

Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen Lichtenberg



Bezirksamt Lichtenberg

Impressum

Herausgeber	Bezirksamt Lichtenberg Abteilung Familie, Jugend, Gesundheit und Bürgerdienste Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheits- Dienstes
Ansprechpartnerin	Sarah Blaut (Gesundheitsberichterstattung) sarah.blaut@lichtenberg.berlin.de
Titelbild	ArturVerkhovetskiy/depositphotos.com
Auflage	200 Stück

Berlin, Juli 2018

Grußwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Lichtenbergerinnen und Lichtenberger,



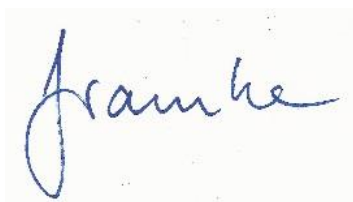
die für alle Kinder verpflichtende Einschulungsuntersuchung hat den Zweck, neben dem altersentsprechenden Entwicklungsstand auch gesundheitliche Aspekte bei den Kindern durch Ärzt*innen zu ermitteln. Diese Kenntnisse sind wichtig, um jedem Kind einen guten Einstieg in die Schule zu ermöglichen. Darüber hinaus liefern die daraus gewonnenen Erkenntnisse dem Bezirk alljährlich wichtige Informationen über die Gesundheit sowie den Entwicklungsstand eines gesamten Jahrgangs von Lichtenberger Kindern.

Der vorliegende Bericht stellt die wichtigsten Ergebnisse der Auswertung des Einschulungsjahrganges 2016/17 dar. Von besonderem Interesse ist dabei die kleinräumige Auswertung auf Stadtteilebene, bei der deutliche Unterschiede innerhalb des Bezirkes zutage treten.

Im Ergebnis dieser Untersuchungen zeigt sich, dass das Aufwachsen eines Kindes von vielen Faktoren geprägt und beeinflusst wird. Die Familie stellt den wichtigsten Einflussfaktor für die Kinder dar. Aber die soziale Lage der Familie, die Herkunft der Familie und der Besuch einer Kita nehmen Einfluss auf den Entwicklungsstand sowie die Gesundheit der Kinder.

Der Bezirk Lichtenberg versucht darüber hinaus, die Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen stetig zu verbessern, denn Familien und Kinder nehmen im wachsenden Bezirk eine wichtige Rolle ein. Das wurde u.a. durch die Zertifizierung als „Familienfreundliche Kommune“ im Jahr 2015 sowie die aktuelle Re-Zertifizierung durch das Lichtenberger Bezirksamt deutlich gemacht. Darum setzen wir uns noch stärker für die Interessen der jüngsten Lichtenberger*innen ein.

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

Grußwort	3
1 Einleitung.....	6
2 Kernaussagen der Einschulungsuntersuchungen 2016/17	7
3 Entwicklungstendenzen 2014/15 bis 2016/17	7
4 Eckdaten der Einschüler*innen 2016/17	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 Deutschkenntnisse und Familiensprache.....	12
5 Soziale Lage, familiäre Situation und Kitabesuch.....	15
5.1 Soziale Lage	15
5.2 Familiäre Situation	16
5.3 Kitabesuchsdauer	17
6 Gesundheits- und Risikoverhalten	18
6.1 Gesundheitsverhalten	18
6.1.1 Früherkennungsuntersuchungen	18
6.1.2 Impfstatus.....	20
6.1.3 Zahngesundheit.....	22
6.2 Gesundheitsrelevantes Risikoverhalten.....	23
6.2.1 Medienkonsum.....	24
6.2.2 Rauchverhalten der Eltern.....	26
7 Gesundheitszustand und Entwicklungsauffälligkeiten.....	27
7.1 Körpergewicht	27
7.2 Entwicklungsauffälligkeiten.....	28
7.2.1 Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung	29
7.2.2 Auffälligkeiten in der kognitiven Entwicklung.....	30
7.2.3 Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung	31
7.2.4 Auffälligkeiten in der emotional-sozialen Entwicklung.....	35
8 Förderempfehlungen	37
8.1 Schulischer Förderbedarf	38
8.2 Sonderpädagogischer Förderbedarf.....	40
8.3 Bisherige Behandlungen.....	41
9 Kleinräumige Auswertung	42
9.1 Sozialstruktur.....	43
9.1.1 Anzahl und Herkunft der Kinder	43

9.1.2	Familienstruktur	44
9.1.3	Soziale Lage	45
9.1.4	Kitabesuchsdauer	45
9.2	Ausgewählte gesundheitliche Aspekte	46
9.2.1	Über- und Untergewicht	46
9.2.2	Früherkennungsuntersuchungen	47
9.2.3	Impfstatus.....	48
9.2.4	Zahngesundheit.....	49
9.3	Ausgewählte Ergebnisse in den Stadtteilen	50
10	Vergleich mit Berlin	54
10.1	Lichtenberg-Berlin-Vergleich.....	54
10.1.1	Häusliche und soziale Faktoren.....	54
10.1.2	Gesundheitszustand und Gesundheitsvorsorge.....	55
10.1.3	Ergebnisse des Entwicklungsscreenings.....	56
10.1.4	Bezirklicher Vergleich	56
11	Zusammenfassung.....	57
11.1	Ergebnisse Bezirk.....	57
11.2	Ergebnisse Stadtteile	59
11.3	Ergebnisse im Berlin-Vergleich.....	60
12	Handlungsfelder	61
12.1	Handlungsfeld 1: Kitabesuch	61
12.2	Handlungsfeld 2: Förderbedarfe	62
12.3	Handlungsfeld 3: Alleinerziehende	62
12.4	Handlungsfeld 4: Deutschkenntnisse von Kindern nicht deutscher Herkunft	63
12.5	Handlungsfeld 5: Medienkonsum	63
Glossar		64
Abkürzungsverzeichnis.....		65
Literaturverzeichnis.....		66

1 Einleitung

Aus der Änderung des Berliner Schulgesetzes Anfang 2016 folgte eine Anhebung des Alters für die allgemeine Schulpflicht um drei Monate ab dem Schuljahr 2016/17. Das bedeutet, dass künftig alle Kinder, die zwischen dem 1. Oktober des Vorjahres und dem 30. September des Einschulungsjahres das sechste Lebensjahr vollenden, schulpflichtig werden¹. Bisher erstreckte sich dieser Zeitraum bis Ende Dezember des Einschulungsjahres. Da diese Regelung im Schuljahr 2016/17 erstmals galt, wurden diejenigen Kinder, die im Zeitraum Oktober bis Dezember das sechste Lebensjahr vollendeten erst im darauffolgenden Schuljahr schulpflichtig.

Kinder können nach § 42 Abs. 3 SchulG auf Antrag der/des Erziehungsberechtigten um ein Jahr von der Schulpflicht zurückgestellt werden. Voraussetzung ist, dass die Entwicklung des Kindes in einer Einrichtung der Jugendhilfe besser gefördert werden kann als in der Schule. Die Entscheidung, ob dem Antrag stattgegeben wird, obliegt der Schulaufsichtsbehörde.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass Kinder, die im Zeitraum zwischen dem 1. Oktober und 31. März des folgenden Kalenderjahres das sechste Lebensjahr vollenden, auf Antrag der/des Erziehungsberechtigten bereits vorzeitig in die Schule aufgenommen werden können. Voraussetzung ist, dass kein Sprachförderbedarf besteht.

Die Teilnahme an der Einschulungsuntersuchung stellt die verpflichtende Voraussetzung für den Antritt des Schulbesuches dar. Diese wird im Land Berlin durch die bezirklichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD), welche Teil des jeweiligen bezirklichen Gesundheitsamtes sind, durchgeführt. Dabei ist der Ablauf und die Durchführung der Untersuchung berlinweit einheitlich, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewährleisten zu können.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung werden neben der Anamnese auch einige andere Themenfelder mithilfe eines Fragebogens bei den Eltern erfragt. Darüber hinaus findet eine Untersuchung durch den Kinderarzt/-ärztin des KJGD statt. In diesem Rahmen werden neben dem allgemeinen Gesundheitszustand auch gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, motorische und kognitive Fähigkeiten sowie der altersgemäße sprachliche Entwicklungsstand überprüft.

Die in diesem Bericht vorliegenden Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung beziehen sich auf die Einschüler*innen des Schuljahrs 2016/17. Insgesamt waren 2.603 Kinder aus dem Bezirk Lichtenberg in diesem Schuljahr einschulungspflichtig. Die Kinderzahl lag aufgrund des o.g. veränderten Stichtages zum Erreichen des schulpflichtigen Alters unterhalb des Vorjahreswertes. (Bei unverändertem Stichtag wäre die Einschüler*innenzahl höher.) Darunter befanden sich 351 Kinder, die bereits im vorhergehenden Schuljahr schulpflichtig waren, allerdings aufgrund von vorliegenden Entwicklungsdefiziten zurückgestellt wurden. Weiterhin befanden sich in der Stichprobe 13 Kinder, die zwar in anderen Bezirken wohnhaft waren jedoch durch den Lichtenberger KJGD untersucht wurden. Beide dieser genannten Gruppen wurden in der nachfolgenden Auswertung nicht berücksichtigt.

Somit bezieht sich die Auswertung, wie bereits im vorhergehenden Einschulungsjahrgang, auf die durch den KJGD **erstmals untersuchten 2.239 Kinder**, die zum Untersuchungszeitpunkt wohnhaft in Lichtenberg waren².

Inhaltlich gab es im Vergleich zum Vorjahr einige kleinere Änderungen in der Datenerfassung bzw. -auswertung. Dazu gehörte beispielsweise (bspw.) die Zusammenfassung des Gebisszustandes des Kindes

¹ Vgl. § 42, Abs. 1 des Schulgesetz Berlin (SchulG) vom 26.01.2004 in der Fassung vom 04.02.2016

² Durch die Angleichung der Auswertung an die Methodik der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung ist eine bessere Vergleichbarkeit mit den Daten auf Berliner Ebene gegeben.

von den zwei Kategorien „naturgesund“ und „sanziert“ im Vorjahr zu nunmehr einer Kategorie „naturgesund/versorgt“. Darüber hinaus bestand erstmalig die Möglichkeit, die Frage zu bisherigen Behandlungen des Kindes (z.B. Ergotherapie oder Logopädie) aus dem Elternfragebogen auszuwerten. Erweitert wurde der Fragebogen um die Frage nach der/den Familiensprache(n), um in Erfahrung zu bringen, welche Sprache(n) zu Hause mit dem Kind gesprochen werden.

2 Kernaussagen der Einschulungsuntersuchungen 2016/17

Die Anzahl der untersuchten Kinder lag in diesem Schuljahr unterhalb des Vorjahreswertes. Das ist auf die bereits im einleitenden Kapitel angeführte Änderung des Stichtages zum Erreichen des schulpflichtigen Alters zurückzuführen. Der wichtigste Einflussfaktor auf die Gesundheit der Kinder ist und bleibt der soziale Status der Familie in der das Kind aufwächst. So zeigte sich bspw., dass in Haushalten der niedrigen Sozialstatusgruppe häufiger geraucht wurde, die untersuchten Einschüler*innen öfter ein sanierungsbedürftiges Gebiss aufwiesen und häufiger übergewichtig waren. Aber auch die Entwicklung z.B. in den Bereichen sprachliche oder emotional-soziale Entwicklung der betreffenden Kinder, wurde durch die Ärzt*innen oft als auffällig eingeschätzt. So ist nicht verwunderlich, dass auch häufiger Förderbedarfe ausgesprochen wurden.

Neben der sozialen Lage spielte ebenfalls der Migrationsstatus des Kindes eine Rolle. Das galt insbesondere für Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund³. Das wurde bspw. durch eine geringere Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen bzw. Impfungen bei dieser Gruppe deutlich. Auch der Anteil an Kindern mit kariösem Gebiss war höher als bei Kindern ohne Migrationshintergrund. Dahingegen wurde in Familien mit Migrationshintergrund seltener geraucht als in Haushalten ohne Migrationserfahrung. Des Weiteren wurden in der Gruppe von Kindern mit Migrationshintergrund seltener Auffälligkeiten im Bereich der Körperkoordination festgestellt. Allerdings war die sprachliche Entwicklung teilweise verzögert, was u.a. durch unzureichende Deutschkenntnisse bzw. der (vorherrschenden) Familiensprache bedingt sein könnte.

Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen bestanden vorrangig im Entwicklungsscreening: Hierbei schnitten die männlichen Einschüler bei allen Tests schlechter ab als gleichaltrige Mädchen.

In den meisten Kategorien erzielten die Kinder, die länger eine Kita besuchten, bessere Ergebnisse⁴. Ein Kitabesuch kann die Unterschiede, die aufgrund der familiären bzw. sozialen Rahmenbedingungen bestehen nicht vollständig ausgleichen, wirkt sich aber insgesamt positiv auf die Gesundheit und Entwicklung benachteiligter Kinder aus.

3 Entwicklungstendenzen 2014/15 bis 2016/17

In der nachfolgenden Übersicht (vgl. Tabelle 1, S. 9) werden die Daten der Einschulungsuntersuchungen der letzten drei Jahre in Kürze dargestellt. Um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wurde methodisch für alle drei dargestellten Jahrgänge die Stichprobe auf die erstmals untersuchten Einschüler*innen beschränkt. Das hat zur Folge, dass die hier dargestellten Werte ggf. von denen vergangener Auswertungsberichte für den Bezirk Lichtenberg abweichen können.

³ Hierbei ist jedoch zu beachten, dass ca. 57 % der Kinder mit niedrigem Sozialstatus auch einen beidseitigen Migrationshintergrund hatten, sodass es in einem bestimmten Maße zu Verzerrungen in den Ergebnissen kommt.

⁴ Aufgrund der relativ geringen Anzahl an Kindern mit einer Kitabesuchsdauer unter zwei Jahren kann es im Rahmen dieser Auswertung zu gewissen Verzerrungen kommen.

Familiäres und soziales Umfeld

- Zwischen dem Schuljahr 2014/15 und 2016/17 stieg der Anteil der Einschüler*innen mit einem niedrigen Sozialstatus im Zeitverlauf an, während der Anteil der Kinder aus einer Familie mit mittlerem Sozialstatus rückläufig war. Dahingegen blieb der Anteil der Einschüler*innen mit hohem Sozialstatus etwa konstant.
- Die Rate der Alleinerziehenden unter allen Eltern war im Zeitverlauf rückläufig.
- Der Anteil an Nichtraucherhaushalten blieb in etwa konstant.
- Seit 2014/15 ließ sich eine Steigerung des Anteils an Kindern, die mindestens zwei Stunden am Tag Medien (Fernsehen bzw. elektronische Spiele) konsumierten, verzeichnen.
- Der Anteil der Einschüler*innen, die keine Kita besuchten, stieg in diesem Schuljahr stark an.

Untersuchungsergebnisse

- Die vollständige Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen, den sogenannten „U-Untersuchungen“, war etwas geringer als in den Vorjahren.
- Bei der Analyse des Körpergewichtes sank der Anteil der Kinder mit Untergewicht im betrachteten Zeitverlauf, dahingegen nahm der Anteil der übergewichtigen Einschüler*innen tendenziell zu.
- Der Anteil an Kindern mit sanierungsbedürftigem Gebiss war leicht rückläufig.
- Beim Test zur Körperkoordination sank der Anteil an auffälligen Einschüler*innen um fast ein Drittel.
- Im Entwicklungsscreening zum sprachlichen Entwicklungsstand war ein Rückgang der Kinder mit auffälligen Testergebnissen zu beobachten.
- Unter den Kindern nicht deutscher Herkunft (ndH) verfügte mehr als jedes zweite Kind (51,4 %) über unzureichende Deutschkenntnisse. Im Schuljahr 2014/15 betraf das noch ca. 42 % dieser Gruppe.
- Im Unterschied dazu war im Bereich der emotional-sozialen Entwicklung eine positive Tendenz zu verzeichnen: Es verringerte sich in den letzten drei Jahren der Anteil an auffälliger Kindern um sechs Prozentpunkte.
- Schulische Förderempfehlungen betrafen in diesem Schuljahr wie auch in den Jahren zuvor ca. die Hälfte aller Einschüler*innen. Der Anteil an Kindern, die eine sonderpädagogische Förderempfehlung erhielten, nahm hingegen geringfügig ab.

Tabelle 1: Ausgewählte Ergebnisse der Einschüler*innen 2016/17 im Vergleich zu den Vorjahren (in Prozent)

Schuljahr	2014/15	2015/16	2016/17	Veränderung 2014/15 bis 2016/17	
Einschüler*innen insgesamt	2.632	2.884	2.603	↘*	
Rücksteller*innen aus dem Vorjahr	352	351	351	→	
Einschüler*innen wohnhaft in anderen Bezirken	6	12	13	↗	
erstuntersuchte Kinder (wohnhaft in Lichtenberg)	2.275	2.521	2.239	↘	
Familiäres und soziales Umfeld	%	%	%		
untere Sozialstatusgruppe	17,8	18,3	21,1	↗	
mittlere Sozialstatusgruppe	58,0	58,1	54,9	↘	
obere Sozialstatusgruppe	24,2	23,6	24,0	→	
nicht deutsche Herkunft	28,9	33,8	38,0	↗	
Alleinerziehende Eltern	32,7	31,9	27,7	↘	
davon mit nur einem Erwachsenen	25,0	24,2	21,6	↘	
Nichtraucherhaushalte	61,3	60,3	60,7	→	
eigener Fernseher im Kinderzimmer	12,4	13,2	11,3	↘	
tgl. Medienkonsum** von über 2 Std.	6,9	7,9	9,3	↗	
Kitabesuchsdauer über 2 Jahre	89,2	88,4	87,0	↘	
kein Kitabesuch	2,0	2,2	6,2	↗	
Untersuchungsergebnisse	%	%	%		
U1 bis U8 vollständig***	87,1	89,2	88,7	→	
Untergewicht	9,0	4,7	6,2	↘	
Übergewicht (inkl. Adipositas)	8,2	11,2	10,8	↗	
Zähne sanierungsbedürftig	12,6	11,9	11,7	↘	
Entwicklungs-screening: auffällige Ergebnisse	Körperkoordination	14,9	15,6	10,6	↘
	Visuomotorik	23,3	23,5	22,9	→
	visuelle Wahrnehmung	21,5	24,5	19,4	↘
	Mengenvorwissen	14,7	15,7	11,2	↘
	Pseudowörter nachsprechen	14,7	16,2	12,0	↘
	Wörter ergänzen	12,0	13,7	9,7	↘
	Sätze nachsprechen	14,4	14,6	12,4	↘
	Pluralbildung	8,5	8,4	6,5	↘
Artikulationsfehler	31,3	28,8	28,4	↘	
unzureichende Deutschkenntnisse bei Kindern nicht deutscher Herkunft	42,4	37,8	51,4	↗	
Sprachdefizite	25,0	25,7	29,7	↗	
Auffälligkeiten emotional-soziale Entwicklung	33,7	36,5	27,7	↘	
schulische Förderempfehlung	48,4	50,7	48,1	→	
sonderpädagogische Förderempfehlung	7,0	7,1	6,5	↘	

*aufgrund der Änderung des Stichtages zur Erreichung des schulpflichtigen Alters

**Fernseh- oder Spielekonsum

*** nur in Deutschland geborene Kinder

4 Eckdaten der Einschüler*innen 2016/17

4.1 Anzahl und Geschlecht der untersuchten Kinder

Im Schuljahr 2016/2017 galten im Bezirk Lichtenberg insgesamt 2.603 Kinder als einschulungspflichtig. Darunter waren 351 Kinder (13,5 %), die im vorhergehenden Schuljahr zurückgestellt wurden sowie 13 Kinder, die zwar in Lichtenberg untersucht wurden, allerdings nicht im Bezirk Lichtenberg wohnten. In der nachfolgenden Auswertung berücksichtigt wurden ausschließlich die erstmals durch den KJGD untersuchten und in Lichtenberg wohnhaften 2.239 Kinder.

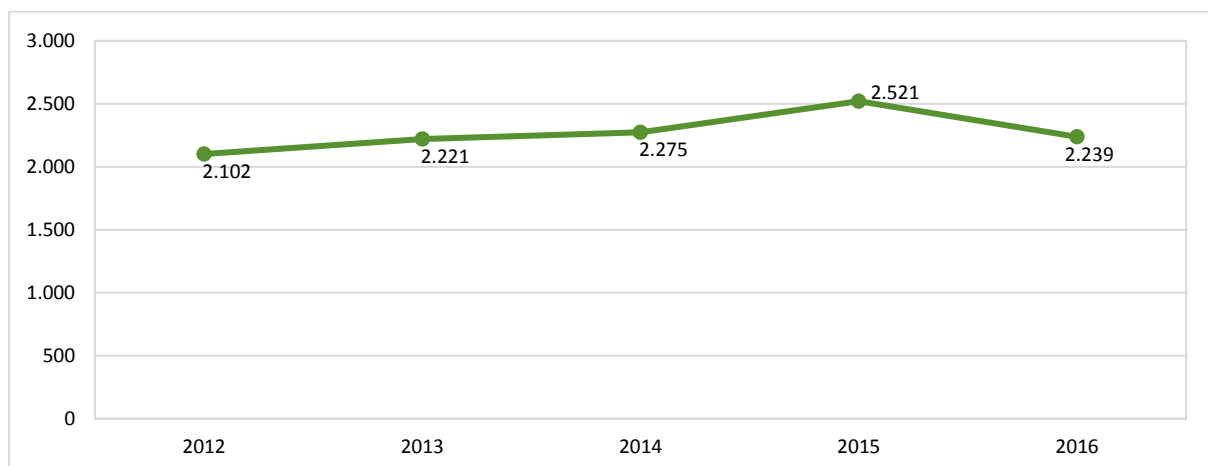
Bei insgesamt 346 der Kinder beantragten die Eltern eine Rückstellung bis zum nächsten Schuljahr. Dieser Antrag wurde jedoch bei 51 Einschüler*innen aus ärztlicher Sicht nicht befürwortet. Somit wurden 295 Kinder durch die Schulaufsicht zurückgestellt. Des Weiteren wurde von sieben Erziehungsberechtigten eine vorzeitige Einschulung beantragt. In zwei Fällen wurde diesem Antrag nicht stattgegeben.

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

Für das Schuljahr 2016/2017 angemeldete Kinder	Anzahl	Anteil (in %)
insgesamt	2.603	100,0
davon Rücksteller*innen aus dem Vorjahr	351	13,5
Erstmals untersuchte Kinder		
insgesamt	2.252	86,5
Einschüler*innen wohnhaft in anderen Bezirken	13	0,5
Lichtenberger Einschüler*innen		
insgesamt	2.239	100,0
Jungen	1.127	50,3
Mädchen	1.112	49,7
vom Schulamt zurückgestellt	295	13,2

Die Einschüler*innenzahl lag aufgrund der im einleitenden Kapitel erläuterten Änderung des Stichtages zum Erreichen des schulpflichtigen Alters unterhalb des Vorjahreswertes (vgl. Abbildung 1). (Bei unverändertem Stichtag wäre die Einschüler*innenzahl höher.)

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



4.2 Herkunft der Kinder und Deutschkenntnisse

4.2.1 Migrationshintergrund

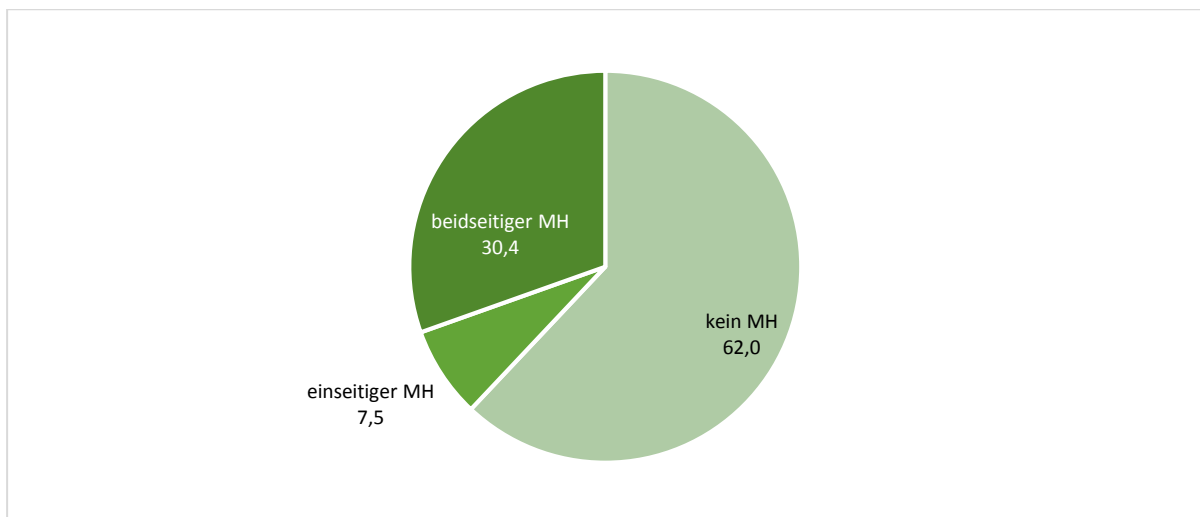
Die Differenzierung des Migrationshintergrundes erfolgt nach den Kategorien einseitigem und beidseitigem Migrationshintergrund, wie nachfolgend in Tabelle 3 dargestellt wird.

Tabelle 3: Kategorisierung des Migrationshintergrundes⁵

Einseitiger Migrationshintergrund	<ul style="list-style-type: none"> • ein Elternteil wurde nicht in Deutschland geboren bzw. hat nicht die deutsche Staatsangehörigkeit
Beidseitiger Migrationshintergrund	<ul style="list-style-type: none"> • Kind und ein Elternteil wurden nicht in Deutschland geboren bzw. • beide Elternteile wurden nicht in Deutschland geboren bzw. haben nicht die deutsche Staatsangehörigkeit

Im Schuljahr 2016/17 machte sich infolge der Zuwanderungswelle nach Deutschland im Herbst 2015 eine deutliche Zunahme an Kindern mit Migrationshintergrund bemerkbar. So stieg insbesondere der Anteil an Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund von 25,3 % im vorhergehenden Schuljahr auf 30,4 % an, sodass insgesamt 37,9 % der Kinder einen Migrationshintergrund hatten.

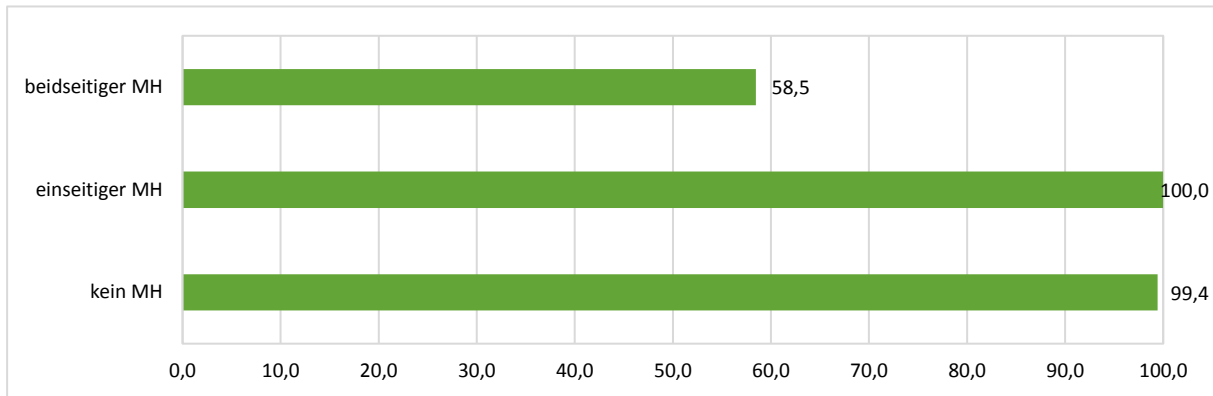
Abbildung 2: Migrationsstatus der Einschüler*innen (in Prozent)



Die Betrachtung des Geburtslandes der Einschüler*innen (vgl. Abbildung 3) zeigt, dass sowohl Kinder ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund bis auf wenige Ausnahmen in Deutschland geboren wurden. Bei den Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund traf das nur auf knapp 60 % dieser Gruppe zu.

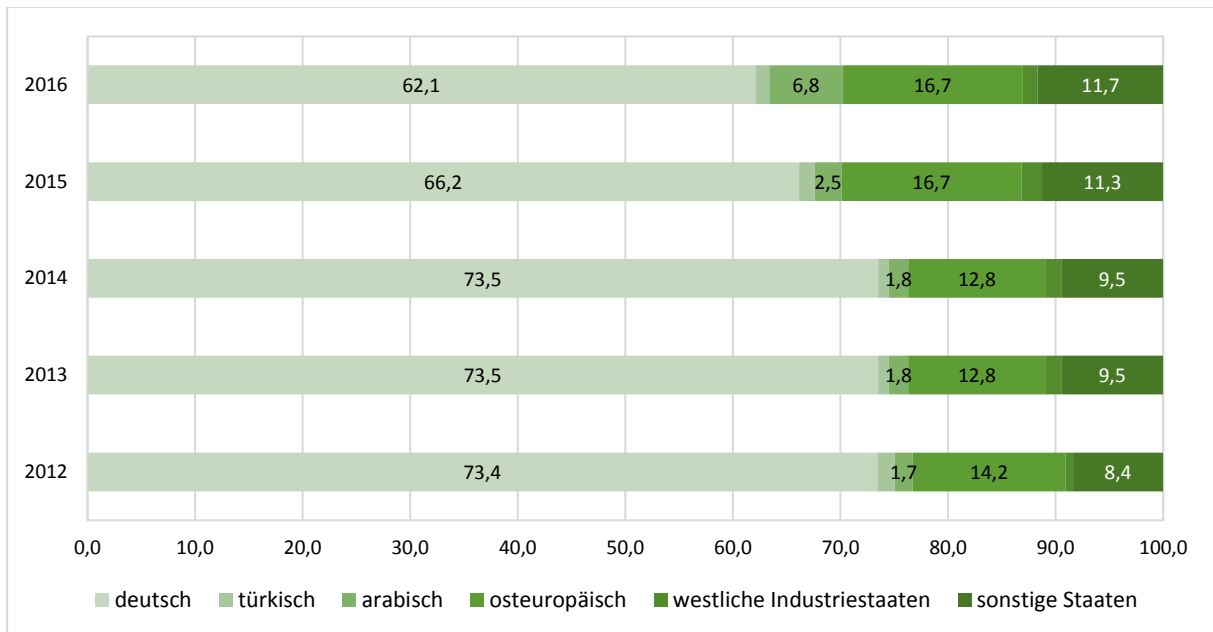
⁵ Vgl. Handbuch für die Einschulungsuntersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Bezirke des Landes Berlin (2016), S. 20.

Abbildung 3: Anteil der in Deutschland geborenen Kinder nach Migrationsstatus (in Prozent)



Mithilfe von Abbildung 4 werden die Herkunftsregionen der Einschüler*innen im Zeitverlauf dargestellt. Im Schuljahr 2016/17 kamen ca. 62 % aller Kinder aus Deutschland. Dieser Anteil entsprach 2012 noch ca. 11 Prozentpunkten mehr. Somit nahm der Anteil an Kindern mit einer nicht deutschen Herkunft insgesamt zu. Besonders Kinder aus dem arabischen Raum bzw. Osteuropa waren häufiger unter den Einschüler*innen 2016/17 als noch in den Vorjahren.

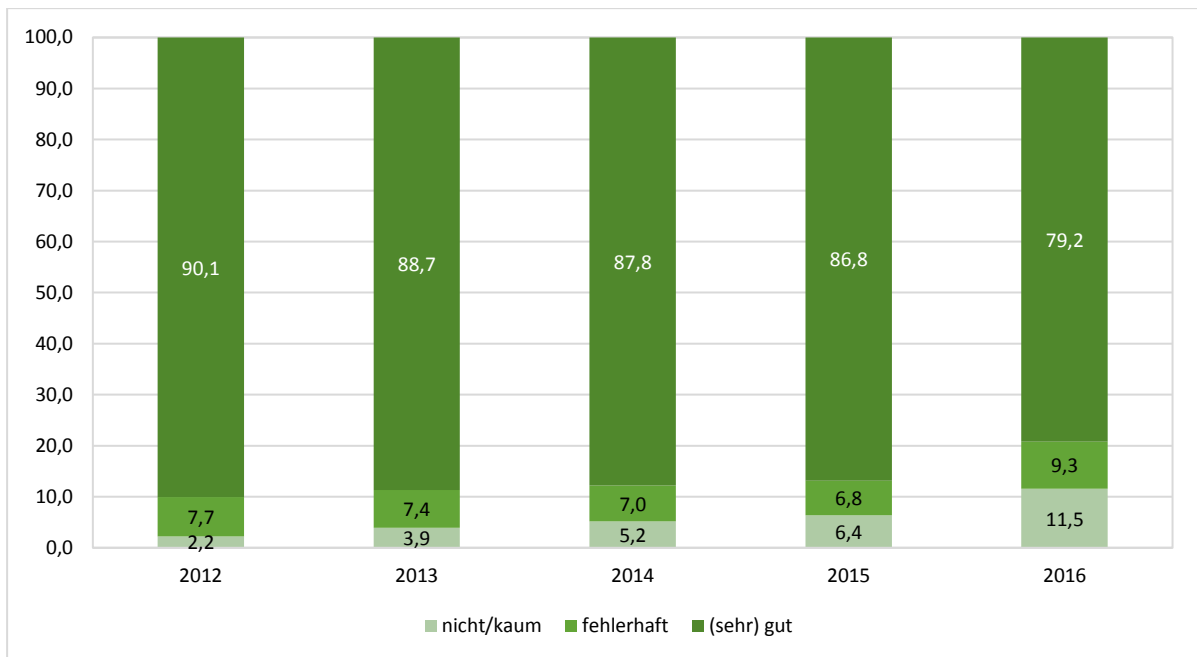
Abbildung 4: Herkunftsländer bzw. -regionen der Einschüler*innen im Zeitverlauf seit 2012 (in Prozent)



4.2.2 Deutschkenntnisse und Familiensprache

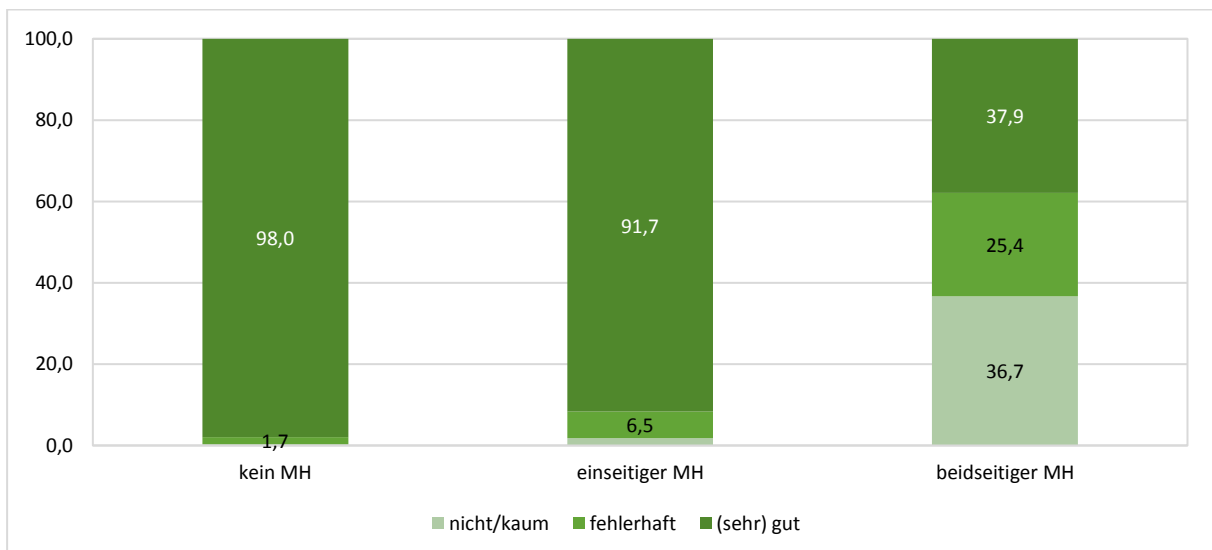
Gute Kenntnisse der deutschen Sprache sind für einen erfolgreichen Schulbesuch der Kinder von Bedeutung. Bei Kindern nicht deutscher Herkunft nehmen die Sprachkenntnisse zusätzlich eine integrative Funktion ein. In der nachfolgenden Abbildung 5 wird die Entwicklung der Deutschkenntnisse aller Kinder im Zeitverlauf dargestellt. Es wird deutlich, dass der Anteil an Einschüler*innen mit (sehr) guten Deutschkenntnissen sich im Zeitverlauf verringerte. So verfügten 2016 nur noch 79,2 % aller untersuchten Kinder über (sehr) gute Deutschkenntnisse, während es 2012 noch gut zehn Prozentpunkte mehr (90,1 %) waren. Das ist mutmaßlich z.T. auf die Änderung der Systematik im vorhergehenden Schuljahr zurückzuführen (deutschen Kindern wurden seitdem nicht mehr automatisch (sehr) gute Deutschkenntnisse bescheinigt). Darüber hinaus liegt diese Entwicklung sicherlich auch in der Zunahme an Schulanfänger*innen mit beidseitigem Migrationshintergrund begründet.

Abbildung 5: Entwicklung der Deutschkenntnisse im Zeitverlauf seit 2012 (in Prozent)



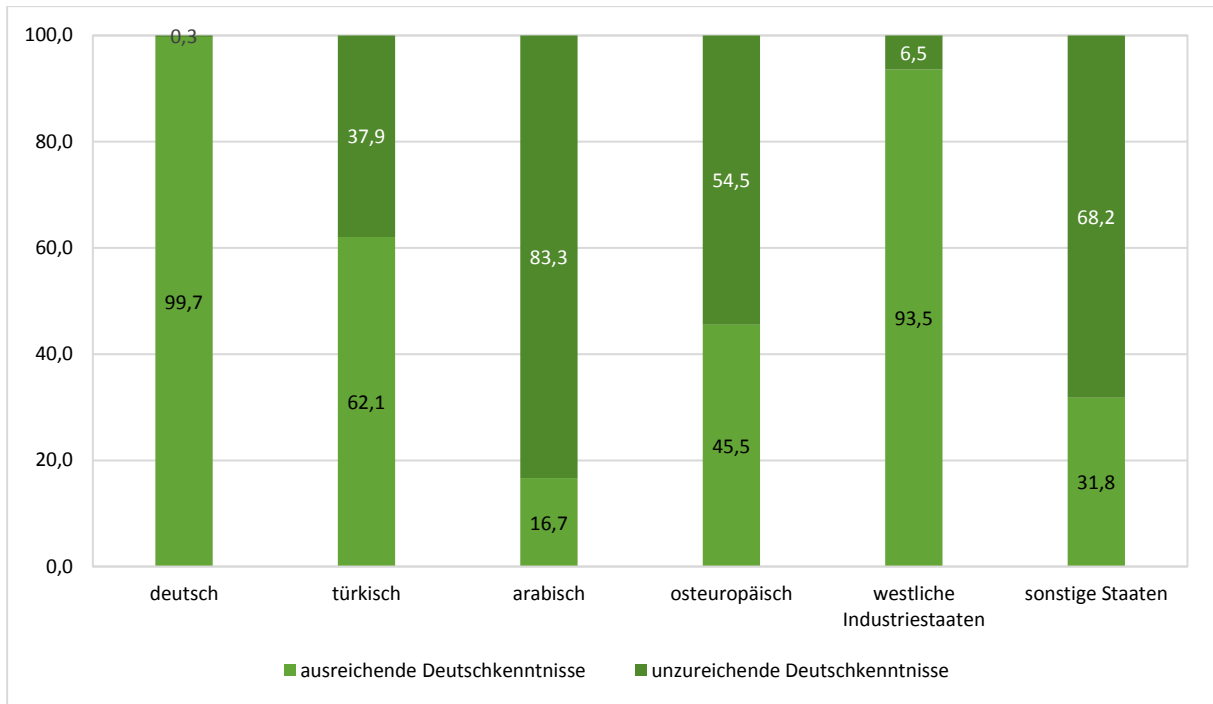
Diese These lässt sich anhand der Betrachtung der Deutschkenntnisse nach Migrationsstatus (vgl. Abbildung 6) bestätigen. Demnach hatten vor allem Einschüler*innen in der Gruppe der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache. Lediglich knapp 38 % dieser Kinder verfügten über (sehr) gute Deutschkenntnisse. Der Rest, ca. 62 % (420 Kinder), sprach entweder nur fehlerhaft bzw. kaum oder gar nicht Deutsch. Auch die Auswertung der Deutschkenntnisse nach dem Geburtsland zeigte, dass ca. 80 % derjenigen Kinder die nicht in Deutschland geboren wurden unzureichende Deutschkenntnisse aufwiesen.

Abbildung 6: Deutschkenntnisse bei Kindern nach Migrationsstatus (in Prozent)



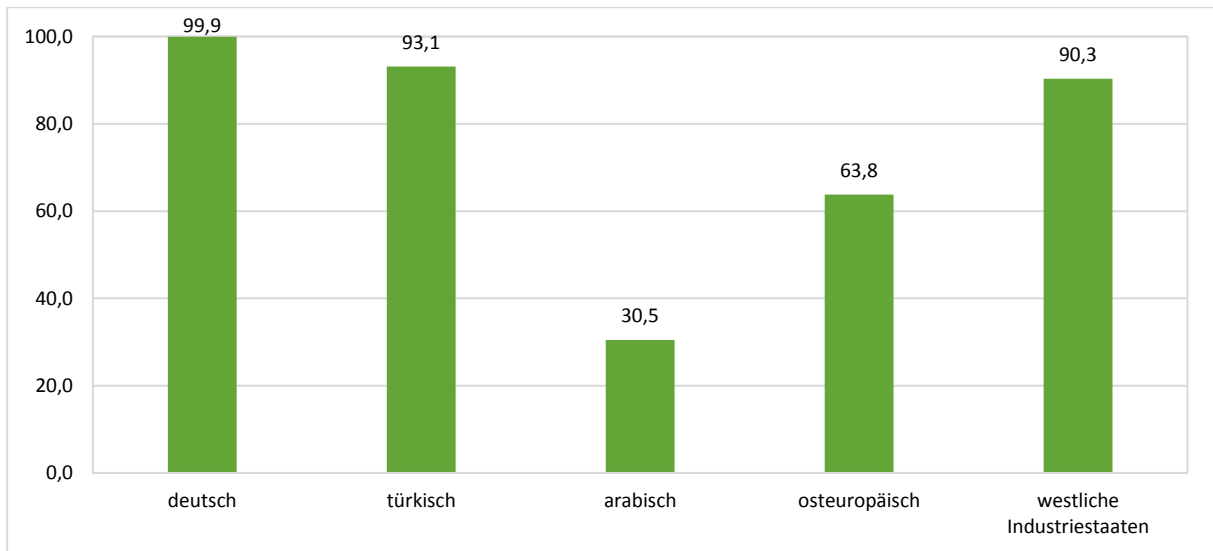
Doch nicht nur die Kinder verfügten oftmals über unzureichende Deutschkenntnisse, auch die Eltern hatten Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache. Das betraf vornehmlich Einschüler*innen aus Familien mit Herkunft aus dem arabischen bzw. osteuropäischen Sprachraum (vgl. Abbildung 7). Mutmaßlich waren in einigen Fällen die Familien zum Untersuchungszeitpunkt noch nicht lange in Deutschland.

Abbildung 7: Deutschkenntnisse der Eltern nach Herkunftsland bzw. -region (Anteil in Prozent)



Wie bereits im Eingangskapitel erwähnt, wurde mithilfe des Elternfragebogens erstmalig nach der ersten bzw. ggf. zweiten Familiensprache⁶ gefragt. Die Auswertung der Daten zur ersten Familiensprache untermauerte die Angaben zu den elterlichen Deutschkenntnissen, da hier besonders Familien mit arabischen Wurzeln sowie z.T. osteuropäischen Ursprungsangaben, zu Hause nicht vorrangig Deutsch mit ihren Kindern zu sprechen.

Abbildung 8: Anteil der Kinder mit Deutsch als erste Familiensprache nach Herkunft (in Prozent der jeweiligen Gruppe)



⁶ d.h. diejenige(n) Sprache(n), die im häuslichen Umfeld des Kindes regelmäßig mit dem Kind gesprochen werden

5 Soziale Lage, familiäre Situation und Kitabesuch

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

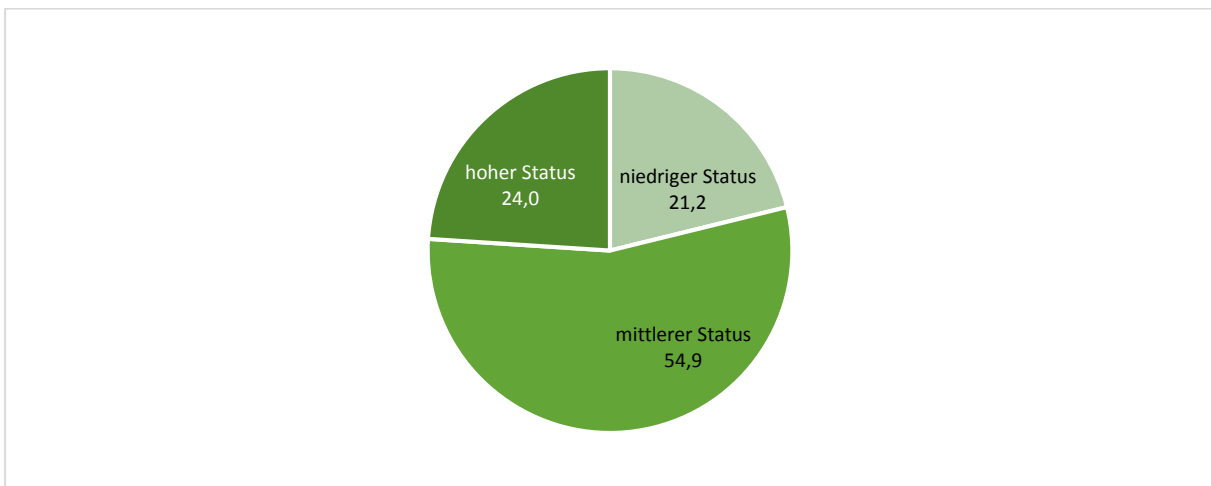
5.1 Soziale Lage

Der soziale Status wird im Rahmen der Einschulungsuntersuchung mithilfe des Sozialstatusindex erfasst. Dieser errechnet sich aus den drei Faktoren Schulabschluss, Berufsausbildungsabschluss sowie dem Vorliegen einer aktuellen Erwerbstätigkeit beider Eltern⁷. Diese Komponenten fließen gleichwertig in die Berechnung des Index ein, der eine Gesamtpunktzahl zwischen 0 und 18 ergibt. Dabei spiegelt ein höherer Punktwert die Zuordnung zu einem höheren Sozialstatus wider (vgl. Glossar, S. 64).

Es ist inzwischen bekannt, dass die soziale Lage eines Menschen im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand steht⁸. Vor diesem Hintergrund ist es auch im Rahmen der Einschulungsuntersuchung wichtig, die erhobenen Untersuchungsergebnisse im Zusammenhang mit dem sozialen Umfeld, in dem die Kinder aufwachsen, zu betrachten.

Im Bezirk Lichtenberg wurden knapp 55 % der Einschüler*innen der mittleren Sozialstatusgruppe zugeordnet. Dieser Wert sank um ca. 3 Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahreswert zu Gunsten der niedrigen Sozialstatusgruppe (21,2 %). Lediglich der Anteil der Kinder, die der hohen Sozialstatusgruppe zugeordnet wurden, veränderte sich gegenüber 2015 nicht (24 %).

Abbildung 9: Anzahl der Einschüler*innen nach dem Sozialstatus der Familien (in Prozent)



Bei einer differenzierten Betrachtung des Sozialstatus nach Migrationsstatus und Familienform (vgl. [Abbildung 10](#)) ist festzustellen, dass der Anteil der Kinder aus einem Elternhaus mit niedrigem Sozialstatus bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund dreifach höher war (45,5 %) als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (12,1 %). Auch alleinerziehende Eltern gehörten doppelt so oft (33,1 %) zum niedrigen Sozialstatussegment wie Elternpaare (16 %). Das lag möglicherweise u.a. daran, dass der Bildungsgrad bei Alleinerziehenden laut den Angaben im Elternfragebogen oftmals niedriger war.

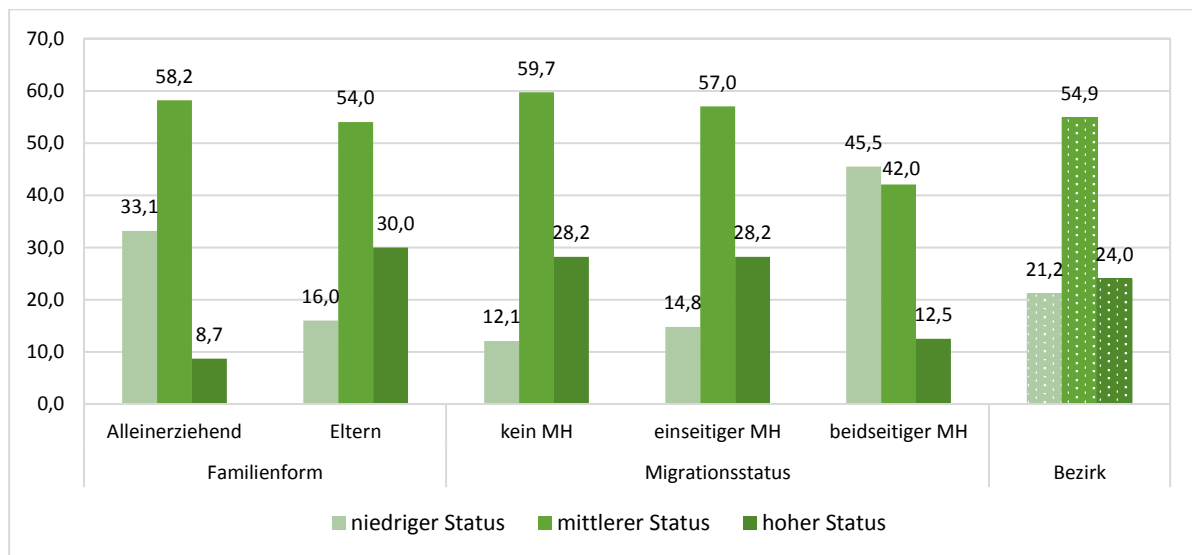
⁷ Vgl. Handbuch für die Einschulungsuntersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Bezirke des Landes Berlin (2016), S. 28 ff.

⁸ Vgl. Lampert et al. (2016), S. 153.

Bspw. verfügten knapp 10 % der alleinerziehenden Mütter dieses Schuljahrgangs über keinen Schulabschluss und fast ein Viertel (23 %) über einen Hauptschulabschluss. Unter den Müttern, die in Partnerschaften lebten, gaben knapp 5 % an keinen Abschluss bzw. ca. 11 % an, einen Hauptschulabschluss zu haben. Eine ähnliche Tendenz zeigte sich auch bei den Vätern, die alleinerziehend waren.

Alleinerziehende Eltern gingen seltener einer Erwerbstätigkeit nach als Elternpaare. So gaben knapp 40 % der alleinerziehenden Mütter an nicht erwerbstätig zu sein. Im Vorjahr entsprach dieser Anteil noch einem Drittel. Bei alleinerziehenden Vätern traf das auf ca. 19 % der Betroffenen zu, sodass die Quote somit im Vergleich zu 2015 um ca. 6 Prozentpunkte sank. Bei Frauen bzw. Männern in Partnerschaften waren jeweils 26,9 % bzw. 14,4 % zum Befragungszeitpunkt erwerbslos. Unabhängig von der Ursache der Erwerbslosigkeit der alleinerziehenden Elternteile verschärft diese Situation die soziale Lage bei dieser Personengruppe weiter. Ursache hierfür können u.a. die Schwierigkeit der Doppelbelastung von Erziehungs- und Erwerbsarbeit, gekoppelt mit den teilweise unflexiblen Rahmenbedingungen des Arbeitsmarktes bzw. der verfügbaren Kinderbetreuungszeiten sein⁹.

Abbildung 10: Sozialstatus nach Familienform und Migrationsstatus (in Prozent)



5.2 Familiäre Situation

Normalerweise stellen die Eltern den ersten und zentralen Bezugspunkt sowie die wichtigsten Erzieher*innen für ihre Kinder dar¹⁰. Es wird in diesem geschützten familiären Umfeld der Kinder u.a. der Grundstein für den späteren schulischen Erfolg gelegt. Dabei wirkt sich das familiäre Setting auf alle kindlichen Entwicklungsbereiche aus. In der heutigen Zeit gibt es eine Vielzahl von Familienmodellen, die sich neben der historisch gewachsenen „klassischen“ Familie etabliert haben. Hierzu gehören bspw. auch Ein-Eltern-Familien. Dabei ist bedeutsam zu erwähnen, dass Alleinerziehen per se kein Risikofaktor für die Kinder darstellt. Allerdings gehen damit oftmals z.B. erhöhte (gesundheitliche) Belastungen einher¹¹, die sich indirekt auf das Kind auswirken können. Das hängt bspw. mit den besonderen Herausforderungen wie der alleinigen Haushaltsführung, der Vereinbarkeit von Familie und einer Erwerbstätigkeit bzw. einem geringeren verfügbaren Einkommen zusammen.

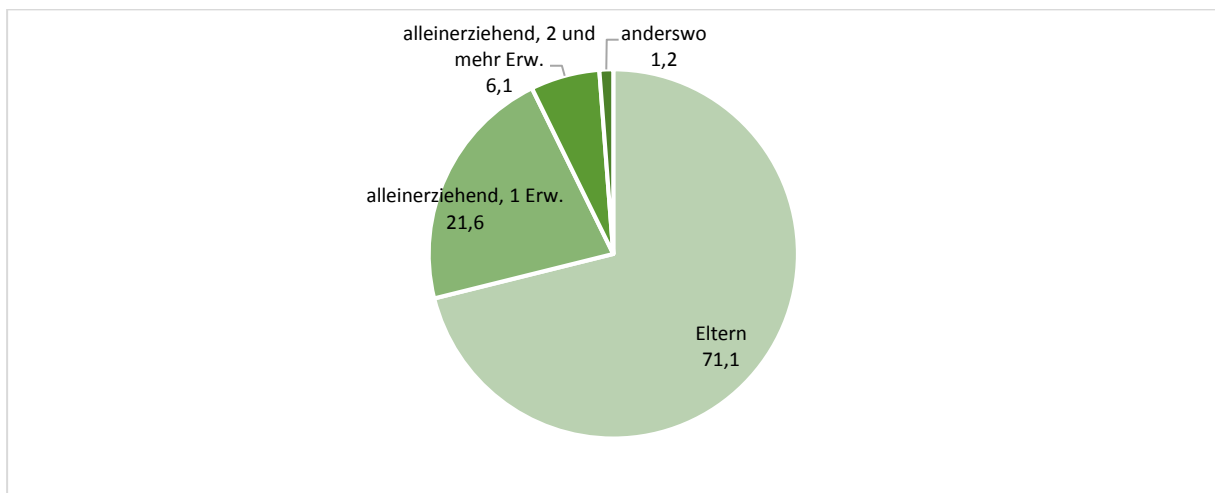
⁹ Vgl. Hübgen (2017), S. 24 f.

¹⁰ Vgl. Niklas (2017), S. 1, 29.

¹¹ Vgl. Rattay et al. (2017), S. 31 ff.

In Lichtenberg lebten sieben von zehn der untersuchten Kinder mit beiden Elternteilen zusammen. Etwas mehr als ein Viertel der Einschüler*innen wohnte mit nur einem Elternteil, in der Regel der Mutter, in einem Haushalt. Somit reduzierte sich der Anteil an Kindern, die in Ein-Eltern-Familien aufwuchsen im Vergleich zum Vorjahr um 5 Prozentpunkte. In der diesjährigen Auswertung ist eine Differenzierung danach, welcher der beiden Elternteile alleinerziehend ist, leider nicht mehr möglich. Bei jedem fünften alleinerziehenden Elternteil lebte eine weitere erwachsene Person im Haushalt, in der Regel der/die neue Partner*in des erziehungsberechtigten Elternteils. Darüber hinaus war etwas mehr als ein Prozent aller Kinder anderweitig untergebracht, bspw. bei den Großeltern, in Pflegefamilien oder Heimen.

Abbildung 11: Familienstruktur der Einschüler*innen (in Prozent)



5.3 Kitabesuchsdauer

Der Betreuung der Kinder in einer Kita kommt neben der Bedeutung des Elternhauses ebenfalls eine wichtige Rolle zu. Studien zeigten, dass der Einrichtungsbesuch bspw. für die kindliche Entwicklung u.a. im Bereich Sprache aber auch für die Entwicklung der Persönlichkeit langfristig förderlich ist¹². Dabei hängen diese Effekte allerdings von der Einrichtungsqualität ab¹³. Weiterhin kann der Besuch einer Kita (zumindest bis zu einem bestimmten Maße) eine sozialkompensatorische Rolle einnehmen, sodass Kinder aus bildungsferneren Familien bzw. Kinder mit Migrationshintergrund in ihrer Entwicklung besonders davon profitieren. Allerdings liegt die Inanspruchnahmequote insbesondere bei den o.g. Zielgruppen häufig unter denen mit hohem Sozialstatus bzw. ohne Migrationshintergrund¹⁴, so auch in Lichtenberg.

Die Kitaquote, die im Jahr 2015 noch bei 97,8 % lag, war in diesem Jahr etwa vier Prozentpunkte niedriger (93,9 %). Von diesen Kindern besuchten 87 % aller Einschüler*innen länger als zwei Jahre eine Kita¹⁵. Die Anzahl der Kinder, die keine Kita besuchten, lag dementsprechend 2016 bei insgesamt 132 Kindern (2015: 54 Kinder). Das könnte u.a. auf eine zu dem Zeitpunkt nicht ausreichende Anzahl von verfügbaren Kitaplätzen zurückzuführen sein. Darüber hinaus ist vorstellbar, dass diejenigen Kinder, die erst vor kurzem nach Deutschland gekommen sind, kurzfristig keinen Kitaplatz erhielten bzw. die Eltern nicht von ihrem Anspruch auf einen Betreuungsplatz Gebrauch machten.

¹² Vgl. Bach et al. (2018), S. 293 f.

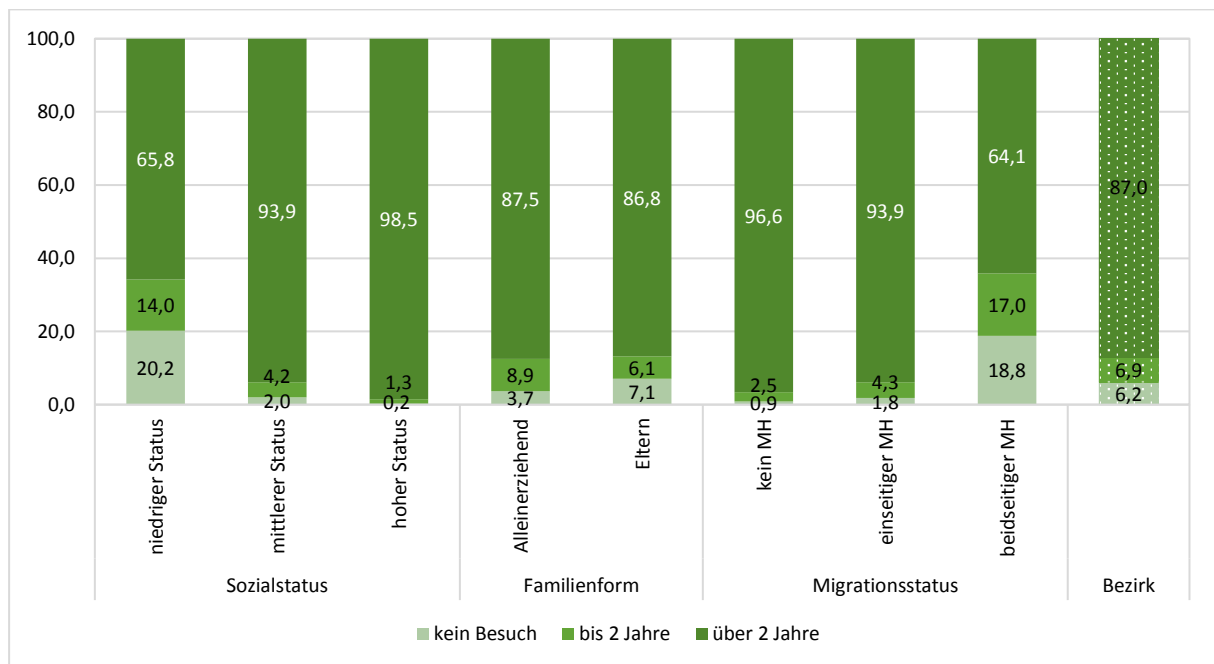
¹³ Vgl. Stahl (2015), S. 2.

¹⁴ Vgl. Wadenpohl (2011), S. 774.

¹⁵ Die hier angegebene Kitabesuchsdauer bezieht sich auf den Zeitraum des bisherigen Kitabesuchs bis zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung.

Erschreckend hoch war der Anteil an Kindern des niedrigen Sozialstatussegments, die keine Kita besuchten. Dieser betrug mehr als 20 %, während dieser im Vorjahr noch bei rund 7 % lag. Dahingegen wiesen Kinder mit hohem Sozialstatus eine Quote von annähernd 100 % auf. Ähnlich hoch war auch der Anteil der Kinder, die keine Kitabetreuung erhielten unter den Einschüler*innen mit beidseitigem Migrationshintergrund (18,8 %). Alleinerziehende Eltern nahmen hingegen das Betreuungsangebot gegenüber Elternpaaren (92,9 %) etwas häufiger (96,4 %) wahr. Der hohe Anteil an Kindern der niedrigen Sozialstatusgruppe bzw. mit beidseitigem Migrationshintergrund zeigt, dass der Versuch durch eine flächendeckende Kitabetreuung eine Chancengleichheit zwischen den Kindern herzustellen bisher nur bedingt erfolgreich ist.

Abbildung 12: Kinder nach Kitabesuchsdauer in Abhängigkeit von Sozialstatus, Familienform und Migrationsstatus (in Prozent)



6 Gesundheits- und Risikoverhalten

6.1 Gesundheitsverhalten

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung werden neben der familiären und sozialen Situation auch das Gesundheitsverhalten anhand der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen, den sogenannten „U-Untersuchungen“, und des Impfstatus der Kinder überprüft.

6.1.1 Früherkennungsuntersuchungen

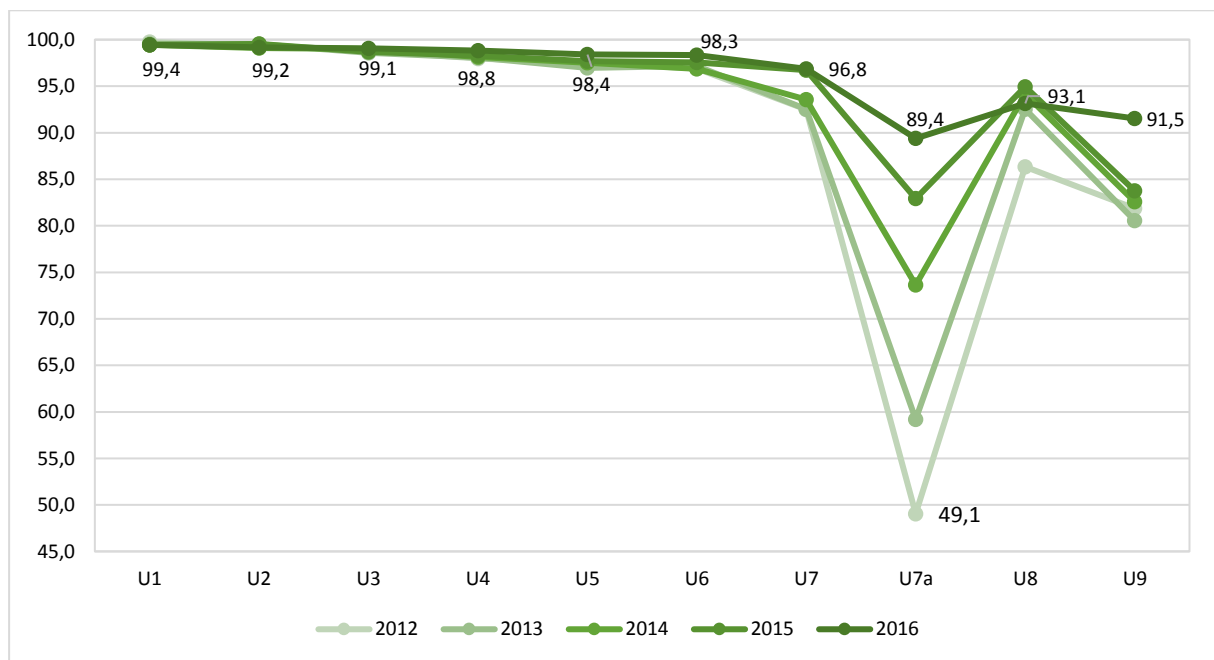
Von der Geburt bis zum sechsten Lebensjahr sind insgesamt zehn Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9, inkl. U7a) vorgesehen, die zu den Regelleistungen jeder gesetzlichen Krankenkasse gehören. Ziel dieser Untersuchung ist es, möglichst frühzeitig gegebenenfalls vorhandene körperliche, geistige oder psychosoziale Entwicklungsauffälligkeiten bzw. Erkrankungen zu erkennen, um rechtzeitig Gegenmaßnahmen einleiten zu können¹⁶. Die Ergebnisse werden im Vorsorgeheft eingetragen und im Rahmen der Einschulungsuntersuchung überprüft.

¹⁶ Vgl. Kinder Richtlinie des G-BA (2016), S. 6.

In der nachfolgenden **Abbildung 13** werden die Inanspruchnahmequoten der einzelnen Vorsorgeuntersuchungen im zeitlichen Verlauf dargestellt. Dabei wurden nur diejenigen Kinder in der Auswertung berücksichtigt, die in Deutschland geboren wurden¹⁷ und deren Eltern das Vorsorgeheft zur Einschulungsuntersuchung vorgelegen konnten.

Bei den Kindern des Einschulungsjahrgangs 2016/17 lag die Teilnahmequote bei der U1 wie auch in den vorangegangenen Jahren bei 99,4 %. Bezieht man ebenfalls die nicht in Deutschland geborenen Kinder ein, lag der Anteil bei 97,1 % und somit weiterhin sehr hoch. Erfahrungsgemäß sinken die Teilnahmequoten im Zeitverlauf und mit zunehmendem Alter der Kinder. Es ist für das Jahr 2016 allerdings positiv zu verzeichnen, dass die Teilnahmequote für die in Deutschland geborenen Kinder bei der U9 91,5 % betrug, was 7,7 Prozentpunkten mehr als dem Vorjahreswert entsprach. Eine ähnliche Tendenz lässt sich für die Teilnahme an der U7a, die erst 2008 eingeführt wurde, ablesen: Während 2012 nur knapp die Hälfte aller Einschüler*innen daran teilnahmen, betrug diese Quote 2016 bereits knapp 90 % aller Kinder. Somit erreichte sie inzwischen beinahe die Inanspruchnahmequote der anderen Vorsorgeuntersuchungen.

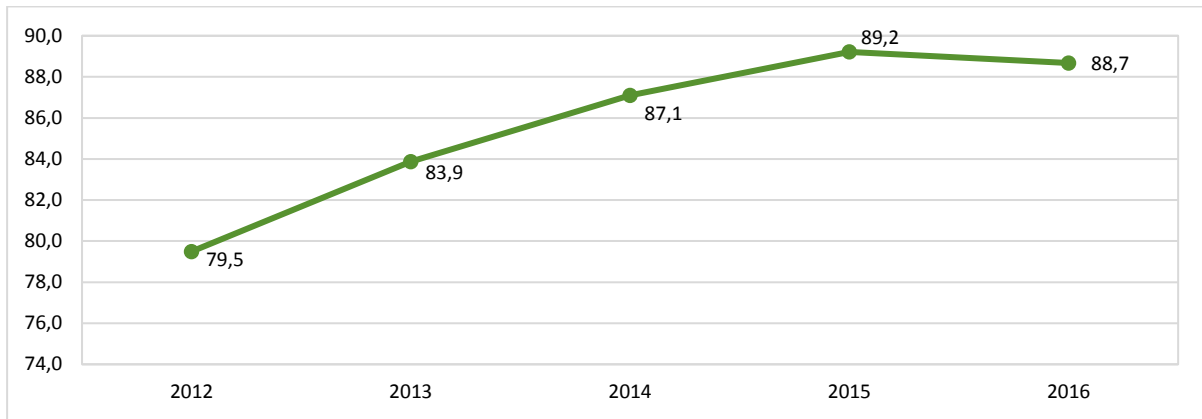
Abbildung 13: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen seit 2012 (in Deutschland geborene Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft in Prozent)



Seit 2010 besteht an der Charité ein zentrales Einladungs- und Erinnerungswesen, um die Teilnahmequoten für die Vorsorgeuntersuchungen U4 bis U9 zu erhöhen. Das Verfahren wirkte sich im Zeitverlauf positiv auf die Lichtenberger Teilnehmeraten aus: So nahm der Anteil an Kindern mit vollständigem Vorsorgeheft in den letzten Jahren kontinuierlich zu (vgl. **Abbildung 14**). Lediglich in diesem Jahr war eine geringfügig niedrigere Quote (88,7 %) als im Vorjahr (89,2 %) zu verzeichnen.

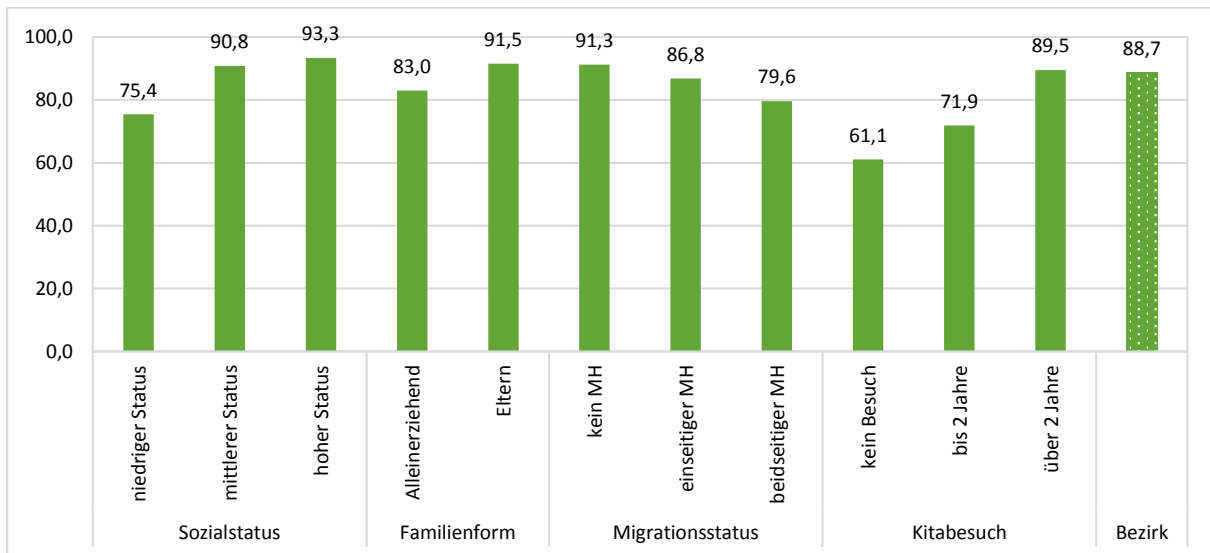
¹⁷ Da die Untersuchung U1 direkt nach der Geburt durchgeführt wird, können Kinder, die nicht in Deutschland geboren wurden nicht an der Untersuchung teilnehmen.

Abbildung 14: Anteil der Kinder mit vollständiger Teilnahme an der U1 bis U8 (ohne U7a) seit 2012 (in Deutschland geborene Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft in Prozent)



Eine differenzierte Darstellung der Teilnahme nach Sozialstatus, Familienform, Migrationsstatus und Kitabesuchsdauer offenbarte ein heterogenes Bild: Einschüler*innen, die einem Elternhaus mit niedrigem Sozialstatus entstammten, konnten wesentlich seltener (75,4 %) ein vollständiges Vorsorgeheft vorweisen als Kinder mit mittlerem (90,8 %) oder hohem Sozialstatus (93,3 %). Auch bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund lag die Inanspruchnahme unter derjenigen bei Kindern mit einseitigem bzw. ohne Migrationshintergrund. Am niedrigsten war allerdings der Anteil an Kindern mit vollständigem Vorsorgeheft bei denjenigen, die keine Kita besuchten. In dieser Gruppe hatten nur gut 60 % der Kinder alle Untersuchungen in Anspruch genommen.

Abbildung 15: Vollständige U1 bis U8 (ohne U7a) nach Sozialstatus, Familienform, Migrationsstatus 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 effektivsten präventiven Maßnahmen, wobei der individuelle Impfschutz nicht nur zum eigenen, sondern auch zum Schutz der Allgemeinheit beiträgt. Das gilt bspw. für Menschen, die aus bestimmten Gründen selbst keine Impfungen erhalten können (z.B. Schwangere). Bislang besteht in Deutschland keine Impfpflicht, d.h. die Inanspruchnahme von Impfungen hängt im Kindesalter wesentlich von der Einstellung der Eltern zum Impfen ab.

Maßgebend für den Umfang sowie den Zeitpunkt der empfohlenen Standardimpfungen im Kindesalter sind die Angaben der Ständigen Impfkommision am Robert Koch-Institut (STIKO). Der Impfstatus des

Kindes wird durch den KJGD mithilfe des Impfpasses, den die Eltern gebeten werden mitzubringen, überprüft. Insgesamt lag in diesem Schuljahr für 293 Kinder (13,1 %) zum Untersuchungszeitpunkt keine Impfdokumentation vor. In den nachfolgenden Auswertungen wurden nur diejenigen Kinder berücksichtigt, deren Eltern einen Impfpass vorlegen konnten.

In **Abbildung 16** werden die Impfraten der vergangenen Jahre für alle empfohlenen Standardimpfungen dargestellt. Dabei ist festzustellen, dass die Impfquoten über den Zeitverlauf zwar geringfügig um 1 bis 2 Prozentpunkte schwankten, insgesamt aber konstant hoch waren.

Die höchsten Durchimpfungsraten wurden für Diphtherie und Tetanus (jeweils 96,2 %) erzielt. Die am wenigsten in Anspruch genommenen Immunisierungen waren diejenigen gegen Rotaviren und Pneumokokken. Die sehr niedrigen Impfraten bei der Impfung gegen Rotaviren sind nicht außergewöhnlich, da diese erst seit 2013 zu den empfohlenen Standardimpfungen der STIKO gehört. Ursächlich hierfür ist, dass es bei neuen Impfungen in der Regel einige Jahre dauert, bis die Impfung bei allen Beteiligten „angekommen“ ist.

*Abbildung 16: Vollständige Grundimmunisierung der Einschüler*innen 2012 bis 2016 (nur Kinder mit vorgelegtem Impfpass in Prozent)*

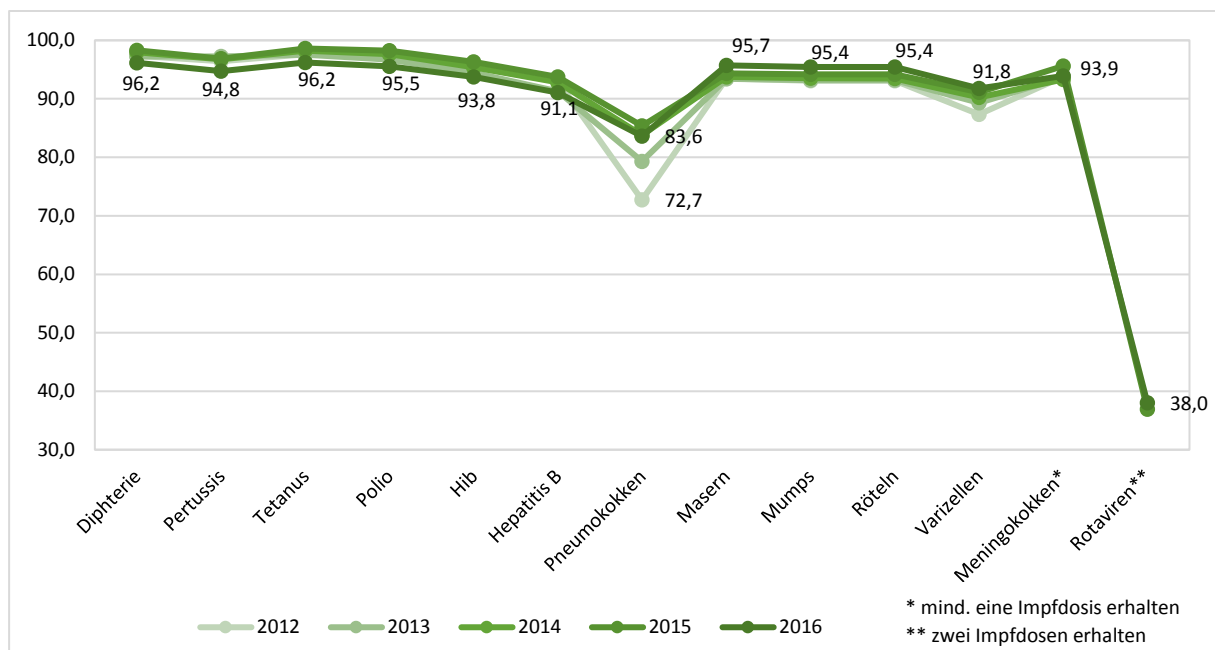
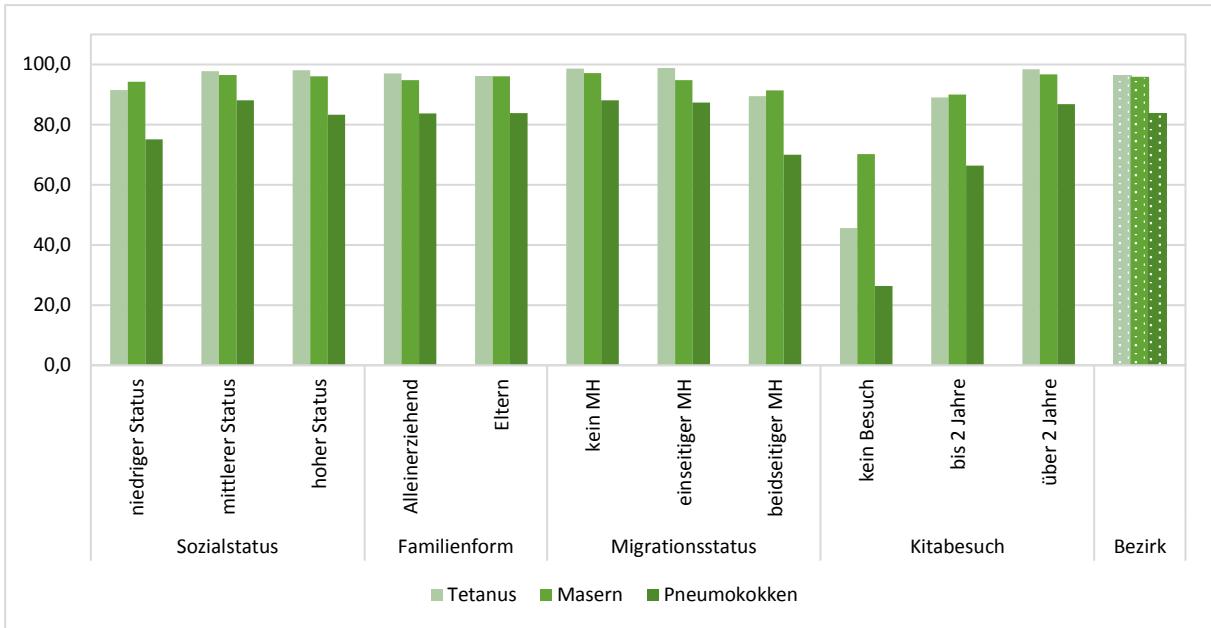


Abbildung 17 bildet exemplarisch die Impfquoten der Einschüler*innen für die Standardimpfungen Tetanus, Masern und Pneumokokken nach Sozialstatus, Familienform, Migrationsstatus und Kitabesuchsdauer ab. Die Kinder ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund waren mehrheitlich gegen Tetanus geimpft (98,6 % bzw. 98,9 %). Bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund lag der Anteil immunisierter Kinder ca. 10 Prozentpunkte darunter. Noch deutlichere Unterschiede bestanden jedoch bei der Impfung gegen Pneumokokken, wo die Differenz 17 Prozentpunkten entsprach.

Auch Kinder mit niedrigem Sozialstatus wiesen bei allen drei Standardimpfungen seltener die entsprechenden Impfungen auf als Kinder der mittleren oder hohen Sozialstatusgruppe. Den Spitzenreiter stellte hierbei die Gruppe der Kinder mit mittlerem Sozialstatus dar: So waren diese Kinder am häufigsten geimpft (Tetanus: 97,8 %; Masern: 96,5 % und Pneumokokken: 88,1 %).

Die Unterscheidung nach der Familienform führte hingegen keine nennenswerten Diskrepanzen zutage. Allerdings wiesen diejenigen Kinder, die eine Kita besuchten deutlich höhere Impfquoten auf als diejenigen, die keine Kita besuchten.

Abbildung 17: Impfraten der Einschüler*innen der Grundimmunisierung gegen Tetanus, Masern und Pneumokokken in Abhängigkeit von Sozialstatus, Familienform, Migrationsstatus und Kitabesuchsdauer (nur Kinder mit vorgelegtem Impfpass; Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)

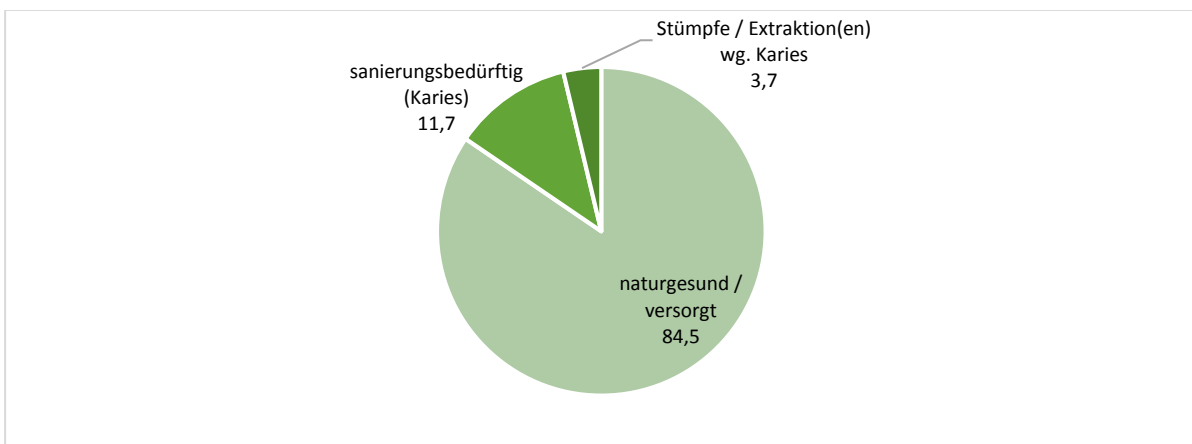


6.1.3 Zahngesundheit

Die Erhebung des Zahnstatus der Kinder erfüllt den primären Zweck, eine Aussage über das Gesundheits- bzw. Zahnpflegeverhalten der Eltern zu ermöglichen. Sie erhebt nicht den Anspruch einer zahnärztlichen Untersuchung bzw. eines zahnärztlichen Befundes¹⁸.

Wie bereits im Eingangskapitel erwähnt, wurden in diesem Schuljahr erstmals die Kategorien „naturgesund“ und „versorgt“¹⁹ zu einer Kategorie zusammengefasst, sodass der Anteil an Einschüler*innen ohne Karieserfahrung sich nicht mehr ermitteln lässt. Bei 84,5 % aller Kinder erfasste der KJGD ein naturgesundes bzw. versorgtes Gebiss (vgl. Abbildung 18). In diesem Schuljahr lag der Anteil an Kindern mit Sanierungsbedarf bzw. mit Zahnstümpfen/Extraktionen aufgrund von Karies bei 11,7 % bzw. 3,7 %.

Abbildung 18: Anteil der Kinder mit versorgten Zähnen (naturgesund und saniert) sowie nicht versorgten Zähnen (in Prozent)



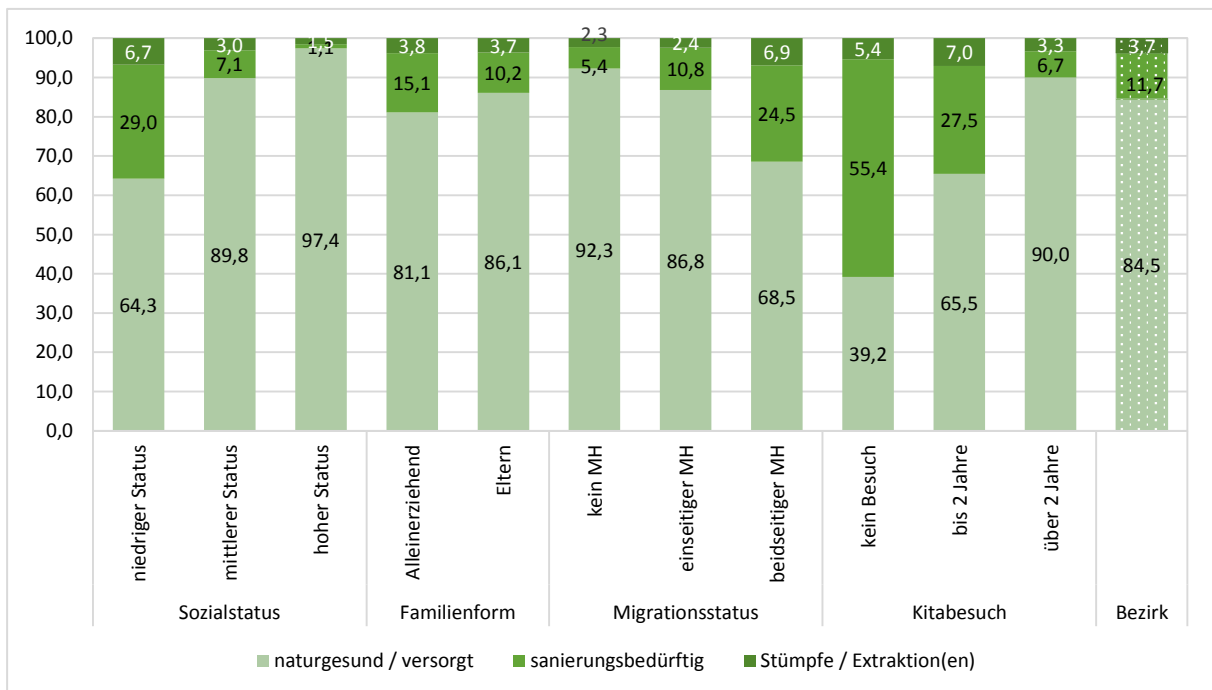
¹⁸ Vgl. Handbuch für die Einschulungsuntersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Bezirke des Landes Berlin (2016), S. 58.

¹⁹ D.h. es sind Füllungen vorhanden, jedoch keine weitere Karies.

Die differenzierte Analyse des Zahnstatus der Einschüler*innen (vgl. *Abbildung 19*) verdeutlicht, dass große Unterschiede vorlagen: So hatten Kinder, die eine Kita besuchten, wesentlich seltener sanierungsbedürftige Gebisse als Kinder ohne Kitabesuch. Das kann z.T. an den regelmäßig in den Kitas durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen bzw. gruppenprophylaktischen Maßnahmen des Zahnärztlichen Dienstes liegen. Dabei fallen Kinder, die nicht in einer Einrichtung betreut werden, „durch das Raster“. Darüber hinaus ist vorstellbar, dass das Thema Mundgesundheit bei den Mitarbeiter*innen in den Einrichtungen im Fokus stand, da dieses Thema in den letzten Jahren in Lichtenberg wiederholt thematisiert wurde, z.B. durch die bezirkliche Präventionsbroschüre bzw. Präventionsprogramme, wie „Vier Möhren“ oder „Kita mit Biss“.

Zahngesundheit und -pflege waren bei Kindern aus einer Familie mit niedrigem Sozialstatus bzw. beidseitigem Migrationshintergrund häufig unzureichend. So hatten in dieser Gruppe 29 % bzw. 24,5 % aller Kinder Gebisse mit Sanierungsbedarf. In der hohen Sozialstatusgruppe war dieser Anteil hingegen verschwindend gering (1,1 %). Ähnlich verhielt es sich auch bei Kindern ohne Migrationshintergrund (5,4 %). Diese Tendenzen ließen sich auch im Rahmen verschiedener wissenschaftlicher Untersuchungen ablesen^{20,21,22}.

Abbildung 19: Gebisszustand der Kinder in Abhängigkeit von Sozialstatus, Familienform, Migrationsstatus und Kitabesuchsdauer (in Prozent)



6.2 Gesundheitsrelevantes Risikoverhalten

Das gesundheitsrelevante Risikoverhalten wird im Rahmen der Einschulungsuntersuchung mithilfe des Elternfragebogens ermittelt. Dieser erfasst neben dem Medienkonsum der Kinder auch das Rauchverhalten der Eltern. Beide Faktoren können die kindliche Entwicklung und Gesundheit beeinflussen. Die hierzu gemachten Angaben der Eltern sind freiwillig.

²⁰ Vgl. Schenk, Knopf (2007), S. 654 f.

²¹ Vgl. Heinrich-Weltzien et al. (2007), S. 107 f.

²² Vgl. Uhlig, Butler (2009), S. 127 ff.

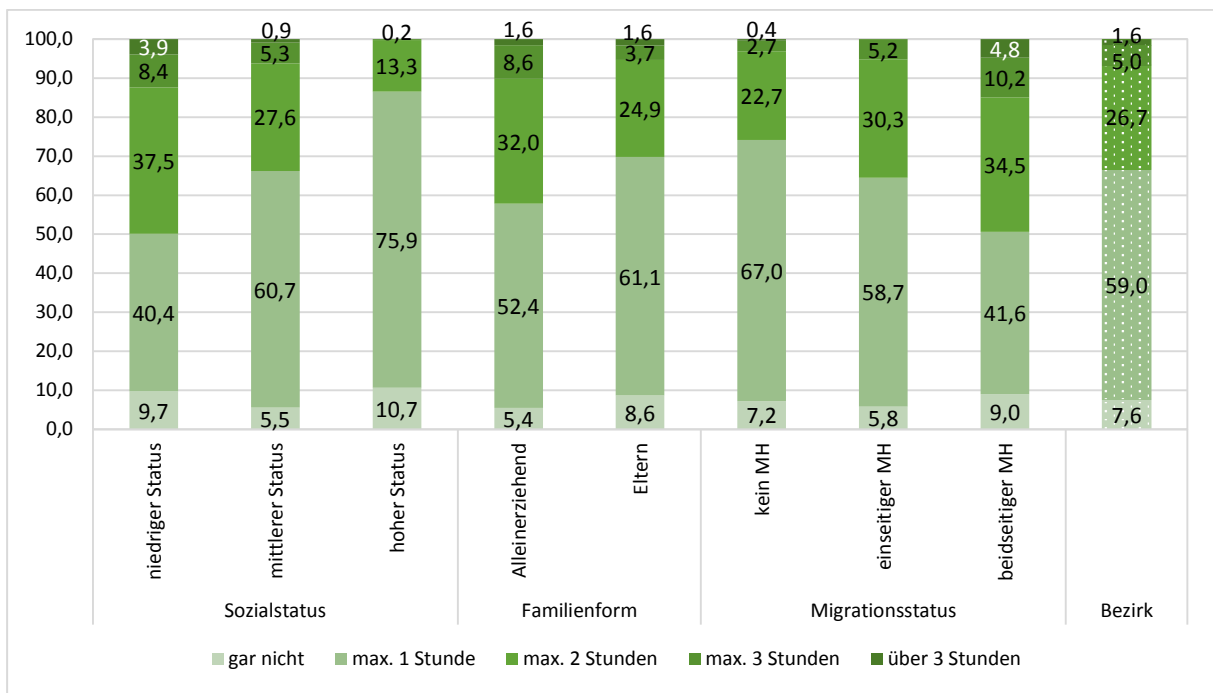
6.2.1 Medienkonsum

Elektronische Medien, ob nun der Fernseher, der Computer oder das Smartphone, sind aus der heutigen Gesellschaft nicht mehr wegzudenken. Allerdings kann insbesondere im Kindesalter (übermäßiger) Medienkonsum Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung haben und damit indirekt ggf. auch die schulischen Leistungen der Kinder negativ beeinflussen²³. Dabei nehmen Eltern für ihre Kinder eine Vorbildfunktion ein, denn häufig übernehmen die Kinder die „Mediennutzungsmuster“²⁴ der Eltern und behalten diese ggf. auch bis ins Erwachsenenalter bei. Neben der Dauer des täglichen Fernseh- bzw. Spielekonsums wurde auch erfragt, ob dem Kind ein eigener Fernseher zur Nutzung zur Verfügung stand²⁵.

Die Mehrheit (59 %) der Einschüler*innen sahen laut Angaben der Eltern eine Stunde am Tag fern. Etwa ein Viertel (26,7 %) saßen laut den Angaben ihrer Eltern bis zu zwei Stunden pro Tag vor dem Fernseher. Die verbleibenden 6,6 % verbrachten täglich mehr als zwei Stunden vor dem Fernsehgerät. Diese Werte entsprachen in etwa auch den Vorjahreswerten.

Kinder der niedrigen Sozialstatusgruppe bzw. mit beidseitigem Migrationshintergrund sahen oftmals länger fern als Kinder aus Familien mit hohem Status bzw. ohne Migrationshintergrund. Auch Einschüler*innen, die in Alleinerziehenden-Haushalten aufwuchsen, nutzten häufiger bzw. länger das Fernsehgerät.

Abbildung 20: Täglicher Fernsehkonsum der Kinder nach Sozialstatus, Familienform und Migrationsstatus (in Prozent)



Die Verfügbarkeit eines eigenen Fernsehers führt in der Regel zu einem längeren Fernsehkonsum²⁶. Darüber hinaus haben die Eltern somit eine eingeschränkere Kontrollmöglichkeit über die konsumierten Programme und Inhalte. Durchschnittlich jedes zehnte Kind besaß demnach einen eigenen Fernseher (vgl. Abbildung 21). Am häufigsten betraf das Einschüler*innen mit niedrigem Sozialstatus

²³ Vgl. Zemp, Bodenmann (2015), S. 13.

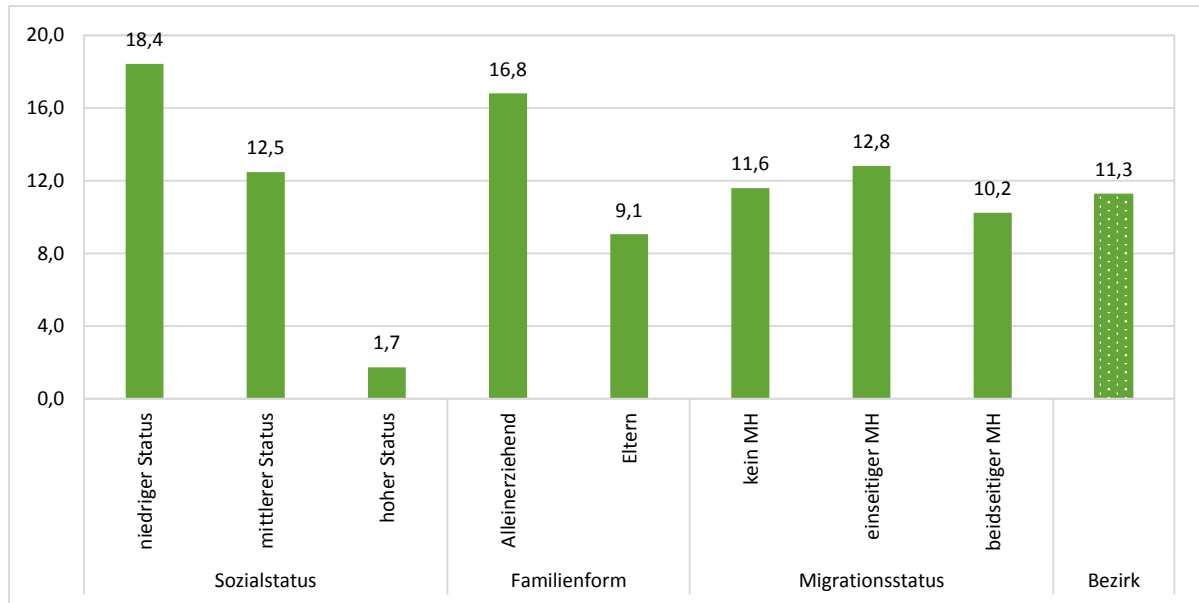
²⁴ Friedrichs-Liesenkötter (2016), S. 66.

²⁵ Vgl. Handbuch für die Einschulungsuntersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Bezirke des Landes Berlin (2016), S. 35 f.

²⁶ Vgl. Zemp, Bodenmann (2015), S. 14.

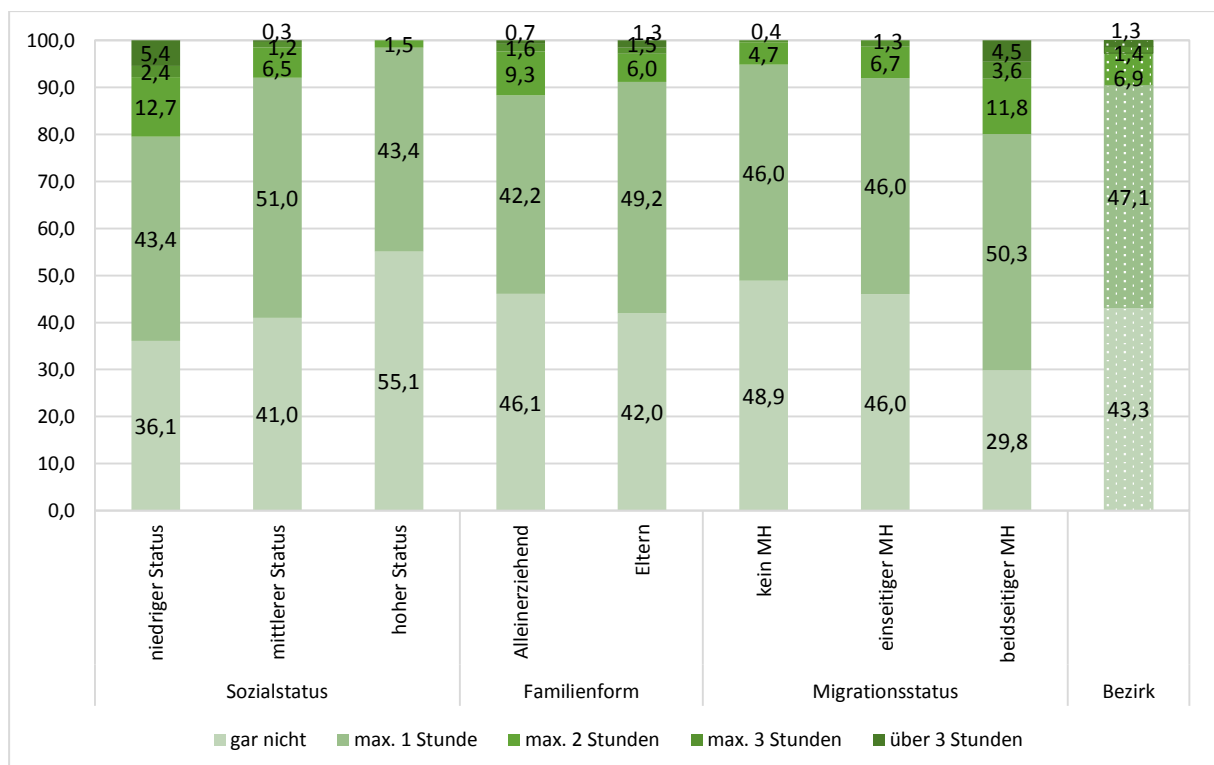
(18,4 %) sowie Kinder, die mit nur einem Elternteil aufwuchsen (16,8 %). Vorschüler*innen aus der hohen Sozialstatusgruppe hatten in den seltensten Fällen ein eigenes Fernsehgerät.

Abbildung 21: Anteil der Kinder mit eigenem Fernsehgerät nach Sozialstatus, Familienform und Migrationsstatus (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)



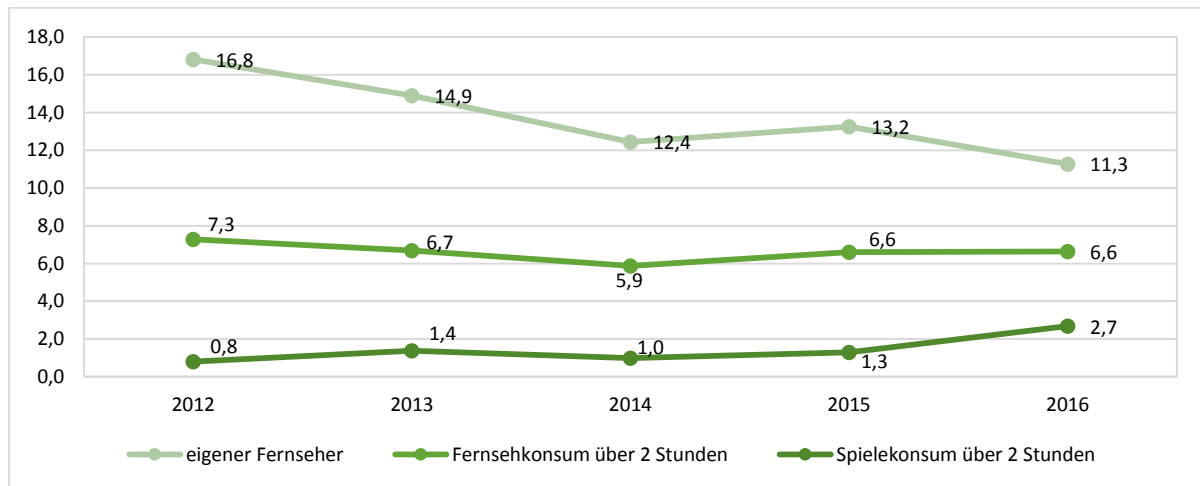
Neben dem „klassischen“ Fernsehen gewannen in den letzten Jahren im Zuge der rasanten multimedialen Weiterentwicklung zunehmend Smartphones, Tablets sowie elektronische Spiele an Popularität. Laut den Angaben der Eltern nutzten insgesamt 43,3 % der Kinder gar keine elektronischen Spiele, während im Vorjahr dieser Anteil noch 57 % betrug. Bei den Einschüler*innen, die elektronische Spiele benutzen durften, spielten die meisten (47,1 %) durchschnittlich eine Stunde am Tag.

Abbildung 22: Tägliche Spieldauer elektronischer Spiele nach Sozialstatus, Familienform und Migrationsstatus (in Prozent)



Die Darstellung des Medienkonsums im zeitlichen Verlauf (vgl. **Abbildung 23**) zeigt auf, dass es eine rückläufige Zahl an Einschüler*innen mit eigenem Fernseher gab. Aber auch bei einem Fernsehkonsum von über zwei Stunden ist ein leichter Rückgang ablesbar. Dahingegen stieg der Anteil an Kindern, die elektronische Spiele nutzten, an. Demnach fand auch in Lichtenberg im Laufe der letzten Jahre tendenziell eine Verschiebung des Konsums vom Fernsehen hin zu elektronischen Spielen statt. Aller Voraussicht nach wird sich dieser Trend in den kommenden Jahren weiter verstärken.

Abbildung 23: Anteil der Kinder mit eigenem Fernseher, einem Fernsehkonsum bzw. Spielekonsum von über zwei Stunden im Zeitverlauf (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, bspw. die Entwicklung der Atemwege, negativ auswirken. Dieser Effekt wird dadurch verstärkt, dass Kinder durch häufigere Atemzüge und im Verhältnis zu ihrem Körpergewicht einer höheren Belastung mit Schadstoffen ausgesetzt sind²⁷. So fand das Deutsche Krebsforschungszentrum heraus, dass bei Kindern aus Raucherhaushalten im Alter von 3 bis 5 Jahren der Cotinin-Wert (Abbauprodukt von Nikotin) im Urin höher war als bei älteren Kindern²⁸. Darüber hinaus ist bei Kindern von rauchenden Eltern die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie später selbst mit dem Rauchen anfangen²⁹.

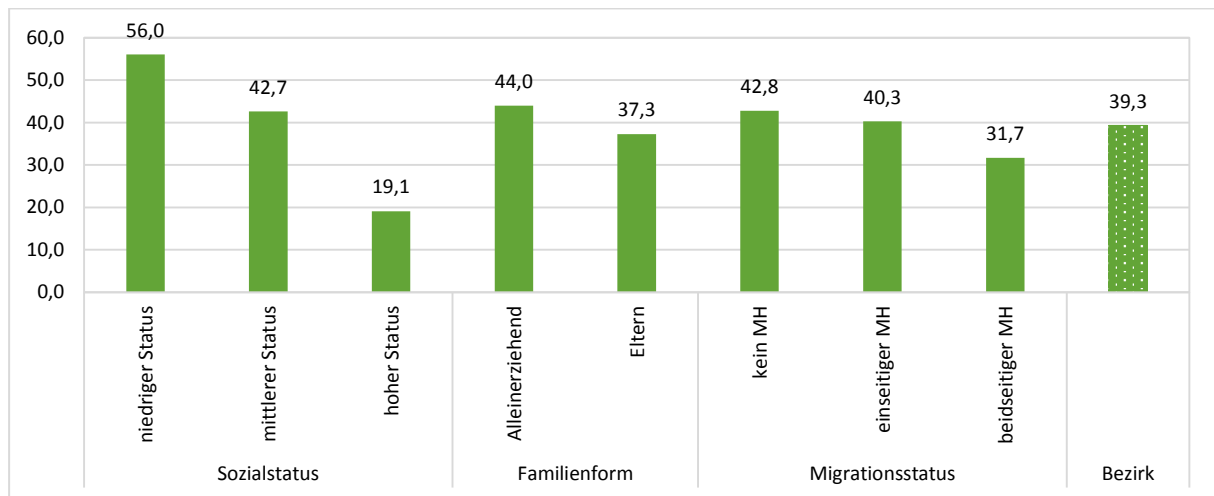
Wie bereits im Vorjahr rauchte in knapp 40 % der Haushalte mindestens eine Person. Die differenzierte Betrachtung nach Kategorien verdeutlicht, dass die soziale Lage die größten Unterschiede im Rauchverhalten aufzeigte. Bei mehr als der Hälfte (56 %) aller Familien aus der niedrigen Sozialstatusgruppe wurde geraucht. Dahingegen betrug die Quote an Raucherhaushalten in der hohen Statusgruppe etwa ein Drittel davon (19 %). Hingegen war in Familien ohne bzw. einseitigem Migrationshintergrund die Raucherquote weit höher (42,8 % bzw. 40,3 %) als in Familien mit beidseitigem Migrationshintergrund (31,7 %).

²⁷ Vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum (2010), S. 52.

²⁸ A.a.O., S. 22.

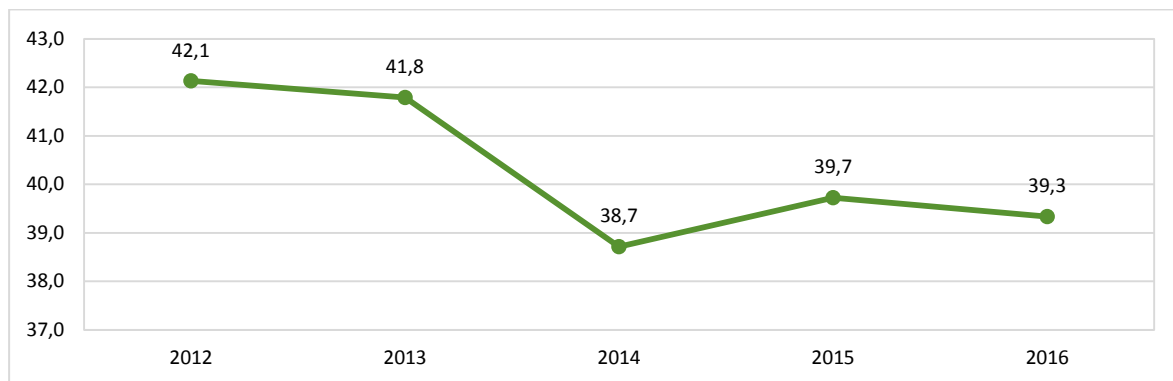
²⁹ Vgl. Leonardi-Bee et al. (2011), S. 848.

Abbildung 24: Anteil der Familien mit mindestens einem rauchenden Elternteil nach Sozialstatus, Familienform und Migrationsstatus (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)



Im Zeitverlauf seit 2012 war insgesamt ein leichter Rückgang (-2,8 Prozentpunkte) an Raucherhaushalten unter den Einschüler*innen zu verzeichnen.

Abbildung 25: Anteil der Raucherhaushalte im Zeitverlauf (in Prozent)



7 Gesundheitszustand und Entwicklungsauffälligkeiten

7.1 Körpergewicht

Das Körpergewicht wird mithilfe des Body-Mass-Index (BMI) kategorisiert. Dazu werden Körpergröße und Körpergewicht des Kindes in Verbindung mit Alter und Geschlecht herangezogen³⁰. Gerade Übergewicht im Kindesalter kann sich auch bis ins Erwachsenenalter negativ auf die Gesundheit auswirken.

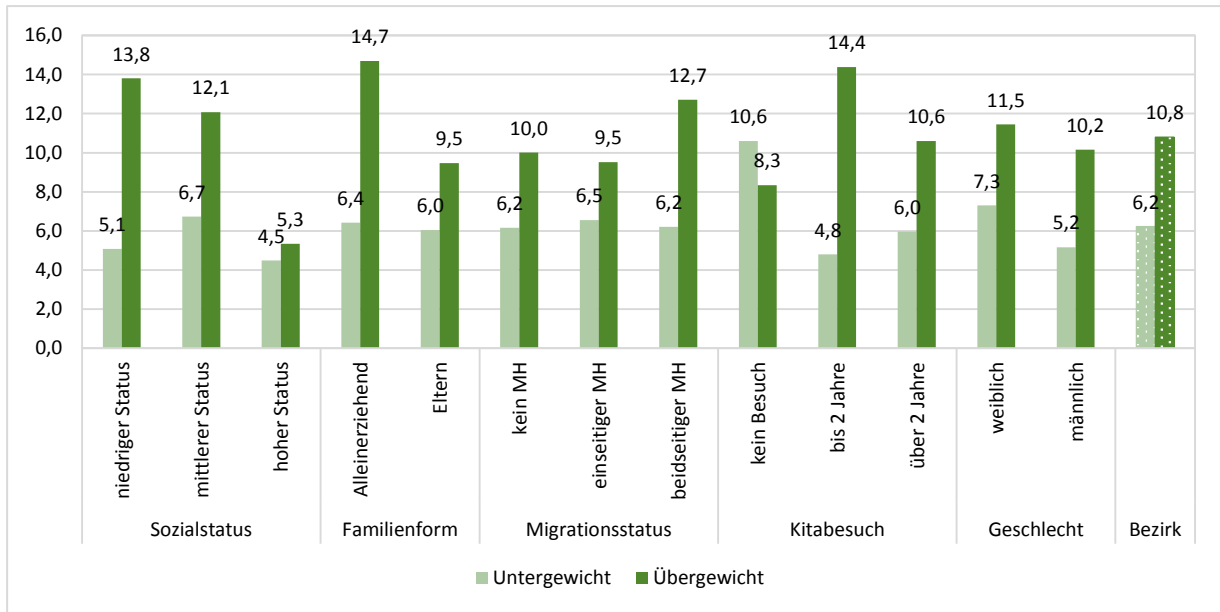
Im Schuljahr 2016 waren 83 % der Einschüler*innen normalgewichtig. Jedes zehnte Kind hatte einen BMI-Wert oberhalb des Normbereichs, was in etwa dem Vorjahreswert entsprach. Als untergewichtig galten gut 6 % aller Kinder. Mädchen waren dabei sowohl von Unter- als auch Übergewicht etwas häufiger betroffen als gleichaltrige Jungen.

Gravierendere Unterschiede traten bei der Unterscheidung nach Sozialstatus, insbesondere bei der Kategorie Übergewicht zutage. So waren Kinder aus der mittleren Sozialstatusgruppe mehr als doppelt so häufig (12,1 %) und Kinder aus der niedrigen Sozialstatusgruppe (13,8 %) mehr als 2,5-fach so oft

³⁰ Vgl. Handbuch für die Einschulungsuntersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Bezirke des Landes Berlin (2016), S. 45 f.

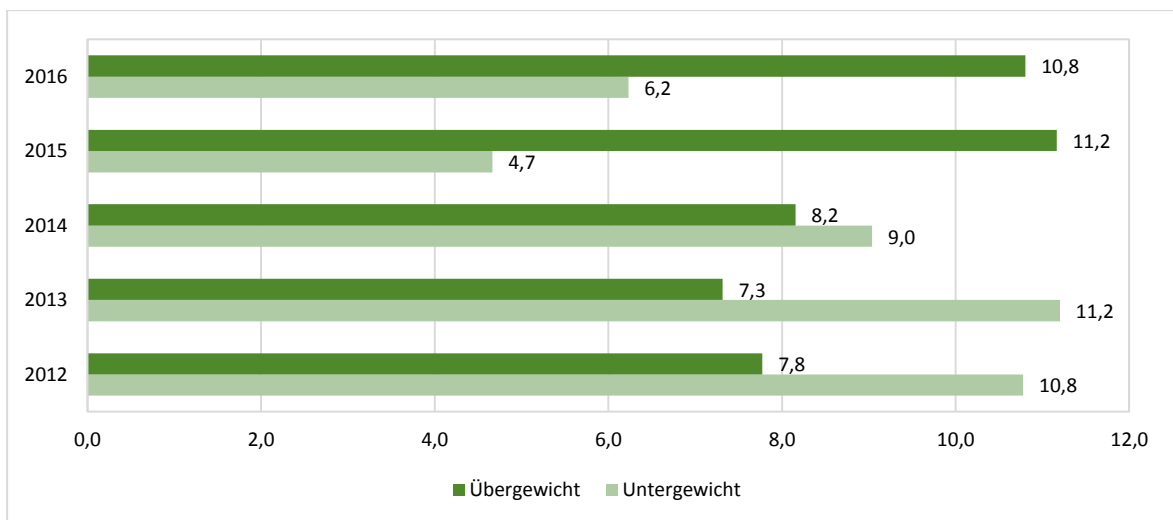
übergewichtig als im hohen Sozialstatussegment (5,3 %). Auch Kinder, die in Ein-Eltern-Familien lebten hatten häufiger Übergewicht.

Abbildung 26: Anteil der Kinder mit Unter- bzw. Übergewicht in Abhängigkeit von Sozialstatus, Familienform, Migrationsstatus, Kitabesuchsdauer und Geschlecht (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)



Interessant ist auch die Betrachtung der zeitlichen Dimension (vgl. Abbildung 27): Während 2012 noch Untergewicht unter den Einschüler*innen bei etwa jedem zehnten Kind festgestellt wurde und ca. 8 % der Kinder als übergewichtig galten, hat sich dieser Trend bis zum Schuljahr 2016 vollständig umgekehrt, d.h. der Anteil an Kindern mit Übergewicht stieg kontinuierlich an, während ein sinkender Anteil an Einschüler*innen untergewichtig war.

Abbildung 27: Anteil der Kinder mit Unter- bzw. Übergewicht im Zeitverlauf (in Prozent)



7.2 Entwicklungsauffälligkeiten

Neben körperlichen Grunddaten sowie gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen wird im Rahmen der Einschulungsuntersuchung der Entwicklungsstand der Kinder in den Bereichen Motorik, Kognition und Sprache erhoben. Alle drei Aspekte sind wichtige Voraussetzungen für den schulischen Erfolg der Kinder.

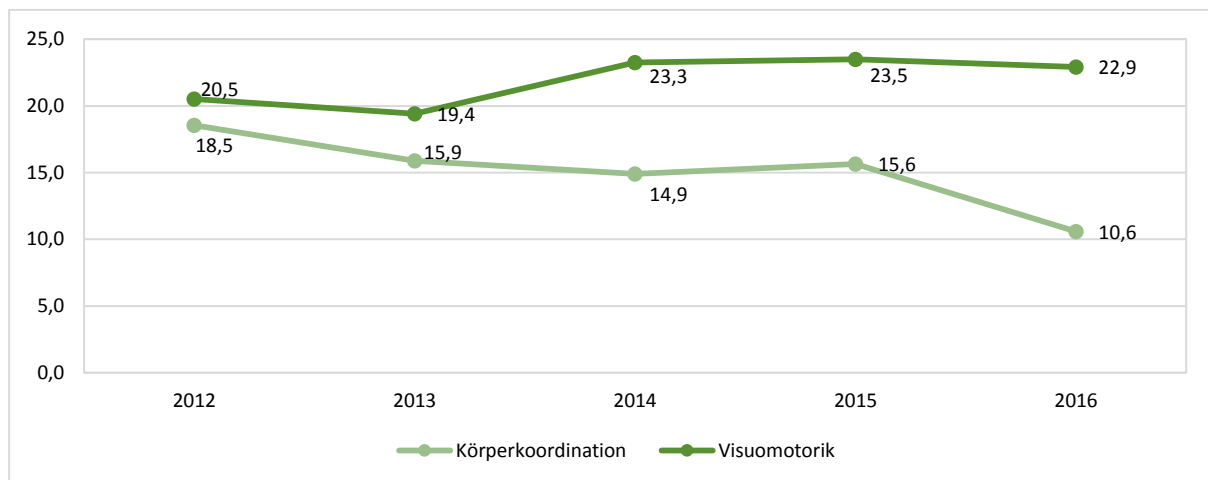
Die Testung erfolgt dabei standardisiert mithilfe des Screenings des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen (S-ENS) Manuals. Lediglich die Tests zur Überprüfung der Fähigkeiten zur Pluralbildung und des Mengenvorwissens entstammen in ihrer Form dem Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreening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

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

7.2.1 Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung

Der Screeningtest Körperkoordination überprüft die grobmotorischen Fähigkeiten der Vorschüler*innen, während der Test zur Visuomotorik der Einschätzung der visuellen und visuomotorischen Fähigkeiten dient³¹. Im Zeitverlauf betrachtet ist im Bereich Körperkoordination eine rückläufige Tendenz auffälliger Testergebnisse zu verzeichnen: So lag der Anteil an Kindern mit Auffälligkeiten 2016 bei 10,6 %, was ca. 8 Prozentpunkten weniger als 2012 entsprach. Dahingegen ist im Test zur Visuomotorik (vgl. [Abbildung 28](#)) eher ein gegenläufiger Trend erkennbar: Hier stieg der Anteil an Kindern mit auffälligen Testergebnissen seit 2012 leicht an. Seit 2014 stagnierte der Anteil bei ca. 23 % der untersuchten Einschüler*innen.

Abbildung 28: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test Körperkoordination und Visuomotorik seit 2012 (in Prozent)



Jungen waren bei den motorischen Tests doppelt so häufig (Körperkoordination) bzw. häufiger (Visuomotorik) von Auffälligkeiten betroffen wie gleichaltrige Mädchen. Signifikant häufigere Auffälligkeiten in der grob- und feinmotorischen Entwicklung bei Jungen ermittelte auch eine Studie über fünf- bis sechsjährige Kitakinder³².

Ähnlich deutliche Abweichungen wie bei der Unterscheidung nach Geschlecht zeigte die Differenzierung nach der sozialen Lage: Hier wiesen die Kinder der niedrigen Statusgruppe doppelt so häufig (Körperkoordination: 14,7 %) bzw. drei Mal so oft (Visuomotorik: 36,3 %) Auffälligkeiten auf, wie Kinder des hohen Sozialstatussegments.

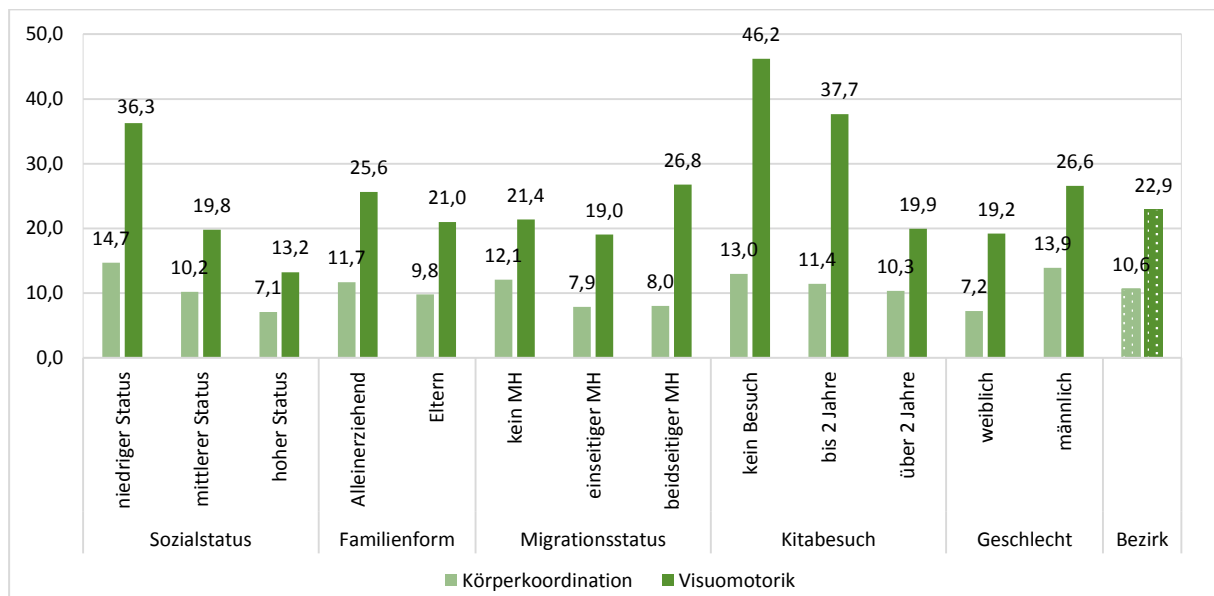
³¹ Vgl. Döpfner et al. (2005), S. 8.

³² Vgl. Gottschling-Lang et al. (2016), S. 30 f.

Einschüler*innen ohne Migrationshintergrund bestanden den Test zur Körperkoordination seltener als Kinder mit ein- oder beidseitigem Migrationshintergrund. Umgekehrt verhielt es sich bei der Visuomotorik, wo mehr als ein Viertel (26,8 %) der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund Schwierigkeiten hatten, den Test zu bewerkstelligen. Bei den Einschüler*innen ohne Migrationshintergrund traf das nur auf 21,4 % der Kinder zu.

Die Gruppe der Kinder, die (länger) eine Kita besuchten, wies seltener Auffälligkeiten im Bereich ihrer koordinativen und insbesondere der feinmotorischen Fähigkeiten auf als diejenigen Kinder, die nicht in einer Kita betreut wurden.

Abbildung 29: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden bei den Tests zur Körperkoordination und Visuomotorik nach Sozialstatus, Familienform, Migrationsstatus, Kitabesuchsdauer und Geschlecht (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)



7.2.2 Auffälligkeiten in der kognitiven Entwicklung

Die kognitiven Fähigkeiten werden mithilfe des S-ENS-Screeningverfahrens zur visuellen Wahrnehmung und dem SOPESS-Test zum Mengenvorwissen überprüft. Während der Test zur visuellen Wahrnehmung neben visuellen auch schlussfolgernde Fähigkeiten testet, die zum „Lesen von Buchstaben- und Zahlenverbindungen“³³ dienen, fordert der Test zum Mengenvorwissen die mathematischen Vorläuferfähigkeiten bei den untersuchten Kindern³⁴. Die Ausprägung dieser Vorläuferfähigkeiten bestimmt maßgeblich mit, wie schnell ein Kind in der Schule z.B. rechnen lernen kann³⁵.

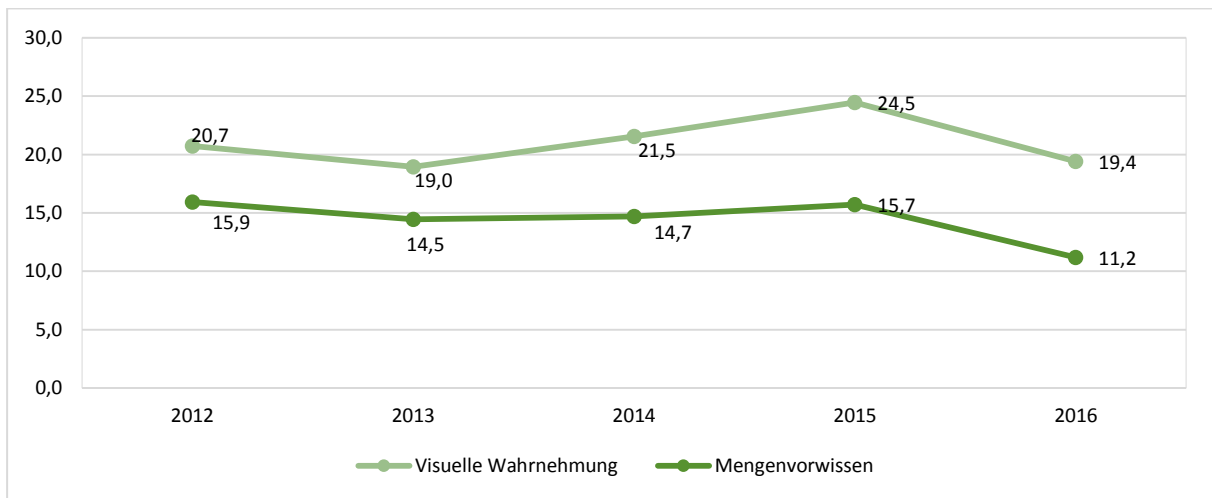
Die Rate der Kinder mit auffälligen Befunden im Test zur visuellen Wahrnehmung entsprach 2016 (19,4 %) etwa wieder dem Stand von 2012 (20,7 %). Im Gegensatz zum Vorjahr war jedoch eine Verbesserung um ca. fünf Prozentpunkte zu verzeichnen. Eine positive Tendenz trat auch beim Mengenvorwissen zutage: Im Untersuchungszeitraum 2016 betrug der Anteil an Einschüler*innen mit Schwächen im Mengenvorwissen 11,2 %, d.h. 4,5 Prozentpunkte weniger als der Vorjahreswert und 4,7 Prozentpunkte unter dem Ergebnis aus dem Jahr 2012.

³³ Döpfner et al. (2005), S. 9.

³⁴ Vgl. Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2016, S. 86.

³⁵ Vgl. Niklas (2017), S. 2.

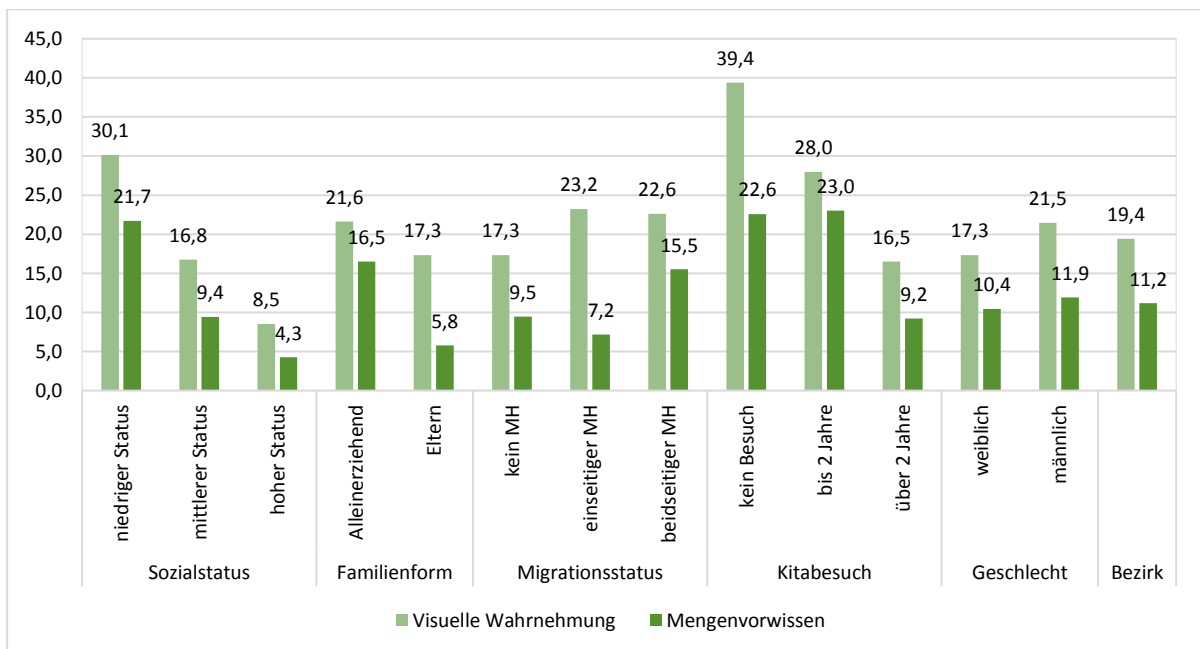
Abbildung 30: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden bei den Tests zur visuellen Wahrnehmung und zum Mengenvorwissen seit 2012 (in Prozent)



Wie bereits bei den motorischen Tests hatten auch im Bereich der kognitiven Entwicklung männliche Vorschüler öfter Defizite als die Einschülerinnen. Diese fielen beim Mengenvorwissen allerdings geringer aus als bei der visuellen Wahrnehmung.

Die Kinder aus einer Familie mit beidseitigem Migrationshintergrund erfüllten in 22,6 % (visuelle Wahrnehmung) bzw. 15,5 % (Mengenvorwissen) die Testkriterien nicht, während dieser Anteil unter den Einschüler*innen ohne Migrationshintergrund 17,3 % bzw. 9,5 % betrug. Ein lineares Gefälle offenbarte sich auch bei der Differenzierung nach sozialem Status und Kitabesuchsdauer zugunsten des hohen Sozialstatus bzw. des längeren Kitabesuchs (vgl. Abbildung 31).

Abbildung 31: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden im Bereich der visuellen Wahrnehmung und dem Mengenvorwissen nach Sozialstatus, Familienform, Migrationsstatus, Kitabesuchsdauer und Geschlecht (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)



7.2.3 Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung

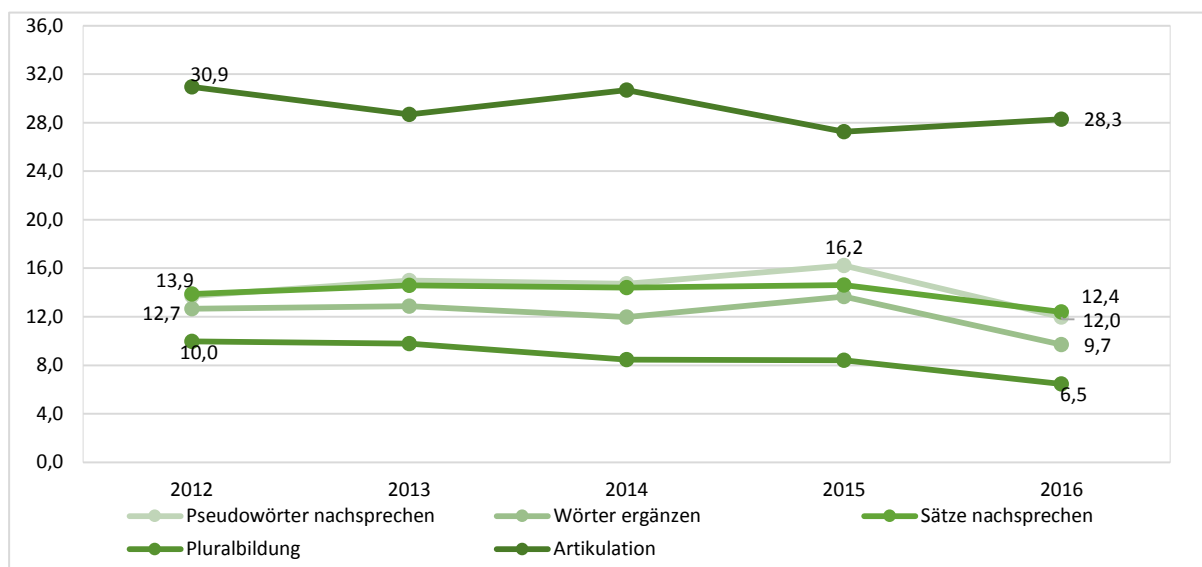
Im Bereich der sprachlichen Entwicklung finden im Rahmen der Einschulungsuntersuchung insgesamt fünf Tests statt. Die sprachlichen Fähigkeiten sind für den Schulbesuch von besonderer Bedeutung und

werden maßgeblich vom Elternhaus geprägt. Wie in Kapitel 4.2.2 (vgl. *Abbildung 8*; S. 14) dargelegt, gab es einige Elternhäuser, in denen vorrangig nicht Deutsch gesprochen wurde, was die Situation für die betroffenen Kinder erschwerte. Darüber hinaus stellen der Wortschatz sowie die Kenntnis von Buchstaben relevante Vorläuferfähigkeiten für den Erwerb von Lese- und Rechtschreibkompetenzen in der Schule dar³⁶. Defizite in der sprachlichen Entwicklung können sich aber neben den schulischen Leistungen auch auf andere Entwicklungsfelder auswirken. So wurde bspw. im Rahmen von Studien ein Zusammenhang zwischen den sprachlichen Fähigkeiten sowie der emotional-sozialen Entwicklung festgestellt, wobei Kinder mit sprachlichen Defiziten ein erhöhtes Risiko für Verhaltens- bzw. emotionale Auffälligkeiten hatten^{37,38}.

In der Auswertung der sprachlichen Entwicklungstests blieben Kinder nicht deutscher Herkunft unberücksichtigt, die schlechtere als gute Deutschkenntnisse aufwiesen³⁹. Insgesamt war der Anteil an Kindern mit Auffälligkeiten in allen sprachlichen Entwicklungsfeldern rückläufig (vgl. *Abbildung 32*). Während 2012 noch ca. 13,9 % (Sätze nachsprechen) bzw. ca. 10,0 % (Pluralbildung) der Einschüler*innen davon betroffen waren, betrug dieser Anteil im Schuljahr 2016 12,4 % bzw. 6,5 %.

Der Anteil an Kindern mit Problemen bei der Artikulation sank im Zeitraum zwischen 2012 und 2016 insgesamt um 2,6 Prozentpunkte. Im aktuellen Schuljahr stieg dieser jedoch gegenüber dem Vorjahreswert leicht an (+1,0 Prozentpunkte). Auffällige Ergebnisse im Entwicklungsscreening beim Nachsprechen von Pseudowörtern wiesen 12,0 % aller Einschüler*innen 2016 auf. Im Vorjahr betraf das noch 16,2 % sowie 2012 13,7 % aller Kinder.

Abbildung 32: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test Pseudowörter nachsprechen, Wörter ergänzen, Sätze nachsprechen, Pluralbildung und Artikulation seit 2012 (ohne Kinder ndH mit schlechteren als guten Deutschkenntnissen (in Prozent))



Mithilfe von *Abbildung 33* und *Abbildung 34* werden differenzierte Auswertungen nach Sozialstatus, Familienform, Migrationsstatus, Kitabesuchsdauer und Geschlecht dargestellt. Bei allen fünf Tests

³⁶ Vgl. Niklas (2017), S. 5.

³⁷ Vgl. Rose et al. (2016), S. 71.

³⁸ Vgl. Rißling et al. (2015), S. 807 f.

³⁹ Diese Kinder sind in der Normstichprobe des S-ENS Tests nicht enthalten, sodass sie im Rahmen dieser Auswertung nicht berücksichtigt wurden.

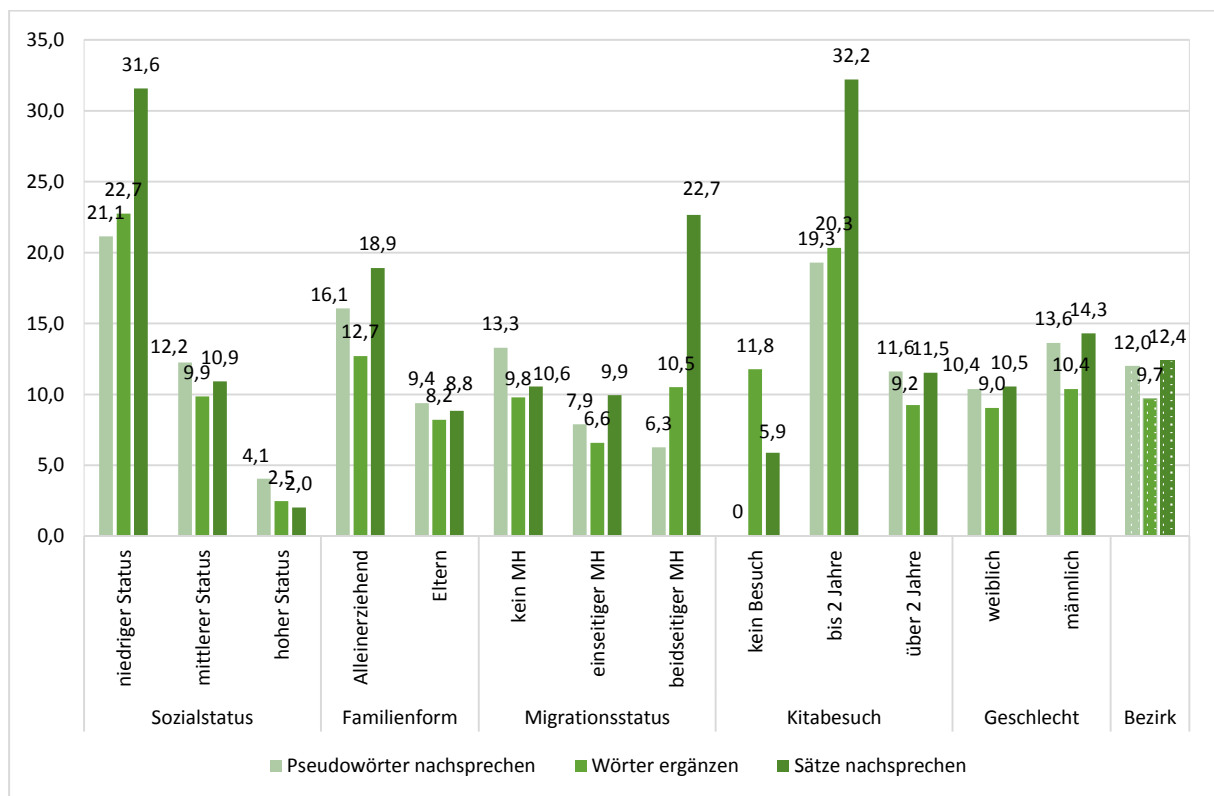
konnten geschlechtsspezifische Unterschiede in den Testergebnissen festgestellt werden. Jungen erzielten durchweg schlechtere Resultate als Mädchen desselben Jahrganges. Am größten war die Diskrepanz bei der Artikulation, wo die Differenz 4,5 Prozentpunkten entsprach.

Die Unterscheidung nach Sozialstatus förderte sehr abweichende Ergebnisse zutage: Besonders bei dem Test Sätze nachsprechen schnitten Kinder der niedrigen Sozialstatusgruppe (31,6 %) wesentlich schlechter ab als Kinder mit mittlerem (10,9 %) bzw. hohem Sozialstatus (2,0 %). Unter den Einschüler*innen der unteren Sozialstatusgruppe wurde jedes fünfte Kind (21,1 % bzw. 22,7 %) auch bei den Screenings zum Nachsprechen von Pseudowörtern bzw. Ergänzen von Wörtern als auffällig befundet, während in der mittleren Gruppe der Anteil bei 12,2 % bzw. 9,9 % lag.

Weniger gravierend zeigten sich die Unterschiede beim Migrationsstatus, wo es insbesondere zwischen den Kindern mit einseitigem Migrationshintergrund und den Kindern ohne Migrationshintergrund nur geringfügige Abweichungen, bspw. beim Test Sätze nachsprechen, gab. Das Nachsprechen von Pseudowörtern fiel Einschüler*innen mit Migrationshintergrund demnach leichter als Kindern ohne Migrationsstatus. Dahingegen hatte in der Gruppe Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund fast jedes Vierte (22,7 %) Schwierigkeiten Sätze nachzusprechen.

Einschüler*innen mit einer Kitabesuchsdauer von bis zu zwei Jahren brachten am häufigsten auffällige Ergebnisse hervor: Ein Drittel (32,2 %) der Kinder dieser Gruppe hatte Probleme beim Nachsprechen von Sätzen. Darüber hinaus war die sprachliche Entwicklung bei den Tests Pseudowörter nachsprechen und Wörter ergänzen doppelt so häufig defizitär wie bei Kindern mit längerer Kitabesuchsdauer. Die Ergebnisse der Gruppe ohne Kitabesuch waren vergleichsweise gut, was jedoch vermutlich vor allem an der relativ kleinen Stichprobe lag, sodass von einer gewissen Verzerrung auszugehen ist.

Abbildung 33: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test Pseudowörter nachsprechen, Wörter ergänzen, Sätze nachsprechen nach Sozialstatus, Familienform, Migrationsstatus, Kitabesuchsdauer und Geschlecht (ohne Kinder ndH mit schlechteren als guten Deutschkenntnissen (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent))

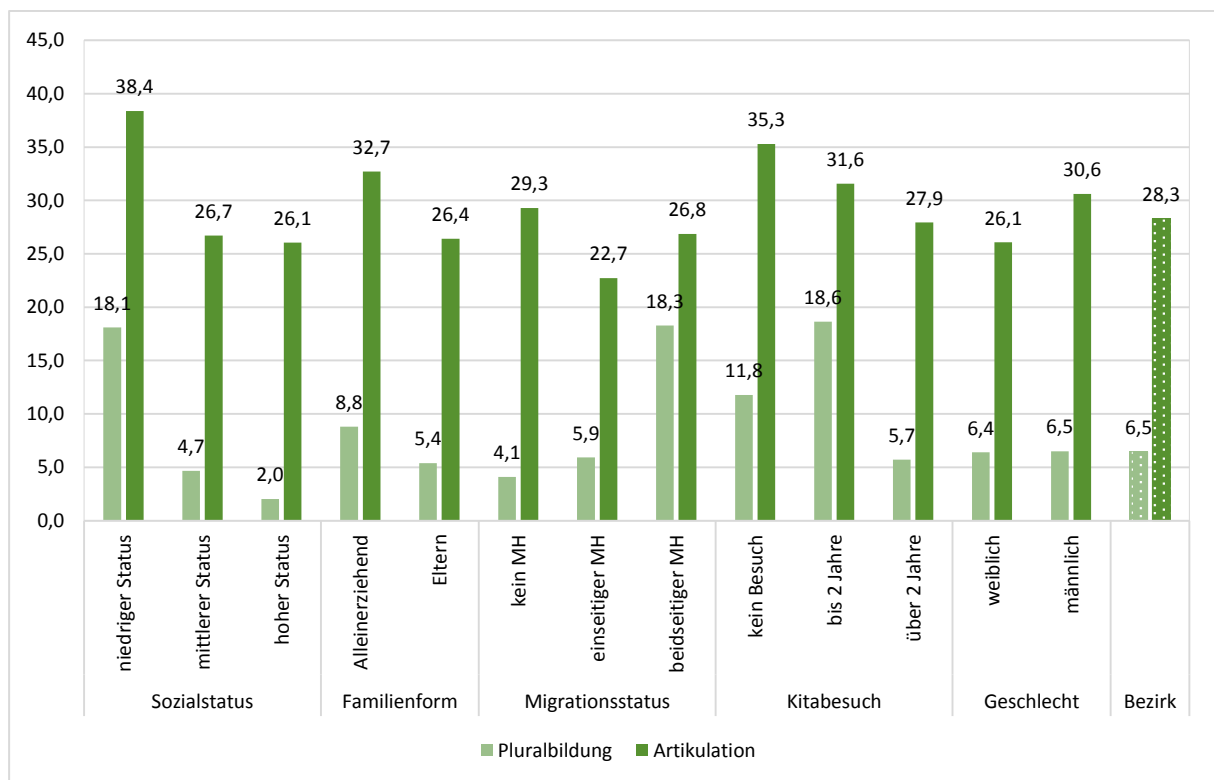


Wie bereits aufgeführt, wurden auch bei der Pluralbildung lediglich marginale Abweichungen zwischen der Gruppe Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund und ohne Migrationshintergrund (5,9 % bzw. 4,1 %) sichtbar. Dahingegen fiel Einschüler*innen mit beidseitigem Migrationshintergrund die Pluralbildung wesentlich schwerer, sodass jedem fünften Kind ein auffälliges Testresultat bescheinigt wurde. Mit der Artikulation taten sich im Rahmen der Untersuchung vor allem Kinder ohne Migrationshintergrund schwer. In dieser Gruppe hatten fast 30 % der Einschüler*innen zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung noch Defizite.

Die Ergebnisse des Artikulations-Tests wiesen kaum Unterschiede zwischen der mittleren (26,7 %) und hohen Sozialstatusgruppe (26,1 %) auf. Allerdings lag der Anteil bei den Kindern aus einer Familie mit niedrigem Sozialstatus ca. 12 Prozentpunkte höher als bei den Kindern aus den anderen beiden Gruppen.

Der (längere) Besuch einer Kita wirkte sich für die Artikulation offenbar förderlich aus: So betrug die Quote an auffällig diagnostizierten Kindern ca. 8 Prozentpunkte weniger als bei Kindern, die keine Kita besuchten.

Abbildung 34: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden bei den Tests Pluralbildung und Artikulation nach Sozialstatus, Familienform, Migrationsstatus, Kitabesuchsdauer und Geschlecht (ohne Kinder ndH mit schlechteren als guten Deutschkenntnissen (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent))

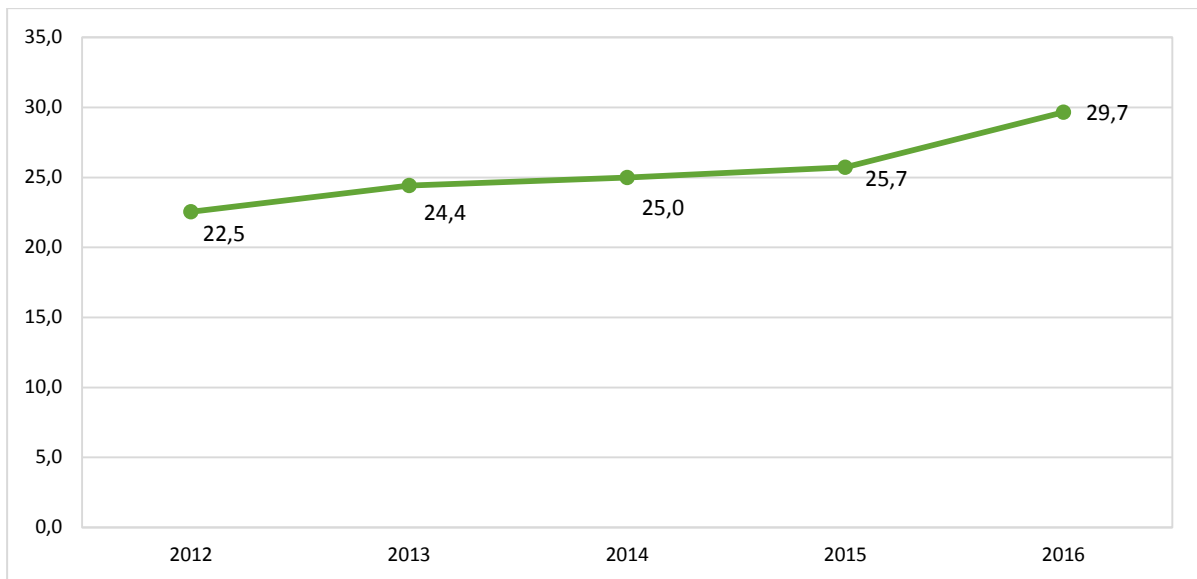


Der Indikator „Sprachdefizite“ kombiniert die Testergebnisse zum Nachsprechen von Sätzen mit den Deutschkenntnissen bei Kindern nicht deutscher Herkunft, um folgende Kindergruppen zu erfassen:

- 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.

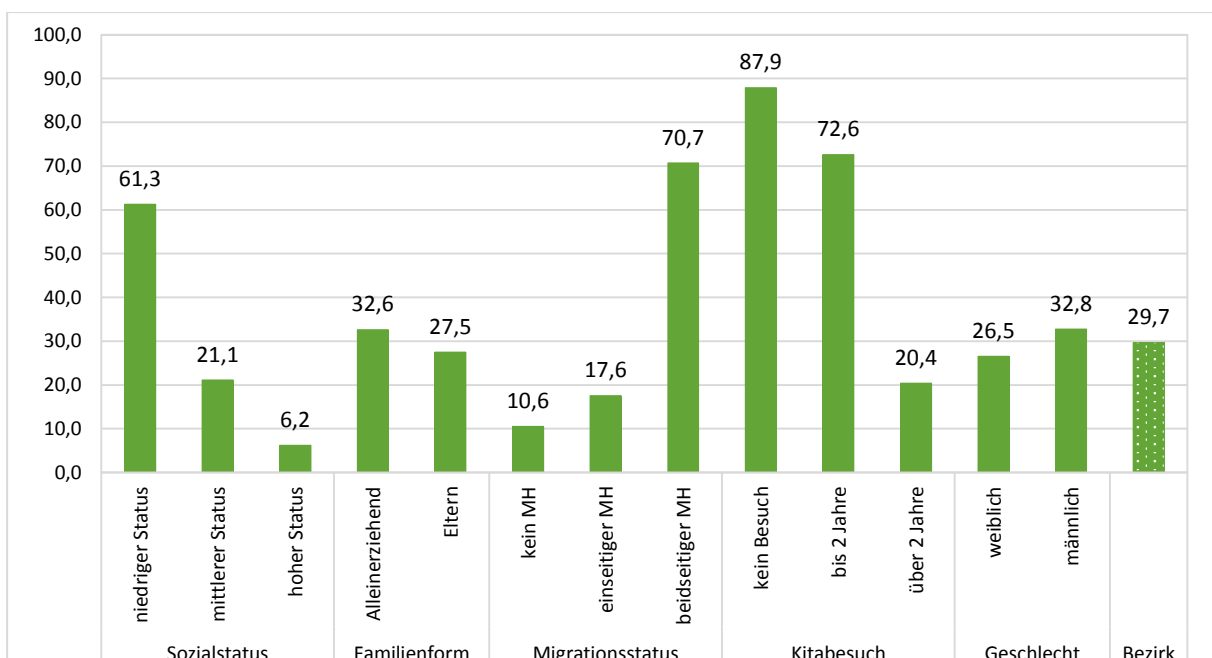
Der Anteil an Einschüler*innen, der bei dem Indikator Sprachdefizite als auffällig eingestuft wurde, stieg im Betrachtungszeitraum kontinuierlich an (vgl. Abbildung 35): Während der Anteil 2012 noch bei 22,5 % lag, betrug dieser 2016 bereits 29,7 %. Das könnte u.a. auf den gestiegenen Anteil an Kindern nicht deutscher Herkunft (mit unzureichenden Deutschkenntnissen) zurückzuführen sein.

Abbildung 35: Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten im Zeitverlauf seit 2012 (in Prozent)



Aus **Abbildung 36** geht hervor, dass insbesondere Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund Sprachdefizite aufwiesen. Das betraf in dieser Gruppe die Mehrheit der Kinder (70,7 %), was mutmaßlich vor allem auf die nicht/gering vorhandenen Deutschkenntnisse zurückzuführen ist. Auch Kinder der niedrigen Statusgruppe bzw. mit keiner oder kürzerer Kitabesuchsdauer waren häufiger von Sprachdefiziten betroffen. Einschüler*innen mit längerem Kitabesuch bzw. einem hohen Sozialstatus waren hingegen kaum von Sprachdefiziten betroffen.

Abbildung 36: Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten nach Sozialstatus, Familienform, Migrationsstatus, Kitabesuchsdauer und Geschlecht (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)



7.2.4 Auffälligkeiten in der emotional-sozialen Entwicklung

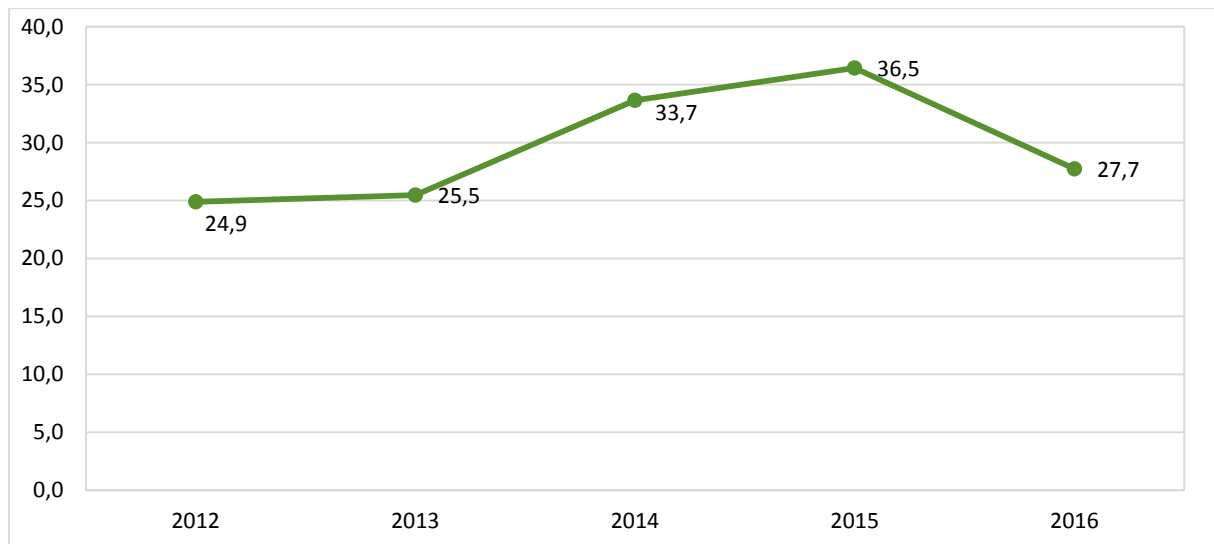
Wie auch in den anderen Entwicklungsfeldern wirkt sich u.a. das familiäre Umfeld mit seinen vielfältigen Facetten auf die emotional-soziale Entwicklung aus⁴⁰. Dieser Entwicklungsaspekt wird im Rahmen

⁴⁰ Vgl. Lohaus, Vierhaus (2015), S. 273 ff.

der Einschulungsuntersuchung auf Grundlage des Verhaltens während der gesamten Untersuchung des Kindes durch den Arzt /die Ärztin eingeschätzt.

Im Gegensatz zu den beiden Vorjahren verringerte sich der Anteil an emotional-sozial auffälligen Kindern erheblich (vgl. *Abbildung 37*) und erreichte beinahe den Wert von 2013. Allerdings war noch immer mehr als jedes vierte Kind des gesamten Jahrgangs davon betroffen.

Abbildung 37: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden im Bereich emotional-soziale Entwicklung seit 2012 (in Prozent)

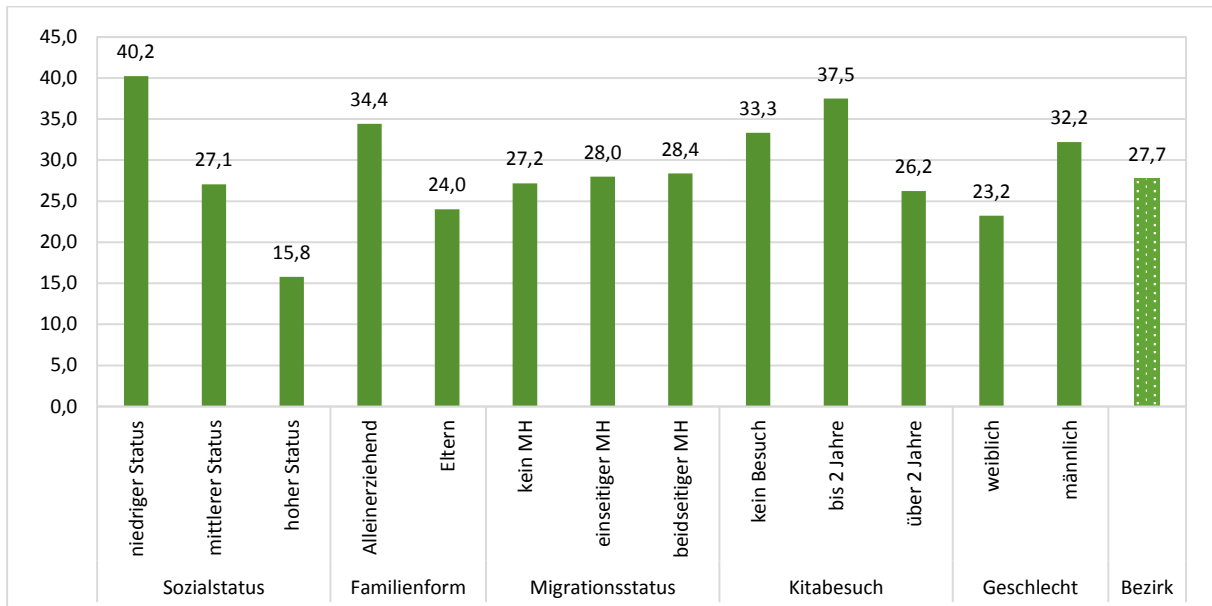


Gleichermaßen wie in den anderen Screeningbereichen waren auch im emotional-sozialen Entwicklungsbereich männliche Einschüler häufiger betroffen als Mädchen. Während im Vorjahr noch Kinder ohne Migrationshintergrund häufiger Auffälligkeiten aufwiesen als Kinder mit Migrationshintergrund, wurde in diesem Schuljahr ein (wenn auch geringfügig) höherer Anteil an Kindern mit ein- bzw. beidseitigem Migrationshintergrund als auffällig eingestuft.

Auch die Differenzierung nach dem Sozialstatus zeigte im Vergleich zum Vorjahr eine Senkung der Quoten an betroffenen Kindern. Allerdings betrug in der niedrigen Sozialstatusgruppe der Anteil an Einschüler*innen mit emotional-sozial auffälligem Verhalten weiterhin über 40 %. Im Gegensatz dazu lag der Anteil in der hohen Statusgruppe bei ca. 16 %. Kinder aus Ein-Eltern-Familien wiesen ebenfalls häufiger (34,4 %) ein auffälliges Verhalten auf als Kinder, die mit beiden Eltern in einem Haushalt lebten (24,0 %).

Gleichermaßen von den Kinderärzt*innen als auffällig eingestuft wurden vornehmlich Kinder mit kürzerer Kitabesuchsdauer bzw. Kinder ohne Kitabesuch. In diesen beiden Gruppen war mindestens jedes dritte Kind emotional-sozial entwicklungsauffällig. Unter den Kindern, die mindestens für einen Zeitraum von zwei Jahren eine Kita besuchten betraf das in etwa jedes vierte Kind.

Abbildung 38: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden im Bereich emotional-soziale Entwicklung nach Sozialstatus, Familienform, Migrationsstatus, Kitabesuchsdauer und Geschlecht (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)

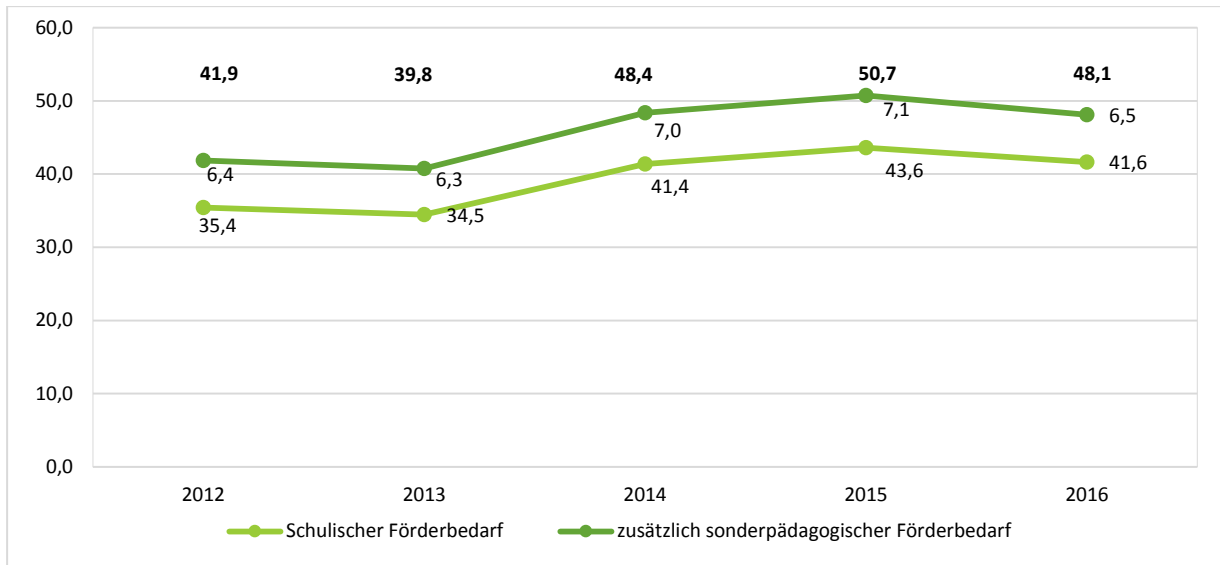


8 Förderempfehlungen

Förderempfehlungen lassen sich für die Bereiche der schulischen sowie sonderpädagogischen Förderung aussprechen. Wenn das Kind in einem oder mehreren Entwicklungsscreening-Tests als auffällig eingestuft wurde, wird i.d.R. in einem bzw. mehreren Bereichen ein schulischer Förderbedarf bescheinigt. Eine Ausnahme besteht, wenn der Kinderarzt/die Kinderärztin davon ausgeht, dass sich das Entwicklungsdefizit bis zum Schulbeginn durch eingeleitete Förder- bzw. Therapiemaßnahmen bzw. in Einzelfällen von alleine normalisiert. Ein sonderpädagogischer Förderbedarf wird dahingegen weitaus seltener bescheinigt. Dies erfolgt in den Fällen, in denen der KJGD bei dem Kind eine Behinderung feststellt bzw. das Kind von Behinderung bedroht ist.

Der Anteil an Einschüler*innen, der aufgrund von Entwicklungsdefiziten Förderbedarfe aufwies, ist im Verlauf der letzten Jahre kontinuierlich angestiegen und erreichte im vergangenen Jahr 2015 den bisherigen Höchstwert von 50,7 % aller Kinder. Im aktuellen Schuljahr 2016 ist ein leichter Rückgang in beiden Förderbereichen zu verzeichnen, sodass in etwa wieder der Wert von 2014 erreicht wurde (48,1 %).

Abbildung 39: Anteil der Kinder mit schulischer und sonderpädagogischer Förderempfehlung seit 2012 (in Prozent)

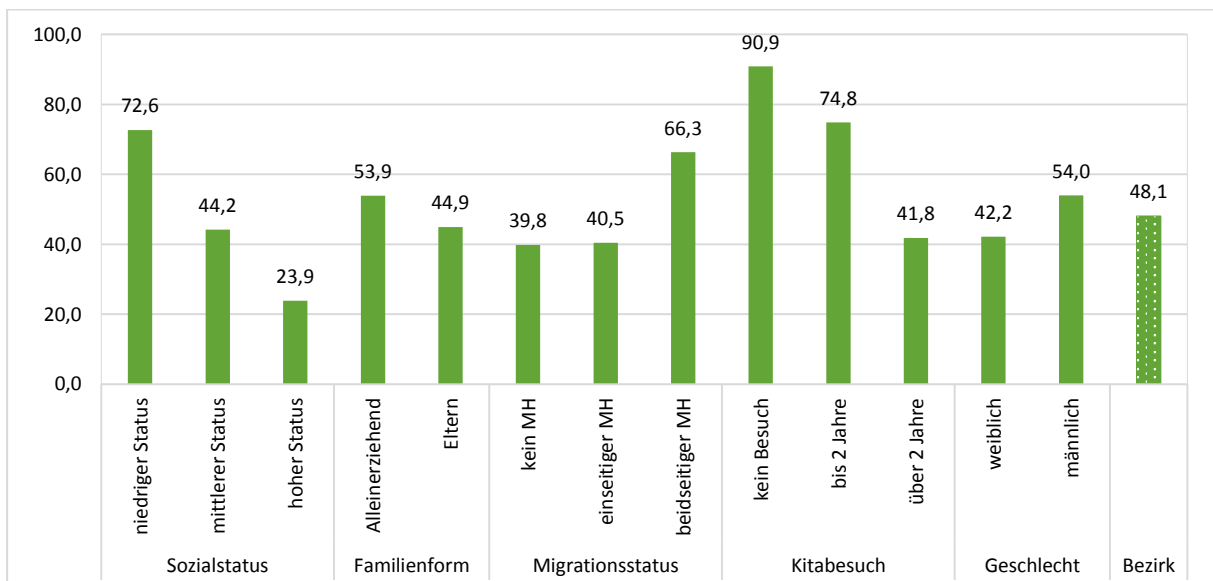


8.1 Schulischer Förderbedarf

Die detaillierte Auswertung des schulischen Förderbedarfs bildete große Abweichungen ab: So wurde gegenüber dem/der Erziehungsberechtigten von Einschüler*innen ohne Kitabesuch, mit niedrigem Sozialstatus bzw. einem beidseitigem Migrationshintergrund besonders häufig eine Förderempfehlung ausgesprochen. Insbesondere Kinder aus der unteren Sozialstatusgruppe benötigten im Vergleich zur hohen Statusgruppe drei Mal häufiger zusätzliche Entwicklungsförderung.

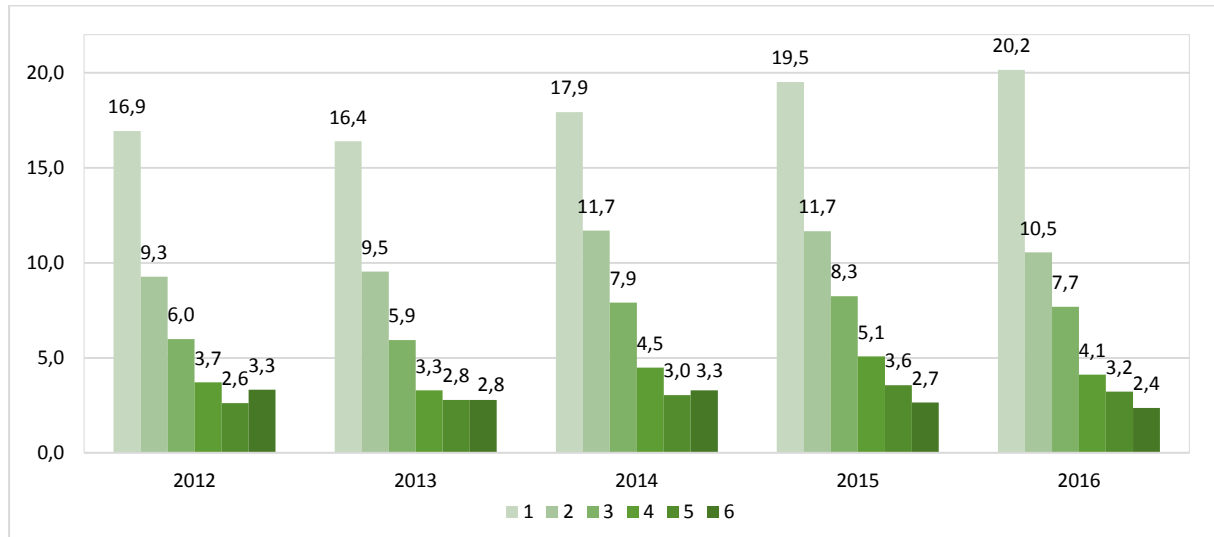
Auch Jungen (54,0 %) wiesen öfter einen Förderbedarf auf als gleichaltrige Mädchen (42,2 %). Unter den Kindern, die im Vorschulalter keine Kita besuchten, waren neun von zehn förderbedürftig. Auch bei denjenigen Einschüler*innen mit einer Kitabesuchsdauer von unter zwei Jahren wiesen noch drei von vier Kindern förderbedürftige Entwicklungsdefizite auf. Dahingegen betraf das in der Gruppe von Kindern mit längerer Kitabesuchsdauer nur vier von zehn Kindern.

Abbildung 40. Anteil der Kinder mit schulischer Förderempfehlung nach Sozialstatus, Familienform, Migrationsstatus, Kitabesuchsdauer und Geschlecht (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)



Von den 48,1 % der Kinder mit Förderbedarfen hatten im aktuellen Schuljahr ca. zwei Drittel Entwicklungsbedarf in einem bzw. zwei Förderfeldern (vgl. Abbildung 41). Förderbedarfe in vier oder mehr Bereichen kamen hingegen selten vor.

Abbildung 41: Anzahl der Förderfelder im Zeitverlauf seit 2012 (Anteil an allen Kindern in Prozent)



Die Bereiche, in denen Förderbedarfe bestehen können werden aus Tabelle 4 ersichtlich. Es wird deutlich, dass bei der Mehrzahl (616 Kinder) der Kinder Förderbedarf im Bereich Sprache bestand. Hiervon hatten 65 % einen beidseitigen Migrationshintergrund. Gleichzeitig ist dieses das einzige Förderfeld bei dem im Vergleich zum Vorjahr eine leichte Zunahme zu verzeichnen war, was vermutlich durch die Zuwanderung bedingt wurde. In allen anderen Förderfeldern nahm die Anzahl betroffener Kinder ab. Knapp ein Viertel der Einschüler*innen (540 Kinder) wiesen im Förderfeld Visuomotorik Unterstützungsbedarf auf.

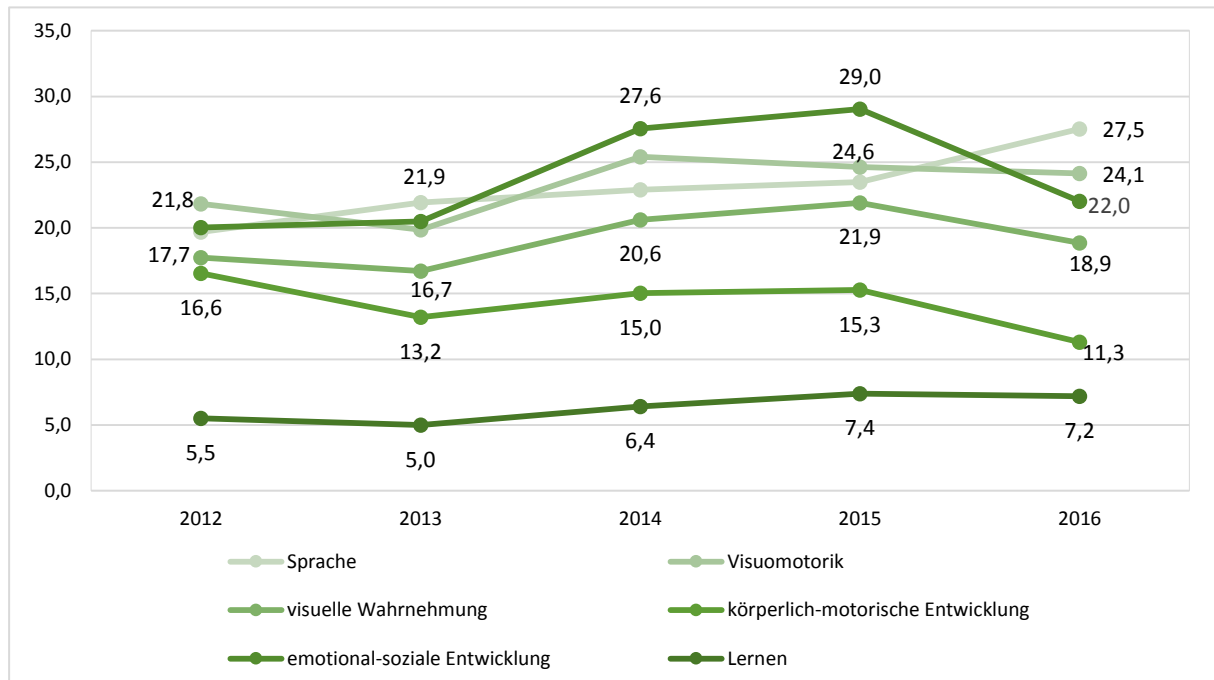
Tabelle 4: Schulische Förderempfehlungen nach Förderfeldern (absolut und in Prozent)

Förderfeld	Anzahl	Anteil an allen Kindern (in %)
Sprache⁴¹	616	27,5
Visuomotorik	540	24,1
Emotionale/soziale Entwicklung	493	22,0
visuelle Wahrnehmung	422	18,9
körperlich-motorische Entwicklung	253	11,3
Lernen	161	7,2

In Abbildung 42 ist die Entwicklung der einzelnen Förderfelder in den vergangenen Jahren dargestellt. Diese haben sich im Verlauf sehr unterschiedlich entwickelt. Bspw. lässt sich für das Förderfeld Lernen im Zeitverlauf ein geringer jedoch kontinuierlicher Zuwachs verzeichnen. Ähnlich verhält es sich im Bereich Sprache, wo seit 2012 eine stetige Zunahme entwicklungsauffälliger Kinder um ca. 8 Prozentpunkte zu verzeichnen war. Eine gegenläufige Tendenz zeichnete sich hingegen bei der körperlich-motorischen Entwicklung ab, d.h. ein geringerer Anteil (11,3 %) an Kindern hatte 2016 in diesem Bereich Förderbedarf im Vergleich zu 2012 (16,6 %).

⁴¹ Setzt sich aus den Kategorien „Sprachheilpädagogik“ und „Sprachförderung“ zusammen.

Abbildung 42: Kinder mit schulischem Förderbedarf in den einzelnen Förderfeldern seit 2012 (Anteil in Prozent an allen Kindern)



8.2 Sonderpädagogischer Förderbedarf

Die notwendigen Hilfen im Falle eines sonderpädagogischen Förderbedarfs werden nach der Feststellung durch den KJGD nicht automatisch eingeleitet. Hierfür ist ein Antrag, der durch den/die Erziehungsberechtigten bzw. die Schule gestellt werden kann, erforderlich⁴².

Erhebliche sprachliche Entwicklungsdefizite waren in fast der Hälfte aller Fälle ursächlich für den sonderpädagogischen Förderbedarf. Wesentlich seltener war der sonderpädagogische Förderbedarf in den anderen Bereichen (vgl. Tabelle 5).

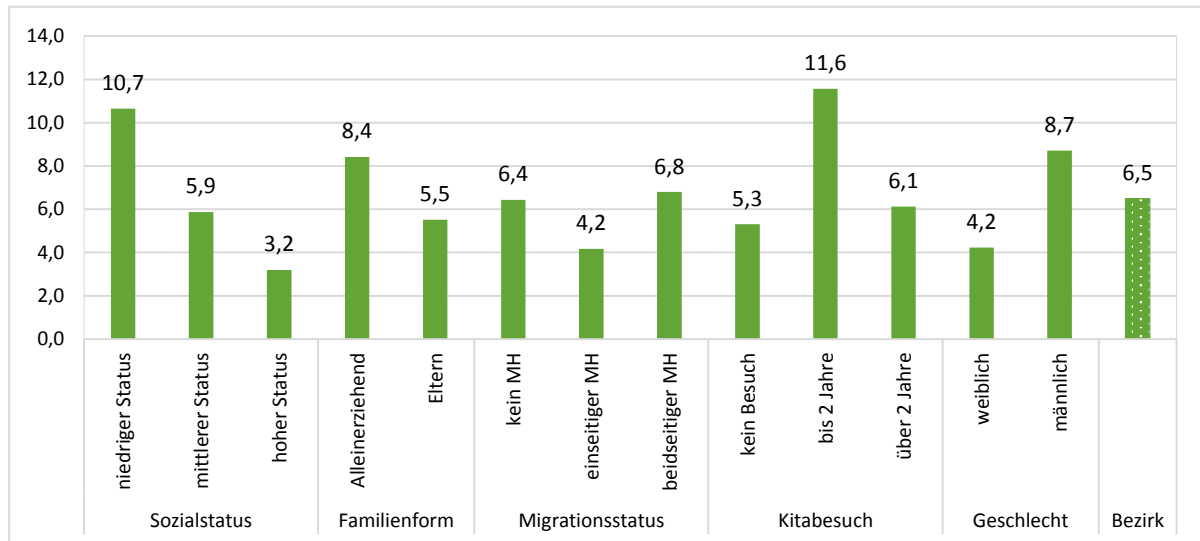
Tabelle 5: Förderschwerpunkte nach Behinderungsart der Kinder in Lichtenberg mit empfohlenem sonderpädagogischen Förderbedarf 2016 (absolut und in Prozent)

Förderschwerpunkt	Merkmal	Anzahl	Anteil an allen Kindern (in %)
Sprache	Sprachbehinderung	68	3,0
Geistige Entwicklung	Hochgradige Beeinträchtigen der intellektuellen Fähigkeiten	40	1,8
Körperliche und motorische Entwicklung	Körperliche Behinderung	19	0,8
Emotionale und soziale Entwicklung	Erhebliche Beeinträchtigung der emotionalen und sozialen Entwicklung, Verhaltensstörung	16	0,7
Lernen	Erhebliche Beeinträchtigung des Lern- und Leistungsverhaltens	9	0,4
Autistische Behinderung	Erhebliche Entwicklungs- und Kommunikationsstörungen, Autismus	7	0,3
Hören	Gehörlos und hochgradig hörgeschädigt	5	0,2
Sehen	Blind und hochgradig sehgeschädigt	4	0,2

⁴² Vgl. Handbuch für die Einschulungsuntersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Bezirke des Landes Berlin (2016), S. 84.

Die Unterscheidung der Ergebnisse zum sonderpädagogischen Förderbedarf nach Kriterien offenbarte eine ungleiche Verteilung der betroffenen Kinder. Insbesondere Jungen waren mehr als doppelt so oft betroffen wie Mädchen. Auch Kinder aus Alleinerziehenden-Haushalten bzw. der niedrigen Sozialstatusgruppe wurde häufiger ein sonderpädagogischer Förderbedarf bescheinigt (vgl. Abbildung 43).

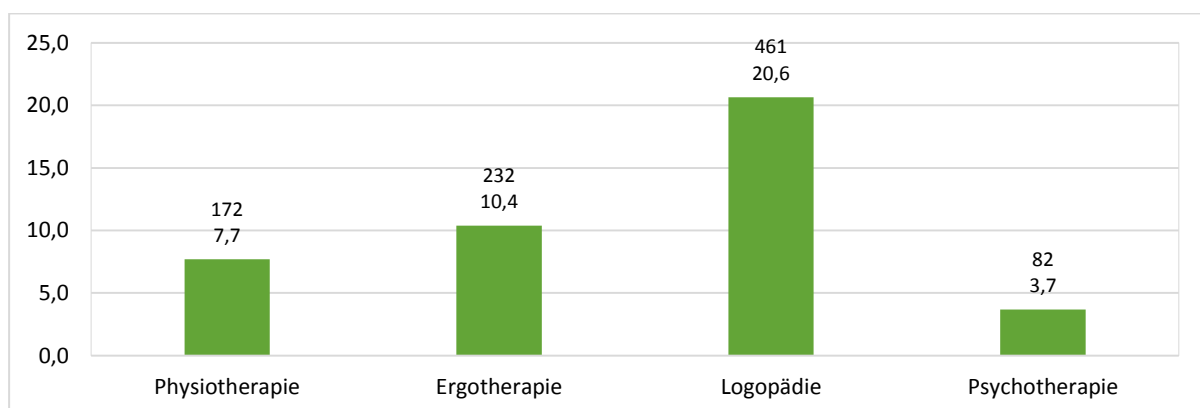
Abbildung 43: Anteil der Kinder mit sonderpädagogischer Förderempfehlung nach Sozialstatus, Familienform, Migrationsstatus, Kitabesuchsdauer und Geschlecht (Anteil an der jeweiligen Gruppe in Prozent)



8.3 Bisherige Behandlungen

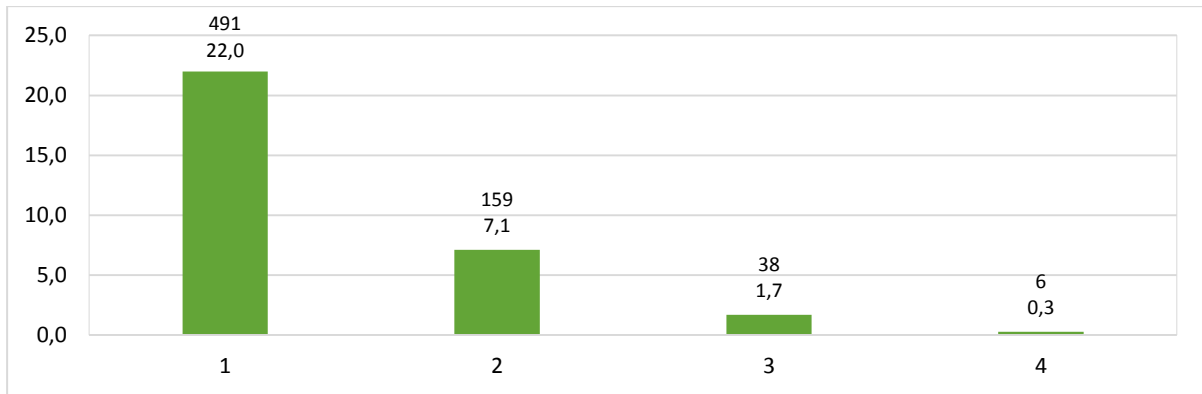
Die Angaben zu bisher in Anspruch genommenen Behandlungen in den Feldern Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Psychotherapie wurden in der Vergangenheit bereits im Elternfragebogen erfasst, allerdings wurden diese in den vorhergehenden Jahren nicht ausgewertet. Rund ein Fünftel der Kinder erhielt im Vorfeld der Einschulungsuntersuchung bereits logopädische Therapie, das entsprach 461 Kindern. Darüber hinaus nahm jedes zehnte Kind ergotherapeutische Angebote in Anspruch. Knapp vier Prozent der Einschüler*innen waren vorab in psychotherapeutischer Behandlung (vgl. Abbildung 44).

Abbildung 44: Bisher in Anspruch genommene Behandlungen (absolut und in Prozent)



Dabei erhielt die Mehrheit der Kinder (491 Kinder) nur eine der Behandlungsformen. Weitere 159 Kinder nahmen zwei Behandlungsformen in Anspruch. Einschüler*innen mit mehr unterschiedlichen Behandlungen gab es nur vereinzelt.

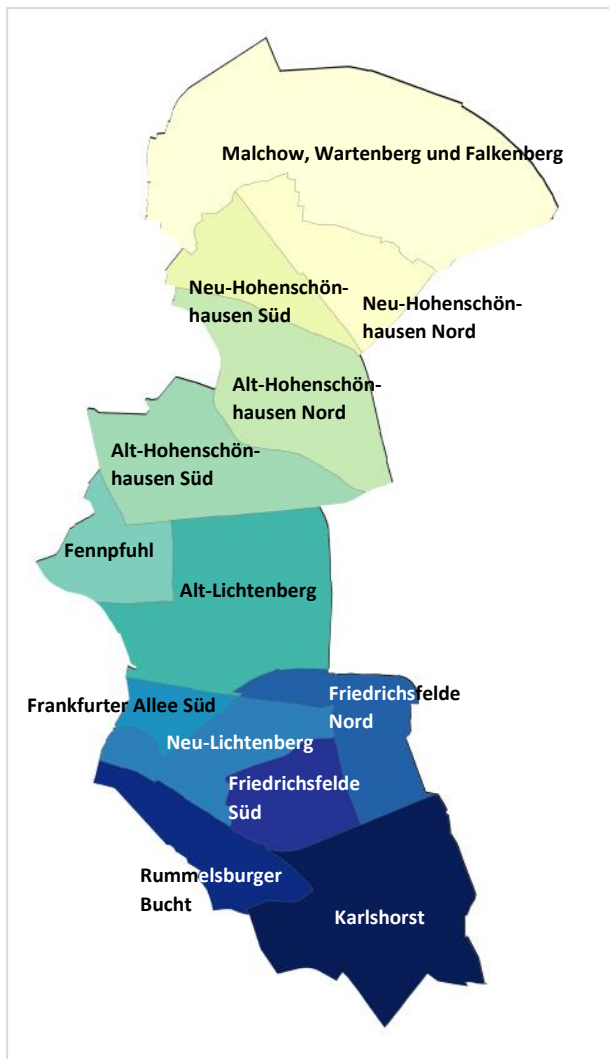
Abbildung 45: Anzahl der bisher in Anspruch genommenen Behandlungen (absolut und in Prozent an allen Kindern)



9 Kleinräumige Auswertung

Nachfolgend werden die Daten auf Ebene der 13 Lichtenberger Stadtteile (Bezirksregionen), die in Abbildung 46 dargestellt wurden, ausgewertet, um kleinräumige Unterschiede aufzuzeigen.

Abbildung 46: Der Bezirk Lichtenberg und seine Stadtteile



In den Fällen, in denen die prozentuale Angabe in einem Stadtteil drei Kindern oder weniger entsprach, wurden diese Werte aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht veröffentlicht, um mögliche Rückschlüsse auf einzelne Kinder auszuschließen⁴³.

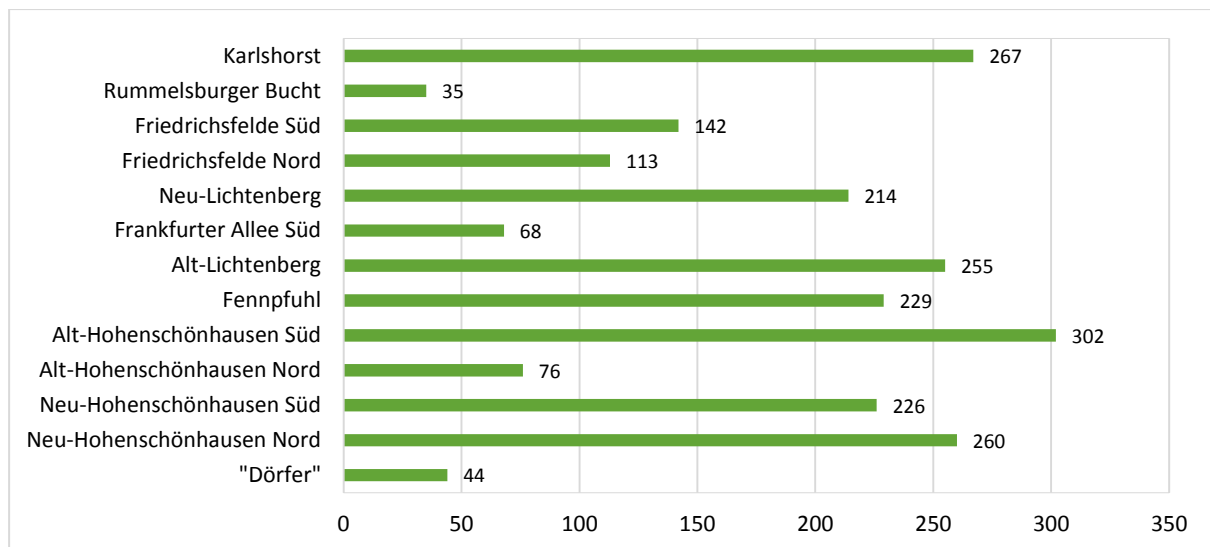
Aufgrund der unterschiedlichen Kinderzahl in den einzelnen Stadtteilen, müssen die nachfolgend dargestellten Ergebnisse differenziert und mit Bedacht betrachtet bzw. interpretiert werden. Sie sollten keinesfalls verallgemeinert werden.

9.1 Sozialstruktur

9.1.1 Anzahl und Herkunft der Kinder

Die Gesamtzahl der diesjährigen untersuchten Einschüler*innen verteilte sich sehr unterschiedlich über den Bezirk (vgl. *Abbildung 47*). Die Stadtteile mit der höchsten Anzahl an Kindern waren wie im Vorjahr Karlshorst, Alt-Hohenschönhausen Süd sowie Neu-Hohenschönhausen Nord. Dahingegen wiesen die Rummelsburger Bucht, Malchow, Wartenberg und Falkenberg⁴⁴ sowie Frankfurter Allee Süd die geringeren Einschüler*innenzahlen auf.

*Abbildung 47: Anzahl der Einschüler*innen in den Lichtenberger Stadtteilen*

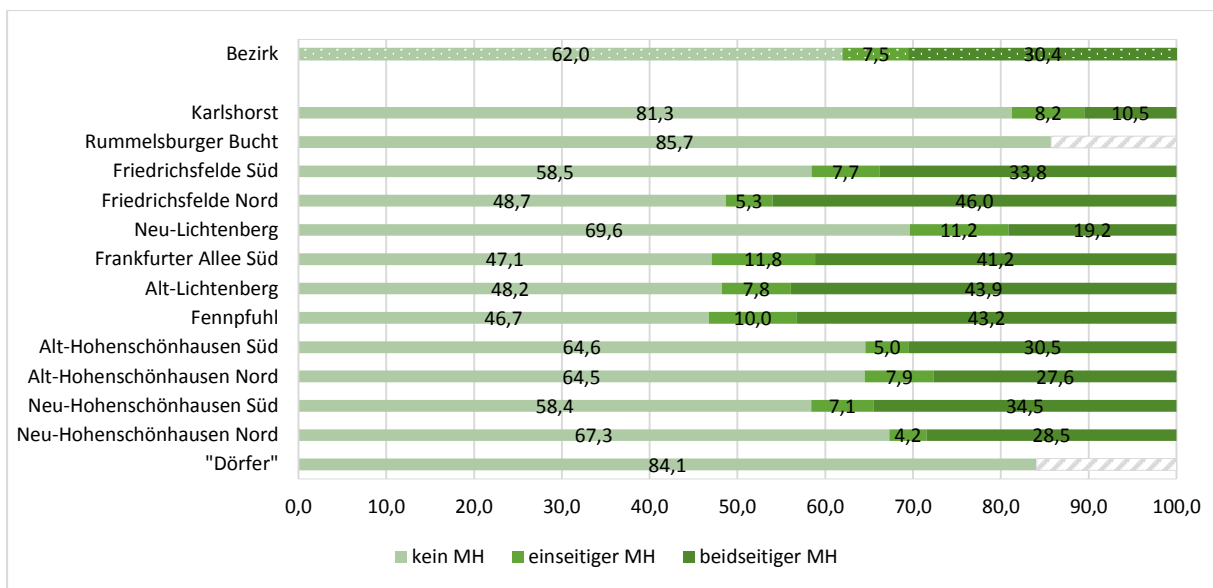


Aber nicht nur die Gesamtzahl der Einschüler*innen variierte innerhalb des Bezirks, sondern auch die Verteilung der Kinder mit ein- oder beidseitigem Migrationshintergrund. Insgesamt war der Anteil an Kindern mit einseitigem Migrationshintergrund vergleichsweise gering. Wesentlich häufiger hatten bei den Einschüler*innen beide Elternteile ausländische Wurzeln. Der höchste Anteil an Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund lebte in Friedrichsfelde Nord (46 %), gefolgt von Alt-Lichtenberg und Fennpfuhl (43,9 % bzw. 43,2 %). Im Unterschied dazu lag die Quote an Kindern ohne Migrationshintergrund in der Rummelsburger Bucht, Karlshorst und den „Dörfern“ bei jeweils über 80 %.

⁴³ Die betreffenden Ergebnisse sind als grau schraffierte Felder in den Abbildungen gekennzeichnet.

⁴⁴ Nachfolgend „Dörfer“ genannt

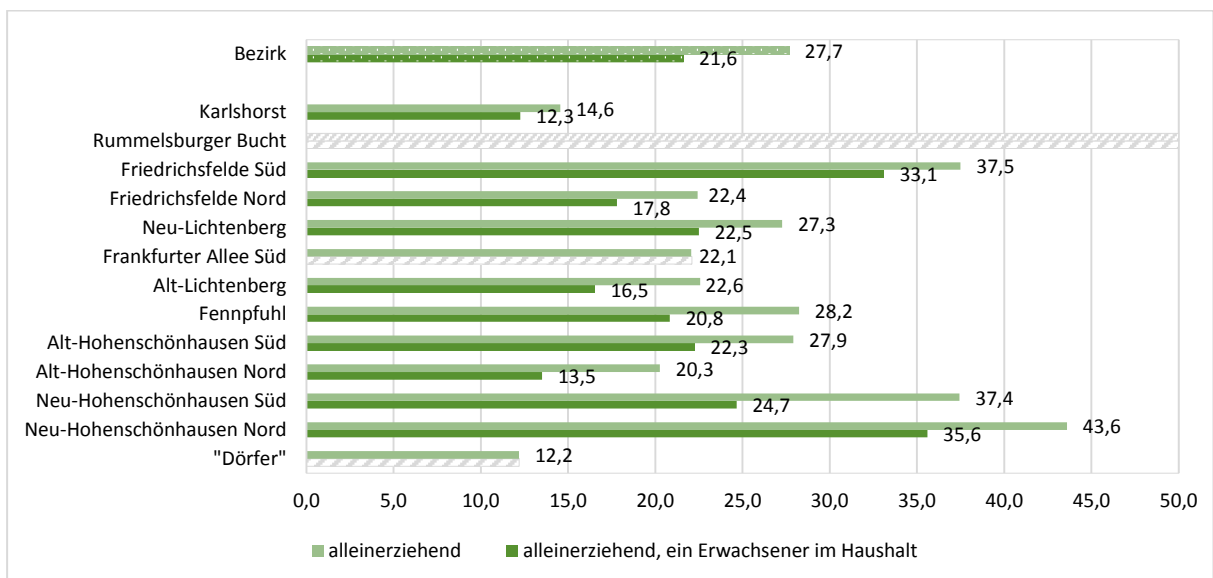
Abbildung 48: Anteil der Kinder nach Stadtteilen und Migrationsstatus (MH) (in Prozent)



9.1.2 Familienstruktur

Dass Lichtenberg insgesamt zu den Bezirken mit dem höchsten Anteil an Alleinerziehenden-Haushalten gehört, geht u.a. aus der Statistik der Haushalte hervor. In Neu-Hohenschönhausen Nord waren ca. 44 % der Eltern der diesjährigen Einschüler*innen alleinerziehend, was weit über dem bezirklichen Durchschnitt von 28 % lag. Ebenfalls überdurchschnittlich hoch waren die Quoten in Neu-Hohenschönhausen Süd (37,4 %) sowie Friedrichsfelde Süd (37,5 %). Am seltensten waren die Eltern der Einschüler*innen in den „Dörfern“ (12,2 %) bzw. Karlshorst (14,6 %) alleinerziehend. Darüber hinaus lagen zwischen den Stadtteilen große Unterschiede vor, was Alleinerziehenden-Haushalte mit einer oder mehreren erwachsenen im Haushalt lebenden Personen betraf (vgl. Abbildung 49).

Abbildung 49: Anteil der Alleinerziehenden und Anteil der alleinerziehenden Haushalte mit nur einem Erwachsenen nach Stadtteilen (in Prozent)

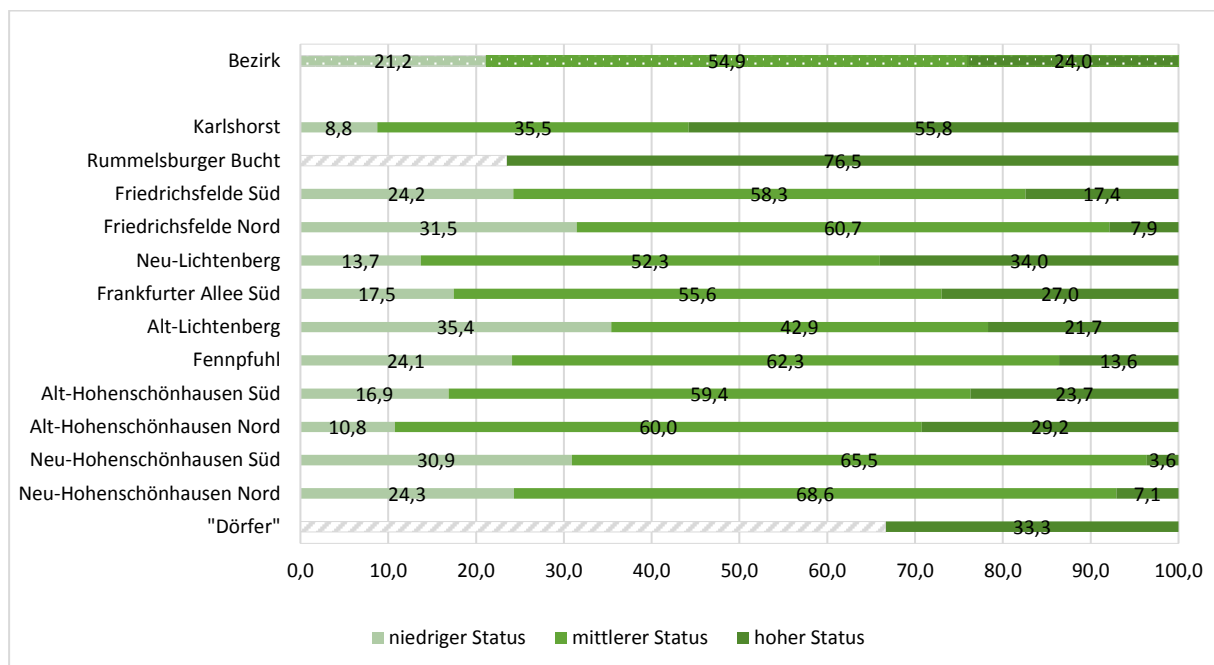


9.1.3 Soziale Lage

Die in den jeweiligen Stadtteilen vorherrschende Sozialstruktur spiegelte sich auch bei den Einschüler*innen wider. Insgesamt erhöhte sich der Anteil an Kindern aus einer Familie mit niedrigem Sozialstatus um ca. 3 Prozentpunkte im Vergleich zum Vorjahreswert auf 21,2 % (vgl. Abbildung 50). Doch auch kleinräumig veränderte sich die Sozialstruktur in einigen Stadtteilen erheblich. So verdoppelte sich der Anteil an Kindern in der niedrigen Sozialstatusgruppe im Stadtteil Alt-Lichtenberg von 16,7 % auf 35,4 % und erreichte somit den Höchstwert im Stadtteilvergleich. Auch in Friedrichsfelde Nord und Neu-Hohenschönhausen Süd wurden jeweils fast ein Drittel der Kinder dieser Gruppe zugeordnet. In Friedrichsfelde Nord reduzierte sich der Anteil hingegen um 11,1 Prozentpunkte.

Im Kontrast dazu stieg der Anteil an Kindern der oberen Sozialstatusgruppe in der Rummelsburger Bucht um 5,7 % an. Somit wurden dort drei von vier Kindern dem hohen Sozialstatussegment zugeordnet. Das mittlere Sozialstatussegment machte in Neu-Hohenschönhausen Nord und Neu-Hohenschönhausen Süd die Mehrheit der dort lebenden Kinder aus (68,6 % bzw. 65,5 %).

Abbildung 50: Sozialstatusgruppen der Kinder nach Stadtteilen (in Prozent)



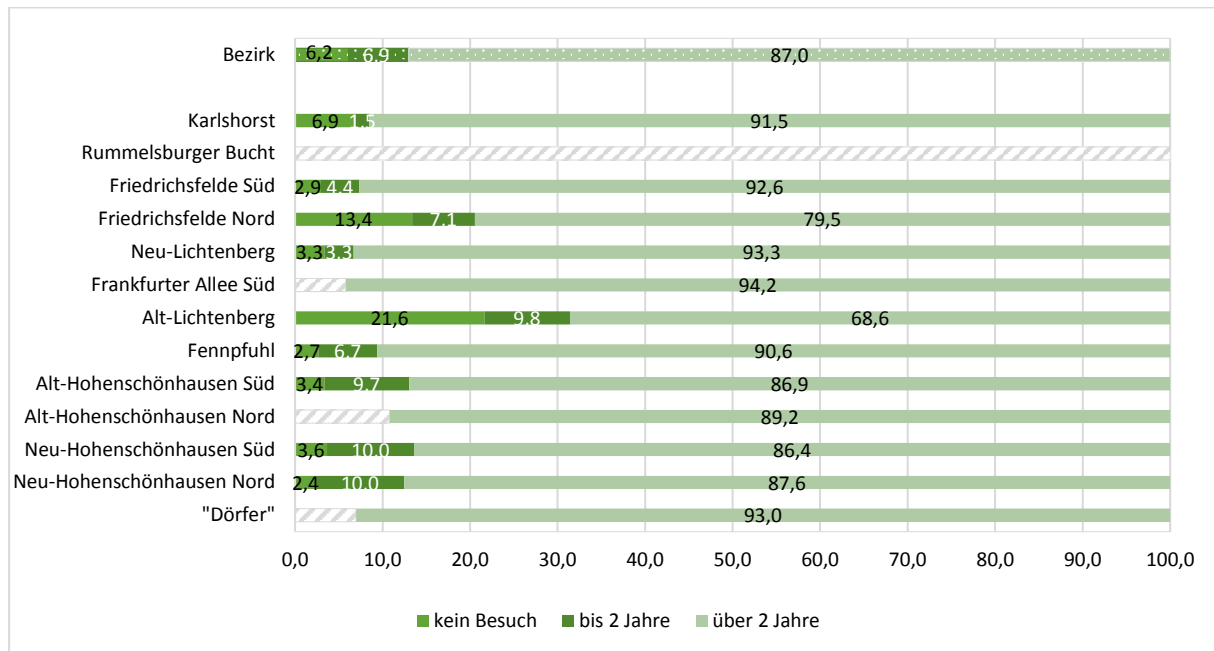
9.1.4 Kitabesuchsdauer

Wie im Vorjahr besuchte die Mehrzahl der Einschüler*innen im Bezirk Lichtenberg im Vorfeld der Einschulungsuntersuchung eine Kita. Allerdings lag der Anteil derjenigen, die keine Kita besuchten mit 6,2 % (Vorjahr: 2,2 %) vergleichsweise hoch, wie aus Abbildung 51 hervorgeht. Ob die gestiegene Quote ggf. auf einen Mangel an verfügbaren Kitaplätzen zurückzuführen sein könnte, ist jedoch unklar.

In einigen Stadtteilen lag die Rate an Familien, deren Kinder keine Kita besuchten über dem Lichtenberger Durchschnitt. Bspw. besuchte in Alt-Lichtenberg jede*r fünfte Einschüler*in keine Einrichtung. In Friedrichsfelde Nord traf das immerhin auf mehr als jedes zehnte Kind zu. Im Gegensatz zum Vorjahr wies in diesem Jahr keiner der Stadtteile eine hundertprozentige Kitabesuchsquote auf.

Mehr als 90 % der Familien aus den Regionen Frankfurter Allee Süd, Neu-Lichtenberg, den „Dörfern“, Friedrichsfelde Süd, Karlshorst sowie Fennpfuhl nahmen eine Kitabesuchsdauer von mehr als zwei Jahren für ihre Kinder in Anspruch.

Abbildung 51: Anteil der Kinder nach Kitabesuchsdauer und Stadtteilen (in Prozent)



9.2 Ausgewählte gesundheitliche Aspekte

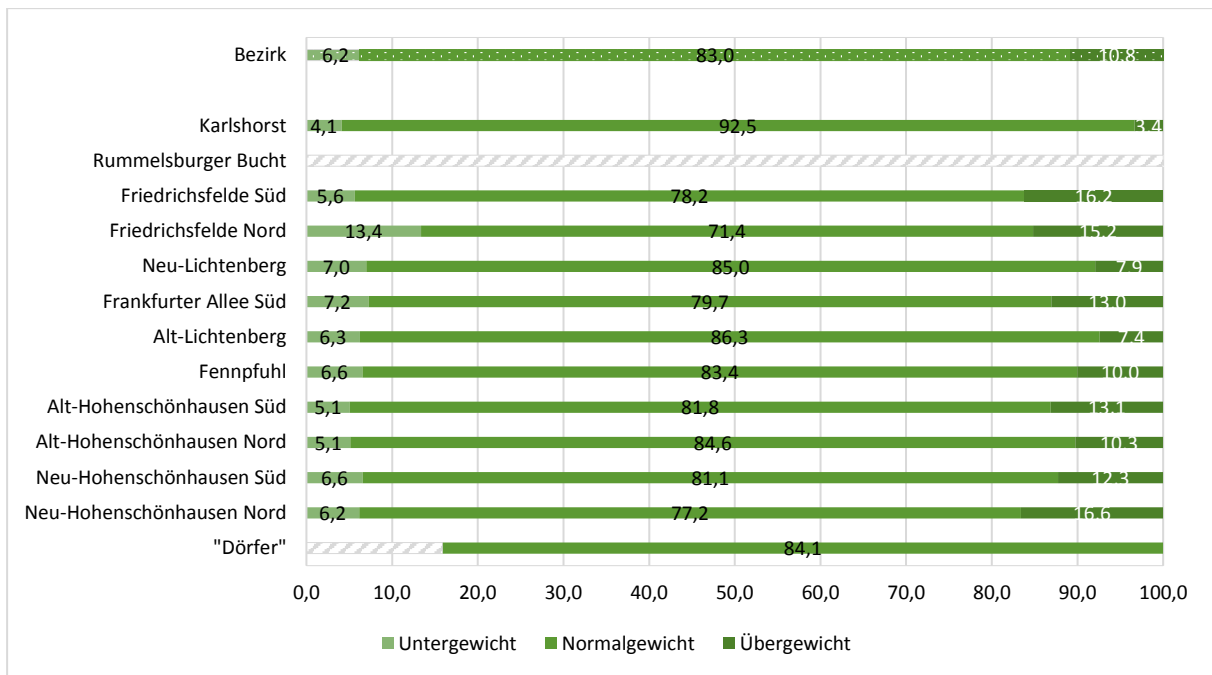
So vielfältig wie die soziale Struktur, die in den einzelnen Stadtteilen vorherrschte, war auch die gesundheitliche Lage der untersuchten Kinder.

9.2.1 Über- und Untergewicht

Der bezirkliche Durchschnitt von Einschüler*innen, die übergewichtig waren entsprach in etwa dem Vorjahreswert von ca. 11 %. Dahingegen stieg der Anteil an Kindern mit Untergewicht geringfügig um 1,5 Prozentpunkte an.

Auffallend hoch war der Anteil an untergewichtigen Kindern in Friedrichsfelde Nord (13,4 %). Die mit Abstand höchste Rate an normalgewichtigen Einschüler*innen lebte in Karlshorst (92,5 %). Übergewicht wurde durch den KJGD vor allem bei Kindern aus Neu-Hohenschönhausen Nord (16,6 %), Friedrichsfelde Süd (16,2 %) und Friedrichsfelde Nord (15,2 %) dokumentiert.

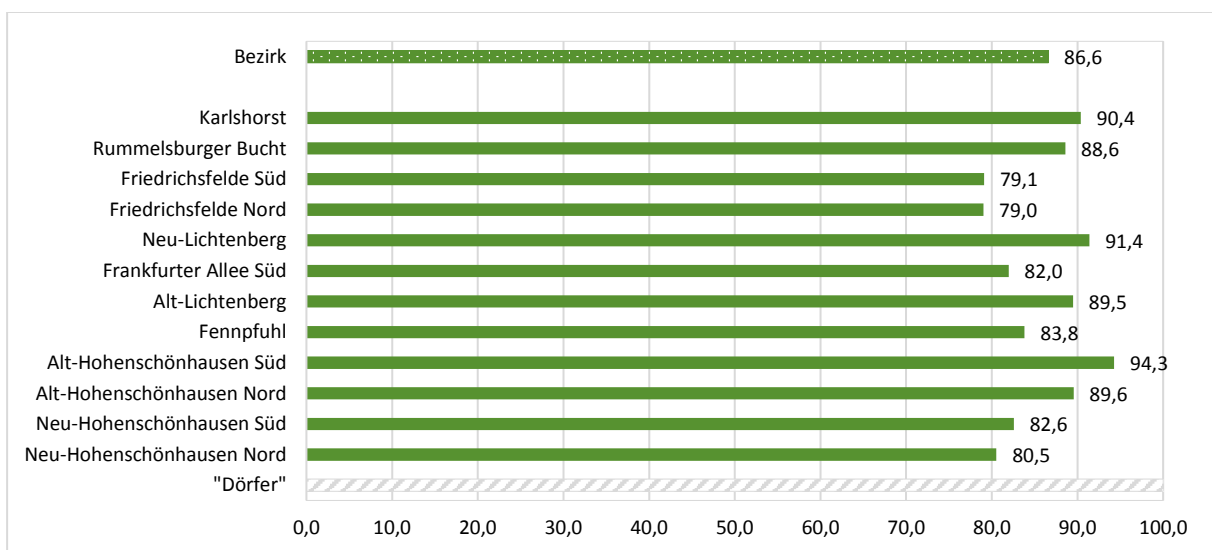
Abbildung 52: Anteil der Kinder mit Über-, Unter- und Normalgewicht nach Stadtteilen (in Prozent)



9.2.2 Früherkennungsuntersuchungen

In der nachfolgenden **Abbildung 53** werden die vollständigen Inanspruchnahmequoten der Früherkennungsuntersuchungen dargestellt. Dieser Anteil lag bei 86,6 % und ist im Vergleich zum Vorjahr etwas gesunken (-2,2 Prozentpunkte). Die höchsten Teilnahmequoten für die U1 bis U8 wurden in Alt-Hohenschönhausen Süd (94,3 %), Neu-Lichtenberg (91,4 %) und Karlshorst (90,4 %) erreicht. Die letztplatzierten Stadtteile waren Friedrichsfelde Nord und Süd mit einer Teilnahmequote von jeweils ca. 79 %.

Abbildung 53: Anteil der Kinder mit vollständigen Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U8 (ohne U7a) nach Stadtteilen (nur in Deutschland geborene Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft) (in Prozent)



9.2.3 Impfstatus

Der jeweilige Anteil an Kindern, die die empfohlenen Standardimpfungen laut STIKO erhielten, variierte stark zwischen den Lichtenberger Bezirksregionen (vgl. Tabelle 6).

Wie bereits in den vergangenen Jahren, lagen die Impfraten für Pneumokokken insgesamt niedriger. Auch bei der Immunisierung gegen Rotaviren, die erst seit 2013 durch die STIKO empfohlen wird, waren die Impfquoten besonders niedrig. Es ist jedoch anzunehmen, dass diese sich im Verlauf der nächsten Jahre erhöhen werden.

Während im Vorjahr die über- bzw. unterdurchschnittlichen Impfquoten in den Stadtteilen noch sehr unterschiedlich verteilt waren, offenbarte sich in diesem Jahr ein eindeutigeres Bild: Die höchsten Impfraten erlangte insgesamt die Rummelsburger Bucht. Bei den Impfungen gegen Mumps, Masern, Röteln und Meningokokken wurde sogar eine vollständige Durchimpfungsrate erreicht. Auch Neu-Hohenschönhausen Nord und Süd erzielten bei einigen der Immunisierungen die höchsten Quoten auf Stadtteilebene. Dahingegen wurde in Alt-Lichtenberg bei fast allen Standardimpfungen in diesem Schuljahr der geringste Anteil an Kindern immunisiert.

Tabelle 6: Impfstatus nach Stadtteilen (in Prozent aller Kinder mit vorgelegtem Impfpass)⁴⁵

Impfung	Polio	Tetanus	Diphtherie	Pertussis ⁴⁶	Masern ⁴⁷	Mumps	Röteln	HIB	Hepatitis B	Pneumokokken	Varizellen	Meningokokken	Rotaviren
„Dörfer“	95,1	95,1	95,1	95,1	95,1	95,1	95,1	95,1	95,1	80,5	90,2	90,2	63,4
Neu-Hsh. Nord	97,9	97,4	97,4	97,4	96,1	95,7	95,7	96,1	95,3	88,4	94,4	96,6	36,9
Neu-Hsh. Süd	97,4	98,5	98,5	96,9	95,9	95,9	95,9	94,9	94,9	86,7	93,8	97,4	45,1
Alt-Hsh. Nord	97,1	97,1	96,4	97,1	98,6	98,6	98,6	97,1	97,1	87,0	95,7	98,6	49,3
Alt-Hsh. Süd	96,4	96,4	96,4	95,6	95,6	95,2	95,2	95,6	93,1	85,9	92,3	96,8	25,4
Fennpfuhl	96,1	96,1	96,1	95,6	97,6	97,1	97,1	95,1	88,8	84,0	95,6	96,6	34,5
Alt-Lichtenberg	84,7	86,6	86,6	81,2	90,6	90,6	90,6	81,2	80,7	69,3	84,2	81,7	26,7
Frankfurter Allee Süd	96,7	96,7	96,7	96,7	96,7	96,7	96,7	95,0	93,3	91,7	93,3	95,0	31,7
Neu-Lichtenberg	97,4	98,4	98,4	96,9	95,3	94,8	94,8	93,2	88,5	80,7	87,5	91,1	35,9
Friedrichfelde Nord	94,2	97,7	97,7	96,5	97,7	97,7	97,7	93,0	93,0	87,2	96,5	96,5	46,5
Friedrichfelde Süd	96,9	96,9	96,9	96,9	96,9	96,9	96,9	95,4	93,9	87,8	96,2	97,7	40,5
Rummelsburger Bucht	97,1	97,1	97,1	97,1	100,0	100,0	100,0	97,1	91,2	91,2	97,1	100,0	41,2
Karlshorst	96,9	98,3	97,8	95,2	95,6	94,8	94,8	96,1	89,1	81,2	87,3	90,8	50,2
Bezirk	95,5	96,2	96,2	94,8	95,7	95,4	95,4	93,8	91,1	83,6	91,8	93,9	38,0

Bei den Impfungen gegen Pertussis bzw. Masern ist neben einer vollständigen Grundimmunisierung ebenfalls die zeitgerechte Durchführung dieser für die Erreichung der Durchimpfungsraten von Bedeu-

⁴⁵ Dabei wurde jeweils das Ergebnis des Stadtteils mit der höchsten Impfquote jeder Impfung mit grün gekennzeichnet, die niedrigste Impfquote hingegen mit rot.

⁴⁶ Vollständige Grundimmunisierung (zeitgerechte sowie nicht zeitgerechte 4. Impfdosis)

⁴⁷ Vollständige Grundimmunisierung (zeitgerechte sowie nicht zeitgerechte 2. Impfdosis)

tung. Bei der Auswertung dieser lagen die Impfraten deutlich niedriger (vgl. Tabelle 7). D.h., dass insgesamt betrachtet, die Immunisierungsraten zwar hoch sind, allerdings ein großer Anteil der Kinder die 2. Masern- bzw. 4. Pertussis-Impfung nicht zeitgerecht erhielt.

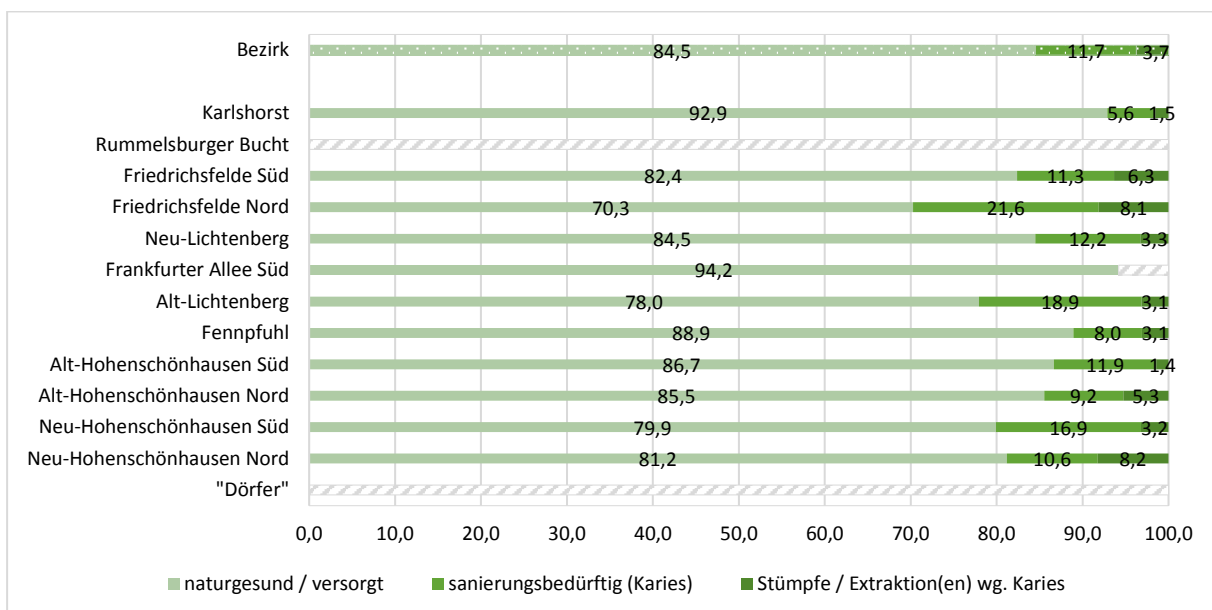
Tabelle 7: Anteil der Kinder mit zeitgerechter Masern- bzw. Pertussisimpfung (in Prozent aller Kinder mit vorgelegtem Impfpass)

Bezirksregion	Zeitgerechte 2. Masernimpfung	Zeitgerechte 4. Pertussisimpfung
„Dörfer“	65,9	48,8
Neu-Hsh. Nord	72,5	57,5
Neu-Hsh. Süd	71,3	54,9
Alt-Hsh. Nord	71,0	36,2
Alt-Hsh. Süd	62,5	48,8
Fennpfuhl	68,0	45,6
Alt-Lichtenberg	46,5	37,1
Frankfurter Allee Süd	61,7	39,0
Neu-Lichtenberg	49,0	34,4
Friedrichfelde Nord	67,4	34,9
Friedrichfelde Süd	56,5	34,4
Rummelsburger Bucht	76,5	47,1
Karlshorst	66,4	56,8
Bezirk	63,0	46,0

9.2.4 Zahngesundheit

In Lichtenberg insgesamt hatten knapp 85 % aller diesjährigen Einschüler*innen ein naturgesundes bzw. adäquat versorgtes Gebiss. Dahingegen betrug dieser Anteil in Friedrichsfelde Nord ca. 70 %, also 15 Prozentpunkte niedriger. Im Gegensatz dazu erzielten die Kinder aus Karlshorst eine Quote von ca. 93 % an gesunden bzw. versorgten Zähnen. Ein sanierungsbedürftiges Gebiss wiesen in Friedrichsfelde Nord ca. 22 % sowie in Alt-Lichtenberg knapp 19 % der diesjährigen Einschüler*innen auf.

Abbildung 54: Zahnstatus nach Stadtteilen (in Prozent)



9.3 Ausgewählte Ergebnisse in den Stadtteilen

Aus den vorhergehenden Kapiteln 9.1 und 9.2 lässt sich schlussfolgern, dass innerhalb des Bezirkes Lichtenberg große Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur und dementsprechend auch in den Ergebnissen der Einschulungsuntersuchung bestanden. In Verbindung mit Tabelle 8 (vgl. S. 53) werden nachfolgend die Charakteristika in den Ergebnissen für jeden der Stadtteile kurz dargestellt.

Aus **Friedrichsfelde Nord** kamen in diesem Schuljahr 113 Kinder. Etwa die Hälfte (51,3 %) dieser Kinder hatte einen ein- oder beidseitigen Migrationshintergrund. Obwohl der Anteil an Einschüler*innen mit niedrigem Sozialstatus im Vergleich zum Vorjahr etwa um ein Viertel gesunken ist, betrug dieser noch immer 31,5 %. Weniger als 80 % aller Einschüler*innen besuchten für mehr als zwei Jahre eine Kita. Auch der Anteil an Kindern mit Unter- bzw. Übergewicht war hier besonders hoch und lag bei 13,4 % bzw. 15,2 %. Fast 22 % der untersuchten Kinder aus Friedrichsfelde Nord wiesen ein kariöses Gebiss auf. Darüber hinaus nahmen nur knapp 80 % der Eltern aus Friedrichsfelde Nord vollständig die Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U8) in Anspruch. Im Entwicklungsscreening wurden die Kinder verglichen mit dem bezirklichen Durchschnitt häufiger als auffällig eingeschätzt. Das zeigte sich bspw. im Test zur Visuomotorik, wo 38 % der Kinder Schwierigkeiten hatten. In Lichtenberg insgesamt betrug dieser Anteil ca. 23 %.

In **Friedrichsfelde Süd** wiesen 41 % der Einschüler*innen einen Migrationshintergrund auf. Der Anteil an alleinerziehenden Eltern entsprach mit ca. 39 % etwa dem Vorjahreswert. Sowohl der Anteil an Familien mit niedrigem als auch mit hohem Sozialstatus erhöhte sich im Vergleich zum vergangenen Schuljahr geringfügig. Im Gegensatz zum nördlichen Friedrichsfelde betrug die Kitaquote für die Besuchsdauer von mehr als zwei Jahren 92,6 %. Allerdings nahmen die Eltern aus Friedrichsfelde Süd genauso selten (<80 %) die Vorsorgeuntersuchungen wahr, wie in Friedrichsfelde Nord. Kinder, die in Friedrichsfelde Süd lebten, wiesen häufiger einen erhöhten BMI (16,2 %) auf. Die Impfraten waren für alle Standard-Impfungen überdurchschnittlich hoch. Der Test zur Visuomotorik wurde überproportional oft unzureichend absolviert. Die visuelle Wahrnehmung fiel den Einschüler*innen aus Friedrichsfelde Süd dahingegen leichter. Ein sonderpädagogischer Förderbedarf wurde ca. 30 % häufiger festgestellt als im bezirklichen Mittel.

Die Stadtteile **Karlshorst** und **Rummelsburger Bucht** verfügten über einen relativ hohen Anteil an Kindern aus besser situierten Familien. In der Rummelsburger Bucht betraf das drei Viertel der Kinder und in Karlshorst mehr als jedes zweite Kind. Aufgrund der geringen Kinderzahl (35 Kinder) des Einschulungsjahrgangs konnten nicht alle Ergebnisse für die Rummelsburger Bucht veröffentlicht werden (vgl. S. 43). Die große Mehrheit der Karlshorster Kinder war normalgewichtig (92 %). In beiden Regionen lag die Inanspruchnahme für die Vorsorgeuntersuchungen über dem bezirklichen Durchschnitt. Die Auswertung des Entwicklungsscreenings zeigte, dass die Rate an Kindern mit auffälligen Ergebnissen aus beiden Stadtteilen größtenteils niedriger war als anderswo in Lichtenberg.

In den „**Dörfern**“ lebte ein vergleichsweise geringerer Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund (ca. 16 %). Es wuchsen 12 % der dortigen Kinder in Ein-Eltern-Familien auf, was im Stadtteilvergleich der niedrigsten Quote entsprach. Die Mehrheit der Kinder (93 %) besuchte im Vorfeld des Schulbeginns für einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren eine Kita. Aufgrund der geringen Zahl an Einschüler*innen konnten aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht zu allen Untersuchungsaspekten Daten veröffentlicht werden (vgl. S. 43). Allerdings kann bei den Tests, bei denen die Ergebnisse einsehbar sind konstatiert werden, dass die Kinder überdurchschnittliche Resultate erzielten. Besonders der Anteil an Kindern mit Sprachdefiziten betrug mit ca. 9 % nur etwa einem Drittel des bezirklichen Wertes (29,7 %). Lediglich die Körperkoordination bereitete hier besonders vielen Kindern Schwierigkeiten. So lag der Anteil an auffälligen Befunden etwa doppelt so hoch wie im Bezirksdurchschnitt.

Im Gegensatz zum Vorjahr erhöhte sich der Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund in **Alt-Lichtenberg** deutlich: So hatten 43 % der dortigen Einschüler*innen einen beidseitigen Migrationshintergrund und weitere 7,8 % einen einseitigen Migrationshintergrund. Diese Entwicklung spiegelte sich auch in der Sozialstruktur wider, wo in diesem Jahr mehr als ein Drittel der Einschüler*innen der niedrigen Sozialstatusgruppe zugeordnet wurden. Das entsprach einem doppelt so hohen Anteil wie noch im Vorjahr. In Alt-Lichtenberg besuchten mehr als 20 % des Einschulungsjahrgangs im Vorfeld keine Kita, das war der mit Abstand höchste Anteil im Stadtteilvergleich. Die Kinder aus diesem Stadtteil wiesen in diesem Jahr außerdem die schlechtesten Impfraten auf. Auch das Gebiss war hier bei fast jedem fünften Kind sanierungsbedürftig. Im Entwicklungsscreening fielen die unterdurchschnittlichen Resultate in der visuellen Wahrnehmung (26,7 % auffällige Testergebnisse) auf. Darüber hinaus lag bei den Kindern nicht deutscher Herkunft der Anteil mit unzureichenden Deutschkenntnissen am höchsten (65,9 %) innerhalb Lichtenbergs.

Neu-Lichtenberg gehörte zu den Stadtteilen mit einem verhältnismäßig geringen Anteil an Kindern mit niedrigem Sozialstatus (13,7 %) bzw. mit Migrationshintergrund (30,4 %). Dementsprechend hoch war der Anteil an Kindern, dessen Eltern der oberen Sozialstatusgruppe zugerechnet wurden. Dieser betrug 34 %. Die Kitabesuchsquote für einen Zeitraum von mehr als zwei Jahren lag bei 93,3 %. Mehr als neun von zehn Kindern nahmen alle Vorsorgeuntersuchungen wahr. Neu-Lichtenberger Kinder hatten zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung nur in 12 % der Fälle akut sanierungsbedürftige Zähne. Im Entwicklungsscreening lagen alle auffälligen Resultate unter dem bezirklichen Durchschnitt.

Im Ortsteil **Frankfurter Allee Süd** lebte mit 68 untersuchten Kindern eine vergleichsweise geringe Kinderanzahl. Davon hatte mehr als jedes zweite Kind einen ein- oder beidseitigen Migrationshintergrund. Der Großteil aller Einschüler*innen gehörte zur mittleren Statusgruppe. Über- sowie Untergewicht waren allerdings häufiger festzustellen als anderswo: Mehr als 7,2 % bzw. knapp 14 % der Kinder wiesen einen entsprechend niedrigeren bzw. höheren BMI für ihre Altersgruppe auf. Dahingegen waren die Impfquoten abgesehen von der Impfung gegen Rotaviren überdurchschnittlich hoch. Besonders positiv zu verzeichnen war der Anteil an Kindern mit naturgesundem/versorgtem Gebiss, der 94,2 % betrug. Von den Kindern nicht deutscher Herkunft verfügte lediglich ca. jedes fünfte über unzureichende Deutschkenntnisse, während das in Lichtenberg insgesamt jedes zweite Kind dieser Gruppe betraf.

229 der diesjährigen Einschüler*innen lebten in **Fennpfuhl**. Davon wies über die Hälfte einen Migrationshintergrund auf. Über 90 % aller dort wohnenden Kinder besuchte für länger als zwei Jahre eine Kita. Der Anteil von alleinerziehenden Eltern betrug knapp 30 % und lag somit etwas über dem Lichtenberger Mittelwert. Die Teilnahmequote an den Vorsorgeuntersuchungen betrug 83,8 % und war damit unterdurchschnittlich. Die Impfquoten waren bei der Mehrheit der Standardimpfungen hingegen überdurchschnittlich. Die Ergebnisse des Entwicklungsscreenings variierten stark.

Aus **Alt-Hohenschönhausen Süd** kamen die meisten der diesjährigen Einschüler*innen (321 Kinder) wohingegen der Stadtteil **Alt-Hohenschönhausen Nord** eine weitaus geringere Kinderzahl von 76 aufwies. Vergleichbar war in beiden Ortsteilen der Anteil an Kindern des mittleren Sozialstatus. Allerdings lag der Anteil an Kindern mit niedrigem Sozialstatus im südlichen Alt-Hohenschönhausen ca. 6 Prozentpunkte höher. In Alt-Hohenschönhausen Nord lag hingegen im hohen Sozialstatussegment der Anteil an Kindern ca. 6 Prozentpunkte höher als im südlichen Ortsteil. Einen Migrationshintergrund hatten jeweils etwas mehr als ein Drittel der Kinder. Die Familien aus Alt-Hohenschönhausen Süd nahmen im Stadtteilvergleich am häufigsten alle Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch (94,3 %). Kinder aus Alt-Hohenschönhausen Süd erzielten im Entwicklungsscreening sowohl im Bereich der kognitiven als auch sprachlichen Entwicklung tendenziell Ergebnisse unter dem bezirklichen Durchschnitt, wohingegen der nördlichere Stadtteil gemischte Ergebnisse zutage förderte. Dennoch wies ein geringerer

Anteil der Einschüler*innen als im Bezirksdurchschnitt schulischen Förderbedarf auf. Das betraf besonders den südlichen Teil von Alt-Hohenschönhausen, wo die Bedarfsquote für schulische Förderung bei 37 % lag.

Neu-Hohenschönhausen Nord und **Neu-Hohenschönhausen Süd** gehörten zu den Stadtteilen mit hohen Einschüler*innenzahlen. Während im südlichen Neu-Hohenschönhausen der Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund bei über 40 % lag, betrug dieser im nördlichen Ortsteil etwa einem Drittel. Dagegen wies der Norden die höchste Quote an alleinerziehenden Elternteilen (44 %) auf. Die soziale Struktur beider Ortsteile war vergleichbar: So hatten die Stadtteile jeweils einen sehr kleinen Anteil an Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus (7,1 % bzw. 3,6 %). Ca. zwei von drei der dort lebenden Kinder gehörten dem mittleren Sozialstatussegment an. Die Kitaquoten lagen wie auch im Vorjahr sehr hoch, sodass nur wenige Kinder aus beiden Stadtteilen gar keine Kita besuchten. Der Zahnstatus wurde durch den KJGD im Durchschnitt als schlechter eingestuft als im Gesamtbezirk. Demgegenüber lagen die Impfraten über den jeweiligen Durchschnittsquoten. In Neu-Hohenschönhausen Nord waren 16,6 % der Kinder im Vorschulalter bereits übergewichtig. Das entsprach innerhalb Lichtenbergs der stärksten Ausprägung. Im Entwicklungsscreening fielen beide Stadtteile tendenziell negativ auf, da die Quoten an auffällig beurteilten Kindern höher lagen als in Lichtenberg insgesamt. Dementsprechend hoch waren auch die ermittelten Bedarfe für die Bereiche schulische und sonderpädagogische Förderung.

Eine Übersicht über die wichtigsten Ergebnisse auf der Stadtteilebene wird in der nachfolgenden Tabelle dargestellt. In den Kategorien, wo die prozentualen Angaben drei oder weniger Kindern entsprechen hätten, wurden die Felder mit einem „./.“ gekennzeichnet, um mögliche Rückschlüsse auf einzelne Kinder auszuschließen. Das betraf in der Regel Stadtteile, die nur geringe Zahlen von Einschüler*innen aufwiesen.⁴⁸

⁴⁸ Methodisch wurde die Standardabweichung (SD) zugrunde gelegt. Die SD gibt die Abweichung der Indikatorenwerte vom Mittelwert (Bezirksdurchschnitt) an. Die farbliche Codierung der Tabelle entspricht folgenden Kriterien: **rot**: stark vom Durchschnitt abweichend; besonders auffällige Befunde (SD $\geq 1,0$); **orange**: überdurchschnittlich hoher Anteil auffälliger Befunde (SD = 0,5 bis +1,0); **grün**: überdurchschnittlich geringer Anteil auffälliger Befunde (SD $\leq -1,0$)

Tabelle 8: Ausgewählte Ergebnisse der ESU in den Lichtenberger Stadtteilen (in Prozent)

Stadtteile ESU 2016	Zähne- nie- rungsbe- dürftig	Überge- wicht (inkl. Adi- positas)	U1 bis U8 unvoll- ständig	Entwicklungs-screening: auffällige Ergebnisse (%)								Sprach- defizite	Unzur- Deutsch- kennt- nisse bei Kindern ndH	Schuli- 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- dowör- ter nach- spre- chen	Wörter ergän- zen	Sätze nach- spre- chen	Plural- bil- dung				
„Dörfer“	./.	./.	./.	20,5	22,7	13,6	./.	./.	12,2	./.	./.	9,1	./.	47,7	./.
Neu-Hsh. Nord	10,6	16,6	19,5	17,1	26,2	22,0	14,9	15,4	14,6	18,4	7,3	34,9	60,0	58,1	8,5
Neu-Hsh. Süd	16,9	12,3	17,4	13,0	26,9	21,1	13,8	13,9	12,6	18,8	11,3	40,2	62,8	59,2	11,0
Alt-Hsh. Nord	9,2	10,3	10,4	./.	10,4	19,7	12,0	9,2	7,9	15,9	3,2	29,3	44,4	47,4	5,1
Alt-Hsh. Süd	11,9	13,1	5,7	9,6	18,7	25,8	16,4	15,6	13,0	13,2	5,7	32,7	62,9	37,0	6,7
Fennpfuhl	8,0	10,0	16,2	13,8	19,7	20,1	9,2	8,9	12,1	11,2	10,5	33,2	46,3	48,7	6,1
Alt-Lichtenberg	18,9	7,4	10,5	10,3	27,1	26,7	11,2	12,7	7,2	7,8	5,4	39,5	65,9	55,9	3,9
Frankfurter Allee Süd	./.	13,0	18,0	10,1	21,7	18,8	7,2	14,5	14,5	17,7	11,3	26,1	19,4	40,6	7,2
Neu-Lichten- berg	12,2	7,9	8,6	5,2	21,5	15,4	5,6	7,9	4,2	6,8	5,8	16,8	35,4	42,1	5,1
Friedrichsfelde Nord	21,6	15,2	21,0	9,1	38,1	26,5	20,5	18,1	14,6	18,3	8,4	40,2	51,7	55,8	7,1
Friedrichsfelde Süd	11,3	16,2	20,9	11,3	30,3	13,4	12,1	12,5	10,8	19,3	8,2	30,9	33,9	52,1	9,2
Rummelsburger Bucht	./.	./.	11,4	14,3	22,9	14,3	11,4	./.	./.	14,3	./.	14,3	0,0	20,0	./.
Karlshorst	5,6	3,4	9,6	6,0	14,6	6,0	2,6	9,0	1,6	4,5	./.	11,7	40,0	38,8	3,0
Bezirk	11,7	10,8	13,4	10,6	22,9	19,4	11,2	12,0	9,7	12,4	6,5	29,7	51,4	48,1	6,5

10 Vergleich mit Berlin

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

10.1 Lichtenberg-Berlin-Vergleich

10.1.1 Häusliche und soziale Faktoren

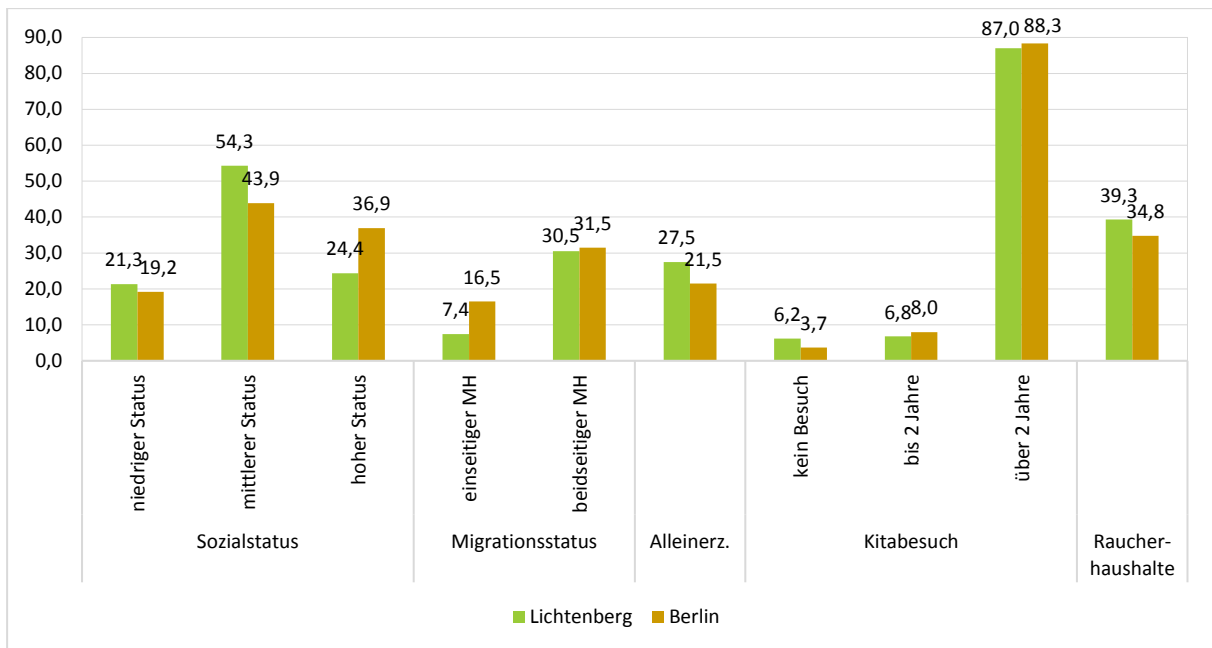
In *Abbildung 55* werden die Umfeldfaktoren aus den Daten der Grundausswertung dargestellt. Aufgrund unterschiedlicher Stichprobengrößen können die Daten ggf. geringfügig von den in den vorhergehenden Kapiteln dargestellten Daten abweichen. Das liegt daran, dass die Senatsverwaltung auch diejenigen Kinder dem Bezirk Lichtenberg zuordnen kann, die zwar hier wohnhaft waren, jedoch in einem anderen Bezirk kinderärztlich untersucht wurden. Diese Kinder sind in dem jeweiligen bezirklichen Datensatz nicht erfasst.

Die Zusammensetzung der Sozialstruktur der Familien der Einschüler*innen wies Unterschiede zwischen Lichtenberg und Berlin insgesamt auf. So war insbesondere das mittlere Sozialstatussegment in Lichtenberg deutlich häufiger (+10,4 Prozentpunkte) vertreten als in Berlin insgesamt. Dementsprechend lag der Anteil an Kindern aus sozial besser situierten Familien 12,5 Prozentpunkte niedriger als im gesamtstädtischen Vergleich. Diese Werte entsprachen in etwa auch den Vorjahreswerten.

Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund waren in Lichtenberg seltener anzutreffen. Dahingegen entsprach der Anteil an Einschüler*innen mit beidseitigem Migrationshintergrund in etwa der Berliner Quote.

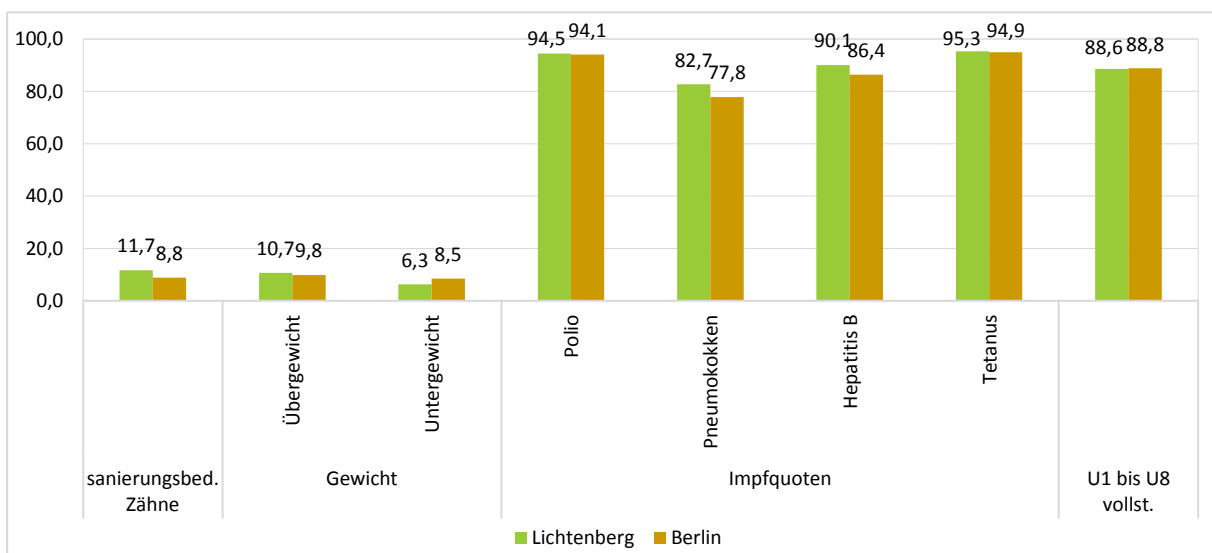
Die Anzahl an Ein-Eltern-Haushalten war sowohl in Berlin insgesamt als auch in Lichtenberg im Verhältnis zu den Vorjahreswerten rückläufig. Unverändert war allerdings, dass der Anteil von Alleinerziehenden in Lichtenberg weit über dem städtischen Durchschnitt lag.

Es besuchten 6,2 % der diesjährigen Lichtenberger Einschüler*innen im Vorfeld keine Kita, das betraf in Berlin insgesamt einen geringeren Anteil (3,7 %) in diesem Einschulungsjahrgang. Darüber hinaus gaben Lichtenberger Eltern häufiger an zu rauchen.

Abbildung 55: Anteil der Kinder nach ausgewählten Faktoren in Lichtenberg und Berlin (in Prozent)⁴⁹

10.1.2 Gesundheitszustand und Gesundheitsvorsorge

Der Gesundheitszustand bzw. die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen waren in Lichtenberg und Berlin weitestgehend übereinstimmend wie in *Abbildung 56* dargestellt wird. Während in Lichtenberg ein geringfügig höherer Anteil an Kindern Übergewicht hatte, war in Berlin insgesamt Untergewicht etwas häufiger verbreitet. Bei den Standardimpfungen lagen die Lichtenberger Impfquoten leicht über dem Berliner Durchschnitt.

Abbildung 56: Gesundheitszustand und Gesundheitsvorsorge in Lichtenberg und Berlin (Anteil in Prozent)⁵⁰

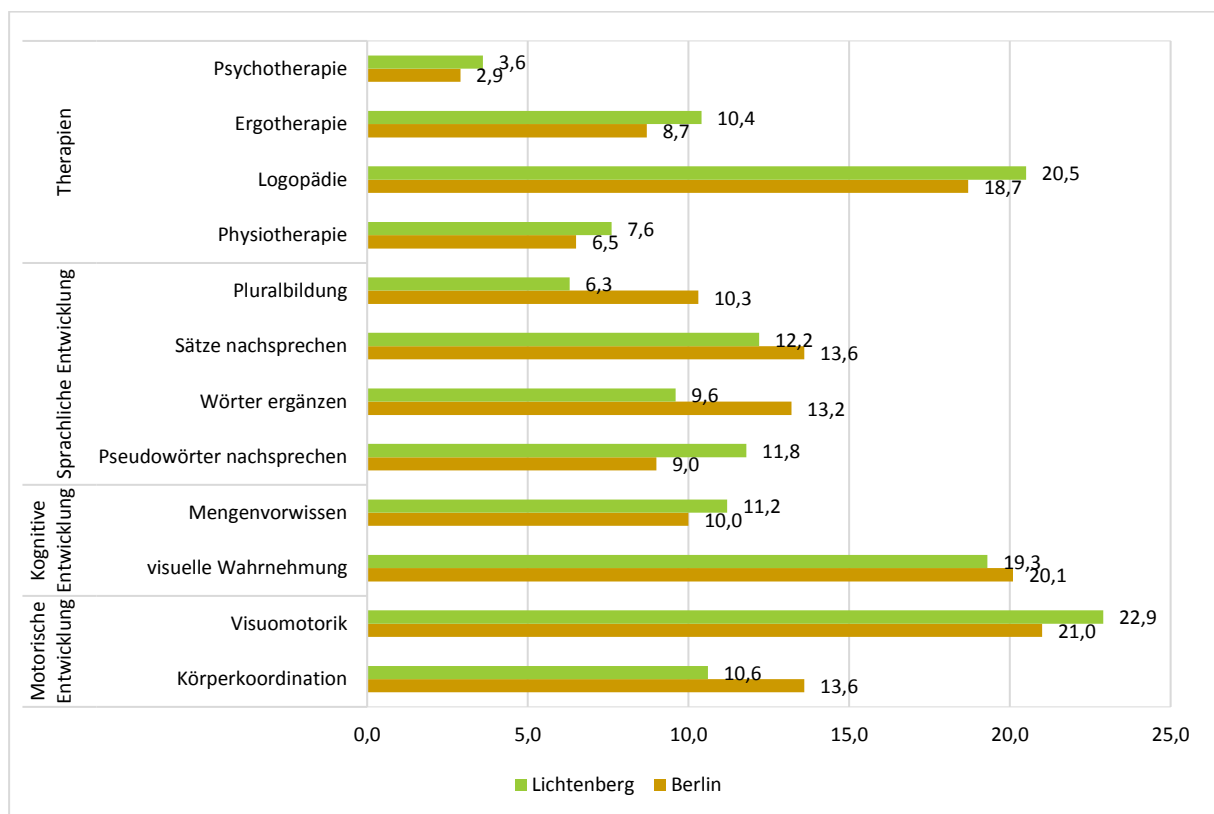
⁴⁹ Vgl. Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2016

⁵⁰ Ebd.

10.1.3 Ergebnisse des Entwicklungsscreenings

Der Vergleich der Ergebnisse des Entwicklungsscreenings von Lichtenberger Einschüler*innen mit den Gesamt-Berliner Ergebnissen zeigte kein eindeutiges Bild: Während die Lichtenberger Kinder in ihrer sprachlichen Entwicklung überwiegend besser abschnitten, wurden sie im Test zum Mengenvorwissen sowie der Visuomotorik etwas häufiger als auffällig eingeschätzt (vgl. Abbildung 57).

Abbildung 57: Anteil der Kinder mit in Anspruch genommenen Therapien bzw. auffälligen Testergebnissen bei Entwicklungsscreening in Lichtenberg und Berlin (in Prozent)⁵¹



10.1.4 Bezirklicher Vergleich

Neben dem Vergleich mit Berlin insgesamt ist von Interesse, welchen Rang Lichtenberg im bezirklichen Ranking erreichte (vgl. Tabelle 9). Größtenteils erzielte der Bezirk Ergebnisse im vorderen bzw. hinteren Mittelfeld. Lediglich in einigen der dargestellten Kategorien schnitten die Lichtenberger Kinder besonders gut bzw. besonders schlecht ab. Bspw. war der Anteil an Einschüler*innen, die im Vorfeld keine Kita besuchten vergleichsweise hoch, wodurch Lichtenberg Platz 11 belegte. Ebenfalls ausgeprägt war der hohe Anteil an Kindern nicht deutscher Herkunft (ndH) mit unzureichenden Deutschkenntnissen, der bei über 50 % lag. Positiv waren hingegen die zwar insgesamt gesunkenen, jedoch weiterhin hohen Impfquoten sowie der niedrigste Anteil an Kindern mit Auffälligkeiten in der Körperkoordination.

⁵¹ Vgl. Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2016

Tabelle 9: Ausgewählte Ergebnisse im Überblick und Vergleich zu Berlin und Rang im bezirklichen Vergleich⁵²

ESU 2016/17		Lichtenberg	Berlin	Rang ... von 12 Bezirken
Merkmal		%	%	
Sozialstatus	unterer Sozialstatus	21,3	19,2	6
	mittlerer Sozialstatus	54,3	43,9	10
	oberer Sozialstatus	24,4	36,9	4
Familiäres und soziales Umfeld	Migrationshintergrund	37,9	48,0	4
	Alleinerziehende Eltern	27,5	21,5	10
	Raucherhaushalte	39,3	34,8	8
	eigener Fernseher	11,2	8,3	8
	tgl. Konsum von über 2 Std.	6,6	5,2	9
	Kitabesuch über 2 Jahre*	87,0	88,3	8
	kein Kitabesuch	6,2	3,7	11
Vorsorge	U1 bis U8 vollständig*	88,6	88,8	7
	Impfstatus*	Bei 8 von 13 Impfungen auf Rang 2-3		
Gesundheitszustand	Untergewicht	6,3	8,5	1
	Übergewicht	10,7	9,8	8
	Zähne sanierungsbedürftig	11,7	8,8	8
Entwicklungsscreening: auffällige Befunde	Körperkoordination	10,6	13,6	1
	Visuomotorik	22,9	21,0	9
	Visuelle Wahrnehmung	19,3	20,1	5
	Mengenvorwissen	11,2	10,0	8
	Pseudowörter nachsprechen	11,8	9,0	10
	Wörter ergänzen	9,6	13,2	5
	Sätze nachsprechen	12,2	13,6	7
	Pluralbildung	6,3	10,3	3
Artikulationsstörung	28,2	30,6	4	
Unzureichende Deutschkenntnisse bei Kindern ndH		51,6	33,3	12
Indikator Sprachdefizite		29,6	27,8	8
Inanspruchnahme vorheriger Therapien	Physiotherapie	7,6	6,5	11
	Ergotherapie	10,4	8,7	11
	Logopädie	20,5	18,7	11
	Psychotherapie	3,6	2,9	9

*Bei diesen Indikatoren bildet ein höherer Wert einen besseren Rang ab.

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

11 Zusammenfassung

11.1 Ergebnisse Bezirk

Insgesamt galten in diesem Schuljahr 2.603 Einschüler*innen aus Lichtenberg als schulpflichtig. Somit lag die Zahl der Kinder aufgrund der Änderung des Stichtages zum Erreichen des schulpflichtigen Alters unterhalb des Vorjahreswertes (vgl. S. 6). (Bei unverändertem Stichtag wäre die Einschüler*innenzahl höher.) Darunter befanden sich 351 Rücksteller*innen aus dem Vorjahr. Des Weiteren untersuchte der

⁵² Vgl. Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2016

KJGD 13 Kinder aus anderen Bezirken, die ebenfalls nicht berücksichtigt wurden. Die verbliebenen 2.239 Kinder, die in Lichtenberg wohnhaft waren und erstmals durch den KJGD untersucht wurden, sind im Rahmen dieser Auswertung berücksichtigt worden. Im aktuellen Schuljahr wurden 295 Kinder durch das Schulamt zurückgestellt.

Infolge der hohen Anzahl geflüchteter Menschen im Jahr 2015 stieg der Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund in diesem Schuljahr auf 37,9 % an. Der Anteil an Familien, die dem mittleren Sozialstatus zugeordnet wurden, betrug knapp 55 %. Darüber hinaus wurden ca. 21 % der Einschüler*innen dem niedrigen Sozialstatussegment sowie 24 % der hohen Sozialstatusgruppe zugeordnet. Damit nahm der Anteil an Kindern, die der unteren Statusgruppe zugeordnet wurden, im Vergleich zum Vorjahr um ca. 3 Prozentpunkte zu, während dieser Anteil im mittleren Sozialstatussegment gleichermaßen sank.

Rückläufig war auch der Anteil an alleinerziehenden Eltern. Dieser betrug im aktuellen Auswertungsjahr ca. 27,7 %. Erfahrungsgemäß betraf das die Mütter der Kinder, auch wenn eine dezidierte Auswertung dazu, welcher Elternteil alleinerziehend war, seit diesem Schuljahr nicht mehr möglich ist.

Die Kitaquote, die im Jahr 2015 noch bei ca. 98 % lag, sank in diesem Jahr auf 93,9 %. Davon besuchten 87 % der Kinder länger als zwei Jahre eine Kita. Die Anzahl der Kinder, die keine Kita besuchten, entsprach 2016 insgesamt 132 Kindern, während das im Vorjahr noch 54 Kinder betraf.

Die Rate an Familien in denen geraucht wurde, betrug mit 39,3 % in etwa dem Vorjahreswert. Dahingegen sank die Teilnahmequote an den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U8 geringfügig um 0,5 Prozentpunkte.

Im Schuljahr 2016 kam der ermittelte BMI bei 83 % der Einschüler*innen einem altersgemäßen Gewicht gleich. Jedes zehnte Kind hatte einen Wert oberhalb des Normbereichs und 6 % aller Kinder wurden als untergewichtig kategorisiert.

Da in diesem Schuljahr beim Zahnstatus erstmals keine Unterscheidung der Kategorien „naturgesund“ und „versorgt“⁵³ vorgenommen werden konnte, ist unklar, wie hoch der Anteil an Einschüler*innen ist, der zum Untersuchungszeitpunkt noch keine Karieserfahrung hatte. 84,5 % aller untersuchten Kinder verfügten über ein naturgesundes oder versorgtes Gebiss. Der Anteil an Gebissen mit Behandlungsbedarf betrug 11,7 % und glich dem Wert des Vorjahres.

Im Unterschied zu den Ergebnissen des vergangenen Jahres gab es in einigen der Entwicklungsfelder eine rückläufige Tendenz: Bspw. sank der Anteil an Kindern mit einer auffälligen Körperkoordination um ca. ein Drittel auf 10,6 %. Dazu zählten auch die visuelle Wahrnehmung (19,4 %) sowie das Mengenvorwissen (11,2 %), bei denen die Quote auffälliger Kinder jeweils um ca. 20 % geringer war als noch im Vorjahr.

Im Gegensatz dazu blieb der Anteil an auffälligen Testergebnissen im Bereich Visuomotorik in etwa gleich (22,9 %). Rückläufig waren hingegen die Anteile an Auffälligkeiten im Bereich der sprachlichen Entwicklung. So verringerte sich bspw. der Anteil an auffälligen Testergebnissen beim Ergänzen von Wörtern seit Jahren erstmals auf unter 10 %. Die emotional-soziale Entwicklung wurde in diesem Schuljahr bei knapp 28 % aller Einschüler*innen als auffällig beurteilt. Das entsprach im Vorjahreszeitraum noch mehr als einem Drittel aller Kinder.

Die positive Entwicklung in einigen der Tests im Rahmen des Entwicklungsscreenings spiegelte sich auch im Anteil von Kindern mit schulischem Förderbedarf wider, der um ca. 3,5 Prozentpunkte sank

⁵³ D.h. es sind Füllungen vorhanden, jedoch keine weitere Karies.

und in etwa dem Wert von 2014 entsprach. Auch der Anteil an Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf nahm leicht ab.

11.2 Ergebnisse Stadtteile

Von den insgesamt 2.239 Kindern, die 2016 erstmals schulärztlich untersucht wurden, lebte der größte Anteil (302 Kinder) in Alt-Hohenschönhausen Süd. Die geringste Zahl an Einschüler*innen dieses Schuljahres lebte zum Untersuchungszeitpunkt in der Rummelsburger Bucht (35 Kinder). Aufgrund der großen Unterschiede in den Kinderzahlen, sollten die kleinräumigen Ergebnisse nicht verallgemeinert werden und lediglich als Indikatoren dienen.

Der Anteil an Kindern mit einseitigem Migrationshintergrund war in Lichtenberg vergleichsweise gering, deutlich häufiger hatten beide Elternteile der Einschüler*innen ausländische Wurzeln. Der höchste Anteil an Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund lebte wie bereits im Vorjahr in Friedrichsfelde Nord (46 %). Doch auch in Alt-Lichtenberg und Fennpfuhl lagen die Quoten vergleichsweise hoch (43,9 % bzw. 43,2 %). Die Stadtteile mit den geringsten Quoten an Kindern mit Migrationshintergrund waren die Rummelsburger Bucht, Karlshorst und die „Dörfer“, wo dieser Anteil jeweils bei unter 20 % lag.

Lichtenberg zählt zu den Bezirken mit einem hohen Anteil an Alleinerziehenden-Haushalten. In Neu-Hohenschönhausen Nord waren in diesem Schuljahr ca. 44 % aller Haushalte Ein-Eltern-Familien. Ebenfalls überdurchschnittlich hoch waren die Quoten in Neu-Hohenschönhausen Süd (38 %) sowie Friedrichsfelde Süd (38,8 %). Am seltensten wuchsen die Einschüler*innen in den „Dörfern“ (12,2 %) bzw. Karlshorst (14,9 %) bei alleinerziehenden Elternteilen auf.

Bei der kleinräumigen Betrachtung der Sozialstruktur fiel insbesondere Alt-Lichtenberg auf: Hier verdoppelte sich der Anteil an Kindern, die der niedrigen Sozialstatusgruppe zugeordnet wurden von 16,7 % auf 35,4 % und erreichte somit den Spitzenwert. Auch in Friedrichsfelde Nord und Neu-Hohenschönhausen Süd waren jeweils fast ein Drittel der Kinder dieser Gruppe zuzuordnen. Eine gegenläufige Tendenz zeigte sich in der Rummelsburger Bucht, wo der Anteil an Kindern in der oberen Sozialstatusgruppe um 5,7 % anstieg, sodass drei von vier Kindern zum hohen Sozialstatussegment zählten. Das mittlere Sozialstatussegment machte in Neu-Hohenschönhausen Nord und Neu-Hohenschönhausen Süd die große Mehrheit (68,6 % bzw. 65,5%) der dort lebenden Kinder aus.

Die innerbezirklichen Unterschiede in der Kitabesuchsdauer waren in diesem Jahr gravierender als im Vorjahr. So besuchten ca. 20 % der Alt-Lichtenberger Kinder keine Einrichtung, in Friedrichsfelde Nord galt das immerhin für mehr als jedes zehnte Kind. Im Gegensatz zum Vorjahr wurde in diesem Jahr in keinem der Stadtteile eine hundertprozentige Kitabesuchsquote erzielt.

Ein sanierungsbedürftiges Gebiss stellte der KJGD bei etwa jedem fünften Kind aus Friedrichsfelde Nord bzw. Alt-Lichtenberg fest. Dahingegen hatten 93 % der Kinder aus Karlshorst gesunde bzw. versorgte Zähne.

Die höchsten Impfraten erzielten insgesamt die „Rummelsburger Kinder“. Bei den Immunisierungen gegen Mumps, Masern, Röteln und Meningokokken wurde sogar eine vollständige Durchimpfungsrate erreicht. Auch Neu-Hohenschönhausen Nord und Süd erzielten bei einigen der Impfungen die höchsten Quoten auf Stadtteilebene. In Alt-Lichtenberg wurden bei allen Standardimpfungen in diesem Schuljahr am wenigsten Kinder immunisiert.

11.3 Ergebnisse im Berlin-Vergleich⁵⁴

Größtenteils erzielte Lichtenberg bei den Ergebnissen im bezirklichen Vergleich Ränge im vorderen oder hinteren Mittelfeld.

Die Zusammensetzung der Sozialstruktur der Familien der Einschüler*innen wies insgesamt Unterschiede zwischen Lichtenberg und Berlin auf. So war insbesondere das mittlere Sozialstatussegment in Lichtenberg deutlich häufiger (+10,4 Prozentpunkte) vertreten als in Berlin. Auch das untere Sozialstatussegment war in Lichtenberg geringfügig häufiger anzutreffen. Demgegenüber lag der Anteil an Kindern aus sozial besser situierten Familien 12,5 Prozentpunkte niedriger als im gesamtstädtischen Vergleich. Im bezirklichen Vergleich befand sich Lichtenberg insgesamt im Mittelfeld.

Der Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund lag etwa 21 % unter der gesamtstädtischen Quote. Trotzdem verfügten wie bereits im Vorjahr über 50 % der Kinder nicht deutscher Herkunft (ndH) über unzureichende Deutschkenntnisse, was Rang 12 im Bezirksvergleich entsprach.

Der Anteil alleinerziehender Elternteile war sowohl berlinweit als auch in Lichtenberg im Verhältnis zu den Quoten des letzten Jahres rückläufig. Unverändert blieb, dass Lichtenberg hierbei insgesamt (27,5 %) über dem städtischen Durchschnitt (21,5 %) lag.

Im Bezirk war der Anteil an Einschüler*innen, die im Vorfeld keine Kita besuchten, vergleichsweise hoch (6,2 %), wodurch Lichtenberg Platz 11 belegte. Darüber hinaus gaben Lichtenberger Eltern im Fragebogen häufiger an zu rauchen. Auch der Anteil an Kindern, der täglich mehr als zwei Stunden fernsah, war überdurchschnittlich hoch. Somit belegte Lichtenberg den 9. Platz im bezirklichen Ranking.

Positiv zu verzeichnen waren hingegen die zwar im Vergleich zum Vorjahr gesunkenen, jedoch weiterhin hohen Impfquoten. Hier belegte Lichtenberg bei neun von 14 Impfungen Rang 2 oder 3 im bezirklichen Vergleich. Damit lagen die Lichtenberger Impfquoten auch insgesamt geringfügig über dem Berliner Durchschnitt.

Der Gesundheitszustand bzw. die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen waren in Lichtenberg und Berlin vergleichbar. Während in Lichtenberg ein geringfügig höherer Anteil an Kindern übergewichtig war, lag gesamtstädtisch der Schwerpunkt eher auf Untergewicht.

Der Vergleich mit den Gesamt-Berliner Ergebnissen offenbarte ein gemischtes Bild: Während die Lichtenberger Kinder in ihrer sprachlichen Entwicklung überwiegend besser abschnitten, wurden sie im Test zum Mengenvorwissen sowie der Visuomotorik etwas häufiger als auffällig beurteilt. Das bezirkliche Ranking ergab, dass in diesem Schuljahr der niedrigste Anteil an Kindern mit Auffälligkeiten in der Körperkoordination anzutreffen war, sodass Lichtenberg hierbei die Bestplatzierung innehatte. Im Gegensatz dazu erzielten die Einschüler*innen schlechtere Ergebnisse bei den Tests zur Visuomotorik sowie dem Nachsprechen von Pseudowörtern (10. bzw. 9. Rang).

Bei der Inanspruchnahme von therapeutischen Behandlungen, die in diesem Schuljahr erstmals auswertbar war, hatte Lichtenberg verglichen mit anderen Bezirken hohe Inanspruchnahmequoten und belegte somit in den Therapiefeldern Logopädie (20,5 %), Physiotherapie (7,6 %) sowie Ergotherapie (10,4 %) jeweils den vorletzten Rang.

⁵⁴ Die in diesem Kapitel dargestellten Daten entstammen der Grundausswertung der Senatsverwaltung. Aufgrund unterschiedlicher Stichprobengrößen können die Werte ggf. von den Daten in den vorhergehenden Kapiteln abweichen.

12 Handlungsfelder

Die umfassenden Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung bieten viele Themenfelder bei denen angesetzt werden kann. Dabei ist allerdings bedeutsam zu erwähnen, dass der Bezirk nur bedingt Einfluss auf Familien bzw. deren Kinder nehmen kann, da die Inanspruchnahme von z.B. zusätzlich geschaffenen Angeboten freiwillig ist.

Einige der nachfolgend aufgeführten Handlungsfelder weisen z.T. Schnittmengen mit den Gesundheitszielen der Landesgesundheitskonferenz (LGK) Berlin auf. Sie sollten auch mit bereits bestehenden bezirklichen Prozessen (z.B. Audit „familienfreundliche Kommune“) für das Wirkungsfeld der Kinder- und Jugendgesundheitsentwicklung verbunden werden.

12.1 Handlungsfeld 1: Kitabesuch

Traditionell gehört Lichtenberg zu den Bezirken mit einer hohen Kitabesuchsquote. Diese war jedoch in den letzten Jahren insgesamt leicht rückläufig. Insbesondere traf dies auf Kinder des niedrigen Sozialstatussegmentes zu: Hier hatten ca. 20 % des Einschulungsjahrgangs 2016/17 keine Kita besucht. (Allerdings wird dieser Wert stark beeinflusst durch die Gruppe von Kindern aus Unterkünften für Geflüchtete. Diese Kinder hatten, zumal wenn die Familien erst kurze Zeit in Deutschland waren, oft keine Kita besucht. Auf diesen erwartbaren Effekt wurde schon im Bericht zur Einschulungsuntersuchung 2015/2016 hingewiesen.) Da die Kita jedoch eine wichtige sozialkompensatorische Rolle einnehmen kann, ist gerade für Kinder mit erhöhtem Risiko für Entwicklungsauffälligkeiten ein Kitabesuch von Bedeutung. Vor diesem Hintergrund wird auch auf Landesebene das Ziel verfolgt, dass möglichst viele Kinder während der zwei Jahre vor dem Schulbeginn eine Kita besuchen⁵⁵.

- Die Entwicklung der Betreuungsquoten wird im Lichtenberger Kindertagesstättenentwicklungsplan (KEP) 2018 analysiert. Die Effekte unterscheiden sich nach den Bezirksregionen und nach den Altersgruppen. Die Betreuungsquoten sind in der vorschulischen Altersgruppe mit über 90 % sehr hoch und sind zum Jahresende 2017 nach längerem Absinken wieder leicht gestiegen. Die Zahl der vom Schulbesuch zurück gestellten Kinder, die weiter eine Kita besuchen, stieg weiterhin stark an.
- Angesichts einer insgesamt angespannten Versorgungslage mit Plätzen der Kindertagesbetreuung bestehen zu wenig Möglichkeiten, besonders förderbedürftige Kinder bevorzugt bei der Bereitstellung eines Kitaplatzes zu unterstützen⁵⁶. Das gilt z.B. für Kinder aus geflüchteten Familien ebenso wie für Kinder aus bestimmten sozialen Gruppen oder Schichten. Der Rechtsanspruch auf einen Kitaplatz gilt unabhängig von besonderen Unterstützungsbedarfen für alle Kinder.
- Grundlage sind in erster Linie ausreichende aber qualitativ hochwertige Betreuungsangebote. Dafür setzt sich der Bezirk auch weiterhin intensiv ein. Das gilt sowohl innerhalb des Bezirkes wie auch auf Senatsebene, wo die Rahmenbedingungen für die Kitas bzw. Erzieher*innen (wie bspw. Personalschlüssel, Vorgaben zu pädagogischen Konzepten, Ausbildung, Vergütung usw.) beeinflusst werden können. Ggf. könnten sich perspektivisch auch die in Berlin am 01.08.2018 abgeschafften Kitagebühren ebenfalls positiv auf die Kitabesuchsquoten auswirken.

⁵⁵ Vgl. LGK Berlin Gesundheitsziel „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen“, Handlungsfeld Sprache, Unterziel 3.3

⁵⁶ Solche Effekte werden bundesweit beobachtet und diskutiert, vgl. Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe AGJ „Zugänge zur Tagesbetreuung. Eine Betrachtung aus kinderrechtlicher Perspektive.“ 2018.

12.2 Handlungsfeld 2: Förderbedarfe

Obwohl der Anteil in diesem Jahr wieder leicht rückläufig war, hatte noch immer fast jedes zweite Kind einen schulischen Förderbedarf. Das bedeutet, dass in diesem Bereich weiterhin Handlungsbedarf besteht. Da die Erreichbarkeit von Familien bzw. deren Kindern von Seiten des Bezirkes ggf. schwierig ist, könnte der Fokus zunächst auf das Setting Kita gelegt werden, wo ein verhältnismäßig hoher Anteil an Kindern erreicht werden kann. Im Rahmen einer Bachelorarbeit wurde das Thema Förderbedarfe näher beleuchtet und u.a. festgestellt, dass neben dem Ressourcenmangel in Kitas auch die Erreichbarkeit der Eltern als problematisch angesehen wird⁵⁷.

- Die zusätzliche Förderung von Kindern in Bezug auf die schulische Entwicklung setzt zunächst eine individuelle Förderbedarfsfeststellung sowie die Gewährung und Umsetzung individueller Fördermaßnahmen im Einzelfall voraus. Dafür bestehen gut etablierte Verfahren.
- Allerdings ist vorstellbar, dass auch überindividuelle bzw. gruppenbezogene Fördermaßnahmen eingesetzt werden und die Qualitätsentwicklung der Kindertagesstätten mit besonderem Fokus auf die Wirksamkeit der pädagogischen Konzeption in Bezug auf die besonders förderbedürftigen Kinder vorangetrieben wird. Da die pädagogischen Konzeptionen im Rahmen des Berliner Bildungsprogramms in der Verantwortung der Träger entwickelt werden, ist hierzu ein Diskussionsprozess etwa im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft gem. § 78 SGB VIII und unter Hinzuziehung wissenschaftlicher Forschungsergebnisse denkbar.
- Insbesondere Kitas in Sozialräumen mit dem höchsten Förderbedarf (gemessen an den Ergebnissen zum schulischen Förderbedarf im Rahmen der ESU) bzw. dem niedrigsten Sozialstatus und/oder Unterstützungsbedarf sollten vordergründig unterstützt werden.
- Dabei ist eine Integration in bereits bestehende bezirkliche Prozesse, z.B. in das Handlungsfeld 3 „Bildung und Erziehung“ aus der Zielvereinbarung des Audits „Familiengerechte Kommune“⁵⁸ bzw. Handlungsfeld 1, Ziel 1.6 „Begünstigung lebenslanger Gesundheitsförderung im Bezirk Lichtenberg“ u.a.) vorstellbar.
- Über das Setting Kita hinaus sollten weitere Akteure und Handlungsfelder, die ebenfalls in der Zielvereinbarung des „Audits: Familiengerechte Kommune“ genannt sind (z.B. Stadtteilzentren, Elternstärkung, Ehrenamtliche) integriert werden. Ansätze der familiären und kommunalen Gesundheitsförderung können ebenfalls berücksichtigt werden. Spezifische Angebote der Familienförderung sind denkbar. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass dafür zusätzliche Haushaltsmittel eingeplant werden müssen und dennoch immer nur geringe Fallzahlen erreicht werden können. Die Förderung und Unterstützung der Familien, die zu einer guten Entwicklung der Kinder beiträgt, kann allerdings nur ressortübergreifend gelingen.

12.3 Handlungsfeld 3: Alleinerziehende

Auch wenn in der diesjährigen Einschulungsuntersuchung die Quote an Alleinerziehenden unter den Eltern weitaus niedriger ist als noch in den Vorjahren, ist diese Zielgruppe für den Bezirk Lichtenberg insgesamt von hoher Relevanz.

- Vor diesem Hintergrund sollte das bezirkliche „Netzwerk Alleinerziehende“, das mithilfe von unterschiedlichen Projekten (z.B. flexible Kinderbetreuung oder „Wir2“-Bindungstraining) zur Entlastung bzw. Unterstützung von alleinerziehenden Eltern beiträgt, weiterhin von bezirklicher Seite gestärkt werden, da positive Entwicklungen bei den Elternteilen indirekt auch einen positiven Effekt auf die Kinder haben können.

⁵⁷ Vgl. Schertell (2018)

⁵⁸ Vgl. BA Lichtenberg (2018)

12.4 Handlungsfeld 4: Deutschkenntnisse von Kindern nicht deutscher Herkunft

Die Auswertung ergab, dass mehr als die Hälfte der Kinder aus Familien nicht deutscher Herkunft (große) Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache hatten. Das lag z.T. vermutlich daran, dass ein großer Teil dieser Familien zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht lange in Deutschland lebten. Aber auch vor der hohen Anzahl an geflüchteten Menschen im Jahr 2015 betraf das mehr als jedes dritte Kind. Unter den Kindern, die nicht in Deutschland geboren wurden, hatten zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung 80 % unzureichende Deutschkenntnisse. Die mangelnden Sprachkenntnisse erschweren zum einen die Integration zum anderen verringern sie die Möglichkeit auf schulischen Erfolg erheblich. Auch auf Landesebene wurde diese Herausforderung bereits erkannt und als eines der Gesundheitsziele der Landesgesundheitskonferenz (LGK) Berlin verankert⁵⁹. Dabei wird angestrebt, den Anteil an Kindern nicht deutscher Herkunft mit Sprachförderbedarfen zu verringern.

- Hierfür sollte sich der Bezirk für die Schaffung zusätzlicher Angebote zur Verbesserung der Deutschkenntnisse einsetzen. Ggf. gibt es die Möglichkeit gezielterer Sprachförderung sowohl im Kita- als auch im Schulalter (z.B. in Stadtteil- bzw. Familienzentren).
- Die Maßnahmen sollten sozialraumorientiert durchgeführt werden, d.h. insbesondere die Regionen Alt-Lichtenberg, Alt-Hohenschönhausen Süd bzw. Neu-Hohenschönhausen Süd sollten im Fokus stehen.

12.5 Handlungsfeld 5: Medienkonsum

Bereits 2016 stand das Thema Medienkonsum im Bezirk Lichtenberg im Fokus. Es wurde eine Sensibilisierungs- und Informationsveranstaltung zum Thema Medienkonsum für Fachkräfte des Bereiches der Jugendhilfe durchgeführt. In Anbetracht der steigenden Anteile an Kindern mit (erhöhtem) Medienkonsum im Vorschulalter im Verlauf der letzten Jahre, sollte dieses Thema aufgegriffen werden sowie die Zielgruppe für entsprechende Maßnahmen auch auf die Eltern ausgeweitet werden.

- Vorstellbar wäre in diesem Zusammenhang, das Thema als interdisziplinär (Jugend, Schule und Gesundheit) durchgeführte bezirkliche Kampagne/Veranstaltung in den Mittelpunkt zu stellen, um das Bewusstsein für das Thema zu erneuern bzw. weiter zu etablieren. Dabei sollten dieses Mal jedoch vor allem die Eltern als Zielgruppe im Fokus stehen.

⁵⁹ Vgl. LGK Berlin Gesundheitsziel „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen“, Handlungsfeld Sprache, Unterziel 3.1

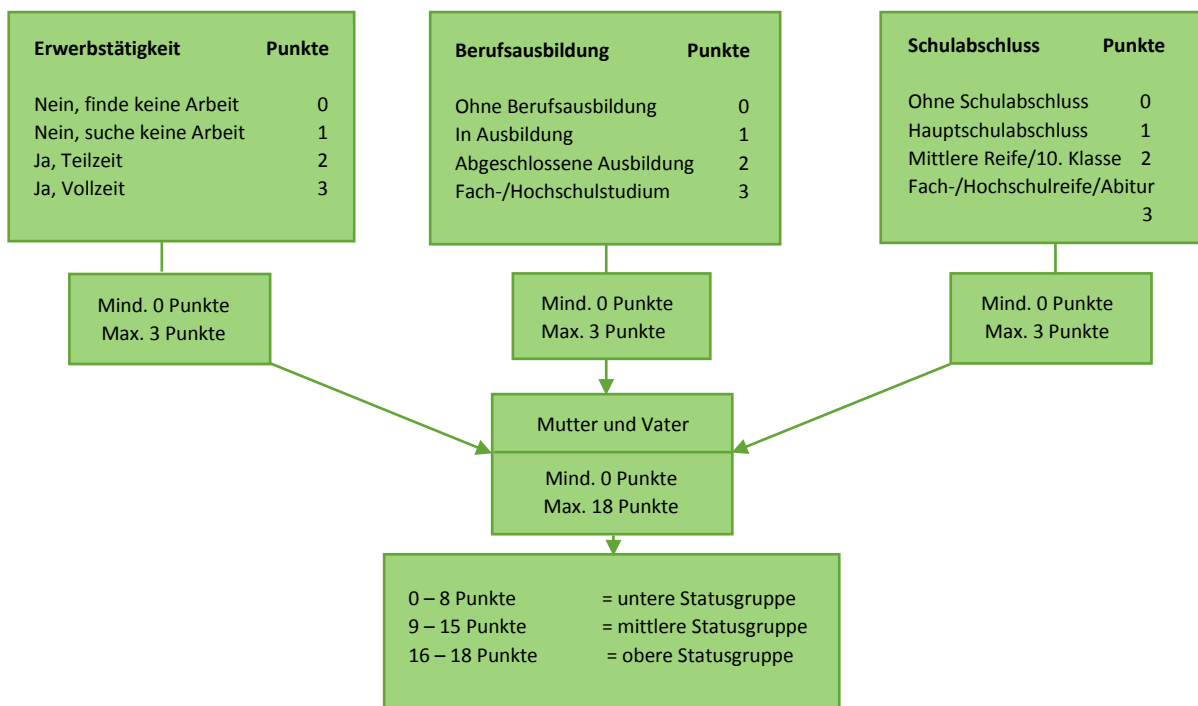
Glossar

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 Sozialstadien 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
Bspw.	beispielsweise
ESU	Einschulungsuntersuchung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
LGK	Landesgesundheitskonferenz
MH	Migrationshintergrund
ndH	nicht deutscher Herkunft
S-ENS	Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen
SD	Standardabweichung
SOPESS	Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening in den Schuleinganguntersuchungen
STIKO	Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut

Literaturverzeichnis

- Bach, M., Koebe, J., Peter, F.** (2018) Früher Kitabesuch beeinflusst Persönlichkeitseigenschaften bis ins Jugendalter; Hrsg. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung Berlin, *DIW-Wochenbericht*, Jg. 85(15), S. 289-297, online verfügbar unter: https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.581968.de/18-15-1.pdf (Letzter Zugriff: 25.07.2018)
- Bettge, Dr. S., Oberwöhrmann, Dr. S.** (2016) Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2016 Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme.
- Bezirksamt Lichtenberg (2018)** Zielvereinbarung für das Audit „Familiengerechte Kommune“ – Umsetzungsbericht 1. Halbjahr 2018, online verfügbar unter: <https://www.berlin.de/ba-lichtenberg/politik-und-verwaltung/bezirksverordnetenversammlung/online/vo020.asp?VOLFDNR=7659> (Letzter Zugriff: 06.08.2018)
- 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.
- Erb, J., Barton, K.D., Schick, K.-H., Fischer, D., Herweg, O.** (2002) Sozialräumliche Ungleichheit bei der Zahngesundheit von Kindern in Stuttgart; *Soziale Präventivmedizin*, Jg. 47, S. 262-265.
- Friedrichs-Liesenkötter, H.** (2016) Medienerziehung in Kindertagesstätten; Springer Fachmedien Wiesbaden 2016, 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.
- Heinrich-Weltzien, R., Kühnisch, J., Goddon, I., Senkel, H., Stößer, L.** (2007) Zahngesundheit deutscher und türkischer Schüler – Ein 10-Jahresvergleich; *Das Gesundheitswesen*, Jg. 69, S. 105-109.
- Hübgen, S.** (2017) Armutrisiko alleinerziehend; Hrsg. Bundeszentrale für politische Bildung, *Aus Politik und Zeitgeschichte – Familienpolitik*, Jg. 67(30-31), S. 22-27.
- Lampert, T., Richter, M., Schneider, S., Spallek, J., Dragano, N.** (2016) Soziale Ungleichheit und Gesundheit; *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Jg. 59(2), S. 153-165.
- Leonardi-Bee, J., Jere, M. L., Britton, J.** (2011) Exposure to parental and sibling smoking and the risk of smoking uptake in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis; *Thorax*; Jg. 66(10), S. 847-855.
- Lohaus, A., Vierhaus, M.** (2015) Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor; Hrsg. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015, 3. Auflage.
- Niklas, F.** (2017) Frühe Förderung innerhalb der Familie – essentials; Hrsg. Springer Fachmedien Wiesbaden 2017, 1. Auflage.
- Rattay, P., von der Lippe, E., Borgmann, L.-S., Lampert, T.** (2017) Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland, *Journal of Health Monitoring*, Jg. 2(4); S. 24-44; online verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBE-Downloads/J/Focus/JoHM_04_2017_Gesundheit_Alleinerziehender.pdf?blob=publicationFile (Letzter Zugriff: 25.07.2018)

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Fassung vom 18.06.2015, zuletzt geändert am 19.10.2017); online verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1537/RL_Kinder_2017-10-19_iK-2018-03-16.pdf (Letzter Zugriff: 25.07.2018).

Rißling, J. K., Melzer, J., Menke, B., Petermann, F., Daseking, M. (2015) Sprachkompetenz und Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter; *Das Gesundheitswesen*, Jg. 77, S. 805-813.

Rose, E., Ebert, S., Weinert, S. (2016) Zusammenspiel sprachlicher und sozial-emotionaler Entwicklung vom vierten bis zum achten Lebensjahr; *Frühe Bildung*, Jg. 5(2), S. 66-72.

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

Schulgesetz für das Land Berlin (SchulG) vom 26.01.2004 in der Fassung vom 04.02.2016.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme (Hrsg.) (2016) Handbuch für die Einschulungsuntersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Bezirke des Landes Berlin.

Stahl, J.F. (2015) Wer nutzt welche Qualität? Zusammenhänge zwischen sozioökonomischer Herkunft und Kita Qualität; Hrsg. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung Berlin, *DIW Roundup: Politik im Fokus*, online verfügbar unter: https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.511607.de/diw_roundup_73_de.pdf (Letzter Zugriff: 25.07.2018)

Uhlig, U., Butler, J. (2009) Einflussfaktoren auf die Zahngesundheit von Schulkindern; *Prävention und Gesundheitsförderung*, Jg. 4, S. 125-130.

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

Zemp, M., Bodenmann, G. (2015) Neue Medien und kindliche Entwicklung - essentials; Hrsg: Springer Fachmedien Wiesbaden 2015, 1. Auflage.