

Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen Lichtenberg



Schuljahr 2015/16



Bezirksamt Lichtenberg



Impressum

Herausgeber	Bezirksamt Lichtenberg Abteilung Familie, Jugend, Gesundheit und Bürgerdienste Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheits- Dienstes
Ansprechpartnerin	Frau Sarah Blaut (Gesundheitsberichterstattung) sarah.blaut@lichtenberg.berlin.de
Titelbild	belchonock/depositphoto
Auflage	250 Stück

Berlin, November 2017

Grußwort



Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Lichtenbergerinnen und Lichtenberger,

die Einschulungsuntersuchung stellt in Deutschland bislang die einzige Pflichtuntersuchung im Leben eines Menschen dar. Die daraus gewonnenen Daten bieten somit einen einzigartigen Informationsschatz über einen gesamten Jahrgang der in Lichtenberg lebenden Kinder. Die Untersuchung hat das Ziel, die Gesundheit sowie die altersgerechte Entwicklung aller Vorschüler*innen aus kinderärztlicher Sicht einzuschätzen.

Zweifellos prägen gerade im Kindesalter eine Vielzahl von Faktoren die Entwicklung und somit auch die Gesundheit der „Sprösslinge“. Neben dem wichtigsten Einflussfaktor, der Familie, die das unmittelbare Umfeld und gleichzeitig den Hauptbezugspunkt für die Kinder darstellt, nehmen auch andere Rahmenbedingungen wie die soziale Lage der Familie, der Besuch einer Kita und die Herkunft der Familie Einfluss auf die Gesundheit sowie den Entwicklungsstand der Kinder.

Dieser vorliegende Bericht stellt die wichtigsten Ergebnisse der Auswertung des Einschulungsjahrganges 2015/16 dar. Damit soll ein besserer Einblick in die gesundheitliche Lage und den Entwicklungsstand der Kinder im Bezirk Lichtenberg insgesamt sowie kleinräumig in den Prognoseräumen ermöglicht werden. Um die dargestellten Ergebnisse auch in den gesamtstädtischen Kontext einordnen zu können, wurde zusätzlich ein Vergleich mit den berlinweiten Daten vorgenommen.

Gerade in einem stetig wachsenden Bezirk wie Lichtenberg, in dem zukünftig mehr Kinder leben werden, ist es außerordentlich wichtig ein gesundes Leben und Aufwachsen zu ermöglichen. Die ersten Weichen hierfür wurden bereits durch die Zertifizierung als „familienfreundliche Kommune“ im Jahr 2015 gestellt. Doch damit sind wir in Lichtenberg noch nicht am Ziel angekommen. Es gibt noch eine Vielzahl von Möglichkeiten, die Gesundheit unserer Kinder zu fördern.

Ich hoffe, Ihnen mit diesem Bericht aufschlussreiche Erkenntnisse über die Lichtenberger Kinder im Vorschulalter geben zu können und wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Katrin Framke

Bezirksstadträtin der Abteilung Familie, Jugend, Gesundheit und Bürgerdienste

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	6
2	Kernaussagen der Einschulungsuntersuchungen 2015/16	7
3	Entwicklungstendenzen 2013/14 bis 2015/16.....	7
4	Eckdaten der Einschüler*innen 2015	10
4.1	Anzahl und Geschlecht der untersuchten Kinder.....	10
4.2	Herkunft der Kinder und Deutschkenntnisse	11
4.2.1	Migrationshintergrund	11
4.2.2	Verständigung in deutscher Sprache bei Kindern nicht deutscher Herkunft.....	12
5	Soziale Lage, familiäre Situation und Kitabesuch.....	12
5.1	Soziale Lage	12
5.2	Familiäre Situation	14
5.3	Kitabesuchsdauer	15
6	Gesundheits- und Risikoverhalten	16
6.1	Gesundheitsverhalten	16
6.1.1	Früherkennungsuntersuchungen	16
6.1.2	Impfstatus.....	18
6.1.3	Zahngesundheit.....	20
6.2	Gesundheitsrelevantes Risikoverhalten.....	22
6.2.1	Medienkonsum.....	22
6.2.2	Rauchverhalten der Eltern.....	24
7	Gesundheitszustand und Entwicklungsauffälligkeiten.....	25
7.1	Körpergewicht	25
7.2	Entwicklungsauffälligkeiten.....	26
7.2.1	Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung	26
7.2.2	Auffälligkeiten in der kognitiven Entwicklung.....	29
7.2.3	Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung	31
7.2.4	Auffälligkeiten in der emotional-sozialen Entwicklung.....	37
8	Förderempfehlungen	38
8.1	Schulischer Förderbedarf	39
8.2	Sonderpädagogischer Förderbedarf.....	41
9	Zurückgestellte Kinder aus dem Schuljahr 2015/16.....	42
10	Kleinräumige Auswertung.....	44
10.1	Sozialstruktur.....	45
10.1.1	Anzahl und Herkunft der Kinder.....	45
10.1.2	Familienstruktur	46

10.1.3	Soziale Lage	47
10.1.4	Kitabesuchsdauer	48
10.2	Ausgewählte gesundheitliche Aspekte	49
10.2.1	Über- und Untergewicht	49
10.2.2	Früherkennungsuntersuchungen	49
10.2.3	Impfstatus.....	50
10.2.4	Zahngesundheit.....	51
10.3	Ausgewählte Ergebnisse in den Stadtteilen	52
11	Berlin-Vergleich	56
11.1	Lichtenberg-Berlin-Vergleich.....	56
11.1.1	Häusliche und soziale Umfeldfaktoren.....	56
11.1.2	Gesundheitszustand und Gesundheitsvorsorge.....	57
11.1.3	Ergebnisse des Entwicklungsscreenings.....	57
11.2	Prognoseräume im Vergleich	59
12	Zusammenfassung.....	62
12.1	Ergebnisse Bezirk.....	62
12.2	Ergebnisse Stadtteile	63
12.3	Ergebnisse im Berlin-Vergleich.....	64
	Glossar	66
	Abkürzungsverzeichnis	67
	Literaturverzeichnis	68

1 Einleitung

Das Schulgesetz für das Land Berlin legt die allgemein geltende Schulpflicht für alle Kinder, die zum Beginn eines Schuljahres (Stichtag 1. August) beziehungsweise bis zum darauffolgenden Dezember das sechste Lebensjahr vollenden, fest¹.

Darüber hinaus ist die Einschulungsuntersuchung die verpflichtende Voraussetzung für den Antritt des Schulbesuches. Diese wird im Land Berlin durch die bezirklichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD), welche beim jeweiligen bezirklichen Gesundheitsamt angesiedelt sind, durchgeführt. Das Untersuchungsprozedere ist dabei berlinweit einheitlich, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewährleisten zu können.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung werden neben der Anamnese auch einige andere Themenbereiche durch einen Elternfragebogen beleuchtet. Darüber hinaus findet eine körperliche Untersuchung durch die Kinderärzt*innen des KJGD statt. Im Rahmen dieser Untersuchung wird neben dem allgemeinen gesundheitlichen Zustand auch gesundheitsrelevantes Verhalten, motorische und kognitive Fähigkeiten sowie der sprachliche Entwicklungsstand durch die Ärzt*innen überprüft.

Kinder, die im Zeitraum vom 1. Januar bis 31. März des folgenden Kalenderjahres das sechste Lebensjahr vollenden, können auf Antrag der/des Erziehungsberechtigten bereits vorzeitig in die Schule aufgenommen werden, sofern kein Sprachförderbedarf besteht.

Entsprechend § 42 Abs. 3 SchulG können schulpflichtige Kinder auf Antrag der/des Erziehungsberechtigten um ein Jahr von der Schulpflicht zurückgestellt werden, wenn für die Entwicklung des Kindes eine bessere Förderung in einer Einrichtung der Jugendhilfe möglich ist. Die Entscheidung, ob dem Antrag stattgegeben wird, trifft die Schulaufsichtsbehörde.

Die in diesem Dokument vorliegenden Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen beziehen sich auf die Einschüler*innen für das Schuljahr 2015/16.

Insgesamt waren 2.884 Kinder aus dem Bezirk Lichtenberg in diesem Schuljahr einschulungspflichtig. Darunter befanden sich 351 Kinder, die bereits im vorhergehenden Schuljahr schulpflichtig waren, allerdings aufgrund von vorhandenen Entwicklungsdefiziten zurückgestellt wurden. Außerdem befanden sich darunter zwölf Kinder, die in anderen Bezirken wohnhaft waren und trotzdem durch den Lichtenberger KJGD untersucht wurden. Beide dieser Gruppen werden in der nachfolgenden Auswertung nicht berücksichtigt.

Somit bezieht sich die Auswertung auf die **erstmalig** durch den KJGD **untersuchten** Kinder, die zum Untersuchungszeitpunkt wohnhaft in Lichtenberg waren. Im Schuljahr 2015/16 entsprach das genau 2.521 Kindern.

Die in diesem Bericht genutzte Methodik, ausschließlich die erstmalig untersuchten Kinder in die Auswertung einzubeziehen, wird für den Bezirk Lichtenberg neu angewandt. Bis zum vergangenen Schuljahr wurden bei den Auswertungen nur die tatsächlich in dem jeweiligen Jahrgang eingeschulten Kinder berücksichtigt. Die Änderung der Methodik ist auf die Angleichung an das von der Senatsverwaltung angewandte Verfahren zurückzuführen. Durch die Anpassung ist somit eine bessere Vergleichbarkeit mit den Daten auf Berliner Ebene gegeben.

¹ Vgl. § 42, Abs. 1 des Schulgesetz Berlin (SchulG) vom 26.01.2004 in der Fassung vom 06.04.2014

2 Kernaussagen der Einschulungsuntersuchungen 2015/16

Die Anzahl der Einschüler*innen nimmt seit Jahren kontinuierlich zu. Aufgrund der zunehmenden Kinderzahlen wird es immer schwieriger für den bezirklichen KJGD, diese zu bewältigen. Ob ein Kind sich nach der Rückstellung im Folgejahr erneut beim KJGD vorstellen muss, hängt von der Beurteilung der Kinderärzt*innen ab.

Die Ergebnisse bestätigen, wie auch in den vergangenen Jahren aufgezeigt, dass der wichtigste Einflussfaktor auf die Gesundheit der Einschüler*innen der soziale Status der Familie des Kindes ist. So zeigte sich beispielsweise, dass die Eltern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus häufiger rauchten, die Kinder seltener ein naturgesundes Gebiss aufwiesen und häufiger übergewichtig waren. Aber auch die Entwicklung der betreffenden Kinder wurde durch die Ärzt*innen oft als defizitär bewertet. Das spiegelte sich im steigenden Bedarf an zusätzlicher schulischer sowie sozialpädagogischer Förderung wider.

Einen weiteren bedeutenden Einflussfaktor stellt die Herkunft des Kindes dar. Familien nicht deutscher Herkunft nahmen seltener präventive Maßnahmen für ihre Kinder in Anspruch. Das zeigte sich u.a. in einem oftmals schlechteren Gebisszustand und niedrigeren Impfquoten als bei deutschen Einschüler*innen desselben Jahrgangs. Darüber hinaus saßen diese Kinder häufiger und auch länger vor TV-Geräten. Aber vor allem die sprachliche Entwicklung war verzögert. Das könnte zum Teil auch durch die unzureichenden Deutschkenntnisse der Eltern bedingt sein. Wie auch bei Kindern der niedrigen Sozialstatusgruppe war der Bedarf an Förderung höher als bei Kindern aus deutschem Elternhaus.

Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen stellten sich insbesondere bei den Ergebnissen des Entwicklungsscreenings heraus. Jungen schnitten bei allen standardisierten Tests zum Entwicklungsstand schlechter ab als gleichaltrige Mädchen. Das betraf vor allem die Körperkoordination, die Visuomotorik, die Artikulation sowie die emotional-soziale Entwicklung der Kinder.

Ein Kitabesuch kann diese Diskrepanzen zwar nur bedingt abfedern, wirkt sich aber insgesamt positiv auf den Gesundheitszustand und die Reduzierung von Entwicklungsdefiziten benachteiligter Kinder aus.

3 Entwicklungstendenzen 2013/14 bis 2015/16

In der nachfolgenden Übersicht (vgl. [Tabelle 1](#)) werden die Daten der Einschulungsuntersuchungen der letzten drei Jahre in Kürze dargestellt. Hierbei wurden methodisch auch für die vergangenen Jahre die erstmals untersuchten Einschüler*innen zugrunde gelegt, um auch im Zeitverlauf eine Vergleichbarkeit der Jahrgänge zu ermöglichen. Das bedeutet, dass die hier dargestellten Zahlen von denen älterer Auswertungsberichte zu vergangenen Einschulungsjahrgängen für den Bezirk Lichtenberg abweichen können.

Familiäres und soziales Umfeld

- Zwischen 2013 und 2015 stieg der Anteil der Einschüler*innen mit einem hohen Sozialstatus im Zeitverlauf geringfügig an, während der Anteil der Kinder aus einer Familie mit mittlerem Sozialstatus leicht rückläufig war. Dahingegen blieb der Anteil der Einschüler*innen mit niedrigem Sozialstatus etwa konstant.
- Die Rate der Alleinerziehenden unter allen Eltern war im Zeitverlauf leicht rückläufig.
- Es ist positiv zu bewerten, dass der Anteil an Nichtraucher-Haushalten leicht anstieg.

- Die Quote der Kinder mit einem eigenen TV-Gerät nahm in den letzten drei Jahren leicht ab.
- Der Anteil der Einschüler*innen, die keine Kita besuchten, veränderte sich über die Jahre nicht wesentlich.

Untersuchungsergebnisse

- Die Vorsorgeuntersuchungen, die sogenannten „U-Untersuchungen“, wurden 2015 häufiger vollständig in Anspruch genommen als noch 2013.
- Beim Körpergewicht halbierte sich der Anteil der Kinder mit Untergewicht im betrachteten Zeitverlauf, dahingegen nahm der Anteil der übergewichtigen Einschüler*innen tendenziell zu.
- Der Zahnstatus der untersuchten künftigen Erstklässler*innen veränderte sich im Zeitverlauf nicht.
- Im Entwicklungsscreening war in den meisten Untersuchungsbereichen (Visuomotorik, visuelle Wahrnehmung, Pseudowörter nachsprechen sowie Sätze nachsprechen) eine zum Teil erhebliche Zunahme der Kinder mit auffälligen Testergebnissen zu verzeichnen.
- Ein ähnliches Bild zeichnete sich bei der emotional-sozialen Entwicklung ab. Hier stieg der Anteil auffälliger Kinder im Verlauf der letzten drei Jahre um mehr als 10 %.
- Die Anstiege in den auffälligen Untersuchungsergebnissen des Entwicklungsscreenings spiegelten sich dementsprechend auch in der Zunahme von schulischen und sonderpädagogischen Förderempfehlungen wider. Unter den Einschülern 2015 wiesen bereits mehr als die Hälfte aller Kinder einen schulischen Förderbedarf auf.

Tabelle 1: Ausgewählte Ergebnisse der Einschüler*innen 2015/16 im Vergleich zu den Vorjahren (in Prozent)

Schuljahr	2013/14	2014/15	2015/16	Veränderung 2013/14 bis 2015/16	
Einschüler*innen insgesamt	2.511	2.632	2.884	↗	
Rücksteller*innen aus dem Vorjahr	287	352	351	↗	
Einschüler*innen wohnhaft in anderen Bezirken	3	5	12	↗	
erstuntersuchte Kinder (wohnhaft in Lichtenberg)	2.221	2.275	2.521	↗	
Familiäres und soziales Umfeld	%	%	%		
untere Sozialstatusgruppe	18,0	17,8	18,3	→	
mittlere Sozialstatusgruppe	60,1	58,0	58,1	↘	
obere Sozialstatusgruppe	22,0	24,2	23,6	↗	
nicht deutsche Herkunft	26,5	28,9	33,9	↗	
Alleinerziehende Eltern	33,6	32,7	31,9	↘	
davon mit nur einem Erwachsenen	25,2	25,0	24,2	↘	
Nichtraucher-Haushalte	58,2	61,3	60,3	↗	
eigener Fernseher im Kinderzimmer	14,9	12,4	13,2	↘	
tgl. TV-Konsum von über 2 Std.	6,7	5,9	6,6	→	
Kitabesuchsdauer über 2 Jahre	88,5	89,2	88,4	→	
kein Kitabesuch	2,7	2,0	2,2	→	
Untersuchungsergebnisse	%	%	%		
U1 bis U8 vollständig*	83,9	87,1	89,2	↗	
Untergewicht	11,2	9,0	4,7	↘	
Übergewicht (inkl. Adipositas)	7,3	8,2	11,2	↗	
Zähne sanierungsbedürftig	11,8	12,6	11,9	→	
Entwicklungs-screening: auffällige Ergebnisse	Körperkoordination	15,9	14,9	15,6	→
	Visuomotorik	19,4	23,3	23,5	↗
	visuelle Wahrnehmung	19,0	21,5	24,5	↗
	Mengenvorwissen	14,5	14,7	15,7	↗
	Pseudowörter nachsprechen	16,1	16,0	18,3	↗
	Wörter ergänzen	17,4	17,5	19,3	↗
	Sätze nachsprechen	20,8	21,7	22,0	↗
	Pluralbildung	16,6	16,2	16,1	→
Artikulationsfehler	30,0	31,3	28,0	↘	
unzureichende Deutschkenntnisse bei Kindern nicht deutscher Herkunft	43,1	42,4	37,8	↘	
Sprachdefizite	21,1	25,0	25,7	↗	
Auffälligkeiten emotional-soziale Entwicklung	25,5	33,7	36,5	↗	
schulische Förderempfehlung	40,8	48,4	50,7	↗	
sonderpädagogische Förderempfehlung	6,3	7,0	7,1	↗	
* nur in Deutschland geborene Kinder					

4 Eckdaten der Einschüler*innen 2015

4.1 Anzahl und Geschlecht der untersuchten Kinder

Für das Schuljahr 2015/2016 galten im Bezirk Lichtenberg insgesamt 2.884 Kinder als einschulungspflichtig. Darunter waren 351 Kinder (12,2 %), die im vorhergehenden Schuljahr zurückgestellt wurden. Darüber hinaus waren insgesamt 12 Kinder, die zwar in Lichtenberg untersucht wurden, allerdings nicht im Bezirk Lichtenberg wohnten. In der nachfolgenden Auswertung berücksichtigt wurden ausschließlich diejenigen Kinder, die erstmals durch den KJGD untersucht wurden und im Bezirk Lichtenberg wohnhaft sind. Das betraf 2015 insgesamt 2.521 Kinder.

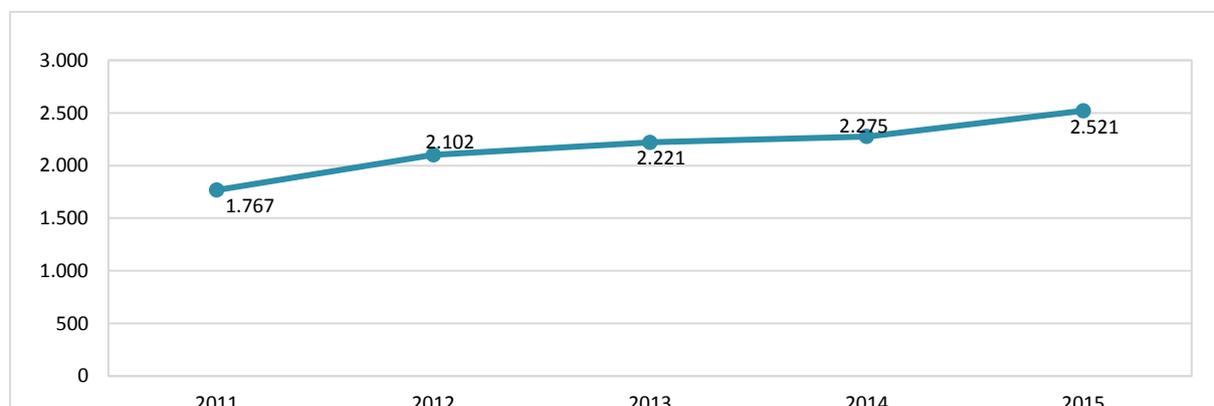
Einen Antrag auf Rückstellung stellten insgesamt 628 Eltern. Dieser Antrag wurde jedoch bei 56 Einschüler*innen aus ärztlicher Sicht nicht befürwortet. Somit wurden 579 Kinder durch die Schulaufsicht zurückgestellt. Darüber hinaus wurde von den sechs beantragten vorzeitigen Einschulungen auch bei einem Kind diesem Antrag nicht stattgegeben.

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

Für das Schuljahr 2015-2016 angemeldete Kinder	Anzahl	Anteil (in %)
insgesamt	2.884	100,0
davon Rücksteller*innen aus dem Vorjahr	351	12,2
Anmeldegrund unbekannt ²	1	0,0
Erstmals untersuchte Kinder		
insgesamt	2.532	87,8
Einschüler*innen wohnhaft in anderen Bezirken	12	0,3
Lichtenberger Einschüler*innen		
insgesamt	2.521	100,0
Jungen	1.307	51,8
Mädchen	1.214	48,2
vom Schulamt zurückgestellt	579	22,9

Die in den vergangenen Jahren wachsende Lichtenberger Bevölkerung schlägt sich ebenfalls eindeutig in den Zahlen der Einschüler*innen nieder. So fand zwischen 2011 und 2015 ein Zuwachs um rund 43 % statt (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Entwicklung der im jeweiligen Schuljahr erstmals untersuchten Kinder in Lichtenberg im Zeitverlauf (absolut)



² Dieser Datensatz wurde in der Auswertung berücksichtigt.

4.2 Herkunft der Kinder und Deutschkenntnisse

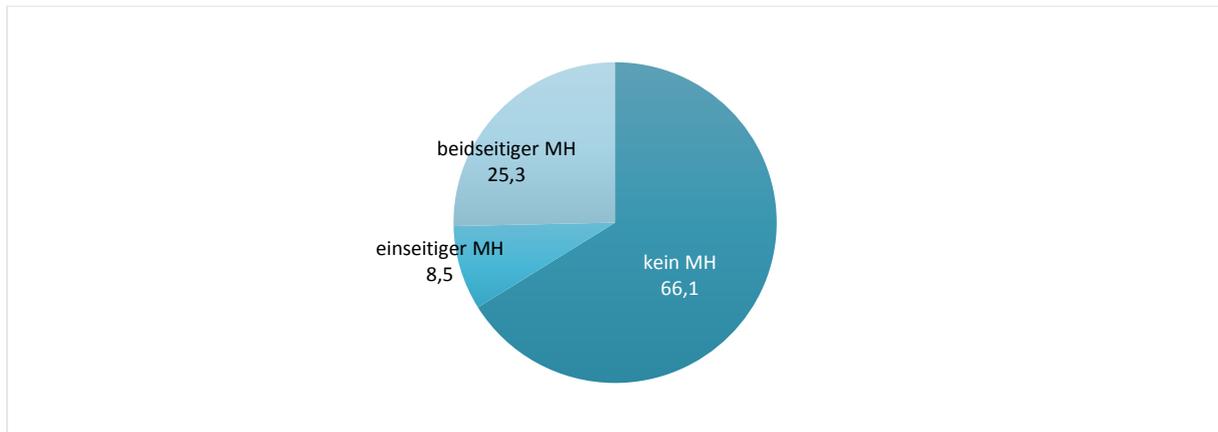
4.2.1 Migrationshintergrund

Der Migrationshintergrund der Einschüler*innen wird seit 2015 in Berlin im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen nach der bundesweit geltenden Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden erfasst. Dabei wird zwischen einseitigem und beidseitigem Migrationshintergrund differenziert.³

Ein beidseitiger Migrationshintergrund liegt vor, wenn entweder das Kind und ein Elternteil nicht in Deutschland geboren sind oder beide Eltern nicht in Deutschland geboren und/oder nicht deutscher Staatsangehörigkeit sind. Der Migrationshintergrund wird als einseitig kategorisiert, wenn nur ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist beziehungsweise nicht die deutsche Staatsangehörigkeit hat.

Im Bezirk Lichtenberg betraf das insgesamt 33,8 % (851) der Kinder, die im Schuljahr 2015/16 schulpflichtig wurden. Die Mehrheit dieser Einschüler*innen (637) hatte einen beidseitigen Migrationshintergrund. Bei den verbleibenden 214 Kindern lag ein einseitiger Migrationshintergrund vor.

Abbildung 2: Kinder mit Migrationshintergrund (MH) (in Prozent)



Die Kinder mit Migrationshintergrund kommen aus einer Vielzahl unterschiedlicher Herkunftsländer. Annähernd die Hälfte aller Einschüler*innen mit ein- oder beidseitigem Migrationshintergrund kam aus Osteuropa. Ebenfalls in Lichtenberg stark vertreten waren Kinder mit vietnamesischen Wurzeln. Sie machten ca. ein Viertel der Kinder aus nicht deutschem Elternhaus aus. Die Herkunftsländer, aus denen in den letzten Jahren zunehmend geflüchtete Menschen und somit auch Kinder kamen, spielten in diesem Schuljahr anteilmäßig noch eine untergeordnete Rolle. Das wird sich jedoch in den folgenden Schuljahren wahrscheinlich zunehmend verstärken.

Tabelle 3: Herkunft der erstuntersuchten Kinder 2015/16 (absolut und in Prozent)

Herkunft	Anzahl	Anteil an allen Kindern (in %)
deutsche Herkunft	1.662	66,1
nicht deutsche Herkunft	851	33,9
darunter		
Osteuropa	420	16,7
Vietnam	174	7,0

³ Vgl. Handbuch für die Einschulungsuntersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Bezirke des Landes Berlin (2015), S. 20.

4.2.2 Verständigung in deutscher Sprache bei Kindern nicht deutscher Herkunft

Gute Deutschkenntnisse sind für die Integration in die deutsche Gesellschaft, wie auch für einen erfolgreichen Schulbesuch unabdingbar. Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen werden von allen Kindern mit Migrationshintergrund deshalb die Deutschkenntnisse sowie die Sprachkenntnisse der Eltern eingeschätzt.

Im Schuljahr 2015/16 lag bei knapp 34 % der untersuchten Kinder ein Migrationshintergrund vor. Von diesen Kindern sprachen in zwei von fünf Familien (40,5 %) sowohl das Kind als auch die Eltern gut deutsch. Bei einem Viertel (24,6%) beherrschte entweder das Kind oder der begleitende Elternteil die deutsche Sprache nur unzureichend. Bei dem verbleibenden Drittel der Familien (34,9 %) waren die Sprachkenntnisse bei Kind und Eltern(-teil) unzureichend.

Abbildung 3: Deutschkenntnisse bei Kindern mit Migrationshintergrund (in Prozent)



5 Soziale Lage, familiäre Situation und Kitabesuch

Es gibt eine Vielzahl von Einflussfaktoren auf die Entwicklung eines jeden Kindes. Dazu gehören beispielsweise das häusliche Umfeld, die soziale Lage der Familie sowie der Besuch einer Kita.

Vor diesem Hintergrund werden diese Aspekte im Rahmen des Elternfragebogens der Einschulungsuntersuchungen auf freiwilliger Basis abgefragt und ausgewertet.

5.1 Soziale Lage

Der soziale Status wird im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung mithilfe des Sozialstatusindex erhoben. Dieser setzt sich aus den drei Faktoren Schulabschluss, Berufsausbildung sowie Erwerbstätigkeit der Eltern zusammen⁴. Diese Komponenten fließen gleichwertig in den Index ein, der insgesamt eine Punktzahl zwischen 0 und 18 abbildet. Dabei spiegelt ein höherer Punktwert einen höheren Sozialstatus wider (vgl. Glossar, S. 66).

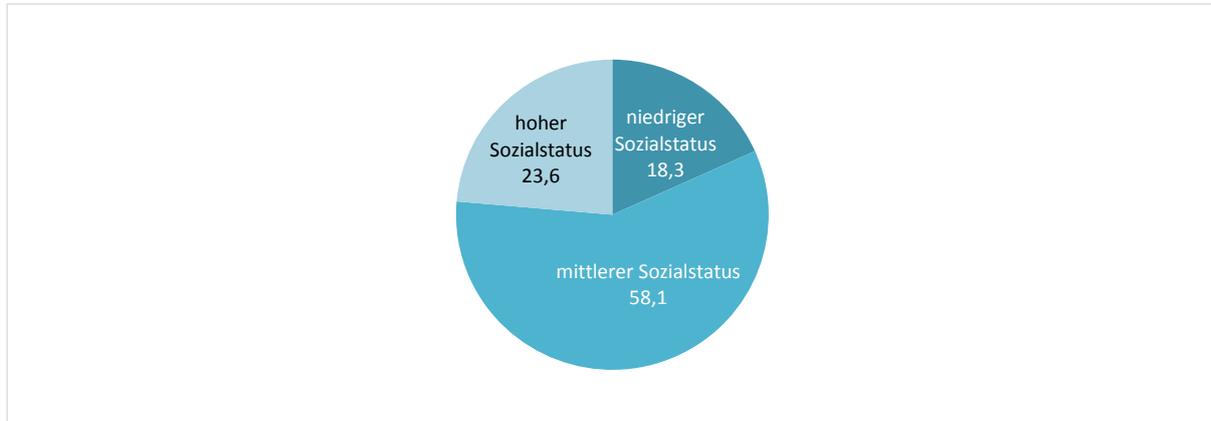
Die soziale Herkunft der Familien korreliert häufig mit gesundheitlichen Gefährdungen beziehungsweise Auffälligkeiten⁵. Deshalb ist es wichtig, die erhobenen Untersuchungsergebnisse im Zusammenhang mit dem sozialen Umfeld, in dem die Kinder aufwachsen, zu betrachten.

⁴ Vgl. Handbuch für die Einschulungsuntersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Bezirke des Landes Berlin (2015), S. 25 ff.

⁵ Vgl. Bode (2014), S. 231.

Im Bezirk Lichtenberg wurden 58,1 % der Einschüler*innen einem mittleren Sozialstatus zugeordnet. Dieser Wert entspricht in etwa dem des Vorjahres. Ebenso verhielt es sich mit den Kindern, die aus einer Familie mit niedrigem oder hohem Sozialstatus kamen. Der Anteil derer lag bei etwa 24 % (hoher Sozialstatus) beziehungsweise 18 % (niedriger Sozialstatus).

Abbildung 4: Anzahl der Einschüler*innen nach dem Sozialstatus der Familien (in Prozent)



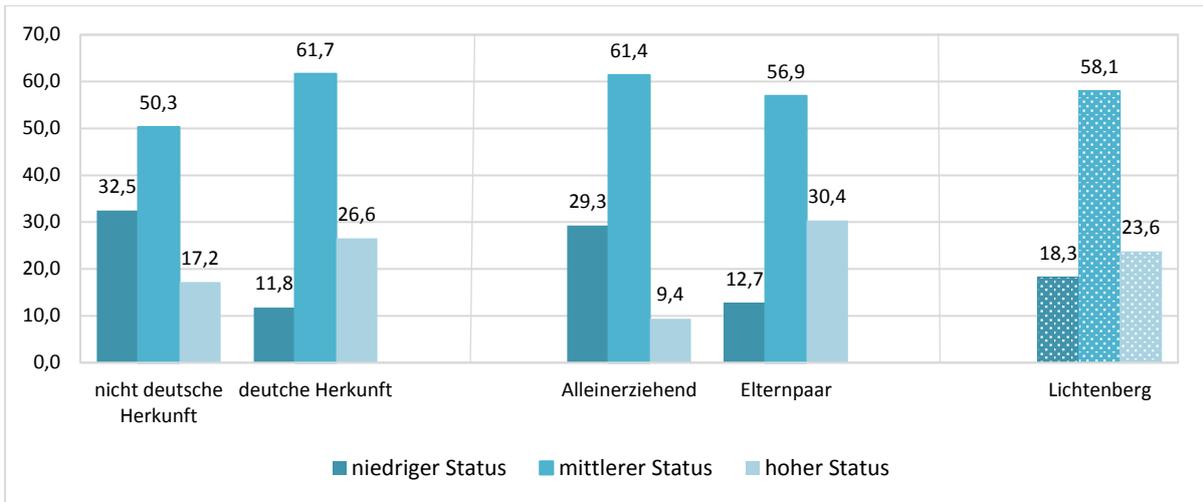
Bei einer differenzierten Betrachtung des Sozialstatus der Familien nach Herkunft und Haushaltstyp ist festzustellen, dass der Anteil der Kinder aus einem Elternhaus mit niedrigem Sozialstatus unter den Kindern nicht deutscher Herkunft fast drei Mal so hoch war (32,5 %) wie bei Kindern deutscher Herkunft (11,8 %).

Darüber hinaus gehörte ein Drittel der alleinerziehenden Eltern fast drei Mal so häufig zum niedrigen Sozialstatus als Elternpaare. Entsprechend war der Anteil der Kinder mit hohem Sozialstatus bei Alleinerziehenden besonders gering (9,4 %). Das liegt vor allem daran, dass der Bildungsgrad bei Alleinerziehenden oftmals niedriger ist. Beispielsweise verfügten knapp 10 % der alleinerziehenden Mütter dieses Schuljahrgangs über keinen Schulabschluss und fast ein Viertel (23 %) über einen Hauptschulabschluss. Bei Müttern in Paarbeziehungen hatten knapp 5 % keinen Abschluss und ca. 10 % einen Hauptschulabschluss. Ein ähnliches Bild zeigte sich bei den alleinerziehenden Vätern, die anteilig jedoch nur insgesamt 6 % aller Alleinerziehenden entsprachen.

Bei Betrachtung des Erwerbsstatus lässt sich konstatieren, dass ein Drittel der alleinerziehenden Mütter nicht erwerbstätig war. Bei alleinerziehenden Vätern traf das nur auf ca. 25 % der Betroffenen zu. Bei Frauen in Paarbeziehungen waren nur ca. 20 % der Befragten nicht erwerbstätig. Diese Tendenz verschärft die soziale Lage bei Alleinerziehenden weiter. Die fehlende Erwerbstätigkeit kann beispielsweise in den unflexiblen Rahmenbedingungen des Arbeitsmarktes begründet liegen, da die Arbeitszeiten sich nicht ausreichend mit den verfügbaren Zeiten einer Kinderbetreuung decken⁶.

⁶ Vgl. BFSFJ (2012), S. 18.

Abbildung 5: Herkunft und Haushaltstyp nach Sozialstatus (in Prozent)

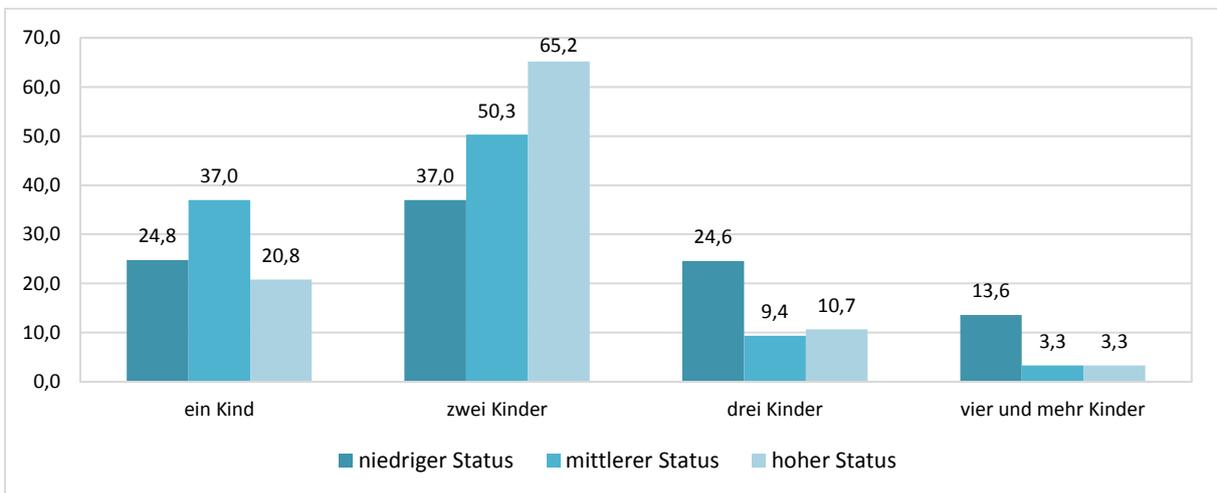


Eines von fünf Kindern mit hohem Sozialstatus wächst als Einzelkind auf. Beim mittleren Sozialstatus betraf das eins von drei Kindern und beim niedrigen Status entsprach diese Quote einem Viertel.

Familien mit mittlerem oder hohem Sozialstatus hatten in der Mehrheit zwei Kinder (mittlerer Status 50,3 %; hoher Status 65,2 %). Bei Haushalten mit niedrigem Sozialstatus betraf das nur etwa jede dritte Familie.

Eine hohe Kinderzahl (drei oder mehr Kinder) ist vor allem in Haushalten mit niedrigem Sozialstatus zu finden. Hier lebten in jeder vierten Familie drei Kinder und in jeder siebten Familie sogar vier oder mehr Kinder.

Abbildung 6: Kinderzahl in den Familien nach Sozialstatus (in Prozent)



5.2 Familiäre Situation

Gerade im Kindesalter stellen die Eltern beziehungsweise stellt die Familie einen zentralen Bezugspunkt dar. Neben der Erfüllung rein körperlicher Bedürfnisse wie beispielsweise der Essensversorgung sind diese auch für die kindliche Entwicklung insgesamt von großer Bedeutung.⁷

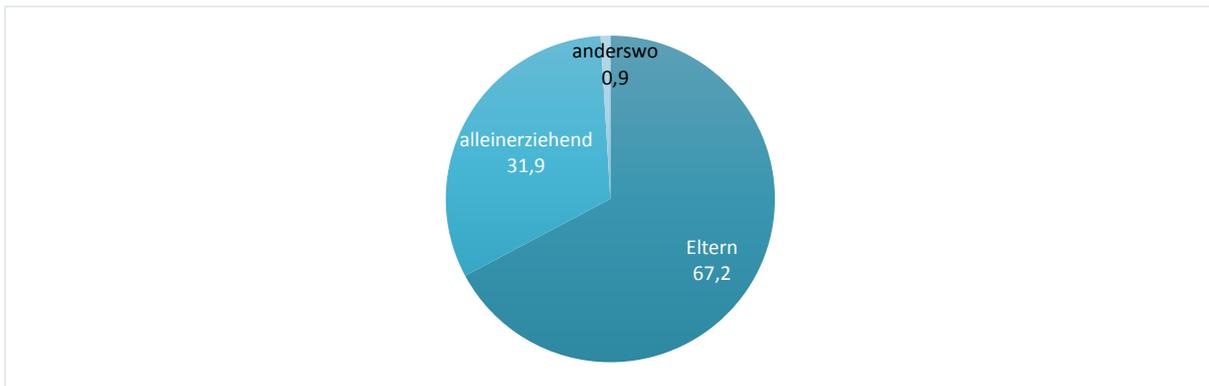
In Lichtenberg lebten zwei von drei der untersuchten Kinder mit beiden Elternteilen zusammen. Etwa 32 % der Kinder wohnte hingegen mit nur einem Elternteil im Haushalt, meistens der Mutter (in 94 %

⁷ Vgl. Bode (2014), S. 221.

der Fälle), zusammen. Ein Prozent aller Kinder war anderweitig untergebracht, beispielsweise bei den Großeltern, in Pflegefamilien oder Heimen.

Nach Angaben der befragten alleinstehenden Eltern lebten in jedem vierten Haushalt weitere Erwachsene. Häufig ist der weitere Erwachsene der/die neue Partner*in des erziehungsberechtigten Elternteils. Währenddessen lebte in ca. 24 % der Familien der alleinerziehende Elternteil nicht in einer Partnerschaft.

Abbildung 7: Familienstruktur der Einschüler*innen (in Prozent)



5.3 Kitabesuchsdauer

Die Bedeutung des Kitabesuchs ist insbesondere für Kinder aus nicht deutschen Familien und/oder Elternhäusern mit niedrigem Sozialstatus von Bedeutung. Auch wenn die institutionelle Betreuung nicht die Defizite in den Familien vollständig kompensieren kann, so schafft sie trotzdem eine wichtige zusätzliche Entwicklungsfördermöglichkeit für die Kinder⁸.

Fast alle Lichtenberger Einschüler*innen (97,8 %) besuchten eine Kita, der überwiegende Teil (88,4 %) für einen Zeitraum von mehr als zwei Jahren.

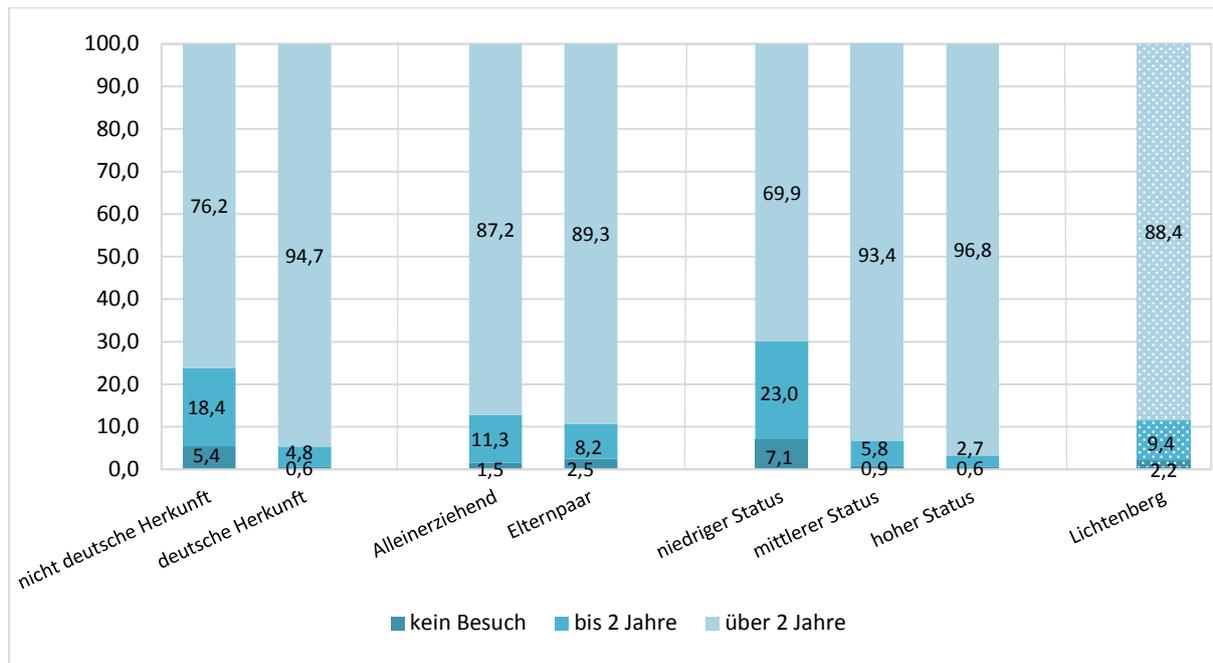
In Abhängigkeit von der Herkunft der Kinder ist zu erkennen, dass der Anteil derjenigen, die keine Kita besuchten, bei nicht deutschen Familien höher lag (5,4 %) als bei deutschen Haushalten (0,6 %).

Unterschiede in der Inanspruchnahme von Kitas bei Alleinerziehenden und Elternpaaren lagen hingegen kaum vor und entsprachen den bezirklichen Durchschnittswerten.

Die differenzierte Betrachtung der Dauer des Kitabesuchs nach dem Sozialstatus zeigt folgendes Bild: Je höher der soziale Status ist, desto größer ist der Anteil der Kinder, die eine Kita besuchten. Dabei lag bei den Kindern mit hohem Sozialstatus die Quote bei fast 97 % und nicht einmal ein Prozent der Kinder wurde ausschließlich außerhalb einer Kita betreut. Einschüler*innen aus einer Familie mit niedrigem Sozialstatus wiesen eine gegenläufige Tendenz auf: hiervon besuchten rund 7 % keine Kita. Ein weiteres Viertel der Kinder ging für einen Zeitraum von weniger als zwei Jahren in eine Kita und nur knapp 70 % verbrachten mehr als zwei Jahre dort. Diese Ergebnisse sind in Anbetracht der Bestrebungen, durch den Kitabesuch eine Chancengleichheit für alle Kinder herzustellen, ernüchternd, da diejenigen Familien, in denen die Kinder ohnehin schwierigere Grundvoraussetzungen haben, dieses Angebot nur in geringerem Maße in Anspruch nehmen.

⁸ Vgl. Wadenpohl (2011), S. 774 f.

Abbildung 8: Kinder nach Kitabesuchsdauer in Abhängigkeit von Herkunft, Haushaltstyp und Sozialstatus (in Prozent)



6 Gesundheits- und Risikoverhalten

6.1 Gesundheitsverhalten

Über die bereits erläuterten Eckdaten zu den Lichtenberger Einschüler*innen wird auch das Gesundheitsverhalten erhoben. Dazu gehören neben der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen auch der Impfstatus und die Zahngesundheit der Kinder.

6.1.1 Früherkennungsuntersuchungen

Von der Geburt bis zum sechsten Lebensjahr sind insgesamt zehn Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9, inkl. U7a) vorgesehen, die zu den Pflichtleistungen jeder gesetzlichen Krankenkasse gehören, da sie vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) empfohlen werden.

Dabei ist es das Ziel, frühzeitig gegebenenfalls vorhandene körperliche, geistige oder psychosoziale Entwicklungsauffälligkeiten beziehungsweise Erkrankungen zu erkennen, um rechtzeitig Gegenmaßnahmen einleiten zu können⁹. Die Ergebnisse werden im Vorsorgeheft eingetragen, das im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen überprüft wird.

Nachfolgend wurden nur diejenigen Kinder in der Auswertung berücksichtigt, deren Eltern das Vorsorgeheft zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben.

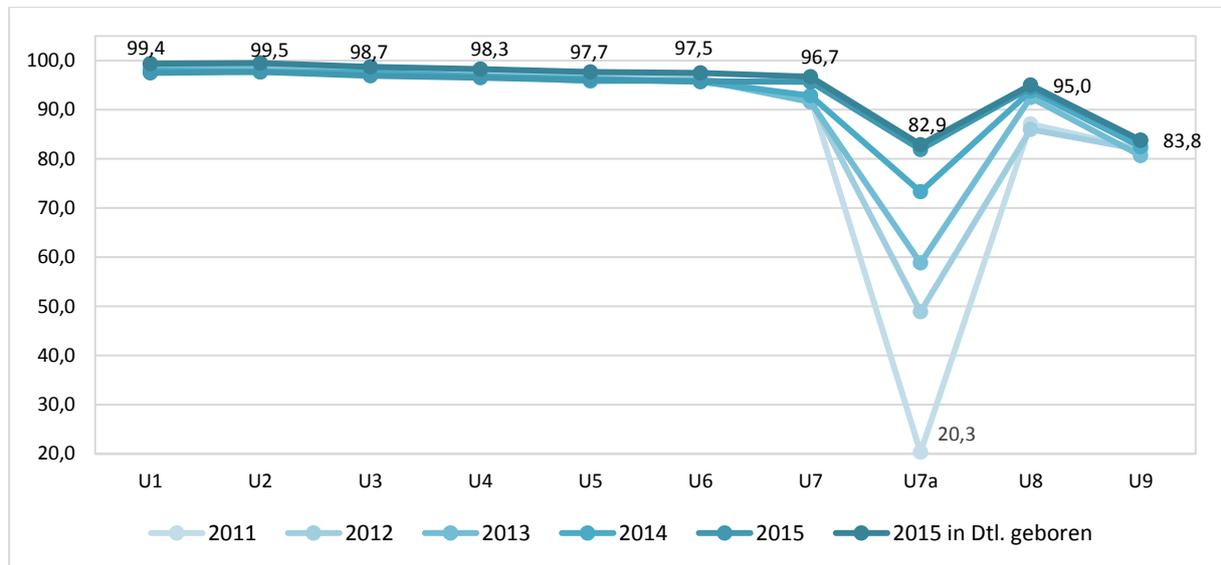
In **Abbildung 9** ist die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 im zeitlichen Verlauf seit 2011 dargestellt.

Bei den Einschüler*innen des Schuljahrs 2015/16 lag die Inanspruchnahmequote der U1 bei in Deutschland geborenen Kindern bei 99,4 %. Berücksichtigt man ebenfalls alle Kinder, die nicht in Deutschland geboren wurden (und somit mindestens die U1 nicht in Anspruch nehmen konnten, da sie direkt nach der Geburt vorgenommen wird), lag der Anteil bei 97,5 % und somit weiterhin sehr hoch. Die Teilnahmequote sank mit zunehmendem Alter der Kinder bis zur U9 auf 83,8 % aller Kinder, die in Deutschland geboren wurden. Die U7a nimmt eine besondere Rolle ein, da sie erst 2008 durch den G-BA eingeführt wurde und erst seit 2010 in der Auswertung der Einschulungsuntersuchungen

⁹ Vgl. Kinder Richtlinie des G-BA (2016), S. 6.

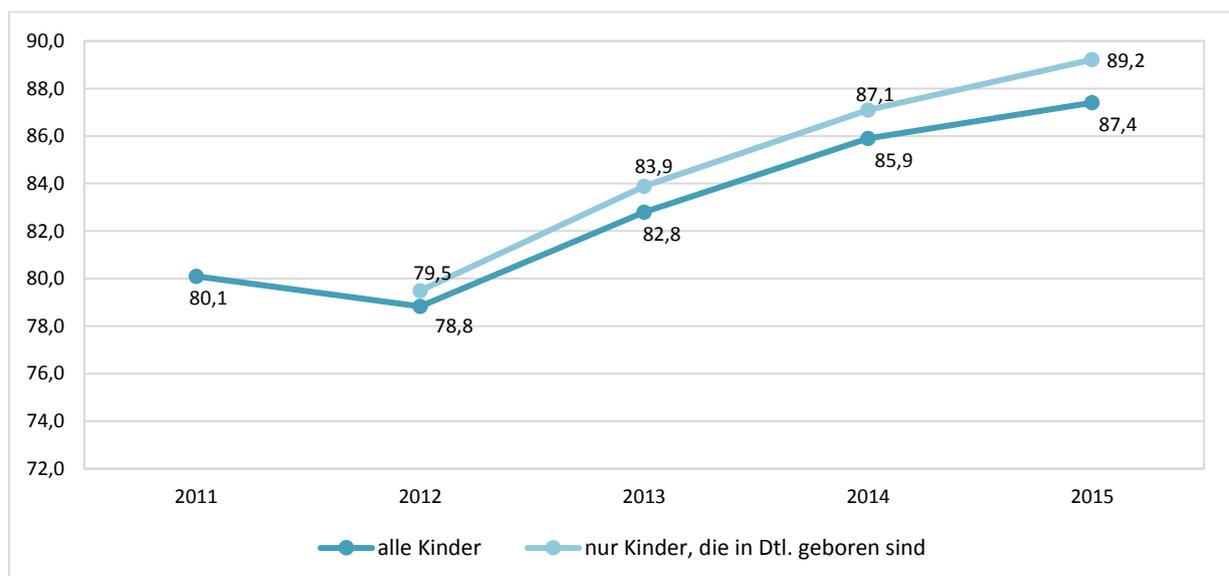
berücksichtigt wurde. Vor diesem Hintergrund lag hier die Quote noch immer etwas niedriger. Da jedoch im Zeitverlauf die jährliche Inanspruchnahme zunehmend anstieg, ist davon auszugehen, dass sie in ein paar Jahren auf einem vergleichbaren Niveau wie die anderen U-Untersuchungen liegen wird. Abgesehen von der U7a ist im Zeitverlauf seit 2011 keine nennenswerte Veränderung im Inanspruchnahmeverhalten der einzelnen Vorsorgeuntersuchungen zu verzeichnen.

Abbildung 9: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen seit 2011 (in Prozent der Kinder, die in Deutschland geboren sind mit vorgelegtem U-Heft)



Im Jahr 2010 wurde die Charité vom Berliner Senat beauftragt, ein zentrales Einladungs- und Erinnerungswesen für die Vorsorgeuntersuchungen U4 bis U9 einzurichten, um die Teilnahme an diesen Vorsorgeuntersuchungen zu erhöhen. Die positive Entwicklung wird seit 2012 deutlich sichtbar, da seitdem der Anteil der Kinder mit vollständigem Vorsorgeheft der U1 bis U8 stetig zunahm. Berücksichtigt man in der Auswertung nur die in Deutschland geborenen Kinder, lag die Quote 2015 bei 89,2 %.

Abbildung 10: Anteil der Kinder mit vollständiger U1 bis U8 (ohne U7a) seit 2011 (Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft in Prozent)

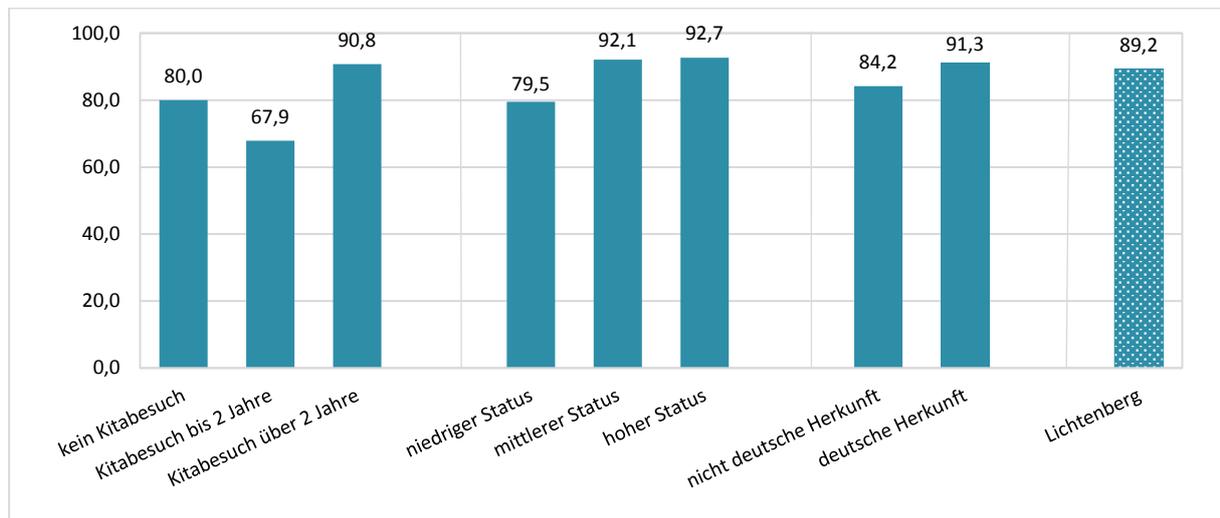


Trotz der insgesamt hohen Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen entsteht bei der Betrachtung der in Deutschland geborenen Kinder nach Herkunft, Sozialstatus und Kitabesuchsdauer ein divergentes

Bild: Bei den Kindern nicht deutscher Herkunft, nahm beinahe jedes sechste Kind (15,8 %) nicht vollständig daran teil, bei deutschen Kindern betraf das weniger als jedes zehnte Kind (8,7 %).

Auch Einschüler*innen, die aus einem Elternhaus mit niedrigem Sozialstatus kamen, konnten seltener (79,5 %) ein vollständiges Vorsorgeheft vorweisen als Kinder mit mittlerem (92,1 %) oder hohem Sozialstatus (92,7 %).

Abbildung 11: Vollständige U1 bis U8 (ohne U7a) nach Herkunft, Sozialstatus und Kitabesuchsdauer (Anteil der in Deutschland geborenen Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft an der jeweiligen Gruppe in Prozent)



6.1.2 Impfstatus

Impfungen gehören zu den wichtigsten primärpräventiven Maßnahmen. Sowohl der individuelle als auch der kollektive Impfschutz wird am besten durch hohe Impfquoten bereits im Kindesalter erreicht¹⁰. Dennoch besteht in Deutschland bisher keine Impfpflicht.

Die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) bilden die Grundlage für Standardimpfungen im Kindesalter. Um den Impfstatus zu prüfen, werden die Eltern gebeten, den Impfpass ihres Kindes zu der Einschulungsuntersuchung mitzubringen, der dort auf Aktualität und Vollständigkeit überprüft wird.

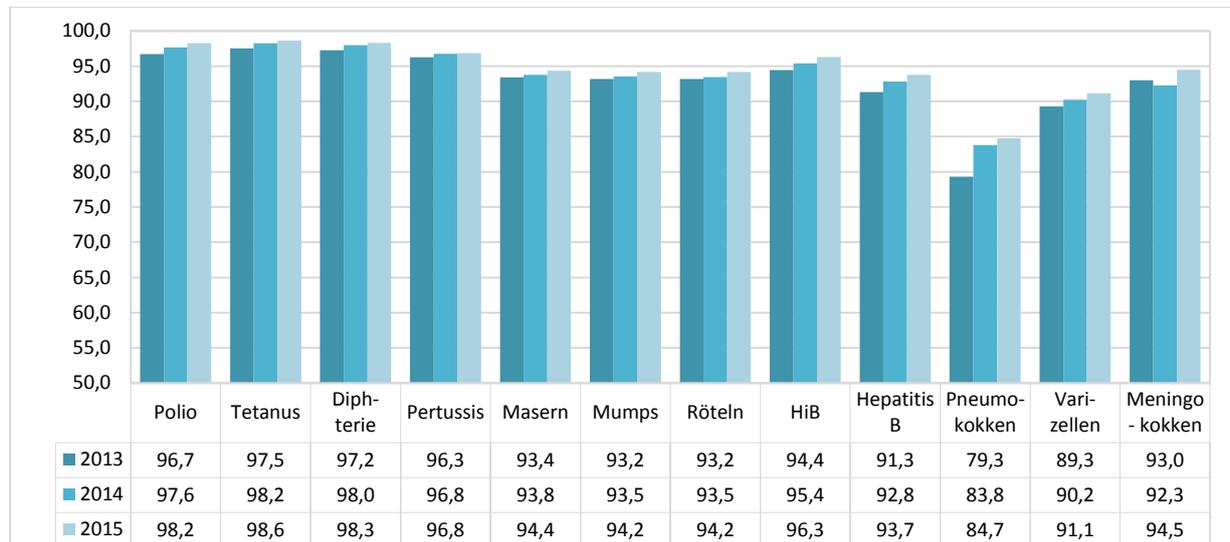
Die nachfolgende Abbildung stellt die Entwicklung der Impfquoten für die empfohlenen STIKO-Impfungen im Zeitraum 2013 bis 2015 dar. Dabei wird deutlich, dass die Impfquoten im Bezirk Lichtenberg in den vergangenen Jahren kontinuierlich angestiegen sind. Insgesamt legte ein Anteil von 11,8 % der Einschüler*innen für das Schuljahr 2015/16 keine Impfdokumentation vor. Das betraf insbesondere Kinder aus Familien mit nicht deutscher Herkunft sowie diejenigen mit niedrigem Sozialstatus. Nachfolgend wurden entsprechend nur die Kinder in die Auswertung einbezogen, deren Eltern einen Impfpass zur Einschulungsuntersuchung mitbrachten.

Die höchste Durchimpfungsrate im Jahr 2015 lag bei Tetanus mit 98,6 % vor, gefolgt von Diphterie mit einer Quote von 98,3 % und Poliomyelitis mit einer 98,2-prozentigen Impfquote. Die am wenigsten in Anspruch genommenen Impfungen waren die gegen Pneumokokken und Varizellen. Diese beiden Impfungen wurden allerdings auch erst nachträglich als empfohlene Standardimpfungen eingeführt, weswegen die Impfraten (noch) niedriger sind als bei anderen Impfungen.

¹⁰ Vgl. Reiter et al. (2009), S. 1037.

Die seit 2013 von der STIKO empfohlene Impfung gegen Rotaviren wurde im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen erstmals in diesem Schuljahr erfasst. Empfohlen werden mindestens zwei Impfdosen für eine vollständige Grundimmunisierung¹¹. Die Impfquote lag mit 36,9 % sehr niedrig, was für kürzlich eingeführte Impfungen normal ist, da es einige Jahre braucht, bis die Impfung bei allen Beteiligten „angekommen“ ist.

Abbildung 12: Vollständige Grundimmunisierung der Einschüler*innen 2013 bis 2015 (nur Kinder mit vorgelegtem Impfpass in Prozent)



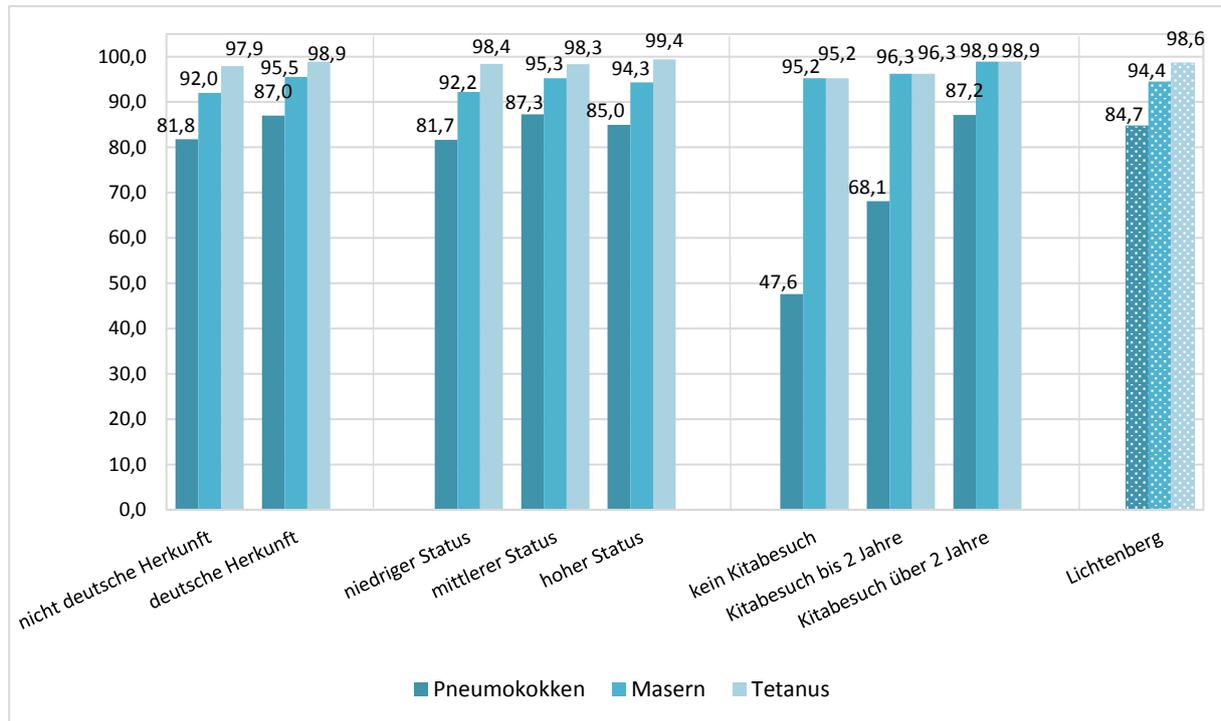
Mithilfe von Abbildung 13 werden exemplarisch die Impfquoten der Kinder für die Standardimpfungen Tetanus, Masern und Pneumokokken nach Herkunft, Sozialstatus und Kitabesuchsdauer dargestellt. Die diesjährigen Einschüler*innen wurden unabhängig von ihrer Herkunft sehr häufig gegen Tetanus geimpft. So lag die Impfquote bei Kindern nicht deutscher Herkunft nur ein Prozent (97,9 %) unter denen mit deutscher Herkunft (98,9 %). Bei Masern und Pneumokokken wichen die Impfquoten hingegen etwas deutlicher ab. D.h., dass bei Kindern nicht deutscher Herkunft diese Impfungen weniger häufig durchgeführt wurden als bei gleichaltrigen deutschen Kindern.

Ein vergleichbares Bild zeigte sich bei der Unterscheidung nach dem Sozialstatus des Kindes: Auch hier lag der Anteil der Kinder, die gegen Tetanus geimpft wurden, Sozialstatus übergreifend sehr hoch. Bei den anderen beiden Impfungen waren die Einschüler*innen mit mittlerem Sozialstatus Spitzenreiter und lagen mit 95,3 % (Masern) beziehungsweise 87,3 % (Pneumokokken) sogar über den Impfquoten von Kindern aus einer Familie mit hohem Sozialstatus.

Der Besuch einer Kita scheint sich allerdings weniger auf die Inanspruchnahme von Impfungen auszuwirken. Lediglich bei Pneumokokken war unter denjenigen Kindern, die keine Kita besuchten, nur jedes zweite immunisiert

¹¹ Vgl. Handbuch für die Einschulungsuntersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Bezirke des Landes Berlin (2015), S. 38 f.

Abbildung 13: Impfraten der Einschüler*innen der Grundimmunisierung gegen Tetanus, Masern und Pneumokokken in Abhängigkeit von Herkunft, Sozialstatus und Kitabesuchsdauer (nur Kinder mit vorgelegtem Impfpass; Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)



6.1.3 Zahngesundheit

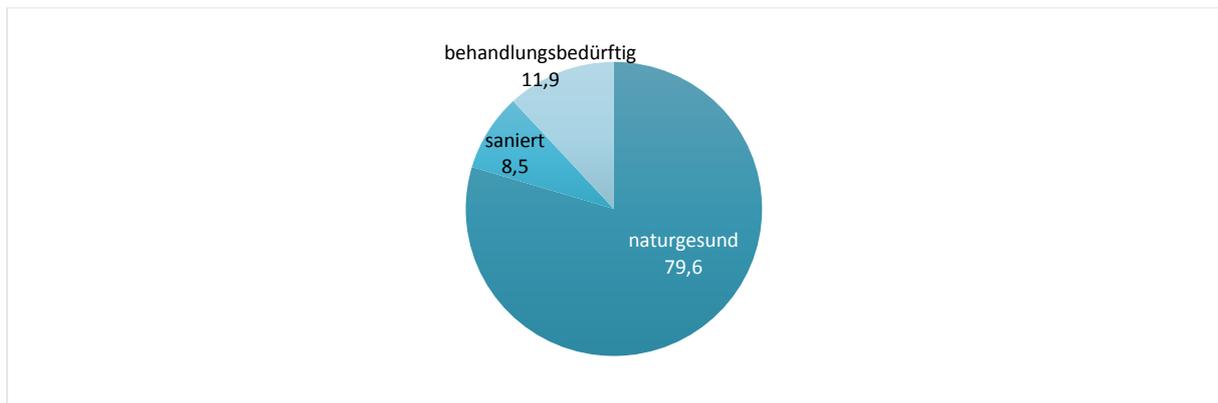
Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen wird durch die Kinderärzt*innen des KJGD auch der Zahnstatus erhoben. Dieser kann über das Gesundheitsverhalten des Elternhauses eine Aussage treffen¹². Diese Untersuchung unterscheidet sich in Umfang und Präzision erheblich von der Untersuchung durch den bezirklichen Zahnärztlichen Dienst (ZÄD) und liefert somit keinen tatsächlichen zahnärztlichen Befund¹³.

Insgesamt verfügten laut den Untersuchungsergebnissen vier von fünf Kindern über ein naturgesundes Gebiss. Weitere 12 % hatten behandlungsbedürftige Zähne, d.h. entweder Karies, Karies und bereits sanierte Zähne oder Stümpfe/Extraktionen aufgrund von Karies. Die verbleibenden 8,5 % der Einschüler*innen haben bereits sanierte Zähne, d.h. i.d.R. Füllungen.

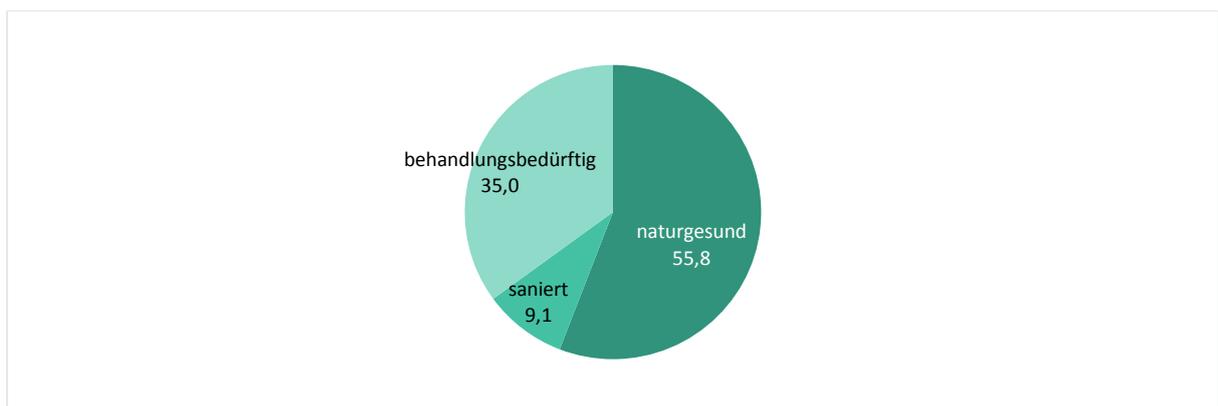
¹² Vgl. Schenk, Knopf, (2007), S 654.

¹³ Vgl. Handbuch für die Einschulungsuntersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Bezirke des Landes Berlin (2015), S. 56.

Abbildung 14: Anteil der Kinder mit versorgten Zähnen (naturgesund und saniert) sowie nicht versorgten Zähnen (in Prozent)

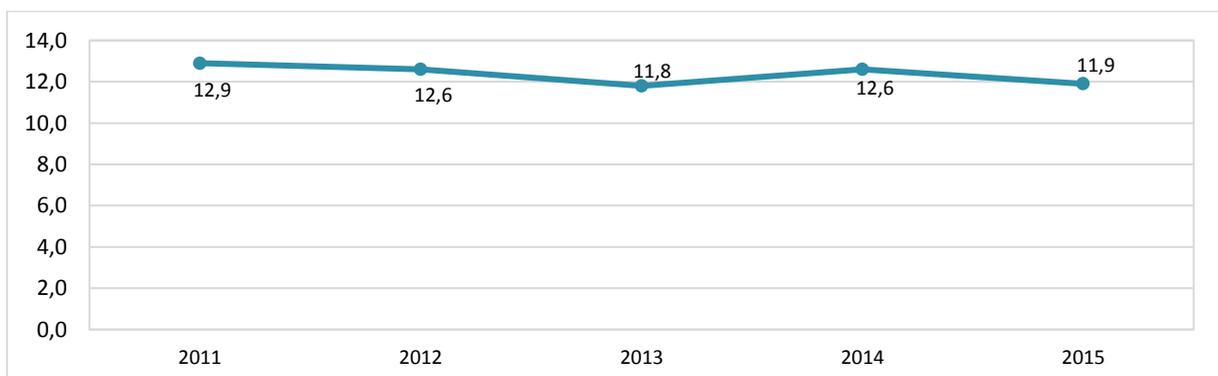


Um die Diskrepanz in den Ergebnissen zum ermittelten Zahnstatus der Kinder zu verdeutlichen, sind in Abbildung 15 die Daten des ZÄD im Zeitraum 01.08.2014 bis 31.07.2015 für die fünfjährigen Kitakinder dargestellt. Demnach lag der Anteil naturgesunder Gebisse um ca. 25 % niedriger als durch die Kinderärzt*innen festgestellt. Folglich ist der Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse sehr hoch und lag bei über einem Drittel (35,0 %) fast drei Mal höher als durch den KJGD erhoben.

Abbildung 15: Zahnstatus der Lichtenberger Kitakinder im Alter von fünf Jahren 2014/15 (in Prozent; n=1.385)¹⁴

Die Analyse des Zahnstatus der künftigen Erstklässler*innen im Zeitverlauf seit 2011 verdeutlicht, dass, zumindest laut KJGD-Daten, der Anteil an Kindern mit sanierungsbedürftigen Zähnen in etwa konstant bei ca. 12 % geblieben ist.

Abbildung 16: Anteil der Kinder mit sanierungsbedürftigen Zähnen seit 2011 (in Prozent)



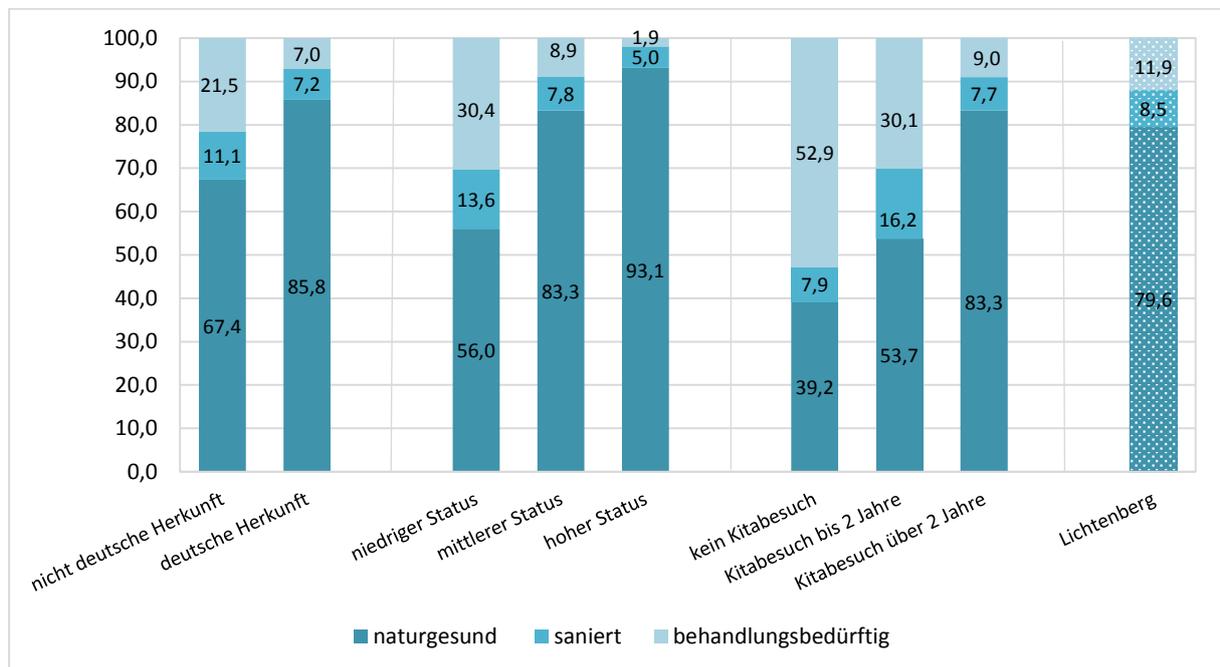
¹⁴ Quelle ZÄD Lichtenberg 2017

Kinder, die in Familien nicht deutscher Herkunft aufwuchsen, litten dreimal häufiger (22 %) unter einem maroden Gebiss als deutsche Kinder (7 %).

Gleichermaßen scheint sich der Besuch einer Kita von mindestens zwei Jahren besonders positiv auf die Zahngesundheit der Kinder auszuwirken. Nicht zuletzt trägt hierzu der regelmäßige Kitabesuch durch den ZÄD, bei dem gruppenprophylaktische Maßnahmen durchgeführt werden, bei. Auch das besondere Augenmerk auf die Zahngesundheit bei Kitakindern durch die Mitarbeiter*innen in den Einrichtungen selbst wirkt sich positiv aus.

Zahngesundheit und -pflege korrelieren deutlich mit dem Sozialstatus und der Herkunft der Eltern¹⁵. So hatten mehr als 30 % der Kinder aus sozial benachteiligten Familien kariöse Zähne. Bei Kindern mit einem hohen Sozialstatus betraf das lediglich 2 % der Kinder.

Abbildung 17: Gebisszustand der Kinder in Abhängigkeit von Herkunft, Sozialstatus und Kitabesuchsdauer (in Prozent)



6.2 Gesundheitsrelevantes Risikoverhalten

Neben Vorsorge und präventiven Leistungen können weitere Faktoren die kindliche Entwicklung und Gesundheit beeinflussen. Dazu gehört beispielsweise der Fernseh- und Medienkonsum der Kinder, aber auch das Rauchverhalten der Eltern, dem die Kinder (meistens) passiv ausgesetzt werden.

6.2.1 Medienkonsum

Medienkonsum in seinen vielfältigen Formen ist in der heutigen Zeit gesellschaftlich nicht mehr wegzudenken. Aber gerade im Kindesalter kann sich (übermäßiger) Medienkonsum negativ auf die Entwicklung der körperlichen und geistigen Gesundheit auswirken¹⁶. Insbesondere die sprachliche Entwicklung kann dadurch negativ beeinflusst werden¹⁷.

¹⁵ Vgl. Schenk, Knopf (2007), S 656.

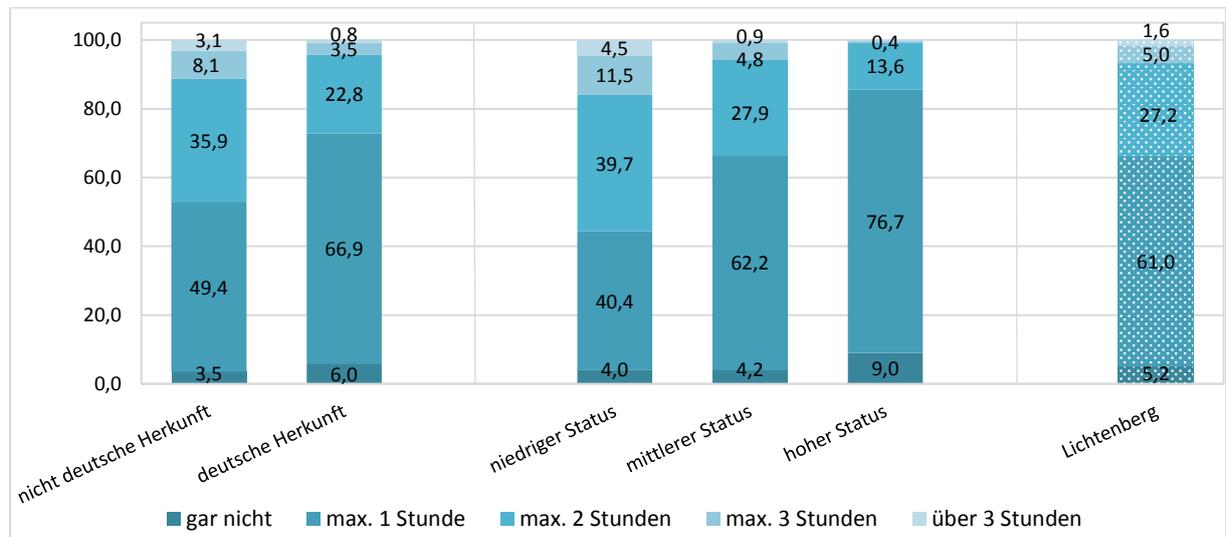
¹⁶ Vgl. Bode (2014), S. 240 f.

¹⁷ Vgl. von Kries et al. (2006), S 615.

Vor diesem Hintergrund wird mithilfe des Elternfragebogens auf freiwilliger Basis der Medienkonsum der Einschüler*innen abgefragt. Dazu gehört neben der Dauer des täglichen Fernseh- und Spielekonsums auch die Frage, ob ein Kind einen eigenen Fernseher besitzt. Die Auswertung zeigt, dass 5 % der Einschüler*innen nicht täglich Zeit vor dem Fernseher verbrachten. Die Mehrheit (61 %) sahen eine Stunde am Tag fern. Etwa ein Viertel (27 %) konsumierte laut den Angaben ihrer Eltern bis zu zwei Stunden pro Tag Fernsehen. Die verbleibenden 6 % saßen täglich mehr als zwei Stunden vor dem TV-Gerät.

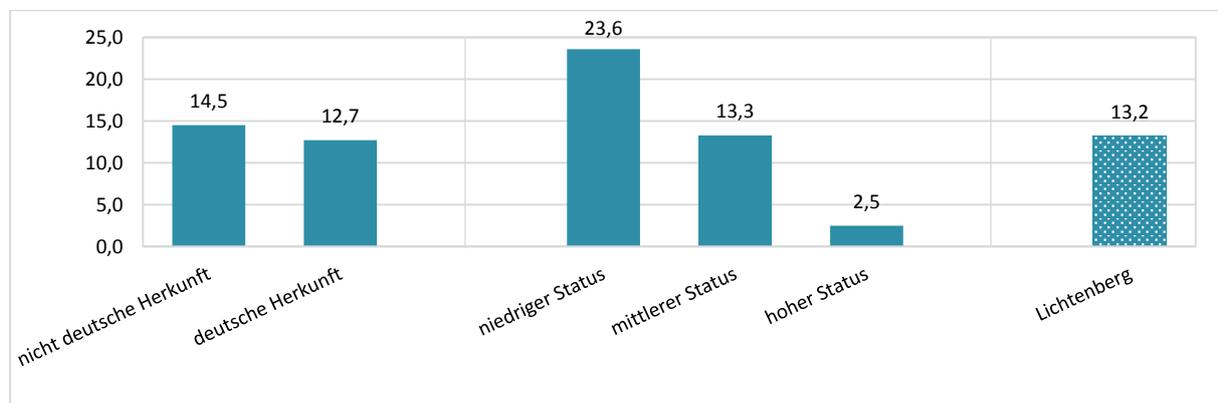
Kinder nicht deutscher Herkunft sahen oftmals länger fern als Kinder in deutschen Familien. Fast die Hälfte aller Kinder mit Migrationshintergrund nutzte mindestens für zwei Stunden am Tag den Fernseher.

Abbildung 18: Täglicher Fernsehkonsum der Kinder nach Sozialstatus und Herkunft (in Prozent)



Das Vorhandensein eines eigenen Fernsehers verleitet die Kinder nicht nur zu einem längeren Fernsehkonsum, sondern entzieht den Eltern auch ein Stück weit die Kontrolle über die konsumierten Programme und Inhalte¹⁸. Der Anteil mit eigenem TV-Gerät war bei denjenigen Einschüler*innen mit niedrigem Sozialstatus am höchsten: Dort besaß jedes vierte Kind bereits im Vorschulalter einen eigenen Fernseher. Dahingehend hatten Kinder mit hohem Sozialstatus nur in Einzelfällen einen eigenen Fernseher (2,5 %).

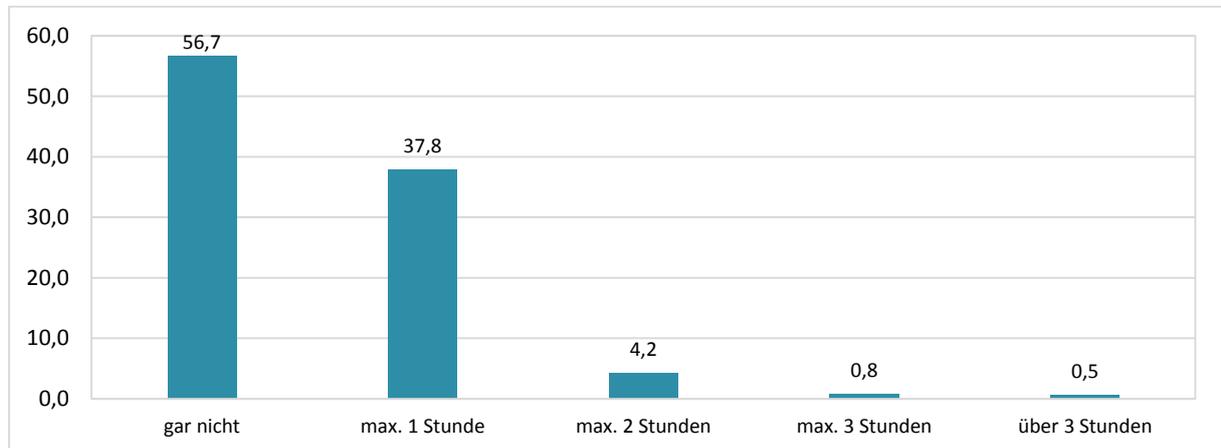
Abbildung 19: Anteil der Kinder mit eigenem Fernsehgerät nach Herkunft und Sozialstatus (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)



¹⁸ Vgl. Thyen et al. (2009), S. 53.

Die Nutzung elektronischer Spiele, zu denen beispielsweise Handy- oder Computerspiele, Tablets oder Spielekonsolen gehören, schien im Vorschulalter bislang noch nicht so verbreitet zu sein wie Fernsehen. Laut Angaben der Eltern nutzten insgesamt 57 % der Kinder gar keine elektronischen Spiele. Bei den Einschüler*innen, die elektronische Spiele benutzen durften, spielten die meisten durchschnittlich eine Stunde am Tag.

Abbildung 20: Anteil der Kinder, die elektronische Spiele spielen nach täglicher Spieldauer (in Prozent)



6.2.2 Rauchverhalten der Eltern

Wenn Eltern rauchen, sind die Kinder oft dem Passivrauch ausgesetzt. Das kann sich besonders im Kindesalter auf die Gesundheit, zum Beispiel die Entwicklung des Organsystems, negativ auswirken.¹⁹

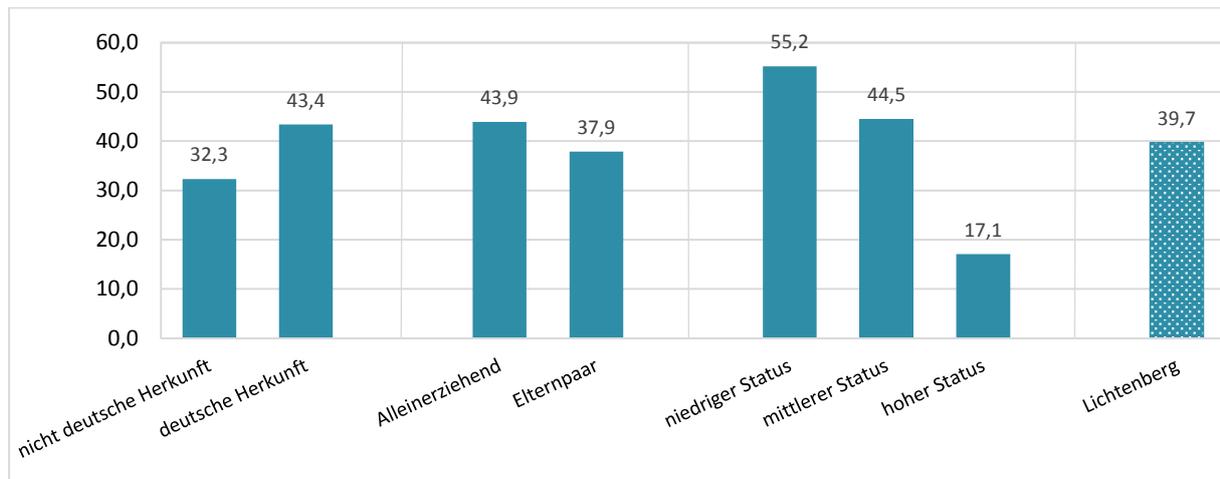
In knapp 40 % der Haushalte der Einschüler*innen rauchte mindestens einer der beiden Elternteile. Dabei wurde in deutschen Familien häufiger (43 %) geraucht als in Familien nicht deutscher Herkunft (32 %).

Auch die soziale Herkunft korreliert mit dem Rauchverhalten der Eltern. So wurde in Haushalten mit niedrigem Sozialstatus drei Mal so häufig geraucht wie in Familien mit hohem Sozialstatus. Bei den befragten Eltern mit mittlerem Status war der Anteil an Raucher*innen noch 2,5-fach höher als in sozial gut situierten Familien. Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) des Robert Koch-Instituts, in der festgestellt wurde, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus vielfach häufiger Passivrauch ausgesetzt sind als Kinder aus einem Elternhaus mit hohem Sozialstatus²⁰.

¹⁹ Vgl. Lampert, List (2010), S. 2.

²⁰ A.a.O., S. 4.

Abbildung 21: Anteil der Familien mit mindestens einem rauchenden Elternteil nach Herkunft, Familientyp und Sozialstatus (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)



7 Gesundheitszustand und Entwicklungsauffälligkeiten

7.1 Körpergewicht

Das Körpergewicht beziehungsweise die Kategorisierung, ob Unter-, Normal- oder Übergewicht vorliegt, wird mithilfe des Body-Mass-Index (BMI) nach Kromeyer-Hauschild ermittelt. Dazu werden Körpergröße und Körpergewicht des Kindes in der Kombination mit Alter und Geschlecht herangezogen²¹.

Im Bezirk Lichtenberg hatte die Mehrheit der Einschüler*innen (84,2 %) Normalgewicht. Von Untergewicht waren knapp 5 % der untersuchten Kinder betroffen. Laut BMI galten 11 % als übergewichtig, also rund jedes zehnte Kind.

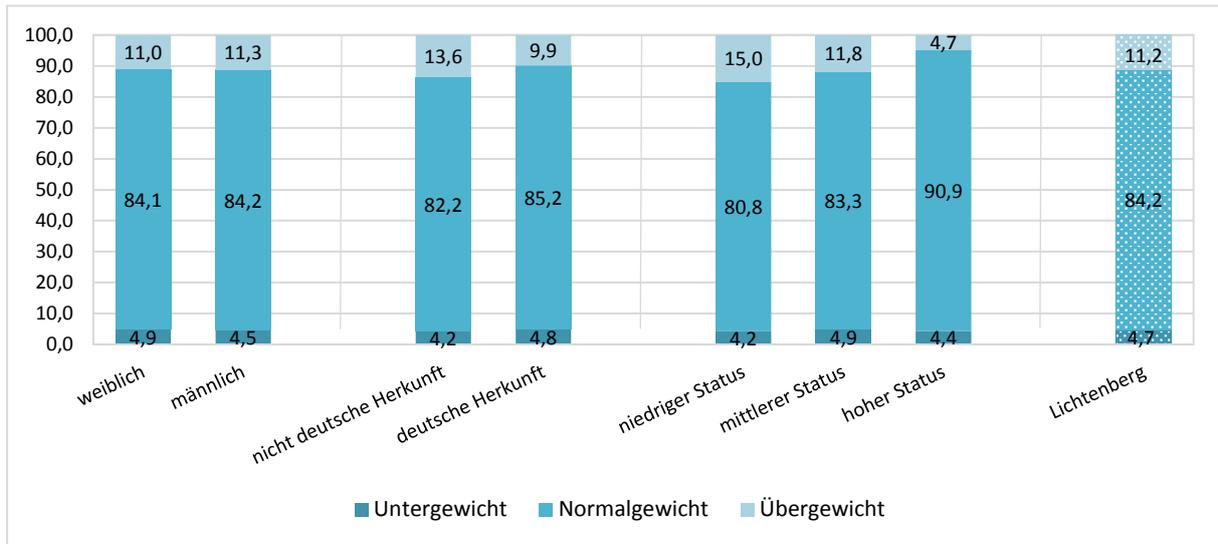
Im Vorschulalter war bei einer Differenzierung nach dem Geschlecht noch keine große Abweichung festzustellen, d.h., es bestand in etwa derselbe Anteil an Mädchen und Jungen mit Unter- beziehungsweise Übergewicht.

Die Unterscheidung der Kinder nach ihrer Herkunft lässt erkennen, dass Kinder deutscher Herkunft (4,8 %) und nicht deutsche Kinder (4,2 %) in etwa gleich häufig untergewichtig waren. Der Anteil übergewichtiger Einschüler*innen hingegen war bei Kindern aus Familien nicht deutscher Herkunft größer. So hatten fast 14 % dieser Kinder ein erhöhtes Körpergewicht im Gegensatz zu nur knapp 10 % der deutschen Einschüler*innen.

Neun von zehn Kindern (90,9 %) mit hohem Sozialstatus hatten ein normales Gewicht. Bei Einschüler*innen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus waren es nur acht von zehn Kindern (80,8 %). Der Anteil übergewichtiger Kinder war mit 15 % bei Familien mit schwachem Sozialstatus drei Mal so hoch wie bei denen mit hohem Sozialstatus (4,7 %).

²¹ Vgl. Handbuch für die Einschulungsuntersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Bezirke des Landes Berlin (2015), S. 42 f.

Abbildung 22: Körpergewicht der Kinder in Abhängigkeit von Geschlecht, Herkunft und Sozialstatus (in Prozent)



7.2 Entwicklungsauffälligkeiten

Neben körperlichen Grunddaten, wie Größe und Gewicht, wird alljährlich im Rahmen der Einschulungsuntersuchung auch die Entwicklung der Kinder genau untersucht. Dabei werden verschiedene Aspekte der motorischen, sprachlichen und kognitiven Entwicklung, die für den Schulbesuch von Relevanz sind, abgeprüft.

Die Testung erfolgt standardisiert mithilfe des Screenings des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen (S-ENS) Manuals. Lediglich die Tests zur Überprüfung der Fähigkeiten zur Pluralbildung und des Mengenvorwissens entstammen in ihrer Form dem Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS) Manual. Die emotional-soziale Entwicklung wird rein subjektiv erhoben.

Die Fähigkeiten der Kinder werden dann in die Kategorien unauffällig, grenzwertig und auffällig eingeordnet. Im nachfolgenden Kapitel werden ausschließlich diejenigen Kinder mit auffälligen Testresultaten näher betrachtet.

7.2.1 Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung

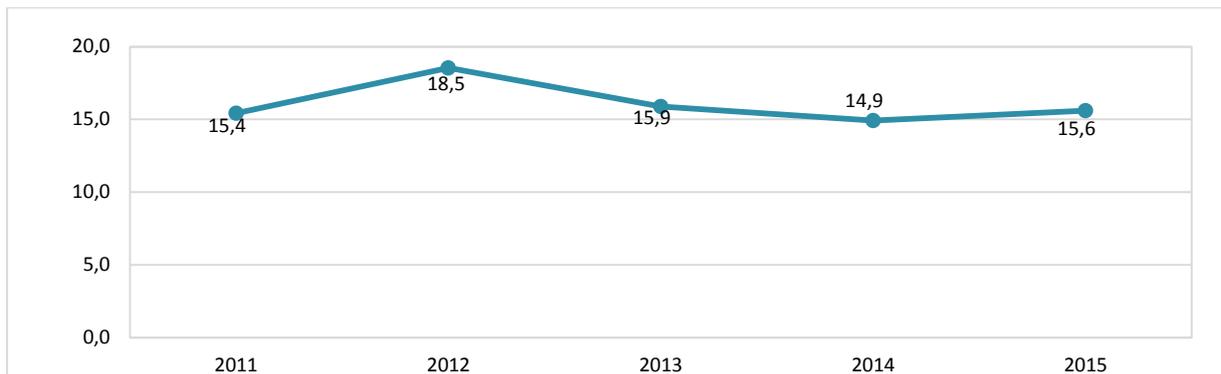
Die motorische Entwicklung im Vorschulalter wird mithilfe von S-ENS erfasst. Dabei werden jeweils mit einem Testverfahren die grobmotorischen sowie die feinmotorischen Fähigkeiten untersucht²².

Der Screeningtest Körperkoordination evaluiert die grobmotorischen Fähigkeiten der Vorschüler*innen. Dazu sollen die Kinder mit beiden Beinen innerhalb einer vorgegebenen Zeit so oft sie können über eine Linie hin- und herspringen.

Im Zeitverlauf betrachtet hat sich der Anteil der Einschüler*innen mit auffälligen Testergebnissen trotz Schwankungen nicht merklich verändert. Bereits 2011 lag diese Quote bei 15,4 %. Dieses Jahr lag sie bei 15,6 %.

²² Vgl. Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2015, S. 67.

Abbildung 23: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test Körperkoordination seit 2011 (in Prozent)

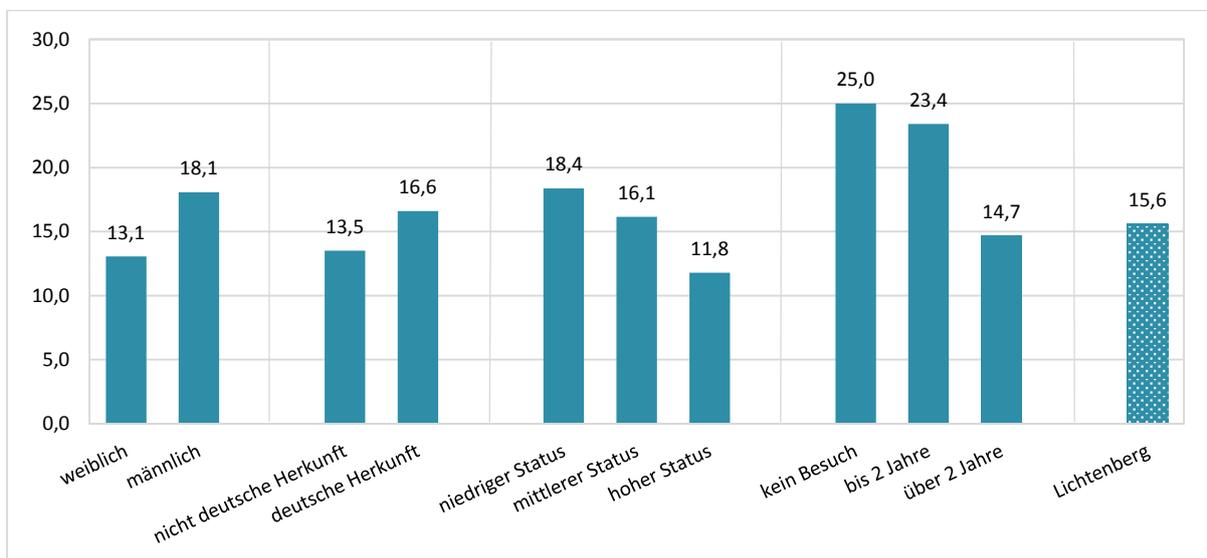


18,1 % der Jungen wiesen eine auffällige Körperkoordination auf, wohingegen von den gleichaltrigen Mädchen nur 13,5 % betroffen waren.

Deutsche Kinder hatten häufiger (16,6 %) Defizite in der Körperkoordination als Kinder aus Familien nicht deutscher Herkunft (13,5 %).

Die soziale Herkunft spiegelte sich ebenso wie ein Kitabesuch in den ermittelten Ergebnissen wider: So hatte bei den Kindern mit niedrigem Sozialstatus fast jedes fünfte Kind Auffälligkeiten in der Körperkoordination; bei Kindern, die nicht in eine Kita gegangen sind, betraf das sogar jedes vierte Kind. Demgegenüber waren die koordinativen Fähigkeiten bei Kindern mit einer Besuchsdauer von über zwei Jahren deutlich seltener auffällig. Auch wissenschaftliche Studien belegen, dass die motorische Entwicklung durch einen regelmäßigen Kitabesuch positiv beeinflusst werden kann²³.

Abbildung 24: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test zur Körperkoordination nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Kitabesuchsdauer (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)



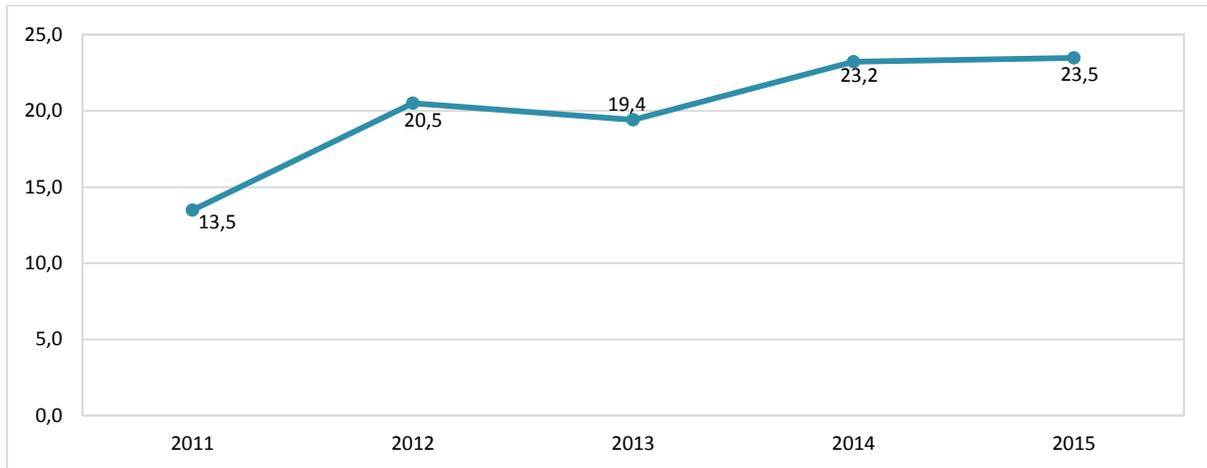
Der Test zur Visuomotorik dient der Analyse der visuellen, visuomotorischen sowie der feinmotorischen Fähigkeiten. Während des Tests werden die Kinder gebeten, Bilder zu vervollständigen (Gestaltrekonstruktion) sowie andere Motive abzuzeichnen (Gestaltreproduktion)²⁴.

²³ Vgl. Gottschling-Lang et al. (2016), S. 31.

²⁴ Vgl. Döpfner et al. (2005), S.8.

Der Anteil an Vorschulkindern, für die der Test im Bereich Visuomotorik eine Herausforderung darstellte, ist in den letzten fünf Jahren um 10 % auf 23,5 % angestiegen. D.h., dass 2015 fast jedes vierte Kind einen auffälligen Befund im Test zur Visuomotorik aufwies.

Abbildung 25: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden im Bereich der Visuomotorik seit 2011 (in Prozent)

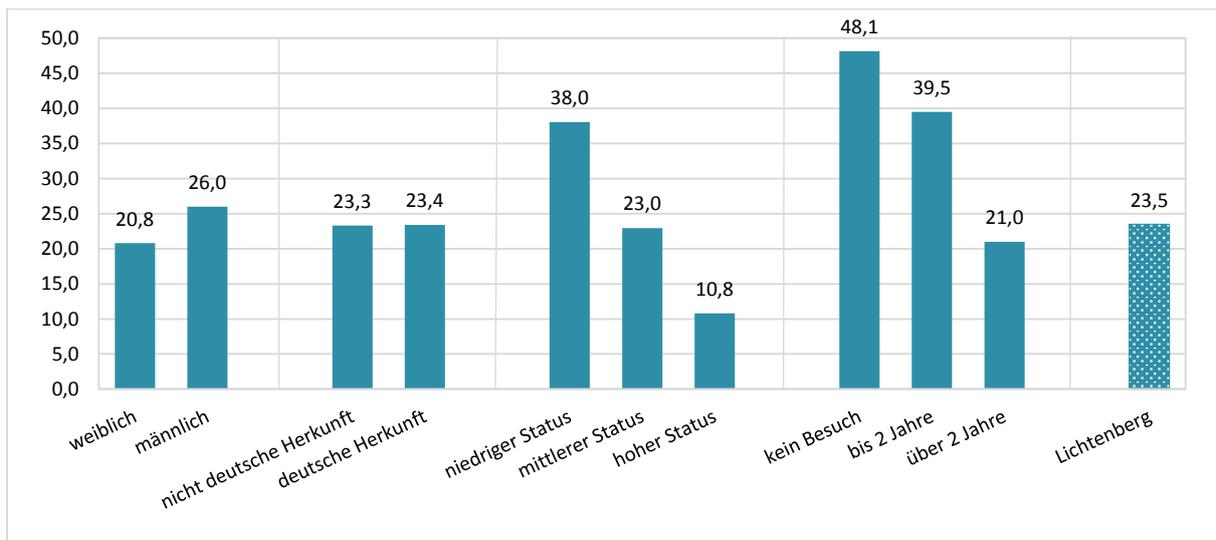


Auch bei diesem Test zeigten Jungen häufiger Auffälligkeiten als ihre weiblichen Altersgenossinnen.

Die Herkunft spielte für Auffälligkeiten in der Visuomotorik keine Rolle. Der Sozialstatus hingegen schon: Während nur knapp 11 % der Kinder mit hohem Sozialstatus den Test nicht bestanden, erzielte ein Viertel (23 %) der Einschüler*innen mit mittlerem Status und zwei Fünftel (38 %) derjenigen mit niedrigem Status auffällige Ergebnisse.

Wie bei dem Test zur Körperkoordination zeichnete sich auch hier dasselbe Bild ab: Kinder, die mindestens zwei Jahre in eine Kita gingen, wiesen weniger als halb so oft auffällige Befunde auf als diejenigen, die keine Kita besuchten.

Abbildung 26: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden im Bereich Visuomotorik nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Kitabesuchsdauer (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)



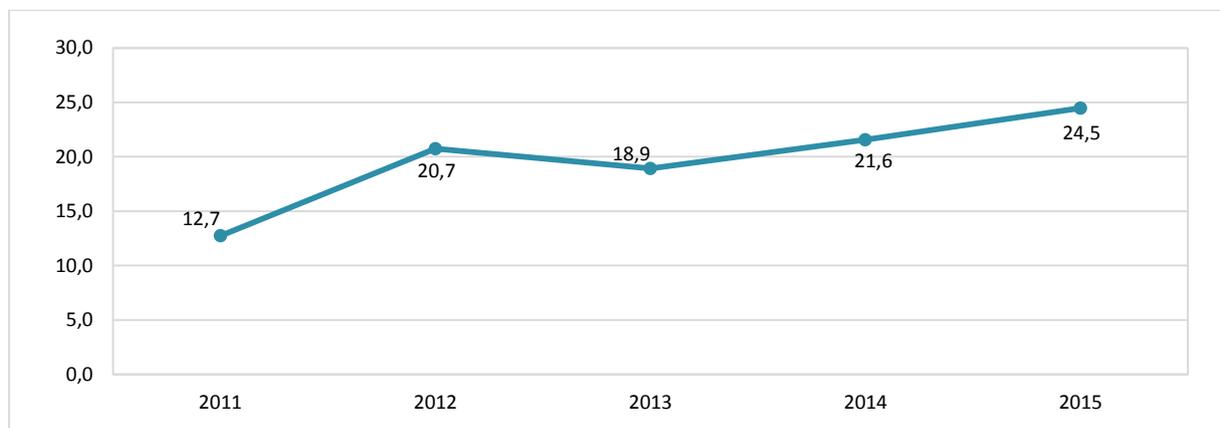
7.2.2 Auffälligkeiten in der kognitiven Entwicklung

Kognitive Fähigkeiten in der kindlichen Entwicklung werden u.a. durch soziale Einflussfaktoren geprägt²⁵. Der kognitive (geistige/intellektuelle) Entwicklungsstand der Einschüler*innen wird mithilfe des S-ENS-Screeningverfahrens zur visuellen Wahrnehmung und dem SOPESS-Test zum Mengenvorwissen überprüft.

Im Einschulungstest zur visuellen Wahrnehmung wird das Kind gebeten, auf fünf vorgegebenen Bildern eine Regel zu erkennen und dasjenige Bild auszuwählen, was zu den drei anderen passt. In einem weiteren Test soll das Kind dasjenige Bild erkennen, das der Vorlage exakt entspricht. Der Test prüft neben basalen visuellen auch schlussfolgernde Fähigkeiten ab²⁶. Die visuelle Wahrnehmung ist in der Schule von Bedeutung, um zum Beispiel Buchstaben- und Zahlenfolgen lesen zu können.

Bei der visuellen Wahrnehmung zeichnet sich ein mit der Entwicklung der Visuomotorik der Kinder vergleichbares Bild ab: Die Rate der Kinder mit auffälligem Befund hat sich von 12,7 % im Jahr 2011 bis zum Schuljahr 2015/16 auf 24,5 % fast verdoppelt.

Abbildung 27: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test visuelle Wahrnehmung seit 2011 (in Prozent)



Wie im Fall der vorhergehenden Tests waren auch hier männliche Vorschüler etwas häufiger betroffen als weibliche Vorschülerinnen.

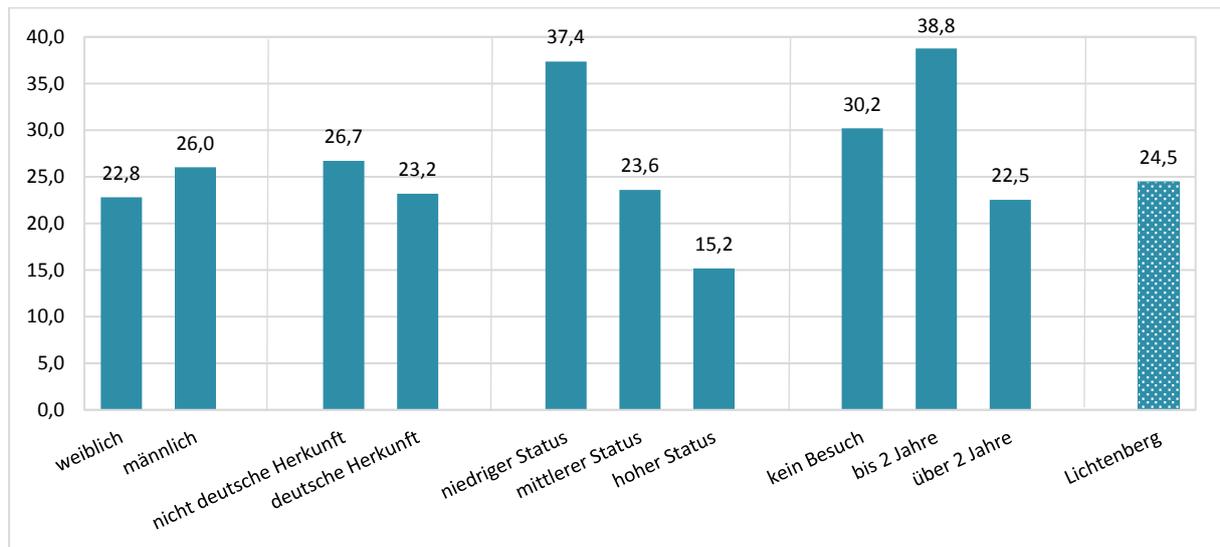
Kinder nicht deutscher Herkunft wiesen ebenfalls etwas häufiger (26,7 %) Defizite in der visuellen Wahrnehmung auf als ihre deutschen Altersgenoss*innen (23,2 %).

Analog zu den vorhergehenden Tests korrelierte der Sozialstatus mit den Testergebnissen: Ein niedriger Sozialstatus brachte weitaus häufiger auffällige Testbefunde hervor als ein mittlerer oder hoher Sozialstatus.

²⁵ Vgl. Thyen et al (2009), S. 28.

²⁶ Vgl. Döpfner et al. (2005), S 10.

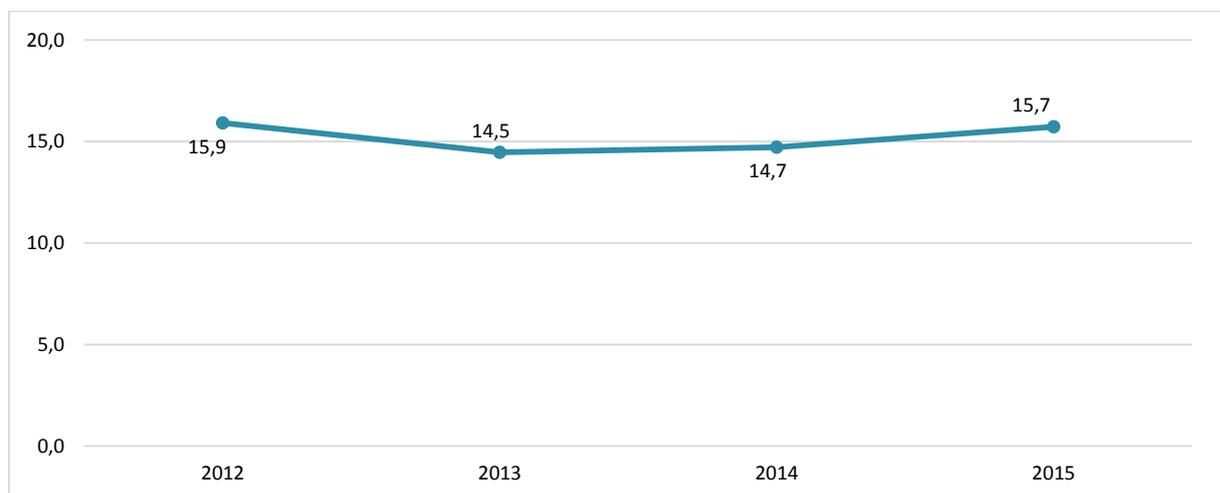
Abbildung 28: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden im Bereich der visuellen Wahrnehmung nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Kitabesuchsdauer (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)



Der Test zum Mengenvorwissen besteht aus zwei Untertests. Die Simultanerfassung soll ermitteln, ob das Kind in der Lage ist, mehrere Gegenstände, ohne sie genau durchzuzählen, zu schätzen. Die Aufgabe zum Mengenvergleich fordert den mengenmäßigen Vergleich mit einer anderen Anzahl desselben Gegenstandes ab, zum Beispiel mit Bällen. Beide Fähigkeiten gehören zu den mathematischen Vorläuferfähigkeiten²⁷.

Vergleichbar mit den Testergebnissen zur Körperkoordination ist der Anteil der Einschüler*innen mit Schwächen beim Mengenvorwissen seit Jahren etwa konstant.

Abbildung 29: Anteil der Kinder mit auffälligen Ergebnissen beim Test Mengenvorwissen seit 2012 (in Prozent)



Die Unterscheidung nach Geschlecht förderte kaum Disparitäten zutage.

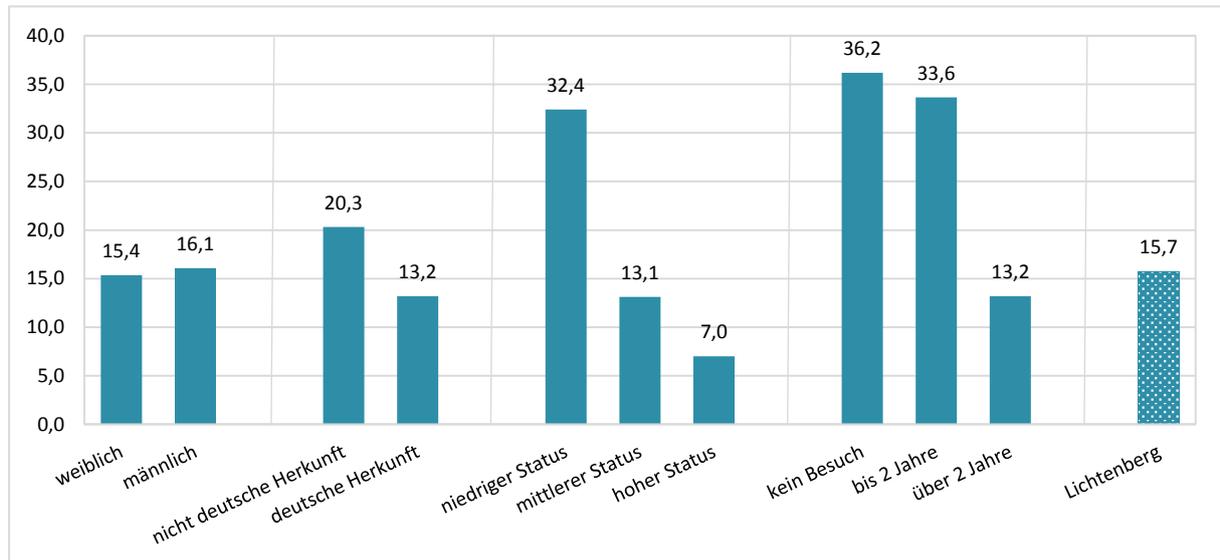
Etwa jedes fünfte Kind (20,3 %) aus einer Familie mit nicht deutschen Wurzeln wies in diesem Feld Defizite auf. Bei den deutschen Kindern betraf dies nur etwas mehr als jedes zehnte Kind (13,2 %).

Die soziale Herkunft und eine Kitabesuchsdauer von unter zwei Jahren wiesen erhebliche Unterschiede in den Testergebnissen auf. So war etwa ein Drittel aller untersuchten Kinder mit niedrigem Sozialstatus

²⁷ Vgl. Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2015, S. 74.

(32,4 %) beziehungsweise mit einem Kitabesuch von weniger als zwei Jahren (33,6 %) oder gar keinem Kitabesuch betroffen (36,2 %).

Abbildung 30: Anteil der Kinder mit auffälligen Ergebnissen beim Test Mengenvorwissen nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Kitabesuchsdauer (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)



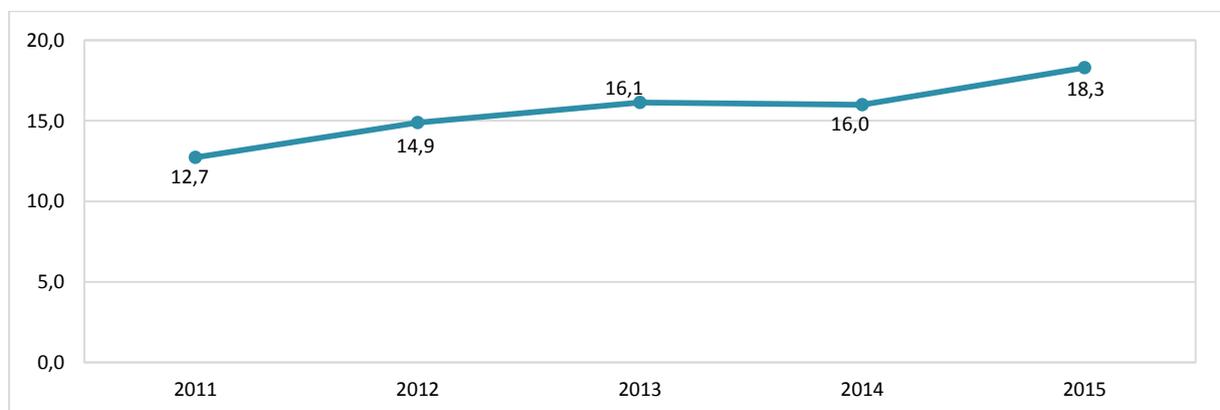
7.2.3 Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung

Da in der Schule ein großer Teil des Lehrstoffs mithilfe von Sprache vermittelt wird, ist diese Entwicklungskomponente besonders wichtig für den schulischen Erfolg²⁸. Im Rahmen der Sprachtestung der Einschulungsuntersuchungen müssen die Kinder fünf Tests absolvieren.

Bei dem ersten dieser Tests geht es darum, dass die Einschüler*innen sogenannte „Pseudowörter“, d.h. Quatschwörter (z.B. „Zippelzack“) nachsprechen, die Ihnen vorgesagt werden. Damit werden die Gedächtnisspanne sowie die Artikulationsgenauigkeit ermittelt²⁹.

Der Blick auf den zeitlichen Verlauf seit 2011 verdeutlicht, dass bei den Vorschulkindern im Bezirk Lichtenberg in den letzten Jahren eine Zunahme von Kindern mit Schwierigkeiten beim Nachsprechen von Pseudowörtern stattfand. Demnach stieg der Anteil von knapp 13 % im Jahr 2011 auf etwas mehr als 18 % im Jahr 2015.

Abbildung 31: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test Pseudowörter nachsprechen seit 2011 (in Prozent)



²⁸ Vgl. Oldenhage et al. (2009), S. 645.

²⁹ Vgl. Döpfner et al. (2005), S 11.

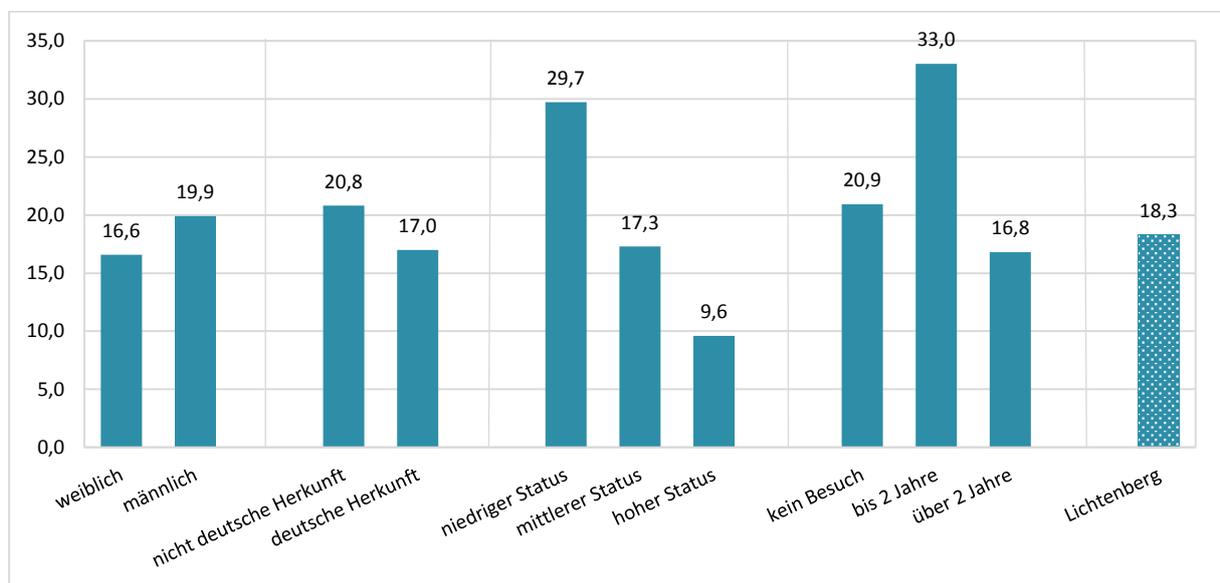
Unterschiede in den Testergebnissen von Jungen und Mädchen wurden ermittelt. Die männlichen Einschüler hatten demnach etwas häufiger (20 %) Probleme, die Quatschwörter nachzusprechen als ihre weiblichen Altersgenossinnen (16,6 %).

Gleichermaßen hatten Kinder nicht deutscher Herkunft öfter Schwierigkeiten, die Aufgabe adäquat zu erfüllen.

Die gravierendsten Abweichungen zeigten jedoch die Differenzierung nach dem Sozialstatus und der Dauer des Kitabesuchs. Demnach wies von den Kindern aus einem Elternhaus mit niedrigem Sozialstatus jedes Dritte (29,7 %) einen auffälligen Befund auf. Beim mittleren Sozialstatus betraf das fast jedes fünfte Kind (17,3 %) und beim hohen Sozialstatus nur eins von zehn Kindern (9,6 %).

Einschüler*innen mit einer Kitabesuchsdauer von bis zu zwei Jahren brachten die schlechtesten Ergebnisse hervor: Hier war ein Drittel (33 %) der Kinder betroffen. Bei Kindern, die länger eine Kita besuchten, halbiert sich dieser Anteil (16,8 %).

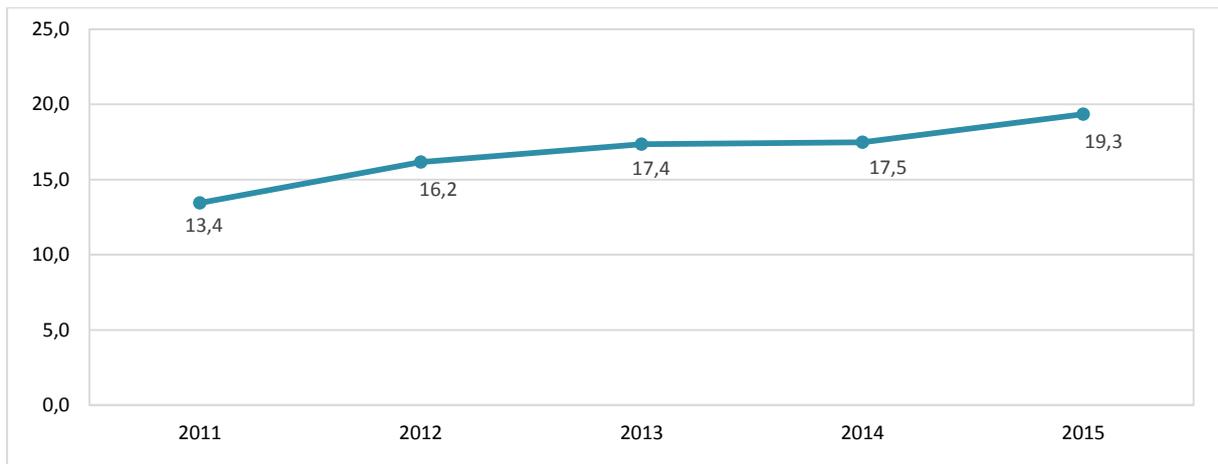
Abbildung 32: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test Pseudowörter nachsprechen nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Kitabesuchsdauer (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)



Eine weitere Möglichkeit, zur Feststellung der sprachlichen Entwicklung, stellt der Test „Wörter ergänzen“ dar, währenddessen dem Kind Wörter vorgesprochen werden, bei denen Laute ausgelassen werden. Das Kind hat dann die Aufgabe diese Wörter dann korrigiert aussprechen.

Vergleichbar mit dem vorhergehenden Test stieg auch hierbei der Anteil an Kindern mit auffälligen Befunden seit 2011 um ca. 6 % an.

Abbildung 33: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test Wörter ergänzen seit 2011 (in Prozent)



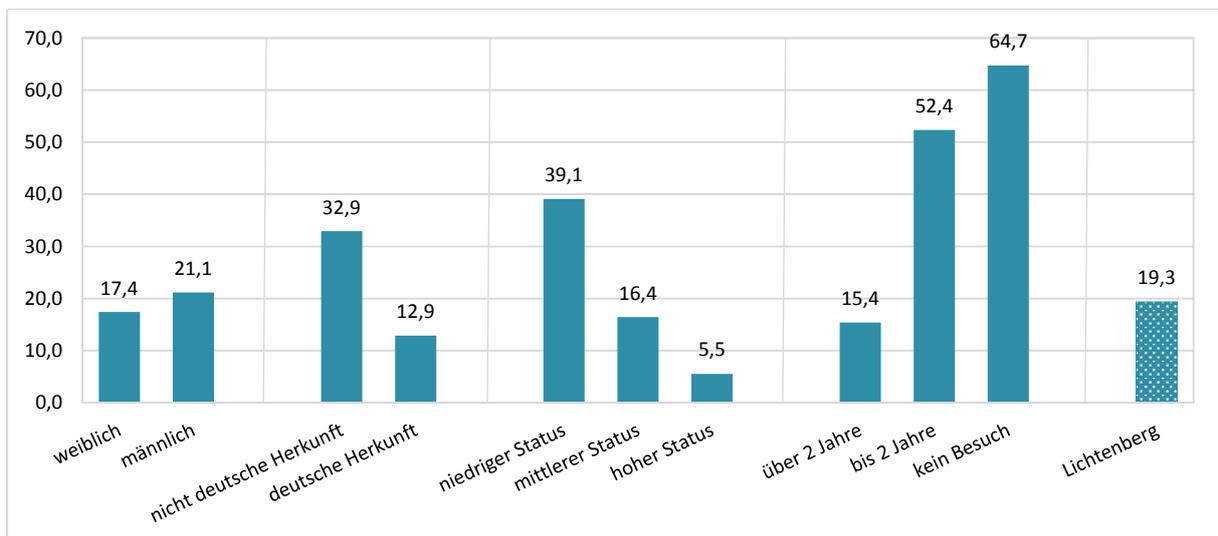
Auch hierbei zeigten sich geschlechtsspezifische Unterschiede: So waren Jungen (21,1 %) etwas häufiger von Schwierigkeiten mit dem Ergänzen von Wörtern betroffen als gleichaltrige Mädchen (17,4 %).

Einschüler*innen aus nicht deutschen Elternhäusern waren fast dreifach so häufig betroffen wie diejenigen aus deutschen Familien.

Der niedrige Sozialstatus eines Kindes verachtfacht die Wahrscheinlichkeit (39,1 %), dass das betreffende Kind beim Test „Wörter ergänzen“ als auffällig befundet wurde, im Vergleich zu einem Kind aus einem sozial gut situierten Elternhaus (5,5 %).

Bei Einschüler*innen, die im Vorfeld der Einschulungsuntersuchung keine Kita besuchten, lag der Anteil an Kindern mit auffälligen Testergebnissen sogar bei weit über 60 %.

Abbildung 34: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test Wörter ergänzen nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Kitabesuchsdauer (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)

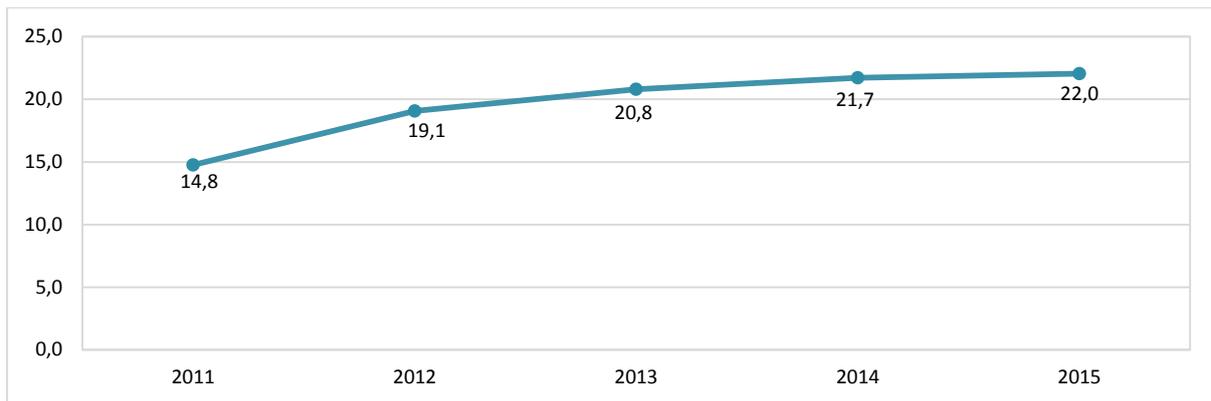


Während des Tests „Sätze nachsprechen“ wird dem Kind ein ganzer Satz vorgesprochen, der nachgesprochen werden soll. Dieser Test zielt auf die Überprüfung der expressiven Sprachentwicklung ab³⁰.

Einschüler*innen, die 2015 untersucht wurden, wiesen deutlich häufiger sprachliche Defizite (22,0 %) auf als Gleichaltrige im Jahr 2011 (14,8 %).

³⁰ Vgl. Döpfner et al. (2005), S 11.

Abbildung 35: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test Sätze nachsprechen seit 2011 (in Prozent)

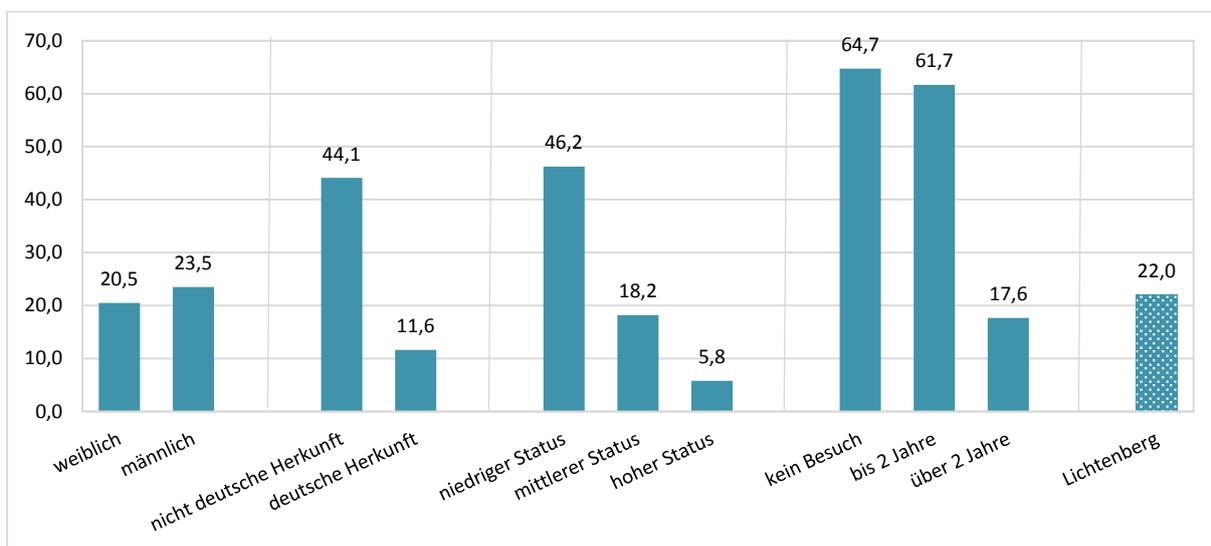


Jungen wiesen auch beim Nachsprechen von Sätzen häufiger Schwächen auf als Mädchen.

Darüber hinaus schnitten Kinder mit nicht deutschen Wurzeln vier Mal so oft die Testung mit auffälligem Befund ab wie deutsche Einschüler*innen.

Am häufigsten litten jedoch Kinder, die keine Kita besucht haben, an Mängeln in der sprachlichen Entwicklung (65 %), dicht gefolgt von Kindern, die für einen Zeitraum von weniger als zwei Jahren eine Kita besuchten (62 %). Dahingegen hatten von den Vorschüler*innen, die mindestens zwei Jahre in einer Kita verbrachten, nur 17,6 % Probleme.

Abbildung 36: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test Sätze nachsprechen nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Kitabesuchsdauer (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)

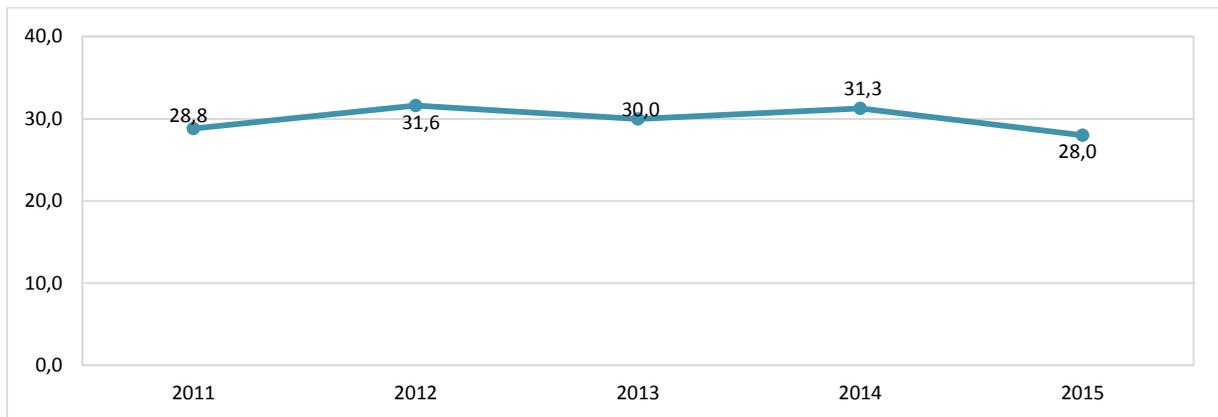


Mithilfe des Tests zur Artikulation werden bei den Kindern zehn festgelegte Lautgruppen überprüft. Kinder, die Artikulationsdefizite haben, sind in ihrer Kommunikationsfähigkeit gestört³¹.

Seit dem Jahr 2011 hat es im Segment der Artikulationsfehler keine nennenswerten Veränderungen gegeben. Die Ergebnisse schwankten im Zeitverlauf zwischen 28,8 % im Jahr 2011 und 28,0 % im Jahr 2015.

³¹ Vgl. Döpfner et al. (2005), S 12.

Abbildung 37: Anteil der Kinder mit Artikulationsfehlern (in Prozent)

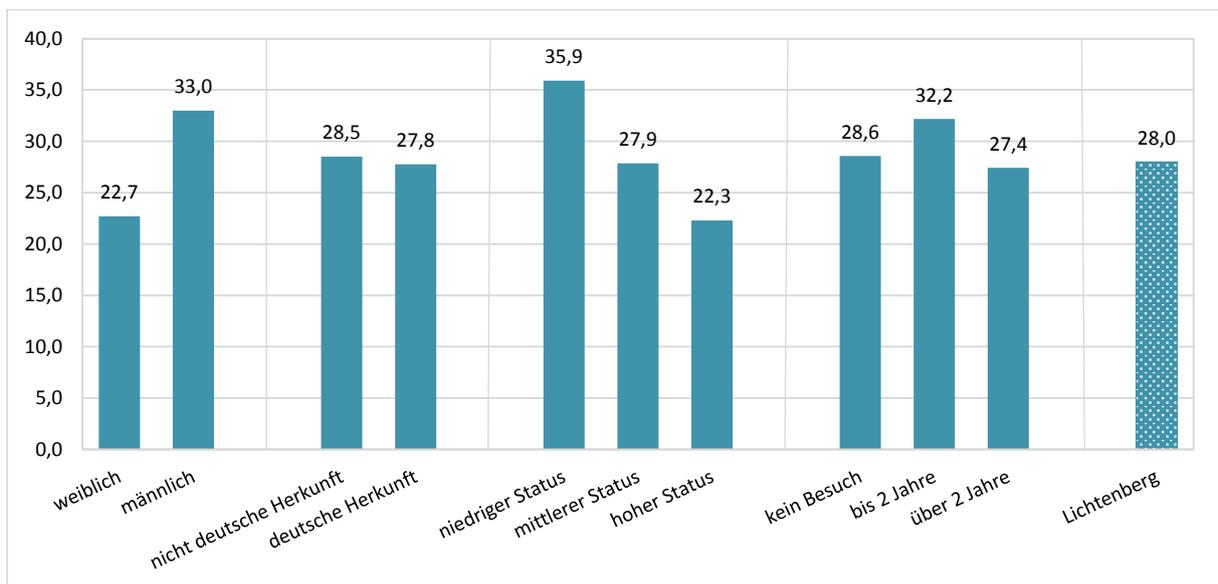


Bei der Artikulation von Lautgruppen wiesen Jungen mit einem Drittel (33 %) höhere Defizite auf als Mädchen (22,7 %).

Die Herkunft spielte bei den Ergebnissen dieses Tests keine Rolle. Für den sozialen Status der Kinder gilt: Je höher der Status, desto niedriger ist der Anteil derjenigen Kinder mit Artikulationsproblemen.

Der Kitabesuch wirkte sich positiv auf die Lautbildung bei den Kindern aus. So zeigten sich unterschiedliche Resultate bei der Artikulationsfähigkeit der Kinder abhängig davon, ob sie die Kita kürzer oder länger als 24 Monate besuchten.

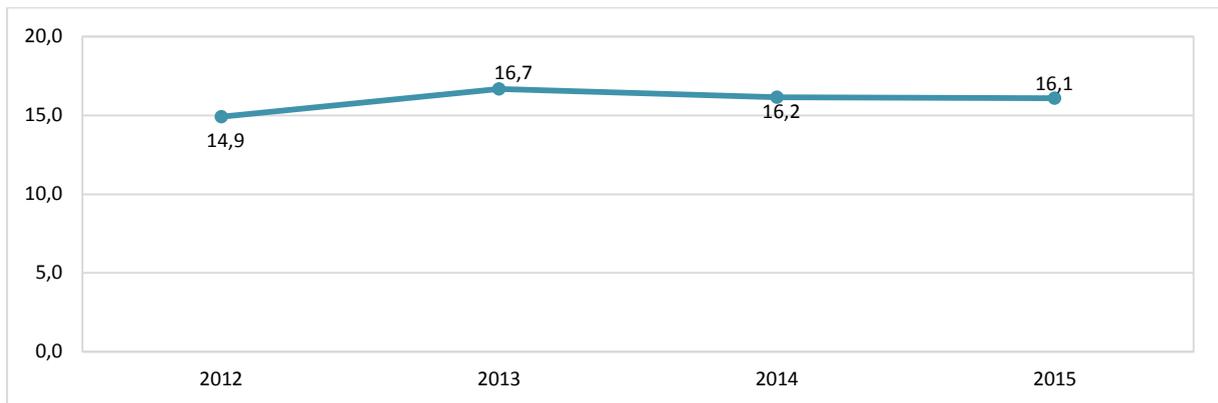
Abbildung 38: Kinder mit Artikulationsfehlern nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Kitabesuchsdauer (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)



Die Testung zur „Pluralbildung“ basiert auf dem SOPESS-Manual. Das Vorschulkind bekommt die Aufgabe, zu bestimmten Wörtern den korrekten Plural zu bilden.

Der Test wurde erst 2012 in die Einschulungsuntersuchung aufgenommen. Eine leichte Zunahme (1 %) an Einschüler*innen mit auffälligen Ergebnissen in diesem Test lässt sich für den zeitlichen Verlauf der vergangenen Jahre konstatieren.

Abbildung 39: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test Pluralbildung seit 2012 (in Prozent)

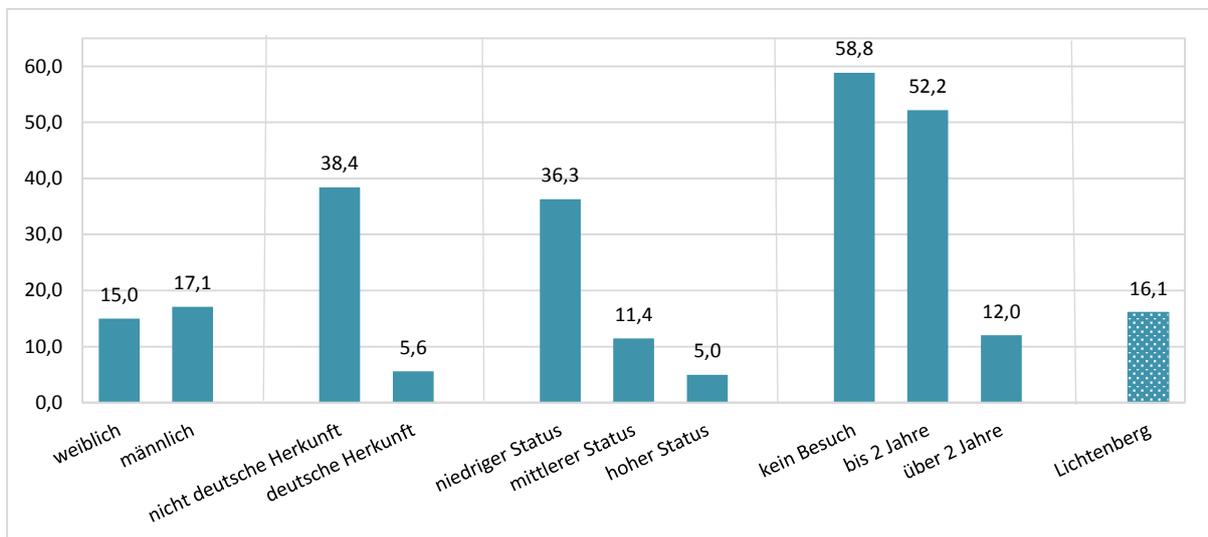


Die „Pluralbildung“ bei Substantiven stellte insbesondere für Kinder aus nicht deutschen Familien eine Herausforderung dar. So waren knapp 40 % dieser Kinder nicht in der Lage, diesen Test ohne Auffälligkeiten zu absolvieren.

Auch Kinder aus einem Umfeld mit schwächerem Sozialstatus wiesen vergleichbar hohe Befundquoten auf (36 %). Sie waren demnach siebenfach öfter betroffen als gleichaltrige Kinder mit hohem Sozialstatus.

Vorschüler, die nicht in einer Kita betreut wurden, erhielten fünfmal so oft (58,8 %) den Befund „auffällig“ wie Kinder, die mehr als zwei Jahre eine Kita besuchten (12,0 %).

Abbildung 40: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test Pluralbildung nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Kitabesuchsdauer (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)

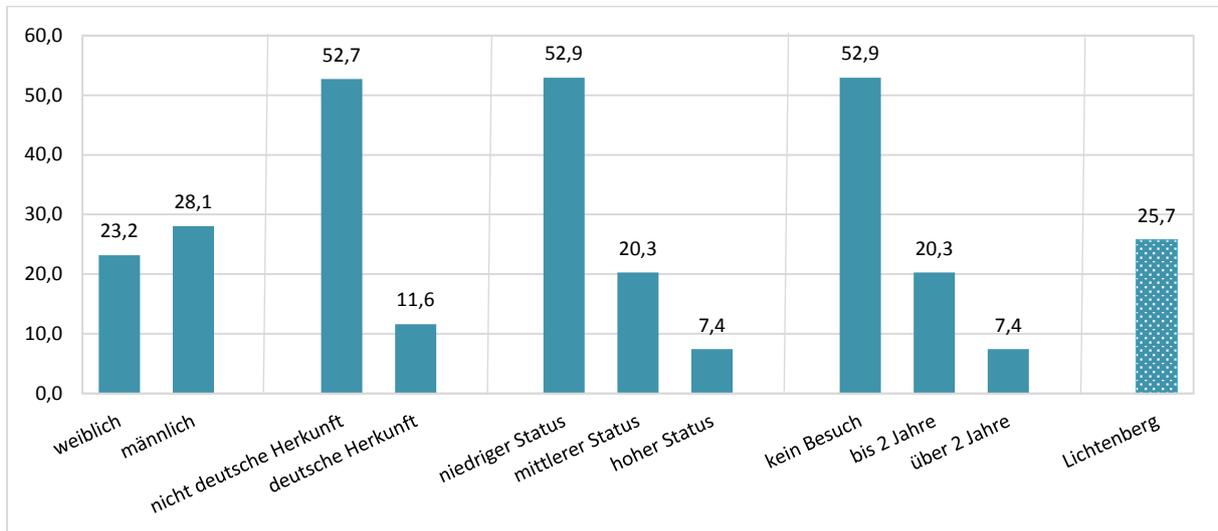


Der Indikator „Sprachdefizite“ stellt eine Kombination der ermittelten Ergebnisse „Sätze nachsprechen“ und den Kenntnissen der deutschen Sprache bei Kindern nicht deutscher Herkunft dar. Der Indikator erfasst drei Kategorien von Kindern:

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

Während der Anteil an betroffenen Einschüler*innen in den letzten Jahren insgesamt leicht anstieg, wird aus Abbildung 41 ersichtlich, dass jeweils über die Hälfte der Kinder aus nicht deutschem Elternhaus (52,7 %), mit niedrigem Sozialstatus (52,9 %) beziehungsweise ohne Kitabesuch (52,9 %) Sprachdefizite aufwiesen.

Abbildung 41: Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Kitabesuchsdauer (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)

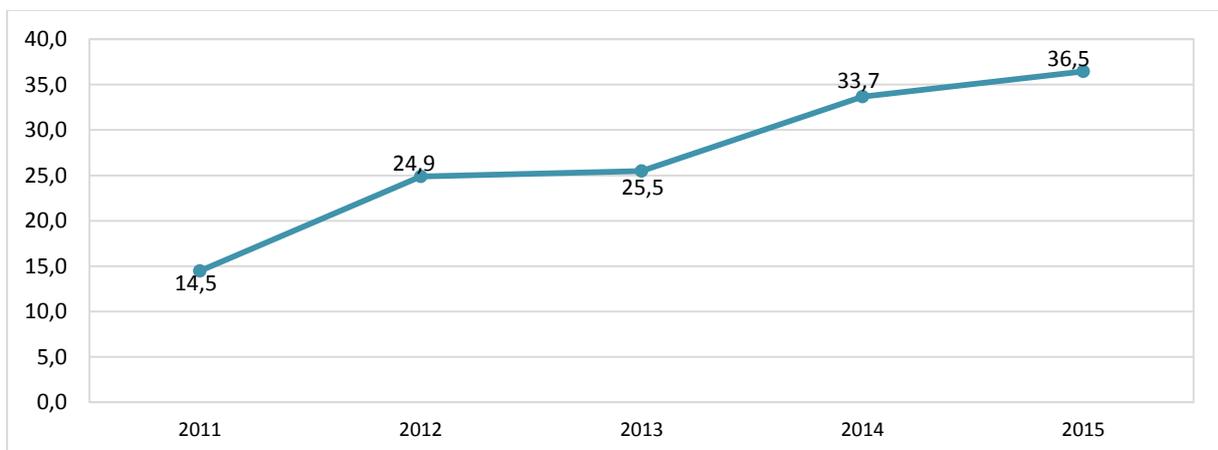


7.2.4 Auffälligkeiten in der emotional-sozialen Entwicklung

Ebenso wie die Kognition wird die emotional-soziale Entwicklung durch das soziale Umfeld beeinflusst und geprägt³². Die Einschätzung der emotional-sozialen Entwicklung der Einschüler*innen erfolgt während der Untersuchung des Kindes nicht standardisiert und ist somit eine rein subjektive Einschätzung der jeweils untersuchenden Ärzt*innen.

Wie Abbildung 42 verdeutlicht, fand im Verlauf der letzten fünf Jahre eine Steigerung um mehr als 100 % der Kinder mit auffälligen Befunden statt. 2015 galt mehr als jedes dritte untersuchte Kind (36,5 %) in seiner emotional-sozialen Entwicklung beeinträchtigt.

Abbildung 42: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden im Bereich emotional-soziale Entwicklung seit 2011 (in Prozent)



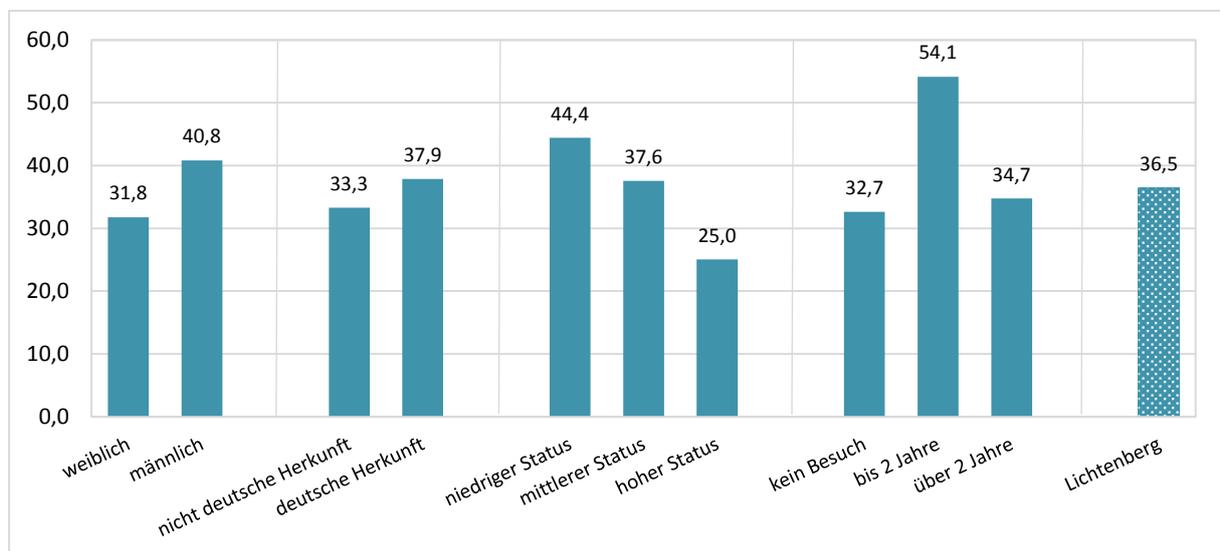
³² Vgl. Thyen et al (2009), S. 28.

Analog zu den anderen Entwicklungsfeldern sind auch im emotional-sozialen Bereich Jungen häufiger betroffen als Mädchen, was auch Studien belegen³³. Kinder deutscher Herkunft wiesen öfter Defizite im emotional-sozialen Bereich auf als Gleichaltrige nicht deutscher Herkunft.

Fast der Hälfte (44,4 %) aller Kinder mit niedrigem Sozialstatus wurde 2015 durch den KJGD ein auffälliger Befund bescheinigt. Auch jede*r dritte Vorschüler*in aus einem Elternhaus mit mittlerem Sozialstatus hatte emotional-soziale Verhaltensauffälligkeiten. Zu korrespondierenden Ergebnissen bezüglich des Zusammenhangs des Sozialstatus mit emotional-sozial auffälligem Verhalten gelangte auch eine Studie zu 3- bis 6-Jährigen in Kindertageseinrichtungen³⁴.

Am häufigsten auffällig wurden Einschüler*innen, die die Kita für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren besuchten. Dahingegen litten Kinder, die keine beziehungsweise mehr als zwei Jahre eine Kita besucht haben um circa 20 % weniger an emotional-sozial auffälligem Verhalten. Diese Erkenntnis überrascht, da sie den vorhergehenden Ergebnissen zu den Kitazeiträumen widerspricht. Eine gesonderte Untersuchung zur Ursachenforschung hierfür wäre sinnvoll.

Abbildung 43: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden im Bereich emotional-soziale Entwicklung nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Kitabesuchsdauer (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)



8 Förderempfehlungen

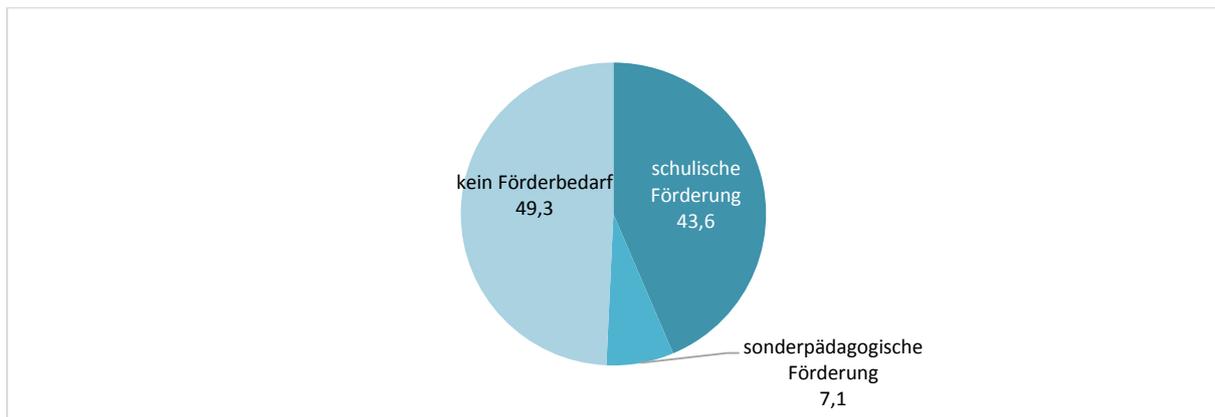
Eine Empfehlung zu einer schulischen beziehungsweise sonderpädagogischen Förderung wird nach der Einschulungsuntersuchung durch die Kinder- und Jugendmediziner*innen des Gesundheitsamtes im Bedarfsfall ausgesprochen. Dabei hat in der Regel jeder auffällige Befund eine Förderempfehlung zur Folge. Die Förderung kann in einem oder auch in mehreren Förderbereichen bestehen. Eine Ausnahme bilden Untersuchungen, in denen der/die Pädiater*in die Einschätzung trifft, dass die Auffälligkeit sich bis zum Schulbeginn, beziehungsweise durch eine eingeleitete Therapie, normalisiert.

Der Anteil an Einschüler*innen, der aufgrund von Entwicklungsdefiziten Förderbedarfe aufwies, ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen und lag 2015 bereits bei 50,7 %. Das entsprach mehr als der Hälfte aller für das aktuelle Schuljahr untersuchten Lichtenberger Kinder. Dabei hatte die Mehrheit dieser Kinder Defizite im Bereich der schulischen Förderung (43,6 %). Der restliche Anteil benötigte zusätzlich sonderpädagogische Förderung.

³³ Vgl. Rudolph et al. (2013), S. 101.

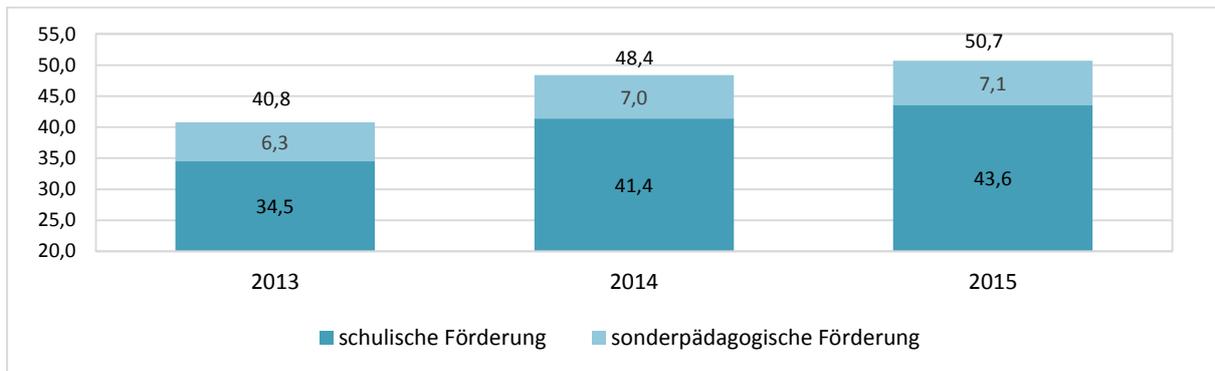
³⁴ A.a.O.

Abbildung 44: Anteil der Kinder nach Förderempfehlungen (in Prozent)



Der steigende Anteil an Kindern mit Förderbedarf ist in erster Linie auf einen Anstieg im Bereich der schulischen Förderung zurückzuführen, die seit 2013 um rund 9 % zunahm. Der Zuwachs im Bereich Sonderpädagogik betrug zwischen 2013 und 2015 hingegen lediglich 0,8 %.

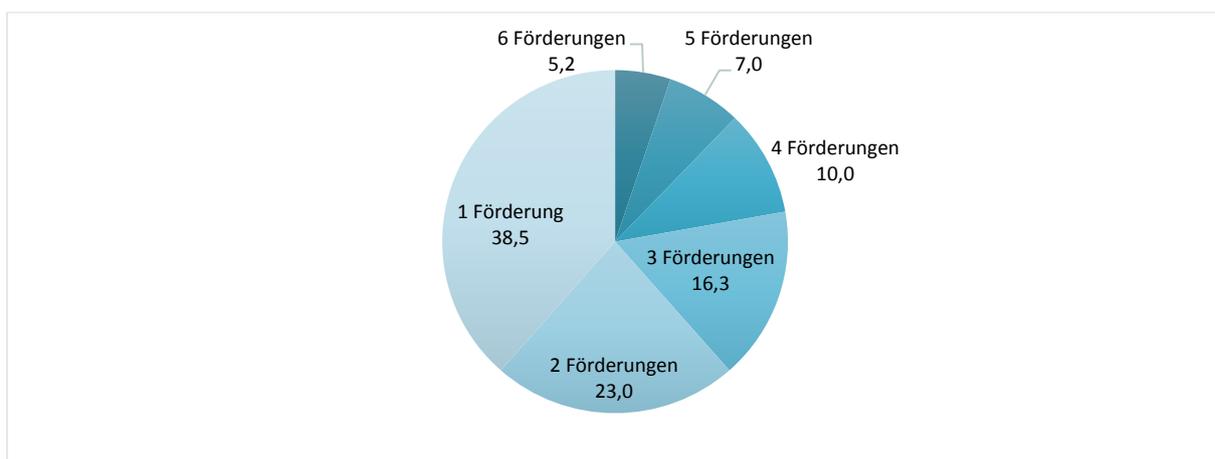
Abbildung 45: Anteil der Kinder mit Förderempfehlung seit 2013 (in Prozent)



8.1 Schulischer Förderbedarf

Unter den Kindern mit schulischem Förderbedarf benötigten knapp 40 % der Einschüler*innen nur in einem Förderbereich Unterstützung. Ein Viertel der Einschüler*innen benötigte pädagogische Hilfe in zwei Entwicklungsfeldern. Ein Fünftel (22,2 %) wies einen erheblichen schulischen Förderbedarf in mindestens vier Bereichen auf.

Abbildung 46: Anteil der Kinder mit schulischer Förderempfehlung nach Anzahl der Förderfelder (in Prozent)



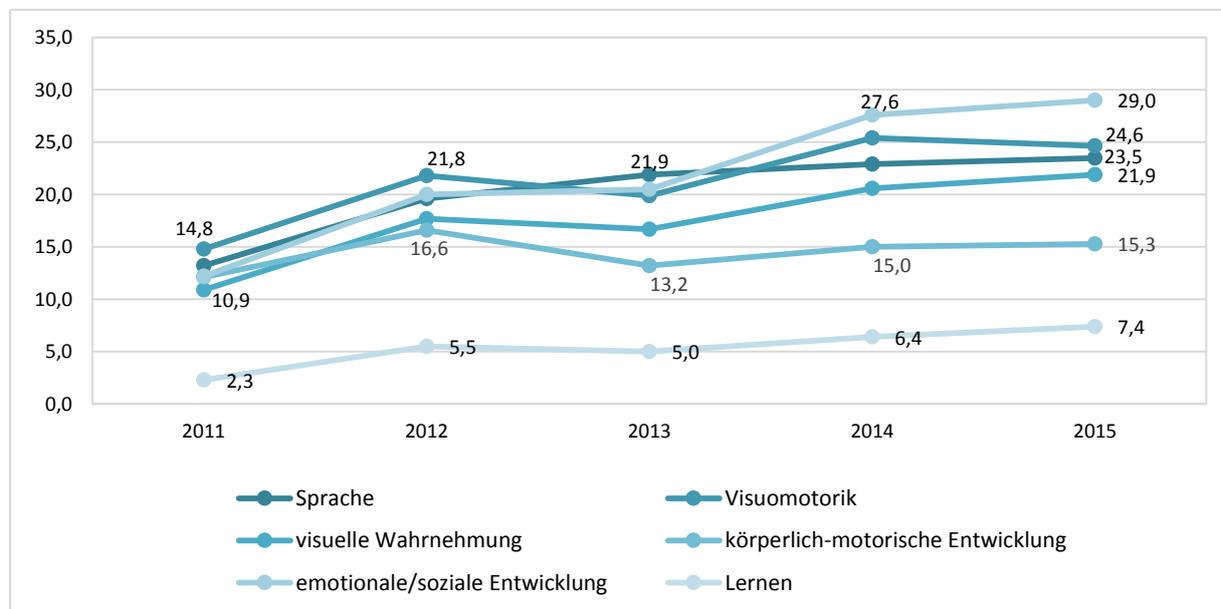
Am häufigsten bestand ein Bedarf an Förderung im Bereich der emotional-sozialen Entwicklung. Das traf auf fast ein Drittel (29 %) aller förderbedürftigen Einschüler*innen zu. Jeweils ein Viertel der Kinder wies Defizite in den Bereichen der Visuomotorik (24,6 %) beziehungsweise der sprachlichen Entwicklung (23,5 %) auf. Hierunter fielen neben Kindern mit tatsächlichen Sprachentwicklungsstörungen ebenfalls Kinder nicht deutscher Herkunft mit mangelhaften Deutschkenntnissen und solche, die zwar deutscher Herkunft waren, aber aufgrund von mangelnden Sprachvorbildern nicht in der Lage waren sich entsprechend artikulieren zu können.

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

Förderfeld	absolut	Anteil an Kindern mit Förderempfehlung (in %)	Anteil an allen Kindern (in %)
emotionale/soziale Entwicklung	732	57,2	29,0
Visuomotorik	621	48,6	24,6
Sprache ³⁵	592	46,3	23,5
visuelle Wahrnehmung	552	43,2	21,9
körperlich-motorische Entwicklung	385	30,1	15,3
Lernen	186	14,5	7,4

Bei der Betrachtung der einzelnen Förderfelder im Zeitverlauf seit 2011 ist zu erkennen, dass in allen Bereichen im Zeitverlauf eine Zunahme stattfand. Der Anteil an emotional-sozial förderbedürftigen Einschüler*innen stieg am meisten von 14,8 % auf 29 % im Jahr 2015. Auch die Kinder mit Förderbedarf im Bereich der visuellen Wahrnehmung verdoppelten sich in den letzten fünf Jahren von ca. 11 % auf 22 %.

Abbildung 47: Kinder mit schulischem Förderbedarf in den einzelnen Förderfeldern seit 2011 (Anteil in Prozent an allen Kindern)



Männliche Einschüler benötigten insgesamt häufiger Entwicklungsförderung in allen Bereichen (motorisch/sprachlich/kognitiv) als ihre weiblichen Altersgenossinnen.

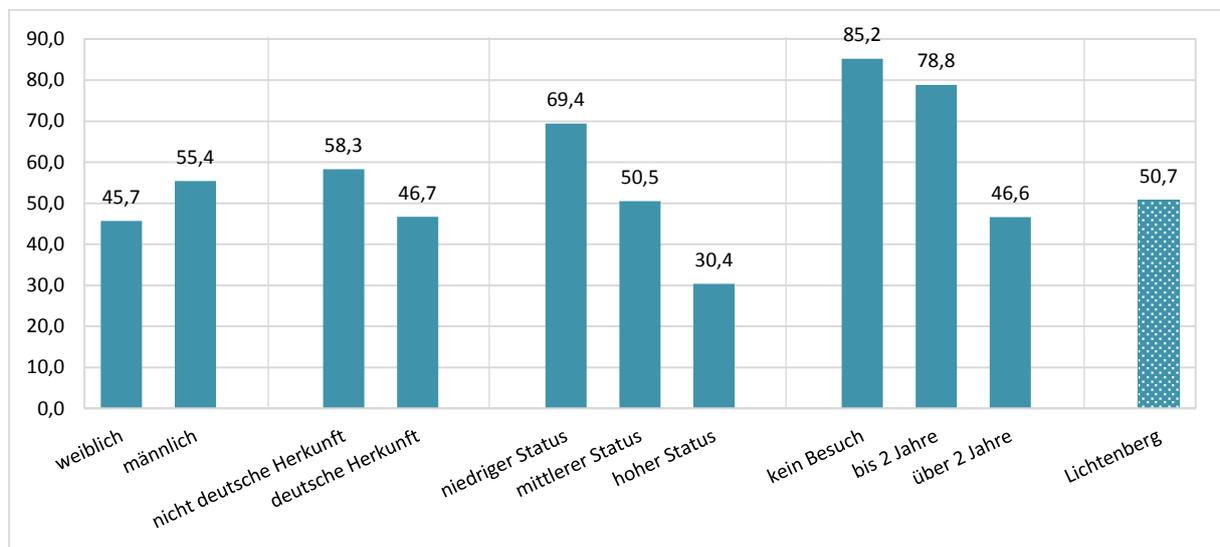
³⁵ Setzt sich aus den Kategorien „Sprachheilpädagogik“ und „Sprachförderung“ zusammen.

Eine Auswirkung auf das Vorliegen von Entwicklungsdefiziten hatte auch die Herkunft. So hatten 58 % der Kinder aus einem nicht deutschen Elternhaus Förderbedarfe. Bei deutschen Kindern lag der Anteil mit knapp 47 % zwar darunter, wengleich trotzdem sehr hoch.

Korrespondierend mit den Ergebnissen des Entwicklungsscreenings wiesen Kinder aus Haushalten der niedrigen Sozialstatusgruppe in fast 70 % der Fälle Förderbedarf auf. Bei Familien mit mittlerem Sozialstatus waren es rund die Hälfte, bei denen mit hohem Status ein Drittel der untersuchten Vorschüler*innen.

Kinder, die im Vorschulalter keine Kita besuchten, waren in der Überzahl (85 %) förderbedürftig, dicht gefolgt von Kindern die eine verkürzte Kitabesuchsdauer von unter zwei Jahren aufwiesen (78,8 %).

Abbildung 48: Schulische Förderempfehlungen nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Kitabesuchsdauer (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)



8.2 Sonderpädagogischer Förderbedarf

Der KJGD stellt normalerweise einen sonderpädagogischen Förderbedarf fest, wenn das Kind behindert oder von Behinderung bedroht ist³⁶. Die Feststellung allein ist jedoch nicht ausreichend, damit das Kind in der Folge entsprechende Hilfen erhält. Die Gewährung der Hilfen erfolgt ausschließlich auf Antrag, der durch den/die Erziehungsberechtigten beziehungsweise die Schule gestellt werden kann.

Sprachliche Schwächen waren in fast der Hälfte aller Fälle die Ursache, dass der KJGD eine sonderpädagogische Förderempfehlung aussprach. Dies betraf im Jahr 2015 konkret 97 Kinder. Probleme in der geistigen Entwicklung (36 Kinder), der emotional-sozialen Entwicklung (29 Kinder) und dem Lernen (28 Kinder) traten hingegen etwas seltener auf.

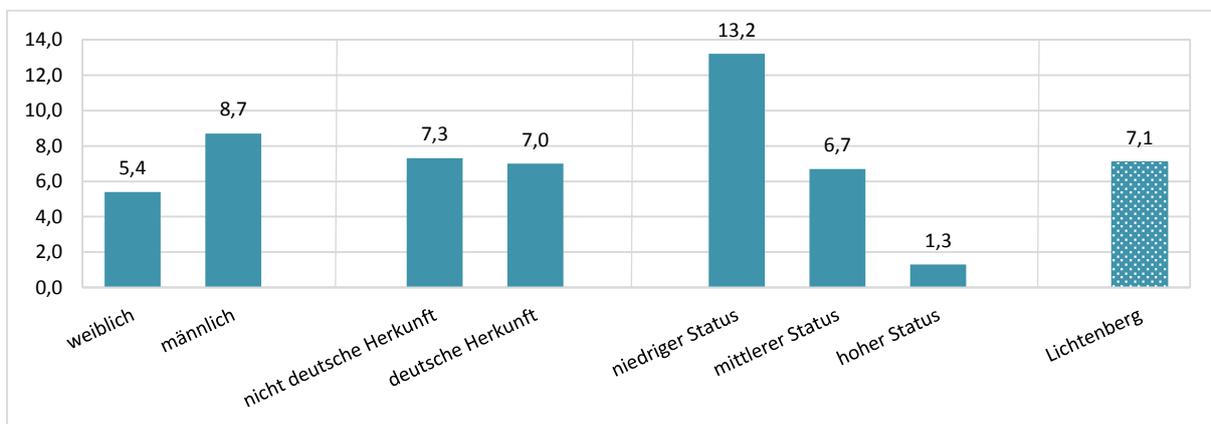
³⁶ Vgl. Handbuch für die Einschulungsuntersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Bezirke des Landes Berlin (2015), S. 81.

Tabelle 5: Förderschwerpunkte nach Behinderungsart der Kinder in Lichtenberg mit empfohlenem sonderpädagogischen Förderbedarf 2015 (absolut und in Prozent)

Förderschwerpunkt	Merkmal	Anzahl	Anteil an allen Kindern (in %)
Sprache	Sprachbehinderung	97	3,8
Geistige Entwicklung	Hochgradige Beeinträchtigen der intellektuellen Fähigkeiten	36	1,4
Emotionale und soziale Entwicklung	Erhebliche Beeinträchtigung der emotionalen und sozialen Entwicklung, Verhaltensstörung	29	1,2
Lernen	Erhebliche Beeinträchtigung des Lern- und Leistungsverhaltens	28	1,1
Körperliche und motorische Entwicklung	Körperliche Behinderung	7	0,3
Hören	Gehörlos und hochgradig hörgeschädigt	5	0,2
Autistische Behinderung	Erhebliche Entwicklungs- und Kommunikationsstörungen, Autismus	6	0,2
Sehen	Blind und hochgradig sehgeschädigt	3	0,1
Gesamt		211	8,4

Der Herkunft der Kinder kam beim Vorliegen des sonderpädagogischen Förderbedarfs keine nennenswerte Bedeutung zu. Dem sozialen Status des Elternhauses, aus dem das Kind kam, hingegen schon: Demnach waren Einschüler*innen mit niedrigem Sozialstatus doppelt so häufig davon betroffen wie Kinder aus der mittleren Sozialstatusgruppe und zehnmal öfter als diejenigen Kinder, die in Familien mit hohem Status aufwuchsen.

Abbildung 49: Anteil der Kinder mit sonderpädagogischer Förderempfehlung nach Geschlecht, Herkunft und Sozialstatus (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)



9 Zurückgestellte Kinder aus dem Schuljahr 2015/16

Laut Schulgesetz kann eine Zurückstellung vom aktuellen Schuljahr einmalig auf Antrag der Eltern erfolgen. Voraussetzung ist, dass „der Entwicklungsstand des Kindes eine bessere Förderung in einer Einrichtung der Jugendhilfe erwarten lässt“³⁷. Im Fall einer positiven Befürwortung durch den KJGD erfolgt dies im Rahmen einer gutachterlichen Stellungnahme. Auf dieser Grundlage trifft die Schulaufsichtsbehörde die Entscheidung, ob das jeweilige Kind tatsächlich erst im darauffolgenden Schuljahr eingeschult wird oder gegen den Willen der Eltern bereits in diesem Schuljahr.

³⁷ § 42, Abs. 3 des Schulgesetzes des Landes Berlin (SchulG) vom 26.01.2004 in der Fassung vom 06.04.2014.

Da in der diesjährigen Auswertung erstmals die Rücksteller*innen aus dem aktuell ausgewerteten Schuljahr in den Ergebnissen Berücksichtigung finden, ist es wichtig, die Testergebnisse dieser mit denen der zeitgerecht eingeschulten Kinder zu vergleichen, um mögliche Entwicklungsdefizite und ggf. Ursachen für die Zurückstellung aufzeigen zu können.

In **Tabelle 6** werden einige der Daten der Rücksteller*innen 2015 mit den tatsächlich eingeschulten Kindern des Jahres 2015 verglichen. Die Rücksteller*innen waren demzufolge mehrheitlich Jungen (60 %), wohingegen bei den eingeschulten Kindern ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Jungen und Mädchen bestand.

Auch der Sozialstatus unterschied sich: So war der Anteil an Einschüler*innen mit niedrigem beziehungsweise mittlerem Sozialstatus unter den Rücksteller*innen höher als bei den altersgemäß eingeschulten Kindern.

Der Anteil an Kindern nicht deutscher Herkunft ist unter den Rücksteller*innen genauso hoch wie unter den eingeschulten Kindern. Demnach waren zwei Drittel aller Rücksteller*innen deutscher Herkunft, ebenso verhielt es sich bei den tatsächlich eingeschulten Kindern. Kinder, die aus einem Alleinerziehenden-Haushalt kommen, befanden sich ebenfalls nur unwesentlich häufiger unter den Rücksteller*innen als unter den Einschüler*innen.

Der Anteil an Raucher*innen in der Familie ist bei den Rücksteller*innen 5 % höher als bei den eingeschulten Kindern. Des Weiteren ist die Quote an Kindern, die für mehr als zwei Jahre eine Kita besuchten, unter den Rücksteller*innen niedriger (82,4 %) als bei den termingerecht eingeschulten Vorschüler*innen (90,2 %).

Die Analyse der gesundheitlichen Situation weist nur unerhebliche Abweichungen auf.

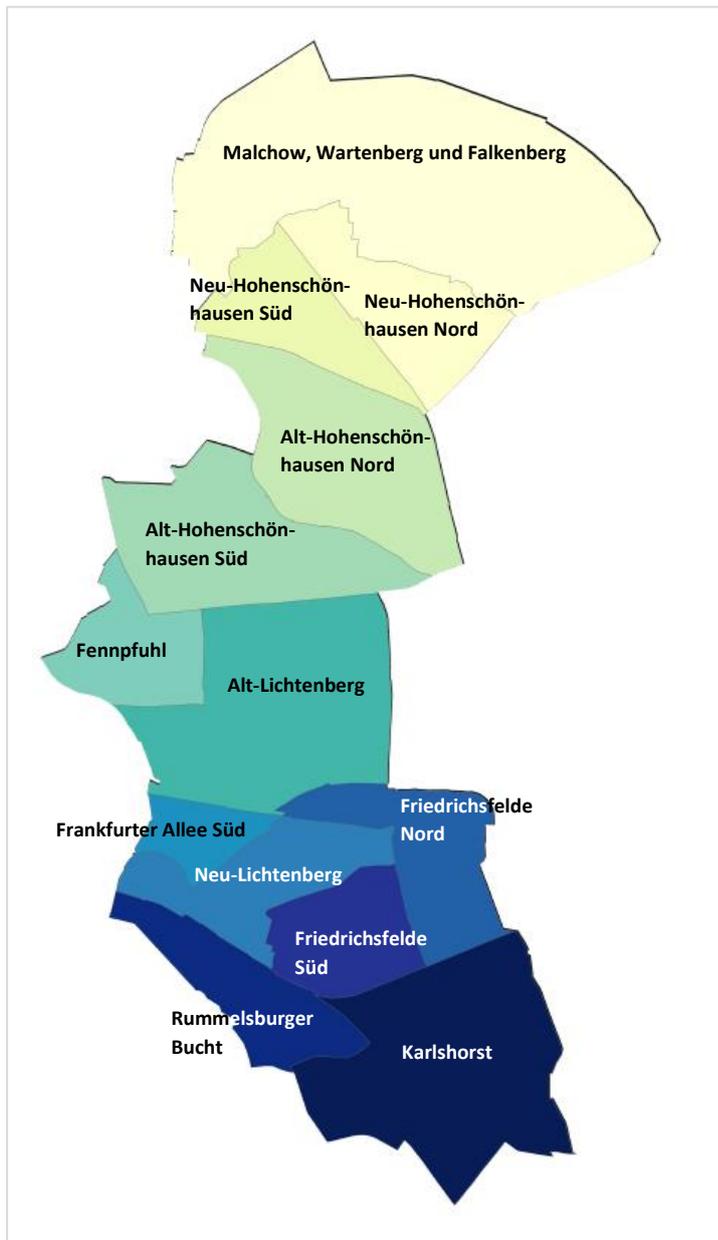
Tabelle 6: Vergleich der 2015 zurückgestellten Kinder mit den termingerecht eingeschulten Kindern (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)

Merkmal		Rücksteller*innen 2015	eingeschulte Kinder 2015
Geschlecht	männlich	58,7	49,8
	weiblich	41,3	50,2
Sozialstatus	niedriger Sozialstatus	20,7	17,6
	mittlerer Sozialstatus	60,5	57,4
	hoher Sozialstatus	18,8	25,1
familiäres und soziales Umfeld	deutsche Herkunft	66,6	66,0
	nicht deutsche Herkunft	33,4	34,0
	nicht seit Geburt in Deutschland	5,9	6,1
	Alleinerziehend	33,7	31,2
	Fremdunterbringung	1,1	0,9
	mind. ein Raucher im Haushalt	43,8	38,5
	eigener Fernseher	12,4	13,5
	tgl. TV-Konsum > 1 Stunde	35,6	33,3
	kein Kitabesuch	0,9	2,6
	Kitabesuch < 2 Jahre	16,7	7,2
	Kitabesuch > 2 Jahre	82,4	90,2
	Gesundheitliche Situation	Gebiss versorgt	86,6
U1 bis U8 vollständig		87,2	87,5
Untergewicht		4,9	4,6
Übergewicht (inkl. Adipositas)		10,0	11,5

10 Kleinräumige Auswertung

In diesem Kapitel werden die Daten innerbezirklich auf der Ebene der 13 Lichtenberger Stadtteile ausgewertet, um kleinräumige Unterschiede darzustellen. Damit besteht die Möglichkeit, im Nachhinein zielgerichtete Handlungsfelder und -bereiche, zum Beispiel in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung, erschließen zu können.

Abbildung 50: Der Bezirk Lichtenberg und seine Stadtteile



In den Fällen, in denen die prozentuale Angabe in einem Stadtteil weniger als drei Kindern entsprach, wurden diese Werte aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht veröffentlicht, um einen möglichen Rückschluss auf einzelne Kinder auszuschließen³⁸.

³⁸ Die betreffenden Ergebnisse sind als grau schraffierte Felder in den Abbildungen gekennzeichnet.

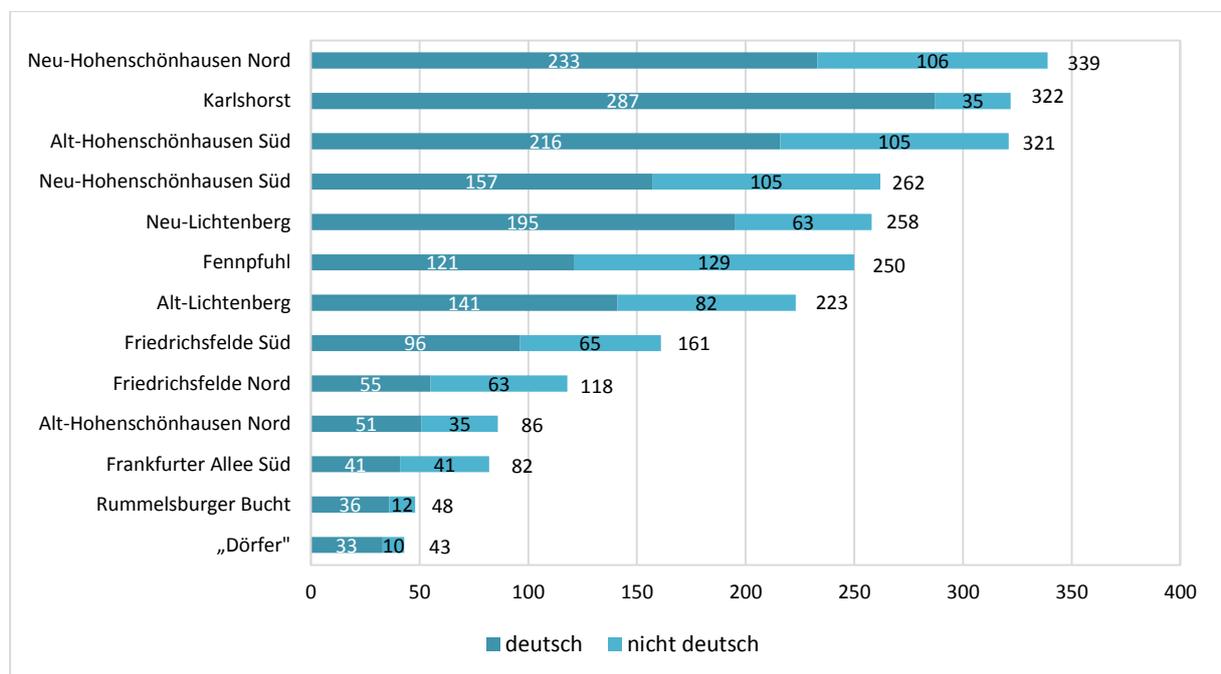
Aufgrund der unterschiedlichen Stichprobengrößen in den einzelnen Stadtteilen müssen die nachfolgend dargestellten Ergebnisse mit Bedacht betrachtet und evaluiert werden, denn sie sollten keineswegs eine Verallgemeinerung der Erkenntnisse zur Folge haben.

10.1 Sozialstruktur

10.1.1 Anzahl und Herkunft der Kinder

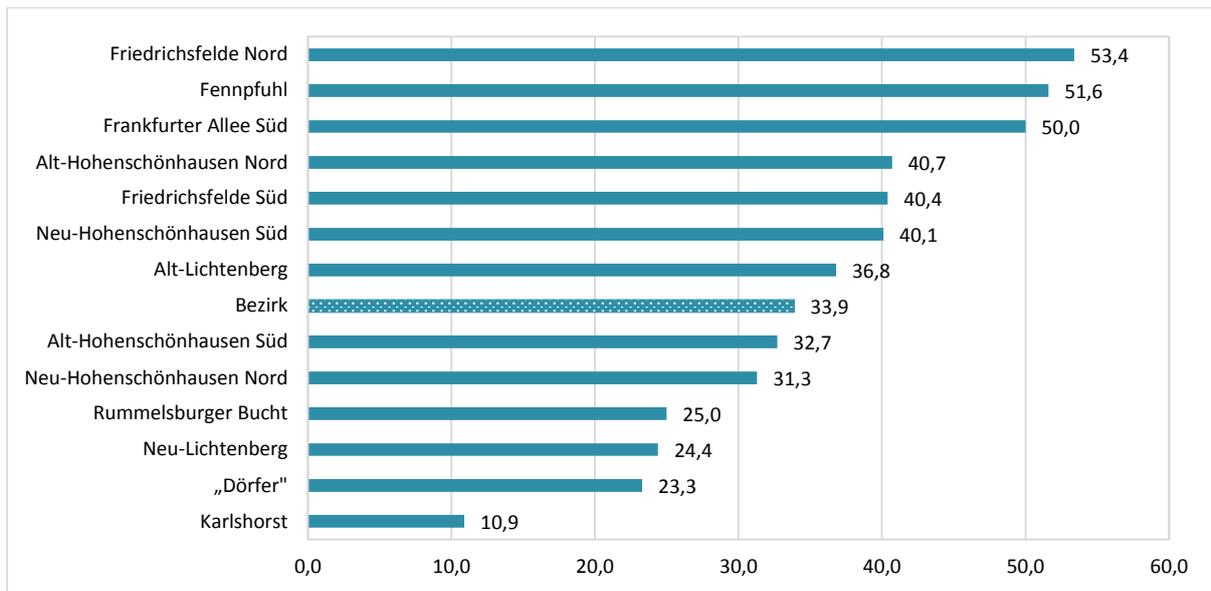
Von den 2.521 Kindern, die im Bezirk wohnten und im Schuljahr 2015/16 erstmals schulärztlich untersucht wurden, lebten die meisten in Neu-Hohenschönhausen Nord, Karlshorst und Alt-Hohenschönhausen Süd. Die Stadtteile Frankfurter Allee Süd, Rummelsburger Bucht sowie Malchow, Wartenberg und Falkenberg (die letzten drei nachfolgend „Dörfer“ genannt) wiesen hingegen die geringste Anzahl an Einschüler*innen auf.

Abbildung 51: Anzahl der Kinder nach Stadtteilen und Herkunft



Der Anteil an Kindern nicht deutscher Herkunft variierte erheblich zwischen den Stadtteilen. Die höchste Anzahl an Kindern mit Migrationshintergrund lebte im Stadtteil Fennpfuhl, wo der Anteil (51,6 %) sogar den der deutschen Kinder überstieg. In Friedrichsfelde Nord verhielt es sich ähnlich. Hier lag der Anteil an Einschüler*innen mit Migrationshintergrund bei 53,4 %. Am seltensten traf man Kinder nicht deutscher Herkunft im Stadtteil Karlshorst an.

Abbildung 52: Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund nach Stadtteilen (in Prozent)

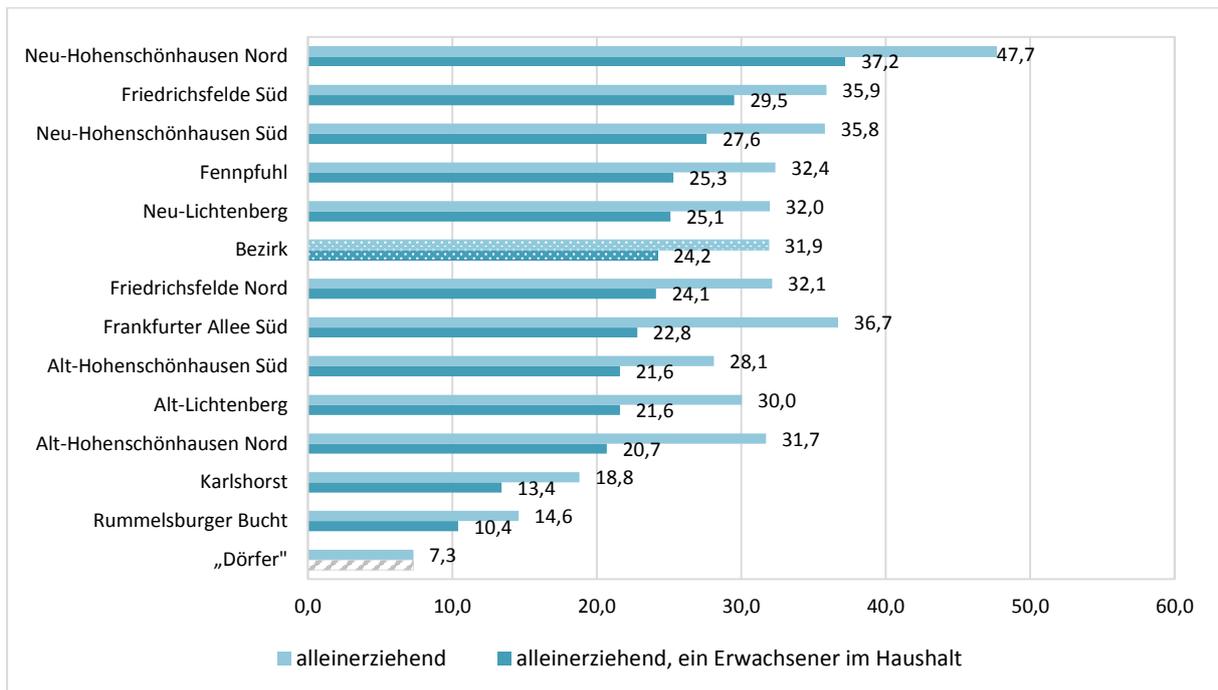


10.1.2 Familienstruktur

Der mit Abstand höchste Anteil an Alleinerziehenden-Haushalten bestand in Neu-Hohenschönhausen Nord. Hier wuchs fast die Hälfte (47,7 %) der Einschüler*innen mit nur einem Elternteil auf. Allerdings lebte in ca. 10 % dieser Familien ein weiterer Erwachsener, in der Regel der/die neue Partner*in des erziehungsberechtigten Elternteils. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass in ca. 37 % der Familien nur ein Erwachsener im Haushalt lebt.

Der bezirkliche Durchschnitt des Anteils Alleinerziehender mit nur einem Erwachsenen im Haushalt betrug 24,1 %. Die Stadtteile, die darüber lagen, waren Friedrichsfelde-Süd, Neu-Hohenschönhausen Süd, Fennpfuhl und Neu-Lichtenberg. Das gegenteilige Bild, und somit die niedrigsten Quote an Alleinerziehenden mit nur einem Erwachsenen im Haushalt, zeigten Karlshorst (13,4 %) und die Rummelsburger Bucht (10,4 %).

Abbildung 53: Anteil der Alleinerziehenden und Anteil der alleinerziehenden Haushalte mit nur einem Erwachsenen nach Stadtteilen (in Prozent)



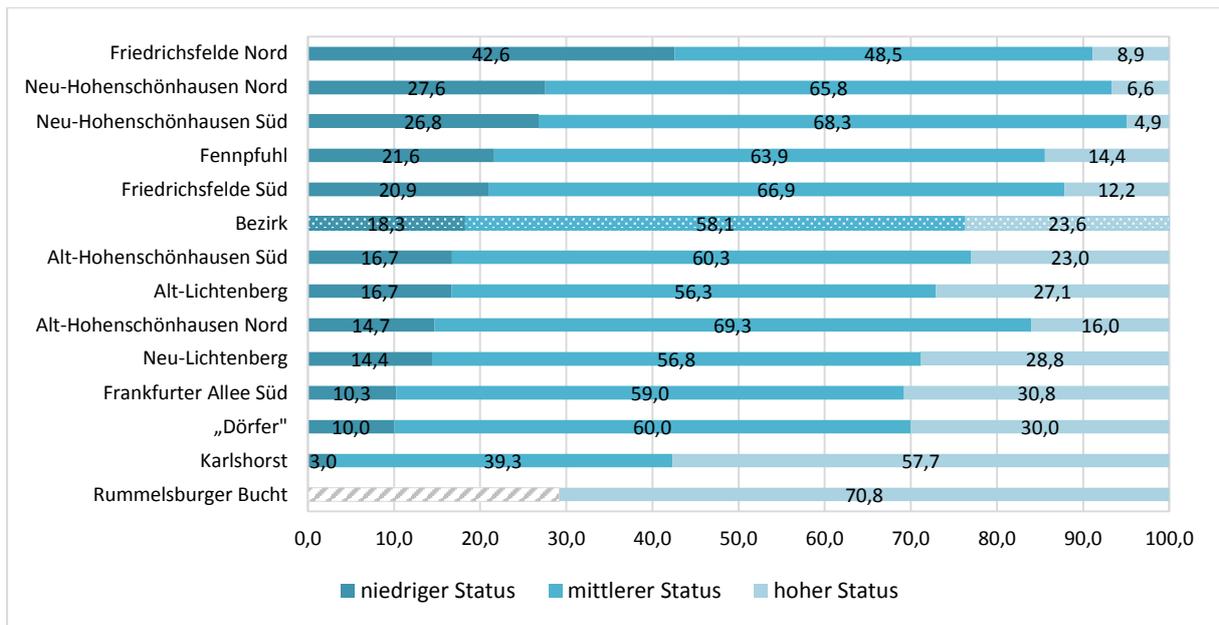
10.1.3 Soziale Lage

Die in den jeweiligen Stadtteilen vorherrschende Sozialstruktur bildete sich auch bei den Einschüler*innen ab. So lag der Anteil an Familien mit niedrigem Sozialstatus in Friedrichsfelde Nord (42,6 %), Neu-Hohenschönhausen Nord (27,6 %) und Neu-Hohenschönhausen Süd (26,8 %) am höchsten. Gleichzeitig waren das die drei Stadtteile mit der geringsten Quote an Kindern aus der hohen Sozialstatusgruppe, die jeweils weniger als 10 % betrug.

Im Unterschied dazu stand Karlshorst im sozialen Gefüge sehr gut da. Hier betrug der Anteil an Einschüler*innen aus Haushalten mit niedrigem Status 3,0 %. Einem hohen Sozialstatus entstammten in Karlshorst mehr als jedes zweite Kind (58 %) und in der Rummelsburger Bucht sogar fast drei von vier Kindern (71 %).

Die mittlere Statusgruppe war in Alt-Hohenschönhausen am stärksten vertreten (69,3 %), gefolgt von Neu-Hohenschönhausen Süd (68,3 %) und Friedrichsfelde Süd (66,9 %).

Abbildung 54: Sozialstatusgruppen der Kinder nach Stadtteilen (in Prozent)

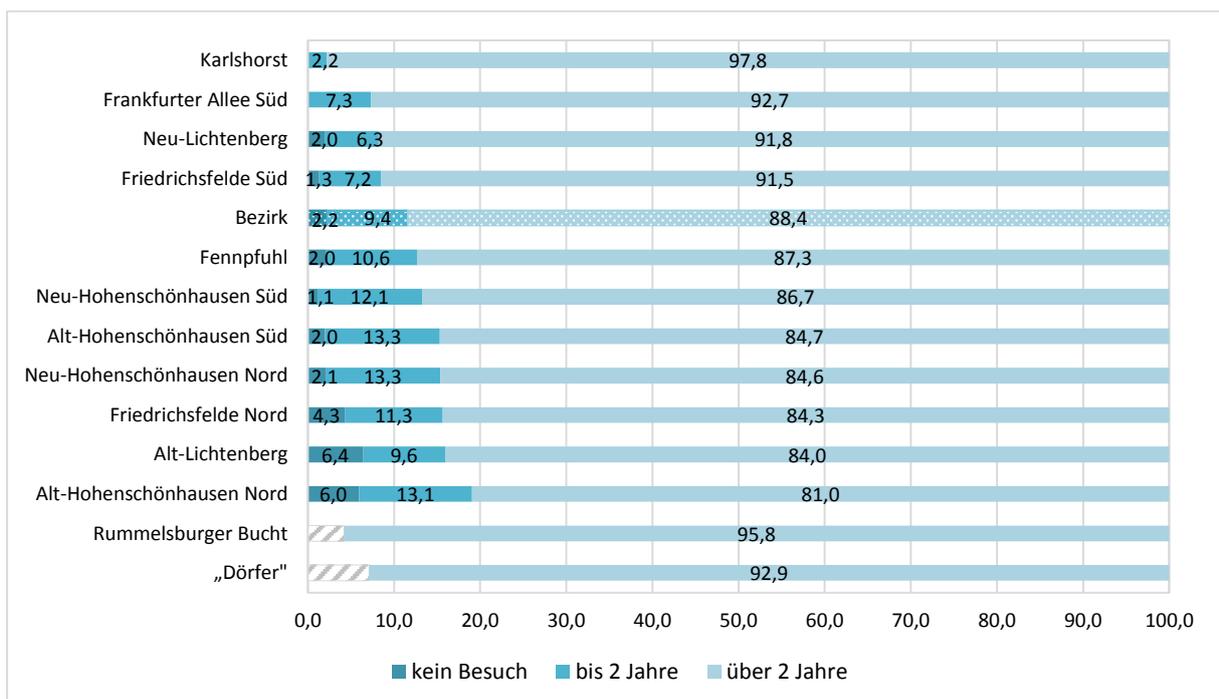


10.1.4 Kitabesuchsdauer

Die Mehrzahl der Einschüler*innen im Bezirk Lichtenberg hat im Vorfeld der Einschulungsuntersuchung eine Kita besucht. In den Stadtteilen Karlshorst und Frankfurter Allee Süd lag die Kitaquote bei 100 %.

In Alt-Hohenschönhausen Nord, Alt-Lichtenberg und Friedrichsfelde Nord lag der Anteil der Einschüler*innen, die keine Kita besuchten, im Verhältnis zum Bezirksdurchschnitt (2,2 %) mit 6,0 %, 6,4 % und 4,3 % relativ hoch. Diese Stadtteile wiesen von der Sozialstruktur her ein gemischtes Bild auf.

Abbildung 55: Anteil der Kinder nach Kitabesuchsdauer und Stadtteilen (in Prozent)



10.2 Ausgewählte gesundheitliche Aspekte

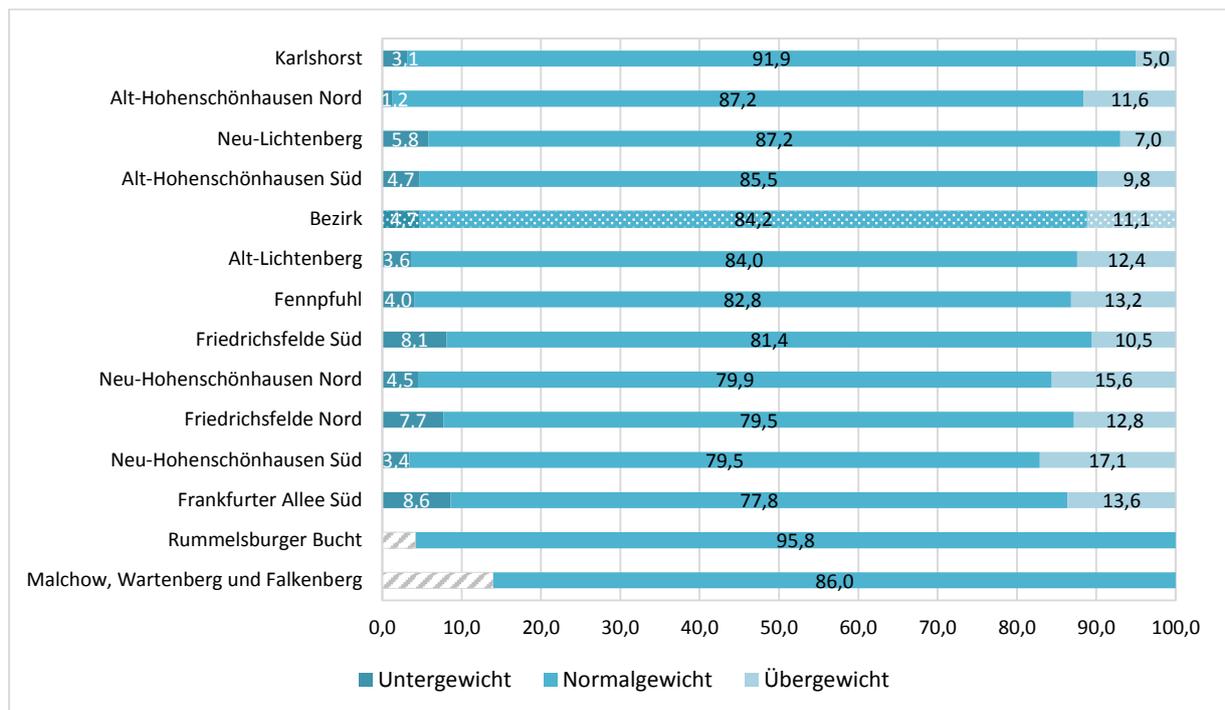
Die soziale Struktur, die in den einzelnen Stadtteilen vorherrschend ist, spiegelte ebenfalls die unterschiedliche gesundheitliche Lage der untersuchten Kinder wider.

10.2.1 Über- und Untergewicht

Die Grundlage zur Einschätzung des Körpergewichtes der Kinder ist der BMI (vgl. 7.1, S. 25). Die höchste Rate an normalgewichtigen Einschüler*innen lebte in Karlshorst (91,9 %), Alt-Hohenschönhausen Nord sowie Neu-Lichtenberg (jeweils 87,2 %). Am geringsten war der Anteil der Kinder mit einem normalen Gewicht in Frankfurter Allee Süd, Neu-Hohenschönhausen Süd sowie Friedrichsfelde Nord, wo der Anteil jeweils bei unter 80 % lag.

Untergewichtige Kinder lebten vor allem in Frankfurter Allee Süd (8,6 %) und Friedrichsfelde Nord (7,7 %). Der Anteil an Kindern mit Übergewicht (inklusive Adipositas) war bei den Stadtteilen mit einem niedrigeren Sozialstatus der Eltern höher. Hierzu zählten beispielsweise Neu-Hohenschönhausen Nord und Süd, wo bereits 15,6 % beziehungsweise 17,1 % der Kinder im Vorschulalter übergewichtig waren.

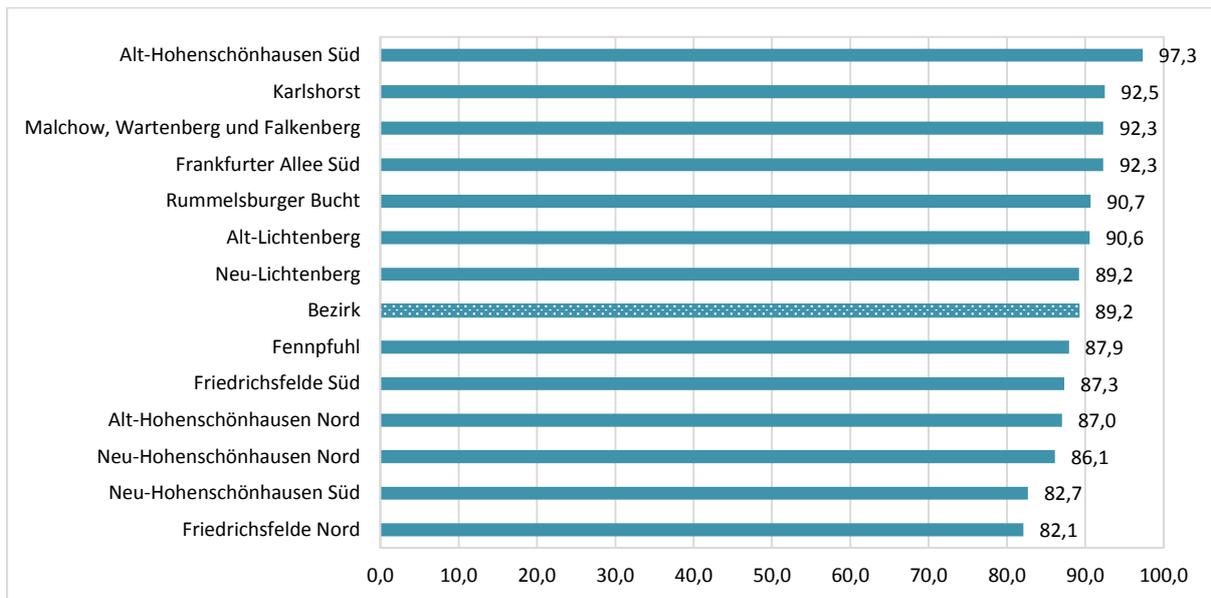
Abbildung 56: Anteil der Kinder mit Über-, Unter- und Normalgewicht nach Stadtteilen (in Prozent)



10.2.2 Früherkennungsuntersuchungen

Die Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U8 wurden im gesamten Bezirk von insgesamt 87,4 % aller Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft wahrgenommen: Berücksichtigt man nur Kinder, die in Deutschland geboren wurden, lag der Anteil etwas höher (89,2 %). Spitzenreiter mit einer Rate von gut 97 % aller in Deutschland geborenen Kinder war Alt-Hohenschönhausen Süd, gefolgt von Karlshorst (92,5 %) und den „Dörfern“ (92,3 %). Das Schlusslicht bildete Friedrichsfelde Nord mit einer Teilnahmequote von unter 82,1 %.

Abbildung 57: Anteil der Kinder mit vollständigen Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U8 (ohne U7a) nach Stadtteilen (nur in Deutschland geborene Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft (in Prozent))



10.2.3 Impfstatus

Die Impfquote bei den durch die STIKO empfohlenen Schutzimpfungen ist je nach Art der Immunisierung zwischen den bezirklichen Stadtteilen sehr unterschiedlich verteilt und steht typischerweise nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der sozialen Herkunft des Kindes. Die Impfquoten werden in der nachfolgenden Tabelle dargestellt. Dabei ist das Ergebnis des Stadtteils mit der höchsten Impfquote jeder Impfung mit **grün** gekennzeichnet, die niedrigste Impfquote hingegen mit **rot**.

Dabei ist insbesondere bei Familien mit hohem Sozialstatus der Anteil an Impfkritikern höher als in Familien mit Eltern mit niedrigem Bildungsstand³⁹. Da Lichtenberg aber zu den ehemaligen Ost-Bezirken Berlins gehört und viele der Eltern noch die Impfpflicht, die in der ehemaligen DDR bestand, kennen, sind die Quoten im Vergleich zu anderen Bezirken insgesamt recht hoch. Bei erst nachträglich eingeführten Impfungen, wie beispielsweise die gegen Pneumokokken, lagen die Impfraten allerdings insgesamt etwas niedriger. Die besten Impfraten hatte die Rummelsburger Bucht bei den Impfungen gegen Polio, Tetanus und Diphtherie. Bei den letzten beiden genannten erreichte auch der Stadtteil Frankfurter Allee Süd eine komplette Durchimpfung bei den diesjährigen Einschüler*innen.

³⁹ Vgl. BZgA (2011), S. 12.

Tabelle 7: Impfstatus nach Stadtteilen (in Prozent aller Kinder mit vorgelegtem Impfpass)

Impfung	Polio	Teta- nus	Diph- terie	Per- tus- sis	Ma- sarn	Mumps	Röteln	HiB	Hepa- titis B	Pneu- mo- kok- ken	Vari- zellen	Me- ningo- kokken
„Dörfer“	97,5	97,5	97,5	95,0	97,5	97,5	97,5	97,5	92,5	85,0	95,0	97,5
Neu-Hsh. Nord	98,3	98,7	98,3	97,4	94,7	94,7	94,7	96,4	94,0	85,4	92,7	96,4
Neu-Hsh. Süd	96,2	96,6	95,8	94,5	94,9	94,9	94,9	95,3	94,5	87,7	92,8	97,0
Alt-Hsh. Nord	98,8	98,8	98,8	96,3	96,3	96,3	96,3	96,3	95,1	78,0	92,7	100,0
Alt-Hsh. Süd	98,9	98,9	98,9	98,5	96,3	96,3	96,3	98,2	97,1	88,6	93,8	96,7
Fennpfuhl	99,1	99,5	99,5	98,6	94,3	94,3	94,3	97,6	92,9	84,0	92,5	99,1
Alt-Lichten- berg	96,8	97,3	97,3	94,1	90,8	91,4	91,4	94,6	92,4	83,2	88,1	93,0
Frankfurter Allee Süd	98,6	100,0	100,0	97,1	90,0	90,0	90,0	97,1	98,6	87,1	90,0	97,1
Neu- Lichtenberg	98,7	98,7	97,9	96,2	95,3	94,9	94,9	95,3	90,6	82,1	89,4	91,5
Friedrichfelde Nord	97,0	98,0	98,0	98,0	92,9	92,9	92,9	92,9	93,9	83,8	89,9	94,9
Friedrichfelde Süd	97,9	97,9	97,9	96,4	92,1	92,1	92,1	96,4	95,7	89,3	90,7	95,0
Rummelsbur- ger Bucht	100,0	100,0	100,0	97,8	93,3	93,3	93,3	93,3	86,7	82,2	86,7	93,3
Karlshorst	99,3	100,0	99,3	97,7	95,1	93,8	93,8	97,4	92,4	86,2	88,8	94,1
Bezirk	98,2	98,6	98,3	96,8	94,4	94,2	94,2	96,3	93,7	85,4	91,1	95,6

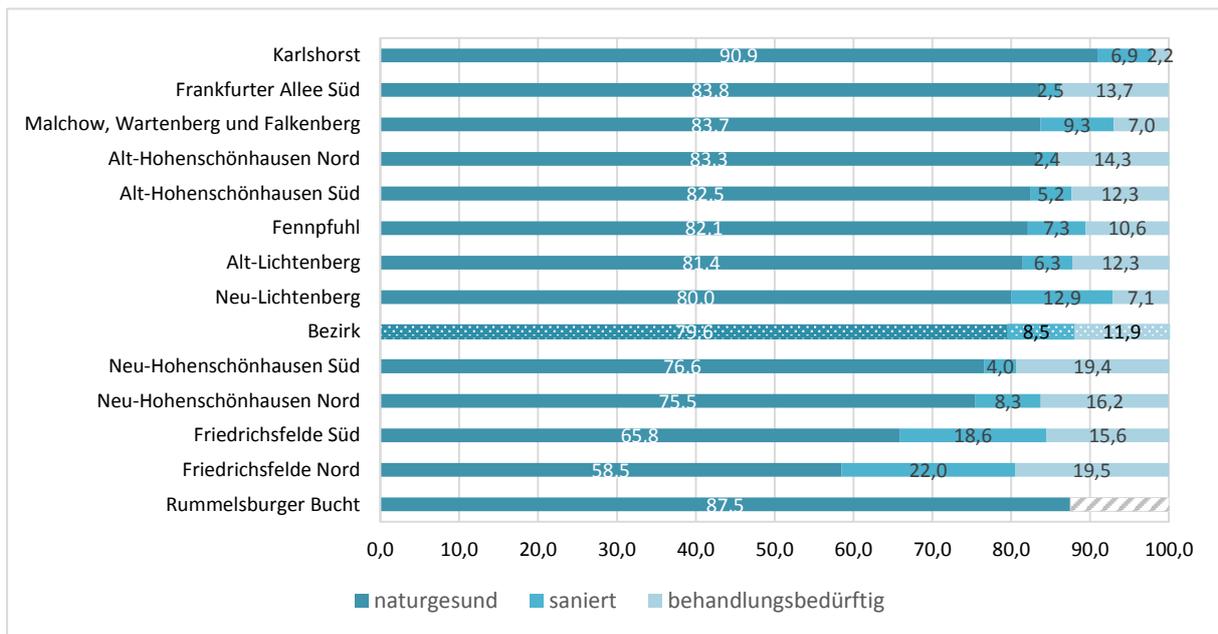
10.2.4 Zahngesundheit

Die gesündesten Zähne hatten die Kinder in Karlshorst, wo 91 % von ihnen ein naturgesundes Gebiss aufwiesen und nur 7 % ein bereits saniertes Gebiss hatten. Das zeigt, dass die Zahngesundheit mit der im jeweiligen Stadtteil vorherrschenden sozialen Struktur korreliert, was auch im Rahmen von wissenschaftliche Studien bestätigt wurde⁴⁰.

In Friedrichfelde Nord und Neu-Hohenschönhausen Süd wies jedes fünfte Kind behandlungsbedürftige Zähne auf. Bereits sanierte Zähne hatten die Kinder in Friedrichfelde Nord und Süd mit insgesamt 22,0 % beziehungsweise 18,6 % am häufigsten. Hier lag die Quote an naturgesunden Zähnen bei 58,5 % und 65,8 %.

⁴⁰ Vgl. Schenk, Knopf (2007), S 656.

Abbildung 58: Zahnstatus nach Stadtteilen (in Prozent)



10.3 Ausgewählte Ergebnisse in den Stadtteilen

Die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen auf Ebene der Stadtteile stellen ein sehr differenziertes Bild dar und korrelieren oftmals mit der im jeweiligen Stadtteil dominierenden sozialen Strukturen (vgl. Tabelle 8, S. 55).

In Friedrichsfelde Nord lebte der größte Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund (53,4 %) sowie der höchsten Quote von Familien mit niedrigem Sozialstatus (42,6 %). Das zeigte sich entsprechend in den Untersuchungsergebnissen: So hatten in dem Stadtteil zum Beispiel fast 20 % der Kinder kariöse Zähne. Darüber hinaus nahmen nur knapp 80 % der Eltern mit ihren Kindern alle Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U8) in Anspruch. Auch im Entwicklungsscreening schnitten viele der Kinder wesentlich schlechter ab als im bezirklichen Durchschnitt. Beispielsweise zeigte fast ein Drittel der Kinder (30,5 %) visuomotorische Auffälligkeiten. Beim Test zum Mengenvorwissen lag die Quote mit 31,4 % doppelt so hoch wie der bezirkliche Durchschnittswert. Ähnlich verhält es sich bei den Tests Sätze nachsprechen und Pluralbildung.

In Friedrichsfelde Süd waren 40% der Einschüler*innen nicht deutscher Herkunft. Rund 36 % der Eltern waren alleinerziehend und eine große Mehrheit (30 %) lebte allein in einem Haushalt. Die Sozialstruktur im Stadtteil wies einen relativ hohen Anteil an Kindern mit niedrigem Sozialstatus auf (21 %) und einen dementsprechend geringen Anteil mit hohem Bildungsstand (12 %). Die Teilnahmequote an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U8 war vergleichsweise niedrig (87,3 %). Lediglich 66 % der Kinder wiesen ein naturgesundes Gebiss auf und knapp 16 % hatten zum Untersuchungszeitpunkt bereits kariöse Zähne. Der Test zum Mengenvorwissen wurde überproportional oft unzureichend absolviert, dahingegen war das Nachsprechen von Pseudowörtern nur für einen Anteil von 14 % der Kinder eine zu große Herausforderung.

Karlshorst, Rummelsburger Bucht und die „Dörfer“ sind sozialstrukturell betrachtet die besser situierten Ortsteile. Während in Karlshorst eine hohe Anzahl an Einschüler*innen lebte (322 Kinder), waren die anderen beiden Stadtteile diejenigen mit den geringsten Vorschüler*innenzahlen (48 beziehungsweise 43 Kinder) in diesem Jahrgang. Karlshorst hatte mit einem Anteil von 11 % die geringste Quote an Kindern nicht deutscher Herkunft. In den „Dörfern“ und der Rummelsburger Bucht traf das

auf knapp einen Viertel aller Kinder zu. Auch die soziale Struktur der Elternhäuser lag weit über dem Bezirksdurchschnitt. Aufgrund der niedrigen Schüler*innenzahlen in der Rummelsburger Bucht und den „Dörfern“ konnten aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht zu allen Untersuchungsaspekten Daten veröffentlicht werden (vgl. S. 48). Insgesamt waren die Untersuchungsergebnisse aber vornehmlich positiv. So lag der Anteil an Kindern mit Sprachdefiziten jeweils unter 10 % und auch die Quote der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen betrug über 90 %.

Aus **Alt-Lichtenberg** kamen 223 Einschüler*innen. Davon waren 82 Kinder nicht deutscher Herkunft, was einem Anteil von gut einem Drittel entsprach. Die soziale Struktur im Stadtteil ist positiv zu bewerten: So wiesen lediglich 17 % der dort lebenden Kinder einen niedrigen Sozialstatus und 27 % einen hohen sozialen Status auf. Etwa 94 % der Kinder besuchten eine Kita. Die Impfquoten der Standardimpfungen lagen im Stadtteilvergleich im unteren Bereich. Im Entwicklungsscreening erzielten die Einschüler*innen weitestgehend die bezirklichen durchschnittlichen Ergebnisse.

Neu-Lichtenberg entsprach von der Sozialstruktur her den Elternhäusern in Alt-Lichtenberg mit einem relativ hohen Anteil an Kindern aus besser situierten Familien. Allerdings lag hier der Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund bei 24,4 % und somit wesentlich darunter. Kinder aus Neu-Lichtenberg hatten nur in 7 % der Fälle akut behandlungsbedürftige Zähne. Im Entwicklungsscreening lagen alle Werte unter dem bezirklichen Durchschnitt.

Frankfurter Allee Süd gehörte zu den Stadtteilen mit relativ geringer Anzahl an Einschüler*innen. Lediglich 82 Kinder wohnten zum Untersuchungszeitpunkt in dem Stadtteil. Mehr als ein Drittel (36,7 %) der Eltern gaben an, alleinerziehend zu sein, was dem zweithöchsten Wert im Bezirk entsprach. Die soziale Situation im Stadtteil war gut: 30 % aller Einschüler*innen gehörten zur oberen Statusgruppe und nur 10 % kamen aus bildungsfernen Elternhäusern. Die Kitabesuchsquote betrug 100 %. Übergewicht ist allerdings weiter verbreitet als anderswo: knapp 14 % der Kinder überschritten im Vorschulalter bereits den BMI für Normalgewicht im Kindesalter. Auch im Entwicklungsscreening schnitten die Einschüler*innen durchschnittlich schlechter ab: besonders die Visuomotorik, die visuelle Wahrnehmung und sprachliche Kompetenzen waren erheblich schlechter.

Im Ortsteil **Fennpfuhl** kam die Hälfte (51,6 %) aller diesjährigen Einschüler*innen aus einer Familie nicht deutscher Herkunft. Die Gesamtzahl der Kinder lag bei 250. Der Anteil von Alleinerziehenden unter den Eltern lag etwas über dem Bezirksdurchschnitt bei 32,4 %, davon waren 25 % alleinstehend. 13,2 % der dort lebenden Kinder war übergewichtig, was dem dritthöchsten Rang im Stadtteilvergleich entsprach. Der Anteil an Kindern mit auffälligen Testergebnissen beim Entwicklungsscreening lag mehrheitlich über dem gesamtbezirklichen Durchschnitt. Insbesondere Sprachdefizite lagen bei fast 40 % aller Kinder in Fennpfuhl vor. Die Einschüler*innen aus dem Stadtteil wiesen etwas häufiger schul- und sonderpädagogischen Förderbedarf auf.

Während **Alt-Hohenschönhausen Nord** eine geringe Einschülerzahl von 86 Kindern aufwies, gehörte **Alt-Hohenschönhausen Süd** zu einem der Stadtteile mit hoher Kinderzahl (321 Kinder). In Alt-Hohenschönhausen Süd war der Anteil an Familien mit hohem Sozialstatus höher (23 %) als im nördlichen Teil (16 %). Dieser wies hingegen eine höhere Quote an Einschüler*innen mit nicht deutschen Wurzeln auf als der südliche Teil. Der Zahnstatus der Kinder beider Stadtteile war vergleichbar: So wiesen ca. 83 % der dort lebenden Einschüler*innen ein naturgesundes Gebiss auf. Die Eltern der Kinder aus Alt-Hohenschönhausen Süd hatten im Stadtteilvergleich am häufigsten alle Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen (96 %). Ein geringerer Anteil der Einschüler*innen als im Lichtenberger Durchschnitt wiesen Förderbedarf auf, das betraf besonders den südlichen Teil, wo die Bedarfsquote für

schulische Förderung bei 33 % lag. Alt-Hohenschönhausen Süd erreichte im Entwicklungsscreening besonders beim Mengenvorwissen, Pseudowörter nachsprechen und Wörter ergänzen schlechtere Werte als der bezirkliche Durchschnitt.

Neu-Hohenschönhausen Süd war der Stadtteil mit dem geringsten Anteil an Familien mit hohem Sozialstatus (4,9 %). Demzufolge betrug der Anteil an Kindern aus der unteren Sozialstatusgruppe circa 27 %. Der Anteil an Kindern, die die Vorsorgeuntersuchungen nicht vollständig wahrnahmen, lag bei 17,3 % und somit auf Platz zwei im Stadtteilvergleich. 17,1 % der Kinder waren zum Untersuchungszeitpunkt übergewichtig, was dem höchsten Wert aller Lichtenberger Stadtteile entsprach. Im Entwicklungsscreening war Neu-Hohenschönhausen Süd der einzige Stadtteil, bei dem alle Testergebnisse unterdurchschnittlich ausfielen. In der Folge war der Förderbedarf auch am höchsten (73,2 % schulische Förderung und 15,1 % sonderpädagogische Förderung).

Im Schuljahr 2015/16 waren in dem Ortsteil **Neu-Hohenschönhausen Nord** 339 Kinder, also die meisten Einschüler*innen, wohnhaft. Wie auch in Neu-Hohenschönhausen Süd war der Anteil an Kindern aus Elternhäusern mit niedrigem Sozialstatus hoch. Der Stadtteil war darüber hinaus mit 48 % Spitzenreiter beim Anteil alleinerziehender Eltern. Positiv ist, dass die Impfquoten allesamt über dem bezirklichen Durchschnitt lagen. Ansonsten zeigten die Untersuchungsergebnisse ein ähnliches, wenn auch abgeschwächtes Bild der Problemlagen des südlichen Nachbarstadtteils.

Eine Übersicht über die wichtigsten Ergebnisse auf der Stadtteilebene wird in der nachfolgenden Tabelle dargestellt. In dem Fall, in dem die prozentualen Angaben einem Wert von weniger als drei Kindern entsprochen hätten, wurden die Felder mit einem „./.“ gekennzeichnet, um einen Rückschluss auf einzelne Kindern auszuschließen. Das betraf in der Regel Stadtteile, die nur geringe Zahlen von Einschüler*innen aufwiesen.

Die farbliche Codierung der Tabelle entspricht folgenden Kriterien⁴¹:

Rot: stark vom Durchschnitt abweichend; besonders auffällige Befunde (Standardabweichung +1,0)

Orange: überdurchschnittlich hoher Anteil auffälliger Befunde (Standardabweichung +0,5 bis +1,0)

Grün: überdurchschnittlich geringer Anteil auffälliger Befunde (Standardabweichung mindestens -1,0)

⁴¹ Methodisch wurde die Standardabweichung zugrunde gelegt. Die Standardabweichung gibt die Abweichung der Indikatorenwerte vom Mittelwert (Bezirksdurchschnitt) an.

Tabelle 8: Ausgewählte Problemlagen in den Lichtenberger Stadtteilen (in Prozent)

Stadtteile ESU 2015	Zähne- ne- rungsbe- dürftig	Überge- wicht (inkl. Adi- positas)	U1 bis U8 unvoll- ständig	Entwicklungs-screening: auffällige Ergebnisse (%)								Sprach- defizite	Unzur- Deutlich- kenntnisse bei Kindern ndH	Schul- päda- gogi- scher Förder- bedarf	Sonder- päda- gogi- scher Förder- bedarf
				Kör- per- koo- rdi- na- tion	Visuo- moto- rik	Visu- elle Wahr- neh- mung	Men- gen- vor- wissen	Pseu- dowö- ter nach- spre- chen	Wörter ergän- zen	Sätze nach- spre- chen	Plural- bil- dung				
„Dörfer“	./.	./.	7,7	11,6	14,0	25,6	./.	11,6	./.	./.	./.	9,3	./.	53,5	./.
Neu-Hsh. Nord	16,2	15,7	17,1	18,5	26,3	30,5	14,6	24,2	22,9	28,7	18,3	32,1	41,0	62,2	13,6
Neu-Hsh. Süd	19,4	17,1	19,7	23,7	30,3	25,4	16,7	23,0	24,6	35,6	22,9	39,9	54,7	73,2	15,1
Alt-Hsh. Nord	14,3	11,6	15,2	10,7	15,3	25,9	12,2	13,3	21,8	29,9	16,9	35,7	51,4	43,0	9,3
Alt-Hsh. Süd	12,3	9,8	4,1	11,3	18,2	27,3	24,3	23,3	26,2	22,0	17,1	28,1	41,0	32,7	4,4
Fennpfuhl	10,6	13,2	13,7	18,9	27,0	26,7	14,3	20,5	24,5	32,6	21,4	37,1	36,9	55,6	9,1
Alt-Lichtenberg	12,3	12,4	11,7	20,8	29,8	29,9	12,9	16,1	19,7	17,3	17,1	22,5	41,7	51,1	4,0
Frankfurter Al- lee Süd	13,7	13,6	8,7	18,5	34,1	34,1	15,9	20,3	27,5	31,6	22,2	32,9	32,5	48,8	./.
Neu-Lichten- berg	7,1	7,0	11,5	12,9	19,8	19,8	14,4	11,3	10,3	10,0	9,1	11,7	22,6	39,5	2,3
Friedrichsfelde Nord	19,5	12,8	20,2	13,8	30,5	27,1	31,4	28,7	32,5	39,6	34,5	42,7	35,5	61,0	9,3
Friedrichsfelde Süd	15,6	10,6	14,6	11,9	24,2	21,1	21,1	13,9	19,5	22,6	19,0	27,5	33,8	54,0	7,5
Rummelsburger Bucht	./.	./.	9,3	8,3	8,3	22,9	./.	8,3	./.	./.	./.	8,3	./.	16,7	--
Karlshorst	2,2	5,0	8,4	11,3	15,9	10,6	6,3	11,0	4,4	2,8	1,3	3,1	./.	44,9	1,5
Bezirk	11,9	11,2	12,6	15,6	23,5	24,5	15,7	18,3	19,3	22,0	16,1	25,7	37,8	50,7	7,1

11 Berlin-Vergleich

Die für Gesundheit und Soziales zuständige Senatsverwaltung veröffentlicht jedes Jahr eine berlinweite Grundausswertung der Einschulungsdaten. Darin werden neben der Darstellung im zeitlichen Verlauf ebenfalls kleinräumige Auswertungen auf Bezirks- und Prognoseraumbene vorgenommen. Das ermöglicht eine Vergleichbarkeit mit den Daten der Einschüler*innen anderer Bezirke beziehungsweise Prognoserräume.

11.1 Lichtenberg-Berlin-Vergleich

11.1.1 Häusliche und soziale Umfeldfaktoren

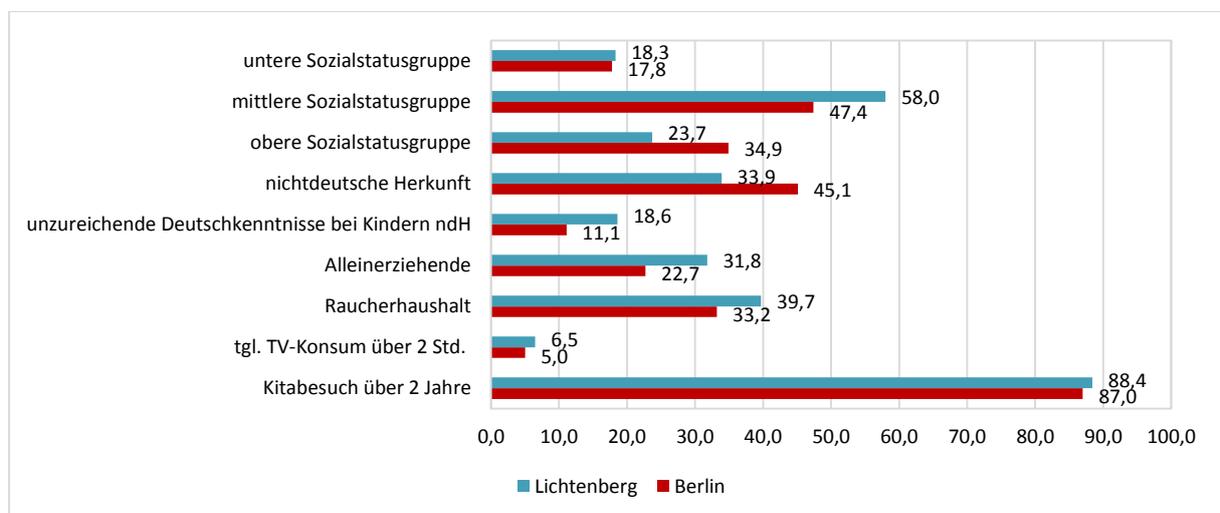
Die in Abbildung 59 dargestellten Daten entstammen der Grundausswertung der Senatsverwaltung und weichen somit gegebenenfalls geringfügig von den in den vorhergehenden Kapiteln dargestellten Daten ab. Ursächlich hierfür ist, dass die Senatsverwaltung dem Bezirk auch diejenigen Kinder zuordnen kann, die in Lichtenberg wohnhaft sind, jedoch in einem anderen Bezirk die Einschulungsuntersuchung wahrgenommen haben. In der rein bezirklichen Auswertung, sind diese Kinder nicht im Datensatz vorhanden.

Die Verteilung der Sozialstatusgruppen unterschied sich in Lichtenberg vom gesamtstädtischen Durchschnitt. So lag der Anteil an Familien mit niedrigem Sozialstatus in Lichtenberg etwas über dem Anteil in Berlin insgesamt. Vor allem die mittlere Sozialstatusgruppe war in Lichtenberg (58 %) weitaus mehr vertreten als im gesamtstädtischen Vergleich (47,4 %).

Der Anteil an Alleinerziehenden unter allen Eltern lag im Bezirk fast ein Drittel höher (32 %) als im berlinweiten Vergleich (23 %) und auch Raucherhaushalte waren in Lichtenberg überrepräsentiert (Lichtenberg 40 %; Berlin 33 %).

Kinder mit nicht deutschem Elternhaus waren in Lichtenberg weitaus weniger häufig anzutreffen als in Berlin insgesamt. Dennoch sind die Deutschkenntnisse derjenigen fast doppelt so häufig unzureichend wie im gesamtstädtischen Durchschnitt. Der TV-Konsum sowie der Anteil an Kindern mit langer Kitabesuchsdauer weichen nur unerheblich vom Berliner Gesamtdurchschnitt ab.

Abbildung 59: Anteil der Kinder nach ausgewählten Umfeldfaktoren im Vergleich Lichtenberg zu Berlin (in Prozent)⁴²



⁴² Vgl. Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2015

11.1.2 Gesundheitszustand und Gesundheitsvorsorge

Der Anteil an untergewichtigen Einschüler*innen dieses Jahrgangs, war in Lichtenberg wesentlich geringer (4,6 %) als im Berliner Durchschnitt (8,6 %). Demgegenüber stand der höhere Anteil an Kindern im Bezirk, der an Übergewicht litt (11,1 % vs. 9,1 %).

Die Quote zur vollständigen Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U8 lag in Lichtenberg etwas höher als in Berlin insgesamt. Gleichmaßen verhielt es sich mit den Durchimpfungsraten, die alle die berlinweiten Werte übertrafen.

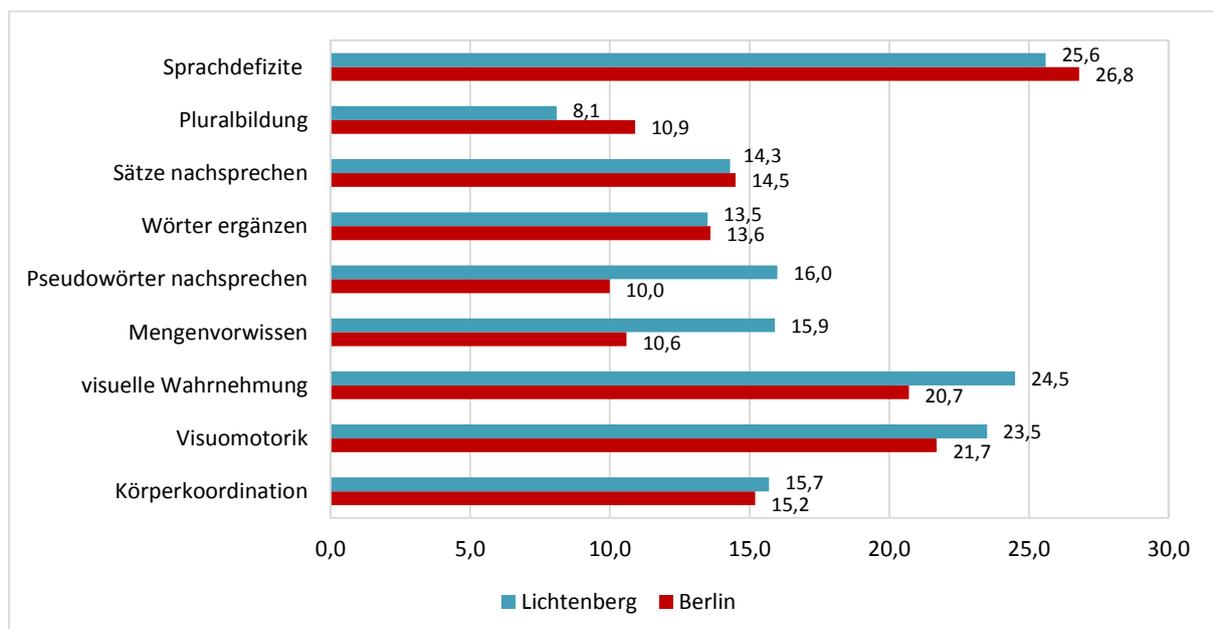
Die Gebisse Lichtenberger Einschüler*innen waren in 11,8 % der Fälle sanierungsbedürftig, die städtische Quote betrug im gleichen Jahr 13,1 %.

11.1.3 Ergebnisse des Entwicklungsscreenings

Die von der für Gesundheit und Soziales zuständigen Senatsverwaltung durchgeführte Grundauserwertung berücksichtigt methodisch in der Auswertung für die Tests „Pseudowörter nachsprechen“, „Wörter ergänzen“, „Sätze nachsprechen“ sowie die „Pluralbildung“ ausschließlich Kinder deutscher Herkunft beziehungsweise von den nicht deutschen Kindern nur diejenigen, die gute bis sehr gute Deutschkenntnisse haben. Vor diesem Hintergrund weichen die in Abbildung 60 dargestellten Quoten von Kindern mit auffälligen Befunden für Lichtenberg von den in den vorhergehenden Kapiteln dargestellten Werten ab.

Im Vergleich zu Berlin wiesen die Lichtenberger Einschüler*innen in den meisten Tests des Entwicklungsscreenings vergleichbare Werte auf. Lediglich die Quoten von Kindern, die Schwierigkeiten mit Pseudowörtern, Mengenvorwissen und visueller Wahrnehmung hatten, lagen im Vergleich zum gesamtstädtischen Durchschnitt wesentlich höher.

Abbildung 60: Anteil der Kinder mit auffälligen Testergebnissen bei Entwicklungsscreening im Vergleich Lichtenberg zu Berlin (in Prozent)⁴³



⁴³ Vgl. Grundauserwertung der Einschulungsdaten in Berlin 2015

Die Möglichkeit einer vergleichenden Ergebnisdarstellung aller Berliner Bezirke zeigt Tabelle 10 auf. Bei den meisten Indikatoren entspricht der niedrigste Wert dem ersten Rangplatz. Dahingegen wurden die Indikatoren, wo ein höherer Wert einen besseren Gesundheitszustand abbildet wie beispielsweise „U1 bis U8 vollständig“ mit einem * gekennzeichnet, das heißt, in diesen Fällen entspricht der höchste Wert Rang 1.

Tabelle 9: Ausgewählte Ergebnisse im Überblick und Vergleich zu Berlin und Rang im bezirklichen Vergleich⁴⁴

ESU 2015/16		Lichtenberg	Berlin	Rang ... von 12 Be- zirken
Merkmal		%	%	
Sozialstatus	unterer Sozialstatus	18,3	17,8	6
	mittlerer Sozialstatus	58,0	47,4	9
	oberer Sozialstatus	23,7	34,9	4
Familiäres und soziales Umfeld	nicht deutsche Herkunft	33,9	45,1	3
	Alleinerziehende Eltern	31,8	22,7	11
	Fremdunterbringung	1,0	0,9	12
	mind. 1 Raucher im Haushalt	39,7	33,2	8
	eigener Fernseher	13,2	9,0	10
	täglicher TV-Konsum	94,8	91,2	9
	tgl. Konsum von über 2 Std.	6,5	5,0	9
	Kitabesuch über 2 Jahre*	88,4	87,0	5
	kein Kitabesuch	2,2	2,3	7
	Vorsorge	U1 bis U8 vollständig*	89,2	88,0
Impfstatus*		Bei 11 von 13 Impfungen auf Rang 1-2		
Gesundheitszustand	Untergewicht	4,6	8,6	1
	Übergewicht	11,1	9,1	10
	Zähne versorgt*	88,2	86,9	6
	Zähne sanierungsbedürftig	6,9	8,4	5
	Zähne abgefaut oder Exzision	4,9	4,7	7
Entwicklungs- screening: auffällige Befunde	Körperkoordination	15,7	15,2	8
	Visuomotorik	23,5	21,7	9
	visuelle Wahrnehmung	24,5	20,7	11
	Mengenvorwissen	15,9	10,6	11
	Pseudowörter nachsprechen	16,0	10,0	11
	Wörter ergänzen	13,5	13,6	7
	Sätze nachsprechen	14,3	14,5	7
	Pluralbildung	8,1	10,9	5
Artikulationsstörung	27,4	30,0	5	
Unzureichende Deutschkenntnisse bei Kindern ndH		18,6	11,1	12
Indikator Sprachdefizite		25,6	26,8	6

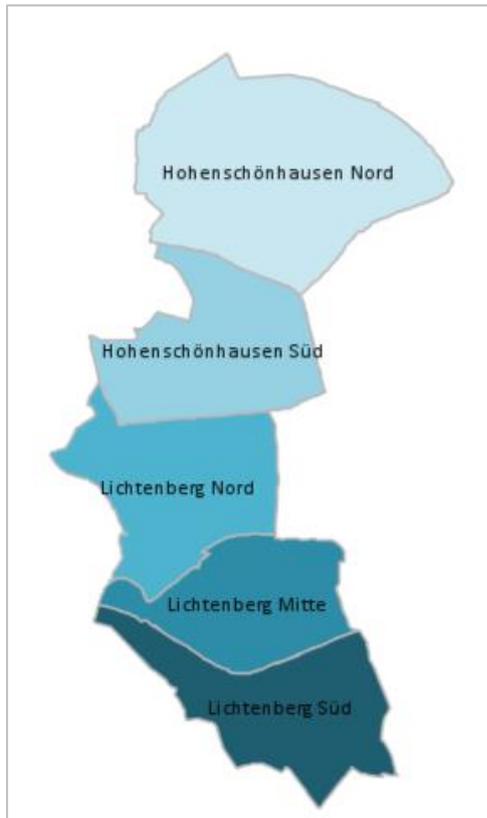
Besonders positive Ergebnisse sind mit grün gekennzeichnet, besonders schlechte Ergebnisse mit rot

⁴⁴ Vgl. Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2015

11.2 Prognoseräume im Vergleich

In Berlin gibt es laut dem Amt für Statistik Berlin-Brandenburg insgesamt 60 Prognoseräume, von denen fünf zum Bezirk Lichtenberg zählen. Die in Tabelle 10 dargestellten Daten entstammen der Grundausswertung der für Soziales und Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung 2015⁴⁵. In einem der Berliner Prognoseräume leben keine Menschen, sodass in der nachfolgenden Auswertung nur 59 Prognoseräume berücksichtigt wurden.

Abbildung 61: Die fünf Lichtenberger Prognoseräume⁴⁶



Hohenschönhausen Nord wies berlinweit den zweithöchsten Anteil an Alleinerziehenden unter den Eltern der Einschüler*innen auf. Darüber hinaus war der Anteil der Kinder mit eigenem Fernseher am höchsten. Im Rankingvergleich schnitt der Prognoseraum auch in Bezug auf den Anteil übergewichtiger Kinder schlecht ab und lag auf Rang 54. Ebenso verhielt es sich mit dem Anteil Kinder mit unzureichenden Deutschkenntnissen unter den Kindern nicht deutscher Herkunft.

Hohenschönhausen Süd hatte insgesamt sehr gemischte Ergebnisse im gesamtstädtischen Ranking, allerdings scheint Vorsorge für die Eltern in dem Prognoseraum von besonderer Bedeutung zu sein. So erreichte der Prognoseraum jeweils den dritten Rang in puncto der Inanspruchnahme der U8 sowie bei der vollständigen Masernimpfung.

In der Region **Lichtenberg Nord** waren die schlechten Ergebnisse der Einschüler*innen im Test „Visuomotorik“ (Rang 53) auffällig. Ansonsten bewegte sich der Prognoseraum in der unteren Hälfte der berlinweiten Platzierungen.

⁴⁵ Vgl. Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2015, S. 124.

⁴⁶ Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, erstellt mit PRISMA der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen

In **Lichtenberg Mitte** zeigten sich zum Teil ähnliche Problemlagen wie in Hohenschönhausen Nord. So hatte das Gebiet die fünfthöchste Quote an alleinerziehenden Elternteilen im Vergleich zu den anderen Berliner Prognoseräumen. Auch der Anteil an Kindern mit eigenem Fernseher war hoch und lag im Ranking auf Platz 53. In der Summe bewegte sich der Prognoseraum bei den anderen Indikatoren im Mittelfeld.

Der Prognoseraum **Lichtenberg Süd** zeichnete sich durch gesamtstädtische Bestplatzierungen (niedrigste Quote an auffälligen Befunden) bei dem Test „Sätze nachsprechen“ sowie beim Indikator „Sprachdefizite“ aus. Den ersten Rang erreichte der Prognoseraum Lichtenberg Süd außerdem in Bezug auf den Anteil an Kindern, der für mindestens zwei Jahre eine Kita besuchte. Nur drei andere Berliner Prognoserräume wiesen eine niedrigere Quote an Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund als Lichtenberg-Süd auf. Der Anteil an Einschüler*innen aus Lichtenberg Süd, die ein unversorgtes Gebiss hatten, lag bei nur 2,2 % und somit auf dem fünften Rang.

Die in Tabelle 10 genutzte farbliche Codierung impliziert bei der Farbe **Grün** einen Rang unter einem der zehn Bestplatzierten im Bezirksregionenvergleich und **Rot** eine Platzierung unter den schlechtesten zehn aller Bezirksregionen.

Tabelle 10: Ausgewählte Ergebnisse der Prognoseräume im Vergleich zu allen Berliner Prognoseräumen⁴⁷

Merkmal	Hohenschön- hausen Nord		Hohenschön- hausen Süd		Lichtenberg Nord		Lichtenberg Mitte		Lichtenberg Süd		
	%	Rang von 59	%	Rang von 59	%	Rang von 59	%	Rang von 59	%	Rang von 59	
Familiäres und soziales Umfeld	Beidseitiger Migrationshin- tergrund	27,1	28	26,3	33	35,5	21	26,9	31	4,8	56
	Alleinerziehende	41,2	58	29,3	50	32,7	54	34,2	55	18,3	21
	Raucherhaushalte**	51,3	48	39,3	36	35,6	30	42,7	39	21,8	10
Vorsorge	Eigener Fernseher	21,3	59	12,4	44	8,3	35	16,0	53	3,3	10
	Kitabesuch über 2 Jahre*	86,0	37	84,0	42	86,8	35	90,1	24	97,3	1
	U8 vorhanden*	93,6	35	97,7	3	94,3	30	94,2	31	96,6	14
Gesundheitszustand	Masernimpfung (≥ 2 Impfdosen)*	94,7	14	96,1	3	91,3	43	92,5	30	93,5	23
	Übergewicht (inkl. Adipositi- tas)	15,7	54	10,3	42	12,9	48	9,3	35	4,3	7
	Unversorgte Zähne	16,8	45	12,7	37	11,7	33	12,3	35	2,2	5
Entwicklungsscreening: auffällige Ergebnisse	Visuomotorik	27,2	49	17,4	20	29,1	53	23,6	41	14,8	16
	Sätze nachsprechen	20,2	46	16,7	42	15,5	41	13,6	37	2,7	1
Anteil der Kinder mit unzureichenden Deutschkennt- nissen an allen Kindern ndH***		47,5	54	44,0	51	38,4	48	30,5	35	8,0	7
	Indikator Sprachdefizite	33,7	43	29,7	36	30,6	39	23,1	30	3,8	1

* der höchste Wert entspricht Rang 1

** nur 50 Planungsräume wurden berücksichtigt

*** nur 57 Planungsräume wurden berücksichtigt

⁴⁷ Vgl. Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2015

12 Zusammenfassung

12.1 Ergebnisse Bezirk

Für das Schuljahr 2015/16 bestand für 2.884 Kinder die Pflicht zur Einschulung. Darunter waren 351 Rücksteller*innen aus dem vorhergehenden Schuljahr. Im aktuellen Schuljahr wurden 579 Kinder zurückgestellt. Die Auswertung der bezirklichen Daten berücksichtigt in diesem Jahr erstmals alle erstuntersuchten Kinder sowie Kinder, die nicht in Lichtenberg wohnhaft sind, sodass die Rücksteller*innen und die zwölf außerhalb des Bezirks lebenden Kinder nicht berücksichtigt wurden. Insgesamt ist die Gesamtzahl der schulpflichtigen Kinder seit dem Vorjahr um 9,6 % gestiegen.

Ein Drittel aller erstuntersuchten Kinder kamen aus nicht deutschem Elternhaus und hatten somit einen Migrationshintergrund. Darüber hinaus beherrschten zwei von fünf der nicht deutschen Kinder die deutsche Sprache nicht in ausreichendem Maße. Unter den diesjährigen Einschüler*innen waren etwas mehr Jungen (51,8 %) als Mädchen (48,2 %).

Der Großteil der Kinder (58,1 %) kam aus Familien mit mittlerem Sozialstatus. Ein knappes Viertel zählte zur oberen (23,6 %) und 18,3 % zur unteren Statusgruppe.

Rund 30 % der Eltern gaben an, alleinerziehend zu sein. Meistens betraf dies die Mütter der Kinder. Allerdings gab jeder vierte alleinerziehende Elternteil an, dass ein weiterer Erwachsener im Haushalt lebt, im Regelfall der/die neue Partner*in des Elternteils.

Fast alle Lichtenberger Vorschüler*innen besuchten eine Kita (97,8 %), allerdings knapp 10 % davon für einen Zeitraum von unter zwei Jahren.

Die Mehrheit der Haushalte, in denen die Einschüler*innen aufwuchsen, waren Nichtraucherhaushalte (60,3 %).

Die Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U8 wurde von 87,4 % aller Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft wahrgenommen.

Kinder mit Untergewicht waren in den letzten Jahren rückläufig und betrug aktuell knapp 5 %. Übergewichtig waren hingegen rund 11 % aller Einschüler*innen.

Über ein naturgesundes Gebiss verfügten knapp 80 % aller untersuchten Kinder. Etwas mehr als 8 % hatten bereits sanierte Zähne und 12 % litten zum Untersuchungszeitpunkt an Karies, sodass ein Sanierungsbedarf bestand.

Die Ergebnisse im Entwicklungsscreening zeigten, dass bei Lichtenberger Einschüler*innen eine steigende Tendenz an auffälligen Testergebnissen in allen Bereichen, das heißt kognitiv, motorisch und sprachlich, vorlag. Insbesondere bei der Visuomotorik und der visuellen Wahrnehmung fand in den letzten Jahren eine kontinuierliche Zunahme von entwicklungsauffälligen Kindern statt, sodass 2015 bereits bei fast jeder vierten Untersuchung Auffälligkeiten festgestellt wurden. Die Defizite in der sprachlichen Entwicklung zeigten sich insbesondere beim Nachsprechen von Sätzen (22 %), dem Wörter ergänzen (19,3 %) sowie dem Nachsprechen von Pseudowörtern (18,3 %).

Die steigenden Quoten entwicklungsauffälliger Einschüler*innen spiegelten sich in der Zahl an Kindern mit einer Förderempfehlung wider: Für mehr als der Hälfte (50,7 %) aller untersuchten Kinder wurde eine solche ausgesprochen. Zusätzlich zur schulischen Förderung wurden 7 % der künftigen Erstklässler*innen ein sonderpädagogischer Förderbedarf bescheinigt.

12.2 Ergebnisse Stadtteile

Von den 2.521 Kindern, die 2015 erstmals schulärztlich untersucht wurden, lebten insgesamt 339 Kinder in Neu-Hohenschönhausen Nord. Die kleinste Zahl an Einschüler*innen für das Schuljahr 2015/16 lebten zum Untersuchungszeitpunkt in den „Dörfern“, nämlich 43 Kinder.

Aufgrund der sehr ungleich verteilten Schüler*innenzahlen in den einzelnen Stadtteilen sollten die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden. Sie sollten nur als Indikatoren dienen.

Der größte Anteil an Kindern nicht deutscher Herkunft lebte in Friedrichsfelde Nord und Fennpfuhl. Dort hatten über die Hälfte (53,4 % beziehungsweise 51,6 %) aller dortigen Einschüler*innen einen Migrationshintergrund. Am wenigsten Familien nicht deutscher Herkunft waren in den „Dörfern“ zu Hause (23,3 %).

Neu-Hohenschönhausen Nord war mit Abstand Spitzenreiter in Bezug auf Alleinerziehende unter den Eltern. Dort lag die Quote bei knapp 48 %. Von diesen lebte in drei von vier Haushalten auch kein weiterer Erwachsener wie beispielsweise ein*e neue*r Partner*in des Elternteils. Im Gegensatz dazu wuchsen in den „Dörfern“ mehr als 90 % aller Kinder gemeinsam mit beiden Elternteilen auf.

Friedrichsfelde Nord war im Stadtteilvergleich derjenige mit dem größten Anteil an Familien der niedrigen Sozialstatusgruppe unter den Einschüler*innen. Das betraf rund 43 % aller dortigen Haushalte. Der Anteil an hohem Sozialstatus lag dementsprechend niedrig bei 9 %. Im Kontrast dazu lebten in Karlshorst drei von fünf Kindern in sozial gut situierten Familiensettings und nur 3 % in sozial schwächeren Familien.

Fast alle Lichtenberger Einschüler*innen besuchten vor dem Schulbeginn eine Kita. In Alt-Lichtenberg und Alt-Hohenschönhausen Nord war der Anteil an Kindern, die gar keine Kita besuchten, am höchsten und lag bei 6,4 % beziehungsweise 6 %. Eine Besuchsdauer von einem Zeitraum unter zwei Jahren lag bei jeweils circa 13 % aller Kinder in Alt-Hohenschönhausen Süd, Neu-Hohenschönhausen Nord und Alt-Hohenschönhausen Nord vor. Alle Kinder dieses Jahrgangs in Karlshorst und Frankfurter Allee Süd besuchten eine Kita, zumindest für einen gewissen Zeitraum.

Wie bei den anderen Untersuchungskriterien unterschieden sich die Stadtteile auch in Bezug auf die Zahngesundheit der Einschüler*innen. So wiesen in Karlshorst die Kinder in neun von zehn Fällen ein naturgesundes Gebiss auf, während das in Friedrichsfelde Nord nur bei sechs von zehn Kindern der Fall war. In Friedrichsfelde Nord betrug der Anteil der Kinder mit saniertem (22 %) beziehungsweise behandlungsbedürftigem Gebiss (20 %) und lag dort dementsprechend am höchsten. Die wenigstens kariösen Gebisse identifizierten die Kinderärzt*innen in Karlshorst und den „Dörfern“.

Erfreulicherweise lagen die Impfraten in den Stadtteilen überall hoch bis sehr hoch. Die höchsten Impfquoten konnten in den Stadtteilen Frankfurter Allee Süd, Rummelsburger Bucht und den „Dörfern“ ermittelt werden.

Ausgewählte Ergebnisse in den Stadtteilen

In **Friedrichsfelde Nord** lebte neben dem größten Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund (53,4 %) auch die höchste Quote an Familien mit niedrigem Sozialstatus (42,6 %). Das zeigte sich auch in den Untersuchungsergebnissen: So hatten 20 % der Kinder kariöse Zähne und die Teilnahmequote an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U8 lag bei unter 80 %.

Neu-Hohenschönhausen Süd und **Neu-Hohenschönhausen Nord** waren Stadtteile mit niedrigeren Quoten an Familien mit hohem Sozialstatus. Im nördlichen Stadtteil lebte der höchste Anteil alleinerziehender Eltern (48 %). Neu-Hohenschönhausen Süd war hingegen der einzige Stadtteil, bei dem alle

Testergebnisse unterdurchschnittlich schlecht waren. Dementsprechend lag die Förderquote auch bei circa 73 %. Darüber hinaus spielte Übergewicht im Stadtteilvergleich mit 17,1 % eine erhebliche Rolle. Neu-Hohenschönhausen Nord wies vergleichbare negative Tendenzen auf, wenn auch abgemildert.

Mehr als ein Drittel der Eltern in **Frankfurter Allee Süd** waren alleinerziehend (36,7 %), was dem zweithöchsten Wert im Bezirk entsprach. Trotz insgesamt guter sozialer Lage waren knapp 14 % der Erstklässler*innen laut BMI-Tabelle übergewichtig.

Ein hoher Sozialstatus war vor allem in **Karlshorst**, in der **Rummelsburger Bucht** und in den „Dörfern“ vorzufinden. In Karlshorst wuchsen 11 % der Kinder in Familien nicht deutscher Herkunft auf. In den „Dörfern“ und der Rummelsburger Bucht betrug der Anteil knapp ein Viertel aller Kinder. Insgesamt waren die Untersuchungsergebnisse in den Stadtteilen aber positiv: So lag beispielsweise der Anteil an Kindern mit Sprachdefiziten jeweils unter 10 % und die Quote der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen betrug über 90 %.

12.3 Ergebnisse im Berlin-Vergleich

Die Einordnung der Einschulungsergebnisse aus Lichtenberg im Verhältnis zu den anderen Berliner Bezirken und dem Stadtgebiet insgesamt rückt die ermittelten Werte in einen gesamtstädtischen Kontext und bietet die Möglichkeit, Aussagen zum Gesundheitszustand von Lichtenberger Einschüler*innen im Vergleich zu anderen Berliner Erstklässler*innen zu treffen (vgl. Tabelle 10, S. 61).

Die Sozialstatusgruppen in Lichtenberg wichen vom Berliner Durchschnitt ab, wobei der Anteil an sozial besser gestellten Familien 11 % niedriger lag als in Berlin insgesamt. Dafür war in Lichtenberg der Anteil an Kindern mit mittlerem Sozialstatus etwa 11 % höher. Das untere Sozialstatussegment war in etwa gleich. Im bezirklichen Vergleich befand sich Lichtenberg insgesamt im Mittelfeld.

Der Anteil an Alleinerziehenden unter allen Eltern war im Bezirk fast ein Drittel höher (32 %) als im berlinweiten Vergleich (23 %), was Rang 11 der Bezirke entsprach. Lichtenberg hat in Berlin insgesamt den zwölften Platz in Bezug auf fremduntergebrachte Kinder mit 1 % aller untersuchten Einschüler*innen. Beim täglichen Fernsehkonsum von mindestens zwei Stunden belegte Lichtenberg den drittletzten Platz im bezirklichen Ranking.

Kinder mit nicht deutschem Elternhaus waren in Lichtenberg weitaus weniger häufig anzutreffen als in Berlin insgesamt (Rang 3). Trotzdem waren die Deutschkenntnisse derjenigen doppelt so oft wie im Berliner Durchschnitt sowie im bezirklichen Vergleich am häufigsten (Rang 12) unzureichend.

Neben Übergewicht (Rang 10), waren auch auffällige Screeningbefunde, insbesondere in den Bereichen visuelle Wahrnehmung, Mengenvorwissen und Pseudowörter nachsprechen, in Lichtenberg besonders häufig zu finden. Der Bezirk belegte in diesen Tests jeweils Platz 11.

Überdurchschnittlich gut war in Lichtenberg die Impfquote, wo der Bezirk bei 11 von 13 Impfungen den ersten oder zweiten Rang belegte. Auch Untergewicht trat nur halb so oft auf wie in Berlin insgesamt, sodass Lichtenberg auch hier die Bestplatzierung innehatte.

Vergleich der 59 Berliner Prognoseräume

Im direkten Vergleich aller Berliner Prognoseräume wurden allein innerhalb Lichtenbergs große Unterschiede sichtbar: So erreichte Lichtenberg Süd bei vielen Indikatoren Platz 1 (beispielsweise bei dem Test „Sätze nachsprechen“, dem Indikator „Sprachdefizite“ sowie dem Anteil an Kindern, der für mindestens zwei Jahre eine Kita besuchte). Bei den anderen Indikatoren war Lichtenberg Süd zumeist un-

ter den ersten zehn platziert. Dahingegen entsprach die Lage in Hohenschönhausen Nord dem Gegenteil und wies beispielsweise den zweithöchsten Anteil an Alleinerziehenden unter den Eltern der Einschüler*innen auf. Darüber hinaus war auch der Anteil der Kinder mit eigenem Fernseher hier am höchsten.

In den Prognoseräumen Hohenschönhausen Süd, Lichtenberg Nord und Lichtenberg Mitte zeigt sich ein durchwachsenes Bild. Während Hohenschönhausen Süd mit guten Teilnahmequoten bei der Masernimpfung sowie der Vorsorgeuntersuchung U8 einen dritten Platz erreichte, gehörten Lichtenberg Nord und Mitte in Bezug auf einen hohen Anteil Alleinerziehender im negativen Sinne zu den führenden Prognoseräumen (Ränge 54 und 55).

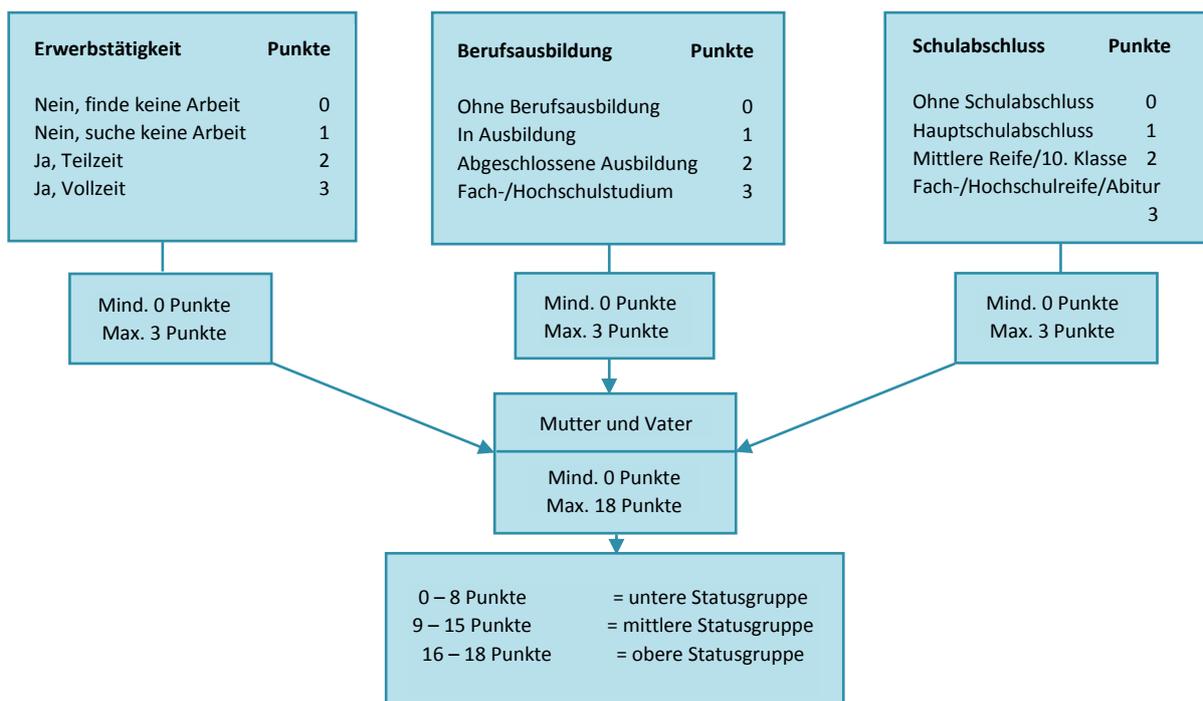
Glossar

Körpergewicht

Da der BMI sich im Laufe des Wachstums von Kindern noch stärker verändert als es bei Erwachsenen der Fall ist, wurde speziell für die Einordnung des Körpergewichtes von Kindern eine entsprechend angepasste Normwerttabelle von Kronmeyer-Hauschild entwickelt. Diese liegt gesondert für Jungen und für Mädchen vor und sieht eine Differenzierung in starkes Untergewicht, Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und starkes Übergewicht (Adipositas) vor.

Sozialstatusindex

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



S-ENS (Screenings des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen)

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

SOPESS (Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening in den Schuleingangsuntersuchungen)

Seit 2012 ergänzen die Tests „Mengenvorwissen“ und „Pluralbildung“ die S-ENS Testreihen. Diese Tests sind ohne Alterseinschränkung bei allen Kindern durchführbar.

Abkürzungsverzeichnis

BMI	Body-Mass-Index
ESU	Einschulungsuntersuchung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
MH	Migrationshintergrund
ndH	nicht deutscher Herkunft
S-ENS	Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen
SOPES	Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening in den Schuleinganguntersuchungen
STIKO	Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut

Literaturverzeichnis

Bettge, Dr. S., Oberwöhrmann, Dr. S. (2016) Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2015 Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme; online verfügbar unter: https://www.berlin.de/sen/gessoz/gesundheits-und-sozialberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie/grundauswertungen/ga2015_netz.pdf (Letzter Zugriff: 16.08.2017).

Bode, H. (2014) Einflüsse des Lebensumfeldes auf Entwicklung, Verhalten, Gesundheit und Teilhabe aus: Sozialpädiatrie in der Praxis; Bode, S., Straßburg, H.-M., Hollmann, H. (Hrsg.); Urban und Fischer Verlag Elsevier GmbH, S. 221-250.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2012) Alleinerziehende in Deutschland – Lebenssituationen und Lebenswirklichkeiten von Müttern und Kindern; online verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/76232/4abcbfc3b6124fcc2766fd4cc11e87c/monitor-familienforschung-ausgabe-28-data.pdf> (Letzter Zugriff: 16.08.2017).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011) Elternbefragung zum Thema Impfen im Kindesalter Ergebnisbericht; BzgA, Forsa Gesellschaft für Sozialforschung und Datenerhebung (Hrsg.).

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

Gottschling, A., Franze, M., Hoffmann, W. (2016) Prävalenzen und Risikofaktoren motorischer Entwicklungsgefährdungen bei 3- bis 6-jährigen Kindergartenkindern in Mecklenburg-Vorpommern (M-V), Das Gesundheitswesen Jg. 78, S. 28-33.

Lampert, T., List, S. M. (2010) Gesundheitsrisiko Passivrauchen, Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin; online verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2010_3_Gesundheitsrisiko_Passivrauchen.pdf?__blob=publicationFile (Letzter Zugriff: 18.07.2017)

Oldenhage, M., Daseking, M., Petermann, F. (2009) Erhebung des Entwicklungsstandes im Rahmen der ärztlichen Schuleingangsuntersuchung, Das Gesundheitswesen Jg. 71, S. 638-647.

Reiter, S., Poethko-Müller, C. (2009) Aktuelle Entwicklung von Impfquoten und Impflücken bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland; Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 50 (11), S. 1037-1044.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Fassung vom 18.06.2015, zuletzt geändert am 18.05.2017); online verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1427/RL_Kinder_2017-05-18_iK-2017-07-25.pdf (Letzter Zugriff: 18.07.2017).

Rudolph, S., Franze, M., Gottschling-Lang, A., Hoffmann, W. (2013) Entwicklungsgefährdung im Bereich sozialer Kompetenzen bei 3- bis 6-jährigen Kindern in Kindertageseinrichtungen, Kindheit und Entwicklung, Jg. 22 (2), S. 97-104.

Schenk, L., Knopf, H. (2007) Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland; Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, Jg. 50 (6/7); S. 653-658.

Schulgesetz für das Land Berlin (SchulG) vom 26.01.2004 in der Fassung vom 06.04.2014.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme (Hrsg.) (2015) Handbuch für die Einschulungsuntersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Bezirke des Landes Berlin.

Thyen, U., Schlack, H. G., Mößle, T., Kolossa-Gehring, M., Twardella, D. (2009) Umwelteinflüsse und Lebenswelten aus Sozialpädiatrie: Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag, Springer Verlag Berlin Heidelberg, 1. Auflage, S. 25-62.

Von Kries, R., von Suchodeletz, W., Stränger, J, Toschke, A. M. (2006) Fernseher im Kinderzimmer – ein möglicher Risikofaktor für expressive Sprachstörungen bei 5- und 6-jährigen Kindern, Das Gesundheitswesen Jg. 68; S. 613-317.

Wadenpohl, S. (2011) Vielfalt der Lebenswelten – Zusammenhänge zwischen Lebenssituation und Entwicklungsstand bei Einschulungskindern, Das Gesundheitswesen Jg.73; S. 772-777.