mit hohem Sozialstatus (2017: 13,6%).
Kinder deutscher Herkunft leben häufiger mit alleinerziehenden Elternteilen im Haushalt (2017: 19,2%) als Kinder mit Migrationshintergrund (2017: 16,8%).

[4] Ab dem Jahr 2016 ist auf Grundlage der Daten keine differenzierte Analyse nach Geschlecht des Alleinerziehenden mehr möglich.

Abbildung 7 zeigt den Anteil der untersuchten Kinder, der in alleinerziehenden Haushalten lebt, nach BZR. Mit Abstand die meisten Kinder wachsen in Charlottenburg-Nord bei Alleinerziehenden auf (28,4%). Den geringsten Anteil Alleinerziehender zeigen die BZR Kurfürstendamm (12,3%) und Schmargendorf (12,8%). Auf den gesamten Bezirk bezogen lebt in ca. 3% der alleinerziehenden Haushalte mindestens ein weiterer Erwachsener (i.d.R. der neue Partner/ die neue Partnerin).

Abb. 7: Anteil der Kinder in alleinerziehenden Haushalten nach Bezirksregion (2015-2017 zusammengefasst) (%)
Datenquelle: SenGPG – IA –



Anzahl der Kinder im Haushalt

Das Aufwachsen mit Geschwisterkindern wird in der Fachliteratur als positiv für die soziale und emotionale Entwicklung bezeichnet [3]. Im Vergleich zu 2007 ist der Anteil der Familien mit nur einem Kind für Charlottenburg-Wilmersdorf und Berlin zurückgegangen. In den betrachteten drei Jahren lebte ca. die Hälfte der Kinder mit einem Geschwisterkind zusammen (Berlin 2017: 48,3%) (Abb. 8). Mehr als jedes vierte Kind wächst in einem Einkindhaushalt auf (Berlin 2017: 25,7%). Die Haushalte mit drei Kindern und mit mehr als fünf Kindern haben zwischen 2015 und 2017 leicht zugenommen. Der Anteil der Familien mit drei und mehr Kindern lag 2017 mit insgesamt 22,7% unter dem Berliner Wert von 25,9%. Hierbei sind insbesondere Familien arabischer Herkunft kinderreich.

Es werden Unterschiede in der Anzahl der Kinder in Abhängigkeit vom sozialen Status deutlich (Abb. 8): Familien mit hohem und mittlerem Sozialstatus haben mit einem Anteil von über 80% ein oder zwei Kinder. In fast der Hälfte der Familien mit niedrigem Sozialstatus leben hingegen mindestens drei Kinder. In jeder fünften Familie der untersten Sozialstatusgruppe leben mindestens vier Kinder, in jeder zehnten sogar fünf oder mehr Kinder. Diese Zusammenhänge zeigen sich auch für Berlin insgesamt.

Es zeigt sich darüber hinaus ein enger Zusammenhang zwischen der Familienkonstellation und der Wahrscheinlichkeit mit einem Geschwisterkind aufzuwachsen: So haben 77,5% der Kinder, die 2017 bei beiden Elternteilen aufwuchsen, Geschwister im Haushalt. Kinder bei alleinerziehenden Singlehaushalten sind in mehr als der Hälfte der Fälle Einzelkinder (52,9%).

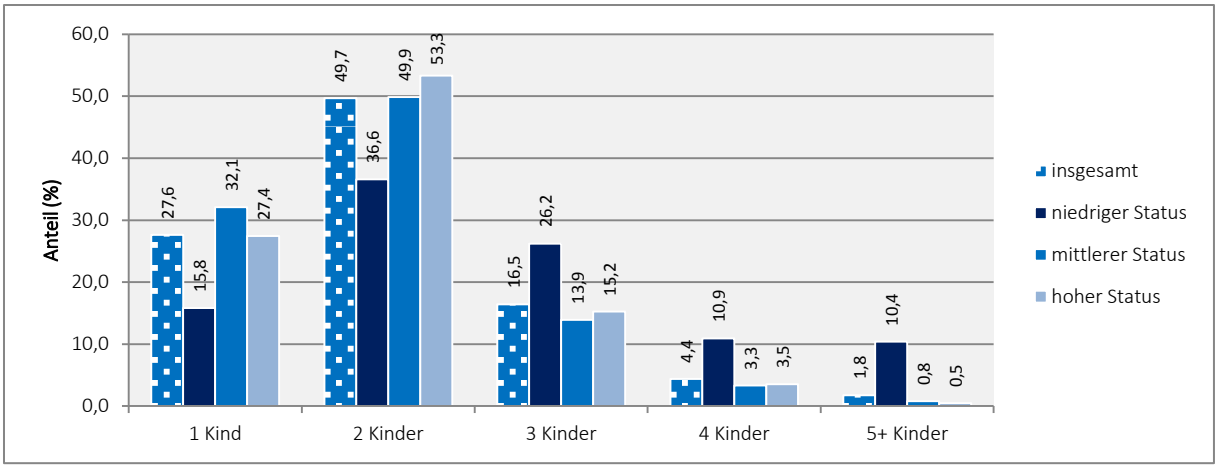


Abb. 8: Anzahl der Kinder nach Sozialstatus der Familien 2017 Datenquelle: SenGPG - IA –

3.2 Deutsche Sprachkenntnisse und Familiensprache

Deutsch gut sprechen zu können ist eine nötige Voraussetzung für einen erfolgreichen Schulbesuch und eine gelingende soziale Integration der Kinder.

Deutsche Sprachkenntnisse bei Kindern nichtdeutscher Herkunft

In Ergänzung zu den in Kapitel 2.3 ausgewiesenen Deutschkenntnissen bei Kindern nichtdeutscher Herkunft und deren Elternteilen werden bei der Einschulungsuntersuchung bei Kindern mit Deutsch als Zweitsprache zusätzlich deren Deutschkenntnisse mittels eines standardisierten Verfahrens durch die Ärztinnen und Ärzte des KJGDs erfasst. Die Einteilung erfolgt anhand der Kriterien „Wortschatz“ und „Grammatik“ in vier Stufen[5], welche zu den Kategorien „nicht/kaum“, „fehlerhaft“ und „(sehr) gut“ zusammengefasst werden.

Tab. 5: Deutsche Sprachkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft 2015-2017

	2015		2016		2017		Berlin 2017
Deutsche Sprachkenntnisse	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	%
nicht/kaum	138	11,3	195	16,0	202	15,0	14,0
fehlerhaft	177	14,5	165	13,6	163	12,0	20,1
(sehr) gut	903	74,1	856	70,4	993	73,1	65,9
Gesamt	1.218	100,0	1.216	100,0	1.358	100,0	100,0

Datenquelle: SenGPG - IA –

Über 70% - und damit der Großteil der Kinder nichtdeutscher Herkunft im Bezirk - hat gute oder sehr gute Deutschkenntnisse zum Zeitpunkt der ESU (Tab. 5). Der Anteil der Kinder mit fehlerhaften Deutschkenntnissen ist gesunken und lag 2017 mit 12% unter dem Berliner Durchschnitt. Der Anteil der Kinder, die gar nicht oder kaum Deutsch sprechen liegt mit 15% hingegen leicht über dem Berliner Mittel und hat seit 2015 zugenommen.

[5] Das genaue Verfahren ist in [2] beschrieben.

Familiensprache

Seit dem Einschulungsjahrgang 2016/2017 wird im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen in Berlin erfasst, welche Sprachen in der Familie gesprochen werden. Abbildung 9 zeigt die Ergebnisse für Charlottenburg-Wilmersdorf für die Jahre 2016 und 2017 zusammengefasst.

Im Ergebnis zeigt sich, dass in fast der Hälfte aller Familien deutsch und eine andere Sprache gesprochen wird (48%). In Berlin traf dies für 2017 auf 36,6% der Kinder zu [1]. In 8,1% der Familien im Bezirk werden nur eine andere Sprache (Berlin 2017: 7,2%) und in 2,9% der Familien zwei oder mehr nichtdeutsche Sprachen (Berlin 2017: 1,5%) genutzt. Der Anteil der Familien in denen zuhause kein deutsch gesprochen wird, ist mit 27% für die BZR Kurfürstendamm am größten (vgl. Tab. 20 in Kapitel 8). Nur deutsch wird in ca. 40% der Familien gesprochen. In Berlin wurde 2017 hingegen in mehr als der Hälfte der Familien nur deutsch gesprochen (54,7%) [1]. Damit zeigen Familien in Charlottenburg-Wilmersdorf eine deutlich überdurchschnittliche Mehrsprachigkeit.

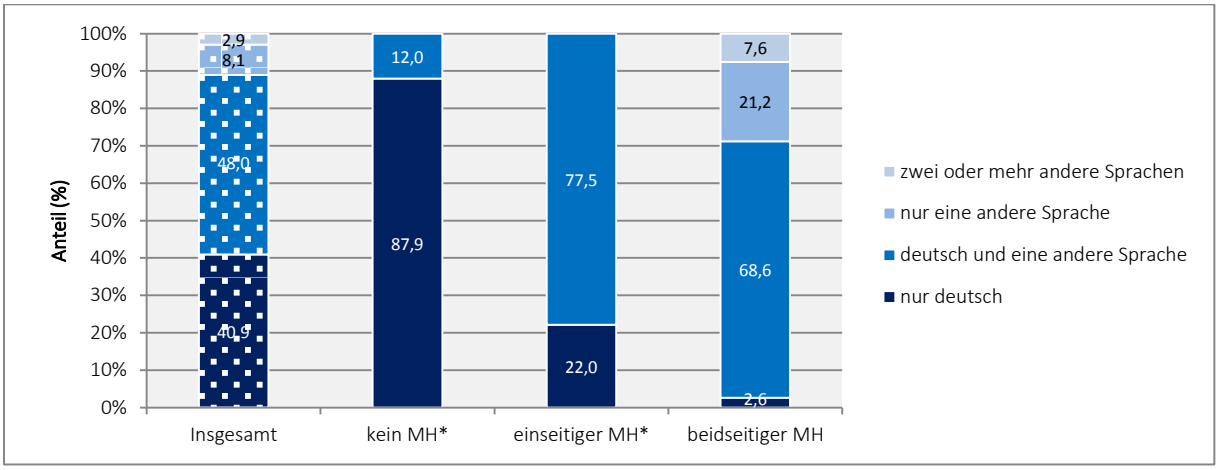


Abb. 9: Mehrsprachigkeit in der Familie nach Migrationshintergrund 2016 und 2017 (zusammengefasst) (%)
* keine Angaben für „nur eine andere Sprache“ und „zwei oder mehr Sprachen“, da zu wenige Werte.
Datenquelle: SenGPG - IA –

Differenziert nach Migrationshintergrund wird deutlich, dass selbst in 12% der Familien ohne Migrationshintergrund neben Deutsch eine weitere Sprache gesprochen wird (Berlin 2017: 5,6%). In Familien mit einseitigem Migrationshintergrund trifft dies sogar auf fast jede fünfte Familie zu (77,5%). Bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund wird zum Großteil deutsch und eine weitere Familiensprache zuhause gesprochen (68,6%). In fast 30% dieser Familien wird gar kein Deutsch gesprochen.

3.3 Besuch von Kindertageseinrichtungen

Neben dem familiären Umfeld spielt der Besuch einer Kindertageseinrichtung eine bedeutende Rolle für die Sozialisation des Kindes, dessen Spracherwerb und persönlichen Entwicklung.

In Charlottenburg-Wilmersdorf besucht die überwiegende Mehrheit der Kinder eine Kindertageseinrichtung, wobei der Großteil eine Besuchsdauer von mehr als 2 Jahren zeigt (2017: 87,8%) (Tab. 6). Damit liegt der Bezirk unterhalb des berlinweiten Anteils von 89,3% im Jahr 2017. Im Vergleich zum Jahr 2015 hat der Anteil der Kinder ohne Kita-Einrichtungsbesuch mit dem Berlintrend von 2% auf

3,9% zugenommen. Auch im Vergleich mit den Ergebnissen des Vorberichtes (ESU 2011-2014) [4] zeigt sich ein gestiegener Anteil an Kindern ohne Kitabesuch bzw. mit kurzer Kitabesuchsdauer.

Tab. 6: Dauer des Kitabesuchs zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung 2015-2017

Kitabesuchsdauer	2015 Anzahl	2015 %	2016 Anzahl	2016 %	2017 Anzahl	2017 %	Berlin 2017 %
kein Besuch	41	2,0	69	3,6	84	3,9	3,1
bis 2 Jahre	226	11,1	152	7,9	182	8,3	7,6
mehr als 2 Jahre	1.778	86,9	1704	88,5	1914	87,8	89,3
Insgesamt	2.045	100,0	1.925	100,0	2180	100,0	100,0

Datenquelle: SenGPG - IA –

Wird nach dem Sozialstatus differenziert, wird deutlich, dass mit steigendem Sozialstatus der Anteil der Kinder, die eine Kita-Einrichtung besuchten, zunimmt (Abb. 10). Nur gut 1% der Kinder mit hohem Sozialstatus (Berlin: 0,5%) hat bis zur Einschulungsuntersuchung 2017 keine Kita-Einrichtung in Anspruch genommen; 93,9% besuchten sie länger als zwei Jahre (Berlin: 96,6%). Von den Kindern mit niedrigem Sozialstatus besuchten in Charlottenburg-Wilmersdorf 15,8% keine Kita-Einrichtung – nur 58,5% verbachten mehr als zwei Jahre dort. Für Berlin traf dies 2017 auf 8,6% respektive 73,1% der Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus zu, sodass sich hier bezirkliche Besonderheiten zeigen [1].

Weiterhin werden Unterschiede auch bei der Betrachtung des Migrationshintergrundes sichtbar (Abb. 10): Kinder deutscher Herkunft besuchten in 98% der Fälle eine Kita länger als 2 Jahre. Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund zeigten mit 96,6% eine ähnlich hohe Quote – wohingegen nur 70,6% der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund länger als 2 Jahre in einer Kita betreut wurden. Fast jedes zehnte Kind mit beidseitigem Migrationshintergrund ging nicht in eine Kita (Berlin: 8,1%).

Dabei ist auffällig, dass insbesondere Kinder arabischer Herkunft keine Kita-Einrichtung besuchten (21%). Mit einem deutlich niedrigeren Anteil von 3,8% folgen Kinder mit osteuropäischer Herkunft. Auch hier ist zu vermuten, dass der hohe Anteil an Kindern arabischer Herkunft ohne Kita-Einrichtungsbesuch u.a. durch die kürzliche Zuwanderung vieler Familien aus diesen Regionen bedingt ist.

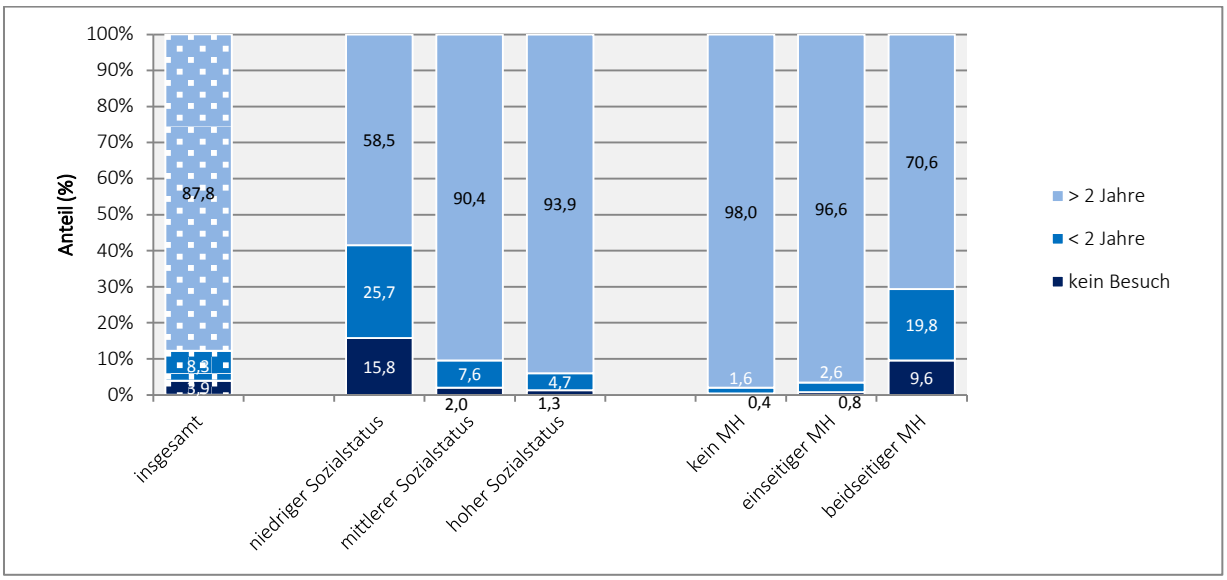
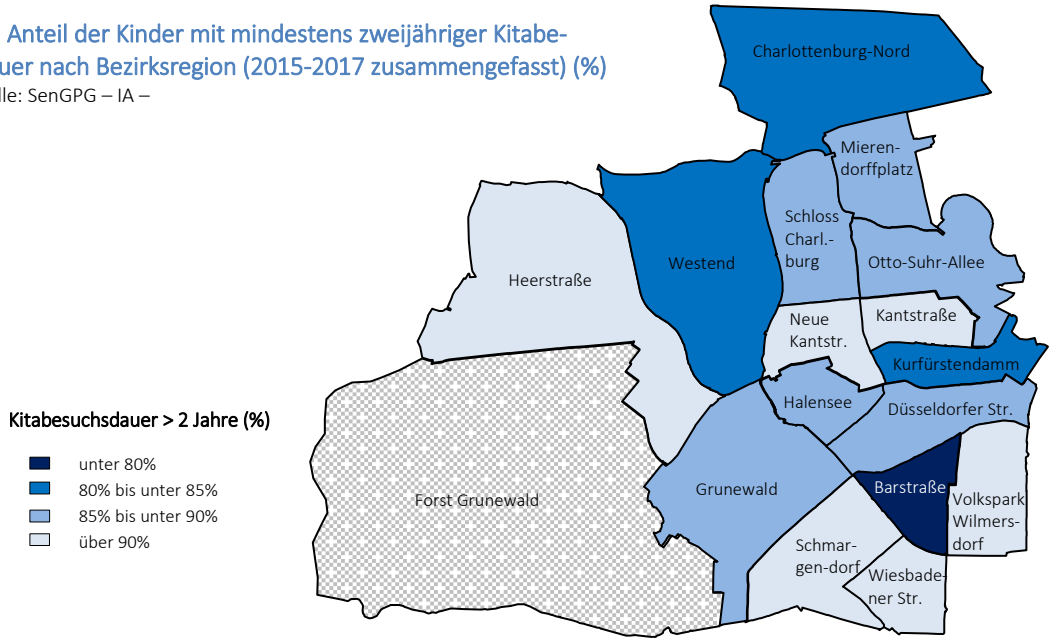


Abb. 10: Kitabesuchsdauer nach Sozialstatus und Migrationshintergrund (MH) 2017 (%) Datenquelle: SenGPG - IA –

Mit 87,8% besucht der Großteil der Kinder in Charlottenburg-Wilmersdorf eine Kita länger als zwei Jahre. Jedoch zeigen sich auch hier Unterschiede je nach Wohnregion der Kinder (Abb. 11). So zeigen die BZR Wiesbadener Straße (94,4%) und Heerstraße (93,4%) den höchsten Anteil an Kindern mit einer mindestens zweijährigen Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen einer Kita. Im Zusammenhang mit den höheren Anteilen an Kindern ohne Kitabesuch zeigt die BZR Barstraße mit nur 71,6% eine stark unterdurchschnittliche Quote. Es folgen die BZR Kurfürstendamm (81,8%) und Charlottenburg-Nord (83,4%) mit vergleichsweise niedrigen Quoten.

Insgesamt besuchten 12,5% der Kinder aus der BZR Barstraße im Betrachtungszeitraum keine Kita, gefolgt von 7,1% in der BZR Kurfürstendamm, 5% in Westend und 404% in Charlottenburg-Nord. Ursächlich für den hohen Anteil an Kindern ohne Kitabesuch in der BZR Barstraße ist dabei u.a. der vergleichsweise hohe Anteil an unter 6-jährigen Flüchtlingskindern in dieser BZR, die oftmals zum Untersuchungszeitpunkt erst eine kurze Zeit in Berlin gewesen sind [5].

Abb. 11: Anteil der Kinder mit mindestens zweijähriger Kitabesuchsdauer nach Bezirksregion (2015-2017 zusammengefasst) (%)
Datenquelle: SenGPG – IA –



4. Gesundheits- und Risikoverhalten

Das Gesundheits- und Risikoverhalten der Familien prägt die kindliche Entwicklung und bietet Ansatzpunkte für gesundheitsförderliche Maßnahmen für diese Zielgruppe. Dem Gesundheitsverhalten werden das Impfverhalten und die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zugeordnet. Als Risikoverhalten werden im Rahmen der ESU übermäßiger Medienkonsum sowie das Rauchverhalten in der Familie erfasst. Letzteres kann für Charlottenburg-Wilmersdorf nur für 2017 aufgezeigt werden, da entsprechende Daten für den Bezirk für 2015 und 2016 nicht vorliegen.

4.1 Impfstatus

Schutzimpfungen zählen zu den wichtigsten und wirksamsten primärpräventiven Maßnahmen zur Verhinderung von Infektionskrankheiten und sind in Deutschland freiwillig. Sie stärken zum einen den Individualschutz des Geimpften, zum anderen kann mit einer ausreichend hohen Durchimpfungsrate der Schutz ganzer Bevölkerungsgruppen sichergestellt werden (Herdenimmunität). Hierfür müssen nach WHO-Empfehlungen 95% der Bevölkerung geimpft sein [3]. Empfehlungen zu Schutzimpfungen gibt die Ständige Impfkommission (STIKO) des Robert Koch-Instituts, welche auch in Berlin als Grundlage für Standardimpfungen für alle Kinder im Impfkalender übernommen wurden.

Die Auswertungen bezüglich des Impfverhaltens beziehen sich nur auf Kinder, die einen Impfpass vorgelegt haben. Keinen Impfpass vorgelegt haben im Untersuchungsjahr 2015 11,7%, in 2016 12,2% und in 2017 11,7% der Kinder und damit etwas mehr als jedes zehnte Kind. Dies betraf insbesondere Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund und/oder niedrigem Sozialstatus.

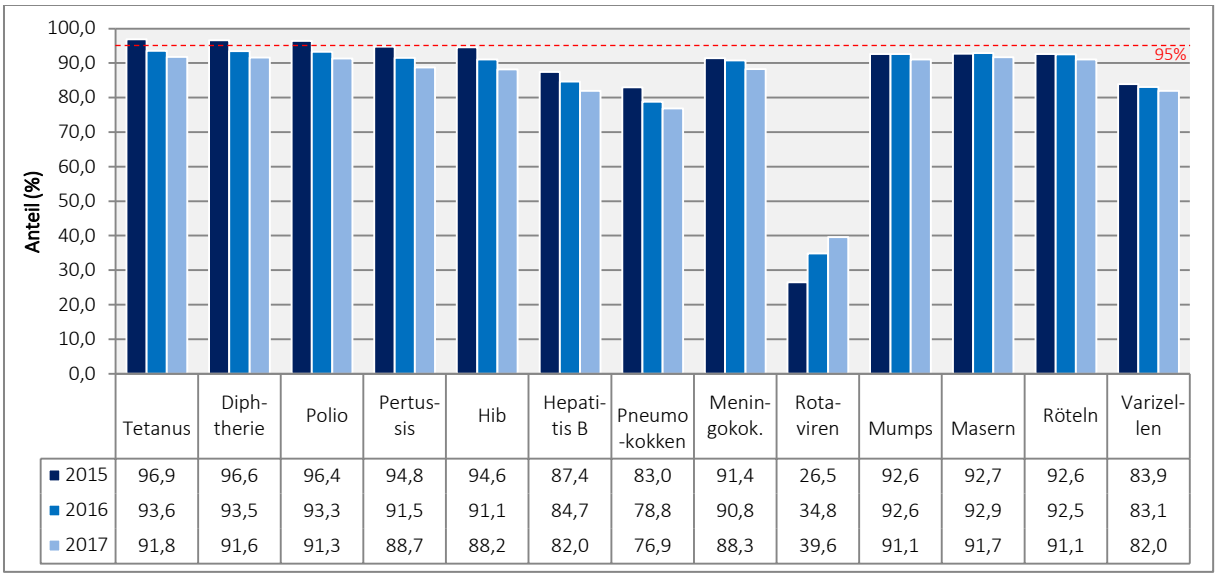
Tab. 7: Durchimpfungsgrad der Kinder in Charlottenburg-Wilmersdorf und Berlin 2017 (%)

Impfung	Bezirk (%)	Berlin (%)	Bezirksrang
Tetanus	91,9	94,2	12
Diphtherie	91,7	94,0	12
Polio	91,4	93,5	12
Pertussis	88,8	91,6	12
Hib	88,3	90,6	12
Hepatitis B	82,1	85,4	11
Pneumokokken	76,9	77,0	6
Meningokokken C	88,2	89,9	7
Rotaviren	39,8	36,9	5
Mumps	91,1	92,2	8
Masern	91,7	92,6	8
Röteln	91,2	92,2	8
Varizellen	81,8	83,2	7

Datenquelle: SenGPG - IA –

Tabelle 7 zeigt den Anteil der Kinder mit einer abgeschlossenen Grundimmunisierung gegen die, im Impfpass festgehaltenen, Infektionserkrankungen für 2017 im Berlinvergleich. Es zeigt sich ein deutlich unterdurchschnittlicher Durchimpfungsgrad für Kinder aus dem Bezirk für Tetanus, Diphterie, Polio-

myelitis, Pertussis, Hib und Hepatitis B. Für diese Infektionserkrankungen belegt der Bezirk den letzten Rang. Für alle anderen aufgezeigten Infektionserkrankungen liegt der Durchimpfungsgrad im Mittelfeld aller Bezirke. In den Vorjahren lag Charlottenburg-Wilmersdorf mit Blick auf die Impfquoten vorwiegend über dem Berliner Durchschnitt, sodass hier eine Verschlechterung zu konstatieren ist [6].



	Tetanus	Diph-therie	Polio	Pertus-sis	Hib	Hepati-tis B	Pneumo-kokken	Menin-gokok.	Rota-viren	Mumps	Masern	Röteln	Varizel-len
2015	96,9	96,6	96,4	94,8	94,6	87,4	83,0	91,4	26,5	92,6	92,7	92,6	83,9
2016	93,6	93,5	93,3	91,5	91,1	84,7	78,8	90,8	34,8	92,6	92,9	92,5	83,1
2017	91,8	91,6	91,3	88,7	88,2	82,0	76,9	88,3	39,6	91,1	91,7	91,1	82,0

Abb. 12: Zeitliche Entwicklung der Impfquoten der Kinder gegen im Impfpass dokumentierte Infektionskrankheiten 2015-2017* (%) Datenquelle: SenGPG - IA –

* Leicht abweichende Werte zu Tab. 7, da hier Ergebnisse der bezirklichen Auswertung wiedergegeben werden, die Kinder, die in anderen Bezirken untersucht wurden, aber wohnhaft im Bezirk sind, ausschließen.

Abbildung 12 zeigt die zeitliche Veränderung des Anteils der Kinder im Bezirk mit einer abgeschlossenen Grundimmunisierung gegen die Infektionserkrankungen für die Jahre 2015 bis 2017. Die höchsten Durchimpfungsraten gab es 2017 für Tetanus (91,8%), Masern (91,7%) und Diphterie (91,6%). Die niedrigsten Raten bestehen für Rotaviren[5] (39,%), Pneumokokken (76,9%), Hepatitis B und Varizellen (jeweils 82%). Damit liegen alle Impfquoten unterhalb der von der WHO empfohlenen Quote von 95%, mit welcher Impflücken in der Bevölkerung geschlossen werden können.
Insgesamt zeigt sich für alle Schutzimpfungen eine Abnahme in der Durchimpfungsquote im Zeitverlauf seit 2015 (ausgenommen: Rotaviren[6]). Für Mumps, Masern, Röteln (MMR) und Varizellen lässt sich eine Abnahme um 1 bis 2 Prozentpunkte beobachten, für die anderen Impfungen um 5 Prozentpunkte und mehr. Wird der Zeitraum seit der ESU 2007 betrachtet, sind die Impfquoten für MMR um ca. 6% gestiegen. Gesunkene Impfquoten lassen sich hingegen für den Beobachtungszeitraum ab 2007 für Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis, Pertussis, Hib und Hepatitis B konstatieren [7].

Der Rückgang der Impfquoten ist berlinweit zu verzeichnen und lässt sich laut Bettge et al. (2017) am ehesten in den Zusammenhang mit dem steigenden Zuwanderungszahlen von Kindern aus Ländern mit unterschiedlichen Impfschemata und fehlendem Zugang zu primärpräventiven Maßnahmen bringen [1]. So seien die berlinweiten Impfraten für Kinder mit Migrationshintergrund bzw. für Kinder, die nicht in Deutschland geboren wurden, kontinuierlich gesunken und lägen seit 2014 unter den Impfraten für Kinder deutscher Herkunft. Dies bestätigt sich auch für Charlottenburg-Wilmersdorf: Für alle

[6] Ausgenommen von der sinkenden Grundimmunisierung sind die Raten der Rotaviren-Impfung. Die Durchimpfungsrate steigt im Zeitverlauf, liegt mit 39,6% jedoch deutlich unterhalb der anderen Impfraten. Die Ursache hierfür liegt darin, dass die Impfung gegen Rotaviren erst 2013 von der STIKO als Standardimpfung im Impfkalender aufgenommen wurde und früher geborene Kinder entsprechend seltener geimpft wurden [2].

Infektionskrankheiten waren 2017 die niedrigsten Impfquoten für Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund bzw. für Kinder, die nicht in Deutschland geboren wurden, zu verzeichnen (v.a. Kinder arabischer Herkunft).
Im Zeitverlauf zeigt sich für Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund der stärkste Rückgang der Impfquoten (-1,7% für Varizellen bis -11,6% für Hib). Aber auch Kinder mit einseitigem und fehlendem Migrationshintergrund zeigen sinkende Impfquoten. Dabei sind sie für Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund am schwächsten gesunken und liegen – entgegen des Berlintrends – insgesamt höher als bei Kindern deutscher Herkunft.

Einen deutlichen Einfluss auf den Rückgang der Impfquoten für Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis, Pertussis und Hib scheinen die stark gesunkenen Impfquoten der Kinder, die nicht in Deutschland geboren wurden, zu haben. Diese sanken für die genannten Infektionskrankheiten seit 2015 um mehr als 20%. Aufgrund des vergleichsweise hohen Anteils an Kindern im Bezirk, die außerhalb von Deutschland geboren wurden, hat die Abnahme einen starken Einfluss auf die Impfquoten insgesamt und damit auf die im Berlinvergleich unterdurchschnittlichen Quoten für diese Infektionen (vgl. Tab.7).

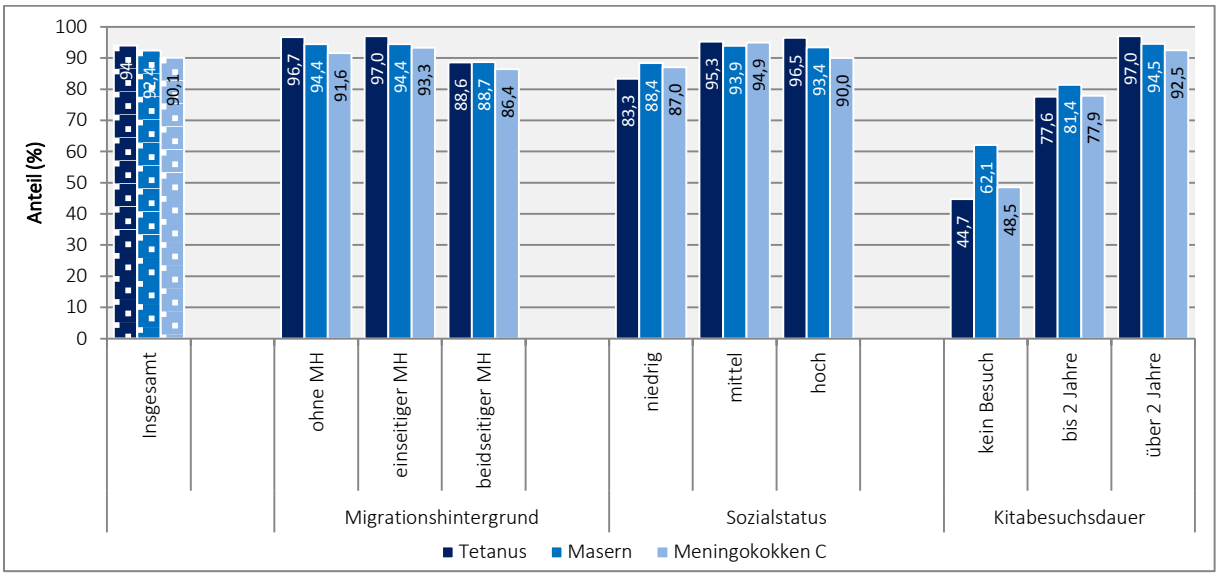
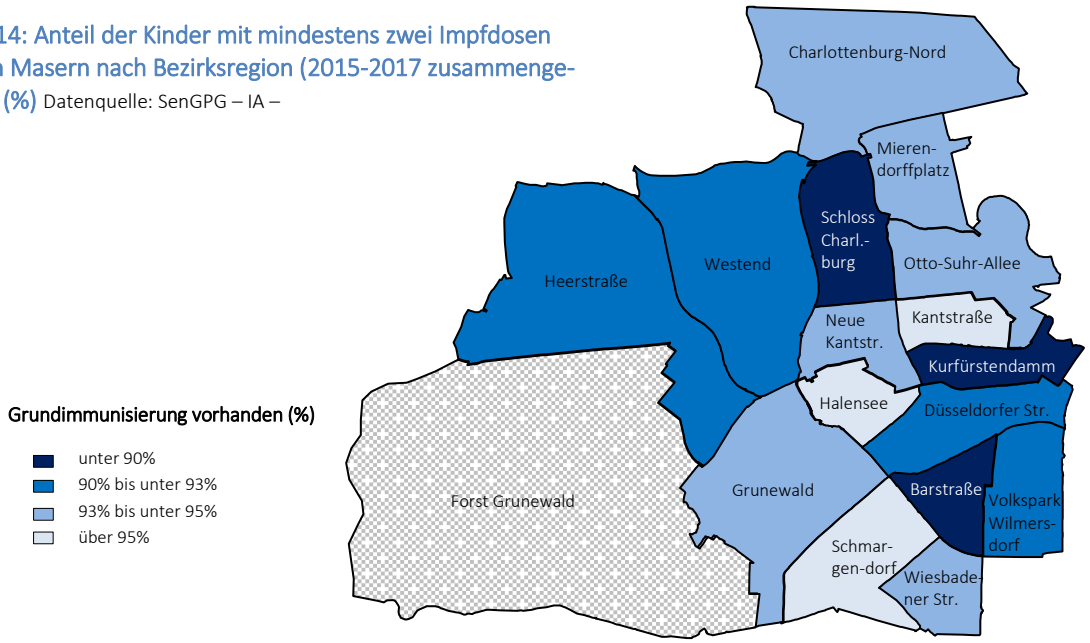


Abb. 13: Durchimpfungsgrad der Kinder gegen Tetanus, Masern und Meningokokken C nach Migrationshintergrund, Sozialstatus und Kitabesuchsdauer (2015-2017 zusammengefasst) (%) Datenquelle: SenGPG - IA –

Die genannten Unterschiede im Durchimpfungsgrad in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund sind in Abbildung 13 exemplarisch für Tetanus, Masern und Meningokokken C aufgezeigt (zusammengefasst für die Jahre 2015-2017). Zusätzlich wird nach dem Sozialstatus und der Dauer des Kitabesuchs differenziert.
Die zusammengefasste Analyse für die Jahre 2015 bis 2017 zeigt, dass die Impfquoten für Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus im Vergleich schlechter sind.
Kinder, die mehr als 2 Jahre in der Kita betreut wurden, zeigen erheblich höhere Impfquoten für Tetanus, Masern und Meningokokken C als Kinder mit einer kürzeren Besuchsdauer. Kinder ohne Kitabesuch sind zu mehr als der Hälfte nicht gegen Tetanus und Meningokokken C geimpft. Hier ist erneut auf den bereits erwähnten möglichen Zusammenhang hinzuweisen, dass insbesondere kürzlich nach Deutschland zugewanderten Kinder, die im Herkunftsland wahrscheinlich einen schlechteren Zugang zu Schutzimpfungen hatten, keinen Kitabesuch angeben.

Als Beispiel für kleinräumige Unterschiede im Impfverhalten ist in Abbildung 14 die Grundimmunisierung gegen Masern dargestellt. Zusammengefasst für alle drei Untersuchungsjahre zeigen sich die höchsten Anteile für Schmargendorf und Kantstraße (jeweils 95,4%) sowie Halensee (95,2%). Zu den Regionen mit den niedrigsten Durchimpfungsraten zählen die BZR Kurfürstendamm (83,6%), Barstraße (87,8%) und Schloss Charlottenburg (89,1%). Ähnliche Unterschiede in der Höhe der Quoten zeigen sich auch Impfungen gegen für Tetanus und Meningokokken C (vgl. Tab. 20 Kapitel 8).
Im der Prognoseräume Berlins zeigt der Prognoseraum Charlottenburg-Nord für 2017 mit 95,8% die höchsten Grundimmunisierungsquoten gegen Masern (Rang 7) und zählt damit zu den zehn Prognoseräumen in Berlin, die die von der WHO empfohlene Durchimpfungsrate von 95% erfüllen [1].

Abb. 14: Anteil der Kinder mit mindestens zwei Impfdosen gegen Masern nach Bezirksregion (2015-2017 zusammengefasst) (%) Datenquelle: SenGPG – IA –



Insgesamt zeigt der Rückgang des Anteils der Kinder mit vollständiger Grundimmunisierung deutlichen Handlungsbedarf zur Aufklärung und Verbesserung des Impfverhaltens der Familien, um der negativen Entwicklung der Impfquoten entgegenzutreten.

4.2 Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen

Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche sind im Leistungskatalog der GKV nach §26 SGB V für alle gesetzlich versicherten Kinder Teil der gesundheitlichen Vorsorge. Bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres besteht ein gesetzlicher Anspruch auf insgesamt neun kostenlose Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9), die für bestimmte Altersmonate der Kinder vorgesehen sind. Sie dienen dem Erkennen von Entwicklungsverzögerungen und -gefährdungen und werden im Vorsorgeheft vermerkt.
Die Auswertung bezieht sich nur auf Kinder, die ein Vorsorgeheft vorgelegt haben und in Deutschland geboren sind, da nur für diese Kinder eine vollständige Dokumentation der Vorsorgeuntersuchungen gegeben ist. Weiterhin wird die Früherkennungsuntersuchung U9 nicht betrachtet, da zeitliche Überschneidungen mit der Inanspruchnahme der U9 und der Einschulungsuntersuchung möglich sind und daher keine valide Datengrundlage gegeben ist.

Insgesamt haben in den drei betrachteten Jahren 5.091 Kinder (92,3%), die in Deutschland geboren wurden, ein Vorsorgeheft bei der Einschulungsuntersuchung vorgelegt. Insbesondere die in der ersten Woche nach der Geburt stattfindenden Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U3 zeigen eine sehr hohe Inanspruchnahme von über 99% (Tab. 8). Die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen sinkt mit steigendem Alter auf aktuell 94,8% für die U8. Vollständige Früherkennungsuntersuchungen konnten in den letzten Jahren zwischen 91,1% der Kinder für 2015 und 91,8% für 2016 vorweisen. Damit ist für Charlottenburg-Wilmersdorf eine höhere Teilnahmequote als für Berlin insgesamt festzustellen (2017: Bezirksrang 5). Insgesamt ist der Anteil der Kinder mit einer lückenlosen Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen mit Einführung des verbindlichen Einladewesens 2010 in den letzten Jahren gestiegen. So lag der Anteil 2011 noch bei 82,1% [4].

Tab. 8: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U1-U8 (ohne U7a) durch die Kinder 2015-2017 (%)

Jahr	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	Charlottenburg-W. U1-U8 vollständig	Berlin U1-U8 vollständig
2015	99,1	98,9	98,6	98,5	98,0	97,4	98,2	95,7	91,1	88,0
2016	98,8	98,9	98,7	98,5	98,2	98,4	97,5	95,6	91,8	88,8
2017	99,4	99,5	99,4	98,5	98,9	98,7	97,7	94,8	91,2	89,8

Datenquelle: SenGPG - IA –

Die Teilnahmequote an allen Vorsorgeuntersuchungen unterscheidet sich, wenn nach dem sozialen Status und dem Migrationshintergrund differenziert wird (Abb. 15): Zusammengefasst für die Jahre 2015 bis 2017 zeigen Kinder mit hohem Sozialstatus mit 93,4% die höchste Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. Kinder mit niedrigem Sozialstatus zeigen eine um mehr als zehn Prozent geringe Quote von 81,3%.

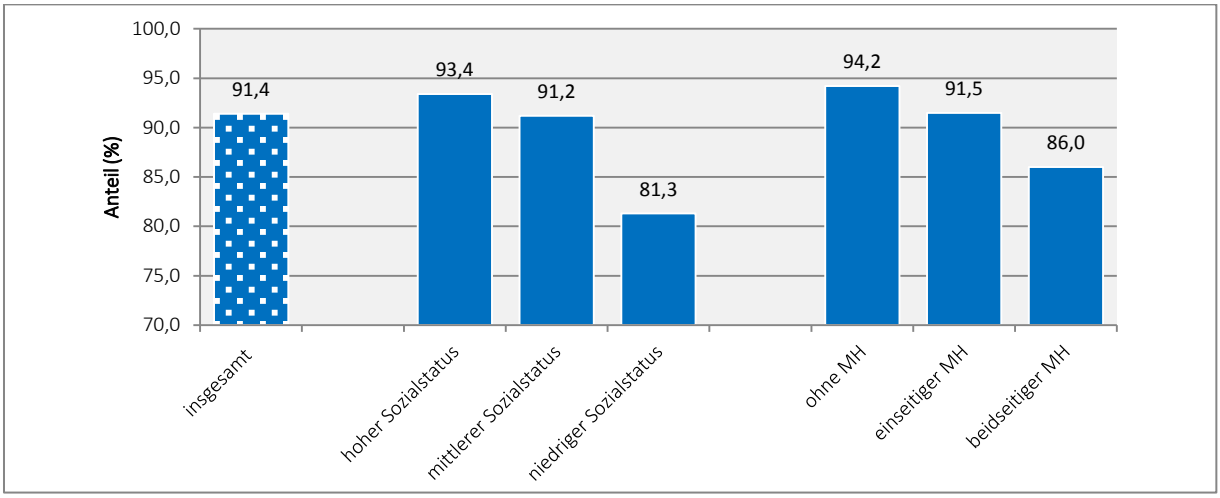


Abb. 15: Vollständige U1 bis U8 (ohne U7a) nach Sozialstatus und Migrationshintergrund (2015-2017 zusammengefasst) (%) Datenquelle: SenGPG - IA –

Eltern von Kindern deutscher Herkunft (94,2%) nutzen Vorsorgeangebote häufiger als Eltern von Kindern mit einseitigem Migrationshintergrund (91,5%) und deutlich häufiger als Eltern von Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund (86%). Insbesondere Familien arabischer (86,6%) und osteuropäischer (87,9%) Herkunft nutzen Vorsorgeangebote nicht vollständig. Etwa jedes zehnte Kind aus Familien türkischer Herkunft (9,2%) und aus Familien, die aus westlichen Industriestaaten stammen (9,7%), zeigt eine unvollständige Inanspruchnahme.

Die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen ist in den BZR unterschiedlich stark ausgeprägt. Während für die BZR Westend (93,8%), Schmargendorf (93,6%), Heerstraße und Kantstraße (jeweils 93,2%) überdurchschnittlich viele Kinder eine vollständige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen zeigen, sind für die BZR Charlottenburg-Nord (87,7%), Kurfürstendamm (87,6%) und Halensee (88,9%) die geringsten Quoten zu verzeichnen.

4.3 Raucherhaushalte

Für das Jahr 2017 liegen für Charlottenburg-Wilmersdorf Ergebnisse zum Rauchverhalten der Personen im Haushalt vor. Kinder reagieren besonders empfindlich auf Passivrauch und haben bei Exposition ein erhöhtes Erkrankungsrisiko. Hierzu zählen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Atemwegs- und Krebserkrankungen [8].

In Charlottenburg-Wilmersdorf lebte 2017 jedes fünfte Kind in einem Raucherhaushalt (20,4%), wobei in dem überwiegenden Teil der Familien eine Person raucht (16,8%). In 3,6% der Familien raucht mehr als eine Person. Damit zeigt der Bezirk einen deutlich überdurchschnittlichen Anteil an Nichtraucherhaushalten (79,6%) im Berlinvergleich (68,7%) und liegt nach Steglitz-Zehlendorf auf dem Bezirksrang 2. In den letzten 10 Jahren hat der Anteil der Raucherhaushalte für Charlottenburg-Wilmersdorf kontinuierlich von 32,7% im Jahr 2007 (Berlin: 42,6%) auf aktuell 20,4% (Berlin: 31,3%) abgenommen. Charlottenburg-Wilmersdorf zählte auch in der Vergangenheit zu den Bezirken mit den niedrigsten Quoten für Passivrauchbelastung bei Vorschulkindern.

Für Berlin insgesamt gilt, dass der Anteil an Raucherhaushalten in Familien mit niedrigem Sozialstatus (55%) deutlich höher ist als in Familien mit hohem Sozialstatus (13%). Auch die Ergebnisse der KIGGS-Studie bestätigen eine signifikant geringere Passivrauchbelastung bei Kindern in Familien mit hohem Sozialstatus [8]. Unterschiede hinsichtlich des Migrationshintergrundes sind hingegen kaum vorhanden: Kinder ohne Migrationshintergrund leben in 30,2% der Fälle in Raucherhaushalten, Kinder mit einseitigem bzw. beidseitigem Migrationshintergrund in 30,8% respektive 33,4% der Fälle. Werden die einzelnen Herkunftsregionen differenziert betrachtet, zeigen sich dennoch Unterschiede: Die Hälfte der Kinder mit türkischer Herkunft lebt mit mindestens einen Raucher im Haushalt. Von den Kindern mit einer Herkunft aus westlichen Industriestaaten lebt jedes fünfte – und damit deutlich weniger Kinder – in Raucherhaushalten [1].

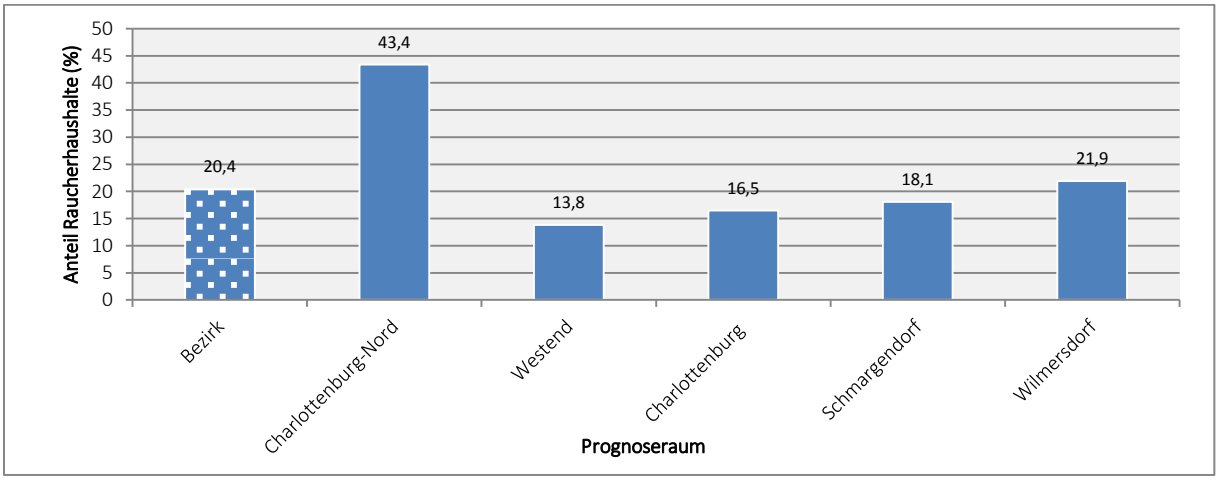


Abb. 16: Anteil der Kinder in Raucherhaushalten 2017 nach Prognoseräumen (%) Datenquelle: SenGPG – IA –

Hinsichtlich des Anteils der Kinder, der in Haushalten mit mindestens einem Raucher lebt, werden auf Prognoseraumebene[7] deutliche Unterschiede sichtbar (Abb.16). So leben in Charlottenburg-Nord Vorschulkinder doppelt so häufig in Raucherhaushalten als im Bezirksschnitt (Rang 8 im berlinweiten Vergleich der Prognoseräume). Mit 13,8% und 16,5% haben die Prognoseräume Westend und Charlottenburg die wenigsten Raucherhaushalte. Westend zählt damit nach dem Prognoseraum Frohnau-Hermsdorf und Region D in Steglitz-Zehlendorf die wenigsten Raucherhaushalte in Berlin.

4.4 Medienkonsum

Die Nutzung von elektronischen Medien ist heutzutage für die meisten Kinder und Jugendlichen regelmäßiger Teil des Freizeitverhaltens. Jedoch birgt übermäßiger Medienkonsum Risiken für die frühkindliche Entwicklung von sprachlichen, kognitiven und motorischen Fähigkeiten [9]. Zudem steigt u.a. die Gefahr von Sehbeeinträchtigungen, Bewegungsmangel und Übergewicht [3]. Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen werden die Eltern daher auf freiwilliger Basis zum Medienverhalten der Kinder befragt. Bis zum Jahr 2016 wurde hierbei nur nach dem Fernsehverhalten und dem Vorhandensein eines eigenen Fernsehers gefragt. Aufgrund der wachsenden Bedeutung anderer Medien, wie Smartphones, Spielekonsolen und Tablets, werden seit 2017 der Konsum und der Besitz eigener elektronischer Medien generell erfasst. Der Besitz eigener elektronischer Geräte ist dahingehend kritisch zu bewerten, als dass Kinder möglicherweise die Geräte auch außerhalb der elterlichen Einflussnahme nutzen und die Kontrolle über konsumierte Inhalte und die Konsumdauer damit nicht mehr bei den Eltern liegt.

Dauer des Medienkonsums

Die Auswertung zeigt, dass mit der Erfassung aller elektronischen Medien ab 2017 auch der Anteil der Kinder mit Konsum elektronischer Medien insgesamt gestiegen ist (Tab. 9): Gaben die Eltern 2015 und 2016 an, dass 13,5% bzw. 14,2% der Kinder überhaupt nicht fernsehen, sank der Anteil durch die Erweiterung des Begriffes auf Medienkonsum 2017 auf 11,9%. Dabei ist der Anteil der Kinder mit täglichem Medienkonsum zwischen einer und zwei Stunden sowie mit mehr als zwei Stunden um über 2% höher als der alleinige Fernsehkonsum in den Vorjahren. Der Anteil der Kinder mit Medienkonsum von weniger als einer Stunde nahm im Vergleich zu dem in den Vorjahren erfassten Fernsehkonsum um 2 Prozentpunkte ab. Damit zeigt sich insgesamt die gestiegene Bedeutung von anderen elektronischen Medien. Im Berlinvergleich konsumieren Vorschulkinder aus Charlottenburg-Wilmersdorf im Schnitt weniger Medien (Rang 2 nach Pankow).

Zusammenhänge zwischen der Dauer des Medienkonsums und dem Sozialstatus bzw. Migrationshintergrund sind tendenziell[8] für 2017 erkennbar und werden durch berlinweit ähnliche Zusammenhänge bestätigt: Der Anteil der Kinder mit einer Medienkonsumdauer von mehr als zwei Stunden täglich war 2017 bei den Kindern mit niedrigem Sozialstatus mit 19,4% am höchsten (mittlerer Status=7,7%; hoher Status=1,8%). Dabei übersteigen die Quoten für Kinder mit niedrigem und mittlerem Sozialstatus aus Charlottenburg-Wilmersdorf die landesspezifischen Quoten (Berlin: 17,2% respektive 6,5%) [1].

[7] Der Anteil der Fälle mit fehlenden Werten ist in Charlottenburg-Wilmersdorf mit 21,2% mehr als doppelt so hoch wie in anderen Bezirken. Daher sind die Daten nicht kleinräumiger differenzierbar [1].

[8] Aufgrund teilweise geringer Fallzahlen in einigen Gruppen können nur Tendenzen abgeleitet werden.

Zudem nutzen Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund (12,7%) häufiger Medien länger als zwei Stunden täglich im Vergleich zu Kindern mit einseitigem (3,6%) und ohne (1,7%) Migrationshintergrund. Die Quoten liegen dabei für alle Gruppen unterhalb der berlinweiten Quoten.

Tab. 9: Fernsehkonsum (2015-2016) und Medienkonsum (2017) der Kinder im Jahresvergleich

Fernsehkonsum (2015-2016)/ Medienkonsum (2017)	2015		2016		2017		Berlin 2017
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	%
kein Konsum	264	13,5	267	14,2	247	11,9	8,3
< 1 Stunde	1.303	66,4	1.241	66,0	1.333	64,0	60,9
< 2 Stunden	321	16,4	297	15,8	376	18,0	23,7
> 2 Stunden	74	3,8	76	4,0	128	6,2	7,0
insgesamt	1.962	100,0	1.881	100,0	2.084	100,0	100,0

Datenquelle: SenGPG - IA –

Täglicher Fernsehkonsum – bzw. seit dem Untersuchungsjahr 2017 – täglicher Medienkonsum von mehr als zwei Stunden bei Vorschulkindern ist insbesondere in Charlottenburg-Nord zu finden: Fast jedes zehnte Kind (9,5%) dieser BZR zeigt einen übermäßig langen Medienkonsum. Kinder aus der BZR Mierendorffplatz (7,9%) und Kurfürstendamm (7,3%) zeigen ebenfalls überdurchschnittliche Quoten. Demgegenüber konsumieren nur wenige Kinder aus den BZR Heerstraße (0,8%), Schmargendorf (2,4%), Wiesbadener Straße und Grunewald (jeweils 3,2%) elektronische Medien.

Besitz eigener Medien

Einen eigenen Fernseher besaßen 2015 und 2016 etwa 4,5% der Kinder. Die differenzierte Erfassung des Medienbesitzes der Kinder für das Jahr 2017 zeigt, dass der Anteil der Kinder mit Besitz von mindestens einem elektronischen Gerät erheblich höher einzuschätzen ist (Abb. 17): Fast jedes fünfte Kind hatte nach den Angaben der Eltern ein eigenes elektronisches Gerät. Damit zählt der Bezirk zu den drei Bezirken mit den niedrigsten Quoten. In Berlin verfügt jedes vierte Kind über mindestens ein eigenes elektronisches Gerät [1].Von den Kindern mit eigenem elektronischen Gerät besaß mit 12,9% die Mehrheit ein anderes Gerät als den Fernseher (u.a. Smartphones), 3,2% der Kinder besaß nur einen eigenen Fernseher und 2,2% der Kinder einen eigenen Fernseher sowie andere Geräte.

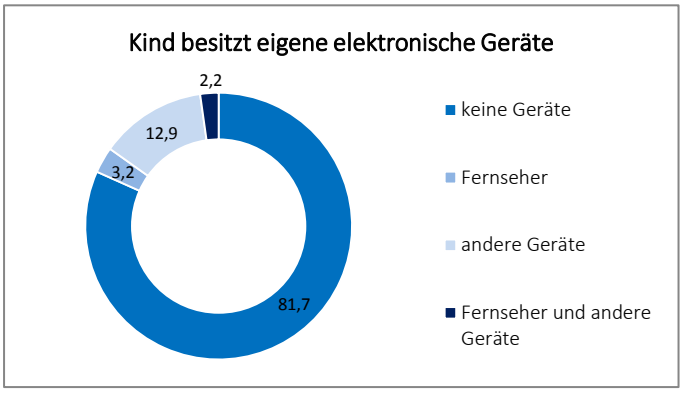


Abb. 17: Vorhandensein eigener elektronischer Geräte 2017 (%) Datenquelle: SenGPG - IA –

Unterschiede lassen sich auch hier in Abhängigkeit vom Sozialstatus und Migrationshintergrund aufzeigen: Kinder mit mittlerem (22,5%) und niedrigem Sozialstatus (25,7%) haben häufiger ein oder mehrere eigene elektronische Geräte als Kinder der obersten Statusgruppe (14%). Von Kindern mit

ein- und beidseitigem Migrationshintergrund hat jeweils mehr als jedes fünfte Kind ein elektronisches Gerät zu Verfügung (ohne MH= 15,6%). Geschlechterunterschiede konnten nicht konstatiert werden. Kinder von Alleinerziehenden haben häufiger eigene elektronische Geräte (27,5%) als Kinder, die bei beiden Elternteilen aufwachsen (16,4%).

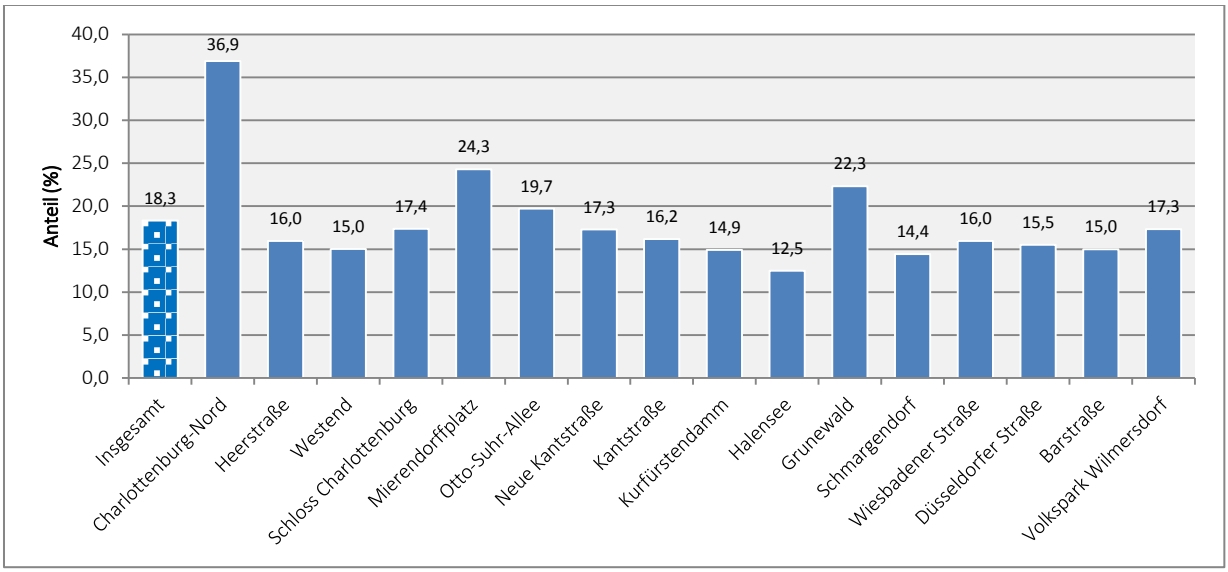


Abb. 18: Anteil der Kinder mit eigenen elektronischen Medien 2017 nach Bezirksregionen (%)
Datenquelle: SenGPG – IA –

Während 2017 bezirksweit 18,3% der Vorschulkinder ein eigenes Gerät besaßen, waren es in Charlottenburg-Nord 36,9% und damit mehr als jedes dritte Kind (Abb. 18). Im berlinweiten Prognoseraumvergleich rangiert Charlottenburg-Nord damit auf Platz 6. Hohe Quoten zeigen sich auch für die BZR Mierendorffplatz und Grunewald. In Halensee, Schmargendorf und Kurfürstendamm haben Kinder im Vergleich am seltensten ein eigenes elektronisches Gerät.

5. Gesundheitliche Problemlagen

Die Erfassung von gesundheitlichen Problemlagen im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen liefert wertvolle Daten für die Identifizierung von Präventionsbedarfen hinsichtlich einzelner Zielgruppen und Sozialräume. Im Mittelpunkt stehen hierbei das Körpergewicht sowie der motorische, kognitive und sprachliche Entwicklungsstand der Kinder.
Zur Beurteilung des Entwicklungsstandes werden die Instrumente S-ENS (Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen) und SOPESS (Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen) genutzt. Beide Verfahren sind für Kinder ab fünf Jahren normiert, sodass jüngere Kinder von den Screening-Tests ausgeschlossen wurden. Dies betraf in den betrachteten Jahren insgesamt 17 Kinder. Die Testergebnisse werden jeweils den Kategorien „unauffällig", „grenzwertig" und „auffällig" zugeordnet[9].
Seit dem Einschulungsuntersuchungsjahr 2016 wird zudem die Inanspruchnahme von Therapien durch die Kinder erfasst, um ein umfassenderes Bild vom Entwicklungsstand der Kinder zu erhalten.

5.1 Körpergewicht

Während der Einschulungsuntersuchung wird der Body-Mass-Index (BMI) der Kinder gemessen und die Kinder entsprechend geschlechts- und altersspezifischer Kriterien[10] in die fünf Gruppen „deutlich untergewichtig", „untergewichtig", „normalgewichtig", „übergewichtig" und „adipös" eingeteilt. Insbesondere Übergewicht ist mit negativen Gesundheitsfolgen, wie erhöhtem Blutdruck und Fettstoffwechselstörungen assoziiert. Untergewicht bei Kindern ist in Deutschland weniger auf Mangelernährung zurückzuführen und ist oftmals verbunden mit entwicklungsbedingten Wachstumsschüben [10]. Langanhaltendes Untergewicht kann jedoch auch psychische oder somatische Ursachen haben [11].

Der Anteil der Kinder in den fünf Gruppen ist für die betrachteten Jahre in etwa konstant geblieben und stellt sich für 2017 im Vergleich zu Berlin wie folgt dar: Mit 83,3% (Berlin: 81,7%) wurde der Großteil der Kinder als normalgewichtig beurteilt. 2,5% (Berlin: 2,4%) der Kinder waren stark untergewichtig und 6,2% (Berlin: 6,1%) untergewichtig. Übergewichtig im Vergleich zur Altersgruppe waren 8% (Berlin: 9,7%) der Kinder – davon 2,7% (Berlin: 3,9%) adipös. Somit sind Vorschulkinder in Charlottenburg-Wilmersdorf im Berlinvergleich häufiger normalgewichtig und tendenziell eher untergewichtig.
Insgesamt hat der Anteil der Kinder mit Übergewicht mit dem Berlintrend seit 2007 von 9,7% auf 8% abgenommen. Gleichzeitig sank – entgegen dem Berlintrend – der Anteil der Kinder mit Untergewicht im Bezirk von 10,4% auf 8,7% [4] [7].

Werden die Jahre 2015 bis 2017 zusammen betrachtet (Abb. 19), können 8,3% der Kinder als untergewichtig bezeichnet werden („deutlich untergewichtig" + „untergewichtig"). 83,7% liegen im Normbereich und 7,9% zeigen Übergewicht („übergewichtig" + „adipös").
Bei der Zusammenfassung der Untersuchungsjahre zeigen sich nur geringfüge Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen: Jungen hatten etwas häufiger Unter- sowie Übergewicht. Zwischen den Untersuchungsjahren bestehen nur geringfügige Schwankungen: So stiegt der Anteil der Mädchen mit

[9] Zur genaueren Methodik siehe auch Bettge und Oberwöhrmann 2017 [2].
[10] Nach Kromeyer-Hauschild. Vergleich hierzu Methodik in Bettge und Oberwöhrmann 2017 [2].

Übergewicht von 6,9% auf 8,8% im Beobachtungszeitrum. Für Jungen waren hingegen mit 9,3% im Jahr 2016 anteilig die meisten übergewichtig.
Deutliche Zusammenhänge scheint es in Abhängigkeit vom Sozialstatus und Migrationshintergrund zu geben: Übergewicht ist bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus und mit beidseitigem Migrationshintergrund prävalenter. Kinder der oberen Statusgruppe und ohne Migrationshintergrund zeigen hingegen häufiger Untergewicht als Übergewicht.

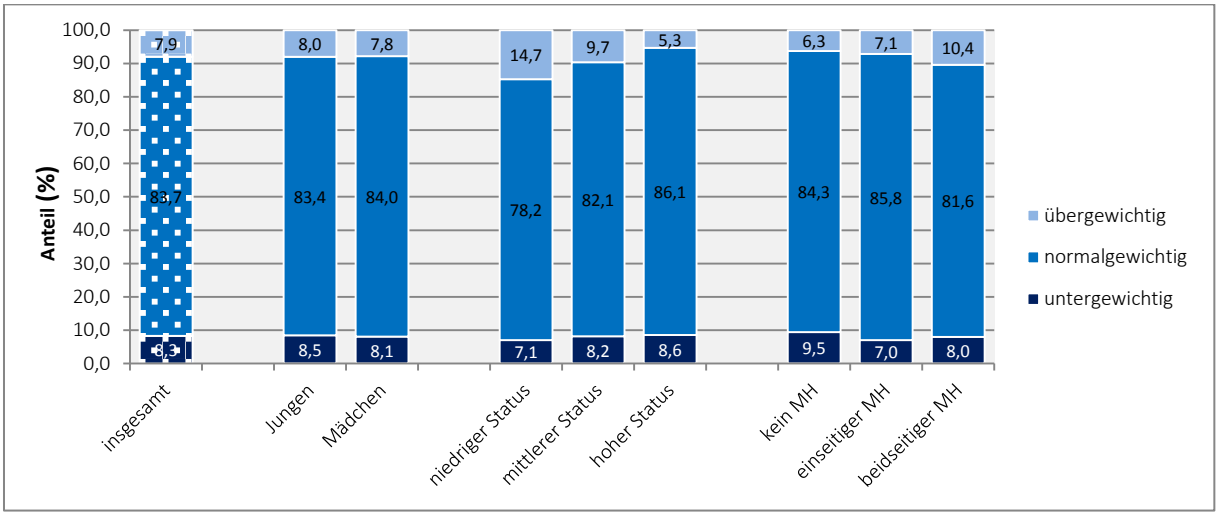
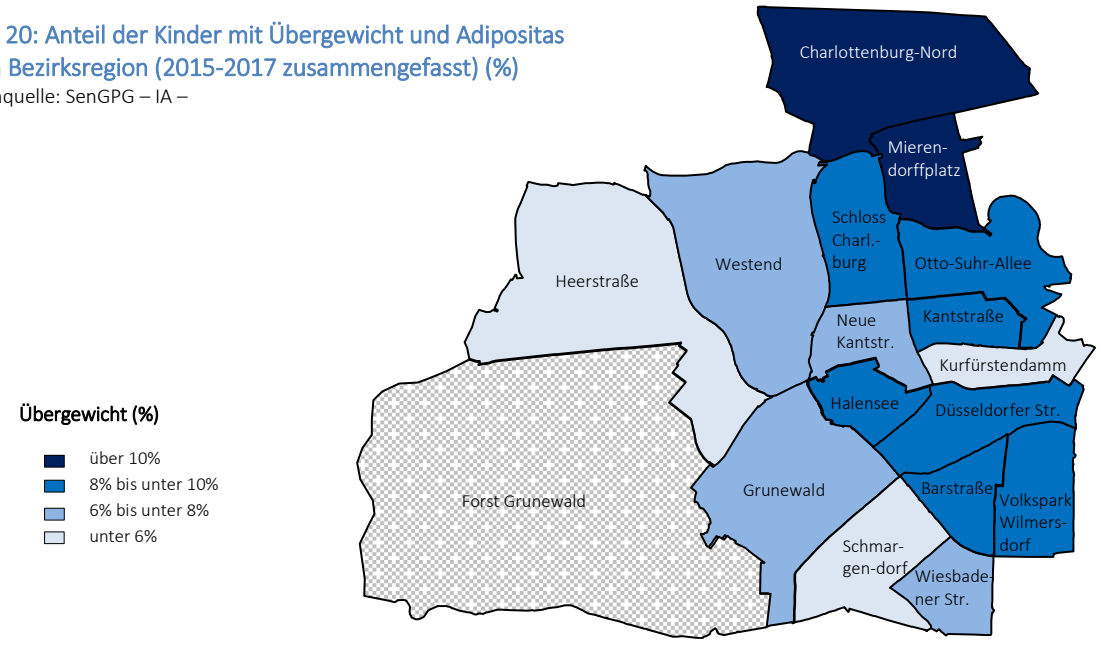


Abb. 19: Körpergewicht der Kinder nach Geschlecht, sozialer Lage und Migrationshintergrund (MH) (2015-2017 zusammengefasst) (%) Datenquelle: SenGPG - IA –

Im kleinräumigen Vergleich leben anteilig mehr untergewichtige Kinder in den BZR Mierendorffplatz (10,2%), Charlottenburg-Nord (9,9%) und Westend (9,7%) als in der BZR Düsseldorfer Straße (4,8%) und Barstraße (5,7%) (vgl. Tabelle 20 in Kapitel 8).
Für Übergewicht zeigen die innenstadtnahen BZR mit Ausnahme von der BZR Kurfürstendamm höhere Werte (Abb. 20). Die höchsten Quoten von über 10% sind für den Charlottenburger Norden zu finden (Charlottenburg-Nord= 11,9%; Mierendorffplatz= 10,2%).

Abb. 20: Anteil der Kinder mit Übergewicht und Adipositas nach Bezirksregion (2015-2017 zusammengefasst) (%)
Datenquelle: SenGPG – IA –



Beim berlinweiten Vergleich der Prävalenz von Übergewicht im Jahr 2017 auf Prognoseraumebene wird deutlich, dass Charlottenburg-Wilmersdorf für alle Prognoseräume im Durchschnitt liegt [1].

5.2 Motorische und kognitive Entwicklung

Motorische Entwicklung

Zur Beurteilung der motorischen Entwicklung der Kinder wird mittels des S-ENS-Subtests „Körperkoordination" die Grobmotorik und mittels des S-ENS-Subtests „Visuomotorik" die visuelle Wahrnehmung und Feinmotorik erfasst. Zur Testung der Körperkoordination wird die Zahl der Sprünge gezählt, welche das Kind seitlich über eine Mittellinie hin und her springend innerhalb von zehn Sekunden erbringen soll. Feinmotorische Fähigkeiten werden über Gestaltrekonstruktion und -produktion (Auge-Hand-Koordination bei Strichzeichnungen) geprüft.

Tabelle 10 fasst die Ergebnisse für die Untersuchungsjahre 2015 bis 2017 getrennt nach Geschlecht zusammen. Jungen zeigen für alle Jahre schlechtere Ergebnisse hinsichtlich der motorischen Entwicklung: 2017 zeigten 14,6% auffällige Ergebnisse der Körperkoordination, bei den Mädchen waren es 10,8%. Für die Visuomotorik sind die Werte für beide Geschlechter schlechter: 18,4% der Jungen und 14,8% der Mädchen hatten auffällige Testergebnisse. Insgesamt liegen die bezirklichen Ergebnisse aus dem Jahr 2017 für den SENS-Test der Körperkoordination damit im Berliner Durchschnitt. Hinsichtlich der Visuomotorik zeigen die Kinder überdurchschnittlich gute Werte.
Im dargestellten Zeitvergleich hat der Anteil der Kinder mit grob- sowie feinmotorischen Auffälligkeiten seit 2015 abgenommen. Dies trifft für die Körperkoordination in gleichem Maße auf Jungen sowie Mädchen zu (-6%). Bei der Visuomotorik konnten sich Jungen stärker verbessern (-4,3%) als Mädchen (-1,4%). Im Vergleich mit den Ergebnissen des Vorberichtes (ESU 2011-2014) hat sich jedoch der Anteil der Kinder mit auffälliger Visuomotorik von 11,5% im Jahr 2011 erhöht; für die Körperkoordination haben sich die Ergebnisse leicht verbessert [4].

Tab. 10: Körperkoordination und Visuomotorik der Kinder nach Geschlecht 2015-2017 (%)

Jahr	Geschlecht	Körperkoordination (%)			Visuomotorik (%)		
		unauffällig	grenzwertig	auffällig	unauffällig	grenzwertig	auffällig
2015	männlich	63,0	16,3	20,6	66,4	10,9	22,7
	weiblich	67,3	15,8	17,0	71,8	12,0	16,2
	Bezirk insgesamt	**65,0**	**16,1**	**18,9**	**68,9**	**11,4**	**19,7**
2016	männlich	68,2	14,5	17,3	66,3	12,7	20,9
	weiblich	68,7	17,4	13,9	72,7	11,8	15,4
	Bezirk insgesamt	**68,5**	**15,9**	**15,6**	**69,5**	**12,3**	**18,2**
2017	männlich	71,0	14,5	14,6	70,7	10,9	18,4
	weiblich	74,5	14,7	10,8	74,6	10,6	14,8
	Bezirk insgesamt	**72,6**	**14,6**	**12,8**	**72,5**	**10,8**	**16,7**
	Berlin insgesamt	**71,3**	**15,9**	**12,9**	**68,7**	**11,5**	**19,8**

Datenquelle: SenGPG - IA –

Abbildung 21 und 22 zeigen den Anteil der Kinder mit auffälligen Testergebnissen bei der Körperkoordination bzw. Visuomotorik 2017 nach Sozialstatus, Migrationshintergrund, Geburtsort und Kitabe-

suchsdauer. Es zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozialer Lage und der Wahrscheinlichkeit von auffälligen Befunden der Körperkoordination und Visuomotorik: Beim Test zur Körperkoordination zeigte fast jedes fünfte Kind mit niedrigem Sozialstatus auffällige Testergebnisse – bei Kindern mit hohem Status waren es mit 10,4% anteilig weniger. Beim Test zur Visuomotorik sind die Unterschiede noch erheblicher: 40,9% der Kinder mit niedrigem Sozialstatus und weniger als jedes zehnte Kind mit hohem Status zeigten auffällige Werte.

Weniger starke Korrelationen sind in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund erkennbar: Koordinative Schwierigkeiten wurden bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund (14,4%) am häufigsten festgestellt (ohne Migrationshintergrund= 11,2%). Werden die Kinder entsprechend ihrer Herkunft differenziert betrachtet, zeigen sich die größten Anteile für Kinder türkischer Herkunft (17,1%) und arabischer Herkunft (15,3%); die geringsten Anteile für Kinder deutscher Herkunft (11,2%).

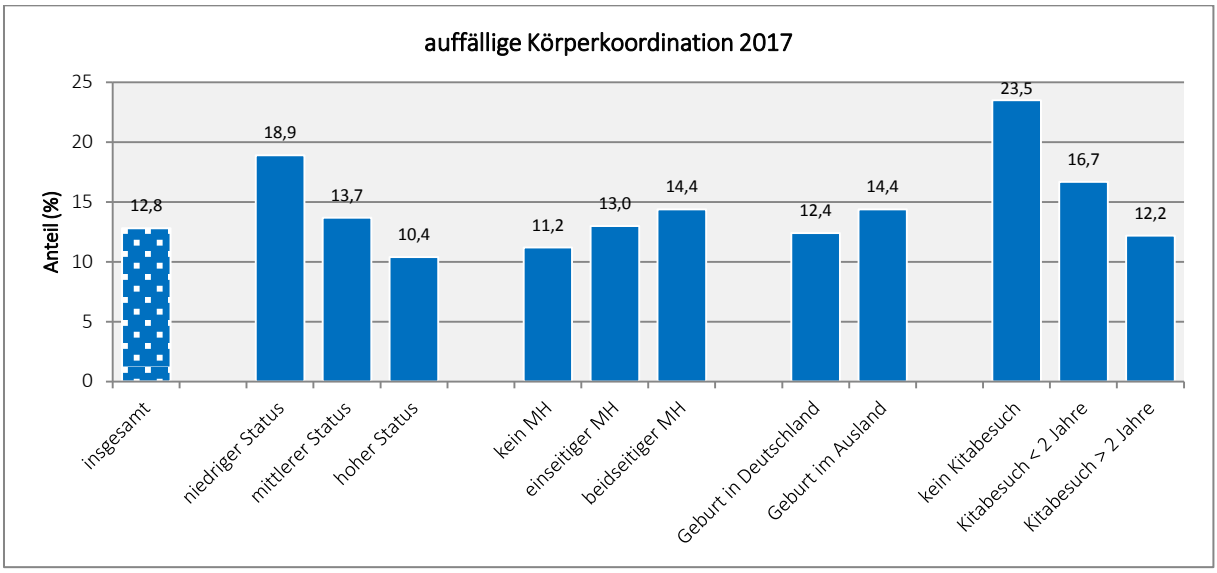


Abb. 21: Auffällige Befunde der Körperkoordination nach Sozialstatus, Migrationshintergrund, Geburtsort und Kitabesuchsdauer 2017 (%) Datenquelle: SenGPG - IA –

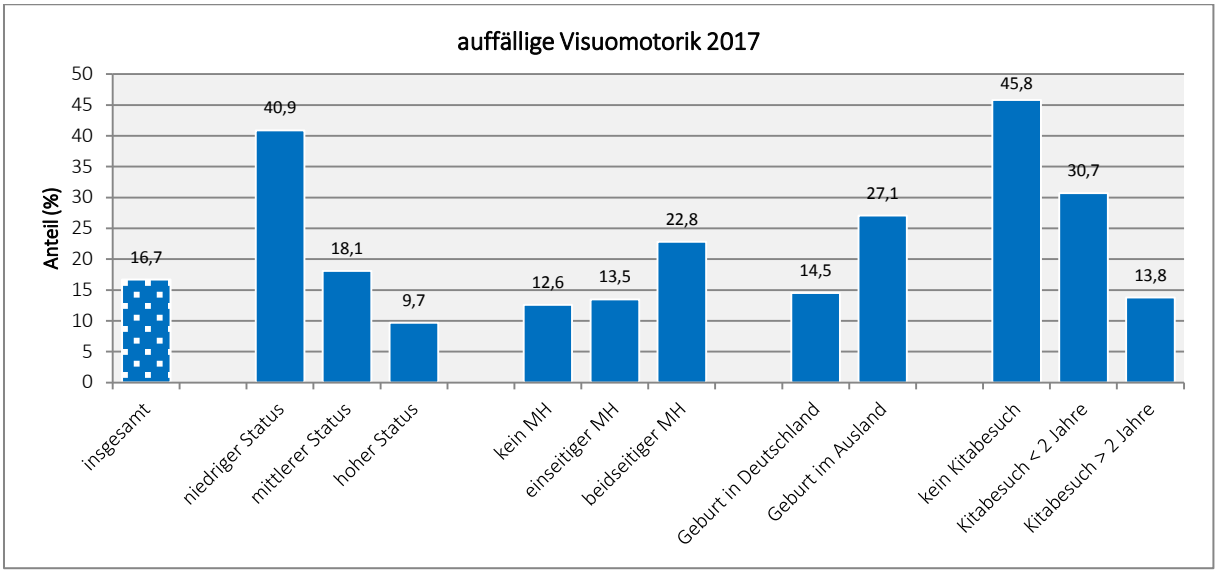
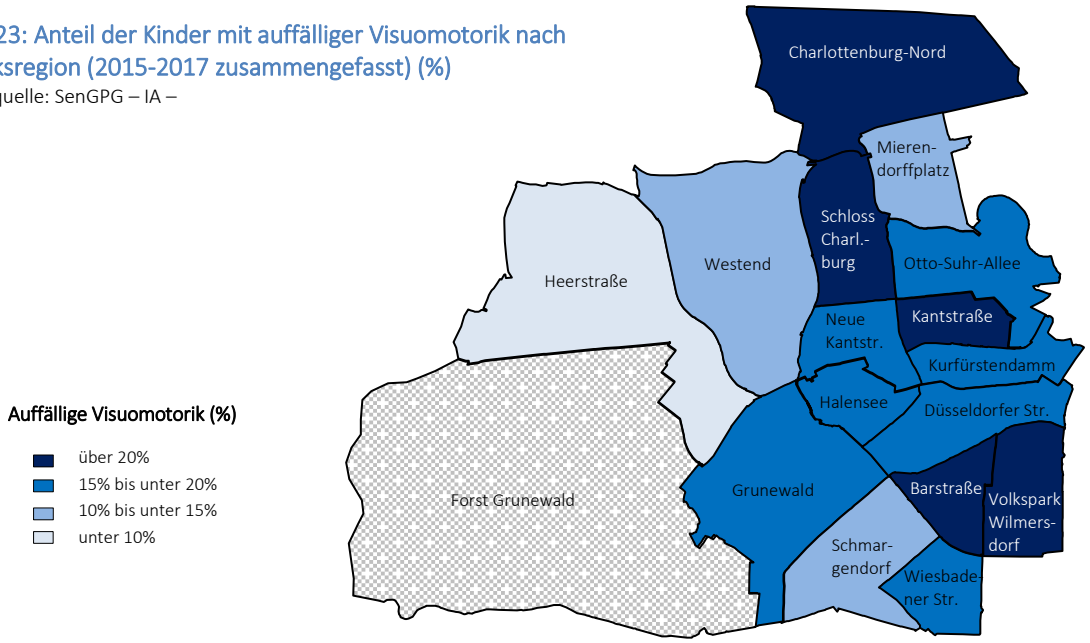


Abb. 22: Auffällige Befunde der Visuomotorik nach Sozialstatus, Migrationshintergrund, Geburtsort und Kitabesuchsdauer 2017 (%) Datenquelle: SenGPG - IA –

Probleme bei der Feinmotorik (Visuomotorik) hatte mit 22,8% fast jedes vierte Kind mit beidseitigem Migrationshintergrund (ohne Migrationshintergrund= 12,6%). Hier zeigen Kinder mit arabischer Herkunft (36,3%) die mit Abstand schlechtesten Werte.
Kinder, die im Ausland geboren wurden, haben etwas häufiger Auffälligkeiten in der Körperkoordination (14,4%) und deutlich häufiger Probleme mit der Visuomotorik (27,1%).
Die koordinativen Fähigkeiten der Kinder werden darüber hinaus positiv durch die Inanspruchnahme einer Kitabetreuung beeinflusst. Je länger die Dauer des Kitabesuchs ist, desto besser sind die Testergebnisse: Kinder ohne Kitabesuch zeigen deutlich schlechtere Werte für die Körperkoordination (23,5%) und Visuomotorik (45,8%) als Kinder mit einer Besuchsdauer von mindestens 2 Jahren (12,2% respektive 13,8%)[11].

Der Anteil der Kinder mit einer auffälligen Visuomotorik als Hinweis auf den motorischen Entwicklungsstand zeigt ebenfalls regionale Unterschiede (Abb. 23): Wiederum die höchsten Quoten sind für die BZR Barstraße (28,1%), Schloss Charlottenburg (22%) und Charlottenburg-Nord sowie Kantstraße (jeweils 21,2%) zu finden. Die mit Abstand geringste Quote von knapp 5% zeigen Kinder aus der BZR Heerstraße.
Fast jedes vierte Kind aus den BZR Schloss Charlottenburg, Barstraße und Kantstraße zeigt kumuliert für die Untersuchungsjahre 2015 bis 2017 eine auffällige Körperkoordination (vgl. Tab. 20 in Kapitel 8).

Abb. 23: Anteil der Kinder mit auffälliger Visuomotorik nach Bezirksregion (2015-2017 zusammengefasst) (%)
Datenquelle: SenGPG – IA –



Kognitive Entwicklung

Der kognitive Entwicklungsstand der Kinder wird mit Hilfe des S-ENS-Tests „Visuelle Wahrnehmung und Informationsverarbeitung“ und des Screeningverfahrens „Mengenvorwissen“ aus dem SOPESS beurteilt. Der Test zur visuellen Wahrnehmung erfasst visuelle und schlussfolgernde Fähigkeiten des Kindes, welche für den Schulbesuch unabdingbar sind. Nach vorgegebenen Regeln soll das Kind aus einer Auswahl von Mustern das zu einer Vorlage passende auswählen. Der Test zum Mengenvorwissen erfasst mathematische Vorläuferfähigkeiten. Das Kind wird aufgefordert kleine Mengen zu erfassen und einfache Mengen hinsichtlich ihrer Größe zu vergleichen.

[11] Auch für diese Unterschiede spielen Zusammenhänge mit der kurzen Aufenthaltsdauer in Deutschland einiger neu zugewanderter Familien womöglich eine Rolle.

Die Ergebnisse beider Subtests sind für die Jahre 2015 bis 2017 in der Tabelle 11 differenziert nach Geschlecht aufgezeigt. Bei beiden Tests schneiden Mädchen besser ab als Jungen, wobei Mädchen im Test zum Mengenvorwissen häufiger grenzwertige Ergebnisse zeigen. Insgesamt zeigen sich über die Jahre schlechtere Werte für die visuelle Wahrnehmung, die in etwa auf gleichem Niveau verbleiben: Etwa 15% der Kinder zeigen auffällige Testergebnisse. 2011 lag der Anteil noch bei 10,7% [4]. Demgegenüber zeigen weniger als zehn Prozent der Kinder Auffälligkeiten beim Mengenvorwissen. Im Zeitverlauf ist für Auffälligkeiten beim Mengenvorwissen zudem eine Abnahme des Anteils von 8,1% auf 5,1% zu beschreiben.
Im Vergleich zu Berlin sind die Ergebnisse zur kognitiven Entwicklung von 2017 als positiv zu bezeichnen. In beiden SENS-Tests sind deutlich höhere Anteile der Kinder unauffällig (Visuelle Wahrnehmung - Bezirksrang 2; Mengenvorwissen - Bezirksrang 1).

Tab. 11: Visuelle Wahrnehmung und Mengenvorwissen der Kinder nach Geschlecht 2015-2017 (%)

Jahr	Geschlecht	Visuelle Wahrnehmung (%)			Mengenvorwissen (%)		
		unauffällig	grenzwertig	auffällig	unauffällig	grenzwertig	auffällig
2015	männlich	71,0	13,9	15,1	77,5	13,4	9,0
	weiblich	73,7	12,4	13,9	79,4	13,7	7,0
	Bezirk insgesamt	**72,3**	**13,2**	**14,5**	**78,4**	**13,5**	**8,1**
2016	männlich	68,5	15,6	16,0	82,9	10,8	6,3
	weiblich	71,5	13,6	14,8	79,2	15,0	5,8
	Bezirk insgesamt	**70,0**	**14,6**	**15,4**	**81,1**	**12,8**	**6,1**
2017	männlich	71,7	12,1	16,2	83,3	11,0	5,7
	weiblich	75,7	10,9	13,4	82,2	13,3	4,5
	Bezirk insgesamt	**73,6**	**11,5**	**14,9**	**82,8**	**12,0**	**5,1**
	Berlin insgesamt	**65,0**	**14,5**	**20,5**	**73,7**	**16,7**	**9,7**

Datenquelle: SenGPG - IA –

Abbildung 24 und 25 zeigen den Anteil der Kinder mit auffälligen Testergebnissen bei der visuellen Wahrnehmung und dem Mengenvorwissen nach Sozialstatus, Migrationshintergrund, Geburtsort und Kitabesuchsdauer.
Auch für den kognitiven Entwicklungsstand zeigen sich die bereits aufgezeigten Zusammenhänge mit den soziodemografischen Merkmalen: Fast jedes dritte Kind mit niedrigem Sozialstatus zeigt auffällige Ergebnisse bei der visuellen Wahrnehmung (16% auffälliges Mengenvorwissen) – von Kindern mit hohem Status betrifft dies mit 9,4% weniger als jedes zehnte Kind (2,2% auffälliges Mengenvorwissen). Ein beidseitiger Migrationshintergrund korreliert stärker mit entwicklungsdiagnostischen Auffälligkeiten im Bereich der Kognition als ein einseitiger oder kein Migrationshintergrund.

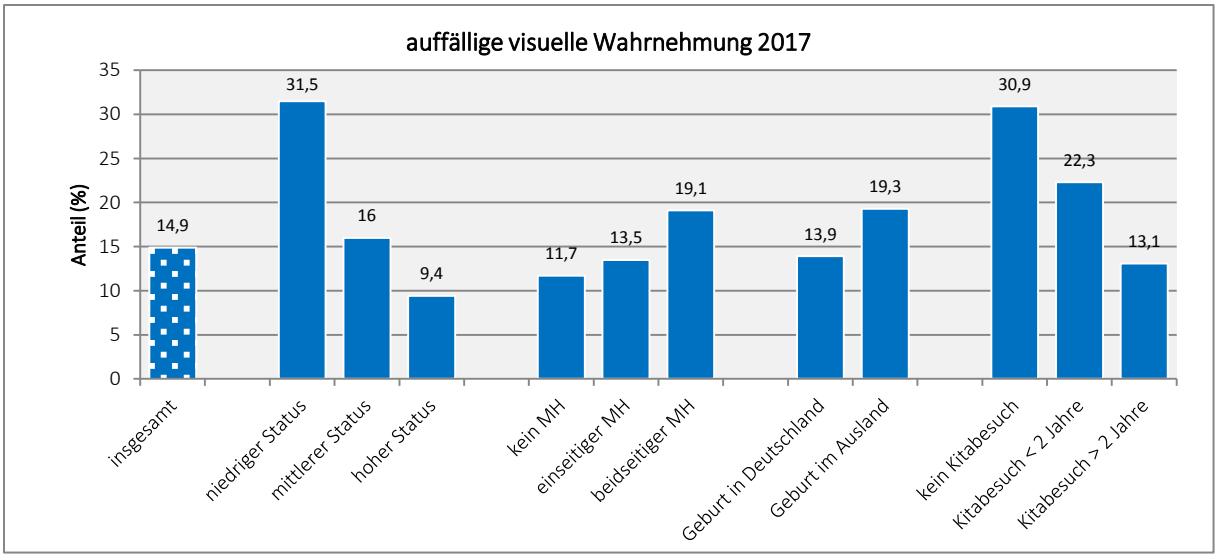


Abb. 24: Auffällige Befunde der visuellen Wahrnehmung nach Sozialstatus, Migrationshintergrund, Geburtsort und Kitabesuchsdauer 2017 (%) Datenquelle: SenGPG - IA –

Kinder, die im Ausland geboren wurden, zeigen häufiger Auffälligkeiten als Kinder die in Deutschland geboren wurden. Noch deutlicher werden die Unterschiede, wenn nach der Herkunft differenziert wird: Kinder arabischer Herkunft zeigen in 27,2% der Fälle Auffälligkeiten bei der visuellen Wahrnehmung, Kinder deutscher Herkunft in 11,7% der Fälle. Auch bei der Beurteilung des Mengenvorwissens schneiden Kinder arabischer Herkunft am schlechtesten ab (11,8% auffällige Befunde) und Kinder deutscher Herkunft am besten (2,1% auffällige Befunde).

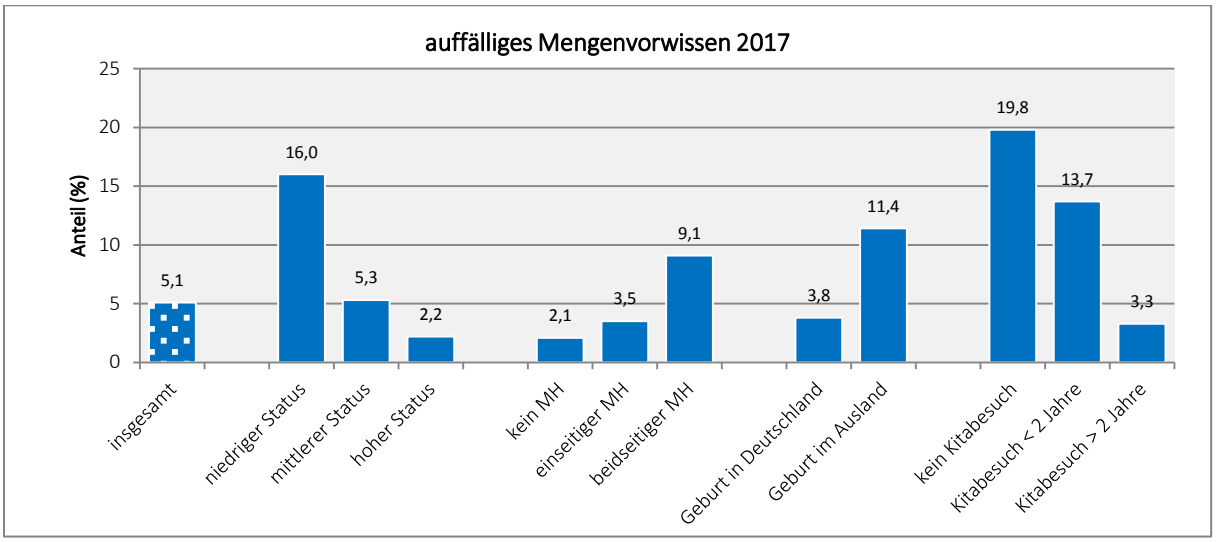
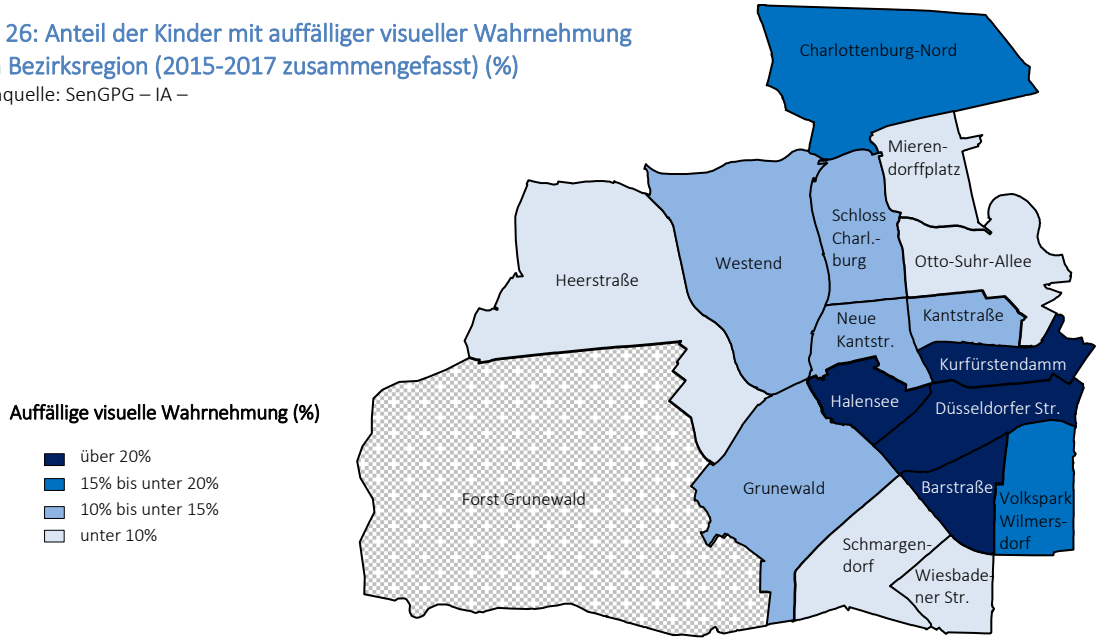


Abb. 25: Auffällige Befunde des Mengenvorwissens nach Sozialstatus, Migrationshintergrund, Geburtsort und Kitabesuchsdauer 2017 (%) Datenquelle: SenGPG - IA –

Deutliche Unterschiede werden in Abhängigkeit vom Kitabesuch sichtbar: Kinder ohne Kitabesuch zeigen in 30,9% der Fälle Defizite (< 2 Jahre= 13,1%) bei der visuellen Wahrnehmung und in 19,8% der Fälle Auffälligkeiten beim Mengenvorwissen (< 2 Jahre= 3,3%).

Abb. 26: Anteil der Kinder mit auffälliger visueller Wahrnehmung nach Bezirksregion (2015-2017 zusammengefasst) (%)
Datenquelle: SenGPG – IA –



Als Beispiel für kleinräumige Unterschiede im kognitiven Entwicklungsstand ist in Abbildung 26 die visuelle Wahrnehmung kumuliert für die Jahre 2015 bis 2017 aufgezeigt: Kinder mit einer auffälligen visuellen Wahrnehmung wohnen insbesondere in der BZR Barstraße (30,4%), Kurfürstendamm (24,8%), Düsseldorfer Straße (24,2%) und Halensee (22,7%). Wiederum die geringste Quote zeigt sich für Kinder aus der BZR Heerstraße (4,4%).

Schlechte Kenntnisse im Mengenvorwissen zeigen häufiger Kinder aus den BZR Charlottenburg-Nord (10,3%) und Barstraße (11,5%) (vgl. Tab. 20 In Kapitel 8).

5.3 Sprachliche Entwicklung

Die sprachliche Entwicklung ist grundlegend für das Lesen- und Schreibenlernen in der Schule und damit für den Lernerfolg. Darüber hinaus ist ein altersgerechter Sprachstand wichtig für die gesamtkindliche Entwicklung und schließlich für die soziale Integration des Kindes in sein Umfeld.

Der sprachliche Entwicklungsstand der Kinder wird im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen durch insgesamt fünf entwicklungsdiagnostische Tests erfasst: „Pseudowörter nachsprechen“, „Wörter ergänzen“, „Sätze nachsprechen“, „Pluralbildung“ und „Artikulation“. Es werden nur Kinder deutscher Herkunft und Kinder nichtdeutscher Herkunft mit guten oder sehr guten Deutschkenntnissen in die Auswertung miteinbezogen, da Kinder mit unzureichenden Deutschkenntnissen in den Tests benachteiligt sind [2]. Beim Test „Pseudowörter nachsprechen“ müssen die Kinder inhaltslose Wörter nachsprechen, womit die Gedächtnisspanne und die Artikulationsgenauigkeit für unbekannte Begriffe geprüft wird. Im Test „Wörter ergänzen“ sollen Kinder acht unvollständig genannte Wörter ergänzen. Damit wird das Synthetisieren von Lauten zu Wörtern überprüft. Der Test „Sätze nachsprechen“ beurteilt, inwiefern das Kind grammatikalische Strukturen speichern und abrufen kann. Anhand von Bildkarten wird das Kind im Test „Pluralbildung“ aufgefordert zu der abgebildeten Einzahl die Mehrzahl zu bilden. Zudem erfolgt die Überprüfung der Artikulation anhand von zehn festgelegten Lautgruppen.

Tab. 12: Sprachliche Entwicklung der Kinder nach Geschlecht 2015-2017 (%)

Jahr	Geschlecht	Pseudowörter (%)			Wörter ergänzen (%)		
		unauffällig	grenzwertig	auffällig	unauffällig	grenzwertig	auffällig
2015	männlich	80,4	13,6	6,0	68,9	17,9	13,2
	weiblich	82,2	13,1	4,8	70,3	18,8	10,9
	Bezirk insgesamt	**81,2**	**13,4**	**5,4**	**69,6**	**18,3**	**12,1**
2016	männlich	86,8	9,4	3,8	68,0	19,2	12,8
	weiblich	86,8	10,3	3,0	67,8	19,9	12,3
	Bezirk insgesamt	**86,8**	**9,8**	**3,4**	**67,9**	**19,6**	**12,6**
2017	männlich	85,7	10,8	3,6	72,8	15,3	11,9
	weiblich	88,6	8,3	3,0	77,7	14,8	7,5
	Bezirk insgesamt	**87,0**	**9,6**	**3,3**	**75,1**	**15,1**	**9,8**
	Berlin insgesamt	**74,4**	**15,7**	**9,9**	**71,8**	**15,9**	**12,2**

Datenquelle: SenGPG - IA –

Tabellen 12 und 13 geben die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen in Charlottenburg-Wilmersdorf in den Jahren 2015 bis 2017 für die verschiedenen Entwicklungstests nach Geschlecht wieder. Im Jahresverlauf zeigen sich für beide Geschlechter Verbesserungen für die Bereiche „Pseudowörter“, „Wörter ergänzen“ und „Pluralbildung“. Hingegen stieg der Anteil der Kinder mit auffälligen Ergebnissen beim Sätze nachsprechen von 10,7% auf 15,1% an. Insgesamt sind für die sprachdiagnostischen Tests im Vergleich zu den Ergebnissen des Vorberichtes Verschlechterungen festzustellen(ausgenommen: Test „Pseudowörter“) [4].

Analog zu den vorherigen Testergebnissen schneiden Jungen in allen sprachdiagnostischen Tests schlechter ab als Mädchen. Die Unterschiede sind dabei für die Tests „Pseudowörter“ und „Pluralbildung“ am geringsten.

Für den SENS-Test „Pseudowörter“ zeigen die Kinder der ESU 2017 aus Charlottenburg-Wilmersdorf berlinweit die besten Ergebnisse. Auch für den SENS-Test „Wörter ergänzen“ ist ein größerer Teil der Kinder unauffällig als im Landesvergleich. Im Berliner Durchschnitt liegen die Ergebnisse zur Beurteilung der Pluralbildung. Unterdurchschnittliche Ergebnisse zeigen sich für den SENS-Test „Sätze nachsprechen“ (Bezirksrang 9).

Tab. 13: Sprachliche Entwicklung der Kinder nach Geschlecht 2015-2017 (%)

Jahr	Geschlecht	Sätze nachsprechen (%)			Pluralbildung (%)		
		unauffällig	grenzwertig	auffällig	unauffällig	grenzwertig	auffällig
2015	männlich	76,5	11,4	12,1	70,6	18	11,3
	weiblich	80,8	10,1	9,0	74,7	17,4	7,9
	Bezirk insgesamt	**78,5**	**10,8**	**10,7**	**72,5**	**17,7**	**9,7**
2016	männlich	75,4	12,9	11,7	71,7	17,8	10,5
	weiblich	76,1	12,0	11,9	74,5	15,6	10,0
	Bezirk insgesamt	**75,7**	**12,5**	**11,8**	**73,1**	**16,7**	**10,2**
2017	männlich	66,7	16,2	17,1	76,3	15,4	8,3
	weiblich	71,9	15,3	12,8	78,8	13,4	7,9
	Bezirk insgesamt	**69,1**	**15,8**	**15,1**	**77,5**	**14,4**	**8,1**
	Berlin insgesamt	**73,3**	**13,1**	**13,7**	**76,9**	**13,4**	**9,6**

Datenquelle: SenGPG - IA –

Für alle sprachdiagnostischen Tests werden Unterschiede in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund, Geburtsort, Sozialstatus und der Kitabesuchsdauer erkennbar. Abbildung 27 zeigt entsprechende Ergebnisse für das Untersuchungsjahr 2017. Die Testergebnisse zur Pluralbildung, Sätze nachsprechen und Wörter ergänzen sind deutlich schlechter für Kinder mit Migrationshintergrund – und besonders für Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund. Keine Unterschiede zeigen sich hingegen für den Test „Pseudowörter". Mehr als jedes dritte Kind mit beidseitigem Migrationshintergrund zeigt auffällige Befunde im Test „ Sätze nachsprechen"; jedes fünfte Kind mit beidseitigem Migrationshintergrund unzureichende Fähigkeiten in der Pluralbildung.

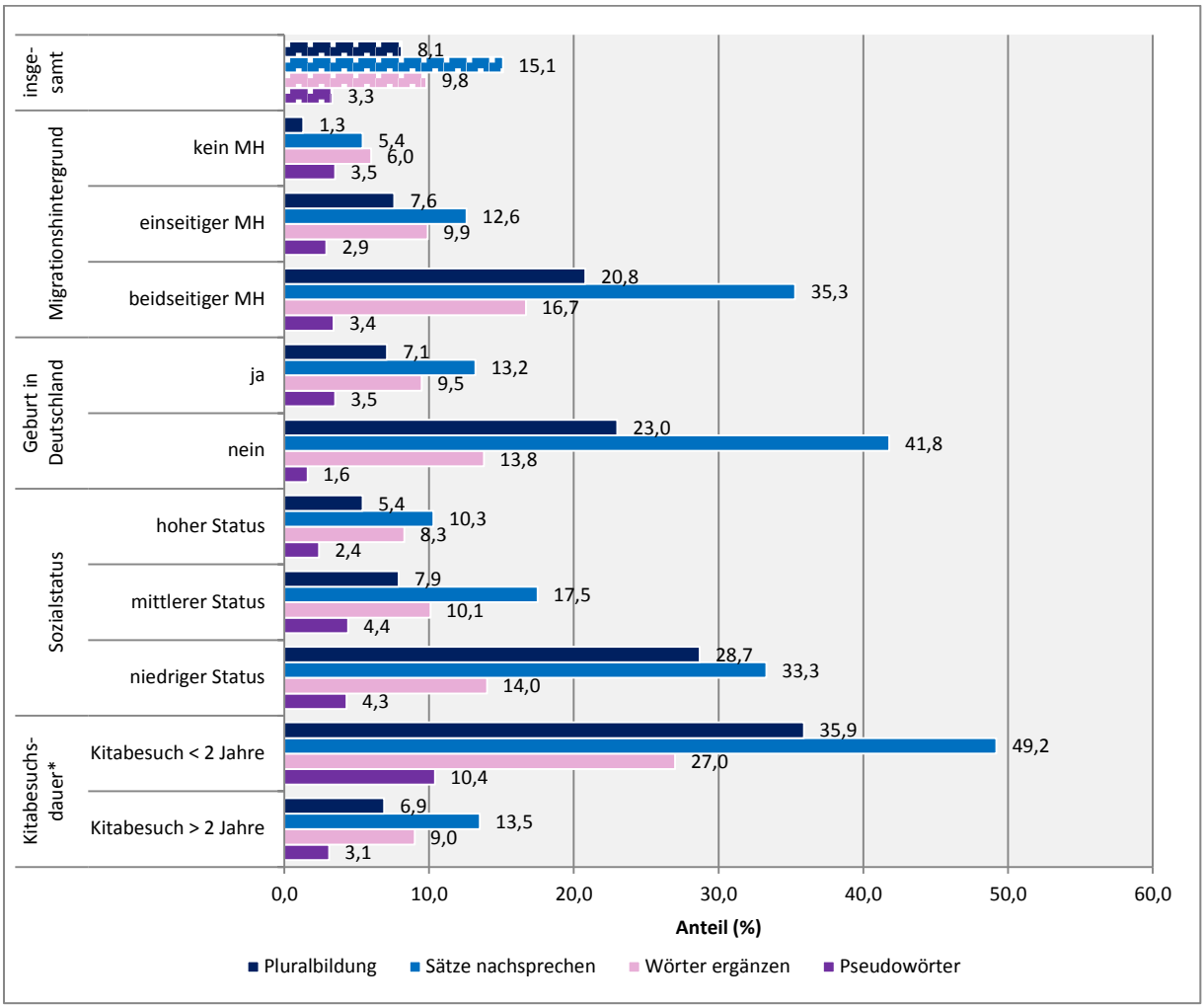


Abb. 27: Auffällige Befunde in den sprachdiagnostischen Tests nach Migrationshintergrund, Sozialstatus und Kitabesuchsdauer 2017 (%) Datenquelle: SenGPG - IA –

* Ausgenommen sind Kinder ohne Kitabesuch aufgrund einer zu geringen Fallzahl.

Im Unterschied zu Kindern, die in Deutschland geboren wurden, schneiden Kinder mit guten oder sehr guten Deutschkenntnissen, die im Ausland geboren wurden[12], in den Tests „Wörter ergänzen", „Sätze nachsprechen" und „Pluralbildung" schlechter ab – im Test „Pseudowörter" jedoch besser.

Die Zahl auffälliger Befunde nimmt mit sinkendem Sozialstatus für alle sprachdiagnostischen Tests zu. Die Unterschiede sind wiederum für die Ergebnisse aus dem Test „Pseudowörter" am geringsten. Mit unter 5% zeigen wenige Kinder Schwierigkeiten beim Nachsprechen von Pseudowörtern. Hingegen hat von den Kindern mit niedrigem sozialem Status mehr als jedes vierte Probleme bei der Pluralbildung

[12] 35% aller Kinder, die im Ausland geboren wurden (n=129).

und jedes dritte Schwierigkeiten Sätze korrekt nachzusprechen. Bei Kindern mit hohem Sozialstatus sind dies 5,4% respektive 10,3%.
Erneut zeigt sich ein starker Zusammenhang mit der Kitabesuchsdauer: Kinder mit einer Kitabesuchsdauer von mehr als zwei Jahren zeigen weniger auffällige Testbefunde als Kinder mit einer kürzeren Kitabesuchsdauer. So hat mehr als jedes vierte Kind mit einer Kitabesuchsdauer von weniger als zwei Jahren Auffälligkeiten beim Test „Wörter ergänzen", mehr als jedes dritte Kind Schwierigkeiten bei der Pluralbildung und fast die Hälfte ist nicht fähig Sätze korrekt nachzusprechen. Der Kita als Ort der Sprachbildung und -erziehung kommt damit eine herausragende Bedeutung zu.

Tab. 14: Artikulationsstörungen der Kinder nach Geschlecht 2015-2017

Artikulationsfehler vorhanden	2015		2016		2017		Berlin 2017
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	%
männlich	405	42,9	311	37,5	346	34,6	34,6
weiblich	293	35,3	224	27,3	222	25,3	26,1
insgesamt	698	39,3	535	32,4	568	30,3	30,5

Datenquelle: SenGPG - IA –

Ein weiterer Test in diesem Bereich ist der Test zur Artikulation, der die Aussprache verschiedener Lautgruppen prüft und Artikulationsstörungen im Fokus hat. Für alle der betrachteten Jahre zeigen Jungen häufiger Artikulationsstörungen als Mädchen (Tab. 14). Für beide Geschlechter kann eine Abnahme des Anteils der Kinder mit Artikulationsfehlern zwischen 2015 und 2017 festgestellt werden. Insgesamt sank der Anteil von 39,3% um neun Prozentpunkte in 2015 auf 30,3% in 2017. 2011 zeigten hingegen nur 28,4% Artikulationsprobleme [4].

Die Bezirksergebnisse für 2017 liegen im Berliner Durchschnitt, jedoch ist bei Kindern mit Artikulationsstörungen aus Charlottenburg-Wilmersdorf die Anzahl der betroffenen Lautgruppen insgesamt etwas geringer: Etwa jedes fünfte untersuchte Kind hatte 2017 Probleme mit einer Lautgruppe. Artikulationsfehler für zwei Lautgruppen betrafen circa 7% der Kinder im vergangenen Untersuchungsjahr. 2,4% der Kinder (Berlin: 4,4%) zeigten Probleme bei mindestens drei Lautgruppen [1].

Unterschiede im Anteil der Kinder mit mindestens einer Artikulationsstörung sind deutlich in Abhängigkeit vom Sozialstatus zu erkennen (Abb. 28): 42,6% der Kinder mit niedrigem Sozialstatus zeigten 2017 auffällige Befunde, von den Kindern mit hohem Sozialstatus waren es mit 28% anteilig weniger.
Entgegen der anderen sprachdiagnostischen Tests zeigen sich bessere Ergebnisse für Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund und Kinder mit einer Kitabesuchsdauer von weniger als zwei Jahren. 2015 hingegen konnten Kinder mit einer langen Kitabesuchsdauer bessere Ergebnisse erzielen. Damit scheint die Kitabesuchsdauer keinen eindeutigen Einfluss auf die Artikulationsfähigkeit der Kinder zu haben.

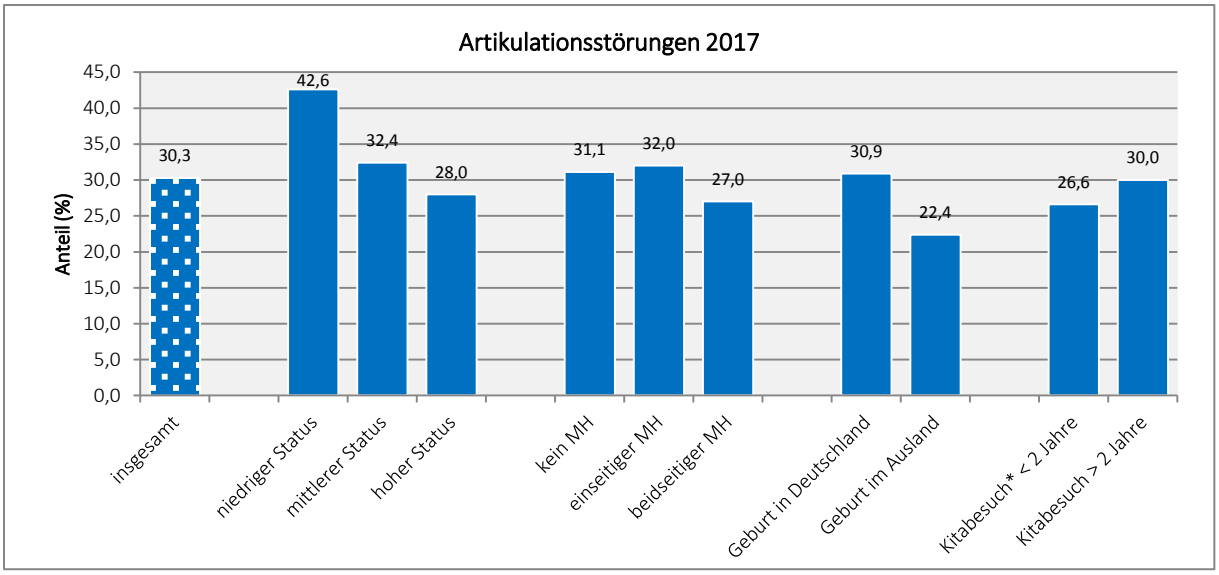


Abb. 28: Kinder mit Artikulationsstörungen nach Sozialstatus, Migrationshintergrund und Kitabesuchsdauer 2017 (%) Datenquelle: SenGPG - IA –

* Ausgenommen sind Kinder ohne Kitabesuch aufgrund einer zu geringen Fallzahl.

Sprachdefizite

Wie beschrieben wurden die sprachdiagnostischen Tests nur für Kinder deutscher Herkunft und Kinder nichtdeutscher Herkunft mit guten oder sehr guten Deutschkenntnissen ausgewertet. Der Indikator „Sprachdefizite“ bezieht nun alle Kinder mit ein und kombiniert die Angaben zur sprachlichen Entwicklung (Subtest „Sätze nachsprechen“) mit den Angaben zu den Deutschkenntnissen von Kindern mit Migrationshintergrund. Als Kinder mit Sprachdefiziten werden folgende Gruppen ausgewiesen:

- Kinder deutscher Herkunft mit auffälligen Testergebnissen im Test „Sätze nachsprechen“
- Kinder nichtdeutscher Herkunft mit guten Deutschkenntnissen und auffälligen Testergebnissen im Test „Sätze nachsprechen“
- Kinder nichtdeutscher Herkunft mit unzureichenden Deutschkenntnissen

Insgesamt hat der Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten von 24,3% im Jahr 2015 auf 29% im Jahr 2017 zugenommen und liegt damit leicht über dem Berliner Anteil von 27,9% (Tab. 15). Damit hat sich der Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten im Vergleich zum Vorbericht verdoppelt (2011: 14,8%) [4]. Dabei liegt der Anteil bei Jungen höher als bei Mädchen und hat auch im Jahresvergleich stärker zugenommen.

Tab. 15: Sprachdefizite bei den Kindern nach Geschlecht 2015-2017

	2015		2016		2017		Berlin 2017
Sprachdefizite vorhanden	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	%
männlich	289	25,4	304	29,4	378	31,3	29,6
weiblich	229	22,9	256	26,1	274	26,4	26,2
insgesamt	518	24,3	560	27,8	652	29,0	27,9

Datenquelle: SenGPG - IA –

Sprachdefizite bestehen – in Übereinstimmung mit den bisherigen Ergebnissen zum sprachlichen Entwicklungsstand – insbesondere bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus (65%), bei Kindern mit beidsei-

tigem Migrationshintergrund (61,7%), bei Kindern mit Geburtsort im Ausland (80,3%) und bei Kindern ohne Kitabesuch (89,2%) bzw. mit einer Kitabesuchsdauer von unter zwei Jahren (81,8%) (Abb. 29).

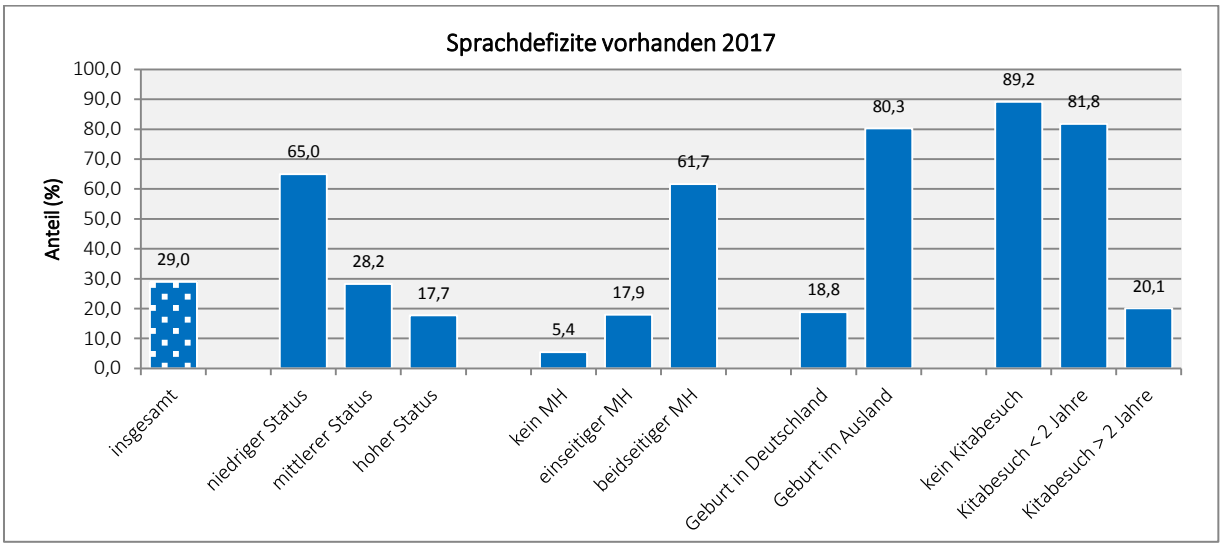
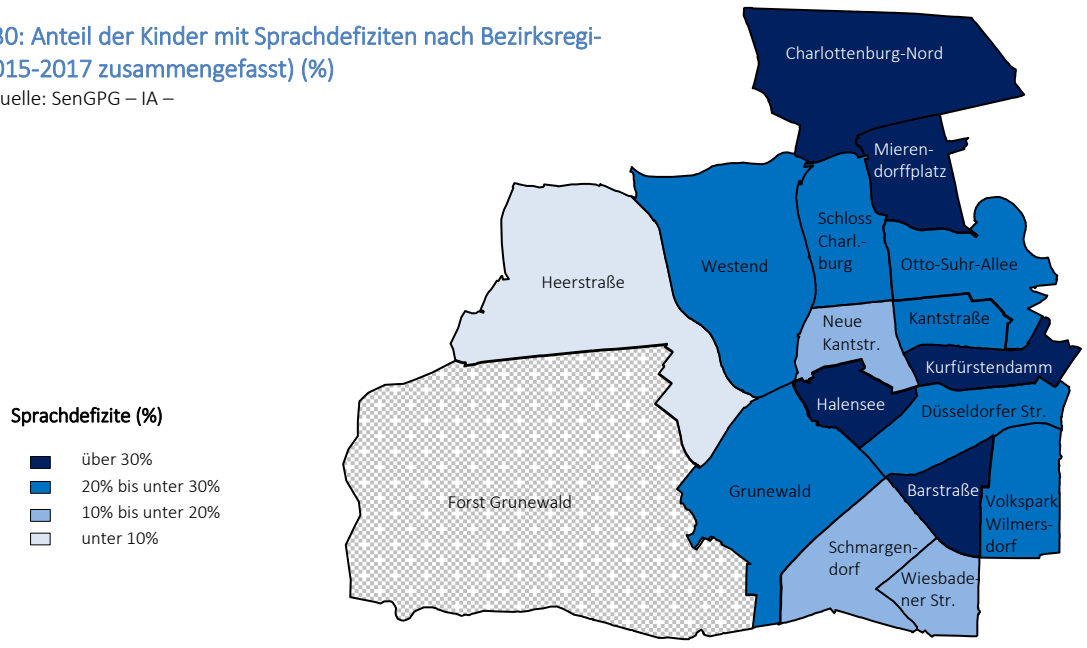


Abb. 29: Sprachdefizite bei den Kindern nach Sozialstatus, Migrationshintergrund und Kitabesuchsdauer 2017 (%)
Datenquelle: SenGPG - IA –

Kleinräumige Unterschiede für den kombinierten Indikator Sprachdefizite sind in Abbildung 30 dargestellt. Sprachdefizite bestehen bei fast der Hälfte der Kinder, die in der BZR Barstraße (44,2%) wohnen. Auch die BZR Kurfürstendamm (39,5%) und Charlottenburg-Nord (37,6%) zeigen hohe Quoten. Die mit Abstand geringste Quote ist für die BZR Heerstraße zu verzeichnen.

Abb. 30: Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten nach Bezirksregion (2015-2017 zusammengefasst) (%)
Datenquelle: SenGPG – IA –



5.4 Inanspruchnahme von Therapien

Seit dem Einschulungsuntersuchungsjahr 2016 werden die Eltern danach gefragt, ob ihr Kind aktuell oder in der Vergangenheit in therapeutischer Behandlung ist/war. Hierzu zählen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Psychotherapie. Diese Therapien werden nötig, wenn das Kind Entwicklungsverzögerungen oder -störungen im motorischen, sensorischen, kognitiven oder psychischen Bereich zeigt.

Tab. 16: Bisherige Inanspruchnahme von Therapien durch die Kinder 2016 und 2017

Therapie		2016 Anzahl	2016 %	2017 Anzahl	2017 %	Berlin 2017 %
Physiotherapie	männlich	53	5,2	72	5,9	7,8
	weiblich	31	3,2	46	4,4	6,2
	insgesamt	84	4,2	118	5,2	7,0
Ergotherapie	männlich	74	7,2	122	10,0	13,5
	weiblich	22	2,2	33	3,2	5,6
	insgesamt	96	4,8	155	6,9	9,7
Logopädie	männlich	195	19,0	258	21,2	22,9
	weiblich	93	9,5	121	11,6	15,7
	insgesamt	288	14,3	379	16,8	19,5
Psychotherapie	männlich	21	2,0	33	2,7	4,1
	weiblich	8	0,8	26	2,5	2,4
	insgesamt	29	1,4	59	2,6	3,3

Datenquelle: SenGPG - IA –

Wie Tabelle 16 zeigt, waren Jungen 2016 und 2017 insgesamt häufiger als Mädchen in therapeutischer Behandlung. Die größten Unterschiede bestehen in den Therapiebereichen Ergotherapie und Logopädie. Für alle Therapiebereiche kann zwischen 2016 und 2017 mit dem Berlintrend ein Anstieg des Anteils der behandelten Kinder verzeichnet werden. Am häufigsten befinden sich Kinder in logopädischer Behandlung (2017: 16,8%). In psychotherapeutischer Behandlung sind mit 2,6% die wenigsten Kinder.
Im Berlinvergleich gehört Charlottenburg-Wilmersdorf zu den Bezirken mit den geringsten Anteilen an Kindern mit therapeutischer Erfahrung. Für die Bereiche Ergotherapie und Logopädie liegt der Bezirk auf dem letzten Rang.

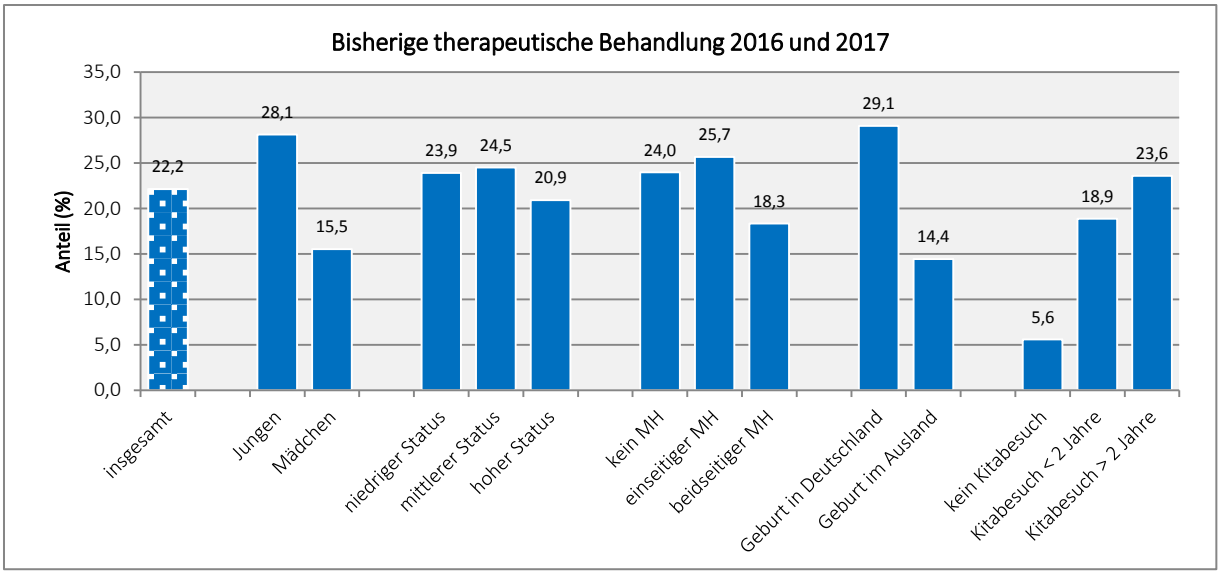


Abb. 31: Anteil der Kinder mit bisheriger Inanspruchnahme von Therapien (2016 & 2017 zusammengefasst) (%)
Datenquelle: SenGPG - IA –

Werden für die Jahre 2016 und 2017 alle Therapiebereiche zusammen betrachtet, ist zu erkennen, dass mehr als jedes fünfte Kind bereits therapeutische Erfahrungen in mindestens einem der Bereiche gemacht hat (Berlin: 29,1%) (Abb. 31). Dabei haben 28% der Jungen bis zur Einschulungsuntersuchung mindestens eine therapeutische Behandlung verordnet bekommen – bei den Mädchen sind es mit 15,5% deutlich weniger. Jungen sind nicht nur insgesamt häufiger in therapeutischer Behandlung, sondern nehmen auch häufiger Therapien aus zwei oder mehr Bereichen in Anspruch (Jungen: 7,2% vs. Mädchen: 2,6%).

Kinder mit hohem Sozialstatus (20,9%) waren seltener in therapeutischer Betreuung als Kinder mit niedrigem (23,9%) und mittlerem (24,5%) Sozialstatus.

Etwa jedes vierte Kind ohne und mit einseitigem Migrationshintergrund hat Therapieerfahrung (beidseitiger MH: 18,3%). Kinder, die im Ausland geboren wurden, sind insgesamt seltener in therapeutischer Behandlung gewesen (14,4%), wobei sie im Vergleich etwas häufiger beim Psychotherapeuten waren als Kinder, die in Deutschland geboren wurden. Dies kann ein Hinweis auf einen entsprechenden Anteil der Kinder sein, die aufgrund der Fluchterfahrungen und möglicher Traumata psychotherapeutischer Behandlung bedürfen.

Zudem steigt die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von mindestens einer therapeutischen Behandlung mit der Kitabesuchsdauer. Möglicherweise werden Entwicklungsstörungen von Kindern im Kitaalltag besser erfasst.

Für 2016 und 2017 zusammengefasst hat bereits mehr als jedes vierte Kind aus den BZR Charlottenburg-Nord, Volkspark Wilmersdorf, Grunewald, Schmargendorf und Wiesbadener Straße therapeutische Erfahrung (vgl. Tab 20 in Kapitel 8).

6. Förderempfehlungen

Wenn im Rahmen der Einschulungsuntersuchung bei Kindern Entwicklungsverzögerungen oder-störungen durch den Arzt bzw. die Ärztin des KJDG festgestellt werden, können schulische und/ oder sonderpädagogische Förderempfehlungen gegeben werden. Grundlage der Empfehlungen bilden zum einen die Entwicklungsscreenings und zum anderen die Einschätzung durch die Ärztinnen und Ärzte – insbesondere für die Beurteilung des emotional-sozialen Entwicklungsstandes.

Ein schulischer Förderbedarf wird empfohlen bei Kindern, die leichtere Entwicklungsdefizite aufweisen. Ärztliche Empfehlungen betreffen die Bereiche körperlich-motorische Entwicklung, Sprechen und Sprache, Visuelle Wahrnehmung, Visuomotorik, emotionale und soziale Entwicklung sowie Lernen. Das pädagogische Personal in den Kitas und Schulen wird auf die individuellen Schwächen des Kindes aufmerksam gemacht, um dieses entsprechend verstärkt zu fördern.

Eine sonderpädagogische Förderung wird empfohlen, wenn schwerwiegendere Beeinträchtigungen des Sehens und Hörens, der geistigen, körperlichen, motorischen, emotionalen und sozialen Entwicklung festgestellt wurden und/oder eine autistische Behinderung bei dem Kind vorliegt.

Tabelle 17 zeigt, dass sich der Anteil der Kinder mit schulischem Förderbedarf in Charlottenburg-Wilmersdorf[13] zwischen 2015 von 33,4% auf 36% in 2017 erhöht hat. Seit 2011 ist der Anteil der Kinder mit schulischem Förderbedarf somit von 17,8% um fast 20% gestiegen [4]. Dabei besteht ein erheblicher Geschlechterunterschied: 2017 waren 40,2% der Jungen und 31,1% der Mädchen förderungsbedürftig. Etwas über die Hälfte der Kinder bedarf der Förderung in einem Förderbereich; ca. 20% in zwei Förderbereichen und circa jedes vierte Kind in mindestens drei Förderbereichen.
Deutlich weniger Kinder benötigen sonderpädagogische Förderungen: Der Anteil schwankte in den Jahren zwischen 2,1% und 2,4%. Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen.

Tab. 17: Empfohlener Förderbedarf nach Geschlecht 2015-2017

Förderbedarf		2015		2016		2017	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schulischer Förderbedarf	männlich	432	36,9	421	39,8	494	40,2
	weiblich	302	29,4	335	33,3	328	31,1
	insgesamt	734	33,4	756	36,6	822	36,0
Sonderpädagogischer Förderbedarf	männlich	31	2,6	32	3,0	39	3,2
	weiblich	19	1,9	11	1,1	15	1,4
	insgesamt	50	2,3	43	2,1	54	2,4

Datenquelle: SenGPG - IA –

In welchen schulischen Förderbereichen Bedarfe gesehen wurden, wird aus Abbildung 32 ersichtlich. Der größte Bedarf besteht für beide Geschlechter im Bereich „Sprache“, gefolgt von den Bereichen „Visuomotorik“, „visuelle Wahrnehmung“ und „emotional-soziale Entwicklung“. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich eine Abnahme des Anteils der Kinder mit körperlich-motorischen Förderempfehlungen (von 7,7% auf 5,1%) und visuomotorischen Förderempfehlungen (von 15,9% auf 14,2%). Für die anderen

[13] Durch die SenGPG werden keine Vergleichswerte für Berlin ausgewiesen [1].

Förderbereiche lässt sich hingegen ein Anstieg erkennen. Insgesamt sind Jungen in allen Förderbereichen häufiger vertreten als Mädchen.

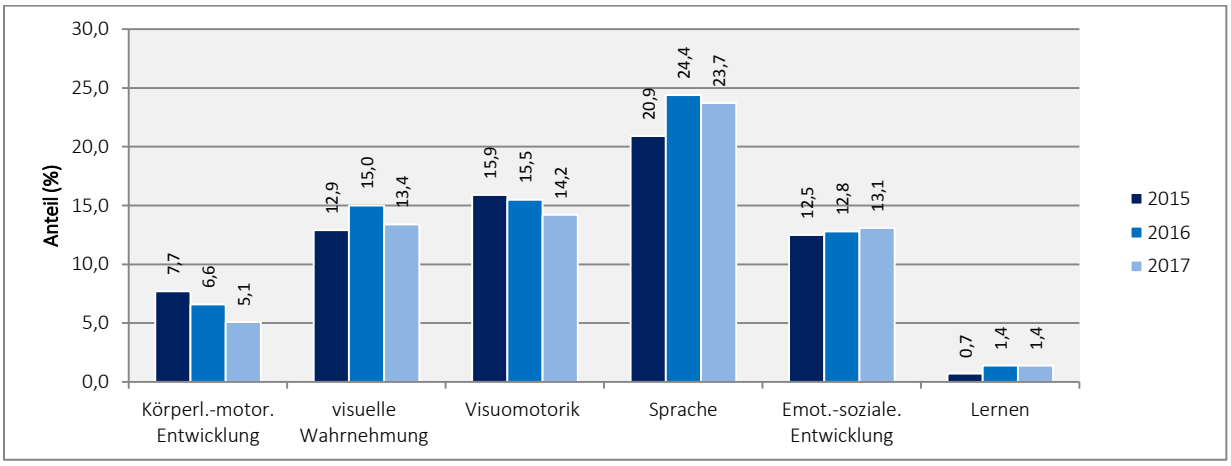


Abb. 32: Kinder mit schulischem Förderbedarf nach Förderbereichen 2015-2017 (%) Datenquelle: SenGPG - IA –

Für die Empfehlung einer oder mehrerer schulischer Förderungen durch den KJGD sind entsprechend der Ergebnisse der Entwicklungsscreenings ähnliche Zusammenhänge mit dem Sozialstatus, dem Migrationshintergrund, dem Geburtsort sowie der Kitabesuchsdauer zu beobachten: Kinder mit niedrigem Sozialstatus, mit beidseitigem Migrationshintergrund, Geburtsort im Ausland sowie keinem Kitabesuch bzw. einer Kitabesuchsdauer von weniger als zwei Jahren zeigen einen erheblich höheren Anteil an schulischem Förderbedarf als die Vergleichsgruppen, wie in Abbildung 33 zu sehen ist.

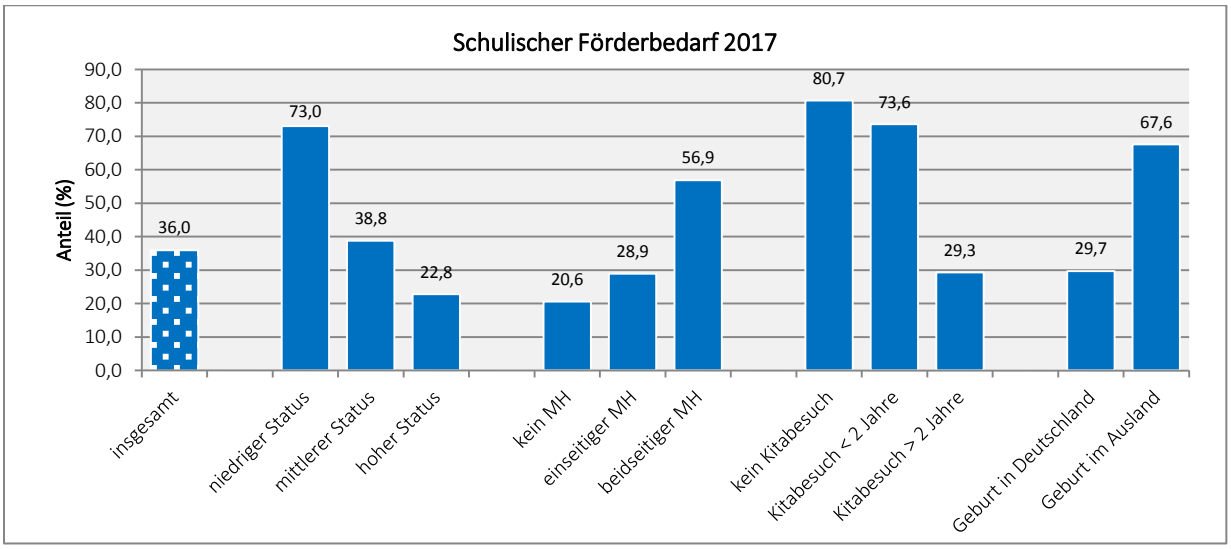


Abb. 33: Kinder mit schulischem Förderbedarf nach Sozialstatus, Migrationshintergrund und Kitabesuchsdauer 2017 (%) Datenquelle: SenGPG - IA –

Von den im Vergleich geringeren Anteil der Kinder mit sonderpädagogischen Förderempfehlungen wurden die meisten für die Bereiche „Sprache“, „körperlich-motorische Entwicklung“, „geistige Entwicklung“ sowie „emotional-soziale Entwicklung“ ausgesprochen[14] (Abb. 34). Die Zahl der betroffenen Kinder liegt jährlich etwa zwischen 70 und 80 Kindern.

[14] Zusammenhänge mit soziodemografischen Merkmalen sind aufgrund der geringen Fallzahl nicht darstellbar.

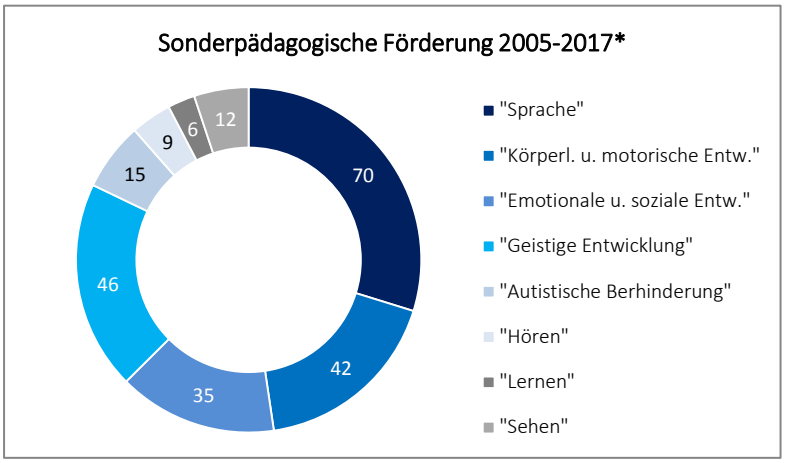


Abb. 34: Anzahl der Kinder mit sonderpädagogischen Förderbedarf (2015-2017 zusammengefasst)
* Mehrfachnennungen möglich
Datenquelle: SenGPG - IA –

Kleinräumig betrachtet ist der Anteil der Kinder mit schulischem Förderbedarf, der auf Basis der Einschulungsuntersuchung festgestellt wird, entsprechend der bisher gezeigten regionalen Ergebnisse am höchsten für die BZR Barstraße: Zwei von drei Kindern benötigen hier schulische Förderung (Abb. 35). Überdurchschnittliche Werte sind auch für die BZR Kurfürstendamm, Halensee, Charlottenburg-Nord, Düsseldorfer Straße, Grunewald und Volkspark Wilmersdorf. Mit weniger als 10% haben die Kinder aus der BZR Heerstraße den geringsten schulischen Förderbedarf.

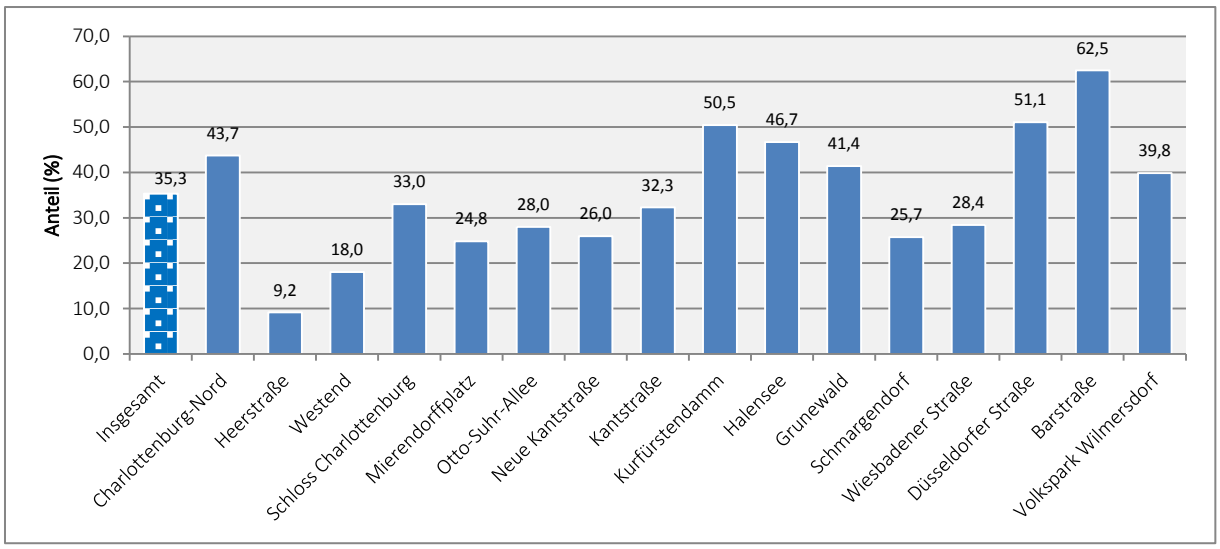


Abb. 35: Anteil der Kinder mit schulischem Förderbedarf nach Bezirksregionen (2015-2017 zusammengefasst) (%)
Datenquelle: SenGPG – IA –

7. Rücksteller aus den Untersuchungsjahren

Wie einleitend beschrieben umfasst die Auswertung alle Kinder, die in dem entsprechenden Jahr zum ersten Mal an einer Einschulungsuntersuchung teilnahmen und schließt damit auch Kinder ein, die auf Grundlage der Einschulungsuntersuchung vom Schuleintritt zurückgestellt wurden. Diese Gruppe wird im Folgenden genauer betrachtet:
Gründe für die Rückstellungen lassen sich aus den vorhandenen Daten nicht explizit herausstellen. Auffälligkeiten in der emotional-sozialen Entwicklung, der sprachlichen Entwicklung und im motorisch-kognitiven Verhalten tragen zur Wahrscheinlichkeit einer Rückstellung bei. Insgesamt wird die Empfehlung für eine Rückstellung aufgrund der Beurteilung der Fähigkeiten und des Entwicklungsstandes des Kindes durch den KJGD-Arzt bzw. die KJGD-Ärztin getroffen. Die tatsächliche Rückstellung erfolgt durch das Schulamt.

Tab. 18: Zurückgestellte Kinder aus dem jeweiligen Untersuchungsjahr nach Geschlecht 2015-2017

	2015		2016		2017	
Rücksteller	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
männlich	248	21,2	138	13,0	151	12,3
weiblich	155	15,1	103	10,2	59	5,6
insgesamt	403	18,3	241	11,6	210	9,2

Datenquelle: SenGPG - IA –

Rücksteller zeigen im Vergleich zu eingeschulten Kindern deutlich häufiger Förderbedarfe. Förderbedarfe bestehen dabei insbesondere für die Bereiche Sprache, emotional-soziale Entwicklung und Visuomotorik.
Der Anteil zurückgestellter Kinder ist entsprechend der schlechter ausfallenden Ergebnisse der Entwicklungsscreenings für Jungen durchgehend höher als für Mädchen (Tab. 18). Für beide Geschlechter lässt sich im Zeitverlauf ein Rückgang der Zahl der Rücksteller um fast die Hälfte von insgesamt 18,3% im Jahr 2015 auf 9,2% in 2017 beobachten[15]. In den Vorjahren war hingegen eine steigende Anzahl an Rückstellern im Bezirk zu verzeichnen [4].
Einen Einfluss auf den gesunkenen Anteil an Rückstellern wird die Änderung des Schulgesetzes zum August 2016 haben, mit der alle Kinder, die bis zum 30.09. des Einschulungsjahres das 6. Lebensjahr vollenden, schulpflichtig werden, statt wie bisher alle Kinder, die bis zum 31.12. des Einschulungsjahres das 6. Lebensjahr vollenden. Damit nahmen 2016 und 2017 weniger jüngere Kinder an der ESU teil (entsprechend ist auch das Durchschnittsalter gestiegen). Dies bestätigt sich auch durch die Ergebnisse der ESU, die zeigen, dass insbesondere jüngere Kinder zu den Rückstellern gehören: So wurden 2017 11,4% der unter 6-Jährigen zurückgestellt. Von den über 6-Jährigen waren es nur 3,6%.

Hinsichtlich der einzelnen soziodemografischen Merkmale der Kinder bestätigt sich, dass von Kindern mit niedrigem Sozialstatus anteilig die meisten zurückgestellt werden (Abb. 36): Fast jedes fünfte Kind mit niedrigem Sozialstatus des Einschulungsjahrgangs 2017 wurde vom Schulamt zurückgestellt – bei der Gruppe mit hohem Sozialstatus waren es mit 6,1% deutlich weniger Kinder.

[15] Geringfügige Abweichungen von der Zahl der tatsächlich vom Schulamt zurückgestellten Kinder sind möglich: So wurden in den Schuljahren 2015/16 411 Kinder, 2016/17 536 Kinder und 2017/18 226 Kinder vom Schuleintritt zurückgestellt [14]. Die deutlich höheren Rückstellerzahlen für 2016/17 im Vergleich zu den Zahlen aus der ESU sind darin begründet, dass für dieses Schuljahr die Eltern ihre im letzten Quartal des Jahres 2010 geborenen Kinder auf einfachen Antrag ohne ESU zurückstellen lassen konnten (im Zuge des beschriebenen Änderung des Schulgesetzes). Damit sind diese Kinder nicht im ESU-Datensatz enthalten.

Zusammenhänge werden auch für den Migrationshintergrund deutlich: Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund wurden doppelt so häufig zurückgestellt wie Kinder ohne Migrationshintergrund. Bezogen auf die Herkunftsregion wurden von den Kindern osteuropäischer Herkunft (13,1%) und arabischer Herkunft (12,9%) anteilig die meisten zurückgestellt (deutsche Herkunft= 6,6%).
Ebenfalls zeigen sich positive Korrelationen für eine längere Kitabesuchsdauer: Ein Rücksteller-Anteil von nur 7,2% bei den Kindern mit einer Kitabesuchsdauer von mindestens zwei Jahren verglichen mit über 20% bei den Kindern mit einer kürzeren Besuchsdauer bestätigt die positiven Effekte des Kitabesuches auf den Entwicklungsstand des Kindes.
Auch die Familienkonstellation scheint Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer Rückstellung zu haben: Von Kindern, die bei Alleinerziehenden aufwachsen sind 12,3% Rücksteller – bei Kindern, die bei beiden Elternteilen aufwachsen sind es 8,6%.

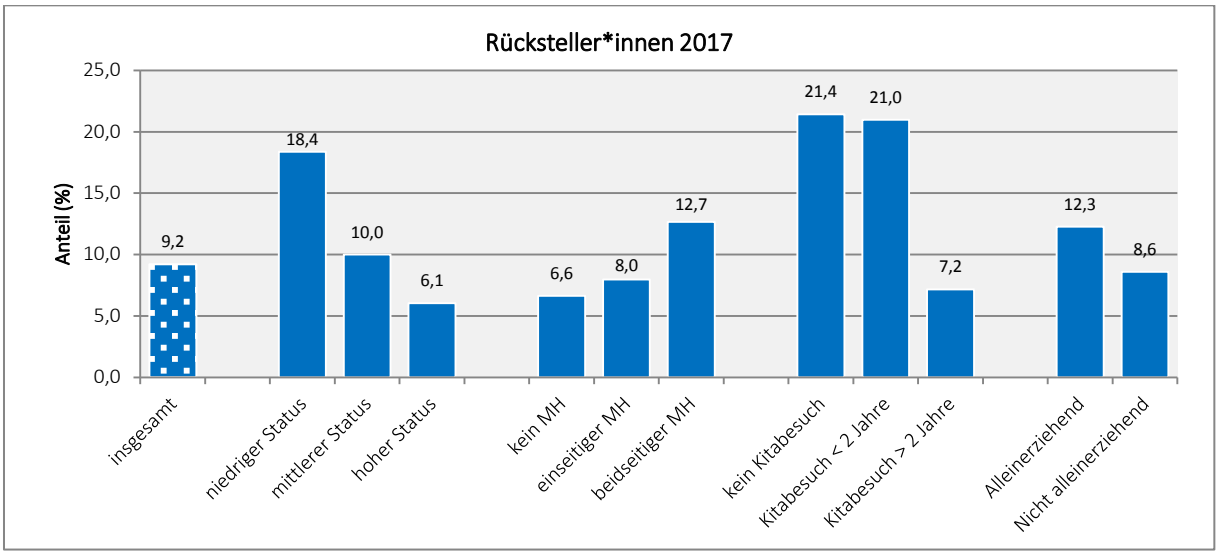


Abb. 36: Zurückgestellte Kinder in Abhängigkeit vom Sozialstatus, Migrationshintergrund und der Kitabesuchsdauer 2017 (%) Datenquelle: SenGPG - IA –

Auch wenn insgesamt in den letzten drei Jahren ein Rückgang der aufgrund der Untersuchungsergebnisse zurückgestellten Kinder für alle BZR beobachtet werden konnte, gibt es tendenziell gleichbleibende kleinräumige Unterschiede. So kommen über die drei Jahre betrachtet anteilig die meisten Rücksteller aus den BZR Barstraße (19,3%) und Charlottenburg-Nord (17,5%). Die BZR Heerstraße (6,2%) und Neue Kantstraße (9,2%) zeigen die niedrigste Rückstellerquote (vgl. Tab 20 in Kapitel 8).

8. Zusammenfassung und Fazit

Tabelle 19 und 20 zeigen die zusammengefassten Ergebnisse für den Bezirk im Berlinvergleich bzw. auf kleinräumiger Ebene für 2015 bis 2017 nach den einzelnen Themenbereichen. Einschränkend ist anzumerken, dass die Daten nur einen deskriptiven Überblick geben. Die Ergebnisse der ESU ermöglichen dennoch ein umfassendes Monitoring und die Identifizierung von gesundheitspolitisch bedeutsamen Handlungsbereichen. Insgesamt zeigen sich folgende Entwicklungen für Charlottenburg-Wilmersdorf:

Soziodemografische Entwicklung

Die Zahl der Vorschulkinder hat in den letzten 10 Jahren aufgrund steigender Geburten- und Zuzugszahlen zugenommen. Im Vergleich zu Berlin haben Vorschulkinder in Charlottenburg-Wilmersdorf häufiger einen Migrationshintergrund (60%) und sind häufiger im Ausland geboren (16,2%). Jedes 5. Kind ist osteuropäischer Herkunft. In fast der Hälfte aller Familien wird neben Deutsch eine andere Sprache gesprochen. In jeder zehnten Familie wird zu Hause kein Deutsch gesprochen; bei Familien mit beidseitigem Migrationshintergrund in fast jeder dritten Familie. Die Sprachkenntnisse der Kinder mit Migrationshintergrund sind bei 27% fehlerhaft oder kaum vorhanden. Der im Berlinvergleich überdurchschnittlich hohe Anteil an Kindern mit hohem Sozialstatus zeigt sich gleichwohl für Kinder mit Migrationshintergrund (46,7%) als auch für Kinder ohne Migrationshintergrund (61,2%). Seit 2009 hat der Anteil der Familien mit hohem Sozialstatus um mehr als 10% zugenommen.

Bezüglich der Indikatoren zeigen sich im Zeitraum 2015 bis 2017 folgende Entwicklungen (Tab. 19):

Positive Entwicklungen zeigen sich für den Anteil der Kinder:

- … mit auffälliger Körperkoordination (12,8%)
- … mit auffälliger Visuomotorik (16,7%)
- … mit gutem sprachlichen Entwicklungsstand (nur Kinder dt. Herkunft oder Kinder mit MH und mind. guten Deutschkenntnissen)
- … mit unzureichendem Mengenvorwissen (5,1%)
- … der vom Schuleintritt zurückgestellt wird (9,2%)

Negative Entwicklungen zeigen sich für den Anteil der Kinder:

- … die keine Kita besucht haben (3,9%)
- … mit unzureichendem Impfschutz (alle Impfquoten < 92%)
- … mit Sprachdefiziten (29%)
- … mit schulischen Förderempfehlungen (36%)

Im Zeitverlauf relativ stabil ist der Anteil der Kinder:

- … mit vollständigen Früherkennungsuntersuchungen (91,2%)
- … mit fehlender Impfdokumentation (11,7%)
- … mit einer Kitabesuchsdauer von mindestens 2 Jahren (87,8%)
- … der bei Alleinerziehenden lebt (17,9%)
- … mit Untergewicht (8,7%) bzw. Übergewicht (8%)
- … mit auffälligen Ergebnissen bei der visuellen Wahrnehmung (14,9%)

Somit kann konstatiert werden, dass sich Vorschulkinder in den letzten drei Einschulungsjahrgängen hinsichtlich der gesundheitlichen Problemlagen größtenteils verbessern konnten. Jedoch zeigen sich Verschlechterungen im Sprachstand (insbesondere bei Kindern mit Migrationshintergrund), eine geringere Wahrnehmung von Schutzimpfungen und ein gestiegener Anteil an Kindern, der keine Kita besucht hat.
Die aufgezeigten Verbesserungen beschränken sich dabei jedoch größtenteils auf den Zeitraum seit 2014 bzw. 2015 – in diesen Einschulungsjahrgängen zeigten die Kinder vergleichsweise schlechte Ergebnisse. Mit einer Erweiterung des Betrachtungszeitraums um den des Vorberichtes (ESU 2011-2014), wird deutlich, dass im Vergleich mit dem Jahr 2011 insgesamt ein gestiegener Anteil der Vorschulkinder gesundheitliche Problemlagen aufweist. Dies gilt für die Entwicklungsbereiche „sprachliche Entwicklung", „Feinmotorik" und „visuelle Wahrnehmung". Positiv entwickelt haben sich hingegen seit 2011 die Indikatoren zur Körperkoordination und zum Mengenvorwissen. Einhergehend hat auch der Anteil der Kinder mit schulischem Förderbedarf seit 2011 deutlich zugenommen. Demgegenüber sind die Rückstellerquoten seit 2015 rückläufig. Ein Grund für den Rückgang liegt in dem gestiegenen Einschulungsalter der Kinder durch die Vorziehung des Stichtages für die Schulpflicht vom 31.12. auf den 30.09. eines Jahres.

Zusammenhang mit soziodemografischen Merkmalen

Abhängigkeiten des Gesundheits- und Entwicklungsstandes bestehen hinsichtlich der sozialen Lage der Familie, dem Migrationshintergrund bzw. der Herkunft und dem Geburtsort der Kinder sowie der Kitabesuchsdauer. Insgesamt zeigt sich, dass Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund, Geburtsort im Ausland, niedrigem Sozialstatus und kurzer Kitabesuchsdauer im Vergleich häufiger schlechtere Ergebnisse hinsichtlich ihres Entwicklungsstandes und familiären Gesundheitsverhalten aufweisen. Gleiches trifft auf Kinder aus alleinerziehenden Haushalten zu. Jedoch lassen sich diese Zusammenhänge nicht für alle Indikatoren beschreiben: So ist z.B. der Impfschutz differenziert nach dem Migrationshintergrund für Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund am höchsten.
Die SenGPG konnte mittels multivariater Analysen der ESU-Daten zeigen, dass die soziale Lage den signifikant größten Einflussfaktor auf gesundheitliche Problem- und Risikolagen darstellt und oftmals die Unterschiede im Vergleich anderer Sozialstrukturmerkmale beeinflusst: Dies gilt beispielsweise für Unterschiede nach Familienform (alleinerziehend/nicht alleinerziehend). Auch der Einfluss eines langen Kitabesuchs – obwohl er ebenfalls signifikant mit besseren Ergebnissen in der ESU korreliert - kann nicht den Einfluss des Sozialstatus der Familie ausgleichen. Unterschiede in den Ergebnissen nach Migrationshintergrund sind ebenfalls durch den Sozialstatus beeinflusst und oftmals nur signifikant, wenn unzureichende Deutschkenntnisse beim Kind und/oder den Eltern bestehen [12] [13].

Vergleich der Bezirksregionen

Gesundheitliche und soziale Problemlagen sind regional unterschiedlich ausgeprägt und kumulieren häufig kleinräumig. Die sozialräumlichen Analysen weisen verstärkte Handlungsbedarfe für die BZR Charlottenburg-Nord, Barstraße und Kurfürstendamm aus. Im Vergleich der Indikatoren schneiden diese Regionen am häufigsten schlechter ab (Tab. 20). Die BZR Barstraße und Kurfürstendamm zeigen die niedrigsten Impfquoten für die in Tabelle 20 aufgezeigten Infektionskrankheiten. Kinder aus Charlottenburg-Nord zeigen überdurchschnittlich häufig Unter- sowie Übergewicht und sind mit 37% deutlich am häufigsten im Besitz eigener elektronischer Medien. Alle drei BZR zeigen unterdurchschnittliche Ergebnisse in den Entwicklungsscreenings.

Berlinvergleich

Im Berlinvergleich zeigen Kinder aus Charlottenburg-Wilmersdorf überwiegend gute und durchschnittliche Ergebnisse. Im Vorbericht (ESU 2011-2014) zeigten die Kinder hingegen größtenteils überdurchschnittliche Ergebnisse [4]. Schlechter als der Berliner Durchschnitt schneiden die Kinder in der ESU 2017 für den Test „Sätze nachsprechen“ und den kombinierten Indikator Sprachdefizite ab. Im berlinweiten Mittel liegen die Kinder hinsichtlich der Ergebnisse für die Tests „Wörter ergänzen“ und „Pluralbildung“, die Körperkoordination und die Artikulation. Im Vergleich zu Berlin haben weniger Kinder Therapieerfahrung (25%). Die bezirklichen Impfquoten liegen für Tetanus, Diphterie, Poliomyelitis, Pertussis, Hib und Hepatitis B auf dem letzten Rang im Bezirksvergleich; für die anderen betrachteten Infektionskrankheiten im Berliner Mittel. Die in den Vorjahren größtenteils überdurchschnittlich hohen Impfquoten haben in den letzten Jahren teilweise deutlich abgenommen und liegen aktuell allesamt unter der notwenigen Schwelle von 95%. Damit wird eine Trendwende hinsichtlich der bis 2015 mehrheitlich zunehmenden bzw. stabilen Impfquoten deutlich [4]. Ein Zusammenhang mit einer in den letzten Jahren gestiegenen Zahl an neu zugewanderten Familien aus Ländern mit anderen Impfschemata ist wahrscheinlich [1].

Schlussfolgerungen für bezirkliches Handeln

Schließlich ist festzuhalten, dass die Mehrzahl der Kinder einen altersentsprechenden Entwicklungsstand aufweist und in Familien mit guter Gesundheitskompetenz aufwächst. Im Vergleich zu den Ergebnissen des Vorberichtes ist jedoch ein gestiegener Anteil an Kindern mit Auffälligkeiten im Gesundheits- und Entwicklungszustand zu verzeichnen. Den teilweise negativen Entwicklungen muss daher begegnet werden.
Als vordergründige Handlungsfelder können die Erhöhung der Impfquoten durch Aufklärung und Sensibilisierung sowie die Förderung des deutschen Sprachstandes der Kinder herausgestellt werden. Weiterhin erscheint es sinnvoll, Eltern hinsichtlich eines verantwortungsvollen Medienkonsums der Kinder aufzuklären und insbesondere neu zugewanderte Familien über den Besuch von Kitaeinrichtungen zu informieren.
Die für Berlin geltenden signifikanten Einflüsse der sozialen Lage bzw. des Migrationshintergrundes verbunden mit schlechten Deutschkenntnissen auf die gesundheitliche Entwicklung können anhand der in diesem Bericht aufgezeigten Ergebnisse auch für Charlottenburg-Wilmersdorf vermutet werden. Von besonderer Relevanz ist es daher, sozial schwächere Familien und Familien mit Migrationshintergrund und schlechten Deutschkenntnissen zu erreichen, um sie für die Wahrnehmung von Angeboten in den Bereichen Kinderbetreuung, Sprachentwicklung und Gesundheit zu sensibilisieren und deren Erziehungs- und Gesundheitskompetenz (insb. auch hins. Schutzimpfungen) zu stärken.

Um allen Kindern in Charlottenburg-Wilmersdorf, insbesondere denen in schwierigen Lebenslagen, ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen, ist es oberste Prämisse die gesundheitliche Chancengleichheit von Kindern zu fördern und damit verbunden die bestehenden vielfältigen gesundheitsförderlichen Angebote und Aktivitäten im Bezirk auszubauen und weiterzuentwickeln.
Hierzu wird seit 2017 vom Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf eine sogenannte Präventionskette oder integrierte kommunale Strategie entwickelt. Sie stellt ein lebenslaufbezogenes Handlungskonzept zur Gesundheitsförderung und Prävention dar, welches sich über die verschiedenen Phasen von Kindheit und Jugend erstreckt. Damit ist das Ziel verbunden, alle Akteure im Bezirk, die sich für das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen engagieren, stärker zu vernetzen und Angebote zu bündeln, um Lücken im Unterstützungssystem zu schließen. Besonders an Schnittstellen wird eine

ressort- und ämterübergreifende Zusammenarbeit angestrebt, um Parallelstrukturen abzubauen und Übergänge zwischen den einzelnen Lebensphasen zu begleiten. Eine Einbettung der Präventionskette in den sich gerade in Erarbeitung befindlichen Gesundheitszieleprozess des Bezirks ist vorgesehen, um die Präventionskette auch strukturell im Bezirk zu verankern.

Durch die frühestmögliche Stärkung von präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten in den Lebenswelten von Kindern (u.a. durch die Frühen Hilfen, Kitas, Tagesmütter/-väter, Schulen, Kinder- und Jugendfreizeiteinrichtungen, Familienzentren) sowie durch den weiteren Ausbau von verlässlichen und umfassenden Strukturen für Familien – und insbesondere Familien in schwierigen sozialen Situationen – kann zu einer optimalen Entwicklung der Kinder beigetragen werden, die schließlich in einem erfolgreichen Schulstart mündet.

Tab. 19: Übersicht der Ergebnisse für Charlottenburg-Wilmersdorf 2015-2017 und im Berlinvergleich für 2017

Soziodemografische Kennzahlen						
Merkmal	**2015**	**2016**	**2017**	**Berlin 2017**	**Bezirksrang 2017***	**Tendenz 2015-2017**
Anzahl untersuchter Kinder[1]	2.197	2.072	2.287	31.479		
Durchschnittsalter (Jahre)	5,5	5,7	5,8	5,8		
Altersspanne (Jahre)	4-7	4-7	4-7	4-7		
Geschlecht (%)						
Jungen	53,3	51,3	53,8	52,2		
Mädchen	46,7	48,7	46,2	47,8		
Geburt im Ausland (%)	12,3	17,0	16,2	10,6	*1*	
Migrationshintergrund (MH) (%)[2]						
nein	41,8	39,9	39,9	52,8	*10*	
ja, einseitig	22,7	21,2	22,8	16,3	*2*	
ja, beidseitig	35,5	38,9	37,3	30,9	*3*	
Herkunft (%)[2]						
deutsch	41,8	39,9	39,9	52,8	*10*	
türkisch	6,0	6,6	6,6	7,8	*7*	
arabisch	6,6	10,1	9,2	8,5	*5*	
osteuropäisch	22,9	20,9	21,6	16,1	*2*	
westliche Industriestaaten	8,9	8,4	9,0	6,1	*2*	
sonstige Staaten	13,7	14,0	13,7	8,7	*1*	
Sozialstatusindex insgesamt (%)						
untere Statusgruppe	8,2	9,4	9,2	16,5	*10*	
mittlere Statusgruppe	39,8	38,8	38,0	46,0	*9*	
obere Statusgruppe	52,0	51,9	52,8	37,4	*3*	
Sozialstatusindex Kinder ohne MH (%)						
untere Statusgruppe	3,2	3,2	2,8	7,8		
mittlere Statusgruppe	34,9	35,3	36,0	49,0		
obere Statusgruppe	61,9	61,5	61,2	43,1		
Sozialstatusindex Kinder mit MH (%)						
untere Statusgruppe	12,1	13,9	13,8	27,6		
mittlere Statusgruppe	43,7	41,4	39,5	42,1		
obere Statusgruppe	44,3	44,7	46,7	30,3		
Anteil der Kinder mit MH, von denen … haben (%)						
Kind und Eltern gute Kenntnisse	64,5	61,8	67,2	54,6		🟢
Kind oder Eltern unzureichende Kenntnisse	15,8	12,3	11,1	19,1		🟢
Kind und Eltern unzureichende Kenntnisse	19,7	25,9	21,7	26,3		🔴
Soziales Umfeld und soziale Integration (Anteil in %)						
Merkmal	**2015**	**2016**	**2017**	**Berlin 2017**	**Bezirksrang 2017***	**Tendenz 2015-2017**
Vollzeiterwerbstätigkeit (%)						
Mütter	30,7	28,9	32,5	/		
Väter	84,4	82,1	82,1	/		
Kinder in alleinerziehenden Haushalten (%)	18,8	16,6	17,9	21,5	*9*	🟡
Kinder in Einkind-Familien (%)	28,0	26,6	27,6	25,7	*4*	🟡
Kitabesuchsdauer (%)						
kein Besuch	2,0	3,6	3,9	3,1	*4*	🔴
bis 2 Jahre	11,1	7,9	8,3	7,6	*6*	🔴
mehr als 2 Jahre	86,9	88,5	87,8	89,3	*9*	🟡
deutsche Sprachkenntnisse der Kinder mit MH (%)						
(sehr) gute Sprachkenntnisse	74,1	70,4	73,1	65,9	*4*	🟡
fehlerhafte Sprachkenntnisse	14,5	13,6	12,0	20,1	*11*	🟢
keine/kaum Sprachkenntnisse	11,3	16,0	14,9	14,0	*5*	🔴
Familiensprache[3] (%)						
nur deutsch		41,0	41,1	54,7	/	🟡
deutsch und eine andere Sprache		47,0	48,4	36,6	/	🟡
nur eine andere Sprache		8,8	7,7	7,2	/	🟡
zwei andere Sprachen		3,2	2,8	1,5	/	🟡

Gesundheits- und Risikoverhalten (Anteil in %)

Merkmal	2015	2016	2017	Berlin 2017	Bezirksrang 2017*	Tendenz 2015-2017
vollständige Früherkennungsuntersuchungen (%)	91,1	91,8	91,2	89,8	*5*	
fehlende Impfdokumentation (%)	11,7	12,2	11,7	9,5		
Grundimmunisierung Masern (%)	92,7	92,9	91,7	92,6	*8*	
Grundimmunisierung Tetanus (%)	96,9	93,6	91,8	94,2	*12*	
Grundimmunisierung Meningokokken (%)	91,4	90,8	88,3	89,9	*7*	
mind. ein Raucher im Haushalt (%)	/	/	20,4	31,3	*11*	
täglicher Medienkonsum (%) (bis 2017: Fernsehkonsum)[4]						
kein Konsum	13,5	14,2	11,9	8,3	*2*	
max. eine Stunde	66,4	66,0	64,0	60,9	*2*	
max. zwei Stunden	16,4	15,8	18,0	23,7	*10*	
mehr als zwei Stunden	3,8	4,0	6,2	7,0	*8*	
eigenes elektronisches Gerät (%) (bis 2017: Fernseher)[5]	4,6	4,5	18,3	25,1	*9*	

Gesundheitliche Problemlagen (Anteil in %)

Merkmal	2015	2016	2017	Berlin 2017	Bezirksrang 2017*	Tendenz 2015-2017
Körpergewicht (%)						
Untergewicht	8,6	7,5	8,7			
Übergewicht	7,4	8,5	8,0	9,7	*9*	
auffällige Körperkoordination (%)	18,9	15,6	12,8	12,9	*7*	
auffällige Visuomotorik (%)	19,7	18,2	16,7	19,8	*9*	
auffällige visuelle Wahrnehmung (%)	14,5	15,4	14,9	20,5	*11*	
auffälliger Test "Pseudowörter"[6] (%)	5,4	3,4	3,3	9,9	*12*	
auffälliger Test "Wörter ergänzen"[6] (%)	12,1	12,6	9,8	12,2	*6*	
auffälliger Test "Sätze nachsprechen"[6] (%)	10,7	11,8	15,1	13,7	*4*	
auffällige Artikulation[6] (%)	39,3	32,4	30,3	30,5	*5*	
auffälliger Test "Pluralbildung"[6] (%)	9,7	10,2	8,1	9,6	*7*	
auffälliges Mengenvorwissen (%)	8,1	6,1	5,1	9,7	*12*	
auffälliger kombinierter Indikator Sprachdefizite (%)	24,3	27,8	29,0	27,9	*6*	
Schulischer Förderbedarf insgesamt (%), im Bereich...	33,4	36,6	36,0	/		
körperlich-motorische Entwicklung	7,7	6,6	5,1	/		
visuelle Wahrnehmung	12,9	15,0	13,4	/		
Visuomotorik	15,9	15,5	14,2	/		
Sprache	20,9	24,4	23,7	/		
emotional-soziale Entwicklung	12,5	12,8	13,1	/		
Lernen	0,7	1,4	1,4	/		
Anteil der Rücksteller je Untersuchungsjahr	18,3	11,6	9,2	/		

Inanspruchnahme von Therapien[3] (Anteil in %)

Merkmal	2015	2016	2017	Berlin 2017	Bezirksrang 2017*	Tendenz 2015-2017
bisherige Insanspruchnahme von Physiotherapie		4,2	5,2	7,0	*11*	
bisherige Insanspruchnahme von Ergotherapie		4,9	6,9	9,7	*12*	
bisherige Insanspruchnahme von Logopädie		14,3	16,8	19,5	*12*	
bisherige Insanspruchnahme von Psychoherapie		1,4	2,6	3,3	*9*	
Anzahl bisher beanspruchter Therapiebereiche						
keine		80,6	75,3	70,9	*2*	
1 Therapiebereich		14,9	19,1	21,0	*10*	
2 Therapiebereiche		3,7	4,5	6,3	*12*	
3-4 Therapiebereiche		0,8	1,1	1,9	*12*	

***** Bezirksrang 1 entspricht dem im Vergleich höchsten Anteil; Bezirksrang 12 den niedrigsten Anteil im Bezirksvergleich. Nicht für alle Indikatoren sind Vergleichswerte verfügbar.

[1] Die Grundgesamtheit der untersuchten Kinder umfasst nur Kinder, die zum 1. Mal untersucht wurden (unabh. ob Einschulung oder Rückstellung folgt), bereits im Vorjahr untersuchte und zurückgestellte Kinder sind damit ausgeschlossen.

[2] ab 2015: Methodikwechsel - Differenzierung nach ein-und beidseitigem MH. Dies führt zu einem steigenden Anteil von Kindern mit MH. Ein Vergleich mit den Vorjahren ist nicht aussagekräftig.

[3] Die Familiensprache sowie die Inanspruchnahme von Therapien im Bereich der kindlichen Entwicklung im Zeitraum von der Geburt bis zur Einschulungsuntersuchung wurde erstmals 2016 bezirksübergreifend erfasst.

[4] Seit 2017 wird der Medienkonsum insgesamt erfasst.

[5] Seit 2017 wird die Frage zum Vorhandensein eines eigenen Fernsehers um andere elektronische Geräte erweitert.

[6] Nur Kinder deutscher Herkunft und Kinder mit MH, die mindestens gute Deutschkenntnisse haben.

Tab. 20: Übersicht der Ergebnisse für die Bezirksregionen (2015-2017 zusammengefasst)

Anteil der Kinder (%)	Jugendhilferegion 1			Jugendhilferegion 2			Jugendhilferegion 3			Jugendhilferegion 4				Jugendhilferegion 5			Charlottenburg-Wilmersdorf insgesamt (n=6.556)
	BZR 1	BZR 4	BZR 5	BZR 6	BZR 8	BZR 9	BZR 2	BZR 3	BZR 7	BZR 10	BZR 14	BZR 15	BZR 16	BZR 11	BZR 12	BZR 13	
	Charlottenburg Nord (n=492)	Schloss Charlottenb. (n=511)	Mierendorffplatz (n=278)	Otto-Suhr-Allee (n=465)	Kantstraße (n=360)	Kurfürstendamm (n=328)	Heerstraße (n=273)	Westend (n=516)	Neue Kantstr. (n=448)	Halensee (n=275)	Düsseldorfer Straße (n=519)	Barstraße (n=336)	Volkspark Wilmersd. (n=669)	Grunewald (n=374)	Schmargendorf (n=345)	Wiesbadener Straße (n=366)	
Geburt im Ausland	14,2	12,0	7,0	12,8	11,9	30,9	8,5	20,7	14,8	15,0	17,2	27,2	13,5	15,1	11,9	9,6	**15,2**
Einseitiger Migrationshintergrund	17,3	27,4	23,6	25,2	23,7	17,2	20,6	18,1	23,2	17,9	27,5	20,6	23,7	23,1	19,1	22,9	**22,3**
Beidseitiger Migrationshintergrund	56,3	31,2	42,7	44,4	39,0	48,4	20,2	34,8	30,9	42,9	40,8	46,9	30,9	35,7	26,4	24,5	**37,2**
Hoher Sozialstatus	11,8	48,2	33,3	45,5	61,4	57,4	69,2	53,7	61,9	56,3	58,1	40,0	54,7	65,8	61,2	58,3	**52,3**
Niedriger Sozialstatus	25,5	9,8	15,4	9,7	8,1	9,7	/	9,3	7,6	7,7	5,9	22,9	4,5	3,2	3,4	3,9	**8,9**
Alleinerziehend	28,4	17,3	21,6	17,6	18,2	12,3	15,9	17,2	15,9	17,0	18,3	19,5	16,2	15,8	12,8	19,2	**17,7**
Kitabesuchsdauer >2 Jahre	83,4	87,4	87,0	89,8	90,6	81,8	93,4	85,0	90,4	88,1	88,3	71,6	90,6	87,6	91,5	94,4	**87,7**
Familie spricht zuhause kein deutsch	16,5	2,3	9,7	7,6	8,7	27,0	5,9	17,9	10,0	11,2	8,2	19,3	11,4	8,2	6,7	9,1	**11,2**
Grundimmunisierung Masern[1]	93,2	89,1	93,5	94,1	95,4	83,6	92,1	91,8	94,1	95,2	92,5	87,8	92,4	93,7	95,4	94,0	**92,4**
Grundimmunisierung Tetanus[1]	93,9	93,4	94,8	95,8	98,1	84,7	96,4	96,3	96,2	94,8	92,9	81,0	93,9	96,4	97,4	96,1	**94,0**
Grundimmunisierung Meningokokken[1]	93,4	90,0	94,0	92,5	92,9	82,5	90,1	90,4	92,1	91,1	88,7	81,7	89,1	89,5	91,5	91,3	**90,1**
Vollständige Früherkennungsuntersuchungen[2]	87,7	90,3	89,9	92,0	93,2	87,6	93,2	93,8	92,1	88,9	91,6	90,7	92,1	91,2	93,6	91,4	**91,4**
Fernseh-/Medienkonsum >2 Stunden[3]	9,5	3,4	7,9	5,6	5,7	7,3	0,8	4,3	3,8	5,0	6,0	4,2	3,1	3,2	2,4	3,2	**4,7**
Besitz eigener elektron. Geräte 2017	36,9	17,4	24,3	19,7	16,2	14,9	16,0	15,0	17,3	12,5	15,5	15,0	17,3	22,3	14,4	16,0	**18,3**
Übergewicht	11,9	8,1	10,2	8,7	8,4	4,9	5,9	6,7	6,7	8,7	8,7	9,5	8,1	7,6	5,2	6,3	**7,9**
Untergewicht	9,9	9,2	10,2	9,3	8,4	8,6	6,3	9,7	9,0	8,7	4,8	5,7	6,5	9,5	9,3	9,3	**8,3**
Auffällige Körperkoordination	12,7	24,8	18,8	15,5	23,5	19,9	9,7	13,4	9,4	10,7	21,2	23,8	12,8	8,4	10,8	15,8	**15,8**
Auffällige Visuomotorik	21,2	22,0	12,5	16,6	21,2	19,9	5,1	14,3	16,2	19,9	18,3	28,1	20,6	17,0	13,7	19,2	**18,2**
Auffällige visuelle Wahrnehmung	16,4	11,4	9,6	9,0	13,6	24,8	4,4	10,2	12,2	22,7	24,2	30,4	17,6	13,2	9,4	9,1	**14,9**
Auffälliges Mengenvorwissen	10,3	6,5	7,7	6,5	5,4	7,8	1,5	5,7	6,1	7,0	6,4	11,5	6,2	5,4	3,5	4,2	**6,4**
Sprachdefizite	37,6	23,8	30,0	26,0	25,9	39,5	9,4	24,9	19,5	31,6	28,4	44,2	27,3	29,2	17,8	17,1	**27,1**
Bisherige therapeutische Behandlung[4]	26,9	20,2	21,1	19,7	19,2	12,4	15,6	17,3	19,7	24,0	23,5	22,6	27,0	26,2	26,7	28,9	**22,2**
Schulischer Förderbedarf	43,7	33,0	24,8	28,0	32,3	50,5	9,2	18,0	26,0	46,7	51,1	62,5	39,8	41,4	25,7	28,4	**35,3**
Rücksteller	17,5	13,1	14,4	11,0	14,4	12,2	6,2	11,6	9,2	12,7	13,9	19,3	13,3	12,6	13,9	11,7	**13,0**

Datenquelle: SenGPG - IA -

[1] nur Kinder mit vorgelegtem Impfpass

[2] nur Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft

[3] Erfassung des Medienkonsums insgesamt erst seit ESU 2017

[4] nur ESU 2016 +2017

im Vergleich günstiger | durchschnittlich | im Vergleich ungünstiger / Achtsamkeit geboten

9. Literaturverzeichnis

[1] S. Bettge und S. Oberwöhrmann, „Grundauswertung der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2017," Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung - Referat I A, Berlin, 2018.

[2] S. Bettge und S. Oberwöhrmann, „Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2016," Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Referat I A, Berlin, 2017.

[3] I. Schubert, K. Horch, H. Kahl, I. Köster, C. Meyer und S. Reiter, „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes," Robert Koch-Institut, Berlin, 2004.

[4] C. Lüdeke, „Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf. Fortschreibung 2011-2014," Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf. Abteilung Soziales und Gesundheit, Berlin, 2015.

[5] Bezirkliche Jugendhilfeplanung, In Berliner Einrichtungen untergebrachte Flüchtlingskinder nach Bezirk und Altersgruppe, Quelle: Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten - Immobema; bearbeitet von SenBJW Gesamtjugendhilfeplanung, Stand: 12.01.2017.

[6] S. Bettge und S. Oberwöhrmann, „Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2013," Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin, 2015.

[7] S. Bettge und S. Oberwöhrmann, „Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2007," Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin, 2009.

[8] Robert Koch-Institut, „Passivrauchbelastung. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Erste Folgebefragung 2009-2012," RKI, Berlin, 2016.

[9] Robert Koch-Institut, „Mediennutzung. Faktenblatt zur KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Erste Folgebefragung 2009-2012," RKI, Berlin, 2015.

[10] A. Schienkiewitz, S. Damerow und R. Schaffrath, „Prävalenz von Untergewicht, Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Einordung der Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 nach internationalen Referenzsystemen," Journal of Health Monitoring, Bd. 3, Nr. 3, pp. 60-74, 2018.

[11] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, „Untergewicht," 2019. [Online]. Available: https://www.kindergesundheit-info.de/themen/ernaehrung/essprobleme/untergewicht/. [Zugriff am 26. Februar 2019].

[12] S. Oberwöhrmann, Daten der Einschulungsuntersuchung Berlin 2016 - Eckdaten und Präventionsbedarfe von vulnerablen Gruppen, Berlin: SenGPG - Referat Gesundheitsberichterstattung, 2018.

[13] Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung von Berlin, „Pressemitteilung: Aktuelle Auswertung der Einschulungsuntersuchung veröffentlicht: Jedes vierte Kind im Vorschulalter verfügt über ein eigenes elektronisches Gerät," 01. Februar 2019. [Online]. Available: https://www.berlin.de/sen/gpg/service/presse/2019/pressemitteilung.780651.php. [Zugriff am 28. Mai 2019].

[14] Schulaufsicht SenBJF I 04, Emailanfrage vom 24.07.2019, Berlin, 2019.

10. Anhang

10.1 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Kinder nach Migrationshintergrund und Bezirksregion (2015-2017 zusammengefasst) (%)..... 4
Abb. 2: Herkunft der Kinder 2015-2017 (%)..... 5
Abb. 3: Kinder nach sozialer Lage und Bezirksregion (2015-2017 zusammengefasst) (%)..... 7
Abb. 4: Sozialer Status nach Migrationshintergrund 2015-2017 (%) 7
Abb. 5: Erwerbssituation von Müttern und Vätern nach der Anzahl der Kinder im Haushalt 2015-2017 (zusammengefasst) (%) 8
Abb. 6: Familienkonstellation der Kinder 2017 (%)..... 9
Abb. 7: Anteil der Kinder in alleinerziehenden Haushalten nach Bezirksregion (2015-2017 zusammengefasst) (%) 10
Abb. 8: Anzahl der Kinder nach Sozialstatus der Familien 2017..... 11
Abb. 9: Mehrsprachigkeit in der Familie nach Migrationshintergrund 2016 und 2017 (zusammengefasst) (%) 12
Abb. 10: Kitabesuchsdauer nach Sozialstatus und Migrationshintergrund 2017 (%) 13
Abb. 11: Anteil der Kinder mit mindestens zweijähriger Kitabesuchsdauer nach Bezirksregion (2015-2017 zusammengefasst) (%)..... 14
Abb. 12: Zeitliche Entwicklung der Impfquoten der Kinder gegen im Impfpass dokumentierte Infektionskrankheiten 2015-2017 (%) 16
Abb. 13: Durchimpfungsgrad der Kinder gegen Tetanus, Masern und Meningokokken C nach Migrationshintergrund, Sozialstatus und Kitabesuchsdauer (2015-2017 zusammengefasst). 17
Abb. 14: Anteil der Kinder mit mindestens zwei Impfdosen gegen Masern nach Bezirksregion (2015-2017 zusammengefasst) (%)..... 18
Abb. 15: Vollständige U1 bis U8 (ohne U7a) nach Sozialstatus und Migrationshintergrund (2015-2017 zusammengefasst) (%) 19
Abb. 16: Anteil der Kinder in Raucherhaushalten 2017 nach Prognoseräumen (%)..... 20
Abb. 17: Vorhandensein eigener elektronischer Geräte 2017 (%)..... 22
Abb. 18: Anteil der Kinder mit eigenen elektronischen Medien 2017 nach Bezirksregionen (%)..... 23
Abb. 19: Körpergewicht der Kinder nach Geschlecht, sozialer Lage und Migrationshintergrund (2015-2017 zusammengefasst) (%)..... 25
Abb. 20: Anteil der Kinder mit Übergewicht und Adipositas nach Bezirksregion (2015-2017 zusammengefasst) (%) 25
Abb. 21: Auffällige Befunde der Körperkoordination nach Sozialstatus, Migrationshintergrund, Geburtsort und Kitabesuchsdauer 2017 (%) 27
Abb. 22: Auffällige Befunde der Visuomotorik nach Sozialstatus, Migrationshintergrund, Geburtsort und Kitabesuchsdauer 2017 (%)..... 27
Abb. 23: Anteil der Kinder mit auffälliger Visuomotorik nach Bezirksregion (2015-2017 zusammengefasst) (%) 28
Abb. 24: Auffällige Befunde der visuellen Wahrnehmung nach Sozialstatus, Migrationshintergrund, Geburtsort und Kitabesuchsdauer 2017 (%) 30
Abb. 25: Auffällige Befunde des Mengenvorwissens nach Sozialstatus, Migrationshintergrund, Geburtsort und Kitabesuchsdauer 2017 (%) 30

Abb. 26: Anteil der Kinder mit auffälliger visueller Wahrnehmung nach Bezirksregion (2015-2017 zusammengefasst) (%) 31
Abb. 27: Auffällige Befunde in den sprachdiagnostischen Tests nach Migrationshintergrund, Sozialstatus und Kitabesuchsdauer 2017 (%) 33
Abb. 28: Kinder mit Artikulationsstörungen nach Sozialstatus, Migrationshintergrund und Kitabesuchsdauer 2017 (%) 35
Abb. 29: Sprachdefizite bei den Kindern nach Sozialstatus, Migrationshintergrund und Kitabesuchsdauer 2017 (%) 36
Abb. 30: Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten nach Bezirksregion (2015-2017 zusammengefasst) 36
Abb. 31: Anteil der Kinder mit bisheriger Inanspruchnahme von Therapien (2016 & 2017 zusammengefasst) (%) 38
Abb. 32: Kinder mit schulischem Förderbedarf nach Förderbereichen 2015-2017 (%)..... 40
Abb. 33: Kinder mit schulischem Förderbedarf nach Sozialstatus, Migrationshintergrund und Kitabesuchsdauer 2017 (%) 40
Abb. 34: Anzahl der Kinder mit sonderpädagogischen Förderbedarf (2015-2017 zusammengefasst).. 41
Abb. 35: Anteil der Kinder mit schulischem Förderbedarf nach Bezirksregionen (2015-2017 zusammengefasst) (%) 41
Abb. 36: Zurückgestellte Kinder in Abhängigkeit vom Sozialstatus, Migrationshintergrund und der Kitabesuchsdauer 2017 (%) 43

10.2 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Anmeldegrund, Geschlecht, Alter und erfolgte Rückstellung der untersuchten Kinder 2015-2017 2
Tab. 2: Wohnort der untersuchten Kinder nach Prognoseraum und Bezirksregion 2015-2017 3
Tab. 3: Kinder mit und ohne Migrationshintergrund 2015-2017 4
Tab. 4: Verständigung in deutscher Sprache bei Kindern nichtdeutscher Herkunft 2015-2017 5
Tab. 5: Deutsche Sprachkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft 2015-2017 11
Tab. 6: Dauer des Kitabesuchs zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung 2015-2017 13
Tab. 7: Durchimpfungsgrad der Kinder in Charlottenburg-Wilmersdorf und Berlin 2017 (%) 15
Tab. 8: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U1-U8 (ohne U7a) durch die Kinder 2015-2017 (%) 19
Tab. 9: Fernsehkonsum (2015-2016) und Medienkonsum (2017) der Kinder im Jahresvergleich 22
Tab. 10: Körperkoordination und Visuomotorik der Kinder nach Geschlecht 2015-2017 (%) 26
Tab. 11: Visuelle Wahrnehmung und Mengenvorwissen der Kinder nach Geschlecht 2015-2017 (%) . 29
Tab. 12: Sprachliche Entwicklung der Kinder nach Geschlecht 2015-2017 (%) 32
Tab. 13: Sprachliche Entwicklung der Kinder nach Geschlecht 2015-2017 (%) 32
Tab. 14: Artikulationsstörungen der Kinder nach Geschlecht 2015-2017 34
Tab. 15: Sprachdefizite bei den Kindern nach Geschlecht 2015-2017..... 35
Tab. 16: Bisherige Inanspruchnahme von Therapien durch die Kinder 2016 und 2017 37
Tab. 17: Empfohlener Förderbedarf nach Geschlecht 2015-2017..... 39
Tab. 18: Zurückgestellte Kinder aus dem jeweiligen Untersuchungsjahr nach Geschlecht 2015-2017 . 42
Tab. 19: Übersicht der Ergebnisse für Charlottenburg-Wilmersdorf 2015-2017 und im Berlinvergleich für 2017..... 48
Tab. 20: Übersicht der Ergebnisse für die Bezirksregionen (2015-2017 zusammengefasst) 50

10.3 Abkürzungsverzeichnis

BMI	-	Body-Mass-Index
BZR	-	Bezirksregion
ESU	-	Einschulungsuntersuchung
Kita	-	Kindertageseinrichtung
KJGD	-	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Bezirksamts
LOR	-	Lebensweltlich orientierte Räume
MH	-	Migrationshintergrund
RKI	-	Robert Koch-Institut
SenGPG	-	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung von Berlin
S-ENS	-	Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen
SOPESS	-	Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen
STIKO	-	Ständige Impfkommission des Robert Koch-Instituts
WHO	-	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)

© Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin