



EINSCHULUNGS- UNTERSUCHUNG 2018

Daten zur Kindergesundheit in Steglitz-Zehlendorf

BERLIN



Inhalt

1	Zusammenfassung	2
2	Einleitung.....	4
	2.1 Methodik.....	4
3	Eckdaten und Lebensumfeld.....	9
	3.1 Soziale Lage	9
	3.2 Migrationsmerkmale	11
	3.3 Eckdaten der familiären Situation.....	14
	3.4 Besuch von Kindertageseinrichtungen.....	15
4	Gesundheits- und Risikoverhalten	18
	4.1 Rauchen im Haushalt.....	18
	4.2 Medienkonsum	19
	4.3 Impfstatus	21
	4.4 Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen	24
5	Gesundheitliche Problemlagen	26
	5.1 Übergewicht	26
	5.2 Motorische Entwicklung	28
	5.3 Kognitive Entwicklung.....	30
	5.4 Sprachliche Entwicklung.....	31
	5.5 Psychische Auffälligkeiten	33
	5.6 Inanspruchnahme von Therapien im Bereich der Entwicklung.....	35
6	Familiensprachen und Deutschkenntnisse.....	38
	6.1 Familiensprachen	38
	6.2 Deutschkenntnisse von Kindern mit Migrationshintergrund.....	39
	6.3 Indikator Sprachdefizite	40
7	Regionalvergleich.....	42
	7.1 Index Vorsorge und Risikoverhalten	43
	7.2 Index Impfen	44
	7.3 Index Entwicklung und Teilhabe	45
	7.4 Index gesundheitliche Herausforderung	46

1 Zusammenfassung

Die Einschulungsuntersuchungen in Berlin sind eine Reihenuntersuchung mit langer Tradition, die dennoch immer wieder an neue Entwicklungen und Erkenntnisse angepasst wird. Ziel der Einschulungsuntersuchungen ist es, einen Beitrag zur Gestaltung eines förderlichen Lernumfeldes für jedes einzelne Kind zu leisten. Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, der die Untersuchungen durchführt, berät Eltern und Schule, wie dem Kind unter Berücksichtigung seiner gesundheitlichen Belange und seines Entwicklungsstandes maximale Teilhabe ermöglicht werden kann. Dazu werden Informationen aus Gesundheitsunterlagen des Kindes, Auskünften der Eltern und einer Untersuchung des Kindes herangezogen, die berlinweit einheitlich und standardisiert dokumentiert werden. Die Daten der Einschulungsuntersuchungen stellen so eine wertvolle Datenquelle zur Kindergesundheit dar.

Zum Schuljahr 2018/2019 kamen 2.695 Kinder in Steglitz-Zehlendorf erstmals zur Einschulungsuntersuchung, weil sie schulpflichtig wurden oder auf Antrag der Eltern vorzeitig eingeschult werden sollten. Auf dieser Grundgesamtheit basieren die Auswertungen, die einerseits zu ausgewählten Merkmalen und Ergebnissen in den vorliegenden Bericht aufgenommen wurden, andererseits in Tabellenform in einem ergänzenden Tabellenband zusammengestellt sind. Im Tabellenband sind alle Merkmale nach Alter, Geschlecht, sozialer Lage der Familie, Migrationsmerkmalen und Sozialräumen (differenziert nach den vier Prognoseräumen und acht Bezirksregionen von Steglitz-Zehlendorf) aufgeschlüsselt, ausgewählte Merkmale auch nach der Kita-Besuchsdauer. Der vorliegende Bericht greift die wichtigsten Ergebnisse auf.

Die Ergebnisse bestätigen die überwiegend günstige soziale Lage von Familien in Steglitz-Zehlendorf. Insbesondere wenn es um die schulische und gesellschaftliche Teilhabe der Kinder geht, dürfen ein eventueller Migrationshintergrund der Familie und die in der Familie gesprochenen Sprachen nicht außer Acht gelassen werden. Knapp ein Viertel der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Steglitz-Zehlendorf 2018 hat einen beidseitigen Migrationshintergrund, etwa jedes fünfte Kind hat einen einseitigen Migrationshintergrund. In der weit überwiegenden Mehrheit der Familien wird zu Hause deutsch gesprochen, häufig in Kombination mit einer oder mehr als einer anderen Sprache. Kinder, für die Deutsch nicht die Erstsprache ist, haben bei längerem Kitabesuch gute Chancen, die deutsche Sprache genauso gut wie ihre Erstsprache zu erlernen.

Die Auswertung der Einschulungsdaten zeigt aber erneut, dass soziale Lage, Migrationsmerkmale und Kitabesuch nicht voneinander unabhängig sind. Vor allem ein türkischer oder arabischer Migrationshintergrund ist mit einer ungünstigeren sozialen Lage assoziiert. Kinder aus sozial benachteiligten Familien besuchen zudem seltener und kürzer eine Kita als Kinder aus sozial besser gestellten Familien.

Die Einschulungsdaten belegen einmal mehr den starken Zusammenhang von sozialer Lage und Risikoverhalten: Kinder aus Familien der unteren Sozialstatusgruppe haben einen höheren Medienkonsum, besitzen häufiger schon im Vorschulalter eigene Bildschirmgeräte und in ihren Haushalten wird häufiger geraucht als bei Kindern aus Familien der mittleren Sozialstatusgruppe und noch deutlicher der oberen Sozialstatusgruppe. Diese deutlichen Zusammenhänge dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass bei Gesundheit, Entwicklung, Risiko- und Gesundheitsverhalten viele Faktoren auf komplexe Weise zusammenwirken, von denen bei der Einschulungsuntersuchung nur einige wenige erhoben werden (können).

Die durchgehend hohe Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder kann als Hinweis auf die Aufgeschlossenheit der Eltern im Bezirk für Angebote der Prävention gewertet werden. Im Themenbereich Impfen lassen sich bei insgesamt guter Grundimmunisierung noch Verbesserungspotenziale bezüglich des zeitgerechten Impfens gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission erkennen, und das Ziel einer Quote

von 95 % Kindern, die zweimal gegen Masern geimpft sind, wird im Einschulungsjahrgang 2018 noch nicht erreicht.

Der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder ist im Vorschulalter erfreulich gering und beträgt im ausgewerteten Jahrgang 7 %. Bekanntlich nimmt der Anteil übergewichtiger Kinder jedoch im Verlauf der Grundschulzeit und auch später im Jugendalter weiter zu, sodass Aktivitäten der Gesundheitsförderung mit Schwerpunkt auf Bewegung und ausgewogener Ernährung gar nicht früh genug ansetzen können, zumal sich bei übergewichtigen Kindern bei der Einschulungsuntersuchung bereits Probleme mit der Körperkoordination abzeichnen.

Im Entwicklungsscreening weisen Jungen etwas häufiger als Mädchen Auffälligkeiten auf. Das betrifft vor allem die Bereiche der körperlich-motorischen Entwicklung, der visuellen Informationsverarbeitung und der psychischen Gesundheit, wo bei insgesamt erfreulich niedrigen Zahlen betroffener Kinder mehr Jungen als Mädchen nach Angaben der Eltern Probleme mit dem Verhalten, mit Gleichaltrigen oder mit Hyperaktivität haben. In den Bereichen Sprachentwicklung und Mengenvorwissen hingegen unterscheiden sich Mädchen und Jungen nicht. Auch im Entwicklungsscreening zeigt sich der bekannte soziale Gradient und unterstreicht die Notwendigkeit sozialkompensatorischer Förderung auch schon vor Schulbeginn.

Kinder mit Migrationshintergrund verfügen in der großen Mehrheit über gute Deutschkenntnisse. Die eingehendere Untersuchung im Rahmen des Entwicklungsscreenings ergibt allerdings, dass Kinder auch bei guten Deutschkenntnissen oft noch Schwierigkeiten bei komplexeren sprachlichen Aufgaben haben, die auch Kenntnisse der Satzstellung und Grammatik voraussetzen. Daher sind auch bei guter sprachlicher Verständigung in der Kita und im Alltag Anstrengungen im Bereich der Sprachförderung notwendig, damit Kinder, für die Deutsch die Zweit- oder Drittsprache ist, die abstrakten sprachlichen Anforderungen in der Schule gut bewältigen können.

Für den Regionalvergleich der Bezirksregionen wurden neue Indexwerte berechnet, die unter den Berliner Bezirken abgestimmt wurden und perspektivisch einen berlinweiten Vergleich ermöglichen sollen. Die Auswertung für Steglitz-Zehlendorf zeigt, dass es nicht die eine Bezirksregion mit günstiger Ausprägung aller gesundheitsbezogenen Merkmale und auch nicht die eine „Problemregion“ gibt, sondern dass es einer differenzierten Betrachtung der verschiedenen Inhalte bedarf. Hinsichtlich Gesundheitsvorsorge und Risikoverhalten ist am ehesten in den Bezirksregionen Lankwitz und Albrechtstraße Handlungsbedarf zu erkennen. Die Impfquoten liegen in der Bezirksregion Teltower Damm unter dem Bezirksdurchschnitt. Der Anteil übergewichtiger Kinder ist am höchsten in der Bezirksregion Albrechtstraße. Merkmale der Entwicklung und Teilhabe sind in den Bezirksregionen Lankwitz und Ostpreußendamm unterdurchschnittlich ausgeprägt.

2 Einleitung

Ziel der Einschulungsuntersuchung ist es, sich einen Überblick über die Gesundheit und den Entwicklungsstand jedes einzelnen Kindes zu verschaffen, die Eltern im Hinblick auf den Schulbesuch ihres Kindes zu beraten und der Schule Hinweise und Empfehlungen aus ärztlicher Sicht zu geben, wenn dies sinnvoll und notwendig erscheint. Damit soll ein förderliches schulisches Lernumfeld geschaffen werden und ein möglichst hohes Maß an gesundheitlicher und bildungsbezogener Teilhabe ermöglicht werden.

Die jährlichen Einschulungsuntersuchungen werden berlinweit nach einem einheitlichen Standard durchgeführt und dokumentiert. Da sie alle Kinder eines Einschulungsjahrgangs umfassen, stellen sie eine Datenquelle von großem Wert für Aussagen zur Kindergesundheit dar. Die Daten der Einschulungsuntersuchungen ermöglichen Vergleiche über alle Berliner Bezirke und eine sozialräumliche Differenzierung innerhalb des Bezirks.

Die Einschulungsuntersuchungen finden im Zeitraum vom Oktober des Jahres vor der Einschulung bis zum Sommer des Jahres der Einschulung im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst statt. Bei der Einschulungsuntersuchung 2018 in Steglitz-Zehlendorf wurde eine große Mehrheit von 84,4 % der Kinder im Zeitraum von November 2017 bis März 2018 untersucht. Bestandteile der Untersuchung sind:

- ein Elternfragebogen zur Person, zu Erkrankungen und zur Entwicklung und Betreuung des Kindes sowie zum Lebensumfeld,
- die Überprüfung der Impf- und Vorsorgedokumente des Kindes,
- Wiegen und Messen,
- körperliche Untersuchung,
- ein Seh- und Hörscreening,
- ein Entwicklungsscreening mit dem Verfahren S-ENS – Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen¹ und einzelnen Tests aus dem Verfahren SOPESS – Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen².

In Steglitz-Zehlendorf werden die Eltern zudem gebeten, auf freiwilliger Basis Fragen zur psychischen Gesundheit ihres Kindes zu beantworten. Dazu wird der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)³ in der deutschen Version verwendet. Den Abschluss der Einschulungsuntersuchung bildet das Beratungsgespräch mit den Eltern. Schulrelevante gesundheitliche Informationen werden der zuständigen Grundschule auf einem Vordruck übermittelt. Dabei werden ggf. auch Empfehlungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes zur schulischen oder sonderpädagogischen Förderung des Kindes abgegeben.

2.1 Methodik

Die Daten der Einschulungsuntersuchungen werden jährlich im November aus allen Berliner Bezirken der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung übermittelt. Dort findet eine Plausibilitätsprüfung und Bereinigung statt. Für die Auswertungen in diesem Bericht wurde der validierte Datensatz des Bezirks Steglitz-Zehlendorf verwendet, den die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung im Oktober 2020 zurückgesendet

¹ Döpfner, M., Dietmair, I., Mersmann, H., Simon, K. & Trost-Brinkhues, G. (2005). S-ENS – Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen. Göttingen: Hogrefe.

² Petermann, F., Daseking, M., Oldenhage, M. & Simon, K. (2009). Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen – SOPESS. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.

³ Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. Journal of Child Psychology and Psychiatry 38: 581-586.

hat. Die Auswertungen wurden mit dem ebenfalls von der Senatsverwaltung zur Verfügung gestellten Auswertool sowie mit dem Statistikprogramm PSPP durchgeführt.

Der Bericht orientiert sich an der jährlichen Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. Im Sinne einer integrierten Gesundheitsberichterstattung werden Auswertungen differenziert nach Geschlecht, sozialer Lage der Familie, Merkmalen zum Migrationshintergrund und nach Sozialraum vorgenommen. Bei Untersuchungsmerkmalen, die besonders präventionsrelevant sind, wird zudem nach der Kita-Besuchsdauer der Kinder unterschieden, da Kitas ein Ort der Gesundheitsförderung und Prävention sein können und darüber hinaus einen Zugangsweg für weitere Botschaften und Aktivitäten im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bieten.

Im vorliegenden Bericht sind ausgewählte Ergebnisse aus den Themenbereichen der Einschulungsuntersuchung in Tabellen, Text und Abbildungen dargestellt. Der ergänzende Tabellenband enthält alle Auswertungen analog zur jährlichen Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. Damit wird eine Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen in Berlin insgesamt und in den übrigen Bezirken hergestellt. Dabei wird eine regionale Differenzierung unterhalb der Bezirksebene auf der Ebene der vier Prognoseräume sowie der acht Bezirksregionen von Steglitz-Zehlendorf vorgenommen.

2.1.1 Statistische Geheimhaltung

Die im Bericht und dem ergänzenden Tabellenband enthaltenen Auswertungen sind aggregiert und wahren somit die Anonymität der untersuchten Kinder und ihrer Familien. Damit Rückschlüsse auf einzelne Kinder ausgeschlossen sind, werden keine Ergebnisse berichtet, die auf Fallzahlen unter drei Personen beruhen. Wo die Fallzahlen für eine bezirkliche Auswertung zu klein sind, werden daher an verschiedenen Stellen abweichend von der Grundausswertung der Einschulungsdaten für ganz Berlin Kategorien zusammengefasst.

Bei einigen Merkmalen (Impfungen, Früherkennungsuntersuchungen, psychische Auffälligkeiten) gehören in einer oder mehreren Untergruppen fast alle untersuchten Kinder einer Kategorie an (z. B. geimpft) und nur weniger als drei Kinder der anderen Kategorie (z. B. nicht geimpft). In diesen Fällen wird statt der exakten Anzahl bzw. des exakten Prozentsatzes eine ungefähre Angabe gemacht, die nicht offenlegt, wie viele Kinder genau dieser Kategorie oder ihrer Gegenkategorie angehören (z. B. < 2,5 % oder > 96,6 %).

2.1.2 Grundgesamtheit

Eltern in Berlin sind nach § 55a (6) des Schulgesetzes verpflichtet, ihr Kind zur Einschulungsuntersuchung im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst vorzustellen. Dies umfasst Kinder, die im kommenden Schuljahr schulpflichtig werden, wie auch Kinder, die auf Antrag der Eltern vorzeitig eingeschult werden sollen und Kinder, die nach Zurückstellung vom Schulbesuch im Vorjahr erneut zur Einschulungsuntersuchung vorgestellt werden. Nach einer Zurückstellung werden im Folgejahr aber nicht alle Kinder erneut untersucht, sondern nur, wenn der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst es für erforderlich hält oder die Eltern es wünschen.

Damit sich die Auswertung der Einschulungsdaten auf eine möglichst vollständige Datenbasis stützt, aber auch keine Kinder zweimal in aufeinanderfolgenden Jahren in die Auswertung eingehen, werden alle Kinder in die Analysen einbezogen, die zum entsprechenden Schuljahr erstmals zur Einschulungsuntersuchung gekommen sind. Kinder, die nach Zurückstellung im Folgejahr erneut untersucht werden, gehen somit nicht in den Auswertungsdatensatz ein.

Grundsätzlich finden die Einschulungsuntersuchungen im Wohnbezirk des Kindes statt. Hiervon gibt es begründete Ausnahmen. Da die Gesundheitsberichterstattung und insbesondere die sozialräumlichen Auswertungen sich am Wohnortprinzip orientieren, werden die wenigen Kinder mit Wohnort außerhalb von Steglitz-Zehlendorf von der Auswertung ausgeschlossen. Aus Datenschutzgründen werden die Daten von Kindern, die zwar in Steglitz-Zehlendorf wohnen, aber in einem anderen Bezirk ihre Einschulungsuntersuchung haben, nicht übermittelt. Bei der Einschulungsuntersuchung 2018 sind dies 40 Kinder. Dadurch weichen die Fallzahlen in diesem Bericht in kleiner Größenordnung von denen der Auswertung für ganz Berlin durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung ab.

Schulpflichtig zum Schuljahr 2018/2019 wurden Kinder mit Geburtsdatum von Oktober 2011 bis September 2012 sowie Kinder, die vor Oktober 2011 geboren sind und aus einer Region zugezogen sind, in der sie noch keine Schule besucht haben. Einen Antrag auf vorzeitige Einschulung konnten Eltern stellen, wenn ihre Kinder zwischen Oktober 2012 und März 2013 geboren sind. Für die Vorklasse der John-F.-Kennedy-Schule werden die Kinder ein Jahr früher als regulär angemeldet und zur Untersuchung vorgestellt, sie sind somit zwischen Oktober 2012 und September 2013 geboren.

Insgesamt wurden zum Schuljahr 2018/2019 im Bezirk Steglitz-Zehlendorf Einschulungsuntersuchungen von 2.909 Kindern durchgeführt. In die Auswertung gehen die Daten der 2.695 Kinder ein, die auch im Bezirk Steglitz-Zehlendorf wohnen und zum Schuljahr 2018/2019 erstmals untersucht wurden (vgl. Tabelle 1). Die große Mehrheit von ihnen wurde untersucht, weil sie vor dem 1.10.2012 geboren sind und somit schulpflichtig wurden, knapp 5 % sind jünger und wurden auf Antrag der Eltern zur vorzeitigen Einschulung untersucht, 2 % sind jünger und wurden zum Besuch der Vorklasse in der John-F.-Kennedy-Schule angemeldet.

Tabelle 1:
Grundgesamtheit untersuchter Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in Steglitz-Zehlendorf 2018

Untersuchte Kinder	Anzahl	Anteil
Insgesamt untersuchte Kinder	2.909	100,0 %
Wohnhaft außerhalb von Steglitz-Zehlendorf	45	1,5 %
Untersuchte Kinder mit Wohnbezirk Steglitz-Zehlendorf	2.864	100,0 %
Nach Zurückstellung im Vorjahr erneut untersucht	169	5,9 %
Erstmals untersucht (= Auswertungsdatensatz)	2.695	100,0 %
Schulpflichtig	2.509	93,1 %
Antrag auf vorzeitige Einschulung	132	4,9 %
Besuch der Vorklasse der John-F.-Kennedy-Schule	54	2,0 %

Die Kinder sollen zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung mindestens fünf Jahre alt sein. Bei noch nicht schulpflichtig werdenden Kindern lässt sich dies aus Termingründen nicht immer einhalten, daher waren zum Zeitpunkt der Untersuchung 16 Kinder jünger als fünf Jahre.

2.1.3 Bezirksvergleich und Datenquelle

Das Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheitsinformationssysteme; Statistikstelle der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung hat im Mai

2021 im Gesundheits- und Sozialinformationssystem GSI⁴ die Tabellen der Grundausswertung der Einschulungsdaten 2018 für Berlin insgesamt zur Verfügung gestellt. Alle Vergleiche der Berliner Bezirke im vorliegenden Bericht beziehen sich auf diese Datenquelle (Abbildungen 4, 7, 13, 16, 19, 23, 29, 32, 35, 40, 44, 47, 54, 59, 61). Für alle übrigen Zahlenangaben und Abbildungen ist die Datenquelle der Datensatz der Einschulungsuntersuchungen in Steglitz-Zehlendorf 2018 des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes Steglitz-Zehlendorf in der von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung zur Verfügung gestellten validierten Version vom Oktober 2020.

2.1.4 Sozialräumliche Auswertung

Für eine sozialraumorientierte Betrachtung der Ergebnisse wird bei der Einschulungsuntersuchung für jedes Kind erfasst, in welchem Planungsraum sich seine Wohnadresse befindet. Die Planungsräume stellen die unterste Ebene des räumlichen Bezugssystems LOR (lebensweltlich orientierte Räume) in Berlin dar.⁵ In Steglitz-Zehlendorf gibt es aktuell 44 Planungsräume. Im Jahr 2018, auf das sich die vorliegende Auswertung bezieht, waren es 41. Jeweils mehrere Planungsräume werden zu einer der acht Bezirksregionen zusammengefasst und diese wiederum zu vier Prognoseräumen.

In etlichen der Planungsräume von Steglitz-Zehlendorf ist die Fallzahl untersuchter Kinder in einem einzigen Einschulungsjahrgang zu klein, um stabile und valide statistische Aussagen zu ermöglichen. Im Einschulungsjahrgang 2018 variiert die Fallzahl zwischen 30 untersuchten Kindern im Planungsraum Goerzwerke und 141 Kindern im Planungsraum Schweizer Viertel. In 35 der 41 Planungsräume liegt die Fallzahl unter 100, was als Untergrenze für statistisch belastbare Auswertungen angesehen wird. Daher werden Auswertungen nur auf der Ebene der Bezirksregionen und der Prognoseräume vorgenommen. Die Fallzahlen auf diesen räumlichen Ebenen sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2:
Anzahl untersuchter Kinder in den Prognoseräumen und Bezirksregionen von Steglitz-Zehlendorf bei der Einschulungsuntersuchung 2018

Prognoseraum / Bezirksregion		Anzahl	Anteil
0601	Region A	603	22,4 %
	060101 Schloßstraße	168	6,2 %
	060102 Albrechtstraße	435	16,1 %
0602	Region B	701	26,0 %
	060203 Lankwitz	394	14,6 %
	060204 Ostpreußendamm	307	11,4 %
0603	Region C	717	26,6 %
	060305 Teltower Damm	285	10,6 %
	060306 Drakestraße	432	16,0 %
0604	Region D	674	25,0 %
	060407 Zehlendorf Südwest	268	9,9 %
	060408 Zehlendorf Nord	406	15,1 %
Steglitz-Zehlendorf gesamt		2.695	100,0 %

⁴ <http://www.gsi-berlin.info/>

⁵ Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2020). Lebensweltlich orientierte Räume im Regionalen Bezugssystem des Landes Berlin 2019.

Für die Darstellung ausgewählter Merkmale auf Ebene der acht Bezirksregionen von Steglitz-Zehlendorf wird als Kartengrundlage „Berlin-Zoom“ verwendet. Diese Karte wird im Geoportal des Landes Berlin (FIS-Broker) digital zur Verfügung gestellt⁶ und unterliegt der Datenlizenz Deutschland - Namensnennung - Version 2.0.⁷ Die Bezirksregionen sind in Abbildung 1 gezeigt.



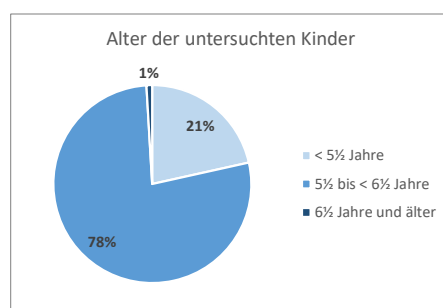
Abbildung 1: Bezirksregionen von Steglitz-Zehlendorf (Stand 2018)

⁶ <https://www.stadtentwicklung.berlin.de/geoinformation/fis-broker/>

⁷ <http://www.govdata.de/dl-de/by-2-0>

3 Eckdaten und Lebensumfeld

Die Einschulungsuntersuchungen erstrecken sich über einen erheblichen Anteil des Jahres und es werden nicht nur Kinder zur Untersuchung vorgestellt, auf die die Stichtagsregelung zur Schulpflicht zutrifft. Dadurch unterscheidet sich das Alter der Kinder zum Zeitpunkt der Untersuchung um mehr als ein Jahr. In der individuellen Beurteilung des Entwicklungsstandes und der Ableitung von Empfehlungen für den Schulbesuch berücksichtigt die Schulärztin das Alter des Kindes natürlich, zumal im Vorschulalter in einem Jahr erhebliche Entwicklungsfortschritte zu erwarten sind. Die statistische Auswertung erfolgt jedoch nicht differenziert nach Alter zum Zeitpunkt der Untersuchung.



Die große Mehrheit der Kinder ist bei der Untersuchung zwischen fünfeinhalb und sechseinhalb Jahren alt, ein Fünftel der Kinder ist jünger als fünfeinhalb Jahre und nur wenige Kinder älter als sechseinhalb Jahre (Abbildung 2).

Etwas mehr als die Hälfte der untersuchten Kinder sind Jungen ($n = 1.426$), etwas weniger als die Hälfte Mädchen ($n = 1.269$).

Abbildung 2: Alter der Kinder zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung

3.1 Soziale Lage

Entwicklungs- und Gesundheitschancen werden bereits im Kindesalter durch die soziale Lage beeinflusst. Bei der Einschulungsuntersuchung wird der soziale Status anhand freiwilliger Angaben der Eltern zu ihrer Schulbildung, Berufsausbildung und Erwerbstätigkeit eingeschätzt. Die Angaben beider Elternteile gehen gleichgewichtet in die Berechnung eines Sozialstatusindex ein, indem für die eingehenden Merkmale gemäß Tabelle 3 Punkte vergeben und aufsummiert werden.

Tabelle 3:
Punktevergabe bei der Berechnung des Sozialstatusindex bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2018

Schulbildung	Berufsausbildung	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 / 10. Klasse	abgeschlossene Berufsausbildung / Fachschulabschluss	Teilzeit	2
(Fach-)Hochschulreife	(Fach-)Hochschulabschluss	Vollzeit	3

Die Punktwerte beider Elternteile werden addiert. Liegen nur zu einem Elternteil (vollständige) Angaben vor, so werden diese verdoppelt. Punktwerte von 0 - 8 werden der Gruppe mit niedrigem sozialen Status zugeordnet, Punktwerte von 9 - 15 der Gruppe mit mittlerem sozialen Status und Punktwerte von 16 - 18 der Gruppe mit hohem sozialen Status.

Die überdurchschnittlich gute soziale Lage der Bevölkerung im Bezirk Steglitz-Zehlendorf zeigt sich auch in den Daten der Einschulungsuntersuchung (Abbildung 3). Bei mehr als der Hälfte der Kinder wird die Familie der oberen sozialen Statusgruppe zugeordnet, bei einem Drittel der mittleren Statusgruppe und nur bei jedem 15. Kind der unteren sozialen Statusgruppe. Bei jedem 12. Kind machten die Eltern keine (vollständigen) Angaben zum sozialen Status.

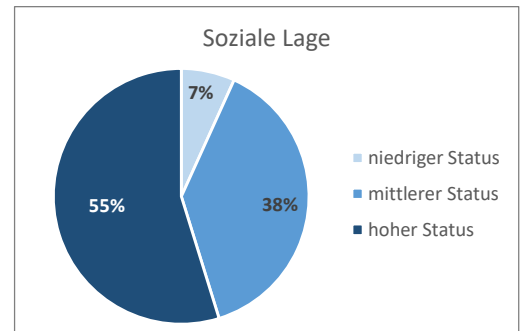
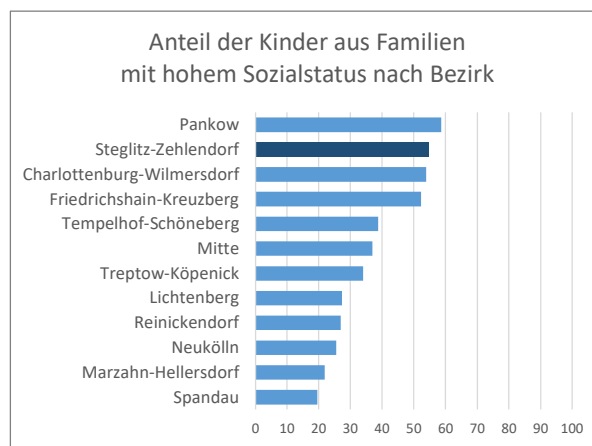


Abbildung 3: Soziale Lage der Familien der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung



Nur im Bezirk Pankow werden noch mehr Familien der oberen und noch weniger der unteren Statusgruppe zugeordnet (Abbildung 4).

Abbildung 4: Anteil der Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus im Bezirksvergleich

Sozialräumliche Unterschiede im Sozialstatus zeigt Abbildung 5. Eine überdurchschnittlich gute soziale Lage haben die Familien in Zehlendorf, aber auch in den Bezirksregionen Drakestraße und Schloßstraße. In der Bezirksregion Teltower Damm entspricht die soziale Lage in etwa dem Bezirksdurchschnitt. Unterdurchschnittlich ist der Sozialstatus in den Bezirksregionen Albrechtstraße, Ostpreußendamm und Lankwitz.

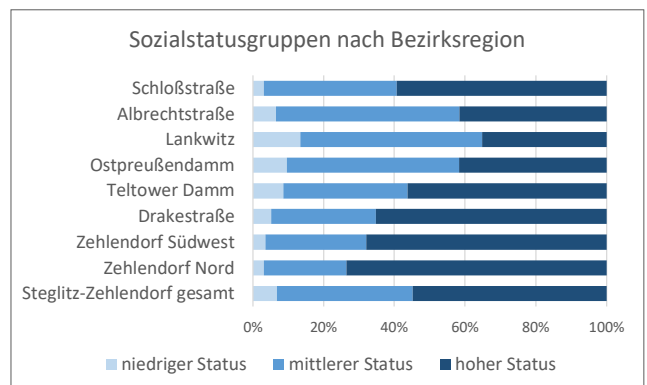


Abbildung 5: Sozialstatusgruppen in den Bezirksregionen von Steglitz-Zehlendorf

3.2 Migrationsmerkmale

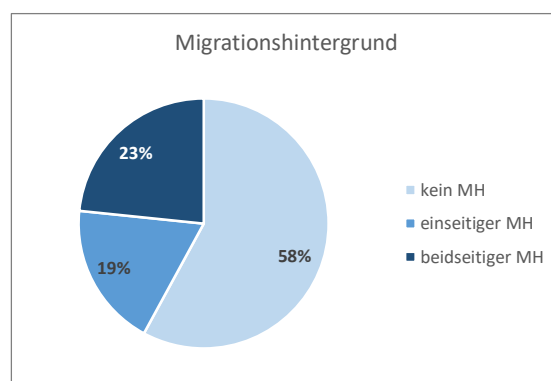
Die Gesundheits- und Teilhabechancen von Kindern, die nicht in Deutschland geboren sind oder deren Eltern nach Deutschland eingewandert sind, können sich unterscheiden von denen der Kinder deutscher Herkunft. Deshalb wird ein Migrationshintergrund in der Gesundheitsberichterstattung als wichtige Auswertungs-Kategorie betrachtet.

Bei der Einschulungsuntersuchung wird erfragt, ob das Kind selbst in Deutschland geboren ist, in welchem Land die Eltern geboren sind und welche Staatsangehörigkeit sie haben. Ein **beidseitiger Migrationshintergrund** wird Kindern zugeschrieben, wenn

- beide Eltern nicht in Deutschland geboren sind und/oder eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit haben (unabhängig davon, ob sie zusätzlich deutsche Staatsangehörige sind)
- oder
- das Kind selbst und ein Elternteil nicht in Deutschland geboren sind.

Ein **einseitiger Migrationshintergrund** wird Kindern zugeschrieben, wenn

- ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist und/oder eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit hat.



Etwa ein Viertel der Kinder hat bei der Einschulungsuntersuchung in Steglitz-Zehlendorf 2018 einen beidseitigen Migrationshintergrund, ein Fünftel einen einseitigen Migrationshintergrund und mehr als die Hälfte ist deutscher Herkunft (Abbildung 6).

Abbildung 6: Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund

Im Bezirksvergleich hat Treptow-Köpenick den geringsten Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund, Mitte den höchsten. In Steglitz-Zehlendorf liegt der Anteil unterhalb des Berliner Durchschnitts (Abbildung 7).

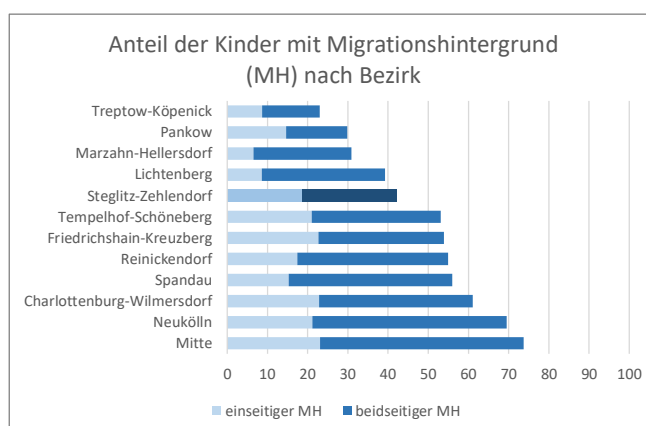


Abbildung 7: Anteil der Kinder mit ein- und beidseitigem Migrationshintergrund im Bezirksvergleich

Für eine weitere Differenzierung werden Kinder mit ein- oder beidseitigem Migrationshintergrund je nach Geburtsland oder Staatsangehörigkeit der Eltern in folgende **Herkunftsgruppen** eingeteilt:

- türkisch
- arabisch (Staaten der arabischen Liga)
- osteuropäisch (ehemalige Staaten und Nachfolgestaaten des Warschauer Paktes, europäische Staaten der ehemaligen Sowjetunion, Nachfolgestaaten Jugoslawiens, Albanien)
- westliche Industriestaaten (alle europäischen Staaten außer den genannten osteuropäischen Staaten, USA, Kanada, Australien, Neuseeland)
- sonstige Staaten (alle übrigen Staaten)

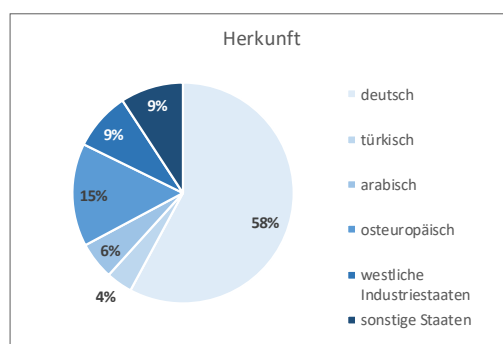


Abbildung 8: Herkunft der Kinder

Die Familien der Kinder mit Migrationshintergrund kommen am häufigsten aus osteuropäischen Ländern, gefolgt von der Sammelgruppe der sonstigen Staaten und den westlichen Industriestaaten. Arabische Staaten und die Türkei sind seltener als Herkunftsländer vertreten (Abbildung 8).

Kinder arabischer Herkunft haben am häufigsten einen beidseitigen Migrationshintergrund (71,9 %), gefolgt von Kindern osteuropäischer Herkunft (61,7 %)

und Kindern aus sonstigen Staaten (57,6 %). Bei Kindern türkischer Herkunft (42,2 %) und mit Herkunft aus westlichen Industriestaaten (38,6 %) überwiegt dagegen ein einseitiger Migrationshintergrund.

Migrationshintergrund und Herkunftsgruppen verteilen sich etwas unterschiedlich in den acht Bezirksregionen von Steglitz-Zehlendorf (Abbildung 9). In Zehlendorf Südwest ist der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund am geringsten (31,3 %), in der Bezirksregion Schloßstraße am höchsten (46,7 %).

Den höchsten Anteil von Kindern deutscher Herkunft hat die Bezirksregion Zehlendorf Südwest, gefolgt von der Bezirksregion Ostpreußendamm. Den höchsten Anteil von Kindern osteuropäischer Herkunft hat die Bezirksregion Schloßstraße (20,4 %), der Anteil von Kindern mit Herkunft aus westlichen Industriestaaten ist am höchsten in Zehlendorf Nord (12,8 %). Der Anteil der Kinder mit Herkunft aus arabischen Staaten ist am höchsten in der Bezirksregion Ostpreußendamm (9,5 %) und der Anteil der Kinder türkischer Herkunft in der Bezirksregion Albrechtstraße (6,7 %).

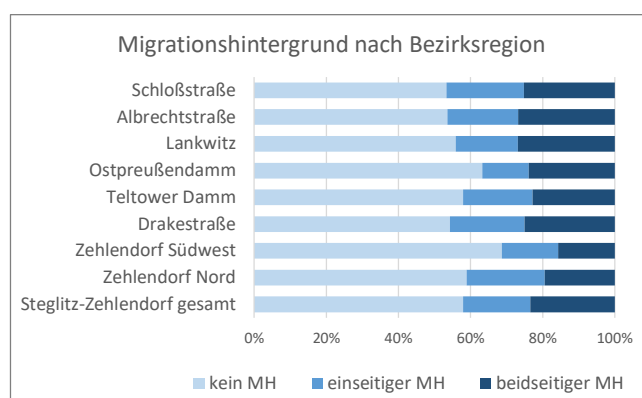


Abbildung 9: Migrationshintergrund nach Bezirksregionen

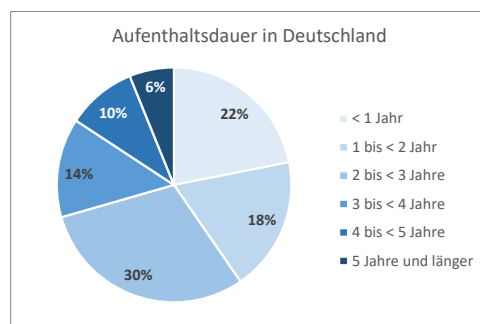


Abbildung 10: Aufenthaltsdauer in Deutschland der nicht in Deutschland geborenen Kinder zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung

gesundheitlicher Versorgung, Auffassungen und Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention und Möglichkeiten der vorschulischen Kindertagesbetreuung geben, die bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen sind. Weil mangelnde Deutschkenntnisse eine erhebliche Zugangshürde zu Informationen und gesundheitsrelevanten Angeboten sein können, wird bei der Auswertung der Einschulungsuntersuchungen zusätzlich der Migrationshintergrund in Verbindung mit Deutschkenntnissen von Kind und begleitendem Elternteil betrachtet. Die hierfür gebildeten Gruppen zeigt Abbildung 11.

Bei der Mehrheit der Kinder mit Migrationshintergrund verfügen Kind und der begleitende Elternteil über gute oder sehr gute Deutschkenntnisse. In etwa jeder siebten Familie reichen aber die Deutschkenntnisse nicht für eine problemlose Verständigung aus. Es ist anzunehmen, dass diese Kinder über geringere Teilhabechancen verfügen.

Bei der Einschulungsuntersuchung 2018 in Steglitz-Zehlendorf sind etwa neun von zehn Kindern in Deutschland geboren (89,1 %). Von den Kindern, die nicht in Deutschland geboren sind, leben zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung mehr als zwei Drittel erst seit weniger als drei Jahren in Deutschland, knapp ein Drittel schon länger (Abbildung 10).

Wenn Kinder mit ihren Familien erst in den letzten Jahren nach Deutschland umgezogen sind, kann nicht erwartet werden, dass sie sich bereits sehr gute Deutschkenntnisse aneignen konnten. In den Herkunftsländern kann es andere Impfschemata, Zugänge zu

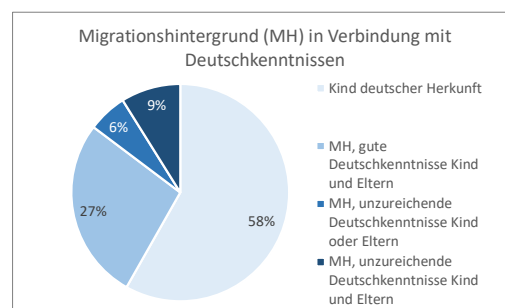


Abbildung 11: Migrationshintergrund in Verbindung mit Deutschkenntnissen von Kind und begleitendem Elternteil

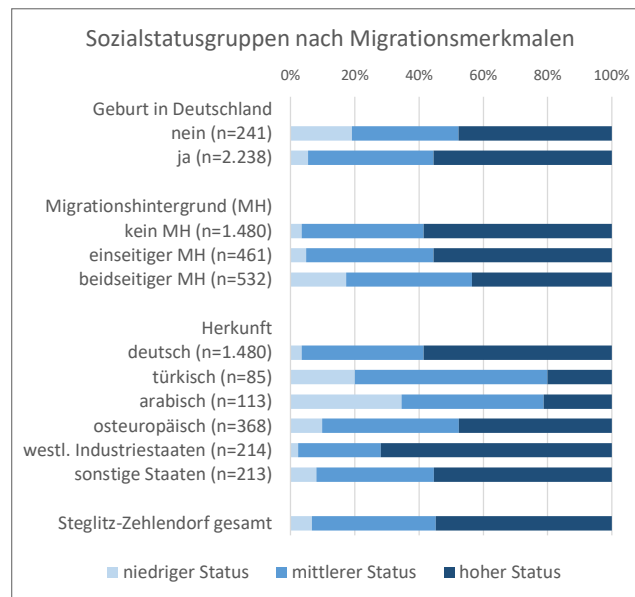


Abbildung 12: Soziale Lage (der Familien) der Kinder nach Migrationsmerkmalen

Migrationshintergrund und soziale Lage sind nicht voneinander unabhängig, wie Abbildung 12 zeigt. Familien von nicht in Deutschland geborenen Kindern werden viermal so häufig der unteren Sozialstatusgruppe zugeordnet wie Familien, deren Kinder in Deutschland geboren sind. Vor allem Familien von Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund weisen eine ungünstigere soziale Lage auf. Bei Betrachtung der Herkunftsgruppen gehören Familien mit türkischen und insbesondere arabischen Wurzeln häufiger der unteren Statusgruppe und wesentlich seltener der oberen Statusgruppe an als Familien

der anderen Herkunftsgruppen. Am günstigsten ist die soziale Lage in der Gruppe aus westlichen Industriestaaten.

Diese Unterschiede sind nicht verwunderlich, wenn man bedenkt, dass die schulischen und beruflichen Bildungsmöglichkeiten im Herkunftsland sich natürlich auf die soziale Lage nach der Einwanderung nach Deutschland auswirken. Zudem spielen je nach Herkunftsland auch verschiedene Zuwanderungsgründe eine Rolle, die mit Bildung und Erwerbsbeteiligung in Beziehung stehen können.

3.3 Eckdaten der familiären Situation

Die überwiegende Mehrzahl der Kinder lebt mit beiden Eltern zusammen (85,9 %), jedes siebte Kind lebt bei allein erziehenden Elternteilen (13,5 %) und eine kleine Minderheit bei anderen Erwachsenen oder in einem Heim (0,6 %). In der unteren sozialen Statusgruppe sind Kinder allein erziehender Elternteile sehr viel stärker vertreten (38,3 %) als in der mittleren (16,5 %) oder oberen sozialen Statusgruppe (8,5 %). Daher verwundert es nicht, dass Steglitz-Zehlendorf der Bezirk mit dem geringsten Anteil von Einschulungskindern mit allein erziehenden Elternteilen ist (Abbildung 13).

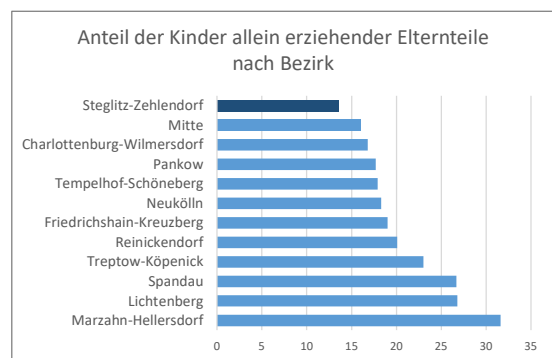
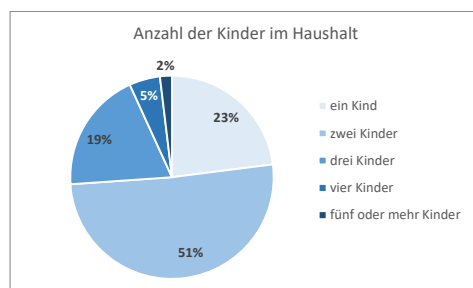


Abbildung 13: Anteil der Kinder, die bei allein erziehenden Elternteilen leben, im Bezirksvergleich



Etwas mehr als die Hälfte der Kinder hat ein Geschwisterkind, gut ein Viertel mehr als ein Geschwisterkind und ein knappes Viertel ist das einzige Kind im Haushalt (Abbildung 14).

Kinder arabischer Herkunft sind am seltensten Einzelkinder (13,2 %). Jedes fünfte Kind aus dieser Herkunftsgruppe hat drei oder mehr Geschwister (19,1 %).

Abbildung 14: Anzahl der Kinder im Haushalt

Der Anteil von Einzelkindern ist am höchsten in der Bezirksregion Lankwitz (28,3 %), der Anteil von Kindern mit drei oder mehr Geschwistern am höchsten in der Bezirksregion Ostpreußendamm (10,9 %).

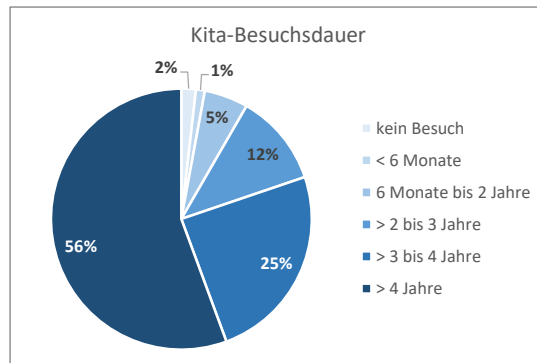
3.4 Besuch von Kindertageseinrichtungen

Kindertageseinrichtungen ermöglichen Kindern nicht nur soziale Kontakte mit Gleichaltrigen, sie haben auch ein vielfältiges Potenzial für die Förderung der kindlichen Entwicklung und Gesundheit. Mit dem Berliner Bildungsprogramm für Kitas⁸ wird ein fachlicher Rahmen für die pädagogische Arbeit in den Kitas vorgegeben. Damit sollen Kinder in verschiedenen Bereichen, zu denen auch Gesundheit und Kommunikation gehören, Anregungen erhalten, gestärkt und gefördert werden.

Kindern mit nichtdeutscher Familiensprache gibt ein regelmäßiger Kitabesuch die Chance, sich die deutsche Sprache in wenigen Jahren so anzueignen, dass sie darin genauso sicher sind wie in ihrer Erstsprache. Aber auch die Sprachentwicklung von Kindern mit deutscher Muttersprache soll in der Kita gezielt gefördert werden. Als begleitendes Instrument wird das Sprachlerntagebuch genutzt, in dem die Entwicklungsfortschritte jedes Kita-Kindes dokumentiert werden.

Zudem stellen Kitas als eine zentrale Lebenswelt, in der Kinder einen Großteil des Tages verbringen, auch einen institutionellen Zugangsweg für Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention dar. Der Zahnärztliche Dienst und die Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit besuchen die Kitas im Bezirk regelmäßig, um auf die Wichtigkeit des Zähneputzens hinzuweisen und kindgerecht die richtige Zahnpflege zu erklären und zu üben. In der Regel einmal im Jahr wird die Zahngesundheit der Kita-Kinder untersucht. In ausgewählten Kitas finden darüber hinaus Maßnahmen zur Zahnprophylaxe, wie z. B. Fluoridierung, statt. Kitas in Steglitz-Zehlendorf pflegen vielfältige Kooperationen u. a. mit Krankenkassen und dem Verein Sportkinder e. V., mit deren Unterstützung gesundheitsförderliche Angebote in den Kita-Alltag integriert werden.

⁸ <https://www.berlin.de/sen/jugend/familie-und-kinder/kindertagesbetreuung/berliner-bildungsprogramm-2014.pdf>



Bei der Einschulungsuntersuchung 2018 hatten 98,2 % der erstmals untersuchten Kinder zuvor eine Kita besucht, und zwar mehrheitlich bereits seit über vier Jahren (Abbildung 15). Nur wenige Kinder haben gar keine Kita besucht oder waren zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung noch nicht einmal seit einem halben Jahr in der Kita.

Abbildung 15: Kitabesuch und Kita-Besuchsdauer der Kinder zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung

Im Bezirksvergleich gehört Steglitz-Zehlendorf zu den Bezirken mit einem hohen Anteil von mehr als 90 % Kindern mit mehr als zweijährigem Kitabesuch vor der Einschulungsuntersuchung, reicht jedoch nicht an Pankow heran, wo der Anteil fast 95 % beträgt (Abbildung 16).

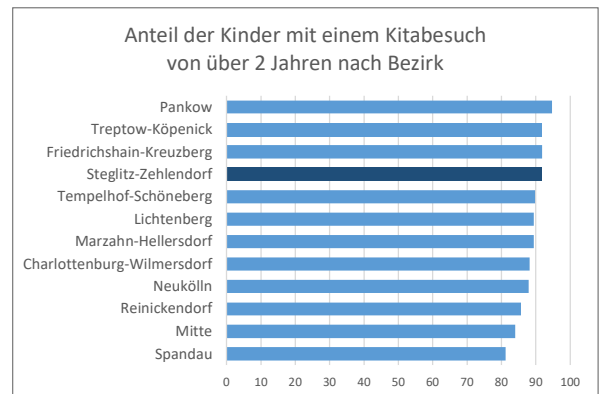


Abbildung 16: Anteil der Kinder mit einer Kita-Besuchsdauer von über zwei Jahren im Bezirksvergleich

Während von den Kindern aus Familien mit mittlerem oder hohem sozialen Status fast alle über zwei Jahre eine Kita besucht haben, sind es weniger als zwei Drittel der Kinder aus Familien mit niedrigem sozialen Status (Abbildung 17).

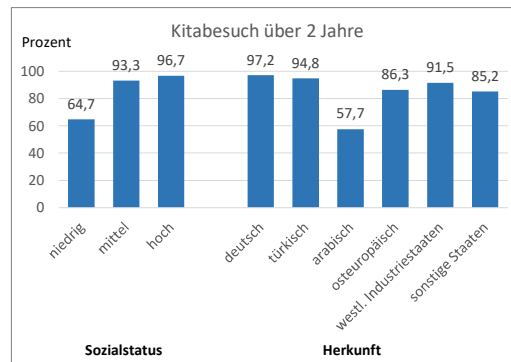


Abbildung 17: Anteil der Kinder mit einem Kitabesuch von über zwei Jahren nach Sozialstatus und Herkunft

Kinder mit Migrationshintergrund weisen seltener einen längeren Kitabesuch auf als Kinder deutscher Herkunft. Dies trifft insbesondere auf Kinder arabischer Herkunft zu, von denen nur etwas mehr als die Hälfte länger als zwei Jahre eine Kita besucht hat. Dies ist zum Teil, aber nicht vollständig, darauf zurückzuführen, dass diese Kinder mit ihrer Familie erst in den letzten Jahren nach Deutschland zugewandert sind.

Den höchsten Anteil von Kindern ohne oder mit nur kurzem Kitabesuch weist die Bezirksregion Ostpreußendamm auf (13,4 %), gefolgt von den Bezirksregionen Teltower Damm (10,0 %) und Drakestraße (9,7 %). Der Anteil von Kindern, die zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung bereits seit über vier Jahren in einen Kita geht, ist am höchsten in der Bezirksregion Albrechtstraße (60,9 %), gefolgt von den Bezirksregionen Drakestraße (58,4 %) und Ostpreußendamm (56,7 %) (Abbildung 18).

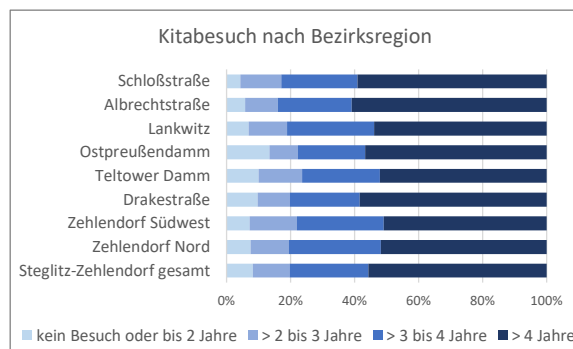


Abbildung 18: Kitabesuch nach Bezirksregionen

4 Gesundheits- und Risikoverhalten

Für Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch für die Früherkennung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen ist das Vorschulalter ein wichtiger Lebensabschnitt. Einerseits kann schon in der frühen Kindheit der Grundstein gelegt werden für die Ausprägung lebenslanger gesundheitsförderlicher Gewohnheiten wie z. B. Freude an Bewegung oder regelmäßiges Zähneputzen und Lebenskompetenzen wie z. B. sozialer Kompetenz oder Emotionsregulation, andererseits können sich auch Risiken und schädliche Einflüsse langfristig auf die Entwicklung und Gesundheit von Kindern auswirken.

Dabei werden Lebensstil und Gesundheits- wie auch Risikoverhalten zunächst vorwiegend von den Eltern bzw. den primären Bezugspersonen vorgelebt und beeinflusst. Erst später gewinnen Sozialisationsinstanzen wie Kita und Schule und ab der Pubertät zunehmend Gleichaltrige an Einfluss. Daher sind die Eltern oder Sorgeberechtigten noch vor der Kita zentrale Ansprechpartner/innen für Angebote und Botschaften der Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsfrüherkennung. Für Kinderärztinnen bzw. -ärzte, weitere Gesundheitsberufe und pädagogische Fachkräfte stellt sich die Aufgabe, mit ihnen eine Partnerschaft hinsichtlich der Schaffung bestmöglicher Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen der Kinder einzugehen.

4.1 Rauchen im Haushalt

Wachsen Kinder in einem Haushalt auf, in dem geraucht wird, ist ihre Gesundheit nicht nur durch Passivrauchen gefährdet, sondern sie werden mit größerer Wahrscheinlichkeit später auch selbst Raucher/innen.⁹ Raucht die werdende Mutter in der Schwangerschaft, erhöht sich für das ungeborene Kind das Risiko einer Frühgeburt und niedrigen Geburtsgewichts. Beim Passivrauchen werden viele giftige Stoffe eingeatmet, die bei Kindern das Risiko für Atemwegsinfekte und Krebs erhöhen.¹⁰ Rauchende Eltern oder ältere Bezugspersonen wirken als negatives Verhaltensvorbild. Jugendliche, von denen mindestens ein Elternteil raucht, haben ein doppelt so hohes Risiko selbst zu rauchen wie Gleichaltrige, deren Eltern nicht rauchen.¹¹

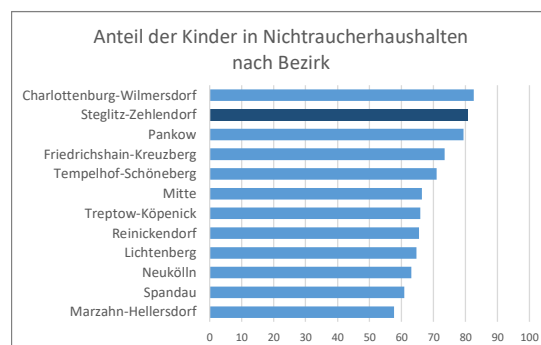


Abbildung 19: Anteil der Kinder in Nichtraucherhaushalten im Bezirksvergleich

Bei der Einschulungsuntersuchung wird erfragt, wie viele Personen im Haushalt des Kindes rauchen. Vier von fünf Kindern (80,9 %) bei der Einschulungsuntersuchung in Steglitz-Zehlendorf 2018 wachsen in einem Nichtraucherhaushalt auf. Bei jedem siebten Kind raucht eine Person im Haushalt (14,1 %), bei jedem zwanzigsten Kind (5,1 %) mehr als eine Person. Steglitz-Zehlendorf gehört mit Charlottenburg-Wilmersdorf und Pankow zu den Bezirken mit dem höchsten Anteil an Kindern, die in einem Haushalt

aufwachsen, in dem nicht geraucht wird (Abbildung 19).

⁹ Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung beim Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2019). Drogen- und Suchtbericht 2019. Berlin: BMG.

¹⁰ Zacharasiewicz, A., Horak, F., Fazekas, T. & Riedler, J. (2012). Tabakrauchexposition von Kindern und Jugendlichen. Folgen und Präventionsstrategien. Monatsschrift Kinderheilkunde, 160: 447-454.

¹¹ Zeiher, J., Lange, C., Starker, A., Lampert, T. & Kuntz, B. (2018). Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring, 3 (2), 23-44.

Dabei zeigt sich eine deutliche Abhängigkeit von der sozialen Lage der Familie. Während bei Familien der unteren Statusgruppe in fast der Hälfte der Haushalte geraucht wird, ist dies nicht einmal in jedem zehnten Haushalt der oberen Statusgruppe der Fall (Abbildung 20).

Korrespondierend mit der sozialen Lage wachsen Kinder türkischer und arabischer Herkunft häufiger in Raucherhaushalten auf als Kinder deutscher und osteuropäischer Herkunft, Kinder aus westlichen Industriestaaten dagegen seltener. Auch in Familien aus sonstigen Staaten wird seltener geraucht als in Familien deutscher Herkunft (Abbildung 20).

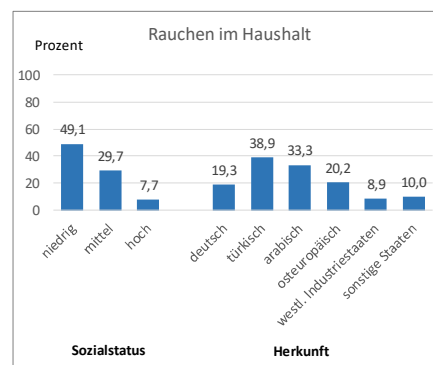


Abbildung 20: Rauchen im Haushalt nach Sozialstatus und Herkunft

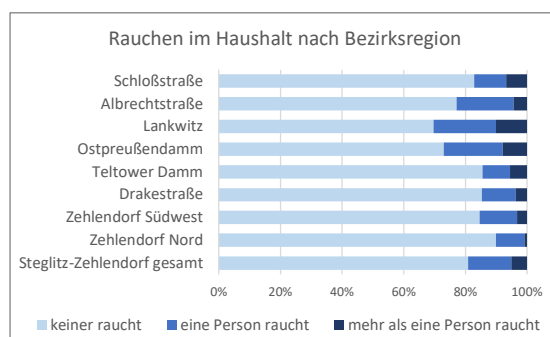


Abbildung 21: Rauchen im Haushalt nach Bezirksregionen

Bezirksregionen mit einem überdurchschnittlichen Anteil an Raucherhaushalten sind Lankwitz, Ostpreußendamm und Albrechtstraße. Den höchsten Anteil von Nichtraucherhaushalten hat die Bezirksregion Zehlendorf Nord (Abbildung 21).

4.2 Medienkonsum

Elektronische Geräte und Bildschirmmedien sind aus dem Alltag auch von Kindern nicht mehr wegzudenken. Daher kommt dem Erwerb von Medienkompetenz bereits im Vorschulalter Bedeutung zu, weshalb dieses Thema auch im Berliner Bildungsprogramm aufgegriffen wird.¹² Rolle, Stellenwert und Wirkungen des Konsums elektronischer Medien im Kindesalter sind umstritten. Einigkeit besteht jedoch, dass der Medienkonsum pädagogisch begleitet sein sollte, da dem Entwicklungsstand nicht angemessene Inhalte Kinder belasten und beeinträchtigen können.¹³ Ein unkontrollierter und übermäßiger Medienkonsum sollte nicht nur wegen möglicher negativer Folgen für die psychische Gesundheit vermieden werden, sondern auch, weil lange Beschäftigungszeiten mit Bildschirmmedien mit anderen Freizeitaktivitäten konkurrieren. So fordern die nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung, den Konsum von Bildschirmmedien im Kindes- und Jugendalter auf ein Minimum zu reduzieren. Für Kindergartenkinder werden maximal 30 Minuten

¹² Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft Berlin (2014). Berliner Bildungsprogramm für Kitas und Kindertagespflege. Weimar: Verlag das Netz. <https://www.berlin.de/sen/bildung/schule/bildungswege/fruehkindliche-bildung/>

¹³ Mosler, S. (2010). Wann kann Medienkonsum Kindern und Jugendlichen schaden? Impulse - Newsletter für Gesundheitsförderung, 4/2010, 5-6.

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft Berlin (2014). Berliner Bildungsprogramm für Kitas und Kindertagespflege. https://www.berlin.de/sen/jugend/familie-und-kinder/kindertagesbetreuung/berliner_bildungsprogramm_2014.pdf

Bildschirmmedienkonsum am Tag empfohlen, für Grundschul Kinder maximal 60 Minuten am Tag.¹⁴

Bei der Einschulungsuntersuchung in Steglitz-Zehlendorf 2018 geben die Eltern von jedem neunten Kind an, dass es gar keinen Konsum elektronischer Medien hätte, zwei Drittel berichten einen Konsum von weniger als einer Stunde am Tag. Jedes fünfte Kind in Steglitz-Zehlendorf beschäftigt sich bereits im Vorschulalter länger als eine Stunde täglich mit elektronischen Medien (Abbildung 22). Die tägliche Dauer des Medienkonsums unterscheidet sich zwischen Mädchen und Jungen kaum. Jedes fünfte Kind (21,1 %) hat bereits mindestens ein eigenes elektronisches Gerät, wodurch die elterliche Kontrolle über den Konsum eingeschränkt sein kann.

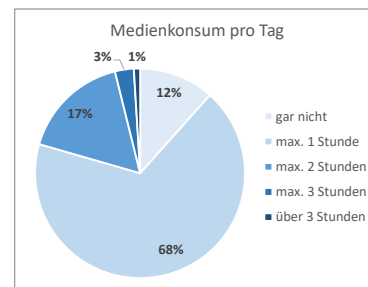


Abbildung 22: Täglicher Medienkonsum der Kinder

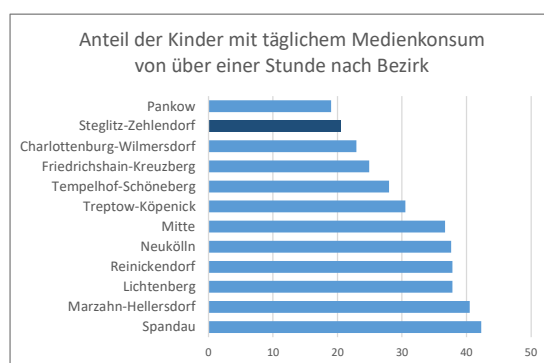


Abbildung 23: Anteil der Kinder mit über einer Stunde täglichem Medienkonsum im Bezirksvergleich

Der Anteil der Kinder mit mehr als einer Stunde täglichem Konsum von Bildschirmmedien ist nur in Pankow geringer als in Steglitz-Zehlendorf (Abbildung 23). Zu bedenken ist, dass diese Daten vor der Corona-Pandemie erhoben wurden. Seither haben sich aufgrund von Kontaktbeschränkungen und temporären Schließungen von Betreuungseinrichtungen die Zeiten des Medienkonsums bei Kindern deutlich erhöht.¹⁵

Medienkonsum und der Besitz eigener elektronischer Geräte zeigen deutliche Zusammenhänge zu sozialer Lage und Herkunft. Während neun von zehn Kindern der oberen Sozialstatusgruppe nicht mehr als eine Stunde täglichen Medienkonsum aufweisen, sind es in der mittleren Statusgruppe nur drei Viertel der Kinder und in der unteren Sozialstatusgruppe nicht einmal jedes zweite Kind. Besonders verbreitet ist ein hoher Medienkonsum in der Gruppe der Kinder arabischer Herkunft (Abbildung 24).

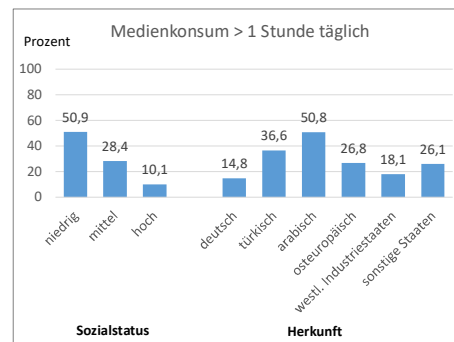


Abbildung 24: Medienkonsum der Kinder nach Sozialstatus und Herkunft

Kinder mit höherem Medienkonsum sind häufiger übergewichtig und zeigen in der motorischen und sprachlichen Entwicklung mehr Auffälligkeiten (Abbildung 25a). Betroffen ist insbesondere die Gruppe der Kinder mit einem Medienkonsum von mehr als einer Stunde pro Tag. Diese Kinder sind mehr als doppelt so häufig übergewichtig, haben Schwierigkeiten beim korrekten Nachsprechen ganzer Sätze und verfügen nicht über eine altersentsprechende sprachliche Entwicklung oder ausreichende Deutschkenntnisse (kombinierter Indikator Sprachdefizite).

¹⁴ Rütten, A. & Pfeifer, K. (Hrsg.) (2016). Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

¹⁵ DAK-Gesundheit (Hrsg.) (2020). Mediensucht 2020 - Gaming und Social Media in Zeiten von Corona. Hamburg: DAK.

Diese Ergebnisse lassen sich mit aller Vorsicht dahingehend interpretieren, dass ein höherer Konsum von elektronischen Medien mit geringeren Sprachkompetenzen der Kinder einhergeht. Dabei darf allerdings nicht aus dem Auge verloren werden, dass die sprachliche Entwicklung der Kinder und der Erwerb von Deutsch als Zweitsprache bei Kindern mit nichtdeutscher Familiensprache äußerst komplexe Prozess sind, die von einer Vielzahl von Faktoren, die größtenteils nicht im Rahmen der Einschulungsuntersuchung erfasst werden (können), beeinflusst werden.

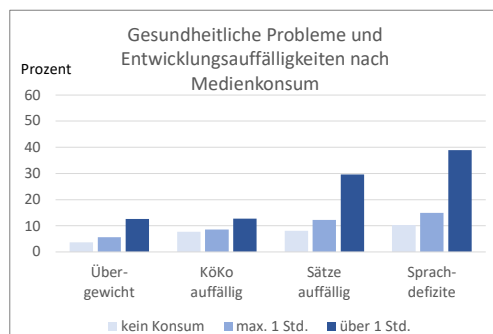


Abbildung 25a: Übergewicht und Entwicklungsauffälligkeiten der Kinder nach Medienkonsum

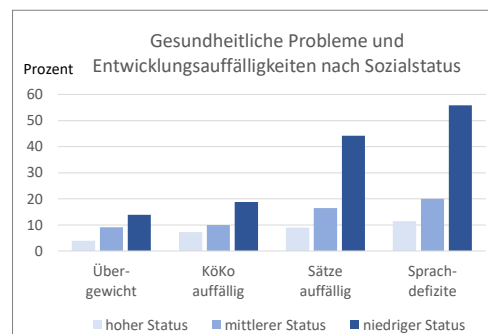


Abbildung 25b: Übergewicht und Entwicklungsauffälligkeiten der Kinder nach Sozialstatus

Allerdings lässt sich aus diesen gleichzeitig erhobenen (querschnittlichen) Daten keine Kausalität ableiten. Vielmehr wirkt sich insbesondere eine ungünstige soziale Lage der Familie nachteilig sowohl auf das Gesundheits- und Risikoverhalten als auch auf die Entwicklung und Gesundheit der Kinder aus. Dabei sind die Zusammenhänge zwischen Sozialstatus und gesundheitlichen Zielgrößen noch stärker als für den Medienkonsum (Abbildung 25b).

4.3 Impfstatus

Für das Kindesalter empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut Impfungen gegen insgesamt 13 Krankheiten:

- Gegen Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis (Kinderlähmung), Pertussis (Keuchhusten), Haemophilus influenzae Typ b (Hib) und Hepatitis B kommt häufig ein sechsfach-Impfstoff zum Einsatz, von dem für eine vollständige Grundimmunisierung der mehrheitlich im Jahr 2012 geborenen Kinder vier Impfdosen im Alter von 2 bis 14 Monaten empfohlen wurden.
- Gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen (Windpocken) sind zwei Impfdosen im Alter von 11 bis 23 Monaten vorgesehen.
- Für den Impfschutz gegen Rotaviren sind je nach verwendetem Impfstoff zwei bzw. drei Impfdosen im Abstand von mindestens vier Wochen ab einem Alter des Kindes von sechs Wochen erforderlich. Gemäß Erfassungskriterien des Robert Koch-Instituts wird ausgewertet, ob mindestens zwei Impfdosen gegeben wurden.
- Gegen Pneumokokken sind vier Impfdosen für eine vollständige Grundimmunisierung erforderlich, die im Alter von 2 bis 14 Monaten gegeben werden sollen.
- Gegen Meningokokken wird eine Impfdosis ab einem Alter von 12 Monaten empfohlen.

Die Auswertungen zu allen Impfungen finden sich im Tabellenband. Hier werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nur ausgewählte Impfungen näher betrachtet. Impfdaten liegen nur zu den Kindern vor, für die zur Einschulungsuntersuchung ein Impfpass mitgebracht und vorgelegt wurde oder für die Eltern glaubhaft versicherten, dass das Kind keinerlei Impfungen erhalten hat (n = 20).

Von jedem neunten Kind (10,8 %) lag kein Impfdokument vor. Dies betrifft zu einem beträchtlichen Anteil Kinder, die nicht in Deutschland geboren sind. Gründe für das Fehlen

einer Impfdokumentation können vielfältig sein. Neben zu Hause vergessenen oder gerade nicht auffindbaren Dokumenten können Dokumente – beispielsweise im Rahmen einer Migration – verloren gegangen sein oder die Dokumente liegen nur in einer im KJGD nicht lesbaren Sprache vor. Es muss damit gerechnet werden, dass Kinder ohne vorgelegten Impfpass etwas seltener einen vollständigen Impfschutz haben als Kinder mit vorgelegten Dokumenten.¹⁶

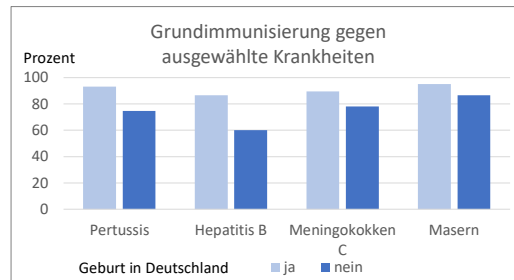


Abbildung 26: Grundimmunisierung der Kinder gegen ausgewählte Krankheiten nach Geburtsort

Gegen die meisten Krankheiten sind mehr als 90 % der Kinder grundimmunisiert. Kinder, die nicht in Deutschland geboren sind, weisen deutlich unterdurchschnittliche Impfquoten auf. Dies gilt insbesondere für die Impfung gegen Hepatitis B (Abbildung 26). Eine vollständige Grundimmunisierung entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission erfordert eine Vielzahl von Arztterminen, bei denen das Kind zudem frei von schweren Infekten sein sollte. Damit dies gelingt, müssen die Sorgeberechtigten informiert und motiviert sein, dabei spielt die ärztliche Beratung eine wichtige Rolle. Aus den Daten der Einschulungsuntersuchungen lassen sich Gründe für fehlende Impfungen nicht ablesen. Es ist anzunehmen, dass nicht in Deutschland geborene Kinder im Heimatland möglicherweise keinen Zugang zu entsprechenden Impfungen hatten, sei es, weil dort abweichende Impfschemata gelten oder sei es, weil der Zugang zur Gesundheitsversorgung nicht gewährleistet war. Versäumte Impfungen in Deutschland können weiterhin auf Impfskepsis bei den Eltern, aber auch bei den Ärztinnen und Ärzten zurückzuführen sein, darauf, dass keine ausreichende Kenntnis über anstehende Impfungen und deren Wichtigkeit vorliegt oder auf Schwierigkeiten bei der Terminkoordination.

Abbildung 27 zeigt exemplarisch für die Impfung gegen Hepatitis B, dass es in Abhängigkeit vom Geburtsort des Kindes unterschiedliche soziale Gradienten gibt: Während in Deutschland geborene Kinder mit besserer sozialer Lage weniger häufig grundimmunisiert sind, ist es für nicht in Deutschland geborene Kinder umgekehrt. Über die Gründe kann nur spekuliert werden. Möglicherweise ist in der Gruppe der in Deutschland geborenen Kinder die geringere Impfquote der höheren Statusgruppen auf Impfskepsis der Eltern zurückzuführen, die mit höherem sozialem Status weiter verbreitet ist.¹⁷ Bei nicht in Deutschland geborenen Kindern ist vermutlich für Eltern mit niedrigerem sozialen Status der Zugang zu Informationen und Versorgungsangeboten erschwert, allerdings können auch Impfverfügbarkeiten in den verschiedenen Herkunftsländern eine Rolle spielen.

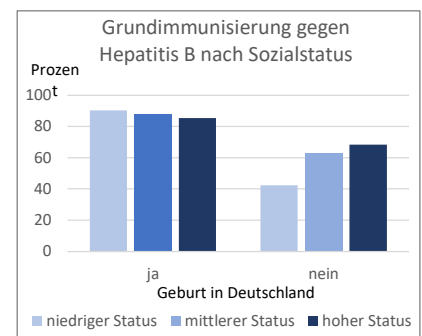


Abbildung 27: Grundimmunisierung gegen Hepatitis B nach Sozialstatus in Abhängigkeit vom Geburtsort

¹⁶ Reiter, S. & Poethko-Müller, C. (2009). Aktuelle Entwicklung von Impfquoten und Impflücken bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, S2: 1037-1044.

¹⁷ Diana, A., Brailard, O., Eckert, N. & Sommer, J. (2020). Wie gehe ich mit der Impfskepsis meiner Patientinnen und Patienten um? Primary and Hospital Care – Allgemeine Innere Medizin, 20(12): 383-387.

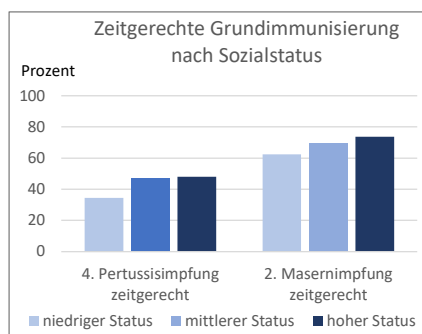


Abbildung 28: Zeitgerechte Grundimmunisierung gegen Pertussis und Masern nach Sozialstatus

Um möglichst frühzeitig einen individuellen Schutz, aber auch eine Herdenimmunität zu erreichen, sollten Impfungen wenn irgend möglich im empfohlenen Zeitraum erfolgen. Die Daten der Einschulungsuntersuchungen zeigen jedoch, dass weniger als die Hälfte der Kinder die vierte Pertussisimpfung (als Indikator für eine vollständige Sechsfach-Impfung gegen Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis, Pertussis, Hib und Hepatitis B) wie empfohlen bis zu einem Alter von 14 Monaten erhalten hat. Die zweite Impfung gegen Masern, die bis zu einem Alter von 23 Monaten erfolgt sein sollte, haben weniger als drei Viertel der Kinder in diesem Zeitraum erhalten.

Angesichts hoher Impfquoten zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung mag dies nicht so relevant erscheinen. Jedoch ist zu bedenken, dass mit zwei Jahren bereits viele Kinder eine Kita besuchen. Sie sind damit gefährdet, sich bei anderen Kindern anzustecken, und können ihrerseits auch jüngere Kinder, die noch nicht (vollständig) geimpft sein können, infizieren. Besonders gering ist der Anteil zeitgerecht geimpfter Kinder aus Familien in ungünstiger sozialer Lage, wie in Abbildung 28 zu erkennen ist.

Im Bezirksvergleich belegt Steglitz-Zehlendorf im Hinblick auf die zeitgerechte Verabreichung der zweiten Masernimpfung einen Mittelplatz (Abbildung 29). Gerade angesichts des hohen Anteils von Kindern, die bereits früh in eine Kita aufgenommen werden, ist hier Handlungsbedarf zu erkennen. Mit dem Masernschutzgesetz aus dem Jahr 2020 wird bundesweit geregelt, dass Kinder nur mit altersgemäß ausreichendem Masernimpfschutz in eine Gemeinschaftseinrichtung aufgenommen werden dürfen.¹⁸

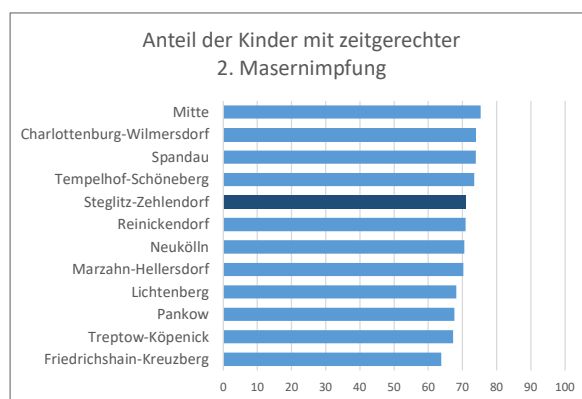


Abbildung 29: Anteil der Kinder mit zeitgerechter 2. Masernimpfung im Bezirksvergleich

Welche Auswirkungen dies auf die frühzeitige Impfung der Kinder gegen Masern hat, wird erst in späteren Einschulungsjahrgängen zu beobachten sein.

Für eine Herdenimmunität als wichtigen Schritt zu einer Elimination der Masern müssen aufgrund der leichten Übertragbarkeit 95 % der Bevölkerung die empfohlenen zwei Impfungen erhalten haben. Die zweite Impfung dient dabei weniger der Boosterung der Impfwirkung als vielmehr dem Aufbau einer ausreichenden Immunantwort bei denjenigen Personen, die nach der ersten Impfung noch keinen hohen Antikörperspiegel aufgebaut haben.¹⁹ Somit werden durch die zweite Masernimpfung Impflücken geschlossen, die nach einmaliger Impfung noch bestehen.

¹⁸ <https://www.berlin.de/sen/bjf/aktuelles/informationen-zur-masern-impfpflicht-900722.php>

¹⁹ Ständige Impfkommission (STIKO) (2010). Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen Masern. Epidemiologisches Bulletin, 32/2010: 315-322.

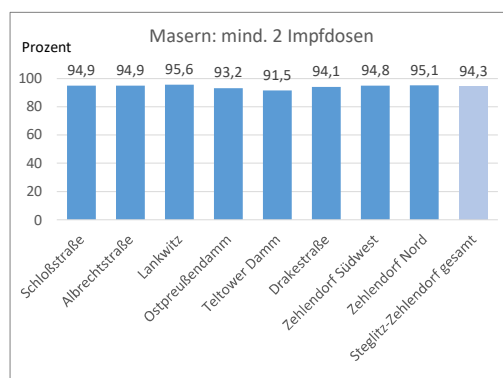


Abbildung 30: Anteil der Kinder mit mindestens zwei Masernimpfungen nach Bezirksregion

Das konkret für Berlin aufgestellte Ziel von 95 % Kindern, die zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung zweimal gegen Masern geimpft sind,²⁰ wird in Steglitz-Zehlendorf insgesamt mit 94,3 % immer noch verfehlt. Nur in den Bezirksregionen Lankwitz und Zehlendorf Nord werden 95 % erreicht, in den Bezirksregionen Schloßstraße und Albrechtstraße liegt die Quote im Einschulungsjahrgang 2018 nur knapp darunter. Der größte Abstand zum Impfziel besteht noch in den Bezirksregionen Ostpreußendamm und Teltower Damm (Abbildung 30).

In Anbetracht von mehr als 10 % Kindern, bei denen zur Einschulungsuntersuchung keine Impfdokumentation vorlag, wäre eine vollständigere Erfassung wünschenswert. Nur wenn von der überwiegenden Mehrheit der Kinder Daten hierzu vorliegen, kann zuverlässig beurteilt werden, ob die hohen Impfquoten, die für eine Herdenimmunität erforderlich sind, erreicht werden. Auch die Beurteilung, in welchen Zielgruppen noch größere Anstrengungen zum Erreichen eines guten Impfschutzes nötig sind, ist von einer möglichst lückenlosen Erfassung abhängig.

4.4 Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen

In den ersten sechs Lebensjahren sind insgesamt zehn Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9 einschließlich U7a) vorgesehen, die der Früherkennung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen sowie der Beratung der Eltern dienen sollen. Für jede Untersuchung ist ein Lebensalter festgelegt und mit einem Toleranzbereich ausgewiesen. Wenn der Zeitraum verpasst wurde, kann die Untersuchung nicht mehr mit der Krankenkasse abgerechnet werden.

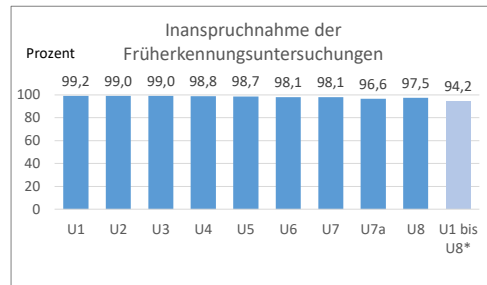
Seit 2010 wird in Berlin ein verbindliches Einladewesen zu den Früherkennungsuntersuchungen U4 bis U9 praktiziert, mit dem auch Zwecke des Kinderschutzes verfolgt werden. Dazu melden Arztpraxen durchgeführte Untersuchungen an eine zentrale Stelle bei der Charité. Eltern, die die Untersuchung nicht bis zu einem bestimmten Stichtag wahrgenommen haben, werden schriftlich eingeladen. Wird die Untersuchung nicht bis zum Ende des Toleranzzeitraums dokumentiert, erfolgt eine Meldung an den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst.²¹

Die U7a wurde zwar bereits 2008 in das Programm aufgenommen, ist aber immer noch in weniger Fällen dokumentiert als die U7 und die U8 und wird deshalb und aus Gründen der Vergleichbarkeit mit früheren Jahren nicht in die Berechnung der vollständigen Inanspruchnahme des Untersuchungsprogramms aufgenommen. Der vorgesehene Zeitraum für die U9 überschneidet sich mit dem Zeitraum der Einschulungsuntersuchung, sodass viele Kinder diese noch nicht in Anspruch genommen haben (können). Sie bleibt daher für die Auswertung unberücksichtigt.

²⁰ Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin (2017). BEMREP - Berliner Masern-Röteln-Eliminationsplan. https://www.berlin.de/sen/gesundheits/assets/service/publikationen/gesundheitschutz-und-umwelt/infektionsschutz/20171113_bemrep-mit-anlage_cdp.pdf

²¹ https://kindervorsorge.charite.de/ueber_die_zentrale_stelle/

Das Untersuchungsheft oder die eingelegte Karte zum Nachweis der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen wird bei 92,3 % der in Deutschland geborenen Kinder zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt. Kinder ohne vorgelegte Dokumentation der Inanspruchnahme und nicht in Deutschland geborene Kinder werden bei der Auswertung nicht berücksichtigt. Letztere können aufgrund abweichender Vorsorgeprogramme in ihren



Heimatländern die in Deutschland vorgesehene Untersuchungsserie gar nicht vollständig in Anspruch genommen haben.

Alle Untersuchungen werden von der großen Mehrheit der Kinder in Anspruch genommen, wobei die Raten in den späteren Untersuchungsstufen etwas nachlassen (Abbildung 31). Auch die vollständige Inanspruchnahme der Untersuchungsserie hat ein hohes Niveau erreicht.

Abbildung 31: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U8

Im Vergleich der Berliner Bezirke ist die vollständige Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Steglitz-Zehlendorf am höchsten (Abbildung 32). Dies hängt wahrscheinlich auch mit der weit überdurchschnittlichen Versorgung des Bezirks mit kinderärztlichen Praxen zusammen.²²

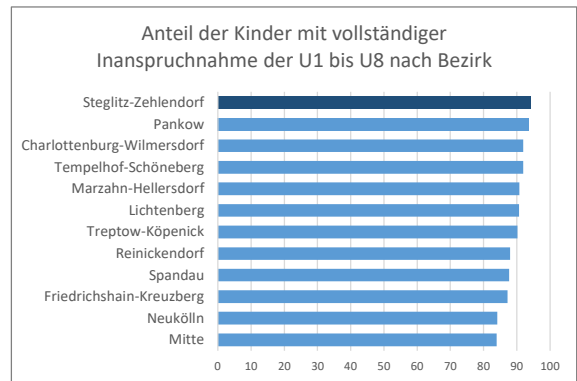


Abbildung 32: Anteil der Kinder mit vollständiger Inanspruchnahme der U1 bis U8 (ohne Berücksichtigung der U7a) im Bezirksvergleich

Zwischen den verschiedenen Gruppen von Kindern, die in dieser Auswertung betrachtet werden, und auch in den Prognoseräumen und Bezirksregionen unterscheidet sich die Inanspruchnahme nur geringfügig. Noch am ehesten sind Unterschiede zwischen Kindern mit verschiedenem Migrationshintergrund zu erkennen (Abbildung 33). Kinder mit Migrationshintergrund haben seltener als Kinder deutscher Herkunft das komplette Untersuchungsprogramm absolviert, auch wenn sie in Deutschland geboren sind. Am seltensten ist für Kinder türkischer Herkunft das gesamte Untersuchungsprogramm dokumentiert.

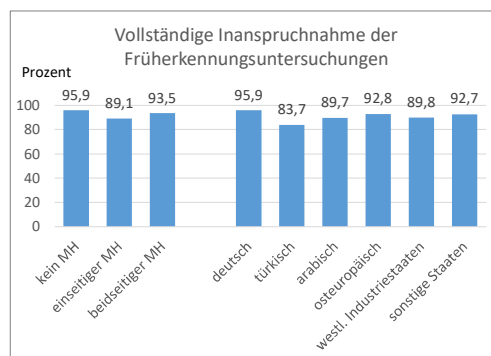


Abbildung 33: Vollständige Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1-U8 (ohne U7a) nach Migrationsmerkmalen

Ob Kinder mit Migrationshintergrund eher U-Untersuchungen verpassen, weil sie sich nicht während aller Untersuchungszeiträume in Deutschland aufhalten, weil die Eltern weniger gut über die anstehenden Untersuchungen informiert sind oder weil sie einen geringeren Nutzen in der Inanspruchnahme erkennen, lässt sich anhand der Daten nicht beantworten und könnte nur in Befragungen der Sorgeberechtigten näher untersucht werden.

²² https://www.berlin.de/sen/gesundheit/_assets/themen/ambulante-versorgung/fortschreibung-loi-2020-sept_k8.pdf

5 Gesundheitliche Problemlagen

5.1 Übergewicht

Übergewicht ist einer der bedeutsamsten Risikofaktoren für chronische Erkrankungen. Für die Beurteilung, ob Übergewicht vorliegt, werden Körperlänge und Körpergewicht ins Verhältnis gesetzt, indem der Body Mass Index (BMI) nach der Formel $BMI = \text{Gewicht [kg]} / \text{Körperlänge [m]}^2$ berechnet wird. Aufgrund der Wachstumsprozesse und der oft langen Entwicklungszeiten chronischer Gesundheitsprobleme lässt sich für Kinder verschiedener Altersgruppen keine klare Grenze ziehen, ab welchem BMI von erhöhten Gesundheitsrisiken auszugehen ist. Stattdessen werden zur Beurteilung des Körpergewichts alters- und geschlechtsspezifische Vergleichswerte aus großen Studien herangezogen. Üblicherweise werden im deutschsprachigen Raum die Referenzwerte von Kromeyer-Hauschild²³ verwendet. Kinder oberhalb des 90. Perzentil werden als übergewichtig bezeichnet, oberhalb des 97. Perzentil als adipös.

Abgesehen von einem kleineren Anteil von Menschen, bei denen eine körperliche Erkrankung das Übergewicht verursacht, entsteht es in der Regel durch ein Ungleichgewicht von Kalorienzufuhr und Kalorienverbrauch und ist somit eng mit den Themen Ernährung und Bewegung verknüpft, die beide eine große Bedeutung für Gesundheitsförderung und Prävention haben.

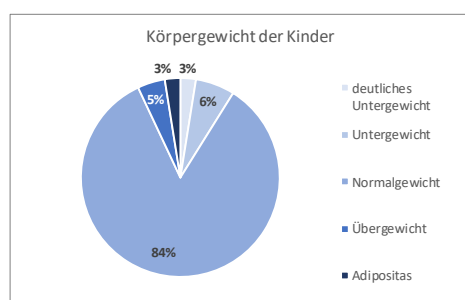


Abbildung 34: Körpergewicht der Kinder

Die große Mehrheit der Kinder ist zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung normalgewichtig. Etwa gleich viele Kinder in Steglitz-Zehlendorf sind untergewichtig oder übergewichtig. Der Anteil übergewichtiger Kinder beträgt 4,5 %, der Anteil adipöser Kinder 2,5 % (Abbildung 34). Diese Zahlen sind erfreulich niedrig. Mädchen und Jungen unterscheiden sich dabei kaum.

Auch im Bezirksvergleich gehört Steglitz-Zehlendorf zu den Bezirken mit niedrigem Anteil übergewichtiger Kinder (Abbildung 35).

Im Verlauf der Schulzeit steigt jedoch der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher stark an.²⁴ Deshalb sollten gesundheitsförderliche Aktivitäten in den Themenbereichen Bewegung und Ernährung sich nicht nur auf bereits übergewichtige Kinder konzentrieren.

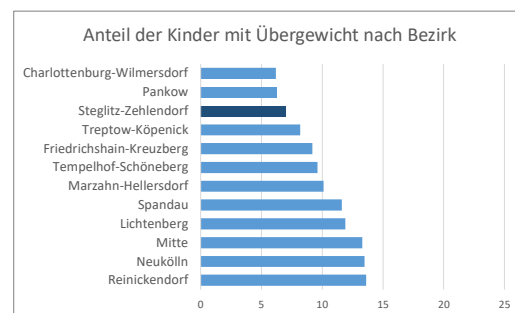


Abbildung 35: Anteil der Kinder mit Übergewicht (einschließlich Adipositas) im Bezirksvergleich

²³ Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D. et al. (2001). Perzentile für den Body Mass Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde, 149, 807-818.

²⁴ Schienkiewitz, A., Brettschneider, A.-K., Damerov, S. & Schaffrath Rosario, A. (2018). Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring, 3(1): 16-23.

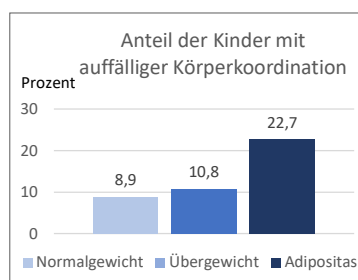


Abbildung 36: Anteil der Kinder mit auffälliger Körperkoordination nach Körpergewicht

37). Die Anteile übergewichtiger Kinder unterscheiden sich zudem je nach Migrationshintergrund. Sie sind besonders hoch bei Kindern aus Familien arabischer und türkischer Herkunft. Bei Kindern osteuropäischer Herkunft fällt ein vergleichsweise hoher Anteil von 5,5 % adipösen Kindern auf.

Übergewicht ist eins von vier Merkmalen aus der Einschulungsuntersuchung, die in die Bezirksregionenprofile im Rahmen des sozialraumorientierten Stadtmonitorings als Kernindikatoren einfließen. Die Kernindikatoren für Bezirksregionenprofile werden berlinweit einheitlich in einem Ampelmodell mit Aufmerksamkeitsstufen anhand fachlich festgelegter Grenzwerte bewertet. Für Übergewicht sind die Grenzwerte anhand der verwendeten Normwerte zur Gruppierung des BMI wie folgt festgelegt:

- Anteil übergewichtiger Kinder < 10 % – keine Aufmerksamkeit empfohlen (grün),
- Anteil übergewichtiger Kinder zwischen 10 % und 12 % – Aufmerksamkeit empfohlen (gelb),
- Anteil übergewichtiger Kinder > 12 % – hohe Aufmerksamkeit empfohlen (orange).

Bereits vor Schulbeginn zeigt sich allerdings ein Zusammenhang von Übergewicht und motorischer Entwicklung. Während sich übergewichtige Kinder im Test zur Körperkoordination kaum von normalgewichtigen Kindern unterscheiden, haben adipöse Kinder dabei mehr als doppelt so häufig auffällige Schwierigkeiten (Abbildung 36). Zugleich bestehen im Vorschul- und Grundschulalter noch gute Chancen, bereits entstehende Gesundheitsprobleme positiv zu beeinflussen.

Ebenso wie in vielen anderen gesundheitlichen Merkmalen sind auch beim Körpergewicht bereits im Vorschulalter sozial bedingte Ungleichheiten zu erkennen (Abbildung

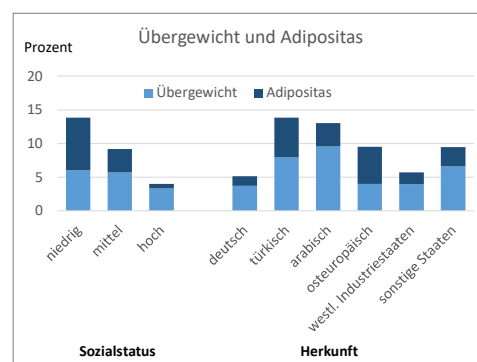


Abbildung 37: Übergewicht und Adipositas nach Sozialstatus und Herkunft

Für die Bezirksregionenprofile werden immer Daten dreier aufeinanderfolgender Einschulungsjahrgänge zusammen ausgewertet (gepoolt), da in verschiedenen Bezirken die Fallzahlen in einzelnen Bezirksregionen für Auswertungen von Einzeljahrgängen zu klein sind. Für Steglitz-Zehlendorf trifft die Einschränkung bezüglich der Fallzahlen nicht zu. Daher werden für diesen Bericht Bezirksregionen-Werte der Kernindikatoren bezogen auf den Einschulungsjahrgang 2018 ausgewertet und dargestellt.

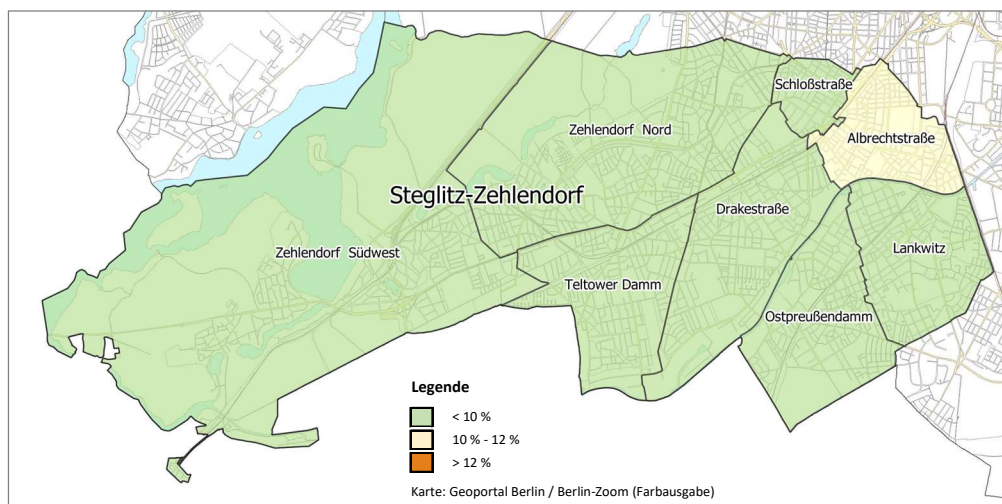


Abbildung 38: Anteil der Kinder mit Übergewicht (einschließlich Adipositas) in den Bezirksregionen von Steglitz-Zehlendorf

Abbildung 38 zeigt die Anteile übergewichtiger (einschließlich adipöser) Kinder in den acht Bezirksregionen von Steglitz-Zehlendorf. Einzig in der Bezirksregion Albrechtstraße wird mit 10,9 % der Wert von 10 % überschritten, weshalb diese Bezirksregion in der Karte gelb eingefärbt ist. In allen anderen Bezirksregionen liegt der Anteil übergewichtiger Kinder bei der Einschulungsuntersuchung unter 10 %. Unter den in der Karte grün eingefärbten Bezirksregionen haben die Regionen Schloßstraße (8,9 %) und Lankwitz (8,2 %) noch die relativ höchsten Anteile übergewichtiger Kinder. Am niedrigsten ist der Anteil in der Bezirksregion Drakestraße (3,3 %).

5.2 Motorische Entwicklung

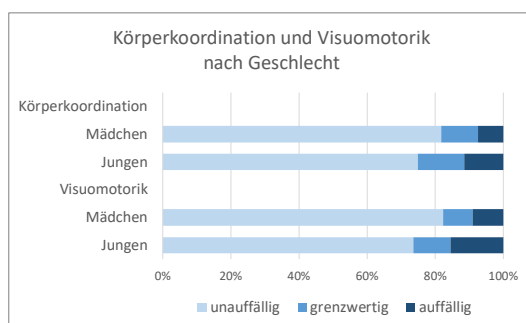


Abbildung 39: Testergebnisse der Jungen und Mädchen in Körperkoordination und Visuomotorik

Entwicklung gewertet wird. Jungen haben dabei etwas häufiger Schwierigkeiten als Mädchen (Abbildung 39).

Zur Beurteilung der motorischen Entwicklung werden die Kinder bei der Einschulungsuntersuchung aufgefordert, seitlich auf einer Matte hin- und herzuspringen (Körperkoordination) und mit einem Bleistift oder Buntstift Vorlagen nach einem Muster zu vervollständigen sowie einfache Strichzeichnungen abzuzeichnen (Visuomotorik oder Auge-Hand-Koordination). Bei beiden Tests erzielen jeweils mehr als drei Viertel der Kinder unauffällige Ergebnisse, was als Hinweis auf eine altersgemäße

Die Auge-Hand-Koordination oder Visuomotorik ist eine Fertigkeit, die im Schulalltag von großer Bedeutung ist, wenn es beispielsweise darum geht, das Schreiben der Buchstaben zu erlernen oder Vorlagen in eigene Hefte oder Arbeitsblätter zu übertragen. Aber auch für die Koordination der Fein- und Grobmotorik beim Schneiden, Basteln, Ballspielen und vielen anderen Aktivitäten ist die Visuomotorik die Grundlage. In Steglitz-Zehlendorf ist der Anteil der Kinder, die bei der Einschulungsuntersuchung Schwierigkeiten mit der Auge-Hand-Koordination haben, erfreulicherweise am geringsten von allen Berliner Bezirken (Abbildung 40).

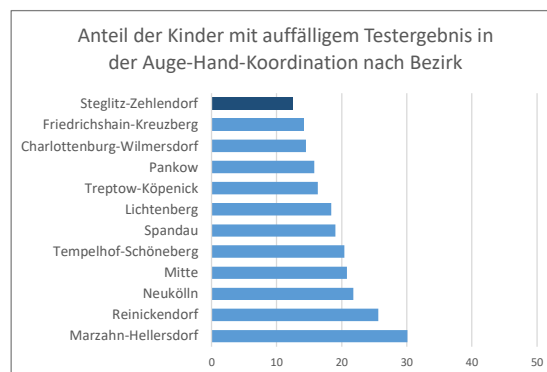


Abbildung 40: Anteil der Kinder mit auffälliger Visuomotorik im Bezirksvergleich

Die Testergebnisse der Kinder weisen

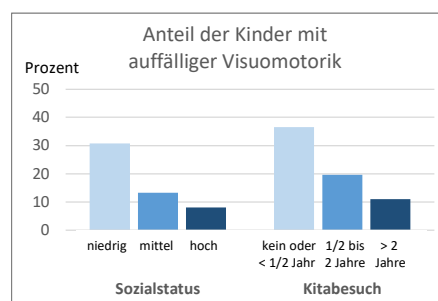


Abbildung 41: Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten in der Visuomotorik nach Sozialstatus und Dauer des Kitabesuchs

dabei nicht nur einen deutlichen Zusammenhang zur sozialen Lage ihrer Familie auf, sondern auch zur Dauer des Kitabesuchs. Dies zeigt sich insbesondere in den Testergebnissen zur Visuomotorik (Abbildung 41). Jedes neunte Kind mit längerem Kitabesuch hat Schwierigkeiten mit der Auge-Hand-Koordination. Von den Kindern mit kürzerem Kitabesuch sind es fast doppelt so viele und in der Gruppe von Kindern ohne oder mit nur sehr kurzem Kitabesuch ist der Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten noch einmal fast doppelt so groß. Dies kann als Hinweis auf das Potenzial der Kita zur Förderung schulrelevanter Fertigkeiten gewertet werden.

In den Bezirksregionen unterscheidet sich der Anteil der Kinder mit guter Körperkoordination teils erheblich. Er reicht von 69 % in der Bezirksregion Ostpreußendamm bis zu 90 % in der Bezirksregion Schloßstraße (Abbildung 42). Diese Unterschiede können als Hinweis verstanden werden, in welchen Bereichen des Bezirks Angebote zur Bewegungsförderung im Kita- und Vorschulalter vorzugsweise gestärkt werden sollten.

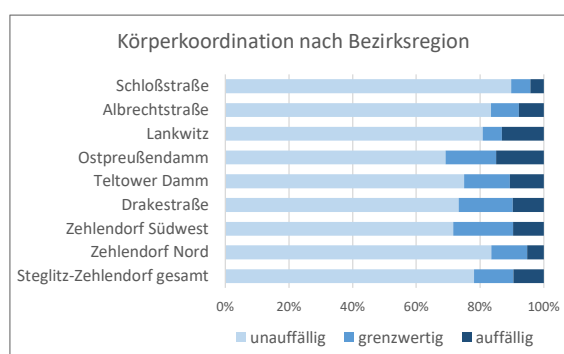


Abbildung 42: Testergebnisse in der Körperkoordination in den Bezirksregionen

Der Anteil der Kinder mit auffälligem Testergebnis in der Visuomotorik ist wegen der großen Bedeutung der Auge-Hand-Koordination für schulisches Lernen ein weiterer Kernindikator für Bezirksregionenprofile. Auch hier wurden Aufmerksamkeitsstufen anhand fachlicher Grenzwerte definiert, die sich auf die Werte in der Normierungstichprobe des S-ENS-Verfahrens beziehen. Dazu werden die Anteile der Kinder mit auffälligem Ergebnis im Test Visuomotorik folgendermaßen bewertet:

- Anteil < 14 % - keine Aufmerksamkeit empfohlen (grün),
- Anteil zwischen 14 % und 21 % - Aufmerksamkeit empfohlen (gelb),
- Anteil > 21 % - hohe Aufmerksamkeit empfohlen (orange).

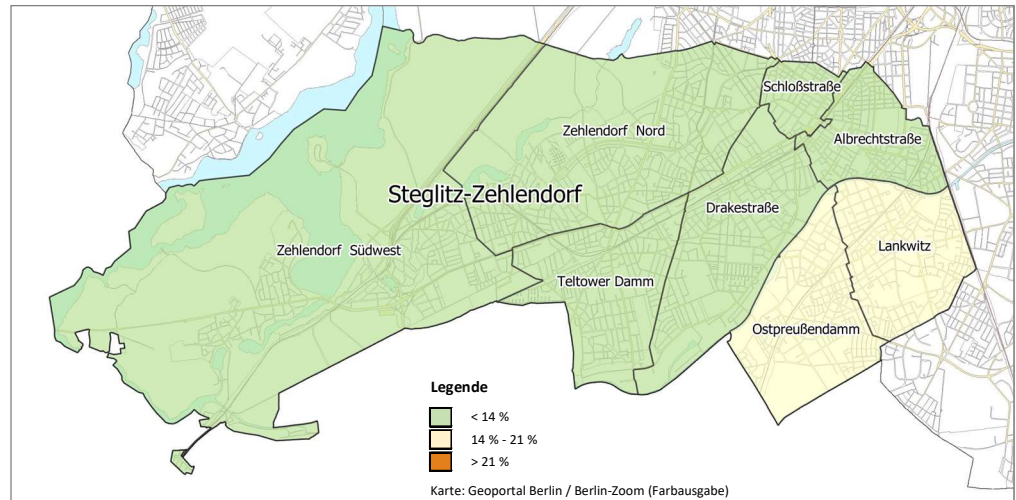


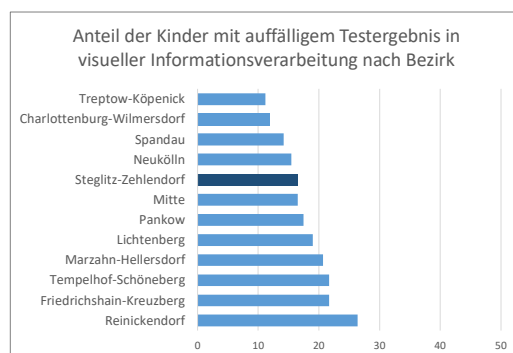
Abbildung 43: Anteil der Kinder mit auffälligen Testergebnissen in der Visuomotorik in den Bezirksregionen von Steglitz-Zehlendorf

In Abbildung 43 sind die Bezirksregionen gemäß diesem Schema eingefärbt. In keiner Bezirksregion in Steglitz-Zehlendorf liegt der Anteil der Kinder mit auffälligem Testergebnis in der Visuomotorik über 21 %. Am höchsten ist er mit 19,1 % in der Bezirksregion Lankwitz, gefolgt von der Region Ostpreußendamm (16,8 %), die deswegen gelb eingefärbt sind. In allen anderen Bezirksregionen haben weniger als 14 % der Kinder ein auffälliges Testergebnis, nämlich zwischen 6,0 % in der Bezirksregion Schloßstraße und 13,8 % in der Region Albrechtstraße.

5.3 Kognitive Entwicklung

Im Bereich der kognitiven Entwicklung werden mit den Kindern zwei Tests durchgeführt:

- Der S-ENS-Test „Visuelle Wahrnehmung und Informationsverarbeitung“ besteht aus Mustern, aus denen das Kind nach bestimmten Regeln das richtige auswählen soll. Er erfasst grundlegende visuelle und schlussfolgernde Fähigkeiten wie das Erkennen von Regeln, Ähnlichkeiten und Unterschieden.
- Der SOPESS-Test „Mengenvorwissen“ enthält Aufgaben zur simultanen Mengenerfassung (eine kleine Zahl von Gegenständen benennen ohne abzuzählen) und zum Mengenvergleich. Damit werden mathematische Vorläuferfertigkeiten erfasst.



Der Test zur visuellen Wahrnehmung und Informationsverarbeitung erweist sich für einen vergleichsweise großen Teil der Kinder als schwierig, wogegen beim Mengenvorwissen nur wenige Kinder Mühe haben, die Aufgaben zu lösen. In Steglitz-Zehlendorf liegt der Anteil der Kinder mit Schwierigkeiten in der visuellen Informationsverarbeitung im Bezirksvergleich im Mittelfeld (Abbildung 44).

Abbildung 44: Anteil der Kinder mit auffälligem Testergebnis in visueller Informationsverarbeitung im Bezirksvergleich

Jungen haben bei der visuellen Wahrnehmung und visuellen Informationsverarbeitung etwa eineinhalbmal so oft wie Mädchen ein auffälliges Testergebnis. Beim Mengenvorwissen hingegen ist kein Geschlechtsunterschied erkennbar (Abbildung 45).

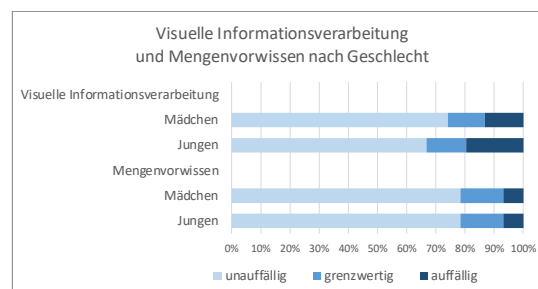


Abbildung 45: Testergebnisse der Jungen und Mädchen in Visueller Informationsverarbeitung und im Mengenvorwissen

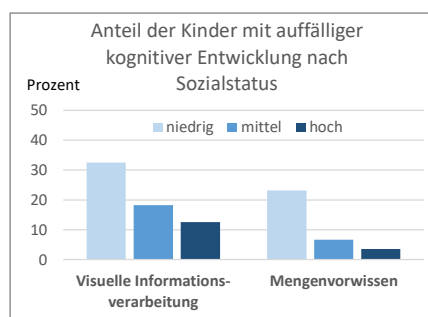


Abbildung 46: Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten in der Visuellen Informationsverarbeitung und im Mengenvorwissen nach Sozialstatus

In beiden Entwicklungsbereichen zeigt sich wieder ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozialer Lage der Familie und dem Abschneiden bei den Entwicklungstests (Abbildung 46). Der soziale Gradient ist beim Test zum Mengenvorwissen, der für die große Mehrheit der Kinder eher leicht zu bewältigen ist, sogar besonders groß. Die Ergebnisse zeigen einen Bedarf für die alltagsintegrierte Förderung der kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten insbesondere von Kindern, deren Familien sozial benachteiligt sind. Damit die Kinder nicht bereits beim Schulstart in ihren Chancen deutlich beeinträchtigt sind, müssen entsprechende Aktivitäten schon früh im Kita-Alter ansetzen.

5.4 Sprachliche Entwicklung

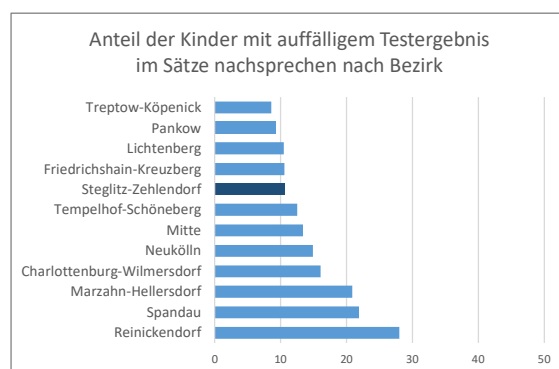
Der sprachlichen Entwicklung wird im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen besondere Aufmerksamkeit gewidmet, weil ein altersgerechtes Sprachverständnis und Ausdrucksvermögen von zentraler Bedeutung für die schulische Teilhabe sind. Eine Sprachentwicklungsstörung, bei der die sprachlichen Fertigkeiten sich verzögert oder nicht altersgemäß entwickeln, kann vielfältige Ursachen haben.²⁵

Im Rahmen des Screenings bei der Einschulungsuntersuchung ist es nicht möglich, den sprachlichen Entwicklungsstand von Kindern, die nicht Deutsch als Muttersprache haben und nicht bereits gute bis sehr gute Kenntnisse in Deutsch erworben haben, zu beurteilen. Sie werden daher von der Auswertung und Ergebnisdarstellung der Tests zur Sprachentwicklung ausgeschlossen, sodass sich die Auswertungen nur auf die Kinder deutscher Herkunft und die Kinder mit Migrationshintergrund und guten oder sehr guten Deutschkenntnissen beziehen. Das sind 2.383 von insgesamt 2.695 untersuchten Kindern (88,4 %). Zu den deutschen Sprachkenntnissen der Kinder nichtdeutscher Herkunft sowie einem Indikator „Sprachdefizite“, der Kinder mit Schwierigkeiten im sprachlichen Bereich sowohl deutscher als auch nichtdeutscher Herkunft erfassen soll, finden sich Ergebnisse im Kapitel 6.3.

²⁵ Neumann, K., Keilmann, A., Rosenfeld, J., Schönweiler, R., Zaretsky, Y. & Kiese-Himmel, C. (2009). Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 18, 222-231.

Das Screening der Sprachentwicklung bei den Einschulungsuntersuchungen umfasst folgende Tests:

- Pseudowörter nachsprechen – dem Kind werden Fantasiewörter vorgesprochen, die es wiederholen soll,
- Wörter ergänzen – das Kind soll Wörter, bei denen ein bis zwei Buchstaben ausgelassen werden, vollständig nennen,
- Sätze nachsprechen – komplette Sätze sollen mit korrekter Satzstellung und Grammatik nachgesprochen werden,
- Pluralbildung – zu Wörtern in der Einzahl soll das Kind die richtige Mehrzahl (Pluralform) nennen und
- Artikulation – anhand einer Bildertafel wird geprüft, ob das Kind schon alle Laute und Lautkombinationen aussprechen kann.



Für den Bezirksvergleich zeigt Abbildung 47 am Beispiel des Tests Sätze nachsprechen, dass Steglitz-Zehlendorf zu den Bezirken mit vergleichsweise niedrigem Anteil von Kindern mit Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung gehört. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Kinder mit Migrationshintergrund und weniger guten Deutschkenntnissen – wie oben erwähnt – in die Auswertungen in diesem Kapitel nicht einbezogen sind.

Abbildung 47: Anteil der Kinder mit auffälligem Testergebnis im Sätze nachsprechen im Bezirksvergleich

Abbildung 48 zeigt den Anteil der Mädchen und Jungen mit auffälligen Ergebnissen in den verschiedenen Tests zur sprachlichen Entwicklung. Dabei wurde die Artikulation als auffällig gewertet, wenn Artikulationsfehler in mehr als einer Lautgruppe aufgetreten sind. Anders als in den motorischen und kognitiven Screeningtests sind im sprachlichen Bereich nur kleine Geschlechtsunterschiede zu erkennen. Eine Ausnahme bildet die Artikulation, wo Jungen häufiger noch in mehr als einer Lautgruppe Schwierigkeiten haben als Mädchen.

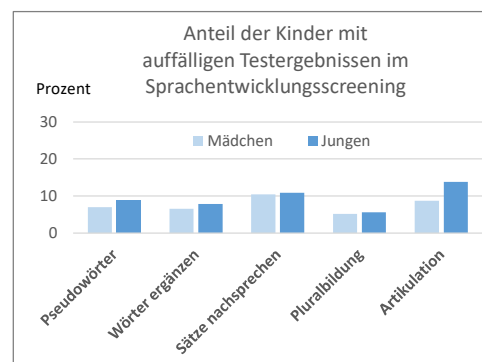


Abbildung 48: Anteil der Mädchen und Jungen mit auffälligen Testergebnissen im Sprachentwicklungsscreening

Kinder mit Migrationshintergrund und guten Deutschkenntnissen unterscheiden sich in der Artikulation nicht von Kindern deutscher Herkunft. Im Nachsprechen von Pseudowörtern schneiden Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund sogar besser ab als Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund oder Kinder deutscher Herkunft (Abbildung 49). Möglicherweise profitieren sie davon, dass sie mit zwei oder mehr Sprachen aufwachsen.

In den Tests des Sprachscreenings, die mehr deutsche Vokabel- oder Grammatikkenntnisse

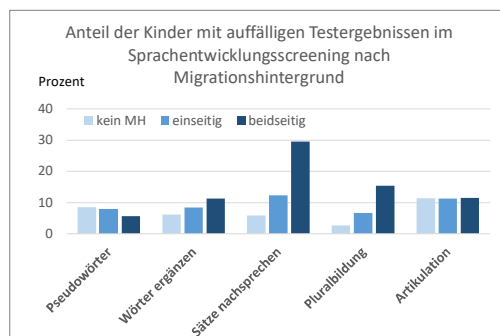


Abbildung 49: Anteil der Kinder mit auffälligen Testergebnissen im Sprachentwicklungsscreening nach Migrationshintergrund

voraussetzen, haben jedoch insbesondere Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund häufiger Schwierigkeiten, auch wenn ihre Deutschkenntnisse als gut oder sehr gut eingeschätzt werden (Abbildung 49). Dieses Ergebnis spricht dafür, dass Kinder, die Deutsch als Zweitsprache erlernen, auch bei guter Alltagsverständigung noch Sprachförderbedarf haben können, um auch abstrakte und komplexere Sachverhalte mühelos in Deutsch verstehen und selbst ausdrücken zu können. Dies sollte vor allem in der Schulanfangsphase Berücksichtigung finden.

5.5 Psychische Auffälligkeiten

Zur besseren Einschätzung der emotionalen und sozialen Entwicklung der Kinder wird bei der Einschulungsuntersuchung in Steglitz-Zehlendorf eine Elternbefragung mit dem Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire)²⁶ durchgeführt. Der Fragebogen besteht aus 25 Fragen zu den Bereichen emotionale Entwicklung, Hyperaktivität und Sozialverhalten. Die Fragen werden für die Auswertung fünf Skalen zugeordnet:

- emotionale Probleme,
- Verhaltensprobleme,
- Hyperaktivität,
- Probleme mit Gleichaltrigen,
- prosoziales Verhalten.

Aus den ersten vier Skalen wird ein Gesamtproblemwert berechnet. Alle Skalenwerte werden anhand deutscher Vergleichswerte in die Bereiche „unauffällig“, „grenzwertig“ und „auffällig“ eingeteilt. Zeigt ein Kind in einer der Skalen oder im Gesamtproblemwert nach Elternangaben Auffälligkeiten, werden den Eltern im Gespräch zusätzliche Fragen zur Dauer bestehender Schwierigkeiten und zu ihrer Einschätzung der Problembelastung und Beeinträchtigung durch diese Schwierigkeiten gestellt. Hieraus resultiert eine Einschätzung, ob abklärungs- oder behandlungsbedürftige psychische Auffälligkeiten vorliegen. In diesem Fall wird mit den Eltern besprochen, ob eine Überweisung zur weiteren Diagnostik und gegebenenfalls Behandlung erfolgt.

Die Elternbefragung zu psychischen Auffälligkeiten ist freiwillig und erfolgt nur bei ausreichenden Deutschkenntnissen, weil einerseits sonst nicht angenommen werden kann, dass die Fragen richtig verstanden und zutreffend beantwortet werden können und andererseits für weitere Beratung und Diagnostik Angebote in anderen Sprachen nicht ausreichend zur Verfügung stehen. Dadurch liegen die Angaben nur bei rund 2.200 der 2.695 untersuchten Kinder vor (81,6 %), fehlen also für etwa jedes fünfte Kind. In den nachfolgenden Auswertungen beziehen sich alle Prozentangaben auf die Kinder mit gültigen Angaben zum jeweiligen Merkmal.

²⁶ Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *J Child Psychol Psychiatry*, 40: 791-799.
Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*, 177: 534-539.

Die große Mehrheit der Kinder zeigt nach Elternangaben eine gesunde emotionale und soziale Entwicklung. Etwa jedes sechste Mädchen (15,4 %) und jeder fünfte Junge (21,6 %) weist nach Elternangaben in mindestens einem der erfragten Bereiche Auffälligkeiten auf. Am häufigsten werden Verhaltensprobleme wie beispielsweise oppositionelles Trotzverhalten berichtet. Nur emotionale Probleme treten bei Mädchen häufiger auf als bei Jungen, von den übrigen Problembereichen sind Jungen häufiger betroffen. Am deutlichsten zeigt sich der Geschlechtsunterschied bei der Hyperaktivität, die bei 7,4 % der Jungen, aber nur 2,7 % der Mädchen auffällig ist (Abbildung 50).

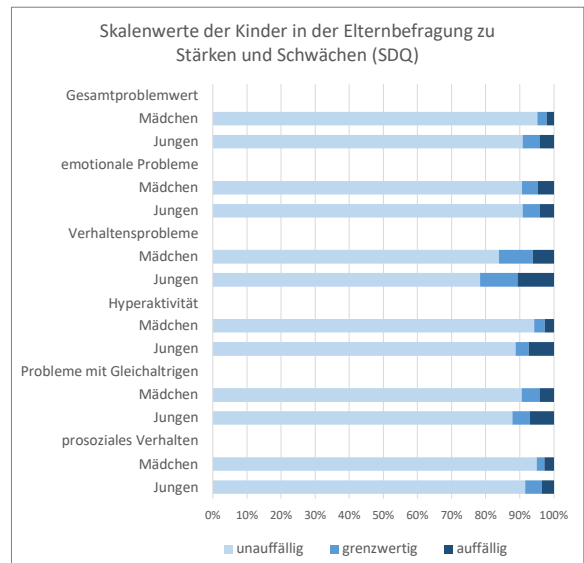


Abbildung 50: Skalenwerte der Mädchen und Jungen bei der Elternbefragung zu Stärken und Schwächen (SDQ)

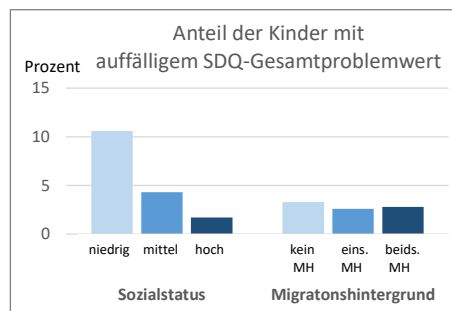


Abbildung 51: Anteil der Kinder mit auffälligem SDQ-Gesamtproblemwert nach Sozialstatus und Migrationshintergrund (MH)

In der psychischen Gesundheit zeigt sich soziale Benachteiligung mit ebenso großer Deutlichkeit wie an anderen Entwicklungsbereichen (Abbildung 51). Dies trifft auf alle erfragten Problembereiche zu. Hingegen werden für Kinder mit Migrationshintergrund von den Eltern etwas seltener psychische Auffälligkeiten berichtet als für Kinder deutscher Herkunft. Allerdings ist hierbei zu beachten, dass aufgrund von Problemen mit der sprachlichen Verständigung von annähernd der Hälfte der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund keine Angaben zu psychischen Auffälligkeiten vorliegen.

Längst nicht jede psychische Auffälligkeit ist behandlungsbedürftig. Wenn Eltern im Fragebogen Auffälligkeiten berichtet haben (linke Balken in Abbildung 52), wird mit Nachfragen im gemeinsamen Gespräch erkundet, wie lange die Schwierigkeiten schon bestehen und welche Auswirkungen sie auf das Alltagsleben des Kindes sowie seines familiären und sozialen Umfelds haben. Hieraus folgt eine Einschätzung, ob es sich um abklärungs- oder behandlungsbedürftige Auffälligkeiten handelt („Kind hat psychische Auffälligkeiten“, zweite Balken von links in der Abbildung). Dies ist nur bei weniger als einem Drittel der Kinder mit Auffälligkeiten in mindestens einem der Fragebogenbereiche der Fall. Zwei Drittel der Kinder mit aktuellen psychischen Auffälligkeiten und ein kleiner Anteil der Kinder, bei denen dies aktuell nicht der Fall ist (0,6 %) sind bereits wegen psychischer Probleme in Behandlung (dritte Balken in der Abbildung). Bei einem

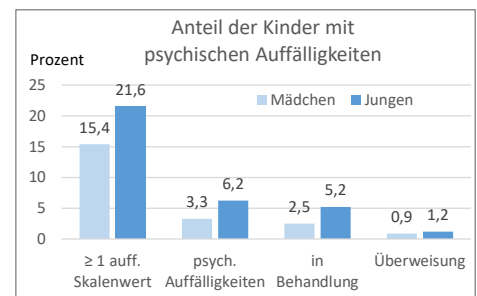


Abbildung 52: Anteil der Mädchen und Jungen mit psychischen Auffälligkeiten

kleineren Teil der Kinder wird aufgrund der Elternbefragung eine Überweisung zur weiteren Diagnostik und ggf. Therapie vorgenommen (rechte Balken in Abbildung 52).

5.6 Inanspruchnahme von Therapien im Bereich der Entwicklung

Entwicklungsverzögerungen und Förderbedarfe sollen möglichst frühzeitig im Lebenslauf der Kinder erkannt werden, um bei Bedarf eine weitere Abklärung oder Förderung zu empfehlen oder zu veranlassen. Die Einschulungsuntersuchung stellt dabei nur einen Baustein in einer Reihe von Beratungs- und Untersuchungsangeboten dar. Schon vorher bieten beispielsweise die kinderärztlichen Früherkennungs-Untersuchungen, die Beratung und Betreuung von Frühgeborenen und Kindern mit anderen gesundheitlichen Risiken durch die sozialpädiatrischen Zentren oder die Kita-Reihenuntersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes die Gelegenheit Frühförderbedarf zu erkennen und dem nachzukommen.

Bei der Einschulungsuntersuchung wird erfragt, ob das Kind bereits Physio-, Ergo-,

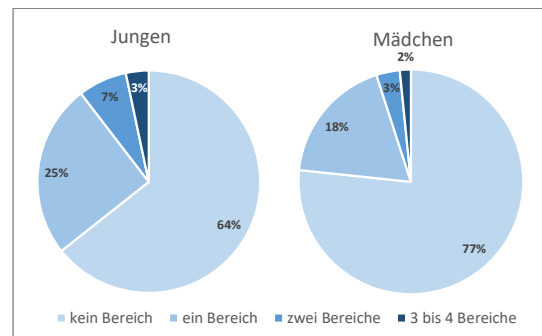


Abbildung 53: Anzahl bisher in Anspruch genommener Therapiebereiche bei Jungen und Mädchen

Psychotherapie oder Logopädie in Anspruch genommen hat bzw. in Anspruch nimmt. Gut ein Drittel der Jungen und knapp ein Viertel der Mädchen hat zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung bereits eine Therapie im Bereich der Entwicklung in Anspruch genommen oder befindet sich in entsprechender Behandlung. Jungen haben nicht nur häufiger als Mädchen überhaupt eine Therapie in Anspruch genommen, sondern auch häufiger in mehr als einem Bereich (Abbildung 53).

Im Bezirksvergleich zeigt sich, dass Kinder in Steglitz-Zehlendorf überdurchschnittlich häufig bereits vor Schulbeginn Therapien im Bereich der Entwicklung in Anspruch genommen haben (Abbildung 54). Nur in den Bezirken, die vollständig im ehemaligen Osten Berlins liegen, ist der Anteil noch höher. Es ist anzunehmen, dass bei der Inanspruchnahme von Therapieangeboten neben dem tatsächlichen Bedarf auch Faktoren wie Zugänglichkeit und Verfügbarkeit von Therapieplätzen oder Einstellungen von Eltern wie auch medizinischem und pädagogischem Personal eine Rolle spielen.

Einen ganz wesentlichen Risikofaktor für die kindliche Entwicklung stellt die Frühgeburtlichkeit dar²⁷, auch wenn dank der Fortschritte der Neugeborenenmedizin die meisten

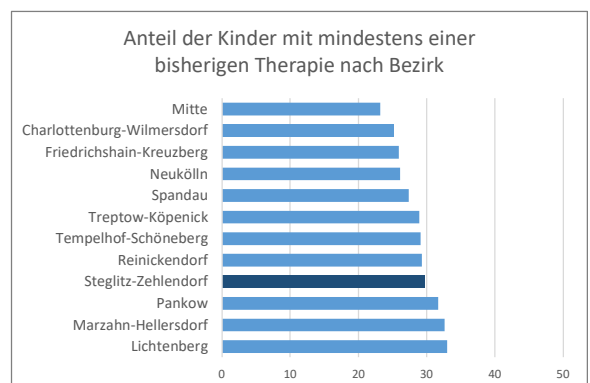


Abbildung 54: Anteil der Kinder mit bisheriger Therapie im Bezirksvergleich

²⁷ Johnson, S., Hennessy, E., Smith, R., Trikic, R., Wolke, D. & Marlow, N. (2009). Academic attainment and special educational needs in extremely preterm children at 11 years of age: the EPICure study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 94: F283-289.
Hutchinson, E.A., De Luca, C.R., Doyle, L.W., Roberts, G. & Anderson, P.J. (2013). School-age outcomes of extremely preterm or extremely low birth weight children. *Pediatrics*, 131: e1053-1061.

frühgeborenen Kinder sich gut entwickeln.²⁸ Bei der Einschulungsuntersuchung wird das Geburtsgewicht des Kindes aus den vorgelegten Dokumenten (Mutterpass oder Kinderuntersuchungsheft) entnommen. Ein sehr geringes Geburtsgewicht kann als Hinweis für Frühgeburtlichkeit gewertet werden. Etwa neun von zehn Kindern werden mit einem Gewicht zwischen 2.500 g und 4.500 g geboren. Rund 5 % gehören mit einem Gewicht von 1.500 g bis unter 2.500 g wahrscheinlich zu den etwas zu früh geborenen Kindern und 1,6 % sind mit einem Gewicht unter 1.500 g mit großer Wahrscheinlichkeit deutlich vor dem berechneten Geburtstermin zur Welt gekommen oder aufgrund anderer Probleme in ihrer Entwicklung gefährdet. Eine kleine Gruppe von 1,7 % der Kinder wies ein hohes Geburtsgewicht von über 4.500 g auf.

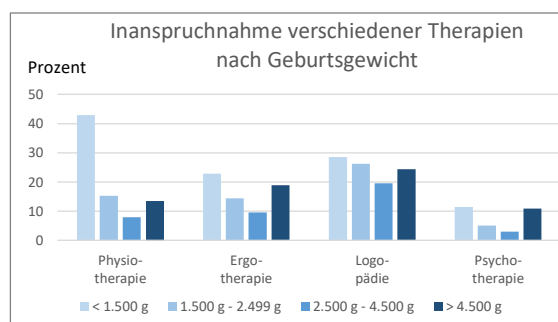


Abbildung 55: Anteil der Kinder mit Inanspruchnahme verschiedener Therapien nach Geburtsgewicht

Die Auswertung in Anspruch genommener Therapien zeigt einen deutlichen Zusammenhang mit dem Geburtsgewicht (Abbildung 55). Dabei werden vor allem Physiotherapie und Ergotherapie, aber auch Psychotherapie von einem erheblich höheren Anteil der Kinder mit sehr geringem Geburtsgewicht in Anspruch genommen als von Kindern mit geringem oder normalem Geburtsgewicht. Aber auch bei Kindern mit einem hohen Geburtsgewicht von über 4.500 g kommen alle abgefragten

Therapieformen häufiger zur Anwendung als bei normalgewichtiger geborenen Kindern.

Ein Abgleich der Entwicklungsauffälligkeiten, die bei der Einschulungsuntersuchung festgestellt werden, mit den in Anspruch genommenen Therapiebereichen kann Aufschlüsse darüber geben, ob Probleme im entsprechenden Entwicklungsbereich bereits vorher erkannt wurden und eine Behandlung eingeleitet wurde. Es kann jedoch nicht aus den Einschulungsdaten abgeleitet werden, ob ein altersgemäß unauffälliger Entwicklungsstand zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung aufgrund früherer oder noch laufender Therapien erreicht wurde oder auch ohne diese Therapien erreicht worden wäre.

In Abbildung 56 ist gezeigt, welcher Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten in ausgewählten Entwicklungsbereichen die verschiedenen Therapieformen in Anspruch genommen hat. Zum Vergleich zeigt der jeweils ganz linke dunkle Balken die Inanspruchnahme in der Gesamtgruppe der untersuchten Kinder. Alle Therapieformen werden von Kindern mit Auffälligkeiten in den verschiedenen Entwicklungsbereichen häufiger in Anspruch genommen als es der Inanspruchnahme in der Gesamtgruppe entspricht. Erwartungsgemäß wird Physiotherapie am häufigsten von Kindern mit Schwierigkeiten in der Körperkoordination in

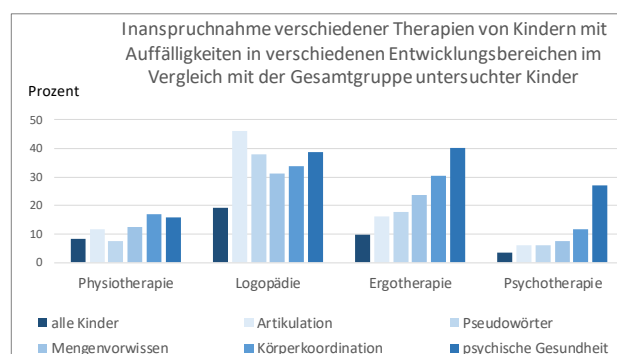


Abbildung 56: Inanspruchnahme von Therapien durch alle Kinder und durch Kinder mit Auffälligkeiten in ausgewählten Entwicklungsbereichen

²⁸ Bettge, S., Oberwöhrmann, S., Brockstedt, M. & Bühner, C. (2014). Geburtsgewicht und sonderpädagogischer Förderbedarf. Deutsches Ärzteblatt, 111 (9): 337-344.

Anspruch genommen, Logopädie dagegen am häufigsten von Kindern mit Artikulationsstörungen.

Ins Auge fällt, dass Kinder mit psychischen Auffälligkeiten (SDQ-Gesamtproblemwert auffällig) in allen Therapieformen recht stark vertreten sind (Abbildung 56). Am häufigsten nehmen Kinder mit psychischen Auffälligkeiten Ergotherapie in Anspruch, gefolgt von der ohnehin recht stark verbreiteten Logopädie, erst an dritter Stelle kommt Psychotherapie. Bei der Interpretation ist allerdings zu beachten, dass eine festgestellte Auffälligkeit in einem Entwicklungsbereich nicht bedeutet, dass in den anderen Entwicklungsbereichen keine Auffälligkeiten bestehen. Vielmehr sind Auffälligkeiten in mehr als einem Entwicklungsbereich etwa ebenso häufig wie isolierte Entwicklungsauffälligkeiten.

6 Familiensprachen und Deutschkenntnisse

6.1 Familiensprachen

Rund vier von zehn Kindern im Einschulungsjahrgang 2018 in Steglitz-Zehlendorf haben einen ein- oder beidseitigen Migrationshintergrund. Daher überrascht es nicht, dass in vielen Familien der Kinder nicht oder nicht ausschließlich deutsch gesprochen wird (Abbildung 57). Allerdings geben mehr als neun von zehn Eltern bei der Einschulungsuntersuchung an, dass zu Hause (auch) deutsch gesprochen wird (91,8 %). In knapp jeder zehnten Familie wird nicht deutsch gesprochen, sondern ausschließlich eine oder mehrere andere Sprachen.

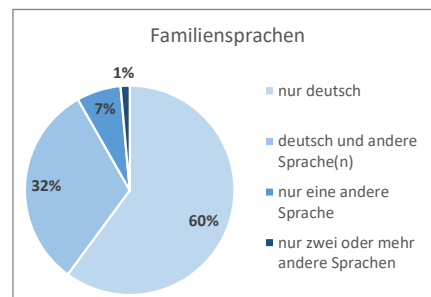


Abbildung 57: In der Familie gesprochene Sprachen

Nach deutsch wird am häufigsten englisch als Familiensprache genannt (9,7 %), gefolgt von arabisch (4,7 %), russisch (4,7 %) und türkisch (4,6 %). Etwas seltener wird polnisch gesprochen (3,8 %). Bei mindestens einem Prozent der untersuchten Kinder ist spanisch (2,1 %), französisch (1,4 %), chinesisches (1,1 %) oder serbisch (1,0 %) Familiensprache. Von allen Sprachnennungen entfallen 13,1 % auf weitere Sprachen, woran zu erkennen ist, dass die im Bezirk gesprochenen Sprachen eine sehr große Vielfalt aufweisen.

Zwei- und mehrsprachiges Aufwachsen sind komplexe Prozesse, die insgesamt noch unzureichend erforscht sind.²⁹ Der gleichzeitige Erwerb von zwei oder mehr „Muttersprachen“ unterscheidet sich deutlich vom Zweitspracherwerb, und beim Zweitspracherwerb spielt das Alter des Kindes bei Beginn des Erlernens der Zweitsprache eine entscheidende Rolle.³⁰ Zudem ist von Bedeutung, dass Kinder Sprachvorbilder haben, die die zu erlernende Sprache auch sehr gut beherrschen. Daher wird empfohlen, dass Eltern mit ihren Kindern jeweils die eigene Muttersprache sprechen.³¹ Das Kindergartenalter bietet ein günstiges Zeitfenster dafür, dass Kinder eine Zweit- oder Drittsprache innerhalb weniger Jahre genauso sicher wie ihre Erstsprache erwerben, wenn sie sich täglich in einer Umgebung aufhalten, in der in dieser Sprache kommuniziert wird.³²

²⁹ Gagarina, N., Topaj, N., Posse, D. & Czapka, S. (2018). Der Erwerb des Deutschen bei türkisch- und russisch-deutsch bilingualen Kindern: Gibt es doch einen Einfluss von Sprachfördermaßnahmen? Diskurs Kindheits- und Jugendforschung 2-2018. 191-210. <https://doi.org/10.3224/diskurs.v13i2.05>

³⁰ Reich, H.H., Roth, H.-J. et al. (2002). Spracherwerb zweisprachig aufwachsender Kinder und Jugendlicher. Ein Überblick über den Stand der nationalen und internationalen Forschung. Hamburg: Behörde für Bildung und Sport. <https://www.foermig.uni-hamburg.de/pdf-dokumente/spracherwerb.pdf>.

³¹ <https://www.bielefelder-institut.de/fruehkindliche-zweisprachigkeit.html>

³² List, G. (2007). Förderung von Mehrsprachigkeit in der Kita. München: Deutsches Jugendinstitut. https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/384_8288_Expertise_List_MSP.pdf.

6.2 Deutschkenntnisse von Kindern mit Migrationshintergrund

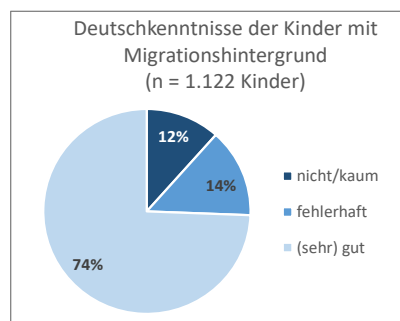


Abbildung 58: Deutschkenntnisse der Kinder mit Migrationshintergrund

Betrachtet man nur die Kinder mit Migrationshintergrund, so weisen drei Viertel von ihnen bei der Einschulungsuntersuchung bereits gute oder sehr gute Deutschkenntnisse auf (Abbildung 58). Im Bezirksvergleich ist dies ein eher hoher Anteil, wie Abbildung 59 zeigt.

Insbesondere von den Kindern mit Migrationshintergrund, in deren Familien nicht deutsch gesprochen wird, haben aber längst nicht alle bis zur Einschulungsuntersuchung die Chance gehabt die deutsche Sprache bereits so gut zu erlernen, dass eine problemlose Verständigung möglich ist. Nur die gute Hälfte von ihnen hat länger als zwei Jahre eine Kita

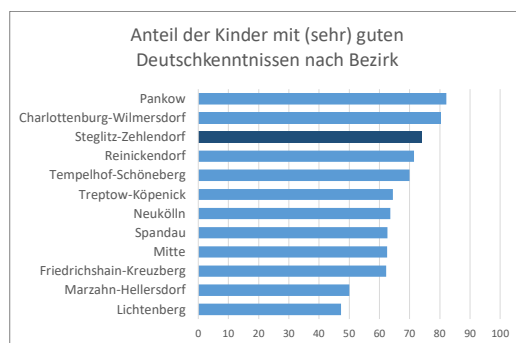


Abbildung 59: Anteil der Kinder mit (sehr) guten Deutschkenntnissen an allen Kindern mit Migrationshintergrund im Bezirksvergleich

besucht und verfügt über deutlich bessere Deutschkenntnisse als die knappe andere Hälfte, die kürzer oder gar nicht in der Kita war (Abbildung 60). Dabei darf nicht übersehen werden, dass fast zwei Drittel der Kinder, in deren Familien nicht deutsch gesprochen wird, nicht in Deutschland geboren sind und teilweise auch deshalb keinen längeren Kitabesuch haben konnten. Auch bei den Kindern, in deren Familien neben deutsch noch mindestens eine andere Sprache gesprochen wird, macht der längere Kitabesuch einen deutlichen Unterschied in den Deutschkenntnissen aus (Abbildung 60).

Daher ist es wichtig Familien mit nichtdeutscher Familiensprache zu erreichen und von den Teilhabe-Chancen, die ein Kitabesuch ihren Kindern vor allem durch bessere Deutschkenntnisse bietet, zu überzeugen. Die Neuköllner Kita-Studie zeigt, dass Eltern mit Migrationserfahrung die Kita durchaus als einen Ort der Sprachförderung für ihre Kinder wahrnehmen und schätzen.³³ Jedoch haben sie möglicherweise bei knappem Platzangebot weniger gute Chancen den Kitagutschein für ihr Kind einzulösen.³⁴

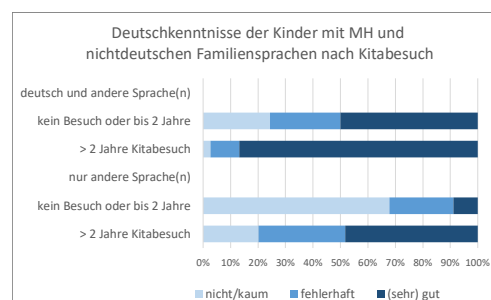


Abbildung 60: Deutschkenntnisse der Kinder mit Migrationshintergrund und nichtdeutschen Familiensprachen nach Kitabesuch

³³ Macha, K. & Hiller, M. (2016). Was heißt hier eigentlich gesund? Und wie können Kinder in ihrem Gesundsein gestärkt werden? Ergebnisse der „Pilot-Wirkungsstudie zur Förderung von Gesundheits- und Bildungszielen für Kinder im Aktionsraum Plus Neukölln Nord“. Berlin: Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung. http://www.beki-qualitaet.de/images/beki/downloads/BerichtGesNN_final.pdf

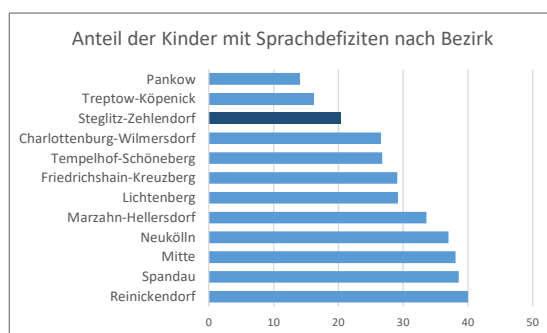
³⁴ Bettge, S. & Oberwörmann, S. (2019). Gesundheitsziele für Kinder im Land Berlin. Bisherige Ergebnisse und Ansätze für eine Weiterentwicklung des Zieleprozesses. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. https://www.berlin.de/sen/gesundheits/assets/service/publikationen/gesundheitsberichterstattung/veroeffentlichungen/diskussionspapiere/2019_lgk-berlin_diskussionspapier_kindergesundheitsziele.pdf

Ein wichtiger Baustein für den vorschulischen Erwerb der deutschen Sprache ist die Sprachstandsfeststellung der Senatsverwaltung für Bildung in Berlin.³⁵ Hiermit soll bereits eineinhalb Jahre vor Schulbeginn überprüft werden, ob Kinder einen Sprachförderbedarf haben. Falls ja, soll eine verbindliche Förderung in der Kita erfolgen, auch wenn die Kinder bis dahin noch keine Kita besucht haben.

6.3 Indikator Sprachdefizite

Um für alle Kinder eine Aussage über ihre Voraussetzungen im Entwicklungsbereich Sprache vor Schulbeginn zu ermöglichen, wurde ein kombinierter Indikator „Sprachdefizite“ entwickelt. In diesem Indikator sind Ergebnisse der Kinder im Test Sätze nachsprechen aus dem S-ENS-Verfahren und die Einschätzung der Deutschkenntnisse von Kindern mit Migrationshintergrund zusammengefasst. Die Gruppe der Kinder mit Sprachdefiziten umfasst demnach

- Kinder nichtdeutscher Herkunft mit weniger als guten Deutschkenntnissen („unzureichende Deutschkenntnisse“),
- Kinder nichtdeutscher Herkunft mit guten Deutschkenntnissen, aber auffälligem Ergebnis im Test Sätze nachsprechen und
- Kinder deutscher Herkunft mit auffälligem Ergebnis im Test Sätze nachsprechen.



Nach dieser Definition hat in Steglitz-Zehlendorf jedes fünfte Kind (20,4 %) zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung noch Sprachdefizite. Verglichen mit den anderen Berliner Bezirken ist dies ein vergleichsweise niedriger Wert (Abbildung 61).

Abbildung 61: Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten (kombinierter Indikator) im Bezirksvergleich

Der Indikator Sprachdefizite ist ebenfalls einer der Kernindikatoren aus Einschulungsdaten für Bezirksregionenprofile. Abbildung 62 stellt dar, in welche der drei folgenden Aufmerksamkeitsstufen die Bezirksregionen von Steglitz-Zehlendorf fallen:

- Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten < 13 % – keine Aufmerksamkeit empfohlen (grün),
- Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten zwischen 13 % und 21 % – Aufmerksamkeit empfohlen (gelb),
- Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten > 21 % – hohe Aufmerksamkeit empfohlen (orange).

Hier ist keine der Bezirksregionen in Steglitz-Zehlendorf grün eingefärbt (Abbildung 62). Der Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten ist am geringsten in der Bezirksregion Zehlendorf Südwest (14,9 %). In den Bezirksregionen Ostpreußendamm (25,0 %) und Lankwitz (26,4 %) haben rund ein Viertel der Kinder Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache oder dem Nachsprechen ganzer Sätze, diese Regionen sind daher in der Karte orange markiert.

³⁵ <https://www.berlin.de/sen/bildung/schule/bildungswege/fruehkindliche-bildung/sprachfoerderung/>

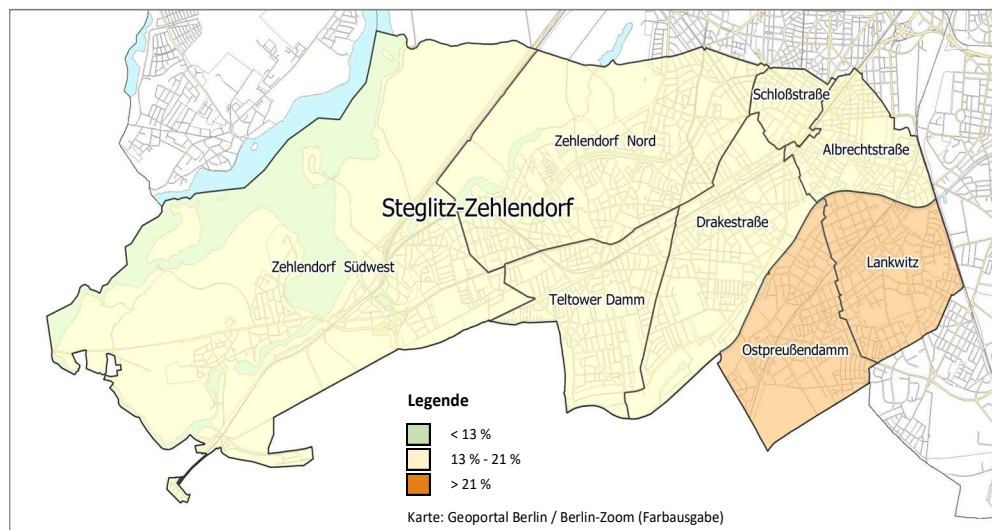


Abbildung 62: Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten in den Bezirksregionen von Steglitz-Zehlendorf

7 Regionalvergleich

Im Rahmen der Bezirksregionenprofile werden nur Einzelindikatoren aus Einschulungsdaten berücksichtigt. Für die Ableitung möglicher Handlungsbedarfe erscheint es wünschenswert Indikatoren aus den verschiedenen Bereichen zu bündeln, um die Sozialräume unter verschiedenen Aspekten zu vergleichen und eventuelle Mehrfachbelastungen zu erkennen. Basierend auf einem kleinräumigen Index gesundheitlicher Herausforderungen aus Daten der Schuleingangsuntersuchung im Basisgesundheitsbericht der Stadt Bochum³⁶ haben sich die Berliner Bezirke auf ein Indikatorenset aus Merkmalen der Einschulungsuntersuchungen in Berlin verständigt, das in einen solchen Index eingehen sollte. Die Indikatoren lassen sich vier Themenbereichen zuordnen:

- Vorsorge und Risikoverhalten,
- Impfen,
- Gesundheit,
- Entwicklung und Teilhabe.

Der Index gesundheitliche Herausforderung die Bezirksregionen wird in drei Schritten berechnet:

1. Für jedes eingehende Einzelmerkmal wird eine Rangreihe der Bezirksregionen gebildet, die den Anteil der Kinder, auf die dieses Merkmal zutrifft, abbildet. Die Bezirksregion mit der günstigsten Merkmalsausprägung bekommt den Rangplatz 1 zugewiesen, die Bezirksregion mit der ungünstigsten Merkmalsausprägung den Rangplatz 8.
2. Pro Themenbereich wird ein bereichsspezifischer Index berechnet. Dazu wird für jede Bezirksregion der Mittelwert ihrer Rangplätze bei den Einzelindikatoren gebildet.
3. Für den Gesamtindex gesundheitliche Herausforderung wird für jede Bezirksregion der Mittelwert der Rangplätze bezüglich aller eingehenden Einzelmerkmale berechnet und in eine Rangreihe gebracht.

Mit diesem Verfahren können die Bezirksregionen von Steglitz-Zehlendorf untereinander bezüglich der Ausprägung verschiedener gesundheitsbezogener Merkmale, Herausforderungen und Belastungen verglichen werden. Sofern eine gleichartige Berechnung für alle Berliner Bezirke vorliegt, lassen sich die bezirklichen Ergebnisse auch in das gesamtstädtische Bild einordnen.

Für eine kartografische Darstellung werden die Indexwerte in vier Gruppen eingeteilt. Rangmittelwerte von 1 und 2 werden der Gruppe mit der niedrigsten gesundheitlichen Herausforderung zugeordnet, Rangmittelwerte von 3 und 4 der zweiten Gruppe, Werte von 5 und 6 der dritten Gruppe und Rangmittelwerte von 7 und 8 der Gruppe mit der höchsten gesundheitlichen Herausforderung.

Im Themenbereich Gesundheit geht einzig der Anteil übergewichtiger Kinder in die Indexberechnung ein, der bereits in Kapitel 5.1 behandelt und grafisch dargestellt ist. Für die übrigen Themenbereiche und den Gesamtindex werden die Ergebnisse nachfolgend beschrieben.

³⁶ Stadt Bochum (Hrsg.) (2017). Basisgesundheitsbericht Bochum 2017. online verfügbar unter https://www.bochum.de/media/basisgesundheitsbericht_bochum_2017

7.1 Index Vorsorge und Risikoverhalten

Für den Themenbereich Vorsorge und Risikoverhalten gehen drei Merkmale in den Regionalvergleich ein:

- der Anteil der Kinder mit dokumentierter Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung U8 als Indikator für die Aufgeschlossenheit gegenüber präventiven Angeboten,
- der Anteil der Kinder, in deren Haushalt geraucht wird, als Risikofaktor für späteren eigenen Tabakkonsum und
- der Anteil der Kinder, die über ein eigenes elektronisches Gerät verfügen, als Risikofaktor für einen übermäßigen Konsum von Bildschirmmedien.

Die Inanspruchnahme des Kinderfrüherkennungsprogramms soll helfen, Entwicklungsverzögerungen und gesundheitliche Risiken oder Beeinträchtigungen frühzeitig zu erkennen. Die U8 ist für viele Kinder die letzte Früherkennungsuntersuchung vor der Einschulungsuntersuchung. Die Teilnahme kann als Hinweis gewertet werden, dass die Familie präventiven Angeboten zugänglich ist. Nicht zuletzt aufgrund des verbindlichen Einladewesens liegt die Teilnahmequote an der U8 in Steglitz-Zehlendorf auf hohem Niveau (vgl. Kapitel 4.4). Sie reicht von 96,6 % in der Bezirksregion Drakestraße bis zu 98,8 % in der Bezirksregion Ostpreußendamm.

Rauchen im Haushalt und der Besitz eines eigenen elektronischen Geräts bereits im Vorschulalter können als Indikatoren für (familiäres) Risikoverhalten betrachtet werden mit dem Potenzial das kindliche Risikoverhalten nachhaltig zu beeinflussen. Der Anteil der Haushalte, in denen mindestens eine Person raucht, reicht von 10,1 % in Zehlendorf Nord bis 30,3 % in der Bezirksregion Lankwitz. Ein eigenes elektronisches Gerät besitzen 15,0 % der Kinder in Zehlendorf Nord bis zu 27,7 % der Kinder in Lankwitz.

Die Bezirksregion Zehlendorf Nord belegt im Mittel der drei Indikatoren den Rangplatz 2 und weist damit die günstigste Konstellation von Vorsorge und Risikoverhalten auf. Es folgt die Bezirksregion Zehlendorf Südwest mit einem mittleren Rangplatz von 3 sowie die Bezirksregionen Schloßstraße, Teltower Damm und Drakestraße mit einem mittleren Rangplatz von 4 für den Index Vorsorge und Risikoverhalten. Die Bezirksregion Ostpreußendamm liegt bei diesem Index mit einem mittleren Rangplatz von 5 im dritten Viertel. Die Bezirksregionen Albrechtstraße und Lankwitz erreichen dagegen beide einen mittleren Rangplatz von 7, weisen also das ungünstigste Verhältnis von Vorsorge und Risikoverhalten im Bezirk auf (vgl. Abbildung 63).

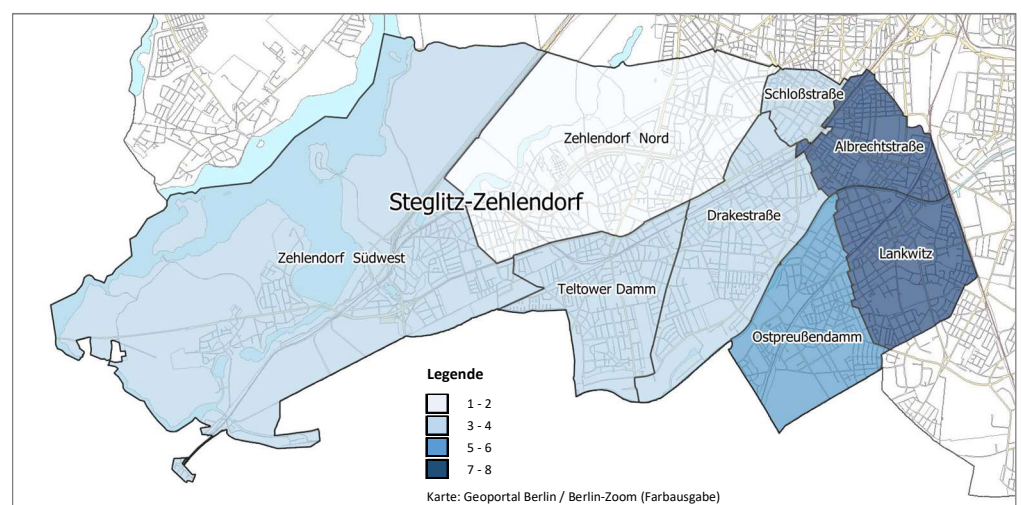


Abbildung 63: Index Vorsorge und Risikoverhalten in den Bezirksregionen von Steglitz-Zehlendorf

7.2 Index Impfen

Impfen dient der Prävention von Infektionskrankheiten. Eine vollständige Grundimmunisierung ist die Voraussetzung für einen bestmöglichen Schutz jedes einzelnen Kindes vor den entsprechenden Krankheiten und für viele Krankheiten auch für eine Herdenimmunität. Diese ist besonders in Gemeinschaftseinrichtungen wie Kitas und Schulen von Bedeutung. Für den Regionalvergleich wird zum Impfen ein eigener Index berechnet, da der Durchimpfungsgrad weniger als andere gesundheitsbezogene Merkmale mit dem Sozialstatus der Familie assoziiert ist (vgl. Kapitel 4.3).

Bei der Einschulungsuntersuchung wird der Impfstatus für alle 13 von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfungen erfasst. In den Index gehen die Anteile von Kindern mit vollständiger Grundimmunisierung gegen drei Krankheiten ein:

- Hepatitis B stellvertretend für die häufig als 6fach-Kombination verabreichten Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis, Pertussis, Hib und Hepatitis B,
- Masern stellvertretend für die häufig ebenfalls in Kombination verabreichten Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen sowie wegen ihrer Bedeutung im Rahmen des Berliner Masern-Röteln-Eliminationsplans³⁷,
- Meningokokken C stellvertretend für später in die Impfempfehlungen aufgenommene Einzelimpfungen.

Die Impfquoten gegen alle drei ausgewählten Krankheiten sind am höchsten in der Bezirksregion Lankwitz und durchgehend am niedrigsten in der Bezirksregion Teltower Damm. Über die drei betrachteten Impfungen summiert belegen die Bezirksregionen Lankwitz und Albrechtstraße die Rangplätze 1 und 2, gefolgt von der Bezirksregion Schloßstraße mit einem mittleren Rangplatz von 4. Einen mittleren Rangplatz von 5 belegen die Bezirksregionen Ostpreußendamm, Zehlendorf Nord, Drakestraße und Zehlendorf Südwest. In der Bezirksregion Teltower Damm sind die Impfquoten im Bezirksvergleich am niedrigsten (mittlerer Rangplatz 8, vgl. Abbildung 64).

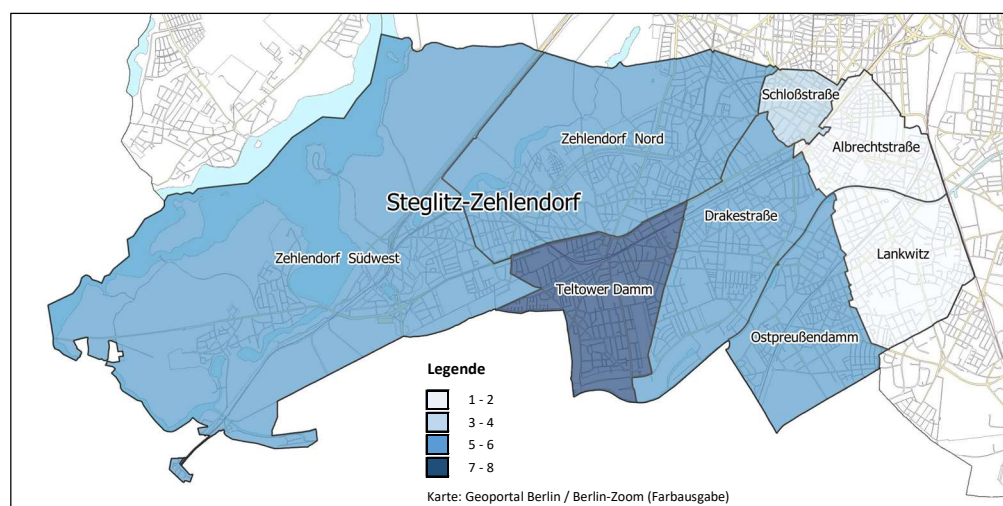


Abbildung 64: Index Impfen in den Bezirksregionen von Steglitz-Zehlendorf

³⁷ Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin (2017). BEMREP – Berliner Masern-Röteln-Eliminationsplan, abrufbar unter: https://www.berlin.de/sen/gesundheits/_assets/service/publikationen/gesundheitschutz-und-umwelt/infektionsschutz/20171113_bemrep-mit-anlage_cdp.pdf

7.3 Index Entwicklung und Teilhabe

Der Index Entwicklung und Teilhabe setzt sich aus fünf Einzelindikatoren aus den drei Entwicklungsbereichen Motorik, Kognition und Sprache zusammen:

- Anteil der Kinder mit auffälligem Ergebnis im S-ENS-Test Körperkoordination,
- Anteil der Kinder mit auffälligem Ergebnis im S-ENS-Test Visuomotorik (Auge-Hand-Koordination),
- Anteil der Kinder mit auffälligem Ergebnis im S-ENS-Test visuelle Wahrnehmung und Informationsverarbeitung,
- Anteil der Kinder mit auffälligem Ergebnis im SOPESS-Test Mengenvorwissen,
- Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten (kombinierter Indikator, vgl. Kapitel 6.3).

In vier der fünf Einzelindikatoren belegt die Bezirksregion Schloßstraße den ersten Rangplatz mit dem geringsten Anteil von Kindern mit auffälligem Testergebnis. Die Bezirksregion Zehlendorf Nord belegt in drei der vier Bereiche den zweiten Rang. Somit berechnet sich für diese beiden Sozialräume ein mittlerer Rangplatz von 2 im Index Entwicklung und Teilhabe (vgl. Abbildung 65). Es folgen die Bezirksregionen Zehlendorf Südwest, Teltower Damm und Albrechtstraße mit einem mittleren Rangplatz von 4. Die Bezirksregion Drakestraße belegt einen mittleren Rangplatz von 5. Die Bezirksregion Ostpreußendamm (mittlerer Rangplatz 7) und Lankwitz (mittlerer Rangplatz 8) belegen in allen Einzelindikatoren die letzten beiden Ränge im Bezirksvergleich.

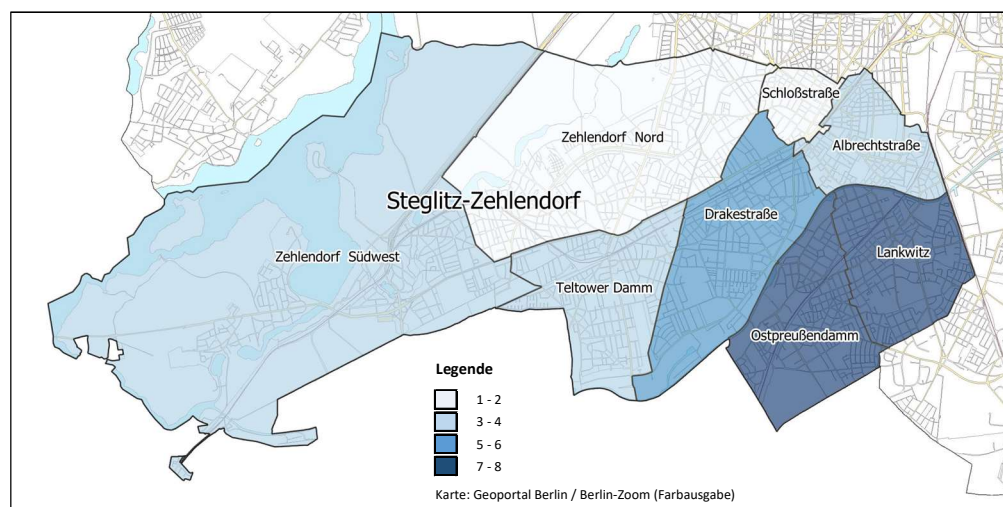


Abbildung 65: Index Entwicklung und Teilhabe in den Bezirksregionen von Steglitz-Zehlendorf

7.4 Index gesundheitliche Herausforderung

Der Gesamt-Index gesundheitliche Herausforderung ist der Mittelwert der Rangplätze der Bezirksregionen über alle 12 Einzelindikatoren (einschließlich Übergewicht als einziger Indikator im Themenbereich Gesundheit). Die Auswertung und grafische Darstellung der bereichsspezifischen Indizes zeigt ein heterogenes Bild. Es gibt nicht die eine Bezirksregion, in der durchgängig in allen Indikatoren günstige Werte festzustellen sind und auch nicht die eine Bezirksregion, in der in allen Bereichen eine hohe Belastung zu erkennen ist.

Im Resultat errechnen sich in der Gesamtschau der gesundheitlichen Herausforderungen für alle Bezirksregionen Werte im mittleren Bereich. Keine der acht Bezirksregionen erzielt einen mittleren Rangplatz von 1 oder 2 bzw. 7 oder 8 (vgl. Abbildung 66). Die höchsten Indexwerte ergeben sich für die Bezirksregion Ostpreußendamm, gefolgt von der Bezirksregion Lankwitz (beide mit einem mittleren Rangplatz von 6). Etwas niedrigere Werte mit einem mittleren Rangplatz von 5 weisen die Bezirksregionen Teltower Damm, Drakestraße und Albrechtstraße auf. Die genannten fünf Bezirksregionen sind in Abbildung 66 sämtlich etwas dunkler eingefärbt. Für die Bezirksregionen Zehlendorf Nord und Schloßstraße errechnet sich ein mittlerer Rangplatz von 3 und damit der günstigste Wert aller acht Bezirksregionen. Für Zehlendorf Südwest beträgt der mittlere Rangplatz 4. Sie sind in Abbildung 66 entsprechend heller eingefärbt.

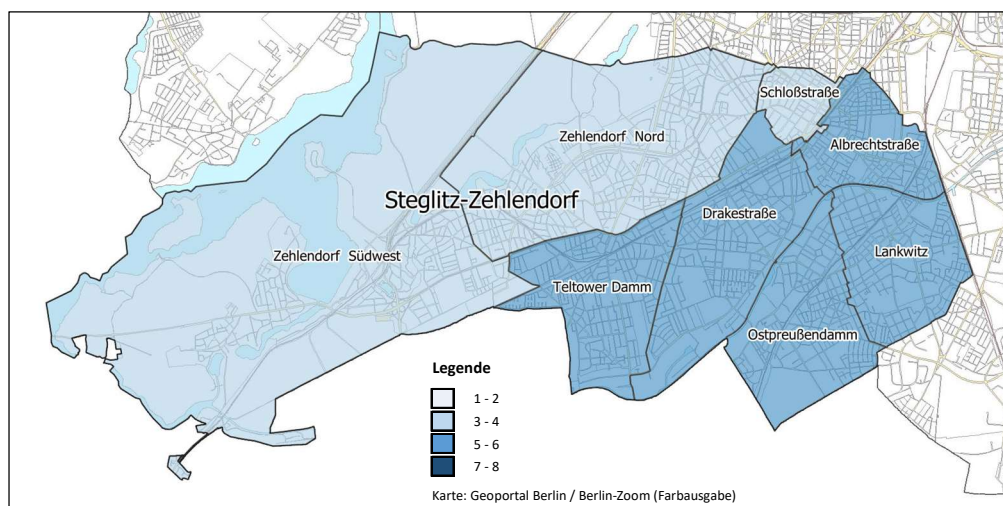


Abbildung 66: Index gesundheitliche Herausforderung in den Bezirksregionen von Steglitz-Zehlendorf

Dieses Gesamtbild illustriert, dass bei der Planung und Implementierung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention die verschiedenen gesundheitsbezogenen Themenbereiche und die in den jeweiligen Sozialräumen zu erreichenden Zielgruppen einer differenzierten Betrachtung bedürfen. Eine pauschale Aussage in der Form, dass in einer Bezirksregion generell erhöhte Bedarfe bestehen oder aber kein Handlungsbedarf zu erkennen wäre, ist daher nicht gerechtfertigt.



Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) und
Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination im
Öffentlichen Gesundheitsdienst (QPK)

Tel. (030) 90 299-5213
susanne.bettge@ba-sz.berlin.de

Foto: privat (Susanne Bettge)

©Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf

Stand 06/2021