

Kindergesundheitsbericht 2023

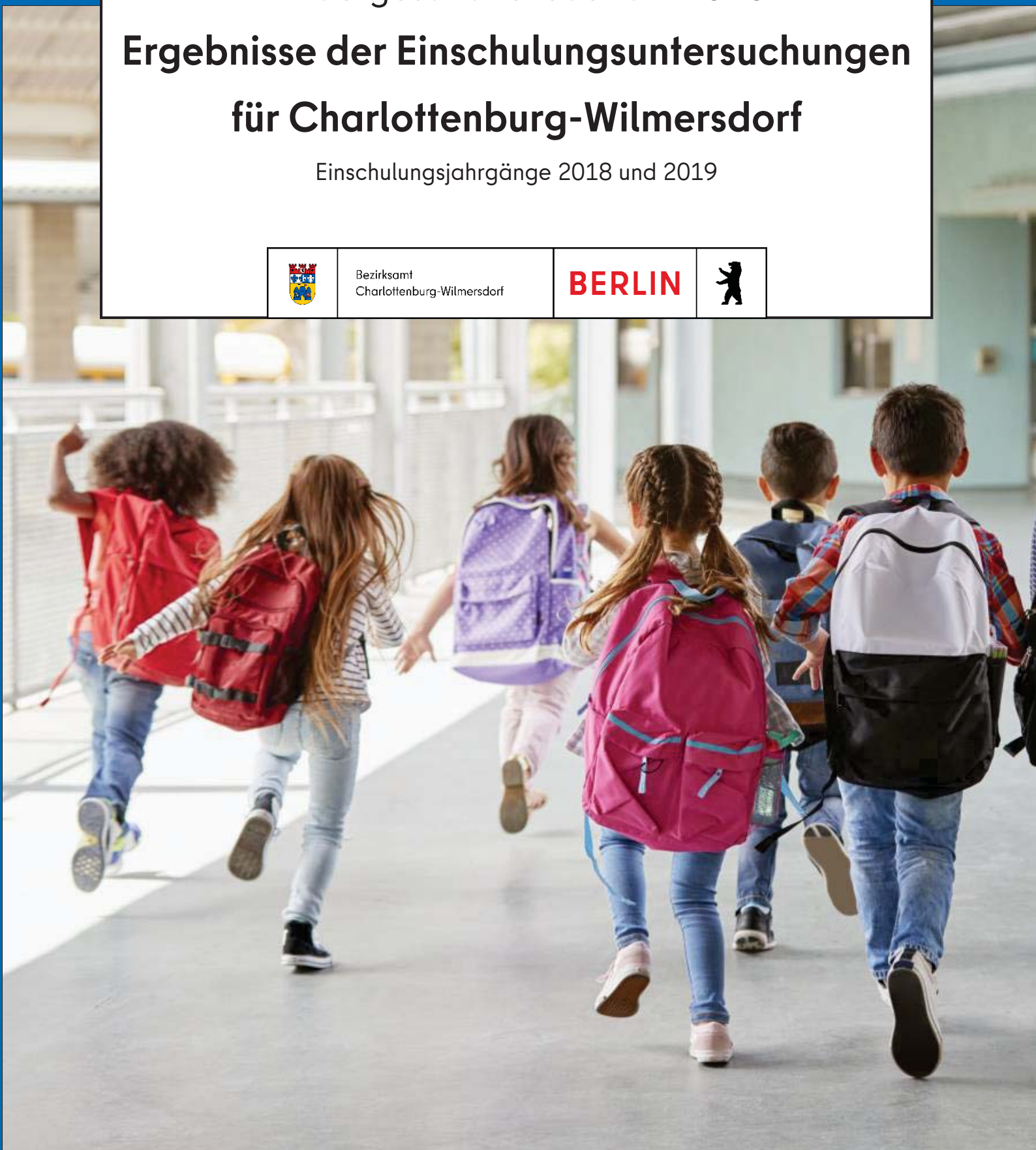
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen für Charlottenburg-Wilmersdorf

Einschulungsjahrgänge 2018 und 2019



Bezirksamt
Charlottenburg-Wilmersdorf

BERLIN



Impressum

Herausgeber: Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin
Abteilung Jugend und Gesundheit
OE QPK - Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination
im Öffentlichen Gesundheitsdienst
Berlin, Mai 2023

Bearbeitung: Luisa Marquardt
Gesundheitsberichterstattung
Telefon: +49 (0)30 9029 - 18523
Email: luisa.marquardt@charlottenburg-wilmersdorf.de

Titelbild: Depositphotos/Monkeybusiness

Vorwort

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



die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes im Gesundheitsamt geben uns jährlich einen wertvollen Überblick über den Entwicklungsstand und die Gesundheit der Vorschulkinder in unserem Bezirk. In Weiterführung des letzten Kindergesundheitsberichtes von 2019 bekommen Sie mit diesem Bericht die Ergebnisse für die Schuljahre 2018 und 2019 dargelegt. Damit wird der Blick auf die Gesundheit der Kinder vor Beginn der Corona-Pandemie gelegt. Auch wenn das Gesundheitsamt während der Corona-Pandemie dem gesetzlichen Auftrag der Durchführung von Einschulungsuntersuchungen nachkommen konnte, liegen die Daten jedoch noch nicht validiert für eine Auswertung vor und lassen aufgrund fehlender Einschulungsuntersuchungen in anderen Bezirken keine Bezirksvergleiche zu.

Der Bericht stellt die wichtigsten Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2018 und 2019 für Charlottenburg-Wilmersdorf vor und legt dabei einen Schwerpunkt auf kleinräumige Unterschiede ebenso wie den Vergleich mit berlinweiten Ergebnissen.

Die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen bestätigen eine überwiegend günstige soziale Lage und einen guten Gesundheitszustand der Kinder. Die Kinder konnten sich in ihren motorisch-kognitiven Fähigkeiten im Vergleich zu den früheren Jahrgängen verbessern. Handlungsbedarfe zeigen sich weiterhin vor allem in der Erhöhung der Impfquoten und der Verbesserung des deutschen Sprachstandes.

Die Gesundheit der Kinder im Bezirk steht mit dem Gesundheitszieleprozess Gesund Aufwachsen verstärkt im Mittelpunkt des Handelns des Öffentlichen Gesundheitsdienstes des Bezirks. Mit der Entwicklung von Gesundheitszielen und dem Aufbau einer Präventionskette sollen bezirkliche Akteure weiter vernetzt und Familien gestärkt werden. Auf Grundlage der Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen können weitere Schwerpunkte identifiziert und Handlungsoptionen aufgezeigt werden.

Ich hoffe, dass Ihnen dieser Bericht wertvolle Ergebnisse für Ihre Arbeit liefert und wir weiterhin gemeinsam ein Gesundes Aufwachsen im Bezirk voranbringen.

Detlef Wagner
Bezirksstadtrat für Jugend und Gesundheit
Stellv. Bürgermeister

*Auf der Homepage der OE
QPK finden Sie den Bericht
auch als Download bereit-
gestellt.*



Inhaltsverzeichnis

1. Kurz gesagt - Ergebnisse im Überblick	1
2. Die bezirklichen Einschulungsuntersuchungen.....	5
3. Eckdaten der untersuchten Kinder	6
3.1 Anzahl, Alter und Geschlecht	6
3.2 Migrationsmerkmale und Deutschkenntnisse.....	7
3.3 Soziale Lage	10
3.4. Erwerbstätigkeit der Eltern.....	12
4. Soziales Umfeld und soziale Integration	14
4.1 Familiäre Situation	14
4.2 Deutsche Sprachkenntnisse und Familiensprache.....	16
4.3 Besuch von Kindertageseinrichtungen	18
5. Gesundheits- und Risikoverhalten.....	20
5.1 Impfstatus	20
5.2 Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen.....	23
5.3 Raucherhaushalte.....	24
5.4 Medienkonsum	25
6. Gesundheitliche Problemlagen.....	28
6.1 Körpergewicht.....	28
6.2 Motorische und kognitive Entwicklung.....	30
6.3 Sprachliche Entwicklung	36
6.4 Inanspruchnahme von Therapien	41
7. Förderempfehlungen	44
8. Rücksteller aus den Untersuchungsjahren.....	47
9. Index Gesundheitliche Herausforderung.....	49
9.1 Index Risikoverhalten	50
9.2 Index Impfen	50
9.3 Index Gesundheit.....	51
9.4 Index Entwicklung und Teilhabe	52
9.5 Index Gesundheitliche Herausforderung	53
10. Handlungsbedarfe.....	55
11. Anhang	58
12. Literaturverzeichnis.....	63

1. Kurz gesagt - Ergebnisse im Überblick

In 2018 und 2019 hat der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) des Gesundheitsamtes insgesamt 4.882 im Bezirk lebende Kinder im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen erstuntersucht. Die Einschulungsuntersuchungen sind für alle Vorschulkinder verpflichtend, folgen in Berlin einheitlichen Vorgaben und bieten daher eine wertvolle Datenbasis, um den Gesundheitszustand und den motorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklungsstand eines Jahrganges zu beurteilen.

Die Auswertungen in diesem Bericht sind zusammengefasst in Tabelle A und B im Anhang dargestellt, welcher ab Seite 58 zu finden ist. Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass die Daten nur einen deskriptiven Überblick geben. Die Ergebnisse der ESU ermöglichen dennoch ein umfassendes Monitoring und die Identifizierung von gesundheitspolitisch bedeutsamen Handlungsbereichen. Anzumerken ist, dass diese Ergebnisse die Kindergesundheit vor der Corona-Pandemie beschreiben. Die zeitliche Entwicklung der einzelnen Indikatoren für den Zeitraum 2017 bis 2019 können wir folgt für Charlottenburg-Wilmersdorf zusammengefasst werden:

Positive Entwicklungen zeigen sich für den Anteil der Kinder:

- ... nichtdeutscher Herkunft mit guten Deutschkenntnissen (80,6%)
- ... mit einer Kitabesuchsdauer von mindestens 2 Jahren (89,6%)
- ... mit vollständiger Grundimmunisierung (jedoch weiterhin alle Impfquoten < 95%)
- ... mit einer Medienkonsumdauer >2 Stunden täglich (3,8%)
- ... mit auffälliger Körperkoordination (8,1%)
- ... mit auffälliger Visuomotorik (13,3%)
- ... mit auffälliger visueller Wahrnehmung (11,5%)
- ... mit schulischen Förderempfehlungen (30,6%)

Negative Entwicklungen zeigen sich für den Anteil der Kinder:

- ... ohne Kitabesuch (4,5%)
- ... mit Defiziten in der sprachlichen Entwicklung (Wörter ergänzen: 11,7%, Sätze nachsprechen: 19,4%, Pluralbildung: 14,9% - nur Kinder mit mind. guten Deutschkenntnissen)
- ... mit Untergewicht (10,3%)

Im Zeitverlauf relativ stabil ist der Anteil der Kinder:

- ... mit vollständigen Früherkennungsuntersuchungen (92,4%)
- ... mit fehlender Impfdokumentation (11,9%)
- ... die in Raucherhaushalten leben (19,7%)
- ... mit Übergewicht (7,8%)
- ... mit eigenem elektronischen Gerät (17,8%)

- ... mit unzureichendem Mengenvorwissen (4,9%)
- ... mit Sprachdefiziten (29,3%)
- ... mit Inanspruchnahme von Therapien (23,9% mind. 1 Therapiebereich)
- ... die vom Schuleintritt zurückgestellt werden (9,9%)

Soziodemografische Entwicklung

Die Zahl der untersuchten Vorschulkinder hat deutlich zugenommen und lag 2018 und 2019 bei jeweils über 2.400 Kindern. Im Berlinvergleich zeigt sich eine insgesamt günstige soziale Lage und einen höheren Anteil an im Ausland geborenen Kindern und Kindern mit Migrationshintergrund. 63% der Kinder haben einen Migrationshintergrund, dabei 40% einen beidseitigen. 16,4% der Kinder sind im Ausland geboren; jedes 4. Kind ist osteuropäischer Herkunft. Fast 60% der Kinder leben in Familien mit hohem Sozialstatus. Der Anteil ist für 2019 im Vergleich zu den Vorjahren deutlich gestiegen. Dies gilt gleichermaßen für Kinder mit Migrationshintergrund (53%) als auch für Kinder ohne Migrationshintergrund (68%). In den letzten 10 Jahren hat der Anteil der Familien mit hohem Sozialstatus um fast 20% zugenommen. Einen niedrigen Sozialstatus zeigten 2019 6,2% der Familien, wobei sich deutliche Abhängigkeiten mit einem Migrationshintergrund ableiten lassen.

Familiäre Situation und Kitabesuch

Etwa 15% der untersuchten Kinder 2019 wachsen bei Alleinerziehenden auf. Familien im Bezirk zeigen insgesamt eine große Mehrsprachigkeit: In der Hälfte aller Familien wird neben Deutsch eine andere Sprache gesprochen. In jeder zehnten Familie wird zu Hause kein Deutsch gesprochen (jede vierte in Familien mit beidseitigem Migrationshintergrund). Deutsche Sprachkenntnisse der Kinder mit Migrationshintergrund sind bei knapp 20% unzureichend. Wird zuhause kein Deutsch gesprochen, liegt der Anteil bei 45%. Zusammenhänge mit der Aufenthaltsdauer in Deutschland und der Kitabesuchsdauer bestehen. Die Kita als Ort der Sozialisation und des Spracherwerbs wird von dem Großteil der Kinder mehr als 2 Jahre lang besucht: Sie ist für Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund mit 78% niedriger als bei Kindern mit einseitigem oder keinem Migrationshintergrund (97%) - auch beeinflusst durch die ggf. kurze Aufenthaltsdauer in Deutschland. Für eine lange Kitabesuchsdauer zeigt sich der soziale Gradient: Aus Familien mit hohem Sozialstatus besuchen 94% der Kinder eine Kita länger als 2 Jahre; aus Familien mit niedrigem Status sind es 68%.

Gesundheits- und Risikoverhalten

Das familiäre Risiko- und Gesundheitsverhalten ist im Berlinvergleich als überwiegend positiv zu bewerten. Die Teilnahmequote an allen Früherkennungsuntersuchungen (U1-U8) ist für Charlottenburg-Wilmersdorf im Berlinvergleich überdurchschnittlich. Die Impfquoten gegen die im Impfpass enthaltenen Infektionskrankheiten konnten sich im Vergleich zum Vorbericht verbessern – liegen aber weiterhin unter den Quoten von 2015 und damit im Berliner Mittelfeld. Sie bleiben alle unter-

halb der 95%-Marke, die als notwendig gilt, um Herdenimmunität zu erreichen. Die Impfquote gegen Masern ist berlinweit die drittschlechteste. Zusammenhänge in der Höhe der Impfquoten bestehen mit dem Migrationshintergrund, Geburtsort, Sozialstatus und der Kitabesuchsdauer.

Das familiäre Risikoverhalten steht ebenfalls im Zusammenhang mit der sozialen Lage sowie dem Migrationshintergrund. In Familien mit niedrigem Sozialstatus (35,85%) und mit beidseitigem Migrationshintergrund (23,5%) wird häufiger geraucht als im Bezirksmittel. Der Anteil der Kinder mit einer täglichen Medienkonsumdauer von mehr als 2 Stunden ist für Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus (12,9%) und aus Familien mit beidseitigem Migrationshintergrund (7,5%) erhöht. Knapp jedes fünfte Kind besitzt mindestens ein eigenes elektronisches Gerät. Kinder mit eigenem Gerät konsumieren häufiger und länger Medieninhalte.

Übergewicht/ Untergewicht

Übergewicht und Adipositas sind im Bezirk weniger prävalent als in Berlin. Geschlechtsunterschiede sind nur geringfügig vorhanden. Kinder mit niedrigem Sozialstatus (14,8%) und beidseitigem Migrationshintergrund (9,4%) sind häufiger übergewichtig. Zusammenhänge bestehen mit einer erhöhten Medienkonsumdauer und einem kurzen bzw. keinem Kitabesuch. Übergewichtige Kinder zeigen vermehrt Auffälligkeiten im motorischen Entwicklungsbereich.

Der Anteil der Kinder mit Untergewicht hat zugenommen und ist im Berlinvergleich etwas erhöht. Er ist häufiger bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus zu finden (12%).

Motorische und kognitive Entwicklung

In den Entwicklungsscreenings zur Motorik und Kognition konnten sich die Kinder größtenteils verbessern und zeigen berlinweit die besten Ergebnisse. Für alle Tests schneiden Jungen schlechter als Mädchen ab. Zudem zeigt sich der soziale Gradient und, wenn auch weniger deutlich, ein Zusammenhang mit dem Migrationshintergrund. Eine lange Kitabesuchsdauer wirkt sich positiv auf die kindliche Entwicklung in den Bereichen aus.

Sprachliche Entwicklung

In den Entwicklungsscreenings zur Sprache zeigen die Kinder zunehmend Schwierigkeiten und liegen teilweise über dem berlinweiten Mittel. Auffälligkeiten in den Tests „Sätze nachsprechen“, „Pluralbildung“ und „Wörter ergänzen“ sind gestiegen. Jungen sind häufiger auffällig und es zeigen sich Zusammenhänge mit der sozialen Lage und dem Migrationshintergrund. Insgesamt ist der Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten weiter hoch und liegt im Durchschnitt aller Bezirke, sodass Aufmerksamkeitsbedarf besteht.

Vergleich der Bezirksregionen

Die Mehrzahl der Bezirksregionen (Datenbasis = alte LOR) – insbesondere innenstadtnahe – zeigt im Index Gesundheitliche Herausforderung erhöhte Herausforderungen. Die Heerstraße schneidet im Mittel am besten ab. Gesundheitliche Mehrfachbelastungen konnten vor allem für die Bezirksregion Barstraße¹ herausgestellt werden. Einen ungünstigen Index Risikoverhalten zeigen neben der Barstraße auch die Bezirksregionen Charlottenburg Nord und Mierendorffplatz. Der Index Impfen ist für die Barstraße, Westend und Kurfürstendamm² im Mittel am niedrigsten. Übergewicht ist am prävalentesten in Charlottenburg Nord. Im Index Entwicklung und Teilhabe bestehen die größten Herausforderungen für die Barstraße, Kurfürstendamm und Otto-Suhr-Allee³. Soziodemografische Indikatoren sind für Charlottenburg Nord, Barstraße und Mierendorffplatz unterdurchschnittlich, so dass insbesondere in der Barstraße soziale mit gesundheitlichen Problemlagen kumulieren und dieser Sozialraum die größten Handlungsbedarfe zeigt.

Handlungsfelder

Als vordergründige Handlungsfelder können die Sicherstellung des Kitazugangs für alle Familien, die Erhöhung der Impfquoten durch Aufklärung und Sensibilisierung, die Steigerung der Medienkompetenz, die Förderung von Präventionsmaßnahmen gegen Über- und Untergewicht sowie die Sprachförderung der Kinder genannt werden (vgl. Kapitel 10: Handlungsbedarfe).

Die soziale Lage der Familie steht in wechselseitigem Zusammenhang mit dem Migrationshintergrund, dem Geburtsort und der Kitabesuchsdauer. Sie hat jedoch den größten Einfluss auf die kindlichen Entwicklungs- und Bildungschancen. Präventionsmaßnahmen sollten allen Familien unabhängig ihres Hintergrundes zugänglich sein und gleichzeitig sozialkompensatorisch ausgerichtet sein und in mehrfach belasteten Bezirksregionen (v.a. Barstraße und Charlottenburg Nord) umgesetzt werden.

¹ Teil heutiger BZR VP Wilmersdorf

² Teil heutiger BZR Lietzenburger Str.)

³ Teil heutiger BZR Otto-Suhr-Allee/Kantstraße

2. Die bezirklichen Einschulungsuntersuchungen

Die Basis dieses Kindergesundheitsberichtes bilden die jährlichen Einschulungsuntersuchungen. Sie sind für alle Kinder vor dem Schulbeginn nach § 55a (6) des Schulgesetzes verpflichtend und folgen in Berlin einem einheitlichen Vorgehen. Damit ist eine wertvolle Datenbasis für die Gesundheitsberichterstattung gegeben, da der Gesundheitszustand und Entwicklungsstand eines ganzen Jahrganges erfasst wird.

Die Einschulungsuntersuchungen erfolgen in Berlin durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) der bezirklichen Gesundheitsämter und finden je Jahrgang von Oktober des Vorjahres der Einschulung bis Ende September statt. Sie umfassen neben der sozialen und medizinischen Anamnese, eine körperliche Untersuchung und Entwicklungsscreenings zur Beurteilung der motorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung. Die Daten werden über einen Elternfragebogen und einen Dokumentationsbogen erfasst. Im Ergebnis der Einschulungsuntersuchung werden die Eltern zum Gesundheitszustand des Kindes aufgeklärt und ggf. Informationen zu gesundheitsrelevantem Verhalten und eventuellen Fördermaßnahmen bzw. Rückstellungsempfehlungen gegeben.

Die Auswertung der Daten der Einschulungsuntersuchungen umfasst alle Kinder, die in Charlottenburg-Wilmersdorf zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung wohnhaft waren. Ausgenommen wurden Kinder, die nach einer Rückstellung vom Schulantritt im Vorjahr (auf Antrag der Eltern und/oder aufgrund von begründeten Entwicklungsdefiziten) erneut untersucht wurden, sodass nur Kinder in die Auswertung einbezogen wurden, die erstmalig untersucht wurden.

Datengrundlage bilden die von der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung für Gesundheit validierten bezirklichen Datensätze der Einschulungsjahre 2018 und 2019, welche mit dem ebenfalls durch die Senatsverwaltung bereitgestellten Statistikprogramm ausgewertet wurden. Der Bericht gibt die Ergebnisse differenziert nach individuellen und familiären Merkmalen wie Geschlecht, Sozialstatus, Migrationshintergrund und der Kitabesuchsdauer wieder und stellt diese in einen Vergleich zu den anderen Berliner Bezirken⁴ [1]. Zusätzlich sind regionale Unterschiede in der gesundheitlichen und sozialen Lage der Kinder zu finden, welche für die Ableitung von Präventionsmaßnahmen relevant sind. Grundlage für die kleinräumige Analyse bilden die Bezirksregionen, welche die mittlere Ebene der räumlichen Gliederung des Bezirks durch die sogenannten Lebensweltlich orientierten Räume (LOR) darstellen. Aufgrund des Datenstandes wird die bis 2020 gültige LOR-Systematik genutzt (vgl. Abb. 1, S. 7). Zur statistischen Geheimhaltung werden Fallzahlen kleiner als drei nicht bzw. in entsprechenden Kategorien zusammengefasst berichtet. Für die kleinräumige Darstellung der Ergebnisse werden, aufgrund der teilweise geringen Fallzahl, die Zahlen der beiden betrachteten Jahrgänge zusammengefasst. Es werden nur ausgewählte Ergebnisse aufgeführt. Ausführliche Ergebnisse auch auf Ebene der Bezirksregionen sind in Tabellen A und B im Anhang des Berichtes zu finden. Diese sind zusätzlich den Jugendhilfe-Regionen zugeordnet.

⁴ Im Vergleich zum Vorbericht erfolgt der Bezirksvergleich nach einem geänderten Prinzip: Für den Rangvergleich der 12 Bezirke bedeutet ein hoher Rangplatz stets eine günstige Merkmalsausprägung (und nicht wie zuvor den im Vergleich höchsten Anteil der Kinder). D.h. Rang 1 entspricht immer der günstigsten und Rang 12 der ungünstigsten Ausprägung im Bezirksvergleich.

3. Eckdaten der untersuchten Kinder

Als Grundgesamtheit werden für diesen Bericht alle Kinder einbezogen, die wohnhaft in Charlottenburg-Wilmersdorf sind und durch den bezirklichen KJGD erstmals untersucht wurden⁵. Damit sind zurückgestellte Kinderaus den Vorjahren nicht berücksichtigt.

3.1 Anzahl, Alter und Geschlecht

Die Gesamtzahl der untersuchten Kinder ist im Vergleich zu den Vorjahren gestiegen und lag für beide betrachteten Jahrgänge bei über 2.600 Kindern (Tab. 1). Von diesen wurden 2018 2.464 und 2019 2.418 im Bezirk wohnende Kinder erstmals untersucht. Jungen stellen dabei einen höheren Anteil; das mittlere Alter lag in beiden Schuljahren bei 5 Jahren und 9 Monate. Der überwiegende Anteil der Kinder ist zum Untersuchungszeitpunkt zwischen fünfeinhalb bis sechseinhalb Jahren alt (2019: 79,5%). Von den untersuchten Kindern wurden 2018 9,2% und 2019 9,9% aller Kinder vom Schulamt zurückgestellt.

Tab. 1: Anmeldegrund, Geschlecht, Alter und erfolgte Rückstellung 2018 und 2019

Einschülerinnen und Einschüler	2018		2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gesamtzahl der untersuchten Kinder	2.688		2.653	
... davon mit Wohnort Charlottenburg-Wilmersdorf	2.624	100	2.604	100
schulpflichtig	2.316	88,3	2.313	96,1
antragsweise	148	5,6	105	4,4
nach Rückstellung im Vorjahr	160	6,1	186	7,7
Erstmals untersuchte Kinder (ohne Rücksteller)	2.464	100	2.418	100
Jungen	1.292	52,4	1.241	51,3
Mädchen	1.172	47,6	1.177	48,7
mittleres Alter (Jahre)	5,8		5,8	
vom Schulamt zurückgestellt	226	9,2	240	9,9

Auf sozialräumlicher Ebene der Bezirksregionen zeigen sich deutliche Unterschiede in der Zahl der untersuchten Kinder, wie in Abbildung 1 zu sehen ist: Während über beide Jahrgänge mit 10,2% in der Bezirksregion Volkspark Wilmersdorf die meisten Kinder wohnhaft sind, leben in den Bezirksregionen Schmargendorf und Halensee mit weniger als 4% die wenigsten Vorschulkinder. Im Vergleich zum Einschulungsjahrgang 2017 hat die Zahl der Kinder insbesondere in den Bezirksregionen Mierendorffplatz, Otto-Suhr-Allee, Grunewald und Düsseldorfer Straße zugenommen.

⁵ Die Zahlen weichen geringfügig von den Ergebnissen der Grundausswertung der SenWGPG ab, da diese auch im Bezirk wohnhafte Kinder miteinschließt, die in anderen Bezirken untersucht wurden. Beim Vergleich der Ergebnisse mit Berlin und der Festlegung des Bezirkranges sind diese geringfügigen Abweichungen berücksichtigt.

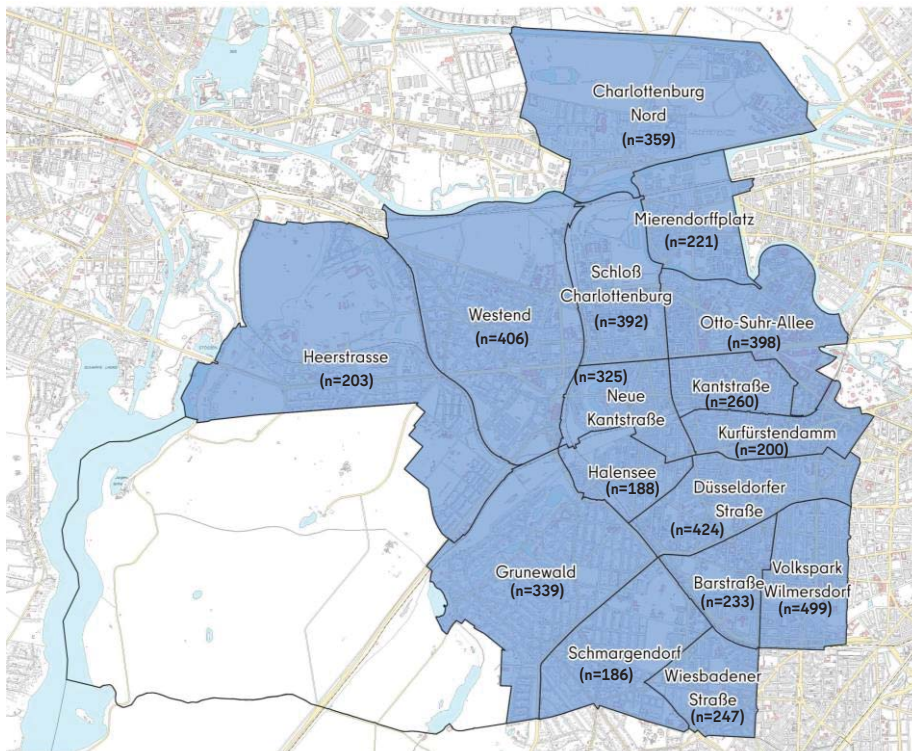


Abb. 1: Wohnort der untersuchten Kinder nach Bezirksregion (alt) (2018-2019 zusammengefasst)

3.2 Migrationsmerkmale und Deutschkenntnisse

Migrationsmerkmale, wie der Migrationshintergrund oder die Herkunft, können einen Einfluss auf die Gesundheitschancen der Kinder haben und werden daher in der Gesundheitsberichterstattung als mögliche Einflussvariable berücksichtigt.

Migrationshintergrund

Charlottenburg-Wilmersdorf zeigt für 2019 im Bezirksvergleich den dritthöchsten Anteil an Vorschulkindern mit Migrationshintergrund (62,7%) nach Mitte (74,2%) und Neukölln (67,3%).

Tab. 2: Kinder mit und ohne Migrationshintergrund 2018-2019

Migrationshintergrund	2018		2019		Berlin 2019 %
	Anzahl	%	Anzahl	%	
kein Migrationshintergrund	953	38,9	898	37,3	50,7
einseitiger Migrationshintergrund	565	23,1	545	22,6	17,4
beidseitiger Migrationshintergrund	930	38,0	964	40,0	31,9
Insgesamt	2.448	100,0	2.407	100,0	100,0

Wie Tabelle 2 zeigt, hat dabei die Mehrzahl dieser Kinder in Charlottenburg-Wilmersdorf einen beidseitigen Migrationshintergrund⁶. Im Vergleich zu 2015 hat der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund um fast 5% zugenommen.

Kleinräumig betrachtet leben in Charlottenburg Nord (73,0%) anteilig die meisten Kinder mit Migrationshintergrund (Abb. 2). Mit einem Anteil von 52,1% zählt Charlottenburg Nord zudem auch berlinweit zu den vier Prognoseräumen mit dem höchsten Anteil an Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund für 2019. Der höchste Anteil an Vorschulkindern deutscher Herkunft ist in den Bezirksregionen Heerstraße (56,7%), Wiesbadener Straße (52,6%) und Schmargendorf (45,4%) zu finden.

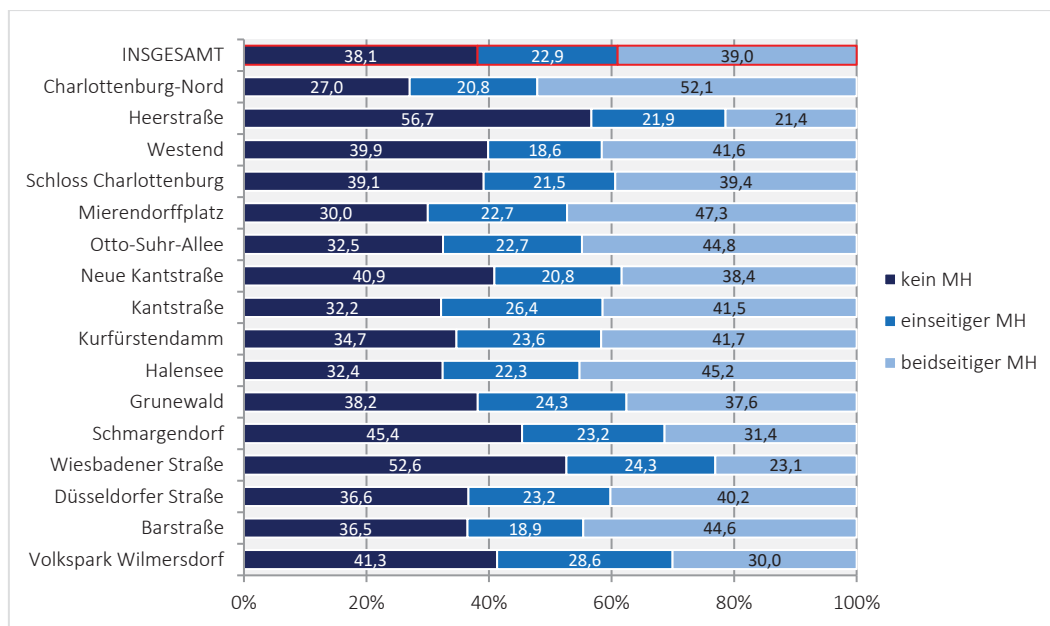


Abb. 2: Kinder nach Migrationshintergrund und Bezirksregion (2018-2019 zus.) (%)

Herkunft

Um die Herkunft der Kinder zu erfassen und auszuwerten, werden die Herkunftsländer nach ähnlichem soziokulturellen Hintergrund und unter Berücksichtigung der zahlenmäßigen Häufigkeit gruppiert⁷ [2]. Kinder mit osteuropäischem Hintergrund stellen in Charlottenburg-Wilmersdorf auch für 2018 und 2019 mit einem Anteil von über 20% die größte nichtdeutsche Herkunftsgruppe (Abb. 3).

⁶ 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 2018; S. 13ff. [2].

⁷ „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) [2].

Knapp 10% aller Kinder haben ihre Herkunft in westlichen Industriestaaten; 8,5% haben arabische Wurzeln und etwa 7% sind türkischer Herkunft. Weiterhin stammt ein Anteil von etwa 14% aus sonstigen Staaten, sodass die Vielfalt an Herkunftsländern bei Vorschulkindern mit Migrationshintergrund in Charlottenburg-Wilmersdorf deutlich wird.

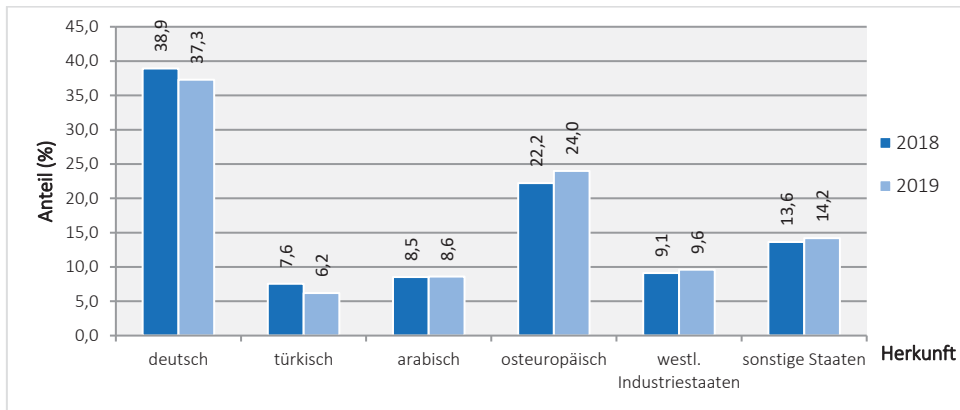


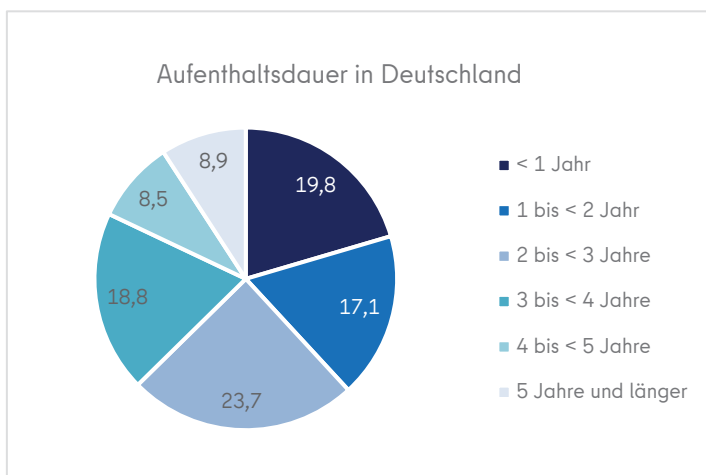
Abb. 3: Herkunft der Kinder 2018-2019 (%)

Von den Kindern nichtdeutscher Herkunft haben für 2019 Kinder arabischer Herkunft (74%), osteuropäischer Herkunft (70,6%) und aus sonstigen Herkunftsländern (67%) häufiger einen beidseitigen Migrationshintergrund. Kinder mit türkischer Herkunft (57%) und aus westlichen Herkunftsländern (53%) haben häufiger einen einseitigen Migrationshintergrund.

Geburtsort der Kinder und Aufenthaltsdauer in Deutschland

Der Anteil der Kinder, der im Ausland geboren wurde, ist in Charlottenburg-Wilmersdorf berlinweit am höchsten. Er lag für 2018 bei 15% und für 2019 bei 16,4% (Berlin 2019: 11,2%). 39% der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund sind nicht in Deutschland geboren. Von allen im Ausland geborenen Kindern waren für 2018 die meisten arabischer Herkunft (28,1%) und für 2019 osteuropäischer Herkunft (28,8%).

Auf Bezirksregionenebene zeigt sich der größte Anteil im Ausland geborenen Kindern für beide Jahre zusammengefasst für Westend (23,9%) und Barstraße (23,1%) (vgl. Tab. B im Anhang).



Von den im Ausland geborenen Kindern aus beiden Einschulungsjahrgängen lebten zum Zeitpunkt der Untersuchung fast zwei von drei Kindern weniger als drei Jahre in Deutschland (vgl. Abb. 4).

Abb. 4: Aufenthaltsdauer der Kinder mit Geburtsort im Ausland (2018-2019 zus.) (%)

Verständigung in deutscher Sprache bei Kindern nichtdeutscher Herkunft

Gute Deutschkenntnisse sind bei Kindern mit Migrationshintergrund (MH) bedeutsam für die Verständigung im Schulalltag, den Lernerfolg und die soziale Integration. Die Deutschkenntnisse von Kindern nichtdeutscher Herkunft sowie deren Eltern sind in Tabelle 3 differenziert aufgezeigt.

Tab. 3: Verständigung in deutscher Sprache bei Kindern nichtdeutscher Herkunft 2018-2019

Deutschkenntnisse von Kindern nichtdeutscher Herkunft	2018		2019		Berlin 2019
	Anzahl	%	Anzahl	%	%
MH, Kind und Eltern gute Deutschkenntnisse	1.104	75,2	1.103	74,1	54,3
MH, Kind oder Eltern unzureichende Deutschkenntnisse	131	8,9	160	10,7	18,4
MH, Kind und Eltern unzureichende Deutschkenntnisse	234	15,9	226	15,2	27,3
Insgesamt	1.469	100	1.489	100,0	100,0

Drei von vier Kindern nichtdeutscher Herkunft einschließlich deren Eltern zeigen in den Ergebnissen, dass sie (sehr) gute Deutschkenntnisse haben. Dieser Anteil hat im Jahresvergleich zugenommen. Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund, von denen Kind oder Eltern bzw. Kind und Eltern unzureichende Deutschkenntnisse haben, ist hingegen seit der Migrations- und Fluchtbewegung 2015 rückläufig. Insgesamt sind die Deutschkenntnisse von Kindern nicht deutscher Herkunft im Bezirk im Berlinvergleich für 2019 weiterhin überdurchschnittlich.

Gerade bei neu zugewanderten Familien ist eine gewisse Wahrscheinlichkeit von unzureichenden deutschen Sprachkenntnissen gegeben, welche als Barrieren für die soziale und gesundheitliche Teilhabe wirken können. So hatten 2019 68% der Familien, die zum Zeitpunkt der ESU weniger als ein Jahr in Deutschland waren, unzureichende Deutschkenntnisse. Ebenso ist die Art des Migrationshintergrundes für die Deutschkenntnisse relevant: 2019 hatten von den Kindern mit einseitigem Migrationshintergrund 95,9% der Kinder und Eltern (sehr) gute Deutschkenntnisse, wohingegen Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund und deren Eltern nur in 61,6% der Fälle (sehr) gute Deutschkenntnisse zeigten.

3.3 Soziale Lage

Sozialstatusindex

Die soziale Lage der Familien ist bedeutsam für die soziale Integration, das familiäre Gesundheits- und Risikoverhalten und die kindlichen Entwicklungschancen [3] [4] [5]. Bei der Einschulungsuntersuchung wird die soziale Lage der Kinder durch den sozialen Statusindex erhoben. Hierfür werden der Bildungs- und Erwerbsstatus der Eltern durch Angaben über den Schulabschluss, die berufliche Ausbildung und die Erwerbstätigkeit erfasst und beide Elternteile mittels eines Punktesystems den

drei Gruppen niedriger, mittlerer und hoher Sozialstatusindex zugeordnet⁸. Das zur Verfügung stehende Haushaltseinkommen bleibt unberücksichtigt. Ein Schema zur Ermittlung des Index findet sich in Anhang 11.1.

Charlottenburg-Wilmersdorfer Familien zeigen für 2019 im Berlinvergleich nach Pankow am zweithäufigsten einen hohen Sozialstatus (59,1%). Damit ist der Wert im Vergleich zu den Vorjahren um mehr als 5% gestiegen und übertrifft den berlinweiten Wert von 40,4% deutlich. Der Anteil der Kinder mit niedrigem und mittleren Sozialstatus ist gesunken, womit Charlottenburg-Wilmersdorf zu den drei Bezirken mit dem niedrigsten Anteil zählt. Gut 6% sind dem untersten sozialen Status zuzuordnen, was in absoluten Zahlen 133 Kinder betrifft (Berlin 2019: 15,5%). Insgesamt hat seit 2009 der Anteil der Familien in der unteren und mittleren sozialen Schicht mit dem Berlinitrend abgenommen [1].

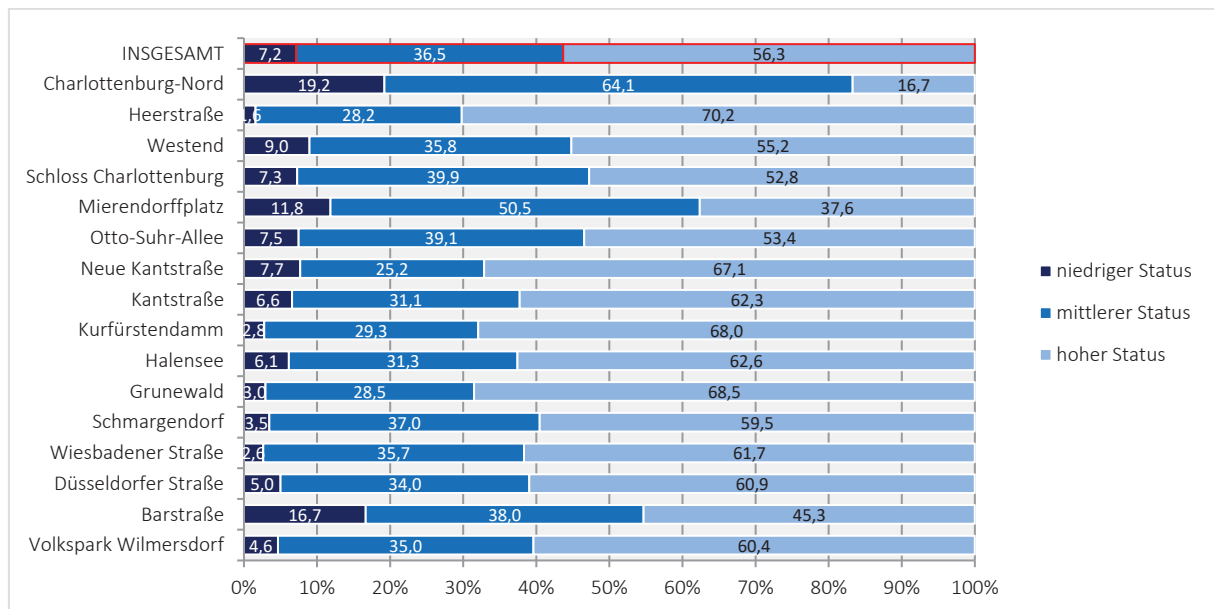


Abb. 5: Kinder nach sozialer Lage und Bezirksregion (2018-2019 zus.) (%)

Für den kleinräumigen Vergleich sind in Abbildung 5 die Ergebnisse für 2018 und 2019 zusammengefasst aufgezeigt. Die meisten Familien mit niedrigem sozialen Status, wenn auch der Anteil gesunken ist, leben weiterhin in Charlottenburg Nord (19,2%) und der Barstraße (16,7%). Den größten Anteil an Familien mit hohem Sozialstatus zeigen die Bezirksregionen Heerstraße (70,2%), Grunewald (68,5%) und Kurfürstendamm (68%). Der bezirkswweit gestiegene Sozialstatus der Familien mit Vorschulkindern ist dabei insbesondere durch eine Verbesserung des Sozialstatus von Familien aus den Bezirksregionen Charlottenburg Nord, Mirerendorffplatz, Otto-Suhr-Allee, Neue Kantstraße, Kurfürstendamm, Halensee, Barstraße sowie Volkspark Wilmersdorf begründet.

⁸ Zur detaillierten Beschreibung der Bildung des sozialen Statusindex siehe Bettge und Oberwöhrmann 2017, S. 1ff. [2].

Unterschiede in der Sozialstruktur werden deutlich, wenn nach dem Migrationshintergrund differenziert wird (Abb. 6): Kinder mit Migrationshintergrund zeigen häufiger einen niedrigen (2019: 122 Kinder) und mittleren sozialen Status (2019: 476 Kinder) als Kinder ohne Migrationshintergrund. Insgesamt ist der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund, der aus Familien mit hohem Sozialstatus (2019: 675 Kinder) kommt, im ESU Jahrgang 2019 deutlich gestiegen und besteht für mehr als die Hälfte der Kinder mit Migrationshintergrund. Eine gleiche Entwicklung gilt auch für Kinder ohne Migrationshintergrund.

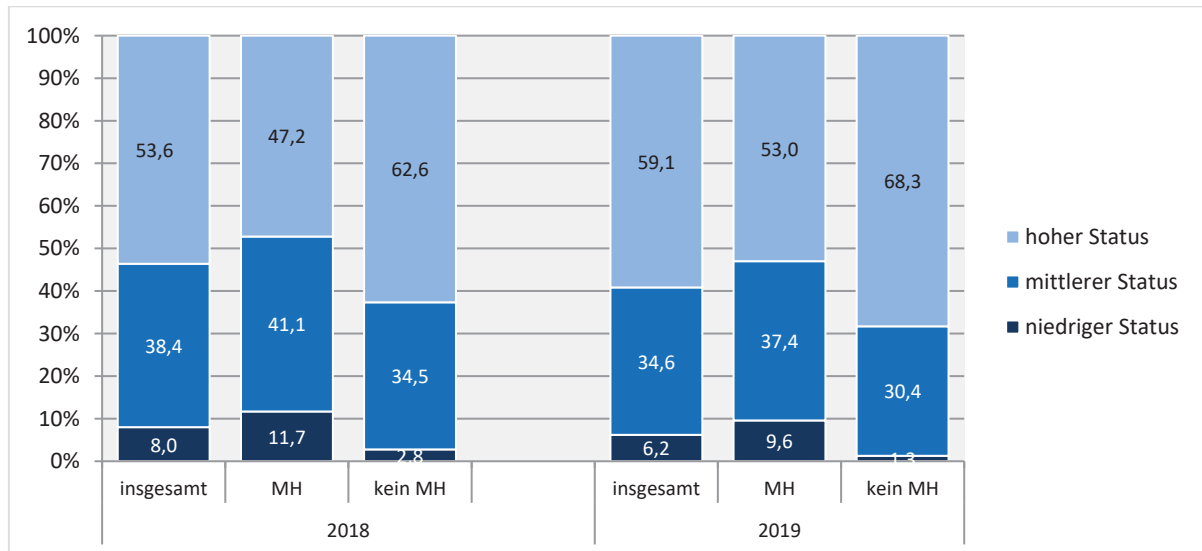


Abb. 6: Sozialer Status nach Migrationshintergrund (MH) 2018-2019 (%)

Wird die Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund genauer betrachtet, leben Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund öfter in Familien mit niedrigem Status als Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund. Dabei bestehen Unterschiede in Abhängigkeit von der Herkunft: Einen niedrigen Sozialstatus zeigte 2019 mehr als jedes vierte Kind arabischer Herkunft (27%) und jedes fünfte Kind mit türkischer Herkunft (19,2%). Hingegen hatten weniger als 2% der Kinder aus westlichen Industriestaaten einen niedrigen Status.

3.4. Erwerbstätigkeit der Eltern

Wird ein genauere Blick auf die Erwerbstätigkeit von Mutter und Vater gelegt, bestätigen sich weiterhin Unterschiede im Umfang der Erwerbstätigkeit: Wie Abbildung 7 zeigt, sind etwa ein Drittel aller Mütter in Vollzeit erwerbstätig, der Großteil von 43,6% arbeitet in Teilzeit, mehr als jede fünfte ist nicht erwerbstätig. Im Gegensatz hierzu arbeiten Väter zu 84% in Vollzeit. Nur etwa 8% sind jeweils in Teilzeit oder nicht erwerbstätig.

Mit steigender Kinderzahl sinkt der Anteil der Mütter in Vollzeitbeschäftigung von 45% in Einkindfamilien auf 21% in Familien mit mehr als drei Kindern. Parallel steigt der Anteil der Mütter ohne Erwerbstätigkeit von ca. 13% in Einkindfamilien auf 57% in Familien mit mindestens drei Kindern. Der Anteil in Teilzeitbeschäftigung bleibt bis zu einer Kinderzahl von drei bei über 40%.

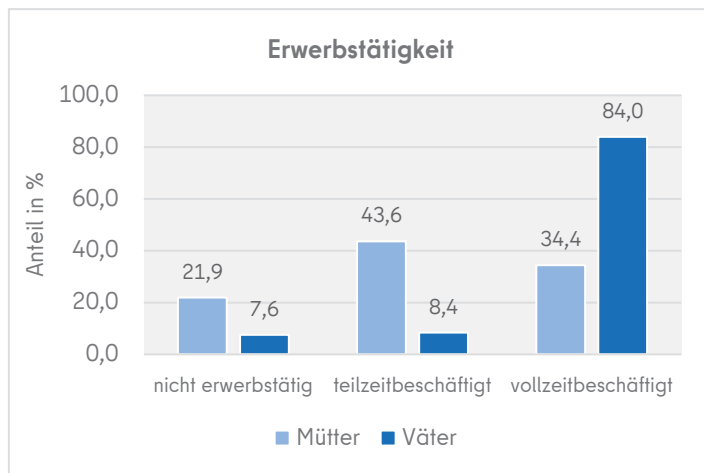


Abb. 7: Erwerbstätigkeit der Eltern (2018-2019 zus.) (%)

Bei Vätern liegt der Anteil in Vollzeitbeschäftigung bis zu einer Kinderzahl von drei bei über 80%. Der Anteil ohne Erwerbstätigkeit nimmt mit steigender Kinderzahl weniger stark zu als bei Müttern: In Familien mit mehr als drei Kindern sind 63% der Väter vollzeitbeschäftigt, 11% in Teilzeit und 26% nicht erwerbstätig.

4. Soziales Umfeld und soziale Integration

Die Entwicklungs- und Gesundheitschancen von Kindern werden neben der sozialen Lage maßgeblich durch die familiäre Situation und das soziale Umfeld des Kindes beeinflusst. Um in diese einen Einblick zu erhalten, werden in der Einschulungsuntersuchung die familiäre Situation, die deutschen Sprachkenntnisse von Kindern nichtdeutscher Herkunft sowie die Inanspruchnahme von Kita-Einrichtungen berücksichtigt.

4.1 Familiäre Situation

Die Familie ist der Ort der primären Sozialisation des Kindes und ist für seine Entwicklung von größter Bedeutung [3] [5]. Die familiäre Situation wird durch die Familienkonstellation sowie durch das Aufwachsen mit Geschwisterkindern beschrieben.

Familienkonstellation

Es ist weiterhin ein Anstieg für den Anteil der Kinder, der bei beiden Eltern aufwächst, zu beobachten. Mit fast 85% der Kinder lebt der Großteil 2019 bei beiden Elternteilen, womit Charlottenburg-

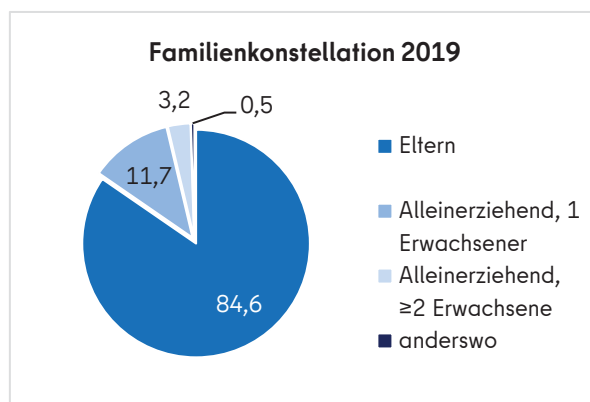


Abb. 8: Familienkonstellation 2019 (%)

Wilmersdorf im Bezirksvergleich die zweithöchste Quote nach Steglitz-Zehlendorf zeigt (Berlin: 79,2%) (Abb. 8). In alleinerziehenden Haushalten leben 15% aller Kinder, davon die meisten zusammen mit einem Elternteil (12%). Weniger als 1% der Kinder lebt in einer anderen Familienkonstellation, z.B. bei den Großeltern oder im Heim.

Kinder, die in Familien mit niedrigem sozialem Status leben, wachsen 2019 deutlich häufiger bei Alleinerziehenden (35,6%) auf als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus (8,1%). Werden alle alleinerziehenden Familien betrachtet unterscheiden sich diese hinsichtlich ihres Sozialstatus von der Grundgesamtheit: Die Hälfte ist dem mittleren sozialen Status zuzuordnen; 34,3% dem hohen und 15,7% dem niedrigen Sozialstatus. Mit Blick auf den Migrationshintergrund unterscheiden sich alleinerziehende Familien nur geringfügig von Familien mit beiden Elternteilen.

Abbildung 9 zeigt für 2018 und 2019 zusammen den Anteil der untersuchten Kinder, der in alleinerziehenden Haushalten lebt, im Bezirksregionenvergleich. Mit 24,1% wachsen die meisten Kinder aus der Bezirksregion Mierendorffplatz bei Alleinerziehenden auf. Etwa jedes fünfte Kind aus Charlottenburg Nord und der Barstraße lebt in alleinerziehenden Haushalten. Den geringsten Anteil Alleinerziehender unter den Eltern der Vorschulkinder zeigt die Bezirksregion Heerstraße (9,6%).

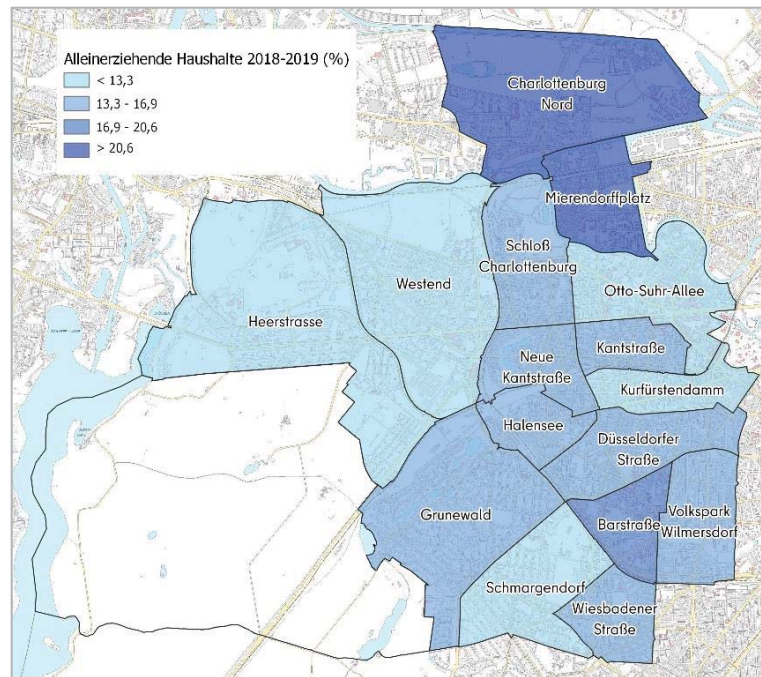


Abb. 9: Anteil der Kinder in alleinerziehenden Haushalten nach Bezirksregion (2018-2019 zus.) (%)

Anzahl der Kinder im Haushalt

Die Hälfte aller untersuchten Vorschulkinder in Charlottenburg-Wilmersdorf wächst mit einem Geschwisterkind auf (Abb. 10). Etwa jedes vierte Kind wächst in einem Einkindhaushalt auf (Berlin 2019: 23,9%). Die Haushalte mit drei Kindern und mehr haben in den letzten Jahren leicht zugenommen. Dabei liegt der Anteil für Charlottenburg-Wilmersdorf mit 23,5% unter dem Berlinwert von 27,1%. Kinderreiche Familien sind dabei häufiger arabischer Herkunft. Der Anteil an Einkindfamilien ist am höchsten in der Otto-Suhr-Allee (32%); in der Heerstraße leben die meisten Familien mit mindestens drei Kindern (29%).

In Familien mit niedrigem Sozialstatus leben häufiger drei oder mehr Kinder als in Familien mit hohem Sozialstatus. Es zeigt sich darüber hinaus ein enger Zusammenhang zwischen der Familienkonstellation und der Wahrscheinlichkeit mit einem Geschwisterkind aufzuwachsen: So haben 78%

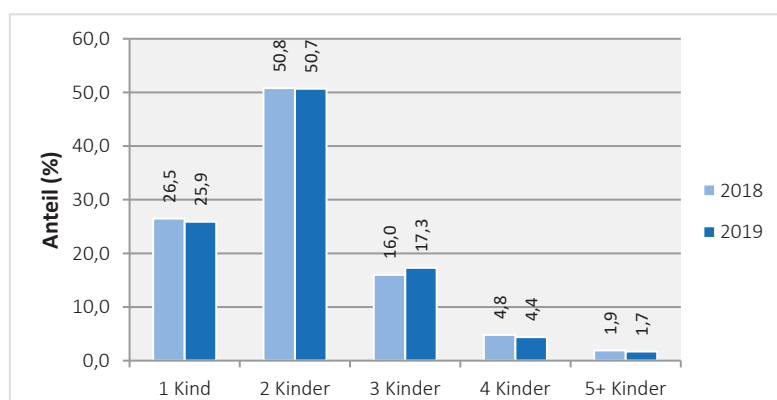


Abb. 10: Anteil der Familien nach Kindern im Haushalt 2018-2019 (%)

der Kinder, die 2019 bei beiden Elternteilen aufwuchsen, Geschwister im Haushalt. Kinder bei alleinerziehenden Singlehaushalten sind in fast der Hälfte der Fälle Einzelkinder (46%).

4.2 Deutsche Sprachkenntnisse und Familiensprache

Gute Sprachkenntnisse in Deutsch sind grundlegend für eine gelingende soziale Integration der Kinder und für gute Bildungschancen beim Schulbesuch [6].

Deutsche Sprachkenntnisse bei Kindern nichtdeutscher Herkunft

In Ergänzung zu den in Kapitel 3.2 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 Stufen⁹, welche zu den Kategorien „nicht/kaum“, „fehlerhaft“ und „(sehr) gut“ zusammengefasst werden.

Tab. 4: Deutsche Sprachkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft 2018-2019

Deutsche Sprachkenntnisse	2018		2019		Berlin 2019
	Anzahl	%	Anzahl	%	%
nicht/kaum	134	9,1	174	11,4	13,0
fehlerhaft	148	10	117	7,8	21,8
(sehr) gut	1.196	80,9	1.207	80,6	65,2
Insgesamt	1.478	100,0	1.498	100,0	100,0

Vier von fünf Kinder nichtdeutscher Herkunft im Bezirk haben (sehr) gute Deutschkenntnisse (Tab. 4). Damit belegt Charlottenburg-Wilmersdorf nach Pankow den zweitbesten Bezirksrang. Der Anteil der Kinder, die gar nicht oder kaum Deutsch sprechen hat dabei im Jahresvergleich leicht auf 11,4% zugenommen. Insbesondere Kinder der unteren sozialen Statusgruppe zeigen schlechte Deutschkenntnisse (2019: 19,2%). In der mittleren Sozialstatusgruppe haben 7% und in der oberen 9,2% kaum deutsche Sprachkenntnisse.

Familiensprache

In Abbildung 11 wird die Familiensprache nach dem Vorhandensein eines Migrationshintergrundes differenziert betrachtet. Für Charlottenburg-Wilmersdorf zeigt sich eine deutliche Mehrsprachigkeit in den Familien. Nach Deutsch werden in den Familien am häufigsten Englisch, Russisch und Arabisch gesprochen. Insgesamt in der Hälfte aller Familien wird neben Deutsch eine weitere Sprache gesprochen. In mehr als jeder zehnten Familie werden nur eine oder mehrere andere Sprachen als Deutsch zuhause gesprochen. In Westend ist dieser Anteil mit 20,2% am höchsten (vgl. Tab. B im Anhang). Nur deutsch wird in ca. 40% der Familien gesprochen; Charlottenburg-Wilmersdorf zeigt im Bezirksvergleich mit 26,2% den niedrigsten Anteil.

⁹ Das genaue Verfahren ist in [2] beschrieben.

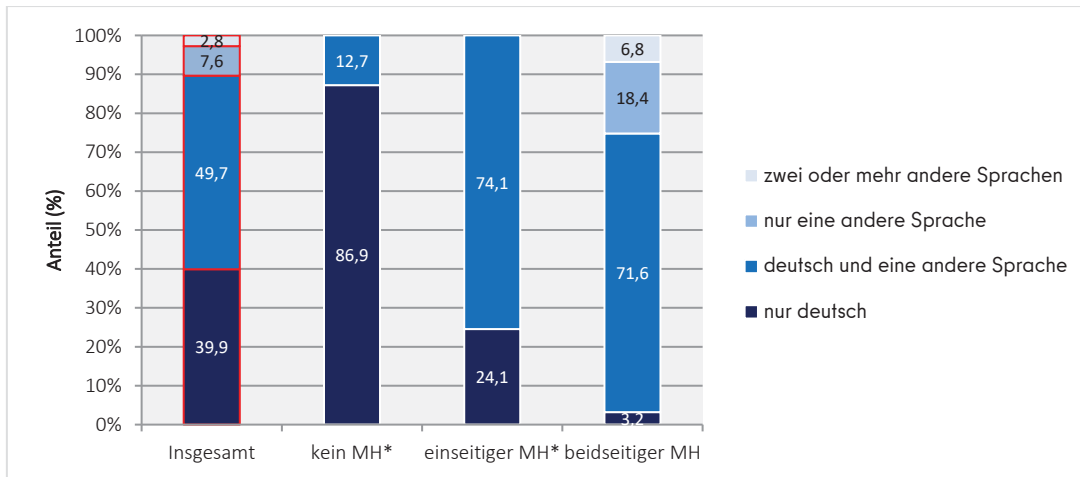
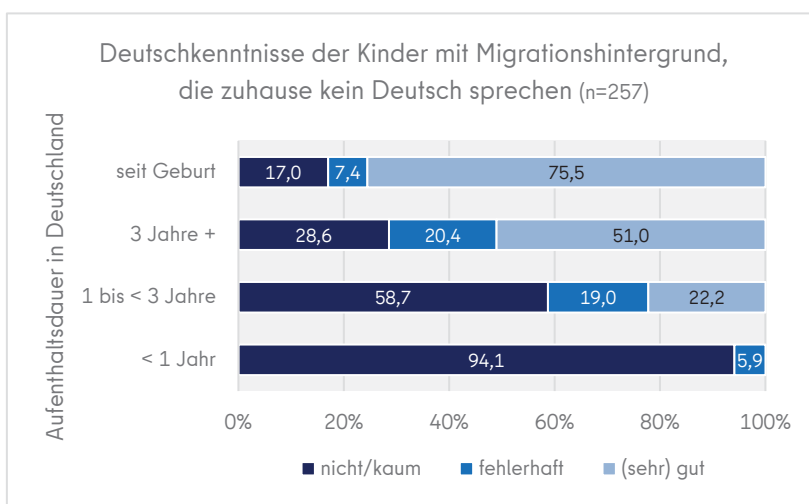


Abb. 11: Mehrsprachigkeit in der Familie nach Migrationshintergrund (2018-2019 zus.) (%)

* keine Angaben für „nur eine andere Sprache“ und „zwei oder mehr Sprachen“, da zu wenige Werte.

Mit Blick auf den Migrationshintergrund wird deutlich, dass auch in 12,7% der Familien ohne Migrationshintergrund neben Deutsch eine weitere Sprache gesprochen wird. In Familien mit einseitigem Migrationshintergrund sprechen 75% der Kinder neben Deutsch zuhause eine weitere Sprache. Bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund wird in fast allen Familien eine andere Sprache gesprochen; in jeder vierten Familie wird gar kein Deutsch gesprochen.

Wird in der Familie von Kindern mit Migrationshintergrund zuhause kein Deutsch gesprochen, spiegelt sich das in deutlich schlechteren deutschen Sprachkenntnissen der Kinder wieder: Nur 42% sprechen Deutsch gut oder sehr gut; 45% haben kaum Deutschkenntnisse. Dabei gibt es nachvollziehbar deutliche Zusammenhänge mit der Aufenthaltsdauer der Familien in Deutschland, wie Abbildung 12 zeigt. Kinder, deren Eltern zuhause kein Deutsch sprechen und die weniger als ein Jahr vor der Einschulungsuntersuchung erst nach Deutschland gekommen sind (n=51) sprechen zum



Großteil kein Deutsch. Auch Kinder mit einer Aufenthaltsdauer bis drei Jahren (n=63) sprechen in knapp 60% der Fälle kaum Deutsch. Zusammenhänge mit der Kitabeuchsdauer bestehen ebenfalls und werden im Folgekapitel aufgezeigt.

Abb. 12: Deutschkenntnisse der Kinder mit Migrationshintergrund und nichtdeutschen Familiensprachen nach Aufenthaltsdauer in Deutschland 2019 (%)

4.3 Besuch von Kindertageseinrichtungen

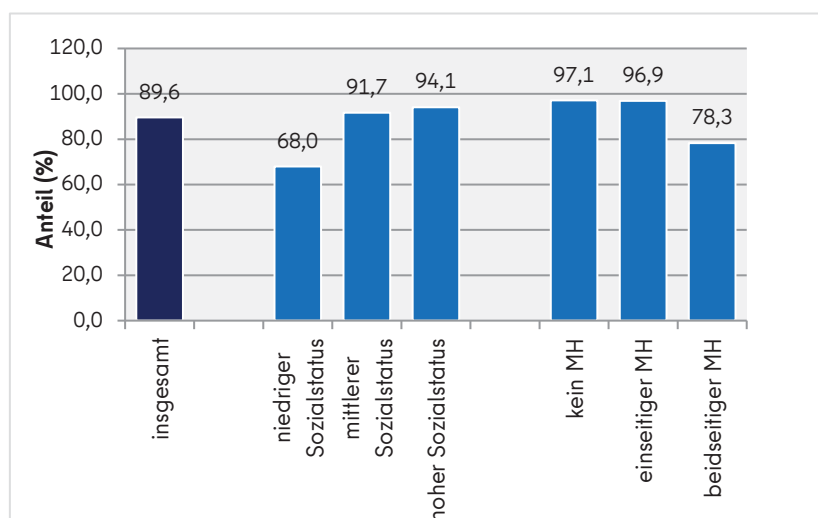
Ein Kitabesuch ist nachgewiesenermaßen förderlich für die Sozialisation des Kindes, dessen Sprachentwicklung und persönliche Entwicklungschancen [6]. In Berlin und auch in Charlottenburg-Wilmersdorf besucht die überwiegende Mehrheit der Kinder eine Kita, wobei etwa 90% eine Besuchsdauer von mehr als 2 Jahren zeigen (Tab. 5). Damit liegt der Bezirk genau im berlinweiten Mittel. Seit 2015 hat der Anteil der Kinder ohne Kita-Einrichtungsbesuch von 2% auf 4,5% zugenommen.

Tab. 5: Dauer des Kitabesuchs zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung 2018-2019

Kitabesuchsdauer	2018		2019		Berlin 2019
	Anzahl	%	Anzahl	%	%
kein Besuch	86	3,6	106	4,5	3,7
bis 2 Jahre	197	8,2	140	5,9	6,7
mehr als 2 Jahre	2125	88,2	2125	89,6	89,6
Insgesamt	2.408	100,0	2.371	100,0	100,0

Wird nach dem Sozialstatus differenziert, wird deutlich, dass mit steigendem Sozialstatus der Anteil der Kinder, der eine Kita mindestens 2 Jahre besucht, zunimmt (Abb. 13): Die Quote für einen Kitabesuch von mindestens zwei Jahren liegt bei Kindern aus sozial belasteten Lagen um 26 Prozentpunkte unter der Quote für Kinder mit hohem Sozialstatus. Während 2019 2,2% der Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus keine Kita besucht haben, waren es bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus 12,5% der Kinder.

Auch bei der differenzierten Betrachtung des Migrationshintergrundes werden Unterschiede deutlich: Kinder ohne Migrationshintergrund oder mit einseitigem Migrationshintergrund zeigen eine gleich hohe Quote von 97% für einen längeren Kitabesuch – wohingegen nur 78,3% der Kinder mit



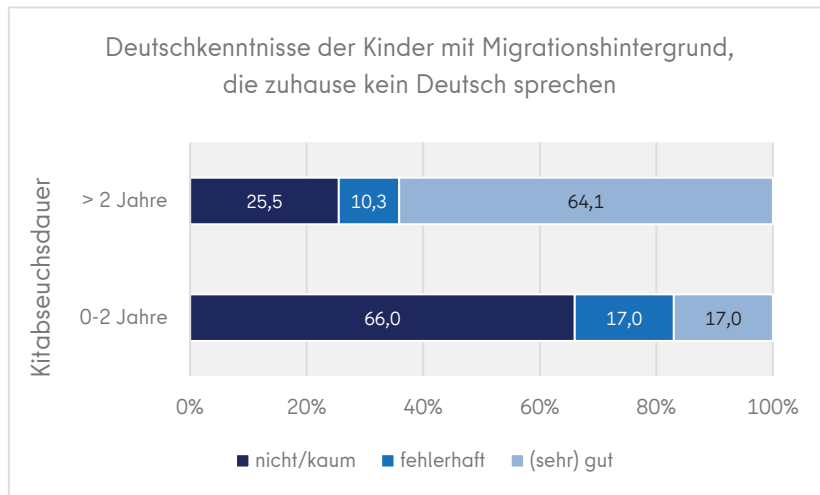
beidseitigem Migrationshintergrund länger als 2 Jahre in einer Kita betreut wurden. Fast jedes zehnte Kind mit beidseitigem Migrationshintergrund ging nicht in eine Kita. Keine oder eine nur kurze Kitabesuchsdauer zeigen insbesondere Kinder aus arabischstämmigen Familien.

Abb. 13: Kitabesuchsdauer > 2 Jahre nach Sozialstatus und Migrationshintergrund (MH) 2019 (%)

Kinder aus alleinerziehenden Familien haben tendenziell eine kürzere Kitabesuchsdauer: Während in 2019 5,6% keine Kita besucht haben, haben 85,4% die Kita länger als zwei Jahre besucht. Bei

Kindern, die nicht bei Alleinerziehenden aufwachsen lag der Anteil bei 3,7% bzw. 91%.

Von allen Kindern, die im letzten Jahr vor der Einschulungsuntersuchung erst nach Deutschland gekommen sind, hat ein Drittel keine Kita besucht. Insofern als Familiensprache kein Deutsch gesprochen wird, kommt der Kita eine wichtige Bedeutung als Ort für die deutsche Sprachentwicklung zu. Abbildung 14 zeigt diese Zusammenhänge für alle Kinder mit Migrationshintergrund und nicht-deutschen Familiensprachen. Für diese Gruppe der Kinder zeigt sich, dass die Kitabesuchsdauer



häufiger kürzer als 2 Jahre ist (40%) - auch beeinflusst von der o.g. teilweise kurzen Aufenthaltsdauer in Deutschland: Zwei Drittel dieser Kinder hat kaum Deutschkenntnisse, während Kinder mit längerem Kitabesuch deutlich bessere Deutschkenntnisse erlangen konnten.

Abb. 14: Deutschkenntnisse der Kinder mit Migrationshintergrund und nichtdeutschen Familiensprachen nach Kitabesuchsdauer 2019 (%)

In der folgenden Abbildung 15 sind regionale Unterschiede im Anteil der Kinder, die zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung mindestens 2 Jahre eine Kita besucht haben, für die Jahre 2018 und 2019 zusammen aufgezeigt.

Die höchsten Quoten sind für die Bezirksregion Heerstraße (94%), Wiesbadener Straße (93,4%) und Düsseldorf Straße (92,6%) zu finden. Die mit Abstand niedrigste Quote zeigt die Bezirksregion Barstraße mit 73,6%. Etwa jedes zehnte der dort lebenden Kinder hat keinerlei Kitabetreuung erfahren.

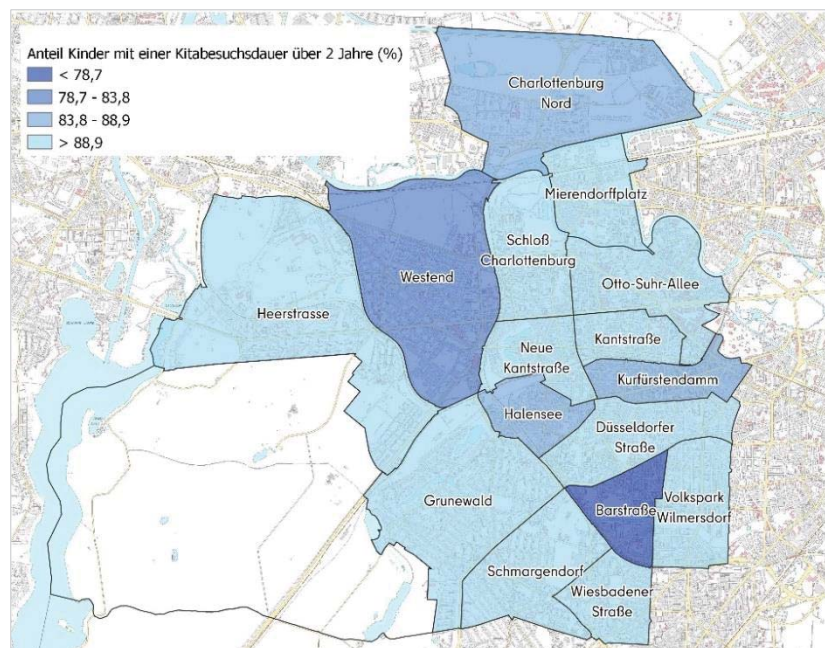


Abb. 15: Anteil der Kinder mit mindestens zweijähriger Kitabesuchsdauer nach Bezirksregion (2018-2019 zus.) (%)

5. Gesundheits- und Risikoverhalten

Die Entwicklung und die Gesundheit von Kindern wird in erster Linie durch das Gesundheits- und Risikoverhalten der Familien beeinflusst. Für ein gesundes Aufwachsen sind die Eltern die primäre Zielgruppe für gesundheitsförderliche Maßnahmen und Angebote. Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung werden dem Gesundheitsverhalten das Impfverhalten und die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zugeordnet. Als Risikoverhalten werden übermäßiger Medienkonsum sowie das Rauchverhalten in der Familie erfasst.

5.1 Impfstatus

Empfehlungen zu Schutzimpfungen für Kinder gibt die Ständige Impfkommission (STIKO) des Robert Koch-Instituts. Schutzimpfungen zählen zu den wirksamsten primärpräventiven Maßnahmen zur Verhinderung von Infektionskrankheiten und sind in Deutschland freiwillig. Neben dem Individualschutz des Geimpften bewirken sie bei einer ausreichend hohen Durchimpfungsrate eine Herdenimmunität. Hierfür müssen nach WHO-Empfehlungen 95% der Bevölkerung bspw. für die Elimination von Masern geimpft sein [7]. Insgesamt 13 Schutzimpfungen für das Kindesalter finden sich im Impfpass wieder, welche im Folgenden genauer betrachtet werden.

Tab. 6: Durchimpfungsgrad der Kinder in Charlottenburg-Wilmersdorf und Berlin 2019 (%)

Impfung	Bezirk (%)	Berlin (%)	Bezirksrang
Tetanus	93,6	94,5	9
Diphtherie	93,3	94,4	9
Polio	93,5	93,7	6
Pertussis	90,4	90,8	7
Hib	90,3	90,7	7
Hepatitis B	84,9	86,4	9
Pneumokokken	78,4	76,7	4
Meningokokken C	91,1	90,4	6
Rotaviren	48,5	44,4	5
Mumps	91,9	93,0	9
Masern	92,3	93,3	10
Röteln	91,9	93,0	9
Varizellen	85,8	85,2	5

Etwas mehr als jedes zehnte Kind hat zur Einschulungsuntersuchung keinen Impfpass vorlegen können. Bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus fehlte häufiger das Vorsorgeheft als bei Kindern mit mittlerem und hohem Status. Auch lag kein Impfpass bei 30% der Kinder, die im Ausland geboren

wurden, vor. Die folgenden Auswertungen bezüglich des Impfverhaltens beziehen sich nur auf Kinder, die einen Impfpass vorgelegt haben.

Die Entwicklung im Zeitverlauf seit 2017 ist in Abbildung 16 aufgezeigt. Die höchsten Durchimpfungsraten gab es 2019 für Tetanus (93,5%), Diphtherie (93,3%) und Poliomyelitis (93,5%). Die niedrigsten Raten bestehen für Rotaviren⁵ (48,4%), Pneumokokken (78,5%), Hepatitis B (84,9%) und Varizellen (85,8%). Entsprechend liegen weiterhin alle Impfquoten unterhalb der von der WHO empfohlenen Schwelle von 95%, welche als notwendig gilt, um Impfklücken in der Bevölkerung zu schließen.

Im Vergleich zu 2017, in dem Charlottenburg-Wilmersdorf deutlich schlechter als andere Bezirke abschnitt, haben sich die Durchimpfungsquoten wieder auf das Niveau der früheren Jahre angenähert; bleiben aber weiterhin unterhalb der Quoten von 2015. Damit liegen sie größtenteils im unteren Berliner Mittel (Tab. 6).

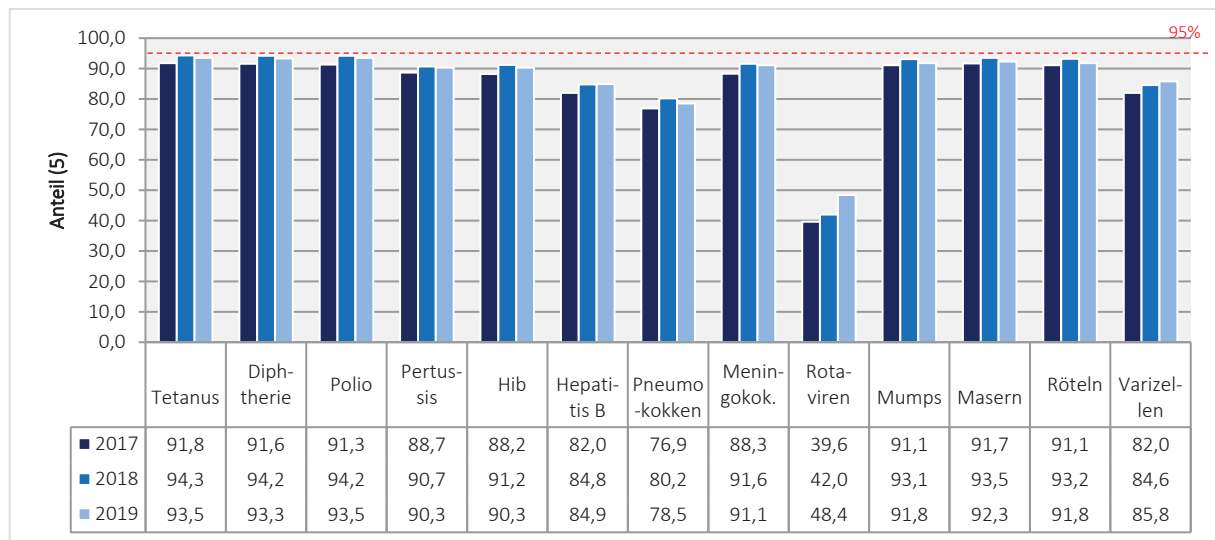


Abb. 16: Zeitliche Entwicklung der Impfquoten der Kinder gegen im Impfpass dokumentierte Infektionskrankheiten 2017-2019* (%)

* leicht abweichende Werte zu Tab.6, da hier Ergebnisse der bezirklichen Auswertung wiedergegeben werden, die Kinder, die in anderen Bezirken untersucht wurden, aber wohnhaft im Bezirk sind, ausschließen.

Einen Einfluss auf die Impfquote eines Kindes hat das Vorliegen eines Migrationshintergrundes bzw. der Geburtsort des Kindes. Für alle Infektionskrankheiten zeigten 2019 Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund niedrigere Impfquoten. Dabei haben sich alle Impfquoten für diese Gruppe im Zeitvergleich stärker verbessert als die für Kinder mit einseitigem und ohne Migrationshintergrund. Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund zeigen für alle erfassten Infektionskrankheiten die höchsten Quoten (außer Rotaviren).

Die Impfquoten für im Ausland geborene Kinder weichen noch deutlicher von denen der in Deutschland geborenen Kinder ab. Sie liegen alle unterhalb von 80%. Zusammenhänge mit anderen Impfschemata und Zugängen zu Präventivleistungen in Herkunftsländern sind zu vermuten.

Zusammenhänge mit der sozialen Lage zeigen sich darin, dass alle Impfquoten für Kinder aus Familien mit niedrigem Status am geringsten sind; zwischen den anderen beiden Gruppen gibt es

keine eindeutigen Unterschiede. Teilweise sind die Impfquoten in Familien mit mittlerem Sozialstatus höher als in Familien mit hohem Status (2019 insbesondere Hepatitis B: 88,3% vs. 84,1%). Die genannten Unterschiede im Durchimpfungsgrad in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund, Geburtsort und Sozialstatus sind in Abbildung 17 exemplarisch für Tetanus, Masern und Meningokokken C aufgezeigt (zusammengefasst für die Jahre 2018-2019). Zusätzlich wird nach der Dauer des Kitabesuchs differenziert.

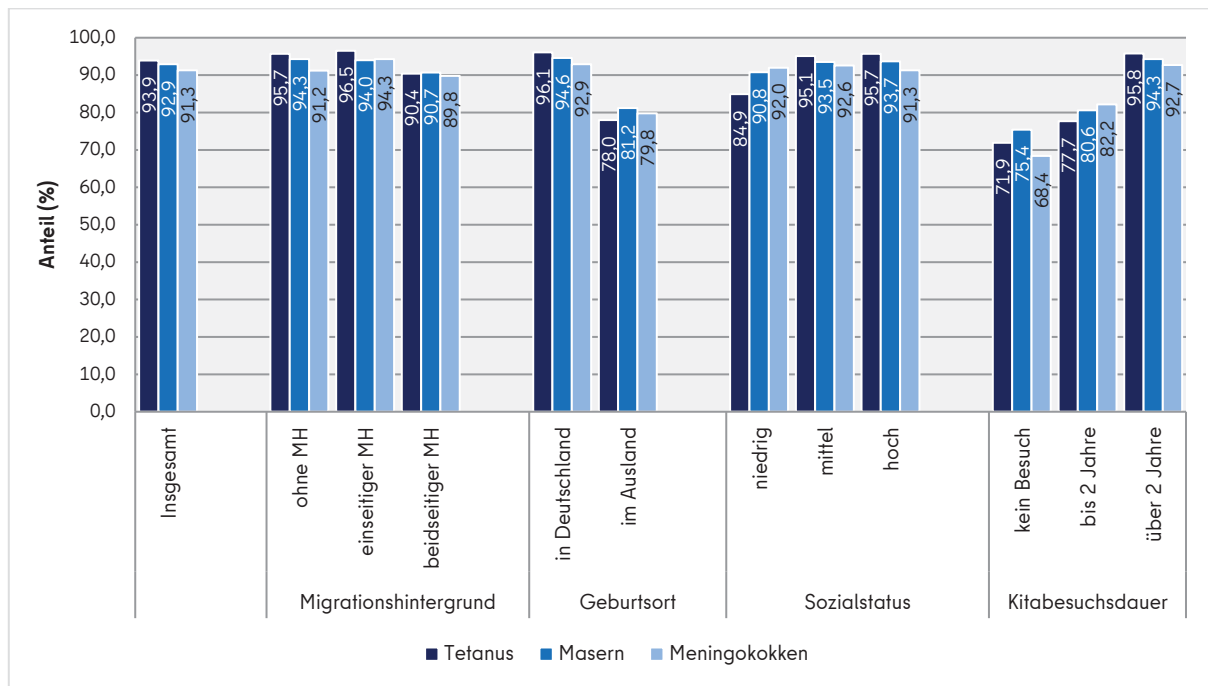


Abb. 17: Durchimpfungsgrad der Kinder gegen Tetanus, Masern und Meningokokken C nach Migrationshintergrund, Geburtsort, Sozialstatus und Kitabesuchsdauer (2018-2019 zus.) (%)

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 am häufigsten nicht gegen Tetanus und Meningokokken C geimpft (Zusammenhänge mit kurzer Aufenthaltsdauer in Deutschland und anderem Zugang zu Schutzimpfungen im Herkunftsland wahrscheinlich).

Die Maserngrundimmunisierung war 2019 im Bezirk im Berlinvergleich am drittniedrigsten. Als Beispiel für kleinräumige Unterschiede im Impfverhalten ist sie in Abbildung 18 dargestellt. Zusammengefasst für 2018 und 2019 ist die Impfquote für die Bezirksregion Charlottenburg Nord (96,9%) am höchsten. Die Bezirksregionen Kurfürstendamm, Schmargendorf und Wiesbadener Straße liegen ebenfalls über der von der WHO empfohlene Durchimpfungsrate von 95%.

Halensee zeigt die niedrigsten Durchimpfungsraten (86,2%). Ähnliche Unterschiede in der Höhe der Quoten zeigen sich auch für die Impfungen gegen Tetanus und Meningokokken C (vgl. Tab. B im Anhang).

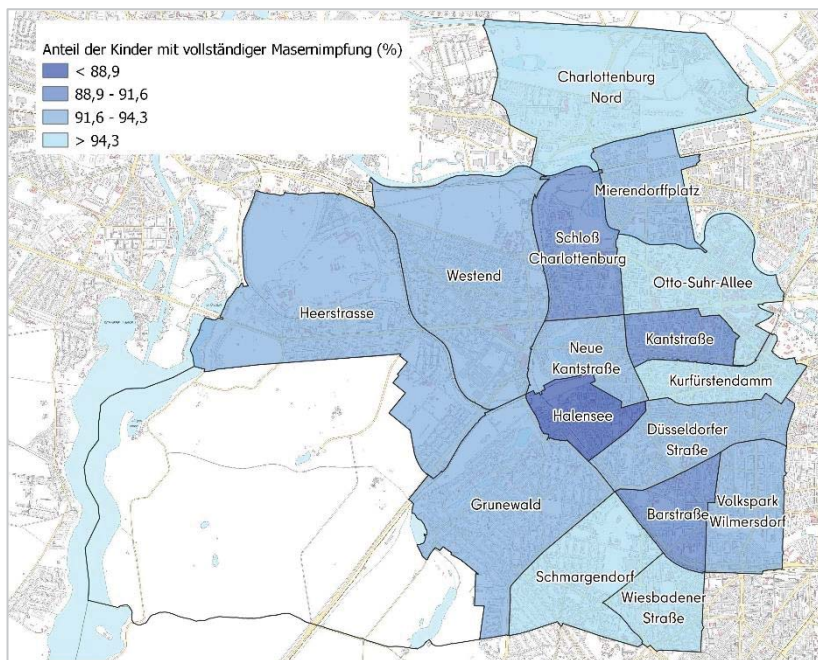


Abb. 18: Anteil der Kinder mit mindestens zwei Impfdosen gegen Masern nach Bezirksregion (2018-2019 zus.) (%)

5.2 Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen

Allen in Deutschland gesetzlich versicherten Kindern stehen nach dem Leistungskatalog der GKV (§26 SGB V) kostenlose Früherkennungsuntersuchungen zur gesundheitlichen Vorsorge zu. 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. In Berlin gibt es seit 2010 ein verbindliches Einladewesen, um eine möglichst hohe Teilnahmequote auch für spätere Früherkennungsuntersuchungen zu erreichen.

Die Auswertung zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen 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. Die Früherkennungsuntersuchung U9 wird aufgrund ihrer zeitlichen Überschneidungen mit der Einschulungsuntersuchung nicht betrachtet.

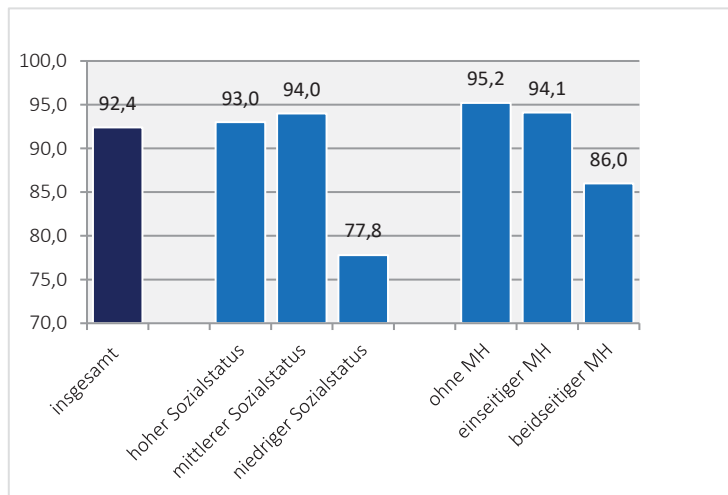
Tab. 7: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U1-U8 (ohne U7a) durch die Kinder 2018-2019 (%)

Jahr	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	Bezirk	
									U1-U8 vollständig	Berlin U1-U8 vollständig
2018	99,1	99,1	99,0	98,6	98,4	98,4	97,5	95,0	92,0	89,7
2019	99,0	99,0	99,0	98,6	98,6	98,5	96,4	95,9	92,4	89,6

Insgesamt haben 3.859 Kinder (94,3%), die in Deutschland geboren wurden, ein Vorsorgeheft bei der Einschulungsuntersuchung 2018 oder 2019 vorgelegt. Die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen ist für die ersten Lebensmonate sehr hoch (99% für U1-U3) und sinkt mit steigendem Alter auf 95,9% für die U8 in 2019 (Tab. 7). 92,4% der Kinder hatten 2019 den Nachweis über

vollständige Früherkennungsuntersuchungen, womit Charlottenburg-Wilmersdorf im Bezirksvergleich eine gute Teilnahmequote zeigt (2019: Bezirksrang 3).

Die Teilnahmequote an allen Vorsorgeuntersuchungen unterscheidet sich, wenn nach dem sozialen Status und dem Migrationshintergrund bei in Deutschland geborenen Kindern differenziert wird (Abb. 19): 2019 zeigen Kinder mit mittlerem Sozialstatus mit 94% die höchste Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. Kinder mit niedrigem Sozialstatus zeigen eine um mehr als 15% geringe Quote. Deutliche Unterschiede zeigen auch die Quoten von Kindern ohne Migrations-



hintergrund bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund zu denen mit beidseitigem Migrationshintergrund. Insbesondere Familien arabischer (86%) Herkunft nutzen Vorsorgeangebote nicht vollständig. Über alle Sozialstatusgruppen hinweg haben dabei Kinder mit fehlenden Früherkennungsuntersuchungen überproportional häufig einen Migrationshintergrund.

Abb. 19: Vollständige U1 bis U8 (ohne U7a) nach Sozialstatus und Migrationshintergrund 2019 (%)

Bei der kleinräumigen Betrachtung der Quote vollständiger Inanspruchnahme für 2018 und 2019 zusammen zeigt die Bezirksregion Heerstraße mit 98,3% die mit Abstand höchste Quote. Die geringsten Quoten bestehen für die Barstraße (87,1%), Halensee (88,4%) und Grunwald (89,2%).

5.3 Raucherhaushalte

Das Rauchverhalten in der Familie ist ein gewichtiger Risikofaktor für die kindliche Gesundheit und das zukünftige Gesundheitsverhalten. Kinder haben durch den Passivrauch ein erhöhtes Risiko für Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Atemwegs- und Krebserkrankungen [8]. Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen werden die Eltern gefragt, ob und wie viele Personen im Haushalt rauchen.

In Charlottenburg-Wilmersdorf lebte 2019 jedes fünfte Kind in einem Raucherhaushalt (19,7%), wobei in dem überwiegenden Teil der Familien eine Person raucht (15,9%). Bezogen auf den Anteil an Nichtraucherhaushalten liegt Charlottenburg-Wilmersdorf mit 80,1% nach Steglitz-Zehlendorf (81,3%) und Pankow (81%) auf einem guten Rang 3 (Berlin: 70,9%). In den letzten 10 Jahren hat der Anteil der Raucherhaushalte für Charlottenburg-Wilmersdorf mit dem Berlinitrend kontinuierlich von 32,7% im Jahr 2007 abgenommen.

In Familien wird deutlich häufiger geraucht, wenn sie einen niedrigen Sozialstatus (35,8%) haben als in Familien mit hohem Sozialstatus (10,7%) wie Abbildung 20 zeigt. Diese Zusammenhänge werden auch in anderen Studien, wie der KIGGS-Studie bestätigt [8]. Für 2019 zeigen sich auch Unterschiede hinsichtlich des Migrationshintergrundes. So sind Kinder aus Familien mit beidseitigem Migrationshintergrund (23,5%) häufiger Passivrauch ausgesetzt als Kinder ohne Migrationshintergrund (15,8%). Diese Unterschiede waren in den Vorjahren jedoch weniger deutlich. Werden die einzelnen Herkunftsregionen differenziert betrachtet, zeigen sich weitere Unterschiede: Mehr als jedes dritte Kind arabischer oder türkischer Herkunft lebte 2019 mit mindestens einem Raucher im Haushalt. Von den Kindern mit einer Herkunft aus westlichen Industriestaaten lebte nur jedes zehnte in Raucherhaushalten.

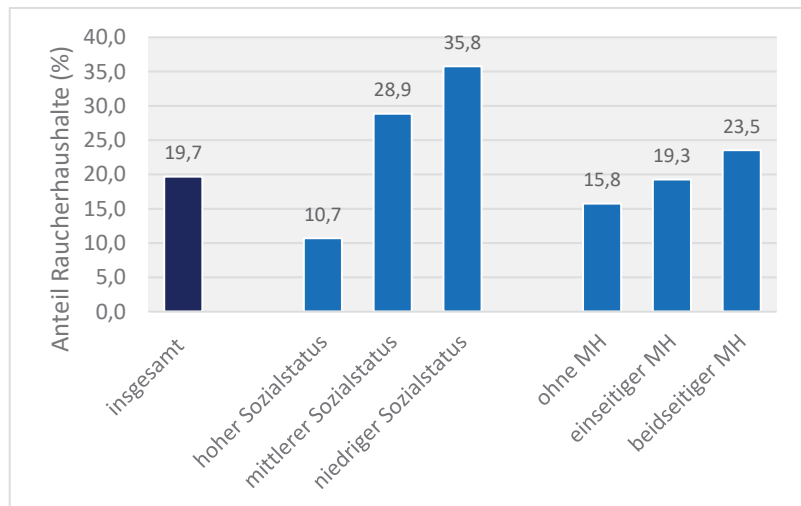


Abb. 20: Anteil der Raucherhaushalte nach Sozialstatus und Migrationshintergrund (MH) 2019 (%)

Auf Ebene der Bezirksregionen ist zusammenbetrachtet für die Jahre 2018 und 2019 mit 34,6% der höchste Anteil an Raucherhaushalten in Charlottenburg Nord zu finden, gefolgt von der Bezirksregion Mierendorffplatz (23,5%) und Barstraße (23,2%). Die wenigsten Raucherhaushalte gibt es in Westend (13,9%), Kantstraße (14,7%) und Heerstraße (14,8%).

5.4 Medienkonsum

Digitale Medien sind längst für die meisten Kinder und Jugendlichen aus dem Alltag nicht mehr wegzudenken. Dabei sind mit übermäßigem und unkontrollierten Medienkonsum Risiken für die frühkindliche Entwicklung von sprachlichen, kognitiven und motorischen Fähigkeiten verbunden. Auch steigt die Gefahr von Sehbeeinträchtigungen, Bewegungsmangel und Übergewicht [9]. Für Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren werden maximal 30 Minuten Medienzeit am Tag empfohlen [10].

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen werden die Eltern zum Medienverhalten der Kinder befragt. Dazu werden die Dauer des täglichen Konsums und der Besitz eigener elektronischer Medien erfasst. Haben Kinder im Vorschulalter ein eigenes elektronisches Gerät, besteht das Risiko von übermäßigem Medienkonsum außerhalb der elterlichen Einflussnahme.

Dauer des Medienkonsums

Im Vergleich zu Berlin zeigen die Kinder in Charlottenburg-Wilmersdorf insgesamt einen geringeren täglichen Medienkonsum, wie in Tabelle 8 aufgezeigt ist. Über 12% der Kinder konsumieren keinerlei Medien. Etwa zwei Drittel konsumieren weniger als eine Stunde täglich Medien. Der Anteil der Kinder, der täglich mehr als 2 Stunden Medien nutzt, lag 2018 bei 5% und 2019 bei 3,8% und damit unter dem Berlinweiten Wert von 6,4%.

Tab. 8: Medienkonsum 2018-2019

täglicher Medienkonsum	2018		2019		Berlin 2019
	n	%	n	%	%
kein Konsum	287	12,7	272	12,2	8,7
< 1 Stunde	1.459	64,4	1.495	67,2	62,2
< 2 Stunden	405	17,9	372	16,7	22,7
> 2 Stunden	113	5,0	86	3,8	6,4
Insgesamt	2.264	100,0	2.225	99,9	100,0

Wie für Berlin insgesamt zeigen sich auch für Charlottenburg-Wilmersdorf Zusammenhänge zwischen der Dauer des Medienkonsums und dem Sozialstatus bzw. Migrationshintergrund. Der Anteil der Kinder, der täglich mehr als 2 Stunden Medien konsumiert, war 2019 in der Gruppe der Kinder mit niedrigem Sozialstatus mit 12,9% deutlich höher als bei Kindern mit mittlerem (4,7%) und hohem Sozialstatus (1,8%). Hinsichtlich des Migrationshintergrundes lassen sich ähnliche Tendenzen ableiten: Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund nutzen Medien häufiger länger als 2 Stunden als Kinder mit einseitigem und ohne Migrationshintergrund. Dabei sind die Unterschiede weniger groß als beim Sozialstatus. Ein langer Medienkonsum von mehr als 2 Stunden täglich ist besonders bei Kindern arabischer Herkunft zu finden (15%).

Auf Ebene der Bezirksregionen zeigen Kinder in der Barstraße (7%), in Charlottenburg Nord (6,5%) und im Mierendorffplatz (6,5%) den längsten täglichen Medienkonsum.

Besitz eigener Medien

Fast jedes fünfte Kind besitzt im Vorschulalter bereits ein eigenes elektronisches Gerät, wie Abbildung 21 zusammengefasst für die Jahre 2018 und 2019 zeigt. Hierzu zählen neben Fernsehern (2,4%) auch andere Geräte, wie Smartphones und Spielekonsolen (13,4%). Damit zählt der Bezirk weiterhin zu den drei Bezirken mit den niedrigsten Quoten (Berlin 2019: 26,6%).

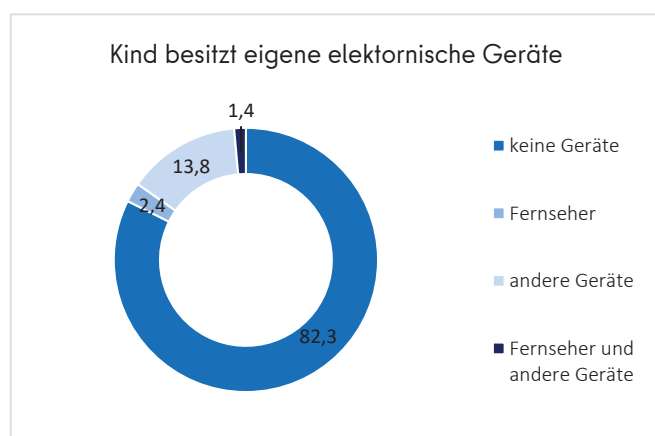


Abb. 21: Vorhandensein eigener elektronischer Geräte (2018-2019 zus.) (%)

Unterschiede lassen sich ebenfalls in Abhängigkeit vom Sozialstatus und Migrationshintergrund aufzeigen: Kinder mit mittlerem (22,1%) und niedrigem Sozialstatus (25,7%) verfügen häufiger über eigene elektronische Geräte als Kinder der obersten Statusgruppe (13,1%). Während jedes fünfte Kind mit beidseitigem Migrationshintergrund ein Gerät besitzt, trifft dies auf 14,7% der Kinder ohne Migrationshintergrund zu. Wie auch in den Vorjahren lassen sich keine Geschlechterunterschiede feststellen. Es zeigt sich weiterhin, dass Kinder von Alleinerziehenden häufiger eigene elektronische Geräte (23,2%) haben als Kinder, die bei beiden Elternteilen aufwachsen (17%).

Besitzen Kinder ein eigenes Gerät, konsumieren sie insgesamt häufiger Medien täglich (95%) als Kinder ohne eigenes Gerät (86%). Der Anteil der Kinder mit einer täglichen Medienkonsumdauer von über zwei Stunden ist bei den Kindern, die ein eigenes elektronisches Gerät haben mit 7% höher als bei Kindern ohne eigenes Gerät (3%).

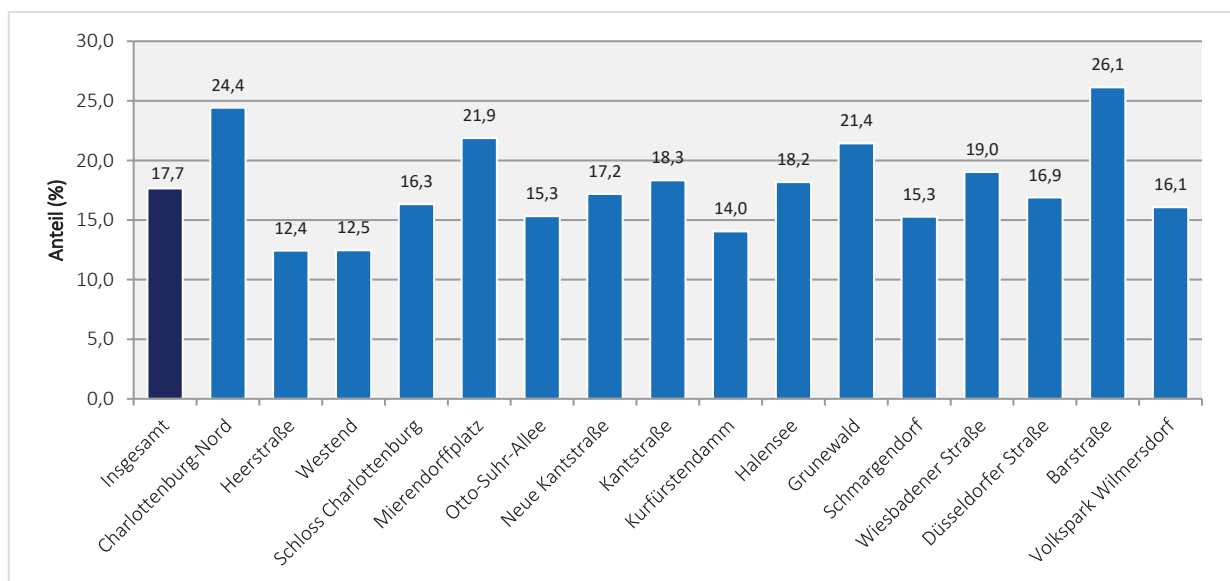


Abb. 22: Anteil der Kinder mit eigenen elektronischen Medien 2018-2019 nach Bezirksregionen (%)

Abbildung 22 stellt die Unterschiede in den Anteilen der Kinder mit eigenen Geräten auf Bezirksebene für die Jahre 2018 und 2019 dar. Die höchsten Anteile zeigen sich für die Barstraße (26,1%) und für Charlottenburg Nord (24,4%). In der Heerstraße und in Westend haben Kinder im Vergleich am seltensten ein eigenes elektronisches Gerät (12,5%).

Familiäres Risikoverhalten kumuliert in einigen Familien: So hatten Kinder 2019 in Raucherhaushalten häufiger ein eigenes elektronisches Gerät (26%) als Kinder in Nichtraucherhaushalten (16%) und tendenziell häufiger eine längere tägliche Medienkonsumdauer (36,6% vs. 16,3%).

6. Gesundheitliche Problemlagen

Die Erfassung von gesundheitlichen Problemlagen im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen liefert wertvolle Daten für die Identifizierung von Präventionsbedarfen hinsichtlich einzelner Zielgruppen und Sozialräume. Betrachtet werden dafür das Körpergewicht sowie der motorische, kognitive und sprachliche Entwicklungsstand der Kinder und die bisherige Inanspruchnahme von Therapien. Zur Beurteilung des Entwicklungsstandes werden die standardisierten 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 Jahren 2018 und 2019 keine Kinder, da alle zum Zeitpunkt der Untersuchung mindestens fünf Jahre alt waren. Die Testergebnisse werden jeweils durch die Ärztin bzw. den Arzt den Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“ und „auffällig“ zugeordnet¹⁰.

6.1 Körpergewicht

Während der Einschulungsuntersuchung wird der Body-Mass-Index (BMI) der Kinder gemessen und die Kinder entsprechend geschlechts- und altersspezifischer Kriterien¹¹ in die fünf Gruppen „deutlich untergewichtig“, „untergewichtig“, „normalgewichtig“, „übergewichtig“ und „adipös“ eingeteilt. Übergewicht kann erhöhten Blutdruck, Fettstoffwechselstörungen oder andere Gesundheitsfolgen begünstigen. Langanhaltendes Untergewicht bei Kindern kann psychische oder somatische Ursachen haben [11].

Der Anteil der Kinder in den fünf Gruppen ist für die betrachteten Jahre in etwa konstant geblieben. Mit 81,8% ist die Mehrzahl der Kinder ihrem Alter entsprechend im Einschulungsjahr 2019 normalgewichtig. 2,8% der Kinder waren stark untergewichtig und 7,5% untergewichtig. Übergewichtig im Vergleich zur Altersgruppe waren 7,8% der Kinder – davon 2,7% adipös. Im Berlinvergleich sind die untersuchten Kinder in Charlottenburg-Wilmersdorf etwas häufiger untergewichtig und seltener übergewichtig. Beim Anteil der Kinder mit Übergewicht belegt der Bezirk Rang 4.

Abbildung 23 stellt die Ergebnisse getrennt betrachtet für verschiedene Merkmale für die Jahre 2018 und 2019 zusammen dar. Für Jungen und Mädchen zeigen sich nur geringfügige Unterschiede: Jungen sind etwas häufiger normalgewichtig. Im Vergleich zu den Vorjahren haben die Mädchen die Jungen hinsichtlich des Anteils mit Übergewicht eingeholt.

Deutliche Zusammenhänge gibt es in Abhängigkeit vom Sozialstatus und Migrationshintergrund: Übergewicht ist bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus und mit beidseitigem Migrationshintergrund häufiger. Kinder der oberen Statusgruppe zeigen hingegen häufiger Untergewicht als Übergewicht.

¹⁰ Zur genaueren Methodik siehe auch Bettge und Oberwöhrmann 2018, S. 67f. [2].

¹¹ Nach Kromeyer-Hauschild [16]

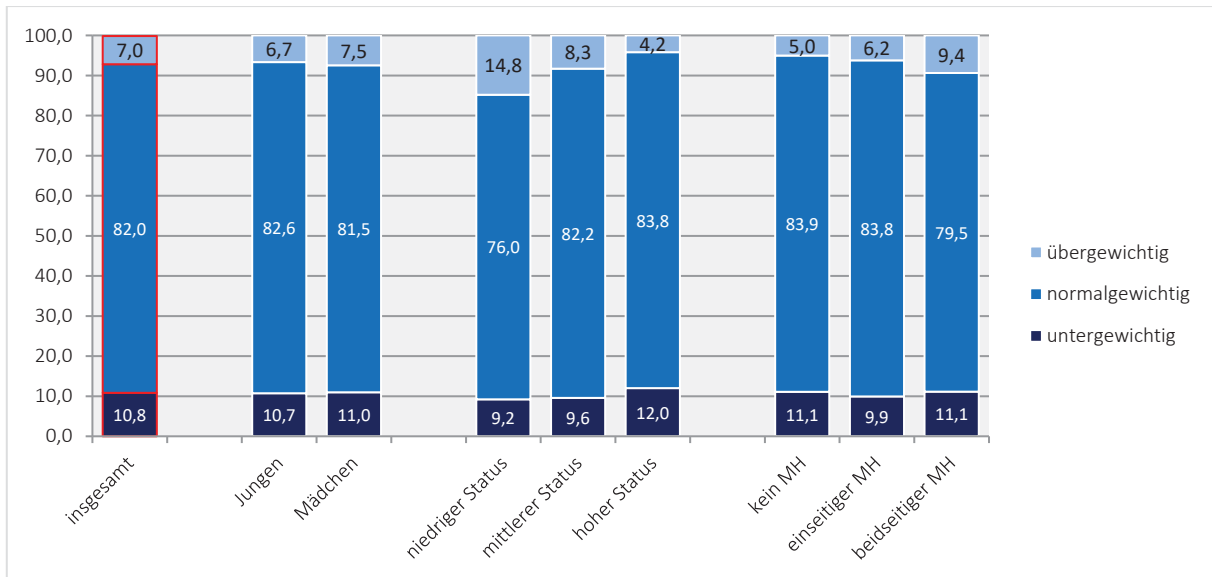


Abb. 23: Körpergewicht der Kinder nach Geschlecht, sozialer Lage und Migrationshintergrund (MH) (2018-2019 zus.) (%)

Ebenfalls zeigen sich Zusammenhänge mit der Kitabesuchsdauer: Kinder ohne Kitabesuch (15,1%) sind häufiger übergewichtig als Kinder mit einer langen Kitabesuchsdauer (7,1%).

Übergewicht und Adipositas sind zudem häufiger bei Kindern, die in Familien mit vermehrten Risikoverhalten leben. So haben Kinder, die in Raucherhaushalten leben und Kinder mit eigenen Medienengeräten / hohem Medienkonsum häufiger Übergewicht. Während von den Kindern, die keine Medien konsumieren, 3,7% einen erhöhten BMI haben, sind es bei den Kindern mit einem täglichen Medienkonsum von mehr als zwei Stunden 13,9%. Hingegen haben 13,7% der Kinder, die keine Medien konsumieren, Untergewicht. Von Kindern mit langer Medienkonsumdauer sind nur vereinzelte untergewichtig. Übergewichtige Kinder zeigen ferner häufiger Defizite im motorischen Entwicklungsbereich als Kinder ohne Übergewicht.

Der Anteil der Kinder mit Übergewicht und Adipositas ist einer von vier Indikatoren aus den Einschulungsuntersuchungen, die als *Kernindikatoren* für die Bezirksregionenprofile genutzt werden und berlinweit abgestimmte Grenzwerte haben. Die Einteilung erfolgt in drei Gruppen:

- keine Aufmerksamkeit wird empfohlen bei einem Anteil von weniger als 10%
- Aufmerksamkeit wird empfohlen bei einem Anteil zwischen 10% - 12%
- hohe Aufmerksamkeit wird empfohlen bei einem Anteil von mehr als 12%

Abbildung 24 zeigt für die Jahre 2018 und 2019 zusammengefasst, dass der Großteil der Bezirksregionen der untersten Aufmerksamkeitsstufe zugeordnet werden kann. Dabei ist Übergewicht in den Sozialräumen Kantstraße (3,1%) und Heerstraße (3,9%) am wenigsten prävalent. Mit einem Anteil von 12% liegt Charlottenburg Nord knapp am oberen Grenzwert der mittleren Stufe, sodass für diese Bezirksregion Aufmerksamkeit empfohlen wird. Auch im Berlinvergleich für 2019 zählt Charlottenburg Nord zu den Regionen mit dem größten Anteil an Kindern mit Übergewicht und Adipositas.

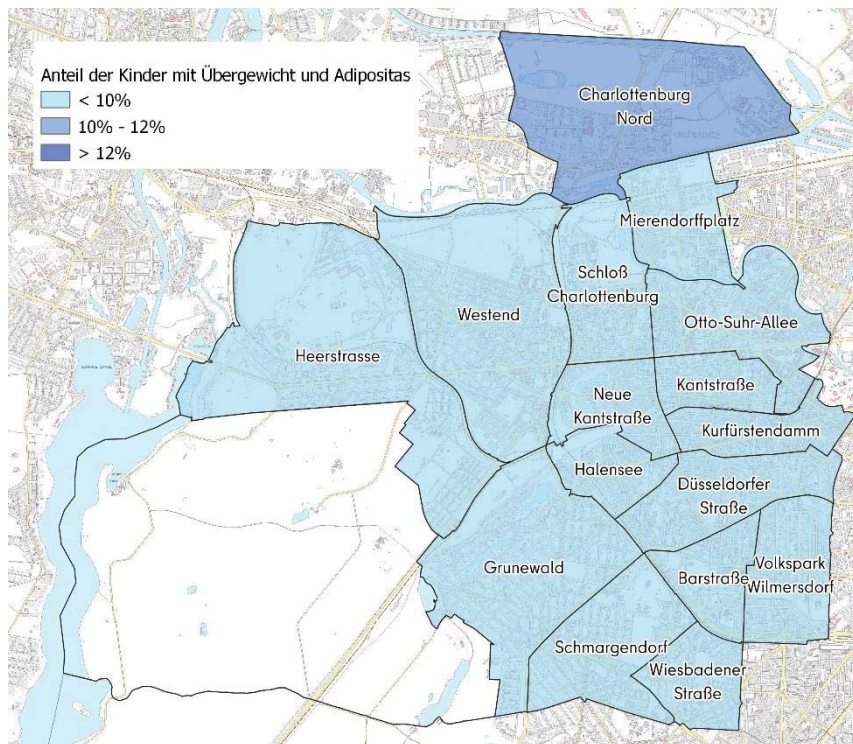


Abb. 24: Anteil der Kinder mit Übergewicht und Adipositas nach Bezirksregion (2018-2019 zus.) (%)

Mit Blick auf den Anteil der Kinder mit Untergewicht zeigt sich, dass es höher in den Wilmersdorfer Bezirksregionen Halensee (5,3%), Wiesbadener Straße (6,9%) und Grunewald (7,1%) ist (vgl. Tab. B im Anhang).

6.2 Motorische und kognitive Entwicklung

Motorische Entwicklung

Die motorische Entwicklung der Kinder wird mittels des S-ENS-Subtests „Körperkoordination“ (Grobmotorik) und des S-ENS-Subtests „Visuomotorik“ (visuelle Wahrnehmung und Feinmotorik) beurteilt. 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 kann. Feinmotorische Fähigkeiten werden über Gestaltrekonstruktion und -produktion (Auge-Hand-Koordination bei Strichzeichnungen) geprüft.

Die Ergebnisse zur motorischen Entwicklung sind in Tabelle 9 für die Jahre 2018 und 2019 getrennt nach Geschlecht dargestellt. Für beide Sub-Tests schneiden Jungen schlechter ab als Mädchen. 2019 zeigen 9,1% der Jungen Auffälligkeiten in der Körperkoordination; bei den Mädchen sind es 7,1%. In der Visuomotorik sind 15% der Jungen und 11,5% der Mädchen auffällig. Insgesamt haben sich die Vorschulkinder beider Geschlechter im Vergleich zu den Vorjahren in der Grob- sowie Feinmotorik verbessern können. Im Berlinvergleich erreichen sie für 2019 in beiden Sub-Tests die besten Ergebnisse.

Abbildung 25 und 26 zeigen den Anteil der Kinder mit auffälligen Testergebnissen bei der Körperkoordination bzw. Visuomotorik 2017 nach Sozialstatus, Migrationshintergrund, Geburtsort und Kitabesuchsdauer.

Tab. 9: Körperkoordination und Visuomotorik der Kinder nach Geschlecht 2018-2019 (%)

Jahr	Geschlecht	Körperkoordination (%)			Visuomotorik (%)		
		unauffällig	grenzwertig	auffällig	unauffällig	grenzwertig	auffällig
2018	männlich	71,1	15,6	13,3	73,0	10,7	16,3
	weiblich	75,3	14,7	10,0	78,2	9,5	12,3
	Bezirk insgesamt	73,1	15,1	11,7	75,5	10,1	14,4
2019	männlich	79,4	11,6	9,1	73,7	11,4	15,0
	weiblich	81,2	11,7	7,1	81,3	7,2	11,5
	Bezirk insgesamt	80,3	11,6	8,1	77,4	9,3	13,3
	Berlin insgesamt	74,0	14,0	12,1	69,1	11,5	19,4

Bezogen auf den Sozialstatus der Familie zeigen sich häufiger Auffälligkeiten bei Kindern mit niedrigerem Status für die Körperkoordination (9,4%) und insbesondere für die Visuomotorik (33,3%). Bei Kindern mit hohem Sozialstatus liegt der Anteil bei 7,8% bzw. 8,5%.

Unterschiede zeigen sich auch für den Migrationshintergrund: Etwas häufiger haben Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund (9,3%) Schwierigkeiten bei der Körperkoordination. Bezogen auf die Feinmotorik haben anteilig etwa doppelt so viele Kinder aus der Gruppe mit beidseitigem Migrationshintergrund auffällige Ergebnisse (18%) als Kinder ohne Migrationshintergrund (9,1%). Dabei zeigen insbesondere Kinder mit arabischer Herkunft (25%) schlechte Ergebnisse.

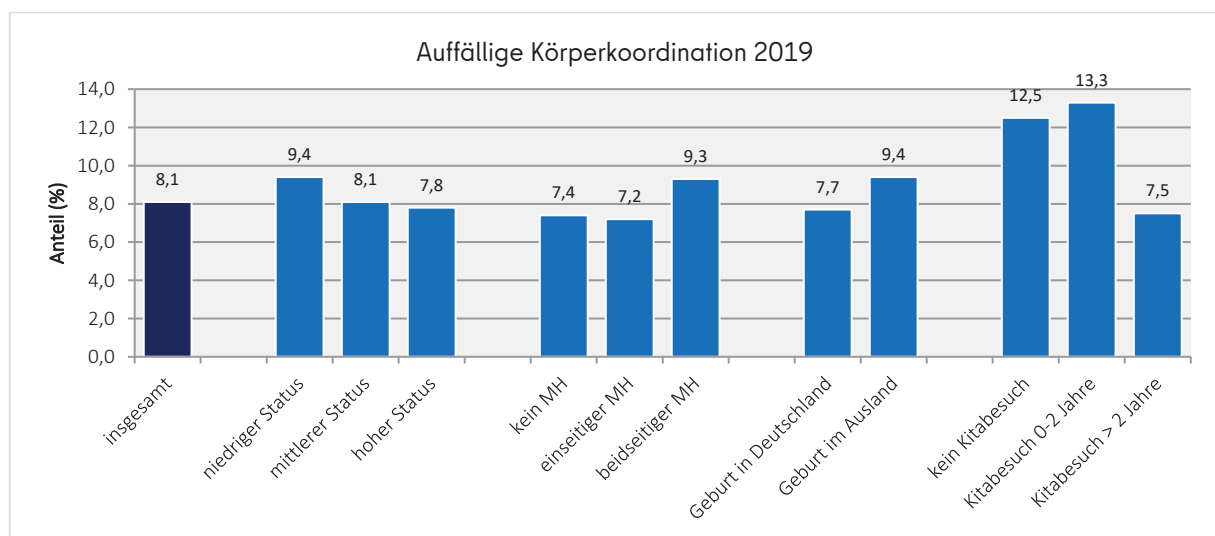


Abb. 25: Auffällige Befunde der Körperkoordination nach Sozialstatus, Migrationshintergrund, Geburtsort und Kitabesuchsdauer 2019 (%)

Kinder, die im Ausland geboren wurden, haben häufiger Auffälligkeiten in der Körperkoordination (9,4%) und in der Visuomotorik (17,3%). Förderlich für die koordinativen Fähigkeiten der Kinder ist zudem ein langer Kitabesuch von mindestens zwei Jahren.

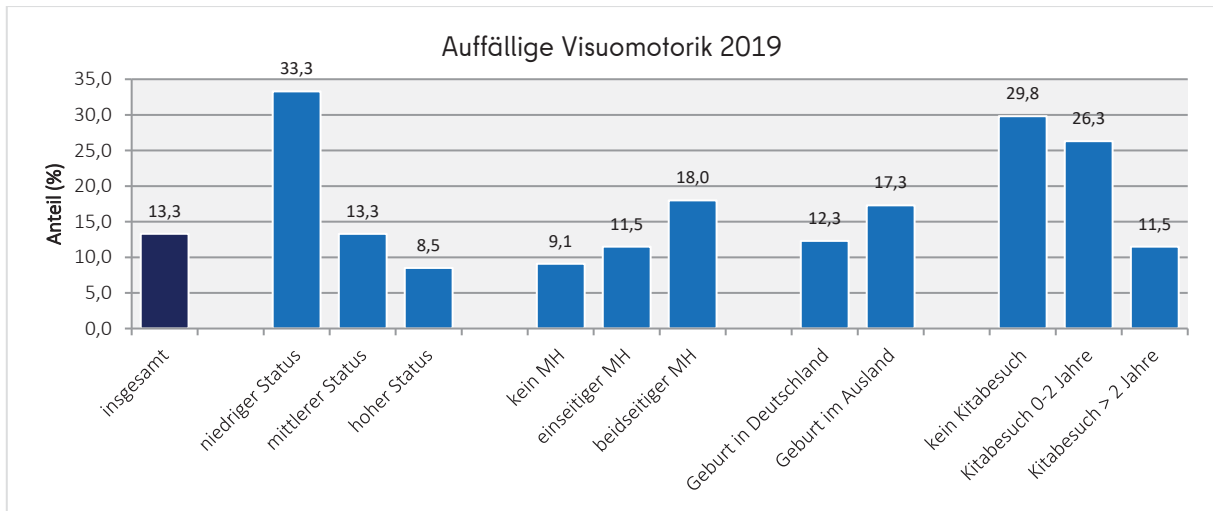


Abb. 26: Auffällige Befunde der Visuomotorik nach Sozialstatus, Migrationshintergrund, Geburtsort und Kitabesuchsdauer 2019 (%)

Regionale Unterschiede im motorischen Entwicklungsstand sind anhand des Anteils auffälliger Ergebnisse bei der Visuomotorik auf Ebene der Bezirksregionen für 2018 und 2019 zusammengefasst in Abbildung 27 abgebildet. Visuomotorik ist dabei ebenfalls ein *Kernindikator* aus den Bezirksregionenprofilen, sodass zur Beurteilung der Höhe des Anteils der Kinder mit auffälliger Visuomotorik die berlinweit abgestimmten Grenzwerte genutzt werden:

- keine Aufmerksamkeit wird empfohlen bei einem Anteil von weniger als 14%
- Aufmerksamkeit wird empfohlen bei einem Anteil zwischen 14% - 21%
- hohe Aufmerksamkeit wird empfohlen bei einem Anteil von mehr als 21%

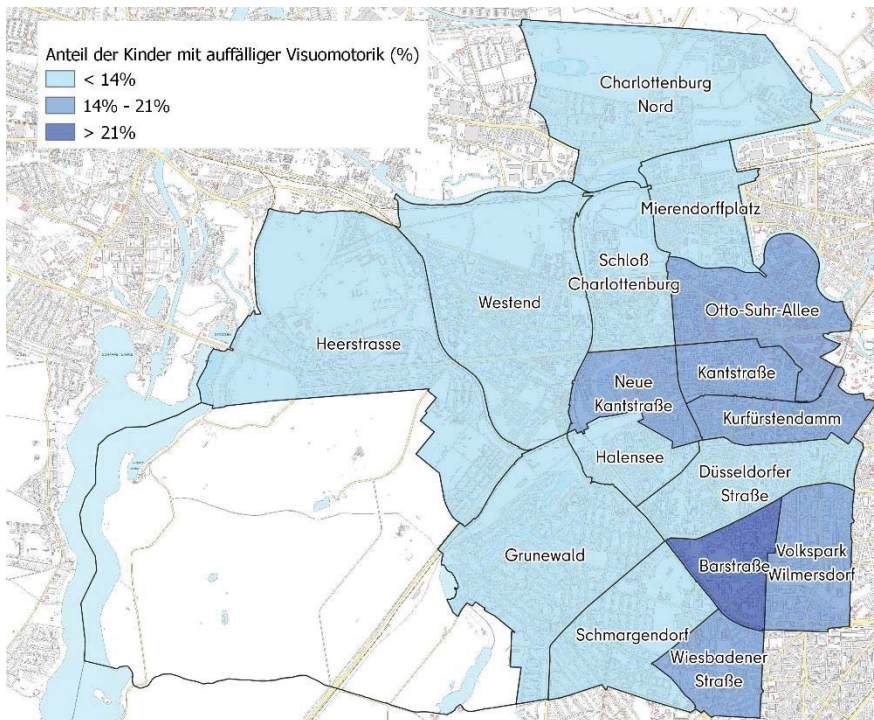


Abb. 27: Anteil der Kinder mit auffälliger Visuomotorik nach Bezirksregion (2018-2019 zus.) (%)

Abbildung 27 zeigt, dass die Barstraße mit 21,3% als einige Bezirksregion die höchste Aufmerksamkeitsstufe hat. Die Bezirksregionen Otto-Suhr-Allee, Kantstraße, Neue Kantstraße, Kurfürstendamm, Wiesbadener Straße und Volkspark Wilmersdorf sind der mittleren Aufmerksamkeitsstufe zugeordnet.

Für die übrigen Bezirksregionen wird keine Aufmerksamkeit empfohlen, wobei sich die geringsten Quoten für Kinder aus der Heerstraße und Westend mit etwa 7% zeigen.

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. Beim Test zur visuellen Wahrnehmung werden visuelle und schlussfolgernde Fähigkeiten des Kindes erfasst. Dafür soll es aus einer Auswahl von Mustern das zu einer Vorlage passende auswählen. Mit dem Test zum Mengenvorwissen werden erste mathematische Vorläuferfähigkeiten geprüft. Das Kind wird aufgefordert, kleine Mengen zu erfassen und einfache Mengen hinsichtlich ihrer Größe zu vergleichen.

Tabelle 10 gibt die Ergebnisse für die Jahre 2018 und 2019 differenziert nach Geschlecht wieder. Bei beiden Tests schneiden Mädchen besser ab als Jungen, wobei Mädchen im Test zum Mengenvorwissen häufiger grenzwertige Ergebnisse zeigen.

Insgesamt zeigen sich bei den Vorschulkindern schlechtere Werte für die visuelle Wahrnehmung, die sich jedoch im Vergleich mit den Vorjahren verbessern konnten. Beim Mengenvorwissen ist mit 5% ein vergleichsweise geringer Teil auffällig. Dieser Anteil ist im Zeitverlauf relativ gleichbleibend. Im Vergleich zu Berlin sind auch die Ergebnisse zur kognitiven Entwicklung überdurchschnittlich. Charlottenburg-Wilmersdorf hat im Bezirksvergleich den geringsten Anteil an Kindern mit auffälligen Ergebnissen bei der visuellen Wahrnehmung und liegt für das Mengenvorwissen auf dem zweitbesten Bezirksrang.

Tab. 10: Visuelle Wahrnehmung und Mengenvorwissen der Kinder nach Geschlecht 2018-2019 (%)

Jahr	Geschlecht	Visuelle Wahrnehmung (%)			Mengenvorwissen (%)		
		unauffällig	grenzwertig	auffällig	unauffällig	grenzwertig	auffällig
2018	männlich	77,9	9,7	12,4	84,9	9,5	5,6
	weiblich	79,5	9,4	11,1	82,9	12,0	5,1
	Bezirk insgesamt	78,6	9,6	11,8	83,9	10,7	5,4
2019	männlich	80,3	7,8	12,0	85,2	9,8	5,0
	weiblich	82,0	7,1	10,9	83,1	12,1	4,9
	Bezirk insgesamt	81,1	7,4	11,5	84,2	10,9	4,9
	Berlin insgesamt	67,4	13,7	18,9	73,8	16,8	9,4

Abbildung 28 und 29 zeigen den Anteil der Kinder mit auffälligen Testergebnissen bei der visuellen Wahrnehmung und dem Mengenvorwissen nach Sozialstatus, Migrationshintergrund, Geburtsort und Kitabesuchsdauer.

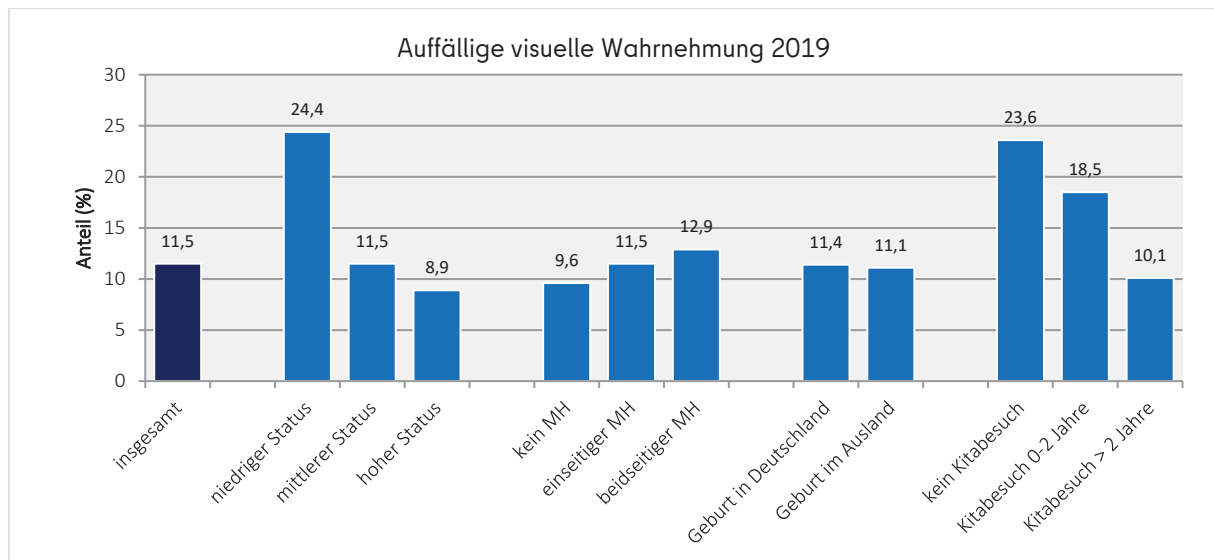


Abb. 28: Auffällige Befunde der visuellen Wahrnehmung nach Sozialstatus, Migrationshintergrund, Geburtsort und Kitabesuchsdauer 2019 (%)

Auch für den kognitiven Entwicklungsstand zeigen sich die bereits aufgezeigten Zusammenhänge mit den soziostrukturellen Merkmalen: Jedes vierte Kind mit niedrigem Sozialstatus hat unzureichende Ergebnisse bei der visuellen Wahrnehmung, während es bei Kindern mit hohem Sozialstatus 8,9% sind. Für das Mengenvorwissen schneiden Kinder mit niedrigem Status ebenfalls mit 16,3% deutlich schlechter ab.

Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund zeigen häufiger Auffälligkeiten in der visuellen Wahrnehmung und im Mengenvorwissen als Kinder mit einseitigem oder ohne Migrationshintergrund. Dabei spielt die Herkunft der Familie eine Rolle: Kinder mit arabischer oder türkischer Herkunft schneiden häufiger in beiden Tests schlechter ab. Hinsichtlich des Geburtsortes sind Unterschiede nur für das Mengenvorwissen vorhanden.

Der Kitabesuch hat wiederum einen positiven Einfluss: Kinder ohne Kitabesuch zeigen in 23,6% der Fälle Defizite in der visuellen Wahrnehmung; bei Kindern mit langer Besuchsdauer betrifft es nur jedes zehnte. Im Screeningverfahren Mengenvorwissen sind die Ergebnisse noch deutlicher.

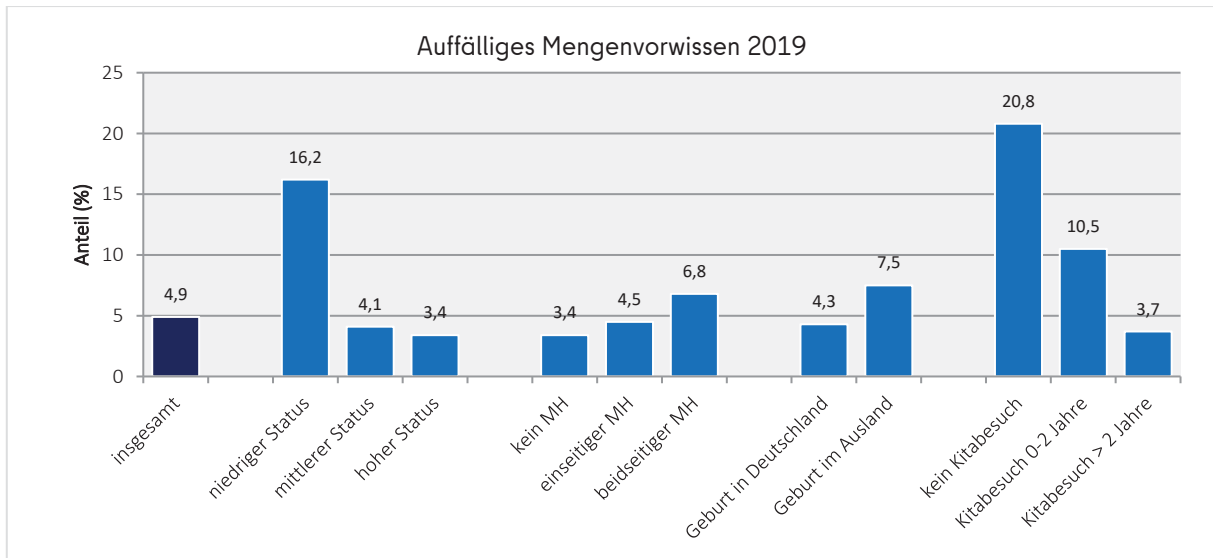


Abb. 29: Auffällige Befunde des Mengenvorwissens nach Sozialstatus, Migrationshintergrund, Geburtsort und Kitabesuchsdauer 2019 (%)

Als Beispiel für kleinräumige Unterschiede im kognitiven Entwicklungsstand ist in Abbildung 30 die visuelle Wahrnehmung kumuliert für die Jahre 2018 und 2019 aufgezeigt: Der größte Anteil an Kindern mit auffälliger visueller Wahrnehmung ist in den Bezirksregionen Kurfürstendamm (19,6%) und Barstraße (19,2%) zu finden. Die niedrigsten Quoten zeigen Westend und Heerstraße.

Auch beim Mengenvorwissen liegen die Sozialräume Kurfürstendamm (11,1%), Barstraße (10,1%) und Kantstraße (10%) im Regionalvergleich hinten (vgl. Tab. B im Anhang).

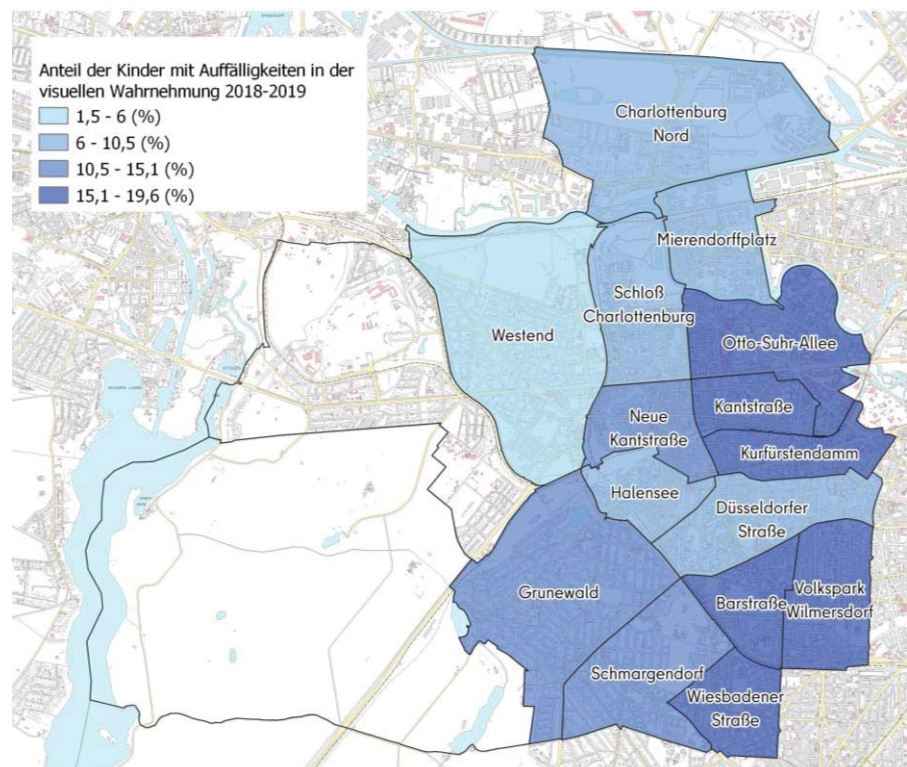


Abb. 30: Anteil der Kinder mit auffälliger visueller Wahrnehmung nach Bezirksregion (2018-2019 zus.) (%) * zu kleine Fallzahl für BZR Heerstraße

6.3 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“. Für die Auswertung werden nur Kinder deutscher Herkunft und Kinder nichtdeutscher Herkunft mit guten oder sehr guten Deutschkenntnissen betrachtet, da Kinder mit unzureichenden Deutschkenntnissen in den Tests benachteiligt sind [2].

Die einzelnen Testverfahren fokussieren verschiedene sprachliche Fähigkeiten: Beim Test „Pseudowörter nachsprechen“ werden den Kindern inhaltslose Wörter zum Nachsprechen vorgesagt, womit die Gedächtnisspanne und die Artikulationsgenauigkeit für unbekannte Begriffe geprüft wird. Im Test „Wörter ergänzen“ sind acht unvollständig genannte Wörter zu vervollständigen, um die Lautsynthetisierung zu Wörtern zu beurteilen. Ob das Kind grammatikalische Strukturen behalten und abrufen kann, wird mit dem Test „Sätze nachsprechen“ überprüft. Anhand von Bildkarten wird das Kind im Test „Pluralbildung“ aufgefordert zu der abgebildeten Einzahl die Mehrzahl zu bilden. Die Artikulation wird durch das Nachsprechen von zehn festgelegten Lautgruppen getestet.

Tab. 11: Sprachliche Entwicklung der Kinder nach Geschlecht 2018-2019 (%)*

Jahr	Geschlecht	Pseudowörter (%)			Wörter ergänzen (%)		
		unauffällig	grenzwertig	auffällig	unauffällig	grenzwertig	auffällig
2018	männlich	85,8	10,0	4,2	75,1	14,0	10,9
	weiblich	88,0	9,0	2,9	76,1	15,0	8,9
	Bezirk insgesamt	86,9	9,5	3,6	75,6	14,5	9,9
2019	männlich	83,6	12,2	4,2	71,1	15,7	13,2
	weiblich	88,1	9,4	2,5	77,2	12,7	10,0
	Bezirk insgesamt	85,8	10,8	3,4	74,2	14,2	11,6
	Berlin insgesamt	75,1	15,7	9,2	73,3	15,5	11,2

* ohne Kinder nichtdeutscher Herkunft mit schlechteren als guten Deutschkenntnissen

Tabellen 11 und 12 zeigen die Ergebnisse für die benannten sprachlichen Entwicklungstests nach Geschlecht für die Jahre 2018 und 2019. Für alle Tests schneiden Jungen, wie auch in den Vorjahren, schlechter ab als Mädchen. Eine Ausnahme bilden die Ergebnisse für 2018 der Tests „Sätze nachsprechen“ und „Pluralbildung“ – hier sind etwas mehr Mädchen auffällig.

Für den Test „Pseudowörter“ zeigen die Kinder im Bezirk Berlinweit die wenigsten Auffälligkeiten (3,4%), sodass der Bezirk auf Bezirksrang 1 liegt. Im Vergleich mit den Vorjahren sind die Ergebnisse stabil.

Im Test „Wörter ergänzen“ liegen die Kinder mit einem, im Vergleich zum Vorjahr gestiegenen, Anteil an auffälligen Ergebnissen von 11,6% im Jahr 2019 im Berliner Durchschnitt.

Mit dem Berlinitrend zeichnet sich für den Bezirk im Jahresvergleich ein steigender Anteil an Kindern mit Auffälligkeiten im Test „Sätze nachsprechen“ ab. 2019 war knapp jedes fünfte Kind auffällig, womit der Anteil höher liegt als in Berlin insgesamt (15,3%; Bezirksrang 9).

Auch im Bereich der Pluralbildung sind im Vergleich mit den Vorjahren zunehmende Probleme zu verzeichnen. Der Bezirk liegt hier mit einem Anteil von 14,9% für 2019 ebenfalls über dem Berliner Wert von 10,4% und damit auf Bezirksrang 8.

Tab. 12: Sprachliche Entwicklung der Kinder nach Geschlecht 2018-2019 (%)*

Jahr	Geschlecht	Sätze nachsprechen (%)			Pluralbildung (%)		
		unauffällig	grenzwertig	auffällig	unauffällig	grenzwertig	auffällig
2018	männlich	68,9	15,4	15,8	73,7	13,8	12,5
	weiblich	66,3	17,2	16,4	71,7	15,4	12,9
	Bezirk insgesamt	67,6	16,3	16,1	72,7	14,6	12,7
2019	männlich	66,2	13,7	20,1	67,9	15,9	16,2
	weiblich	69,0	12,6	18,3	73,0	13,3	13,7
	Bezirk insgesamt	67,6	13,2	19,2	70,4	14,6	14,9
	Berlin insgesamt	71,6	13,1	15,3	76,4	13,2	10,4

* ohne Kinder nichtdeutscher Herkunft mit schlechteren als guten Deutschkenntnissen

Abbildung 31 zeigt die Unterschiede hinsichtlich auffälliger Sprachbefunde in Abhängigkeit von verschiedenen Familienmerkmalen für die einzelnen Screeningverfahren. Insbesondere die Tests „Pluralbildung“ und „Sätze nachsprechen“ zeigen deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen betrachteten Gruppen. So sind Auffälligkeiten deutlich häufiger bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund (die gute Deutschkenntnisse haben), Geburtsort im Ausland, niedrigem Sozialstatus und einer Kitabesuchsdauer von weniger als 2 Jahren zu finden. Für den Test Pseudowörter sind die Ergebnisse teilweise auch gegensätzlich.

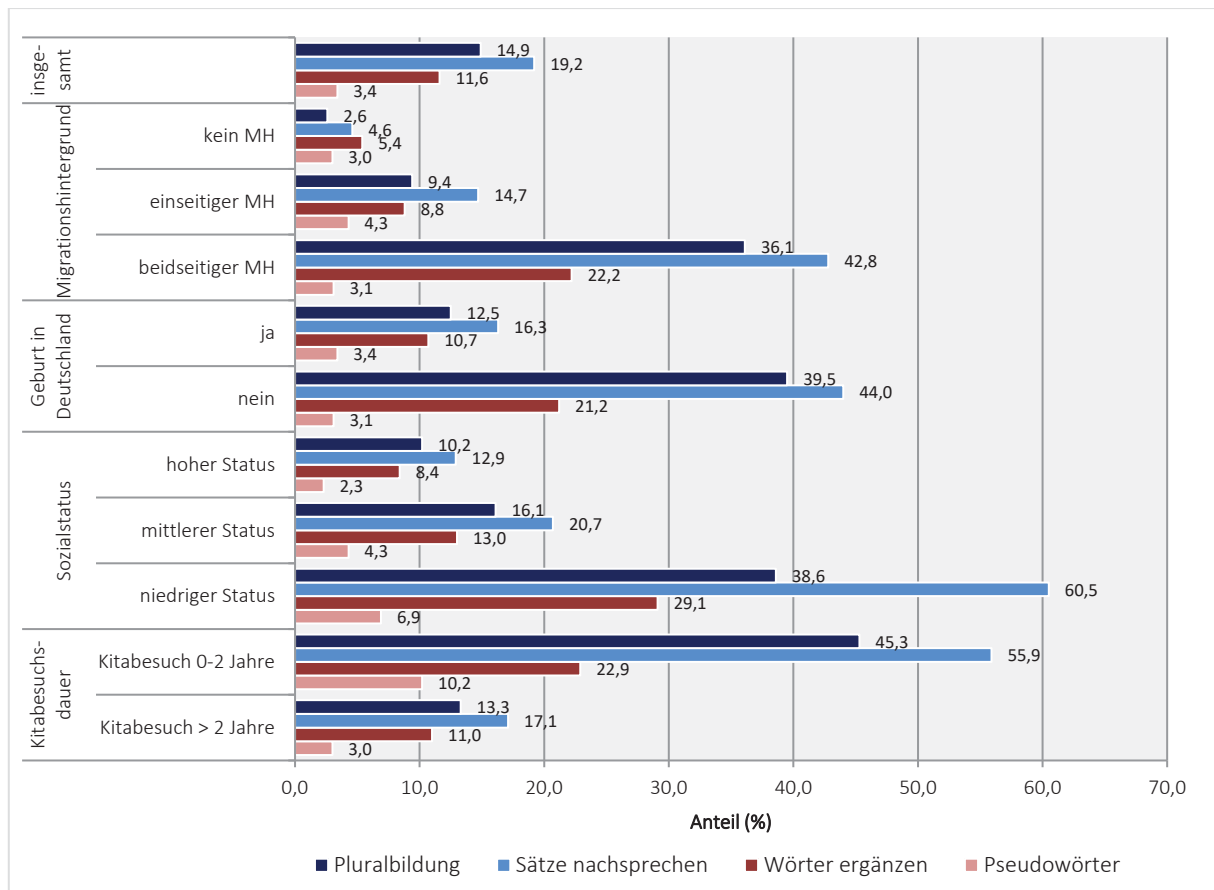


Abb. 31: Auffällige Befunde in den sprachdiagnostischen Tests nach Migrationshintergrund, Sozialstatus und Kitabesuchsdauer 2019 (%) * ohne Kinder nichtdeutscher Herkunft mit schlechteren als guten Deutschkenntnissen

In der sprachlichen Beurteilung der Kinder wird zusätzlich ein Artikulationstest genutzt, bei dem die Aussprache der Kinder hinsichtlich verschiedener Lautgruppen geprüft und Artikulationsfehler gezählt werden. In den letzten Jahren lässt sich ein kontinuierlicher Rückgang im Anteil der Jungen sowie auch Mädchen mit Artikulationsstörungen feststellen. Insgesamt sank der Anteil von 39,3% in 2015 auf 26,5% in 2019 (Tab. 13). Damit liegt Charlottenburg-Wilmersdorf im Berliner Mittelfeld (Berlin: 28,5%, Bezirksrang 7).

Tab. 13: Artikulationsstörungen der Kinder nach Geschlecht 2018-2019

Artikulationsfehler vorhanden	2018		2019	
	n	%	n	%
männlich	367	33,9	315	30,3
weiblich	250	24,7	232	22,7
insgesamt	617	29,5	547	26,5

Unterschiede im Anteil der Kinder mit mindestens einer Artikulationsstörung sind in Abhängigkeit vom Sozialstatus zu erkennen (Abb. 32): Ein Drittel der Kinder mit niedrigem Sozialstatus und 25% der Kinder mit hohem Sozialstatus zeigen Artikulationsstörungen. Für die anderen in Abbildung 27 gezeigten Merkmale sind die Ergebnisse konträr zu denen der anderen sprachdiagnostischen Tests: Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund und Kinder, die im Ausland geboren wurden zeigen

besser Ergebnisse als Kinder ohne Migrationshintergrund bzw. Kinder mit Geburtsort in Deutschland. Die Kitabesuchsdauer hat keinen eindeutig positiven Einfluss auf die Artikulationsfähigkeit.

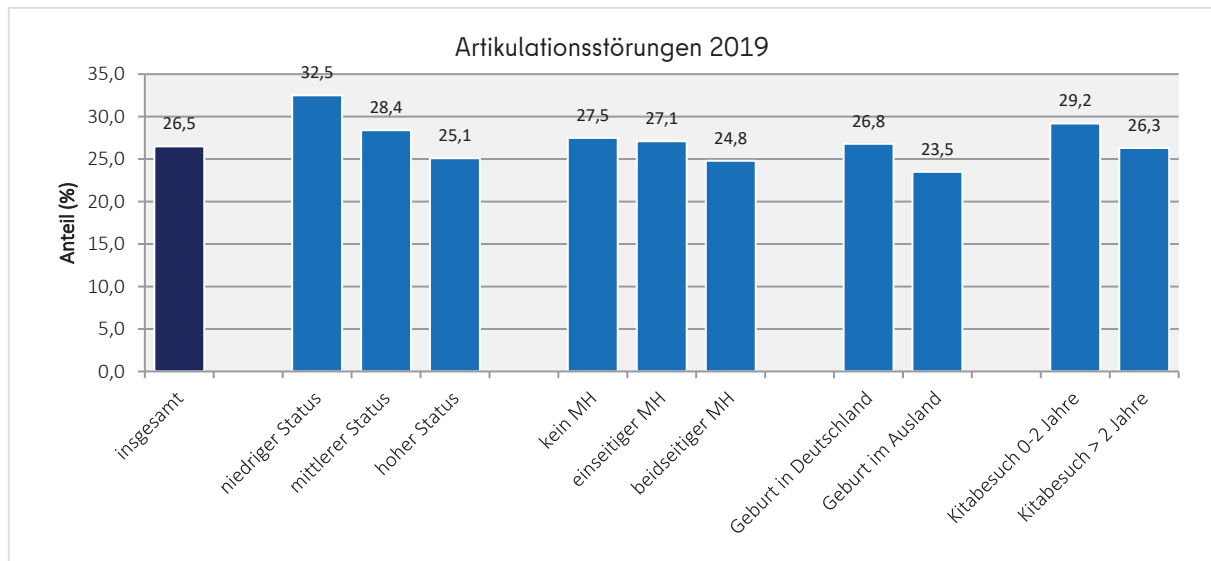


Abb. 32: Kinder mit Artikulationsstörungen nach Sozialstatus, Migrationshintergrund und Kitabesuchsdauer 2019 (%) * Ausgenommen sind Kinder ohne Kitabesuch aufgrund einer zu geringen Fallzahl.

Sprachdefizite

Der Indikator „Sprachdefizite“ bezieht sich nicht wie die anderen sprachdiagnostischen Testverfahren nur auf Kinder deutscher Herkunft und Kinder nichtdeutscher Herkunft mit guten oder sehr guten Deutschkenntnissen, sondern umfasst alle Kinder. Er kombiniert die Angaben zur sprachlichen Entwicklung aus dem 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 zeigen knapp 30% aller Kinder im Einschulungsjahr 2019 Sprachdefizite, wobei Jungen häufiger als Mädchen betroffen sind (Tab. 14). Damit ist der Anteil im Vergleich zu früheren Jahren gestiegen und der Bezirk liegt damit im Durchschnitt aller Berliner Bezirke (Berlin: 30,1%, Bezirksrang 5).

Als deutlicherer Einflussfaktor auf die Höhe des Anteils der Kinder mit Sprachdefiziten stellt sich der gestiegene Anteil der Kinder dar, der Probleme im Test „Sätze nachsprechen“ hat. Hingegen ist der Anteil der Kinder nichtdeutscher Herkunft mit ungenügenden Deutschkenntnissen, wie zuvor gezeigt, rückläufig.

Tab. 14: Sprachdefizite bei den Kindern nach Geschlecht 2018-2019

Sprachdefizite	2018		2019	
	n	%	n	%
männlich	339	27,3	379	31,4
weiblich	290	25,6	312	27,2
insgesamt	629	26,5	691	29,3

Sprachdefizite bestehen - in Übereinstimmung mit den bisherigen Ergebnissen zum sprachlichen Entwicklungsstand - insbesondere bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus (74,4%), bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund (59,9%), bei Kindern mit Geburtsort im Ausland (73,1%) und bei Kindern ohne Kitabesuch (83,5%) bzw. mit einer Kitabesuchsdauer von unter zwei Jahren (81,5%) (Abb. 33). Sprachdefizite haben in den vergangenen Jahren über alle Sozialstatusgruppen hinweg zugenommen - am deutlichsten für Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus.

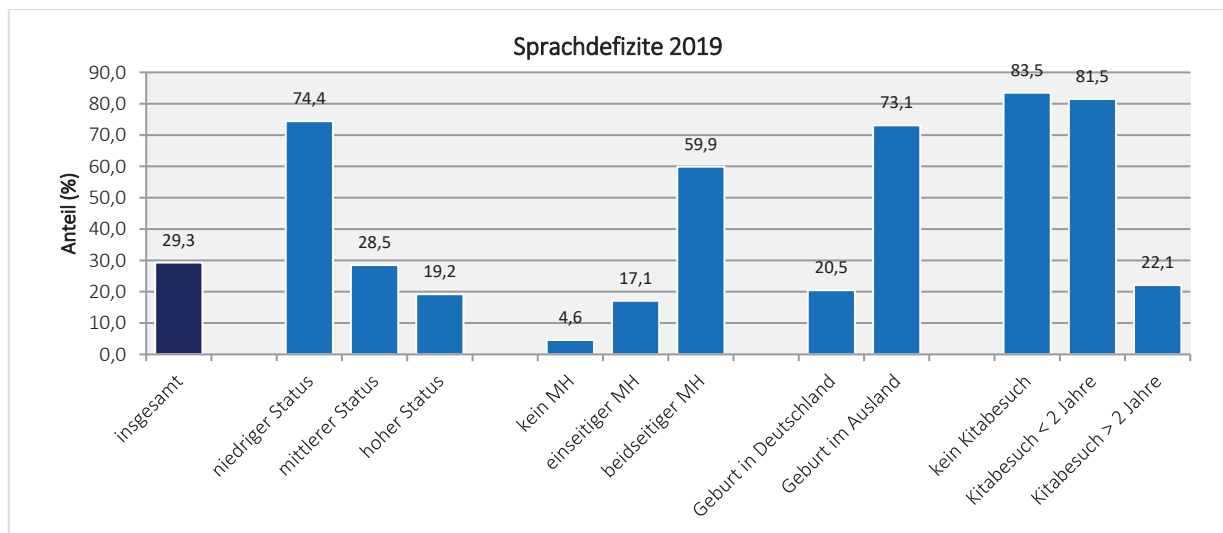


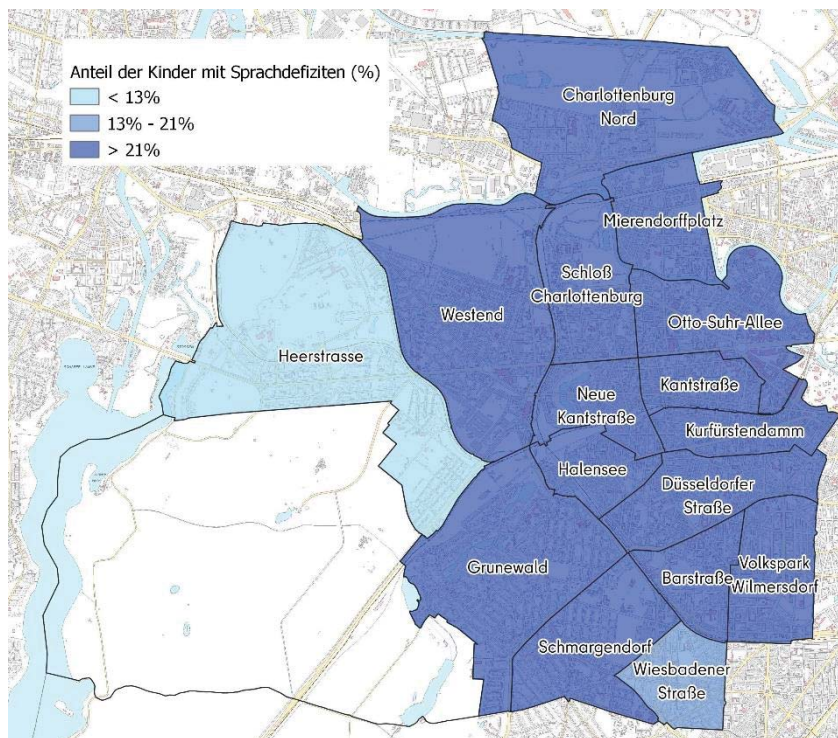
Abb. 33: Sprachdefizite bei den Kindern nach Sozialstatus, Migrationshintergrund und Kitabesuchsdauer 2019 (%)

Sprachdefizite sind zudem deutlich häufiger bei Kindern mit langer Medienkonsumdauer (> 2 Stunden täglich) zu finden. 72% der Kinder dieser Gruppe zeigen Sprachdefizite während es bei Kindern, die keine Medien konsumieren 16% sind. Kinder mit Sprachdefiziten haben auch häufiger Auffälligkeiten in den motorisch-kognitiven Entwicklungstests.

Die Verteilung des Anteils der Kinder mit Sprachdefiziten auf Ebene der Bezirksregionen zusammengefasst für 2018 und 2019 wird in Abbildung 34 dargestellt. Der Indikator Sprachdefizite wird als einer der *Kernindikatoren* für die Bezirksregionenprofile genutzt. Daher werden die für Berlin festgelegten Grenzwerte genutzt, um die Zuordnung der Bezirksregionen zu den drei Aufmerksamkeitsstufen zu ermöglichen:

- keine Aufmerksamkeit wird empfohlen für einen Anteil an Kindern mit Sprachdefiziten von weniger als 13%
- liegt der Anteil der Kinder zwischen 13 - 21% wird Aufmerksamkeit empfohlen
- überschreitet der Anteil 21% wird eine hohe Aufmerksamkeit empfohlen

Wie Abbildung 34 zeigt wird für alle bis auf zwei Bezirksregionen eine hohe Aufmerksamkeit empfohlen: Sprachdefizite sind weiterhin am häufigsten in der Bezirksregion Barstraße (41,6%) zu finden.



In der Kantstraße (35,8%), Charlottenburg Nord (34,9%) und der Otto-Suhr-Allee (34,4%) hat mehr als jedes dritte Kind Defizite in der deutschen Sprache. Die geringsten Quoten bestehen für die Sozialräume Heerstraße (12,2%) und Wiesbadener Straße (15,9%), sodass diese als einzige der niedrigsten bzw. der mittleren Aufmerksamkeitsstufe zugeordnet werden.

Abb. 34: Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten nach Bezirksregion 2018-2019 (%)

6.4 Inanspruchnahme von Therapien

Um zu erfahren, ob die Kinder bereits aufgrund von Entwicklungsverzögerungen oder -störungen im motorischen, sensorischen, kognitiven oder psychischen Bereich in Therapie waren bzw. sind, werden die Eltern während der Einschulungsuntersuchung gefragt, ob ihr Kind aktuell oder in der Vergangenheit in therapeutischer Behandlung ist/war. Es werden dabei die Therapiebereiche Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Psychotherapie erfasst.

2019 hatten insgesamt 24% aller Kinder therapeutische Erfahrungen. Wie Tabelle 15 zeigt, waren Jungen insgesamt häufiger als Mädchen in therapeutischer Behandlung. Der Anteil der Kinder in ergotherapeutischer Behandlung ist im Vergleich zu den Vorjahren weiter gestiegen; für die anderen Therapieformen ist er relativ konstant geblieben. Wie in den Vorjahren auch, macht die Logopädie die häufigste Therapieform aus (16,2%). In psychotherapeutischer Behandlung sind mit 2,3% die wenigsten Kinder.

Für alle Therapiebereiche liegt der bezirkliche Anteil unterhalb des Berliner Anteils und Charlottenburg-Wilmersdorf rangiert jeweils auf den vorderen Bezirksrängen.

Tab. 15: Bisherige Inanspruchnahme von Therapien durch die Kinder 2018 und 2019

Therapie		2018		2019		Berlin 2019 %
		n	%	n	%	
Physiotherapie	männlich	61	4,8	56	4,6	
	weiblich	53	4,6	41	3,5	
	insgesamt	114	4,7	97	4,0	5,8
Ergotherapie	männlich	125	9,8	131	10,7	
	weiblich	51	4,4	48	4,1	
	insgesamt	176	7,3	179	7,5	8,8
Logopädie	männlich	283	22,3	245	20,0	
	weiblich	149	12,9	155	13,2	
	insgesamt	432	17,8	400	16,7	19,0
Psychotherapie	männlich	39	3,1	33	2,7	
	weiblich	28	2,4	22	1,9	
	insgesamt	67	2,8	55	2,3	3,1

Wie hoch die Inanspruchnahme von therapeutischen Behandlungen unabhängig des Bereiches ist, wird in Abbildung 35 für die Einschulungsjahrgänge 2018 und 2019 zusammen nach verschiedenen Familienmerkmalen betrachtet.

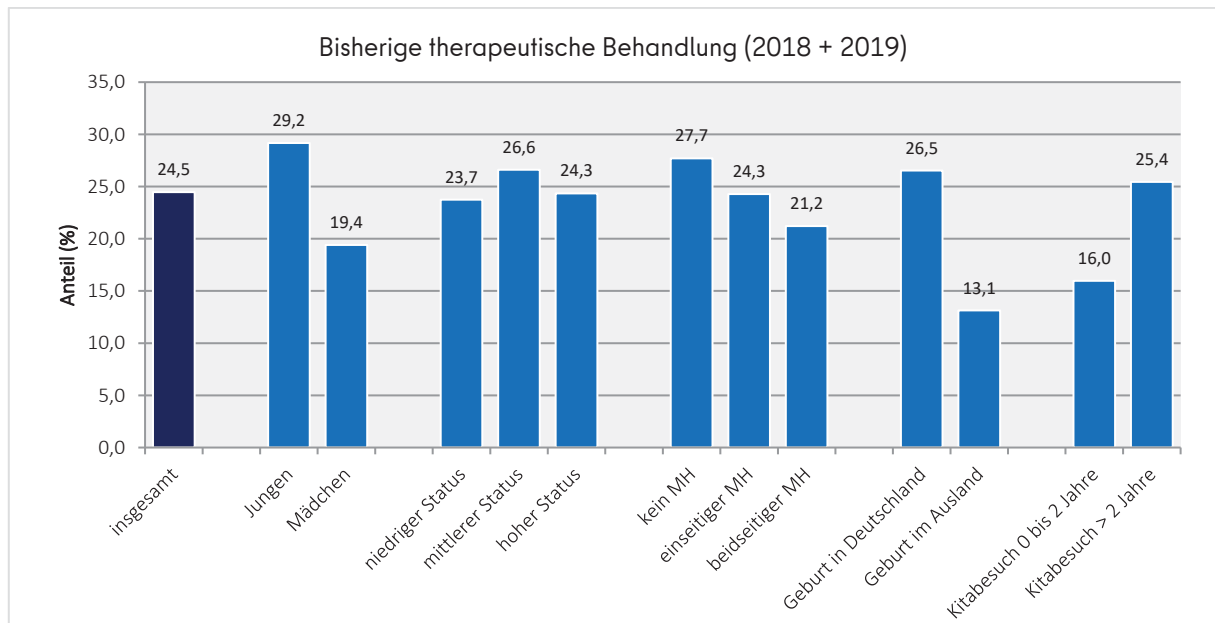


Abb. 35: Anteil der Kinder mit bisheriger Inanspruchnahme von Therapien (2018 & 2019 zus.) (%)

Insgesamt hat jedes vierte Kind (24,5%) bereits therapeutische Erfahrung gesammelt. Damit zählt Charlottenburg-Wilmersdorf zu den Bezirken mit vergleichsweise niedrigen Quoten (Berlin 2019: 27,4%; Bezirksrang 4).

Jungen waren deutlich häufiger in Therapie als Mädchen und erhielten auch häufiger therapeutische Behandlungen aus mehr als einem Bereich (Jungen: 8% vs. Mädchen: 3,2%).

Für den Sozialstatus zeigen sich keine auffälligen Unterschiede. Therapieerfahrung zeigen häufiger Kinder ohne Migrationshintergrund (27,7%) und Kinder, die in Deutschland geboren wurden (26,5%) als Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund (21,2%) bzw. mit Geburtsort im Ausland (13,1%). Die Kita als Ort mit pädagogischen Fachkräften scheint einen Einfluss zu haben, inwieweit mögliche Entwicklungsverzögerungen erkannt werden: Kinder mit langem Kitabesuch haben häufiger Therapieerfahrung (25,4%) als Kinder mit keinem/einem kürzeren Kitabesuch (16%).

Auf kleinräumiger Ebene zeigen die Ergebnisse für 2018 und 2019, dass vor allem in den Bezirken Wiesbadener Straße (32,8%) und Charlottenburg Nord (31,1%) Therapiekontakte bestanden (vgl. Tab. B im Anhang).

7. 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 getroffen 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 in den Bereichen körperlich-motorische Entwicklung, Sprechen und Sprache, Visuelle Wahrnehmung, Visuomotorik, emotionale und soziale Entwicklung sowie Lernen haben. Fachkräfte in den Kitas und Schulen werden 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 16 zeigt, dass der Anteil der Kinder mit schulischem Förderbedarf in Charlottenburg-Wilmersdorf¹² im Vergleich zu den Vorjahren für 2019 auf 30,6% leicht gesunken ist. Es zeigen deutlich mehr Jungen als Mädchen Förderbedarfe. Sonderpädagogische Förderung wurden 2019 für 2,3% der Kinder empfohlen.

Tab. 16: Empfohlener Förderbedarf nach Geschlecht 2018-2019

Förderbedarf		2018		2019	
		n	%	n	%
Schulischer Förderbedarf	männlich	476	37,0	429	34,6
	weiblich	332	28,5	310	26,4
	insgesamt	808	33,0	739	30,6
Sonderpädagogischer Förderbedarf	männlich	41	3,2	42	3,4
	weiblich	19	1,6	14	1,2
	insgesamt	60	2,4	56	2,3

Der Anteil der Kinder, der in den Einschulungsjahrgängen 2018 und 2019 eine schulische Förderempfehlung bekommen hat, ist nach den einzelnen Förderbereichen in Abbildung 36 dargestellt. Entsprechend der prävalenten Sprachauffälligkeiten in den Entwicklungsdiagnostischen Tests wird 20% aller Kinder ein schulischer Förderbedarf im Bereich Sprache bescheinigt. Etwa jedes zehnte Kind zeigt Bedarfe in den erreichten Visuomotorik, visuelle Wahrnehmung und emotional-soziale Entwicklung. Im Vergleich mit den Vorjahren ist der Anteil der Kinder mit schulischem Förderbedarf

¹² Durch die SenGPG werden keine Vergleichswerte für Berlin ausgewiesen [1].

für alle Bereiche gesunken (ausgenommen: Lernen). Insgesamt bekommen Jungen für allen Förderbereichen häufiger eine Empfehlung als Mädchen. Gut 60% der Kinder sind förderbedürftig in einem Förderbereich; jeweils weitere 20% in zwei Bereichen und in mindestens drei Förderbereichen.

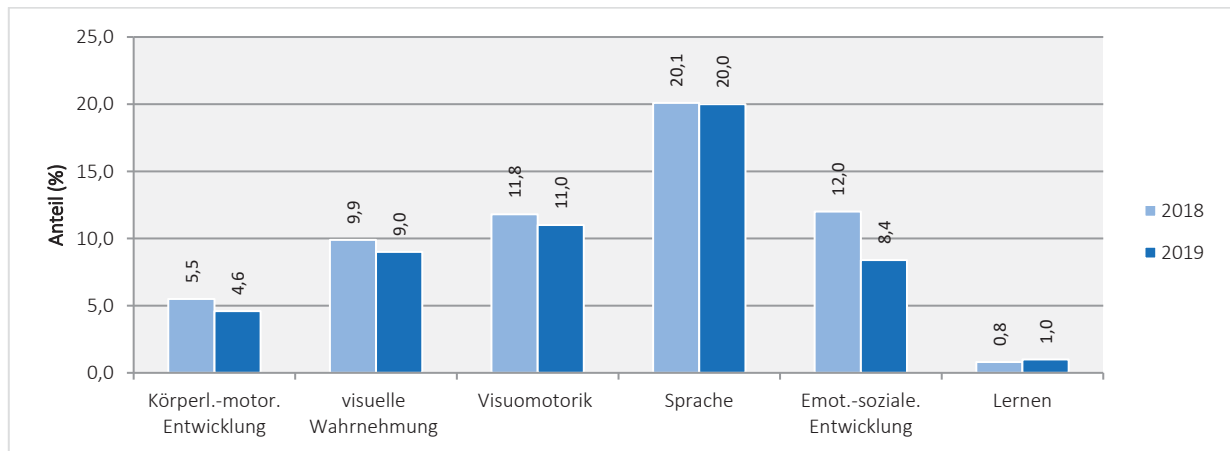


Abb. 36: Kinder mit schulischem Förderbedarf nach Förderbereichen 2018-2019 (%)

Die schon für die Entwicklungsscreenings gezeigten Zusammenhänge mit verschiedenen soziodemografischen Merkmalen zeigen sich auch für die Empfehlung einer oder mehrerer schulischer Förderungen durch den KJGD (vgl. Abbildung 37). Kindern mit niedrigem Sozialstatus, mit beidseitigem Migrationshintergrund, Geburtsort im Ausland sowie keinem Kitabesuch bzw. einer Kitabesuchsdauer von weniger als zwei Jahren erhalten häufiger eine Empfehlung zur schulischen Förderung.

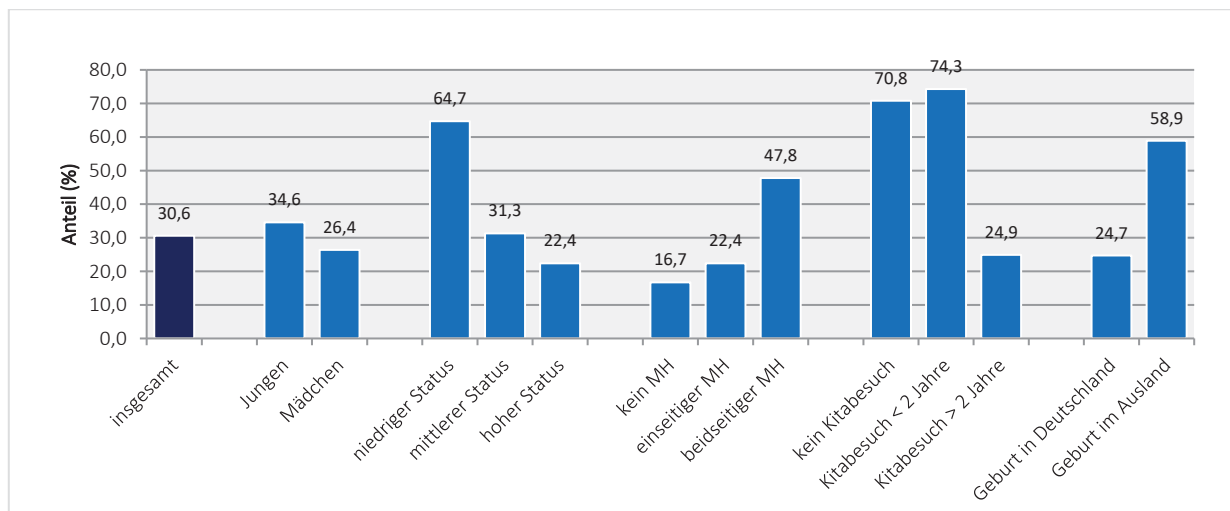


Abb. 37: Kinder mit schulischem Förderbedarf nach soziodemografischen Merkmalen 2019 (%)

Die kleinräumige Verteilung des Anteils der Kinder mit schulischen Förderbedarf unterscheidet sich zum Teil deutlich und wird in Abbildung 38 dargestellt.

Der Anteil ist weiterhin am höchsten für die Bezirksregion Barstraße: Knapp die Hälfte der dort wohnenden Kinder erhielt eine Empfehlung. Im Zeitvergleich zum Vorbericht lassen sich gestiegene Anteile für die Bezirksregionen Mierendorffplatz (37,7%) und Otto-Suhr-Allee (35%) finden, gesunkene Anteile verzeichnen Kurfürstendamm (31,5%), Halensee (34,8%) und Volkspark Wilmersdorf (28,7%).

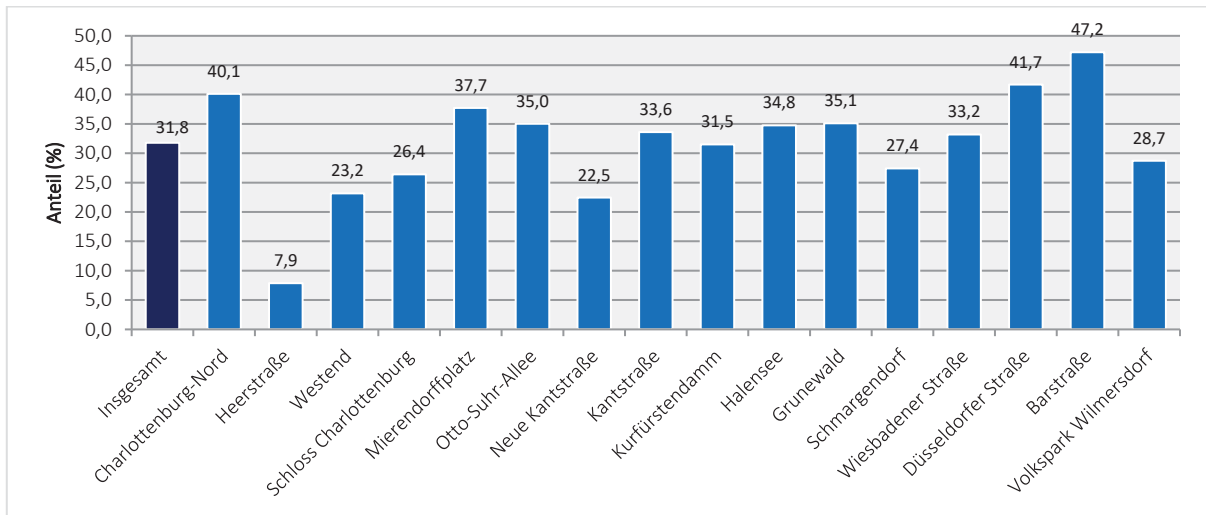


Abb. 38: Anteil der Kinder mit schulischem Förderbedarf nach Bezirksregionen (2018-2019 zus.) (%)

8. Rücksteller aus den Untersuchungsjahren

In jedem Einschulungsjahrgang gibt es Kinder, die auf Grundlage der Einschulungsuntersuchung vom Schuleintritt zurückgestellt werden und ein weiteres Jahr in der Kitabetreuung verbleiben. Gründe für eine Rückstellung lassen sich aus den vorhandenen Daten nicht explizit herausstellen. Die untersuchende Ärztin bzw. der untersuchende Arzt des KJGD gibt aufgrund der Beurteilung der Fähigkeiten und des Entwicklungsstandes des Kindes eine Empfehlung für eine Rückstellung. Die tatsächliche Rückstellung erfolgt durch das Schulamt.

Im Jahr 2018 traf dies auf 9,2% (n= 226) und im Jahr 2019 auf 9,9% (n=240) der Kinder zu. Dabei sind die Kinder häufig im jüngeren Alter: 25% der Kinder im Alter von fünf bis fünfeneinhalb Jahren wurden 2019 zurückgestellt während es von den über Sechsjährigen nur 2,6% waren.

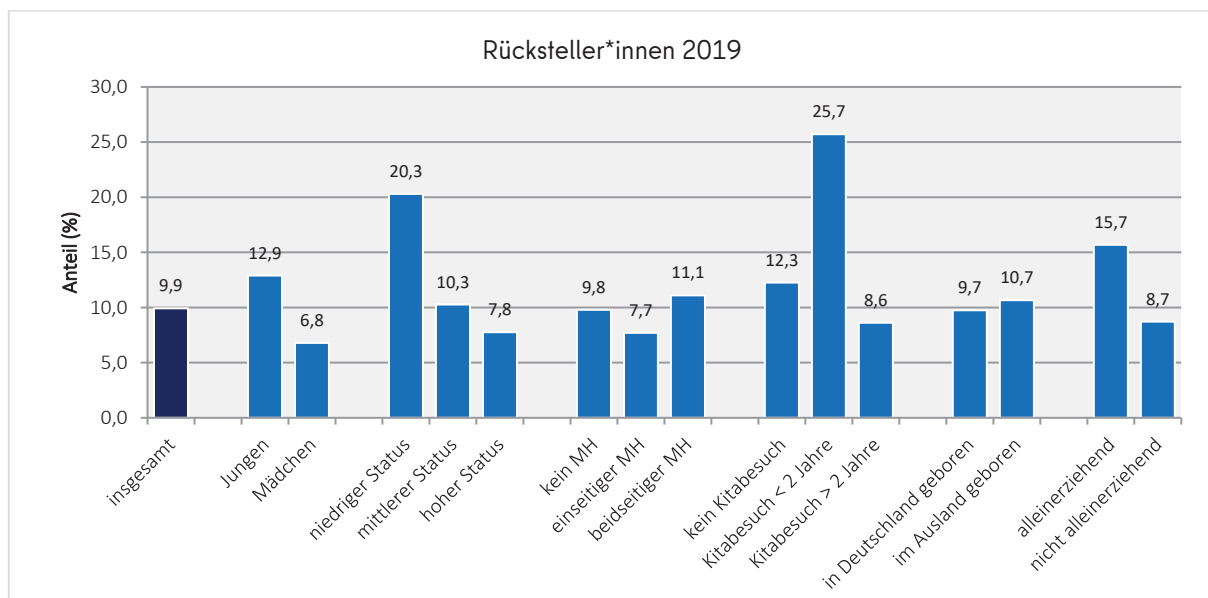


Abb. 39: Zurückgestellte Kinder in Abhängigkeit vom Sozialstatus, Migrationshintergrund und der Kitabesuchsdauer 2017 (%)


Es werden deutlich mehr Jungen als Mädchen zurückgestellt (vgl. Abb. 39). Hinsichtlich der einzelnen soziodemografischen Merkmale der Kinder zeigen sich entsprechende Zusammenhänge: Jedes fünfte Kind mit niedrigem Sozialstatus des Einschulungsjahrgangs 2019 wurde vom Schulamt zurückgestellt – während dies bei Kindern mit hohem Sozialstatus mit 7,8% weniger Kinder betraf. Zusammenhänge mit dem Migrationshintergrund und dem Geburtsort sind weniger deutlich. Kinder mit einer langen Kitabesuchsdauer werden seltener zurückgestellt (8,6%) als Kinder ohne Kitabesuch (12,3% und mit einer Kitabesuchsdauer von weniger als zwei Jahren (25,7%).

Weiterhin scheint die Familienkonstellation Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer Rückstellung zu haben: Von Kindern, die bei Alleinerziehenden aufwachsen sind 15,7% Rücksteller - bei Kindern, die bei beiden Elternteilen aufwachsen sind es 8,7%.

Auf kleinräumiger Ebene zeigen die Bezirksregionen Charlottenburg Nord (12,5%), Neue Kantstraße (11,7%), Barstraße (11,6%) und Wiesbadener Straße (11,3%) die größten Rückstellerquoten für die Jahre 2018 und 2019 zusammengefasst (vgl. Tab B im Anhang). Die niedrigsten Quoten mit unter 8% zeigen Halensee, Schmargendorf und Düsseldorfer Straße.

9. Index Gesundheitliche Herausforderung

Um über die gezeigten Einzelindikatoren hinaus auf kleinräumiger Ebene auch gesundheitliche Mehrfachbelastungen zu verdeutlichen, wurde durch die Gesundheitsberichterstatterinnen und -er-statter der Berliner Bezirke ein Index Gesundheitliche Herausforderung¹³ entwickelt. Er bündelt ins- gesamt 10 Einzelindikatoren aus den Einschulungsuntersuchungen zur Beschreibung der gesund- heitlichen Lage der Vorschulkinder und ergänzt damit sinnvoll die vier in den Bezirksregionenprofi- len enthaltenen Einzelindikatoren aus den Einschulungsdaten. Dabei werden die letzten drei ESU- Jahrgänge 2017 bis 2019 – analog zu den Kernindikatoren – zusammengefasst betrachtet, um die teilweise deutlichen zeitlichen Schwankungen in der Rangplatzierung zu mitteln. Ziel ist es, Bezirks- regionen hinsichtlich möglicher Mehrfachbelastungen in verschiedenen Themenbereichen zu ver- gleichen, um sozialräumliche Handlungsbedarfe herauszustellen¹⁴. Folgende vier Themenbereiche werden mit den Indikatoren in einem Index abgebildet:

1. Index Risikoverhalten
 2. Index Impfen
 3. Index Gesundheit
 4. Index Entwicklung und Teilhabe
- 
- Index Gesundheitliche Herausforderung

Für die Berechnung der Indices wird in einem ersten Schritt für jeden Einzelindikator eine Rangreihe der 16 Bezirksregionen gebildet. Ein hoher Rangplatz bedeutet dabei stets eine günstige Merk- malsausprägung, d.h. Rang 1 entspricht der günstigsten Ausprägung und Rang 16 der ungünstigs- ten Ausprägung. In einem zweiten Schritt wird für jeden Themenbereich der Mittelwert der Rang- plätze pro Bezirksregion berechnet und damit der Indexwert gebildet. Der *Gesamtindex Gesund- heitliche Herausforderung* ergibt sich schließlich aus der Zusammenführung der vier Indices und bildet den Mittelwert der Rangplätze über alle 10 Einzelindikatoren ab. Die resultierenden Index- werte werden vier Gruppen zugeordnet:

- Gruppe 1 = im Vergleich niedrigste gesundheitliche Herausforderung (mittlerer Rang 1-4)
- Gruppe 2 = im Vergleich niedrige gesundheitliche Herausforderung (mittlerer Rang 5-8)
- Gruppe 3 = im Vergleich erhöhte gesundheitliche Herausforderung (mittlerer Rang 9-12)
- Gruppe 4 = im Vergleich hohe gesundheitliche Herausforderung (mittlerer Rang 13-16)

¹³ Orientiert am Basisgesundheitsbericht Bochum 2017 [15].

¹⁴ Da noch nicht alle Bezirke den Index für sich gebildet haben, sind überbezirkliche Vergleiche aller Bezirksregionen derzeit nicht möglich.

9.1 Index Risikoverhalten

Der Index Risikoverhalten¹⁵ umfasst die beiden Merkmale *Anteil der Raucherhaushalte* und *Anteil der Kinder, die ein eigenes elektronisches Gerät besitzen* als mögliche Hinweise für ein familiäres Risikoverhalten.

Die Bezirksregion Westend belegt im Mittel beider Indikatoren für die Jahre 2017 bis 2019 zusammengefasst den besten Rangplatz 2, gefolgt von dem Bezirksregionen Heerstraße (mittlerer Rangplatz 3) (vgl. Abb. 40). Das im Vergleich niedrige Risikoverhalten spiegelt sich in der Zuordnung dieser Bezirksregionen zur Gruppe 1 wider. Die Bezirksregionen Charlottenburg Nord, Barstraße und Mierendorffplatz (mittlerer Rangplatz 16, 15 und 14) liegen für die Einschulungsuntersuchungen der betrachteten Jahrgänge im Mittel auf den hinteren Rangplätzen, sind damit der letzten Gruppe zugeordnet und zeigen entsprechend im Vergleich häufiger familiäres Risikoverhalten.

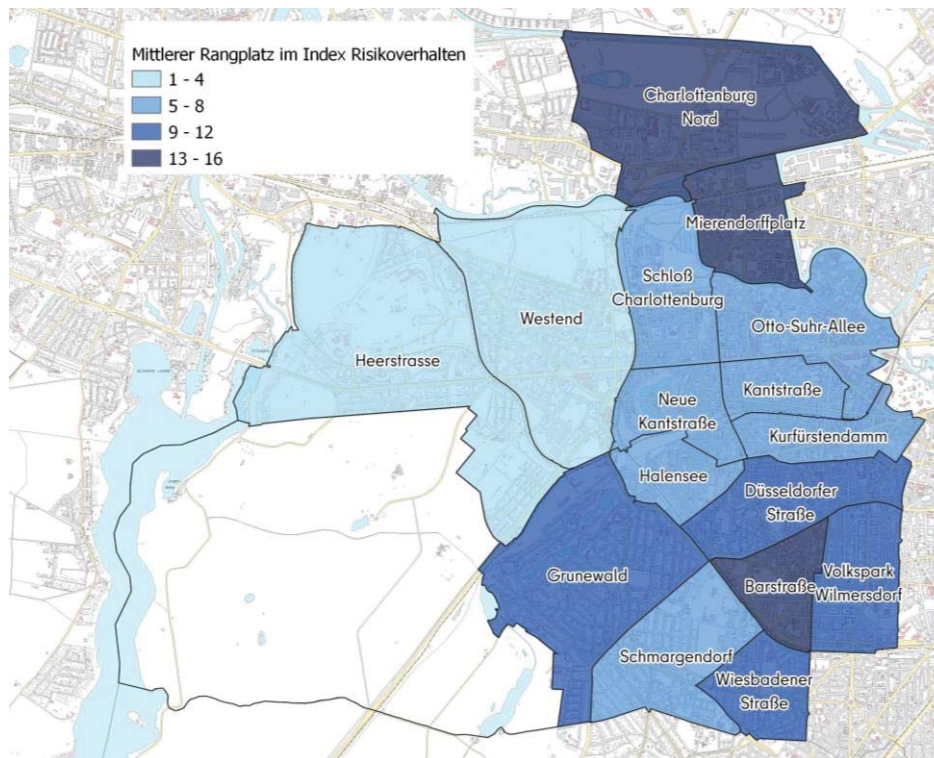


Abb. 40: Index Risikoverhalten auf Ebene der Bezirksregionen (2017-2019 zus.)

9.2 Index Impfen

Für den Index Impfen¹⁶ werden die *Anteile der Kinder mit vollständiger Grundimmunisierung gegen Hepatitis B* sowie gegen *Meningokokken C* berücksichtigt. Diese spiegeln gut den Impfstatus der

¹⁵ Für den Index wird nur das Risikoverhalten betrachtet und Früherkennungsuntersuchungen als Indikator für das Vorsorgeverhalten nicht berücksichtigt, da aufgrund des verbindlichen Einladewesens die Möglichkeiten für Handlungsempfehlungen eingeschränkt sind.

¹⁶ Aufgrund der bestehenden gesetzlichen Bestimmungen zur Masernimpfungen, wird diese Wirkstoffgruppe (MMR) nicht mitbetrachtet, da die Möglichkeiten für Handlungsempfehlungen eingeschränkt sind.

Kinder gegen die im Impfpass enthaltenden Infektionskrankheiten wieder, da Hepatitis B in der Regel als Kombinationsimpfstoff verimpft wird und die Impfung gegen Meningokokken C als stellvertretende Impfung für später aufgenommene Impfempfehlungen gelten kann. Der Index Impfen kann als Indikator für das familiäre Gesundheitsverhalten und die Erreichbarkeit der Familien für präventive Maßnahmen gelten.

Im Mittel der betrachteten Impfindikatoren über alle drei Jahre belegt die Bezirksregion Otto-Suhr-Allee mit einem mittleren Rangplatz von 1 den vordersten Rang, gefolgt von Schmargendorf mit einem mittleren Rangplatz von 3 (Abb. 41). Die niedrigsten Impfquoten sind für die Bezirksregionen Barstraße und Kurfürstendamm (mittlerer Rangplatz 16) sowie Westend (mittlerer Rangplatz 14) zu finden, womit diese erhöhte Aufmerksamkeitsbedarfe (Gruppe 4) zeigen.

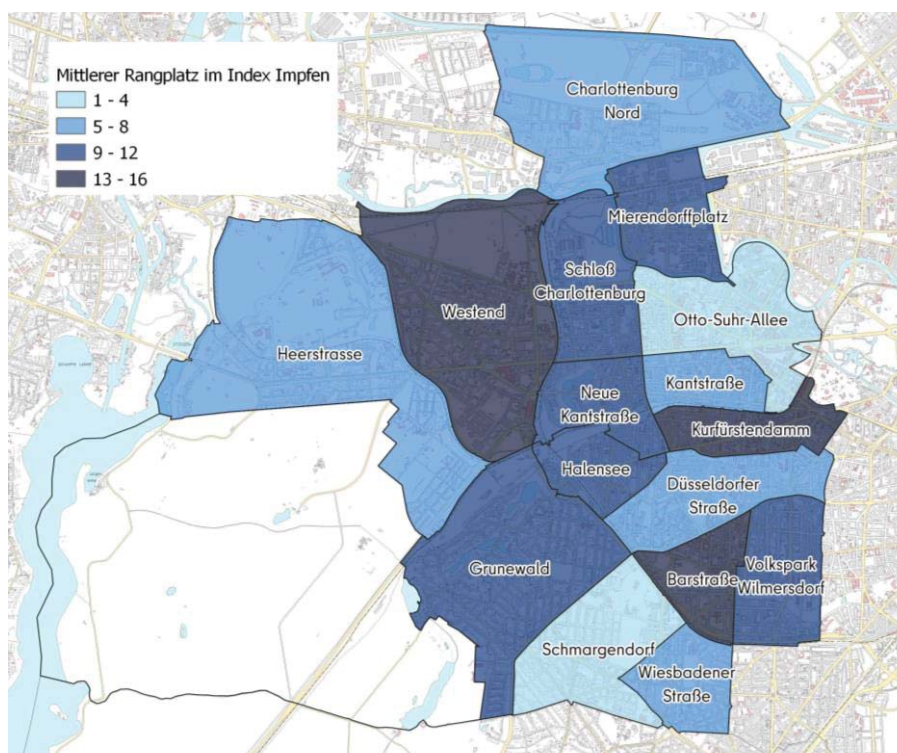


Abb. 41: Index Impfen auf Ebene der Bezirksregionen (2017-2019 zus.)

9.3 Index Gesundheit

In den Index Gesundheit fließt als einziger Indikator der *Anteil der Kinder mit Übergewicht* ein. Abbildung 42 zeigt den Index Gesundheit und damit den Anteil übergewichtiger Kinder in Ergänzung zu Unterkapitel 6.1 für die Jahre 2017 bis 2019 zusammengefasst.

Aufgrund dessen, dass nur ein Indikator (Übergewicht) in den Index eingeht, sind alle 16 Rangplätze vergeben. Den ersten Rangplatz belegt im Mittel der Jahre 2017 bis 2019 die Bezirksregion Kantstraße. Charlottenburg Nord belegt, wie für das aktuelle Berichtsjahr, auch über alle drei Jahre

betrachtet den letzten Rang, gefolgt von Halensee, Schmargendorf und Düsseldorfer Straße. Damit besteht für diese Bezirksregionen ein erhöhter Aufmerksamkeitsbedarf hinsichtlich der Prävalenz von Übergewicht bei Vorschulkindern.

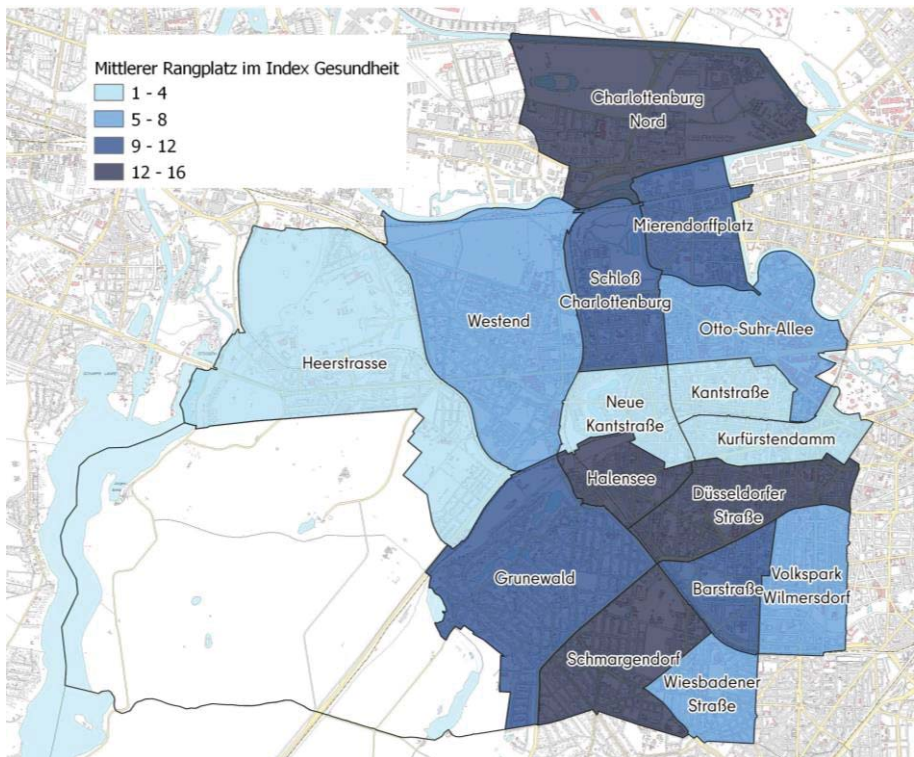


Abb. 42. Index Gesundheit auf Ebene der Bezirksregionen (2017-2019 zus.)

9.4 Index Entwicklung und Teilhabe

Der Index Entwicklung und Teilhabe berücksichtigt fünf Indikatoren aus den entwicklungsdiagnostischen Tests für die Bereiche Motorik, Kognition und Sprache: Dazu zählen der *Anteil der Kinder mit auffälligen Ergebnissen in den S-ENS-Tests Körperkoordination, Visuomotorik und visuelle Wahrnehmung* sowie im *SOPESS-Test Mengenvorwissen* und der *Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten*.

Die Bezirksregion Heerstraße belegt im Mittel der fünf Indikatoren mit einem 1. Rang den vordersten Rangplatz und zeigt damit die besten Testergebnisse (Gruppe 1), gefolgt von den Bezirksregionen Schloss Charlottenburg, Mirendorffplatz und Schmargendorf mit jeweils einem mittleren Rangplatz von 5 (Gruppe 2) (Abb. 43). Die letzten Ränge summiert über alle Indikatoren für die drei Jahre belegen die Bezirksregionen Kurfürstendamm und Barstraße (mittlerer Rangplatz 15) sowie Otto-Suhr-Allee (mittlerer Rangplatz 13), sodass diese der Gruppe 4 mit im Vergleich erhöhtem Aufmerksamkeitsbedarf im kindlichen Entwicklungsstand zugeordnet werden.

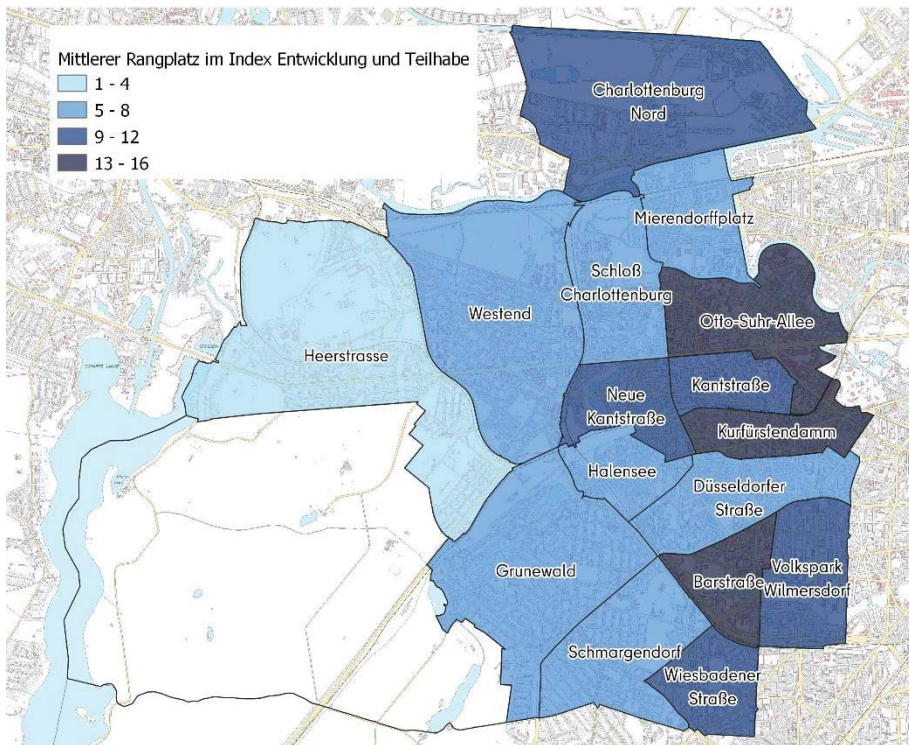


Abb. 43: Index Entwicklung und Teilhabe auf Ebene der Bezirksregionen (2017-2019 zus.)

9.5 Index Gesundheitliche Herausforderung

Der Gesamtindex Gesundheitliche Herausforderung bildet den Mittelwert der Rangplätze über alle 10 Einzelindikatoren gepoolt für die Jahre 2017 bis 2019 ab. Wie ersichtlich wird, verteilen sich die in den Einzelindices gezeigten Belastungen unterschiedlich und kumulieren für die Bezirksregionen Barstraße und Kurfürstendamm in besonderem Maße (Abb. 44).

Als Bezirksregion mit dem besten mittleren Rangplatz von 2 über alle 10 Indikatoren wird die Heerstraße als einzige der Gruppe 1 mit der im Vergleich niedrigsten gesundheitlichen Herausforderung zugeteilt. Die Mehrzahl der Bezirksregionen ist der Gruppe 2 mit im Vergleich niedrigen gesundheitlichen Herausforderungen zuzuordnen. Fünf Bezirksregionen spiegeln in der Gesamtschau im Vergleich eine erhöhte gesundheitliche Herausforderung (Gruppe 3) wider: Neue Kantstraße, Halensee, Grunewald und Volkspark Wilmersdorf weisen dabei jeweils einen mittleren Rangplatz von 9 auf; Charlottenburg Nord zeigt einen mittleren Rang von 11. Mit einem mittleren Rangplatz von 14 für die Barstraße und 13 für die Bezirksregion Kurfürstendamm zeigen diese summiert über alle Indikatoren die ungünstigsten Werte. Damit sind die gesundheitlichen Herausforderungen für diese beiden Bezirksregionen im Vergleich am größten (Gruppe 4).

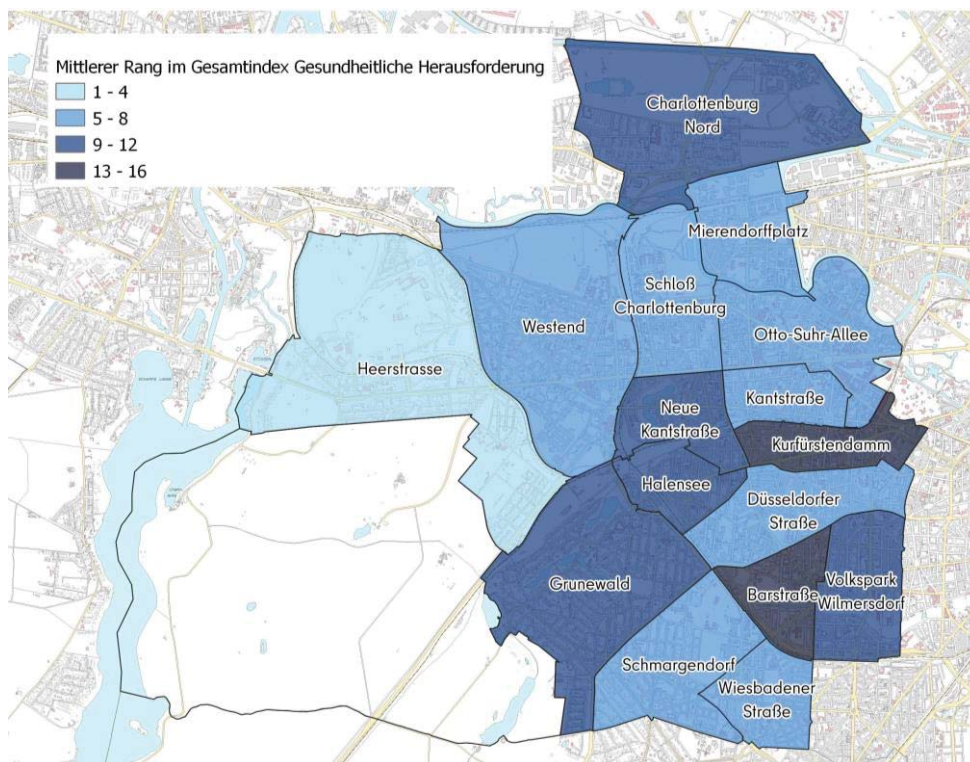


Abb. 44: Gesamtindex Gesundheitliche Herausforderung auf Ebene der Bezirksregionen (2017-2019 zus.)

Der Gesamtindex Gesundheitliche Herausforderung verdeutlicht, dass insbesondere die Bezirksregion Barstraße sich von den anderen Bezirksregionen hinsichtlich der gesundheitlichen Bedarfe bei Vorschulkindern für die betrachteten drei Jahrgänge absetzt: Ausgenommen für den Index Gesundheit (Gruppe 3) zählt sie in allen anderen Sub-Indices im Mittel zu den Bezirksregionen mit den schlechtesten Ergebnissen (Gruppe 4), was im ungünstigsten Gesamtindex Gesundheitliche Herausforderungen resultiert.

Relativ geringe Unterschiede in den mittleren Rängen über alle Indices zeigen sich für die Bezirksregionen Heerstraße, Schloss Charlottenburg, Grunewald, Barstraße und Volkspark Wilmersdorf. Für alle anderen Bezirksregionen - und damit den Großteil der Sozialräume - kann herausgestellt werden, dass ein differenzierter Blick auf die einzelnen Indices nötig ist, um passgenaue gesundheitsförderliche Strategien zu entwickeln, da sich die Indices deutlich unterscheiden. So kumulieren zwar in der, ebenfalls im Gesamtindex auffälligen, Bezirksregion Kurfürstendamm die gesundheitlichen Problemlagen für die Bereiche Impfen sowie Entwicklung und Teilhabe; für die Indices Risikoverhalten und Gesundheit hingegen liegen die Quoten im oberen Mittelfeld.

Damit werden unterschiedliche Handlungsfelder in den einzelnen Bezirksregionen durch die einzelnen Indices abbildbar. Für die Ableitung von Handlungsbedarfen zur Stärkung der gesundheitlichen Lage von Vorschulkindern können die aufgezeigten kleinräumigen Unterschiede wertvolle Impulse geben. Dennoch sollten stets auch die Einzelmerkmale in die Bewertung einfließen, um die teilweise bestehenden Schwankungen in der Rangzuordnung im Zeitvergleich zu berücksichtigen.

10. Handlungsbedarfe

Die Auswertung der Einschulungsjahrgänge 2018 und 2019 zeigt einen, in der Mehrheit, guten Gesundheitszustand und altersentsprechenden Entwicklungsstand der Kinder. In den Tabellen A und B im folgenden Anhang werden die Ergebnisse zusammengefasst (s. auch Kapitel 1: Kurz gesagt – Ergebnisse im Überblick). Handlungsbedarfe zeigen sich insbesondere für folgende Themenfelder:

Impfdefizite

Im Zeitvergleich der letzten zehn Jahre sind die Impfquoten mehrheitlich gesunken und liegen größtenteils unter den Berliner Quoten. Mit den, unterhalb der für Herdenimmunität benötigten Quote von 95% liegenden, Impfquoten sollten diese weiterhin verstärkt im Fokus von Präventionsvorhaben gestellt werden. Für die Aufklärung und Erhöhung der Impfquoten sind auf regionaler Ebene insbesondere Eltern aus den Bezirksregionen Barstraße und Halensee zu erreichen. Der Index Impfen weist zudem Aufmerksamkeitsbedarfe für Westend und Kurfürstendamm aus. Als Adressatengruppen können folgende in den Blick genommen werden:

Impflücken zeigen sich vorrangig bei Kindern mit Geburtsort im Ausland und kürzlich zugewanderten Kindern bzw. Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund. Hintergründe können unterschiedliche Impfschemata im Herkunftsland und ein fehlender Zugang zum Gesundheitssystem sein. Neu zugewanderten Familien benötigen z.T. verstärkt Gesundheitsinformationen zu präventiven Effekten von Schutzimpfungen sowie Aufklärung und Monitoring dazu, fehlende Impfungen zur Vervollständigung von Impfserien nachzuholen.

Entgegen der häufig beobachteten positiven Zusammenhänge von Gesundheitsverhalten mit dem sozialen Gradienten, lassen sich diese nicht durchgehend für alle Impfquoten aufzeigen. Verschiedene Studien belegen eine höhere Impfskepsis in Familien mit hohem Sozialstatus [12]. Aufklärung speziell auch zu Ängsten vor Impfnebenwirkungen sind für diese Gruppe bei Arztgesprächen nötig.

Medienkonsum

Auch wenn der Anteil der Kinder mit längerem täglichem Medienkonsum gesunken ist, besitzt fast jedes fünfte Kind im Vorschulalter ein eigenes elektronisches Gerät. Kinder mit eigenem Gerät konsumieren häufiger und länger Medieninhalte. Eltern sind bezüglich der altersgerechten Medienkonsumdauer aufzuklären. Kinder mit langem Medienkonsum haben häufiger Schwierigkeiten in der deutschen Sprache und zeigen häufiger Übergewicht.

Übergewicht/Untergewicht und Bewegungsmangel

Übergewicht und Adipositas sind im Bezirk weniger prävalent als in Berlin, allerdings ist Übergewicht ein bedeutender Risikofaktor für die gesundheitliche Entwicklung der Kinder im weiteren Lebenslauf und steht häufig in Korrelation zu familiärem Risikoverhalten (erhöhter Medienkonsum, Raucherhaushalt). Übergewichtige Kinder zeigen vermehrt Auffälligkeiten im motorischen Entwick-

lungsbereich, sodass bewegungsförderliche Angebote weiterhin verstärkt auf diese Gruppe ausgerichtet werden sollten. Ein hoher Aufmerksamkeitsbedarf wird aufgrund des erhöhten Anteils an übergewichtigen Kindern für Charlottenburg Nord und aufgrund der größten Defizite im Bereich Visuomotorik für die Barstraße empfohlen. Vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie kann laut bundesweiter Studienlage davon ausgegangen werden, dass der Anteil der Kinder mit Übergewicht in den Folgejahren gestiegen ist. Untergewichtige Kinder sind eine weitere Zielgruppe für Bewegungsförderungsmaßnahmen, um u.a. deren soziale und psychische Gesundheit zu stärken.

Deutsche Sprachdefizite

Der Anteil der Kinder mit deutschen Sprachdefiziten ist gleichbleibend hoch und Probleme in einigen sprachdiagnostischen Test bei Kindern mit guten Deutschkenntnissen haben weiter zugenommen. Für fast alle Bezirksregionen wird ein hoher Aufmerksamkeitsbedarf für den Indikator Sprachdefizite empfohlen. Zwar hat der Anteil der Kinder nicht deutscher Herkunft mit unzureichenden Deutschkenntnissen abgenommen; Sprachdefizite bestehen aber insbesondere bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund trotz guter Deutschkenntnisse aufgrund von Auffälligkeiten im Test „Sätze nachsprechen“. Mehrsprachigkeit in den Familien führt bei einigen Kindern zu einem Sprachförderbedarf – insbesondere bei Kindern aus neu zugewanderten Familien und Familien mit beidseitigem Migrationshintergrund. Angebote zum Deutschlernen für neu zugewanderte Familien und ggf. auch für Eltern aus Familien, in denen zuhause kein Deutsch gesprochen wird, sollten ausgebaut werden und bekannt sein. Mehrsprachige Sprachkenntnisse sollten gleichzeitig als Ressource für den Spracherwerb verstanden werden.

Kinder aus sozial benachteiligten Familien schneiden im Spracherwerb schlechter ab und sollten verstärkt z.B. im Kitaumfeld gefördert werden. Zusammenhänge mit häufigerem familiären Risikoverhalten, wie längerer Medienkonsumdauer, sind wahrscheinlich.

Kitabesuch

Ein möglichst frühzeitiger Kitabesuch hat positive frühkindliche Entwicklungseffekte und damit Präventionspotential. Besonders für den Spracherwerb bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern sind lange Kitabesuchszeiten förderlich. Die Kommune muss den gleichberechtigten Kitazugang für alle Familien sicherstellen, strukturelle Hürden abbauen und einen möglichst frühen Kitabeginn fördern, um die Bildungschancen zu Schulbeginn für alle Kinder zu erhöhen. Als besondere Adressatengruppe sind neu zugewanderte Familien und Familien mit niedrigem Sozialstatus herauszustellen.

Regionale Schwerpunktsetzung

Entsprechend der kleinräumigen Ergebnisse des Index Gesundheitliche Herausforderung sollten sozialraumorientierte Präventionsmaßnahmen insbesondere die gesundheitlich und sozial mehrfach belastete Bezirksregion Barstraße¹⁷ fokussieren. Daneben kumulieren soziale Belastungen in den Bezirksregionen Charlottenburg Nord und Mierendorffplatz.

¹⁷ Teil heutiger BZR Volkspark Wilmersdorf

Je nach Themenbereich sind neben der Barstraße weitere Bezirksregionen in den Blick zu nehmen: Die Förderung des Gesundheits- und Risikoverhaltens erscheint insbesondere für Familien aus den Bezirksregionen Halensee¹⁸, Westend, Schloss Charlottenburg¹⁹, Neue Kantstraße¹⁹ und Kurfürstendamm²⁰ (Impfquoten), sowie Charlottenburg Nord und Mierendorffplatz (Medienverhalten; Raucherhaushalte) relevant. Präventionsmaßnahmen zur Reduzierung des Anteils übergewichtiger Kinder sind in Charlottenburg Nord nötig. Die Stärkung der motorisch-kognitiven Entwicklung ist für Kinder in der Kantstraße²¹, Kurfürstendamm und Otto-Suhr-Allee²¹ bedeutsam. Maßnahmen zur Sprachförderung sollten insbesondere Familien aus den Bezirksregionen Charlottenburg Nord, Otto-Suhr-Allee, Kantstraße und Kurfürstendamm erreichen.

Schließlich lassen sich für das Gesundheitsverhalten und die einzelnen Entwicklungsbereiche soziale Unterschiede feststellen. Dabei stehen soziale Lage, Migrationshintergrund, Geburtsort und Kitabesuch in einem wechselseitigen Zusammenhang. Die soziale Lage der Familie ist jedoch der entscheidendste Einflussfaktor [3] [13], sodass Präventionsmaßnahmen sozialkompensatorisch sein sollten, um gesundheitliche Chancengleichheit zu erreichen.

Um allen Kindern im Bezirk ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen, verfolgt der Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf mit dem Aufbau der bezirklichen Präventionskette seit 2020 die Entwicklung von Gesundheitszielen für ein „*Gesundes Aufwachsen*“. Neben den Daten aus diesem Bericht fließen in den Gesundheitszieleprozess auch Daten des Monitorings Soziale Stadtentwicklung und des Gesundheits- und Sozialstrukturatlases, sowie qualitative Daten aus einer bezirklichen Familien- und Fachkräftebefragung mit ein. Die Ergebnisse wurden in einem Eckpunktepapier für das Handlungsfeld „psychische Gesundheit“ konzentriert und für jede Lebensphase differenziert. Nach jeweiligen Bedarfen der zuständigen Fachkräfte können diese weiterentwickelt werden.

Derzeit werden die Gesundheitsziele für die Handlungsfelder Bewegung und psychische Gesundheit in gemeinsamer Arbeitsgruppe (u.a. KJGD/KJPD, EFB und Jugendförderung/Flexi Budget) vorrangig für die Lebensphase der Jugendlichen erarbeitet. In Zusammenarbeit mit der Sozialräumlichen Planungskoordination (OE SPK) ist, resultierend aus den Gesundheitszielen, ein Angebot zur Kitasozialarbeit in einem bestimmten Planungsraum entstanden.

Als erste Ansatzpunkte im Handlungsfeld „Bewegung“ werden verstärkt Angebote zur Bewegungsförderung für Kinder gefördert und entwickelt. Weitere Ideen werden derzeit mit möglichen Partnern eruiert und konzipiert.

Im Handlungsfeld „psychische Gesundheit“ stehen u.a. die Ressourcen- und Resilienzstärkung von Kindern und Familien, die Stärkung der Medienkompetenz sowie die Unterstützung der emotional-sozialen Entwicklung im Fokus.

¹⁸ Teil heutiger BZR Halensee

¹⁹ Teil heutiger BZR Schloss Charlottenburg

²⁰ Teil heutiger BZR Lietzenburger Straße

²¹ Teil heutiger BZR Otto-Suhr-Allee/Kantstraße

11. Anhang

11.1 Sozialstatusindex - Schema

Schema zur Ermittlung des Sozialstatusindex in den Einschulungsuntersuchungen

Schulbildung	Berufsausbildung	Erwerbsstatus	Punkte je Merk- mal
Ohne (Hauptschul-)Abschluss	Ohne Berufsausbildung	Nicht erwerbstätig/ findet keine Arbeit	0
Hauptschulabschluss	In Ausbildung/ Studium	Nicht erwerbstätig/ hat andere Gründe	1
Mittlere Reife/ 10. Klasse	Abgeschlossene Berufsausbil- dung/ Fachschulabschluss	Teilzeit	2
(Fach-)Hochschulreife	(Fach-)Hochschulabschluss	Vollzeit	3

Quelle: Bettge und Oberwöhrmann 2018, S. 12 [2]

Zuordnung zu den Sozialstatusgruppen (beide Elternteile zusammen):

- 0 bis 8 Punkte = niedriger Sozialstatus
- 9 bis 15 Punkte = mittlerer Sozialstatus
- 16 bis 18 Punkte = hoher Sozialstatus

Tab. A: Übersicht der Ergebnisse für Charlottenburg-Wilmersdorf 2017-2019 im Berlinvergleich 2019

Soziodemografische Kennzahlen						
Merkmal ¹	2017	2018	2019	Berlin 2019*	Bezirksrang 2019**	Tendenz 2017-2019
Anzahl untersuchter Kinder¹	2.287	2.464	2.418	34.673		
Durchschnittsalter (Jahre)	5,8	5,8	5,8			
Altersspanne (Jahre)	4-7	5-6	5-6			
Geschlecht (%)						
Jungen	53,8	52,4	51,3			
Mädchen	46,2	47,6	48,7			
Geburt im Ausland (%)	16,4	15,0	16,4	11,2		
Migrationshintergrund (MH) (%)						
nein	39,9	38,9	37,3	50,7		
ja, einseitig	22,8	23,1	22,6	17,4		
ja, beidseitig	37,3	38,0	40,0	31,9	9	
Herkunft (%)						
deutsch	39,9	38,9	37,3	50,7		
türkisch	6,6	7,6	6,2	7,8		
arabisch	9,2	8,5	8,6	8,6		
osteuropäisch	21,6	22,2	24,0	16,9		
westliche Industriestaaten	9,0	9,1	9,6	6,3		
sonstige Staaten	13,7	13,6	14,2	9,7		
Sozialstatusindex insgesamt (%)						
untere Statusgruppe	9,2	8,1	6,2	15,5	2	
mittlere Statusgruppe	38,0	38,4	34,6	44,1	1 2	
obere Statusgruppe	52,8	53,5	59,1	40,4	2	
Sozialstatusindex Kinder ohne MH (%)						
untere Statusgruppe	2,8	2,8	1,3			
mittlere Statusgruppe	36,0	34,5	30,4			
obere Statusgruppe	61,2	62,6	68,3			
Sozialstatusindex Kinder mit MH (%)						
untere Statusgruppe	13,8	11,7	9,6			
mittlere Statusgruppe	39,5	41,1	37,4			
obere Statusgruppe	46,7	47,2	53,0			
Migration und Deutschkenntnisse						
Kind deutscher Herkunft	40,1	39,3	37,6	51,2		
MH, Kind und Eltern (sehr) gute Kenntnisse	40,2	45,6	46,2	26,5	1	●
MH, Kind oder Eltern unzureichende Kenntnisse	6,7	5,4	6,7	9,0	5	●
MH, Kind und Eltern unzureichende Kenntnisse	13,0	9,7	9,5	13,3	4	●
Soziales Umfeld & Soziale Integration						
Merkmal	2017	2018	2019	Berlin 2019*	Bezirksrang 2019*	Tendenz 2017-2019
Kinder, in alleinerziehenden Haushalten (%)	18,0	17,3	15,2	20,1	2	●
Kitabesuchsdauer (%)						
kein Besuch	3,9	3,6	4,5	3,7	8 9 10	●
bis 2 Jahre	8,3	8,2	5,9	6,7		●
mehr als 2 Jahre	87,8	88,2	89,6	89,6	5	●
Kinder ohne MH	98,0	96,9	97,1			●
Kinder mit MH	80,7	82,7	85,1			●
deutsche Sprachkenntnisse der Kinder mit MH (%)						
(sehr) gute Sprachkenntnisse	73,1	80,9	80,6	65,2	2	●
fehlerhafte Sprachkenntnisse	12,0	10,0	7,8	21,8	1 2	●
keine/kaum Sprachkenntnisse	14,9	9,1	11,6	13,0	7	●
Familiensprache						
nur deutsch	41,1	40,3	39,4			

deutsch und eine andere Sprache	48,4	49,8	49,6	
nur eine andere Sprache	7,7	7,7	7,7	●
mind. zwei andere Sprachen	2,8	2,2	3,3	●

Gesundheits- und Risikoverhalten

Merkmal	2017	2018	2019	Berlin 2019*	Bezirksrang 2019*	Tendenz 2017-2019
Vollständige Früherkennungsuntersuchungen (%)²	91,2	92,0	92,4	89,6	3	●
Fehlende Impfdokumentation (%)	11,7	11,3	11,9			●
Grundimmunisierung Masern (%)³	91,7	93,5	92,3	93,3	10	●
Grundimmunisierung Tetanus (%)³	91,8	94,3	93,5	94,5	9	●
Grundimmunisierung Meningokokken (%)³	88,3	91,6	91,1	90,4	6 7	●
Mind. Ein Raucher im Haushalt (%)	20,4	17,5	19,7	29,1	3	●
täglicher Medienkonsum (%)						
kein Konsum	11,9	12,7	12,2	8,7	3	●
max. eine Stunde	64,0	64,4	67,2	62,2	2	●
max. zwei Stunden	18,0	17,9	16,7	22,7		●
mehr als zwei Stunden	6,2	5,0	3,8	6,4	3	●
Eigenes elektronisches Gerät vorhanden	18,3	17,5	17,8	26,6	2	●

Gesundheitliche Problemlagen

Merkmal	2017	2018	2019	Berlin 2019*	Bezirksrang 2019*	Tendenz 2017-2019
Körpergewicht (%)						
Untergewicht	8,7	11,4	10,3	9,1	9 10 11	●
Übergewicht	8,0	6,3	7,8	9,6	4	●
auffällige Körperkoordination (%)	12,8	11,7	8,1	12,1	1	●
auffällige Visuomotorik (%)	16,7	14,4	13,3	19,4	1	●
auffällige visuelle Wahrnehmung (%)	14,9	11,8	11,5	18,9	1	●
auffälliger Test "Pseudowörter"⁴ (%)	3,3	3,5	3,4	9,2	1	●
auffälliger Test "Wörter ergänzen"⁴ (%)	9,8	10,0	11,7	11,2	9	●
auffälliger Test "Sätze nachsprechen"⁴ (%)	15,1	16,1	19,4	15,3	9	●
auffällige Artikulation⁴ (%)	30,3	29,5	26,5	28,5	6	●
auffälliger Test "Pluralbildung"⁴ (%)	8,1	12,7	14,9	10,4	8	●
auffälliger Test "Mengenvorwissen"	5,1	5,4	4,9	9,4	2	●
auffälliger Indikator Sprachdefizite	29,0	26,5	29,3	30,1	5	●
Schulischer Förderbedarf (%)	36,0	33,0	30,6			●

Inanspruchnahme von Therapien

Merkmal	2017	2018	2019	Berlin 2019*	Bezirksrang 2019*
bisherige Inanspruchnahme von Physiotherapie	5,2	4,7	4,0	5,8	2
bisherige Inanspruchnahme von Ergotherapie	6,9	7,3	7,5	8,8	3
bisherige Inanspruchnahme von Logopädie	16,8	17,8	16,7	19,0	2 3
bisherige Inanspruchnahme von Psychotherapie	2,6	2,8	2,3	3,1	3
Anzahl bisher beanspruchter Therapiebereiche					
keine	75,3	75,0	76,1	72,6	4
1 Therapiebereich	19,1	19,0	18,5	20,2	5
2 Therapiebereiche	4,5	4,7	4,3	5,5	1
3-4 Therapiebereiche	1,1	1,3	1,0	1,7	1

* Datenbestände auf Bertinebene sind nicht für alle Merkmale vorhanden.

● positiv ● gleichbleibend ● negativ

** Bezirksrang 1 entspricht im Vergleich stets der günstigsten Ausprägung und Bezirksrang 12 der ungünstigsten. Zur Rangermittlung werden die durch SenWGPGE errechneten Anteile berücksichtigt, die leicht von den gezeigten abweichen können (siehe auch Fußnoten 1 und 2 im Bericht S.6-7).

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

² nur in Deutschland geborene Kinder.

³ nur Kinder mit vorgelegtem Impfpass.

⁴ nur Kinder deutscher Herkunft und Kinder mit MH, die mindestens gute Deutschkenntnisse haben.

Tab. B: Übersicht der Ergebnisse für die Bezirksregionen (2018-2019 zus.)

Anteil der Kinder 2018 + 2019 (%)*	Jugendhilferegion 1					Jugendhilferegion 2					Jugendhilferegion 3					Jugendhilferegion 4					Jugendhilferegion 5			Bezirk (n=4.882)	
	BZR 1	BZR 4	BZR 5	BZR 6	BZR 9	BZR 2	BZR 3	BZR 7	BZR 8	BZR 9	BZR 10	BZR 14	BZR 15	BZR 16	BZR 11	BZR 12	BZR 13	BZR 10	BZR 14	BZR 15	BZR 16	BZR 11	BZR 12		BZR 13
	Charlotten- burg Nord (n=359)	Schloss Charlot. (n=392)	Mieren- dorffplatz (n=221)	Otto-Suhr- Allee (n=398)	Kantstraße (n=260)	Kurfürsten- damm (n=200)	Heerstraße (n=203)	Westend (n=406)	Neue Kantstr. (n=325)	Heerstraße (n=260)	Kurfürsten- damm (n=200)	Halensee (n=188)	Disseldorf- er Straße (n=424)	Barstraße (n=233)	Volkspark Wilmersd. (n=499)	Grünwald (n=339)	Schmar- gendorf (n=186)	Wiesbaden- er Straße (n=247)	Halensee (n=188)	Disseldorf- er Straße (n=424)	Barstraße (n=233)	Volkspark Wilmersd. (n=499)	Grünwald (n=339)		Schmar- gendorf (n=186)
Geburt im Ausland	11,5	13,3	13,2	12,2	12,4	21,1	12,9	23,9	19,6	21,6	15,9	23,1	13,1	18,3	11,3	10,2	15,7	21,6	15,9	23,1	13,1	18,3	11,3	10,2	15,7
Einsseitiger Migrationshintergrund	20,8	21,5	22,7	22,7	26,4	23,6	21,9	18,6	20,8	22,3	23,2	18,9	28,6	24,3	23,2	24,3	22,9	22,3	23,2	18,9	28,6	24,3	23,2	24,3	22,9
Beidseitiger Migrationshintergrund	52,1	39,4	47,3	44,8	41,5	41,7	21,4	41,6	38,4	45,2	40,2	44,6	30,0	37,6	31,4	23,1	39,0	45,2	40,2	44,6	30,0	37,6	31,4	23,1	39,0
Hoher Sozialstatus	16,7	52,8	37,6	53,4	62,3	68,0	70,2	55,2	67,1	62,6	60,9	45,3	60,4	68,5	59,5	61,7	56,3	62,6	60,9	45,3	60,4	68,5	59,5	61,7	56,3
Niedriger Sozialstatus	19,2	7,3	11,8	7,5	6,6	2,8	< 3,0	9,0	7,7	6,1	5,0	16,7	4,6	3,0	3,5	2,6	7,2	6,1	5,0	16,7	4,6	3,0	3,5	2,6	7,2
Alleinerziehend	21,5	16,1	24,3	13,1	15,1	12,2	9,6	11,6	16,8	16,4	16,2	19,6	15,2	14,3	12,6	15,4	15,9	16,4	16,2	19,6	15,2	14,3	12,6	15,4	15,9
Kitabesuchsdauer > 2 Jahre	84,5	90,6	90,9	89,5	90,4	85,8	94,0	83,1	88,9	84,5	92,6	73,6	91,0	89,4	91,6	93,4	88,4	84,5	92,6	73,6	91,0	89,4	91,6	93,4	88,4
Familie spricht zuhause kein deutsch	16,4	10,7	11,3	5,8	3,1	8,0	6,4	20,2	15,1	12,2	9,2	13,3	8,4	12,4	3,8	4,0	10,5	12,2	9,2	13,3	8,4	12,4	3,8	4,0	10,5
Grundimmunisierung Masern ¹	96,9	90,3	92,3	94,8	91,5	95,3	93,6	94,0	92,4	86,2	92,4	89,4	91,9	92,6	95,9	96,1	92,9	86,2	92,4	89,4	91,9	92,6	95,9	96,1	92,9
Grundimmunisierung Tetanus ¹	96,6	90,9	92,3	96,2	93,2	93,6	96,3	94,3	90,7	91,4	96,2	89,4	94,3	93,3	95,3	96,5	93,9	91,4	96,2	89,4	94,3	93,3	95,3	96,5	93,9
Grundimmunisierung Meningokokken ¹	96,3	88,6	91,2	95,1	92,7	92,4	94,1	90,4	90,7	87,9	91,2	87,9	89,9	87,9	92,9	92,1	91,3	87,9	91,2	87,9	89,9	87,9	92,9	92,1	91,3
Früherkennungsuntersuchungen ²	92,6	91,6	91,8	93,9	94,3	91,1	98,3	91,9	95,1	88,4	92,1	87,1	91,7	89,2	90,8	92,8	92,2	88,4	92,1	87,1	91,7	89,2	90,8	92,8	92,2
Medienkonsum > 2 Stunden	6,5	3,4	6,5	5,6	2,1	4,4	4,3	3,9	1,4	5,8	4,8	7,0	3,2	3,5	2,9	3,0	4,4	5,8	4,8	7,0	3,2	3,5	2,9	3,0	4,4
Besitz eigener elektron. Geräte	24,4	16,3	21,9	15,3	18,3	14,0	12,4	12,5	17,2	18,2	16,9	26,1	16,1	21,4	15,3	19,0	17,7	18,2	16,9	26,1	16,1	21,4	15,3	19,0	17,7
Raucher im Haushalt	34,6	20,1	23,5	20,6	14,7	22,5	14,8	13,9	17,1	20,7	17,4	23,2	15,6	15,3	15,0	15,3	18,7	20,7	17,4	23,2	15,6	15,3	15,0	15,3	18,7
Übergewicht	12,0	7,9	6,3	6,3	3,1	7,5	3,9	5,9	6,5	6,4	7,8	7,8	6,2	7,4	9,1	7,3	7,0	6,4	7,8	7,8	6,2	7,4	9,1	7,3	7,0
Untergewicht	7,5	10,0	9,0	14,9	25,2	14,5	15,8	11,9	13,3	5,3	8,8	9,9	8,2	7,1	8,1	6,9	10,9	5,3	8,8	9,9	8,2	7,1	8,1	6,9	10,9
Auffällige Körperkoordination	7,1	6,0	10,3	8,9	17,3	17,3	9,0	14,9	10,7	9,8	8,0	8,0	7,7	7,2	11,9	12,1	9,9	9,8	8,0	8,0	7,7	7,2	11,9	12,1	9,9
Auffällige Visuomotorik	13,8	9,4	12,6	20,3	18,5	18,2	6,4	7,5	14,0	8,6	13,1	21,3	16,9	12,2	10,8	16,2	13,8	8,6	13,1	21,3	16,9	12,2	10,8	16,2	13,8
Auffällige visuelle Wahrnehmung	9,9	7,0	9,2	15,1	16,4	19,6	< 2,0	1,5	11,8	8,1	9,8	19,2	15,7	14,5	12,4	17,0	11,6	8,1	9,8	19,2	15,7	14,5	12,4	17,0	11,6
Auffälliges Mengenvorwissen	6,5	2,6	2,3	6,2	10,0	11,1	< 2,0	2,5	5,3	3,8	3,6	10,1	5,2	4,8	3,2	6,9	5,2	3,8	3,6	10,1	5,2	4,8	3,2	6,9	5,2
Sprachdefizite	34,9	21,9	27,2	34,4	35,8	30,6	12,2	28,2	26,2	31,0	30,9	41,6	24,0	26,6	21,9	15,9	27,9	31,0	30,9	41,6	24,0	26,6	21,9	15,9	27,9
Bisherige therapeutische Behandlung	31,1	25,1	24,7	20,4	20,3	20,7	20,3	22,4	19,7	22,3	23,0	24,8	27,3	26,5	27,7	32,8	24,5	22,3	23,0	24,8	27,3	26,5	27,7	32,8	24,5
Schulischer Förderbedarf	40,1	26,4	37,7	35,0	33,6	31,5	7,9	23,2	22,5	34,8	41,7	47,2	28,7	35,1	27,4	33,2	31,8	34,8	41,7	47,2	28,7	35,1	27,4	33,2	31,8
Rücksteller	12,5	8,7	9,0	8,8	9,6	9,0	8,4	9,6	11,7	7,4	7,5	11,6	10,2	8,3	7,5	11,3	9,5	7,4	7,5	11,6	10,2	8,3	7,5	11,3	9,5

Datenquelle: SenIWGPG - IA -
¹ nur Kinder mit vorgelegtem Impfpass
² nur Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft
 < / > : ungefähre Angabe bei Werten < 3 in einer Kategorie aufgrund der Gewährleistung der statistischen Geheimhaltung
 * aufgrund fehlender Werte weicht die Grundgesamtheit der Kinder in den einzelnen BZR für die betrachteten Indikatoren z.T. von der dort wohntonhellen Zahl ab
 ● durchschnittlich ● im Vergleich günstiger ● im Vergleich ungünstiger

11.3 Abkürzungsverzeichnis

BFSFJ	-	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMI	-	Body-Mass-Index
BZgA	-	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
BZR	-	Bezirksregion
EFB	-	Erziehungs- und Familienberatungsstelle des Jugendamtes
Kita	-	Kindertageseinrichtung
KJGD	-	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes
KJPD	-	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes
LOR	-	Lebensweltlich orientierte Räume
MH	-	Migrationshintergrund
S-ENS	-	Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen
SenWGPG	-	Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
SOPESS	-	Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening f. Schuleingangsuntersuchungen
SPK	-	Sozialraumorientierte Planungskoordination
STIKO	-	Ständige Impfkommision des Robert Koch-Instituts
WHO	-	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)

12. Literaturverzeichnis

- [1] SenWGP, „Tabellen der Grundausswertung der Einschulungsuntersuchung 2019,“ [Online]. Available: <https://www.berlin.de/sen/gesundheit/service/gesundheitsberichterstattung/gesundheitskinder-und-jugendliche/#TabESU2019>. [Zugriff am 24. April 2023].
- [2] S. Bettge und S. Oberwöhrmann, „Grundausswertung der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2017,“ Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung - Referat I A, Berlin, 2018.
- [3] Robert Koch-Institut, „Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - zeitliche Entwicklung und Trends der KIGGS-Studie,“ *Journal of Health Monitoring*, Bd. 4, Nr. 1, pp. 16-40, 2019.
- [4] Robert Koch-Institut, „Sozialer Status und Soziale Ungleichheit,“ [Online]. Available: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Sozialer_Status/sozialer_status_nonde.html. [Zugriff am 24. April 2023].
- [5] T. Lampert, B. Kuntz und KIGGS Study Group, „Gesund aufwachsen - Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu?,“ in *GBE kompakt*, Bd. 6, Berlin, Robert Koch-Institut, 2015.
- [6] BFSFJ, „Gleiche Chancen durch frühe Bildung. Gute Ansätze und Herausforderungen im Zugang zur Kindertagesbetreuung,“ Silber Druck oHG, Berlin, 2016.
- [7] Robert Koch-Institut, „Impfungen A-Z. Gemeinschaftsschutz und Elimination,“ [Online]. Available: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/MMR/Elimination/FAQ-Liste_Elimination.html. [Zugriff am 24. April 2023].
- [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] BZgA, „Digitale Medien mit Augenmaß nutzen,“ 03 12 2019. [Online]. Available: <https://www.bzga.de/aktuelles/2019-12-03-digitale-medien-mit-augenmass-nutzen/>. [Zugriff am 30 01 2023].
- [11] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, „Untergewicht,“ 2019. [Online]. Available: <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/ernaehrung/essprobleme/untergewicht/>. [Zugriff am 26 Februar 2019].
- [12] C. Poethko-Müller, R. Kuhnert, S. Gillesberg Lassen und A. Siedler, „Durchimpfung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Aktuelle Daten aus KiGGS Welle 2 und Trends aus der KiGGS-Studie,“ *Bundesgesundheitsblatt*, 20 Februar 2019.
- [13] S. Oberwöhrmann, *Daten der Einschulungsuntersuchung Berlin 2016 - Eckdaten und Präventionsbedarfe von vulnerablen Gruppen*, Berlin: SenGPG - Referat Gesundheitsberichterstattung, 2018.
- [14] R. Winter und M. Sprünken, „Basisgesundheitsbericht Bochum 2017,“ Stabstelle Gesundheitsberichterstattung/ Gesunde Stadt Bochum, Bochum, 2017.
- [15] K. Kromeyer-Hauschild, M. Wabitsch, D. Kunze und et al. , „Perzentile für den Body Mass Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben,“ *Monatsschrift Kinderheilkunde*, pp. 807-818, 2001.

Platz für Ihre Notizen

Platz für Ihre Notizen



Bezirksamt
Charlottenburg-Wilmersdorf

BERLIN





Bezirksamt
Charlottenburg-Wilmersdorf

BERLIN

