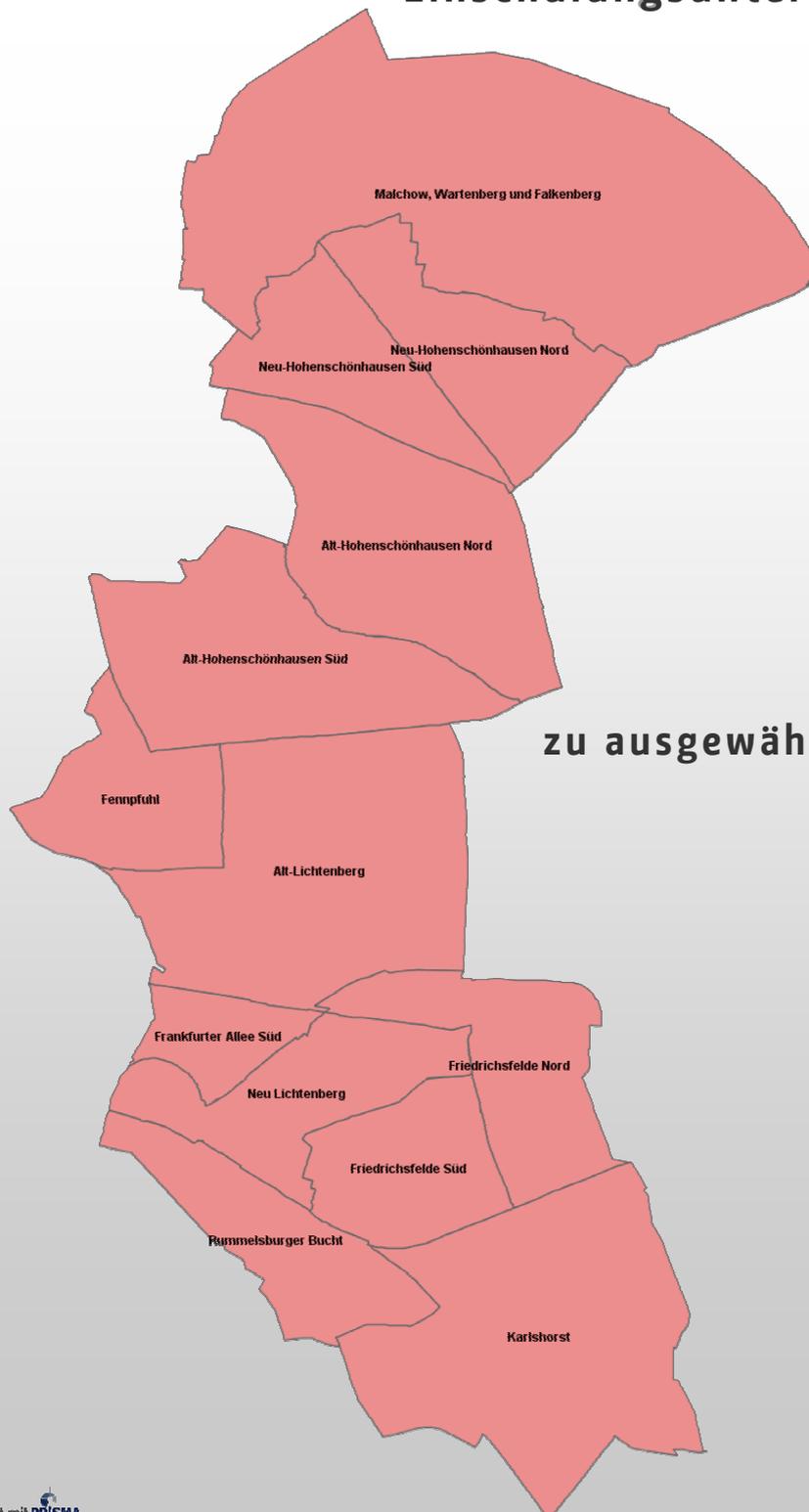


## Einschulungsuntersuchungen 2013 Lichtenberg



### Kurzbericht zu ausgewählten Ergebnissen

## Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>3</b>
<b>2 Praxisbezug der Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen</b> .....	<b>3</b>
<b>3 Zeitreihenvergleich 2009 - 2013</b> .....	<b>3</b>
<b>4 Kernaussagen zur ESU 2013</b> .....	<b>4</b>
<b>5 Untersuchte Population</b> .....	<b>5</b>
Migrationshintergrund.....	6
Soziale Lage .....	7
Familiensituation.....	8
Besuch von Kindertageseinrichtungen.....	8
<b>6 Gesundheitliche Vorsorge</b> .....	<b>8</b>
Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen .....	8
Impfstatus .....	9
Zahngesundheit.....	9
<b>7 Gesundheitliche Problemlagen</b> .....	<b>10</b>
Körpergewicht .....	10
Motorische und kognitive Entwicklung.....	10
Deutsche Sprachkenntnisse und Sprachfähigkeit.....	11
Förderbedarf .....	12
<b>8 Risikoverhalten</b> .....	<b>12</b>
Fernsehkonsument.....	12
Rauchverhalten in der Familie .....	13
<b>9 Problemlagen in den Stadtteilen</b> .....	<b>14</b>
<b>10 Anhang</b> .....	<b>16</b>
Glossar .....	16
Gesetzliche Grundlagen .....	18
Quellenangaben.....	18

## **1 Einleitung**

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

## **2 Praxisbezug der Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen**

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

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

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

## **3 Zeitreihenvergleich 2009 - 2013**

Die folgende Tabelle bildet einen Zeitreihenvergleich über 5 Jahre zu ausgewählten Problemlagen und Risiken der gesundheitlichen Entwicklung der Kinder ab. Eine Orientierung an den Berliner Ergebnissen ist auf Grund der zeitlich unterschiedlichen Auswertungen regelmäßig nur zum Vorjahr möglich.

Bei den Tests zum motorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklungsstand (S-ENS) werden hier nur die auffälligen Ergebnisse dargestellt.

**Tabelle 1: Ausgewählte Problemfelder der Einschulungsuntersuchungen im Jahresvergleich 2009 bis 2013 - Angaben in %**

Merkmal		2009	2010	2011	2012	2013
Zähne sanierungsbedürftig		15,0	11,4	13,1	13,6	12,0
Übergewicht (davon Adipositas)		8,7 (3,5)	9,2 (4,0)	8,3 (3,4)	7,7 (3,2)	8,0 (3,4)
Untergewicht (davon deutliches Untergewicht)		11,7 (4,5)	13,2 (5,7)	11,4 (3,1)	11,4 (3,9)	10,5 (4,1)
Unvollständige Früherkennungsuntersuchungen U1-U8		21,0	20,1	19,7	20,9	16,0
S-ENS auffällige Ergebnisse	Körperkoordination	15,5	13,5	17,2	15,5	12,9
	Visuomotorik	17,9	13,3	15,1	15,9	14,1
	Visuelle Wahrnehmung	11,0	9,7	13,4	16,7	14,5
	Pseudowörter	13,1	11,9	12,7	11,1	12,8
	Wörter ergänzen	11,4	10,1	11,4	9,6	10,4
	Sätze nachsprechen	15,1	11,2	11,6	12,1	12,7
Unzureichende Deutschkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft		38,9	23,9	27,1	35,7	39,0
Sonderpädagogischer Förderbedarf		7,3	8,1	8,0	7,3	5,9
Schulische Förderempfehlung		34,4	32,6	36,6	37,8	35,7

## Tendenzen

- Die Beurteilung des Gebisszustandes der Kinder ergab im Zeitreihenvergleich eine Verbesserung.
- Der tendenziell positiven Entwicklung der Ergebnisse zum Normalgewicht stehen relativ gleichbleibende Anteile zur Adipositas und zum deutlichen Untergewicht gegenüber.
- Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen „U1 bis U8“ ist steigend.
- Im Vergleich zum Vorjahr ist zu erkennen, dass bei den Tests zur motorischen und kognitiven Entwicklung bessere Ergebnisse erzielt wurden. Dagegen fielen die Sprachtests schlechter aus.
- Der Anteil der Kinder nichtdeutscher Herkunft, der sich nicht ausreichend gut in deutscher Sprache verständigen kann, ist nach zwischenzeitlicher Verbesserung wieder angestiegen.
- Beim sonderpädagogischen Förderbedarf ist eine leicht abnehmende, bei den schulischen Förderempfehlungen eine leicht zunehmende Tendenz zu erkennen, auch wenn sie gegenüber den zwei Vorjahren etwas abgenommen haben.

## 4 Kernaussagen zur ESU 2013

Bei der folgenden Auswertung aller Untersuchungsfelder wird wieder deutlich, dass es für die gesundheitliche Entwicklung der Kinder entscheidend ist, in welchem sozialen Umfeld sie aufwachsen. Nach wie vor erzielen die Kinder aus Haushalten mit einem geringen Bildungs- und Erwerbsstatus der Eltern schlechtere Testergebnisse, weisen ein höheres Risikoverhalten auf und sind häufiger mit rauchenden Angehörigen konfrontiert.

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

Auch wenn der Besuch einer Kindertagesstätte die sozialen Benachteiligungen nicht ausgleichen kann, so wirkt er sich insbesondere bei einem längeren Aufenthalt positiv auf die Gesundheitsförderung aus. Das betrifft vor allem Kinder, deren Elternhaus keine ausreichende Förderung gewährleisten kann. In Lichtenberg besuchten 89,7 % der Kinder eine Kita über 2 Jahre (leichter Rückgang zum Vorjahr). Auffällig sind die Unterschiede zu den Kindern, die keine Kita bzw. diese nur kurz besuchten bei der Beurteilung der Zahngesundheit und der Deutschkenntnisse der Kinder nicht-deutscher Herkunft.

Wie schon bei den Einschulungsuntersuchungen der vergangenen Jahre erreichten die Jungen bei den standardisierten Tests schlechtere Ergebnisse als die Mädchen und ihnen wurde häufiger Förderbedarf attestiert. Die Jungen fielen hier besonders durch Probleme beim Test „Körperkoordination“ und den Sprachtests auf.

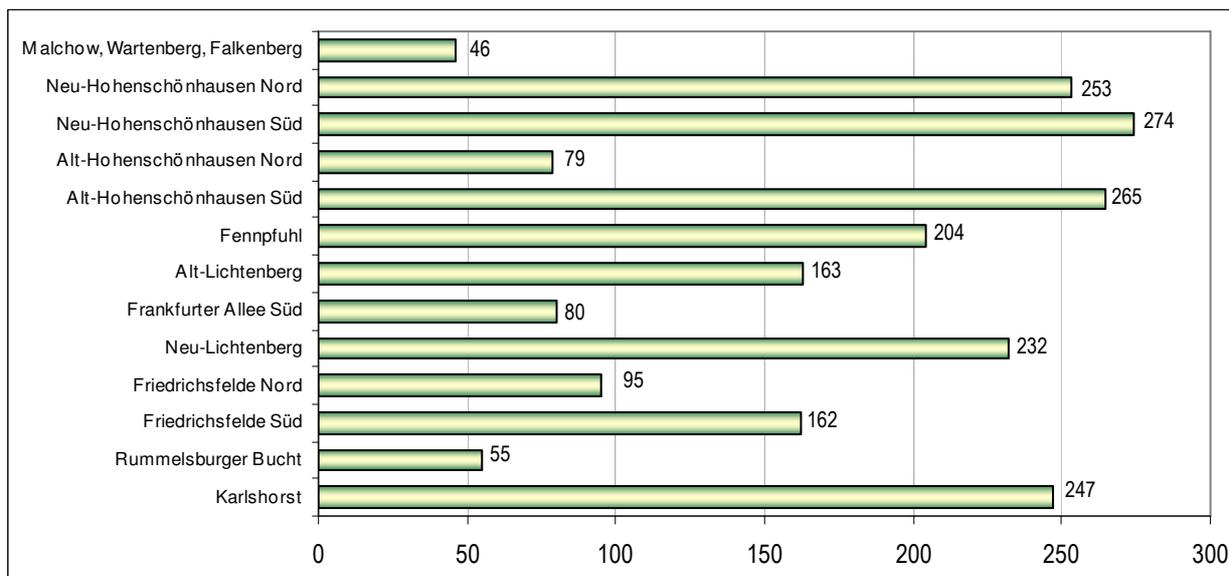
Eine besondere Gruppe bilden die Kinder, die im Jahr zuvor von der Einschulung zurückgestellt und somit ein zweites Mal zur Einschulungsuntersuchung vorgestellt wurden. Das zusätzliche Jahr der Förderung in einer Kita konnte offenbar dazu genutzt werden, die Untersuchungsergebnisse zu verbessern, obwohl diese Kinder immer noch mehr Probleme bei der Bewältigung der Aufgabenstellungen als die anderen untersuchten Kinder hatten. Über die Hälfte erhielt Empfehlungen für schulische Fördermaßnahmen und rund ein Viertel zeigte auffällige Ergebnisse bei der Körperkoordination, Visuomotorik, beim Mengenvorwissen und dem Sprachtest „Sätze nachsprechen“.

## **5 Untersuchte Population**

Es wurden insgesamt 2.502 Lichtenberger Kinder im Alter von 5 bis 7 Jahren untersucht. Davon wurden 347 Kinder, drei Viertel davon im Alter von 5 - 5 ½ Jahren, auf Antrag der Eltern 2013 noch nicht eingeschult. Die Entscheidung über die Rückstellung von der Einschulung trifft die Schulbehörde auf der Grundlage von Gutachten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes oder der Schulpsychologen.

Grundlage des vorliegenden Berichts sind die Untersuchungsergebnisse von 2.155 Kindern (1.116 Jungen und 1.039 Mädchen), die 2013 eingeschult wurden. Das sind 71 Kinder mehr als 2012. Die meisten Einschulungskinder kamen aus Neu-Hohenschönhausen Süd, gefolgt von Alt-Hohenschönhausen Süd und Neu-Hohenschönhausen Nord.

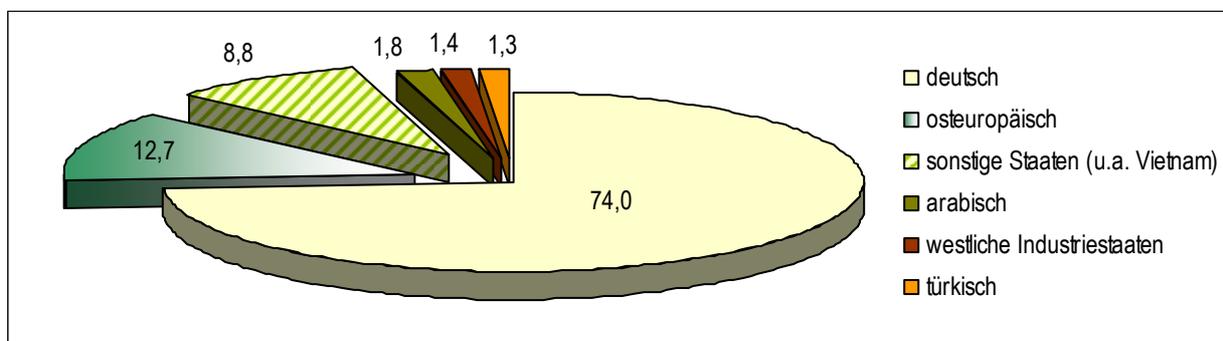
**Abbildung 1: Anzahl der untersuchten Einschulungskinder in den Stadtteilen**



### Migrationshintergrund

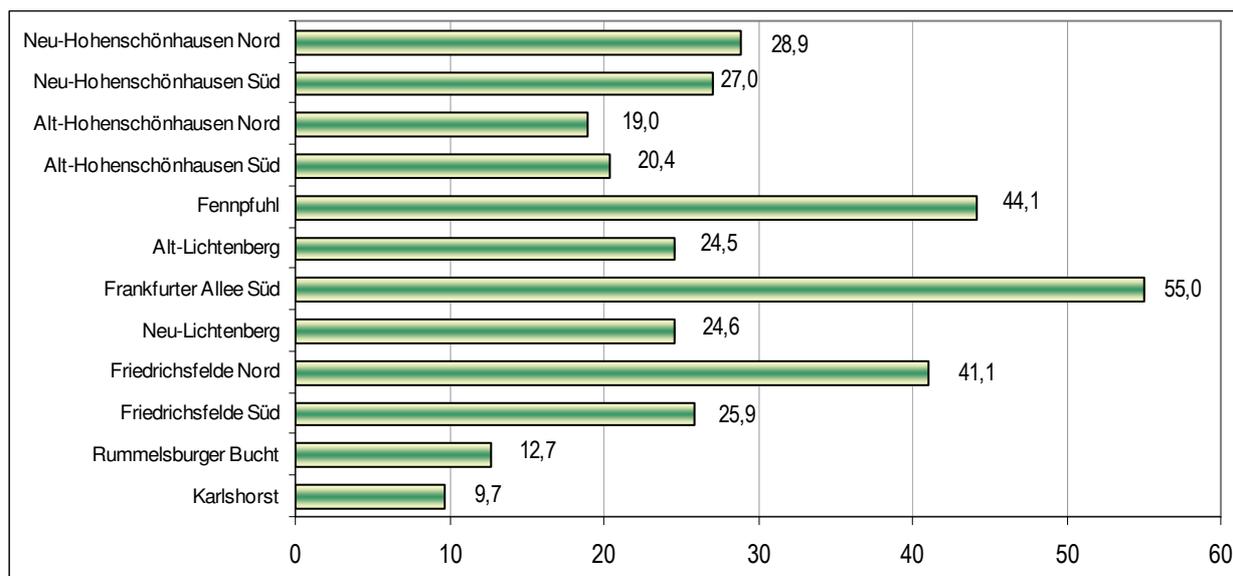
Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund (nichtdeutsche Herkunft) liegt mit 26,0 % niedriger als im Vorjahr. 83,2 % dieser Kinder sind in Deutschland geboren. Die meisten Kinder nichtdeutscher Herkunft stammen aus Vietnam (125), gefolgt von den Kindern aus Russland (121), Türkei (28), Polen (25), Kasachstan (24) und Serbien (24).

**Abbildung 2: Herkunft der Einschulungskinder (gruppiert) - Angaben in %**



Die meisten Einschüler mit Migrationshintergrund wohnten in den Stadtteilen Fennpfuhl (90), gefolgt von Neu-Hohenschönhausen Süd (74), Neu-Hohenschönhausen Nord (73) und Neu-Lichtenberg (57). Gemessen an der Gesamtzahl der Einschüler/innen in den Stadtteilen ergibt sich folgendes Bild:

**Abbildung 3: Anteil der Einschulungskinder nichtdeutscher Herkunft in den Stadtteilen\* - Angaben in %**



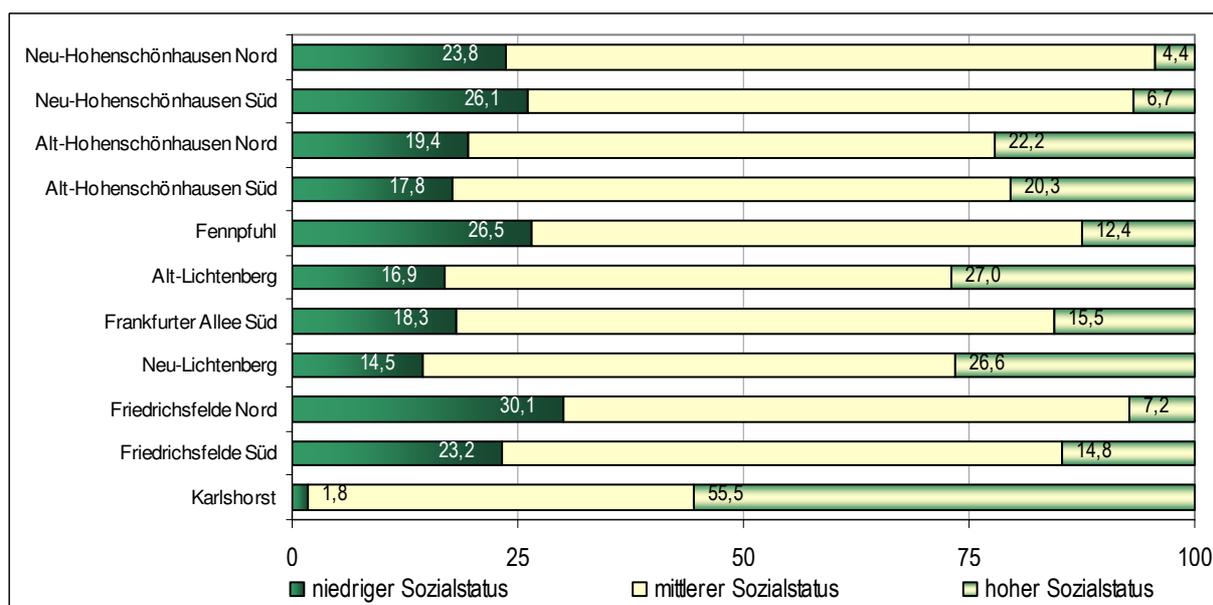
\* Bei zu kleinen Fallzahlen (unter 3 Kinder) werden die Werte nicht angezeigt.

### Soziale Lage

Auf der Grundlage der Angaben zu den Schulabschlüssen, zu den Abschlüssen zur Berufsausbildung und zum Erwerbsstatus der Eltern besitzen 18,5 % der Einschüler/innen einen niedrigen, 59,8 % einen mittleren und 21,7 % einen hohen sozialen Status. Gegenüber dem Vorjahr ist eine Zunahme in der hohen Statusgruppe zu verzeichnen, was vor allem auf ein höheres Bildungsniveau der Mütter und Väter zurückzuführen ist.

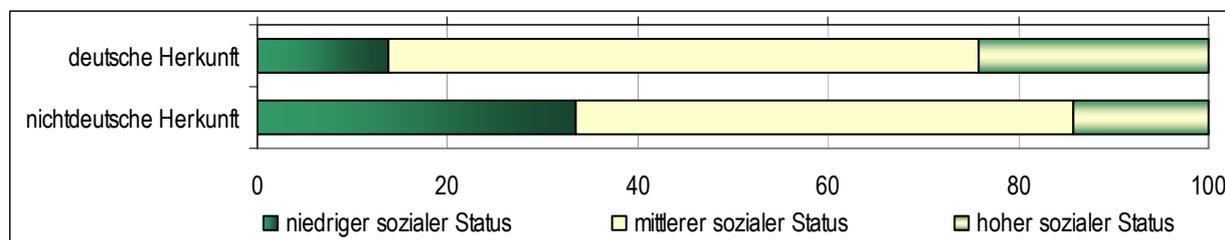
In den 13 Stadtteilen ergibt sich ein differenziertes Bild. Bei zu kleinen Fallzahlen („Dörfer“, Rummelsburg) werden die Werte nicht angezeigt.

**Abbildung 4: Soziale Lage der Einschulungskinder nach Stadtteilen\* - Angaben in %**



Bei den Familien mit Migrationshintergrund ist die Zugehörigkeit zur Gruppe mit niedrigem sozialem Status wesentlich stärker ausgeprägt als bei den deutschen Familien. Das liegt vor allem an der allgemein schlechteren Erwerbslage und dem hohen Anteil der Eltern ohne Berufsabschluss.

**Abbildung 5: Soziale Lage der Einschulungskinder deutscher und nichtdeutscher Herkunft - Angaben in %**



### Familiensituation

Die Mehrzahl der Kinder (64,5 %) lebt bei beiden Elternteilen, die zu 29,0 % der hohen sozialen Statusgruppe angehören. Über ein Drittel der Einschüler/innen lebt bei nur einem Elternteil, überwiegend bei der Mutter. Die Familien der Alleinerziehenden haben nur zu 8,3 % einen hohen Sozialstatus.

33,5 % der Lichtenberger Einschulungskinder wachsen als Einzelkinder auf.

### Besuch von Kindertageseinrichtungen

Mit 97,4 % hat die überwiegende Mehrheit der Kinder eine Kita besucht. Die Dauer des Kita-Besuchs differiert bei den Kindern in Abhängigkeit von ihrem sozialen Status und ihrer Herkunft. So ist der Anteil der Kinder mit längerer Kita-Besuchsdauer (über 2 Jahre) bei Einschüler/innen mit niedrigem Sozialstatus und mit Migrationshintergrund (je 74,1 %) vergleichsweise gering. Dagegen haben 96,7 % der Kinder mit hohem Sozialstatus und 95,0 % der deutschen Kinder länger als 2 Jahre eine Kita besucht.

## 6 Gesundheitliche Vorsorge

### Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen

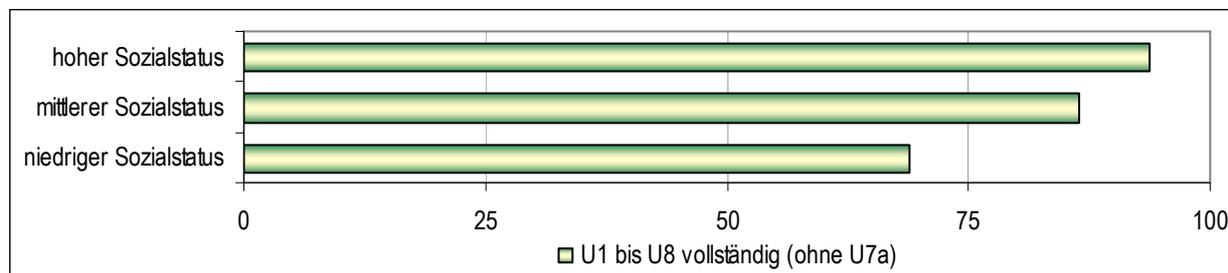
Für die Erfassung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen „U“ fehlte von 89 deutschen und 52 Kindern nichtdeutscher Herkunft das Untersuchungsheft. Während die Teilnahme an der U1 noch bei 99,6 % lag, nahmen bei der U8 nur noch 92,0 % Kinder teil. Eine vollständige Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U8 (ohne U7a)<sup>1</sup> wurde bei 84,0 % der untersuchten Kinder festgestellt. Das bedeutet eine Steigerung um knapp 5 %-Punkten gegenüber dem Vorjahr.

Bei den deutschen Kindern lag die vollständige Teilnahme bei 87,7 % und damit höher als bei den Kindern nichtdeutscher Herkunft mit 70,5%.

<sup>1</sup> Die U7a (34. - 36. Lebensmonat) wurde erst 2008 in das Früherkennungsprogramm aufgenommen. U9 muss zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht abgeschlossen sein und bleibt deshalb unberücksichtigt. In die Berechnung wurden nur die in Deutschland geborenen Kinder einbezogen.

Die stärkste Determinante ist die soziale Lage. Je höher der soziale Status ist, desto häufiger werden die Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung von Fehlentwicklungen und Krankheiten genutzt.

**Abbildung 6: Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen nach sozialem Status - Angaben in %**



### Impfstatus

Von 6,0 % der deutschen Kinder und 14,3 % der Kinder nichtdeutscher Herkunft konnte der Impfstatus nicht erhoben werden, da der Impfpass nicht vorlag. Darüber hinaus waren 16 Kinder laut Aussage der Eltern nicht im Besitz eines Impfpasses, weil sie bis zum Zeitpunkt der ESU noch keinerlei Impfungen erhalten haben.

Die niedrigste Impfrate von 78,6 % ist bei Pneumokokken<sup>2</sup> zu verzeichnen. Bei allen anderen Impfungen, die schon längere Zeit durch die STIKO empfohlen werden, variiert der Durchimpfungsgrad von 91,0 % (Hepatitis B) bis 97,7 % (Masern mit mindestens einer Impfung).

Generell kann festgestellt werden, dass die Impfbereitschaft in Lichtenberg im Berlinmaßstab relativ hoch ist. Das lässt sich z.B. an der für einen vollständigen Impfschutz notwendigen zweiten Masernimpfung erkennen, bei der Lichtenberg 2012 mit 93,7 % nach Marzahn-Hellersdorf an zweiter Stelle lag (LAGeSo 2013). Zur Eliminierung dieser schwerwiegenden Infektionskrankheit ist eine Impfrate von mindestens 95 % notwendig, die bislang nur in Marzahn-Hellersdorf erreicht wurde. Die Durchimpfungsrate einer zweimaligen Masernimpfung ist in Lichtenberg 2013 auf 93,3 % leicht zurückgegangen.

### Zahngesundheit

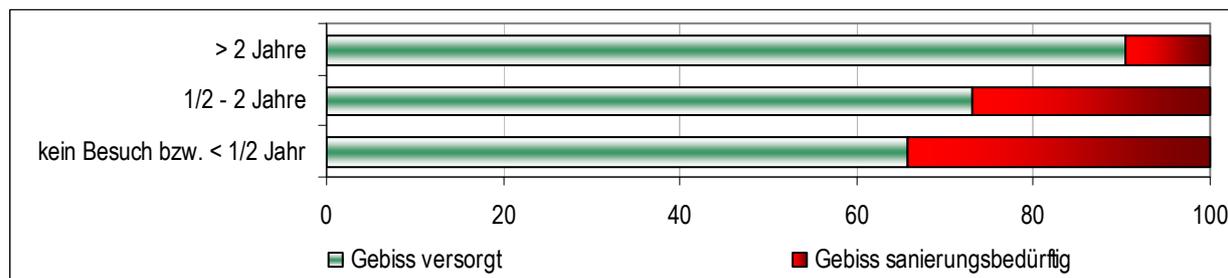
Mit 88,0 % verfügte die Mehrheit der Einschüler/innen über ein naturgesundes bzw. adäquat versorgtes Gebiss.

Der Unterschied des Gebisszustandes der Kinder nach dem sozialen Status hat sich gegenüber den Vorjahren weiterhin verstärkt. Ein versorgtes Gebiss wiesen 97,4 % der Kinder mit hohem Sozialstatus auf, dagegen nur 69,8 % der Kinder mit niedrigem Sozialstatus. Der Abstand zwischen den sozialen Statusgruppen hat sich auf 27,6 Prozentpunkte weiter vergrößert. Auch der Unterschied zwischen den Kindern deutscher (91,9 %) und nichtdeutscher Herkunft (76,6 %) mit versorgtem Gebiss ist wieder angestiegen.

Bei Betrachtung der Kita-Besuchsdauer der Kinder ist zu erkennen, dass sie sich in zunehmendem Maße positiv auf den Gebisszustand auswirkt.

<sup>2</sup> Die Impfungen zum Schutz vor Pneumokokken und Meningokokken werden erst seit 2006 empfohlen.

**Abbildung 7: Gebisszustand nach Kita-Besuchsdauer - Angaben in %**



## 7 Gesundheitliche Problemlagen

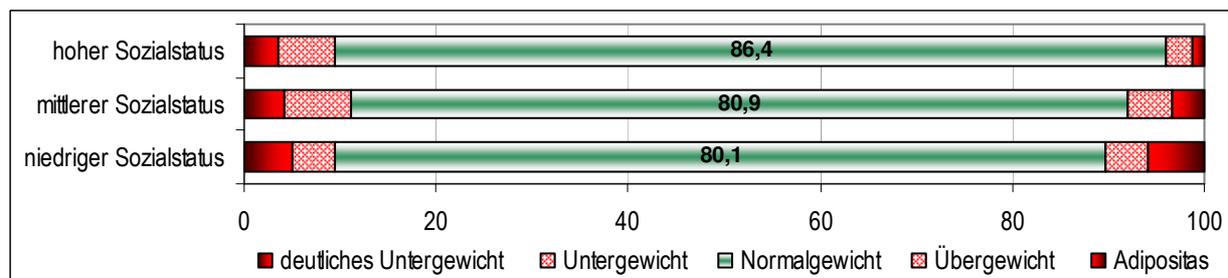
Zur Beurteilung der gesundheitlichen Problemlagen werden das Körpergewicht der Kinder und die Ergebnisse der Tests aus dem S-ENS- und dem SOPESS -Verfahren herangezogen.

### Körpergewicht

Von den 2013 untersuchten Lichtenberger Einschüler/innen waren 81,5 % normalgewichtig, 8,0 % übergewichtig (davon 3,4 % adipös) und 10,5 % untergewichtig (davon 4,1 % deutlich untergewichtig). Das sind 0,7 % mehr Kinder mit Normalgewicht als im Vorjahr.

Besonderes Augenmerk wird auf das Übergewicht gerichtet, das ein wesentlicher Risikofaktor für die weitere gesundheitliche Entwicklung des Kindes ist und gleichzeitig für die Präventionsarbeit einen wichtigen Hinweis liefert. Wie in den vergangenen Berichtsjahren waren die Kinder mit hohem Sozialstatus (4,0 %) weniger übergewichtig als die Kinder mit mittlerem (8,0 %) und niedrigem Sozialstatus (10,4 %).

**Abbildung 8: Körpergewicht nach sozialem Status - Angaben in %**



Im Vergleich der drei größten Herkunftsgruppen wiesen die deutschen Kinder mit 6,8 % das geringste Übergewicht (inklusive Adipositas) auf. Den höchsten Anteil beim Übergewicht hatten die Kinder aus sonstigen Staaten mit 13,2 % vor den osteuropäischen Kindern mit 8,8 %.

### Motorische und kognitive Entwicklung

Bei allen S-ENS- Tests zur motorischen und kognitiven Entwicklung wurden bessere Ergebnisse als im Vorjahr erzielt. Unauffällig und damit altersgemäß dem normalen Entwicklungsstand entsprachen 73,1 % der Kinder in der Körperkoordination, 73,4 % der Kinder in der Visuomotorik und 70,3 % der Kinder in der visuellen Wahrnehmung. Beim SOPESS - Untertest „Mengenvorwissen“ erreichten 68,4 % der Kinder unauffällige Ergebnisse.

Wie auch bei vergangenen Einschulungsuntersuchungen wiesen die Jungen bei allen drei S-ENS-Tests sowie beim Test „Mengenvorwissen“ schlechtere Ergebnisse als die Mädchen auf, ebenso die Kinder aus sozial benachteiligten Familien.

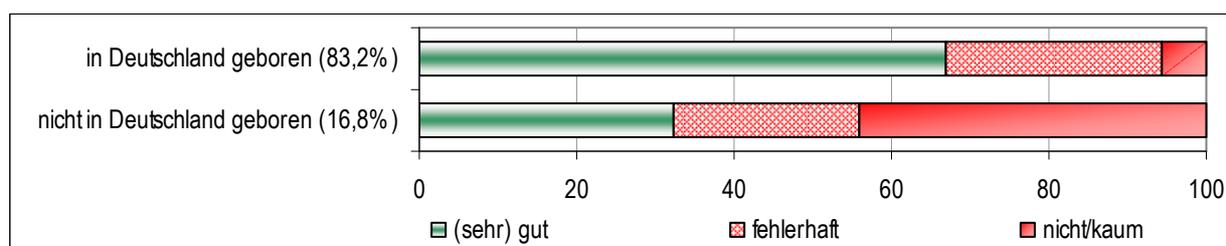
Die Kinder mit Migrationshintergrund erzielten beim Test „Körperkoordination“ bessere, bei den anderen Tests schlechtere Ergebnisse als die Kinder deutscher Herkunft.

### Deutsche Sprachkenntnisse und Sprachfähigkeit

Eine wesentliche Voraussetzung für einen erfolgreichen Schulstart ist die Beherrschung der deutschen Sprache, die an Hand der Tests zur Sprachfähigkeit und der Einschätzung der deutschen Sprachkenntnisse von Kindern nichtdeutscher Herkunft beurteilt wird. Gut ein Fünftel aller Einschüler/innen wiesen zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchungen Sprachdefizite auf.

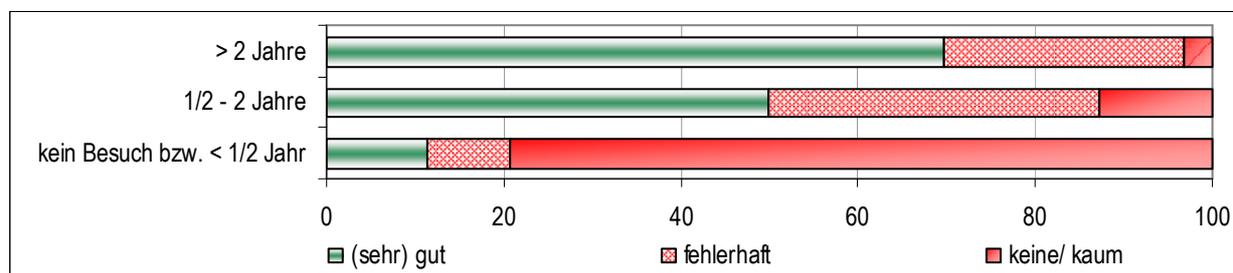
Die deutschen Sprachkenntnisse schätzen die Ärztinnen und Ärzte an Hand der „Berliner Sprachskala“ ein. Die Kinder nichtdeutscher Herkunft konnten sich nur zu 61,0 % gut bis sehr gut in deutscher Sprache verständigen. Auffällig ist nach wie vor, dass es viele Kinder gibt, die in Deutschland geboren sind und nicht ausreichend gut deutsch sprechen.

**Abbildung 9: Deutschkenntnisse von Kindern nichtdeutscher Herkunft - Angaben in %**



Erklärungen dafür könnten der Kita-Besuch und die Alltagssprache im häuslichen Umfeld geben. Von den begleitenden Eltern z.B. sprachen nur gut ein Drittel der Mütter und knapp ein Drittel der Väter gut bis sehr gut deutsch. Auf den positiven Effekt eines längeren Kita-Besuchs weist folgende Abbildung hin.

**Abbildung 10: Deutschkenntnisse von Kindern nichtdeutscher Herkunft nach Kita-Besuchsdauer - Angaben in %**

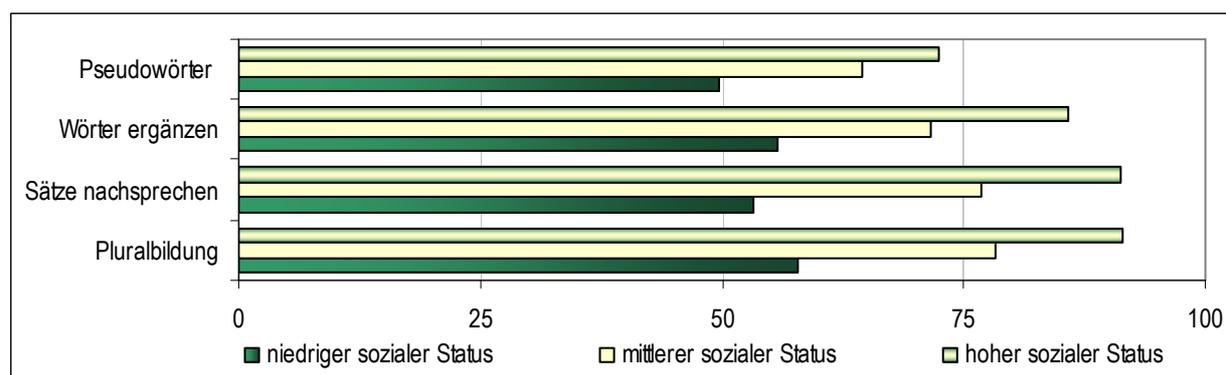


Nur die Ergebnisse der Kinder mit guten bis sehr guten Deutschkenntnissen werden bei der Auswertung der vier Sprachtests berücksichtigt. Unauffällige Ergebnisse hatten 63,4 % der Kinder beim Subtest „Pseudowörter nachsprechen“, 72,4 % bei „Wörter ergänzen“, 75,7 % bei „Sätze nachsprechen“, 74,4 % bei der Artikulation (keine Artikulationsfehler) und 77,3 % beim Test „Pluralbildung“.

Im Vergleich der drei größten Herkunftsgruppen (Deutschland, Osteuropa, sonstige Staaten) hatten insbesondere bei den Tests „Pluralbildung“ und „Sätze nachsprechen“ die Kinder nichtdeutscher Herkunft Probleme. Nur gut ein Drittel der Kinder aus den sonstigen Staaten erzielten z.B. bei der „Pluralbildung“ unauffällige Ergebnisse. Beim „Pseudowörter nachsprechen“ erreichten allerdings die deutschen Kinder schlechtere Ergebnisse.

Bei allen Sprachtests waren die Unterschiede zwischen den Kindern der niedrigen, mittleren und hohen sozialen Statusgruppe gravierend. Im Durchschnitt erzielten nur gut die Hälfte der Kinder der unteren sozialen Statusgruppe unauffällige Testergebnisse.

**Abbildung 11: Unauffällige Ergebnisse bei den Tests zur Sprachentwicklung nach Sozialstatus - Angaben in %**



## Förderbedarf

Im Ergebnis der Untersuchungen und Tests stellten die Ärztinnen und Ärzte folgenden Förderbedarf fest:

- Für 128 Kinder (5,9 %) wurden Antragsempfehlungen für einen sonderpädagogischen Förderbedarf, teilweise mit mehreren Förderschwerpunkten ausgesprochen. Bei diesen Kindern lagen schwere Beeinträchtigungen des Sehens und Hörens, der Sprache, der körperlich-motorischen, geistigen sowie emotionalen/sozialen Entwicklung vor. Der größte Förderbedarf ist wieder im Bereich Sprache zu verzeichnen.
- Der Anteil der Kinder, die eine schulische Förderempfehlung erhielten, liegt seit Jahren im Berlinmaßstab relativ hoch, 2013 bei 35,7 %. Die meisten Förderempfehlungen wurden für den Bereich Sprache (18,1 % aller untersuchten Kinder) ausgesprochen. Weitere Schwerpunkte sind Visuomotorik (15,2 %), emotional-soziale Entwicklung (15,1 %), visuelle Wahrnehmung (12,9 %), körperlich-motorische Entwicklung (10,7 %) sowie Lernen (3,7 %). Bei 123 Kindern (5,7 %) wurde in vier und mehr Schwerpunkten ein Förderbedarf festgestellt.

## 8 Risikoverhalten

### Fernsehkonzum

Nach Angaben der Eltern sahen 4,7 % der Kinder nie und 62,0 % der Kinder weniger als eine Stunde am Tag fern, 31,8 % der Kinder verbrachten ein bis drei Stunden und 1,5 % mehr als drei Stunden am Tag vor dem Fernseher. Über einen eigenen Fernseher verfügten 16,0 % der Kinder, die einen erhöhten Fernsehkonsum aufwiesen und eine unkontrollierte Auswahl der Fernseh Inhalte

vermuten lässt. Dabei war der Anteil der Kinder nichtdeutscher Herkunft mit eigenem Fernseher höher als der der deutschen Kinder.

Der Fernsehkonsum der Kinder stieg mit Zunahme der sozialen Problemlagen. So betrug der Anteil der Kinder, die über eine Stunde täglich fernsehen<sup>3</sup>, mit hohem Sozialstatus 12,3 % und niedrigem Sozialstatus 54,9 %. Dabei verfügten 26,7 % der Kinder mit niedrigem Sozialstatus über einen eigenen Fernseher, dagegen nur 2,7 % der Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus.

**Abbildung 12: Fernsehkonsum der Kinder nach sozialem Status - Angaben in %**

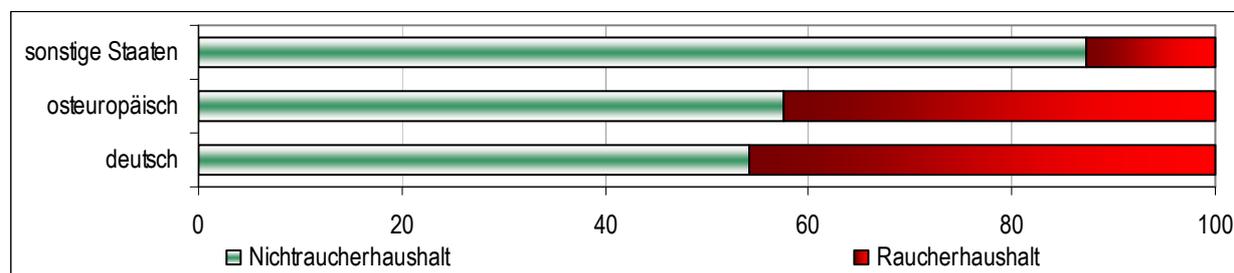
### Rauchverhalten in der Familie

In Nichtraucherhaushalten lebten nur 57,5 % Einschüler/innen. Bei 30,7 % der Kinder rauchte ein Familienmitglied, bei 11,8 % rauchten zwei und mehr Personen.

Je geringer der soziale Status ist, desto häufiger waren die Kinder einer Tabakexposition ausgesetzt. Während in zwei Dritteln der Haushalte mit niedrigem Sozialstatus geraucht wurde, betraf das nur 18,0 % der Familien mit hohem Sozialstatus.

Am wenigsten wurde in den Familien aus den „sonstigen Staaten“ geraucht (12,8 %). In den zwei größten Herkunftsgruppen (deutsch, osteuropäisch) war der Anteil der Raucherhaushalte annähernd gleich groß.

**Abbildung 13: Raucherhaushalte nach Herkunftsgruppen - Angaben in %**



<sup>3</sup> Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung empfiehlt für über 5-jährige Kinder am Tag maximal eine Stunde Fernseh- bzw. Computernutzung.

## **9 Problemlagen in den Stadtteilen**

Die Untersuchungsergebnisse weisen auf eine starke Korrelation zwischen der gesundheitlichen Entwicklung der Kinder und der sozialen Situation der Familien und deren Umfeld hin. So belegen auch die Einschulungsuntersuchungen 2013, dass in Gebieten, in denen verstärkt sozial benachteiligte Familien und wenige Familien mit hohem Sozialstatus vertreten sind, besonders viele Einschulungskinder mit gesundheitsrelevanten Defiziten aufwachsen.

Die kleinräumigen Auswertungen auf der Basis der Stadtteile (Bezirksregionen) ermöglichen Rückschlüsse auf eventuell notwendigen Interventionsbedarf. Das betrifft vor allem die Stadtteile Neu-Hohenschönhausen Süd, Friedrichsfelde Nord, Fennpfuhl, Neu-Hohenschönhausen Nord und Friedrichsfelde Süd.

In der folgenden Tabelle werden ausgewählte Problemlagen im Vergleich aller Stadtteile dargestellt. Liegen den Auswertungsergebnissen zu kleine Fallzahlen (unter 3 Kinder) zu Grunde, werden die Werte nicht angezeigt.

Tabelle 2: Ausgewählte Problemlagen in den Lichtenberger Stadtteilen - Angaben in %

ESU 2013	Zähne- sanierungs- bedürftig	Überge- wicht (inkl. Adipositas)	U1 bis U8 unvollstän- dig	Entwicklungsscreening (S-ENS, SOPESS) - auffällige Ergebnisse								Sonderpä- dagogischer Förderbedarf	Schulische Förder- empfehlung
				Körperkoor- dination	Visuo- motorik	Visuelle Wahrneh- mung	Mengenvor- wissen	Pseudo- wörter nach- sprechen	Wörter ergänzen	Sätze nachspre- chen	Plural- bildung		
<b>LICHTENBERG GESAMT</b>	12,0	8,0	16,0	12,9	14,1	14,5	10,1	12,8	10,4	12,7	8,9	5,9	35,7
Malchow, Wartenberg, Falken- berg	9,3	6,5	16,3	13,0	8,7	8,7	./.	15,2	./.	./.	-	-	30,4
Neu-Hohenschönhausen Nord	16,2	7,9	18,8	16,1	14,7	19,8	11,6	12,8	15,1	19,6	11,7	9,9	43,9
Neu-Hohenschönhausen Süd	21,7	9,9	19,3	22,2	21,2	23,4	13,3	19,1	15,4	20,1	11,0	10,9	47,1
Alt-Hohenschönhausen Nord	10,3	5,1	16,4	9,1	15,2	20,5	10,4	16,2	7,5	11,8	7,4	8,9	34,2
Alt-Hohenschönhausen Süd	10,3	6,4	10,5	6,5	8,0	10,9	11,7	14,3	12,0	9,5	10,7	2,6	20,8
Fennpfuhl	16,3	9,4	23,7	12,3	17,6	14,7	15,7	15,4	15,2	17,5	20,5	6,9	39,2
Alt-Lichtenberg	13,5	9,9	15,8	9,3	13,5	17,8	8,0	7,7	4,2	4,9	2,1	1,8	33,7
Frankfurter Allee Süd	11,3	11,3	19,2	11,3	20,0	18,8	7,5	14,5	6,3	12,7	./.	./.	43,8
Neu-Lichtenberg	8,7	4,8	14,3	12,2	11,3	12,2	7,5	11,2	8,4	11,2	7,4	5,6	28,4
Friedrichsfelde Nord	12,9	13,8	24,0	18,7	23,7	18,3	15,7	12,3	16,2	24,3	6,2	4,2	46,3
Friedrichsfelde Süd	10,5	13,6	15,2	21,3	17,9	9,9	9,3	16,1	12,6	16,0	8,9	9,3	54,3
Rummelsburger Bucht	./.	./.	14,0	./.	7,3	10,9	./.	7,4	./.	./.	7,4	./.	12,7
Karlshorst	2,0	3,2	8,4	5,8	6,5	3,2	4,5	4,9	2,0	3,7	1,2	2,8	23,9

- Die hellgrau hinterlegten Werte liegen über dem Bezirksdurchschnitt, d.h., in diesen Stadtteilen erreichten die Kinder schlechtere Ergebnisse.
- Die dunkelgrau hinterlegten Werte in weißer Schrift weisen auf besonders auffällige Ergebnisse hin.

## 10 Anhang

### Glossar

#### **Berliner Sprachskala/ Deutsche Sprachkenntnisse**

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

Stufe 1: Keine Verständigung in deutscher Sprache

Stufe 2: Gewisser Wortschatz ohne Grammatik - Anwendung

Stufe 3: Ausreichenden Wortschatz, flüssige Verständigung in Deutsch, noch viele grammatische Fehler

Stufe 4: Altersgemäßer deutscher Wortschatz und gute Kenntnisse der deutschen Grammatik

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

#### **Herkunftsgruppen**

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

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

#### **Körpergewicht**

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

#### **S-ENS**

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

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

### **SOPESS**

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

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

### **Sozialer Status**

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

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

### **Sprachdefizite**

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

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

## **Gesetzliche Grundlagen**

### **Schulgesetz für das Land Berlin § 55a: Aufnahme in die Grundschule**

(5) Die Erziehungsberechtigten sind verpflichtet, ihre Kinder vor Aufnahme in die Schule schulärztlich untersuchen zu lassen.

### **Grundschulverordnung § 5: Schulärztliche Eingangsuntersuchung**

(1) Spätestens eine Woche nach dem letzten Tag des Anmeldezeitraumes meldet die zuständige Schule alle schulpflichtig werdenden Kinder sowie jene, die auf Antrag ihrer Erziehungsberechtigten vorzeitig in die Schule aufgenommen werden sollen, dem Gesundheitsamt. Die Schule beachtet dabei, dass sich die Reihenfolge der Untersuchung am Alter der Kinder orientiert. Die ältesten Kinder sollen zuerst, die jüngeren zuletzt untersucht werden. Das Mindestalter der vom Gesundheitsamt untersuchten Kinder beträgt 5 Jahre.

(2) Die Schule berücksichtigt die schulärztliche Stellungnahme und die Empfehlungen für die Gestaltung des Schulbesuchs, soweit sie durch den gesundheitlichen Zustand des Kindes begründet sind. Sie nutzt die medizinische Einschätzung von Merkmalen wie Wahrnehmung, Motorik, Sprachentwicklung und psychosozialem Verhalten zur Vorbereitung eines individuell förderlichen Lernumfeldes.

(3) Liegt das Einverständnis der Erziehungsberechtigten vor, informiert die Klassenlehrerin oder der Klassenlehrer in den Fällen, in denen die schulärztliche Stellungnahme einen entsprechenden Wunsch aufweist, am Ende des ersten Schulhalbjahres das Gesundheitsamt, ob und inwieweit sich die schulärztlichen Feststellungen bestätigt haben; die Lehrkraft verwendet hierfür die ihr vom Gesundheitsamt vorgelegten Muster.

## **Quellenangaben**

- Bezirksamt Lichtenberg, Abteilung Familie, Jugend und Gesundheit, Qualitätsentwicklung, Planung und Koordinierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes: Auswertungen der Einschulungsuntersuchungen 2009 bis 2012
- BZgA (2006): Broschüre „Tut Kindern gut! Ernährung, Bewegung, Entspannung“
- Döpfner, M., Dietmair, I., Mersmann, H., Simon, K. & Trost-Brinkhues, G. (2005). S-ENS – Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen. Göttingen: Hogrefe.
- Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz -GDG), 25.05.2006, zuletzt geändert 27.10.2011
- Landesamt für Gesundheit und Soziales: Epi-Info Wochenbericht Berlin Nr. 31/2013, 09.08.2013
- Petermann, F., Daseking, M., Oldenhage, M. & Simon, K. (2009). Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen – SOPESS. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- Schulgesetz für das Land Berlin (Schulgesetz - SchulG) vom 26.01.2004, zuletzt geändert 07.02.2014
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz: ESU-Dokumentation 2013/ Daten Lichtenberg
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (2010): Sozialstruktur und Kindergesundheit (Einschulungsuntersuchungen 2007/2008)

- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (2013): Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2012
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz: Vierte Landesgesundheitskonferenz Berlin 2007
- Verordnung über den Bildungsgang der Grundschule (Grundschulverordnung - GsVO) vom 19.1.2005, zuletzt geändert 21.1.2014

### **Impressum**

Herausgeber: Bezirksamt Lichtenberg von Berlin  
Abteilung Jugend und Gesundheit  
OE Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination  
des öffentlichen Gesundheitsdienstes  
Alfred - Kowalke - Str. 24, 10315 Berlin

Redaktion: Renate Laube  
Dr. Sandra Born

April 2014