



Bezirksamt Lichtenberg von Berlin



Familiengerechter Bezirk
Lichtenberg von Berlin
Zertifikat bis 06/2016

Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen Lichtenberg Schuljahr 2014/15



birgith / pixelio.de

Impressum

Herausgeber: Bezirksamt Lichtenberg von Berlin
Abteilung Jugend und Gesundheit

Verfasser: Martin Rothkegel software-technologien GbR
im Auftrag des Bezirksamtes Lichtenberg

Fachliche Unterstützung: Dr. Sandra Born, Leiterin der Organisationseinheit für Qualitätsentwicklung,
Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes,
Dr. Konstanze Dreßler-Bätz, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin,
kommissarische Leiterin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes
Lichtenberg,
Gerd-Michael Bergmann, Organisationseinheit für Qualitätsentwicklung,
Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Ansprechpartnerin: Dr. Sandra Born
E-Mail: sandra.born@lichtenberg.berlin.de

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	3
2	Praxisbezug der Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen.....	3
3	Kernaussagen der Einschulungsuntersuchung 2014	4
4	Entwicklungstendenzen.....	5
5	Eckdaten der untersuchten Population	7
5.1	Anzahl und Geschlecht der untersuchten Kinder.....	7
5.2	Herkunft der Kinder und Verständigung in deutscher Sprache	8
5.2.1	Migrationshintergrund	8
5.2.2	Verständigung in deutscher Sprache mit Kindern nichtdeutscher Herkunft	9
6	soziale Lage, familiäre Situation und Kitabesuch	9
6.1	Sozialer Status	10
6.2	Familienstruktur	11
6.3	Kita-Besuch.....	12
7	Gesundheits- und Risikoverhalten	13
7.1	Gesundheitliche Vorsorge	13
7.1.1	Früherkennungsuntersuchungen	13
7.1.2	Impfstatus.....	16
7.1.3	Zahngesundheit.....	17
7.2	Gesundheitsrelevantes Risikoverhalten.....	19
7.2.1	Medienkonsum.....	19
7.2.2	Rauchverhalten der Eltern.....	21
8	Gesundheitszustand und Entwicklungsauffälligkeiten	21
8.1	Körpergewicht	21
8.2	Entwicklungsauffälligkeiten und -störungen.....	22
8.2.1	Auffälligkeiten in der motorischen und kognitiven Entwicklung	22
8.2.2	Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung	26
8.2.3	Emotionale/soziale Entwicklung	32
9	Förderempfehlungen.....	34
9.1	Schulischer Förderbedarf	35
9.2	Empfehlungen zur Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs	36
10	Rücksteller aus dem Vorjahr: Entwicklung und Entwicklungsstand.....	38
11	Kleinräumige Auswertung – Die Stadtteile im Vergleich	41
11.1.1	Anzahl und Herkunft der Kinder.....	42
11.1.2	Familienstruktur	43
11.1.3	Soziale Lage	44

11.1.4	Kitabesuch	45
11.2	Ausgewählte gesundheitliche Aspekte	46
11.2.1	Über- und Untergewicht	46
11.2.2	Früherkennungsuntersuchungen	47
11.2.3	Impfstatus.....	48
11.2.4	Zahngesundheit	48
11.3	Ausgewählte Problemlagen in den Stadtteilen	49
12	Berlin-Vergleich.....	53
12.1	Bezirks-Vergleich	53
12.1.1	häusliche und soziale Umfeldfaktoren	53
12.1.2	Gesundheitsvorsorge und Gesundheitszustand.....	54
12.1.3	Testergebnisse des Entwicklungs-Screenings	55
12.2	Prognoseräume im Vergleich	57
13	Zusammenfassung.....	60
13.1	Ergebnisse Bezirk.....	60
13.2	Ergebnisse Stadtteile	61
13.3	Ergebnisse Berlin-Vergleich.....	62
14	Glossar.....	63

1 Einführung

Laut Berliner Schulgesetz werden alle Kinder mit Beginn eines Schuljahres schulpflichtig, die 6 Jahre alt sind bzw. dies bis zum folgenden 31. Dezember werden. Bedingung für den Besuch einer Schule sind die Einschulungsuntersuchungen (ESU), die in Berlin durch die Kinderärztinnen und Kinderärzte des öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) durchgeführt werden. Diese in Berlin standardisierte Pflichtuntersuchung erhebt damit den gesundheitlichen Entwicklungsstand einer gesamten definierten Altersgruppe. Die ESU umfasst eine soziale und medizinische Anamnese, eine körperliche Untersuchung und mittels standardisierter Verfahren die Einschätzung motorischer, kognitiver und sprachlicher Fähigkeiten. Darüber hinaus werden die Kinder und begleitenden Mütter und/oder Väter beraten, wie sie die Zeit bis zur Einschulung unter Umständen mit individuellen Fördermaßnahmen nutzen können.

Die vorliegende Auswertung stellt die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung für das Schuljahr 2014/15 vor.

Insgesamt wurden vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Lichtenberg 2.632 Kinder untersucht, das sind 125 Kinder mehr als im Schuljahr zuvor. Der vorliegende Bericht bezieht sich auf 2.197 untersuchte Kinder, die eingeschult wurden.

Die Untersuchungen wurden von November 2013 bis Juli 2014 (einzelne Fälle noch im August/September 2014) durchgeführt und erfolgten berlinweit einheitlich anhand standardisierter Fragestellungen und Tests. Die Kinder müssen bei der Untersuchung mindestens 5 Jahre alt sein.

Die Zahlen für den gesamten Bezirk weichen leicht von den Zahlen für die Stadtteile ab, da in den Daten für den Gesamtbezirk alle eingeschulten Kinder enthalten sind, auch Kinder aus anderen Bezirken, die in Lichtenberg eingeschult werden sollten. Da diese Kinder ihren Wohnsitz zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht im Bezirk hatten, sind sie bei der kleinräumigen Auswertung nicht enthalten. Dabei handelt es sich um 6 Kinder.

Weitere Abweichungen von der Gesamtzahl von 2.197 Kindern resultieren aus fehlenden Angaben im Fragebogen. Sie sind in ihrer Größenordnung nicht relevant. Anders ist es bei Fragen, die auf freiwilliger Basis beantwortet werden konnten. In diesen Fällen wird gesondert darauf hingewiesen.

Ein Vergleich mit den anderen Bezirken bzw. mit dem Berliner Durchschnitt bietet die Möglichkeit, die bezirklichen Ergebnisse in einen gesamtstädtischen Kontext einzuordnen. Die Werte für den Berlin-Vergleich weichen leicht von den Zahlen für den Bezirk in diesem Bericht ab, da die Auswertung für Berlin insgesamt, die von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales vorgenommen wird, sich nur auf die Kinder bezieht, die **erstmalig untersucht** werden. Dies ist ein anderes methodische Herangehen als im vorliegende Bericht. Hier wird auf **alle eingeschulten** Kinder Bezug genommen.

2 Praxisbezug der Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen

Die Einschulungsuntersuchungen sind einerseits für die Feststellung der Schulfähigkeit jedes Kindes notwendig, andererseits liefern sie wichtige Gesundheits- und Sozialdaten für Interventionen, Prävention und Gesundheitsförderung auch auf der Ebene kleinteiliger Sozialräume. Die Daten stellen außerdem eine Bezugsgröße für die Überprüfung von Gesundheitszielen im Bereich der Kindergesundheit dar. Die Landesgesundheitskonferenz 2007 vereinbarte das Gesundheitsziel „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen“ in den Settings Familie, Stadtteil und Kindertagesstätte. Dabei wurde herausgestellt, dass insbesondere Kinder aus den sozial belasteten Familien und Kinder mit Migrationshintergrund von der (gesundheitlichen) Chancenungleichheit betroffen sind.

In den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung und Sprachentwicklung geht es dabei für die Zielgruppe der Einschulungskinder u.a. darum,

- das „Normalgewicht“ bei den Einschulungskindern anteilmäßig zu erhöhen, mit besonderem Blick auf die Verringerung des Übergewichts,
- den Anteil der Kinder mit unauffälligen motorischen Entwicklungsbefunden zu erhöhen,
- den Anteil von Kindern mit unauffälligen sprachlichen Entwicklungsbefunden zu erhöhen.

Vor allem Familien mit sozialen Problemlagen und Kinder mit Migrationshintergrund standen im Fokus. Daher wurden als Unterziele formuliert, dass die **Unterschiede halbiert** werden sollten zwischen

- Kindern mit und ohne Migrationshintergrund sowie zwischen
- Kindern der oberen/mittleren sozialen Schicht und der unteren sozialen Schicht.

Die kontinuierlichen Auswertungen der Einschulungsuntersuchungen ermöglichen einen Vergleich der jährlichen Ergebnisse in Lichtenberg und lassen auch in Bezug auf o.g. Kindergesundheitsziele Entwicklungstendenzen erkennen.

3 Kernaussagen der Einschulungsuntersuchung 2014

Bei der folgenden Auswertung aller Untersuchungsfelder wird deutlich, dass es für die gesundheitliche Entwicklung der Kinder entscheidend ist, in welchem sozialen Umfeld sie aufwachsen. Kinder, deren Eltern über einen geringen Bildungs- und Erwerbsstatus verfügen, weisen häufiger Entwicklungsverzögerungen und –störungen auf und sind in ihrem häuslichen Umfeld eher ungünstigen Bedingungen und gesundheitsrelevanten Risikofaktoren ausgesetzt.

Die nichtdeutsche Herkunft spielt vor allem in den Untersuchungsfeldern eine Rolle, die in besonderem Maße durch den Einfluss der Eltern geprägt sind. Das betrifft zum Beispiel die Zahngesundheit, die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen oder die tägliche Fernsehzeit. Aber auch hier wiesen die Kinder aus Familien mit mittlerem und hohem Sozialstatus bessere Testergebnisse und ein gesundheitsbewussteres Verhalten auf.

Auch wenn der Besuch einer Kindertagesstätte die sozialen Benachteiligungen nicht ausgleichen kann, so wirkt er sich insbesondere bei einem längeren Aufenthalt positiv auf die gesundheitliche Situation und den Entwicklungsstand der Kinder aus. Das betrifft vor allem Kinder, deren Elternhaus keine ausreichende Förderung gewährleisten kann. In Lichtenberg besuchten 90 % der Kinder eine Kita länger als zwei Jahre (entspricht dem Vorjahreswert). Bei allen Untersuchungsfeldern gibt es signifikante Unterschiede in Abhängigkeit von der Dauer des Kitabesuchs. Je länger die Kinder in der Kita waren, desto besser waren ihr Gesundheitszustand und ihre motorischen, kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten.

Wie schon bei den Einschulungsuntersuchungen der vergangenen Jahre erreichten die Jungen bei den standardisierten Tests schwächere Ergebnisse als die Mädchen und ihnen wurde häufiger Förderbedarf attestiert. Die Jungen fielen hier besonders durch Probleme bei den körperkoordinatorischen Fähigkeiten und den Sprachtests auf.

Eine besondere Gruppe bilden die Kinder, die im Jahr zuvor von der Einschulung zurückgestellt und ein zweites Mal zur Einschulungsuntersuchung vorgestellt wurden. Das zusätzliche Jahr der Förderung in einer Kita konnte offenbar dazu genutzt werden, die Untersuchungsergebnisse zu verbessern, obwohl diese Kinder immer noch mehr Probleme bei der Bewältigung der Aufgabenstellungen hatten als die regulär eingeschulten Kinder. Ein Drittel wies Sprachdefizite auf und knapp ein Viertel zeigte auffällige Ergebnisse bei der Körperkoordination und Visuomotorik. Dementsprechend erhielten zwei Drittel Empfehlungen für schulische Fördermaßnahmen, jedes fünfte Kind eine sonderpädagogische Förderempfehlung.

4 Entwicklungstendenzen

- Die Zahl der eingeschulten Kinder steigt, die der zurückgestellten Kinder ebenfalls.

Soziales und häusliches Umfeld:

- Der Anteil der Kinder in der oberen Sozialstatusgruppe nimmt zu, der Anteil in der unteren und mittleren Statusgruppe sinkt leicht.
- Starke Zunahme von Kindern nichtdeutscher Herkunft. Gleichzeitig steigt der Anteil der Kinder mit unzureichenden Deutschkenntnissen.
- Die Familienstruktur ist relativ konstant.
- Die Elternhäuser, in denen geraucht wird, werden weniger.
- Fernsehgeräte im Kinderzimmer werden seltener und lange Fernsehdauer ebenfalls.
- Der Anteil der Kinder ohne Kitabesuch liegt konstant bei rund 2 %. Der Anteil der Kinder mit über zweijähriger Kitabesuchsdauer ist ebenfalls relativ konstant (ca. 90 %).

Untersuchungs- und Testergebnisse:

- Die Vorsorgeuntersuchungen werden häufiger in Anspruch genommen. Besonders starke Zuwächse erfährt die 2008 eingeführte U7a (erfolgt vom 34. – 36. Lebensmonat).
- Der Anteil der Kinder mit Normalgewicht steigt leicht, während der Anteil untergewichtiger Kinder leicht rückläufig ist. Der Anteil der Kinder mit Übergewicht schwankt seit Jahren um die 8 %.
- Positive Entwicklungstendenzen gibt es bei der Körperkoordination und dem Mengenvorwissen.
- Leichte negative Entwicklungstendenzen zeichnen sich ab bei der Visuomotorik und der visuellen Wahrnehmung.
- Die sprachlichen Fähigkeiten sind gegenüber dem Vorjahr unverändert, zeigen aber im längerfristigen Verlauf eine leicht negative Tendenz.
- Auffallend starke Zunahme von Kindern mit emotional-sozialen Schwierigkeiten, sowohl gegenüber dem Vorjahr als auch längerfristig.
- Deutliche Zunahme der schulischen Förderempfehlungen.

Die nachstehende Tabelle 1 enthält eine Übersicht über ausgewählte Ergebnisse und ein Vergleich der letzten fünf Jahre. Veränderungen zum Vorjahr wurden mit Tendenzpfeilen gekennzeichnet.

Um Veränderungen bei den Untersuchungen und Entwicklungstests auf einen Blick sichtbar zu machen, wurden Abweichungen um mehr als 1,5 Prozentpunkte (entspricht etwa 30 Kindern) gegenüber dem Vorjahr farblich unterlegt. Dabei wurden positive Entwicklungstendenzen grün und negative Tendenzen orange gekennzeichnet.

Tab. 1: Ausgewählte Ergebnisse 2014 und Vergleich zu den Vorjahren (absolute Zahlen und in %)

Jahr	2010	2011	2012	2013	2014	Verä. z. Vj.	
untersuchte Kinder	nicht in Datensatz		2.374	2.507	2.632	↗	
darunter							
Rücksteller aus Vorjahr	94	213	272	287	352	↑	
zurückgestellt von der Schulaufsicht	nicht in Datensatz		289	347	435	↑	
eingeschulte Kinder	1.867	1.983	2.078	2.158	2.197	↗	
familiäres und soziales Umfeld	%	%	%	%	%		
untere Statusgruppe	18,5	19,1	18,7	18,5	17,6	↘	
mittlere Statusgruppe	62,8	61,0	62,1	59,8	57,7	↘	
obere Statusgruppe	18,7	19,9	19,2	21,7	24,7	↗	
nichtdeutsche Herkunft	25,1	28,5	28,2	26,0	29,7	↗	
Alleinerziehend	36,8	36,5	33,8	34,3	33,5	→	
darunter mit einem Erwachsenen	26,5	27,3	24,7	25,3	25,2	→	
Nichtraucherhaushalte	55,7	57,9	58,8	57,5	62,2	↗	
eigener Fernseher im Kinderzimmer	17,5	18,5	16,4	15,9	13,2	↘	
tgl. TV-Konsum von über 2 Std.	8,9	6,6	7,4	6,8	5,4	↘	
Kitabesuchsdauer über 2 Jahre	90,7	89,2	91,7	89,7	90,3	→	
kein Kitabesuch	2,0	1,7	1,8	2,6	2,3	→	
Untersuchungsergebnisse	%	%	%	%	%		
U1 bis U8 unvollständig	20,4	20,3	21,6	17,0	14,3	↘	
Untergewicht	13,2	11,3	11,4	10,5	8,9	↘	
Übergewicht (inkl. Adipositas)	9,2	8,2	7,7	7,9	8,6	→	
Zähne sanierungsbedürftig	11,4	13,1	13,6	12,0	13,4	→	
Entwicklungsscreening: auffällige Ergebnisse	Körperkoordination	13,6	17,2	15,4	12,9	11,1	↘
	Visuomotorik	13,4	14,8	15,9	14,1	16,8	↗
	visuelle Wahrnehmung	9,7	13,1	16,7	14,5	16,5	↗
	Mengenvorwissen	nicht erhoben		13,1	10,1	9,6	→
	Pseudowörter nachsprechen	12,8	14,0	12,5	13,8	12,9	→
	Wörter ergänzen	12,9	14,2	13,1	14,7	14,6	→
	Sätze nachsprechen	14,2	15,9	17,2	18,6	18,9	→
	Pluralbildung	nicht erhoben		15,0	15,1	13,4	↘
Artikulationsfehler	33,5	29,2	29,2	26,7	28,9	↗	
unzureichende Deutschkenntnisse bei Kindern nichtdeutscher Herkunft	23,9	27,0	35,6	39,1	41,1	↗	
Sprachdefizite	nicht erhoben		21,5	21,6	22,3	→	
Auffälligkeiten emotional-soziale Entwickl.	15,3	17,0	19,0	18,3	24,9	↑	
schulische Förderempfehlung	32,6	36,3	37,7	35,7	42,3	↑	
sonderpädagogische Förderempfehlung	8,0	7,9	7,3	5,9	7,8	↗	

5 Eckdaten der untersuchten Population

5.1 Anzahl und Geschlecht der untersuchten Kinder

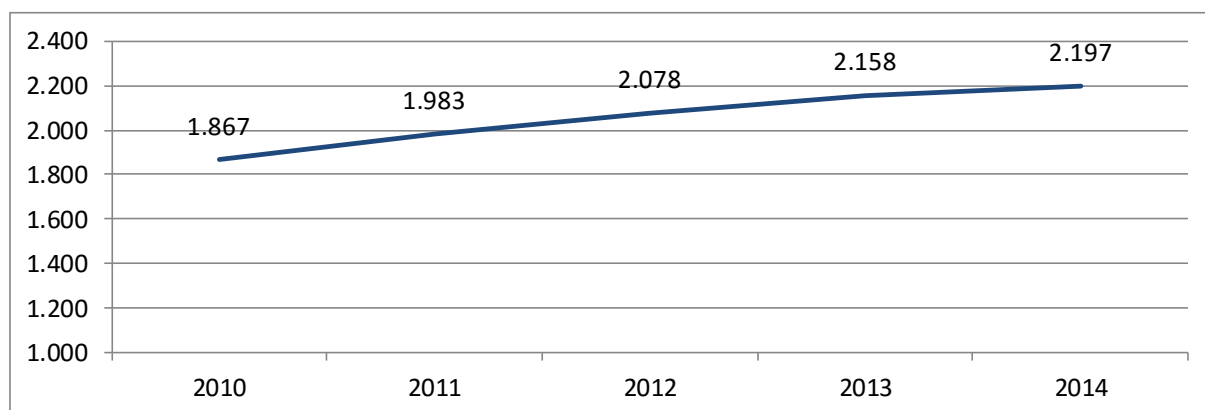
Für das Schuljahr 2014/15 wurden in Lichtenberg 2.632 Kinder untersucht. Das waren 125 Kinder mehr als im Vorjahr. 352 Kinder (13 %) wurden nach einer Rückstellung im Vorjahr erneut untersucht. Das waren 65 mehr als im Vorjahr. Insgesamt wurden 435 Kinder (17 %) von der Schulaufsicht zurückgestellt. Gegenüber dem Vorjahr ist das eine Zunahme um 88 Kinder. Viele dieser Kinder werden im nächsten Jahr erneut untersucht und dann eingeschult. Eine Rückstellung um ein weiteres Jahr ist nicht möglich. Aus amtsärztlicher Sicht war eine Rückstellung nur für 418 Kinder erforderlich, die darüber hinaus gehenden 17 Rückstellungen erfolgten auf Wunsch der Eltern. Ebenfalls auf Wunsch der Eltern wurden 2 Kinder vorzeitig eingeschult. Der vorliegende Bericht bezieht sich auf die 2.197 eingeschulten Kinder.

Tab. 2: Anzahl und Geschlecht der untersuchten Kinder

untersuchte Kinder	Anzahl	Anteil (%)
insgesamt	2.632	100,0
Jungen	1.142	52,0
Mädchen	1.055	48,0
davon		
Rücksteller aus dem Vorjahr	352	13,4
Rückstellung vom KJGD empfohlen	418	15,9
Rückstellung auf Elternwunsch ohne ärztliche Empfehlung	17	0,6
insgesamt zurückgestellt	435	16,5
vorzeitige Einschulung	2	0,0
aus anderen Bezirken	6	0,2
eingeschulte Kinder	2.197	83,5

Angesichts steigender Geburtenzahlen und wachsender Zuzüge steigt - trotz zunehmender Rückstellungen - die Zahl der eingeschulten Kinder seit 2010 kontinuierlich an, wie die folgende Grafik zeigt:

Abb. 1: Entwicklung der eingeschulten Kinder in Lichtenberg seit 2005 (absolut)



5.2 Herkunft der Kinder und Verständigung in deutscher Sprache

5.2.1 Migrationshintergrund

Die Staatsbürgerschaft sagt kaum etwas über die kulturelle und muttersprachliche Herkunft aus. Alle ab dem Jahr 2000 in Deutschland geborenen Kinder erhalten automatisch die deutsche Staatsbürgerschaft, wenn ein Elternteil seit mindestens acht Jahren dauerhaft und rechtmäßig in Deutschland lebt. Bei der Einschulungsuntersuchung wird daher nicht nur nach den Passverhältnissen gefragt, sondern auch nach der kulturellen und muttersprachlichen Herkunft der Kinder. Damit wird auch die soziokulturelle Prägung, die das Kind erfahren hat, erfasst. Diese kann für die gesundheitlichen Belange wesentlich sein, denn sowohl das Gesundheitsverhalten als auch der Umgang mit Krankheiten sind nicht selten von kulturellen Einflüssen geprägt.

Die Herkunft bezieht sich auf den Kulturkreis, aus dem das Kind stammt.

Das Kind wird nicht der deutschen Herkunft zugeordnet, wenn mindestens eins der folgenden drei Kriterien erfüllt ist:

- Das Kind besitzt nicht die deutsche Staatsangehörigkeit.
- Beide Eltern sind im Ausland geboren oder beide Eltern bei der Geburt nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besaßen (unabhängig davon, ob sie mittlerweile eingebürgert sind).
- Mindestens ein Elternteil ist nicht in Deutschland geboren oder besaß bei Geburt des Kindes nicht die deutsche Staatsangehörigkeit und in der Familienkommunikation wird vorwiegend eine (oder mehrere) andere Sprache(n) als die deutsche Sprache verwendet oder das Kind spricht eine andere Sprache besser als deutsch.

Die Zuordnung zu einem Herkunftsland erfolgt durch den Arzt/die Ärztin.

653 Kinder bzw. 30 % der eingeschulten Kinder hatten einen Migrationshintergrund, das sind 92 Kinder bzw. 4 Prozentpunkte mehr als im Vorjahr.

Tab. 3: Herkunft der eingeschulten Kinder 2014 (absolut und in Prozent)

Herkunft	Anzahl	Anteil
deutsche Herkunft	1.544	70,3
nichtdeutsche Herkunft	653	29,7
darunter		
Osteuropa	325	14,8
nicht seit Geburt in Deutschland	138	6,3

Die Kinder mit Migrationshintergrund kommen aus 78 verschiedenen Ländern von 4 Kontinenten.

Die Hälfte der Kinder mit Migrationshintergrund kommt aus Osteuropa, davon wiederum fast die Hälfte aus Russland.

Am stärksten vertreten sind die vietnamesischen Kinder. Sie machen mit 150 Kindern 23 % aller Kinder mit Migrationshintergrund aus.

Die häufigsten Herkunftsländer sind:

Tab. 4: Ausgewählte Herkunftsländer (absolut und in Prozent)

Herkunftsland	Anzahl	Anteil an allen Kindern (%)	Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund (%)
Vietnam	150	6,8	23,0
Russische Föderation	129	5,9	19,8
Kasachstan	40	1,8	6,1
Polen	29	1,3	4,4
Türkei	25	1,1	3,8
Serbien	23	1,0	3,5
Syrien	20	0,9	3,1
Rumänien	17	0,8	2,6
Bulgarien	15	0,7	2,3
Bosnien	15	0,7	2,3
Ukraine	13	0,6	2,0
sonstige	177	8,1	27,1

5.2.2 Verständigung in deutscher Sprache mit Kindern nichtdeutscher Herkunft

Die Verständigung in deutscher Sprache ist eine wichtige Voraussetzung für den Aufbau sozialer Kontakte, die Integration in die deutsche Umgebungsgesellschaft und um dem Unterrichtsgeschehen folgen zu können. Daher wird bei der Einschulungsuntersuchung die Beherrschung der deutschen Sprache von Kindern nichtdeutscher Herkunftssprache eingeschätzt. Sie bezieht sich auf den Wortschatz und das Verstehen, aber auch auf grundlegende Regeln der Grammatik.

Die Bewertung der Sprachfähigkeit im Deutschen dient einer sozialen Einschätzung, nicht einer sprachlichen. Es sollen soziale Gegebenheiten, wie Kontakte zu Deutschsprechenden, Integration etc. ermittelt werden. Dies erfolgt im Verlauf der Untersuchung semiquantitativ anhand der sprachlichen Äußerungen der Kinder.

267 Kinder nichtdeutscher Herkunft (41 % der Kinder nichtdeutscher Herkunft), haben unzureichende Deutschkenntnisse. Das sind mehr als in den anderen Berliner Bezirken. Es sind quantitativ vor allem die vietnamesischen Kinder, deren Deutsch nicht ausreichend ist. Obwohl 96 % der vietnamesischen Kinder in Deutschland geboren sind, verfügen 55 % (82 Kinder) über unzureichende Deutschkenntnisse. Bei den russischen Kindern fällt das Verhältnis günstiger aus: 85 % sind in Deutschland geboren und 40 % sprechen unzureichend Deutsch. Alle anderen Nationalitäten lassen sich schlecht zum Vergleich heranziehen, da die absoluten Zahlen zu gering sind.

6 soziale Lage, familiäre Situation und Kitabesuch

Die familiären und häuslichen Bedingungen sowie das soziale Umfeld spielen eine entscheidende Rolle für das gesunde Aufwachsen eines Kindes.

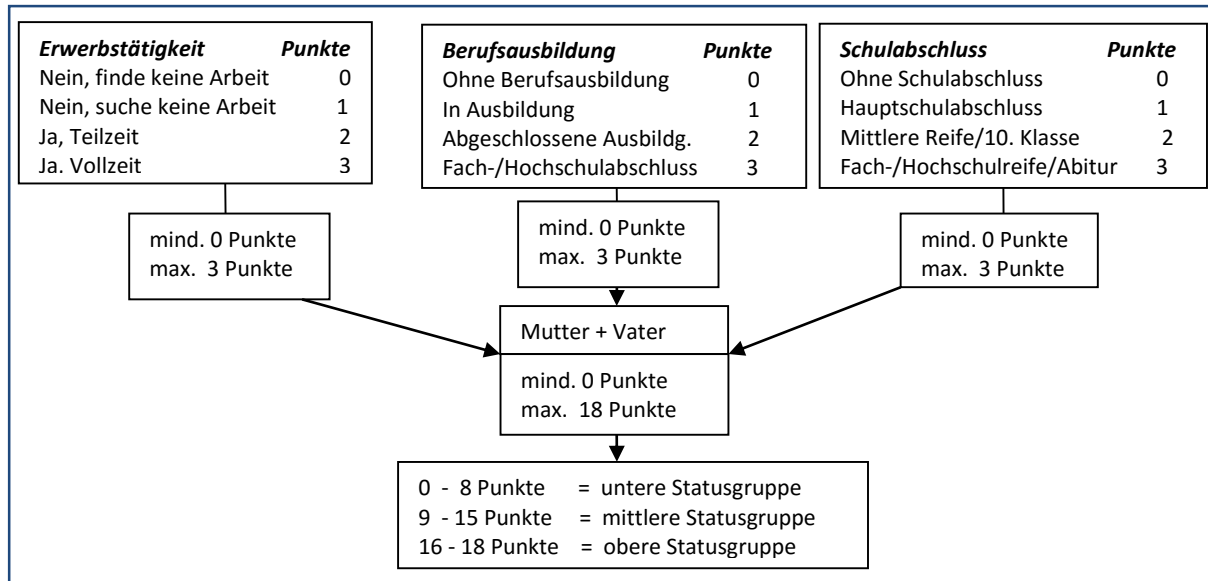
Wissenschaftliche Untersuchungen und auch die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen belegen, dass Kinder aus bildungsfernen und sozial benachteiligten Familien häufiger Entwicklungsdefizite und einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als Kinder aus bildungsnahen und sozial besser gestellten Familien. Insofern kommt der Bildung und sozialen Lage der Eltern eine besondere Bedeutung für die gesunde und altersgerechte Entwicklung zu.

6.1 Sozialer Status

Bildungsarmut und finanzielle Problemlagen sind Risikofaktoren, die guten Entwicklungsbedingungen eines Kindes entgegenstehen. Einkommensarmut lässt sich hilfsweise aus dem Bezug von Transferleistungen ableiten. Der Anteil der Kinder unter 6 Jahren in Lichtenberg, die in Familien mit Hartz IV-Bezug leben, liegt bei 33 %. Der Berliner Durchschnitt liegt mit 31 % knapp darunter¹.

Zur Beschreibung der sozialen Lage der Familien der eingeschulten Kinder wird der sogenannte **Sozialstatusindex** gebildet, der den Schulabschluss, die Berufsausbildung und den Erwerbsstatus der Eltern beinhaltet (Erläuterung der Methodik vgl. Glossar im Anhang).

Abb. 2: Schema zur Ermittlung der Sozialstatusgruppe

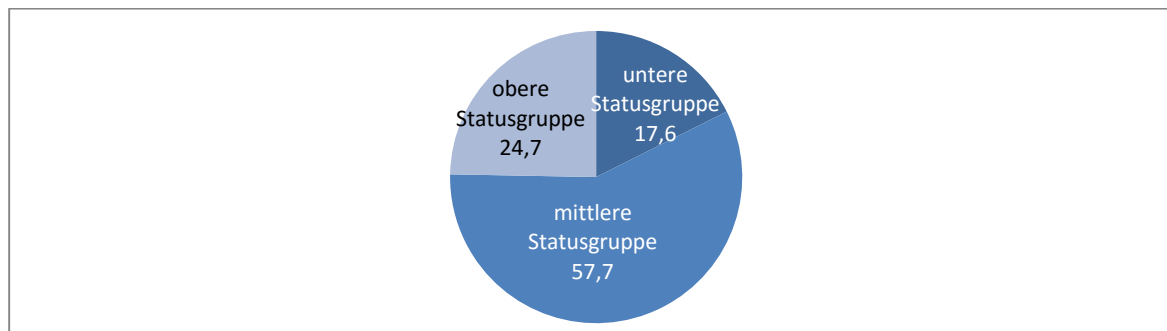


Der Sozialstatus in der ESU ist wesentlich geprägt vom Bildungsgrad der Eltern. Der Bildungsstand hat einen erheblichen Einfluss auf die gesunde Entwicklung eines Kindes. Er beeinflusst die Erziehungs- und Medienkompetenz sowie das Gesundheitsverhalten der Eltern, die sich auf das Kind auswirken.

58 % der Kinder zählen in Lichtenberg zur mittleren sozialen Statusgruppe und 18 % zur unteren Sozialstatusgruppe. Ein Viertel der Kinder gehört zur oberen Sozialstatusgruppe, d.h. die Eltern verfügen über ein hohes Bildungsniveau und sind zumeist erwerbstätig.

Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich der Anteil der Familien in der oberen sozialen Statusgruppe um drei Prozentpunkte, während der Anteil in der unteren Statusgruppe um einen Prozentpunkt und in der mittleren Statusgruppe um zwei Prozentpunkte sank.

Abb. 3: Anteil der Kinder nach Sozialstatus der Familien (in %)



¹ Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, abgestimmter Datenpool, eigene Berechnungen

Vor allem Alleinerziehende, Familien mit drei und mehr Kindern und Familien mit Migrationshintergrund finden sich häufiger in der unteren Statusgruppe als herkunftssdeutsche Familien, Paarfamilien und Familien mit bis zu zwei Kindern.

Nur 12 % aller Alleinerziehenden gehören zur oberen Statusgruppe, aber 32 % zur unteren Statusgruppe. Dies resultiert u.a. aus dem geringeren Bildungsgrad und dem höheren Anteil an alleinerziehenden Müttern ohne Arbeit. 12 % der alleinerziehenden Mütter verfügen über keinen Schulabschluss und 21 % über einen Hauptschulabschluss. Bei den Müttern in Paarbeziehungen sind es lediglich 5 % bzw. 9 %. Dementsprechend verfügen 30 % der alleinerziehenden Mütter über keinen Berufsabschluss, bei den Müttern in Paarbeziehungen sind es nur 14 %. 78 % der Mütter in Paarbeziehungen sind erwerbstätig, bei den alleinerziehenden Müttern sind es 64 %. Von den alleinerziehenden Müttern gaben 13 % an, keine Arbeit zu finden. Bei den Müttern in Paarbeziehung waren es mit 5 % nicht einmal halb so viele.

Zwei Drittel der Kinder mit Migrationshintergrund sind in der unteren Statusgruppe vertreten. Bei Kindern ohne Migrationshintergrund sind es nur 12 %.

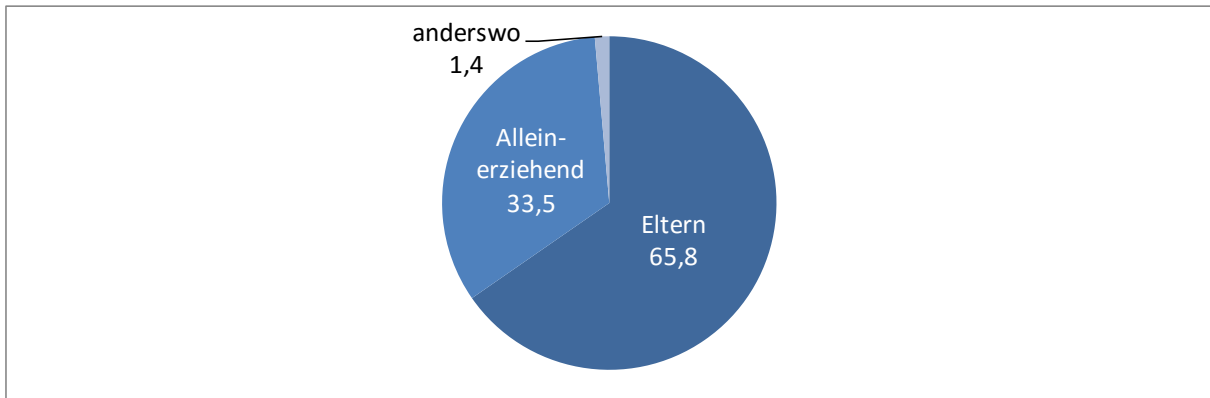
Tab. 5: Verteilung der Statusgruppen nach Herkunft, Familienkonstellation und Kinderzahl (%)

	niedriger Status	mittlerer Status	hoher Status
Lichtenberg insgesamt	17,6	57,7	24,7
HERKUNFT			
deutsche Herkunft	11,5	61,0	27,4
nichtdeutsche Herkunft	33,8	48,8	17,4
HAUSHALTSTYP			
Elternpaar	11,0	58,6	30,4
Alleinerziehend	31,5	56,1	12,4
KINDERZAHL			
ein Kind	26,2	37,1	26,2
zwei Kinder	36,9	46,9	61,0
drei Kinder	23,8	12,3	11,2
vier und mehr Kinder	13,1	3,6	1,7

6.2 Familienstruktur

Die Familienstruktur spiegelt das häusliche Umfeld, in dem das Kind aufwächst, wider. Alleinerziehende sind z.B. einer höheren Belastungssituation ausgesetzt und haben ein deutlich höheres Armutsrisiko, insbesondere wenn sie über ein geringes Bildungsniveau verfügen, als Eltern, die in Paarbeziehungen leben. Überforderungen und Probleme der Eltern können auch Auswirkungen auf die Entwicklung und das gesunde Heranwachsen der Kinder haben.

34 % aller untersuchten Kinder leben nur mit einem Elternteil zusammen, 66 % mit beiden Eltern und 1 % ist fremd untergebracht, d.h. bei Pflegefamilien oder Großeltern oder in einem Heim.

Abb. 4: Familienstruktur der eingeschulten Kinder (in %)

In fast einem Viertel der alleinerziehenden Haushalte lebt mindestens eine weitere erwachsene Person. Das sind manchmal, vor allem bei sehr jungen Müttern, die Großeltern(teile). Meist ist es jedoch der (neue) Partner der Mutter. Damit beträgt der Anteil der Alleinerziehenden, die nicht in Partnerschaft leben 26 %.

Der Anteil Alleinerziehender mit Migrationshintergrund ist mit 32 % nur unwesentlich geringer als bei herkunftsdeutschen Eltern (34 %). Den höchsten Anteil Alleinerziehender gibt es bei den vietnamesischen Familien. 59 % der vietnamesischen Kinder lebt mit nur einem Elternteil zusammen, und zwar ausnahmslos mit der Mutter. Berücksichtigt man die Fälle mit einem weiteren Erwachsenen im Haushalt, bleiben 42 % der vietnamesischen Mütter, die mit Kind bzw. Kindern und ohne Partner leben.

6.3 Kita-Besuch

Kitas und Tagespflege haben die Aufgabe, die Bildung, Erziehung und Betreuung der Kinder in den Familien zu ergänzen und zu unterstützen, um allen Kindern eine möglichst gute soziale, emotionale, körperliche und geistige Entwicklung zu gewähren. Es ist ein ganzheitlicher Bildungs- und Erziehungsauftrag.

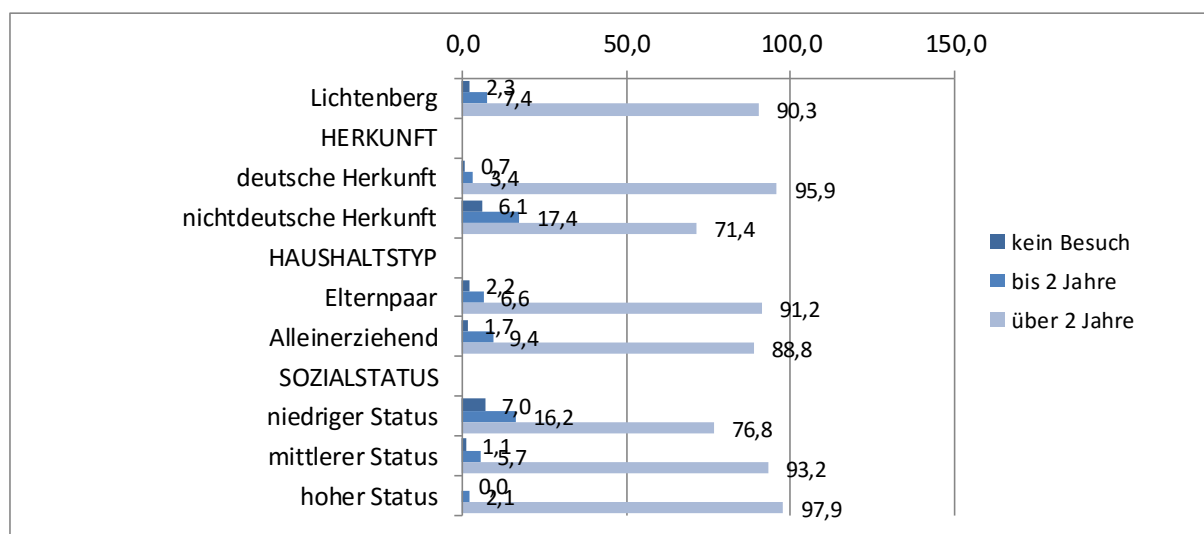
Der Kitabesuch bietet, neben der sozialen Integration, die Möglichkeit für Maßnahmen der Intervention, Prävention und Gesundheitsförderung. Die Dauer des Kita-Besuchs hat einen positiven Einfluss auf die gesundheitliche, soziale und sprachliche Entwicklung des Kindes.

98 % der Kinder haben eine Kita oder eine andere Kindereinrichtung besucht. 90 % waren dort länger als zwei Jahre.

Beim Kita-Besuch gibt es erhebliche Unterschiede in Abhängigkeit vom sozialen Status: Je besser das Bildungsniveau der Eltern und damit der soziale Status ist, desto länger besuchen die Kinder eine Tageseinrichtung. 7 % der Kinder aus Familien mit geringem Sozialstatus haben keine Einrichtungen besucht und weitere 16 % weniger als zwei Jahre.

Eine ähnliche Verteilung findet sich bei Kindern mit Migrationshintergrund: 6 % der Kinder mit Migrationshintergrund haben keine Kita besucht und weitere 17 % kürzer als zwei Jahre.

Hinsichtlich des Haushaltstyps finden sich keine signifikanten Unterschiede.

Abb. 5: Anteil der Kinder nach Kitabesuchsdauer, Herkunft und Sozialstatus (in %)

Die Dauer des Kitabesuchs hat einen erheblichen Einfluss auf den Entwicklungsstand des Kindes. Wie die Testergebnisse der Einschulungsuntersuchungen belegen, sind die sprachlichen, kognitiven und motorischen Fähigkeiten der Kinder mit einem längeren Kitabesuch deutlich besser als bei Kindern ohne oder mit einem kurzen Kitabesuch (vgl. Kapitel 8).

7 Gesundheits- und Risikoverhalten

7.1 Gesundheitliche Vorsorge

Die altersgerechte und gesunde Entwicklung eines Kindes wird ganz wesentlich davon beeinflusst, welchen Stellenwert die Eltern dem Thema Gesundheit beimessen. Dazu gehören u.a. Ernährung, Bewegung, Zahnpflege und die Inanspruchnahme von Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen. Die im Rahmen der Einschulungsuntersuchung gewonnenen Ergebnisse ermöglichen eine Einschätzung des Gesundheitsverhaltens in den Familien und tragen somit dazu bei, gezielt präventive Maßnahmen einleiten zu können.

7.1.1 Früherkennungsuntersuchungen

Vorsorgeuntersuchungen gehören zum Krankheitsfrüherkennungsprogramm, das der Gesetzgeber als vertragsärztliche Leistung vorsieht, um Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen bzw. Erkrankungen frühzeitig zu erkennen. Die Früherkennungsuntersuchungen sind freiwillig. Die Kosten werden von den Krankenkassen übernommen.

2008 wurde die U7a eingeführt, da zwischen der U7 und der U8 ein Abstand von zwei Jahren liegt, in denen sich beim Kind wichtige Entwicklungsschritte vollziehen. Schwerpunkte der U7a sind das Erkennen und Behandeln von Sehstörungen, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Übergewicht, Sprachentwicklungsstörungen, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien.

Tab. 6: Zeitpunkt der Untersuchung nach Alter des Kindes

Art	Untersuchungszeitpunkt ²
U1	Neugeborenen-Erstuntersuchung in den ersten 10 Lebensminuten
U2	Basisuntersuchung des Neugeborenen 3. – 10. Lebenstag
U3	4. – 6. Lebenswoche
U4	4. Lebensmonat
U5	6. – 7. Lebensmonat
U6	10. – 12. Lebensmonat
U7	21. – 24. Lebensmonat
U7a	34. - 36 Lebensmonat (seit 2008)
U8	43. – 48. Lebensmonat
U9	60. – 64. Lebensmonat

Das Vorsorgeuntersuchungsheft

Die Untersuchungen werden in einem Vorsorgeuntersuchungsheft dokumentiert, das zu jeder Untersuchung mitzubringen und bei der Einschulungsuntersuchung vorzulegen ist. Fehlt das Dokument, so fehlen auch wichtige Informationen für die Entwicklungseinschätzung des Kindes. Im Heft wird der Entwicklungsstand der Kinder bei der jeweiligen Untersuchung dokumentiert, damit bei der nächsten Untersuchung jeder Kinderarzt/jede Kinderärztin beurteilen kann, ob die Entwicklung des Kindes unverändert unauffällig ist oder ob Auffälligkeiten bzw. Defizite aufgetreten sind, die die Einleitung von Hilfen erfordern.

Bei 88 % der Kinder lag das Vorsorgeheft vor, d.h. 269 Kinder hatten kein Vorsorgeheft. Bei jedem vierten Kind nichtdeutscher Herkunft fehlte das Vorsorgeheft. Bei herkunftsdeutschen Kindern fehlte es nur bei 6 %.

Das Untersuchungsheft wird bei der Geburt ausgehändigt. Sind die Kinder nicht in Deutschland geboren, haben sie oft kein Vorsorgeheft. 27 % der Kinder mit Migrationshintergrund hatten kein Vorsorgeheft (mit) und 6 % der herkunftsdeutschen Kinder. Auch bei 28 % der vietnamesischen Kinder fehlte das Vorsorgeheft, obwohl 96 % in Deutschland geboren wurden.

Bei 71 % der Kinder, die keine Kita besucht haben, fehlte das Vorsorgeheft. Mit zunehmender Kitabesuchsdauer erhöht sich der Anteil der Kinder, die ihr Vorsorgeheft mitbrachten. Bei einer Kitabesuchsdauer von über zwei Jahren hatten lediglich 8 % kein Vorsorgeheft dabei.

Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung

Bei 86 % der Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeuntersuchungsheft wurde die U1 - U8 vollständig wahrgenommen (ohne Berücksichtigung der U7a). Im Vorjahr waren es 84 %.

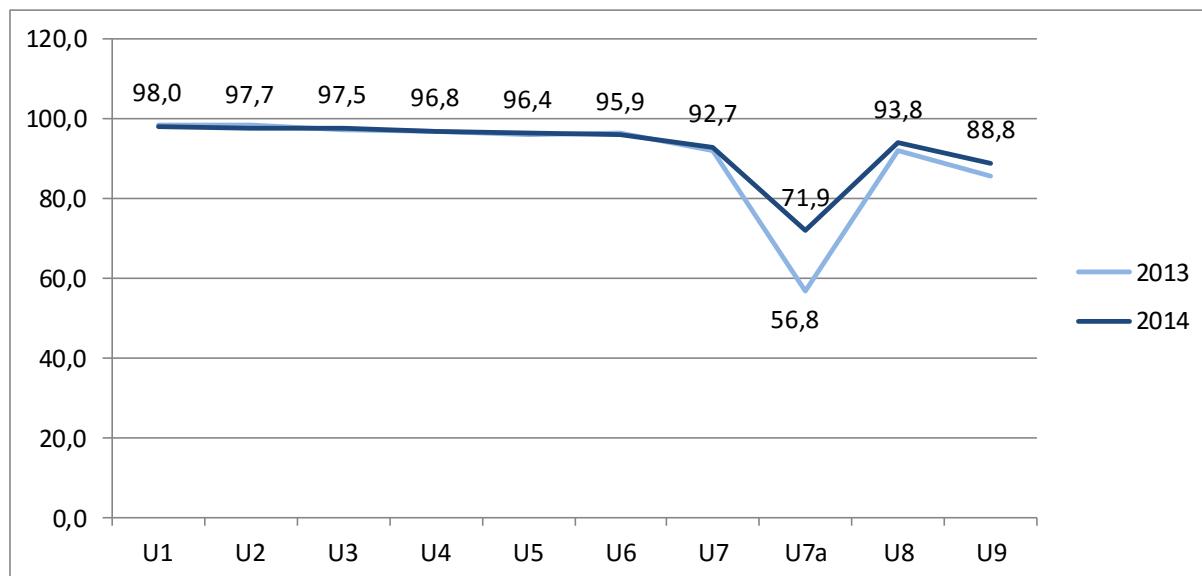
Die U7a, die 2008 eingeführt wurde, wird nur von 72 % der Eltern wahrgenommen, während die Inanspruchnahme aller anderen Untersuchungen bei über 90 % liegt (ausgenommen die U9, wobei zu berücksichtigen ist, dass 7 % der Kinder noch in der Altersspanne der U9 lagen).

In den Vorsorgeheften, die vor 2008 ausgegeben wurden, ist die U7a noch nicht erfasst. Das betrifft 352 Kinder (16 %), die im Jahr 2007 geboren sind. Der Anteil der Kinder ohne U7a ist mit 29 % deutlich höher. Zudem geben die niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzte Ergänzungsbögen für die U7a aus.

² Davon abweichend gibt es altersabhängig zeitliche Toleranzgrenzen für die Untersuchung von bis zu 2 Monaten, in denen das Kind noch untersucht wird.

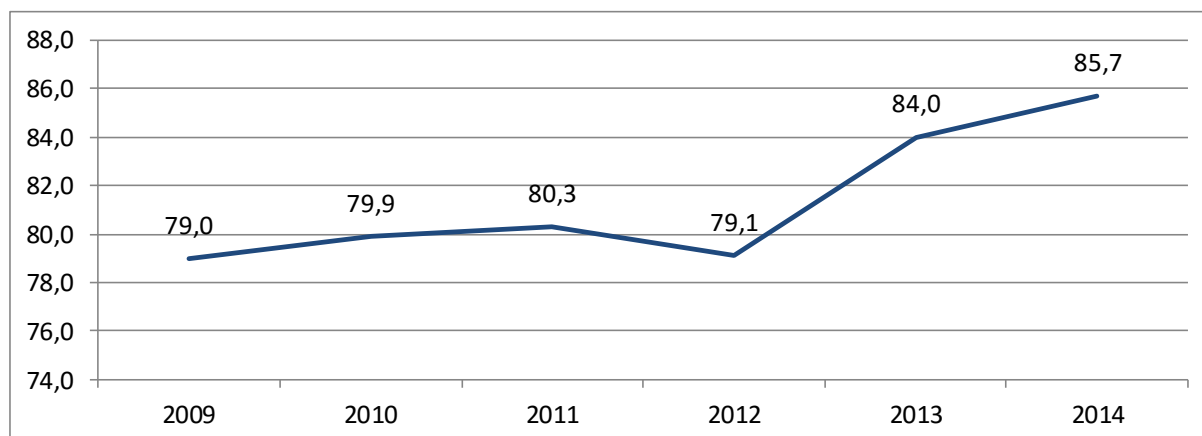
Gegenüber dem Vorjahr ist die Inanspruchnahme der U7a deutlich gestiegen. In 2013 lag sie lediglich bei 57 %. Da es sich hierbei um eine sehr wichtige Untersuchung handelt, um rechtzeitig möglichen Entwicklungsverzögerungen zu erkennen und zu behandeln, ist eine weitere Erhöhung der Inanspruchnahme dringend anzustreben.

Abb. 6: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen 2014 (in % der Kinder mit vorgelegtem U-Heft)



Seit 2012 steigt die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen. Das zentrale Einladungs- und Erinnerungswesen, das 2010 eingeführt wurde, scheint sich förderlich auszuwirken.

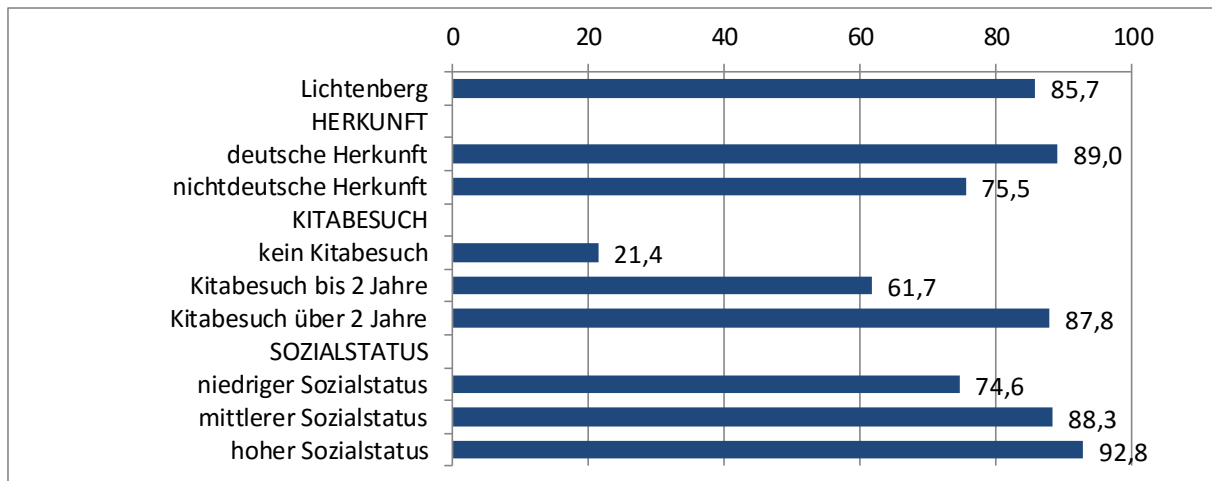
Abb. 7: Anteil der Kinder mit vollständiger U1 – U8 (ohne 7a) seit 2009 (in % der Kinder mit vorgelegtem U-Heft)



Die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen hängt eng mit dem Sozialstatus und damit mit dem Bildungsgrad der Eltern zusammen. Noch stärker wirkt sich die Dauer des Kitabesuchs auf das Inanspruchnahmeverhalten aus. Aber auch zwischen Familien mit und ohne Migrationshintergrund gibt es erhebliche Unterschiede.

Je höher das Bildungsniveau und der soziale Status, desto häufiger haben die Kinder alle Vorsorgeuntersuchungen. Gleiches gilt für die Dauer des Kitabesuches: je länger die Kinder die Kita besuchen, desto häufiger haben sie alle Vorsorgeuntersuchungen.

Abb. 8: Vollständige U1 - U8 (ohne U7a) nach Herkunft, Sozialstatus und Kita-Besuch (Anteil an der jeweiligen Gruppe in %)



7.1.2 Impfstatus

Schutzimpfungen sind sehr wirksame Präventionsmaßnahmen, die nicht nur für den Einzelnen, sondern für die gesamte Bevölkerung nutzbringend sind. Der Kollektivschutz der geimpften Bevölkerung (so genannte Herdimmunität) ist wichtig, um das Auftreten von Epidemien zu verhindern und um Personen zu schützen, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können, wie z.B. Schwangere oder Menschen mit Immunschwäche.

Dafür ist jedoch eine entsprechend hohe Durchimpfungsrate erforderlich, die je nach Krankheit unterschiedlich ist. Der Impfstatus wird bei jeder Vorsorgeuntersuchung geprüft und auf Wunsch wird auch geimpft.

In Deutschland besteht keine Impfpflicht. Die ständige Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut gibt jährlich Impfeempfehlungen heraus, die dem neuesten Stand der Wissenschaft entsprechen.³

Anhand des Impfausweises, der zur Einschulungsuntersuchung mitzubringen ist, wird der Impfstatus geprüft.

Bei 11 % der Kinder lag kein Impfausweis vor. Wie beim Vorsorgeheft hatten Kinder aus bildungsfernem Elternhaus, aus Familien mit Migrationshintergrund, ohne Kitabesuch oder mit kurzer Kitabesuchsdauer seltener einen Impfausweis dabei. Gegenüber dem Vorjahr ist der Anteil der Kinder ohne Impfausweis um 2,5 Prozentpunkte gestiegen.

Gegenüber den Vorjahren stieg die Impfquote bei Varizellen und Pneumokokken deutlich. Bei Meningokokken ist die Impfquote gegenüber dem Vorjahr stark zurückgegangen. Bei allen anderen Impfungen sind die Impfquoten seit Jahren relativ konstant. Dank dem Engagement der niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzte in Lichtenberg verfügen die Kinder über einen sehr guten Impfstatus, auch im gesamtstädtischen Vergleich (s. Kapitel 12).

In Berlin insgesamt, aber auch in der Bundesrepublik, nimmt die Inanspruchnahme von Impfungen mit zunehmendem sozialen Status ab. In Lichtenberg ist das nicht durchgängig der Fall. Gegen Polio, Diphtherie, Tetanus und Pertussis sind die Kinder der oberen Sozialstatusgruppe besser immunisiert als die Kinder bildungsferner Eltern. Die Unterschiede sind jedoch minimal.

Signifikante Unterschiede gibt es hinsichtlich der Kitabesuchsdauer. Nicht einmal die Hälfte (48 %) der Kinder, die keine Kita besucht haben, ist gegen Masern, Mumps oder Varizellen geimpft. Gegen

³ <http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/impfen.html>

Pneumokokken und Meningokokken sind es sogar nur 37 %. Zwei Drittel der Kinder ohne Kitabesuch haben Impfungen gegen Polio, Diphtherie, Tetanus und Pertussis.

Abb. 9: Durchimpfungsraten für Standardimpfungen seit 2011 (vollständig geimpfte Kinder in % der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis)

Impfung	2011	2012	2013	2014
Polio	97,2	97,1	96,4	96,6
Tetanus	97,8	97,5	97,1	97,3
Diphtherie	97,6	97,3	96,9	97,0
Pertussis	96,6	96,3	95,9	95,9
Masern	93,2	93,7	93,3	93,4
Mumps	93,1	93,4	93,0	93,2
Röteln	93,1	93,4	93,0	93,2
HiB	95,0	95,1	94,2	94,1
Hepatitis B	91,4	93,0	91,0	91,3
Pneumokokken	50,1	71,3	78,6	82,8
Varizellen	54,7	86,4	89,1	89,9
Meningokokken	89,1	89,2	91,1	85,1
Heft vorhanden	91,1	91,2	91,8	89,3

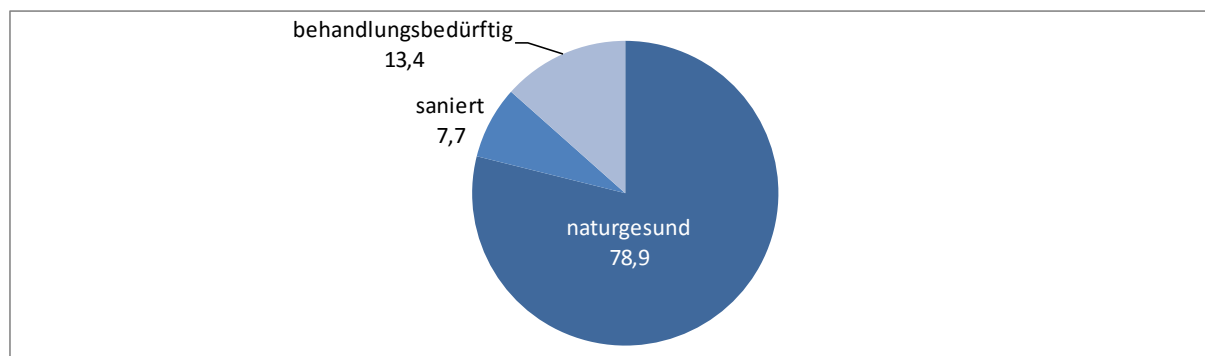
7.1.3 Zahngesundheit

Bei der Einschulungsuntersuchung werden auch die Zähne des Kindes untersucht. Dabei geht es primär darum, den Gebisszustand als Parameter für das Gesundheitsverhalten zu erfassen.

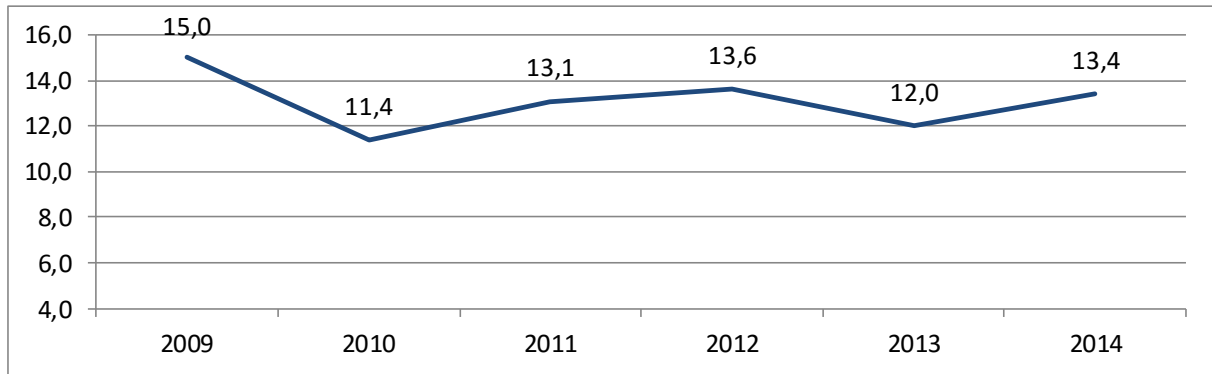
Die Zahngesundheit ist in starkem Maße durch Zahnpflege, Prophylaxe und Ernährung beeinflussbar und damit vom praktizierten Gesundheitsverhalten im Elternhaus abhängig sowie vom Einfluss der Kita. Insofern sind bei der Einschulungsuntersuchung die Zahngesundheit und der Gebisszustand ein Indikator dafür, welchen Stellenwert die Eltern der Gesundheit ihrer Kinder beimessen.

Bei 87 % der Kinder waren die Zähne naturgesund bzw. zahnärztlich versorgt. 13 % der Kindergebisse waren behandlungsbedürftig.

Abb. 10: Anteil der Kinder mit versorgten Zähnen (naturgesund und saniert) und nicht versorgten Zähnen in Lichtenberg (%)



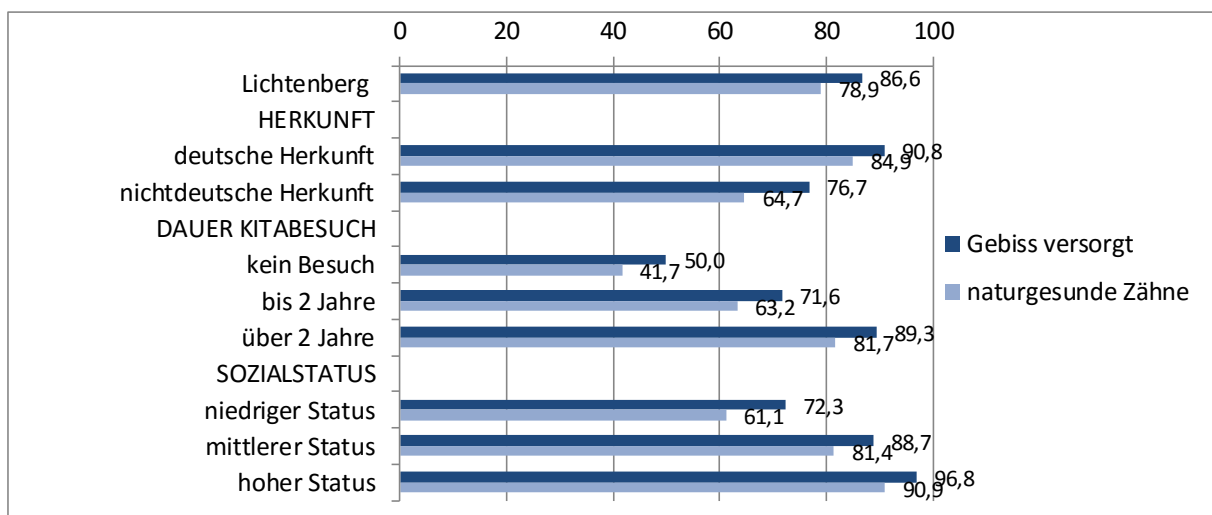
Im Zeitvergleich schwankt der Anteil der Kinder mit sanierungsbedürftigen Zähnen um die 13 %. Eindeutige Entwicklungstendenzen sind nicht erkennbar.

Abb. 11: Anteil der Kinder mit sanierungsbedürftigen Zähnen seit 2009 (in %)

Zwischen Zahngesundheit, Herkunft, sozialem Status und Gesundheitsverhalten besteht ein enger Zusammenhang.

In Elternhäusern **nichtdeutscher Herkunft und in sozial benachteiligten Familien** wird der Zahngesundheit bzw. der Prävention kein so hoher Stellenwert beigemessen wie in herkunftsdeutschen Familien und Familien mit höherem sozialem Status. 85 % der herkunftsdeutschen Kinder haben naturgesunde Zähne und 91 % ein versorgtes Gebiss. Bei Kindern mit Migrationshintergrund sind es nur 65 % bzw. 77 %. Ganz erhebliche Unterschiede zeigen sich in Abhängigkeit vom Bildungshintergrund: je höher der soziale Status, desto besser werden die Zähne gepflegt, d. h. das Gebiss ist gesünder und wird bei Bedarf eher behandelt. Nur 61 % der Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern haben naturgesunde Zähne. Bei 9 % wurde das Gebiss saniert und 28 % der Kinder der unteren Sozialstatusgruppe haben ein behandlungsbedürftiges Gebiss. Dabei ist zu beachten, dass es sich hier um 5-jährige Kinder handelt, die noch ihr Milchgebiss haben. Die Gesundheit des Milchgebisses ist Voraussetzung für ein gesundes, gut mineralisiertes und funktionierendes bleibendes Gebiss.

Auch die **Dauer des Kitabesuchs** hat Einfluss auf die Zahngesundheit. Je länger die Kinder die Kita besuchen, desto besser ist ihr Gebisszustand. Hier macht sich bemerkbar, dass in den Kitas auf gesundheitsbewusste Ernährung und Zahnpflege geachtet wird.

Abb. 12: Anteil der Kinder mit naturgesundem bzw. versorgtem Gebiss in Abhängigkeit von Herkunft, Sozialstatus und Kitabesuch (in %)

7.2 Gesundheitsrelevantes Risikoverhalten

Neben der Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, der regelmäßigen Zahnpflege und gesunden Ernährung gibt es weitere gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, die direkt oder indirekt Einfluss auf die Gesundheit des Kindes haben.

Bei der Einschulungsuntersuchung wird der Medienkonsum der Kinder und das Rauchverhalten der Eltern erfragt.

7.2.1 Medienkonsum

Erhöhter Medienkonsum schränkt die verfügbare Zeit für Bewegung und sportliche Aktivitäten zwangsweise ein. Gerade im Vorschulalter entwickeln sich Körperkoordination, Motorik etc., die auch Einfluss auf die Hirnentwicklung und die Sprache des Kindes haben.

Der Einfluss des Medienkonsums auf die Entwicklung der Kinder ist differenziert zu betrachten. Zeitlich maßvoll dosierter und inhaltlich altersentsprechender Fernsehkonsum sowie die Möglichkeit des Kindes, über das Gesehene aktiv zu reflektieren sind Bedingungen, die sich positiv auf die Entwicklung des Kindes auswirken können. Diese Bedingungen sind jedoch nicht immer gegeben.

Die Angaben zum Medienkonsum in der Einschulungsuntersuchung beruhen auf freiwilliger Auskunft der Eltern und sind mit gewisser Vorsicht zu betrachten, da die Erfahrung zeigt, dass bei der angegebenen Stundenanzahl eher untertrieben wird, um gesellschaftskonforme Angaben zu machen.

Für Vorschulkinder wird eine tägliche Medienzeit von höchstens 30 Minuten empfohlen.⁴

Fernsehkonsum

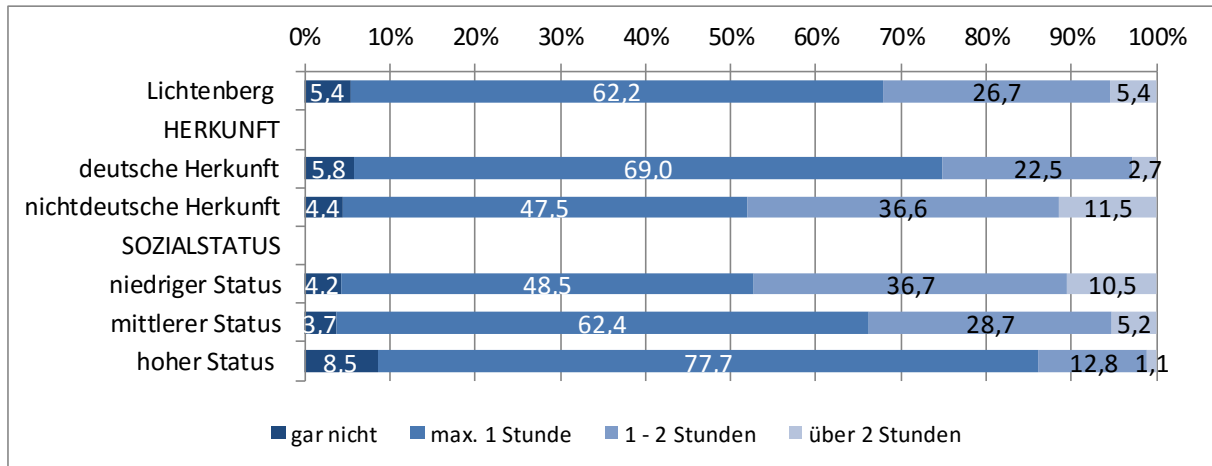
Den Angaben zufolge sehen 5 % der Kinder im Bezirk **nicht täglich** fern. 62 % der Kinder sehen maximal eine Stunde täglich fern. Rechnet man die Zeit hinzu, die mit Computerspielen verbracht wird, wird die empfohlene Dauer von einer halben Stunde deutlich überschritten. 27 % der Kinder verbringen bis zu zwei Stunden täglich vor dem Fernseher und 5 % sogar länger als zwei Stunden.

Kinder mit Migrationshintergrund sehen häufiger und länger fern als Kinder ohne Migrationshintergrund. Der Anteil derer, die täglich mehr als zwei Stunden fernsehen, war viermal so hoch wie bei herkunftsdeutschen Kindern. Dies muss nicht unbedingt die tatsächlichen Unterschiede widerspiegeln, sondern könnte z.T. auch darauf beruhen, dass bei Eltern mit Migrationshintergrund ein hoher Medienkonsum weniger kritisch gesehen wird und die Frage somit wahrheitsgemäßer beantwortet wird.

Signifikante Unterschiede beim Fernsehkonsum gibt es in Abhängigkeit vom Bildungshintergrund der Eltern: je höher der Sozialstatus, desto niedriger ist der Fernsehkonsum der Kinder. 11 % der Kinder der unteren Statusgruppe sehen den Angaben zufolge täglich mehr als zwei Stunden fern. Das sind zehnmal mehr als in der oberen Statusgruppe und doppelt so hoch wie in der mittleren Statusgruppe.

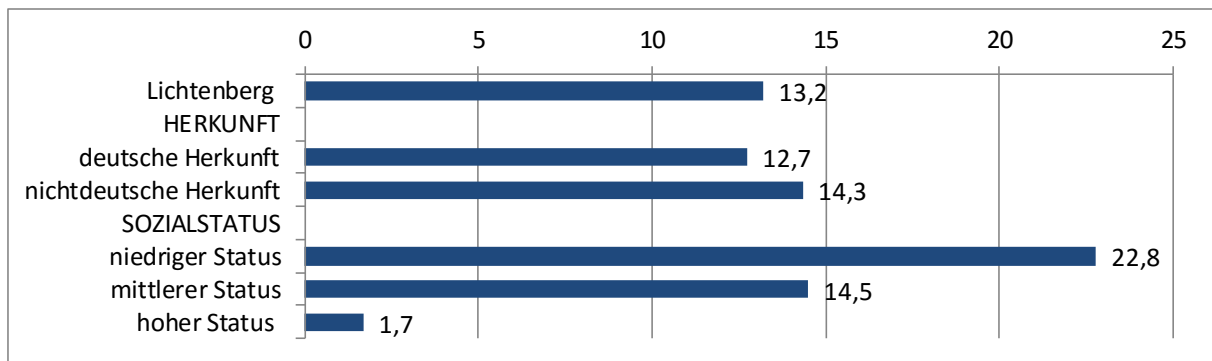
Zwischen den Geschlechtern gibt es beim TV-Konsum keine Unterschiede.

⁴ Aufenanger, S. (2004): *Der Familien-PC. Spaß beim Lernen mit dem Computer für 5- bis 10-Jährige*, Cornelsen-Verlag Berlin

Abb. 13: Täglicher Fernsehkonsum der Kinder nach Herkunft und Sozialstatus (in %)

Kinder mit eigenem TV-Gerät sehen häufiger und länger fern als Kinder ohne eigenen Fernseher. Ein eigenes Gerät verleitet die Kinder eher dazu, öfter den Fernseher einzuschalten und länger fern zu sehen. Hinzu kommt die Gefahr des durch die Eltern inhaltlich unkontrollierten Medienkonsums sowie das Nichtverarbeiten des Gesehenen.

19 % der Kinder in Lichtenberg haben, bevor sie in die Schule kommen, ein eigenes Fernsehgerät. Das sind drei Prozentpunkte weniger als im Vorjahr. Kinder nichtdeutscher Herkunft, Kinder Alleinerziehender und Kinder der unteren sozialen Statusgruppe verfügen häufiger über ein eigenes Fernsehgerät. Hinsichtlich der Statuszugehörigkeit sind die Unterschiede erheblich: 23 % der Kinder aus der unteren sozialen Statusgruppe besitzen einen eigenen Fernseher, während es bei Kindern der oberen sozialen Statusgruppe nur 2 % sind.

Abb. 14: Anteil der Kinder mit eigenem TV-Gerät nach Herkunft und Sozialstatus (Anteil an der jeweiligen Gruppe in %)

Nutzung elektronischer Spiele

Neben dem Fernsehkonsum wird auch nach der Dauer der Beschäftigung mit Computerspielen, Gameboy®, Tablets, Spielekonsole etc. gefragt. Die Zeit, die mit Computer-Spielen verbracht wird, kommt zur täglichen Fernsehzeit noch hinzu, so dass die empfohlene Medienzeit bei den meisten Kindern überschritten wird.

Beim TV-Konsum gab es keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern, aber beim Spielverhalten. 50 % der Jungen und 60 % der Mädchen spielen nicht jeden Tag Computerspiele (insgesamt 55 %). 43 % der Jungen spielen bis zu einer Stunde täglich, aber nur 36 % der Mädchen.

7.2.2 Rauchverhalten der Eltern

Die Frage nach dem Rauchen haben 94 % der Eltern beantwortet, so dass die Ergebnisse repräsentativ sind.

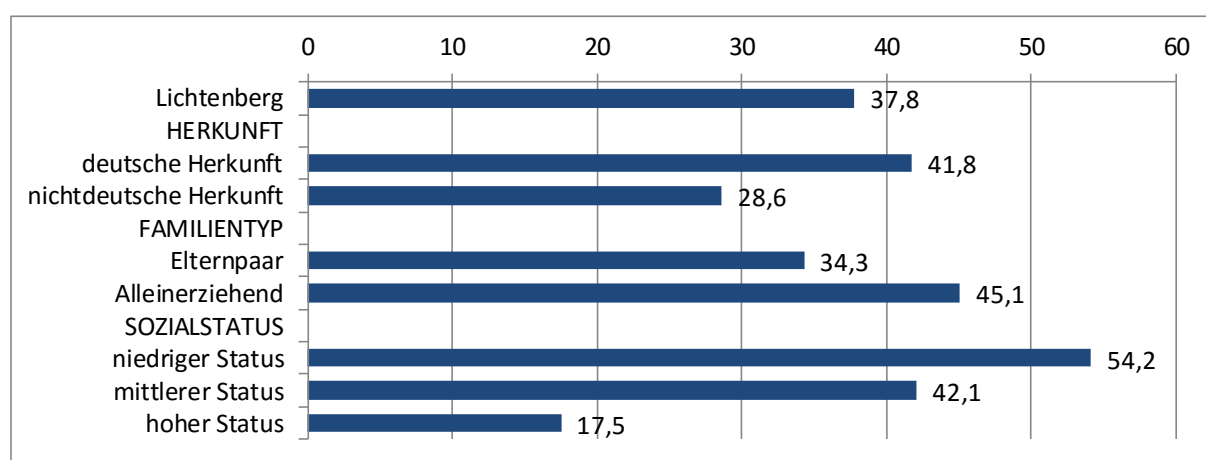
In 38 % der Haushalte raucht mindestens ein Elternteil. Gegenüber dem Vorjahr ist ein Rückgang um 5 Prozentpunkte zu verzeichnen.

Je niedriger der soziale Status, desto häufiger wird geraucht. In Familien mit niedrigem sozialem Status wird dreimal so häufig geraucht wie in Familien mit hohem Sozialstatus.

In 42 % der herkunftsdeutschen Familien wird geraucht, in Familien mit Migrationshintergrund sind es lediglich 29 %.

Alleinerziehende rauchen häufiger als Elternpaare.

Abb. 15: Anteil der Familien mit mindestens einem rauchenden Elternteil nach Herkunft, Familientyp und Status (Anteil an der jeweiligen Gruppe in %)



8 Gesundheitszustand und Entwicklungsauffälligkeiten

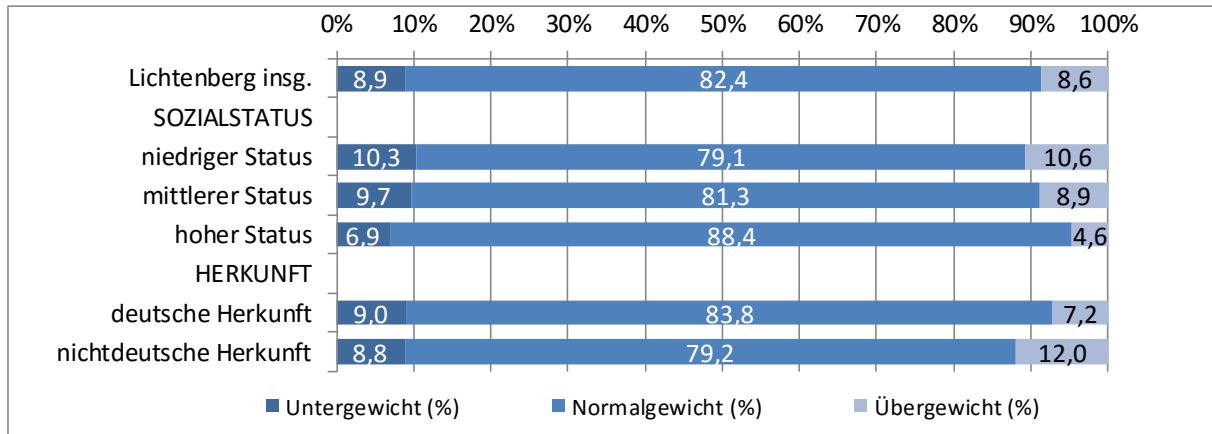
8.1 Körpergewicht

Ob ein Kind über-, unter- oder normalgewichtig ist, lässt sich aus dem Body-Maß-Index (BMI) ableiten, der sich nach der Formel Körpergewicht (kg) geteilt durch Körpergröße (m²) errechnet.

82 % der eingeschulten Kinder im Bezirk waren normalgewichtig. Das ist ein Prozentpunkt mehr als im Vorjahr. 9 % der Kinder waren untergewichtig, 3 % sogar deutlich untergewichtig. Ebenfalls 9 % der Kinder waren übergewichtig, 3 % sogar stark übergewichtig, also adipös.

Je höher der soziale Status, desto höher ist der Anteil normalgewichtiger Kinder. In Familien mit geringem Sozialstatus war der Anteil der übergewichtigen Kinder doppelt so hoch wie bei Kindern aus der oberen Sozialstatusgruppe. Auch Anteil der Kinder mit Untergewicht ist in der unteren Statusgruppe höher als in der mittleren bzw. hohen Statusgruppe.

12 % der Kinder mit Migrationshintergrund haben Übergewicht, darunter sind 5 % adipös. Vor allem Kinder aus Bulgarien, Serbien und der Türkei brachten zu viel Gewicht auf die Waage. Auch wenn die absoluten Zahlen klein sind (62 Kinder aus diesen drei Ländern) und damit nicht repräsentativ, ist der Anteil Übergewichtiger mit 27 % auffallend hoch. Bei den vietnamesischen Kindern betrug der Anteil übergewichtiger Kinder 13 %, bei den russischen Kindern nur 7 %.

Abb. 16: Körpergewicht in Abhängigkeit von sozialem Status und Herkunft (in %)

8.2 Entwicklungsauffälligkeiten und -störungen

Eine wichtige Aufgabe bei der Schuleingangsuntersuchung ist es, Entwicklungsauffälligkeiten und -verzögerungen zu erkennen und Förderbedarfe zu benennen, damit die Kinder entsprechend ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten individuell gefördert werden können. In der Zeit bis zum Schulbeginn, die bis zu einem halben Jahr betragen kann, ist es somit durchaus möglich, Entwicklungsrückstände des Kindes durch gezielte Förderung abzubauen.

Zur Feststellung des Entwicklungsstandes der Kinder werden bei der Einschulungsuntersuchung standardisierte Tests durchgeführt: Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen (SENS) und Sozialpädiatrisches Entwicklungs Screening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS). Dabei werden die motorischen, kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten des Kindes getestet. Diese Tests sind berlinweit einheitlich wie die gesamte Einschulungsuntersuchung.

Für die einzelnen Testaufgaben werden jeweils Punkte vergeben. In Abhängigkeit von der erreichten Punktzahl ergibt sich ein unauffälliger, grenzwertiger oder auffälliger Befund.

8.2.1 Auffälligkeiten in der motorischen und kognitiven Entwicklung

Kinder haben einen natürlichen Bewegungsdrang. Dennoch bewegen sie sich immer weniger und der Mangel an körperlicher Aktivität ist mittlerweile zu einem Problem geworden. Die Folgen reichen von Übergewicht über mangelnde körperliche Fitness, Haltungsschäden bis zu geringerer geistiger Leistungsfähigkeit. Spätfolgen im Erwachsenenalter sind der frühere Beginn von Herz-Kreislaufkrankungen und Rückenleiden. Ursachen für die im Vergleich zu früheren Generationen geringere körperliche Aktivität von Kindern sind u.a. die kleiner werdenden Spiel- und Bewegungsräume in denen sich Kinder gefahrlos und spontan bewegen dürfen und die steigende Nutzung von elektronischen Medien.

Kinder brauchen Anregung und Möglichkeiten, damit sich ihre motorischen Fähigkeiten optimal entwickeln können. Diese sollten in erster Linie aus dem Elternhaus kommen. Gerade in bildungsfernen Familien sind diese Anregungen oft nicht ausreichend.

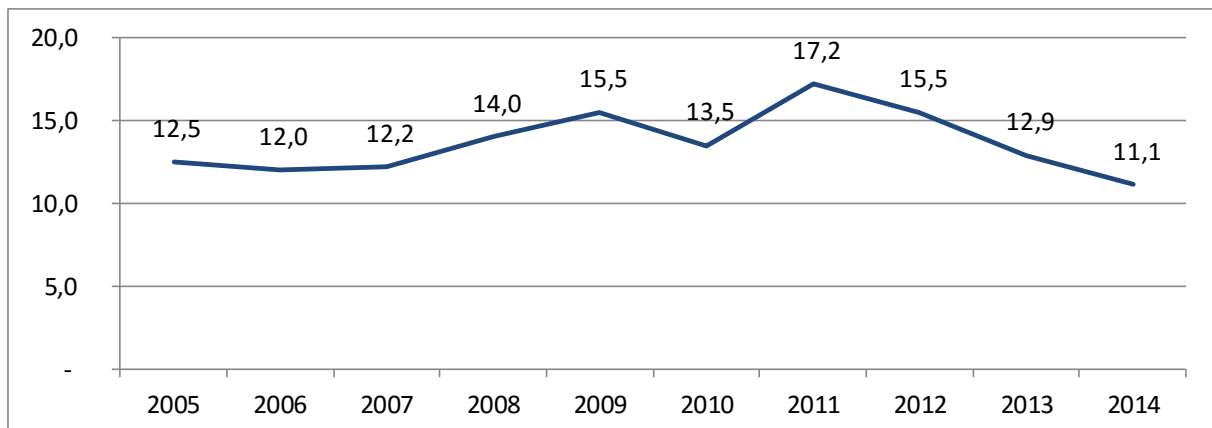
Grobmotorik und Körperkoordination

Grobmotorik ist ein wichtiger Bestandteil der kindlichen Entwicklung und notwendig für das Gleichgewicht, zur Koordinationsfähigkeit, zur Raumorientierung und zur Geschicklichkeit und sie ist Grundlage für die feinmotorische Entwicklung.

Zur Beurteilung der Körperkoordination soll das Kind beim Test seitlich über eine Linie hin und her springen. Gewertet wird die Anzahl der Sprünge, die das Kind in einer vorgegebenen Zeit schafft.

11 % der Kinder wiesen auffällige Befunde auf. Gegenüber dem Vorjahr ist das ein Rückgang um zwei Prozentpunkte. Seit 2011 ist eine deutliche Verbesserung der motorischen Fähigkeiten zu verzeichnen.

Abb. 17: Anteil der Kinder mit auffälligen Ergebnissen beim Test Körperkoordination seit 2005 (%)

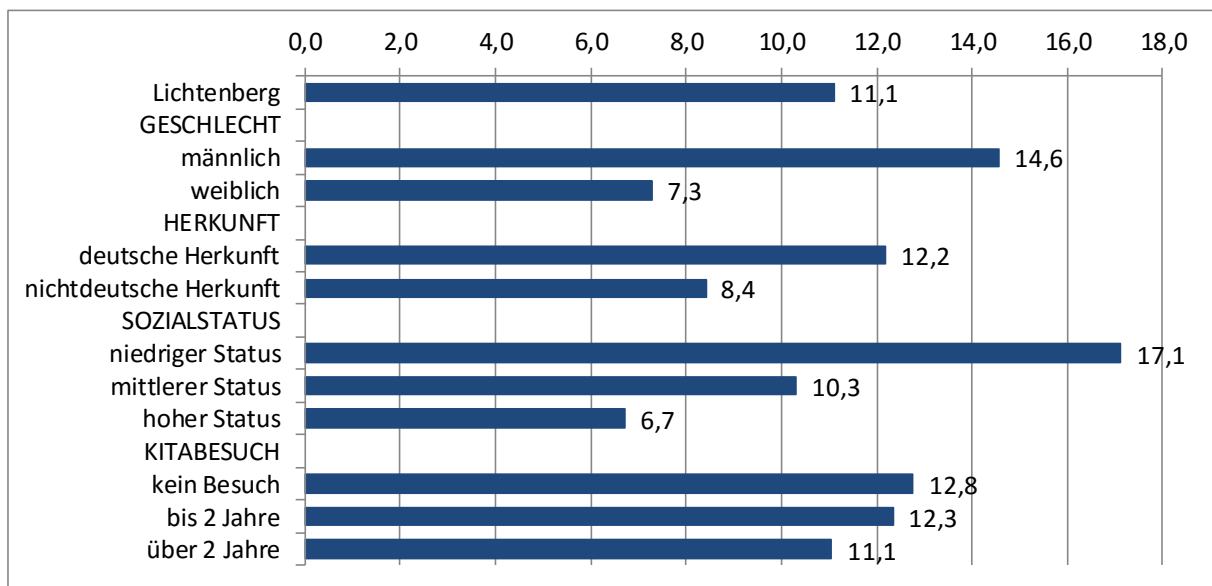


Jungen haben doppelt so häufig Probleme mit ihrer Körperkoordination wie Mädchen.

Kinder mit Migrationshintergrund schneiden bei diesem Test besser ab als herkunftsdeutsche Kinder.

Gravierende Unterschiede gibt es in Abhängigkeit vom sozialen Status. Je geringer der soziale Status ist, desto häufiger sind Auffälligkeiten bei der Körperkoordination.

Abb. 18: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test zur Körperkoordination nach Geschlecht, Herkunft und Sozialstatus (Anteil an der jeweiligen Gruppe in %)



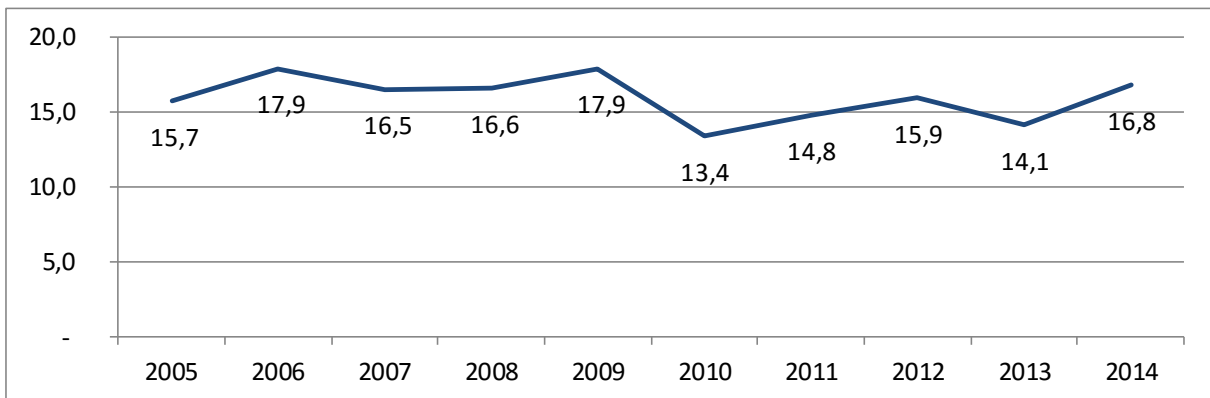
Visuomotorik und visuelle Wahrnehmung

Im Testbereich „**Visuomotorik**“ der Einschulungsuntersuchung soll das Kind eine Figur nach Vorlage vervollständigen und einfache Strichzeichnungen abzeichnen. Damit werden die feinmotorischen Fertigkeiten des Kindes geprüft, wie die Auge-Hand-Koordination.

Störungen in der Visuomotorik ziehen auch Störungen beim Schreiben und Zeichnen nach sich. Es zeigen sich Schwierigkeiten beim Abzeichnen von Mustern und beim Abschreiben von Wörtern. Meist werden auch die gewünschten Schreibformen nicht genau in die vorgedruckte Linie gebracht.

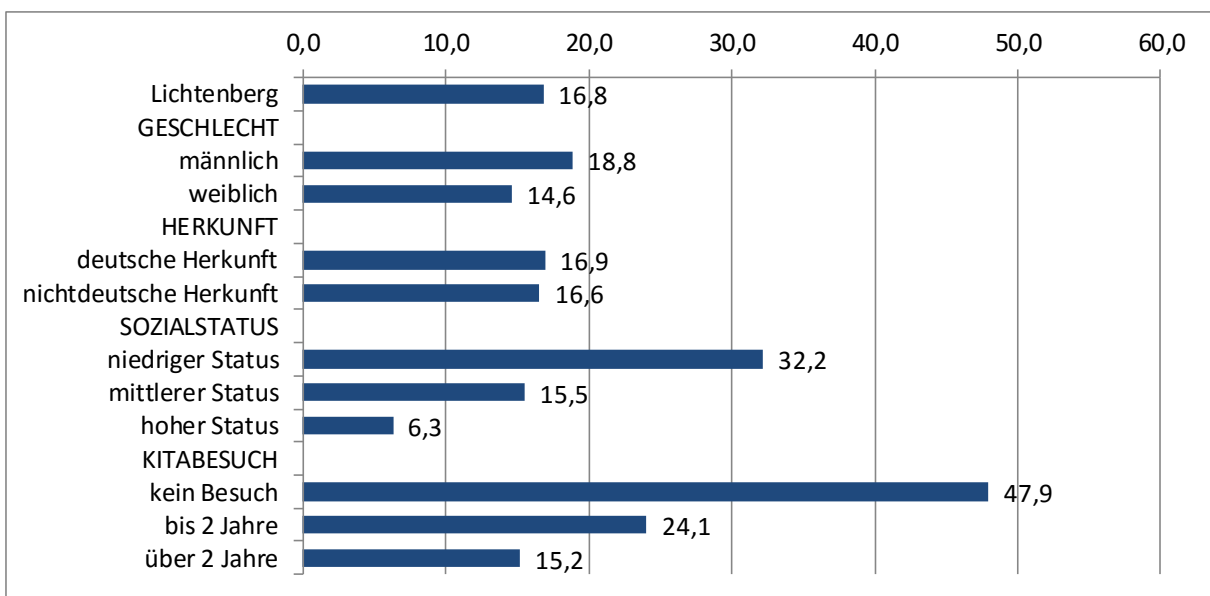
17 % der Kinder in Lichtenberg wurde ein auffälliger Befund im Bereich der Visuomotorik attestiert. Gegenüber dem Vorjahr ist das ein deutlicher Anstieg um knapp drei Prozentpunkte. Eindeutige Entwicklungstendenzen der letzten Jahre sind nicht auszumachen.

Abb. 19: Anteil der Kinder mit auffälligen Ergebnissen beim Test „Visuomotorik“ seit 2005 (in %)



Wie bei der Körperkoordination schneiden Jungen etwas schlechter ab als Mädchen. In Abhängigkeit von der Herkunft der Kinder gibt es keine Unterschiede. Auffällig ist der sehr große Unterschied zwischen den Kindern in Abhängigkeit vom Bildungshintergrund der Eltern und der Dauer des Kitabesuchs. Knapp zwei Drittel der Kinder der unteren Sozialstatusgruppe weisen auffällige Befunde bei der Visuomotorik auf. Das ist fünfmal häufiger als bei Kindern der oberen Statusgruppe. Fast die Hälfte der Kinder ohne Kitabesuch zeigte Auffälligkeiten in der Visuomotorik.

Abb. 20: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden im Bereich der Visuomotorik nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Dauer des Kitabesuchs (Anteil an der jeweiligen Gruppe in %)

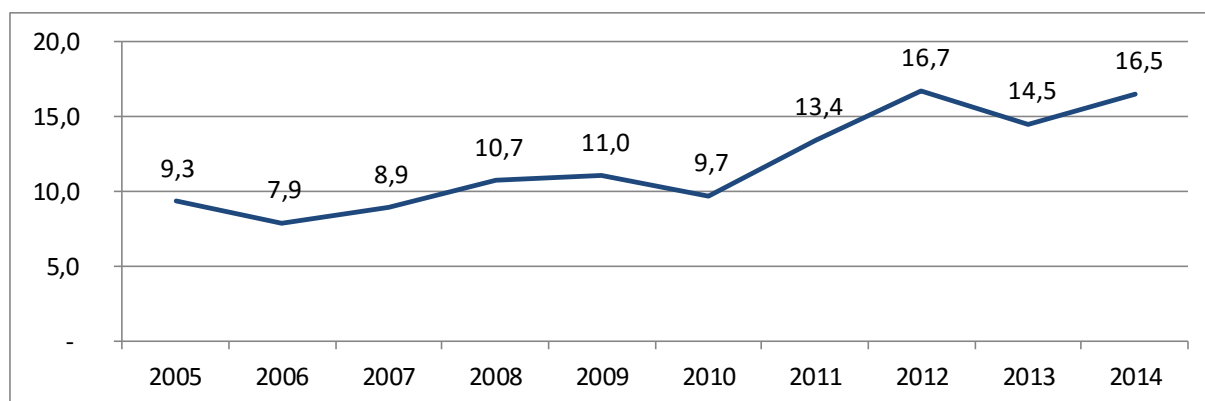


Visuelle Wahrnehmung ist notwendig, um visuelle Reize zu erkennen, zu unterscheiden, zu interpretieren und sie in Verbindung mit früheren Erfahrungen zu bringen, z.B. Lesen von Buchstaben.

Beim Test „visuelle Wahrnehmung“ soll das Kind Regeln, Ähnlichkeiten und Unterschiede anhand vorgelegter Muster und Bilder erkennen, um seine visuellen und schlussfolgernden Fähigkeiten zu testen.

Die Ergebnisse sind ähnlich wie im Bereich der Visuomotorik: 17 % der Kinder haben auffällige Testergebnisse im Bereich der visuellen Wahrnehmung. Gegenüber dem Vorjahr ist das ein Anstieg um zwei Prozentpunkte.

Abb. 21: Anteil der Kinder mit auffälligen Ergebnissen beim Test „visuelle Wahrnehmung“ seit 2005

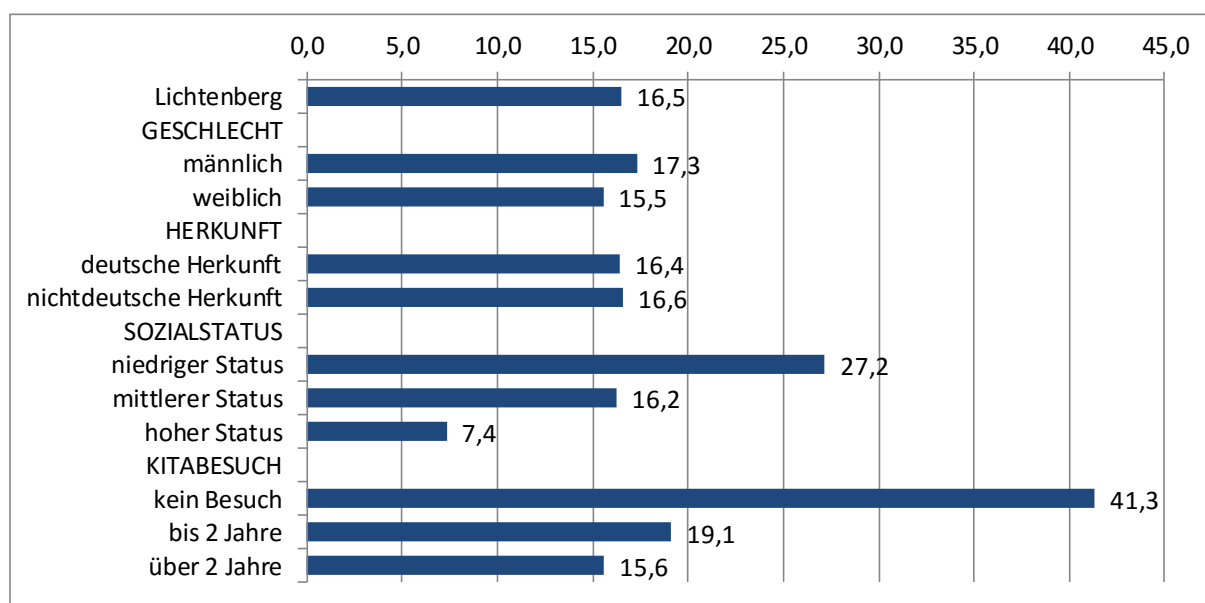


Jungen haben etwas häufiger auffällige Testergebnisse als Mädchen. Bezüglich der Herkunft gibt es keine Unterschiede.

Wie bei den übrigen Tests zur körperlichen und kognitiven Entwicklung hatten Kinder aus sozial schwachen Familien häufiger Defizite.

Ein sehr deutliches Gefälle gibt es in Abhängigkeit vom Kitabesuch.

Abb. 22: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden im Bereich der visuellen Wahrnehmung nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Dauer des Kitabesuchs (Anteil an der jeweiligen Gruppe in %)



Mengenvorwissen

Das Mengenvorwissen zählt zu den sogenannten mathematischen Vorläuferfähigkeiten. Dieser Testbereich besteht aus zwei Untertests: die simultane Mengenerfassung, bei der die Anzahl von Objekten ohne Zählen zu schätzen ist und der Mengenvergleich, bei dem das Grundverständnis von "mehr" und "weniger" im Sinne von Ordinalität getestet wird.

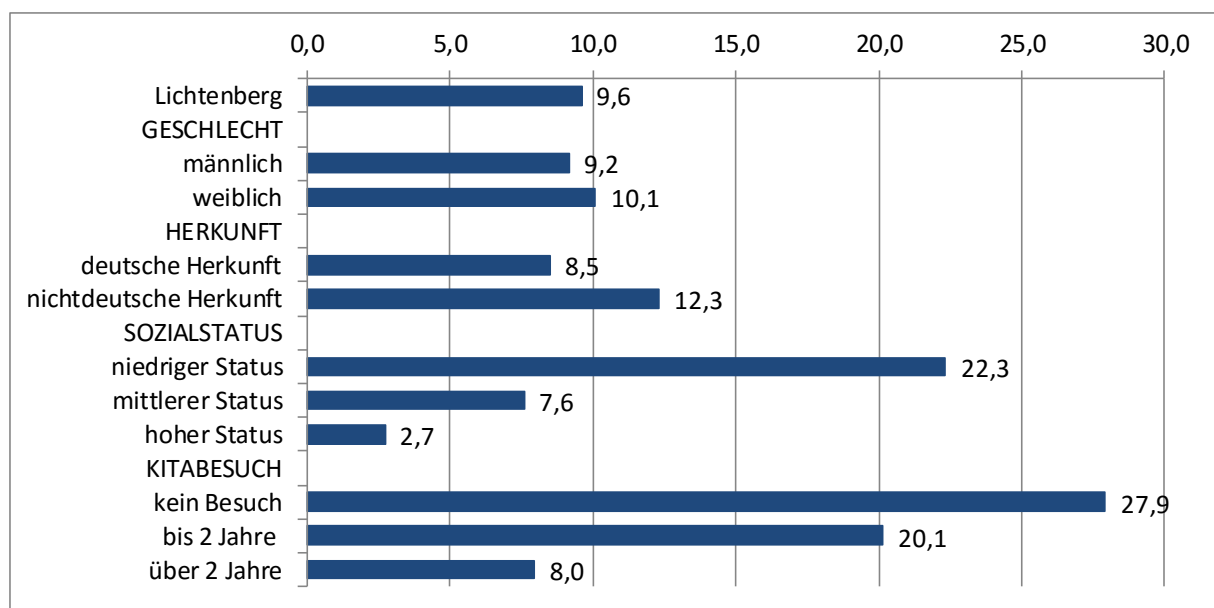
10 % der Kinder wiesen auffällige Befunde auf. Gegenüber dem Vorjahr gab es keine Veränderung. Dieser Test wurde erst 2012 in das Untersuchungsprogramm aufgenommen, so dass noch keine längerfristigen Entwicklungstendenzen aufgezeigt werden können.

Zwischen den Geschlechtern gab es kaum Unterschiede. Kinder mit Migrationshintergrund schnitten etwas schwächer ab als Kinder ohne Migrationshintergrund.

Signifikante Unterschiede gab es in Abhängigkeit von der sozialen Zugehörigkeit und der Dauer des Kitabesuchs. Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern hatten achtmal häufiger auffällige Befunde als Kinder aus der oberen Statusgruppe.

Bei 28 % der Kinder ohne Kitabesuch wurden auffällige Befunde festgestellt, bei Kindern bis zu zwei Jahren Kitabesuch waren es 20 % und bei einem Kitabesuch von mehr als zwei Jahren waren es nur noch 8 %.

Abb. 23: Anteil der Kinder mit auffälligen Ergebnissen beim Test „Mengenvorwissen“ nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Dauer des Kitabesuches (Anteil an der jeweiligen Gruppe in %)



8.2.2 Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung

Die Entwicklung der Sprache ist ein zentraler Bestandteil der Entwicklung des Kindes. Bei einem relativ hohen Anteil der Kinder verläuft die Sprachentwicklung nicht problemlos. Störungen der Sprachentwicklung gehören zu den häufigsten Entwicklungsstörungen in der frühen Kindheit.

Dabei ist zu unterscheiden zwischen Sprachauffälligkeiten und Sprachentwicklungsstörungen. Umgebungsbedingungen, insbesondere das häusliche Umfeld, können die Sprachentwicklung ungünstig beeinflussen, so dass phänomenologisch ähnlich sprachliche Auffälligkeiten wie bei Sprachentwicklungsstörungen auftreten. Sprachentwicklungsstörungen liegen bei zeitlicher und inhaltlicher Abweichung von der normalen Sprech- und Sprachentwicklung im Kindesalter vor. Bei umgebungsbedingten Sprachauffälligkeiten ist eine nichtmedizinische, (heil-)pädagogische

Sprachförderung angezeigt, während Sprachentwicklungsstörungen einer medizinisch indizierten Sprachtherapie bedürfen.⁵

Hinsichtlich der Kinder mit nichtdeutscher Muttersprache ist festzustellen, dass gesunde Kinder problemlos in der Lage sind, mehrere Sprachen gleichzeitig zu erwerben, wenn Quantität und Qualität der Sprache ausreichend sind und die Kinder genügend Gelegenheit zur Kommunikation in diesen Sprachen erhalten. Treten Sprachentwicklungsstörungen bei diesen Kindern auf, betrifft das alle Sprachen.⁶

Bei der Feststellung der sprachlichen Fähigkeiten werden fünf Tests durchgeführt:

1. Pseudowörter nachsprechen
2. Wörter ergänzen
3. Sätze nachsprechen
4. Artikulation
5. Pluralbildung

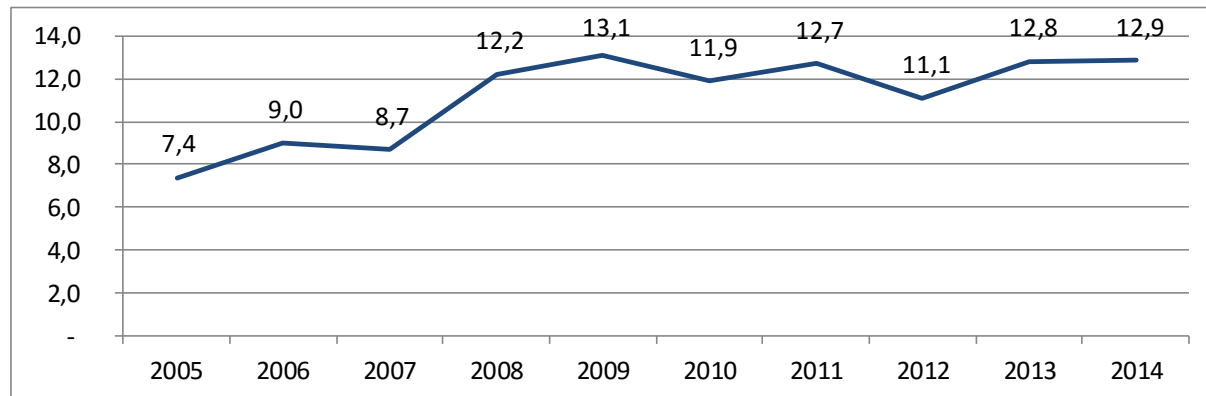
Die Beurteilung der Tests 1 und 4 erfolgt unabhängig von den Deutschkenntnissen. Die Tests 2, 3 und 5 werden bei Kindern, die nicht oder nur schlecht Deutsch sprechen, nicht durchgeführt.

Test „Pseudowörter nachsprechen“

Das Kind soll Fantasiewörter nachsprechen. Damit werden die Gedächtnisspanne und die Artikulationsgenauigkeit unbekannter Begriffe geprüft.

Bei diesem Test wiesen 13 % der Kinder auffällige Befunde auf. Gegenüber dem Vorjahr ist keine Veränderung festzustellen. Seit Jahren ist der Wert relativ konstant (ca. 12 %).

Abb. 24: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test „Pseudowörter nachsprechen“ seit 2005 (in %)



Mädchen schnitten bei dem Test besser ab als Jungen.

Die herkunftsdeutschen Kinder sprachen die Wörter häufiger richtig nach als Kinder mit Migrationshintergrund.

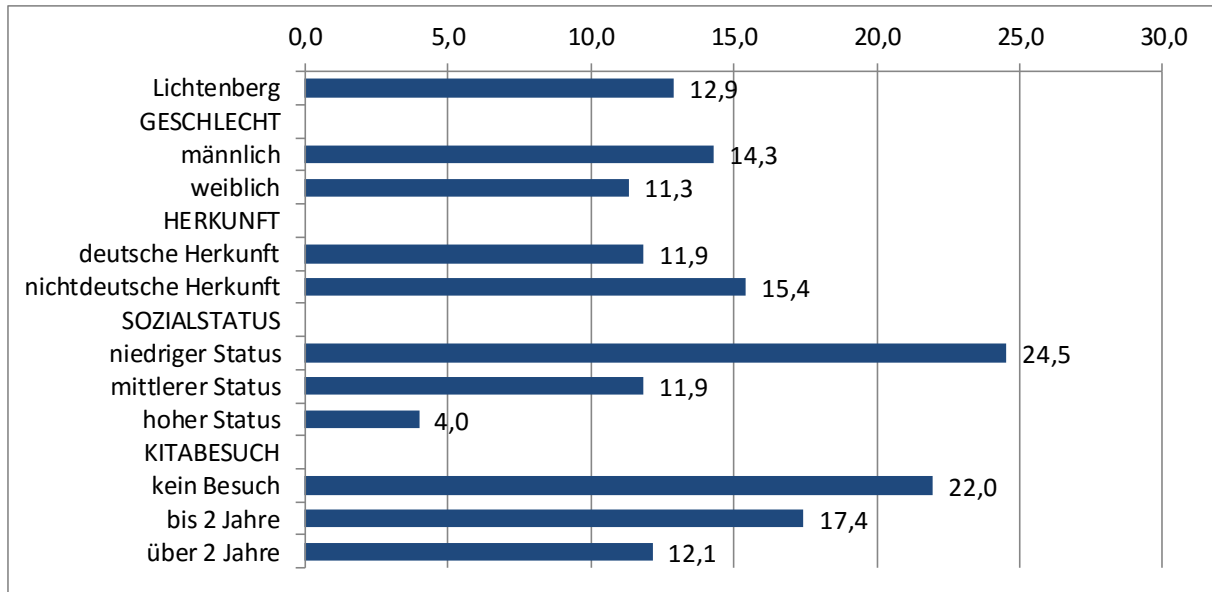
Ein Viertel der Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern waren nicht in der Lage, die Wörter richtig nachzusprechen. Der Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden liegt bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus sechsmal höher als bei Kindern der oberen Statusgruppe.

Es zeigt sich wieder ein enger Zusammenhang in Abhängigkeit von der Kitabesuchsdauer.

⁵ *Leitlinie SES (2011): Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES). Interdisziplinäre S2 K-Leitlinie vom 16.12.2011 der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.; Verfügbar unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-006l_S2k_Sprachentwicklungsstoerungen_Diagnostik_2013-06_01.pdf (Zugriff: 02/2016)*

⁶ *ebd.*

Abb. 25: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test „Pseudowörter nachsprechen“ nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Dauer des Kitabesuchs (Anteil an der jeweiligen Gruppe in %)

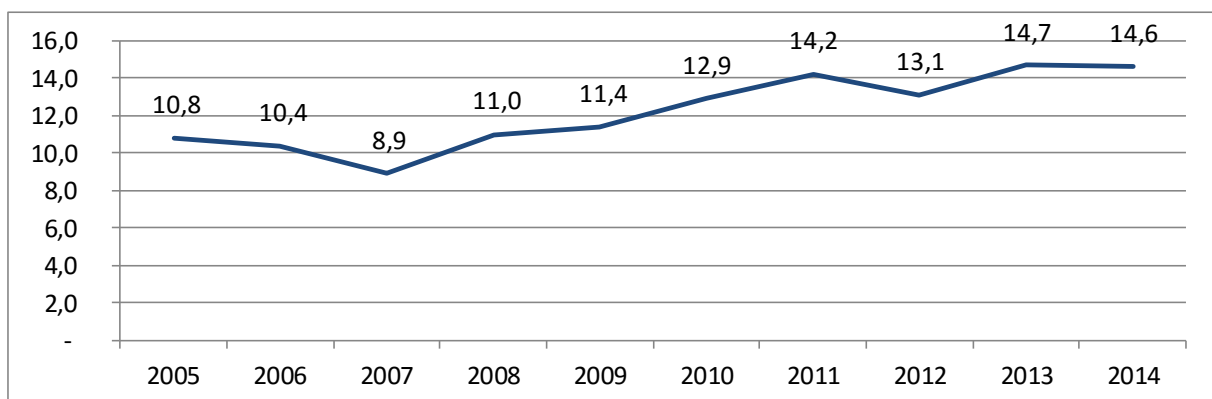


Test „Wörter ergänzen“

Dem Kind werden Wörter vorgesprochen, bei denen jeweils ein Buchstabe fehlt. Das Kind soll diese Wörter erkennen und vollständig aussprechen. Mit dem Test werden das Zusammenfügen von Lauten zu Wörtern und der Vergleich mit im Gedächtnis bereits abgespeicherten Wörtern geprüft.

Bei 15 % der Kinder wurden Auffälligkeiten festgestellt. Gegenüber dem Vorjahr gab es keine Veränderung.

Abb. 26: Anteil der Kinder mit auffälligen Ergebnissen beim Test „Wörter ergänzen“ seit 2005 (in %)



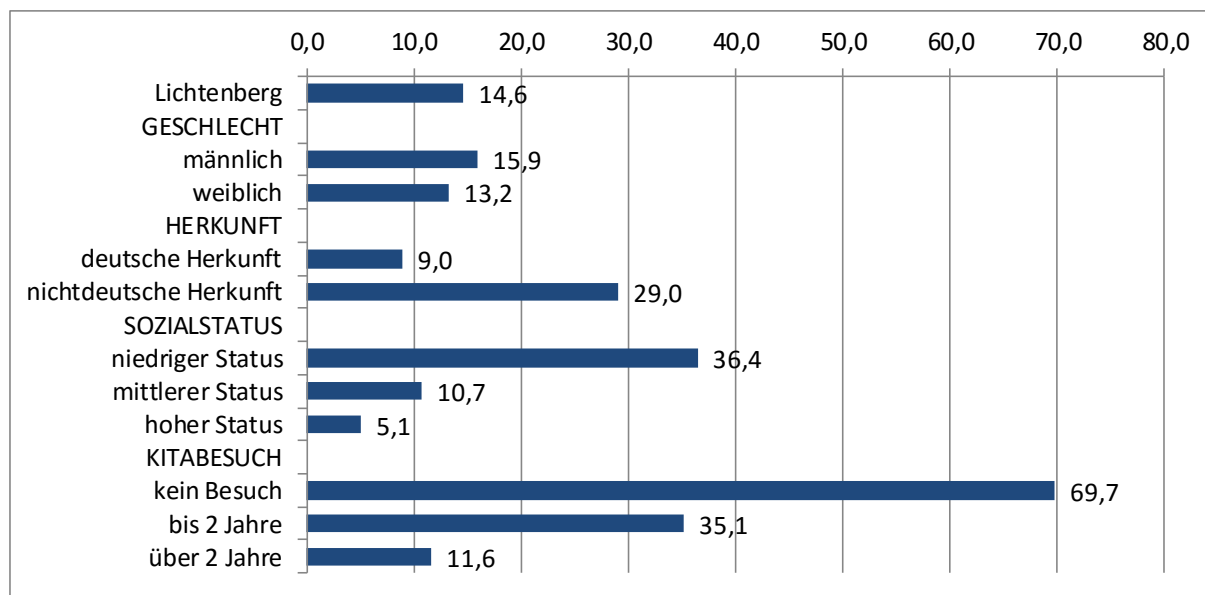
Jungen schnitten etwas schwächer ab als Mädchen.

Kinder mit Migrationshintergrund hatten häufiger Probleme, die Wörter zu ergänzen, als herkunftsdeutsche Kinder.

Wie bei allen anderen Tests haben Kinder bildungsarmer Familien erheblich häufiger auffällige Befunde als Kinder der mittleren oder oberen Statusgruppe.

Deutliche Unterschiede gibt es auch hier in Abhängigkeit von der Kitabesuchsdauer.

Abb. 27: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test „Wörter ergänzen“ nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Dauer des Kita-Besuch (Anteil an der jeweiligen Gruppe in %)

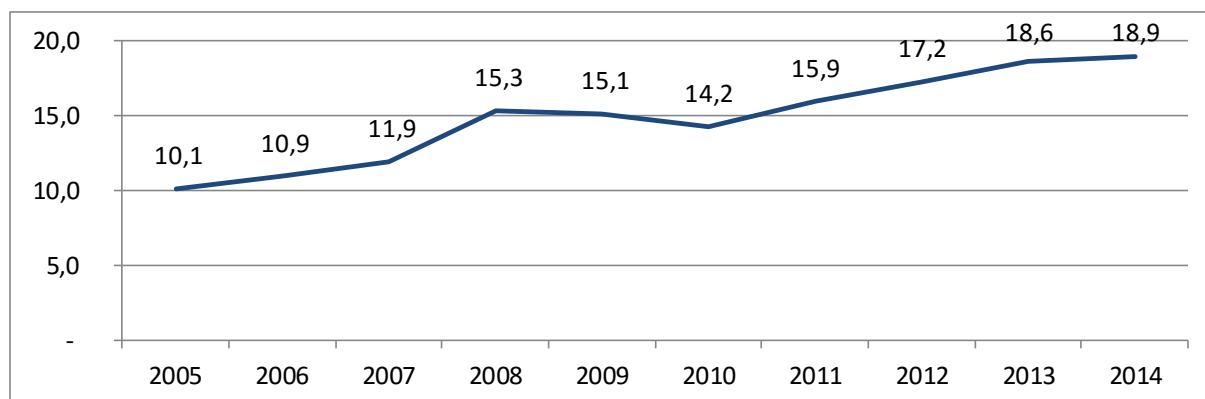


Test „Sätze nachsprechen“

Bei diesem Test werden dem Kind unübliche, aber sinnvolle und grammatikalisch richtige Sätze vorgesprochen, die dann korrekt nachgesprochen werden müssen. Der Test prüft das Speichern grammatikalischer Strukturen und das Abrufen vollständiger Sätze als Teil der expressiven Sprachentwicklung. Dieser Test weist nach Expertenmeinung die aussagekräftigsten Ergebnisse hinsichtlich des sprachlichen Vermögens der Kinder aus.

19 % der Kinder war nicht ausreichend in der Lage, die vorgesprochenen Sätze nachzusprechen. Gegenüber dem Vorjahr gibt es keine Veränderung.

Abb. 28: Anteil der Kinder mit auffälligen Ergebnissen beim Test „Sätze nachsprechen“ seit 2005

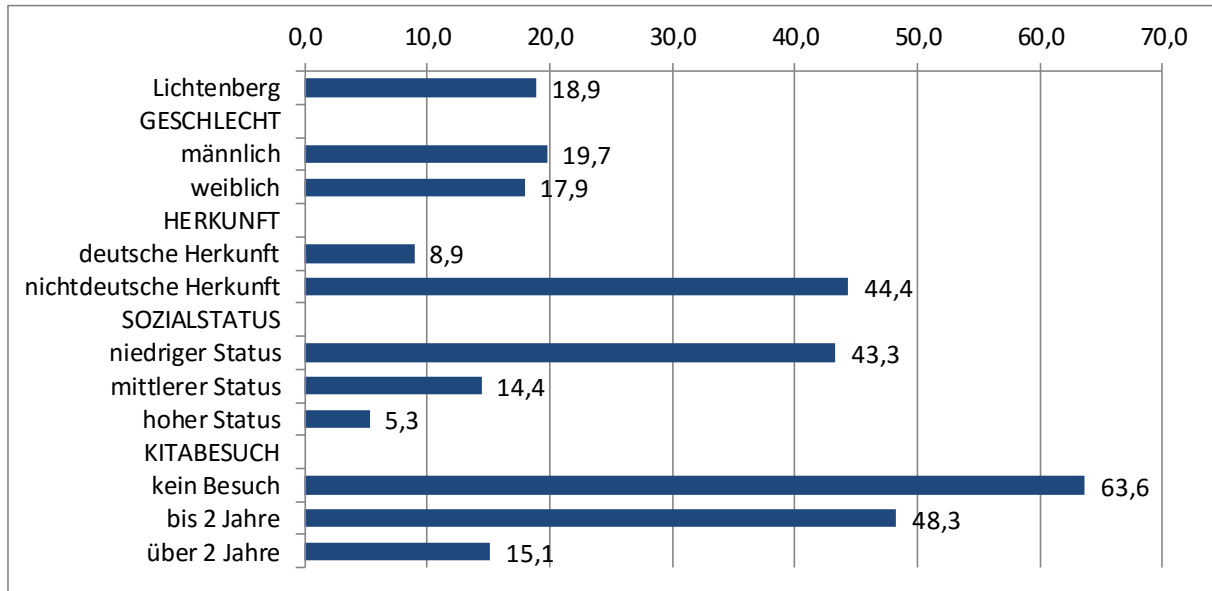


44 % der Kinder mit Migrationshintergrund konnten die Sätze nicht wie erforderlich nachsprechen. Dies liegt z.T. daran, dass sie die deutsche Sprache nicht so gut beherrschen, wie Kinder mit deutscher Muttersprache.

Ganz erheblich ist der Unterschied in Abhängigkeit vom Bildungsniveau der Eltern. Bei 43 % der Kinder aus bildungsfernen Familien wurde ein auffälliger Befund festgestellt. Bei Kindern der oberen Statusgruppe waren es nur 5 %.

Der längere Besuch einer Kita wirkt sich eindeutig förderlich auf die Sprachentwicklung aus. 15 % der Kinder, die länger als zwei Jahre die Kita besuchten, wiesen auffällige Befunde auf. Bei Kindern ohne Kitabesuch war der Anteil mit 64 % viermal so hoch.

Abb. 29: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test „Sätze nachsprechen“ nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Dauer des Kita-Besuchs (in %)



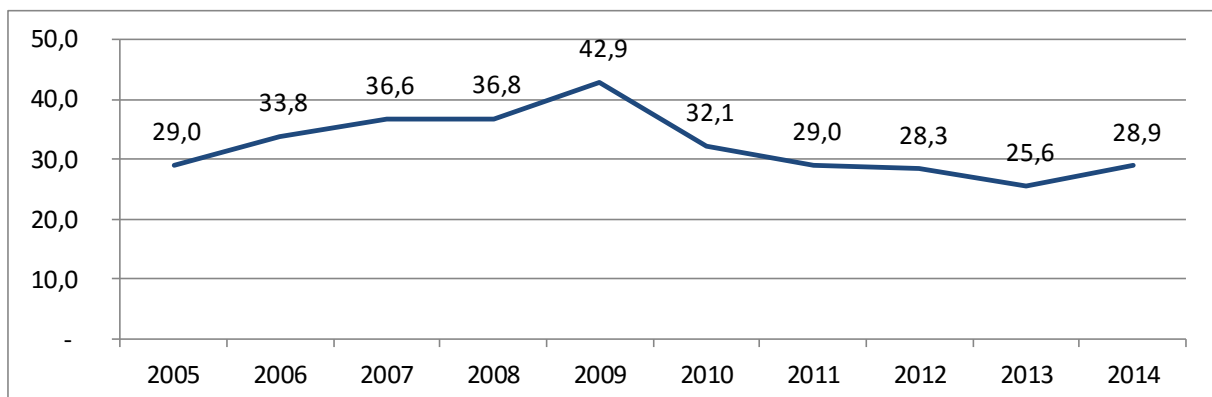
Test Artikulation

Bei diesem Test werden Auffälligkeiten bei der Aussprache geprüft. Dabei wird auf die Artikulation folgender Laute geachtet: S/Z, SCH, T/D, CH (Rachen-CH), G/K, L/N, R, F/PF, B, CH (weiches CH). Die Bewertung erfolgt für jede Lautgruppe getrennt. Gezählt wird die Anzahl der **Artikulationsfehler**.

29 % der Kinder hatten Fehler in der Artikulation. 15 % hatten in einer Lautgruppe Artikulationsfehler, 8 % in zwei Lautgruppen und 6 % in drei und mehr Lautgruppen.

Nach kontinuierlichen Verbesserungen in den Jahren von 2008 - 2013 gab es gegenüber dem Vorjahr einen Anstieg der Kinder mit Artikulationsfehlern.

Abb. 30: Anteil der Kinder mit Artikulationsfehlern seit 2005 (in %)

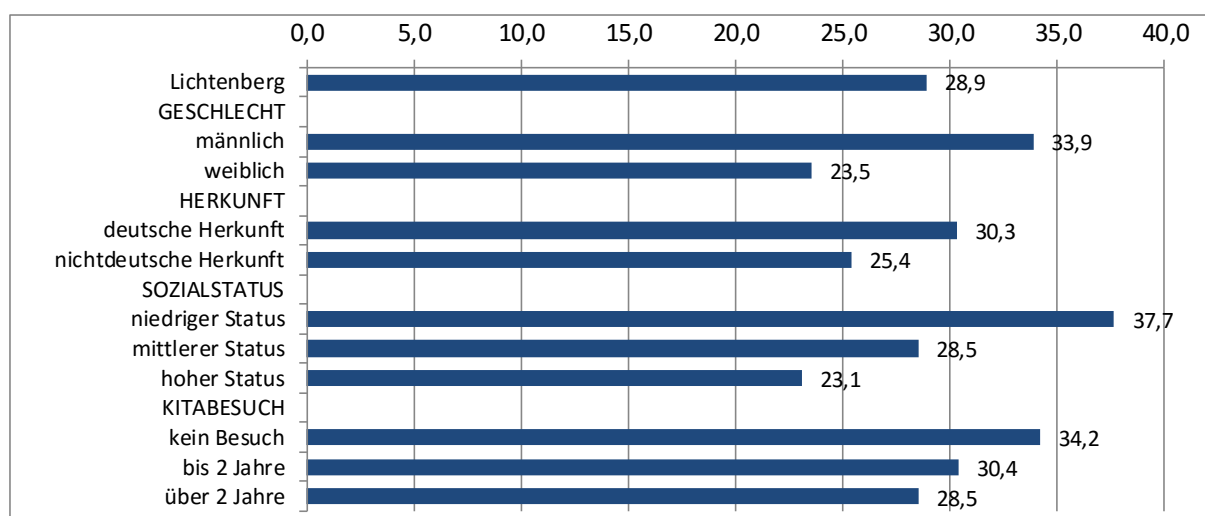


Bei diesem Test wiesen Kinder nichtdeutscher Herkunft weniger Auffälligkeiten auf als herkunftsdeutsche Kinder. Jungen schnitten deutlich schwächer ab als Mädchen.

Wie bei den anderen Sprach- und Sprechtests hatten die Kinder aus sozial benachteiligten Familien am häufigsten Probleme.

In Abhängigkeit von der Dauer des Kitabesuchs zeigen sich nur geringe Unterschiede.

Abb. 31: Kinder mit Artikulationsstörungen nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Dauer des Kitabesuchs (Anteil an der jeweiligen Gruppe in %)



Test Pluralbildung

Dem Kind werden Bildkarten mit Gegenständen gezeigt, von denen sie den Plural bilden sollen. Da dieser Test nicht unabhängig von der Muttersprache ist, wird er bei Kindern, die nicht oder kaum Deutsch sprechen, nicht durchgeführt.

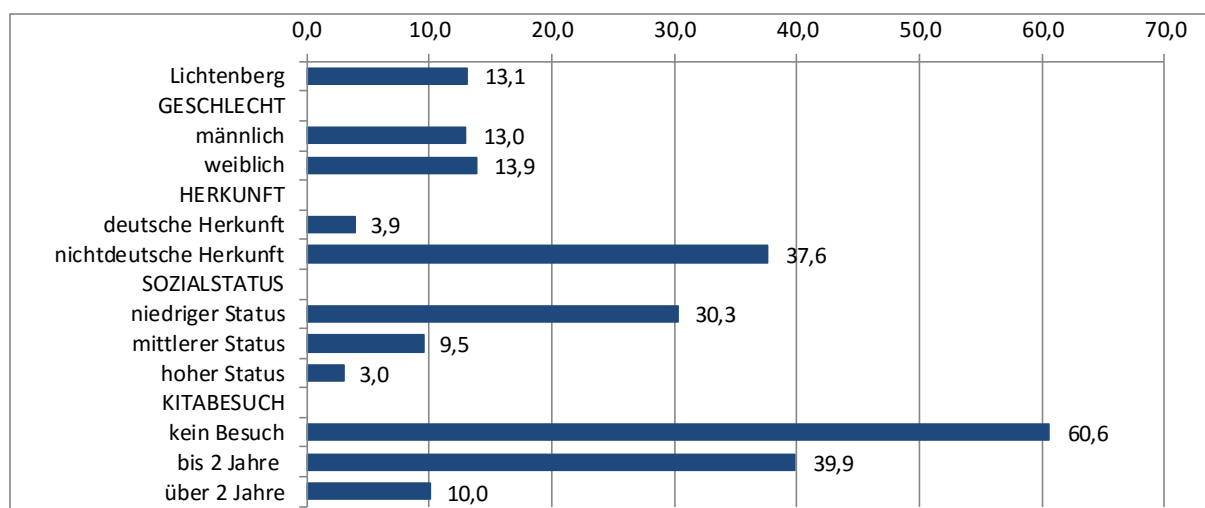
13 % der Kinder hatten auffällige Testergebnisse. Gegenüber dem Vorjahr ist das eine Verbesserung um zwei Prozentpunkte. Da der Test erst 2012 in die Untersuchung aufgenommen wurde, sind noch keine längerfristigen Tendenzen aufzeigbar.

Zwischen den Geschlechtern gibt es kaum Unterschiede.

38 % der Kinder mit Migrationshintergrund hatten auffällige Testergebnisse, was z.T. darauf zurückzuführen ist, dass Deutsch nicht ihre Muttersprache ist. 30 % der Kinder der unteren Statusgruppe hatten Schwierigkeiten bei der Pluralbildung. Das sind zehnmal mehr als in der oberen Statusgruppe, wo es nur 3 % waren.

Ebenfalls klare Unterschiede gibt es hinsichtlich der Dauer des Kita-Besuchs. 61 % der Kinder ohne Kita-Besuch hatten Probleme mit der Pluralbildung, während es bei Kindern mit über zweijährigem Kita-Besuch nur 10 % waren.

Abb. 32: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test Pluralbildung nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Dauer des Kitabesuches (Anteil an der jeweiligen Gruppe in %)



Sprachdefizite

Zur Zusammenfassung der sprachlichen Fähigkeiten der Kinder wurde 2012 erstmals ein kombinierter Indikator „Sprachdefizite“ ermittelt. Dieser setzt sich zusammen aus dem Test „Sätze nachsprechen“ und den Kenntnissen der deutschen Sprache bei Kindern nichtdeutscher Herkunft.

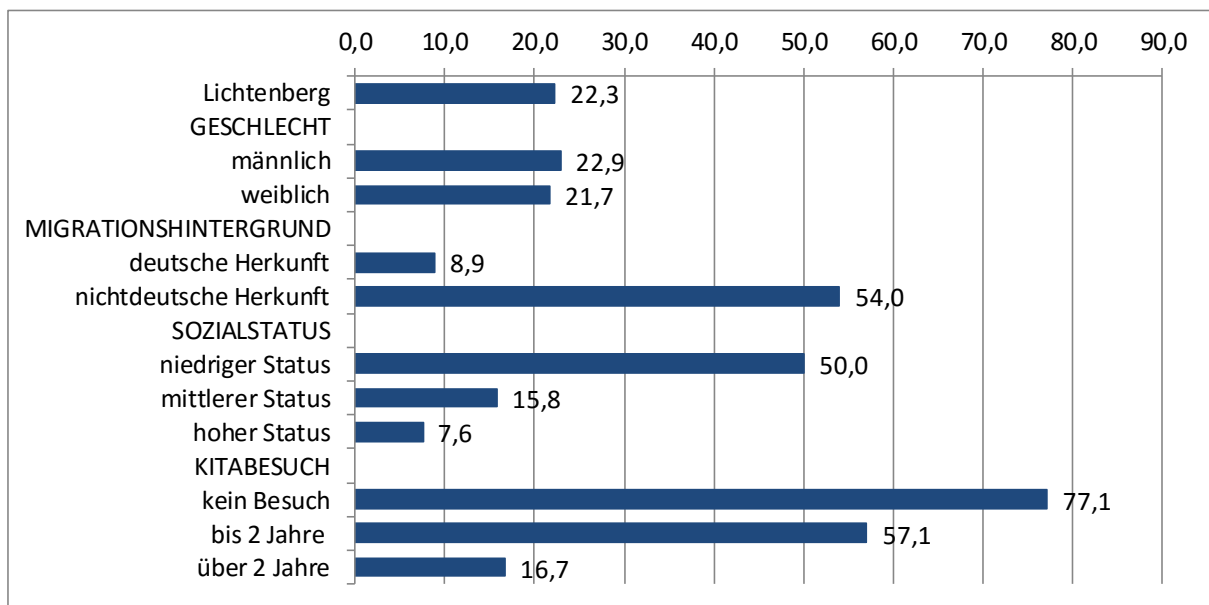
Als Kinder mit Sprachdefiziten werden ausgewiesen:

- Kinder deutscher Herkunft mit auffälligem Testergebnis „Sätze nachsprechen“,
- Kinder nichtdeutscher Herkunft mit guten Deutschkenntnissen und auffälligem Testergebnis „Sätze nachsprechen“ und
- Kinder nichtdeutscher Herkunft mit unzureichenden Deutschkenntnissen

Danach wiesen in Lichtenberg 22 % der Kinder Sprachdefizite auf. Darunter sind 137 Kinder mit deutscher Muttersprache und 349 Kinder ohne deutsche Muttersprache.

Gegenüber dem Vorjahr gibt es keine Veränderung.

Abb. 33: Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Dauer des Kitabesuchs (Anteil an der jeweiligen Gruppe in %)



8.2.3 Emotionale/soziale Entwicklung

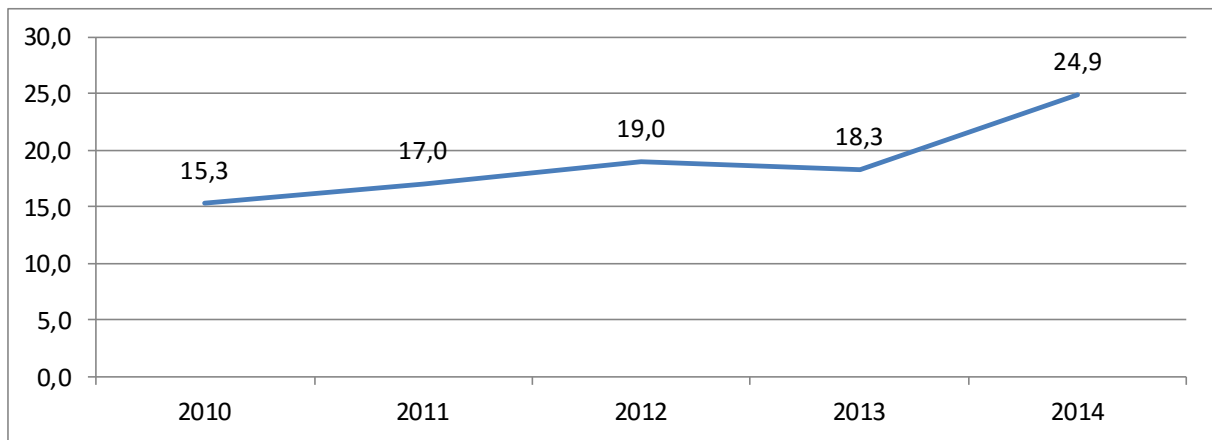
Emotionale und soziale Kompetenzen hängen eng zusammen und beeinflussen wesentlich die Qualität der sozialen Beziehungen und des Umgangs miteinander. Der Erwerb emotionaler und sozialer Kompetenzen ist eine wichtige Entwicklungsaufgabe in der Vorschulzeit. Kinder mit mangelnden sozialen Kompetenzen haben z.B. Verhaltensprobleme, wenig Beziehungen zu Gleichaltrigen oder/und legen wenig prosoziales Verhalten an den Tag (z.B. Teilen, Kooperieren, soziale Interaktion).

Neben den Tests, die den Entwicklungsstand der Kinder hinsichtlich ihrer motorischen, kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten feststellen, erfolgt durch den Kinderarzt/die Kinderärztin eine Einschätzung des emotional-sozialen Entwicklungsstandes des Kindes.

Während die Prüfung der motorischen, kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten des Kindes anhand einheitlicher standardisierter Tests vorgenommen wird, gestaltet sich die Einschätzung der emotional-sozialen Fähigkeiten des Kindes schwieriger. Die nachstehenden Ergebnisse beruhen auf der (subjektiven) Einschätzung des untersuchenden Arztes bzw. der Ärztin.

Jedes vierte Kind zeigte Auffälligkeiten im emotional-sozialen Verhalten. Gegenüber dem Vorjahr ist das ein deutlicher Anstieg um 7 Prozentpunkte.

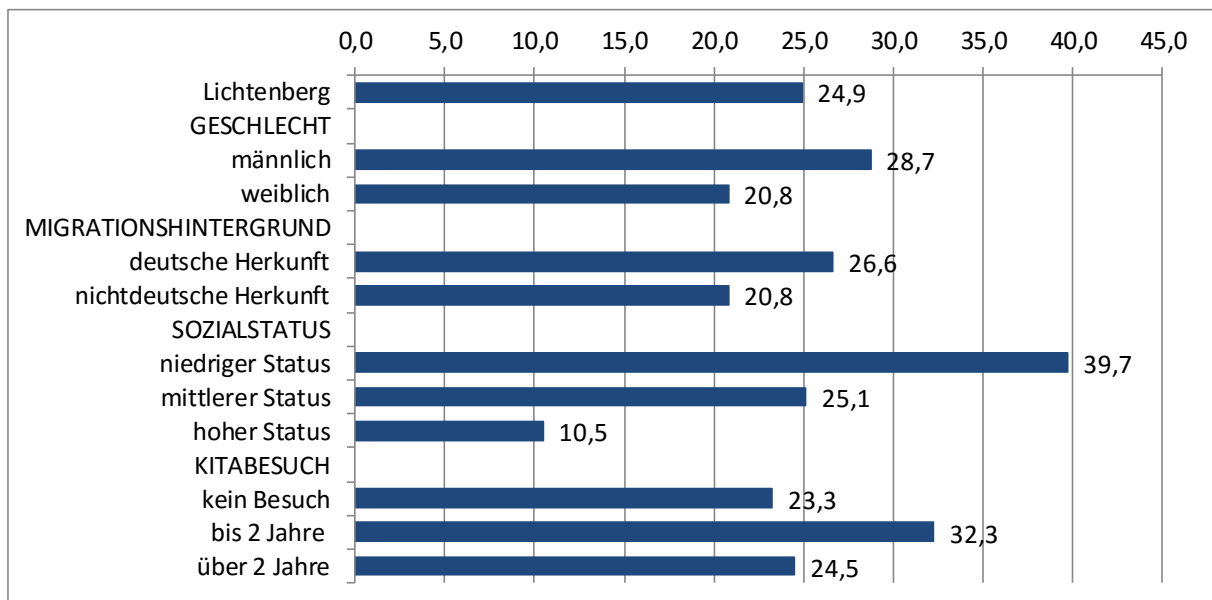
Abb. 34: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden im Bereich emotional-soziale Entwicklung seit 2010 (in %)



Signifikante Unterschiede gibt es zwischen den Geschlechtern: bei 29 % der Jungen, aber nur bei 21 % der Mädchen wurden auffällige Befunde diagnostiziert. Der Anteil war bei herkunftsideutschen Kindern mit 27 % höher als bei Kindern mit Migrationshintergrund (21 %).

Am deutlichsten ist der Unterschied in Abhängigkeit vom sozialen Status und damit vom Bildungsstand der Eltern: 40 % der Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern wurden Störungen im sozialen-emotionalen Bereich bescheinigt. Bei Kindern aus Familien mit hohem sozialem Status war das nur bei 11 % der Fall.

Abb. 35: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden im Bereich emotional-soziale Entwicklung nach Geschlecht, Herkunft, sozialem Status und Kita-Besuch (Anteil an der jeweiligen Gruppe in %)



9 Förderempfehlungen

Wenn bei der Einschulungsuntersuchung Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen beim Kind festgestellt werden, empfiehlt der Kinderarzt/die Kinderärztin eine entsprechende individuelle Förderung des Kindes.

Dabei gibt es **zwei Formen der Förderung**, für die eine Empfehlung ausgesprochen werden kann:

1. **schulische Förderung** bei **Entwicklungsverzögerungen oder -beeinträchtigungen**, die jedoch nicht so stark ausgeprägt sind, dass eine sonderpädagogische Förderung erforderlich ist.
2. **sonderpädagogische Förderung** bei schwerwiegender Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Entwicklung, z.B. bei einer **Behinderung**.

Mit der Empfehlung für eine Förderung soll frühzeitig auf mögliche Probleme im Schulalltag und im Lernprozess aufmerksam gemacht werden, die aufgrund von Entwicklungsstörungen und/oder -verzögerungen, Behinderung oder anderen Defiziten bei den Kindern zu erwarten sind.

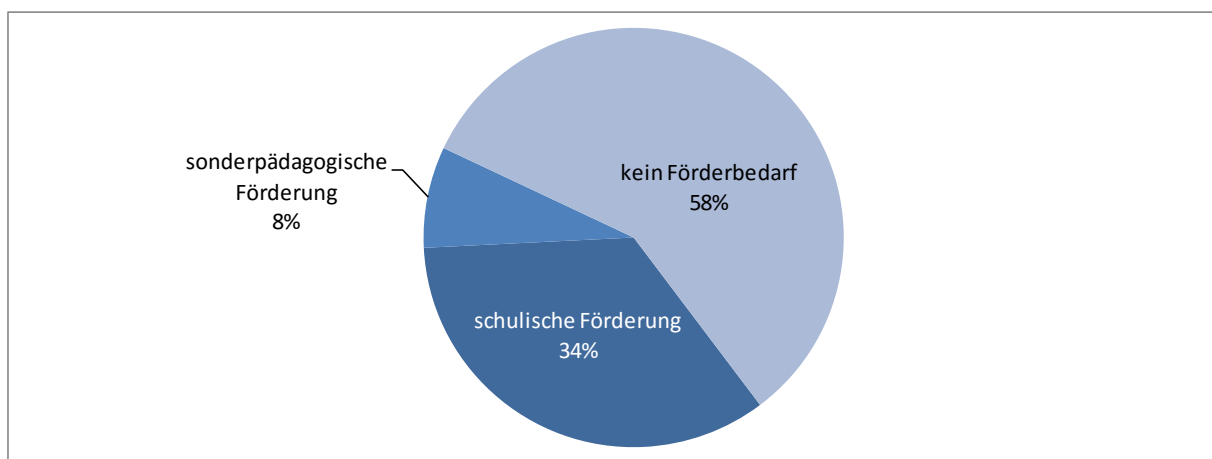
Eine Förderempfehlung erfolgt aufgrund der medizinischen Befunde verbunden mit der Einschätzung der untersuchenden Mediziner_innen.

Nicht jeder auffällige Befund hat zwangsläufig eine Förderempfehlung zur Folge. Die Entscheidung obliegt dem untersuchenden Arzt bzw. der Ärztin und wird unter Berücksichtigung unterschiedlicher Aspekte abgewogen. Dazu gehört auch die Entwicklungsprognose aufgrund der familiären Situation. Diese ist in bildungsfernen und sozial schwachen Familien häufig ungünstiger als in bildungsnahen Elternhäusern. Fehlt die Unterstützung im Elternhaus wird häufiger eine schulische Förderung empfohlen. Dennoch können Schule und Kita nur z.T. die fehlende bzw. unzureichende Förderung im häuslichen Milieu ersetzen.

Eine sonderpädagogische Förderung wird nur empfohlen, wenn die Auffälligkeiten bzw. Defizite so gravierend sind, dass nur eine sehr intensive und individuelle Förderung des Kindes eine Behinderung lindern bzw. der Progress einer Behinderung eingeschränkt werden kann. Kinder mit sonderpädagogischer Förderempfehlung erhalten zugleich eine schulische Förderempfehlung.

Bei der Einschulungsuntersuchung 2014 wurde 929 Kindern (42 %) eine schulische Förderung empfohlen. Das sind 158 mehr als im Vorjahr. Darunter waren 171 Kinder mit sonderpädagogischer Förderempfehlung. Gegenüber dem Vorjahr ist das eine Zunahme um 43 Kinder bzw. zwei Prozentpunkte.

Abb. 36: Anteil der Kinder nach Förderempfehlung (in %)



Tab. 7: Kinder mit Förderempfehlung seit 2012 (Anzahl und Anteil in Prozent)

Jahr	schulische Förderung		darunter sonderpädagogische Förderung	
	Anzahl	Anteil an allen Kindern	Anzahl	Anteil an allen Kindern
2012	787	37,7	153	7,3
2013	771	35,7	128	5,9
2014	929	42,3	171	7,8

9.1 Schulischer Förderbedarf

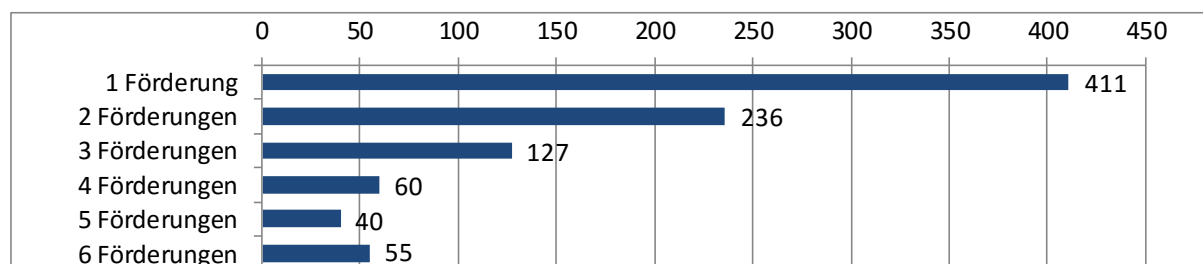
Für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen und -defiziten, die nicht so schwerwiegend sind, dass sie als Behinderung einzustufen sind und für die eine sonderpädagogische Antragstellung nicht infrage kommt, kann im Ergebnis der Einschulungsuntersuchung die Empfehlung zur schulischen Förderung stehen. Ziel dieser Empfehlung ist es, die Schule bzw. die Lehrkräfte darauf hinzuweisen, in welchen Bereichen ein Kind Schwächen bei der Einschulungsuntersuchung zeigte und zusätzliche Unterstützung, verstärkt Hilfe und/oder Aufmerksamkeit benötigt. Da bis zum Schulbesuch noch einige Zeit vergeht, ist es möglich, dass sich die Fähigkeiten des Kindes in diesem Zeitraum noch verbessern.

Nach §5 Absatz 2 der Grundschulverordnung soll die Schule die medizinische Einschätzung zur Vorbereitung eines individuell förderlichen Lernumfeldes nutzen. Ob und inwieweit das Kind im Schulalltag gezielt beobachtet oder gefördert wird und werden kann, obliegt der Schule und ihren Kapazitäten.

Schulische Förderempfehlungen werden für folgende Förderfelder ausgesprochen:

- Sprache,
- visuelle Wahrnehmung,
- Visuomotorik,
- körperlich-motorische Entwicklung,
- emotional-soziale Entwicklung und
- Lernen.

411 Kinder, das sind 44 % der Kinder mit Förderempfehlung, haben nur in einem Förderfeld Förderbedarf. Weitere 236 Kinder (25 %) erhielten Förderempfehlungen in zwei Förderfeldern.

Abb. 37: Anzahl der Kinder mit schulischer Förderempfehlung nach Anzahl der Förderfelder

Der größte Bedarf an Förderung besteht im Bereich der **sprachlichen und emotional-sozialen Entwicklung**, dicht gefolgt von der Visuomotorik.

Tab. 8: Schulische Förderempfehlungen nach Förderfeldern (absolut und in Prozent)

Förderfeld	absolut	Anteil an allen Kindern in %
emotionale/soziale Entwicklung	460	20,9
Sprache	457	20,8
Visuomotorik	424	19,3
visuelle Wahrnehmung	332	15,1
körperlich-motorische Entwicklung	250	11,4
Lernen	111	5,1

Da mehr als die Hälfte der Kinder Förderempfehlungen für mehrere Förderfelder erhielt, ergibt die Summe der Kinder in der Tabelle nicht die Gesamtzahl der Kinder mit Förderempfehlung.

Der Förderbedarf differiert in Abhängigkeit von Geschlecht, Herkunft, sozialem Status und Kita-Besuch.

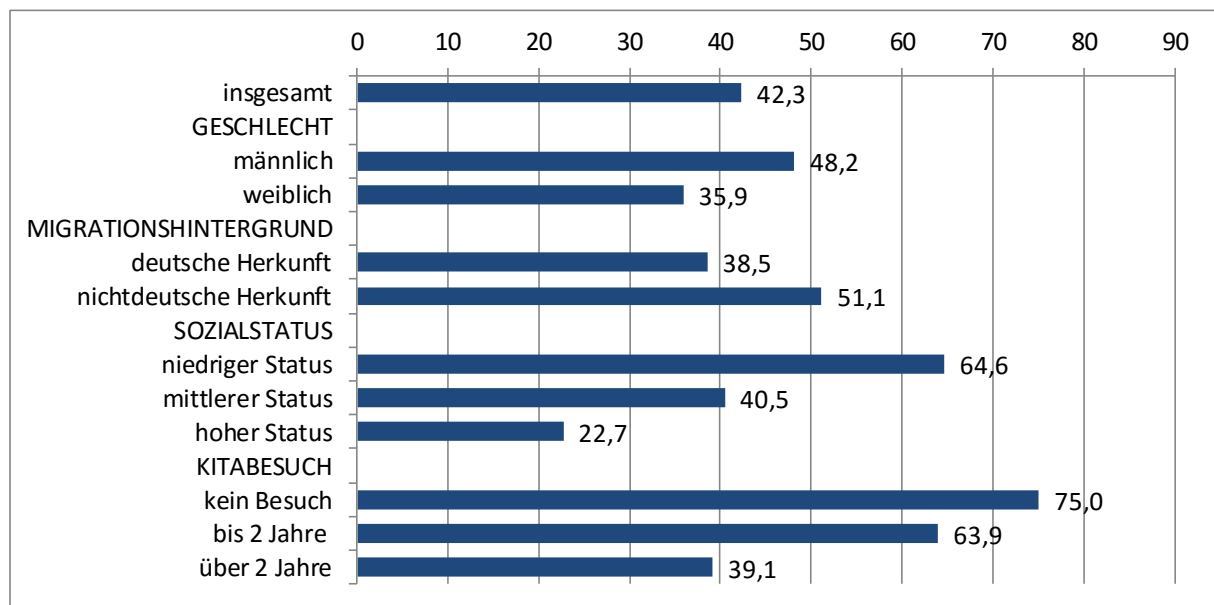
Jungen bedürfen signifikant häufiger einer Förderung als Mädchen. Für 550 Jungen wurde eine Förderempfehlung ausgesprochen. Das war fast jeder zweite Junge. Bei den Mädchen waren es nur 36 % bzw. 379 Mädchen.

Für fast zwei Drittel der Kinder bildungsferner Elternhäuser wurde eine schulische Förderung empfohlen. Der Unterschied zu den anderen Sozialstatusgruppen ist gravierend. Gegenüber Kindern aus der oberen Statusgruppe ist er fast dreimal so hoch.

Kinder mit Migrationshintergrund erhielten häufiger Förderempfehlungen als herkunftsideutsche Kinder. Diese resultierten jedoch häufig aus ihren sprachlichen Defiziten. 80 % der Kinder nichtdeutscher Herkunftssprache wurde eine Sprachförderung empfohlen.

Ganz deutlich zeigt sich der positive Einfluss eines langen Kita-Besuchs. Kinder die länger als 2 Jahre in die Kita gehen, erhielten seltener Förderempfehlungen als Kinder ohne bzw. mit kürzerem Kita-Besuch.

Abb. 38: Schulische Förderempfehlung nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Dauer des Kita-Besuchs (Anteil an der jeweiligen Gruppe in %)



9.2 Empfehlungen zur Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs

Bestehen beim Kind erhebliche Defizite in einem oder mehreren Bereichen empfiehlt der Kinderarzt/die Kinderärztin den Eltern, einen Antrag auf Feststellung von sonderpädagogischem Förderbedarf zu stellen. Dieser Antrag sollte schon vor der Einschulung von den Eltern gestellt werden. Stellt sich während des Schulbesuchs heraus, dass ein sonderpädagogischer Förderbedarf bestehen könnte, kann dieser Antrag auch von der Schule (nach Anhörung der Eltern) gestellt werden (vgl. § 31 SopädVO 2005). In jedem Fall entscheidet die Schulaufsichtsbehörde (Außenstelle Lichtenberg der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft) über den Antrag.

Die Verordnung über die sonderpädagogische Förderung von 2012 (Sonderpädagogikverordnung – So-pädVO) umfasst in Abhängigkeit von der Behinderungsart acht Förderschwerpunkte.

1. Sehen
2. Hören
3. Körperliche und motorische Entwicklung
4. Sprache
5. Lernen
6. Geistige Entwicklung
7. Emotional-soziale Entwicklung
8. Autistische Behinderung

2014 wurde den Eltern von 171 Kindern empfohlen, einen Antrag auf sonderpädagogische Förderung zu stellen. Das sind 43 Kinder mehr als im Vorjahr. Damit wurde bei 8 % der Kinder sonderpädagogischer Förderbedarf gesehen.

Mehr als die Hälfte (58 %) der sonderpädagogischen Förderempfehlungen bezog sich auf Sprach- und Sprechprobleme der Kinder.

Tab. 9: Förderschwerpunkte nach Behinderungsart und Anzahl der Kinder in Lichtenberg mit empfohlenem sonderpädagogischem Förderbedarf 2014

Förderschwerpunkte	Merkmal	Anzahl	Anteil an allen Kindern (in %)
Sprache	Sprachbehinderung	100	4,6
Geistige Entwicklung	hochgradigen Beeinträchtigung der intellektuellen Fähigkeiten	29	1,3
Emotionale und soziale Entwicklung	Erhebliche Beeinträchtigung der emotionalen und sozialen Entwicklung, Verhaltensstörungen	27	1,2
Lernen	erheblichen Beeinträchtigung des Lern- und Leistungsverhaltens	23	1
Körperliche und motorische Entwicklung	Körperliche Behinderung	20	0,9
Hören	Gehörlos und hochgradig hörgeschädigt	5	0,2
Autistische Behinderung	Erhebliche Entwicklungs- und Kommunikationsstörungen, Autismus	5	0,2
Sehen	Blind und hochgradig sehgeschädigt	1	0
Gesamt⁷		171	7,8

Für 10 % der Jungen und 6 % der Mädchen wurden sonderpädagogische Förderempfehlungen ausgesprochen.

Hinsichtlich des Migrationshintergrundes gibt es keine signifikanten Unterschiede.

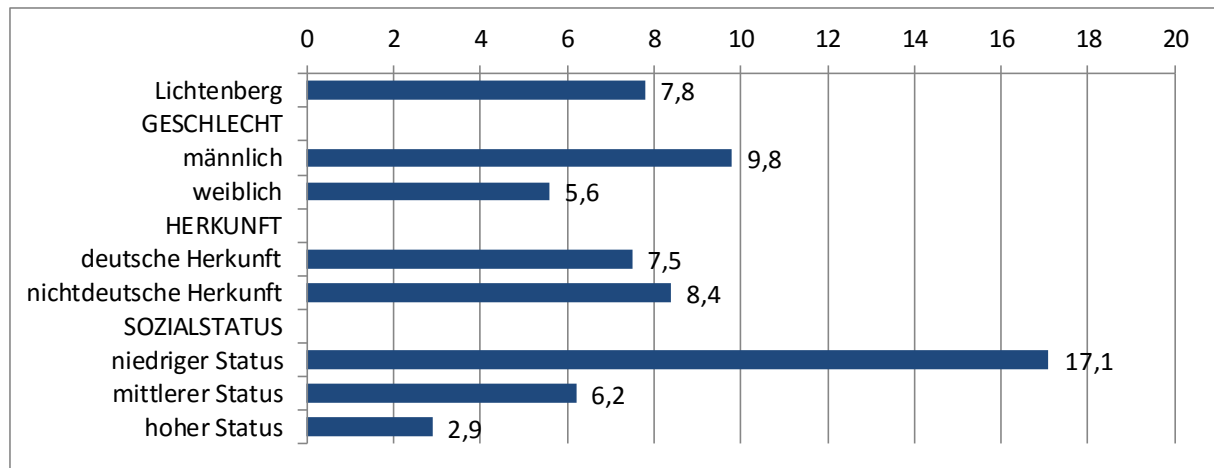
Sonderpädagogischer Förderbedarf ist stark sozial determiniert. Für eine gesunde und altersgerechte Entwicklung des Kindes kommt den Eltern eine herausragende Rolle zu. Sie sind verantwortlich für die Unterstützung und Förderung ihres Kindes. Dazu sind nicht alle Eltern in der Lage. So mangelt es z. T.

⁷ Da es Kinder mit Mehrfachbehinderung gibt, ergibt die Addition nicht die Gesamtzahl der Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf.

bei bildungsfernen Eltern(teilen) an ausreichender frühkindlicher Förderung zu Hause oder die Eltern erkennen Entwicklungsprobleme ihres Kindes nicht, so dass eine frühzeitige Förderung nicht erfolgt.

17 % der Kinder aus sozial belasteten und bildungsfernen Haushalten wurde eine sonderpädagogische Förderung empfohlen. Bei Kindern aus der oberen sozialen Statusgruppe waren es nur 3 %.

Abb. 39: Anteil der Kinder mit sonderpädagogischer Förderempfehlung nach Geschlecht, Herkunft und sozialem Status (Anteil an der jeweiligen Gruppe in %)

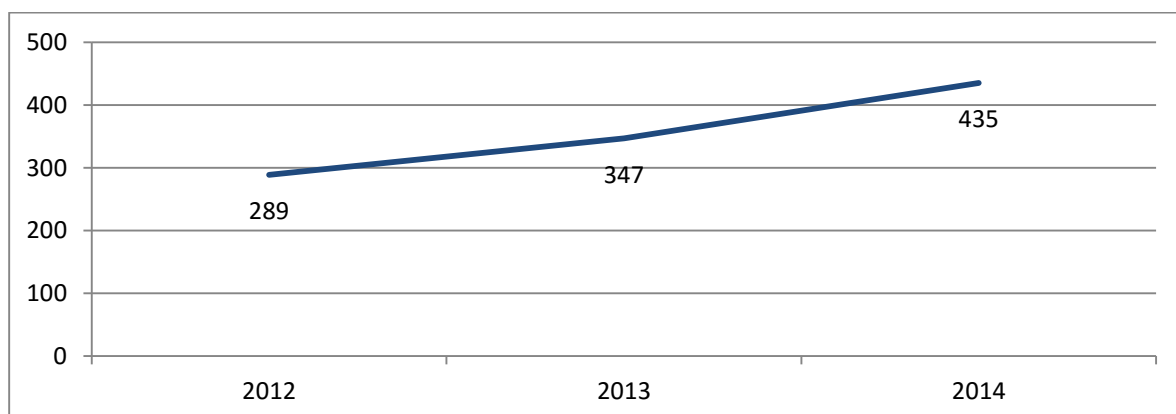


10 Rücksteller aus dem Vorjahr: Entwicklung und Entwicklungsstand

Jährlich werden mehr Kinder vom Schulbesuch zurückgestellt. Im Jahr 2014 hat der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst 418 Kindern aufgrund ihres Entwicklungsstandes eine Rückstellung empfohlen. Weitere 17 Kinder wurden ohne ärztliche Empfehlung auf Wunsch der Eltern von der Schulaufsicht zurückgestellt. Insgesamt wurden 17 % der untersuchten Kinder für ein Jahr vom Schulbesuch zurückgestellt.

Gleichzeitig wurden 352 Rücksteller aus dem Vorjahr erneut untersucht.

Abb. 40: Entwicklung der Rückstellungen seit 2012 (absolute Zahlen)



Jungen werden signifikant häufiger zurückgestellt als Mädchen. 66 % der Rücksteller sind Jungen und nur 33 % sind Mädchen.

Vor allem die jüngeren Kinder gehören häufiger zu den Rückstellern. Durchschnittlich 60 % der Rücksteller sind in den letzten drei Monaten des Jahres geboren, während es bei den regulär eingeschulten Kindern nur 15 % sind.

Entwicklungsbedingungen

Ein Vergleich der eingeschulten Rücksteller aus dem Vorjahr mit den Kindern, die regulär eingeschult wurden, zeigt bei vielen Rückstellern nachteilige Aufwuchsbedingungen im häuslichen Bereich und eine schlechtere gesundheitliche Lage.

Sie kommen häufiger aus bildungsfernen und sozial schwachen Familien sowie alleinerziehenden Haushalten und sind auch häufiger fremduntergebracht. Ihr täglicher Fernsehkonsum ist höher und in ihren Kinderzimmern steht häufiger ein eigenes Fernsehgerät.

Bei der Dauer des Kitabesuchs gibt es keine Unterschiede, da sie ein Jahr älter sind und damit länger in die Kita gehen konnten.

Sie haben seltener alle Vorsorgeuntersuchungen, ihr Gebiss ist seltener versorgt und sie kommen häufiger untergewichtig auf die Welt. Sie sind auch bei der Einschulungsuntersuchung häufig noch untergewichtig. Leider geht aus den Daten der Einschulungsuntersuchung nicht hervor, ob die Kinder als „Frühchen“ zur Welt gekommen sind und daraus das geringe Geburtsgewicht resultiert oder ob es Folge mangelnder Versorgung im Mutterleib ist.

Eine Übersicht zu den o.g. Merkmalen und den Unterschieden enthält die nachstehende Tabelle.

Tab. 10: Vergleich der Rücksteller aus dem Vorjahr mit den regulär eingeschulten Kindern: Soziales Umfeld und gesundheitliche Situation

Merkmal		2014 eingeschulte Rücksteller aus Vorjahr (Jg. 2007)	2014 regulär eingeschulte Kinder (Jg. 2008)
Sozialstatus	untere Statusgruppe	21,3	16,9
	mittlere Statusgruppe	60,0	57,2
	obere Statusgruppe	18,7	25,9
familiäres und soziales Umfeld	deutsche Herkunft	72,2	69,9
	nichtdeutsche Herkunft	27,8	30,1
	nicht seit Geburt in D	7,4	6,1
	Alleinerziehend	38,2	32,7
	Fremdunterbringung	2,9	1,1
	mind. ein Raucher	42,2	37
	eigener Fernseher	14,6	12,9
	tgl. TV-Konsum > 1 Stunde	37,4	31
	kein Kitabesuch	2,0	2,2
	Kitabesuch < 2 Jahre	7,6	7,4
	Kitabesuch > 2 Jahre	90,4	90,4
gesundheitliche Situation	Gebiss versorgt	82,1	87,4
	U1 bis U8 vollständig	81,8	86,4
	Untergewicht	12,6	8,3
	Übergewicht (inkl. Adipositas)	9,5	8,3
	Geburtsgewicht <1.500g	5,7	0,4
	Geburtsgewicht 1.500 <2.500g	9,7	5,6

Wie haben sich die Rücksteller aus dem Vorjahr in dem zusätzlichen Jahr entwickelt und welchen Entwicklungsstand haben sie bei der Einschulung?

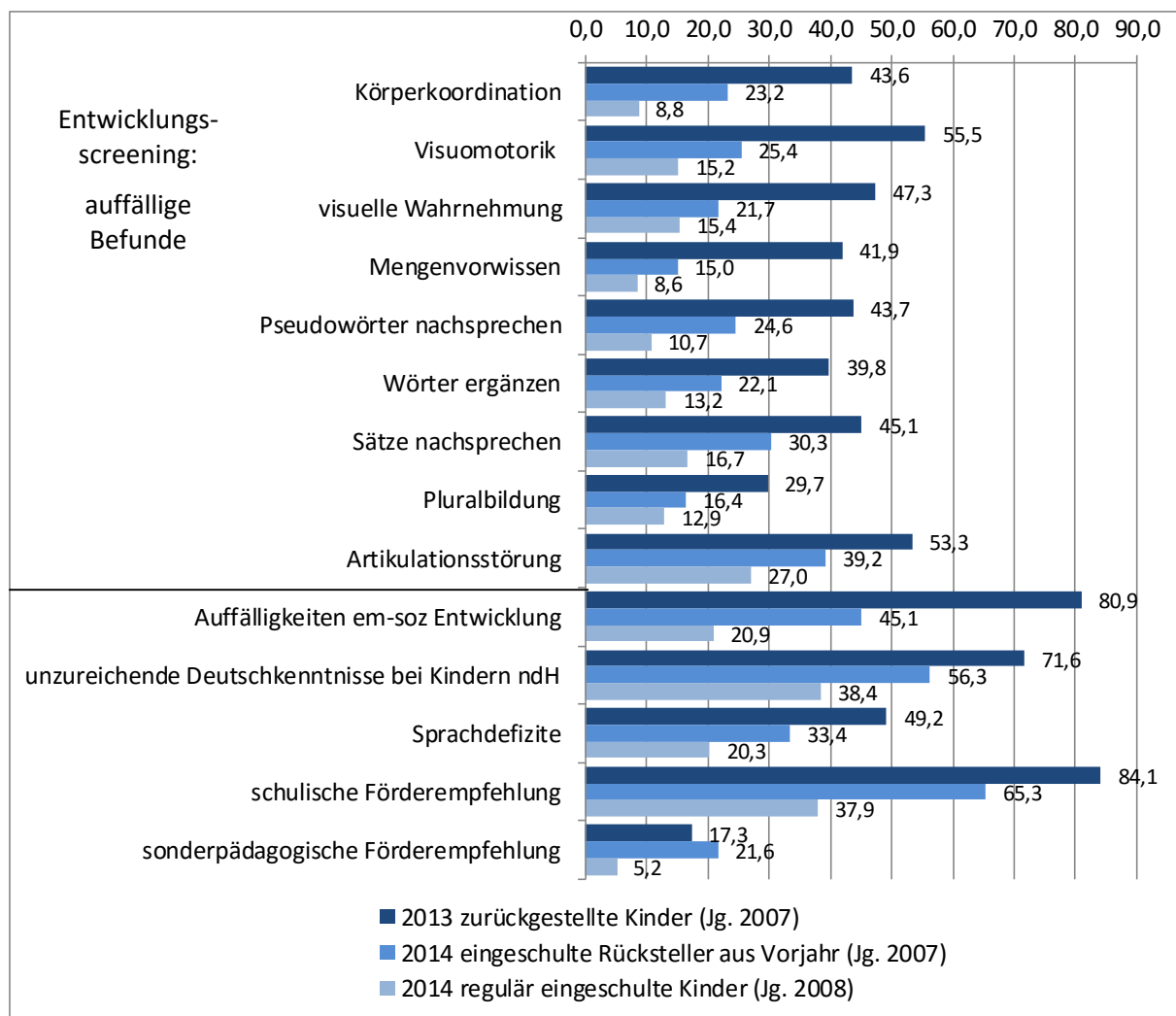
Ziel der Rückstellungen ist es, den Kindern ein weiteres Jahr die Möglichkeit zu geben, ihre motorischen, kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten zu entwickeln, um bessere Voraussetzungen für den Schulbesuch zu erwerben. Daher sollen diese Kinder in diesem einen Jahr intensiv gefördert werden.

Inwieweit es gelungen ist, die Fähigkeiten jedes einzelnen Kindes in dem zusätzlichen Jahr vor dem Schulbesuch weiter zu entwickeln und zu verbessern, lässt sich aus den Daten nicht ablesen, da es sich um anonymisierte Daten handelt. Ein direkter Vergleich ist damit nicht möglich. Es lassen sich jedoch die Testergebnisse von 2013 der Kinder, die im Vorjahr zurückgestellt wurden, mit den Kindern vergleichen, die 2014 bereits ein Jahr älter waren, d.h. die im Vorjahr zurückgestellt wurden.

Der nachstehende Vergleich zeigt eindrucksvoll, dass die Testergebnisse des Vorjahres, also des Jahres in dem die Kinder zurückgestellt wurden, deutlich schwächer waren als im darauffolgenden Jahr. Das zusätzliche Jahr hat den Kindern deutliche Entwicklungssprünge gebracht.

Eine gleichzeitige Gegenüberstellung mit den Ergebnissen der regulär eingeschulter Kinder zeigt aber auch, dass die Rücksteller aus dem Vorjahr - trotz eines weiteren Jahres Förderung – nicht an die Ergebnisse der regulär eingeschulter Kinder heranreichen.

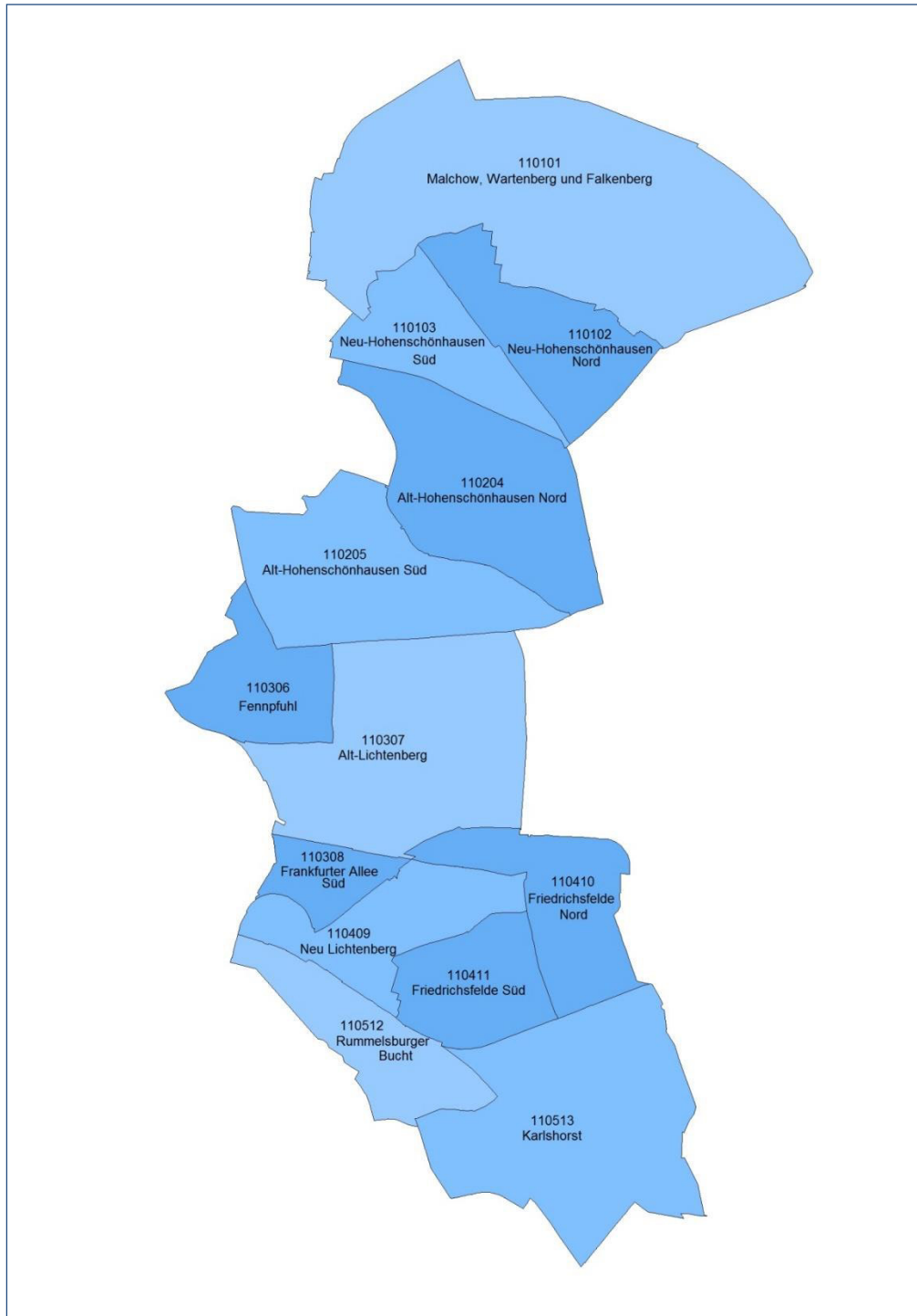
Abb. 41: Vergleich der Testergebnisse der 2013 zurückgestellten Kinder, der 2014 eingeschulter Rücksteller aus dem Vorjahr und der regulär eingeschulter Kinder 2014 (in %)



11 Kleinräumige Auswertung – Die Stadtteile⁸ im Vergleich

Zum Aufzeigen sozialräumlicher Schwerpunkte werden im Folgenden die 13 Stadtteile des Bezirks miteinander verglichen. Die kleinräumige Betrachtung dient der lokalen Schwerpunktsetzung für Handlungsansätze in der präventiven Arbeit.

Abb. 42: Stadtteilkarte Lichtenberg



⁸ Im Land Berlin erfolgte 2006 eine Vereinheitlichung sozialräumlicher Planungsgrundlagen. Danach gliedert sich Berlin in 447 Planungsräume, 138 Bezirksregionen und 60 Prognoseräume. In Lichtenberg wurde bereits Jahre zuvor für die Ebene der Bezirksregionen der Begriff „Stadtteil“ verwendet. Er hat sich im bezirklichen Sprachgebrauch etabliert und wird daher im Bericht verwendet. Stadtteile und Bezirksregionen sind identisch und werden synonym verwendet.

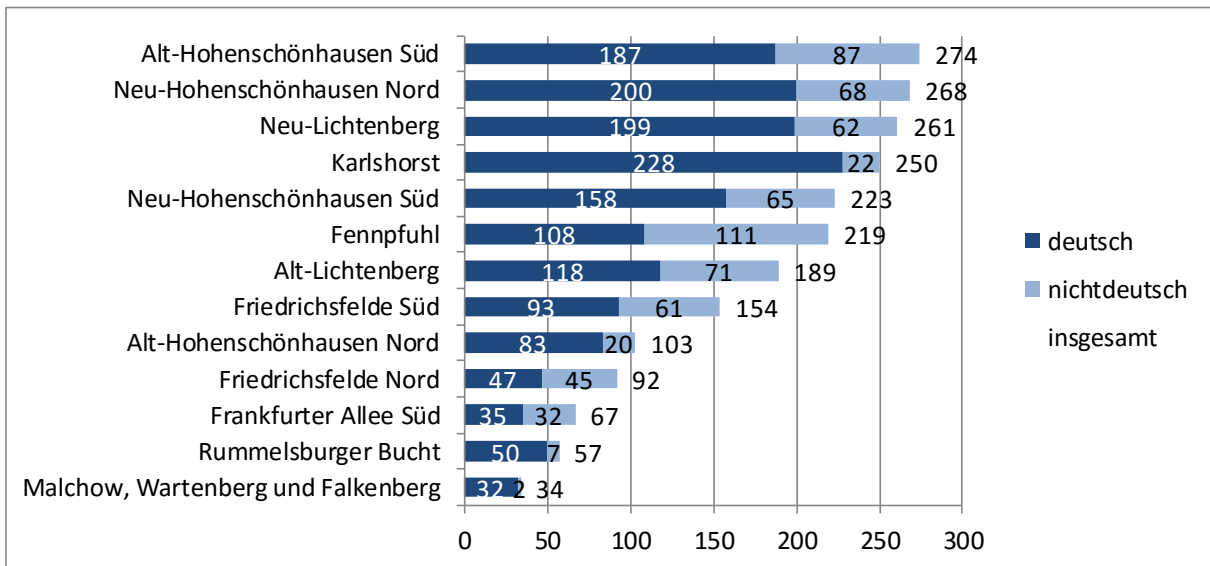
11.1 Sozialstruktur

11.1.1 Anzahl und Herkunft der Kinder

In die kleinräumige Betrachtung fließen nur die Kinder ein, die zum Zeitpunkt der Untersuchung im Bezirk wohnten. Das waren 99,7 % der eingeschulten Kinder (2.191 Kinder).

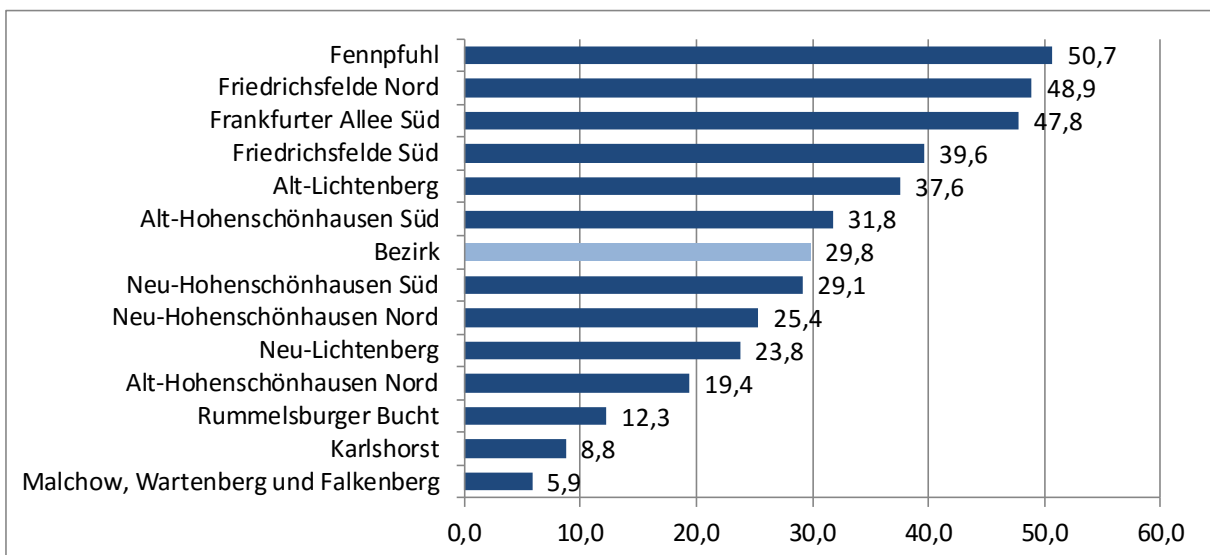
Die meisten Kinder waren aus Alt-Hohenschönhausen Süd, gefolgt von Neu-Hohenschönhausen Nord und Neu-Lichtenberg. Das sind auch die Stadtteile mit den meisten Kindern unter 6 Jahren.

Abb. 43: Anzahl der Kinder nach Stadtteilen und Herkunft



Der Migrantenanteil differiert zwischen den Stadtteilen erheblich. Er reicht von rund 50 % in den Stadtteilen Fennpfuhl, Friedrichsfelde Nord und Frankfurter Allee Süd bis zu unter 10 % in Karlshorst und Malchow, Wartenberg und Falkenberg.

Abb. 44: Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund nach Stadtteilen (in %)



Ein Viertel aller vietnamesischen Kinder und 17 % aller russischen Kinder wohnen im Stadtteil Fennpfuhl. Eine Konzentration von Kindern vietnamesischer Herkunft gibt es auch in Neu-Hohenschönhausen Süd und Alt-Hohenschönhausen Süd, wo weitere 31 % der eingeschulten vietnamesischen Kinder leben. Damit wohnen in diesen drei Stadtteilen mehr als die Hälfte aller Kinder vietnamesischer Herkunft.

57 % der Kinder aus der Russischen Föderation wohnen in den vier Stadtteilen Neu-Hohenschönhausen Nord, Neu-Hohenschönhausen Süd, Friedrichsfelde-Süd und Fennpfuhl. In Neu-Hohenschönhausen Nord wohnen 38 % der Kinder aus Kasachstan.

Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die absoluten Zahlen aller Kinder nach Herkunft sowie gesondert über den Anteil der osteuropäischen und vietnamesischen Kinder an allen Kindern in den jeweiligen Stadtteilen.

Tab. 11: Herkunft der eingeschulten Kinder nach Stadtteilen (absolut und in Prozent)

Stadtteil	insgesamt	Herkunft					
		deutsch		nichtdeutsch		darunter aus:	
		absolut	absolut	%	Osteuropa	Vietnam	
					Anteil an allen Kindern in %		
Malchow, Wartenberg, Falkenberg	34	32	2	5,9	--	--	
Neu-Hohenschönhausen Nord	268	200	68	25,4	16,8	5,6	
Neu-Hohenschönhausen Süd	223	158	65	29,1	13,5	10,8	
Alt-Hohenschönhausen Nord	103	83	20	19,4	9,7	4,9	
Alt-Hohenschönhausen Süd	274	187	87	31,8	13,1	8,0	
Fennpfuhl	219	108	111	50,7	21,9	16,4	
Alt-Lichtenberg	189	118	71	37,6	19,6	7,4	
Frankfurter Allee Süd	67	35	32	47,8	17,9	7,5	
Neu-Lichtenberg	261	199	62	23,8	10,3	3,8	
Friedrichsfelde Nord	92	47	45	48,9	31,5	8,7	
Friedrichsfelde Süd	154	93	61	39,6	20,1	7,1	
Rummelsburger Bucht	57	50	7	12,3	1,8	--	
Karlshorst	250	228	22	8,8	7,6	--	
Bezirk	2.191	1.538	653	29,8	14,8	6,8	

11.1.2 Familienstruktur

Den höchsten Anteil Alleinerziehender gibt es in den beiden sozial schwachen Stadtteilen Neu-Hohenschönhausen Süd und Neu-Hohenschönhausen Nord mit 51 % bzw. 47 %. Beide Stadtteile haben den höchsten Anteil an Kindern im SGB II-Bezug.⁹

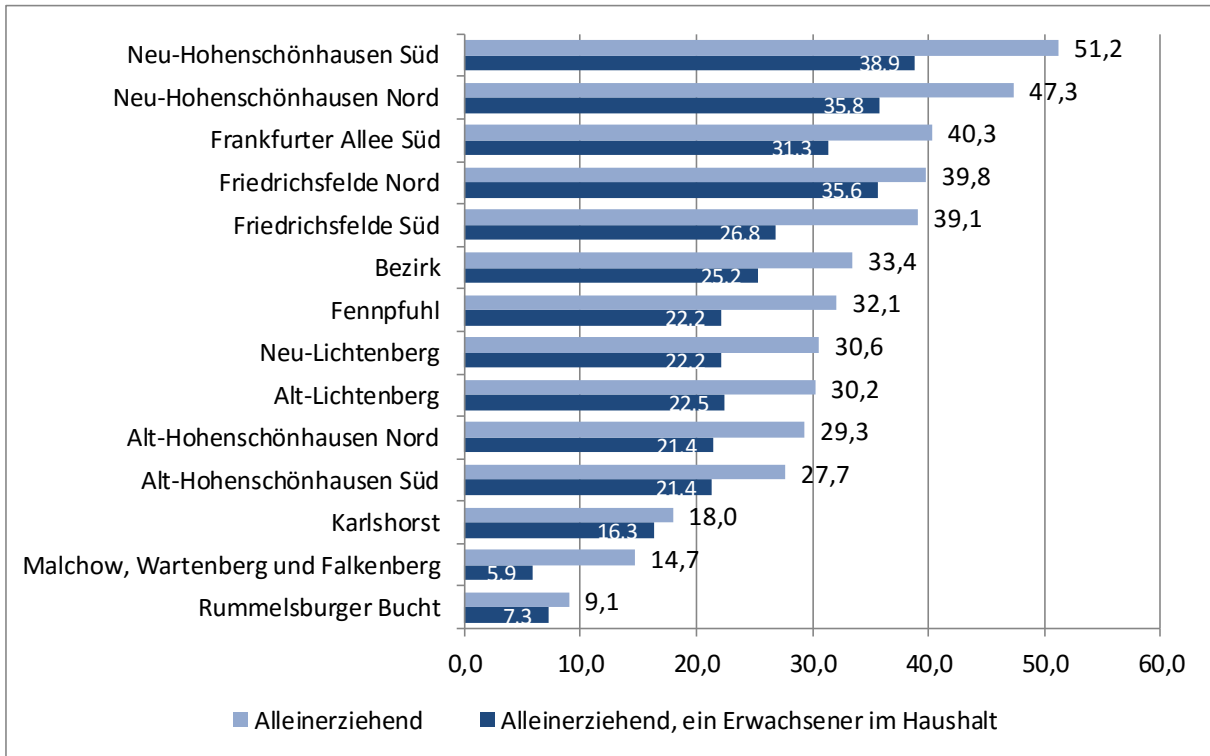
In den sozial besser gestellten Stadtteilen Malchow, Wartenberg und Falkenberg, Karlshorst und der Rummelsburger Bucht ist der Anteil der Alleinerziehenden mit unter 20 % deutlich geringer.

Alleinerziehend heißt nicht immer, dass nur ein Erwachsener im Haushalt lebt. Teilweise wohnt ein (neuer) Partner mit in der Wohnung. Die Differenz zwischen denen, die als Alleinerziehende ohne Partner leben und den Alleinerziehenden in Partnerschaft ist in den Stadtteilen sehr unterschiedlich und reicht von knapp 2 % in der Rummelsburger Bucht und Karlshorst bis zu 12 % in Friedrichsfelde Süd, Neu-Hohenschönhausen Nord und Neu-Hohenschönhausen Süd. In Neu-Hohenschönhausen Süd sind 51 % alleinerziehend, was den höchsten Wert aller Stadtteile darstellt. 39 % der Alleinerziehenden leben hier ohne eine weitere erwachsene Person im Haushalt. Auch das ist der höchste Wert aller

⁹ Vgl. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Abgestimmter Datenpool, Kernindikatoren 2014

Stadtteile. Demgegenüber leben die relativ wenigen Alleinerziehenden in Karlshorst und der Rummelsburger Bucht nahezu alle allein mit ihren Kindern bzw. dem Kind. In den „Dörfern“ lebt weniger als die Hälfte der Alleinerziehenden ohne Partner.

Abb. 45: Anteil der Alleinerziehenden und Anteil der alleinerziehenden Haushalte mit nur einem Erwachsenen nach Stadtteilen (%)



11.1.3 Soziale Lage

Die Differenzierung nach sozialen Statusgruppen erfolgt auf Basis der Angaben zum Bildungsstand und zur Erwerbstätigkeit der Eltern. Die Zuordnung zu den einzelnen Sozialstatusgruppen ist in Kapitel 7.1 ausführlich erläutert.

In Friedrichsfelde Nord gibt es mit Abstand den höchsten Anteil an Kindern aus bildungsfernen und z.T. arbeitslosen Elternhäusern. Hier gehören 42 % der Kinder zur unteren Sozialstatusgruppe. Der Anteil der Kinder, die der oberen Statusgruppe zuzuordnen sind, liegt bei 10 %. Einen geringeren Anteil an Kindern in der oberen Statusgruppe gibt es nur in Neu-Hohenschönhausen Nord (6 %) und Neu-Hohenschönhausen Süd (7 %). In diesen beiden Stadtteilen beträgt der Anteil der Kinder in der unteren Statusgruppe 26 %, weniger als in Friedrichsfelde Nord, aber mehr als in allen anderen Stadtteilen.

Im Stadtteil Frankfurter Allee Süd ist der Anteil der Kinder der unteren Statusgruppe ebenfalls vergleichsweise hoch (23 %). Hier sind jedoch Kinder der oberen Statusgruppe ebenfalls recht häufig vertreten (29 %). In diesem Stadtteil gibt es eine vergleichsweise starke Polarisierung von Kindern bildungsferner Elternhäuser einerseits und Eltern mit hohem Bildungsniveau andererseits. Die mittlere Statusgruppe macht nur 48 % aus.

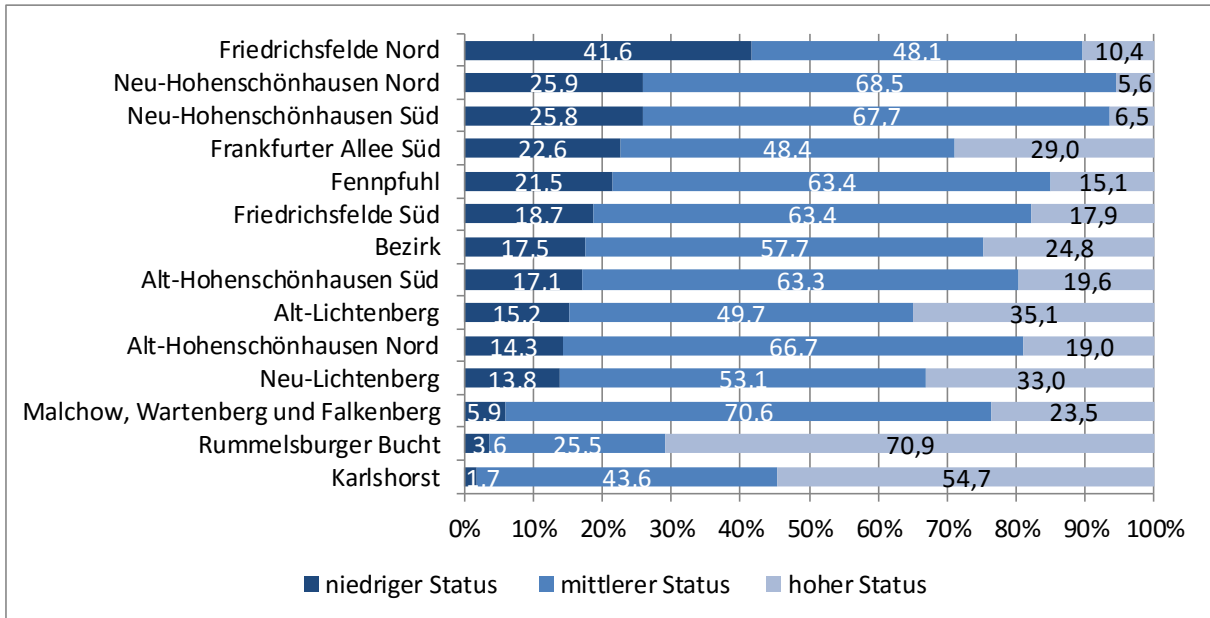
Auch in Alt-Lichtenberg und Neu-Lichtenberg ist die mittlere Statusgruppe mit 50 % bzw. 53 % niedriger als im bezirklichen Durchschnitt. Allerdings ist der Anteil der Kinder in der unteren Statusgruppe mit 15 % bzw. 14 % deutlich geringer als in der Frankfurter Allee Süd. Dementsprechend höher ist der Anteil der Kinder in der oberen Statusgruppe (35 % bzw. 33 %), was deutlich über dem bezirklichen Durchschnitt von 25 % liegt.

Den höchsten Anteil an Kindern in der oberen Sozialstatusgruppe gibt es in der Rummelsburger Bucht (71 %). Kinder in der unteren Statusgruppe sind kaum vorhanden (4 %). Noch geringer ist der Anteil

der Kinder in der unteren Statusgruppe in Karlshorst (2 %). Hier gibt es den zweithöchsten Anteil an Kindern der oberen Statusgruppe (55 %).

Den weitaus höchsten Anteil an Kindern der mittleren Statusgruppe gibt es in den „Dörfern“ Malchow, Wartenberg und Falkenberg (71 %). Der Anteil der Kinder in der unteren Statusgruppe ist sehr gering (6 %).

Abb. 46: Soziale Statusgruppen nach Stadtteilen (%)

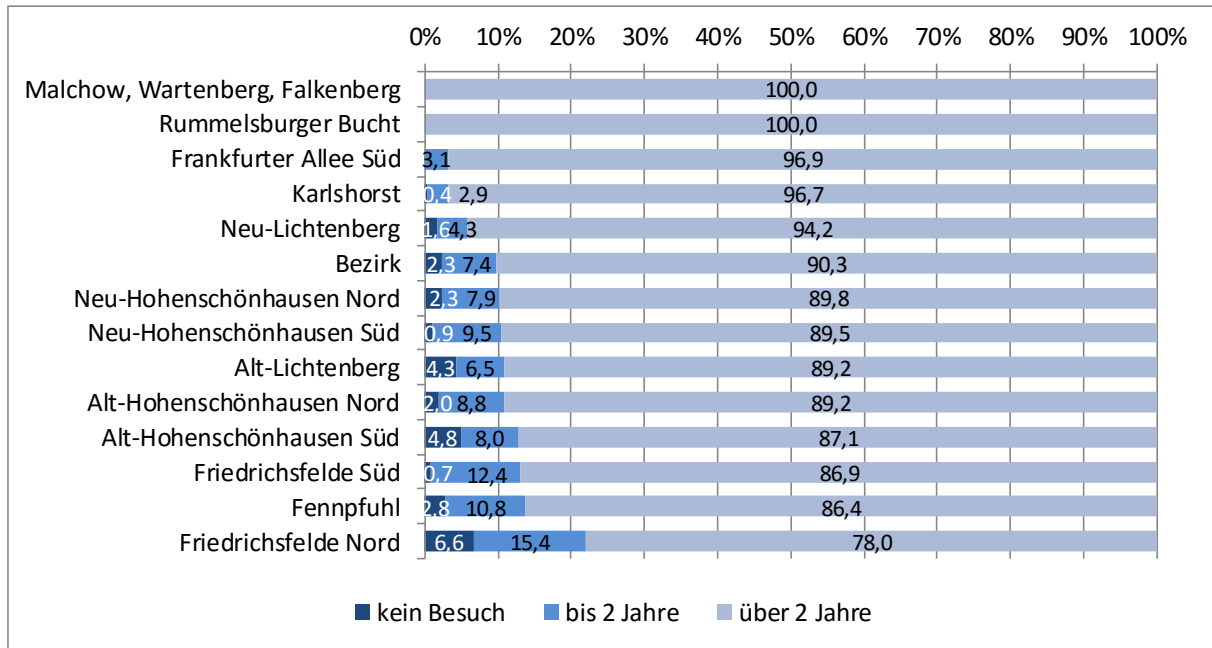


11.1.4 Kitabesuch

Die soziale Struktur in den Stadtteilen spiegelt sich auch in der Dauer des Kitabesuchs wider. In Friedrichsfelde Nord, dem Stadtteil mit dem höchsten Anteil an Kindern in der unteren Sozialstatusgruppe, ist der Anteil der Kinder, die keine Kita besucht haben am höchsten (7 %), ebenso wie der Anteil der Kinder mit einem Kita-Besuch von weniger als zwei Jahren (15 %). Allerdings leben hier 16 % der Kinder nicht seit der Geburt in Deutschland, was ebenfalls der höchste Wert aller Stadtteile ist. Da die Gesamtzahl der Kinder in diesem Stadtteil vergleichsweise gering ist, sind die absoluten Zahlen sehr niedrig (15 Kinder leben nicht seit Geburt in Deutschland, 6 Kinder ohne Kita-Besuch, 14 Kinder mit unter 2-jährigem Kitabesuch).

Auch in Alt-Lichtenberg und Alt-Hohenschönhausen Süd ist der Anteil der Kinder ohne Kitabesuch vergleichsweise hoch (4 % bzw. 5 %). Aber auch der Anteil der Kinder, die nicht seit der Geburt in Deutschland leben, ist höher als in den meisten anderen Stadtteilen (12 % bzw. 10 %). Aufgrund der höheren Kinderzahl in diesen beiden Stadtteilen sind die absoluten Zahlen entsprechend höher (8 bzw. 12 Kinder ohne Kitabesuch und 22 bzw. 27 Kinder, die nicht seit Geburt in Deutschland leben). Im Stadtteil Fennpfuhl leben 10 % der Kinder nicht seit der Geburt in Deutschland. Hier sind zwar nur 3 % der Kinder ohne Kitabesuch, aber da weitere 11 % der Kinder kürzer als zwei Jahre in der Kita waren, ist der Anteil der Kinder mit einer Kitabesuchsdauer von über 2 Jahren am zweitniedrigsten.

In den Stadtteilen mit einem hohen Anteil an Kindern der oberen Sozialstatusgruppe ist der Anteil der Kinder mit über zweijähriger Kitabesuchsdauer am höchsten. In Malchow, Wartenberg und Falkenberg und der Rummelsburger Bucht waren alle eingeschulten Kinder länger als zwei Jahre in der Kita. In Karlshorst, Neu-Hohenschönhausen Süd und Friedrichsfelde Süd lag der Anteil der Kinder ohne Kita-Besuch bei unter einem Prozent.

Abb. 47: Anteil der Kinder nach Kitabesuchsdauer und Stadtteilen (in %)

11.2 Ausgewählte gesundheitliche Aspekte

Im Folgenden werden anhand ausgewählter Beispiele zur gesundheitlichen Lage und Prävention sozialräumliche und inhaltliche Schwerpunkte für die Gesundheitsförderung gesetzt.

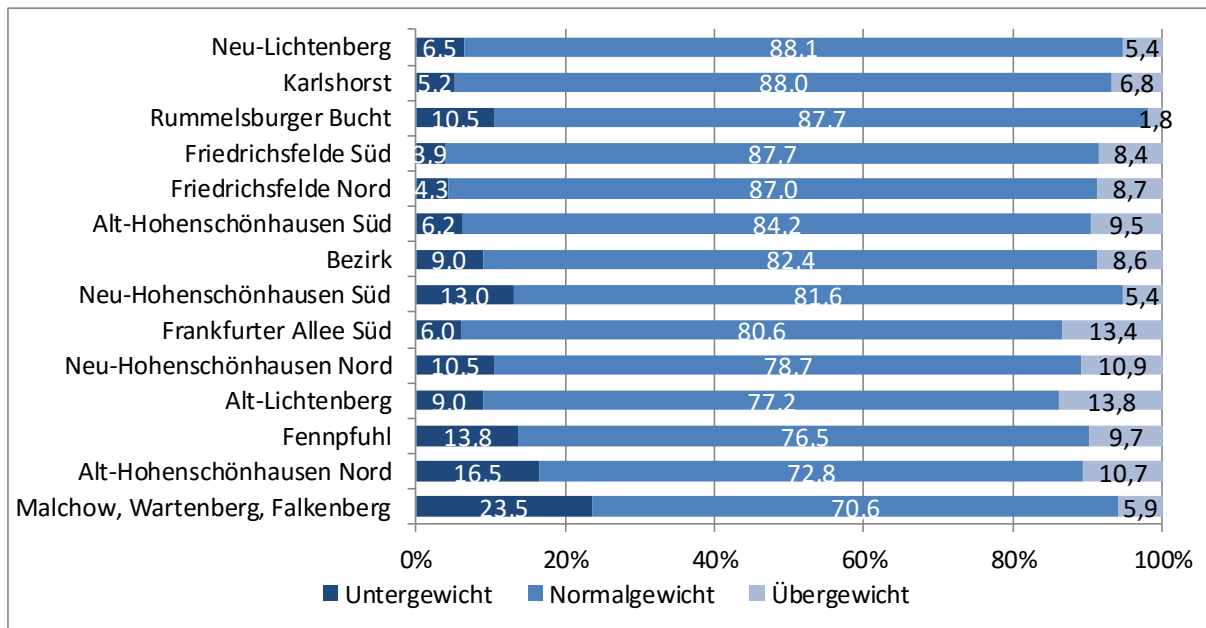
11.2.1 Über- und Untergewicht

Den **höchsten Anteil normalgewichtiger** Kinder gibt es in Neu-Lichtenberg, Karlshorst, der Rummelsburger Bucht und Friedrichsfelde Süd (jeweils 88 %). In Neu-Lichtenberg und Karlshorst ist der Anteil der unter- und übergewichtigen Kinder in etwa gleich und liegt zwischen 5 % und 7 %. In Friedrichsfelde Süd sind doppelt so viele Kinder übergewichtig (8 %) wie untergewichtig (4 %). Ähnlich ist das Verhältnis in Friedrichsfelde Nord (Übergewicht 9%, Untergewicht 4 %). In der Rummelsburger Bucht fällt der vergleichsweise hohe Anteil an Kindern mit Untergewicht auf (11%) im Gegensatz dazu ist der Anteil an Kindern mit Übergewicht am geringsten (2 %).

Die **geringsten Anteile an Kindern mit Normalgewicht** haben die „Dörfer“ Malchow, Wartenberg und Falkenberg sowie Alt-Hohenschönhausen Nord (73 % bzw. 71 %). In beiden Stadtteilen ist der Anteil der untergewichtigen Kinder relativ hoch. Malchow, Wartenberg und Falkenberg hat den höchsten Anteil untergewichtiger Kinder (24 %). 15 % hatten sogar deutliches Untergewicht. Hier ist zu berücksichtigen, dass die absoluten Zahlen gering sind, so dass kleine absolute Veränderungen große prozentuale Veränderungen nach sich ziehen. So würde z.B. ein untergewichtiges Kind weniger den Anteil der Kinder mit Untergewicht auf 20 % senken.

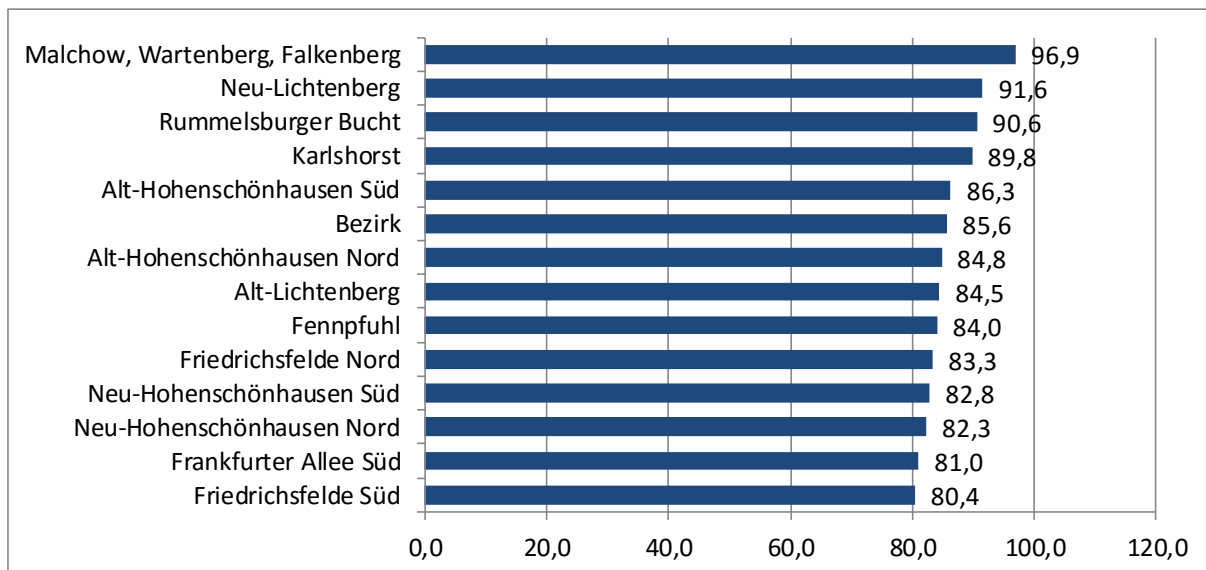
Den höchsten Anteil **übergewichtiger** Kinder gibt es in Alt-Lichtenberg und Frankfurter Allee Süd (14 % bzw. 13 %), den niedrigsten Anteil in der Rummelsburger Bucht (2 %).

Aufgrund der geringen absoluten Zahlen beim Unter- und Übergewicht in den einzelnen Stadtteilen sind die Unterschiede nicht signifikant.

Abb. 48: Über-, Unter- und Normalgewicht nach Stadtteilen (in %)

11.2.2 Früherkennungsuntersuchungen

Über 90 % der Kinder in den Stadtteilen Malchow, Wartenberg und Falkenberg, Neu-Lichtenberg und der Rummelsburger Bucht haben alle Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen. Am höchsten war die Inanspruchnahmequote in den „Dörfern“ (97 %). Am geringsten ist die Quote in den beiden Stadtteilen Friedrichsfelde Süd und Frankfurter Allee Süd (80 % bzw. 81 %).

Abb. 49: Kinder mit vollständiger U1-U8 (ohne U7a) nach Stadtteilen (nur Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft, in Prozent)

11.2.3 Impfstatus

In Abhängigkeit von der jeweiligen Impfung variiert der Impfstatus zwischen den Stadtteilen.

Den besten Impfstatus haben die Kinder in den „Dörfern“ Malchow, Wartenberg und Falkenberg. Bei 8 von 12 Impfungen haben sie die höchste Durchimpfungsrate. Bei 7 Impfungen sind sogar alle Kinder geimpft. Allerdings haben die „Dörfer“ relativ wenig Kinder. Die Frankfurter Allee Süd hat in drei Impfungen die höchste Impfquote.

Die niedrigsten Impfraten gibt es in Friedrichsfelde Nord und Alt-Lichtenberg, die in jeweils drei der 12 Impfungen die niedrigste Impfrate haben. Die Rummelsburger Bucht und Karlshorst haben in jeweils zwei Impfungen die niedrigste Impfrate.

In der folgenden Tabelle ist der höchste Wert aller Stadtteile grün gekennzeichnet, der niedrigste rot.

Tab. 12: Impfstatus nach Stadtteilen (in % aller Kinder mit vorgelegtem Impfpass)

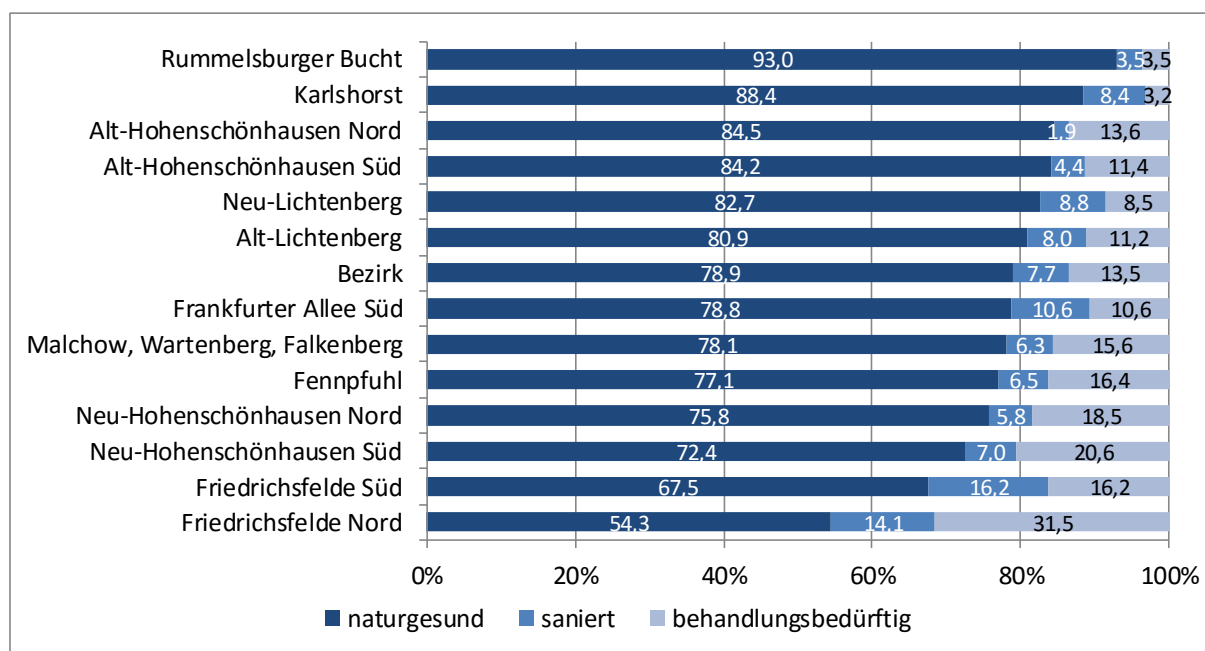
Impfung	Diph- terie	Per- tussis	Teta- nus	Polio	HiB	Hepa- titis B	Pneu- mo- kokken	Masern	Mumps	Röteln	Vari- zellen	Me- ningo- kok- ken
"Dörfer"	100,0	100,0	100,0	100,0	96,9	90,6	87,5	100,0	100,0	100,0	96,9	93,8
Neu-Hhs. Nord	98,8	98,0	98,8	98,4	96,3	96,3	89,0	97,6	97,2	97,2	95,1	95,9
Neu-Hhs. Süd	98,0	97,5	98,0	97,5	97,5	96,0	86,1	96,0	96,0	96,0	94,0	95,5
Alt-Hhs. Nord	98,9	98,9	98,9	98,9	97,9	95,8	89,5	92,6	92,6	92,6	91,6	92,6
Alt-Hhs. Süd	98,0	97,1	98,0	98,0	95,9	96,3	88,2	95,1	95,1	95,1	93,9	95,5
Fennpfuhl	99,0	98,4	99,0	98,4	95,3	91,1	84,3	96,3	96,3	96,3	94,8	86,4
Alt-Lichtenberg	95,2	93,3	95,2	95,2	90,9	88,5	77,6	88,5	87,3	87,3	85,5	66,1
Frankfurter Allee S	98,4	93,7	98,4	98,4	98,4	98,4	90,5	95,2	95,2	95,2	93,7	60,3
Neu-Lichtenberg	94,8	93,6	95,7	94,0	92,3	87,6	75,1	89,7	89,7	89,7	85,4	69,5
Friedrichsfelde N.	95,0	92,5	95,0	95,0	87,5	88,8	75,0	91,3	91,3	90,0	83,8	77,5
Friedrichsfelde S.	96,5	96,5	96,5	95,7	93,6	91,5	81,6	93,6	93,6	93,6	89,4	93,6
Rummelsburger B.	98,1	96,2	100,0	98,1	94,2	80,8	80,8	90,4	90,4	90,4	78,8	76,9
Karlshorst	94,0	92,7	95,3	93,5	89,7	81,9	76,7	90,1	89,7	89,7	81,9	83,2

11.2.4 Zahngesundheit

Wie in Kapitel 8.1.3 erläutert, dient die Einschätzung der Zahngesundheit primär dazu, das Gesundheitsverhalten in der Familie zu erfassen. Sie spiegelt nicht den Pflege- und Gesundheitszustand des Gebisses wider.

In Friedrichsfelde Nord haben nur 54 % der Kinder naturgesunde Zähne. Das ist der niedrigste Wert aller Stadtteile. Gleichzeitig sind die Zähne bei fast jedem dritten Kind behandlungsbedürftig. Das ist der höchste Wert aller Stadtteile. Auf den Rängen zwei und drei folgen Neu-Hohenschönhausen Süd und Neu-Hohenschönhausen Nord (21 % bzw. 19 %). Der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss ist in Friedrichsfelde Süd am zweitniedrigsten (67 %).

Die besten Zähne haben die Kinder in der Rummelsburger Bucht (93 % naturgesund), gefolgt von Karlshorst (88 %). Gleichzeitig ist in beiden Stadtteilen der Anteil der behandlungsbedürftigen Gebisse am geringsten (unter 4 %).

Abb. 50: Zahnstatus nach Stadtteilen (in %)

11.3 Ausgewählte Problemlagen in den Stadtteilen

Vor allem in sozial schwachen Stadtteilen wie Friedrichsfelde Nord, Neu-Hohenschönhausen Süd, Neu-Hohenschönhausen Nord und Fennpfuhl konzentrieren sich Problemlagen der Kinder.

Friedrichsfelde Nord, der Stadtteil mit dem höchsten Anteil an Kindern in der unteren Sozialstatusgruppe (42 %) und dem zweithöchsten Migrantenanteil (49 %), hat den mit Abstand höchsten Anteil an Kindern mit sanierungsbedürftigen Zähnen. Fast jedes dritte Kind hat ein behandlungsbedürftiges Gebiss. Allerdings sind die absoluten Zahlen in Friedrichsfelde Nord mit 92 Kindern insgesamt vergleichsweise gering. Dadurch können schon wenige Kinder mit auffälligen Befunden den prozentualen Anteil stark steigen lassen. 16 % der Kinder leben nicht seit der Geburt in Deutschland, das sind mehr als in jedem anderen Stadtteil. Beim Mengenvorwissen und in drei der vier Sprachtests hatten die Kinder aus Friedrichsfelde Nord häufiger auffällige Testergebnisse als die Kinder der anderen Stadtteile. Dementsprechend ist der Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten der höchste aller Stadtteile. Mehr als jedem dritten Kind (36 %) wurden Sprachdefizite bescheinigt. 26 % der Kinder zeigten Auffälligkeiten in ihren visuomotorischen Fähigkeiten. Nur in einem Stadtteil (Neu-Hohenschönhausen Süd) lag dieser Anteil geringfügig höher. 52 % der Kinder wurde eine schulische Förderung empfohlen und 12 % eine sonderpädagogische. Das sind jeweils die zweithöchsten Werte aller Stadtteile.

Neu-Hohenschönhausen Süd, der Stadtteil mit dem höchsten Anteil Alleinerziehender und dem zweithöchsten Anteil an Kindern der unteren Sozialstatusgruppe, hat von allen Stadtteilen den höchsten Anteil an Kindern mit auffälligen Testergebnissen in der Körperkoordination, der Visuomotorik und beim Test „Wörter ergänzen“. 58 % der Kinder nichtdeutscher Herkunft hatten unzureichende Deutschkenntnisse, was ebenfalls der höchste Wert aller Stadtteile ist. Mit der visuellen Wahrnehmung hatten 27 % der Kinder Schwierigkeiten (Rang 2). 63 % der Kinder wurde schulische Förderung und 15 % sonderpädagogische Förderung empfohlen. Das sind mehr als in allen anderen Stadtteilen.

Neu-Hohenschönhausen Nord ist ein Stadtteil mit einem ähnlich hohen Anteil an Alleinerziehenden und Kindern in der unteren Sozialstatusgruppe wie Neu-Hohenschönhausen Süd und weist die gleichen Problemlagen auf wie der Nachbarstadtteil, nur nicht ganz so stark ausgeprägt. In einigen Tests schneiden die Kinder sogar deutlich besser ab als in Neu-Hohenschönhausen Süd. So sind die motorischen Fähigkeiten erheblich besser und auch in drei der vier Sprachtests entsprachen die Ergebnisse dem bezirklichen Durchschnitt. Gleiches trifft auf die Deutschkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Her-

kunft zu. Nur 39 % sprachen unzureichend deutsch. Dementsprechend niedriger ist die Quote der Kinder mit Sprachdefiziten (24 %). Der Anteil an übergewichtigen Kindern ist doppelt hoch so wie in Neu-Hohenschönhausen Süd (11 %), was der dritthöchste Wert aller Stadtteile ist. 51 % der Kinder erhielten eine schulische Förderempfehlung, was ebenfalls Rang 3 bedeutet.

Frankfurter Allee Süd hatte zahlenmäßig nur sehr wenige Kinder (67 Kinder), die eingeschult wurden, so dass hohe Anteilswerte vergleichsweise wenige Kinder betreffen. Anders als in den drei vorgenannten Stadtteilen gehören relativ viele Kinder zur oberen Sozialstatusgruppe (29 %). Das sind mehr als in unteren Sozialstatusgruppe (23 %). Fast die Hälfte der Kinder (48 %) hat einen Migrationshintergrund (Rang 3). Der Stadtteil Frankfurter Allee Süd hat den zweithöchsten Anteil an übergewichtigen Kindern (13 %). Auffällige Befunde in der visuellen Wahrnehmung wiesen 27 % der Kinder auf, was der höchste Wert aller Stadtteile ist. Die Ergebnisse beim Visuomotorik-Test liegen ebenfalls deutlich über dem bezirklichen Durchschnitt (22 %, Rang 3). Trotz des vergleichsweise hohen Migrantenanteils sind die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder besser als in einigen Stadtteilen mit einem deutlich geringeren Migrantenanteil, wie z.B. in Neu-Hohenschönhausen Süd. Die guten sprachlichen Fähigkeiten auch der Kinder nichtdeutscher Herkunft spiegeln sich in dem geringen Anteil an Kindern mit unzureichenden Deutschkenntnissen wider (19 %). Das liegt deutlich unter dem bezirklichen Durchschnitt (41 %). Allerdings leben nur 2 % der Kinder nicht seit ihrer Geburt in Deutschland, weniger sind es in keinem Stadtteil. Der Stadtteil Frankfurter Allee Süd hat den niedrigsten Anteil an Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf (3 %).

Der Stadtteil **Fennpfuhl** hat den höchsten Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund (51 %), vor allem vietnamesischer und russischer Herkunft. 11 % der Kinder mit Migrationshintergrund leben nicht seit der Geburt in Deutschland (Rang 2). Die meisten Testergebnisse liegen im bezirklichen Durchschnitt. Lediglich in den Sprachtests, die in engem Zusammenhang mit deutschen Sprachkenntnissen stehen, war der Anteil auffälliger Ergebnisse hoch, was vor allem auf den hohen Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund zurückzuführen ist. Dementsprechend war der Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten der zweithöchste (33 %). Dennoch ist der Anteil der Kinder mit unzureichenden Deutschkenntnissen nur geringfügig höher als im bezirklichen Durchschnitt.

Friedrichsfelde-Süd hat den höchsten Anteil an Kindern ohne vollständige Vorsorgeuntersuchung. Die meisten Testergebnisse entsprachen in etwa dem bezirklichen Durchschnitt. Überdurchschnittlich gute Ergebnisse gab es bei der visuellen Wahrnehmung. Lediglich 7 % der Kinder wiesen auffällige Befunde auf. Geringer war der Anteil nur in Karlshorst.

Alt-Hohenschönhausen Süd und Alt-Hohenschönhausen Nord sind in ihrer sozialen Struktur ähnlich. Die Testergebnisse in beiden Stadtteilen ähneln sich ebenfalls. Die motorischen Fähigkeiten der Kinder entsprechen weitestgehend dem bezirklichen Durchschnitt. Beim Mengenvorwissen schnitten die Kinder beider Stadtteile schwächer ab als die Kinder in den meisten anderen Stadtteilen (Rang 2 und 3) und auch die sprachlichen Fähigkeiten lagen merklich über dem Durchschnitt. Unterschiede gab es bei den Deutschkenntnissen der Kinder nichtdeutscher Herkunftssprache. In Alt-Hohenschönhausen Süd waren die Deutschkenntnisse bei 54 % der Kinder unzureichend, in Alt-Hohenschönhausen Nord war das nur bei 45 % der Kinder der Fall. Auch bei den schulischen Förderempfehlungen gehen die Werte auseinander: in Alt-Hohenschönhausen Nord wurde für 38 % der Kinder eine Förderempfehlung ausgesprochen, in Alt-Hohenschönhausen Süd nur für 24 %.

Alt-Lichtenberg und Neu-Lichtenberg haben eine ähnliche soziale Struktur, wobei der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund in Alt-Lichtenberg (38 %) deutlich höher ist als in Neu-Lichtenberg (24 %). Dieser Unterschied spiegelt sich beim Körpergewicht wider. Alt-Lichtenberg hat den höchsten Anteil an Kindern mit Übergewicht (14 %). In Neu-Lichtenberg ist der Anteil nicht einmal halb so hoch (6 %). Ansonsten bewegen sich die Testergebnisse in beiden Stadtteilen um den bezirklichen Mittelwert.

Karlshorst, die Rummelsburger Bucht und die „Dörfer“ Malchow, Wartenberg und Falkenberg sind die Stadtteile mit der besten Sozialstruktur und dem niedrigsten Migrantenanteil. Die Testergebnisse

der Kinder lagen fast ausnahmslos unter dem bezirklichen Durchschnitt, d.h. sie waren überdurchschnittlich gut. Kinder mit auffälligen Befunden sind selten. Eine Ausnahme bildet der Test zur Körperkoordination in den „Dörfern“. Hier war der Anteil der Kinder mit auffälligen Testergebnissen höher als in den meisten anderen Stadtteilen. Dabei sind die niedrigen absoluten Zahlen zu berücksichtigen. Der Anteil der Kinder mit schulischer Förderempfehlung fiel vergleichsweise hoch aus (50 %). Insgesamt wurden in diesen drei Stadtteilen den mit Abstand meisten Kindern eine gute gesundheitliche Situation und dem Alter entsprechende gute bis sehr gute motorische und kognitive Fähigkeiten bescheinigt.

Ausgewählter Problemlagen der Stadtteile auf einen Blick

In der nachstehenden Tabelle sind ausgewählte Problemlagen der einzelnen Stadtteile übersichtlich dargestellt. Um auffällige Wert auf den „ersten Blick“ wahrzunehmen, wurde ein Bewertungsraster nach dem Modell einer Ampel entwickelt. Dazu wurde für jedes Merkmal ein Schwellenwert festgelegt, der eine günstige bzw. ungünstige Ist-Situation aufzeigt. Günstige Werte werden grün und ungünstige Werte rot bzw. orange gekennzeichnet.

Umgesetzt in die Farben der Ampel bedeutet das:

rot	außergewöhnlich stark vom Durchschnitt abweichend, sehr ungünstig, sehr hoher Anteil auffälliger Befunde
orange	überdurchschnittlich hoher Anteil auffälliger Befunde, ungünstige Ergebnisse
grün	überdurchschnittlich geringer Anteil auffälliger Befunde, überdurchschnittlich günstig

Zur Methodik

Es wurde die statistische Methode der Standardabweichung (standard deviation = SD) genutzt. Die Abweichungen der Indikatorwerte für die einzelnen Stadtteile nach oben oder nach unten vom Referenzwert „Bezirkdurchschnitt“ werden wie folgt gekennzeichnet:

- Abweichungen vom Referenzwert nach unten, die über eine einfache Standardabweichung hinausgehen, werden als besonders günstig bewertet und grün markiert.
- Werte, die zwischen der halben und der einfachen Standardabweichung nach oben vom Referenzwert abweichen, wurden orange gekennzeichnet.
- Werte jenseits der einfachen Standardabweichung sind rot unterlegt.
- Werte im Bereich zwischen der halben Standardabweichung nach oben und einer Standardabweichung nach unten sind durchschnittlich und werden nicht gekennzeichnet.

Tab. 13: Ausgewählte Problemlagen in den Stadtteilen von Lichtenberg (Angaben in %)

Stadtteile ESU 2014	Zähne- sanie- rungs- be- dürftig	Über- gewicht (inkl. Adipo- sitas)	U1 bis U8 un- voll- ständig	Entwicklungsscreening: auffällige Ergebnisse (%)								Sprach- defizite	unzurei- chende Deutsch- kennt- nisse bei ndh Kd.	sonder- pädagogischer Förder- bedarf	schuli- sche Förder- empfeh- lung
				Körper- koordin- ation	Visuo- motorik	visuelle Wahr- nehmung	Mengen- vorwis- sen	Pseudo- wörter nach- sprechen	Wörter ergän- zen	Sätze nach- sprechen	Plural- bildung				
"Dörfer"	15,6	5,9	3,1	23,5	8,8	14,7	0,0	11,8	5,9	5,9	2,9	5,9	0,0	5,9	50,0
Neu-Hhs. Nord	18,5	10,9	17,7	11,5	19,9	25,6	11,7	14,8	18,3	22,3	10,6	24,3	38,8	8,6	50,7
Neu-Hhs. Süd	20,6	5,4	17,2	24,3	26,6	26,6	14,0	19,2	22,3	24,9	18,2	29,6	57,8	15,2	63,2
Alt-Hhs. Nord	13,6	10,7	15,2	9,9	17,5	19,4	14,7	14,7	15,8	25,0	12,9	27,2	45,0	7,8	37,9
Alt-Hhs.Süd	11,4	9,5	13,7	5,5	14,6	17,2	14,3	15,6	20,1	18,5	12,8	28,3	54,0	5,1	23,4
Fennpfehl	16,4	9,7	16,0	11,6	11,9	17,8	9,6	10,8	19,2	28,6	25,2	32,7	45,5	10,5	47,5
Alt-Lichtenberg	11,2	13,8	15,5	10,6	16,4	15,3	5,9	9,6	16,2	16,4	15,7	20,3	40,8	5,8	40,2
Frankfurter Allee S.	10,6	13,4	19,0	13,6	22,4	26,9	4,5	10,4	14,9	23,9	11,9	25,4	18,8	3,0	43,3
Neu-Lichtenberg	8,5	5,4	8,4	8,5	14,2	9,6	5,4	9,6	8,5	13,6	10,0	14,6	27,4	3,8	37,5
Friedrichsfelde N.	31,5	8,7	16,7	9,9	26,1	20,7	19,6	22,0	20,5	30,2	31,0	35,9	46,7	12,0	52,2
Friedrichsfelde S.	16,2	8,4	19,6	8,6	15,6	6,5	6,5	14,5	10,6	21,9	15,0	24,7	37,7	10,4	50,6
Rummelsbg. Bucht	3,5	1,8	9,4	5,3	10,5	8,8	3,5	3,6	5,3	5,4	1,8	5,4	0,0	3,5	15,8
Karlshorst	3,2	6,8	10,2	8,4	12,8	6,0	6,0	7,6	2,8	4,8	2,0	4,8	9,1	5,6	34,4
Bezirk	13,5	8,6	14,4	11,0	16,8	16,4	9,6	12,8	14,6	18,9	13,4	22,3	41,1	7,8	42,2

Die rot unterlegten Werte in weißer Schrift weisen auf Stadtteile mit besonders auffälligen Ergebnissen, d.h. ungünstigen Werten, hin (+ 1,0 Standardabweichung/SD).

Die orange unterlegten Werte weisen auf einen hohen Anteil an Kindern mit auffälligen Ergebnissen hin (0,5 bis 1 Standardabweichung)

Die grün unterlegten Werte weisen auf Stadtteile mit niedrigen, d.h. günstigen Werten hin (-1,0 Standardabweichung).

12 Berlin-Vergleich

Durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales werden ausgewählte Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung¹⁰ der Berliner Bezirke und Prognoseräume¹¹ ausgewertet. Im Folgenden werden die Ergebnisse für den Bezirk Lichtenberg im Vergleich zu den anderen Bezirken bzw. zum Berliner Durchschnitt und den Prognoseräumen der Stadt dargestellt.

Damit lassen sich die vorliegenden Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung Lichtenberg in den Gesamtberliner Kontext einordnen.

In der gesamtstädtischen Auswertung werden nur die Kinder berücksichtigt, die erstmals untersucht wurden. Rücksteller aus dem Vorjahr sind, anders als in der bezirklichen Auswertung, nicht enthalten. Andererseits sind die erstmals untersuchten Kinder, die zurückgestellt wurden, im gesamtstädtischen Vergleich enthalten, in der bezirklichen Auswertung aber nicht, da sie nicht eingeschult wurden. Dementsprechend weichen die folgenden Werte etwas von den Ergebnissen der bezirksinternen Auswertung ab.

12.1 Bezirks-Vergleich

12.1.1 häusliche und soziale Umfeldfaktoren

Der Anteil der Kinder in der unteren sozialen Statusgruppe beträgt 18 %, wie in Berlin insgesamt. Bei der mittleren und oberen Statusgruppe zeigen sich deutliche Unterschiede. Jedes dritte Kind in Berlin gehört zur oberen Statusgruppe, in Lichtenberg ist es nur jedes vierte Kind. Dementsprechend ist der Anteil der Kinder in der mittleren Statusgruppe fast 10 % höher als im Berliner Durchschnitt.

Lichtenberg hat im Vergleich zu anderen Berliner Bezirken einen geringen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund. Dies spiegelt sich auch bei den Kindern der Einschulungsuntersuchung wider. Mit einem Migrantenanteil von 29 % liegt Lichtenberg deutlich unter dem Berliner Durchschnitt (39 %). Allerdings sind die Deutschkenntnisse der Lichtenberger Kinder mit Migrationshintergrund im Vergleich zu den anderen Bezirken deutlich schlechter. 18 % aller Kinder nichtdeutscher Herkunft sprachen nur unzureichend deutsch (Berlin: 10 %). Damit hat Lichtenberg den höchsten Anteil an Kindern nichtdeutscher Herkunft mit unzureichenden Deutschkenntnissen.

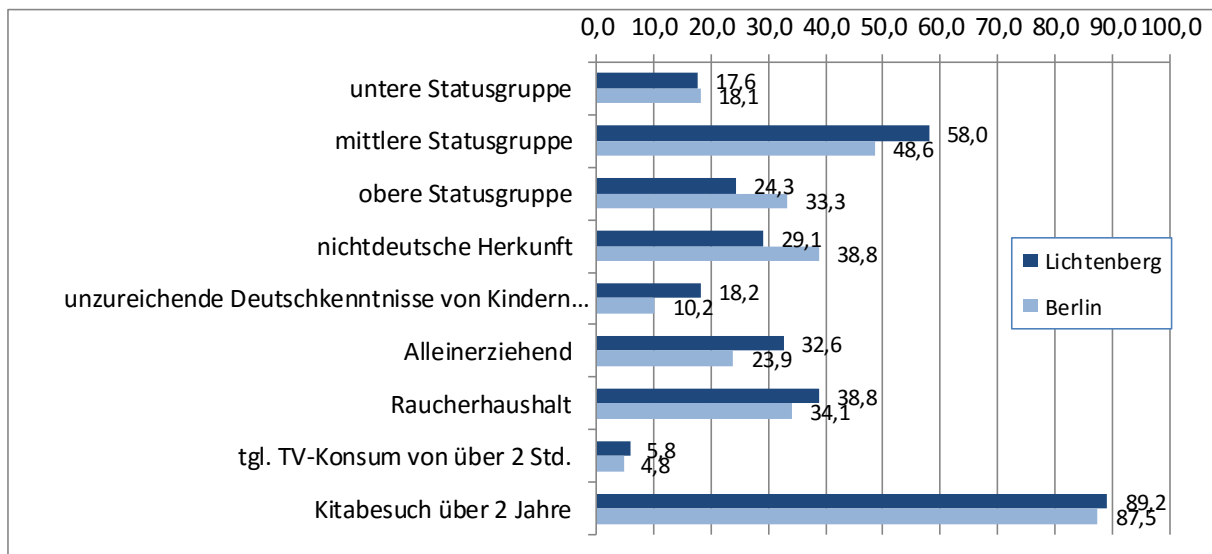
33 % der Lichtenberger Kinder leben mit nur einem Elternteil zusammen, was den zweithöchsten Wert aller Bezirke darstellt (Berlin 24 %). Über dem Berliner Durchschnitt liegt auch der Anteil der fremduntergebrachten Kinder, der Raucheranteil und der tägliche Fernsehkonsum der Kinder (jeweils Rang 4 von 12 Bezirken).

Die Kitabesuchsdauer und über zweistündiger Fernsehkonsum der Kinder entspricht in etwa dem Berliner Durchschnitt.

¹⁰ [Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2014](#)

¹¹ Es gibt in Berlin 60 Prognoseräume, einer blieb bei der ESU-Auswertung unberücksichtigt, da dort keine Kinder leben. In Lichtenberg gibt es fünf Prognoseräume: Hohenschönhausen-Nord, Hohenschönhausen-Süd, Lichtenberg-Nord, Lichtenberg-Mitte und Lichtenberg-Süd.

Abb. 51: Anteil der Kinder nach ausgewählten Umfeldfaktoren im Vergleich von Berlin und Lichtenberg (in %)



12.1.2 Gesundheitsvorsorge und Gesundheitszustand

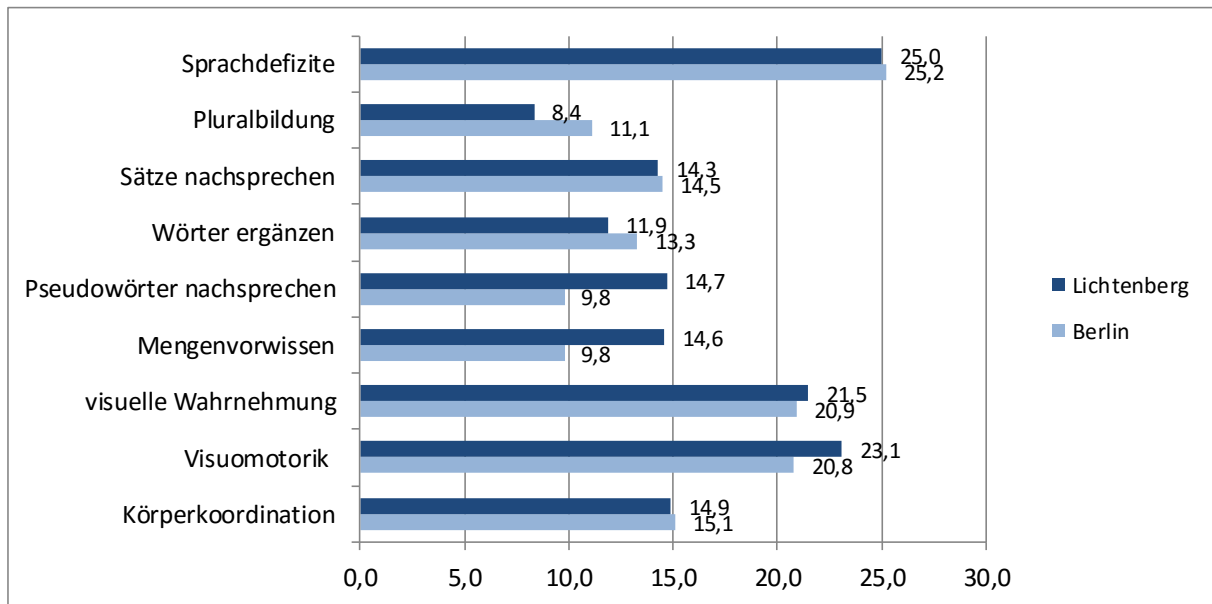
Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich zum Ziel gesetzt, Masern zu eliminieren. Um dieses Ziel zu erreichen, wird eine 95 prozentige Durchimpfung angestrebt und als gut bewertet, eine Impfquote von 97 % als sehr gut. Diese Werte gelten auch als Ziel und Maßstab für Deutschland. Die 95 %-Rate wurde 2014 nur von einem Berliner Bezirk (Marzahn-Hellersdorf) erreicht. In Lichtenberg beträgt sie 93 %, was Rang 2 im gesamtstädtischen Vergleich bedeutet. Die Durchimpfungsrate der Lichtenberger Kinder ist höher als im Berliner Durchschnitt. In 9 von 12 Impfungen lag die Impfquote bei über 90 %. Im Gesamtberliner Ranking belegten die Kinder aus Lichtenberg in 11 der 12 Impfungen die Ränge zwei bis vier.

Der Gesundheitszustand der Lichtenberger Kinder entspricht im Wesentlichen dem Berliner Durchschnitt. Körpergewicht und Gebisszustand der Kinder weichen in ihren Ergebnissen kaum vom Berliner Mittelwert ab. 83 % der Kinder sind normalgewichtig, wie in Berlin insgesamt, und 8 % übergewichtig (Berlin: 9 %). 8 % der Kinder hatten ein sanierungsbedürftiges Gebiss, was ebenfalls dem Berliner Durchschnitt entspricht.

12.1.3 Testergebnisse des Entwicklungs-Screenings

Auch in den Testergebnissen des Entwicklungsscreenings zu motorischen Fähigkeiten, der visuellen Wahrnehmung und in drei der vier Tests zur sprachlichen Entwicklung gibt es kaum Unterschiede zu Berlin insgesamt. Ausnahmen bilden der Test „Pseudowörter nachsprechen“ und das Mengenvorwissen. In beiden Tests gab es jeweils nur einen Berliner Bezirk, der einen höheren Anteil an Kindern mit auffälligen Testergebnissen hatte.

Abb. 52: Anteil der Kinder mit auffälligen Testergebnissen beim Entwicklungsscreening im Vergleich von Berlin und Lichtenberg (in %)



Eine Übersicht über die genannten und weitere Indikatoren, den bezirklichen Wert im Vergleich zum Berliner Durchschnitt und den entsprechenden Rangplatz des Bezirkes je Merkmal findet sich in der folgenden Tabelle.

Bitte bei der nachstehenden Tabelle 14 beachten: der höchste Wert erhält den höchsten Rangplatz (Rang 1 von 12 Bezirken), wobei der höchste Wert oft negativ besetzt ist (z.B. auffällige Ergebnisse beim Screening), aber nicht immer. Wenn das Merkmal positiv besetzt, d.h. erstrebenswert ist, ist ein hoher Wert und damit ein hoher Rangplatz positiv (z.B. ein hoher Anteil geimpfter Kinder oder ein hoher Anteil normalgewichtiger Kinder).

Auffällige Rangplätze wurden farblich unterlegt (positiv = grün, negativ = orange)

Tab. 14: Ausgewählte Ergebnisse im Überblick und Vergleich zu Berlin

ESU 2014		Berlin	Lichtenberg	Rang ... von 12
Merkmal		%	%	Bezirken
Sozialstatus	untere Statusgruppe	18,1	17,6	8
	mittlere Statusgruppe	48,6	58,0	3
	obere Statusgruppe	33,3	24,3	8
familiäres und soziales Umfeld	nichtdeutsche Herkunft	38,8	29,1	8
	Alleinerziehend	23,9	32,6	2
	Fremdunterbringung	1,0	1,2	4
	Raucherhaushalt	34,1	38,8	4
	eigener Fernseher im Kinderzimmer	9,6	12,4	6
	täglicher TV-Konsum	91,3	94,1	4
	tgl. TV-Konsum von über 2 Std.	4,8	5,8	5
	Kitabesuch über 2 Jahre	87,5	89,2	5
kein Kitabesuch	2,0	2,0	6	
Vorsorge	U1 bis U8 vollständig	85,4	87,1	6
	Impfstatus	in 11 von 12 Impfungen auf den Rängen 2-4		
Gesundheits- zustand	Untergewicht	8,4	9,0	6
	Normalgewicht	82,6	82,8	5
	Übergewicht (inkl. Adipositas)	9,1	8,3	8
	Zähne versorgt	86,8	87,4	6
	Zähne sanierungsbedürftig	8,2	7,9	7
	abgefault oder Extraktion	5,0	4,7	7
Entwicklungs- screening: auffällige Ergebnisse	Körperkoordination	15,1	14,9	6
	Visuomotorik	20,8	23,1	4
	visuelle Wahrnehmung	20,9	21,5	5
	Mengenvorwissen	9,8	14,6	2
	Pseudowörter nachsprechen	9,8	14,7	2
	Wörter ergänzen	13,3	11,9	7
	Sätze nachsprechen	14,5	14,3	5
	Pluralbildung	11,1	8,4	7
	Artikulationsstörungen	29,4	30,7	4
unzureichende Deutschkenntnisse		10,2	18,2	1
Sprachdefizite		25,2	25,0	7

12.2 Prognoseräume im Vergleich

Es gibt in Berlin 60 Prognoseräume, einer blieb bei der ESU-Auswertung unberücksichtigt, da dort keine Kinder leben. Lichtenberg hat fünf Prognoseräume: Hohenschönhausen-Nord, Hohenschönhausen-Süd, Lichtenberg-Nord, Lichtenberg-Mitte und Lichtenberg-Süd.

Abb. 53: Prognoseräume Lichtenbergs



Für einige Merkmale hat die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales die Ergebnisse auch auf Ebene der Prognoseräume ausgewertet. Dabei ist zu beachten, dass die Indikatoren nicht immer identisch sind mit denen des Bezirksvergleichs.

Im Vergleich aller **59 Prognoseräume** Berlins zeigt sich die große Spreizung innerhalb des Bezirks. Hohenschönhausen-Nord befindet sich am unteren Ende der Skala, während Lichtenberg-Süd mit sehr positiven Ergebnissen im Gesamtberliner Maßstab aufwartet.

Hohenschönhausen-Nord weist den zweithöchsten Anteil Alleinerziehender von allen Berliner Prognoseräumen auf. Auch beim Anteil der Familien, in denen geraucht wird und dem Anteil von Kindern mit eigenem Fernsehgerät belegt Hohenschönhausen-Nord den zweiten Rang. Jedes zweite Kind nicht-deutscher Herkunftssprache hat unzureichende Deutschkenntnisse. Hier gibt es nur vier Prognoseräume in der Stadt, in denen der Anteil höher ist. Einer davon ist Hohenschönhausen-Süd auf Rang 4.

Bei diesem Indikator liegen die Prognoseräume Lichtenbergs mit Ausnahme von Lichtenberg-Süd eng zusammen auf den Rängen 4 - 7.

Positiv zu verzeichnen ist die hohe Impfquote bei der Masernimpfung. Hier befindet sich Hohenschönhausen-Nord auf Rang 4 von allen Berliner Prognoseräumen. Die Kinder sind hier besser durchgeimpft als in den anderen Prognoseräumen von Lichtenberg.

Die Zähne der Kinder in Hohenschönhausen-Nord sind wiederum vergleichsweise selten versorgt. Hier belegt der Prognoseraum Rang 12. Beim Test zur Visuomotorik liegt Hohenschönhausen-Nord auf Rang 10, wobei auf Rang 12 Lichtenberg-Mitte folgt. Auch beim Test „Sätze nachsprechen“ schneidet Hohenschönhausen-Nord schlechter ab als die anderen Lichtenberger Prognoseräume und belegt im Gesamtberliner Maßstab Rang 15.

Lichtenberg-Süd zeichnet sich durch sehr gute häusliche und soziale Aufwuchsbedingungen aus, was sich auch im Gesundheitszustand der Kinder und den Testergebnissen widerspiegelt.

So gibt es nur zwei Prognoseräume in der Stadt, in denen der Anteil der Kinder mit einer Kita-Besuchsdauer von über zwei Jahren höher ist. Auch der Anteil der Alleinerziehenden, der Raucherhaushalte, der Kinder mit einem eigenen Fernsehgerät, der Anteil von Kindern mit unversorgten Zähnen, mit Sprachdefiziten und unzureichenden Deutschkenntnissen ist deutlich geringer als in den anderen Prognoseräumen des Bezirks und bedeutet im Gesamtberliner Maßstab immer einen Platz unter den letzten 10 Rängen (die in diesen Fällen positiv zu werten sind, da die Indikatoren negativ besetzt sind). Auch in den Tests zur Visuomotorik und beim Test „Sätze nachsprechen“, erreichten die Kinder in Lichtenberg-Süd bessere Ergebnisse als in den übrigen Prognoseräumen des Bezirks. Im Gesamtberliner Vergleich belegen sie hierbei die Rangplätze 34 und 46.

Im Gegensatz zu den anderen Prognoseräumen des Bezirks haben die Kinder mit Migrationshintergrund in Lichtenberg-Süd signifikant bessere Deutschkenntnisse. Nur 3 % hatten unzureichende Deutschkenntnisse, was auch im Gesamtberliner Maßstab wenig ist und Rang 52 bedeutet.

Die Durchimpfungsrate bei Masern beträgt in Lichtenberg-Süd nur 88 %, was der niedrigste Wert aller Prognoseräume im Bezirk ist und im gesamtstädtischen Vergleich Rang 50 bedeutet. Nur in 9 Prognoseräumen der Stadt sind die Kinder seltener gegen Masern geimpft.

Hohenschönhausen-Süd, Lichtenberg-Nord und Lichtenberg-Mitte belegen im Gesamtberliner Vergleich zumeist mittlere Rangplätze. Eine Ausnahme bilden die Deutschkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft. Der Anteil der Kinder mit unzureichenden Deutschkenntnissen liegt in Hohenschönhausen-Süd bei 54 %. Das bedeutet Rang 4 im gesamtstädtischen Vergleich. Auf den Rängen 5 – 7 folgen, mit Ausnahme von Lichtenberg-Süd, die anderen Prognoseräume Lichtenbergs. Einen erheblichen Unterschied gibt es auch bei übergewichtigen Kindern. Der Anteil der Kinder mit Übergewicht liegt in Lichtenberg-Mitte nur bei 6 % und ist damit deutlich niedriger als in Hohenschönhausen-Süd (9 %) und Lichtenberg-Nord (11 %).

Eine Übersicht über die Indikatorenwerte und die daraus resultierende Rangfolge der einzelnen Prognoseräume des Bezirks enthält die nachstehende Tabelle. Bitte bei der nachstehenden Tabelle 3 **beachten**: der höchste Wert erhält den höchsten Rangplatz (Rang 1 von 59 Prognoseräumen). Ist das Merkmal negativ besetzt (z.B. auffällige Ergebnisse beim Screening), ist ein hoher Rangplatz ungünstig, ein niedriger günstig. Wenn das Merkmal positiv besetzt, d.h. erstrebenswert ist, ist ein hoher Wert und damit ein hoher Rangplatz günstig (z.B. ein hoher Anteil geimpfter Kinder oder ein hoher Anteil normalgewichtiger Kinder), ein niedriger ungünstig.

Zum leichteren Einordnen wurden Rangplätze unter den ersten 10 und letzten 10 farblich unterlegt (positiv = grün, negativ = orange).

Tab. 15: Ausgewählte Ergebnisse der Prognoseräume (PGR) von Lichtenberg und Ranking im Vergleich zu anderen Prognoseräumen in Berlin

Merkmal		Hohenschönhausen-Nord		Hohenschönhausen-Süd		Lichtenberg-Nord		Lichtenberg-Mitte		Lichtenberg-Süd	
		%	Rang... von 59 PGR	%	Rang... von 59 PGR	%	Rang... von 59 PGR	%	Rang... von 59 PGR	%	Rang... von 59 PGR
familiäres und soziales Umfeld	nichtdeutsche Herkunft	27,2	35	27,8	34	41,7	26	32,5	31	9,0	55
	Alleinerziehend	48,1	2	30,6	10	29,7	14	35,0	7	16,0	51
	Raucherhaushalt	54,4	2	35,7	26	38,1	23	38,2	22	20,0	51
	eigener Fernseher	22,7	2	8,1	28	12,6	18	11,3	24	2,5	56
	Kitabesuch über 2 Jahre	88,1	36	88,0	37	88,4	35	87,2	39	96,3	3
Vorsorge	U8 vorhanden	91,4	47	94,7	24	93,4	37	94,3	31	98,0	2
	Masernimpfung (≥ 2 Impfdosen)	95,9	4	93,7	19	92,4	31	91,7	37	88,3	50
Gesundheits- zustand	Übergewicht (inkl. Adipositas)	8,6	26	9,2	23	11,0	13	6,2	38	5,7	45
	Zähne unversorgt	19,2	12	10,4	31	11,6	28	14,3	19	3,9	53
Entwicklungs- screening: auffällige Ergebnisse	Visuomotorik	26,8	10	20,2	28	22,5	19	25,4	12	18,0	34
	Sätze nachsprechen	18,2	15	17,4	18	14,9	22	13,4	26	6,4	46
Anteil der Kinder ndH mit unzureichenden Deutschkenntnissen an allen Kindern ndH*		49,7	5	54,2	4	39,1	7	39,9	6	3,3	52
Sprachdefizite**		29,4	18	30,1	17	29,1	19	24,5	29	6,7	55

Auffällig ungünstige Rangplätze sind orange unterlegt.

Auffällig günstige Rangplätze sind grün unterlegt.

* 7 PGR in Berlin sind entfallen, da es dort weniger als 30 Kinder gab, so dass bei diesem Indikator nur 53 PGR berücksichtigt sind

** kombinierter Indikator aus den Ergebnissen der Tests "Sätze nachsprechen" und Kinder nichtdeutscher Herkunft mit unzureichenden Deutschkenntnissen

13 Zusammenfassung

13.1 Ergebnisse Bezirk

Für den Schulbeginn 2014/15 wurden 2.632 Kinder untersucht. Das waren 125 Kinder mehr als im Vorjahr. Davon wurden 352 nach einer Rückstellung im Vorjahr erneut untersucht, 435 Kinder wurden zurückgestellt. Die bezirkliche Auswertung beinhaltet nur die 2.197 eingeschulten Kinder. Das sind 39 Kinder mehr als im Vorjahr.

653 Kinder bzw. 30 % der eingeschulten Kinder haben einen Migrationshintergrund, das sind 4 Prozentpunkte mehr als im Vorjahr. 41 % der Kinder mit Migrationshintergrund haben unzureichende Deutschkenntnisse (267 Kinder). Jedes fünfte Kind mit Migrationshintergrund (138 Kinder) lebt nicht seit Geburt in Deutschland.

Die Sozialstatusgruppen sind stark durch den Bildungshintergrund der Eltern determiniert. Die Mehrheit der Kinder (58 %) zählt zur mittleren sozialen Statusgruppe und 18 % zur unteren Statusgruppe. Ein Viertel der Kinder gehört zur oberen Sozialstatusgruppe, d.h. die Eltern verfügen über ein hohes Bildungsniveau und sind zumeist erwerbstätig.

Ein Drittel der eingeschulten Kinder lebte mit nur einem Elternteil zusammen, wobei in einem Viertel dieser Haushalte mindestens ein weiterer Erwachsener wohnte.

98 % der Kinder haben eine **Kita** oder andere Kindereinrichtung besucht. 90 % waren dort länger als zwei Jahre.

Vorsorgeuntersuchungen: 86 % der Kinder hatten die Vorsorgeuntersuchungen U1-U8 vollständig wahrgenommen. Das ist eine Steigerung gegenüber dem Vorjahr um zwei Prozentpunkte. Eine deutliche Steigerung gab es bei der Inanspruchnahme der U7a.

Impfstatus: Die Lichtenberger Kinder verfügen über einen guten Impfstatus. Er liegt bei neun Standardimpfungen bei über 90 %.

Gebisszustand: Bei 87 % der Kinder waren die Zähne naturgesund bzw. zahnärztlich versorgt. 13 % der Kindergebisse waren behandlungsbedürftig.

Über- und Untergewicht: 80 % der untersuchten Kinder im Bezirk waren normalgewichtig. Das ist ein Prozentpunkt weniger als im Vorjahr. 10 % der Kinder waren untergewichtig und ebenfalls 10 % waren übergewichtig.

Motorische und kognitive Fähigkeiten: 11 % der Kinder wiesen Auffälligkeiten in ihren körperkoordinatorischen Fähigkeiten auf. Bei der Visuomotorik und der visuellen Wahrnehmung betraf es je 17 %. Während sich die motorischen Fähigkeiten gegenüber dem Vorjahr um fast zwei Prozentpunkte verbesserten, nahmen der Anteil auffälliger Befunde in den Bereichen der Visuomotorik und visuellen Wahrnehmung um jeweils zwei Prozentpunkte zu. Im Testbereich Mengenvorwissen hatten 10 % der Kinder auffällige Ergebnisse, was dem Vorjahreswert entspricht.

Sprachliche Fähigkeiten: 22 % der Kinder weisen Sprachdefizite¹² auf, was dem Vorjahreswert entspricht.

Deutlich gestiegen ist die Zahl der Kinder mit Störungen im **emotionalen-sozialen Bereich**. Wurden im Vorjahr 18 % der Kinder auffällige Befunde in der emotional-sozialen Entwicklung attestiert, war es 2014 jedes vierte Kind.

¹² Der Indikator „Sprachdefizite“ wurde 2012 erstmals ermittelt und kombiniert die Ergebnisse des Tests "Sätze nachsprechen" und die Anzahl der Kinder mit unzureichenden Deutschkenntnissen. Er ist ein Kernindikator der Bezirksregionenprofile.

Förderempfehlungen: Für 929 Kinder (42 %) wurde eine schulische Förderempfehlung ausgesprochen. Das ist gegenüber dem Vorjahr (35 %) ein erheblicher Anstieg (+158 Kinder).

Der größte Bedarf an Förderung besteht im Bereich der sprachlichen und der emotional-sozialen Entwicklung. Für je 23 % der Kinder wurde eine schulische Förderung in diesen beiden Bereichen empfohlen.

8 % der Kinder erhielten eine sonderpädagogische Förderempfehlung.

13.2 Ergebnisse Stadtteile

Die meisten untersuchten Kinder wohnten in Alt-Hohenschönhausen Süd (274 Kinder), die wenigsten in den „Dörfern“ Malchow, Wartenberg und Falkenberg (34 Kinder).

Der Anteil der Kinder mit **Migrationshintergrund** ist im Stadtteil Fennpfuhl am höchsten (51 %), gefolgt von Friedrichsfelde Nord und Frankfurter Allee Süd (jeweils 48 %). Den geringsten Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund gibt es in Karlshorst (8 %) und den „Dörfern“ (6 %).

Den höchsten Anteil **Alleinerziehender** gibt es in Neu-Hohenschönhausen Süd (51 %), gefolgt von Neu-Hohenschönhausen Nord (47 %). Die wenigsten Alleinerziehenden finden sich in der Rummelsburger Bucht (9 %).

In Friedrichsfelde Nord gibt es mit Abstand den höchsten Anteil an Kindern aus bildungsfernen und z.T. arbeitslosen Elternhäusern. Hier gehören 42 % der Kinder zur **unteren Sozialstatusgruppe**, gefolgt von Neu-Hohenschönhausen Nord und Neu-Hohenschönhausen Süd (je 26 %). Die **beste Sozialstruktur** findet sich in Karlshorst und der Rummelsburger Bucht. In der Rummelsburger Bucht gehören 71 % der Kinder zur oberen Sozialstatusgruppe, in Karlshorst sind es 55 %. In Neu-Hohenschönhausen Nord und Neu-Hohenschönhausen Süd liegt der Anteil deutlich unter 10 %.

Die **Dauer des Kitabesuchs** ist stark sozial determiniert und ist in den sozial schwächeren Gebieten seltener und kürzer als in den sozial besser gestellten Gebieten.

Gleiches gilt für die **Zahngesundheit**. Der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss ist in den Stadtteilen mit schwacher Sozialstruktur am geringsten. In Friedrichsfelde Nord haben 32 % der Kinder ein sanierungsbedürftiges Gebiss, in Karlshorst und der Rummelsburger Bucht nur 3 %.

Den besten **Impfstatus** haben die Kinder in den „Dörfern“ Malchow, Wartenberg und Falkenberg. Die niedrigsten Impfraten gibt es in Friedrichsfelde Nord und Alt-Lichtenberg

Ausgewählte Problemlagen in den Stadtteilen:

Friedrichsfelde Nord ist der Stadtteil mit dem höchsten Anteil an Kindern in der unteren Sozialstatusgruppe (42 %) und dem zweithöchsten Migrantenanteil. Die Kinder haben den schlechtesten Zahnstatus und die Durchimpfungsqote ist vergleichsweise gering. Beim Mengenvorwissen und in drei der vier Sprachtests hatten die Kinder aus Friedrichsfelde Nord häufiger auffällige Testergebnisse als die Kinder der anderen Stadtteile. Mehr als jedem dritten Kind (36 %) wurden Sprachdefizite bescheinigt, was der höchste Wert aller Stadtteile ist. Ein Viertel der Kinder zeigt Auffälligkeiten in ihren visuomotorischen Fähigkeiten (Rang 2). 52 % der Kinder wurde eine schulische Förderung empfohlen und 12 % eine sonderpädagogische. Das sind jeweils die zweithöchsten Werte aller Stadtteile.

Neu-Hohenschönhausen Süd, der Stadtteil mit dem höchsten Anteil Alleinerziehender und dem zweithöchsten Anteil an Kindern der unteren Sozialstatusgruppe, hat von allen Stadtteilen den höchsten Anteil an Kindern mit auffälligen Testergebnissen in der Körperkoordination, der Visuomotorik und in zwei der vier Sprachtests. 58 % der Kinder nichtdeutscher Herkunft hatten unzureichende Deutschkenntnisse, was ebenfalls der höchste Wert aller Stadtteile ist. 63 % der Kinder wurde schulische Förderung und 15 % sonderpädagogische Förderung empfohlen. Das sind mehr als in allen anderen Stadtteilen.

Auch in Neu-Hohenschönhausen Nord, Fennpfuhl und Frankfurter Allee Süd treten Entwicklungsdefizite und –verzögerungen auf. In Neu-Hohenschönhausen Nord und Frankfurter Allee Süd gibt es gehäufte Probleme mit der visuellen Wahrnehmung. Im Fennpfuhl sind es eher die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder.

Sehr gute soziale und häusliche Umfeldbedingungen haben die Kinder in den „Dörfern“, **in Karlshorst und der Rummelsburger Bucht**. Die gesundheitliche Lage und der Entwicklungsstand der Kinder sind hier deutlich besser als in allen anderen Stadtteilen.

13.3 Ergebnisse Berlin-Vergleich

Ein Vergleich der Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen in Lichtenberg mit den Ergebnissen der anderen Berliner Bezirke und Berlin insgesamt ermöglicht eine Einordnung der vorliegenden Ergebnisse in den gesamtstädtischen Kontext¹³.

Der Anteil der Kinder in der unteren Statusgruppe, d.h. Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern, liegt im Berliner Durchschnitt (18 %). In Berlin gehört jedes dritte Kind zur oberen Statusgruppe, in Lichtenberg nur jedes vierte Kind.

Der Anteil von Kindern mit Migratonshintergrund (29 %) liegt deutlich unter dem Berliner Durchschnitt (39 %). Ein Drittel der Lichtenberger Kinder lebt mit nur einem Elternteil zusammen, was den zweithöchsten Wert aller Bezirke darstellt (Berlin 24 %). Über dem Berliner Durchschnitt liegt auch der Anteil der fremduntergebrachten Kinder, der Raucheranteil und der tägliche TV-Konsum der Kinder (jeweils Rang 4 von 12 Bezirken).

Nach wie vor sehr gut ist die Durchimpfungsrate der Kinder im Berlin-Vergleich. In 9 von 12 Impfungen lag die Durchimpfungsrate bei über 90 %. In 11 der 12 Impfungen lagen die Kinder aus Lichtenberg auf den Rängen 2 bis 4.

Der Gesundheitszustand der Lichtenberger Kinder entspricht im Wesentlichen dem Berliner Durchschnitt. Körpergewicht und Gebisszustand der Kinder weichen kaum vom Berliner Durchschnitt ab.

Auch in den meisten Testergebnissen des Entwicklungsscreenings gibt es kaum Unterschiede zu Berlin insgesamt. Bei den meisten Tests lagen die Kinder im Berliner Mittelfeld. Ausnahmen gab es beim Mengenvorwissen und dem Test „Pseudowörter nachsprechen“. In beiden Tests gab es jeweils nur einen Berliner Bezirk, der einen höheren Anteil an Kindern mit auffälligen Testergebnissen hatte.

Ein Vergleich der 59 Berliner Prognoseräume mit den 5 Prognoseräumen von Lichtenberg¹⁴ zeigt die große Spreizung innerhalb des Bezirks. Hohenschönhausen-Nord befindet sich am unteren Ende der Skala, während Lichtenberg-Süd mit sehr positiven Ergebnissen auch im Gesamtberliner Maßstab aufwartet.

Hohenschönhausen-Nord weist den zweithöchsten Anteil Alleinerziehender von allen Berliner Prognoseräumen auf. Jedes zweite Kind nichtdeutscher Herkunftssprache hat unzureichende Deutschkenntnisse (Rang 5). Positiv zu verzeichnen ist die hohe Impfquote bei der Masernimpfung. Bei der Zahnversorgung, dem Test zur Visuomotorik und dem Test „Sätze nachsprechen“ liegt Hohenschönhausen-Nord jeweils im letzten Viertel des Berliner Rankings.

Lichtenberg-Süd zeichnet sich durch sehr gute häusliche und soziale Aufwuchsbedingungen aus, was sich im Gesundheitszustand der Kinder und den Testergebnissen widerspiegelt. Die Impfquote ist hingegen niedrig. Eine 88 %ige Durchimpfungsrate bei Masern ist der niedrigste Wert im Bezirk und bedeutet im gesamtstädtischen Vergleich Rang 50 (von 59).

¹³ Die Werte sind nicht identisch, da für die Berliner Auswertung nur Kinder berücksichtigt werden, die erstmals untersucht werden. Für die Lichtenberger Auswertung werden nur die eingeschulten Kinder berücksichtigt.

¹⁴ Die vier Prognoseräume in Lichtenberg sind Hohenschönhausen-Nord, Hohenschönhausen-Süd, Lichtenberg-Nord, Lichtenberg-Mitte und Lichtenberg-Süd

Hohenschönhausen-Süd, Lichtenberg-Nord und Lichtenberg-Mitte belegen im Gesamtberliner Vergleich zumeist mittlere Rangplätze. Lichtenberg-Nord hat den höchsten Migrantenanteil (42 %) aller Lichtenberger Prognoseräume und den höchsten Anteil an übergewichtigen Kindern (11 %), was Rang 13 im Vergleich aller Berliner Prognoseräume bedeutet.

14 Glossar

Berliner Sprachskala/ Deutsche Sprachkenntnisse

Die Berliner Sprachskala ist ein standardisiertes Verfahren, das die Verständigungsmöglichkeiten der Kinder mit Migrationshintergrund in deutscher Sprache an Hand der Kriterien Wortschatz und Grammatik in vier Stufen erfasst.

- Stufe 1: Keine Verständigung in deutscher Sprache
- Stufe 2: Gewisser Wortschatz ohne Grammatik - Anwendung
- Stufe 3: Ausreichenden Wortschatz, flüssige Verständigung in Deutsch, noch viele grammatische Fehler
- Stufe 4: Altersgemäßer deutscher Wortschatz und gute Kenntnisse der deutschen Grammatik

Für die Auswertungen werden die Kategorien 1 und 2 zur Kategorie „nicht/kaum“ zusammengefasst, die Kategorie 3 wird als „fehlerhaft“ und die Kategorie 4 als „(sehr)gut“ bezeichnet.

Herkunftsgruppen

Bei der Auswertung der ESU wird neben der Staatsangehörigkeit auch die kulturelle Herkunft (kurz „Herkunft“) erhoben, um der tatsächlichen Lebenslage der Kinder gerecht zu werden. Aufgrund der Vielzahl der in Berlin vertretenen Nationalitäten erfolgt zentral zu Auswertungszwecken eine Zusammenfassung in größere Gruppen, orientiert nach zahlenmäßiger Häufigkeit und einem postulierten ähnlichen soziokulturellen Hintergrund.

- Deutsch
- Türkisch
- Arabisch - u.a. Syrien, Irak, Libanon, Tunesien, Ägypten
- Osteuropäisch - u.a. Russland, Polen, Kasachstan, Serbien, Bosnien-Herzegowina
- Westliche Industriestaaten - u.a. westeuropäische Staaten, USA
- Sonstige Staaten - u.a. Vietnam, Kamerun, Afghanistan, Kenia

Körpergewicht

Für die Bewertung des Gewichts wird weltweit der Body Mass Index (BMI) verwendet, der aus Körpergewicht und Körpergröße berechnet wird. Da der BMI während des Wachstums stärkeren Veränderungen unterliegt, wurden für Kinder und Jugendliche BMI-Normwertetabellen entwickelt. Seit 2004 werden für die Daten der Einschulungsuntersuchung die Normwertetabellen von Kromeyer-Hauschild (AGA-Empfehlung) angewendet, um anhand alters- und geschlechtsspezifischer Grenzwerte in deutlich untergewichtige (unterhalb des 3. Perzentil), untergewichtige (unterhalb des 10. Perzentil), normalgewichtige, übergewichtige (oberhalb des 90. Perzentil) und adipöse Kinder (oberhalb des 97. Perzentil) einzuteilen.

S-ENS

Das Verfahren S-ENS (Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen) wird seit 2005 eingesetzt und beinhaltet motorische, kognitive und sprachliche Entwicklungstests. Die Subtests sind so aufgebaut, dass sie von jedem altersgerecht entwickelten Kind erfüllt werden können. Sie sind für Kinder ab 5 Jahren normiert. Die erreichten Ergebnisse werden in die Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“ oder „auffällig“ klassifiziert.

Bei der Auswertung der Sprachtests werden die Ergebnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft mit unzureichenden deutschen Sprachkenntnissen nicht berücksichtigt, sofern sie überhaupt durchgeführt wurden.

SOPESS

Das Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen wurde durch die Uni Bremen entwickelt und erstmalig für das Schuljahr 2010/11 in NRW und anderen Bundesländern eingesetzt. In Berlin werden seit der ESU 2012 die zwei Untertests „Mengenvorwissen“ und „Pluralbildung“ angewendet. Der Testaufbau sowie die Normierungsstichprobe erlauben die Auswertung dieser Tests für alle untersuchten Kinder ohne Alterseinschränkung. Die erreichten Ergebnisse werden in die Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“ oder „auffällig“ eingeteilt.

Bei der Auswertung des Sprachtests „Pluralbildung“ werden die Ergebnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft mit unzureichenden deutschen Sprachkenntnissen nicht berücksichtigt, sofern er überhaupt durchgeführt wurde.

Sozialer Status

Zur Beschreibung der sozialen Lage der Kinder werden Bildungs- und Erwerbsstatus der Eltern durch Angaben über Schulabschluss, berufliche Ausbildung und Erwerbstätigkeit beider Elternteile erfasst. Diese drei Merkmale gehen seit 2009 jeweils für beide Elternteile gleich gewichtet in den sozialen Statusindex ein. Für jedes der drei Merkmale werden pro Elternteil 0 bis 3 Punkte vergeben. Bei fehlenden Angaben eines Elternteils werden die Punktzahlen des anderen Elternteils in dem jeweiligen Merkmal verdoppelt, sofern wenigstens für einen Elternteil vollständige Angaben zu allen drei Merkmalen vorliegen.

Nach Addition der Punktwerte beider Elternteile kann der soziale Statusindex Werte zwischen 0 und 18 Punkten annehmen. Auf der Grundlage detaillierter sozialstruktureller Analysen werden die Punktwerte 0 - 8 der Gruppe mit niedrigem sozialen Status, die Punktwerte 9 - 15 der Gruppe mit mittlerem sozialen Status und die Punktwerte 16 - 18 der Gruppe mit hohem sozialen Status zugeordnet.¹⁵

Sprachdefizite

Da die Kinder mit unzureichenden Deutschkenntnissen bei der Auswertung der Sprachtests keine Berücksichtigung finden, werden Aussagen zum sprachlichen Entwicklungsstand aller Einschüler/innen, insbesondere im Vergleich der Regionen mit unterschiedlichen Anteilen von Kindern mit Migrationshintergrund erschwert. Aus diesem Grund wurde der Indikator „Sprachdefizite“ entwickelt. Der kombinierte Indikator setzt sich aus Angaben zum S-ENS-Untertest „Sätze nachsprechen“ und zu den Deutschkenntnissen der Kinder nichtdeutscher Herkunft zusammen.

Kinder ohne Sprachdefizite sind demnach Kinder deutscher Herkunft mit unauffälligen oder grenzwertigen Ergebnissen im Test „Sätze nachsprechen“ sowie Kinder nichtdeutscher Herkunft mit guten Deutschkenntnissen und unauffälligen oder grenzwertigen Ergebnissen im Test „Sätze nachsprechen“.

¹⁵ ausführliche Beschreibung der Methodik s. Sozialstruktur und Kindergesundheit, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Bettge S., Oberwöhrmann S. u. a. 2010