

Vorlage zur Kenntnisnahme

für die Sitzung der Bezirksverordnetenversammlung am 29.01.2015

1. Gegenstand der Vorlage: Vorlage zur Kenntnisnahme für die BVV,
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen Schuljahr 2013/14


2. Die BVV wird um Kenntnisnahme gebeten:

In der Anlage übergibt das Bezirksamt die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen
Schuljahr 2013/14.

Komoß
Bezirksbürgermeister

Dagmar Pohle
Bezirksstadträtin für Gesundheit und Soziales

Anlage



Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen Schuljahr 2013/2014

Gesundheitsberichterstattung

Beiträge zur integrierten Gesundheits- und Sozialberichterstattung

Impressum

Herausgeber:	Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin Abteilung Gesundheit und Soziales
Autorin:	Marion Augustin, Gesundheits- und Sozialberichterstattung, Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf
Fachliche Unterstützung:	Petra Fiebig, Koordinatorin für die Tagesbetreuung von Kindern, Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf Ove Fischer, Suchthilfekoordinator Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf Ute Krauß, Kinderschutzbeauftragte des Jugendamtes Marzahn- Hellersdorf Kerstin Moncorps, Koordinatorin für Gesundheitsförderung Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf Juan Carlos Ramirez Henao, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Leiter des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes Marzahn-Hellersdorf Dr. Marlies Sturm, Leiterin des Zahnärztlichen Dienstes Marzahn- Hellersdorf
Ansprechpartnerin: E-Mail:	Marion Augustin marion.augustin@ba-mh.verwalt-berlin.de
Layout:	Susanne Eggert OE Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Berlin, Dezember 2014



Der Bezirk Marzahn-Hellersdorf von Berlin ist Mitglied im Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland.

Vorwort



Jährlich finden die gesetzlich vorgeschriebenen Untersuchungen aller Schulanfängerinnen und -anfänger statt. Die Einschulungsuntersuchungen werden berlinweit nach einheitlichem Standard von den Kinderärztinnen und -ärzten des öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes vorgenommen.

Dabei werden Gesundheitszustand und Entwicklungsstand des Kindes geprüft und festgestellt, ob gesundheitliche oder entwicklungsbezogene Einschränkungen bestehen, die für den Schulbesuch von Bedeutung sind. Gegebenfalls sollte das Kind in der Schule besonders gefördert werden oder für ein Jahr vom Schulbesuch zurückgestellt werden.

Gleichzeitig wird die soziale Situation der untersuchten Kinder erhoben, da das familiäre Umfeld einen erheblichen Einfluss auf den Gesundheitszustand der Kinder hat. Der Grundstein für gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wird bereits im Kindesalter durch die Erziehung und Vorbildwirkung der Eltern gelegt. Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem Kinder aus sozial schwachen und bildungsfernen Elternhäusern häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Entwicklungsverzögerungen haben.

Wie in den Vorjahren zeigt sich ein hoher Präventions- und Förderbedarf in den Bereichen der Sprachfähigkeit sowie der motorischen und kognitiven Entwicklung. Der Impfstatus der Kinder ist nach wie vor gut.

Da jedes Jahr mehr Kinder vom Schulbesuch zurückgestellt werden, damit sie ein weiteres Jahr die Möglichkeit zu haben, ihre Entwicklungsverzögerungen auszugleichen und bessere Voraussetzungen für den Schulbesuch zu erwerben, werden im vorliegenden Bericht erstmals die Untersuchungsergebnisse der zurückgestellten Kinder aus dem Vorjahr mit denen der regulär einzuschulenden Kinder verglichen. 12% aller untersuchten Kinder waren Rücksteller aus dem Vorjahr. Ihr Entwicklungsstand bleibt deutlich hinter dem ihrer jüngeren künftigen Mitschülerinnen und Mitschüler zurück.

Der vorliegende Bericht versteht sich als Grundlage zur Fortführung des fachlichen Austauschs, um gemeinsam gute Bedingungen für eine gesunde Entwicklung der Kinder in unserem Bezirk zu schaffen.

Der Bericht ist im Internet abrufbar unter:

www.berlin.de/ba-marzahn-hellersdorf/verwaltung/gesundheit/ges.soz.berichte.html

Anregungen und Hinweise werden gern entgegengenommen.

A handwritten signature in black ink that reads "Dagmar Pohle". The signature is written in a cursive, flowing style.

Dagmar Pohle
Bezirksstadträtin für Gesundheit und Soziales

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Zusammenfassung	1
2. Einführung	3
3. Eckdaten der untersuchten Population der ESU 2013	5
3.1 Anzahl und Geschlecht der untersuchten Kinder	5
3.2 Herkunft der Kinder und Verständigung in deutscher Sprache	5
3.2.1 Staatsbürgerschaft und Herkunft	5
3.2.2 Verständigung in deutscher Sprache mit Kindern nichtdeutscher Herkunft	6
4. soziale Lage, familiäre Situation und Kitabesuch	7
4.1 Sozialer Status	7
4.2 Bildungsstand der Eltern	9
4.3 Erwerbstätigkeit der Eltern	10
4.4 Familienstruktur	11
4.5 Kitabesuch	11
5. Gesundheits- und Risikoverhalten	13
5.1 Gesundheitliche Vorsorge	13
5.1.1 Früherkennungsuntersuchungen	13
5.1.2 Impfstatus	18
5.1.3 Zahngesundheit	19
5.2. Gesundheitsrelevantes Risikoverhalten	22
5.2.1 Medienkonsum	22
5.2.2 Rauchverhalten der Eltern	24
6. Gesundheitszustand und Entwicklungsauffälligkeiten	26
6.1 Körpergewicht	26
6.2 Entwicklungsauffälligkeiten und -störungen	26
6.2.1 Auffälligkeiten in der motorischen und kognitiven Entwicklung	27
6.2.2 Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung	30
6.2.3 Emotionale/soziale Entwicklung	36
7. Förderempfehlungen	37
7.1 Schulischer Förderbedarf	39
7.2 Empfehlungen zur Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs	41
8. Entwicklungsstand der zurückgestellten Kinder des Vorjahres	44
9. Kleinräumige Auswertung – Die Stadtteile im Vergleich	46
9.1 Sozialstruktur	47
9.1.1 Anzahl der untersuchten Kinder	47
9.1.2 Herkunft	47
9.1.3 Familienstruktur	48
9.1.4 Soziale Lage	49
9.2 Ausgewählte gesundheitliche Aspekte	50
9.2.1 Über- und Untergewicht	50
9.2.2 Früherkennungsuntersuchungen	51
9.2.3 Impfstatus	52
9.2.4 Zahngesundheit	52
9.3 Zusammenfassung des Stadtteil-Vergleichs	53
10. Literaturverzeichnis	55

1. Zusammenfassung

Für den Schulbeginn 2013/14 wurden 2.709 Kinder untersucht. Das waren 230 Kinder mehr als im Vorjahr. **Seit 2006 steigt die Zahl der untersuchten Kinder kontinuierlich an.** Einerseits steigen die Kinderzahlen im Bezirk an, andererseits steigt die Zahl der Rücksteller, die im darauffolgenden Jahr erneut untersucht werden müssen.

Die Zahl der Kinder mit Migrationshintergrund ist rückläufig. Fast ein Drittel dieser Kinder hat unzureichende Deutschkenntnisse, was eine deutliche Steigerung gegenüber dem Vorjahr bedeutet.

38% der untersuchten Kinder lebten mit nur einem Elternteil zusammen.

98,1% der Kinder haben eine **Kita** oder andere Kindereinrichtung besucht.

Vorsorgeuntersuchungen: 84% der Kinder hatten die Vorsorgeuntersuchungen U1-U8 vollständig wahrgenommen. Das ist eine Steigerung gegenüber dem Vorjahr um 5 Prozentpunkte.

Die geringste Inanspruchnahme der **Früherkennungsuntersuchung** findet sich bei Kindern aus Familien mit einem geringen Sozialstatus, bei Kindern mit Migrationshintergrund, hier vor allem bei den vietnamesischen Kindern, und bei Kindern Alleinerziehender.

Impfstatus: Die Kinder aus Marzahn-Hellersdorf verfügen über einen sehr guten Impfstatus, auch wenn er sich gegenüber dem Vorjahr leicht verschlechtert hat. Entgegen dem bundesdeutschen Trend sind die Kinder aus sozial schwachen Familien schlechter immunisiert als Kinder der mittleren und oberen sozialen Statusgruppe.

Gebisszustand: Bei 82% der Kinder waren die Zähne naturgesund bzw. zahnärztlich versorgt. 18% der Kinder haben nicht behandelte, versorgungsbedürftige Zähne. Der Gebisszustand der Kinder in Marzahn-Hellersdorf hat sich gegenüber dem Vorjahr leicht verbessert.

Über- und Untergewicht:

80% der untersuchten Kinder im Bezirk war normalgewichtig, 11% der Kinder waren untergewichtig und 9% der Kinder waren übergewichtig. Damit gibt es im Bezirk mehr unter- als übergewichtige Kinder. Gegenüber dem Vorjahr gibt es keine Veränderung.

Die **Hälfte aller Kinder** in Marzahn-Hellersdorf weist bei der Einschulungsuntersuchung **Entwicklungsstörungen im motorischen, sprachlichen, kognitiven und/oder sozial-emotionalen Bereich** auf. Besonders häufig betroffen sind Kinder bildungsferner Eltern.

31% der Kinder weisen Sprachdefizite¹ auf. Das betrifft vor allem Kinder mit Migrationshintergrund und Kinder der unteren sozialen Statusgruppe.

Bei den Tests zu den motorischen und kognitiven Fähigkeiten hatten Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern durchschnittlich dreimal häufiger auffällige Befunde als Kinder der oberen Sozialstatusgruppe.

Insgesamt unterschieden sich die Testergebnisse kaum gegenüber dem Vorjahr.

Angestiegen ist die Zahl der Kinder mit Störungen im emotionalen-sozialen Bereich. 28% der Kinder wurden auffällige Befunde in der emotional-sozialen Entwicklung attestiert. Das ist ein Anstieg um 4 Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahr.

Für 56% der untersuchten Kinder wurde eine **schulische Förderempfehlung** ausgesprochen, darunter 13% mit sonderpädagogischer Förderempfehlung. Besonders häufig betrifft das Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern.

Der größte Bedarf an Förderung besteht im Bereich der sprachlichen Entwicklung. 31% weisen hier Entwicklungsstörungen auf.

¹ Der Indikator „Sprachdefizite“ wurde 2012 erstmals ermittelt und kombiniert die Ergebnisse des Tests "Sätze nachsprechen" und die Anzahl der Kinder mit unzureichenden Deutschkenntnissen. Er ist ein Kernindikator der Bezirksregionenprofile.

Tab. 1: Ausgewählte Ergebnisse 2012 und 2013 (in %)

Jahr		2012	2013
untersuchte Kinder		2.479	2.709
Rückstellung empfohlen		276	380
Merkmal		%	%
Sozialstatus	untere Statusgruppe	23,1	21,3
	mittlere Statusgruppe	65,1	65,1
	obere Statusgruppe	11,8	13,6
familiäres und soziales Umfeld	nichtdeutsche Herkunft	20,1	16,8
	Alleinerziehend	37,9	38,1
	Fremdunterbringung	2,6	2,2
	Keiner raucht	48,6	50,1
	eigener Fernseher	22,8	18,7
	tgl. TV-Konsum von über 2 Std.	9,9	7,9
	Kitabesuch über 2 Jahre	87,3	86,4
	kein Kitabesuch	2,0	2,8
U1 bis U8 vollständig		78,7	84,2
Übergewicht (inkl. Adipositas)		9,6	9,1
Zähne sanierungsbedürftig		19,5	18,3
Entwicklungsreening: auffällige Ergebnisse	Körperkoordination	20,0	18,6
	Visuomotorik	30,5	31,5
	visuelle Wahrnehmung	24,3	23,8
	Mengenvorwissen	11,8	11,8
	Pseudowörter nachsprechen	21,2	19,5
	Wörter ergänzen	24,0	25,0
	Sätze nachsprechen	29,3	29,4
	Pluralbildung	18,7	17,4
	Artikulation	37,3	37,9
unzureichende Deutschkenntnisse bei Kindern nichtdeutscher Herkunft		22,1	31,1
Sprachdefizite		26,0	30,5
Auffälligkeiten emotional-soziale Entwicklung		24,0	28,0
schulische Förderempfehlung		52,0	55,9
sonderpädagogischer Förderbedarf		13,2	12,9

2. Einführung

Vor Aufnahme in die Schule muss jedes Kind gemäß § 55a Abs. 5 des Berliner Schulgesetzes amtsärztlich untersucht werden. Nach § 5 Abs. 1 der Grundschulverordnung sollen dabei die ältesten Kinder zuerst untersucht werden und die jüngsten zum Schluss, da in diesem Alter z. T. erhebliche Entwicklungssprünge zu verzeichnen sind. Das Mindestalter der zu untersuchenden Kinder muss wenigstens 5 Jahre betragen.

Die vorliegende Auswertung stellt die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung für das Schuljahr 2013/14 vor und zeigt Veränderungen gegenüber dem Schuljahr 2012/13.

Im Gegensatz zur bisherigen Berichterstattung bezieht sich die vorliegende Auswertung auf alle untersuchten Kinder und nicht nur die Kinder, die eingeschult wurden.

Insgesamt wurden vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Marzahn-Hellersdorf 2.709 Kinder untersucht, das sind 230 Kinder mehr als im Schuljahr zuvor. Von den 2.709 Kindern wurden 321 nach einer Rückstellung im Vorjahr erneut untersucht und weitere 410 Kinder wurden von der Schulaufsicht zurückgestellt. Diese werden im nächsten Jahr erneut untersucht und dann eingeschult. Eine Rückstellung um ein weiteres Jahr ist nicht möglich. Aus amtsärztlicher Sicht war eine Rückstellung nur für 380 Kinder erforderlich, die darüber hinausgehenden 30 Rückstellungen erfolgten auf Wunsch der Eltern durch das Schulamt. Ebenfalls auf Wunsch der Eltern wurden 7 Kinder vorzeitig eingeschult.

Die Untersuchungen wurden von Oktober 2012 bis August 2013 (einzelne Fälle noch im September 2013) durchgeführt und erfolgten berlinweit einheitlich anhand eines standardisierten Fragebogens.

Die Zahlen für den gesamten Bezirk weichen leicht von den Zahlen für die Stadtteile ab, da in den Daten für den Gesamtbezirk alle untersuchten Kinder enthalten sind, auch Kinder aus anderen Bezirken, die in Marzahn-Hellersdorf eingeschult werden sollten. Da diese Kinder ihren Wohnsitz zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht im Bezirk hatten, sind sie bei der kleinräumigen Auswertung nicht enthalten. Dabei handelt es sich um 35 Kinder, die, mit Ausnahme von Spandau, aus allen Berliner Bezirken kommen. Am häufigsten waren es Kinder aus Tempelhof-Schöneberg (10 Kinder), gefolgt von Steglitz-Zehlendorf (7 Kinder) und Friedrichshain-Kreuzberg (4 Kinder). Hier zeigt sich eine deutliche Veränderung gegenüber den Vorjahren:

1. Die Zahl der zuziehenden Einschüler_innen steigt deutlich: 2010/11 waren es nur 8 Kinder, 2011/12 schon 25 Kinder und 2013/14 insgesamt 35 Kinder.
2. Die Herkunftsbezirke verändern sich. Bisläng kamen die Kinder vorwiegend aus den Nachbarbezirken Lichtenberg und Treptow-Köpenick (2012 jeweils 4 Kinder). Aus diesen beiden Bezirken waren es im Schuljahr 2013 insgesamt nur drei Kinder, hingegen allein aus Tempelhof-Schöneberg 10 Kinder und aus Steglitz-Zehlendorf 7 Kinder.

Weitere Abweichungen von der Gesamtzahl von 2.709 untersuchten Kindern resultieren aus fehlenden Angaben im Fragebogen. Sie sind in ihrer Größenordnung nicht relevant. Anders ist es bei Fragen die auf freiwilliger Basis beantwortet werden konnten. In diesen Fällen wird gesondert darauf hingewiesen.

Ein Vergleich mit den Ergebnissen anderer Bezirke bzw. mit dem Berliner Durchschnitt ist für 2013 nicht möglich, da die gesamtberliner Auswertung der Daten durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales noch nicht erfolgt ist.

Ersatzweise werden im Folgenden ausgewählte Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2012 für Berlin (Bettge, 2013) zusammenfassend dargestellt, um die Ergebnisse der ESU 2013 für Marzahn-Hellersdorf in den Gesamtberliner Maßstab einordnen zu können.

ESU 2012: Marzahn-Hellersdorf und Berlin im Vergleich

Die **sozialen und häuslichen Bedingungen** der Kinder waren 2012 wie schon in den Vorjahren nicht immer optimal. Von allen Berliner Bezirken hatte Marzahn-Hellersdorf bei der ESU 2012 **den höchsten Anteil**

- Alleinerziehender,
- fremd untergebrachter Kinder,
- an Kindern mit eigenem Fernsehgerät
- von Kindern mit dem höchsten Fernsehkonsum,
- an Raucherhaushalten.

Nur in Neukölln war der Anteil an Familien der oberen sozialen Statusgruppe geringer als in Marzahn-Hellersdorf. (Der Sozialstatus spiegelt den Bildungs- und Erwerbsstatus der Eltern wider.)

Marzahn-Hellersdorf hatte den drittniedrigsten Anteil an Kindern mit **Migrationshintergrund**. Diese verfügten über deutlich bessere Deutschkenntnisse als im Berliner Durchschnitt.

Der Anteil der Kinder mit Normalgewicht war nur in Neukölln geringer als in Marzahn-Hellersdorf. Das lag vor allem an dem zweithöchsten Anteil an untergewichtigen Kindern in Marzahn-Hellersdorf.

Wie auch in den Vorjahren besaßen die Kinder in Marzahn-Hellersdorf den **besten Durchimpfungsgrad** aller Bezirke.

Die **Zahngesundheit war deutlich schlechter als im Berliner Durchschnitt**. In keinem anderen Bezirk war der Anteil der Kinder mit abgefaulten oder nach Karies extrahierten Zähnen höher als in Marzahn-Hellersdorf. Der Anteil der Kinder mit versorgtem Gebiss war nur in zwei Bezirken noch geringer.

Bei der Einschulungsuntersuchung 2012 wiesen die Kinder in Marzahn-Hellersdorf wie schon im Jahr 2011 in vielen Test die schlechtesten Ergebnisse von allen Berliner Bezirken auf (Augustin, M. 2012). In den fünf Sprachtests belegten sie zweimal den letzten Rang, einmal den vorletzten Rang und einmal den drittletzten Rang. Die Sprachfähigkeiten der Kinder liegen deutlich unter dem Berliner Durchschnitt.

Die Deutschkenntnisse der Kinder mit Migrationshintergrund waren hingegen besser als im Berliner Durchschnitt.

Die **motorische und kognitive Entwicklung** der Kinder in Marzahn-Hellersdorf war im Gesamtberliner Vergleich ebenfalls **unterdurchschnittlich**: Beim Test zur Körperkoordination belegten die Kinder aus Marzahn-Hellersdorf den letzten Rang aller Bezirke, bei den Tests zur Visuomotorik und visuellen Wahrnehmung den vorletzten Rang.

Die Ergebnisse der ESU 2013, die nachstehend ausführlich dargestellt werden, haben sich im Vergleich zum Vorjahr kaum verändert. Es ist daher davon auszugehen, dass die Kinder in Marzahn-Hellersdorf auch 2013 im gesamtberliner Vergleich unterdurchschnittlich abschneiden, d.h. ihre gesundheitliche Situation und ihre soziale Lage sind schlechter als in den meisten Berliner Bezirken, gleichzeitig weisen die Kinder häufiger Entwicklungsverzögerungen und –defizite auf.

3. Eckdaten der untersuchten Population der ESU 2013

3.1 Anzahl und Geschlecht der untersuchten Kinder

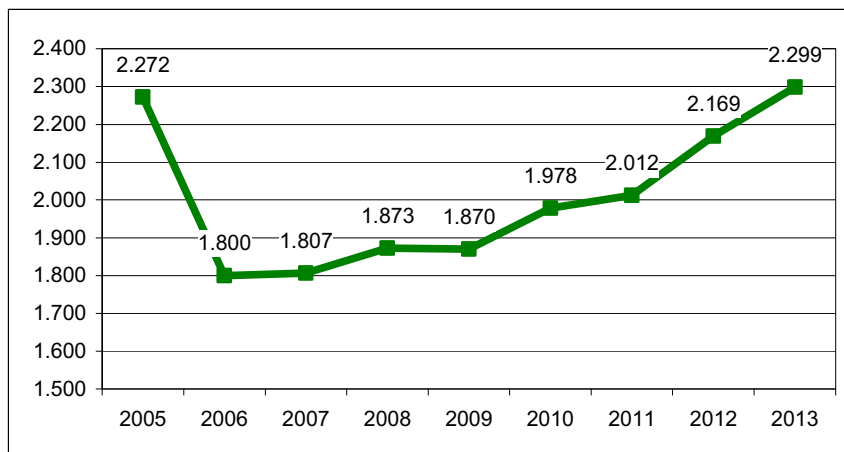
Für das Schuljahr 2013/14 wurden in Marzahn-Hellersdorf 2.709 Kinder untersucht. Das waren 230 Kinder mehr als im Vorjahr.

Tab. 2: Anzahl und Geschlecht der untersuchten Kinder

Schuljahr	Gesamt	davon					
		Jungen	Mädchen	Anteil weiblich	Rücksteller aus dem Vorjahr	Rückstellung vom KJGD empfohlen	vom Schulumt auf Elternwunsch zurückgestellt
2012/13	2.479	1.302	1.177	47,5%	267	276	310
2013/14	2.709	1.450	1.259	46,5%	321	380	410

Angesichts steigender Geburtenzahlen und wachsender Zuzüge steigt trotz zunehmenden Rückstellungen die Zahl der eingeschulten Kinder seit 2006 kontinuierlich, wie die folgende Grafik zeigt:

Abb. 1: Entwicklung der eingeschulten Kinder in Marzahn-Hellersdorf seit 2005 (absolut)



3.2 Herkunft der Kinder und Verständigung in deutscher Sprache

3.2.1 Staatsbürgerschaft und Herkunft

Die Staatsbürgerschaft sagt kaum etwas über die kulturelle und muttersprachliche Herkunft aus. Alle ab dem Jahr 2000 in Deutschland geborenen Kinder erhalten automatisch die deutsche Staatsbürgerschaft, wenn ein Elternteil seit mindestens acht Jahren dauerhaft und rechtmäßig in Deutschland lebt. Bei der Einschulungsuntersuchung wird daher nicht nur nach den Passverhältnissen gefragt, sondern auch nach der kulturellen und muttersprachlichen Herkunft der Kinder. Damit wird auch die soziokulturelle Prägung, die das Kind erfahren hat, erfasst. Diese kann für die gesundheitlichen Belange wesentlich sein, denn sowohl das Gesundheitsverhalten als auch der Umgang mit Krankheit sind nicht selten von kulturellen Einflüssen geprägt.

Die Herkunft bezieht sich auf den Kulturkreis, aus dem das Kind stammt.

Das Kind wird nicht der deutschen Herkunft zugeordnet, wenn mindestens eins der folgenden drei Kriterien erfüllt ist:

- Beide Eltern sind im Ausland geboren.
- Beide Eltern besaßen bei der Geburt nicht die deutsche Staatsangehörigkeit (unabhängig davon, ob sie mittlerweile eingebürgert sind).
- Mindestens ein Elternteil ist nicht in Deutschland geboren oder besaß bei Geburt des Kindes nicht die deutsche Staatsangehörigkeit und in der Familienkommunikation wird vorwiegend eine (oder mehrere) andere Sprache(n) als die deutsche Sprache verwendet oder das Kind spricht eine andere Sprache besser als deutsch.

Die Zuordnung zu einem Herkunftsland erfolgt durch den Arzt/die Ärztin.

454 Kinder bzw. 17% der untersuchten Kinder hatten einen Migrationshintergrund. Im Vergleich zum Vorjahr gingen die Anzahl und der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund zurück.

Tab. 3: Herkunft der untersuchten Kinder (absolut und in Prozent)

Schuljahr	Herkunft						Gesamt
	Deutschland		ehemaliger Ostblock		sonstige		
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	
2012	1.980	79,9	345	13,9	154	6,2	2.479
2013	2.255	83,2	292	10,8	162	6,0	2.709

Die Kinder mit Migrationshintergrund kommen aus 54 verschiedenen Ländern von 4 Kontinenten. Die häufigsten Herkunftsländer sind:

Tab. 4: Ausgewählte Herkunftsländer (absolut und in Prozent)

Herkunftsländer	2012		2013	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Russische Föderation (Russland)	175	35,1	160	35,2
Vietnam	91	18,2	100	22,0
Kasachstan	67	13,4	30	6,6
Polen	33	6,6	34	7,5
Türkei	15	3,0	8	1,8
Ukraine	11	2,2	15	3,3
andere	107	21,4	107	23,6
nichtdeutsche Herkunft insgesamt	499	100,0	454	100,0

3.2.2 Verständigung in deutscher Sprache mit Kindern nichtdeutscher Herkunft

Die Verständigung in deutscher Sprache ist eine wichtige Voraussetzung für den Aufbau sozialer Kontakte, die Integration in die deutsche Umgebungsgesellschaft und um dem Unterrichtsgeschehen folgen zu können. Daher wird bei der Einschulungsuntersuchung die Beherrschung der deutschen Sprache von Kindern nichtdeutscher Herkunftssprache eingeschätzt. Sie bezieht sich auf den Wortschatz und das Verstehen, aber auch auf grundlegende Regeln der Grammatik.

Die Bewertung der Sprachfähigkeit im Deutschen dient einer sozialen Einschätzung, nicht einer sprachlichen. Es sollen soziale Gegebenheiten, wie Kontakte zu Deutschsprechenden, Integration etc. ermittelt werden. Dies erfolgt im Verlauf der Untersuchung semiquantitativ anhand der sprachlichen

Äußerungen der Kinder. Gleichzeitig wird erhoben, wie gut die Verständigung in deutscher Sprache mit den begleitenden Eltern (teilen) ist.

Obwohl sich die Zahl der Kinder mit Migrationshintergrund verringert hat, ist die Anzahl der Kinder, die über keine oder unzureichende Deutschkenntnisse verfügen, stark gestiegen. Zum Vergleich: In 2011 hatten lediglich 76 Kinder unzureichende Deutschkenntnisse.

Tab. 5: Kinder nichtdeutscher Herkunft mit unzureichenden Deutschkenntnissen

Jahr	Anzahl	Anteil an Kindern nichtdeutscher Herkunft (in %)
2012	109	22,1
2013	141	31,1

4. soziale Lage, familiäre Situation und Kitabesuch

Die familiären und häuslichen Bedingungen sowie das soziale Umfeld spielen eine entscheidende Rolle für das gesunde Aufwachsen eines Kindes.

Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen und auch die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen belegen, dass Kinder aus bildungsfernen und sozial benachteiligten Familien häufiger Entwicklungsdefizite und einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als Kinder aus bildungsnahen und sozial besser gestellten Familien. Insofern kommt der Bildung und sozialen Lage der Eltern eine besondere Bedeutung für die gesunde und altersgerechte Entwicklung zu.

4.1 Sozialer Status

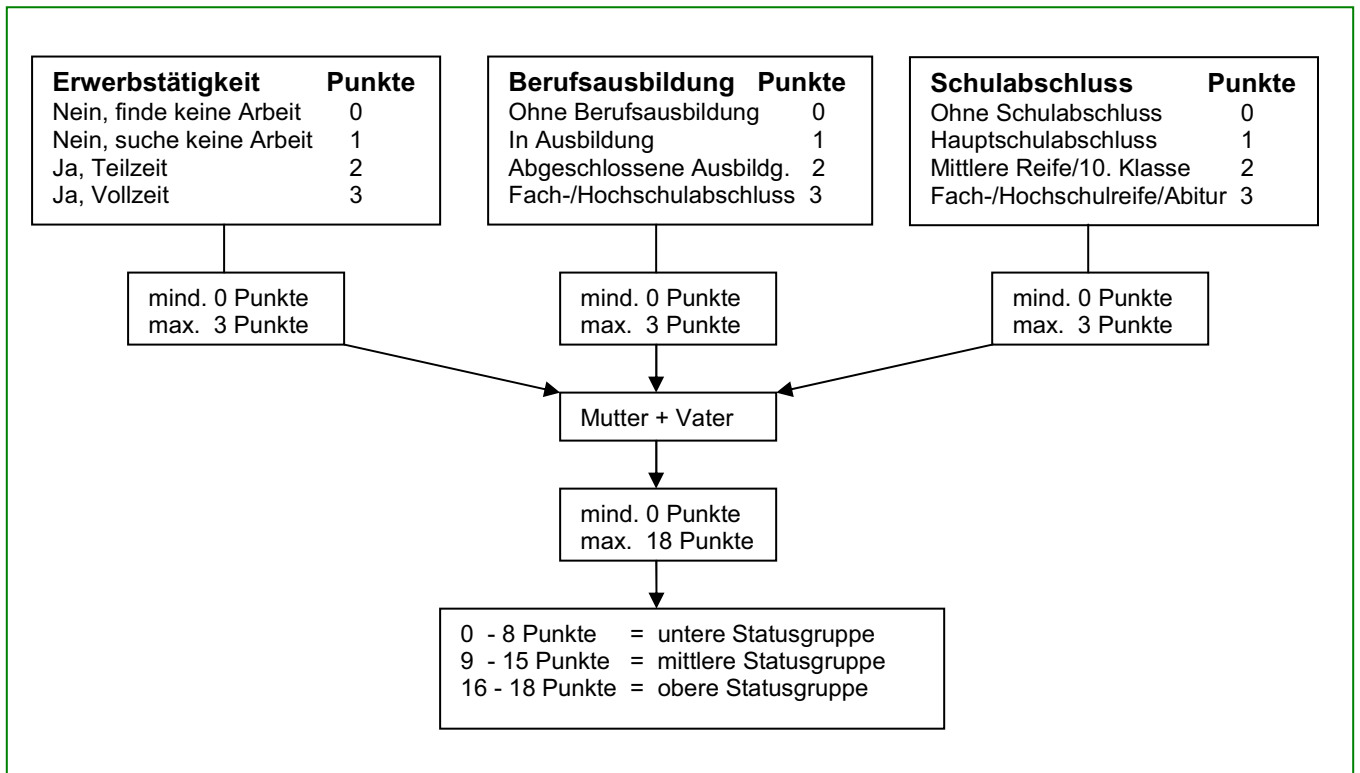
Der Sozialstatusindex der ESU ist nicht vergleichbar mit der sozialen Schichtzugehörigkeit, auch lässt sich daraus nicht die Einkommenssituation der Familie ableiten. Finanzielle Problemlagen sind ein Risikofaktor, der guten Entwicklungsbedingungen eines Kindes entgegensteht. Einkommensarmut lässt sich hilfsweise aber aus dem Bezug von Transferleistungen ableiten. Der Anteil der Kinder unter 6 Jahren in Marzahn-Hellersdorf, die in Familien mit Hartz IV-Bezug leben, liegt bei 45%. Der Berliner Durchschnitt liegt mit 33% deutlich darunter (Augustin, M. 2012).

Zur Beschreibung der sozialen Lage der Familien der untersuchten Kinder wird der sogenannte **Sozialstatusindex** gebildet, der den Schulabschluss, die Berufsausbildung und den Erwerbsstatus der Eltern beinhaltet.

Alle Merkmale werden gleich gewichtet, wobei für jedes der drei Merkmale pro Elternteil 0 bis 3 Punkte vergeben werden. Bei fehlenden Angaben eines Elternteils wird die Punktzahl des anderen Elternteils in dem jeweiligen Merkmal verdoppelt, sofern wenigstens für einen Elternteil vollständige Angaben zu allen drei Merkmalen vorliegen.²

² ausführliche Beschreibung der Methodik s. Sozialstruktur und Kindergesundheit, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Bettge S., Oberwöhrmann S. u. a. 2010

Abb. 2: Schema zur Ermittlung der Sozialstatusgruppe

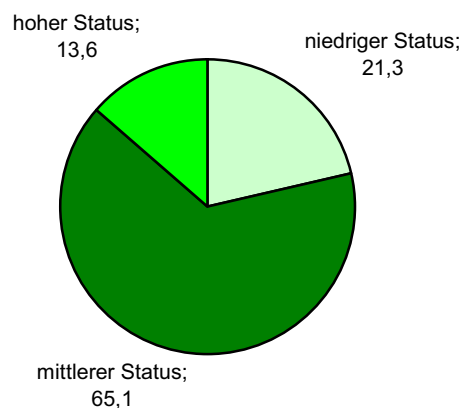


Der Sozialstatus in der ESU ist somit wesentlich geprägt vom Bildungsgrad der Eltern. Der Bildungsstand hat einen erheblichen Einfluss auf die gesunde Entwicklung eines Kindes. Er beeinflusst die Erziehungs- und Medienkompetenz sowie das Gesundheitsverhalten der Eltern, die sich auf das Kind auswirken.

Ergebnisse:

Fast zwei Drittel der Kinder zählen in Marzahn-Hellersdorf zur mittleren Statusgruppe. Dies erklärt sich vor allem aus dem hohen Anteil an Eltern mit mittlerem Schulabschluss im Bezirk. Demgegenüber gehören nur 14% zur oberen Statusgruppe, was an dem geringen Anteil an Eltern mit höheren und hohen Bildungsabschlüssen liegt. In Berlin ist der Anteil der oberen Statusgruppe doppelt so hoch. Gegenüber dem Vorjahr blieb der Anteil der Familien in der mittleren Statusgruppe gleich, während der Anteil in der unteren Statusgruppe um 2 Prozentpunkte sank. Um diese 2 Prozentpunkte stieg der Anteil der oberen Statusgruppe.

Abb. 3: Anteil der Kinder nach Sozialstatus der Familien (in %)



Vor allem Alleinerziehende, Familien mit drei und mehr Kindern und Familien mit Migrationshintergrund finden sich häufiger in der unteren Statusgruppe als herkunftsteutsche Familien, Paarfamilien und Familien mit bis zu zwei Kindern.

So gehören nur 7% aller Alleinerziehenden zur oberen Statusgruppe, aber 33% zur unteren Statusgruppe. Dies erklärt sich u.a. aus dem geringeren Bildungsgrad und dem höheren Anteil an alleinerziehenden Müttern ohne Arbeit.

Kinder mit Migrationshintergrund sind genauso häufig in der oberen Statusgruppe vertreten, wie Kinder ohne Migrationshintergrund. Das zeigt, dass es einen ähnlich hohen Anteil bildungsnaher Eltern mit Migrationshintergrund gibt wie ohne.

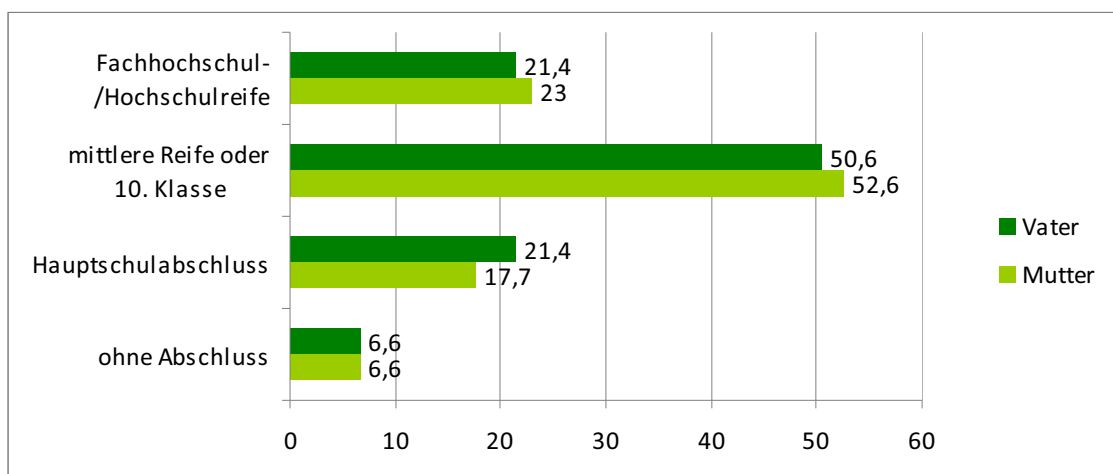
Tab. 6: Verteilung der Statusgruppen nach Herkunft, Familienkonstellation und Kinderzahl (%)

	niedriger Status	mittlerer Status	hoher Status
Marzahn-Hellersdorf insg.	21,3	65,1	13,6
HERKUNFT			
deutsche Herkunft	20,1	66,2	13,7
nichtdeutsche Herkunft	28,4	58,4	13,1
FAMILIENTYP			
Elternpaar	14,3	67,9	17,8
Alleinerziehend	32,9	60,5	6,6
KINDERZAHL			
ein Kind	23,4	37,3	32,6
zwei Kinder	38,7	45,4	53,8
drei Kinder	23,0	11,8	11,1
vier Kinder	7,1	3,9	2,5
fünf oder mehr Kinder	7,7	1,6	--

4.2 Bildungsstand der Eltern

Mehr als die Hälfte aller Elternteile in Marzahn-Hellersdorf besitzen den Abschluss der 10. Klasse

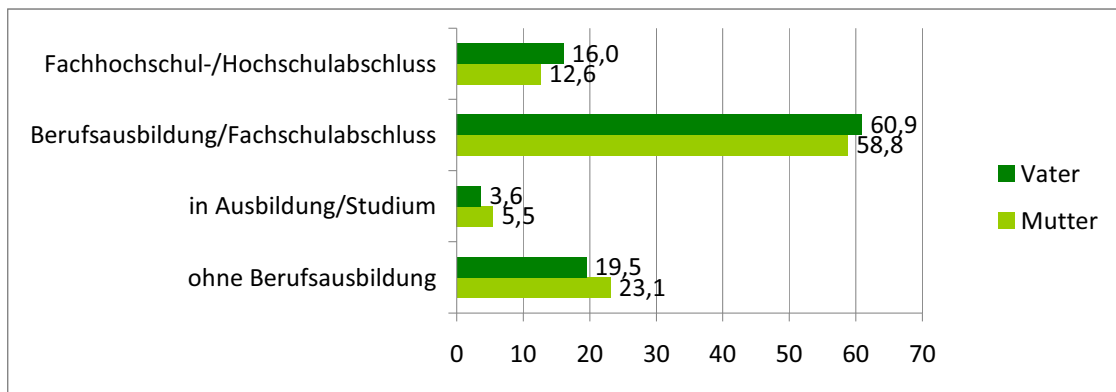
Abb. 4: höchster Schulabschluss der Eltern (%)



Ähnlich sieht es bei den Berufsabschlüssen aus. Der überwiegende Teil der Eltern hat einen Berufs- oder Fachschulabschluss. Der Anteil ist mit 61% bei den Vätern und 59% bei den Müttern fast identisch.

Fast jede vierte Mutter verfügt jedoch über keinen Berufsabschluss.

Abb. 5: höchster Berufsabschluss der Eltern (%)

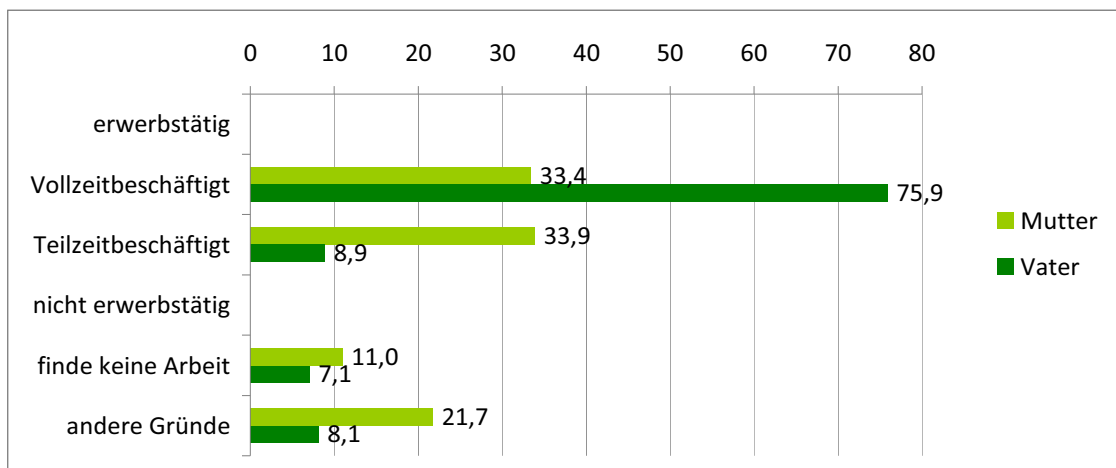


4.3 Erwerbstätigkeit der Eltern

Obwohl die Bildungsabschlüsse von Müttern und Vätern ein ähnliches Niveau aufweisen, zeigen sich bei der Berufstätigkeit erhebliche Unterschiede zwischen den Elternteilen.

Zwei Drittel der Mütter (67%) sind erwerbstätig, nahezu die Hälfte davon in Teilzeit, während drei Viertel der Väter in Vollzeit arbeiten. Der Anteil derer, die keine Arbeit finden oder aus anderen Gründen nicht arbeiten (z.B. wegen Kinderbetreuung), ist bei den Müttern mit 33% mehr als doppelt so hoch wie bei den Vätern (19%).

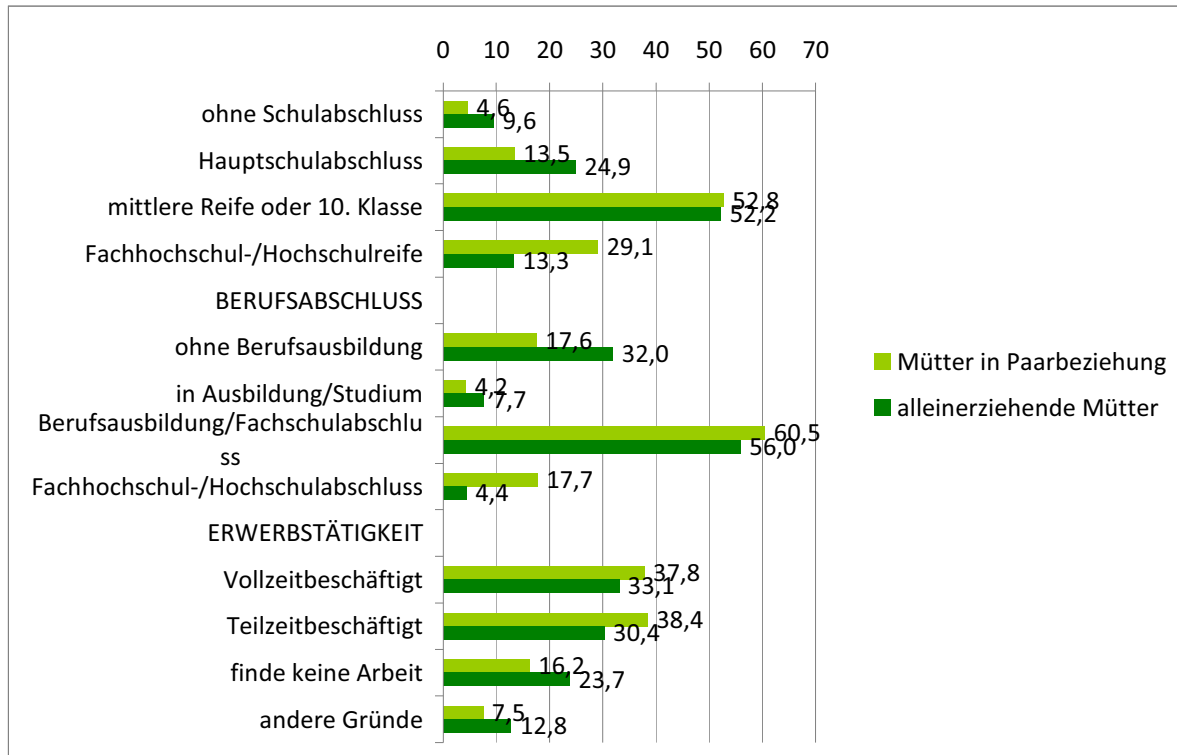
Abb. 6: Erwerbstätigkeit der Eltern (%)



Insbesondere alleinerziehende Mütter finden schwieriger Arbeit und arbeiten seltener in Vollzeit als Mütter in Paarbeziehungen. Sie haben aber auch häufiger einen geringeren Bildungsgrad. 10% der Alleinerziehenden haben keinen Schulabschluss und 25% einen Hauptschulabschluss. Das ist doppelt so häufig wie bei Müttern in Paarbeziehungen.

Das Bildungsniveau ist somit ein wesentlicher Grund für die schlechte soziale Lage vieler Alleinerziehender, weniger die Familienkonstellation. Alleinerziehende Mütter und Väter tragen zumeist die alleinige tägliche Verantwortung und Arbeit im Zusammenhang mit der Erziehung des Kindes und sind damit einer höheren Belastung ausgesetzt als Eltern in Paarbeziehungen. Daher bedürfen sie eher einer besonderen Unterstützung.

Abb. 7: Bildungsstand und Erwerbstätigkeit der Mütter nach Haushaltsstruktur (%)



4.4 Familienstruktur

Die Familienstruktur ist insofern von Bedeutung, da sie das häusliche Umfeld widerspiegelt, in dem das Kind aufwächst. So sind z.B. Alleinerziehende einer höheren Belastungssituation ausgesetzt und haben ein deutlich höheres Armutsrisiko, insbesondere, wenn sie über ein geringes Bildungsniveau verfügen, als Eltern, die in Partnerschaften leben. Überforderungen und Probleme der Eltern können auch Auswirkungen auf die Entwicklung und das gesunde Heranwachsen der Kinder haben.

38% aller untersuchten Kinder leben nur mit einem Elternteil zusammen, 60% mit beiden Eltern und 2% ist fremd untergebracht, d.h. bei Pflege- oder Großeltern oder in einem Heim.

Der Anteil Alleinerziehender ist unter den Eltern mit Migrationshintergrund mit 33% deutlich geringer als bei herkunftsdeutschen Eltern, wo er bei 39% liegt. Den höchsten Anteil Alleinerziehender gibt es bei den vietnamesischen Familien: Jedes zweite Kind lebt mit nur einem Elternteil zusammen. Am geringsten ist der Anteil der Alleinerziehenden bei Familien aus Kasachstan. Ihr Anteil beträgt 17%.

4.5 Kita-Besuch

Kitas und Tagespflege haben die Aufgabe, die Bildung, Erziehung und Betreuung der Kinder in den Familien zu ergänzen und zu unterstützen, um allen Kindern eine möglichst gute soziale, emotionale, körperliche und geistige Entwicklung zu gewähren. Es ist ein ganzheitlicher Bildungs- und Erziehungsauftrag.

Der Kitabesuch bietet, neben der sozialen Integration, die Möglichkeit für Maßnahmen der Intervention, Prävention und Gesundheitsförderung. Die Dauer des Kita-Besuchs hat einen positiven Einfluss auf die gesundheitliche, soziale und sprachliche Entwicklung des Kindes.

97% der Kinder haben eine Kita oder eine andere Kindereinrichtung besucht. 86% waren dort länger als zwei Jahre.

Beim Kita-Besuch gibt es erhebliche Unterschiede in Abhängigkeit vom sozialen Status: **Je besser das Bildungsniveau der Eltern und damit der soziale Status ist, desto länger besuchen die**

Kinder eine Tageseinrichtung. 6% der Kinder aus Familien mit geringem Sozialstatus haben keine Einrichtungen besucht und weitere 20% weniger als zwei Jahre.

Eine ähnliche Verteilung findet sich bei Kindern mit Migrationshintergrund: 7% der Kinder mit Migrationshintergrund haben keine Kita besucht und weitere 22% kürzer als zwei Jahre.

Tab. 7: Anteil der Kinder nach Kitabesuchsdauer, Herkunft und Sozialstatus (%)

	kein Besuch (%)	bis 2 Jahre (%)	über 2 Jahre (%)
Marzahn-Hellersdorf	2,8	10,9	86,4
MIGRATIONSHINTERGRUND			
deutsche Herkunft	1,9	8,7	89,3
nichtdeutsche Herkunft	6,9	21,7	71,4
SOZIALSTATUS			
niedriger Status	5,9	20,1	74,1
mittlerer Status	1,4	7,1	91,5
hoher Status	0,9	5,1	94,0

Gerade die Kinder, für deren körperliche und geistige Entwicklung sich ein Kita-Besuch vorteilhaft auswirken würde, besuchen diese eher seltener bzw. kürzer.

Der Anteil der Kinder, die vor dem Schuleintritt keine Kindereinrichtung besuchen, stieg gegenüber dem Vorjahr leicht an.

Tab. 8: Anteil der Kinder nach Kitabesuchsdauer 2012 und 2013

Schuljahr	kein Besuch	bis 2 Jahre	über 2 Jahre
2012	2,0%	10,7%	87,3%
2013	2,8%	10,6%	86,4%

Die Dauer des Kitabesuchs hat einen erheblichen Einfluss auf den Entwicklungsstand des Kindes. Wie die Testergebnisse der Einschulungsuntersuchungen belegen, sind die sprachlichen, kognitiven und motorischen Fähigkeiten der Kinder mit einem längeren Kitabesuch deutlich besser als bei Kindern ohne oder mit einem kurzen Kitabesuch (vgl. Kapitel 6).

Aus der Einschulungsuntersuchung geht nicht der tägliche Betreuungsumfang der Kinder hervor. Die tägliche Betreuungszeit beeinflusst maßgeblich die zeitlichen Möglichkeiten, die sich für die Förderung des Kindes in der Kita ergeben.

Aus der Praxis:

... des Jugendamtes Marzahn-Hellersdorf (Petra Fiebig, Koordinatorin für die Tagesbetreuung von Kindern):

Mit Wirkung vom 01.08.2013 besteht für jedes Kind ab dem vollendeten ersten Lebensjahr ein Anspruch auf frühkindliche Förderung in einer Kindertageseinrichtung (Kita) oder in einer Kindertagespflegestelle. Dieser Anspruch ist bundesgesetzlich gesichert.

Ziel dabei ist, eine bedarfsgerechte Versorgung mit Plätzen in der Tagesbetreuung von Kindern im Land Berlin vorzuhalten.

Zum Stichtag 30.06.2014 erfolgte die Tagesbetreuung von Kindern in Marzahn-Hellersdorf durch 33 freie Träger und den Kita-Eigenbetrieb in 98 Kitas, in denen insgesamt 11.574 Kinder betreut wurden. Das sind fast 2.000 Kinder mehr als Ende 2011.

Mit Stichtag 31.12.2013 weist der Bezirk eine „Ist-Betreuungsquote“ in der Altersgruppe der 0 bis unter 6 Jährigen von 72 % auf. In Gebieten mit schlechter Sozialstruktur ist die Betreuungsquote am

geringsten. Aus fachlicher Sicht besteht hier ein Handlungsbedarf hinsichtlich der Steigerung der Betreuungsquoten.

Wenn die Eltern in keinem Arbeitsverhältnis stehen, haben, sie i.d.R. keinen Anspruch auf eine Ganztagsbetreuung, d.h. die Kinder sind nur wenige Stunden in der Kita.

Tab. 9: Anteil der Kinder nach Kitabesuchsdauer 2012 und 2013

Betreuungszeit	Anteil
ganztags erweitert (über 9 Stunden)	32 %
ganztags (7-bis 9 Stunden)	41 %
Teilzeit (5- bis 7 Stunden)	19 %
halbtags (4- bis 5 Stunden)	7 %

Diese Daten spiegeln aber nicht den tatsächlich in Anspruch genommenen Betreuungsumfang wider, sondern den Vertragszustand.

Doch gerade für Kinder aus sozial schwachen und bildungsfernen Familien ist aufgrund fehlender Anregung im Elternhaus die Förderung durch die Kita besonders notwendig, wie die nachfolgenden Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung zeigen.

Vor diesem Hintergrund muss es gelingen, so frühzeitig wie nur möglich gerade Kindern aus sozial schwachen Familien den Kita-Besuch zu ermöglichen. Bei Erfolg führt dies wiederum auch zu einem gewollten Anstieg der Betreuungsplätze im Bezirk.

5. Gesundheits- und Risikoverhalten

5.1 Gesundheitliche Vorsorge

Die altersgerechte und gesunde Entwicklung eines Kindes wird ganz wesentlich davon beeinflusst, welchen Stellenwert die Eltern dem Thema Gesundheit beimessen. Dazu gehören u.a. Ernährung, Bewegung, Zahnpflege und Inanspruchnahme von Impfungen oder Vorsorgeuntersuchungen. Die im Rahmen der Einschulungsuntersuchung gewonnenen Ergebnisse ermöglichen eine Einschätzung des Gesundheitsverhaltens in den Familien und tragen somit dazu bei, gezielt präventive Maßnahmen in die Wege leiten zu können.

5.1.1 Früherkennungsuntersuchungen

Vorsorgeuntersuchungen gehören zum Krankheitsfrüherkennungsprogramm, das der Gesetzgeber als vertragsärztliche Leistung vorsieht, um Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen bzw. Erkrankungen frühzeitig zu erkennen. Die Früherkennungsuntersuchung ist freiwillig. Die Kosten werden von den Krankenkassen übernommen.

Um möglichst viele Eltern zur Teilnahme an diesen Untersuchungen zu bewegen, wurde mit dem Inkrafttreten des neuen Berliner Kinderschutzgesetzes 2009 das verbindliche Einladungswesen eingeführt.

2008 wurde zusätzlich die U7a eingeführt, da zwischen der U7 und der U8 ein Abstand von zwei Jahren liegt, in denen sich beim Kind wichtige Entwicklungsschritte vollziehen. Schwerpunkte der U7a sind das Erkennen und Behandeln von Sehstörungen, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Übergewicht, Sprachentwicklungsstörungen, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien.

Tab. 10: Zeitpunkt der Untersuchung nach Alter des Kindes

Art	Untersuchungszeitpunkt ³
U1	Neugeborenen-Erstuntersuchung in den ersten 10 Lebensminuten
U2	Basisuntersuchung des Neugeborenen 3. – 10. Lebenstag
U3	4. – 6. Lebenswoche
U4	4. Lebensmonat
U5	6. – 7. Lebensmonat
U6	10. – 12. Lebensmonat
U7	21. – 24. Lebensmonat
U7a	34. - 36 Lebensmonat (seit 2008)
U8	43. – 48. Lebensmonat
U9	60. – 64. Lebensmonat

Das Vorsorgeuntersuchungsheft

Die Untersuchungen werden in einem Vorsorgeuntersuchungsheft dokumentiert, das zu jeder Untersuchung mitzubringen und bei der Einschulungsuntersuchung vorzulegen ist. Fehlt das Dokument, so fehlen auch wichtige Informationen für die Entwicklungseinschätzung des Kindes. Im Heft wird der Entwicklungsstand der Kinder bei der jeweiligen Untersuchung dokumentiert, damit bei der nächsten Untersuchung jeder Kinderarzt/jede Kinderärztin beurteilen kann, ob die Entwicklung des Kindes unverändert unauffällig ist oder ob Auffälligkeiten bzw. Defizite aufgetreten sind, die die Einleitung von Hilfen erfordern.

Bei 93% der Kinder lag das Vorsorgeheft vor. Dies ist ein leichter Rückgang gegenüber 94% aus dem Vorjahr.

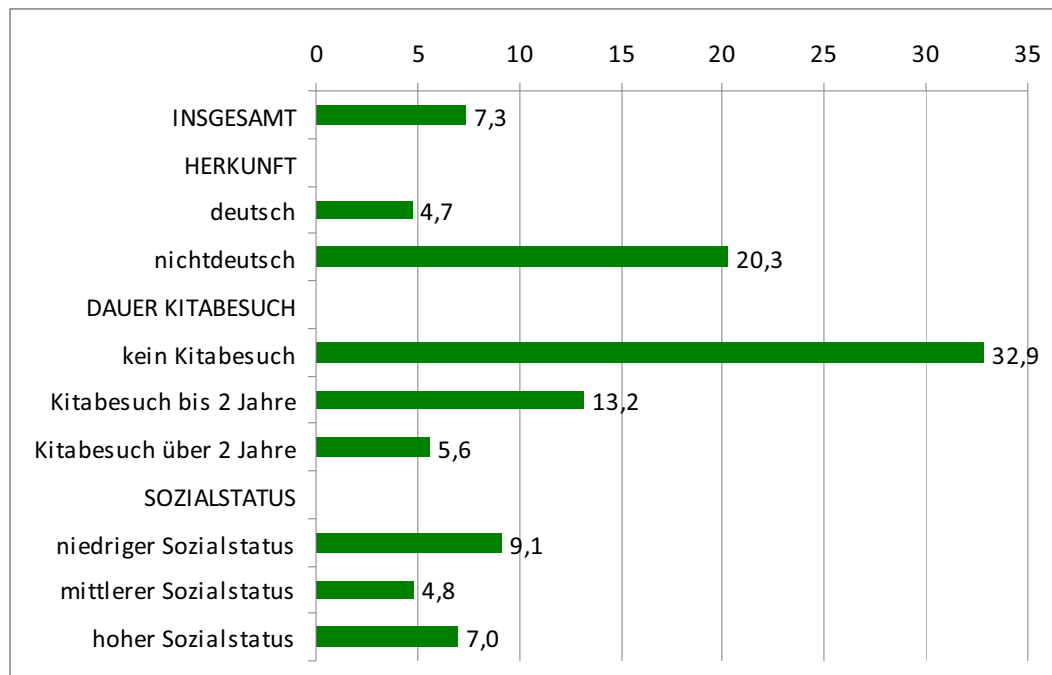
Bei jedem vierten Kind nichtdeutscher Herkunft fehlte das Vorsorgeheft. Das ist fünfmal häufiger als bei den herkunftsdeutschen Kindern.

Das Untersuchungsheft wird bei der Geburt ausgehändigt. Sind die Kinder nicht in Deutschland geboren, haben sie oft kein Vorsorgeheft. Das betrifft vor allem Kinder aus Osteuropa. Hier sollte überlegt werden, welche Wege und Möglichkeiten es gibt, dass diese Kinder frühzeitig ihr Untersuchungsheft bekommen

Bei jedem dritten Kind, das keine Kita besucht hat, fehlte das Vorsorgeheft. Mit zunehmender Kitabesuchsdauer erhöht sich der Anteil der Kinder, die ihr Vorsorgeheft mitbrachten.

³ Davon abweichend gibt es altersabhängig zeitliche Toleranzgrenzen für die Untersuchung von bis zu 2 Monaten, in denen das Kind noch untersucht wird.

Abb. 8: Anteil der Kinder mit fehlendem Vorsorgeheft nach Sozialstatus, Dauer des Kitabesuchs und Herkunft (in %)



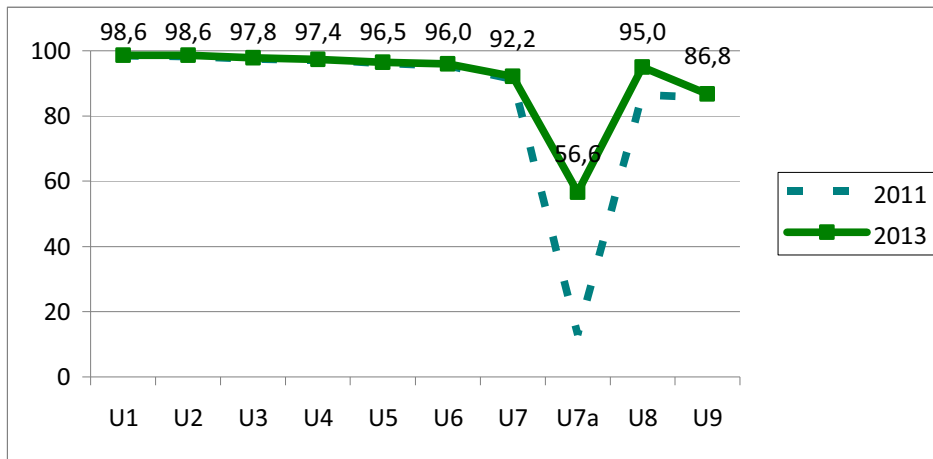
Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung

Die U7a, die 2008 eingeführt wurde, wird nur von 57% der Eltern wahrgenommen, während die Inanspruchnahme aller anderen Untersuchungen bei über 90% liegt (ausgenommen die U9). Die untersuchenden Ärztinnen und Ärzte des KJGD machten die Erfahrung, dass diese Untersuchung bei vielen Eltern nicht bekannt ist und deshalb nicht wahrgenommen wurde. In den Vorsorgeheften, die vor 2008 ausgegeben wurden, ist die U7a noch nicht erfasst. Es werden den Eltern jedoch von den niedergelassenen Kinderärztinnen und –ärzten Ergänzungsbögen für die U7a ausgegeben. Erfreulich ist, dass der Anteil der Inanspruchnahme der U7a gegenüber 2011 deutlich gestiegen ist. Da es sich hierbei um eine sehr wichtige Untersuchung handelt, um rechtzeitig möglichen Entwicklungsverzögerungen zu erkennen und zu behandeln, ist die Erhöhung der Inanspruchnahme dringend anzustreben.

Bei 84% der Kinder, bei denen das Vorsorgeuntersuchungsheft vorlag, wurden die U1-U8 vollständig wahrgenommen (ohne Berücksichtigung der U7a). Das ist eine deutliche Steigerung gegenüber 2011, wo der Anteil nur bei 77% lag.

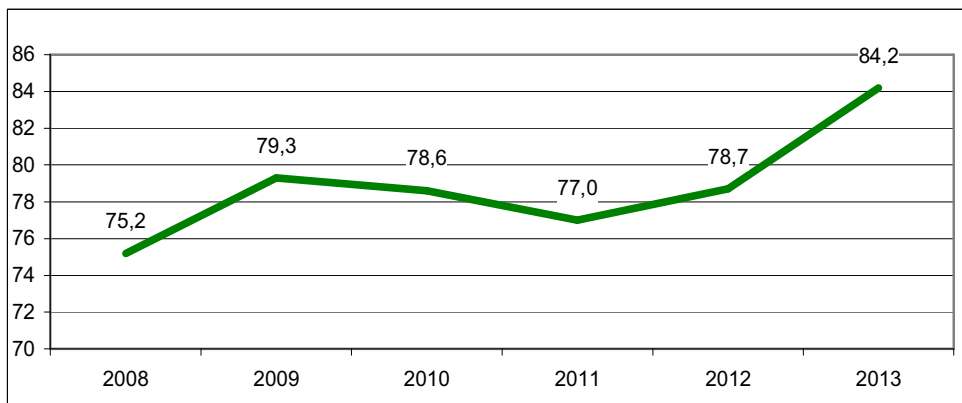
Dies geht vor allem auf die verstärkte Inanspruchnahme der U7a und der U8 zurück.

Abb. 9: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen 2011 und 2013 (in % der Kinder mit vorgelegtem U-Heft)



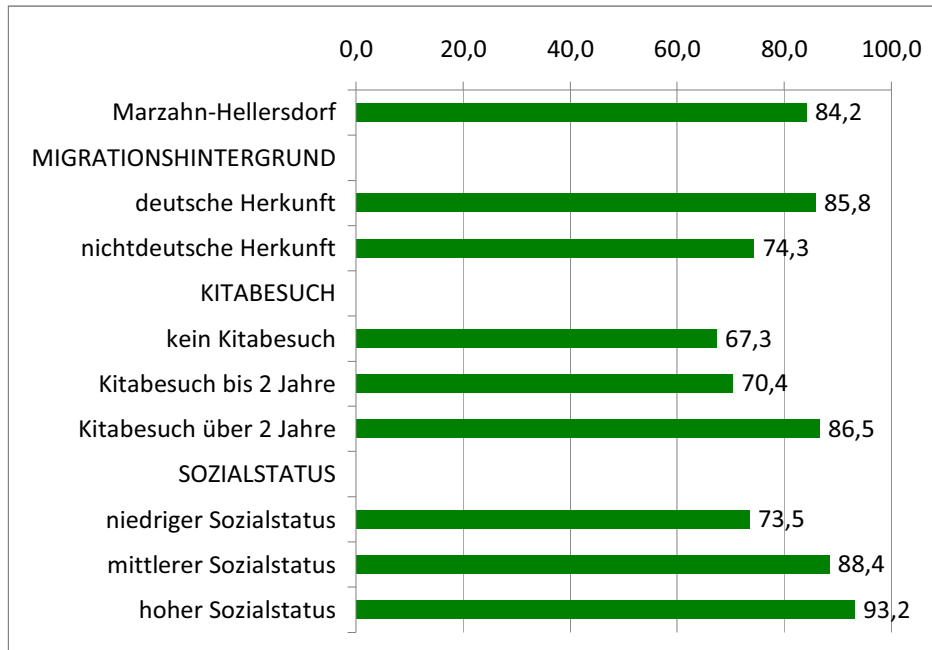
Seit 2011 steigt die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen. Das zentrale Einladungs- und Erinnerungswesen, das 2010 eingeführt wurde, scheint sich förderlich auszuwirken.

Abb. 10: Anteil der Kinder mit vollständiger U1 – U8 seit 2008 (in % der Kinder mit vorgelegtem U-Heft)



Die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen hängt eng mit dem Sozialstatus und damit dem Bildungsgrad der Eltern zusammen und variiert stark in Abhängigkeit von der Dauer des Kitabesuchs. Aber auch zwischen Familien mit und ohne Migrationshintergrund gibt es erhebliche Unterschiede. Je höher das Bildungsniveau und der soziale Status, desto häufiger haben die Kinder alle Vorsorgeuntersuchungen. Gleiches gilt für Kinder in Abhängigkeit von der Dauer des Kitaaufenthaltes. Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern und/oder mit Migrationshintergrund und Kinder alleinerziehender Eltern haben einen z.T. unzureichenden Vorsorgestatus.

Abb. 11: Vollständige U1-U8 (ohne U7a) nach Herkunft, Sozialstatus und Kita-Besuch (in %)



Nur 38% der vietnamesischen Kinder hat alle Vorsorgeuntersuchungen. Damit sind die vietnamesischen Kinder deutlich schlechter in das Früherkennungssystem eingebunden als andere Familien mit Migrationshintergrund.

Exkurs Kinderschutz:

Das zentrale Einladungswesen und die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen sind Bausteine im Rahmen des Kinderschutzes, um mögliche Vernachlässigung oder Misshandlungen, insbesondere von Kleinkindern, zu erkennen. Der Anteil der daraus resultierenden Meldungen auf Kindeswohlgefährdung ist sehr gering. Eltern, die trotz mehrmaliger Aufforderung mit ihren Kindern nicht zu den Vorsorgeuntersuchungen gehen und auch keine Hausbesuche des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes wünschen, müssen keine Sanktionen befürchten. Insofern bringt diese Intention des Einladungswesens nicht die gewünschten Erfolge.

Der bezirklichen Kinderschutzstatistik, die jährlich erhoben wird, ist zu entnehmen, dass die Anzahl der Kinderschutzmeldungen von 2009 bis 2013 um 41,6 % gestiegen ist (von 374 Meldungen 2009 auf 640 Meldungen 2013). Von den 665 Meldungen waren 1.027 Kinder betroffen. Die Altersgruppe der 6 bis unter 14 jährigen Kinder lag dabei an erster Stelle, gefolgt von den Kindern der Altersgruppe 0 bis unter 3 Jahre.

Durch das Berliner Netzwerk Kinderschutz und die damit verbundene mediale Aufmerksamkeit ist der Kinderschutz zunehmend mehr in den Fokus der Bevölkerung gerückt. Alle Meldungen die im Jugendamt eingehen, gleich welcher Art, müssen überprüft werden. Dabei stellt sich heraus, dass nicht in jedem Fall eine akute Kindeswohlgefährdung vorliegt. Im Jahr 2013 lag bei den eingegangenen Meldungen in 150 Fällen eine akute Gefährdung von Kindern und Jugendlichen vor. In 295 Fällen war eine Gefährdung nicht auszuschließen. In den genannten Fällen wird durch den Regionalen Sozialdienst ein Hilfe- und Schutzkonzept für das betroffene Kind / den Jugendlichen mit den Eltern erarbeitet.

Die von der Gefährdung betroffenen Kinder und Jugendlichen lebten 2013 zu 26,2 % bei alleinerziehenden Eltern.

Die Überforderung der Eltern zeigte sich wie in den Jahren zuvor durch Vernachlässigung, Misshandlung und häusliche Gewalt. Ziel im Kinderschutz ist es nach wie vor, Kindeswohlgefährdung rechtzeitig zu erkennen und Kinder/Jugendliche vor weiterer Gefährdung zu schützen (Wahrnehmen, Deuten, Urteilen, Handeln) und das ist nur möglich unter Einbeziehung von Netzwerkpartnern wie zum Beispiel dem Gesundheitsamt. Das zentrale Einladungswesen und die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen sind Bausteine im Rahmen des Kinderschutzes, auch wenn die daraus gemeldeten Kindeswohlgefährdungen relativ gering sind.

5.1.2 Impfstatus

Schutzimpfungen sind sehr wirksame Präventionsmaßnahmen, die nicht nur für den Einzelnen, sondern für die gesamte Bevölkerung nutzbringend sind. Der Kollektivschutz der geimpften Bevölkerung (so genannte Herdimmunität) ist wichtig, um das Auftreten von Epidemien zu verhindern und um Personen zu schützen, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können, wie z.B. Schwangere oder Menschen mit Immunschwäche.

Dafür ist jedoch eine entsprechend hohe Durchimpfungsrate erforderlich, die je nach Krankheit unterschiedlich ist.

In Deutschland besteht keine Impfpflicht. Die ständige Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut gibt jährlich Impfeempfehlungen heraus, die dem neuesten Stand der Wissenschaft entsprechen (http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfeempfehlungen_node.html).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich zum Ziel gesetzt, Masern zu eliminieren. Um dieses Ziel zu erreichen, wird eine 95%ige Durchimpfung angestrebt und als gut bewertet, eine Impfrate von 97% als sehr gut. Diese Werte gelten auch als Ziel und Maßstab für Deutschland. Die 95%-Rate wurde 2012 in Marzahn-Hellersdorf als einzigem Berliner Bezirk erreicht. In 2013 lag die Rate mit 94,3% knapp darunter.

Der Impfstatus wird bei den Vorsorgeuntersuchungen U7 – U9 geprüft und auf Wunsch wird auch geimpft. Auch aus diesem Grund sollten die kostenlosen Früherkennungsuntersuchungen genutzt werden.

Anhand des Impfausweises, der zur Einschulungsuntersuchung mitzubringen ist, wird der Impfstatus geprüft.

Bei 6,6% der Kinder lag kein Impfausweis vor. Wie beim Vorsorgeheft hatten Kinder aus bildungsfernem Elternhaus, aus Migrantenfamilien, ohne Kitabesuch oder mit kurzer Kitabesuchsdauer seltener einen Impfausweis dabei. Gegenüber dem Vorjahr ist der Anteil der Kinder ohne Impfausweis leicht gestiegen (2012: 5,4%).

Der Durchimpfungsgrad der untersuchten Kinder im Bezirk kann als sehr gut eingeschätzt werden. Er liegt in Abhängigkeit von der Impfung bei über 90% und bewegt sich von 92,5% bei Hepatitis B bis zu 98,5% bei Diphtherie.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Impfrate leicht verschlechtert, befindet sich aber dennoch auf hohem Niveau.

Tab. 11: Durchimpfungsraten für Standardimpfungen 2012 und 2013 (vollständig geimpfte Kinder in % der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis)

Impfung	2012	2013
Polio	98,0	97,1
Tetanus	98,6	97,7
Diphtherie	98,4	97,6
Pertussis	97,4	96,8
Masern	95,2	94,3
Mumps	95,1	94,3
Röteln	95,1	94,2
HiB	96,0	95,0
Hepatitis B	93,4	91,4

In Berlin insgesamt, aber auch in der Bundesrepublik, nimmt die Inanspruchnahme von Impfungen mit zunehmendem sozialen Status ab. In Marzahn-Hellersdorf ist es umgekehrt. Kinder bildungsferner Eltern sind am schlechtesten immunisiert.

Tab. 12: Impfrate nach Sozialstatus (in %)

Impfung	unterer Sozialstatus	mittlerer Sozialstatus	oberer Sozialstatus
Polio	95,5	98,5	98,3
Tetanus	95,5	98,5	98,3
Diphtherie	95,5	98,5	98,0
Pertussis	94,9	97,8	96,3
Masern	90,2	95,6	94,6
Mumps	90,2	95,6	94,6
Röteln	90,2	95,6	94,6
HiB	92,9	96,5	95,9
Hepatitis B	90,9	92,6	88,1
Pneumokokken	73,3	80,8	85,1

5.1.3 Zahngesundheit

Bei der Einschulungsuntersuchung werden auch die Zähne des Kindes untersucht. Dabei geht es primär darum, den Gebisszustand als Parameter für das Gesundheitsverhalten zu erfassen.

Die Zahngesundheit ist in starkem Maße durch Zahnpflege, Prophylaxe und Ernährung beeinflussbar und damit vom praktizierten Gesundheitsverhalten im Elternhaus abhängig sowie vom Einfluss der Kita.

Insofern sind bei der Einschulungsuntersuchung die Zahngesundheit und der Gebisszustand ein Indikator dafür, welchen Stellenwert die Eltern der Gesundheit ihrer Kinder beimessen.

Diese Untersuchung ersetzt weder die zahnärztliche Untersuchung noch kann sie eine dem zahnärztlichen Befund vergleichbare Aussage über den Gebisszustand ermöglichen. Ebenso wenig stellt sie eine zahnärztliche Beurteilung des Pflegezustandes dar. Die Untersuchung dient vielmehr der Einschätzung des Gesundheitsverhaltens der Familie.

Bei 82% der Kinder waren die Zähne naturgesund bzw. zahnärztlich versorgt und 18% der Kindergebisse waren behandlungsbedürftig.

Tab. 13: Anteil der Kinder mit versorgten Zähnen (naturgesund und saniert) und nicht versorgten Zähnen in Marzahn-Hellersdorf (%)

Schuljahr	Zähne versorgt			Zähne nicht versorgt
	naturgesund	saniert	insgesamt	behandlungsbedürftig
2012	69,7	10,1	79,8	19,4
2013	72,5	9,2	81,7	18,3

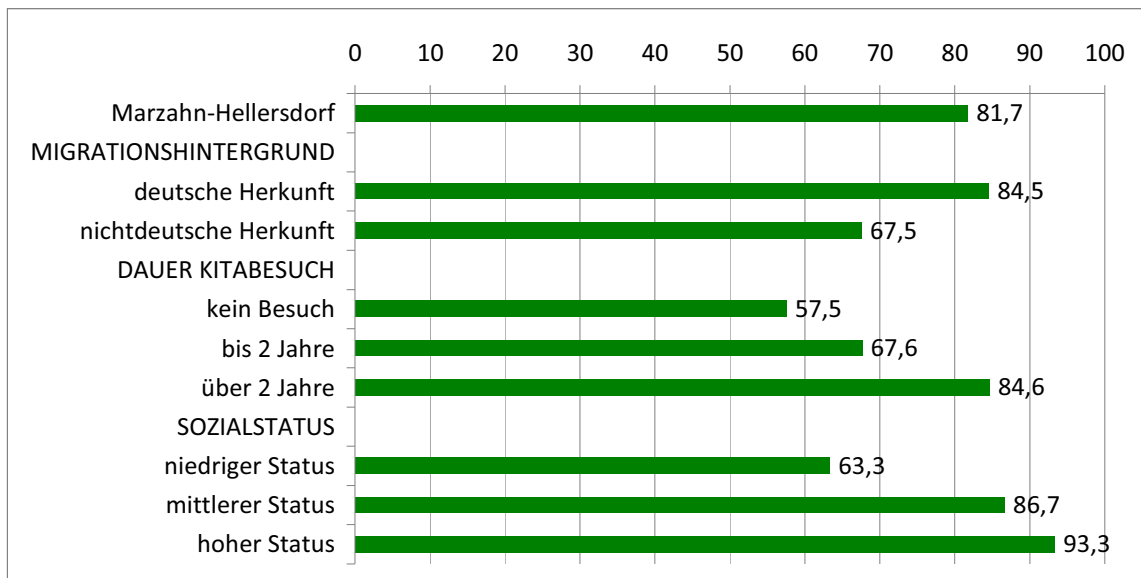
Im Vergleich zur ESU 2011 ist eine deutliche Verbesserung zu erkennen, vor allem der Anteil an naturgesunden Gebissen ist erheblich gestiegen (2011: 51,1%).

Zwischen Zahngesundheit, Herkunft, sozialem Status und Gesundheitsverhalten besteht ein enger Zusammenhang.

In Elternhäusern **nichtdeutscher Herkunft und in sozial benachteiligten Familien** wird der Zahngesundheit bzw. der Prävention kein so hoher Stellenwert beigemessen wie in herkunftsdeutschen Familien und Familien mit höherem sozialem Status. Die Zahngesundheit ist bei herkunftsdeutschen Kindern am besten. Gegenüber der ESU 2011 ist bei Migrantenkinder der Anteil der versorgten Gebisse geringer geworden. Bei den vietnamesischen Kindern hat nur jedes zweite

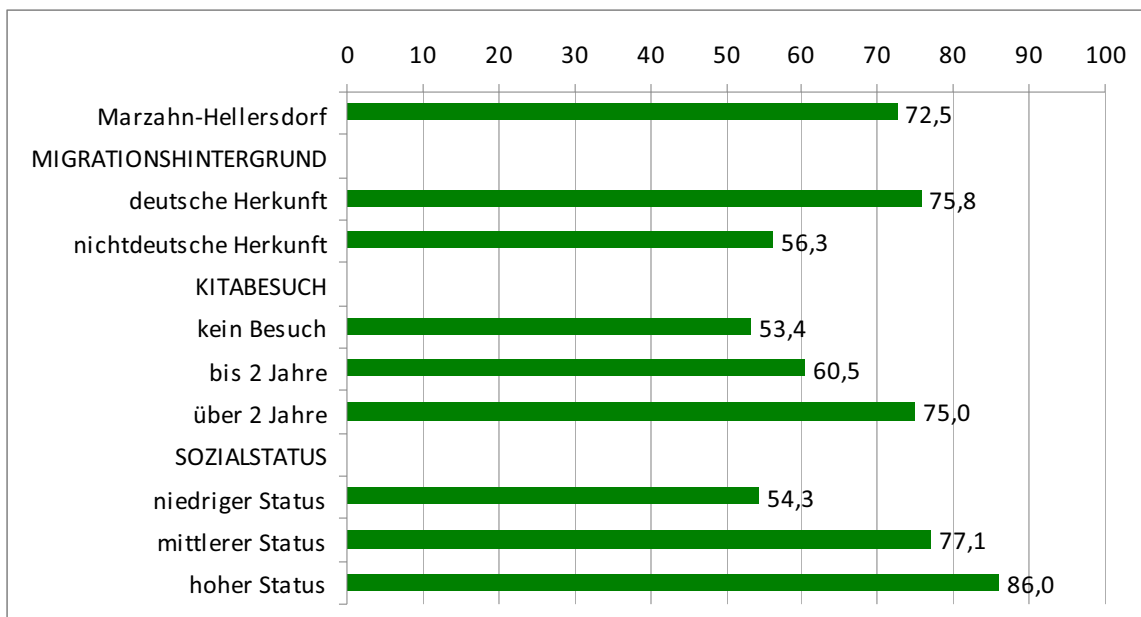
versorgte Zähne. Ganz erhebliche Unterschiede zeigen sich in Abhängigkeit vom Bildungshintergrund: je höher der soziale Status, desto besser werden die Zähne gepflegt, d. h. das Gebiss ist gesünder und wird auch bei Bedarf eher behandelt. Mehr als jedes dritte Kind bildungsferner Eltern hat ein behandlungsbedürftiges Gebiss. Dabei ist zu beachten, dass es sich hier um 5-jährige Kinder handelt, die noch ihr Milchgebiss haben. Die Gesundheit des Milchgebisses ist Voraussetzung für ein gesundes, gut mineralisiertes und funktionierendes bleibendes Gebiss. Auch die **Dauer des Kitabesuchs** hat Einfluss auf die Zahngesundheit. Je länger die Kinder die Kita besuchen, desto besser ist ihr Gebisszustand.

Abb. 12: Anteil der Kinder mit versorgtem Gebiss in Abhängigkeit von Herkunft, Sozialstatus und Kitabesuch (%)



Die gleichen Korrelationen zeigen sich auch bei der natürlichen Gesundheit des Gebisses. Naturgesunde Gebisse finden sich deutlich häufiger bei Kindern aus bildungsnahen Elternhäusern, herkunftsdeutschen Kindern und Kindern mit längerem Kitabesuch. Hier macht sich bemerkbar, dass in den Kitas auf gesundheitsbewusste Ernährung und Zahnpflege geachtet wird. Die Unterschiede sind erheblich, wie die folgende Grafik zeigt:

Abb. 13: Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss in Abhängigkeit von Herkunft, Sozialstatus und Kitabesuch (%)



Exkurs: Untersuchungsergebnisse des zahnärztlichen Dienstes

Aus der Zahnuntersuchung bei der ESU lassen sich Aussagen zum Gesundheitsverhalten in der Familie und Korrelationen ableiten, jedoch keine zahnmedizinisch validen Befunde.

Diese lassen sich aus den Ergebnissen der zahnärztlichen Untersuchung durch den Zahnärztlichen Dienst (ZÄD) des Gesundheitsamtes ablesen.

Gemäß den **Untersuchungen des Zahnärztlichen Dienstes** im Schuljahr 2012/13 hatten von den 1.796 untersuchten 5- und 6-Jährigen Kitakindern 51% naturgesunde Zähne, 12% ein saniertes Gebiss und 37% behandlungsbedürftige Zähne. Die Daten ermöglichen zwar keine Korrelationen zum Sozialstatus oder zum Migrationshintergrund, dafür valide Aussagen zur tatsächlichen Zahngesundheit der Kinder.

7% der Kitakinder in Marzahn-Hellersdorf haben Zahn- und Kieferfehlstellungen, aber nur 1% ist in kieferorthopädischer Behandlung. Das ist u.a. deshalb erwähnenswert im Rahmen der Auswertung der Einschulungsuntersuchung, weil Zahn- und Kieferfehlstellungen Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme und die Aussprache haben können. Kieferorthopädische Behandlungen werden von den Krankenkassen nur in Ausnahmefällen vor dem 12. Lebensjahr übernommen. Da eine kieferorthopädische Behandlung sehr kostspielig ist, bleibt die Mehrheit der Kinder im Grundschulalter unbehandelt, mit allen Auswirkungen auf das bleibende Gebiss, Aussprache oder Nahrungsaufnahme.

Aus der Praxis:

... des Zahnärztlichen Dienstes (Dr. Marlies Sturm, Leiterin des Zahnärztlichen Dienstes Marzahn-Hellersdorf):

Kinder mit besonders auffälligen Zahnbefunden in der Einschulungsuntersuchung werden an den Zahnärztlichen Dienst (ZÄD) vermittelt, der die Kinder zahnärztlich untersucht, die Eltern berät und entsprechende Empfehlungen gibt. Dies erfolgt auch unter dem Aspekt des Kinderschutzes. Bis 2007 haben die Zahnärztinnen und -ärzte des ZÄD diese Kinder auch behandelt, genau wie nichtversicherte Patientinnen und Patienten. Mit dem Gesundheitsdienstreformgesetz von 2006 wurde das abgeschafft. Nunmehr obliegt die Behandlung ausschließlich den niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten. Diese dürfen unversicherte Patienten und Patientinnen nicht behandeln, Kinder und schwierige Patienten und Patientinnen schon. Aber die Kinderbehandlung rechnet sich nicht für den niedergelassenen Zahnarzt. Sie kostet viel Zeit und bringt wenig Geld gemäß der BEMA Kassengebührenordnung (Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 2 und 2d SGB V). Häufig treten schlimme Gebisszustände auf, weil sich die Eltern nicht um "kleine" festgestellte Löcher kümmern. Kommt es dann zu vielen zerstörten Zähnen, muss oft in Narkose behandelt werden. Das gilt auch beim Auftreten von Karies beim Kleinkind (ECC-frühkindliche Karies) bis zu drei Jahren. Behandlung in Narkose ist mit Mehrkosten verbunden, für die die Eltern selbst aufkommen müssen, was ihnen aufgrund ihrer finanziellen Situation oft nicht möglich ist.

Zentrale Ergebnisse

Die Teilnahme an den **Vorsorgeuntersuchungen** ist gestiegen. Bei 84% der Kinder, die das Vorsorgeuntersuchungsheft vorlegten, wurden die U1-U8 vollständig durchgeführt.

Die Zahl der Eltern, die das Vorsorgeheft zur Einschulungsuntersuchung mitbringen, ist leicht rückläufig und liegt bei 93%. Das ist vor allem bei Kindern ohne Kitabesuch und Kindern mit Migrationshintergrund der Fall.

Der **Impfstatus** im Bezirk ist gegenüber den Vorjahren leicht rückläufig, weist jedoch ein hohes Niveau auf.

Die Durchimpfungsrate ist bei Kindern mit geringem sozialem Status niedriger als bei Kindern mit höherem sozialem Status. In Deutschland und auch im Berliner Durchschnitt ist das genau umgekehrt.

Der **Gebisszustand** der untersuchten Kinder hat sich in den vergangenen zwei Jahren leicht verbessert. 72% wiesen ein naturgesundes Gebiss auf, wobei die Rate nach zahnärztlicher Begutachtung nur bei 51% liegt.

5.2 Gesundheitsrelevantes Risikoverhalten

Neben der Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, der regelmäßigen Zahnpflege und gesunden Ernährung gibt es weitere gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, die direkt oder indirekt Einfluss auf die Gesundheit des Kindes haben.

Dazu gehören in erster Linie der Medienkonsum der Kinder in Form von Fernsehen und PC-Spielen sowie das Rauchverhalten der Eltern.

Erhöhter Medienkonsum schränkt die verfügbare Zeit für Bewegung und sportliche Aktivitäten zwangsweise ein. Gerade im Vorschulalter entwickeln sich Körperkoordination, Motorik etc., die auch Einfluss auf die Hirnentwicklung und die Sprache des Kindes haben.

Die Schädlichkeit des Passivrauchens insbesondere für den kindlichen Organismus ist hinlänglich bekannt, so dass hier nicht näher darauf eingegangen wird.

5.2.1 Medienkonsum

Fernsehkonsum

Der Einfluss des Medienkonsums auf die Entwicklung der Kinder ist differenziert zu betrachten. Zeitlich maßvoll dosierter und inhaltlich altersentsprechender Fernsehkonsum sowie die Möglichkeit des Kindes, über das Gesehene aktiv zu reflektieren sind Bedingungen, die sich positiv auf die Entwicklung des Kindes auswirken können. Diese Bedingungen sind jedoch nicht immer gegeben.

Die unkontrollierte Verfügbarkeit eines Fernsehgerätes im Vorschulalter kann nicht als Norm akzeptiert werden. Passiver und exzessiver Medienkonsum stellen eine ernsthafte Gefahr für die altersgerechte Entwicklung des Kindes dar.

Kinder und Jugendliche verbringen viel Zeit vor dem Fernseher bzw. mit elektronischen Spielen, wie Computer- oder Videospiele. Der Konsum steigt mit zunehmendem Alter. Die Grundlagen für diese Verhaltensmuster werden jedoch schon im Vorschulalter gelegt.

Die Angaben zum Medienkonsum in der Einschulungsuntersuchung beruhen auf freiwilliger Auskunft der Eltern und sind mit gewisser Vorsicht zu betrachten, da die Erfahrung zeigt, dass bei der angegebenen Stundenanzahl eher untertrieben wird, um gesellschaftskonforme Angaben zu machen. Für Vorschulkinder wird eine tägliche Medienzeit von höchstens 30 Minuten empfohlen (vgl. Aufenanger 2004).

Den Angaben zufolge sehen nur 5% der Kinder im Bezirk nicht täglich fern. Weitere 58% der Kinder sehen maximal eine Stunde täglich fern.

Hinzu kommt noch die Zeit am Gameboy®, Tablets, der Spielekonsole oder am PC. Damit wird die empfohlene Dauer von einer halben Stunde deutlich überschritten.

29% der Kinder sitzen bis zu 2 Stunden täglich vor dem Fernseher und 8% sogar mehr als 2 Stunden.

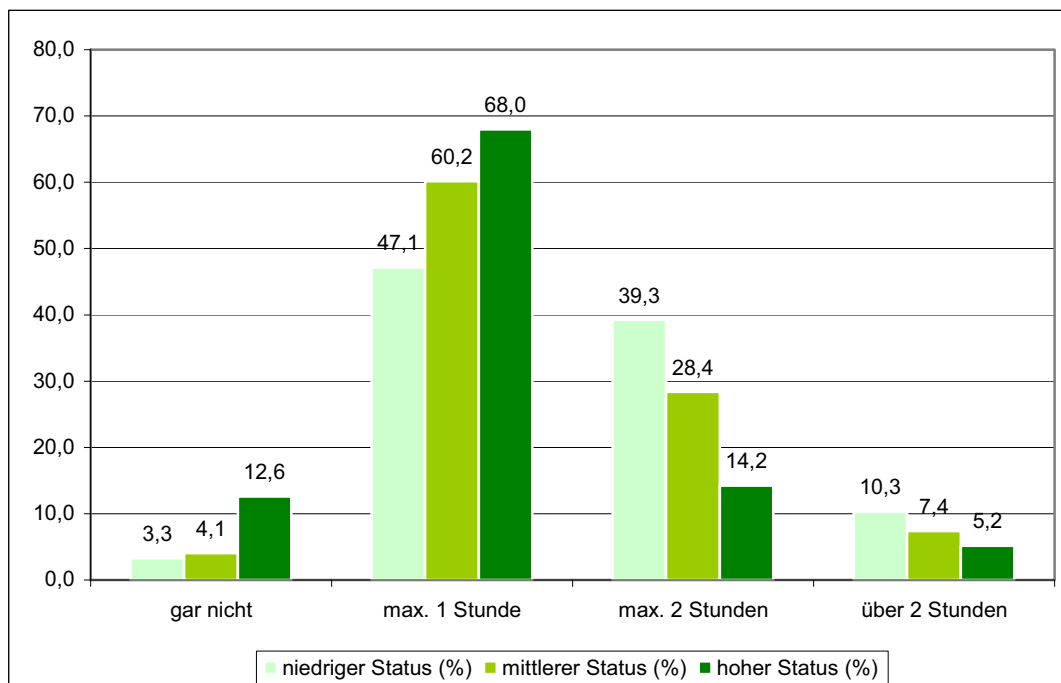
Im Vergleich zum Vorjahr ist ein leichter Rückgang des Fernsehkonsums zu verzeichnen.

Kinder mit Migrationshintergrund sehen deutlich mehr fern als Kinder ohne Migrationshintergrund, vor allem länger. Bei Kindern mit Migrationshintergrund war der Anteil derer, die täglich mehr als zwei Stunden fernsehen, doppelt so hoch wie bei herkunftsideutschen Kindern. Dies muss nicht unbedingt die tatsächlichen Unterschiede widerspiegeln, sondern könnte z.T. auch darauf beruhen, dass bei Eltern mit Migrationshintergrund der hohe Medienkonsum der Kinder weniger kritisch gesehen wird und die Frage somit wahrheitsgemäßer beantwortet wird. Dennoch ist anhand der Ergebnisse davon auszugehen, dass Kinder mit Migrationshintergrund einen höheren Fernsehkonsum haben als herkunftsideutsche Kinder.

Zwischen den Geschlechtern gibt es keine Unterschiede.

Deutliche Unterschiede hinsichtlich des Fernsehkonsums gibt es in Abhängigkeit vom Bildungshintergrund der Eltern: je höher der Sozialstatus, desto niedriger ist der Fernsehkonsum der Kinder. 12% der Kinder der oberen Statusgruppe sehen den Angaben zufolge nicht täglich fern. Das sind viermal mehr als in der unteren Statusgruppe.

Abb. 14: Täglicher Fernsehkonsum der Kinder nach Sozialstatus (%)



Kinder aus besser situierten bzw. gebildeten Familien verfügen auch seltener über ein eigenes Fernsehgerät.

Kinder mit eigenem TV-Gerät sehen mehr und länger fern als Kinder ohne eigenen Fernseher. Ein eigenes Gerät verleitet die Kinder dazu, häufiger den Fernseher einzuschalten und länger fern zu sehen. Hinzu kommt die Gefahr des durch die Eltern inhaltlich unkontrollierten Medienkonsums sowie das Nichtverarbeiten des Gesehenen.

19% der Kinder in Marzahn-Hellersdorf haben, bevor sie in die Schule kommen, ein eigenes Fernsehgerät. Dies ist ein Rückgang gegenüber den Vorjahren in denen dieser Anteil bei über 20% lag. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Angaben auf freiwilliger Basis erfolgen, so dass ein verlässlicher Vergleich zum Vorjahr nicht möglich ist.

Kinder nichtdeutscher Herkunft, Kinder Alleinerziehender und Kinder der unteren sozialen Statusgruppe verfügen häufiger über ein eigenes Fernsehgerät. Hinsichtlich der Statuszugehörigkeit sind die Unterschiede erheblich: Fast zwei Drittel der Kinder aus der unteren sozialen Schicht besitzen einen eigenen Fernseher, während es bei Kindern der oberen sozialen Schicht nur 2% sind.

Die geschlechterspezifischen Unterschiede sind nicht signifikant.

Nutzung elektronischer Spiele

Neben dem Fernsehkonsum wird auch nach der Dauer der Beschäftigung mit Computerspielen, Gameboy®, Tablets, Spielekonsole etc. gefragt. Die Zeit, die mit PC-Spielen verbracht wird, kommt zur täglichen Fernsehzeit noch hinzu, so dass die empfohlene Medienzeit bei den meisten Kindern überschritten wird.

44% der Kinder spielt täglich mit elektronischen Spielen. Das ist ein leichter Rückgang gegenüber 2011.

Aus der Praxis/Maßnahmen:

(Ove Fischer, bezirklicher Suchthilfekoordinator)

Die AG IPSE (Interinstitutionelles Projekt zur Stärkung der Erziehungskompetenz), die seit 2004 auch das Lokale Bündnis für Familie des Bezirkes ist, hat in den vergangenen Jahre 22 thematische Elterninformationen aus dem Lebensbereich zwischen Erziehung und Partnerschaft herausgegeben, u.a. Flyer zum Thema Fernsehen und zum Thema Medien. Diese liegen in gedruckter Form auch in russischer, vietnamesischer und deutscher Sprache vor.

Auf der Website www.ipse-mh.blogspot.de sind alle Flyer hinterlegt.

Mit der Veranstaltungsreihe „So ein Theater! Bühne Familie.“ wurde 2013 ein innovativer Ansatz für die Vermittlung von Elternkompetenz von der Elternakademie im Freizeit- und Erholungszentrum in der Wuhlheide (FEZ) in Zusammenarbeit mit dem Improvisationstheater „Die Gorillas“ aufgegriffen und für die bezirklichen Verhältnisse adaptiert. Bestimmte kritische Situationen im Familienalltag mit Kindern werden von Schauspielern zugespitzt dargestellt. Anschließend unterbreiten die anwesenden Eltern Vorschläge für die einzelnen Rollen, um die Situation nicht eskalieren zu lassen und trotzdem ans Ziel zu kommen. Das anschließende Vorspielen der überarbeiteten Szene ist oft so einleuchtend, dass es keines weiteren Kommentars bedarf. Thematisch ging es bereits unter anderem um „Grenzen setzen“, „Pubertät“ und „Medienkonsum“.

5.2.2 Rauchverhalten der Eltern

Die Frage nach dem Rauchen haben 92% der Eltern beantwortet, so dass die Ergebnisse repräsentativ sind.

In der Hälfte der Haushalte raucht mindestens ein Elternteil. Gegenüber dem Vorjahr ist ein leichter Rückgang um 1,5 Prozentpunkte zu verzeichnen.

Je niedriger der soziale Status, desto häufiger wird geraucht. In Familien mit niedrigem sozialen Status wird 5x so häufig geraucht als in Familien mit hohem sozialem Status: In 71% der Elternhäuser mit geringem Sozialstatus wird geraucht. In Familien mit hohem sozialem Status sind es nur 14%.

In 53% der herkunftsdeutschen Familien wird geraucht, was erheblich häufiger ist als in Migrantenfamilien (34%). Bei den Migrantenfamilien ist ein deutlicher Rückgang zu 2011 zu verzeichnen, als es noch 40% waren. Bei den herkunftsdeutschen Familien gab es keine Veränderung.

Präventionsansätze im Bezirk:

Mit der Problematik von Alkohol- und Nikotinkonsum während der Schwangerschaft beschäftigte sich das Netzwerk „Rund um die Geburt“ in Zusammenarbeit mit dem Suchtverbund. Am 19.09.2012 gab es dazu ein Forum Suchthilfe.

Im Rahmen der 3. Aktionswoche „Alkohol? Weniger ist besser!“ der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. gab es eine thematische Trägerkonferenz des Suchtverbundes Marzahn-Hellersdorf, die sich mit Alkoholkonsum in der Schwangerschaft intensiv befasst hat. Jedes Jahr am 09. September wird der Tag des alkoholgeschädigten Kindes begangen.

Seit 2004 gibt es das Berliner Landesprogramm „[Berlin qualmfrei](#)“ zur Förderung des Nichtrauchens. In 2010 und 2011 wurden anlässlich des Weltnichtrauchertages am 31. Mai Medien- und Informationspakete zum Thema Schwangerschaft und Rauchen an alle Berliner Kinderärztinnen und Kinderärzte, Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Hebammen und Entbindungspfleger verschickt. 2013 stand das Thema „Familie und Rauchen“ im Mittelpunkt der Arbeit (siehe auch [www.berlin-suchtpraevention.de](#)).

Die AG IPSE (Interinstitutionelles Projekt zur Stärkung der Erziehungskompetenz) hat u.a. einen Flyer zum Thema „Sucht?“ veröffentlicht (zu finden auf: [www.ipse-mh.blogspot.de](#)).

Zentrale Ergebnisse

19% bzw. 487 Kinder haben ein eigenes **Fernsehgerät** im Kinderzimmer, wobei der Anteil leicht rückläufig ist. Der Anteil der Kinder, der täglich fern sieht, liegt in Marzahn-Hellersdorf bei 95%.

Die Nutzung von Fernsehgeräten und Computerspielen in der Freizeit besitzt vor allem bei Familien mit geringem Bildungsstand und bei Migrantenfamilien einen hohen Stellenwert.

Bei den meisten Kindern wird die empfohlene tägliche Fernsehdauer überschritten, insbesondere wenn man die Zeit, die mit virtuellen Spielen verbracht wird, hinzurechnet.

In der Hälfte der Haushalte **raucht** mindestens ein Elternteil.

Je niedriger der soziale Status, desto häufiger wird geraucht. In Familien mit niedrigem sozialen Status wird 5x häufiger geraucht als in Familien mit hohem sozialem Status: In 71% der Elternhäuser mit geringem Sozialstatus wird geraucht. In Familien mit hohem sozialem Status sind es nur 14%.

In 53% der herkunftsdeutschen Familien wird geraucht und nur in 34% der Migrantenfamilien.

6. Gesundheitszustand und Entwicklungsauffälligkeiten

6.1 Körpergewicht

Ob ein Kind über-, unter- oder normalgewichtig ist, lässt sich aus dem Body Mass Index (BMI) ableiten, der sich nach der Formel Körpergewicht (kg) geteilt durch Körpergröße (m)² errechnet.

80% der untersuchten Kinder im Bezirk war normalgewichtig. 11% der Kinder war untergewichtig, 3,3% sogar deutlich untergewichtig. 9,1% der Kinder waren übergewichtig, 3,5% stark übergewichtig, also adipös. Damit gibt es im Bezirk mehr unter- als übergewichtige Kinder. Gegenüber dem Vorjahr gibt es keine Veränderung.

Hinsichtlich Geschlecht und Migrationshintergrund gibt es keine signifikanten Unterschiede, aber beim sozialen Status.

Je höher der soziale Status, desto höher der Anteil normalgewichtiger Kinder.

Tab. 14: Körpergewicht und sozialer Status (in %)

Body-Mass-Index	niedriger Status	mittlerer Status	hoher Status	gesamt
deutliches Untergewicht	4,2	3,2	3,5	3,5
Untergewicht	7,9	7,0	8,9	7,4
Normalgewicht	76,8	80,8	83,2	80,3
Übergewicht	5,9	6,3	2,8	5,7
Adipositas	5,2	2,7	1,6	3,1

Präventive Maßnahmen im Bezirk:

(Kerstin Moncorps, Koordinatorin für Gesundheitsförderung)

Ein guter Start ins Leben beginnt nicht erst mit der Geburt eines Kindes, sondern schon in der Schwangerschaft. Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Mutter vor und während der Schwangerschaft haben einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheitschancen des Kindes.

Nach der Geburt ist für einen Säugling in den ersten Monaten Stillen, mit vielen gesundheitlichen Vorteilen, die natürliche Art und Weise der Ernährung. Dazu zählt u.a. dass Stillen das Risiko für Übergewicht und Adipositas im späteren Lebensverlauf verringert (Lippe et al. 2014 S. 849). Stillen fördert zudem die Bindung zwischen Mutter und Kind. Fachkundige Informationen und Beratung zum Stillen und zur Säuglingsernährung erhalten junge Eltern nach Geburt eines Kindes in den Geburtseinrichtungen, von den sie begleitenden Hebammen und im Rahmen des Ersthausbesuches über die Mitarbeiterinnen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes.

Einheitliche, verständliche und leicht umsetzbare Empfehlungen zur Ernährung und Allergievorbeugung stellt das bundesweite Netzwerk „Gesund ins Leben“ für werdende Eltern und junge Familien zur Verfügung (www.gesund-ins-leben.de).

6.2 Entwicklungsauffälligkeiten und -störungen

Eine wichtige Aufgabe bei der Schuleingangsuntersuchung ist es, Entwicklungsauffälligkeiten und -verzögerungen zu erkennen und Förderbedarfe zu benennen, damit die Kinder entsprechend ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten individuell gefördert werden können. In der Zeit bis zum Schulbeginn, die bis zu einem halben Jahr betragen kann, ist es somit durchaus möglich, Entwicklungsrückstände des Kindes durch gezielte Förderung abzubauen.

Die Hälfte aller Kinder in Marzahn-Hellersdorf weist bei der Einschulungsuntersuchung Entwicklungsstörungen im motorischen, sprachlichen, kognitiven und/oder sozial-emotionalen Bereich

auf. Besonders häufig betroffen sind Kinder aus sozial schwächeren Familien, insbesondere bei niedrigem Bildungsniveau der Eltern. Diesen gelingt es oftmals nicht, ihren Kindern ausreichend Zeit und Aufmerksamkeit zu widmen, um sie anzuregen und zu fördern, damit sich die motorischen und sprachlichen Fähigkeiten optimal entwickeln können.

Angesichts prekärer finanzieller Verhältnisse, damit einhergehender weitergehender sozialer (Multi)Problemlagen, erzieherischer Unsicherheit bzw. Inkompetenz sind sie nicht in der Lage, ihrem Kind diese Anregungen zu vermitteln. Damit kommt diese Aufgabe zunehmend Kita und Schule zu. Diese sind jedoch nicht primär dafür da und können Defizite im Elternhaus nur teilweise ausgleichen.

Zudem setzt diese Förderung zu spät ein. Denn die „zentralen Entwicklungsaufgaben liegen im Alter von bis zu zwei Jahren im Aufbau des Urvertrauens durch emotionale und sichere Bindungen, in der Entwicklung der sensomotorischen Intelligenz und der grundlegenden motorischen Funktionen. Im Alter von zwei bis vier Jahren stehen die Sprachentwicklung und die Verfeinerung motorischer Funktionen im Vordergrund.“ (Robert-Koch-Institut 2007, S. 76)

Zur Feststellung des Entwicklungsstandes der Kinder werden bei der Einschulungsuntersuchung standardisierte Tests durchgeführt: Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen (SENS) und Sozialpädiatrisches Entwicklungsceening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS). Dabei werden die motorischen, kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten des Kindes getestet. Dieser Test ist berlinweit einheitlich wie die gesamte Einschulungsuntersuchung.

Für die einzelnen Testaufgaben werden jeweils Punkte vergeben. In Abhängigkeit von der erreichten Punktzahl ergibt sich ein unauffälliger, grenzwertiger oder auffälliger Befund.

6.2.1 Auffälligkeiten in der motorischen und kognitiven Entwicklung

Kinder haben einen natürlichen Bewegungsdrang. Dennoch bewegen sie sich immer weniger und der Mangel an körperlicher Aktivität ist mittlerweile zu einem Problem geworden. Die Folgen reichen von Übergewicht über mangelnde körperliche Fitness, Haltungsschäden bis zu geringerer geistiger Leistungsfähigkeit. Spätfolgen im Erwachsenenalter sind der frühere Beginn von Herz-Kreislauferkrankungen und Rückenleiden. Ursache für die im Vergleich zu früheren Generationen geringe körperliche Aktivität von Kindern ist, dass Spiel- und Bewegungsräume immer kleiner werden, in denen sich Kinder gefahrlos und spontan bewegen dürfen und dass die Nutzung von elektronischen Medien weiter steigt. Aber auch die geringe Wertschätzung des freien Spiels im Freien durch Eltern trägt dazu bei.

Kinder brauchen Anregung und Möglichkeiten, damit sich ihre motorischen Fähigkeiten optimal entwickeln können. Diese sollten in erster Linie aus dem Elternhaus kommen. Gerade in bildungsfernen Familien sind diese Anregungen oft nicht ausreichend.

Grobmotorik und Körperkoordination

Mangelnde motorische und körperkoordinatorische Fähigkeiten führen meist auch zu Problemen beim Schreiben (z.B. Verwechseln von Buchstaben, unterschiedlich große Buchstaben, Schreiben über die Heftmitte, den Stift zu verkrampft halten). Die Motorik müsste eigentlich automatisch, d. h. ohne bewusste Steuerung, funktionieren. Ist dieser Automatismus gestört oder unterentwickelt, konzentrieren sich die Kinder zu sehr auf die Motorik, so dass ihre Aufmerksamkeit nicht mehr ausreicht, um sich der Rechtschreibung oder dem Inhalt des Geschriebenen oder Gelesenen zu widmen. Es zeigen sich auch Defizite im Bereich der Orientierung, die Kinder finden kein eigenes Ordnungssystem.

Zur Beurteilung der Körperkoordination soll das Kind beim Test seitlich über eine Linie hin und her springen. Gewertet wird die Anzahl der Sprünge, die das Kind in einer vorgegebenen Zeit schafft.

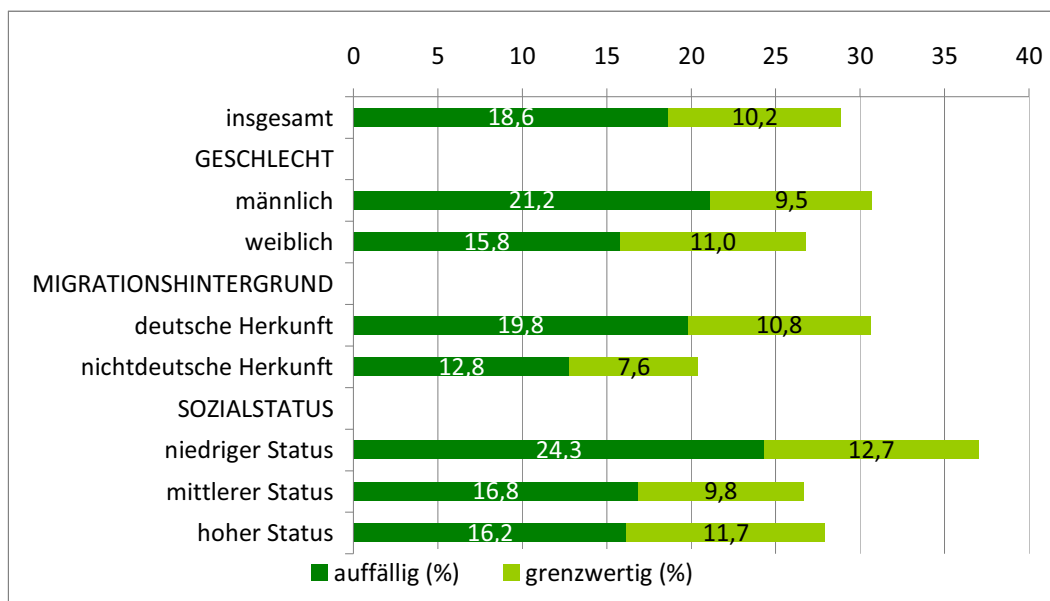
19% der Kinder wiesen auffällige Befunde auf und weitere 10% grenzwertige Befunde.

Jungen haben häufiger Probleme mit ihrer Körperkoordination und der Grobmotorik als Mädchen.

Jedes vierte Kind der unteren Sozialstatusgruppe weist Auffälligkeiten bei der Körperkoordination auf.

Deutsche Kinder schneiden bei diesem Test deutlich schlechter ab als Kinder mit Migrationshintergrund.

Abb. 15: Anteil der Kinder mit auffälligen und grenzwertigen Befunden beim Test zur Körperkoordination nach Geschlecht, Herkunft und Sozialstatus (in%)



Gegenüber dem Vorjahr ist ein leichter Rückgang an Kindern mit auffälligen Befunden bei der Körperkoordination zu verzeichnen.

Best-Practice:

Die Stadt Mühlheim an der Ruhr vergibt bei den Einschulungsuntersuchungen Sportgutscheine an alle Kinder, die es ihnen ermöglichen, für ein Jahr beitragsfrei in einem Sportverein den Sport ihrer Wahl zu betreiben.

Aus der Praxis:

Gute Beispiele (K. Moncorps)

Beispielhaft für die Implementierung von Bewegung, Spiel und Sport sind die bezirklichen Leitlinien zur "Bewegungsfreundlichen Kita/Schule" und zur "Rückenfreundlichen Schule", s. a. <http://www.berlin.de/ba-marzahn-hellersdorf/verwaltung/gesundheit/agebw.html>, welche sich als Leitfaden zur Entwicklung bewegungsförderlicher Lebenswelten verstehen. Dabei setzen sie an den Rahmenbedingungen von Kindertagesstätten und Schulen an. Handlungsleitend sind das Berliner Bildungsprogramm und das Schulgesetz für Berlin, in denen Bewegungsförderung elementare Bestandteile sind. Die in den Leitlinien formulierten Mindestanforderungen und Empfehlungen beziehen sich auf die Gestaltung des Kita- bzw. Schulalltages. Dabei werden räumliche und organisatorische sowie personelle Voraussetzungen berücksichtigt. Die bewegungs- bzw. rückenfreundliche Profilierung soll prozesshaft mit allen in der Einrichtung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, den Kindern und Jugendlichen, ihren Eltern sowie Kooperationspartnern entwickelt und umgesetzt werden.

Für Kinder im Grundschulalter steht der Kurs „Kinder in Bewegung“ zur Verfügung. Dieser wird an sieben Grundschulen im Bezirk¹ durchgeführt und versteht sich als unterrichtsbegleitendes Angebot für Kinder mit motorischen/koordinativen Auffälligkeiten. Koordiniert wird das Angebot von der Gesellschaft für Sport und Jugendsozialarbeit gGmbH in Zusammenarbeit mit dem Bereich Gesundheitsförderung der QPK des Bezirksamtes Marzahn-Hellersdorf. Für die Umsetzung des Kursangebotes stehen geschulte Übungsleiter_innen des Landessportbundes Berlin (LSB) zur Verfügung. Die Finanzierung erfolgt über das Programm „Förderung der Zusammenarbeit zwischen

¹ Grundschule am Hollerbusch, Grundschule am Bürgerpark, Wilhelm-Busch-Grundschule, Grundschule an der Geißenweide, Selma-Lagerlöf-Grundschule, Johann-Strauss-Grundschule, Ebereschen-Grundschule

Schule und Verein/Verband“ im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung der beteiligten Grundschulen mit der Sportjugend im LSB.

Ein weiteres Angebot zu regelmäßiger gesundheitsorientierter Bewegungserziehung im Kita- und Grundschulalter ist das Projekt "Fitness für Kids" (<http://www.fitness-fuer-kids.de>).

Neben den in Kitas und Schulen integrierten Angeboten zu Bewegung, Spiel und Sport gilt es entsprechende Möglichkeiten im Freizeitbereich wie etwa im Quartier, in Sportvereinen und für Familien bereitzuhalten. In Marzahn-NordWest wird mit "BLiQ-Bewegtes Leben im Quartier" ein Handlungskonzept zur Bewegungsförderung für Kinder und Jugendliche und ihre Familien umgesetzt. Zentrale Bestandteile des Projektes sind die "Bewegten Wege", die "Bewegten Winterspielplätze" und die "Sportaktionswoche". Speziell für diese Angebote geschulte BLiQ-Trainer_innen unterstützen und begleiten die Maßnahmen.

Visuomotorik und visuelle Wahrnehmung

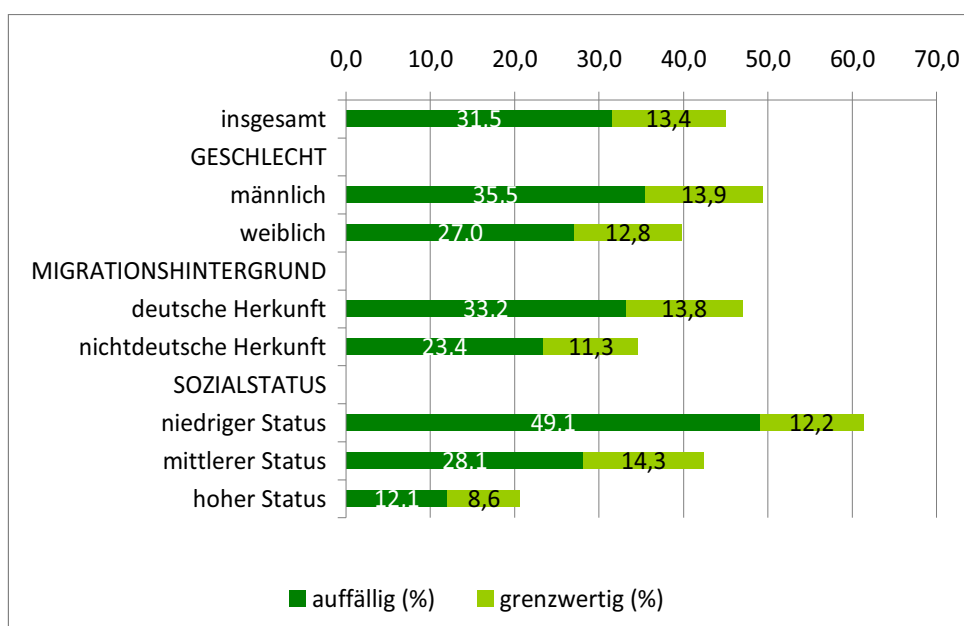
Im Testbereich „**Visuomotorik**“ der Einschulungsuntersuchung soll das Kind eine Figur nach Vorlage vervollständigen und einfache Strichzeichnungen abzeichnen. Damit werden die feinmotorischen Fertigkeiten des Kindes geprüft, wie die Auge-Hand-Koordination.

Störungen in der Visuomotorik ziehen auch Störungen beim Schreiben und Zeichnen nach sich. Es zeigen sich Schwierigkeiten beim Abzeichnen von Mustern und beim Abschreiben von Wörtern. Meist werden auch die gewünschten Schreibformen nicht genau in die vorgedruckte Linie gebracht.

Fast jedem dritten Kind in Marzahn-Hellersdorf wurde ein auffälliger Befund im Bereich der Visuomotorik attestiert. Weitere 13% hatten grenzwertige Befunde.

Wie bei der Körperkoordination schneiden Jungen etwas schlechter ab als Mädchen, Kinder deutscher Herkunft schlechter als Kinder mit Migrationshintergrund und auffällig ist wieder der sehr große Unterschied zwischen den Kindern in Abhängigkeit vom Bildungshintergrund der Eltern. Jedes zweite Kind der unteren sozialen Schicht weist auffällige Befunde bei der Visuomotorik auf. Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern haben mehr als viermal häufiger auffällige Befunde als Kinder aus Familien mit hohem sozialem Status.

Abb. 16: Anteil der Kinder mit auffälligen und grenzwertigen Befunden im Bereich der Visuomotorik nach Geschlecht, Herkunft und Sozialstatus (in %)



Gegenüber dem Vorjahr ist ein leichter Anstieg um einen Prozentpunkt bei den auffälligen Befunden zu verzeichnen.

Visuelle Wahrnehmung ist notwendig, um visuelle Reize zu erkennen, zu unterscheiden, zu interpretieren und sie in Verbindung mit früheren Erfahrungen zu bringen, z.B. Lesen von Buchstaben.

Beim Test „visuelle Wahrnehmung“ soll das Kind Regeln, Ähnlichkeiten und Unterschiede anhand vorgelegter Muster und Bilder erkennen, um seine visuellen und schlussfolgernden Fähigkeiten zu testen.

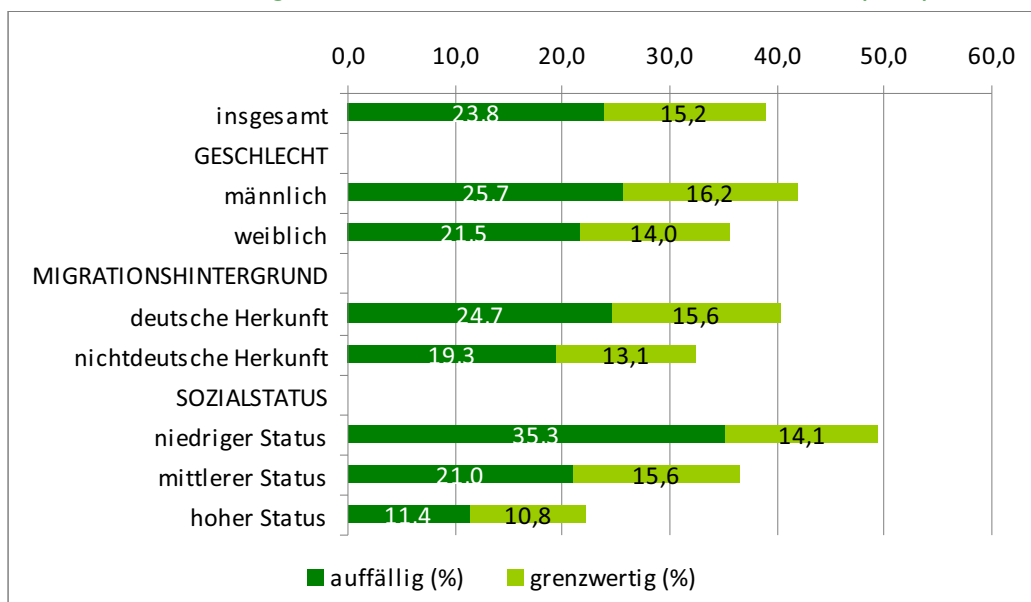
Die Ergebnisse sind ähnlich schlecht wie im Bereich der Visuomotorik: 17,5% der Kinder haben auffällige Befunde im Bereich der visuellen Wahrnehmung.

Zwischen den Geschlechtern gibt es keine Unterschiede.

Wie auch bei den übrigen Tests zur körperlichen und kognitiven Entwicklung hatten Kinder aus sozial schwachen Familien häufiger Defizite. Sie haben fast dreimal häufiger auffällige Befunde als Kinder aus Familien der oberen Sozialstatusgruppe.

Die herkunftsdeutschen Kinder schneiden auch bei diesem Test schlechter ab als Kinder aus Migrantenfamilien.

Abb. 17: Anteil der Kinder mit auffälligen und grenzwertigen Befunden im Bereich der visuellen Wahrnehmung nach Geschlecht, Herkunft und Sozialstatus (in %)



Fast die Hälfte der Kinder ohne Kita-Besuch hatten auffällige Befunde bei diesem Test. Gegenüber dem Vorjahr gibt es keine Veränderungen.

6.2.2 Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung

Die Entwicklung der Sprache ist ein zentraler Bestandteil der Entwicklung des Kindes. Bei einem relativ hohen Anteil der Kinder verläuft die Sprachentwicklung nicht problemlos. Störungen der Sprachentwicklung gehören zu den häufigsten Entwicklungsstörungen in der frühen Kindheit.

Dabei ist zu unterscheiden zwischen Sprachauffälligkeiten und Sprachentwicklungsstörungen. Umgebungsbedingungen, insbesondere das häusliche Umfeld, können die Sprachentwicklung ungünstig beeinflussen, so dass phänomenologisch ähnlich sprachliche Auffälligkeiten wie bei Sprachentwicklungsstörungen auftreten. Sprachentwicklungsstörungen liegen bei zeitlicher und inhaltlicher Abweichung von der normalen Sprech- und Sprachentwicklung im Kindesalter vor. Bei umgebungsbedingten Sprachauffälligkeiten ist eine nichtmedizinische, (heil-)pädagogische

Sprachförderung angezeigt, während Sprachentwicklungsstörungen einer medizinisch indizierten Sprachtherapie bedürfen (vgl. Leitlinie SES, 2011).

Hinsichtlich der Kinder nichtdeutscher Muttersprache ist festzustellen, dass gesunde Kinder problemlos in der Lage sind, mehrere Sprachen gleichzeitig zu erwerben, wenn Quantität und Qualität der Sprache ausreichend sind und die Kinder genügend Gelegenheit zur Kommunikation in diesen Sprachen erhalten. Treten Sprachentwicklungsstörungen bei diesen Kindern auf, betrifft das alle Sprachen (ebd.).

Bei der Feststellung der sprachlichen Fähigkeiten werden fünf Tests durchgeführt:

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

Für richtiges Nachsprechen bzw. Aussprechen werden Punkte vergeben.

Die Beurteilung der Tests 1 und 4 erfolgt unabhängig von den Deutschkenntnissen. Die Tests 2, 3 und 5 werden bei Kindern, die nicht oder nur schlecht Deutsch sprechen, nicht durchgeführt.

Test „Pseudowörter nachsprechen“

Das Kind soll Fantasiewörter nachsprechen. Damit wird die Gedächtnisspanne und die Artikulationsgenauigkeit unbekannter Begriffe geprüft.

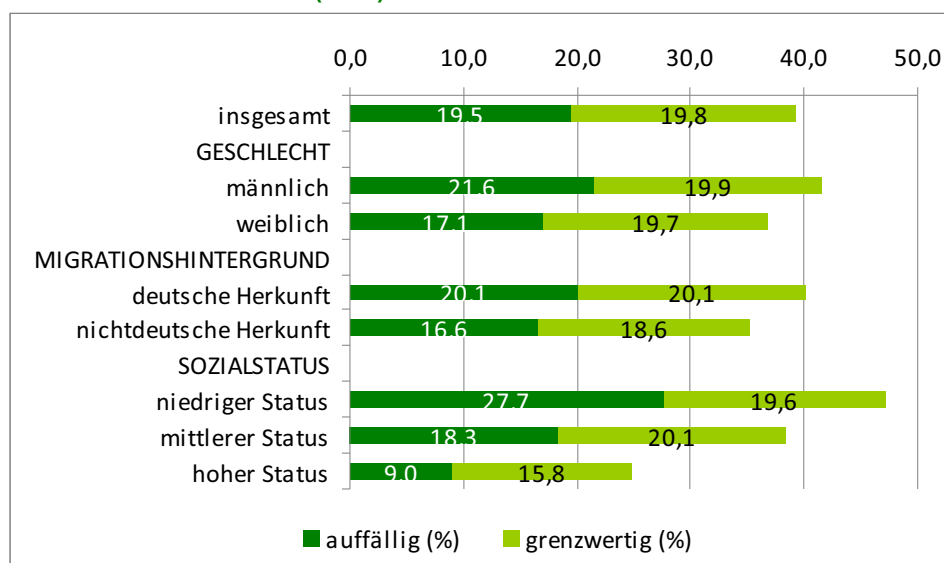
Beim diesem Test wiesen 20% der Kinder auffällige Befunde auf und genau soviel grenzwertige Befunde.

Mädchen schnitten bei dem Test etwas besser ab als Jungen.

Die Kinder mit Migrationshintergrund sprachen die Wörter besser nach als die herkunftsdeutschen Kinder.

Mehr als jedes vierte Kind aus bildungsfernen Elternhäusern war nicht in der Lage, die Wörter richtig nachzusprechen. Bei weiteren 20% waren die Befunde grenzwertig. Der Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden liegt bei Kindern des unteren Sozialstatus dreimal Mal höher als bei Kindern der oberen Statusgruppe.

Abb. 18: Ergebnisse des Tests „Pseudowörter nachsprechen“ nach Geschlecht, Herkunft und Sozialstatus (in %)



Gegenüber dem Vorjahr ist eine leichte Verbesserung von einem Prozentpunkt festzustellen.

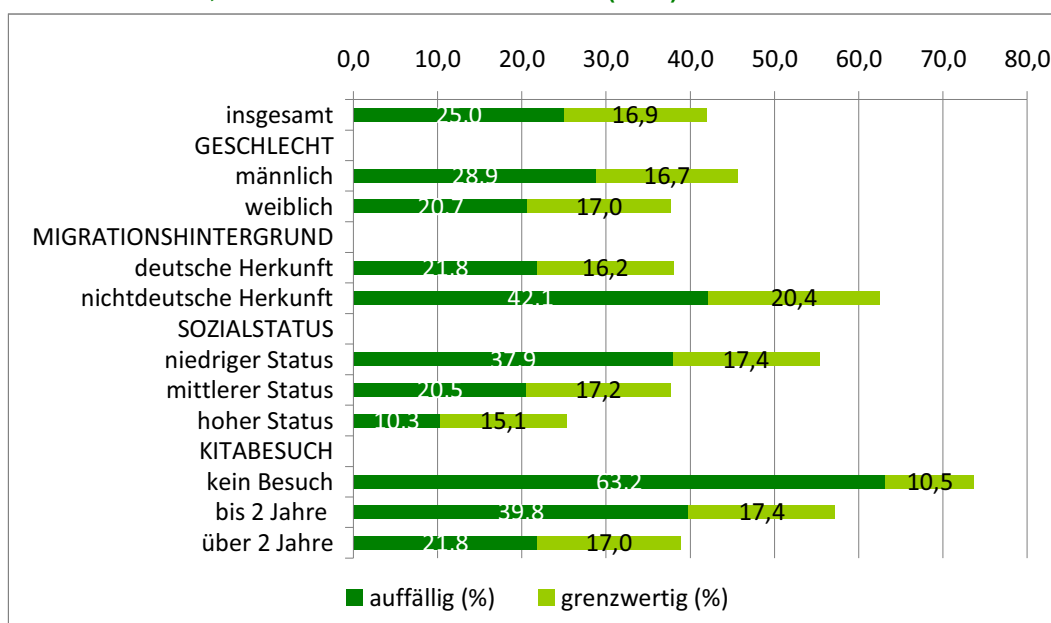
Test „Wörter ergänzen“

Dem Kind werden Wörter vorgesprochen, bei denen jeweils ein Buchstabe fehlt. Das Kind soll diese Wörter erkennen und vollständig aussprechen. Mit dem Test werden das Zusammenfügen von Lauten zu Wörtern und der Vergleich mit im Gedächtnis bereits abgespeicherten Wörtern geprüft.

Bei jedem fünften Kind wurden Auffälligkeiten festgestellt, bei weiteren 20% grenzwertige Befunde.

- Jungen schnitten deutlich schlechter ab als Mädchen.
- Herkunftsdeutsche Kinder hatten häufiger Probleme damit, die Wörter zu ergänzen, wie Kinder mit Migrationshintergrund.
- Wie bei allen anderen Tests haben Kinder bildungsarmer Familien erheblich häufiger auffällige Befunde als Kinder der mittleren oder oberen Statusgruppe.
- Besonders schlecht schnitten Kinder ab, die keine Kita besucht haben

Abb. 19: Ergebnisse des Tests „Wörter ergänzen“ nach Geschlecht und Herkunft, Sozialstatus und Kita-Besuch (in %)



Gegenüber dem Vorjahr gibt es eine leichte Steigerung um einen Prozentpunkt.

Test „Sätze nachsprechen“:

Bei diesem Test werden dem Kind unübliche, aber sinnvolle und grammatikalisch richtige Sätze vorgesprochen, die dann korrekt nachgesprochen werden müssen. Der Test prüft das Speichern grammatikalischer Strukturen und das Abrufen vollständiger Sätze als Teil der expressiven Sprachentwicklung.

Dieser Test weist nach Expertenmeinung die aussagekräftigsten Ergebnisse hinsichtlich des sprachlichen Vermögens der Kinder aus. Daher wird hier nur dieser Test stellvertretend für alle Tests zum Sprachvermögen ausgewertet.

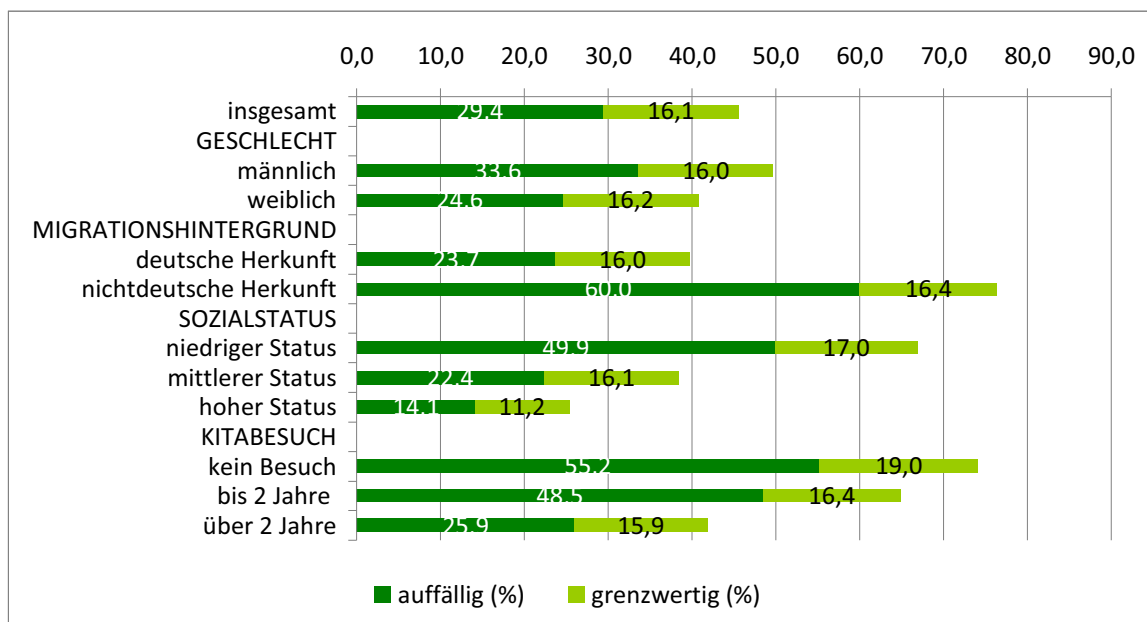
Fast 30% der Kinder war nicht ausreichend in der Lage, die vorgesprochenen Sätze nachzusprechen. Bei den Kindern mit Migrationshintergrund waren es sogar 60%.

Die Ergebnisse der Jungen waren schlechter als die der Mädchen.

Ganz eklatant ist der Unterschied in Abhängigkeit vom Bildungsniveau der Eltern. Bei jedem zweiten Kind aus bildungsfernen Familien wurde ein auffälliger Befund festgestellt. Bei Kindern der oberen Statusgruppe waren es nur 14%.

Der Besuch einer Kita wirkt sich eindeutig förderlich auf die Sprachentwicklung aus. „Nur“ 26% der Kinder, die länger als zwei Jahre die Kita besuchten, wiesen auffällige Befunde auf. Bei Kindern ohne Kitabesuch waren es 55%.

Abb. 20: Ergebnisse des Tests „Sätze nachsprechen“ nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Kita-Besuch (in %)



Gegenüber dem Vorjahr hat sich der Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test „Sätze nachsprechen“ nicht verändert.

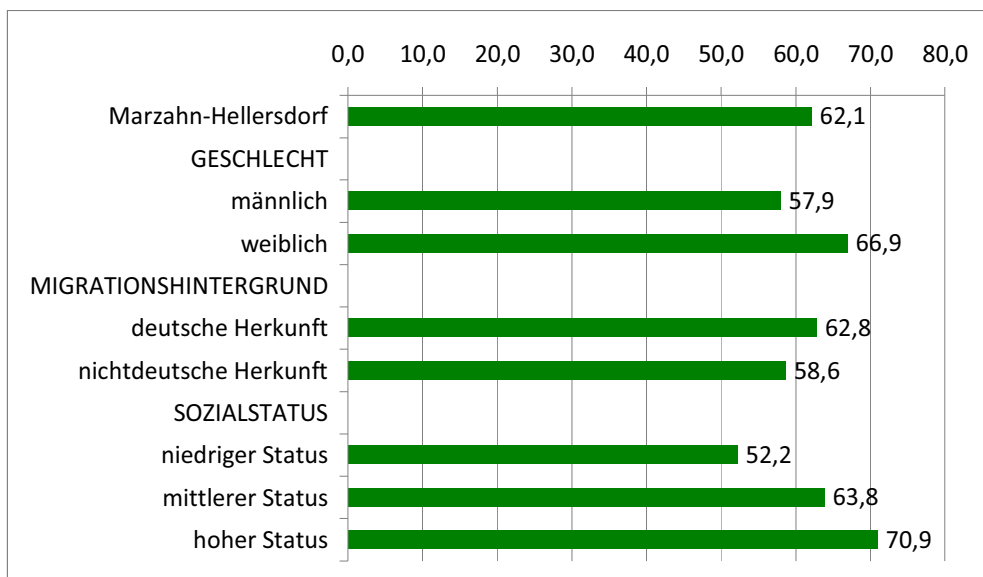
Test Artikulation:

Beim vierten Test zu den sprachlichen Fähigkeiten werden Auffälligkeiten bei der Aussprache geprüft. Dabei wird auf die Artikulation folgender Laute geachtet: S/Z, SCH, T/D, CH (Rachen-CH), G/K, L/N, R, F/PF, B, CH (weiches CH). Die Bewertung erfolgt für jede Lautgruppe getrennt. Gezählt wird die Anzahl der **Artikulationsfehler**.

62% der Kinder hatten keine Artikulationsfehler, 19% hatten in einer Lautgruppe Artikulationsfehler, und je 9% in zwei Lautgruppen und in drei und mehr Lautgruppen.

Es ergibt sich das gleiche Gesamtbild wie bei den anderen Sprach- und Sprechttests: Jungen, Kinder aus sozial benachteiligten Familien und Kinder nichtdeutscher Muttersprache schnitten am schlechtesten ab.

Abb. 21: Kinder ohne Artikulationsstörungen nach Geschlecht, Herkunft und Sozialstatus (%)

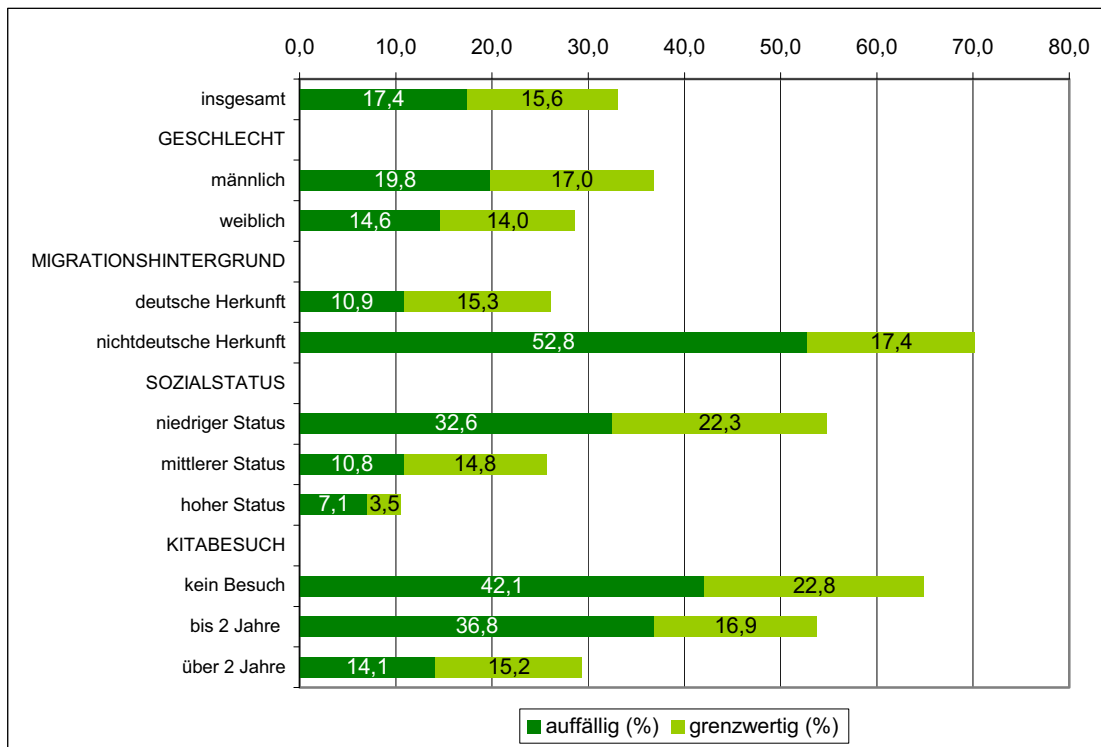


Gegenüber dem Vorjahr gibt es keine Veränderung.

Test Pluralbildung:

Dem Kind werden Bildkarten mit Gegenständen gezeigt, von denen sie den Plural bilden sollen. Da dieser Test nicht unabhängig von der Muttersprache ist, wird er bei Kindern, die nicht oder kaum Deutsch sprechen, weggelassen.

Abb. 22: Ergebnisse des Tests Pluralbildung nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Dauer des Kitabesuches (in %)



Zusammenfassung sprachliche Fähigkeiten

2012 wurde erstmals ein kombinierter Sprachindikator „**Sprachdefizite**“ ermittelt. Dieser setzt sich zusammen aus dem Test „Sätze nachsprechen“ und den Kenntnissen der deutschen Sprache bei Kindern nichtdeutscher Herkunft.

Danach werden als Kinder mit Sprachdefiziten ausgewiesen:

- Kinder deutscher Herkunft mit auffälligem Testergebnis „Sätze nachsprechen“,
- Kinder nichtdeutscher Herkunft mit guten Deutschkenntnissen und auffälligem Testergebnis „Sätze nachsprechen“ und
- Kinder nichtdeutscher Herkunft mit unzureichenden Deutschkenntnissen

Danach wiesen in Marzahn-Hellersdorf **30,5% der Kinder Sprachdefizite** auf. Das betrifft quantitativ vor allem Kinder mit deutscher Muttersprache.

Mengenvorwissen

Das Mengenvorwissen zählt zu den sogenannten mathematischen Vorläuferfähigkeiten. Dieser Testbereich besteht aus zwei Untertests: die simultane Mengenerfassung, bei der die Anzahl von Objekte ohne Zählen zu schätzen ist und der Mengenvergleich, bei dem das Grundverständnis von "mehr" und "weniger" im Sinne von Ordinalität getestet wird.

Der Testbereich wurde erstmals zur Einschulungsuntersuchung 2012 in das Untersuchungsprogramm mit aufgenommen.

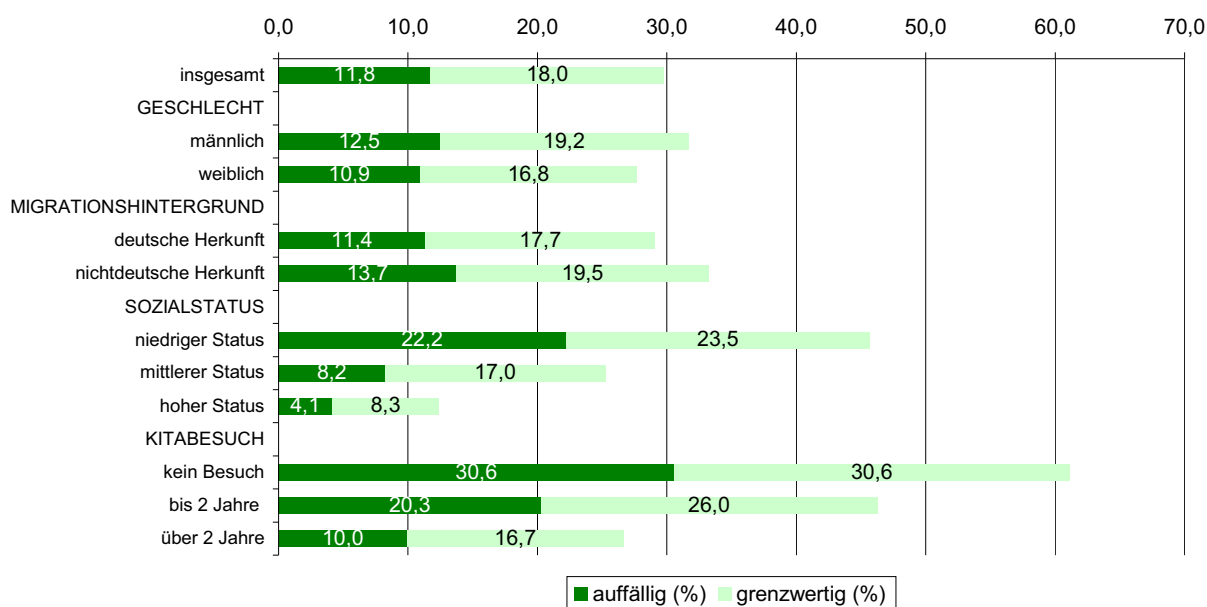
12% der Kinder wiesen auffällige Befunde auf, weitere 18% grenzwertige.

Zwischen den Geschlechtern gab es kaum Unterschiede und auch nicht nach Migrationshintergrund. Deutliche Unterschiede gab es hingegen in Abhängigkeit von der sozialen Zugehörigkeit und der Dauer des Kitabesuchs.

Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern hatten fünfmal häufiger auffällige Befunde als Kinder aus der oberen Statusgruppe.

Bei 31% der Kinder ohne Kitabesuch wurden auffällige Befunde festgestellt, bei Kindern bis zu 2 Jahren Kitabesuch waren es noch 20% und bei einem Kitabesuch von mehr als 2 Jahren waren es nur noch 10%.

Abb. 23: Ergebnisse des Tests Mengenvorwissen nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Dauer des Kitabesuches (in %)



6.2.3 Emotionale/soziale Entwicklung

Emotionale und soziale Kompetenzen hängen eng zusammen und beeinflussen die Qualität der sozialen Beziehungen und des Umgangs miteinander wesentlich. Der Erwerb emotionaler und sozialer Kompetenzen ist eine wichtige Entwicklungsaufgabe in der Vorschulzeit. Kinder mit mangelnden sozialen Kompetenzen haben z.B. Verhaltensprobleme, wenig Beziehungen zu Gleichaltrigen oder/und legen wenig prosoziales Verhalten an den Tag (z.B. Teilen, Kooperieren, soziale Interaktion).

Neben den SENS-Tests, die den Entwicklungsstand der Kinder hinsichtlich ihrer motorischen, kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten feststellen, erfolgt durch den Kinderarzt/die Kinderärztin eine Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten des Kindes sowie seines emotional-sozialen Entwicklungsstandes.

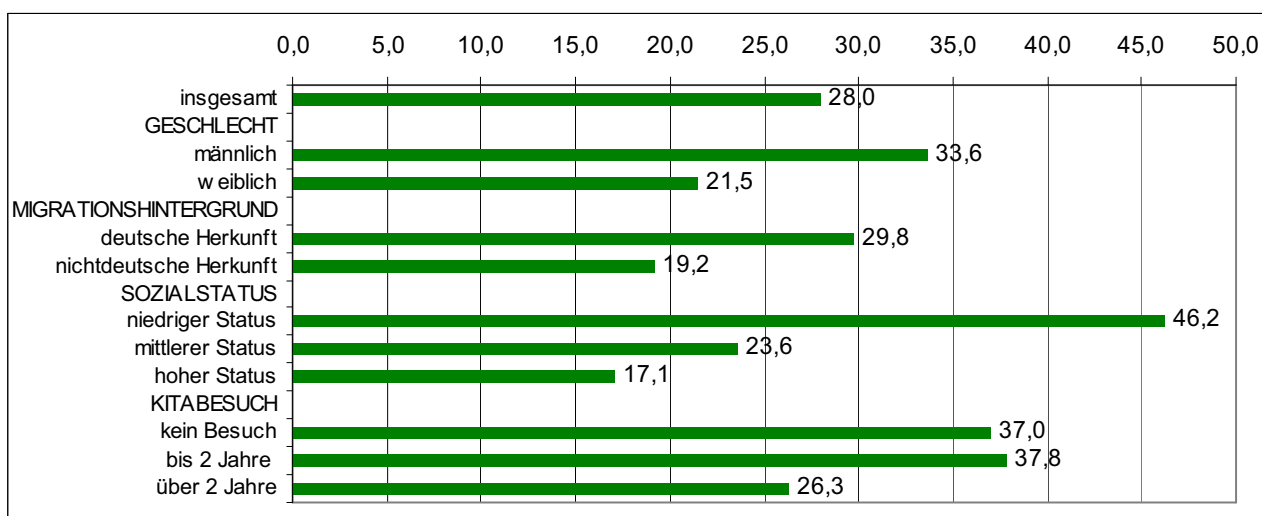
Während die Prüfung der motorischen, kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten des Kindes anhand einheitlicher standardisierter Tests vorgenommen wird, gestaltet sich die Einschätzung der emotional-sozialen Fähigkeiten des Kindes schwieriger, da in Berlin bei der Einschulungsuntersuchung keine entsprechenden Tests bzw. Befragungen durchgeführt werden..

28% der Kinder weisen Auffälligkeiten im emotional-sozialen Verhalten auf.

Deutliche Unterschiede gibt es zwischen den Geschlechtern: bei 34% der Jungen wurden auffällige Befunde diagnostiziert, bei den Mädchen war dies bei 22% der Fall. Der Anteil verhaltensauffälliger Kinder war bei den herkunftsideutschen Kindern mit 30% erheblich höher als bei Migrantenkindern (19%).

Am deutlichsten ist der Unterschied in Abhängigkeit vom sozialen Status der Eltern und damit vom Bildungsstand: 46% der Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern wurden Störungen im sozialen-emotionalen Bereich bescheinigt. Bei Kindern aus Familien mit hohem sozialem Status waren es nur 17%.

Abb.24: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden im Bereich emotional-soziale Entwicklung nach Geschlecht, Herkunft, sozialem Status und Kita-Besuch (in %)



Gegenüber 2012 ist der Anteil der Kinder mit emotional-sozialen Auffälligkeiten um 4 Prozentpunkte gestiegen, gegenüber 2011 sogar um 11 Prozentpunkte.

Angesichts zunehmender schwieriger sozialer und familiärer Konstellationen (finanzielle Armut, Bildungsferne, fehlende Tagesstruktur, Alleinerziehung oder konfliktbeladene Partnerschaft, fehlende familiäre Unterstützung und Anerkennung) nimmt das Risiko von emotional-sozialen Entwicklungsstörungen der Kinder im Bezirk zu.

Präventionsansätze in Marzahn-Hellersdorf:

Seit 2010 erhält jede Familie im Bezirk, in der ein Kind geboren wird, den sogenannten Familiengutschein in Höhe von 40 Euro. Dieser dient dazu, Angebote zu nutzen, die die Bindung zwischen Mutter/Vater und Kind stärken, wie z.B. Babymassage, Eltern-Kind-Kurse oder Elternkurse. Sichere und verlässliche Bindungen zwischen Kind und Eltern sind die Grundlagen für die Entwicklung einer stabilen, selbstbewussten und konfliktfähigen Persönlichkeit des Kindes, die es für die künftigen Herausforderungen des Lebens wappnen.

Die Initiative entstand im Netzwerk „Rund um die Geburt“. Das Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf übernahm die Finanzierung.

Zentrale Ergebnisse

Fast jedes dritten Kind (32%) wies in den **Visuomotorik**-Tests auffällige Befunde auf. In der visuellen Wahrnehmung hatten 24% der Kinder auffällige Befunde.

31% der untersuchten Kinder weisen **Sprachdefizite** auf. Das betrifft zahlenmäßig vor allem Kinder mit deutscher Muttersprache, da der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund relativ gering ist.

Dennoch hatten naturgemäß die Kinder mit Migrationshintergrund häufiger auffällige Sprachbefunde als Kinder ohne Migrationshintergrund. In den Tests zu den kognitiven und motorischen Fähigkeiten schnitten sie oft besser ab als die Kinder ohne Migrationshintergrund.

Bei allen Tests ist der Unterschied in Abhängigkeit vom Bildungsstand der Eltern bzw. ihrem sozialen Status signifikant. Kinder bildungsferner Eltern hatten deutlich häufiger auffällige Befunde als Kinder der oberen Statusgruppe.

Gleiches gilt für die Dauer des Kitabesuchs. Je länger die Kinder in der Kita sind, desto seltener sind auffällige Befunde.

28% der Kinder wiesen auffällige Befunde im Bereich der **emotional-sozialen Entwicklung** auf. Jungen waren mit 34% signifikant häufiger betroffen als Mädchen mit 22%. Vor allem Kinder aus der unteren Statusgruppe haben mit 46% deutlich häufiger emotional-soziale Auffälligkeiten als Kinder der mittleren und oberen Statusgruppe mit 24% bzw. 17%.

Es gibt im Bezirk eine Häufung von Risikofaktoren, die psychische Probleme und Auffälligkeiten im Kindesalter begünstigen, wie ein geringer sozioökonomischer Status, zerrüttete Familienverhältnisse oder Unvollständigkeit der Familie, sehr frühe Elternschaft, Rauchen in der Schwangerschaft u.a.

7. Förderempfehlungen

Wenn bei der Einschulungsuntersuchung Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen beim Kind festgestellt werden, empfiehlt der Kinderarzt/die Kinderärztin eine entsprechende individuelle Förderung des Kindes.

Dabei gibt es **zwei Formen der Förderung**, für die eine Empfehlung ausgesprochen werden kann:

1. **schulische Förderung** bei **Entwicklungsverzögerungen oder -beeinträchtigungen**, die jedoch nicht so stark ausgeprägt sind, dass eine sonderpädagogische Förderung erforderlich ist.
2. **sonderpädagogische Förderung** bei schwerwiegender Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Entwicklung, z.B. bei einer **Behinderung**.

Mit der Empfehlung für eine Förderung soll frühzeitig auf mögliche Probleme im Schulalltag und im Lernprozess aufmerksam gemacht werden, die aufgrund von Entwicklungsstörungen und/oder -verzögerungen, Behinderung oder anderen Defiziten bei den Kindern zu erwarten sind.

Eine Förderempfehlung erfolgt aufgrund der medizinischen Befunde verbunden mit der Einschätzung der untersuchenden Mediziner/innen.

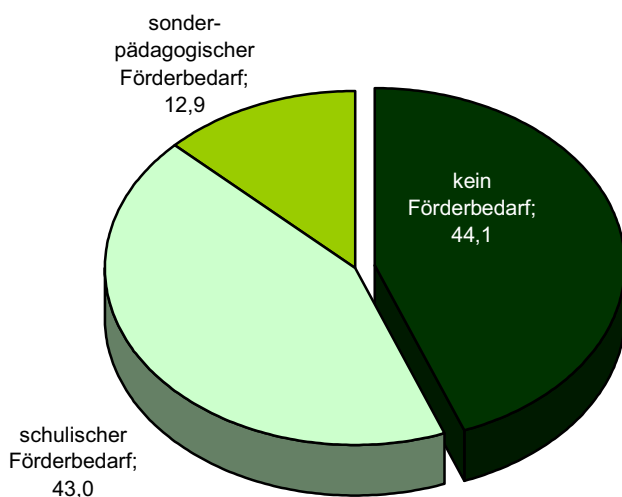
Nicht jeder auffällige Befund hat zwangsläufig eine Förderempfehlung zur Folge. Die Entscheidung obliegt dem untersuchenden Arzt bzw. der Ärztin und wird unter Berücksichtigung unterschiedlicher Aspekte abgewogen. Dazu gehört auch die Entwicklungsprognose aufgrund der familiären Situation. Diese ist in bildungsfernen und sozial schwachen Familien häufig ungünstiger als in gut gebildeten oder situierten Elternhäusern. Fehlt die Unterstützung im Elternhaus wird daher häufiger eine Förderung durch die Schule empfohlen. Dennoch können Schule und Kita nur z.T. die fehlende bzw. unzureichende Förderung im häuslichen Milieu ersetzen.

Eine sonderpädagogische Förderung wird nur empfohlen, wenn die Auffälligkeiten bzw. Defizite so gravierend sind, dass nur eine sehr intensive und individuelle Förderung des Kindes eine Behinderung lindern bzw. der Progress einer Behinderung eingeschränkt werden kann. Kinder mit sonderpädagogischer Förderempfehlung erhalten zugleich eine schulische Förderempfehlung.

Bei der Einschulungsuntersuchung 2013 wurde 1.514 Kindern eine schulische Förderempfehlung ausgesprochen. Das sind so viele wie nie zuvor. Da seit 2012 auch die Kinder bei der Auswertung berücksichtigt werden, die vom Schulbesuch zurückgestellt wurden, ist diese Zahl nicht mit den Jahren bis 2011 vergleichbar. Aber auch gegenüber dem Vorjahr hat sich die Anzahl und der Anteil der Kinder mit Förderempfehlung erhöht.

Unabhängig davon ist jedoch festzustellen, dass **mehr als jedes zweite Kind eine Förderung benötigt**. 350 dieser Kinder bzw. 13,3 % aller Kinder erhielten eine sonderpädagogische Förderempfehlung.

Abb. 25: Anteil der Kinder nach Förderempfehlung (in %)



Tab. 15: Kinder mit Förderempfehlung seit 2012 (Anteil und in Prozent)

Jahr	Kinder insg. Anzahl	schulische Förderung		darunter sonderpädagogische Förderung	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
2012	2.479	1.288	52,0	330	13,3
2013	2.709	1.514	55,9	350	12,9

Der Förderbedarf differiert in Abhängigkeit von Geschlecht, Herkunft, sozialem Status und Kita-Besuch.

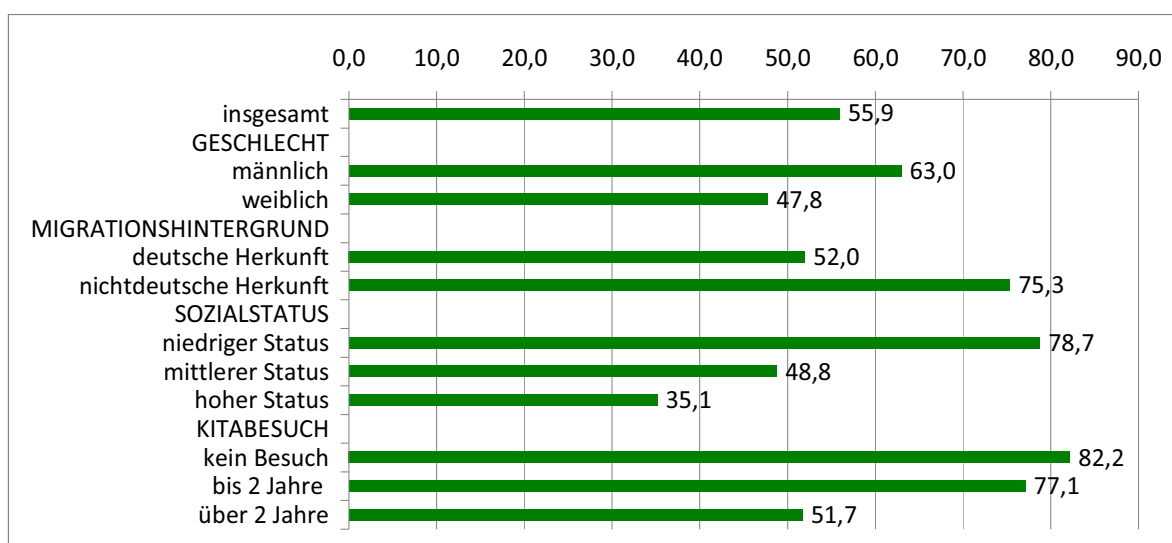
Jungen bedürfen deutlich häufiger einer Förderung als Mädchen. Für 913 Jungen wurde eine Förderempfehlung ausgesprochen. Das sind 63% aller untersuchten Jungen. Bei den Mädchen waren es nur 601, was 48% aller Mädchen entspricht.

Für 79% der Kinder bildungsferner Elternhäuser wurde eine Förderung empfohlen. Der Unterschied zu den anderen Sozialstatusgruppen ist gravierend. Gegenüber Kindern aus der oberen Statusgruppe ist er mehr als doppelt so hoch.

Kinder mit Migrationshintergrund haben häufiger Förderbedarf als herkunftsideutsche Kinder. Dieser resultiert jedoch häufig aus ihren sprachlichen Defiziten.

Ganz deutlich zeigt sich der positive Einfluss eines langen Kita-Besuchs. Kinder die länger als 2 Jahre in die Kita gehen, erhielten seltener Förderempfehlungen als Kinder ohne bzw. mit kürzerem Kita-Besuch.

Abb. 26: Schulische Förderempfehlung nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Dauer des Kita-Besuchs (in %)



7.1 Schulischer Förderbedarf

Für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen und -defiziten, die nicht so schwerwiegend sind, dass sie als Behinderung einzustufen sind und für die eine sonderpädagogische Antragstellung nicht infrage kommt, kann im Ergebnis der Einschulungsuntersuchung die Empfehlung zur schulischen Förderung stehen. Ziel dieser Empfehlung ist es, die Schule bzw. die Lehrkräfte darauf hinzuweisen, in welchen Bereichen ein Kind Schwächen bei der Einschulungsuntersuchung zeigte und zusätzliche Unterstützung, verstärkt Hilfe und/oder Aufmerksamkeit benötigen kann. Da bis zum Schulbesuch noch einige Zeit vergeht, ist es möglich, dass sich die Fähigkeiten des Kindes in diesem Zeitraum noch verbessern.

Nach §5 Absatz 2 der Grundschulverordnung soll die Schule die medizinische Einschätzung zur Vorbereitung eines individuell förderlichen Lernumfeldes nutzen. Diese allgemeine Formulierung verpflichtet die Schule jedoch zu nichts. Ob und inwieweit das Kind im Schulalltag gezielt beobachtet oder gefördert wird und werden kann, obliegt der Schule und ihren Kapazitäten.

Sie kann sich vorhandener institutioneller Mittel bedienen und z.B. Ambulanzlehrer_innen, Stützerzieher_innen oder Sonderpädagogen/-pädagoginnen hinzuziehen. Es können auch klassenübergreifende temporäre Lerngruppen gebildet werden.

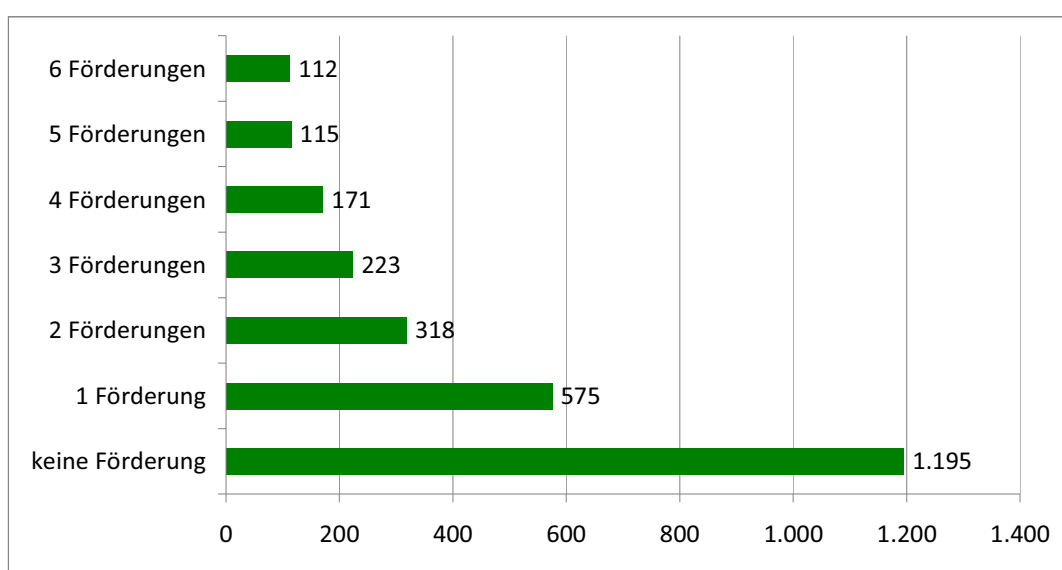
Schulische Förderempfehlungen werden für folgende Förderfelder ausgesprochen:

- Sprache,
- visuelle Wahrnehmung,
- Visuomotorik,
- körperlich-motorische Entwicklung,
- emotional-soziale Entwicklung und
- Lernen.

Insgesamt erhielten 1.514 Kinder eine schulische Förderempfehlung.

443 Kindern (44% der Kinder mit Förderempfehlung) haben nur in einem Förderfeld Förderbedarf. Weitere 260 Kinder (26%) in zwei Förderfeldern.

Abb. 27: Anzahl der Kinder mit schulischer Förderempfehlung nach Anzahl der Förderfelder

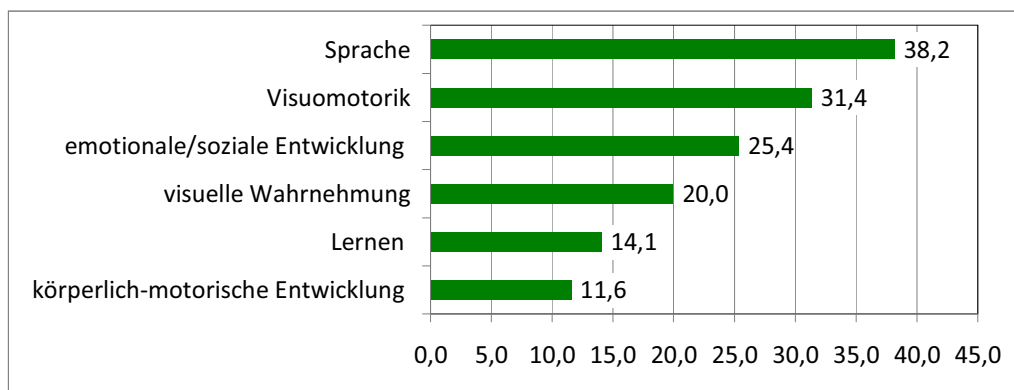


Ob eine Förderempfehlung ausgesprochen wird, hängt auch vom sozialen Umfeld ab, insbesondere den Möglichkeiten und Fähigkeiten im Elternhaus, das Kind zu fördern und zu unterstützen. Insbesondere sehr junge und/oder bildungsferne Eltern bzw. Elternteile erkennen oftmals die Defizite ihres Kindes nicht bzw. sind nicht in der Lage, dem Kind die entsprechende Förderung angedeihen zu lassen.

Untersuchungen zufolge werden von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Berlin für Kinder bis zu 6 Jahren etwa doppelt so viel Therapien zur Förderung der kognitiven, sprachlichen oder motorischen Entwicklung, z.B. Ergotherapie oder Logopädie, verordnet als das es nach medizinischen Kriterien nötig wäre (vgl. Schlack 2012). Eine Ursache wird darin gesehen, dass es den Kindern zum großen Teil an häuslicher Anregung mangelt. „Es liegt eine – wie es der Bonner Neuropädiater Schlack formuliert – zunehmende edukatorische Insuffizienz der Eltern vor“, d.h. eine erzieherische Schwäche der Eltern (ebd.).

Der größte Bedarf an Förderung besteht im Bereich der **sprachlichen Entwicklung**. Für 38% der Kinder wurde eine Förderempfehlung ausgesprochen. Bei den Kindern mit Migrationshintergrund lag dieser Anteil bei 72%, bei den Kindern mit deutscher Muttersprache bei 31%. Häufig sind die Auffälligkeiten im Sprachgebrauch durch Anrengungsarmut und/oder unzureichende bzw. falsche Sprachvorbilder bedingt. In diesen Fällen ist zwar keine Sprachtherapie erforderlich, wohl aber eine Sprachförderung.

Abb. 28: Anteil der Kinder mit Förderempfehlung nach Förderfeldern (in %)



Am zweithäufigsten wurden Förderempfehlungen im Bereich der Visuomotorik, gefolgt von der emotional-sozialen Entwicklung ausgesprochen.

Gegenüber dem Vorjahr gibt es in allen Förderfeldern einen Anstieg. Am stärksten stiegen die Förderempfehlungen im Bereich der Visuomotorik und der emotionalen-sozialen Entwicklung an.

Tab. 16: Schulische Förderempfehlungen nach Förderfeldern 2012 und 2013

	2012		2013	
	abs.	%	abs.	%
Sprache	929	37,5	1.035	38,2
Visuomotorik	685	27,6	850	31,4
Emotionale-soziale Entwicklung	542	21,9	689	25,4
visuelle Wahrnehmung	451	18,2	542	20,0
Lernen	257	10,4	382	14,1
körperlich-motorische Entwicklung	277	11,2	313	11,6
insgesamt²	1.288	52,0	1.514	55,9

7.2 Empfehlungen zur Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs

Bestehen beim Kind erhebliche Defizite in einem oder mehreren Bereichen kann und muss der Kinderarzt/die Kinderärztin den Eltern empfehlen, einen Antrag auf Feststellung von sonderpädagogischem Förderbedarf zu stellen. Dieser Antrag sollte schon vor der Einschulung von den Eltern gestellt werden.

Stellt sich während des Schulbesuchs heraus, dass ein sonderpädagogischer Förderbedarf bestehen könnte, kann dieser Antrag auch von der Schule (nach Anhörung der Eltern) gestellt werden (vgl. § 31 SopädVO 2005).

In jedem Fall entscheidet die Schulaufsichtsbehörde (hier: die Außenstelle Marzahn-Hellersdorf der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft) über den Antrag.

Dafür gibt es ein sogenanntes Feststellungsverfahren, in dem ein sonderpädagogisches Gutachten erstellt wird. Im Ergebnis erfolgt die Empfehlung über die Notwendigkeit einer sonderpädagogischen Förderung und die Förderschwerpunkte (vgl. § 32 SopädVO 2005).

² Da einige Kinder Förderbedarf in mehreren Förderfeldern haben, ergibt die Addition der Anzahl der zu fördernden Kinder nicht die Gesamtzahl der Kinder mit Förderbedarf, sondern die Anzahl der empfohlenen Fördermaßnahmen.

Die Verordnung über die sonderpädagogische Förderung von 2012 (Sonderpädagogikverordnung – SopädVO) umfasst in Abhängigkeit von der Behinderungsart acht Förderschwerpunkte.

1. Sehen
2. Hören
3. Körperliche und motorische Entwicklung
4. Sprache
5. Lernen
6. Geistige Entwicklung
7. Emotional-soziale Entwicklung
8. Autistische Behinderung

Empfehlungen zur Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs werden nur ausgesprochen, wenn ein Kind in einem oder mehreren der oben stehenden Förderschwerpunkte eine schwere Beeinträchtigung hat.

Ergebnisse:

2013 wurde den Eltern von 350 Kindern empfohlen, einen Antrag auf sonderpädagogische Förderung zu stellen. Das sind 20 Kinder mehr als im Vorjahr. Damit wurde bei 13% der Kinder sonderpädagogischer Förderbedarf gesehen.

Fast die Hälfte (48%) der sonderpädagogischen Förderempfehlungen bezog sich auf Sprach- und Sprechprobleme der Kinder.

Die nachstehende Tabelle zeigt die Anzahl und den Anteil der Kinder, denen 2012 und 2013 eine sonderpädagogische Förderung empfohlen wurde, unterteilt nach Förderschwerpunkten.

Tab. 17: Förderschwerpunkte nach Behinderungsart und Anzahl der Kinder in Marzahn-Hellersdorf mit empfohlenem sonderpädagogischem Förderbedarf 2012 und 2013

Förder-schwerpunkte	Merkmal	2012		2013	
		Anzahl	Anteil an allen Schülern in %	Anzahl	Anteil an allen Schülern in %
Sehen	blind und hochgradig sehgeschädigt/-behindert	2	0,1	5	0,2
Hören	gehörlos und hochgradig hörgeschädigt	5	0,2	6	0,2
Körperliche und motorische Entwicklung	Körperliche Behinderung	19	0,8	27	1,0
Sprache	Sprachbehinderung	137	6,7	169	6,2
Geistige Entwicklung	Kognitive Schwäche z.B. Geistige Behinderung	63	2,5	79	2,9
Autistische Behinderung	Erhebliche Entwicklungs- und Kommunikationsstörungen, Autismus	14	0,6	10	0,4
Lernen	Lernbehinderung	53	2,1	53	2,0
Emotionale und soziale Entwicklung	Erhebliche Beeinträchtigung der emotionalen und sozialen Entwicklung, Verhaltensstörungen	79	3,2	60	2,2
Gesamt³		330	13,3	350	12,9

³ Da es Kinder mit Mehrfachbehinderung gibt, ergibt die Summe nicht die Gesamtzahl.

Die stärksten Anstiege gegenüber dem Vorjahr sind im Bereich der sprachlichen und geistigen Entwicklung sowie bei körperlich behinderten Kindern zu verzeichnen.

Die Zahl der Kinder mit Verhaltensstörungen ist hingegen zurückgegangen.

Insgesamt stieg die Zahl der Kinder mit sonderpädagogischer Förderempfehlung um 20 Kinder bzw. 6%.

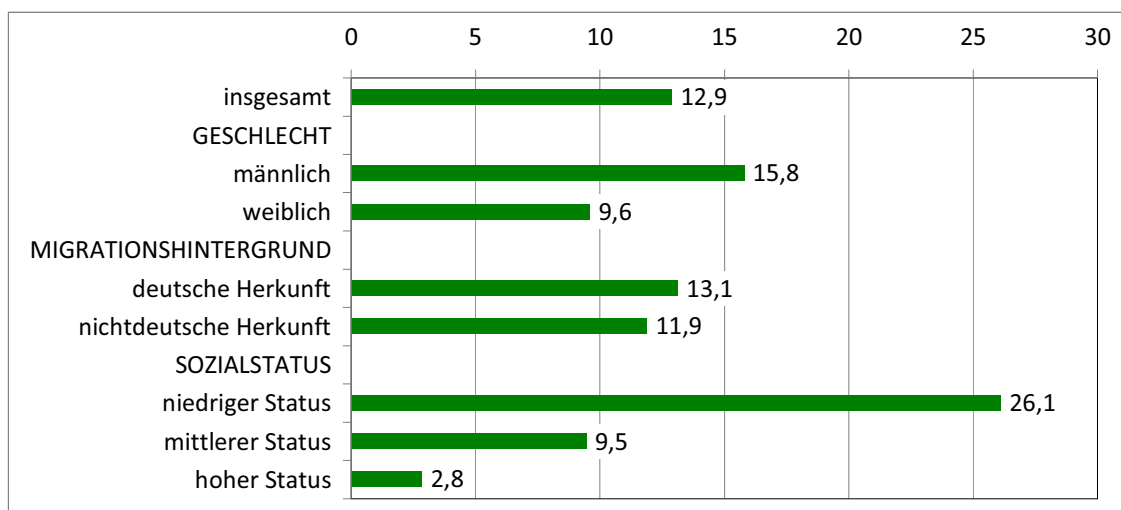
Für 16% der Jungen und 10% der Mädchen wurden sonderpädagogische Förderempfehlungen ausgesprochen.

Der Anteil ist unter herkunftsdeutschen Kindern mit 13% nur noch unwesentlich höher als unter den Kindern nichtdeutscher Herkunft, der bei 12% liegt. In den vergangenen Jahren war der Unterschied deutlich größer, der Anteil unter Kindern mit Migrationshintergrund nicht so hoch.

Sonderpädagogischer Förderbedarf ist stark sozial determiniert. Für eine gesunde und altersgerechte Entwicklung des Kindes kommt den Eltern eine herausragende Rolle zu. Sie sind verantwortlich für die Unterstützung und Förderung ihres Kindes. Dazu sind nicht alle Eltern in der Lage. So mangelt es z. T. bei bildungsfernen Eltern(teilen) an ausreichender frühkindlicher Förderung zu Hause oder die Eltern erkennen Entwicklungsprobleme ihres Kindes nicht, so dass eine frühzeitige Förderung nicht erfolgt.

Kinder aus sozial belasteten und bildungsfernen Haushalten erhielten zehnmal häufiger eine Empfehlung auf sonderpädagogischen Förderbedarf als Kinder aus der oberen sozialen Statusgruppe.

Abb. 29: Anteil der Kinder mit sonderpädagogischer Förderempfehlung nach Geschlecht, Herkunft und sozialem Status (%)



Der enge Zusammenhang zwischen sozialer Lage und sonderpädagogischen Förderempfehlungen wird vor allem bei den Förderschwerpunkten Sprache und geistige Entwicklung sichtbar. Sprachförderung wurde 13% der Kinder der unteren Statusgruppe empfohlen, während dies bei Kindern mit hohem sozialem Status 0,6% waren. Behinderungen in der kognitiven Entwicklung waren bei 7% der Kinder der unteren sozialen Statusgruppe festzustellen, in der oberen Statusgruppe bei keinem Kind.

Zentrale Ergebnisse

Für mehr als die Hälfte (56%) der untersuchten Kinder wurde eine **Förderempfehlung** ausgesprochen.

Jungen sind signifikant häufiger betroffen als Mädchen.

Ganz entscheidend hängt der Förderbedarf vom Bildungshintergrund der Eltern und ihrem sozialen Status ab. 79% der Kinder der unteren Sozialstatusgruppe erhielten eine Förderempfehlung, in der oberen Sozialstatusgruppe waren es 35%.

Der größte Bedarf an Förderung besteht im Bereich der sprachlichen Entwicklung. Mehr als jedes dritte Kind weist hier Entwicklungsauffälligkeiten auf, die einen Förderbedarf empfehlen lassen. Bei Kindern mit Migrationshintergrund betrifft es 72%, bei den Kindern mit deutscher Muttersprache 31%.

Der Anteil der Kinder mit Förderempfehlung steigt seit Jahren kontinuierlich.

Für 12,9% der untersuchten Kinder wurde eine **sonderpädagogische Förderempfehlung** ausgesprochen. Jede zweite Empfehlung bezog sich auf Sprachförderung.

Auch hier sind Kinder aus sozial benachteiligten Verhältnissen signifikant häufiger betroffen. Für diese Kinder wurde zehnmal häufiger eine Förderempfehlung ausgesprochen als für Kinder der oberen Sozialstatusschicht.

8. Entwicklungsstand der zurückgestellten Kinder des Vorjahres

Jährlich werden mehr Kinder vom Schulbesuch zurückgestellt. Ziel ist es, den Kindern ein weiteres Jahr die Möglichkeit zu geben, ihre motorischen, kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten weiter zu entwickeln, um bessere Voraussetzungen für den Schulbesuch zu erwerben. Daher sollen diese Kinder in diesem einen Jahr intensiv gefördert werden.

Inwieweit es gelungen ist, die Fähigkeiten jedes einzelnen Kindes in dem Jahr vor dem Schulbesuch weiter zu entwickeln und zu verbessern, lässt sich aus den Daten nicht ablesen, da es sich um anonymisierte Daten handelt. Es lässt sich aber zeigen, welchen Gesundheits- und Entwicklungszustand die Kinder haben, die ein Jahr vom Schulbesuch zurückgestellt wurden und dementsprechend ein Jahr älter sind und die eine entsprechende Förderung erhalten haben (müssten).

Danach wäre zu erwarten, dass diese Kinder bessere Ergebnisse beim Entwicklungs-Screening erzielen als die jüngeren Kinder.

Dem ist bei Weitem nicht so.

Die Ergebnisse zeigen, dass diese Kinder einen schlechteren Entwicklungszustand aufweisen, als die regulär untersuchten Kinder.

Die zurückgestellten Kinder aus dem Vorjahr machen 12% aller untersuchten Kinder aus. Eine Rückstellung um ein weiteres Jahr ist trotz erheblicher Entwicklungsdefizite nicht möglich.

Die Rücksteller des Vorjahres kommen deutlich häufiger aus bildungsfernen, sozial schwachen und alleinerziehenden Elternhäusern als ihre jüngeren künftigen Schulkameraden. Sie gingen aber länger in die Kita und der Anteil derer, die keine Einrichtung besucht haben, lag ebenfalls deutlich darunter. Sie haben häufiger Übergewicht und schlechtere Zähne.

Eklatant sind jedoch die Unterschiede bei den Entwicklungsauffälligkeiten. Sie schneiden wesentlich schlechter ab als die jüngeren Kinder. Dementsprechend liegt der Anteil des empfohlenen sonderpädagogischen Förderbedarfs mit 33% dreimal höher als bei den jüngeren Kindern.

Lediglich beim Migrationshintergrund gab es keinen Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Eine detaillierte Darstellung enthält die folgende Tabelle:

Tab.18: Ausgewählte Ergebnisse der Rücksteller aus dem Vorjahr

Geburtsjahr		regulär untersuchte Kinder (Geb.jahr 2007 und jünger)	Rücksteller aus Vorjahr (Geb.jahr 2006)
Anzahl		2.387	322
Merkmal		%	%
Sozial- status	untere Statusgruppe	20,1	30,1
	mittlere Statusgruppe	65,7	60,9
	obere Statusgruppe	14,3	9,1
familiäres und soziales Umfeld	nichtdeutsche Herkunft	16,7	17,0
	Alleinerziehend	36,4	44,1
	Fremdunterbringung	1,7	5,4
	Keiner raucht	50,7	45,7
	eigener Fernseher	17,7	26,3
	tgl. TV-Konsum < 2 Std.	8,3	5,0
	Kitabesuch über 2 Jahre	86,3	87,2
	kein Kitabesuch	2,9	1,6
U1 bis U8 unvollständig		84,8	79,5
Übergewicht (inkl. Adipositas)		9,0	10,2
Zähne sanierungsbedürftig		17,3	26,1
Entwicklungsreening: auffällige Ergebnisse	Körperkoordination	18,3	21,1
	Visuomotorik	30,0	42,9
	visuelle Wahrnehmung	23,4	26,7
	Mengenvorwissen	11,2	16,0
	Pseudowörter nachsprechen	18,8	23,9
	Wörter ergänzen	25,1	24,4
	Sätze nachsprechen	28,4	37,2
	Pluralbildung	16,7	22,4
Artikulation	36,4	48,7	
unzureichende Deutschkenntnisse bei Kindern nichtdeutscher Herkunft		30,2	37,5
Sprachdefizite*		29,5	38,2
Auffälligkeiten emotional-soziale Entwicklung		25,5	46,4
schulische Förderempfehlung		53,1	56,2
sonderpädagogischer Förderbedarf		10,1	33,5

* = kombinierter Indikator aus den Ergebnissen der Tests "Sätze nachsprechen" und Kinder nichtdeutscher Herkunft mit unzureichenden Deutschkenntnissen

9. Kleinräumige Auswertung – Die Stadtteile im Vergleich

Zum Aufzeigen sozialräumlicher Schwerpunkte werden im Folgenden die neun Stadtteile des Bezirks miteinander verglichen. Die kleinräumliche Betrachtung dient der lokalen Schwerpunktsetzung für Handlungsansätze in der präventiven Arbeit.

Gleichzeitig werden Entwicklungstendenzen anhand von Vergleichen zu den Ergebnissen der Einschulungsuntersuchungen des Vorjahres aufgezeigt.

Abb. 30: Stadtteile Marzahn-Hellersdorf

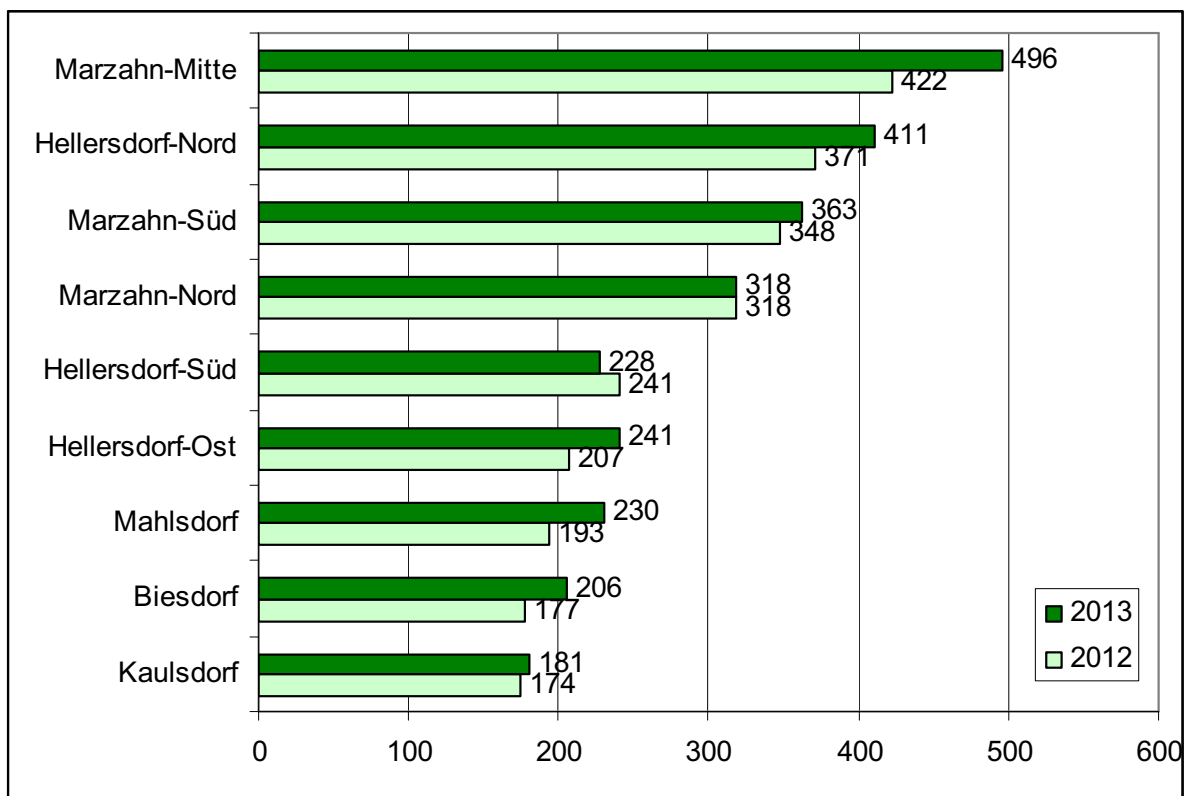


9.1 Sozialstruktur

9.1.1 Anzahl der untersuchten Kinder

Die meisten untersuchten Kinder waren aus Marzahn-Mitte, dem einwohnerreichsten Stadtteil des Bezirks.

Abb. 31: Anzahl der untersuchten Kinder nach Stadtteile



Bis auf Marzahn-Nord ist in allen Stadtteilen die Zahl der untersuchten Kinder gegenüber dem Vorjahr gestiegen.

9.1.2 Herkunft

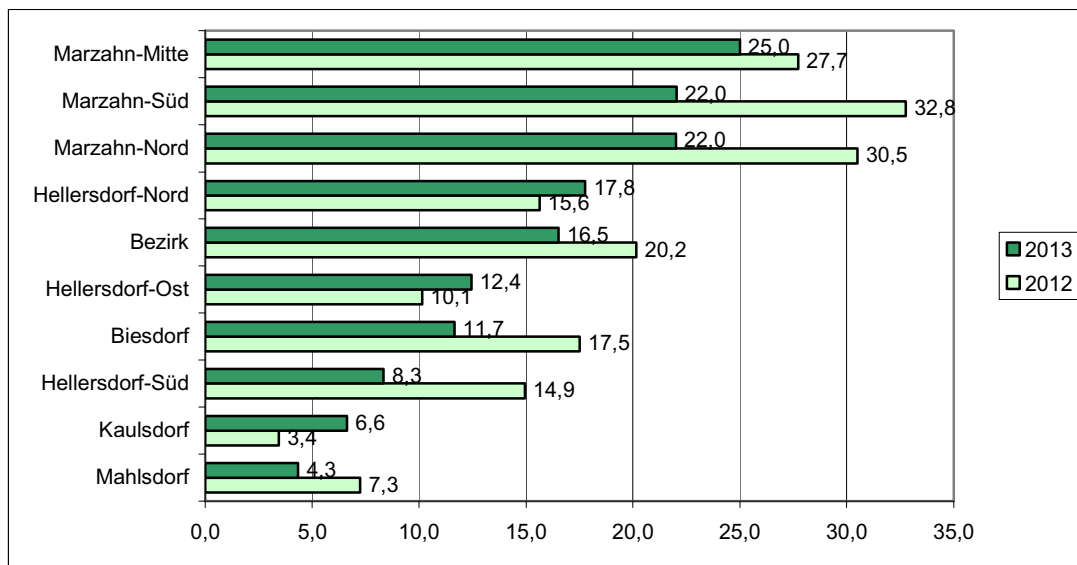
In der Großsiedlung Marzahn gibt es eine Konzentration von Kindern nichtdeutscher Muttersprache. Dort wohnen fast 70% aller Kinder mit Migrationshintergrund. Zum überwiegenden Teil handelt es sich um Kinder von Spätaussiedler_innen. Die zweitgrößte Migrantengruppe ist vietnamesischer Herkunft.

Tab. 18: Herkunft der Einschüler/innen nach Stadtteilen (absolut und in Prozent)

Stadtteil	insg.	Herkunft			darunter aus:	
		deutsch	nichtdeutsch		ehemal. Ostblock	Vietnam
		absolut	absolut	Anteil	Anteil	Anteil
Marzahn-Nord	318	248	70	22,0	15,1	5,7
Marzahn-Mitte	496	372	124	25,0	16,3	6,3
Marzahn-Süd	363	283	80	22,0	12,7	6,6
Hellersdorf-Nord	411	338	73	17,8	11,9	2,7
Hellersdorf-Ost	241	211	30	12,4	7,5	3,3
Hellersdorf-Süd	228	209	19	8,3	4,8	2,2
Biesdorf	206	182	24	11,7	8,3	0,5
Kaulsdorf	181	169	12	6,6	3,9	--
Mahlsdorf	230	220	10	4,3	2,6	--
Bezirk	2.674	2.232	442	16,5	10,6	3,7

Der Anteil von Kindern nichtdeutscher Herkunftssprache ist gegenüber dem Vorjahr in Hellersdorf-Nord und Hellersdorf-Ost sowie in Kaulsdorf gestiegen, in allen anderen Stadtteilen gesunken.

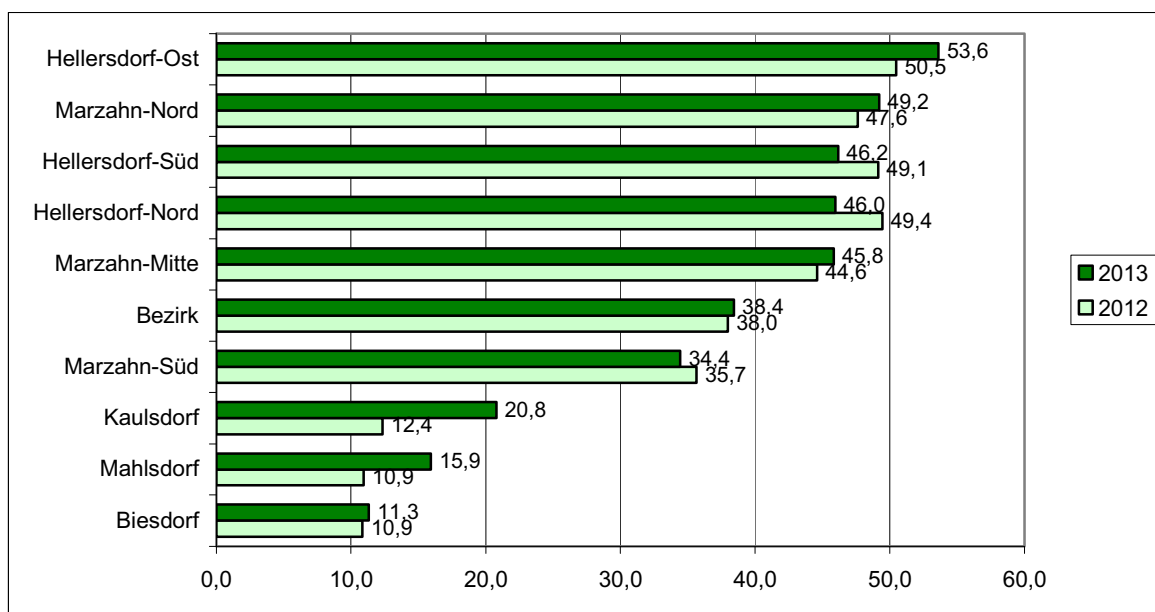
Tab. 32: Anteil der untersuchten Kinder mit Migrationshintergrund je Stadtteil und Veränderung gegenüber dem Vorjahr (%)



9.1.3 Familienstruktur

Den höchsten Anteil Alleinerziehender gibt es in Hellersdorf-Ost mit 54%, gefolgt von Marzahn-Nord mit 49%. In Hellersdorf-Nord, Hellersdorf-Süd und Marzahn-Süd ist der Anteil der Alleinerziehenden gegenüber dem Vorjahr gesunken, während er in Hellersdorf-Ost, Marzahn-Nord, Marzahn-Mitte und dem Siedlungsgebiet gestiegen ist. Der Anteil der Alleinerziehenden ist in den Stadtteilen des Siedlungsgebietes jedoch vergleichsweise gering.

Abb. 33: Anteil der Alleinerziehenden 2012 und 2013 nach Stadtteilen (%)



9.1.4 Soziale Lage

Die Differenzierung nach sozialen Statusgruppen erfolgt auf Basis der Angaben zum Bildungsstand und zur Erwerbstätigkeit der Eltern. Die Zuordnung zu den einzelnen Sozialstatusgruppen ist in Kapitel 4.1 ausführlich erläutert.

Es besteht ein starkes soziales Süd-Nord-Gefälle im Bezirk insgesamt und auch innerhalb der Großsiedlung. Dies deckt sich mit den Aussagen aus den Sozialberichten des Bezirks.

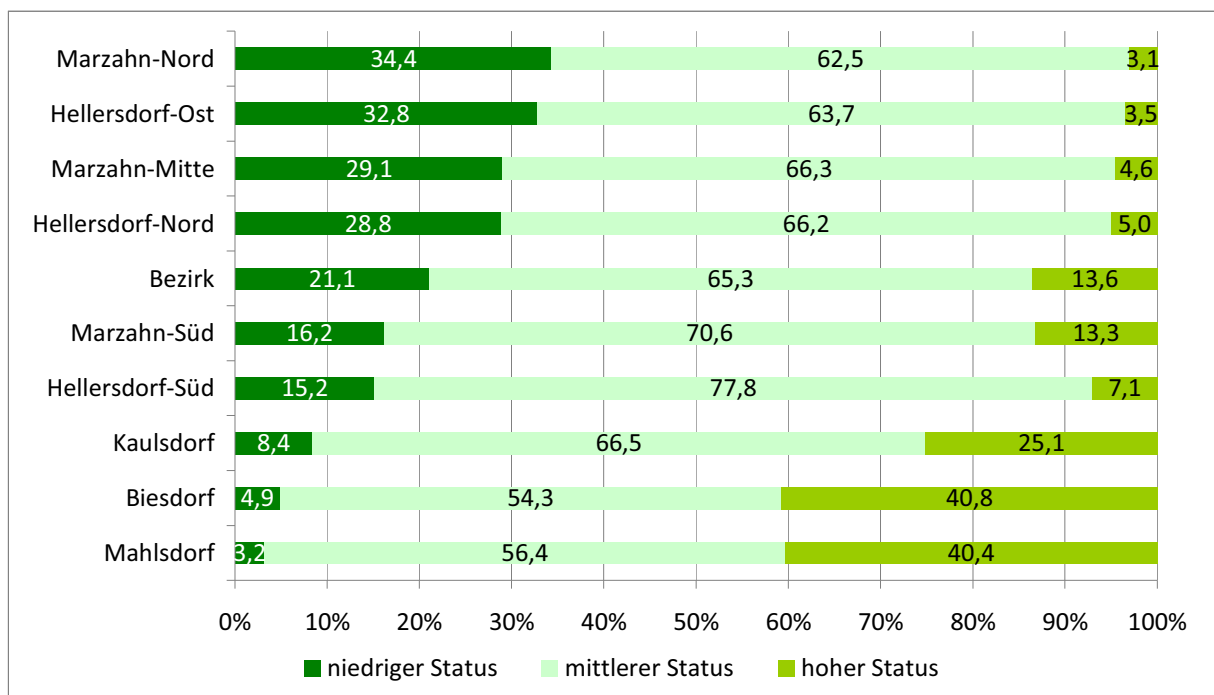
In **Marzahn-Nord** und **Hellersdorf-Ost** gehört ein Drittel der Kinder zur unteren Sozialstatusgruppe, kommen damit aus bildungsfernen und zumeist arbeitslosen Elternteilen. Der Anteil der Kinder, die der oberen Statusgruppe zuzuordnen sind, ist marginal und liegt bei 3%.

Auch in Marzahn-Mitte und Hellersdorf-Nord gibt es mit fast 30% einen hohen Anteil von Kindern aus der unteren Statusgruppe und mit 5% auch wenig Kinder der oberen Statusgruppe.

In Hellersdorf-Süd und Marzahn-Süd gibt es mit 15% bzw. 16% nur halb so viele Kinder der unteren Statusgruppe wie in den nördlichen Stadtteilen der Großsiedlung. Ein deutlicher Unterschied besteht bei Kindern der oberen Statusgruppe: In Hellersdorf-Süd gehören nur 7% der Kinder dazu, in Marzahn-Süd sind es mit 13% deutlich mehr.

In den Siedlungsgebieten finden sich kaum Kinder aus der unteren Statusgruppe. Es handelt sich in Kaulsdorf und Mahlsdorf in diesen Fällen u.a. um Kinder, die in Heimen oder Pflegefamilien untergebracht sind, da bei der Statuszuordnung immer von den Daten der leiblichen Eltern ausgegangen wird, soweit sie bekannt sind. Der Anteil von Kindern der oberen Sozialstatusgruppe ist im Siedlungsgebiet achtmal höher als in der Großsiedlung.

Abb. 34: Soziale Statusgruppen nach Stadtteilen (%)



Auffallend ist der stark gestiegene Anteil an Kindern der oberen Statusgruppe in Mahlsdorf und Biesdorf. Er beträgt jetzt über 40% und stieg damit gegenüber dem Vorjahr in Biesdorf um 7 Prozentpunkte, in Mahlsdorf sogar um 11 Prozentpunkte. Aber auch Marzahn-Süd verzeichnet einen leichten Anstieg um 2,5 Prozentpunkte.

In Marzahn-Nord, Hellersdorf-Ost und –Süd sank der Anteil der Kinder der oberen Statusgruppe, davon am stärksten in Hellersdorf-Ost (-3,6 Prozentpunkte).

Der Anteil der Kinder in der unteren Statusgruppe sank in fast allen Stadtteilen, außer in Hellersdorf-Ost und Kaulsdorf.

9.2 Ausgewählte gesundheitliche Aspekte

Im Folgenden werden anhand ausgewählter Beispiele zur gesundheitlichen Lage und Prävention sozialräumliche und inhaltliche Schwerpunkte für die Gesundheitsförderung gesetzt.

9.2.1 Über- und Untergewicht

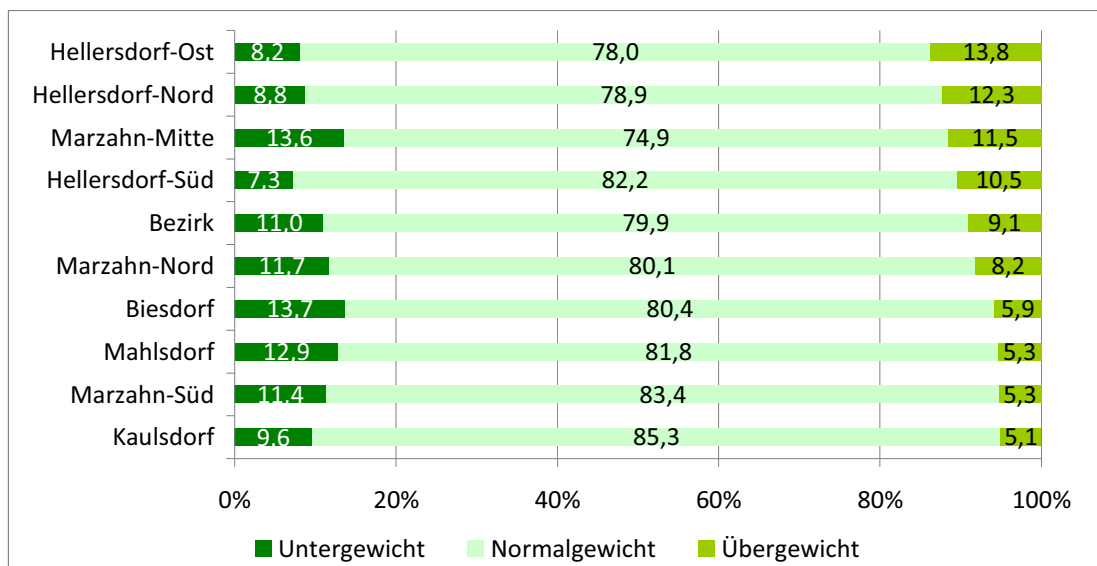
Den höchsten Anteil **normalgewichtiger** Kinder gibt es in Kaulsdorf mit 85,3%, gefolgt von Marzahn-Süd (83,4%) und Hellersdorf-Süd (82,2%). Die geringsten Anteile haben Marzahn-Mitte mit 74,9%, Hellersdorf-Ost (78,0%) und Hellersdorf-Nord (78,9%).

Den höchsten Anteil **übergewichtiger** Kinder gibt es in Hellersdorf-Ost mit 13,8% und Hellersdorf-Nord (12,3%). Die drei Stadtteile der Großsiedlung Hellersdorf sind die einzigen im Bezirk, die mehr über- als untergewichtige Kinder haben.

Den höchsten Anteil **untergewichtiger** Kinder gibt es in Biesdorf und Marzahn-Mitte mit jeweils 14%, den geringsten Anteil in Hellersdorf-Süd (7,3%).

Aufgrund der geringen absoluten Zahlen beim Unter- und Übergewicht in den einzelnen Stadtteilen sind die Unterschiede nicht signifikant.

Abb. 35: Über-, Unter- und Normalgewicht nach Stadtteilen (%)



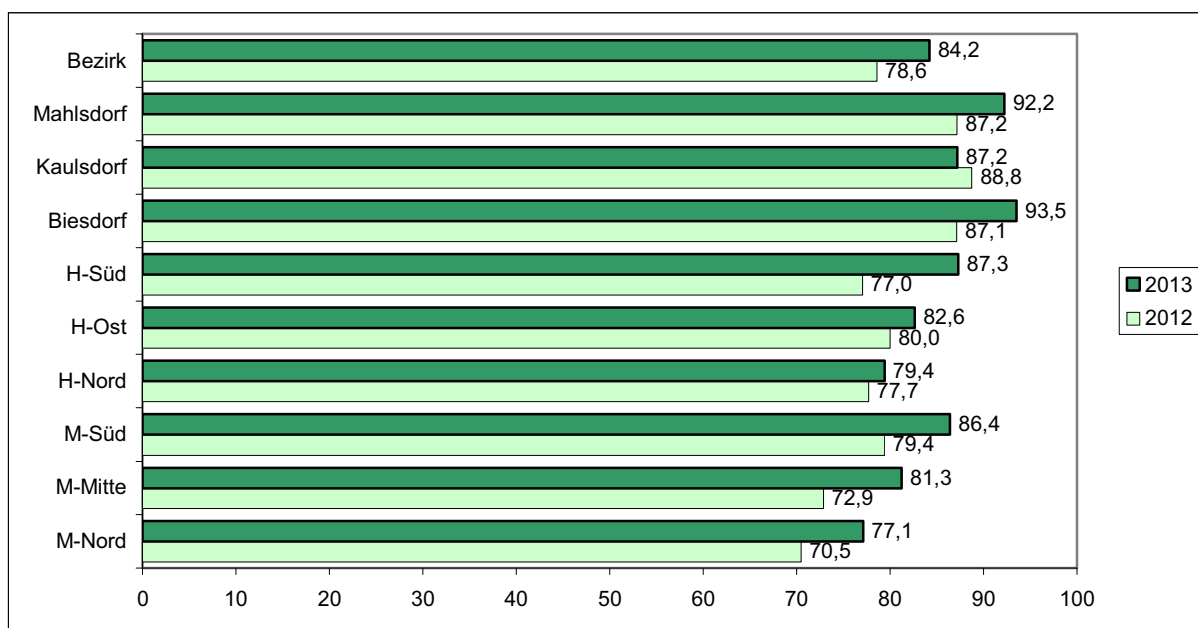
9.2.2 Früherkennungsuntersuchungen

Im Folgenden werden nur die Vorsorgeuntersuchungen U1 – U8 berücksichtigt, da ca. 20% der Kinder zum Untersuchungszeitpunkt noch nicht das Alter für die U9 erreicht hatten.

Über 90% der Kinder in Biesdorf und Mahlsdorf haben alle Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen. Am geringsten ist die Inanspruchnahmequote in den beiden nördlichen Stadtteilen der Großsiedlung: Marzahn-Nord und Hellersdorf-Nord mit unter 80%.

In der Großsiedlung betrug der Anteil der Kinder mit vollständigen Vorsorgeuntersuchungen hingegen weniger als 80%. Am besten war er in Marzahn-Süd mit 78,2%, am geringsten in Marzahn-Nord mit nur 69,6%.

Abb. 36: Kinder mit vollständiger U1-U8 (ohne U7a) nach Stadtteilen (nur Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft, in Prozent)



Bis auf Kaulsdorf gab es in allen Stadtteilen eine Erhöhung der Inanspruchnahmequote gegenüber dem Vorjahr. Die größte Steigerungsrate weist Hellersdorf-Süd mit über 10 Prozentpunkten auf, gefolgt von Marzahn-Mitte (+8,4 Prozentpunkte) und Marzahn-Süd (+7,0 Prozentpunkte).

9.2.3 Impfstatus

In Abhängigkeit von der Impfung variiert der Impfstatus zwischen den Stadtteilen.

Den **besten Impfstatus** haben die Kinder in **Biesdorf**. Bei acht von 12 Impfungen haben sie die höchste Durchimpfungsrate. Auch in den übrigen Stadtteilen des Siedlungsgebietes und in Marzahn-Nord haben die Kinder einen sehr hohen Durchimpfungsgrad. Vor zwei Jahren waren die Kinder aus Marzahn-Nord noch die am seltensten geimpften. Die **geringste Impfquote haben die Kinder in Marzahn-Mitte**. Bei 7 von 12 Impfungen weisen sie die niedrigste Impfquote aller Stadtteile auf. Auch lag nur bei 90% der Kinder aus Marzahn-Mitte das Impfbuch vor. Auffallend in M-Mitte ist zudem der deutlich geringere Anteil an Kindern mit Masern-Mumps-Röteln-Impfung.

Insgesamt kann der Impfstatus der Kinder in allen Stadtteilen als sehr gut eingeschätzt werden.

In der folgenden Tabelle ist der höchste Wert aller Stadtteile grün gekennzeichnet, der niedrigste rot. Der vergleichsweise schlechte Impfstatus in M-Mitte und der gute Status in M-Nord und in Biesdorf werden dadurch verdeutlicht.

Tab. 19: Impfstatus nach Stadtteilen (in % aller Kinder mit vorgelegtem Impfpass)

Impfung	M-Nord	M-Mitte	M-Süd	H-Nord	H-Ost	H-Süd	Biesdorf	Kaulsdorf	Mahlsdorf
Diphtherie	97,0	96,4	99,4	96,2	96,5	97,7	100,0	97,7	99,1
Pertussis	96,6	94,9	98,8	96,2	96,0	96,3	98,5	97,7	97,7
Tetanus	97,0	96,7	99,4	96,2	96,9	97,7	100,0	97,7	99,1
Polio	96,3	95,1	98,5	96,2	96,5	96,8	99,5	97,7	99,5
HiB	95,9	92,0	96,8	93,5	95,6	94,9	97,5	95,4	96,4
Hepatitis B	92,6	89,3	93,3	91,7	91,2	91,2	92,5	89,7	91,0
Pneumokokken	81,8	73,1	77,9	73,9	78,9	81,5	85,9	81,0	83,8
Masern	95,9	89,1	96,2	93,5	95,2	95,8	95,5	93,7	97,3
Mumps	95,9	89,1	96,2	93,3	95,2	95,8	95,5	93,7	97,3
Röteln	95,9	89,1	96,2	93,3	95,2	95,8	95,5	93,7	97,3
Varizellen	92,9	86,6	93,0	91,7	92,5	92,6	85,9	83,3	88,3
Meningokokken	92,6	89,8	93,3	90,9	88,5	91,2	94,5	90,8	94,1
Heft vorhanden	93,1	90,1	94,5	90,3	94,2	94,7	96,6	96,1	96,5

9.2.4 Zahngesundheit

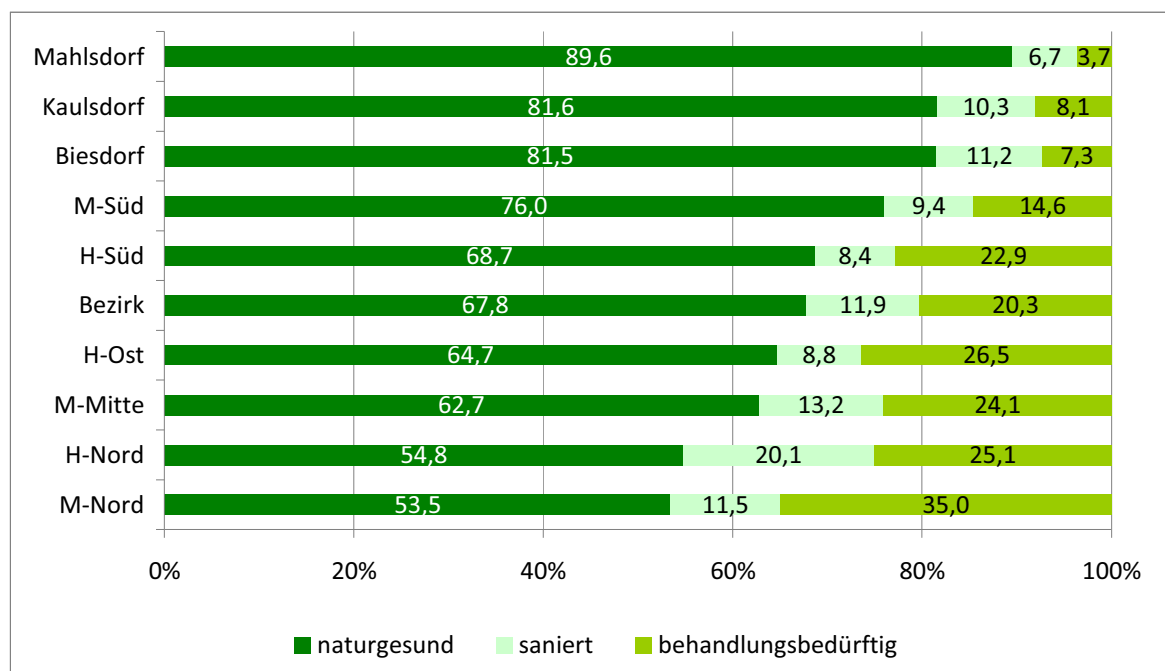
Wie in Kapitel 5.1.3 erläutert, dient die Einschätzung der Zahngesundheit primär dazu, das Gesundheitsverhalten in der Familie zu erfassen. Sie spiegelt nicht den Pflege- und Gesundheitszustand des Gebisses wider. Aussagen dazu lassen sich nur in Auswertung der Daten der zahnärztlichen Reihenuntersuchung treffen.

Da der Zahnstatus stark vom sozialen Status abhängt, ist der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss in den Stadtteilen mit schwacher Sozialstruktur am geringsten, d.h. in Marzahn-Nord und in Hellersdorf-Nord. In beiden Stadtteilen haben die Kinder den geringsten Anteil naturgesunder Zähne. Sie unterscheiden sich jedoch deutlich hinsichtlich des Sanierungsbedarfs. In Marzahn-Nord haben 35% der Kinder behandlungsbedürftige Zähne, in Hellersdorf-Nord sind es hingegen nur 25%. Der

Anteil der Kinder mit sanierten Zähnen ist hier doppelt so hoch wie in Marzahn-Nord. Das betrifft die Kinder mit und ohne Migrationshintergrund gleichermaßen.

In den Siedlungsgebieten ist der Anteil naturgesunder Milchgebisse am höchsten, am besten in Mahlsdorf. Dort ist auch der Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen mit 3,7% am geringsten.

Abb. 37: Zahnstatus nach Stadtteilen (in %)



9.3 Zusammenfassung Stadtteile

Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über ausgewählte Indikatoren und Testergebnisse bei der Einschulungsuntersuchung im Stadtteilvergleich. Daraus ist ersichtlich, dass sich vor allem in den sozial schwächsten Stadtteilen Marzahn-Nord, Hellersdorf-Nord und Hellersdorf-Ost die Problemlagen der Kinder konzentrieren.

Marzahn-Nord hat den höchsten Anteil an Kindern, für die eine Förderempfehlung ausgesprochen wurde. Hier haben die Kinder auch den höchsten Anteil auffälliger Testergebnisse bei den beiden neu eingeführten Tests Pluralbildung und Mengenvorwissen. Die Vorsorgeuntersuchungen werden in M-Nord am seltensten von allen Stadtteilen wahrgenommen.

Hellersdorf-Nord weist die schlechtesten Ergebnisse in den Tests zur sprachlichen Entwicklung auf. Dementsprechend werden hier 44% der Kinder Sprachdefizite attestiert.

Hellersdorf-Ost hat den höchsten Anteil übergewichtiger Kinder und die schlechtesten Ergebnisse bei den Tests zur motorischen und kognitiven Entwicklung. Die Kinder nichtdeutscher Herkunft weisen die schlechtesten Deutschkenntnisse aller Stadtteile auf.

Die räumlichen Schwerpunkte gesundheitlicher Prävention liegen in diesen drei Stadtteilen. Insgesamt ist der Fokus vor allem auf die Kinder aus sozial schwachen bzw. bildungsfernen Familien zu legen.

Ausgewählte Problemlagen in den Stadtteilen von Marzahn-Hellersdorf (Angaben in %)

Stadtteile ESU 2013	Zähne- sanie- rungs- bedürftig	Über- gewicht (inkl. Adi- positas)	U1 bis U8 unvoll- ständig	Entwicklungsscreening: auffällige Ergebnisse (%)								unzurei- chende Deutsch- kennt- nisse bei ndh Kd.	sonder- pädagogischer Förder- bedarf	schu- liche Förder- empfeh- lung	
				Körper- koordin- ation	Visuo- motorik	visuelle Wahr- nehmung	Mengen- vor- wissen	Pseudo- wörter nach- sprechen	Wörter er- gänzen	Sätze nach- sprechen	Plural- bildung				Sprach- defizite
Marzahn-Nord	25,2	8,2	22,9	9,8	37,2	24,2	20,0	16,4	29,6	33,1	27,8	34,6	42,9	17,9	69,8
Marzahn-Mitte	28,3	11,5	18,7	10,5	33,9	19,8	12,4	11,5	26,0	29,7	22,0	31,9	38,7	15,7	65,7
Marzahn-Süd	8,9	5,3	13,6	5,0	32,3	22,5	12,2	12,8	23,9	23,8	14,6	24,3	6,3	8,8	57,9
Hellersdorf- Nord	22,0	12,3	20,6	33,4	36,9	31,0	11,8	31,1	33,6	42,9	24,1	44,0	31,5	17,3	58,2
Hellersdorf-Ost	19,3	13,8	17,4	36,3	39,7	34,7	16,7	30,0	31,9	40,0	21,2	40,7	53,3	14,5	61,0
Hellersdorf- Süd	19,6	10,5	12,7	26,2	32,6	30,0	10,5	28,2	25,6	32,7	14,1	33,3	21,1	12,3	50,9
Biesdorf	11,2	5,9	6,5	9,7	17,5	11,7	2,0	6,9	9,4	10,8	4,9	11,8	25,0	7,8	38,3
Kaulsdorf	9,0	5,1	12,8	20,5	22,8	20,0	8,9	24,4	17,4	26,0	8,4	26,8	16,7	7,8	40,6
Mahlsdorf	5,7	5,3	7,8	24,3	16,7	15,4	4,0	19,1	13,7	11,9	1,8	12,4	11,1	4,8	35,2
Bezirk	18,2	9,1	15,8	18,6	31,5	23,6	11,6	19,5	24,8	29,2	17,2	30,4	30,6	12,8	55,9

⇒ Die rot unterlegten Werte in weißer Schrift weisen auf den Stadtteil mit den höchsten Werten, d.h. mit besonders auffälligen Ergebnissen hin.

⇒ Die orange unterlegten Werte weisen auf einen hohen Anteil an Kindern mit auffälligen Ergebnissen hin (0,7 Standardabweichung)

10. Literaturverzeichnis

Aufenanger, S. (2004): Der Familien-PC. Spaß beim Lernen mit dem Computer für 5- bis 10-Jährige, Cornelsen-Verlag Berlin

Lippe v d, E., Brettschneider AK, Gutsche, J., Poethko-Müller, C. (2014) Einflussfaktoren auf Verbreitung und Dauer des Stillens in Deutschland, Ergebnisse der KiGGS-Studie-erste Folgebefragung. bundesgesundheitsblatt 2014-57. Springer-Verlag Berlin-Heidelberg

SopädVO (2005): § 31;32 der Verordnung über die sonderpädagogische Förderung (SopädVO) vom 19.1.2005

Opper, E., Worth, A., Wagner, M., Bös, K. (2007): Motorik-Modul (MoMo) im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Motorische Leistungsfähigkeit und körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt Band 50 Heft 5/6 Hrsg. Bundesinstitut für Arzneimittel- und Medizinprodukte, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Paul-Ehrlich-Institut, Robert Koch-Institut (Hrsg.). Springer Medizin Verlag GMBH.

Internet:

Augustin, M. (2012): Sozialbericht 2012 Marzahn-Hellersdorf. Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf (Hrsg.), Verfügbar unter: <http://www.berlin.de/ba-marzahn-hellersdorf/verwaltung/gesundheit/ges.soz.berichte.html> (Zugriff: 08/2014)

Augustin, M. (2012): Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen Schuljahr 2011 / 2012 Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf (Hrsg.), Verfügbar unter: http://www.berlin.de/imperia/md/content/bamarzahnellersdorf/publikationen/gesundheit/gessozplanun/g/esu_2011.pdf?download.html (Zugriff: 08/2014)

Bettge, S., Oberwörmann, S. (2012): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2012, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Druckversion der Tabellen und der Erläuterungen zur Methodik aus dem Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (Hrsg.). Verfügbar: http://www.gsi-berlin.info/gsi_suchen.asp (Zugriff: 08/2014)

Leitlinie SES (2011): Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES). Interdisziplinäre S2 K-Leitlinie vom 16.12.2011 der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.; Verfügbar unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-006l_S2k_Sprachentwicklungsstoerungen_Diagnostik_2013-06_01.pdf (Zugriff: 12/2014)

Schlack: Neuropädiater aus Bonn, Artikel: Doppelt so viele Kinder als erwartet erhalten medizinische Fördermaßnahmen; Kleinkinder, Entwicklung und Erziehung, Kinder und Jugendärzte im Netz Verfügbar unter: <http://www.kinderaerzte-im-netz.de/altersgruppen/kleinkinder/entwicklung-erziehung/stoerungen-der-entwicklung-berliner-modell-kita/> (Zugriff: 12/2014)