

# **Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen des Einschulungsjahrganges 2017/18 im Bezirk Steglitz-Zehlendorf**

Dr. I. Borchard und Dr. G. M. Brouwer  
(KJGD Steglitz-Zehlendorf)

## **1. Einführung**

Alle Kinder mit Wohnsitz in Berlin, die bis zum 30. September eines Jahres das 6. Lebensjahr vollenden, werden nach dem Schulgesetz des Landes Berlin zu Beginn des Schuljahres am 1. August schulpflichtig. Auf Antrag der Erziehungsberechtigten können Kinder, die in der Zeit vom 1. Oktober bis 31. März des folgenden Kalenderjahres das sechste Lebensjahr vollenden, zu Beginn des Schuljahres in die Schule aufgenommen werden, wenn kein Sprachförderbedarf besteht. Mit der Aufnahme in die Schule beginnt auch für diese Kinder die Schulpflicht.

Sowohl für die schulpflichtigen Kinder als auch für die „Antragskinder“ erfolgt nach § 55 a (6) des Berliner Schulgesetzes die Einschulungsuntersuchung (ESU) durch die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Gesundheitsämter des zuständigen Bezirks.

Zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung müssen die Kinder mindestens fünf Jahre alt sein. Die älteren Kinder sollten zu Beginn, die jüngeren Kinder am Ende des Untersuchungszeitraums untersucht werden.

Die Einschulungsuntersuchungen werden in allen Berliner Bezirken einheitlich durchgeführt und dokumentiert. Im Bezirk Steglitz-Zehlendorf werden sie für 34 Grundschulen vorgenommen.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung werden zunächst anhand eines Fragebogens Angaben zur Person, zu Erkrankungen und zur Entwicklung und Betreuung des Kindes sowie freiwillige Angaben zum Lebensumfeld erhoben. Das Vorsorgeheft wird eingesehen, um die Vollständigkeit der Untersuchungen zu überprüfen und um festzustellen, ob bereits Auffälligkeiten diagnostiziert und dokumentiert wurden. Der Impfstatus der Kinder wird auf Grundlage des Infektionsschutzgesetzes anhand des vorgelegten Impfausweises überprüft. Die Daten zum Impfstatus werden von der Senatsverwaltung an das Robert Koch-Institut übermittelt.

Weiterhin wird auf freiwilliger Basis der SDQ-Fragebogen (Strengths and Difficulties Questionnaire), ein in deutscher oder englischer Version verfügbarer Fragebogen zur psychosozialen Entwicklung, von den Eltern ausgefüllt und durch die Ärztin bzw. den Arzt ausgewertet.

Das Screeningverfahren mit Hilfe des SDQ-Fragebogens, 1997 von Goodman et al. in England entwickelt und validiert, soll die sozial-emotionalen Kompetenzen des Kindes mittels eines Elternfragebogens beurteilen, um Problemlagen grob zu identifizieren.<sup>1</sup> Der Fragebogen umfasst 25 Fragen, die den Subskalen „emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsprobleme“, „Probleme mit Gleichaltrigen“ und „prosoziales Verhalten“ zugeordnet sind. Aufgrund dieser zusätzlichen Informationen kann dann mit den Eltern geklärt werden, ob der Verdacht auf eine psychische Auffälligkeit besteht und daher eine weitergehende Diagnostik empfohlen wird oder ob evtl. das Kind schon entsprechend behandelt wird. Die Angaben ergänzen

---

<sup>1</sup> Goodman, Robert. 1997. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. Journal of Child Psychology and Psychiatry 38: 581-586.

die standardisierte Untersuchung im Bezirk Steglitz-Zehlendorf. Sie sind hilfreich für die Beurteilung der sozial-emotionalen Entwicklung der Kinder.

Zu Beginn der Untersuchung misst die medizinische Fachangestellte die Körperlänge und das Körpergewicht des Kindes. Daraus wird der Body mass index (BMI – ein Maß zur Berechnung von Über-, Normal- und Untergewicht) errechnet. Die Körperlänge ist wichtig für die Empfehlung der Stuhlgröße. Zudem wird ein Seh- und Hörtest durchgeführt. Gutes Sehen und Hören sind wichtige Voraussetzungen für einen erfolgreichen Schulbesuch. Bei Auffälligkeiten erfolgt die Empfehlung einer weiteren Untersuchung beim entsprechenden Facharzt.

Der Hauptteil der Einschulungsuntersuchung soll den Entwicklungsstand in schulrelevanten Teilleistungsbereichen durch die standardisierten Screeninginstrumente S-ENS<sup>2</sup> (Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen) und SOPESS<sup>3</sup> (sozialpädiatrisches Screening für Schuleingangsuntersuchungen) erfassen. Hierbei werden die Bereiche Körperkoordination, Visuomotorik, visuelle Wahrnehmung und Informationsverarbeitung, Sprachkompetenzen einschließlich auditiver Wahrnehmung und Informationsverarbeitung und Artikulation sowie das Zahlen- und Mengenvorwissen überprüft.

Am Ende der Untersuchung wird beurteilt, ob die für einen Schulerfolg erforderlichen Fähigkeiten vorhanden sind und in welchen Bereichen ggf. schulische Unterstützung in Form von schulischer Förderung oder ein sonderpädagogischer Förderbedarf zu empfehlen sind. Die Schule erhält vom KJGD Rückmeldung zur Entwicklung der Kinder in schulrelevanten Bereichen.

Das schulärztliche Gutachten sowie die Empfehlungen unter Berücksichtigung der medizinischen Einschätzung von Merkmalen wie visuelle Wahrnehmung, Visuomotorik, Koordination/ Grobmotorik, Sprache/Sprechen und emotional-soziale Entwicklung sollen dazu beitragen, ein individuell förderliches Lernumfeld für den Schüler bzw. die Schülerin in der Schule zu schaffen.

Nach Änderungen des Berliner Schulgesetzes (§ 42 (3)) im Januar 2010 ist unter bestimmten Voraussetzungen die Zurückstellung von der Schulbesuchspflicht möglich. Schulpflichtige Kinder, deren Entwicklungsstand eine bessere Förderung in einer Einrichtung der Jugendhilfe erwarten lässt, können auf Antrag der Erziehungsberechtigten bei der Schulaufsicht für ein Jahr von der Schulbesuchspflicht befreit werden. Eine gutachterliche Stellungnahme vom Schularzt / von der Schularztin oder des schulpsychologischen Dienstes muss zusätzlich zu einem Gutachten der Kita und der Zusage eines Kitaplatzes für ein weiteres Jahr vorliegen. Die Kinder müssen in diesem Fall eine Einrichtung der Jugendhilfe besuchen (in der Regel eine Kita). Dort soll eine angemessene Förderung erfolgen, um die Entwicklungsdefizite zu kompensieren. Diese werden eventuell ergänzt durch weitere Förder- und Therapieangebote außerhalb der Kita. Nach Beginn des Schulbesuchs ist eine Zurückstellung nicht mehr möglich.

---

<sup>2</sup> Döpfner, Manfred et al., 2005. S-ENS Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen. Göttingen: Hogrefe.

<sup>3</sup> Daseking, Monika et al., 2009. Entwicklung und Normierung des Einschulungsscreenings SOPESS, Gesundheitswesen 71: 648-655.

## **2. Methodischer Ansatz**

Die Senatsverwaltung stellt ein Eingabeprogramm zur Verfügung. In diesen elektronischen Dokumentationsbogen werden alle erhobenen Daten und Befunde eingegeben. Folgende Parameter werden pseudonymisiert erfasst: Wohnort, Geburtsmonat und -jahr, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Herkunft, Dauer des Kita-/Einrichtungsbesuchs, Lebensmittelpunkt des Kindes, Schulabschluss der Eltern, berufliche Ausbildung der Eltern, Erwerbstätigkeit der Eltern, Anzahl der Personen und der Raucher im Haushalt, Konsum elektronischer Medien, Geburtsgewicht, Impfstatus, Vorsorgestatus, Körpergröße, Körpergewicht, Body Mass Index (BMI), Zustand des Gebisses, Sehen (Brille, Visus, Stereo-/Farbsehen), Hören (Audiometrie), Verständigung in Deutsch (Eltern/Kind), die Ergebnisse der Entwicklungsdiagnostik (S-ENS und SOPESS) mit Beurteilung durch den Untersuchenden, Empfehlung schulischer Förderung, sonderpädagogischer Förderbedarf.

Die Daten aller Berliner Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD) werden ohne Namensnennung elektronisch an die Senatsverwaltung übermittelt und zentral ausgewertet. Auf Bezirksebene kann eine weitergehende Analyse unterstützt durch ein zur Verfügung gestelltes Auswertungsmodul erfolgen. Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse beruhen auf dieser Auswertung.

Die Datenanalyse erfolgte sowohl für den Gesamtbezirk Steglitz-Zehlendorf als auch stratifiziert nach „Lebensweltlich orientierten Räumen“ (LOR), sozialem Status sowie Migrationshintergrund und Herkunft. Hierdurch können die Ergebnisse differenziert dargestellt und mögliche Problembereiche identifiziert werden.

Die Ergebnisse beziehen sich immer auf die zu den einzelnen Parametern verfügbaren Daten.

### Sozialer Status

Der soziale Status wird aus den (freiwilligen) Angaben der Erziehungsberechtigten zu Schulbildung, Berufsausbildung und Erwerbsstatus gebildet, die einem Punktesystem zugeordnet sind (siehe Tabelle 1). Die Punkte beider Elternteile werden addiert. Gibt es nur Angaben zu einem Elternteil, werden die Angaben des vorhandenen Elternteils verdoppelt, wenn diese Angaben vollständig sind. Dabei entsprechen 0-8 Punkte der unteren sozialen Statusgruppe, 9-15 Punkte der mittleren sozialen Statusgruppe und 16-18 Punkte der oberen sozialen Statusgruppe

Schulbildung	Berufsbildung	Erwerbsstatus	Punkte
ohne Hauptschulabschluss	ohne Berufsausbildung	nicht erwerbstätig -finde keine Arbeit	0
Hauptschulabschluss	in Ausbildung/Studium	nicht erwerbstätig -habe andere Gründe	1
Mittlere Reife/mittlerer Schulabschluss (MSA)/ 10. Klasse	abgeschlossene Berufsausbildung/ Fachschulabschluss	Teilzeit	2
(Fach-) Hochschulreife	(Fach-) Hochschulabschluss	Vollzeit	3

**Tab. 1: Sozialstatus der Einschüler nach Punktesystem**

### Migrationshintergrund

Seit 2015 wird mit der neuen Definition der Herkunft einem Kind ein beidseitiger Migrationshintergrund zugeschrieben, wenn beide Eltern entweder nicht in Deutschland geboren sind und/oder eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen oder ein Elternteil nicht in Deutschland geboren wurde und das Kind selbst nicht in Deutschland geboren ist.

Für das Merkmal „nicht-deutsche Staatsangehörigkeit“ von Mutter und/oder Vater ist dabei in beiden Fällen unerheblich, ob der jeweilige Elternteil zusätzlich auch die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt oder nicht.

Ferner wird ein einseitiger Migrationshintergrund des Kindes definiert, wenn ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist und/oder eine nicht-deutsche Staatsangehörigkeit besitzt.

Hierbei ist zu beachten, dass einem nicht in Deutschland geborenen Kind nur dann ein einseitiger Migrationshintergrund zugeschrieben wird, wenn beide Eltern in Deutschland geboren sind und nur ein Elternteil eine nicht-deutsche Staatsangehörigkeit besitzt. In Fällen, in denen zusätzlich zum Kind auch ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist, wird gemäß der obigen Definition ein beidseitiger Migrationshintergrund zugewiesen.<sup>4</sup>

Die Zuordnung zu den Herkunftsgruppen (Deutschland, Türkei, arabische Länder, westliche Industriestaaten, ehemaliger Ostblock, sonstige Staaten) erfolgt aufgrund der Staatsangehörigkeitsangaben der Eltern.

### 3. Eckdaten

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen für das Schuljahr 2017/18 wurden insgesamt 2729 Kinder untersucht (Tabelle 2). 46 der 2729 Kinder kamen aus anderen Bezirken. Von den 2683 Kindern aus dem Bezirk Steglitz-Zehlendorf waren 2477 zwischen dem 1.10.2010 und dem 31.3.2012 geboren. Nur diese Kinder, also sowohl schulpflichtige Kinder als auch Antragskinder, jedoch ohne die Schüler der Vorschulklasse der John-F.-Kennedy Schule, wohnhaft in Steglitz-Zehlendorf, wurden in allen folgenden Analysen berücksichtigt. Das bedeutet, dass die Kinder, die im Vorjahr zurückgestellt wurden und die Kinder, die nicht in Steglitz-Zehlendorf wohnten, nicht in die Analyse einbezogen wurden. Damit unterscheidet sich die Grundgesamtheit der vorliegenden Datenanalyse für Steglitz-Zehlendorf von der Grundauswertung der Einschulungsdaten 2017 des Senats für Steglitz-Zehlendorf.<sup>5</sup>

Einschulungsuntersuchung 2017 für Schuljahr 2017/18			
untersuchte Kinder	2729		
wohnhaft Steglitz-Zehlendorf	2683		
Rücksteller aus dem Vorjahr	153		
geboren 1.10.2010 bis 30.9.2011	2332	Grundgesamtheit	2477
geboren 1.10.2011 bis 31.3.2012 (Antragskinder)	145		
Eingangsklasse John-F. Kennedy Schule	53		

**Tab. 2: Gesamtzahl der untersuchten Kinder**

<sup>4</sup> Einheitliche Erfassung des Migrationshintergrundes bei Einschulungsuntersuchungen - Modellprojekt der AG GPRS der AOLG – Abschlussbericht. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2013-1, <http://www.gsi-berlin.info> (aufgerufen am 25.9.2019).

<sup>5</sup> Bettge, Susanne/Oberwöhrmann, Sylke. 2017. Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin <https://www.berlin.de/sen/gesundheit/service/gesundheitsberichterstattung/> (aufgerufen am 25.9.2019).

Merkmale	absolut	%
Grundgesamtheit	2.477	
Alter		
Mittleres Alter (Median)	5 Jahre 6 Monate	
Altersspanne	5 bis 7 Jahre	
Geschlecht		
Jungen	1.309	52,8 %
Mädchen	1.168	47,2 %
Soziale Lage		
untere soziale Statusgruppe	150	6,6 %
mittlere soziale Statusgruppe	919	40,5 %
obere soziale Statusgruppe	1.198	52,8 %
Geburt in Deutschland		
ja	2.222	90,2 %
nein	242	9,8 %
Migrationshintergrund		
nein	1.475	59,9 %
ja, einseitig	428	17,4 %
ja, beidseitig	558	22,7 %
Herkunft		
deutsch	1.475	59,9 %
türkisch	79	3,2 %
arabisch	118	4,8 %
osteuropäisch	370	15,0 %
aus westl. Industriestaaten	202	8,2 %
aus sonstigen Staaten	217	8,8 %
Aufenthaltsdauer des Kindes in D		
< 1 Jahr	62	2,5 %
1 bis < 2 Jahr	57	2,3 %
2 bis < 3 Jahre	45	1,8 %
3 bis < 4 Jahre	32	1,3 %
4 bis < 5 Jahre	26	1,1 %
5 Jahre und länger	20	0,8 %
seit Geburt in D	2.222	90,2 %
Migration/Deutschkenntnisse		
Kind deutscher Herkunft	1.475	60,6 %
MH, Kind und Eltern gute Deutschkenntnisse	633	26,0 %
MH, Kind oder Eltern unzureichende Deutschkenntnisse	145	6,0 %
MH, Kind und Eltern unzureichende Deutschkenntnisse	183	7,5 %

**Tab. 3: Beschreibung der Kinder der Einschulungsuntersuchung 2017 nach Alter, Geschlecht, sozialer Lage, Migrationshintergrund und anderen Parametern <sup>6</sup>**

<sup>6</sup> Siehe auch Tabelle 2, ESU 2017: Grundgesamtheit (n=2477): Kinder geboren 1.10.2010 bis 30.9.2011 (n=2332) und geboren 1.10.2011 bis 31.3.2012 (Antragskinder, ohne JFK Schule, n=145). Fehlende Angaben zu Sozialstatusindex in 8,5 % der Fälle (n=210), Geburt in Deutschland in 0,5 % der Fälle (n=13), Migrationshintergrund in 0,6 % der Fälle (n=16), Herkunft in 0,6 % der

In Steglitz-Zehlendorf haben 2017 8,5 % der Familien keine Angaben zur sozialen Statusgruppe gemacht. Von den übrigen Kindern gehörten 52,8 % der Kinder der oberen sozialen Statusgruppe an, 40,5 % der mittleren und 6,6 % der unteren sozialen Statusgruppe (entsprechend dem im Folgenden beschriebenen sozialen Statusindex)(auch Abb. 2).

59,9 % der Kinder waren deutscher Herkunft. 3,2 % der Einschüler/innen waren türkischer, 4,8 % arabischer und 15,0 % osteuropäischer Herkunft. Aus den westlichen Industrienationen kamen 8,2 % der Kinder, aus den übrigen Ländern 8,8 %.

### **3.1. Zeitverlauf**

Merkmal		2010	2014	2015	2016	2017	Berlin 2017
sozialer Status	untere soz. Statusgruppe	6,3	5,3	6,2	7,3	6,8	16,5
	mittlere soz. Statusgruppe	41,9	43,4	40,2	38,6	39,6	46,0
	hohe soz. Statusgruppe	51,8	51,3	53,5	54,1	53,7	37,4
Migrationshintergrund (MH)	kein MH			60,4	60,2	59,2	52,8
	einseitiger MH			18,0	17,2	17,7	16,3
	beidseitiger MH			21,6	22,6	23,1	30,9
Herkunft	deutsch	81,1	78,0	60,4	60,2	59,2	52,8
	türkisch	3,4	3,0	4,5	3,6	3,1	7,8
	arabisch	1,3	1,8	3,1	4,5	4,7	8,5
	osteuropäisch	5,6	8,3	15,0	14,0	14,9	16,1
	westliche Industriestaaten	4,7	4,1	8,4	8,1	8,9	6,1
	aus sonstigen Staaten	3,8	4,8	8,6	9,6	9,2	8,7

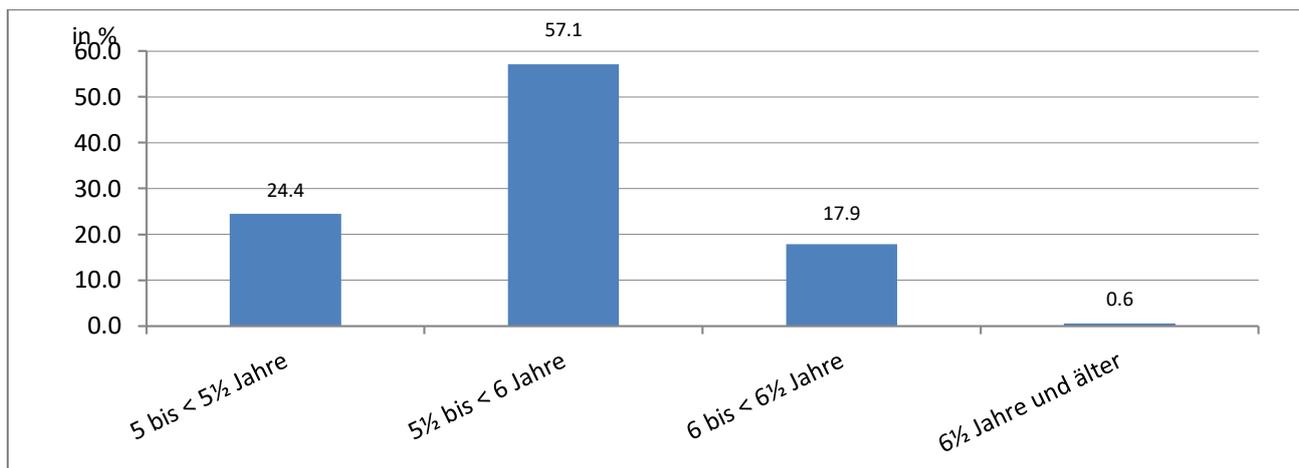
**Tab. 4: Zeitverlauf für sozialen Status, Migrationshintergrund und Herkunft bei der Einschulungsuntersuchung in Steglitz-Zehlendorf und im Vergleich zu Berlin 2017 in Prozent <sup>7</sup>**

Der sprunghafte Anstieg in der Zeitreihe von 2014 auf 2015 bei den Kindern nichtdeutscher Herkunft ist unter anderem auf die oben beschriebenen Änderungen der Definition des Migrationshintergrundes von 2015 zurückzuführen.

Fälle (n=16), Aufenthaltsdauer in 0,5 % der Fälle (n=13), Angaben zu den Kindern nichtdeutscher Herkunft beinhalten Kinder mit ein- und beidseitigem Migrationshintergrund.

<sup>7</sup> Um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten wurden für diese Tabelle nur die Daten der Grundausswertung der Einschulungsdaten 2017 des Senates verwendet. Diese unterscheiden sich geringfügig von dem Datensatz, der in den übrigen Auswertungen dieses Berichtes verwendet wird, siehe Eckdaten.

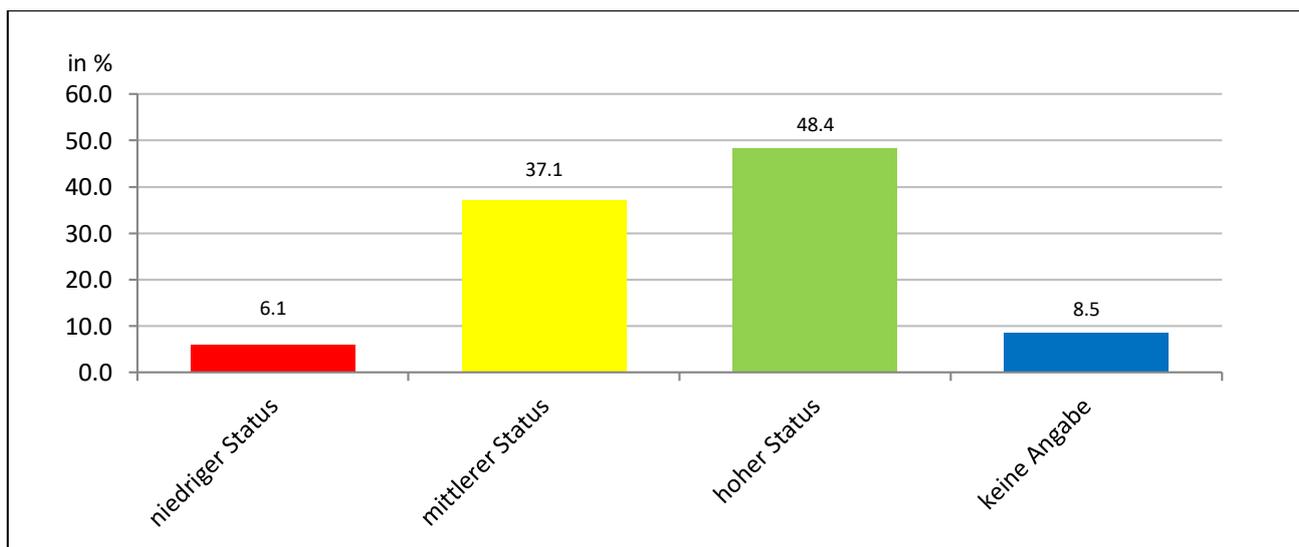
### 3.2 Alter bei der Einschulungsuntersuchung



**Abb. 1: Alter der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung**

Bei der Einschulungsuntersuchung sollen die Kinder mindestens 5 Jahre alt sein. Die meisten Kinder in Steglitz-Zehlendorf waren bei der Einschulungsuntersuchung zwischen 5,5 und 6 Jahren alt (57,1 %), 24,4 % waren zwischen 5 und 5,5 Jahren, 17,9 % zwischen 6 und 6,5 Jahren. 0,6 % der Kinder waren über 6,5 Jahre alt.

### 3.3 Soziale Statusgruppen



**Abb. 2: Soziale Statusgruppen in Steglitz-Zehlendorf**

Im Bezirk Steglitz-Zehlendorf sind die Sozialstatusgruppen sehr unterschiedlich verteilt. Zur oberen Sozialstatusgruppe gehören 48,4 % der Eltern, 37,1 % zur mittleren Sozialstatusgruppe und 6,1 % zur unteren Sozialstatusgruppe. 8,5 % der Eltern machten keine Angaben zum Sozialstatus. Bleiben die 8,5 % ohne Angabe unberücksichtigt, ergeben sich 6,6 % in der unteren sozialen Statusgruppe, 40,5 % in der mittleren sozialen Statusgruppe und 52,8 % in der oberen sozialen Statusgruppe (siehe Tabelle 3).

### 3.4 Migrationshintergrund und Herkunft

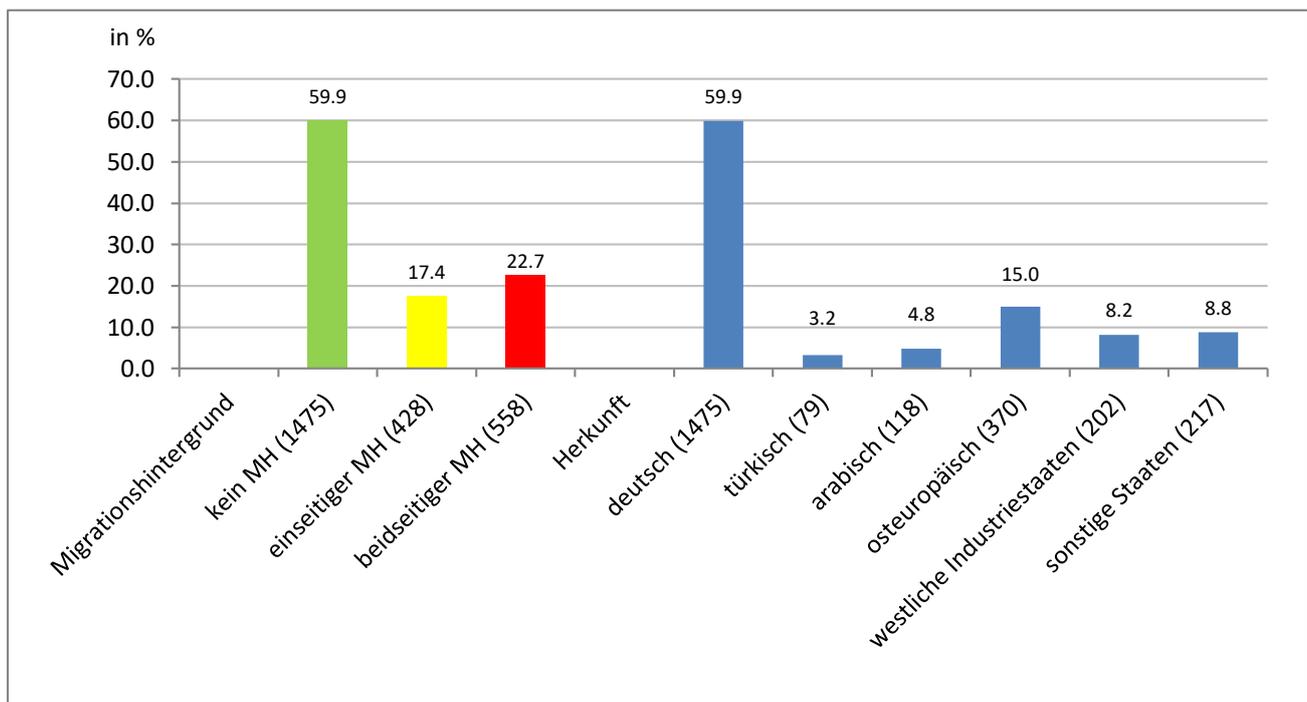


Abb. 3: Migrationshintergrund und Herkunft der untersuchten Kinder in Prozent <sup>8 9</sup>

In Steglitz-Zehlendorf hatten 59,9 % (1475) der Kinder keinen Migrationshintergrund, 17,4 % hatten einen einseitigen und 22,7 % einen beidseitigen Migrationshintergrund. Der größte Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund war mit 15,0 % den osteuropäischen Ländern zuzuordnen, 8,2 % den westlichen Industriestaaten, 4,8 % den arabischen Staaten, 3,2 % der Türkei und 8,8 % anderen Ländern.

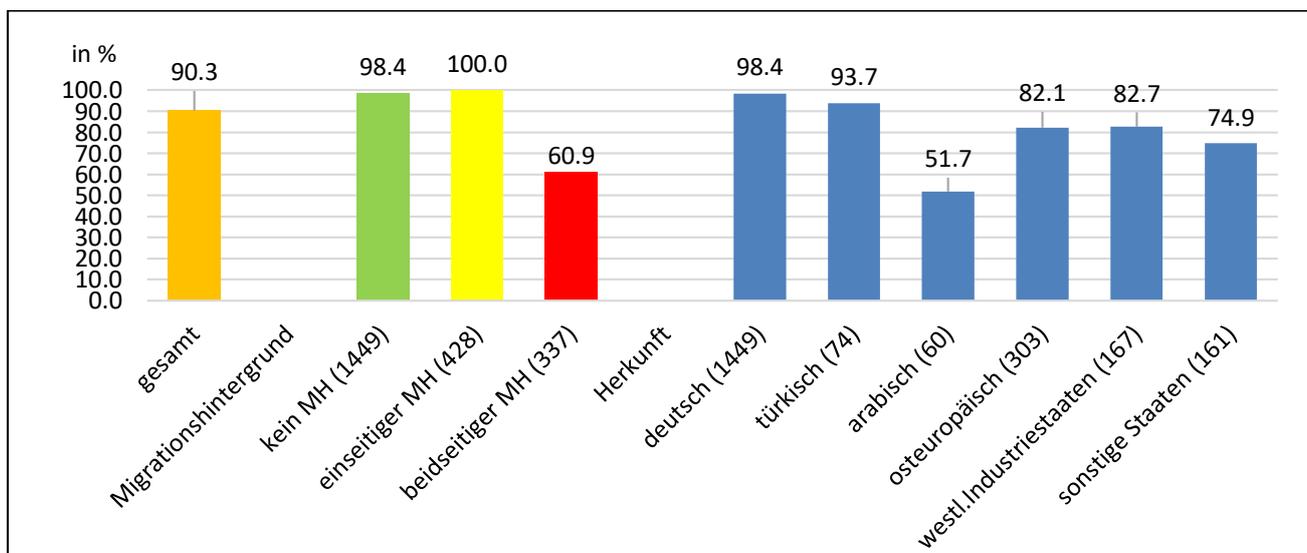


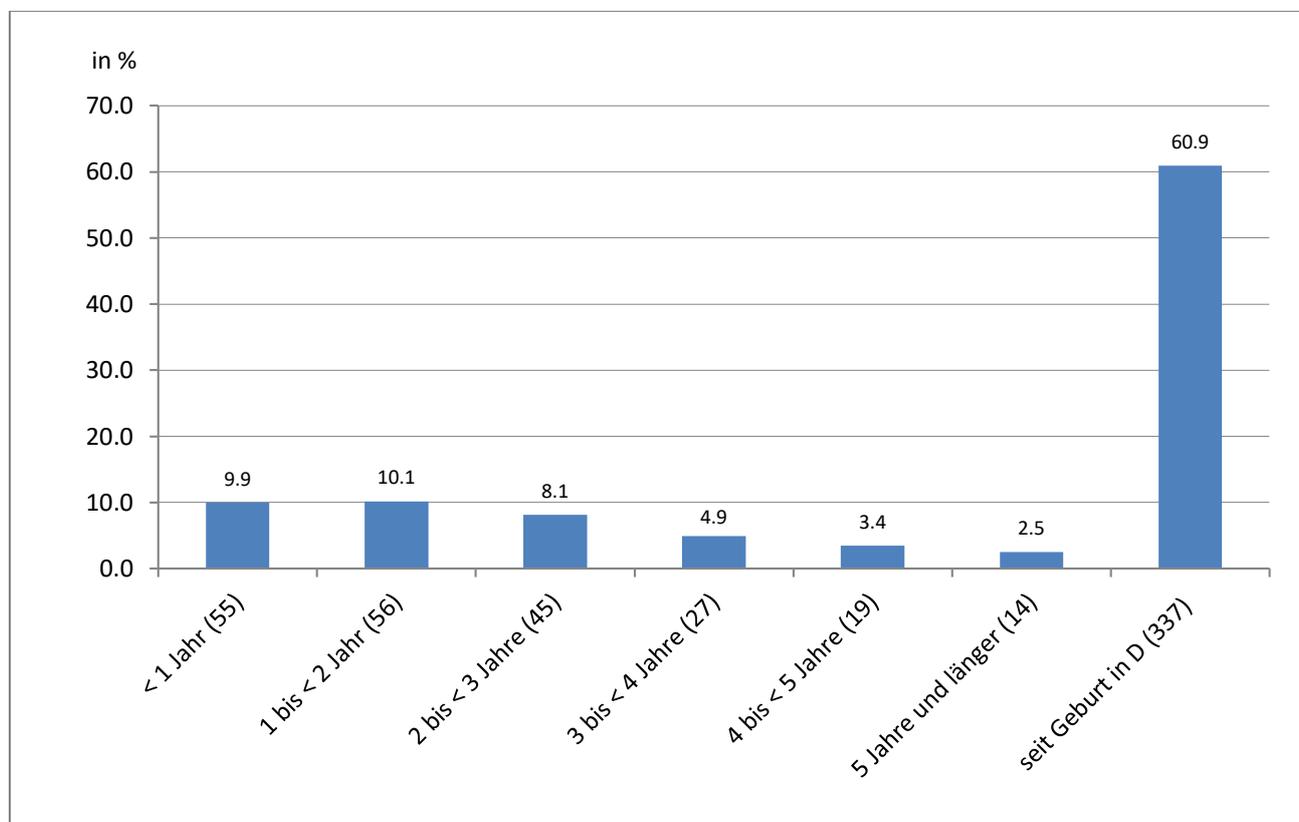
Abb. 4: Geburt in Deutschland nach Migrationshintergrund und Herkunft <sup>10</sup>

<sup>8</sup> Fehlende Angaben siehe Tabelle 3.

<sup>9</sup> In diesem und in den folgenden Diagrammen beziehen sich die Zahlen in den Klammern ( ) auf die absoluten Zahlen.

<sup>10</sup> Fehlende Angaben zu Migrationshintergrund und Geburt in Deutschland in 1 % der Fälle (n=24).

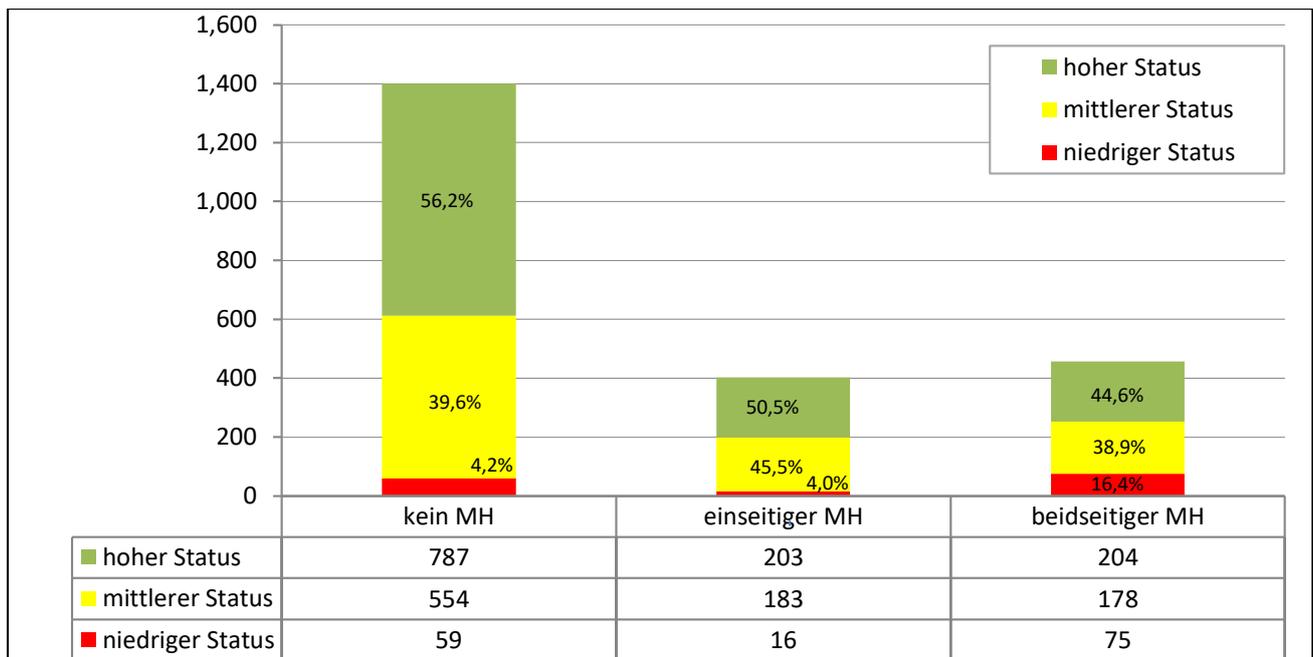
Der überwiegende Teil der Kinder ohne Migrationshintergrund (98,4 %) und alle Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund wurden in Deutschland geboren. Von den Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund wurden 60,9 % in Deutschland geboren. Dabei sind Kinder mit arabischer Herkunft mit 51,7 % am seltensten in Deutschland geboren. Kinder mit osteuropäischer Herkunft und aus westlichen Industriestaaten sind mit 82,1 % bzw. 82,7 % deutlich häufiger in Deutschland geboren. Kinder mit türkischer Herkunft sind mit 93,7 % sehr häufig in Deutschland geboren, fast genauso häufig wie Kinder deutscher Herkunft (98,4 %). Insgesamt sind 90,3 % der untersuchten Kinder in Deutschland geboren.



**Abb. 5: Dauer des Aufenthalts in Deutschland bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund** <sup>11</sup>

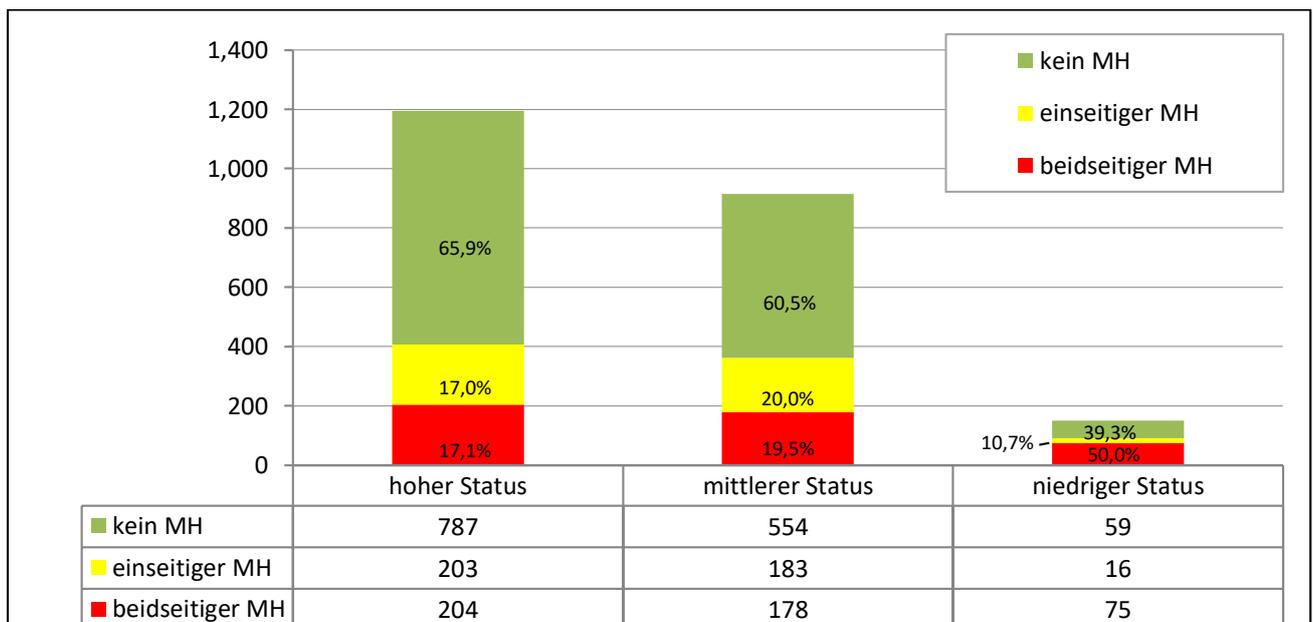
Bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund lebt der größte Teil zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung seit Geburt in Deutschland (60,9 %). Von den nicht in Deutschland geborenen Kindern leben die meisten Kinder weniger als 1 Jahr (55) bzw. 1 bis < 2 Jahre (56) in Deutschland (jeweils ca. 10 %). 45 Kinder (8,1 %) leben seit 2 bis < 3 Jahren, 27 Kinder (4,9 %) seit 3 bis < 4 Jahren, 19 (3,4 %) Kinder seit 4 bis < 5 Jahren und 14 Kinder (2,5 %) seit 5 Jahren und länger in Deutschland.

<sup>11</sup> Fehlende Angaben zu Dauer des Aufenthaltes in D in 1 % der Fälle (n=24).



**Abb. 6a: Migrationshintergrund und Sozialstatus** <sup>12</sup>

In der Gruppe der Kinder ohne Migrationshintergrund gehören mit 56,2 % die meisten Kinder zur oberen Sozialstatusgruppe, 39,6 % zur mittleren Sozialstatusgruppe und nur 4,2 % zur unteren Sozialstatusgruppe. Bei den Kindern mit einseitigem Migrationshintergrund gehören 50,5 % der oberen, 45,5 % der mittleren und 4,0 % der unteren Sozialstatusgruppe an. Beim beidseitigen Migrationshintergrund gehören 44,6 % der oberen, 38,9 % der mittleren und 16,4 % der unteren Sozialstatusgruppe an. Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund gehören häufiger der unteren sozialen Statusgruppe an als Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund.

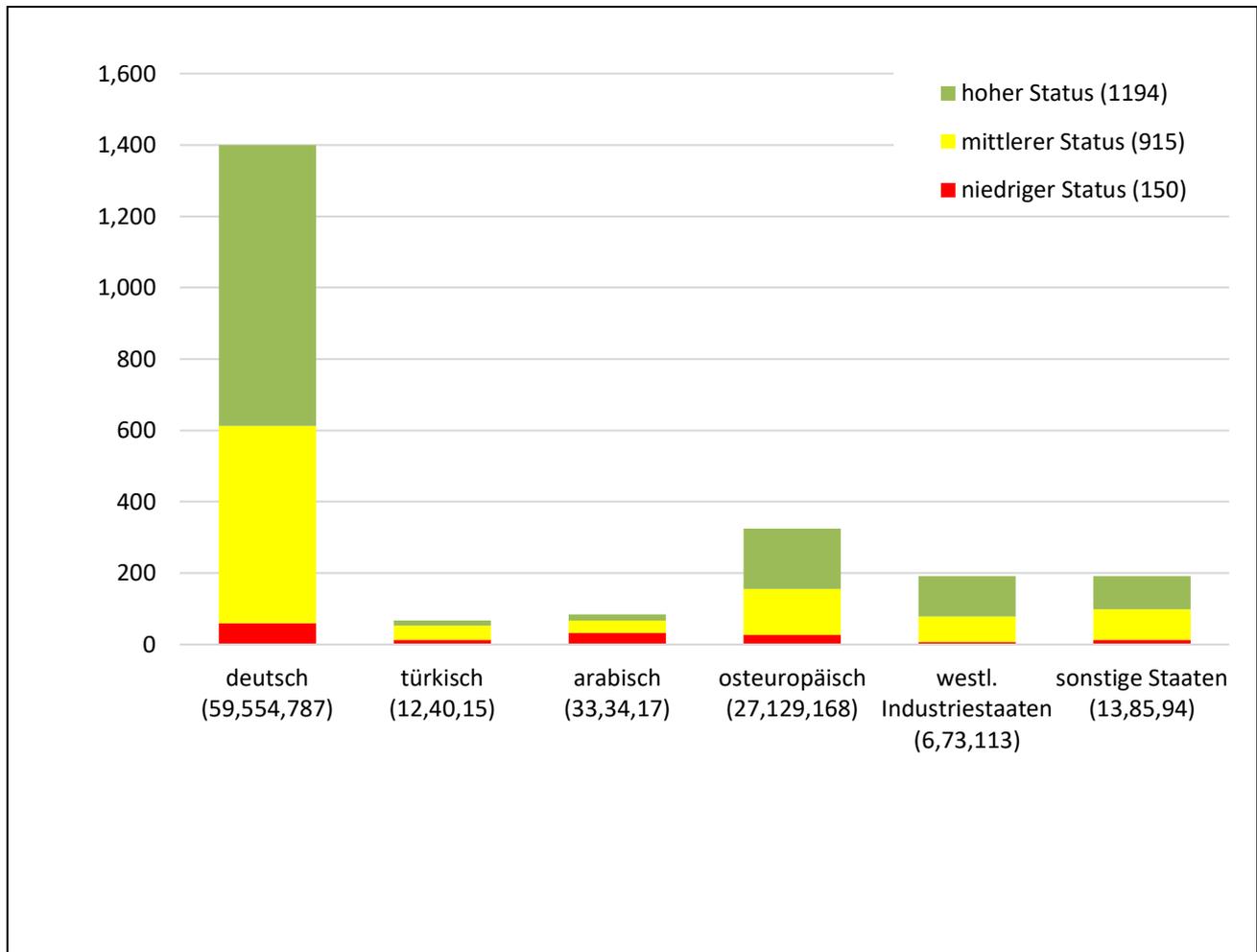


**Abb. 6b: Sozialstatus und Migrationshintergrund** <sup>13</sup>

<sup>12</sup> Fehlende Angaben zu Sozialstatus und Migrationshintergrund in 8,8 % der Fälle (n=218).

<sup>13</sup> In Abb. 6 a und b: Absolute Zahlen im Diagramm und Tabelle aufgeführt und in den Diagrammbalken als Prozent eingetragen.

Bei Kindern, die der oberen Sozialstatusgruppe zuzuordnen sind, haben 65,9 % keinen und jeweils 17 % einen einseitigen oder beidseitigen Migrationshintergrund. In der Gruppe der Kinder mit mittlerem Status haben 60,5 % der Kinder keinen und jeweils ca. 20 % einen einseitigen oder beidseitigen Migrationshintergrund. Bei den Kindern der unteren Sozialstatusgruppe haben 39,3 % keinen, 10,7 % einen einseitigen und 50 % einen beidseitigen Migrationshintergrund.

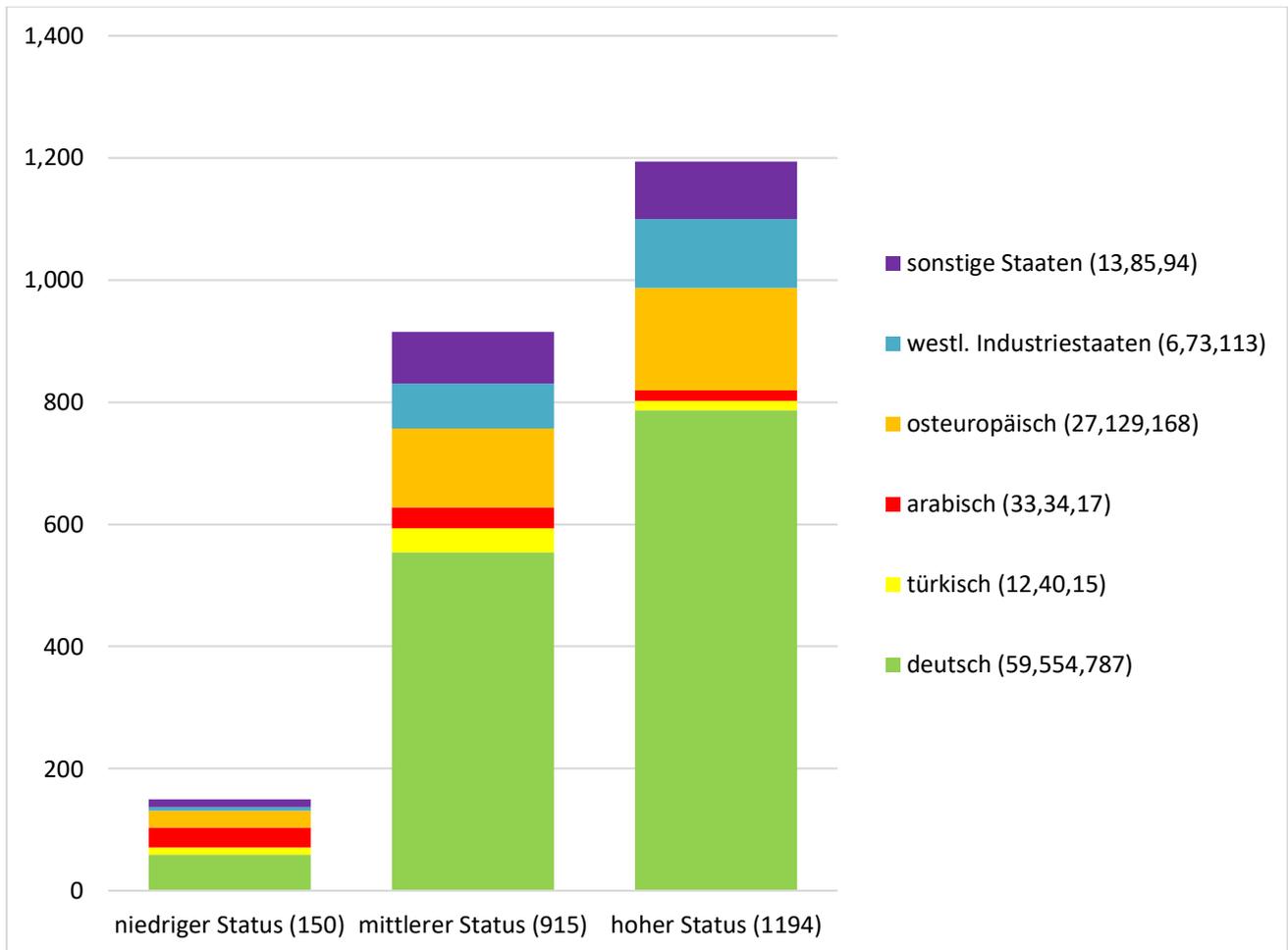


**Abb. 7a: Herkunft und sozialer Status** <sup>14</sup>

Zur Veranschaulichung werden die Herkunftsdaten in Abb.7b noch einmal nach Sozialstatus aufgeführt.

Von den untersuchten deutschen Kindern gehören 4,2 % der unteren, 39,6 % der mittleren und 56,2 % der oberen Sozialstatusgruppe an. Bei den türkischen Kindern gehören 17,9 % der unteren, 59,7 % der mittleren und 22,4 % der oberen Sozialstatusgruppe an. Von den arabischen Kindern gehören 39,3 % der unteren, 40,5 % der mittleren und 20,2 % der oberen Sozialstatusgruppe an. Zu beachten ist, dass die Fallzahlen bei den türkischen und arabischen Kindern deutlich niedriger sind als bei den deutschen Kindern. Bei den übrigen Ländern ist die Verteilung ähnlich wie bei den deutschen Kindern, wobei auch hier die Fallzahlen niedrig sind. Insgesamt gehören 6,6 % der untersuchten Kinder zur unteren, 40,5 % zur mittleren und 52,9 % zur oberen Sozialstatusgruppe (auch Tab. 3).

<sup>14</sup> Fehlende Angaben zu Herkunft und sozialer Status in 8,8 % der Fälle (n=218).



**Abb. 7b: Sozialer Status und Herkunft**

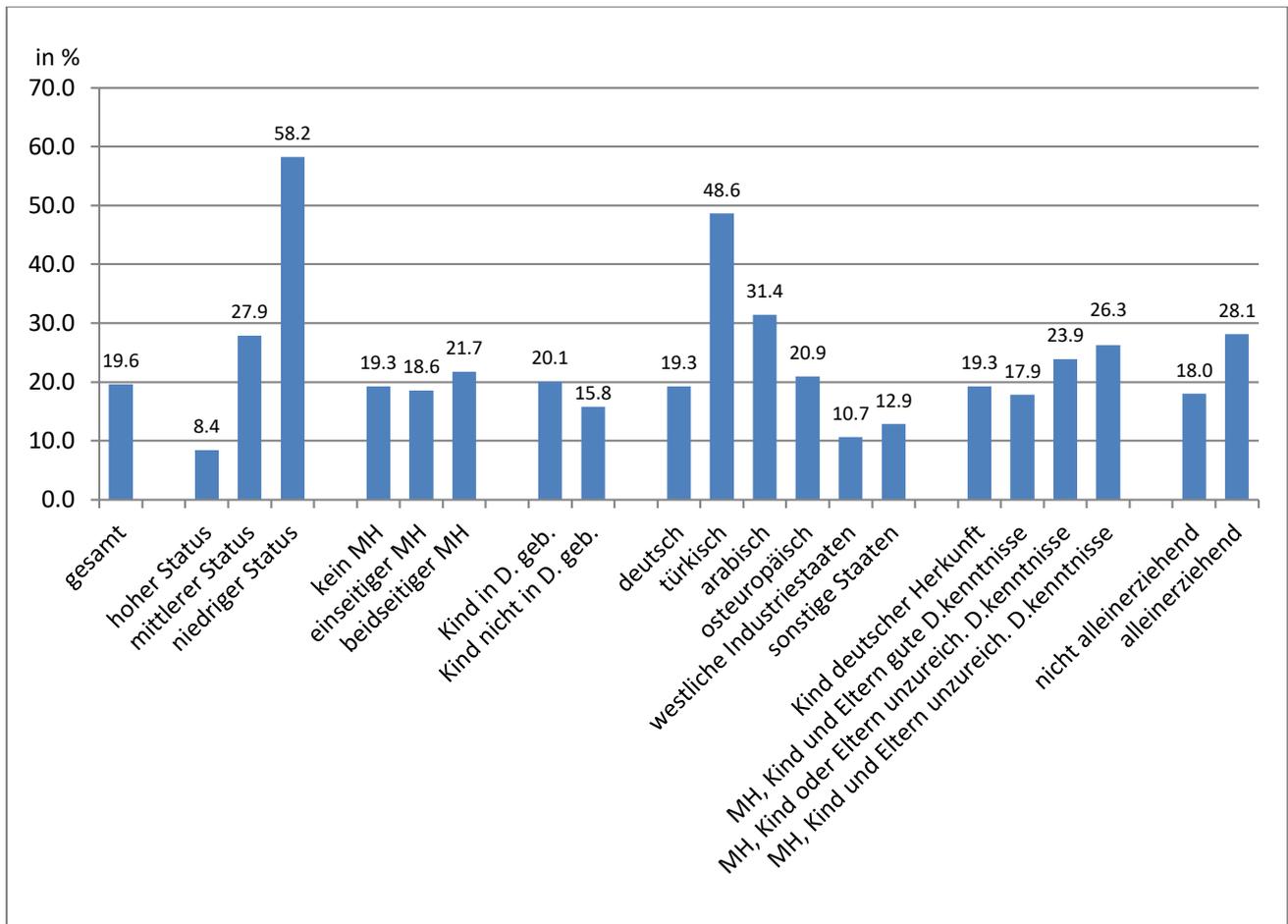
1194 Familien der untersuchten Kinder gehörten zur oberen, 915 Familien zur mittleren und 150 Familien zur unteren sozialen Statusgruppe.

## **4. Gesundheits- und Risikoverhalten**

### **4.1. Raucher im Haushalt**

Rauchen im Haushalt stellt für Kinder ein besonderes Risiko dar. Dies betrifft einerseits gesundheitliche Aspekte durch Passivrauchen (insbesondere Gedeihen und Atemwegsinfekte) andererseits die Vorbildfunktion der Eltern mit einem damit verbundenen deutlich höheren Erkrankungsrisiko der Kinder durch späteres eigenes Rauchen. <sup>15</sup>

<sup>15</sup> Vuolo, Mike et al., 2013. Parent and Child Cigarette Use: A Longitudinal, Multigenerational Study, Pediatrics 132: e568–e577 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3876755/> (aufgerufen 25.9.2019).



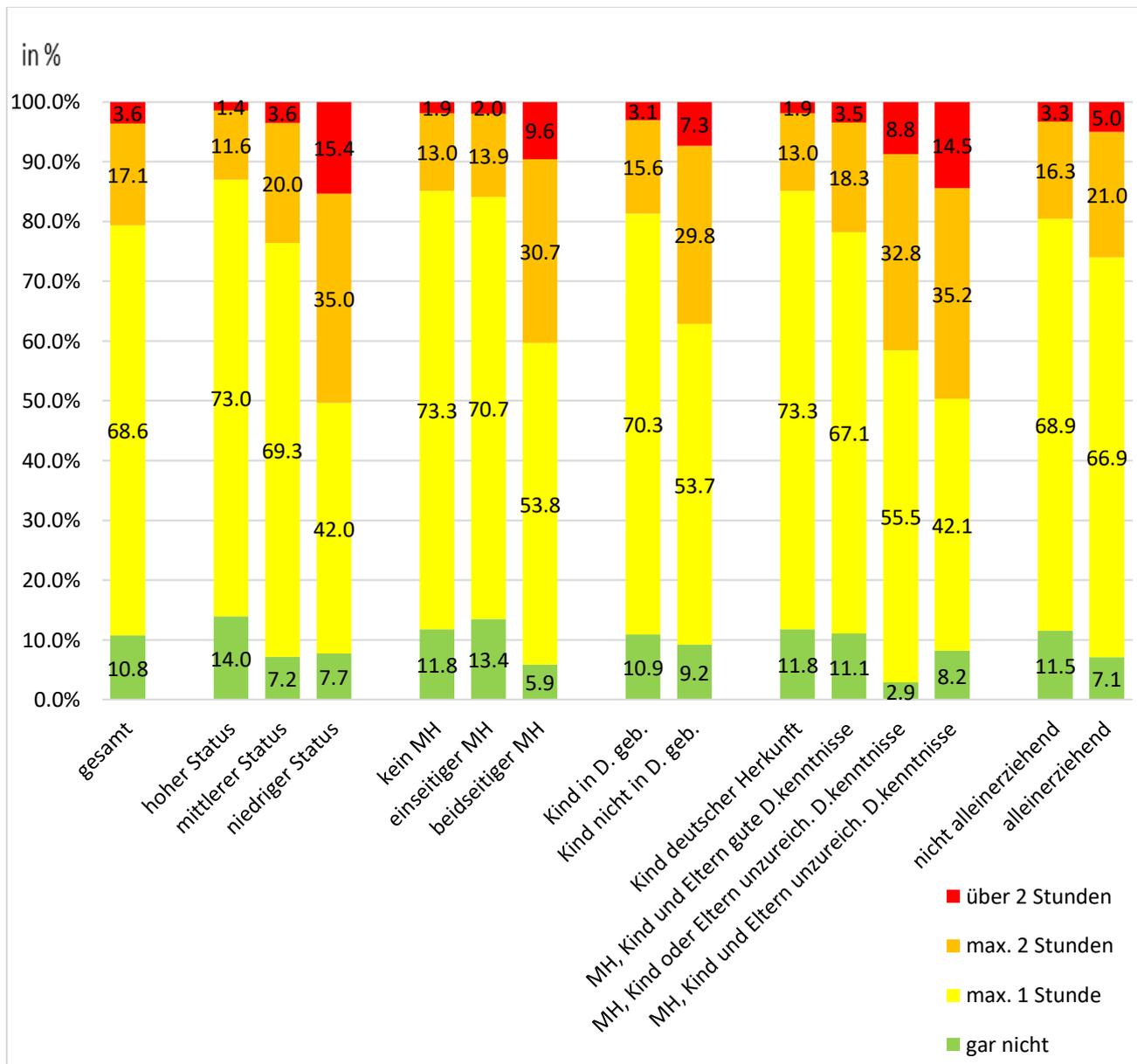
**Abb. 8: Anteil der Haushalte, in denen mindestens eine Person raucht** nach sozialer Statusgruppe, Migrationshintergrund, Herkunft, Migration/Deutschkenntnisse und Lebensumfeld <sup>16</sup>

Fast 20 % der untersuchten Kinder in Steglitz-Zehlendorf wachsen in einem Haushalt auf, in dem geraucht wird. Dabei sind Kinder aus der unteren sozialen Schicht mit 58,2 % deutlich häufiger betroffen. In der mittleren sozialen Schicht wachsen 27,9 % der Kinder in einem Haushalt mit Rauchern auf. Am wenigsten wird in Haushalten der oberen sozialen Statusgruppe geraucht (8,4 %). Der Migrationshintergrund stellt keinen wesentlichen Risikofaktor für das Aufwachsen in einem Raucherhaushalt dar. Hier sind die Unterschiede in den Gruppen sehr gering. (kein Migrationshintergrund 19,3 %, einseitiger Migrationshintergrund 18,6 % und beidseitiger Migrationshintergrund 21,7 %). Unterschiede zeigen sich jedoch beim Faktor Herkunft. Hier wachsen Kinder türkischer Herkunft am häufigsten in einem Raucherhaushalt auf (48,6 %), gefolgt von den Kindern arabischer Herkunft mit 31,4 %. Kinder deutscher Herkunft und Kinder osteuropäischer Herkunft sind mit 19,3 % bzw. 20,9 % in etwa gleich häufig dem Rauchverhalten der Eltern ausgesetzt. Am seltensten wachsen Kinder aus westlichen Industriestaaten in Raucherhaushalten auf (10,7 %) sowie Kinder aus sonstigen Staaten (12,9 %). Betrachtet man die Deutschkenntnisse der Eltern und Kinder, so zeigt sich, dass bessere Deutschkenntnisse mit einer geringeren Rauchexposition assoziiert sind. Allein- oder Nicht-Alleinerziehend ist ein wichtiger Risikofaktor. Bei Alleinerziehenden wird in 28,1 % im Haushalt geraucht, bei Nicht-Alleinerziehenden in 18 %.

<sup>16</sup> Fehlende Angaben zu Raucherverhalten und Gesamtanzahl 4,4 % (n=110), Statusindex 9,3 % (n=230), Migrationshintergrund 4,9 % (n=121), Geburt in Deutschland 4,8 % (n=120), Herkunft 4,9 % (n=121), Herkunft und Sprachkenntnisse 5,7 % und (n=142) und Lebensumfeld 4,6 % (n=115).

## 4.2. Fernseh- und Medienkonsum

Durch die Angaben der Eltern erhält man einen Anhalt für den durchschnittlichen täglichen Konsum elektronischer Medien. Es werden fünf Kategorien gebildet (gar nicht, max. 1 Stunde, max. 2 Stunden, max. 3 Stunden und über 3 Stunden). Die beiden letzten Kategorien wurden in den Abbildungen zusammengefasst. Zusätzlich wird erfragt, ob das Kind einen eigenen Fernseher oder andere elektronische Geräte besitzt. Die Dauer des Medienkonsums kann Auswirkungen auf die geistige und körperliche Entwicklung, z.B. Konzentrationsfähigkeit, Sprache, motorische Entwicklung oder Übergewicht und Adipositas haben.



**Abb. 9: Dauer des täglichen Fernseh- und Medienkonsums** nach sozialer Statusgruppe, Migrationshintergrund, Geburt in Deutschland und Migration/Deutschkenntnissen sowie Lebensumfeld <sup>17</sup>

<sup>17</sup> Fehlende Angaben zu Medienkonsum und Gesamtanzahl 5,5 % (n=137), Statusindex 10,4 % (n=257), Migrationshintergrund 5,9 % (n=147), Geburt in Deutschland 6,0 % (n=148), Migration und Deutschkenntnisse 6,7 % (n=166), und Lebensumfeld 5,7 % (n=141).

In der Gesamtheit der untersuchten Kinder zeigt sich, dass ca. 80 % der Kinder max. 1 Stunde pro Tag elektronische Medien bzw. Fernsehen nutzen. Zusätzlich nutzen 17,1 % diese Medien bis zu zwei Stunden und 3,6 % über 2 Stunden. Laut Empfehlungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sollte in diesem Alter die Mediennutzungszeit nicht mehr als 30 Minuten täglich betragen.<sup>18</sup> Es zeigen sich jedoch bezüglich des Mediennutzungsverhaltens deutliche Unterschiede nach sozialer Statusgruppe, Migrationshintergrund und den Deutschkenntnissen der Eltern (Abbildung 9).

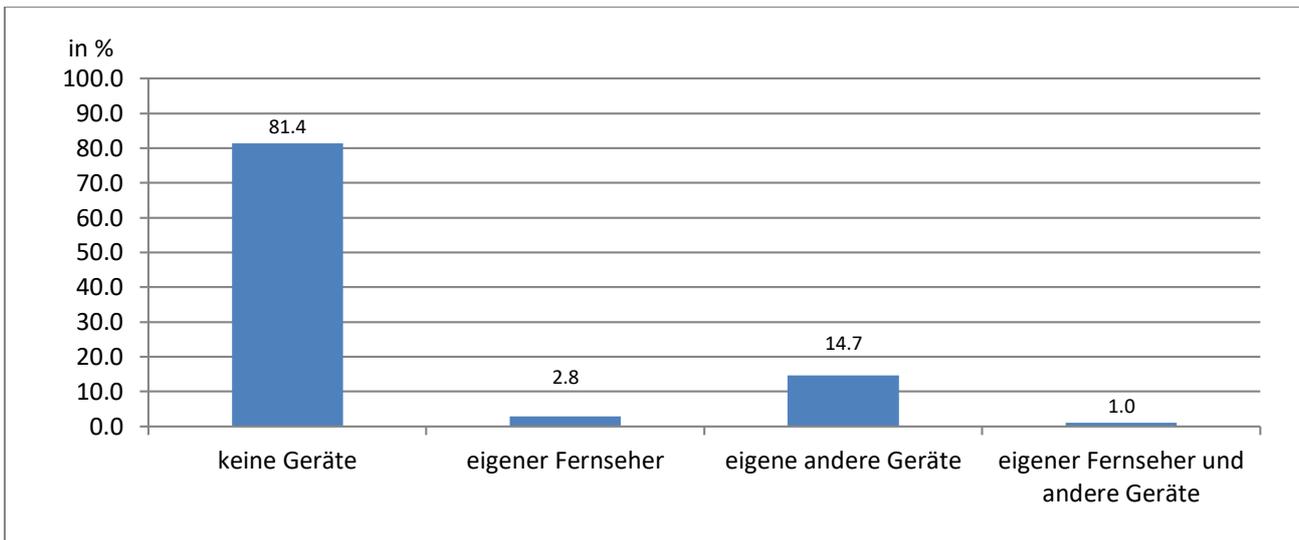
In der oberen Sozialstatusgruppe nutzen 87,0 % der Kinder gar nicht bis maximal eine Stunde pro Tag elektronische Medien, 11,6 % bis zu zwei Stunden und nur ca. 1,4 % über 2 Stunden. Dagegen ist der Medienkonsum in der unteren sozialen Statusgruppe deutlich ausgeprägter. Hier nutzen nur die Hälfte der Kinder elektronische Medien gar nicht bis max. 1 Stunde, ca. 35 % max. 2 Stunden und ca. 15 % über 2 Stunden. Das bedeutet, dass über 50 % dieser Kinder täglich mehr als eine Stunde Fernseher oder elektronische Medien nutzen. Die mittlere Sozialstatusgruppe liegt mit ca. 76,5 % bis max. 1 Stunde, 20,0 % max. 2 Stunden und 3,6 % über zwei Stunden zwischen der oberen und der unteren Sozialstatusgruppe. Auch der Migrationshintergrund hat einen Einfluss auf den Medienkonsum. Bei keinem oder einseitigem Migrationshintergrund ist er annähernd gleich mit 85,1 % bzw. 84,1 % für 1 Stunde maximal, ca. 13,0 % bzw. 13,9 % 1 bis 2 Stunden und ca. 2 % über 2 Stunden. Ein deutlich anderes Konsumverhalten zeigt sich bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund. Hier nutzen 40,3 % über 1 Stunde elektronische Medien. Ob ein Kind in Deutschland geboren ist oder nicht, hat ebenfalls Auswirkungen auf den Fernsehkonsum. Ca. 18 % der Kinder, die in Deutschland geboren sind, nutzen mehr als eine Stunde elektronische Medien am Tag, aber 40 % der nicht in Deutschland geborenen, davon 7,3 % mehr als 2 Stunden.

Auch die Deutschkenntnisse der Familie spielen eine große Rolle beim Medienkonsum. Bei Kindern mit Migrationshintergrund und guten eigenen und elterlichen Deutschkenntnissen ist das tägliche Konsumverhalten in etwa vergleichbar mit den Kindern deutscher Herkunft, d. h. 78,2 % nutzen elektronische Medien max. 1 Stunde am Tag (im Vergleich zu keinem MH 85,1 %). Bei Kindern mit entweder eigenen oder elterlichen unzureichenden Deutschkenntnissen nutzen 58,4 % der Kinder elektronische Medien max. 1 Stunde täglich, aber 32,8 % bis zu 2 Stunden und 8,8 % sogar über 2 Stunden. Bei Kindern mit eigenen und elterlichen mangelnden Deutschkenntnissen ist der Unterschied noch auffälliger. Hier konsumieren weniger als die Hälfte der Kinder (42,1 %) nur max. 1 Stunde elektronische Medien, 35,2 % maximal 2 Stunden und 14,5 % über 2 Stunden. Der Faktor alleinerziehend oder nicht-alleinerziehend spielt nur eine geringfügige Rolle beim elektronischen Medienkonsum.

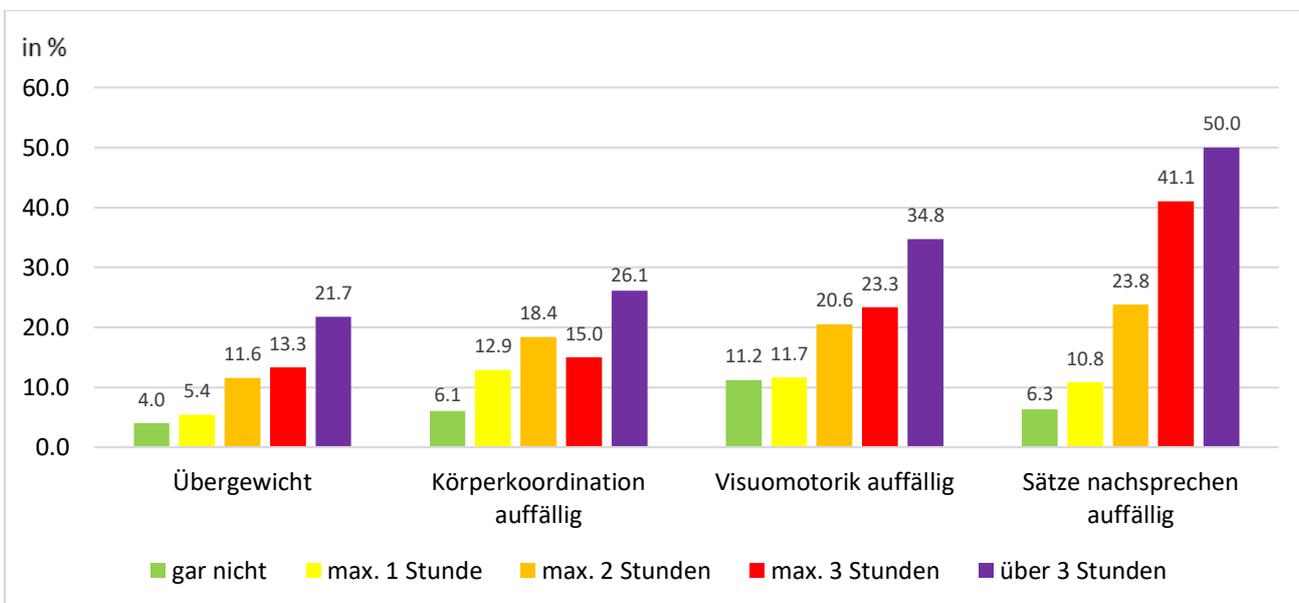
Ein eigenes Fernsehgerät oder andere eigene elektronische Geräte verleiten zum erhöhten Konsum. Zudem können sich die Kinder mit eigenen Geräten eher der Kontrolle des Nutzungsverhaltens durch die Eltern entziehen. Wie Abbildung 11 zeigt, haben die untersuchten Kinder in Steglitz-Zehlendorf in 81,4 % kein eigenes Gerät, in 2,8 % einen eigenen Fernseher, in 14,8 % eigene andere Geräte und 1 % der Kinder hat sowohl einen eigenen Fernseher als auch ein eigenes weiteres Gerät. Allerdings hat sich in den letzten Jahren das Konsumverhalten vom Fernseher hin zu elektronischen Geräten wie Tablets und Smartphones geändert. Bei den Angaben der Eltern im Fragenbogen muss außerdem berücksichtigt werden, dass manche Eltern auch einen CD-Player oder einen MP3-Player als eigenes elektronisches Gerät verstehen und damit auch entsprechend ankreuzen. Die Nutzung dieser Geräte ist aber anders zu werten als die Nutzung von Bildschirmgeräten.

---

<sup>18</sup> Goldapp, C. et al..2010. Tut Kindern gut! Ernährung, Bewegung und Entspannung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://service.bzga.de/pdf.php?id=ed9281de8ad01c6b102a44fce3c64881>(aufgerufen 25.9.2019).



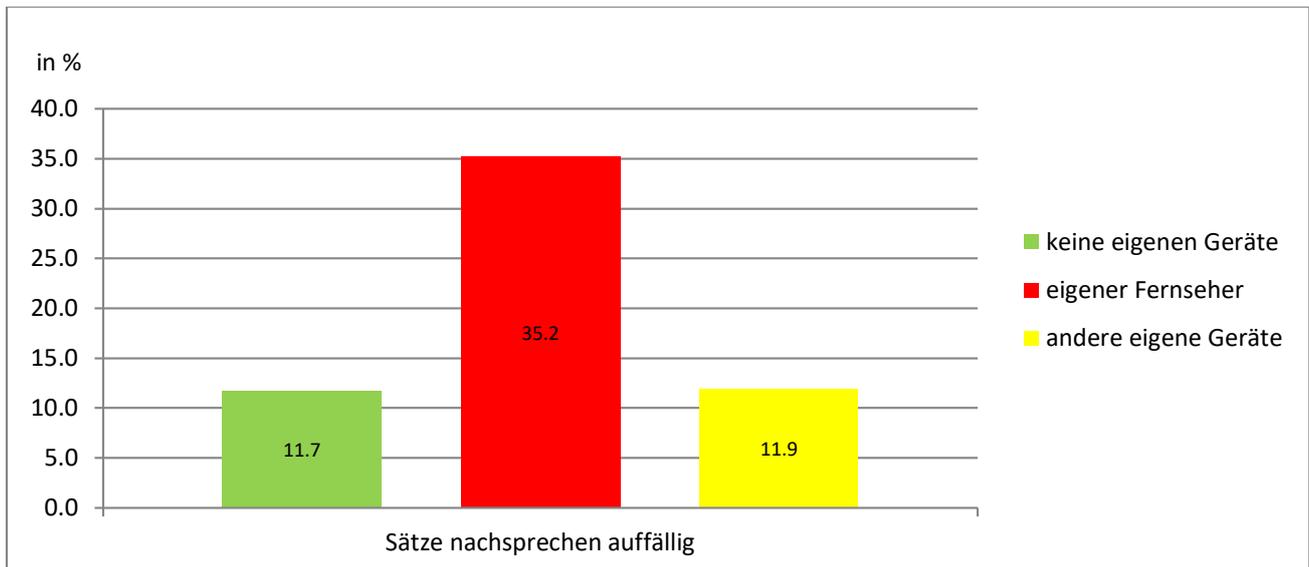
**Abb. 11: Anteil der Kinder mit eigenem Fernseher oder anderen elektronischen Geräten** <sup>19</sup>



**Abb. 12: Konsumdauer elektronischer Medien und Übergewicht, Auffälligkeiten bei Körperkoordination, Visuomotorik und der Fähigkeit Sätze nachzusprechen** <sup>20</sup>

Abbildung 12 zeigt, dass die Dauer des Medienkonsums mit Übergewicht und Schwierigkeiten in verschiedenen Entwicklungsbereichen wie Körperkoordination, Visuomotorik und der Fähigkeit einfache Sätze nachzusprechen korreliert. Dies ist umso ausgeprägter, je länger der tägliche Medienkonsum dauert. So hat jedes zweite Kind, das über 3 Stunden pro Tag elektronische Medien konsumiert, Schwierigkeiten, einfache Sätze nachzusprechen. Ausgedehnter Medienkonsum ist damit nicht mit verbesserter Sprachentwicklung assoziiert. Dies wird häufig von Familien angenommen. Bei hohem Medienkonsum sind einfache sprachliche und andere Kompetenzen geringer ausgeprägt.

<sup>19</sup> Fehlende Angaben zu Häufigkeiten eigener elektronischer Geräte in 16,3 % der Fälle (n=404).



**Abb. 13: Anteil von Kindern mit Schwierigkeiten Sätze nachzusprechen in Abhängigkeit vom Gebrauch und Vorhandensein eigener Geräte <sup>21</sup>**

Abbildung 13 zeigt den Anteil von Kindern, die Schwierigkeiten haben, Sätze nachzusprechen, je nachdem, ob sie keine eigenen Geräte haben, einen eigenen Fernseher oder andere eigene Geräte. Kinder, die kein eigenes Gerät haben, und Kinder, die ein anderes eigenes Gerät haben, unterscheiden sich kaum in der Fähigkeit, Sätze nachzusprechen. Auffälligkeiten bei diesem Test finden sich in beiden Gruppen bei etwa 12 % der Kinder. Ausgeprägte Unterschiede ergeben sich allerdings bei Kindern, die einen eigenen Fernseher haben. Hier haben 35,2 % der Kinder ein auffälliges Testergebnis im Bereich Sätze nachsprechen. Diese Ergebnisse sind im Zusammenhang mit den Ergebnissen zu sehen, die in Abbildung 9 dargestellt sind. Hier zeigt sich, dass der Anteil der Kinder mit hohem Fernsehkonsum in den Gruppen unterer sozialen Status, beidseitiger Migrationshintergrund und nicht ausreichende Deutschkenntnisse höher ist als in den anderen Gruppen.

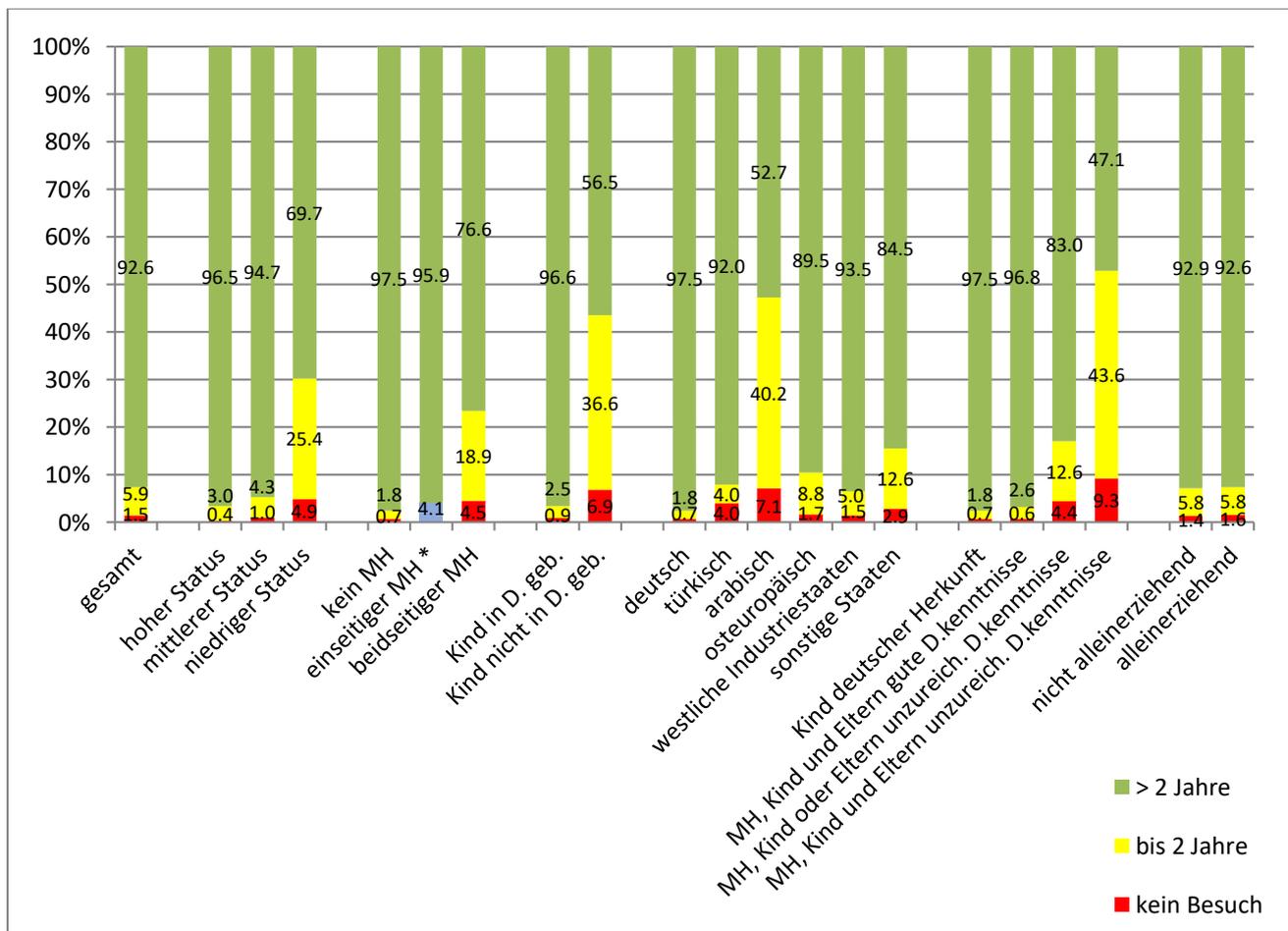
#### **4.3. Besuch von Kindertageseinrichtungen**

Der Besuch einer Kindertageseinrichtung (Kita) ist für die Entwicklung der Kinder von besonderer Bedeutung. Dort sollen eine altersgerechte Förderung und entsprechende Anforderungen die Kinder in ihrer Entwicklung stärken und sie in ihren motorischen, kognitiven, sprachlichen, emotionalen und sozialen Fähigkeiten unterstützen.

Der Kitabesuch kann bei Kindern, die nicht in Deutschland geboren sind, bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund oder mit unterem Sozialstatus sowie bei Kindern aus Familien mit nicht ausreichenden Deutschkenntnissen zusätzlich eine sehr wichtige Fördermöglichkeit außerhalb des Elternhauses sein.

<sup>20</sup> Fehlende Angaben zu Konsum elektronischer Medien und Übergewicht 5,8 % (n=143), auffälliger Körperkoordination 7,0 % (n=174), auffällige Visuomotorik 5,9 % (n=145), auffälligem Nachsprechen von Sätzen 10,0 % (n=247).

<sup>21</sup> Fehlende Angaben zu Schwierigkeiten Sätze nachzusprechen und Besitz von eigenem elektronischem Gerät 19,9 % (n=493).



**Abb. 14: Kitabesuchsdauer** nach sozialer Statusgruppe, Migrationshintergrund, Geburt in Deutschland, Herkunft und Migration/Deutschkenntnisse sowie Lebensumfeld <sup>22</sup> \* <sup>23</sup>

Insgesamt besuchten von den untersuchten Kindern in Steglitz-Zehlendorf 92,6 % die Kita für einen Zeitraum von über 2 Jahren. 7,4 % der untersuchten Kinder besuchten die Kita für maximal 2 Jahre, davon 1,5 % gar nicht. Dabei besuchten gerade die Kinder, die besonders von einer Förderung in einer Kita profitieren würden, die Kita nur für maximal 2 Jahre bzw. gar nicht. Dazu gehören Kinder, die nicht in Deutschland geboren wurden, mit beidseitigem Migrationshintergrund, der unteren Sozialstatusgruppe sowie Kinder aus Familien mit nicht ausreichenden Deutschkenntnissen. 30,3 % der Kinder der unteren Sozialstatusgruppe besuchten die Kita für maximal 2 Jahre, davon ca. 4,9 % gar nicht. In der oberen sowie mittleren Sozialstatusgruppe gingen hingegen nur etwa 3,4 % bzw. 5,3 % maximal 2 Jahre in eine Kita sowie 0,4 % bzw. 1,0 % gar nicht. Ein ähnliches Bild zeigt sich beim Migrationshintergrund. Während bei keinem oder einseitigem Migrationshintergrund 97,5 % bzw. 95,9 % der Kinder über 2 Jahre lang eine Kita besuchten, waren es bei den Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund nur 76,6 %. 4,5 % besuchten sogar gar keine Kita. Auch bei Kindern mit nicht ausreichenden eigenen und elterlichen Deutschkenntnissen war der Anteil derer, die die Kita für maximal 2 Jahre bzw. gar nicht besuchten, höher (43,6 % bzw. 9,3 %), ebenso bei Kindern, die nicht in Deutschland geboren wurden (36,6 % bzw. 6,9 %).

<sup>22</sup> Fehlende Angaben zu Kitabesuchsdauer und Gesamtanzahl 3,0 % (n=75), Statusindex 10,4 % (n=258), Migrationshintergrund 3,4 % (n=84), Geburt in Deutschland 3,4 % (n=84), Herkunft 3,4 % (n=84), Herkunft und Sprachkenntnisse 4,2 % (n=105) und Lebensumfeld 5,0 % (n=124).

<sup>23</sup> \* In der Gruppe der Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund sind aufgrund der niedrigen Fallzahlen die Kinder mit „keinem“ und mit „bis zu 2-jährigem Kitabesuch“ zusammengefasst.

Viele Kinder arabischer Herkunft besuchten die Kita nur für maximal 2 Jahre (ca. 47,3 %). Berücksichtigt werden müssen allerdings die Zuzüge aus den letzten Jahren, die vor allem aus dem arabischen Raum stattgefunden haben. Daraus ergibt sich zwangsläufig aufgrund einer kürzeren Aufenthaltsdauer in Deutschland in dieser Herkunftsgruppe ein bestimmter Anteil an Kindern mit weniger als 2 Jahren Kitabesuchszeit.

Alleinerziehend oder Nicht-Alleinerziehend hingegen spielte keine wesentliche Rolle bei der Kitabesuchsdauer.

Insgesamt ist mit 98,5 % der Anteil der Kinder in Steglitz-Zehlendorf, die eine Kita besuchen, sehr hoch.

#### **4.4. Impfungen**

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen auf dem Gebiet der Medizin (sowohl für den Einzelnen als auch für die Gemeinschaft). Entsprechend den Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes gibt die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut (RKI <sup>24</sup>) regelmäßig aktualisierte Impfempfehlungen für die Bevölkerung heraus.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hatte das Ziel, Masern und Röteln bis zum Jahr 2015 zu eliminieren. Durch strikte Impfprogramme gelang es beispielsweise 1978 die Pocken auszurotten. Diese Impfung wurde 1980 eingestellt. Andere Krankheiten, wie z.B. Poliomyelitis (Kinderlähmung) könnten durch konsequent ausgeführte Impfstrategien als Krankheit unter Kontrolle gebracht werden (Tilgung von Krankheit, der Erreger kann in der Umwelt jedoch noch persistieren).

Bei hoch infektiösen Erkrankungen wie z.B. bei Masern ist das Ziel, einen Durchimpfungsgrad der Bevölkerung von > 95 % zu erreichen. Beim gesunden Säugling sollte ab dem vollendeten zweiten Lebensmonat mit den Schutzimpfungen begonnen werden. Spätestens bis zum Schulalter sollte ein vollständiger Impfschutz vorhanden sein.

Gründe für unzureichende Durchimpfungsgrade könnten unter anderem impfkritische Einstellungen in verschiedenen Bevölkerungskreisen sein, aber auch nicht STIKO-gemäßes Impfen durch verspätetes Impfen, z.B. bei Krankheiten oder Vergessen durch Eltern, durch impfkritische Ärzte sowie fehlende Kenntnisse über die Wichtigkeit der vollständigen Immunisierung.

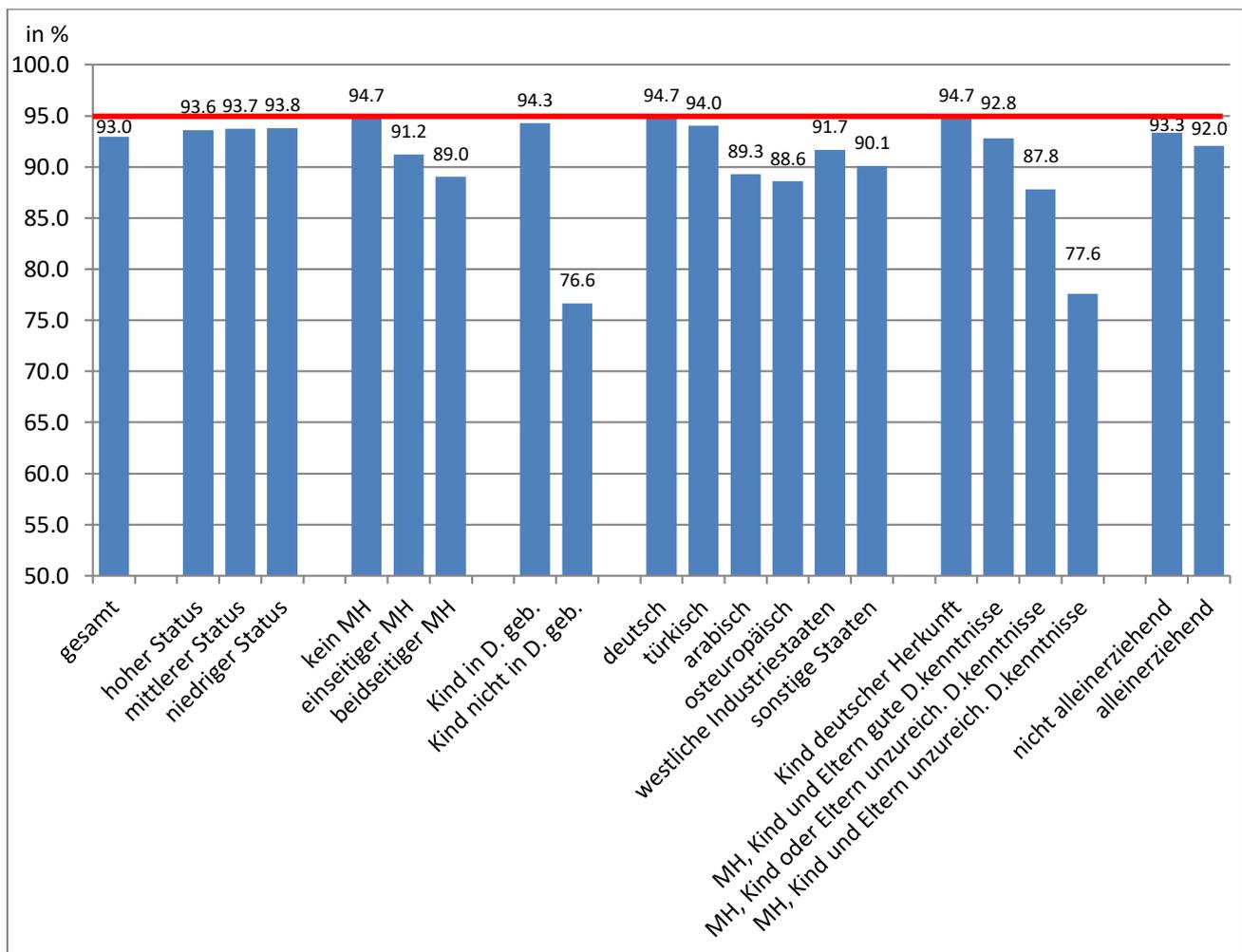
Für eine Grundimmunisierung notwendige Anzahl von Impfungen (nach STIKO, bei Beginn im Säuglingsalter), abhängig von Impfstoff und zeitlicher Abfolge:

Tetanus (Wundstarrkrampf)	4x
Diphtherie	4x
Pertussis (Keuchhusten)	4x
Hib ( <i>Haemophilus influenzae</i> Typ b)	3-4x
Poliomyelitis (Kinderlähmung)	3-4x
Hepatitis B	3-4x
Masern	2x
Mumps	2x
Röteln	2x
Varizellen (Windpocken)	2x
Meningokokken Typ C	1x
Pneumokokken	3-4x

---

<sup>24</sup> Robert Koch Institut <https://www.rki.de>

Die Masernimpfung kann als Indikator für den Impfschutz gegen die Krankheiten Masern, Mumps und Röteln angesehen werden, da die Impfung nur noch als Kombinationsimpfung möglich ist. Die Masernimpfung gilt dann als vollständig, wenn zwei Impfungen verabreicht wurden.



**Abb. 15. Anteil der Einschüler mit vollständiger Grundimmunisierung (2 oder mehr Impfdosen) gegen Masern nach Sozialstatus, Migrationshintergrund, Geburt in Deutschland, Herkunft, Migration/Deutschkenntnisse und Lebensumfeld <sup>25</sup>**

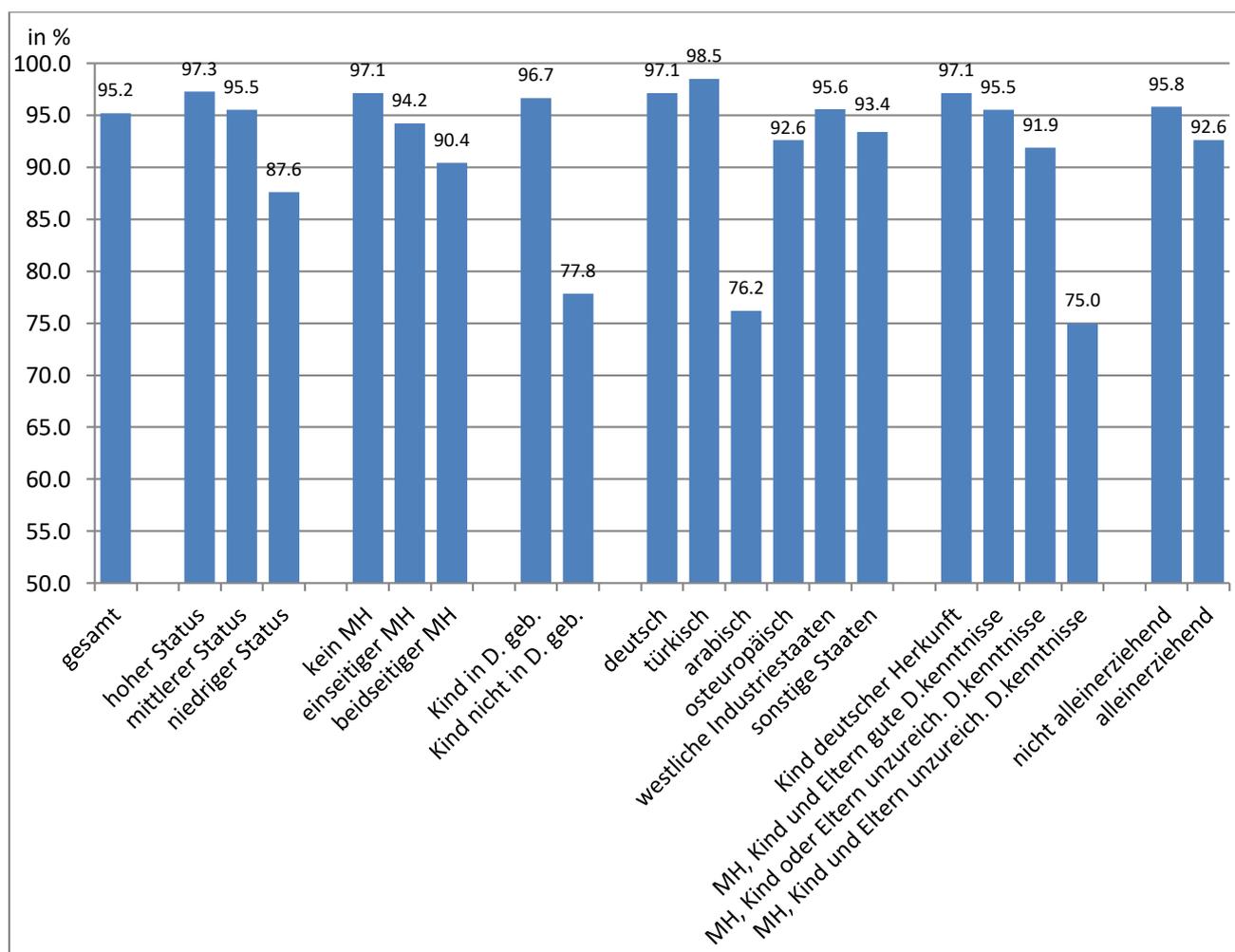
Rote Linie: von der WHO und dem ECDC empfohlene Durchimpfungsrate von 95 % um Herdenimmunität zu erreichen <sup>26</sup>

Abbildung 15 umfasst alle einzuschulenden Kinder der Grundgesamtheit, d.h. auch die Kinder, die erst vor kurzem nach Deutschland kamen, sind darin eingeschlossen, da auch diese im Rahmen der Impfvorsorgen für Geflüchtete ebenfalls eine adäquate Grundimmunisierung erhalten haben sollten. Insgesamt wurden 2183 Impfpässe vorgelegt, in 31 Fällen gaben die Eltern an, dass die Kinder nicht geimpft waren, d. h. dass von insgesamt 263 Kindern (10,6 %) die Impfinformation nicht bekannt war. Die Abbildung zeigt, dass in keiner Gruppe das Ziel der WHO und ECDC einer

<sup>25</sup> Impfpässe lagen in 2183 Fällen vor, in 294 wurden sie nicht vorgelegt, davon waren bei 31 keinerlei Impfung bekannt (1,3 %). Fehlende Angaben zur Maserngrundimmunisierung und Gesamtanzahl 10,6 % (n=263), Statusindex 17,0 % (n=422), Migrationshintergrund 11,0 % (n=272), Geburt in Deutschland 10,9 % (n=270), Herkunft 11,0 % (n=272), Herkunft und Sprachkenntnisse 11,6 % (n=288) und Lebensumfeld 12,5 % (n=309).

<sup>26</sup> European Centre for Disease Prevention and Control. 95 % vaccination coverage for a Measles-free EU <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/95-vaccination-coverage-measles-free-eu> (aufgerufen am 25.9.2019).

Durchimpfungsrate von 95 % erreicht wird. Bei allen untersuchten Kindern in Steglitz-Zehlendorf waren 93,0 % zweimal gegen Masern geimpft. Bei der Masernimpfung gab es zwischen den sozialen Statusgruppen keine Unterschiede in der Durchimpfungsrate. Kinder ohne Migrationshintergrund kamen mit einer Durchimpfungsrate von 94,7 % dem WHO-Ziel sehr nahe. Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund waren zu 91,2 % und mit beidseitigem Migrationshintergrund zu 89 % vollständig geimpft. Einen deutlichen Unterschied gab es zwischen den in Deutschland geborenen Kindern (94,3 %) und den nicht in Deutschland geborenen Kindern (75,5 %). Kinder türkischer Herkunft waren annähernd gleich gut geimpft wie die deutschen Kinder (94,0 % vs. 94,7 %). Kinder aus arabischen und osteuropäischen Ländern waren mit 89,3 % bzw. 88,6 % seltener vollständig immunisiert. Bei der Bewertung der Masernimmunisierung zeigt sich, dass die Kinder mit Migrationshintergrund und unzureichenden Deutschkenntnissen in der Familie deutlich seltener vollständig gegen Masern geimpft waren (77,6 %) als die Kinder mit Migrationshintergrund und guten Deutschkenntnissen in der Familie (92,8 %). Alleinerziehend oder nicht-alleinerziehend spielte keine wesentliche Rolle bei der Durchimpfungsrate.

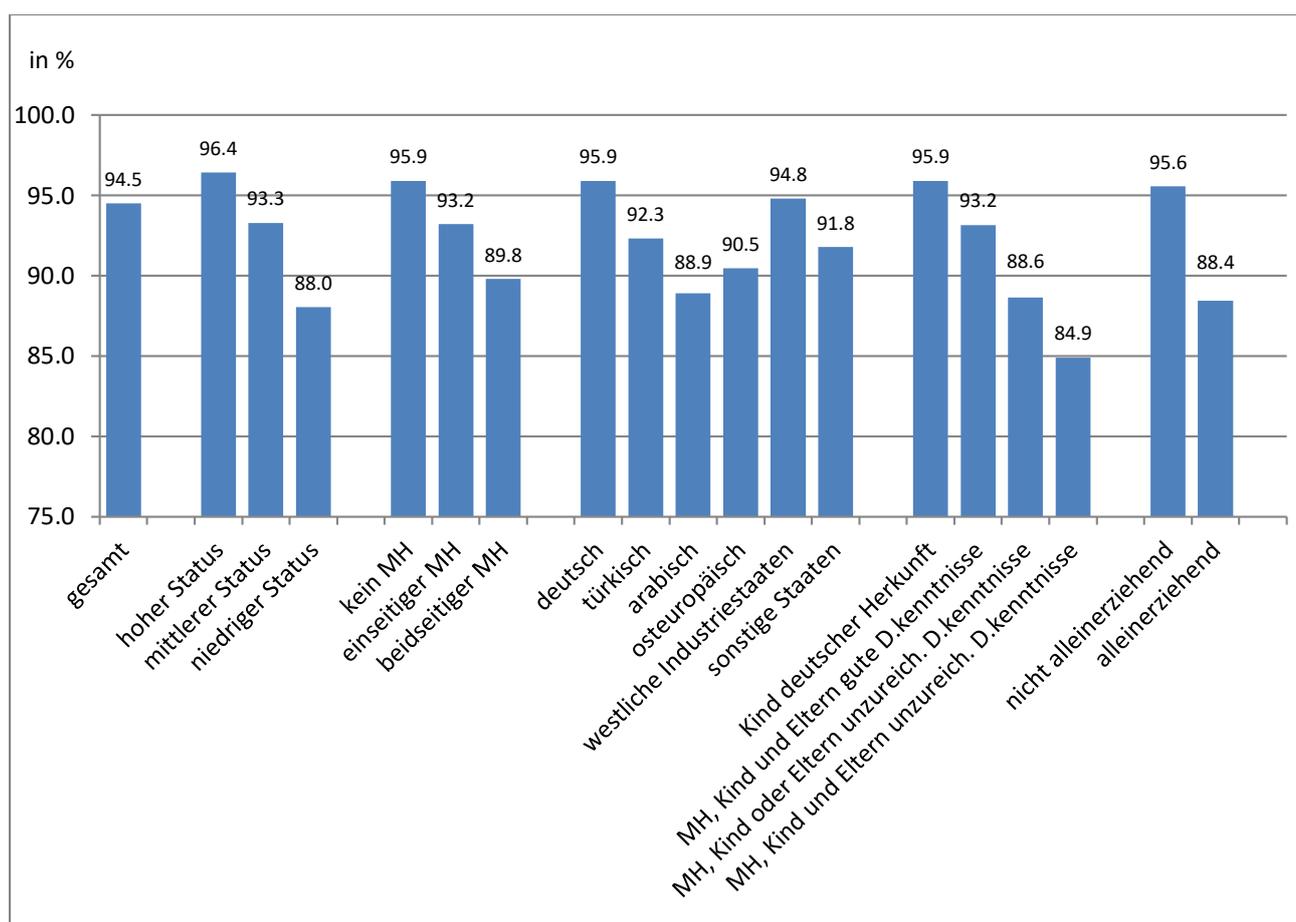


**Abb. 16: Anteil der Einschüler mit vollständiger Grundimmunisierung gegen Tetanus bei der Einschulungsuntersuchung nach sozialer Statusgruppe, Migrationshintergrund, Geburt in Deutschland, Herkunft, Migration/Deutschkenntnisse und Lebensumfeld <sup>27</sup>**

<sup>27</sup> Heft in 2183 Fällen vorhanden, in 263 nicht vorhanden, davon bei 31 keinerlei Impfung bekannt (1,3 %). Fehlende Angaben zur Tetanusgrundimmunisierung und Gesamtanzahl 10,6 % (n=263), Statusindex 17,0 % (n=422), Migrationshintergrund 11,0 % (n=272), Geburt in Deutschland 10,9 % (n=270), Herkunft 11,0 % (n=272), Herkunft und Sprachkenntnisse 11,6 % (n=288) und Lebensumfeld 12,5 % (n=309).

Bei der vollständigen Durchimpfungsrate gegen Tetanus zeigen sich im Gegensatz zur Masernimpfung Unterschiede im Sozialstatus. Die Durchimpfungsrate bei der oberen und der mittleren Sozialstatusgruppe lag bei 97,3% bzw. 95,5 %. Die untere Sozialstatusgruppe erreichte eine Durchimpfungsrate von nur 87,6 %. Einen großen Unterschied gab es vor allem zwischen den in Deutschland Geborenen und bei den nicht in Deutschland Geborenen (96,7 % vs. 77,8 %). Im Vergleich der Herkunftsgruppen sind die arabischen Kinder mit 76,2 % seltener vollständig geimpft als die Kinder aus anderen Herkunftsländern. Die übrigen Herkunftsländer unterscheiden sich geringfügig. Auch die Deutschkenntnisse bei Migrationshintergrund spielen eine Rolle bei der Durchimpfungsrate. Kinder mit unzureichenden eigenen und elterlichen Sprachkenntnissen sind mit 75,0 % seltener vollständig geimpft, als Kinder, die selbst oder deren Eltern ausreichende Deutschkenntnissen haben. Im Bereich des Lebensumfelds sind die Kinder Alleinerziehender geringfügig seltener vollständig geimpft (92,6 %) als die Kinder Nicht-Alleinerziehender (95,8 %).

#### **4.5. Früherkennungsuntersuchungen**



**Abb. 17: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern mit vorgelegtem Vorsorgeheft und die in Deutschland geboren wurden (vollständige U1 bis U8 (ohne U7a)) nach Sozialstatus, Migrationshintergrund, Herkunft, Migration/Deutschkenntnisse und Familienstand <sup>28</sup>**

Von der Geburt bis zum 6. Lebensjahr werden insgesamt 10 Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9) angeboten, die von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Die Vorsorgeunter-

<sup>28</sup> Vorgelegte Hefte n=2041 (82,3 %), bei vorgelegtem Heft fehlende Angaben zu Inanspruchnahme Früherkennungsuntersuchungen und Statusindex 6,2 % (n=126), Migrationshintergrund 0,1 % (n=3), Herkunft 0,1 % (n=3), Herkunft und Sprachkenntnisse 0,6 % (n=13), und Lebensumfeld 1,9 % (n=38).

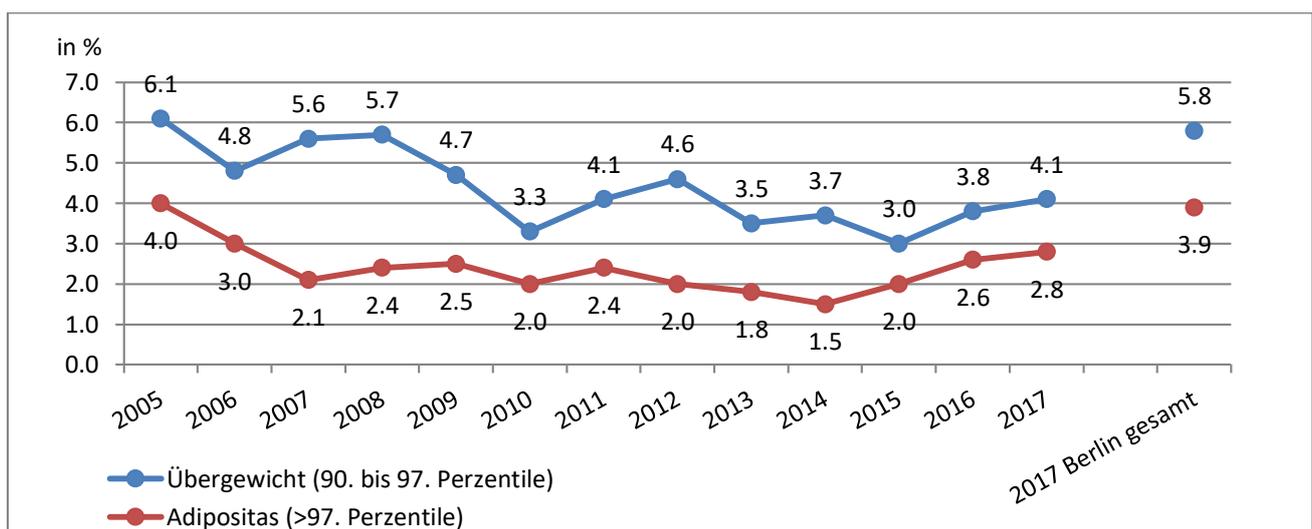
suchungen dienen dem frühzeitigen Erkennen von körperlichen, geistigen oder sozio-emotionalen Auffälligkeiten und führen gegebenenfalls zum Einleiten entsprechender Maßnahmen. Die Ergebnisse der Untersuchungen werden in das gelbe Untersuchungsheft eingetragen. Bei der Einschulungsuntersuchung werden die durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen bei Vorlage des Untersuchungshefts oder der Teilnahmekarte dokumentiert. In der vorliegenden Untersuchung wurde die U7a noch nicht berücksichtigt.

Für 82,3 % der untersuchten Kinder wurde ein Vorsorgeheft vorgelegt. Von diesen vorgelegten Vorsorgeheften wiesen insgesamt 94,5 % vollständig durchgeführte U-Untersuchungen auf. Dabei zeigten sich in den sozialen Gruppen Unterschiede. 96,4 % der Kinder aus der oberen sozialen Statusgruppe hatten ein vollständiges Vorsorgeheft, aus der unteren Sozialstatusgruppe nur 88,0 %. Kinder ohne Migrationshintergrund hatten mit 95,9 % mehr vollständige Vorsorgehefte als Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund. Deutliche Unterschiede zeigten sich auch im Bereich der Deutschkenntnisse bei Migrationshintergrund. Kinder aus Familien mit unzureichenden Deutschkenntnissen nahmen nur zu 84,3 % an allen Vorsorgeuntersuchungen teil, Kinder aus Familien mit guten Deutschkenntnissen nahmen zu 93,2 % an allen Vorsorgeuntersuchungen teil. Der Unterschied in diesem Bereich zwischen Alleinerziehenden und nicht-Alleinerziehenden war ebenfalls deutlich (88,4 % vs. 95,6 %).

#### **4.6. Body Mass Index (BMI) laut Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)**<sup>29</sup>

Der BMI gilt als Maßstab für die Körperfettmasse (BMI = Körpergewicht in kg / (Körperlänge in m)<sup>2</sup>). In Verbindung mit Angaben zu Alter und Geschlecht dient er der objektiven Ermittlung von:

Deutliches Untergewicht = unter 3. Perzentile	Übergewicht = 90. – 97. Perzentile
Untergewicht = 3. – 10. Perzentile	Adipositas (Fettleibigkeit) = über 97. Perzentile
Normalgewicht = 10. – 90. Perzentile	

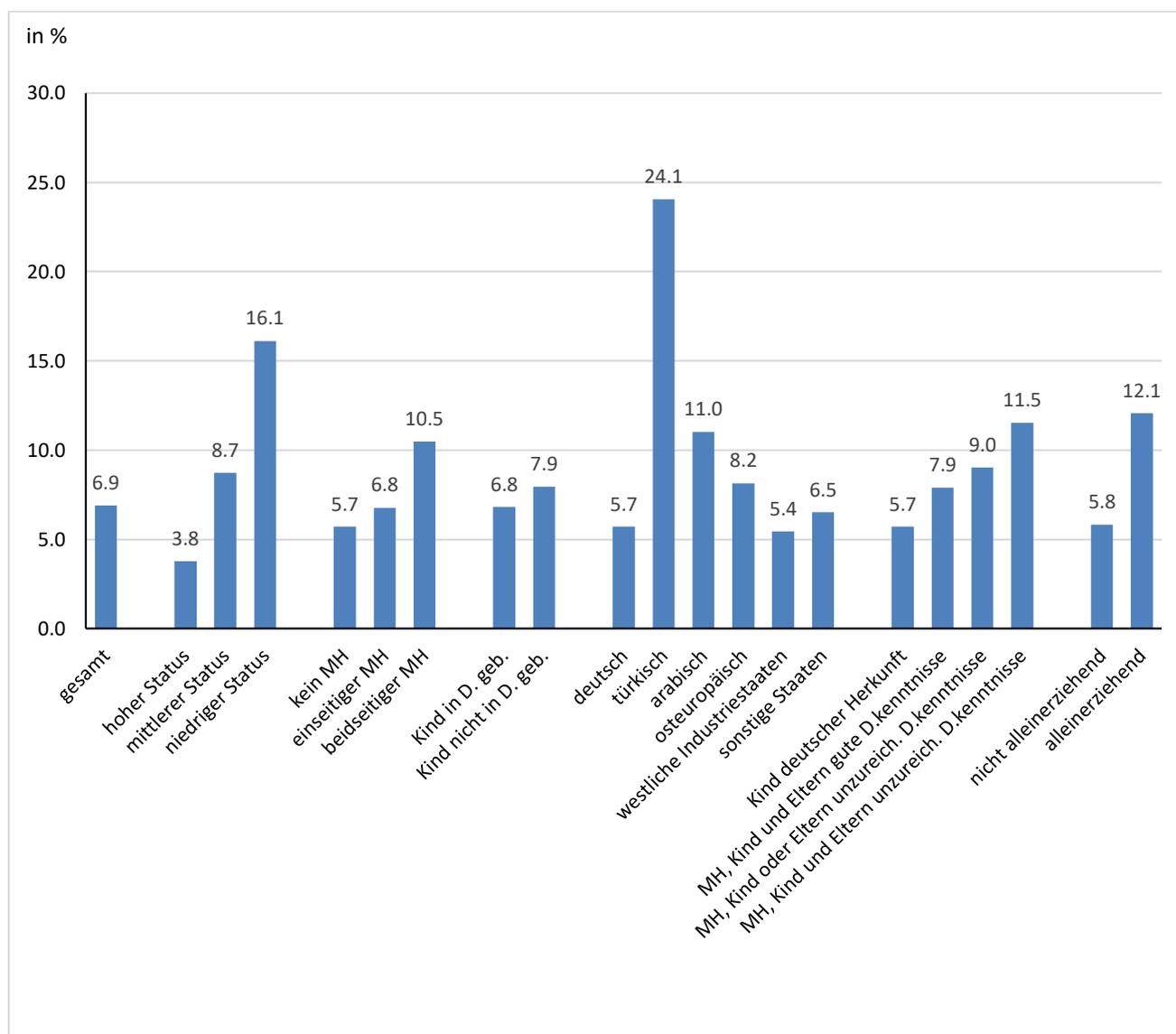


**Abb. 18: Anteil aller Einschüler/innen mit Übergewicht / Adipositas im zeitlichen Verlauf 2005 bis 2017 Steglitz-Zehlendorf und Berlin**<sup>30</sup>

<sup>29</sup> Referenzsystem der Arbeitsgemeinschaft Adipositas, Kromeyer-Hauschild et al., 2001. Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 149: 807-818.

<sup>30</sup> Um die gleichen Grundgesamtheiten zur Vergleichbarkeit mit den Berliner Daten zu gewährleisten, wurden für dieses Diagramm nur Daten aus den Grundausswertungen der Einschulungsdaten in Berlin verwendet. Bettge, Susanne/Oberwöhrmann, Sylke: Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin <https://www.berlin.de/sen/gesundheit/service/gesundheitsberichterstattung/> (aufgerufen am 25.9.2019).

Der Anteil der Kinder mit Übergewicht hat bis 2015 abgenommen und lag im Jahr 2015 für Übergewicht (90. bis 97. BMI Perzentile) bei 3,0 %. Im gleichen Jahr lag er für Adipositas ( $\geq 97$ . BMI Perzentile) bei 2,0 % (siehe Abbildung 18). In den Jahren 2016 und 2017 ist der Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder wieder angestiegen, lag aber unter dem Gesamtberliner Durchschnitt.



**Abb. 19: Übergewicht der Einschüler/innen nach Sozialstatus, Migrationshintergrund, Herkunft, Migration/Deutschkenntnisse und Familienstand** <sup>31</sup>

Im Vergleich der Sozialgruppen war in der unteren Sozialstatusgruppe der Anteil übergewichtiger Kinder mit 16,1 % am höchsten. In der Gruppe der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund waren 10,5 % übergewichtig und damit der Anteil höher als in den anderen Migrationsgruppen.

<sup>31</sup> Fehlende Angaben zur Übergewicht und Gesamtanzahl 0,4 % (n=9), Statusindex 8,7 % (n=216), Migrationshintergrund 0,9 % (n=23), Geburt in Deutschland 0,8 % (n=21), Herkunft 0,9 % (n=23), Herkunft und Sprachkenntnisse 1,9 % (n=46) und Lebensumfeld 2,8 % (n=70).

## 5. Entwicklungsauffälligkeiten

Die Entwicklungsdiagnostik untersucht die grundlegenden motorischen, sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten des Kindes, die für die allgemeine und schulische Entwicklung des Kindes von größter Bedeutung sind.

Zum Screening des Entwicklungsstandes gehören folgende Untertests:

**Körperkoordination:**

Seitliches Hin- und Herspringen mit beiden Beinen auf einer Hüpfmatte

**Visuomotorik:**

1. Gestaltrekonstruktion (Ergänzen einer vorgegebenen Figur)
2. Gestaltproduktion (Nachzeichnen von vorgegebenen Figuren)

**Visuelle Wahrnehmung und Informationsverarbeitung:**

1. Auswahl einer Ergänzungsfigur nach bestimmten Regeln
2. Erkennen identischer figuraler Vorgaben

**Sprachkompetenz und auditive Informationsverarbeitung:**

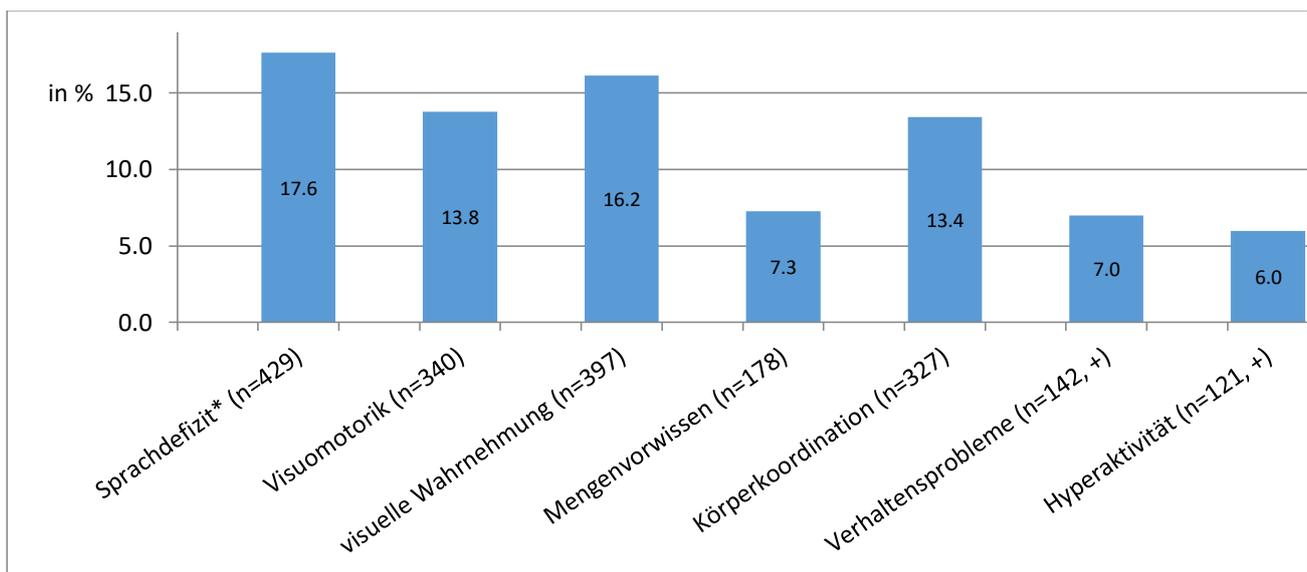
1. Pseudowörter nachsprechen
2. Wörter ergänzen
3. Sätze nachsprechen
4. Pluralbildung

**Artikulation:**

Überprüfung der Artikulation mit Hilfe einer Sprachtafel

**Mathematische Vorläuferfähigkeiten:**

1. simultane Mengenerfassung
2. Mengenvergleich



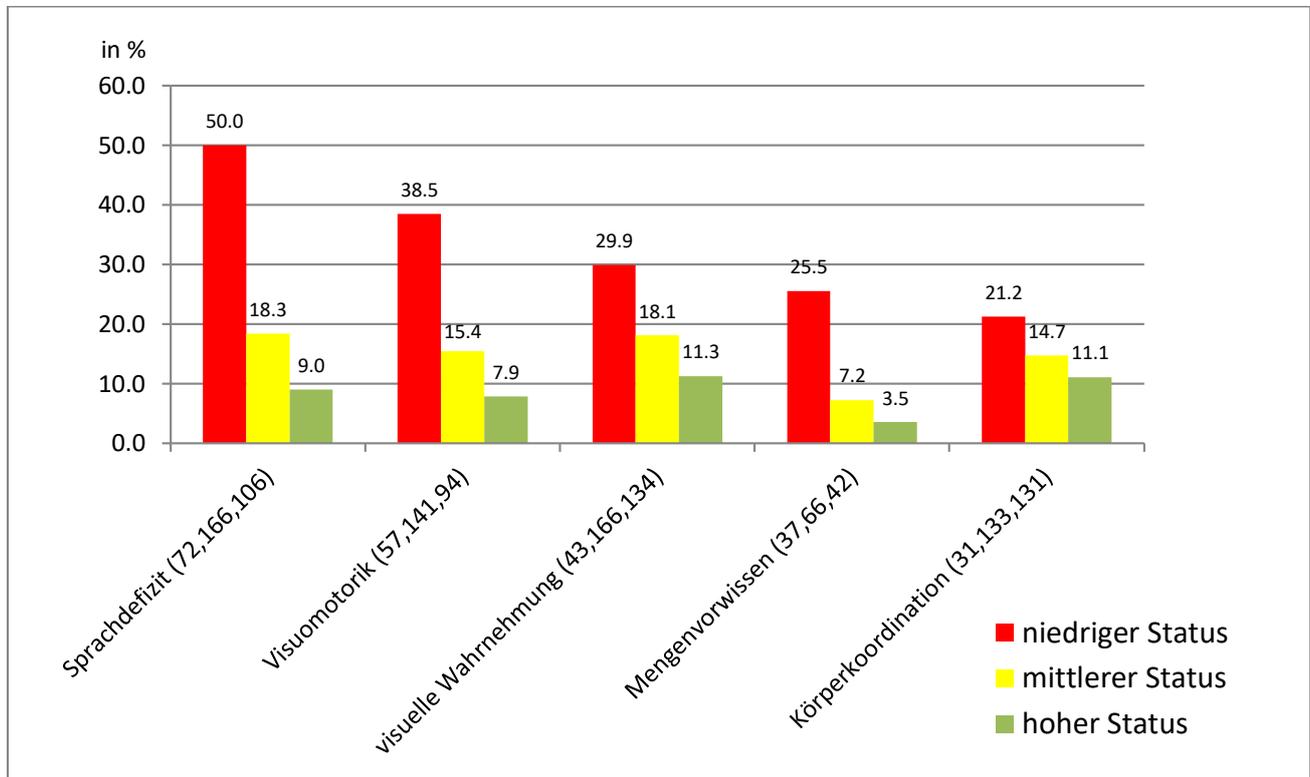
**Abb. 20: Auffälligkeiten in den verschiedenen Entwicklungsbereichen** <sup>32</sup> (Sprachdefizit\* <sup>33</sup>), + <sup>34</sup>

<sup>32</sup> In diesem und den folgenden Diagrammen gilt: Angaben in Prozent und in Klammern als absolute Zahlen. Fehlende Angaben zu Entwicklungsbereichen Sprachdefizit 1,8 % (n=45), Visuomotorik 0,4 % (n=10), visuelle Wahrnehmung 0,8 % (n=19), Mengenvorwissen 1,0 % (n=26), Körperkoordination 1,6 % (n=39), Verhaltensprobleme 18,1 % (n=449) und Hyperaktivität 18,1 % (n=449).

<sup>33</sup> Sprachdefizit ist ein kombinierter Indikator. Er berücksichtigt den Subtest „Sätze nachsprechen“ bei deutschen Kindern und Kindern nicht deutscher Herkunft aber mit guten Deutschkenntnissen sowie die Deutschkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft. Siehe: Kernindikatoren für Bezirksregionenprofile aus den Einschulungsdaten in Berlin, aus der Reihe: Statistische Kurzinformationen. 2011. <https://www.berlin.de/sen/soziales/service/publikationen/index.php/detail/146> (aufgerufen am 25.9.2019).

<sup>34</sup> + nach Angaben der Eltern im SDQ-Screening.

Abbildung 20 zeigt die Defizite in den verschiedenen Entwicklungsbereichen der untersuchten Kinder. 17,6 % der Kinder hatten Sprachdefizite, 16,2 % hatten Auffälligkeiten in der visuellen Wahrnehmung und 13,8 % in der Visuomotorik, 13,4 % hatten Schwierigkeiten mit der Körperkoordination und 7,3 % hatten ein unzureichendes Mengenvorwissen. Sozio-emotionale Auffälligkeiten wie z.B. Verhaltensprobleme und Hyperaktivität wurden über den SDQ, der von den Eltern selbst ausgefüllt wurde, abgefragt. Hier zeigten sich bei 6,0 % der untersuchten Kinder eine Hyperaktivität und bei 7,0 % der untersuchten Kinder Verhaltensprobleme.

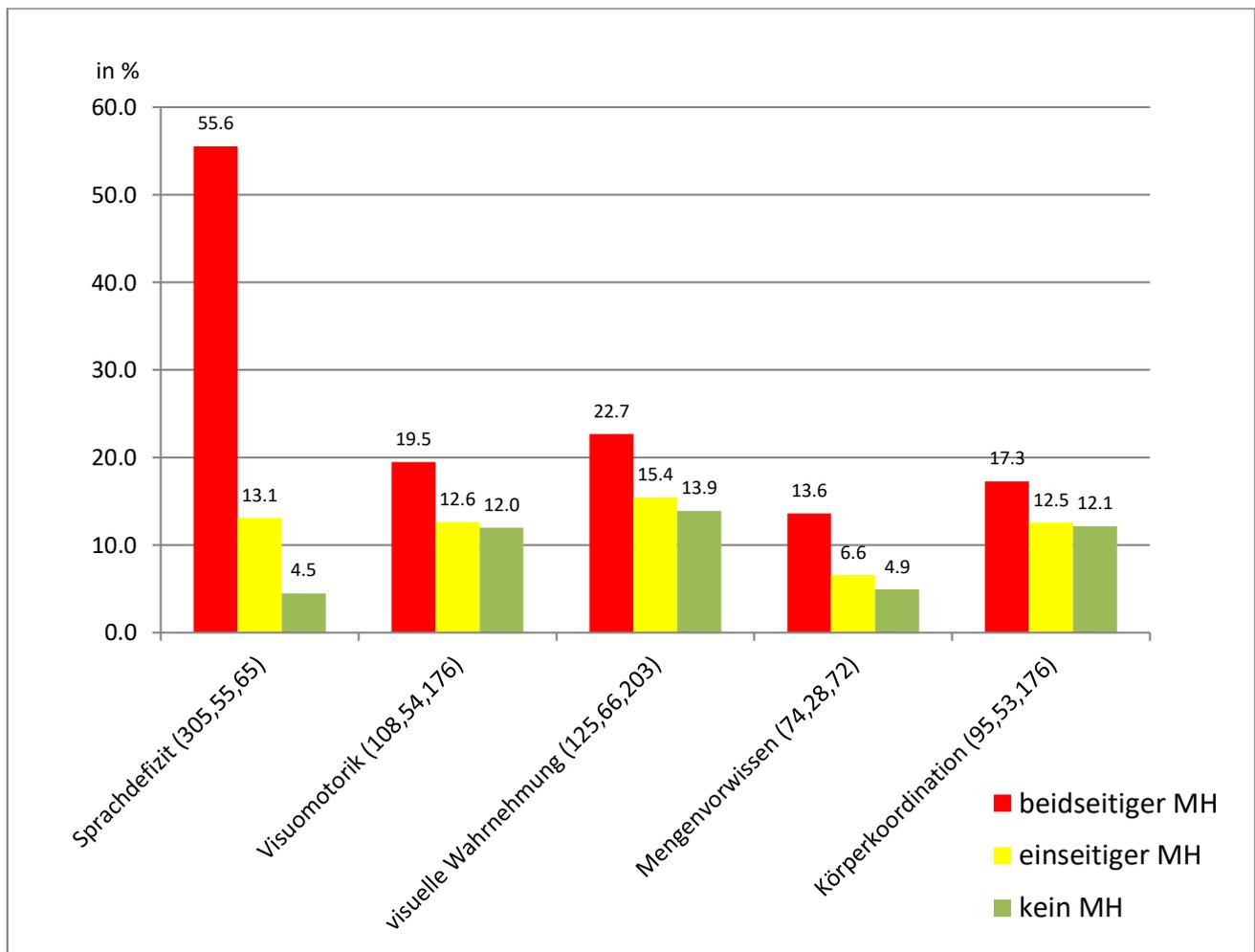


**Abb. 21: Anteil der untersuchten Kinder mit Auffälligkeiten in verschiedenen Entwicklungsbereichen nach sozialer Lage** <sup>35</sup>

Abbildung 21 zeigt, dass die Häufigkeit von Entwicklungsauffälligkeiten, die im Rahmen der Einschulungsuntersuchung bei den in Steglitz-Zehlendorf untersuchten Kindern diagnostiziert wurden, je nach Sozialstatus verschieden ausgeprägt ist. Am deutlichsten ist die Diskrepanz zwischen den Sozialstatusgruppen im Bereich der Sprache. Hier zeigten 50,0 % der Kinder der unteren Sozialstatusgruppe Sprachdefizite, im Vergleich dazu 18,3 % in der mittleren und 9,0 % in der oberen Sozialstatusgruppe. Deutliche Unterschiede zeigten sich auch im Bereich der Visuomotorik. 38,5 % der Kinder der unteren Sozialstatusgruppe hatten Probleme in diesem Bereich, im Vergleich dazu 15,4 % bzw. 7,9 % aus der mittleren bzw. oberen Sozialstatusgruppe. Auch bei der visuellen Wahrnehmung zeigte sich ein ähnliches Bild. 29,9 % der untersuchten Kinder aus der unteren Sozialstatusgruppe hatten Schwierigkeiten im Bereich visuelle Wahrnehmung, im Vergleich dazu 18,1 % bzw. 11,3 % der mittleren bzw. oberen Sozialstatusgruppe. Einen großen Unterschied gab es auch im Mengenvorwissen. Hier zeigten 25,5 % der untersuchten Kinder aus der unteren Sozialstatusgruppe Auffälligkeiten, aber nur 3,5 % aus der oberen Sozialstatusgruppe. Im Bereich Körperkoordination waren die Unterschiede nicht so auffällig, wobei auch hier die Kinder aus der

<sup>35</sup> Fehlende Angaben zu soziale Lage und Sprachdefizit 9,9 % (n=246), Visuomotorik 8,8 % (n=219), visuelle Wahrnehmung 9,1 % (n=225), Mengenvorwissen 9,4 % (n=232), Körperkoordination 9,8 % (n=232).

unteren sozialen Statusgruppe mit 21,2 % am häufigsten Schwierigkeiten hatten im Vergleich zu 14,7 % in der mittleren und 11,1 % in der oberen Sozialstatusgruppe.



**Abb. 22: Auffälligkeiten in den verschiedenen Entwicklungsbereichen nach Migrationshintergrund** <sup>36</sup>

Abbildung 22 zeigt die Unterschiede in den Entwicklungsauffälligkeiten nach Migrationshintergrund. Hier korreliert der Bereich Sprachdefizit am deutlichsten mit dem Migrationshintergrund. Untersuchte Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund hatten in 55,6 % ein Sprachdefizit, im Vergleich zu 13,1 % der Kinder mit einseitigem und 4,5 % ohne Migrationshintergrund. In den anderen untersuchten Bereichen waren die Unterschiede nicht so ausgeprägt. Trotzdem zeigten Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund in allen Bereichen am häufigsten Defizite, während sich Kinder mit einseitigem und ohne Migrationshintergrund weniger unterschieden. 19,5 % der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund zeigten Defizite im Bereich der Visuomotorik im Vergleich zu 12,6 % der Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund und 12,0 % ohne Migrationshintergrund. Im Bereich visuelle Wahrnehmung waren 22,7 % der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund auffällig im Vergleich zu 15,4 % der Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund und 13,9 % der Kinder ohne Migrationshintergrund. 13,6 % der

<sup>36</sup> Fehlende Angaben zu Migrationshintergrund und Sprachdefizit 2,4 % (n=60), Visuomotorik 1,0 % (n=26), visuelle Wahrnehmung 1,4 % (n=35), Mengenvorwissen 1,7 % (n=42), Körperkoordination 2,2 % (n=54).

Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund hatten Probleme im Bereich Mengenvorwissen im Vergleich zu 6,6 % der Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund und 4,9 % der Kinder ohne Migrationshintergrund. Bei der Körperkoordination waren die Unterschiede weniger deutlich. 17,3 % der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund zeigten Defizite im Bereich der Körperkoordination im Vergleich zu 12,5 % der Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund und 12,1 % der Kinder ohne Migrationshintergrund.

### 5.1. Sprachdefizite

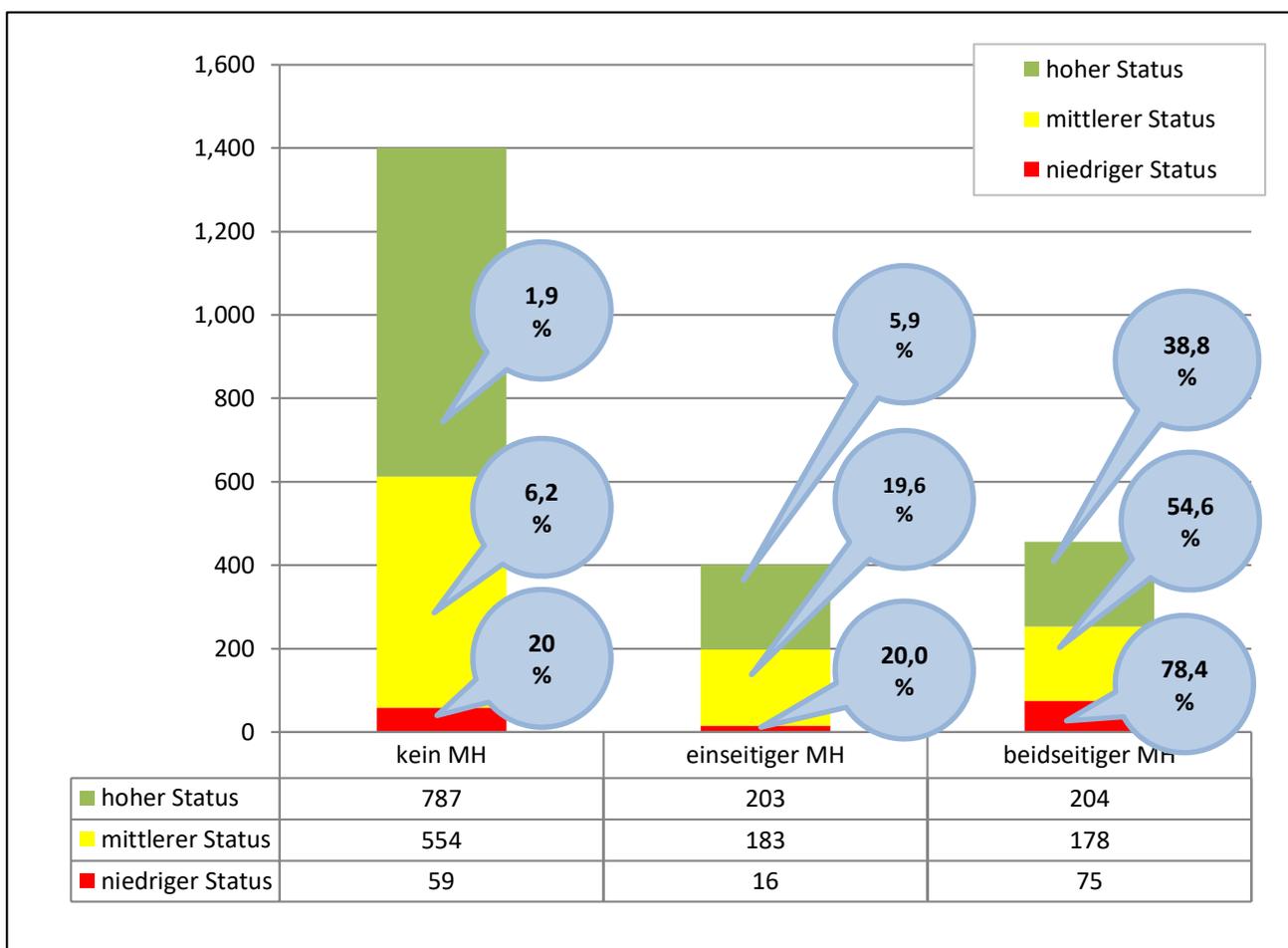
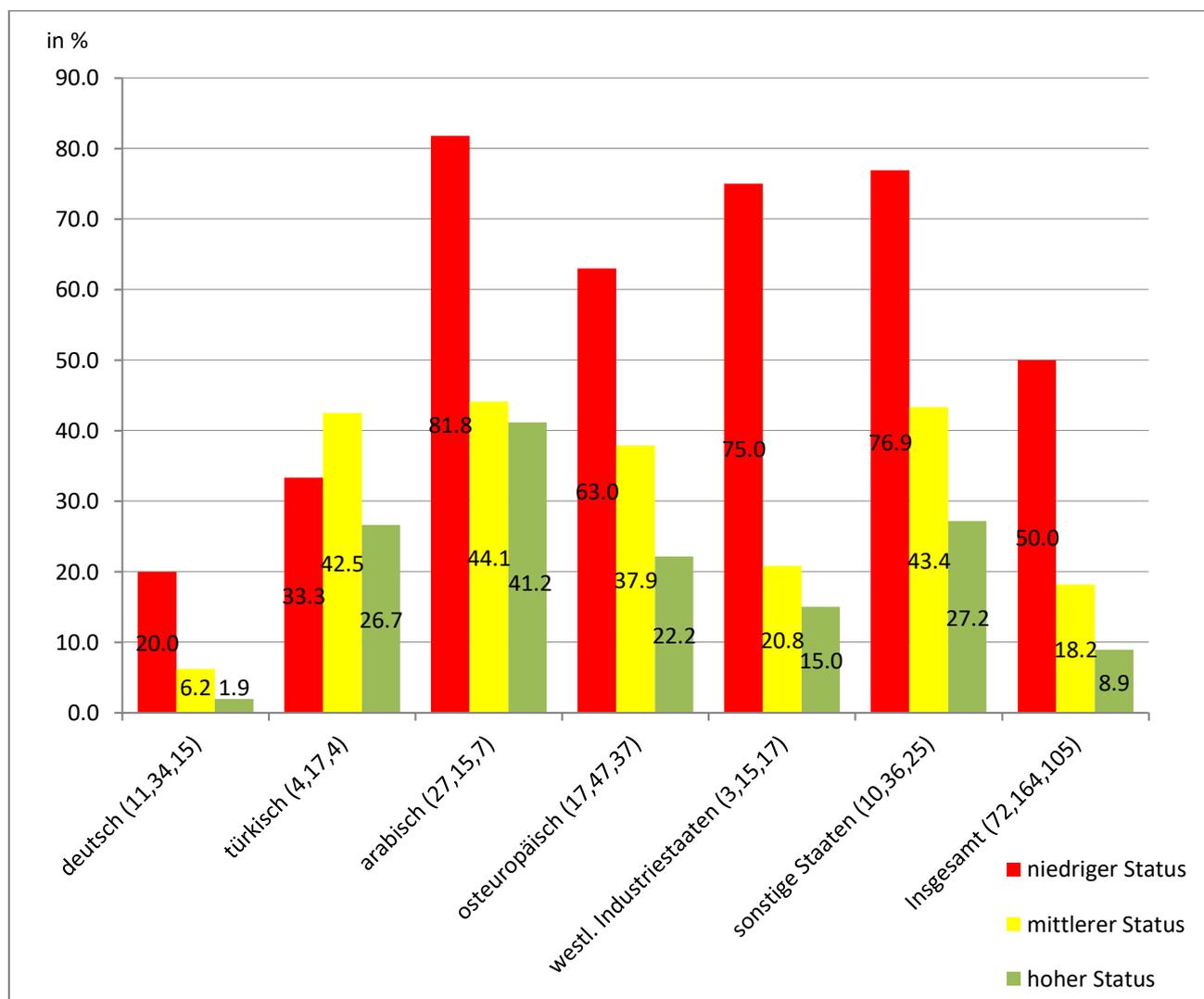


Abb. 23: Migrationshintergrund, soziale Statusgruppe und Sprachschwierigkeiten <sup>37</sup>

Sprache ist für den schulischen Erfolg eine entscheidende Voraussetzung, daher wird im Folgenden ausführlicher über die Ergebnisse der sprachlichen Fähigkeiten der Kinder im Rahmen der Einschulungsuntersuchung berichtet. Der Sprachtest ist unterteilt in Pseudowörter nachsprechen, Wörter ergänzen, Sätze nachsprechen, Pluralbildung und Artikulation. Differenziert nach diesen Tests werden die Ergebnisse in Korrelation gebracht zum Sozialstatus, Migrationshintergrund und Herkunft. Der Indikator Sprachdefizit ist ein kombinierter Parameter und erfasst sowohl deutsche Kinder als auch Kinder nicht deutscher Herkunft mit guten Deutschkenntnissen mit auffälligen Textergebnissen im Untertest Sätze nachsprechen sowie nicht deutsche Kinder mit unzureichenden Deutschkenntnissen.

<sup>37</sup> Sprachdefizite und Migrationshintergrund fehlende Werte bei 2,4 % (n=60) und Sozialstatus in 9,9 % (n=246).

Abbildung 23 verdeutlicht in Zusammenführung der Daten aus Abbildung 21 und 22 den Zusammenhang der Faktoren Sozialstatus und Migrationshintergrund mit Sprachschwierigkeiten. Dazu wurden in die Abbildung 6a die Prozentzahlen der Kinder mit Sprachdefizit eingetragen. Dabei hatten Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund und unterem Sozialstatus am häufigsten ein Sprachdefizit (78,4 %). Dies steht in ausgeprägtem Unterschied zu 1,9 % Sprachdefizit bei Kindern aus dem oberen Sozialstatus, die keinen Migrationshintergrund haben. Es zeigt, dass soziale Statuszugehörigkeit als auch Migrationshintergrund mit Sprachfertigkeiten im Bezirk korrelieren.

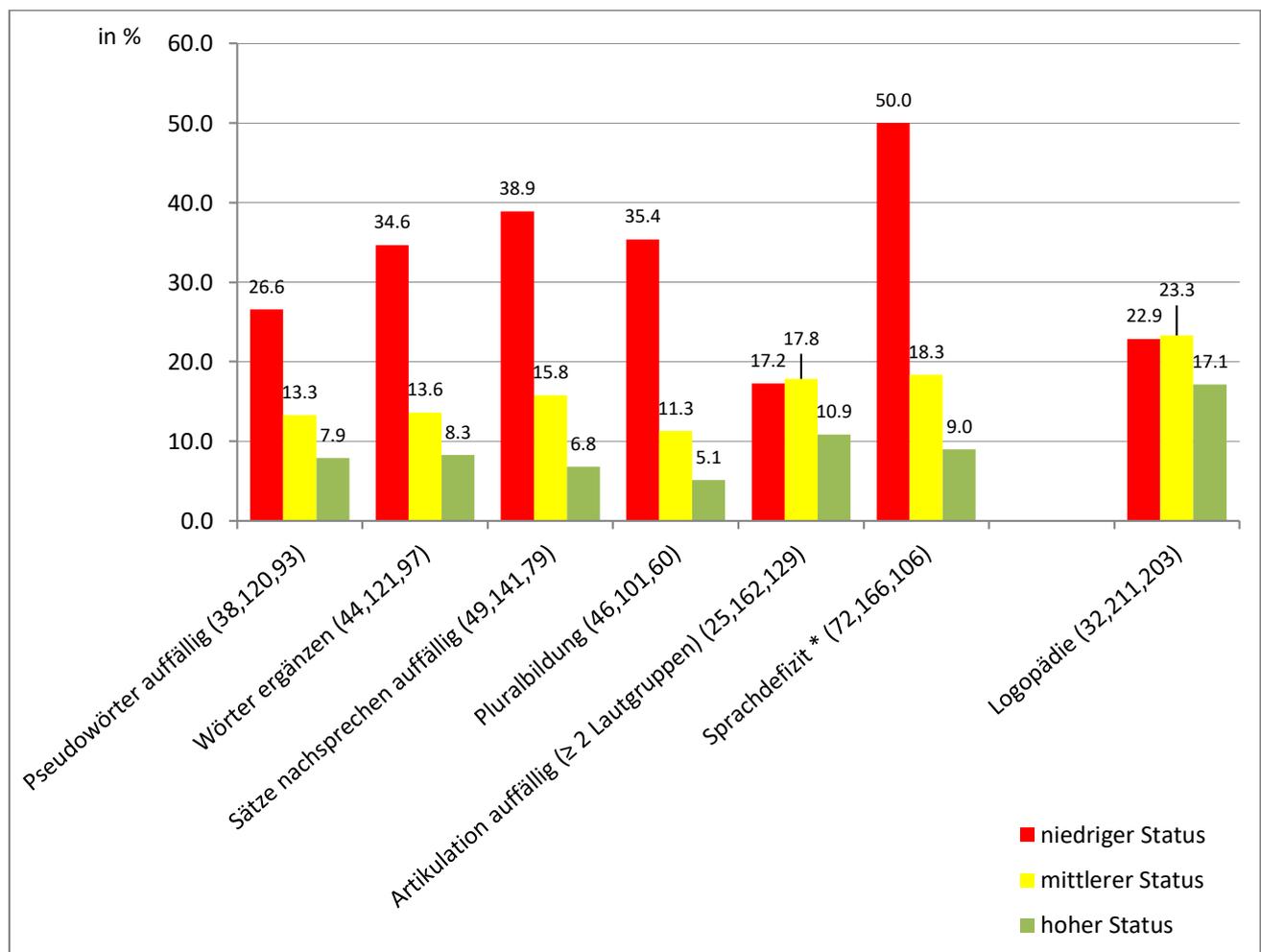


**Abb. 24: Sprachdefizite nach Herkunft und Sozialstatus** <sup>38</sup>

Abbildung 24 differenziert nun den Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Migrationshintergrund auf Sprachdefizite nach der Herkunft der Familien. Bei den meisten Herkunftsgruppen zeigt sich, dass Kinder mit unterem Sozialstatus prozentual am häufigsten Sprachdefizite aufweisen, hier insbesondere die Kinder arabischer Herkunft mit 81,8 %, gefolgt von Kindern westlicher Industriestaaten sowie sonstiger Staaten. Die Prozentzahlen bei einigen Herkunftsgruppen sind in der unteren Sozialstatusgruppe aufgrund niedriger Fallzahlen nur bedingt aussagekräftig. Kinder der mittleren Sozialstatusgruppe haben deutlich seltener Sprachdefizite als

<sup>38</sup> Fehlende Angaben zu Sprachdefizite und Herkunft unterer Status 4,0 % (n=6, gesamt =144), mittlerer Status 2,0 % (n=18, gesamt =901), hoher Status 1,7 % (n=20, gesamt =1178).

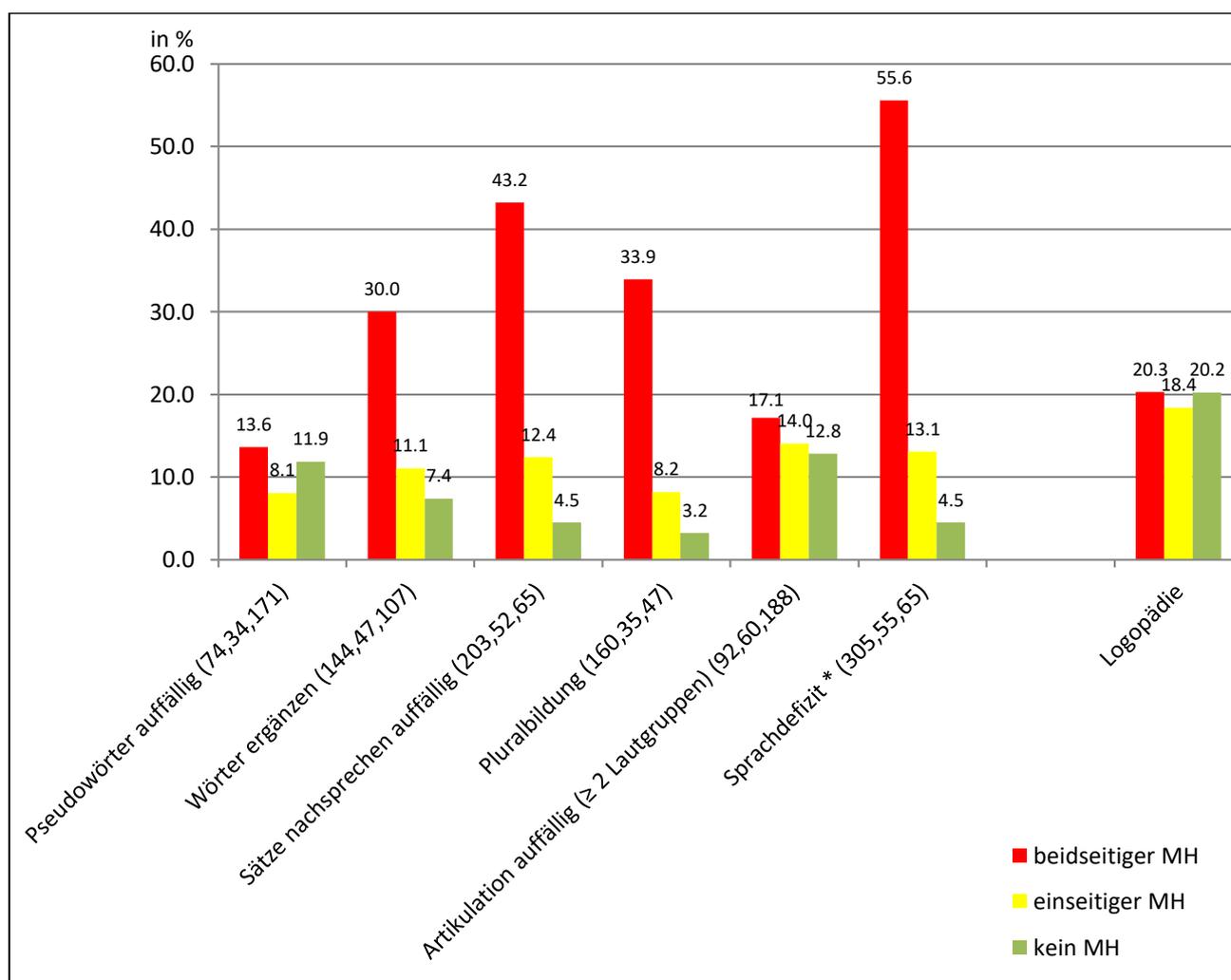
Kinder der unteren Sozialstatusgruppe. Dabei haben hier die Kinder arabischer und türkischer Herkunft mit 42,5 % bzw. 44,1 % prozentual etwa gleich häufig Sprachdefizite wie Kinder osteuropäischer Staaten (37,9 %) und sonstiger Staaten (43,4 %). Kinder westlicher Industriestaaten haben mit 20,8 % in dieser Sozialstatusgruppe deutlich seltener Sprachdefizite. Bezüglich der Sprachdefizite unterscheiden sich Kinder arabischer Herkunft der oberen Sozialstatusgruppe und kaum von den arabischen Kindern der mittleren Sozialstatusgruppe. In den anderen Herkunftsgruppen zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede zwischen der oberen und der mittleren Sozialstatusgruppe (türkisch 26,7 % vs. 42,5 %, osteuropäisch 22,2 % vs. 37,9 %, westliche Industriestaaten 15,0 % vs. 20,8 %). Berücksichtigt man die absoluten Zahlen, zeigt sich, dass es sich jeweils nur um Gruppen mit einer geringen Anzahl von Kindern mit auffälligen Befunden handelt und dass eine gezielte Förderung idealerweise bereits in der Vorschulzeit stattfinden sollte. In einer weiteren Diagnostik sollte geklärt werden, ob es sich um eine therapiebedürftige oder um eine zumindest zu beobachtende Sprachentwicklungsverzögerung handelt. Die Sprachdefizite können auch auf einen zu seltenen oder zu kurzen regelmäßigen Kontakt mit der deutschen Sprache zurückzuführen sein und damit eine intensivierete Sprachförderung notwendig machen. Diese könnte z.B. durch regelmäßigen Kitabesuch, Besuch von Freizeitgruppen, wie z. B. Sportgruppen oder Lesepatzen und Tandemfamilien geschehen.



**Abb. 25a: Sprachschwierigkeiten und Logopädie nach sozialem Status** <sup>39</sup>

<sup>39</sup> Fehlende Angaben zu Sozialstatus und Pseudowörter 10,3 % (n=256), Wörter ergänzen 11,6 % (n=287), Sätze nachsprechen 12,1 % (n=300), Pluralbildung 11,4 % (n=283), Artikulationsstörungen 9,5 % (n=236) Sprachdefizit\* 9,9 % (n=246), Logopädie 9,9 % (n=245).

Abbildung 25a und b zeigen Sprachschwierigkeiten in Korrelation zum sozialen Status beziehungsweise dem Migrationshintergrund der Familien. In Abbildung 25a zeigen sich mit Ausnahme der Artikulationsstörung deutlich häufiger Sprachschwierigkeiten in der unteren Sozialstatusgruppe im Vergleich zur mittleren und oberen Sozialstatusgruppe. 50,0 % der Kinder in der unteren Sozialstatusgruppe haben ein Sprachdefizit im Vergleich zu 18,3 % in der mittleren und 9,0 % in der oberen Sozialstatusgruppe. 38,9 % der Kinder der unteren Sozialstatusgruppe hatten Schwierigkeiten beim Sätze nachsprechen, aber nur 15,8 % der mittleren und 6,8 % der oberen Sozialstatusgruppe. Häufig Schwierigkeiten bereitete auch das Wörter ergänzen in dieser Gruppe (34,6 % vs. 13,6 % bzw. 8,3 %) sowie die Pluralbildung (35,4 % vs. 11,3 % bzw. 5,1 %) und das Pseudowörter nachsprechen (26,6 % vs. 13,3 % bzw. 7,9 %). Auffälligkeiten in der Artikulation waren kaum abhängig vom Sozialstatus. Artikulationsstörungen zeigten sich bei 17,2 % der Kinder der unteren Sozialstatusgruppe, bei 17,8 % der mittleren Sozialstatusgruppe und 10,9 % in der oberen Sozialstatusgruppe.



**Abb. 25b: Sprachschwierigkeiten und Logopädie nach Migrationshintergrund** <sup>40</sup>

Werden die Sprachschwierigkeiten in Korrelation zum Migrationshintergrund gebracht, zeigt sich bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund ein hoher Prozentsatz an sprachauffälligen

<sup>40</sup> Fehlende Angaben zu Migrationshintergrund und Pseudowörter 2,9 % (n=71), Wörter ergänzen 4,9 % (n=122), Sätze nachsprechen 5,7 % (n=140), Pluralbildung 4,9 % (n=121), Artikulationsstörungen 1,9 % (n=47) Sprachdefizit\* 2,4 % (n=60), Logopädie 2,4 % (n=60).

Kindern. Dieses betrifft insbesondere die Tests Sätze nachsprechen (43 %), Pluralbildung (34 %) und Wörter ergänzen (30 %). Die Testaufgaben Pseudowörter und Artikulation sind unabhängiger von ausreichenden Deutschkenntnissen und daher bei guter Sprachentwicklung in der Muttersprache einfach zu lösen. Der Parameter Sprachdefizit berücksichtigt als kombinierter Indikator sowohl die Fähigkeit Sätze nachzusprechen als auch die Deutschkenntnisse bei Kindern nichtdeutscher Herkunft.

## **6. Inanspruchnahme von therapeutischen Leistungen**

Therapeutische Leistungen wie Ergotherapie und Logopädie werden vom behandelnden Kinderarzt bei entsprechender Indikation verordnet. Auffälligkeiten in den Bereichen Visuomotorik und visuelle Wahrnehmung zeigen sich oft gemeinsam. Sprachprobleme bei Kindern mit Migrationshintergrund, die nur in der deutschen Sprache, aber nicht in der Muttersprache vorliegen, stellen keine Indikation für eine logopädische Behandlung dar, da es sich in dem Fall nicht um eine Sprachentwicklungsverzögerung handelt. Die Sprachprobleme sind dann meist auf eine zu kurze regelmäßige Kontaktzeit mit der deutschen Sprache zurückzuführen.

Im Fragebogen wird von den Eltern angegeben, ob die Kinder bereits therapeutische Leistungen in Anspruch nehmen oder genommen haben.

Abbildung 25a zeigt die Inanspruchnahme von logopädischer Behandlung vor oder zur Zeit der Einschulungsuntersuchung im Verhältnis zu den Sprachauffälligkeiten nach Sozialstatusgruppen. Kinder mit unterem Sozialstatus nehmen im Verhältnis zur Häufigkeit von Sprachauffälligkeiten seltener eine logopädische Behandlung in Anspruch. Zwischen 34 % und 39 % der Kinder aus dieser Gruppe haben Auffälligkeiten bei den Tests Wörter ergänzen, Pluralbildung und Sätze nachsprechen. Dabei erhalten oder erhielten nur 22,9 % dieser Kinder Logopädie vor oder zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung. Im Unterschied dazu nehmen Kinder der oberen Sozialstatusgruppe im Vergleich zu den auffälligen Befunden deutlich häufiger eine logopädische Behandlung in Anspruch. Ein Sprachdefizit wurde bei 9 % der Kinder aus dieser Gruppe diagnostiziert, aber 17,1 % der Kinder der hohen Sozialstatusgruppe erhalten oder erhielten Logopädie.

Abbildung 25b zeigt den Prozentsatz der Kinder, die Logopädie erhalten oder erhielten aufgeschlüsselt nach dem Migrationshintergrund. Kinder aus allen Migrationsgruppen erhalten prozentual etwa gleich häufig Logopädie, obwohl die Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund allein im Bereich der Artikulation häufiger Auffälligkeiten haben.

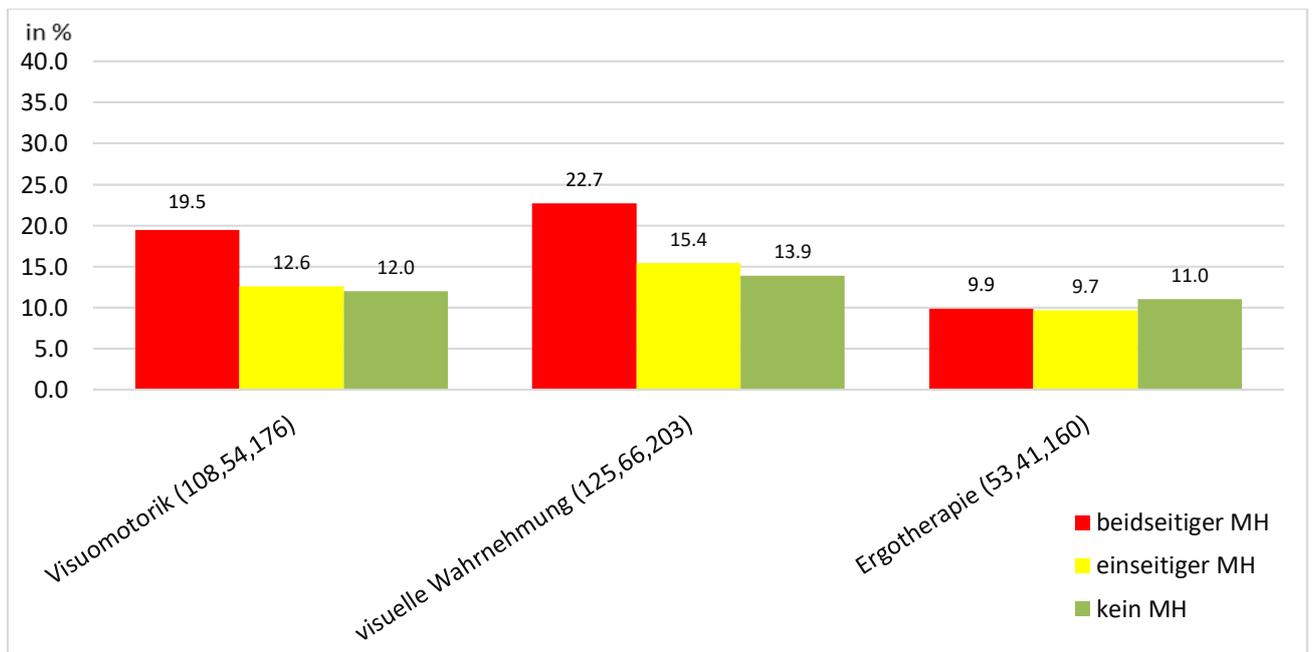
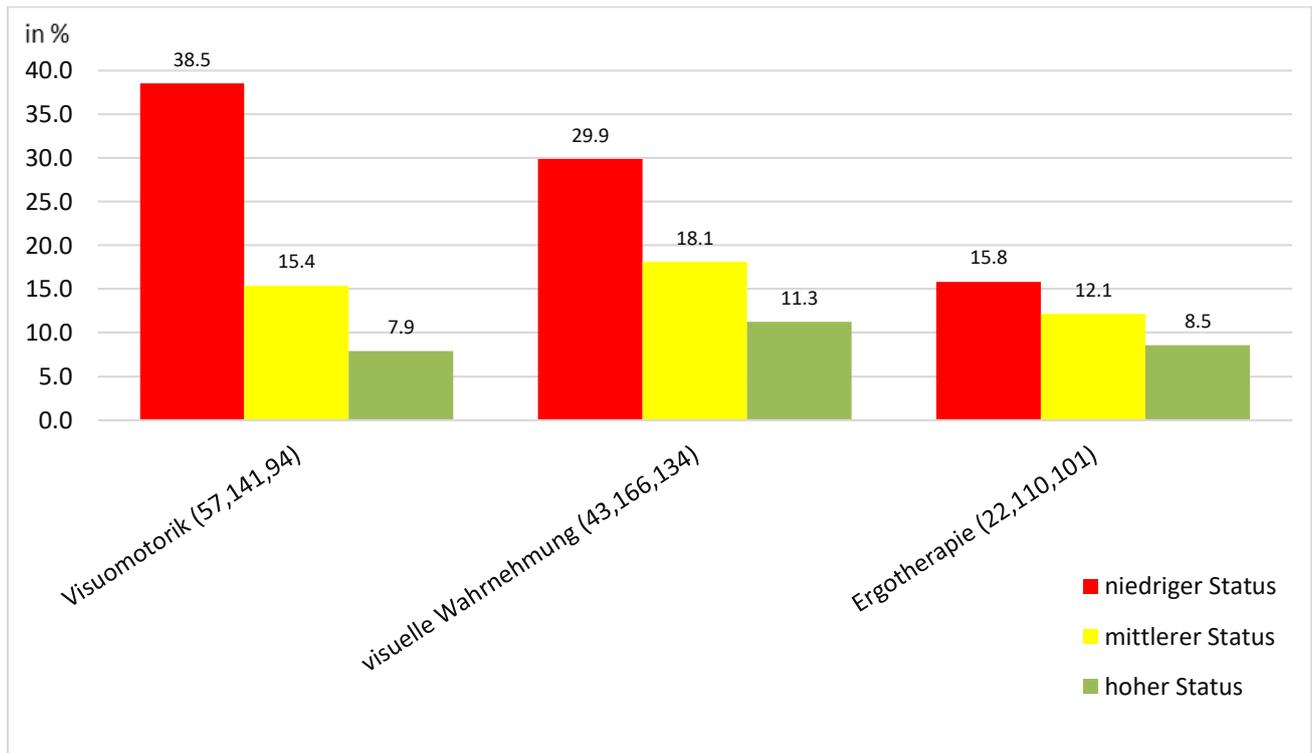
Abbildungen 26a und b zeigen die Auffälligkeiten im Bereich der Visuomotorik und visuellen Wahrnehmung im Verhältnis zur Inanspruchnahme von ergotherapeutischen Leistungen nach sozialer Lage und Migrationshintergrund.

Hier zeigen sich deutliche Unterschiede. Der Prozentsatz der Kinder aus der oberen Sozialstatusgruppe, die Auffälligkeiten in den Bereichen Visuomotorik bzw. visuelle Wahrnehmung haben, ist vergleichbar mit dem Prozentsatz der Kinder, die aus dieser Gruppe ergotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen.

Bei den Kindern der unteren sozialen Statusgruppe hingegen nehmen nur ungefähr die Hälfte der in den Bereichen Visuomotorik bzw. visuelle Wahrnehmung auffälligen Kinder eine Ergotherapie in Anspruch.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Inanspruchnahme von Ergotherapie nach Migrationshintergrund. Bei Kindern ohne Migrationshintergrund ist der Prozentsatz der Kinder, die auffällige Ergebnisse erzielen nur geringfügig höher, als der Prozentsatz der Kinder, die ergotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen. Im Vergleich dazu gehen in der Gruppe mit beidseitigem

Migrationshintergrund nur etwa die Hälfte der in den Bereichen Visuomotorik (19,5 %) und visuellen Wahrnehmung (22,7 %) auffälligen Kinder zur Ergotherapie (9,9 %).



**Abb. 26a und b: Inanspruchnahme von therapeutischen Leistungen in Form von Ergotherapie der untersuchten Einschüler nach sozialer Statusgruppe <sup>41</sup> und Migrationshintergrund <sup>42</sup>**

<sup>41</sup> Fehlende Angaben zu Sozialstatus und Ergotherapie 10,1 % (n=249). Andere Angaben siehe Abb. 20.

<sup>42</sup> Fehlende Angaben zu Migrationshintergrund und Ergotherapie 2,6 % (n=64). Andere Angaben siehe Abb. 21.

## **7. Schulische Förderung und sonderpädagogischer Förderbedarf**

Bei Auffälligkeiten während der Einschulungsuntersuchung wird je nach Art und Ausmaß weitere Diagnostik und Förderung empfohlen. Dies kann z.B. über den Kinderarzt, das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) oder den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KJPD) geschehen. Eine logopädische, ergo- oder physiotherapeutische Diagnostik ist auch im therapeutischen Bereich des KJGD möglich. Zudem wird zu Fördermöglichkeiten, sowohl durch die Eltern zuhause, als auch durch die Kita im noch verbleibenden Kitajahr beraten, um Defizite möglichst vor der Einschulung ausgleichen zu können.

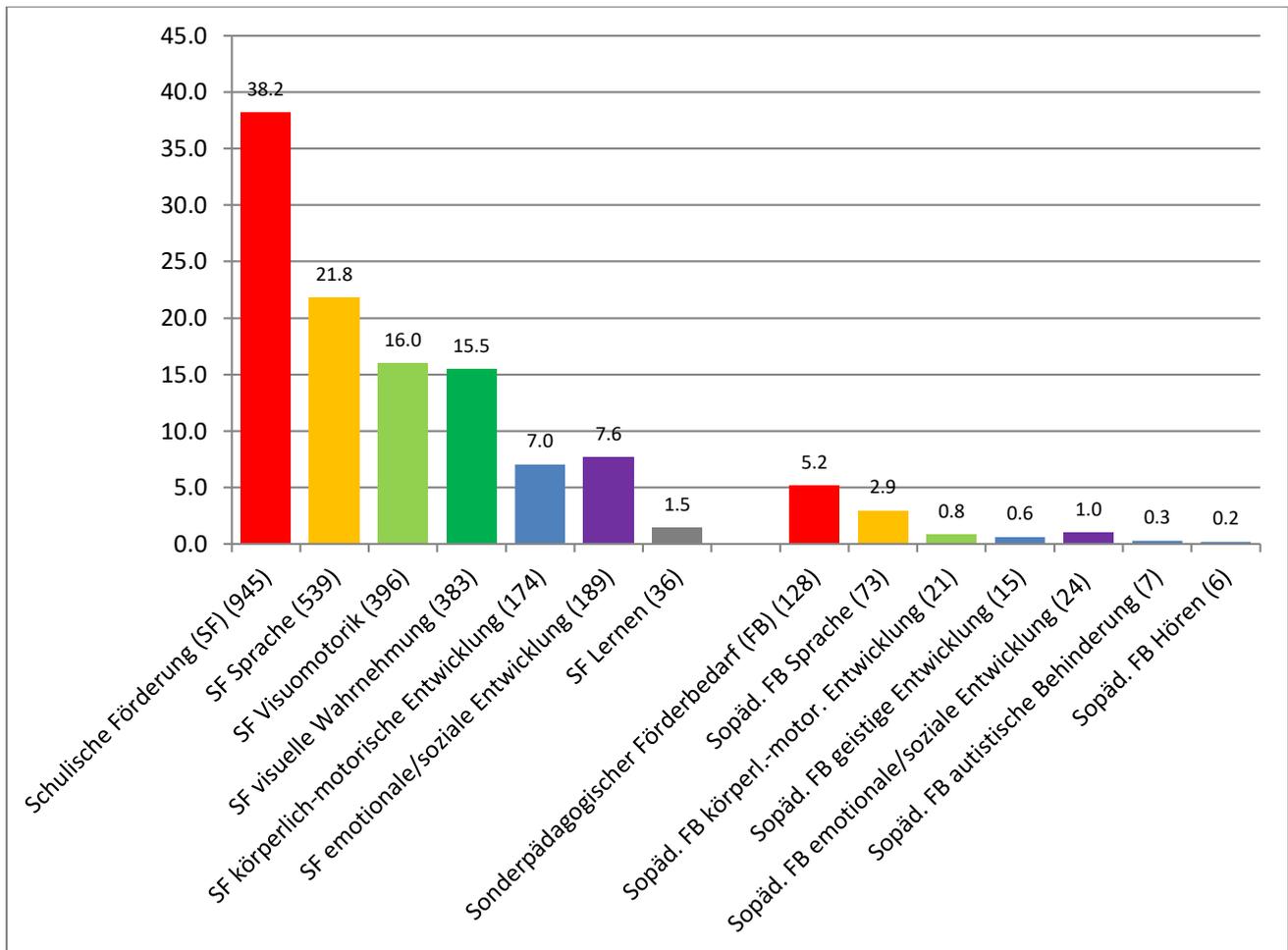
Für die Schulzeit kann für Kinder, bei denen im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung keine gravierenden Behinderungen festgestellt wurden, die aber dennoch aufgrund ihrer Entwicklungsdefizite von einer spezifischen Förderung im Unterricht profitieren können, schulischer Förderbedarf (SF) empfohlen werden (in den Bereichen „Grobmotorik/Koordination“, „Sprachheilpädagogik“, „visuelle Wahrnehmung und Visuomotorik“, „sozial-emotionale Entwicklung“ und „Lernen“).

Sonderpädagogischer Förderbedarf (Sopäd. FB) ist zu empfehlen, wenn die Entwicklungs-, Lern- und Bildungsmöglichkeiten so stark eingeschränkt sind, dass die Kinder im allgemeinbildenden Unterricht nicht hinreichend gefördert werden können und über einen längeren Zeitraum spezifische, kontinuierliche und umfassende individuelle Hilfen benötigen.

Seit dem Einschulungsjahr 2017/18 wird für die Förderschwerpunkte Lernen, emotional-soziale Entwicklung und Sprache schrittweise eine verlässliche Grundausrüstung eingeführt, damit Schulen flexibler auf individuellen Förderbedarf reagieren können. Bei der Einschulungsuntersuchung wird bei bereits erkennbarem Förderbedarf eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen. Dieses betrifft neben den Bereichen „Sehen“ (Sehbehinderung, Blindheit), „Hören“ (Schwerhörigkeit, Gehörlosigkeit), „körperlich-motorische Entwicklung“, „geistige Entwicklung“ und „autistische Behinderung“, bei denen in der Regel eine aktuelle Diagnostik bereits vorliegt, auch die Bereiche „Sprache“, „Lernen“ und „emotional-soziale Entwicklung“.

Abbildung 27 zeigt den Anteil der Kinder, für die im Schuljahr 2017/18 schulische Förderung bzw. ein sonderpädagogischer Förderbedarf empfohlen wurde. Insgesamt wurde in 38,2 % (945 Einschüler) eine schulische Förderung empfohlen. Dabei fiel der größte Anteil auf die sprachliche Förderung mit 21,8 % (539) gefolgt von der Förderung der Visuomotorik und der visuellen Wahrnehmung mit 16,0 % (396) bzw. 15,5 % (383). Seltener wurde die Förderung im Bereich körperlich-motorische Entwicklung mit 7,0 % (174) und emotional-soziale Entwicklung mit 7,6 % (189) empfohlen. Eine Förderung im Bereich Lernen wurde nur in 1,5 % (36) der Fälle empfohlen.

Sonderpädagogischer Förderbedarf wurde für das Schuljahr 2017/18 insgesamt 128-mal im Rahmen der Einschulungsuntersuchung empfohlen. In Sonderfällen kann bei einem Kind auch in mehreren Bereichen sonderpädagogischer Förderbedarf empfohlen werden, allerdings wird dieser in der Regel nur in einem Bereich gewährt. Sonderpädagogischer Förderbedarf im Bereich „Sprache“ wurde für 73 Kinder, im Bereich „körperlich-motorische Entwicklung“ für 21, im Bereich „emotional-soziale Entwicklung“ für 24, im Bereich „geistige Entwicklung“ für 15, im Bereich Hören für 6 und im Bereich „autistische Behinderung“ für 7 Kinder empfohlen.



**Abb. 27: Bei der ESU empfohlene schulische Förderung** <sup>43</sup>

## **8. Die lebensweltlich orientierten Planungsräume**

Die „Lebensweltlich orientierten Räume“ (LOR) in Steglitz-Zehlendorf werden in Abbildung 28 grafisch dargestellt. Diese wurden 2006 gemeinsam zwischen den planenden Fachverwaltungen des Senats, den Bezirken und dem Amt für Statistik Berlin-Brandenburg auf der Grundlage der von der Jugendhilfe bereits definierten Sozialräume einheitlich abgestimmt. Die LOR-Regionen sind am 1.8.2006 per Senatsbeschluss als neue räumliche Grundlage für Planung, Prognose und Beobachtung demografischer und sozialer Entwicklungen in Berlin festgelegt worden.

Die Bezirksregionen und Planungsräume der LOR-Regionen von Steglitz-Zehlendorf lauten:

- **Schloßstraße** (Fichtenberg, Schloßstraße, Markelstraße)
- **Albrechtstraße** (Munsterdamm, Südende, Stadtpark, Mittelstraße, Bergstraße, Feuerbachstraße, Bismarckstraße)
- **Lankwitz** (Alt-Lankwitz, Komponistenviertel Lankwitz, Lankwitz Kirche, Kaiser-Wilhelm-Straße, Gemeindepark Lankwitz, Lankwitz Süd)
- **Ostpreußendamm** (Thermometersiedlung, Lichterfelde-Süd, Königsberger Straße, Oberhofer Platz, Schütte-Lanz-Straße)

<sup>43</sup> Fehlende Angaben schulischen Förderung und Sopäd. FB alle Bereiche 0,04 % der Fälle (n=1). Sopäd. FB. Lernen und Sehen sind aufgrund geringer Fallzahlen nicht aufgeführt.

- **Teltower Damm** (Berlepschstraße, Zehlendorf-Süd, Zehlendorf-Mitte, Teltower Damm)
- **Drakestraße** (Botanischer Garten, Hindenburgdamm, Goerzwerke, Schweizer Viertel, Augustaplatz, Lichterfelde-West)
- **Zehlendorf Südwest** (Wannsee, Düppel, Nikolassee)
- **Zehlendorf Nord** (Krumme Lanke, Fischerhüttenstraße, Fischtal, Zehlendorf Eiche, Hüttenweg, Thielallee, Dahlem)

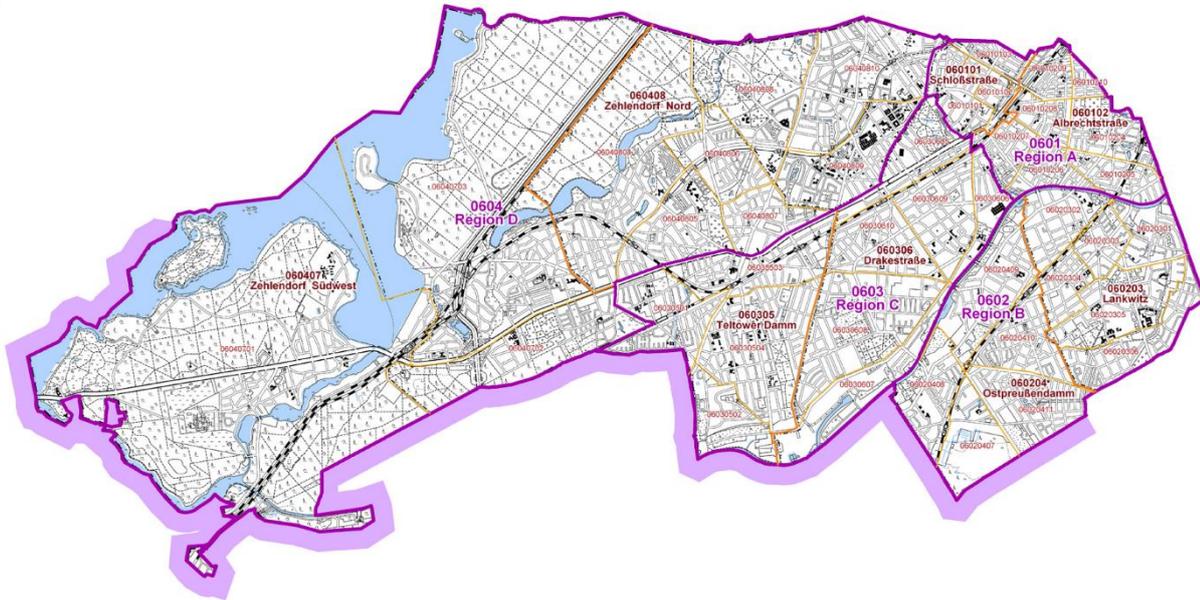


Abb. 28. Lebensweltlich orientierte Räume (LOR), Karte Steglitz-Zehlendorf <sup>44</sup>

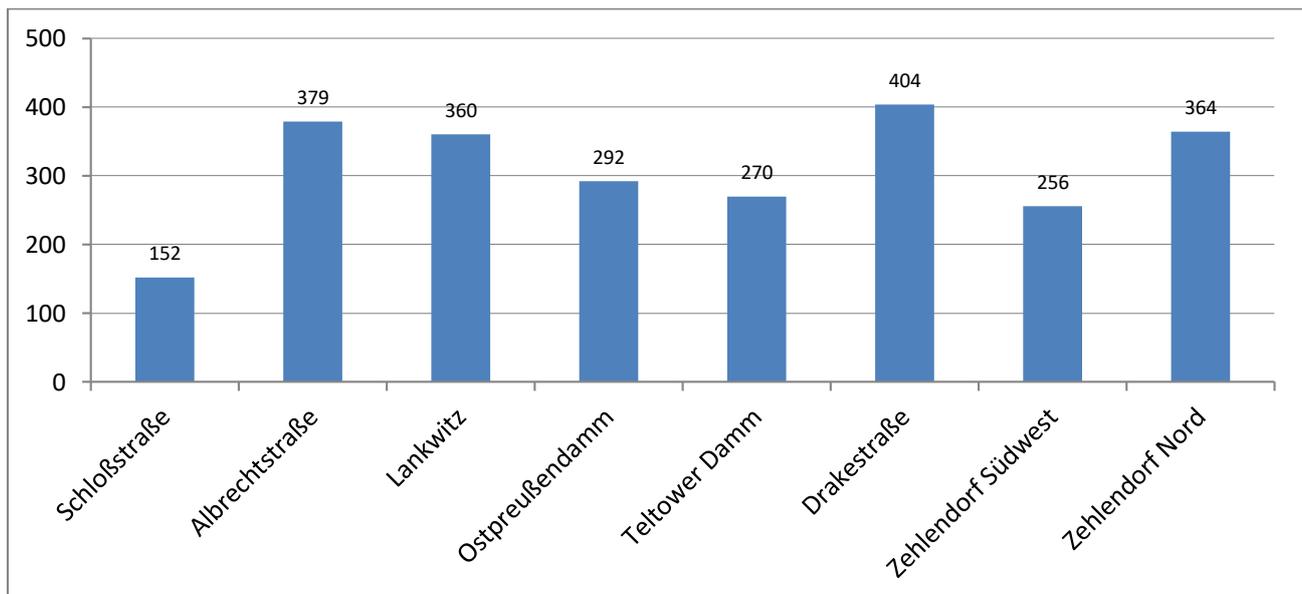
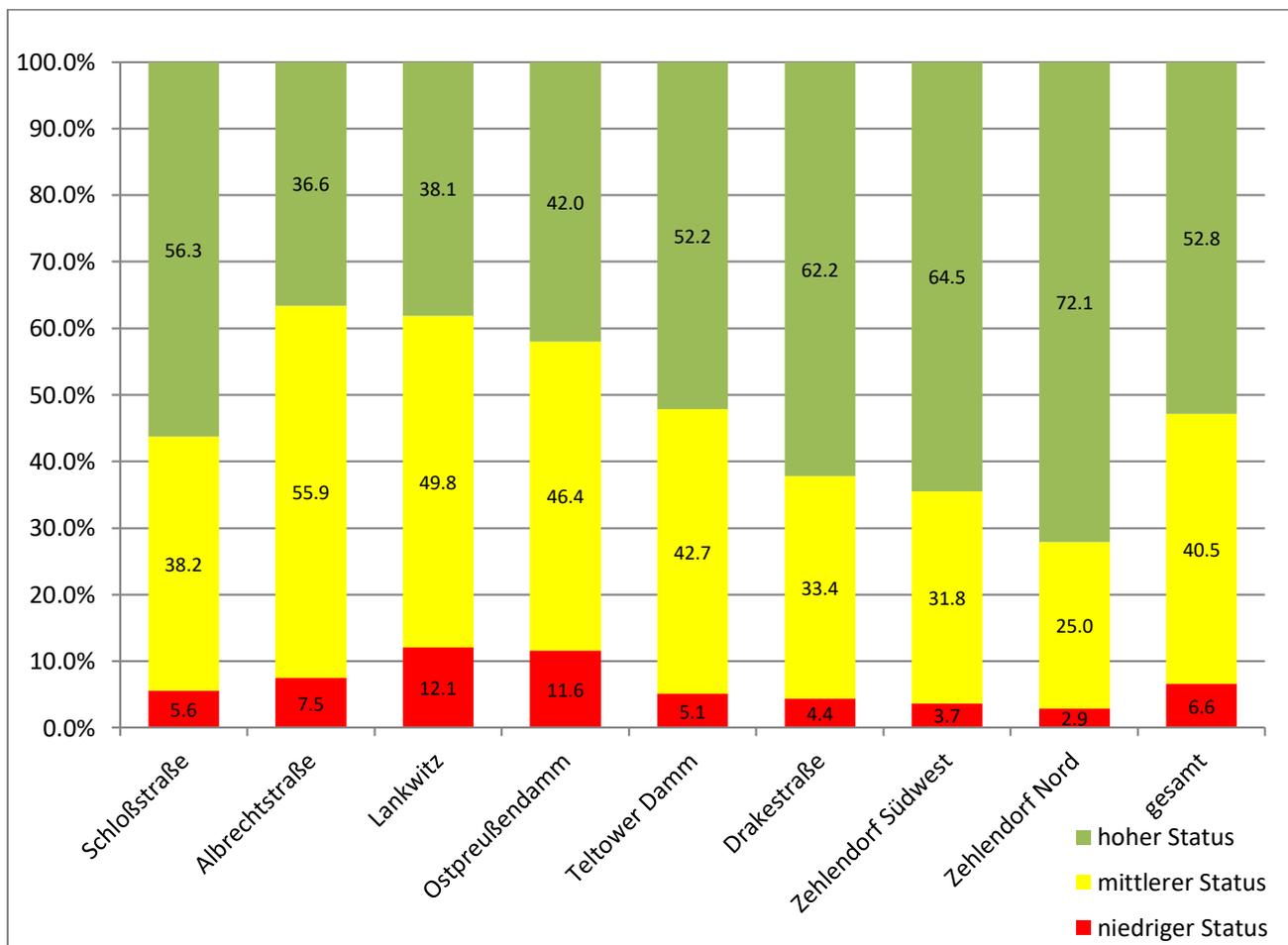


Abb. 29: Zahl der untersuchten Kinder nach LOR-Regionen

<sup>44</sup> (Quelle: Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Abteilung III - Geoinformation, Informationssystem Stadt und Umwelt - GIS - Service).

Abbildung 29 zeigt die Verteilung der untersuchten Kinder in den verschiedenen LOR-Bezirken. Die meisten Kinder wurden in den Bereichen Drakestr. und Albrechtstr. untersucht. Am wenigsten im Bereich Schloßstraße.

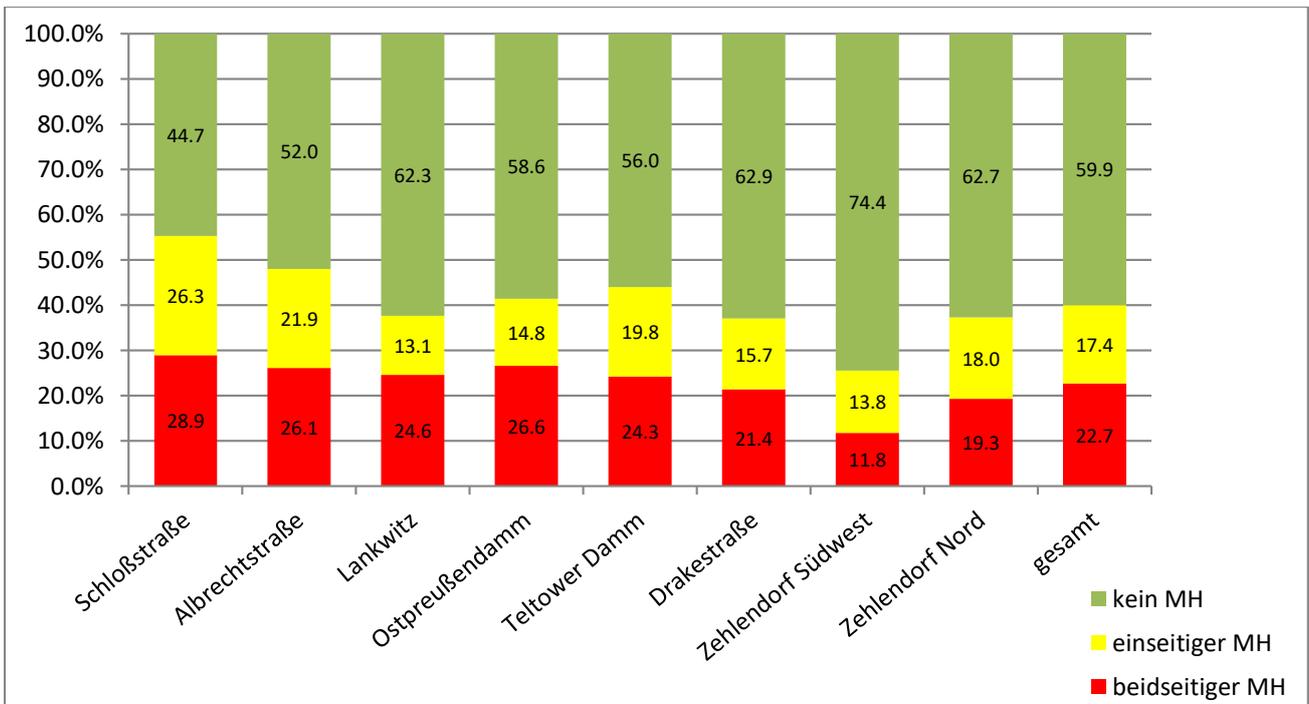
### 8.1. Soziodemographische Eckdaten in den lebensweltlich orientierten Planungsräumen



**Abb. 30: Soziale Lage nach LOR-Regionen** <sup>45</sup>

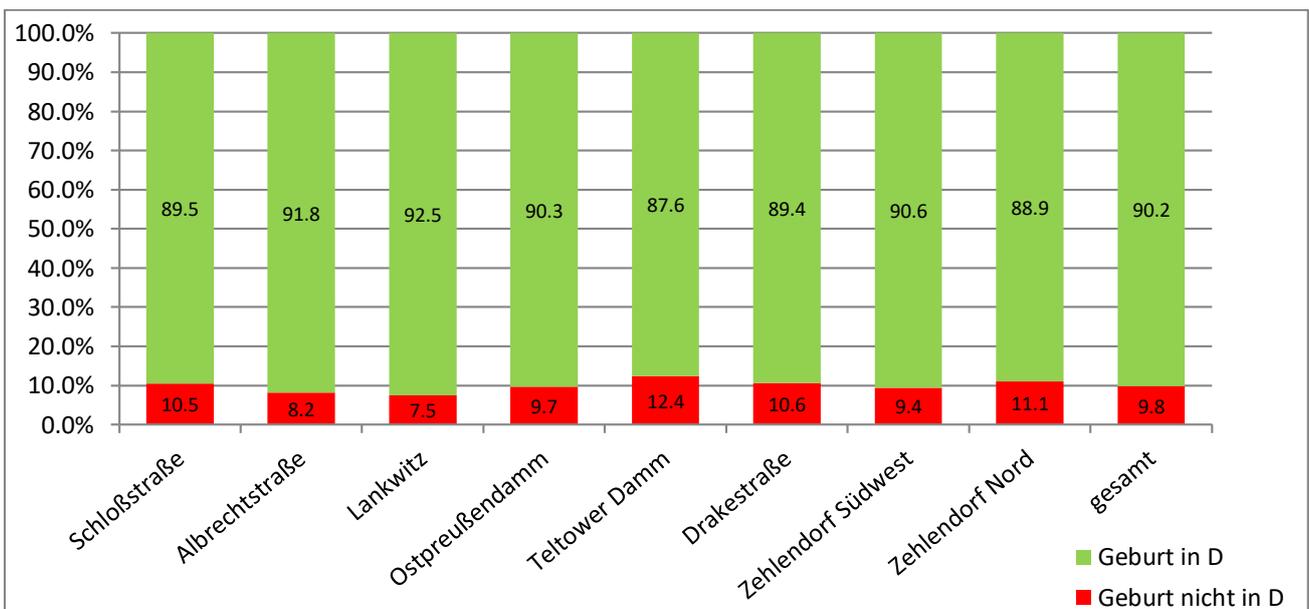
Abbildung 30 zeigt den sozialen Status der Einschüler/innen in den LOR-Bezirksregionen Steglitz-Zehlendorf 2017. Dabei sind Unterschiede zu erkennen. In den LOR-Regionen Schloßstraße, Teltower Damm, Drakestraße, Zehlendorf Südwest und Zehlendorf Nordwest kommen die meisten Einschüler aus der oberen Sozialstatusgruppe. In den LOR Albrechtstraße, Lankwitz und Ostpreußendamm kommen die meisten Einschüler aus der mittleren Sozialstatusgruppe. Diese LOR-Regionen haben auch den höchsten Anteil untersuchter Kinder aus der unteren Sozialstatusgruppe. In Lankwitz und Ostpreußendamm ist der Anteil der untersuchten Kinder aus der unteren Sozialstatusgruppe über 10 %, d.h., dass in diesen LOR-Regionen der Anteil der untersuchten Kinder aus der oberen Sozialstatusgruppe niedrig ist.

<sup>45</sup> Fehlende Angaben zur sozialen Lage in 8,5 % der Fälle (n=210).



**Abb. 31: Migrationshintergrund in den verschiedenen LOR-Regionen** <sup>46</sup>

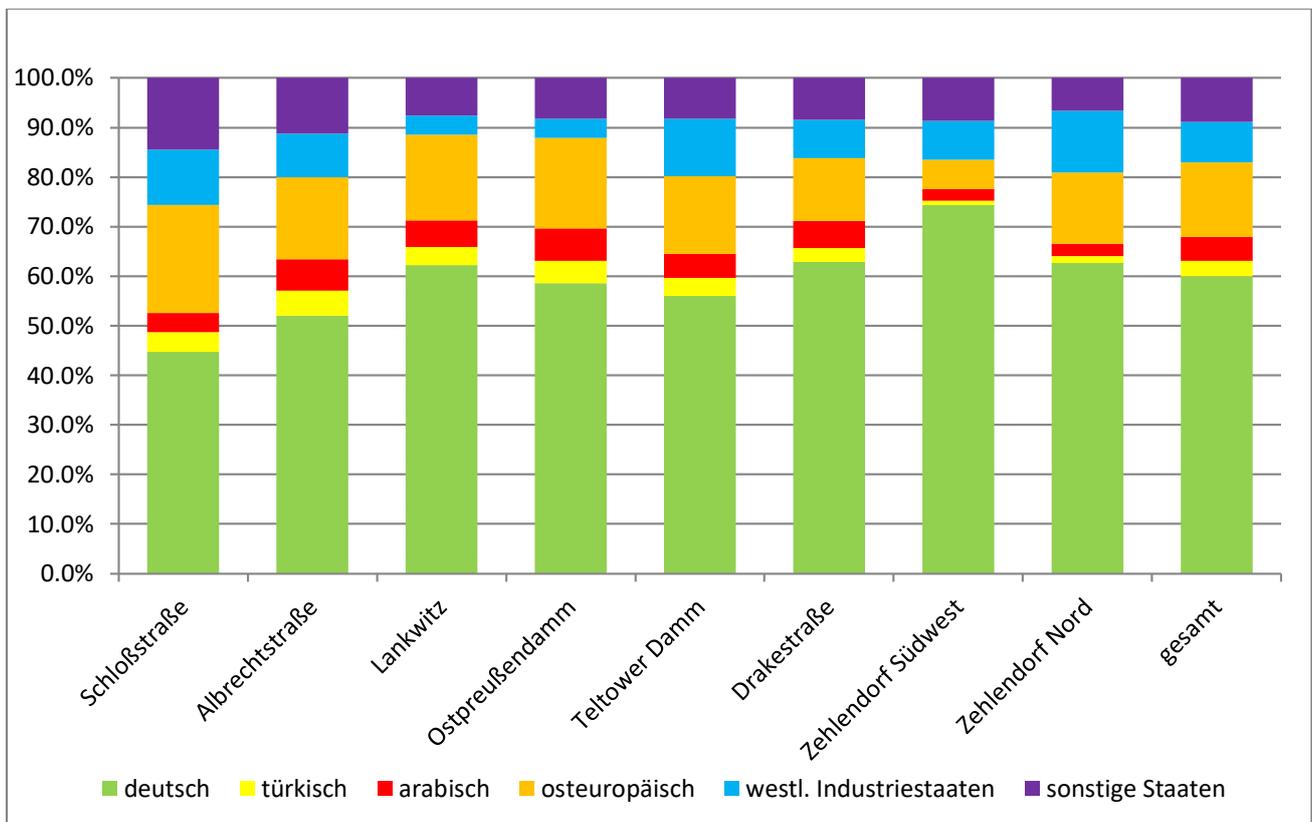
Abbildung 31 zeigt den Migrationshintergrund in den verschiedenen LOR-Regionen. In der LOR-Region Schloßstraße haben fast 30 % der untersuchten Kinder einen beidseitigen Migrationshintergrund, in den LOR-Regionen Albrechtstraße, Lankwitz, Ostpreußendamm und Teltower Damm liegt der Anteil bei ca. 25 %. Abbildung 32 zeigt zusätzlich den Anteil der in Deutschland geborenen Kinder. Durchschnittlich liegt in allen LOR-Regionen der Anteil der Kinder, die in Deutschland geboren wurden bei ca. 90 %.



**Abb. 32: Geburt in Deutschland nach LOR-Regionen** <sup>47</sup>

<sup>46</sup> Fehlende Angaben zu Migrationshintergrund in 0,6 % der Fälle (n=16).

<sup>47</sup> Fehlende Angaben zu Geburt in Deutschland in 0,5 % der Fälle (n=13).



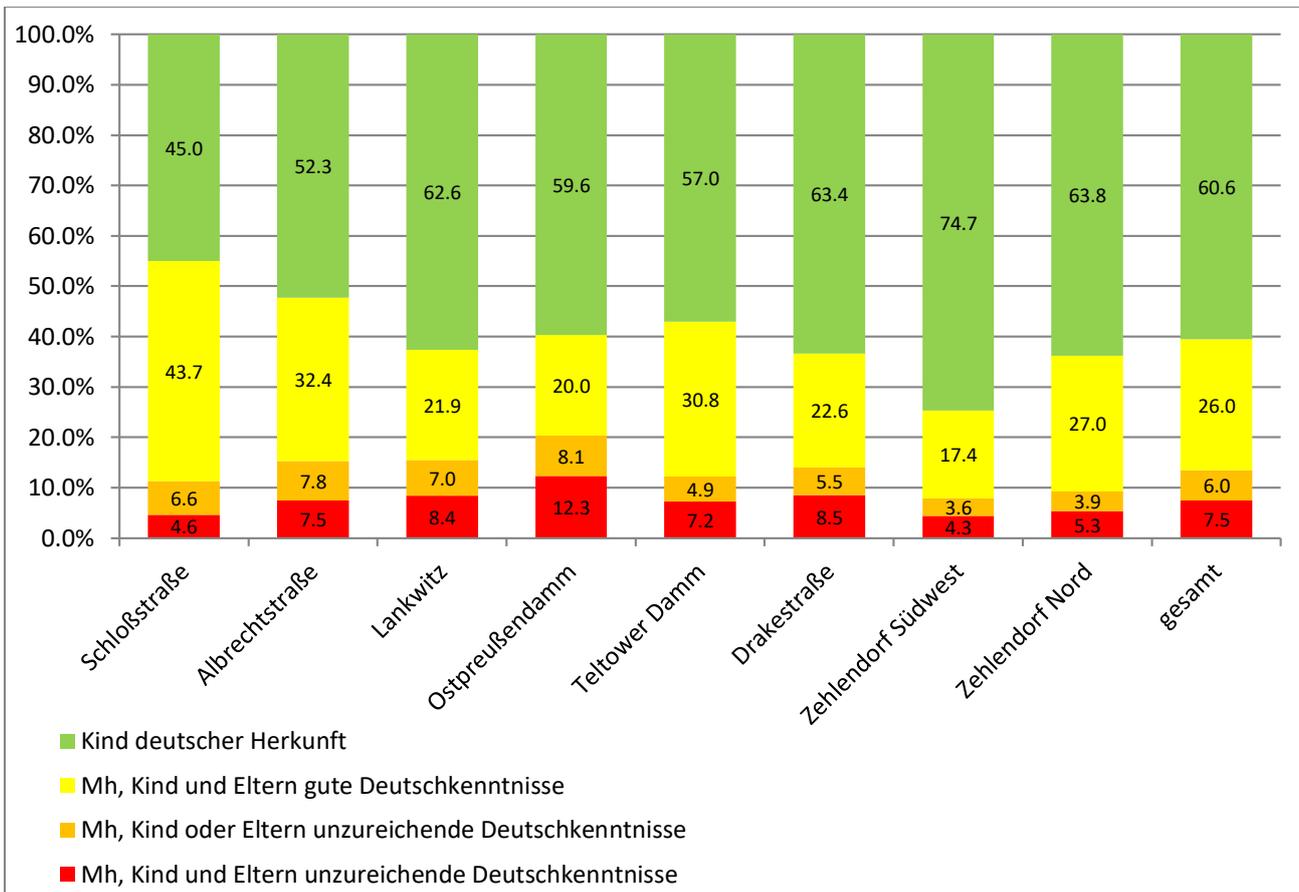
**Abb. 33: Herkunft der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung nach LOR-Regionen** <sup>48</sup>

Abbildung 33 zeigt die unterschiedlichen Herkunftsregionen der untersuchten Kinder. In fast allen LOR-Regionen, außer Zehlendorf Südwest, ist nach den Kindern deutscher Herkunft, der Anteil der Kinder aus osteuropäischen Ländern am größten, gefolgt von den westlichen Industriestaaten und sonstigen Staaten. Danach folgen die Einschüler arabischer und türkischer Herkunft.

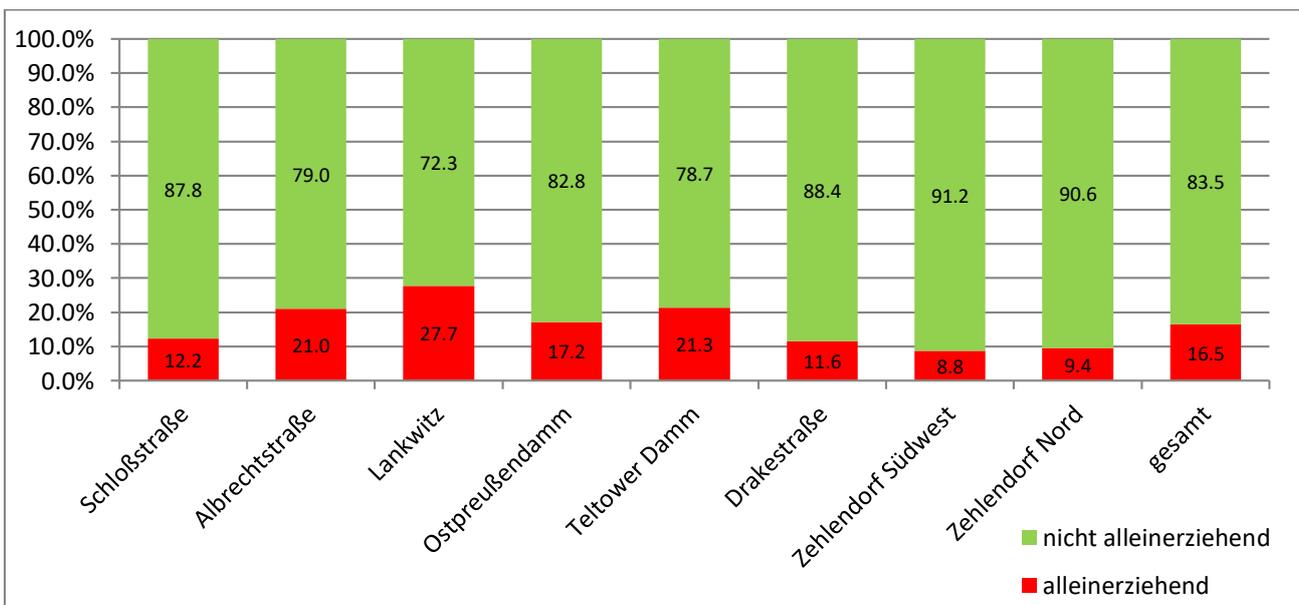
Abbildung 34 zeigt das Verhältnis von Migrationshintergrund und Deutschkenntnissen bei begleitendem Elternteil und Kind. Der Anteil der untersuchten Kinder mit Migrationshintergrund und unzureichenden eigenen und elterlichen Deutschkenntnissen ist in der LOR-Region Ostpreußendamm am höchsten. Insgesamt beträgt der Anteil von Kindern mit unzureichenden eigenen und/oder elterlichen Deutschkenntnissen 13 %. In den LOR-Region Albrechtstraße, Lankwitz und Drakestraße sind die Deutschkenntnisse der Eltern und/oder des Kindes in etwa bei 15 % nicht ausreichend. In den anderen LOR-Regionen liegt der Anteil bei ca. 10 %.

Abbildung 35 zeigt den Anteil der Alleinerziehenden in den verschiedenen LOR-Regionen. Hier leben vor allem in Lankwitz besonders viele Kinder bei einem alleinerziehenden Elternteil (27,7 %), gefolgt von den LOR Teltower Damm, Albrechtstraße und Ostpreußendamm. Besonders selten leben die untersuchten Kinder bei einem alleinerziehenden Elternteil in den Regionen Zehlendorf Südwest und Zehlendorf Nord.

<sup>48</sup> Fehlende Angaben Migrationshintergrund in 0,6 % der Fälle (n=16).



**Abb. 34: Migrationshintergrund und Deutschkenntnisse der Kinder und der begleitenden Elternteile bei der Einschulungsuntersuchung nach LOR-Regionen** <sup>49</sup>



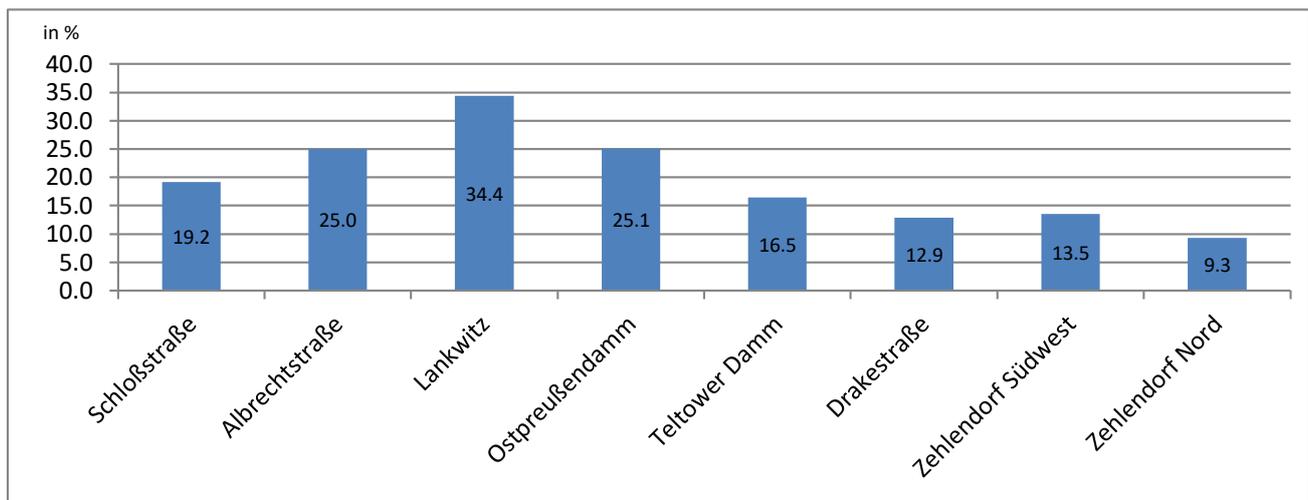
**Abb. 35: Alleinerziehend/Nicht-Alleinerziehend in den unterschiedlichen LOR-Regionen** <sup>50</sup>

<sup>49</sup> Fehlende Angaben Migrationshintergrund und Deutschkenntnisse in 1,7 % der Fälle (n=41).

<sup>50</sup> Fehlende Angaben Familienkonstellation in 2,5 % Rauchen in 2,5 % der Fälle (n=62).

## 8.2. Gesundheits- und Risikoverhalten in den verschiedenen LOR-Regionen

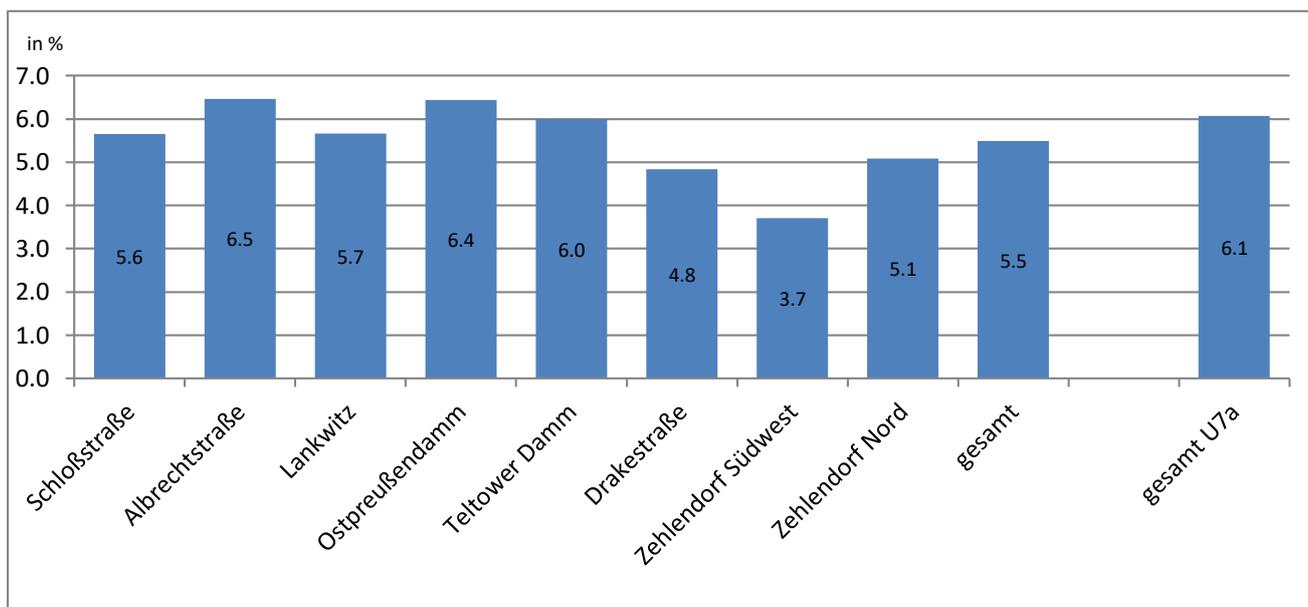
### Rauchen



**Abb. 35: Rauchen nach LOR-Regionen** <sup>51</sup>

Abbildung 35 zeigt den Anteil der untersuchten Kinder in den verschiedenen LOR-Regionen, bei denen mindestens ein Raucher im Haushalt lebt. Hier ist vor allem die LOR-Region Lankwitz mit 34,4 % betroffen, gefolgt von der LOR Albrechtstraße und Ostpreußendamm. Besonders selten sind die untersuchten Kinder in der Region Zehlendorf Nord durch Rauchexposition belastet (9 %).

### Vorsorgeuntersuchungen



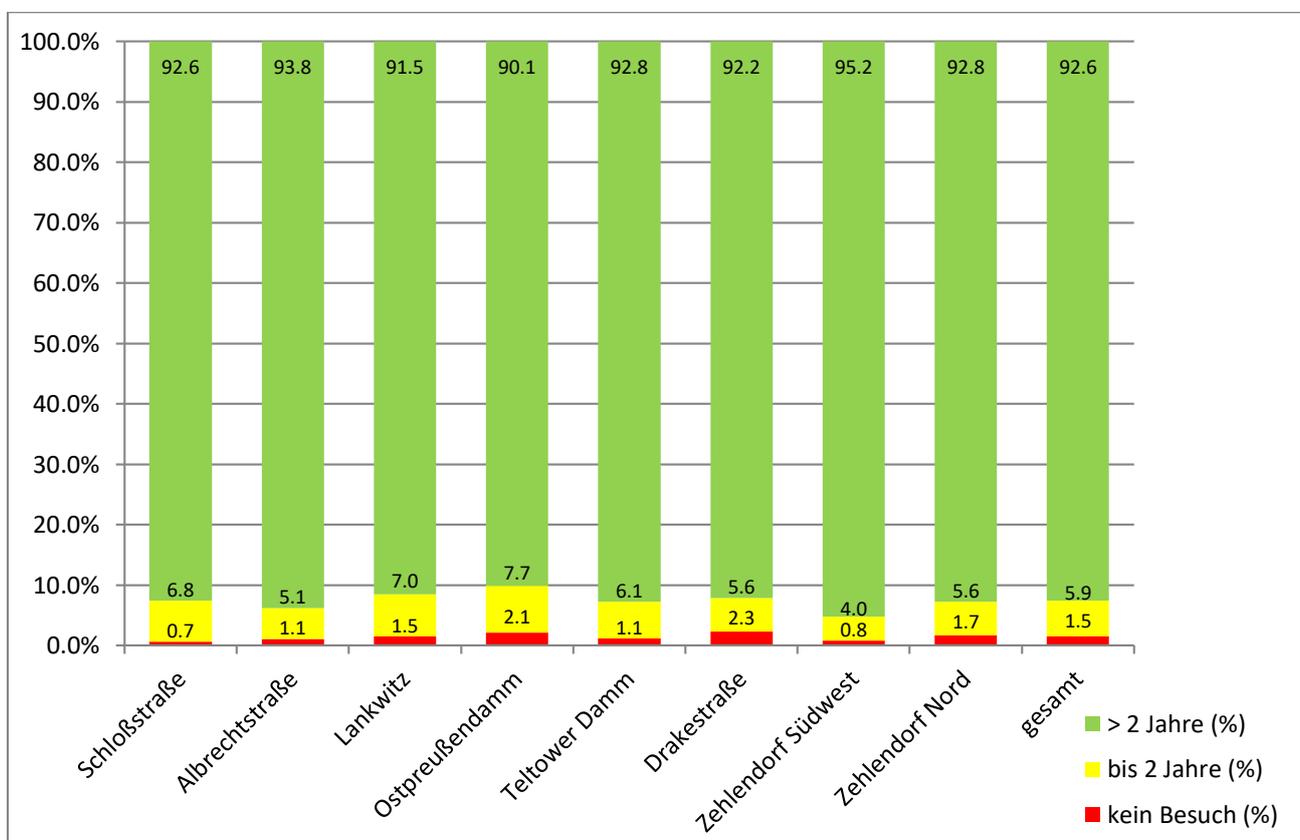
**Abb. 36: U1 bis U8 nicht vollständig (ohne U7a) nur für Kinder bei vorliegendem U-Heft und in Deutschland geboren nach LOR-Regionen** <sup>52</sup>

<sup>51</sup> Fehlende Angaben Rauchen in 4,4 % der Fälle (n=110).

<sup>52</sup> Kinder mit vorliegendem U-Heft und in Deutschland geboren: n=2041 Kinder.

Abbildung 36 zeigt den Anteil der in Deutschland geborenen Kinder, die nicht an allen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben und bei deren Einschulungsuntersuchung das Vorsorgeheft vorlag. Hier ist der Anteil in der LOR-Region Ostpreußendamm mit 6,4 % am höchsten, gefolgt von Teltower Damm und Lankwitz. Am wenigsten haben Kinder in der LOR-Region Zehlendorf Südwest die Vorsorgeuntersuchungen verpasst.

### Kitabesuchsdauer



**Abb. 37: Kitabesuchsdauer nach LOR-Regionen** <sup>53</sup>

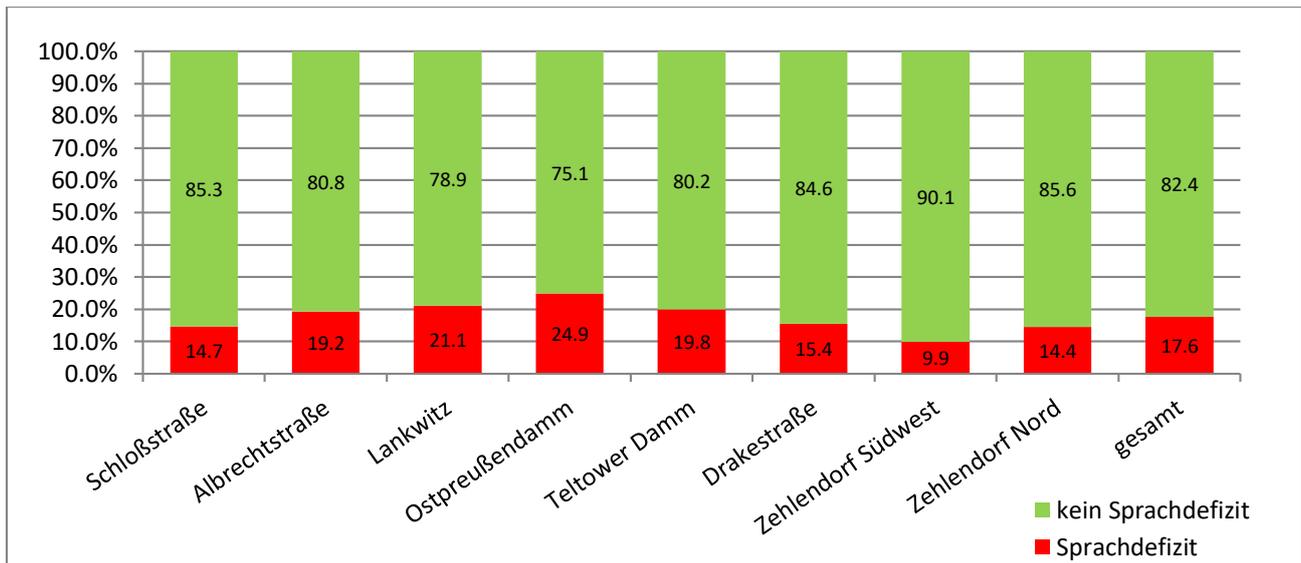
Abbildung 37 zeigt die Kitabesuchsdauer der untersuchten Kinder in den verschiedenen LOR-Regionen. In allen LOR-Regionen haben mindestens 90 % der untersuchten Kinder die Kita mehr als zwei Jahre besucht. 2-3 % der Kinder in der LOR-Region Ostpreußendamm und Drakestraße haben keine Kita besucht, in den anderen LOR-Regionen 0-2 %. Die übrigen untersuchten Kinder haben die Kita bis 2 Jahre besucht.

### 8.3. Entwicklungsdaten der Einschüler in den verschiedenen LOR-Regionen

#### Sprachentwicklung

Abbildung 38 zeigt den Anteil der Einschüler/innen mit Sprachdefiziten bei der Einschulungsuntersuchung 2017. Hier zeigt sich, dass die Kinder aus der LOR-Region

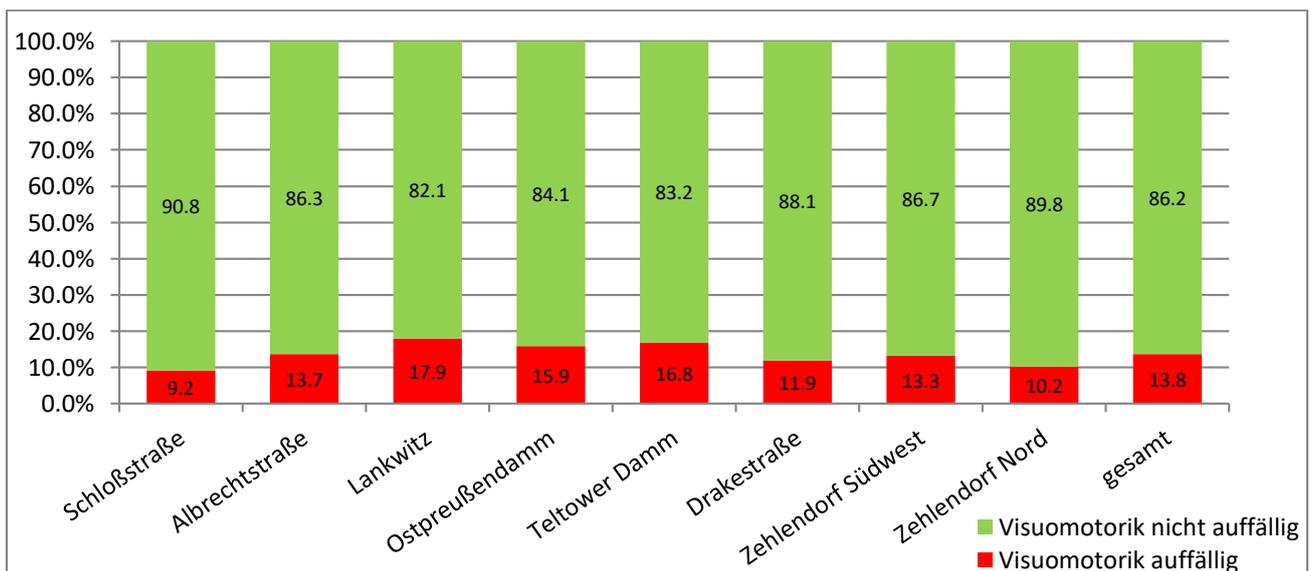
<sup>53</sup> Fehlende Angaben Kitabesuchsdauer in 3,0 % der Fälle (n=75).



**Abb. 38: Sprachdefizite nach LOR-Regionen** <sup>54</sup>

Ostpreußendamm zu 24,9 % ein Sprachdefizit hatten, gefolgt von Lankwitz, Teltower Damm und Albrechtstraße mit ca. 21 %, 20 % und 19 %. In Zehlendorf Südwest hatten mit ca. 10 % die wenigsten Kinder ein Sprachdefizit.

### Visuomotorik



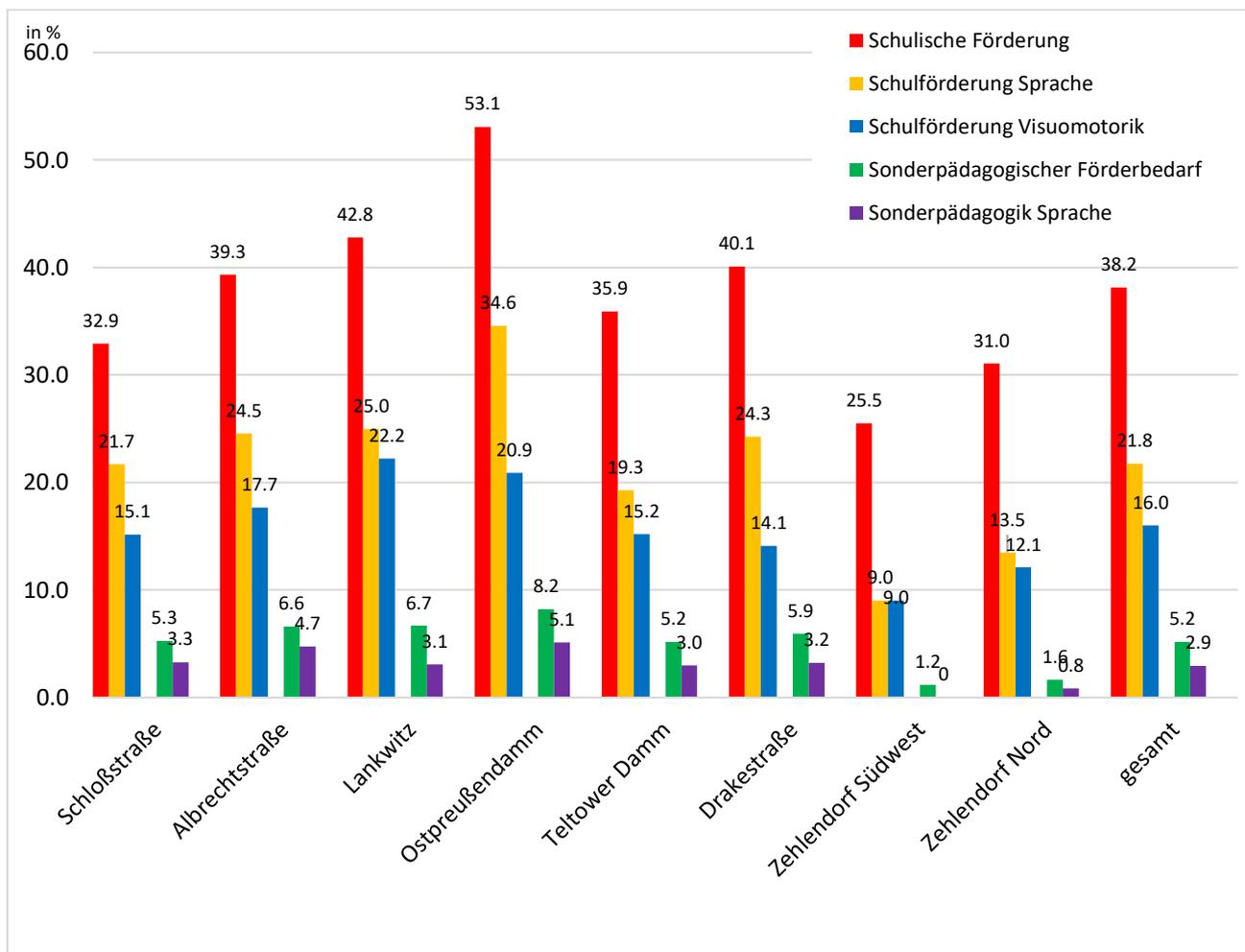
**Abb. 39: Visuomotorik nach LOR-Regionen** <sup>55</sup>

Abbildung 39 zeigt den Anteil der untersuchten Kinder mit Auffälligkeiten in der Visuomotorik. Hier waren in den LOR-Regionen Lankwitz, Teltower Damm und Ostpreußendamm prozentual die meisten auffälligen Kinder (17,9 %, 16,8 %, 15,9 %). In der LOR Schloßstr. und Zehlendorf-Nord waren prozentual die wenigsten Kinder auffällig (9,2 %, 10,2 %).

<sup>54</sup> Fehlende Angaben Sprachdefizit in 1,8 % der Fälle (n=45).

<sup>55</sup> Fehlende Angaben Visuomotorik in 0,4 % der Fälle (n=10).

## 8.4. Schulischer Förderbedarf und sonderpädagogischer Förderbedarf:



**Abb. 40: Schulischer Förderbedarf (gesamt, Sprache und Visuomotorik) und sonderpädagogischer Förderbedarf (gesamt und Sprache) nach LOR-Regionen** <sup>56</sup>

Die Abbildung 40 zeigt den schulischen Förderbedarf und den sonderpädagogischen Förderbedarf in den verschiedenen LOR-Regionen an.

Der höchste Bedarf an schulischer Förderung in allen Bereichen besteht im Bereich Ostpreußendamm, in dem über die Hälfte aller Kinder mit 53 % eine schulische Förderung erhalten sollte. Am häufigsten wurde eine schulische Förderung im Bereich Sprache (21,8 %) empfohlen, gefolgt von Visuomotorik (16,0 %).

Die Empfehlung für sonderpädagogische Förderung wird mit 8,2 % ebenfalls am häufigsten für Kinder der LOR-Region Ostpreußendamm ausgesprochen. Der sonderpädagogische Förderbedarf wird im gesamten Bezirk Steglitz-Zehlendorf bei 5,2 % der untersuchten Kinder empfohlen, im Bereich Sprache bei durchschnittlich 2,9 % der Kinder.

<sup>56</sup> Fehlende Angaben in 0,04 % der Fälle (n=1).

## Zusammenfassung:

Die Einschulungsuntersuchungen geben eine einzigartige Möglichkeit, einen ganzen Jahrgang zu erfassen und die Daten für die Gesundheitsberichtserstattung zu nutzen. In Steglitz-Zehlendorf wurden für das Schuljahr 2017/18 insgesamt 2477 Kinder als Grundgesamtheit für die Auswertung einbezogen. Kinder, die nicht in Steglitz-Zehlendorf wohnten, Kinder, die im Vorjahr von der Schulbesuchspflicht zurückgestellt wurden und Kinder, für die eine vorzeitige Einschulung beantragt wurde, wurden nicht berücksichtigt. In den ausgewerteten Items gab es deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen. Ein besonderes Augenmerk muss hier auf die verschiedenen Sozialstatusgruppen gelegt werden. Aber auch der beidseitige Migrationshintergrund und die Herkunft hatten zum Teil deutliche Auswirkungen auf die Entwicklung und das Gesundheitsverhalten. Beispiele für das unterschiedliche Gesundheitsverhalten waren die Rauchexposition sowie der Fernseh- und Medienkonsum.

Bei den Impfungen wurden die Durchimpfungsraten bei Masern und Tetanus ausgewertet. Dabei zeigt sich, dass vor allem bei Kindern, die nicht in Deutschland geboren wurden, und bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund noch Beratungsbedarf besteht. Auch beim Übergewicht spielte der Migrationshintergrund eine Rolle. Hier haben 11 % der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund Übergewicht im Vergleich zu 6 % der Kinder, mit keinem oder einseitigem Migrationshintergrund.

Im Bereich Entwicklung wird vor allem der Bereich Sprache von sozialem Status, Herkunft und Migrationshintergrund beeinflusst.

Aber auch in den anderen Entwicklungsbereichen hatten Kinder aus der unteren sozialen Sozialstatusgruppe deutlich mehr Schwierigkeiten, z.B. in den Bereichen Visuomotorik, visuelle Wahrnehmung und Mengenvorwissen.

Die LOR-Analyse zeigt, dass der Anteil der Kinder aus dem unteren sozialen Status in den LOR Ostpreußendamm und Lankwitz erhöht ist. Ein hoher Anteil der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund lebt zudem in den LOR-Regionen Schloßstraße, Albrechtstraße und Teltower Damm. In diesen LOR, ausgenommen Schloßstraße, fanden sich auch die meisten Kinder mit unzureichenden eigenen oder elterlichen Deutschkenntnissen.

Nicht vollständig durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen lagen in allen LOR-Regionen, außer Zehlendorf Südwest, zwischen 4,8 % und 6,4 %. Schulische Förderung wurde am häufigsten in der LOR-Region Ostpreußendamm empfohlen, dabei lag meistens ein Sprachförderbedarf vor. Aber auch in den LOR-Regionen Albrechtstraße, Lankwitz und Drakestraße wurde häufig schulische Förderung empfohlen.

Die Auswertung zeigt, dass sich der Förderbedarf bei Schulanfängern in den verschiedenen LOR deutlich unterscheidet. Insbesondere in den LOR-Regionen Ostpreußendamm, Albrechtstraße, Lankwitz, Drakestraße und Schloßstraße müsste verstärkt vorschulische Sprachdiagnostik und -förderung erfolgen, gegebenenfalls durch standardisierte Tests und Förderprogramme. Insgesamt ist in diesen LOR-Regionen mehr Förderung in den sogenannten vorschulischen Fertigkeiten erforderlich. Ein wertvolles Instrument des KJGD ist die Kitafrüherkennungsuntersuchung der 3,5-4,5-jährigen, da hier schon früh Entwicklungsdefizite identifiziert und gegebenenfalls durch weitere fördernde Maßnahmen behoben werden können. Dem therapeutischen Bereich im Gesundheitsamt kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu, da die Logopädinnen, die Ergotherapeutinnen und Physiotherapeutinnen bei Bedarf eine gezielte Diagnostik und anschließende Beratung durchführen und evtl. entsprechende Empfehlungen geben können. Dabei ist auch eine enge Kooperation der Kita mit dem KJGD und den Eltern möglich und notwendig. Ein Beispiel für diese Kooperation sind von KJGD-Therapeuten durchgeführte Motorik-Präventionsgruppen in einigen Kitas. Verstärkte Bemühungen in der Förderung des Gesundheitsverhaltens sind jedoch noch notwendig, z.B. in Form

von niedrigschwelligen Präventions- und Beratungsangeboten wie kostenlose oder günstige Sport-, Bildungs- und Freizeitangebote in den entsprechenden LOR-Regionen, Sprachförderprogramme in den Kitas oder anderen Einrichtungen, um insbesondere Kinder aus der unteren sozialen Sozialstatusgruppe und aus Familien mit beidseitigem Migrationshintergrund zu erreichen und zu unterstützen.

Eine Kooperation sollte nach der Einschulung mit den Grundschulen weitergeführt werden, wie z.B. in Form der bereits bestehenden therapeutischen und unterstützenden Angebote durch Therapeuten des KJGD. Aber auch eine Kooperation mit den Lehrkräften zu Gesundheits- und Präventionsfragen, wie z.B. Impfeempfehlungen oder frühzeitiger Austausch zwischen Schule und KJGD zu auffälligen Schülern und Schülerinnen unter Einbeziehung der Eltern ist sinnvoll.